

《原著》

急性期病院の整形外科病棟における認知症高齢者の BPSD への対応

～ユマニチュード技法の学習を行なった看護師の感情・思考の変化～

小川裕太 又川めぐみ 濱田玲子 田島まゆみ

要旨：本研究では、看護師にユマニチュードの4つの柱を学習してもらい認知症患者への対応の中で看護師の感情・思考の変化を明らかにすることを目的とした。ユマニチュードを知る前の認知症患者の印象では【苦手意識を持っている】【自分のペースでできないことのいらだち】【恐怖を感じる時がある】【とまどいがある】【自責の念からくる悲しみ】【あきらめ】、ユマニチュードを学んで変化した感情では【成功体験からくる喜び】【ユマニチュード効果に対する期待】【苦手意識克服に向けて】、ユマニチュードを学んで変化した思考では【相手の立場に立った関わりの模索】【知識の実践】【ユマニチュード学習による気づき】の категорияが抽出され、ユマニチュードの有効性と看護師の感情・思考の変化が明らかになった。

コミュニケーション技術の基本であるユマニチュードを看護のベースとして身につけ認知症高齢患者を個人として尊重し、寄り添った看護を提供していくことが重要である。

I. はじめに

高知市の高齢化率は平成18年に20%を超え、平成26年には26%とさらに高齢化は進んでいる。それに伴い急性期医療の整形外科病棟であるA病棟でも高齢者患者の割合が多くなっており、予定入院もあるが、転倒などによって受傷し緊急入院となる高齢者患者も多くなっている。また、基礎疾患に認知症を合併している患者も多く、緊急入院という環境の変化や手術まで骨折部位の安静を保つためベッド上で過ごしなけなければならない不動化などによってさらに認知機能が低下してしまう現状がある。そのため、入院の原因となった疾患の治療・看護ケアを行うにあたり、認知症高齢患者がその意味を理解できず、ケアを受け入れることが困難となる場面も多く、看護師は疲弊し対応に苦慮している。A病棟の平成26年度の集計によると全身麻酔手術570件中12.2%の患者が認知症を合併しており、そのうちの72.8%の患者が術後せん妄を発症していた。

認知機能が低下している患者に対して、安全を目的に「転ばせない」「抜かれない」を優先してしまい、身体抑制や抗精神薬を使用する場面が多くみ

れる。そのため、患者の身体・精神・認知機能はさらに低下し、入院前の機能やADLを維持できなくなった状態のまま転院という形で送り出す事は本当につらく感じる。

頻回のナースコールや大声を出す、暴力行為、不潔行為などの認知症の周辺症状（以下BPSDと記す）に対して、看護者や介護者はいらだち、怒り、あきらめ、焦燥感などの陰性感情を抱きやすく、困難を感じている¹⁾と報告されており、また看護者の不適切な対応はさらに患者の不安や不穏を招き、心理的な要因の影響を受けて新たな問題行動を増長させていくとも述べられている。認知機能が低下している患者に対して、私たち看護師は自分たちの関わり方は間違っていないか、自問自答しながらも日々同じ関わりが継続されてしまう現状がある。このような中で今回、認知症の人に有効なユマニチュードというケア技法をフランスで学び日本で紹介した入門書を読む機会を得た。ユマニチュードは、見る・話す・触れる・立つの4つを柱としたケアの技法である。ユマニチュードを実践することで、ケアを受ける患者もケアを行う看護師も双方が楽しみ満足を得る事が出来ると紹介されている。

これまで、BPSDなど行動障害の理解によって病棟スタッフの感情・思考の変化が見られたとい

う報告はあるが、ユマニチュードを学習し、看護師の感情や思考の変化に着目した研究はこれまでにない。そこで本研究は、看護師にユマニチュードの4つの柱を学習、理解してもらい、認知症患者への対応の中で看護師にどのような感情・思考の変化がみられたのかを明らかにすることを目的とした。本研究は、A病棟における認知症患者への看護ケアを見つめ直すきっかけとなり、今後の認知症患者への看護ケアに活かしていけるものになるのではないかと考え、ユマニチュードの知識を会得することで、これまで以上に認知症患者の視点で考え、共に寄り添い、患者の持てる力に働きかけられるような技術を深めることができるのではないかと考え、この研究に取り組むこととした。

II. 研究目的・目標

これまでの研究においても、認知症患者のBPSDへのアプローチで患者の行動障害が軽減したなどの報告はある。また、そういった行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考の変化が見られたという報告もあるが、ユマニチュード技法に関しての既存の文献はあまり報告されておらず、ユマニチュードを知り、学ぶ中での感情・思考の変化に着目した研究はこれまでにない。

そこで本研究では、看護師にユマニチュードの4つの柱を理解してもらうよう取り組み、学習してもらう中で認知症患者の対応の中で看護師にどのような感情・思考の変化がみられたのかを明らかにし、看護師が認知症患者への看護ケアを見つめ直す機会としたいと考えた。そして、看護師がユマニチュードの知識を会得することで、これまで以上に認知症患者の視点で考え、共に寄り添い、患者の持てる力に働きかけられるような技術を深め、A病棟の今後の認知症看護ケアに活かしていくことを研究目的とした。

III. 用語の操作上の定義及び概念枠組み (図1参照)

本研究では、ユマニチュード、感情、思考について以下のように定義した。

1. ユマニチュード：見つめる事、話しかける事、触れる事、立つことの4つの柱で構成されている、

知覚・感情・言語に基づく包括的コミュニケーション法を軸とした、高齢者ケア技術

2. 感情：ものごとや人間等々に抱く気持ちのことで、喜び、悲しみ、怒り、諦め、驚き、嫌悪、恐怖など

3. 思考：結論を導き出すなどの何かしら一定の状態に達しようとする過程において、道筋や方向などを模索する精神の活動

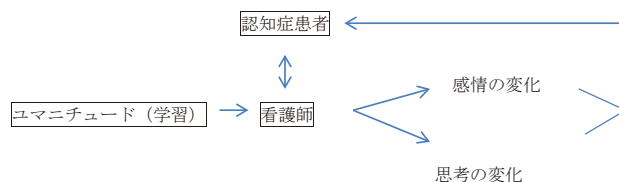


図1. ユマニチュード技法の学習を行なった看護師の感情・思考の変化

IV. 研究方法

ユマニチュードを学習した看護師が、学習後どのように感情・思考が変化したかについて、インタビューガイドを用いた半構成的面接を行い、分析を行った。

1. 研究デザイン：質的帰納的研究デザイン
2. 調査対象者：看護師6名
3. データ収集期間：平成27年8月～10月の期間に実施した。

8月にインタビューガイドを用いて半構成的面接を実施、9月・10月に、逐語録作成、データ分析を行った。

4. データ分析方法：

対象者ごとに逐語録を作成し、研究者全員で繰り返し読み、KJ法を用いて質的帰納的に分析を行った。

5. 倫理的配慮：

対象者に同意書を用いて、研究の主旨、個人が特定されないこと、自由参加であること、同意した後も研究協力への中断・中止ができることを説明し、承諾を得た人のみを対象とした。また調査対象施設の看護部で倫理に関する内容について承諾を得た。インタビューは、同意が得られれば録音させていただく。テープレコーダー、逐語録等の記録物は保管を慎重に取り扱い、本研究以外には使用しない。

V. 結果

病棟内でのユマニチュードの学習会を実施後、6名へのインタビューを実施し分析を行った。対象者はA病棟での看護師経験年数3年目から25年の看護師であった。

1. ユマニチュードを知る前の認知症患者の印象

【苦手意識を持っている】【自分のペースでできないことに対するいらだち】【恐怖を感じる時がある】【とまどいがある】【自責の念からくる悲しみ】【あきらめ】の6カテゴリーが抽出された。

【苦手意識を持っている】は、興奮状態になると距離を置いてしまう、高齢者は好きだが認知症は苦手、拒否する人は難しい、から抽出された。

【自分のペースでできないことに対するいらだち】は、処置が出来ないことに対するいらだち、手がかかる、時間がとられる、要望が多い、協力してもらえない、オペ後だったら目が離せなくなる、から抽出された。

【恐怖を感じる時がある】は、暴力・暴言に対する恐怖、せん妄、術直後の安静度が守れない、から抽出された。

【とまどいがある】は、対応が分からない、うまく対処が出来ない、対応時のとまどい、から抽出された。

【自責の念からくる悲しみ】は、解決策をいつも考えていた、押さえたり拘束したりするのはすごく心が痛む、こんな看護でいいかと思わされていた、患者自身も恐怖心が強い、自分たちも患者に恐怖を与える行動をしていた、から抽出された。

【あきらめ】は、理解してもらえないというあきらめ、から抽出された。

2. ユマニチュードを学んで変化した感情

【成功体験からくる喜び】【ユマニチュード効果に対する期待】【苦手意識からの開放】の3カテゴリーが抽出された。

【成功体験からくる喜び】は、話し方を患者に褒められた、しゃべらない患者から反応が見れて良かった、協力が得られてよかった、から抽出された。

【ユマニチュード効果に対する期待】は、患者の残存機能をめいっぱい引き出してあげたいと思った、認知症患者と関わる時にユマニチュードに関わっ

たほうが良いと思った、学習した内容を実践してみようと思った、治療とか看護がスムーズになり患者さんの負担も減るんじゃないかと思った、ユマニチュードを看護のベースとして知っておくべきだと思った、効果があると思った、から抽出された。

【苦手意識からの開放】は、認知症の方に対する見方が変わった、見る・話すは自分でもできていると思う、触れることは少しずつ意識するようになった、認知症患者に接することに対する抵抗が減った、から抽出された。

3. ユマニチュードを学んで変化した思考

【相手の立場に立ったかかわりの模索】【知識の実践】【ユマニチュード学習による気づき】の3カテゴリーが抽出された。

【相手の立場に立ったかかわりの模索】は、自分だったらと考え始めた、自分の家族だったらと思い始めたきっかけ、効果があったので前にいた激しい認知症人にもやってみたかった、視線を合わせてタッチしていくようにすれば反応がかわったのではないか、から抽出された。

【知識の実践】は、視線から入る事を大事にしている、掴むような行為はせずになるべく優しく触る、支えるように意識している、目線・距離のとりかた、自分が来たことを知らせることを気にし始めた、聞こえる方の耳から話しかけ視線を捉えるようにしている、から抽出された。

【ユマニチュード学習による気づき】は、実際にやってみようと思った、こっちから見るようにしていたがわざわざ視界に入るという方法論があるんだなと気づいた、立つことが大切だと新たに気づいた、目線の高さを合わせることの大切さに気づいた、から抽出された。

4. 自分の看護に対する再認識

ユマニチュードを学んで変化した感情と思考とは別に、【自分の看護に対する再認識】が抽出された。

看護師は患者と関わる時に、“触れる・見る・話す”を注意しながら行っていた。今まで、自分が気をつけて行っていたことが、ユマニチュードを学習して当てはまった。ユマニチュードを知ってやっぱり効果があったのだと根拠付けができた。

Ⅵ. 考察

ユマニチュードを知る前の認知症患者の印象では、はじめにでも述べているようにA病棟でのインタビュー結果からも、【苦手意識を持っている】【自分のペースでできないことに対するいらだち】【恐怖を感じる時がある】【とまどいがある】【あきらめ】【自責の念からくる悲しみ】といった陰性感情を抱えていることがわかる。

認知症患者の気持ちを十分に汲み取れず、看護師はストレスを感じ、患者に対して無力感、焦燥感、いらだち、あきらめ、怒りなどといった陰性感情が生じてくると思われる。しかし、自責の念を感じているということは、看護師が認知症患者と関わる上で、自分の看護を見直して現状を変えたいという思いから生じていると考えられる。

長畑ら²⁾は、「認知高齢者の言動に反応してしまう否定的感情の部分があり、看護師がその感情を持つ事自体は自然なことであり、専門職として関わる以上は感情レベルで反応するだけでなく、そこからどのように理解し、レパトリーを広げていく事が重要である」と述べている。環境に左右されるBPSDに対し、ケアする看護師も環境の一部と考えることができる。今回自分たちが学習してきた、ユマニチュードは看護師が認知症患者を理解し、円滑な関わりを持つための、一つの技術になると思われる。

元々、A病棟では認知症患者や術後せん妄患者が多く、そのため、今まで認知症についての勉強会に参加する機会が多かった。そこで学んでいたことから、個人個人で自身の看護に活かし、実践していたことから、スタッフは今回の学習をする前からユマニチュードの4つの柱である、「見る」「話す」「触れる」は関わりの中で行うことができていると思われる。今まで自分たちが看護を行っている中で気をつけていたことや、意識していたこと、今までやってきたことは効果があったのだと、今回ユマニチュードの学習会を通して再認識でき、看護師自身のケアに自信が持てたのではないかと考える。さらに、見方・話し方・触れ方など新たな知識を得て、今後のケアに活かし「立つ」ことに目を向ける機会となった。

学習会後にユマニチュードを実施し、患者と関わる際の抵抗が少し減ったなどもインタビューで聞かれ、患者から協力動作が得られたなど成功体験も得

られている。現在では、認知機能が低下している患者と触れ合う際には視線を意識するようになった、手を触れながら挨拶をするようになったなどの言葉も聞かれ、看護師の感情や対応に変化がみられている。長畑ら³⁾は「看護師が対応を通して効果を実感することは、認知症高齢者看護の基盤となるケア姿勢を形成する上で重要な体験である」と述べており、成功体験を重ねることによりコミュニケーション技術の向上につながり、看護師のモチベーションにも影響してくるのではないかと。

患者に目を向ける、声をかける、触れることは決して難しいことではない。ジネストは、「周囲から多くの視線、言葉、接触を受け、2本足で立つことで人としての尊厳を獲得し、自分が人間的存在であると認識することができる」⁴⁾と述べている。ユマニチュードの基本を看護のベースとして身につけ自然な対応をすることで、周囲からの知覚遮断状態になりやすい認知症高齢者の心の壁を少しでも取り除き、個人として尊重できるよう寄り添った看護を提供していくことが必要である。しかし認知症と言っても、レビー型やアルツハイマー型、脳血管性など、異なる分類があるため、認知症というひとくくりで見めるのではなく、それぞれの分類に添った関わりが必要である。認知症患者と関わっていく中で前述にあるような成功体験が得られたら、より思考や行動の変化にも繋がっていくのではないと思われる。

Ⅶ. 終わりに

ユマニチュードは、コミュニケーション技術の基本である。しかし、その基本を忙しきゆえに忘れていた部分がある。今回の研究で、あらためて基本を大切にしなければならないことに気づくことができた。今後、ますます増えるであろう、認知症高齢患者との関わりに活かしていけるようにしていきたい。

Ⅷ. 謝辞

本研究を行うにあたり、多忙な業務の中、ご協力くださいました皆様、貴重な時間を割いてご指導くださいました皆様に、深く感謝申し上げます。

引用文献・参考文献

- 1) 伊藤信子：認知症患者の行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考，言葉，行為の変化：日本認知症ケア学会誌：13（2），P512-520, 2014
- 2) 長畑多代・松田千登勢・佐瀬美恵子：介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対する捉え方，大阪府立看護大学紀要8（1），P19～27, 2002
- 3) 長畑多代・松田千登勢・佐瀬美恵子：介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対する捉え方，大阪府立看護大学紀要8（1），p19～27, 2002
- 4) 本田美和子，イヴ・ジネスト，ロゼスト・マゼスコッティ著：ユマニチュード入門，医学書院，2014
- 5) 本田美和子：ユマニチュードとの出会いと日本への導入：看護管理，23（11），P911, 2013
- 6) 伊東美緒：ユマニチュードのケアメソッド：看護管理，23（11），P915, 2013
- 7) 伊東美緒：多くの認知症ケア理論が存在するにもかかわらず，なぜユマニチュードが必要か．：看護管理，23（11），P923, 2013
- 8) 林紗美：総合内科病棟におけるユマニチュード実践：看護管理，23（11），P927
- 9) 金沢小百合：急性期病院の個室病棟におけるユマニチュード実践～患者と心の通い合う看護を取り戻す～：看護管理，23（11），P933
- 10) 木村陽子：精神科病棟におけるユマニチュード実践～尊厳を大切にし思いを実践するケア～：看護管理，23（11），P937, 2013
- 11) 桑名美代子：高齢患者へのかかわり方の基本，Nursing today，27（2），P10～17, 2012
- 12) 池内彰子：ケア提供者が重度認知症高齢者の感情をとらえる視点とその解釈：日本認知症ケア学会誌，11（3），P709-714, 2012

