

【実践報告】

回復期リハビリテーション病棟における認知症ケアマッピング(DCM)を用いた認知症ケアの方向性

Effects of Dementia Care Mapping (DCM) in Recovery Phase Rehabilitation Wards

安仁屋優子, 稲垣 絹代

要旨

目 的：本研究は、回復期リハビリテーション病棟において認知症ケアマッピング (Dementia care mapping : DCM) を実施しフィードバックすることで、ケアスタッフに与える影響とDCMを用いた認知症ケアの方向性を考察することを目的とする。

研究方法：回復期リハビリテーション病棟にてDCMを実施後、グループディスカッションで得られた内容を逐語録に起こして質的統合法 (KJ法) で分析した。

結 果：4段階のグループ編成を経て、元ラベルは38枚、最終表札は5枚であった。

考 察：DCMのフィードバックに参加したスタッフは、患者への【関わりが少ない理由】として、《訴えが少ない患者である事と業務多忙》をあげていた。しかし、そのような業務多忙の中、患者の【身体と生活リズムの調整】を図る為に、《薬剤に頼らない患者中心の看護》を実践していた。【患者の個性に合わせた関わり】を行うことで、《良い関わりによって得られる認知症高齢者の良好な反応》がみられ、《薬剤に頼らない患者中心の看護》を良い関わりとして実感していた。

本研究では、回復期病棟にて生活リズムの調整と活動と休息のバランスをとりながら、楽しみや気分転換のための関わりを多く持ち、寝かせきり予防に取り組む必要性が示唆され、DCMを行うことでスタッフはケアを可視化し、気づきを得ることができ、課題の明確化を主体的に行うことができた。今後もDCMの発展的評価を繰り返すことで、さらにスタッフの教育・研修への効果が期待されると言える。

キーワード：認知症ケア, 認知症ケアマッピング, グループディスカッション, リハビリテーション看護

I. はじめに

わが国の平成24 (2012) 年時点の認知症有病者数は462万人と高齢者の7人に1人の有病率となっている。さらに平成37 (2025) 年には約700万人に達すると推計されている¹⁾。

認知症高齢者の増加と急速な高齢化が進む中、平成27年新オレンジプランでは、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指した施策²⁾が打ち出された。それにより認知症高齢者が住み慣れた地域で生活することを目指しており、超高齢化に伴う認知症高齢者の増加でその支援体制の必要性が強く求められている。

高齢者は加齢に伴い複数の疾病を持ち、病状の悪化により入院を余儀なくされることも多い。また医療費削減

に伴う診療報酬改定の影響により急性期病院では在院日数の短縮が促進され、発症早期の回復過程にいる高齢者が亜急性期として治療や身体管理を実施しながら、集中的にリハビリを受け、ADLの向上や心身の回復を目指している。

回復期リハビリテーション病棟 (以下、回復期病棟) は、在宅復帰を目指すため2000年に新設され、当初わずか4019床であった回復期病棟の病床数は右肩あがりに増え、2016年3月時点で77,102床である³⁾。回復期病棟は超高齢社会であるわが国において、高齢者の在宅復帰に重要な役割を担っている病棟といえる。

認知症高齢者は侵襲的な手術による身体的・精神的ダメージと度重なる環境の変化により精神症状、行動異常 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : 以下BPSD) を呈しやすい。一般病棟においてBPSDの

暴力・暴言や意思疎通困難，ケアへの協力が得られないことが，困難場面として報告されている⁴⁾。しかし，回復期病棟で勤務する看護師は，認知症高齢者への食事や飲水の介助，服薬の介助，入浴の介助，睡眠促進の援助に最もストレスを感じており，在宅復帰を見据えたりハビリテーションが主であるため，専門的ケアが必要である認知症ケアに，困難感を示すスタッフは多い⁵⁾。また，藤崎らは，回復期病棟では認知力の低下や筋力低下が起因する転倒リスクが高い⁶⁾と報告しており，在宅期病棟で勤務する看護師は様々な場面で困難感を感じていると推察される。

対応が難しいBPSDや困難感はスタッフの精神的な疲弊を引き起こし，さらにその精神的疲弊はケアに影響し，認知症高齢者の安寧保持にも問題を与えかねない。超高齢化に伴い回復期病棟に認知症高齢者が入院する事は今後増加すると考えられ，回復期病棟における認知症ケアの現状把握は，今後の回復期病棟の認知症ケアの方向

性を導くためにも重要と言える。

昨今の認知症ケアにおける重要な考え方として，イギリスのトム・キッドウッドが提唱したパーソン・センタード・ケア (Person centered care : 以下PCC) がある。PCCは認知症高齢者のその人を中心としたケアを実践するうえで重要な理論であり，認知症であってもその人の個性や人生，パーソンフッドを重んじ，尊厳を尊重するケアの理念である^{7, 8)}。

PCCの理念を基盤とした認知症ケアマッピング (Dementia care mapping : 以下DCM) は，英国では1991年以来，病院，入居施設，デイケア施設などの，認知症ケア施設で行われてきた観察ツールおよびケア評価だが，DCMはただ単に認知症高齢者の行動観察だけではなく，鈴木⁹⁾はツールの活用においては，認知症高齢者のみならずケアスタッフが専門職として成長できるプロセスを有しており，ともに発展的な展開が期待できると下記の図のように述べている。

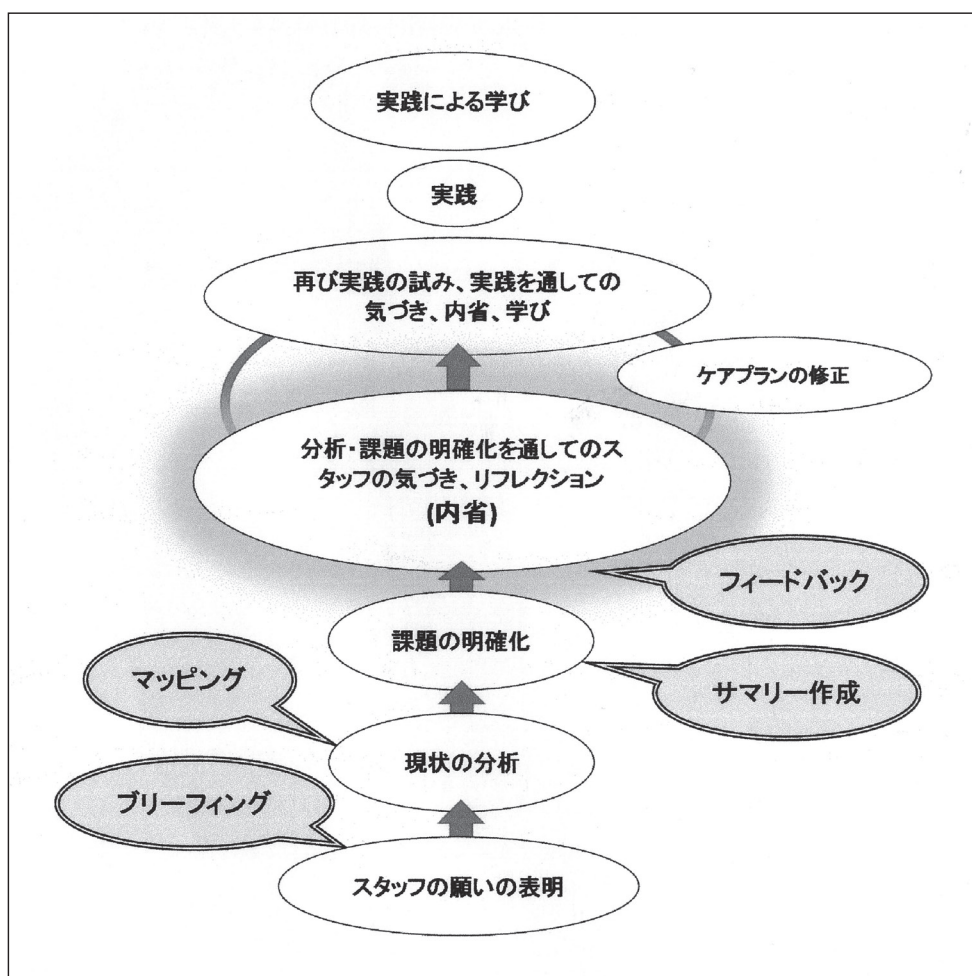


図1. DCMの発展的評価プロセス (鈴木みずえ，パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング，クオリティケア，2010)

鈴木らの先行研究では、DCMを3か月に3回実施し、PCCに関する介入を行った結果、ケアスタッフのバーンアウトスケールの下位尺度「個人的目標達成低下」の得点が有意に低下し、認知症高齢者の生活の質指標であるDCM法のWIB値や創造的活動や知的活動が1回目と比較して4回目に有意に増加したことを報告している。継続したDCMはケアスタッフの疲弊感や達成感に大きく影響を与え、認知症高齢者の生活の質にも寄与したといえる。

桑野らの先行研究では、施設スタッフが他施設でDCMを行う施設間相互評価を行った結果、認知症高齢者の良い状態 (WIB値, BCC) が優位に増加した。また、ケアスタッフが評価交流参加者として他施設のケアを見て、交流を行ったことで認知症ケアへの工夫の情報交換に繋がった¹⁰⁾と報告している。施設単一の取り組みにとどまらず、DCMは施設間での交流促進による相互作用も期待されている。

牛田ら¹¹⁾の先行研究では、ケアマッピングはDCM法を用いたデータに基づき、認知症ケアサービスに関してケアを提供する側がケアを可視化することができると述べており、桑野らもDCMは単なる観察ツールではなく、実践で定期的な導入を行った場合、ケアスタッフのリフレクション (内省) を促し、認知症ケアの専門員として成長的発展をもたらすと述べている。PCCに取り組むことでスタッフの認知症に対する意識の改善や認知症高齢者の生活の質に対して良好な影響を及ぼすことが示唆された。

以上のことからDCMの手法は、認知症高齢者の生活状況を把握することや認知症ケアの質の改善に効果的だけでなく、ケアスタッフへの教育的効果が期待できると考える。

II. 研究目的

本研究は、回復期病棟においてDCMを実施し、フィードバックすることでケアスタッフに与える影響とDCMを用いた認知症ケアの方向性を考察することを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、回復期病棟における、認知症ケアの質の評価をDCMにて行い、研究者はDCMの結果をフィードバックし、病棟スタッフと共に患者のケアに関するディスカッションに参加したアクションリサーチである。またDCM施行後のディスカッション内容を質的統合法にて分析した。

2. 研究期間

2013年4月から8月までの4か月間である。

3. 対象施設

本研究ではフィールドを回復期リハビリテーション病棟と設定し、対象施設は基本診療料の施設基準等に係る回復期リハビリテーション病棟入院料2をとっている、沖縄県北部地域にあるA病院のB回復期リハビリテーション病棟 (40床) を対象とした。

マッピングの観察対象者は3名の認知症状をもつ入院患者を対象とした。DCMの対象患者は認知症と診断されている、もしくは診断されていないが長谷川式簡易知能評価スケールで20点以下、さらにBPSDにより対応困難が生じている患者を回復期病棟看護師長から3名紹介してもらい、本人及び家族に研究の説明を行い同意が得られた者を対象とした。

4. 研究対象

DCM実施日の勤務者のうち、グループディスカッションに参加可能であった看護師5名、介護士3名であった。

5. 認知症ケアマッピング : Dementia care mapping (DCM) の概要

DCM評価とは、観察者 (マッパー) が認知症高齢者の生活の代表的な時間帯を連続して認知症をもつ人 (参加者) の行動や状態を観察することである。まずマッパーはDCM (観察) を実施する前に、スタッフにDCMに関するブリーフィング (事前説明) を行う。ブリーフィングはDCM導入において重要なプロセスである。スタッフに対してもPCCの姿勢に関わり、DCMの理解を促す要素を含んでいる。その後、マッピングをケア施設の共有のスペースで行い、5分ごと (時間枠) に、2種類のコードを使って、認知症をもつ人々の一人ひとりの他者との関わりとその時の感情を記録する。

そのほかにもDCMで観察される項目には、スタッフとの関わりを表す、個人の価値を低める行為 (Personal Detractions : 以下PD) と個人の価値を高める行為 (Personal Enhancers: 以下PE) が観察されることがある。個人の価値を低める行為は、認知症をもつ人々のパーソンフッド (その人らしさ) をおとしめる可能性があり、個人の価値を高める行為は、パーソンフッドが高められると考えられている。以上のDCMで得られたデータをスタッフへフィードバックし、DCMの結果をもとにDCM対象者の置かれている環境や状態についてグループディスカッションを行い、ケアプランや具体的なケアの方向性を導きPCCおよびDCMによるケア改善ともなり得る。

6. データ収集と分析方法

1) DCMに関するブリーフィング (事前説明)

まずスタッフに対して、PCCの理念を理解してもらうために勉強会を行い、DCMの概要と目的、プロセスを分かりやすく説明した。

2) DCMの実施

本研究では、午前10時から午後4時まで6時間をマップパー (DCM基礎コース受講した者をマップパーという) 2名でマッピングを行った。スタッフやセラピストの業務の支障にならないよう注意しながら実施した。

3) データ収集

DCMを行った日勤終了後に、同意の得られた日勤者8名 (看護師5名、介護士3名) にフィードバックとグループディスカッションを行った。

フィードバックの内容は、マッピングした対象患者一人ひとりの6時間の他者との関わりとその時の感情を数値化、グラフ化したものと、PDとPEである。

DCMの結果は資料をもとに説明を行い、その後病棟管理者の進行のもと自由に結果についてディスカッションしてもらった。ディスカッションが行われている間は、スタッフの話し合いには意見せず、研究者は傾聴する姿勢でディスカッションに参加した。その話し合われた内容を録音し逐語録に起こしてデータとした。

表1. DCMのながれ
(2013年4月～2013年8月の4ヶ月間)

5月	プレマッピング
6月	DCMに関する事前説明 ブリーフィング
7月	認知症ケアの現状の把握のためのDCM実施 ↓ DCMの結果をスタッフへフィードバック ↓ フィードバック時のグループディスカッション・インタビュー
8月	フィードバック時のグループディスカッション・インタビューの分析

4) データ分析

得られたデータは山浦¹²⁾による質的統合法 (KJ法) にて以下のように分析を行った。KJ法は野外活動におけるアブダクションの過程を手続き化したものであり、現場の実態把握や問題解決のための手法として使われている。本研究では、DCMのプロセスである分析・課題の明確化を通してのスタッフの気づき、リフレクションがデータであったため、ケアの課題と方向性を抽出するためには、現場の実態把握や問題解決のための手法であるKJ法を分析方法とした。

(1) KJ法の手順

①ラベルづくり

逐語録の文章を1単位に区切り1枚1項目の内容を持つようにラベルを作成した。

②グループ編成と表札づくり

ラベルの意味内容が類似しているものをグループ化し、集まったラベル全体の意味から掴んだ全体感を一文で表すようにまとめて表札をつけた。段階が上がることに具体性を加味しながら抽象度を高める意識をしながら表札をつくり、グループの総数が5～6個になる段階まで抽象度を高め編成を繰り返した。

③見取り図作成

グループどうしの相互関係を探り、関係記号を用いて空間配置した。さらに関係記号に添え言葉で説明を付け加え、関係性を明らかにした見取り図を作成した。

④シンボルマーク作成

最終表札ごとにシンボルマークを作成した。シンボルマークとは、島あるいはラベルのエッセンス (ラベルの事柄) をシンボリックに表現したもので、5～6文字以内を目安としたが、短くすることで意味が失われる場合には多少長文になるが、結論としての形を見失わないように行った。シンボルマークは内容が分かるように原則として「事柄:エッセンス」のような二重構造で表現した。

⑤叙述化

グループディスカッション、看護師個別の結果の見取り図をストーリー化してつなぎ、見取り図の解説と発想・解釈を読み手が明確に峻別できるように、シンボルマークを小見出しとして利用した。

5) 分析結果の信頼性と妥当性

(1) 研究を開始するにあたって、DCMの基礎コースを受け、マップパー同士の観察技術の相違を最小限するためプレマッピングを数回行った。

(2) 分析の妥当性を確保するため、質的統合法の専門家、山浦氏の研修を2回受講し、質的統合法の演習を行い学んだ。また、KJ法は共同研究者間で何度も繰り返し討議し、妥当性・信頼性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

DCMを実施する回復期病棟の院長、病棟管理者及び病棟スタッフに、研究計画について文書と口頭で説明し承諾を得た。

DCMの観察対象者である認知症高齢者とその家族には、

研究参加することで6時間の過ごし方を観察させてもらうこと、対象患者には研究の参加は自由意思であり、断ることができ、途中辞退する権利があること、研究の参加を断っても、治療上、療養上の不利益を受けないこと、強制ではないことを説明し同意を得た。なお本研究は名桜大学大学院看護学研究科の倫理審査において認められた。

IV. 研究結果

1. 研究対象者の概要

DCM実施当日、朝の全体申し送り時に、グループディスカッションの趣旨を説明し、参加の呼びかけをした。同意が得られ、参加できたのは看護師5名、介護士3名であった。

2. DCMのフィードバックでのグループディスカッションの見取り図 (図2)

4段階のグループ編成を経て、元ラベルは38枚、最終表札は5枚であった。質的データ分析の内容のシンボルマークを【 】、エッセンスを《 》、最終表札を [] で示した。「 」は下位のラベルを表す。

1) 【関わりが少ない理由】

《訴えの少ない患者である事と業務多忙》

DCMのフィードバックに参加したスタッフは、マッピング対象の患者Bへのスタッフの関わりが少ないことに気づいた。対象患者は6時間のマッピングの中で入眠の状態が最も多かったが、車イスで離床中の間もスタッフの声掛けや関わりが少なかった。看護師は、「手のかかる人には、どうしても関わるが多くなるけど、その反面手のかからない人に対しての自分たちの関わりがちょっと少ないのかなってというのが見える。」と関わりが少ない理由を《訴えが少ない患者である事と業務多忙》をあげていた。

2) 【身体と生活リズムの調整】

《薬剤に頼らない患者中心の看護》

スタッフは、[昼夜逆転の患者は眠剤内服開始となるが、全身状態が悪化したので眠剤を中止し、生活リズムを整えるための離床促しをするが、すぐに患者は臥床を希望し、起こしたり寝かしたりの繰り返しである]とあるように、眠剤が及ぼす患者への影響をアセスメントし、不必要な薬剤使用をせず少しずつ生活のリズムが整うよう、患者の希望に沿いながらアプローチしていた。

3) 【患者の個性に合わせた関わり】

《良い関わりによって得られる認知症高齢者の良好な反応》

スタッフはDCMのフィードバックを受け、個別性の

ある関わりが認知症高齢者の穏やかな良い反応に繋がることの経験を振り返り、[他者との関わりが少なく好まない患者には声掛けの意識づけをしていく必要があり、そのことで患者は笑顔になるし気分がいい時には離床やよい関わりがとれた]と、回復期病棟で実践されているケアのポジティブフィードバックを行っていた。

4) 【スタッフが実践している最良の対応】

《認知症の人を理解し尊重した対応》

スタッフは、[BPSDのある患者に対し、本人の欲求を満たすことが一番いい対応と考えており、安全対策を講じながら訴えに沿った対応を行うことで患者の不穏行動が落ち着いた]というケア体験から「回復期病棟の基本理念と役割とは、訴えを聞く姿勢、抑制はしない周辺症状への対応と機能回復アプローチである」という回復期病棟における基本的な考えを見つめなおし、回復期で実践されている認知症高齢者への理解と尊重する対応は、最良の対応と実感していた。

5) 【DCMのフィードバック】

《ケアを可視化する事による気づき》

DCMのフィードバックを受けスタッフは、「DCMで気付かされた認知症患者への関わりの薄さに関して、積極的な関わりと社会活動参加促進の必要性があると思った」と、関わりが少ないことの気づきから原因を探り、患者のケアプランに活かす話し合いを持つことができていた。また、ケアの課題だけではなく、「回復期病棟としての役割とは、パーソン・センタード・ケアを基盤にした生活リハビリが行える事と考えている」と、行われている良いケア実践を自己にポジティブフィードバックしていた。さらに「マッピングの結果はケアの可視化と振り返りができ、患者の状態や足りないケア、関わり方の良し悪しを気づかせ今後の対応について考えさせてくれた」などの学びを得ていた。

6) 5つのシンボルマークとエッセンスのストーリーライン

以下の図2のように、DCMのフィードバックに参加したスタッフは、マッピング対象の患者への【関わりが少ない理由】として、《訴えが少ない患者である事と業務多忙》をあげていた。しかし、そのような業務多忙の中、患者の【身体と生活リズムの調整】を図る為に、《薬剤に頼らない患者中心の看護》を実践していた。【患者の個性に合わせた関わり】を行うことで、《(良い関わりによって得られる) 認知症高齢者の良好な反応》がみられ、《薬剤に頼らない患者中心の看護》を良い関わりとして実感していた。

また【スタッフが実践している最良の対応】とは《認知症の人を理解し尊重》することであった。回復期病棟看護師は [BPSDのある患者に対し、本人の欲求を満たすことが一番いい対応と考えており、安全対策を講じな

が訴えに沿った対応] をしていた。その対応を行う事で、不穏行動が落ち着くという経験をしていた。

回復期病棟では【患者の個性に合わせた関わり】と【身体と生活リズム調整】、【スタッフが実践している最良の方法】が良いケアの循環となっていた。DCMの病棟スタッフの気づきは、[マッピングの結果はケアの可視化

と振り返りができ、患者の状態や足りないケア、関わり方の良し悪しを気づかせ今後の対応について考えさせてくれた] と出ており、【DCMのフィードバック】で《ケアを可視化する事による気づき》を実感していた。

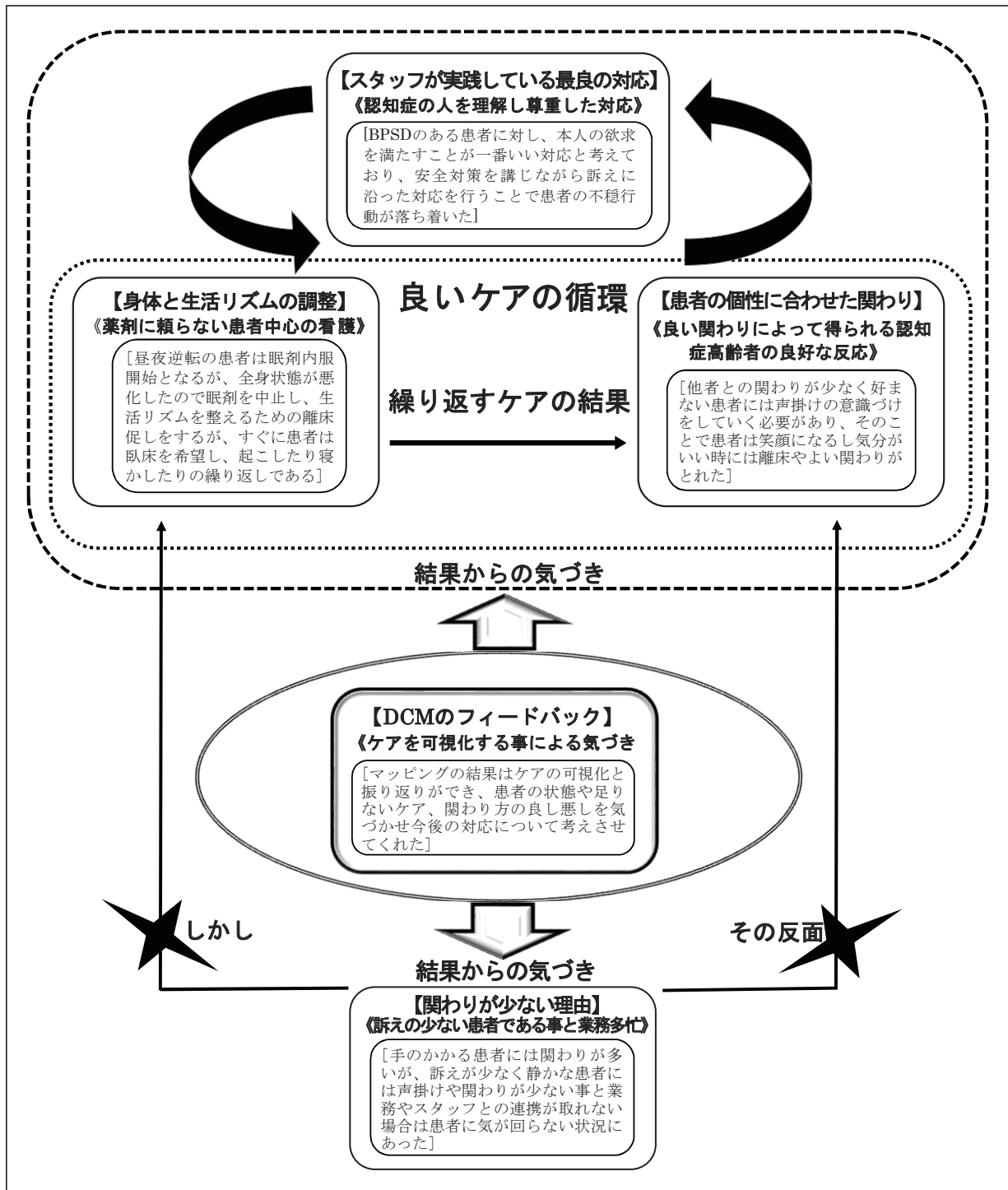


図2. DCMのフィードバックでのグループディスカッションの見取り図

V. 考察

1. ケアへの気づきと可視化

グループディスカッションの中で、スタッフは、周囲との関わりが少ない患者に気づき、なぜ関わりの少ない状況下で置かれているのか検討を行った。スタッフはBPSDを呈している認知症高齢者には必然的に関わるが、活動性の低い患者には関わりが減少する傾向があることをリフレクションとして得ることができた。スタッフはそのリフレクションから、患者にとって良い状態は何かを検討し、個別的なケアの必要性や意識的な声かけ、タッチングなどのケアプランの具体的な検討をしていた。

水野¹³⁾は、DCMは研修・教育としての有効性、ケア現場へ導入することでケアの質改善に有効性があると述べている。DCMは観察した患者の状況を5分おきにコード付けしグラフ化するため、患者の詳細な状況を表すことやケアの質を記述化、描写することが可能である。スタッフは現状分析をフィードバックされたことで、普段の業務の中で何気なく行われているケアを意識し捉えることができた。DCMを行うことでスタッフはケアを可視化し、気づきを得ることで、課題の明確化を主体的に行うことができたと考える。

フィードバックは、DCM評価プロセスの中でもとりわけ重要な要素であるフィードバックに参加したスタッフの中には、患者の状態が数字・グラフ化しており分かりやすいとの意見があり、DCMは客観的に患者の状態をスタッフに伝える事ができたと言える。DCMを経験したスタッフは、フィードバックされた内容から患者の今後の課題と具体策を見出し、現状分析、課題の明確化、リフレクション（内省）、の気づきのサイクルが行われていた。スタッフはDCMを通して、ケアの明確化と実践したケアの確認を客観的に行うことで、認知症高齢者の視点に立ったケアの検討ができたと言える。

2. DCMを用いた認知症ケアの方向性

リハビリテーションの根底は健康問題を持ちながら生活をしている人に対して、自立や自己決定を尊重した援助であり、その人にとって最適な環境状態を維持し、その人らしく生活できるよう働きかけることである¹⁴⁾。認知症ケアの“その人らしさを尊重する”思考は、リハビリテーション看護と共通する部分が多い。松本ら¹⁵⁾の、10項目の回復期リハビリテーション病棟に従事する看護師のコンピテンシーを明らかにした研究では、“自己効力感が高まるような関わりで行動変容を促す”、“生活の再構築に向けて目標を管理する”、“自己効力感が高まるような関わりで行動変容を促す”などのコンピテンシーがあった。今回対象となった回復期病棟スタッフは、リ

ハビリが継続できるように身体と生活のリズムの調整、患者の個性に合わせた関わりや、認知症の人を理解し尊重した対応など、回復期病棟に従事する看護師に重要だといえるコンピテンシーに基づくケア実践をしていた。自己のコンピテンシーをつよみとして認識し、意識することで大きな力を発揮するのではないかと考える。しかし、今回のDCMの結果で回復期病棟に入院する認知症高齢者の行動でもっとも多かったものは入眠であった。山下¹⁶⁾は、一般病棟における認知症高齢者の対応について、意欲低下のある患者に対して積極的な働きかけがほとんど行われていない傾向があり、これが入院中のADLの低下や認知症の悪化に繋がっている可能性があると報告している。回復期病棟でも同様な状況があり、回復期病棟はADLの向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としているため¹⁷⁾、一日の大半が入眠という状況は、ADLの低下や認知症の悪化に繋がる可能性がある。ADLの低下や認知症の悪化は家族の介護負担の増大となり、在宅復帰への希望を持たず、家族は在宅で患者をみることを断念することになりかねない。生活リズムの調整と活動と休息のバランスをとりながら、楽しみや気分転換のための関わりを多く持ち、寝かせきり予防に取り組む必要がある。

本研究ではDCMプロセスのフィードバックとリフレクションまでの取り組みであったが、今後も回復期リハビリテーション病棟においてDCMの発展的評価を繰り返すことで、認知症ケアへの肯定感を育み、さらには教育・研修への効果が期待されると言える。

VI. 結論

本研究では、回復期リハビリテーション病棟においてDCMを用いた認知症ケアの方向性を考察するために、DCMという観察ツールを使用し評価を行った。

DCMの結果をもとにスタッフ自身が課題と具体策の明確化を行っていた。DCMの発展的評価を繰り返すことで、回復期病棟に入院する認知症高齢者の気分・感情は向上していき、個人の価値を高める行為：PDにより認知症高齢者のよい状態が持続できるといえる。またDCMはブリーフィング、フィードバックをとおして教育・研修への効果が期待できるため、認知症高齢者の入院増加が見込まれる回復期病棟でのDCMの実施は非常に重要といえる。

今後もDCMの発展的評価を繰り返すことで、さらに回復期病棟スタッフの教育・研修への効果が期待できる。

VII. 本研究の限界と課題

本研究では、回復期病棟においてDCMを用いた認知症ケアの方向性を考察し示唆を得られることができた。しかし、一部地域の1施設を対象とした調査であるため、ごく限られた対象者から抽出された研究結果であり一般化することは難しい。回復期病棟でのDCMに関する研究はあまりされていないため、今後は定期的なDCMの介入を長期的に行い、DCMがもたらす効果について明らかにしたい。

本研究は、名桜大学大学院看護学研究科修士課程地域在宅看護学分野の修士論文の一部であり、第15回認知症ケア学会大会(2014)にて発表した内容に、加筆・修正を行ったものである。

引用・参考文献

- 1) 内閣府(2016).平成28年版高齢者白書.http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html.2017年11月9日閲覧
- 2) 厚生労働省(2015).「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>.2017年11月7日
- 3) 回復期リハビリテーション病棟協会(2016).「年度別病床届出数及び累計数」。 http://www.rehabili.jp/source/201603/2016_1.pdf.2017年11月7日閲覧
- 4) 吉武亜紀, 福岡欣治: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, Vol. No.2. pp.274-283. (2017).
- 5) 天野さやか, 中島真喜美, 戸沢智也:整形回復期リハビリテーション病棟における認知症高齢者に接する看護師のストレス感情.日本リハビリテーション看護学会学術大会録, pp.137-139 (2013).
- 6) 藤崎圭哉, 奥石尚美, 板垣奈津子, 竹内祥大, 松村菜緒子, 関純, 呉盛光:当院回復期リハビリテーション病棟における転倒・転落の現状. 理学療法—臨床・研究・教育, pp.30-34 (2009).
- 7) トム・キットウッド, 高橋誠一(訳):認知症のパーソン・センタード・ケア新しいケアの文化へ, 筒井書房, 東京 (1997/2005).
- 8) 認知症介護研究・研修大府センター(2017).パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング(DCM). <http://www.dcm-obu.jp/about.html>.2017年11月10日閲覧
- 9) 鈴木みずえ:認知症ケアマッピングの発展的評価と看護実践における効果. コミュニティケア, 13 (1), pp.50-57. (2011).
- 10) 桑野康一, 鈴木みずえ, 下山久之, 遠藤英俊: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, Vol.46. No07. pp.700-712. (2013).
- 11) 牛田篤:認知症ケアマッピングを用いた認知症ケアサービス改善の取り組み—認知症の人とスタッフへの2つのパーソン・センタード・ケア・アプローチ. 名古屋文理大学紀要, 第12号, pp.17-24. (2012).
- 12) 山浦晴男:質的統合法入門 考え方と手順:(pp.36-59), 医学書院出版, (2012).
- 13) 水野裕:Dementia Care Mappingの臨床的有効性と今後の課題.老年精神医学雑誌, 19号, pp.657-663. (2008).
- 14) 佐々木日出男, 津曲裕次:リハビリテーションと看護:(pp.21-22, 28), 中央法規出版, (1996).
- 15) 松本志保子, 片山はるみ:回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー.日看管会誌, Vol.21, No.1, pp.17-29. (2017).
- 16) 山下真理子:一般病棟における認知症高齢者のBPSDとその対応. 老年精神医学誌, 17 (1), pp.75-85. (2006).
- 17) 日本リハビリテーション病院・施設協会,全国回復期病棟連絡協議会:回復期病棟[第2版]—質の向上と医療連携を目指して. 株式会社三輪書店, (2010).