日本赤十字看護学会誌　J. Jpn. Red Cross Soc. Nurs. Sci. Vol.2, No.1, pp.50-60, 2002

研 究 報 告

痴呆と判断される高齢患者の言動パターンへの看護者の認識過程

坂口　千鶴*

The Process of Nurses' Recognizing the Demented Elderly Patients' Patterns of Verbal and Non-verbal Expressions

SAKAGUCHI Chizuru

キーワード：痴呆、高齢患者、言動のパターン、看護者の認識過程
Key Words：Dementia,Elderly Patient, the Pattern of Verbal Non-verbal Expressions, the Process of Nurses' Recognizing

Abstruct

The purpose of this study was to investigate the process of nurses' recognizing the demented elderly patients' patterns of verbal and non-verbal expressions. The data was collected by observing the interaction between seven demented elderly patients and eightteen nurses in daily care and interviewing the nurses after the observation. The qualitative approach was used to analyze the data.

What the nurses tried to recognize was the patients' will. For the nurses, main theme in interacting with the patients in daily care was【An inquire into the will】included 《ascertainment of the will》and four dementions. In 《ascertainment of the will》, the nurses focused on the cues which were the changes of the patients' verbal and non-verbal expressions (recognizing cue), made inference by asking the patients their questions about the meaning of the cues (asking question), and then confirmed the inference by taking other informations(confirming inference). Through this process, the nurses' certainty of the patients' will influenced on their makingdecision for the patients' care(making decision).【An inquire into the will】had four dimensions; 1)<ascertaining the response to instructions> was the dimension of the nurses' making sure of the patinets' responses to their instructions of body movements, 2)<appraising discomfort> was the dimension of the nurses' assessing the presence of the patients' discomfort as pain, 3)<grasping decision-making> was the dimension of the nurses' offering a choice to the

*日本赤十字看護大学
受理：平成14年2月22日

patients and getting hold of their decision-making, 4)<interpretating inner experience> was the dimension of the nurses' interpretating the stories of the patients' inner experiences which might be not reality.

要旨

本研究の目的は、医療機関において痴呆と判断される高齢患者の言動パターンに対する看護者の認識過程に注目し、高齢患者に対する理解と対応への影響を明らかにすることである。看護者が痴呆と判断する65歳以上の高齢患者7名と高齢患者に関わった看護者18名を対象に、高齢患者の日常生活援助や医療処置への参加観察と看護者への面接によりデータを収集した。

日常的ケアにおける高齢患者の言動パターンを通して看護者が認識しようとしていたものは患者の意思であり、患者の【意思の探索】は看護者が高齢患者と関わる上での中心的な概念であった。【意思の探索】は、看護者が〈手がかり〉〈疑問解決のための確認〉〈推察の確認〉〈決定〉の流れを踏まえて、患者の《意思に対する確かめ》を行うことを軸に、〈指示への意思の見極め〉〈不快の見積もり〉〈意思決定の把握〉〈内的体験の理解〉の4つの局面から構成されていることが明らかになった。

Ⅰ．はじめに

現在、医療機関における高齢患者の割合は非常に高く、入院による環境の変化や治療のストレスから術後せん妄、意欲の低下、痴呆症状の出現等、日常生活への影響が大きいとされている。一方で、コミュニケーションや対応に困難をきたす高齢患者の行動が理解できない、またその援助が見いだせない結果、看護者は患者に問題行動が起これば不穏や痴呆と捉える傾向があると報告されている(Rundquvist & Severinson,1999)。Armstrong-Esther & Browne (1986;1994) は、看護者の認識が高齢患者の認知障害レベルやそれによる妨害的な行動に影響されやすく、そのために認知障害のある高齢患者との接触も少なくなる等、高齢患者への対応にも影響していることを明らかにした。また、認知障害のある高齢患者をケアする上で、看護者は患者からのフィードバックがないことで自分自身の看護援助への評価に困難を感じ、同時に緊張、不安、葛藤、忍耐といった感情をも経験することで、身体的、精神的に疲労感を感じていることも明らかにされている (Astrom et al.,1991; Beck,1996)。

Cowlling (1990) は、痴呆による認知障害がある高齢者を理解する上で、表情、動作、言葉を通してその意味を考えることの重要性を訴え、その基本をパターンとし、高齢者の経験、認識、表現に焦点を当てることでパターンの特徴を把握することができるとしている。また、Kolanowski & Wall (1996) も痴呆における行動を理解するには、時間を超えて観察できる一連の行動を確認することとし、一見異常とする行動も適切に理解でき、対応できるようになると述べている。Athlin & Norberg (1987) は、痴呆の患者と看護者との相互作用の発展について、看護者は時間の経過とともに患者のコミュニケーションの手がかりを理解できるようになり、患者の行動に対して不明瞭で捉えがたいという不確かな気持ちから、どう理解すればよいかという確かさへと変化していくことを明らかにし、看護者の認識が変化する可能性を示唆した。

以上のことから、看護者の痴呆の高齢患者への態度、対応、体験を焦点に面接、質問紙調査を用いて行われている研究は多いが、痴呆の高齢患者と看護者の相互作用において、看護者が高齢患者の言動をどのように認識し、またその

認識が高齢患者への理解と対応にどのように影響するのかを、状況認知の側面から具体的に明らかにした研究は少ないのが現状である。

Ⅱ．研究の目的

医療機関における痴呆と判断される高齢患者の言動パターンに対する看護者の認識過程に注目し、高齢者に対する理解と対応への影響を明らかにする。

Ⅲ．用語の定義

痴呆と判断される高齢患者：看護者の中で痴呆であろうと認められる65歳以上の患者。

言動のパターン：高齢患者の全体性を反映させたもので、環境との相互作用の中で繰り返し立ち現れる表情、動作、言語の様式。

看護者の認識過程：対象に関する情報を選択的に取り入れることによって、対象との相互関係、一貫性などに関する新たな情報を生成、蓄積し、対象を一つの統一体として捉えようとする意識の活動。

Ⅳ．研究方法

帰納的アプローチによる記述的デザインをとった。データ収集と分析方法は、人がどのようにものを見、どのように感じ、どのように振る舞うかを社会生活に即して直接かつ質的に観察しようとするLofland & Lofland（1997）のフィールド研究をもとに行った。

A．対象

都内の医療機関に入院しており、看護者から痴呆と判断されている65歳以上の高齢患者7名とそれらの高齢患者に関わった看護者18名とした。

B．期間

平成10年8月3日～10月2日、平成11年3月8日～4月2日

C．調査方法

1．参与観察法：週4～5回、1回4時間程度病棟へ行き、高齢患者の日常生活の援助や処置に受動的参与者として参加した。患者と看護者の相互作用の場面における言動について観察を行い、Emerson et al（1998）の観察記録の手法を参考にフィールドノートに詳細に記述した。1名の患者につき1回30分から60分程度の観察を10～16回行い、場面数は全部で92であった。

2．非構成的面接法：参与観察直後、場面の中で患者や看護者の言動について研究者が疑問に思った際に、必要に応じて看護者に5分～20分程度の非構成的面接を行い、許可を得てテープに録音した。

D．分析方法

参加観察より記述した記録とテープからの逐語的記録を、関連づけながら一文ごとに詳しく読んだ後、看護者の認識と思われる部分を抽出し、一つの意味を表す単位にラベルをつけコード化した。これらのコードを類似性に従ってまとめてカテゴリーを抽出し、カテゴリー間の関係を検討した。

E．分析の妥当性

1．観察直後に、研究者が捉えている患者や看護者の言動に関する解釈の妥当性を、看護者への非構成的面接を用いて確認した。

2．データ分析後、再度同じ病棟で約1ヶ月間、週4～5回の参与観察を実施することで分析結果を再確認し、また看護者に結果を説明し、意見を求めた。

3．認知障害のある高齢者に関する研究に熟知している研究者に定期的に指導を受けた。

F．倫理的配慮

参加観察や看護者に対する面接を行う際は、研究の目的、個人のプライバシーの尊重を説明し、許可を得てから実施した。参加観察の際には必ず、看護者の一員として病棟スタッフと一緒に入室した。

Ⅴ．結果

A．対象の属性

高齢患者の平均年齢は75.8歳で、男性が3名、女性4名であった。患者全員に 器質性脳疾患があり、N-ADL（N式老年者日常生活動作能力尺度）（西村,1997）では、全面的介助が必要な者が6名、一部介助が1名であった。NMスケール（N式老年者精神状態評価尺度）（西村,1997）では、中等度3名、重度が4名であった。看護者は全員女性で、平均年齢は28.5歳、臨床経験の平均年数は6.0年であった。

B．高齢患者の言動パターンへの看護者の認識過程（図1）

痴呆と判断される高齢患者の言動パターンへの看護者の認識過程は、〈手がかり〉〈疑問解決のための確認〉〈推察の確認〉〈決定〉の流れを踏まえた《意思に対する確かめ》を軸として、〈指示への意思の見極め〉〈不快の見積もり〉〈意思決定の把握〉〈内的体験の理解〉の4つの局面から構成される患者の【意思の探索】の過程であった。

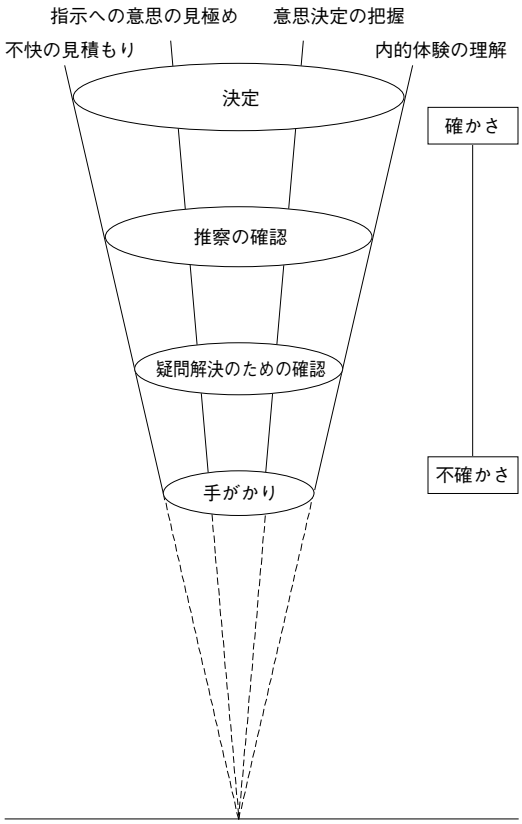

図1．意思の探索

1.《意思に対する確かめ》

a.《意思に対する確かめ》の構成要素

〈手がかり〉とは、看護者がこれまでの経験から得た知識をもとに、患者との関係の中で形成された患者のイメージと実際の患者の状態との違いを表すものであった。ケア中にずっと閉眼しているAさんに対して、看護者は「ずっと、眼をつむっていますね。眼を開けてみて下さい」と言うと、Aさんは眼を開ける。看護者は開眼したAさんに「眼を開けましたね」と笑顔で言うが、Aさんはまたすぐ眼を閉じてしまう。「なんか、今日は元気ないね」とつぶやく。このように、看護者は高齢患者と関わる際に、言葉以外にも患者の声、視線、表情、手足などの身体動作の変化を患者の意思表示として重要な手がかりとしていた。

次に看護者は、手がかりとした患者の言動や状態の変化に疑問を感じ、その疑問を解決するために患者に質問して確認する〈疑問解決のための確認〉を行っていた。ケア終了後に、今まで自分から話すことの少ないFさんから「あれ、終わった？」という言葉が飛び出す。看護者は「きれいになりましたよ」と清拭が終わったことを告げるが、しばらくして「あれって何ですか？」とFさんに聞く。Fさんから返事はなく、同じ質問を繰り返しながらFさんの表情を見ていた。このように、看護者は患者との時間的経過や関係性の中で、患者の言葉や動作等の変化を手がかりとして認識し、その手かがりに疑問を感じ、患者への質問や観察という形で確認していた。

患者の言動や状況の変化を手がかりに疑問を持ち、疑問解決の確認をしていく中で手がかりの意味を推察すると、看護者は新たな情報を得る〈推察の確認〉を行っていた。ケア中の患者の様子から「元気がない」と推察をした看護者は、次のケアを延期する判断を行う。「元気がない」と推察に至った手がかりについて「表情が

乏しいし、言葉が少ないし、いつもの自発的な言葉が少ないし、目を開けている回数が少ない。目をずっとつむっているんです」とAさんの具体的な表情、視線、言葉などの変化について説明する。その後、この看護者は、ナースステーションに戻り、記録を読み、また他のメンバーに状況を説明し、相談している。このように看護者は、単に自分の推察だけで判断せず、推察したことを再度観察したり、本人に尋ねたり、他の医療スタッフに相談することで、自分の推察の妥当性を推し量っていた。

最終的に看護者は、繰り返し行う推察の確認を通して手がかりの意味を理解すると、患者の意思に添った具体的な援助を実施する〈決定〉を行っていた。清拭終了後、看護者が「Fさん、どっち向きますか」と身体の向きを尋ねると、Fさんは、すぐ右手を高く挙げて、人差し指で右側を指し示す。看護者は「右側ですね。わかりました」とFさんの表情を見て身体を右側へ向ける。このように、推察の確認を通して看護者が手がかりの意味を明確に理解できることで具体的な方法が決定でき、それは患者の意思を尊重した個別のニーズを満たすものとなっていた。しかし、手がかりが何を意味しているのか疑問を投げかけても患者から確かな返事が返ってこない場合、看護者が不確かな推察のまま決定することも多く、またその決定が有効であったのか評価できないまま、一層不確かさが増すことになっていた。

b.《意思に対する確かめ》の段階（図2）

《意思に対する確かめ》には4つの段階があった。第1は〔意思を査定する決定〕で、看護者が患者に指示や選択の機会を与え、その時の患者の言動の変化を手がかりに、患者の意思を査定し、決定することであった。第2は〔意思の推察困難な決定〕で、看護者が手がかりをもとに疑問解決のための確認を行うが、何度質問しても返って来ない返事に不確かさを感じたまま、看護者自身が決定してしまうことであった。第3は〔意思の推察可能な決定〕で、看護者が疑問解決のための確認を行う中で推察が得られ、その推察の確認を繰り返し行うが、患者から確かな返事がないため不確かな推察のもとに看護者が決定してしまうことであった。第4は〔意思に添った決定〕で、看護者が疑問解決のための確認、推察の確認まで繰り返し行い、患者の意思に添

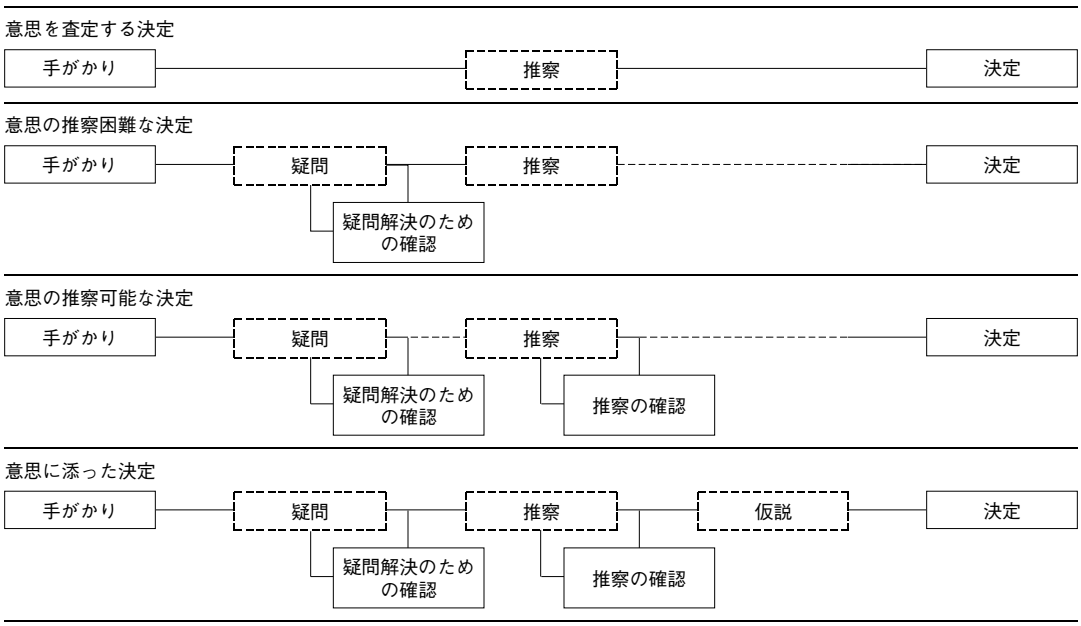

図2.　《意思に対する確かめ》の段階

った援助を決定できることであった。看護者と高齢患者との間では、第1、第2段階が多く、第3、第4段階まで患者の意思を理解し、対応できた場面は少なかった。

2.【意思の探索】の局面（図3）

a．指示への意思の見極め

ケアの流れの中で看護者は次に行う行為を説明し、腰上げなど患者が可能だと思われる身体動作を指示して、患者の意思を見極めていた。この過程では、看護者の指示に対する患者の反応により〈不確かな意思〉〈不十分な意思〉〈確かな意思〉の3つの特徴があり、看護者は患者ができない場合には援助し、できる場合には肯定的なフィードバックを返すといった〔意思を査定する決定〕を行っていた。ケアの途中で、看護者が「Aさん、腰を上げて下さいね。協力をお願いします」と顔を見て声をかける。Aさんは目を閉じたまま右下肢をゆっくり曲げ、力を入れて腰を上げる。看護者は「そうです、そうです」と声をかける。この過程を通して、看護者は患者が指示の内容を理解できるか、指示通りに身体を動かすことができるか、ケアへ参加する意思を表すことができるか等を見極めていた。

b．不快の見積もり

看護者が患者の表情、動作、言葉等の変化を手がかりに、患者の痛みや気分について尋ねる中で、不快の存在を推察し、その推察の確認を患者に行っていた。この過程には、〈危機への気づき〉〈不快の読み取り〉の2つの特徴があり、〔意思の推察可能な決定〕を行っていた。

〈危機への気づき〉は、患者の言動の変化を手がかりに、観察を通して再発作等の危機を推察し、再度の観察、他の医療スタッフへの相談、記録を通して患者の状態を確認していた。看護者が「Dさん、Dさん」と呼ぶが、Dさんは開眼せず寝息を立てている。看護者は「どうしちゃったんだろう。寝ているのかなあ」と不安そうな表情でつぶやき、他の看護者に血圧の値を確認する。看護者は血圧の確認後Dさんの両瞼を開けて瞳孔を見るが、手を離すとすぐ瞼を閉じ

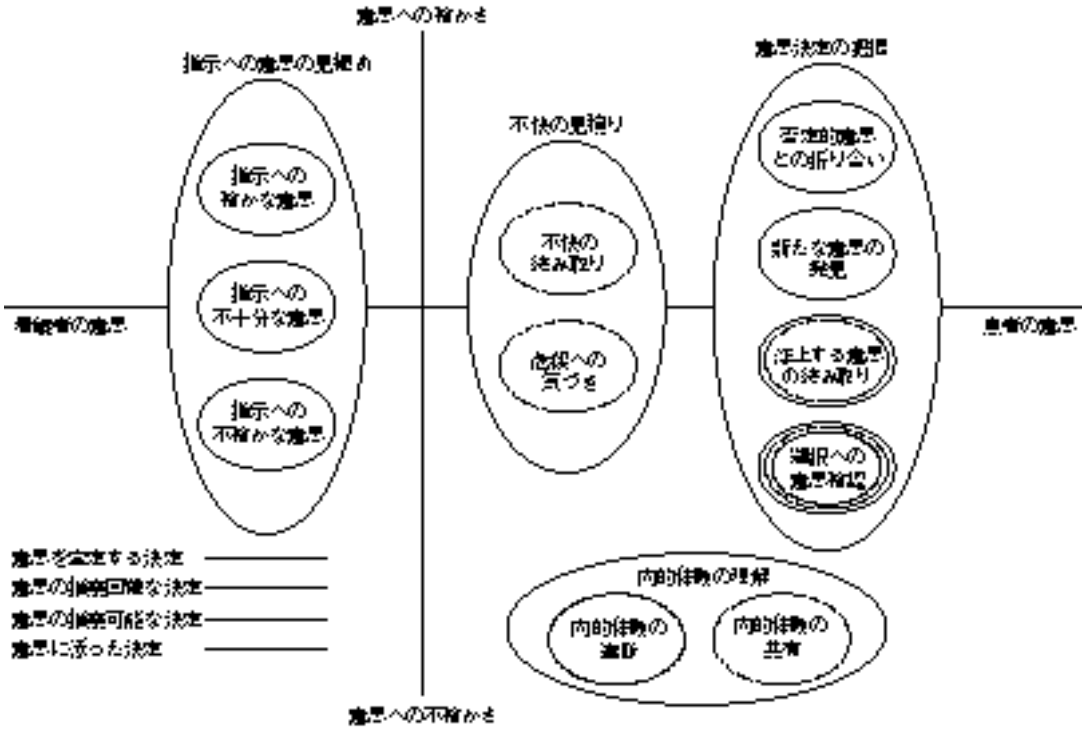

図3．意思の探索の4つの局面

てしまう。看護者は「おかしいね。眠っているのかなあ。ちょっと先生に見てもらおう」と医師を呼びに部屋を出ていく。このように、自ら不快を的確に表現することのできない患者にとって、急性期は脱しているものの、病態の危機的変化の可能性へのチェックは、看護者として常に必要だと考えていた。

〈不快の読み取り〉は、ケアを行っている際に、看護者は患者の動作や表情の変化を手がかりに、その意味について問う中で患者の痛みなどの不快を読み取り、推察して確認していた。清拭の途中、Aさんは右手を何度も左上腕へもっていく。看護者が「左手のどこが痛いんですか？今、手でもっているところが痛いんですか」と聞くが、Aさんは何も答えず目を閉じたままである。背中を拭くために看護者が左側を向かせて「肩が痛みますか」と痛みの部位を聞く。Aさんは目を閉じたまま何も答えないが、背中の清拭後右側へ向くと顔をしかめる。看護者が「痛いんですね」とAさんに確認するが、返事はない。この時の看護者は、痛みの存在を推察できても「どこが痛いとか、どうすれば痛くないかと聞いても答えられないし、でも横向く時には顔をしかめるし……」と述べ、明確な返事が得られない状態での痛みの査定の困難さを語っていた。

c．意思決定の把握

ケアを行っている際に、看護者は患者の言葉、声、動作、表情の変化から、患者がどうしたいのかという意思を把握し、患者の意思を生かしたケアを実施しようとしていた。この過程には、〈選択への意思確認〉〈浮上する意思の読み取り〉〈新たな意思の発見〉〈拒否的な意思との折り合い〉の4つの特徴があり、〔意思の推察困難な決定〕〔意思の推察可能な決定〕が多く〔意思に添った決定〕までに至っていることは少なかった。

〈選択への意思確認〉は、毎日のケアの中で看護者が患者に選択の機会を与え、患者の言動の変化から意思を確認しようとすることであった。ケア終了後、看護者はCさんの体位を左側へ向け、「これで、いいですか」とCさんに聞く。Cさんは「・・いや・・あの・・」と何か言いたそうに口を動かしている。看護者はCさんからの言葉をじっと待つが、「・いや・・あの」と言うだけで言葉が出て来ない。看護者は「これで様子見ましょうか」と言い、Cさんも「ん」とかすかな音を出す。この看護者は「対応が難しいですね。今の『いや』という言葉もどうだったのか嫌という意味での『いや』ではなかったようですね。でも、結局よくわからなくて出てきました」と看護者自身も患者の意思が明確につかめていないと感じていた。

〈浮上する意思の読み取り〉は、患者からの自発的な言動を手がかりとして、看護者がその言動の意味を問うたり、推察した意味を言葉で表現して患者の意思を確認することであった。看護者はDさんをベッドに移そうと車椅子の足台を上げるが、Dさんは前屈みになりずっと足台を触っている。看護者はしばらくDさんの行動を見守っている。Dさんは足台を下げて、自分の足をその上に置く。その動作を見ていた看護者は「ベッドへ移りたくないんですか？座っていたいんですか？」と尋ねると、Dさんは頷いた。看護者は「じゃあ、座っていましょう」と言って予定しているケアを中止した。この時の看護者は患者が足台を下げて自分の足を乗せた動作から、「このまま車椅子に乗っていたい」という患者の意思を読み取り、その意思を尊重した。

〈新たな意思の発見〉は、看護者が今まで見たことのない患者の言動から快復の兆しに気づた時の驚きと喜びであった。ナースステーションでの看護者同士の話しの中で、Cさんが鼻腔カテーテルを入れる時に「いやだー」と叫んだということが話題となり、看護者達を驚かしている。ある看護者は「とても、うれしい」と笑顔で述べている。今まで言葉で意思表示したことがなかった患者が、吸引を拒否して「いやだー」と叫んだことが、医療行為への拒否としてではなく、患者の快復の兆しとして発見の喜びとなっていた。

〈拒否的な意思との折り合い〉は、患者が快復して自分の意思を表現できるようになると、援助や処置に対する拒否が見え始め、看護者の期待と患者の意思とのせめぎ合いが起こっていた。入浴後の着衣中に、看護者はEさんに「次

に下着ですよね」と促すと、Eさんは「それはいいよ」と下着を見て言う。看護者が「パンツははかないんですか？」と聞くと、Eさんは「いいんだよ」と少し声が大きくなる。看護者が「パンツはきましょう」と再度促すと、「いいんだ。これで（パジャマのズボンを指して）、いいんだ！」と声が大きくなり、いらいらした口調で怒鳴る。「パンツはかないと」と再度看護者が促すと、「うん」と頷き、「これ、朝、トイレで大変なんだよ。脱ぎにくくて」と言う。看護者は「そうですか」と言いながらパンツを差し出す。このように、患者が自らの意思を言動で表現でき、自分の欲求を主張することで看護者の期待とのズレやせめぎ合いが起きていた。言葉で表現できない患者の場合、拒否を動作で表し、激しい場合は暴力となることもあった。

d．内的体験の理解

ケアを行っている際に突然患者が現状にそぐわない妄想や作話を語り始め、看護者は患者が何を訴えようとしているのか確認しながら患者の内的体験を再構成して把握しようとしていた。この過程には、〈内的体験の共有〉〈内的体験からの遮断〉の2つの特徴があり、〔意思の推察困難な決定〕〔意思の推察可能な決定〕が行われていた。

〈内的体験の共有〉は、患者の立場に立って体験の意味を確認しながら、患者の気持ちを推察し、理解しようとすることであった。突然、81歳のBさんが足浴中に「おじいちゃんが死んだの」と話し始める。看護者は、「おじいちゃんが死んだの？そうお、それで今朝落ち込んでいたんだ」と言うと、Bさんは「そうなの」とうなづく。「おじいちゃんって、Bさんのだんなさん？」と聞くと、Bさんは「だんなさんのお父さん。早くしないと暑いから」と言う。看護者は「Bさんが心配しなくてもいいわよ。お家の人がなんとかやってくれますよ」と言う。この時看護者自身「おじいちゃん」とは誰のことなのか疑問に思っていたが、Bさんの話に合わせていた。夫の父親らしい「おじいちゃん」の死についてショックを受け心配しているBさんに対して、看護者は事実かどうかはともかく気持ちに配慮して落ち着かせていた。

〈内的体験からの遮断〉は、患者の立場に立って患者の体験している世界の内容を推察、確認しようするが、患者からの明確な返事がないために、看護者の期待を優先させることであった。ケアの途中で、突然Aさんが「ぴかーっと光ったのよ」と話始めた。看護者は何の話なのか疑問に思い確認するが、Aさんからの返事はない。Aさんのまぶしそうな表情や動作から、昨夜の雷の記憶と関係しているのかと推察し、確認したが、Aさんの返事はなかった。看護者はケアを継続させるために、Aさんの身体を左側へ向かせようと声をかけるが、Aさんは一方的に光った話を続けている。この時Aさんは看護者の確認には耳を貸していない様子で一方的に話を続けているために、看護者はAさんから「シャットアウトされている」と感じ、あきらめてケアを継続させようとしていた。

Ⅵ．考察

本研究より、痴呆と判断される高齢患者の言動パターンへの看護者の認識過程は、患者の【意思の探索】という概念で表され、意思を探索する具体的方法として〈指示への意思の見極め〉〈不快の見積り〉〈意思決定の把握〉〈内的体験の理解〉の4つの局面を通して行われる《意思に対する確かめ》の過程に反映されていた。ここでは、これらの結果を既存の文献をもとに、その意義と課題について考察する。

A．《意思に対する確かめ》について

《意思に対する確かめ》の過程には、〈手がかり〉〈疑問解決のための確認〉〈推察の確認〉〈決定〉の流れが明らかになったが、第1段階の〔意思を査定する決定〕と第2段階の〔意思の推察困難な決定〕で終わることが多く、看護者は患者の意思に不確かさを感じたまま対応を決定していた。その中で、第3段階の〔意思の推察可能な決定〕や第4段階の〔意思に添った決定〕に至ることは、痴呆の高齢患者を「意思決定できる可能性のある人」と捉える機会となっていた。

Athlin & Norberg（1987）は、重度の痴呆患者と看護者との繰り返される相互作用の中で、

看護者は患者からの捉えがたい〈手がかり〉に気づくようになり、さらに前は全くコミュニケーションの意図がない単なる反応だと思っていた〈手がかり〉に意味を帰するようになったと報告している。また、Parke（1998）も、認知障害のある高齢者における痛みの〈手がかり〉と看護者の知識に関する研究の中で、痛みの〈手がかり〉は高齢者の行動、音、外観における明らかな変化を表すものであるとした。本研究においても、看護者が患者の表情、動作、言葉等の変化を〈手がかり〉として見出していたことは同様な結果であり、痴呆の高齢患者を理解する上での重要性が明らかとなった。また、患者とかかわった時間の長さや関係性の深さが、看護者の手がかりを発見する過程に影響していたことも同様の結果であった。

また、Parke（1998）は、認知障害のある高齢者の痛みの存在を知る方法として、得られた痛みの〈手がかり〉の意味に関する〈仮説〉を立て、観察する中での変化が痛みを表していると具体化するために〈仮説の確認〉が必要だと報告している。本研究では推論過程を通して科学的根拠まで達しているものを〈仮説〉と捉えたために、〈仮説〉までの確かさに至ったものはほとんどなく、看護者の想像に基づく〈推察〉の段階であった。また、今回の研究結果において、〈推察の確認〉は行われていたが、患者の手がかりの意味をより具体化するための〈仮説の確認〉まで至ることは少なく、看護者の不確かさが残ることが多かった。しかし、意思や要求を明確に表現できない患者にとって、看護者から確認されることは、患者が自分自身でいられ、彼らの要求に答えようとして聞いているという事実からの快さを保てることにはなっていた（Rundqvist & Severinson,1999）。また、先行研究（Parke,1998）では〈疑問〉に関するカテゴリーは明らかになっていないが、これは疑問が起きた時点から仮説として捉えていると考えられる。

B.【意思の探索】の局面について

看護者は、日常生活援助の場面で《意思に対する確かめ》を軸として、〈指示への意思の見極め〉〈不快の見積もり〉〈意思決定の把握〉〈内的体験の理解〉の4つの局面を通して、患者の意思を引き出し、その意思に添った対応をしようとしていた。より多くの局面を通して患者の意思を探索していくことが、高齢患者をより全体的に捉えることにつながっていた。

〈指示への意思の見極め〉は、すべての対象との相互作用の場面で観察することができた。これは、自己決定能力、情報交換し理解する力、意思を示す力をアセスメントすることにつながる上に（Mezey & Ramsey,1997）、患者が可能な範囲での患者の意思を介在させた自主的運動の促進にもなり、自律神経活動に影響して非常に重要である（川口,1999）。しかし、看護者自身が指示の意味をよく考えていない場合、毎日のケアの中で行われる機械的な会話となり、感情的な交流が希薄になる傾向があった。

〈不快の見積もり〉は、自発的な言動の少ない患者との相互作用で多く見られた。小野（1997）は、自分の意思が明確でない痴呆状態の高齢者でも、快の感覚を求め、不快な感覚を回避する能力（行動）を有しており、それを意思の表明と捉えることができるとしている。また、Parke（1998）は、認知障害のある高齢者の痛みを認識する方法として、患者の痛みの〈手がかり〉となる動作、言葉、表情などの変化を認識し、実践の文脈の中で痛みの〈手がかり〉の特徴を推論し、痛みの存在を確認する過程を挙げている。本研究の結果においても、看護者は言動の手がかりから推論を進めて、推察、確認していく過程の中で、患者の不快の意思を引きだそうとしていた。

〈意思決定の把握〉の中で、看護者はすべての対象に選択の機会を与えて意思を確認したり、患者の自発的な言動から意思を読み取ろうとしていた。永田（1997）は、看護者が痴呆の高齢者の意思を確認しないまま当たり前のようにケアを行っている行為に対して、わかりやすい説明をしながら意思を確認しつつ援助を勧める実践が求められると述べている。しかし、Ekman & Norberg（1988）は、たとえ痴呆の高齢者に自己決定を認めているケア従事者でも、患者の意思、過去の価値や信念を把握することが困難

という理由から、毎日の出来事の中で患者が何をしたいのか自分で決定する機会を与えることに問題を感じているとしている。本研究の結果でも、身体の向きや居場所などについて患者の意思を把握しようとするが、結局確認できないまま看護者が決定することも多く、看護者の中には「不確かさ」を感じている者もいた。このような中で、患者の回復の兆しや予想もしなかった意思表示が現れることは、看護者にとって「不確かさ」の中での一筋の光のような「確かさ」を得られ、患者を「意思決定できる可能性はある人」として捉えようとしていた。しかし、明確に自分の意思を言動で表現できる患者の中には、日常生活援助や医療処置に対して拒否の意思を示した者もいて、快復過程では拒否も快復の兆しとして看護者の喜びとなっていたが、繰り返される激しい拒否は問題として捉えられていた。

〈内的体験の理解〉は、自分の思いを言葉を語ることができる患者との相互作用で観察できていた。そこには、内的体験の真偽ではなく、その患者の話から患者が何に関心を示し、何を訴えようとしているのかを理解し、受け入れようとする看護者の姿があった。阿保（1993）は、痴呆老人のコミュニケーションの中で、内的体験など個人的背景はあるが、相互作用としてのコミュニケーションを背後で支える文脈が定まっていないパターンを見出した。そこには、ある一つの状況に向けて各自の関心を投入していき、互いに相手を前にして自己を呈示するというコミュニケーションの基礎的用件は残されているとしている。看護者としては、患者の体験が真実か真実ではないか判断できなくても、患者が語る体験における主観的な意味を理解することが重要となる（Rundqvist & Severinson,1999）。

以上のことより、日常生活援助における痴呆の高齢者の言動パターンを通して看護者は患者の意思を繰り返し確認しながら粘り強く接し、多くの局面から多次元的に患者に関わることにより、患者の潜在能力を引き出し、患者をより全体的に理解しようとしていることが明らかになった。痴呆の高齢患者を理解できない人として、声をかけない、選択の機会を与えない、話を聞かない等ルテイーン化した狭い局面での接触は、それだけ看護者の患者への全体像を狭めることになり、それが患者の潜在能力をも狭めることにもつながっていくことになる。患者の意思に不確かさを抱えたまま、患者の潜在能力を信じる看護者の姿が必要だと考える。

Ⅷ. 結論

本研究によって、痴呆と判断される高齢患者の言動パターンを通して看護者が認識しようとしていたものは、患者の意思であり、患者の【意思の探索】は、看護者が高齢患者と関わる上での中心概念となっていた。【意思の探索】は、〈手がかり〉〈疑問解決のための確認〉〈推察の確認〉〈決定〉の流れを踏まえた《意思への確かめ》を軸とする患者理解の具体的な方法を用いて、認知障害への対応の視点となる〈指示への意思の見極め〉〈不快の見積もり〉〈意思決定の把握〉〈内的体験の理解〉の4つの局面を通して行われていることが明らかとなった。

今回の研究は、限られた対象数によって得られた結果であり、今後より多くの対象に対して研究を行っていく必要がある。特に身体レベルや認知レベルの異なる痴呆の高齢患者を対象に、また看護者の対象に対しては、臨床経験や教育背景をも考慮に入れた研究を行うことによって、高齢患者の意思への看護者の認識過程をより深く探求していくことが必要である。

謝辞

この研究を進めるにあたり、ご協力いただいた皆様、またご指導を頂いた慶応大学太田喜久子教授に心より感謝申し上げます。

この論文は、文部科学省科学研究費基盤研究(C）の報告書を一部抜粋し加筆したものであり、この一部を第20回日本看護科学学会学術集会で発表致しました。

文献

阿保順子（1993).痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル―痴呆老人の生活世界への理解に向けて―. 看護研究, 26(6), 45-67.

Armstrong-Esther, C. A., Browne, K. D. (1986). The influence of elderly patients' mental impairment on patient interaction. Journal of Advanced Nursing, 11, 379-387.

Armstrong-Esther, C. A., Browne, K. D., & McAfee, J. G. (1994). Elderly patients : still clean and sitting quietly. Journal of Advanced Nursing, 19, 264-271.

Astrom et al. 1991.Staff burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes.International Journal of Nursing Studies 28, 65-75.

Athlin,E. & Norberg, A. (1987). Caregivers' attitudes to and interpretations of the behaviour of sevely demented patients during feeding in a patient assignment care system. International Journal of Nursing Student, 24(2), 145-153.

Beck, C. T. (1996). Nursing students' experiences caring for cognitively impaired elderly people. Journal of Advanced Nursing, 23, 992-998.

Cowling, W. R. (1990). Chronological Age as a Anomalie of Evolution.In Barrette, E. A. M. (ed): Visions of Rogers' sciencebased nursing. New York: National League of Nursing, 143-149.

Ekman, S-L. & Norberg, A. (1988). The autonomy of demented patients: interview with caregivers. Journal of Medical Ethics, 14,184-187.

Emerson et al/佐藤郁哉他訳 (1998). 方法としてのフィールドノート―現地取材から物語作成まで―.新曜社.

Lofland & Lofland/進藤雄三他訳(1997). 社会状況の分析―質的観察と分析の方法―. 恒星社厚生閣.

川口孝泰 (1999). 体位変換時の「声かけ」の効果を科学的に検証する. 看護学雑誌, 63(7), 648-653.

Kolanowski, A. W. & Wall, A. L. (1996). Life-span perspective of personality in dementia. Journal of Nursing Scholarship, 8(4), 315-320.

Mezey, M., & Ramsey, G. (1997). Assessment of decisionmaking capacity. Journal of Gerontological Nursing, 23(3), 28-35.

西村健監修（1997). 痴呆性老人の心理と対応. ワールドプランニング.

永田久美子 (1997). 痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護.老年看護学, 2(1), 17-24.

小野幸子 (1997). 老年者の自我発達を促す看護援助. Quality of Nursing, 3(10), 14-20.

Rundqvist, E. M. & Severinson, E. I. (1999). Caring relationship with patients suffering from dementia; an interview study. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 800-807.