

[報告]

## ストレングスの視点を用いた認知症高齢者のアセスメント方法の改善 —病棟看護師との協働による取り組みから—

榮口咲<sup>1)</sup> 大湾明美<sup>2)</sup> 佐久川政吉<sup>3)</sup>

抄 録

<目的> 認知症高齢者の総合的なアセスメントに向けて、病棟看護師の認知症高齢者の捉え方とアセスメントの現状と課題を明らかにし、ストレングスの視点を用いたアセスメント方法を改善することである。

<方法> 参加型アクションリサーチである。研究参加者はB病院の看護師4名で、アセスメントの現状、認知症高齢者の捉え方、アセスメントの課題とその改善方法について4回の検討会を開催した。データは、検討会の討議内容の逐語録及び検討会の討議資料である。データ分析は、認知症高齢者の入院時の情報収集からアセスメントの現状を整理した上で、認知症高齢者の捉え方、アセスメントの課題について質的帰納的に行った。

<結果> 1. 認知症高齢者の捉え方は、【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】と【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】であった。2. アセスメントの課題は、【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】、【ストレングスの視点を取り入れていない】、【情報収集の方法に一貫性が保てない】、【アセスメントツール全体を把握できていない】、【専門職間で情報の共有が不十分である】、【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】の7つが抽出された。

<結論> 研究参加者は、ストレングスの視点について学び、協働でアセスメントの課題を導いていた。病棟看護師との協働による取り組みは、現状の課題を共有し、「今あるところ」から「あるべき姿」に向けて共に考えることで課題解決につながる。

キーワード：ストレングスの視点、認知症高齢者、総合的なアセスメント、協働

### I. はじめに

#### 1. 研究背景

我が国の高齢者ケアでは、介護保険制度施行に伴いケアプランにおいてアセスメントの重要性が高まり、ストレングスの視点を用いた総合的なアセスメントを行うことで、ケア計画や実施に肯定的な効果が得られることが明らかになっている(白澤, 2006; 北村, 2012)。また、佐久川, 大湾, 宮城(2010)は、ストレングスの概念をウィークネス(弱み)との比較で整理し、「ストレングスを高齢者ケアの実践に活かすためには、個人と環境の構成要素について、丁寧にアセスメントを行い、ストレングスを導くことが必要である。」と述べている。

認知症高齢者においては、周辺症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD; 認知症の行動・心理症状、以下BPSDと略)はその症状の中に、身体的側面だけではなく、性格や心理状態などの精神的側面、環境や文化などの社会的側面からの要因が含まれており、それらを総合的にアセスメントすることが重要であることが指摘(高山, 2014)されている。

また、沖田(2005)は「本人が認知症と折り合いをつけた生活を送れるように、できないところだけではなく、できることや

ストレングスに焦点を当てたアセスメント」の重要性を述べている。

しかし、実際の認知症ケアの現場では、BPSDなどの症状について、その背景となるアセスメントが十分になされないままケアが行われ、繰り返しBPSDの症状を出現させ、その対応に困難感を抱いている看護師が多くいることが報告(千田, 水野, 2014)されている。さらに、認知症高齢者が本来もっている能力(ストレングス)の発揮を妨げる要因の一つとして、ケア提供者がストレングスの視点を持ち合わせていないことが指摘(湯浅, 野口, 桑田, 鈴木, 2003)されている。

ところで、私の過去の看護実践を振り返ると、大学卒業後の急性期病院での臨床経験では、認知症高齢者が入院してくると、「介護の手のかかる人」として捉えていた。認知症高齢者は不穏になり、入院の必要性について説明をしても理解が得られず落ち着かないため、安全のために抑制し、それでも対処できない場合には薬の投与で対応をしていた。しかし、認知症高齢者の症状は落ち着くことはなく病棟看護師の手を煩わせていた。

大学院で、ストレングスの視点を用いた認知症高齢者の捉え方について学ぶ中で、私はこれまで認知症高齢者を病気の部分でしか捉えていなかったことに気づいた。

そこで、施設における実習ではA認知症治療病棟(以下、病棟と略)において、認知症高齢者を受け持ち、ストレングスの視点を用いた総合的なアセスメントを試みた。

病棟の看護記録からは、認知症による記憶障害、実行機

1) 社会医療法人仁愛会浦添総合病院

2) 沖縄県立看護大学

3) 名桜大学

能障害などの中核症状やBPSDなど身体的側面に関するアセスメントは読み取れるが、本人の心情、性格、価値観等の精神的側面、家族構成、住居環境、経済状況等の社会的側面のアセスメントは捉えられなかった。また、できていない部分や問題となっていること(ウィークネス)に関する記録はあるが、その人のできている部分、好みなどのストレングスの記録はほとんど見当たらなかった。そのため、ストレングスの視点でのアセスメントになっていないことが課題であると考えた。

以上のことから、本研究では認知症高齢者の総合的なアセスメントに向けて、病棟看護師の認知症高齢者の捉え方とアセスメントの現状と課題を明らかにし、ストレングスの視点を用いたアセスメント方法を改善することを目的とした。

## 2. 用語の操作的定義

- 1) 「ストレングス」: 高齢者個人が培ってきた知恵と力による身体・精神・社会機能の成熟現象のことで、個人を取り巻く物的・人的環境としての社会資源を含む。
- 2) 「総合的なアセスメント」: 対象を社会生活上の全体的な観点から捉えるために、身体的側面、精神的側面、社会的側面でのアセスメントすることである。アセスメント項目は、英国式アセスメントシートをもとに白澤(1992)が分類した7つの次元を用いた。7つの次元とは、①ADLの状況、②身体的健康状態、③精神的健康状態、④社会関係、⑤住環境、⑥経済状況、⑦ケア提供者の状況であり、これらの項目が取り込まれたアセスメントのことである。

## II. 方法

### 1. 研究参加者

#### 1) 選定方法

研究参加者の候補者は、B病院の看護部長、病棟師長、病棟主任、および病棟看護師の計6名とした。選定方法は、看護部長及び病棟師長に相談し同意を得た後、病棟看護師全員の4名に参加を呼びかけた。病棟看護師4名中、研修予定者で継続参加ができない1名を除き3名に、研究者が研究の趣旨等を口頭および文書で説明し同意を得た。したがって、研究参加者は看護部長、病棟師長、病棟看護師3名の計5名となった。

#### 2) 研究参加者の概要

研究参加者は5名で、男性1名、女性4名であった。年齢は $51.8 \pm 3.2$ 歳、看護師経験年数は $24.4 \pm 12.8$ 年、病棟経験年数は $2.0 \pm 2.4$ 年であった。

第1回協働アセスメント検討会(以下、検討会と略)の終了後に、1名から辞退の申し出があり最終的に計4名となった。なお、途中辞退者の中絶までのデータ使用については、本人に了解を得た。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究プロセス

本研究は、参加型アクションリサーチである。研究プ

ロセスは4段階であり、第1段階は、ストレングスの概念理解によるアセスメント改善の必要性の確認、第2段階は、現状のアセスメントの課題の抽出と整理、第3段階は、アセスメント方法の検討、第4段階は、ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の提案である。始めに、研究者が研究参加者に対してストレングス勉強会を行い、その後、3回の協働アセスメント検討会を開催した。研究者は、毎回検討会に向けて、研究者と研究参加者に課題を提示し、必要資料などを準備して次回の討議に臨んだ。

#### 2) データ収集

データは、勉強会終了直後の討議内容と第1回から第3回検討会の討議内容および討議資料である。60分の勉強会終了後、討議を30分行った。検討会は1回90分行われ、その討議内容は、研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録にした。検討会で使用した討議資料は、ポートフォリオにした。

研究者と研究参加者は、討議に用いられた資料を共有するとともに、討議内容はすべてICレコーダーで録音し、逐語録にした。勉強会終了直後の討議内容は、「病棟において認知症高齢者をどのように捉えているのか」、「病棟における認知症高齢者のアセスメントツールについて、いつ、誰が、何を、どのように使用しているのか」についてであった。

第1回検討会では、「病棟における認知症高齢者のアセスメントの課題は何か」、「病棟におけるアセスメントと、研究者のアセスメントの共通点と相違点は何か」について討議した。討議資料として、同一事例における病棟のアセスメント内容の資料と、研究者のアセスメント内容の資料を用いた。

第2回検討会では、課題として提示した同一事例について「研究者と病棟の事例の捉え方の違いは何か」、「病棟における現状のアセスメントで改善すべき点は何か」について討議した。討議資料として、勉強会終了直後の検討会で討議した内容をもとに、認知症高齢者の捉え方を整理した資料、第1回検討会で討議した内容からアセスメントの課題を整理した資料、病棟におけるアセスメントの流れの資料を用いた。また、研究者、研究参加者それぞれの提示事例のアセスメント資料を提示した。

第3回検討会では、「認知症高齢者をストレングスの視点を用いてアセスメントするために、現状のアセスメントをどのように改善したら良いか」について討議した。討議資料として、第2回検討会で討議した内容をもとに、研究者と研究参加者の事例の捉え方の共通点と相違点の資料、事例の捉え方の相違点について整理した資料を用いた。

研究者は、共同研究者と事前に協議し検討会を開催した。また、研究参加者とは、討議に用いられた資料を共有するとともに、討議内容はすべてICレコーダーで録音し、逐語録にした。逐語録にした討議内容は、研究者が病棟に出向き、研究参加者に提示し加筆修正を依頼した。

#### 3) データ分析

データ分析は、討議内容と討議資料及び逐語録から、

アセスメントの現状、アセスメントの課題、アセスメント方法の改善案の枠組みで整理した。アセスメントの現状については、情報収集からアセスメントの流れの整理を研究参加者と行った。また、認知症高齢者の捉え方を質的帰納的に整理し、対象の捉え方の相違の事例検討を行った。アセスメントの課題については、質的帰納的に整理した。その後、病棟におけるアセスメントの課題に照らしながらストレングスの視点をういたアセスメント方法の改善案を作成した。また、分析の全プロセスで、討議資料は研究指導教員と研究補助教員へ随時提示し、助言を得た。

(1) アセスメントの現状

i. 情報収集からアセスメントの現状の整理

情報収集からアセスメントまでの現状の整理は、討議に用いた資料と逐語録からアセスメントに関する内容、および病棟で使用しているアセスメントツールを実際に確認し整理した。

ii. 認知症高齢者の捉え方

認知症高齢者の捉え方は、討議資料をもとに討議された逐語録から、認知症高齢者の捉え方に関する内容を原文のまま取り出し、キーセンテンス化し類似したものを集めてカテゴリー化した。

iii. 対象の捉え方の相違

研究者と研究参加者が同一事例についてアセスメントした内容から共通点と相違点を抽出し、合意点に至るプロセスを図式化した。

(2) アセスメントの課題

アセスメントの課題は、討議資料をもとに討議された逐語録から、アセスメントの課題に関する内容原文のまま取り出し、キーセンテンス化し類似したものを集めてカテゴリー化した。

(3) ストレングスの視点をういたアセスメント方法の改善案の作成

対象の捉え方の相違の事例検討を踏まえ、病棟におけるアセスメントの課題に照らしながら、ストレングスの視点をういたアセスメント方法の改善案を作成した。

なお、文中では、キーセンテンスを“ ”、サブカテゴリーを《 》、カテゴリーを【 】で記述した。

3. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究の目的・内容を口頭及び文書で説明した。その際、研究の参加は自由意志であり、同意を得た後もいつでも断ることは可能であること、疑問や要望があれば速やかに応じること、プライバシーを守り、得られた情報は研究目的以外には使用しないことを説明した。また、研究の協力を得る際には、事前に日程調整等を十分に行い、業務に支障がないように配慮した。

本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 15007)。

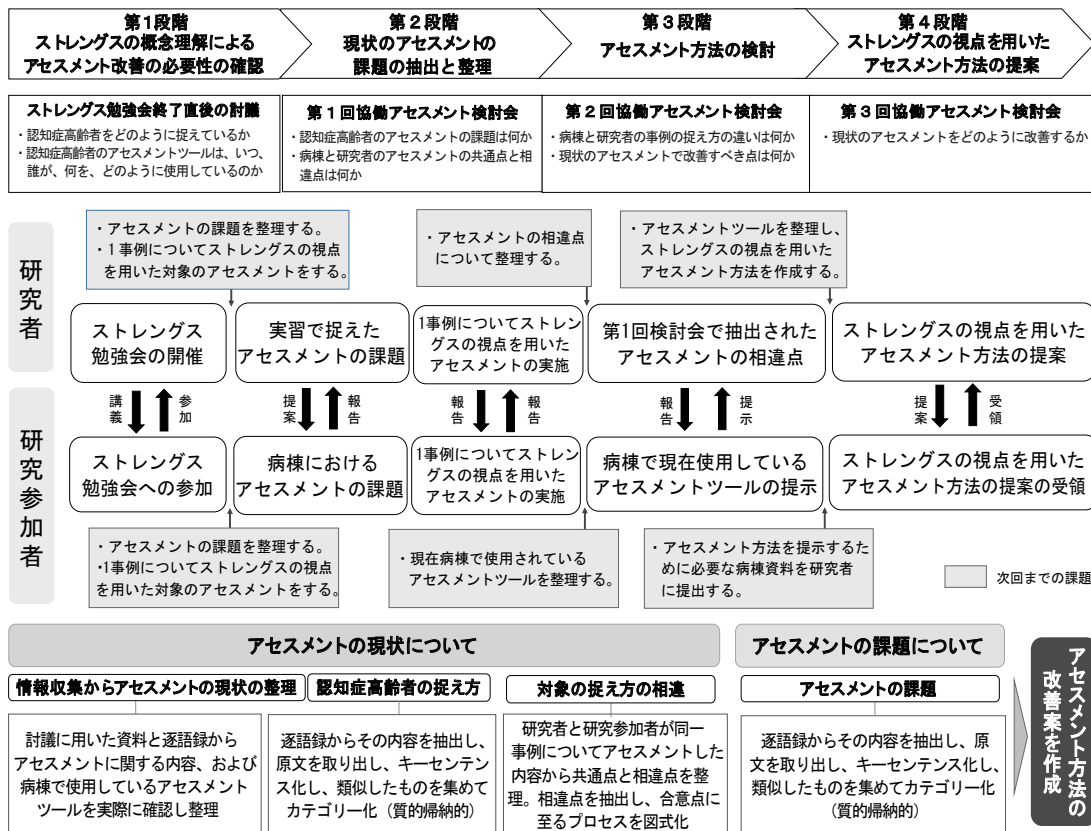


図1 研究方法



### Ⅲ. 結果

#### 1. 認知症高齢者の捉え方

病棟における認知症高齢者の捉え方には、【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】と【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】の2つが抽出された(表1)。

##### 1) 【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】

“これまでできていたことができなくなって困惑している”、“やりたくてもできない、やろうと思っても思うようにいかないということでジレンマを生じている”などの《これまでできていたことができなくなった人》、“せん妄、夜間不穏など問題行動がある”、“症状が悪化すると入院が必要である”などの《問題行動があり支援が必要な人》と、病状や状態など認知症高齢者の弱い部分に着目した捉え方をしていた。

##### 2) 【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】

“入院することにより見当識障害が強くなり落ち着かなくなる”、“本人がどのようにしたいのかを聞いて対応すると本人らしさが出て落ち着く”などの《環境変化の影響を受けやすい人》、“症状はケア提供者の捉え方によって異なる”、“他者(施設職員)の情報を鵜呑みにしてはいけない”などの《関わる人によって捉え方が異なる人》と、認知症高齢者の弱い部分より、ケア提供者の対象の捉え方や対応によって変化すると捉えていた。

#### 2. 事例検討による対象の捉え方の相違

##### 事例紹介

M氏：60代後半 女性 娘と二人暮らし

生活歴として、幼い頃に大病をした後遺症で知的に遅れが生じ、文字の読み書きがうまくできないが、中学校まではなんとか卒業した。中学校卒業後は仕事をし、20代後半頃、結婚し、娘を出産した。しかし、娘が3歳の頃に夫は病死した。その後は清掃員としての仕事を続けながら、女手一つで娘を育ててきた。50代後半から糖尿病と診断され、インスリン治

療を行っている。60代頃から前頭側頭型認知症の疑いを指摘された。今回は、恋愛妄想や物盗られ妄想、徘徊などの症状が悪化し、娘の希望で入院となった。

研究者と研究参加者が同一事例について、アセスメントをした内容について、事例の捉え方の共通点と相違点を整理した(表2)。

##### 1) 身体的側面の捉え方

研究者は「認知症であるが、ADLはほぼ自立している。料理に関しては、火の消し忘れがあったことから娘が行っているが、調理を行う機能は保たれている。また、糖尿病であるためインシュリン注射が必要であることを理解しており、見守りの下で実施できる。」と捉えていた。一方、研究参加者は、「ADLは全般に自立しており、認知症であるが見当識障害も激しくはない。調理は誰かの指示があれば実施できる。糖尿病である自覚はあり、インシュリン注射は見守りの環境で実施できるが、注射を打つ際の準備、段取りはできないので援助が必要である。」と捉えていた。

##### 2) 精神的側面の捉え方

研究者は、「知的に遅れがありながらも、娘が3歳の頃に夫が亡くなってからは娘と二人で助け合って生きてきた精神力の強い人である。糖尿病については、甘いものが好きであるが、食事制限が必要であることは理解している。入院中、大声を出している患者に声をかける姿もあり、人を気遣うことができる人である。」と捉えていた。一方、研究参加者は、「若い時期に夫と死別し、女手一つで娘を育ててきたが、知的に遅れがあり苦境に対する感じ方が鈍感である。また、健康でありたいという気持ちはあるものの、病気であることの理解が弱く、食事制限などについての理解もない。性格は外向的で、面倒見がよい。」と捉えていた。

##### 3) 社会的側面の捉え方

研究者は「姉妹の協力を得ながら娘と二人暮らしをして

表1 認知症高齢者の捉え方

| No | キーセンテンス  | サブカテゴリー              | カテゴリー                     |
|----|--|----------------------|---------------------------|
| 1  | これまでできていたことができなくなって困惑している (IDC)                    |                      |                           |
| 2  | やりたくてもできない、やろうと思っても思うようにいかないということでジレンマを生じている (IDC) | これまでできていたことができなくなった人 |                           |
| 3  | 自分の気持ちを表現することが難しい (IDA)                            |                      | 【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】 |
| 4  | せん妄、夜間不穏など問題行動がある (IDD)                            |                      |                           |
| 5  | 症状が悪化すると入院が必要である (IDB)                             | 問題行動があり支援が必要な人       |                           |
| 6  | 記憶障害や見当識障害があって、不安な状態で過ごしている (IDB)                  |                      |                           |
| 7  | 入院することにより見当識障害が強くなり落ち着かなくなる (IDA)                  |                      |                           |
| 8  | 本人がどのようにしたいのかを聞いて対応すると本人らしさが出て落ち着く (IDB)           | 環境の影響を受けやすい人         |                           |
| 9  | 環境変化の影響によって問題行動の出方が違う (IDE)                        |                      | 【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】  |
| 10 | 症状はケア提供者の捉え方によって異なる (IDD)                          |                      |                           |
| 11 | 他者(施設)の情報を鵜呑みにしてはいけない (IDE)                        | 関わる人によって捉え方が異なる人     |                           |

いる。娘や妹、姉は現在の介護に対し介護疲れを訴えつつもこれからも協力できることはやりたいという思いを持っている。職員・患者仲間・デイサービス仲間とのコミュニケーションができ、関係性を築いていける能力が残されており社会生活を保つことができる」と捉えていた。一方、研究参加者は、「娘と二人暮らしをしており、娘以外にも糖尿病の悪化を心配し協力してくれる妹や姉がいるが、これ以上の介護を期待することはできない。入院前には気に入って通っているデイサービスがあり、入院中である現在は他患者や、職員へ自ら話しかける姿が見られる」と捉えていた。

### 3. 病棟におけるアセスメントの課題

病棟におけるアセスメントの課題は、【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】、【ストレングスの視点を取り入れていない】、【情報収集の方法に一貫性が保てない】、【アセスメントツール全体を把握できていない】、【専門職間で情報の共有が不十分である】、【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】、【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】の7つが抽出された(表3)。

#### 1) 【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】

“認知症高齢者本人からの情報収集は今日言ったことと、次聞いた時とは違うことがあり、難しいと感じる”などの「認知症高齢者本人からの情報が活かされていない」、  
“入院時にとれなかった情報については、担当看護師が行っているが、いつまでにするという決まりはない”などの「入院後の本人からの情報を収集する取り決めがない」があった。

#### 2) 【ストレングスの視点を取り入れていない】

“情報をとるときにできていないことを取りがちだった”などの「ストレングスを意識して情報収集していない」、

“情報収集はしたけれども、その人の強みを見いだしているのか、それを共通理解しているのかは疑問である。看護師それぞれが感じたりしているのかもしれない”などの「個々でストレングスを把握しても共有していない」があった。

#### 3) 【情報収集の方法に一貫性が保てない】

“ゴードンの機能的健康パターン(以下、ゴードンツールと略)の情報の見方が人によって異なる”などの「ゴードンツールの使い方に個人差がある」、  
“人によって情報収集の時に見る箇所が異なり得られる情報も異なっている”などの「情報収集の際にカルテの開き方が看護師間で異なる」、  
“職種によって電子カルテの(閲覧)の権限が違うので得られる情報に差がある”などの「職種によってカルテから得られる情報に差がある」があった。

#### 4) 【アセスメントツール全体を把握できていない】

“患者さんを把握するのにカルテの情報を最優先で見ると項目がどれなのかがわかりづらい”などの「多様なアセスメントツールの中で優先項目がわかりづらい」、  
“性格という項目がゴードンツールにはないが、病前性格という項目が精神保健福祉士(Psychiatric Social Worker: PSW、以下 PSW と略)のツールにあるとは知らなかった”などの「アセスメントツールの項目を熟知していない」があった。

#### 5) 【専門職間で情報の共有が不十分である】

“ゴードンツールの情報を医師は見えていない”などの「看護師が得た情報は専門職間で共有されていない」、  
“看護計画立案や計画の評価・修正の際、介護職と一緒に行わないため介護職の情報を取り入れていない”などの「介護職の情報は共有されていない」があった。

表2 認知症高齢者の捉え方の相違

|       | 研究者   | 研究参加者  |
|-------|---|--|
| 身体的側面 | 認知症であるが、ADL はほぼ自立している。料理に関しては、火の消し忘れがあったことから娘が行っているが、調理を行う身体機能は保たれている。<br>また、糖尿病であるためインシュリン注射が必要であることを理解しており、 <u>見守りの下で実施できる。</u>                         | ADL は全般に自立しており、認知症であるが見当識障害も激しくはない。調理は誰かの指示があれば実施できる。<br>糖尿病である自覚はあり、インシュリン注射は見守りの環境で実施できるが、注射を打つ際の <u>準備、段取りは出来ない</u> ので援助が必要である。 |
| 精神的側面 | 知的に遅れがありながらも、娘が3歳の頃に夫が亡くなってからは娘と二人で助け合って生きてきた <u>精神力が強い人</u> である。糖尿病については、甘い物が好きであるが、食事制限が必要であること理解している。<br>入院中、大声を出している患者に声をかける姿もあり、人を氣遣うことができる。         | 若い時期に夫と死別し、女手一つで娘を育ててきたが、 <u>知的に遅れがあり苦境に対する感じ方が鈍感である。</u><br>また、健康でありたいという気持ちはあるものの、病気であることの理解が弱く、食事制限などについての理解もない。性格は外向的で面倒見がよい。  |
| 社会的側面 | 姉妹の協力を得ながら娘との二人暮らしをしている。娘や、姉妹は現在の介護に対し介護疲れを訴えつつも <u>これからも協力できることはやりたいという思いを持っている。</u><br>職員・患者仲間・デイサービス仲間とのコミュニケーションができ、関係性を築いていける能力が残されており社会生活を保つことができる。 | 娘と二人暮らしをしており、娘以外にも糖尿病の悪化を心配し協力してくれる姉妹がいるが、 <u>これ以上の介護を期待することはできない。</u><br>入院前には気に入って通っているデイサービスがあり、入院中である現在は他患者や、職員へ自ら話しかける姿が見られる。 |

表3 アセスメントの課題

| No | キーセンテンス   | サブカテゴリー                             | カテゴリー                      |
|----|---|-------------------------------------|----------------------------|
| 1  | 認知症高齢者本人からの情報収集は今日言ったことと、次聞いた時とは違うことがあり、難しいと感じる (IDA)                           | 認知症高齢者本人からの情報が活かされていない              | 【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】     |
| 2  | 入院時の情報収集の際は本人は同席させず家族から情報収集をおこなっている (IDB)                                       |                                     |                            |
| 3  | 入院時にとれなかった情報 (本人からの情報収集) については、担当看護師が行なっているが、いつまでにやるという決まりはない (IDD)             | 入院後の本人からの情報を収集する取り決めがない             |                            |
| 4  | 出勤してきた時に、担当の患者の情報を全部開けて、情報が取られているかどうかを随時見て、ケアの中で本人から情報を得て入力する (IDC)             | ストレングスを意識して情報収集をしていない               | 【ストレングスの視点を取り入れていない】       |
| 5  | ゴードンツールで情報収集をしてあと、この人の強みは何かという視点でまとめていない (IDA)                                  |                                     |                            |
| 6  | 情報をとるときにできていないことを取りがちだった (IDC)  | 個々でストレングスを把握しても共有していない              |                            |
| 7  | 情報収集はしたけれども、その人の強みを見いだしているのか、それを共通理解しているのかは疑問である。 (IDA)                         | ゴードンツールの使い方に個人差がある                  | 【情報収集の方法に一貫性が保てない】         |
| 8  | 患者さんの強みを捉え、チームメンバーに広げて活かしていこうというのがない (IDD)                                      |                                     |                            |
| 9  | ゴードンツールの情報の見方が人によって異なる (IDC)  | ゴードンツールの使い方に個人差がある                  |                            |
| 10 | 入職時にゴードンツールの使い方の研修はなく、看護師もいろんな病院からの集まりであり、それぞれが前の病院のやり方、考え方でやっているという現状である (IDD) |                                     |                            |
| 11 | 人によって情報収集の時に見る箇所が異なり得られる情報も異なっている (IDC)   | 情報収集の際にカルテの開き方が看護師間で異なる             |                            |
| 12 | 研究参加者間で電子カルテを操作しながら見ると、お互いに情報収集の方法に違いや差があった (IDD)                               | 職種によってカルテから得られる情報に差がある              | 【アセスメントツール全体を把握できていない】     |
| 13 | 職種によって電子カルテの (閲覧の) 権限が違うので得られる情報に差がある (IDA)                                     |                                     |                            |
| 14 | 各職種が電子カルテのどこが開けられて、使用できるのかということが把握できていない (IDC)                                  | 多様なアセスメントツールの中で優先項目がわかりづらい          |                            |
| 15 | 患者さんを把握するのにカルテの情報を最優先で見る項目がどれなのかわかりづらい (IDD)                                    |                                     |                            |
| 16 | 多様なアセスメントツールの各項目がすべて一直線に横に並んでいるような感じでどれが重要かわかりづらい (IDA)                         | アセスメントツールの項目を熟知していない                |                            |
| 17 | 電子カルテを研究参加者間で開けてみたら、こんな項目も見れるのかということがあった (IDC)                                  | 看護師が得た情報は専門職間で共有されていない              | 【専門職間で情報の共有が不十分である】        |
| 18 | 性格という項目がゴードンツールにはないが、病前性格という項目がPSWのツールにあるとは知らなかった (IDA)                         |                                     |                            |
| 19 | ゴードンツールの情報を医師は見えていない (IDB)  | 介護職の情報は共有されていない                     |                            |
| 20 | 日々のケア場面で得た情報をカルテの看護メモに入れているがその情報を他の看護師や介護職が見ているかはわからない (IDD)                    |                                     |                            |
| 21 | 介護職が記録している介護日誌の内容を、看護記録に反映していない (IDA)   | 看護計画を立てる際にゴードンツールの情報は見ない            | 【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】  |
| 22 | 看護計画立案や計画の評価・修正の際、介護職と一緒に進めたい介護職の情報を取り入れていない (IDD)                              |                                     |                            |
| 23 | 看護計画を立てる時にはゴードンツールの情報は見えていない (IDB)  | ゴードンツールを使って情報収集をするがその活用には疑問がある      |                            |
| 24 | ゴードンツールの情報を見てケアに活かすということはない (IDA)   |                                     |                            |
| 25 | ゴードンツールの項目の穴埋めしていますという感じで、それが活用されているかは疑問である (IDE)                               | ゴードンツールの情報は取りっぱなしである                | 【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】 |
| 26 | 時間がかかってエネルギーをかけて情報をとっているわりにはあまり活かしているという感触はない (IDB)                             |                                     |                            |
| 27 | ゴードンツールの情報は取りっぱなしである (IDD)  | ゴードンツールは認知症高齢者に特化したアセスメントツールになっていない |                            |
| 28 | 情報のまとめをするなんて考えたことはなく、1回入れてしまっただけでよかった (IDA)                                     |                                     |                            |
| 29 | ゴードンツールは認知症高齢者には該当しないものがあり、項目が多く時間もかかる (IDB)                                    | ゴードンツールの問題点に気づいているが話し合いをしたことはない     | 【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】 |
| 30 | 病棟のアセスメントツールは独自性はない。認知症高齢者に特化していない (IDE)  |                                     |                            |
| 31 | ゴードンツールの項目を入れると自動的に電子カルテで課題が出てくるという利便性で導入したが、個性を出すのは難しい (IDE)                   | ゴードンツールの書き方がわからない部分がある              |                            |
| 32 | ゴードンツールを導入した時に、該当しないところが出てくるというような話はあったがそれについて検討していない (IDB)                     |                                     |                            |
| 33 | ゴードンツールの各領域のまとめをどう書いたらいいのかわからない (IDA)   | ゴードンツールの書き方がわからない部分がある              | 【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】 |
| 34 | ゴードンツールの項目で文章で書かないといけないところは書き方がわからず悩み結局はそのままにしている (IDD)                         |                                     |                            |



6) 【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】

“看護計画を立てる時にはゴードンツールの情報は見えない”などの《看護計画を立てる際にゴードンツールの情報は見ない》、“ゴードンツールの項目の穴埋めをしていますという感じで、それが活用されているかは疑問である”などの《ゴードンツールを使って情報収集をするがその活用には疑問がある》、“情報のまとめをするなんて考えたことはなく、1回入れてしまったら入れっぱなしであった”などの《ゴードンツールの情報は取りっぱなしである》があった。

7)【アセスメントツールの問題点について検討したことはない】

“ゴードンツールは認知症高齢者には該当しないものがあり、項目が多く時間もかかる”などの《ゴードンツールは認知症高齢者に特化したアセスメントツールになっていない》、“ゴードンツールを導入した時に、該当しないところが出てくるというような話はあったがそれについて検討していない”などの《ゴードンツールの問題に気づいているが話し合いをしたことはない》、“ゴードンツールの各領域のまとめをどう書いたらいいかわからない”などの《ゴードンツールの書き方がわからない部分がある》があった。

4. ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の改善案

病棟におけるアセスメントの課題7つについて、ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の改善案として3つ提案した。

1) 改善案1：病棟のアセスメントツールの全体図の作成

病棟看護師は主にゴードンツールを中心にして情報収集を行い、アセスメントをしていた。しかし、ゴードンツールでは精神的側面、社会的側面のアセスメントを行うためには項目が不足していることが確認された。また、PSW や作業療法士 (Occupational therapist: OT、以下 OT と略) が使用しているアセスメントツールでは精神的側面や社会

的側面のアセスメントに必要な項目があるが、病棟看護師の中にはその項目が電子カルテ上のどこに存在しているのかを把握していないものもいることが確認された。そこで、改善案として、病棟看護師、PSW、OT、栄養士それぞれが使用しているアセスメントツールが一覧で把握することができるよう、病棟のアセスメントツールの全体図を作成した。

2) 改善案2：アセスメントの流れの図式化 (図2)

看護師は、入院受け看護師と担当看護師の情報収集、及び電子カルテへの転記によるアセスメントの役割が曖昧であることが討議で明らかになった。そのため、入院受け看護師と担当看護師のアセスメントに関する役割分担を明確化し、担当看護師が責任を持って患者のアセスメントを行い、ケア計画を立案することができるようなアセスメントの流れを図式化した。

3) 改善案3：ゴードンツールにストレングスの視点を強調した記入の工夫 (図3)

現在使用しているアセスメントツールでは、ストレングスが捉えづらいということが確認された。しかし、アセスメントツールは病院全体で統一されたものであり、かつ、電子カルテ上でソフトとして導入されており、病棟単位で変更することは困難であった。そのため、アセスメントツールをどのように工夫すればストレングスの視点を用いることができるのかについて討議した。その結果、ゴードンツールの各領域のまとめの部分にストレングスの視点を強調した記入をすることを提案した。また、ゴードンツールの各領域のまとめは記載方式であり、何をどのように書いたらよいかかわからないために、無記入が多いという現状が確認された。そこで、ゴードンツールの各領域のまとめの記入例を作成することを提案し合意を得た。

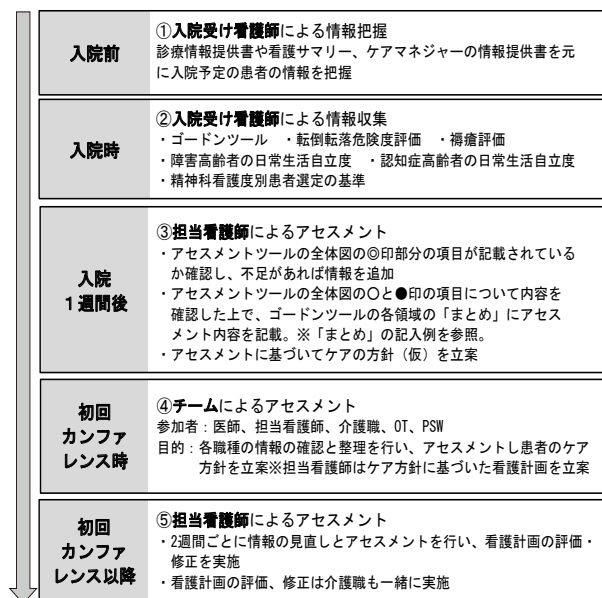


図2 アセスメントの流れの図式化

| 領域   | 現状の記入  | ストレングスの視点を用いた記入例  |
|------|--|---|
| 健康知覚 | 糖尿病であるという自覚はあるものの、インシュリンを拒否する傾向にあったり、「どうでもいい」気持ちが出てきている。 | 糖尿病であるという自覚があり、インシュリンの必要性も理解しており、見守りのもとで自己注射ができる。しかし、時折、インシュリンを拒否することがあると家族は話している。「どうでもいい」と否定的な言動も聞かれている。 |

図3 ゴードンツールにストレングスの視点を強調した記入の工夫

(「ストレングスを強調できています」)

IV. 考察

1. 認知症高齢者ケアのあり方

認知症高齢者ケアの変遷として、宮崎 (2011) は4つの時代に分類している。認知症高齢者を、1970年代は「何もわからない人」「手に負えない人」として捉え、隔離・拘束が行われていた。1980年代は「精神疾患」として捉え、薬物療法と症状緩和のために回想法や作業療法、音楽療法等が導入された。つまり、認知症高齢者の認知症という「病気」に着目をした捉え方がされていた時代である。1990年代においては介護の「対象」として捉えられ、対象 (人) に認知症という障害が加わっただけで、これまでの生活の継続を支援する動きがみられ始めた。2000年以降は認知症から出発するのではなく、一人の人に認知症という状態が加わった「普通の人」としての捉え方を試み始めている。

長畑, 松田, 佐瀬, 臼井 (2002) は、認知症高齢者の看護実践において、「ケアをする側も理解が難しい認知症高齢者の反応をどう捉えるかにかかっており、看護師が従来から実践のよりどころとしてきた問題志向型の看護過程では限界がある」ことを指摘し、認知症高齢者の捉え方の見直しを強調している。

今回、病棟における認知症高齢者の捉え方は、【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】と【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】という捉え方であった。つまり、認知症という疾患から出発をした対象の捉え方をしているといえる。そのため、病棟の看護記録にはストレングスの視点からの記載がほとんど見られず、認知症高齢者の出来ない部分や、問題となっていることについての記録が目立ち、総合的なアセスメントに繋がりにくい現状であると考へた。

高齢者の特性をストレングスの視点で捉えると、過去から築き上げてきた生活史があり、その中で価値観や個性が強化されているといえる。しかし、認知症高齢者の場合、主観的な訴えを表出できない場合や、表現している訴えをそのまま言葉通り解釈していいのか判断が難しい(千田, 水野, 2014)ことや、生活環境や、生活習慣、趣味等の生活のこだわりを他者に伝えることが困難である(辻, 渡辺, 2011)ことが報告されており、ストレングスが把握しづらいといえる。

以上のことから、認知症高齢者のケアのあり方は、認知症高齢者の捉え方により変化すると考へる。従来の認知症高齢者のケアは、老いによる心身機能の低下と認知症の症

状に着目することで高齢者の持つ強み(ストレングス)が見えづらくなり、ストレングスを縮小させていた。しかし、これからの認知症高齢者のケアは、過去から築き上げてきた生活史に着目することで、高齢者の持つ価値観や個性がストレングスとして引き出され、尊厳を支えるケアになると考へる(図4)。

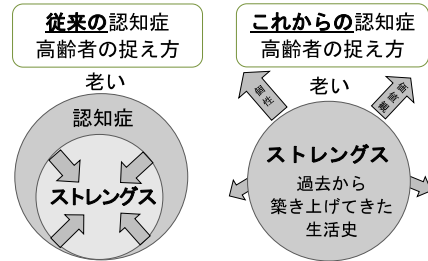


図4 認知症高齢者ケアのあり方

## 2. ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の改善

病棟の課題として、【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】、【ストレングスの視点を取り入れていない】、【情報収集の方法に一貫性が保てない】、【アセスメントツール全体を把握できていない】、【専門職間で情報の共有が不十分である】、【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】、【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】の7つが抽出された。ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の改善に向けて、①病棟のアセスメントツールの全体図の作成、②アセスメントの流れの図式化、③ゴードンツールにストレングスの視点を強調した記入の工夫の3つを提案した(図5)。

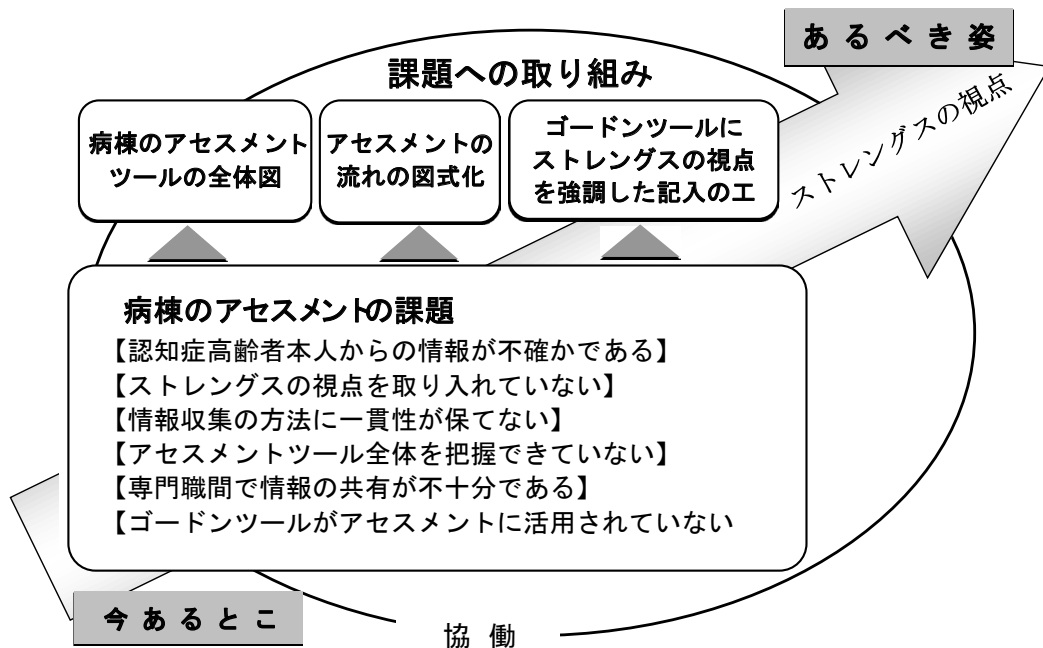


図5 ストレングスの視点を用いたアセスメント方法の改善



先行研究において、アセスメントツールの有効活用について、「アセスメントツールをツール(道具)として使用するには、まず正確な使用方法をマスターしていることが大前提である」(四十万,2001)ことが指摘されている。

今回、病棟のアセスメントについて整理を行った際に、【情報収集の方法に一貫性が保てない】、【アセスメントツール全体を把握できていない】ことが明らかとなった。病棟では電子カルテが導入されており、多様な情報をいつでもどこでも見ることができるが、その活用の仕方についての具体的なマニュアルはなく、どこにどのような情報があるのかが曖昧で、看護師によって情報の把握に差が生じていた。そこで、始めに病棟における多様なアセスメントツールを整理し全体図を作成することから提案を行った。

次に、アセスメントツールの問題として「対象を知るためのツールではなく、情報収集のためのツールになっている」(瀧,2001)と指摘されているように、研究参加者からは、【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】という現状が確認された。その原因として、ゴードンツールの項目に沿って情報収集を行うだけでなく、その情報を元に対象をどのようにアセスメントしたのかを看護師個々の頭の中では描いているが、それを言語化していないために、【専門職間で情報の共有が不十分である】ことにつながっていると考えた。

また、病棟においては入院受け看護師が入院時に家族から情報収集を行うが、認知症高齢者本人については入院時には情報収集を行っていないことがほとんどであった。入院後、担当看護師が割り振られ、認知症高齢者本人からの情報については担当看護師が行っているが、それについては明確な取り決めはされておらず、個々の看護師の判断に委ねられており、【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】状況であった。

以上のことから、アセスメントの流れを図式化し、アセスメントにおける役割分担を明確にすることで担当看護師が責任を持ってアセスメントを行うことができると考えた。

さらに、病棟において主たるツールとなっているゴードンツールは、11の機能的健康パターンに目を向けることにより、情報が多様に収集、分析され、全体的存在としての人間理解の視点を持つことができる特徴がある(高橋ら,2003)とされている。一方で、ゴードンツールでは得られた情報が断片的であるためにそれらを統合して判断することが困難であり、工夫して使用する必要があると指摘(高橋,長野,2006)されている。

病棟で使用しているゴードンツールには各領域にまとめの欄があり、そこに各領域のアセスメント内容を整理し記述することで、11の領域すべての情報を統合しやすくなり、全体的存在としての人間理解の視点を持つことにつながると考えた。

しかし、病棟の現状として、選択肢のチェックに留まり、まとめを記述する部分については無記入の部分が目立っていた。また、ゴードンツールを使用してアセスメントをする際には、ストレングス(強み)を捉える必要がある(M.Gordon, 江川,2007)が、病棟においてはアセスメントにストレングス

の視点を取り入れていなかった。

そのような現状で、改善の方向性として、今ある状況でどのようにストレングスの視点を取り入れるかについて討議し、ツールは変更せず、ストレングスの視点を強化する方向性で、アセスメント方法の改善に取り組んだ。具体的には、ゴードンツールのまとめの部分にストレングスの視点を強調して記述することを提案した。このようなストレングスの視点を用いたアセスメント方法を取り入れる意義として、白澤(2006)は「ストレングスの視点を用いることで、対象の捉え方が変わり、課題解決が導きやすくなる」と述べている。つまり、対象の捉え方によって課題、目標は変化することも解釈できる。

したがって、今回、病棟のアセスメントツールにストレングスの視点を取り入れる具体的な方法を提案したことは意義があると考ええる。また、アセスメント方法の提案に至るまでのすべてのプロセスは病棟看護師との協働で取り組んだ。

### 3. 病棟看護師との協働による取り組みの意義

病棟看護師の特徴として、健康の連続性(田中,1970)の中で、病気になった時点から対象に関わるため、病気になる以前の健康な側面を捉えづらいということがある。一方、認知症高齢者に関わる看護師の実践報告では、問題行動に対処する方法として「看護師の問題の捉え方を見直す」などの方法を見出した報告(湯浅,小野,野口,2001)があり、認知症高齢者ケアは看護師による看護実践の中で工夫を重ね改善をしてくれている。

今回、研究参加者は研究プロセスの中でストレングスの視点について学び、看護実践にそれを取り入れ、自分では過去を語る事が出来ない認知症高齢者との関わりにおいて、細かな観察をし、情報をつなぎ合わせることでストレングスを捉え、ケアの改善につなげていたことが確認された。

先行研究によると、実践上の課題に対して、大学教員が保健師と課題解決に向けて取り組む協働のプロセスにおいて、協働関係を形成するうえでの要素の一つとして「取り組みに対する認識を教員と保健師間で共通認識とすること」(坪内ら,2011)がある。今回、病棟看護師と協働で取り組む際に、事前にストレングスの勉強会を行い概念理解の共有を図ったことは、協働関係を形成する第一歩となったと考える。また、今回の研究では、病棟看護師と協働でアセスメントの課題を抽出するために、情報収集からアセスメントまでの現状を確認することや、具体的事例を用いて研究者と研究参加者がアセスメントを行い、共通点の確認と相違点についての討議を繰り返し、アセスメントにストレングスの視点を用いることの必要性を合意したことで、課題に協働で取り組むことが強化されたと考えられた。

つまり、病棟看護師との協働による取り組みにおいては、アセスメントツールの目的に沿った活用、完璧なアセスメントツールの活用に基づいた、対象理解のための総合的アセスメントをするという「あるべき姿」ではなく、現状の課題を共有し、アセスメントツールが活用できていない、総合的アセスメントによるストレングスの視点を取り入れていないとい

う「今あるところ」からどうするのかを共に考えることで課題解決につなげやすいことを実感した。

#### 4. 本研究の限界と課題

本研究は、病棟看護師と協働で、ストレングスの視点を用いた認知症高齢者の総合的なアセスメントの改善に向けて取り組んだ。しかし、アセスメント方法を提案する段階に留まっており、その方法の実施を行っていないことから評価に至っていない。今後、病棟でのアセスメント方法を実践し、具体的な課題を導き修正し、認知症高齢者のストレングスが見いだせ、ケアに活かせるよう改善を繰り返すことが課題である。

#### V. 結論

本研究は、病棟看護師との協働で、認知症高齢者の総合的なアセスメントに向けて、病棟のアセスメントの現状と課題を明らかにし、ストレングスの視点を用いたアセスメント方法を提案した。その結果、以下のようなことが明らかになった。

1. アセスメントまでの情報収集、およびその流れに関する明確な取り決めはなく、アセスメントの際には、担当看護師のやり方に委ねられていた。今回の検討会で情報収集からアセスメントまでの流れを病棟看護師と協働で整理した。
2. 病棟における認知症高齢者の捉え方には、【病状や状態についての視点から捉えた認知症高齢者】と【ケアの対象としての視点から捉えた認知症高齢者】の2つが抽出された。
3. 病棟におけるアセスメントの課題には、【認知症高齢者本人からの情報が不確かである】、【ストレングスの視点を取り入れていない】、【情報収集の方法に一貫性が保てない】、【アセスメントツール全体を把握できていない】、【専門職間で情報の共有が不十分である】、【ゴードンツールがアセスメントに活用されていない】、【ゴードンツールの問題点について検討したことがない】の7つが抽出された。
4. アセスメント方法の提案として、1) 病棟のアセスメントツールの全体図の作成、2) アセスメントの流れの図式化、3) ゴードンツールにストレングスの視点を強調した記入の工夫を提案した。

#### 謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆さまに深く感謝申し上げます。

本論文は、第一著者の平成27年度沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の実践課題研究の一部を加筆修正したものである。

利益相反：本研究による利益相反は存在しない。

#### 引用文献

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, 岩手県立看護大学看護学部紀要, 16, 11-16.  
北村隆子. (2012). 対象者が持つ「強み」についての概念分析,

人間看護学研究, 10, 155-159.

- Marjory Gordon, 江川隆子 (監訳). (2007). ゴードン博士の看護診断アセスメント指針 よくわかる機能的健康パターン (第2版), 昭林社.  
宮崎和加子. (2011). 認知症の人の歴史を学びませんか (初版), 中央法規出版.  
長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子, 臼井キミカ. (2002). 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方, 大阪府立看護大学紀要, 8 (1), 19-27.  
沖田裕子 (2012). 認知症の人とみんなのサポートセンター, 日本認知症ケア学会誌, 11 (1), 75.  
佐久川政吉, 大湾明美, 宮城重二. (2010). 高齢者ケアにおけるストレングスの概念, 沖縄県立看護大学紀要, 11, 65-69.  
四十万茂野. (2001). 利用者・家族の積極的な参加による課題分析のあり方とその実際, トータルケアマネジメント, 6 (2), 25-39.  
白澤政和. (1992). ケースマネジメントの理論と実際 - 生活を支える援助システム - (初版), 中央法規出版.  
白澤政和. (2006). ストレングスモデルの考え方, 月刊ケアマネジメント, 2, 32-37.  
高橋奈津子, 佐藤幹代, 長瀬雅子, 小島善和, 藤村龍子, 雄西智恵美. (2003). ゴードンの機能的健康パターンを用いた看護学生のアセスメントの特徴と看護実践への影響, 東海大学健康科学部紀要, 9, 75-79.  
高橋ゆかり, 長野勝. (2006). 統合失調症患者事例を使った看護診断能力の分析—ゴードンの機能的健康パターンの枠組みによるアセスメントを通して—, 群馬パース大学紀要, No. 2, 281-288.  
高山成子. (2014). BPSD と認知症の人の日常生活, 高山成子 (編), 認知症の人の生活行動を支える看護 エビデンスに基づいた看護プロトコル (第1版), (pp. 16-21), 医歯薬出版.  
瀧断子. (2001). アセスメントツールと情報収集, nurse data, 22 (3), 9-12.  
田中恒男. (1972). 健康管理論, 南江堂.  
坪内美奈, 松下光子, 山田洋子, 宮島ひとみ, 森仁実, 大川眞智子, 岩村龍子, 大井靖子, 北山光子. (2011). 実践上の課題解決に向けたプロセスにおける保健師と看護大学教員との協働関係形成の要素, 日本地域看護学会誌, 13 (2), 116-112.  
辻泰代, 渡辺裕美. (2011). その人らしさを継続するための認知症高齢者グループホーム入居支援—入居前アセスメントと入居時ケアに焦点をあてて—, 介護福祉学, 18 (1), 48-56.  
湯浅美千代, 野口美和子, 桑田美代子, 鈴木智子. (2003). 痴呆症状を有する患者に潜在する能力を見出す方法, 千葉大学看護学部紀要, 25, 9-16.  
湯浅美千代, 小野幸子, 野口美和子. (2001). 老人痴呆患者の問題行動に対処する方法, 千葉大学看護学部紀要, 23, 39-45.

# Improvement in the method of assessing elderly individuals with dementia with an emphasis on the strengths perspective : efforts based on collaboration with ward nurses

Saki Eiguchi <sup>1)</sup>, Akemi Ohwan <sup>2)</sup>, Masayoshi Sakugawa <sup>3)</sup>

## Abstract

**Purposes:** This study aimed to reveal the present status and tasks in perception and assessment of elderly dementia patients in ward nurses, and to develop a more comprehensive method, incorporating the strengths perspective, in this assessment.

**Methods:** This study used the participatory action research approach. Four nurses working at Hospital B participated in four meetings to discuss the status of assessment, perception of elderly dementia patients, and tasks and measures. Data contained in verbatim reports and discussion materials of the meetings were examined. More precisely, information collected at the time of hospital admission of elderly dementia patients were examined to reveal the current status of assessment, and then, perception of dementia patients and tasks in assessment were quantitatively analyzed using an inductive approach.

**Results:** Nurses perceived “disease conditions and status of dementia patients” and “dementia patients as care receivers” . Seven tasks in assessment extracted were: “inaccurate information provided by dementia patients themselves” , “not incorporating the strengths perspective” , “inconsistency in methods used for information collection” , “not knowing assessment tool as a whole” , “insufficient information sharing among professionals” and “not using Gordon’ s Functional Health Patterns Assessment Tool in assessment” .

**Conclusion:** Participants learned the strengths perspective, and found tasks collaboratively. Collaboration with ward nurses will encourage sharing of current tasks, and making efforts to move from the status quo to the ideal state, thereby solving problems.

**Key words:** strengths perspective, elderly dementia patients, comprehensive assessment, collaboration

---

1) Jinaikai, Social Medical Corporation, Urasoe General Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

3) Meio University