

論文

老年看護学教育における認知症高齢者への 看護援助に対する教授方法の一考察

道繁 祐紀恵¹⁾、奥山 真由美¹⁾、杉野 美和¹⁾

Yukie Michishige and Mayumi Okuyama and Miwa Sugino

キーワード: 認知症高齢者イメージ、老年看護学教育、看護援助

Key Words: Image of elderly people with dementia, Gerontological Nursing Education, Intervention of nursing

要旨:本研究は看護学部3年次生が、認知症高齢者の看護援助に対する講義を受講する前に認知症高齢者に抱くイメージを明らかにし、講義により、学生が必要と考える、認知症高齢者への看護援助にどのような変化がみられるかを明らかにすることを目的とした。学生は、認知症高齢者に対して否定的なイメージをもつ傾向にあった。講義後は、看護師として患者に接する際に必要とされる基本的なスキルに加えて、認知症に対する知識の蓄積、個人の生活史や背景、習慣をふまえた個別的な関わりの必要性、認知症高齢者の家族(介護者)へのケアの必要性を見出していた。認知症高齢者を身体的・精神的・社会的側面から総合的に理解できるような講義の組み立てを行い、学生が認知症高齢者像をより具体的にイメージをでき、スムーズに実習に導入できるような教授方法の工夫が必要であると考えた。

I. はじめに

平成25年度版高齢社会白書¹⁾および日本経済新聞²⁾によれば、我が国の認知症高齢者数は300万人を超え、149万人だった2002年から10年間で倍増しており、認知症高齢者が65歳以上人口を占める割合は約10%になった。2010時点での認知症高齢者の人数は280万人(65歳以上人口に占める割合は9.5%)だったが、2015年に345万人(同10.2%)、2020年に410万人(同11.3%)、2025年に470万人(同11.3%)と、人数・割合ともに今後も上昇が続くと見込んでいる。これは2002年データに基づく推計を大幅に上回っているが、高齢化が一段と加速したほか、認知症への社会の理解が深まり、受診する高齢者が増えたことも一因とみられる。

将来、認知症高齢者のケアに携わる機会が増える可能性がある学生の教育においては、疾患の正しい知識の修得ならびに認知症高齢者の尊厳を尊重したケアを提供できる看護者の育成が望まれる。

しかしながら、若い学生が日常生活において、高齢者と接する機会が減っており、限られた個人経験や、ニュースやドキュメンタリー、ドラマなどといったメディアからの情報で認知症高齢

¹⁾山陽学園大学看護学部看護学科

者イメージを形成しがちである³⁾。

本学では、平成26年度より老年看護学実習の単位を、これまでの2単位90時間から4単位180時間にカリキュラム変更し、その中で施設における看護職の役割と認知症高齢者を理解することを目的とした、2単位の施設実習を計画している。

そこで本研究では、領域別実習を控えた看護学部3年次生が、認知症高齢者に対してどのようなイメージを抱いているか、また、講義前後での認知症高齢者への看護援助に対する記述内容を比較することで、より効果的な講義内容と教授方法を検討する事を目的とするものである。

II. 研究目的

認知症高齢者の看護援助に対する講義前後のレポートの記述内容から、学習効果を明らかにし、認知症高齢者理解への教授方法を検討する。

III. 学習背景と授業の構成

対象学生は、1年次に1単位45時間の基礎看護学実習Ⅰ、2年次に2単位90時間の基礎看護学実習Ⅱを終了している。基礎看護学実習Ⅰの目的は、主に看護の対象者となる人々の療養環境を知り、看護におけるコミュニケーションの機能を理解することであり、基礎看護学実習Ⅱの目的は、受け持ち対象者の個別性に応じた看護を実践するために必要な看護過程の基礎を学ぶことである。

2年次前期に、疾病治療論Ⅲ(精神・神経領域)において、認知症に関して、1コマの講義を受けており、後期に、「老年看護学概論」1単位30時間(15コマ)の講義が終了しているが、主に疾患の理解を中心に教授されている。

「認知症をもつ高齢者の看護」は、3年次前期開講科目である「老年看護学援助論」2単位60時間(30コマ)のうちの1単元にあたり、認知症をもつ患者の看護援助に関する講義2コマと、DVD視聴2コマの計4コマで教授している。

3年次後期には、「老年看護学実習」2単位90時間を行い、回復期病院の見学ならびに、一般病院で健康障害のある高齢者を対象に看護過程の展開を行っている。

IV. 用語の操作上の定義

中核症状：記憶障害、言語障害、見当識障害、失行、判断力低下といった大脳の高次機能障害^{4) 5)}。

周辺症状：中核症状に伴って現れる、精神・行動面の症状。行動症状として、暴言・暴力・徘徊・拒絶・不潔行為等があり、心理症状として、抑うつ・不安・幻覚・妄想・睡眠障害等がある^{4) 5)}。

V. 研究方法

1. 研究対象

A大学看護学部の平成25年度3年次生76名。

2. 調査方法

講義前に「認知症高齢者のイメージ」および「認知症高齢者にかかわる上で看護者として必要

な事(態度および知識)」についてレポートを課した。

その後、2 コマの講義で、現在の認知症に関する診断方法、治療方法、疾患のプロセスを説明し、認知症ケアにおける看護の重要性、さらに認知症をもつ高齢者とのコミュニケーションのあり方、QOL を高める環境整備について教授した。3 コマ目に認知症に関する教材の視聴(DVD 名: そうかもしれない, UPLINK, 2005)を行い、4 コマ目で認知症高齢者を困む家族、ケア提供者の課題を示し、講義終了時に再度「認知症高齢者にかかわる上で看護者として必要な事(態度および知識)」についてのレポートの記述を求めた。

3. 分析方法

「認知症高齢者のイメージ」と、講義前、講義後の「認知症高齢者にかかわる上で看護者として必要な事(態度および知識)」に関して、レポートの記述から、意味内容の類似性・相違性からコード化(「」)、サブカテゴリ化([])、カテゴリ化(【】)を行った。

4. 倫理的配慮

レポートの提出は学習課題であるため、全員の提出を求めた。前期末試験終了後に、レポートの返却を行った。その際、レポートをコピーしたものをもう 1 部配布した。レポートを研究に使用することについて、研究の目的と方法、匿名性の保証、自由参加であること、参加の有無は成績には影響しないこと、参加しない場合でも決して不利益は被らないことを口頭で説明した。同意の得られた学生は、原本の自らの氏名の部分をはさみなどで切り取るか氏名を消し、教室内に用意した回収ボックスに当日中に入れるように求めた。

VI. 結果

1. 認知症高齢者のもつイメージに関して

3年次生がもつ、認知症高齢者のイメージを表1に示す。

コード数は85であり、13サブカテゴリ、2カテゴリから構成されていた。抽出された2つのカテゴリは【疾患(患者本人)に関する】【認知症患者周辺環境】であった。

学生の半数以上が「物忘れがひどくなる」(40)というイメージを持っており、その他にも「昔のことは覚えている」(18)、「何度も同じこと言う」(16)、「何度も同じことを聞く」(16)、「食事したことを忘れる」(12)といった[記憶障害]のイメージに関する記載が多かった。さらに、「今いる場所がわからなくなる」(16)という場所の見当識障害に対する記載や、「目の前のことができない」(10)、「日常生活を営むのが困難」(6)といった[日常生活動作の失行]に関する記載も多かった。

[周辺症状]においては、「徘徊する」(28)という比較的良好に観られる症状の他に、「人格が変化する:凶暴になる」(10)、「暴れる」(8)、「危険行動が多い」(7)、「叫ぶ」(4)といった、近寄りがない、避けたいマイナスのイメージを持つ記載が多かった。

[症状・疫学]の面では、「完治しない」(26)、「高齢者が多い」(28)、「不可逆的なもの」(7)といった記載の他に、少数ではあるが、「薬で進行を遅らせることができる」(1)、「脳の萎縮」(1)「年々増加傾向にある」(1)など、認知症の症状および治療に対する正しい知識が修得できた記載があった。

2年次に修得した知識からのイメージとは逆に、少数ではあるが、「予想外の行動をする」(3)、

「とんでもないことをする」(2)、「非常識な行動をとる」(2)、「失禁する」(1)という記載がみられた。

2. 認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度に関して

1) 講義前

認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度(講義前)を表2に示す。

コード数は73であり、18サブカテゴリ、5カテゴリから構成されていた。抽出された5つのカテゴリは【コミュニケーション手段】【対象尊重の重要性】【看護師の態度】【認知症に対する知識と個別ケアの必要性】【家族・社会の支援】であった。

まず、【コミュニケーション手段】に関して、[加齢の影響を踏まえた話し方の工夫]といった加齢現象に着目したコミュニケーション技術だけではなく、「目をみて話す」、「共感する声かけ」、「優しく話しかける」、「聞き取りやすいよう、大きな声で」など、主に1年次に基礎看護技術Ⅰで学習した基礎的なコミュニケーション技術の記載が目立った。

さらに、【対象尊重の重要性】においては、「否定しない」(54)、「人格を尊重する」(10)、「自尊心を傷つけない」(9)という、基礎看護学実習Ⅰ・Ⅱで学んできた、看護師としての基本的な態度の遵守に関する記載が多かった。

また、【対象尊重の重要性】の[患者を尊重した関わり]と、【看護師の態度】の[避けるべき態度]では、「怒らない」(18)「叱らない」(2)「威圧的な態度をとらない」(2)などといった、臨床で受け持ち患者と関わる上で、行うべきでないマイナスイメージの態度の記載があった。

その他、[認知機能を落とさないためのケアの実施]では、「忘れてはいけないことは、紙に書いて見えやすい場所に」(3)「日々の出来事をノートに書き留める」(2)、「薬は忘れないようにカレンダーに貼りつける」(1)、[以前の生活をふまえた個別的なケアの実施]では、「今までの生活環境により近づけた環境づくり」(9)など、具体的な援助方法が記載されていた。

認知症患者家族に対する看護援助に関する記載は、少数であった。

2) 講義後

認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度(講義前)を表3に示す。

コード数は48であり、12サブカテゴリ、5カテゴリから構成されていた。抽出された5つのカテゴリは講義前同様、【コミュニケーション手段】【対象尊重の重要性】【看護師の態度】【認知症に対する知識と個別ケアの必要性】【家族・社会の支援】であった。

講義前との違いは、【コミュニケーション手段】では、サブカテゴリが[コミュニケーションのとり方を工夫する]のみとなり、コードも「話をするときは、ケア提供者は自分の作業の手をとめて話を聴く」および「言語的・非言語的コミュニケーションを使いながらコミュニケーションをはかる」といった2つに精選されていた。

【看護師の態度】の[避けるべき態度]では、講義前のコード数の総計が27であったのに対し、講義後では55に増えていた。

さらに、[症状に合わせたケアの実施](7)、[対象者の世界を理解する](6)ではコードがより具体的な内容になり、[安全を守る]では、「日常生活動作全てにおいて、安全に配慮する」(18)、「危険行動がないか観察する」(10)と、安全面への配慮に関する記載が多かった。

「家族の負担を軽減する」(7)、「家族に対するケアが必要」(16)、「患者本人だけでなく、介護

者(家族)の身体状況にも配慮する」(13)と、認知症高齢者を取り巻く周囲の人々(介護者)の支援に対する記載が多くみられた。

VII. 考察

1. 対象学生の特徴

今回の対象学生は76名であり、20歳から21歳までの男子が8名、女子が68名であった。したがって、青年期の特徴が、分析結果に影響したことが考えられる。

対象学生のうち数名が、基礎看護学実習ⅠまたはⅡにおいて、「認知症」と診断のついた患者を受け持っていた。学生が抱く高齢者のイメージを形成する上で、認知症の祖父母との同居経験の有無が影響する⁶⁾と報告があるが今回は調査を行っていないため、その関係は明らかにならなかった。

対象学生が全員3年生であり、これまで疾病治療論Ⅲにおいて、病理および診断に関する講義を受けていることから、認知症に関して多少は知識が蓄積されていることを考慮する必要がある。

2. 認知症高齢者に対するイメージに関して

対象学生のうち、数名の学生が基礎看護学実習ⅠまたはⅡで認知症高齢者を受け持っていたが、基礎看護学実習の到達目的上、学生が受け持つ患者は、比較的コミュニケーションがとりやすく、看護過程を展開するための情報を得ることが可能な対象者が選定される場合が多いため、いずれも認知症が比較的軽度であり、受け持ち期間中に学生が体験した「点滴を抜くなどの危険行動」や「昔話を何度も繰り返す」といった限られたイメージにとどまっていたと考えられる。

さらに、「徘徊する」、「暴れる」、「叫ぶ」といった、いわゆる周辺症状が中心となっており、実習による体験というよりもむしろ、新聞やニュースといったメディアからの情報から、『認知症患者＝誰でも問題行動を起こす』という否定的なイメージを抱きがちになっていると考えられる。

中野は、否定的なイメージは、看護学生にとって経験をよりどころとできない面であり、学習者の成熟、過去の学習経験などが内的レディネスとして事前に、あるいは自己学習では整えにくい⁷⁾と述べている。また、学年ごとに、あるいは経験ごとに看護学生の対象へのイメージが変化することが明らかになっている⁸⁾⁹⁾

また、認知症高齢者とかかわった経験は、認知症高齢者へのイメージと関連すること¹⁰⁾、実習前では一般高齢者と比較して、認知症高齢者には否定的なイメージを抱いていること¹¹⁾等が報告されている。したがって、学生が、認知症高齢者とかかわりを通して、徐々に肯定的なイメージを持てるような講義内容が求められると考える。

3. 認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度に関して

【看護師の態度】の[避けるべき態度]では、講義前のコード数の総計が27であったのに対し、講義後では55に増えていた。認知症患者は、記憶障害や時間・場所・人物の見当識障害がある中で、『時間や場所を尋ねても、この人なら、私の事をおかしいとか、変だとか思わないだろう』などと考えながら行動している。したがって、ケア提供者から怒られたり、『なぜできないのか』と責められることで、孤立感、自信喪失感、被害感を感じ、その結果、周辺症状を引き起こす一因になる場合があると言われている¹²⁾。

認知症患者の多くは高齢者であることから、学生は患者の生きてきた歴史、主体性と自己決定を尊重すること、ケア提供者の態度が認知症患者に与える影響を理解し、看護師として避けるべき態度を、自分なりの倫理観と照らし合わせようとしているのではないかと考える。

先行研究^{13) 14)}においても、介護従事者が認知症高齢者に肯定的なイメージをもつことが、介護の質を高める可能性も指摘されており、[看護師のあるべき姿]の「落ち着いた態度で接する」(6)、「看護師が動揺しない」(5)といった、認知症患者の不安を軽減し、安心して療養できる人的環境を自ら提供できることの必要性も感じ取ることができていると考える。

さらに、「患者の言葉だけに頼らない」(2)という記載から、認知症患者の言葉の表現だけをとりえと、ケア提供者は嫌悪感を抱きやすいが、身体症状や周囲の環境からの影響を大きく受けて、不安感、不快感、焦燥感などを理解する事が大切であるということを理解しているのではないかと考える。

[症状に合わせたケアの実施]では、コードの内容が「その人に合ったケアをする」(21)、「薬の副作用に注意する」(6)、「認知症の種類をふまえたケアプランが必要」(3)といった、認知症の症状の個別性を重視し、内容がより具体的になっていることがわかる。

近年の認知症ケアの基本的な考え方は、英国の心理学者であるTom Kitwood¹⁵⁾が提唱する「パーソンセンタードケア」によるものであり、認知症患者を中心としたケア、その人らしさを引き出すケアが重視され、認知症ケアの質の向上への関心が高まっている。

[対象者の世界を理解する]の「総合的にアセスメントする」(7)、「発症前の生活歴や性格を情報収集する」(6)、「患者を全人的にみる」(2)といった、目の前に現れている症状だけにとらわれるのではなく、患者の生きている世界やこれまで歩んできた生活史に着目しながら、ひとりの生活者であることを前提として対象を理解し、その人らしい生活を目指すことの大切さを重視しようとしているのではないかと考える。

さらに、認知症患者が繰り返して言うことの中には、個々の価値観、信念に基づいて、気になることや、大切に思っていることが込められていることをケア提供者が察し、それをくみとってコミュニケーションをやりとりする姿勢の必要性が理解できていると考える。また、なぜ暴れるのか、徘徊するのかといった周辺症状1つ1つの行動の背景に目を向け、単なる異常行動としてとらえず、原因となる出来事があるという視点を持って関わる必要があるということを学びとっていると考える。

講義前には、ほとんど記載がなかった【家族・社会の支援】では、「家族に対するケアが必要」(16)、「患者本人だけでなく、介護者(家族)の身体状況にも配慮する」(13)など、認知症患者を抱える家族の負担は大きいということ、認知症患者の介護者(家族)に対しても看護援助の必要性があるということの理解につながっていたと考える。

以上のことから、90分の教材視聴を含めた4コマの講義時間ではあるが、認知症高齢者とのコミュニケーションのあり方、QOLを高めるための環境整備についての基礎的な知識を学生なりにとらえようとしていることが示唆された。

平成26年度から病院実習に加え、介護老人保健施設およびグループホームといった、認知症高齢者が療養・生活する場での実習を計画しているが、学生が認知症高齢者に対して正しい知識を持ち、その人らしさを重視した関わりを通じ、認知症高齢者の内面的世界を理解するための教授法を探求していかなければならないと考えている。

今後は、様々な事例をもとに、認知症高齢者を身体的・精神的・社会的側面から総合的に理

解できるような講義の組み立てを行い、学生が認知症高齢者像をより具体的にイメージでき、スムーズに実習に導入できるような教授方法の工夫を行いたいと考える。

VIII. 文献

- 1) 内閣府:平成25年版 高齢社会白書,2013
- 2) 日本経済新聞:平成24年8月24日
- 3) 草地潤子,千葉京子:老年看護学学習過程における学生の認知症高齢者に対するイメージの変化,日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 20号, 15-24, 2007
- 4) 佐々木英忠ほか:系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護病態・疾患論,第3版第7刷,医学書院, 2013
- 5) 河野和彦:新しい認知症ケア(医療編),講談社, 2012
- 6) 小川亜矢ほか:看護学生の老人イメージに関する研究—入学時、老人看護実習終了後の比較—,静岡県立大学短期大学部特別研究報告書, 2004
- 7) 中野雅子:看護学生の老年看護学実習レディネスとしての認知症高齢者イメージの構造,看護教育研究学会誌, 2巻1号, 15-21, 2010
- 8) 田中敦子,鳴海喜代子:認知症高齢者への看護学生の受容的感情とその影響因子に関する縦断的調査,埼玉県立大学紀要, 7, 59-66, 2006
- 9) 松本明美,橋本和子:老年看護学実習における技術に関する実習前・後指導の有効性について,足利短期大学研究紀要, 28巻1号, 109-114, 2008
- 10) 奥村由美子,久世淳子:大学生の高齢者イメージに関連する要因—認知症高齢者と健常高齢者のイメージの変化—,日本福祉大学健康科学論集, 12巻, 31-38, 2009
- 11) 木村誠子,片岡万理:看護学生の老年看護学実習前に於ける認知症高齢者イメージの特性—一般高齢者と認知症高齢者に対するイメージの比較,高知大学学術研究報告(医学・看護学編), 55, 37-43, 2007
- 12) 堀内ふき,大淵律子,諏訪さゆり編集:高齢者の看護の実践,第2版第1刷,メディカ出版, 2011
- 13) 野村豊子:回想法とライフレビュー—その理論と技法,中央法規,東京, 1998
- 14) Yumiko Okumura, Satoshi Tanimukai, et al : Effect to professional caregivers or reminiscence group therapy for the elderly with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(1), pp.344, 2007
- 15) Tom Kitwood (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, 2009
- 16) 松田千登勢,長畑多代:老年看護学実習における学生の痴呆性高齢者の理解プロセス,大阪府立看護大学紀要, 10巻1号, 43-50, 2004
- 17) 中島健二,天野直二ほか編集:認知症ハンドブック,第1版1刷,医学書院,東京, 2013

表1. 3年次生がもつ「認知症」のイメージ

カテゴリー(2)	サブカテゴリー(13)	コード(85)	コード数	
疾患(患者本人)に関する	中核症状	記憶障害(7)	物忘れがひどくなる	40
			昔のことは覚えている	18
			忘れていたことを忘れる	5
			最近の記憶がなくなる	9
			何度も同じことを言う	16
			何度も同じことを聞く	16
			食事したことを忘れる	12
		人物の見当識障害(4)	新しい人を覚えられない	4
			人の名前がわからない	6
			家族や友人の事を忘れる	6
			今までわかってた人が分からなくなる	12
		失認(2)	食べ物とそうでないものの区別がつかなくなる	1
			物の置き場所を忘れる	1
		場所・時間の見当識障害(3)	今までわかってた場所がわからなくなる	3
			今いる場所がわからない	16
			昔の話をするのが好き	4
		日常生活動作の失行(11)	自分1人でできない	5
			日常生活を営むのが困難	6
			1人で留守番できない	2
			今までできていたことができなくなる	6
			目の前のことができない	10
	買い物、鍵の管理ができない		1	
	失禁する		2	
	電話の対応、訪問者の対応ができない		1	
	文字が書けなくなる		1	
	言語能力の低下		8	
	常に誰かの見守りが必要		3	
	コミュニケーション能力の低下(4)	意志の疎通が困難	9	
		言っていることが理解できない	2	
		コミュニケーションがとりにくい	6	
		質問と答えが合わない	2	
	判断力の低下(5)	判断力が低い	1	
		していいことと悪いことがわからない	3	
		自分が認知症だということを認めない	4	
		つじつまをあわせようとする	2	
		自分の考えを曲げない	1	
	周辺症状	行動(12)	他人に迷惑をかける	1
			徘徊する	28
			暴れる	8
			叫ぶ	4
			迷子になる	4
			危険な行動をする(点滴を抜くなど)	2
			危険行動が多い	7
			非常識な行動をとる	2
			予想外の行動をする	3
			とんでもないことをする	2
			怒る	1
パニックを起こす			1	
非活動(4)		趣味に興味がなくなる	4	
		仕事や社会活動から引きこもる	8	
		非活動的	3	
		行動の減少	1	
情動(12)	人格が変化する(凶暴になる)	10		
	思い込み	2		
	ある時間になると、そわそわする	5		
	おちつかない	3		
ボーっとしている	8			
妄想が激しい	4			
物がなくなったら、誰かにとられたのではないかと思う	9			
幻覚・幻聴	1			
自分が小さい子供だと錯覚する	5			
不安	1			
記憶がなくなることへの恐怖	1			
つらい	1			
症状・疫学(15)	完治しない	26		
	不可逆的なもの	17		
	加齢によるもの	1		
	年々増加傾向にある	1		
	薬で進行を遅らせることができる	1		
	脳の後天的機能低下	1		
	経過は進行性	2		
	脳の萎縮	1		
	気分の日内変動が大きい	1		
	進行したら命の危険がある	1		
	誰でもなる可能性がある	1		
	精神疾患と似ている	1		
	精神病のひとつ	1		
	高齢者が多い	28		
	若年性アルツハイマー	3		
認知症患者周辺環境	家族の負担(4)	認知症高齢者を抱える家族は、身体的・精神的苦痛が大きい	4	
		介護負担が大きい	8	
		家族にとってもつらい病气	2	
	社会的な問題(2)	家族の対応が難しい	1	
		認知症高齢者虐待の問題	1	
施設不足	1			

表2. 認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度(講義前)

カテゴリー(5)	サブカテゴリー(18)	コード(73)	コード数
コミュニケーション手段	加齢の影響を踏まえた話し方の工夫(5)	ゆっくりとした話し方	11
		短い文章で話す	1
		聞きとりやすいように大きい声で話す	2
		目を見て話す	2
		説明はわかりやすい言葉で	3
	認知症の症状を踏まえた話し方の工夫(8)	繰り返して話す	17
		一度に多くを話さない	3
		言葉かけなど、スタッフ間で統一する	12
		優しく話しかける	7
		共感する声かけ	4
対象尊重の重要性	患者を尊重した関わり(10)	自尊心を傷つけない	9
		子供扱いをしない	1
		羞恥心を守る	6
		人格を尊重する	10
		人権を尊重する	6
		直ぐ忘れるからといって、説明をおろそかにしない	7
		否定しない	54
		認知症であることを改めて本人に伝えない	1
		その人のペースを守る	5
		今、何をするのか、何のためにするのか十分説明する	2
特別視しない対応(3)	他の患者と同じ対応をする	1	
	認知症だからと言って特別扱いをしない	2	
	普通の会話を心がける	1	
看護師の態度	待つことの大切さ(4)	焦らせない	6
		行う事を見守る	4
		根気強く話を聴く	6
		長い目でみる	6
		同じことを繰り返しても責めない	4
	避けるべき態度(5)	怒らない	18
		強く何かを強制しない	1
		叱らない	2
	看護者のあるべき姿(5)	威圧的な態度をとらない	2
		その人を理解するよう努力する	6
認知症に対する知識と個別ケアの必要性	認知機能を落とさないためのケアの実施(5)	聞いていることを態度で示す	3
		できるだけ人と話す時間をとる	2
		日々の出来事をノートに書き留める	2
		外出し、気分転換をする	3
		薬は忘れないように大きいカレンダーに貼りつける	1
	残存機能を引き出す必要性(5)	忘れてはいけないことは、紙に書いて見えやすい場所に	3
		できることはしてもらおう	4
		リハビリテーションをおこなう	1
		毎日身体を動かす	1
		規則正しい生活	1
	以前の生活をふまえた個別的なケアの実施(5)	趣味など、好きなことをしてもらおう	2
		性格・生活歴に合わせた対応をする	8
		患者の思い出のある場所へ連れて行く	2
		いままでの生活環境により近付けた環境づくり	9
		無理に新しい情報を伝えない	4
	認知症に対する正しい知識をもつ(1)	患者の様子を観ながら予測した対応をする	3
		認知症の症状を理解する	3
		十分に観察する	3
対象者の世界を理解する(4)	温かく寄り添う	4	
	繰り返して話すことに対して、何を言いたいのかくみとる	1	
	患者の昔の話を聴く	9	
不安を軽減する(2)	頻繁に訪室する	1	
	できるだけ側にいる	2	
安全を守る(5)	交通事故に気をつける	2	
	転倒転落に気をつける	4	
	安全の確保	4	
	環境を整える	3	
	誤った事をしないように、看護師が正す	1	
家族・社会の支援	ソーシャルサポートを活用する(1)	病院と連携をとる	1
	家族の協力を得る(2)	家族のサポートを得る	1
		家族や身近な人の支えが必要	1
	家族を支援する(1)	在宅で介護を行っている家族への支援	1

表3. 認知症高齢者への看護を行う上で必要だと思う知識および態度(講義後)

カテゴリー(5)	サブカテゴリー(12)	コード(48)	コード数
コミュニケーションの手段	コミュニケーションのとり方を工夫する(2)	話をするときは、ケア提供者は自分の作業の手をとめて話を聴く	2
		言語的・非言語的コミュニケーションを使いながらコミュニケーションをはかる	10
対象尊重の重要性	患者を尊重した関わり(7)	自尊心を傷つけない	10
		相手を尊重する	16
		敬意を持って接する	14
		子供のように接しない	1
		否定しない	34
		患者のペースの合わせて	7
		相手の話を傾聴する	18
		傾聴する姿勢(目を見る・うなづく)	6
		看護師の態度	待つことの大切さ(2)
	我慢強く接する		5
避けるべき態度(5)	失敗に対して怒らない		15
	できないことを責めない		12
	嫌がることをしない		3
	焦らせない		14
	無理強いしない		3
	反応が遅くてもイライラしない		8
	傷つけるようなことは言わない		4
看護師のあるべき姿(7)	できたことをほめる		1
	目を離さない		2
	看護師が動揺しない		5
	落ち着いた態度で接する		6
	信頼関係をつくる		2
	患者の言動だけに頼らない		2
認知症に対する知識と個別ケアの必要性	認知機能を落とさないためのケアの実施(2)	できる部分を活かし、できないところをサポート	5
		趣味を一緒に行う	4
	症状に合わせたケアの実施(7)	薬物療法だけに頼らず、音楽療法、回想療法といったその人に合った治療が大切	1
		認知症の種類をふまえたケアプランが必要	3
		治療薬の副作用に注意	6
		物盗られ妄想があるときは、一緒に探し、自分で見つけられるよう配慮	2
		時間の見当識があるときは、季節や時間が意識できるような工夫をする	8
		不安を軽減する	17
		その人に合ったケアをする	21
	対象の世界を理解する(6)	患者が落ち着く環境をつくる	1
		発症前の生活歴や性格を情報収集する	6
		まずその人を理解する	2
		総合的にアセスメントする	7
		患者を全人的にみる	2
		なぜそうするのか、その人の行動の背景や原因に注目する	3
	安全を守る(4)	繰り返し話すことに着目する	6
		危険行動がないか観察する	10
転倒にきをつける		4	
日常生活動作全てにおいて、安全に配慮する		18	
徘徊がある場合は、住所や家族の連絡先がわかるようにする		2	
家族・社会の支援	ソーシャルサポートを活用する	必要なサービスを受ける	1
	家族の協力を得る	家族の協力を得る	3
	家族を支援する(4)	家族の負担を軽減する	7
		家族に対するケアが必要	16
		患者本人だけでなく、介護者(家族)の身体状況にも配慮する	13
		配偶者がいる場合は、良い関係が保てるように援助する	2