

一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互行為に影響する要因の検討

西村 美里, 岡本 華枝, 鈴木千絵子

抄 録

本研究の目的は、一般病院に勤務する看護師を対象とし認知症高齢者の対応困難場面を振り返り、相互行為を明らかにしなぜ困難が生じるのか相互行為に影響する要因を検討することである。

A県B市の回復期リハビリ病棟を含む一般病院で同意の得られた24名の看護師を対象とし、記述と面接でデータ収集を実施し、エスノメソドロジーの手法と記述的分析方法で質的帰納的に分析を行った。

結果、認知症高齢者と看護師の24例の相互行為を抽出し、相互行為の構成要素は【手がかり】、【認知症高齢者の状況】、【行動の解釈】、【看護師が意識を向けるもの】、【対応】、【看護師の感情】の6つであった。相互行為を産出させる局面は《認知症は患者の持ち味であると認める》、《各方面で生じる不平等さを消化する》、《価値観を反映する》、《治療優先の統一した指向性を持つ》の4つが明らかとなった。一般病院における認知症高齢者の看護では、認知症高齢者に関わる時間の確保が重要であり、断続的な対応の暫時に関わる質を高めることよりも持続して同様に関わることで不穏などの対応困難な状況が回避でき、治療優先の環境でも認知症高齢者のその人らしさを尊重した看護実践の必要性が示唆された。

キーワード：一般病院、認知症高齢者、対応困難、看護師、相互行為

I. 研究の背景・目的

近年、日本の超高齢社会と予備軍を含めた認知症高齢者数の増加により、地域や社会全体で認知症高齢者とその家族をサポートする体制づくりが優先されるべき課題となっている。厚生労働省の推計では、2025年には認知症の人は約700万人前後になり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込みとの結果が明らかとなった。このため、2012年の「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)は2015年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)と改められた。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するための基本的な考え方や対策が示された¹⁾。また、認知症高齢者のケアに関しても海外の取り組みを積極的に導入し実践するようになり、「その人らしさ」を尊重したパーソン・センタード・ケアや、フランスより紹介されたユマニチュードを実践する施設も増えた。これらのケアを実践することにより、

認知症高齢者が望まないケアを強制することがなくなり介護者の負担感も軽減するといわれている。

しかし、実際には認知症高齢者も原疾患の治療目的で急性期疾患の患者を抱える一般病棟に入院し、認知症高齢者の治療に対する意思を確認できないまま家族の希望で治療を継続する状況が発生している。認知症高齢者の場合、環境の変化がBPSDなどの症状を悪化させる原因となるため、原疾患の治療のために入院しても早期に退院を目指す方向にあるが、予備軍を含めて400万人と推定される認知症高齢者が一般病棟に入院するケースは今後ますます増加すると予測される。一般病棟においてもパーソン・センタード・ケアやユマニチュードを導入し^{2) 3)}、認知症高齢者ケアの見直しが始まっているが、これまでの先行研究では看護師が一般病棟で抱えている困難感を質的に分析したものが多く^{4) 5) 6) 7) 8)}、その効果を報告した研究は未だない。また、介護の現場で取り組まれているケア方法を一般病院に導入するためには、一般病院で働く看護師の意識づけが重要であり、なぜ認知症高齢者への対応が困難であるのかを明らかにする必要があると考える。困難感の多様性だけでなく、困難感が生じた場面での認知症高齢者と看護師の相互行為に着目し、相互行為の振り返りとその要因を検討することが実践につながるのではないかと考えた。

II. 研究方法

1. 対象者

A県B市の回復期リハビリ病床を含む一般病院に勤務する看護師のうち、認知症高齢者または認知症予備軍の可能性のある高齢者に関わったことがあり、調査協力を得られた24名を対象である。

調査協力を得られた病院の看護部責任者が、認知症高齢者または認知症予備軍の高齢者が入院していた病棟を選定した。選定には、認知症高齢者または認知症予備軍と呼ばれる高齢者の入院の記憶が新しいことや、病棟看護師のほぼ全員が関わる入院期間があることを目安として選定するよう説明した。

2. 研究期間

平成26年9月～平成27年3月

3. データ収集方法

調査用紙は回収BOXを病院の看護部に設置し、後日回収した。回収期間は1ヶ月とした。その後、調査用紙で対応困難場面をナラティブに記述してもらったものをプロセスレコードにし、後日インタビューを実施するときのインタビューガイドとした。インタビューはプライバシーの確保可能な病院の一室で実施し、対象者の同意を得てからICレコーダーに録音した。また、インタビューの時間は対象者の日中の勤務時間内で調整し、1人20分程度で24名の対象者のデータを収集した。

4. 調査内容

1) 調査用紙

看護師経験年数、認知症高齢者または認知症予備軍である高齢者に関わった病棟での経験年数の情報を得た。また、対応困難場面を振り返り患者とのやり取りをナラティブに記述したものを収集した。野口は、ナラティブは経験の具体性や個別性を重要な契機にして、それらを順序だててことで成り立つ言明の一形式であると述べている⁹⁾。看護師が過去の体験を想起しナラティブに記述することは、看護師の視点で認知症高齢者または認知症予備軍である高齢者との相互行為を確認する作業となる。また、本研究ではナラティブの特徴である、個人の体験の出来事と出来事をつなぎ筋立てることや、過去の出来事ながら今がその場面のごとくに追体験可能なものとなる¹⁰⁾ことに着目した。

2) インタビュー

後日実施したインタビューでは、プロセスレコードを基に困難場面が発生した時間経過や勤務状況、対応困難時の看護師の考えやその時の感情について語ってもらった。また、対象者は、調査用紙に対応困難場面をナラティブに記述してからインタビューまでに2ヶ月から5ヶ月の期間が経過していたため、インタビューの前に記述内容とプロセスレコードを一読してもらい内容の確認を行った。

5. 分析方法

1) 相互行為の分析

ナラティブに記述したものとインタビューから得られたデータから逐語録を作成し、困難感が生じた場面での認知症高齢者と看護師の相互行為を個別に抽出した。相互行為は、プロセスレコードと同様に登場人物、会話と行為、前後の文脈に注意しながら時間経過に沿って抽出した。抽出した相互行為はエスノメソドロジーの手法を参考に、「ある行為を導いた行為は何か」、「一般病院の看護に特徴的な行為かどうか」、「相互行為に付随する看護師の感情」に着目して分析をすすめた。エスノメソドロジーはトークや活動、場面など観察可能なものを分析対象とする¹¹⁾。本研究ではナラティブとインタビューによって過去の体験を再現できると考え、エスノメソドロジーの手法を参考にすることとした。

2) 相互行為の構成要素の分析

24例の相互行為の分析内容を比較して相互行為を構成する要素を検討し、各構成要素に該当するデータの特徴や意味を比較しながら分類し、特性カテゴリーを生成した。

3) 相互行為を産出させる局面の分析

24例の逐語録から、それぞれ抽出した相互行為以外のデータを文脈や意味に注意しながら質的帰納的に個別分析を行った。個別分析で分類したデータの特徴やデータ間の関連性を考慮しながら全体分析をすすめて、類似したものを集めてカテゴリーを作成した。さらに、カテゴリー間の特徴と相互行為との関連性を考慮して局面を抽出した。

6. 倫理的配慮

施設看護部管理者と対象者に研究の趣旨、データの保

管・管理方法、協力の有無によって不利益が生じないこと、施設や個人が特定されないこと、結果の公表方法を口頭と文書で説明した。なお、本研究は関西福祉大学内の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

7. 用語の定義

1) 認知症高齢者

医師によって認知症と診断された高齢者、および認知症予備軍と考えられる高齢者とした。また、認知症高齢者の定義に含まれる認知症予備軍と考えられる高齢者とは、軽度認知障害（MCI）と診断された、または診断されていないが、看護師が認知症の可能性があると考える高齢者とした。

2) 相互行為

ある人が他の人に向かって、もしくは他の人に対してある行為を生み出すような状況、あるいは相手の反応を引き出したたり可能にしたりするような状況の全てを含む¹¹⁾とした。

III. 結果

1. 研究対象者の概要

対象者の概要を表1に示した。看護師経験年数の平均は13.29 ± 8.93年、認知症高齢者に関わった病棟経験年数の平均は9.51 ± 8.4年であった。

表1 対象者の概要

	n=24			
	平均	標準偏差	最大値	最小値
看護師経験年数	13.29	± 8.93	28.0	2.0
認知症高齢者に関わった病棟経験年数	9.51	± 8.4	7.0	0.9

2. 対応困難場面における相互行為と構成要素

1) 相互行為

記述とインタビューから24例の相互行為を抽出した。看護師が困難感を感じた場面のうち、認知症高齢者が暴力的になった場面と、認知症高齢者が同じ言動を繰り返す場面について相互行為の生データと分析の例を示す。記述から得られた情報は「記」、インタビューで得られた情報は「イ」と記載する。時間の経過は番号順に示した。

(1) 認知症高齢者が暴力的になった場面

<事例21>

①記：夜間、不眠・不穏あり。ベッドから足を下ろしたり、尿器の中にはナースコールを入れようとしたり、行動が落ち着かなかつた。床にお茶をこぼしていたが、その時は暴言・暴力ありT氏に近づけず床を拭けていなかった。

②イ：特に何かをするではなく、鳴ったら落ちないようにこけないようにとすぐに訪床するようにしていました。詰め所からも近かったのですぐに行けましたし。こんな不穏な患者さんやったので、朝夜とか関係ないのですぐに行けるようにしていました。

③イ：他の人のナースコールも対応しながら、時々は鳴っていたと思います、この人。ちょっと思い出せないですけど。

④記：1、2時間後に訪床しT氏を見ると閉眼してベッド上で臥床しており、入眠していると思っていた。私が床を拭いていると急に髪の毛をつかまれ「ドロボー、捕まえた」と言って髪の毛を放してくれなかった。

⑤イ：あら、起きてたのって感じですね。寝てると思って、寝てるから大丈夫と思って片付けようと思って。もうぐちゃぐちゃやったんですよ。

⑥記：応援に来たスタッフにも蹴ったり噛んだり暴力行為があり、興奮しているT氏を落ち着かせることができず、対応に困った。

⑦記：その時、絶対に患者さんに背を向けてはいけないと思った。興奮しているときに話を傾聴しても落ち着かず、会話も成立しなかったのですぐに応援を呼べるようにしておくことも必要だと思った。

看護師は夜間の認知症高齢者の様子について情報収集しており、不眠や不穏の対策を考慮することができる状態であった。情報収集と不眠や不穏の対策を考慮することは看護に基づく行為である。認知症高齢者のベッドから足を下ろす、尿器の中にナースコールを入れるといった行為について看護師は「落ち着かない」と捉えている。また、看護師は床にお茶がこぼれていることを発見したが、その場では床を拭かずに部屋を離れている。床にこぼれたお茶は転倒の危険因子となるため速やかに対応するべきで

あるが、認知症高齢者の暴力や暴言が床を拭くタイミングを先送りにしたことにつながっている。また、看護師がお茶のこぼれた床を拭いたのは1、2時間後であったが、認知症高齢者は体動に反応して鳴るナースコール（センサーベッド）を使用していたため、看護師はコールが鳴るたびに訪床していた。ナースコールが鳴るとすぐに訪床するという行為は看護に基づく行為である。特に不穏や認知機能が低下している患者や、転倒リスクの高い患者への対応としては最優先されるものである。

認知症高齢者がベッド上で閉眼しているところを見て「入眠している」と思った看護師は、床を拭くタイミングであると判断している。1、2時間後に認知症高齢者を訪床した行為は、お茶のこぼれた床を拭くための行為であり、床を拭く行為は認知症高齢者の暴力・暴言がないことが条件であった。

認知症高齢者が看護師の髪の毛を掴んだ行為について看護師は「急に」起こったことだと振り返っており予測できなかったことがわかる。髪の毛を掴まれたのは認知症高齢者に背中を向けていたからであるが、後ろ向きのため対応が難しかったと思われる。時間の経過と認知症高齢者が臥床して閉眼しているという状況から、看護師は認知症高齢者が「寝ている」と判断しており、そこで暴力や暴言に対する警戒が解かれたことがうかがえる。

認知症高齢者の行為としては、「ドロボー」だと思われる人物が自分の部屋にいたため髪の毛を掴んだのだと考えられる。認知症高齢者になると当然の行為である。応援に来た他のスタッフに暴力的であったことは、他のスタッフを「ドロボーの仲間」としてとらえていたのかもしれない。

看護師は認知症高齢者の興奮を抑えることができなかったが、後で、認知症高齢者が落ち着かず会話が成立しない時はすぐに応援を呼ぶ体制を整えておくことが必要だと振り返っている。

(2) 認知症高齢者が同じ言動を繰り返した場面

<事例2>

- ①記：センサーベッドが鳴り訪室。ポータブルトイレに移動中であった。
- ②記：ごそごそし始めるとトイレの合図。トイレへ。
- ③イ：この時点では、えーとやっぱり尿意というかこの人は利尿剤を内服されているので、やっぱり頻回にトイレ行った後にでもすぐ

に行きたくくなるような感じであって、ナースコールも押さずにやっぱり見えるところにポータブルを置いてるとやっぱり自分で移動してしまう。

- ④記：詰め所に戻り30分も経たない間にまたトイレへ。「さっきも行ったとこやん」と言うと、「トイレや」と大声を出す。
- ⑤イ：介助して、納得する。トイレに行って。身障者用のトイレに行って帰ってくる。否定すると余計興奮したりとかあるので、で、納得して帰ってくるの繰り返しですね。
- ⑥記：こっちも他の患者様のバイタルサインや処置があるのにも思いながらイライラする事も。

認知症高齢者は体動に反応して鳴るナースコール（センサーベッド）を使用しており、看護師はコールが鳴るたびに訪床している。コールが鳴って訪床する行為は看護に基づく行為である。また、コールが鳴るということは認知症高齢者が「ごそごそ動いている」ということであり、看護師は「トイレの合図」であると判断している。看護師は日頃より認知症高齢者の排泄状況について把握しているため、トイレの合図だと判断していることが分かる。これは看護アセスメントの行為である。

認知症高齢者は詰め所に戻って30分経たないうちに再びトイレに行きたいと訴えている。認知症高齢者が頻回にトイレに行くのは利尿剤のためだと看護師はアセスメントしているが、時間経過が30分以内であることや他患者の対応もあることから、「さっき行った」と認知症高齢者の訴えに返答したのだと考える。また、看護師と認知症高齢者の間で「30分」の時間感覚に相違があることを認めなければならない。一般的に「さっき行った」という返答は、認知症高齢者がトイレに行った記憶を保持できていないためトイレに行った事実を説明する意図や、再びトイレに行く行為をやめさせる意図もある。しかし、看護師は「トイレに行くこと」が認知症高齢者を納得させる行為なのだ判断しており、認知症高齢者が「トイレや」と大声を出した時点でトイレに付き添うという行為を選択している。「さっき行った」は、認知症高齢者のトイレに行く行為をやめさせるための返答ではないことが分かる。

2) 相互行為の構成要素と特性カテゴリー

対応困難な場面の相互行為は、【手がかり】、【認知症高齢者の状況】、【行動の解釈】、【看護師が意識を向けるもの】、【対応】、【看護師の感情】で構成された(表2)。以下、相互行為の構成要素を【】、特性のカテゴリーを『』、生データを「」で説明する。

(1) 【手がかり】

【手がかり】は認知症高齢者の行為のうち、後に看護師が対応困難と感じる行為へとつながるものである。『認知症高齢者からの繰返されるシグナル』と『突如噴出した混乱』の2つの特性カテゴリーに分類できた。

『認知症高齢者からの繰返されるシグナル』は、では、「15-16時頃より詰め所に来られ何か訴えてられるが理解出来ず部屋に戻ってはまた詰め所に入ってこられていた。」のように、看護師は数時間前より認知症高齢者が訴える行為を繰り返していたことを把握していた。

『突如噴出した混乱』は、「夕食後より原因が分からないまま突然、興奮した状態になり、暴言・暴力がみられ(後略)」のように、看護師が興奮の原因や誘因を把握できていない状況が明らかとなった。看護師は、認知症高齢者の不穏状態に先立つ反復する行為を知覚していたが、それぞれの行為と不穏状態をつなぐ時間経過を意識していないために、行為の意味付けができず行為そのものを認識できていなかったり、あたかも不穏状態が突然起こったかのように認識していたりすることが分かった。

(2) 【認知症高齢者の状況】

【認知症高齢者の状況】は、看護師と相互行為可能、または、相互行為が不可能な認知症高齢者の行為である。『看護師にコミュニケーションを試みる』、『看護師に感情を叩きつける』の特性カテゴリーに分類できた。

『看護師にコミュニケーションを試みる』では、「深夜勤のとき、朝6時にオムツ交換終了後“起こして”と言われ車椅子へ移乗後ご本人より“部屋にいます”と言われたため退室する。」のように、認知症高齢者と看護師は会話可能な状態、または認知症高齢者から看護師に対し言葉を発する場面があった。

『看護師に感情を叩きつける』では、「看護師を押し倒そうとしたり、つかみかかったり手を持ち

爪を立てて力を入れる等の(後略)。」のように、認知症高齢者は湧き上がる感情のままに攻撃し、周囲とのコミュニケーションを図ることが不可能な状態であった。

看護師は、看護師の言葉に反応し応答可能な状態の認知症高齢者には忍耐強く付き添う対応を心がけ、攻撃的で周囲を寄せ付けられない状態の認知症高齢者には感情吐露の標的にならないよう避ける・抑え込むといった対応をとっていた。また、『看護師にコミュニケーションを試みる』と『看護師に感情を叩きつける』の2つの特性カテゴリーには関連もみられ、看護師とコミュニケーションを図ることができていた認知症高齢者が、相互行為を重ね時間の経過とともに攻撃的になり、コミュニケーションを図ることができない状況になっていた。

(3) 【行動の解釈】

【行動の解釈】は、看護師が認知症高齢者の行為を解釈するものである。『共感し正当化する』、『当惑し仕方が無いと受け入れる』の特性カテゴリーに分類できた。

『共感し正当化する』は「誰でも早く家に帰りたいし、自分の知らない分からない場所に連れてこられたら不安・不満もあるだろうからその思いを受け止める役割も看護師の看護のうち。」のように、認知症高齢者を一個人として捉え環境に対する想いや反応を共感していた。

『当惑し仕方が無いと受け入れる』では「我々スタッフとしても積み重なっていくと、かなり精神的にね、病気だから仕方がないっていうのは分かっているんですけど、でも理不尽なことでわめかれ怒られ、でも駄目って言えない、常に受容の心で看護として関わらないといけない。」のように、やりきれない鬱積する気持ちを抱えながら認知症高齢者の行為を受け入れていた。

看護師は認知症高齢者に対応する中で、これらの『共感し正当化する』と『当惑し仕方が無いと受け入れる』の2つの解釈が同時に生起する、または巡ることで自分の感情をコントロールしようとしていた。

(4) 【看護師が意識を向けるもの】

【看護師が意識を向けるもの】は認知症高齢者との相互行為の過程で、看護師の行為を決定付けるものである。『病棟全体の組織化』、『危機を回

避する』の特性カテゴリーに分類できた。

『病棟全体の組織化』は、「コールも多いしちょっとみんななかなか自分の部屋で手いっぱいって言うか。私はこの日リーダーをしていて詰め所に来てもらって（中略）ちょっと待って、看護師も仕事してるからちょっと待ってよとか、全員で関わっている感じ。」のように、認知症高齢者の対応と並行して業務を遂行しなければならないことやスタッフ間で連携し時間調整や業務内容を組み立て直す作業を行っていた。

『危機を回避する』は「できるだけ周りに物を置かない状態を作っていた。」のように、患者が受傷するリスクを軽減するために全ての起こりうる状況を予測し、対策を立てることを必要としていた。

この2つの特性カテゴリーは【認知症高齢者の状況】に影響を受けており、認知症高齢者が看護師の言動に反応しコミュニケーションが可能な状態では、個別に対応しながらも病院の機能や病棟のルール・スケジュールの中に対応を組み込めないと模索していた。また、認知症高齢者が周囲を全く受け付けない状態では、看護師はその時点で最善の措置をとることに着目しており、病棟全体の機能を中断する状況にあることが分かった。

(5) 【対応】

【対応】は認知症高齢者の行為を中断、回避、変更させるよう看護師のとした行為である。『治療空間に留まるようにコミュニケーションを試みる』、『危険行為を制する』の特性カテゴリーに分

類できた。

『治療空間に留まるようにコミュニケーションを試みる』は、「消灯後、認知症の患者様が頻回に廊下にでてきた。何度もベッドに誘導し、睡眠を促したが、5分程経つとすぐに廊下まで出てきた。」のように、認知症高齢者とコミュニケーションをとりながら同じ状況を繰り返し一緒に体験していた。

『危険行為を制する』は「夜勤スタッフ4人がかりで抑え付けたが、1人の看護師の首にかかっているPHSの紐を引っ張られた。当直にドクターコールし鎮静剤注射した。」のように、患者が受傷するリスクや看護師が受傷するリスクの高い危機的な状況下では強制的に認知症高齢者の行動を抑え込んでいた。

この2つの特性カテゴリーは、【認知症高齢者の状況】に影響を受けており、認知症高齢者が看護師の言動に反応できる状態では、治療空間を安心できる場所として捉えてもらえるように忍耐強く行動を共にしていた。認知症高齢者が攻撃的で周囲を受け付けない状態では、危険行為そのものに着目しており、危険行為を止める・止めさせることが優先されていた。

(6) 【看護師の感情】

【看護師の感情】は、認知症高齢者との相互行為の過程で生じる看護師の感情や感情のコントロールである。『あきらめ感を繰り返し払拭する』、『沸々としたわだかまりを感じる』、『沸き立った感情を冷ます』の特性カテゴリーに分類でき

表2 対応困難場面における相互行為の構成要素と特性カテゴリー

相互行為を構成する要素	特性カテゴリー
手がかり	認知症高齢者からの繰返されるシグナル 突如噴出した混乱
認知症高齢者の状況	看護師にコミュニケーションを試みる 看護師に感情を叩きつける
行動の解釈	共感し正当化する 当惑し仕方が無いと受け入れる
看護師が意識を向けるもの	病棟全体の組織化 危機を回避する
対応	治療空間に留まるようにコミュニケーションを試みる 危険行為を制する
看護師の感情	あきらめ感を繰り返し払拭する 沸々としたわだかまりを感じる 沸き立った感情を冷ます

た。

『あきらめ感を繰り返し払拭する』は、「介助して納得する。トイレに行つて。身障者用のトイレに行つて帰ってくる。否定すると余計興奮したりとかあるので納得して帰ってくるの繰り返しですね。」のように、認知症高齢者が納得するまで行動を繰り返すことが興奮を回避する方法であると考へていた。看護師は業務を中断し、認知症高齢者と同じ時間の流れの中で行動を共にすることに気持ちを切り替へていた。

『沸々したわだかまりを感じる』は、「暴力を受けているときはやはり“痛い”、“放してよ”と思ひました。」のように、不快な感情の昂りがあつた。また、看護師は認知症高齢者に関わる時、感情の昂ぶりが言葉の端々に滲み出ることを感じてゐた。

『沸き立つた感情を冷ます』は「その時はたぶん必死なんやと思うんです（中略）朝を迎えてほつと一息ついたときに（中略）自分がきつク言つてしまつたつていうその日の反省をして。後悔とかもするけどなかなか難しい。」のように、認知症高齢者を担当する責任から解放された時、客観的に自分の対応を振り返る時間があることを感じてゐた。しかし、後悔が具体的な対策に結びつくことはなく、満たされない思ひを抱えながら再び就業することを自覚してゐた。

3. 相互行為を産出させる局面と特性カテゴリー

抽出した相互行為以外の類似したデータを分類し比較検討した結果、《認知症高齢者は患者の持ち味であると認める》、《各方面で生じる不平等さを消化する》、《価値観を反映する》、《治療優先の統一した指向性を持つ》の4つの局面に分類された（表3）。これらは看護師の認知症高齢者ケアや治療に対する考へであり、対応困難局面に限らず認知症高齢者と看護師の相互作用に常に関連し、相互作用を産出させる。以下、局面を《》、局面の特性カテゴリーを『』、生データを「」で説明する。

1) 《認知症は患者の持ち味であると認める》

『疾患として捉へる』、『キャラクターとして捉へる』の特性カテゴリーで構成された。

『疾患として捉へる』は、「対応つていふのは他の治療と一緒に、腎臓が悪かつたら透析とか、たんぱく質控えたりとか、考へるとかと同じように認知症があるんだつたら低床ベッドとか安全対策をしつカ

りしないとねーとか。（中略）他の病氣と一緒にやと思ひますよ。差は無い。」のように、認知症高齢者の対応は他疾患を抱へる患者の対応と同様に、疾患に見合った対応をするという点では変わりがないと考へてゐた。

『キャラクターとして捉へる』は「区別して看護してゐるかつて言われると、ないですね。普通にその人つていふ感じ。その人はこうやから、認知があるからこうつていふのは考へてないですね。ただ転倒だけ。そこだけ。退院とか延びてしまひますので。」のように、認知症は個性の1つであり患者そのものであると捉へてゐた。患者のキャラクターを考へて、対応にもバリエーションを増やすなどの工夫が必要であることを自覚してゐた。

2) 《各方面で生じる不平等さを消化する》

『患者間の不平等さへの対応』と『業務の不平等さへの対応』の特性カテゴリーで構成された。

『患者間の不平等さへの対応』は、「やっぱりあの4人の大部屋に对应とかになると、こちらの患者さんは、夜は寝たい患者さんとかいらつしゃるけど、こういう患者さんが居るとそこに集中してしまつじゃないですか、じゃあ、そうすると他の患者さんの環境も変わつてしまつし、その間ナースコールが鳴るとこつちの患者さんを優先してしまつことが多々あるんですよ。（中略）その辺が患者さんにとって平等じゃないのかな。」のように、患者の疾患や重症度が異なることにより、看護師が関わる時間の長さや訪床回数が平等でない状況があることを知覚してゐた。そのため、「その患者さんのことはなるべく一回でみるようにして（後略）」や「（前略）寝てるから今の間に他の患者さんのことができるつていふ感覚のところがあつたりとかしたんですけど」のように、不平等さを解消するために関わるタイミングや対応の仕方を工夫してゐた。

『業務の不平等さへの対応』は、「（前略）逆に歩ける認知症の患者さんが帰つて言われたら、常に1人とられて、夜間も転倒させまいとするとつききりになつたりでそこで1対1のマンパワーをとられたりとかが（後略）」のように、看護師が認知症高齢者と1対1で関わることにより病棟全体の業務変更を余儀なくされることや看護配置基準を満たさない状況が発生することを感じてゐた。そのため、「部屋決めるのもリーダーが決めてるんですけど、

やっぱり重症とコールが鳴って大変な患者さんの部屋は一緒にしないとかそういう配慮はしていましたね。」や「(前略) 7対1にはあてはまらない。希望としては多くの人手があってきちんと看れるところが一番いい。」のように、業務を効率よく遂行するためには業務量や内容を汲みした適切な人員配置が必要であると考えていた。看護師は2つの不平等さが常に存在し続けることを意識しながら折り合いをつけて働いていた。

3) 《価値観を反映する》

『個人の価値観を潜ませる』と『看護師としての価値観を提示する』の特性カテゴリーで構成された。

『個人の価値観を潜ませる』は、「私はまだ30代だから、死っていか助かる見込みがある、でも高齢になって70も80もなって、積極的な治療ってどうなんやろって。抑え付けてまでどうなんかなって。平均寿命ってあるじゃないですか。それより延ばしてどうするんやろとか。」のように、看護師は自分や家族の体験を通して築いた価値観を内内に持ちながら患者の境遇を見守っていた。

『看護師としての価値観を提示する』は、「看護師側からだ、ある程度まで治療できて改善されて少し落ち着かれた時点でできるだけ早期に帰っていただくほうがいいのかな、入院してるとよけいに認知症がすすんでいってる気がするの。」のように、看護師は認知症を理解し、体験を通して得た情報を認知症高齢者とその家族に示していた。

また、2つの特性カテゴリーに共通するものとして家族の捉え方があり、「認知症の患者様にとって一番安心のある場所、楽しく日々を過ごすか家族のサポートが必要になってくる」のように、家族は本来支えあうものという考えの下、家族を巻き込んだ

治療環境づくりが必要であると感じていた。

4) 《治療優先の統一した指向性を持つ》

『認知症高齢者の入院に違和感を持たない』と『入院目的を果たせるように手引きする』の特性カテゴリーで構成された。

『認知症高齢者の入院に違和感を持たない』は「こういう患者さんが疾患上、神経内科も有りますし、回復期もそういう患者さんが多いので、長年そういう患者さんと一般の普通の治療を受けている患者さんを看てきているので、みんなも環境を受け入れてるって思います。」や「こういう患者さんもいらっしゃるんだっていうのが分かったんで、仕事として割り切れてるんですかね。」のように、認知症高齢者の入院は病棟の特色であり議論する事柄ではなく、無条件に受け入れるものであると考えていた。

『入院目的を果たせるように手引きする』は「お医者さんが点滴しな駄目って言われても患者さんが嫌やって認知症の方はおっしゃるので(中略) 暴れるしどうしましょうってドクターに言える。」や「早めに適応じゃなかったら違う施設に行くとか、違う病院を探すとか。単位だけとってね、リハビリもその時間もったいないんですけど。」のように、看護師は本来の目的である治療が継続できるように、または認知症高齢者の状況が治療の適応となるのかどうか判断し調整していた。

さらに、「必要時家族さんにもこういうことがあった場合にはお迎えに来てもらうとか付き添っていただくようにとかっていうことを前もって説明させていただく。」のように、認知症高齢者の家族が入院中に認知症症状の進行を理解し受容できない状況を予測して、状況が発生するまえに対応していた。看護師は、家族のサポートは治療継続に不可欠であると考え、家族を取り込み医療チームとして機能させることの重要性を感じていた。

表3 相互行為を産出させる局面とその特性カテゴリー

相互行為を産出させる局面	特性カテゴリー
認知症は患者の持ち味であると認める	疾患として捉える
	キャラクターとして捉える
各方面で生じる不平等さを消化する	患者間の不平等さへの対応
	業務の不平等さへの対応
価値観を反映する	個人の価値観を潜ませる
	看護師としての価値観を提示する
治療優先の統一した指向性を持つ	認知症高齢者の入院に違和感を持たない
	入院目的を果たせるよう手引きする

IV. 考察

抽出した相互行為の構成要素と相互行為を産出させる局面が明らかとなり、以下の3つの視点で考察する。

1. 相互行為に影響する認知症高齢者の理解

本研究では、看護師と認知症高齢者の相互行為がどのような状況下で生じたのかに着目した。先行研究で明らかとなった看護師の困難感には、看護師が困難と意味づけている体験の共通概念を抽出し構造化したものや⁷⁾ KJ法でグループ化したもの^{5) 6)}が報告されている。困難感是对応困難場面で生起するものであり、ある人が体験した背後に存在する共通した意味に焦点を当ててではなく、トークと行為が状況に埋め込まれているという事実を尊重する¹¹⁾ エスノメソドロジーの手法を参考にして、相互行為と相互行為を産出させる局面に着目した点においては新たな見解が得られたのではないかと考える。

看護では、オーランドが熟慮された看護過程理論の中で看護師-患者関係について説明しており、患者が表している行動は、それがどのような形であれ患者の援助への懇願を表していること、看護師が患者の行動の意味やニーズを確かめ、満たすために行われた看護活動こそが効果的なのであり、熟慮された看護過程なのだ¹²⁾と述べている。患者と看護師のニーズに関する共通理解が必須となるが、認知症高齢者の場合、看護師がニーズを把握することは難しい。しかし、本研究の相互行為の構成要素である【手がかり】で分類された、『認知症高齢者からの繰り返されるシグナル』と『突如噴出した混乱』の特性カテゴリーは、認知症高齢者の行為が対応困難につながるものであった。対応困難に至るまでの過程で、相互行為を見直すことにより、認知症高齢者が『看護師に感情を叩きつける』や看護師が『危険行動を制する』状況を回避できるのではないだろうか。認知症高齢者の【手がかり】となる行為を見落とさず知覚することが、その時-その場面における認知症高齢者のニーズの把握に役立つものであると考える。

2. 認知症高齢者の対応に求められるもの

パーソン・センタード・ケアを提唱したキットウッドは、認知症の人が人としてあり続けるために最低限必要なニーズとして“くつろぎ (comfort)” “共にあること (inclusion)” “自分が自分であること (identity)” “たずさわること (occupation)” “愛着・結びつき (attachment)” を5つの花びらの絵で表した。花びらの中心には“愛”のニーズがあり、あるがままに受け入れ、心から思いやり、

慈しむことを求めている。認知症高齢者は自分でこれらを満たすことができないため、他者の援助によってこれらのニーズを満たす必要がある²⁾と述べている。一般病院内の看護師は、治療優先の環境の中、業務遂行に追われながらも認知症高齢者に寄り添う看護を実践しようと、認知症委員会を発足し個別に対応方法を検討するなど試行錯誤していた。

本研究では、困難感が生じる場面に2種類の認知症高齢者の状況が存在した。相互行為の構成要素【認知症高齢者の状況】の『看護師にコミュニケーションを試みる』と『感情を叩きつける』にみられる状況である。認知症には記憶障害や見当識障害、実行機能障害などの中核症状に起因する周辺症状 (BPSD) と呼ばれている行動・心理症状があり、『看護師にコミュニケーションを試みる』状況にある認知症高齢者は、BPSDの中でも対応可能で原因を取り除くことができればBPSDが軽減すると言われている²⁾。看護師は相互行為の構成要素【手がかり】の『認知症高齢者からの繰り返されるシグナル』に対して相互行為の構成要素【対応】の『治療空間に留まるようにコミュニケーションを試みる』行為を選択していた。また、相互行為の構成要素である【看護師が意識を向けるもの】の『病棟全体の組織化』を考え、認知症高齢者を数名の看護師の目が行き届く詰り所に誘導していた。この行為によって、認知症高齢者を見守る看護師の数は増加するが、個々の看護師が認知症高齢者に関わる時間が短縮し対応に一貫性がなくなる可能性を秘めている。認知機能が低下している患者にとって、看護師と関わる時間が短いことは情報のインプットがさらに困難を極めることになり、同様の対応でも複数の看護師が対応することにより対応のバリエーションが増える可能性がある。その結果、認知症高齢者を混乱させ、相互行為の構成要素【認知症高齢者の状況】の『感情を叩きつける』状態となってしまうことが考えられる。看護師と患者のコミュニケーションにおいて、患者に関心をもつというよりもむしろ自分の義務に関心をもつことによって関係性の継続が困難になり、個人に応じたケアが行われずと報告されている¹³⁾。状況によっては、普段実行している認知症高齢者に対する“視線を合わせて話を傾聴する”などの対応が実践できていないことがあるのだと、看護師一人一人が自覚する必要性を感じた。また、認知症はせん妄を発症する要因の一つとされており、実際にせん妄なのかBPSDの悪化なのか区別がつかない状況がある。いずれにしても『感情を叩きつける』状態にある認知症高齢者の対応としては、ユマニチュードの推

奨励する強制しないことが重要である¹⁾。看護師は認知症の理解を深めるとともに、せん妄についても知識を増やし、認知症高齢者が『看護師にコミュニケーションを試みる』状況から『感情を叩きつける』状況にならないような対応をとる必要があると考える。

3. 看護師の経験の違いが相互行為に及ぼす影響

認知症高齢者の記憶欠損や記憶力低下などの疾患的な特徴により、患者の理解を基盤とする看護の提供場面で、看護師が認知症高齢者の言動を理解できずに困惑することがある。経験年数の少ない看護師は、認知症高齢者に関わらず患者理解について熟練しているといえない。本研究では、24例とサンプル数が少なく、対象者の看護師経験年数と認知症高齢者に関わった病棟経験年数が相互行為にどのような影響があったのか不明である。相互行為の【行動の解釈】や【看護師の感情】において、看護師の経験値による差があるのかどうか、今後検討していきたいと考える。

4. 研究の限界

本研究は、一部の地域の一般病院に限られた結果であり、入院患者の特性や看護師の認知症高齢者ケアに関する知識の有無などの項目について調査をしておらず、これらの因子が対応困難場面の相互作用に影響を及ぼす可能性は否定できない。今後は、さらに対象を拡大することや介護施設における対応困難場面の相互作用と比較することで一般病院の認知症高齢者ケアのあり方を検討していきたいと考える。

V. 結語

1. 一般病院で勤務する看護師と認知症高齢者の相互作用を構成する要素は【手がかり】、【認知症高齢者の状況】、【行動の解釈】、【看護師が意識を向けるもの】、【対応】、【看護師の感情】であった。【手がかり】は『認知症高齢者からの繰り返されるシグナル』と『突如噴出した混乱』の2つの特性カテゴリーに、【認知症高齢者の状況】は『看護師にコミュニケーションを試みる』と『看護師に感情を叩きつける』の2つの特性カテゴリーに、【行動の解釈】は『共感し正当化する』と『当惑し仕方が無いと受け入れる』の2つの特性カテゴリーに分類された。【看護師が意識を向けるもの】は『病棟全体の組織化』と『危機を回避する』の2つの特性カテゴリーに、【対応】は『治療空間に留まるようにコミュニケーションを試みる』と『危険行為を

制する』の2つの特性カテゴリーに、【看護師の感情】は『あきらめ感を繰り返し拭き取る』と『沸々としたわだかまりを感じる』、『沸き立った感情を冷ます』の3つの特性カテゴリーに分類された。

2. 相互作用を産出させる局面は《認知症は患者の持ち味であると認める》、《各方面で生じる不平等さを消化する》、《価値観を反映する》、《治療優先の統一した指向性を持つ》の4つが明らかとなった。《認知症は患者の持ち味であると認める》は『疾患として捉える』と『キャラクターとして捉える』の2つの特性カテゴリーによって、《各方面で生じる不平等さを消化する》は『患者間の不平等さへの対応』と『業務の不平等さへの対応』の2つの特性カテゴリーによって構成された。《価値観を反映する》は『個人の価値観を潜ませる』と『看護師としての価値観を提示する』の2つの特性カテゴリーによって、《治療優先の統一した指向性を持つ》は『認知症高齢者の入院に違和感を持たない』と『入院目的を果たせるよう手引きする』の2つの特性カテゴリーによって構成された。局面は時間の経過と関係なく認知症高齢者との相互作用に影響を与えていた。

3. 一般病院における認知症高齢者の看護では、断続的な対応の暫時に関わる質を高めることよりも、持続して同様に関わることによって不穏などの対応困難な状況発生を回避できる可能性が高く、認知症高齢者の治療環境づくりに更なる改善の余地があることが示唆された。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきましたすべての皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省報道発表資料(2015). 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン). 2015年1月27日, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/05.pdf>
- 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, 東京, 2014.

- 3) 鈴木みずえ：パーソン・センタードな視点から進める急性病院で治療を受ける認知症高齢者のケア, (第1版) ,7-43, 日本看護協会出版会, 東京, 2013.
- 4) 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, 16, 11-17, 2014.
- 5) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子他：中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難, 老年看護学, 17 (2), 65-73, 2013.
- 6) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子他：一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難—大規模病院（一施設）の看護師へのインタビューから—, 日本認知症ケア学会誌, 12 (2), 408-418, 2013.
- 7) 谷口好美：医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造, 老年看護学, 11 (1), 12-20, 2006.
- 8) 松尾香奈：一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ, 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-110, 2011.D
- 9) 野口裕二：ナラティブの臨床社会学, 勁草書房, 東京, 2005.
- 10) 森岡正芳：質的心理学ハンドブック 4章ナラティブ研究とインタビュー 1節ナラティブとは (第1版) 276 - 287, 新曜社, 2013.
- 11) David, Francis., Stephen, Hester. (2004) /中河伸俊他 (2014) .エスノメソドロジーへの招待言語・社会・相互行為 (第1版), 4-14,55-56,ナカニシヤ出版, 京都.
- 12) Jacqueline,Fawcett., (1993) /太田喜久子, 筒井真優美監訳 (2013). フォーセット看護理論の分析と評価新訂版 (第1版), 153-169,医学書院, 東京.
- 13) Charles, Abraham., Eamon, Shanley. (1992) /細江達郎監訳 (2007) .ナースのための臨床心理学 (第2版), 122-130,北大路書房, 京都.