

急性期病院看護師に対する ユマニチュードを含んだ高齢者理解を促す学習機会の提供と心理的变化

田中 早貴*・門井 舞**・大西 琴美**・山口 まな美**・片寄 亮***

In-hospital interventions of learning opportunities for physical psychological aspects of older adults to reduce psychological stress for acute care nurses

Saki Tanaka*, Mai Kadoi**, Kotomi Onishi**, Manami Yamaguchi**, Ryo Katayose***

要約 本研究は、急性期病院看護師におけるユマニチュードを含めた高齢者理解を促す学習機会の導入が病棟勤務看護師の心理面に与える効果を検証することを目的に非無作為化比較試験を実施した。急性期病院1施設のうち、入院患者の平均年齢が比較的近い3病棟（介入群1病棟・対照群2病棟）で勤務する看護師を対象とした。2020年10月と2021年2-3月に対象者95名に対して自記式質問紙を配布し、心理的ストレス状態（Nursing Stress Scale, Nursing Job Stressor Scale, 感情労働尺度）とユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の実施状況の回答を得た。2020年11月-12月にかけて介入群に対して高齢者理解に関する講演、オンライン学習教材の提供、及びユマニチュード技術の演習を実施した。解析対象者は両方の自記式質問紙に回答した54名（介入群28名、対照群26名）とした。調査対象者の年齢は介入群が26.3±5.5歳、対照群が29.7±6.9歳であり、看護師経験年数はそれぞれ4.6±3.9年、8.1±6.3年であった。ユマニチュード包括的コミュニケーション技術に関して「水平な高さで視線を合わせる」と「優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける」の2項目において介入後に実施割合が有意に増加した一方で、ストレス尺度においてはいずれも介入によって改善効果は認めなかった。しかしながら、急性期病院という環境においても、ユマニチュードを含めた高齢者理解を促す学習機会の導入によって、病棟看護師の看護技術の向上に寄与する可能性が示唆されたことから、今後はユマニチュード技術の習得による患者に対するケアの抵抗感や業務上ストレスの将来的な軽減が期待される。

Keywords: 高齢者理解・ユマニチュード・Nursing Stress Scale・Nursing Job Stressor Scale・感情労働尺度

1. 緒言

我が国では、2021年5月時点での高齢化率は28.4%となっており、今後も高齢化が進んでいくことが予測されている¹⁾。また、日本の病院における65歳以上の者の推計入

院患者数は全体の7割にあたることも報告されており²⁾、入院患者の高齢化も同様に進んでいる。さらに、2012年には高齢者の7人に1人が認知症を有していたのに対して、2025年には5人に1人にまで増加することが見込まれており、高齢化に伴って認知症を有する高齢者の割合も増加することが推測される。認知症を有する入院患者は平均在院日数が長い傾向にあることから³⁾、認知症を有する高齢入院患者の増加は病棟看護師の大きな負担になることが予測される。

高齢患者や認知症患者の入院によって、病棟看護師に求められる看護ニーズの多様化も進んでいる。高齢者の長期入院によって生じやすい廃用症候群は、日常生活動作(ADL; Activities of Daily Living)の低下や生活の質(QOL; Quality Of Life)の低下に繋がる懸念されている。そのため、急性期病院においても高齢者に対して廃用症候群予防やADL・QOLを低下させない看護ケアの提供が求められている。また、認知症患者に対しては、認知症の周辺

2022年2月9日受付, 2023年3月16日受理

*滋賀医科大学大学院医学系研究科
Graduate School of Nursing, Shiga University
of Medical Science

**滋賀医科大学医学部附属病院 看護部
Nursing Division, Shiga University of Medical
Science Hospital

***滋賀医科大学臨床看護学講座老年看護学
Department of Clinical Nursing, Shiga
University of Medical Science

症状の出現やケアに対する拒否・抵抗が生じることで、看護ケアの提供自体が容易でなくなることも多く、そのような状況に疲弊し、思うような看護ケアの提供ができないことに対するストレスを感じている。先行研究では、術後患者などの緊急度の高い患者への対応を行いながら、認知症高齢者のケアも同時に行わなければならないため、認知症高齢者やその他の患者の安全・安楽な入院治療が弊害される状況に困難を抱えていることが推察されている⁴⁾。そのため、急性期病院に勤務する看護師は高齢患者や認知症を有する患者に対してさらに深い理解と適切な技術を習得し、対応にあたっていく必要性が生じている。

その中で、認知症患者に対する理解を促す非薬物療法的技術に、「ユマニチュード」というものが知られている。ユマニチュードは1995年にフランス人のイヴ・ジネスト氏とロゼット・マレスコッティ氏により考案された知覚・感情・言語による包括的コミュニケーション技術に基づいたケア技法であり⁵⁾、「見る・話す・触れる・立つ」の4つの柱で構成され、看護師が日常生活援助の中で導入することが可能なものである。先行研究では、ユマニチュードの導入により看護師の認知症看護に関する葛藤の改善につながったとの報告や⁶⁾、ユマニチュードを取り入れた関わりをもつことによって患者のケア抵抗を軽減させスタッフのケアに対する意識変化が見られたとの報告がある⁷⁾。これらの報告から、ユマニチュードを含めた高齢者理解を促す学習機会の導入によって病棟看護師の心理面に対する効果が見込まれるが、急性期病院に勤務する看護師に高齢者理解やユマニチュードの導入と心理的变化についての報告はない。

以上より、本研究はユマニチュードを含めた高齢者理解の学習機会の導入が急性期病院看護師の心理面に与える効果を検証することを目的とした。また、ユマニチュード技術習得状況との関連も明らかにする。

2. 本研究の対象と方法

2-1. 研究デザイン

本研究は非無作為化比較試験である。

2-2. 調査対象者

急性期病院1施設に勤務する看護師のうち、2020年10月時点で入院患者の平均年齢が比較的近い3病棟に所属する看護師95名（ただし病棟看護師長と外来専従看護師を除く）を調査対象とした。選定した3病棟のうち、1病棟は介入群に、2病棟は対照群に調査員が振り分けた。2020年10月に調査対象者全員に対して1回目の自記式質問紙調査を実施した。その後、同年11月-12月にかけて介入群

に対してユマニチュードを含めた高齢者理解を促す学習機会を導入し、2021年2-3月にかけて調査対象者全員に対して2回目の自記式質問紙調査を実施した。

2-3. 介入方法

2020年11月から12月にかけて、3種類の学習機会を導入した。1つ目は高齢者理解に関する講演を開催した。この講演は老年看護学に精通する大学教員に依頼し、高齢者の身体的・心理的側面を中心とした理解を促すための講義を実施した。2つ目にオンライン学習教材（①ユマニチュードに関する動画、②高齢者理解に関する講演の録画動画）の提供を行った。このオンライン動画は調査対象者が自宅や病院内など自由なタイミングで複数回視聴可能な媒体であり、自主的な視聴学習機会を提供した。3つ目にユマニチュードの技術演習を実施した。演習方法は看護師2名でペアになり、交互に患者役と看護師役に分かれて以下の項目を演習した。

① 患者役

高齢者の有する身体的状態の実体験：白内障ゴーグルおよび聴覚障害体験用ヘッドホンを装着し、車椅子に乘車

② 看護師役

ユマニチュード技術の実践（「患者の後ろから近づき肩をたたきながら話しかける」、「患者の正面にまわってしゃがみ、視線を合わせ腕に優しく触れながら話しかける」）の2パターンの実践

これらの学習内容は老年看護学に精通する大学教員による指導を受け作成した。また、それぞれの学習教材は対象者の負担軽減のため、20-30分程度とした。

2-4. 主要評価項目

自記式質問紙では年齢、看護師経験年数、ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の実施状況、Nursing Stress Scale（以下NSS）、Nursing Job Stressor Scale（以下NJSS）、感情労働尺度を収集した。NSSは患者との相互行為を展開し、看護を提供するという職業活動を通じた自己のストレスの程度を客観的に把握することができる尺度である⁸⁾。全くない（0点）・時々ある（1点）・頻繁にある（2点）・大変頻繁にある（3点）の4項択一で回答し、得点が高くなるほど看護師はストレスを頻繁に自覚していることを意味する⁸⁾。NJSSはストレス反応に寄与するストレスラーを測定する尺度であり、そのような状況なし（0点）、ほとんど感じない（1点）、少し感じる（2点）、かなり感じる（3点）、非常に強く感じる（4点）の5項択一で回答し、職場の人的環境に関するストレスラー、看護職者としての役割に関するストレスラー、医師との人間関係に看護職者としての自律性に関するストレスラー、死と

の向かい合いに関するストレス、仕事の質的負担に関するストレス、仕事の量的負担に関するストレス、患者との人間関係に関するストレスの下位7因子に分類でき、ストレインが強いほど点数が高くなるように評価値が設定されている⁹⁾。感情労働尺度は看護職者や介護職者における感情労働のあり方を多次的に測定する尺度であり、ほとんどない(1点)、たまにある(2点)、ときどきある(3点)、よくある(4点)、とてもよくある(5点)の5項択一で回答し、患者へのネガティブな感情表出、患者への共感・ポジティブな感情表出、感情の不協和、感情への敏感さの下位4項目に分類されている¹⁰⁾。

ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の実施状況については、「見る・話す・触れる・立つ」の4つの観点でそれぞれ技術項目は文献を参考にしながらオリジナルで作成し⁵⁾、それぞれの実施の有無について回答を得た(図1)。

見る	水平な高さで視線を合わせる 顔の正面から向かい合う 顔を近づけて話をする 時間的に長く視線を合わせる 患者が自分(看護師)に背中を向けてしまった時、自分が移動したり、ベッドの配置を換えたりして、視線を合わせた状態で話しかける 視線の合いにくい患者に対して「私のことを見て下さい」とお願いをする 視線が合っただけ(2秒以内)に話しかける
話す	優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける ゆっくりとしたペースで話しかける 穏やかな声で話しかける 相手に対して尊敬の気持ちをもって話しかける 声かけに対して反応のない患者に対しても話しかける ケアをする時などに、今やっていることの実況中継をしている 患者の部屋に入る時、「ノックをして反応があるまで待つ」という行為を複数回行っている
触れる	患者に触れる時、できるだけ広い面積で触れるようにしている ゆっくりとしたペースで触れている なでるように優しく、包み込むように触れている 下から支え持つ様に触れる 触れる時、力を入れない まずは背中や上腕に触れてから、徐々に顔面や手に触れるようにしている
立つ	リハビリテーションの時間を積極的に取り入れている ケアをする時などに、座位と立位を組み合わせている 日常生活動作に立位を組み合わされるように工夫をする

図1. ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術

2-5. 解析方法

対象者の属性は介入群と対照群に分けて記述し、連続量はt検定、離散量はカイ二乗検定を用いて2群間の差を決定した。また、介入前後でのNSS合計得点、NJSS合計得点・下位7因子別得点、感情労働尺度下位4項目別得点の差は対応のあるt検定を用いて評価し、ユマニチュード技術の実施割合の差はMcNemar検定を用いて評価した。また、学習教材の利用数の累積別に層別化し解析も行なった。こ

れら全ての検定はSPSS Statistics Ver. 25 (IBM社)を用い、有意水準は5%とした。

2-6. 倫理的配慮

自記式質問紙は無記名で回答を得ており、代わりに調査IDを割り振ることで匿名化し、個人情報について厳重な管理を行った。また、調査への参加は自由意志であり、参加の有無での不利益は一切生じないことを文章で説明した。なお、本研究は滋賀医科大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(課題番号:RRB20-013)。

3. 結果

調査対象者95名(介入群34名、対照群61名)のうち、1回目の調査に回答のあった者は71名(介入群31名、対照群41名)であり、回答率は74.7%であった。また、2回目の調査に回答のあった者は67名(介入群28名、対照群29名)であり、回答率は70.5%であった。1回目および2回目の両方に回答を得られた54名(介入群28名、対照群26名)を解析対象とした(図2)。

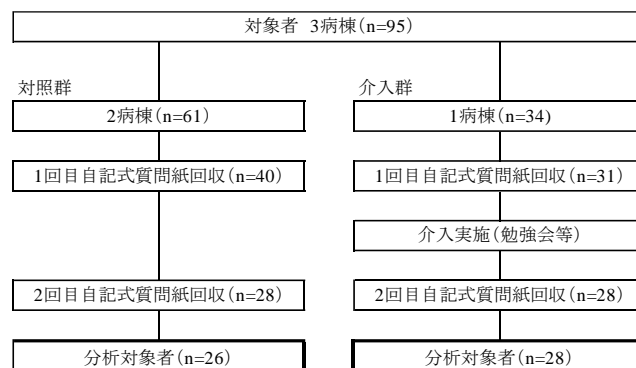


図2. 調査対象者の非無作為割付フローチャート

対象者の基本属性を表1に示す。介入群と対照群の平均年齢(±標準偏差)は26.3±5.5歳、29.7±6.9歳であり、看護師の平均経験年数(±標準偏差)は4.6±3.9年、8.1±6.3年で、2群間の看護師平均経験年数に有意差を認めた。介入群におけるユマニチュード学習介入の参加状況は、高齢者理解に関する講演への参加が7名(25.0%)、オンライン学習教材のうちユマニチュードに関する動画視聴が24名(85.7%)、高齢者理解の講演の録画動画が14名(50.0%)、ユマニチュード技術演習が4名(17.9%)であり、学習内容によって参加状況が大きく異なった。学習教材の利用累積数は1-3個であり、1個が最多であった。

ストレス尺度(NSS・NJSS・感情労働尺度)について表2に示す。NSSの得点変化について、介入群では0.29(±9.61)であるが有意差は認められず、対照群では0.92(±9.18)

であり同様に有意差は認められなかった。NJSS のそれぞれの因子の得点変化について、介入群において「患者との人間関係に関するストレス」が-0.54 (±1.20) と有意に悪化したことが示されたが (p=0.026)、「仕事の量的負担に関するストレス」は改善傾向を示していた (p=0.071)。感情労働尺度についても全ての下位項目において、介入群対照群ともに関連は認められなかった。

表 1. 対象者の基本属性

属性	対照群(n=26)	介入群(n=28)	p値
年齢, 歳	30.0 (7.5)	26.6 (5.7)	0.066
看護師経験年数, 年	8.5 (6.8)	4.9 (4.0)	0.024
認知症に関する院外研修受講経験あり	12 (46.2)	9 (32.1)	0.291
高齢者理解を促す学習機会			
講演会参加	-	7 (25.0)	
オンライン学習: ユマニチュード動画	-	24 (85.7)	
オンライン学習: 講演会動画	-	14 (50.0)	
ユマニチュード技術演習	-	4 (14.3)	
学習機会の累積数			
1種類	-	12 (42.9)	
2種類	-	11 (39.3)	
3種類	-	5 (17.9)	

離散量は人数(%)を示し、 χ^2 検定を用いて検定した
連続量は平均値(標準偏差)を示し、t検定を用いて検定した

ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の実施状況について表3に示す。ユマニチュード技術のうち「見る」について、介入群において「水平な高さで視線を合わせる」は介入後に実施割合が有意に増加し(介入前67.9%, 介入後92.9%, p=0.016)、「顔の正面から向かい合う」は介入後に実施割合が増加傾向を認めた(介入前53.6%, 介入後78.6%, p=0.065)。「話す」について、介入群において「優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける」のみ介入後に実施割合が有意に増加した(介入前67.9%, 介入後92.9%, p=0.016)。しかし、対照群においても同様に有意な関連が認められた(1回目73.1%, 2回目96.2%, p=0.031)。一方で、「触れる」と「立つ」の技術に関しては、いずれの項目も変化は認められなかった。

さらに、表には示していないが、学習教材の利用累積別に同様の解析を行なった結果、「顔の正面から向かい合う」「時間的に長く視線をあわせる」「視線が会ってすぐ(2秒以内)に話しかける」「声かけに対して反応のない患者に対しても話しかける」「患者の部屋に入る時にノックをして返事があるまで待つという行為を複数回行っている」「なでるように優しく、包み込むように触れている」「ケアをする時などに、座位と立位を組み合わせている」において、有意な差は認めないものの、学習教材を3種類利用した者の方は実施割合が高い傾向にあった。同様に、ストレス尺度についてNJSSの「患者との人間関係に関するス

トレッサー」、感情労働尺度の「患者へのネガティブな感情表出」「感情の不協和」「感情の敏感さ」において、有意な差は認めないものの、学習教材を3種類利用した者の方のストレス尺度が改善傾向にあった。

4. 考察

本研究では、ユマニチュードを含む高齢者理解を促す学習機会の導入によって、病棟看護師のストレス状態には改善効果を認めなかった。一方で、包括的コミュニケーション技術である「水平な高さで視線を合わせる」、「優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける」の実施割合が有意に増加した。

病棟看護師のストレス状態について、介入前後での改善効果は認めなかったものの、「仕事の量的負担に関するストレス」に関してはわずかに改善傾向を認めた。認知症患者の介護者に対する教育的な介入を行うことによってストレス軽減や抑うつを改善させ、さらに認知症患者の問題行動を減らすことが報告されている¹¹⁾。このことから、本研究での教育的な介入を受けた看護師は高齢者の身体的・心理的な特徴を知識的・体験的に理解することによって認知症患者や高齢患者の言動を理由やプロセスを正しく受け止めることが可能となり、その結果として看護ケアに対する患者の拒否や抵抗が減少したのではないかと考えられる。その結果として看護業務量が改善したと看護師が実感してきた可能性が考えられる。しかしながら、他のストレス尺度については改善効果を認めなかった。先行研究では、急性期病院で働く看護師は認知症高齢者の反応を引き出すといった成功体験や認知症についての学習によって肯定的な認識へ変化することが報告されている¹²⁾。加えて、ユマニチュード導入後、医療者の精神面に影響を与えたのは導入から半年程度であったと述べられていることから¹³⁾、本研究では2回目の調査が介入後3ヶ月程度であったことが改善効果を評価できなかった要因であった可能性も考えられる。今後、高齢者理解が知識的・体験的に深まり、さらなる高齢患者の対応技術を習得していくことが可能となれば、さらなる業務負担感の軽減やストレス軽減に寄与する可能性も考えられる。

ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術において実施割合が増加の見られた項目は、他の項目と比較して日常的な看護業務の中で意識的に取り入れやすい技術であったことが実施割合の増加につながったのではないかと考えられる。先行研究では落ち着いた声のトーンで話す、正面に立つといった技術は基礎看護技術として既に習得していることが報告されており¹⁴⁾、今回のユマニチュード技術は基礎看護技術から少し発展させた内容であることから、

表2. 職業ストレス尺度 (NSS・NJSS・感情労働尺度)

	対照群(n=26)				介入群(n=28)			
	1回目	2回目	平均値の差 (1回目-2回目)	p値	1回目	2回目	平均値の差 (1回目-2回目)	p値
NSS	43.27 (9.07)	42.35 (11.60)	0.92 (9.18)	0.613	38 (8.22)	37.71 (8.81)	0.29 (9.61)	0.876
NJSS								
職場の人的環境に関するストレスラー	18.68 (3.29)	18.76 (3.64)	-0.08 (2.60)	0.881	14.7 (5.56)	15.67 (3.78)	-0.96 (3.92)	0.213
看護職者としての役割に関するストレスラー	13.08 (2.25)	13.2 (2.33)	-0.12 (2.71)	0.827	12.1 (3.57)	12.03 (2.74)	0.07 (3.11)	0.904
医師との人間関係と看護職者としての自律性に関するストレスラー	13.56 (3.12)	14.24 (2.31)	-0.68 (3.84)	0.384	9.93 (4.98)	9.85 (3.67)	0.07 (3.53)	0.914
死との向かい合いに関するストレスラー	10.79 (2.75)	10.42 (2.60)	0.38 (2.74)	0.510	9.07 (3.42)	9.96 (2.69)	-0.89 (3.28)	0.161
仕事の質的負担に関するストレスラー	15.04 (2.85)	15.04 (3.32)	0 (2.89)	1.000	14.82 (3.44)	14.46 (2.59)	0.36 (2.50)	0.456
仕事の量的負担に関するストレスラー	16.52 (3.27)	16.8 (3.79)	-0.28 (2.03)	0.497	16.04 (3.20)	15.14 (2.76)	0.89 (2.51)	0.071
患者との人間関係に関するストレスラー	6.36 (1.38)	6.24 (1.48)	0.12 (1.09)	0.588	5.54 (1.84)	6.07 (1.49)	-0.54 (1.20)	0.026
感情労働尺度								
患者へのネガティブな感情表出	15.35 (3.39)	15.23 (2.55)	0.12 (3.50)	0.868	14.56 (2.69)	14.52 (3.90)	0.04 (2.82)	0.946
患者への共感・ポジティブな感情表出	21.42 (3.07)	21.62 (3.38)	-0.19 (2.94)	0.741	20.18 (3.68)	20.5 (3.80)	-0.32 (2.86)	0.556
感情の不協和	17.07 (3.57)	17.5 (3.91)	-0.42 (2.90)	0.464	15.75 (4.11)	16.25 (3.79)	-0.5 (3.34)	0.435
感情への感受性	12.69 (1.87)	12.58 (2.40)	0.12 (1.84)	0.752	11.75 (2.59)	12.07 (3.22)	-0.32 (2.91)	0.563

平均値(標準偏差), 対応のあるt検定を用い解析した

表3. ユマニチュードの介入前後での実施状況の変化

質問項目	対照群(n=26)			介入群(n=28)		
	1回目	2回目	p値	1回目	2回目	p値
「見る」						
水平な高さで視線を合わせる	21 (80.8)	25 (96.2)	0.219	19 (67.9)	26 (92.9)	0.016
顔の正面から向かい合う	15 (57.7)	15 (57.7)	1.000	15 (53.6)	22 (78.6)	0.065
顔を近づけて話をする	12 (46.2)	5 (23.1)	0.109	14 (50.0)	14 (50.0)	1.000
時間的に長く視線を合わせる	8 (30.8)	5 (19.2)	0.549	7 (25.0)	8 (28.6)	1.000
患者が自分(看護師)に背中を向けてしまった時、自分が移動したり、ベッドの配置を換えたりして、視線を合わせた状態で話しかける	10 (38.5)	15 (57.7)	0.180	11 (39.3)	14 (50.0)	0.607
視線の合いにくい患者に対して「私のことを見て下さい」とお願いをする	2 (7.7)	4 (15.4)	0.500	4 (14.3)	3 (10.7)	1.000
視線が合ってすぐ(2秒以内)に話しかける	8 (30.8)	9 (34.6)	1.000	8 (28.6)	7 (25.0)	1.000
「話す」						
優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける	19 (73.1)	25 (96.2)	0.031	19 (67.9)	26 (92.9)	0.016
ゆっくりとしたペースで話しかける	22 (84.6)	20 (76.9)	0.625	22 (78.6)	23 (82.1)	1.000
穏やかな声で話しかける	20 (76.9)	21 (80.8)	1.000	18 (64.3)	19 (67.9)	1.000
相手に対して尊敬の気持ちをもって話しかける	18 (69.2)	19 (73.1)	1.000	15 (53.6)	19 (67.9)	0.344
声かけに対して反応のない患者に対しても話しかける	24 (92.3)	22 (84.6)	0.625	25 (89.3)	23 (82.1)	0.500
ケアをする時などに、今やっていることの実況中継をしている	25 (96.2)	23 (88.5)	0.625	26 (92.9)	26 (92.9)	1.000
患者の部屋に入る時、「ノックをして反応があるまで待つ」という行為を複数回行っている	4 (15.4)	2 (7.7)	0.625	2 (7.1)	3 (10.7)	1.000
「触れる」						
患者に触れる時、できるだけ広い面積で触れるようにしている	14 (53.8)	13 (50.0)	1.000	13 (46.4)	16 (57.1)	0.549
ゆっくりとしたペースで触れている	19 (73.1)	19 (73.1)	1.000	13 (46.4)	18 (64.3)	0.227
なでるように優しく、包み込むように触れている	9 (34.6)	7 (26.9)	0.727	7 (25.0)	12 (42.9)	0.227
下から支え持つ様に触れる	8 (30.8)	12 (46.2)	0.289	11 (39.3)	13 (46.4)	0.727
触れる時、力を入れない	12 (46.2)	18 (69.2)	0.146	16 (57.1)	19 (67.9)	0.581
まずは背中や上腕に触れてから、徐々に顔面や手に触れるようにしている	7 (26.9)	5 (19.2)	0.727	3 (10.7)	4 (14.3)	1.000
「立つ」						
リハビリテーションの時間を積極的に取り入れている	15 (57.7)	17 (65.4)	0.774	10 (35.7)	12 (42.9)	0.754
ケアをする時などに、座位と立位を組み合わせている	13 (50.0)	10 (38.5)	0.581	13 (46.4)	11 (39.3)	0.727
日常生活動作に立位を組み合わされるように工夫をする	22 (84.6)	21 (80.8)	1.000	15 (53.6)	19 (67.9)	0.289

離散量は人数(%)を示し、McNemar検定を用い解析した

容易に日常的なケアの中に取り組みことができたのではないかと考えられる。

また、高齢者理解を促す学習教材の1つである技術演習内でも「患者の正面にまわってしゃがみ、視線を合わせ腕に優しく触れながら話しかける」という内容の演習を行っていたため、看護師が実体験的に学ぶことが効果的な学習となった可能性が考えられる。一方で、介入によって実施割合に変化の見られなかった「触れる」「立つ」について、

先行研究ではユマニチュードに関する意識不足や清拭等のケアが看護師各々の方法で習慣化されておりケアの統一化が難しいと述べられており¹⁵⁾、本研究においても同様に習慣化を超える学習には至らなかった可能性がある。特に、急性期病院という環境では患者の治療や安全確保が最優先となるため、そのような状況下では「ゆっくりとしたペースで触れる」や「優しく包み込みように触れる」といった技術の提供が難しい状況も生じ得る。そのため、病院や診

療科の特性を考慮した事例を用いて具体的な援助方法を提示・演習する機会を用意するなど、学習方法と内容について今後検討していく必要があると考えられる。さらに、本研究では介入群と対照群には看護師経験年数に約4年程度の有意な差があったこともユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の多くの項目に差が見られなかった要因の1つである可能性が考えられる。看護師経験年数が増えるにつれて院内外での研修・講習会を受講するといった学習機会が増えることは報告されており¹⁶⁾、その他にも経験年数の増加とともに受け持つ患者事例数が増えることや看護師のクリニカルラダーレベルを上げるために看護研究を実施することが考えられる。本研究においても院外での研修受講経験の有無が介入群と対照群で差があった。また、学習機会の中でも看護研究を実施した看護師や研修会参加した看護師は、より質の高い看護技術を提供しようと行動することが知られており¹⁷⁾、経験年数の違いや研修参加経験の違いから介入群と対照群において差が見られなかった可能性が考えられる。

学習教材の利用数において、統計学的な有意差は認めなかったものの、ストレス尺度の改善やユマニチュードの包括的コミュニケーション技術の実施割合に差が生じていた。先行研究では、対面式とe-Learning式との学習形態の違いによって学習効果は異なることが示唆されていることから¹⁸⁾、固定した学習形式やツールに限定せずに、病棟看護師が利用しやすい学習期間・時間帯・回数やツールなど多様性を広げていくことが学習機会増加につながり、その結果として効果的な高齢者理解の機会や心理面の改善につながる可能性が考えられた。

本研究には2つの限界がある。1つ目は、調査対象者が急性期病院1施設内の3病棟95名に限られた集団であることから選択バイアスが生じていた可能性が高い。急性期病院といっても病院機能や特性、病床数、看護師数といった医療体制は様々であり、さらに診療科による医療・看護内容や患者層、病棟内での看護師の経験年数など本研究結果に関連する特性も様々であることから、本研究結果は限局的な集団による結果であり、本研究結果を他院や他病棟の看護師に当てはめることはできない。しかしながら、本研究で比較した介入群と対照群は診療科が異なるものの入院患者の平均年齢が比較的近い病棟を選択していることから、介入群と対照群の入院患者層のバイアス軽減には努めることができたと考えられる。2つ目は自記式質問紙回答時の業務状態を考慮できていなかった点である。本研究結果であるストレス状態は業務中の負担感や患者に対する感情を評価しているため、調査時の病棟の忙しさや診療科特

有の業務の煩雑さといった時期による看護業務負担状況の影響を受けていた可能性は否定できない。

5. まとめ

急性期病院に勤務する病棟看護師に対するユマニチュードを含めた高齢者理解の学習機会の導入では心理的ストレス状態について有意な改善効果は認められなかった。一方で、ユマニチュードの包括的コミュニケーション技術である「水平な高さで視線を合わせる」と「優しい言葉やポジティブな言葉で話しかける」項目に関しては介入3ヶ月後の実施割合が有意に増加した。

本論文の要旨は、第10回日本認知症予防学会学術集会(2021年6月26日、横浜)において一般演題として発表した。

謝辞

本研究に際して、質問紙調査にご協力いただきましたスタッフの皆様へ深く感謝を致します。また、本研究の高齢者理解を促す学習教材の作成にあたり多大なご協力をいただきました滋賀医科大学臨床看護学講座老年看護学の荻田美穂子准教授に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省, 令和2年版厚生労働白書, 制度の概要及び基礎統計, 厚生労働全般, <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19-2/dl/01.pdf> (最終閲覧日2021年5月18日).
- 2) 厚生労働省, 平成29年患者調査の概況, 推計患者数, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf> (最終閲覧日2021年5月15日).
- 3) 厚生労働省, 平成29年版患者調査の概要, 退院患者の平均在院日数等, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/03.pdf> (最終閲覧日2021年5月15日).
- 4) 片井美菜子, 長田久雄 (2014), 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態, 日本早期認知症学会誌, 7, 1, 72-79.
- 5) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ (2014), ユマニチュード入門. 医学書院, 東京都.
- 6) 野口亜矢 (2014), 認知症看護で感じる葛藤とその改善への取り組み ユマニチュードの実践を試みて, 日本精神科看護学術集会誌, 60, 1, 112-113.
- 7) 土屋春美, 那須とも子, 下川香 (2019), ユマニチュード導入によるスタッフの意識変化 アンケート調査

- によって見えてきたもの, 日本精神科看護学術集会誌, 62, 1, 312-313.
- 8) 亀岡智美 (2015), 看護実践・教育のための測定用具ファイル 開発過程から活用の実際まで 第3版, 舟島なをみ監修, 306-317, 医学書院, 東京都.
 - 9) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之 (1998), 臨床看護職者の仕事ストレスについて—仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討—. 健康心理学研究, 11, 1, 64-72.
 - 10) 丹野宏昭 (2011), 心理測定尺度集VI, 松井豊, 宮本聡介編, 堀洋道監修, 296-300, サイエンス社, 東京都.
 - 11) Eters L., Goodall D., Harrison B. E. (2008), Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature, J Am Acad Nurse Pract, 20, 423-428.
 - 12) 森本恵り子, 平田弘美 (2019). 急性期病棟における認知症高齢者看護に関する文献検討, 人間看護学研究, 17号, 77-85.
 - 13) 宗形初枝, 原紀雄, 石川翔吾, 菊池拓也, エーニンブインアウン, 本田美和子, 盛真知子, 伊東美緒, ジネスト イヴ, 竹林洋一 (2015), 医療介護現場における認知症の人とのコミュニケーションの改善, 第29回人工知能学会全国大会, 1-2.
 - 14) 竹川弘昭 (2018), ユマニチュードの導入を試みて-看護師の意識調査-, 日本精神科看護学術集会誌, 61, 1, 440-441.
 - 15) 加来晴菜, 吉川裕美, 護摩所淳子 (2016), ユマニチュードのコミュニケーション導入に関する看護師の意識調査と課題, 日本看護学会論文集, 精神看護, 46, 244-247.
 - 16) 星野 純子, 古川 直美, 堀田 将士, 武藤 英理, 中山 綾子 (2022), 施設環境と個人要因が院内教育による看護師の学習に及ぼす影響, 日本看護管理学会誌, 26, 64-75.
 - 17) 服部 美穂, 平井 眞理, 篠崎 恵美子 (2017), 中・小規模病院に勤務する看護師の看護基本技術の革新経験と影響要因, 日本看護医療学会雑誌, 19, 27-36.
 - 18) 安田 みなみ, 鈴木 みゆき (2021), Effectiveness of e-learning on Acute Care Nurses' Knowledge, Skills, Satisfaction, and Self-efficacy: A Systematic Review and Meta-analysis, 聖路加看護学会誌, 25, 12-19.