

認知症治療病棟における看護師の認知症ケアの実態

成松 玉委¹⁾ ・ 高柳千賀子¹⁾ ・ 井上 映子¹⁾

【要旨】

認知症治療病棟における認知症ケアの質の向上のために、看護師の認知症ケアの実態を明らかにすることを目的とした。1 施設の精神科病院管理者から推薦を受けた看護師 5 名にフォーカス・グループインタビューを行い、逐語録からデータを質的帰納的に分析した。その結果、認知症治療病棟の看護師が実践した認知症ケアは、【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】、【各症状に合わせたケアを提供するために多種多様な症状の出現を想定する】、【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】、【患者を孤独にさせないようにする】、【好奇心を駆り立てるように発語を促して会話を楽しむ】、【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】、【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】、【これまでの経験にこだわる看護師のケアに対して葛藤する】、【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】【医学的知識が生活自立支援を阻む】であった。これらから、認知症治療病棟における看護師の認知症ケアの特徴と、改善が急務である課題が示唆された。

キーワード：認知症治療病棟、看護師、認知症ケア

I. はじめに

超高齢社会となった我が国において認知症患者は増え続けており、精神科病院に入院している認知症患者は、平成 20 年では約 5 万人であったが、平成 32 年には約 9.2 万人に増加すると推計されている（厚生労働省，2012）。そこで、平成 24 年 9 月に施行された認知症施策推進 5 か年計画（厚生労働省，2012）では、これまでの病院・施設を中心とした認知症ケア施策を、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる在宅中心の認知症施策へシフトすることを目指し、具体的な方策が提示された。

生活の場である介護老人保健施設では、「認知症ケアガイドライン」を活用し、看護・介護職員が日々のケア実践を振り返りながら自己評価することで、ケアの質向上の効果が見ら

¹⁾ 城西国際大学看護学部看護学科

れている。さらに、看護・介護職員の仕事満足度を高めていくうえでも「認知症ケアガイドライン」の活用が有用であることが示唆されている（原祥子ら，2012）。

他方、治療の場である精神科病院における認知症患者のケアについては、この施策に則り看護・介護職員を対象とする教育研修プログラムが企画されており、職員は認知症ケアの方法を学ぶ機会をもっている。その研修では、トム・キッドウッドによって提唱された概念である「パーソン・センタード・ケア」を多く学んでいる。「パーソン・センタード・ケア」とは、「決して、ただ、寄り添うといった感情面に訴えるだけでなく、現在の状態、ときに我々が BPSD（行動・心理症状）と呼ぶ、奇異な行動、周囲にとってやっかいな行動も、脳自体の障害だけからではなく、身体的な不調が背景にあったり、視力や聴力の低下といったコミュニケーション能力の低下を補われることなくいるための混乱だったり、過去の事柄と結び付けてしまつての行動である可能性を常に考えるべきだ」と述べている（Kitwood T, 1992）。認知症患者は疾患により自己を表現する能力を奪われるため、孤独を感じ、生活の質が低下する。このような状況に対し看護師は、看護教育の過程で理想とした看護観を自己の中に醸成し「患者の QOL を高める看護をしたい」という思いを持っている。そこで、看護師は研修で得た知識を精神科病院の現場で活用しようと努力するが、その効果が見えないために、自分の看護に悩み、自信を喪失する要因にもなっている（上岡節子ら，2012）。

認知症患者のケアに関する先行研究では、一般病院での認知症高齢者のケアに関して、ケアのプロセスの分析、および看護師の困難が明らかにされており、治療を要する認知症患者に必要なケアが提供できる人員配置、看護師が個々に感じていることを表出できる環境づくりの必要性が示唆されている（江口恭子ら，2011；小山尚美ら，2013）。また、認知症患者がもつ可能性は、患者とケア提供者との相互作用によって引き出され、多職種がチームでケアを行う場合、ケア提供者の一部の対応に問題があるとその患者がもつ可能性は低下してしまい、認知症患者の能力発揮を妨げる要因となることが明らかにされている（湯浅美千代ら，2001）。さらに、認知症患者が本来持っている能力を見出すために基盤となる基本姿勢の必要性は示唆されている（湯浅美千代ら，2003）が、精神科病院の認知症治療病棟での看護師の認知症ケア方法についての研究は見当たらない。

これらの現状から、本研究では、認知症の多種多様な症状改善を目的に精神科病院の認知症治療病棟に入院している患者を対象とした認知症ケア方法について検討するため、看護師が認知症治療病棟において行った認知症ケアの実態を明らかにする。

Ⅱ．方 法

1．研究対象

A 県にある 1 施設の精神科病院の認知症治療病棟に勤務する看護師 5 名である。

看護管理者に「認知症患者をケアする過程で成長したと思っている看護師」「認知症患者を

ケアする過程で自分自身が変化している看護師」の推薦を依頼した。推薦された看護師に研究者から口頭と書面による説明をし、研究参加への承諾が得られた看護師を対象とした。

2. 研究期間

研究期間は、2013 年 10 月～12 月である。

3. データ収集方法

対象者が所属する施設で、フォーカス・グループインタビューを実施した。

研究者が司会者となり、インタビューガイドに沿い、話の流れに応じて討論の進行をした。インタビュー時間は 60 分であった。インタビューの内容は、対象者全ての承諾を得て録音し、逐語録を作成した。

対象者の属性（年齢、性別、認知症看護の経験年数、過去の看護経験領域、職歴、職位）は、別紙へ記述する依頼をした。

4. インタビューの内容

インタビューガイドを事前に研究対象者へ書面で示した。インタビューガイドの内容は、認知症治療病棟でのケアで印象に残った場面を通して、認知症患者や家族に起きたこと、スタッフや組織に起きたこと、看護師自身が成長したと思うことや難しいと思うことなどについて、自由に話して頂くこととした。

5. 分析方法

録音した会話をデータ化してその内容を読み取り、関連する場面をまとめて、認知症ケアの「エピソード」を抽出した。この認知症ケアの「エピソード」の内容から研究目的に沿って、認知症治療病棟で働く看護師がどんな体験をし、どのような感情や思考を持って看護を実践しているのかを抽出して要約し、その内容ごとに認知症ケアの命名をした。

読み取りの妥当性を高めるために、3 名の研究者での検討を重ね、老年看護学研究者のスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究協力病院の倫理組織および研究者が所属する大学の倫理委員会の承認（承認番号 25 - 5）を得て行った。対象者に研究について書面を用いて説明し同意を得ると共に、インタビューの任意性および匿名性を説明し同意書を得た。データは個人が特定されないように ID 番号で管理し、音声データおよび文字に起こしたデータは鍵のかかる場所に保管した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性

対象者は男性が 1 名、女性が 4 名の計 5 名であり、年齢は 33 歳から 52 歳（平均 41.20 歳）であった。認知症治療病棟での経験年数は 2 年から 10 年で、看護職としての経験年数は、6 年から 25 年（平均 16 年）であった（表 1）。

表 1 研究対象者の特性

対象者	年齢	性別	認知症病棟の経験年数	看護職としての経験年数
1	46 歳	女性	10 年	25 年
2	42 歳	男性	6 年	12 年
3	33 歳	女性	2 年	6 年
4	33 歳	女性	6 年	12 年
5	52 歳	女性	8 年	25 年

2. 認知症治療病棟の看護師が実践した認知症ケア

フォーカス・グループインタビューによって語られた認知症ケアは、【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】、【各症状に合わせたケアを提供するために多種多様な症状の出現を想定する】、【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】、【患者を孤独にさせないようにする】、【好奇心を駆り立てるように発語を促して会話を楽しむ】、【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】、【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】、【これまでの経験にこだわる看護師のケア方法に対して葛藤する】、【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】、【医学的知識が生活自立支援を阻む】の 11 項目であった。その内容については、表 2・表 3 に示し以下に説明する。認知症ケアのエピソードを『』、その要約を《 》、そして認知症ケアを【 】で示した。

【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】

看護師は『落ち着いたレクリエーションがないか模索していたら、ライフメイトさんが紙芝居を一回読んだ。興味を持つ方、スルーと行く方、ウトウトする方もいる。頭を働かせて考えてもらい、流れを途ぎらせないで一緒に楽しむ。徘徊が多かった I さんも一緒に座って過ごしてくれた、囲んで座ってもらったんです、歩きながらも、歌うことで落ち着いてもらって様子をみる』と語り、この語りは《患者が落ち着いて過ごせるようレクリエーションを模索する中、スタッフが紙芝居と一緒に楽しみながら読むと患者が落ち着いた》と要約できた。看護師は昔を回想し、患者とともに楽しむことが患者を落ち着かせたと認知していることから、【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】ケアとした。

【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】

看護師は『長くいる方は、患者さんの物真似をして共有しています。患者さんの喋り方や怒り方を、自分がなりきって表現するのです。どういうことなのかは皆で判断する。いつもと違うとか、癖とか、その人のパターンが分かっているから、特徴を捉えるのがうまい。気持ちと行動が把握できる。よく見ているんじゃないですか』と語り、この語りは《長期間、患者と関わっているスタッフは、患者の特徴、パターンを物真似して、情報を伝

える」と要約できた。看護師は観察力や表現力を、情報を共有する重要な技術の一つであると捉えていることが推測されると認知していることから、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】ケアとした。

【各症状に合わせたケアを提供する為に多種多様な症状の出現を想定する】

看護師は『歌は好きなんでしょうけれど、その刺激がストレスになり落ち着かなくなる。集まって何かをやっていると、疎外感を受けるような感じに見られ、妄想が始まって怒鳴る。耳の遠い方もいます。逃げる方もいる。一人で居られるスペースに行かれる方もいます。(スタッフは)「あっ、おかしいな」と感じとっているんでしょうけど、そういうものかなと、見守る時間が長いスタッフが多い』と語り、この語りは、《多種多様な症状の出現を想定し、各症状に合わせたケアを提供できる》と要約できた。看護師は、色々な人が居て大変という捉え方ではなく、初めから様々な症状を呈する患者の存在を受け入れて、患者に関心を寄せていると認知していることから、【各症状に合わせたケアを提供する為に多種多様な症状の出現を想定する】ケアとした。

【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】

看護師は『お掃除の機械が、ガーッと、来るだけでもパンパンと手を打つことが始まる。「不安かな」と、予兆があるのがわかった。最近では先に、ナースステーションで一緒に過ごしてもらおうようにしています。その中では、落ち着いていらっしゃる。先に、「どうですか」と、誘いをかけて、ダメであれば「いいのかな」としている』と語り、この語りは、《患者の行動変化を予測して、安心できる場を提供する》と要約できた。看護師は、日ごろの関わりから、不安の兆候を察知してケアに活かしていると認知していることから、【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】ケアとした。

【患者を孤独にさせないようにする】

看護師は『会いに行って、二人で話して、何か世界がありますね。その話で盛り上がったから離れると、人のことは怒らなくなるような気がします。普段一人でいるので、話をする人が欲しいのかなとは思うんです』と語り、この語りは、《患者と看護師で盛り上がっているときは二人の間に何か世界が存在して、その後は怒らなくなる》と要約できた。看護師は、患者の持っている世界を受け入れた寄り添い方が伝わると認知していることから、【患者を孤独にさせないようにする】ケアとした。

【好奇心を駆り立てるように発語を促して会話を楽しむ】

看護師は『見ているだけでなく、なんか弄っていますよね。その人がどういう病気とか関係なく、刺激している。「パピ」と言ったら「プペポ」と言ったり、「心臓」と言ったら「発作」と言ったり。最初は、「今、朝だよ」「オムツ交換だよ」と、業務、業務した話だったが、医療現場では出てこないようなブラックな話もあって、楽しく言葉が出る。得意なものは発展して、進化している。スタッフの変化とか、患者の変化につながっている』と語り、この語りは、《スタッフの挑発的とも取れる会話は、患者とスタッフの変化に繋が

る」と要約できた。看護師は、挑発とも取れる会話が、認知症患者の自発性を引き出し、思いがけない会話の広がりやスタッフの変化を生み出していると認知していることから、【好奇心を駆り立てるような発語を促して会話を楽しむ】ケアとした。

【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】

看護師は『認知症の方を最初から好きで今の病棟で働き始めたから、認知症の方が喜ぶとか、変化のあることが遣り甲斐につながっている。そうじゃない看護師さんもいる。抑制の効かない認知機能障害のある患者を、どのようにケアで守っていくのか、価値観の違いによって言葉や議論を要する。見守りができないから縛っておけばいいという看護師さんもいて、議論する風土はあるが、上手く説明できなくて、何かを共有してやることに物凄くエネルギーが要る』と語り、この語りは、《価値観の違う看護師がケア方法を共有するには、多くのエネルギーが要る」と要約できた。看護師は、価値観の違いを感じながら、上手く折り合いをつけられない看護師のジレンマを抱えていると認知していることから、【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】とした。

【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】

看護師は『「ワーツ」と大声を出す患者さんは、「体調が悪いのかも」と思ったりする看護師と、「また、機嫌が悪くて殴られちゃった」で、終わってしまう看護師の、2種類の看護師がいる気がする。手を挙げられて怪我をするナースは決まっていて、患者さんを穏やかにできるナースは殴られる前に、逃げるか、穏やかにする。殴られている看護師は面と向かって喧嘩している。殴られてしまうタイプの人は、どう対応していいのかわからない』と語り、この語りは、《大声を出す患者に対して、対応の仕方が分からず面と向かって喧嘩して蹴られるスタッフと、体調の悪さの表れと捉え患者を穏やかにするスタッフがいる」と要約できた。看護師は、殴られてしまう看護師の行動を理解できない看護師の葛藤を抱えていると認知していることから、【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】とした。

【これまでの経験で培ったケア方法にこだわる看護師のケアに対して葛藤する】

看護師は『「精神から来ているから対応が逆だ」と、言っている看護師がいる。自分がやってきた精神科の患者さんの対応と認知症の対応が違うと。「自分なりに色々聞いたり、講義を受けたりして最近は少しわかってきた」と、言っていた。たまに、「ガーッ」と、言ったりして対応の仕方もあれですよ。違いは無いと思うんです。「こういうふうにやると、全然そうはしないから大丈夫ですよ」と、言ったら、「そうだったんだ」って、知らなかった』と語り、この語りは、《これまでの経験で培ったものさしに則った認知症ケア行動に、異和感を感じている先輩看護師の葛藤」と要約できた。看護師は、これまでの経験で培ったケア方法のこだわりが、対応の違いに現われている看護師に対して、指導方法のあり方に葛藤する先輩看護師が存在すると認知していることから、【これまでの経験で培ったケア方法にこだわる看護師のケアに対して葛藤する】とした。

【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】

看護師は『トイレで座る時に、掴まって座れるけれど、精神科からの看護師は、まだ最初の頃のイメージのままだったんです。二人対応で両方からガァッと起して、ガァッと座ればなるという頭だったのです。今、その方に対しては逆効果で、怒って爪を立てたりする。「そこまでしなくても大丈夫だよ」と、細かく説明したら、「ああ、そうだったんだ。今度そうしてみる」と言っていた。スタッフ全員に、良かった所が浸透されていない。変え続けることに対応できない』と語り、この語りは、《認知症患者の病状が回復している状況が、スタッフ全員に浸透されないので、誤った看護ケアが暴力を誘発することがある》と要約できた。看護師は、患者の病状の変化を共有しケアを提供することの難しさにジレンマを感じていると認知していることから、【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】とした。

【医学的知識が生活自立支援を阻む】

看護師は『介護と看護の見方の違い。介護は生活全般を見ていくので、観察をけっこうまめにしてくれている。看護は、医療的なものと、安全とか考えると、二の足を踏んでいるなど気づかされたことかな。看護師は、その人に起こり得る身体的リスクとかが見えてくる。誤嚥して肺炎になって、寝たきりになってしまうかもしれない。それが、逆に仇になって、萎縮重視になっていると思う。ナースの医学的知識が変な意味でのストッパーになっているのかもしれない』と語り、この語りは、《介護は生活面をみる、看護は医療的なものと安全を見ると捉えると、身体的リスクが見えてくるが、ナースの医学的知識が生活の自立を優先するケア提供のストッパーになっている》と要約できた。看護師は、医学的知識がストッパーになっているかもしれないと葛藤すると認知していることから、【医学的知識が生活自立支援を阻む】とした。

表2 認知症治療病棟の看護師が実施した認知症ケア その1

認知症ケア	要 約	エピソード
柔軟な発想で患者と共に楽しむ	夕食前、患者が落ち付いて過ごせるレクリエーションを実践しながら模索している中、スタッフが紙芝居と一緒に楽しみながら読んでいると、患者は落ち着いた。	夕ご飯を食べる前に、落ち着いたレクリエーションがないか模索していたら、ライフメイトさんが紙芝居を一回読んだ。興味を持つ方、スルーと行く方、ウトウトする方もいる。紙芝居でも歌が絡んでくるものがあれば、頭を働かせて考えてもらい、流れを途ざらせないで一緒に楽しむ。徘徊が多かったIさんも一緒に座って過ごしてくれた。「囲んで座ってもらったんです」、歩きながらも、歌うことで落ち着いてもらって様子を見る。
患者の情報を共有するために患者の行動を真似る	長期患者と関わっているスタッフは、患者の特徴、パターンを物真似して、情報を伝える	長くいる方は、患者さんの物真似をして共有しています。患者さんの喋り方や怒り方を、自分がなりきって表現するのです。どういことなのかは皆で判断する。いつもと違うとか、癖とか、その人のパターンが分かっているから、特徴を捉えるのがうまい。気持ちと行動が把握できる。よく見ているんじゃないですか。
各症状に合わせたケアを提供するために多種多様な症状の出現を想定する	歌が好きなのにストレスを感じて落ち着かなくなる、疎外感を感じると妄想が始まって怒鳴る、逃げる、1人で居られるスペースが好くと、様々な病状の患者がいるが、スタッフはじっくり見守る。	歌は好きなんでしょうけれど、その刺激がストレスになり落ち着かなくなる。集まって何かをやっていると、疎外感を受けるような感じに見られ、妄想が始まって怒鳴る。耳の遠い方もいます。逃げる方もいる。一人で居られるスペースに行かれる方もいます。(スタッフは)『あっ、おかしいな』と感じとっているんでしょうけど、そういうものかなと、見守る時間が長いスタッフが多い。
患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する	いつもの行動が始まるのは、不安の兆候であるため、いつもと違う行動が出現すると、スタッフと一緒に過ごすようにする。	お掃除の機械がガーッと、来るだけでもパンパンと手を打つことが始まる。『不安かな』と、予兆があるのがわかった。最近では先に、ナースステーションで一緒に過ごしてもらうようにしています。その中では、落ち着いていらっしやる。先に、「どうですか」と、誘いをかけて、ダメであれば『いいのかな』としている。
患者を孤独にさせないようにする	患者と看護師で盛り上がっているときは二人の間に何か世界が存在して、その後は怒らなくなる。	会いに行って、二人で話して、何か世界がありますね。その話で盛り上がってから離れると、人のことは怒らなくなるような気がします。普段一人ですので、話をする人が欲しいのかなとは思っています。
好奇心を駆り立てるように発話を促して会話を楽しむ	冗談が効いた会話やブラックな会話から、患者が一瞬にして、発症前の生活に引き戻されたような言葉が繰り出されると、面白い雰囲気や周囲に広がり、それが患者とスタッフの変化に繋がる。	見ているだけでなく、なんか弄っていますよね。喋れないから喋りかけないのではなく、その人がどういう病気とか関係なく、どんな反応をするのか、一緒に喋ったり、刺激している。「バビ」と言ったら「アベボ」と言ったり、「心臓」と言ったら「発作」と言ったり。医療の現場では出てこないような話が、最初は、「今、朝だよ」「オムツ交換だよ」と、業務、業務した話が、医療現場では出てこないような、冗談が入ってきた。ブラックな話もあって、それは、楽しく言葉が出る。得意なものは発展して、進化して、育っている。面白いことが周りに広がっている。スタッフの変化とか、患者の変化につながっている。

表3 認知症治療病棟の看護師が実施した認知症ケア その2

認知症ケア	要 約	エピソード
ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する	認知症患者が元来好きで、患者が喜ぶこと、良い変化が通り甲斐に繋がるスタッフは、他の価値観を持つスタッフとケア方法を共有するのに多くのエネルギーを要する。	認知症の方を最初から好きで今の病棟で働き始めたから、認知症の方が喜ぶとか、変化のあることが通り甲斐につながっている。そうじゃない看護師さんもある。抑制の効かない認知機能障害のある患者を、どのようにケアで守っていくのか、価値観の違いによって言葉や議論を要する。見守りができないから縛っておけばいいという看護師さんもいて、議論する風土はあるが、上手く説明できなくて、何かを共有してやることに物凄くエネルギーを要る。
患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む	大声を出す患者に対して、対応の仕方が分からず面と向かって喧嘩して蹴られるスタッフと、体調の悪さの表れと捉え、患者を穏やかにするスタッフがいる。	「ワーツ」と大声を出す患者さんは、「体調が悪いのかも」と思ったりする看護師と、「また、機嫌が悪くて殴られちゃった」と終わってしまう看護師の、2種類の看護師がいる気がする。手を挙げられて怪我をするナースは決まっていて、患者さんを穏やかにできるナースは殴られる前に、逃げるか、穏やかにする。殴られている看護師は面と向かって喧嘩している。殴られてしまうタイプの人は、どう対応しているのかわからない。
これまでの経験で培ったケア方法にこだわる看護師のケアに対して葛藤する	認知症患者の対応は、精神疾患患者とは異なると初めは感じていたが、認知症ケアの経験を通して違いがないことに気づき始めてはいるが、ケア行動が伴っていないことがある。	「精神から来ているから対応が逆だ」と、言っている看護師がいる。自分がやってきた精神科の患者さんの対応と認知症の対応が違うと。「自分なりに色々聞いたり、講義を受けたりして最近少しわかってきた」と、言っていた。たまに、「ガーッ」と、言ったりして対応の仕方もあるですね。違いは無いと思うんです。「こういうふうにやると、全然そうはしないから大丈夫ですよ」と、言ったら、「そうだったんだ」って、知らなかった。
患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい	認知症患者の病状が回復している状況が、スタッフ全員に浸透されないで、誤った看護ケアが暴力を誘発することがある	トイレで座る時に、掴まって座れるけれど、精神科からの看護師は、まだ最初の頃のイメージのままだったんです。二人対応で両方からガッツと起して、ガッツと座ればなるという頭であたのです。今、その方に対しては逆効果で、怒って爪を立てたりする。「そこまですなくても大丈夫だよ」と、細かく説明したら、「ああ、そうだったんだ。今度そうしてみる」と言っていた。スタッフ全員に、良かった所が浸透されていない。変化し続けることに対応できない。
医学的知識は生活自立支援を阻む	介護は生活をみる、看護は医療的なものと安全をみると考えると、身体的リスクが見えてくるが、ナースの医学的知識が、生活の自立を優先するケア提供のストッパーになっている。	介護と看護の見方の違い。介護は生活全般を見ていくので、観察をけっこうまめにしている。看護は、医療的なものと、安全とか考えると、二の足を踏んでいるなど気づかされたことかな。看護師は、その人に起こり得る身体的リスクとかが見えてくる。誤嚥して肺炎になって、寝たきりになってしまいかもかもしれない。それが、逆に仇になって、萎縮重視になっていると思う。ナースの医学的知識が変な意味でのストッパーになっているのかもしれない。

IV. 考 察

結果で明らかになった認知症治療病棟の看護師が実践した 11 項目の認知症ケアの特徴を考察し、そこから見出された現状の課題から、認知症治療病棟における認知症ケアの質向上への提言を述べる。

1. 認知症治療病棟の看護師が実践した認知症ケアの特徴

看護師は、医療処置や治療、生活の中での制限や制約を強いる側に立つと同時に、制限のある中でその人の健康ニーズをキャッチし、相手に触れ、心地よいケアを提供することによ

て、その人の存在の意味を支えることができる（堀内園子，2010）と言われている。【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】、【各症状に合わせたケアを提供するために多種多様な症状の出現を想定する】、【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】、【患者を孤独にさせないようにする】、【好奇心を駆り立てるように発語を促して会話を楽しむ】の表2に示した6項目の認知症ケアは、認知症高齢者を一人の人間として尊重し、存在自体に価値があることを重視した、認知症ケアの真髄であるとする。また、これらの認知症ケアは、患者とスタッフが共に成長する機会に繋がっていた。以下に、この6項目の認知症ケアの特徴とその意義について述べる。

【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】

これは、様々な病状を抱えている認知症患者がスタッフと共に楽しむ雰囲気の中かで、患者やスタッフに変化を生み出しているケアである。看護師は「頭を働かせてもらい、流れを途切らせないで、一緒に楽しむと、徘徊が多かったIさんも一緒に座ってくれた。」と語った。看護師が、夕食前に何か落ち着いたレクリエーションはないだろうかと模索するなかで、ライフメイトの発想から紙芝居を読んだ時、それぞれの患者が思い思いの方法で参加をした。囲んで座ってもらったり、歩きながらで歌うことも、咎める看護者は一人も居なかった。「頭を働かせてもらい、流れを途切らせないで、一緒に楽しむ」ことで、様々な病状を抱えている認知症患者の残されている能力に働きかけ、様々な行動を中断させることがないように見守り、ありのままに受け入れていた。柔軟な発想で、患者と職員が一体となってその場の雰囲気を共に楽しんでいた。認知症患者とスタッフが醸し出す和やかな雰囲気は、柔軟な発想を見出し、患者と職員が一緒に楽しむ場をつくっていた。患者と看護者が、互いの存在を受け入れて共に楽しむことは、患者やスタッフに変化を生み出した。認知症高齢者をありのままに受け入れ、一人の人間として尊重し、共に楽しむことでその存在自体に価値があることを重視したケアを提供することは、認知症ケアの真髄である。

【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】

これは、認知症患者のいつもと違う行動の意味や不穏の原因を探り、チームで共有するための工夫である。認知症ケアに長く携わっている看護師が、説明し難い患者の行動を真似している様子を、「長くいる人は、特徴を捉えるのが上手い」と、患者の情報をチームで共有する技術として受け入れている。認知症ケアに長く携わっている看護師は、目に見えている行動の意味や患者の想いも察した物真似ができていた。周囲のスタッフは、言葉を使った表現が難しい状況さえも、認知症患者をよく見ているから表現できると捉えている。患者の行動を真似するという行為は、相手を馬鹿にしていると捉えがちであるが、患者の行動を否定的に表現するのではなく、患者の困りごとを事実として正確に伝え、意味ある行動として捉えていることが窺われる。

一般的に、まなぶ（学ぶ）とまねる（真似る）は同じ語源から成り立っていると言われ

ていることから、認知症ケアの経験の浅い看護師には、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】方法は、臨床の場で活用しやすい看護モデルであると考ええる。また、認知症患者の周辺症状の理解には、多くの正確な情報を多角的な観点で分析することが重要である。したがって、言葉では表現しづらい認知症患者の行動を真似て情報伝達することは、情報の正確さを高め、迅速な情報共有となり、患者理解を促進させる有効な方法である。

【各症状に合わせたケアを提供するために多種多様な症状の出現を想定する】

これは、病状の変化や環境の変化に反応して出現する各症状に合わせたケアを提供するために、多種多様な症状の出現を想定するケアである。看護師は、『歌は好きなんでしょうけれど、その刺激がストレスになり落ち着かなくなる。その行動は、疎外感を感じているように見える』と語った。看護師は、歌の好きな患者だからこそ、皆が集まる様子がストレスに繋がっていると捉えている。いつもと違う行動をとってしまう患者の行動の意味を理解していた。大勢の中に居るときにこそ孤独感を感じてしまうのは、歌が好きなのに、以前のように上手く溶け込めない不甲斐なさを感じて、怒鳴るという行動をとってしまう姿である。さらに、看護師は、『耳の遠い方もいます。逃げる方もいる。一人で居られるスペースに行かれる方もいます。「あっ、おかしいな」と感じとっているんでしょうけど、「そういうものかな」と、見守る時間が長いスタッフが多い』と語った。色々な人が居て大変という捉え方ではなく、初めから様々な症状を呈することを想定して、患者の行動を受け入れ見守っていた。

看護師は「そういうものかなと、見守る時間が長いスタッフが多い」と語った。治療過程にある認知症患者は、体調の変化や落ち着かない精神状態、入院環境に馴染めない不安を抱えており、多種多様な症状が出現するため看護師はじっくり見守る方法でその後の経過を想定できる看護の力を獲得している。

【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】

これは、環境から受ける刺激に反応する患者の行動変化を予測して、安心できる場を提供するケアである。看護師は、「掃除機の音に、パンパンと手を打つ行動が始まる」と語った。以前は聞き慣れた音に、幼児のように手を打ち鳴らしてしまうことに、不安や恐怖を感じている様子が窺われる。周囲は怒りっぽい人という印象を持っていたが、看護者との会話で盛り上がった後は、怒らなくなる。患者と看護者の間に何か世界が存在していた。看護師は、『いつも一人でいることが多い患者だったけれど、話をする人がほしいのかなと思った』と語った。看護師は、認知症患者を、不安や恐怖、寂しさや孤独を言葉で表現することが苦手で、他者には理解できない行動を起こすことがあると予測していた。そこで、いつもと違う行動が始まるのは、不安の兆候と考え、スタッフはじっくり見守り、患者の世界を共有していることを感じさせるようにしていた。つまり、【患者の行動変化を予測して安心できる場を提供する】ケア方法は、その世界を共有することが大切であり、問題行動に対処する観点より問題行動を含んだ問題状況に対応することが重要である（湯

浅美千代ら，2001)。

【患者を孤独にさせないようにする】

これは、患者を孤独にさせないようにするケアである。看護師は、『二人で話して、何か世界がありますね。盛り上がって離れると、怒らなくなるんです。・・・話をする人が欲しいのかなと思うんです』と語った。患者と看護者の間に存在するほのぼのとした世界を楽しんでいるようにも取れるが、寂しさや不安を抱えている患者に関心を向けている看護師の姿が見える。環境の変化に馴染めず、BPSD が発症してしまう患者だからこそ、孤独を味あわせたくない、時には寄り添い、会話を楽しむ機会を設けたいと願う看護者の思いが窺える。したがって、看護師は、認知症患者の心理的ニーズを満たし、相互に支え合う環境を提供するために、患者を孤独にさせないようにしているといえる。

【好奇心を駆り立てるように発話を促して会話を楽しむ】

これは、好奇心を駆り立てるように発話を促して会話を楽しむケアである。看護師は、「冗談が入ったブラックな話もあって、それは、楽しく言葉が出る。得意なものは発展して、進化して、育っている」と語った。緊張感にあふれた挑発とも取れる会話は、患者の好奇心を駆り立て、患者からは言葉が繰りだされ、患者と看護者が会話を楽しむ様子が見えてくる。患者と看護者が醸し出す雰囲気は、患者と看護師が寄り添い、相互に影響し合う姿として受け入れられて、「患者さんとH君が育っている」と語られた。認知症患者の変化だけではなく、若い男性看護師H君の成長を感じている。これは、患者と寄り添う体験は、職業人としてあるべき姿に気づき、患者に癒されている自分に気づく体験である。つまりこのケアは、患者一人一人の行動特性に気配りをしながらそれぞれの参加姿勢を受け入れ、職員も一緒に楽しむ場づくりをし、それぞれの取り組みを尊重して新たな発想を生み出すという方法である。認知症患者にとっては、自身のあり方を受け入れられることで、病状は安定し、安心できる生活環境として意義のあるケア方法と言える。

2. 認知症治療病棟の看護師が実践した認知症ケアの課題

認知症治療病棟の看護師が実践した 11 項目の認知症ケアの中で、【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】、【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】、【これまでの経験にこだわる看護師のケア方法に対して葛藤する】、【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】、【医学的知識は生活自立支援を阻む】の表 3 に示した 5 項目は、看護師の印象に残った場面の語りから見出された現状の課題であると考ええる。認知症治療病棟においては、患者の変化に合わせたケア情報を共有する難しさを共有し、互いの対応の違いや能力の差を生み出す原因を理解し、価値観の相違を認め合い、成長を促し合うことができる成熟した職場環境の育成が急がれる。そこで、認知症ケアの質向上のために特に重要であると考え以下 3 項目に注目し、これらの現状の課題に内包されている諸問題とその解決に向けての方策について述べる。

【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】

患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む看護師は、《大声を出す患者に対して、対応の仕方がわからず面と向かって喧嘩して蹴られるスタッフと、体調の悪さの表れと捉え、患者を穏やかにするスタッフがいる》と捉えていた。「体調の悪さを上手く表現できないので、大声を出しているのだろう」と捉える看護師にとって、患者と面と向かって喧嘩している看護師の行動は理解できない。さらに、これまでの経験で培ったケア方法にこだわる看護師に対して、先輩が葛藤する場面も語られた。認知症患者のケア方法が分からないのは、自分とは異なる価値観を持っていることが原因だろうと葛藤する一方で、ケアの方法が異なるのは仕方がないと、自分の気持ちに折り合いをつけながら看護を続けていた。殴られてしまう看護師は、大声をだしている患者の体調不良の状況や不安な想いに、意識を寄せる余裕を失っているのである。認知症ケアの知識不足や情報不足に起因する看護師の不安や恐怖感に因るものである。暴力行為は誤ったケアの証であることに気づくことができず、目の前で起こっている行動に目を奪われ、認知症患者の行動が予測できないまま、恐怖感に囚われているのである。恐怖感に囚われている看護師のケアは、患者に不快な感情を残し、不安やストレスを増大させるだけでなく、信頼関係の構築の妨げになる。そこで、認知症患者暴力行為に対して、病状を正確に捉え、ケアをチームで共有する方法の確立が急がれる。

【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】

精神科から異動になった看護師は、ADL が回復していたことを知らずに二人対応をした結果、認知症患者が怒って爪を立てる場面があった。僅かに回復した移動動作を無視した看護師のケアは、ケアを受ける患者に辛い我慢を強いることがある。患者の暴力が予期できずに発生する多くは、日常的なケア場面に不満やわだかまりとなって残され、その後一定のプロセスを経て攻撃や暴力へと進展するため、暴力自体の対処よりも日常生活における基本的ケアの充実が必要である（岡田実，2007）。看護師は、治療や処置に迫られ現場においても、記憶を失っていく恐怖、今までできたことが出来なくなっている不安や悲しみ、怒りを抱えている認知症患者の想いを察したり、看護師間で共有したりする僅かな時間を持つことが、認知症患者の尊厳を支え、居心地のよい看護の提供に繋がると考える。アドバイスを受けた看護師の、「ああ、そうだったんだ。今度そうしてみる」と答えた言葉に自信のなさが表われている。専門的な研修を受けた看護師は、価値観の違いや経験の違いによって、認知症の捉え方や対応方法に違いが生じるのは仕方がないと、自分の気持ちに折り合いをつけながら看護を続けていた。ところが成長期の家庭環境、看護師としての経験や年数の違いによって、知識や技術の習得に差が生じることは必然である。しかし、多くの看護者は、自分は知識や技術が不足しているので看護に自信がないと思ってしまい、恐怖感や不安感を持ったままでの誤った対応に繋がることがある。看護師の経験領域や経験年数の違いに起因する、看護師のコミュニケーション能力の不足や無力感に因るものである。

【医学的知識は生活自立支援を阻む】

「ナースの医学的知識が変な意味でのストッパーになっている」という語りからは、専門職としての知識を、認知症治療の現場で活かしてきていない現状に無力感を感じ、葛藤する看護師の姿が見えてくる。「介護は、生活全般を見ている」と、介護者が生活に目を向けている現状を羨ましく感じている看護師の姿も見えてくる。看護師の教育背景によると、安全・安楽・予防看護に関心を向けて問題解決をする技術を訓練されてきた過程で獲得する、身体的リスク優先の看護技術の提供に起因すると考える。生活の自立を優先するケアの提供を目指す認知症看護の重要性を理解している看護師にとって、発想の転換による看護の模索は難しいことではない。看護師のケア姿勢については、認知症患者が表出する BPSD を、意思表示のひとつと発想転換して、その中に本人の意思が潜在化していると考えたことの重要性を指摘し、さらに認知症患者と同じ視点での見方をすることによって新たなケアの方向性が見えてくることを報告している（松本明美ら，2011）。看護者・介護者が、チームメンバーとしての互いの役割・責任・業務を理解し、尊重する組織の醸成が急がれる。

V. 結 論

認知症治療病棟の看護師が実践した認知症ケアは、【柔軟な発想で患者と共に楽しむ】、【患者の情報を共有するために患者の行動を真似る】、【多種多様な症状の出現を想定し各症状に合わせたケアを提供する】、【患者の行動変化を予測して、安心できる場を提供する】、【患者を孤独にさせないようにする】、【好奇心を駆り立てるように発語を促し、会話を楽しむ】、【ケアに対する価値観の相違と向き合うにはエネルギーを要する】、【患者の暴力行為の捉え方の違いの狭間で悩む】、【これまでの経験で培ったケア方法にこだわる看護師に対して、先輩が葛藤する】、【患者の変化に合わせたケア情報を共有することは難しい】【医学的知識は生活自立援助を阻む】であった。

これらから、認知症治療病棟における看護師の認知症ケアの特徴と改善が急務である課題が示唆された。

VI. 研究の限界と課題

本研究は1施設を対象としたグループ・フォーカスインタビューの結果のみを分析したものであり、一般化することには限界があるため、対象施設を異にして対象者を増やし、妥当性を検証をすることが必要である。また、療養の場における認知症ケアとの比較により、認知症治療病棟のケアの特徴を明らかにすることを課題とする。

謝 辞

この研究にあたり、フォーカス・グループインタビュー調査にご協力をいただきました看護職の皆様、施設管理者の皆様に心から感謝申し上げます。

本研究は、平成 25 年度城西国際大学看護学部学部長所管費の研究助成を受けたものである。

文 献

厚生労働省：新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2R（認知症と精神科医療）、平成 23 年 7 月 26 日資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kmqo-att/2r9852000001kmvv.pdf>

厚生労働省：認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）報告書、2012. 9

原祥子、實金栄：介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発、日本看護研究学会、35（4）、2012
Kitwood T：A new approach to the evaluation of dementia care. Journal of Advances in Health & Nursing Care 1992 ;1:41-40

上岡節子他：認知症患者と関わる中で生じる看護師のストレス ―インタビューによるストレス要因の分析― 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 8、2012

江口恭子、前田祐子、久保田正和、木下彩栄：身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス、京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要（1880－2867）7、23－28、2011

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（1346－9665）17（2）、65－73、2013

湯浅美千代、小野幸子、野口美和子：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、2001

湯浅美千代他：痴呆症状を有する患者の潜在能力を見出す方法、千葉大学看護学部紀要、25、9－16、2003

堀内園子：認知症ケアの専門性：ディケア看護師による認知症高齢者の「脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成、日本看護研究学会雑誌 33（2）、2010

岡田実：精神科病院における患者の暴力と攻撃行動に対する看護介入技術に関する研究、日本精神保健看護学会 16（1）、1－11、2007

松本明美、赤石三佐代：BPSD を表出する認知症高齢者の看護；攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア、ヘルスサイエンス研究 15（1）、33－38、2011

Dementia care by nurses in dementia treatment wards

Tamai Narimatsu, Chikako Takayanagi, Eiko Inoue

Abstract

In order to improve the quality of dementia care in dementia treatment wards, the aim is to reveal the actual situation of dementia care by nurses. Focus Interviews were conducted with 5 nurses recommended by the administrator of 1 facility psychiatric hospital, and data from the verbatim record was qualitatively and inductively analyzed. As a result, the dementia care that nurses in dementia treatment wards was as follows: “enjoy time with patients, with flexible ideas”, “mimic the behavior of patients in order to share information with the patients”, “assume that a wide variety of symptoms will appear, and provide care to suit each symptom”, “predicting behavioral changes in the patient, provide a place that feels safe and comfortable”, “prevent the patient from feeling lonely”, “encourage speaking to stimulate curiosity, and enjoy the conversation”, “energy is required to confront the differences in values regarding care”, “struggling with the gaps in the difference between ways of restraining violent behavior in patients”, “senior nurses are conflicted with respect to nurses that are particular about care methods they have developed through their experience to date”, “it is difficult to share care information to correspond with changes in patients”, and “medical knowledge hinder the daily life support”.

From these, nurse of dementia treatment ward was considered the characteristics of dementia care that practice, to give a suggestion to improve the quality of dementia care from current issues.

Keywords : dementia treatment wards, nurses, dementia care