

原著論文

攻撃性の高い認知症高齢者に対する
精神科看護師が実践する看護ケア

Nursing Care Practiced by Psychiatric Nurses for High
Aggression in Elderly Persons with Dementia

武井千寿 (Chizu Takei)*¹ 畦地博子 (Hiroko Azechi)*²

要 約

本研究の目的は、攻撃性の高い認知症高齢者に対する精神科看護師の看護ケアを明らかにすることである。経験年数5年以上の精神科看護師へ半構成的インタビューを行い、質的帰納的に分析を行った。その結果、攻撃性の高い認知症高齢者に対する精神科看護師が行う看護ケアとして、【自我機能・認知機能を支える】【心地よい空間をつくる】【尊厳と安全を両立する】の3つのカテゴリーから構成されていることが明らかになった。考察では、特に【尊厳と安全を両立する】に焦点をあて、患者の権利でもあり、看護師の責務である「尊厳」を守るケアと、「安全」を守るケアを両立することが非常に難しい攻撃性の高い患者へのケアのあり方について検討した。看護実践への示唆として、「アセスメント力の強化」「心地よい空間を作るケア」「尊厳と安全を守るケアの葛藤を解消する技術の活用」を得た。

Abstract

The purpose of this study was to identify nursing care for dementia with high aggression by psychiatric nurses. A semi-structured questionnaire was conducted with psychiatric nurses with more than 5 years of experience. Employed analyzed method qualitatively and inductively. The results revealed that the nursing care provided by psychiatric nurses to dementia with high aggression consisted of three categories: [supporting ego and cognitive functions], [creating a comfortable space], and [balancing dignity and safety]. In the discussion, we focused particularly on [Balancing Dignity and Safety] and examined how to provide care for aggressive patients, for whom it is extremely difficult to balance care that protects both "dignity," which is both the patient's right and the nurse's responsibility, and care that protects "safety." Suggestions for nursing practice included "strengthening assessment skills," "strengthening the care of creating a comfortable space," and "using techniques to resolve the conflict between dignity and safety-protective care."

キーワード：攻撃性 認知症高齢者 BPSD 精神科看護

I. はじめに

厚生労働省は、現在の認知症高齢者の有病者は約600万人、2025年には約700万人以上に上ると推計しており、認知症高齢者の意思が尊重され、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の実現を目指している。

Behavioral and psychological symptoms of dementia (以下BPSD) は、周囲の負担感を増

加させ、関わりを希薄にし、結果病院や施設に長期入院をせざるを得ない状況を生み出している可能性があることが示されており(菅原, 2013)、特に攻撃性が高い認知症高齢者は、家族への介護負担感が大きく、精神科病院に入院するケースが多く社会的な問題になっている。日本の社会、精神科医療の発展において、こうした受け入れ先がなく長期入院に至っているケースを解決する糸口として、攻撃性の高い認知症高齢者に対してどのような看護ケアを行って

*¹山梨県立北病院

*²高知県立大学

るかについて検討していくことは、急務の課題であるといえる。

多くの研究者らはこのBPSDに対する有効なケアを示唆しているが(中川, 2020; 有賀, 2014; 草壁, 2012; 野中, 2012)、認知症高齢者の攻撃性に焦点を当てて、有効なケアについて明らかにした研究報告はほとんどない。また、家族や介護者が対応に困るほどの攻撃性の高い認知症高齢者が、精神科病院へ入院に至るケースが急増する中、先行研究は一般病棟や認知症病棟で勤務する看護師を対象に論じたものが多く、精神科病院で勤務する看護師を対象にした研究は少ない。精神科看護師は、精神機能・自我機能の障害により対人関係やコミュニケーション領域で困難を経験している対象者に治療的に関わる役割機能をもつ(野嶋, 2003)。また、精神科看護師は、患者の精神症状だけでなく心理反応を含めた精神状態をアセスメントし、看護ケアを行なっている。攻撃性の高い認知症高齢者に対して精神科看護師の専門性を活かした看護ケアの有効性を明らかにすることで、より有効な看護ケアの新たな知見を見いだすことができるのではないかと考える。

そこで本研究では、精神科病院で勤務する精神科看護師が、攻撃性の高い認知症高齢者に対してどのような看護ケアを行っているかを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究における「攻撃性の高い認知症高齢者」とは、怒りや苛立ちを態度や言葉、物に当たるなど、家族や介護者、医療者が対応に困る暴言や暴力行為が頻繁にあり、精神科病棟への入院が必要となった認知症高齢者と定義した。また、「攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケア」とは、認知症高齢者の攻撃性の要因を見極め、その見極めをもとに介入するタイミングを査定し、その人らしい環境をつくる、また、コミュニケーション方法を工夫し、認知症高齢者の尊厳を保持しながら、暴言や暴力行為など攻撃性の行動化を予防する、精神科看護師の知識や技術を発展させた、思考と実践のプロセスと定義した。

III. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、研究協力の承諾をいただいた施設の施設管理者に推薦をいただいた、精神科病棟での経験年数が5年以上の熟練看護師で、そのうち認知症高齢者に対して看護ケアを展開した経験があり、攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアの経験を語ることができ、かつ本研究の主旨や目的を説明し、理解と同意が得られた看護師である。

2. データ収集方法

半構成インタビューガイドを用いて研究協力者1人につき1回の面接を行った。研究協力者が自由に語れるよう配慮し、面接時間は1回60～90分で、面接内容は、研究協力者の同意を得た上で、ICレコーダーに録音、及びフィールドシートに記録した。データ収集期間は2015年6月～12月であった。

3. データ分析方法

半構成インタビューガイドを用いて面接を行い、面接から得られたデータより、逐語録を作成した。インタビューガイドの内容は、家族や介護者、医療者が対応に困る暴言や暴力行為が頻繁にあり、精神科病棟への入院が必要となった認知症高齢者の事例を思い出していただき、その事例に対して、どのような看護ケアを行なったかである。研究協力者が語った内容から、攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアに関する内容を抽出し、類似したコード・カテゴリーの特性を検討・分析した。データ分析を進める過程で、妥当性を確保するために、各分析段階で質的研究者、精神看護領域の専門家に指導、助言を受け、データが特定の研究協力者に偏らないこと、データの解釈に偏りが生じないように配慮し、信頼性・妥当性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、A大学看護研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た上で実施した。また、研究協力者に本研究の主旨や目的、公表について

て文書・口頭にて説明し、書類にて同意を得た。

V. 結 果

1. 研究協力者の概要

研究協力者10名全員が精神科で勤務する看護師で、うち女性が4名、男性が6名であった。所属する施設は1カ所あたり1から3名で、5施設から協力を得た。年齢は30歳代が3名、40歳代が4名、50歳代が3名であった。精神科看護師経験年数は7年から25年で平均15.9年であった。

2. 研究協力者が語った事例の概要

研究協力者10名から語られた事例は16事例で、語られた事例患者の性別は女性8名、男性8名、年齢（年代）は、70歳代が9名、80歳代が5名、90歳代が1名であった。

原因疾患は、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、脳血管性認知症、アルコール性認知症などで、認知機能も、記憶力や見当識が軽度低下した患者から、HDRS10点未満の患者など様々であった。入院に至った経緯については家族への暴言・暴力、施設での暴力、近隣への暴言・暴力などであった。患者の病態の幅は広く、さまざまな疾患や認知機能レベルにある認知症高齢者であった。

3. 攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケア

攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアは【自我機能・認知機能を支える】【心地よい空間を作る】【尊厳と安全を両立する】の3つのカテゴリで構成されることが明らかになった(表1)。以下、【 】は大カテゴリ、《 》は中カテゴリ、「 」は研究対象者の言葉、()は補足を表す。

1) 【自我機能・認知機能を支える】

このカテゴリは、精神科看護師が、脅威に曝され不安や恐怖から自己を守ろうと攻撃に転じている認知症高齢者に対して、自我機能や認知機能を査定しながら取り巻く刺激を調節し、自我機能と認知機能を支えることであり、4つ

表1 攻撃性の高い認知症高齢者に対する精神科看護師が実践する看護ケア

【大カテゴリ】	《中カテゴリ》
【自我機能・認知機能を支える】	怒りの表出を促す
	睡眠状態を整える
	自我機能に合わせて刺激をコントロールする
【心地よい空間を作る】	認知機能の波を見極めながら関わる
	寂しさや不安を取り除く
	馴染みのある空間を作る
	その人独自の世界観を尊重する
	自己表現を支える
	持っている機能を活かす
【尊厳と安全を両立する】	協働して不快さを取り除く
	身体の安定をはかる
	暴力に対する構えを作る
	患者と看護師の安全性を確保する
	対応の限界を明確に示す
	チームのパラダイムを転換する
看護師が感情を表出しやすい雰囲気・体制を作る	
	偽りの無い感情交流をはかる

の中カテゴリから構成される。

《怒りの表出を促す》とは、精神科看護師が患者の看護師に対する不信感を和らげながら、内在する怒りを患者なりの言葉で語ってもらい、その語りを看護師が受け止めることで怒りの感情を落ち着かせることである。「話も延々と脈絡ない話なんだけど、それをしっかりと患者さんに語ってもらうことで、話はあちこち行きながら、だんだんとその患者さんも怒りっていうか攻撃性っていうか、怒りっていう感情が段々段々少なくなってきて。ご本人さんの中に持っているものをしっかり外に吐き出すことで治まることもあるでしょうし」と、患者の言葉や表現で患者なりに語ってもらうことで怒りの感情を少しずつ表出させていた。

《睡眠状態を整える》とは、精神科看護師が、睡眠時間や睡眠の質が認知機能や思考力・判断力の低下に大きく影響するという捉えのもとに、認知機能や思考力・判断力を回復するために睡眠状態を改善することである。「やっぱり睡眠不足って人の冷静な判断を阻害しますし。健全な人でも。いらいらするでしょうし」と睡眠と判断力や感情には密接した関連があることを考慮し、睡眠状態を整えていた。

《自我機能に合わせて刺激をコントロールする》とは、精神科看護師が、周囲の音や人から刺激を受けやすい脆弱化した自我機能に合わせて、その患者にとっての刺激を調整し、脅かされやすい自我を保護することである。「なじみの関係ができた人から、枝を伸ばすように一人二人とこう、この人は私にいやなことをしない人だっというのを分かる人を少しずつ増やしていく。急に増やすと混乱しちゃうと思ったので、少しずつ輪を広げるように増やしていった。最終的には白衣着た人はもういやなことしないというのを認識できたように思います。全く初めての人でも敵意を向けなくなって」と関わる人を患者の自我機能に合わせて徐々に広げ、混乱を防いでいた。

《認知機能の波を見極めながら関わる》とは、精神科看護師が日や時間によって変動する連続性に乏しい認知機能の波を見極めながら、周囲の人や空間、場面を調整することである。「怒ったときは一番は距離をおく。個室だったから距離をおきやすかったのかな。一旦距離をおいて、一旦こっちはクールダウンしながら、別のところで、話しを聞いてみたり」と、冷静さを取り戻す時間を待ち、冷静さを取り戻したところで再度話し合う場を設けていた。

2) 【心地よい空間を作る】

【心地よい空間を作る】とは、精神科看護師が患者の攻撃性の原因や誘因に身体的・心理的不快さがあると判断し、不快さを取り除きながら、患者にとっての安心材料を探り心地よい空間を作ることであり、7つの中カテゴリーから構成される。

《寂しさや不安を取り除く》とは、精神科看護師が患者の寂しさや不安を取り除き安心できるように関わることである。「生の声ですよ。息子の声ですよ、やっぱり。それでわりと、『あー、そうか、そうか、じゃあ大丈夫かー』って安心して電話を切ったりしていましたね。どれだけ(看護師が)きれいにお世話してあげても、やっぱり家族にかなうものはないですよ。たとえば、世話をしてくれなくても、話をしたり、声を聴いたりするだけで、安心するということにつながると思います」と、安心感につなげ

ていた。

《馴染みのある空間を作る》とは、精神科看護師が慣れない環境でも安心して過ごせるように、患者の慣れ親しんだ人や慣れ親しんだ物で自室を埋めるなど、馴染みのある空間を作ることである。「一番は安心できる環境が大事。慣れ親しんだものを持ってきてもらおうと。最初の段階は個室とかの中を安心できるもので埋めてあげようとか」と、自室内を安心できるもので埋め日常に近い空間を作っていた。

《その人独自の世界観を尊重する》とは、精神科看護師が患者一人一人の独自の世界観を尊重するために、患者の時空や生活リズム・タイミングを捉え、そこに看護師が歩調を合わせることである。「昔いろいろな点滴やお薬を各病院におろすようなお仕事をしていた方だったので、あそこにあれを頼まれているから、あれをちゃんとおろしたかとか。そういうことを自分で考えているんでしょうね。だから、それは済ませているからね、それは心配ないよって。そして『そうか、そうか』って。だから嘘みたいな対応になるんですけど。本人がそこで『そうか』って納得してくれるんですよ。安心したら納得するので。安心できるような声がけと訴えてきたときにきちんと返答してあげるっていうところですよ」と、患者の存在する時空がその時々で変わることを受け止め、患者にとってその時とその場が安心できるように声をかけていた。

《自己表現を支える》とは、精神科看護師が誰からも否定されることの無い空間を作り、患者がありのままの自分を認め保障される体験を通して、自由に自己表現ができるよう支えることである。「どちらかというと、認知症の方は周りから叱られる傾向がある。そんなことやったらだめだよって。ダメな自分を認識する機会のほうがもしかしたら多いのかもしれない。自分の話って一番その人の核になるというか、その人にとっての正義というか。その人が言っているのが正解。一般的な理論を話すと正解はあるけど、自分は子供の頃こういうことがあったとか、こういう仕事をしていてとか、それは100%誰かに否定されることはない。すごく安心する源になる」と、認知症高齢者が周囲から絶対的に否

定されることがない自分自身について語る時間や空間を作ることで自尊心を回復できるよう努めていた。

《持っている機能を活かす》とは、精神科看護師が患者の持っている感覚機能、運動機能や認知機能を的確に捉えて、それを活かしてケアを行ったりコミュニケーションをはかったりすることである。「彼の場合は、目の前にも物が現れるとそのことには反応するのね。(中略) こうしましょとかっていうと怒るんだけど、目の前にそっとお膳とお箸をおくと、自然に箸を持ってご飯を食べ始めるとか。(中略) 具体的にして欲しいことがあるときは、ものを見せる。(中略) 彼の持っている機能は何かっていうことを的確に捉えられるかっていうことは、大事なかなって思う」と、患者の持っている機能を活かしたケアを行っていた。

《協働して不快さを取り除く》とは、精神科看護師が患者を一人の人として尊厳を守りながら、ケアを協働して不快さを取り除くことである。「いつまでも、排泄の面は自分でできるっていうものがあって、そこは自尊心を傷つけたらいけないので。(中略) やっぱり歳をとって、いくら認知症でいろいろなことが分からなくなって認知能力が下がったとしても、排泄の部分を他人さんにお世話してもらってというのは、ものすごく(抵抗が強い)。後で汚いパンツを床頭台にしまっていたりする事があるんです。だから、本人に見せるっていうのも大事ですよ。ほら、パンツこんなに汚れてますよって言って。『えっ汚れてたかー』って言ってね。本人にはその自覚がないので、きれいなものに変えておきましょうね。こんなに汚れて長時間辛かったです。って言って。そしたら変えてもらおうかなって」と、羞恥心に配慮しながら不快さを取り除くケアを患者の協力を得ながら行っていた。

《身体の安定をはかる》とは、精神科看護師が精神症状にとらわれず、身体機能が衰えている高齢者の身体管理にも十分注意を払い、精神的にも身体的にも安定した状態をもたらすことである。「攻撃性が高いときって、ご飯食べなかったり動かなかったりするので、だから余計に気づかなかったり。(中略) 転倒、誤嚥、褥創リス

ク、他の合併症ですね。脱水だったり、血糖だったり、あと肺炎、元々持ってるんじゃないかとか。ひょっとしたら骨折があるんじゃないかとか。あと、おしっこが出にくいとか。そこから腎盂腎炎だったり」と、リスクマネジメントや身体疾患の見落としに配慮し関わっていた。

3) 【尊厳と安全を両立する】

【尊厳と安全を両立する】とは、精神科看護師が、患者と看護師の安全を守ることと、患者に心地よい空間を作ることの優先順位を見極めながら、尊厳と安全を両立してケアすることである。攻撃性が高い病態にある患者に対するとき、安全を守ることを優先して考えやすいが、精神科看護師は安全が優先されやすい状況でも、常に患者の尊厳も保持し、尊厳と安全のバランスを取りながらケアを提供していた。このカテゴリーは6つの中カテゴリーで構成される。

《暴力に対する構えを作る》とは、精神科看護師が患者からの暴力を回避するために、暴力は患者と看護師の関係性上に生じるものであると捉え、暴力の発生パターンや病期を見極めながら、看護師の暴力に対する構えを作ることである。「ただ伝えればよいのではなくて、伝え方が大事なのかなと考えます。患者との関係性を大事に扱うってところ。暴力という行動も関係性から発しているところがあって、関係性を改善していければ暴力も和らぐだろう、っていう考えのケアを大事にしてるかな」と、患者の暴力にどのように対処するかだけでなく、患者と看護師の関係性をどのように改善するかを考えケアを行っていた。

《患者と看護師の安全性を確保する》とは、精神科看護師が患者の攻撃性が高いときにも、患者、看護師がともに安全に過ごせるように工夫してケアすることである。「手が出てくるんですけど、その時は本当にお互いに怪我をしないように。必要な処置はしながら、人数がいたら複数で対応して」と、患者の攻撃性の高さを測りながら、患者と看護師のそれぞれの安全性を確保できるケアを選択し提供していた。

《対応の限界を明確に示す》とは、精神科看護師が、暴言や暴力などの危険な行為に対して、仕方が無いものとして全てを受け入れるのでは

なく、看護師も一人の人間であることを患者に示し、患者と看護師がお互いに安全が守られるよう対応の限界を伝えることである。「入浴の場面で『ギャー』ってなってしまった時は、分かっちゃって言って、その場はもう、はいはいって言うてしまうスタッフもいるけど。私なんかは、申し訳ないけど、そこまで暴言はかれると私だって傷つくから、私だって傷ついているからあなたの顔を今見たくないって言って、そのくらいのことちょっと言わせていただいて。一旦離れるけどまた来るからって言葉を残して、一旦距離をおくってというようなかんじ」と、看護師の傷ついた思いや感情を言葉や態度にして患者へ返していた。認知機能が低下していても、患者は人に対する思いやりや気遣いなど人間性の部分は変わらず持っており、また言葉でのコミュニケーションはとりにくくなっているという相手の感情を理解する力は残っているという捉えをもとに、看護師の表情や言葉や態度を用いて、対応できる限界を示していた。

《チームのパラダイムを転換する》とは、精神科看護師が、医療者だけでなく患者の家族もケアのチームの一員として捉え、患者を取り巻く支援者のチームの支配する捉えや思考、視野を広げることである。「なんか患者さんを怒らせないようにすることが私たちの仕事ではなくって、患者さんをきちんと守る、穏やかに過ごせる、もしかしたら、最後の時間に向かっていくかもしれない中で、ちょっとでも、気持ちがいいとか、楽しいとか、そこまで高次の反応がないかもしれないけど、せめて不快な感じ、生きていること自体が不快な感じにだけはならないようにしてあげたいよね。怒らせないことが主題ではなくて、その人が落ち着くためにはどうしたらいいのかっていうふうに、思考を転換していかないと。周りの行動を止めようと思っても、それは一時的にリミットをかけるだけだから。暴れている患者を抑えるだとか。抑制のきかない患者の行動を注意して止めようとするっていうのは、その場しのぎの対応でしかないじゃない。それがその人に通用するというものではないし」と、患者を怒らせないためのケアから、患者が落ち着くためのケアへ、チームの思考を転換させる働きかけを行っていた。また、「家族

が来たはいいいけれど、不安のまま患者さんの前に現れるっていうのはよくないよね。ことさら言葉がしっかりつかえるんだったら、患者さんも自分の気持ちを確認したり、『なんでそういう態度をとるんだ』って言えるかもしれないけど。そういう次元じゃないから。家族が不安のまま言って、患者さんが『わー』って言ったりしたら、家族もまた来れなくなっちゃったりするし。それはなんか、寂しい結果になるよね。ご家族に、今朝はこういうふうにしてましたよ、こんな風にしたらこんな反応でしたよっていうのをお伝えしながら。娘さん結構怖がって遠巻きでみてたから。娘さんの前だったら、こんなふうにするといいですよって言葉で伝えたり、行動でみせてあげる。そうするとなんか娘さんも自然に手を握ってあげたりとか」と、家族もケアチームの一員として捉え、患者にどう接したらよいか困難に感じている場面で、患者の様子を共有したり、接し方を提案することで、家族が患者に対して自然に歩み寄ることができるよう導いていた。

《看護師が感情を表出しやすい雰囲気・体制を作る》とは、精神科看護師が、患者の持っている力を信じ続ける看護師のエネルギーを保つために、普段から患者に対する怒りや苛立ちを吐き出しやすい雰囲気や気分転換できる体制を作ることである。「攻撃を実際受けた方は何人かいらっしゃるんですけど、爪たてられたとかPHS投げられたりだとか。どうしても、人間『くそー』っていう感情がこみ上げてくると思うんですけど、とにかく患者さんに向かないように。例えば、引っかけられた職員が『ちょっと我慢できないから裏に下がってお茶飲んでくるわ』って言ってきた時には、快く『はい、行ってこいよ』と声をかけられる体制には普段から。教育と言いますか、声かけ合ってできるようにはしています」と、暴言や暴力を受けたスタッフの頑張りを認め労い快く気分転換を促せるような体制を意図的に作っていた。

《偽りの無い感情交流をはかる》とは、精神科看護師が、看護師自身の感情を抑圧しダブルバインドなメッセージを患者に与えることは、患者の不安や混乱を招くと捉え、自らの感情を意識化して、偽りの無い感情交流がはかれるよう

にケアすることである。「言葉として理解できなくても、私が今すごく痛い思いをしたとか。表情とかで痛いとか、あなたに対してすごく嫌な気持ちだったってこと、エモーショナルな部分って伝わるじゃないですか。目とか表情とか。私、それは伝えなければならぬと思うし。反対に相手からもそれを知らなきゃいけない。言葉では何言っているか分からないけど、目は怒っているとか、目は悲しんでるとか。このおじいちゃんもふとした瞬間に会話が成立するってあるじゃないですか。暴力で会話が成立したことはないんだけど、何かしら交流はできると思うんですね。だから私は伝えないといけないと思う。言語的だけでなく感情を伝えなきゃいけないと思う」と、感情をコミュニケーションの媒介として表現して交流をはかっていた。また「相手の感情じゃなくてこちらの感情も大事にするってところなのかな？相手の攻撃の背景にあることを推測して何で暴力に至っちゃったか、って相手の感情に着目することだけど、こちらの感情もあるわけだから、こちらの感情も大事にしてあげてそれを相手に言語的にもフィードバックして、そういう感情的な交流をすごく大事にする場面も多く持っていくってことなのかな。言語と非言語が一致し、安全に自分の感情を表現する関わりをすることが大切なのかと思います。例えばアサーティブでないと、ダブルバインドになりやすくて、そのとき安心感はないですね。かえって混乱を生み、関係性は悪化したり」と、患者の暴力を受けた看護師の気持ちをアサーティブにフィードバックすることで、お互いの感情の交流が歪まない工夫を取り入れていた。

VI. 考 察

分析した結果、攻撃性の高い認知症高齢者に対する精神科看護師が実践する看護ケアは、【自我機能・認知機能を支える】【心地よい空間を作る】【尊厳と安全を両立する】の3つの看護ケアから構成されていることが明らかになった。ここでは、自我機能・認知機能を支える看護ケア、心地よい空間を作る看護ケア、患者の尊厳と患者・看護師の安全を両立する看護ケアの3つの

視点から本研究で明らかになった攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアの特徴を検討していくこととする。

1. 自我機能・認知機能を支える看護ケア

精神科看護師は、精神疾患の病理ゆえに生じる患者の攻撃性に対応するとき、患者の反応から自我機能のレベルをはかり、それに合わせて看護師自身の行動を慎重に見定めて対応していた。日頃から攻撃性の高い患者を看護ケアしているため、攻撃性の高い認知症高齢者に対応する場合も、自我機能が低下した状態であると捉え、その状態を見極め、自我機能を守るという視点から看護ケアを行い、怒りや興奮を安定化させていると考えられる。大山(2008)は、精神科看護師は「患者の生活行動や反応の中から自我機能を観察していること、また現状への自律性や現実性、適応度からその自我の機能レベルをはかり、重症度を判定している」と述べている。また、精神科は日常的に興奮・攻撃性を示す者への対応が求められ(平田ら, 2015)、一般に自我機能が著しく低下した統合失調症患者に対応することが多いため、自我機能や認知機能を含めた精神機能に合わせた看護ケアを展開していると考えられる。このような、精神科看護師が臨床で育んできたアセスメントの力は、攻撃性の高い認知症高齢者のケアにも反映されていたと言えるだろう。本研究の結果は、精神科看護師が自我の視点で認知症高齢者をアセスメントし、また、看護師の行動が侵襲的に働く可能性を危惧した上で、人や音、物理的距離など認知症高齢者を取り巻く外界の刺激を具体的にどのように環境を調整しているかについて新たな示唆を得たと考える。

2. 心地よい空間を作る看護ケア

精神科看護師は、高齢者の刺激に対する反応の特徴から、攻撃性が高い認知症高齢者は不快な刺激を受けている状態であると捉え、攻撃性の表出を予防するために寂しさや不安など不快な刺激を最小限にし、心地よく過ごしてもらえよう人や物を含めた空間に配慮していた。認知症高齢者にとって心地よい空間を作ることの有効性やそれに類似した研究報告は、既に多く

の研究者が明らかにしている(中島, 2013; 片丸, 2008)。「心地よい」とは、気持ちが良い、快活であるという意味で、大塚ら(2013)によると、高齢者は大脳皮質とりわけ前頭葉の働きの低下により、総括的・全体的に考えをまとめる能力が低下しているため、五感を介して受ける刺激に対して、快か不快かという単純な反応をとるようになり、自分にとって不快な刺激に対して怒ったり、抵抗したり、攻撃するようになると述べている。逆に自分にとって快の刺激には、気持ちが落ち着いて、穏やかな反応をとると述べ、認知症高齢者に対してこの快の刺激を継続的に提供する「カンフォータブル・ケア」が効果的だと述べている。本研究においても、心地よい空間を作るために不快刺激を最小限にしながらか快刺激を提供しており「カンフォータブル・ケア」と大枠が一致すると考える。しかし本研究は、精神科看護師が攻撃性の背景に身体的・心理的な不快があると判断し、攻撃性の表出を予防するためのケアとして心地よい空間を作っている点が特徴的な結果だと考える。

3. 患者の尊厳と患者・看護師の安全を両立する看護ケア

患者の権利でもあり、看護師の責務である「尊厳」を守るケアと、「安全」を守るケアを両立することは、攻撃性の高い患者に対応する際に非常に困難なことで、それは看護師の葛藤にもつながる。精神科看護師は、臨床の中で患者の尊厳と患者・看護師の安全を守るケアの葛藤を解消する技術を持っており、認知症高齢者の攻撃性に対応するときにも役立てていることが示唆された。

精神科看護師は、患者の安全性だけでなく看護師の安全性も確保し、攻撃性が行動化される状況に備えていた。岡田(2008)は、「病院の中では病気に隠れるように持ち込まれるこのような攻撃性にあふれている。その原因は単純でないにしろ、陰で多くの看護師が深く傷ついているのは確かなことである。(中略)無防備に背中を向けないというプロフェッショナルとしての立ち居振る舞いを身につけることである。その患者を背にすることがあっても、即応できるような態勢すなわちリスクに対処する準備性がな

ければならない」と述べている。これは、攻撃性が暴力として行動化される場合に看護師が備えることが重要であり、攻撃性の高い患者に関わるため、すなわち、患者に近づいていくための前提として必要な看護技術であることが推測できる。患者の安全や尊厳を守るとき、自身の安全が確保されていなければ、本能的に自身の安全を確保してしまう。日頃から攻撃性の高い患者に対応することが多い精神科看護師は、攻撃性の高い認知症高齢者に対して、自身の安全性を確保することの重要性を理解した上で、攻撃性の高い認知症高齢者に歩み寄り、ケアを行う前提として、看護師の安全性を確保することを欠かさずに行っていたと考えられる。

また、本研究の結果から、精神科看護師は、言語的なコミュニケーションをはかることが難しくなる認知症高齢者に対して、アサーティブなコミュニケーション技術を用いて、感情交流をはかり、対応の限界を明確に伝えて対応していることが明らかになったと考える。

スチュアート(2007)は、攻撃的行動の予防と管理のうち行動的戦略として、限界設定をあげている。これは、「許容される行動とそうでない行動がどのようなものなのか、また許容されない行動の結果がどうなるのかを患者に示すというもので、懲罰的でも操作的でもない行為である。限界の根拠を説明して、穏やかで尊重した方法で患者に伝えることで、潜在的な攻撃的行動を避けられる」と述べている。本研究で明らかになった《対応の限界を明確に示す》という看護ケアは、この限界設定と共通する。一人の人間として不快に感じたことは素直に表現することや人として許されない行動は阻止することを通して、看護師が許容できる患者の行動とそうでない行動とを明確にし、限界を言葉や行動で示していた。

しかし、認知機能が低下した認知症高齢者に、看護師の意図を理解してもらうことは難しい。精神科看護師は、認知症高齢者の脳が萎縮し理解力や判断力が低下した状態であることは理解している。その上で、認知症高齢者は人の痛みや傷つけてはならないなど善悪を判断する道徳的規範や価値観は形骸化されにくいという信念を持っていると考えられる。中島(2013)は、「認

知症高齢者は、一人ひとりその人ならではの生きてきた歴史を持ち、それによって培われた信念、価値観、生活習慣や、長年にわたる知識、経験の蓄積があり、これまでの生き方が今の高齢者を支え、今の生活のあり方に反映されている」と述べており、認知機能が低下してもその人の信念や価値観は消えず持っていることができ、精神科看護師が持っている信念は論証されるものだと考える。

さらに、対応の限界を患者に示す際、精神科看護師は、単に許容される行動とそうでない行動を言葉にして伝えるのではなく、《偽りの無い感情交流をはかる》という看護ケアを通して、看護師が患者の攻撃性を受け、どのような思いをしたか、どんなに傷ついたかなど、看護師の感情を切り口にして伝えている点が、認知症高齢者に特異的な限界設定であると考えられる。つまり、精神科看護師は認知機能が低下しても、感情交流は可能であるという信念も存在し、認知症高齢者に対して、伝えても分からない存在として対応するのではなく、人間対人間として対応し続けていた。この人間対人間として対応し続けることは、患者の尊厳を守ることもつながっていると考える。

平田ら（2015）は認知症の脳生理について「認知症性疾患において前頭葉機能障害は進行とともに顕著になるが、大脳辺縁系機能は障害を受けることは少ないとされる。そのため不快刺激への反応も、快刺激への反応も健常者と同様に行われているのである」と説明している。つまり、認知症発症後も五感や感情機能は低下しにくく、感情交流は可能だと理解でき、精神科看護師の認知症高齢者との感情交流は可能であるという信念は裏付けられる。

このように、言語的なコミュニケーションをはかることが難しくなっても、コミュニケーション方法を多彩に持った精神科看護師は、認知症高齢者と“感情”を通してコミュニケーションをはかり、感情をツールにして、他者同様に認知症高齢者に対して対応の限界を明確に伝えていた。本研究の結果は、精神科看護師が認知症高齢者の疾患や老年期の特徴にあわせた看護技術だけでなく、攻撃性の高い患者に用いる看護技術をどのように両立させて行うかについて新た

な示唆を得たと考える。

VII. 看護への示唆

1. アセスメント力の強化

攻撃性の高い認知症高齢者に対して、自我機能を切り口にして看護ケアやアセスメントすることで、関わる際の距離やコミュニケーション方法の選定、環境の整え方など、新たな側面から考えることができ、これらが看護師の行動指針になり得る可能性が示唆された。攻撃性の高い認知症高齢者へ有効な看護ケアを行うためには、自我機能の視点から攻撃性の高い認知症高齢者をアセスメントする力の育成が必要であると考ええる。

2. 心地よい空間を作るケアの強化

攻撃性の高い認知症高齢者へ有効な看護ケアのひとつとして、認知症高齢者にとって心地よい空間を作ることの有効性が明らかになった。心地よい空間を作るためには、攻撃性の背景にある身体的・心理的な不快さ判断することが重要である。自我機能を切り口にアセスメントする力や総合的にアセスメントする力を活用することで不快さの背景を特定し、心地よく過ごしてもらえよう人的・物理的環境を整える看護ケアの実践力を育成する必要があると考える。

3. 尊厳と安全を守るケアの葛藤を解消する技術の活用

精神科看護師は、患者の安全性だけでなく看護師の安全性も確保し、攻撃性が行動化される状況に備える技術を有していることが明らかになった。また、本研究では、認知症高齢者の疾患や老年期の特徴にあわせたコミュニケーション技術を活用することによって、攻撃性の高い認知症高齢者に対する尊厳と安全を守るケアの葛藤を解消していることも考察された。以上のことから、精神症状だけでなく発達段階に適したコミュニケーション技術、患者だけでなく看護師自身の安全性を確保する力を育成する必要があると考える。

VIII. ま と め

本研究では、精神科看護師が行っている攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアとして、【自我機能・認知機能を支える】【心地よい空間をつくる】【尊厳と安全を両立する】の3つが明らかになった。この研究では、診断名が認知症ということであれば、特にその病型や重症度は問わなかったが、認知症の背景にある疾患の特徴や進行の程度、ADLによって、看護ケアの重点の置き方や特徴について差異が出る可能性もある。今後、認知症の背景にある疾患の特徴や進行の程度、ADLに分類して、攻撃性の高い認知症高齢者に対する看護ケアを明らかにすることは、臨床での応用を考える上で必要であると考える。

本研究において申告すべき利益相反事項はない。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様、諸先生方に心より感謝申し上げます。また、本稿は平成27年度高知県立大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文に加筆、修正したものです。申告すべき利益相反事項はありません。

<引用文献>

有賀智也, 渡辺みどり, 千葉真弓, 他 (2014). 重度なBPSDにより精神科病院に入院した認知症高齢者への看護師の対応方法. 日本看護福祉学会誌, 13(2), 101-114.
岡田実 (2008). 暴力と攻撃への対処精神科看護の経験と実践知, 69-154. 埼玉県: すぴか書房.

厚生労働省ホームページ. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン). 認知症高齢者等にやさしい地域づくりにむけて

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf (検索日: 2015年9月30日)

草壁利江, 安原耕一郎 (2012). 対応困難なBPSDに対しライフレビューが有効であった認知症の1例. 日本認知症ケア学会誌, 11(3), 700-708.

中川かおり (2020). BPSDを示した認知症高齢者への看護実践. 老年看護学雑誌, 22(2), 49-54.

中島紀恵子, 太田喜久子, 奥野茂代他 (2013). 新版認知症の人々の看護 (2), 1-13, 110-132. 東京都: 医歯薬出版.

野中優紀, 永田美紀 (2012). BPSDを伴う認知症患者とかかわって共感と受容の必要性について. 日本精神科看護学術集会誌, 55(1), 234-235.

野嶋佐由美 (2003). 精神看護学 (2), 5-10. 京都府: 金芳堂.

菅原大輔, 小野綾 (2013). わが国での認知症ケアの問題と今後の課題厚生労働省における認知症対策指針を踏まえた考察. 弘前学院大学紀要, 8, 1-9.

平田豊明, 杉山直也 (2015). 精神科救急医療ガイドライン. 日本精神科救急学会, 51-88. 千葉県: へるす出版.

G・W・スチュアート, 安保寛明・宮本有紀 (2007). 精神科看護—原理と実践 (8), 846-869, 1044-1068. 東京都: エルゼビア・ジャパン.