

# 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの 教育プログラム開発のための基礎的研究

下 平 きみ子,<sup>1</sup> 伊 藤 まゆみ<sup>1</sup>

## 要 旨

【目 的】 一般病院で身体的治療を受ける認知症高齢者のケアを担う看護師への教育研修実施のための教育ニーズの把握と教育プログラム内容の抽出をする。【対象と方法】 急性期治療を行う2病院の整形外科病棟の看護師,各6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。【結 果】 「認知症高齢者のケアの困難」から8カテゴリ,「認知症高齢者のケアで心がけていること」から5カテゴリ,「教育研修について希望すること」から4カテゴリが抽出された。【結 語】 教育ニーズとしては,①認知症高齢者の状態の理解,②BPSD・危険行動の理解,③せん妄の理解,④認知症高齢者の世界の理解,⑤急性期病棟での具体的事例を用いて認知症高齢者のケア方法の理解,教育プログラム内容は,①認知症の疾患・治療,②認知症高齢者の理解とアセスメントツール,③BPSD・危険行動の行動分析と介入の実際,④せん妄とその対応,⑤認知症患者の言動の意味,⑥認知症高齢者との関わり方,⑦認知症患者とのコミュニケーション,⑧急性期病棟での事例を通じた看護過程の展開,が抽出された。(Kitakanto Med J 2012 ; 62 : 31~40)

キーワード：認知症高齢者,身体的治療,看護師,教育ニーズ,教育プログラム

## I. 目 的

急激な高齢社会を迎えて,高齢者人口の増大とともに認知症高齢者の増加が指摘されている。「日本の将来推計人口」から認知症高齢者数は,2015年には250万人になると推計され,<sup>1</sup>2005年高齢者人口の推計<sup>2</sup>をもとにすると高齢者全体の9.7%を占める。また,身体疾患に罹患して医療施設に入院する認知症高齢者は増加傾向にある。

医療施設に入院する認知症高齢者のケアの困難として,言動のとらえ方やコミュニケーション上のこと等があげられ,<sup>3</sup>看護師自身が脅かされるような感情を引き起こす体験があることも指摘されてきた。<sup>4,5</sup>そして,看護援助を提供する際に意思疎通が図れないこと,説明をわかしてもらえないことなどに困難を感じており,治療を円滑に遂行し,危険を防止する目的での身体拘束が多く割合で実施されていること等の課題があげられていた。<sup>6</sup>このような現状の中で,認知症高齢者のケアを充実

させるための,看護師教育の必要性が指摘され,<sup>7-9</sup>開始されてきた。病院毎の教育計画を概観したところ,認知症患者の理解と看護等が抽出できたが,現場の教育ニーズを明らかにした研究はない。また教育研修の内容が,現場の困難や課題に対応している研究報告は少ない。そこで,身体的治療を受ける認知症高齢者の理解やケアに関する教育プログラムの開発とそれをふまえた教育を実施していく必要があると考える。

そこで,本研究は,一般病院で働く看護師を対象とした認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究として,教育ニーズの把握と教育プログラム内容の抽出を目的とする。

## II. 方 法

### 1. 調査対象および調査期間

G県内にある,急性期治療を行う2病院の整形外科病棟に勤務する看護師で,1病院あたり6名,計12名の看

1 群馬県高崎市問屋町1-7-1 群馬パース大学大学院保健科学研究科  
平成23年11月22日 受付

論文別刷請求先 〒370-0006 群馬県高崎市問屋町1-7-1 群馬パース大学大学院保健科学研究科 下平きみ子

看護師を対象とした。看護師は、ペナーが示す<sup>10</sup> 看護師の臨床実践能力5段階のうち、第3段階の一人前レベル以上(同じ領域で2～3年の臨床経験がある看護師)とした。

まず各施設の院長・看護部長に研究の趣旨を説明し許可を得た後、該当する病棟の師長の推薦のあった看護師に研究への参加を依頼した。調査は平成22年9月に実施した。

## 2. 調査方法と内容

### 1) 調査方法

#### (1) フォーカス・グループインタビュー

フォーカス・グループインタビューは、あらかじめ選定された研究テーマについて焦点が定まった議論をしてもらうために、少人数(通常6～12人)を集めて行うディスカッションである。<sup>11</sup> 参加者同士の自発的なディスカッションを促すために、前もって用意されたガイドラインに基づき、進行役がディスカッションをリードする。グループインタビューを通じて、対象者のニーズや思い、対象者の認識や態度を明らかにするのに有効であり、<sup>12</sup> 教育ニーズと教育プログラム抽出に有用と考え用いた。

### 2) 調査内容

#### (1) フォーカス・グループインタビューの調査内容

- ①認知症高齢者のケアの困難
- ②認知症高齢者のケアで心がけていること
- ③認知症高齢者のケアの教育研修で希望すること

#### (2) インタビュー参加者の基礎的データ

①年齢、②性別、③経験年数、④現在の職場での経験年数、⑤看護の基礎教育課程、⑥卒業した看護師養成校の種類、⑦現在の職位、について自記式質問紙を用いて調査した。

### 3) データ収集方法

フォーカス・グループインタビューは病院毎のグループで行い、人数は各6人、インタビュー時間は80～90分であった。インタビューの場所はそれぞれの病院の会議室を用いて、騒音がなくインタビューに集中できる場所で行った。インタビューの進め方は司会者(研究者)が、インタビューガイドに沿って質問し、討論の進行役を務め、また参加者同士のディスカッションを促した。インタビュー内容は、対象者に承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。作成した逐語録はインタビュー参加者に内容を確認してもらい真実性を図った。

### 3. 分析方法

- 1) 録音した会話を逐語録にし、データ化した。
- 2) データ化したものを、「認知症高齢者のケアの困難」「認知症高齢者のケアで心がけていること」「教育研修で希望すること」のテーマ毎に内容を示す分節に分けた。
- 3) テーマ毎に抽出した分節から、その内容を読み取り、類似する内容を集めて、コード化した。
- 4) コード化したものを内容毎に、サブカテゴリ、カテゴリの整理を行った。
- 5) カテゴリ化や読み取りの妥当性を高めるために複数の老年看護学研究者の指導を得て検討を行った。

### 4. 施設の概要(表1)

2つの病院は、A病院が一般病床145床と療養病棟43床、B病院は一般病床143床と療養病棟110床を合わせ持ち、どちらもケアミックス病院である。開院はA病院が平成元年、B病院が昭和54年、併設の施設の有無についてはB病院のみ老人保健施設とグループホーム等を持っていた。主な入院の診療科目はA病院が整形外科・外科・眼科・内科で、B病院が整形外科・神経内科・脳外

表1 施設の概要

項目	A病院	B病院
病院の開院	平成1年	昭和54年
併設の施設の有無	なし	老健施設, グループホーム, 居宅介護支援事業所等
総病床	188	253
一般病床	145	143
療養病床	43(回復期病棟)	110(回復期・療養病棟)
診療科目(入院)	整形外科・外科・眼科 皮膚科・内科・形成外科	整形外科・神経内科 脳外科・眼科・内科
整形外科病棟 病床数	45床	60床
平成21年度整形外科入院患者数(内手術件数)	894名(509名)	581名(222名)
認知症と診断ありの人数	5名	24名
整形外科病棟 看護職員数	21名	26名
看護体制	10対1	10対1
勤務体制	2交替	3交替

科・内科であった。平成 21 年度に整形外科病棟に入院した認知症患者数は A 病院が 5 名で、B 病院が 24 名であった。看護体制は入院基本料「10 体 1」看護体制であり、各病棟に勤務する看護職員数は 21～26 名で、勤務体制は A 病院が 2 交替勤務、B 病院は 3 交替勤務であった。

## 5. 倫理的配慮

研究目的及び方法、研究協力の自由意思、研究同意の撤回の自由、プライバシーの保護、研究成果の公表の説明とインタビュー調査では対象が特定されないように無記名とし、個人が特定されないように配慮し、本研究以外に使用しないことを文書と口答で説明し、同意書への署名を得た。

なお、本研究は群馬バース大学大学院研究倫理委員会の承諾を受けてから開始した（平成 22 年 7 月 13 日承認）。

## III. 結 果

### 1. 対象の概要

対象者は A・B 病院、各 6 名で、全員女性であった。A 病院の看護師の平均年齢は 38.6 歳（標準偏差 9.4）、B 病院は 35.0 歳（標準偏差 7.3）であった。A 病院の看護師経験年数は平均 9.8 年（標準偏差 8.4）、B 病院は、平均 10.5 年（標準偏差 8.0）、整形外科病棟での経験年数は、A 病院では平均 3.8 年（標準偏差 2.3）、B 病院では平均 4.1 年（標準偏差 1.4）であった。

### 2. 教育ニーズと教育プログラム内容の抽出について

「認知症高齢者のケアの困難」はケアの困難を解決する視点で、「認知症高齢者のケアで心がけていること」はケア内容の不足またはケアを向上させる視点、「教育研修で希望すること」から述べられた内容を合わせて、教育ニーズと教育プログラム内容の抽出を行った。

フォーカス・グループインタビューのコード数は A・B 病院合わせて 283 件であった。「認知症高齢者のケアの困難」のコード数は 147 件（51.9%）「認知症高齢者のケアで心がけていること」のコード数は 103 件（36.4%）「教育研修で希望する事」のコード数は 33 件（11.7%）であった。

なお、カテゴリを《 》、サブカテゴリを〈 〉、コードの引用は『 』で示した。

### 3. 認知症高齢者のケアの困難（表 2）

「認知症高齢者のケアの困難」147 件から、8 カテゴリ、43 のサブカテゴリが抽出された。8 カテゴリは、《1. 認知機能のアセスメント》22 コード（15.0%）、《2. 身体・精神状態のアセスメント》11 コード（7.5%）、《3. 認知症患者

者の対応困難》16 コード（10.9%）、《4. BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) とその対応》22 コード（15.0%）、《5. 夜間せん妄とその対応》10 コード（6.8%）、《6. 危険行動と危険を予測した対処》32 コード（21.8%）、《7. 看護管理》12 コード（8.2%）、《8. 治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ》22 コード（15.0%）に分類された。

《1. 認知機能のアセスメント》は〈治療内容の理解度〉として、『骨折が理解できない。挿入した管を理解してもらえない』等 14 コードが述べられた。〈新しい情報の記憶力〉は『患者にナースコールを押すことを依頼しても理解できない』、〈認知症の悪化〉は『入院したことによって環境の変化や安静度が制限されることで、認知症がひどくなっている』等と各 4 コードが述べられた。

《2. 身体・精神状態のアセスメント》は、B 病院の看護師から、認知症高齢者は自分の身体・精神の苦痛や不快な状態を的確に表現することが難しい状況から『身体面とか精神面でも、「痛い」という症状を素直に訴えてくれない。痛いことを表現できない』ため、〈身体・精神状態の観察〉の必要と、『落ち着かないので“ソワソワする原因は何んだらう”』と考え、患者の行動の〈原因・誘因の観察〉をあげ、『看護師が観察をしてケアをしなくてはいけない。看護師がどう見極めるかは、経験とかテクニックだと思う』と〈看護師の観察力〉をあげていた。不快や不調を言葉で表現できない存在ととらえ、変化を見逃さないという看護師の観察力にかかっているという自覚があった。

《3. 認知症患者の対応困難》は危険行動と BPSD 以外の対応困難として、〈記憶障害への対処〉、〈認知症予防への対処〉〈環境への不適応〉を困難と感じ、〈対応策のないまま退院〉という現状も明らかになった。また、〈性に関する言動への困難〉、コルセット装着の理解を得ることが大変だったと〈理解を得ることへの困難感〉と理解が得られないことから〈治療に支障があることへの困難感〉が述べられた。

《4. BPSD とその対応》は、22 コードで、認知症高齢者のケアの困難の中で、15%と割合が高かった。認知症患者に見られる環境の変化、身体状況、対応の仕方などの原因から出現するといわれる認知症に伴う行動障害・精神症状として〈徘徊・家に帰りがたがる〉〈不潔行為〉〈興奮〉〈夜間の独語〉〈大声〉が述べられた。これらの対応は不潔行為には、〈ビニールシートを敷いて対処〉。徘徊には、〈病棟内歩行で対処〉、『病棟内を歩き、家に帰りたい気持ちを納得してもらった』が述べられ、『息子さんに協力してもらい、入院して治療するように話してもらった』と〈説明で対処〉も行っていた。また、『認知症患者の徘徊は、ピンポンマットや防止マットで対応』と〈監視装置

表2 「認知症高齢者のケアの困難」のカテゴリ・サブカテゴリ一覧

カテゴリ	サブカテゴリ	合計			A 病院			B 病院		
		コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)
認知機能のアセスメント	治療内容の理解度	14	22	15	8	12	14.5	6	10	15.6
	新しい情報の記憶力	4			4			0		
	認知症の悪化	4			0			4		
身体・精神状態のアセスメント	身体・精神状態の観察	4	11	7.5	0	0	0	4	11	17.2
	原因・誘因の観察	5			0			5		
	看護師の観察力	2			0			2		
認知症患者の対応困難	記憶障害への対処	4	16	10.9	4	9	10.8	0	7	10.9
	認知症予防への対処	2			0			2		
	環境への不適応	1			0			1		
	対応策のないまま退院	2			0			2		
	性に関する言動への困難	2			0			2		
	理解を得ることへの困難感	4			4			0		
	治療に支障があることへの困難感	1			1			0		
BPSD とその対応	徘徊・家に帰りがたがる	4	22	15	4	17	20.5	0	5	7.8
	不潔行為	4			4			0		
	興奮	5			4			1		
	夜間の独語	1			0			1		
	大声	1			0			1		
	ビニールシートを敷いて対処	1			1			0		
	病棟内歩行で対処	1			1			0		
	説明で対処	1			1			0		
	監視装置で対処	1			0			1		
	個室環境で対処	1			0			1		
	徘徊患者の対応困難感	1			1			0		
	不潔行為の対応困難感	1			1			0		
	夜間せん妄とその対応	夜間せん妄			3			10		
医師の指示による薬剤で対処		1	1	0						
生活時間の調整で対処		1	1	0						
家族の協力による散歩で対処		2	2	0						
家族の面会等刺激で対処		2	2	0						
夜間せん妄の対応困難感		1	1	0						
危険行動と危険を予測した対応	欲求にそった行動	5	32	21.8	5	19	22.9	0	13	20.3
	危険行動のリスク	8			2			6		
	危険を予測した説明	3			3			0		
	危険を予測し、監視装置で対処	10			5			5		
	危険を予測した監視	2			2			0		
	危険を予測し、監視する環境	2			2			0		
	危険行動への対応困難感	2			0			2		
看護管理	見守りできる看護体制	6	12	8.2	0	0	0	6	12	18.8
	ケアの優先順位に沿った実施	6			0			6		
治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ	治療の確実な実施	2	22	15	2	18	21.7	0	4	6.3
	治療を優先するための抑制	15			11			4		
	抑制をすることの抵抗	5			5			0		
カテゴリ数 計 8	サブカテゴリ数 計 43	147		100	83		100	64		100

で対処)も行い、大声には〈個室環境で対処)を実施していた。困難感としては〈徘徊患者の対応困難感)〈不潔行為の対応困難感)が述べられた。

《5. 夜間せん妄とその対応》は〈夜間せん妄)には、〈医師の指示による薬剤で対処)があり、『昼夜逆転の患者さんには、医師からの不眠時・不穏時の指示を極力使用する。』『夜間せん妄の予防として、昼間起きてもらう』と〈生活時間の調整で対処)し、〈家族の協力による散歩で対処)〈家族の面会等の刺激で対処)を行い、家族に協力を求めている。〈夜間せん妄の対応困難感)は対処の難しさを感じていたことが述べられた。

《6. 危険行動と危険を予測した対処》は32コードで、認知症高齢者のケアの困難の中で、21.8%と割合が一番高かった。認知症高齢者の危険を予測し、安全に過ごす対応として、対象者については〈欲求にそった行動)〈危

険行動のリスク)が述べられ、〈欲求にそった行動)は『自分でトイレを行うため、危険。患者は自分のことは自分でしたい。』、〈危険行動のリスク)は『次に行ったときに、床にいた。新たに骨折してしまった』など8コードが述べられた。次にケア側の体制として、予め家族に〈危険を予測した説明)を行い、〈危険を予測し、監視装置で対処)は『動いても危険がないように、転落防止マット、センサーアラームで、対処している』や〈危険を予測した監視)、『危険を予測し、監視する環境)として、『看護室前の4床室を認知症の患者さんを対象にしている。』としていた。〈危険行動への対応困難感)は『車イスから立って、動き出してしまう患者さんをどうしていいかわからなくて、すごくつらい思いをしたことがある』と動いて危険な患者への困難感が述べられた。

《7. 看護管理》は認知症高齢者の見守りの必要性和看護

表3 「認知症高齢者のケアで心がけていること」のカテゴリ・サブカテゴリ一覧

カテゴリ	サブカテゴリ	合計			A 病院			B 病院		
		コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)
患者理解	過去の話聞く	2	12	11.7	2	6	16.7	0	6	9.0
	家族背景の把握	1			1			0		
	患者の言動の原因・意味の把握	5			3			2		
	情報収集から患者像を把握	4			0			4		
患者・看護師関係の構築	受け入れる	2	40	38.8	2	10	27.8	0	30	44.8
	寄り添う	1			1			0		
	話を聞く	14			7			7		
	人間対人間の関わり	2			0			2		
	人格の尊重	2			0			2		
	いい関係を築く	7			0			7		
	立場を置き換える	4			0			4		
	愛称で呼ぶ	2			0			2		
	言葉使いに配慮	4			0			4		
	態度に配慮	2			0			2		
患者が受け入れやすい関わり	繰り返して説明	5	9	8.7	2	2	5.6	3	7	10.4
	欲求を満たす	2			0			2		
	処置の前の声掛け	2			0			2		
看護チーム内での協力	スタッフに相談	2	13	12.6	1	3	8.3	1	10	14.9
	チームメンバーと情報を共有し検討	6			2			4		
	経験を生かす	4			0			4		
	医師・他部署に相談	1			0			1		
生活リズムを築く患者個別の援助	刺激を与える	9	29	28.2	4	15	41.7	5	14	20.9
	レクリエーションの実施	7			6			1		
	個性の考慮	12			5			7		
	家族に相談	1			0			1		
カテゴリ数 計 5	サブカテゴリ数 計 25	103	100	36	100	67	100			

護業務の緊迫化から、十分な看護ができない状況として〈見守りできる看護体制〉〈ケアの優先順位に沿った実施〉が述べられた。〈見守りできる看護体制〉は『ずっと付いているわけにもいかない。マンパワーが足りない』、〈ケアの優先順位に沿った実施〉は『認知症患者の状態把握、落ち着かない行動に対しての対応に追われてしまっ、優先順位が変わってしまう』と B 病院の看護師がその困難を述べていた。

《8. 治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ》は急性期疾患の治療遂行が最優先されるという特性から抑制の実施とそのジレンマとして、〈治療の確実な実施〉〈治療を優先するための抑制〉〈抑制をすることへの抵抗〉が述べられた。〈治療の確実な実施〉は『管を自己抜去。傷口も半部離開。創部をはがしてしまい、主治医に処置してもらった』と治療が障害されたことを挙げ、〈治療を優先するための抑制〉として『治療のためには、抑制が必要。術後は、治療が大切だと思うので、積極的に抑制をしています。』と述べていた。『人間として、縛ることに葛藤がある。』と〈抑制をすることの抵抗〉が5コード、A 病院の看護師が述べていた。

#### 4. 認知症高齢者のケアで心がけていること (表3)

「認知症高齢者のケアで心がけていること」103件から、5カテゴリ、25のサブカテゴリが抽出された。5カテゴリは、《1. 患者理解》12コード(11.7%)、《2. 患者・看護師関係の構築》40コード(38.8%)、《3. 患者が受け入れやすい関わり》9コード(8.7%)、《4. 看護チーム内での

協力》13コード(12.6%)、《5. 生活リズムを築く患者個別の援助》29コード(28.2%)に分類された。

《1. 患者理解》は認知症高齢者の特徴である、苦痛や不快を適切に表現できないことをふまえた対象の理解として、『何か訴えがあるから、アクションを起こす、何か訴えがあると思うので、どうしたのかをまず聞いてみます』と〈患者の言動の原因・意味の把握〉を行い、対象が何を求めているのかを的確に把握することを述べていた。〈情報収集から患者像を把握〉は、『アナムネに収まりきれないことがたくさんある。その中から、現在の姿が見えてくる』と〈過去の話聞く〉事や、〈家族背景の把握〉を述べていた。

《2. 患者・看護師関係の構築》は全ての看護ケアの基盤となる認知症高齢者を尊重し、安心してケアを受け入れてもらえる関係性を築くために、〈受け入れる〉〈寄り添う〉〈話を聞く〉〈人間対人間の関わり〉〈人格の尊重〉〈いい関係を築く〉〈立場を置き換える〉〈愛称で呼ぶ〉〈言葉使いに配慮〉〈態度に配慮〉が述べられた。《患者・看護師関係の構築》のサブカテゴリはコードで述べられた言葉から抽出ができ、「認知症高齢者のケアで心がけていること」の中では38.8%と割合が一番高かった。

《3. 患者が受け入れやすい関わり》は、ケアの提供に当たり、患者にケアを受け入れてもらうために、〈繰り返して説明〉することや〈欲求を満たす〉こと、〈処置の前の声掛け〉として、『必ず処置の前には、これからすることを患者さんに伝えてから始める』と患者が処置を納得出来るように関わっていた。

表4 「教育研修で希望すること」のカテゴリ・サブカテゴリ一覧

カテゴリ	サブカテゴリ	合計			A 病院			B 病院		
		コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)	コード数	合計	割合(%)
認知症の疾患・治療の理解	認知症疾患の知識不足	5	7	22.2	2	4	22.2	3	3	20
	薬剤について知識不足	2			0			0		
認知症高齢者の理解	患者理解を促す研修	5	7	22.2	0	0	0	5	7	46.7
	高齢者の特徴	1			0			1		
	認知症高齢者と接する研修	1			0			1		
	急性期病棟でのケアの実際例	8			7			1		
急性期病棟での具体的事例を用いてのケア方法	ケア充実の行動制限や監視装置について	1	13	39.4	1	11	61.1	0	2	13.3
	急性期病棟でのケアに自信がない	3			3			0		
	ケアの振り返り	1			0			1		
	研修の受講	6			6			18.2		
カテゴリ数 計 4	サブカテゴリ数 計 10	33		100	18		100	15		100
コード合計		283			137			146		

《4. 看護チーム内での協力》は、認知症高齢者の理解やケアの方法は患者の全体像を捉えてケアの内容を検討することが重要でケアの方法に困った時は〈スタッフに相談〉すること、『カンファレンスで話し合いを行う』と〈チームメンバーと情報を共有し検討〉することが述べられ、『認知症患者は、合併症予防のため、食後に入れ歯を洗う事など細かいところにも気をつけています』と自分の〈経験を生かす〉ことや、〈医師・他部署に相談〉も述べていた。

《5. 生活リズムを築く患者個別の援助》は、認知症高齢者は入院や治療により身体的活動に制限が加わる生活の中で、健康回復、認知状態の低下予防として、〈刺激を与える〉〈レクリエーションの実施〉をあげ、『その人その人に合わせて対応している』と〈個別性の考慮〉と、個別性に悩む時は、〈家族に相談〉していることが述べられ、認知症高齢者のケアで心がけていることの中では28.2%と《患者・看護師関係の構築》の次に高かった。

## 5. 教育研修で希望すること (表4)

「教育研修で希望すること」33件から、4カテゴリ、10のサブカテゴリが抽出された。4カテゴリは《1. 認知症の疾患・治療の理解》7コード(22.2%)、《2. 認知症高齢者の理解》7コード(22.2%)、《3. 急性期病棟での具体的事例を用いてのケア方法》13コード(39.4%)、《4. 研修の受講》6コード(18.2%)、に分類できた。

《1. 認知症の疾患・治療の理解》は、認知症高齢者に関する基礎知識として、『認知症の勉強不足・知識不足』から〈認知症疾患の知識不足〉〈薬剤について知識不足〉を補い、認知症高齢者理解へつなげる内容であった。

《2. 認知症高齢者の理解》は認知症高齢者のケアを適切に行うために、認知症高齢者に関する知識、具体的にどのようにして認知症高齢者の主観的世界を洞察していくかという内容として『患者理解をする意味で、自分たちもピンポンマットを使ってみる』と〈患者理解を促す研修〉や〈高齢者の特徴〉、〈認知症高齢者と接する研修〉

が述べられた。

《3. 急性期病棟での具体的事例を用いてのケア方法》は、現在〈急性期病棟でのケアに自信がない〉〈ケアの振り返り〉を行い、一般病院に入院する認知症高齢者のケアの向上の為に、『認知症患者に経験した効果的なケアの具体例を聞きたい』と〈急性期病棟でのケアの実際例〉を通じた研修や〈ケア充実の行動制限や監視装置について〉等、学びたいとの希望が述べられた。

《4. 研修の受講》は認知症高齢者のケアの向上に向けた知識、スキルの向上のために、『研修に参加するのも良い』と研修の受講を希望していた。

## 6. 2病院のカテゴリの割合 (図1～2)

病院別カテゴリの割合を図1に示した。A病院は、「認知症高齢者のケアの困難」が60.6%と高く、B病院は、「認知症高齢者のケアで心がけている」が45.9%、と高かった。

病院別「認知症高齢者のケアの困難」を図2に示した。2病院間に割合の差があったカテゴリは〈BPSDとその対応〉と〈治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ〉であった。〈BPSDとその対応〉では、A病院は20.5%、B病院は7.8%、〈治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ〉では、A病院は21.7%、B病院は6.3%であった。また、A病院から抽出されなかったカテゴリは〈身体・精神状態のアセスメント〉と〈看護管理〉であった。

## 7. 教育ニーズと教育プログラム内容

認知症高齢者のケアの困難からは、①認知症高齢者の状態を理解する、②BPSD・危険行動について理解する、③せん妄について理解する。認知症高齢者のケアで心がけていることから④認知症高齢者の世界を理解する。教育研修について希望することからは、⑤急性期病棟での具体的事例を用いて、認知症高齢者のケア方法を理解するが抽出された。

教育プログラム内容としては、①認知症の疾患・治療

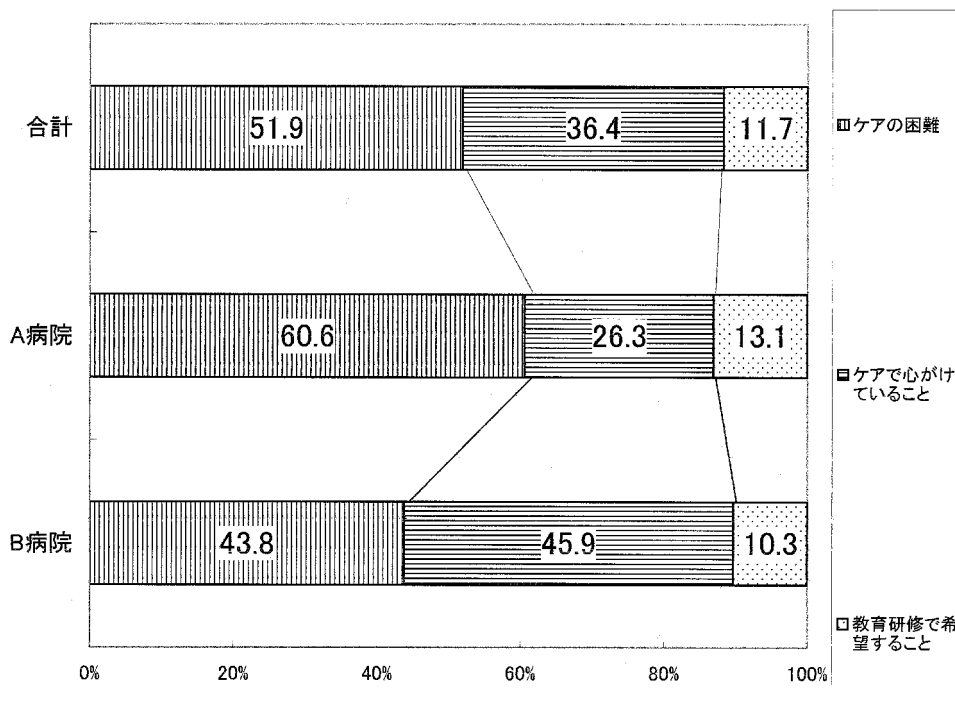


図1 病院別カテゴリの割合

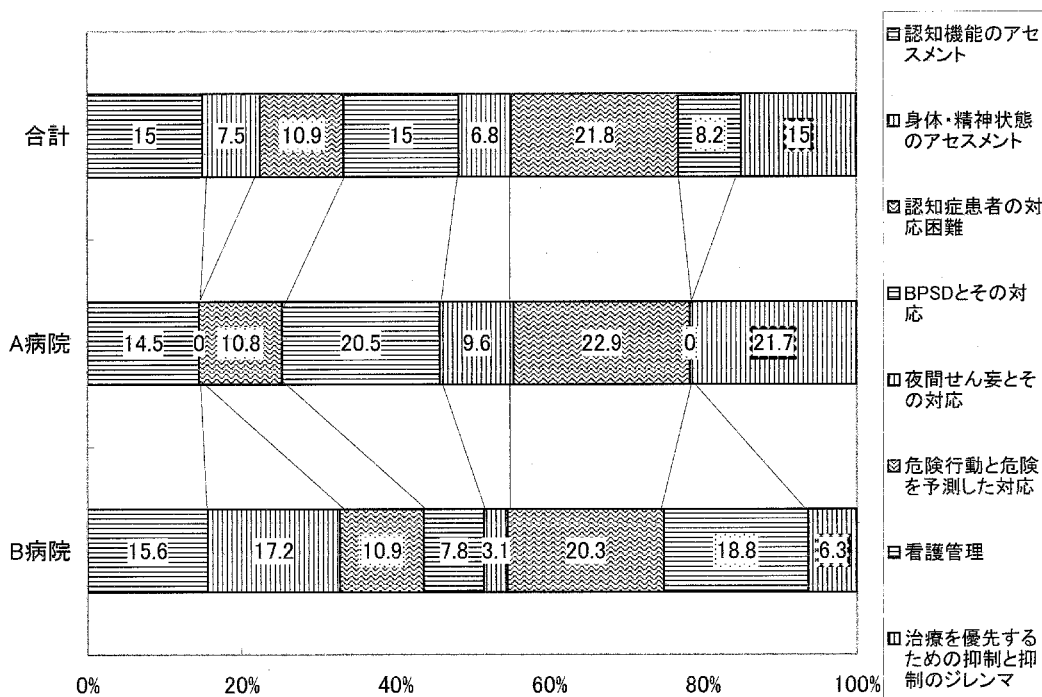


図2 病院別認知症高齢者のケアの困難の割合

について、②認知症高齢者の理解とアセスメントツール、③BPSD・危険行動の行動分析と介入の実際について、④せん妄とその対応について、⑤認知症患者の言動の意味、⑥認知症高齢者との関わり方、⑦認知症高齢者とのコミュニケーション、⑧急性期病棟での事例を通した看護過程の展開、が抽出された。

#### IV. 考 察

##### 1. 認知症高齢者のケアの困難について

認知症は脳の器質的障害によって生じる持続的な認知機能の低下であり、それが社会的あるいは日常生活を行っていく上で、明らかに障害をきたすものである。<sup>13</sup> 《認知機能のアセスメント》、《身体・精神状態のアセス

メント》は、認知機能、疼痛を含めた身体・精神状態についてのアセスメントスキルを高め、適切なケアを行うことに通じ、BPSD・危険行動・せん妄の予防にも繋がっていくと考える。また、《認知症患者の対応困難》、《夜間せん妄とその対応》でも、その状態のアセスメント力を向上させる事で、ケアに展開していく可能性があるのではないかと考える。

認知症高齢者のケアの困難の中で《BPSD とその対応》の割合は 15.0%で、《危険行動と危険を予測した対応》の 21.8%の次に高かった。入院により認知症における BPSD が起こるのは、「環境が変わり、自分が何をされているのか理解できない、その不安を正確に訴えることができない」ことが大きな原因となり、心理的要因に身体症状が相互に関係しながら起こり、身体的疾患に対する不適切な医療が、さらに BPSD を重症化させる<sup>14</sup>と言われる。看護師にとって認知症高齢者の症状やニーズを理解すること。また、湯浅ら<sup>15</sup>は、「患者のイメージしている世界を共有することが大切で、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」と述べている。このことから、認知症高齢者の言動や会話から、認知症高齢者が経験している主観的世界を理解するとともに、<sup>16</sup> 認知症高齢者の行動を分析し介入方法の実際について根拠あるデータを得て対応していくことが必要と考える。

《治療を優先するための抑制とそのジレンマ》は認知症高齢者のケアの困難の中で 15.0%と割合が高かった。そして、患者の人権を尊重し、ジレンマを感じながら、抑制を行っていることが述べられた。藤ヶ崎<sup>17</sup>は、「身体拘束ゼロと安全性は両立できるか」の中で、現段階では両立は出来ないが、両立するための努力はするべきと述べていた。また、井口<sup>18</sup>も、認知症高齢者ケアにおける尊厳の中で、認知症高齢者の行動障害について現場での安全と尊厳の両立に向けて努力することが要求されることを述べている。以上より、患者の行動・状態を観察・アセスメントし、安全対策を講じ、他の代替案がない場合のみ身体拘束を実施する。身体拘束を行った場合は、解除に向けてモニタリングを行い、取り外すことを検討していくという姿勢が求められると考える。

また、行動制限の安全対策として、見守りを適切に行うための看護管理上の視点で、受け持ち看護師が集中して看護できる勤務体制<sup>19</sup>の検討も開始されている。現場に導入できる方法を見出していきたい。

## 2. 認知症高齢者のケアで心がけていることについて

認知症高齢者のケアは、個々の認知症高齢者の認知の程度や身体合併症、認知症によって変化をきたしている感情などを理解して、その人らしく生活できるように援

助していくことである。<sup>20</sup> 認知症高齢者の特徴としての、認知・記憶障害があることにより、〈過去の話聞く〉ことは、本人の性格、生き立ち、職業歴、価値観の理解に通じる。また、〈患者の言動の原因・意味の把握〉をすることや〈家族背景の把握〉を《患者理解》に結びつけていることが述べられており、認知症高齢者においては特に、多角的に情報を得て、ニーズに沿った個別の援助に展開させることができると考える。

《患者・看護師関係の構築》では、40 コードが述べられていた。認知症高齢者のケアで Kitwood<sup>21</sup> によるパーソン・センタード・ケアでは疾病や症状を対象にしたアプローチから生活個体を対象にしたアプローチに重点を置き、その人らしさを尊重することが提唱されている。これは、〈人間対人間の関わり〉〈人格の尊重〉に通じていると考えられる。そして、関係を築く時、相手を理解するために〈話を聞く〉ことが述べられ、その重要性が認識されていたと考える。そして、《患者が受け入れやすい関わり》にも配慮していた。これは、湯浅ら<sup>9</sup>が身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造の中の「治療処置時の看護スキル」のサブカテゴリで示した、患者が受け入れやすい関わりの一部に共通していた。また、《看護チーム内での協力》が述べられ、「スキル発揮の基盤」としてサブカテゴリに挙げられていた看護チーム内・チーム間での相互理解と協力と共通した事項であった。これらから、認知症高齢者へのケアの受け入れができる関わりや適切なケアが提供できるようにチーム内及び他職種との連携の充実が必要であると考えられる。

《生活のリズムを築く患者個別の援助》が述べられ、認知症高齢者にとって入院は、環境の変化から多くの問題を生じると言われている。生活環境が変わるだけでなく、そこで出会う様々な出来事や対人関係は、認知症の症状を悪化させることになる。生活に刺激を与え、生活リズムを整えることやリハビリテーションを行うことが身体回復をもたらす、精神状態の低下を予防することも示唆されている。<sup>22</sup> そして、レクリエーションを行う時には、パターン化して繰り返して教えることや残されている機能を十分に活用した内容の選択やインタビューで述べられていた過去の仕事の話や性格、家族から情報を得て個別性のある内容で実施することが重要であると考えられる。

## 3. 教育研修について希望することについて

2 病院の看護師、各 2 名のみが認知症高齢者の研修を受講していた。また、〈急性期病棟でのケアに自信がない〉ことも述べられ、認知症高齢者のケアの向上のためには、《研修の受講》が必要と考えられる。



#### 4. 2 病院のカテゴリの割合について

病院別カテゴリの割合で、A 病院が「認知症高齢者のケアの困難」の割合が高く、「認知症高齢者のケアの困難」で、2 病院間の割合に差があったカテゴリは〈BPSD とその対応〉〈治療を優先するための抑制と抑制のジレンマ〉であった。A 病院から抽出されなかったカテゴリは〈身体・精神状態のアセスメント〉〈看護管理〉であった。これら A・B 病院のカテゴリの割合に差があったのは、認知症高齢者の受け入れが少ないことや、病院の開院年数、併設の老人保健施設やグループホームの有無、診療科目(神経内科) 等が影響していると考えられる。

以上より、病院の開院年数、病院の特徴(併設の施設の有無・診療科目)、認知症高齢者のケアの経験等により、教育ニーズが異なることが示され、教育プログラム内容にも反映させる必要があると考える。

#### V. 研究の限界と今後の課題

研究の限界としては、インタビュー対象者が 2 施設 12 名、インタビューの回数が各グループ 1 回であったこととインタビューのみであったこと、整形外科病棟に勤務する看護師であったことが、結果に影響を与えた可能性が考えられる。今後、調査対象を他領域の診療科も加え、グループ数を増やしデータを積み重ね、検討する必要がある。

今後の課題は、今回抽出した教育ニーズと教育プログラム内容を基に教育プログラム開発を行い、教育プログラムに沿った教育研修を行い、認知症高齢者のケアを向上させることである。

#### 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の調査に快くご協力いただきました 2 病院の看護師の皆様、施設の管理者の皆様にご心から感謝申し上げます。

#### 文 献

- 平成 19 年度版厚生労働白書 認知症高齢者数の現状と将来推計  
[www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200701/b0040.html](http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200701/b0040.html)
- 総務省、統計局・政策統括官・統計研修所 統計局ホームページ 高齢者人口の現状と将来  
[www.stat.go.jp/data/topics/topic051.htm](http://www.stat.go.jp/data/topics/topic051.htm)
- 湯浅美千代, 吉田千子, 野口美和子ら. 大学病院等高度先進医療を行う病院において高齢者をケアする上で看護婦が抱く困難感について. 千葉大学看護学部紀要 1997; 19: 117-124.
- 豊岡美幸, 小松かずみ, 北沢亜紀子ら. 急性期病院における認知症高齢者をケアする看護師の感情. 日本看護学会論文集, 老年看護 2008; 39: 291-293.
- 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江ら. 認知症高齢者をケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学紀要 2006; 12(1): 85-91.
- 酒井郁子, 吉永勝訓, 根本敬子. 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告書「大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者の治療と看護の実態と課題」社会福祉法人 浴風会. 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 2004; 1-35.
- 吉本照子, 吉尾千世子. 「医療依存度の高い痴呆性高齢者ケアのあり方に関する研究」報告書. 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する院内教育の実態 2004; 39-47.
- 諏訪さゆり, 小泉美佐子, 伊藤まゆみ. 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告書 「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方を探求する上での課題」社会福祉法人 浴風会. 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 2002; 79-86.
- 湯浅美千代, 杉山智子, 仁科聖子ら. 身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造 —高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟看護師への面接から— 順天堂大学医療看護学部 医学看護研究 2009; 5(1): 53-60.
- パトリシアベナー 監訳 井部俊子. ベナー看護論新訳 版捨初心者から達人へ. 医学書院 2009; 23-26.
- S. ヴォーン, J・S・シューム, J・シナグブ 監訳 井上理訳 田部井潤, 柴原直幸 グループ・インタビューの技法 慶應義塾大学出版会 2009; 7-9.
- 前掲書 11) 9-14.
- 平井俊作, 三好功峰. 痴呆症のすべて 痴呆とは何か 改訂第 2 版. 永井書店 2005; 1-7.
- 本間 昭, 木之下徹. 認知症 BPSD~新しい理解と対応の考え方~. 日本医事新報社 2010; 64-75.
- 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 2001; 23: 39-45.
- 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 2005; 128-138.
- 藤ヶ崎浩人. 身体拘束ゼロと安全性は両立できるか. 医療安全 2010; 25: 34-38.
- 井口昭子. 認知症高齢者ケアにおける尊厳. 月刊総合ケア 2007-8; 17(8): 21-24.
- 谷口好美. 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学 2006; 11(1): 12-20.
- 平井俊作, 五島シズ. 痴呆症のすべて 痴呆性高齢者のケア 改訂第 2 版. 永井書店 2005; 157-164.
- 前掲書 16) 6-15.
- 平井俊作, 高松淳一, 陣内大輔. 痴呆症のすべて 痴呆症のリハビリテーション 改訂第 2 版. 永井書店 2005; 261-272.

# A Preliminary Study on the Development of an Educational Nursing Care Program for Elderly Patients with Dementia Who Require Physical Therapy

Kimiko Shimodaira<sup>1</sup> and Mayumi Ito<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gunma Paz College Graduate School of Health Sciences, 1-7-1 Tonya-machi, Takasaki,  
Gunma, 370-0006, Japan

**Objectives :** To extract the educational and training needs of nurses, who provide care for elderly patients with dementia undergoing physical therapy at general hospitals, as the basis for developing educational programs. **Subjects and Methods :** Focus-group interviews were conducted on a total of 12 nurses (6 nurses from each hospital) working in the Orthopedics Department at two acute-care hospitals. Data obtained from these recorded interviews were analyzed. **Results :** Based on the interview records, 8, 5, and 4 categories were extracted in the areas of “difficulties in providing daily nursing care for patients with dementia,” “important points to keep in mind when caring for elderly patients with dementia,” and “expectations regarding an educational training program on nursing care for elderly patients with dementia,” respectively. **Conclusion :** The educational needs are (1) understanding the psychological conditions of elderly patients with dementia, (2) understanding the behavior and psychological symptoms of dementia (BPSD) and unsafe behavior, (3) understanding underlying mechanisms of delirium, (4) understanding the environment surrounding elderly patients with dementia, and (5) methods of caring for elderly patients with dementia based on specific cases seen in acute care units. The details of an educational program that were extracted were (1) specific knowledge and treatment strategies for dementia, (2) assessment and understanding of elderly patients with dementia, (3) analysis of BPSD and unsafe behavior and actual intervention, (4) delirium and countermeasures, (5) understanding the speech and behavior of patients with dementia, (6) how to deal with elderly patients with dementia, (7) how to communicate with elderly patients with dementia, and (8) developing a nursing care scheme based on case examples in acute care units. (Kitakanto Med J 2012 ; 62 : 31~40)

**Key words :** Elderly patients with dementia, physical therapy, nurse, educational needs, educational program