

〔報 告〕

認知症患者の攻撃的行動に対する認知症治療病棟看護師の 観察視点及び看護ケアの実際

Observation viewpoints of nurses working in dementia care units regarding aggressive behavior in dementia patients, and actuality of nursing care

鈴木 聡美

【要 旨】

認知症患者の攻撃的行動に対する認知症治療病棟看護師の観察の視点及び看護ケアの実際を明らかにするために、認知症治療病棟の看護師 5 名に半構成的インタビューを実施し、質的帰納的に分析した。分析の結果、認知症患者の攻撃的行動に関する観察の視点として、【表情の変化】【口調の変化】【行動の変化】【患者が不快を示す状況】【普段の患者の様子】が、攻撃的行動を予防するための看護ケアとして、【引き金となる状況を避ける】【意思を尊重する】【物理的な回避措置を取る】【言葉で向き合う】が、攻撃的行動に対する看護ケアとして【対応する人を変える】【場所を変える】【時間を置く】【行動を制止する】【話をする】が見出された。認知症患者の攻撃的行動に対しては、詳細な観察の積み重ねに基づいて、攻撃的行動を引き金となる状況を把握するとともに、患者の人間性を尊重する言語的アプローチが重要であることが示唆された。

【キーワード】 認知症 攻撃的行動 観察の視点 看護ケア

I. はじめに

昨今の急速な高齢化の進行により、認知症を患う高齢者の数は増加しており、厚生労働省によると、平成 22 年の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数は 280 万人であったのが平成 32 年には 410 万人にのぼるとの推計が出されている¹⁾。それに伴い、看護師が病院や施設、在宅等の様々な場において認知症患者と関わる機会は今後ますます増えることが推測される。認知症患者への看護においては、看護師は様々な困難を抱えており²⁻⁵⁾、一般病院における調査では 9 割以上の看護師が患者との意思疎通や暴言暴力、治療やケアの拒否、事故のリスク等の困難を経験していることが明らかになっている⁶⁾。このような状況において、日本看護協会は 2004 年から認定看護分野として「認知症看護」を特定し、2017 年 7 月の段階で 1003

名の認知症看護認定看護師が登録されている⁷⁾。しかし、認知症患者の全体数を鑑みるとその数は未だ少なく、認知症患者の増加に対して専門的に対応できる看護師は少ないのが現状といえる。

認知症患者へのケアに関して、Kitwood は脳神経学的な器質的变化といった生物な捉え方をする医学モデルに基づいた認知症の見方を再検討し、person-centered care という概念に基づくケアの必要性を提唱している。この概念においては、認知症患者自身の生活歴や性格、身体的健康状態などがその行動に深く影響しており、認知症患者のケアに携わる者が個々の患者の尊厳を尊重し、その人らしさを維持させながら、相互に支えあう社会的環境を提供することが重要視されている⁸⁾。言い換えると、認知症という疾患を“治療”するという考え方から、認知症を患う人を全人的に理

解したうえで、患者のニーズに沿って日常生活の援助を行ったり、環境を整えるなどといった、“ケア”の観点からのアプローチが重要という考え方にシフトしているのである。そのためケア提供者として、医療・介護施設、在宅などで認知症患者のケアに携わる看護師が果たす役割も大きいといえる。

認知症の症状は、認知機能の低下に代表される中核症状と、行動・心理症状（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia、以下 BPSD とする）の2種類に大別される。BPSD には妄想や幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動など、多種多様な症状があるが⁹⁾、この中でも患者が何らかの刺激に対して突如興奮し、暴言や暴力を呈する攻撃的行動は、医療・介護現場に勤務する看護師や介護職者に怒りや罪責感などの感情をもたらし、バーンアウトの要因の一つとなるものである⁹⁾。また、攻撃的行動はともすると認知症患者自身や、患者のケアに携わる者の生命が危険にさらされる場合もあり、緊急な対応を迫られる症状といえる。そのため、認知症患者のケアに携わる者が、患者の攻撃的行動を予防したり、攻撃的行動が出現した際に適切に対応できる能力を身につけることは喫緊の課題といえるだろう。

また、攻撃的行動などの BPSD は、認知症による脳機能の変性に、病前の性格や知的能力等の本人の素因や、身体の不調、ストレスなどが加わった結果に生じるものであり¹⁰⁾、非常に個別性が高い症状である。そのため、個々の患者の行動の原因となっているものを見だし、それに対して的確な観察や判断、そして適切な看護ケアを実践することが重要である。認知症患者の攻撃的行動に関しては、介護療養型医療施設で勤務する看護師は患者の攻撃的行動を潜在的な意思の表出と捉え、そのケアのあり方として「[本人の理解] [安心] [尊厳] [協働] [生活の修正]」という5つの方向性を有していることや¹¹⁾、精神科で勤務する看護師が認知症患者の興奮や暴力を軽減させるために行っている対応が明らかにされているが¹²⁾、看護師の観察の視点や予防的な視点も含んだ具体的な看護ケアについて焦点を当てて探求したものは見当たらない。

そこで本研究では、認知症患者の看護に日々携わっている認知症治療病棟の看護師が、認知症患者の攻撃的行動に関してどのような視点で観察を行っているのか、また攻撃的行動を予防するためにどのような看護ケアを行っているのか、さらに攻撃的行動に対してど

のような看護ケアを行っているのか、その実際を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究で探求しよう試みる、認知症患者の攻撃的行動に対する看護師の観察の視点及び看護ケアは、未知見が積み重ねられていない新しい分野であるため、質的記述的デザインとした。

2. 用語の定義

攻撃的行動：何らかの刺激に対して興奮し、暴言や暴力を呈すること。

3. 研究対象者

研究対象者は東海地方にある単科精神科病院である A 病院において、臨床経験年数が 10 年以上であり、かつ認知症治療病棟での看護経験を 1 年以上有する看護師 5 名とした。認知症治療病棟とは精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とし、急性期に重点をおいた集中的な認知症治療を行う病棟であり、認知症患者の攻撃的行動に対する実践をする機会が多いため、本研究の研究対象者とした。研究対象者の選定にあたっては、看護部及び認知症治療病棟の看護管理者から認知症患者への看護経験が豊富で優れた看護を行っていると思われる看護師の紹介を受け、研究者が直接研究協力の依頼をした。

4. 調査方法

平成 28 年 3 月～8 月にインタビューガイドを用いた半構成的インタビューを個別に 1 回ずつ実施した。インタビューガイドは研究者が作成し、調査実施前には看護師として認知症患者への看護を経験したことがある看護教員 2 名にプレインタビューを行い、目的とする語りが引き出せるかを確認した。調査では、インタビューの前に基礎情報として年齢や看護師としての臨床経験年数、認知症治療病棟での勤務経験年数を確認した。インタビューでは、まず、認知症患者の攻撃的行動にまつわる印象的なエピソードを語ってもらい、それぞれのエピソードに関して、1) 攻撃的行動に関してどのような視点で観察をしたのか、2) 攻撃的行動を予防するためにどのような看護ケアを行ったのか、3)

攻撃的行動が出現した際にはどのような看護ケアを行ったのかについて、なぜそのようにしたのかという理由も含めて聞き取るようにした。

インタビューは調査病院内のプライバシーの保てる個室で実施し、インタビュー内容は研究対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

録音したインタビューデータから、逐語記録を作成した。逐語記録を熟読したうえで、1) 攻撃的行動に関する観察の視点、2) 攻撃的行動を予防する看護ケア、3) 攻撃的行動に対する看護ケアの、それぞれについて語られている文脈ごとに区切ってその内容を要約した。その後、データの要約内容の共通性と相違性に注目しながら分類し、研究対象者が用いた言葉をなるべく忠実に表現するようなネーミングを付したサブカテゴリーを抽出し、サブカテゴリーをさらに抽象化することでカテゴリーを抽出した。

なお、分析の質を確保するため、認知症患者に関する研究及び質的研究に精通する研究者1名のスーパーバイズを得ながら分析を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、三重県立看護大学研究倫理審査会および

調査病院の倫理委員会の承認を得たうえで実施した。研究対象者には研究の趣旨および研究方法、研究協力の任意性、途中辞退の自由性とそれによる不利益がないこと、プライバシーの保護、研究の公表、インタビュー内容の録音について口頭と書面で説明をした。また、対象者選出にあたって看護管理者からの推薦を得たため、研究対象者に研究協力への強制力が働かないよう、研究協力の可否は看護管理者には伝えないこと、研究参加を断ることで病院内での評価等には影響が及ばないこと、面接は勤務時間外に実施することを口頭と書面で説明した。研究参加の同意については同意書への署名により確認をした。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は男性1名、女性4名で、平均年齢は44.2歳（標準偏差7.1）であった。看護師としての経験年数は平均22年（標準偏差6.5）、認知症治療病棟での勤務経験は1年～8年であった。インタビューの時間の平均は48分（標準偏差7）であった。

2. 攻撃的行動に関する観察の視点（表1）

攻撃的行動に関する観察の視点では、75のコードから18のサブカテゴリー、5のカテゴリーが抽出された。

表1 観察の視点

カテゴリー	サブカテゴリー	データの要約内容（抜粋）
表情の変化	きつい表情	表情がちよっときつくなる。
	かたい表情	いつもよりも顔が固まっている。
	鋭い目つき	攻撃的な鋭い目つきになる。
口調の変化	荒々しい口調	「何すんねや」といった荒い話し方になる。
	攻撃性を示す発言	「殴るぞ」と言うときは危ない。
	声かけへの反応の悪さ	話に乗ってくれる時はいいが、否定的に返される時は良くない状況だと感じる。
行動の変化	しぐさの荒々しさ	手がすぐに出てくるとか、荒々しくなる。
	落ち着きのなさ	手足がバタバタする。立ったり座ったりを繰り返す。
	手にしている物の有無	何か物を持っていたりしないかを見る。
患者が不快を示す状況	触れられたくない身体部位	陰部を触られると嫌がる。手を持たれるのも嫌がる。
	嫌がる援助	車いす移乗を介助すると嫌がる。
	怒るタイミング	意に沿わないことがある時に物を投げつける。
	最近の攻撃的行動の有無	数日間のうちに人を叩いたという情報を得る。
普段の患者の様子	人による態度の違い	弱い者に対しては強い態度で出る。
	普段の行動パターン	自分が動きたいときはいつまでも動いている。
	応じる援助	ズボンを上げるのは嫌ではないみたい。
	認知機能の程度	指示の入りにくさはないかを見る。
	性格傾向	短気だったり、プライドが高いなど、どんな性格かを知る。

以降、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、データの要約を「 」で示す。

【表情の変化】では、〈きつい表情〉、〈かたい表情〉という表情全体を観察すると同時に、攻撃的行動の出現を予測するような〈鋭い目つき〉の有無を観察していた。

【口調の変化】では、「何すんねやとか荒い話し方」といった、〈荒々しい口調〉や、「殴るぞと言うときは危ない」と〈攻撃性を示す発言〉の有無を観察していた。また、看護師の言葉かけに対して「話に乗ってくれる時はいいが、否定的に返される時は良くない状況だと感じる」と〈声かけへの反応の悪さ〉がないかにも着目していた。

【行動の変化】では、〈しぐさの荒々しさ〉や「手足がバタバタする」「立ったり座ったりを繰り返す」ような〈落ち着きのなさ〉を観察していた。また、行動そのものだけでなく、「何か物を持っていたりしないか」と〈手にしている物の有無〉についても着目していた。

【患者が不快を示す状況】では、「陰部を触られるのが嫌」「手を持たれるのも嫌がる」と、〈触れられたくない身体部位〉の有無や「車いす移乗を介助すると嫌がる」等、〈嫌がる援助〉内容、「意に沿わないことがあるときに物を投げつける」「サマリーからどんな時に怒る傾向があるのかを知る」等、〈怒るタイミング〉、「性別によって態度が違う」「弱い者に対しては強い態度で出る」など、患者がとる〈人による態度の違い〉を観察し、加えて〈最近の攻撃的行動の有無〉を把握することで、いかなる状況において患者が不快を示すのかを観察していた。

【普段の患者の様子】では、「自分が動きたいときは、

いつまでも動いている」等、〈普段の行動パターン〉や「ズボンを上げるのは嫌じゃないみたい」と〈応じる援助〉が何かを観察し、何がその患者にとって不快にならないのかを把握していた。また、「理解力の程度」や「指示の入りにくさ」等〈認知機能の程度〉や、その患者の元々の〈性格傾向〉から、攻撃的行動のない普段の患者の様子を観察していた。

3. 攻撃的行動を予防する看護ケア（表2）

攻撃的行動を予防する看護ケアで60のコードから12のサブカテゴリー、4のカテゴリーが抽出された。

【引き金となる状況避ける】では、患者の身体的状況をアセスメントしたうえで、「着替えを渡してやれるだけやってもらう」、「自分でするとしたときは、できるだけやってもらう」など、患者の持てる力を生かすよう患者のセルフケアに委ねる〉ことがされていた。また、陰部のケアを嫌がる患者に対しては「お下だけは自分で洗ってもらう」など、触れられると患者が不快に感じると認識した部位へのケアを行わないようにして〈患者の嫌がる身体接触を避ける〉ことにより、攻撃的行動を誘発する事態を回避していた。

【意思を尊重する】では、「手伝おうかと尋ねて、患者がうなずいたことを確認してから介助する。」等と、〈患者の意思を受け止める〉ことで、患者の意思を尊重して関わっていた。

【物理的な回避措置を取る】では、「できるだけほかの人から離れたところにいてもらう」と、患者に刺激があまりないように〈距離をとる〉や、「手がふさがるように、おむつを持ってもらう」のように、〈患

表2 攻撃的行動を予防する看護ケア

カテゴリー	サブカテゴリー	データの要約内容（抜粋）
引き金となる状況避ける	セルフケアに委ねる	着替えを渡してやれるだけやってもらう。自分でするとしたときは、できるだけやってもらう。
	不快なことを避ける	なるべく恥ずかしくない状況を作る。
	嫌がる身体接触を避ける	陰部を触ると怒るので、お下だけは自分で洗ってもらう。
意思を尊重する	患者の意思を受け止める	手伝おうかと尋ねて、患者がうなずいたことを確認してから介助する。
物理的な回避措置を取る	危険なものを遠ざける	患者の手から物が離れた瞬間にどける。
	距離を取る	できるだけほかの人から離れたところにいてもらう。
	患者の手が使えない状況にする	手がふさがるように、患者におむつを持ってもらう。
言葉で向き合う	言葉かけを多くする	いつもよりたくさん声かけをする。
	丁寧な言葉遣い	「何々させてもらいますね」と丁寧な言葉を使う。
	何をするかを説明する	これからすることを丁寧に説明する。
	怒らないように伝える	「怒って言うのは良くないですよ。怒らないで言ってください」と患者に伝える。
	怒りの感情の有無を尋ねる	「怒っているのか」と患者に直接尋ねる。

者の手が使えない状況にする>ことで、万が一攻撃的行動に至った場合でも危険を回避しやすい状況を作っていた。

【言葉で向き合う】では、普段よりも<声かけを多くする>ことや、<丁寧な口調で話す>ようにしていた。また、看護師が冷静に<怒らないように伝える>ことで、患者の感情が高ぶることを避けていた。また、「怒っているのかと患者に直接尋ねる」と、<怒りの感情の有無を確認する>こともされていた。

4. 攻撃的行動に対する看護ケア (表3)

攻撃的行動に対する看護ケアでは56のコードから11のサブカテゴリー、5のカテゴリーが抽出された。

【対応する人を変える】では、まず原則的に二人以上の<複数人で対応する>ことがされていた。それに加え、「自分の受け入れが悪かったらほかの人に代わりを頼む」等、<他の看護師と交代する>ことで、患者の感情を落ち着かせるような介入がされていた。

【場所を変える】では、「刺激の少ない場所に患者を誘導する」など、<患者の場所を変える>ことに加え、他患者の安全を守るために<他の患者の場所を変える>ことで患者自身と周囲の人々に危険が及ばないようにしていた。また、「少し離れた位置から対応する」や「後ろや斜め横から対応する」と看護師の立ち位置を変える<看護師の場所を変える>ことで、看護師自身の安全も確保していた。

【時間を置く】では、「時間がたつと患者が経緯を忘れることもある」と<時間を置く>ことで患者の怒りの感情が収まるのを待っていた。

【行動を制止する】では、「誰かが手をもって、誰か

がおむつを替えて、もう一人が足を押さえて」と<患者を押さえる>ことや、<手に持っている物を取る>ように、攻撃的行動による傷害を防ぐために患者の行動を制止していた。

【話をする】では、攻撃的行動を呈している状況でも、「話をする」と落ち着くこともある」と、<疎通性に合わせて状況を説明する>ことがされていた。また、その際には、<感情的にならずに話す>ようにしており、加えて「なんでそんなことをしたのか、こちらの思いを伝える」というように、<看護師の思いを伝える>こともあった。

IV. 考 察

認知症治療病棟の看護師は、認知症患者の攻撃的行動に関して、【表情の変化】【口調の変化】【行動の変化】という、患者が意図せずに示している身体的な現れを観察していた。先行研究においても認知症患者の興奮・暴力への対応に関して、看護師は患者の表情を把握し興奮の程度を判断していたとの報告がされているが¹²⁾、本研究においては表情の中でも<きつい表情><かたい表情><鋭い目つき>と、かなり詳細に観察していることが明らかになった。加えて【口調の変化】においても単に<荒々しい口調>というだけでなく、<攻撃性を示す発言>など、攻撃的行動が出現する前兆を具体的に捉えていた。また、これらのその場において把握できる身体的表出の観察に加え、【患者が不快を示す状況】についても観察しており、その際には日常生活援助に代表される看護ケアに対する患者の反応に着目していることが伺えた。認知症患者の攻撃的行動は、排泄ケアや清潔ケアで出現することが多いとの報告があるが¹³⁾、本研

表3 攻撃的行動に対する看護ケア

カテゴリー	サブカテゴリー	データの要約内容 (抜粋)
対応する人を変える	複数人で対応する	必ず二人で対応する。
	他の看護師と交代する	自分の受け入れが悪かったらほかの人に代わりを頼む。
場所を変える	患者の場所を変える	刺激の少ない場所に患者を誘導する。
	他の患者の場所を変える	他の患者を違う場所に誘導して、その人だけで過ごしてもらう。
	看護師の場所を変える	少し離れた位置から対応する。後ろや斜め横から対応する。
時間を置く	時間を置く	時間がたつと患者が経緯を忘れることもある。
行動を制止する	患者を押さえる	誰かが手を持って、誰かがおむつを替えて、もう一人が足を押さえる。
	手に持っている物を取る	何かを持っている場合はすぐ取る。
話をする	疎通性に依りて状況を説明する	話をする」と落ち着くこともある。
	看護師の思いを伝える	なんでそんなことをしたのか、こちらの思いを伝える。
	感情的にならずに話す	声を荒げずに話をするようにする。

究の対象者も陰部ケアや入浴介助等、身体的な接触を伴う看護ケアにおける患者の反応を詳細に観察しており、その観察の積み重ねにより、攻撃的行動を予防するための【引き金となる状況避ける】という看護ケアにつながっていたと推測される。

この【引き金となる状況避ける】という攻撃的行動を予防する看護ケアにおいては、＜セルフケアに委ねる＞という点で特徴的であった。一般的に看護においては患者の自立に向けた視点をもって援助をすることが重要とされているが、本研究の対象者は患者のセルフケアを、患者が不快となる状況避けるための手段として用いていた。おむつ交換や入浴介助等、看護師のペースで進められることが多い看護ケアにおいて、患者のセルフケアに委ねるということは、すなわち看護師ではなく患者のペースに合った日常生活行動をもたらす、【意思を尊重する】ことと同様に、患者の尊厳を守ることに繋がるものである。患者のその人らしさを尊重することを重視する person-centered care の考え方をもとにした認知症ケアマッピングを用いたケア介入において、認知症患者の対処困難行動のコントロールが有意に改善したという報告もあり¹⁴⁾、本研究における＜セルフケアに委ねる＞ことや【意思を尊重する】ことは、攻撃的行動を予防するためにも有効な方法であると推測される。

また、先行研究においては興奮・暴力に対して精神科看護師は「隔離や拘束を行い行動を制限する」や「屯用の内服薬や注射薬を用いる」という対応をしているとの報告があるが¹²⁾、本研究では隔離・拘束や薬剤使用という内容は抽出されなかった。これは本研究の対象者が、隔離・拘束や薬剤等の医師の指示に基づく対応を看護ケアとして認識していなかったことによるものと考えられる。しかし、攻撃的行動を予防する看護ケアでは＜患者の手が使えないようにする＞、攻撃的行動への看護ケアでは＜患者を押さえる＞という、隔離・拘束のような明確な行動制限ではないものの、患者の行動を看護者の力によって意図的に制止することがなされていることも明らかになった。患者や周囲の人、看護師自身の身の危険を回避するためには必要な場合もあるが、ともすると、行動の制止により患者の意思の尊重というケアとは正反対な効果をもたらす可能性あることも看護師は理解する必要があると考える。

しかし、攻撃的行動が出現しているまさにその時に

においても、看護師は【話をする】というコミュニケーションを基盤とした対応もしていた。攻撃的行動は危険な状況として問題視され、その行動自体に強く着眼される傾向にある。攻撃的行動を表出する認知症高齢者に関して、看護師は欲求不満や怒り、自己防衛、不安、寂しさという意味がその内にあると捉えているとの報告があり¹¹⁾、本研究においても看護師は患者の行動の裏にある意思を汲み、＜疎通性に合わせて状況を説明する＞など、患者が今の状況を混乱なく受け入れられるように言語的なアプローチをしていたと考えられる。

加えて、言語的なアプローチは攻撃的行動を予防する看護ケアでも【言葉で向き合う】として抽出された。看護師のコミュニケーションによる対応は、認知症高齢者に安心感や心地よさなどのポジティブな感情を示すプラスの変化をもたらすという報告がされているが¹⁵⁾、本研究の【話をする】【言葉で向き合う】という看護ケアは、まさに認知症患者に安心感をもたらす、攻撃性が軽減することにつながると推測される。

一方、認知症患者の看護ケアにおいて看護師は、強い口調になってしまったり、マイナス感情を抱くなど、かわりを振り返った際に心理的葛藤を抱くことが報告されている^{3,5)}。本研究において、＜感情的にならずに話す＞ことが攻撃的行動に対する看護ケアとして見出されたが、感情的にならないことを意識しているということは、逆説的に言えば、感情的になりうる心理的葛藤をすでにその場面において経験していると推測される。認知症治療病棟の看護師のストレス対処として、上司への相談やチームでの話し合いがされているとの報告がある¹⁷⁾が、看護師が抱える心理的葛藤をチームや組織内で共有して軽減することで、攻撃的行動に対して冷静な対応につながるのではないかと考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究は1施設における5名の看護師へのインタビューをもとにした調査であり、一般化には限界がある。加えて重度のBPSDを主訴とする入院患者が多い認知症治療病棟という特殊性があるため、身体疾患を有する一般病棟においては、異なる看護ケアが行われている可能性があると考えられる。また、本研究の対象者の認知症治療病棟での看護経験が1～8年とばら

つきがあったことから、知識や技術の熟練度に差があることを考慮する必要があり、本研究の結果が認知症治療病棟の特徴的な看護実践を反映しているとは言い切れない可能性がある。加えて認知症のタイプによる看護ケアの違いを考慮しておらず、それぞれの認知症によって異なる症状の現れ方に対しての看護ケアは明らかにできていない。

今後は、身体疾患を有する認知症患者の攻撃的行動に対しての看護ケア、並びに認知症のタイプによる看護ケアの違い、さらには看護経験によるケア内容の違いについて調査することで、より多様な場に適用できる具体的な看護ケアを検討していく必要がある。

V. 結 論

1. 認知症患者の攻撃的行動に関する臨床看護師の観察の視点として、【表情の変化】【口調の変化】【行動の変化】【患者が不快を示す状況】【普段の患者の様子】が見出された。

2. 攻撃的行動を予防するために臨床看護師は、【引き金となる状況を避ける】【意思を尊重する】【物理的な回避措置を取る】【言葉で向き合う】という看護ケアを行っていた。

3. 攻撃的行動に対して臨床看護師は、【対応する人を変える】【場所を変える】【時間を置く】【行動を制止する】【話をする】という看護ケアを行っていた。

4. 認知症患者の攻撃的行動に対しては、詳細な観察の積み重ねに基づいて、攻撃的行動を引き金となる状況を把握するとともに、患者の人間性を尊重する言語的アプローチが重要であることが示唆された。

【謝 辞】

本研究の実施に当たり、ご理解とご協力を賜りました看護部の皆様、並びにインタビューに協力して下さった看護師の皆様、に厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は第43回日本看護研究学会学術集会で発表した内容に、新たな分析を加えたものである。

【文 献】

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について，2017.9.17，<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iau1-att/2r985200002iavi.pdf>
- 2) 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，11(1)，12-20，2006.

- 3) 松尾香奈：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，25，103-110，2011.
- 4) 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.
- 5) 河村圭子，堤かおり，足利学：認知症高齢者による攻撃的行動を受けた看護師・介護職員の感情とストレス対処行動との関連，医学と生物学，157(3)，307-312，2013.
- 6) 小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子他：中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難，老年看護学，17(2)，65-73，2013.
- 7) 片井美菜子，長田久雄：認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態，日本早期認知症学会誌，7(1)，72-79，2014.
- 8) 日本看護協会：認知症看護認定看護師数，2017.9.17，http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2017/08/17cn_ed201707.pdf
- 9) Tom Kitwood/高橋誠一訳：認知症のパーソンセンタードケア，pp.40-67，筒井書房，東京，2005.
- 10) 鈴木みずえ編：パーソン・センタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア，pp.6-8，日本看護協会出版会，東京，2013.
- 11) 日本認知症学会編集：認知症テキストブック，pp.64-80，中外医学社，東京，2008.
- 12) 松本明美，赤石三佐代：BPSDを表出する認知症高齢者の看護—攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア—，ヘルスサイエンス研究，15(1)，33-38，2011.
- 13) 有賀智也，渡辺みどり，千葉真弓：重度なBPSDにより精神科病院に入院した認知症高齢者への看護師の対応方法，日本看護福祉学会誌，19(2)，101-114，2013.
- 14) 平田弘美：施設における痴呆老人による攻撃的行動の分析，福島県立医科大学看護学部紀要，5，49-56，2003.
- 15) 鈴木みずえ，水野裕，グライナー智恵子他：重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用い

- たパーソン・センタード・ケアに関する介入の効果, 老年精神医学雑誌, 20(6), 668-680, 2009.
- 16) 小林あずさ, 伊藤まゆみ, 青柳直樹他: 認知症高齢者にプラスの変化を与えたケア場面における看護師の対応の特徴, 群馬パース大学紀要, 6, 127-133, 2008.
- 17) 星加恭子, 上野千秋, 河端幸子: 患者・家族との対応におけるストレスとその対処法について, 日本精神科看護学会誌, 54(3), 236-240, 2011.