

2021年度博士論文

-A study on the formation process of self-empowerment of nurses -From the characteristics of nursing for dementia patients-

梅原里美

2021年度 博士論文

看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程に関する研究
～認知症患者を対象とする看護の特性から～

A study on the formation process of self-empowerment of nurses
- From the characteristics of nursing for dementia patients -

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科

保健福祉学専攻 博士後期課程

学籍番号	1810401
氏名	梅原 里実
指導教員	安達 正嗣

目次

はじめに	本研究の目的と博士論文の構成	1
序章	本研究に至った背景	5
第1章	認知症看護のセルフ・エンパワメントモデルの検討	10
第1節	認知症看護の変遷	10
第2節	認知症看護の倫理的課題	11
第3節	認知症患者の意思表示を促すことの意義	12
第4節	認知症患者の意思表示を阻害する看護師の要因	15
第5節	エンパワメントの理論背景	17
第6節	先行研究におけるエンパワメントモデル	24
第2章	研究1. 自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 ～エンパワメントモデルを活用した研修によるパワーlessness と共感性の変化～	
第1節	研究目的	29
第2節	研究方法	31
第3節	倫理的配慮	36
第4節	結果	37
第5節	考察	42
第6節	要約	44
第3章	研究2. 認知症患者の意思表示支援がパワーlessness状態にある看護師 のセルフ・エンパワメントに与える影響と関連要因の質的分析	
第1節	研究目的	46
第2節	研究方法	47
第3節	倫理的配慮	49
第4節	結果	49
第5節	考察	55
第6節	要約	60

第4章 研究3. セルフ・エンパワメントの高まりと組織エンパワメントに与える影響と関連要因の質的分析

第1節	研究目的	65
第2節	研究方法	66
第3節	倫理的配慮	67
第4節	結果	68
第5節	考察	72
第6節	要約	77

第5章 総括

第1節	総合考察	79
第2節	本論文の応用可能性	86

おわりに	本研究の限界と今後の課題	88
------	--------------	----

謝辞

引用文献	91
------	----

資料	101
----	-----

資料1

- ①：病院長用研究協力依頼文書
- ②：看護部長用研究協力依頼文書
- ③：看護師長用研究協力依頼文書
- ④：看護師用研究協力説明書

資料2

- ①：看護師長用研究同意書
- ②：看護師用研究同意書

資料3

：研究参加の同意撤回書

資料4

- ①：看護師用調査票依頼用紙
- ②：研修前自記式質問紙調査
- ③：EESR（研修前・研修後

- 資料 5
: 研修直後アンケート
- 資料 6
: 研修後自記式質問紙調査
- 資料 7
: 看護師長用フェイスシート
- 資料 8
- ① : 半構造化面接質問用紙 (看護師用)
- ② : 半構造化面接質問用紙 (看護師長用)
- 資料 9
: 研究説明会案内ポスター
- 資料 10
- ① : 研修内容 1 回目
- ② : 研修内容 2 回目
- ③ : 1 回目日程表
- ④ : 2 回目日程表
- 資料 11
: 研修受講直後アンケート結果 (自由記載)
- 資料 12
: 研修後自記式質問紙調査結果 (自由記載)
- 資料 13
: SCAT 分析看護師 A~G
- 資料 14
: SCAT 分析看護師長 A~C

はじめに

脳機能の老化が要因の一つである認知症は、加齢と共に増加する疾患である。1950年代より明らかとなった、我が国の未曾有の超高齢社会は今や現実のものとなっている。加齢に伴い発症する認知症の有病者数は2025年には730万人、2040年には900万人と推計されており、増加の一途を辿っている。認知症の症状の特徴には、一般的に知られている記憶障害や理解力の低下だけでなく、進行と共に自身の考えが上手くまとまらない、知っている言葉が思い出せない等の、失語を伴う言語機能の低下がある。

看護を担う看護師の役割は、専門職として自律性の発展を目指し、自ら進んでその質の保証を担保すべき性質を持つ。認知症看護においても、その専門的知識を用いて、認知症患者のニーズを捉えQOLを高める為に、最善のケアを提供することである。

しかしながら、意思や意向を言語によってうまく表現ができない認知症患者自身のニーズを正確に捉えるには、困難を伴う (Hoang, N, Daniel, T, et, 2018)。看護師は、基礎的な学習段階において、非言語的コミュニケーションを含め、あらゆるサインを駆使し、患者の表現できないニーズを読み取ろうとする、知識と技術を修得している。認知症患者の看護に携わっている看護師は、常に患者に注意深く接しながら、患者の訴えに耳を傾け、ニーズの把握に努めている。このような看護師の共感力や想像力、創造性の中で養われる看護の広がりこそが、認知症看護の発展につながっていくものと考えられる。また、その実現には認知症の特徴を正しく理解しながら、患者の個別性に視点をおいた看護が求められている。他方では、身体拘束や医療選択の場における意思決定支援などに、端を発する認知症ゆえの倫理的な問題の解決が、喫緊の課題となっている。看護師は、これらの倫理的課題に常に最善を尽くすことを目指し努力を重ねているが、一方では、職場や組織の方針との板挟みや、解決の困難さゆえにどのようにしたら良いかわからない、無力感やあきらめの感情により受け身の姿勢となる。

厚生労働省や認知症に関連する学会によって、各種のケアの基準やマニュアル等が作成されている。パーソン・センタード・ケアマッパーの育成や、コミュニケーション技法であるユマニチュードの技術取得に向けた研修など、認知症看護の実践者の支援に向けた取組みが行われている。しかしながら、これらの知識や技術は、認知症に特化した専門的な施設や病院に勤務する看護師が、その重要性を理解し、自ら学ぼうとしない限り、習得できる方法は皆無である。また、このような認知症患者の支援に関する基本的な基準や原則の実践には、看護師個々の活動だけでなく、看護師が抱える課題を組織として共有し、行動変容を促す組織のあり方が影響する。顕在化している認知症看護の問題を、組織員全員で認識し課題解決へ向かって行動することが、組織文化の醸成を促進していくものと考ええる。

本研究では、認知症ケアにおける倫理的課題や職場という組織環境内で、パワーレスネ

その状態に陥っている看護師が、認知症患者の特性を捉えたケアの糸口を自ら見つけ出すには、認知症看護師として特別な技術を修得するのではなく、看護師が本来身に付けるべき「観る・聴く・伝える」などの技術を、組織内で応用するパワーの修得が必要であり、そのための方法が分かれば、セルフ・エンパワメントは可能と仮説を立てた。

エンパワメント(Empowerment)とは、人に権利を与える法律用語を発端とし、力を与えるという意味である。定義は多面的に活用されており power を包含している。また、エンパワメントの原則は、当事者が主体であることを核とし、活用すべき状況や対象によって用いる定義の意味合いは異なり、統一した見解は無いことが解っている。さらに、エンパワメントには無力感(パワーレス)の状態を自ら克服していくプロセスがあり、パワーレスの構造を理解し「意識下」すること、実践を経て変容は可能になり次の段階である自身が主体になって行動する持続的なプロセスである(久木田、渡辺、1998)。したがって、エンパワメントの前提にはこのパワーレスがある。このパワーレスを、桑原(2018)は、「生活や人生で起こる課題に対して、自分でコントロールする力のない・コントロールしきれない状態」。久木田、渡辺(1998)は、「自分がどんなに努力してもうまくできないという経験を繰り返すことで生じる」と定義している。本研究では認知症患者の看護に無力感を抱く看護師の状態をパワーレスネスとし、前述の定義を参考に「看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や、困難感の蓄積により、自分の力ではどうにもならない、どんなに努力しても無駄だというあきらめの感情や消極的な受け身の状態である無力感」と定義する。このパワーレスネスの状態が看護師としての本来ある能力を奪っている事を前提とし、本研究では「看護師が患者に抱くネガティブな感情の払拭や困難感の軽減により看護師としての本来ある能力を発揮する力を高めること」をエンパワメントと定義とする。

看護師が認知症患者に対する正しい理解と共に、困難感を低減する知識の習得により看護師本来の能力を発揮し、認知症看護の発展に寄与につながるものと考えており、本研究に取り組むこととする。したがって、本研究の目的は、従来のエンパワメントの理論を基本に、認知症看護の実践者である、看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程となるセルフ・エンパワメントモデルに沿った研修を実施し、看護師のパワーレスネスの低減の有無を量的調査より考察し、看護師のセルフ・エンパワメントに影響を与える関連要因と、そのセルフ・エンパワメントの形成過程が、所属する組織エンパワメントに、影響を与える要因を明らかにし、活用できるセルフ・エンパワメントモデルの作成を目指すための示唆を得ることを目的としている。

「第1章」では、認知症看護において重要な鍵となること。すなわち、看護師が認知症患者に抱く、ネガティブな感情や偏見を払拭し、その人に見合う良質な看護を実践することが、看護師としてのセルフ・エンパワメントを高めることに関与している。また、エンパワメントについては、クライアントの領域、看護師の領域、クライアントと看護師の相

相互作用の領域の3領域の分類に基づき、先行研究のレビューを行っている。認知症患者に看護を提供する看護師が対応の困難さの中で生じる、パワーレスネス状態を早期に改善するには、認知症患者の意思を読みとる共感力が求められる。患者の感情を意識できない共感力の発揮不足により、認知症患者へのネガティブな感情が助長され、パワーレスネス状態に至ると考えた。したがって、この共感力不足の改善により、意思疎通が困難な認知症患者に対する、自己効力感が高まる意思表出への支援として共感力の向上に焦点を当て、看護師のセルフ・エンパワメントモデルの試作を行う。

「第2章」では、セルフ・エンパワメントモデルの試作を基に、認知症患者の看護に困難を感じ、パワーレスネス状態となっている、一般病院の看護師を対象として、日常生活ケアの場面において、一見意味不明な患者の行動や言動に意味があるとする共感の態度をもって、認知症患者の意思表出を支援する研修を行い、研修前後の困難感と共感性の変化を量的に考察する。研修の内容は、実践に活用できることを目指し、認知症患者の価値観を共有する共感的態度を基盤に、意思の表出を促すコミュニケーションの講義を行う。また小人数制、双方向の参加型とし実践者の教育に有効性の高いリフレクションを取り入れる。(研究1)

「第3章」では、研究1の結果を受け、研修に参加した看護師のうち、共感性が変化した看護師を対象に、看護師のセルフ・エンパワメントに影響する関連要因について、質的分析を行う。セルフ・エンパワメントに影響する要因としては、実際にどのように患者の価値観の共有を行い、どのような意思表出の支援が看護師のセルフ・エンパワメントに影響したかについて明らかにする。(研究2)

「第4章」では、研究2の結果を受け、看護師のセルフ・エンパワメントの高まりが、組織としての病棟のエンパワメントに影響しているかについて質的分析を行う。組織エンパワメントに影響する要因としては、実際にどのような看護師の実践が、どのように組織に影響しているかについて、研修に参加した看護師が所属する組織の管理者である看護師長の語りから質的分析を行う。本研究は、看護師に焦点をあてていることから、組織の管理者としての客観的立場からの、認知症患者へのケアに対する変化を分析する。それによりセルフ・エンパワメントに関連する要因のどのようなことが、組織エンパワメントにどのように影響するか、についての関連を明らかにする。(研究3)

「第5章」では、本研究のまとめとして総合考察を行う。まずセルフ・エンパワメントのモデルに沿って実施した研修の、セルフ・エンパワメント形成への有用性について述べる。次に、セルフ・エンパワメントへの影響と、組織エンパワメントへの影響について、明ら

かとなった知見について考察する。認知症看護に困難を感じ、パワーレスネス状態の看護師への、セルフ・エンパワメントモデルの応用可能性については、本研究で明らかとなった看護師のセルフ・エンパワメントと、組織エンパワメントの影響の関連要因をふまえて課題を中心に考察する。最後に、本研究の限界と、今後の検討課題としてセルフ・エンパワメントモデルを活用した、認知症看護の実践者である看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程の支援について述べる。

序章 本研究に至った背景

認知症とは、神経細胞の変性や脳血管そのものの壊死などにより脳神経細胞が障害され日常生活に支障をきたす疾患の総称である（山口晴、2016）。原因は、神経変性、脳血管障害、外傷、感染、腫瘍、内分泌代謝、正常圧水頭症など多岐に渡る。高齢者の場合は、加齢による脳の病的な老化に関連しており、脳実質の変性によって起こる変性性認知症と、脳血管の障害によって起こる血管性認知症の2種類がある（宇高、2019）。認知症の症状は、中核症状と呼ばれる巣症状としての、記憶障害や判断力の低下、実行機能の障害、失認、失行、失語がある。中核症状に不随して心理・身体・社会的要因が重なり合って引き起こされる二次的な症状として、行動症状として徘徊・興奮・攻撃的言動・攻撃的行動・不潔行為・異食など、心理症状としては不眠・幻覚・妄想・依存・うつ状態・せん妄などの、行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）を伴うことがある（宇高、2019）。また BPSD の出現は、認知症患者へのケア介入を困難にさせ QOL の低下を伴うことが多い（高橋智、2011）。認知症患者は、中核症状だけでなく、BPSD による苦悩が存在している。

臨床では認知症症状の出現の程度や進行は、原因疾患によって異なるが、不可逆性であり生活機能全般に支障をきたし介護を要する状態から、身体機能の低下とともに寝たきり状態となり、嚥下機能の低下による誤嚥を併発し最期を迎える（山口晴、2016）。認知症の診断は、身体機能の低下に加え、意思疎通が図れないなど生活機能の低下を伴うことが基準となっている（Michael、2017）。現在のところ、根治治療はなく中核症状の進行を抑制する薬物療法と、非薬物療法である治療的アプローチが主体となっている。

非薬物療法の中心的な理念には、認知症患者を人として周囲に受け入れられる人の尊厳を重視する Person-Centered Care が基盤にある（水野、2009）。実際には、バリデーショ療法や、心理療法としての回想法・リアリティオリエンテーション、音楽療法、芸術療法などが、医療や介護の現場で活用されている。このような、脳活性化リハビリテーションを含む非薬物療法（山口晴、2018）は、生活機能を高め BPSD を低減させる（三野、立山ら、2020）、（Irie、Fukazawa et al、2017）。BPSD を低減するだけでなく、認知症患者の残存機能を活かし、症状が落ち着き生活機能の維持につながるということが明らかとなっている（山上、山口、2016）、（佐藤、永田ら、2017）、（宮村、安原ら、2019）。

しかし、BPSD の低減や一時的な病状の進行は遅らせられても、認知症の進行に伴う脳機能の低下により、自身の治療内容について理解したうえで自己決定し、選択することが困難となる。また失語により、意思を表現することが出来ない状態となる（本村、2021）。失語症は、失語症以外の構音や聴覚の障害との鑑別、失語型の診断の2段階がある。変性性認知症の一群である、原発性進行性失語症（Primary progressive aphasia）は、病態によってはコミュニケーション障害が早期に生じる。日常生活では、物の知識の障害、失書、

発話の運動面の不保持により、情動が不安定となりやすいため言語以外のジェスチャーや実物、絵などの非言語的な刺激を用いる（鈴木匡、2016）。認知症の罹患率で最も多いアルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease : AD）の場合は、左半球の機能低下により言語機能の障害があり、喚語困難、文や句の復唱障害が存在する（成田、2020）、（山口晴、2016）。

患者の自立を支援しQOL低下を低減するには、コミュニケーション障害への対応が必要となる。コミュニケーションとは、意味のある情報のしるしである言葉や、臭い、行為などのシンボルを創造し、そのシンボルを介して意味を共有するプロセスである（末田、福田、2011）。コミュニケーションの語源の *communiacre* には、共通項の意味がある。人が社会において共同生活をするうえでは考えや思いを伝えあい、その意味を共通認識するプロセスがある。よって、人は何らかのサインを送信し、相手のサインを受け取りながら生活している。しかし、お互いの環境が重なり合わない・妨げる雑音があるなど、何らかのコミュニケーション障害が生じた場合はスムーズな意思疎通は図れない。この雑音には、物理的雑音（大きな音、耳障りな音、予測できない音、室温、光、空気、においなど）、身体的雑音（聴力・言語機能障害、入れ歯の具合）、心理的雑音（恥をかきたくない・間違えたくない・馬鹿にされたくないなどの防衛機制）、社会的雑音（偏見や誤解に基づく先入観）の4つがある。

認知症患者の場合は自ら場の状況を理解し、判断し調整する機能が低下しているため、この4つの雑音のいずれかの存在によりコミュニケーションの障害を助長すると考えられる。認知症患者が、大きな話し声や医療機器のアラーム音に驚き、落ち着かなくなる行動や、食事を中断してしまうなどは臨床で良く見受けられる。認知症の原因となる疾患の特徴と合せて、ケアする場合に雑音の存在の有無を意識した環境づくりに留意する必要があると考える。

医療の発展とともにますます高度化する医療体制において、平成15年（2003年）厚生労働省は、包括医療費支払い制度（DPC/PDPS : Diagnosis Procedure Combination /Per Diem Payment System）を開始した。この制度は医療の無駄を無くし不要な入院期間を避けることを前提に策定されている。一方、認知症患者の場合その多くは高齢者であるため、急性期治療を受ける際は、入院期間が制限されることとなる。あるいは急性期の治療を終え介護施設などへ移動した場合であっても、地域連携パスの対象外となるため、基礎疾患のある脆弱な認知症高齢者は、DPCの対象外となることが推測される。また、DPCやクリニカルパスに見られる質の保障としての医療の標準化は、個別性に焦点を当てる看護実践の基本を埋没させてしまう傾向にある（桜澤、藤森ら、2020）。

近年の急性期病院においては、支援する側の看護師の課題として、看護の基本に関わる能力不足やアセスメント抜きの看護の常態化がある（湯浅、2017）。また、認知症者が入院治療を受ける場合、基礎疾患の治療に加え、BPSDの出現による個別的な対応が課題となっている（西村、岡本、2015）、（松本、赤石、2011）。これに対してBPSDの本質を知り、い

ち早くその出現要因を取り除き QOL を高めるケアの研究は始まったばかりである(山口晴、2018)。

慢性期病院協会の報告(2016年)によると、平成10年(1998年)の上川病院に端を発した、急性期病院における身体拘束の問題は、20年が経過した今も急性期病院の65%が何かしらの身体拘束を実施していると報告しているという現状がある。一方、治療を優先する為に尊厳が損なわれても仕方がないという、身体拘束を実施することについての看護師の思うやせなさがある(前田、2018)。このように医療においては患者の生命維持と、尊厳の保持のどちらを優先するのか、といった倫理的課題は結論が出ない状態のまま、看護師の判断に委ねられている現状がある(笠井、2018)、(村田、2018)。

看護師の業務は、診療の補助や予防を含めた健康を管理するだけでなく、身体疾患をもつ認知症患者の日常生活の支援を行い、基本的人権を守る役割を担っている(日本看護協会、HP)。しかし実際には認知症患者に対して、どのように対応して良いかわからない戸惑いや支援の困難さを感じている(前田、2018)。これらのことから、看護師は認知症看護の実践に対して、するべきとは分かっているがどうすれば良いかわからずジレンマの中になると推測される(川村、三村ら、2020)、(寺内、生田ら、2020)、(崎原、仲宗根ら、2017)。

ジレンマの慢性化は、慣れにつながり(柴田、2009)、その意識や強い抵抗感などの感情の薄れにより、問題意識を低下させる。その結果、本来すべき看護に視点が向かず、目の前に見える業務をこなす常態化した看護に陥ってしまうと考える。看護の質を保証するには、看護業務を改善する意欲や行動変容が必要となる(井部、2015)。こなすだけの業務は個別性や、創造性を欠くケアを招き、思考の広がりがない定式化に向かう状況は、看護の質を左右すると言っても過言ではないと推察する。認知機能の障害により、自分の意思を表現することができにくくなっている認知症患者の訴えに耳を傾け、ニーズを知ろうとする看護師の創造性や想像力の中で養われる、ケアの広がりこそが認知症看護の発展につながっていくものと考えられる。

個別的な看護の実践には他者を理解する能力が必要となる。他者を理解するには、思考的な向社会的行動のみならず自己思考的な行動に結びつく(角田、1998)。当然、自己を知らなければ真の意味で他者を理解したことには成り得ない。パワーlessness状態の看護師が認知症患者への理解としてまず、①相手への関心を寄せること ②共感的関心を示すこと ③②を意識しながらその際に感じた感情や情動から援助的思考をめぐらせること、などが看護師としての役割発揮につながると考えている。そのためには、看護師に認知症患者をどのように理解してきたのか、理解しようとしているのかを意識化していくことが必要と考える。

共感とは、「他者の感情を理解する」認知面と「他者の感情を自分も同じように感じる」感情面の2つに大別される(菊池、1989)。また、他者を理解するとは「他者の感情を認識し、推測し、理解する能力」である(溝川、子安、2015)。またさらに、共感性をもった

コミュニケーションが与える影響について、対人関係や社会生活の円滑さにつながり、共感他者への支援が伴う（菊池、1989）。したがって、認知面と感情面をもって自身の共感性を意識してもらうことにより、認知症患者の理解が深まると考えられ、認知症患者に対し看護師の共感性を発達させる意義と捉える。

共感性と他者の情動を同定し理解する能力は相関関係があり、他者理解や共感性を向上させる必要があるとの定義もある（菊池、1998）共感性の下位尺度（登張、2000）については、①共感的関心 ②個人的苦痛 ③視点取得 ④ファンタジーの、4次元を設定している。①の共感的関心は、「不運な他者への同情と関心」と定義され、②の個人的苦痛は、「緊張する対人状況での個人的な不安や動揺などの自己思考の気持ち」とされている。③の視点取得とは、異なる位置や立場にいる他者に自分の視点を移動する。④のファンタジーとは、空想、想像性、想像力と呼ばれている。①の共感的関心である、同情は、他者思考的な援助行動や向社会的行動につながる（溝川、子安、2015）。共感については自分の感情体験を捉えなおすことが求められる（角田、1998）。認知症という認知機能の障害を来した患者の看護を行うには、一見理解しがたい言動や行動に対して、自身の内面で生じた感情を、認知面と感情面の共感の視点で振り返り意識化することが重要となる（JhonR. HughP、2008）。

2016年度の診療報酬に新設された認知症ケア加算は、認知症があっても人権を侵害されることなく、必要な治療を受けられる医療の質の保障の提供を推奨している。また、その基本方針として、認知症看護を実践する看護師の役割には、身体疾患を持つ認知症当事者の意思がその中で軽んじられることなく、日常生活における意思決定支援のプロセスが、最善の利益につながることを認識し、倫理的視点に立った実践ができるよう学ぶ必要性と、多職種との協働が表記された。したがって認知症看護の実践には、基本的な理念をふまえた看護の姿勢や倫理的視点を学び、ケアの方法に関する知識・技術の不足を補い、多職種と協働した体制づくりが急がれる（齋藤、友成ら、2013）。この認知症ケア加算は、算定基準の条件を満たした専門職がチームとなり、患者の個別的な問題に対し、知恵を出しあい認知症患者への治療提供をスムーズに行うために身体拘束をしないケアの改善を目的としている。このチーム活動の中心は患者であり、認知症患者の意思決定支援などの患者の個別性に視点をおいた実践が行われている。その成果があるとし2020年度から、認知症ケア加算の算定条件の範囲が2から3に拡大されている（厚生労働省 HP）。

厚生労働省は、平成30年（2018年）に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を作成し、認知症患者の尊厳を保持し、認知症患者が自らの意思に基づいた暮らしの継続のあり方に関する支援の方法を示した。しかしその取り組みは始まったばかりであり、高齢者のケアにおいては、終末期をはじめとした、適切な医療や住処に関するさまざまな意思決定支援が課題となっている（平井、山村ら、2021）、（寺内、生田、2020）、（樋田、小木曾ら、2020）。看護師は、顕在化している認知症看護に関する問題を直視し、認知症患者の意思が尊重されるケアの実現を、喫緊の課題として取り

組む必要があると考える。そのためにはまず、看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情を払拭し、患者個々に見合う良質な看護を実践することが、看護師としての本来ある能力を発揮する過程となり、看護師自身のエンパワメントへ導くと考えられる。

エンパワメントの概念は多岐に活用されている。国外文献では1991年にGibson.Cが、エンパワメントの概念分析を行い、看護師の観点からのエンパワメントモデルとして、環境の領域、クライアントの領域、クライアントと看護師の相互作用の領域、看護師の領域の4領域を概念化し、看護実践、教育、管理、研究に有用性を持つとしている(図1-2、本論文P27)。CM.Baker(2007年)は、看護師とフロアーリーダーとの相互関係と相乗効果の違いを国内外3カ所において比較をしている。その他、慢性期疾患患者を対象とするものや、職務エンパワメントに関する評価指標、認知症看護の実践者に対する技術教育などの報告がある(Spreitzer.GM,1995)、(OlenderL.P,C.Kathleenetal2020)、(paul.A.K, Jean P.A,2019)。Web版のPubMed.govにて2017年から2021年の5年間、「認知症・看護師・エンパワメント」の3つをキーワードとし文献検索を行った。その結果、2017年6件、2018年7件、2019年9件、2020年13件、2021年8件の合計43件がヒットした。そのうち、研究目的と異なる文献や重複提示の文献を除外した結果、合計10件ヒットした。内訳は患者を対象とした論文5件、家族を対象とした論文2件、家族と患者を対象とした論文1件、ケアスタッフを対象とした論文1件、医師を対象とした論文1件であった。国内文献については、医学中央雑誌Web.ver5にて、2010年から2020年の10年間について、「認知症・看護師・エンパワメント」の3つをキーワードとし検索を行った。その結果、95件がヒットした。そのうち、研究目的と主旨内容が異なる文献および原著論文以外を除外した結果、合計33件ヒットした。そのうち、患者を対象とした論文9件、施設の利用者を対象とした論文1件、家族を対象とした論文10件、職務満足に関する論文4件、看護師と看護師長に関する論文2件、エンパワメントの構造に関する論文1件、コミュニティ・エンパワメントの構造に関する論文1件、エンパワメント尺度開発に関する論文1件、看護師を対象とした論文4件であった。国外、国内とも認知症患者の看護を実践する看護師のパワーlessness状態に特化した文献は見当たらなかった。

そこで、認知症患者の看護を行う看護師がいただくネガティブな感情を払拭させるには、どのようにエンパワメントし、患者個々に見合う良質な看護の実践ができるのかについての研究に着手することとした。看護師としての本来ある能力を発揮することにより、日常生活や社会生活における認知症患者の意思表示を促す意義と、阻害する要因について文献より考察し、認知症看護実践者のエンパワメントモデルについて検討し、看護師のエンパワメントの形成を支援していくこととする。

第1章 認知症看護のセルフ・エンパワメントモデルの検討

第1節 認知症看護の変遷

認知症看護の歴史をみると、古代中世社会にも認知症は存在していた。日本では「忠孝道徳」や「祖霊信仰」により、認知症となったその人が理解しがたい行動をとっても、それは神の自由な世界に近づいたと捉え、老人の存在自体を「祖霊」とする文化的価値に支えられていた。その後、幕末から明治にかけて「老い」は、「病」として捉えられるようになり、座敷牢に幽閉し、存在自体を否定したという歴史がある。大正時代の1920年代には、認知症は精神病患者として「老耄」と一般的に呼ばれ医学管理を行うようになった(関谷、2009)。同時に誰もその人の話を聞こうとはしなくなり、本人の意思は軽んじられていった(水谷信、2012)。昭和になると、1960年代後半より「寝たきり老人」という言葉が出現し、認知症高齢者をとりあげた小説(有吉、1972)が出版、映画化された。このころより、高齢者人口の増加(総人口比率8%)と共に、日本の人口推移から少子化高齢化社会に対する問題が取り上げられるようになった。加齢に伴い発症する認知症は、社会問題化され1972年に厚生労働省は、「痴呆性老人対策推進本部」を設置し、医療・福祉・介護の連携を踏まえた活動を開始した(水谷信、2012)。

その後1980年代には、認知症を「病」として捉える考え方から、「病」をもったその人を「人」として尊重し、その人の視点や立場に立って理解しようとする「パーソン・センタード・ケア」の考え方へ移行している。1990年代に入り、認知症の人の権利擁護の実践が本格化し、認知症になっても地域で当たり前のように暮らすことを目指し、本人が持っている自分の力を中心に、その人らしく今を豊かに生きることへのアプローチやふつうの暮らしへの取り組みが始まった(水谷桂、2015)。その後、厚生労働省は平成16年(2004年)12月に、明治時代から一般化していた「痴呆」という用語を、「認知症」に改正した。この名称変更は、「痴呆」になると何もわからなくなってしまうという誤解や偏見により、認知症患者の尊厳を支えるケアにつながりにくいことが改正への主な理由となっている。さらに、平成25年(2013年)には、認知症政策推進5カ年計画(オレンジプラン)が実施され、ケアの流れを変えることを基本方針とし、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の、よい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す、という考えに改められた。この策定は改訂を経て、令和元年(2019年)に認知症施策推進大綱に包括された。認知症の発症を遅らせる「予防」ケアの充実と「共生」の介護者支援への支援も含む内容となっている。

認知症看護における専門教育には日本看護協会が主体となり、2002年より老人看護専門看護師の大学院教育による認定制度が開始された。また、2005年より認知症看護認定看護師の研修機関による認定制度が開始されている。さらに、認知症患者に対する一般病院におけるチーム医療の推進として、2016年からこの専門教育を受けた看護師の存在が認知症ケア加算などの診療報酬算定要件となった。またさらに、その算定要件とし

て、認知症対応能力向上研修の受講が紐付けられており、基礎知識をもった看護師受は増加している。看護職だけでなく医療職全員に1年に1回は認知症研修を実施することも必要要件とされており、病院施設全体で認知症患者へ質の高い医療に向かっている。このように、研修受講者も確実に増加しているが、研修内容の評価がなされさらなる充実が課題となっている（北川、酒井ら、2018）。

第2節 認知症看護の倫理的課題

倫理とは「人間としての行動の道徳的局面を私たちが理解できるようにする哲学的探求の形」（Fry S. T, Johnstone M. J, 2014）と定義されている。人としてあるべき正しい姿を追求する思考を基盤とする行動であり、解決困難な問題に対して、その時々に対応しい最善策について、検討し続けることではないかと思う。認知症患者は、自分らしくあろうとする側面と、日常や社会活動だけでなく、自身の意思を示すことが出来なくなるという苦悩の中にいる。したがって、意思決定支援や、権利擁護に代表されるように、本来ならば自己決定によって、形作られる物事に対し、当事者本人自身で決定できない為に生じる、倫理的課題が山積されている。

例えば、急性期病院における認知症看護では、疾患の治療や処置が優先され、患者本人の意思を中心にした十分な対応策が検討されないまま、行動の自由を奪う身体拘束や過剰な薬剤による過鎮静が行われている（北川、酒井ら、2018）といった個人の尊厳や権利擁護などの課題がある。認知症患者は、判断したり理解したりする機能が低下しているため、治療のためのチューブ類を引き抜く、興奮状態となる、せん妄などのBPSDが出現し、入院を継続することが難しい状態となりやすい。さらに、症状の進行に伴い認知症の中核症状の一つといわれている失語に加え、記憶障害や判断力の低下、失認や失行等により、コミュニケーションがはかりにくい状態となる（鈴木匡、2016）。また、病状が進行する、中等度以上の認知症の場合は、判断すること自体が困難となる（本間、2006）。認知症高齢者を看護する、看護師が感じる困難の分析においては、治療・看護の必要性を理解してもらう意思決定・表出が出来ない患者に代わり意思決定するという看護側の困難がある（千田、水野、2014）。

このように、急性期病院における認知症患者の看護は、BPSDを発症し入院の継続が難しい状態となりやすい。コミュニケーションが図りにくく治療や処置などの必要性を理解し判断すること、認知症患者本人が意思決定をすること、意思表示が出来ないことなどによる看護の困難さがある。看護師には、認知症という「病」をもった「人」として尊重しながら、認知症の「人」の視点や立場に立って理解しようとする考え方を基本に、認知症の病態を正しく理解し、その症状に添った対応が求められる。

また、認知症高齢者の日常生活にかかわる意思決定能力の特徴について、複数の情報を同時に理解することは難しいとしても、少なくとも一つの情報であれば、理解することが

可能であり、軽症から中等症の認知症高齢者でも「理解」する能力が完全に喪失するわけではない（内ヶ島、2009）。また、看護師の看護に基づいた姿勢や態度、環境などの調整や配慮を行い、非薬物療法などを取り入れたケアをすると意思の確認がスムーズになり、ケアを拒否していた認知症の患者が落ち着き、QOL が向上するなどの報告がある（川久保、内田、小泉、2011）、（松原、2011）。

このように先行研究では、認知症患者の意思決定能力は、その障害や特徴に応じた対応やケアを工夫することにより、能力を発揮できることが示されている。臨床の看護師が、患者の理解に応じて分かりやすい説明を行い、了解を得てケアを実施すれば認知症患者を興奮させる、ケアを拒まれることはほとんどなくなる。しかし、最初から「わからないから」と決めつけて対応してしまうと、相手を怒らせ、攻撃的な言動や行為に発展してしまう原因を看護師が生むことを示している。

このような状況を作り出すことが無いよう、看護師には基本的な認知症看護の基本姿勢を持つ必要がある。ゆっくりと待てば「できる」ことに対して、つい手助けをしてしまうことがその人のもてる力を奪い「できない」事に転化させ、今以上にケアが必要な状態にさせることもある。その人がもてる力を発見し、そのうえで残存能力を維持することで、情緒の安定や人間性・社会性の回復など、QOL の向上が十分期待できる（松下、金川、2007）。個別性を捉えた対応をするには、認知症患者に対する誤った認識を改め、看護師の視点ではなく、認知症の疾患の特徴を正しくとらえ、障害の特徴を判断しながら、その人がどうすれば自律できるかについて、常に全体像を捉えながら、最善を検討することが重要性であると考え。また、認知症患者を単一的、画一的に捉えるのではなく、もてる力を見極め、残存する機能に働きかけやすい手段を用いることで、意思表示や意思決定を支援できる可能性があるというように、ケアへの認識を新たにすることが必要。看護師が、認知症患者の看護に対する困難感を低減し、看護師本来の能力を発揮することにより、認知症看護の発展に寄与につながるものと考え。

第3節 認知症患者の意思表示を促すことの意義

1. 認知症患者の権利としての意思表示

厚生労働省は、増加する認知症者への対応として、認知症になっても本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の実現を掲げ、取り組みを強化している（厚生労働省 HP、2021）。その背景には、認知症は誰もがなりうる疾患であり、たとえ高齢となり認知症であっても尊厳ある生き方が守られ、人としての権利が尊重される当たり前の社会の実現を目指す国の戦略がある。

昭和56年（1981年）医療分野においては、患者の権利に関するリスボン宣言として、生命倫理の原則が示されている。その中にある「自律尊重」は、①患者の自己決定を尊重する ②患者に真実を知らせる ③患者の秘密・プライバシーを守るの、3点である。さら

に国際看護協会（International Council of Nurses : ICN）における看護師の倫理綱領には、看護には生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することがその本質として備わっている等が明記されており、患者の権利擁護として自由に自分の思ったことを口にし、選択できる事を奪わないようにする、看護実践における基本的姿勢が示されている（日本看護協会 HP、2021）。

しかし、実際には認知症患者は、意思が明確でない為に自律した生活が出来ない。したがって、認知症などの高齢者本人の価値観や幸福感・本人の意思は無視されやすく、その権利は侵害されやすい（池田、松尾、2010）。また、家族や高齢者施設の職員についても、高齢者に対する虐待の問題があり（清水、栗栖ら、2016）早期に解決すべき大きな人権問題となっている。高齢者施設においては、認知症高齢者は尊厳が尊重されにくい状況があり、当事者の訴えを聴こうとしない事実があるなかレッテルを貼られ本人の言動が理解されることないことが問題視されている（水谷桂、2015）。

当事者の自発的なグループである、日本認知症本人ワーキンググループが、平成26年（2014年）に発足した。平成30年（2018年）1月1日に「認知症と共に生きる希望宣言」において、「私たちを物のように扱わないでほしい」、「できないと決めつけず本人の気持ちを理解してほしい」と、当事者しかわからない真実の声を表明している。

このような背景には、認知症患者が抱えるスティグマや、認知症患者に対する周囲の誤った見方に対する強い要望があると思われる。また、同時に人としてそこに存在していることを認めて欲しいという、認知症患者の心の叫びとしてとらえることができる。人の権利とは、人と人との関係性のなかで生まれ、人と人との関係性の中で価値をもつものである（高崎、水谷ら、2011）。したがって、認知症患者の意思表出を促すこととは、人としての尊厳を守ることでもあると思う。そして、認知症患者を生活者として接し、良好な関係性を築く過程を生むものとする。たとえ認知症に罹患したとしても、自分の思いを自由に表現することができる周囲の支援があり、安心できる社会環境につながるものと思われる。

2. 権利擁護として自己決定を支援する

自己決定とは、広辞苑によると「自己に関わることを他人の判断に任せるのではなく自ら決定すること」と記されている。臨床においては、脳の神経細胞が障害され情報を正しく判断する機能が低下している状態においても、自身が最善の医療行為を選択し、自己決定できるように支援することが必要となる。しかし認知機能の進行や病態によっては、自分の意思を表現できない為に日常生活の選択をはじめ、生命維持に直結する治療方針や望まない退院先など、意思決定に関する倫理的な課題に直面することがある。この自己決定の前段階である意思決定とは、何らかの目的を達成するための行動の選択についての決定を一般に意思決定（**decision making**）という（宮川、1987）。このように、人は日常的に

何らかの問題に対して意思決定の選択を行っている。しかし、認知機能の低下は選択に時間を要することや、自己による正しい選択をすること自体が困難となっている（塩崎、佐藤ら、2020）、（家根、小野塚ら、2020）。したがって認知症患者の自己決定への具体的な支援とは、患者の権利の保障や倫理原則に基づき、患者の能力を最大限に活かす実践であると考えられる。すなわち、認知症患者の意思表出ができる機会が、日常生活や社会生活に当たり前に存在するためにも、看護師は認知症患者の意思を表現できるよう最善を尽くすことが求められていると考える。

意思疎通が困難になった場合の、医療処置に関する希望や意思を制度化する動きとして、アメリカでは、リビングウィル（1976年）や事前指示であるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）が制度化されている。ACPは、患者や家族が医療者と相談しながら医療に関して意思決定していくプロセスである。現在、我が国では厚生労働省より「人生会議」と称し、啓発活動が行われ始めたばかりであり、実際の活用に向けた制度化には至っていない。そのため、認知症患者が自分で意思決定ができなくなる以前に、当事者の意思の尊重をする権利保障の要を握っているのは、実際には患者自身でなく医師や看護師であるといわれている（伏木、櫻、2011）。看護師は、常に患者の側に寄り添い認知症患者の自己決定を支援し、意思表出を助ける役割があると認識し、その方法を知る必要があると考える。

厚生労働省は、2018年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を改訂し、患者の意思の確認に関する、本人・医療・ケアチームによる、慎重な進捗について示している。しかし、現在の医療施設における在院日数は10日前後と短いうえ、高度な医療を提供している急性期病院においては、認知症患者自身の価値観や死生観、信仰、信念、人生の目的等の情報を把握し、周囲と合意形成する過程は容易ではないと推測できる。

Grissoらは、患者が医学的治療について意思決定するには、判断能力（competence）は中心的概念であり、その構成は①選択を表明する能力（express a choice）②治療の意思決定に関する情報を理解できる能力（understand）③自分自身の状況、とくに自分の病気とその治療を選択した場合に起こりうる結果に関する情報の重要性を認識する能力（appreciate）④関連情報をもとに論理的な課程で治療の選択を比較考察するような論理的に考える能力（reason）の4つを提唱している（Grisso、Appelbaum、1998）。

認知症患者の症状の特徴である、記憶障害、理解力や判断力の低下は、一見すると意思決定能力は低下していると周囲に受け取られ、判断能力は低いとみなされてしまう。その場合、病状の説明や治療内容の決定は、代理者に委ねられるのが通常である（錦織、石橋ら、2020）（牧野、杉澤ら、2020）。しかし、認知症高齢者の意思決定能力である「理解」する能力は、認知機能障害の重症化に応じ減少するものの、他の能力は認知機能との単純な関連は認めず、「選択の表明」能力と、「論理的思考」能力は設問内容に影響される（内

ケ島、2009)。さらに治療内容やケアの説明は、認知機能の程度に応じた伝え方の工夫をすることで意思決定が可能となるとして、①意思表示をしやすい環境をつくる ②意思を探索する ③チームで協働して意思をとらえる ④本人に合ったコミュニケーションを取りながら意思形成を支援するの、4項目を提示している(山地、長畑、2017)。またこのように、可能な限り判断できるよう能力に応じた対応として、認知症患者の強みに焦点をあてた意思表示を促す支援方法が検討されている(渡邊、2020)、(齋藤、石橋ら、2019)。

第4節 認知症患者の意思表示を阻害する看護師の要因

医療の提供が必要となった認知症患者が入院治療をする場合は、住み慣れた自宅や施設での暮らしから、急激な環境の変化によって引き起こされるリロケーションダメージと、身体疾患による身体的な不調や苦痛に加え、認知機能障害による記憶力や状況判断力の低下などが重なり、せん妄の発症やBPSDによる環境への不適応など、ストレスフルな状態となる(成本、2012)。また、病棟で働く看護師を対象とした調査では、認知症患者のケアを行う際の同意や、自覚症状の聞き取りにも、返答がすぐに返ってこないなどの困難さを感じており、認知症の人の看護は他の患者の看護と同じ方法では通用しない(高崎、水谷ら、2011)。また看護師は、ケアに対する困難さを認識していることが解っている(大津、2013)、(片井、長田、2014)。

看護師自身が認知症患者に対してマイナス感情を抱いた自分を認識して落ち込む、認知症を進行させないケアができていないことに悩むなど、認知症の人のニーズに対応できていない自信のなさがうかがえる(川村、三村、2020)。その背景には、認知症患者にゆっくり関われない医療現場の繁忙さと共に、重症患者を優先する医療上の問題があるとし、認知症状に起因する意思疎通困難や、治療への協力が得にくいことがある(吉武、2017)。したがって看護師自身は、うまく対応できないことに対し、「情けなさ」「無力感」「不安・緊張・いらいら」などの思いや感情と共に、看護師としての職務を全うできない「疲弊感」「あきらめ」「後悔」など負の感情を生じることにより、パワレスネス(無力感)の状態であると推測できる。

このような負の感情を抱いた中では、看護師はケアの効果を実感することはできないであろう。負の感情は自己効力感(江本、2000)の低下につながる。また負の感情を伴う経験は次のケアに反映されてしまうため、新たな知識や教育を受けるなど価値観や発想の転換がはかられない限り、苦手意識や無力感は払拭されないばかりか看護師自身の認知症患者に向き合う姿勢や、やる気に影響すると推測される。これらの状況は看護師が認知症患者の疾患からくる症状や特徴を理解せずに対応している(土肥、杉浦ら、2019)、(植田、海段ら、2012)ことが要因の一つと考えられる。

以上のことより、看護師が抱く認知症患者の意思表示支援の困難さには、①認知症患者は身体疾患に加えせん妄や混乱状態を起こしやすい ②認知症患者にはいつもの看護は通

用しないと思っている ③看護師自身がうまくケアできないことへのマイナス感情があり落ち込む ④ケアの効果を実感できないための負の感情が持続している、などのように、看護師自身の課題があり、パワーレスネス状態に陥っているためと推測する。そして、それが認知症患者のケアに自信が持てない看護師としての自己効力感の低下を招き、結果的に認知症患者の意思表示を支援する機会を阻害しているにとらえられる。

第5節 エンパワメントの理論背景

1. 理論背景

エンパワメントの理論には、システム理論、動機付け理論、意思決定理論、集団力学理論、マネジメント理論、組織理論など多くの理論背景がある。また、社会学的学習理論の一部である自己効力感にも理論背景をもつ。エンパワメント理論の基盤には、答えを教えるのではなく、当事者が自分で答えを見つける手助けとなる環境を整えるという姿勢がある（安梅、2004）。看護領域におけるエンパワメントは、パワーレスネス（無力感）から始まっている。理論としては、対象者がパワーレス（非力）あるいは、ディスエンパワ（無力）に陥る状況のときに対象者の本来持っている能力を湧きたたせ、自己コントロールできるように発展させる理論である（安梅、2004）。

当事者が自分で答えを見つける手助けをするという考え方は、看護師が認知症患者の意思表出の支援を実施する際の基盤となる考え方であり態度につながると捉える。またその原則には、①目標を当事者が選択する ②主導権と決定権を当事者が持つ ③問題点と解決策を看護師自身が考える ④新たな学びにより力をつける機会として当事者が失敗や成功を分析する ⑤行動変容のために内的な強化因子を当事者と専門職の両方で発見し、それを増強する ⑥問題解決の過程に当事者の参加を促進し、個人の責任を高める ⑦問題解決の過程を支えるネットワークと資源を充実させる ⑧当事者のウエルビーイングに対する意欲を高める、の8項目が示されている（安梅、2004）。

1) システム理論

システムは、複数の要素が有機的に関連し合い全体としてまとまった機能を有する要素の集合体、仕組みでありあらゆるところに存在している（木村、2016）。多用な意味を有し多くの分野の分析に用いられる集合体である。システムには、1段階目のシステム、2段階目の機械・有機体・社会システム・心理システム、3段階目の相互作用・組織・社会の3つの分析水準がある。有機体のような目に見えるもの、心理システムのように漠然とした見えないものを含んでいる。パワーレスネスの状態にある認知症看護師の支援のシステムについては、「全体」「部分」「関係」の3つの要素に注目する（安梅、2004）と、システムとして捉えやすい。

また、エンパワメントをシステムとしてみる場合は、小規模のシステムである、人・環境・支援などのマイクロシステム、マイクロシステムに直接影響を与える支援システムや支援機関などのメゾシステム、メゾシステムに影響は与えるが直接は影響を与えない他機関などのエクソシステム、最大規模のシステムである法律などのマクロシステム、の4つの構造に分けると捉えやすい（安梅、2004）。認知症看護に困難感を抱く看護師の支援についてはマイクロシステム、その看護師の支援システムについてはメゾシステム、施設外の支援についてはエクソシステム、看護師を支援する条例や法律などはマクロシステムがこの構造に

あたると考える。認知症看護に困難感を抱く看護師の支援についてのマイクロシステム構造をもつてみると、看護師はマイクロシステムの一部であり、環境と支援と人は関連しあっており、看護師と関連する環境・支援などが影響していることがわかる。

2) 動機付け理論

多くの理論が提唱されているが、Frederick Herzbergの「動機付け理論」(1968年)や人間の欲求を整理したAbraham Harold Maslowの「欲求5段階説」(1987年)、意欲を高める理論としてD. McGregorの組織経営管理の思想として「X仮説-Y仮説」(1995年)などがケアに深く用いられている(安梅、2004)。アメリカの行動科学者F. Herzbergは、人間の欲求には「衛生要因(Hygiene factors)」と「意欲(Motivators)」の2種類が存在し、それぞれに異なった作用を及ぼす。「衛生要因(Hygiene factors)」とは、仕事の遂行に係る維持要因(環境)とし、方針と管理施策、監督との関係、同僚との関係、作業条件、給与、身分、安全、などがある。また「意欲(Motivators)」とは動機(意欲)要因であり、仕事への達成や達成を認められる承認、チャレンジングな仕事、責任の増大、成長と向上などがある。維持要因(環境)はやる気に、動機(意欲)要因は能力にかかわる(Frederick Herzberg, 2009)。パワーレスネスな状態にある看護師は、この2種類のどちらもが作用することにより影響を受けていると考えられる。

アメリカの心理学者A. H. Maslow(1987年)は、人間の欲求を5階層に分類し、第1段階の生理的欲求、第2段階の安全・安定欲求、第3段階の社会的(所属と愛)欲求、第4段階の自我・自尊欲求、第5段階の自己実現の欲求である。一番低い階層から順に満たすことにより、次の階層の重要性が高まるとされている。A. H. Maslowの目標とF. Herzbergの動機の2つの理論が連動することにより、行動につながる。またF. Herzbergの動機(意欲)要因は、第4段階の自我・自尊欲求に影響する(Frederick Herzberg, 1996)。看護師の内面へむけた動機付けとして、認知症看護の達成感や周囲からの承認などにより看護師としての成長につながり、自我・自尊欲求を満たしエンパワメントにつながると考える。

アメリカの心理学者であるD. McGregorによる、X仮説は、大衆の人間は命令されるのを好み責任を負うことを好まない、何よりの安全・安定を望む。Y仮説は、人間は生得的に怠惰であっても信頼できないものではなく、適切に動機づけられれば、基本的に自律的、かつ創造的に仕事をする(井部、2016)。この理論をふまえると、パワーレスネスな状態をX仮説としてではなく、Y仮説によってパワーレスネス状態の看護師をとらえると本来の看護師のあるべき姿に近づくともの考えられる。

3) 意思決定理論

意思決定とは、「何らかの目的を達成するための行動の選択についての決定を指す」(宮川、1987)。またChester I. Barnadは、管理における心理的・社会的側面からシステムと

しての組織の均衡がどのようにして維持され組織が存続するかについて考察し、その権限は基本的に上位者の地位よりではなく、下位者の服従しようとする意思に依存しているものとする共同システムとしての組織に維持において社会的、心理的要因の重要性があるとされている（宮川、1987）。

また、意思決定は科学的に問題を解決する過程であり6段階に沿い問題を解決する過程がある。①問題の明確化 ②解決策を明らかにする ③成果を予測する ④最適と思われる解決策を選択する ⑤実際に解決策を実施する ⑥結果を評価するである。エンパワメントの原則は、当事者が主体であるため、パワーレスネス状態にある看護師が組織の中において、看護師としての目的を達成するために、どうあろうとするのかといった意思決定支援において、この6段階は活用できると考える。

4) 集団力学理論

グループダイナミクス理論である集団力学理論は、Lewin. K (1951) が「場の理論」として提唱し、心理学用語として使用されている。「個人」が認識している「環境」が、その人の持っているパーソナリティに加え「個人」の行動や仕事の業績などに大きく影響を与えるとされている（Lewin. K、猪俣（訳）、1956）。また、人間の行動には様々な要因が影響するという「力学的な場」として「人:perpon」は、自分のおかれている「場」の力学を意識しながら、目標に向かって意図的な行動を選択するものであるとしている。「行動:Behavior」は、「環境の要素:enviroment」と「人の要素:perpon」によって説明される関数であるとし、 $B=f(P,E)$ 公式が存在する（安梅、2004）。

例えば、看護師が個人で行動する場合は、責任が明確である、瞬発力がある、一貫性があるという特徴がある。一般的には、病棟で受け持ちを1人で担当し看護を行う看護師の姿である。集団で行動する場合は、情報量が多く、質の高い決断、行動ができるなどの特徴がある。病棟に置き換えると、急変時の患者の対応や、急な病床移動など多人数での対応が必要な場合が想定できる。人間は集団になることによって互いに影響し合い、相乗効果を生むことがあると考えられる。しかし正確な情報伝達の不足などによるデメリットも起こると推測する。

グループダイナミクスには3つの要素がある、1つ目は、グループに参加している個々人の年齢、性別、身体的な特徴などである「個人」。2つ目は、メンバーのグループへの参加状況や親和性などのグループ全体の関係性である「個人と個人の関係」。3つ目は、グループメンバー間の、仲間意識や競合、葛藤、リーダーシップといった関係性である「環境」。この、「個人」「個人と個人の関係」「環境」の3つの要素を理解することにより、グループダイナミクスの発展や活用につながるものと考えられる。また集団原理としては、グループの目標達成のために意図的あるいは自然発生的な構造化である「集団の構造化」、グループメンバー個々がグループにとどまり活動する力としての「集団の凝集性」、グループ内での類

似した考え方、態度、行動様式などの自然発生的な規範である「集団規範」、報酬と罰を伴う集団規範に沿った行動を期待される「集団圧力」4つの視点から捉える（安梅、2004）。

エンパワメントにおいては、個人、仲間、組織、地域の領域での人との相互関係性や、環境といった要素が影響していることから、活用範囲は広いと考える。病棟における看護師個人の看護実践活動が仲間である同僚と、同じ問題を共有しながら、協働することにより個人の力を発揮しあえるものとする。

5) マネジメント理論

経営学に端を発しているマネジメントの一般的な定義は「経営目標を達成するためにヒト、モノ、カネ、時間、情報、などを資源として、それらを有効に活用することである」（井部、2016）。したがって、マネジメントは、計画立案、予算作成、組織化、人員配置、コントロール、問題解決を通して既存のシステムが機能し続けようと働きかけることを意味している。また、看護の領域においては、看護を提供する人材の多様性を考慮したマネジメントによって組織、職員、部下を成長、発展させる。さらに、組織の発展や個人を成長させる手段・方法として、目標による管理は上司と部下が綿密に連携し組織目標の達成に挑戦する職場作りを可能にする（木村、2016）。この、マネジメント論の考え方をふまえて「人間がなんらかの組織に所属し、その目標を達成するかかわりの中で発生し、それらに所属する人々が協働して成果を上げること」と捉えられる。

この成果について、看護サービスマネジメントの視点から、患者の病気が治ることと、どのように治療や看護が提供されたか患者が体験したその経過がサービスの質である（近藤、1999）。したがって、看護師がメンバーの一員としてエンパワメントを発揮しチームとして活動するには、リーダーシップとマネジメントが必要となる。リーダーシップは、看護師個々人が目標に向かい行動するための、組織目標を示す意思決定、変革を通じてグループメンバー間の健全な関係を助長しながら組織目標を達成することである。また、マネジメントは、計画立案、組織化、指揮、統制などを通して目標達成を行うことである。

組織の長に求められる役割について、経営論の P. F. Drucker (1990) によると、①組織の共通目標を明確にする ②組織内で共通の価値観を作り出す ③適切な組織の構造を作る ④生産性を高め、変化に対応するための訓練、啓発を行う ⑤成果評価の基準を設定する ⑥目標達成のための環境と条件を整備する の6項目がある（宮本、2015）。

看護師のエンパワメントの形成過程においては、組織の一員として存在する看護師にとって、リーダーシップやマネジメントを行う人の存在は重要な要素となるものとする。

6) 組織理論

組織理論は、組織、個人、集団の行動に関する社会学、社会心理学、心理学、人類学、経済学などを利用し分析されている行動の理論をさす。存在する組織論において米国の経

営学者 Barnard, C. I によると、組織は「コミュニケーション」「メンバーの協働意欲」「共通目的」の3つがそろふことによって成立する（宮本、2015）。「共通目的」は組織全体の共通する目的であり、組織の理念に基づいている。したがって、組織員個々が力を発揮するには、理念や組織目的、目標を明確にする必要がある。目標を明確にすることによって目指すゴールが分かり看護師としての職務内容を伴う思考に結び付く。また個人がその目標を達成するには、組織目的を認識し達成に向けた行動を起こす必要がある。組織員の個々の目標達成に向け主体的な目標管理には Drucker (1990) の「目標管理論」がある（宮本、2015）。個々人の行動は、組織メンバー全員の協働となり、それによって達成することが可能となる。

その際には、互いに持つ情報や意思決定などの意思疎通を図るための「コミュニケーション」行動が起こる。さらに組織と個人の相互関係が適切である（組織の対内的均衡）と、環境にあった組織目的である（組織の対外的均衡）の2つの条件を満たすことが組織存続には必要な条件となる。組織均衡論といわれているこの考え方には、組織の対内的均衡である個人が組織に提供する「貢献」と、組織が個人に提供する「誘因」との交換関係にある。「誘因」とは、努力への承認や、賃金、地位などのことである。組織の対外的均衡とは、組織目的を継続的、適切に示すことであり、組織メンバーが貢献を増大させることとなる。

組織レベルでのエンパワメントは「組織の中で個人が意思決定の役割を担うことで自らの統御感を高めたり、組織がコミュニティレベルでの決定や資源の再配分に影響力を及ぼすことができるようになることを指し、個人レベルのエンパワメントとコミュニティレベルのエンパワメントの相互作用が生じる部分を取り出したもの」である（清水、1997）。

組織理論を踏まえパワーレスネス状態の看護師がエンパワメントに至るには、明確な組織目標の存在と、目標に向かう同じ目的への意識を持てる仲間の存在が重要であると考えられる。

7) 自己効力感 (self-efficacy)

自己効力感とは、「自己の効力予期の事であり、自分がある行動をどのくらい上手くできるかという行動遂行可能性の予期（認知）である」と定義されており、Bandura, A. によって体系化された社会学的学習理論（社会的認知理論、1977）のひとつであり中心的な構成概念である（青柳、野川、2016）。体系化された社会学的認知によって人は、他人の行動を観察し模倣することにより、自身でその行動を獲得・修正・除去しケアの質的転換を図ることによって行動変容につなげている。したがって初めての経験でも他人の行動をみて、模倣をすることで学び獲得することができる。その機会さえあれば、多様な状況においても対処できることになる。

また、自己効力感には ①成功体験 ②代理体験 ③言語的説得 ④生理的、情動的状態 の4つの情報が影響し合っているため、方略を実施することにより高められる（青柳、2016）。

したがって、自己効力感は単に人の真似をしながら成功体験を重ねるだけで高まるのではなく、①成功体験である、「次もうまくできるだろう」②代理体験である、人の体験を知って「自分もうまくできそうだ」③言語的説得である、「よくできている」と認めて欲しい人からの承認や、専門性に優れた人物からの励ましや褒められる体験 ④生理的、情動的状态である、できないという思い込みから前向きな思考に変える。などが影響し合うことで高められると考える。

またさらに能力に見合った役割を持つことにより自己効力が影響すると述べている(境、富樫、2017)。自己効力感は、結果予期と効力予期の2つに大別され、人の行動を変えるには結果予期に働きかけるよりも、自己効力を高めるアプローチが有効である(安酸、2004)。エンパワメントの評価要素には、自己効力感があり、上手くできるという確信の度合いを示し、個人に理想や基準から判断された目標や価値である有意味感などを高めることを意味している(Bandura, A, 1995)。自己効力感エンパワメントの個人の行動の要素であり、認知症患者のケアに対し負の感情を抱きパワーlessnessの状態にある看護師の「これならできる」と思えるように自己効力感を高めることがエンパワメントに至ると考える。

自己効力理論のアプローチにある①課題を明らかにする ②努力すれば達成できそうな目標を立てる ③良いと思ったケアの模倣をする ④ケアの振り返り (reflection) の機会をもつ ⑤成功体験を重ね目標を段階的にあげていくの、5つに加え共にケアを実施する周囲との関係性や職場環境も、自己効力感に影響すると推測する。またこれらの項目は、看護師のエンパワメントの基盤となると考えられる。

2. 歴史的背景

エンパワメント(Empowerment)は、人に権利を与える法律用語として当初は用いられていた。Empowerのemは「～を与える」という接続語であり、powerつまり、力を与えるという意味となる。古くは17世紀の法律用語に使用され、1950年代の第二次世界大戦後における米国の黒人の公民運動より盛に使用されるようになった。1960年代にはPaulo Freireが識字教育の実践により、そのエンパワメントのプロセスには、傾聴-対話-行動があることを示した。さらに1977年にAlbert Banduraの自己効力感(self-efficacy)や1988年のConger & Kanungoの「関係」と「動機付け」などの理論背景をもつ。

またエンパワメントの定義については、ソーシャルワークの中で最初に使用した黒人運動の先駆者である社会学者のB. Solmonによる、「偏見対象となる集団のメンバーが否定的な評価を受けパワーをもった状態から回復することを目差し当事者やその環境に対する活動にソーシャルワーカーがかかわっていく過程」(安梅、2004)。WHOによる、「ヘルスプロモーションにおいて、人々が自分たちの健康に影響を及ぼす意思決定や行動をより強くコントロールできるようになるプロセスである」(曾根、2000)。保健福祉学分野では安梅に

よる「元気にすること」、「力を引き出すこと」、そして「共感すること」(安梅、2015)。社会福祉学領域では北野による、「共に生きる価値と力を高めること」(北野、2017) などのように、活用すべき状況や対象によって用いる定義の意味合いは異なり、統一した見解は無いことが解っている。また、単なる権限を与えることや、能力を開発などにとどまらないことから、多面的に活用されており power を包含している(北野、2017) との見解がある。このような歴史的背景により、現在は保健・医療・福祉・教育・心理・社会・経済・法律等多くの領域にて活用され、研究が行われている。

桑原によると、wallerstein(1992)や Israel、Checkoway、Schulz ら、(1994)によって、エンパワメントのレベルとして、個人や二者間、家族などの個人エンパワメント、小グループや集団である組織エンパワメント、地域や社会システムである地域エンパワメントの、3つのエンパワメントの存在があるとしている(桑原、2018)(図1-1)。対象別によるエンパワメントの種類には、当事者であるセルフ・エンパワメント、仲間であるピア・エンパワメント、コミュニティや社会システムであるコミュニティ・エンパワメントの3つのエンパワメントの存在がある(安梅、2004)。

詳細については第6節で述べる。

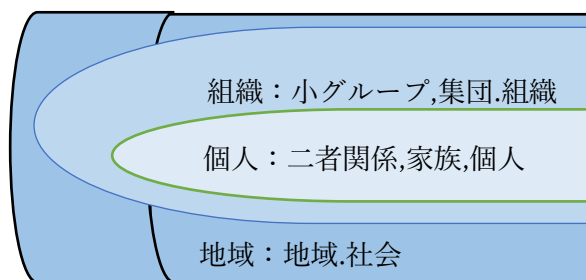


図1-1 エンパワメントのレベル

野川道子(編著):看護実践に活かす中範囲理論第2版,メヂカルフレンドを基に作成

3. 認知症看護の課題

看護の目的は、対象が本来もつ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援することである(看護協会 2007)。認知症看護においては、看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や偏見により、認知症患者を生活者として正しくとらえる見方ができなくなる、そのこと自体が看護師としての本来ある看護師の能力を奪っているパワーレスと推測する。人間を身体的、精神的、社会的に統合された存在として幅広く理解する看護師として教育されている看護師にとって、他者理解につながる視点の欠損は、本来の看護の機能としての対象者の苦痛を緩和しニーズを満たすことが危惧される。したがって、ネガティブな感情を払拭し、その人に見合う良質な看護を実践するには、まず初めに、自身の内面に存在するパワーレスネスに至る原因に焦点をあてること、その次に行動変容につながる方法を得て、実施し、成功体験を重ねる

ことが、セルフ・エンパワメントへの関与となる。さらに、看護のエンパワメントについては、患者自身の問題が本人の能力を奪っているとし、パワーレスな状況とみなしてしまう看護者の偏見をなくすための教育・エンパワメントできるための知識の普及が必要である(安梅、2004)。患者の問題を看護師自身の問題と意識できる考え方が看護師のエンパワメントには必要となると考える。

第6節 先行研究におけるエンパワメントモデル

エンパワメントのレベルには対象者自身のセルフ・エンパワメント、仲間やグループのピア・エンパワメント、コミュニティや地域社会システムにおけるコミュニティ・エンパワメントの3つの分類されている。また、これらを組み合わせた「相乗モデル」である、自分エンパワメント、仲間エンパワメント、社会エンパワメント、システムエンパワメント、組織エンパワメントの5つの要素を加えた「力動モデル」がある(日本保健福祉学会、2015)。また看護学生のエンパワメントモデル(Worrell, J. D, etal, 1996)、看護師が家族の健康的な生活の維持、増進を支援する家族エンパワメントモデル(野嶋、2005)、糖尿病患者の自己コントロールを支援するエンパワメントの学習モデル(安酸、2004)、看護師のバーンアウトを防止するワークエンパワメントモデル(金井、2007)など多くのモデルが検討され活用に至っている。

またセルフ・エンパワメントは、精神的エンパワメントや心理的エンパワメントと同義語とするとの文献はあるが、活用される領域によって意味付けられ定義づけられている。安田(2016)は心理的エンパワメントの尺度開発において、「エンパワメントは多層的に解釈される概念であるのに対して、個人の視点からそれを捉え直した概念が心理的エンパワメントである。当事者が持つ力(パワー)に関する意識や認識を出発点として、その力(あるいはその力に関する認知)がどのように個人を取り巻くメゾ・マクロな社会的文脈のなかで発揮されるかに焦点が当てられる」と定義している。また、精神的エンパワメントとは、自分の仕事上の役割や活動に対し「意義」「能力」「自己決定」「影響力」を認知して生じるものである(安梅、2004)。本論文では、看護師である当事者自身の「心理的変化・内的成長」である(橋本、2006)、セルフ・エンパワメントに着目する必要があると考えており、セルフ・エンパワメントを用いる。パワーレスネス状態の看護師が、認知症患者に対する苦手意識を無くすには、まずは、自己理解を深める機会が必要になると思われる、認知症看護の実践者である看護師自身を対象とするセルフ・エンパワメントのプロセスを踏むモデルの検討が必要と考える。

1. セルフ・エンパワメントの効果

Gibson. C (1991) の提唱した、看護師のセルフ・エンパワメントは、クライアントの領域、クライアントと看護師の相互作用の領域、看護師の領域、環境の4領域に分類され、ク

ライエントと看護師の相互作用の領域は1 1の構成要素があり、その一つに共感がある。人と人の中で主に感情に関して生ずる過程であり、自分の中の同一体験の再生とその投影である。また、相手の苦しさを共に感じる情緒の共有は、援助行動につながる動機づけとなる(菊池、1989)。看護においては、医療者として患者に対し共感的理解を行い、心を寄せる重要性については、看護基礎教育指針の指定規則に網羅されている。したがって、ただ自分がその人になったかのように感じられることではない。看護者自身の感情や体験や先入観に囚われないこと、自他の区別が維持されていること、自分の理解と患者の感じていることが合致しているかどうかを常に確認する努力が求められている(服部、2004)。本研究においても共感、意思疎通が困難な認知症患者に対し意思表示支援として重要な要素と考えている。認知症患者の理解力低下及び言語機能の障害により、自己の意思や主張を周囲に伝える手段が乏しい現状がある。したがって、認知症の疾患が発する言葉以外の表情・視線・身体言語といった非言語メッセージを、ケアを提供する看護師自体がその意思を読み取る技術が必要となる。意思疎通がうまく取れないことは、人間関係の形成にも不足が生じる(服部、2004)、患者の感情を意識できない共感不足が要因となり認知症看護に困難を感じ、看護師自身がパワーレスネス状態にいたっている要因と考えている。看護師が患者の意思や感情を知ろうとする、情緒の共有である共感に焦点を当てることとした(図1-2、本論文P28)。看護師が認知症患者の主体性を尊重するには、看護師自身の「できる」という自己効力感に加え、肯定的な自己概念や個人的能力の発展を促すセルフ・エンパワメントが必要である。西垣らは、看護師がエンパワメントしているのは、看護の役割を認識し患者に寄り添いながら生きることの喜びを感じ、仕事から得られたやりがいと自信であると報告している(西垣、栗原、2018)。臨床において、日頃より命と向き合いストレスフルな状況にいる看護師にとって、認知症患者に対して、より良いケアを実践できたと自ら実感した時に、看護師として存在する価値や意味を見出し、エンパワメントされると考える。

2. 看護学研究におけるエンパワメント

看護学研究におけるエンパワメントの研究は国外では、1980年代からエンパワのレベルや各領域において多くの研究がある(Pub. Med. gov)。日本においても、家族看護学のエンパワメントを重要視したモデルの提示(野嶋、2005)や、構造的エンパワメントを中心にしたワーク・エンパワメント理論に看護師長のリーダーシップ行動の研究であるワーク・エンパワメント理論モデル(金井、2019)など多岐にわたる。北野(2017)は、エンパワメントとは、相互に関係し影響しあう中で構築されると述べており、本人と支援者の相互のエンパワメントの可能性を示唆している。他方では、患者のエンパワメントの支援には、看護師や周囲の支援が重要であることが明らかとなっている(R Anderson, C. Feste, 1995)(Tzu-TingHuang, Chia-Chunら、2017)、(西岡、中野、2017)。

看護師に対するエンパワメントの研究は、体系的なレビューとメタ分析により看護師の心理的エンパワメントと仕事への満足度は相関していることが明らかとなっている(L. Huanhuan, Y. S, yuan ら、2018)。また、ワーク・エンパワメント理論の活用と仕事の効果との関係により、仕事へのやりがい組織へのコミットメントに至ることにより、バーンアウトを回避するため活用の可能性を示している(新宮、安保、2019)。さらに業務における機会と権力が職務の影響する評価尺度として、日本語版エンパワメントの尺度開発への着手などの研究がある(佐々木、菅田、2011)。認知症ケアの質向上に繋げることを目的とし認知症ケアを行う看護師に対し、開発した認知症看護師へケアのアプローチ法による教育を行うことで、行動の基になる認識を変えたとの報告がある(Scerri A, Charles S ら、2017)。看護師の動機づけとなる研修が看護師の行動変容につながると示唆している。

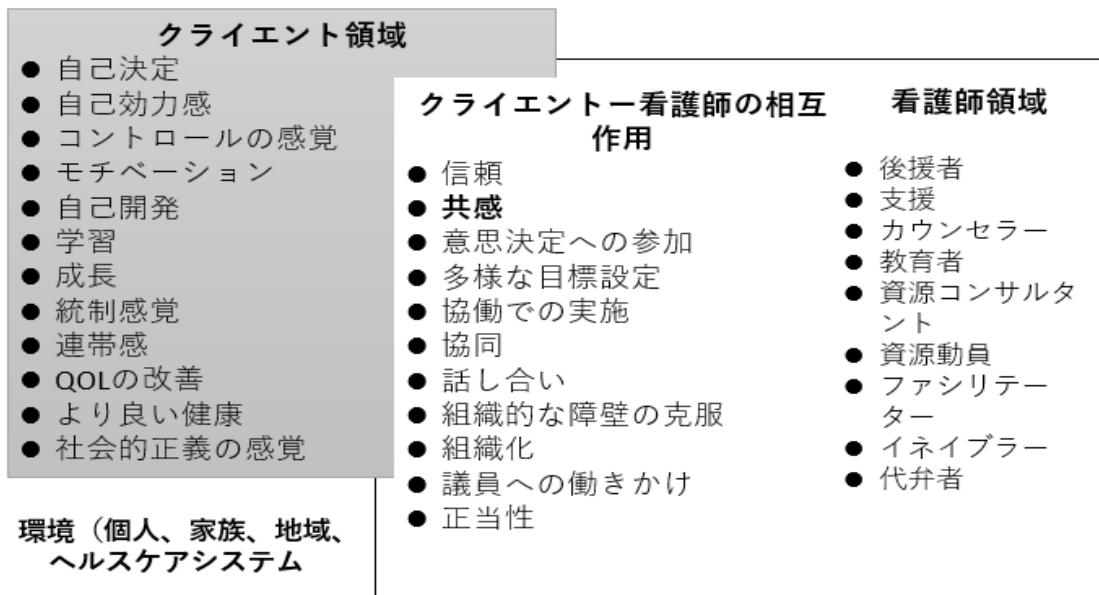
1) 看護師のセルフ・エンパワメント

セルフとは当事者を意味している。しかし自分ひとりで成立するものではなく、相対的な意味を持っている(安梅、2004)。エンパワメントの原則に照らし、看護師自身が力を発揮できるようになるには、認知症者の対応の困難さの中で起こるパワーレスネス状態を早期に改善あるいは、セルフ・エンパワメントし続ける必要がある。したがって、やろうとする、気持ちを湧き立たせるいわゆる「やる気の輪」である、動機づけ、生活の質の向上、生活での意味づけ、満足といった4つを循環させる。また、エンパワメントの学習モデルにある「経験」「振り返り」「洞察」「変化」の4つが循環するように、看護師自身が患者と対面することで、患者のパワーを引き出す「経験」をする。その結果を「振り返り」そして、看護師は患者と互いに共鳴し合い成長する姿を「洞察」しながら、「変化」をイメージするプロセスの循環により、パワーを得るものとする。

2) 組織エンパワメント

組織エンパワメントは、仲間エンパワメントを含む、職場の風土や文化と呼ばれている。また、組織内に存在するカルチャーとしての組織成員の職務満足度に強く影響を与えると考えられている(木村、2016)。直接、自発的職務改善を促進すると共に、情緒的組織コミットメントを高めることを通し間接的に自発的職務改善を促進する(浅井、2013)。したがって、職場成員であるエンパワメントされた看護師の自律的(判断し行動する)に影響し、行動する力を与えるものとする。パワーレスネス状態の払拭には、認知症患者の周囲に理解されない行動や言動を意味あるメッセージとして知ろうと共感する行動変容が必要となる。また、患者の尊厳を保持しニーズを満たす質の高い認知症看護の実践には継続した看護が必須であり、その為にはチームが一丸となり実践してこそ可能となる。したがって、看護師個人が所属している組織の小単位である病棟における職場の文化が影響する。職場文化の醸成には看護師個々が看護師として自信をもてるような実践や経験があり、それを

どのように職場の組織成員である仲間と共有できたかによってその結果が左右される。すなわち、職場文化の醸成には個人の実践とそのことを共有できる職場環境が左右される。



Gibson,C (1991) .A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing,16,354-361.(Figer1.359) 引用：看護実践に活かす中範囲理論 桑原ゆみ P371,2018.を参考に作成

図1ー2 エンパワメントモデル

3. 看護師のセルフ・エンパワメントモデル

モデルとは「ある現象をわかりやすく伝え説明するために、関心のある特定面のみを取り立てて抽出して表現する方法である。」(川口、2017)。本研究は、看護師に焦点をあて理論背景及び、先行研究を概観した結果、パワーレスネス状態の認知症看護の実践者である看護師が、看護師としての自信を取り戻せるよう、自己効力感を高めることがエンパワメントに至ると考えられた。したがって看護師のセルフ・エンパワメントに焦点をあて、自己効力感を高められることを目標に、看護師のセルフ・エンパワメントモデルを試作した。エンパワメントの種類を組みわせることにより、互いの相乗効果にて大きな力を発揮できる(安梅、2004)。また、エンパワメントのレベルは、パワーレスネス状態となっていると思われるのは看護師であり、患者との2者間の関係も含まれることから看護師個人とした。さらに、パワーレスネス状態を早期に改善あるいは、セルフ・エンパワメントし続けるには、エンパワメント学習モデルにある「経験」、「振り返り」、「洞察」、「変化」(図1ー3、本論文P28)、の4つが循環するよう支援する認知症看護を専門とする外部講師による研修を行う。学習モデルの4つの意味については、「経験」とは、五感で感じる事、考える事、意識すること。「振り返り」とは、これは何だろう、これはどのような意味だろう、私は何をしてくのだろう、などを考えること。「洞察」とは、新しい人間関係やパターンや向上心や可能性に気づくこと。「変化」とは、新しい知識や態度や行動に移行すること。(安酸、2004)であり、エンパワメントアプローチとして「振り返

り」と「洞察」を軸に4つのプロセスを支援する。

意思決定理論、自己効力感の理論を参考にし、看護師自身により問題の明確化をはかるための、「認知症看護の課題の理解」を最初の段階としている。次の段階には、解決策を知り成果を予測しながら、看護師自身で「取り組む課題」を明らかにする。最後の段階は、臨床で最適と思われる解決策を看護師自身で選択しながら実施する、「課題に対する行動」としている。また、所属する組織である病棟との仲間とも関連し互いに影響することを想定し、看護師のセルフ・エンパワメントを下に、組織エンパワメントを上に行っている。上下は互いに関係性を持ち影響し合う様を両矢印として表現している。この3つの段階を整理しながら進むことにより、組織エンパワメントに何らかしら影響することを想定し、看護師のセルフ・エンパワメントモデルの試作を試みた（図1-4）。

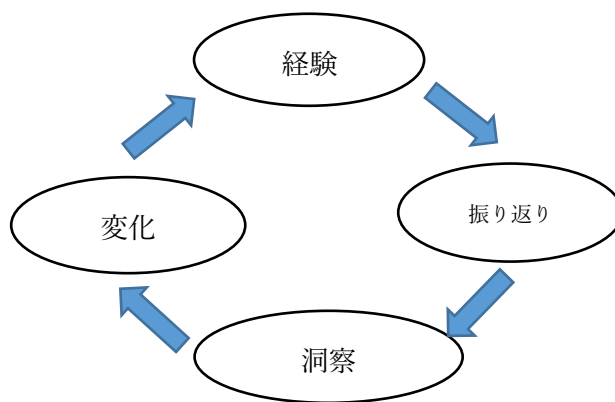


図1-3 エンパワメントの学習モデル

安酸史子: 自己効力理論とエンパワメントモデルを活用したかかわり方—看護教師の立場から— 日本糖尿病教育看護学会誌, 8(1), 2004, P74. 引用 (一部改変)

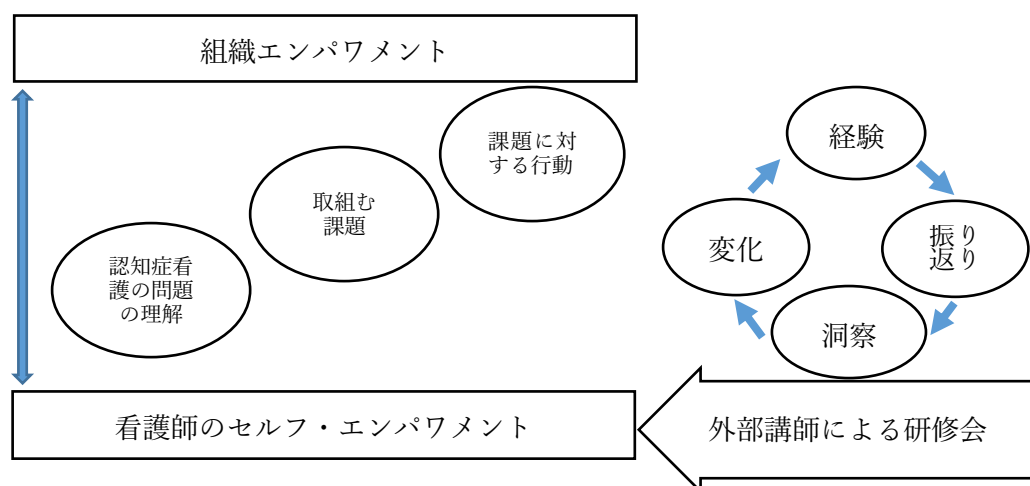


図1-4 看護師のセルフ・エンパワメントモデル

第2章

研究1. 自己決定が困難な認知症患者の意思表出に対する看護師の支援

～エンパワメントモデルを活用した研修によるパワーレスネスと共感性の変化～

第1節 研究目的

増加する認知症患者に対する看護の課題として、認知症患者の意思表出の対応の困難さに対する看護師の自己効力感の低下があげられている(前田、2018)。また、高齢者施設における看護師にとって、認知症高齢者の意思決定の困難さが報告されている(山路、長畑、2017)。このような報告は看護師と認知症患者との相互作用が働かず、認知症患者へのネガティブな感情や偏見が看護師としての自己効力感を低下させることで、最善のケアを提供するという看護師の看護実践力が発揮できない状況に陥ってしまうことを示唆している。

一方、認知症患者はたとえ認知機能が低下していても、意思や感情があること、適切な支援やケアにより、日常生活を維持できることは周知されている(野川、青柳、2018)。本研究におけるパワーレスネスは、「看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や、困難感の蓄積により、自分の力ではどうにもならない、どんなに努力しても無駄だというあきらめの感情や消極的な受け身の状態である無力感」と定義しており、看護師が認知症患者に対する困難感の蓄積によるパワーレスネスの状態を軽減するには、認知症患者に抱くネガティブな感情を克服し対応できる方法を身に着ける必要がある(Hoang N, Daniel T, 2018)。

認知症患者が体験している内的な世界を理解し、患者のもつ自己効力感や苦悩を理解するには、言語的コミュニケーションだけに寄与しないニーズを読み取るスキルである共感が必要となる(鈴木、阿部、(他) 2017)。一方、急性期病棟のスタッフは認知症患者に対する共感の姿勢が不足しているとの指摘もある(Cowdell, 2010)。この共感は、人の発達過程においては胎内で最初にこの過程を経て、感覚様式を知覚できるようになるとされており、社会性の発達に欠くことができない感覚の一つである(舟島、望月、2017)。また「他者の喜怒哀楽などの基本的情動を共有化する働き」(森岡、2015)と定義され、他者の感情を味わう認知的要素と、他者の感情に自分の身を置く感情的要素を踏まえている(菊池、1989)。共感とは、人が成長する過程で備わる感覚であり人への支援には必要な感覚である。この共感とは、傾聴と共にバリデーションセラピー(Naomi. F, 2001)の基本姿勢とされ、認知症患者の一見無意味に見える行動や言動に、「何かしら意味がある」と捉え、彼らの思いに寄り添う姿勢を意味している。看護師がこのような意味合いの共感を習得することで、自己決定が困難な認知症患者の意思表出の支援が可能となり、相互関係の構築を深めることができると考えた。さらに、看護師自身が抱える困難感の克服が可能となり、看護師としての本来の能力を発揮できるようになると仮説を立てた。

認知症看護を行う看護師がエンパワメントに達するには、まず意思疎通が図れないと思っている看護師の意識を変容させる必要がある。その為には認知症患者の本来もっている

能力に視点をあて、患者の意思表出をはかる実践的な教育を行うことが看護師支援には重要と考える。

エンパワメントに関する研究は、国内外共に、看護職以外の対象者では地域住民、認知症介護家族、高齢者、医療従事者など多数報告されている(坂梨、藤田、2020)、(Tavares APDS、Tzanno. M、2018)、(Jaime. W、Thomas. H、2015)。認知症患者、看護師、エンパワメントをキーワード検索した過去5年間の研究(2016～2020)においては、国外(PubMed、web)によると、看護助手を対象にした質的研究では無力さの限界に対する創造的な支援の必要性を示唆している(Scales K、Bailey S、etal、2017)や、入居者の満足と看護師の職務満足度の関係において患者中心の教育が必要と述べている(Rodriguez. M、2020)など限定的である。国内(医学中央誌 web 版、CINII)では、樋河ら(2018)が専門看護師や認定看護師らと事例検討会を実施し各施設における看護の質向上を目指すことを課題としている。その他職務エンパワメントと職務満足(谷口、別府ら、2014)、日本語版精神的エンパワメント尺度評価(渡辺、金井、2019)など多数の報告がある。しかし一般病院における看護師と認知症患者との相互の関係性を高めることを目的としたエンパワメントの研究は、見当たらなかった。

そこで一般病院に勤務する認知症看護を実践者である看護師に構造化したセルフ・エンパワメントモデル(図1-3、本論文のP28参照)を活用し、認知症患者への日常ケアの場面における認知症患者の理解しがたい行動や言動に対する共感を視点においた、自己効力感を高める研修を実施し、パワーレスネスの変化を可視化することにより、看護師のエンパワメントへ向かう支援になると考えた。

本研究の目的は、自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワーレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表出を支援するエンパワメントモデルを用いた研修を実施し、その効果の有無を検討することである。

用語の定義

エンパワメント

「看護師が患者に抱くネガティブな感情の払拭や困難感の軽減により看護師としての本来ある能力を発揮する力を高めること」

パワーレスネス(桑原、2014)(久木田、渡辺、1998)らの定義を参考

「看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や、困難感の蓄積により、自分の力ではどうにもならない、どんなに努力しても無駄だというあきらめの感情や消極的な受け身の状態である無力感」

第2節 研究方法

1. 研究デザイン

一般病院において、セルフ・エンパワメントモデルの研修を受講した認知症看護を行う病棟看護師を対象に EESR およびパワーレスネスの変化について、研修前後にアンケートによる自記式質問紙調査を用いる 1 群事前 - 事後テスト準実験研究である。

(研究協力施設より同意が得られなかったため非対象群は設けず、対象者に対し研修前後の比較を行った)

2. 対象者

一般病院の病棟に勤務し 3 ヶ月以上認知症患者への看護を実施しており認知症看護に困難感を感じている看護師

3. 調査期間

令和 2 年 8 月 2 4 日～令和 2 年 9 月 3 1 日

4. 研究方法

1) データ収集までの手続き

研究者のネットワークサンプリングにて群馬県内の一般病院の 3 か所に連絡し回答があった 1 施設の病院の看護部長に、本研究に関する具体的な説明を文章と口頭で行い同意を得た後、研究協力病棟の看護師長を紹介してもらう。研究の協力を依頼し返答があった看護師長に研究に関する具体的な説明を文章と口頭で行い同意書を取り交わす。その後、病棟看護師に対し病棟に研究協力説明会のパンフレットを掲示してもらい希望者を募集する。説明会に参加した希望者に研究に関する具体的な説明を文章と口頭で行い日を改めて同意書を取り交わし研修会を実施する。

2) 研修の構成と内容

(1) 研修の構成

エンパワメント理論の基盤は、答えを教えるのではなく、当事者が自分で答えを見つける手助けとなる環境づくりである。理論背景より基本的な考え方や態度を踏まえ、看護師が困難感を感じパワーレスネス状態に陥る要因であろう、認知症患者の意思表示の支援を実施できる内容とする。看護師が認知症患者に感じるネガティブな感情にあることを認識してもらうことを強調し、そのことが看護実践の広がりを狭めている事実を認識できる構成とする。

「やればできる」と思えるよう、自己効力感とエンパワメント理論に沿ったモデルに従い、エンパワメント理論の原則である 8 項目を参考に構成する。①看護師の認知症看護やケアに対する問題を整理する、②取り組む課題と目標を看護師自身が選択する、③問題の

解決策に向けた方法を説明する、④得た学びを実践に活用できるよう身近によくある事例への対応について紹介する、⑤うまくいった、いかなかった事例を披露する、⑥前の⑤の事例についてうまくいった、いかなかった理由について皆で話し合う、⑦問題解決の過程を支える為の方法を説明する、⑧ケアを実践したことによる患者の変化を話し合う。

また研修会は、学習の場であり安心して意見交換することができることを重視する。さらに、自主的な研修とし勤務時間外での受講とする為、勤務前、勤務後、および休憩時間等のように参加しやすい時間帯として、希望に沿えるよう回数を増やす。研修会の時間は自記式質問紙調査の記入及び、質疑応答を含め60分以内とする。研修場所は、施設内の静な環境であり、研修参加者の個人情報保持できる人の出入りが少ない場所とする。1回に参加する受講者は、2人以上6人以内の小人数制、双方向の参加型とし、看護師個人々の事例に対応できるよう配慮する。研修受講後の実践を挟むため、①から④までを初回の基礎編として、研修の1回目とした。実践後、⑤～⑧は2回目の応用編とし、2部構成とした。

(2) 研修内容

目標：認知症患者のコミュニケーションの特徴から、表現される言動や行動を問題とする自身の問題を理解し、認知症高齢者との対応場面における意思表示の支援の実際を学ぶ

1回目：基礎編到達目標

- i. 認知症患者の意味不明と思われる言動や行動に対応する際の自身の問題を理解する
- ii. 認知症患者の意思表示を促すコミュニケーションを図る際の方法を理解する

方法：講義形式と事例に沿って参加者全員で意見交換し検討していく参加型とする

内容：①認知症のコミュニケーション障害の特徴をPPT資料を用いて講義する

②看護師がパワーレスネスとなる要因、臨床でよく遭遇する事例の支援と実際、認知症の病態の特徴とコミュニケーションの障害について説明する

③講義で用いた臨床でよく遭遇する事例（研究者の実践事例）を提示し、エンパワメントのプロセスの原則である、「当事者が自分で答えを見つける手助けをする」に沿い、思考の整理を促す5つの発問（i. 事例の患者に対して感じたこと、ii. そのことで生じる問題、iii. 過去の経験や対応したこと、iv. 問題が生じる理由、v. 問題を発生しない為の方法に意思表示を助ける支援について）を行う。発問はivの、問題が生じる理由で一度止め、各自で理由を考えてもらう。各時の理由が出そろった時点で、vの、問題を発生しない為の方法に意思表示を助ける支援について説明する

④問題を発生しない為の方法に意思表示を助ける支援の実際として、認知症患者

との会話の際に、STEP1：共感する（訴えやサインよりニーズを探る、読み取る、共感をもって傾聴する）STEP2：思いを聞き出す（選択肢を提供し、反応を待つ）STEP3：思いを知る。ニーズに沿ったケアを行う）の3つを提示する

⑤参加者が現在、あるいは過去に困難感を持った事例を紹介してもらい、3つのステップの活用について説明する。特にSTEP1：共感するは、認知症患者のとりぐさや言動、表情を語ってもらい、行動や言動の意味や患者の持つ価値観を多面的に推測した内容を解説する。STEP2：思いを聞き出すは、その推測を頼りに発言する。STEP3：思いを知るは、STEP1～2を繰り返すことによって患者の思いに近づいたケアを実践する

⑥各自の事例を3つのSTEPを用いて参加者と意見交換しながら患者のニーズを満たす解決案を考えてもらう

⑦臨床で活用するにあたり質問を受け、2回目の研修までの活用できそうかを確認する。実践途中で不明な点や困ったことがあれば相談できることを伝える

2回目：応用編目標

- i. 認知症患者の意思表示を促す自己の実践を振り返り課題を明確にする
- ii. 対応困難な他者の実践事例から認知症患者意思表示を促しニーズを満たすケアを学ぶ

方法：講義形式（前回講義内容の振り返り）と実践事例を紹介してもらう参加型とする

内容：①前回講義内容である認知症のコミュニケーション障害の特徴、5つの質問、3つのSTEPについてポイントはPPT資料を用いて講義する

②各自の実践について紹介してもらう

③それぞれの事例に対して、なぜうまくいったのか、いかなかったのか、その理由について5つの発問にそって、その時に自身が感じたこと・考えたこと、生じる問題、同様の経験の有無、問題発生の要因を確認する

④うまくいった事例については、問題としないための方法について解説し承認する。うまくいかなかったと思う事例については参加者と対応策を検討する

⑤事例紹介は強制でなく、手をあげてもらい研修受講者と共に意見交換をしながら進める

⑥患者の表情や行動、言動をふくめ小さな変化や、具体的な変化や、その時の看護師自身の思いや感情を披露してもらう

⑦全の事例に対しケアを実践したことによる患者の変化を話し合う

⑧研修を通して、問題解決の過程を支えるSTEP1：共感する、STEP2：思いを聞き出す、STEP3：思いを知る、3つのステップに沿って、認知症患者の行動・言動の価値観を知る意味と意義を強調する

⑨質問を受け、今後の相談事項への対応として講師への連絡手段を伝える

(3) 看護師への介入方法

調査にあたっては、1回目の基礎編後、実際に研修の内容を実施してもらうことを期待し1週間程度間隔をあけ2回目の応用編を実施した。(図2-1)

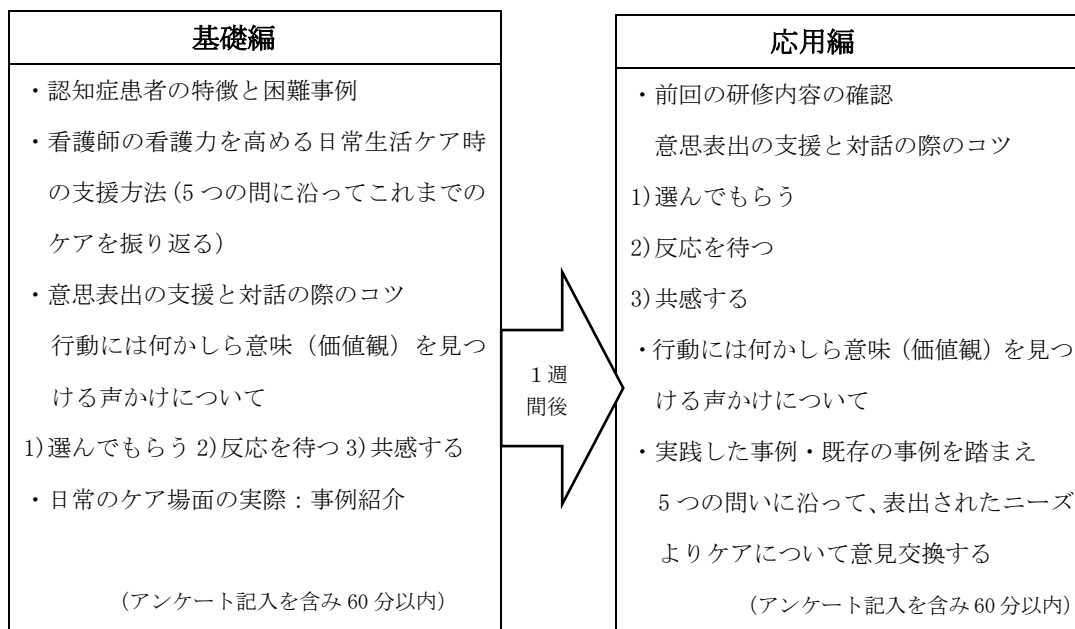


図2-1 研修概要

2) 研修参加者の看護師に対する調査

自記式質問紙調査は、基礎編の研修前と応用編後約2週間後(以後、研修会后)の2回実施した(図2-2)。

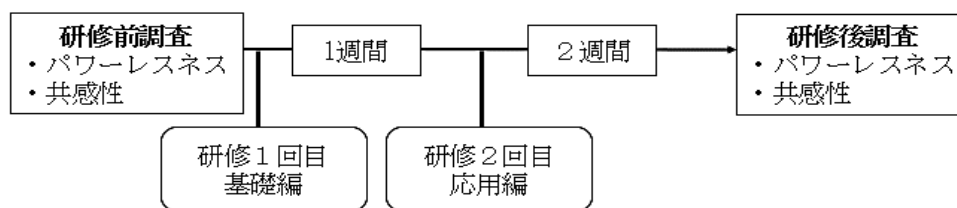


図2-2 評価の流れ

(1) 共感性評価

認知症患者の行動や言動には、「何かしら意味があるのではないか」と捉えことが出来る。角田によれば、共感概念は社会人に望ましい肯定的な人格特性であるとのべている。価値観の共有を意味する共感について、過去の経験に基づいて個人の共感性のタイプを評価する目的で角田が作成した、共感経験尺度改訂版(empathic experience scale revised:以

後 EESR) を作者に承諾を得て用いた。EESR の因子構成としては、共有経験測定 10 項目と共有不全経験測定 10 項目の 2 群からなり、各項目 6 件法の 60 点満点で評価される。EESR は十分な信頼係数 (共有経験尺度 0.87, 共有不全尺度 0.82) と、基準関連妥当性を確認されている。また EESR には、4 つの共感性の類型がある (図 2-3)。「両向型」は、他者理解を可能にする 4 つの中で最も高い共感性。「共有型」は、共有体験を自己にひきつけてとらえてしまう未熟な共感・つまり同情。「不全型」は自己と、他者の間に耐えがたい障壁があり、その意味でも孤独感を持ちやすい。「両貧型」は、対人関係そのものが弱く共感性が最も低いとされている (角田、1994)。本研究では共有経験尺度と共有不全経験尺度の中央値を基準とし、共感性の 4 類型化を行う。

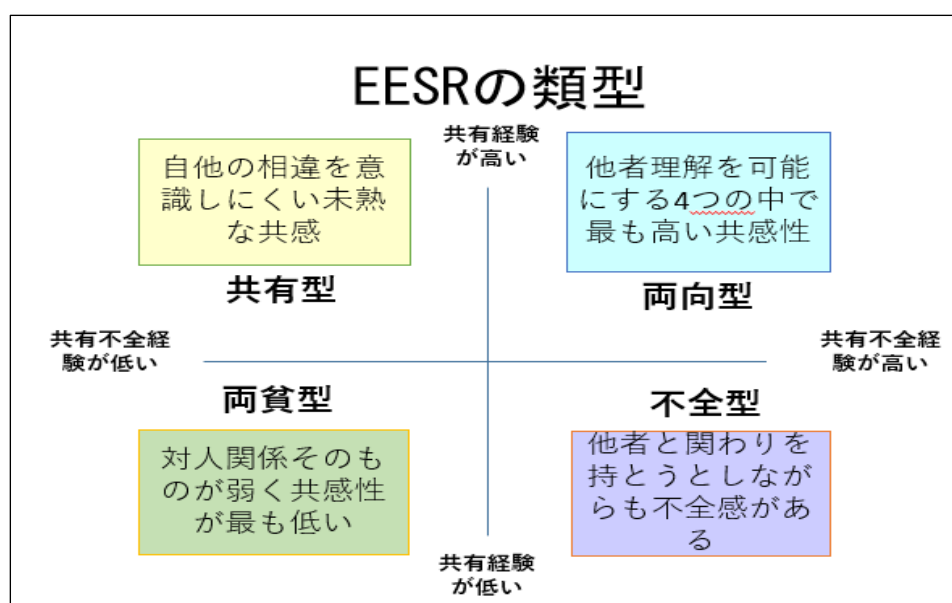


図 2-3 共感性の類型(角田, 1994)より引用 著者一部加筆作成

(2) 基本属性、パワーレスネス状態、共感性について

自記式質問紙を用いたアンケート調査の項目は、対象者の属性として、年齢、性別、看護師経験年数、部署での経験年数、これまでに参加した研修会の 5 項目とした。また、パワーレスネス状態の変化として感情に焦点を当て、先行文献 (千田、水野、2014)、(西村、岡本ら、2015) を基に以下①意思の疎通で困ったこと、②情けなさ、③無力感、④不安感、⑤緊張感、⑥いらいら感、⑦苦手意識の 7 項目を抽出した。これらに⑧認知症患者へのケアでうれしかった事を含め全 8 項目を策定した。①から⑦の項目は、不明瞭な中間の選択を回避するためにリッカート尺度の 4 件法 (ほとんど無かった、たまにあった、時々あった、いつもあった) を用いた。⑧の認知症患者へのケアでうれしかった事はパワーレスネス状態の有無を明確にするための 2 件法 (あった、無かった) を用い、その理由を自由記

載とした。

研修会後の自記式質問紙調査には、「2つ以上の選択肢を提供していたか」「行動の意味を読み取ろうとしたか」「返答や反応を待とうと思うことがあったか」について4件法。「説明時に注意していること」2件法を追加し郵送法にて回収した。

アンケートによる自記式質問紙調査と EESR は無記名とし、対応表を用い個人が特定されないように加工した ID 番号を自記式質問紙調査用紙の裏に付与した。

4) 分析方法

(1) パワーlessness状態の質問7項目は4段階の順序尺度として数値化し、研修前後で度数分布の比較を行った。分析には対応のある Wilcoxon 符号付順位検定を用い、度数分布の変化をグラフで表示した。認知症患者へのケアでうれしかった事の有無については、研修前後で度数と比率を比較するためクロス表に基づき χ^2 検定を行い Pearson の χ^2 値と p 値を算出した。

(2) 研修会前後の看護師の共感性の変化について

まず、研修前後の変化を比較するため、23名全体で SSE および SISE の得点分布を統計学的に比較した。分析には対応のある Wilcoxon 符号付順位検定を用いた。

次に研修前後で看護師の共感性を示すため、研修前に EESR の2下位尺度得点の中央値を基準に4類型（両向型：SSE 高得点・SSI 高得点、共有型：SSE 高得点・SISE 低得点、両貧型：SSE 低得点・SISE 低得点、不全型：SSE 低得点・SISE 高得点）に分類し類型の変化をプロットした。類型比率の変化については χ^2 検定を行い Pearson の χ^2 値と p 値を算出した。

いずれも有意水準は 0.05 とし、統計分析には SPSS Statistics ver. 24.0 を使用した。

第3節 倫理的配慮

本研究実施にあたり高崎健康福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号 2024）。研究対象者への説明は、研究の主旨と目的、協力内容、研究へ参加は自由意思によるものであり、参加の有無にかかわらず不利益は一切ないこと、拒否権を尊重すること、一旦同意書を交わしたとしても途中で辞めることはできるが、質問紙は返送され分析が進んだ時点では判別が困難であること、得た情報やデータは個人が特定されないよう匿名性の担保を保持すること、研究内容の報告時は個人が特定されないよう配慮すること、得たデータは研究用のパソコン・USB に保管し、鍵のかかる棚にて保管すること、研究終了後のデータは5年間鍵のかかる棚に保管するが2026年1月にシュレッダーにて廃棄する、また USB のデータは完全に削除するなどについて、文章と口頭にて対面で説明し同意書を取り交わした。

本研究において企業などとの利益相反はない。

第4節 結果

1. 対象者の概要

1) 研究対象施設と対象者

研究対象施設は研究者のネットワークサンプリングにて3か所に連絡し回答があった群馬県内の200床以下の一般病院であり、協力の得られた病棟の3部署に勤務する看護師である。研究説明会に任意で参加した看護師は34名であり、基礎編・応用編の2回の研修に参加したのは28名であった。そのうち自記式質問紙調査とEESRの回収数は24名であり、回収率は82.1%であった。また質問紙の途中で回答が途切れている無効回答をのぞいた有効回答は23名で有効回答率は95.8%であった。

2) 対象者の属性

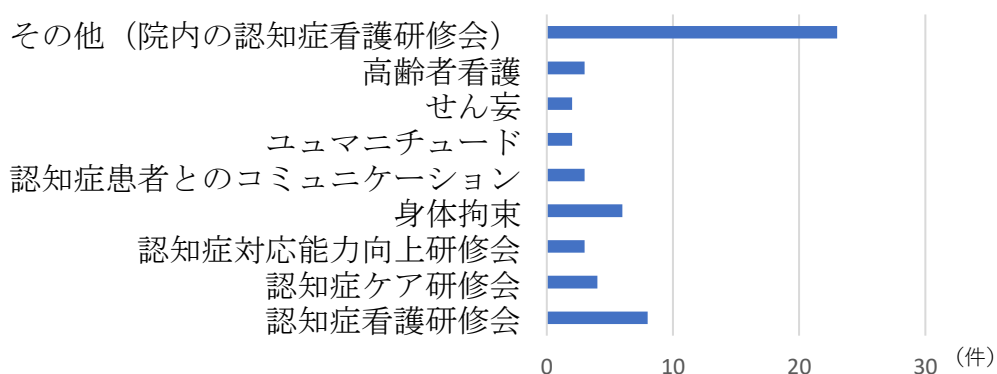
看護師の平均年齢は20～60歳代(平均46.7±4.1歳)、性別は男性5名(21.7%)、女性18名(78.3%)であった。23名中看護師は17名(73.9%)、准看護師は4名(17.4%)、認知症看護認定看護師は2名(8.7%)であった。看護師の臨床経験年数は、10年以上が14名で60.8%であった(表2-1)。過去に受講した研修会(複数回答)は、施設外の認知症看護研修23件(100%)、施設外の認知症看護研修8件(34.7%)、身体拘束の研修6件(23%)、認知症ケア研修会4件(17.3%)などの順で多かった。全員が複数回何らかの研修に参加していた(表2-2、本論文P38)。

表2-1 看護師の属性

年齢	性別		職種			経験年数					
	男性	女性	看護師	准看護師	認定看護師	1年未満	2～3年	2～5年	5～7年	8～10年	10年～
20～30歳	1	1	2			1	1				
30～40歳	2	2	2	2				2	2		
40～50歳	2	6	4	2	2				1	2	5
50～60歳		4	4								4
60歳～		5	5								5
計	5	18	17	4	2	1	1	2	3	2	14

表2-2 これまで受講した研修会（複数回答）

n=23



3) 看護師が抱く困難感

認知症患者へのケアの困難感研修前は全員が困難感を感じた事があると回答した。その内訳は動き回る、失禁・脱衣行為、同じことを繰り返す、説明が入らない、帰宅欲求、服薬をしない等の順で多かった。

研修後に対峙した困難感は、ニーズを読み取れない、治療やケアを拒む、コミュニケーションが取れない、おむつをいじり失禁をする、落ち着きがない、何も言わない、怒り、興奮などであり、研修前には無かった項目があげられ、動き回る、同じことを繰り返す、説明が入らない、服薬をしない、こちらの思いが伝わらない、疲労感を感じる、相手を理解することが出来ないなど研修前にあった項目が無くなった（図2-4）。

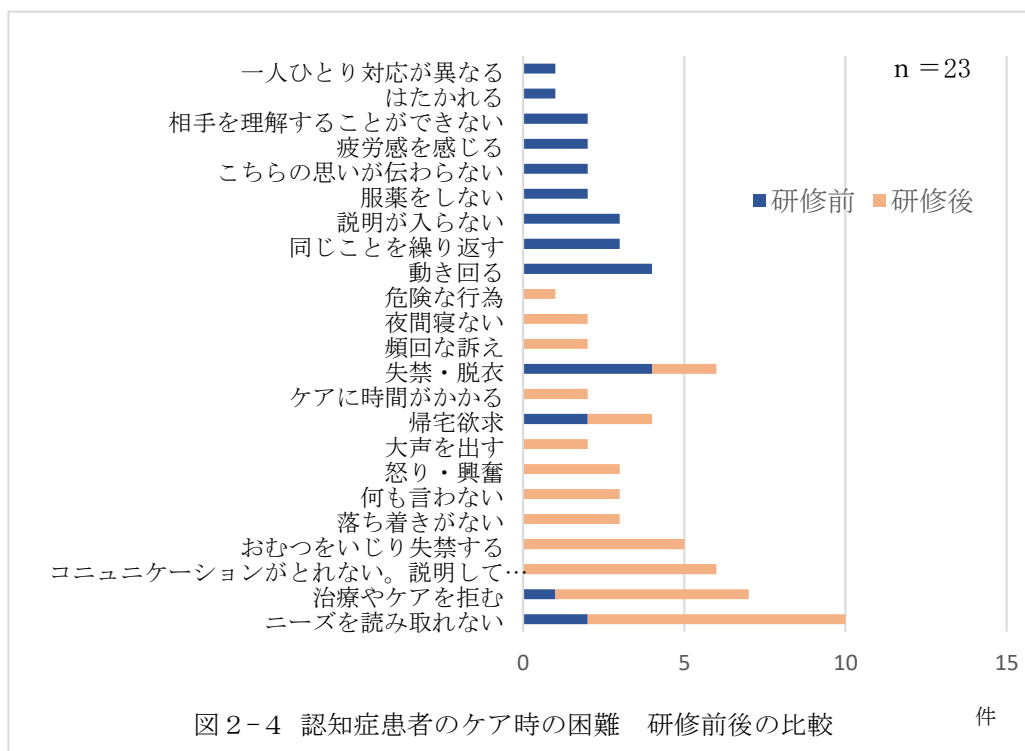


図2-4 認知症患者のケア時の困難 研修前後の比較

件

3) 研修後意思表出を促すケアの実施

研修受講直後のアンケートでは、研修の内容に関しては全員が、ほとんど理解できたから、まあまあ理解できたと回答した。質問・感想欄の自由記載（複数意見）においては、18名の記載があった。内訳は、「自分の取り組む課題が具体化した」43.4%、「患者の行動に意味があると知った」26.0%、「行動の意味を読み取る」21.7%、「意表出を助ける」17.3%、「患者の価値観を共有・共感する」13.0%であった。「選択肢を示す」、8.6%であった。2回目の研修後20日目のアンケートでは、「患者への説明時に注意していることがある」と、21人（91.3%）が回答した。①2つ以上の選択肢の提供は、「いつも実施する」10人（43.5%）、「時々実施する」7人（30.4%）、と回答した。②行動の意味を読み取るは、「いつも実施する」15人（65.2%）、「時々実施する」6人（26.0%）であった。③返答や反応を待つは、「いつも実施する」9人（39.1%）、「時々実施する」するは9人（39.1%）であった。（図2-5）。

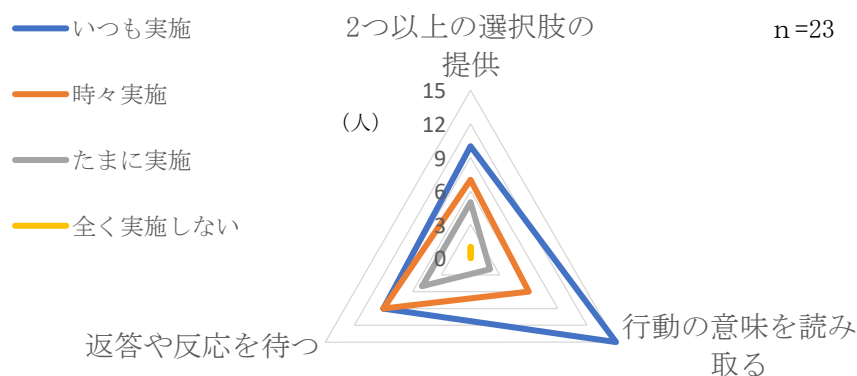
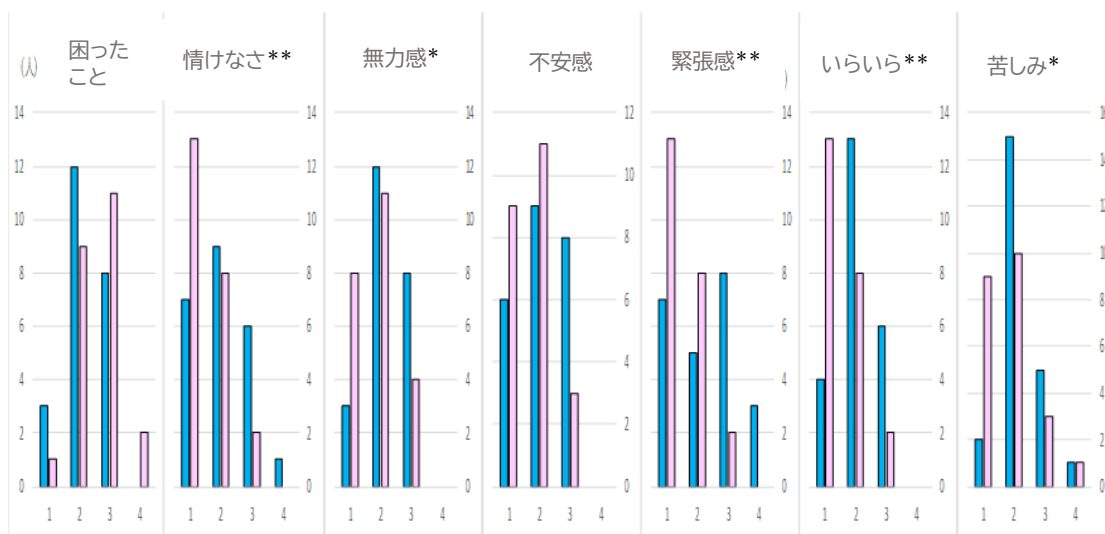


図2-5 意思表出を支援するコミュニケーションの実施頻度

研修後、認知症患者のケアでうれしく感じた事では、ケア中・ケア後の患者の笑顔や満足そうな表情7件、排泄の自立やADLの改善3件、ケアを受け入れてくれた2件、顔を覚えてくれた・思いがけない言葉をかけられた・優しいと言ってくれた3件、チームで統一した対応が出来た1件であった。

4) パワーlessness状態の研修前後における変化（図2-6、本論文P40）

「パワーlessness状態」7項目について研修前後で度数分布の変化を統計的に比較した結果、研修後には「情けなさ（ $p=0.007$ ）」、「無力感（ $p=0.013$ ）」、「緊張感（ $p=0.009$ ）」、「いらいら感（ $p=0.005$ ）」、「苦手意識（ $p=0.033$ ）」が有意に軽減した。しかし「困ったこと」と「不安感」では、統計学的な有意差は認められなかった。またうれしく感じたことの変化は統計上の有意差は認められなかった（ $\chi^2=0.45$, $p=0.37$ ）。



1:ほとんどない 2:たまにある 3:ときどきある 4:いつもある

■ 研修前 ■ 研修後 (対応のある Wilcoxon の符号順位検定: **; p<.01, *; p<.05)

図 2-6 パワーレスネス状態の変化

5) 研修前後における共感性の変化

23名全体で SSE と SISE の得点分布を研修前後で統計的に比較した。その結果、表 2-2 に示すように、SSE 得点は研修前 35、研修後 41 であり統計学的な向上はなかったが (P=0.058) 上昇傾向にあった。SISE 得点は研修前 28、研修後 25 であり有意に減少した (P=0.025)。SSE と SISE の得点分布の比較については図 2-7 に示した。

類型比率は、研修前は、両向型 4 名 (17.4%)、共有型 4 名 (17.4%)、両貧型 11 名 (47.8%)、不全型 4 名 (17.4%)。研修後は、両向型 3 名 (13.0%)、共有型 9 名 (39.0%)、両貧型 2 名 (9.0%)、不全型 9 名 (39.0%) であり、研修前後の類型の変化をプロットした (図 2-7、本論文 P 41)。類型比率は、表 2-3 (本論文、P 42) に示すように研修前後で類型分類が有意に変化した。対人関係そのものが弱く共感性が最も低い両貧型は、対人関係そのものが増える両向型や共有型、不全型へと変化し、研修後で類型分類が有意に減少した ($\chi^2=10.22$, p=0.016)。

表 2-2 共有経験尺度 (SSE) 共有不全経験尺度 (SISE) の中央値

	研修前			研修後		
	中央値	最大値	最小値	中央値	最大値	最小値
SSE	35	45	19	41	58	12
SISE	28	58	9	25	40	9

*p<0.05

n=23

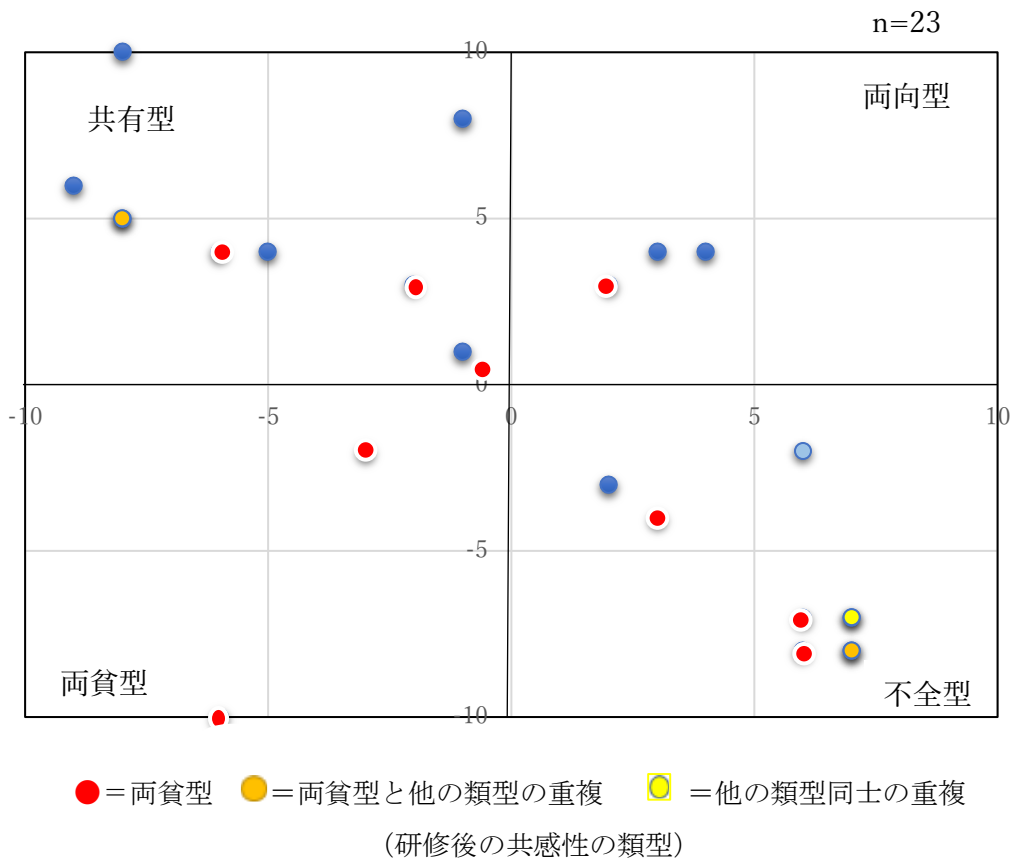
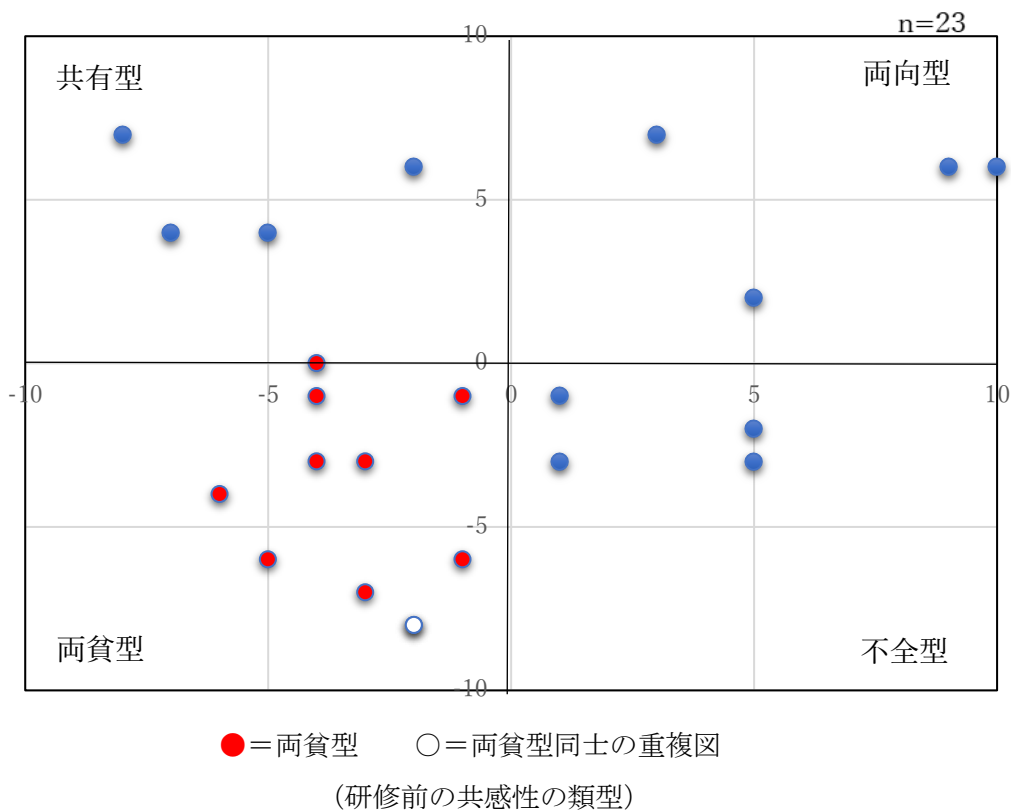


図 2 - 7 研修前後の共感性の種類

表 2 - 3 研修前・後の共感性の類型

項目	両向型	共有型	両貧型	不全型
研修前	4名 (17.4%)	4名 (17.4%)	11名 (47.8%)	4名 (17.4%)
研修後	3名 (13.0%)	9名 (39.0%)	2名 (9.0%)	9名 (39.0%)

* p<0.05

n=23

第5節 考察

パワーレスネス状態の比較

1) 認知症患者の看護に看護師が抱く困難感について

認知症患者とのコミュニケーションに困難を感じた経験では、対象者全員が「たまにある」あるいは「いつもある」と回答した。その内訳は動き回る、失禁・脱衣行為、同じことを繰り返す、説明が入らない、帰宅欲求、服薬をしない等の順で多かった。しかし、研修受講後の認知症患者とのコミュニケーションに困難を感じた経験は、「時々ある」から「ほとんどない」に感じる頻度が変化していた。本研究の研修の内容は、看護師が抱くネガティブな感情を払拭させ、患者のニーズに沿った看護の実践をすることが看護師のセルフ・エンパワメントへの関与となる（梅原、2020）ことを前提に、エンパワメントのプロセスに沿って実施した。研修後に対峙していた困難感には、ニーズを読み取れない、治療やケアを拒む、コミュニケーションがとれない、おむつをいじり失禁をする、何も言わない、落ち着きがない、怒る・興奮するであり、研修前と同じように困難を感じながらもケアを実施していたと考える。

うれしかったことは統計上の研修前後で有意差は認められなかった。しかし、認知症患者ケアにおけるパワーレスネス状態の比較では、情けなさ、無力感、緊張感、いらいら感、苦手意識を感じる、の5項目が研修後は有意に改善していた。「困ったこと」で示される困難な事態に変化はない状況下でも、研修参加により情緒的な安定がはかられたことが推測される。特に情けなさ、緊張感、いらいら感といった項目で有意性が高く、ケアに伴う易刺激性の軽減効果が示唆された。

看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキルを高めると、専門職的自律性を介して結果的にセルフエフィカシーの向上につながる（中谷、森、2018）。この自己効力感（Bandure. A.）によって体系化された社会学習理論のひとつであるが成功体験が影響する（Bandure. A.、1995）。認知症看護においてパワーレスネスな状況にあった看護師が、一見無意味にみえる行動に対して、意味あるものとしてとらえる手段である「本人の声を聞く」ことの実践は、成功体験を積んだ結果と受け取ることが出来る。

研修後意思表示を促すケアの実施では、91.3%が説明時に注意していることがあると回

答した。さらに研修で指導した①選択肢の提示、②意味を読み取る、③返答を待つ、などの対応を74%の看護師が実施していた。これは相手の価値を知ろう、分かろうとする行動であり、これらの実践には共感的態度としての傾聴を実施した結果と捉えられる。

2) EESR の類型の比較

看護師は認知症患者へのケア時に困難感を感じていたことから、感情に共感できないことが多いと推測される。しかし研修前後のEESR比較では、SSE得点は統計学的な差はないものの上昇傾向にあり、SISE得点は有意に減少していた。EESRは、他者の感情を感じるアプローチであるSSEと、認知するアプローチであるSISEに大別され、自他の個別性のあり方を評価することが可能であることから(角田、1994)、研修後の看護師は、認知症患者のケアに困難さを感じながらも、認知症患者の持つ感情を理解しようとしていたと考えられる。

しかし、EESRの類型比率に変化は認められたものの、角田によれば、SSEのみ高い状態である『共有体験をしながらも自己中心的な観点から自らの体験を捉える、未熟な他者理解である同情』と、『能動的また想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験する共感』、すなわちSISEが高い状態との差異が重要とされる。自己と他者の個別性の認識が確立されることにより共有体験が他者理解につながる(角田、1994)といった、真の意味での自己理解、他者理解につながる両向型の増加や、SSEとSISEの有意上昇は示されておらず、本研修による真の共感までには至らなかったことが示された。一方、共有経験と共有不全経験の両者が低い両貧型の割合が減少した結果から、研修終了後約2週間という短期介入でもセルフ・エンパワメントの初期段階は達成されたと示唆される。

EESRの類型の、対人関係そのものが弱く共感性が最も低いとされるSSEが最も低く、SISEが最も高い状態の「両貧型」をみると、研修後「両貧型」は、他者理解を可能にする4つの類型の中で最も高い共感性をもつ「両向型」と、自他との相違を意識しにくい未熟な共感・つまり同情である「共有型」と、他者とかかわりを持とうとしながらも自己と他者の間に耐えがたい障壁があり孤独感を持ちやすい「不全型」へ、ほとんどが分散し変化していた(図2-7、本論文P41)。認知症患者との意思疎通にはその人のもつ価値観を共有する、認知症患者へ共感的態度が必要となる(西垣、栗原、2018)。本研究のエンパワメントモデルに沿った意思の表出を促すコミュニケーション法は、患者の行動や言動に関心を持ち意味を読みとることを基本的姿勢の一つとしている。認知症看護の質を高める為の活動を始める前の看護師は、認知症看護に特別な関心を持っていない(中筋、2018)。したがって研修前にEESRの類型が「両貧型」であった看護師は、パワーレスネス状態であり、認知症患者への興味関心をもってコミュニケーションを取っていなかったと推測する。さらに共感経験尺度は過去の体験に基づいた結果であり、両貧型の有意な減少は、研

修後に認知症患者と関係性を持つ体験があったことを裏付ける結果となった。

認知症患者との意思疎通にはその人のもつ価値観を共有する共感的態度が必要であり、研修受講直後に、自分の取り組む課題が具体化したと 43.4%が回答していることから、本研修がきっかけとなり共感が困難な認知症患者と関わる中で、患者の行動や言動に関心を持ち、その中に意味を読みとろうとする実践があった事が伺える。しかし60分2回の短期介入の研修だけでは、高い共感性が醸成されないことが示された。セルフ・エンパワメントの次なる段階を目指すには、他者と自己との個別性の認識を高め、「他者の気持ちがわからなかった経験を明確に意識する」につながるような、深い共感を目指す必要がある。角田（1998）によると「共感体験に一喜一憂するのではなく、相手への理解に体験をどう結び付けるかである。」と述べているように、自身の体験に着目する内省により感受性が高まると考える（菊池、1998）。

概括的な共有経験に加え、看護師が体験している困難を感じた事例に対し、気持ちがわからなかった共有不全経験を意識できる教育研修を検討し、看護師のエンパワメント達成へ向けた研修についてさらなる実践や修正を重ねる必要がある。

第6節 要約

意思表示が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワーlessness状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表示を支援するエンパワメントモデルを用いた研修を実施し、その効果を検討することを目的とした。研修は認知症患者の限度や行動に対する価値観の共有につとめ意思の表出を促すコミュニケーション法について、応用編、基礎編に分け2回実施し、1回目と2回目は1週間間隔を空けた。パワーlessness状態については、困難感7項目の4尺度と、うれしかった事の有無の2尺度とその理由について、意思表示の支援する共感性についてはEESRを用いて統計学的処理を行った。その結果、研修前後のパワーlessness状態の比較では、情けなさ、無力感、緊張感、いらいら感、苦手意識を感じるの、5項目が研修後は有意に改善していた。「困ったこと」で示される困難な事態に変化はない状況下でも、研修参加により情緒的な安定がはかられたことが推測される。特に情けなさ、緊張感、いらいら感といった項目で有意性が高く、ケアに伴う易刺激性の軽減効果が示唆された。

また研修後は、EESRにおいて、共有不全経験尺度SISE得点が有意に低下した。さらに4つの類型の中で対人関係そのものが弱く共感性が最も低い両貧型は、対人関係そのものが増える両向型や共有型、不全型へと変化し、研修後の類型が有意に減少した。すなわち、看護師はどのように対応すれば良いかわからないと、諦めていたパワーlessness状態であった現状から、認知症患者の行動や言動に関心を持ち、その中の意味を読み取ろうとする実践があった事が伺える。

しかし、真の意味での自己理解、他者理解につながる両向型の増加や、SSEとSISEの有

意上昇は示されておらず、本研修による真の共感までには至らなかったことが示された。一方、共有経験と共有不全経験の両者が低い両貧型の割合が減少した結果から、研修終了後約2週間という短期介入でもセルフ・エンパワメントの初期段階は達成されたと示唆された。セルフ・エンパワメントの次なる段階を目指すには、本研修の60分2回の短期介入だけでは、高い共感性が醸成されないことが示されたことから、他者と自己との個別性の認識を高め、他者の気持ちがわからなかった経験を明確に意識し、認知症患者を理解する体験につながるような、深い共感を得られる教育研修を目指す必要がある。

今後の課題として、概括的な共有経験に加え、看護師が体験している困難を感じた事例に対し、気持ちがわからなかった共有不全経験についても意識を向ける教育研修を検討し、さらなる修正を重ねる必要がある。

第3章

研究2. 認知症患者の意思表出支援がパワーレスネス状態にある看護師のセルフ・エンパワメントに与える影響と関連要因の質的分析

第1節 研究目的

認知症のケアに関わる看護師は、治療のためのチューブ類を引き抜く、興奮状態、せん妄などのBPSDの出現、コミュニケーションがはかりにくい、患者に代わり意思決定する、といった困難(本間、2006)、(千田、水野、2014)、や疾患の治療や処置が優先され、個人の尊厳や権利擁護が図れないなどの課題を有している(鈴木、2014)、(安田、松島、他、2017)。こうした状況に伴う、看護師の無力感や自己効力感の低下を防ぐには、行動変容を導き活用できる有効なケア研修などが求められている(北川公子、他、2018)。また困難感の程度やどのような看護師が困難感を強く持つのか、などの関連要因は明らかになっていない(川村、鈴木ら、2018)。川村ら(2020)による、一般病院の看護師に対し困難感の現状を内容分析した結果、認知症の症状に関連する困難には、暴言暴力への対応、認知症独特の対応、意思疎通、安全面の順であり、認知症患者に対し看護師が持つ困難感はほとんど改善されていない。近年、評価尺度が開発されつつあるものの認知症看護においては、課題や問題定義に関する研究が多く(塚越、二渡ら、2021)、(菅谷、2020)、(小山、村山、2011)、(浦島、グライナーら、2020)。困難に対する課題解決が図れていない現状の中、自己効力感の低下が懸念され、離職の要因ともなりうる(谷口、別府ら、2014)。したがって、看護師の自己効力感を高める教育やスキルアップへの検討が重要と考える。

研究1において、一般病院の看護師を対象にした認知症患者への意思表出を促すセルフ・エンパワメントモデルを活用した研修を行うことで、看護師が対応困難と感じる情緒的頻度が減少し、パワーレスネスの低減の示唆を得た。また、研修前後で共感経験尺度改訂版(EESR)の変化を比較した結果、真の意味で自己理解、他者理解に至らなかったものの、看護師が認知症患者に対し、行動や言動には何かしら意味があるとした共感を持ち、意思表出を促す実践を行った結果、共感性の初期段階となることを確認した。しかし、この結果は対照研究デザインに基づくものではなく、研修によるホーソン効果の影響は否めない。

看護師を対象にしたエンパワメントの定量的評価として、介護福祉士の職務エンパワメント尺度(泉、2014)、日本語版精神的エンパワメント尺度(渡辺、金井、2019)、キャリアデザインと精神的エンパワメントに関する報告(笹本、2020)、家族エンパワメント尺度(佐藤、荒木田、他、2020)などの進展がみられている。定性的評価としては、看護実践に関する報告(野瀬、鈴木、他、2017)、家族心理教育プログラムの実施に伴うもの(根本、2017)、患者と病棟の看護師の相乗効果の検討(野瀬、鈴木、2017)であり、量的な検討は進んでいるものの、その背景にある要因に関する質的な研究報告はまだ少ない。認知症看護を取り巻く現状から、看護師の自己効力感を高める教育やスキルアップするには、どのような

ことが起こり、どのように看護師のパワーレスネスの低減につながったのかを、質的に検討する必要がある。

看護師が実践する意思表示の支援の内容を可視化し、セルフ・エンパワメントに影響する要因を知ることは、意思疎通が困難な認知症看護における解決の糸口となり、組織エンパワメントとの相互作用を検討するうえでも意義がある。本研究は、認知症患者への共感を中心とした意思表示を促す看護実践において、認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因を質的に分析することによって示唆を得ることを目的とした。

用語の定義

エンパワメント

「看護師が患者に抱くネガティブな感情の払拭や困難感の軽減により看護師としての本来ある能力を発揮する力を高めること」

パワーレスネス（桑原、2014）、（久木田、渡辺、1998）らの定義を参考

「看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や、困難感の蓄積により、自分の力ではどうにもならない、どんなに努力しても無駄だというあきらめの感情や消極的な受け身の状態である無力感」

第2節 研究方法

1) 研究デザイン

一般病院において、セルフ・エンパワメントモデルの研修を受講した認知症看護を行う病棟看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因について、示唆を得るために半構造的面接による質的記述的研究とした。

2) 対象者

一般病院の病棟に勤務し3ヶ月以上認知症患者へ看護を実施しており、価値観の共有につとめながら意思の表出を促すコミュニケーション研修会の基礎編、応用編に共に参加した看護師23名の中でインタビューの協力が得られ、共感経験尺度であるEESRが両貧型から他の類型に変化した7名を対象者とした。両貧型は感情を内省できる力や、自己と他者への興味や関心が4つの類型の中で最も低い（角田、1997）ため、パワーレスネスが低減されると捉えられた。属性については性別、年齢、資格、経験年数、過去に参加した研修会とした。

3) 調査期間

令和2年8月24日～令和2年9月31日

4) 研修会実施（データ収集）までの手続き

群馬県内の一般病院の3か所に連絡し、協力意向の回答があった1施設の院長と看護部

長の承諾を得た後、病棟看護師長に研究に関する説明を口頭と文章で行い同意を得た。その後、病棟看護師に対し病棟に研究協力説明会のパンフレットを掲示してもらい希望者を募集する。説明会に参加した希望者に研究に関する説明を文章と口頭で行い、研究協力の意向が確認できた者に対し同意書を取り交わし研修会を実施した。

5) 研修会の実施方法と研修概要

認知症患者の価値観の共有を図り意思の表出を促すコミュニケーションの研修会(以下、研修会)を、エンパワメントモデルにそって実施した。基礎編、応用編として各1回ずつ実施し、基礎編後1週間程度間隔をあけ応用編を実施した(図2-1,本論文P34)。基礎編、応用編とも参加者が実践した困難事例を題材として、双方向の参加型の手法をとりいれながら、患者であるその人がもつ価値観の共有に努める看護師の態度と姿勢について説明した。研修会の時間は自記式質問紙調査の記入及び、質疑応答を含め60分以内とした。また1回に参加する受講者は2~6人以内と静かな環境と適度な広さの施設内の場所を準備してもらい、看護師個々の質問に対応できるよう配慮した。

6) インタビューデータの収集方法

インタビューは受講者の中から希望者を募り、応用編研修会の2週間(1回目の研修会実施後20日目)以後に個々の希望時間にあわせて実施した。インタビュアーは研修の講師を担当した受講者とは初対面でない研究者自身が担った。インタビューの形式は半構造化面接とし、研修内容のうち「意思疎通を図る上で困ったこと」「ケアをしているときに困難を感じたこと」「ケアをしていて嬉しかったこと」「ケアの説明をするときの言葉かけで工夫したこと」「認知症患者への印象」などの題材を中心に、自由に語ってもらえるようインタビュー時間は30分程度とした。また、プライバシーが保持されリラックスして語ってもらえる個室で実施し、許可を得てメモを取り、ICレコーダーに録音した。インタビュー終了時に参加者にメモを見てもらい内容に相違がないかをその場で確認した。基本属性は自記式記述形式として年齢、性別、看護師経験年数、部署での経験年数に関するデータをその場で収集した。

分析方法

(1) 分析手法

分析はStep for Condng and Theorization(SCAT)の手法を用いて質的分析を行った。SCATは、大谷によって開発された質的分析理論化の方法であり、4ステップより構成されている。分析の過程が明示的に残るため分析の妥当性が担保されている手法である(大谷、2008)。また恣意的な分析を防ぐ仕組みを有しており、データに根差した分析が可能である。さらに、一般性に当てはまらない具体性や個別性をテキストから潜在する意味を探り出す点から、少ないデータにも活用が可能となっている。SCATは分析手続きに概念の高次化を

行っているが個別に出てきた複数の結果を統合する際に、改めて階層化して示すことは構わないとしている。(大谷、2019)。本研究においては、認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因の了承性が高まるとし SCAT により得られた理論記述のカテゴリー化を行うこととする。

(2) 分析手順

SCAT の分析は、以下の手順で実施した。

- ① 語られたデータを、研究テーマにかかることや、気になる言葉について EXCEL を用いてデータとして逐語録に起こす。
- ② 語られたデータをひとまとまりごとに文 (テキスト) にする。
- ③ テキストにある内的現実や内的過程を読み解き着目すべき語句や文を抽出する。
- ④ テキストにない概念や言葉により文意を補う。
- ⑤ 説明を加えテキスト外の概要とする。
- ⑥ ②～⑤の全体を見渡しテーマや構成概念を抽出する。
- ⑦ データに記述されている出来事に潜在する意味や意義を主に⑥で記述したテーマを紡ぎ合わせたストーリーラインを記述しその中に含まれる理論を検討し理論記述とする。
- ⑧ ①～⑥を終了後、認知症の看護を実践する看護師のエンパワメントに影響する要因について、⑦で得た理論記述のテキスト引用より、テキスト概要、サブカテゴリー、カテゴリーを生成する。
- ⑨ ①から⑦の手順を研究者が一人で担い、⑧より質的研究に精通している社会福祉学の研究者であるスパイバイザー 1 名と数回に渡って相互の意見が一致するまで検討した。

第3節 倫理的配慮

本研究は、高崎健康福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得た (2020 年 7 月、承認番号 2024)。研究対象者へ研究の主旨と目的、協力内容、自由意思、拒否権、同意撤回、匿名性の担保、データの管理方法、個人情報 の保持、研究終了後のデータの廃棄方法などについて文章と口頭で説明し同意書を取り交わした。

本研究において企業などとの利益相反はない。

第4節 結果

1) 対象者

看護師 7 名の属性は、女性 6 名、男性 1 名であった。年齢は平均 45.7 歳 ± 6.2 歳であった。両貧型から変化した類型は、両方型 1 名、共有型 3 名、不全型 3 名であった。

(表 3-1、本論文 P50)

EESR の類型が両貧型から他の類型へ移動した 7 名のインタビュー 時間は 21 分～32

分であり、合計176分で一人平均25.1分であった。

表3-1 両貧型から他の類型へ変化した看護師の属性

両貧型から 変化した類型	性別	資格		年齢	経験年数		
		看護師	准看護師		3～5年	5～9年	10年～
両向型	女性	○		60歳代			○
共有型	女性	○		60歳代			○
	女性	○		20歳代	○		
	女性	○		40歳代			○
不全型	男性	○		40歳代			○
	女性	○		60歳代			○
	女性	○		40歳代			○

2) SCATによるテキストの分析結果

分析対象となった参加者7名のインタビューデータより抽出されたテーマ・構成概念より【カテゴリー】、《サブカテゴリー》、<概念>、「テーマ・構成概念」として、認知症患者へ看護していて困ったこと、患者の意思の表出を促すうえで注意したこと、意思表示の支援を実施してみて嬉しかったこと、認知症患者への印象の変化についての4つに分類し分析した。テーマ・構成概念は188であった。

ストーリーライン

① A氏（両貧型から両向型）

看護師の困難感、抑制による興奮が強度な患者に対しケアが出来ない不全感をもっていたことであった。患者は常に精神的興奮と意識の朦朧状態であった。看護管理者と協働介入した結果、患者には、苦悩があることがわかった。患者の訴えを聴くことにより、患者には、自己喪失感があったと知り、看護師役割を果たすために環境に配慮しながら対話を行った。その結果患者の不信感を払拭し納得できる看護が提供できた。看護師は、これまでと異なる看護が提供できたと実感した。また、看護師は患者と一緒に未来の目標を立て看護の検討を行ったことによって、患者のエンパワメントが発揮され患者は、自立行動がとれるまでに変貌した。看護師は、上司から看護師としての判断や行動に対して、承認されたことによって、患者に対する不全感が減少された。患者を中心にした患者に伝わる意思表示の支援は、看護師が患者に対して、自身の価値観を押し付けていたことへの気づきとなり、安楽なケアの継続を可能にした。また表面的な捉えでなく、研修の学びを仲間であるスタッフに伝達することで、具体的な看護や、多面的な提案に変化することを実感した。患者からにじみ出る人柄に触れることは、受け持ち看護師としての責任感と看護師としての喜びにつながった。看護師として、患者の目標を達成した満足感と共に、改めて真のニーズを把握するという、共感への困難さを感じていた。さらに、看護師は、患者の存在を意識し、看護の達成感を分かち合える職場環境があることを認識できた。看護師は、認知症患者は記憶障害があるというだけで自身の偏見があったことを認識し、看護師

の責任感を目覚めさせた。

患者の転棟による環境変化の弊害への対処と患者の排泄の自律を維持するために、看護師は、患者へ言葉かけを続けることで、患者の意思表示を促すことの重要性を理解できた。患者に対する心理的虐待を自身で阻止し、寄り添い、意思を聞く対応となり、自信の変化を実感していた。

② B氏（両貧型から共有型）

看護師の困難感、以前から気になっていた患者がいたことであった。その患者に対し傾聴を実践し、精神的興奮状態への対応を行った。患者の不穏の原因を推測しながら総合的な判断を行うことで、患者のニーズを満たしたといった精神的な安堵感を得ることができた。患者の不穏状態の解決を促したことに、これまでの自身の看護を省察するに至った。自身の傾向であった看護師の焦りが、患者へ伝搬することに気づいた。また患者の意思表示への意味と重要性を認識できた。これらによって、認知症看護へ抱いていた困惑感の消失に至った。看護師は、病棟でのカンファレンスの際に、患者の入れ歯の扱いに対する検討を実施した際、患者の価値を優先する視点を持ち、原因となる確信をもった意見交換が出来たと感じていた。認知症患者に対する自身の中にある偏見の存在を省察することにより、研修で得た意思表示の支援に新たな価値を見出し、患者に対する共感の価値を認識するなどの実践を重ねることで、繰り返し看護師が過去に実施していた看護への省察するに至った。

③ C氏（両貧型から共有型）

看護師の困難感、内服薬は治療と認識していない患者に対し、患者と看護師の観念の相違を感じたことであった。患者は、医師への不信感と同時に内服薬の服用を自己選択しており、服用を拒む言動があった。そこで患者に選択肢を示したところ、上手くいったことでケアの価値を認識した。その体験は患者に選んでもらうケアに対し、今後も続けたいと強い思いを持つ結果となった。これまで持っていた、認知症患者とは意思疎通は図れないという思いから脱却し、意思疎通を図るための基本的な技術として認識していた。また昼夜逆転し、日内リズムを整える必要性のある、患者の目標に沿った提案を行っていた。看護の内容を、患者に具体的に分かりやすく伝える工夫により、認知症患者へのコミュニケーションスキルがアップしたと感じていた。患者の思いを傾聴する看護師の姿勢は、認知症患者の思いを特別な理由ではない話であっても、ただ聴くことの重要性の理解を深めていた。意思表示を促し、傾聴することによりニーズを満たす看護は、認知症患者への偏見の払拭と看護師としての自信となり、看護の専門性と患者を思いやる優しさをもったケアとしての重要性を認識させた。

④ D氏（両貧型から共有型）

看護師の困難感、患者の不明な行動や思いがあり、自身の意思と反したつらい状態に対し、患者の思いへの推測の困難さであった。また患者に対する行動制限への罪悪感をもっていた。ニーズが読み取れないことや、患者に対し声をかけづらいため意思疎通が困難な患者であった。どうすればよいか苦悩する状況であった。しかし、傾聴による意思表示により、相手に受け入れられない記憶を消し去り、スムーズな意思疎通が図れ、本来の患者の姿に接し気軽に患者に声をかけることが出来た。患者の危険な行動に対し、看護師とし行動制限を行う時には、患者の行動の理由を不明なままにせず、事実を確認する重要性があると知った。患者は、リロケーションダメージがあり、そのことを表現できない思いや考えの存在していることが解った。看護師は患者を中心にし、価値観の共有と、患者のもつ力を見つけ、非言語的なメッセージの受け取りにより、患者の行動を状況から推測していた。そして、自己決定を可能にする選択肢を提示し、患者に寄り添うことを伝える実践をしていた。患者の行動の裏に隠れた、患者のニーズを知ることができた。研修の学びを実践したことによって、仕事への努力と共に、患者のもつ可能性について考え方が変化した。また患者への深い洞察と共に、決して諦めない気持ちを育てていた。解決への糸口を探す態度として、患者の行動より洞察し不明な場合は、他の看護師へ相談し、看護の視点の拡大を図っていた。看護師は、患者の行動と感情の共感により、身体拘束をする必要がなくなり、これまでにあった看護の困難感、過去の記憶となった。認知症患者は、道具を使用できないという思いこみや、患者に対する不快な思いは消え去り、患者のもつ可能性やもてる力を信じることで、ナースコールを押せる人になる結果を得ていた。また、看護師は、過去の自身に対し洞察力の不足があったと悔恨し、患者の行動を意味づけられた体験により、相手への深い洞察への価値と問題を解決できない不全感からの脱却を感じていた。しかし、過去のケアへの深い悔恨は、患者のニーズに則したケアへの自信にまでには至らなかった。研修で得た患者への選択肢の提示は、患者から感じる精神的な安らぎや患者中心の看護への微かな自信の支えとなり、状態が一定でない認知症患者であっても、患者の意思を知ることにつながると思っていた。そして看護師本位でない実践であり患者自身で決められる力を活かすと感じていた。

⑤ E氏（両貧型から不全型）

看護師の困難感、患者は目が離せない状態のうえ原因不明の焦燥と悲しみがあると推測された患者であった。患者が何か困っていることがあると判断した時は、患者の感情に届く会話につとめた結果であった。最初は、患者が確信の無い返答であったため、看護師としての洞察力の不足を感じた。患者を苦しめる理由を知る手掛かりとして、看護師は患者へ率直な質問を投げかけ患者からの返事を聞き「何かおかしい」と直感した。患者の深刻さを察知できる表情から患者への強い共感を覚えた。そして患者の思いを知ろうとする

態度の変化により、患者の意思を確認できた時の安ど感と共に意思表出できない患者の苦しみを共感した。それは感情の浄化した実体験からの共感であった。自身の体験と重ね共有できた看護師のこの体験は患者の思いを知ることとなり、安心できる看護の提供を実感するに至った。それ以前の看護師の対応が、患者の曖昧な返答により、患者の心理的重圧と負担感となっていたという、不完全な対応であったと認識していた。研修により学んだ具体的な選択肢の提示の実践により、聞く技術の定着に変化した。また、自身の積極的な介入姿勢への変化は自己の成長を実感すると共に、新たな知識と技術の修得意欲につながった。さらに、認知症患者に対する対応の常態化から変化し、異なる患者が信頼できるケアのあり方を認識するきっかけとなり、実践に活用可能な研修であると認識していた。

⑥ F氏（両貧型から不全型）

看護師の困難感、患者の意図しない症状や表出困難な患者の意思に対しケアする側の偏見であった。しかし認知症に対する理解や意思を傾聴する姿勢の大切さと選択肢の提示による意思の表出を行っていた。看護師は、研修で得た視覚刺激による提示と非言語的手段による意図的なケアが、患者の社会性への覚醒を促すことや日常の暮らしの促しとなっていたと知った。それは自分の想定外の着想であり創造したことない看護であった。患者の意思表出が容易になるよう、選択肢の提示の際は、体調に配慮した判断をした。また、快刺激を提供したい思いと共に、寄り添う姿勢を持ちながら、過去の看護師自身の看護の姿勢への省察を経て、患者と向き合う態度へ変化した。これまでとは異なるゆとりのある対応により、患者の理解力の程度は不明であっても、意向を知ろうとする姿勢が大切だと知った。さらに、ゆとりある態度を重要視し、意思がある人と捉える姿勢によって、患者の意向を聴くことを実践した。これまでの自分本位の対応と、性急なケアをしていた悔恨の機会となり、自身が患者にとっての環境要因となることを意識できた。そして、精神的なゆとりによるミラーリングや患者の世界観を感じようとすることで嬉しい結果への確信を得た。このように過去のケアへの省察によりは、今後の自身への具体的な課題を持つこととなった。認知症患者との会話を楽しむうちに、患者の劇的な変化を感じ、ポジティブな会話と患者のもつ価値感を重視し、認知症患者を人として尊重するに至った。このように認知症を問題としない思いは、認知症患者を人として再認識することにつながった。

⑧ G氏（両貧型から不全型）

看護師の困難感、皆無であった。しかし自身のもつケア時の高揚感の低下がないことを感じ、選択肢を提示することを取り入れ、認知症患者の自己決定を支援するに至った。患者のニーズを推測しながら、混乱のない情報提供を行うことによって、認知症患者に対し自分が不理解であった事実を、自身の傾向を振り返る中で感じられていた。それにより患者理解への課題を認識することに至った。このように、選択肢を示す効果の実感を得た

ことは、看護師自身の精神の安定となり、認知症患者は意思をもった人として尊敬し傾聴することの意義と実施の決意へつながっていた。

3) 概念表 (表3-2~5、本論文P60~63)

(1) 「最近認知症患者へ看護していて困った出来事」 (表3-2)

【パワーlessness状態になる】は7のテキスト引用、2テキスト概要、1のサブカテゴリーから生成され、「医師の指示を忠実に遂行、看護師の要求に沿えない患者の行動」の<治療や介入方法がわからない>、「どうすれば良いか思い悩む」の<看護師として理念が揺らぐ>などにより<<対応方法がわからない>>などの内容であった。

【意思疎通が困難である】は14のテキスト引用、3テキスト概要、2のサブカテゴリーから生成され、「相手の行動や思いが不明」の<患者の言動や背景や思いが理解できない>により<<言動の背景や思いを理解できない>>、意思疎通が困難」の<言語による意思疎通が困難である>により<<言語による対話が困難である>>、「説明に工夫が必要」の<理解できるように説明することが難しい>などの内容であった。

【看護師本位に進めたい】は、4のテキスト引用、1テキスト概要、1のサブカテゴリーから生成され、「相手をわかろうとする前に介入しない」の<理解できない為自己の感情をコントロールする>より<<看護師主導で対応する>>という内容であった。

(2) 「患者の意思の表出を促すうで注意したこと」についての分析結果 (表3-3)

【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】は16のテキスト引用、2テキスト概要、1のサブカテゴリーから生成され、「共感や患者の声を聴くことで真のニーズがあると把握」の<認知症の患者には表現できない思いがある>、「患者をもっと知ることを目標にする」の<患者の思いを知ろうとする姿勢をもつ>などより<<認知症患者の表現できない思いを知ろうとする姿勢>>などの内容であった。

【認知症者の人としての権利を守る】は10のテキスト引用、2テキスト概要、1のサブカテゴリーから生成され、「相手に受け入れられないケアの記憶」「解決できない場面がある」などの<不全感を思い出す>、また「諦めなければ解決の糸口があるとわかる」などの<自分で決めることの価値を意識する>より<<認知症患者自身で決めることの価値を認識する>>などの内容であった。

【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】は40のテキスト引用、5テキスト概要、3のサブカテゴリーから生成され、「患者が安心するケアの工夫」の<安心・快を得られるケアを工夫する>により<<精神を安定させる>>。また、「病態をアセスメントし患者の何気ないしぐさや言動に着目し不穏の原因を推測する」の<しぐさや言動に着目しニーズを探す>により<<ニーズを読み取る>>。「認知症患者でもわかるように複数の選択肢を見せる」の<選択肢を示し選んでもらう>、「言語だけでなく視聴覚を刺激し理解を促す」の<意思

疎通が図れるよう工夫する>。「意思表出を促す工夫」の<意思決定を促す>などにより<<選択肢を示し選んでもらう>>などの内容であった。

【同僚と同じ目標を持ち取り組む】は 6 のテキスト引用、1 テキスト概要、1 のサブカテゴリーから生成され、「病棟看護師皆で取り組む」の<病棟スタッフ皆で取り組む>により<<皆で連携し取り組む>>という内容であった。

(3) 意思表出の支援を実施してみて嬉しかったことについての分析結果 (表 3-4)

【認知症患者を正しく理解する】は 16 のテキスト引用、2 テキスト概要、1 のサブカテゴリーから生成され、「看護師の自分を覚えていたという意外性」の<自己の中にある偏見に気付く>。および「認知症患者の思いがあると知る」の<人としての価値に気付く>などより<<認知症患者への偏見を払拭する>>の内容であった。

【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】は 28 のテキスト引用、4 テキスト概要、2 のサブカテゴリーから生成され、「患者とスムーズな意思疎通を図ることにより信頼関係の構築」の<相互関係作用を実感する>による<<認知症患者との信頼関係を構築する>>。「患者のニーズを満たしたことを確認する」などの<看護する達成感を味わう>。「自己のケアのあり方をふり返る」の<自己のケアに関する深い省察を得る>。「認知症患者の苦手意識が変化する原動力」の<パワーlessnessが軽減する>などにより<<看護師としての自信と達成感を味わう>>などの内容であった。

【自己の成長を実感する】は 8 のテキスト引用、1 テキスト概要、1 のサブカテゴリーから生成され、「研修で得た具体的な方法を実施する」の、<研修で得た知識を実施する>。「人に相談してケアを決める」の<相談するようになる>などより<<ケアの仕方が変わる>>の内容であった。

(4) 認知症患者への印象の変化についての分析結果 (表 3-5)

【認知症患者への偏見があったことに気づく】は 21 のテキスト引用、3 テキスト概要、2 のサブカテゴリーから生成され、「共感への困難さを感じつつも大切な患者となる」の<大切な患者>により<<向き合うべき患者となる>>。「ケアする側の問題」などの<病状を理解したケアが必要な人>。「その人が認知症になったと認識する」の<医療を必要としている人>などの<<認知症でない人と同じ看護の対象者となる>>などの内容であった。

【変化はない】は 3 のテキスト引用、1 テキスト概要、1 のサブカテゴリーから生成され、「自信が変わったことを意識できない」の<変わったことがわからない>により<<変わらない>>の内容であった。

第5節 考察

SCAT で得た結果に沿って考察する。

1) 認知症患者へ看護して困ったこと

認知症は認知力が低下する進行性の疾患であることは知られているが、病名につきまとうマイナスイメージが先行し（松尾、2018）、事実が見えなくなり病気だけを見ている状態が困難感の要因にある。対応に困難感を感じている認知症患者に対して看護を実践するには、相手の行動や言動よりその意味や価値をとらえようとする共感的態度が必要であるが、この共感的態度は他者に対しわかった面とわからない不全を同じ様に感じとれる成熟を意味する（中坪、瀧名 2019）。EESR が両貧型から変化した7名は年齢や性差、経験年数共に特徴は特に無かった。両貧型は他者との対人関係性が弱く共感性が最も低いとされている。したがってこれらの困難感は過去の共有経験の結果であると考えられる。また、認知症患者の《対応方法がわからない》ために【パワーレスネス状態になる】や、《言動の背景や思いを理解できない》、《言語による対話が困難である》の患者と看護師間に生じる【意思疎通が困難である】のカテゴリーなどは、両貧型の共有経験も不全経験も共に低いことから脱却し、患者に介入を試みた結果であり無関心、無気力でない状態に至ったからと考える。

心理学では共感性を形成する認知的アプローチは他者を知覚し何であるかを判断し解決するプロセスを指す経験によって影響される（羽鳥、石井、2013）。認知症患者とのかかわりにおいて、感じた困難そのものを不全感として意識し、他者を知覚していると考えられる。さらに「理解はできないため自己の感情をコントロールする」の概念より《看護師主導による対応となる》サブカテゴリーから【看護師本位に進めたい】のカテゴリーについても患者を理解しようとしてもできない共有不全経験によるものと捉えられる。

以上の事より、認知症患者へ看護する看護師には【パワーレスネス状態になる】【意思疎通が困難である】【看護師本位に進めたい】のカテゴリーから、感情や思い込みが前提にあることが示され認知症看護ケアの問題を看護師自身が主体的に理解する上での重要な概念と考える。

2) 患者の意思表示を促すうえで注意したこと

7人の看護師は研修で得た知識を《認知症患者の表現できない思いを知ろうとする姿勢》をもって【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】を実践していた。これは、自分自身の偏見や先入観、決めつけを再検討し患者の意思を読み取ろうとしている（源、2003）結果と捉える。《認知症患者自身で決めることの価値を認識する》は、その人らしさへの支援につながる（黒田、船橋、2017）行為であり【認知症者の人としての権利を守る】ことを意識できた結果と考える。認知症患者はたとえ認知機能が低下していても、意思や感情があること、適切な支援やケアにより日常生活を維持できることは周知されている。意思疎通を図る手段を言語だけに頼らず、患者のしぐさや表情、行動より患者の心

情の読み取るにはコミュニケーションの技術が影響し、口調や語調が相手に与える印象を変えることは知られている(山田、2020)。したがって看護師が患者をわかろうとする姿勢が、患者に伝わり認知症患者とのコミュニケーションの送信・受診の障害の程度を減少させ患者の意思の表出を促したことが伺える。

また認知症患者に対し<安心・快を得られるケアを工夫する>による<<精神を安定させる>>行為は、興奮や怒りを鎮め<<ニーズを読み取る>>ことを容易にする(久間、淵田、2020)。さらに<<選択肢を示し選んでもらう>>介入により【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】ことが可能となり、認知症患者が意思を表出しやすい要因となったと考える。しかし、認知症看護は一人で実施することは、不可能であり積極的に患者と向き合うことにより<病棟スタッフ皆で取り組む>行動は連携という一体感を生む。同じ目標を共有する連携はチーム医療に基づく実践となっていたと捉えられる。<<皆で連携し取り組む>>を病棟で実施するうえでは【同僚と同じ目標を持ち取り組む】必要があり、1人の看護師の行動が組織に影響を与えていたことを示唆している。医療はチームで実施されるが、個々の実践から成り立っており、変化する患者の状態や治療内容などをタイムリーに共有する情報交換が必須である。特に認知症看護はチームで取り組むことにより患者にとって安心できる環境づくりができる機会を得ていたと考える(中田、直原、2017)。

以上の事より看護師が研修後に認知症患者への意思表示を促す実践において注意した、【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】、【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】などのカテゴリーは、認知症ケア時の看護師の態度が重視されており、セルフ・エンパワメントの心理的側面と捉えられる(久木田、1998)。また、看護師がケアする対象である患者のパワーを引き出す「経験」のカテゴリーであり、パワーlessness状態の看護師が取り組む課題として重要な概念と考える。

3) 研修後意思表示の支援を実施してみて嬉しかったこと

看護師の成長を意味する経験知とは状況の中で思考と行動を繰り返す習慣の中で生まれる。また患者の「認知」は繰り返される経験によって影響される(Benner、Hooper、etal 2005)。両貧型から変化した要因には<自己の中の偏見に気付く>、<人としての価値に気付く>など<<認知症患者への偏見を払拭する>>経験を積んだことが影響したと考える。これは研修で学んだ意思表示の支援を実践した結果でありこの経験知により【認知症患者を正しく理解する】につながったと考える。また意思表示の支援を実践により、接し方も分からず戸惑っていた看護師が<<認知症患者との信頼関係を構築する>>に至る経験と同時に、<<看護師としての自信と達成感を味わう>>により、満足感と喜びを実感することが出来【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】に至った要因と考える。<研修で得た知識を実践する>や他者活用である<相談するようになる>は、新たな看護の知識と技

術を自分のものとして定着するプロセスとなり《ケアの仕方が変わる》ことを実感させ【自己の成長を実感する】きっかけとなったと考える。これまでは困難だと思っていた問題解決の糸口を見出し自己の成長を実感する経験は、看護師として患者の役に立ちたいという欲求を達成させやる気の源泉となる心理的エネルギーとなった(坂野、前田, 2016)と考える。

以上の事より、認知症患者の意思表出を促す実践は【認知症患者を正しく理解する】機会となり、実践した結果を「振り返り」となっていたと考える。看護の喜びを実感する経験により【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】や【自己の成長を実感する】などのカテゴリーは、認知症患者と互いに共鳴し合い成長する自身の姿を「洞察」に至ったからと考える。実践を「振り返り」自身の成長を「洞察」する内発的な動機付けとなるセルフ・エンパワメントに影響する中心概念と考える。

4) 認知症患者の印象の変化

意思表出支援の実践は、認知症患の思いに触れることにより《向き合うべき患者となる》、《認知症でない人と同じ看護の対象者となる》など自己の認知症患者に対する偏見に気づきは、【認知症患者への偏見があったことに気づく】のカテゴリーより、困った患者ではなく、自分の意思を持った人として向き合えたからと考える。しかし認知症看護は単に疾患を意識した偏見が払拭されただけでは解決できない多くの倫理的問題がある。したがって患者のニーズを満たせても自分自身が<変わった事がわからない>ジレンマや<良い結果を出せなかった情けなさ>を持つなど看護師として抱く【変化はない】のカテゴリーは、得た体験や看護師としての目標や価値観によっても異なると考える。

以上のことから、意思表出を促す実践により看護師の認知症患者への印象の変化には【認知症患者への偏見があったことに気づく】の自身の内面に起った「変化」をイメージするカテゴリーであり、看護師の内面に生じる自己知覚は、研修後に認知症患者の意思表出の支援を実施することにより生じたプロセスと関連しており、看護師のセルフ・エンパワメントに影響する概念と考える。

5) 認知症看護のセルフ・エンパワメントに影響した要因

両貧型は個別性の認識が弱く個としての自他の区別をはっきり認識できない、つまり自分と他者は異なると認識できない為、他者を肯定も否定もしない特徴があり、共感性は低い(角田, 1994)。しかし【パワーlessness状態になる】、【意思疎通が困難である】、【看護師本位に進めたい】などのカテゴリーが、認知症ケアの困難として生成された。看護師は、患者の困り事や抱いている苦痛を知ろうとする意思表出を促す支援の介入により、負の感情や思い込みが前提にあったことを認識できたことは新たな発見となったと考える。自身では意識していなかった驚きや、疑問、当惑といった体験そのものが内発的動機づけとな

り、わかろうとする「知的好奇心」(滝沢、1998)に至り、看護の問題として解決をはかろうとする原動力につながったと考える。

認知症患者の意思表出を促す際に【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】、【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】などのカテゴリーは、意思表出を促す際の留意点である認知症ケア時の態度と捉えられる。エンパワメントの内発的な動機付けとして、看護師としての目標を意図的に達成するという、過去の看護との違いを生み出したことを知覚する「影響感」や、こうなりたいという観点から判断された看護師個人の目標や目的の価値を意味する「有意味感」、「自己決定の意識」と同様の意味をもつと考える(安梅、2004)。

また、認知症患者の意思表出を促す実践は【認知症患者を正しく理解する】機会となり、さらに看護の喜びを実感する経験により【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】【自己の成長を実感する】のカテゴリーは看護師としての内面の変化として、肯定的な自尊感情や目標達成、将来への希望感につながる「自己効力感」と捉えられ、これらの要因により内発的な動機付けが生じていたと考える。

さらにまた研修後に起こった認知症患者への印象の変化として【認知症患者への偏見があったことに気づく】のカテゴリーは意思表出を促す経験により自己知覚が生まれたからと考える。【変化はない】のカテゴリーを含め看護師自身の変化と相互に影響しあうと考える。

6) 意思表出を促す看護実践と看護師のセルフ・エンパワメントとの関連

セルフ・エンパワメントモデルに沿った患者の意思表出を促すケアにより、認知症看護ケアの問題を看護師が主体的に理解する上での重要な【パワーレスネス状態になる】、【意思疎通が困難である】、【看護師本位に進めたい】などの困難感を認識していた。これらの困難を前提に認知症患者の意思表出を促す際に【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】などのカテゴリーは、看護師がケアする対象である患者のパワーを引き出す「経験」であり、そのことにより、【認知症患者を正しく理解する】、【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】、【自己の成長を実感する】という実践した結果を「振り返る」ことで、自身の成長を「洞察」する内発的な動機付けとなっていたと考える。その結果看護師としての自身の変化を感じとることでパワーレスネス状態を低減したと推察する。そしてそれらの実践を通して、認知症患者に対する自身の変化を意識できない【変化はない】ものの【認知症患者への偏見があったことに気づく】などの自身の内面に起った「変化」をイメージするカテゴリーである自己知覚が生じていた。これらのカテゴリーは相互に影響しあっていた。すなわち患者の意思表出を促すケアを研修により学び実践した看護師は、セルフ・エンパワメントし続けられる「経験」、「振り返り」、「洞

察」、「変化」、の4つが循環していたと考えられる。

以上の考察より看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因図を作成した（図3-1、本論文P63）。

第6節 要約

認知症患者への共感を中心とした意思表示を促す看護実践において、認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因を質的帰納的分析により明らかにすることを目的とし、研修参加した看護師23名のうちでEESRが両貧型から他の類型へ変化した看護師11名の中でインタビューの同意を得た7名を対象に半構造化面接を実施した。分析にはSCATの分析を用い生成したテーマ・構成概念よりカテゴリー化を行った。

認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響した要因として、認知症患者に対する【パワーレスネス状態になる】、【意思疎通が困難である】【看護師本位に進めたい】などの感情（思い込み）が前提にあり、認知症患者への意思表示を促す実践において【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】、【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】といった態度が重視される「経験」をしていた。そのうえでの実践は【認知症患者を正しく理解する】機会となり、看護の喜びを実感する経験により【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】や【自己の成長を実感する】などの「振り返り」、や「洞察」といった内発的な動機付けが生じていた。さらに看護師の内面の「変化」には、【認知症患者への偏見があったことに気づく】、【変化はない】などの自己知覚が生まれることが示唆された。これらのカテゴリーは相互に影響しあっていた。

表3-2 最近認知症患者へ看護していて困った出来事

カテゴリー	サブカテゴリー	テキストの概要	テキスト引用
パワーレスネス状態になる	対応方法が分からない	治療・介入の方法が分からない	医師の指示を忠実に遂行。看護師の要求に沿えない患者の行動。患者と看護師が抱く治療に関する観念の相違。精神的興奮
		看護師としての理念が揺らぐ	身体拘束を行い人としての尊厳を奪う行為を過去に実施。偏見や身勝手な思い込みをもつ。どうすればよいか思い悩む
意思疎通が困難である	言動の背景や思いを理解できない	患者の言動の背景や思いが理解できない	患者の行動や思いが意味不明な行為。理解しているかいないか不明。患者を苦しめている原因を予測する。相手の行動や思いが不明
	言語による対話が困難である	言語による意思疎通が困難である	意思疎通が困難。自身の意思と反したつらい状態を推測。意思を表現しない。意思を表出しない。意思を表現できない患者。常に見守りが必要。患者に直接聴かないとわからない
		理解できるように説明することが難しい	説明に工夫が必要。意思はありできることがある。不安感が強い
看護師本位に進めたい	看護師主導による対応となる	理解はできないため自己の感情をコントロールする	精神が高ぶる度合いが少ない。思い煩うことが無い。患者との距離感。ケアができない不全感

表3-3 患者の意思を表出を促すうえで注意したこと

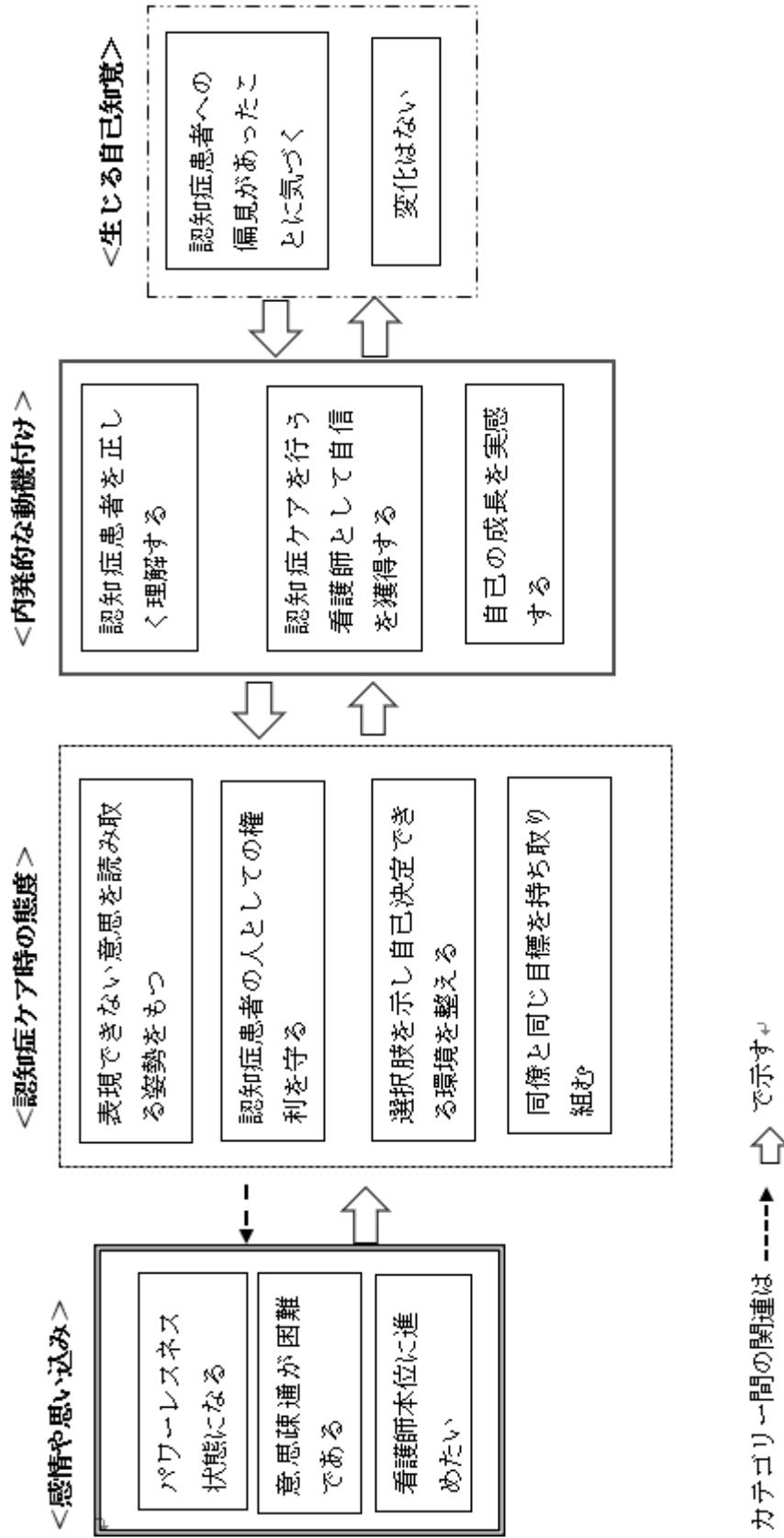
カテゴリー	サブカテゴリー	テキストの概要	テキスト引用	
表現できない意思を読み取る姿勢をもつ	認知症患者の表現できない思いを知ろうとする姿勢	認知症の患者には表現できない思いがある	大切な人の写真だとわかる。表現できない自身の思いや考えがある。患者の思いを傾聴する医療者の姿勢。自身の思いを表現できないと感じる。結果を求めるには患者のニーズを知る。その人の感情や意思を大切に。共感・患者の声を聞くことで真のニーズがあると把握	
		患者の思いを知ろうとする姿勢をもつ	患者をもっと知ることを目標にする。看護の専門性と患者を思いやる優しさ、人としての尊敬を保持する。意図して実施する。思いを知ろうとする姿勢と態度、自分の考え方を意識する。理解することを意識する。問題をすぐに解決しようとしないうえに態度や姿勢、考え方を変化させる。患者のニーズを満たすケアの価値と方法を継続する強い意思	
認知症の人としての権利を守る	認知症患者自身で決めることの価値を認識する	不全感を思い出す	相手に受け入れられないケアの記憶。自己の体験と重なる感情を意識する。解決できない場面がある。他の業務に気を取られることもある。行動制限は気に病む行為	
		自身で決めることの価値を意識する	患者本来の力がある。あきらめなければ解決の糸口があるとわかる。自分で決めることへの価値を見出す。患者の自律への支援を図る。看護師として患者のニーズを知る	
選択肢を示し自己決定できる環境を整える	精神を安定させる	安心・快を得られるケアを工夫する	患者が安心するケアの工夫。やり取りがスムーズとなる。感情の処理の相手となる。患者のためのケアを探す。安心してもらうケアを実践する。快の刺激を得る。疲労により注意不足になることを意識する。日内リズムを整える。脳の活性化につながる。社会性を保持する	
	ニーズを読み取る	しぐさや言動に着目しニーズを探す	身体的要因や社会的要因の探求。病態をアセスメントし、患者の何気ないしぐさや言動に着目し不穏の原因を推測する。患者のニーズを探す。総合的に判断。きっと原因があるという確信を得るには予測をもった対話。記憶障害や理解力の低下している患者が抱く不信感と苦悩。患者の自己喪失感があることを知る。探しものにあたりをつける。患者のしぐさから推察する。認知症患者の特徴を踏まえる	
		選択肢を示し選んでもらう	選択肢を示し選んでもらう	認知症患者でもわかるよう複数の選択肢を見せる。患者の目標に沿った提案をし選んでもらう。患者自身で決められるよう選択肢を伝える。判断しやすい提示の方法がある。研修の学びを実践する
			意思疎通が図れるよう工夫する	具体的に分かりやすく伝える工夫。相手の意思を聞く。傾聴に多くの時間を使う。混乱させない聞き方。環境に配慮した対話を図りながら患者を人として理解につながる対話に注意。伝える対話の技術を用いる。伝わるように話すことは身につく。言語だけでなく視聴覚を刺激し理解を促す。意思疎通を図るための基本的な技術と認知症患者へのコミュニケーションスキル
意思決定を促す	意思決定を促す	直接聞いて事実を知ろうとする。意図して実施する。患者の意思決定を支援する。患者の意思決定を援助する。患者の意思決定を促す。意思表出を促す工夫		
同僚と同じ目標を持ち取り組む	皆で連携し取り組む	病棟スタッフ皆で取り組む	管理者と共に介入。病棟看護師皆で取り組む。患者の視点にたち共感を中心に意見交換する。患者への深い思いから患者が意図しない転棟による環境変化の弊害を減らせるよう、自分の判断を最終決定者に相談。退院後自宅で生活するための提案を患者を巻き込み話し合う。看護の継続を図る	

表3-4 研修後意思表出の支援を実施してみても嬉しかったこと

カテゴリー	サブカテゴリー	テキストの概要	テキスト引用
認知症患者を正しく理解する	認知症患者への偏見を払拭する	自己の中にある偏見に気付く	認知症患者への偏見に気付く. 認知症患者への偏見に気づく. 分かりあえる存在となる経験. 話を聞くことで, 意思疎通が図れることを実感. 看護師の自分を覚えていたという意外性. 患者の理解力の程度は不明. 認知症患者への偏見払拭. 人物誤認を受け入れた自然な対応. 認知症患者はナースコールを押せないという思いこみ. 患者への表面的な捉えや偏見がなくなり看護師として患者の目標を達成した満足感を得ている
		人としての価値に気付く	記憶障害や理解力の低下している患者が抱く不信感と苦悩. 患者の自己喪失感があることを知る. 多忙な業務を理由に自分のペースで仕事していたのではないか患者のニーズを知ろうとしていなかったことへの気付き. 認知症患者の思いがあると知る. 患者の視点で検討する意味を知る. 認知症患者のもてる力を信じる. ナースコールを押すことができる. 排泄の自律は尊厳の保持につながる経験により, 患者との価値観の相違に気付く
認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する	認知症患者との信頼関係を構築する	相互関係作用を実感する	傾聴することの重要性. 相互関係作用を実感する. 患者とスムーズな意思疎通を図ることにより信頼関係の構築
	看護師としての自信と達成感を味わう	看護する達成感を味わう	同僚と同じ目標を持つことで看護の結果に達成感を持つという深い感動. 看護師としての不全感の減少につながっている. 虐待である身体拘束は不要となる. BPSDを予防する. 行動を制限する必要がなくなる. 行動を意味づけられた体験. 患者の理解の速度に合わせる. 患者のニーズを満たしたことを確認する
		自己のケアに関する深い省察を得る	認知症看護の喜びを経験し, 認知症看護はケアする側の心理状態が影響する事に気付く. 自己の省察を行う. コミュニケーションの基本が出来ていなかったことに気付く. 自身のケアのあり方をふり返る. 看護師としての自身の内省. 急ぐ必要性が見いだせない. 落ち着いた対応が望ましい. 認知症の有無により対応が異なる. 患者の行動の理解に困難を感じた過去の記憶. 洞察力の不足に対する悔恨. 患者の反応が違った原因を認識し患者のニーズを満たすことの喜び
		パワレスネスが軽減する	認知症看護に自信を持つきっかけとなり認知症患者の看護に対しエンパワメントされる. 自信をもつ. 穏やかなケアを提供する. 認知症患者への偏見の払拭と看護師としての自信. 看護師として対応する. 選択できるようにすることで自身の精神が安定する. 認知症患者の苦手意識が変化する原動力
自己の成長を実感する	ケアの仕方が変わる	研修で得た知識を実施する	積極的に取り組む姿勢. 研修で得た知識を実施. 行為の理由を推測する. 相手を知ろうとする. 研修で得た具体的な方法を実施する. 研修で得た具体的な方法を実施する
		相談するようになる	その道に精通している人に相談する. 人に相談してケアを決める

表3-5 認知症の患者の印象の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	テキストの概要	テキスト引用
認知症患者への偏見があった事に気づく	向き合うべき患者となる	大切な患者	共感への困難さを感じつつも大切な患者となる。特別な理由ではない。患者の視点を重視する。患者の頑張りを後押し。言語的・非言語的コミュニケーションを行う
	認知症でない人と同じ看護の対象者となる	病状を理解したケアが必要な人	患者には意思があると分かる。認知症だから偏見である。社会性の保持と理解不能な人でなく対話が可能な人に患者像を変化させて。自分から意思を表現できない内面を理解する。患者の状態は一定でないと知る。ケア提供する側の問題。わずかな望みを探す。患者自身で決める力がある。認知症患者への偏見や、認知症患者とは意思疎通は図れないという思いが変化。
		医療を必要としている人	時間や空間を共有するゆとりや会話を楽しむことができる。人としての意思がある。時間や空間を共有するゆとりや会話を楽しむことができる。その人が認知症となったと認識する。事前に選択ができることの重要性を認識する。患者に決めてもらう。問題を解決できない満足を得られなかった思い。
変化はない	変わらない	変わった事がわからない	良い結果を出せなかった情けなさ。自身が変わったことを意識できない。精神的な安らぎを覚える



＜図3-1 意思表出を促す看護実践と看護師のセルフ・エンパワメントに影響した関連要因＞
 | (両貧型から類型が変化した看護師の語りから)

第4章 研究3. セルフ・エンパワメントの高まりと組織エンパワメントに与える影響と関連要因の質的分析

第1節 研究目的

第2研究において、認知症患者への共感を中心とした意思表示を促す看護実践による、意思表示の支援の可視化として、認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因を得た。

エンパワメントの原則は、個人にとどまってはならず、個人のエンパワメントが高まれば、周囲にその力を感じさせる (JhonR, Hung P, 2008)。また、セルフ・エンパワメントの継続には看護師が自律的に行動する力を与える、チーム成員である組織 (仲間) エンパワメントが影響する (安梅, 2015)。組織エンパワメントの評価としては、尺度は未開発である。しかし、看護師を対象にしたエンパワメント尺度として、職務満足度やワーク・エンゲージメント尺度が活用されている。これらの尺度の項目には仕事の継続意思といった組織へのコミットメントがある (佐々木、菅田, 2011)、(伊藤、相馬, 2019)。看護師長を中心とした管理者からの職場でのエンパワメントが看護職の職務満足や成長に影響する。

組織エンパワメントは、個人の体験から生み出した「思い」に組織の「思い」が加えられることによってパワーが高まる。またエンパワメントの原則は、当事者主体であるため周囲の役割は、サポーターとしての当事者の力を湧きださせ環境を整備することにある (安梅, 2004)。したがって、本研究における組織エンパワメントとは、「個人の革新的な発想や提案が認められ、組織内で情報が共有されている状態であり、個人の変化はその変化を感じ取った仲間に波及し、共有される組織」と定義する。パワーレスネスの状態からの変化は、何らかの影響を与えているものと推測する。

しかし、認知症患者に対する看護にパワーレスネス状態の看護師のセルフ・エンパワメントと組織エンパワメントとの関連はこれまで定性的研究による関係は明らかにされていない。組織エンパワメントとの相互作用を検討するうえでセルフ・エンパワメントが組織エンパワメントに影響した要因を可視化する必要がある。個人の「思い」が組織エンパワメントにどのように伝わり、どのように波及したのかといった、組織エンパワメントに影響した要因を可視化すれば、認知症看護における課題に組織として取り組むための解決への糸口となり、認知症看護の質の向上やQOLの維持に影響を与えるもの考える。

また、看護師が所属する看護管理者である病棟師長は、認知症看護に困難を感じている看護師のパワーを引き出すための環境を整備し、側面からその人を支える人材を育成する役割がある (安梅, 2015)。そこで、本研究は、認知症看護における課題に組織として取り組む解決への糸口を得るために、認知症患者への共感を中心とした意思表示を促す看護師の実践が組織エンパワメントに影響する要因について質的に分析し示唆を得ることを目的とした。

用語の定義

エンパワメント

「看護師が患者に抱くネガティブな感情の払拭や困難感の軽減により看護師としての本来ある能力を発揮する力を高めること」

パワーレスネス（桑原、2014）、（久木田、渡辺、1998）らの定義を参考

「看護師が認知症患者に抱くネガティブな感情や、困難感の蓄積により、自分の力ではどうにもならない、どんなに努力しても無駄だというあきらめの感情や消極的な受け身の状態である無力感」

組織エンパワメント

「個人の革新的な発想や提案が認められ、組織内で情報が共有されている状態であり、個人の変化はその変化を感じ取った仲間に波及し、共有される組織」（安梅、2004）

第2節 研究方法

1. 研究デザイン

一般病院において、セルフ・エンパワメントモデルの研修を受講した病棟看護師が所属している、部署の管理者である病棟師長に対して、病棟看護師の認知症患者に対し共感を中心とした意思表示を促す支援が、組織エンパワメントに影響する要因について、示唆を得るために半構造的面接による質的記述的研究とした。

2. 対象者

一般病院の病棟に勤務し3ヶ月以上認知症患者へ看護を実施しており、2回の研修会に参加した看護師23名の看護師が所属している組織である病棟の看護師長で協力が得られた3名を対象者とした。

2. 調査期間

令和2年8月24日～令和2年9月31日

3. 研修会実施（データ収集）までの手続き

群馬県内の一般病院の3か所に連絡し、協力意向の回答があった1施設の看護部長と院長の承諾を得た後、病棟看護師長を紹介してもらい、その後時間を合わせて研究内容と研修概要に関する説明およびインタビュー内容について文書と口頭で説明した。インタビュー内容の文章はその場で手渡した。その後検討する時間として1週間ほど空け、研究に協力しても良いと連絡があった場合に同意書を取り交わし実施した。また、看護師長の研修会の参加は不要であるが希望する場合の参加は自由とした。また管理する部署の看護師の研修の有無については情報提供をしないことを説明した。

4. インタビューデータによる収集方法

インタビュー時間は30分程度とした。また、プライバシーが保持されリラックスして

語ってもらえる個室で実施し、許可を得てメモを取り、ICレコーダーに録音した。インタビュー終了時に参加者にメモを見てもらい内容に相違がないかをその場で確認した。

インタビューは研究協力の説明時から複数回対面している研究者が実施し、研修後、看護師と認知症患者がコミュニケーションをとる中で気付いたこと、病棟の雰囲気、認知症看護やケアなどについて病棟に起こった変化などを自由に語ってもらった。またインタビュー後に属性として看護師長の経験年数と管理病棟している所属年数、看護師配置、管理病床数、平均在院日数、1日の認知症患者数を自記式質問紙にて調査し、データをその場で収集した。

5. 分析方法

1) 分析手法

分析は研究2に用いた、Step for Coding and Theorization(SCAT)の手法にて、質的分析を行った。SCATは、大谷によって開発された質的分析理論化の方法であり、4ステップより構成され分析の過程が明示的に残るため分析の妥当性が担保されている手法である。また恣意的な分析を防ぐ仕組みを有しており、データに根差した分析が可能であるさらに一般性に当てはまらない具体性や個別性をテキストから潜在する意味を探り出す点から、少ないデータにも活用が可能となっている(大谷, 2008)。

2) 分析手順

SCATの分析は、以下の手順で実施した。

- ① 語られたデータを、研究テーマにかかることや、気になる言葉についてEXCELを用いてデータとして逐語録に起こす。
- ② 語られたデータをひとまとまりごとに文(テキスト)にする。
- ③ テキストにある内的現実や内的過程を読み解き着目すべき語句や文を抽出する。
- ④ テキストにない概念や言葉により文意を補う。
- ⑤ 説明を加えテキスト外の概要とする。
- ⑥ ①～⑤の全体を見渡しテーマ・構成概念を抽出する。
- ⑦ データに記述されている出来事に潜在する意味や意義を主に⑥で記述したテーマを紡ぎ合わせたストーリーラインを記述しその中に含まれる理論を検討し理論記述とする。
- ⑧ ⑦の理論記述より、看護師長の視点からみたセルフ・エンパワメントをサポートする視点として i. 問題理解 ii. 取り組む課題 iii. 課題に対する行動 iv. 看護師長自身の行動や考え方、について検討する。

第3節 倫理的配慮

本研究は、高崎健康福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得た(2020年7月、承認番

号 2024)。研究対象者へ研究の主旨と目的、協力内容、自由意思、拒否権、同意撤回、匿名性の担保、データの管理方法、個人情報保持、研究終了後のデータの廃棄方法などについて文章と口頭で説明し同意書を取り交わした。

本研究において企業などとの利益相反はない。

第4節 結果

1. 基本属性

看護師長の3名は看護師長としての経験年数は1年未満が1名、3年が1名、10年以上が1名であり、部署の勤務年数は2年未満、3年、6年であった（表4-1）。

看護師長経験年数	A	B	C
看護師長経験年数	1年未満	3年	10年
所属年数	2年未満	3年	6年
看護師配置	13対1		
病床数	30床未満	60床以上	50～60床
1日の認知症患者数	3～4人	6～7人	8～10人
平均在院日数	30日	30～40日	

2. インタビュー時間は合計55分で一人平均18.3分であった。

3. 分析対象となった参加者3名のインタビューデータより生成されたテーマ・構成概念は79であった。テーマ・構成概念よりストーリーラインを描いた。

1) A氏のストーリーライン

看護師長は、患者の反応を実際に確認してはいなかったが、看護師達の患者の意思を中心にした話し合いから、看護師達が同じ視点に立っているという感覚を持っていた。患者のニーズに沿う研修によって、認知症看護の課題を解決しようとする看護師は患者の思いを傾聴することが重要と思い行動し、患者への対話不足と医師への不信感があるとの訴えより患者の思いを知った。また、一人の看護師は、看護師長と共に患者に向かい合い、患者に分かりやすい説明をしたところ、臥床状態での排尿には不快感があるとわかった。そして看護師は、患者に不快感があると分かったことにより、患者のニーズを満たす積極的な行動が、チームを巻き込みやり抜く姿勢と実践になることに気がついた。看護師長は毎日ケアの成果として、スタッフに対し事実に基づく成果があったことの確認を行い、皆で目標に向かい行動したことへの具体的な成果があったことを認めた。看護師長は同時に、過去の看護への悔恨と現状の看護に満足感を持っていた。看護師がまだそれぞれのゆとりのなさはあるものの、気づかない患者の思いを傾聴することの意味と意義を知った。そし

て、患者の意思に注意を向けて患者の状態の事実を知ろうとする姿勢となり、意見交換の機会の増加させていたことを実感した。また患者の個別性を重視したケアの工夫をしているという変化を見て取った。看護師長は、患者の不満足のことを傾聴した看護師の報告により、身体拘束に対する看護師間の意見の対立があることを知った。看護目標の評価日までは身体拘束の準備をするということになったことに対して、看護師長としての迷いを感じると共に、常態化した業務優先の現状を問題視する機会となった。

2) B氏のストーリーライン

看護師長は、主体的に参加した研修と同様の事例に遭遇した看護師が、研修で得た患者の話の傾聴するという実践をすることによって、目標を達成した体験を喜ばしい出来事として感じることを自主的な報告を受けて知った。研修の効果を実感し学びを実践した看護師は、患者の対応により患者の混乱が少ない生活が可能となったことを皆で確認した。職場の中では看護師と同じ思いを共有し、看護師としての成長や看護の成果を認める報告しやすい環境があった。しかしながら、その報告に対し看護師長はネガティブな出来事の報告ばかりの過去と比較していた。また看護師長は、患者の反応に困っていたと思われる看護師の心情を想像し、看護師の成長への喜びを感じながら、夜間の睡眠不足と昼夜逆転の患者に対する病棟の看護の変化を実感していた。さらに、患者の権利を擁護し行動制限しないケアと、規則正しい生活リズムが整えられたことを看護師の報告により知り、看護師に対して、わかりやすい言葉による労いの言葉をかけていた。看護師が行ったケアの内容は、病棟の人員不足の事実に対し、他部署を巻き込み解決を図るという看護師自身の主体性のある速やかな対応であり、多職種と連携する計画を立てていた。このケアは看護の成果を可視化できこれまで経験したことのない良い結果となった。その良い結果を職場全員で味わい共有していた。別の患者の事例では、治療を優先する視点とは異なる患者の自由な行動を制限する提案ではなく、患者の利益を最優先し、患者の権利擁護や苦痛のないケアに賛同するスタッフの存在があった。看護師は患者には理解できない状況を患者に受け入れられるよう分かりやすく説明をした結果、患者の思いや考えを知ることとなった。

3) C氏のストーリーライン

看護師長は自分の部署の変化について正確に事実を確認していない状態にあったが、患者との対話技術については、向上していると思っていた。さらに、看護師達が意思の表出ができない患者と考えていたケースにおける対応の変化や、患者の意思表出を促す対応があると感じていた。しかし1名の看護師に対しては、認知症患者への苦手意識は感じられなくなったものの、患者に対する馴れ合いの行為に対し、看護師長として指導への戸惑いを感じていた。しかしながら、看護師長は研修を受けたその看護師に対しても、認知症ケアの水準の低下はないと考えていた。

4. 意思表出を促す看護師の実践が組織エンパワメントに影響する要因

1) ストーリーラインから認知症看護ケアの問題、取り組む課題、課題に対する行動の共通性の概要。【 】は理論記述から得られた概念を示している。

(1) 認知症看護の問題に気付く

A 氏のストーリーラインの概要

研修後実践する中で看護師は【患者への対話不足】や【医師への不信感】【臥床状態での排尿には不快感】があると知った。また【気づかない患者の思い】や【看護師のゆとりのなさ】であった。

B 氏のストーリーラインの概要

研修の効果を実感し学びを実践した看護師は、【夜間の睡眠不足】と【昼夜逆転】の患者に対し【患者の権利を擁護】が問題であると理解していた。またその問題の他には【治療を優先する視点】と【患者の自由な行動を制限する】提案ではなく、【患者の利益を最優先】する【苦痛のないケア】があった。またさらに【患者には理解できない状況】を【患者に受け入れられるよう分かりやすく説明】することや【患者の思いや考えを知る】であった。

C 氏のストーリーラインの概要

看護師は、認知症患者への【苦手意識】や【馴れ合い】を問題としていた。

(2) 取り組む課題（共に考える）

A 氏のストーリーラインの概要

看護師達の【患者の意思を中心】にした話し合いにより、スタッフが【同じ視点を持つ感覚】と感じていた。また【患者のニーズに沿う】研修は、認知症看護の課題を解決しようとする看護師が【患者の思いを傾聴】するや、看護師長と共に【患者に向かい合う】、【分かりやすい説明】をするなどであった。さらに患者の意思や話を【傾聴することの意味と意義】知り、【患者の意思】に注意が向き【患者の状態】の事実を知ろうとする姿勢であった。

B 氏のストーリーラインの概要

看護師の取り組む課題は【患者の混乱が少ない生活】や【看護師の主体性のある速やかな対応】と【多職種と連携】であった。また良い結果を【職場全員で味わい共有】し【ケアに賛同するスタッフの存在】も課題となった。

C 氏のストーリーラインの概要

看護師長は【患者との対話技術】、【意思の表出ができない患者への対応】を課題と感じていた。

(3) 課題に対する行動（共に行動する）

A 氏のストーリーラインの概要

看護師が患者の【ニーズを満たす積極的な行動】が【チームを巻き込みやり抜く姿勢と行動】となった。また【意見交換の機会の増加】を実感し【患者の個別性を重視】した【ケアの工夫】であった。

B 氏のストーリーラインの概要

看護師は、【研修と同様の事例に遭遇】し、研修で得た【患者の話を傾聴】により【患者の権利を擁護】し【行動制限しないケア】と、それによる【規則正しい生活リズムを整える】を実施した。これには【他部署を巻き込み解決を図る】という【看護師の主体性】のある【速やかな対応】となり【看護の成果を可視化】するであった。

C 氏のストーリーラインの概要

看護師達の【患者の意思表示を促す】対応がある。

2). 看護師長自身の行動や考え方の概要。

【 】は理論記述から得られた概念を示している。

A 氏のストーリーラインの概要

看護師長は毎日【ケアの成果】を確認し、スタッフに対し【事実に基づく承認】として、皆で【目標に向かい行動】したことへの【具体的な成果の承認を】していた。看護師長は同時に、【過去の看護への悔恨】と【現状の看護に満足感】を持っていた。患者の【不満足】の思いを傾聴した【看護師の報告】より【身体拘束に対する看護師間の対立】があることを知った。【看護目標の評価日】までは【身体拘束の準備】をするという結果に、【看護師長としての迷い】を感じると共に、【常態化した業務優先】の現状を問題視する機会となった。

B 氏のストーリーラインの概要

看護師と【同じ思いを共有】し【看護師としての成長】や【看護の成果を認める】【報告しやすい環境】があった。その報告に対し看護師長は【ネガティブな出来事】の報告ばかりの過去と比較していた。また【患者の反応】に困っていたと思われる【看護師の心情を想像】し、【看護師の成長への喜び】を感じながら、【夜間の睡眠不足】と【昼夜逆転の患者】に対する【病棟の看護の変化】を実感していた。さらに、【患者の権利を擁護】し【行動制限しないケア】と、【規則正しい生活リズムが整う】ことを【看護師の報告】により知り、【わかりやすい言葉による承認】を行っていた。

C 氏のストーリーラインの概要

看護師長として【指導への戸惑い】を感じていた。【認知症ケアの水準の低下】はない。

第5節 考察

認知症患者の看護ケアに対するパワーlessness状態の払拭には、認知症患者の周囲に理解されない行動や言動を意味あるメッセージとして知ろうとする、自己効力感となる看護師の行動変容が必要となる。第1研究において、セルフ・エンパワメントの初期段階に至ったことが示唆された。セルフ・エンパワメントはエンパワメントレベル（桑原、2018）に示されているように、その高まりは、組織への少なからず影響を与えるものとする（安梅、2004）。認知症患者へ共感を中心とした意思表示を促す看護師の実践が組織エンパワメントに影響する要因について、個人レベルのエンパワメントの質評価である、久木田（1998年）が提唱した1. 自由になる（他者からの強制でなく自主的や、主体的）、2. 自分で状況判断、計画・実施・評価などを行う、3. イニシアチブ（率先して物事に取り組む能力、実行力）をとる、4. 問題を解決しようとする、5. 態度が変わる、6. 積極的に他者に話しかける、7. 自己判断ができ変化に柔軟である、8. 介入がなくても自己発展的（自分の能力や考え方をより良いものにする）な展開をしている、の8つの指標を用いて考察する。

1. 認知症看護の問題の理解について

試作したセルフ・エンパワメントモデルの最初の段階は、看護師自身の認知症看護に関する問題を理解することである。

語られた看護師長が感じた病棟の変化には、患者の意思表示を促す実践によって生成された【医師への不信感】、【臥床状態での排尿には不快感】、【夜間の睡眠不足】、【昼夜逆転】などの具体的な概念は、看護師のパワーlessnessの要因である認知症患者のニーズがわからない状況から、その思いを知り、ニーズを把握する対応を行った結果自身が取り組む問題を明らかにできたからと考えられる。これらの概念は【気づかない患者の思い】、【患者の思いや考えを知る】、【患者への対話不足】などの概念が生成されており、看護師は、意思表示が上手くできない患者に向き合い、認知症患者の意思表示を促す実践を行うことによって得られた変化と考えられる。

また看護師は【患者には理解できない状況】について【患者に受け入れられるよう分かりやすく説明】するといった、周囲に波及する行動を伴う概念が生成された。さらに【治療を優先する視点】、【患者の自由な行動を制限する】などの概念は、一般病院の課題である患者の行動を制限するといった問題に対し、新たな視点を得た発想の転換を伴う提案を行っている。これは組織エンパワメントの定義に沿う概念と捉えられる。

さらにまた【患者の利益を優先】、【苦痛のないケア】の概念が生成されており、ストーリーラインにある、「患者に向かい合い、患者に分かりやすい説明をした結果」、「患者の対応により患者の混乱が少ない生活が可能となった」に記述されている、患者の利益のために最善尽くすケアを伴っていたと考える。この概念は、看護職の行動指針に（日本看護協

会倫理綱領、2003) 記されている事項であり、倫理的な問題の解決につながったと考える。

以上の概念は、認知症の特徴を捉えた対応による看護師の姿勢の変化として感じられており、看護師が抱いていた感情や思い込みからの払拭を伴っていると推測し、指標1の看護師が自由になると、3のイニシアチブをとる、指標5の態度が変わるに相当すると考えられる。

【看護師のゆとりのなさ】、【苦手意識】や【馴れ合い】の概念は、過去の状況を表しており、関係づくりや倫理的問題を含んでいると推測する。コミュニケーションなど認知症患者の理解不足を補う専門的な知識と技術の獲得が看護師の問題として、看護師長を通して表面化した結果と捉える。

2. 取り組む課題（共に考える）

認知症看護の問題を理解する次の段階である取り組む課題の理論記述には、【患者の混乱が少ない生活】、【患者の意思を中心】、【患者のニーズに沿う】、【多職種と連携】などの患者の思いに沿った態度の変化に関連する概念が得られている。患者の混乱状態を低減するには、適切なアセスメントを踏まえた計画と実践が必要となる（梅原、2018）。患者を主体とした積極的な介入により得られる概念であり、新たなケアの提案となっている。

【傾聴することの意味と意義】、【患者の意思】、【患者の状態】の概念は、患者の意思を表出するかかわりを通して、患者の尊厳を尊重する介入となっていたと解釈できる。これらの対応は少なからず病棟で実践する際に他のスタッフに触れることが推測される。したがって、これらの概念は仲間に波及する可能性があると考ええる。

【意思の表出ができない患者への対応】、【患者の思いを傾聴】、【患者との対話技術】、【患者の混乱が少ない生活】、【看護師の主体性のある速やかな対応】、の概念が生成された。これらは、患者の思いを知ることにより患者主体の看護へ意識が向き、看護師の態度の変化と、看護の提案を意味していると考ええる。認知症患者の周囲に理解されない行動や言動を意味あるメッセージとして受け止められ、看護師の行動変容を伴っており、組織エンパワメントの定義にある新たな発想や提案、仲間への波及に至っていると推察する。

また【患者に向かい合う】、【分かりやすい説明】具体的な概念には、認知患者の意思を中心にした患者のニーズに沿う実践があったからと考える。よい結果を【職場全員で味わい共有】の概念は、同じ看護の目標や価値観といった視点を持つ仲間の存在があり、個人の活動実践を皆と振り返り情報共有する組織エンパワメントに影響する概念と捉えられる。看護師長の意見に対し【ケアに賛同するスタッフの存在】は、同じ看護の課題を持つスタッフの存在を指している。情報共有により得られ患者の情報を職場の看護に波及したと解釈できる。

指標2の、自分で状況判断、計画・実施・評価などを行うこれらは、指標3のイニシアチブをとる、4の問題を解決しようとする、5の態度が変わる、6の積極的に他者に話し

かける、などの指標に相当すると捉えられる。

以上の概念は、患者の問題を解決しようとする行動を伴っており、看護師の姿勢や態度の変化にかかわる概念である。したがって指標1の自由になる、3のイニシアチブをとる、4の問題を解決しようとする、5の態度の変化、6の積極的に他者に話しかけるなどの指標に相当すると考える。さらに、看護師が自身の課題へ取り組む過程においてよい結果を皆で共有するといった、8の、介入がなくても自己発展的な展開をしている、に相当すると考える。

3) 課題に対する行動（共に行動する）

課題に対する行動の段階においては、【研修と同様の事例に遭遇】し、研修で得た内容を手立てに、【患者の個別性を重視】、【ケアの工夫】、【患者の意思表出を促す】、【ニーズを満たす積極的な行動】などの概念が生成された。認知症患者のニーズを把握する姿勢を基盤に看護師が率先し患者に向き合い、意思表出を促す実践があったからと推察する。看護師が主体となり患者の意思を尊重したケアの提案を行っており、患者の状態に応じた発想があったからと考える。

【患者の話を傾聴】、【意見交換の機会の増加】、【チームを巻き込みやり抜く姿勢と行動】、【他部署を巻き込み解決を図る】などの概念が生成された。患者の情報をチームで共有しは、職場で看護に関する話し合いが盛んになされていたことが伺え、互いを尊重しあう職場の雰囲気が感じられる概念が得られている。個々の成功体験は自己効力感を高める（坂野、前田、2016）ように、病棟全員で取り組みを行い、実践した看護の成果を一緒に確認していくプロセスが、チーム内で味わう成果として共有されたと考える。特に、【チームを巻き込みやり抜く姿勢と行動】の概念は、チーム員の一人として同じ考えにまとまりながら、互いの成長を感じる感覚を持つと推察される。医療が日々高度化複雑する臨床において、チーム医療が医療安全の観点からも推進されている。多職種が同じ目標に向かい情報を共有し協働・連携しながら、課題解決を図ることがチーム医療の基本とされている（厚生労働省）。

看護師はチーム内の統一した方針のもと、立案された個別的な計画に沿った実践を行い、目標の達成度を評価し、計画を再検討するという過程を繰り返しながら実践を積んでいく看護師の自己決定を伴う概念と考える。

【患者の権利を擁護】し【行動制限しないケア】、【規則正しい生活リズムを整える】などの概念は、治療優先や、患者の自由な行動を制限する提案ではなく、患者の利益を最優先した提案に対し、仲間に波及した概念であると考えられる。患者の権利擁護や苦痛のないケアに賛同するスタッフの存在があったことが伺える。また1人の看護師の認知症看護の変化が、チームを巻き込んだ結果、個別性に目を向けた看護本来のありように変化し、チーム（仲間）としてエンパワメントされた状態と捉えられる。

課題解決に向けた行動には【看護師の主体性】と【速やかな対応】などの概念が生成された。これらは、看護師だけでは解決できない課題に対し患者を中心に据え、患者を取りまく医療職者のチームが互いの専門性を活かし解決を図るといった、看護師の積極的な行動があったからと考える。看護はチームで実施する為、一人の変化は共にケアを行う同僚の看護師の手本としてロールモデルとなり、波及する効果を与えるものと考えられる。実践の結果には【看護の成果を可視化】の概念が得られており、チームが一体となり情報共有がなされていたと考える。

以上の概念は、課題解決への積極的な行動であり、指標1の、自由になる、2の、自分で状況判断、計画・実施・評価などを行う、3の、イニシアチブをとる、4の、問題を解決しようとする、6の積極的に他者に話しかける、7の、自己判断ができ変化に柔軟である、8の、介入がなくても自己発展的な展開をしているなどの指標に相当すると考えられ、パワーlessness状態にあった看護師が行動変容した結果と推察する。

5. 看護師長の行動や考え方が組織エンパワメントに影響する

組織エンパワメントは、仲間エンパワメントを含む、職場の風土や文化と呼ばれており、組織内に存在するカルチャーとしての組織成員の職務満足度に強く影響を与えると考えられている(木村、2016)。直接、自発的な職務改善を促進すると共に、情緒的組織コミットメントを高めることを通し、間接的に自発的職務改善を促進する(浅井、2013)。したがって、職場成員であるエンパワメントされた看護師の自律的(判断し行動する)に影響し、行動する力を与えるものと考えられる。

看護師長が感じられた変化には、看護師たちが【同じ思いを共有】、【目標に向かい行動】するの概念が生成された。マネジメントの第一段階は目標の明確化であり、メンバーがその目標を共有することが組織のリーダーの役割である。またエンパワメントの促進行動となると考える。またこれらは、【患者の権利を擁護】、【行動制限しないケア】、【規則正しい生活リズムが整う】といった概念と共に【ケアの成果】、【看護の成果】により、患者の問題を解決できた確実な実践があったと解釈できる。看護師長は【事実に基づく承認】、【わかりやすい言葉による承認】、【具体的な成果の承認】などの概念から、看護師に対して自己効力感や内的動機付けに影響を与える承認を行っていたと考える。スタッフが目標に向かい行動したことに対して、看護師の存在価値そのものを承認する管理者である病棟師長の存在があった。事実に基づくわかりやすい言葉による看護師長の承認は、看護師自身が自己の成長を自覚する機会となったと考えられる。また皆で取り組んだ結果として、価値観が変わるようなことに遭遇したり、非常に満足いくケアができたりといった経験の連続(積み重ね)がもたらす道筋が、その人の看護師としての歴史(キャリア)(勝原、2015)となっていくものと推測できる。キャリアの定義は(D. T. Hall)によると「人の生涯にわたり、仕事に関連した諸処の体験や活動を通して個人が自覚しうる態度や行動のつながり」

としている（井部、中西、2015）。

看護師長の役割の一つとして看護師の成長を支援することがある。【患者の反応】、【看護師の心情を想像】の概念は、看護師長の日ごろの管理者として人材育成にかかる視点であり、看護師長が感じられた変化に【看護師としての成長】、【看護師の成長への喜び】といった概念が生成されたことから看護師長が看護師の看護実践能力の高まりを感じるそのこと自体が、エンパワメントに移行すると考えられる。看護師長としての人材育成の姿勢がうかがえる。キャリアンカーのメンターとして直属の上司である看護師長の存在が身近にあることは、看護師が自身のキャリを形成する面から支援を受けやすい環境にあると考える。

【看護師の報告】、【不満足の違いを傾聴】、【身体拘束に対する看護師間の対立】、【報告しやすい環境】の概念は、看護師からの自主的な報告によるものであり、「自己決定」であると考え。同時に報告しやすい職場環境の存在があったと考える。看護師長は報告の内容から、過去と比較した【ネガティブな出来事】の概念から【病棟の看護の変化】、【現状の看護に満足感】の概念が生成されていることから、看護師達は、パワーレスネス状態から脱していたと推測される。また、その変化は看護師長によって【過去の看護への悔恨】として表出されている。【看護目標の評価日】までは【身体拘束の準備】といった概念や、【看護師長としての迷い】、【常態化した業務優先】、【認知症ケアの水準の低下】、【指導への戸惑い】などの概念は、看護師長として、身体拘束等の倫理的課題に対し、患者にとって何をすべきか模索している現状があった（星河、大澤、2020）と考える。このように看護師長は看護師の変化を感じられた事実から、改めて病棟の認知症看護について振り返る機会を得ており、認知症看護の質の向上が病棟の課題であることを看護師長としての認識に至った事が伺える。

看護師長は、看護師のパワーレスネス状態からの変化を感じ取っていた。感じられた病棟全体の変化は、職場の課題に向き合い、共に考え、行動する看護師のエンパワメントを支援する職場文化が有ったからと考える。看護師たちのパワーレスネスな状態に影響を与える要因の一つに組織風土を位置付けている（Spreitzer、1995）。看護師が支援を受けやすい環境が関連している事が示唆されたのである。

また、看護師と看護師長との間のコミットメントが存在していることが組織風土の変容になる（当間、2013）。看護師長が感じられた変化には、看護師長の行動や考え方が影響していることが伺えた。看護師の実践は困難な患者とのかかわりの中で育成されていくため、看護師が成長できる環境である職場文化を形成するには、看護師長の存在と役割は大きいと考える。看護師長がとった看護師個々の成長を促進させる、事実に基づく確認と承認は看護師の行動の変化の促進につながり、組織エンパワメントに影響していると考えられる。

第6節 要約

認知症患者への共感を中心とした意思表示を促す看護の実践が組織エンパワメントに影響する要因について、看護師長を対象にした質的分析により明らかにすることを目的とし、外部講師による認知症看護の研修に参加した看護師が所属する病棟の看護師長を対象に半構造化面接を実施し、SCATを用いて質的に分析した。

看護師のセルフ・エンパワメントの高まりが組織エンパワメントに影響する要因として、組織エンパワメントの定義を参考に以下の5つの項目に分類された。

① 認知看護に対する自身の問題に意識を向けるについては

【治療を優先する視点】、【患者の自由な行動を制限する】などの概念に示される、患者のニーズがわからない状況を意識する、意思表示が上手くできない患者に看護師が率先し向き合う、認知症患者の意思表示を促す実践を行う、などが主な要因であった。

② 新たな発想に伴うケアの提案については

看護師が主体となり患者の意思を尊重したケアの提案をする、患者の利益のために最善を尽くす、患者を主体とした積極的な介入をする、患者のニーズに沿ったケアの提案と実践を行う、看護師の認知症患者に向き合う態度の変化、患者の状態に応じた発想と看護の提案を行う、などが主な要因であった。

③ 組織内で情報を共有については

チームが一体となり情報共有する、職場で患者の看護に関する話し合いが盛んにできる、看護師の積極的な行動、などが主な要因であった。

④ 変化を感じ取った仲間と価値観の共有については

同じ看護の目標や価値観を持ち共に考え、向き合う仲間の存在、互いを尊重しあう職場の雰囲気がある、多職種が同じ目標に向かい情報を共有し協働・連携する、チームが互いの専門性を活かし解決を図る、などが主な要因であった。

⑤ 環境の整備については

看護師長は職場における認知症看護の目標の明確化、病棟の認知症看護の目標を全員で共有する、看護師長は自己効力感や内的動機付けに影響を与える承認を行う、看護師長としての人材育成の姿勢をもっている、報告しやすい職場環境がある、認知症看護の質の向上が病棟の課題であることを看護師長としての認識し続けている、看護師が成長できる環境である職場文化を形成する、などが主な要因であった。

看護師個々の成長を促進し事実に基づく確認・承認、報告しやすい職場環境などは、看護師の行動変容を促進させることにつながり、組織エンパワメントに継続して影響を与える要因と考えられた。類型が両貧型から変化した看護師の語りと、看護師が所属する病棟の看護師長の語りからセルフ・エンパワメントに影響した要因に組織エンパワメントに影響した要因を加えた要因図の作成に至った。(図4-1、本論文 P77)

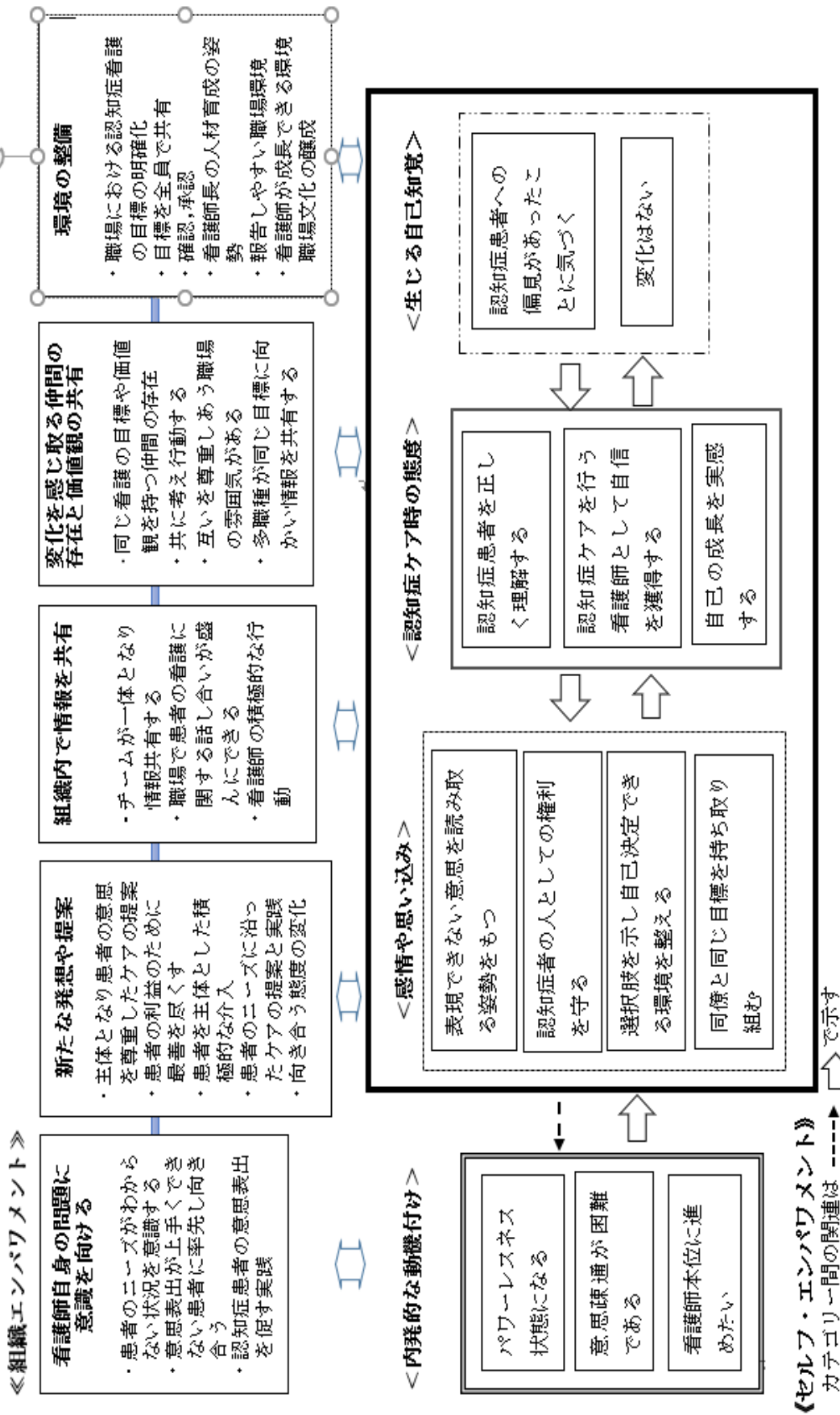


図 4-1 看護師のセルフ・エンパワメントが組織エンパワメントに影響した関連要因図
 (両筐型から類型が変化した看護師の語り並びに看護師の所属病棟の看護師長の語り)

第5章 総括

第1節 総合考察

1. 本論文のまとめ

本論文は、認知症看護にパワーレスネス状態の看護師に対して、活用できるセルフ・エンパワメントモデルの作成を目指すための示唆を得ることを目的とした。まず、看護師が、認知症患者に抱くネガティブな感情を払拭するには、看護師が本来持っている知識と技術を発揮してもらう実践によって行動変容を促すことが必要である。行動変容をするには、やる気を高める内的動機づけとして、「できるかもしれない」と思える、自己効力感の効力予期を高める必要がある。自己効力感を高めるには、認知症患者の特性を捉えたケアの糸口を自ら見つけ出すことが鍵となる。その過程を経験することにより、それまで、認知症患者に対して、どのように対応して良いかわからなかったパワーレスネス状態から脱却するきっかけとなり、看護師本来の能力の発揮による認知症看護の発展に寄与につながるものと推測した。

そこで、先行研究より看護師が、認知症看護に困難感を持つパワーレスネス状態の原因の一つに共感不足があるとし、試作したセルフ・エンパワメントモデルを踏まえ、認知症患者に対する正しい理解と共に、患者の価値観からケアの糸口を見つけていく意思表示を促す研修を行った。また、看護師が研修での学びを実践することによる、看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程に影響する要因と、さらに看護師のセルフ・エンパワメントの高まりが組織エンパワメントに与える影響についても検討し、セルフ・エンパワメントモデルの修正に至った。

「第1章」では、先行研究のレビューを通じて、エンパワメントの研究背景から、対象のレベルと領域を検討した。また、パワーレスネス状態になっている看護師に対して、エンパワメントするには、本来持っている能力を発揮できるよう動機づけが必要となる。認知症患者は、理解力低下及び言語機能の障害によって、自己の意思や主張を周囲に伝える手段が乏しい現状がある。その現状の中でケアする看護師自体が患者の感情を読み取ることに對して、意識できない共感不足が要因となり、認知症看護に困難を感じ、看護師自身がパワーレスネス状態にいたっていると推測した。

本研究においては、共感とは、看護師が患者の意思や感情を知ろうとする、情緒の共有と捉えている。したがって、看護師と患者の関係形成において他者の感情に心を寄せる、この共感が意思疎通の困難な認知症患者に対する支援となり、重要な要素と考えられ、相手の感情を解ろうとする共感に焦点を当てることにしたのである。また自己効力感を高められる学習モデルを用いた内的動機づけとして、外部講師による研修を実施する看護師のセルフ・エンパワメントモデルの試作を検討した。

「第2章」では、一般病院に勤務する認知症看護の実践経験において、パワーレスネス状態の看護師を対象に、看護師のセルフ・エンパワメントモデルを基にした研修を実施した。研修内容は、患者の価値観の共有に努め、意思表示を促すコミュニケーションについて小人数制の講義形式と双方向の参加型とし、基礎編と応用編の2回に分け実施した。その効果の検討には、看護師のセルフ・エンパワメントに及ぼす影響（困ったこと、情けなさ、無力感、不安感、緊張感、いらいら感、苦手意識、うれしかった事）と、共感性について、研修前後の比較を行った。その結果、特に情けなさ、いらいら感、緊張感といった項目で有意性が高く、ケアに伴う易刺激性の軽減効果が示唆された。4つの類型の中で対人関係そのものが弱く共感性が最も低い両貧型は、対人関係そのものが増える両向型や共有型、不全型へと変化し、研修後の類型が有意に減少した。しかし、真の意味での自己理解、他者理解につながる両向型の増加や、SSEとSISEの有意上昇は示されておらず、本研修による真の共感までには至らなかったことが示された。一方、共有経験と共有不全経験の両者が低い両貧型の割合が減少した結果から、研修終了後約2週間という短期介入でもセルフ・エンパワメントの初期段階は達成されたと示唆された。概括的な共有経験に加え、看護師が体験している困難を感じた事例に対し、気持ちがわからなかった共有不全経験を意識できる教育研修を検討し、さらなる修正を重ねることを今後の課題とした（研究1）。

「第3章」では、研究1の結果を受け、パワーレスネス状態にあった看護師のセルフ・エンパワメントに影響する要因について、研修後共感類型が変化した11名のうち、協力を得られた7名の看護師の語りから質的記述的分析を行った。その結果、認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響した要因には、認知症患者に対する、感情や思い込みを前提とし、認知症患者への意思表示を促すケア時の態度の変化と共に、意思表示を実践することによる、看護師自身が変化する内発的な動機付けが生じていた。さらに看護師の内面に生じる自己知覚などが相互に関連している事が示唆された（研究2）。

「第4章」では、研究2の結果を受け、看護師のセルフ・エンパワメントが、組織エンパワメントに与える影響と関連する要因について、看護師が所属する3名の看護師長の語りから質的記述的分析を行った。その結果、セルフ・エンパワメントモデルのプロセスにおいて具体的な組織エンパワメントに影響する要因を生成した。また、組織エンパワメントに影響する要因には「職場の課題に向き合い」、「共に考え、行動する職場文化」があったことが示された。看護師個々の成長を促進し事実に基づく「確認」や「承認」、報告ししやすい「職場環境」などは、看護師の行動変容につながり、組織エンパワメントに継続して影響を与える要因と考えられたのである（研究3）。

最終的には、試作した看護師のセルフ・エンパワメントモデルの修正に至った（図5-1、本論文P81）。

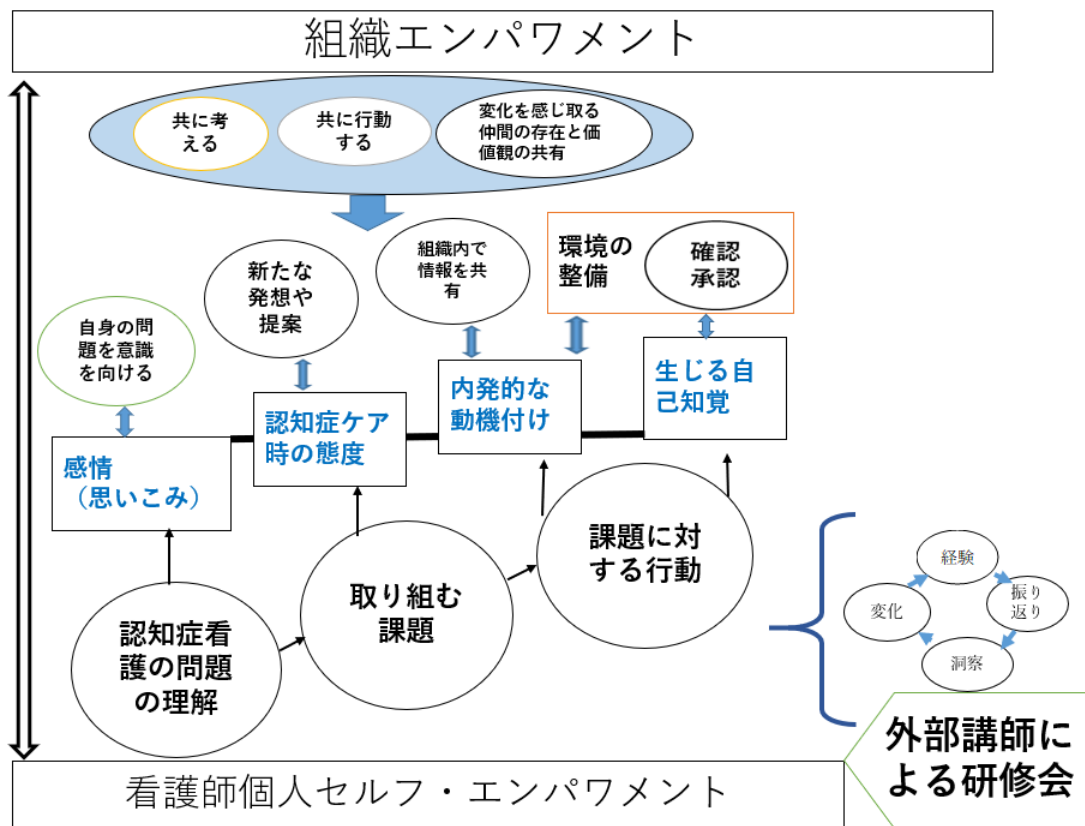


図5-1 看護師のセルフ・エンパワメントモデル（修正後）

2. セルフ・エンパワメント形成過程における研修の有用性

日本において老年看護学が、カリキュラムに指定されたのは、平成元年（1989年）である。（山本由子、2020）。したがって現時点で50歳以上の看護職は、老年看護学は、成人看護学の中で老年看護学んでいる経緯がある。しかし、看護基礎教育のカリキュラムにおける教育内容に「認知症看護」の記述は少ない（堀内、2010）。認知症は平成16年（2004年）に痴呆から名称が変更となっている。さらに、治療薬として最初に承認された、アルツハイマー型認知症の進行を抑えるとされた薬剤は、平成19年（2007年）に承認されたように、治療法を含め看護に関する歴史は浅いことがわかる。

研究2では、自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワーレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表出を支援するエンパワメントモデルを用いた研修を実施し、その効果の有無を検討することを目的に研修を実施しその効果についてアンケートによる自記式質問紙調査を行った。その結果、パワーレスネス状態にあった看護師の、認知症看護を行う自身のネガティブな感情を低減させる第一段階となることが示唆された。実際に受講した看護師は、ほとんどが、卒業後10年以上が経過し認知症看護の経験者であった。したがって看護師が認知症に関する基礎知識を学ぶことは、認知症を正しく、あるいは改めて理解する一助となったと

考える。

本研究の研修の特徴は、小人数制、双方向の参加型を中心とした研修となっている。また、病棟で経験した身近な事例を用いて解決を図るための、意見交換を参加者全員で行う。さらに、質問しやすい会場の広さや環境に配慮し、馴染みのある職場でのリラックスできる場所としている。このような特徴を踏まえ、モデルにはエンパワメントプロセスと自己効力理論を活用していることから、研修参加者は「できると思える」効力予期を得られやすかったと考える（安梅、2004）。

内容は、まず認知症の理解をはじめとして、認知症疾患の特徴により、認知症のケアの基本を構成していた。また、看護師が取り組みたい課題を惹起しながら、研修内容に臨床でありがちな事例をいくつか提示し進める内容であった。看護の実践を積んだ経験者である看護師が、患者の全体像を正しく捉えることに焦点をあてることにより、自身の対応のどういった部分を補えば、解決が出来るかについて、自分自身で考えることが出来る仕掛をした。研修は組織の強制ではなく自主的な参加であった。非管理者である年齢の高い看護師が、仕事を通じて自分の能力向上や可能性を確かめる（桜間、山田、2021）機会となっていたと考える。

研修は、日頃のケアを中心にしていた。①事例の患者に対して感じたこと ②そのことで生じる問題 ③過去の経験や対応したこと ④問題が生じる理由 ⑤問題を発生しないための方法である意思表出支援 の5つプロセスは看護過程に酷似しており、思考が整理しやすかったものと考えられる。この5つのプロセスはエンパワメントの理論背景の一つである動機づけ理論と意思決定理論を用いた構成としている。

まず、最初の①事例の患者に対して感じたこと ②そのことで生じる問題の2点については、研修前のアンケートの結果を見ても、認知症患者の行動や、言動そのものに困難を感じていたが、研修直後のアンケート結果の課題は、自身に向けられていた。エンパワメント理論の原則は当事者が主体であり、認知症看護に悩む中、問題が看護師としての自身へ視点がむき、どうありたいかについて思考しやすい構成であったと受け取れる。また、研修は施設内ではあるが、静な環境であり、小人数制としたため、対話や発言がしやすい環境に配慮したことも、【パワーレスネス状態になる】、【意思疎通が困難である】、【看護師本位に進めたい】など看護師自身が取り組む課題を明確にするに至ったと考える。

次に、③過去の経験や対応したことについては、研修で用いた事例は臨床でよくある困難事例とし、認知症患者の意思表出を促す、患者の真のニーズを捉えた具体的な内容であり、経験豊富な看護師の興味を引きつけられるよう留意している。また、研修は小人数の双方向の参加型であった。研修前半は参加者との心理的距離を縮めるインストラクションスタイルとし、研修の後半に実践に移行しやすい目標と行動につながる促しをしている。常態化したケアでは知り得ないであろう、認知症患者の価値観や思考を知ることにより、患者のもてる力を支援する実践を紹介している。研修に参加したパワーレスネス状態の看

看護師のもつ認知症患者へのマイナスイメージ変化させることは、その後のケアの質を左右する（村上、比嘉、2016）と考えている。したがって、看護師の過去の間違っただけの経験の中で積まれた、うまくいかなかったイメージは認知症患者へ抱く一方的な偏見につながり、ネガティブな行動に至ることは臨床で良く経験する。実際にケアの質を低下させてしまうこともある（顧、野村、2021）。

外部講師の示す、患者の意味不明な言動や行動には、何かしらの意味があり、知ろうとしなければわからないとする、「患者の価値観を共有する認知症患者とのコミュニケーション法」については、④問題が生じる理由 ⑤問題を発生しないための方法である意思表出支援と関連付けその後に、①共感する ②意思表出を助ける ③傾聴するの、3つのステップを説明している。そのステップの中で患者のニーズを推測しながら、臨床で遭遇することの多い具体的な事例の紹介をしている。研究3の看護師のインタビューで「研修と同じような事例があったのでやってみた」と語られたように、現在困っている看護師自身の事例と酷似する部分があり、研修後の具体的な行動を描きやすかったのではないかと推測する。

看護師の語りから得られた、【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】、【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】などのカテゴリーは、研修に事例を使って積極的に意見交換したことにより問題解決能力を高めたもの（渡邊、山下、2021）と考える。研修直後のアンケートにあった患者の意味不明な言動や行動には、何かしらの意味がある（Mary, Fawn, et al, 2020）と認識できたことはケアの質を高める姿勢となる。

2回目の研修構成は、1回目の研修後に各看護師はそれぞれに認知症患者の看護を実践し参加している。ざっくばらんに看護師の実践を紹介してもらい、参加者と共にリフレクションをしながら、研修で学んだ内容に照らして実践を紐解いている。看護師の実践を通じた素直な感想や更なる悩みに加え、現在直面している看護師自身が抱える困難な事例についても、他の参加者と共有した。研修参加者によって披露された事例について、5つの間と3つのステップを踏み、実践を意味づけながら、解決に向けた検討をおこなっている。これは、リフレクションのプロセス（鈴木康、2017）であるが、リフレクションにはまず、①看護の実践を聞いて話合う ②看護実践の意味付けと再認識 ③看護の肯定を行うなどの循環があり、自己の実践を意味づけ、今後の方向について自己決定できるエンパワメントの学習モデルにそった構成としている。

看護師は実践の中で知識や技術を突き合わせ、試行錯誤を繰り返す中で成長する。特に困難事例のリフレクションは看護の深い内省となる（鈴木康、2017）。またいつどこでどのような行為をした時に、どのような発見を得たのかを省察することは未知の課題を取り扱うための知識と技術の蓄積となる（横溝、夏坂ら、2014）。一度の研修に参加した限りでは個別的な対応は困難であると推測しており、2回目の研修時に実践に対するリフレクシ

ンを行うことにより、認知症患者の意思表示を支援する知識と技術が定着する機会となったと推察する。

また、2回目の研修も少数制の双方向の参加型を用いて実施とした。少数の空間は、発問しやすい環境に加え、他の看護師の体験を聞くことにより、自己だけでなく他の看護師も同じように悩んでいるということを知る機会となり、自己に対する前向きな評価につながったと推測する。また同僚の看護実践を聴くことは、真似をしたいと思える身近なロールモデルとなったと考える。

認知症看護は、言語による自己表現に乏しくニーズを読み取る看護力が必要となる（伊東、2019）。研修受講前の看護師は認知症患者に対し、「動き回る」、「失禁・脱衣行為」、「同じことを繰り返す」等の困難を感じていた。看護師のうち、11名(47.8%)がEESRの類型では両貧型であった。しかし、研修後は、意味を読みとろうとする、選択肢を提示する、そして患者の返答や反応を知ろうとする行動により、「ニーズを読み取れない」、「コミュニケーションが取れない」、「ケアを拒む」などのように、患者と対話することで起こる困難感へと理由が変化している。これは、認知症患者との対話やカンファレンスでの問題解決に向け、具体的な意見交換などの実践が行えていたからと捉えることが出来る。

また研修後に EESR 類型が他の類型に有意に変化していた両貧型は、他者との関係性そのものが弱く、共感性が低いとされていることから、対面を避けていた過去と異なり、対話により患者の意思を読み取ろうとしていたからと推察する。EESRの結果からは真の共感を得られなかったものの、パワーlessness状態から、エンパワメントの形成過程における初期の段階となった示唆を得ていることから、研修が影響していたと考えられる。

3. 本研究で得られた知見に関する考察

意思表示を促すコミュニケーション研修により、セルフ・エンパワメントの形成に与える影響とその要因、およびセルフ・エンパワメントの形成が組織エンパワメントに与える影響と関連要因について、明らかとなった知見について考察する。

パワーlessness状態にある認知症看護を行う看護師のセルフ・エンパワメントに影響した要因には、まず認知症患者に対する【パワーlessness状態になる】、【意思疎通が困難である】、【看護師本位に進めたい】などの【感情や思い込み】が、前提にあった。また、これらのカテゴリーは、患者の意思を知ろうとする行動が、伴っていなかったことに影響されたからと推測された。しかしセルフ・エンパワメントモデルに基づいた研修後の看護実践により、【表現できない意思を読み取る姿勢をもつ】、【認知症者の人としての権利を守る】、【選択肢を示し自己決定できる環境を整える】、【同僚と同じ目標を持ち取り組む】といった【認知症ケア時の態度】の変化が影響していた。

またさらに、その実践は【認知症患者を正しく理解する】機会となり、看護の喜びを実感する経験により【認知症ケアを行う看護師として自信を獲得する】ことや、【自己の成長

を実感する】などの、【内発的な動機付け】が影響していた。その看護実践の経験による看護師の内面には、【認知症患者への偏見があったことに気づく】など、【生じる自己知覚】が影響していた。セルフ・エンパワメントの形成過程においては、【感情や思い込み】、【認知症ケア時の態度】、【内発的な動機付け】、【生じる自己知覚】が存在しており、それぞれに関連する要因が生成された。これらのカテゴリーは、認知症看護のセルフ・エンパワメントの形成過程においては、相互に関連し、影響していたことが示唆されたのである。

看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程における変化が、病棟である組織エンパワメントに与える影響として看護師長は、看護師が自身の認知症看護の問題を患者へ向かい合い意思表示の支援を行う実践より感じ取っていた。また、【患者への対話不足】【昼夜逆転】といった具体的な問題が明らかになった事によって、患者のニーズに則した新たな発想や看護の提案、提供を行っていた。患者主体の看護といった課題にチーム員で共に考え共に取り組んでいた。また、主体性や積極性などの患者を中心にした看護の実践課題を得ていた。さらにまた、【チームを巻き込みやり抜く力】や【意見交換の機会の増加】といった、情報共有が増えていたことも感じられていた。セルフ・エンパワメントの高まりは、個人の革新的な発想や提案が認められるといった概念より、組織エンパワメントに影響していたことが示された。

エンパワメントの質的な指標においても、1. 自由になる（他者からの強制でなく自主的や、主体的な思考や行動） 2. 自分で状況判断、計画・実施・評価などを行う 3. イニシアチブ（率先して物事に取り組む能力、実行力）をとる 4. 問題を解決しようとする 5. 態度が変わる 6. 積極的に他者に話しかける 7. 自己判断ができ変化に柔軟である 8. 介入がなくても自己発展的（自分の能力や考え方をより良いものにする）な展開をしている、の項目全てが得られていた。

個人の変化はその変化を感じ取った仲間波及し、新たな発想やケアの提案といった実践について、共有される組織病棟全体の変化とし看護師長に感じられていた。看護師のパワーレスネス状態からの変化を感じ取っていた。今回の外部講師による認知症看護を学ぶ研修を看護師が受講することはその第一段階である知識レベルの変化に影響を与えるきっかけとなっていたと考える。また、パワーレスネス状態であった看護師が、病棟という組織内で情報を共有することによって、【看護師長としての迷い】【常態化した業務優先】。自主的に研修に参加したことによって得た知識を活用する実践への原動力となったと考える。

看護師の実践は困難な患者とのかかわりの中で育成されていく。看護師が成長できる支援を受けられる環境となるには職場文化を形成する看護師長の存在と役割は大きいと考える。組織エンパワメントに影響する要因には、職場の課題に向き合い、共に考え、行動する職場文化が有ったからと考える。また、看護師個々の成長を促進し事実に基づく確認と承認は看護師の行動変容につながり、組織エンパワメントに継続して影響を与える要因と

考えられた。その背景には、看護師が支援を受けやすい環境の備が示唆されたのである。

看護師のセルフ・エンパワメントの形成による、看護師の変化が組織エンパワメントである集団の変化に影響する。看護実践における看護師としての能力の発揮は専門職としては、当然のこととして見過ごされる。しかし職場の仲間や上司と、「共に考える」、「共に行動する」支援は、看護師個々が経験した状況に対する経験の共有となる。これは個々の経験不足を補う結果となった（湯浅、2017）。また「重要他者である上司からの具体的な確認と承認」においても、看護師の自尊感情の低下を防止する（石川、2018）、と同時に組織文化の醸成につながると考える。看護師が成長できる支援を受けられる環境となるには職場文化を形成する看護師長の存在と役割は大きいと考える。職場の風土を作っているのはそこに存在する組織のメンバーである（豊増、1996）。看護師のセルフ・エンパワメントの形成による看護師としての自律行動（古賀、2011）となり、認知症看護の実践の変化がチームの一体感を生み、組織エンパワメントを促進していたことが示唆されたのである。

第2節 本論文の応用可能性

本研究のセルフ・エンパワメントモデルの応用可能性については、本研究で明らかとなった看護師のセルフ・エンパワメントと組織エンパワメントに影響する関連要因をふまえて、看護師に対する認知症看護と組織である病棟における課題をふまえて述べる。

1. 看護師への応用可能性

看護師への応用の可能性としては、2点ある。1点目は、本モデルを研究者のネットワークを用いて、希望者を募り全国の認知症看護認定看護師に対して、伝達講習を行い各自が所属する施設で実践してもらうことである。そのためには、研修プログラムの作成を行う。プログラムの内容は、目的、目標、時間設定、用いる事例は身近な困難事例とする、小人数制、双方向の参加型のスタイルとし、5つの質問と、3つの手法を用いることを基準とする。

もう1点は、外部講師に頼らない職場内研修における活用である。認知症看護に対しパワーlessness状態の看護師へ身近な困難事例を用いた研修を実施の継続には、外部講師の確保は経済的な問題や、研修時間の設定に加え、適切な人材が近くにいない、かつ研修は勤務時間外となるため、働き方改革を推奨している現状にそぐわない。したがって、外部講師ではなくまず、看護協会が実施している認知症対応能力向上研修などの研修受講者と、病棟看護師長を中心し者カンファレンスを実施する。

実践可能な意見交換を行う方法について

- 意見交換の準備

- ① 1グループは意見交換しやすい小人数制（5～6人程度）

通常のカンファレンスの時間を活用する

- ② 意見交換できる静かな環境
- ③ 職位を意識しない環境
- ④ 時間は30分程度とし、勤務者の負担にならない時間を設定
- ⑤ 討事例は自身、あるいは病棟の困難事例とする
- ⑥ 司会進行役を1名配置する
- ⑦ 書記は置かず意見交換に徹する必要に応じてメモは各自がとる

● 意見交換の実際

(1) 問題解決を焦らず①～④の順にそって意見交換を行い共通理解する

- ①：患者に対して感じた事
- ②：そのことで生じる問題
- ③：過去の経験や対応したこと
- ④：問題が生じる理由

特に最後の④の問題が生じる理由を明確にする。この場合の主語は看護師となる 患者の思いがわからなかった事例についても、その理由について主語は看護師として皆で共有する。

(2) 意味不明に見える行動や言動にはなにかしら意味（その人のもつ価値観）があるとし、3つのステップを踏みながらそれぞれの段階で意見交換する

STEP1：患者へ共感する（意味不明な行動や言動には価値や意味があるとする）

感情移入するのではなく、その意味について患者の視点で意見交換する

STEP2：患者の思いを聞き出す（あらゆるメッセージからのサインを知る）

STEP3：思いを知る（サインから推測・予測されるニーズに検討をつける）

(3) 実践後に経過について報告を行い、必要時検討を繰り返す

検討の場を設けケアを改善していく

また、参加者には実践的な著書や文献などを選び、範囲を決め読んでもらうなど、基本的な認知症の病態やケアについての理解を深めてもらっておく。病態の特徴やケアの方法について基礎知識を持つことは事前準備として研修転移につながる反転学習となる（中原、島村、他 2021）。

2. 組織である病棟における応用可能性

現時点で考えられる本論文の応用可能性としては、職場の上司として認知症看護に困難感をもつ看護師に対し、組織である病棟の管理者としての支援が必要であると示唆された。具体的には、研修後の経過や結果を看護師長に報告する、チーム内で情報を共有するなど

が組織のエンパワメントに影響していた主な要因であった。

したがって、看護師長は、困難な事例に対して、「このように考えた」「このように行動した」といった、地道な看護師の活動につながる実践の報告を看護師が、何時でもざっくばらんにできる環境を形成する必要がある。また、看護師長は普段から気軽に話かけられる雰囲気づくりに努めることが必要となる。さらにまた、看護師長の態度として、病棟が目指す看護について、看護師と一緒に「共に考える」、「共に行動する」姿勢と行動力である。認知症看護における一連の流れを4つに分けた。①看護師と困難事例を共有する ②病棟全員で困難事例の看護の情報を共有する ③看護の知恵を出し合うことで病棟の一体感をつくる ④病棟師長は看護の「確認」を行い具体的な言葉で「承認」する。

この4点を中心にした、看護師長を対象の研修を行うことにより看護師のセルフエンパワメントの支援となると思われる。

おわりに 本研究の限界と今後の課題

看護師のインタビューの際に「先に研修に参加した同僚が、素敵な看護をやっていたから今回参加した。」との声が聞かれた。同じ職場において共同で看護を行っている研修に参加しなかった看護師が、参加した者の質の良い看護を直接目の当たりにすることによって、研修参加への自発的な動機につながっていた。看護師は、医療安全や診療報酬にかかる研修を除いて、研修への参加は強制されるものではなく、専門職としての能動的行動である。過去にあった誤嚥性肺炎予防の為の口腔ケアや、手術後の廃用症候群予防の為の早期離床などに習うと、認知症患者の自尊感情の低下を予防する意思表示を促す看護が理解され浸透につながるよう研究の継続を行う。

1. 本研究の限界

本論文は看護師が認知症患者に対する正しい理解と共に、困難感を低減する知識の習得により看護師本来の能力を発揮し、認知症看護の発展に寄与につながるものとし、従来のエンパワメントの理論を基本に、認知症看護の実践者である、看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程となるセルフ・エンパワメントモデルに沿った研修を実施により、看護師のパワーレスネスの低減の有無を量的調査より考察し、看護師のセルフ・エンパワメントに影響を与える関連要因と、そのセルフ・エンパワメントの形成過程が、所属する組織エンパワメントに、影響を与える要因を明らかにし、活用できるセルフ・エンパワメントモデルの作成を目指すための示唆を得ることを目的とした。

今回試作した看護師のセルフ・エンパワメントモデルは、①1病院施設に限定しており、病棟の特性や機能によっても結果に影響を受ける可能性を考慮し、一般化にはデータの蓄積が必要である。②非対象群によるパワーレスネス、共感性について比較検討を行っていない。③パワーレスネスの項目は一般的な尺度によるものではなく、信頼性、妥当性が確

保されている尺度を用いた検証には至っていない。④エンパワメントは人との関係性の中で育成されていくものであり、患者と看護師との関係性についての視点で検討を行っていない。⑤同僚や上司との相互作用が、セルフ・エンパワメントの形成過程に、影響する関連要因であるとの示唆を受け、病棟の管理者である看護師長への支援についても検討を行っていない。以上の5点を本研究の限界とする。

2. 今後の検討課題

本研究においては、真の意味での共感には至らなかった結果を受け、さらなる研修内容の修正と、看護師のエンパワメントの高まりが、所属する病棟である組織エンパワメントにも影響を与えることが示唆されたことより、以下の4点を今後の検討課題とする。

- 1) 本研究は1施設における知見であり、今後さらなる一般化に向けた研究を進める。
試作した本モデルを活用した研修会の件数を増やし、認知症看護にパワーレスネスの状態にある看護師の自己効力感を高める要因の分析を深める。パワーレスの有無についても信頼性、妥当性が担保された尺度を用いて研修の有用性を検討する。
- 2) 看護師と患者との関係性を取り入れ、看護師が他者と自己との個別性の認識を高め深い共感を得られる教育研修を検討し、看護師のセルフ・エンパワメントモデルの構築を目指す。
- 3) 看護師のセルフ・エンパワメントの形成過程に欠かせない。また個人の成長を支える看護師長の役割を遂行できる「支援を受けやすい環境」を構築し、認知症に深い理解を持つ、組織文化の醸成を支援する。
- 4) 他者が行う質の高い看護の模倣が、組織である病棟のエンパワメントを促進するものであり、研修に参加しない看護師をいかに巻き込めるかについて検討する

謝 辞

まず、本研究にご協力くださいました施設の病院長はじめ看護職員の皆様へ、感謝を申し上げます。

また、熱心に御指導くださいました高崎健康福祉大学大学院保健福祉学専攻博士課程教授指導教官の安達正嗣先生には、研究に行き詰まっている時も常に励まし導いていただきました。ここに深謝の意を表します。同専攻教授の永田理香先生には、主査として文献をはじめと的確なご助言と丁寧な御指導をいただきました。同専攻長教授の上原徹先生には、副査として常に的確な御助言と共にデータ分析に関する丁寧な御指導いただきました。同学保健医療学部看護学科学科長の神田清子先生には副査として、細部に渡り研究全般についての御指導をいただきました。ここに深謝の意を表します。

また同学健康福祉学部社会福祉学科教授の松沼記代先生にも、御指導をいただきました。ここに深謝の意を表します。

引用文献

- 安梅勅江(2004)：エンパワメントのケア科学当事者主体チームワーク・ケアの技法, 医歯薬出版株式会社, 4-11, 18-22, 32-38.
- 安梅勅江 (2015)：保健福祉学当事者主体のシステム科学の構築と実践, 北大路書房, 4.
- 安梅勅江 (2009)：地球発～子供の心の臨床新世代に小児精神神経学コミュニティ・エンパワメント当事者主体のシステムづくり, 小児の精神と神経, 48, (1), 7-13.
- 青柳道子著, 野川道子 (編著) (2016)：看護実践に生かす中範囲理論第2版, メヂカルフレンド社, 340.
- 有吉佐和子(1972)：恍惚の人, 新潮社.
- 浅井千秋 (2013)：組織特性リーダーシップ行動及び就業態度が自発的職務改善に与える影響, 実験社会心理学研究, 52(2), 79-90.
- Baker CM, McDaniel AM, Fredrickson KC, Gallegos EC, (2007)：Empowerment among Latina nurses in Mexico, New York and Indiana. *Int Nurs Rev Jun*, 54(2):124-9.
- Bandura, A. 本明寛, 野口京子 (監訳) (1995)：激動社会の中の自己効力, 金子書房.
- 陳麗娜 (2017)：認知症高齢者ケアにおけるケアアセスメント視点に関する検討, 日本認知症ケア学会誌, 第16(3) 659-669.
- CMBaker, ANMcDaniel, KCFredrickson, et al, (2007)：Empowerment mong Katina nursesein Meico, NewYorkand India, *Int Nurse*, 124-9. 1466-1657.
- 土肥眞奈, 杉浦由美子, (他) (2019)：急性期病院看護師を対象とした高齢者の視点を重視した認知症患者への対応教育プログラムの効果, 日本看護管理学会誌, 23(1), 11-18.
- 江本リナ (2000)：自己効力感の概念分析, 日本看護科学会誌, 20(2), 39-45.
- 遠藤英俊, 佐竹昭介, 他 (2015)：患者の立場に立った BPSD 対応法. 老年精神医学学会誌, 26(11), 1253-1257.
- Frederick Herzberg, 北野利信 (訳) (1996)：仕事と人間性動機づけ衛生理論の新展開, 東洋経済新報社.
- Frederick Herzberg, ハーバードビジネスレビュー編集 (訳) (2009)：動機づける力モチベーション理論の実践, ダイヤモンド社, 312.
- Fry ST, Johnstone MJ, 片田範子, 山本あい子訳 (2014)：看護実践の倫理的意思決定のためのガイド, 版日本看護協会出版会, 3-4.
- 舟島なをみ, 望月美知代 (2017)：看護入門発達学, 医学書院. P71.
- 伏木信次, 榎則章 (編) (2011)：生命倫理と医療倫理改訂3版, 金芳堂, 255.
- Grisso, T, Appelbaum, P (1998)：Assessing Competence to Consnet to Treatment A guide for Physicians and Other Health Professionals, New York Oxford University Press, 31-58.

- 羽鳥健司, 石村郁夫, (他) (2013) : 対人ストレス経験から獲得した利益の筆記が 精神的健康に及ぼす効果, 心理学研究, 84(2), 156-161.
- 羽鳥健司, 石井郁夫 (2013) : 肯定的感情に関する心理的実証研究の紹介, 心理学研究, (13), 69-81
- 服部祥子 (2004) : 人を育む人間関係論援助専門職として、個人として, 医学書院, P172.
- 樋田小百合, 小木曾加奈子, (他) (2020) : 老衰により死が近づいている高齢患者の治療状況に対する看護職の認識, 教育医学, 64(3), 201-210.
- 樋河華代, 齋藤京子 (2018) : 看護師のエンパワメントを高める研究会の取り組みと課題 聖泉看護学研究, 7. 17-22.
- 平井啓, 山村麻予, (他) (2021) : 高齢患者のがん治療方針における意思決定困難に関する要因に関する探索的研究医師に対するインタビューから, Palliat CareRes, 16(1), 27-34.
- Hoang, N, Daniel. T, 他 (2018) : Communication training and its effects on care-receiver outcomes in demwntia setting : A systematic review, First published, 24. 1050-1069.
- 本間昭 (2006) : 認知症の病態と看護, 医学書院, 25.
- 堀洋道 (監) , 吉田富士雄 (編) (2018) : 心理測定尺度集Ⅱ人間と社会のつながりをとらえる<対人関係・価値観>共感経験尺度改訂版 (角田) , (株)サイエンス社, 126-130.
- 堀内ふき (2010) : 看護師を対象とした教育に現状と課題、老年精神医学雑誌, 21(10), 1071-1076.
- 星河純子, 大澤幸枝, (他) (2020) : 「身体拘束しない看護の取り組み」の研修会から効果的な研修方法を考える大学から発信した3年間の大規模研修を通して, 保健医療学会, 45-58.
- 井部俊子, 中西睦子 (監) (2015) : 看護管理学習テキスト第2版看護組織論, 日本看護協会出版会, 1-123.
- 井部俊子, 中西睦子 (監) (2016) : 看護管理学習テキスト第2版論看護マネジメント論, 日本看護協会出版会, 44-72.
- 井部俊子, 中西睦子 (監) (2016) : 看護管理学習テキスト第2版論看護における人的資源活用論, 日本看護協会出版会, 1-207.
- 池田和恵, 松尾ひとみ (2010) : 特集認知症者の尊厳はまもられているか. 老年精神医学雑誌, 21.
- Irie Masanari, fukazawa Reiko, 他 (2017) : 「私にその赤ちゃんの世話をさせてください」BPSDを有する認知症患者にドールセラピー, 築水会神経情報研究所, 23-26.
- 石川智恵 (2018) : 「自信」の概念分析 : 中堅助産師の自信への適応可能性, 日本助産学会誌, 32(2), 85-100.

- 伊東美緒 (2019) :特集2「認知症ケアのトピックス」一般病院において認知症高齢者の意思表示をどう支えるか, 老年看護学, 23 (2), 38-43.
- 泉妙子 (2014) :介護福祉士の職務エンパワメント評価と課題, 神戸女子大学健康福祉学部学
部紀要, 6, 1-13.
- Jack Kirsten. (2010) : Care of older people with dementia in an acute hospita
setting, 1 Nurs Stand, 24(23), 42-48.
- Jaime W, Thomas H, etal (2015) :Resilience and organizational empowerment among
long-term care nurses effects on patient care and absenteeism, Journal of
Nursing Management, 24 (3), 300-308.
- JhonR. Cutursing, HughP. Mckenna, 山田智恵里 (監訳) (2008) : 看護の重要コンセプト
20 看護分野における概念分析の試み, ELSEVIER Japan, p107-122.
- Junichi Simizu, Yoshihiko Yamazaki. (1997) : Empowerment Theory and Practice:
Their significance and expectations in American Community Health, japanese
jurnal of health education, 4 (1), 11-18.
- 金井 Pak 雅子 (2019) : 説き語り看護経済学入門エンパワーメントモデルへの招待, ライフ
サポート社, p252.
- 片井美菜子, 長田久雄 (2014) : 認知症高齢ケアにおける一般病院看護師の困難の実感, 日本
早期認知症学会誌, 7 (1), 72-79.
- 笠井彩香 (2018) : 精神面を考慮した身体抑制のあり方 2 事例を通して学んだこと, 川崎市
立川崎病院事例研究収録, 20, 116-118.
- 嘉藤育子, 原祥子 (2014) : 一般病棟における認知症高齢者の転倒の危険性に対する看護
師の判断, 島根大学紀要, 37, 51-59.
- 川村晴美, 三村博美 (2020) : 急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感, 昭和学
士学会誌, 80 (6), 491-498.
- 川村晴美, 鈴木英子, 他 (2018) : わが国における急性期病院で認知症高齢者をケアする看護
師の困難感に関する文献レビュー, 日本健康医学会雑誌, 27 (3), 251-258.
- 河相てる美, 小出えり子, (他) (2017) : 周手術期における認知症患者への関わり方の現状
と課題, 共創福祉, 12 (1), 1-10.
- 川口孝泰 (著) 南裕子, 野嶋佐由美 (編) (2017) : 看護における研究第2版, 日本看護協会出
版会, 206.
- 川野雅資 (2011) : 新看護観察のキーポイントシリーズ精神科 I, 中央法規.
- 菊池章夫 (1989) : 思いやりを科学する向社会的行動の心理スキル, 川島書店, P212.
- 菊池章夫 (1998) : また思いやりを科学する, 川島書店, P13-14.
- 木村チヅ子, 井部俊子, 中西睦子 (監) (2016) : 看護管理論学習テキスト第2版看護マネ
ジメント論, 日本看護協会出版会, 41.

- 木村裕子 (2016) :特集/部署目標設定、スタッフ面接・評価の支援ラダーに活かすスタッフ面接のすすめ, 日総研出版, 主任看護師管理・教育・業務・教育, 25(3), 34-39.
- 北川公子, 酒井郁子, 他 (2018) :老人看護政策検討委員会活動報告, 老年看護学, 22(2), 97-102.
- 北川公子(代編), 山田律子 (2020) :系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学第6章, 医学書院, 296.
- 古賀節子 (2011) :「看護の自律性」の構成概念専門看護師の面接調査から, 日本保健学会誌, 14(2), 89-98.
- 顧 徐, 野村 知子 (2021) : 認知症の人との対面経験の心理的受け止め方と認知症のステイグマとの関係性, 桜美林大学研究紀要, 総合人間科学研究, 24(1), 41-54.
- 小山歌子, 村山伸子 (2011) :健康増進員エンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 58(8), 617-627.
- 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseidool/pdf/taikou04.pdf> , (cited 2021-10-01)
- 厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf> , (cited 2022-02-07)
- 厚生労働省 : 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドン, 1-22. www.mhlw.go.jp/file/06.12300000./0000212396.pdf(閲覧 2019. 3. 1)
- 久木田純, 渡辺文夫 (1998) :現代のエスプリエンパワーメント人間尊重社会の新しいパラダイム, 至文堂, 10-151.
- 桑原ゆみ, 野川道子 (編) (2018) :看護実践に生かす中範囲理論, メジカルフレンド社, 370.
- 北川公子, 酒井郁子, (他) (2018) :老年看護政策委員会活動報告(1), 老年看護学, 22(2), 97-102.
- 北野誠一(2017) :ケアからエンパワメントへ人を支援することは意思決定を支援すること :ミネルヴァ書房.
- 小松美砂, 田畑真, (他) (2016) :認知症ケア看護師養成研修を修了した看護職者のケア体験の分析, 日本認知症ケア学会誌, 16(2), 498-506.
- 近藤隆雄 (1999) :サービスマネジメントとは、日本看護協会看護管理学会誌, 3(2), 14-20.
- 黒田隼, 齊藤千晶 (2020) :タブレット版「いきいきリハビリ」の実施による認知症高齢者の心理面への影響, 日本認知症ケア学会, 35, 573-581.
- 黒田寿美恵, 船橋眞子, (他) (2017) :看護学分野における「その人らしさ」の概念分析—Rodgers の概念分析法を用いて—, 日本看護研究学会雑誌, 40(2), 141-150.
- Lewin, K., 猪俣佐登留 (訳) (1990) :Field Theory in Social Science. Harper & Brothers, 社会科学における場の理論、誠信書房.

- Li Huanhuan, Ying Shi, Yuan Li, Zhuanglie Xing, et al (2018) : Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction A systematic review and meta-analysis, *J Adv Nurs Actions* ,74(6), 1264-1277.
- Linda O, Kathleen C, et al (2020) : The Impact of Interprofessional Shared Governance and Caring Professional Practice Model on Staffs Self-report of Caring, Workplace Engagement, and Workplace Empowerment Over Time, *Journal Nurse*, 50(1)52-58.
- Lois K Evans 1, Valerie T Cotter (2008) : Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys, *Am J Nurs*. Mar, 108(3) :40-49.
- Mary C. Zonsius, Fawn A. Cothran, Joanne M. Miller (2020) : Acute Care for Patients with Dementia, *NAJ*, 120(4), 34-42.
- 前田晃史 (2018) : わが国の病院看護師が経験した高齢者の倫理的問題に関する文献検討, *ヒューマンケア研究学会誌*, 9(2), 95-99.
- 前田則子, 堤由美子, 他 (2019) : 高齢者福祉施設における BPSD のある利用者へのケア上の困難感リーダー介護職の語りの分析から, *関西看護医療大学紀要*, 11(1), 32-41.
- 牧野公美子, 杉澤秀博, (他) (2020) : 施設内看取りを代理意思決定し看取る過程で家族が経験した精神的負担と代理意思決定に対する想い, *老年看護学*, 25(1), 97-105.
- 松田晋也 (2016) : 特集病院は認知症とどう向き合うべきか急性期病院における認知症患者の現状と課題, *病院*, 75(9), 9670-674.
- 松原由美 (2011) : 音楽が認知症高齢者に及ぼす QOL の向上回想法となじみの音楽を用いての実践, *九州保健福祉大学紀要*, (12), 79-84.
- 松尾睦 (2018) : 個人成長力が心理的エンパワメントに及ぼす影響, *Transactions of the academic Association for organizational Science*, (7)(2), 136-141.
- 松下正明, 金川克子 (監) (2007) : 個別性を重視した認知症患者のケア, *医学芸術社*, 73.
- 本村暁 (2021) : 失語症臨床の基本的諸問題, *認知神経科学*, 22(2), 68-77.
- 松本明美, 赤石美佐代 (2011) : BPSD を表出する認知症高齢者の看護攻撃的行動に対する看護師のとらえ方とケア, *ヘルスサイエンス研究*, 15, (1), 33-38.
- Michael B. First, MD (著), 高橋三郎 (監), 下田和孝, 大曾根彰 (訳) (2015) : DSM-5 鑑別診断ハンドブック, *医学書院*, .
- 源由理子 (2003) : エンパワメント評価の特徴と適応の可能性, *日本評価学会*, 3(2), 70-86.
- 三野一成, 立山清美, (他) (2020) : なじみ深い作業が重度アルツハイマー病者の BPSD にもたらす効果手続き記憶の影響を考慮した介入効果の検討, *日本認知症ケア学会*, 18(4), 830-839.
- 宮川公男 (1987) : 経営学全書 21 意思決定論, *丸善株式会社*, 30-33.
- 宮本恵子 (著) 井部俊子, 中西睦子 (監) (2015) : 看護管理学習テキスト第 2 版看護組織

- 論, 日本看護協会出版会, 210.
- 宮村莉菜, 安原千亜季, (他) (2019) : 脳活性化リハビリテーションの5原則に基づいた介入により動作能力が向上したレビ」小体型認知症と第4腰椎圧迫骨折を呈した症例, 理学療法群馬, (30) 59-63.
- 溝川藍, 子安増生 (2015) : 他者理解と共感性の発達, 心理学評論, 58(3), 360-371.
- 水谷桂子(2015): 病気と出会うときに「認知症と、よりよく生きる」人たちの体験, 老年精神医学雑誌, 26(9), 961-966.
- 水谷信子 (2012) : 家族ニーズをふまえた認知症介護指導の提案 「生活障害」との付き合い方を中心に (特集 認知症患者の家族介護者指導を再考する : 個々の症状がもたらす「生活障害」に注目を, 臨床看護, 38(11), 1557-1562.
- 村上章, 比嘉勇人, 田中いずみ, (他) (2016) : 認知症看護実践における看護師に認知症イメージの形成プロセス, 富山大学看護学会誌, 16(1), 29-40.
- 村田莉沙 (2018) : アルツハイマー型認知症患者への関わり方先輩看護師の対応と比較し学んだこと, 川崎市立川崎病院事例研究収録, 20, 113-115.
- 盛岡周 (2015) : 発達を学ぶ人間発達学レクチャー, 協同医書出版, 93.
- 中川かおり(2020) : BPSDを示した認知症高齢者への看護実践, 老年看護学会誌, 24(2), 49-54.
- 中原淳, 島村公俊, (他) (2021) : 研修開発入門研修転移の理論と実践, ダイヤモンド社, P196.
- 中島紀恵子, 太田喜久子, 奥野茂代, 水谷信子 (編) (2013) : 認知症の人々の看護, 看護協会出版会, 1-21.
- 中村和彦(2003) : エンパワメントの概念及びエンパワメント・ファシリテーションの検討, 人間開発研究南山大学人間関係研究センター紀要, 1-3.
- 中村哲也(2019) : 看護師における構造的エンパワメントと情緒的コミットメント, ワーク・エンジメントの関係, 日本看護科学学会, 270-277.
- 中谷章子, 森千鶴(2018) : 看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー専門職自律性との関連, 日本看護研究学会雑誌, 41(2), 171-183.
- 中坪文典, 瀧名潔, (他) (2019) : 質的データ分析法としての SCAT とうえの式質的分析法の比較-幼稚園長のインタビューデータから, 広島大学大学院研究科要, (3) (68), 9-18.
- 成本迅 (2012) : 認知症の臨床最近の話題認知症臨床における医療福祉連携, 121(12), 666-671.
- 中筋美子(2018) : 認知症看護の質向上に取り組み続ける看護師に意識の変遷. 高齢者ケア行動科学, (23) , 35-45.
- 中田弥紗, 直原大輔, 山本茉奈実, (他) (2017) : 介護老人保健施設における看護職者の認知症ケアの質への関連要因の検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 24(1), 15-24.

- Naomi FaiL(著)藤沢嘉勝(監)紫崎人理,高橋誠一(訳)(2001):認知症の人との超コミュニケーション法,筒井書房.
- 成田渉(2020):新皮質型アルツハイマー病,高次脳機能研究所,40,(2),41-50.
- 根本友見(2017):家族心理プログラム実施に伴う困難感の克服に影響を及ぼす要因,了徳寺大学研究紀要,11,213-224.
- 日本保健福祉学会(編)(2015):保険福祉学当事者主体のシステム科学の構築と実践,北大路書房,4-24.
- 日本看護協会ホームページ:<https://www.nurse.or.jp/-kangojp/>(閲覧2020.10.1)
- 日本看護協会ホームページ:看護職の倫理綱領(2003)https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf(閲覧2022.2.1)
- Niklas Luhman(著),佐藤勉(訳)(1993):社会システム理論(上)恒星社厚生閣.
- 認知症ワーキンググループ:第6回杉浦地域医療振興賞内容:<https://sugizaidan.jp/smf/wp-content/uploads/>(閲覧2020.10.2)
- 新村出(編)(2018):広辞苑,岩波書店,1585.
- 西垣里志,栗原はるか(2018):精神科看護のエンパワメントについて.聖泉看護学研究,Vol.7.p.45-52.
- 西村美里,岡本華枝,鈴木千絵子(2015):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,ヒューマンケア研究学会誌7(1),1-11.
- 西岡久美子,中野綾美(2017):保存期慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの構成,高知女子大学看護学会誌,42(2),1-10.
- 錦織紀子,石橋照子(他)(2020):精神科入院認知症患者の家族に生じる代理決定に伴う心理,日本医学看護学教育学会誌,29(2),1-12.
- 野川道子(編著),青柳道子(著)(2018):看護実践に生かす中範囲理論第2版第3刷,メヂカルフレンド社,349-365.
- 野川道子(編著),桑原ゆみ(著)(2018):看護実践に生かす中範囲理論第2版第3刷,メヂカルフレンド社,366-382.
- 野村豊子(2001):コミュニケーションの技法,介護福祉士養成講座介護技術I,中央法規,181.
- 野瀬貴司,鈴木雄,(他)(2017):リハビリスタッフと一緒にいる患者参加型看護がもたらした効果と課題,Brain Nursing,33(3),294-302.
- 奥村和代(2017):急性期病院に勤務する看護師が業務的と認識する実践の様相,UHCNAS,RINPCBULLETIN Vol.24,13-25.
- 大久保悦子,内田陽子,(他)(2011):認知症高齢者に対する絵画療法プランの実践と評価,北関東学会,61,499-508.

- 桜澤邦男, 藤森研司 (2020) : 入院前の在宅医療に有無から見た入院患者の特徴と救急車搬入による入院割合に関する研究 高齢者を対象とする大規模DPCデータを活用した横断分析, 日本医療マネジメント学会雑誌, 21, 70-78.
- 大津美香 (2013) : 外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態, 日本認知症ケア学会誌, 12(3), 619-630.
- 大谷尚 (2008) : 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案 - 着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要, 54(2), 27-44.
- 大谷尚 (2019) : 質的研究の考え方-研究方法論から SCAT による分析まで, 名古屋大学出版会, 403.
- Paul. A. K, Jean. P. A, etal (2019): Assistive Technologies to Address Capabilities of people with Demetia: From Reserch to Practice, Dementia18(4), 1568-1598.
- P. Benner, P. L. Hooper, D. Stannard 井上智子監訳 (2005): Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care, 医学書院.
- Peter M. Senge, 枝廣純子, 小田理一郎, (他) (訳) : 学習する組織, 英治出版, 581.
- R. Anderson, C. Feste (1995): Empowerment from philosophy to practice, Am J Community Psychol, 23(5), 569-79.
- Rodriguez. Miriam, Bethell. J, etal (2020): The influence of supervisory support work effectiveness work empowerment and stress secondary to residents' responsive behaviours on jobsatisfaction of nursing staff : A multisite cross sectional study (2021) : J Nurs Manag, 29(3), 497-507.
- R. M. Gagne, W. W. Wager, etal, 鈴木克明, 岩崎信 (監訳) (2007) : インストラクショナルデザインの原理. 北大路書房, P449.
- 齋藤多恵子, 石橋みゆき, (他) (2019) : 急性期病院の認知症高齢者の退院支援において退院支援専任看護師が行う倫理的意思決定支援, 25, (1), 47-56.
- 齋藤佑樹, 友成幸之助, (他) (2013) : 作業選択意思決定支援ソフト (ADOC) を用いた認知所クライアントと作業療法士の意思決定の共有と協働, 作業療法, 32(1), 55-63.
- 境俊子, 富樫千秋 (2017) : 中堅看護師の自己効力感に提供する要因, 日本健康医学雑誌 6(2), 65-73.
- 坂野雄二, 前田基成 (編著) (2016) : セルフエフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 39-40, 259.
- 崎原桂, 仲宗根孝, (他) (2017) : 経口摂取困難例に対する当院での意思決定支援, 沖縄赤十字病院医学雑誌, 22(1), 49-51.
- 佐久間美里, 淵田英津子 (2020) : 認知症高齢者の行動・心理症状に対する介護施設の看護職員が実施しているケアの特徴, 日本認知症ケア学会誌, 19(2), 437-447.

- 桜間知佐子, 山田聡子, 中島佳緒里 (2021) : 中高年看護師のワーク・エンゲイジメントと看護実践能力との関連, 日本看護管理学会誌, 25(1), 34-45.
- 佐々木美樹, 湯本淑江, 他 (2018) : 看護師長のリーダーシップとスタッフ看護師のエンパワメントの関係-文献検討, 日本医療・病院管理学会誌, 133-142.
- 佐々木美奈子, 菅田勝也 (2011) : 日本語版エンパワメント尺度の開発, 日本看護科学学会誌, 31(2), 52-59.
- 笹本麻実, 塚本尚子 (2020) : エンパワメント構造とキャリアデザインが中堅看護師の精神的エンパワメントに及ぼす影響, 日本看護管理学会誌, 24(1), 154-163.
- 佐藤郷子, 永田 博明, (他) (2017) : 介護老人保健施設における 認知症周辺症状 (BPSD) への取り組み -在宅復帰率向上を目指して日本病院総合診療医学会雑誌, 13 (2) , 8-15.
- 佐藤美樹, 荒木田美香子, 他 (2020) : 幼児を持つ親の家族エンパワメント尺度の開発, 日本公衆衛生雑誌, 67(2), 121-133.
- Sayori S, Kimie, F (2019) : development of empowerment scale for family caregivers of community-dwelling people with dementia in japan, Japan journal of nursing Science, 17(2). e12311.
- Scales K, Bailey S, et al, et al (2017) : Power, empowerment, and person-centred care using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff, Sociol Health Illn, 39(2), 227-243.
- Scerri, A, Anthea, Innes, Charles Scerri (2017) : Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach , J Clin Nurs, 24, 1916-1925.
- 関谷ゆかり (2009) : 戦前日本社会における痴呆概念分析, ソシオロゴス, 33, 65-69.
- 千田睦美, 水野敏子 (2014) : 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.
- 社団法人日本看護協会 (2007) : 看護にかかわる主要な用語の解説概念定義・歴史的変遷・社会的文献, 社団法人日本看護協会, p53.
- 柴田真紀 (2009) : 身体拘束中の患者の看護を行う精神科看護師の葛藤精神科臨床経験 1~6年目の看護師を対象として, 日本精神保健看護学会誌, 18, (6), 61-69.
- 塩崎麻里子, 佐藤望, (他) (2020) : 認知症高齢者の家族介護者が代理意思決定場面で経験した後悔に関する質的調査研究, 老年社会学, 42(3), 200-208.
- 清水準一, 山崎喜比古 (1997) : アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践に込められた意味と期待, 日本健康教育学会誌, 4(1), 11-18.
- 清水径子, 栗栖照雄 (2016) : 言葉による抑制 (スピーチロック) に関する介護老人福祉施設職員の認識と実態, 日本認知症ケア学会, 15(3), 624-633.

- 新宮洋之, 安保寛明(2019) : 看護師における構造的エンパワメントと情動的コミットメント、ワーク・エンゲイジメントの関係, 日本看護科学会誌 39, 270-277.
- 曾根智史 (2000) : 特集今を読み解くキーワード集ヘルスプロモーションエンパワメント, 国立公衆衛生院公衆衛生行政部, 1038-1039.
- Spreitzer. GM(1995) : Psychological empowerment in the woerk place, Dimensions, measurement , and Validation, Academy of Manajement Joumal, 38(5), 1442-1465.
- 末田清子, 福田浩子(2011) : コミュニケーション学その展望と視点増補版, 松柏社, 13-16.
- 鈴木匡子 (2016) : 原発性進行性失語症の認知機能障害、生活障害, 行動・心理症状, 精神医学, 933-939.
- 鈴木みずえ, 阿部由美子, (他) (2017) : 急性期病院へのパーソンセンタードケア導入を目指した看護師研修の教育効果せん妄のある認知症模擬患者プログラム, 日本認知症ケア学会, 16(3), 631-641.
- 鈴木みずえ (編) (2018) : パーソンセンタードケアな視点から急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア入院時から退院後の地域連携まで, 日本看護協会出版会, 12-26.
- 鈴木康美(2017) : リフレクションによる新人・看護管理者の支援と研修の方策リフレクションの目的経験との関係について理論と実践を結ぶ懸け橋, 看護人財育成, 14 (2) , 89-93.
- 高橋智, (監訳) (2011) : 認知症のBPSD, 日本老年医学学会誌, 48, 195-204.
- 高崎絹子, 水谷信子, (他) (2011) : 高齢者・病弱者の権利とアドボカシー. 最新老年看護学改訂版, 350-353.
- 田中希代子, 澁田英津子, 他 (2017) : 愛知県内における看護実習指導者の職務エンパワメントとその関連要因, 日本看護医療学会雑誌, 19(2), 30-39.
- 田中伸, 下司映一, (他) (2020) : 中堅看護師に看護実践能力とレジリエンスおよびチームアプローチとの関連看護実践能力向上に向けての卒後看護教育のあり方, 昭和学士学会, 80(2), 131-143.
- 谷口陽子, 別府千恵, 他 (2014) : 経験年数3～5年目の病棟看護師職務満足との関連, 日本看護学会編看護管理 2.
- 寺内良夫, 生田明子, (他) (2020) : 認知症患者の維持透析導入と継続に関する意思決定支援に対する看護師に葛藤, 大阪済生会中津病院年報, 30(2), 267-269.
- 登張真稲 (2000) : 多次元視点に基づく共感性研究の展望, 性格心理学研究, 9(1), 36-51.
- ThomasGrisso:Paul S. Appelbaum 北村總子, 北村俊則 (訳) (2000) : ASSESSING COMPETENCE TO CONSENT TO TREATMENT. A Guide of Physicians and Other Health Professionals. 日本評論社, p. 33-61.
- 当間政義 (2013) : 職場風土変革のプロセス・モデルに関する一考察リーダーとフォロアーの相互作用関係を中心に, 和光経済, 45(3), 33-40.

- 豊増佳子 (1996) : 看護大学新卒看護職のみた看護職者の職場風土, 聖路加看護大学紀要, 22, 29-41.
- Tavares APDA, Tzanno. Matins, etal (2018): the need for training in palliative care for physicians in other specialties Brazilian nephrologists empowerment on renal supportive care, Ann paliat Med, 783), 176-186.
- Tzu-Ting Huang, Chia-Chun Sung, Woan-Shyuan, Bi-Hwa Wang (2017) : The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery, Jadv Nurs, 73 (8), 1848-1861.
- 内野聖子, 葉袋淳子, 相内恵津子他 (2016) : 終末期にある認知症高齢者が経口摂取を維持できる摂食ケアにおけるチームアプローチの実際, 岐阜県医療科学大学紀要, 10, 29-39.
- 内ヶ島伸也 (2009) : 認知症高齢者の日常生活に関わる「選択の表明」能力と「倫理的思考」能力の特徴. 北海道医療福祉大学看護福祉学部学会誌, 5 (1), 39-47.
- 植田洋子, 階段小百合 (他) : 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究, 看護学統合研究, 11 (1), 2-19.
- 上野徳美, 久田満 (2008) : ヒューマンケアのコミュニケーション医療現場コミュニケーション医療心理学的アプローチ. あいり出版, 245.
- 宇高不可思 (2019) : 病気がみえる 7, 第2版, 認知症, メディクメディア, 424-443.
- 梅原里実, 松沼記代, 他 (2020) : 自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証, 日本保健医療学会, 1-18.
- 梅原里実 (2020) : 認知症患者の意思表示を促す看護師のエンパワメントの検討, 高崎健康福祉大学紀要 19, 115-125.
- 梅原里実 (著), 鈴木みずえ (編) (2018) : パーソンセンタードケアな視点から急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア入院時から退院後の地域連携まで, 日本看護協会出版会, 49-58.
- 浦島尚子, グライナー智恵子, 他 (2020) : 急性期病院で必要とされる認知症看護実践能力, 日本看護科学学会誌, 40, 448-456.
- 渡辺真弓, 金井 Pak 雅子 (2019) : 日本語版精神的エンパワメント尺度の信頼性・妥当性の検証, 日本看護管理学会誌, 23 (1), 50-60.
- 渡邊美幸, 山下科子 (2021) : 高齢患者の対するシームレスケアの研修会前後における看護実践能力の変化 退院支援に必要な能力獲得評価チェックリストを用いた検討, 教育医学, 66 (4), p260-269.
- 渡辺陽子, 高山成子 (2010) : 施設で生活する中等度・重度認知症高齢者の自己決定の機会を提供する看護介入の効果, 老年看護学, 14 (1), 5-15.
- 渡邊陽子 (2020) : 介護老人保健施設の看護・介護スタッフによる日常生活における自己決定支援の積み重ねが認知症高齢者に及ぼす効果, 老年看護学会誌, 24 (2), 65-75.

- 山上徹也, 山口晴保 (2016) : 情報通信技術を活用した BPSD 予防・予測システム開発の現状と課題、認知症ケア研究誌, 8-15.
- 山口晴保 (2013) : 特集認知症のリハビリテーション笑顔が生まれる実践的アプローチ認知症の本質を知りリハビリテーションに活かす, MB Med Reha 164, 1-7.
- 山口晴保 (2016) : 紙とペンでできる認知症診療術, 協同医書出版, 222-226.
- 山口晴保 (2018) : BPSD の定義その症状と発症要因, 認知症ケア研究誌, 2, 1-16.
- 山口光治 (2016) : 高齢者虐待事例におけるアセスメントなぜ高齢者虐待が起こるのか, 淑徳大学紀要, 50, 31-45.
- 山路佳代, 長畑多代 (2017) : 高齢者施設での日常生活において認知症高齢者がアドボカシーを必要とする状況と看護師の支援内容, 老年看護学, (22) 1, 71-80.
- 山本由子 (2020) : 老年看護学①老年看護学概論, メジカルフレンド社, 48.
- 家根明子, 小野塚元子, (他) (2020) : 認知症初期集中支援チーム員による当事者の認知症への対処に関する意思決定に向けたかかわり, 老年社会科学, 41 (4), 400-408.
- 山田律子, 北川公子 (代) (2020) : 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学, 医学書院, 308.
- 安田一生, 松島芽衣子, 他 (2017) : 認知症治療病棟における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.
- 安酸史子 (2004) : 自己効力理論とエンパワメントモデルを活用したかかわり方看護教師の立場から, 日本糖尿病教育看護学会誌, 8 (1) , 73-76.
- 吉元梨恵, 沖中由美 (2019) : BPSD のある認知症高齢者の「心地良さ」に働きかける看護職の支援の特徴, Hospic and Home Care, 27 (1), 1-10.
- 湯浅美千代 (2017) : 特集急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題, 老年看護学, 22, (1), 10-13.
- 横溝賢, 夏坂光男, 他 (2014) : 学習のリフレクション頻度と成果者の社会的評価の相関関係性について、日本デザイン学会デザイン学研究, 1-2.
- 吉武亜紀, 福岡欣次 (2017) : 一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討, 川崎医療福祉学会誌, 26 (2) , 274-283.

病院
病院長 様

2020 年 月 吉日

研究協力についてのお願い

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科
博士後期課程 梅原里実

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は、高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程において「自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」をテーマに研究に取り組んでおります。

研究背景には、在院日数の短縮に伴い急性期治療を提供する一般病院における認知症患者数の増加と、それに伴う看護師の認知症患者との意思疎通の困難さがあげられます。コミュニケーションには相互の信頼関係づくりが重要となりますが、認知症患者の場合は失語や認知機能が低下しているため、看護師は困難感を抱いたままケアを行っていると推測されます。ケアを提供する看護師が認知症患者に対して抱いている困難さを軽減するには、認知症患者の自己効力感に気づき、患者の苦悩に対する共感が必要です。その一つの方法として、認知症患者の意思を確認する機会の多い日常生活ケアを行うなかで相互関係の構築を深められるのではないかと考えました。そこで、意思疎通を阻害する要因に着目し看護師のコミュニケーションの技術を高め、認知症患者の意思表示を支援する対応ができれば、看護師としての本来の能力を発揮できるのではないかと考えました。

つきましてはご多用のところ大変恐縮に存じますが、次項の説明文章および別紙の研究計画書の内容をご理解の上是非ともご協力を賜りたくお願い申し上げます。

尚、ご不明な点がございましたらご遠慮なくご質問ください。

敬具

本研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で行なうものです。

記

1. 研究目的

本研究の目的は自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス（無力感）状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表出を支援するエンパワーメントモデル（看護師が認知症患者に持つ無力感を払拭し認知症患者の意思表出を促すための方法）を用いた研修を実施し、その効果を検証することとしました。

2. 研究方法

- 1) 自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、認知症患者の意思表出を支援するエンパワーメントモデルを用いた研修を実施します。
- 2) 受講前・後に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版を行います。
- 3) 研修後 20 日目に病棟の管理者である看護師長と希望する看護師に半構成的インタビュー（インタビューガイドに沿った面接）を行います。

3. 対象者

- 1) 病棟に勤務し 3 ヶ月以上認知症患者への看護を実施している看護師 25～35 名
- 2) 病棟管理者として 1 か月以上勤務しており 1) の看護師と同じ病棟の看護師長 1 名

4. 研究期間

令和 2 年 8 月～令和 3 年 3 月 31 日

5. 施設代表様への依頼内容

依頼事項は、以下の通りです。

- 1) 看護師への研究説明会のご案内ポスターを病棟休憩室へ貼らせていただければと存じます。
- 2) 看護師への研究協力の説明会および研修会は参加者が参加しやすいように貴施設内での実施を考えておりますので、研修会の会場を貸して頂ければと存じます。
- 3) 研修会は第 1 回目と、7 日後に第 2 回目を行います。また研究参加者の都合に合わせ、第 1 回目・第 2 回目とも同じ内容を 3 日間に渡り 1 日 6 回実施致します。午前中から夕方までの長時間にわたり研修会の場所を貸して頂ければと存じます。研修会の時間は第 1 回目・第 2 回目とも 1 回 60 分を予定しております。
- 4) 研修会の場所は 3 密を避け約 2m 間隔で着座可能な場所を貸して頂ければと存じます。
- 5) 協力部署の看護師長と希望する看護師に半構成的面接調査としてインタビューを行い

ます。インタビューを実施する場所を貸して頂ければと存じます。インタビューの所要時間は30分を予定しております。

- 6) 本研修会は施設内をお借りしますが、私的な時間を活用して行く施設外研修と同じとし、勤務時間内に研修に出向くことは無く貴施設へ御負担はございません。

6. 研究対象者への倫理的配慮

- 1) 研究参加者にIDを付与しますが、復元不可能な状態に加工し、研究参加者の個人情報特定されないよう匿名性を担保し厳重に管理致します。また、貴施設に関する内容も個人情報と同様に特定されないよう匿名性を担保し、厳重に管理します。
- 2) 本研究への協力は自由意思です。同意はいつでも撤回でき、それによる不利益を受けることはありません。研究協力の解除事由は次の通りです。
＜研究協力解除事由＞ ①研究者が病気や怪我等により研究が困難になった場合
②研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
③研究参加者が不利益を被ると判断した場合
- 3) 研究参加の同意辞退は、研究参加の協力依頼の説明の際に研究参加者本人に「研究参加の同意撤回書」と切手を貼った返信用封筒を渡し、研究参加者本人に記入してもらい郵送していただきます。
- 4) 研究にご協力頂くことにより、研究参加者に精神的・身体的な負担が生じることがないように最大限の努力を致します。万が一、研究参加者に精神的負担が生じた場合には対応を致します。
- 5) 研修会やインタビューはいつでも途中で中断および再開、する事ができ、研修会やインタビューの途中または終了後であっても研究協力を辞退する事も可能です。
- 6) データは研究開始から5年間は鍵のかかる場所に厳重に保管管理致します。

7. 費用の負担について

本研究にご協力頂くにあたり費用の負担はありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果につきましては、ご希望があれば成果報告書でご報告いたします。本研究の結果を博士論文発表会（公聴会）、学会発表や学術雑誌等で発表することがありますが、その際は匿名性を保持いたします。

9. 研修会の感染対策としてフェイスシールドとマスクの着用、マスクの配布、消毒薬の設置、検温、机や椅子の消毒などの貴施設の感染対策基準を遵守し感染対策を徹底します。

10. 研究についてのお問い合わせ先

- 1) 高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実

住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501
Tel：027-352-1291（月～金 8時30分～17時）
FAX：027-352-1985（同上）
Email：umehara@takasaki-u.ac.jp（夜間・休日）

2) 指導教員連絡先

高崎健康福祉大学大学院健康福祉部社会福祉学科 教授 安達正嗣
住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501
Tel：027-352-1290（月～金 8時30分～17時）
FAX：027-353-2055（同上）
Email：adachi-m@takasaki-u.ac.jp

以上です。

2020 年 月 吉日

看護部長
病院
様

研究協力についてのお願い

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科
博士後期課程 梅原里実

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は、高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程において「自己決定が困難な認知症患者の意思表出に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」をテーマに研究に取り組んでおります。

研究背景には、在院日数の短縮に伴い急性期治療を提供する一般病院における認知症患者数の増加と、それに伴う看護師の認知症患者との意思疎通の困難さがあげられます。コミュニケーションには相互の信頼関係づくりが重要となりますが、認知症患者の場合は失語や認知機能が低下しているため、看護師は困難感を抱いたままケアを行っていると推測されます。ケアを提供する看護師が認知症患者に対して抱いている困難さを軽減するには、認知症患者の自己効力感に気づき、患者の苦悩に対する共感が必要です。その一つの方法として、認知症患者の意思を確認する機会の多い日常生活ケアを行うなかで相互関係の構築を深められるのではないかと考えました。そこで、意思疎通を阻害する要因に着目し看護師のコミュニケーションの技術を高め、認知症患者の意思表出を支援する対応ができれば、看護師としての本来の能力を発揮できるのではないかと考えました。

つきましてはご多用のところ大変恐縮に存じますが、次項の説明文章および別紙の研究計画書の内容をご理解の上是非ともご協力を賜りたくお願い申し上げます。

尚、ご不明な点がございましたらご遠慮なくご質問ください。

敬具

本研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で行なうものです。

記

1. 研究目的

本研究の目的は自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス（無力感）状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表示を支援するエンパワーメントモデル（看護師が認知症患者に持つ無力感を払拭し認知症患者の意思表示を促すための方法）を用いた研修を実施しその効果を検証することとしました。

2. 研究方法

- 1) 自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、認知症患者の意思表示を支援するエンパワーメントモデルを用いた研修を実施します。
- 2) 受講前・後に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版を行います。
- 3) 研修後 20 日目に病棟の管理者である看護師長と希望する看護師に半構成的インタビュー（インタビューガイドに沿った面接）を行います。

3. 対象者

- 1) 病棟に勤務し 3 ヶ月以上認知症患者への看護を実施している看護師 25～35 名
- 2) 病棟管理者として 1 か月以上勤務しており 1) の看護師と同じ病棟の看護師長 1 名

4. 研究期間

令和 2 年 8 月～令和 3 年 3 月 31 日

5. 看護部長への依頼内容

依頼事項は、以下の通りです。

- 3) 病院長へ本研究の主旨説明とご依頼についてご説明させていただきたく存じます。お取次をお願い致したく存じます。
- 4) 認知症患者の看護を実践している病棟の看護師長 1 名のご紹介をお願いしたく存じます。
- 5) 看護師への研究の説明会のご案内ポスターを病棟休憩室へ貼らせていただければと存じます。
- 6) 研究協力の説明会および研修会は参加者が参加しやすいように貴施設内での実施を考えております。研修会の場所を貸して頂ければと存じます。
- 5) 研修会は第 1 回目と、7 日後に第 2 回目を行います。また研究参加者の都合に合わせ、第 1 回目・第 2 回目とも同じ内容を 3 日間に渡り 1 日 6 回実施致します。午前中から夕方までの長時間にわたり研修会の場所を貸して頂ければと存じます。研修会の時間

は第1回目・第2回目とも1回60分を予定しております。

- 6) 研修会の場所は3密を避け約2m間隔で着座可能な場所を貸して頂ければと存じます。
- 7) 協力部署の看護師長と希望する看護師に半構成的面接調査としてインタビューを行います。インタビューを実施する場所を貸して頂ければと存じます。インタビューの所要時間は30分を予定しております。
- 8) 本研修会は施設内をお借りしますが、私的な時間を活用して行く施設外研修と同じとし、勤務時間内に研修に出向くことは無く貴施設へ御負担はございません。

6. 研究対象者への倫理的配慮

- 1) 研究参加者にIDを付与しますが、復元不可能な状態に加工し、研究参加者の個人情報特定されないよう匿名性を担保し厳重に管理致します。また、貴施設に関する内容も個人情報と同様に特定されないよう匿名性を担保し、厳重に管理致します。
- 2) 本研究への協力は自由意思です。同意はいつでも撤回でき、それによる不利益を受けることはありません。研究協力の解除事由は次の通りです。
＜研究協力解除事由＞ ①研究者が病気や怪我等により研究が困難になった場合
②研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
③研究参加者が不利益を被ると判断した場合
- 3) 研究参加の同意辞退は、研究参加の協力依頼の説明の際に研究参加者本人に「研究参加の同意撤回書」と切手を貼った返信用封筒を渡し、研究参加者本人に記入してもらい郵送していただきます。
- 4) 研究にご協力頂くことにより、研究参加者に精神的・身体的な負担が生じることがないように最大限の努力を致します。万が一、研究参加者に精神的負担が生じた場合には対応を致します。
- 5) 研修会やインタビューはいつでも途中で中断および再開、する事ができ、研修会やインタビューの途中または終了後であっても研究協力を辞退する事も可能です。
- 6) データは研究開始から5年間は鍵のかかる場所に厳重に保管管理致します。

7. 費用の負担について

本研究にご協力頂くにあたり費用の負担はありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果につきましては、ご希望があれば成果報告書でご報告いたします。本研究の結果を博士論文発表会（公聴会）、学会発表や学術雑誌等で発表することがありますが、その際は匿名性を保持いたします。

9. 研修会の感染対策としてフェイスシールドとマスクの着用、配布、消毒薬の設置、検温、

机や椅子の消毒などの貴施設の感染対策基準を遵守し感染対策を徹底します。

10. 研究についてのお問い合わせ先

1) 高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実

住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL：027-352-1291 (月～金 8時30分～17時)

FAX：027-352-1985 (同上)

Email:umehara@takasaki-u.ac.jp (夜間・休日)

2) 指導教員連絡先

高崎健康福祉大学大学院健康福祉部社会福祉学科 教授 安達正嗣

住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL：027-352-1290 (月～金 8時30分～17時)

FAX：027-353-2055 (同上)

Email:adachi-m@takasaki-u.ac.jp

以上です。

2020 年 月 吉日

病院
看護師長 様

研究協力についてのお願い

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科
保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実

背景

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は、高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程において「自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」をテーマに研究に取り組んでおります。

研究背景には、在院日数の短縮に伴い急性期治療を提供する一般病院における認知症患者数の増加と、それに伴う看護師の認知症患者との意思疎通の困難さがあげられます。コミュニケーションには相互の信頼関係づくりが重要となりますが、認知症患者の場合は失語や認知機能が低下しているため、看護師は困難感を抱いたままケアを行っていると推測されます。ケアを提供する看護師が認知症患者に対して抱いている困難さを軽減するには、認知症患者の自己効力感に気づき、患者の苦悩に対する共感が必要です。その一つの方法として、認知症患者の意思を確認する機会の多い日常生活ケアを行うなかで相互関係の構築を深められるのではないかと考えました。そこで、意思疎通を阻害する要因に着目し看護師のコミュニケーションの技術を高め、認知症患者の意思表示を支援する対応ができれば、看護師としての本来の能力を発揮できるのではないかと考えました。

つきましては大変ご多用の中恐縮ではございますが本研究を進めるにあたり、次項の説明文章および別紙の研究計画書の内容をご理解の上是非ともご協力を賜りたくお願い申し上げます。尚、ご不明な点がございましたらご遠慮なくご質問ください。

敬具

本研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で行なうものです。

記

1. 研究目的

本研究の目的は自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表出を支援するエンパワーメントモデルを用いた研修を実施しその効果を検証することとしました。

2. 研究方法

1) 自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス状態となっている一般病院の看護師に対して、認知症患者の意思表出を支援するエンパワーメントモデルを用いた研修を実施します。

2) 受講前・後に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版を行います。

3) 研修後 20 日目に病棟の管理者である看護師長と希望する看護師に半構成的インタビュー（インタビューガイドに沿った面接）を行います。

3. 研究期間

令和 2 年 8 月～令和 3 年 3 月 31 日

4. 対象者

1) 病棟に勤務し 3 ヶ月以上認知症患者への看護を実施している看護師 25～35 名

2) 病棟管理者として 1 か月以上勤務しており 1) の看護師と同じ病棟の看護師長 1 名

5. 看護師長への依頼内容

依頼事項は、以下の通りです。

1) 看護師の皆様へ行う研究についての説明会のご案内用ポスターを病棟休憩室へ掲示をお願いできればと存じます。

2) 看護師長様自身の研修会への参加は自由意思とします。

3) 研修会実施後 20 日目に半構成的面接調査（インタビュー）のご協力を頂ければと存じます。

4) 本研修会は施設内をお借りしますが、私的な時間を活用して行く施設外研修と同じとし、勤務時間内に研修に出向くことは無く貴施設へ御負担はございません。

6. 倫理的配慮

1) 研究参加者に ID を付与しますが、復元不可能な状態に加工し、研究参加者の個人情報

が特定されないように匿名性を担保し厳重に管理致します。また、貴施設に関する内容も個人情報と同様に特定されないように匿名性を担保し、厳重に管理します。

- 2) 本研究への協力は自由意思です。同意はいつでも撤回でき、それによる不利益を受けることはありません。研究協力の解除事由は次の通りです。

＜研究協力解除事由＞ ①研究者が病気や怪我等により研究が困難になった場合
②研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
③研究参加者が不利益を被ると判断した場合

- 3) インタビューはいつでも途中で中断および再開、する事ができ、研修会やインタビューの途中または終了後であっても研究協力を辞退する事も可能です。

- 4) データは研究開始から5年間は鍵のかかる場所に厳重に保管管理致します。

7. 費用の負担について

本研究にご協力頂くにあたり費用の負担はありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果につきましては、ご希望があれば成果報告書でご報告いたします。本研究の結果を博士論文発表会（公聴会）、学会発表や学術雑誌等で発表することがありますが、その際は匿名性を保持いたします。

9. インタビュー時は感染対策としてフェイスシールドとマスクの着用、マスクの配布、消毒薬の設置、検温、机や椅子の消毒などの貴施設の感染対策基準を遵守し、感染対策を徹底します。

10. 研究についてのお問い合わせ先

- 1) 高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実

住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL：027-352-1291（月～金 8時30分～17時）

FAX：027-352-1985（同上）

Email:umehara@takasaki-u.ac.jp（夜間・休日）

- 2) 指導教員連絡先

高崎健康福祉大学大学院健康福祉部社会福祉学科 教授 安達正嗣

住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL：027-352-1290（月～金 8時30分～17時）

FAX：027-353-2055（同上）

Email:adachi-m@takasaki-u.ac.jp

以上です。

自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援
～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～
研究協力をお願い

2020年 月 吉日

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科
保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実

本日はご参集いただき心より御礼申し上げます。

私は、高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程において「自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」をテーマに研究に取り組んでおります。

研究背景には、在院日数の短縮に伴い急性期治療を提供する一般病院における認知症患者数の増加と、それに伴う看護師の認知症患者との意思疎通の困難さがあげられます。コミュニケーションには相互の信頼関係づくりが重要となりますが、認知症患者の場合は失語や認知機能が低下しているため、看護師は困難感を抱いたままケアを行っていると推測されます。ケアを提供する看護師が認知症患者に対して抱いている困難さを軽減するには、認知症患者の自己効力感に気づき、患者の苦悩に対する共感が必要です。その一つの方法として、認知症患者の意思を確認する機会の多い日常生活ケアを行うなかで相互関係の構築を深められるのではないかと考えました。そこで、意思疎通を阻害する要因に着目し看護師のコミュニケーションの技術を高め、認知症患者の意思表示を支援する対応ができれば、看護師としての本来の能力を発揮できるのではないかと考えました。

つきましてはご多用のところ大変恐縮ではございますが、本研究を進めるにあたり、以下の内容と別紙の調査用紙をご覧くださいご理解の上、是非ともご協力を賜りたくお願い申し上げます。尚、ご不明な点がございましたらご遠慮なくご質問ください。

本研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で行なうものです。

1. 研究目的

本研究の目的は自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス（無力感）状態となっている一般病院の看護師に対して、日常生活ケアの場面において認知症患者の意思表示を支援するエンパワーメントモデル（看護師が認知症患者に持つ無力感を払拭し認知症患者の意思表示を促すための方法）を用いた研修を実施しその効果を検証することです。

2. 研究方法

1) 自己決定が困難な認知症患者の看護に困難を感じ、パワレスネス状態となっている一般

病院の看護師に対して、認知症患者の意思表出を支援するエンパワーメントモデルを用いた研修を実施します。

- 2) 受講前・後に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版を行います。
- 3) 研修後 20 日目に病棟の管理者である看護師長と希望する看護師に半構成的インタビュー（インタビューガイドに沿った面接）を行います。

3. 看護師の皆様への依頼内容

依頼事項は以下の通りです。

- 1) 研修は合計 2 回実施致します。2 回の受講をお願いできればと存じます。
- 2) 第 1 回目の研修はエンパワーメントモデル（方法）を用いた内容となっております。（詳細は別紙（資料 9）をご参照下さい）。
- 3) 第 2 回目は第 1 回目の研修後のフォローアップとしてその後のふり返しを行います。第 1 回目の研修後から 7 日後に行います。
- 4) 第 1 回目の研修時に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版の記載にご協力お願いします。
- 5) 第 1 回目の研修後 20 日目に自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版に記入後、配布した切手を貼った封筒に封入し投函していただきます。
- 6) 第 1 回目の研修後 20 日目にインタビューのご協力をいただける方を募集致します。インタビュー参加は自由意思によるものです。ご賛同いただける場合のみご協力ください。
- 7) 研修会の所要時間は第 1 回・第 2 回とも 60 分、インタビューの所要時間は 30 分を予定しています。
- 8) 研修会およびインタビューは私的な時間を活用して行く施設外研修と同じと捉えていただきたくお願いいたします。

4. 研究期間

令和 2 年 8 月 1 日～令和 3 年 3 月 31 日

5. 倫理的配慮

- 1) 研究参加者に ID を付与しますが、復元不可能な状態に加工し、研究参加者の個人情報特定されないように匿名性を担保し厳重に管理致します。また、貴施設に関する内容も個人情報と同様に特定されないように匿名性を担保し、厳重に管理します。
- 2) 本研究への協力は自由意思です。研究参加の有無に関して所属する病院からの不利益は一切受けないこと、同意はいつでも撤回できそれによる不利益を受けることはありません。研究協力の解除事由は次の通りです。

- <研究協力解除事由> ①研究者が病気や怪我等により研究が困難になった場合
②研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
③研究参加者が不利益を被ると判断した場合

- 3) インタビューはいつでも途中で中断および再開する事ができ、研修会やインタビューの途中または終了後であっても研究協力を辞退する事も可能です。
- 4) 自記式質問紙調査と共感経験尺度改訂版は ID は付与しますが無記名であり郵送後分析が進んだ時点での撤回は困難となります。あらかじめご承知おきください。
- 5) 自記式質問紙調査用紙と共感経験尺度改訂版は研究室の鍵付きのスチール戸棚に厳重に管理し本研究以外には使用しないこと、用紙は鍵付きの保管庫に5年間保管後（倫理委員会規程）2025年12月末日に全て粉碎型シュレッダーにかけ廃棄処分とすることを堅くお約束いたします。尚、本研究にご参加いただかなくても皆様方への評価に影響するなどの不利益になることは一切ありません。
- 6) 研修は参加者のご都合に合わせて、3密を避け2m間隔で着座可能な場所で貴院の感染対策を遵守し、徹底して実施します。

6. 研究の同意について

本調査へのご協力の可否は全くの任意となります。

- 1) 研究にご協力いただける場合は第1回目の研修会時にご参加いただいたその際に、同意書を取り交わします。その後研修会を実施いたします。
- 2) 2回の研修会に参加され調査協力をいただく場合は、共感経験尺度評価と自記式質問紙調査用紙の調査票表紙のチェックボックスにチェック後、調査票に記載いただき、すべての記入が終了次第封筒に入れて無記名のまま封をし、お手数ですが〇月〇日（□曜日）までにご投函下ください。その調査票の提出をもって調査協力への同意とさせていただきます。

7. 予測される利益について

認知症患者の意思表示を促すことの意義として看護師がより一層認知症看護に自信を持つことが推測され、認知症看護の質の向上につながると考えます。

8. 生じる負担について

- 1) 研修会は勤務時間以外の時間に参加しやすいよう同じ内容を1日のうち6回に分けて実施しますが、研修会に参加および調査票への記載に要する時間的負担がある可能性があります。研修の参加及び調査票へのご回答は自由意思によるものです。ご賛同いただける場合のみご参加ください。
- 2) インタビューにかかる時間的負担がある可能性があります。インタビューの参加は自

由意思によるものです。ご賛同いただける場合のみご協力ください。

3) 研修会参加につきまして時間休暇を取得するか否かはご判断にお任せ致します。

9. 結果の公表について

博士論文発表（公聴会）、関連学会や研修会などで結果の公表を行います。その際個人や施設の情報が特定されることはありません。以上です。

***この研究でわからないことやご心配なことがありましたら、いつでも下記に記載されている研究責任者におたずね下さい。**

【研究責任者】 高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程
梅原里実

【問い合わせ先】

電話 027-352-1291（月～金曜日 8：30～17：00）

FAX 027-352-1985（月～金曜日 8：30～17：00）

Email: umehara@takasaki-u.ac.jp（夜間・休日）

所在地：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

同意書

私は、「自己決定が困難な認知症患者の意思表出に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」について、研究計画と研究協力についてのお願いの書面をもって、下記の項目について研究者（高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実）より十分な説明を受けその内容を理解した上で研究に協力する事を同意致します。

記

- 研究目的
- 病棟の看護師が研修会を受講し、研修前と 20 日後に共感経験尺度評価と自記式質問紙調査用紙に記載すること
- 病棟の看護師が 1 回目の研修直後に自記式質問紙調査用紙に記載すること
- 当該師長、希望する看護師が半構成的面接調査を受けること、インタビューは許可を得た後録音またはメモすること
- 研究参加者及び貴施設の個人情報保護されること
- 協力は任意であり、協力しなくても不利益は受けないこと
- いつでも同意を撤回でき不利益を受けないこと
 - ＜研究協力解除事由＞ 1. 研究者が病気やけが等により研究が困難になった場合
 - 2. 研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
 - 3. 研究参加者が不利益を被ると判断した場合
- 研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を受けた上で実施されること
- 研究結果の公表は個人および施設が特定されないよう配慮されること
- 研究協力についてのお願いと同意書はともに保存されること
- 研究中・終了後の対応

令和 年 月 日

看護師長：氏名 _____ (自筆)

研究者：高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程

氏名： _____ (自筆)

連絡先 住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL 000 - 000 - 000 (研究者携帯電話)

資料 2-② (看護師用同意書)

同意書

私は、「自己決定が困難な認知症患者の意思表出に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証 ～」について、研究計画と研究協力についてのお願いの書面をもって、下記の項目について研究者（高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程 梅原里実）より十分な説明を受けその内容を理解した上で研究に協力する事を同意致します。

記

- 研究目的
- 研修会を 2 回受講すること、研修前と 20 日後に共感経験尺度評価と自記式質問紙調査用紙に記載すること
- 1 回目の研修直後に自記式質問紙調査用紙に記載すること
- 希望する看護師は半構成的面接調査を受けること、インタビューは許可を得た後録音またはメモすること
- 研究参加者及び貴施設の個人情報保護されること
- 協力は任意であり、協力しなくても不利益は受けないこと
- いつでも同意を撤回でき不利益を受けないこと
 - ＜研究協力解除事由＞ 1. 研究者が病気やけが等により研究が困難になった場合
 - 2. 研究者の説明や申請に虚偽が発覚した場合
 - 3. 研究参加者が不利益を被ると判断した場合
- 研究は高崎健康福祉大学研究倫理審査委員会の承認を受けた上で実施されること
- 研究結果の公表は個人および施設が特定されないよう配慮されること
- 研究協力についてのお願いと同意書はともに保存されること
- 研究中・終了後の対応

インタビューを希望します。

令和 年 月 日

氏名 _____ (自筆)

研究者：高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程

氏名： _____ (自筆)

連絡先 住所：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

TEL 000 - 000 - 000 (研究者携帯電話)

研究参加の同意撤回書

私は、この度「自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワメントモデルの検証 ～」という研究に参加することに同意しておりましたがこれを撤回します。

令和 年 月 日

住 所

本人署名

調査票

ご記入上のお願い

この調査票は、「自己決定が困難な認知症患者の意思表出に対する看護師の支援に関する研究～一般病院におけるエンパワーメントモデルの検証～」の研究協力にご同意をいただいた方に対して、研修後についてお答えいただく内容となっております。

- 自記式質問紙調査用紙の返信をもってご同意と致します。
- 記入所要時間は10分程度になります。
- 回答はそれぞれの質問に従い、あてはまる箇所には○をつけてください。□の欄にはレを()にはご記入をお願いします。
- 答えたくない質問がありましたら回答はしなくても構いません。
- アンケート結果の公表時は個人が特定されないよう匿名性を担保致します。
- 本調査票は**無記名**でありご回答いただいた内容は、施設名および個人名は特定されません。また得られたデータは本研究以外の目的に使用することは一切ございません。また鍵のかかる場所に5年間厳重に管理し2025年12月末日をもって粉砕機にて処理を致します。
- 調査票提出後の撤回は無記名の為分析が進んだ際は困難となります。
- 記入後は大変お手数ですがお渡した封筒に入れ、**令和2年11月6日(金)頃まで**にご返送をお願い致します。(回収用の箱に御投函下さい)
- ご不明な点、わからないことや心配なことがありましたら下記の間合せ先(研究責任者)までご連絡下さい。

【調査への同意】

本研究へのご理解をいただきご同意をいただける場合下記のチェックボックスの□へチェックをお願い致します。

□	私はこの研究に協力するにあたり、別紙の 説明文書 を読み研究の内容を理解しましたので、 自由意思により この研究へ協力すること及び、調査票は無記名のため、提出後の撤回はできないことに同意します。
---	---

間合せ先：研究責任者

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程梅原里実

〒370-0033

群馬県高崎市中大類町 501

TEL：027-352-1291 (月～金 8時30分～17時)

FAX：027-352-1985 (同上)

Email:umehara@takasaki-u.ac.jp (夜間・休日)

研修前アンケート

この度はご多用の中、研究にご協力いただきありがとうございます。
認知症患者様へのケアについて、いくつか質問をさせていただきますが、お答えいただいた内容は匿名性を担保し個人が特定されることはございません。また答えたくない質問は空白のままで結構です。所要時間は約10分です。

以下の質問に当てはまるところの□にシ点をを入れて下さい。また、()にご記入をお願いします。

1) ここ最近、認知症患者様との意思の疎通で困ったことがありましたか
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

2) ここ最近、認知症患者様へのケアを行う中で感じたことについてお聞きします。

①情けなく感じたことがある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

②無力感を感じたことがある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

③不安感を感じたことがある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

④緊張感を感じたことがある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

⑤イライラすることがある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

3) 認知症看護に苦手意識がある
□ほとんど無かった □たまにあった □時々あった □いつもあった

<その理由を記載してください>

()

4) ここ最近、認知症患者様のケアで嬉しく感じた事はありますか

□無かった
□有った ⇒ どのような出来事でしたか

<その理由を記載してください>

()

次のページへお進みください

*以下に書かれている各文がどの程度あなたにあてはまるかを、その時に感じたまま答えて下さい。
「人」、「相手」=「患者」と捉えてください。

【選択肢】 0:まったくあてはまらない ~ 6:とてもあてはまる の7段階です。

- | | |
|--|---|
| 1. 腹をたてている人の気持ちを感じとうとし、自分もその人の怒りを経験したことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 2. 悲しんでいる相手の気持ちを感じとうとして自分もその人の悲しさを経験したことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 3. 何かに苦しんでいる相手の気持ちを感じとうとして自分も同じ様な気持ちになったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 4. 不快な気分である相手からその内容を聞いて、その人の気持ちを感じとったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 5. 相手が何か恐ろしがっているときに、その人の体験している恐ろしさを感じとったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 6. 相手があることに驚いたと語る時、その人の驚きを感じとったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 7. 相手が何かを期待しているときに、そのわくわくした気持ちを感じとったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 8. 相手が楽しい気分になっている場合に、その楽しさを感じとうとし、その人の気持ちを味わったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 9. 相手が「こんなことがあってとてもびっくりした」と話すのを聞いて、その人の気持ちを感じとうとし、自分も驚いた気持ちになったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |
| 10. 相手が何かに喜んでる時に、その気持ちを感じとって一緒に嬉しい気持ちになったことがある | まったくあてはまらない
0 1 2 3 4 5 6
どちらともいえない
とてもあてはまる |

1 1. 相手が何かに腹をたてていても、自分はその怒りがぴんと来なかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 2. 悲しんでいる相手といても、自分はその人のように悲しくならなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 3. 相手が何かに苦しんでいても、自分はその苦しさを感じなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 4. 不快な気分にいる相手からその内容を聞いても自分は同じように不快にならなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 5. 相手が何かを恐ろしがっていても、自分はその恐ろしさを感じなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 6. 相手があることに驚いたと語っても、どうしてもそんなに驚くのかわからなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 7. 相手が何かを期待していても、同じようにわくわくしなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 8. 相手が楽しい気分でも、自分はその人のように楽しく感じなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

1 9. 相手が「こんなことがあってとてもびっくりした」と話すのを聞いても、自分は驚いた気持ちにならなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

2 0. 相手が何かに喜んでいても、自分はうれしい気持ちにならなかったことがある

まったくあ てはまらな い							
	0	1	2	3	4	5	6

以上となります。アンケートにご協力いただきありがとうございました。

研修直後アンケート

この度はご多用の中、研究にご協力いただきありがとうございます。

研修の内容についていくつか質問をさせていただきますが、お答えいただいた内容は匿名性を担保し個人が特定することはございません。また答えたくない質問は空白のままでも結構です。所要時間は約 3 分です。

以下の質問に当てはまるところの□にシ点を記入して下さい。また、() にご記入をお願いします。

1) 研修の内容は興味を持ってましたか

ほとんど理解できた まあまあ理解できた 少し理解できた よくわからなかった

2) 認知症患者様の日常生活ケア時に 2 つの選択肢を提供することについて理解出来ましたか

ほとんど理解できた まあまあ理解できた 少し理解できた よくわからなかった

3) しぐさや表情、視線などから行動の意味を考え読み取ることについて理解できましたか

ほとんど理解できた まあまあ理解できた 少し理解できた よくわからなかった

4) 認知症患者様の返答や反応を待つことについて理解できましたか

ほとんど理解できた まあまあ理解できた 少し理解できた よくわからなかった

5) 研修内容をこれからのケア場面で活用したいと思いますか

大いに思う まあまあ思う 少し思う あまり思わない 全く思わない

6) 5) の理由をお書きください。

()

質問やご意見があれば自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

20日目アンケート

この度はご多用の中、研究にご協力いただきありがとうございます。
認知症患者様への日常生活ケアについて、いくつか質問をさせていただきますが、お答えいただいた内容は匿名性を担保し個人が特定されることはございません。また答えたくない質問は空白のままで結構です。所要時間は約10分です。
以下の質問に当てはまるところの□にシ点を入れて下さい。また、（ ）にご記入をお願いします。

1) あなたはここ最近、認知症患者様との意思の疎通で困ったことがありましたか

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

2) あなたはここ最近、認知症看護を行う中で感じたことについてお聞きします。

①情けなく感じたことがある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

②無力感を感じたことがある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

③不安感を感じたことがある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

④緊張感を感じたことがある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

⑤イライラすることがある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった

3) 認知症看護に苦手意識がある

ほとんど無かった たまにあった 時々あった いつもあった
＜その理由を記載してください＞

()

4) あなたはここ最近、認知症患者様へのケアで嬉しく感じた事はありますか

無かった

有った ⇒ どのような出来事でしたか

()

5) 認知症患者様へ日常生活ケアをする時に、2つ以上の選択肢を提供していましたか

いつも実施

時々実施

たまに実施

全く実施していない

6) しぐさや表情、視線などから行動の意味を読み取ろうとしていますか

いつも実施

時々実施

たまに実施

全く実施していない

7) 認知症患者様の返答や反応を待とうと思うことがありましたか

ほとんど無かった

たまにあった

時々あった

いつもあった

8) 認知症患者様へ日常生活ケアの説明をする際に、注意していることはありますか

無

有る ⇒ どのようなことですか、またはどのような言葉をかけていますか

()

9) あなたがここ最近、認知機能が低下または認知症の患者さんのケアを行った1日のおおよその人数を教えてください

0人

1人程度

1~3人程度

3~4人程度

5人以上

10) あなたがここ最近、興奮や焦燥、帰宅を訴える認知機能が低下または認知症の患者さんのケアを行った1日のおおよその人数を教えてください

0人

1人程度

1~3人程度

3~4人程度

5人以上

11) あなたはここ最近、言語的コミュニケーションが全くとれない認知機能が低下または認知症の患者さんへケアを行いましたか。行った際は1日のおおよその人数を教えてください

ケアは行わなかった

ケアを行った ⇒ おおよそ()人程度

看護師長用フェイスシート

本日はインタビューにご協力いただきありがとうございました。

以下の□の該当する箇所に☑チェックを入れてください。

1) あなたの年代を教えてください。

1. 30歳代 2. 40歳代 3. 50歳代 4. 60歳代

2) あなたの看護師としての経験年数を教えてください。

1. 10～15年 2. 15～20年 3. 20～25年 4. 25～30年
5. 30年以上

3) あなたの看護師長としての経験年数を教えてください。

1. 1年未満 2. 1～3年 3. 3～5年 4. 5年以上

4) あなたが看護師長として勤務している現在の部署の在職年数を教えてください。

1. 1年未満 2. 1～3年 3. 3～5年 4. 5年以上

以上となります。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科

保健福祉学専攻博士課程 梅原里実

インタビューガイド

1. インタビューの設定および開始前の説明

- 1) インタビュー対象者にはあらかじめ口頭及び文書で直接依頼を行い、事前に同意を得ておく。インタビューはプライバシーが守られ、かつ静かで安寧のある空間を確保できる指定した場所で行なう。
- 2) インタビュー時間は、30 分以内とする。
- 3) 個人情報の保護について説明して実施する。
- 4) 話の内容を録音すること、難しい場合はメモを取らせてもらうことを説明し選んでいただく。インタビュー後にメモの内容を確認してもらう。

2. インタビューの内容

研修後から最近にかけて実践されている認知症患者様へのケアを中心に自由にお話していただきます。

- 1) 認知症患者様との意思疎通を図る上で困った出来事がありましたか、あれば具体的にお話してください。
- 2) 認知症患者様へケアをしている時に困難を感じたことはありましたか。（情けなさ、無力感、不安感、緊張感、イライラ感など）
- 3) 認知症患者様へケアをしていて嬉しかった事がありましたか。あれば具体的にお話してください。
- 4) 認知症患者様へケアの説明をする時の言葉かけで工夫したことがあればお話しください。（例えば反応を待つ・2つ以上の選択肢を出すなど）
- 5) 認知症患者様へどのような印象をお持ちですか。

以上

3. 謝辞

インタビューガイド

1. インタビューの設定および開始前の説明

- 1) インタビュー対象者にはあらかじめ口頭及び文書で直接依頼を行い、事前に同意を得ておく。インタビューはプライバシーが守られ、かつ静かで安寧のある空間を確保できる指定した場所で行なう。
- 2) インタビュー時間は、30分以内とする。
- 3) 個人情報の保護について説明して実施する。
- 4) 話の内容を録音すること、難しい場合はメモを取らせてもらうことを説明し選んでいただく。インタビュー後にメモの内容を確認してもらう。

2. インタビューの内容

ここ 2~3 週間の看護師の皆様が行う認知症患者様へのケアを中心にお話していただきます。

- 1) 看護師の皆様が、認知症患者様へケアを実施する際に、患者さんの反応を見ている場面に遭遇したことはありますか。それはどのような場面であったのか自由にお話ください。
- 2) その看護師さんへ、その場であるいはその後などにその時のことについて何かお話されましたか。
- 3) 看護師の皆様と認知症患者さんがコミュニケーションをとる中で気付いたことや変化があれば自由にお話してください。
- 4) 病棟の雰囲気では何か変化が感じられるようなことはありますか。それはどのようなことですか。

以

ト

3. 謝辞

病棟看護師の皆様

研究説明会のご案内

2020.8月吉日

私は、高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻博士後期課程に所属しております梅原里実と申します。どうぞよろしくお願い致します。

現在、意思表示が困難な認知症患者さんに対するコミュニケーションの方法として、「意思表示に対する看護師の支援 ～ 一般病院におけるエンパワメントモデルの検証 ～」をテーマに研究に取り組んでおります。

本研究は看護師の皆様へ、エンパワメントモデルを基にしたコミュニケーションについて学んでいただき、認知症の患者さんとの意思疎通を図ることを目標としております。

皆様方の中で、認知機能が低下している患者さんに対して次のような経験をお持ちの方は、是非本研究にご協力をお願いいたします。

*意思を確認することが難しい。

*信頼関係づくりが難しい。

*意思疎通がはかりにくい。



話を聞いてみたいと思われる方は、以下の日程で説明会を実施いたします。

同じ内容の説明会を3回実施します,事前連絡は不要です。皆様のご都合の良い日時にお越しください。皆様方のご参加をお待ちしております。

< 開催日時 >

8月11日(水)17時15分～17時25分

8月12日(木)17時15分～17時25分

8月13日(金)17時15分～17時25分

< 場所 > 1階 会議室

説明会への参加は自由意思によるものです。不参加による不利益は生じません。また、説明会に参加しても研究への参加は自由です。

*研修会の内容は別紙「研修の主な内容」をご参照下さい。

<問い合わせ先>

高崎健康福祉大学保健医療学部

看護学科：梅原里実

電話：027-345-1291

Email:umehara@takasaki-u.ac.jp

研修の主な内容

研修テーマ：認知症患者の意思表出を促すコミュニケーション法①

時間：第 1 回目 60 分（アンケート記入時間を含みます）

場所：病院内 4 階 多目的室

目的：認知症患者の意思表出を促す為に必要な共感について学びコミュニケーション法を理解する

目標：①これまでのコミュニケーションを振り返り課題を確認する

②認知症の病態をふまえ意思表出を促すコミュニケーション法を理解する

③認知症患者の意思表出を促すコミュニケーションの実際がわかる

所要時間	内 容	方法
12 分	アンケート記入 認知症患者の病態とコミュニケーションの特徴	講義形式 (PPT 資料を用 いて)
25 分	日常生活ケア時の困り事と対応 意思表出を促すコミュニケーション法について 5つの問：①感じたこと・考えた事②生じる問題③経験をしたこと④問題が起こる理由 ⑤問題としない為の提案 行動・言動の価値観を知る意味と実践するための3つのステップ (5分休憩)	
13分	意思表出を促すコミュニケーション法の実際 日常生活ケア時の支援方法とその実際 ①食事 ②排泄 ③清潔 ④整容 ⑤移動・活動 など	
10 分	質疑応答 アンケート記入	

〈お願い〉 ＊研修前と研修後に自記式質問紙調査用紙の記入をお願い致します。

研修テーマ：認知症患者の意思表出を促すコミュニケーション法②

第一回目のフォローアップ

時間：第 2 回目 60 分

場所：病院内 4 階 室

目的：認知症患者の意思表出を促す為に必要な共感について学びコミュニケーション法を理解する

目標：①実践したケアの振り返りができる

②認知症患者の意思表出を促すコミュニケーションの継続にむけ課題が整理できる

所要時間	内 容	方法
50 分	<p>第 1 回目の研修後のふり返し（実施したこと）</p> <p>1. 意思表出を促すコミュニケーション法を実践して ①うまくいったこと ②いかなかったこと</p> <p>日常生活ケア時に起こる認知症患者との相違と支援方法 ①食事 ②排泄 ③清潔 ④整容 ⑤移動・活動 の場面を通じて</p> <p style="text-align: center;">（5 分休憩）</p> <p>2. 対話の際のコツ</p> <p>3. 意思表出を促すコミュニケーション法の課題を整理する 意思表出を促すコミュニケーション法について</p> <p>5つの問：①感じたこと・考えた事②生じる問題③経験をしたこと④問題が起こる理由 ⑤問題としない為の提案 行動・言動の価値観を知る意味と実践するための3つのステップ</p>	<p>講義形式 と 対話形式</p>
10 分	質疑応答	

研修会開催日程（1 回目）のご案内

場所：病院内4階 多目的室

開催月日	開催時間
8月19日	14 時～15 時05分, 15 時～16 時05分,
8月20日	11 時～12 時, 14 時～15 時, 13 時～14 時05分, 15 時05分～16 時05分,
8月23日	13 時～14 時05分, 14 時05分～15 時05分,
8月24日	14 時～15 時05分, 15 時05分～16 時05分,
8月25日	11 時～12 時,

*事前の連絡は不要です。皆様のご都合の良い時間にご参加ください。

研修会開催日程（2回目）のご案内

場所：病院内4階 多目的室

開催月日	開催時間
8月26日	10時～11時, 11時05分～12時05分, 14時～15時,
8月27日	13時～14時,
8月30日	10時～11時05分, 11時05分～12時05分,
9月1日	9時～10時05分 13時～14時,

*事前の連絡は不要です。皆様のご都合の良い時間にご参加ください。

1回目研修直後アンケート結果

資料11

理解の程度					質問・意見（自由記載）
内容	選択を示す	行動の意味をみる	反応を持つ	活用意思	
3	3	3	3	3	傾聴し行動の意味を知ることが大事
3	4	4	4	4	「もてる力」の重要性、必要性を改めて感じた。初心にかえり認知症者へのケアを実施していきたい
4	4	4	4	4	患者さんの行動や言動には何らかの意味があると捉えられケアに活かして生きたと思いました。
4	4	4	4	4	患者の更衣には意味があるそのことを知ろうとする私たちであるということ。患者中心のケアの大切さ
4	4	4	4	4	患者さんの意思表示を助ける、理解しようと努める。是非やってみたい、有意義な時間でした。
4	4	4	4	4	認知症状の対応が多いため
4	4	4	4	4	今までは選んでもらっていなかった
3	4	4	4	4	ケアの場面で行っていきたい
4	4	4	4	4	今までは相手の立場ではなく自分の（看護師目線）めせんで言葉を発していたが多かったので本日の研修内容を活かしてケアをしていけたらと思います
3	3	3	3	4	患者さんの話を聴くことをしていきたい
4	4	4	4	4	空欄
4	3	3	3	4	怒っている患者に対して、どう関われば良いかわからなかった。怒っている以外でもなぜそういう気持ちなのかを表出できるよう話をするのが大切と感じられた。
3	3	3	3	4	認知症の患者さんが行動する時は必ず意味があり、私たちはその人に価値観を共有共感し、信頼関係をきづくことで、その方の不安を少なく安心感が持てると行動が変わることが解りました。今日から実践していきたいと思いました。
4	4	4	4	4	空欄
3	3	4	4	4	いろいろなパターンに今後もぶつかるとありますが、その時本日の研修を頭に浮かべ実行出来ればと思いました。
4	3	4	4	4	日々の関わりでちょっとしたことでも患者さんの行動の意味を考えてみることで、変化があるのならやってみようと思った。
3	3	3	3	3	空欄
3	4	4	4	4	自分がイライラすることが多々あるので一息おいて患者さんに付きあいたいと思いました。
4	4	4	4	4	認知症だから一つの病気として考えてしまっていたから、あえて難しく考えてしまっていた。今後の活かしていきたい。
3	4	4	4	4	病棟が落ち着けばうれしいし、他の患者様にも接する時間を増やしたいのでぜひ実践したい
4	4	4	4	4	項目に合わせてエンパワメントしたい、実践に生かしていけたらと思います。
4	3	3	3	4	空欄
4	4	3	3	3	空欄

理解の程度（4件法）

4：ほとんど理解できた、3：まあまあ理解できた、2：少し理解できた、1：よくわからなかった

NO	苦手意識の理由	ケアでうれしく感じた事理由	注意していることや方法
1	空欄	高齢の女性の方に「一緒にあやとりをしましょう」と説明したら、笑顔で行ってくれた。	笑顔で接する。場合によっては、タッチングを行いながら、接している。
2	空欄	夜間に脱衣や尿失禁で寝具や衣類汚染が毎日あった患者さんが、ポータブルトイレでの排泄ができ、失禁なく脱衣もみられなくなったこと。本人の思いを傾聴し一緒にケアが考えられ、チームで統一した対応ができた。	短い文章でわかりやすく伝える。また、返答を待ってからケアに入る。
3	今迄の経験した事のない人に関わった場合。	排泄後「3ケ出た」の意味に、尿・便・ガスだと分かり思わず「おめでとう」と拍手していた。	声を掛ける時は後ろからではなく前方に回り本人の視野に入るようにする。大きな声ではなく低く、静かな口調で話す。近くなりすぎず本人のバリア範囲で。
4	認知症患者さんとのコミュニケーションの難しさ。訴えたい事がわからない時。	顔は覚えているよと言われた。トイレで初めて排泄できた時。	目を見て話す。患者様の体にふれて話すこともある。
5	どの様に対応して良いかわからないことがある為	空欄	空欄
6	指示が入らない。ケアに時間がかかる。怒られる。	笑顔になってくれた。ADLの改善。	同じ目線で話をする。表情が分かるよう話しかける。
7	空欄	ステーションで過ごしていた。車椅子を自分で動かそうとして声かける。トイレに行きたいと問うとうなづきあり。トイレで排尿 排便あり(オムツ着用、尿便失禁がある患者)	空欄
8	何度説明しても同じことを聞いてくる。	ありがとうと言われた。あなたは優しいと言われた。	きちんと話を聞き何を訴えているのか理解する。
9	時間で動かなければいけない時。そうはいかない状況になる。時間が要する。	10時15時の飲茶で食堂に誘う時 拒否の多い方に 同室者を含め 笑いとタッチでスムーズにリズムにのって誘いに応じる様になりました。	あいさつ。天気や体調を 笑顔で正面から そーと 明るく声かけ 始めます。
10	理解してもらえない事が多く、困る事がある	空欄	空欄
11	Ptの言いたい事が理解できないことがあった。	空欄	うそを言わないようにする。
12	空欄	空欄	強制や否定をしない。
13	研修前は苦手意識しなかったが、研修を受けて、自分が今まで認知症患者と向き合って接してこなかったから苦手としか思っていなかったのだと気づき、それからはエンパワーメントプロセスを意識して認知症患者と関わっていこうと思ったら、苦手意識がなくなった。	コロナで予約なしの面会が認められていないが、ある日、患者本人の妻が洗濯物を届けに来る日で、なぜか(誰かが教えたのか)本人は妻が来ることを知っていて朝からソワソワしてテンションも高く、本人は妻に会えると思っていた。会えないよと伝えるのは不穏になりそうだったため、来院時に外に回ってもらい、本人は窓の外を見て窓ごしに顔を合わせるようにしたら、妻の顔を見て満足そうな顔をしていた。その顔を見て、私は嬉しくなった。	ていねいにゆっくり話しかけている。
14	怒り出す患者様に対し、つい避けてしまった。	認知症状が改善し、笑顔が見れた時。思いがけない言葉をかけられた時。	わかりやすい言葉でゆっくり話しかける。
15	夜中に息子から電話があった数と何度も言われた時	現実に戻してあげた	どうしたいのか話を聴くようにした
16	空欄	薬を飲まないと言った患者さんがケアを変えて、そろそろのむ?って言ったら「うん」って穏やかに飲んでくれた	選択肢を出す.共感して.意味を教えって.感じて話を聞く.認知症の患者さんと信頼関係をきづきたいとおもっている.

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念 A: Dピンク	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたかまた、患者さんの意思表出を促すうえで注意したことを教えてください。					
2	A-1	高齢者の男性患者さんだったのですが半年前入院してこの前隣の病棟に移った人なんです、脱衣行為や失禁/失禁/抑止/興奮しちゃうんですけど抑止はしないってかかわりをしていましたね。	病棟移動/脱衣行為/失禁/抑止/興奮	意味不明な行為/精神的な興奮/環境変化/行動を制限される	患者の行動を受け入れられず行動を制限していたがその行為は返って興奮させる	抑制による興奮が強度	身体拘束を実施するプロセスと、実施しないために病棟でのとり組み
3	A-2	先月末から脱衣行為があり毎朝シーツ交換をしていたんですね。夜間せん妄もあつたんですね。昼間傾眠もあつたりイライラしていることもあってキンキンいうと、こっちが強い口調で言うとかかわる看護師の声のトーンもあるとおもうんですけど「うるさいんだあ」といわれる看護師もあつてちょっとみんな歩いているんですね	脱衣行為/シーツ交換/夜間せん妄/昼間傾眠/強い口調/看護師が皆一歩引く	意味不明な行為/寝衣交換/日内リズムの乱れ/看護師の苦手意識/攻撃	患者の意味不明な行動や攻撃的な状態によりケアに時間や手間がかかる/同じことの繰り返しに対し看護師は不全感を抱く	ケアが出来ない不全感/常にある精神的興奮と意識の朦朧	理解不能の理由はほか何があるか。看護体制やカンファレンスの活用
4	A-3	最近病棟を移る1週間前くらいに イライラしている感じがあつて看護師長もかかわってくれて	病棟移動前/看護師長/イライラ	病棟移動/病棟責任者/落ち着かない様子	患者の不穏状態に対して療養環境が変化することに今以上のケアの必要性を察知し管理者と一緒に対応する	看護管理者と協働介入	どのタイミングで看護師長は介入してくれたのか
5	A-4	「どうして自分が病気になるか知りたい」って、でも先生は毎朝顔を見るけどそういう話は一切してくれないし	どうしてか知りたい/病氣/医師から話がない	わからないことを知りたい/主治医/治療が必要	病氣の理由や治療の意味が分からない。何も知らせてもらえていないという不信感に基づく苦悩があるとわかる	吐露による苦悩の存在を確認	患者の話聞いて看護師はどう思ったのか
6	A-5	他の病棟に行くって聞いたけど俺は追い出されるんだと思ってたみたいでそうまでイライラしてみたいで師長さんと相談してどうしてここに入院したんだって流れを説明しようって一応医師の許可をもらって看護師長さんと私が受け持ちだったので自分とお話をしました。	追い出されると思っている/受け持ち患者/流れを説明する/看護師長	迫害を受ける/責任をもってケアすべき患者/経過を知る/病棟責任者	患者が抱く自身の存在価値に対する喪失感/受け持ち看護師としての役割と責務を病棟責任者がフォローする	自己喪失感/看護師役割遂行の円滑	看護師としての責任範囲
7	A-6	個室の静かなお部屋を用意して、いついっどこで発症して、ここに来たんだよ。覚えてる～？って話をしたら「うんうん覚えてる」って泣きながら、その説明に関して怒るとかは無く、ただただ頷いてくれて、そこは覚えていないけど、スキーに行っていたと受容はそれなりにしてくれて、	個室/泣きながら怒らずに聞く/覚えていない/受容している	静かな場所/悲哀の中にも喜びを感じる/記憶がない/受け入れる	患者さんと会話ができる場所を準備し事実を話す/記憶はなくても患者の納得を得る/患者のもつ不信感を軽減するこれまでの異なるケア	環境に配慮した対話/患者の想起を伴う納得/患者の不信感を払拭する過去と異なるケア	それまで話を聞けなかった理由
8	A-7	そのあとは本人と相談しておうちに帰るために夜間びちよびちよやお家へ行って奥さんが大変なので夜間ポータブルを試みようって、介入同意と納得を経て夜のポータブルの介入を始めました。その夜は失禁なく脱衣もなくなりました。	相談する/夜間失禁は妻が大変/介入同意と納得/失禁なく脱衣もなくなりました	自分の思いや考えを相手に尋ねる/相手に確認する/了解を求め/自律する/困りごとがなくなる	患者の今後について率直に看護師としての考えを伝える/相互理解を得る/患者の自律を目指すための目標を伝える/患者の行動が大きく変化	専門家としての提案/現状から未来への検討/患者のエンパワメント	話以外に工夫したことはあるのか、環境整備はどうか
9	A-8	ポータブル使えて今までは安楽尿器を使っていたんだけど、ポータブル便器を使ったら失禁もなくなって、ってかかわり方ができました。「じゃあ使えよう」とトイレまでは遠いし、家に帰ったらどうするか？と聞いたんです。それまでは脱いでいた人で、日中傾眠がひどい人が、トイレに行くようになったです。	安楽尿器を使う/ポータブル便器を使い失禁もなくなった/日中傾眠がひどい人が、トイレに行くようになった	床上での排尿/トイレ以外の場所で排尿/トイレが自立する	ADLがドンドン向上する/排泄が自立する	目覚ましい自律行動	看護計画への記載と内容
10	A-9	主任さんや師長さんにも相談して良い関わりができたかなあつてちょっと本人も受容できる時期がそんな時だったのかなあ	主任さんや師長さんにも相談/良い関わりができる/本人も受容できる時期	病棟責任者に自分の思いや考えを話す/望ましい看護/患者が受け入れられる余裕	患者のケアについて病棟責任者やリダーに相談しながら進めることにより看護師としての不全感の減少と自信を感じる	自己判断への承認/不全感の減少	相談者との関係性。同じような体験の有無
11	A-10	最初トイレに行ってもらったんですね、トイレまでは遠いし帰ったら部屋はポータブルを使うことになってるし、夜も近くにトイレを置いて座るのどうですか、本人の意思を聞いてもらって「俺はトイレが大変だったから、近いほうがいいよって」なんていうので、じゃあよと使ってみようかあつて。	トイレまでは遠い/帰ったら部屋はポータブルを使う/本人の意思を聞く/じゃあよと使ってみようかあつて	トイレまで距離がある/自宅での暮らしをイメージ/患者の気持ちを聞く/受け入れられる言葉で伝える	自宅での生活を具体的に患者と話し合う/提案に対する患者の気持ちを聞きながら進める/理解できるよう言葉を選び、伝えるよう工夫する	患者中心/伝わる技術	トイレの配置への提案は他の看護師と相談したのか
12	A-11	「使えようって勝手に言っちゃうと、どうなのかなって勉強(本研修会)に出てから、本人のやりたいうことに対して本人も本人も結構やってくれるんで、対応して「どうにしたいの」って本人の希望に添えるようなかわり方をして、	勝手に言っちゃうと、どうなのか/「どうにしたいの」って本人の希望に添う/かわり方	考えを押し付ける/望みや期待をかなえられるように行動する/つながり方	研修会で習得した対応方法を活用/看護師としての自分の価値観を押し付けることに疑問視する	意思表出の促し/自己の価値観の押し付けへの気づき	認知症でない患者への対応と異なるのか
13	A-12	ポータブルもうまくいて、今は他の病棟に移ったんですけどポータブルを使ってもらっています。	病棟移動/ポータブルを使ってもら	療養環境が変化する/移動式簡易トイレ	病棟を移動しても同じようにケアを継続してもら	安楽なケアの継続	移動式排泄用具はいつまで使用するのか
14	聞き手	申し送りをしたということですか					
15	A-13	そうです。移動病棟に相談を受けたとき患者さんの声を聞くということとをまずはやらせなくて話したんですね。トイレに行くようになってからシャキッと来て、リハビリもできるし会話もつながらし、リハビリのスタッフにも言ってもらって私たちも会話も成立するし穏やかになったなあなんて思いました。	移動病棟に相談を受ける/患者さんの声を聞くということとをまずはやらせなくて話す/トイレに行くようになってからシャキッと来る/会話も成立する/穏やか	転棟先から解決のための話し合いの申し入れがある/一番に患者さんの話を聞くことを提案する/排泄する場所を確保/話し合い意思疎通が図れる/安かな気持ち	移動先の病棟は患者に対してケアに時間を要する患者という偏見を持っている/研修で得た「患者の声を聞く」ことで解決した事実を研修に参加していない看護師に伝える/患者の変化を具体的に話す	表面的な捉え/研修の学びを伝達/具体的な事象の提示	PT以外の多職種連携の必要性
16	A-14	患者は患者さんだけでなく病氣の面で見えなかったんですけど、後は他の患者さんとも会話するし良かったなあと思いました。	患者は患者/病氣の面で見えない/他の患者さんとも会話	病んでいる人そのもの/治療を受けている人としかたえない/療養者同士のやり取り	治療が必要な患者としかたえない自分/自分に気がつく/これまでの見方が変わる/他社と交流している姿に安堵する	多面的な見方に変化/社会性が維持する姿に安堵	認知症患者のとらえや見方
17	A-15	トイレに夜座ってはつきりするようになったら優しい部分も出てきたんでその人の人柄までみるようになったんですね。先生(聞き手)のおかげでスタッフに対しても優しい人柄で この人が優しい人だったんだと思って、ポータブルが成功して夜勤者に迷惑がかかるとか、言われたらどうしようって思っていたんですけど、うまくいったと聞いたらいいほつた。	トイレに夜座ってはつきりする/優しい人柄/夜勤者に迷惑がかかる	夜間トイレで排泄することで意識が明瞭になる/夜勤で仕事をやる看護師に不利益や不快な思いをさせる	トイレで排泄できるという自信が患者の尊厳を取り戻す/自分の受け持ち患者が他の看護師の手を煩わせなかったことに安堵する/他者に対する遠慮がある	にじみ出る人柄 / 受け持ち看護師としての責任感/患者への近親感	看護師間の連携の手段
18	聞き手	移動した病棟の人から言われるってことですか					
19	A-16	はいそうです。思うように変化しなかったら自分のせいみたいな、皆に迷惑をかけるんじゃないかとか、自分もやってよかったしうれしかったです。	期待どおりの変化/うれしい	以前と変わること/自分の望み通りに行動すること/満足する	自分が思い描いたとおりになり患者の変化は代えがたい喜びと達成感となる	看護師としての喜び/患者の目標を達成した満足感	受け持ち看護師としての看護観

20	A-17	勝手な状態で判断をしてこの人は失禁があるから朝替えればいいやってそごまで、その人の可能性を止めていたっていう、やはり試すことも大事なんだあってちゃんとアセスメントして、試してみても身近な人になったと思います。	勝手な状態で判断/失禁/その人の可能性を止める/試すことも大事/アセスメント/身近な人	人に相談せずに自分の考えを定める/自分の意思とは関係なく尿を漏らすこと/その人の将来に対する見込み/情報をふまえて判断する/得体的にしない人ではなくなる	患者さんのこれからの生活を視点に入れないままその場の対応だけを安易に判断/患者の苦悩を理解していない/情報を踏まえた判断と行動を踏まえていないこと/反省/その患者が厄介な人間ではなく特別でなく大切な存在となる	真のニーズを把握/共感への困難さ/身近となる患者の存在	共感ができなかった頃の理由
21	A-18	うまいいったとき皆で泣いたんです。	皆で泣く	皆で同じ感情をもって反応する	同じ目標を持った同僚と感動をもって達成感を味わう	達成感を分かち合える職場環境	病棟目標/看護師として目指していること
22	聞き手	それは本当にうれいことですね。					
23	A-19	はい、とても。その患者さんは病棟を移っても、自分に声をかけてくれるし手をふったりして、一歩引いていた人から全く違ってた大事な患者さんになった	病棟移動/一歩引いていた人から全く違う大事な患者さんになる	療養環境の場所を移動する/理解できない人から大切な患者と思えるようになる	覚えてくれているという喜び/対話を行うことで患者を互いに通じ合える人として再認識する	記憶障害があるとの偏見の中で起こった意外性/人として再認識	患者という概念
24	A-20	でも、病棟を移る1週間前で責任を感じて、ほっとして	病棟移動/責任	療養環境の場所を移動する/なすべき任務	自分が負える責任の範囲が及ばなくなることへの懸念/看護師としての仕事の遂行	患者の看護に責任を持つことへの誇り/看護師としての責任感	退院まで責任を持つ意識の程度
25	聞き手	誰が責任をとるのってと皆よく言いますよね					
26	A-21	そうですね。おうちに帰って生活像が見えたなあって、毎日びちよびちよで、毎日濡れている姿しか見ていなくて本当にイレを使った時は、本人の少しでも尊厳が守れたなあってちょっと思いました。	生活像が見える/毎日濡れている姿しか見ていない/トイレを使える/尊厳を守る	生活する面での行動をイメージ/常に衣服が尿でぬれている状態/排泄場所を排泄する/その人の気高さを侵されないように防ぐ	失禁ばかりしている患者/自宅で暮らせる可能性を検討する/生理的欲求を満たせる場所での人として尊厳を守る	失禁により苦痛がある患者/排泄の自律と尊厳/退院後の生活を支援	患者の退院後に関する多職種との連携の有無
27	A-22	だから、他の病棟に移動する1週間前ですけど大丈夫ですかって相談したら「いいよいいよ」ってみんなで相談してやってください。顔をみて「会いにきましたよ」というと喜んでくれるのでそういう言葉かけをしているんで。	病棟移動/相談/顔を見て「会いにきましたよ」というと喜び	療養環境の場所が不本意にも変わる/他人の意見を聞く/自分の気持ちを素直に伝えると満足してもらう	病院の都合による療養場所の変化/患者のケアについて移動先に説明し継続を約束してもらう/患者さんに気軽に声をかけあえる関係になる	転棟による環境変化の弊害への対処/継続看護の連携強化/患者と対等な関係	看護の継続の方法
28	聞き手	患者さんの意思表出を促すうえで注意したことをもう一度教えてください					
29	A-23	勝手に動いたら「動かないで」っていったんですけど「どうしたの?」とか何がしたかったか聞く/「どこに行くんですか?」とか「どこに行くといいですか?」とかそういう言葉かけは変わったのかなあって思いました。	勝手に動く/「どうしたの?」とか何がしたかったか聞く/どこに行くんですか?も変わる	自分の都合のままに行動する/相手の希望を聞く/相手のいきたい場所を聞く/話かけの仕方が変化する	患者にどうしたいのか聞く/患者のニーズをイメージしないが質問する/スピーチロックはしない	変化する言葉かけ/意思表出の必須	患者のニーズをどのようにイメージしたのか
30	A-24	患者さんによっては「動かないで」というと怒る人がいたんですけど「どうしたの?」と穏やかに聞く/「なんだよ」ってご本人が言ってくれたのでスムーズにケアがいくようになったかなあセンサーマット使ってたので「どうしたの?」という外を見たかったんだあっていうので一緒に外見ようかあってってそれから一緒に外を見て「じゃりハビリ逆時間があるからすこしやすんでいうようかあってそうだねって言って休んでもらって	「動かないで」というと怒る人/「どうしたの?」と穏やかに聞く/一緒に外見ようという	「動かないで」という言葉は患者をかえって興奮させる/「どうしたの?」と静かに尋ねる/同じ時間を同じ場所で過ごす	スピーチロックは心理的虐待/認知症患者は周囲の状況に同調しやすい/共にいることで患者の気持ちやニーズを理解する	心理的虐待の阻止/寄り添い意思を聞くにより変化する対応	身体拘束と虐待
31	聞き手	認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか?					
32	A-25	そうやってかかわれるようになってきたのかなあって自分も早く寝かせなきゃって思うストレスもなくなって、関わりはすこしやすくなってきたと思います。	自分も早く寝かせなくてと思うストレスの消失/関わりやすさを感じる	焦りと精神的緊張の消失/苦手意識が軽減	患者さんの意思を声に出してもらえぬケアによって対応がスムーズになる/やり取りを楽しむようになる	自信の変化を実感	意思表出のやりとりの実際
番号	発言者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題

ストーリーライン	<p>看護師の困難感、抑制による興奮が強度な患者に対しケアが出来ない不全感をもっていったことであった。患者は常に精神的興奮と意識の朦朧状態であった。看護管理者と協働介入した結果、患者には、苦悩があることがわかった。患者の訴えを聴くことにより、患者には、自己喪失感があったと知り、看護師役割を果たすために環境に配慮しながら対話を行った。その結果患者の不信感を払拭し納得できる看護が提供できた。看護師は、これまでと異なる看護が提供できた実感した。また、看護師は患者と一緒に目標を立て看護の検討を行ったことにより、患者のエンパワメントが発揮され患者は、自立行動がとれるまでに変貌した。看護師は、上司から看護師としての判断や行動に対して、承認されたことにより、患者に対する不全感が減少された。患者を中心とした患者に伝わる意思表出の支援は、看護師が患者に対して、自身の価値観を押し付けていたことへの気づきとなり、安楽なケアの継続を可能にした。また表面的な捉えでなく、研修の学びを仲間であるスタッフに伝達することで、具体的に看護や、多面的な提案に変化することを実感した。患者からにじみ出る人柄に触れることは、受け持ち看護師としての責任感と看護師としての喜びにつながった。看護師として、患者の目標を達成した満足感と共に、改めて真のニーズを把握するという、共感への困難さを感じていた。さらに、看護師は、患者の存在を意識し、看護の達成感を分かち合える職場環境があることを認識できた。看護師は、認知症患者は記憶障害があるというだけで自身の偏見があったことを認識し、看護師の責任感を自覚させた。</p> <p>患者の転棟による環境変化の弊害への対処と患者の排泄の自律を維持するために、看護師は、患者へ言葉かけを続けることで、患者の意思表出を図ることの重要性を理解できた。患者に対する心理的虐待を自身で阻止し、寄り添い、意思を聞く対応となり、自信の変化を実感していた。</p>
理論記述	<p>抑制による興奮が強度。/ ケアが出来ない不全感。/ 常にある精神的興奮と意識の朦朧。/ 看護管理者と協働介入。/ 吐露による苦悩の存在を確認。/ 自己喪失感。/ 看護師役割遂行の円滑。/ 環境に配慮した対話。/ 想起を伴う納得。/ 専門家としての提案。/ 現状から未来への検討。/ 患者のエンパワメント。/ 自覚ましい自律行動。/ 自己判断への承認。/ 不全感の減少。/ 患者中心。/ 伝わる技術。/ 意思表出の促し。/ 自己の価値観の押し付けへの気づき。/ 安楽なケアの継続。/ 表面的な捉え。研修の学びを伝達。/ 具体的な事象の提示。/ 多面的な見方に変化。/ にじみ出る人柄。/ 受け持ち看護師としての責任感。/ 看護師としての喜び。/ 患者の目標を達成した満足感。/ 真のニーズを把握。/ 共感への困難さ。/ 身近となる患者の存在。/ 達成感を分かち合える職場環境。/ 記憶障害の意外性。/ 人として再認識。/ 看護師の責任感。/ 排泄の自律と尊厳。/ 転棟による環境変化の弊害への対処。/ 変化する言葉かけ。/ 意思表出の必須。/ 心理的虐待の阻止。/ 寄り添い意思を聞くにより変化する対応。/ 自信の変化を実感。/</p>
さらに追究すべき点・課題	<p>・身体拘束を実施するプロセスと、実施しないために病棟でのとりくみ/理解不能の理由はほかに何があるか。看護体制やカンファレンスの活用/どのタイミングで看護師長は介入してくれたのか/患者の話を聞いて看護師はどう思ったのか/看護師としての責任範囲/それまで話を聞かなかった理由/話以外に工夫したことはあるのか/環境整備はどうか/看護計画への記載と内容/相談者との関係性。同じような体験の有無/トイレの配置は他の看護師と相談したのか/認知症でない患者への対応と異なるのか/移動式排泄用具はいつまで使用するのか/PT以外の多職種連携の必要性/認知症患者のたらいと見方/看護師間の連携の手段/受け持ち看護師としての看護観/共感ができなかった頃の理由/看護師として目指していること/患者という概念/退院まで責任を持つ意識の程度/患者の退院後に関する多職種との連携の有無/看護の継続の方法/患者のニーズをどのようにイメージしたのか/身体拘束と虐待/意思表出のやりとりの実際</p>

SCAT(Steps for Coding and Theorization)を使った質的データ分析

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念 B:Cさん(オレンジ)	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたかまた、患者さんの意思表出を促すうえで注意したことを教えてください。					
2	B-1	はい、困ったっていうか研修後に、今までは急がせていた患者さんに対してしっかり話を聞いてみました。	性急な対応していたケア/傾聴	研修で学んだ傾聴を実践	誤った対応をしていた患者に対して傾聴する	傾聴を実践	認知症患者に対し焦らせる理由
3	B-2	ベットに座ったり立ったり落ち着かない患者さんだったんですが、「トイレですか」と聞いたんです。そうしたら「違う」というので「何かしたいことあるんですか」と聞いたんですね。でも何も返ってこなくて。	状況判断/患者の希望や、望みを聞き不穏の理由を探す	不穏の理由が不明なため状況を含ま患者に直接聞き探求	不穏の理由が不明の中、認知症患者に状況から判断し声をかけながら理由を聞く	精神的興奮状態への対応	不穏の要因は何か
4	B-3	その人は言葉が上手く出せない失語があって、私はノートを取り出して筆談しようとしていたら、名前を書いているところを指さし「この人良い人」といったので、きつこの人にあいたいんだらうなと思って、その人は別の病棟の患者さんなんですが、「行きますか」と聞くと「行く」というので連れて行ったんです。	失語症の患者/筆談/患者の言動と行動からニーズを判断/質問する	言語以外の情報を得る/少ない情報を頼りに質問し要因を探求する	患者の失語の症状をアセスメントし患者の何気ないしぐさと言動より不穏の原因を予測し対応する	不穏の原因推測	普段の失語症の患者との会話の方法
5	B-4	その人とは年は違うんですがなんだか気が合うっていうか。会話っていうじゃないんですけど、転棟するまでは病室は違っていたんですが、一緒にいることがよくあって。そうデイルームとか、病室とかで。きつと会いたいんだらうかなあって思って。丁度お部屋にいたのでそこまで車いすでお連れしたら、お互いに「あつて言う感じで、そしたらとでもうれしそうにして、2人で過ごす様子があったので、よかったです。	気が合っていた患者同士/一緒にいるところを見ていた/転棟先へ連れて行き一緒に過ごす時間を作る/	何気ない状況を思い出し、言葉で表現できない患者のニーズを予測し行動する/予測が的中し患者の喜びを見て感じた達成感	患者のしぐさと言動より予測した原因の裏づけとなる情報を思い出し行動した結果、患者の笑顔を見て達成感を得る	不穏の原因を総合的判断/患者のニーズを満たした安堵感	気の合う患者はいつ頃転棟したのか、不穏との関係はあるのか
6	B-5	それから不穏というような様子が無くなったんです。表情もとても穏やかになってうれしかったです。	不穏が消失/表情が穏やかになる/それを見てうれしく思う	対応に苦慮していた症状が消失/患者のニーズを満たせた満足感	患者のニーズを満たせた看護者としての喜びを実感	不穏状態の解決	他の不穏のアセスメントは
7	B-6	私が焦っていると伝わるんでなと思いました。	看護師が焦ると患者に伝わるわかる	認知症看護は合わせ鏡	認知症看護はケアする側の心理状態が影響する	自信のケアを省察	焦りが伝わる認知症患者の病名
8	聞き手	焦っていた？					
9	B-7	自分の仕事があつちもこつちもあるものであつちでよばれるとかあつち、こつちでつかまると困ると思つちてしまつちていたんですけど、そういうのが伝わるんだ思つちましたね。	仕事が忙しい/患者さんにつかまると困る/患者さんにその思いが伝わるわかる	日頃の仕事は非常に多忙であり、自分のペースで動きたい/ゆとりのなさが患者さんに分かり我慢や不快な思いをさせている	業務が多忙であることを理由に自分のペースで仕事をしていたが、実は患者さんに我慢や不快な思いをさせていた事を思い知る	看護師の焦りの伝搬	看護体制や勤務者数、病棟の機能
10	B-8	自分が焦らないといいケアができるんだなあと感じました。認知症の患者さんには自分にも伝えたいことがあるんだと思つちました。「どうして」って聞くことが大事だと感じました。	患者にとって良いケアが出来た実感/良いケアができた理由を振り返る/患者に理由を聞くことが大事だと気付く	患者のニーズを満たせた喜び/自分のケアをふり返りこれまでとの違いに気付く	自分のケアを振り返る/患者の反応が違った原因を認識	過去のケアの内省/意思表出への意味と価値認識	リフレクションする機会と頻度
11	聞き手	それでは認知症の患者さんへケアをしている時困つた事はありましたか					
12	B-9	いえ、今話したように困らなくなりました。こつちが焦らなければ、ちゃんと聞くとお通じるので。	認知症の患者さんへケアする際の困り事がなくなる/焦らず対応/ちゃんと話を聞く	研修内容を実行し実感を得/認知症患者の対応方法がわかる	認知症看護に自信を持つ	困惑感の消失	過去の困難事例に対してはどうか
13	聞き手	聞くことを実践したんですね。それでは他に嬉しかった事はありますか？					
14	B-10	看護師のカンファレンスで先生(聞き手)の研修の時にあつちみたいな患者さんが居て、騒ぐ人の入れ歯の管理をどうするかって話あいをしました。大切なものをわかるようにしていきたいって思つちて。	カンファレンスでの対応を検討する/患者さんの大切なものとして共感	対応が困る患者へのケア/患者への共感を中心にカンファレンスで検討	病棟のスタッフ間で患者に共感するケアについて話し合う	患者の困り事への検討会	カンファレンスの開催頻度と検討内容、時間
15	B-11	それで、入れ歯入れに飾りをつけようって、患者さんの大切なものだとわかるようになって、なって。これからやっていくことになつちていう。	新たなケアを考える/患者さんの大切なものを共有	患者の問題解決に向け患者さんの視点で検討する	患者の視点で意見交換できる	患者の価値を優先	患者さんを交えての検討か
16	聞き手	よく分かりました。他に言葉かけて注意している事とかはありますか？					
17	B-12	はい、「どうしたの」とか言つちて「どうして」という感じで。きつと何かあるんだらうとか思つちながらですかね。あとは、どうしたいということですね。	具体的に聞く/推測しながら聞く/希望や願を聞く	希望や願はもしかしたらこうじゃないかなあと思つちながら声をかける話を聞く	認知症患者のニーズを予測しながら声をかけ、話を聞く	原因となる確信に基づく対話	状況判断や全体を捉える為の課題
18	聞き手	今は認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか？					
19	B-13	研修を受ける前は認知症の人の印象はいやだと思つちていましたし、「話が通じない」と思つちていました。でもゆっくり話をするとお互いに分かり合えると思えるようになりました。やはり話を聞くことは大事だと思つちましたね。	認知症の患者さんは嫌だと思つち気持ちの変化/ゆっくりちゃんと話をすると分かりあえると思つち	分かり合える人だと認識/認知症患者の苦手意識が変化	話を聞くことで、意思疎通が図れることを実感し認知症患者の苦手意識が変化する	自己にある偏見の存在を省察/意思表出支援の新たな価値	これまでの対応方法との相違
20	B-14	やはり患者さんに触れて、顔を見て、共感することが大切だと思つちました。業務が業務でなくなつちたんだなあって感じます。	、触れる、見る/共感する/これまででは看護業務をしていなかったと認識する	五感を活用して患者を理解する看護の基本を思い出す/看護の仕事をしていなかったことに内省する	看護の本質を思い出す	共感の価値/自己の省察	看護観/業務の概念

ストーリーライン	<p>看護師の困難感、以前から気になっていた患者がいたことであった。その患者に対し傾聴を実践し、精神的興奮状態への対応を行った。患者の不穏の原因を推測しながら総合的な判断を行うことで、患者のニーズを満たしたといった精神的な安堵感を得ることができた。患者の不穏状態の解決を図れたことに対しこれまでの自身の看護を省察するに至った。自身の傾向であった看護師の焦りが、患者へ伝搬することに気づいた。また患者の意思表出への意味と重要性を認識できた。これらによって、認知症看護へ抱いていた困惑感の消失に至った。看護師は、病棟でのカンファレンスの際に、患者の入れ歯の扱いに対する検討を実施した際、患者の価値を優先する視点をもち、原因となる確信をもった意見交換が出来たと感じていた。認知症患者に対する自身の中にある偏見の存在を省察することにより、研修で得た意思表出の支援に新たな価値を見出し、患者に対する共感の価値を認識するなどの実践を重ねることで、繰り返し看護師が過去に実施していた看護への省察をするに至った。</p>
理論記述	<p>傾聴の実践。/ 精神的興奮状態への対応。/ 不穏の原因推測。/ 不穏の原因を総合的判断。/ 患者のニーズを満たした安堵感。/ 不穏状態の解決。/ 自信のケアを省察。/ 看護師の焦りの伝搬。/ 過去のケアの内省。/ 意思表出への意味と価値認識。/ 困惑感の消失。/ 患者の困り事への検討会。/ 患者の価値を優先。/ 原因がある確信に基づく対話。/ 偏見の存在を省察。/ 意思表出支援の新たな価値。/ 共感の価値。/ 自己の省察。/</p>
さらに追究すべき点・課題	<p>・認知症患者に対し焦らせる理由/・不穏の要因/・普段の失語症の患者との会話の方法/・気の合う患者はいつ頃転棟したのか、不穏との関係/・不穏のアセスメント/・認知症患者の病名/・看護体制や勤務者数、病棟の機能/・リフレクションの機会と頻度/・過去の困難事例/・カンファレンスの開催頻度と検討内容、時間/・患者さんを交えたか/・状況判断や全体を捉える為の課題/・これまでの対応方法との相違/・看護観/業務の概念</p>

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念C:B(紫)	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたかまた、患者さんの意思表出を促すうえで注意したことを教えてください。					
2	m	薬を飲まない患者さんは自分で今までは好きに飲んでいたのでそのままいって、いう患者さんの思いと私たちの思いが違うことがあったんですけど。頭が痛くなって、あの薬を食後に飲むって、いうときには飲めなくても今飲めば効くかもしれないので今飲みませんかかっていったらじゃ飲みますって言って。じゃこの薬は飲まないとか自分で選択するのはおかしいって言うか。先生はこれは飲まなくても本人の意思を尊重すると飲まなくていいですよって言った薬だったのでこれは飲まないで預かりますねって言うことがありました。	薬を飲まない理由に納得できない事実がある/患者の考えと看護師の考えが異なる/患者の勝手な言動に振り回される/医師の方針を基に判断	内服は治療である固定観念/患者と看護師間で内服薬についての観念の相違/患者の身勝手な医師への配慮にかけた行動/医師の治療方針に基づいた判断	内服は医療の一部/患者と看護師間にある内服についての認識の相違/医師の指示に従わないという受け入れがたい患者の行動/医師の指示を遂行	内服薬は治療/患者と医療者の観念の相違/医師への不信感/内服薬の服用を自己選択する患者	薬剤の作用と副作用、疾患との関係
3	m	患者さんは研修後に入院した患者さんだったので、他の看護師が飲んでくれないって言うことだったので、じゃあ私が行ってみようって思って。本人が自分で薬を飲むって言うことを選んでくれたので嬉しかったですね。今も患者さんに選んでもらうことを続けています。	内服を拒む患者/研修で学んだことを実行する意欲/患者の意思決定を支援できた喜び/選んでもらうケアの継続への決意	看護師の依頼や要求を受け入れられない患者/目標達成するための諸手段から一つを選択する/患者の目的にかなうケアを続ける意思を決める	看護師の要求に反する行動をする患者/患者の目標に沿った提案から選ぶ/患者のニーズに応じたケアを継続する明確な意思	服用を拒む言動/選択肢を示すケアの価値/強い継続意思	普段の患者と看護師の関係性
4	聞き手	それは本当に嬉しいですね					
5	m	はい本当によかったと思います。認知症の人って言い出すということ聞いてくれないんで。	認知症患者は言うことを聞いてくれない	認知症患者との意思疎通困難	認知症患者との意思疎通は困難という固定観念	認知症患者とは意思疎通は図れないという思い	認知症患者に対するスティグマだけなのか
6	聞き手	他に言葉かけて注意している事とかはありますか？					
7	m	声をかけたりするときに、必ず前に回って気をつけています。あと、体調を気遣ったりしてま	声をかけるときは前から/体調を気遣う	認知症患者の視覚に入る/体の調子を気にかけ心配する	視覚に入り認識してもらおう/患者への配慮や心配な気持ちを伝える	意思疎通を図るための基本的な技術/看護の専門性と患者を思いやる優しさ	意思疎通のための技術研修への参加頻度/看護観
8	m	リハビリのあと横になりたいという患者さんは、私たちとしては体力をつけるために起きてほしいって思うんですけど、私は夜勤をしてないのでわからないんですけど、夜寝ないので、昼間起きておいてほしいって言われているし。	リハビリ後は患者はベッドに横になることを希望/夜勤の看護師は昼間は寝かさないうちという	機能回復訓練後は横になることを希望する/患者が就寝する時間帯の看護師よりの要求	日中休憩を希望する/夜間起きては困る	昼用逆転/日内リズムを整える必要性	年齢に見合った活動時間と休息時間のバランス
9	m	高次機能機能障害もあって本人も「横になるだけだから寝ないから」って言うんで、「少し休んでまたお茶の時間にまた起きるって言うのはどうですか」って言って。それから30分経って「30分経ったので起きますか」というと「起きます」って。こんなように研修後は、いくつか提案して患者さんに選んでもらって、うまくいっているって感じます。ほんとによかったです。	横になりたいと希望する患者に提案する/患者に提案し意思決定してもらい/患者さん選んでもらうコミュニケーションはうまくいっている	患者へ具体的な案を示す/具体的な提案の中から一つを選択してもらえるよう伝達	分かりやすい手段を伝える/一つを選んでもらう	患者の目標に沿った提案/具体的に分かりやすく伝える工夫/認知症患者へのコミュニケーションスキル	会話以外の意思疎通の方法
10	聞き手	認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか？					
11	m	帰宅願望のある患者さんの場合は、先生と一緒にその人の話を聞いてみたら「おうちの方がいいよ」って言うんですけど。それは事実なんですけど。本人的には、でも、なんだそんなことかかっていう思いが、いつもあるんだらうなあって思いますね。それを聞いてあげることが大事だって今は思えますね。それで落ち着いたりしているし。本当にそう。ちゃんと話を聞いて選んでもらってあげれば大丈夫なんですよ。	帰宅願望のある患者の話を医師と共に聞く/特段の理由ではないこと/患者の話を聴くことが重要/落ち着いた声で話せる/患者に選んでもらうことは重要	自宅に帰りたいと思っている患者の話を医師と共に傾聴/理由は特別な内容ではない/患者の話を積極的に聴くことは極めて大切/心静かに過ごす/具体的な提案の中から一つを選択してもらうことは極めて重要	自分が住んでいた場所に戻りたい思いを医師と共に静かに聴く/進んで話に耳を傾けるケアは患者を理解することにつながる/一つを選んでもらえるようわかりやすく伝えることは患者にとってニーズを満たす看護に自信	患者の思いを傾聴する医療者の姿勢/特別な理由ではない/ただ聴くことの重要性/認知症患者への偏見の払拭と看護師としての自信/ニーズを満たす看護の重要性を認識	傾聴を実施していた対象及び頻度
番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
ストーリーライン		看護師の困難感、内服薬は治療と認識していない患者に対し、患者と看護師の観念の相違を感じたことであった。患者は、医師への不信感と同時に内服薬の服用を自己選択しており、服用を拒む言動があった。そこで患者に選択肢を示したところ、上手くいったことでケアの価値を認識した。その体験は患者に選んでもらうケアに対し、今後も続けていきたいと強い思いを持つ結果となった。これまで持っていた、認知症患者とは意思疎通は図れないという思いから脱却し、意思疎通を図るための基本的な技術として認識していた。また昼夜逆転し、日内リズムを整える必要性のある、患者の目標に沿った提案を行っていた。看護の内容を、患者に具体的に分かりやすく伝える工夫により、認知症患者へのコミュニケーションスキルがアップしたと感じていた。患者の思いを傾聴する看護師の姿勢は、認知症患者の思いを特別な理由ではない話であっても、ただ聴くことの重要性の理解を深めていた。意思表出を促し、傾聴することによりニーズを満たす看護は、認知症患者への偏見の払拭と看護師としての自信となり、看護の専門性と患者を思いやる優しさをもったケアとしての重要性を認識させた。					
理論記述		内服薬は治療。/ 患者と医療者の観念の相違。/ 医師への不信感。/ 内服薬の服用を自己選択する患者。/ 服用を拒む言動。/ 選択肢を示すケアの価値。/ 強い継続意思。/ 認知症患者とは意思疎通は図れないという思い。/ 意思疎通を図るための基本的な技術。/ 看護の専門性と患者を思いやる優しさ。/ 昼用逆転。/ 日内リズムを整える必要性。/ 患者の目標に沿った提案。/ 具体的に分かりやすく伝える工夫。/ 認知症患者へのコミュニケーションスキル。/ 患者の思いを傾聴する医療者の姿勢。/ 特別な理由ではない。/ ただ聴くことの重要性。/ 認知症患者への偏見の払拭と看護師としての自信。/ 傾聴することによりニーズを満たす看護の認識。					
さらに追究すべき点・課題		・薬剤の作用と副作用、疾患との関係/・普段の患者と看護師の関係性/・認知症患者に対するスティグマだけなのか/・意思疎通のための技術研修への参加頻度/看護観/・年齢に見合った活動時間と休息時間のバランス/・会話以外の意思疎通の方法/・傾聴を実施していた対象及び頻度					

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して) K黒	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたか					
1	D-1	受け持ち患者なので全失語でほんとに言葉が出なくて 急な動き出し理解はできるけれど指示は入るんですけど言葉が出ないのかとか何が言いたいのかとかなかなか感じ取れなくて	全失語でほんとに言葉が出なくて/急な動き出し/何がしたいのかとか何が言いたいのかとかなかなか感じ取れなくて	疾患のため会話ができない/予測しない行動/やりたいことや伝えたいことを察する	病が原因で言葉による表現ができない/思いもかけない行い/相手の行動や思いを推し量れない	不明な行動や思い	不明な行動についての理由
2	D-2	患者自身が食堂でお茶を飲んでいても結局部屋に急に帰ってきちゃったりとか、横にしてもすぐに起き上がるとか言葉が出ないのって感じをとるのが結構難しくってで抑制とかになっちゃうんですけど	横にしてもすぐに起き上がるとか言葉が出ない/感じをとるのが結構難しく/抑制とかになっちゃう	休む事ができない状態であったり、表現することができない/雰囲気などで察する意が簡単には解決できない/意に反して行動を制限してしまう	自身の意思と反したつらい状態にある/推察することが容易ではない/やってはいけないと分かっている行動を制限をおこなう罪悪感	自身の意思と反したつらい状態/推測の困難さ/行動制限への罪悪感	患者の意思の表出
3	D-3	本当に言葉がでなくて何がしたいのかよみとれなくて 声かけができなくてコミュニケーションをとるのが難しかったです	言葉がでなくて何がしたいのかよみとれなくて/声かけができなくて/コミュニケーションをとるのが難しかったです	言語の表現がないため希望を推し量れない/話しかけられない/感情や意思の疎通が測れず悩む	欲していることの推察が困難/気軽に近づく言葉がかけられない/意思疎通が困難	ニーズが読み取れない/声をかけづらい/意思疎通が困難	会話能力
4	D-4	言葉が通じないことでイライラしたりはしないんですけど、何かしてあげたら喜んでくれるんだろうということを考えると悩んでしまう	言葉が通じないことでイライラしたりはしない/考えると悩んでしまう	言葉を理解することができない/でも不快な感情はない/思考をめぐらし苦しむ	言葉が通じなくても嫌な感情はもたない/どうすればよいか思い悩む	患者へ肯定感をもつ/どうすればよいか苦悩する	悩む理由
5	聞き手	患者さんの意思を表出を促すうえで注意したこととかありますか					
6	D-5	認知症の患者ラウンドで回っている人に一緒にまわらしてもらって、落ち着かない人がいてソワソワしていた患者さんに家族の写真を壁に貼ったら落ち着いてくれたんです	ソワソワしていた患者さんに家族の写真を壁に貼ったら落ち着いてくれた	おちつかない患者さんの親族の写真をいつも見える場所に貼ると穏やかになる	興奮状態の患者が安心するようケアを工夫する	工夫による安心できるケア	安心できるケア
7	D-6	本人には、もともと写真を見せてもよけられていたんですけど	見せてもよけられていた	相手に分かってもらおうとしたが拒まれる	相手に受け入れられないケア	相手に受け入れられない記憶	過去の対応
8	D-7	貼ったらけっこうながめてもらってコミュニケーションがうまくいくな感じで、これは息子さんですか？とかお孫さんですか？とかって本人は結構笑顔がある人なんで	コミュニケーションがうまくいくな/結構笑顔がある	意思疎通の支障がない/笑顔のことが多い	やり取りがスムーズ/笑顔でいることが多かった	スムーズな意思疎通/本来の患者の姿	患者の価値観
9	D-8	本人にあらかじめ「写真があるので貼らせてもらっていいですか？」とかいって、せっきゃく写真があるので部屋にはらせてもらっていいですかって聞いて	あらかじめ/部屋にはらせてもらっていいですかって聞いて	前もって/いつも見えるように貼れるか相談する	事前の準備/相手の意思を聞く	患者に声をかける/傾聴による意思表示	患者の反応
10	D-9	認知症ケアチームに相談したら、写真を貼ってはという提案をもらって、結構お部屋に戻るときにその写真を持っていることが多くて、その写真をはってあるかっていうことになって	その写真を持っていることが多く/その写真をはってある	親族の写真を持参している/ために実施してみる	大切な人の写真が傍にある/もしかしらたらと思い	患者にとって価値のあるもの/心のよりどころと推測	チーム活動
11	D-10	このまま落ち着かなかつたら危険行動が増えてしまって抑制しなければならなくなるのってかわいそうだと思ったんです	危険行動が増えてしまって/抑制しなければならなくなる/かわいそうだと思った	安全が保持できない行動が増える/意思に反する行動の制限/不憚だと思	目が離せない行動が多い/自身の考えと異なる行為を実施/気の毒に思う	危険な行動/ケアに対する倫理的な課題/気に病む行動制限	身体抑制
12	D-11	そわそわしている理由がわからないので聞いてみようって	理由がわからない/聞いてみようって	その結果が生じた根拠が不明/確認する	理解ができない/直接聞いて事実を知ろうとする	患者の行動の理由が不明/事実を確認	対話の工夫
13	D-12	転院してきて環境が変わって、これまで毎日家族の面会があったのに、自分が何をしたいって言葉に出ないんですよ	環境が変わって/自分が何をしたいって言葉に出ない	周囲の変化/自身の意思や希望を表現できない	外的環境が変わる/表現できない自身の思いや考えがある	リロケーションダメージ/表現できない思いや考えの存在	リロケーションダメージへの対応
14	D-13	環境の変化もあってソワソワしたりして何かしてあげることはないかなって思って	何かしてあげることはないか	その人のために役に立つ行為	看護師としての患者のためにケアを提供する	患者本位のケアの探求	通常ケアの方法
15	D-14	もともと趣味はゴルフだったんですけどもまだスイングはできないし、本人ができることがあればと思ってリハビリが終わった何もすることが無くて	もともと趣味はゴルフだった/本人ができることがあればと思	本来の楽しみはゴルフ/持てる力を発揮できるという期待	患者の日ごろの楽しみを知る/患者の本来の力を探す	価値観の共有と発揮できる力の探求	患者の価値観
16	D-15	本人の処にいったら何か探して、「何か探しているんですか」って言った、壁を指さして、あつてあつた写真を探しているってわかって	貼ってあつた写真を探している	いつもの場所にあつたはずの写真を見つけようとしている	患者のしぐさから推察する	非言語的なメッセージの受け取り	サインのキャッチ
17	D-16	写真がないんだなあと思って「落ちちゃったんですか」っていったら、ベッドの下を指さして、見たら写真がほんとにあつて	写真がないんだなあと思って	なくしたものを推測する	探しものにあたりをつける	患者の行動を状況から推測	状況からの推測
18	D-17	これどうしますか？おいときますか？って言った本人が自分で壁に貼ってくれたんですよテープが弱かったんで一緒に貼らせてもらいますね」なんて言っはらしてもらったんですけど	これどうしますか？おいときますか？って言った/一緒に貼らせてもらいますね」なんて言っ	本人が選べるよう2つを提示する/共有させてもらいたいと願	患者自身で決められるよう選択肢を伝える/共にありたいと伝える	自己決定を可能にする選択肢/寄り添うことを伝える	丁寧な対応
19	D-18	大事な写真なんだなあって思いました、研修では行動には意味があるっておっしゃったんですよ。	大事な写真なんだなあって思い/研修では行動には意味がある	大切なモノだと推測する/その人の行動には価値があると学ぶ	患者にとっての価値観にめどをつける/研修の学びを実践する	行動に隠れた患者のニーズを知る/研修の学び	患者の行動
20	D-19	これまで仕事に慣れるのに精一杯で研修を受けて考え方が変わってこの人のもうちょっと寄り添ってみようかなと思って	仕事に慣れるのに精一杯/研修を受けて考え方が変わって/もうちょっと寄り添ってみよう	業務を覚えることに力を尽くす/研修後に自分の価値観が変化/その人を知るよう努めたいと思	仕事になれ間違えないよう努力する/研修によりそれまでの考え方が変化/患者をもっと知ることを目標にする	仕事への努力/研修による考え方の変化/患者への深い洞察	変化した要因
21	D-20	わからなくて結構やめてしまうことが結構あったんですけど、あきらめないようにしようって思って	わからなくて結構やめてしまう/あきらめない	理解ができないため中断する/希望をもってやり続ける	分からないと途中で投げ出す/望みを持ち最後まで取り組む	諦めない気持ち/解決への糸口を探る態度	あきらめないことへのメリット
22	聞き手	研修後に実際にやってみて嬉しかったことはありましたか					
23	D-21	この人夜間おむついじりをするので、ミトンで抑制されてたんですよ、研修後に夜間おむついじりをするっていうことに意味があるんだろうなあっておもって、	夜間おむついじりをするっていうことにも意味がある	困る行為にも意味がある	困惑する行為にもその患者にとっては価値がある	行動より洞察	他者の価値観に対する認識
24	D-22	夜間のおむついじりを認定に相談してみたんですよ「夜間ミトンを外してはどうか」って、	夜間のおむついじりを認定に相談	困る行為をやめさせるために専門家に意見を聞く	その道に精通している人に相談する	相談によるケア視点の拡大	他者活用
25	D-23	やはり嫌でいじっちゃった部分があつたんで、本人も抑制すごい嫌だと思ってるんですよ、	嫌でいじっちゃった/抑制すごい嫌だと思	不快だから触る/行動を制限されることは不快だと感じる	行為の理由を推測する/人として当然の感情に気付く	行動と感情の共感	患者の自由を奪う
26	D-24	それをとったらちゃんとコールも押せるし、おむついじりもなく休めてたって言うんで やっぱり抑制はいやなんだなあって、意味があるんだなあって思って、今日それで様子見てもらって外せるようになって	ちゃんとコールも押せるしおむついじりもない/やっぱり抑制はいや	抑制しなくてもコールが押せる/行動を制限されることは何度考えても不快	できないと思っていた人を呼ぶことができる/抑制の必要はないと確信する	行動制限不用	コールの位置や準備声かけの有無
27	D-25	いろんな人の相談させてもらってやってみました、患者さんとかかわるのが好きでなんで	いろんな人の相談/患者さんとかかわるのが好き	周囲の人を活用する	自分一人で決めない	多面的視点を踏まえたケア	多面的視点
28	D-26	最初はおむついじりをしてやっぱり失禁して大変だなあってシーツ交換もしたんですよ、その時はなんでしちゃうんだろうって思ったんですけど	なんでしちゃうんだろうって思った	行方理由がわかっていないと感じる	困っていたときは患者を理解できなかった	困難感への過去の記憶	困難感

29	D-27	今までナースコールは押せなかったんですよ、その日モンしていたんですよ、おむついじりの時はきつと失禁しているから、ぬぎ始めたりするんですよ	今までナースコールは押せなかった/おむついじりの時はきつと失禁している	看護師を呼ぶ簡単な道具は使用できない/オムツを触る時は尿が不用意に出ている	認知症患者はナースコールを使用できない/オムツを触る理由がある	道具を使用できない思いこみ/不快な思い	患者の不快感
30	D-28	ナースコールを「何か用事があつたら押してください」って声をかけていたんですよ、もしかしら押ししてくれるかもとずっと声かけしていたんですよ	もしかしら押ししてくれるかも/ずっと声かけた	ナースコールを押せる可能性を期待する/継続して話しかける	認知症患者さんのもてる力を信じる/あきらめずに対応を継続する	認知症患者さんのもてる力を信じる/患者のもつ可能性	もてる力
31	D-29	ナースコールがあつてももぞもぞしていたので、交換したつてそれが2回くらいあつて	ナースコールがあつて	ナースコールを使用する	押せないと考えていたがナースコールを押してくれる	ナースコールできる人に代わる	患者の自立
32	D-30	研修前は認知症の患者さんは、言葉が通じないとか指示がはいらないから、なんだろうこつちが何とかしようよって、動いちゃうとか相手の反のを見ずに動いちゃうつたりすることが多かつたんですよ	言葉が通じないとか指示がはいらない/相手の反応を見ずに動いていた	相手の反応を見ない自信への内省	相手の態度や様子をたええていない/自信への反省	洞察力の不足に対する悔恨	指示がはいらないという意味
33	D-31	でも講義をうけて認知症患者さんにはやることに意味があるし、言葉もわかるんだなあつて思つて	認知症患者さんにはやることに意味がある/言葉もわかる	行動に意味がある	行いの中に価値があると認識する	行動を意味づけられた体験	行動の意味や価値を知る
34	D-32	寄り添つて接することがやはり大事なんだなあつて思つようになりました	寄り添つて接することが大事	知ろうとするケア	理解しようとするケア	相手への深い洞察	以前の看護観
35	聞き手	今は認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか					
36	D-33	患者さんはどうおもっているんだろうとか、私の接し方はどうだつたんだろうとか、次は気を付けようかなあと思つときがあつたんですけど	患者さんはどう思っている/私の接し方はどうだつたんだろうとか次は気を付けようかなあと思つ	患者の反応が気になる/うまく対応できない	対応できない不全感	問題が解決できない不全感	不全感の行き先
37	D-34	きつと自分の感情が出てきたときがあつたと思つし講義受けてちゃんと接することが大事なんだなあつて思つようになつて	自分の感情が出てきたときがあつた/ちゃんと接することが大事	自信の感情を制御できない/間違わない対応が重要	うまく対応できないことを自覚/患者のニーズを把握し満たせるケアは可能	過去のケアへの悔恨/ニーズに則したケアへの自信	無力感の程度
38	D-35	見方が変わったのか、考え方が変わったかどうかはわからないんですけど、接して苦にならなくなつたんです	変わったかどうかはわからない/苦にならない	変化は不明/苦痛でなくなる	変化した自覚がない/精神的な苦しみが無い	自身の変化に自覚がない/感じる精神的な安らぎ	評価基準や指標
39	D-36	自信が少し出てきたかなあつて関わつても辛くないという、悩むつていうよりは、患者さんを選択肢を与えられるようになつたと思つます	関わつても辛くない/悩むつていうよりは自信が少し出てきた	介入しても困らない/辛さがなく自身の能力や価値を少し認識する	患者に受け入れられるケアを提供/自分の能力や看護師としての存在の意味をわずかに信じられる	患者中心の看護への数かな自信/選択肢を提示	裏付ける経験数
40	D-37	認知症の患者さんにいろいろ選択肢を聞くようになつたら、いつもこれましようとか言わなかつたんですけど	いろいろ選択肢を聞くようになつた	2つ以上から選べるように尋ねる	患者に決めてもらうようにする	選択肢の提示	選択肢の提示
41	D-38	おむつ交換しますか?トイレに行きますか?つて患者さんに言つたら「トイレに行きたい」つていつたんですよ、そんでトイレに行つたら指示も入つて、その人は指示が入らないから、おむつ交換はこつちでしなければならなかつたんですけど、指示が入つたんですよ、日によつて体調によつてです	指示が入つたんですよ、日によつて体調によつてです	依頼や促しを聴いてくれる/毎日安定はしていない	口頭での説明を理解し行動する/状態は一定でないとする	理解できる時もある患者/一定でない患者の状態	患者の理解力の状態
42	D-39	自分の意思があるんで、こつちがやつてあげるだけでなく、ちゃんと選択肢を与えるのが大事だと思つます	自分の意思がある/こつちがやつてあげるだけでなく/ちゃんと選択肢を与える	自分の考えや思いを持つている/こつちが一方的に支援する/きちんと2つ以上選べるようにする	自信の思考がある/押し付けのケア/患者自身で決める力がある	患者の意思を知る/看護師本位でないケア/患者自身で決める力	自立支援と選択肢の関連
番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言いかえ	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題

ストーリーライン	<p>看護師の困難感、患者の不明な行動や思いがあり、自身の意思と反したつらい状態に対し、患者の思いへの推測の困難さであった。また患者に対する行動制限への罪悪感をもつていた。ニーズが読み取れないことや、患者に対し声をかけづらいため意思疎通が困難な患者であった。どうすればよいか苦悩する状況であった。しかし、傾聴による意思表出により、相手に受け入れられない記憶を消し去り、スムーズな意思疎通が図れ、本来の患者の姿に接し気軽に患者に声をかけることが出来た。患者の危険な行動に対し、看護師として行動制限を行う時には、患者の行動の理由を不明なままにせず、事実を確認する重要性があると知つた。患者は、リロケーションダメージがあり、そのことを表現できない思いや考えの存在していることが解つた。看護師は患者を中心に、価値観の共有と、患者のもつ力を見つけ、非言語的なメッセージの受け取りにより、患者の行動を状況から推測していた。そして、自己決定を可能にする選択肢を提示し、患者に寄り添つて伝える実践をしていた。患者の行動の裏に隠れた、患者のニーズを知ることができた。研修の学びを実践したことによって、仕事への努力と共に、患者のもつ可能性について考え方が変化した。また患者への深い洞察と共に、決して諦めない気持ちを育てていた。解決への糸口を探す態度として、患者の行動より洞察し不明な場合は、他の看護観へ相談し、看護の視点の拡大を図つていた。看護師は、患者の行動と感情の共感により、身体拘束をする必要が無くなり、これまでにあつた看護の困難感過去の記憶となつた。認知症患者は、道具を使用できないという思いこみや、患者に対する不快な思いは消え去り、患者のもつ可能性やもてる力を信じることで、ナースコールを押せる人になる結果を得ていた。また、看護師は、過去の自身に対し洞察力の不足があつたと悔恨し、患者の行動を意味づけられた体験により、相手への深い洞察への価値と問題を解決できない不全感からの脱却を感じていた。しかし、過去のケアへの深い悔恨は、患者のニーズに則したケアへの自信にまでには至らなかつた。研修で得た患者への選択肢の提示は、患者から感じる精神的な安らぎや患者中心の看護への数かな自信の支えとなり、状態が一定でない認知症患者であっても、患者の意思を知ることにつながつて思つていた。そして看護師本位でない実践であり患者自身で決められる力を活かすと感じていた。</p>
理論記述	<p>不明な行動や思い。/ 自身の意思と反したつらい状態。/ 推測の困難さ/行動制限への罪悪感。/ ニーズが読み取れない。/ 声をかけづらい。/ 意思疎通が困難。/ 患者へ肯定感をもつ/どうすればよいか苦悩。/ 工夫による安心できるケア。/ 相手に受け入れられない記憶。/ スムーズな意思疎通。/ 本来の患者の姿。/ 患者の声かけ。/ 傾聴による意思表出。/ 危険な行動。/ ケアに対する倫理的な課題。/ 気に病む行動制限。/ 患者の行動の理由が不明。/ 事実を確認。/ リロケーションダメージ。/ 表現できない思いや考えの存在。/ 患者本位のケアの探求。/ 価値観の共有と発揮できる力の探求。/ 非言語的なメッセージの受け取り。/ 患者の行動を状況から推測。/ 自己決定を可能にする選択肢。/ 寄り添つて伝える。/ 行動に隠れた患者のニーズを知る。/ 研修の学び。/ 仕事への努力。/ 研修による考え方の変化。/ 患者への深い洞察。/ 諦めない気持ち。/ 解決への糸口を探す態度 行動より洞察 相談によるケア視点の拡大 行動と感情の共感 行動制限の不用 困難感への過去の記憶 道具を使用できない思いこみ 不快な思い 認知症患者のもてる力を信じる。/ 患者のもつ可能性。/ ナースコールできる人になる。/ 洞察力の不足に対する悔恨。/ 行動を意味づけられた体験。/ 相手への深い洞察。/ 問題や解決できない不全感。/ 過去のケアへの悔恨。/ ニーズに則したケアへの自信。/ 自身の変化に自覚がない。/ 感じる精神的な安らぎ。/ 患者中心の看護への数かな自信。/ 選択肢を提示。/ 理解できる時もある患者。/ 一定でない患者の状態。/ 患者の意思を知る。/ 看護師本位でないケア。/ 患者自身で決める力。/</p>
さらに追究すべき点・課題	<p>不明な行動についての理由。/患者の意思の表出について。/ 会話能力について。/ 悩む理由について。/ 安心できるケアについて。/ 過去の対応について。/ 患者の価値観について。/患者の反応について。/ チーム活動について。/ 身体抑制について。/ 対話の工夫について。/ リロケーションダメージへの対応について。/ 通常のケアの方法について。/ 患者の価値観について。/ サインのキャッチについて。/ 状況からの推測について。/ 丁寧な対応について。/ 患者の行動について。/ 変化した要因について。/ あきらめないことへのメリットについて。/他者の価値観に対する認識について。/ 他者活用について。/ 患者の自由を奪うについて。/ コールの位置や準備声かけの有無について。/ 多面的視点について。/ 困難感について。/ 患者の不快感について。/ もてる力について。/ 患者の自立について。/ 指示がはいらないという意味について。/ 行動の意味や価値について。/ 看護観について。/ 不全感の行き先について。/ 無力感の程度について。/ 評価基準や指標について。/ 裏付ける経験について。/ 選択肢の提示について。/ 患者の理解力の状態について。/ 自立支援と選択肢の関連について。/</p>

SCAT(Steps for Coding and Theorization)を使った質的データ分析

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)E:黄緑	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたか					
2	E-1	いつもはそうでないのに30分に一回コールがなってそわそわしている患者がいてセンサーマットを使用しているんですけど30分のうち3~4回歩き出す患者で、4回目くらいにステーションの方まで歩き出して、なんだだろうと思って「あれどうしたの?」って言ったら涙目で「お金が心配で」って言って	そわそわしている患者/「あれどうしたの?」って言った/涙目で	落ち着かない患者/驚いたように何が合ったのか聞く/涙ぐんで泣き出しそうになっている	常に見守りが必要な患者/落ち着かない原因がわからない/悲しみの感情がある	目が離せない状態/原因不明の焦燥と悲しみ	焦燥のある患者の対応
3	E-2	それでそわそわしているんだとおもったんですけど	そわそわしているんだとおもった	落ち着かない理由がわかる	患者を苦しめている原因を予測する	推測可能な範囲	根拠のある内容
4	E-3	ちょうどその日が、貴重品を看護師が管理した日だったんで「金庫の鍵」を、ああ、だからなかなかわかって	ああ、だからなかなかわかって	おおよその検討がつく	曖昧な見当	全体を通した判断	金庫の鍵と患者の不安の関連
5	E-4	じゃあ入院費とかはおうちの人が払ってもらってらっしゃるから」と説明して	「入院費とかはおうちの人が払ってもらってらっしゃるから」と説明して	安心してもらうよう相手によくなるように伝える	伝わるように説明をする	患者の感情に届く会話	患者の心理状態
6	E-5	「あーそっかかって、本当に大丈夫かな」って言って「大丈夫よ」といい一旦ベッドにもどってもらったんですけど	本当に大丈夫かな	確信がなく心配になる	不安な気持ち	確信の無いままの返答	判断した理由
7	E-6	もっと早く聞けばよかったと思ったんですけどいつも短時間で鳴ることはなかったんです	もっと早く聞けばよかった	すみやかに相手に尋ねたほうがよかったことへの後悔	患者に聞くタイミングの喪失	意識下でできた洞察力の不足	判断の遅れた理由
8	聞き手	お一人に対応された					
9	E-7	少なかつたんです。「なんでこんな」って思っていて自分が全部対応したわけではなかったんです。その時は「どうしたの?」って聞くとちょっと歩きたかっただけ」と言っていたんでその時は「あーそっかあ」ってそんな感じだったんですよ	「どうしたの?」って聞く	どんなことがあったのかと相手に尋ねる	出来事を直接聴く	理由を知る率直な質問	患者の理解力の程度
10	E-8	その時は退出したんですけど 何か違って、4回目は心配そうに前のめりになりながら手すりつかまって、ステーションの前まで30Mくらい歩いてきたんですね	何か違って	どことなくいつも異なる雰囲気	具体的にはわからないがおかしいと感じられる	違和感を直感	違和感の内容
11	E-9	深刻そうに見えたので「あれ~どうしたのお?」って前のめりに聞いたんですどうしたのって聞いた時のトーンがたかっただけかと思えます。	深刻そうに見えた/聞いた時のトーンが高かったと思えます	切実そうな様子だと目につく/相手の言いたいことを知ろうとする思い	緊迫した様子が伝わる/自分の思いが話調に現れる	深刻さを察知できる表情/患者への強い共感	患者の変化の視点
12	聞き手	そうですねそれで話してくださった。その時に患者さんの意思を表出を促すうえで注意したこととかありますか					
13	E-10	私も前のめりになったので、あの時の話かけは聞き出せる聞き方だったんだ、よかったんだと今思える	聞き出せる聞き方/よかったんだと今思える	相手の思いを探り出す聞く態度/うまいやりかただったと認識する	思いを知ろうとする姿勢と態度/患者の思いを聞いたことを確認	患者の思いを知ろうとする態度の表出/患者の意思を確認した安んずる	安んずる理由
14	E-11	患者さんは言いたいけど言えないんだと思う	患者さんは言いたいけど言えない	患者さんは自身の思いを伝えられない	患者さんは自身の思いを表現できない	意思表出できない患者の苦しみを共感	共感の理由
15	E-12	あの時の声かけでよかったんだって、他の人の話すことで、聞いてもらっただけで安心することってあるじゃないですか	他の人の話すことで、聞いてもらっただけで安心することってある	自身の思いを他者に聞いてもらっただけで安堵する	人としての感情の処理の仕方を知っている	感情の浄化した実体験からの共感	患者のサイン
16	E-13	一言、他者に相談することで安心する、自分もそうなんです	自分もそう	自信に重ねる	自身の体験と重ねる感情を意識する	自身の体験と重ね共有	実際の体験
17	E-14	心配事を聞くことができてそういうケアができたと思う	心配事を聞くことができて/そういうケアができた	困っていることを知る/困っていることを知ったうえで対応ができた	悩んでいることの内容を知る/悩みを解決し安心してもらうケアの実践を自覚する	患者の思いを知るケア/安心できるケアの提供を実感	患者の心配事
18	E-15	聞くようにはしているんですけど、なんか濁すこともあるんじゃないですか	なんか濁すこともある	対話ができない時がある	対応困難な患者の存在	過去にあった曖昧な返答	返答を濁す理由や要因
19	E-16	患者さんによっては怒る人がいる場合今の人の対応を考えます、違う仕事もあるので大変だね、ちゃんと聞かないやとか思うんです	患者さんによっては怒る人がいる/違う仕事もあるので大変	怒る人への対応/仕事がある	ケアに時間を要する負担感	心理的重圧と負担感	コミュニケーション方法と手段/ケアに要した時間
20	E-17	食事介助とかも、自分が食べたいものの順番であるじゃないですか、	自分が食べたいものの順番である	人によって意思や希望が異なる	食べたい順番のニーズがある	不完全なニーズへの対応	食事以外のニーズ
21	E-18	食事の順番を聞くときに「これ食べますか?」で、できるだけ聞いていうより自然にやっていた	食事の順番を聞く/これ食べますか?で、できるだけ聞く/自然にやっていた	具体的な質問/身につける技術	はっきりとしたわかりやすい内容を問う/経験の蓄積を認識	具体的な選択肢の提示方法/聞く技術の定着	日常の中の選択肢の提示
22	聞き手	研修後に実際にやってみて嬉しかったことはありましたか					
23	E-19	認知症の人とかかかわるには苦手意識があったんですけど、研修を受けてからより自分も成長できるのではないかと思いました	苦手意識があった/研修を受けてからより自分も成長できる	苦手意識から自分も成長できる	できれば避けたいという認識ではなく/看護師として成長をさせてもらえる	積極的な介入姿勢への変化/実感する自己の成長	看護師としての成長
24	E-20	先の研修を受けた人の介入を聞いて自分もやってみようと思って	研修を受けた人の介入を聞いて	研修受講者のケア方法を聞き知る	研修で得た方法を実施する意欲	新たな知識と技術の修得意欲	意欲を支える要因
25	E-21	午前中にどれ飲むって認知症でない患者さんにはやっていました	認知症でない患者さんにはやっていました	認知症以外の患者へは実施している	通常は身につけている技術	認知症患者に対する異なる対応の常態化	ケアが変化した理由
26	E-22	認知症のチームではないのでたまにしか接しないんですよ。でもナースコールがなったときちゃんとかかわらないといけないと思ったんですよ	ちゃんとかかわらないといけないと思った	間違わないようにケアをする必要を痛感する	誰に対しても行える正しいケアを認識	患者が信頼できるケアのあり方を認識	関わり方
27	E-23	「あーこうすればいいんだ」という発見が研修で聞けて私もやってみようと思って	あーこうすればいいんだという発見が研修で聞けて/私もやってみようと思って	研修で具体的なやり方をおしえてもらう/自身がやる気を持つ	具体的な方法がわかる/実際にやってみようと思える	活用可能な研修	持続可能か

28	聞き手	今は認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか					
29	E-24	やっぱり患者さんは言いたいけど言えないんだなあと思いますね。聞けばわかると思います	言いたいけど言えない/聞けばわかる	自分の意思を表現できない/寄り添う傾聴	自分の本心や意思を表現できない/相手を深く知ろうとする	意思表出の確信	表現できないことへの共感
番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題

ストーリーライン	<p>看護師の困難感、患者は目が離せない状態のうえ原因不明の焦燥と悲しみがあると推測された患者であった。患者が何か困っていることがあると判断した時は、患者の感情に届く会話につとめた結果であった。最初は、患者が確信の無い返答であったため、看護師としての洞察力の不足を感じた。患者を苦しめる理由を知る手掛かりとして、看護師は患者へ率直な質問を投げかけ患者からの返事を聞き「何かおかしい」と直感した。患者の深刻さを察知できる表情から患者への強い共感を覚えた。そして患者の思いを知ろうとする態度の変化により、患者の意思を確認できた時の安んじと共に意思表出できない患者の苦しみを共感した。それは感情の浄化した実体験からの共感であった。自身の体験と重ね共有できた看護師のこの体験は患者の思いを知ることとなり、安心できる看護の提供を実感するに至った。それ以前の看護師の対応が、患者の曖昧な返答により、患者の心理的重圧と負担感となっていたという、不完全な対応であったと認識していた。研修により学んだ具体的な選択肢の提示の実践により、聞く技術の定着に変化した。また、自身の積極的な介入姿勢への変化は自己の成長を実感すると共に、新たな知識と技術の修得意欲につながった。さらに、認知症患者に対する対応の常態化から変化し、異なる患者が信頼できるケアのあり方を認識するきっかけとなり、実践に活用可能な研修であると認識していた。</p>
理論記述	<p>目が離せない状態。/ 原因不明の焦燥と悲しみ。/ 推測可能な範囲。/ 全体を通じた判断。/ 患者の感情に届く会話。/ 確信の無いままの返答。/ 意識下できた洞察力の不足。/ 理由を知る率直な質問。/ 違和感を直感。/ 深刻さを察知できる表情。/ 患者への強い共感。/ 患者の思いを知ろうとする態度の表出。/ 患者の意思を確認した安んじと感。/ 意思表出できない患者の苦しみを共感。/ 感情の浄化した実体験からの共感。/ 自身の体験と重ね共有。/ 患者の思いを知るケア。/ 安心できるケアの提供を実感。/ 過去にあった曖昧な返答。/ 心理的重圧と負担感。/ 不完全なニーズへの対応。/ 具体的な選択肢の提示方法。/ 聞く技術の定着。/ 積極的な介入姿勢への変化。/ 実感する自己の成長。/ 新たな知識と技術の修得意欲。/ 認知症患者に対する異なる対応の常態化。/ 患者が信頼できるケアのあり方を認識。/ 活用可能な研修。</p>
さらに追究すべき点・課題	<p>焦燥のある患者の対応について。/ 根拠のある内容は。/ 金庫の鍵と患者の不安の関連について。/ 患者の心理状態について。/ 判断した理由について。/ 判断の遅れた理由について。/ 患者の理解力の程度について。/ 違和感の内容について。/ 患者の変化の視点について。/ 安んじの理由について。/ 共感の理由について。/ 患者のサインについて。/ 実際の体験について。/ 患者の心配事について。/ 返答を濁す理由や要因について。/ コミュニケーション方法と手段について。/ ケアに要した時間について。/ 食事以外のニーズについて。/ 日常の中の選択肢の提示について。/ 看護師としての成長について。/ 意欲を支える要因について。/ ケアが変化した理由について。/ 関わり方について。/ 持続可能な。/ 表現できないことへの共感について。/</p>

SCAT(Steps for Coding and Theorization)を使った質的データ分析

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)J:赤	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来事はありませんか					
2	F-1	何も言わない人はトイレだった状況判断して立つぞって状況判断すればできるんですけど、何にもいってくれないとどうしていいかわからなくなってどうしていいかわからない人は困る朝はおはようっていてもしゃべらない、のどうしてよいかかわからないポーンとして無言なんですね	何も言わない人/状況判断すればできる/何にもいってくれないとどうしていいかわからない/ポーンとして無言	失語症/認知症の病態/進行	患者が意思を表現できない/表現したくてもできない意思	意図しない症状/表出困難な患者の意思	認知症患者の病態の理解の程度
3	F-2	解っているか分かっていないかわからないので、夜勤の人は朝はおはようって言うよって、何も言わないけど、「トイレに行きましょう」って声をかけて、朝食後に行くの大体「立ってください」って少し時間がたつと立つんですよ手すりにつかまって立つんで「お尻を出しますよ」というと協力してくれるんですけどどこまでってかわからないのがね	解っているか分かっていないかわからない/どこまでってかわからない/意思はあるのだからちゃんとその人のことを聞いて	理解ができない人/理解することが難しい/人として意思はある	周囲の誤った見方/当事者への正しい理解	ケアする側の偏見/認知症に対する理解	理解ができなかったことへの思い/認知症患者への印象
4	聞き手	なるほど、そういう時に困たんですね。それでは患者さんの意思を表出を促すうえで注意したこととかありますか					
5	F-3	やっぱり意思はあるのだからちゃんとその人のことを聞いてって思います	間違いがないようにその人の考えを聞く	考えを持っているその人の思いを取り違えないようにする	人として意思を持っていると認識し、希望やニーズを本人に聞く	意思を傾聴する姿勢	意思を傾聴できない思い
6	F-4	気を付けていることは病院の入院生活を送るにはできる選択する自由を与えたいっていう、選択する自由じゃないけどそういうことだっていうんですね	選択する自由を与える/実際見せて選んでもらう/選択肢を与える	選択する自由/実際見せて選びやすい工夫をする	自己決定しどちらかを選ぶ/実際見せること決めやすくする	選択肢の提示による意思の表出/視覚刺激による提示	選択の仕方/尊厳の保持
7	F-5	お茶だって煎茶ほうじ茶熱い冷たいお茶しかないんですけど、あとは実際見せてえらんでもらう白湯もありますよ、ほうじ茶も煎茶もありますよあって心がけている	実際見せてえらんでもらう/心がけている	視覚で確認する/常に心にとどめる	視覚を使い認識しやすくする/意図してケアする	非言語的手段/意図的なケア	過去のケアとの比較
8	F-6	おきたがらない人にもみんなでお話しているから行こうよとあって、お茶のみに行きましょうとってみました	みんなでお話しているから行こう/お茶のみに行きましょう	談話をしている場所へ促す/お茶を飲みながら世間話を促す	他者との交流を促し刺激を提供する/暮らしの中に当たり前にある行動を促す	社会性への覚醒を促す/日常の暮らしの促し	社会性の保持
9	F-7	～もありますよとか選択肢を提供することって自分では考えていなかったなあ	選択肢を提供する/自分では考えていなかった	選ぶことのできるいくつかの項目を出す/自身では考えていない	思っていなかった選択肢の提示/考えつかないケア	想定外の着想/創造できないケア	ケアの広がり
10	F-8	はいお茶、ではなくて選んでもらって意思決定してもらって大事なんだなあ	選んでもらって意思決定してもらって大事	2つ以上のものの中から選択して思っていることを決める	認知症患者の意思決定ができるように選択肢を示す	決定を容易にする選択肢の提示	個別的な提示方法
11	F-9	疲れているいる人にはじゃあ後でいいですかあって	疲れているいる人にはじゃあ後でいいですか	くたびれている人に対しては後でいいか聞く	疲労している人には疲れが取れてからの方が良いと判断する	体調に配慮した判断	判断の視点
12	F-10	熱いお茶がいい人もいるし冷たいのいい人もいるんで	熱いお茶がいい人もいるし冷たいのいい人もいる	お茶の温度の好み人がよって異なる	好みに合わせることは大切	快刺激を提供したい思い	業務計画
13	F-11	ただ置くだけじゃなくて飲むまでそばについていればよいんだと思って、違うんだあって思って忙しいのは理由にしてはいけないんだなあ	できるまでそばについていればよい/忙しいのは理由にしてはいけない	自分でできるまで近くにいることが良い/暇がないことを言い訳にしない	自立できるまで傍で見守る/時間の無さが原因ではない	寄り添う姿勢/自己のケア姿勢への省察	看護師の焦りの内容/日常の業務内容
14	F-12	スタッフは限られた人数しかいないし 時間ばかり気にして セカセカ動いてたんですけど性格的にも焦るのタイプなんで1日かけて終わればいって考え方を覚えてゆったりやろって心がけるようにしましたね	急いでも大して変わらない/時間と心の余裕が大事/考え方を覚える	時間をせいてもそれほど違くない/時の流れと精神的なゆとりが大切/思考を転換する	思考の傾向を変化させる/焦らず落ち着いて対応する	患者と向き合う態度の変化/ゆとりのある対応	認知症患者への捉えやケアに対する考え方
15	聞き手	研修後に実際にやってみて嬉しかったことはありましたか					
16	F-13	患者さんに解っているか分かっていないかわからない、おばあちゃんとかいたんですけど、ちゃんと話を聞けばよくわかるんだあって思いましたね	わかっているか分かっていないかわからない/ちゃんと話を聞けばよくわかる	理解できているか否か十分に確認できない/きちんと会話をすれば十分理解できる	患者の理解度は把握できない/会話をし知ろうとすればきちんとわかる	理解力に程度は不明/意向を知ろうとする姿勢が大切	意思決定能力の評価/看護師の認識
17	F-14	時間と心の余裕が大事ですね	時間と心の余裕が大事	ゆとりある時間と精神的なゆとりが大切	実施にはゆとりと関わることが重要	ゆとりある態度を重要視	態度が変化した理由
18	F-15	ポーンとしている患者さんも、意思があるんで、リハビリの状況にもよるんでしょけど、やっぱり意思はあるんだから、ちゃんと聞かなきゃなああって分かってきましたね	ポーンとしている患者さんも意思がある/ちゃんと聞かなきゃなああって分かって	ぼんやりしている患者さんにも考えや思いがある/きちんと相手の言葉を受け入れる	一見思考ができないと感じられる患者であっても意思を持った人である/言葉だけでなく自分で表現できない心情を思いよかる	意思がある人と捉える/意向を聴ききる	偏見の変化
19	F-16	5分かかったとして、ここを急いでも大して変わらないよって思ってね	急いでも大して変わらない	時間をせいてもそれほど違くない	急いでやっても期待する結果を得られない	自分本位の対応への悔恨	性格傾向
20	F-17	認知症だけでなく、旦那さんからもそんなに急いでも変わらないよって言われていて、繋がったなああって思って	そんなに急いでも結果は変わらないんですよ	時間をせいても結果は同じ	急いでやってもやらなくても同様の結果	性急なケアをしていた悔恨	結果の相違点
21	F-18	穏やかにケアする人のときは、患者さんは寝るよなああって、何ががうんだらうね	穏やかにケアする人のときは患者さんは寝る	落ち着いて世話をする人のときは患者さんは入眠する	ケアを提供する人の姿勢が患者の精神状態や夜間の入眠を左右する	自身の環境要因としての存在	環境要因としての認識
22	F-19	ゆとり患者さんに関わると、自分も穏やかになる	ゆとり患者さんに関わると自分も穏やかになる	余裕をもって患者さんにケアすると看護師である自身も心がやすらぐ	ケアする側が精神的なゆとりを持つことは相乗効果がある	精神的なゆとりによるミラーリング	学びの共有
23	F-20	その人はその看護師の事を、近所の新ちゃんって思っていてその人は〇ちゃんになりきっていて「よろしくねえ」って	看護師の事を近所の〇ちゃんって思っていてその人は〇ちゃんになりきっていて	傍でケアをしている人を知人と信じているため演じる	知人と思いをされても役になりきって挨拶を交わす同僚の姿	患者の世界観を傾倒	患者の思いを知る意味
24	F-21	今意識すると、セカセカ仕事をしているかよりも、おだやかに仕事の方がいいじゃんみたいになつて。これまで勝手に思い込んでいたんです。その方が記録もできるって、	おだやかに仕事の方がいい	心を落ち着けてケアをする方が望ましい結果が得られる	穏やかにケアすることが患者にとって良い結果となる	好ましい結果への確信	ケアの変化の違い

25	F-22	3月に復帰して、仕事も家事も中途半端だったんです。今育短で働いて、心ここにあらずでした。ゆっくりやろうって思えるようになったんです。	仕事も家事も中途半端だった/ ゆっくりやろうって思える	職務や家庭内のこともどっちつかずで達成しない経験/時間を気にしないでやろうと考える	公私ともどっちつかずだったと認識/時間を気にすると焦りが生じる	過去のケアへの省察/具体的な課題を持つ	時間管理/看護に対する自身の目標
26	聞き手	今は認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか					
27	F-23	良く患者にみんな声を掛けてくれるようになって、手を振ってくれるようになったし。	声を掛けてくれる/手を振ってくれる	話しかけてくれる/わかるようにしぐさで示してくれる	スムーズに会話ができる/感情を行動やしぐさで表すことができる	会話を楽しむ/患者の劇的変化	認知症患者への印象の変化
28	F-24	「頑張っていますね最近」とかポジティブな声をかけるようにしてみたんで。	ポジティブな声をかける	前向きになるよう話かける	前向きな言葉をかけられる存在	ポジティブな会話	会話以外の患者の変化
29	F-25	ちっちゃな問題とこっちは思っても、その人にとっては大きな問題や、価値のあるものとして見れるようになった人として見れるようになったと思います。	その人にとっては大きな問題や価値のあるもの/人として見れるようになった	その人にとっては大きな問題/価値ある人	患者の視点でとらえる/認知症は問題ではない	患者の価値感を重視/人間として尊重する	認知症看護への考え方
30	F-26	認知の人だからとかは関係なくて、研修に出てこれって認知の人だけじゃないよあって、これって生活だって同じことだよあって思っています。	認知の人だからとかは関係なく/生活だって同じこと	認知症といことは無関係/毎日の暮らしも同様	病気だからということは問題ではない/病気でない人と何ら変わらない	認知症は問題としない/認知症患者を人として再認識	偏見の払拭と継続
番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題

ストーリーライン	<p>看護師の困難感、患者の意図しない症状や表出困難な患者の意思に対しケアする側の偏見であった。しかし認知症に対する理解や意思を傾聴する姿勢の大切さと選択肢の提示による意思の表出を行っていた。看護師は、研修で得た視覚刺激による提示と非言語的手段による意図的なケアが、患者の社会性への覚醒を促すことや日常の暮らしの促しとなっていたと知った。それは自分の想定外の着想であり創造したことない看護であった。患者の意思表出が容易になるよう、選択肢の提示の際は、体調に配慮した判断をした。また、快刺激を提供したい思いと共に、寄り添う姿勢を持ちながら、過去の看護師自身の看護の姿勢への省察を経て、患者と向き合う態度へ変化した。これまでとは異なるゆとりのある対応により、患者の理解力の程度は不明であっても、意向を知ろうとする姿勢が大切だと知った。さらに、ゆとりある態度を重要視し、意思がある人と捉える姿勢によって、患者の意向を聴くことを実践した。これまでの自分本位の対応と、性急なケアをしていた悔恨の機会となり、自身が患者にとっての環境要因となることを意識できた。そして、精神的なゆとりによるミラーリングや患者の世界観を感じようとする中で嬉しい結果への確信を得た。このように過去のケアへの省察によりは、今後の自身への具体的な課題を持つこととなった。認知症患者との会話を楽しむうちに、患者の劇的な変化を感じ、ポジティブな会話と患者のもつ価値感を重視し、認知症患者を人として尊重するに至った。このように認知症を問題としない思いは、認知症患者を人として再認識することにつながった。</p>
理論記述	<p>意図しない症状。/表出困難な患者の意思。/ ケアする側の偏見。/ 認知症に対する理解。/ 意思を傾聴する姿勢。/ 選択肢の提示による意思の表出。/視覚刺激による提示。/ 非言語的手段。/ 意図的なケア。/ 社会性への覚醒を促す。/日常の暮らしの促し。/ 想定外の着想。/ 創造できないケア。/ 決定を容易にする選択肢の提示。/ 体調に配慮した判断。/ 快刺激を提供したい思い。/ 寄り添う姿勢。/ 自己のケア姿勢への省察。/ 患者と向き合う態度の変化。/ ゆとりのある対応。/ 理解力に程度は不明。/ 意向を知ろうとする姿勢が大切。/ ゆとりある態度を重要視。/ 意思がある人と捉える。/ 意向を聴ききる。/ 自分本位の対応への悔恨。/ 性急なケアをしていた悔恨。/ 自身の環境要因としての存在。/ 精神的なゆとりによるミラーリング。/ 患者の世界観を傾倒。/ 好ましい結果への確信。/ 過去のケアへの省察。/ 具体的な課題を持つ。/ 会話を楽しむ。/ 患者の劇的変化。/ ポジティブな会話。/ 患者の価値感を重視。/ 人間として尊重する。/ 認知症は問題としない。/ 認知症患者を人として再認識。</p>
さらに追究すべき点・課題	<p>認知症患者の病態の理解の程度は。/理解ができなかったことへの思いはどうか。/ 認知症患者への印象は変化したか。/意思を傾聴できない思いは。/選択の仕方への悩み。/尊厳の保持に対する考え方は。/過去のケアとの比較は。/社会性の保持について。/ケアの広がり。/ 個別的な提示方法について。/判断の視点について。/業務計画の内容について。/看護師の焦りの理由について。/日常の業務内容について。/ 認知症患者への捉えやケアに対する考え方。/意思決定能力の評価について。/看護師の認識は。/態度が変化した理由は何か。/偏見に対する変化は。/性格傾向について。/結果の相違点について。/環境要因としての認識は。/学びの共有について。/患者の思いを知る意味について。/ケアの変化の違いについて。/ 時間管理について。/看護に対する自身の目標は。/認知症患者への印象の変化は。/会話以外の患者の変化は。/認知症看護への考え方は。/偏見の払拭と継続について。</p>

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して) 上茶色	<5>疑問・課題
1	聞き手	認知症の患者さんと意思疎通を図る上で研修後からここ最近にかけて困った出来後はありましたか					
2	G-1	特に困った事はなかったですね	困った事はなかった	苦しむことは無い+E3:G8	悩むことはない	思い煩いは皆無	看護観
3	G-2	ここ数年仕事とかの気持ちを客観的に思いだしてみると「かあ一つ」なることが少ない	「かあ一つ」なることが少ない	意識が高揚することが多くない	精神が高ぶる度合いの量がはなはだしくない	高揚感の低減	高揚感の低減の理由
4	聞き手	数年前はカーツとなることがあったのですね。それでは患者さんの意思を表出を促すうえで注意したこととかありますか					
5	G-3	そう研修で習ったように選んでもらうようにしていますね	研修で習ったように選んでもらう	受けた研修のように2つ以上から決めてもらう	研修で学んだ患者の意思決定を支援することを実施する	選択肢の提示による自己決定のケアの実施	具体的な提示
6	G-4	あとは、やってもらいたい動作のことを心がけて接しています	やってもらいたい動作のことを心がけ	自身がのぞんでいる動きになるようにしている	看護師としてのニーズに合わせる	ニーズを推測	サインの読み取り方
7	G-5	認知症の患者さんには余計な情報は入れないようにして、どっちにする程度ですが	余計な情報は入れない	無用な知識は提供しない	患者が混乱する情報は提供しない	混乱のない情報提供の実施	判断基準
8	G-6	それに、認知症の患者さんは他者に依存していることがあるとおもいます。	認知症の患者さんは他者に依存していることがある	認知症の患者は自分で行わず人を頼りにすることがある	認知症患者の偏った見方	認知症への不理解	思い込みの原因
9	G-7	相手の気持ちに入り込んでしまっ言えない、とかがあっ聞き入れてしまっ引き下がってしまう、言うとおりにしていることが多いです。靴を履かせて足を下ろしてくれよとか、あーきつと自分で出来ないよなと思っ、こっちでやっってしまう	相手の気持ちに入り込んでしまっ言えない/言うとおりにしている	過剰な感情移入してしまっ必要なことを伝えられない/相手の指示に逆らわずに従う	過剰な感情移入に対する悩み/相手をわかろうとすることへの課題	自身の傾向への悔恨/患者理解への課題を認識	患者との距離感
10	聞き手	そうですね。それでは、研修後に実際にやってみて嬉しかったことはありましたか					
11	G-8	どっちにするとか聞いて、答えなかったらこっちでやっていたので。認知症の人にそんなにイライラすることが少なかったとおもいます。ほんとに。	どっちにするとか聞いて答えなかったらこっちでやっていた/認知症の人にそんなにイライラすることが少なかった	2つを提示し選んでもらっ返事がない場合は良いと思っ方法を行う/認知症患者に対し腹を立てることが減った	選べるようにし、意思の表出がなければケアを実施する/思うようにならないと思っことの減少	選択肢を示す効果の実感/自身の精神の安定	具体的な事例
12	聞き手	今は認知症の患者様へどのような印象をお持ちですか					
13	G-9	自分の意思があるんで、こっちがやってあげるだけでなく、ちゃんと選択肢を与えるのが大事だと思う。意思はあるんだからちゃんと聞かなきゃなあって分かってきました	選択肢を与えるのが大事/意思はあるんだからちゃんと聞く	選んでもらうことの重要性/意思を正しく聞く	人として尊重する態度/考えや気持ちへの理解への一歩を踏み出す	意思をもった人への尊敬/傾聴の意義と実施の決意	認知症患者に対する姿勢

ストーリーライン	看護師の困難感、皆無であった。しかし自身のもつケア時の高揚感の低下がないと感じ、選択肢を提示することを取り入れ、認知症患者の自己決定を支援するに至った。患者のニーズを推測しながら、混乱のない情報提供を行うことにより、認知症患者に対し自分が不理解であった事実を、自身の傾向を振り返る中で感じられていた。それにより患者理解への課題を認識することに至った。このように、選択肢を示す効果の実感を得たことは、看護師自身の精神の安定となり、認知症患者は意思をもった人として尊敬し傾聴することの意義と実施の決意へつながっていた。
理論記述	思い煩いは皆無。/ 高揚感の低減。/ 選択肢の提示による自己決定のケアの実施。/ ニーズを推測。/ 混乱のない情報提供の実施。/ 認知症への不理解。/ 自身の傾向への悔恨/患者理解への課題を認識。/ 選択肢を示す効果の実感。/ 自身の精神の安定。/ 意思をもった人としての尊敬。/ 傾聴の意義と実施の決意。/
さらに追究すべき点・課題	看護観は。/高揚感の低減の理由について。/ 具体的な提示は。/ サインの読み取り方は。/ 判断基準は。/ 思い込みの原因は。/ 患者との距離感は。/ 具体的な事例は。/ 認知症患者に対する姿勢は。/

SCAT(Steps for Coding and Theorization)を使った質的データ分析

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	研修後認知症患者さんに対するケアで何か変化はありましたか	ケアの変化の間	ケアの変化確認の促し	病棟の看護の責任者としてケアの変化の有無の促し	病棟の看護の責任者から見た変化	
2	A-1	患者さんの反応を実際に見たかっていうと実際には見ていない	患者の反応をみていない	患者の変化は未確認	実際に確認してはいない	患者の反応の未確認	通常の勤務状況
3	A-2	ただカンファレンスの中患者さんに ~したいということを持ち上げたから ~ことをしたいということをみんなでカンファができるようになったのかなあって いうのを感じて	患者さんのやりたい思いをテーマにしたカンファレンス/皆で実施	患者の意思を視点にした意見交換の時間/同じ目標を持ち行動する	患者の意思を大切にしたいケアの意見交換/研修後スタッフが同じ視点を持ってた 感覚	患者の意思を中心にした話し合い/ スタッフが同じ視点を持つ感覚	カンファレンスの内容/スタッフの感 覚を知る
4	A-3	~が排泄のことを言っていましたか。先生が本当にいいタイミングできてくれた かなと思います。	研修は良いタイミング	ニーズに即した適切な時期	看護師のニーズに適した研修の機会	看護師のニーズに沿った研修	看護師のニーズの内容
5	A-4	回診に毎朝回るんですけど、ちょうど研修で先生のお話を聞いたん ですよ。あの先生(医師)嫌いだよって言うんで「なんで？」聞いたんですよ	研修を受講/患者に理由を聞く	自主的な教育を受ける/患者の意思を 聴く	問題を解決したい思いがある看護師/ 患者の思いを知る	認知症看護の課題を解決しようとする 看護師/患者の思い	患者と医師の関係/患者と看護師の 関係
6	A-5	「だってあの先生何もしゃべってくれない」「病気のことを俺に何も教え てくれないってなんで俺は嫌いだ」っていうので	説明がない/医師が嫌い	相手にわかるように話さない/医師を嫌 だと思	患者がわかるように伝えていない事実/ 医師を信頼できないと打ち明けられる	患者への対話不足/医師への不信感の 訴え	患者の認識の確認
7	A-6	先生からナースからでいいよしゃべってくれて 自分は出ていかなかったんですけど	医師の依頼にてナースから説明	看護師からわかるように話す	患者へ看護師としてわかるように話をす る	患者にわかりやすい説明	医師の考え
8	A-7	受け持ちの○●と私が入って経過だけは話しました。	受け持ち看護師/看護師長/経過説明	担当の看護師/病棟の看護管理者/プ ロセスを分かるように話す	患者に受け持ち看護師と看護師長の2 人で向かい合う	看護師長と共に患者に向かい合う	看護師長と共に同席する意味
9	A-8	話をしたら「俺は尿器なんか嫌えなんだ、あんなもん漏れちゃうから嫌 えなんだ」って言ってました	尿器を嫌がる/漏れる	臥床状態で尿を受ける容器の使用を拒 む/尿間から尿が出る	寝たままでの排尿は不快を生じる	臥床状態の排尿の不快感	夜間の対応
10	A-9	その後は○●が動きました。はい。	受け持ち看護師が行動	看護の責任を持つ看護師が目的を持ち 行動する	受け持ち患者のニーズを満たす積極的 な行動	患者のニーズを満たす積極的な行動	それまでの看護計画
11	A-10	一緒に考えて行動したことは○●がほんとうにがんばりましたね	受け持ち看護師として皆と一緒に考え て行動	周囲の人と連携しながら行動する	受け持ち看護師としてのチームを巻き 込みやり抜く	チームを巻き込みやり抜く姿勢と行動	チームの巻き込み方
12	A-11	受け持ちの看護師と、他の看護師にも毎日確認しました	毎日皆に確認	連日皆にはっきりと確かめる	看護師長としてケアの成果を毎日聞いて はっきりさせる	毎日のケアの成果を確認	確認の方法と共有の方法
13	A-12	あみんなのかかわりが良かったねって褒めました	皆のかかわりを言葉で褒める	皆のケアを具体的に認める	具体的に成果を認める	具体的な成果の承認	スタッフの反応
14	A-13	みんながやったことですからね	皆で行った	スタッフ全員で実施	チームで実施できたことを知ってる	事実に基づくスタッフの承認	普段からの看護師との関係
15	A-14	退院に向けて排泄のことは手を引いたので、頑張ったのは受け持ちの ○●であり主任であり、受け入れた夜勤者であり	スタッフの頑張りを認める	皆の努力を知っており承認する	皆でやり通したことを自身の目で確認し 認める	皆で目標に向かい行動したことへの承 認	承認の頻度
16	A-15	私たちのこれまでの頑張りは何だったんだろうねと思いましたが、それ があるから嬉しい	過去の行動を悔やむ/感じる喜び	過ぎた時間に行っていたことを思い悔や む/嬉しいと思う	うまくいかなかった過去のケアと比較し 悔恨の念をもちながらも今に満足する	過去の看護への悔恨と現状の看護の 満足感	過去の看護への振り返りの方法
17	A-16	一人の看護師が急性期でしていたからしておこうってそのあと落ち着いたの で体幹ベルトを使わないけどベッドにセットしておこう 1週間くらいしておこう って	体幹ベルトの継続使用/使用しなくても 設置	身体拘束の用具/不要な準備	身体拘束が不用と思いがらも念のため に準備する	身体拘束に対する看護師間の対立	身体拘束を実施する理由
18	A-17	3日目、4日目くらいに「これ以上こんなところに寝るのは嫌だよ」って患者さん の声を拾ってきたナースがいて	患者の不満の声	患者の不満足感の訴え	患者が今のベッドに満足していない事 実を看護師に話す	患者の不満の思いを傾聴した結果の 報告	職場風土
19	A-18	リーダーがまだ評価日でないからもうちょっと待ってって言い合っていた	評価日	結果を判断する日	看護の成果を判断する日程	看護目標の評価日	倫理的な視点での意見交換であつ たのか
20	A-19	結局体に違和感がないようにシーツをきれいにして工夫して寝てもらった	身体への違和感の除去	体の不快な感覚を排除	身体拘束準備による違和感の除去	身体拘束を準備	意見交換した看護師の思い
21	A-20	どっちの気持ちもわかるよって容認して でもまた今日も言われてしまったと いうことで	両方の意見に賛同	どちらの考えに同意する	病棟を管理する看護師長としての揺ら ぎ	看護師長としての揺らぎ	管理者としての中立の立場と判断の 視点
22	A-21	業務を優先してしまう看護師もまだいるんですよ	業務を優先する看護師	仕事の常態化	常態化した業務優先の状況を問題視	常態化した業務優先を問題視	行動変容につながらない現実
23	A-22	看護師にも余裕なかったって事実がありますね	看護師としての余裕のなさ	精神的にゆとりがない	ゆっくり考える時間が持てない	ゆとりのなさ	時間的制約と並行する看護師の心理 状態
24	A-23	看護師が患者さんの声に耳を傾けるっていう、拾うとは気づくことです	傾聴/気づき	話をよく聴く/相手の思いに心を寄せる	患者の話をよく聞くことはわからない かった患者の思いに知ることになる	気づかない患者の思いを傾聴すること の意味と意義	管理者の看護観
25	A-24	これまで無かったわけではないのですが一人でも二人でも、これまでスルー していたものが皆で気づいて議論することが増えたかなって思います	気付かなかった視点が皆が少しづつ気 づく/議論	あまり気に止めなかった見方ができる/ 互いに意見を述べ合う	患者の意思に注意が向き患者の状態の 事実を知る/その事実に対し意見交 換が増える	患者の意思に注意が向き患者の状態の 事実を知る姿勢/ 意見交換の機会 の増加	認知症看護の方針
26	A-25	研修にでたスタッフが患者のことを考えて、患者さんにあったその人用に排尿 チェック表を使っていました	研修参加者/患者のケアを工夫	自主的な教育への参加した者/患者の ケアをいろいろ試す	研修参加者は患者の個性を重視した ケアの工夫をしている	患者の個性を重視したケアの工夫	看護師の変化の要因

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
ストーリーライン		看護師長は、患者の反応を実際に確認してはなかったが、看護師達の患者の意思を中心にした話し合いから、看護師達が同じ視点に立っているという感覚を持っていた。患者のニーズに沿った研修によって、認知症看護の課題を解決しようとする看護師は患者の思いを傾聴することが重要と思い行動し、患者への対話不足と医師への不信感があると訴えより患者の思いを知った。また、一人の看護師は、看護師長と共に患者に向かい合い、患者に分かりやすい説明をしたところ、臥床状態での排尿には不快感があるとわかった。そして看護師は、患者に不快感があると分かったことにより、患者のニーズを満たす積極的な行動が、チームを巻き込みやり抜く姿勢と実践になることに気がついた。看護師長は毎日ケアの成果として、スタッフに対し事実に基づく成果があったことの確認を行い、皆で目標に向かい行動したことへの具体的な成果があったことを認めた。看護師長は同時に、過去の看護への悔恨と現状の看護に満足感を持っていた。看護師がまだそれぞれのゆとりのなさはあるものの、気づかない患者の思いを傾聴することの意味と意義を知った。そして、患者の意思に注意を向け患者の状態の事実を知ろうとする姿勢となり、意見交換の機会の増加させていたことを実感した。また患者の個性を重視したケアの工夫をしているという変化を見て取った。看護師長は、患者の不満の思いを傾聴した看護師の報告により、身体拘束に対する看護師間の意見の対立があることを知った。看護目標の評価日までは身体拘束の準備をするということになったことに対して、看護師長としての迷いを感じると共に、常態化した業務優先の現状を問題視する機会となった。					
理論記述		患者の反応の未確認ながら患者の意思を中心にした話し合いと研修後スタッフが同じ視点を持つ感覚/患者のニーズに沿った研修により認知症看護の課題を解決しようとする看護師が患者の思いに、患者への対話不足と医師への不信感の訴えを把握/患者に分かりやすい説明をする際、看護師長と共に患者に向かい合う/臥床状態の排尿の不快感があると知る/看護師が患者のニーズを満たす積極的な行動/チームを巻き込みやり抜く姿勢と行動/看護師長は毎日ケアの成果を確認し、具体的な成果の承認として、事実に基づくスタッフの承認と皆で目標に向かい行動したことへの承認/過去の看護への悔恨と現状の看護の満足感を感じる/身体拘束に対する看護師間の対立を患者の不満の思いを傾聴した結果の報告より知る/看護目標の評価日まで身体拘束を準備という結果に、看護師長としての揺らぎと常態化した業務優先を問題視/看護師のゆとりのなさはあるものの、気づかない患者の思いを傾聴することの意味と意義を知る/患者の意思に注意が向き患者の状態の事実を知る姿勢となり、意見交換の機会の増加を実感/患者の個性を重視したケアの工夫をしている変化を感じる					
さらに追究すべき点・課題		通常の勤務状況/カンファレンスの内容/スタッフの感覚を知る/看護師のニーズの内容/患者と医師の関係/患者と看護師の関係/患者の認識の確認/医師の考え/看護師長と共に同席する意味/夜間の対応/それまでの看護計画/チームの巻き込み方/確認の方法と共有の方法/スタッフの反応/普段からの看護師との関係/承認の頻度/過去の看護への振り返りの方法/身体拘束を実施する理由/職場風土/倫理的な視点での意見交換であったのか/意見交換した看護師の思い/管理者としての中立の立場と判断の視点/行動変容につながらない現実/時間的制約と並行する看護師の心理状態/管理者の看護観/認知症看護の方針/看護師の変化の要因					

看護師長: B氏

番号	発言者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき箇所	<2>テキスト中の箇句の言い換え	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	研修後認知症患者さんに対するケアで何か変化はありましたか	ケアの変化	ケアの変化の確認の促し	病棟の看護の責任者としてケアの変化の有無の促し	病棟の看護の責任者から見た変化の促し	
2	B-1	新たに入った患者さんが「私はどこも悪くない」といった患者さんがいて研修で聴いた患者さんと同じようにいった患者さんがいたんですけど	研修事例と同じ患者	主体的に参加した事例と同様	主体的に参加した学び場でも得た同様の事例に遭遇	主体的に参加した研修と同様の事例	研修と異なる事例の場合どうするか
3	B-2	ちょうどナースが研修を受けていてその時の対応どうしたの？って聞いたら、一度は受け入れて「悪くないんですけど」ってじゃあちょっと立ちまわったんだけどやっぱり悪かったんですけど、「じゃあここがおれてるんですけど」って同じような流れで関わってみたいで	患者の話を一旦受け入れる/学んだことと同じように関わったと知る	相手の話をまず受け入れる/得たことを実践する	相手の話をしっかり聞く/知識を実際に活用する実践	傾聴/知識を実践	研修を受けていない看護師への指導
4	B-3	この間の劇と同じような場面で関わってみたいで研修を受けていたんで一回は受け止めて「じゃあ立ってみようかあ」っていう流れでできたのかなあ	研修と同じ流れでできた様子	成功体験をする	目標を達成した体験をする	目標を達成した体験	この事例以外の事例
5	聞き手	自分で言ってきたけれど？	積極的に報告に来る	主体的な行動の有無を聞く	主体的な行動の有無であるかの促し	主体的な行動の有無であるかの促し	
6	B-4	はい、良いことがあったよって聞いてくださいって	嬉しい報告を得る	嬉しいことを告げられる	嬉しい出来事の自主的な報告を看護師より受け	嬉しい出来事の自主的な報告	過去の報告内容
7	B-5	研修を受けてそこが身になっているなって	研修が活かされている感覚	学びを活用できた事実	活用につながる研修の効果を実感	活用による研修の効果を実感	活用できた理由
8	聞き手	師長に聞いてもらいたいです	上司の報告することの願望	管理者に聞いてほしい	管理者に実践を聞いてほしいという看護師の思いの促し	管理者に実践を聞いてほしいという看護師の思いの促し	
9	B-6	おなじ場面に遭遇して、研修を受けていなければやりとりが1回で終わってしまうのではないかなあって思います。	研修後看護師のケアが変化	研修により看護が変化	研修の学びを実践	学びを実践	学びを実践できた理由は何か
10	B-7	患者さんはそのまま普通の流れで入院生活はできている「そうかそうか」って入院生活ができたっていう。	患者が納得する/落ち着いた入院生活が送れる	患者が状況を受け入れる/程やかに入院生活をすすめる	患者の混乱が少ない生活	混乱が少ない生活が可能	過去のケアはどうしていたのか
11	B-8	看護師には「わかりやすい対応ができたね」って皆で共有する場面があって 周囲にその時2~3人いて	患者にわかりやすい対応/皆で共有する	患者に伝わる対応/皆で同じ内容を共有する	患者への対応を皆で確認する	患者への対応を皆で確認	他の看護師との共有は
12	B-9	共感してほしいとか認めてほしいとかって思うんですかね、いつもはマイナスのことが多かったんですけど	自信の感情への理解/承認欲求/通常と異なるプロセスの報告	同じ思いを味わってほしい/自身の成長や成果に気付く/いつもと異なる良い報告	看護の責任者と同じ思いに触れてほしい気持ち/看護師としての自身の生じた成長や看護の成果の認め/どのような内容でも報告しやすい環境	同じ思いを共有/看護師として成長や看護の成果の認め/報告しやすい環境	日ごろの承認の方法や報告の方法
13	B-10	こんなケアができたとかの報告が少なかった。	できた報告は少ない	良い報告の程度が少ない	ネガティブな出来事の報告が多い過去	ネガティブな出来事の報告の過去	ネガティブな報告が多かった理由
14	聞き手	私のケアを聞いてっていいことですか	看護師の思いの確認	看護師の意向を確認する	管理者としての役割を意識の促し	管理者としての役割を意識の促し	
15	B-11	どこも悪くないって言われた時はどうしようって思ったはずなんですよね	看護師の戸惑いを推測	看護師のうらたえを推し量る	患者の反応に困っている看護師の心情を思いやる	患者の反応に困っている看護師の心情を思う	患者の反応に困る看護師
16	聞き手	どうしてそれができたのって師長さんに言われたのって嬉しいでしょうね	実践を振り返る質問をした看護師長	振り返りをうながす	看護師長の気持を表出	看護師長の気持を表出	
17	B-12	私もうれしいです。	看護師長として嬉しい気持ち	看護管理者としても喜び	看護師としての成長を確認できる喜び	看護師の成長への喜び	看護師の成長の支援
18	B-13	それとほかに、夜間に何回もトイレに行く患者さんがいて、昼夜逆転気味になっていう患者さんがいて、	夜間頻尿の患者/昼夜逆転の患者	夜間の原因が多い/生活リズムの乱れた患者	夜間の睡眠が保てられない/心身ともに日常生活が送りにくい状態	夜間の睡眠の不足/昼夜逆転	昼夜逆転への対応
19	B-14	この患者さんの場合は朝日を浴びて、ちょっとリズムをつくらうというように流れをつくらうと皆の考えがかわったのかなあって感じている	生活リズムを作るなどケアの変化を感じる	皆のケアに対する考えの変化を感じる	病棟の看護の変化を実感する	病棟の看護の変化を実感	病棟の看護の変化を推進
20	B-15	抑制するのではなくまずは、人として朝起きて夜は寝るって生活リズムをつくってあげようって話ができているので	行動抑制はしない/生活リズムを整えるケア計画	行動の制限をしない/生活のパターンを整える	患者の権利としての自由意思による行動を制限しない/規則正しい生活リズムに仕向ける	患者の権利擁護/規則正しい生活リズムの整え	看護師長として看護を後押し
21	聞き手	ケアの見直しができるなあっていいことですか	これまでのケアの見直しであるかを聞く	これまでケアの振り返りであるかの促し	ケアがどのように変化したかの促し	ケアがどのように変化したかの促し	
22	B-16	それはカンファレンスの結果を聞いただけだったんですけど、「とってついてもいい取り組みだよ」といってくださったんですけど	カンファレンスの結果の報告を受ける/言葉にして褒める	皆で話し合った内容を報告する/具体的に褒める	看護師長への報告内容として知る/分かりやすい言葉を使って承認する	看護師の報告/分かりやすい言葉による承認	承認のタイミング
23	B-17	その時に朝の散歩をする人が人間的にないよねってリハビリの人に相談しないとねって言ったら、	人員不足の確認/リハビリ担当者への相談の促し	人手がないと確認/他部署に相談	ケア時の人員不足の事実を知る/解決するために他部署を巻き込む	ケア時の人員不足の事実/他部署を巻き込み解決を図る	的確な指示と相談
24	B-18	そこまでの話はずいぶん話はできていて、スタッフは朝リハをリハビリに依頼しています。	既に調整を実施していたスタッフ	既に調整を実施していたスタッフ	素早い対応への驚き	主体性のある速やかな対応	看護師の能力
25	B-19	今は、PTIに朝のリハビリを依頼しているので	ケアの一部をPTIに依頼	ケアを多職種に依頼	看護計画にそった進捗	多職種と連携した看護計画	多職種と連携した看護計画に記入する
26	B-20	1週間後くらいに評価するんですけどトイレの回数で評価するんです。今昼間結構寝ちゃって1日に18回くらい行っているんです	評価は排泄回数にする	排泄回数を減らす	看護の成果の可視化	看護の成果の可視化	客観的な評価
27	B-21	睡眠時間と排泄回数をみていくという。以前にもそんな患者さんがいて、でも今回のようにうまくいかなかった。	睡眠時間と排泄回数を評価した事例を思い出す/失敗体験を思い出す	睡眠時間と排泄回数により看護の効果を確認する/過去の失敗がある	過去の経験とは異なる良い結果	経験のない良い結果	良い結果を得た理由
28	B-22	皆と成果を共有することができました。	病棟全員で成果を確認する喜び	病棟全員で目標と成果を同じにする	取組み後の良い結果を職場全員で味わう	良い結果を職場全員で味わい共有	スタッフの反応
29	B-23	あと、NGチューブを入れてる患者さんで抑制を強化しようかって話が出たんですけど、	行動抑制を強化する提案	行動抑制を強化する提案	安全を重視した自由な行動を制限する提案	自由な行動を制限する提案	医療安全と患者の権利擁護
30	B-24	NGチューブを抜く人に対して 入れてもすぐ抜くなら直前に入れてまた抜くことをすればいいのではと投げかけてみたら、賛同してくれるスタッフが良かった	行動抑制以外の新たな提案に賛同が増える	行動抑制以外のケアを考える	患者の権利擁護や苦痛の無いケアの提案と同じ意見を持つスタッフの存在	患者の権利擁護や苦痛の無いケアに賛同するスタッフの存在	賛同する看護師の特徴
31	B-25	失語があって、本人に選んでもらうことが難しいんですけど、本人には苦痛がその方が少ないのではないかなって思うんですけど	患者の苦痛の少ない方法を考える	患者の苦痛を軽減する	患者の利益を最優先にする	患者の利益を最優先	失語症の患者の対応
32	B-26	抜かれるとすぐに入れなきゃって感じになっている	すぐに挿入しなくてはという感覚	患者の苦痛に着目しないケア	治療を優先する視点	課題となる治療優先の視点	治療を優先の課題
33	B-27	患者さんはチューブを笑いながら持っています。	自分で抜いたチューブを持っている	チューブ抜去は意図的でない	患者には理解できない状況がある	患者には理解できない状況	患者が理解する力
34	B-28	患者さんにわかるように説明をしてみることは大きな差ですし、なぜ抜くのかっていうことを聞くことは大事ですね	患者にわかるように説明することの重要性/患者の話を聞くことの重要性	伝わる説明が重要/患者の話を傾聴することが重要	患者に受け入れられる話方と内容/患者の思いや考えをまず知ること	患者に受け入れられる話方と内容/患者の思いや考えを知る	どのような患者にも受け入れられる話方

ストーリーライン
看護師長は、主体的に参加した研修と同様の事例に遭遇した看護師が、研修で得た患者の話を傾聴するという実践をすることによって、目標を達成した体験を喜ばしい出来事として感じることを自主的な報告を受けて知った。研修の効果を実感し学びを実践した看護師は、患者の対応により患者の混乱が少ない生活が可能となったことを皆で確認した。職場の中では看護師と同じ思いを共有し、看護師としての成長や看護の成果を認める報告しやすい環境があった。しかしながら、その報告に対し看護師長はネガティブな出来事ばかりの過去と比較していた。また看護師長は、患者の反応に困っている看護師の心情を想像し、看護師の成長への喜びを感じながら、夜間の睡眠不足と昼夜逆転の患者に対する病棟の看護の変化を実感していた。さらに、患者の権利を擁護し行動制限しないケアと、規則正しい生活リズムを整えられたことを看護師の報告により知り、看護師に対して、わかりやすい言葉による褒め言葉をかけていた。看護師が行ったケアの内容は、病棟の人員不足の事実に対し、他部署を巻き込み解決を図るという看護師自身の主体性のある速やかな対応であり、多職種と連携する計画を立てていた。このケアは看護の成果を可視化できこれまで経験したことのない良い結果となった。その良い結果を職場全員で味わい共有していた。別の患者の事例では、治療を優先する視点とは異なる患者の自由な行動を制限する提案ではなく、患者の利益を最優先し、患者の権利擁護や苦痛のないケアに賛同するスタッフの存在があった。看護師は患者には理解できない状況を患者に受け入れられるよう分かりやすく説明をした結果、患者の思いや考えを知ることとなった。

理論記述
主体的に参加した研修と同様の事例に遭遇した看護師が、患者の話を傾聴する知識を実践する/目標を達成した体験を喜ばしい出来事として感じる/活用による研修の効果を実感し、学びを実践した看護師は患者の混乱が少ない生活が可能となる患者への対応を皆で確認/ 看護師と同じ思いを共有し、看護師としての成長や看護の成果を認め、報告しやすい環境がある/ 看護師長はネガティブな出来事ばかりの過去の報告と比較/ 患者の反応に困っている看護師の心情を思いながら看護師の成長への喜びを感じる/ 夜間の睡眠不足と昼夜逆転の患者に対する病棟の看護の変化を実感/ 患者の権利を擁護し行動制限しないケアと規則正しい生活リズムの整えられたことを看護師の報告により知る/ 看護師長はわかりやすい言葉による承認を行う/ ケア時の人員不足の事実を他部署を巻き込み解決を図る/ 看護師の主体性のある速やかな対応と多職種と連携する看護計画により看護の成果の可視化は経験のない良い結果を得る/ 良い結果を職場全員で味わい共有/ 患者の自由な行動を制限する提案ではなく、患者の権利擁護や苦痛のないケアに賛同するスタッフの存在/ 患者の利益を最優先し、治療を優先する視点と異なる/ 患者には理解できない状況を患者に受け入れられる話方と内容により患者の思いや考えを知る/

さらに追究すべき点・課題
研修と異なる事例の場合どうするか/ 研修を受けていない看護師への指導/ この事例以外の事例/ 過去の報告内容/活用できた理由/ 学びを実践できた理由は何か/ 過去のケアはどうしていたのか/ 日ごろの承認の方法や報告の方法/ ネガティブな報告が多かった理由/ 患者の反応に困る看護師/ 看護師の成長の支援/昼夜逆転への対応/ 病棟の看護の変化を推進/ 看護師長として看護を後押し/ 承認のタイミング/ 的確な指示と相談/ 看護師の能力/ 多職種と連携を看護計画に取り入れる/ 客観的な評価/ 良い結果を得た理由/ スタッフの反応/ 医療安全と患者の権利擁護/ 賛同する看護師の特徴/ 失語症の患者の対応/ 治療を優先の課題/ 患者が理解する力/ どのような患者にも受け入れられる話方

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言いかえ	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
1	聞き手	研修後認知症患者さんに対するケアで何か変化はありましたか	ケアの変化の間	ケアの変化確認の促し	病棟の看護の責任者としてケアの変化の有無の促し	病棟の看護の責任者から見た変化	
2	C-1	皆上手にコミュニケーションが上手になっているんで、	コミュニケーションの上達	対話の技術が向上	患者と対話する技術があがっている	患者との対話技術の向上	判断の基準はどこにあるのか
3	C-2	〇さんは認知症の患者さんに突然ワーって脅かしていましたがその人はあまり変わっていないんですね。	人によっては変化がないと感じる	成長には個人差がある	成長を気にかける看護師の存在	成長の支援が必要な看護師	認知症看護の指導はどのようにしてきたのか
4	C-3	認知症患者さんが苦手なわけではないんですけど、	認知症患者の苦手意識はないと感じる	認知症患者の対応は不得手ではないという推測	特定の看護師に対し想像の域での見方	看護師の認知症患者に対する意識の推測	看護師長は看護師と課題の共有をしていないのかもしれない
5	C-4	座っているのにワーって脅かしたり悪ふざけをする。	意図的な脅かし	不快にさせる行為	患者に対する受け入れがたい行為	患者に理解されない行為	看護師の特性によるものがある
6	C-5	患者さんがいやだとか、いっても同じに突っ込んでくるんですよ。	嫌がることをやり続ける	困惑させる行為	患者を困らせる	患者を困らせる行為	看護師の思いがわからない
7	C-6	ちょっと、A君が研修の後は変わらなかったんですよ	〇の変化はない	気になっていた看護師の変化がない	期待通りでない結果	師長の期待と異なる結果	看護師長としてこれまでで看護師の指導をどのように行っていたのか
8	C-7	頭をべしゃって軽くたたくとか、自分の受け持ち患者さんってことはあるんですけど、お互いのコミュニケーションは成り立っているんですけどそのノリでいっちゃっているんです。なにすんだって問ただすときの振り返りができていない	看護師自身の振り返りができていない	看護師に対する看護師長としての困惑	看護師長として看護師の指導に戸惑う姿	看護師長として指導への戸惑い	看護師長としてスタッフ教育の課題
9	聞き手	なるほど。では病棟の全体ではどうでしょうか	病棟の変化への問いかけ	病棟全体への変化の再度の促し	病棟の看護の責任者としてケアの変化の有無の再度の促し	変化の有無の促し	
10	C-8	カンファレンスも変わらなかったと思います	カンファレンスの変化はない	意見交換の場での変化は感じられない	取り立てて変化の実感がない	不変	推測の域の理由
11	C-9	余り病棟にいないのですが皆うまくやってくれています。	不在がち/上手くやれていると思う	病棟全体の変化を捉えずらい状況	事実確認ができない状態	スタッフへの信頼感	カンファレンスの報告をもらっていない
12	C-10	トイレを訴えられない人なんかは、「行ってみましょう」とか言って、無理はさせないんですけど患者さんを選択させる方法ではないけど、そんなことはありましたね	自分で訴えられない患者への対応の変化/患者さんを選択してもらう	意思表示しづらい患者への対応の変化/選んでもらう対応がある事実	意思表示しづらい患者への対応の変化がある/患者の意思を表現してもらって対応をする	意思表示できない患者への対応の変化/意思表示を促す対応	これまでの看護師の対応はどうであったのか
13	C-11	実際あまり見ていないんで、トラブルはなく行えていると思っています。	トラブルはないと思う	問題の発生がない感覚	解決すべき事柄は無いという推測	解決すべき問題のない現状を推測	報告の内容や現状
14	C-12	病棟は自立している患者さんとほとんど接点がないんです。	自立した患者が少ない	病棟の患者の特徴	自立した患者が少ないという特徴	患者の特徴	看護師長の看護方針
15	C-13	次に行かないと夜間は時間がない状態ですが、ケアの低下はしていないです。	ケアの低下はない	多忙な勤務状況の中ケア水準は下がっていないと感じる	看護の水準が下がった事実はない	看護水準低下の事実のなさ	看護の水準の内容
	C-14						

番号	発話者	テキスト	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言いかえ	<3>左を説明するようなテキスト外の概念	<4>テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5>疑問・課題
ストーリーライン		看護師長は自分の部署の変化について正確に事実を確認していない状態にあったが、患者との対話技術については、向上していると思っていた。さらに、看護師達が意思の表出ができない患者と考えていたケースにおける対応の変化や、患者の意思表示を促す対応があると感じていた。しかし1名の看護師に対しては、認知症患者への苦手意識は感じられなくなったものの、患者に対する馴れ合いの行為に対し、看護師長として指導への戸惑いを感じていた。しかしながら、看護師長は研修を受けたその看護師に対しても、認知症ケアの水準の低下はないと考えていた。					
理論記述		病棟の看護の責任者としてケアの変化の有無の事実確認ができない状態/患者との対話技術の向上を認識/意思表示できない患者への対応の変化の認識/患者の意思表示を促す対応を認識/看護ケアの変化のなさの実感/看護水準低下の事実のないことの実感/成長の支援が必要な看護師の師長としての期待と異なる結果/看護師長として指導への戸惑いを感じる					
さらに追究すべき点・課題		判断の基準はどこにあるのか/認知症看護の指導はどのようにしてきたのか/看護師長は看護師と課題の共有をしていないのかもしれない/看護師の特性によるものがある/看護師の思いがわからない/看護師長としてこれまでで看護師の指導をどのように行っていたのか/看護師長としてスタッフ教育の課題/推測の域の理由/カンファレンスの報告をもらっていないのは日常なのか/これまでの看護師の対応はどうであったのか/報告の内容や現状/看護師長の看護方針/看護の水準の内容					