熊本保健科学大学研究誌
Journal of Kumamoto Health Science University No.17：83－94

［研究報告］

我が国におけるユマニチュード実践の現状と課題に関する文献的考察

大 坪 昌 喜*　　角　マリ子

Review of literature on the current status and problems of Humanitude care in Japan

Masaki OTSUBO, Mariko SUMI

要旨

本研究の目的は，我が国におけるユマニチュードの実践を踏まえた文献を概観し，実践の現状や成果を把握し，そこから見出される課題を明らかにすることで，今後の研究・教育への方向性について示唆を得ることであった。その結果，以下のことが明らかになった。

1. 掲載は2015年以降25件であり，事例研究が大半を占めていた。対象者の条件ではスタッフと患者（利用者）がほぼ等しいこと，事前の学習会に関してはその具体的な記述が少なかった。これらのことから，研究上の課題としては，今後に向けてさらなる知見の蓄積が必要である。
2. ユマニチュードの実践前は【対応への困難感】，【関わりからくる否定的感情】などがみられた。実践後は【対象の変化を実感】【自身の変化を実感】などの肯定的側面と共に，実践上の課題として【ユマニチュードを実践しての疑問】の中に現時点でのユマニチュード実践の限界の一部が見出された。

キーワード：ユマニチュード，文献検討，現状，課題

Ⅰ．諸言

平均寿命の延伸に伴い健康寿命の延伸が期待される一方，65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると，2012年は認知症高齢者数は462万人（65歳以上の高齢者の約７人に１人）であったが，2025年には約５人に１人になるとの推計もある[1)]。認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく，認知症の人に寄り添いながら，認知症の人が認知症と共によりよく生きていくことが出来るよう，環境整備を行うことが求められている[2)]とされる中，環境の一つであるケアする人としての看護者・介護者・家族などの認識や対応の在り方を明確にしていく必要がある。

高齢者の尊厳を支え，全人的ケアを展開する指針の一つとして近年ユマニチュード（Humanitude）が注目され，実践レベルでの研究もみられるようになった。ユマニチュードとはその人の“人間らしさ”を尊重し続ける状態（ユマニチュードの状態）を希求し，「『ケアをする者とはなにか』という哲学に基づき，具体的な４つの基本動作と５つのステップから構成される１つのシークエンスを用いて実践する知覚・感情・言語による包括的なケア技法」[3)]とされる。一方で，安藤は「ユマニチュードが認知症ケアという風に限定されてしまってはいけないと思っています。ユマニチュードの考え方はすべての人に対するものなのだと発信していきたい」[4)]と述べている。その基盤には，ケア提供者と，認知症の

所属
看護学科
*責任著者：ootsubo@kumamoto-hsu.ac.jp

人に限らず全てのケアの対象者とのよりよい関係づくりがあり，ケアすることという認識と具体的な技法が統合して提供されることがその真意であると言える。

近年，マスコミや一般誌でも散見されるようになったユマニチュードであるが，ともすればケア技法が注目され，その根底にある認識（哲学）をも踏まえた研究は見られない。ユマニチュードの哲学を踏まえた実践を行なうためには，全てのケアの対象者の抱える生活のしづらさを理解し，看護者・対象者ともに尊重し合える状態を形成するための課題は何であるかを明らかにすることが求められる。そのことにより看護者・対象者双方の満足度や，より良いケアの提供に寄与できる。

Ⅱ．目的

ユマニチュードを踏まえた研究の動向を文献検討し，現在どのように実践され，評価されているのかを把握し，そこから見出される課題を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1．分析対象論文

「ユマニチュード」に係る論文について，期間を指定せず日本国内で発表された原著論文を対象とした。検索は医学中央雑誌 Web 版（Ver. 5）を用い，検索式は“ユマニチュード”とした。検索の結果(2019年７月19日現在)，27件が該当した。論文を精読する中でユマニチュードについて考察に引用されているのみのもの２件を除き，最終的に25件の論文を対象とした[5)~29)]。

2．分析方法

1）分析に関しては八尋[30)] らの論文を参考とした。その意図は，テーマに対する現状と課題を明らかにするという目的が一致すること，また検討する際の視点が明確であったことである。対象論文のリストを作成し，「掲載年」,「研究の種類」,「研究対象者の条件」,「ユマニチュードの学習（周知）方法」,「結果」を項目としてあげた。

2）前項１）のうち，掲載年毎に集計を行った。「研究の種類」は質的研究，量的研究に分類した。

3）「研究対象者の条件」は論文中に示された対象者を捉えた。

4）「ユマニチュードの学習（周知方法)」は，論文中にユマニチュードの学習会やユマニチュードの周知を図る取り組みがなされているものを抽出して，その内容を捉えた。

5）「結果」については，ユマニチュードに関する関わりを行った前後の反応が記載された部分（コード）を抽出し，その内容の類似性に沿ってカテゴリー化した。

6）分析の全ての過程においては大学の教員２名で繰り返し検討を行い，分析結果の信頼性の確保につとめた。分析過程で研究者間の意見が分かれた場合は，対象論文を読み，繰り返し検討を行い決定した。

7）倫理的配慮は，論文の著作権を侵害しないよう留意した。

Ⅳ．結果

1．対象論文数

対象とした論文25件の掲載年は2015年３件，2016年５件，2017年５件，2018年12件であった（表１）。

表１．対象論文数（年別）

年	件数
2015	3
2016	5
2017	5
2018	12
合計	25

2．研究の種類

質的研究は20件（うち事例研究は10件），量的研究は５件であった（表２）。事例研究の掲載年は2015年１件，2016年２件，2018年７件であった。また，量的研究の掲載年は2016年１件，2017年３件，2018年１件であった。

表２．研究の種類

種類	件数
質的研究	20
（うち事例研究　10）	
量的研究	5
合計	25

表３．研究対象者の条件

対象者の属性	フィールド	件数
病院・介護老人保健施設のスタッフ	精神科病棟	2
	認知症，精神科混合病棟	1
	認知症治療病棟	3
	急性期病院の整形外科病棟	1
	急性期病院	1
	（病院病棟）	2
	介護老人保健施設	2
入院（入所）中の患者・利用者	精神科病棟	3
	慢性期病棟	1
	精神療養病棟	1
	集中治療室	1
	（病院病棟）	4
看護者・患者双方を捉えたもの	神経内科を主とした混合病棟	1
在宅で介護する家族介護者	在宅	1
認知症 GH で実習を行なった学生	大学	1
	合計	25

３．研究対象者の条件

病院・介護老人保健施設のスタッフを研究対象者としたものは12件であり，そのフィールドは精神科病棟２件，認知症・精神科混合病棟１件，認知症治療病棟３件，急性期病院２件，病院病棟（詳細無記載）２件，介護老人保健施設２件であった。

入院・入所中の患者・利用者を研究対象としたものは10件であり，そのフィールドは精神科病棟３件，慢性期病棟１件，精神療養病棟１件，集中治療室１件，病院病棟（詳細無記載）４件であった。ほかに神経内科を主とした混合病棟で看護者・患者双方を捉えたもの１件，在宅で介護する家族介護者を捉えたもの１件，認知症対応型共同生活介護（以下認知症 GH と略す）で実習を行なった看護学生を捉えたもの１件であった（表３）。

４．ユマニチュード実践に際して行なった学習内容

ユマニチュードを実践するに当たり，事前に学習会を行なった記載があるものは14件みられた（表４）。学習に際しての教材としては DVD や院内研修ビデオの活用が５件であった。「DVD 視聴，作成した資料を基に勉強会実施」[15]「DVD やユマニチュードに関する資料を作成し学習会を実施」[12]「ユマニチュード入門を抜粋したミニ講義と DVD 一部視聴」[7]「DVD 視聴」[23]「ユマニチュードの院内研修ビデオと作成した資料を用いてグループ学習を行った」[14] である。

表４．ユマニチュード実践に際して行った学習会

方法	件数
視聴覚教材（DVD，ビデオ）の活用	5
ポスターや図解の活用	3
認知症看護認定看護師等による学習会	2
学習会の実施（内容不明）	4
合計	14

自作の資料やポスター，図式化したものの活用が４件であった。「ユマニチュードの院内研修ビデオと作成した資料を用いてグループ学習を行った」[14]「ユマニチュードの方法と根拠を説明し，内容を記載した資料を作成し，いつでも見ることができるように詰所内に掲示」[20]「ユマニチュードの概要と４つの柱を説明した５種類のポスターを作成」[24]「ユマニチュード技術の勉強会を行い図式化したものを掲示」[27] である。ほか６件は「ユマニチュードの学習会」[8] など，教材に関する記述は見られなかった。

学習会の時間や回数に関する記載は，「学習会は30分間で行い，ユマニチュードを実践している DVD 視聴とユマニチュードのコミュニケーション方法を資料に沿って口頭で説明した」[12]「ユマニチュードの４つの柱を説明した５種類のポスターを

作成し，それを用いて５分程度で８回伝達した」[24]の２件であった。また，認知症看護認定看護師等による勉強会実施が２件であった。

５．ユマニチュード学習（実践）前後の反応

ユマニチュードに関する学習会前後の比較，あるいはユマニチュード導入前後の変化を捉えた文献は６件であった。これらの中に示された反応は，学習（導入）前は52コード，学習（実践）後は94コードであった。以下，ユマニチュードに関する関わりを行なう前の反応および行なった後の反応を「　　」で，カテゴリーを【　　】で表した。（表５，６）

１）学習（実践）前の反応

「せん妄」や「大声で叫ぶ，興奮，ベッドから出ようとする」「眠剤服用後もなかなか寝ず，ナースコール頻回」「放尿，放便が多かった」などの【立ち上がりやオムツ外しなど観察された対象の行動】，「浣腸時，殴る蹴るなどの抵抗があり，スタッフを追いかけてきた」「制止すると表情が険しくなり，暴力行為があった」という【対象の示す看護行為に対する攻撃的反応】，「険しい表情，無表情，笑顔みられず」「無表情で徘徊していた」という【観察された対象の表情】が伺えた。

また「術直後の安静度が守れない」「協力してもらえない」「時間がとられる」「手がかかる」などの【関わりから抱くイメージ】，「対応がわからない」「拒否する人は難しい」などの【対応への困難感】，「患者がどのような行動をとるのかわからず，怒らせたら怖いと思っていた」「自分自身も恐怖心が強い」「暴力・暴言に対する恐怖」という【対象に対する恐怖感】が示されていた。

さらに「処置が出来ないことに対するいらだち」や「突然の暴力への恐怖心，殴られることへの怒り」「理解してもらえないというあきらめ」などの【関わりからくる否定的感情】，「必要時以外はかかわらずに距離をとらざるを得なかった」「興奮状態になると距離を置いてしまう」という【対象と距離をとる関わり】をしていた。

一方では「自分たちも患者に恐怖を与える行動をしていた」や「攻撃性が強い時は，多人数でケアを行い，仕方なく押さえることもあった」「穏やかな関わりができていない」「危険行動に対しマイナス発言が多く口調が強くなることもあった」などの【自身の行為・言動に対する振り返り】，「ケアを拒否されたとき，自分の関わり方が良くなかったのかなと思う」「こんな看護でいいかと思わされていた」「抑えたり拘束したりするのはすごく心が痛む」という【振り返りに伴う感情】，「壁側を向いている患者に後ろから声をかける」「目線を合わせることなく，一方的な声掛けにとどまることが多い」「安全のためと思い，座ったまま，寝たままケアをしていた」などの【学習したことによる自己の看護の振り返り】がなされていた。

また，「解決策をいつも考えていた」「患者に少しでも幸せな時間ができればいいなと考えていた」「ケアを嫌がる時には患者にも何か理由がある」「認知症患者だからといって陰性感情はなかった」という【患者を尊重した姿勢】が４件伺えた。

２）学習（実践）後の反応

「不穏なく入眠」「ムラはあるが粗暴の頻度が減った」「拒否・興奮状態の患者以外は軽減されている」などの【観察された立ち上がりやオムツ外しなど行動の減少】，「笑顔が常に出ていた」「時々険しい表情あるが穏やかな表情多い」などの【観察された対象の穏やかな表情】が伺えた。

また，「ケアに協力的になることが増えた」や「安心感を与えることができ，介護抵抗が減少したように感じる」「喜怒哀楽が表情で分かり，意思疎通がとれるようになった」などの【対象の変化を実感】，「冷静になることができた」や「自分の関わりで，何が悪かったのかと落ち込むことも少なくなった」「看護師から積極的に声をかけ，患者も看護師も穏やかな雰囲気の中で関われるように気持ちに余裕ができた」「ゆとりをもって行動の観察ができるようになった」などの【自身の変化を実感】，さらに「看護に対する達成感が感じられるようになった」や「手ごたえを実感している」などの【関わりから得た充実感】，「認知症患者への接し方に自信が持てるようになった」「自信が持てたことで，かかわりの時間が増えた」などの【関わりから得た自信】が伺えた。

その上で「もし自分が患者だったら，と考えてゆっくりしゃべるなど意識するようになった」や「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」などの【対象を捉える視点の変化】，「防御反応による抵抗，暴力であることが理解できた」や「恐怖心からくる抵抗であるとＡ氏の感情が理解でき，ケアをスムーズに行える

表５．ユマニチュードに関する関わりを行う前の反応

コード	カテゴリー
せん妄	立ち上がりやオムツ外しなど観察された対象の行動
言動：大声で叫ぶ，興奮，ベッドから出ようとする，車椅子から立ち上がる，オムツ外し，転倒ムシ作動頻回	
睡眠状況：眠剤服用後もなかなか寝ず，ナースコール頻回。1～3時頃に睡眠。昼夜逆転	
放尿，放便が多かった	
浣腸時，殴る蹴るなどの抵抗があり，スタッフを追いかけてきた	対象の示す看護行為に対する攻撃的反応
破いたカーテンの切れ端，オムツなどの異食があり，制止すると表情が険しくなり，暴力行為があった	
表情：険しい表情，無表情，笑顔みられず	観察された対象の表情
発語がなく，理解力の低下もあり，無表情で徘徊していた	
術直後の安静度が守れない	関わりから抱くイメージ
オペ後だったら目が離せなくなる	
協力してもらえない	
時間がとられる	
手がかかる	
要望が多い	
認知症の患者は徘徊，暴力での他害行為で拘束・隔離が多かった	
対応が分からない	対応への困難感
拒否する人は難しい	
内服治療等が必要なことを説明して治療を受けてもらうことが難しいと思った	
対応時のとまどい	
高齢者は好きだが認知症は苦手	
患者がどのような行動をとるのかわからず，怒らせたら怖いと思っていた	対象に対する恐怖感
自分自身も恐怖心が強い	
暴力・暴言に対する恐怖	
処置が出来ないことに対するいらだち	関わりからくる否定的感情
突然の暴力への恐怖心，殴られることへの怒り，A 氏の思いが理解できないなど，今後の看護に不安を感じていた	
患者からの抵抗や暴力的な事をされる場面もあったのでやりにくいという感情があった	
看護ケアや放尿放便の処理に追われ，業務が円滑に進まず，ストレスを感じていた	
理解してもらえないというあきらめ	
A 氏の反応が乏しく，激しい暴力に対して腰の引けた対応となっていた。そのため，必要時以外はかかわらずに距離をとらざるを得なかった	対象と距離をとる関わり
興奮状態になると距離を置いてしまう	
自分たちも患者に恐怖を与える行動をしていた	自身の行為・言動に対する振り返り
患者が嫌がっても看護師複数でお風呂に入れていた	
攻撃性が強い時は，多人数でケアを行い，仕方なく押さえることもあった	
患者のことを１番に考えていたつもりだけど無理やりやっていた部分が大きい	
一人での対応が困難で十分なケアが行えなかった	
うまく対処ができない	
穏やかな関わりができていない	
危険行動に対しマイナス発言が多く口調が強くなることもあった	
患者がしたらいけないことをすればするほど否定する系統の言葉を使っていた	
ケアを拒否されたとき，自分の関わり方が良くなかったのかなと思う	振り返りに伴う感情
こんな看護でいいかと思わされていた	
押さえたり拘束したりするのはすごく心が痛む	
壁側を向いている患者に後ろから声をかける	学習したことによる自己の看護の振り返り
患者が動かさないと視野に入らない位置から声かけていたから患者と視線が合わなかった	
ケアの同意を得る時，目つきや表情で同意が得られないと感じたら世間話に切り替えていた	
目線を合わせることなく，一方的な声かけに留まることが多い	
安全のためと思い，座ったまま，寝たままケアしていた	
話しかけて身体に触れて，しっかり支えることなど基本的な事はしていた	
解決策をいつも考えていた	患者を尊重した姿勢
患者に少しでも幸せな時間が出来ればいいなと考えていた	
ケアを嫌がる時には患者にも何か理由がある	
認知症患者だからといって陰性感情はなかった	

表6．ユマニチュードに関する関わりを行った後の反応

コード	カテゴリー
睡眠状況：尿失禁で中途覚醒，不穏なく更衣後入眠，6時起床	観察された立ち上がりやオムツ外しなど行動の減少
言動：他患者の退院に涙，車椅子自走し待って下さいと伝えると「ええ」と待たれる，立ち上がり行為・脱衣行為なし	
ムラはあるが粗暴の頻度が減った	
拒否・興奮状態の患者以外は軽減されている	
笑顔が常に出ていた	観察された対象の穏やかな表情
笑顔で「散歩に行こう」とスタッフを誘う姿が見られた	
患者さんの笑顔が増えた	
時々笑顔もみられ，意思疎通がとれる時もあった	
表情：時々険しい表情あるが穏やかな表情多い	
オムツ交換，誘導，浣腸など抵抗なく実施できる機会が多くなった	対象の変化を実感
ケアに協力的になることが増えた	
安心感を与えることができ介護抵抗が減少したように感じる	
喜怒哀楽が表情で分かり，意思疎通がとれるようになった	
しゃべらない患者から反応が見れて良かった	対象の反応に伴う肯定的感情
終了後には「ありがとう」と発言があった	
話し方を患者に褒められた	
冷静になることができた	自身の変化を実感
認知症患者に接することに対する抵抗が減った	
認知症の方に対する見方が変わった	
自分の関わりで，何が悪かったのかと落ち込むことも少なくなった	
看護師から積極的に声をかけ，患者も看護師も穏やかな雰囲気の中で関われるように気持ちに余裕ができた	
気持ちに余裕ができた	
ゆとりをもって行動の観察ができるようになった。（ケアに対する安心感）	
楽にケアができるので業務がスムーズにできる気がする	
協力が得られてよかった	
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	
患者をていねいにケアしようという心が芽生え尊重・敬う感情も伴って生まれる	
実施していくにつれてＡ氏のペースでスムーズにケアが行えるようになった	
看護に対する達成感が感じられるようになった	関わりから得た充実感
患者の状態が変化し，やりがいを感じた	
手ごたえを実感している	
学習を実践することで，認知症患者への接し方に自信が持てるようになった	関わりから得た自信
自信がついた	
自信が持てたことで，かかわりの時間が増えた	
自分だったらと考え始めた	対象を捉える視点の変化
もし自分が患者だったら，と考えてゆっくりしゃべるなど意識するようになった	
自分の家族だったらと思い始めたきっかけ	
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	
防御反応による抵抗，暴力であることが理解できた	対象の示す現象の意味の理解
恐怖心からくる抵抗であるとＡ氏の感情が理解でき，ケアをスムーズに行えるようになった（達成感）	
患者の行動には理由があると知ったので，スピーチロックをしなくなった	
自分の関わり次第で患者が良くなったり悪くなったりすることを知った	関わり方の工夫への一助
やさしく話しかけ対応することにより患者が穏やかになった	
導尿すると暴れるから，そうしないでいいような方法を考える	
ケア時の対応やＡ氏の反応を申し送りや専用ノートを用いて情報共有した	
横や後ろからではなく，正面から笑顔で視線を捉えながら近づき，機嫌をみながらケアを実践する	視線を意識した看護の実践
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	
少しずつ視線が合うようになり，小声で聞きとりにくいが，簡単な会話をしてくれるようになった	
視線を掴んでその人の視野に入って会話する	
視線から入る事を大事にしている	
視線を合わせることの大切さがわかった	
こっちから視るようにしていたがわざわざ視界に入るという方法があるんだなと気づいた	
目線の高さを合わせることの大切さに気づいた	
目線・距離のとりかた	

いつもより多くタッチングし目を合わせる事で患者の心に近づけた	触れることを意識した看護の実践
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	
正面から対象者の目をとらえるように見てなるべくポジティブな言葉で話しかけ，優しく触れるように関わった	
自然と声かけや触れる行為を行えるようになり，必要時以外でもかかわるようになった	
触れる事は少しずつ意識するようになった	
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	
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	
極力離床を促して，立位でできるケアを増やしたい	立位・歩行を意識した看護の実践
車椅子で移動させがちだったが患者を歩かせようとした	
立つことが大切だと新たに気づいた	
部屋に入る時ノックして患者の反応を確認するようになった	新たな視点での看護の実践
自分が来たことを知らせることを気にし始めた	
不機嫌な時は，無理強いせずに時間を空けて対応した	
ケアが出来なかったら時間を変えたり，と患者中心の医療を提供した方がいいと考え方が変わった	
『今日会えて嬉しいです』などのポジティブな会話ができていない	
一人はケアに当たり，一人は患者を見ながら話すという感じでうまくやっていける	
ケアは主に2人で行い，1人が手を握りやさしくボディに触れ，ケアの内容と経過を穏やかな口調で話しかけた。もう1人はその間に必要なケアを行った	
楽しかった時の思い出や自分が輝いていた時の思い出を会話の最初や途中で入れる	
入浴後はきれいになったとポジティブフィードバックをしている	
ケア終了後は協力を得られたことに「ありがとう」とＡ氏に伝えた	
ケアを拒絶すれば再会の約束をして，別のスタッフに引き継ぐという連携ができる	
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	ユマニチュードの基本を実感
効果があると思った	
全員がユマニチュードの哲学をベースに関わることで認知症患者を理解し接する雰囲気になった	
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	
無理強いはしていなかったが，ユマニチュードを学ぶことで意識が高まった	
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	
認知症患者と関わるときにユマニチュードで関わったほうが良いと思った	
実際にやってみようと思った	継続への意識
学習した内容を実践してみようと思った	
BPSD にさせないために早い段階でユマニチュードを周知してみんなが行うべき	
効果があったので前にいた激しい認知症の人にもやってみたかった	
ユマニチュードのケアを実践しても興奮が強く逸脱行為が止まらないことがある	ユマニチュードを実践しての疑問
見る・話すは自分でもできていると思う	
BPSD が強い患者への効果が感じられない	
実践前と変わらない	
大学病院は認知症だけ，その人だけを見ていればいいわけでないから難しい	
はじめはうまくいっても最終的にはいつもと同じだった	
業務多忙やマンパワー不足がある	

ようになった」「患者の行動には理由があると知ったので，スピーチロックをしなくなった」などの【対象の示す現象の意味の理解】，「自分の関わり次第で患者が良くなったり悪くなったりすることを知った」や「導尿すると暴れるから，そうしないでいいような方法を考える」「ケア時の対応やＡ氏の反応を申し送りや専用ノートを用いて情報共有した」などの【関わり方の工夫への一助】となっていた。

関わりに関しては，「視線を掴んでその人の視野に入って会話する」や「視線から入る事を大事にしている」「目線の高さを合わせることの大切さに気づいた」などの【視線や会話を意識した看護の実践】，「いつもより多くタッチングし目を合わせる事で患者の心に近づけた」や「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」などの【触れることを意識した看護の実践】，「極力離床を促して，立位でできるケアを増やしたい」や「車椅子で移動させがちだったが患者を歩かせようとした」「立つことが大切だと新たに気づい

た」という【立位・歩行を意識した看護の実践】がなされていた。その上で「自分が来たことを知らせることを気にし始めた」や「一人はケアに当たり，一人は患者を見ながら話すという感じでうまくやっていける」「楽しかった時の思い出を会話の最初や途中で入れる」「入浴後はきれいになったとポジティブフィードバックをしている」などの【新たな視点での看護の実践】が伺えた。

また，「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」や「無理強いはしていなかったが，ユマニチュードを学ぶことで意識が高まった」「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」などの【ユマニチュードの基本を実感】ができ，「BPSD にさせないために早い段階でユマニチュードを周知してみんなが行うべき」「学習した内容を実践してみようと思った」などの【継続への意識】が伺えた。

一方では「ユマニチュードのケアを実践しても興奮が強く逸脱行為が止まらないことがある」「BPSD が強い患者への効果が感じられない」「はじめはうまくいっても最終的にはいつもと同じだった」「業務多忙やマンパワー不足がある」などの【ユマニチュードを実践しての疑問】が７件みられた。

Ⅴ．考察

ａ．文献の年別掲載数

2012年に本田によって紹介，本邦に導入されて以来，2015年には３件，2016年５件，2017年５件，2018年12件となっている。2014年に本田らによる『ユマニチュード入門』[31] が出版されたのに伴い，そのケア技法を取り入れた実践がなされ，以後発表・掲載が増加傾向にあるものと捉えられる。

ｂ．研究の種類

事例研究10件を含む質的研究は20件，量的研究は５件であった。事例研究と年別掲載数と照合すると2015年１件，2016年２件，2018年７件であった。同様に量的研究では2016年１件，2017年３件，2018年１件であった。

前述のように本田らの著書[31] 出版を契機に，その技法を取り入れた事例研究の掲載数増加に繋がっているものと捉えられ，その成果およびユマニチュード継続可能性を示唆した研究が見られた。しかし現状では継続的な関わりを捉えた研究はうかがえない。このことから，今後長期的な関わりをとらえた研究や量的研究が期待される。

ｃ．研究対象者の条件

研究対象者の条件は，表３に示す対象者の属性という人的側面とフィールドの側面に大別された。人的側面に関しては，病院・介護老人保健施設のスタッフおよび入院・入所中の患者・利用者を対象として，ユマニチュードを取り入れた看護場面を捉えた事例研究が多かった。

一方フィールドの側面では精神科病棟が多く，ほかに認知症病棟，明記のない病院病棟，介護老人保健施設などがみられた。中には集中治療室入室患者のせん妄発症軽減を図るアプローチ[28] や急性期病院の整形外科病棟における認知症患者の対応の中で生じた看護師の認識を捉えたもの[8]，急性期病院における認知機能の低下している患者との関わりについて現状を捉えたもの[12] がみられた。

これらのことから，精神科病棟，認知症病棟に限らず急性期においても BPSD（行動・心理症状）への対応にユマニチュードのケア技法の実践がなされ，「入室患者のせん妄発症率は軽減し，せん妄予防につながる活動ができた」[28] や「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」[8] などの成果がみられるなど，対象患者とともに，ユマニチュード実践の場が広まりつつあることが見出された。

ｄ．ユマニチュード実践に際して行なった学習内容

ユマニチュード実践に際して事前に学習会等を行なったことが記されたもののうち，その教材・方法について記されたものは14件中８件であった。多くが視聴覚教材の活用や病棟単位での学習会の記載であり，その内容も「ユマニチュードの概要と４つの柱を説明した５種類のポスターを作成」[24] や「ユマニチュード技術の勉強会を行い図式化したものを掲示」[27] などと，技術の周知・伝達が主題となっている。ジネストらは「『あなたのことを大切に思っている』と伝えるための技術」[32] としてユマニチュードの４つの柱を提唱した。つまり「見る，話す，語る，立つ」である。これらの技術とケアするという認識とが統合して提供されることがユマニチュードの真意であるが，“ケアするという認識との統合”

に関する学習は今回の研究ではうかがい知ることはできなかった。また，本田が「施設全体でユマニチュードを実践するためには，施設におけるケアに関する哲学と管理者のリーダーシップが不可欠です」[33] と述べているように，学習・実践が病棟単位に留まることなく，施設が一体となって取組むことが求められる。そのためには施設の理念と相俟って，ケアに関する哲学が明確化される必要があると考えられる。

e．ユマニチュード学習（実践）前後の反応

学習（実践）前の反応としては，【立ち上がりやオムツ外しなど観察された対象の行動】【対象の示す看護行為に対する攻撃的反応】などの看護行為を阻む対象の行動や，【対応への困難感】【関わりからくる否定的感情】などの看護者の感情が多く示されており，そのことが【対象と距離をとる関わり】となるなど，悪循環を生じていることが分かる。

一方では「解決策をいつも考えていた」「患者に少しでも幸せな時間が出来ればいいなと考えていた」などの【患者を尊重した姿勢】も伺える。看護者は本来「患者を尊重した姿勢」は有しているものといえ，関わること（ケアすること）に関する認識中にこれらの表現や継続した提供を困難にさせる要因がある。看護者は関わることに意味を見出せるよう学び続けていくことが求められる。その際，「ケアとは」「ケアすることとは」「ケアする人とは」という原点に立ち返ることが求められるといえ，ユマニチュードが解決の一助となり得るものと考える。

学習（実践）後の反応としては【観察された対象の穏やかな表情】や【対象の変化を実感】することで【自身の変化を実感】していることが分かる。さらに【視線を意識した看護の実践】【触れることを意識した看護の実践】【立位・歩行を意識した看護の実践】などユマニチュードの４つの柱の実践や，【新たな視点での看護の実践】と捉えた「人間関係をつくるための５つのステップ」[34] がユマニチュードの【継続への意識】として現れたものと捉えられる。

一方で示された【ユマニチュードを実践しての疑問】においていくつかの示唆が見受けられる。「ユマニチュードのケアを実践しても興奮が強く逸脱行為が止まらないことがある」「BPSD が強い患者への効果が感じられない」「実践前と変わらない」「はじめはうまくいっても最終的にはいつもと同じだった」という反応は，ユマニチュードの効果を実感することが難しい状況にあると推察できる。その状況として考えられることとして，「大学病院では認知症だけ，その人だけをみていればいいわけでないから難しい」「業務多忙やマンパワー不足がある」といった反応との関連がある。本研究における研究対象者の条件をみてみると，病院がほとんどであった。病院においては，入院する患者のうち，約３割に認知症，または認知機能低下を認められ，うち半数以上が BPSD を発症していること，それに伴う対応の困難さがうかがえること[35] が報告されている。このことからも，現在の医療のおかれている状況が，看護師がユマニチュードの効果を実感することを難しくしていることと予測され，現時点でのユマニチュード実践の限界の一つと考えられる。

そして，「見る・話すは自分でもできていると思う」という反応は，本研究の分析の項目の１つである，「ユマニチュード実践に際して行った学習内容」との関連が推測できる。「ユマニチュード実践に際して行った学習内容」をみてみると，様々な内容が行われていた。ユマニチュードの実践に関しては，インストラクター等の養成がなされており，ケア技法とその根底にある認識（哲学）をも踏まえた“ユマニチュード”の実践がなされるようインストラクター等からの伝達が望まれるが，本研究の結果からは，インストラクターからの伝達は見られなかった。以上のことから，実践されているユマニチュードがどのようなものなのか，そのうえでどのような効果が認められるのか，そしてユマニチュードの効果を実感することを難しくさせている要因はどのようなものなのかについて明らかにする必要があるといえる。

Ⅵ．結語

本研究は我が国におけるユマニチュードの実践を踏まえた文献を概観し，実践の現状や成果を把握し，そこから見出される課題を明らかにすることで，今後の研究・教育への方向性について示唆を得ることを目的とした。その結果，以下のことが明らかになった。

１．掲載は2015年以降25件であり，事例研究が大半を占めていた。対象者の条件ではスタッフと患者

（利用者）がほぼ等しいこと，事前の学習会に関してはその具体的な記述が少なかった。これらのことから，研究上の課題としては，今後に向けてさらなる知見の蓄積が必要である。

2．ユマニチュードの実践前は【対応への困難感】，【関わりからくる否定的感情】などがみられた。実践後は【対象の変化を実感】【自身の変化を実感】などの肯定的側面と共に，実践上の課題として【ユマニチュードを実践しての疑問】も見出された。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文献

1）内閣府：平成29年版高齢社会白書．2017，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/gaiyou/pdf/1s2s_03.pdf［2019.9.13アクセス］

2）厚生労働省：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向けて．2017，http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf［2019.9.13アクセス］

3）本田美和子：優しさを伝えるケア技術：ユマニチュード，臨床精神医学，45（5）：573-577，2016.

4）本田美和子，伊東美緒：ユマニチュードと看護，医学書院，118，2019.

5）西尾那菜：せん妄患者に対するユマニチュードの効果　制止しない看護を目指して．和 やわらぎ，1：93-96，2015.

6）小木曽加奈子，平澤泰子：介護老人保健施設のケアスタッフが認知症高齢者との関わりで心掛けていること　ユマニチュードからの考察．社会福祉科学研究，4：55-61，2015.

7）木下香織，古城幸子：認知症グループホームの臨地実習に導入したユマニチュードの効果　看護学生がとらえた入所者の反応からの評価．インターナショナル Nursing Care Research，14（2）：145-153，2015.

8）小川裕太，又川めぐみ，濱田玲子，他：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．高知赤十字病院医学雑誌，20（1）：67-71，2016.

9）岡田泰子，東原香里：認知症患者とのコミュニケーションについての一考察　ユマニチュード技法を用いて．香川県看護学会誌，7：15-17，2016.

10）江藤良，福元淳一：ユマニチュードの実践を継続していくために　看護師の認識と行動を考察して．日本精神科看護学術集会誌，59（1）：372-373，2016.

11）田村典子，田中久枝，坂田翔平，他：ケアの質の向上をめざして 「ユマニチュード」を取り入れた入浴介助．日本精神科看護学術集会誌，59（1）：370-371，2016.

12）加来晴菜，吉川裕美，護摩所淳子：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，46：244-247，2016.

13）小木曽加奈子，祢宜佐統美：介護老人保健施設の認知症高齢者に対する【見る】【話す】【触れる】【立つ】の実践．福祉と看護の研究誌，4：68-76，2017.

14）安田一生，松嶋芽衣子，福田紳介，他：認知症治療病棟においてのユマニチュード　介護困難感の軽減をめざして．日本精神科看護学術集会誌，60（1）：114-115，2017.

15）野口亜矢：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）：112-113，2017.

16）甲斐みどり，小川豊子，小野田美紀，他：認知症患者に対する基本ケア25項目（ユマニチュードの視点から）に関する認識調査　A病院での20・30歳代と40・50歳代の看護職の比較．看護・保健科学研究誌，17（1）：195-201，2017.

17）下村由佳，中川彩，福山香苗，他：認知症患者にユマニチュードの関わりを実施して．中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌，12：85-88，2017.

18）土肥眞奈，林夏希，春名朝美，他：認知症高齢者を在宅介護する家族にユマニチュードの基本技術を伝えたあとの家族の受け止め．日本健康医学会雑誌，27（2）：159-165，2018.

19）夏目裕子，倉本裕介，夷藤菜保子，他：精神科病棟看護師の認知症患者に対する看護の変容に関する調査　ユマニチュードを導入して．日本看護学会論文集　精神看護，48：27-30，2018.
20）山川智子：病識獲得が困難な認知症と遅発性統合失調症を併発した患者のBPSDの変化　ユマニチュードを実践した一事例．日本看護学会論文集　精神看護，48：23-26，2018.
21）濱口正廣，壁屋康洋：認知症初期の強い妄想に基づく入院抵抗への関わり．日本看護学会論文集　慢性期看護，48：287-290，2018.
22）黒川博史，小倉真紀，本間文子，他：看護職の認知症患者に対する関わり方　ユマニチュードの視点からの考察．日本看護学会論文集　慢性期看護，48：255-258，2018.
23）橋爪由花：ユマニチュードのケア技術を取り入れた効果　暴力行為のある認知症患者とのかかわり．日本精神科看護学術集会誌，61（1）：436-437，2018.
24）芳賀梨沙，津田奈未：認知症病棟スタッフにユマニチュードを伝達したことでの意識変化の調査．日本精神科看護学術集会誌，61（1）：438-439，2018.
25）竹川弘昭：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）：440-441，2018.
26）菊池亜希枝，大島さつき：認知症高齢者へのユマニチュードによる介入の効果　「見る」「話す」「触る」「立つ」による包括的アプローチ．日本精神科看護学術集会誌，61（1）：442-443，2018.
27）村田由香理，秋里俊伸，北尾亜弥，他：BPSDと開口不良のある認知症患者への自力摂取を引き出すにいたったかかわり　ユマニチュード技術とリラクゼーションマッサージを用いて．日本精神科看護学術集会誌，61（1）：444-445，2018.
28）中村亜由美，柴田典子，久野香織，他：せん妄軽減を目指して～今私たちができる事～．トヨタ医報，28：162-166，2018.
29）福永剛士，越智しのぶ，松尾美保，他：認知症患者のストーマ造設術後の退院支援で排便処理の習慣化に繋がった1例．十全総合病院雑誌，24（1）：13-14，2018.
30）八尋陽子，中井裕子，東あゆみ：外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討－対象論文を和文献に限定して－，日本看護研究学会雑誌，35（5）：129-136，2012.
31）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，2014.
32）イヴ・ジネスト，ロゼット・マレスコッティ，本田美和子：ユマニチュードという革命－なぜ，このケアで認知症高齢者と心が通うのか-，誠文堂新光社，pp183-220，2018.
33）本田美和子，竹内登美子，宗形初枝，他：ユマニチュードのこれから，週刊医学界新聞，3323，2019.
34）前出32）pp231-242.
35）日本老年看護学会老年看護政策検討委員会：老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書，日本老年看護学会，pp12-67，2014.

（令和２年１月６日受理）

Review of literature on the current status and problems of Humanitude care in Japan

Masaki OTSUBO, Mariko SUMI

The principal aim of the present study was to review the literature on the implementation of Humanitude care in Japan; by understanding the current status and results of implementation and clarifying the resulting issues, we sought suggestions for future research and education. The results were as follows.

1. Since 2015, 25 studies have been published, of which the majority are case studies. Regarding the subjects, staff members and patients (users) were almost equal in condition, and there were few specific descriptions concerning the pre-learning sessions. For these reasons, further findings are needed for future research.

2. "Difficulty in responding" and "Negative feelings resulting from involvement" were noted before the implementation of Humanitude care. After implementation, along with positive aspects such as the "Realization of changes in the subject" and "Actual feeling of changes in self," some of the limitations of Humanitude care at present included under "Doubts after having implemented Humanitude care" were noted as issues regarding implementation.