

本書の特長と使い方 — よりよい学習のために —

「学習目標」

各節の冒頭に、学習目標を提示しています。何を学ぶのか確認しましょう。

からだを動かす

学習目標

- 高齢者にとって
- 加齢による運動機能の低下
- 廃用症候群の

“からだを動かす”ことの意義について理解する。
運動機能の低下について理解する。
およびからだを動かす看護技術を習得する。

“からだを動かす”ことの意義と看護援助の目標

高齢者になるにしたい、自身の身体機能や健康に関心が向き、できる限り長く生き生きと活動ができることを願って生活するものである（生活全体の身体活動や精神的活動については本章6、p.161参照）。生活範囲の狭小化や活動量の減少などは日常生活の変化に伴って運動不足による疾病や廃用症候群のような障害を招くことになる。

高齢者にとって活動の低下は身体機能の維持に大きな障害になるだけでなく、生命維持に危機的な状況をもたらすことにもつながる。また、高齢者の活動の低下は身体的な問題からだけでなく精神・心理的な影響や社会的な影響を大きく受けるため、活動の低下を引き起こす身体的要因、精神・心理的要因、社会的要因について十分アセスメントすることが必要となる。

看護援助の目標は、高齢者の体力低下の防止を図り、身体活動に必要な体力を維持すること、そして、運動不足や活動量の減少によって生じる疾病や障害をできる限り防止し、生活の質を高めることにある。

健康の維持

加齢的变化

2 運動機能

加齢による身体的変化は図4-1に示したとおりである。これらの影響により、高齢者は肩関節屈曲、肘関節屈曲、股関節屈曲、膝関節屈曲の姿勢になりやすく、身長が縮小し、歩行、立位保持などの日常生活動作の基本となる運動機能が低下する。高齢者の日常生活を円滑にするための援助が必要となる。

立位保持が運動機能の低下をきたす原因は、表4-1に示すものがある。運動器の障害のため、歩行能力の低下をきたして、要介護になる危険の高い状態をロコモティブシンドROME（ロコモティブシンドROME）というが、これらの重症者の多くは運動器不安定症（高齢化に伴う歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態）である。運動量の低下は、さらなる筋力低下や関節可動域の低下につながる。

看護技術習得に不可欠な知識！

具体的な看護技術を提示する前に、技術習得のために必要な知識を解説しています。技術を用いる際の基盤となるので、しっかり理解しましょう。

個別性を考えた看護技術を

実際に高齢者に対して技術を実施する場合には、本書で示している基本形をベースに、高齢者それぞれの個別性を考えて応用することが必要です。

応用できるようになるには、“なぜそうするのか？”といった根拠や留意点までをきちんと学び、基本形を確実に理解・習得することが第一歩です。

「看護技術の実際」

各節で習得してほしい看護技術の実際を、順を追って提示しています。正確な技術の習得には、本書で示している基本形を繰り返し練習し、頭とからだで覚えるよう意識してください。

看護技術の実際

体位変換

- 目的：(1) 同一体位をとり続けることにより、高齢者の身体に負担をかけること、(2) 重力に抗して身体を起すことにより、高齢者の背が重なり、自力での体位変換が困難な高齢者の体位変換を支援すること。
- 適応：円形クッションなど、高齢者の体位変換が困難な高齢者の体位変換を支援すること。
- 使用物品：クッションなど、高齢者の体位変換が困難な高齢者の体位変換を支援すること。

「方法」に対する「留意点と根拠」が見やすい！

表形式で、左欄には順を追った技術の実施方法を、右欄にはそれに対応する留意点と根拠を明示しています。表形式だから左右の欄を見比べやすく、また対応する箇所には番号(①など)をふっているのですが、方法に対する根拠がすぐわかるようになっています。

看護技術の「目的」

何を目的としてこの技術を用いるのかを簡潔に示しています。

看護技術の「適応」

この技術が、どんな状態の高齢者に用いられるのかを示しています。

方法

留意点と根拠

1. 高齢者の体位変換を支援する(⇒①)

①体位変換により循環動態や呼吸の乱れがあるため

- 高齢者の意識状態や認知のレベル、視力や聴力に合わせて声かけや説明を行う



図4-6 ベッドから車椅子への移動

7 姿勢を整える

- 1) 看護師は高齢者の背後に回り、高齢者の姿勢を整える。
- 2) 看護師は高齢者の両脇下から手を入れ、高齢者の姿勢を整える。
- 3) 看護師は高齢者と共に前傾姿勢をとる。
- 4) 看護師は高齢者を手前に引き寄せる。
- 5) フットレストを下ろし、両足を乗せ、移動の準備を整える。

わかりやすい写真がたくさん！

写真を中心に、イラストや表などでもりだくさんで、イメージしやすくなっています。

- 一部が浮き、少ない力で動かすことができる
- 前方や後方などからだぐが傾く場合は、傾くほうにクッションを挟み、からだを支える
- 着衣を整え、必要時膝かけなどを使用し、保温に努める

文献

- 1) 奥野茂代・大西和子編：根拠に基づく看護技術の実際
- 2) 亀井智子編：根拠に基づく看護技術の実際
- 3) 神崎恒一：高齢者の体位変換
- 4) 葛谷雅文・雨宮水野編：高齢者の体位変換
- 5) 青田弘美・野原重明監、道野重明編：高齢者の体位変換
- 6) 堀内ふき編：高齢者の体位変換
- 7) 水戸美津子編：高齢者の体位変換

「文献」

引用・参考文献を提示しています。必要に応じてこれらの文献にもあたり、さらに学習を深めましょう。

西和子編：老年看護学—概念と看護の実際。第5版。ヌーヴェルヒロカワ。2013。

根拠と事故防止からみた老年看護技術。医学書院。2012。

高齢者の体位変換。高齢者のケア。2013。11。100-107。

高齢者の体位変換。根拠に基づく看護技術の実際(トNICE)。南江堂。

引用・参考文献を提示しています。必要に応じてこれらの文献にもあたり、さらに学習を深めましょう。

高齢者の体位変換。根拠に基づく看護技術の実際(トNICE)。南江堂。2013。

高齢者の体位変換。根拠に基づく看護技術の実際(トNICE)。南江堂。2013。

第Ⅰ章 老年看護技術のとらえ方

1

1 老年看護の目的と老年看護技術 (小山幸代)	2
1 老年看護の目的	2
1) 目標1：加齢に伴う身体的・精神的・社会的機能の変化による生活への影響を最小にできる	2
2) 目標2：可能な限り自律した生活が継続でき、満足した人生を送ることができる	3
3) 目標3：安楽な死を迎えられる	3
2 老年看護の基本的アプローチ	4
1) 高齢者本人への援助	4
2) 家族を含めた援助	6
3) 生活環境への働きかけ	6
4) 社会資源の活用	6
5) チームアプローチ	6
3 老年看護技術の特徴	6
1) 看護技術のとらえ方	6
2) 老年看護技術のとらえ方	7

2 老年看護技術に反映される超高齢社会の現状と老年観 (泉キヨ子)

9

1 超高齢社会におけるわが国の高齢者の現状	9	3 エイジズムと高齢者虐待, サクセスフルエイジング	12
2 老年観の3つの特徴	11	1) エイジズム	12
1) 老年観の両義性	11	2) 高齢者虐待とその現状	12
2) 老年観の多様性	11	3) サクセスフルエイジング	13
3) 老年観の多重性	12	4 老年観としての発達性機能	14

第Ⅱ章 老年看護のための基本技術

17

1 老年看護に必要なアセスメント技術 (シェザード樽塚まち子)	18		
1 高齢者のアセスメントの目的	18	2) バイタルサイン	21
2 フィジカルアセスメントに必要な基本的技術	19	3) 循環器系機能	23
1) 問診	19	4) 呼吸器系機能	26
2) 視診	20	5) 運動器系機能 (脳神経・筋骨格系)	28
3) 触診	20	6) 消化器系機能	31
4) 打診	20	7) 泌尿器系機能	33
5) 聴診	20	8) 感覚器系機能	34
3 系統別アセスメント	21	9) 外皮系機能 (皮膚・頭髪・爪)	36
1) 外観の観察	21	4 生活機能評価	37
		1) 高齢者総合的機能評価	37

2) 国際生活機能分類	38	5) 精神・心理機能評価	42
3) 日常生活動作 (ADL) 評価	39	6) 生活歴や社会的役割に関するアセスメント	44
4) 手段の日常生活動作 (IADL) の評価	41	7) 家族に関するアセスメント	46

2 老年看護に必要なコミュニケーション技術 (千葉京子) ————— 47

1) 老年看護における コミュニケーション技術の重要性	47	3) 自己開示する	52
2) コミュニケーションの構成要素	47	6) 高齢者とのコミュニケーションを図るための 基本技術	52
1) コミュニケーションとは	47	1) 言語的コミュニケーション技術	52
2) コミュニケーションの形態の分類	48	2) 非言語的コミュニケーション技術	54
3) 対人コミュニケーション過程の構成要素	48	7) 感覚機能の低下がある高齢者との コミュニケーションのポイント	56
3) 高齢者のコミュニケーションに 影響を与える要素	48	1) 聴覚機能の低下がある高齢者との コミュニケーションのポイント	56
1) 「個人」の要素：高齢者の特徴	48	2) 視覚機能の低下がある高齢者との コミュニケーションのポイント	57
2) 「媒体」の要素	50	8) 三者間コミュニケーション	57
3) 「状況」の要素：対人関係・目的 (目標)	50	9) コミュニケーション技術を高めるために	57
4) 高齢者にとってのコミュニケーションの 機能と意義	51	1) 看護師側の影響要因	57
1) コミュニケーションの機能	51	2) 社会的スキルトレーニング (social skills training : SST)	58
2) コミュニケーションの意義	51	🌱 看護技術の実際	59
5) 高齢者とのコミュニケーション過程における 看護師の基本的姿勢	52	△ 難聴のある高齢者とのコミュニケーション	59
1) 高齢者が体験していることを尊重する	52		
2) 自己の状態を意識する	52		

3 高齢者のエンドオブライフを支える看護技術 (蛭名由加里・本間礼子・小山幸代) ————— 62

1) 高齢者にとってのエンドオブライフケアの重要性	62	2) 症状マネジメントと緩和ケア	68
1) エンドオブライフケアとは	62	3) 日常生活行動の援助	69
2) 高齢者にとってのエンドオブライフケアの 重要性	63	4) 臨終時の援助	70
2) 高齢者へのエンドオブライフケアにおける 老年看護の役割	63	5) 家族への援助	70
1) エンドオブライフケアを支えるチームケアの 必要性和看護の役割	63	6) ケア提供者自身の悲嘆への対応	70
2) 高齢者が望ましい死を迎えるための看護	65	🌱 看護技術の実際	71
3) エンドオブライフケアにおける倫理的課題	66	△ 終末期に起こりやすい呼吸困難, 浮腫, 悪心・嘔吐 の苦痛を軽減する看護技術	71
3) 高齢者の終末期における看護	67	1) 呼吸困難	71
1) 終末期のプロセスの理解と 看護アセスメント	67	2) 浮腫	72
		3) 悪心・嘔吐	72
		△ 身体の清潔を保持するための看護技術	73
		1) 入浴 (シャワー浴)	73

2) 清 拭	73
3) 陰部洗浄	74

C) 不動による苦痛を緩和する看護技術	75
D) 死後の処置	75

第Ⅲ章 高齢者への生活行動援助のための看護技術 79

1 食べる (菅原峰子) 80


1) 高齢者の“食べる”ことの特徴と看護技術の目標	80	4) 脱水のアセスメント方法	85
2) “食べる”機能の加齢変化	81	4) 栄養摂取の方法	86
1) 認知・感覚機能の変化	81	1) 経口摂取	87
2) 運動機能の変化	81	2) 経管栄養	87
3) 咀嚼、嚥下機能の変化	82	看護技術の実際	90
4) 消化機能の変化	82	A) 上腕周囲長 (AC) の測定	90
3) 高齢者の“食べる”ことに関するアセスメント	82	B) 上腕三頭筋皮下脂肪厚 (TSF) の測定	91
1) アセスメントの目的	82	C) 食事の介助	93
2) “食べる”ことのアセスメント方法	82	D) 経鼻経管栄養法 (胃部までのカテーテル挿入)	95
3) 栄養のアセスメント方法	83	E) 経鼻経管栄養法 (栄養剤の注入)	97
		F) 胃瘻 (栄養剤の注入)	99
		G) 胃瘻 (瘻孔の洗浄)	100

2 排泄する (正源寺美穂) 102

1) 高齢者の“排泄する”の特徴と看護援助の目標	102	3) 可能な限り自力で安全安楽に排泄できるよう援助するための看護技術	109
1) 高齢者の排尿機能の特徴と生活への影響	102	1) 適切な排泄方法の選択	109
2) 高齢者の排便機能の特徴と生活への影響	103	2) 便秘の予防	110
3) 看護援助の目標	105	3) 尿・便失禁の予防	111
2) 排尿・排便機能のアセスメント	105	看護技術の実際	111
1) 排尿機能のアセスメント	105	A) 骨盤底筋体操	111
2) 排便機能のアセスメント	108	B) 排尿誘導法	112

3 身体の清潔を保ち、身だしなみを整える (松岡千代) 114


1) 身体の清潔を保ち、身だしなみを整えることの特徴と看護援助の目標	114	2) 高齢者の皮膚の特徴	114
1) 身体の清潔を保つことの特徴と看護援助の目標	114	1) 表皮の構造と加齢変化	115
2) 身だしなみを整えることの特徴と看護援助の目標	114	2) 表皮の機能と加齢変化	115
		3) 真皮の構造・機能と加齢変化	116
		3) 高齢者のドライスキンと予防的スキンケア	116
		1) 予防的スキンケアの考え方	117

2) 保護的な皮膚の洗浄方法	117	3) 耳の清潔ケア（耳垢の除去）	124
3) 皮膚洗浄剤，保湿剤，保護剤の使用法	118	4) 衣類の選択と着替え	124
4 高齢者の足の清潔を保つための援助	118	 看護技術の実際	125
1) 加齢による足の変化	119	A フットケア：足浴，爪切り，胼胝（たこ）のケア	125
2) 高齢者の足の清潔を保つための援助 （フットケア）	119	1) 足浴（ベッド上で行う場合）	126
5 安全・安楽に身体の清潔を保つための 高齢者の入浴ケア	119	2) 爪切り，胼胝（たこ）のケア	128
1) 入浴中の危険性と対処	120	B 入浴の介助	129
2) 入浴の効能と注意点	121	C 洗髪の介助	131
6 高齢者の身だしなみを整える看護援助	122	1) ベッドサイド，洗髪車を使用	132
1) 整髪・ひげそり	123	D ひげそり	133
2) 化粧	123	E 耳垢の除去	134
		F 更衣の介助	135

4 からだを動かす (荒木美千子) 137

1 高齢者の“からだを動かす”ことの意義と 看護援助の目標	137	1) 適切な運動習慣を支援する看護技術	140
2 運動機能の加齢的变化	137	2) 関節可動域訓練	141
3 廃用症候群	139	3) 可能な限り自力で，からだを動かすことが できるように援助するための看護技術	141
1) 廃用症候群とは	139	 看護技術の実際	142
2) 廃用症候群の主な症状	139	A 体位変換	142
3) 廃用症候群の予防	140	B 歩行介助（歩行補助具を使用した場合）	143
4 適切な運動ができるようにするための 看護援助	140	C 車椅子への移乗（部分介助の場合）	146

5 睡眠・休息する (長谷川真澄) 149

1 高齢者の睡眠・休息の特徴と看護援助の目標	149	1) 彩光・照明の調整	156
1) 睡眠・覚醒パターンの変化	149	2) 騒音・臭気の排除	156
2) サーカディアンリズムの変化	149	3) 寝室・寝床気候の調整	156
3) 睡眠障害	149	4) 寝具・寝衣の調整	157
4) 生活リズム障害	149	B 足浴	157
5) 睡眠・休息の看護援助の目標	151	C リラクゼーションケア	158
2 適切な睡眠・休息がとれるよう援助するための 看護技術	151	1) 呼吸法	158
1) アセスメント	151	2) 漸進的筋弛緩法	159
2) 援助の実施と主な看護技術	152	D 生活習慣を整えるケア	159
 看護技術の実際	156	E サーカディアンリズムを整えるケア	159
A 睡眠環境調整ケア	156	F 睡眠薬投与時のケア	160

1 高齢者の活動することの意義	161	1) 生活背景や人生に対する価値観	163
2 活動することに関連する側面の加齢変化	161	2) 気分・意欲の評価	163
1) 高齢者の心理面における加齢変化	161	3) ソーシャルネットワークの評価	164
2) 職業や子育てからの引退に伴う対人関係や役割の変化	162	4 高齢者が活動することを支える看護技術	164
3) 生活機能の障害や生活の場の移転に伴う対人関係や役割の変化	162	1) 日常生活の見直し	164
3 高齢者の活動することに関するアセスメント	163	2) レクリエーション	166
		看護技術の実際	167
		A) レクリエーションの実施	167

第IV章 高齢者の健康障害と看護技術

1 摂食嚥下障害とは	170	4) 口腔ケアの種類	182
1) 摂食嚥下のメカニズム	170	5) 口腔ケアの進め方	184
2) 摂食嚥下障害の原因	170	6) 口腔清潔技術に用いる用具	185
3) 摂食嚥下障害における合併症	173	6 誤嚥・窒息リスクを低減するための看護技術	186
2 摂食嚥下障害の看護援助の目標	174	1) 誤嚥・窒息のリスクを低減する技術	186
1) 看護援助の目標	174	2) 摂食嚥下障害のある高齢者の ポジショニング (姿勢調整)	186
2) 摂食嚥下障害の看護援助の基本	175	7 摂食嚥下障害のある人への食事介助方法	187
3) チームケアと看護師の役割	175	8 摂食嚥下機能向上のための看護技術	190
3 摂食嚥下障害のアセスメント	175	9 誤嚥・窒息に対応するための看護技術	191
1) 情報収集の方法	176	看護技術の実際	192
2) 身体所見・神経学的所見	176	A) 反復唾液嚥下テスト (RSST)	192
3) 摂食嚥下障害のスクリーニング検査	176	B) 改訂水飲みテスト (MWS T)	192
4) 摂食嚥下障害の専門的検査	177	C) フード (食物) テスト (FT)	193
5) 評価とゴール設定	178	D) 頸部聴診法	194
4 摂食嚥下障害のある高齢者の看護援助	178	E) 液体の誤嚥を防ぐとろみ調整剤の使用	195
1) 食物を用いない間接訓練	179	F) 口腔を清潔にする技術	196
2) 食物を用いる直接訓練	179	G) 唾液腺マッサージ	199
5 口腔内を清潔にするための看護技術	181	H) ベッド上での食事時のポジショニング	200
1) 口腔ケアの目的および効果	181	I) のどのアイスマッサージ	201
2) 高齢者の口腔問題	181		
3) 包括的口腔アセスメント	182		

2 排尿・排便障害 (榊原千秋・正源寺美穂) 203

- 1 高齢者に起こりやすい排尿障害 203
 - 1) 尿排出障害 203
 - 2) 蓄尿障害 204
 - 3) 尿排出障害と蓄尿障害の場合 205
- 2 高齢者に起こりやすい排便障害 205
 - 1) 便の状態の分類 206
 - 2) 排便困難 (便秘) 206
 - 3) 蓄便障害 206
- 3 排尿・排便障害のアセスメント 207
 - 1) 排尿機能のアセスメント 207
 - 2) 排便機能のアセスメント 207
- 4 尿失禁のある高齢者への援助方法 208
- 5 便秘・下痢のある高齢者への看護援助 209
 - 1) 便秘 209
 - 2) 下痢 209

看護技術の実際 210

- A 腰背・腹部電法 210
- B 坐薬挿入 211
- C グリセリン洗腸 212
- D 摘便 214
- E おむつ交換 215

3 転倒・骨折 (平松知子) 217

- 1 高齢者の転倒の特徴と看護援助の目標 217
 - 1) 高齢者の転倒の特徴と背景 217
 - 2) 看護援助の目標 218
- 2 転倒のアセスメント 218
 - 1) 転倒リスクのアセスメント 218
 - 2) 骨折リスクのアセスメント 219
- 3 転倒・骨折を予防するための看護技術 220

看護技術の実際 220

- A 転倒リスクを軽減するための看護技術 220
- B 転倒に伴う骨折を予防するための看護技術 223
- C 転倒時の対応のための看護技術 225

4 褥瘡 (田中マキ子) 227

- 1 高齢者の褥瘡の特徴と看護援助の目標 227
 - 1) 褥瘡発生メカニズム 227
 - 2) 応力、ずれ力と褥瘡の関係 228
 - 3) 加齢に伴う皮膚の変化と褥瘡との関係 228
 - 4) 看護援助の目標 229
- 2 アセスメント 229
 - 1) リスクアセスメント 229
 - 2) 褥瘡の状態を観察・判断するためのアセスメント 230
 - 3) 褥瘡の治癒経過を評価するアセスメント 231
- 3 褥瘡を予防するための看護技術 233
 - 1) スキンケア 233
 - A スキンケア 243
 - 1) 皮膚の観察から基本的な皮膚洗浄 244
 - 2) 浮腫がある場合 244
 - 3) 多汗の場合 245
 - 4) 尿失禁の場合 245
 - 5) 便失禁の場合 246
 - B 体位変換 (ベッド上, 椅子上) 246
 - 1) ベッド上 247
 - 自力で体位変換ができない患者：仰臥位→起座位 247
 - 自力で体位変換ができない患者：仰臥位→側臥位 248
 - 骨突出がある患者 248
 - 関節拘縮がある患者 249
 - 2) 椅子上 249
 - 座位に問題がない場合 249
 - 座位に問題がある場合 250
 - 2) 栄養 234
 - 3) 臥位での圧再分配, 摩擦・ずれの回避 235
 - 4) 摩擦とずれのケア：体位変換 240

看護技術の実際 243

1 高齢者のせん妄の特徴と看護援助の目標	251	4 せん妄がある高齢者への看護技術	253
1) せん妄とは	251	看護技術の実際	255
2) せん妄患者の体験世界	251	A 全身状態を整えるケア	255
3) 看護援助の目標	251	B 環境調整ケア	255
2 せん妄のアセスメント	253	C 感覚刺激を適正に整えるケア	256
1) せん妄発症リスクのスクリーニング	253	D 苦痛・不快を軽減するケア	256
2) せん妄の早期発見	253	E 落ち着きがない・興奮時のケア	257
3) せん妄発症時のアセスメント	253	F 知覚障害・妄想へのケア	257
3 せん妄を予防するための看護技術	253	G 家族ケア	258

1 加齢に伴う薬物動態の変化	259	看護技術の実際	263
1) 薬物吸収の変化	259	A 高齢者への与薬のケア	263
2) 薬物分布の変化	259	1) 経口与薬 (錠剤・カプセル剤・粉末薬)	263
3) 薬物代謝・排泄の変化	259	2) 口腔内与薬 (舌下錠・バツカル錠)	265
2 薬物療法による有害反応	260	3) 直腸内与薬	265
1) 高齢者に有害反応が増加しやすい要因	260	4) 貼付剤	266
2) 多剤併用の問題点	260	5) 点眼	266
3) 高齢者が示す有害反応の特徴	260	B 高齢者に多く用いられる薬剤使用時のケア	266
4) 有害反応から守るための留意点	261	1) 睡眠薬	266
3 高齢者への服薬支援	261	2) 鎮痛薬 (内服薬)	267
1) 服薬状態の把握	261	3) 緩下剤	268
2) 服薬支援方法	261	4) 認知症治療薬	268

第V章 **認知症の高齢者を支える看護技術** 271

1 認知症とは	272	1) うつ状態 (うつ病)	275
1) 認知症の定義	272	2) せん妄	275
2) 認知症の有病率	272	4 認知症の診断・治療	275
3) 認知症・認知症様症状をきたす疾患	272	1) 認知症の診断	275
4) 加齢によるもの忘れと認知症の違い	273	2) 認知症の治療	276
5) 認知症疾患の病態と経過	273	5 認知症の高齢者への看護の目標	277
2 認知症の症状	274	1) 認知症の高齢者の理解	277
3 認知症と間違われやすい疾患・症状	275	2) パーソンセンタードケア	278

3) 認知症の高齢者への看護の目標	278	6) 保持されている力のアセスメント	284
6 アセスメントの実際	279	7) 生活環境のアセスメント	284
1) アセスメントの視点	279	8) 家族に関するアセスメント	286
2) 情報収集の方法	279	看護技術の実際	286
3) 情報収集項目と分析	279	A 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の 実施方法	286
4) 身体機能および日常生活行動のアセスメント	281		
5) 心理面のアセスメント	282		
2 認知症の高齢者へのコミュニケーション技術 (小山幸代)	289		
1 認知症の高齢者への看護における コミュニケーション技術の重要性	289	3) 本人が伝えたいメッセージを理解しようとする。 そのうえで理解したメッセージに対応すること から始める	290
2 認知症の高齢者のコミュニケーションの特徴	289	4) 自分のメッセージが伝わりやすい工夫をする	291
1) 認知症の中核症状によるコミュニケーション への影響	289	5) 社会的存在としての生活を支えるための コミュニケーションを促進する	291
2) 認知症の行動・心理症状 (BPSD)による コミュニケーションへの影響	290	看護技術の実際	292
3) 認知症があっても保持されている機能と コミュニケーションとの関連	290	A 近時記憶障害および見当識障害がある認知症の 高齢者とのコミュニケーション技術	293
3 認知症の高齢者とのコミュニケーションの基本	290	1) K氏が病棟に入院してきた場面	293
1) コミュニケーションを阻害する因子を 低減する	290	2) 手術後の場面	295
2) 場の状況の理解を助ける	290	3) 物盗られ妄想出現の場面	297
		B 認知症の高齢者が保持している生活行動を 引き出すコミュニケーション技術	300
3 中核症状に対応するための看護技術 (片井美菜子)	303		
1 中核症状	303	2) 回想法を活用した対応方法	306
1) 記憶障害	303	3) 本人の感情に焦点をあてた コミュニケーションによる対応	306
2) 見当識障害	304	4) 生活行動への影響に対応した看護援助	307
3) 実行機能障害	304	看護技術の実際	308
4) 失語、失行、失認	304	A 記憶障害 (近時記憶障害) がある認知症の 高齢者への対応	308
2 認知症の中核症状による影響	304	B 実行機能障害がある認知症の高齢者への対応	309
3 中核症状に対する対応方法	305	C 失効 (着衣失効) がある認知症の高齢者への対応	310
1) リアリティオリエンテーションを活用した 対応方法	305		
4 行動・心理症状の予防と対応のための看護技術 (行俊可愛)	312		
1 行動・心理症状	312	2 BPSD発症の要因と予防	312

1) 心理症状の要因を低減し, 安心感につながる支援をする ……………	313	1) BPSDの種類や程度をアセスメントする ……	315
2) 中核症状による生活上の困難を, 自尊心を 傷つけることなく支援する ……………	314	2) 適切な薬物療法が受けられるように支援する ……	315
3) もっている力を発揮し, 満足できる生活ができるよう支援する ……	314	3) BPSD出現時の対応 ……………	315
3 BPSD発症時の対応 ……………	315	看護技術の実際 ……………	316
		A BPSD発症予防のための入院時の対応 ……………	316
		B BPSD (興奮) 出現時の対応 ……………	317

5 認知症の発症予防と早期発見のための看護技術 (小山幸代) — 319

1 認知症の発症予防の重要性と支援の方向性 ……	319	3 軽度認知障害と支援の方向性 ……………	320
1) 認知症の発症予防の考え方 ……………	319	看護技術の実際 ……………	321
2) 認知症の発症予防に役立つ支援の方向性 ……	319	A 認知症の発症予防, 早期発見のための看護技術 ……	321
2 認知症の早期発見の重要性と支援の方向性 ……	320		

索引 ……………	325
----------	-----

2

認知症の高齢者への コミュニケーション技術

学習目標

- 認知症の高齢者のコミュニケーションの特徴を理解する。
- 認知症の高齢者とのコミュニケーションの基本を理解する。
- 認知症の症状に応じたコミュニケーション技術を習得する。
- 認知症の高齢者が保持している生活行動を引き出すコミュニケーション技術を習得する。

1 認知症の高齢者への看護におけるコミュニケーション技術の重要性

- (1) 認知症高齢者は、認知機能障害によりコミュニケーション障害が生じやすいので、個々の障害状況を理解したうえでコミュニケーション技術を用いることが重要である。
- (2) 認知症高齢者が長年にわたって身につけてきた生活行動を發揮して生活できるよう支援するためには、その人が保持している生活行動能力を引き出すコミュニケーション技術が必要である。
- (3) 認知症により生活上の障害をもつ高齢者にとって、コミュニケーションは社会的存在である自己を見出し維持するうえで重要であるため、これらを促進するコミュニケーション技術が求められる。

2 認知症の高齢者のコミュニケーションの特徴

認知症高齢者は、聴覚機能低下などの加齢によるコミュニケーションへの影響（第Ⅱ章 2, p.47参照）と認知症の症状によるコミュニケーションへの影響を抱えている。本節では、認知症の症状によるコミュニケーションへの影響に焦点を当てる。

1) 認知症の中核症状によるコミュニケーションへの影響

コミュニケーションは、相手が発したメッセージの内容・相手と自分との関係・その場の状況から相手が伝えたいことを理解し、それに対応したメッセージを伝え合うという当事者間の相互作用のプロセスである。認知症の中核症状の一部は、このプロセスに影響を及ぼし、場の状況、相手と自分の関係の理解、メッセージの内容の表出や理解を困難にする。

2) 認知症の行動・心理症状（BPSD）によるコミュニケーションへの影響

中核症状に加えて、幻覚・妄想・徘徊などのBPSDが出現している場合、それらの背景に不安や混乱および本人なりの理由があるため、その理由に関連している事柄以外に関するコミュニケーションが困難になる。したがって、BPSDへの対応やBPSDを出現させないような看護が必要となる。これらについては、第V章4（p.312）で説明する。

3) 認知症があっても保持されている機能とコミュニケーションとの関連

認知症があっても即時記憶・遠隔記憶・手続き記憶、感情、自尊心、長年かけて身につけてきた日常会話のルールなどは、比較的保持されている。したがって、次のようなコミュニケーションは可能である。

- ①**即時記憶**：挨拶を交わすなどその場での数秒単位のやりとり。
- ②**遠隔記憶**：昔の思い出を話す、昔からなじんでいる歌を歌う。
- ③**手続き記憶**：身体で覚えている動作・作業を介したやりとり。
- ④**長年かけて身につけてきた日常会話のルール¹⁾²⁾**：挨拶には挨拶を返す、呼びかけには応答する、相手が誰かわかればその人の社会的類型（職業や立場など）と自分の関係に応じて会話する（例：医師には患者として）など。

3

認知症の高齢者とのコミュニケーションの基本

1) コミュニケーションを阻害する因子を低減する

- ①**物理的因子**：周囲の騒音、人の動きなどは注意集中力を妨げる。静かで落ち着いた環境が望ましい。
- ②**心理的因子**：不安、自尊心の低下、不安の軽減、自尊心への配慮、ケア提供者自身の表情、言葉づかいが影響を及ぼす。
- ③**社会的因子**：文化や社会的立場などによって使用言語や行動の意味が異なる。

2) 場の状況の理解を助ける

- ①話し手としての自分が誰であるかを伝えてから話をする。
- ②話し相手をわかりやすく紹介する。認知症になっても社会生活で身につけてきた常識的な対話の仕方（たとえば、相手が孫とわかると祖母として応じる、親切には感謝する、依頼には対応しようとするなど）が保持されており、落ち着いている状態であれば発揮できる場合が多い³⁾⁴⁾。
- ③場の設定をしてから話をする。たとえば、入浴の話は浴室が見える場所で行うなど工夫する。

3) 本人が伝えたいメッセージを理解しようとする。そのうえで理解したメッセージに対応することから始める

- ①言葉そのものだけでなく、その言葉の背景にある気持ちに焦点を当てる。

- ②本人が発している言話も無視しない。認知症があると訴え自体を聞いてもらえず看護師がしなければならない業務優先で対応されてしまうことが少なくない。看護師側には正当な理由があったとしても、認知症の人にはその事情の理解は困難である。伝えたいメッセージに対応してもらえないだけでなく、自分の気持ちが無視されたという感情が残り、不安や混乱を助長する。
- ③気持ちに共感していることを言葉・表情・態度で伝える。
- ④本人独自の表現（話題、表現上の個性など）はどのようなものか、把握していく。
- ⑤状況や非言語的メッセージから、本人が伝えたいと思っていることを推し量り、本人の言葉を繰り返す、〇〇ですかなど言い換えて、伝えてみる。
- ⑥時間をかけて聴き、待つ。

4) 自分のメッセージが伝わりやすい工夫をする

- ①相手の視野に入って、視線を合わせて話しかける。近年紹介されている知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法であるユマニチュードにおいては、「ケアをする人の存在に気づいてもらい、“この人とはよい時間を過ごせる”と感じてもらおうための効果的なアプローチ」のスタートとして「正面から近づく」「相手の視線をとらえる」ことを挙げている⁵⁾。
- ②ゆっくり、低く、落ち着いた話し方をする。
- ③一度に複数のメッセージを盛り込まない。例：「右手で歯ブラシを持って、歯を磨いてください」でなく、まず「右手で歯ブラシを持ってください」と言い、歯ブラシを持ったら「歯を磨いてください」のほうが伝わりやすい。
- ④質問の仕方を工夫する。例：選択が可能な人には「何が食べたいですか」、言葉の認知や選択が難しい人には料理を見せながら「お魚とお肉どちらがいいですか」のほうが伝わりやすい。
- ⑤本人が身につけてきて保持しているコミュニケーションに関する能力を活用する。
- ⑥アイコンタクト・表情・しぐさなどの非言語的メッセージを用いてみる。
- ⑦伝わらないときは言い方を変えてみる。
- ⑧書いて伝える方法も用いてみる。認知症の人は近時記憶障害があるので、同じこと（本人にとっては初めてのこと）を繰り返し聞く。同じように繰り返しこたえればよいが、あまりにも多い場合は「〇〇さんの…です」など文字に表しておく工夫もしてみる。

5) 社会的存在としての生活を支えるためのコミュニケーションを促進する

認知症高齢者が社会的な存在として生活していくためには、他者と交流したり、自分がやりがいを感じる活動ができることが重要である。他者との交流の一つは、他者とコミュニケーションをとることでもある。すなわち、看護の手段としてではなく、社会的な存在としての生活できるための支援の一つとしてのコミュニケーションを位置づけことが重要である。

深谷ら⁶⁾のいう社会生活のなかで普段に行われている家族、仕事、社会の出来事などについてのコミュニケーション（第Ⅱ章2、p.47）に注目し、これらを意図的に促進するコミュ

コラム 認知症の高齢者とのコミュニケーションに役立つ療法・技法の紹介

ユマニチュード Humanitude

知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法。フランスのジネストとマレスコッテイによって作りだされた。この技法は「人とは何か」「ケアする人とは何か」を問う哲学と、それに基づく150を超える実践技術（見る，話す，触れる，立つ）から成り立っている⁵⁾。

バリデーション Validation

アルツハイマー型認知症および類似の認知症と診断された高齢者とのコミュニケーションを行うための療法の一つである。米国ソーシャルワーカー、ナオミ・フェイルによって開発された。バリデーションとは、死が訪れる前に、やり残した仕事を片づけてしまおうと、一生懸命奮闘しているアルツハイマー型認知症の高齢者に対して尊敬と共感をもってかかわることを基本にしている。具体的にはバリデーションの14テクニックがある⁷⁾。

タクティール[®]ケア Taktilis

肌と肌との触れ合いによるコミュニケーションを大事にするタッチケアに分類され、方法はスウェーデンにおいて開発・実践されてきた。援助者の手で、対象者の手足や背中などを柔らかく包み込むようになでることにより不安な感情を取り除いたり、痛みを和らげる効果があると期待されているケア技法の一つである⁸⁾。

*これらの用語を用いて技術として活用する場合には、定められた研修などを受ける必要がある。

コミュニケーション技術が求められる。対象となる認知症高齢者の生活歴を把握するとともに、本人が好きな話題や得意なことを理解し、話題に活用するとよい。

看護技術の実際

ここでは、実際の事例と場面を設定してコミュニケーション技術を説明する。

<事例紹介>

患者：北里マツ氏（以下K氏）、80歳代前半、女性、アルツハイマー型認知症中等度、Clinical Dementia Rating 2（CDR, p.280参照）高血圧既往はあるが他身体的疾患なし、要介護2。

生活歴：現在の地域で5人兄弟の長女として生まれ育ち、18歳で結婚。専業主婦として3人の子どもを育てた。6年前に夫が他界した後、鍋を焦がすなどが目立ち、専門医を受診しアルツハイマー型認知症と診断された。2年前より長男夫婦が同居し、訪問介護とデイサービスを利用して自宅で暮らしていた。本人は頑張り屋、おしゃれであると家族からの情報あり。

現病歴：立ち上がりの際に顔をしかめる、歩行を嫌がる様子がみられ、近医を受診。変形性膝関節症と診断され、手術目的で入院となった。

A 近時記憶障害および見当識障害がある認知症の高齢者とのコミュニケーション技術

1) K氏が病棟に入院してきた場面 (図2-1)

この場面(図2-1)のコミュニケーション技術の目的は、本人が安心して病室に行くことである。本場面では、次のようなコミュニケーションがとられることが少なくない。

看護師：ここは病院ですから、大丈夫ですよ。さあ、病室に行きましょう。



図2-1 K氏が病棟に入院してきた場面

看護師の言葉は、近時記憶障害および見当識障害がない高齢者が対象であれば、入院してきた患者を病室へ案内することを目的としたていねいな会話であり、問題はない。しかし、中等度認知症による近時記憶障害および見当識障害があるK氏には次のような理由により適切でない。看護師に「行きましょう」と勧められたK氏は、それに応じて病室に行くことができるかもしれない。しかし、K氏はここがどこか、自分がここにいる理由を明確に認識していないと考えられ、看護師の「ここは病院だから大丈夫」は、K氏にとっては大丈夫な理由にはならない。したがって、K氏の「間違えて来ちゃったから帰りたい」という気持ちはなくなっていないので、この後も訴えとして繰り返し表出されるだろう。認知症があると、この訴えは「帰宅願望」とアセスメントされることも少なくない。さらに、繰り返し表出しても応じてもらえない場合の対処として、K氏は自分で家に帰るという行動をとることも考えられる。この行動は「徘徊」というBPSDとして問題視され、K氏自身にも看護師にとっても困難な状況を引き起こしてしまう。

同場面における、近時記憶障害および見当識障害のあるK氏の言動の意味を理解したうえででのコミュニケーション技術を次に示す。

●目 的：安心して病室に行くことができる

	言 動	留意点と根拠
1	看護師：(身をかがめ、相手の視線の位置でゆっくり、やさしく) (⇒①) 北里マツ様ですね (⇒②)	① ナースステーション前は周囲の動きや音がある。これは物理的な要因として、K氏に緊張や不安をもたらすコミュニケーションの阻害因子となる。看護師の言動が緊張や不安を増強させる阻害因子にならないように、ゆっくりやさしく、ていねいな言葉づかいをする。看護師が自分のメッセージを伝えやすくするためには、視線を合わせて話しかけることが重要である

	言 動	留意点と根拠
2	K氏：はい	②中等度認知症があると1回に複数のメッセージの理解は困難な場合が多いので、一つのメッセージのみとする（以下の看護師の対応も同様）
3	看護師：整形外科病棟看護師の〇〇です。よろしくお願いいたします（⇒③）	③話し手としての自分が誰であるかを伝えることは、見当識障害・近時記憶障害があるK氏の場の状況や相手の理解を助ける
4	K氏：こちらこそよろしくお願いいたします	●認知症があっても即時記憶は比較的保たれ、長い人生のなかで培ってきた日常会話のルール①は保持していることが多いため、4のK氏の言葉のように挨拶に対して挨拶を返すという応答は可能である
5	看護師：それでは、これから病室にご案内しますがよろしいでしょうか（⇒④）	④「提案に対する応答は非同意より同意が優先する」という日常会話のルール②を活用し、本場面の目的とする行動に同意を求める発言を用いることは有効である
6	K氏：申し訳ありませんが、私、間違っちゃったようです。帰らせていただきます	●提案に対して優先する承諾ではない回答なので、回答の前に謝罪するという日常会話のルールを發揮できていることがわかる。また、間違っちゃったという体験（本人にとっての事実）のなかにいることを言葉で伝えることができているのは、これまでの看護師の言動がK氏に安心感をもたらしているためと考えられる
7	看護師：北里さん、何を（⇒⑤）間違っちゃったんですか（⇒⑥）	⑤なぜという問いは認知症の人にとって難しく混乱の要因になりやすい。誰が、何を、いつ、どこでという事実を聞く質問のほうがよい⑥ ⑥本人が伝えたい真のメッセージを理解するためには、本人の言葉とその背景にある気持ちに焦点を当てることが重要である。本人の言葉を反復する発言は、言葉の裏にある理由を引き出すために有効である。相手の言ったことをそのまま復唱する単純反復とは、基本的には聴き方の技法である。話したことをきちんと聴いている印象が相手に伝わる。また、押しつけがましくならず相手に情報を引き出し、言葉の裏にある相手の事情がわかっていくことがある。単純反復のペースが早すぎると相手を馬鹿にしたような印象を与えてしまうなど注意も必要である④
8	K氏：そうなの、間違っちゃったの、こんな服着てきちゃって恥ずかしいわ	●8のK氏の言葉で、間違っちゃったという言葉の裏にある事情を引き出すことができていることがわかり、7の成果と考えられる
9	看護師：そうですか（⇒⑦）。そのお洋服は北里さんによくお似合いですよ（⇒⑧）	⑦8でK氏が気持ちを表出しているのを、まずは、それを受け止めましたということ伝えることが必要である ⑧（K氏はおしゃれだという情報あり）、本人が気にしていることを気にしなくてよいと説得するのではなく、納得してもらうような発言がポイントとなる
10	K氏：そうかしら	●10のK氏の言葉は、納得してきていることが確認できる言葉と考えられる
11	看護師：はい。ですから洋服を着替えにご自宅にお帰りにならなくても大丈夫ですよ（⇒⑨）	⑨本人の納得が得られた後であれば、伝えたいメッセージを理解してもらうことが可能である。逆に言えば本人なりの納得が得られていない段階で、別のメッセージを伝えても理解されにくい
12	K氏：そうね。この洋服で大丈夫ね	●12のK氏の言葉で、本人の間違っちゃったという気持ちは解決し、大丈夫というメッセージが理解されたことが確認できる

言 動	留意点と根拠
13 看護師：それでは、あちらに (⇒10) 一緒に (⇒11) 行きましょう	<p>10この時点で病室という言葉は理解が難しいかもしれないので、あちらという方向を示す言葉を用いる</p> <p>11一緒に行くことも伝えると、安心感を与えられる</p>

- ① 小山幸代：認知症高齢者グループホームの成員が形成している集団の特性—エスノメソドロジー研究による相互作用の分析から、北里看護学誌, 15 (1) : 11-24, 2013.
- ② Levinson SC 著, 安井稔・奥田夏子訳：英語語用論, 研究社出版, 1990, p.415.
- ③ Feil N 著, 藤沢嘉勝監訳：パリテーション—痴呆症の人の超コミュニケーション法, 筒井書房, 2008, p.61-62.
- ④ 杉本なおみ：医療コミュニケーション・ハンドブック, 中央法規出版, 2008, p.74-75.

<この場面のコミュニケーション技術の評価>

K氏の12の発言から安心して病室に行くことができるという目的は達成されたと評価できる。目的を達成することができたポイントは、K氏の6の発言について、場面の状況と近時記憶・見当識障害がある高齢者ということから、本人の言葉と言葉の背景にある気持ち（この場合は困っている）に焦点を当てることができた点である。本人なりの気持ちに納得がいく解決を図ることで安心し、BPSDの出現が防げて、BPSDに対応しなければならないという看護師の困難状況も回避できる可能性が高い。最初に示した会話の例が3回のやりとりであるのと比べると、12回と回数は増えているが、会話なので時間が大幅に増えるわけではないので、忙しくても可能な対応である。

さらに、この場面をとおしてK氏が日常会話のルールを身につけており発揮できること、ていねいな言葉を使う方であることがアセスメントでき、今後のコミュニケーションに活用できることがわかった。また、記憶障害のあるK氏はこのコミュニケーション場面のエピソード自体は覚えていられないかもしれないが、本場面をとおして感じた安心感は、K氏のなかに残る。このようなコミュニケーションをとおして、K氏にとって看護師が安心できる存在になっていくことができると考えられる。病院の中で身近な人的環境である看護師が安心できる存在であるということは、不安と混乱を抱えている認知症の高齢者患者にとって有益なことである。

2) 手術後の場面 (図2-2)

術後1日目、看護師が訪室するとK氏が点滴ルートを自己抜去していた場面 (図2-2) である。本場面では、次のようなコミュニケーションがとられることが少なくない。

看護師：マツさん、抜いちゃったんですね。大切なお薬だから抜いたらだめですよ。

この看護師の言葉は、中等度認知症による近時記憶障害・見当識障害があるK氏には適切でない。K氏は自分が手術後の患者であるという明確な認識はもてていないと考えられる。看護師の「あなたがやった、やってはだめ」という返答はK氏にとって思いがけないことであり、「自分がわからないことを自分のせいにされて注意された」というように伝わり、K氏を混乱させてしまうだろう。無理に押さえて点滴を開始しようとするということになれば、K氏は自分に対する攻撃への対処として手を振り払うなどの行動をするかもしれない。過度の緊張や混乱がせん妄発症の要因ともなる危険性もある。

近時記憶障害・見当識障害のあるK氏の発言のもつ意味と、その背景にある気持ちに焦

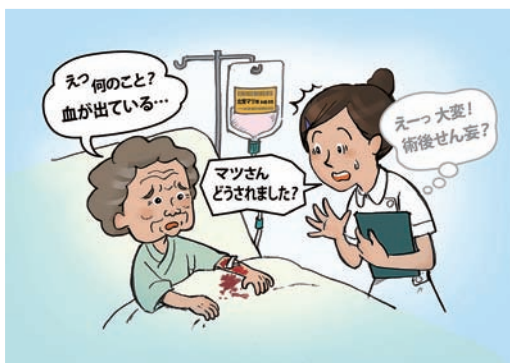


図2-2 手術後の場面

点を当てたコミュニケーションについて示す。

- 目的：本人が混乱することなく、安全に点滴抜去後の処置が受けられる

	言 動	留意点と根拠
1	看護師：(出血の状態などを判断し、緊急を要しないと判断できたら、まず深呼吸をする (→①)) (K氏と視線を合わせて (→②)) 北里さん、どうしましたか (→③)	<ul style="list-style-type: none"> ●安全を確保するために、緊急の処置が必要かどうかの判断は第一優先である ①看護師自身の気持ちを落ち着けるためにこの時点での深呼吸は有効である①。焦った気持ちのまま対応するとK氏に伝わり、不安を増長する要因にもなる。また、焦りや怒りなどの感情があると相手の気持ちを感じ取ることがをじゃましてしまう ②水平に目線を合わせることで「平等」を、正面から見ることで「正直・信頼」を、顔を近づけることで「やさしさ・親密さ」を示すメッセージとなると言われている② ③まずは、相手を感じている事実を確認することが重要である
2	K氏：えっ、何のこと、血が出てる…	<ul style="list-style-type: none"> ●中等度認知症のK氏は手術をしたというエピソードを明確に覚えていないと考えられ、2の応答は本人にとっての事実を言葉にしており、この時点ではせん妄とは判断できない。むしろ、質問には応答するという日常会話のルールにのっとり、本人らしいでない言葉でしっかり応答していると理解して次に進む
3	看護師：血が出ていて心配ですね (→④)	<ul style="list-style-type: none"> ④K氏の言葉と気持ちに焦点を当て対応することが重要である。K氏は心配しているとは言っていないが、本人の気持ちも含めて言い換えを用いる。「言い換え」とは、相手が言った言葉を別の言葉に置き換えて返答することである。言い換えるためには、相手の言っている言葉を注意深く聴き、その言葉の意味を理解する必要がある。これができた言い換えは、相手にわかってもらえたという気持ちをもってもらえる④
4	K氏：そうなの、どうしたのかしら	<ul style="list-style-type: none"> ●4の発語は、K氏が自分の気持ち(心配)をわかってもらえたということを示していると理解して次に進む
5	看護師：今すぐ手当するから大丈夫ですよ (やさしく上肢を下から支える (→⑤)) (図2-3)	<ul style="list-style-type: none"> ●心配しているので、安心してもらえるような言葉かけが重要である ⑤状況を理解できていないK氏にとって、腕をつかまれることは押さえつけられるというような否定的なメッセージとなり得る。下からやさしく支えることはやさしさを伝える⑤

言 動	留意点と根拠
 <p>図 2-3 やさしく上肢を下から支える</p>	
<p>6 K氏：お手数かけてすみません。よかったわ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 6の発言からK氏が安心してきたことがわかる。また、K氏は自分のための相手の行為に感謝を述べるという会話ができており、最初の段階より落ち着いてきていると考えられる
<p>7 看護師：北里さんは昨日 膝の手術をしたんですよ (→6) (腕を支えて処置しながら)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 6でK氏自身が抱えている気持ちが解決し、混乱していない状況であることが確認できたこと、即時記憶が保持されているK氏はその場での言葉の理解は可能であるため、この段階で現状を説明し理解してもらうことは可能である
<p>8 K氏：そうだったかしら、だからベッドで寝ていたのね</p>	
<p>9 看護師：そうなんです。だから、ここに注射…</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 8のK氏の発言から、現段階では看護師の説明を理解したことがわかる

- ① Feil N 著，藤沢嘉勝監訳：バリテーションー痴呆症の人との超コミュニケーション法，筒井書房，2008，p.60-61.
- ② 本田美和子・Gineste Y・Marescotti R：ユマニチュード入門，医学書院，2014，p.42，64-73.
- ③ 杉本なおみ：医療コミュニケーション・ハンドブック，中央法規出版，2008，p.80-87.

<この場面のコミュニケーション技術の評価>

8のK氏の発言から状況を納得していると判断でき、安全で混乱なく点滴抜去の処置が受けられるという目的は達成したと評価できる。目的達成には、状況がわからず混乱が強まりそうなK氏が安心できるような視線の合わせ方、触れ方といった非言語的なコミュニケーション技術と近時記憶障害・見当識障害のあるK氏の発言とその背景にある気持ちに焦点を当て、気持ちの理解と解決のため、反復や言い換えという技法を用いた言語的コミュニケーションが有効であったといえよう。

なお、記憶障害のあるK氏は今回の説明を覚えていられないと予測ができる。本人と上手に相談し（たとえば、後でもわかるように〇〇しておきましょうか）、点滴チューブの見えやすいところに「大事な注射です。ご自分で触らないでください」などのメモ紙を貼っておくなど工夫する。また、できるだけ早く経口摂取に切り替えるなど医師と相談することが必要となる。

3) 物盗られ妄想出現の場面

K氏は術後経過もリハビリも順調に進み、自宅復帰を目指して介護老人保健施設へ退院することになった。退院2日前の昼食前、看護師が食堂へ誘導するため訪室すると、K氏

は下を向いてベッドに端座位になっていた。1) 2) の場面で示したコミュニケーション技術を用いて対応してみよう。

● 目的：本人が納得して混乱なく食堂へ行く

	言 動	留意点と根拠
1	看護師：マツさん (⇒①)，お昼なので食堂に行きましょう (⇒②)	①名前を呼んで話しかけることで、親しみやすさを感じてもらえる。女性の認知症高齢者の場合、結婚で姓が変わっていることが多いため、変わっていないファーストネームのほうがよい場合が多い。その方にはどう呼んだほうがよいか把握することが必要である ②強制感がなく行動を起こしてもらう、また、誘導や依頼には拒否でなく同意が優先されるという日常会話のルール①もあり、行動してもらうために誘導の言葉かけは有効である
2	K氏：あら、あなた、ないのよ、誰かに盗まれたのよ (視線が合わず、表情が暗い)	●誘導に対する応答は通常、同意するか拒否するかであるが、K氏はまったく別の応答をしており、つじつまが合わない。同時に、発話の仕方、表情から困っていることがわかる。したがって、2のように応答せざるを得ないK氏の言葉とその背景にある気持ちに焦点を当てる必要がある。この発言はBPSDの一つである物盗られ妄想であるかもしれない。その場合、BPSDの出現には身体的不調、することがなくほっておかれる生活、自分を脅かす過度の刺激、本人の行動特性が関連する②という知識を念頭に置く必要があると考えられる
3	(ゆっくり深呼吸してから) (⇒③) 看護師：何が (⇒④) ないんですか (⇒⑤)	③予測している応答と異なることに動揺する看護師自身の気持ちを落ち着かせるために有効である ④理由を問うことは認知症のある人を混乱させるので、K氏にとっての事実を問う⑥ ⑤何かなくて困っているというK氏の言葉と気持ちに焦点を当てて、困った気持ちにしている理由を表出してもらうため、単純反復という技法を用いる④
4	K氏：ないの、〇〇 (息子の名前) に買ってもらったシャツがないの	●4のK氏の息子に買ってもらったシャツという言葉に注目する必要がある。物盗られ妄想であるとすれば、介護老人保健施設への退院が近くなり、周囲が騒がしくなったことが過剰な刺激となり、本人を混乱させBPSDの出現につながっている可能性があると考えられる
5	看護師：〇〇さんに買ってもらったシャツですか (⇒⑥)	⑥困っている気持ちを聞いていることを相手に伝えるために相手の言葉を繰り返す
6	K氏：そうなの、〇〇に買ってもらったものなの	●6のK氏のそうなのという発言によって、K氏が看護師に話を聞いてもらっているという気持ちになっていることがわかる。4と6で「〇〇に買ってもらった」が2度出てきていることに注目する。大切な息子、不安な気持ち (退院をめぐる話のなかで、話の内容は覚えていないが、ここから自宅とは違う場所へ行く、息子に見捨てられるというような感情が残っているのかもしれない) が、この訴えにつながっているのかもしれないと考えられる
7	看護師：それはお困りですね (⇒⑦)。一緒に探しましょうか (⇒⑧)	⑦本人の気持ちに焦点を当てて言い換えを用いる ⑧物をなくして困っている場合は、探すことが通常の対応である。一緒ということで安心感につなげ、押しつけにならないように「～しましょうか」と相手の同意を得る発語を用いるとよい

	言 動	留意点と根拠
8	K氏：そうしてくださる。悪いわね	● 8で、一緒に探してくれる者への感謝を表出しており、即時記憶や社交する力を発揮している。K氏は相手への感謝をていねいに述べられる人であることは前述の1) 2) の例でわかっている。本人らしい応答ができるようになってきており、本場面の最初の時点より混乱状態が落ち着いてきていると考えられる
9	看護師：〇〇さんが買ってくださった大切なものなんです ね (⇒9) (床頭台や戸棚を一緒に探しながら)	⑨息子のことを気にしているのかもしれないというアセスメントに基づき、息子に焦点を当てた言い換えを用いて確認する
10	K氏：そうなのよ、〇〇、今日来るかしら	● 10のK氏の発言より、息子のことを気にかけているということが確認できた(置き忘れの場合、ここでシャツが見つかる場合もあるが、この場面では見つからなかった)
11	看護師：〇〇さんがいらっしゃるか心配なんです ね (⇒10)	⑩ K氏の気持ちに焦点を当てて解決のための手がかりを引き出すために、心配しているという気持ちも含めた言い換えを用いる
12	K氏：心配ってほどじゃないけどね、大人だし	● 12の発言より、K氏が心配している気持ちに自分なりに向き合って、解決を図ろうとしていることがわかる。母親としての発言であり、K氏は落ち着いていれば自分でこのような気持ちの解決ができる力をもっていると考えられる
13	看護師：お仕事があるからいらっしゃるとしても 夕方ですよ (⇒11)	⑪ 息子が来るかどうかは現時点ではわからない状況のなかで、本人の心配を解決するため、あいまいな表現を使うとよい
14	K氏：そうよね、仕事だものね	● ひとまず、息子が来るかどうかに対しては納得が得られていると考えられる
15	看護師：では、ちょうどお昼なのでお食事を 召しあがってお待ちしましょうか (⇒12)	⑫ 本人にとっての事実とそれに伴う気持ちが解決したことが確認できたため、直前の会話内容に引きつけて食堂への誘導をする。誘導には拒否より承諾が優先するという日常会話のルールを活用することが有効である⑤
16	K氏：そうね、そうしましょう。ありがとう	● K氏は混乱・不安が解決した状態であれば、誘導に応じ、感謝の気持ちも表出できることがわかる

① Levinson SC 著, 安井稔・奥田夏子訳: 英語語用論, 研究社出版, 1990, p.415.
 ② 文部科学省, 小山幸代・シェザード樽塚まち子・千葉京子・他編集協力: 老年看護, 教育出版, 2014, p.185-186.
 ③ Feil N 著, 藤沢嘉勝監訳: バリテーションー痴呆症の人との超コミュニケーション法, 筒井書房, 2008, p.61-62.
 ④ 杉本なおみ: 医療コミュニケーション・ハンドブック, 中央法規出版, 2008, p.74-75.
 ⑤ 小山幸代・片井美菜子・櫻井正子: 認知症高齢者への生活行動援助場面でケア提供者が用いているコミュニケーションスキル～グループホームにおける入浴行動援助場面の分析, 日本認知症ケア学会誌, 11 (1) : 315, 2012.

<この場面のコミュニケーション技術の評価>

上記14, 16のK氏の発言から、納得して混乱なく食堂へ行けることが判断でき、目的は達成されたと評価できる。この結果をもたらしたポイントは、2のK氏の発言のアセスメントと本人の気持ちに焦点を当てた言い換えという技法を用いて、言動の背景にある本人なりの理由を引き出したことにある。理由がわかれば、本人が納得できる解決に導くことができる。本人がこだわっている気持ちの解決が図られた後で、目的である食堂への移動を促したことにあると考えられる。

コミュニケーションプロセスをとおして、「シャツがない、誰かに盗まれた」というのは物盗られ妄想だったこと、要因は退院をめぐる周囲の状況が本人にとって過度の刺激となっており、不安な気持ち・混乱が生じ、それへの対処として引き起こされたBPSDであったことがわかる。この場面の物盗られ妄想には対応できたが、要因自体はなくなっていないので、BPSDの出現を防ぐためには、退院をめぐる動きが本人にとって過度の刺激とならないような対策と、大切にしている息子との絆を感じることができるよう配慮が必要となる。

B 認知症の高齢者が保持している生活行動を引き出すコミュニケーション技術

認知症高齢者がその人らしく生活するための重要な要素の一つは、本人が長い人生のなかで身につけてきた生活行動を発揮して日常生活を過ごせることである。なぜならば、認知症になっても豊かに保持されている生活行動の細部にわたる技法や習慣にはその人らしさが反映されているからである。しかし、認知症高齢者は、認知症による中核症状があるため、本来保持されている生活行動を自ら実行できないという課題を抱えている。したがって、認知症高齢者が保持している生活行動を引き出す援助が重要となる。この援助は、中核症状へのアプローチが主であり、そのためのコミュニケーション技術が必要となる。

ここでは、Aと同様にK氏の事例で、場面を設定して生活行動を引き出すコミュニケーション技術を示す。

K氏は、在宅復帰に向けて介護老人保健施設へ移りリハビリに取り組み、手すりや杖を使いながら歩行可能な状態になった。記憶障害や失認の程度はやや進んだが認知症の重症度（CDR2）は入院時と変化ない状態を維持している。

図2-4にある左図の状態のK氏を、右図の状態になることを可能にしたコミュニケーション技術を示す。

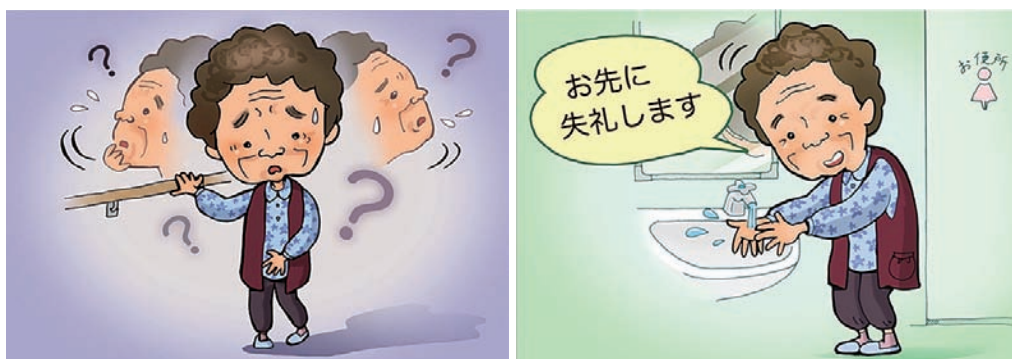


図2-4 生活行動を引き出す場面

文部科学省、小山幸代・シェザード樽塚まち子・千葉京子・他編集協力：老年看護，教育出版，2014，p.196. より引用

●目的：本人が保持している排泄行動や習慣を發揮して排泄できる

	言 動	留意点と根拠
1	看護師：(さりげなく左図のK氏に近づいて、K氏の間を見て、トイレのほうを手で示しながら、やさしい口調でゆっくり) マツさん、こちらへどうぞ (→①)	●左図のK氏の状態を膀胱充満の感覚が尿意とはっきり認識できない状態で、どこへ行ってもいいかわからず困っていると判断した ①K氏の混乱が強くないように配慮しながら、トイレへさりげなく誘導する言葉かけを用いることが有効である①。また、トイレという言葉が伝わるか不明なので、方向を示す言葉を用いる
2	K氏：(看護師の顔を見て、看護師の手が示すほうを見てうなずき、歩き出す)	
3	看護師：(K氏の後ろからついて行ってトイレへ着いたのを確認して) はい。どうぞ (→②) (先にトイレに入って個室のドアを開ける)	●トイレの便座を見れば、それを便座と認知できる力は残っていると考えられる ②誘導という言葉かけは拒否より同意が優先するため、行動を促すのに役立つ②
4	K氏：ありがとう (個室に入ってドアを締める) (排尿を済ませ、水を流している) (個室から出てきて水道で手を洗う) (個室の外で見守っていた看護師を見て) お先に失礼します (流しの周囲に飛び散った水滴をパーパーで拭いている)	●「どうぞ」と勤めてくれた相手にお礼を述べており、対人関係上の常識的応答ができる力は保持されていることがわかる。また、便座が便座とわかれば、そこで排尿するという行為は身につけている(手続き記憶は保持されている)。またK氏は排泄動作のADLに障害はないので、自然に排尿できたと考えられる。手を洗うまでがK氏が身につけているトイレでの排泄動作であり、飛び散った水滴を拭くこともK氏の習慣だったと考えられる(この動作自体がK氏らしさといえる)
5	看護師：はい。きれいにさせていただいてありがとうございます (→③)	③即時記憶や社交する力を發揮しているK氏に通常の社会的な応答をすることも、K氏を尊重するコミュニケーションとして重要である
6	K氏：どういたしまして	

①小山幸代・片井美菜子・櫻井正子：認知症高齢者への生活行動援助場面でケア提供者が用いているコミュニケーションスキル～グループホームにおける入浴行動援助場面の分析，日本認知症ケア学会誌，11 (1)：315，2012。
②Levinson SC 著，安井稔・奥田夏子訳：英語用語論，研究社出版，1990，p.415。

<この場面のコミュニケーション技術の評価>

下腹部の不快感はあるがどうしていいか、どこへ行ってもいいかわからず困っているK氏が、一人で排泄し、手洗い場面で本人らしい行動を發揮できていることから、目的は達成できたと評価できる。本結果をもちいたしたポイントは、左図の状態のアセスメントと認知症高齢者もわれわれも身につけている日常会話のルールを意図的に活用した技法を用いたことにあるだろう。このようなコミュニケーション技術を用いることで、中核症状をもつ認知症高齢者がもっている生活行動する力を發揮できる援助が可能となる⁸⁾。

文 献

- 高岡幸一・宮川清司編：ことばは生きている，人文書院，1991，p.6-9.
- 前田泰樹・水川喜文・岡田光弘編：エスノメソドロジー—人々の実践から学ぶ，新曜社，2007.
- 小山幸代・木村勇介・深谷安子：高齢者との円滑なコミュニケーションの築き方，第4回 認知症高齢者とのコミュニケーション，通所ケア，3 (4)：123-128，2005.
- 小山幸代：認知症高齢者グループホームの成員が形成している集団の特性—エスノメソドロジー研究による相互作用の分析から，北里看護学誌，15 (1)：11-24，2013.
- 本田美和子・Gineste Y, Marescotti R：ユマニチュード入門，医学書院，2014.
- Fukaya Y, Koyama S, Kimura Y et al：Education to promote verbal communication by caregivers in geriatric

- care facilities, *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 91-103, 2009.
- 7) Feil N著, 藤沢嘉勝監訳: バリテーションー痴呆症の人の超コミュニケーション法, 筒井書房, 2008.
 - 8) 小山幸代・片井美菜子・櫻井正子: 認知症高齢者への生活行動援助場面でケア提供者が用いているコミュニケーションスキル〜グループホームにおける入浴行動援助場面の分析, *日本認知症ケア学会誌*, 11 (1): 315, 2012.
 - 9) タクテイルケア普及を考える会編集: タクテイルケア入門, 日経BP企画, 2008.
 - 10) 三村将・飯干紀代子編: 認知症のコミュニケーション障害—その評価と支援, 医歯薬出版, 2013.