

Comfort(ケア)の概念モデルに基づく心不全認知症患者への看護介入

- 自己学習に基づいたユマニチュードを用いて -

キーワード: comfort, ユマニチュード, BPSD, 心不全

○平島 洸 (北入院棟3階)

I. はじめに

内閣府が発表した平成 29 年版高齢社会白書では、平成 37 年(2025 年)には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症を有する見込みであると発表している。¹⁾ 私が所属する B 病棟においても認知症患者は増加傾向にあり、入院中に行動・心理症状(以下 BPSD とする)の増悪が見られ抑制・鎮静剤での対応となるケースに対し、「これは本当に患者のためだろうか」と苦慮する事があった。心不全を有する認知症患者は身体症状に加え、安静制限や侵襲的処置により、より BPSD の増悪を来しやすい現状がある。

私は抑制や鎮静剤を可能な限り用いず、患者らしく心地よい入院生活を支援していきたいと考えた。現在認知症患者の人間らしさを尊重した関わりであるユマニチュード²⁾という技法に注目が集まっており、先行研究においてケアの効果を検証した文献もある。また、湯浅ら³⁾は認知症高齢者に対するケアの効果を把握する comfort の概念を取り入れた指標(以下指標)を作成しており、ケアに対する反応の可視化やケアの改善点の抽出に成功している。今回、comfort care のひとつとしてユマニチュードを用い、心不全を有する認知症患者への看護介入を実践する。そして、一連の関わりを指標や概念を用いて分析し、看護の意味づけを行っていくこととした。

II. 研究目的

1) comfort care を実施し、指標や概念を用いて分析していくことで、ケアの妥当性やその人らしい看護の方向性を見出す。

2) comfort care の一つとしてユマニチュードを用い、BPSD 増悪・ADL の低下を予防する関わりを明確にする。

III. 用語の定義

ユマニチュード: 「見る」「話す」「触れる」「立つ」の 4 つの柱が基本にあり、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技法。

BPSD: 中核症状が元となり行動・心理症状に現れるもの。性格・環境・心理状態によって出現する。

comfort の概念: comfort とは①身体的・精神的・社会的苦痛が除去されている②安全である③家族・友人とつながりがある④(環境に)適応している⑤自分自身のコントロール感覚が保たれ、意志決定ができる⑥自尊心が保たれている⑦他者との関係の中で愛されている、強められていると感じる、⑧安らかで well-being な状態である³⁾と定義される。患者の comfort needs を看護者がキャッチし、comfort care を展開するプロセスの中で、患者の comfort レベルは低い状態(第 1 層)から高い状態(第 3 層)に変化していく。その結果、患者が自分の力で自分らしく生きていくことがもたらされる。

IV. 方法

1. 研究期間: 平成 30 年 7 月～11 月
2. 研究対象者: 心不全に対し入院加療を受ける認知症患者(日常生活自立度Ⅱb 以下の患者)と設定した。
3. データ収集方法: ユマニチュードに関する講習は未受講であり、自己学習を十分に行った上で実施することとし、協会に了承を得た。自己学習終了後、ユマニチュードに関する具体的方法論を 2 日間のカンファレンスで発信し、対象との関わり方を病棟全体で検討した。また、ユマニチュードに関するパンフレットを作成し、病棟に常備した。チーム内カンファレンスでは、

ユマニチュードを意識して関わるよう周知。その日の受け持ち看護師が日勤終了時に指標を用いてケアの評価を行い、計画へ必要時追加を行った。その他氏の様子や気付いた点は#認知症患者の看護の看護計画の評価としてカルテに記載した。患者家族には転入時と退院日にインタビューガイドに沿って面談を実施することとした。

4. データの分析方法：対象の反応の記録・指標の結果を踏まえ氏の日々の状態を比較する。家族インタビューの結果は、転入時はケアの形態や方向性を決定するための情報とし、退院時は入院中と自宅での様子を比較するための評価指標へと繋げる。分析する際はcomfort概念モデルを用い、身体的・精神的・社会的なニーズは充足されたか、心地よく患者らしい入院生活を送れたか考察する。

V. 倫理的配慮

A 病院の倫理審査委員会での承認を得て、研究の趣旨と目的、研究参加は自由意志であること、プライバシー保護について口頭と書面にて説明し、患者・家族双方に同意を得た。

VI. 結果

1. 対象者の概要と入院中の経過

1) 事例紹介

事例対象：A 氏 80 歳台男性(入院期間 7 日)

疾患：虚血性心疾患、心不全(AHA 分類ステージ B)、認知症(長谷川式簡易知能評価スケール 16 点)、肺炎
現病歴：胸痛を主訴に緊急入院・カテーテル施行され虚血性心疾患指摘されるも治療中の安静保てず、未治療のまま集中治療室入室となる。また、肺炎併発しており心不全症状としては胸部不快感あり。入院 2 日目に一般病棟へ転出となる。#認知症患者の看護を立案し介入開始した。指標の結果の推移(表 1)、家族インタビューの結果(表 2)、A 氏の看護計画(表 3)を別資料に記す。

患者背景：要介護認定 2、長男嫁と 2 人暮らし、寡黙で頑固だが話しかけられると話すことは好き、自宅ではテレビを見たりゲームをすることが多い、人との関わりは少ない。

2 入院中の経過

(1) 入院 2~3 日目

病態としては炎症反応値高値であり、抗生剤の点滴を 1 日 2 回行っていた。症状管理としては服薬の徹底管理や観察を強化し介入した。転倒予防・行動把握目的で離床センサーを設置した。集中治療室入室時、2 日目、3 日目にかけて夜間せん妄、点滴自己抜針、徘徊、失見当識、ケアに対する拒否の所見が見られ、環境の変化に戸惑っている様子が伺えた。表情も硬く、指標においては⑧⑪⑫⑬の心地悪い状態を示す項目にチェ

ックが入っていた。その時の対応として、夜間徘徊時は氏の歩行に合わせ、タッチング等行いながらコミュニケーションをとりつつ病棟内の散歩を行い、また、訴えを聞く際は目線を合わせ話を聞くなど、氏の状態に合わせてユマニチュードの技法を選択した。入眠を促すとともに追加眠剤を Dr. に依頼。翌日より日中の覚醒を促すため、離床を図った。検温時も状態把握のみでなく、世間話等も交えたが反応は乏しかった。

(2) 入院 4 日目

追加眠剤内服にて⑦「気持ちよさそうに寝る」が+へと転じた。眠剤内服時間も氏の生活に合わせ調整した。また、4 日目より BPSD 所見や危険行動も見られなくなり、前日までと比較し活気が出ていた。自宅でも自室で過ごす事が多かったとの情報あり、入院前の生活に準じた行動(ポータブルトイレに移る、部屋を掃除する、テレビを見るなど)ができていた。センサーにて訪室する際はすぐにカーテンを開けるのではなく、ノックし氏に話しかけ退室した。その他生活の中でブラインドの開け閉めやリアリティーオリエンテーションを実施した。表情は穏やかであった。

(3) 入院 5~6 日目

病態として、抗生剤加療にて炎症反応値は低下した。胸部症状も軽快し、症状観察・服薬管理は継続した。搔痒感の訴えがあり、シャワー浴の実施・かゆみ止めの軟膏塗布にて対応し、症状は軽快した。シャワー浴実施時は会話を交えて行い、「気持ちよかった」という発言が見られた。「温かいですね」「気持ちよかったですね」等の声かけを行うと、表情は穏やかであった。生い立ちや過去の仕事の話をとても楽しそうに話していた。指標に関しては⑤「満足気」の項目が 5 日目以降+±に転じた。

(4) 入院 7 日目、退院日

朝食全量摂取。退院について話している。「無事退院できてよかった」や「もう入院せんごつせなんね」等の発言も聞かれた。ADL は入院前と変わりなく、手を振って笑顔で退院された。

VII. 考察

心不全患者は、症状・処置に伴う身体的苦痛や予後への不安、社会生活からの分離などの精神的・社会的苦痛を抱えやすいことに加え、認知症を抱える A 氏のような心不全患者は、状況理解が得られない中で治療が進められていくため、より苦痛や不安を抱えやすいことが考えられる。このような先行要件が挙げられる中で、A 氏の comfort needs は何かを捉え、看護師として症状マネジメントを行いつつ、comfort care を提供した。

入院 2~3 日目は身体的症状もあり、A 氏にとって第 1 層の comfort needs が高かったことがわかる。この時期の症状緩和は comfort に繋がる重要な看護行為であ

ったと考えられる。同時にユマニチュードに基づく「話す」「触れる」「立つ」等のケア技術を用いつつ氏に寄り添い、睡眠パターンをアセスメントした介入を行ったことで、入院4日目以降の入眠が確保でき、A氏のcomfort needsは充足されたと考えられる。

入院4日目のA氏のcomfort needsとしては、第1層が充足され第2層へとneedsが移行している。離床センサーが鳴った際、安全確認を最優先に考えながらも、ユマニチュードに基づき「A氏という個人の部屋」に他者として訪室するという意識で介入した。A氏は表情も穏やかであり入院前に順じた生活を送ることが出来ていた。この関わりは、A氏の生活パターンや自尊心を尊重したcomfort careであったと考えられる。

入院5～6日目のA氏のcomfort needsとしては、症状は改善されているも搔痒感は強く、第1層から第3層に関するものまで多岐にわたっている。しかし、指標の⑤「満足気」は+になっている。かゆみ等の身体症状に対する対応と合わせて、ユマニチュードの心を掴む5つのステップ「ケアの準備」「知覚の連結」「感情の固定」をより意識して清潔ケアを行ったことで、氏の表情からは笑顔も見られ、入院時には無かった楽しそうに話す姿もうかがえた。A氏にとってのcomfort needsを充足させる関わりであったと考えられる。

A氏への介入開始から退院までの関わりを通して、A氏が求めるcomfort needsは日々変化し、低いレベルから高いレベルへと推移しており、comfort概念モデルと同様のプロセスをたどっていることが分かった。しかし、そのプロセスは一過性ではなく第1層から第3層まで多岐にわたることもあり、より個別的な対応を求められることが示された。

A氏との関わりではcomfort needsを捉えていくことと並行し、家族から得た情報を統合しながらcomfort careの形態を考え、介入を行った。comfort careには私たちが日々行う情報収集やアセスメント、身体・生活ケア、コミュニケーション等が含まれるが、今回その中のひとつとしてユマニチュードを用い、病棟への学習会を通じてスタッフ全体がユマニチュードを意識しながらA氏と関わる事が出来た。その結果、A氏との関係性を作ることができ、BPSD症状は軽快・増悪なく経過し、指標の項目の推移もより安楽な状態を示した。

今回、A氏のADLの状態や発言、家族インタビューの結果からも、A氏に元の生活が取り戻され、医療者との協働関係を築くことができ、自宅退院というA氏の希望に沿った、“A氏らしい帰結”を導き出したのではないかと考える。

高齢化に伴い、認知症患者は増加していく事が予想され、B病棟においても同様の症例の増加が見込まれる。ユマニチュードは認知症患者に対する確立されたコミュニケーション技法であり、今回の介入においても効

果が示されたが、私たちが日々行う心不全症状に対する疾患管理、comfort careに基づきユマニチュードを実践していくことで、より患者に寄り添った個別的なケアを提供していけると考えられた。

VIII. 結論

1) comfort careを実施し、一連の介入を指標や概念を用いて分析していくことで、氏の変化やneedsをタイムリーに把握するきっかけとなり、対象の個別性を支援する看護の示唆を得た。

2) comfort careのひとつとしてユマニチュードを用いる事で、BPSD症状の増悪やADLの低下予防に繋がった。

IX. おわりに

現在心疾患は日本の死因第2位⁷⁾であり、今後認知症患者も増加が見込まれている。本研究は1症例のみであり、今後の症例においてもケアの効果について検討を重ねていきたい。

X. 引用・参考文献

- 1) 内閣府『平成29年版高齢社会白書(全体版)』2017 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html (最終閲覧日: 2018年11月20日)
- 2) 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, 医学書院, p3-145, 2014
- 3) 湯浅美千代・小川妙子『重度認知症高齢者に対するケアの効果を把握する指標の開発(第1報)-心地よさ“comfort”の概念をとりいれた指標の事例適用-』『千葉看護会誌』Vol.13 No.2 2007年12月 p80-88
- 4) 5) 縄秀志, 看護実践における“comfort”の概念分析, 聖路加看護学会誌, vol.10 p11-22, 2006
- 6) 北川公子, 第4章, 看護学からの対応, 日本認知症ケア学会編, BPSDの理解と対応, 東京: ワールドプランニング, 2011; 39-50.
- 7) 厚生労働省, 厚生労働省 死因順位 (第5位まで) 別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth8.html> (最終閲覧日 2018年11月20日)

表1、湯浅らの用いたチェック表

項目	入院からの日数	2	3	4	5	6	7
1.穏やかな表情		±	+	+	+	+	+
2.身体力が抜けている		±	+	+	+	+	+
3.目に輝き、目の力		±	-	-	±	±	+
4.笑顔		-	-	+	+	+	+
5.満足気		-	-	-	+	±	+
6.問いかけに応じる		+	+	+	+	+	+
7.気持ち良さそうに寝る		-	-	+	+	+	+
8.拒否		±	±	-	-	-	-
9.苦痛・痛み・不快感		-	-	-	-	-	-
10.沈んだ表情・暗い表情		-	-	-	-	-	-
11.警戒		±	±	-	-	-	-
12.身体緊張		±	±	-	-	-	-
13.怒り、いらつき		±	-	-	-	-	-
全体的な印象							

※全体的な印象は本論内に記載。

一 その状態は見られなかった 土 ときどきその状態があった
 十 ほぼ常時その状態だった ※8・13は心地悪い状態をさす。

表2、家族インタビュー結果

＜転入時＞

●A氏の生活背景について

・食事は長男嫁ととっていた・1日中テレビを見たりパソコンゲームをしていた・昨年まで妻と始めたクリーニング屋の受付をしていた・仕事が好きだった・デイサービス3回/週利用、入浴や体操、利用者と雑談をして過ごしている・将棋仲間が亡くなり寂しがつていた・話しかけるのは苦手だが話しかけられると話す事は好き・酒とたばこが好き・酒を飲んでうたた寝し、再び度起きて眠利を飲むという睡眠パターンであった・自宅が好き

●現在の氏の様子について

「眠そう」(少し表情が硬いですね)

＜退院時＞

●入院経過を通しての変化、現在の状態について

「歩く様子とかは入院前と変わらないですね」「こんなに他人に話す姿初めてです。関係が出来たんですね」「集中治療室に入ったときより穏やかになってますね」「大変お世話になりました、本人も嬉しそうです」

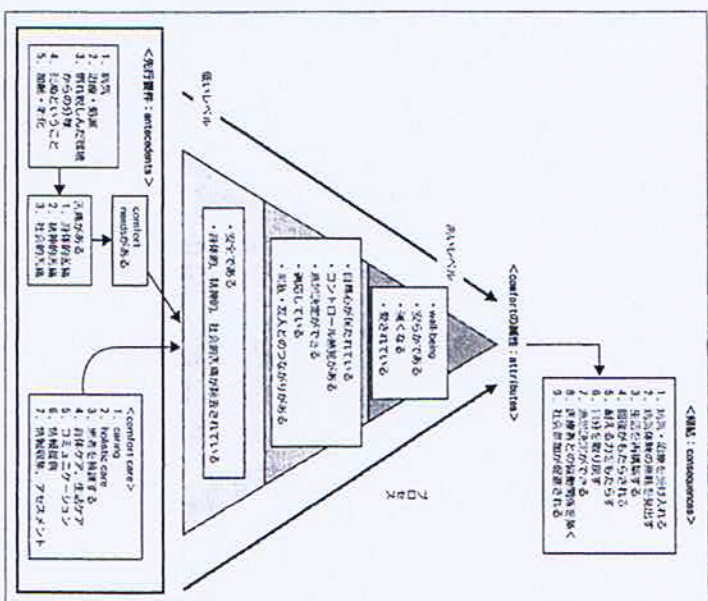


図 1、Comfort (ケア) の概念モデル

表 3、A 氏への # 認知症患者の看護の看護計画の一部

<p>●患者目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の行動、心理症状(BPSD)の出現が無い ・睡眠障害の症状、所見が無い ・転倒しない ・氏らしく入院生活を送る事が出来る ・必要な支援を受けることができる 	<p>●計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意志疎通ケア(分かりやすい言葉でゆつくりと説明) ・エマニチュードの原則に則った関わりをする ・目標を合わせ、話す聞く・病床、室内環境ケア ・リハビリテーションプログラムの実施・ADL 自立支援 ・保清時等は声かけを行いながら実施する ・体重は廊下で測定、離床機会を設ける ・趣味・嗜好を取り入れたスケジュール調整 ・予定はホワイトボードに大きく、はっきりと ・朝タでアラインドの開け閉めを行う ・感情の共有を行う・安心感を与える声かけをする
--	--