

第4章 認知症ケアを管理するための知識

第1節 看護管理の及ぼす影響

ポイント

- 1 急性期病院において認知症ケアを推進する上では、病院・病棟が患者中心の医療・看護を目指しているかが重要になる。
- 2 看護管理者が認知症ケアに関心をもち、自ら関与し、戦略を持って改善に向かう必要がある。
- 3 看護管理者がチームアプローチを主導し、助け合えるチームづくりを推進する。
- 4 看護管理者が看護提供方式の影響を知り、メリットを高めるように働きかける。

身体疾患の急性期治療を担う病院（以下「急性期病院」という。）における認知症ケアがうまくいくか否かは病院・病棟の看護管理者の理解や戦略に左右される。その内容を細かくみてみよう。

1 病院・病棟の方針、理念、目標の影響

認知症をもつ患者の場合、治療がスムーズに進まず、事故のリスクも高いことが知られている。安全（事故がおきないこと）を第一に考える病院・病棟であるならば、認知症の人は受け入れたくないと思うかもしれない。収入増を第一に考える病院ならば、患者の苦痛や今後の生活のことは考えずに、診療報酬の高い治療法が選択されるかもしれない。しかし、患者にとって最も望ましいことは何かを考えずに治療・ケアを提供すれば、事故を増やしたり、病院の評判が落ちたりする可能性がある。

明文化されている／いないに関わらず、実質的にどのような理念・目標のもとで病院・病棟が運営されているか、そして、その理念・目標をどのように具現化しようとしているかにより、採用される治療法や看護が異なる。その理念・目標の具現化に向けた牽引役となるのが看護管理者である。

2 看護管理者の認知症ケアへの関与の影響

認知症の人の治療・看護には、時間や手間が掛かる。また、その人にあった方法を個別に考えていく必要がある。これを看護管理者が無駄と捉えるか、看護の醍醐味と捉えるかによって、看護職員の働きぶりは変わってくる。急性期病院では、認知症の人の治療はひとつの挑戦である。その挑戦を認め、クリアした時の喜びを患者・家族・職員全員で分かち合うことができるだろうか。病院・病棟にそのような挑戦を認める文化があるか否かによって、職員の取組への意欲が変わってくる。

病院・病棟の方針、理念、目標だけでなく、看護管理者のもつ看護観は病棟の運営に反映される。看護管理者は認知症の人のケアに関心をもっているだろうか。配慮しようと考え、行動しているだろうか。その態度は職員に通じ、個々のケアに反映していく。看護管理者が関心をもたないなら、認知症の人のケアに向けて努力をしようと思う職員は“変わり者”と思われるかもしれない。

病棟の認知症ケアについて、看護管理者が「これでよい」と思うか、「まだ改善の余地あり」と思うかで、次の一步が変わってくる。認知症ケア改善のプロセスは、看護管理者が、「この病棟の認知症ケアをもっとよくする」と決断するところから始まる。しかし、看護管理者が問題点を指摘し高い目標を掲げるだけでは不十分である。具体的な戦略をもたないまま、できていない現状を指摘するだけでは、職員のケア意欲を低下させてしまう。

3 チームアプローチの影響

専門職が提供する認知症ケアは、一人のエキスパートが存在するだけでは不十分であり、看護・介護職員がケアチームとしてアプローチする意識をもつ必要がある。24時間連続してケアが提供されることを考えると、どの職員もある程度共通した理解のもと、同等のケアを提供できることが望ましい。看護管理者はチームメンバー個々の力を把握し、不足している点を補い合えるようにメンバー構成を考え、研修プログラムに参加させるなど育成にも配慮する必要がある。

チームアプローチでは、チームワークの良し悪しにより、患者への影響が出てしまうことになる。どのようなメンバーでチームをつくるか、チーム内外で助け合う雰囲気をもつようにつくっているか。チームをどのような形で牽引していくか。これも看護管理者が考える課題である。(詳細は第4章第2節「ケアチームでのアプローチ」P131～135を参照)

4 看護提供方式の影響

看護提供方式により、認知症をもつ患者へのメリット・デメリットがある。看護管理者はそのことを知り、担当部署においてメリットが多く表れているかを査定する必要がある。

(1) チーム・ナーシングの課題

固定チーム・ナーシングでは、リーダーがメンバーからの情報を集約し、アセスメントや判断を加えて必要なケアを次の担当者に伝え、翌日効果を確認することができるというメリットがある。リーダーが認知症ケアについて知識をもち、効果的に機能すれば、認知症を持つ患者への個別的で適切なケアが行える仕組みとなっている。

しかし、チーム内のメンバーやリーダーが流動的であったり、リーダーの役割が医師からの指示受けだけであったりすれば、その日その日のリーダーやメンバーの考えによってケア方法が変わる、情報が伝わらないというデメリットが生じる。

(2) プライマリ・ナーシングの課題

認知症への関心が高い看護師や経験が豊かな看護師がプライマリ・ナースであれば、アセスメントも的確にでき、看護計画も十分な内容が盛り込まれるというメリットがある。一方、そうでない場合は看護計画が不十分、不適切となる可能性がある。また、不適切なケアに対して認知症をもつ患者ではBPSDという形で訴えているかもしれないが、担当する看護師が特定の人に限られるためその意味が伝わらない。ほかの職員や管理者から客観的にケアの評価を受けることが少ないというデメリットがある。

第2節 ケアチームでのアプローチ

ポイント

- 1 急性期治療を担う病院の看護スタッフは、入院と治療により変化する認知症の人の状況をとらえにくい状況があり、ケアチームで情報を持ち寄り、カンファレンスの場などでアセスメントする必要がある。
- 2 認知症の人の看護について話し合うカンファレンスは、認知症看護の学習の場となる。
- 3 協力し合い、学び合うケアチームをつくるために、リーダーシップ、メンバーシップの発揮が重要である。
- 4 ケアチームのリーダーは認知症の人を中心に考え、最善を目指す看護を推進する力をもつ必要がある。

病院では看護職と看護補助者が24時間患者を見守り、生命と生活を支えている。医療や福祉を含め、さまざまな分野で多職種チームでの取組が評価されているが、まずは看護職のチーム（看護補助者を含む。以下ケアチーム）の働きが重要である。ケアチームによる認知症看護の成果は、チームを牽引するリーダーのリーダーシップと、リーダーを支えるメンバーシップによる。本節では、身体疾患により急性期治療を行う病院のケアチームに焦点をあて、リーダーとメンバーの役割とチーム作りについて述べる。

1 入院と治療により認知症の人は「変化する」

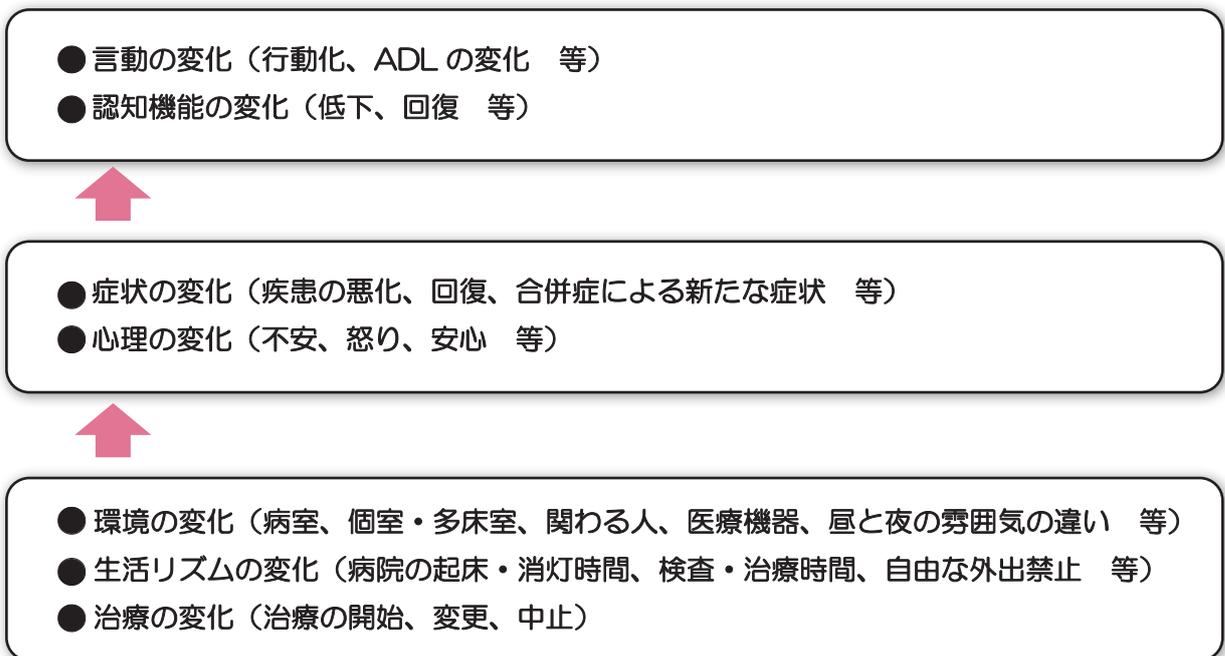
入院すると、その環境と生活リズムが一変する。そして治療その周囲にさまざまな変化がおこる。また、通常は治療を開始、あるいは変更する。また、継続してきた治療を中止することもある。これらの結果、症状が変化する。回復という変化が一般的だが、高齢になると悪化することもある。せん妄が生じやすいほか、治療に伴う合併症も生じる可能性がある。

これらに影響を受け心理も変化する。例えば、状況がよくわからないことから不安が高まったり、思うようにならないことから怒りを覚えたりする。認知症の人の場合はこのような変化を言葉で表現できず、行動で示すことが多くなる。例えば、苦痛を言い表すかわりに、歩き続けたり、逆にじっと動かなくなったりする。患者に生じた変化が影響し合い、認知症の症状も変化し、予測していなかった症状を呈することもある。これらによって、それまでは理解できていたことも理解できないといった認知能力の低下や、一人でできていたこともできなくなるといったADLの低下もたらす。

逆に、治療により症状が軽減する、安心する、回復に向かうという変化もある。その結果、ADLや認知機能も回復するはずであるが、高齢であれば、廃用性の変化が大きく、疾患は治癒してもADLは回復できなかったということが生じる。認知症の人の場合はさらに自ら能力

を発揮していく場合とそれができない場合とがある。能力を発揮する例では、骨折後、あまり痛みを感じずに思った以上にスムーズに離床できることがある。逆に、入院後、話しかけても応えてくれず、会話はできない人、ADLは全介助と思っていたが、近づいて普通に挨拶したら返事をしてきて、会話も移動も自らできることがわかったという例もある。高齢であれば特に、その人の力を引き出そうという看護の働きかけがなければ、持っている能力が発揮されず、低下していくばかりになってしまう。

図4-1 入院に伴い、認知症の人にもたらされる変化



2 チームでアセスメントする場とリーダーの役割

急性期治療を担う病院において、情報収集やアセスメントは受け持ち看護師一人に任せやすいが、認知症の人、特に高齢者では情報に偏りが出る可能性や解釈・判断を誤る可能性がある（第2章第2節「認知症の人のアセスメント」P48～58を参照）。ケアチームのメンバーが情報を持ち寄り、情報を統合してアセスメントすることが重要になる。ケアチームでのカンファレンス、引き継ぎやリーダーとスタッフのミーティング、記録物などを活用して行う。特に、カンファレンスはメンバーから情報を得てアセスメントする機会というだけではなく、複数のメンバーが参加する場であり、看護方針を定め、看護する方法のアイデアを出し合い、その患者に適したケア方法の確認をする場にもなる。また、メンバーから効果的な方法を学ぶ場、情報を判断する方法を学ぶにもなる。つまり、カンファレンスはチームメンバーにとって認知症看護の学習と場となる。

一方、カンファレンスが発言力の強いメンバーの意見に支配され、かつその意見が認知症の人の立場から考えた意見と逆の場合、認知症の人にとって不適切なケアを行う決断がされる可能性がある。これはさらに、それが常態化した場合、認知症の人にとって不適切なケ

アをメンバーたちが適切、必要と考えるようになる。つまり、カンファレンスが不適切なケアを学ぶ場ともなりかねない。

そうならないために、ケアチームのリーダーの役割が重要になる。アセスメントし、看護方針を決める時に、本当にそれが認知症の人のニーズに沿ったものか、本人のためになるか、本人の最善とは何かを考えて判断する必要がある。つまりリーダーは認知症の人を中心に考えた倫理的な判断ができなければならない。そして、リーダーシップを発揮して、方針の良し悪しを示す必要がある。このリーダーシップが発揮できない場合、認知症の人に適した看護を導き、浸透させることは難しい。

スタッフは交代勤務のため一人の患者を連続して見ていくことが難しい。看護の効果が看護を行ったその時には現れず、積み重なった結果で現れる場合もある。そのため、自分たちの看護が適切なのかそうでないのか、スタッフ個々が判断しにくい。そのため、リーダーはカンファレンスで提供している看護の評価を伝え、方法の見直しや継続の提案をする役割もある。

この役割を果たすためには、認知症をもつ患者にどのような看護が提供されているか、認知症を持つ患者とメンバーに関心を注いでいる必要がある。そして、カンファレンスの場を効果的に活用し、メンバーに認知症に関する知識や認知症の人を中心に考える方法を伝え、メンバーから意見が出るように働きかける。チームに看護補助者がいる場合、ケアチームに巻き込み、協働できるようにしていく役割もある（表4-1）。

表4-1 ケアチームにおけるリーダーの役割

- カンファレンスのかじ取り＝看護の方向づけをする役割
 - ・倫理的な観点から
 - ・提供されている看護の評価から
- 認知症に関する知識・認知症の人中心の考え方を伝える役割
- ケアチームのメンバーを巻き込み、協働を推進する役割

4 チームでアセスメントする場でのメンバーの役割

メンバーはチームの目標達成に向け、リーダーに協力する存在である。チームでアセスメントする場において、メンバーは、自分のもつ情報を提供し、意見やアイデアを出す役割がある。

(1) 情報を提供すること

メンバーはまず、自分がその認知症の人と関わってとらえた情報をチームメンバーに伝える役割がある。この時、注意してほしいのは、自分の見聞した事実と、自分が感じたことや推論したことを区別して伝えることである（第2章第2節「認知症の人のアセスメント」P48～58参照）。できれば、その時、その前後の状況も含めて伝え、なぜそのことが起こったのか、その関わり方が適切だったのかなど、原因や効果をほかのメンバーと共有しやすくなる。

また、効果を感じたことやよかったと思ったこと、新たに発見できたことは、たとえ小さなこ

と思っても積極的に発言してほしい。その結果、メンバーが看護の成果を感じることができたり、効果的な方法がほかのメンバーに伝わったりする。カンファレンスで話し合いをもつ場合、問題点や反省点がとりあげられやすく、効果的だったことが語られにくい。これでは認知症看護への意欲が低下してしまう。それを防止する意味でも重要である。

(2) 意見やアイデアを出すこと

カンファレンスに参加する者は、情報提供にとどまらず、自分の意見、アイデアを積極的に出してほしい。アイデアや意見はなかなか出せないとしても、率直な感想を述べることは簡単にできるだろう。メンバーの情報や意見に対し認知症の人への効果を感じた時には「それはよい方法ですね」などと肯定する意見を出すと、ほかの人も意見を出しやすくなる。

また、疑問点があれば「どうしてそうなったのか」など、質問してみてもよい。質問された人は一度立ち止まって振り返ることになる。それは自分の考えの偏りや不足に気づききっかけになる。そこから認知症や本人について異なる見方ができたり、ケア方法を変えてみる試みにつながったりする。質問や指摘された人も、自分の成長の場であるととらえてほしい。

さまざまな意見の中から、何を方針とし、チームとしてどのようなケアをしていくか、具体的な話になっていく。その際、提案されたプランや解決すべき課題に対し、まず「本人はどのようなか」を考えることを習慣にしてほしい。そして、本人にとってよい方法や解決すべき課題であるならば、建設的に考える努力をしてほしい。例えば、苦痛が少なくなるなど本人の利益が大きくなるための改善案が出されたとき、「そんなことはできない」と反対するのではなく、現実的に「どうしたら可能になるか」、「実行する上で何が問題になるか」を考えるのである。そこから出された意見は効果的な方法につながるだろう。

5 協力し、学び合うチームづくり

急性期病院では、一人の患者に対して一人の看護師が対応していることが多い。しかし認知症の人を看護する場合、ケアチームのメンバーが協力し合うことが重要になる。例えば、服薬をしないと主張する患者に対し、一人の看護師が薬を飲ませようと必死になるのは逆効果である。少し時間をおいて別の看護師が関わるとすんなりと服薬できることがある。また、不安を訴える認知症の人に対し、一人の看護師がまとまった時間関わることが効果的な場面もある。そのような時、対応する看護師が受け持っている患者のケアをメンバーやリーダーが代わって行うといった協力が必要になる。さりげなく見守る必要がある認知症の人に対してでは、複数のスタッフが交代で行うことで切れ目なく見守ることができる。このような時、チームメンバーの協力が欠かせない。

チームの協力の輪を作り、動かすのがリーダーの役割になる。リーダーは協力するようメンバーに指示し、業務を調整する。そのために、リーダーはチームメンバー一人一人の能力や、入院患者全体の状況を把握しておく。

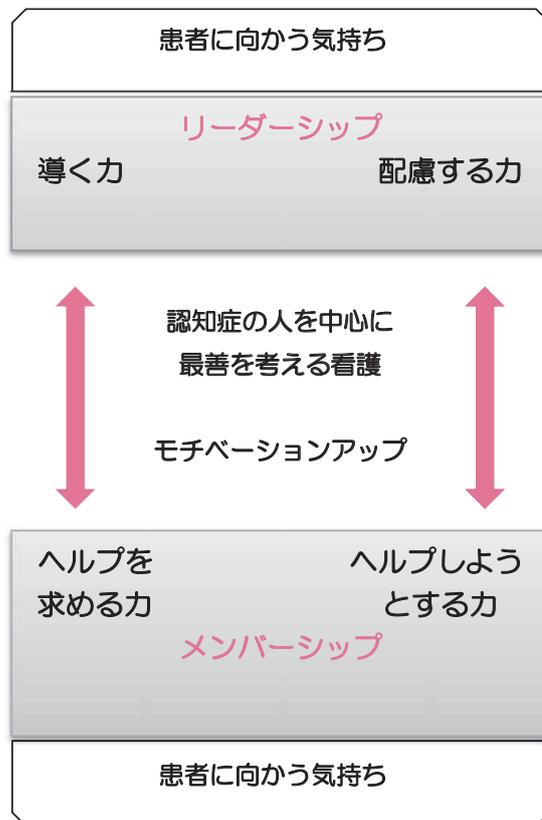
メンバーは、認知症の人にどのような関わり方をするのが効果的かを学び、適時にリーダーやメンバーにヘルプを求めなければならない。そのためにもリーダーはメンバーがヘルプを

求めやすい環境をつくっておく必要がある。例えば、スタッフと患者の状態からヘルプが必要になるかどうかを判断し、必要と判断したら予め他のメンバーにヘルプしてもらう可能性がある、と伝えておくことがある。そして、ヘルプしたメンバーにはお礼を言い、次はヘルプしてもらうように伝えるなど、協力してよかったと思えるように対応する。

このようにメンバーが協力し合っとうまくいくと、チームとしての士気があがる。これが次のケアへの動機づけになる。ケアの成果はケアを提供したスタッフにわからない場合も多い。リーダーは意識的に患者のよい変化や感謝の言葉などをスタッフに伝えるようにする。一方、不適切な関わり方については注意し、改善できるよう導く力も重要である。また、認知症の人に関わる自信がないスタッフや効果的な関わり方ができないスタッフには具体的な方法を伝えるなど教育をする。リーダーシップ、メンバーシップがかみ合った状態で、認知症の人を中心に最善を目指す看護が推進していくようにする（図4-2）。

急性期病院は認知症をもつ人にとって生活しづらい場である。そのために医療従事者が望まない行動、自分自身にとって危険な行動をとってしまう場合も多い。そのような中で、患者の命を守り、回復を目指すには一人の看護師の努力だけでは難しく、ケアチームが協力し合う必要がある。チームとしての力が発揮される現場では、困難も乗り越えていく力が生まれる。その舵取りをするのがチームリーダーである。リーダーがその機能を十分に発揮するには、メンバーシップが重要である。認知症看護の成果はケアチームが生み出すものと意識し、認知症の人を中心に考え、協力し合うチームづくりを目指してほしい。

図4-2 リーダーシップとメンバーシップによる認知症ケアの推進



第3節 看護職員の現状

ポイント

- 1 急性期病院の看護師は、認知症ケアに関する知識・技術の習得が難しく、幅広く、応用度の高い援助能力を養う機会が少ない。
- 2 入院期間の短い急性期病院では、看護職員が認知症をもつ患者へのケア意欲をもちづらい傾向がある。
- 3 看護管理者は、自部署の看護職員がそれぞれどのような状況にあるのかを把握し、長期的、計画的に対策を講じる必要がある。

1 認知症ケアに関する知識・技術

看護の基礎教育において認知症看護という枠組みをもって教授している学校は限られ、精神医学、精神看護学、老年看護学、訪問看護学のうちの限られた時間でしか教えられていない現状がある。卒業後、急性期病院に就職した新卒者はまずその病棟の診療科で多い疾患、治療を学ぶ。

急性期病院では、アルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症といった典型的な認知症症状を示す患者よりも、脳血管疾患、肝不全など代謝性疾患、脳炎など感染症といった様々な身体疾患に伴う認知機能障害の患者が多い。また、せん妄やうつ病などの合併も多いことが予測される。また、認知症の診断を受けていないが認知機能に障害がある患者、認知症の診断はあるが原因疾患が未確認の患者、認知症の診断はあるがよく話してみると記憶の障害は軽度である、など様々な状態の患者に関わることになる。

生活上の支障も、まず身体疾患に伴う機能障害によるものがあり、さらに記憶などの認知機能の障害が影響する。これらを含めてアセスメントするには、知識をもって認知症の人に関わり、確かめていく技術が必要となる。

新オレンジプラン、認知症施策推進大綱によって病院に勤務する職員に対する認知症対応力強化のための研修が行われている。また、診療報酬で認知症ケア加算が認められたことから必須となった研修がある。しかし、病院に勤務する全ての看護師が受講できているわけではない。また、いずれも1～3日の短期研修であり、知識の付与にとどまらざるを得ない現状がある。認知症ケアの実践力を身に着けるには自部署で実践しながら学ぶ On the Job Training (OJT) ことが重要であり、各病棟に認知症ケアのためのリンクナースを置くなどの工夫している病院もある。しかし、認知症ケアを専門的に学び、学習を推進する役割を担うことができる看護師は少ないため、急性期病院の看護師が認知症ケアを習得する上での課題となっている。

2 広範囲の知識・情報を活用する応用的な援助能力

急性期病院での認知症ケアは、入院理由となった疾病に関する治療・ケアと、認知症があるが故に生じてくる生活上の支障や退院後の支障を踏まえたケアを両立させなければならない。

日常生活の援助や環境調整は、患者自身でできないから介助するというだけでなく、治療が円滑に進むこと、ADLを低下させないことを念頭に実施される必要がある。また、退院後の生活を見越して計画を立てていく必要がある。これは家族や関係職種と密な連携をとって行われなければならない。様々な知識、情報を活用する応用的な援助である。

経験の少ない看護師が多い病院では、家族と十分な会話ができない職員、所属部署以外の職員や院外の専門職と連絡をとることができないという職員もいるため、チームや看護管理者によるフォローが必要となる。

3 認知症ケアへの意欲

急性期病院の入院期間は7日～10日程度と短い。そのため、一人の患者や家族にじっくり関わる機会が少なくなっている。認知症をもつ患者では、何らかの問題をもったまま退院や転院をすることも多く、ケアによる達成感も得られにくい。

また、プライマリ・ナーシングや患者受け持ち制といった看護体制では、ほかの看護師の関わり方を見る機会や自分の受け持ち患者の看護についてその場で相談する機会が少なくなる。治療遂行のため、安全を守るために仕方なく身体拘束を行っている場合も多いが、身体拘束が患者の心身に与える影響の大きさも知っているため、自分が正しいと思う看護や行いたい看護ができないという倫理的葛藤を抱く場合もある。

これらのことから、自分の看護について、自信がもてなかつたり正當に評価できなかつたりする。その結果、認知症ケアは難しい、必要なのはわかっているが忙しくて十分できない、積極的に関わろうとは思えないという感情をもつに至り、看護への意欲が低下する。認知機能障害や意識障害のある患者では、感謝の言葉をもらったり、回復を喜びあつたりする機会が少ない。だからこそ、認知症ケアは面白い、自分にも何か認知症の人のためにできることがあると思えるように、看護管理者が職員に働きかける必要がある。

これらの現状をふまえ、看護管理者は、自部署の看護職員がそれぞれどのような状況にあるのかを把握し、長期的、計画的に対策を講じる必要がある。

第4節 認知症ケアに関わる急性期病院看護管理者（トップマネジャー）の役割

ポイント

- 1 急性期病院において認知症ケアは困難な課題であり、病院全体で取り組む必要がある。
- 2 取組の効果を得るためには、看護部長など、病院の看護のトップマネジャーが認知症ケアの価値を認め、認知症ケアを行う基盤づくり、仕組みづくりに貢献する必要がある。

1 病院の理念からみた認知症ケアの価値を示す

それぞれの病院では、その地域性、歴史などからつくられた理念をもつ。認知症の人は急性期病院での治療方針、治療の価値観に反する存在に思われやすい。しかし、認知症の人を“顧客”として捉えた場合、簡単に排除できる存在ではない。むしろ、対応が難しい人をいかに大切にし、満足してもらえるようケアできているかは、病院の価値を高めることになる。

このことを、職員に伝え、看護の理念のひとつとして浸透させることがトップマネジャーの役割となる。

2 認知症ケアを行う基盤をつくる

具体的な改善策を考えるには、認知症ケアを遂行する上でどのようなところに問題があるのか、逆にどのようなところはうまくできているのかを病院単位で査定する必要がある。まず、認知症をもつ患者がどれくらい（どの診療科、病棟に）受診・入院しているのか、治療とケアの実態や課題、ケアの質について把握する必要がある。それは変化や改善策実施後の効果を見ることも合わせて常時必要な情報となるため、情報を得るための仕組みをつくった方がよい。

多くの急性期病院の職員は認知症ケアに関する基礎的な知識・技術が不足しているため、学ぶことを推奨する。また、講義形式の研修や事例検討会、実地のトレーニングなどの学習機会をつくることを推奨し、委員会に委託するなど実施のための仕組みを設ける。

3 認知症ケアに対応できるよう柔軟に人材を活用することを承認する

対応が難しい認知症をもつ患者を常に看護しているわけではない急性期病院では、1対1でのケアを必要とする患者に一時的に手厚く対応するために、病棟内で勤務時間の調整を行う、他病棟から応援の職員を出すなど、人手が確保できると安心してケアができる。人材を柔軟に活用できることを承認し、病棟を超えたルールづくり、人材活用の仕組みづくりを行う。

認知症や高齢者の看護について専門的な知識をもつ人材がいれば、病棟を超えて活用できるようにしたい。看護職だけでなく、他職種についても同様である。また、専門的な機関で学習していなくても、長年の経験により様々な知識や技術をもっている職員がいるだろう。これらの人材を活用すること、職員間で連携をとることについて、病院全体で推奨する。

4 倫理調整の仕組みをつくる

認知症ケアでは、例えば、治療の選択、生活場所の選択に本人の意思が反映されない(家族の意思あるいは医療従事者の意思が反映される)、虐待を疑う事例への対応、身体拘束の可否など、倫理的な問題を孕みやすい。このような問題は一人の職員、管理者が対応できるものではない。病院全体で、多職種の様々な視点から意見を出し、対応を考えなければならない。

長年、深く考えずに行っていること、その職種では当たり前と思っていることであっても、現在の社会の見方では倫理的な問題と捉えられる場合がある。医療職の常識が社会から遅れている可能性もある。一方、ある事象を倫理的な問題として捉え、一人で悩んでいる職員がいるかもしれない。悩んだ結果、「自分には何もできない」と諦めたり、罪悪感に苛まれたりしていることもある。

職員が自負心をもって認知症ケアに専心するために、病院全体で、多職種により構成される倫理調整の場や仕組みを作ることが望まれる。

第5節 認知症ケアの改善にむけた部署（病棟）単位での取組

ポイント

- 1 認知症ケア改善に向けて、目標を立て、計画的に取り組み、評価する。看護管理者が先導し、そのステップを職員に見せていく必要がある。
- 2 認知症ケア改善のため、基準づくり、人事管理、知識の活用、治療の確実な遂行、専門職連携の推進、家族との関係づくり、環境調整など、看護管理上の戦略を駆使していく。

急性期病院の看護は組織立っており、看護職員は患者の尊厳を守るというケア姿勢をもっている。そこに認知症に関する知識を加え、病棟・チーム単位で認知症ケアの改善に取り組めば、認知症をもつ患者は対応困難な人ではなくなるだろう。このことは、高齢になり、あるいは認知症が進行して身体面の不安が多くなる患者・家族の安心につながるだろう。

1 認知症ケア改善への取組内容

認知症ケア改善にむけて、何に、どのように取り組むか、戦略を立てて計画的に実施する必要がある。何かに取り組むという場合、例えば、特別な“〇〇ケア”、“△△療法”を適用するのではない。各部署（病棟）、チームの認知症ケアに必要なことを見出して行う。

改善に向けて何を行うか考える際、長期に療養する施設・病院で効果をもたらしてきた特定の方法を参考にすることもできる。しかし、それが各病院、病棟に最適かどうか、十分吟味する必要がある。何を行うか迷ったときには、本来の認知症ケア改善の目的、すなわち、認知症をもった“その人のための”取組になりうるかを考えるとよい。

知識を学ぶ学習会を開催したり、外部研修に職員を参加させたりする取組は比較的簡単にできる。しかし、その次に学んだ知識をどのように日々のケアに活かすか、その仕組みや実施・評価までを含めて計画とする必要がある。

2 認知症ケア改善に向けた取組のステップ

何に取り組むかによって、実施する主体がチームやリーダーたち、あるいは専門的な知識をもった職員となることもあるが、それを先導するのは看護管理者でなければならない。

(1) 問題意識と理想を共有する

まずは病院・病棟の理念や目標に照らして、現状の認知症ケアは何が問題となっているかを考える。その問題は、誰にとっての問題だろうか。患者にとっては問題ではなく、家族や看護職員にとっての問題（例えば家族や看護師を困らせること）である場合も多い。家族や看護職員にとっての問題である場合、それがどのように関連して患者本人の問題となるの

かを考えてほしい。また、認知症ケア改善に取り組もうと思ったメンバー同士で話し合い、自分たちの認知症ケアの理想を言語化する。

(2) 取組の決意表明

問題を解決すること、あるいは理想やより高い目標実現に向けて取り組むことを決める。そして、その意志を病棟や病院、チーム全員に表明する。関係する職員がその取組の開始を知っていることが大事である。何かを書いて職員が毎日見ることができるようにするのもよい。

新しい試みや今までと違うことを始めることに対し、現状を変えたくない職員が必ずいる。行おうと決めたことを忘れる、行わない職員も出てくる。その取組は病棟の方針として行うことを職員全体の前で何度も説明し、管理者の意志として伝える。それが取組の成否に関わってくる。

(3) 取組の準備

取組を進めるには、いくつかの段階を踏んで行う。一足飛びには進められないので、すぐにできることから始めるとよい。ただし、職員や他部署等の合意を得ること、職員全員に周知するための時間をとることなど、実施までに準備や手続きが必要なことが多い。それを怠ると取組が円滑に進まなくなるので注意したい。

(4) 取組の推進

取組を始めても、それを継続するにはエネルギーが必要である。そのエネルギーを与えるのが看護管理者である。例えば、看護管理者は以下のことを一緒に取組を進めるメンバーと共に行い、取組の強化を図る。

- A. 実施できたことを尋ね、何ができたかを確認する
- B. 効果がどこに現れているかを確認し、職員に知らせる
- C. うまくいっていれば喜びの感情を分かち合う
- D. うまくいっていない場合はその原因を探り、取組の修正を行う

取組の効果はすぐに現れるものではない。意識的に効果を見つけ表現しないと、その渦中にある職員には感じにくいものである。多少大げさでも、職員が頑張っていることを職員に直接言葉で伝えること、患者や家族からの評価の言葉を職員に伝えること、他職種に取組をアピールすることなど、看護管理者がその取組を推進していることを職員に示す。看護管理者の熱意が取組を推進する力になる。

(5) 具体的な行動目標の設定

日常業務は多忙であるため、時間の経過が早い。何もしないうちに、1か月、2か月と過ぎていく。取組を効果的に進めるには、1か月後の○月○日に△△会議で成果を報告する、半年後の研究発表会で病棟の代表として発表するなど、日付とそこで実施することを決め、行動目標とする。

(6) 定期的な評価

取組内容が病棟に合っていないなかったり、職員の負担が大きかったりすると、一時的にはよくても継続できなかったり、最終的にうまくいかずに終わったりする。取組が効果的に進んでいるのかを、チームメンバーと（できれば第三者を含めて）定期的に評価する。この評価は、患者・家族にとってどうか、職員にとってどうか、病院全体としてどうか、複合的にみていく。また、「良いことをしているのだから良い効果を出さねば」という偏った見方をしてはいけない。良い面も悪い面も率直に取り上げ、客観的に評価し、継続する価値があるか、修正すべき点はないかを話し合っていく。

取組は実施期間を決め、最終的な評価を行う。その結果を踏まえて次の計画に進む。

3 認知症ケア改善のための看護管理戦略

病棟の看護職員とともにチームを組んで認知症ケア改善に取り組むほか、認知症ケアの改善に向けて看護管理者自身が取り組む管理実践がある。以下はその例になるが、実施していると思うことも多いだろう。それらを意識的に行い、ケアの質への効果を評価してほしい。また、以下には看護管理者ではなく、チームリーダーや受け持ち看護師が行っている内容も含まれている。その場合も、実施状況を確認、評価することは看護管理者の責任として行う。

(1) 入院初期の認知機能障害を判断する基準と対応を明確にする

急性期病院では様々な原因疾患による認知症のほか、老化による健忘、身体疾患に伴うせん妄などを呈する患者が多く入院する。しかし、身体疾患や言語障害のため、一般的な認知症のスクリーニングツールが適用できないことが多い。また、病状や治療の経過によっては詳細な検査もできない。認知機能に関する評価がすぐにはできないため、たとえば「ナースコールの意味がわかるか」「ナースコールを押した後、待つことができるか」など、ひとまず日常のケアに直結した事柄について、配慮が必要な認知機能障害を有するかを判断する。この判断基準はその病棟の患者に多い症状、職員の知識や対応能力など、各病棟の状況によって異なる。有効な判断基準を職員全員で共有できるようにすることが看護管理実践である。そして、認知機能障害がある場合、日中どうするか、夜間どうするかまで対応を決めておくと、入院初期の対応が円滑にできる。

(2) 職員の認知症ケア対応力の査定と配慮

急性期病院の認知症ケアを行う看護職員には、身体面の変化と精神症状の変化の両方に対応できる能力が求められる。変化後の対応も必要だが、ある程度、変化を予測して事前に対応することも求められる。例えば、抗精神病薬を増量した後は、転倒リスクが高まることを予測し、見守りを強化すること、急変の可能性がある場合は医師や家族に早めに連絡しておくことなどである。

また、認知症ケアは通常のケアとは異なる特別な配慮を必要とする。ある職員が対応すると夜中、全ての認知症をもつ患者が不穏になるという例もある。日中は多くの職員がいるため、

カバーし合えるが、夜間は限られた職員で対応することになる。日中の患者の状況から、夜間の職員で対応できるかを査定し、力不足と判断された場合は、そのチームの責任者（リーダー、管理者）があらかじめ患者の状態を予測し、具体的なケア方法を指示しておく必要がある。

（3）柔軟なケアの集中、配分

その職員では夜間の対応が難しく、様々な影響が考えられる場合、勤務時間の交代を行う必要もでてくる。交代して夜勤を行う職員の負担や不都合も考慮しなければならないが、その必要性を理解してもらい、特別な対応を行う期間を決めて実施する。

日中でも常時見守りや1対1での対応が必要な患者が入院した場合、その人を受け持つ一人の職員が長い時間関わらざるを得なくなる。その場合、自立した患者との組み合わせで受け持ちを決める、時間を決め交代で受け持つ、チーム内に重度の患者が入らないようにチームの患者の組み合わせを変えるなど、チーム内外の職員・患者の受け持ちの仕方を柔軟に変更するほか、他部署からヘルプの職員を出してもらおうよう依頼し、病院全体で対応できるようにする。

対応が難しい認知症をもつ患者が常にその病棟にいるとは限らない。予定できることでもなく、突然、特別な配慮が必要になるため、看護管理者は、職員の勤務時間・配置を動かすことになる。職員に迷惑を掛けることを謝罪しつつ、認知症をもつ患者だけでなく、職員にとっても有益になるように、そして職員が納得し協力しあえる雰囲気ができるように働きかけていく。

（4）認知症ケアへの職員の意欲を喚起、維持する

認知症ケアへの取組が患者、病棟・病院にとって重要であることを表明すること、取組を推進し、励ますこと、効果をあげている事象や職員を承認することを看護管理者が実践する。例えば、患者のよい変化とどのように対応したかをカンファレンスで語ってもらうようにする。

一方、職員の意欲が低下しそうな事柄に対処しなければならない。認知症をもつ患者に関わるには忍耐力が必要である。症状によっては暴言や暴力を受けたり、自分に非がなくても謝罪したりしなければならない。1対1で関わる間に受けるストレスも大きい。職員のもつ負担感、ストレスに対して看護管理者が理解を示し、はけ口を作る。例えば、嫌だと感じた体験を語り発散できる場をつくる。疲労が蓄積すると、ケアに向かう気持ちも低下する。職員のリフレッシュを意識し、まとまった休みがとれるよう勤務を組んだり、休みの希望をかなえたりする。

職員の意欲低下の要因の一つに、身体拘束がある。特にベッドや椅子に縛り、動けないようにする拘束は、職員に罪悪感をもたらし、適切な看護を行ってもそれを正当に評価できなくなる。また、身体拘束を行っても、事故が起きたり、患者の認知症症状が悪化したり、ADLが低下したりする。これも職員のケア意欲を低下させることにつながる。身体拘束に頼らない看護を目指す様々な取組も、認知症ケアに貢献する（第2章第6節「認知症をもつ患者のリスクマネジメント」P81～93を参照）。

(5) 認知症ケアに関する知識を実践に応用する

認知症とそのケアに関する知識を得ることは重要である。しかし、外部での研修会参加などで知識を得ても、実践に活用できなければ意味がない。知識を得ることで現状とのギャップを感じ、理想のようにできないとケア意欲が低下することもある。「この患者さんのこの言動が、〇〇という症状だったんだ」「この患者さんの重症度なら、集団で行うの〇〇よりも、個別の〇〇の方がよいだろう」というように、学習したことが、患者の状態把握、行動の意味づけ、ケアの選択、評価に活用されなければならない。

例えば、認知症の専門的な知識をもった者や看護管理者が、職員が知識として学んだ用語を使って、今入院している認知症をもつ患者の病状、言動の意味、ケアの効果などを説明すると、知識と現象が結び付き、知識を実践で活用できるようになる。このように、看護管理実践として、職員が机上で学んだ認知症ケアの知識を実務の中で確認、表現する仕組みを作る。

(6) 必要な治療が確実に遂行できるよう計画的に援助する

急性期病院の使命は、「短期間のうちに心身の状態をある程度回復させ、元の生活の場に戻すこと」である。この使命の達成に向けて各職種との調整を図る。また、治療を妨げる合併症を予防するためにも、必要な生活援助を怠らないようチェックする。また、急性期病院ではせん妄もおこりやすいので、予測方法や対応方法を学び、チームで実践できるようにする（第2章第5節「せん妄ケア（予防と対応）」P70～80を参照）。チューブ類は治療上必要であっても不快であり、せん妄や二次障害の要因となるため、できるだけ早期に抜去する必要がある。そのために心身の回復のためのケアを十分に行う。また、チューブ類によらない方法を医師に提案し、その方法に変更できないか、どのような状態になったら抜去できるか、目安を得る。

患者自身が言語的に自分の状態を語ってくれない心身の状態を捉え、アセスメントすることは難しい。経験の少ない職員では更に困難となるので、看護管理者やチームリーダーが意識的にカバーする。また、アセスメントに向けて必要な情報を担当看護師に尋ね、看護管理者自身の判断やアドバイスを伝えることを通して職員を教育していく。

(7) 治療に関わる専門職連携の工夫

他職種に相談し、調整を図る窓口となる。又は、職員が相談できるよう道筋をつくっておく。

医師には、ケアでの改善の余地も含めて認知症の人の状態を正しく伝える。ケアの手間を軽くすることでの相談ではいけない。鎮静薬を使った場合はその効果や副作用を含め、どのように使用していくかを医師と検討し、場合によっては精神科医師を交えて検討できるよう調整する。

そのほか、心理士、PT、OT、認定看護師等、専門的な知識・技術をもった人材に相談して知識を得たり、直接関わってもらったりする。

(8) 家族との信頼関係促進、認知症理解の促進

認知症をもつ患者の場合、治療やケアの方針決定や退院先の決定には、家族の判断によることが多い。家族との信頼がなければ、医療従事者が必要と考える治療やケアを受け入れてもらえないことがある。後にクレームとなることもある。看護の責任者として家族と顔見知りになり、患者の状態や現在行っているケアを伝えるようにする。また、受け持ちの看護師は家族と十分話をする、介護の負担をねぎらうことを看護として行うことを教育する。心身の状態の変化（特に悪化）は早めに家族に伝えるよう指導する。

急性期治療の場合、患者が「認知症であること」を知らない、受け入れられない家族もいる。認知症だと分かっている、せん妄が加わることで認知症が悪化したようにみえて「十分なお世話をしてもらえなかったから」「治療を受けて認知症が悪くなった」などとクレームになることもある。医師と協力して認知症という診断を伝える、受診し認知症に関する精密検査を受けることを勧める、治療に伴うリスクを家族に伝えるなどを行う。また、家族の不安な気持ちを理解していること、今後の生活を含めて相談にのることを伝える。

(9) 環境調整

認知症の人では空間の配置、使用する物品など、環境の工夫によってその人自身でできることが増える場合がある。逆に、能力はあるのに環境の影響によってできない場合もある。患者の目線から環境を見渡し、落ち着いて過ごせる場所はどこか、不快な刺激はないかななどをチェックし、可能な限り快適な環境になるようにする（第1章第4節「環境の影響」P34～40、第2章第4節「環境調整」P64～69を参照）。

ハード面の環境をよくしていくには経費など病院に協力してもらうこと、システム変更など病棟全体で取り組まなければならないこともある。関係部署や関係者に必要性を伝え、可能なところから実施できるよう調整する。

第2節の引用文献

- 1) 大谷佳子：2メンバーシップをどう培うか？メンバーシップ研修の必要性とそのポイント、看護の科学社「看護実践の科学」編集部編、看護メンバーシップ、看護の科学社、24頁、2014。
- 2) 日本認知症ケア学会編：認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの基礎、3版、ワールドプランニング、1-10頁、2013。
- 3) 湯浅美千代：認知症看護におけるリーダーシップ、メンバーシップ、循環器ナーシング、6 (12)、14-21頁、2016。

第1節から第5節までの参考文献

- (1) 湯浅美千代：急性期病院での認知症ケアの課題と展望、認知症ケア事例ジャーナル、5 (2)、140-146頁、2012。

- (2) 酒井郁子：急性期病院の認知症ケアの改善に向けて看護管理者が果たす役割、認知症ケア事例ジャーナル、5 (2)、147-155 頁、2012.
- (3) 酒井郁子、飯田貴映子：長期ケア施設における看護管理の展望、看護管理、19 (10)、818-823 頁、2009.
- (4) 湯浅美千代：長期ケア施設における改革—要介護高齢者のための施設における看護職リーダーに期待される役割、看護管理、19 (10)、824-829 頁、2009.
- (5) 湯浅美千代：急性期病院における認知症をもつ患者への対応と管理者の役割、看護展望、36 (6)、2014.
- (6) 湯浅美千代：認知症看護におけるリーダーシップ、メンバーシップ、循環器ナーシング、6 (12)、14-21 頁、2016.
- (7) 桑田美代子、湯浅美千代編：高齢者のエンドオブライフ・ケア実践ガイドブック 死を見据えたケア管理技術、中央法規、2016.

第6節 倫理的感受性をもった認知症ケアの推進

ポイント

- 1 認知症の人を、一人の人格をもった人として対応することが、尊厳の保持につながることを理解する。
- 2 認知症の人の看護では、日常のケアの中で常に倫理的判断が求められる。看護職員は“あれ、これはおかしい”と思える倫理的感受性を高めておく必要がある。
- 3 倫理的感受性を高めるためには、看護職側の対応が認知症の人に影響を及ぼすことを意識し、自らのケア実践を振り返る能力が求められる。
- 4 倫理的問題やジレンマを感じることを否定せず、それらのことを話し合える職場環境を整える。

1 倫理的判断が常に求められる認知症ケア

認知症ケアの現場は、常に倫理的判断が求められる。しかし、そのことが認識されていない現状がある。

(1) 認知症の人自身の意向に目をむけて対応しているか

認知症の進行に伴い自分自身の身の回りのことが行えなくなり、言語的に意思の疎通も困難となると、食事介助、整容、排泄介助などADLに介助が必要となる。皆さんはどのような思いで介助をしているだろうか。例えば、食事を介助する時のペースはどうだろう。“早く食べてほしい”という思いから、次から次に食べ物を口に運んでいないだろうか。食事を拒否された、と思うような場面ではどうだろう。本人としては拒否ではなく食べたくないのかもしれない。そのような時、本人の意思を確認しているだろうか。

ADLの介助において、認知症の人自身の意向にそってケアをしようとしているか、自部署の現状を見直してほしい。日々のケアの中で、認知症の人が意思を示している場面がある。その意思をキャッチするためにも、認知症の人の行動に関心をもってほしい。

(2) 自分がされて嫌なことをしていないか

「相手の立場になり考える」ということは容易なことではない。しかし、改めて考えてみてほしい。自分がトイレに行きたいのに、“おむつをしているから、おむつにお小水をしてください”と言われたら、どのような気持ちになるだろうか。「トイレに行きたいのに、何故、連れて行ってくれないのか」と思い、辛く、悲しく、惨めな思いになるのではないだろうか。

“忙しいから”“大変だから”というケアする側の理由を楯に、自分の身に置き換えたら決してされたくないことを行っていないだろうか。その結果、問題と感じなくなっている現状がな

いだろうか。「自分がされて嫌なことはしない」ということは言葉でいうほど容易いことではない。これを言葉だけでなく、行動として実践するために個人だけでなく、各部署で、組織全体で考える必要がある。

(3) 認知症の人を子ども扱いしていないか

認知症は徐々に社会生活・日常生活機能が低下してくる。そして、人の手を借りることが多くなる。失敗やできないことも当然多くなる。それは当たり前のことであるので専門職の皆さんが非難してはいけない。また、子どもに戻ったわけではないのについて子どもに対するような言葉づかいをしていないだろうか。自分も周囲の人々についても振り返って考えてみてほしい。

一方、親しみを込めて対応しているという理由から、「おじいちゃん」「おばあちゃん」など、良いことと思って声をかけている人もいる。しかし、それはケアする側の一方的な思い込みの場合もある。どのように呼びかけるかはその人をどのように見ているかを意味する。親しみを込める前に、まず看護の専門職としての態度で対応してほしい。

2 人格をもった人として対応する

認知症を持つ人の看護では、ケアする認知症の人を一人の人格をもった人として尊重することが重要である。

(1) 認知症の人の自尊心を保つ：できないことを求めず、できることを奪わない

認知症をもつ人に「今日は何月何日ですか？」と尋ねることは是か非か。“私も尋ねている”と思った人は、なぜ尋ねているのか、そして、自分が尋ねられてどのような気分になるかを考えてみてほしい。確認する必要が全くないとはいえない。しかし、認知症の人に確認する時、どのような意図で、どのような態度で確認をしているのか、今一度、自分の言動、態度を振り返ってみてほしい。毎日、毎日、確認されることの辛さや切なさを想像できただろうか。

また、トイレの場所がわからず、間に合わず失禁していることがあるかもしれない。便座の中央に座ることができないために、汚してしまっているのかもしれない。認知症のためにできないことを求めることによって自尊心を傷つけてはいけない。反対に、時間をかけたり工夫したりすることによって本人ができることを奪うような対応をしないように注意する必要がある。

表4-2に認知症の人に対する自尊心に配慮した対応例を示した。¹⁾

表4-2 認知症の人の自尊心に配慮した対応の例

自尊心を傷つける対応	自尊心を傷つけない対応
馬鹿にされたと感じる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・(答えられる人に)「今日は何曜日でしょう」「ここはどこですか」「私の名前、ちゃんと覚えてますか」など、理解を試すような態度で聞く ・「わかりました?」「〇〇ですよ」など、疑いをもった様子で念を押す 	尊重されたと感じる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・選択や決定にあたって「どちらにしますか」「〇〇でよいですか」など、本人の意向を確認する
軽視されたと感じる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・「〇〇ちゃん」や愛称など、職員が呼びたいように呼ぶ 	大人の人に対する常識的な対応 <ul style="list-style-type: none"> ・苗字に「さん」付けを基本とする。本人が旧姓で自身を認識している場合は、下の名前に「さん」付けで呼ぶ
できないことを自覚させる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・(答えられない人に)「今日は何月かわかりますか」「ここはどこかわかりますか」「私の名前を教えてください」など、と質問し、答えられないとがっかりした表情をする ・「この前ちゃんとできなかったから、今度は私たちがしますから」と、本人にさせない 	見当識の手がかりを伝える対応 <ul style="list-style-type: none"> ・「おはようございます。担当の〇〇です」と声をかける ・さりげなくカレンダーを見ながら「もう〇月〇日ですよ」と話しかける ・「もうすぐ昼食時間ですね」と時計をみて時間を確認する
失敗を本人のせいにする対応 <ul style="list-style-type: none"> ・「やっぱり忘れてた」「なんでちゃんとしてくれなかったんですか」「なんでそんなことをするんですか」と不満気にする 	失敗を援助者のせいにする対応 <ul style="list-style-type: none"> ・勘違いや忘れていることに対して、医療従事者がわかりやすく伝えなかったことを謝る

(2) 認知症の人の意向を確認する

看護職は認知症の人や高齢者の能力を過小評価する傾向がある。ゆっくりと認知症の人がわかる言葉で確認することで、その人の意思を確認できることも少なくない。そして、認知症の人の行動に関心を持って見ることを忘れないでほしい。関心をもって行動を見ることで、認知症の人の意思が伝わってくる時がある。重症期、終末期になり言語を発することができなくても、意思ある存在であることを忘れず丁寧に対応する。これは認知症の人に限ったことではない。常に本人の意向を確認するという基本的な姿勢を大切にしてほしい。

(3) 認知症の人のペースを大切にす

加齢に伴い何をすることも時間を要するようになる。動作も遅くなるが、ケア提供者の説明内容を理解することにも時間がかかる。認知症の場合はこの傾向が顕著になる。また、認知症の人は看護職の仕事のペースに合わせるができず、本人のペースで行動する。看護職が認知症の人の特徴を理解し、認知症の人のペースに合わせることを求められている。病院では患者が医療従事者に合わせる事が常識になっているため、医療従事者側が意識変革をする必要がある。

3 倫理的感受性を磨く

「自分の行っていることは認知症の人のためになっているだろうか」と自問自答することも大切である。自分自身と同じ考え・価値観を持っている人ばかりではない。だからこそ、自分

自身を客観的に振り返る必要がある。

(1) 自分自身の中にある認知症に対するイメージをとらえる

ケア提供者が、認知症に対する偏った見方、「認知症＝わからない人」というイメージをもっていないだろうか。その負のイメージで、認知症の人をみていないだろうか。自分自身がどのようなイメージを持ち対応しているのかをまず冷静にとらえてほしい。その上で、認知症についての新しい知識を取り入れ、認知症看護観をつくってほしい。

看護職として、認知症に対する正しい知識を身に付け、倫理的な規範を守りケアすることは看護職の責務である。

(2) 倫理的ジレンマを感じることを大切にする

倫理的ジレンマとは、どちらが、明らかに正しく、どちらが明らかに間違っているとはいえない微妙な倫理的価値の対立を指す²⁾。日々のケアの中で、“おや、変だな”“モヤモヤするなあ”と感じることは、現状への課題や疑問を感じ取っていることを意味する。認知症ケアの現場は常に倫理的判断や倫理的態度を求められている。しかし、それに目をつぶり、今までの医療・看護を漫然と続けている現状がある。倫理というと医療行為に対する意思決定、終末期の尊厳など医療倫理や生命倫理に焦点が当てられる傾向がある。しかし、日々の生活の中で本人の意思に基づく決定や、認知症の人の尊厳が軽視されている。

そのような現状があるからこそ、看護職が日々のケアの中で、一步引いた目線で見、“ちょっとおかしいのでは”と思い、それを言語化できる能力が必要になる。まずは現状にある倫理的な問題をキャッチする倫理的感受性をみがく努力をしなければならない。その一つとして認知症の人の立場で考えてみるとモヤモヤすること、おかしいと思うことをスタッフ同士が自由に語る場があるとよい。

(3) 自分の行動・言動を振り返る

認知症の人をケアする中で、日ごろ認知症の人がどのような思いでその行動をとっているのか、その状況の中でどのように感じているのか想像する力が求められる。また、常に自分自身の対応を振り返り、これでよかったのか、もっとよい対応がなかったのか考える力が必要になる。認知症をもつ人は質問しても的確に答えてはくれないためである。

相手の立場になり自分の態度を振り返るということは容易ではなく、うまくできなかったことを認識させられることにもなる。それでも自分の成長と認知症の人のために、行い続ける必要がある。

4 倫理的感受性の高い組織づくり

認知症の人の尊厳を守り、本人の立場からケアを考え、倫理的な問題を解決しようとアプローチする実践は、組織の考え方の影響を受ける。また、職員が行っている実践方法は組織の中に根強く位置づく。

例えば、「ケアを拒否するから」「本人が望んでないから」といって関わらないとすると、それはケアを放棄していることと同じである。関わらないでいても誰も何も言わないとすれば、それを容認する組織文化があることを示している。

例えば、身体拘束は仕方がないものと考え、身体拘束をしないと不安を訴える職員はいないだろうか。身体拘束をしている現状をそれでよいとは思わず、できるだけ外そうと努力するのか、身体拘束がないと不安で拘束具の購入を求めるのとでは大きな違いがある。不安にさせる原因はケアの問題というよりは、組織の問題であろう。

「ケアを拒否」することも認知症の人の意思と考えられないだろうか。ケアする側の対応が認知症の人に不快感や苦痛を与えている。疼痛があり、触られるのが嫌であったかもしれない。「痛いです。触らないでください」という認知症の人の意思と捉えることもできる。

意思決定支援について、人生の最終段階の医療にだけ注目が集まっているが、決してそうではない。日々のケアの中で、認知症の人の意思に関心を示さずに、人生の最終段階の医療について本人の意思に基づく意思決定支援はできないだろう。日々のケアの中で、認知症の人の意思に関心を示し、ケアを通して確かめる、その積み重ねが重要な局面での意思決定支援につながる。認知症の人の意思決定支援を行うことができるか否かも組織全体の考え方やスタッフが普段行っている実践に影響を受ける。

認知症の人への対応は、個別性が高く一例一例異なり正解が明確ではない。だからこそ、一緒に向き合う看護管理者の姿勢、組織の理念が求められる³⁾。特に倫理的感受性は組織の影響を受ける。看護管理者はそのことを認識し、倫理的感受性をもつ組織となるよう、方向を示していく必要がある。

引用文献

- 1) 湯浅美千代：改訂第4版、第Ⅷ章認知症の高齢者の支援 1 認知症の高齢者の理解と看護の基本、311頁、南江堂、2023.
- 2) 箕岡真子、稲葉一人：わかりやすい倫理 日常ケアに潜む倫理的ジレンマを解決するために、9項、ワールドプランニング、2011.
- 3) 湯浅美千代、酒井郁子：技術体系③；高齢者ケア、高齢者ケア、1590-1599,36 (12)、臨床看護臨時増刊号、へるす出版、2010.

参考文献

- (1) 谷本真理子、黒田久美子、田所良之ほか：高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術、日本看護科学学会誌 30 (1)：32-35、2010.

第7節 標準的な対応手順・マニュアルの検討整備

ポイント

- 1 認知症ケアの理念を組織で掲げ、マニュアル作成の目的を明確にする
- 2 各施設の特性に合わせたマニュアルの検討をする
- 3 評価・活用を考えたマニュアルを作成する。

認知症をもつ患者の入院は増加し、どこの病院でも入院環境を整え、ADLの維持や治療を進めていくことは大きな課題の一つである。

2016年の診療報酬改定により、「認知症ケア加算」が新設され、その算定要件の中認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成が明記されている。この章では、認知症ケアに関するマニュアルの整備について述べる。

1 マニュアル作成の目的

マニュアルは、看護の水準を一定に保つことで患者の権利・安全を守ることを目的として作られ、看護を実践するための「道しるべ」となる。その施設・部署に適しており、また、新人看護師、異動者、誰もが活用できるものでなければならない。マニュアルの内容は、最低基準が統一され、多くの人に適応できるものである。また、根拠となる多くの知識から導き出される。知識は新しくなるため、一度作成して終わりではなく、常に見直し、改訂され成長を続けているものでなければならない。

認知症ケアは個別性の高いものであり、マニュアル通りにケアをしてもうまくはいかないときもある。マニュアルは活用するものであり、そこから個別的な看護を考えることが重要である。

2 自施設に必要なマニュアル

(1) 現場のニーズを把握する

認知症ケア加算の新設により、多くの病院の看護師が研修に参加しており、認知症ケアへの関心が高まっている。しかし、同じ急性期病院であっても規模や地域性、役割の違い、認知症に関わる看護のスペシャリスト（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神科看護専門看護師など）の存在の有無によって、最低基準とする内容は異なる。そこで、今一度自施設を見直し、学習ニーズ調査や本テキストの自己チェックシート（付録P164～165を参照）などを活用して、何をマニュアルに掲載する必要があるのか検討をすることから始める。

(2) 認知症ケアに対する理念を掲げる

認知症ケアは、現場の看護師だけが頑張ってもできることではなく、組織として理念を掲

げて取り組んでいくことが重要である。そのため、マニュアル作成に至る前に各組織、部署での認知症ケアに関する方向性を検討する必要がある。また、マニュアル作成の経緯やその必要性について共通理解し、進むべき方向を定めることが大切である。

3 マニュアル作成のポイント

(1) 各部署に認知症ケアの中心となるスタッフの配置

認知症ケア加算の算定を考えている場合は、研修を受けた看護師がその部署の認知症ケアを牽引するスタッフとなる。加算を考えていない場合は、日頃からの実践の中から認知症ケアに優れていると管理者が感じるスタッフを抜擢することが多いが、その部署の状況によっては自薦、スタッフからの他薦により選抜してもよい。選ばれたスタッフが意欲的に取り組めるようにしていく。

(2) マニュアル作成チームの結成

認知症ケアは、チームで取り組むことが重要である。多くの施設で検討チームは、研修を受けた看護師長、リーダー看護師、スタッフ看護師で構成されていることが多い。

しかし、看護職だけでなく、多職種でチームを結成し、マニュアルの検討を行うことがより望ましい。また、専門家にスーパーバイズを受けることが望ましい。しかし、認知症ケアに精通するスペシャリストや協力的な医師等他職種がいる施設ばかりではない。そのため同じ地域にある施設のスペシャリストにスーパーバイザーを依頼し、このことを契機にして連携を図っていくこともできる。

4 認知症ケアマニュアルの構成の一例とポイント

認知症ケアマニュアルの構成は、施設ごとに違いがあるが、共通していることも多い。以下標準的なマニュアルの構成を提示する。

表4-3 認知症ケアに関するマニュアルの構成

項目	内容	ポイント
① 認知症の基礎知識	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の定義 加齢現象 主な認知症 	<p>4大認知症といわれているアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、血管性認知症の症状とともに治る認知症についても記載をする。認知症の症状が出現すると、すべて進行性の認知症と思われてしまわないように、老化の側面からもアセスメントできるようにする。</p>
② 認知症の症状	<ul style="list-style-type: none"> 主な認知症疾患 認知機能障害とBPSD せん妄・うつとの違い 	<p>認知症をもつ患者は認知機能障害により生活に支障をきたしていること、主な症状について理解できるように提示する。</p> <p>BPSD に関しては、日常的に多くみられる症状について、その背景と要因を理解できるようにする。せん妄は多くの施設で困難感がある症候であり、見過ごすと認知症の増悪につながり、QOL の低下をきたすために重要である。施設独自でせん妄チャートをマニュアルに組み込んでいるところもある。</p>
③ コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に特徴的なコミュニケーション 病期によるコミュニケーションの過程と対応 	<p>認知症をもつ患者とのコミュニケーションの基本をふまえて、疾患の特徴と病期から個々のコミュニケーション能力に合わせたケアに活かすことができるようにする。</p>
④ 認知症ケアの基本的姿勢	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの原則 意思決定支援 日常的なケアにおける倫理的な課題、倫理的判断 	<p>認知症ケアの原則を捉えて、治療の選択や療養の場の選択だけでなく、日常的なケアにおける意思決定や倫理的判断について、事例を踏まえて提示する。</p> <p>例)「今日は、何月何日ですか」など認知症の人を困らせている問いかけをしていませんか?など</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドラインやリーフレット参照 <p>(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html)</p>
⑤ 認知症の評価尺度	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者の日常生活自立度(認知症ケア加算対象者:ランクⅢ以上) HDS-R、MMSE、FAST、ADL、IADL 	<p>認知症の評価尺度だけでなく、認知症は生活障害をきたす症候のため、生活障害を把握するための評価ツール(ADL、IADL)を入れ、ケア計画に活かす。他にも血液検査や画像検査についてもふれる。</p>

項目	内容	ポイント
⑥ 非薬物療法	<ul style="list-style-type: none"> リアリティオリエンテーション（現実見当識）や回想法 音楽療法や園芸療法 	<p>非薬物療法には、様々な方法があるが、日常的に取り組める方法を検討する。</p> <p>例）リアリティオリエンテーション 「自分が誰か」、「朝ごはんです」と現実と、見当識に関する情報を伝える。また、そのために使用する道具やツールを記載する。（カレンダー、時計など）</p>
⑦ 薬物療法	<ul style="list-style-type: none"> 認知機能障害に対する薬物療法（抗認知症薬） 行動心理症状に対する薬物療法 	<p>認知症ケア加算では、鎮静を目的とした薬物の適正使用に関することをマニュアルに入れることが必須である。薬剤の使用は、医師による薬剤調整、薬剤師の関与が重要となるが、薬剤効果をモニタリングするのは看護師の重要な役割である。</p> <p>そのため、まずは、本当に薬物療法が必要なのか、その要因を検討するところから始め、薬剤使用前後の観察ポイントなどを整理する。また、退院後に患者が住み慣れたところに戻ったことでストレスが軽減し、薬物が必要以上に効果を発揮して、過鎮静になることがあるため、退院後のモニタリングについて、家族やかかりつけ医、訪問看護へ情報を引き継ぐことを忘れないようにする。</p>
⑧ 身体拘束について	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束とは 身体拘束の原則 身体拘束の具体例 身体拘束をせざるをえないときの要件（基準） 身体拘束に関するチームカンファレンスの運営方法 身体拘束用具の正しい使用方法と管理 	<p>身体拘束については、医療安全マニュアルに掲載している施設も多くみられ、行動制限最小化委員会など委員会を設置して活動している施設もある。</p> <p>そのため、医療安全チームや委員会とともに既存のマニュアルを検討し、どこでマニュアルを見直し、改善していくのか決定しておく。</p>

5 マニュアルの評価・見直し

マニュアルは、一度作成して終わりではなく、常に評価・見直しをしていく必要がある。評価し見直す期日と見直しを行う部署を予め決定しておく。

また、実態に即していないときや組織・体制が変更されたとき、および法令制度や改正などで業務内容等が変更されたときにも見直し改訂する。

6 マニュアルの活用

マニュアルは、活用されなければ意味がない。どのような時に活用していくかを示し、日常のケアの向上に活かす。

活用時の例)

- ①初心者・新人（勤務交代も含む）教育
- ②ケア・ケア計画の見直し
- ③カンファレンス
- ④ケア提供者の評価指標

参考文献

- (1) 柴田一郎編：認知症ケアに関する手順書づくり - 認知症患者にやさしい病棟をめざす -、看護展望、メヂカルフレンド社、Vol.42 No.12、2017.
- (2) 内田陽子編：できる！認知症ケア加算マニュアル、ExpertNurse、照林社、2016.
- (3) 服部英幸編：BPSD 初期対応ガイドライン、ライフ・サイエンス、2012.

第8節 教育研修を企画する方法

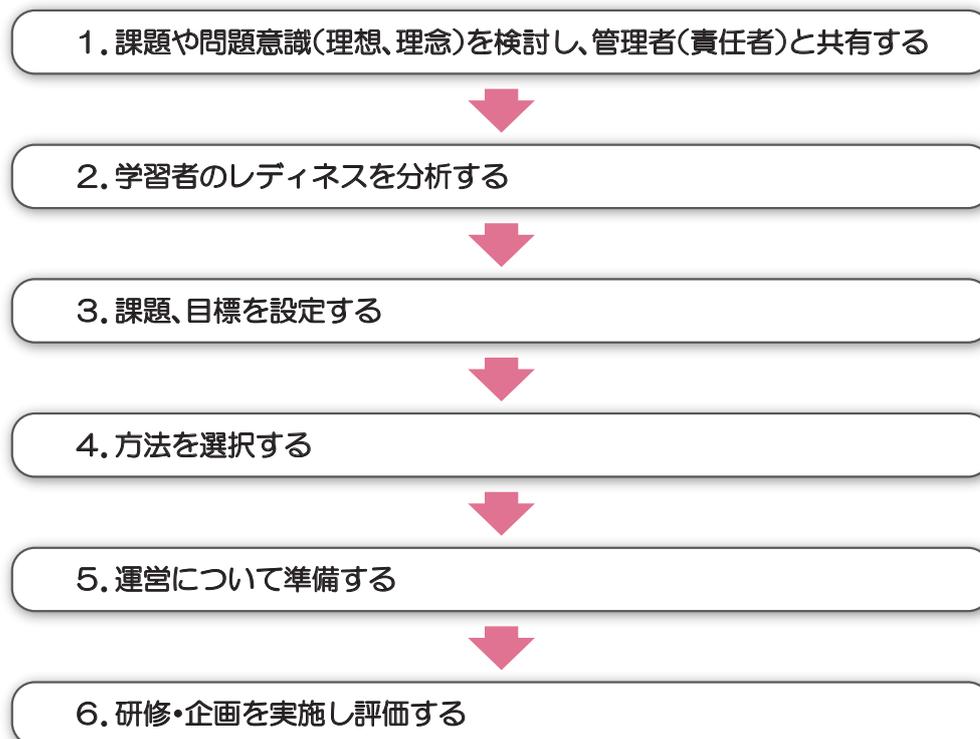
ポイント

- 1 認知症の人本人にとっての問題は何かという観点から現状の課題や問題意識を検討し、管理者の協力を得ることから始める。
- 2 研修を受ける者の認知症ケアに対する学習のレディネスやモチベーションをふまえて研修方法を検討する。
- 3 長期の目標、中期の目標、1回ごとの研修の目標を定める。
- 4 研修がスムーズに進むように運営の準備を整えて実施し、実施後の評価により改善を図る。

今後、皆さんは所属する施設や部署のスタッフの認知症対応力向上に向けた研修を企画するようになるだろう。しかし、「どのように研修を企画したらよいか分からない」という声も多く聞かれる。まずは一般的な手順、考え方を示しておきたい。しかし、このとおりに実施する必要はなく、企画のための手掛かりの一つとして、それぞれの学習ニーズや実情に合わせて工夫し試みてほしい。

研修を企画し、実施して評価するまでのプロセスを図4-3に示した。この流れを参考にし、具体的に何をしていくのかを示す計画書を作成するとよい。

図4-3 研修の企画、実施、評価までのプロセス



1 課題や問題意識の検討

研修は、それを行う必要性や問題意識を前提に企画される。まずは、自分の所属する部署では何が問題なのか、何を課題として取り組む必要があるのか、優先度の高い課題は何かなどを考えてほしい。その際、取組の結果、利益を得るのは「患者」のはずである。患者にとっての問題は何か、という視点を忘れずに、現状を分析する必要がある。

その分析結果を部署の責任者（看護師長や看護部長、診療科長など）に示し、問題意識・課題を共有する。ある組織での課題に取り組み、実践を変えていく場合、スタッフ一人が自分勝手に行動してはいけない。組織やチームへの影響を考え、責任者の了解の下で実施する必要がある。また、責任者と話し合う中で、問題がより明確になったり、広い視野で考えることができたり、取組を進める上での課題やステップに気付いたりできるはずである。

責任者が同じ問題意識をもたない場合やあまり協力的でない場合もあるだろう。その場合は、理解してもらえそうな方法を用いる。その例を表4-4に示した。

表4-4 責任者の協力を得るための戦略

- データ（実態調査の結果などの数値）を用いて論理的に説明する。
- 病院等の理念から必要性を訴える。
- 行った時の効果、行わなかった時の影響を示す。
- 患者や家族からの訴えや事実をもとに、思いを伝える。
- 組織から要請されている課題や業務に重ねて行うようにする。

2 学習者のレディネスの分析

問題の解決や課題の達成のために努力する人々が研修の対象者＝学習者となる。様々な人が研修の対象者となる可能性があるが、ここでは急性期病院のひとつの病棟を例に考え、看護スタッフを対象に研修を企画することを仮定して話を進めたい。

認知症の人への看護をよりよいものにしていくという前提に立ち、そのためにどのような学習をどのような方法で行ってもらえればよいかを考える前段階として、研修の対象となるスタッフのレディネス（学習の準備状況）やモチベーション（意欲、動機）を分析していく。部署のスタッフは認知症のことをどれくらい知っているだろうか。認知症の人の看護や学習への意欲はあるのだろうか。学習や看護の妨げとなっているものはどのようなものだろうか。どのような方法であれば取り組みやすいだろうか。このような様々なことを考えていく。

その手掛かりとして、日頃の認知症の人との関わり方やカンファレンスで出される意見などが参考になる。意識してスタッフの日頃の状況を見聞きする必要がある。スタッフへの関わりが少ない場合には、アンケートをとったり、1対1あるいはグループでのヒヤリングを行ったりしてもよいだろう。気楽に答えてもらえる雰囲気が必要である。

このようにして得た情報を基に研修を企画するチームで検討し、具体的な研修方法につな

げていく。

3 課題、目標の設定

急性期治療の場での認知症看護の改善はかなり大きな課題となる。そのため、1回の単発の研修では変わりようがない。少なくとも2～3年計画で取り組んでもらう必要がある。そのため、①2～3年先の理想的な病棟やスタッフ、患者の姿を想定した上で、②6か月～1年程度を単位とした目標や課題を明らかにして、③具体的な1つ1つの研修を企画する。この1つ1つについても目標を挙げる（表4-5）。

それぞれの目標を達成していくためにどのようなことを行っていくか、具体的な行動、取組内容を計画することになる。そして、それぞれの目標設定時期に、何を行い、どこまで達成できたかを評価し、方法や目標の修正を行うことになる。

表4-5 目標の設定

大目標(理想的な姿)	2～3年単位
中目標(ある期間での達成目標)	6か月～1年単位
小目標(短期目標、努力目標、行動目標)	1～3か月又は3～6か月単位

4 方法の選択

課題を達成するための取組の一つが講義などの教育研修になる。教育研修以外の取組としては、カンファレンスやケア方法の工夫・手順の変更・マニュアル化・評価、記録方法の工夫、業務の調整やスタッフの配置変更など、様々なものがある。

何を取り組むにしても準備が必要である。どのようなことを目指して（目標）、具体的に誰が何をするのか（方法）を考え、管理者、スタッフのほか、関連する部署にも説明し、合意を得るようにする。

教育研修の方法にも様々なものがある。集合教育としては、講義（資料1）のほかに、デモンストレーション、実技トレーニング、シミュレーション、ロールプレイ、事例検討会（グループディスカッション）、ワークショップなど様々なものがあり、これらを組み合わせて行うこともある。感染対策や複数の施設間での研修に活用するため、オンラインでの講義やディスカッションも比較的手軽に行うことができるようになった（資料2）。個別に行う学習には、テキスト（書籍、論文等を含む）を読むほか、配信されたオンデマンド教材を視聴する、E-ラーニングの教材を系統的に学ぶ（資料2）、事例の振り返り・学習成果のまとめ、課題（体験・シミュレーション・ヒヤリングなど）をレポートにすることなどがある。反復訓練として実技トレーニングをすることもあろう。いずれにしても、学習者がどのように研修に取り組むかが重要になる。そのモチベーションを高める工夫が必要である。例えば、個人的に学んだ成果を提示・発表してもらい、何らかの評価をすることによって学習者の成長を促す。

臨床の現場での教育として重要なのは、OJT（On-the-Job Training 職場内訓練）である。単純に現場で技術を見て覚えてもらうということではなく、学習者の状況や現場に即した課題設定が行われ、順序立てて学習する計画性と評価が必要である。また、その組織・職場ケアを工夫し合いそれを伝え合う風土・雰囲気があれば、意識的にも無意識的にも多くの学びをするだろう。その風土づくりをすることも取組の一つとなりうる。

教育研修には様々な方法があり、課題や学習者の状況に応じて方法を選択する。

資料1 「講義」の特徴と工夫

集合教育で多く行われるのが講義である。講義には以下の特徴がある。

- 通常一人の講師が多くの受講生を対象に、話をする。
- 学習効果は、受講生の学習意欲、聞き取りの能力、環境に左右される。
- 学習者に獲得されるのは知識であり、実効性は乏しいことが多い。

そのため、事前課題、講義中の発問、記載してもらう課題などを組み入れ、受講者の学習意欲が継続する工夫や現場で活かすための工夫が必要である。

講義を補助する用具として、パワーポイント、実物投影機、配布資料、ビデオ・DVD、ホワイトボードとペン（又は黒板とチョーク）などを準備する必要がある。機械器具は事前に作動確認を行っておく。また、機械器具に支障が生じた場合にどのようにするかも準備しておくといよい。

資料2 インターネットを活用した研修の種類とメリット・デメリット

<種類>

インターネットを活用した研修方法には、「ライブ配信」での講義と収録した教材を視聴する「オンデマンド配信」がある。

1. ライブ配信

通常の研修のように、日時を決めて行う。講師による一方向での配信だけでなく、その場での手上げ機能やチャットを使って質問を受けることもできる。また、グループを分けてディスカッションをすることもできる。

2. オンデマンド配信

学習者が収録された講義を好きな時間に好きな場所で、それぞれの学ぶ速度に応じて視聴する。質問は別途メール等で行うことになる。

<主なメリット>

- 好きな場所で講義を受けることができる。遠い場所や複数の場所からの受講が可能
- 時間や場所を考慮しなくてすむ
- オンデマンド配信では、自分のペースで繰り返し学習できる

<主なデメリット>

- PCやインターネット環境を各自が持ち、活用スキルを習得しておく必要がある
- 通信上の接続トラブルや音声トラブルの対応が難しい
- 教材作成や準備に時間や技術が必要になる
- 受講者の理解度や学習のニーズ、学ぶ意欲や態度を把握しづらい
- 受講者の顔が見えない、反応がわからないため、教えずらい
- 学習効果は学習者の学習意欲やツールのスキルに左右されやすい

5 運営の準備

教育研修として、対面で行う集合研修を企画した場合、その研修が最大の効果をあげるよう、滞りなく進行するように準備する必要がある。具体的には、研修の方法を決め、参加者を募集・決定し、会場や必要物品の準備をする。当日は、受付をし、会場説明にも気を配って、参加者が気持ちよく受講できるようにする。その例を資料3に示す。

そのほかの方法においても、十分な学習効果があげられるように綿密な準備が必要になる。

資料3 集合教育での運営の準備

(1) 人数、時間、場所を決定する。

目的、目標を明示する。

いつ、どこで、誰が、何のために、何を、が分かるように示す。

参加することでのメリット感を示す。

参加できるよう時間調整、業務調整を行う。

(2) 参加の方法、募集・周知方法を決める。

①参加希望者を募る。

周知方法：全体に声を掛ける。

一人ひとりに声を掛ける。

ポスターを貼る、ホームページに掲載する。

一人ひとりにちらしを配る。

メール、SNS、掲示板で連絡する。

②指名して参加してもらう、役割や役職により参加者が指名される形にする。

(3) 参加者に事前課題や当日のスケジュールなどを伝える。

(4) 役割分担を決め、手配する。

●役割分担

教育担当：講師、ファシリテータ、まとめ・評価など

運営担当：受付、司会進行、あいさつ など

●外部の人に講師等の役割を依頼する場合は、依頼の文書を出し、時間等を調整する。

●資料の準備、印刷、配布

(5) 当日の運営

●会場準備、会場設営（スクール形式、コの字型など）、環境調整（空調、光など）

●使用する物品の確認、準備

●時間管理（時間配分、調整）

●受付（欠席者の確認）

●外部講師の接待

6 評価

1つの研修ごとに評価を行っていく。また、目標達成についても評価を行い、方法や目標、方向性の修正を行う。その具体的な方法の例を表4-6に示す。

表4-6 評価方法の例

- 研修で得られた成果物
- テストやレポート（獲得してもらいたい知識・技術など）
- 参加状況（欠席者数、参加態度など）
- アンケート（出席者による講義の評価、感想、質問など）
- 企画者による振り返り、まとめ、報告
- 教育内容の普及（現場にどれくらい広まり、浸透したか）

研修を企画するために新しい情報集めたり、あらためて知識を確認したりと、企画する者も学習せざるを得ない。また、研修を実施してみて初めてスタッフ（学習者）がどのように考えていたのか、何を知らなかったのかに気付かされる。つまり、研修を企画し、実施する者、教える者も同時に学んでいる。この両者の学びが現場のケアの質の向上に役立つ。

参考文献

- (1) 稲垣忠、鈴木克明編：授業設計マニュアル Ver.2 教師のためのインストラクショナルデザイン、北大路書房、2015.
- (2) 内田陽子編：できる！認知症ケア加算マニュアル、照林社、2016.
- (3) 亀井智子編：認知症高齢者のチーム医療と看護 グッドプラクティスのために、中央法規、2017.
- (4) 大久保幸積：事例検討会のパターンと運営方法、認知症ケア事例ジャーナル、7（3）、298-305 頁、2014.
- (5) 辻玲子：全員参加型事例検討会“多職種よれば文殊の知恵”の方法と課題、認知症ケア事例ジャーナル、7（3）、306-310 頁、2014.
- (6) 来島修志：事例検討会の進め方と意義、認知症ケア事例ジャーナル、7（3）、311-316 頁、2014.
- (7) 小川朝生（編）：認知症 plus 院内対応と研修、日本看護協会出版会、2021.
- (8) HR インスティテュート：図解オンライン研修入門、ディスカヴァー・トゥエンティワン、2020.
- (9) 中山文子、ボブ・パイク：講師・インストラクターハンドブック 効果的な学びをつくる参加者主体の研修デザイン、日本能率協会マネジメント、2017.