

研 究 報 告

—認知症看護における看護師の困難の変化
—認知症看護認定看護師教育課程を修了した看護師に焦点を当てて—

江見 香月¹, 坂口 千鶴², 清田 明美², 比留間絵美¹, 上野 優美³, 宮本 良子⁴

Change of Difficulties Experienced by Nurses in Dementia Nursing:
Focusing on Nurses Who Have Finished the Curriculum of
“Certified Nurses in Dementia Nursing”

Kazuki Emi, Chizuru Sakaguchi, Akemi Kiyota, Emi Hiruma, Yumi Ueno, Yoshiko Miyamoto

キーワード：認知症看護, 認定看護師, 困難

key words : dementia nursing, certified nurse, difficulties

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify how the difficulties experienced by graduates of a course for certified nurses in dementia nursing changed throughout the course while taking the lectures and the practicum and the subsequent clinical training.

Method: Focus group interviews were employed as the study method, with 12 nurses certified in dementia nursing participating.

Results and discussion: Before taking the course, the participants did not have a deep understanding of the rationale for dealing with persons with dementia, thus were unable to explain this to other nurses and had difficulty sharing their thoughts on nursing care that is demented person centric. During the clinical training, while the participants still could not make sufficient multi-faceted assessments of persons with dementia and faced difficulty articulating their assessments to others, they eventually re-examined their nursing care and succeeded in obtaining the perspective of understanding persons with dementia in a holistic manner. After the course, the participants became able to explain to others their perspective for nursing persons with dementia. Difficulties have persisted, however, in terms of verbalizing the demented-person-centric nursing care and sharing it with other staff. Lectures and practicums to enhance such capability of verbalization and sharing should be included in the curriculum in education for certified nurses in dementia nursing.

受付日：2018年6月11日 受理日：2019年4月2日

1. 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程 Doctor program, Japanese Red Cross College of Nursing
2. 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing
3. 横浜市立みなと赤十字病院 Yokohama City Minato Red Cross Hospital
4. 長岡赤十字病院 Nagaoka Red Cross Hospital

要 旨

研究目的：A 認知症看護認定看護師教育課程の修了生を対象に、研修前の認知症看護に関する困難が研修中の講義や演習を経て行う臨地実習を通してどのように変化したのかを明らかにすることである。

研究方法：認知症看護認定看護師12名にフォーカス・グループ・インタビューを行った。

結果及び考察：研修前の参加者は、認知症の人への関わりの根拠がわからないために他者に関わりの根拠を説明できず、認知症の人の思いを中心とした看護を他者と共有できない困難を抱えていた。実習中の参加者も認知症の人を多角的に分析できず、それを言語化する困難に直面したが、自らの看護を問い直し、認知症の人を全体として捉える視点へ変化した。修了後の参加者は、認知症の人を捉える視点を他者に伝え、認知症の人の思いを中心とした看護ができるようになった。しかし、認知症の人の思いを中心とした看護を言語化して他者と共有する困難は継続しているため、その能力を高める講義や演習を認定看護師教育課程に加えていく必要がある。

I. 研究の動機と背景

日本における65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,515万人となり、高齢化率は27.7%に達している（内閣府，2018）。高齢化により認知症の有病率は、2014年では65歳以上の高齢者は15.0%であり、今後2025年には20%に上昇すると推計されている（内閣府，2017）。このような背景から2005年に日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程に認知症看護学科が新設され（日本看護協会，2017）、現在開講する教育機関は8校に達し（日本看護協会，2017）、認知症看護認定看護師数も2006年の10名から2011年は178名、2017年は1,003名と増加している（日本看護協会，2017）。研究者の所属する教育機関は2011年度から4年間、認知症看護認定看護師教育課程を開講していた。本課程は、認知症看護に関する講義、演習、実習で構成されているが、その中で、特に実習で認知症看護の困難を抱える研修生が多く、研修生の中で何が起きているのか、どのような教育的関わりが必要なのかを明らかにする必要性を感じた。

認知症看護に関する先行研究では、多くの看護師が認知症の人の看護に困難を抱えていることが報告されている（松尾，2011；乙村・徳川，2011；谷口，2006；山本・吉永・伊藤，2010）。また、認知症看護認定看護師教育課程の研修生の実習に伴う困難も明らかとなっているが（湯浅・諏訪・辻村他，2016）、研修前に研修生が抱える困難の内容やそれが研修によってどのように変化したのかを明らかにした研究はほとんど見当たらない。そこで、研修生の研修前の困難が研修中、特に実習を通して研修後にどのように変化するのかを見出すことで、認知症看護認定看護師教育課程の質向上に資すると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、A 認知症看護認定看護師教育課程

の修了生を対象に、研修前の認知症看護についてどのようなことを困難と感じていたのか、その困難は研修中の講義や演習を経て行う臨地実習を通してどのように変化したのかを明らかにすることである。

III. 用語の定義

認知症看護：認知症の経過と予後を理解した上で、生命・生活の質や自己実現に対するケアの質やその病態に与える影響の深刻さを洞察し、認知症の発症から終末期に至る長期間のさまざまな看護上の問題に対して、その家族を含めた統合的な援助を企画し、実践できること（日本看護協会，2017）。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとする。

B. 研究参加者

A 認知症看護認定看護師教育課程を修了して1年以上経過した認知症看護認定看護師40名に研究参加の依頼文を郵送し、返信にて研究参加の承諾を得た。その後、文書と口頭で研究を説明し、文書で研究参加の同意を得た12名とした。

C. 認知症看護認定看護師教育課程のカリキュラム

教育課程は約6ヶ月間であり、その内訳は講義と演習が4ヶ月、その後臨地実習が約1ヶ月、実習終了後担当した事例の振り返りを行い、事例検討資料を作成し、発表して意見交換し、それをもとにレポートを作成し、自らの看護の課題を見出す。

D. データ収集期間

2013年9月～12月の4ヶ月間であった。

E. データ収集方法

データ収集はVaughn, Schumm, & Sinagub (1996/1999)のフォーカス・グループ・インタビュー（以下、インタビューとする）を参考に行った。同時期に修了した

研究参加者同士で研修前の看護、研修中の実習、研修後の看護を振り返って、自分自身の中で認知症看護への困難に対してどのような変化があったのかを自由に語ってもらった。12名の参加者を各修了時期と参加可能な日時によって1グループ3名ずつに分け、計4グループとした。インタビューは各グループ1回ずつ行い、時間は約70分～120分であった。インタビューは、研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音し、参加者の表情、動作等の非言語的なコミュニケーションはメモを取った。

F. データ分析方法

Vaughn, Schumm, & Sinagub (1996/1999, p. 142) のフォーカス・グループ・インタビューの分析方法を参考に、以下の手順で行った。まず、グループ毎にインタビューを録音したデータから逐語録を作成し、研究参加者の認知症看護における困難と、困難の変化を確認した。次に、グループ毎に得られたデータをもとに認知症看護における参加者の困難とその変化にコードをつけた。そして、得られたコードをグループ毎に類似性・相違性に着目して分類した。さらに、グループ毎にコード化されたデータを比較し、カテゴリーを抽出した。分析過程全体で研究者全員での検討を繰り返し、信頼性と信憑性を確保した。

V. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った (No.2013-60)。認知症看護認定看護師に研究参加の依頼文を郵送し、返信にて研究参加への承諾を得た。研究参加候補者に文書と口頭で研究を説明し、研究参加は自由意思とし、研究に同意しない場合でも不利益を被ることはなく、研究参加に同意した場合でも途中辞退や同意の撤回が可能であることを説明し、文書で同意を得た。

VI. 結果

A. 研究参加者の属性

研究参加者（以下、参加者とする）は認知症看護認定看護師12名で、女性11名、男性1名であった。年齢は30歳代から50歳代で、看護師の平均経験年数は18年であった。A認知症看護認定看護師教育課程修了後1～2年が経過しており、認知症看護認定看護師の資格取得後1～2年目であった。

B. 認知症看護における看護師の困難とその変化

認知症看護における参加者の研修前の困難が、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習中（以下、実習とする）と、研修後にどのように変化したのかを表1と図1で示す。なお、カテゴリーを【 】, コードを〈 〉とする。

1. 研修前の看護における困難

研修前の看護における参加者の困難として、【関わりやその根拠がわからない】、【関わりの根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない】、【認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない】、【自らの関わりが報われないことに疲弊する】の4つのカテゴリーが抽出された。

【関わりやその根拠がわからない】とは、参加者が認知症の人とどのように関わればよいのか、またその関わりの根拠が何か見出せないことに困難を感じることであった。研修前、参加者は認知症の人にどのように関わればよいかわからず、〈接し方や対処方法がわからない〉状態であった。H氏は認知症の人に「どうやって対応したらよくなっていくのかっていうことが、もう全然何かわからない」と困惑していたことを語った。また、自らの認知症の人との関わりはわかるとする参加者も、その〈関わりに根拠づけができない〉と感じていた。自分の中で満足する関わりができたG氏は、関わりを提案しようとするが「何かその根拠が言えないというか、わかんないという感じだった」と根拠づけの難しさを語った。さらに、参加者は個々の看護師の関わりで認知症の人の反応に違いがあると感じていたが、〈関わる人によって反応が違う理由がわからない〉と感じていた。C氏は「関わる人によってもその患者さんの反応が違ってくるって、でもそれはどうしてなんだろうって」と理論的背景も含めて疑問に感じていた。

【関わりの根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない】とは、認知症の人との関わりの根拠がわからないと答えた参加者が、スタッフに関わりの根拠を説明できず、たとえ関わりの中で得られた根拠を説明できても、スタッフの関わりには繋がらないことに困難を感じることであった。参加者は認知症の人への関わりの根拠をスタッフに説明しようとしたが、〈周囲に関わりの根拠を説明できない〉と感じていた。A氏は自らの関わりに「周りの人にそれ（根拠）を説明できないから、何か自分だけ考えている」と感じていた。また、参加者が関わりから得た認知症の人の思いを言葉でスタッフに説明したが、〈自分が理解できたことが伝わらない〉と感じていた。自分が理解した認知症の人の思いをスタッフに説明したJ氏は「暴力のリスクが高まると、スタッフはそこまで関係性が築けなくて怖いって」と、認知症の症状にだけ目が向くスタッフに、そのときの認知症の人の思いを理解して関わりに活かしてもらおう限界を感じていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない】とは、認知症の人への関わりの根拠が明確ではなく他者に説明できない参加者が、スタッフや家族と、認知症の人の思いを中心とした看護を同じ目的として共有できないと感じることであった。参加者は、自分

表1. 認知症看護における看護師の困難とその変化

1. 研修前の看護における困難		
カテゴリー	コード	語り (抜粋)
関わりやその根拠がわからない	接し方や対処方法がわからない	どうやって対応したらよくなっていくのかっていうことが、もう全然何かわからない (H氏)
	関わりに根拠づけができない	こうすればいいんじゃないかって思うんだけど、何かその根拠が言えないっていうか (G氏)
	関わる人によって反応が違う理由がわからない	関わる人によってもその患者さんの反応が違ってくるって、でもそれはどうしてなんだろうって (C氏)
関わりを根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない	周囲に関わりの根拠を説明できない	周りの人にもそれ (根拠) を説明できないから、自分だけ考えているってわけじゃないけど (A氏)
	自分が理解できたことが伝わらない	自分がゆっくり関わっていく中で、理解できたことをスタッフにも伝えていくんですけど、やっぱり暴力のリスクが高まると、スタッフはなかなかそこまで関係性が築けなくて怖いっていう思いで (J氏)
認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない	認知症の人の思いに沿っていない	看護師が自分たちの業務を一番の優先にして、自分たちのやりやすいように患者さんを合わせちゃう (B氏)
	家族を優先することで認知症の人の思いを尊重できない	その人は家にいたいし (中略) やっぱり家族が一人暮らしだから、遠く離れている家族だったら心配だから施設に入れて欲しいとか (F氏)
	皆で認知症の人の思いをもとに看護ができない	みんなが (認知症の人の思いを) 考えていないわけじゃないけど、同じようには皆できないとか (G氏)
自らの関わりが報われないことに疲弊する	認知症の症状への対応に疲弊する	患者さんも好転しないし、自分の対応も何か自分で満足できないから、ただ、疲れるっていうか疲弊するだけだった (I氏)
	頑張っても関わっても報われない	知識もなかったんで、ただ本当に否定されているっていうようなことで、頑張っても報われないみたいなところもあって (H氏)
2. 研修中の臨地実習における困難		
カテゴリー	コード	語り (抜粋)
認知症の人を広く捉えて深く分析できない	認知症の人を広い視点で捉えられない	本当に一人の患者さんに対して、そんなに全部に領域、アセスメントなんて本当に今の所 (所属している病棟) に関してはなかったし (H氏)
	認知症の人の言動を深く掘り下げられない	『(認知症の人の) この表現からあなたはどう思ったの? どう感じたの? じゃあそれでどうしようと思ったの?』っていうところがやっぱり足りないだろうな (D氏)
看護に至るアセスメント内容を言語化できない	対策の根拠を説明できない	その対策、どうしてこれを選んだのかっていう作業を紐解くことが、非常に私の中では大変な作業でした (E氏)
	アセスメント内容を言葉にして伝えられない	きちんと患者さんのアセスメントを伝えられなかったから、きっと看護師さんたちもわからないだろうし (F氏)
認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない	症状から対策を導き出してしまう自分に向き合えない	この症状があるからこの対策でいいでしょっていうふうな立て方だったんですよ。(中略) ハウツーじゃないって、それはずっと言い続けられて (L氏)
	認知症の人の思いに沿った看護が見出せない	(認知症の人が) 自分でできることを少しでも探してやってもらえるようにしていこうって思ったんですけど、やっぱりなかなか、どう、やってもらえるようにしていこうって (C氏)
違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない	違う組織に入っていくことが難しい	初めて行ったところで関係作りから始めて、私はこういう者ですので、こうしていきませんかっていう風に (看護を) 投げかけるその難しさ (A氏)
	周囲を巻き込んで自分の看護ができない	みんなを巻き込んでやっていくってすごい難しいなって、すごく痛感したというか、自分だけで一人の患者さんを自分だけで見てりゃいいじゃないですか。その辺もちょっと大変だったかな (G氏)
	認知症看護への理解を広げることが難しい	なかなか病棟のスタッフが皆が皆、認知症に理解してくれるっていうわけじゃないから、嫌そうにされたこともありますし、担当のプライマリーの看護師さんにこうした方がか言ったら、何か嫌そうにされたこともありますし (G氏)
目に見えた結果が得られていない	認知症の人に目に見えた結果が確認できない	実習は辛かったというのが意見としてあって、…やっぱり目に見えた結果っていうのが出なくてですね、やっぱり失語症もあったりして、うまく患者さんの反応も汲み取れなくて (C氏)
	提案した看護を継続してもらうことが難しい	自分がないときにずっと (抑制を) されていたら、全く自分がないところでもそれをやってもらえるっていうのは、どうしたらいいだろうって (A氏)
3. 研修後の看護における困難の変化		
カテゴリー	コード	語り (抜粋)
生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる	生活歴を踏まえて広く認知症の人を捉えようとする	現時点のその人しか見ていなかったと思うんですけど、学校で講義を聞いたり実習を通して、こういう、この人の出来事があるって、今こういう状態なんだろうっていうのを考えるようになりました (I氏)
	認知症の人の言動から何が起きているのか考える	やっぱり、その (認知症の人の) 言葉に何が隠れているのかということを丁寧に丁寧に分析しなさいって言われたんだ (D氏) 例えば暴行があると、その行動にばかり目がいってたけど (中略)、どうしてこのことが起こっているだろうって考えるようになった (G氏)
認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる	情報収集の視点を提示する	認知症とか、家族に1年前と今を比べて何が (変化しているか)、ADLが落ちているかみたいな、これで見てもたるとか (F氏)
	認知症の人に意向を確認するのをスタッフに見せる	今日は怒ってご飯を食べないみたいなの、そこで「なんで?」っていうのが入るだけでだいたい本人の意向もこっちに伝わってくるはずなんだけど、そこが少し足りないのかなって、病棟にいて思うから、そういうときに皆の前でわざと「どうして食べないの?」「これ嫌いなの?」とか、必ず理由があるんだよね (E氏)
	認知症の人の立場に立って看護を考えるよう伝える	本人が何を困っているのかっていうことをやっぱりわかるように普及するっていうか、やっていくのが認定なんだ (L氏)

表1. 続き

3. 研修後の看護における困難の変化	カテゴリー	コード	語り (抜粋)
認知症の人の思いを中心とした看護が皆できない	馴染みのある環境を皆で創ることができない	その人にとっての大事なものとかをね、(スタッフが)これは要らないでしょって、下げられちゃう(D氏)	
	皆の負担を考えると認知症の人の思いに沿った看護ができない	皆がストレスにならないように患者さんと関わって欲しいなっていうふうにも思って、後はできるだけ患者さんに笑ってほしいなっていうのもあるので (A氏)	
	対策ではなく看護を皆で考えることができない	どうしても薬にいってしまうんですね。じゃあ何を使えばいいのってやっぱり言われるんですね (G氏) 便秘がある、やれ洗腸してくるんですね。だから、違うんじゃない、何で便秘かっていうところから紐解いていかないと、対策が立たないんじゃないっていうことを伝えているんだけど、なかなか伝わらない (L氏)	
看護の結果を示すことができない	病棟のやり方が優先され自らの看護が伝わらない	独自の病棟のやり方で対応しているっていうことがあるもんですから、やっぱりなかなか関わってくれないというか、話を聞いてくれない (G氏)	
	結果が数値で表せない	認知症って数値で表せないし (中略) 良くなったねっていうのが感覚でしかないものを、いかに見えるように言葉で伝えるか (D氏)	
	結果がすぐに出ない	骨折の方の病状の変化とかは多分目に見えてわかるものですけど、認知症の方に対して例えばいろんなツールだとしても、多分長期間になってしまう (I氏)	
	答えのない看護を理解されない	(認知症看護の) 知識を提供する場面を設定して勉強会を開いて (中略) それが響いているのか、響いていないのかを見て、響いていないときにすごいへこみます (I氏)	

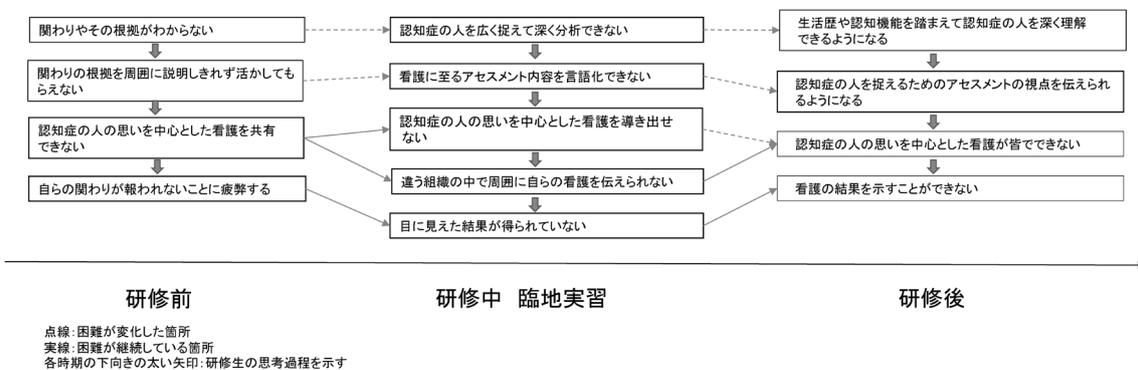


図1. 認知症看護における看護師の困難とその変化

たちが業務を優先して〈認知症の人の思いに沿っていない〉と感じていた。B氏は「看護師が自分たちの業務を一番の優先にして、自分たちのやりやすいように患者さんを合わせちゃう」と語り、認知症の人の思いに寄り添っていないと感じていた。また、参加者は認知症の人の思いを尊重したいと考えていたが、〈家族を優先することで認知症の人の思いを尊重できない〉と感じていた。F氏は、認知症の人は自宅療養を希望していたが「遠く離れた家族が、心配だから施設に入れて欲しい」と家族の思いが優先され、認知症の人の思いが尊重されていないと語った。さらに、参加者は認知症の人の思いを尊重した看護をしたいと思っているが、〈皆で認知症の人の思いをもとに看護ができない〉と感じていた。G氏は「皆が考えてないわけじゃないけど、同じようには皆できない」と、スタッフの思いも汲みながらも、すべてのスタッフが認知症の人の思いを尊重して看護を行うことができないと感じていた。

【自らの関わりが報われないことに疲弊する】とは、認知症の人の思いを尊重したいと考えていた参加者で

あったが、認知症の人と関わっていても認知症の症状は軽減せず、その症状への対応に疲弊していたことであつた。参加者は認知症の症状への対応に精神的に自分自身の限界を感じ、〈認知症の症状への対応に疲弊する〉ようになっていた。I氏は「患者さんも好転しないし、自分の対応も自分で満足できないから、ただ疲れるっていうか疲弊するだけ」と語った。また、認知症の症状への対応に困難を感じていた参加者であったが、〈頑張っても関わっても報われない〉と感じていた。H氏は「(認知症の人から)ただ本当に否定されていることで、頑張っても報われない」と、自らの存在自体を問われているように感じていた。

2. 研修中の臨地実習における困難

研修前の困難は、研修中の講義や演習を経て臨んだ実習において【認知症の人を広く捉えて深く分析できない】、【看護に至るアセスメント内容を言語化できない】、【認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない】、【違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない】、【目に見えた結果が得られていない】の5つのカテゴリーへと変化した。

【認知症の人を広く捉えて深く分析できない】とは、研修前に関わりの根拠がわからないと述べていた参加者が、研修中の実習で疾患や症状だけでなく認知症の人を全体として捉えることに困難を感じていることだった。参加者は研修で学んだ認知機能も含めた身体的側面だけでなく、心理的、社会的に〈認知症の人を広い視点で捉えられない〉ことに困難を感じていた。指導者から認知症の人の疾患や認知機能だけでなく生活歴等も踏まえて詳細にアセスメントするよう指導されたH氏は「本当に一人の患者さんに対してそんなに全部の領域、アセスメントなんて本当に今の所（所属している病棟）に関してはなかった」と、これまでの経験から一人の認知症の人を広く捉えることの難しさについて語った。また、参加者はこれまでのアセスメントの内容よりも、さらに深く認知症の人の言動を分析するよう指導され、〈認知症の人の言動を深く掘り下げられない〉と困難を感じていた。D氏は「『（認知症の人の）この表現からあなたがどう思ったの？ どう感じたの？ じゃあそれでどうしようと思ったの？』っていうところがやっぱり足りないだろうな」と、一人の人を深く捉えて分析することが困難である自分に向き合うこととなった。

【看護に至るアセスメント内容を言語化できない】とは、研修前に関わりの根拠を説明できなさと感じていた参加者が、実習中には担当した認知症の人をアセスメントした内容が看護の根拠であると考えられるようになっていったが、その内容を言葉で表現することに困難を感じていた。認知症の症状に合わせて対策を導き出していた参加者は、〈対策の根拠を説明できない〉と感じていた。E氏は「その対策、どうしてこれを選んだのかっていう作業を紐解くことが、非常に私の中では大変な作業でした」と語り、経験をもとに症状に合わせて対策を提案するが、その根拠を言葉で表現することは困難であった。また、参加者は自らの職場とは異なる環境の中で、看護の根拠となるアセスメントの内容を言葉で表現する必要性を感じながらも、〈アセスメント内容を言葉にして伝えられない〉と感じていた。F氏は「きちんと患者さんのアセスメントを伝えられなかったから、きっと看護師さんたちもわからないだろうし」と、認知症の人のアセスメント内容をスタッフが理解できるように言葉で表現できない自分を感じていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない】とは、研修前に認知症の人の視点に立った看護を共有できなさと感じていた参加者が、実習中に認知症の症状から画一的な対策を導き出す自らの傾向を指摘され、認知症の人の思いや希望をもとに個別性のある看護を導き出せないと感じていることであった。認知症の症状を瞬時に判断して対策を導き出してきた参加者は、その対策が本当に認知症の人が望んでいること

なのかと指導を受け、〈症状から対策を導き出してしまふ自分に向き合えない〉でいた。L氏は「この症状があるからこの対策でいいでしょっていう立て方だった」と語り、「ハウツーじゃないって、ずっと言い続けられて」と、認知症の症状から個別性を考慮せずに対策を講じてしまう自分に向き合う困難を語った。そのため、参加者は認知症の人の思いを考慮できないまま、〈認知症の人の思いに沿った看護が見出せない〉困難を感じていた。C氏は認知症の人の力を引き出そうとしたが、「やっぱりなかなか、どう、やってもらえるようにしていこう」と、C氏と認知症の人の思いにずれがあり、認知症の人の思いを反映していない対策であることから、もどかしさを感じていた。

【違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない】とは、参加者が実習先の新たな環境の中で講義や演習をもとに立案した看護をスタッフとともに実践することに困難を感じることであった。参加者は実習施設で慣れない病棟に入り込むことについて〈違う組織に入っていくことが難しい〉と感じていた。A氏は「初めて行ったところで関係作りから始めて、私はこういう者ですので、（中略）自らの看護を投げかけるその難しさっていうか」と語った。また、参加者は実習先の病棟の組織文化がわからない中で自らの看護をスタッフの理解を得て実践することについて、〈周囲を巻き込んで自分の看護ができない〉と感じていた。A氏は「みんなを巻き込んでやっていくってすごい難しいなって、（中略）（今までは）一人の患者さんを自分だけで見てりゃいいじゃないですか、その辺もちょっと大変だったかな」と悩んだことを語った。さらに、参加者は自分が学んだ認知症の人の視点に立った看護を広めようとしていたが、〈認知症看護への理解を広げていくことが難しい〉とも感じていた。G氏は「病棟のスタッフが、皆が皆、認知症を理解してくれるっていうわけじゃないから、嫌そうにされたこともあります」と、スタッフの理解が得られず孤独感を抱いていた。

【目に見えた結果が得られていない】とは、研修前に関わっていても認知症の症状が好転しないことに疲弊していた参加者は、実習中にも自ら立案した看護によって認知症の人の状態や反応に期待した結果を得られず、また提案した看護を継続してもらうことにも困難を感じていた。参加者は自ら立案した看護から〈認知症の人に目に見えた結果が確認できない〉辛さを感じていた。C氏は実習の最後に「目に見えた結果っていうのが出なくて、失語症もあって、うまく患者さんの反応も汲み取れなくて」と語った。また、参加者は自らが提案した看護を継続して欲しいと考えていたが、スタッフに〈提案した看護を継続してもらうことが難しい〉と感じていた。A氏はスタッフに担当の認知症の人の抑制を外す提案をした後「自分がいないと

ころでも、それをやってもらえるにはどうしたらいいんだろう」と看護を継続する困難について語った。

3. 研修後の看護における困難の変化

研修前の困難は、研修を通して認知症の人のアセスメントに関する困難を乗り越え、研修後では【生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる】、【認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる】ように変化していた。しかし、【認知症の人の思いを中心とした看護が皆でできない】、【看護の結果を示すことができない】という2つの困難に向き合っていた。

【生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる】とは、研修を通して参加者は、背景や認知機能等を踏まえて、その言動について情報収集しながら、広い視点で認知症の人を捉えようとしていることである。参加者は目の前の一時点の情報で認知症の人を捉えていたことに気づき、それまでの〈生活歴を踏まえて広く認知症の人を捉えようとする〉ことを理解できるようになっていた。I氏は認知症の人を「現時点のその人しか見ていなかったと思うけど、講義や実習を通して、こういう出来事があって、今この状態なんだと考えるようになった」と語った。また、参加者は認知症の人を多角的にアセスメントするために、〈認知症の人の言動から何が起きているのか考える〉ようになっていた。D氏は「その（認知症の人の）言葉に何が隠れているのかということ丁寧分析しなさいって言われたんだな」と、納得できたことを語った。また、G氏は「暴行があると、その行動にばかり目がいってたけど（中略）病態も考えて、どうしてこのことが起きているんだろうって考えるようになった」と、認知症の人の行動の意味について考えられるようになった。

【認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる】とは、参加者がスタッフに認知症の人を捉えるための情報収集やアセスメントの視点を具体的に提示して活かせるようにすることである。参加者はスタッフが認知症の人を捉えるために、〈情報収集の視点を提示する〉ようにしていた。F氏はスタッフに「認知症状とか、家族に1年前と今を比べて何が（変化しているか）、ADLが落ちているか、これで見てみたら」と、情報収集の視点を提示してスタッフが捉えやすいよう助言ができるようになった。また、スタッフの認知症の人を捉える視点を変えるために、参加者が〈認知症の人に意向を確認するのをスタッフに見せる〉ことをしていた。E氏は「皆（スタッフ）の前でわざとどうして食べないの？ これ嫌いな？ とか、必ず理由があるんだよね」と、認知症の人の行動の背景にある思いを探ることができるような場面をスタッフに見せていた。さらに、参加者は症状から対策を講じるのではなく〈認知症の人の立場

に立って看護を考えるよう伝える〉ようにしていた。L氏は「本人が何を困っているのかっていうことを、やっぱりわかるように普及するっていうか、やっていくのが認定なんだな」と、看護師側からの視点ではなく、認知症の人の視点から捉えられるよう助言していく認知症看護認定看護師としての役割について語っていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護が皆でできない】とは、研修修了後の参加者が、認知症の人の思いを中心とした看護の重要性をスタッフに伝えようとするが、スタッフとともに実践することに困難を感じていた。参加者は研修の中で認知症の人にとって馴染みのある環境が安心して繋がることを学んだが〈馴染みのある環境を皆で創ることができない〉と感じていた。認知症の人の大切な物を傍に置いたD氏であったが「これは要らないでしょって、下げられちゃう」とスタッフに片づけられてしまう様子に、認知症の人の視点で物の意味を考えることができないと感じていた。しかし、認知症の人が安心して過ごせる環境を提供したいと願う参加者ではあったが、〈皆の負担を考えると認知症の人の思いに沿った看護ができない〉とも感じていた。A氏は「できるだけ患者さんには笑ってほしいな」と思う一方で、「皆がストレスにならないように患者さんと関わって欲しい」と認知症の人とスタッフとの間で葛藤していた。さらに、参加者はスタッフから認知症の症状への対策を問われることが多く、〈対策ではなく看護を皆で考えることができない〉と感じていた。せん妄に対して薬を使用せずに、まずは認知症の人に起きていることをアセスメントする必要性をスタッフに説明したG氏は、「どうしても薬にいつてしまうんですね。じゃあ何を使えばいいのって？ やっぱり言われるんですね」と症状への対策を求められ、認知症の人をアセスメントした内容をもとに看護することが理解されないと感じていた。さらに参加者は自らが提案した看護よりも〈病棟のやり方が優先され自らの看護が伝わらない〉と感じていた。G氏は「なかなか関わってくれないというか、（G氏の）話を聞いてくれない」と、他の病棟で認知症の人の思いを中心とした看護が受け入れられず、孤独感を抱いていた。

【看護の結果を示すことができない】とは、実習中から継続して認知症の人の看護は目に見えた結果を見出すことが難しいと感じていた参加者は、修了後も認知症の人の思いを中心とした看護の結果をどのように示すのか困難を感じていた。参加者は、修了後も自分たちが行った看護の〈結果が数値で表せない〉と感じていた。D氏は「認知症って数値で表せないし（中略）いかに見えるように言葉で伝えるか」と看護を理解してもらうことの難しさを語った。また、参加者は掲げている看護目標の〈結果がすぐに出ない〉ことも

感じていた。I氏は、認知症の人への看護は「いろいろなツールだとしても、多分すごい長期間になってしまう」と時間を要する看護の評価の難しさについて語った。さらに、参加者は認知症の人の背景を情報収集し、手探りで個別的な看護をしていくが、スタッフに〈答えのない看護を理解されない〉と感じていた。I氏は試行錯誤して認知症看護の勉強会を開いたが「響いていないときにすごいへこみます」と、認知症看護の面白さがスタッフに理解されないと感じていた。

VII. 考察

本研究の結果より、研修の経過とともに看護師の認知症看護への困難は変化した。考察では、研修後に軽減した困難と継続している困難について考察する。

A. 自らの認知症の人への看護に対する困難の軽減

研修前の参加者は、認知症の人への関わりやその根拠についてわからないと疑問やジレンマを抱えていた。また、参加者は他者にも関わりの根拠を表現できない自分を感じ、認知症の人を中心とした看護について学ぶ必要があると考え研修を受けていた。その後、多くの参加者は、講義や演習の中で学んだ認知症看護の知識をもとに実習を行うことで、研修前に悩んでいた関わりの根拠が、情報をもとにアセスメントした結果であることに気づくこととなった。これは講義や演習を踏まえた実習において、幅広い視点から認知症の人をより詳細に観察し、得られた情報を今までの臨床経験以上に掘り下げてアセスメントを行う中で得られた気づきと考えられる。

しかし、実習では多くの参加者が、認知症の人をアセスメントする困難を抱いていた。湯浅・諏訪・辻村他(2016)は、研究参加者のうち約8割が実習中のアセスメントに努力を要していたと報告している。本研究では、認知症の人を多角的に捉え深く掘り下げて分析することやその内容を言語化することが困難であることが明らかとなった。臨床経験のある参加者は多数の患者を同時に受け持ち、それまでの経験をもとに患者の疾患や症状から対策を瞬時に捉えて実践をする思考パターンが身についていた。そのため、参加者は認知症の人の言動を深く分析しないまま、経験的に症状から対策に結びつけていた。実習指導者も研修生の思考について、情報の関連づけや分析が進まず「臨床経験に基づく看護実践にとどまってしまう」と報告している(比留間・坂口・千葉他, 2018)。そのため、参加者の臨床経験から導き出した症状に合わせた対策では認知症の人への看護に結びつかず、また対策の根拠を問われても言語化することは困難であったと考えられる。

高山・水谷(2000)も認知症の人は認知症の進行に伴い、自分の感じたことを言葉で伝えようとする意欲

が低下するため、看護師が認知症の人の主観的な経験を知らうとする必要があると述べている(p.94)。参加者は、指導者からそれまで身につけた認知症の人の捉え方では看護を行うことが難しいと指摘を受けることで、これまでの自分自身の看護に対する信念や価値観を問い直し、認知症の人の視点に立つ重要性に自ら気づくことができた(Bulman & Schutz, 2013/2014, p.38)と考えられる。

実習を通して研修生は、認知症の人の病態も含めた身体的な情報だけでなく、生活歴を踏まえて心理的、社会的側面から一つ一つの情報をもとに多角的にアセスメントして認知症の人を全体として捉え、認知症の人の視点に立った個性のある看護を導き出すプロセスを学んだことで、認知症の人への看護に対する困難が軽減したのではないかと考える。

B. 他者に認知症の人の看護を伝えて実践してもらう困難の継続

参加者の認知症の人の思いを中心とした看護を他者とともに実践する困難は、研修修了後にも継続していた。研修中に自らがこれまでの経験や認知症の人の症状から対策を講じていることに気づいた参加者は、スタッフに対して情報収集の仕方を提示したり、認知症の人の意向を確認する場面を見せたり、試行錯誤しながら、認知症の人を捉える視点を伝え、認知症の人の個別性に合わせた看護を広めようとしていた。しかし、多くの患者を受け持つ多忙なスタッフも、研修前の参加者と同様に、経験をもとに認知症の人の疾患や症状から対策を捉えて実践する傾向があるため、認知症の人を全体として捉え、その人の視点に立った看護を伝えていく困難は継続していたと考える。天木・百瀬・松岡(2014)は、看護師と認知症の人の思いにずれが生じることにより起こる認知症の人の苦痛や不快を軽減するために、認知症看護認定看護師が看護師に認知症の知識を充足することにより人的環境を調整していると報告している。しかし、認知症の知識だけではなく、認知症の人を全体として捉える視点について伝える能力の向上も課題となると考える。

また、参加者の看護の結果を示すことができない困難も、研修修了後にも継続していた。それは、認知症の人への看護は目に見えた結果を得ることや数値化することができないことから、看護を評価することが難しいことが挙げられる。そのため、参加者が認知症の人への看護の結果をスタッフに示すことができず、スタッフに認知症の人を中心とした看護を理解して実践に活かしてもらうことも難しいと考えられる。そのため、認知症看護認定看護師は、スタッフに看護の根拠を言語化して説明し、看護による結果としての認知症の人の変化を詳細に伝えることが必要であると考えられる。Benner(2001/2005)は、自らの看護が結果をもたらした状況を説明することにより、実践の知識の一部

が明らかになり、看護の専門的技能が向上すると述べている (p.29)。以上より、認知症看護認定看護師が、意識的に自らの思考過程や看護を言語化し、実践を通して看護の結果としての認知症の人の変化をスタッフに伝えていく能力を高めていくための講義・演習を認知症看護認定看護師教育課程の中に加えていく必要があると考える。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究の参加者は12名と少なく、一教育機関における参加者であり一般化するには限界がある。認知症看護認定看護師の教育に関する研究は少ないため、複数の教育機関とともに研究を積み重ねていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた認知症看護認定看護師の皆様へ感謝申し上げます。本研究は2013年度日本赤十字看護大学奨励研究費の助成を受けて実施し、その内容は第16回日本赤十字看護学会、第35回日本看護科学学会学術集会で発表したものを修正した。

利益相反

研究における利益相反はない。

文献

天木伸子・百瀬由美子・松岡広子 (2014). 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. 日本看護研究学会雑誌, 37(4), 63-72.

Benner, P. (2001) / 井部俊子監訳 (2005). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 東京: 医学書院.

Bulman, C. & Schutz, S. (2013) / 田村由美・池西悦子・津田紀子監訳 (2014). 看護における反省的实践 原書第5版. 東京: 看護の科学社.

比留間絵美・坂口千鶴・千葉京子・清田明美・江見香

月・松本ふきこ (2018). 認知症看護実践で研修生が抱える困難さに対する実習指導者の認識と教育的かかわり—認知症看護認定看護師教育課程における臨地実習に焦点を当てて—. 日本赤十字看護学会誌, 18(1), 19-27.

松尾香奈 (2011). 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.

内閣府 (2017). 平成29年度版高齢社会白書 認知症高齢者数の推計. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html (2019.2.25).

内閣府 (2018). 平成30年度版高齢社会白書 高齢化の状況. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_1.html (2019.2.25).

日本看護協会 (2017). 認定看護師. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2018.3.31).

乙村優・徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とのかかわる看護師の困難. 日本精神科看護学会誌, 54(3), 114-118.

高山成子・水谷信子 (2000). 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. 老年看護学, 5(1), 88-95.

谷口好美 (2006). 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, 11(1), 12-20.

Vaughn, S., Schumm, J. S., Sinagub, J. M. (1996) / 井下理監訳 (1999). グループ・インタビューの技法. 東京: 慶應義塾大学出版会.

山本克英・吉永喜久恵・伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症の人をケアする看護師の困難. 神戸市看護大学紀要, 14, 73-80.

湯浅美千代・諏訪さゆり・辻村真由子・島村敦子・島田広美・杉山智子 (2016). 認知症看護認定看護師教育課程における実習に伴う学習者の困難とその支援. 千葉看護学会第22回学術集会講演集, 42.