

認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス

村上 章¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 田中 いずみ²⁾, 山田 恵子²⁾

1) 順天堂東京江東高齢者医療センター

2) 富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

本研究の目的は、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することである。共感経験タイプが異なる計4名に対して半構造化面接を実施した。分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その結果、13概念、5サブカテゴリ、2カテゴリが生成された。看護師の持つ〈認知症に対する先行イメージ〉は、認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》として、より認知症看護の臨床現場の現状の課題に沿った内容へと再形成され、現状の課題に対して【良好な対処条件】は課題を極小化させ、【不良な対処条件】は課題を極大化させる働きがみとれた。これらで構成されるモデルを「認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル」と命名した。以上より、認知症看護実践の質を向上させる要因として、【良好な対処条件】を増やし【不良な対処条件】を減らすことが示唆された。

キーワード

看護師, 認知症イメージ, 認知症看護実践, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

はじめに

厚生労働省¹⁾は、2010年の認知症高齢者のうち、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる²⁾とされる日常生活自立度がⅡ以上の人口について、280万人にのぼると報告している。さらに、2025年には、認知症高齢者のうち、日常生活自立度がⅡ以上の人口は470万人になるとも言われている。したがって、介護や看護を要する認知症高齢者も増加すると予測される。

認知症高齢者をケアする看護師の感情について、松田ら³⁾は認知症高齢者をケアする看護師の感情には、1)「なんでそんなことをするの」という怒り、2)認知症高齢者の言動への困惑、3)言動に対する対応への困惑、4)身体症状の判断

への自身のなさ、5)自分のケアを評価できない不安、6)自分の思うケアができないジレンマ、7)責任の重さへの不安、8)ケアへの達成感のなさの8つがあると報告している。また、看護師の認知症症状に対するとらえ方と対応について、長畑ら⁴⁾は1)言動の意味がわからず意思の疎通がないまま一方的・その場しのぎの対処、2)言動の意味がわからず意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応、3)言動の意味はわからなかったが対応を通して相手の反応から有効性を実感、4)言動の意味を相手の身になってとらえその人にあったケアを試行錯誤しつつ対応しさらに言動の意味と相手に添うケアの方法を探索、の4つがあると報告している。これらの先行研究によって、認知症高齢者を看護する看護師の多くは認知症患者や認知症看護に対して否定的な感情を

抱いており、そのような否定的な感情は認知症看護を一方的でその場しのぎの対処にしたり手探りな対応にしたりしていることが示された。つまり、看護師の認知症に対する否定的感情あるいは否定的イメージは、認知症看護実践の質に影響を与える一要因であると推察される。

認知症イメージの影響要因については、佐野ら⁵⁾が看護師の認知症イメージ（肯定的-否定的）と認知症の知識との関連性を報告している。報告では、看護師の正しい認知症知識と認知症患者の明るいプラスイメージは、相互に関連が認められると述べられている。また、介護士の認知症イメージ（肯定的-否定的）の変化と認知症の人とのかわり方との関連性については、奥村ら⁶⁾が報告している。報告では、介護士の認知症高齢者イメージの変化を、認知症高齢者へのグループ回想法に参加した群、日常会話グループにかかわった群、通常の介護業務のみ行なった群と比較した結果、回想法にかかわった群においてのみ、認知症高齢者のイメージが有意に肯定的に変化したと述べられている。

「イメージ (image)」という言葉の意味を辞書⁷⁾で調べてみると、「心の中に思い浮かべる姿や情景。心象。形象。イマージュ。」「心の中に思い描くこと。」「目の前にいない対象を直感的・具体的に思い描いた像。」と定義されている。要するに、イメージは個人の内で生じる内発的かつ主観的な対象の捉えと言える。よって、認知症に対するイメージの影響要因の検討として、知識の獲得や認知症患者との関わりの中で得られた認知症高齢者の良い理解につながる気づきといった他者指向的な観点だけではなく、看護師の自己内省的な観点からの検討も必要だと考えられる。自己内省的観点から認知症イメージの影響要因の検討として、我々の先行研究⁸⁾では、両向型、共有型、不全型、両貧型という看護師の4つの共感経験タイプ別に、認知症肯定的イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティの関連性の検討を行っている。検討の結果、4つの共感経験タイプごとに認知症肯定的イメージ形成のプロセスには差異があることが明らかになった。

このように、看護師や介護職を対象としたこ

れまでの認知症イメージ形成の影響要因に関する先行研究では、他者指向的な観点として知識量や認知症患者との関わりや質、自己内省的な観点として共感経験や認知的評価、私的スピリチュアリティとの関連が検討されている。そして、認知症イメージが看護の質と関連している⁹⁾との示唆を踏まえると、認知症イメージから認知症看護実践へのプロセスについての検討も必要ではないかと考えられたが、認知症イメージの認知症看護への影響性について検討した研究はみられなかった。

以上より本研究は、4つの共感経験タイプからそれぞれ参加者を選定し、そこから得られた語りから限定的な共通性を見出すことで、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することとした。

研究の目的

本研究は、両向型、共有型、不全型、両貧型という4つの共感経験タイプのそれぞれの看護師から得られる語りから限定的な共通性を見出すことで、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することを目的とする。

用語の定義

認知症イメージ：看護師の内で生じる内発的かつ主観的な認知症、認知症患者、認知症看護を含む認知症全般に対して思い描く像。

共感：能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること¹⁰⁾。本研究では、看護師が認知症患者の立場に能動的または想像的に自分を置くことで、自分とは異なる存在である認知症患者の感情を体験することとする。

共感経験：過去の共感した経験¹⁰⁾。

共感経験タイプ：共感経験尺度改訂版の下位尺度である共有経験（共有できた経

験)と共有不全経験(共感できなかった経験)を測定し類型化される4つの共感経験のこと。両向型, 共有型, 不全型, 両貧型の4類型。¹⁰⁾

研究対象と方法

1. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹¹⁾(以下M-GTA)を用いた質的研究である。M-GTAは人間行動の予測と説明を分析するのに優れており, かつ研究テーマによって限定された範囲内における説明力に優れた研究方法である。本研究では, 看護師を対象とし, 4つの共感経験タイプの看護師から得られる認知症看護実践における認知症イメージの形成プロセスという限定された範囲でのモデル生成を目指しており, M-GTAが適していると判断した。

2. 調査期間

2015年9月～2015年10月

3. 研究参加者

インタビュー調査への同意の得られたZ病院に勤務する看護師12名から, 4つの共感経験タイプがすべて揃うこと, 且つ, 年齢, 看護師経験年数, 認知症の人との関わり頻度によって語りの質に差が生じないように, 同じような属性であることを考慮した4名を分析対象とした。また, 4つの共感経験タイプから人数に偏りなく研究参加者を選定し, 研究結果に与える共感経験タイプの特徴の影響が最小となるように配慮した。なお, 共感経験タイプは角田¹⁰⁾が開発した共感経験尺度改訂版を使用し, タイプ分けを行った。タイプ分けでは, 共感経験尺度改訂版の下位尺度である共有経験と共有不全経験を測定し, それぞれの中央値を基に4つのタイプに類型化した。

4. データ収集方法

インタビューは半構造化面接法を採用し, 質問以外は参加者に自由に語ってもらえるようにし

た。インタビューでは, インタビューガイドを使用し, それに沿って実施した。インタビューガイドは「認知症や認知症患者, 認知症看護に対して抱くイメージ」「イメージの影響要因」「イメージが与える看護への影響」から構成された。また, インタビュー開始直前にインタビューガイドに沿った質問紙の記入を依頼し, 記述内容をインタビューの軸とした。

5. データ分析方法

分析手順は木下¹¹⁾の方法に従った。M-GTAにおける分析焦点者は「共感経験タイプが異なる看護師」とし, 分析テーマは「認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス」とした。

分析の手順は以下の通りである。

- 1) 逐語録に目を通し, そのうち最もヴァリエーションの豊富な事例を選択し, 1例目とした。
- 2) 分析テーマに関する語りの部分に着目し, その部分をヴァリエーションとする概念を作成した。概念生成時にはワークシートを使用し, 概念名, 定義, ヴァリエーションを記入した。
- 3) 2)で生成した概念のヴァリエーションとなるものを他の事例からも探し, 分析ワークシートに追加記載した。概念生成と並行して概念間の関係を図式し, 概念の統廃合を繰り返しながらサブカテゴリ, カテゴリを生成した。
- 4) 分析結果を文章化し, 結果図を作成した。

なお, データ分析の過程では, M-GTAを用いた質的研究に精通した研究者に継続的にスーパーバイズを受けながら研究を行い, 研究の精度がより高まるように努めた。

6. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては, 富山大学臨床・疫学等に関する倫理委員会の承認を得た(臨認26-80号)。その後, 対象施設の看護部長へ口頭・書面にて研究の説明を行った。研究参加者には研究目的と概要について書面で説明した。さらに, インタビュー実施前に再度, 研究の目的や方法, 倫理的配慮(自由意思による参加の保証と, プラ

イバシー保護、データの取り扱い等)について口頭と書面で説明し、同意書への署名が得られた後インタビューを行った。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は共感経験タイプから「両向型」「共有型」「不全型」「両貧型」それぞれ1名ずつ、計4名であった。4名の参加者は、全員女性であり、年齢は全員が20代、平均年齢は26歳であった。看護師経験年数は1.5年～6.6年であり、平均看護師経験年数は3.3年であった。認知症の人との関わりの頻度では、全員週に1日以上は関わっていた。インタビュー時間は55分～92分であり、平均72分であった。(表1)

2. ストーリーライン

研究参加者から得られた語りから、2カテゴリ、5サブカテゴリ、13概念が生成された。カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》, 概念は〈 〉で示す。

入職前や認知症患者との関わりを持つ以前の看護師は〈認知症に対する先行イメージ〉を持ち、認知症に対する興味が薄く、臨床で認知症患者と関わりを持ち始めてから認知症がどのようなものかを知り始めていた。

〈認知症に対する先行イメージ〉は、認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》として、認知症患者の行動の意図をうまく理解することができず、その行動への対応が正しいと確信

できないまま〈手探りな看護〉をしたり、〈認知症患者の行動予測困難感〉を抱いたり、認知症看護の知識はありつつも臨床現場ではそれが実践できずにいることに〈理想の看護と現状のギャップ〉を感じたりしており、より認知症看護の臨床現場の現状の課題に沿った内容へと変化していた。

そのような現状の課題に対し、【良好な対処条件】と【不良な対処条件】が働き、それぞれは現状の課題に対する異なる作用をしていた。【良好な対処条件】には《周囲との良好な関係性》として、〈同僚との協力関係〉や〈認知症患者と周囲の良好な関係〉〈認知症患者とのポジティブな体験〉があり、《認知症理解の深化》として〈認知症患者の個人的特徴の理解〉や〈認知症に係る知識の蓄積〉があった。【良好な対処条件】は〈職務意欲の亢進〉に働きかけ、現状の認知症看護の課題を極小化させていた。一方、【不良な対処条件】には《自己のネガティブ・マインド》として〈認知症看護に対する苦手意識〉や〈認知症に対する否定的な思考〉があり、また《周囲の否定的言動》があった。【不良な対処条件】は〈認知症イメージ変化の停滞〉に働き、現状の認知症看護の課題を極大化させていた。

以上、臨床で働く看護師の認知症イメージの形成プロセスについてのストーリーラインが示された。この結果を基に図を作成し、「認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル」と命名した。(図1)

3. 各カテゴリおよび概念の説明

各カテゴリとサブカテゴリ、概念およびその

表1. 研究参加者の概要

事例	共感経験タイプ	性別	年齢	看護師経験年数 (インタビュー時)	認知症の人との 関わりの頻度	インタビュー 時間(分)
A	両向型	女性	24	1.5	週に3～5日未満	55
B	共有型	女性	27	3.5	週に3日未満	92
C	不全型	女性	25	1.5	週に5～7日未満	75
D	両貧型	女性	28	6.6	週に3日未満	67

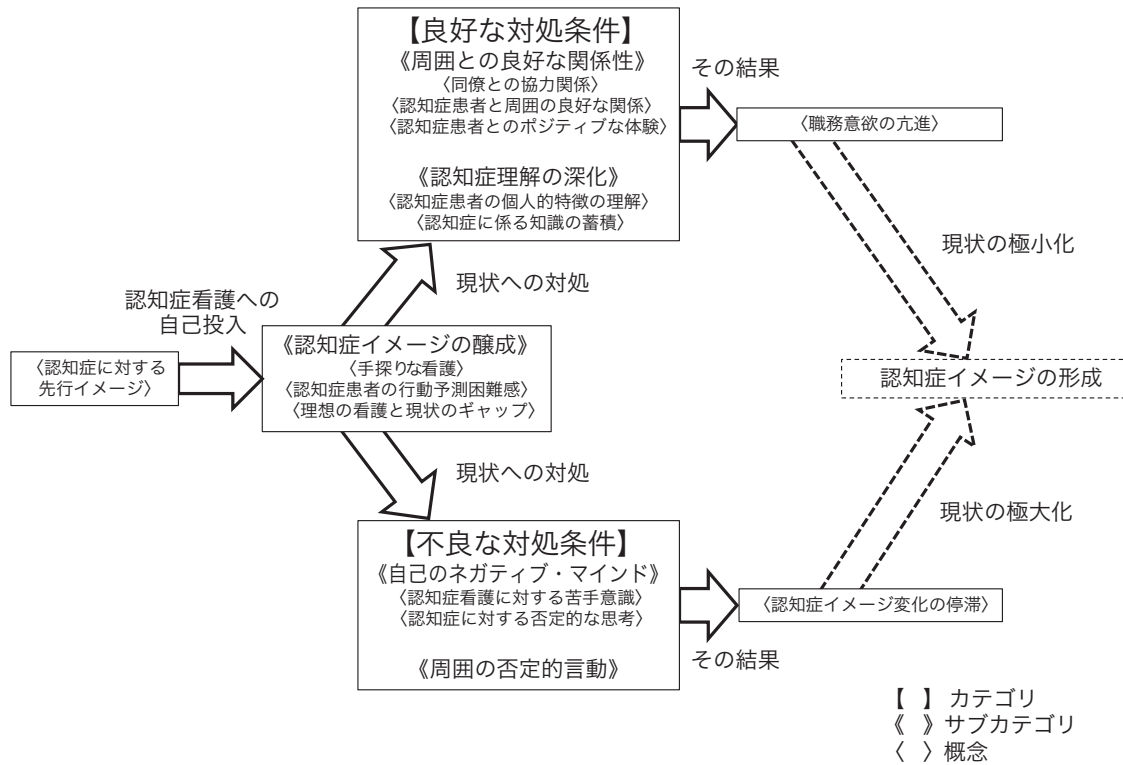


図1. 認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル

ヴァリエーションを以下に記載した。M-GTAで得られたヴァリエーションは「」内に斜体・太文字で示した。()内のアルファベットは研究参加者を示す。(例：A→A氏の語り)また、本研究で抽出された概念、サブカテゴリおよびカテゴリを(表2)に示した。

認知症イメージに関するカテゴリおよび概念

〈認知症に対する先行イメージ〉では、認知症に対する興味が薄く、臨床で認知症患者と関わりを持ち始めてから認知症がどのようなものかを知り始める様子が語られていた。

「(認知症は)あまりよくわかってない病気だとも思わなかった……あんまり興味、興味がもともとなくて、あんまり強く考えたことなかったかもしれないです。」(A)

「身近に認知症の人がいなかったもので、あんまりイメージは無かったような気がします。」(D)

《認知症イメージの醸成》は〈手探りな看護〉〈認

表2. 概念、サブカテゴリおよびカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
		認知症に対する先行イメージ
	認知症イメージの醸成	手探りな看護 認知症患者の行動予測困難感 理想の看護と現状のギャップ
良好な対処条件	周囲との良好な関係性	同僚との協力関係 認知症患者と周囲の良好な関係
	認知症理解の深化	認知症患者とのポジティブな体験 認知症患者の個人的特徴の理解 認知症に係る知識の蓄積
不良な対処条件	自己のネガティブ・マインド	認知症看護に対する苦手意識 認知症に対する否定的な思考
	周囲の否定的言動	周囲の否定的言動
		職務意欲の亢進 認知症イメージ変化の停滞

知症患者の行動予測困難感)〈理想の看護と現状のギャップ〉から構成されていた。

〈手探りな看護〉では、認知症患者の行動の意図をうまく理解することができず、その行動への対応が正しいと確信できないまま手探りな状態で看護をしている状態が語られた。

「妄想がひどいのは、もしかしかたら、頻繁に部屋移動してるからなんじゃないかなとか、わけのわからないところに連れてこられたからじゃないのかなとか話して、家族の人に何かもってきてもらったりとか、なるべく部屋移動をあんまりしないようにするとかはしています。」(A)

「患者さんの行動を予測、それに対応した行動、やったとしてもそれが本当にいいのかわからない。自信がない。認知症の人に限らず、ん〜なんだろう、自分のしてる事が本当に正しいのかって思うことが。うん。」(C)

〈認知症患者の行動予測困難感〉では、認知症患者の行動予測が難しくさまざまなリスクがある様子が語られた。

「妄想とかに左右されて勝手に着替えて帰ろうとしたりとか、帰ろうとしたりするのどうしてこんな入り口に立ってるのか分かんなかったりして、もう行動がよくわからないんですけど……言ってくれた方が、まだ理由がわかるんで、こっちも対処できるんですけど、理由が無くそういうされてるのかなと勘違いしちゃって、なので、まだ喋ってくれた方がポジティブなイメージはあります。ネガティブ……喋ってくれないとちょっとこっちもうまく対処できなくて、時間も無かったりすると、こっちもイライラしてしまったり」(A)

「認知症の方が入院してきて日中は落ち着いてたから、点滴は普通に前腕からいってて、で私がラウンドしたときに自己抜去たぶんしてて、そういう認知症の人には目につかないようにこことか袖を通すとかしまししょうねってその後なったんですけど、落ち着いてたら私も見える所に普通に刺してたと思うから、そういう面でも予測しても予測が正しいとは限らないから。」(C)

「手術のあとどうしても点滴抜かれたりとかド

レーン抜かれたりとか、転ばれたりすると命に関わるので、それが絶対起こらないようにと気を張るので、認知症のかたが入院されたり手術となると嫌だなという感じにはなりますね。」(D)

〈理想の看護と現状のギャップ〉では、認知症看護の知識はありつつも、臨床現場ではそれが実践できずにいる状態が語られた。

「ん〜やっぱり慣れた場所とかなれたスタッフとかのところでは、すごいきつと落ち着いて生活、施設とかに入所してる人でもやっぱり入院してくるとストレスがかかって、人も違うし、いつもやったらこうやってくれるとこやってくれないとかもあるし、あと声かけとかもきつと。それで、きつと入院中一時的に悪くなったりとかとげとげしくなったりとか、そういうこと結構あると思うので、変わらない環境で上手に接してあげれば、学生の時行った施設とかみたいにずっと一緒の環境で整った環境であれば、すごい穏やかにみんな過ごしてたので。そういう環境とかどどん声かけとか、ん〜。短期間でそんなに関係性作るのは難しいんですが、そういうのをもっと上手に情報収集なりなんなりして上手にできたら、患者さんにもストレス無く不安なことなく入院できるのかなと思ったので。」(B)

「分かっててできたら(良いイメージに繋がる)だろうなと思うんですけど、知識としては共感するとか最近あの、ユマニチュードとか言われてるじゃないですか。勉強しようと思えばいくらでも本はあるし情報もあるし、見てはいるんですけど、実際に場面に出くわすと、例えば妄想とか妄想っていうか幻視とかあると「いやそんなの鼠なんていないよ。」とか否定してしまうし、ちょっときつく言い方がちょっとでも無いのかもしれないけど、言い方がなってしまうし、分かってるけどできない、できないってことは分かってないのかなあって。実践できてないなって思います。」(C)

現状の課題への対処に関するカテゴリとサブカテゴリ、および概念

【良好な対処条件】では、《周囲との良好な関係性》《認知症理解の深化》の2つのサブカテゴリ

から構成されていた。

《周囲との良好な関係性》は〈同僚との協力関係〉〈認知症患者と周囲の良好な関係〉〈認知症患者とのポジティブな体験〉の概念から構成されていた。

〈同僚との協力関係〉では、多数のスタッフで患者を看することで、1人で抱え込むこと無く様々な場面にうまく対応していくことができる様子が語られた。

「(様々な場面にうまく対応するためには) 周りに助けを、自分だけで困り込まなくて周りに助けを求める対人スキルっていうか、なんか相談できる関係性をもともと作っておくこととかが、大事なかなと思います。」(A)

「すぐに何でも相談できる人がいるので心強いですね。日勤だったら自分より上の看護師も何人かおられるので。」(D)

〈認知症患者と周囲の良好な関係〉では、認知症になっても家族や友人など身近な人間との関係が良好に保たれており、本人にとっての支えになっている様子を垣間見ることで、認知症イメージが肯定的に促進することが語られた。

「家族といると落ち着くっていう経験があると、その家族にちょっと繋がりがいいけど、笑ってる瞬間とか落ち着いてる時を見ると、見るっていうのが良い経験なのかな。」(C)

「周りとの人間関係が保たれる、まあ認知症が進行しても保たれるっていう状態であれば、認知症イメージが肯定的になるんじゃないかなって思います。家族であったり、友人とか近所づきあいとかそんな感じですかね。」(D)

〈認知症患者とのポジティブな体験〉では、認知症患者との関わりの中で得られる、認知症患者からの発言によって認知症イメージが肯定的に促進する様子が語られた。

「すごいかわいい患者さんがいて、「私の手をさっきから犬がぺろぺろぺろ舐めるんで、この犬をどっかにやってください。」って言われたりすると、かわいいって思います。それはポジティ

ブですね。全然具体的じゃないですね。あんまり、病気ならではの発言なのかよく分からないですけど、あまり傷つけるようなこと言うんじゃないで、普通におもしろいことってたりすると、べつに私はそんなに嫌にならないです。」(A)

「認知症患者さんとの思い出とかですかね。「あの認知症のおばあちゃんこんなかわいいこと言っとった。」とかそういう思い出。こんなことあってとかっていう。」(B)

《認知症理解の深化》は〈認知症患者の個人的特徴の理解〉〈認知症に係る知識の蓄積〉の概念から構築されていた。

〈認知症患者の個人的特徴の理解〉では、認知症患者の人格を理解することで、認知症患者の行動や発言の背景にある意図を汲み取ることのヒントとなり、認知症イメージが肯定的に促進する様子が語られた。

「あ〜こういうことが今まで怖かったんだなあとか大事なんだなあと思ったりとか……。なんか、ひたすら認知症になって孫が誘拐されることを心配している人がいたんですけど、妄想の中で。やっぱりすごい大事なんだなあと思ったり、あ〜この人すごい、なんかいい人生を歩んできたんだなあと思います。」(A)

「患者さんのことを知るとか、どういう生活を送ってきてどういう人生を歩んできたかみたいなのを踏まえつつ、じゃこうしてあげようとかって働きかけると案外うまくいったりとか。」(B)

「認知症の人のそのときの場面しか見てないので、もうちょっと認知症の人の生きてきた背景とかをしっかりと捉えて接すれば、もうちょっと肯定的なイメージになるかなと思います。」(D)

〈認知症に係る知識の蓄積〉では、認知症の理解が高まることで認知症イメージが肯定的に促進される様子が語られた。

「もっとなんかわかりやすく説明してくれる講演に行ったりとか、なんかそういうちゃんと教えてくれる人がいたりとか研究が進んだりすると、分からない部分分かるようになってきて、良い理

解の方向に進むんじゃないかなと思います。」(A)

「病気でいうものが前提で認知症っていうのを見ないと、やっぱり知識がないとなんか……。だからこの人はこうこのときに言ってくるんだって。そのなんかちょっと摩擦みたいなのが起きたときに、そういうのが一番大事で、理解してあげられる理由になるのかなあっていう風に思います。」(B)

「知識が増えてちょっとよりよく認知症の患者さんに対応できるようになれば、もうちょっとうまく関われることによって肯定的なイメージになるかなと……。」(D)

【不良な対処条件】では、《自己のネガティブ・マインド》《周囲の否定的言動》の2つのサブカテゴリから構成されていた。

《自己のネガティブ・マインド》は、〈認知症看護に対する苦手意識〉〈認知症に対する否定的な思考〉の2つの概念から構成されていた。

〈認知症看護に対する苦手意識〉では、認知症の患者にうまく対応することができず、認知症看護に対する苦手意識がある様子が語られた。

「何か自分のコントロール外に外れたことっていうのは苦手になっちゃうのかなと思います。認知症に限らず、苦手意識を持っちゃうのかな。」(B)

「なんとかしたいって思って思うけど、でもやっぱりなんかそういう予想できないこと、落ち着かない場面があると嫌だなあって。」(C)

「認知症の方、症状が出たときに自分がこうしてもうまくいかないことがあると、やっぱりなんか大変だなあとか辛いなあとか思うことがある」(D)

〈認知症に対する否定的な思考〉では、看護師自身が認知症に対して否定的な捉え方をしている様子が語られた。

「すごく症状激しい患者さんとか、そういう患者さんに対して何かなんだろなあ。嫌悪って言ったら酷いけどそういう負の感情を持つこともある」(C)

「認知症が重症になるとその後の夢とかそういうのが無くなるっていうイメージがある」(D)

《周囲の否定的言動》は〈周囲の否定的言動〉から構成され、1つ概念をサブカテゴリとして扱った。

〈周囲の否定的言動〉では、周囲の人が認知症や認知症の人に対して否定的な発言をしているのを聞き、自分もその発言に影響されている様子が語られた。

「認知症になっちゃったら悲しいねとか、誰かがその、いろんな人が言ったりとか、同僚の人が言ったりとか、その患者さんの家族が言ったりとか、認知症の特集をテレビでやってる親がそういつたりとかすると、ちょっと周りに影響されやすいので、もしかしたらそうなのかもしれないとか、あまり自分は興味が無くて思って無くても、周りの人がそう言ったら、そう思うかもしれないです。」(A)

「怒らせちゃったりとか、大変そうだみたいな感じのテレビとかで報道されてるような芸能人苦勞話とかあるじゃないですか？あれすごいハブニングなことばかり報道されるし、それを見たら「あ～認知症って大変」っていうマイナスなイメージは。」(B)

「自分のチームの自分の受け持ちの患者さんがそういう認知症のある方で、一生懸命対応してるときに他の周りのチームの看護師が、ちょっと否定的というか「また離床センサーなってる！」とかみたいな感じで迷惑がられると、なんか自分もなんか辛くなるので、まわりもそうですね……。」(D)

現状の課題への対処によって得られる結果に関する概念

〈職務意欲の亢進〉では、自分の心に余裕を持つことで、業務にも余裕をもって取り組むことができるようになり、看護実践に良い影響を与えている状態が語られた。

「余裕を持って一步引いて、冷静に考えれるってこと。1対1だとなんかすごい罵倒されたときとかに自分がクシャンってなったらあれなんで、一步引いて冷静に「じゃあどうしてあんなこと言ったんだろう。」って考えられるのが心の余裕なのかなあって。」(B)

「仕事に余裕のある時は……なんですかね、そんなになんか温かく接することもできるんです。」(D)

〈認知症イメージ変化の停滞〉では、認知症イメージが肯定的に変化する予測が見つからない様子が語られた。

「プラスになってほしいけど今の現状を考えると、ん～、プラスになるかなあっていうところで、マイナスなのはマイナスの度合いはちょっとずつ小さくなるかもしれないけど、ん～、ネガティブな要素は消えないかな。」(C)

「認知症の人と接することが無くなったらまた、なんだろプラスというかそういうイメージは無くなるかもしれないですけど、仕事していく上では認知症の方と接することがずっと続くと思うので、ずっとこういうふうに思い続けるんじゃないかなと思います。」(D)

考 察

本研究により、認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスが示された。そのプロセスについての検討および、看護への示唆と今後の課題について順に述べる。

1. 認知症イメージ形成プロセスについて

認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成は、〈認知症に対する先行イメージ〉が認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》によって、認知症看護が手探りであったり、認知症患者の行動を予測することが難しいと感じたりして、看護師の認知症イメージがその臨床現場に沿った内容へと再形成され、現状の課題に対する【良好な対処条件】【不良な対処条件】が現状の課題を変化させるというプロセスを辿っていた。

松田ら³⁾は認知症高齢者をケアする看護師は、怒りや困惑、不安等8つの否定的な感情を抱いていることを報告している。また、看護師の認知症症状に対するとらえ方と対応について、長畑ら⁴⁾は認知症症状に対するとらえ方と対応を4つ示しており、その内容には、「言動の意味がわからず、

意思の疎通がないまま一方的・その場しのぎの対処」「言動の意味がわからず、意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応」がある。さらに、2014年に千田ら¹²⁾は、認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難には「認知症症状に関連する困難」「患者と看護師のかかわりに関連する困難」「認知症患者への看護に関連する困難」があると報告している。本研究においても、認知症イメージとして〈手探りな看護〉〈認知症患者の行動予測困難感〉〈理想の看護と現状のギャップ〉といった先行研究と類似する結果が得られている。よって、2003年に報告された看護師の認知症に関する課題は、現状の課題として残存していることが示唆された。したがって、そのような認知症イメージに対する方策としては、認知症看護の課題の明確化だけではなく認知症看護の成功体験の共有化を図り、プラスの面に視点を当てた現場教育や研究が求められるのではないかと考えられた。

また、現状の課題への対処では、看護師は良くも悪くも同僚や家族などの周囲の人間の認知症に対する肯定的・否定的な言動に影響を受けやすい様子が推察された。自分自身の感情表出は周囲に、他者の感情表出は自分自身に同じような感情体験として知覚されることが知られている。このような現象は情動伝染¹³⁾と呼ばれる。情動伝染は表情(山本・鈴木)や発話(長岡)、身体動作(木村)などさまざまなコミュニケーション方法を通して起こることが確認されている^{14, 15, 16)}。看護の臨床現場においても、職場内での認知症に対する否定的な発言や行動は職場全体の認知症イメージを否定的に変化させ、肯定的な発言や言動は職場全体の認知症イメージを肯定的に変化させることが示唆された。

そのような認知症患者に対する対処とその結果に対する方策としては、【良好な対処条件】を増やし、【不良な対処条件】を減らしていくことが挙げられる。【良好な対処条件】の充実化としては、職場における看護師同士が協力し合える体制づくりや認知症患者とのポジティブな体験の共有化を図る等して、《周囲との良好な関係性》を促進し、認知症や認知症患者に対する学びの姿勢を持ちな

から《認知症理解の深化》に努めることが考えられる。また、【不良な対処条件】を減らす方策としては、認知症や認知症看護に対する《自己のネガティブ・マインド》を内省し、認知症や認知症患者のポジティブな部分を意識し《周囲の否定的言動》に感化されないような心持ちでいることが考えられる。

2. 看護への示唆と今後の課題

本研究で得られた結果からは、すべての共感経験タイプを通して《認知症イメージの醸成》に対する不良な対処は認知症看護実践に対してマイナスな影響を与え、《認知症イメージの醸成》への良好な対処は認知症看護実践に対してプラスの影響を与えることが示唆された。したがって、認知症看護の質の1つの影響要因として、認知症に対するイメージがあると推察される。以上より、臨床現場においては認知症に対する否定的な言動に終止せず、否定的な言動が生まれる背景にある課題に意識を向け、認知症イメージの【不良な対処条件】を減らし、認知症イメージの【良好な対処条件】を増やしていくことで、認知症看護の質向上に一助するのではないかと考えられた。

なお、筆者らの先行研究によると、認知症肯定的イメージ形成の様相には共感経験タイプ別に差異があった⁸⁾ことから、認知症看護実践における認知症イメージの形成プロセスにおいても、共感経験のタイプごとに差異が生じるのではないかと考えられる。よって今後は、共感経験タイプ別にそれぞれ検討していくことが課題である。

結 論

共感経験タイプが異なる計4名の看護師を対象に、M-GTAを用いて「認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス」について質的研究法により検討した。その結果、共感経験タイプの共通項として以下の認知症イメージ形成プロセスが示された。まず、〈認知症に対する先行イメージ〉が認知症看護実践への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》へと変化していた。《認知症イメージの醸成》への対処には【良

好な対処条件】と【不良な対処条件】があり、良好な対処は認知症看護実践に対して〈職務意欲の亢進〉といったプラスに作用し、不良な対処は認知症看護実践に対して〈認知症イメージ変化の停滞〉といったマイナスに作用していた。以上のプロセスより、臨床現場においては認知症イメージの【不良な対処条件】を減らし、認知症イメージの【良好な対処条件】を増やしていくことで、認知症看護の質向上に一助するのではないかと示唆された。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました施設ならびに看護師の皆様にご心より感謝し、御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iau1.html> (2014/09/03 閲覧)
- 2) 認知症ねっと：認知症高齢者の日常生活自立度とは <https://info.ninchisho.net/care/c140> (2016/01/08 閲覧)
- 3) 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江ほか：認知症高齢者のケアする看護師の感情。大阪府立大学看護学部紀要 12(1)：85-91, 2006
- 4) 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子：介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応。Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing 8(1)：39-49, 2003
- 5) 佐野 望, 中澤 明美：一般病院に勤務する臨床看護師の認知症に対する知識とイメージの関連。共立女子短期大学看護学科紀要(1880-8557) 4：57-65, 2009
- 6) Yumiko Okumura, Satoshi Tanimukai, Toshiko Kubouchi, et al：Effect to professional caregivers of reminiscence group therapy for the elderly with dementia. International Psychogeriatrics. 19 (1)：344, 2007
- 7) 松村明：大辞林(第2版)。p173, 三省堂,

- 東京都, 1995
- 8) 村上章, 比嘉勇人, 田中いずみほか: 看護師の共感経験における認知症イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティの関連. 富山大学看護学会誌 15(1): 29-42, 2015
- 9) 長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子ほか: 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方. 大阪府立看護大学紀要, 8(1): 19-27, 2002
- 10) 角田 豊: 共感経験尺度の作成. 京都大学教育学部紀要, 37, 248-258, 1991
- 11) 木下康仁: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法. 富山大学看護学会誌 6(2): 1-10, 2007
- 12) 千田睦美, 水野敏子: 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要 16: 11-16, 2014
- 13) 木村昌紀, 余語真夫, 大坊郁夫: 日本語版情動伝染尺度 (the Emotional Contagion Scale) の作成. 対人社会心理学研究 7: 31-39, 2007
- 14) 長岡千賀: 対人コミュニケーションにおける非言語的行動の2者相互影響に関する研究. 対人社会心理学研究 6: 101-112, 2006
- 15) 木村昌紀, 余語真夫, 大坊郁夫: 感情エピソードに会話場面における同調傾向の検討: 疑似同調傾向実験パラダイムによる測定. 対人社会心理学研究 4: 97-104, 2004
- 16) 山本恭子, 鈴木直人: 他者との関係性が表情表出に及ぼす影響の検討. 心理学研究 76(4): 375-381, 2005

Dementia image formation process of nurses in dementia nursing practice

Akira MURAKAMI¹⁾ Hayato HIGA²⁾ Izumi TANAKA²⁾ Keiko YAMADA²⁾

1) Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine
and Pharmaceutical Science, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study was to investigate the dementia image formation process of nurses in dementia nursing practice. Semi-structured interviews were conducted with a total of four people with different types of empathic experience. The analysis was done using the Modified Grounded Theory Approach. The results generated the two categories of Good Coping Conditions and Poor Coping Conditions, five subcategories including *fostering dementia image* and *negative mind of self*, and 13 concepts including “preceding image of dementia” and “increased work motivation.” A model consisting of these things was named the “Model of Dementia Image Formation Process of Nurses in Dementia Nursing Practice.” The above suggests that increasing Good Coping Conditions and decreasing Poor Coping Conditions are factors that improve the quality of dementia nursing practices.

Key words

nurse, dementia image, dementia nursing practice, modified grounded theory approach