

原 著

## 急性期病院の病棟看護管理者が認識する 日常倫理に基づく認知症ケアにおける課題

竹田恵子\*<sup>1</sup> 井上かおり\*<sup>1</sup> 小薮智子\*<sup>1</sup> 松田美鈴\*<sup>2</sup>  
北野久美子\*<sup>3</sup> 上野瑞子\*<sup>1</sup> 實金栄\*<sup>4</sup>

### 要 約

本研究は、急性期病院の病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく看護実践の課題を、認知症ケアにおける困りごとと、今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケアの2方向から明らかにすることを目的に、200床以上の急性期病院の病棟看護管理者を対象に質問紙調査を行った。356名の自由記述内容を質的帰納的に分析した結果、認知症ケアにおける困りごとと、今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケアは、それぞれ4コアカテゴリが作成された。病棟看護管理者は、急性期病院における認知症ケアの困りごととして、〈難しい身体拘束の最小化〉、〈尊厳と安全を保つための看護の不足〉といった看護実践の現状と、看護実践に影響する〈進まないスタッフの育成〉、〈不十分な認知症ケアの体制〉を捉えていた。そして、日常倫理に基づく認知症ケアとして、〈身体拘束の最小化〉、〈尊厳と安心を大事にした看護実践〉の実現を目指し、〈スタッフの育成〉、〈ケア環境の整えと組織風土の醸成〉に取り組みたいと考えていた。

### 1. 緒言

近年、急性期病院では身体疾患の治療のために入院する認知症高齢者が増加している。2022年実施の急性期看護実態調査によると、「急性期一般入院料1」を算定している病棟の認知症患者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上）割合は中央値が5.3%、同割合が10%以上の病棟は約23%であり<sup>1)</sup>、軽度の認知症患者を含めると急性期病院での認知症ケアは日常的といえる。しかし、短期入院を前提とした身体疾患治療の看護体制のもとで安全な治療遂行が優先される急性期病院において、認知症高齢者は環境の変化や治療に伴う苦痛などから、せん妄や認知症による行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）を併発しやすい。そして、急性期病院の看護師にとっても、短い在院日数の中で個別対応の求められる認知症高齢者へのケアは困難感を伴うものである。せ

ん妄や BPSD の予防や対応が後手に回ることで症状が悪化し、ケアの困難さが助長されるという悪循環も生じやすい<sup>2)</sup>。このような現状を鑑み、認知症への対応力の向上を図る観点から2016年の診療報酬改定において認知症ケア加算が新設された。認知症ケア加算は、急性期病院における身体疾患を有する認知症ケアを積極的に評価する加算であり、算定にあたっては、認知症ケアに関する手順書の作成や適切な研修を受けた看護師の配置、認知症ケアに関する定期的な研修などの要件が示されている。認知症ケア加算を契機に急性期病院における看護師の認知症ケアへの意識も高まり、ケアの質向上もみられてきた。しかし、認知症ケア加算の算定施設においても「認知症に特有の倫理的課題への理解」に課題があり<sup>3)</sup>、認知症ケアの質向上に向けた組織的な取り組みの必要性<sup>4)</sup>が指摘されている。

急性期病院における認知症ケアでは、身体疾患の

\*1 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

\*2 元 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

\*3 川崎医科大学附属病院

\*4 岡山県立大学 保健福祉学部 看護学科

(連絡先) 竹田恵子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail : takeda@mw.kawasaki-m.ac.jp

治療と並行して混乱しやすい環境の中で認知症高齢者の尊厳を守り、その人らしさを支えることが重要となる。認知症高齢者が感じている生活や治療での困難さや不安への「気づき」と適切な対応が求められるが、対応に苦慮することも少なくない。また、日常生活支援など認知症高齢者に対して日々繰り返されるケアには看護師の倫理的側面に向けられた価値が反映される。それ故に、日常の看護実践の中で認知症高齢者の自律や尊厳、価値観を尊重しようとする姿勢である日常倫理は、認知症高齢者が急性期病院において身体疾患の治療を受けながら尊厳の保たれた入院生活を送るうえでの鍵となると考える。しかし、多重業務の中、看護師の都合でケアが行われるという状況や、安全を優先した看護を実践するなどの状況が生じていることに、スタッフ自身が気づくことは容易ではない。俯瞰的な立場で認知症高齢者とスタッフを見ることができるのは病棟看護管理者である<sup>5)</sup>。さらに、病棟看護管理者にはスタッフの倫理的感性を高め、倫理的課題を日常的に議論できるような組織文化をつくる役割がある<sup>6)</sup>。それ故に、病棟全体の認知症ケアの底上げに看護管理者の果たす役割は大きい<sup>5)</sup>。

急性期病院の認知症ケアに関する先行研究では、看護師を対象にケアの困難感や身体拘束に関する研究が多数行われている。川村ら<sup>7)</sup>は、急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感尺度を開発し、「認知症高齢者のBPSDへの対応及び周囲の患者との調整困難感」「認知症看護の知識・経験不足による困難感」「医師や同僚との共通理解及び多職種チーム連携の困難感」を提示している。また、田端と小松<sup>8)</sup>は、急性期病院における認知症高齢者への看護に対する困難感に関連する要因として、個人要因では経験年数や認知症に対する知識、認知症看護の研修受講経験、認知症看護の責務、認知症看護に対する先入観、環境要因では看護方式、人員、病棟全体の姿勢があることを明らかにしている。さらに、鈴木らは、パーソン・センタード・ケアをめざした看護実践評価尺度の開発<sup>9)</sup>やパーソン・センタード・ケアを基盤としたe-learningによる認知症看護実践能力育成プログラムの有効性を検証している<sup>10)</sup>。

一方、急性期病院の認知症ケアにおける看護管理者を対象とした看護管理実践に関する研究は少ない。酒井<sup>11)</sup>は2011年から2014年にわたって急性期病院における認知症ケアに関連した看護管理の課題を調査し、急性期病院の看護管理者が感じている困難として、患者の自由を尊重したい思いと事故防止のジレンマ、認知症ケアを実施することによる他の

看護業務への影響、認知症特有の症状に応じた療養環境が提供できない、担当看護師の疲弊と援助意欲の低下、家族の理解不足と適切なケアを提供できないことによる退院調整の困難などを明らかにし、困難の大きな要因として看護師の認知症ケアに関する知識不足をあげている。また、小山ら<sup>12)</sup>は、2018年に実施した中堅看護師と中間看護管理者を対象とした質問紙調査から、急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの課題として、組織の方針・文化の再確認、認知症者の安心・安全を保証する物理的環境の整備、身体拘束予防に特化した研修の推進、看護師間の認知症ケアへの肯定的対話をあげている。2016年に認知症ケア加算が診療報酬に新設されて以降、急性期病院において認知症高齢者が尊厳を保ちながら身体疾患の治療を受けられるよう、認知症ケアの質向上に向けた取り組みが行われているが、酒井<sup>11)</sup>の研究は認知症ケア加算が開始される前の研究であり、小山ら<sup>12)</sup>の研究は対象に中堅看護師を含む一施設で行われた研究である。そこで本研究では、全国調査を行い、急性期病院の病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく認知症ケアの課題を明らかにする必要があると考えた。本研究の成果は、急性期病院における認知症ケアの質向上に向けて病棟看護管理者が看護管理実践を行う際の手がかりになると考える。

本研究の目的は、急性期病院の病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく看護実践の課題について、「認知症ケアにおける困りごと」と「今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア」の2方向から明らかにすることである。

## 2. 方法

### 2.1 対象者

地方厚生局の公表情報をまとめた病院情報局の示す病院一覧にある200床以上の急性期病床をもつ934施設から無作為に抽出した400施設の急性期病院のうち、調査協力で同意の得られた186施設の病棟看護管理者（産科・小児科・精神心療科を除く）1,205名を調査対象とした。

### 2.2 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙は看護部長宛てに郵送し、認知症高齢者が多く入院する病棟の病棟看護管理者（師長・副師長・主任）への配布を依頼した。回収は個別郵送法とした。調査期間は、2021年9月～10月であった。

### 2.3 調査内容

調査内容は、基本属性（年齢、看護師経験年数、職位、所属部署）、認知症ケアに関連した所属部署

の概要（認知症高齢者割合、認知症ケア加算）のほか、病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく認知症ケアの課題として、「認知症ケアにおける困りごと」と「今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア」について、自由記述で回答を求めた。

#### 2.4 分析方法

病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づくケアの課題として、「認知症ケアにおける困りごと」と「今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア」についてそれぞれ分析を行った。記述された内容のコード化を行い、意味内容の類似性・相違性に従ってサブカテゴリとした。さらに抽象化を図り、カテゴリ、コアカテゴリを作成した。質的研究、認知症ケアに精通した共同研究者で分析内容を検討し、分析の正確性や妥当性を高めた。

### 3. 結果

#### 3.1 対象者の基本属性と所属部署の概要

回答を得た727名のうち、本調査への同意欄にチェックがあり、病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく認知症ケアの課題に関する問に回答のあった356名を分析対象者とした。分析対象者の基本属性を表1に示す。年齢は48.4±6.1歳で、看護師としての通算経験年数は25.6±6.5年であった。職位は看護師長が最も多く、281名（78.9%）であり、所属部署は混合病棟が151名（42.4%）と最も多く、外科系病棟が100名（28.1%）、内科系病棟が75名（21.1%）の順であった。過去1か月の入院患者に占める認知症高齢者の割合は28.7±22.0%であった。また、所属施設の認知症ケア加算の届け出状況は、加算1が193名（54.2%）、加算2が114名（32.0%）、加算3が4名（1.1%）であり、加

表1 対象者の基本属性

	平均値	±SD(範囲)
年齢 (n=355)	48.4歳	6.1 (31-62)
看護師経験年数 (n=354)	25.6年	6.5 (6-42)
	n=356	%
職位		
看護師長	281	78.9
看護副部長	36	10.1
看護主任	37	10.4
その他	2	0.6
所属部署		
外科系病棟	100	28.1
内科系病棟	75	21.1
混合病棟	151	42.4
救急・ICU	14	3.9
その他	16	4.5

算なしは24名（6.7%）、無回答21名（5.9%）であった。

#### 3.2 日常倫理に基づく看護実践の課題

##### 3.2.1 認知症ケアにおける困りごと

356名のうち回答のあった328名の記述内容を分析した。その結果、認知症ケアにおける困りごととして、373のコードから、39サブカテゴリ、9カテゴリが作成され、最終的に「難しい身体拘束の最小化」、「尊厳と安全を保つための看護の不足」、「進まないスタッフの育成」、「不十分な認知症ケアの体制」という4つのコアカテゴリが作成された（表2）。以下、コアカテゴリごとに結果を述べる。なお、コアカテゴリは「< >」、カテゴリは「【 】」、サブカテゴリは「< >」で示す。

##### (1) 難しい身体拘束の最小化

急性期医療・ケアの現場においては、「<やむを得ず身体拘束をしている>」、「<十分な検討なく鎮静剤を使用している>」、「<一旦拘束すると簡単には解除ができない>」という身体拘束をめぐる現状と、「<身体拘束により患者に苦痛が生じている>」という状況が重なり、「<身体拘束をすることにジレンマがある>」というスタッフの葛藤が生じており、病棟看護管理者は「【身体拘束ありきのケアから脱却できない】」ことに苦慮していた。

##### (2) 尊厳と安全を保つための看護の不足

急性期病院の煩雑な業務の中、認知症高齢者と「<ゆっくり関わる時間をもてない>」ことや「<入院時の情報が不足しており患者像を把握できない>」といった「<個別性を踏まえたかわりができない>」状況や、「<苦痛の緩和が不十分である>」、「<治療が優先されることにジレンマを感じる>」といった状況から、病棟看護管理者は「【認知症高齢者中心の看護ができない】」ことに困難を感じていた。また、「<認知症高齢者の意思を捉えるかわりが不十分である>」、「<意思決定支援が不十分である>」といった「【認知症高齢者の意向を尊重した意思決定支援が不十分である】」ことに困難を感じていた。さらに、COVID-19の影響で「<院内デイケア等の中止により活動の機会が減少している>」、「<接触制限により患者同士の交流がもてない>」、「<接触制限により活動を促すケアの実施に限界がある>」といった「【日中の活動を促す看護ができない】」ことに苦慮していた。「<転倒やルート抜去のリスクがある患者の対応に困っている>」、「<暴言、徘徊、不穏などのBPSDの対応が難しい>」、「<ケアを拒否する患者の対応に困っている>」といった認知症に伴う症状への対応に難しさを感じる一方で、「<ルート抜去や転倒等により治療の継続ができない>」、「<認知症高齢者が治療の必要性を理解できるかわりが難しい>」、「<治療

表2 認知症ケアにおける困りごと

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
難しい 身体拘束の 最小化	身体拘束ありきのケア から脱却できない	やむを得ず身体拘束をしている
		十分な検討なく鎮静剤を使用している
		一旦拘束すると簡単には解除ができない
		身体拘束により患者に苦痛が生じている
認知症高齢者中心の 看護ができない	認知症高齢者中心の 看護ができない	身体拘束をすることにジレンマがある
		ゆっくりかかわる時間をもてない
		入院時の情報が不足しており患者像を把握できない
		個別性を踏まえたかかわりができない
尊厳と安全を 保つための 看護の不足	認知症高齢者の意向を尊重した 意思決定支援が不十分である	苦痛の緩和が不十分である
		治療が優先されることにジレンマを感じる
		認知症高齢者の意思を捉えるかかわりが不十分である
		意思決定支援が不十分である
安全に配慮した治療・ケアの 実施が難しい	安全に配慮した治療・ケアの 実施が難しい	院内デイケア等の中止により活動の機会が減少している
		接触制限により患者同士の交流がもてない
		接触制限により活動を促すケアの実施に限界がある
		転倒やルート抜去のリスクがある患者の対応に困っている
進まない スタッフの 育成	認知症ケア実践力向上のための 教育が不十分である	暴言, 徘徊, 不穏などのBPSDの対応が難しい
		ケアを拒否する患者の対応が難しい
		ルート抜去や転倒等により治療の継続ができない
		認知症高齢者が治療の必要性を理解できるかかわりが難しい
不十分な 認知症ケア の体制	認知症ケアの質向上のための 多職種連携が不足している	治療による認知症高齢者への負担を最小限にすることに苦慮している
		他患者への影響を最小限にすることに苦慮している
		認知症ケアの知識・技術が不足している
		アセスメントが不十分である
進まない 認知症ケア の体制	認知症ケアの体制整備が 不十分である	認知症ケアを実践できるスタッフの育成が進まない
		認知症ケアに関するカンファレンスの機会が不足している
		多職種での検討や情報収集の機会が不足している
		医師との連携が不足している
進まない 認知症ケア の体制	認知症ケアの体制整備が 不十分である	面会制限により不安や不穏が増強している
		面会制限により認知症悪化の心配がある
		面会制限により家族からの情報が不足している
		面会制限により医療者と家族のかかわりが不足している
進まない 認知症ケア の体制	認知症ケアの体制整備が 不十分である	家族に患者の状態について理解を得ることが難しい
		認知症ケアに関する知識や技術を活かすことができない
		認知症ケアを行うためのマンパワーが不足している
		認知症高齢者の対応にスタッフが疲弊している
進まない 認知症ケア の体制	認知症ケアの体制整備が 不十分である	認知症ケアについての困りごとを相談できる人材が不足している
		認知症専門医が不在のため適切な治療・ケアの提供ができない
		重症患者のケアと認知症のケアを同じ病棟で行うことに限界がある
		重症患者のケアと認知症のケアを同じ病棟で行うことに限界がある

による認知症高齢者への負担を最小限にすることに苦慮している>、<他患者への影響を最小限にすることに苦慮している>といった認知症高齢者が一般病床で安全で円滑に治療受けることに難しさを感じており、【安全に配慮した治療・ケアの実施が難しい】ことを困りごとと捉えていた。

### (3) 進まないスタッフの育成

病棟看護管理者は、病棟スタッフの認知症ケア実践について、<認知症ケアの知識・技術が不足している>、<アセスメントが不十分である>と捉えており、<認知症ケアを実践できるスタッフの育成が

進まない>状況から、【認知症ケア実践力向上のための教育が不十分である】ことを困難に感じていた。

### (4) 不十分な認知症ケアの体制

病棟看護管理者は、<認知症ケアに関するカンファレンスの機会が不足している>、<多職種での検討や情報収集の機会が不足している>、<医師との連携が不足している>といった【認知症ケアの質向上のための多職種連携が不足している】ことを困りごとと捉えていた。また、認知症ケアにおいて家族の力は有用であるが、COVID-19の影響で<面会制限により不安や不穏が増強している>、<面会制

表3 今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
身体拘束の最小化	身体拘束最小化に向けた標準化を図る	身体拘束に頼らない対応方法を学習する
		身体拘束の実施基準や解除基準,倫理的な内容を含んだマニュアルを作成する 倫理的側面を含めた身体拘束カンファレンスの充実と定着を図る
	不必要な身体拘束をしないことから始める	身体拘束の低減に向けて取り組む 身体拘束の解除に向けて計画的にかかわる 身体拘束を外し自由に動ける時間をつくる
身体拘束に頼らない看護を検討し実践する	身体拘束に頼らない看護を検討し実践する	身体拘束ありきではない方法を検討する 医師や多職種との連携, 家族の協力を得て身体拘束をしない状況をつくる
		認知症高齢者の意向や生活背景を考慮した退院支援に早期から取り組む 認知症高齢者本人の意向を確認し, 意思決定支援を行う 認知症高齢者本人の意向や価値観, 人生観をふまえた意思決定支援, 家族への代理意思決定支援を行う
		認知症高齢者に対して一人の人としてかかわる 認知症高齢者のニーズや意向を知り, 意向に沿ったケアを提供する 認知症高齢者への日常生活ケアを大事にかかわる
認知症高齢者の尊厳を大切に した看護を提供する	認知症高齢者の尊厳を大切に した看護を提供する	院内デイケアやレクリエーションなどにより離床と日中の覚醒を促し, 脳の活性化を図る 他職種やボランティアと協働して, 安楽に過ごせる時間をつくる ユマニチュードの技法を導入する
		日常生活リズムを保ち, 穏やかに過ごせる時間を 設ける
		安心して治療を受けながら 過ごせる環境を整える
認知症ケアの実践力向上を 目指したスタッフ教育を行う	スタッフの 倫理的感受性を育む	入院前の生活や馴染みのある物, カレンダー, 家族の写真などで環境を整える 日常のケアや処置を認知症高齢者本人の生活リズムや状態に合わせて行う 認知症高齢者の特徴をふまえて先回りケアを行う
		認知症と認知症高齢者のケアについて理解を深める スタッフの認知症ケアの実践力向上を目指す 高度実践看護師と連携し, 認知症高齢者へのケアを模索し実践する 認知症ケアや倫理の研修会や勉強会への参加を促す モヤモヤやジレンマを言葉にし, 倫理的な問題としてとらえられる場をつくる 当たり前になっている認知症高齢者とのかかわりやケアを見つめ直す機会をもつ スタッフが日々のケアに潜む倫理的問題に気づけるよう役割モデルとなったり, 勉強会等で働きかける 倫理カンファレンスや事例検討を行い, スタッフの倫理的感受性を高める
		カンファレンスや事例検討 を通して認知症高齢者の ケアについて深める
病棟で認知症ケア定着の ための組織風土をつくる	定期的なカンファレンスにより 多職種連携の充実を図る	倫理カンファレンスを充実させ, 個性を重視したケアを行う カンファレンスや事例検討の質の充実を図る 事例検討を通して認知症ケアの内容を検討する 倫理的視点から認知症高齢者へのかかわり方について検討する
		認知症高齢者への対応をチームとして取り組む 認知症高齢者に対応したケアを定着させる 認知症の理解を深め実践をするという組織風土をつくる
		医師や多職種と倫理カンファレンスを行う 定期的実施する多職種カンファレンスの充実と連携を図る 医師との情報交換やカンファレンスを行い協働する 適正な人員配置, 業務改善などを行い認知症ケアができる環境を整える
環境の整えと 組織風土の 醸成	認知症ケアができる 環境の整えを行う	他患者からのクレームやスタッフの心のケアへの対応方法を探る 病院の倫理委員会など組織に働きかける コロナ禍での認知症ケアを模索する

限により認知症悪化の心配がある>といった認知症高齢者の状況や, <面会制限により家族からの情報が不足している>, <面会制限により医療者と家族のかかわりが不足している>ことで<家族に患者の

状態について理解を得ることが難しい>といった医療者と家族とのかかわりの状況から【家族の力を活かしきれない】ことに困難を感じていた. さらに病棟看護管理者は, <認知症ケアを行うためのマンパ

ワーが不足している>、<認知症高齢者の対応にスタッフが疲弊している>、<認知症専門医が不在のため適切な治療・ケアの提供ができない>、<重症患者のケアと認知症のケアを同じ病棟で行うことに限界がある>といった【認知症ケアの体制整備が不十分である】ことを困りごとと捉えていた。

### 3.2.2 今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア

356名のうち回答のあった222名の記載内容を分析した。分析の結果、170のコードから41サブカテゴリ、13カテゴリが作成され、最終的に<身体拘束の最小化>、<尊厳と安心を大事にした看護実践>、<スタッフの育成>、<環境の整えと組織風土の醸成>の4つのコアカテゴリに整理された(表3)。以下、コアカテゴリごとに結果を述べる。

#### (1) 身体拘束の最小化

病棟看護管理者は、<身体拘束に頼らない対応方法を学習する>、<身体拘束の実施基準や解除基準、倫理的な内容を含んだマニュアルを作成する>など【身体拘束最小化に向けた標準化を図る】ことに取り組みたいと考えていた。また、やむを得ず身体拘束を行った場合にも<身体拘束の解除に向けて計画的にかかわる>ことや<身体拘束を外し自由に動ける時間をつくる>など【不必要な身体拘束をしないことから始める】こと、<身体拘束ありきではない方法を検討する>、<医師や多職種との連携、家族の協力を得て身体拘束をしない状況をつくる>といった【身体拘束に頼らない看護を検討し実践する】ことに取り組みたいと考えていた。

#### (2) 尊厳と安心を大事にした看護実践

病棟看護管理者は、<認知症高齢者の意向や生活背景を考慮した退院支援に早期から取り組む>、<認知症高齢者本人の意向を確認し、意思決定支援を行う>といった【認知症高齢者の意向を大切にされた治療・療養の場の選択に関する意思決定支援を行う】ことや、<認知症高齢者に対して一人の人としてかかわる>、<認知症高齢者への日常生活ケアを大事にかかわる>といった【認知症高齢者の尊厳を大切にされた看護を提供する】ことに取り組みたいと考えていた。また、COVID-19の影響で制限されていた<院内デイケアやレクリエーションなどにより離床と日中の覚醒を促し、脳の活性化を図る>、<他職種やボランティアと協働して、安楽に過ごせる時間をつくる>ことで【日常生活リズムを保ち穏やかに過ごせる時間を設ける】ことに取り組みたいと考えていた。さらに、<ユマニチュードの技法を導入する>、<入院前の生活や馴染みのある物、カレンダー、家族の写真などで環境を整える>、<日

常のケアや処置を認知症高齢者本人の生活リズムや状態に合わせて行う>といったことを通して【安心して治療を受けながら過ごせる環境を整える】ことに取り組みたいと考えていた。

#### (3) スタッフの育成

病棟看護管理者は、<認知症と認知症高齢者のケアについて理解を深める>、<高度実践看護師と連携し、認知症高齢者へのケアを模索し実践する>など【認知症高齢者ケアの実践力向上を目指したスタッフ教育を行う】ことに取り組みたいと考えていた。また、<認知症ケアや倫理の研修会や勉強会への参加を促す>ことや<モヤモヤやジレンマを言葉にし、倫理的な問題としてとらえられる場をつくる>、<当たり前になっている認知症高齢者とのかかわりやケアを見つめ直す機会をもつ>ことなどを通して【スタッフの倫理的感受性を育む】こと、<事例検討を通して認知症ケアの内容を検討する>など【カンファレンスや事例検討を通して認知症高齢者のケアについて深める】ことに取り組みたいと考えていた。

#### (4) 環境の整えと組織風土の醸成

病棟看護管理者は、<認知症高齢者への対応をチームで取り組む>、<倫理的視点から認知症高齢者へのかかわり方について検討する>など【病棟で認知症ケア定着のための組織風土をつくる】ことに取り組みたいと考えていた。また、<医師や多職種と倫理カンファレンスを行う>、<医師との情報交換やカンファレンスを行い協働する>など【定期的なカンファレンスにより多職種連携の充実を図る】こと、さらには、<適正な人員配置、業務改善などを行い認知症ケアができる環境を整える>、<病院の倫理委員会など組織に働きかける>など【認知症ケアができる環境の整えを行う】ことについて、病院の組織に向けた発信も含め取り組みたいと考えていた。

## 4. 考察

### 4.1 急性期病院の病棟看護管理者が認識する日常倫理に基づく認知症ケアにおける課題

急性期病院が身体疾患を持つ認知症高齢者の治療を担う地域包括ケアシステムの一機関として機能するうえで、認知症ケア加算の持つ意義は大きい。2016年に新設された認知症ケア加算は、2020年の診療報酬の改定において、質の高い認知症ケアを提供する観点から、評価体系が2段階から3段階に変更<sup>13)</sup>されている。本研究対象の約9割は所属する施設が認知症ケア加算を算定しており、その多くが加算1または加算2であった。加算の算定要件や施設基準には、医師や看護師など専任の職員の配置や病棟職

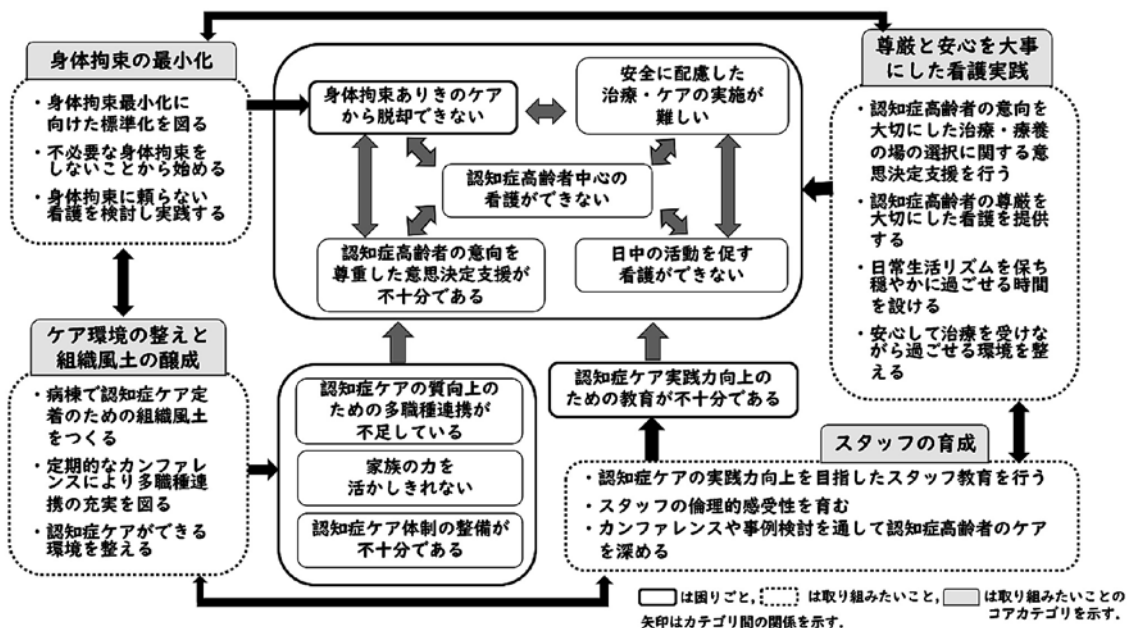


図1 病棟看護管理者が認識する日常倫理に基づく認知症ケアにおける課題

員の認知症ケア研修の受講などが明記されており、今回明らかになった課題の多くは、専任の職員の助言を得ながら認知症ケアを実践できる環境にある病棟管理者が認識している課題と捉えられる。ただし、本研究は認知症ケア加算の評価体系が変更になった翌年に実施した調査であり、特に、新たに設定された加算2の施設での取り組みの状況は多様であると推察される。

本研究では、急性期病院の病棟看護管理者が認識する認知症高齢者への日常倫理に基づく認知症ケアにおける課題について、「認知症ケアにおける困りごと」と「今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア」の2方向から検討した。その結果、病棟看護管理者が認識する「認知症ケアにおける困りごと」と「今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケア」のカテゴリは図1のように関連性が説明できると考えられた。【身体拘束ありきのケアから脱却できない】や【認知症高齢者中心の看護ができない】、【認知症高齢者の意向を尊重した意思決定支援が不十分である】、【日中の活動を促す看護ができない】、【安全に配慮した治療・ケアの実施が難しい】という困りごとは、看護実践そのものについての困りごとであり、それぞれ単独に存在するのではなく、相互に関連しあっていると考えられた。そしてこれらの困りごとは、【認知症ケア実践力向上のための教育が不十分である】ことや【認知症ケアの質向上のための多職種連携が不足している】、【家族の力を活かしきれない】、【認知症ケア体制の整備が不十分で

ある】といった困りごとが影響していると考えられた。一方、今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケアは、《身体拘束の最小化》、《尊厳と安心を大事にした看護実践》、《スタッフの育成》、《ケア環境の整えと組織風土の醸成》であった。病棟看護管理者は《身体拘束の最小化》や《尊厳と安心を大事にした看護実践》の実現を目指し、《スタッフの育成》、《ケア環境の整えと組織風土の醸成》に取り組みたいと考えていた。

身体拘束最小化への取り組みは、認知症高齢者の尊厳と安心の両方を大事にした看護の提供につながる課題であり、多くの病院で優先課題として取り組まれていると思われる。しかし、認知症ケア加算の算定病棟においても認知症のある人の4割は身体拘束がされていたという報告<sup>14)</sup>があるように、認知症ケア加算の導入が身体拘束の低減に直結するわけではない。本調査によって明らかになった【身体拘束ありきのケアから脱却できない】という困りごとは、小山ら<sup>12)</sup>の「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」に重なる内容である。身体拘束最小化への取り組みにおいては、＜一旦拘束すると簡単には解除ができない＞ことや＜身体拘束により患者に苦痛が生じている＞ことから身体拘束がよくないとわかっていても、＜認知症ケアの知識・技術が不足している＞、＜アセスメントが不十分である＞、＜転倒やルート抜去のリスクがある患者の対応に困っている＞、＜暴言、徘徊、不穏などのBPSDの対応が難しい＞など、身体拘束に代わる方法がわ

からないため、身体拘束ありきのケアから脱却できない現状がうかがえる。身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践について明らかにした南崎ら<sup>15)</sup>は、身体拘束最小化において、まず、看護管理者が身体拘束に関するミッションやビジョンを示し、身体拘束最小化に向けたソフト面・ハード面の整備や適正な資源配置や人員配置を検討したうえで、スタッフが患者の立場に立った看護を考えることができるように【身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養】を図るとともに、【身体拘束最小化に伴ってスタッフが抱えるジレンマの対応】、【多職種複数人数で身体拘束の代替案が検討できる機会の設定】を行うこと、さらに、取り組みが奏功した際には【身体拘束解除に対するスタッフへの内発的動機付け】を行い、スタッフが意欲的に取り組めるよう働きかけることの重要性を示している。本研究において、病棟看護管理者は、【認知症ケアの実践力向上を目指したスタッフ教育を行う】ことや【スタッフの倫理的感受性を育む】ことと並行して【身体拘束の最小化に向けた標準化を図る】ことに取り組み、そのうえで【不必要な身体拘束をしないことから始める】ことや【身体拘束に頼らない看護を検討し実践する】取り組みを進めていきたいと考えていた。これらの内容は南崎らの示す内容にほぼ一致するものと考えられ、具体的な中身の充実が課題である。

急性期病院において認知症高齢者の安全を確保するためには、認知症高齢者が落ち着いて穏やかに過ごすことができるように、看護師が責任をもって療養上の世話をを行うことが求められる。本研究において、困りごととして示された【尊厳と安全を保つための看護の不足】に対して、認知症高齢者に一人の人としてかわることや、日常生活ケアを大事にかかわることなど【認知症高齢者の尊厳を大切にされた看護を提供する】ことや、【安心して治療を受けながら過ごせる環境を整える】は、急性期病院に求められている大切な役割であり、重要な取り組みといえる。認知症ケア加算など診療報酬が急性期病院の追い風となり認知症ケアの仕組みや環境などハード面が整えられる契機となったが、認知症ケアでは認知症高齢者にかかわる看護職などの職員の考え方やかわり方といったソフト面が重要になる<sup>17)</sup>。急性期病院の多重業務の中にあっても看護師の都合を優先することなく、日常倫理に基づいた日常生活ケアを業務のなかに組み込み関わることなどがソフト面の充実につながる<sup>18)</sup>と考えられる。

筆者ら<sup>19)</sup>が行った急性期病院の病棟看護管理者を対象とした調査では、認知症ケアの実践能力に「病

院全体での研修会・勉強会の実施」「認知症看護対応力向上研修等の受講人数」「倫理カンファレンスの実施及び頻度」などが関係していた。湯浅<sup>16)</sup>は、実務経験をもつ看護師が認知症看護を学習する際の課題として、倫理的な感性、日常生活援助、看護過程といった認知症看護以前の基本的な看護実践の経験不足をあげている。本研究で示された、高度実践看護師などのリソースと協働して【認知症ケアの実践力向上をめざしたスタッフ教育を行う】ことや、日頃のモヤモヤやジレンマを言語化したり、当たり前になっている認知症高齢者とのかわりやケアを見直したりする場を設定する、倫理カンファレンス等で事例検討を行うなど【スタッフの倫理的感受性を育む】こと、【カンファレンスや事例検討を通して認知症患者のケアについて深める】ことなどの取り組みは、急性期病院において尊厳と安心を大事にした認知症ケアを根拠に基づいて実践することのできるスタッフの育成として有用であると考えられる。

小山ら<sup>20)</sup>は、急性期病院での認知症看護の課題解決のためには、認知症看護実践に関する組織風土の改善が必要であり、認知症ケアの質向上のためには、認知症ケアに対する組織の方針・文化を再確認し、組織風土に働きかけていくとともに、認知症患者にとっての安心・安全を保障する物理的環境の整備も必要であるとしている。本研究において病棟看護管理者は、多職種連携の不足やマンパワーの不足、スタッフの疲弊、他患者への影響への配慮、重症患者のケアと認知症ケアを同じ病棟で行うことの限界など、認知症ケア体制や多職種連携の状況を困りごとと認識していた。そして、その課題解決に向けて【病棟で認知症ケア定着のための組織風土をつくる】、

【定期的なカンファレンスにより多職種連携の充実を図る】、【認知症ケアができる環境の整えを行う】ことに取り組みたいと考えていた。組織風土の醸成には看護管理者のリーダーシップが重要であり、病棟看護管理者が明確なビジョンを持って取り組むことが求められる。組織風土は組織の物理的な環境をメンバーが認知し、評価し、内面的な価値や関心と相互作用しあって、結果として主観的に再構成された世界のことであり、メンバーのモチベーションや満足度に影響する<sup>20,21)</sup>。従って、《ケア環境の整えと組織風土の醸成》は《スタッフの育成》とともに、日常倫理に基づく認知症ケアの質向上に向けた不可欠な取り組み課題であるといえる。

#### 4.2 急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた看護管理実践への示唆

##### 4.2.1 目標管理に基づく看護管理実践

認知症ケア加算は2024年の診療報酬改定における

見直しにより、医療機関において組織的に身体拘束を最小化する体制を整備することが規定された<sup>22)</sup>。つまり、認知症ケアの質向上には、病院内の多職種が一丸となって取り組む必要性のあることを示している。本研究の結果、病棟看護管理者が認識している認知症ケアにおける課題には、一病棟の努力だけでは解決の難しいものが含まれていた。急性期病院の病棟看護管理者が認識している自部署の認知症看護の実践能力は、認知症ケアに関する目標管理の有無と関係していた<sup>19)</sup>。目標管理とは、部署のスタッフ1人ひとりが自己の目標を達成することで組織の目標が達成できるしくみ<sup>23)</sup>である。看護部の目標に連鎖して病棟看護管理者が認知症ケアに関する目標をあげて看護管理実践を行うことが、スタッフの認知症ケアの実践力向上、病棟全体の認知症ケアの質向上につながると考えられる。

#### 4.2.2 急性期病院における認知症ケアの意味の浸透

急性期病院にあっても認知症のある人への安全を確保するためには、認知症高齢者が落ち着いて穏やかに過ごすことができるように、看護師が責任をもって療養上の世話を行うことが重要である。長妻<sup>24)</sup>は、繁忙な環境で時間に追われるなかで、日常生活援助が日常的な業務の中でルーチン的に繰り返されている現状があることに対して、高齢者の思いや日常を知り看護に反映させるなど日常倫理への配慮が必要であることを指摘している。また、治療が優先される急性期病院においては、治療的ケアに焦点が置かれて認知症ケアの優先度が低くなる<sup>12)</sup>こと、個々の看護師が急性期病院における認知症看護の責務を認識しなければ、認知症ケアに対する優先度を上げにくく、困難感につながる<sup>8)</sup>ことが指摘されている。日常倫理に目を向けて、急性期病院における認知症ケアの意味に気づくことが、煩雑な業務の中でも認知症ケアの優先度を下げることなく、認知症高齢者に関わることに繋がると考えられる。そしてこのような関わりは、認知症高齢者にとっても尊厳が守られ、安心して治療を受け、機能を低下させることなく速やかに住み慣れた環境に戻ることに繋がると推察される。

#### 4.2.3 認知症ケア体験の言語化と共有の促進

認知症ケア加算の導入によって、急性期病院の看護師に認知症ケアの基礎知識が浸透しつつあり、カンファレンスや看護計画書の作成が行われるようになった<sup>13)</sup>。しかし一方で、「認知症ケアに自信がな

いスタッフが多い」「認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い」などが報告<sup>12)</sup>されている。竹内と吉本<sup>18)</sup>は、急性期病院におけるケアの質向上には困難感を感じた時のカンファレンスを実施できる環境や認知症看護に関する院外研修への参加促進、認知症高齢者とかかわる経験の促進などの重要性について述べている。湯浅<sup>10)</sup>は、研修（講義）で得られるのは知識であり、知識だけではなかなか行動には至らないこと、組織のなかで認知症看護を推進する仕組みの必要性を指摘している。カンファレンスや事例検討会等でケアの成果の言語化・成功体験の共有と蓄積を組織全体で取り組むことはスタッフのモチベーションとチームの認知症ケアの自信につながる<sup>12)</sup>。病棟看護管理者は多職種での倫理カンファレンスや事例検討会等を定期的に設定し、参加者の誰もが心理的安全性が保証された環境の中で発言ができる場づくりをしていくことが、ケア環境の整えと組織風土の醸成につながると考える。

## 5. 結論

急性期病院の病棟看護管理者が認識している認知症高齢者への日常倫理に基づく看護実践の課題として、認知症ケアにおける困りごとと、今後取り組みたい日常倫理に基づく認知症ケアは、それぞれ4コアカテゴリが作成された。病棟看護管理者は、急性期病院における認知症ケアの困りごととして、〈難しい身体拘束の最小化〉、〈尊厳と安全を保つための看護の不足〉といった看護実践の現状と、看護実践に影響する〈進まないスタッフの育成〉、〈不十分な認知症ケアの体制〉を捉えていた。そして、日常倫理に基づく認知症ケアとして、〈身体拘束の最小化〉、〈尊厳と安心を大事にした看護実践〉の実現を目指し、〈スタッフの育成〉、〈ケア環境の整えと組織風土の醸成〉に取り組むたいと考えていた。

## 6. 本研究の限界と課題

本研究は、2021年にCOVID-19の流行により医療現場に多大な制約がある中で実施した調査結果によるものであり、得られたデータにも影響があると考えられる。本研究で得られた示唆を参考に、日常倫理に基づいた認知症ケアが急性期病院に定着するための看護管理実践について、現場の病棟看護管理者が直面している課題の解決に向けたアクションリサーチを行い検討していくことが今後の課題である。

## 倫理的配慮

本研究は、対象者が研究同意確認欄にチェックすることで同意を得たこととした。なお、本研究の計画および実施については、川崎医療福祉大学倫理委員会による承認を得た（承認番号：21-049）。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました看護部長ならびに回答いただきました病棟看護管理者の方々に、深謝申し上げます。本研究の一部は、15th INC & 28th EAFONS および第37回日本看護研究学会中国四国地方会学術集会において発表しました。

本研究は、JSPS 科研費20K10704の助成を受け実施した。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

- 1) 公益社団法人日本看護協会広報部：「急性期看護実態調査」結果。  
[https://www.nurse.or.jp/home/assets/about/newsrelease/20230531\\_n101.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.nurse.or.jp/home/assets/about/newsrelease/20230531_n101.pdf?utm_source=chatgpt.com), 2023.  
(2025.8.14確認)
- 2) 日本老年看護学会：「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016。  
<https://www.rounenkango.com/news/pdf/%E8%80%81%E5%B9%B4%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E7%AB%8B%E5%A0%B4%E8%A1%A8%E6%98%8E%EF%BC%88%E5%85%A8%E6%96%87%EF%BC%89%E5%85%AC%E9%96%8B%E7%94%A8160820.pdf>, 2016. (2025.8.14確認)
- 3) 深堀浩樹, 森山祐美, 石川容子, 酒井郁子：認知症ケア加算の影響と今後の展望・1—認定看護師, 専門看護師を対象とした Web 調査と結果から—。看護管理, 28(2), 109-113, 2018.
- 4) 北川公子, 酒井郁子：認知症ケア加算の影響と今後の展望・2—認知症ケア加算2算定届出病院における認知症看護研修の効果と課題—。看護管理, 28(2), 114-119, 2018.
- 5) 湯浅美千代：急性期病院における認知症を持つ患者への対応と管理者の役割。看護展望, 39(6), 524-529, 2014.
- 6) 公益社団法人日本看護協会：病院看護管理者のマネジメントラダー 日本看護協会版。  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nm\\_managementladder.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf), 2019. (2025.8.14確認)
- 7) 川村晴美, 鈴木英子, 田辺幸子, 中澤沙織：急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感尺度の開発。日本看護科学会誌, 40, 312-321, 2020.
- 8) 田端真, 小松美砂：急性期病院における認知症高齢者への看護に対する困難感に関連する要因。日本健康学会誌, 88(6), 210-220, 2022.
- 9) 鈴木みずえ, 吉村浩美, 宗像倫子, 鈴木美恵子, 須永訓子, 勝原裕美子, 桑原弓枝, 水野木裕, 長田久雄：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.
- 10) 鈴木みずえ, 吉村浩美, 御室総一郎, 澤木圭介, 内藤智義, 稲垣圭吾, 金盛琢也, 松下君代, 佐々木菜名代, …酒井郁子：急性期病院の看護師に対する認知症看護実践能力育成プログラムの有効性。日本老年医学会誌, 59, 67-78, 2022.
- 11) 酒井郁子：認知症ケアの現状—加算算定に伴う体制整備の効果と課題—。看護, 71(3), 66-69, 2019.
- 12) 小山尚美, 渡邊裕子, 流石ゆり子：急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの現状と課題—中堅看護師・中間看護管理者を対象とした質問紙調査より—。山梨県立大学看護学部・看護学研究ジャーナル, 17(1), 15-21, 2021.
- 13) 酒井郁子：認知症ケア加算による身体拘束低減への影響。鈴木みずえ, 黒川美知代編, 認知症 plus 身体拘束予防—ケアを見つめ直し, 抑制に頼らない看護の実現へ—, 日本看護協会出版会, 東京, 26-30, 2020.
- 14) 中西三春：一般病院における認知症ケア—日本全国の横断調査—。老年看護学, 23(2), 44-48, 2019.
- 15) 南崎真綾, 土肥真奈, 叶谷由佳：身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践。日本看護研究学会雑誌, 45(5), 905-914, 2022.
- 16) 湯浅美千代：急性期病院における認知症看護に関わる看護の課題。老年看護学, 22(1), 10-13, 2017.
- 17) 立原怜：急性期病院で認知症高齢者と関わる看護職を支える—急性期病院の認知症看護は本当の意味で変わったの

- だろーかー. 老年看護学, 27(2), 20-22, 2023.
- 18) 竹内千夏, 吉本知恵: 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 45(4), 783-797, 2022.
- 19) 小藪智子, 松田美鈴, 上野瑞子, 井上かおり, 北野久美子, 實金栄, 竹田恵子: 急性期病院の病棟看護管理者が認識する認知症高齢者に対する看護実践に関連する要因. 日本看護倫理学会誌, 印刷中.
- 20) 小山尚美, 會田信子, 渡邊裕子, 流石ゆり子, 下里誠二, 杉山暢宏: 急性期医療を担う病院における認知症看護実践に関する組織風土尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 44, 753-762, 2024.
- 21) 稲田久美子: 看護組織における組織文化の概念分析. 日本看護科学会誌, 26(2), 23-30, 2006.
- 22) 厚生労働省保健局医療課: 令和6年度診療報酬改定の概要—重点分野Ⅱ (認知症, 精神医療, 難病患者に対する医療)—. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238907.pdf>, 2024. (2025.8.28確認)
- 23) 原玲子: 看護師長・主任のための成果のみえる病棟目標の立て方 第2版—現状分析からスタッフの計画立案支援まで—. 日本看護協会出版会, 東京, 2016.
- 24) 長妻純子: 患者中心の看護の実現—日常倫理に基づく看護の定借を目指して—. 松戸市立総合医療センター医学雑誌, 33, 10-30, 2023.

(2025年11月13日受理)

## Challenges Perceived by Ward Nurse Managers at Acute Care Hospitals Regarding Dementia Care Based on Everyday Ethics

Keiko TAKEDA, Kaori INOUE, Tomoko KOYABU, Misuzu MATSUDA,  
Kumiko KITANO, Mizuko UENO and Sakae MIKANE

(Accepted Nov. 13, 2025)

**Key words** : acute care hospitals, dementia care, everyday ethics, nursing management

### Abstract

This study identified challenges perceived by ward nurse managers at acute care hospitals regarding nursing practice based on everyday ethics for older people with dementia. These challenges emerged from both problems associated with dementia care and on challenges in providing such care based on everyday ethics. A questionnaire survey was conducted among ward nurse managers at acute care hospitals with 200 beds or more. Qualitative inductive analysis of free descriptive responses from 356 participants yielded four core categories. The ward nurses identified the following challenges in dementia care within acute care hospitals: current nursing practice issues such as “Minimizing Difficult Physical Restraints” and “Insufficient Nursing Care to Maintain Dignity and Safety of Patients”; and factors affecting nursing practice such as “Lack of Staff Development” and “Inadequate Dementia Care Systems”. Furthermore, they expressed a desire to address “staff training” and “improving the care environment and fostering a positive organizational culture” with the aim of “minimizing physical restraints” and promoting “nursing practices that value dignity and peace of mind” as part of dementia care based on everyday ethics.

Correspondence to : Keiko TAKEDA

Department of Nursing  
Faculty of Nursing  
Kawasaki University of Medical Welfare  
288 Matsushima, Kurashiki, 701-0193, Japan  
E-mail : [takeda@mw.kawasaki-m.ac.jp](mailto:takeda@mw.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.35, No.2, 2026 339–349)