

## 研究ノート

## 認知症高齢者に対する熟練看護師のコミュニケーション技術の特性

—— バイタルサイン測定場面における新人看護師との比較 ——

東 泉 貴 子<sup>1)</sup>Characteristics of Skilled Nurses' Communication Skills  
with Elderly People with Dementia:

Comparison with New nurses' in Vital Sign Measurement Situations

Takako TOSEN<sup>1)</sup>

キーワード：認知症高齢者、熟練看護師、コミュニケーション技術

## I. 緒 言

我が国の65歳以上の高齢者人口は、令和2（2020）年9月の時点で3,618万人で、総人口に占める割合は28.8%<sup>1)</sup>である。今後、「団塊の世代」が後期高齢者となる令和7（2025）年には、高齢者人口3,677万人、総人口に占める割合は30.0%となることが見込まれている<sup>2)</sup>。認知症の最大の危険因子は加齢であり、我が国の65歳以上の高齢者における有病率は8～10%程度と推定されている<sup>3)</sup>。高齢化の進展に伴い、認知症の高齢者は更に増加し、65歳以上の認知症または認知症予備軍の高齢者は、令和2（2020）年で602万人（6人に1人）対し、令和7（2025）年には約700万人（約5人に1人）に増加すると推計<sup>4)</sup>されている。

認知症は中核症状として、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行力障害があり、症状が出現すると周囲で起こっている現実を正しく認識することができなくなる。そこに、本人の性格、環境、人間関係などさまざまな要因が絡みあい、行動・心理症状が起こる。行動・心理症状には、不安、焦燥、せん妄、妄想、徘徊、暴言、暴力などがあり、他者とのコミュニケーションを図ることが困難となり、生活に支障をきたしやすくなる。特に、認知症は中等度になると意思の疎通は不十分となり、コミュニケーションに時間

がかかる。重度になると意思の疎通は困難となり、目が離せなくなることから対応はさらに難しくなる。そのため、認知症患者の残されたコミュニケーション能力を活かしながら生活を脅かさないケアが必要<sup>5)</sup>となる。

対応が難しい中等度以上の認知症高齢者に対するケアについては、様々な方法が開発されている。タクティールケア<sup>6)</sup>は、皮膚に触れるソフトマッサージの一種で肌と肌との触れ合いによるコミュニケーション方法である。リラックス効果が確認され実施回数が増えるたびに発する言葉も多くなったと報告されている<sup>7)</sup>。パリエーション療法<sup>8)</sup>は、認知症高齢者へのコミュニケーション技法のひとつであり、認知症の高齢者に対して尊敬と共感をもって関わることを基本としている<sup>9)</sup>。パーソン・センタード・ケア<sup>10)</sup>は、その人の人間性を考えることが重要とし、自分らしさ、結びつき、携ること、共にあること、くつろぎの5つの心理要素を満たすケアを推奨している。ユマニチュードは「ケアをする人とは何か」「人とは何か」を根底におく、知覚・感情・言語化による包括的コミュニケーションに基づいたケアで「人と人との関係性」に着目したケアの技法<sup>11)</sup>である。

コミュニケーションは、看護師が患者に対して看護ケアを始める最初の行為である。しかし、認知症が中

1) 日本医療科学大学

等度以上になると、意思疎通は不十分になりコミュニケーションを図ることに時間がかかることから、看護実践の場面において多くの看護師が困難を感じている<sup>12)</sup>。看護師が認知症高齢者に対してどのようなコミュニケーションを行っているかと認識しているのかを調査した報告<sup>13)</sup>や、認知症が中等度以上で行動・心理症状が出現している人に対するコミュニケーションの関わり方の報告<sup>14)</sup>などからも、認知症高齢者とのコミュニケーション技術は、看護ケアを進めていくために重要になると考えられる。

認知症高齢者の症状は多様で、周囲の環境の変化によりその症状も様々に変化するため、微細な変化の兆候を捉え、行動・心理症状の出現を適切に回避し、認知症高齢者にとって安定した心地よい状態でケアを遂行するためには高度な技術が必要となる。岡岡ら<sup>15)</sup>は、熟達した看護師の認知症高齢者に対する対応と看護ケア技術は、直感と経験の類推の積み重ねから成り立っており、そこには経験が大きな働きをし、意味を持っていると述べている。そのため、同じ職種であっても熟達した看護師と新人看護師では、認知症高齢者を観察する視点やアセスメント、コミュニケーション能力に差があり、そのことが看護ケアに影響を及ぼしていると考えられる。

本研究の目的は、中等度以上の認知症高齢者に対するコミュニケーション技術について、熟達看護師の特性を、新人看護師との対比により明らかにすることである。このことにより、熟達看護師の持つ認知症高齢者に対するコミュニケーション技術を病棟スタッフや経験の浅いスタッフが活用することが可能となり、看護の質の担保につながると考えられる。一定の質が保たれたケアは認知症高齢者の心身の安定をもたらし、入院生活のQOLの向上に寄与するものと考ええる。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 用語の定義

#### 1) 熟達看護師と新人看護師

Patricia Benner はドレイファスモデルを看護実践の熟達度レベルに応用し、第1段階：初心者レベル、第2段階：新人レベル、第3段階：一人前レベル、第4段階：中堅レベル、第5段階：達人レベルの5段階とその特徴<sup>16)</sup>を示している。本研究は、これに基づき、熟達看護師、新人看護師を次のように定義する。

熟達看護師とは、第5段階に相当し、自分の状況把

握を適切な行動に結びつけるのに、多くの的外れの診断や対策をするという無駄をせず、1つひとつの状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞り行動する看護師<sup>17)</sup>をいう。

新人看護師とは、第2段階に相当し、かろうじて及第点の業務をこなし、繰り返し生じる重要な要素に気づく、(あるいは、指導者に指摘をされて気づく)ことができる程度に経験している看護師<sup>18)</sup>をいう。

#### 2) コミュニケーション技術

臨床場面における看護師と患者とのメッセージ交換、感情の交流などによる両者間の相互作用<sup>19)</sup>を促進し、或いは良好にする看護師の看護技術とする。

### 2. 研究対象

関東に位置する老年病院1施設の一般病棟において、看護部長と所属病棟の病棟師長の両者から推薦された、認知症高齢者に対する看護ケアを実践している熟達看護師2名と新人看護師2名を対象とした。

### 3. データの収集方法および内容

#### 1) 参加観察

対象が所属する病棟において、熟達看護師1名と新人看護師1名を組み合わせとし、組み合わせ毎に2名の同一の患者に対し、熟達看護師と新人看護師のそれぞれが単独で日常生活の看護ケアを提供する場面のやり取りを、対象1名につき2日間の計8日間、延べ40時間、参加観察した。

患者は、認知機能の障害があり、コミュニケーションを図ることや看護師とのやり取りが難しい中等度以上の認知症で、全身状態が安定しており、対象病棟の病棟師長の推薦を受け、代諾者から同意を得られた者4名とした。参加観察に先立ち、患者の基礎的データ(年代、性別、疾患名、認知症の程度、認知症の種類、ADLの状況)を診療録から閲覧し転記した。

参加観察は、観察者が活動の場面に入るがそこに参加したり人々とかかわったりはあまりしない「消極的な参加」<sup>20)</sup>により行った。対象が主にベッドサイドで看護ケアを行う9時～15時の時間帯(昼休憩1時間を除く)に研究者が同行し、対象が患者の看護ケアを行った場面について、時間、場所、状況、看護ケアの内容、看護ケア場面の始まりから終わりまでの対象の患者への働きかけ、患者の反応、患者の反応に対する対象の反応を観察し、フィールドノートに時系列で記録した。

その際、参加観察の場面を正確に再現するため、あらかじめ同意を得た上でICレコーダで録音をした。

なお、参加観察により患者の混乱や看護師の業務への支障をきたすことがないように、研究者は事前にフィールドに入り対象とともに患者の看護ケアを行い、参加観察は患者の状態が安定している日に実施した。参加観察終了後、直ちにフィールドノートの記入内容とICレコーダで録音した内容を照合し、観察記録とタイムテーブルを作成した。

## 2) インタビュー

後日、対象それぞれに約30分のインタビューを実施し、観察記録の内容を確認するとともに、介入の意図を聞き取り、観察記録に追記した。

## 3) データ収集期間

2016年8月-11月

## 4. 分析の方法

本研究においては、毎日、規則的に実施され、かつ、言語的および非言語的コミュニケーションが必須となるバイタルサイン測定場面に焦点を当て、所要時間、コミュニケーション技術の出現回数、やり取りの休止およびスピーチロックの出現回数、時間および状況について熟練看護師、新人看護師間の比較を行った。分析の手順は以下のとおりである。

### 1) 所要時間の算出

各場面について、対象が患者のもとを訪れたときからバイタルサイン測定の終了の合図となる言語または非言語のコミュニケーションの出現までの時間を算出した。

### 2) コミュニケーション技術の出現頻度の算出

観察記録からコミュニケーション技術を表す記述を抽出し、言語的コミュニケーションおよび非言語的コミュニケーションに演繹的に分類して、各項目における記述の件数を出現頻度として算出した。言語的コミュニケーションはRoter's Interaction Analysis System (RIAS)<sup>21)</sup>を基に分類した。なお、項目名の一部は看護ケアに適する表現に置き換え、該当する記述がなかった項目は削除し、分類が不能であった記述に対し「感謝」、「同意の要請」、「ケアの提案」、「ケアへの協力の要請」、「指示の変更」の5項目を追加した34項目を最終の言語的コミュニケーション分類とした。非言語的コミュニケーションはCaris-verhallenらの5項目<sup>22)</sup>のうち、タッチングを認知症ケアに意図的に用いられる「認知を促すタッチング」、「安心感を与えるタッ

チング」、「ケアのためのタッチング」に分け、同じく認知症ケアで用いられる「耳元での声掛け」、「自分が患者の視野に入る」、「注視して欲しいものを患者の視野に入れる」を加えた10項目により分類した。

### 3) やり取りの休止の抽出

対象と患者の間で言語的及び非言語的コミュニケーションが出現しない状態で10秒以上経過した箇所を、タイムテーブルと観察記録の照合により抽出した。

### 4) スピーチロックの抽出

原<sup>23)</sup>は、介護サービス等の現場でのスピーチロックを、利用者の行動を抑制し、制限する職員の言葉かけを指すとしている。スピーチロックは、直接的な制止の指示だけでなく、意識的であるかどうかに関わらず看護師が相手を無視することや相手の話を抑制することによっても起こる。観察記録から看護師の言葉が患者の言動に重なることにより、患者の言動を無視または中断している箇所をスピーチロックとして抽出した。

### 5) 熟練看護師と新人看護師の比較

熟練看護師と新人看護師それぞれについて、各場面ごとの所要時間、各場面におけるコミュニケーション技術出現頻度の合計、やり取りの休止回数の合計および総時間数、スピーチロックの回数の合計を比較した。さらに、やり取りの休止およびスピーチロックの出現時の状況を比較した。

分析過程については、老年看護学研究者及び質的研究経験者3名のスーパーバイズを受けて妥当性の確保につとめた。

## 5. 倫理的配慮

参加観察を行うにあたり、対象に研究の趣旨、目的、方法、倫理的配慮について説明し文書により同意を得た。患者は研究に対して十分な理解をすることが困難であるため、研究者が本人への口頭による説明を行った上、対象病棟の管理者を通して、代諾者に研究の趣旨、目的、方法、倫理的配慮について説明し、文書により同意を得た。

なお、本研究は群馬パース大学大学院研究倫理審査委員会と対象の老年病院の倫理委員会の承認を受けて実施した。

表1 対象の概要

対象	性別	年齢	看護経験年数	老年看護経験年数
熟練看護師	1 a 女性	50歳代	12年	10年
	2 a 男性	30歳代	10年	10年
新人看護師	1 b 男性	20歳代	2年	2年
	2 b 女性	20歳代	1年	1年

表2 患者の概要

患者	性別	年齢	疾患	認知症の程度 (日常生活自立度判定基準)	認知症の種類	要介護度	ADL (バーセルインデックス)
A	女性	80歳代	肺炎 尿路感染	IV	アルツハイマー型	介護度 2	15
	女性	80歳代	肺炎	IV	不明	介護度 1	15
C	女性	90歳代	肺炎	IV	不明	介護度 2	15
D	男性	90歳代	肺炎 尿路感染	Ⅲ－b	不明	介護度 3	15

### Ⅲ 結 果

#### 1. 対象の概要（表1・表2）

対象の性別は熟練看護師、新人看護師とも男女各1名、老年看護の経験年数は、熟練看護師は2名とも10年目、新人看護師は1～2年目であった。

患者は男性1名、女性3名であった。年齢は、80～90歳代、認知症の程度は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（行動観察式）でⅢ－b～Ⅳであった。認知症の種類は、1名はアルツハイマー型でその他は不

明であった。要介護度は、要介護1が1名、要介護2が2名、要介護3が1名で、ADLの状態はバーセルインデックスで4名とも15点であった。

#### 2. バイタルサイン測定場面の所要時間（表3）

バイタルサイン測定場面は9場面が抽出された。対象ごとの各場面の所要時間を表3に示した。熟練看護師の平均所要時間は4分36秒、新人看護師の平均所要時間は5分44秒であった。

表3 バイタルサイン測定場面におけるケア項目と所要時間

対象	場面	患者	実施したケアの項目	所要時間
熟練看護師 1 a	1	A	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、疼痛部位の確認、湿布貼付	7分06秒
	2	B	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、フィジカルアセスメント、湿布貼付	3分44秒
	3	B	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定	1分09秒
熟練看護師 2 a	4	C	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定	5分49秒
	5	D	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、フィジカルアセスメント、点滴の確認	4分00秒
熟練看護師の所要時間の合計				21分48秒
熟練看護師の平均所要時間				4分36秒
新人看護師 1 b	6	A	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、フィジカルアセスメント	4分54秒
	7	B	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、フィジカルアセスメント、眼の清拭、整容	6分59秒
新人看護師 2 b	8	C	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、眼の清拭	4分54秒
	9	D	体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO <sub>2</sub> 測定、フィジカルアセスメント	6分11秒
新人看護師の所要時間の合計				22分58秒
新人看護師の平均所要時間				5分44秒



### 3. バイタルサイン測定時のコミュニケーション技術の出現頻度（表4）

熟練看護師 5 場面21分48秒、新人看護師 4 場面22分58秒のバイタルサイン測定場面におけるコミュニケーション技術の出現頻度を表4に示した。

言語的コミュニケーションは熟練看護師で90件、新

人看護師で93件出現していた。このうち、社会情緒的カテゴリーは熟練看護師で37件、新人看護師で38件、業務的カテゴリーは熟練看護師53件、新人看護師55件であった。項目別にみると、「同意・理解」、「あいづち」、「身体の状態に関する閉じた質問」は熟練看護師、新人看護師共に5～7件出現し、差は見られなかった。

表4 コミュニケーション技術の出現頻度

カテゴリー		コミュニケーション技術項目	出現頻度（件）	
			熟練看護師	新人看護師
言語的コミュニケーション  熟練看護師 90件 新人看護師 93件	社会情緒的カテゴリー  熟練看護師 37件 新人看護師 38件	個人的なコメント・社交的会話	3	4
		笑い・冗談	1	2
		相手に対する直接的な承認・誉め	6	3
		相手に対する直接的な非同意・批判	3	0
		同意・理解	5	6
		あいづち	6	6
		謝罪・関係修復	1	8
		共感	2	0
		正当性の承認	1	0
		不安・心配	1	1
		安心させる言葉・励まし・楽観的な姿勢	7	4
		感謝	1	4
	業務的カテゴリー  熟練看護師 53件 新人看護師 55件	指示・方向づけ	2	8
		指示の変更	0	2
		ケアの提案	3	1
		理解の確認・正確な伝達・明確化のための言い換え	3	5
		相手の理解の確認	2	0
		意見の要請	3	1
		同意の要請	1	0
		許可の要請	6	3
		ケアへの協力の要請	2	1
		接続後・移行の合図	3	2
		身体の状態に関する情報提供	5	1
		身体の状態に関する開かれた質問	0	8
		身体の状態に関する閉じた質問	6	7
		ケアの方法に関する情報提供	9	4
		生活習慣に関する開かれた質問	0	4
		生活習慣に関する閉じた質問	6	0
		心理社会的なことにに関する情報提供	1	0
		その他のことにに関する情報提供	0	2
		その他のことにに関する開かれた質問	0	1
		その他のことにに関する閉じた質問	0	1
		医学的状態・ケアの方法に関する助言・教育	0	4
		生活習慣・心理社会的なことにに関する助言・教育	1	0
非言語的コミュニケーション  熟練看護師 120件 新人看護師 43件		アイコンタクト	53	18
		自分が患者の視野に入る	3	0
		注視して欲しいものを患者の視野に入れる	4	1
		うなづき	3	0
		微笑	29	7
		身を乗り出す	2	1
		耳元で話す	3	2
		認知を促すためのタッチング	10	2
		安心感を与えるためのタッチング	3	1
		ケアのためのタッチング	9	11

「相手に対する直接的な承認・誉め」、「安心させる言葉・励まし・楽観的な姿勢」、「許可の要請」、「身体の状態に関する情報提供」、「ケアの方法に関する情報提供」、「生活習慣に関する閉じた質問」は熟練看護師では5～9件出現し、新人看護師では1～4件の出現であった。「謝罪・関係修復」、「指示・方向づけ」、「理解の確認・正確な伝達・明確化のための言い換え」は熟練看護師で1～3件出現し、新人看護師では5～8件出現していた。「身体の状態に関する開かれた質問」は新人看護師でのみ8件出現していた。「相手に対する直接的な非同意・批判」、「共感」、「正当性の承認」、「相手の理解の確認」、「同意の要請」、「生活習慣に関する閉じた質問」、「心理社会的なことにに関する情報提供」、「生活習慣・心理社会的なことにに関する助言・教育」は熟練看護師にのみ見られた。一方、「身体の状態に関する開かれた質問」、「生活習慣に関する開かれた質問」、「その他のことにに関する情報提供」、「その他のことにに関する開かれた質問」、「その他のことにに関する閉じた質問」、「医学的状態・ケアの方法に関する助言・教育」は新人看護師にのみ見られた。

非言語的コミュニケーションは熟練看護師で120件、新人看護師で43件出現していた。項目別にみると、「アイコンタクト」は熟練看護師53件、新人看護師18件、「微笑」は熟練看護師29件、新人看護師7件、認知を促すためのタッチングは熟練看護師10件、新人看護師2件で、いずれも熟練看護師で多く出現していた。「注視して欲しいものを患者の視野に入れる」は熟練看護師

で4回の出現に対し、新人看護師では1回の出現であった。「自分が患者の視野に入る」、「うなづき」はいずれも熟練看護師で3回の出現に対し、新人看護師では1回も見られなかった。ケアのタッチングは熟練看護師、新人看護師の間に差は見られなかった。認知を促すタッチングは熟練看護師で10回の出現に対し、新人看護師では2回、安心感を与えるためのタッチングは熟練看護師で3回の出現に対し、新人看護師では1回の出現であった。

#### 4. バイタルサイン測定時のやり取りの休止の出現頻度と内容（表5）

バイタルサイン測定中のやり取りの休止は熟練看護師には出現せず、新人看護師には13回出現し、総時間数は5分11秒であった。新人看護師のやり取りが止まる場面の状況は、対象の声掛けに患者の反応がない状態での休止が10回、患者からの想定外の回答を受け対象が困惑した状態での休止、看護師からのケアの協力の申し出に対し患者の協力が得られない状態での休止、対象が患者への声掛け後に別の行動を取り始め患者の反応を感知しない状態での休止が各1回であった。

#### 5. バイタルサイン測定時のスピーチロックの出現頻度と内容（表6）

バイタルサイン測定中のスピーチロックは熟練看護師には出現せず、新人看護師には8回の出現が観察された。スピーチロックの場面の状況は、患者の発言を

表5 やり取りの休止の出現頻度と時間

	熟練看護師	新人看護師
観察場面・総時間	5 場面・21分48秒	4 場面・22分58秒
やり取りの休止の回数・総時間	0 回	13回・5分11秒
(内訳) 出現時の状況別の回数・総時間		
対象の声掛けに患者の反応がない	—	10回・3分53秒
患者から想定外の回答を受ける	—	1 回・25秒
患者からケアの協力が得られない	—	1 回・12秒
患者への声掛け後、患者の反応を待たずに患者周辺の観察を始める	—	1 回・41秒

表6 スピーチロックの出現頻度

	熟練看護師	新人看護師
観察場面・総時間	5 場面・21分48秒	4 場面・22分58秒
スピーチロックの回数	0 回	8 回
(内訳) 出現時の状況別の回数		
患者の発言を聞き終わる前に予測して代弁する。	—	4 回
患者の発言の途中で次のケアを行うことを告げる。	—	2 回
患者の発言を聞き終わる前に予測して否定する。	—	1 回
問いかけへの回答を待たずに重ねて問いかけたために患者の回答と看護師の問いかけが重なる。	—	1 回

聞き終わる前に予測して代弁する状況が4回、患者の発言の途中で看護師が次のケアを行うことを告げる状況が2回、患者の発言を聞き終わる前に予測して否定する状況、問いかけへの回答を待たずに重ねて問いかけたために患者の回答と看護師の問いかけが重なる状況が各1回観察された。

#### IV. 考 察

熟練看護師、新人看護師ともに、ほぼ同様の総観察時間の中で、言語的コミュニケーション技術の出現頻度については熟練看護師、新人看護師の間に差は見られなかったが、非言語的コミュニケーション技術の出現頻度は熟練看護師において新人看護師の3倍の出現が観察された。以下、熟練看護師、新人看護師のそれぞれで出現頻度に特徴がみられた項目について、非言語的コミュニケーション技術、言語的コミュニケーション技術の順に考察する。

##### 1. 熟練看護師のコミュニケーション技術の特徴

非言語的コミュニケーションのうち、「アイコンタクト」は出現頻度が最多であった。患者と視線を合わせることは、相手の注意を看護師に向けさせ「見つめ合う状態」を引き出すことに意義がある<sup>24)</sup>。認知症高齢者の看護ケアを行う場合は、看護師と視線が合うことで「あなたの存在を認めていますよ。」というメッセージを発するため<sup>25)</sup>看護ケアを始める良いきっかけとなりケアの継続にもつながると考えられる。

「微笑」は2番目に出現頻度が高かった。認知症は進行しても、感情を伴う記憶は残りやすい。特に不快な感情ほど記憶に残るため、一度不快な記憶が残ってしまうと次からの看護ケアが拒否的になることも多い。微笑む非言語的コミュニケーションは快の感情をもたらす、その結果、スムーズに看護ケアが進むようになる。熟練看護師は、認知症高齢者と関わる中で相手に不快な感情記憶を残さないように微笑みながら、患者に良い印象を与え看護ケアを進めていると考えられる。

3番目に多かった非言語的コミュニケーション技術は「認知を促すためのタッチング」、4番目は「ケアのためのタッチング」であった。触れることは、人と人の絆を深め合う基本的なコミュニケーション方法として大きな意義がある<sup>26)</sup>。中等度以上の認知症高齢者の場合、意思の疎通は不十分となり、コミュニケーション

に時間がかかるようになることから、言葉だけで理解を促すことは難しくなる。タッチングを行うことで次に行われる看護ケアを認知し、ケアを受ける準備ができ不快感情の出現がなく看護ケアを受けることができると考えられる。

言語的コミュニケーションでは、「相手に対する直接的な承認・褒め」「安心させる言葉・励まし・楽観的な姿勢」が多かった。認知症高齢者の場合、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害などが出現するため、伝えられた言葉を理解できない場合もある。実際の観察場面で熟練看護師は、バイタルサイン測定時に患者ができることを承認し褒め、患者が安心できるような言葉を投げかけ、ケアをスムーズに行っていた。これは、肯定的な言葉を投げかけることで、不快感情が出現しないようケアを実践していると考えられる。また、「ケアの方法に関する情報提供」や「生活習慣に関する閉じた質問」も新人看護師より多く出現していた。熟練看護師は、患者が理解できるよう患者を観察しながらケアについて具体的な言葉で表現し、患者が戸惑わないよう、ケアの方法を具体的に提示していた。このことにより、患者は次に行われるケアを理解した上で、不快感情の出現がなくケアを受けることができていたと考えられる。

看護師のような複雑な業務は、経験的な学習を通して継続的に臨床知識を獲得することが必要であり経験的な学習には、開かれた心、注意深さ、責任のある集中的な学習態度が必要<sup>27)</sup>といわれている。熟練看護師のバイタルサイン測定の所要時間は新人看護師より1分程度短く、その中で熟練看護師は、非言語的コミュニケーションを多く活用しながら、患者が理解しやすい言語的コミュニケーションを用いて看護師の伝えたいことを患者に伝えていた。熟練看護師は言語的・非言語的コミュニケーションの両方を上手に用いることで看護ケアがスムーズに進むことを経験的な学習から、身につけていると考えられる。

##### 2. 新人看護師のコミュニケーション技術の特徴

新人看護師の1番多かった非言語的コミュニケーション技術は「アイコンタクト」、次いで「ケアのためのタッチング」、「微笑」の順であり、熟練看護師に多く出現していた「認知を促すためのタッチング」は少なかった。新人レベルの看護師は、一般的なガイドラインに沿って業務をこなすことが精一杯であり、看護ケアで直面する状況は不慣れなことも多い。学習し

てきた規則を思い出しながら、バイタルサイン測定に集中しているため、患者に声をかけ視線を合わせた後、患者の認知度を確認する余裕はなく、ケアに移行するためのタッチングになったと考えられる。

言語的コミュニケーションでは「謝罪・関係修復」、「指示・方向づけ」、「理解の確認・正確な伝達・明確化のための言い換え」、「身体の状態に関する開かれた質問」が多かった。新人看護師はバイタルサイン測定を行うことに集中しているため、患者に次にしてほしいことを指示したり、状態を観察するための質問を行っていた。しかし、質問内容が具体的でないため患者に伝わらない場面が見られた。このことから、患者に謝罪や言い換えをする回数も同時に多く出現していると考えられる。

バイタルサイン測定時のやり取りの休止とスピーチロックは熟練看護師にはみられず、新人看護師のみにみられた。認知症高齢者をケアする場合、ケアする側がスピーチロックを意識しているかが重要である。看護ケア場面において忙しさや認知症の人の対応に追われ、気持ちの焦りなどからついスピーチロックを使ってしまう<sup>28)</sup>ことが明らかになっており、スピーチロックは言葉による拘束で、強い口調や叱責は認知症高齢者の行動を制限することにもつながる。また、子どものように扱ったり、看護師の一方的な物の言い方もスピーチロックに含まれる。新人看護師は、患者に対し抑圧的でなく丁寧な言葉使いで接しているが、患者が話している途中で看護師が次の言葉を予測し代弁していた。それにより、患者は一時的に次の言葉が出てこなくなり、新人看護師と患者の間に沈黙が出現する場面があった。新人看護師と言葉が重なることで、患者は新人看護師に聞かれたことに対して返答し、新人看護師の聞きたいことが優先される状況が作り出されていた。新人看護師は日勤帯で次から次へとケアを進めて行かなければならないことから、焦りが生じ無意識にスピーチロックを行っていたと考えられる。新人レベルは、バイタルサイン測定から患者の状態を把握し、やるべき看護ケアを判断しなければならないと考え、行動していることから患者の話を最後まで聞く前に、自分の言動が先に出てしまっているといえる。

新人看護師は目の前にいる患者のバイタルサイン測定時、患者にとって必要な観察項目や訴えを見落とさないように精一杯対応している。熟練看護師とのバイタルサイン測定時間の大きな差は見られなかったが、非言語的コミュニケーションの出現回数は熟練看護師

の約3分の1であり、患者とやり取りをする余裕がないことから、無意識のうちにやり取りが休止する時間が出現し、一時的にケアが進まない状況になったと考えられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

今回の調査では、熟練看護師と新人看護師に分けて比較を行ったが、熟練看護師、新人看護師共に2名ずつと限られた人数であった。また、その日の患者の看護ケア内容、看護ケア予定が異なっていたため、同じ場面での比較を均一化することができず、バイタルサイン測定時のコミュニケーション技術が主になった。バイタルサイン測定に焦点を当てたことから、新人看護師のみに見られたスピーチロックでは、行動の抑制は見られなかった。今後は、その他の看護ケア場面の比較を行い、看護ケア全体のコミュニケーション技術やスピーチロックの内容等を具体的にしていく必要がある。そこから得られたデータの妥当性を高めていくことで、認知症高齢者に対する看護ケアのコミュニケーション技術をより具体的に見出すことができるものと考えられる。

## V. 結 論

1. 認知症高齢者へのコミュニケーション技術は、非言語的コミュニケーションが言語的コミュニケーションよりも多用されていた。
2. 言語的コミュニケーション技術は熟練看護師と新人看護師の間で差は見られず、非言語的コミュニケーションは熟練看護師で新人看護師の3倍出現していた。
3. 熟練看護師、新人看護師共に多く観察されたコミュニケーション技術は、「アイコンタクト」、「微笑」であった。「認知を促すためのタッチング」は熟練看護師でのみ多く出現していた。
4. やり取りの休止やスピーチロックは新人看護師のみにみられた。
5. 熟練看護師は認知症高齢者の特徴を理解し、言語的・非言語的コミュニケーションを上手に活用しながら、看護師の伝えたいことを不快感情が残らないよう患者に伝えバイタルサイン測定を実施していた。



## 謝 辞

本研究を実施するにあたりご指導をいただきました前群馬パース大学伊藤まゆみ教授、研究にご参加いただきました看護師の皆様、調査にご協力いただきました入院患者様とご家族の皆様、調査にあたり様々な調整や協力をしてくださった看護部長はじめ、所属病棟師長、病棟のスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

## 利 益 相 反

論文内容に関して開示すべき利益相反の事項はない。

## 文 献

- 1) 総務省. 統計トピックス N0.126統計からみた我が国の高齢者 (65歳以上). 更新日2020-09-20.  
<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf> (参照2022.12.29)
- 2) 内閣府. 平成27年高齢社会白書. 東京, 日経印刷株式会社, 2015, p.180, ISBN978-4-86579-017-7.
- 3) 厚生労働省. 認知症とは. [http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail\\_recog.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_recog.html), (参照2022.12.29)
- 4) 厚生労働省. 認知症施策の総合的な推進について. 更新日時2019-06-20. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf> (参照2022.12.29)
- 5) 桑田美代子. 総論高齢患者へのかかわり方の基本. NursingToday. 2012, vol.27, no.2, p.17-14.
- 6) 木本明恵. 認知症高齢者に寄り添うタクティールケア. 老年精神医学雑誌. 2011, vol.22, no.1, p.62-69.
- 7) 新開孝子, 濱田洋太, 伊藤康裕, 他. 認知症高齢者に対するタクティールのケアのリラックス効果の有効性 認知症患者とのかかわりを考える. 日本精神科看護学会誌. 2010, vol.53, no.3, p.80-84.
- 8) 山本由佳, 木田智子, 村松麻衣子. バリデーションを実施したプロセスにおけるアルツハイマー型認知症患者の変化 行動・心理症状、および対人関係の変化に焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌. 2014, vol.57, no.3, p.88-91.
- 9) 土森美由紀. バリデーション—認知症高齢者とのコミュニケーション法—. 臨床栄養. 2011, vol.118, no.51, p.440-441.
- 10) 佐藤八千子, 小木曾加奈. 認知症がある人をケアする BPSD による生活場面の困難さ. 東京, 学文社. 2012, p.256, ISBN978-4-762-02323-1.
- 11) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ. ユマニチュード入門. 東京, 医学書院. 2015, p.145, ISBN978-4-260-02028-2.
- 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. 2014, vol.16, p.11-16.
- 13) 山田紀代美, 西田公昭. 認知症高齢者に用いる看護師のコミュニケーション技法とその関連要因の検討. 老年精神医学雑誌. 2007, vol.18, no.9, p.983-992.
- 14) 岩佐真奈美, 仁木豊, 山本昌弘, 他. 重度のBPSDに対するコミュニケーション ケアリング視点でのかかわり合い. 日本精神看護学学術集会誌. vol.56, no.1, p.134-153.
- 15) 國岡照子, 小林八代枝, 本間千代子. 看護師の直感的観察判断日本版 Mood Scales で読み解くケアリングの実践知. 東京, 看護の科学社, 2015, p.139, ISBN978-4-87804-088-7.
- 16) Patricia Benner. ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 東京, 医学書院, 2015, p.269, ISBN978-4-260-00109-0.
- 17) 前掲16
- 18) 前掲16
- 19) 上野栄一. 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看護科学会誌. 2005, vol.25, no.2, p.47-55.
- 20) ジェイムス P. スプラッドリー. 参加観察入門. 東京, 医学書院, 2010, 249p., ISBN978-4-260-01050-4.
- 21) 野呂幾久子, 阿部恵子, 石川ひろの. 医療コミュニケーションの分析方法【第2版】. 東京, 三恵社, 2011.
- 22) Caris Verhallen W.M.C.M, Kerkstra A,vander Heijden P.G.M et.al. Nurse-elderly communication in home care and institutional care: an explorative study. International Journal of Nursing Studies. 1998, vol.35, no.1-2, p.95-108.
- 23) 原克行. スピーチロックの廃止に向けて—「何気なく」使ってしまう言葉を見直そう. 高齢者安心・安全ケア. 2010, vol.14, no.2, p.31-39.
- 24) 山口晴保. “関係性の病”としての認知症「社会脳」

- の障害とユマニチュード．訪問看護と介護．2015, vol.20, no.4, p.300-303.
- 25) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレス  
コッティ. ユマニチュード入門. 東京, 医学書院,  
2015, p.145, ISBN978-4-260-02028-2.
- 26) 鈴木みずえ. タクティールケアで地域・在宅のナー  
スができること. コミュニティケア. 2014, vol.16,  
no.13, p.014-020.
- 27) P. ベナー, E. キャスカート, J. クリフォード, 他.  
エキスパートナーになるためのキャリア開発  
P. ベナー博士のナラティブ法とエラー防止. 東京,  
照林社, 2003, p.159, ISBN4-7965-2066-X.
- 28) 木幡信吾, 嶋崎尚史, 菅原孝行. スピーチロック  
を無くす. 善仁会研究年報. 2014, vol.35, p.36-39.