

## 体験に基づく認知症高齢者ケアについて

— 「老年看護学」を履修していない看護師を対象とする  
認知症ケア学習研修会事前調査より—

### Care for Elderly with Dementia based on Experience Knowledge

— For nurses without learning of “Gerontological Nursing” Preliminary survey by workshops on dementia care learning —

長島 緑・小磯 京子・竹之下 信子・丹野 志保

Midori NAGASHIMA, Kyouko KOISO, Nobuko TAKENOSHITA and Shiho TANNO

認知症高齢者が急増する中で、病院管理者は現状の看護師の認知症高齢者のケアに対する学習の不足を感じている。本研究は認知症ケアの研修会を開催する病院と共同で、看護師の認知症高齢者のケアの実態を事前調査した。対象は、研修会に参加する看護師で、看護基礎教育において旧カリキュラムで卒業し、老年看護学の履修がなく、さらに一度も認知症高齢者のケアの研修を受けていない看護師47名とした。方法は質問紙調査を実施し、自由記述を質的に分析した。その結果、対象の看護師らの認知症高齢者の経験年数は平均5.5年であった。日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり方は分析の結果、自由記述は69件あり、《看護の基本的技術との共通》、《認知症患者の対応》の2つのカテゴリを抽出した。認知症の患者のケアでうまくいったと考えられる自由記述は44件であり、3つのカテゴリ《基本的ケア時の関わり方》、《認知症者の関わり方》、《認知症で拒否がある場合の関わり方》を抽出した。対象の看護師らは自助努力と認知症高齢者のケアの成功体験を通じて、自身の認知症高齢者のケアを構築してきたことが判明した。しかし、成功した介入は言語化されずに、ケアとして共有化されない状況にあったと推察できた。研修の方向性では、先ず、調査の結果、抽出した体験によって蓄積されてきた認知症高齢者のケアをフィードバックし、看護師自身が成功体験のケアを自ら言語化し、今後の認知症高齢者ケアの課題を明確にして研修に臨むことが必要と考えられた。今後は、現任教育として認知症高齢者のケアを専門的ケアに発展させるための動機づけが必要であり、臨床の困難事例を取り上げ、介入方法とその理論を教授し、日常生活援助方法では、介護福祉士との交流を交え、認定看護師らを招き、ロールプレイなどを企画することが重要と考えられた。

#### 1. 背景

日本は認知症をもつ高齢者が増加する一途を辿っている。高齢者の医療費の問題や高齢者個々人の尊厳ある死、

自宅での看取り、在宅死などの考えが高まり、在宅支援が急務とされている。高齢者および認知症高齢者に対して国は、2000年に介護保険制度を開始した。教育では介護福祉士教育が新たに始まり、近隣の市町村においては「徘徊高齢者等家族支援事業」、「成年後見人制度利用」、「認知症サポーター養成講座」、「認知症介護教室」「認知症カフェ」他さまざまな取り組みが行なわれている<sup>1)</sup>。

また、高齢者は身体の加齢に加え、多くの疾病を持ち、転倒や転落により骨折するなど入院するケースは多く、

連絡先：長島 緑 [mthagashima@cis.ac.jp](mailto:mthagashima@cis.ac.jp)

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing,  
Chiba Institute of Science

(2016年9月30日受付, 2017年1月6日受理)

これらの高齢者や認知症のある高齢者のケアは地域の医療施設や介護老人福祉施設などが大半を担っているのが現状である。また、介護老人福祉施設で入所中の高齢者が糖尿病や高血圧などの基礎疾患の憎悪、肺炎や尿路感染などで入院する例は多い。病院で治療して症状は改善したが、認知症を併発し、軽度認知症だった人が、重度化したケースはよくある。介護老人福祉施設では身体抑制など行っている施設はほとんど見られない。しかし、医療現場では認知症高齢者の治療で点滴をする際に点滴ラインの抜去予防としてミトン手袋で抑制している現状がある。また、昼夜逆転の患者は車いすに移乗し、日中ナースステーションに転倒防止のための腰ベルトを着けて看護師の視界に入るところに連れてこられている現状もある。病院の看護師らはこのような方法をとることが、決して良くない、行いたくないと思っている。また、認知症高齢者のケアが病院の中では十分に行われていない現状も痛感している。このことは、松尾<sup>2)</sup>の研究結果と同様であり、一般病院における認知症ケアの困難として挙げられている。また、小山ら<sup>3)4)</sup>の研究報告の一般病棟では認知症高齢者と向き合って看護を行えない状況と一致している。

高齢者のケアを大きく二つの視点で見ると、一つは介護老人福祉施設の認知症高齢者のケアである。介護老人福祉施設は要介護高齢者や認知症高齢者に対して生活の場において、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活上の世話などを中心にケアが行われている。もう一つは病院の認知症高齢者のケアである。病院は要治療の人々を対象としており、病院の機能は医療であり、治療に関連するケアと日常生活支援のケアが行われている。高齢者の入院では、個人差はあるが、加齢的变化により日常生活の自立度が低い。さらに認知症高齢者が入院した場合には治療やケアの説明は何度も行い、転倒防止、肺炎予防、誤嚥予防、褥瘡予防などのケアが加わることで、病院における認知症高齢者のケアは青年期や壮年期の患者に比べケア内容が複雑である。

今後の超高齢化社会に対応するための準備として、加齢的变化の学習、認知症高齢者の関わり方などの職員研修会を企画する病院が増えてきている。今回、高齢者の増加に伴い、受診率が今後も上昇する中で、臨床現場では、認知症高齢者のケアの学習不足から危機感を抱いた病院より相談を受けて研修会を開催することになった。研究者らは認知症ケアのプログラムを開発し、認知症ケアの向上に寄与することを目的としている。そこで、依頼のあった病院と共同で臨床の認知症高齢者に対するケアの実態を把握することにした。特に看護教育の変遷の中で、1990年以前の旧看護基礎教育カリキュラム（以下、旧カリキュラム）で卒業した看護師は、新看護基礎教育カリキュラム（以下、新カリキュラム）にある「老年看

護学」に含まれる高齢者の理解、高齢者看護の理論、認知症ケアなどの内容に関する教育を受けていないため、臨床における認知症高齢者のケアがどのように展開されているのか把握し、研修会の方向性を見出す必要があると考え事前調査を行った。

## 2. 目的

本研究は、旧カリキュラムを受けて卒業し、かつ認知症高齢者のケアに関する研修を受けていない看護師の認知症高齢者ケアの実態について明らかにすると共に、今後の研修会の企画の方向性について検討することである。

## 3. 研修会計画およびA病院の概要

A病院は首都圏にあるB県の郡部にある町立病院で、町の高齢化率は33.2%であり、全国を大きく上回っている。A病院は地域の中核病院として内科・外科・整形外科・婦人科・脳神経外科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・リハビリテーション科を有する総合病院である。病床数は、一般病床55床、療養病床45床、計100床である。昨年の入院患者のうち、65歳以上の高齢者の割合は72.0%であった。

## 4. 方法

### 4. 1 対象

調査対象者は、認知症高齢者の看護研修に参加を希望する看護師で、看護教育旧カリキュラムで卒業し、老年看護学を履修していない者で、これまで認知症高齢者のケアに関する研修を受けていない看護師とした。

### 4. 2 調査方法と倫理的配慮

調査方法は、無記名による留置き式自記式質問票による調査を実施した。調査期間は平成28年8月28日～平成28年9月20日であった。倫理的配慮として本研究は管理者である病院長の許可を得て行った。調査対象者に書面および口頭で質問紙調査の主旨を説明し、さらに回答への有無により不利益を被らないことを説明した。調査の協力・参加の同意は質問紙に回答したことで同意とみなした。

### 4. 3 対象の抽出および質問項目

対象の抽出は研修会に参加する看護師のうち、看護教育旧カリキュラムで卒業し、老年看護学を履修していない者とした。対象には、①性別、②認知症高齢者ケアの経験年数、③日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり方について、④認知症高齢者のケアでうまくいったと考えられる方法についての4つとした。

#### 4. 4 分析方法

性別や経験年数に関して単純集計とした。分析では旧カリキュラムで卒業した看護師の認知症高齢者ケアの教育について時代背景から検討した。質問内容の「日常生活援助で行っている認知症高齢者者へ関わり方」と「認知症高齢者のケアでうまくいったと考えられる方法」については自由記述とした。自由記述は質的分析を行った。分析は質的分析経験のある者4名で行い、意味内容の類似性によりカテゴリを抽出して検討した。

### 5. 結果

#### 5. 1 対象の属性

研修に参加予定の看護師は全体で65名であった。そのうちの新カリキュラムを受けた看護師は13名であった。旧カリキュラムでかつ認知症高齢者のケアに関する研修を受けていない看護師は52名(80.0%)であった。この52名のうち、認知症高齢者のケアに関する研修を受けていない看護師は47名(78.3%)であった。本研究の対象は、この47名の看護師とした。対象は男性5名(10.6%)、女性42名(89.3%)であった。認知症高齢者ケアの経験年数は平均5.5年であった。

#### 5. 2 日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり方について

以下に述べる、カテゴリは《 》とし、サブカテゴリは【 】で表現する。

質問「日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり」について回答結果は、一人、1～3つからなる短文で、介入の状況について詳しい記載はなかったが、内容自体は理解できた。記述は全部で69記述であった。これらを69コードにした。69コードを意味の類似性によって分類し、抽象度を上げ、15のサブカテゴリを抽出し、さらに抽象度をあげ、2つのカテゴリとした。1つのカテゴリは26コードからなり、その内容は看護の基本的な技術の内容であり、これらを4つのサブカテゴリ【生理的欲求を優先する】、【コミュニケーション技術】、【傾聴する技術】、【説明する技術】に分類した。さらに抽象度を上げ、カテゴリを《看護の基本技術との共通》とした。

もう1つのカテゴリは43コードからなり、その内容は認知症患者の対応方法であった。これらは11のサブカテゴリ【患者の言動を否定しない】、【説明の工夫】、【話し方の工夫】、【統一した関わり】、【安心感を与える方法】、【補助手段を用いた誘導方法】、【リアルティーオリエンテーション方法】、【一緒に考える】、【認知状態に合わせる】、【他者の応援依頼】、【ケアするタイミング】に分類した。さらに抽象度を上げ、カテゴリを《認知症患者の対応》とした。(表1)

#### 5. 3 認知症高齢者のケアでうまくいったと考えられる方法について

質問「認知症高齢者のケアでうまくいったと考えられる方法」について回答結果は先の質問結果と同様で一人、1～3つからなる短文で、介入の状況について詳しい記載はなかったが、内容自体は理解できた。記述は全部で44記述であった。これらを44コードにした。コードを意味の類似性によって分類し、さらに抽象度を上げ、11のサブカテゴリから3つのカテゴリとした。1つ目のカテゴリは13コードからなり、その内容は基本的なケア時の対応方法であった。これらを2つのサブカテゴリ【相手に合わせる方法】、【説明の仕方】に分類した。さらに抽象度を上げ、《基本的ケア時の関わり方》とした。2つ目のカテゴリは12コードからなり、その内容は認知症者の対応の方法であった。これらを4つのサブカテゴリ【嘘をつくことへの考え方】、【本人が納得するのを待つ】、【信頼関係を作る】、【自尊心への働きかけ】とした。さらに抽象度を上げ、カテゴリを《認知症者の関わり方》とした。3つ目のカテゴリは19コードからなり、その内容は拒否がある場合の対応の方法であった。これらを5つのサブカテゴリ【拒否した場合の対応】、【関わる時間の調整】、【再度トライする】、【注意を転換する方法】、【対応する人を変える】に分類した。さらに抽象度を上げ、カテゴリは《認知症患者で拒否がある場合の関わり方》とした。(表2)

### 6. 考察

#### 6. 1 対象の高齢者ケアおよび認知症ケアの看護教育の時代背景より

看護教育においてカリキュラムの改正はその時代の社会情勢・疾病構造変化などに伴い、これまでに4回行われてきている。1988年(平成元年)には高齢化社会への対応として「老人看護学」が設けられ、成人看護学から独立して看護基礎教育で教育が開始された。名称は当時老年看護学ではなく、老人看護学であった。カリキュラム第3次改正の1990年には、名称を「老人看護学」から「老年看護学」に変更した経緯がある。1998年には1992年に制度化された訪問看護サービスに対応するため「在宅看護論」及び精神の健康の保持増進の重要性から「精神看護学」が新たに追加された。新カリキュラムは2008年改正を受け、2011年の看護系大学の入学生から新カリが開始された。主な学習内容は高齢者の理解として、高齢者の身体と心、発達課題、加齢的側面、高齢者を取り巻く環境と制度、社会資源、高齢者マネジメント、高齢者のリスクと予防、ヘルスプロモーション、高齢者の多い病気や障害を持つ高齢者の看護とアセスメント、生活支援方法、高齢者看護の理論などであった<sup>5)</sup>。

認知症のケアについては、高齢者のリスクと予防、へ

ルスプロモーション、高齢者の多い病気や障害を持つ高齢者の看護とアセスメントのところで大きく取り上げられており、関連する在宅看護学、公衆衛生看護学でも新カリキュラムでは取り上げられている。

1990年以前の旧カリキュラムで教育を受けた看護師らは成人看護学の中で高齢者の看護について狭義に学習しており、新カリキュラムの『老年看護学』の主な学習内容については修得していない。旧カリキュラムで教育を受けた看護師はこの病院に限らず、多く存在している。従ってこの看護師らは、日々の高齢な認知症患者の看護をする上で、『高齢者ケア』、『認知症ケア』を学ぶ機会は、看護協会、病院内の研修会などに参加して学習することや、自助努力による学習によることになる。また、日々の認知症高齢者の看護を通じて、自身や他の看護師が行

ったケースから学ぶ体験により、自身の認知症高齢者のケアを構築してきたという経緯が大きいと考えられる。

## 6. 2 認知症高齢者ケアの実態

質問「日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり方」について回答した内容は一人、1～3文章程度であり、回答量としては大変少なく69コードを抽出した。しかし、69コードの内容から、重要な2つのカテゴリ《看護の基本的技術との共通》と《認知症高齢者の対応方法》を抽出した。看護師らが行ったケアはコードの内容から、4つのサブカテゴリに分類することができた。内容は【生理的欲求を優先する】、【コミュニケーション技術】、【傾聴する技術】、【説明する技術】でこれらは基本的な看護の技術であった。さらに認知症高齢者の対応

表1 質問「日常生活援助で行っている認知症高齢者への関わり方」 (総数69件)

| カテゴリ                   | サブカテゴリ                        | コード   | 件数           |
|------------------------|-------------------------------|---|--------------|
| 看護の基本的技術との共通           | 生理的欲求を優先する                    | ・排泄の時間誘導をしている                                   | 1            |
|                        |                               | ・トイレに行きたいと不穏な人にトイレ誘導した                          | 1            |
|                        | コミュニケーション技術                   | ・日常会話を入れながら誘導する                                 | 1            |
|                        |                               | ・声かけする  | 1            |
|                        |                               | ・視線を合わせ、穏やかに声をかける                               | 1            |
|                        |                               | ・本人の目を見て低い位置から話しかける                             | 1            |
|                        | 傾聴する技術                        | ・よく話を聞く   | 2            |
|                        |                               | ・患者の話をよく聞き、耳を傾ける                                | 3            |
|                        |                               | ・内容を傾聴する  | 3            |
|                        | 説明する技術                        | ・理由を尋ねる   | 3            |
|                        |                               | ・きちんと説明する                                       | 3            |
|                        |                               | ・ケアの必要性を伝える                                     | 3            |
|                        | 認知症患者の対応方法                    | 患者の言動を否定しない                                     | ・本人に伝わるように話す |
| ・否定しない                 |                               |   | 4            |
| ・相手の言動が正しくなくても相手を否定しない |                               |   | 1            |
| ・無理強いをしない              |                               |   | 2            |
| ・訴えなど否定しない             |                               |   | 3            |
| 説明の工夫                  |                               | ・患者の言語を否定しない                                    | 1            |
|                        |                               | ・理解でないだろうが、きちんと説明してから誘導する                       | 1            |
| 話し方の工夫                 |                               | ・単純な内容にして伝える                                    | 1            |
|                        |                               | ・1つ1つやることを、動作について説明しながら行う                       | 1            |
| 統一した関わり                |                               | ・愛しいと思う物や人に話題を変える                               | 1            |
|                        |                               | ・短い言葉でゆっくり話す                                    | 1            |
| 安心感を与える方法              |                               | ・統一した方法で同じことを繰り返す                               | 1            |
|                        |                               | ・何度も「まだですか？」と同じこと質問してくるが起こらず、何回も同じに「まだですよ」と対応する | 1            |
| 補償手段を用いた誘導方法           | 穏やかな雰囲気を作り、その流れの中で何気なく自然に誘導する | ・相手の身体の触れて話す                                    | 2            |
|                        |                               | ・安心感を与えるためスキンシップをとる                             | 1            |
|                        | 適切な物品を選ぶ                      | ・適切な物品を選ぶ                                       | 1            |
|                        |                               | ・先にやって見せたり、ジェスチャーを交えたりする                        | 1            |
|                        |                               | ・1日の流れがいつも分かるように目のつくところにメモ等を張っておく               | 1            |
|                        |                               | ・カレンダー・時計・予定表などを見せながら声をかける                      | 1            |
|                        | リアリティーオリエンテーション方法             | ・朝・夜などの時間を伝え、今何をやる時間なのかを伝える                     | 1            |
|                        |                               | ・場所などの移動は示しながら行っている                             | 1            |
|                        | 一緒に考える                        | ・一緒に行動する  | 2            |
|                        |                               | ・一番良い方法を一緒に考える                                  | 1            |
| 認知状態に合わせる              | ・患者のできる範囲内での必要に応じた介助          | 1   |              |
|                        | ・認知状態に合わせて行う                  | 1   |              |
| 他者の応援依頼                | ・行動をゆっくり見守る                   | 1   |              |
|                        | ・医師に報告をする                     | 1   |              |
| ケアするタイミング              | ・家族の協力を得て行う                   | 1   |              |
|                        | ・時間を空け、改めて援助に向かう              | 1   |              |
|                        | ・本人が気が付かないようケアする              | 1   |              |
|                        | ・本人の不安でないときにケアする              | 1   |              |
|                        | ・不穏でないときにケアする                 | 1   |              |
|                        | ・突然にケアをしない                    | 1   |              |
| ・ケアは最短で行う              | 2                             |   |              |



では、【患者の言動を否定しない】、【説明の工夫】、【話し方の工夫】、【統一した関わり】、【安心感を与える方法】、【一緒に考える】、【認知状態に合わせる】、【ケアするタイミング】の8つの対応を行っていたことが明らかになった。従って、対象看護師らの認知症高齢者ケアは、基本的な看護技術を展開し、さらに、認知症に必要なケアを提供していたことが明らかになった。

認知症高齢者は十分に自身が考えていることを言い表すことができない、また表現した言葉が伝えたかった内容と違う場合も多々ある。実際の看護師のケアはコードの内容からみると、「相手の言動が正しくなくとも相手を否定しない」、「一番良い方法を一緒に考える」、「安心感を与えるためのスキンシップをとる」などがあった。以上より、看護師の対応は、認知症高齢者が発した言葉が正しくなくとも、言動を否定するのではなく、全部受け止め、安心感を与え、介護する側が説明を工夫して、時には認知症高齢者と共にどうした方が良いのかそばに寄り添い、共に考える姿勢をもっていたことが推察することが出来る。また、【リアリティーオリエンテーショ

ン方法】、【補助手段を用いた誘導方法】の2つの介入は認知症の中核症状で、高次脳機能障害の一つである記憶の障害に対応する介入の一つである。<sup>6)</sup>

質問「認知症の患者のケアでうまくいったと考えられる方法について」にも同様に、回答した内容は一人、1～3文章程度に過ぎなかった。回答量としては大変少なく44コードを抽出した。44コードから3つのカテゴリに分類することができた。3つのカテゴリは内容から《基本的なケア時の関わり方》、《認知症者の関わり方》、《認知症者で拒否がある場合の関わり方》を抽出することができた。カテゴリ《基本的なケア時の関わり方》は、2つのサブカテゴリ【相手に合わせる方法】、【説明の仕方】を抽出した。これらは看護の基本的なコミュニケーションの方法であった。しかし、カテゴリ《認知症者の関わり方》では4つのサブカテゴリ【嘘をつくことの考え方】、【本人が納得するのを待つ】、【信頼関係を作る】、【自尊心への働きかけ】を抽出し、これらの内容は認知症高齢者の対応と考えられた。実際の看護師のケアはコードの内容からみると、「ただ、真実を言うのではなく、うそ

表2 質問「認知症高齢者のケアでうまくいったと考えられる方法」 (総数44件)

| カテゴリ                             | サブカテゴリ            | コード                              | 件数 |
|----------------------------------|-------------------|----------------------------------|----|
| 基本的なケア時の関わり方                     | 相手に合わせる方法         | ・現実にはありえない話でも訂正しないで話を合わせる        | 1  |
|                                  |                   | ・相手の話しに合わせる                      | 2  |
|                                  |                   | ・真剣に聞く態度を示す                      | 2  |
|                                  |                   | ・本人が行く方向に付き添う                    | 1  |
|                                  |                   | ・物とられ妄想のある患者に否定せずに、一緒に探すことで落ち着いた | 1  |
|                                  | 説明の仕方             | ・状況に合わせた声掛け誘導                    | 2  |
|                                  | ・何度も繰り返し説明すること    | 1                                |    |
|                                  | ・患者にゆっくり説明する      | 3                                |    |
| 認知症者の関わり方                        | 嘘をつくことの考え方        | ・ただ、事実をいうのではなく、嘘も上手に使う           | 1  |
|                                  |                   | ・その場しのぎの嘘は言わない                   | 1  |
|                                  | 本人が納得するのを待つ       | ・納得が出来たら協力してもらう                  | 1  |
|                                  |                   | ・納得してからケアを行う                     | 1  |
|                                  | 信頼関係を作る           | ・根気よくやる                          | 1  |
|                                  |                   | ・患者が安心できるような人間関係を作る              | 2  |
|                                  | ・信頼関係を作る          | 2                                |    |
| 自尊心への働きかけ                        | ・プライドに気を配り、尊重する   | 1                                |    |
|                                  | ・患者が安心できるような環境を作る | 1                                |    |
|                                  | ・おだてる             | 1                                |    |
| 認知症者で拒否がある場合の関わり方                | 拒否した場合の対応         | ・無理強いしない                         | 2  |
|                                  |                   | ・拒否する人には飴、食べ物を与えた                | 1  |
|                                  |                   | ・拒否の理由を聞く                        | 2  |
|                                  | 関わる時間の調整          | ・少し時間を置く                         | 1  |
|                                  |                   | ・入浴で嫌がるときは時間をかけずに着替えした           | 1  |
|                                  |                   | ・時間をおいて再度関わった                    | 2  |
|                                  |                   | ・強制すると興奮してしまいますために、時間をおいて関わる     | 1  |
|                                  |                   | ・混乱の強いときは話に入りこまずにそっとしておく         | 1  |
|                                  | 再度トライする           | ・落ち着いたら(表情が穏やかになったら)再度関わる        | 1  |
|                                  |                   | ・話をして気を別に向かせてからもう一度トライする         | 1  |
|                                  |                   | ・昔の話から始めて、本人の表情が良くなったら誘導している     | 1  |
|                                  | 注意を転換する方法         | ・気分転換を図る                         | 1  |
| ・行動・表現を観察し、拒否している内容に対して違う会話で対応する |                   | 1                                |    |
| 対応する人を変える                        | ・家族の付き添いを依頼した     | 1                                |    |
|                                  | ・対応する人を変える        | 1                                |    |
|                                  | ・数人で対応する          | 1                                |    |

も上手に使う」、「おだてる」、「プライドに気を配り尊重する」などがあつた。以上より、看護師の対応は、嘘はいけないことだが、時には嘘も上手に使い、おだてることで、認知症高齢者のプライドに気を配り、尊重したかわりの中で安心して過ごせるように配慮していたことが分かつた。

カテゴリ《認知症者で拒否がある場合の関わり方》は5つのサブカテゴリである【拒否した場合の対応】、【関わる時間の調整】、【再度トライする】、【注意を転換する方法】、【対応する人を変える】を抽出した。これらのケアは、認知症により、環境理解の低下から起こる行動・心理症BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) である孤立感、不安、せん妄、徘徊、妄想などの予防的ケアと考えられる。実際の看護師のケアはコードの内容から、「無理強いをしない」、「拒否の理由を聞く」、「昔の話から始めて、本人の表情が良くなったら誘導する」、「落ち着いたら再度関わり」、「対応する人を変える」などであつた。せん妄や徘徊などのBPSDに対して、認知症高齢者に拒否がある場合、無理をせず、拒否の理由を聞き、落ち着いたら再び関わり、時には介入するケア担当者を変え、注意の矛先を別のことに変えるなどの工夫が行っていた。

以上のことから、旧カリキュラムの教育を受け、認知症の研修を受けていない看護師らは臨床において認知症高齢者のケアを通じて多くの成功体験をしていたことが伺えた。従つて、旧カリキュラムの教育を受けた看護師らは自助努力と認知症高齢者のケアの成功体験を通じて、自身の認知症高齢者のケアを構築してきたと考えられる。特に認知症高齢者で拒否がある場合の関わり方では上記の4つのサブカテゴリにあるように体験を通じて意識して関わっていたことが明らかである。しかし、一人当たりの回答数は少なく、短文で内容としては介入の状況が十分に表記されていないことから、成功した介入も言語化されずに、ケアとして共有化されない状況にあつたと推察できる。よつて認知症高齢者のケアとしてより発展していくためには、対象看護師らの自己の成功体験を言語化し、方法を共有すること、そして自己の認知症高齢者ケアの課題を明確にして研修に望むことが重要と考えられる。

## 7. 今後の研修会企画の方向性

今回、研修前に調査することで明らかになったことは、旧カリキュラムを受けた看護師でかつ認知症ケアの研修会に参加していない看護師は、新カリキュラムにある高齢者の身体と心、発達課題、加齢的側面、高齢者を取り巻く環境と制度、社会資源、高齢者マネジメント、高齢者のリスクと予防、ヘルスプロモーション、高齢者の多い病気や障害を持つ高齢者の看護とアセスメント、生

活支援方法、高齢者看護の理論などを同じように履修することは3交代などの勤務をしていることから時間的にも難しい。研修は日勤終了時に行い、研修受講を希望する全ての看護師が参加できるように勤務調整する必要がある。研修の内容には、高齢者の身体と心、発達課題、加齢的側面を体系的に学習することが重要ではあるが、現任教育であり、実際起きている困難な事例に対してどのような介入の方法をとる方が効果的か理論を交えて展開していく方法などを取り入れた内容にした方が有用と考えられる。さらに、専門職として必要な知識として要介護高齢者および認知症者における診療報酬、高齢者を取り巻く環境と制度、社会資源活用の項目についても、事例展開の際に学習することが有用であると考えられる。

生活支援方法においては、日々、認知症ケアを熟知、実践している高齢者介護福祉施設の介護福祉士を講師として迎え入れることにより、臨床で多く見られる徘徊、せん妄などの対応困難事例を取り上げることで、具体的な関わり方を学ぶ機会になると考える。その際、積極的にロールプレイなどを用いるなどの工夫が必要である。このことに関しては、研修会の企画・運営にあたって小山ら<sup>7)</sup>も同様に急性期病院の看護師が認知症ケアの知識を“活かした知識”として習得するためには、認知症高齢者を“患者”ではなく、“生活者”にとらえ、認知症高齢者の言動と知識を関連付けてアセスメントする体験学習が必要と述べている。

また、今回の調査結果より、対象の看護師らに、これまで行ってきた日々の認知症高齢者のケアの体験から構築した認知症高齢者へ関わり方について理論も含めて詳細にフィードバックすることにより、自身の認知症高齢者のケアに向き合う時間を作ることが必要と考えられる。これによつて看護師自身の新たな認知症高齢者ケアの課題を明確にして研修に望むことが重要である。

さらに、認知症高齢者のケアに対して認定看護師や認知症研究者から理論を交え、さらなる専門的ケアに発展するために学習の動機づけも含めた研修計画を企画することが重要と考える。

## 8. 結論

旧カリキュラムで教育を受け、認知症の研修を受けていない看護師は47名(78.3%)であつた。認知症のケアの実態では、日常生活援助で行っている認知症高齢者へ関わり方は69件あり、《看護の基本的技術との共通》、《認知症患者の対応》の2つのカテゴリを抽出した。認知症の患者のケアでうまくいったと考えられる記述は44件であり、《基本的ケア時の関わり方》、《認知症患者で拒否がある場合の関わり方》を抽出した。これらのケアより、対象者らは自助努力とケアの成功体験を通じて、自身の認知症高齢者のケアを構築してきたことが判明し

た。しかし、成功した介入も言語化されずに、ケアとして共有化されない状況にあると推察できた。研修の方向性では、先ず、対象の看護師らに経験によって蓄積した自身の認知症高齢者のケアをフィードバックし、看護師自身が成功体験を言語化し、認知症高齢者ケアの課題を明確にして研修に臨むことが重要と考えられた。研修内容は、臨床でのケアの困難事例を取り上げ、介入方法とその理論を系統的に計画すること、これまでのケアよりさらに発展して専門的ケアに発展させるための動機づけも重要と考えられた。

## 9. 研究の限界

本研究は一部の地域の調査による結果であり、旧カリキュラムの看護師らの認知症高齢者のケア全てを反映しているとは言えない。今後も旧カリキュラムの看護師らの認知症高齢者のケア研修はこの調査結果を踏まえて、事前調査を行い、これまで行ってきた認知症高齢者の看護を把握した上で計画していく必要がある。

## 謝辞

本研究に協力いただきましたA病院の看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

## 参考文献

- 1) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～平成27年1月27日：<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079009.pdf> (参照, 2016. 9. 1)
- 2) 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.
- 3) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 他：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. 日本老年看護学会誌,17(2),65-73,2012.
- 4) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 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；大規模病院（一施設）看護師へのインタビューから. 日本認知症ケア学会誌,12(2),408-418,2013.
- 5) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会, 2011. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (参照, 2016. 9. 1)
- 6) 日本老年精神医学会：アルツハイマー型痴呆診断・治療マニュアル・ワールドプランニング,20-27,2001.
- 7) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 他：地域中核病院看護師を対象とした「認知症対応向上研修会」の評価. 日本老年看護学会誌,20(2),92-98,2016.