

原 著

認知症高齢者の行動障害を改善する 看護ケアのプロセスの構造

兼 田 美 代

Structure of the Nursing Care Process to Improve Dealing with the Behavior Disorders of Elderly People with Dementia

KANEDA Miyo

Abstract : It has been clarified that elderly dementia patients' behavior disorders can have both good and bad effects depending on the caregivers' involvement. However, the current picture shows a process immersed in caregivers' personal experiences. This study focuses on nursing professionals who are caregivers, analyses their understanding, judgment and practice to subject at the sites where patients are cared for, and clarifies the processes and structure of nursing care to improve the behavioral disorder of elderly dementia patients. We chose 10 nursing professionals who work at long-term care insurance facilities or the such in 2 prefectures and used participant-observer study and interview techniques to analyze the process of events that both the researcher and nursing professional determined to be "nursing care that improves behavioral disorder". As a result, we chose to examine 12 care scenes, extracting 17 sub-categories and 5 categories regarding the nursing care contents, used to improve behavior disorder, and show the relationship between nursing care to improve behavioral disorders in a structure environment.

Key Words : Elderly people with dementia, behavioral disorders, care process, nursing professional

抄録：認知症高齢者の行動障害はケア提供者の関わりによって良くも悪くも変化することが経験的に明らかにされている。しかし、そのプロセスはケア提供者の個人的な経験的知識として埋没しているのが現状である。本研究はケア提供者である看護職者に焦点をあて、認知症高齢者のケア場面における看護職者の対象理解・判断・実践の内容を分析し、認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアのプロセスとその構造を明らかにすることを目的とした。対象は2つの府県の介護保険施設等に勤務する看護職者10名、方法は参加観察法および面接法により1日の看護場面の中で研究者と看護職者の双方が“行動障害を改善する看護ケア”と判断した事象のプロセスを検討した。その結果、12のケア場面に参加観察し、行動障害を改善する看護ケア内容に関する17のサブカテゴリーと、5つのカテゴリーが抽出でき、行動障害を改善する看護ケア間の関係を構造図で示すことができた。

キーワード：認知症高齢者、行動障害、ケアプロセス、看護職者

I. はじめに

わが国では高齢人口、特に後期高齢者人口が飛躍

的に増加することから認知症高齢者の増加は避けられないところである。認知症高齢者は特有の精神症状や行動障害があるため看護・介護する側に多大な精神的・肉体的負担を伴うことになる¹⁻⁵⁾。認知症高齢者の

行動障害についての看護職者の捉え方は、病院や施設の特徴、管理のありようを反映しており対処方法も看護職者個々によって違い、多くを行動障害と捉えない者もいる⁶。筆者自身も看護ケアの現場で、認知症高齢者の行動障害を、スムーズに解決していた看護職者を目のあたりにした経験を持っている。しかし、それらの多くは、看護職者個人の偶然の行為としかみなされおらず、看護職者個人の経験的知識として埋没し、教育的に活用されていないのが現状である。

認知症高齢者を看護する上で最も困難な問題の1つであり、看護職者に多くのストレスを与える行動障害は看護職者の関わりで良くも悪くも変化する。行動障害が起こることは認知症高齢者にとって心身を消耗させ、混乱を助長し行動障害をさらに増やすと言う悪循環になるなど認知症高齢者に与える影響が大きいため⁷、認知症高齢者に対する看護職者の担う役割は大きく、かつ重要である。

本研究はケア提供者である看護職者に焦点をあて、認知症高齢者のケア場面における看護職者の対象理解と判断・実践(対応)のプロセスを分析し、認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアのプロセスとその構造を明らかにすることを目的とした。

II. 本研究の意義

認知症高齢者看護経験が概ね5年目以上の看護職者の経験的知識を体系的に記述し、探求することで、認知症高齢者ケアの質的向上を図る資料となり、ひいては認知症高齢者のQOLを高められると考える。

III. 用語の操作的定義

行動障害とは、環境や人間関係の中での認知症高齢者の多彩な反応である⁸。生活環境への適応を図る過程での行動障害であり、それらがスタッフ・他の高齢者・あるいは高齢者自身にとって有害とみなされた行動でもある⁹。本研究では、認知症高齢者の行動障害は多彩な記憶・認知障害をきたしているためであり、意図的ではなく、その行動は認知症高齢者自身には目的を持った意味ある行動であるが、認知症高齢者自身では解決できない困難な行動とした。

IV. 研究方法

1. 研究対象

1) 大阪府内と愛知県内の介護保険施設に勤務する看護職者のうち、以下の条件をすべて満たす10名とした。

- ・概ね5年以上の認知症高齢者看護を経験した者
- ・看護職者自身の看護ケアにより認知症高齢者の行動障害を減少させた経験のある者
- ・施設管理者が推薦する者
- ・本研究に同意の得られた者

2. データ収集

1) データ収集期間は1期:2001年10月~11月, 2期:2003年1月~2月, 3期:2006年2月~3月の3期である。なお、2期, 3期は、1期でのデータ分析の信頼性の検証を目的とした。

2) データ収集場所は対象看護職者の勤務先である。

3) データ収集方法

(1) 参加観察法

データ収集方法は参加観察法とし、観察内容は対象看護職者が認知症高齢者にケアを提供する場面で双方の言動を観察・記録した。対象看護職者と1日行動をともにし、対象看護職者と認知症高齢者の日頃の関わりが自然にできるように注意した。また、観察者である研究者が対象看護職者と認知症高齢者に影響を及ぼさないようにケアをする場合には一緒に援助者になったり、場面によっては認知症高齢者に見えない席に座るなど配慮した。

(2) 面接法

その日の業務終了後、対象看護職者と研究者で1日の看護場面を振り返り、双方が“行動障害を改善する看護ケア場面”と思えるところを話し合い、一致した場面をプロセス用紙に書き出した。次に対象看護職者と認知症高齢者の言動・表情などを確認し、その内容に相違がなければ、行動障害を改善する看護ケアに至った内容、およびその判断の根拠についてのインタビューを行った。面接場所はプライバシーが保てる個室で行い、面接時間は原則として1時間以内とした。

(3) 対象看護職者と認知症高齢者の背景に関する情報収集

対象看護職者と認知症高齢者の背景に関するデータ収集は対象看護職者へのインタビューとカルテなどの既存資料から行った。

3. データ分析

1期では、7場面全てで収集したデータを研究素材として、行動障害を改善する看護ケアに至った場面をプロセスレコードに整理した。整理する中で不足部分については再度電話や追加面接により確認を行った。

データは、インタビューで得られた全データを分析の対象とした。データの中から、行動障害を改善する看護ケアに至った看護職者の認識をあらわしていると考えられる部分を、それぞれ一要素として抽出しラベル付けを行った。次にそれぞれについて類似のものをまとめてサブカテゴリーに分類して名称を付けた。さらに、類似するサブカテゴリーをまとめてカテゴリーに分類しネーミングした。また、抽出したカテゴリー間の関係とプロセスから構造図を作成した。内容分析の信頼性を高めるために複数の老年看護学専門家と討議しながら進めた。

次に2期（3場面）、3期（2場面）でのデータ収集は1期と同様に行い、1期で作成した構造図に重ね合わせ、データ分析の信頼性の検証を行った。

V. 研究における倫理的配慮

対象看護職者と認知症高齢者の家族のそれぞれに対して、研究の意義、プライバシーの保護、データ保管・処理方法、観察や面接時の留意事項、研究者の所在

などを明らかにした依頼文を示しながら、口頭ならびに書面にて説明し、文書による同意を得た。なお、本研究は、研究者が当時所属していた大学の研究倫理委員会の承認を得た。

VI. 結果

1. 対象看護職者の背景

対象看護職者の背景を表1に示した。対象看護職者は10名であり、女性が9名、男性が1名、年齢は34歳から60歳までで平均年齢は45.4歳であった。対象看護職者の過去の経験勤務先は、病院、訪問看護ステーション、介護老人保健施設など多様であった。認知症高齢者看護の経験年数は4年から18年で平均9.3年であった。

2. 認知症高齢者の背景

認知症高齢者の背景を表2に示した。高齢者は10名であり、女性が9名、男性が1名であった。年齢は70歳から93歳であった。認知症の人の日常生活自立度は、II（IIa, IIb含む）が3名、III（IIIa, IIIb含む）が4名、IVが2名、Mが1名であった。行動障害の内容としては幻覚・幻聴、帰宅願望、興奮などであった。

表1 対象看護職者の背景（10名）

No	性別	年齢 (歳)	今までの勤務場所と (合計経験年数)	認知症高齢者看護の (経験年数)	勤務先	1期：2001年 2期：2003年 3期：2006年
1	女	34	病院・介護老人保健施設（14）	介護老人保健施設（6）	介護老人保健施設	1期
2	女	58	病院・訪問看護ステーション・介護老人保健施設（22）	訪問看護ステーション・介護老人保健施設（11）	介護老人保健施設	1期
3	女	59	養護教諭・保健所・訪問看護ステーション・企業医務室・高齢者総合相談センター（26）	訪問看護ステーション・高齢者総合相談センター（18）	高齢者総合相談センター	1期
4	女	38	病院・看護教員・介護老人保健施設（11）	介護老人保健施設（5）	介護老人保健施設	1期
5	女	36	病院・介護老人保健施設（11）	病院・介護老人保健施設（11）	介護老人保健施設	1期
6	女	37	病院・デイサービスセンター（16）	病院・デイサービスセンター（16）	デイサービスセンター	2期
7	女	60	病院・デイサービスセンター（37）	デイサービスセンター（4）	デイサービスセンター	2期
8	女	55	病院・医院・保険組合・有料老人ホーム・デイサービスセンター（35）	有料老人ホーム・デイサービスセンター（5）	介護居宅支援センター	2期
9	男	34	病院・介護老人保健施設（8）	介護老人保健施設（7）	介護老人保健施設	3期
10	女	43	病院・介護老人保健施設（13）	介護老人保健施設（10）	介護老人保健施設	3期
平均		45.4		9.3		

表2 認知症高齢者の背景 (10名)

	性別	年齢(歳)	現疾患	既往歴	認知症確定診断年	障害老人の日常生活自立度	認知症の人の日常生活自立度	要介護度	認知症の重症度	参加観察時の場所(利用期間)	1期:2001 2期:2003 3期:2006
A氏	女	79	脳梗塞・頸椎損傷・四肢麻痺・神経因性膀胱	なし	1998	C2	IV	5	HDS-R 中等度	介護老人保健施設, 居室(ショートステイ15日目)	1期
B氏	女	77	アルツハイマー型認知症・左人工骨頭置換術・右人工股関節置換術後	両白内障	2001	B1	IIIa	3	HDS-R 中等度～やや高度	介護老人保健施設, 談話室(入所3ヵ月目)	1期
C氏	女	93	糖尿病・高血圧症	胃潰瘍	2001	B2	IIb	4	HDS-R 軽度	介護老人保健施設, 談話室(入所2ヵ月目)	1期
D氏	女	80	多発性脳梗塞	膿胸	不明	J	II	申請未	測定未	高齢者総合相談センター, 相談室(初回面接時)	1期
E氏	女	90	不安神経症・老人性認知症・パーキンソン氏病	胃潰瘍	1988	A2	M	1	HDS-R 中等度～高度	介護老人保健施設, 詰所前と居室(入所3ヵ月目)	1期
F氏	女	82	老人性認知症	胸椎圧迫骨折・骨粗鬆症・肝疾患	1995	B1	IIb	4	Mini-mentalState 12点	介護老人保健施設デイケア時, 浴室・デイルーム	1期
G氏	女	70	アルツハイマー型認知症	なし	1995	C1	IIIa	3	HDS-R 高度	デイサービスセンター, 屋上(利用4年目)	2期
H氏	女	83	高血圧変形性頸椎症膝関節症	老人性円背・多発性脳梗塞	2001	C1	IV	5	HDS-R 中等度	デイサービスセンター, フロアー(利用3年目)	2期
I氏	男	85	多発性脳梗塞	脳梗塞・心不全	2002	B2	IIIa	5	HDS-R 高度	介護老人保健施設, 認知症フロアー(入所2年目)	3期
J氏	女	91	糖尿病・老人性認知症・高血圧・完全房室ブロック(ペースメーカー)・食道裂孔ヘルニア	脳梗塞	2004	B2	IIIb	4	HDS-R 高度	介護老人保健施設, フロアー(入所1年目)	3期

注) HDS-R は長谷川式簡易知能評価スケール

表3 参加観察時の対象看護職と認知症高齢者の状況 (12場面)

対象看護職者NO	高齢者	場所・状況	看護職が把握していた高齢者に関する情報	1期:2001 2期:2003 3期:2006
1	A氏	介護老人保健施設でのショートステイ居室でおむつ交換時, 退所当日であり退所の時間を繰り返し聞き, 不安を表出する	ショートステイ利用15日目, カルテと朝の申し送りでの情報, 当日受け持ち, 初回ケア	1期
1	A氏	介護老人保健施設でのショートステイ居室での食事介助時, 幻視により恐怖を繰り返し訴える	ショートステイ利用15日目, カルテと朝の申し送りでの情報, 当日受け持ち, 初回ケア	1期
2	B氏	介護老人保健施設談話コーナーでのガーゼ交換を拒否し大声で叫ぶ	入所3ヵ月目, 入所時より関わりが多く情報量が多い。当日受け持ち	1期
2	C氏	介護老人保健施設談話コーナーでのおやつ摂取後の休憩時, 帰宅願望を訴え続ける	入所2ヵ月目, 他の棟より転室, 看護者と家族の間わりも少しずつ出来ていた。当日受け持ち	1期
3	D氏	高齢者総合相談センター相談室での面接時, 受診を拒否し家族に騙されたと怒り, 興奮している	数日前に家族より電話があり, 面談日の予約をしたのみ, 初回面談	1期
4	E氏	介護老人保健施設居室前での検温時, 頭痛により内服希望を訴え続ける	入所3ヵ月目, 入所時より関わり多く情報量も多い。当日受け持ち	1期
5	F氏	介護老人保健施設でのデイケア浴室での誘導時, 入浴拒否後, 看護者への不信感を表出する	カルテでの情報のみ, 当日送迎バス担当, 初回ケア	1期
6	G氏	デイサービスセンターデイルームで入浴順番を待ちながら, 創作レクリエーションをする時間に, センター内を徘徊し, 胸部症状や帰宅願望を訴え続ける	デイサービスセンター利用4年目, N氏の捉えや不穏時の対応は理解している	2期
7	G氏	デイサービスセンターデイルームで創作レクリエーション時, センター内を徘徊し, 帰宅願望を訴え続ける	デイサービスセンター利用4年目, 家族からの相談も多く, 関わりを多く持っていたため情報量が多い	2期
8	H氏	デイサービスセンターデイルームでの帰宅準備時, 家族への怒りから帰りたくない・空腹・死にたいと訴え続ける	デイサービスセンター利用3年目, 対応Nsがケアマネージャでもあるため関わりは多く情報量も多い	2期
9	I氏	介護老人保健施設認知症フロアーで, うがいをさせようとしていた介護職に対して, 大きな声で拒否し, それを聞いていた他の認知症高齢者が興奮し, 双方が大きな声で叫び始める	入所2年目, 興奮することも多い, 関わり, 情報量ともに多い	3期
10	J氏	介護老人保健施設フロアー内のトイレ横で何度も「すみません, お願いします」と呼び続けている	入所3ヵ月目, 不安が強い, J氏の対応方法は理解している	3期

3. 参加観察時の対象看護職者と認知症高齢者の状況

参加観察時の対象看護職者と認知症高齢者の状況を表3に示した。行動障害を改善する看護ケアに至った場面は合計12場面であった。

4. 看護職者の対象理解と判断・実践（対応）

1) 行動障害に対する看護職者の対象理解と判断・実践（対応）

行動障害に対する看護職者の対象理解と判断・実践（対応）として17のサブカテゴリーを抽出した。そのサブカテゴリーを〈 〉で示し、看護職者の発言を「 」で示した。17のサブカテゴリーについて説明する。

①〈価値観〉には、看護職者として認知症高齢者に対して、こうなってもらいたいという関わりが目標があり、認知症高齢者看護に対する信念をもっていた。また、高齢者を尊敬しているなどの内容でもあり、対象看護職者10名全員が表明していた。その具体的内容は「瞬間、瞬間の繋がりで納得してもらい、平安で安楽な時間を積み重ねて1日が過ぎればいいと思う。これは、認知症の方でなくてもだが瞬間を生きている認知症の方に特に思う」「高齢者を尊敬しているから“見てやったではなく、看せてもらった、させてもらった”という気持ちをいつも持っている」などであった。

②〈知識〉は、看護職者自身が“認知症”をどのように受けとめているかに関する内容であった。これは、認知症は不可逆的な脳の器質的变化であるため、認知症になった人が過去の経験をつぶさに語る事は難しい。従って看護職者が今までに関わった認知症高齢者との経験から目前にいる認知症高齢者が体験している世界を類推しつつ、認知症高齢者の実像を理解しようと努力し、自分なりの“認知症とは”を表現していた。また、認知症高齢者の持てる力を見つめる内容であった。その具体的内容は「人は本来、自分で問題解決する力を持っているのだから、その弱まった方、あるいは混乱している方にはちょっとヒントをあげることで、自分自身で思考の軌道修正を行うことが出来ると思った」「認知症の人は“自分は役に立たない、自分は用なしだから施設に入れられた”という感情だけが残る。自分が役に立っていると思えるには、周りの人の影響が大きく、自分自身を居るだけで喜んでくれる人がいると思えることが大切と思った」などであった。

③〈関係を築く〉は、看護職者が認知症高齢者に

どのようにしたら必要な存在として受け入れてもらえるかの内容であり、看護職者が認知症高齢者の気持ちを理解するなどであった。その具体的内容は「私は私とBさんの人間関係ができてきている気がする。Bさんは視力は悪いが声を聞き分け、私の事を柔らかく受けとめてくれるようになってきている」「私は高齢者に対しては自分の母親・父親と思いつけるようにしている。その事で親近感が湧き、話し始めると高齢者が私を理解してくれることを今までにも経験していた」「今までの関係もあるが、穏やかな私の声や感情をN氏は受け入れてくれ、ついてきてくれそうなのでこのまま屋上まで行こう」などであった。

④〈気づき原因を探る〉は、認知症高齢者が表出している症状に注目したり、表現が適切でないため現象から原因を予測し、行動障害になる前に看護職者が先手を打つ為の内容や、実際にはもうおこっている行動障害では、それが何故おこっているのかを見つけていくなどの内容であった。気づきの内容は怒り、拒否、繰返しの訴えなど行動障害と認知しにくいものから、無表情、不安など行動障害と認知しにくいものまでであった。さらに過去の経験から予想した内容もあり、これらは対象看護職者10名全員がそれぞれの場面で自分なりの判断を明確に出していた。また、この判断には〈価値観〉〈知識〉〈関係を築く〉を総合して活用していた。具体的内容は「Aさんは今、居る状況を旅館と思っているので混乱した状態であると思った。“（ここでは）食事を運んでくれる”“家ではない、ベットで寝かされている”などから混乱していることがわかる」「娘さんたちが物忘れについて不安になり、焦りから敏感になり過ぎていたためDさんも不安になったと思う。優しく接する事が出来ていたら、ここに来ずに検査は受けていたと思う」「連休中で医師の診察がなく、心もとないような淋しさがあるのかなと思う。1日1回は医師がEさんに声をかける事を日課としていたから。また、入浴やりハピリもなく他者との関わりも少ないので関わって欲しいという本人からのメッセージの一つかなと思う」などであった。

⑤〈ありのままを受け入れる〉は、認知症高齢者の言動に対して肯定的な態度で聞き、同じ言葉を繰返す、否定しない、強要しないなどの内容であった。その具体的内容は「“頭が痛い”という訴えがまだ続いているので今度は肯定的な態度で、本人の

訴えを聞くようにして同じ言葉で“頭痛いの”を繰り返した」「今居る状況を旅館と思い、正しく認知されていないと思ったがそれを否定しない」などであった。

⑥〈ベースを合わせる〉は、認知症高齢者は記憶障害や判断の障害はあるが、一つひとつを丁寧に説明し、その場その場で納得してもらう、認知症高齢者自身の思いも適切な表現が困難なため、その思いを予測して伝えるなどの内容であった。その具体的内容は「Aさんの質問に答えながら、Aさんがほんまに帰れるのか、用意はできてるのか等、不安がってる内容が“時間、一人で帰るのか、書類は”と手順みたいなものを聞いている事から理解できたので、一つひとつを丁寧に説明しようと思った」「認知症の人は話したことを後から忘れていると思うがその場、その場できちんと話をして納得してもらうことが大切と思った」などであった。

⑦〈快の感情を引き出す〉は、看護職者が好意を示したり、応援したり、スキンシップをとるなどの関わりによって、認知症高齢者が心地良いという感情を引き出す内容であった。その具体的内容は「(施設に)入れられたというのと、望まれて(施設に)来たというのは違うので、あなたの事が好きでまた逢いたいと思っているということを相手に伝えた。また、私自身ならそう言われることは嬉しいことなので“また帰ってきてな”という言葉を使った」「別室に案内しながらDさんが気持ちよくなるようにきれいな服装など、何か一つ(よいところ)を見つけて誉め、Dさんを抱え込むようにして別室の椅子に座ってもらいスキンシップをとった」「本人のいい気持ちを応援する気持ちで“調子良さそうね”と言葉かけを行った」などであった。

⑧〈思いを確認する〉は本人の本当の気持ちや、何が言いたいのか確認しようとするものであり、認知症があるからといって、上手く表現できないことはあるかもしれないが、看護職者の誘導になっしまわないようにしたいという配慮内容であった。具体的内容は「バルンが入っているからといって、尿道不快からの訴えだけでは無く、管が入っていることが誘導にならないよう、もう一度(思いを)聞こう」などであった。

⑨〈現実を引き戻す〉は、認知症高齢者が体験しているであろう内容に対して事実を強調したり、実際のものを見せるなどの内容であった。その具体的内容は「不信感と被害妄想的な気持ちがあるよう

で、先ほどの勝手に下着を出された事を(感情)引きずっているかなと思った。おやつのかも明らかに忘れてる。不信感に対して“みんな来るやん”と言ったので、それは“うそ”ではない事を強調し、“あとOさんだけ”と固有名詞を出した」「家人から入浴後、軟膏を塗布してほしいと言われ、赤い湿疹のことも話されていたので、看護職としてこれは治療として必要と思い上着をめくり湿疹を見せた」などであった。

⑩〈他の業務を優先する〉は、認知症高齢者の行動障害にかかわることに限界を感じて他の高齢者や業務上の時間的な配分を気にかけるなどの内容であった。その具体的内容は「業務や入浴中の他の高齢者のことが気になっていたので、これ以上何を言っても無理なら一人でデイルームに居てもらおうと思った」などであった。

⑪〈安心のキーワードを探す〉は、認知症高齢者のライフヒストリーや看護職者の過去の成功体験から安心につながる内容を探すなどの内容であった。その具体的内容は「何か興奮しそうな時、大きな声でではじめた時はBさんのキーワードとして40年していた“お茶、多くのお弟子さんを持っていた”ことを話すと気分が変わるはずと思った」「前に他の入所の方が誰かが居て怖いというとき、鍵をかけるという安心された。看護職者が居るから(安心して良い)というよりも“鍵”は安心のようだったので今回も使った」などであった。

⑫〈自己決定を支える〉は、認知症高齢者自身が自分を振り返る事ができるような問いかけや、自分の本当の気持ちに気づく事ができるような言葉かけを行い、認知症高齢者の自己決定を支える内容であった。その具体的な内容は「Dさんはさらに落ち着いた表情となり笑顔で、話を聞いてくれるようになってきた。しかし娘たちが騙して連れてきたことにDさんがこだわっていたおり、娘さんがしてくれることを当たり前と感ずっていると感じた。そこで“私は母親にしたいくても出来なかった状況を話して、Dさんは娘さんに感謝すべきではないか”と伝えた。自己の状況を思い返してほしかった」「本人が自分でふつふつとした気持ちを解決できるよう、そういった思考を引き出せるような言葉がけが心かけた」などであった。

⑬〈タイミングを図る〉は、看護職者のケアを行う時期やタイミングに関する内容であり、暖かさがすぐ実感できるようにする。今まで気にしていたも

のを手放したときに誘う、感情に合わせる、待つ、見守るなどであった。その具体的内容は「1回拒否されても、今はいらぬが次に繋げられるはず、誰にでも感情があるからそれに合わせた」「少し距離をおくことは冷たくならないようなさじ加減で見守りながらした」などであった。

⑭〈納得の段階を確認する〉は、看護職者が認知症高齢者の言語的、非言語的な反応を見て、納得の状況を確認する内容であり、反応が落ち着き変わった、笑顔が出た、スムーズに応じた、声のトーンが変わった、処置後の反応を見るなどであった。これは対象看護職者10名全員が表明した。その具体的内容は「私自身の不安もあるが、Aさんも不安があるのではと思った。今までの私のAさんに対する説明も理解してもらえたのかも知りたくて、Aさんが“うん”と言ってくれたら安心して帰れるんじゃないかと思って“帰ってきてくれる？（質問の意）”と聞いた」「Dさんはさらに落ち着いた表情となり笑顔まで出し、話を聞いてくれた」「Fさんが、あ～気持ちいいのと、笑顔で良い反応だったので続けた」などであった。

⑮〈気をそらせる〉は、認知症高齢者の頭の中を切り換えることや、間を取るための関わりで気持ちを現実からそらせるための内容であった。その具体的内容は「点眼をすることで、“点眼をしてもらうから待ってこよう”と言う気持ちになりEさんの頭の切り換えをした」「本人は思いを聞いて欲しいのだから、間をとれるようにお茶を勧めた」「Eさんが頼ってきたいという気持ちはわかるが、看護職者自身が間を取りたかった。看護職者が引く事でEさんが冷静になれると思った」などであった。

⑯〈我慢させる〉は、認知症高齢者に自己を振り返ってもらおうと意図して行ったケア内容であり、その認知症高齢者への対応を理解している看護職者が、その間に他の業務をしながら認知症高齢者を少し待たせるなどの内容であった。具体的には、G氏は安心材料として誰かが側に居るということであったため、側に誰かが居ることを確認して「少し待っていて、少し待てる？」などの声かけであった。

⑰〈一時的な納得を確認する〉は、〈納得の段階を確認する〉と同様に看護職者が認知症高齢者の言語的、非言語的な反応を見て納得の状況を確認することである。しかし、一時的な納得であるために行動障害はすぐに継続している。具体的な内容は、落ち着かない、余計に混乱した、興奮した、声のト

ンが変わったなどの内容であった。

2) 看護職者の行動障害に対する看護ケアの構造

認知症高齢者の行動障害の看護ケアに至った看護職者のケアとして、抽出したサブカテゴリーの關係に意味づけし、最終的に5つのカテゴリーに分類できた。カテゴリーは《 》で示す。さらにこの5つのカテゴリーによって認知症高齢者の行動障害にかかわる看護ケアプロセスの構造図を作成した(図1参照)。

《行動障害を察知する》は、看護職者自身が持っている価値観、知識、関係を築くという態度であり、認知症高齢者にとって意味ある行動でもあるが、危険な行動でもある行動障害を素早くキャッチし、原因を探るということであった。

《認知の世界に添う》は、認知症高齢者が体験しているであろう認知の世界に添うことであり、それは現在ではない世界、過去の世界、幻覚の世界である。しかし、看護職者はその世界をありのまま受けとめ、認知症高齢者と一緒に思い描くというものであった。

《現実の世界を見せる》は、看護職者が現実の世界で起こっている事実を認知症高齢者に認めてもらえるように実在する証拠を見せるということであった。

《原因直視行動》は、看護職者は認知症高齢職が行動障害を引き起こす原因に対して、認知症高齢者自身が持っている感情や描いている思いを受けとめ、また、予測し認知症高齢者と一緒に原因に対する解決策を考え、認知症高齢者自身の納得の段階を確認しながらケアするという行動であった。

《原因回避行動》は、看護職者は認知症高齢者が行動障害を引き起こす原因に対して、認知症高齢者自身が持っている感情や描いている思いを受けとめ、予測はしているが看護職者だけの思いで解決策を考えケアするという判断に伴う行動であった。

《行動異常を察知する》は、《認知の世界に添う》と《現実の世界を見せる》に分けてあらかず事ができた。《認知の世界に添う》は、認知症高齢者の認知の世界を看護職者は否定も肯定もせず、そのままを受けとめるが、《現実の世界を見せる》は、認知症高齢者が思っていることは間違いである事を強調し伝えていた。また、《認知の世界に添う》は、認知症高齢者のペースに合わせるが、《現実の世界を見せる》は、業務の時間配分を考えた行動を考えたり、他の高齢者のケアが優先されていた。

次に、《認知の世界に添う》は、主として《原因直

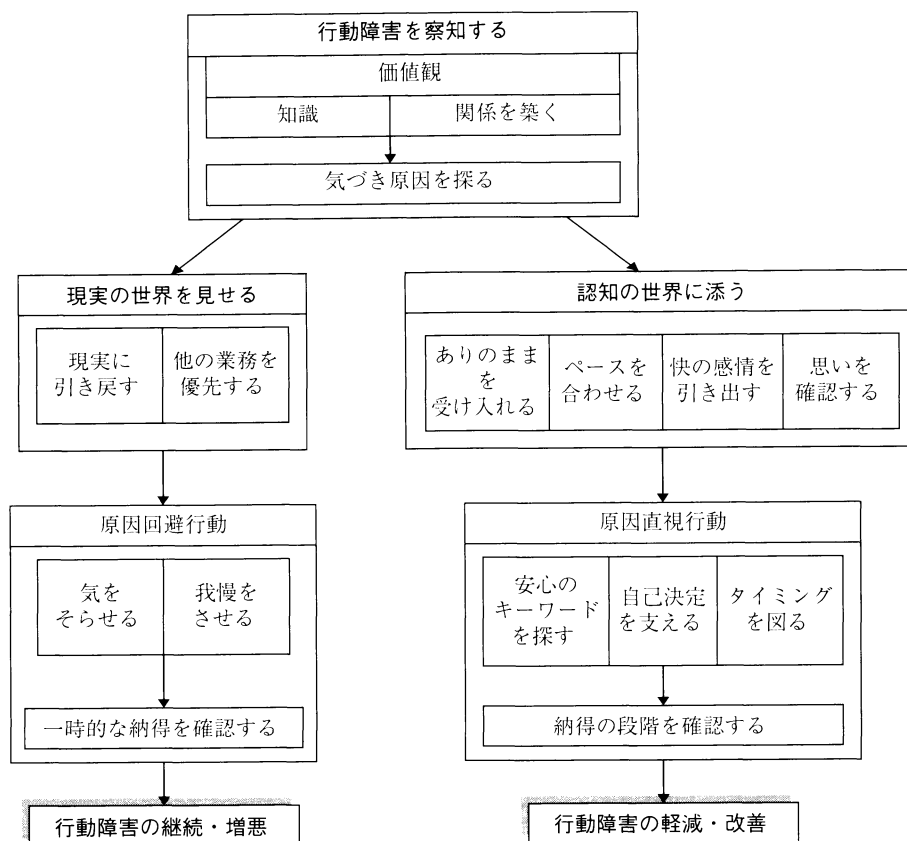


図1 認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアのプロセスの構造

視行動》に続き，《原因直視行動》は、認知症高齢者の行動障害を引き起こしている原因から離れることなく解決方法を探索していた。しかし，《現実の世界を見せる》は、主として《原因回避行動》に続き，《原因回避行動》は、認知症高齢者の行動障害を引き起こしている原因は理解していたが、その原因以外での解決を試みていた。その結果、一時的な納得はあったものの再び行動障害が出現し、看護職者は次の対応策をとらざるをえない状況に置かれていた。

Ⅶ. 考 察

1. 認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアに至った看護職者の対象理解・判断・実践（対応）の意味

《行動障害を察知する》では、看護職者が認知症高齢者の行動障害をどのように気づくのか、それにはどのような認識が必要なのかを意味している。すなわち看護職者が認知症高齢者をどのように捉えているか、どうしてあげたいと思っているか、看護職者の態度を構成していると考えられる。この時、認知症高齢者との関わり経験を大切にしているか、いかに認知症高齢者に

看護職者が受け入れられるか、受け入れてもらおうと自己開示をして、関係を作ろうとしているかが重要である。高橋¹⁾は、認知症の看護ケアで基本的に大切な事は、看護ケアをする人が、認知症を病んでいる人への理解がないと、真の意味での看護ケアになりがたいと述べている。この基本的姿勢がなければ問題を察知する事はできず、反対に、“いつもの帰宅願望だから放っておく、少ししたら収まるだろうと気づかない振りをする”とケアの始まりにもならず、認知症高齢者を不安と混乱におとしめることになる。これらのことから、自分で適切に表現できにくい認知症高齢者は自分なりの表現をしているが、認知症高齢者ケアでは看護職者が気づく事からしか始まらないケアであることを認知することが肝要である。このことを認知症高齢者のケア提供者である看護職者は、特に注意しておくことが大切である。

《認知の世界に添う》では、認知症高齢者の幻覚の世界で体験している恐怖や不安に対して、まず怖いなどの否定的感情を受けとめ、支える。そして、この時には認知症高齢者の認知内容を変えるのではなく、体

験している恐怖や不安を軽減したいと考えた関わりをしていた。これは、対象者の体験している全体像を素早く把握し、何処が対象者の認知を混乱させる誘因になっているのかを分析し、どう関わる事が安心に繋がるかを考えたケアをしている。

《現実の世界を見せる》では、看護職者は認知症高齢者の怒りの感情に伴う言動に関心があり、看護職者と認知症高齢者が論争してしまう事になってしまい、看護職者はおやつを表を見せたり、嘘ではない事を強調することとなった。これは、事実を話すという説明の方法は、認知の世界に添った関わりではあるが、それ以前に、認知症高齢者がその事実を受けとめられる状態ではないという全体像を把握しなければならない。すなわち、まずどのように関わるべきかを考える必要があったと考えられる。小林¹¹⁾は、「認知症高齢者の理解力がなくなる一方で感情面だけは残っている。何について叱責されているかは理解できないのに、叱責されたときの不快感（感情面）のみが残り、本人を混乱させることがある。」と述べている。つまり、対象者の怒りの感情を受けとめ、支え、落ち着きを待ち、人との関わりができる状態になってきた事を確認することを優先する。その後、認知症高齢者が判断できる内容で事実の説明に入るという方法が必要である。認知症高齢者の不安や怒りなどの思い描いている状況を、看護職者も一緒に描き、その感情を自分の事として感じる事ができるか、その感情への関わりをしているかが問われるのである。認知症高齢者の感情面へのケアは認知症高齢者看護の大切な柱であるといえる。

《原因直視行動》では、認知症高齢者の訴えから離れることなく、その訴えの裏にある本当の思いを、認知症高齢者自身が見つめることができるような関わりを行っている。そして、その解決策に自分で折り合いがつけられるような問いかけを繰り返している。これは、認知症高齢者の持てる力を見出そうとしており、看護職者側からの決めつけではない、一緒に考える姿勢をあらわし、認知症高齢者なりの自己決定ができる関わりをしている。認知症高齢者ケアの基本は、高齢者の心に寄り添うことである。すなわち、認知症高齢者の不安や苦しみに目をそらさず、真正面から認知症高齢者の内面に関わっていく精神療法的アプローチが不可欠であるといえる¹²⁾。

《原因回避行動》では、「認知症高齢者が頼ってきたという気持ちはわかるが、看護職者は間が取りたかった。看護職者が引く事でEさんが冷静になれると

思った」とある。この関わりは認知症高齢者の頼りたいという気持ちをまず支え、その感情を受けとめた上で、次に冷静になれるような関わりであれば認知症高齢者の反応に変化がみられたかもしれない。しかし、その感情を受けとめてもらえず、冷静になるために一人にされることで、さらに寂しさが増しており、看護職者は認知症高齢者の思いに添えていない。小林¹¹⁾は、「人は人に大切にされているか否か、甘えられるか否かなどに非常に敏感である。だから、介護者が“また訳のわからないことを言い出した”とか、“もう何もわからないだろう”などと思い冷たく対応すると、その冷たさがわかり、さらに混乱して結果的に反応は悪くなる。逆にいえば、温かく対応するとその温かさがわかる。」と述べている。まずは認知症高齢者の感情を受けとめることである。

Naomi¹⁴⁾はリアリティ・オリエンテーションや気晴らし療法とバリデーションを比較している。リアリティ・オリエンテーションは認知障害の段階はあるが、過度に現実を押し付けることは、認知症高齢者は自分の信じている今の現実を故意にゆがめることになり、有効ではないと述べ、また、気晴らし療法は一杯の紅茶で気分が晴れるかもしれないが、このような気分転換は、一時的なもので、原因に依ってないので行動は持続する¹⁵⁾。バリデーションでは、その人が感じている感情や感覚を尊重し、感情や感覚のレベルで応えることを大切にする。また、共感をもって受け入れられていると感じるとそれに答え、自分もまだ価値あると思う気持ちや幸福だと感じられることが増してくると、度たびその行動に、はっきりとしたよい変化があらわれる¹⁶⁾。これは、本研究での結果で述べた感情への関わりが“鍵”であることと共通であり、認知症高齢者のどんな行動障害も、まずは看護職者が受け入れ、その感情を共有するというその気持ちを、認知症高齢者に伝えることができるかが問われていることを示唆する。

以上、“行動障害を改善する看護ケア”の場面を看護職者と認知症高齢者の関わりプロセス12事例から明らかにした。このことは、看護ケア一つひとつの言動の意味を分析し共通性を見出し、看護職者個人の経験知を他の看護職者に根拠とともに体系的に伝えることができ、今後の認知症高齢者ケアの質的向上を図る資料となると考える。

2. 認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアのプロセスの構造の意味

近年、認知症高齢者の生活環境は小グループケアとしてのグループホームやユニットケアの導入、PEAP (Professional Environmental Assessment Protocol: 認知症高齢者への環境支援指針) などを活用した環境調整などハード面で認知症高齢者の生活環境も変化している¹⁷⁾。また、認知症高齢者のBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症の行動と心理状態) への対応として非薬物療法としての回想療法、音楽療法、園芸療法、タッチなどの研究も多く行われ、BPSDに対して有効であることが公表されつつある^{18)~20)}。環境などのハード面の改善で認知症高齢者のある程度の落ち着きを支えることは出来るが、その環境や対応も認知症高齢者個々の特性に合わせ選択しなければならない。環境だけを改善し、認知症高齢者の意向が入っていないか、認知症高齢者とともにその環境で過ごさなかったり、認知症高齢者個々の捉えをせずに対応を当てはめようとしても行動障害を改善する看護ケアにはなり得ないと考える。つまり、サブカテゴリーの1つである〈快の感情を引き出す〉ためにその認知症高齢者の好きな音楽療法を実践に取り入れたり、〈現実を引き戻す〉ためにリアリティ・オリエンテーション (reality orientation: RO) を実践に取り入れるなどの対応をその時々に見守る者が判断し、選択することになるため、まずは看護職者個々が各自の認知症高齢者との関わりの看護ケアプロセスを知ることが必要であると考えられる。

また、認知症高齢者と看護職者との看護ケアとしての関わりが悪循環を起こすことが多いことも指摘されている²¹⁾。看護職者自身が自己の看護ケアの振り返りを行い、看護職者の関わりの結果、起こっている行動障害に気づき、受けとめることが重要である。そのためにも看護職者個々の看護ケアプロセスを今回の構造図と照らし合わせることで自己学習に活用できると考える。

VIII. ま と め

今回、認知症高齢者10名の12のケア場面に参加観察し、看護職者10名へのインタビューを行い、その結果、認知症高齢者の行動障害にかかわる看護ケアについて17のサブカテゴリーと5つのカテゴリーを抽出し、その看護ケアのプロセスと構造を明らかにすることができた。この結果は、認知症高齢者にとっては

行動障害の出現や増強を減少させることに繋がり、引いては認知症高齢者のQOLが高められることが期待できる。また、看護職者にとっては常にストレスであった行動障害への対応・介入方法がスムーズになり認知症高齢者ケアの質が高まると考える。今後はさらに検証を積み重ねて、構造図をより洗練したものにしていきたい。

なお、データの収集にあたっては、対象や施設が限定されており、対象者や施設の特性が結果に影響を及ぼし偏りが生じている可能性がある。また、研究者自身がデータ収集の用具となっており面接能力、観察力や時間にも限界があることは否めない。今後は、医療型療養病床や一般病棟などでの対象看護職者数を増やし、“認知症高齢者の行動障害を改善する看護ケアのプロセスの構造”について信頼性をさらに高めていきたい。加えて、この研究の一連のプロセスとして、認知症高齢者の行動障害の軽減や改善の結果を導き出せる評価基準の研究が必要であると考えられる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただきました認知症高齢者様、看護職様、対象施設の看護・介護部長様、看護科長様、師長様およびスタッフの皆様に厚くお礼申し上げます。

*この論文は2001年度現大阪府立大学 (大阪府立看護大学) 博士前期課程での課題研究論文発表後、2期・3期と対象者数を増やし分析を重ね検証し再構成したものです。

引用文献

- 1) 厚生統計協会: 国民の福祉の動向・厚生指針 臨時増刊, 48(12): 2001. p 228
- 2) 松井美穂: 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス, 日本痴呆ケア学会誌, 3(1): 2004. p 21-29
- 3) 松田千登勢, 佐瀬美恵子, 長畑多代, 臼井キミカ: 痴呆性高齢者の問題行動の経験頻度とその認識について-老人保健施設の職員へのアンケート調査による解析-, 大阪府立看護大学紀要, 6(1): 2000. p 48
- 4) 野口美和子, 湯浅美千代, 今村美葉, 佐瀬真粧美, 小野幸子: 老人病院における痴呆患者の問題行動についての看護婦のとらえ方, 千葉大学看護学部紀要, 20: 1998. p 101
- 5) Lachs, M. S., William, C. S., O'Brien, S., et al.: Adult protective service use and nursing home placement, The Gerontologist, 42(6), 2002. p 734-739
- 6) 前掲書, 4). p 101
- 7) Kovach, R. C., Noonan, E. P., Schlidt, M. A., et al.: The Serial Trial Intervention: An Innovative Approach to Meeting Needs of Individuals with Dementia, Journal of Ge-

- rontological Nursing, 4, 2006. p 18-25
- 8) Potts, H., Richie, M. F. & Kaas, M.: Resistance to care, *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 11: 1996. p 11-16
- 9) 竹中星郎：痴呆患者の不応行動の理解, *臨床看護*, 25(1): 1999. p 51-53
- 10) 高橋幸男：痴呆の看護とケア, *臨床精神医学講座 12 老年期精神障害*, 中山書房, 東京, 1999. p 395
- 11) 小林敏子：高齢者介護と心理, *朱鷺書房*, 大阪, 97, 2000.
- 12) 前掲書 10), p 39
- 13) 前掲書 11), p 397
- 14) Naomi Feil: THE VALIDATION BREAKTHROUGH, *Simple Techniques for Communicating with People with "Alzheimer's-Type Dementia"*, 1993, 藤沢嘉勝款監訳, 痴呆症の人との超コミュニケーション法バリデーショ
- ン, 津対書房, 東京, 2001. p 157
- 15) 同上書, p 51-55
- 16) 同上書, p 151-153
- 17) 加藤伸司：認知症ケアはここまで進んだ, *老年精神医学雑誌*, 第 19 巻 第 6 号 2008. p 629-635
- 18) 野村豊子：痴呆性高齢者への回想法, *看護研究*, 29 (3): 225-242, 1996.
- 19) 北川公子訳, 痴呆性老人の興奮行動を軽減するための介入, *看護研究*, 29(3): 1996. p 253-259
- 20) 森山美智子, 鎌田ケイ子, 櫻井紀子：施設に入所している痴呆高齢者に対する演劇療法, *看護研究*, 29 (4), 1996. p 285-295
- 21) 野崎智恵子, 鈴木みずえ：介護者のこの行動が行動障害を誘発する, *認知症介護*, Vol.7. No 1. 2006. p 14-18