

身体疾患により急性期病棟に入院する認知症高齢者の  
日常生活援助における看護実践のプロセス  
—自律に焦点を当てて—

深 山 つかさ

## 博士論文要約

論文題目	身体疾患により急性期病棟に入院する認知症高齢者の 日常生活援助における看護実践のプロセス—自律に焦点を当てて—
<p><b>序論：</b>高齢化の進行に伴い認知症高齢者数も増加する中、急性期病棟で入院治療を受ける認知症高齢者も増加することが予測される。しかし、急性期病棟では認知症高齢者の自律を尊重した看護が困難で、人としての尊厳が損なわれやすい現状がある。本研究では身体疾患により急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを捉えることから、急性期病棟における認知症高齢者の日常生活援助における自律を尊重した看護実践の示唆を得ることを目的とした。</p> <p><b>研究方法：</b>修正版グランデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)による質的帰納的研究である。<b>データの産出方法：</b>2020年10月～2021年1月、病院2施設の3つの一般病棟にて認知症高齢者への日常生活援助場面の参加観察と看護師への半構成的面接を行った。<b>データ分析：</b>看護師と認知症高齢者との相互作用、具体的な看護実践に関するフィールドノーツの記録と、半構成的面接から得られた逐語録という両者のデータを相補的に統合し用いた。分析テーマを「急性期病棟における、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助のプロセス」、分析焦点者を「急性期病棟で認知症高齢者看護に関わる看護師」とし、継続的比較分析による類似例と対極例の検討から概念を生成した。複数の概念間の関係性を検討しながら、概念、カテゴリーの統廃合を行い、最終的に概念とカテゴリーの関係性について図式化した結果図を作成した。<b>倫理的配慮：</b>京都橘大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 20-18)。必要時、研究フィールドとなる病院の倫理委員会の承認を得た。</p> <p><b>結果：</b>研究参加者は看護師 21 名で、20 代～40 代の女性 15 名、男性 6 名、臨床経験年数は 2 年～18 年(平均 9.1 年)であった。<b>ストーリーライン：</b>文中の【】はカテゴリー、〈〉はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念を表す。急性期病棟における認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスに関して、自律の尊重に至るプロセスとして 3 つの流れがある。まずは【自律尊重への足掛かり】から【自律を保持する支援】へ至るプロセスである。2 つ目は、【自律尊重への足掛かり】の後に【自律尊重判断の葛藤】が生じる場合である。その状況においては【マネジメント能力の発揮】</p>	

により【自律を保持する支援】に至る。3つ目は、【自律尊重への足掛かり】の後【自律尊重判断の葛藤】が生じた際に、〈安心感をもたらす対応の模索〉を行う場合である。しかし、不安が解消されない場合【自律尊重判断の葛藤】へ戻り【自律尊重への足掛かり】や【マネジメント能力の発揮】を踏まえた【自律を保持する支援】へプロセスが進む。これらのプロセスにおいて、認知症高齢者の状態は変化することがあるため行きつ戻りつする。なお、【自律尊重への足掛かり】を行う上では〈先入観からの解放〉が必要である。また、【自律尊重プロセス推進志向】が自律の尊重に至るプロセスを促進する上で重要な役割を果たす。この〈先入観からの解放〉は【認知症高齢者の肯定的側面の認識】により行われ、【自律尊重プロセス推進志向】は【自律尊重認識の形成】により導かれる。自律の尊重に至る看護実践のプロセスの終着点である【自律を保持する支援】は、【自律の醸成】【自律の発揮】〈自律の補完〉〈個人の尊厳の尊重〉で構成され、認知症高齢者の自律を保つことを意識した看護実践である。【自律を保持する支援】から導かれる【認知症高齢者の肯定的側面の認識】は看護師への肯定的なフィードバックとなり、【自律尊重への足掛かり】へと戻り自律の尊重に至るプロセスを促進する。一方で、自律の尊重に至らないプロセスは、看護師の〈認知症への否定的先入観〉が背景となり【認知症高齢者の意思軽視】によって【置き去りになる自律】へと向かう場合と、自律の尊重に至るプロセスを進み〈安心感をもたらす対応の模索〉の中で【置き去りになる自律】へ向かう場合がある。この自律の尊重に至らないプロセスには【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】といった自律の尊重を阻害する環境が影響している。なお【置き去りになる自律】という〈訴えのやむなき放置〉〈やむなき身体拘束〉は、〈認知症高齢者のQOL低下〉を招く。**理論的飽和化の判断：**【自律を保持する支援】をコアカテゴリーとして結果がまとまり、新たな概念やカテゴリーが生成されず、結果図から分析テーマについての現象が十分説明できると判断し分析を終了した。

**考察：**本研究結果では、【自律尊重判断の葛藤】に現れるように、看護師は〈本人のニーズの緊急性判断〉において認知症高齢者にとってのニーズを捉えても、〈急性期看護業務と自律との葛藤〉〈安全と自律との葛藤〉という困難を抱きながら看護をしていることが明らかとなった。しかし看護師は【マネジメント能力の発揮】という〈タイムマネジメントの工夫〉〈持てる力を信じた同時対応〉〈多職種との協働〉を行いながら認知症

高齢者の自律を尊重していた。〈持てる力を信じた同時対応〉は安易に行うと、その場を離れている間に認知症高齢者の事故や失敗体験に繋がり、自尊心を傷つける恐れもある。そのリスクがある中でも認知症高齢者の能力を信頼できるのは、認知症高齢者の自律に関する実際の能力を〈先入観からの解放〉により適切に捉えているからこそであると考え。これらの部分は、特に急性期病棟という余裕が無く自律尊重が困難な環境の中での、自律を尊重するため看護実践として捉えることができたと考え。また【自律の醸成】とは、本来持っている認知症高齢者が自らの力で自らの行動を選択してやってみようとする意欲を大切にし、認知症高齢者の自律できる状況を作り出すという本研究として独自に見出された重要な局面であると考え。【自律の発揮支援】〈自律の補完〉は、認知機能や身体機能の低下があろうとも、認知症高齢者が自分の意思をもって行動できるように見守り、できない行動を支援したり自己決定を支える関りである。これらの【自律を保持する支援】は〈個人の尊厳の尊重〉が中核となり行われる看護実践であり、パーソン・センタード・ケアの理念と通じるものがあると考え。

一方で、自律の尊重に至らないプロセスに関しては〈認知症への否定的先入観〉【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】の影響が考えられた。【急性期病棟の文化】が生まれる背景には、【急性期病棟の環境】の中での看護に疲弊した看護師のバーンアウトの状態が影響しているのではないかと推測する。労働環境の改善が喫緊の課題であるとともに、急性期病棟で認知症高齢者の看護を行う看護師の心身へのサポート体制についても検討する必要があると考え。

**看護実践、看護学教育への示唆：**本研究は中範囲理論の生成を目指したものであり、ある程度看護師が行うべき行動を考え、予測して看護実践ができるようなプロセスを示すことができたと考え。また自律尊重に至るプロセスにおいて、【自律尊重プロセス推進志向】〈先入観からの解放〉が重要であることが示された。そのために看護基礎教育、現任教育において【自律尊重認識の形成】につながる教育環境を整えることが重要であると考え。なお、現任教育においては個々の看護師が看護実践を振り返り、看護の在り方を深く考えられるような「内省的実践」の支援に加え、先述した〈病棟の風土改革志向〉を持つ看護師の存在をうまく活かした病棟の学びの活性化が重要であると考え。

## Abstract

Processes related to nursing practices in personal care for elderly people who suffer from dementia and who are hospitalized in the acute ward due to physical illness.

-Focusing on autonomy-

**Introduction:** As the population ages, the number of elderly people with dementia also increases. The number of elderly people with dementia who will be hospitalized in the acute ward is expected to increase in the future. However, it is difficult to provide nursing care that respects the autonomy of elderly people with dementia in personal care, and some situations cause human dignity to be reduced. Because of this situation, the purpose of this study was to capture the processes of nursing practices in personal care for such hospitalized patients in the acute ward due to physical illness and to obtain suggestions for nursing practices that respect autonomy in personal care for these people.

### Methods

**Research design:** Qualitative and inductive research using a modified grounded theory approach (M-GTA). **Data generation period and methods:** Fieldwork took place at three acute phase wards in two hospitals from October 2020 to January 2021. Two types of data were used in the study: (1) field notes based on participant observations and (2) verbatim records of formal interview data. **Data analysis methods:** Data were analyzed in accordance with the analysis theme based on the viewpoint of the analysis target "the processes of personal care for the autonomy of the elderly people with dementia in the acute phase ward," and the analytic target "nurses involved in treating the elderly people with dementia in the acute phase ward." We used comparative analysis to examine other similar/contrary examples. Once we generated multiple concepts, we initiated the process of examining the inter-concept relationships to clarify their directionality and to generate a category under which these concepts fell. We developed a schematized diagram of the relationship between concepts and categories and formulated a core category. I judged that theoretical saturation had been reached when no additional concepts could be generated and when available concepts and categories were deemed sufficient to explain the phenomena described by the analytic theme. During the data analysis processes, I was supervised by experts on M-GTA

and received feedback from research advisers. **Ethical Considerations:** This research was carried out under the approval of the Ethics Committee of the Kyoto Tachibana University (approval number:20-18). Approval was also acquired from the research ethics committees of participating hospitals when necessary.

**Results:** Participant observations and interviews were conducted with 21 nurses (15 women and 6 men) with an average of 9.1 (range: 2–18) years of nursing experience. **Storyline:** In the text, 【】 indicates the category, and 〈〉 indicates the concept. Three processes of nursing practices enable respect for the autonomy of elderly people with dementia in the acute ward. The first leads from 【A stepping stone to the respect for autonomy】 to 【Support for maintaining autonomy】. The second is a case where a 【Conflict in the judgment of the respect for autonomy】 occurs after 【A stepping stone to the respect for autonomy】. In that situation, a 【Display of management ability】 leads to 【Support for maintaining autonomy】. The third is a case of 〈Searching for a response that brings relief〉 when a 【Conflict in the judgment of the respect for autonomy】 occurs after 【A stepping stone to the respect for autonomy】. However, if the anxiety is not resolved, the process goes back to a 【Conflict in the judgment of the respect for autonomy】 and proceeds to 【Support for maintaining autonomy】 based on 【A stepping stone to the respect for autonomy】 and a 【Display of management ability】. In these processes, the condition of the elderly with dementia can change and go back and forth. It should be noted that 〈Liberation from prejudice〉 is necessary to carry out 【A stepping stone to the respect for autonomy】. In addition, the 【Intention to promote the process of the respect for autonomy】 plays an important role. This 〈Liberation from prejudice〉 is carried out by 【Recognition of the positive aspects of the elderly people with dementia】, and the 【Intention to promote the process of the respect for autonomy】 is guided by 【Forming awareness of the respect for autonomy】. 【Support for maintaining autonomy】 is a nursing practice that is conscious of maintaining the autonomy of elderly people with dementia. The 【Recognition of the positive aspects of the elderly people with dementia】 derived from 【Support for maintaining autonomy】 provides positive feedback to nurses.

The process that does not lead to the respect for autonomy is a case where the nurse's

〈Prejudice against dementia〉 leads to 【Ignoring autonomy】 by 【Paying little attention to the will of the elderly people with dementia】 . In some cases, in the process of respecting autonomy, we may move toward 【Ignoring autonomy】 in the process of 〈Searching for a response that brings relief〉 . This process is influenced by the 【Environment of the acute ward】 and the 【Culture of the acute ward】 .

**Discussion:** The main findings of the results of this study were that nurses in the acute ward cannot always respect the autonomy of elderly people with dementia and that they have a 【Conflict in the judgment of the respect for autonomy】 . However, nurses respect their autonomy while performing the 【Display of management ability】 of 〈Time management ingenuity〉 , 〈Simultaneous response to believe in their own abilities〉 , and 〈Collaboration with multiple occupations〉 . If a 〈Simultaneous response that believes in their strengths〉 is carried out easily, it may lead to accidents and failure experiences involving elderly people with dementia, and these outcomes may damage their self-esteem. Nurses can believe in the 〈Strengths of elderly people with dementia〉 because they properly grasp the actual ability of the elderly people regarding the autonomy in the 〈Judgment of whether or not elderly people with dementia can be autonomous〉 by 〈Liberation from prejudice〉 . This 【Support for maintaining autonomy】 requires nursing practices centered on 〈Respect for human dignity〉 , and I think that they have something in common with the idea of person-centered care. However, one process that does not lead to respect for autonomy is presumed to be the background of the 【Culture of the acute ward】 due to the burnout syndrome of nurses who are exhausted from nursing in the 【Environment of the acute ward】 . The working environment needs to be improved, and a support system for nurses needs to be devised.

**Suggestions for Nursing:** This study was able to show a process that enables nurses to think, predict, and practice nursing to some extent to the 【Intention to promote the process of the respect for autonomy】 and 〈Liberation from prejudice〉 are important suggestions for nursing education. Also, an educational environment that leads to 【Forming awareness of respect for autonomy】 is important to prepare in basic nursing education and in-service education.

# 目次

I. 研究背景 .....	1
II. 研究目的 .....	7
III. 研究意義 .....	7
IV. 用語の定義 .....	9
第2章 文献検討 .....	11
I. 国内の文献について .....	12
1. 治療に関する自律について .....	12
2. 認知症ではない高齢者の療養生活の自律について .....	17
3. 認知症高齢者の療養生活の自律に関する看護について .....	17
4. 認知症高齢者の看護に関する教育や自律の尊重を目指した教育について .....	21
5. 急性期医療で高齢者に関わる看護師の療養生活の看護に関する意識やケアのプロセスにつ いて .....	24
II. 国外の文献について .....	26
1. 認知症高齢者の自律の尊重に関するケアや自律の概念化について .....	26
2. 医療機関での認知症ケアにおける自律に関する研究 .....	27
3. 認知症高齢者の治療の選択に関する自律 .....	28
4. スタッフの認知症高齢者の自律の認識 .....	30
5. 日常生活での認知症高齢者の自律に関する文献検討 .....	31
第3章 研究方法 .....	34
I. 研究方法 .....	34
1. 看護における理論開発と本研究の関連について .....	34
2. 研究デザイン .....	34
II. 研究参加者の設定と選定方法 .....	40
1. 研究参加者の条件設定とその理由 .....	40
III. データ産出方法 .....	40
1. データ産出期間 .....	40
2. 研究参加者の選定方法とデータ産出方法 .....	40



3. 参加観察とインタビューによるデータの取り扱いについて .....	44
4. 具体的な分析手順について .....	45
5. データの産出、分析、解釈における厳密性の確保について .....	47
第4章 倫理的配慮.....	51
I. 研究参加者の協力依頼と同意を得る方法と倫理的配慮.....	51
II. 研究参加者と研究参加者が所属する病院の病院長、看護部長、病棟管理者、参加観察の際対象となる認知症高齢者に予測されるリスクと倫理的配慮.....	51
1. 研究参加者に予測されるリスクと倫理的配慮.....	51
2. 病院長に予測されるリスクと倫理的配慮 .....	53
3. 看護部長に予測されるリスクと倫理的配慮.....	54
4. 病棟管理者に予測されるリスクと倫理的配慮.....	54
5. 参加観察の際対象となる認知症高齢者に予測されるリスクと倫理的配慮 .....	54
第5章 結果.....	57
I. 研究対象施設、研究参加者の概要.....	57
1. 研究対象施設の概要 .....	57
2. 研究参加者の概要.....	57
3. データ産出の内容と産出方法.....	58
4. 理論的サンプリングと理論的飽和について.....	60
II. 分析の結果 .....	61
1. 急性期病棟に入院する認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセス .....	61
1) 結果図 (図1) .....	61
2) ストーリーライン .....	61
3) 急性期病棟における、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスを構成するカテゴリー、サブカテゴリーと概念について.....	63
4) 理論的飽和化の判断.....	107

第6章 考察.....	108
I. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律を尊重した看護実践に至るプロセスの特徴.....	108
II. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助において自律の尊重に至らない看護実践のプロセスの特徴.....	113
III. 看護への示唆.....	116
第7章 結論.....	120
第8章 研究の限界と今後の課題.....	122
謝辞.....	123
文献.....	125
図、表、資料	

## 第 1 章 序論

### I. 研究背景

日本の高齢化に関して、高齢者の人口推移は 2040 年に 3,868 万人でピークを迎え、その後はゆっくりと減少することが予測されている。一方で 75 歳以上は 2025 年には 2 千万人台になり、その後も横ばいが続くことが予測されている。また、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の数は 2012 年で約 462 万人、2025 年には約 700 万人前後になると推計されている(内閣府,2015)。

入院患者に関して推計患者数の年次推移を年齢階級別にみると、入院では 64 歳以下ではどの年齢階級も減少傾向であるが、65 歳以上は増加傾向となっており 2017 年時点での入院患者の 7 割は 65 歳以上の高齢者が占めている(厚生労働省,2017)。医療技術の進歩・高度化に伴い、高齢であっても様々な治療を受けることが可能となっている現在、リスクファクターの一つが加齢である認知症をもつ高齢者が、今後入院治療を受ける機会もますます増加することが予測される。

高齢者にとっての入院は環境の変化によるリロケーションダメージの影響が大きく、特に認知症高齢者に関しては、環境に適応できず不安や混乱を抱えることが考えられる。認知症高齢者が不安や混乱を抱えた状態で看護師がケアを行うと、ケアの拒否となり強制的なケア、身体拘束にもつながりかねず、尊厳を尊重したケアの実施が困難となる。同時に、認知症高齢者は、せん妄の発症や転倒などのリスクが高く、入院期間を延長するような機能低下も著しいといわれており(Janice L. Palmer etc,2014)、さらなる認知機能の低下や行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)の悪化につながりかねない状況である。

認知症高齢者に対するケアの技法として、パーソン・センタード・ケアやユマニチュードといったものがある。これらの共通する理念として、絆や相互作用の中で人間関係を保つことが認知症高齢者の人間らしさ、尊厳を保つということにつながるとしており、対象者の認知機能がどのような状況であっても尊厳の尊重を忘れずにケアをする態度が重要であるといわれている。また、日本看護協会(n.d)は看護実践上の倫理的概念として、看護実践において看護者は患者のアドボケート(権利擁護者、代弁者)として患者の権利を擁護し、患者の価値や信念に最

も近い決定ができるように援助し、患者の人間としての尊厳、プライバシー等を尊重しなければならないことを示している。つまり、意思決定支援の役割を果たすことも求められているのである。

意思決定支援に関する医療倫理原則として、「患者が自己の価値観や信念に基づいて考えを持ち、選択し、行動する権利を認めること」という自律尊重の原則がある。現代の医療倫理学における自律とは、他人からの干渉を受けない個人の自己決定という自己決定の自由が前面に出ている現状である。しかし、そもそも自律の道徳的哲学的な意味は「理性を授けられた人間が、理性的な意思以外のものに動かされることなくあるべき在り方を実現している姿」と示されるように、人が自由に自らの価値観に沿って決断し自分らしく行動することまでを含めるのである。医療の現場においても、この自律という意味をもう一度捉えなおし、患者が自己決定した後の結果まで含めて尊重する、もしくは責任をもって看護を行うことが自律の尊重において重要なのではないかと考える。

そこで、急性期医療における看護として重要な、身体疾患により急性期病棟に入院する認知症高齢者（以下急性期病棟に入院する認知症高齢者）の療養生活における自律に目をむけてみると、正木、北川、湯浅、百瀬、山田、堀内(2017)は、急性期病院における認知症高齢者の看護の現状について、複数の【限界の要因】が相まって身体拘束が一定の成果を上げるという共通認識である【限界の容認】の風土となり、その結果【時間との闘いのなかでの対応策】や【本人不在の対応策】を取ることで【看護師のジレンマ】が増大するが、一方で【本人重視のケアの萌芽】も抽出されているとまとめている。このことは、急性期医療の現場では認知症高齢者の場合安全を守るという名のもと身体拘束が行われたり、治療や病棟の業務のペースに合わせた「本人不在」の医療者中心のケアが行われ、認知症高齢者の自律を尊重した日常生活援助を行うことが難しいという現状を示していると考えられる。

急性期病棟に入院する認知症高齢者の日常生活援助における自律を尊重した看護を阻む要因として、事故予防を第一優先にする病棟の方針や身体拘束をしないと安心できない病棟全体の雰囲気(湯浅, 2012)や、一般急性期病院は設計の段階で認知症患者が入院することを想定していないため、パーソン・センタード・

ケアといった認知症ケアの基本原則を誤解してとらえていたり、実践しようとしても環境が許さない(中西,2019)などの急性期病院という環境の在り方が指摘されている。また、日本老年看護学会主催 認知症看護対応力向上研修受講者のアンケートからは研修会で学習した内容を病院・病棟で活用・普及するうえでの困難や障害があると約 3 割の人が回答し、その主な理由には「マンパワー不足」「ケアに十分時間が取れない」などの労働環境に関するものであった(大塚,2017)。このような医療機関での認知症高齢者の看護に対して看護師が困難を抱えているということも明らかになっている(松尾,2011;小山,流石,渡邊,森田,2013;谷口,2006)。しかし、病院の構造や、事故予防を第一優先になるが故に身体拘束が当たり前となる組織風土を変えること、マンパワーを増やすことはそう簡単にはできるものではない。

このような医療や看護の現状に対する我が国の取り組みとして、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(厚生労働省,2015)が策定された。その中のⅡ. 認知症の容態に応じた適時適切な医療介護等の提供において「身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上」「看護職員の認知症対応力の向上」が明記された。そして、2016 年度の診療報酬改定において「認知症ケア加算」が新設された。さらに令和元年には「認知症施策推進大綱」(厚生労働省,2020)も閣議決定され、新オレンジプランにより進められた施策を含めて新たな大綱に基づいた施策も進められている。こうした国を挙げの動きに合わせるかのように、日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会(2015)が「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」、日本老年看護学会(2016)も「急性期病院において認知症高齢者を擁護する日本老年看護学会の立場表明 2016」を発表するなど、急性期治療を受ける高齢者・認知症高齢者の尊厳の保持、権利擁護支援が重要課題であるということを看護職に向けて発信している。そして、認知症ケア加算を取得する場合、研修を受けた看護師の配置等が求められており、認知症高齢者の看護に関する研修ケアプログラムの受講者数も増加し、今後認知症高齢者の看護について学ぶ看護職は増加していくことが予測される。これらは個々の看護師の認知症高齢者への対応力の向上を目指したアプローチを行うことで、急性期病棟の認知症高齢者のケアを変えていこうとする動きである。

しかし、研修という短時間の講義で得られる「知識」は動機付けにはなるが、知識だけではなかなか行動には至らず、自部署の課題に応じた戦略をたてて導入しなければスタッフの負担感が増し適切な行動につながらない(湯浅,2017a)という指摘や、認知症高齢者の看護がしたいという思いがないままに対応方法だけを教えても質の保証にならない(上野,鈴木,2016)という指摘がある。これらの指摘の根底は、知識を提供しても結局は環境要因によってよりよい実践が阻まれる可能性が高いということ、認知症高齢者のケアは個別性が高いため、ケア方法のマニュアルのようなことを教育してもより良いケアは実践できないということが示されていると考える。したがって、多忙な急性期病棟において個別性に対応できるような実践モデルを明らかにすることによって、急性期病棟での認知症高齢者の自律を尊重した日常生活援助の実践につながるのではないかと考える。

そこでまず、急性期病棟に入院する認知症高齢者への看護実践モデルを示すことを目指すにあたっては、人間の思考プロセスの基本(検知-認知-判断-行動)(亀田,2019)を押さえておく必要がある。看護師の行動に目を向けてそのプロセスを捉えることも重要であるが、その行動に至るまでの検知、認知、判断に影響することについて明らかにすることが重要であると考え。つまり、看護師の認知症高齢者の捉え方や認知症高齢者への看護に対する思いや環境要因も含めて、看護実践のプロセスを捉える必要があるということである。

この自律を尊重した看護実践の在り方については、我々看護職者が関わる権利擁護の視点において社会的に大きな認識の変化が生じている。佐藤(2018)が「認知症高齢者や知的障害者の方々への権利擁護の領域で、いま世界的にパラダイムの転換が生じています…他人による本人に関する決定から、本人による意思決定の他人による支援が重視されはじめています」と述べるように、その人の代わりに判断するという「能力不在推定」から、どんなに重い認知症の人であってもその人なりの人生を生きてきた経緯があり、その人なりの思い、そして判断があるという「能力存在推定」へと転換が起こっているのである。

急性期病棟に入院する認知症高齢者の尊厳が奪われかねない急性期医療の現場においてこそ、この「能力存在推定」という前提に立った認知症高齢者の自律能力を信頼したケアが重要であると考え。つまり、認知症高齢者であってもそ

の人の判断があり、自律できる可能性があるとする考え方を持つことの必要性が求められるのである。先述のパーソン・センタード・ケアには、「認知症の人の言葉や行動は一見不可解に見えても必ず何らかの意味、訴えがあるという前提のもとにその人の視点に立って、そのメッセージを感じ取りそのニーズにこたえるケアである」と示されるように、認知症高齢者には自律できる可能性があることを念頭に、本人の思いや願いを実現することを目指したケアの在り方が示されている。

しかし、「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016(日本老年看護学会、2016)の「立場 1 認知症高齢者へのマイナスイメージを払拭します」は、看護職の中には認知症高齢者へのマイナスイメージを持っている可能性もあるという現状を意味していると考えられる。それは「認知症だからわからないだろう」「決めてあげないといけない」というようなパターンリズムにより、自律が尊重されない状況につながる可能性がある。医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン(日本看護倫理学会,2015)の「1. 高齢者の尊厳を守ることにつながる日々の看護、1-1 高齢者が安心して考え・希望を述べることで可能な環境を作る」という援助は、認知症高齢者にも何らかの思いがあるという価値観がなければできないだろう。したがって、看護者の認知症高齢者の捉え方は、認知症高齢者の自律を尊重したケアの実践モデルを提示する上で重要なものであると考えられる。

次に、本研究で個別性に対応できるような実践モデルを示す必要性に至る背景として、病院という治療が優先される環境の中では認知症高齢者一人一人に合わせた療養生活の自律の尊重を単純に考えられない点がある。生命の維持、治療の適切な実施と安全の確保といった急性期医療の場で求められる看護と、急性期病棟に入院する認知症高齢者の療養生活の自律を尊重した看護の相反するとも言える関わりについて、いかにバランスをとることを目指していけるのかが課題であると考えられる。治療と日常生活援助の自律のバランスを考える際、医師に対する看護職としてのアプローチの仕方も重要になると考える。例えば、急性期病棟に入院する認知症高齢者の排泄について、治療上尿道カテーテルが必要と医師の指示があった場合に、本人の思い、加えて自己抜去のリスクといったあらゆる観点

から思考し、尿道カテーテルという治療上必要なことと、自律の尊重と治療のバランスを考えなければならない。このように、急性期病棟に入院する認知症高齢者の思いを尊重したケアにおいては様々なことを考え判断しなければならずマニュアルで対応するには限界がある。しかし、本研究で明らかにしようとする実践モデルを、現場の看護師がそれぞれの知識や判断力をもって応用することにより、現場の多様な状況に合わせて、認知症高齢者への自律を尊重する看護を実践することに繋がると考える。そして、困難と言われている急性期医療の現場にこの自律に関するプロセスの視点を取り込めることが、箕岡(2011)の言う「自立と自律、両者が尊重されることによっではじめて、認知症の人をひとりの人、ひとりの生活者として尊重するケアを提供することができる」という認知症高齢者の人としての尊厳が尊重されたケアにつながると考える。したがって、急性期病棟という認知症高齢者の自律を尊重することが困難な環境を踏まえ、日常生活援助における自律に関する看護実践において看護師の判断や行動についての実践モデルを示す必要があると考える。

そこで、急性期病院における認知症高齢者の自律に関する先行研究を調べた。認知症高齢者の医療場面における看護実践を明らかにしたもの(田道, 鳥田, 正木, 2011)や、認知症高齢者の能力を引き出し、維持・強化する看護(堀内, 堀内, 石井 2009)や、看護師の倫理的感受性を高めるための取り組み(中島, 2017)やパーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラム(鈴木, 阿部, 鈴木, 篠崎, 吉村, 2017)、認知症の人の意思決定支援モデルの開発(成木, 「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト, 2016)などがあり、看護実践の構造化や強み(自立)へのアプローチ方法の明確化、教育的アプローチ、治療の決定に関する意思決定支援モデルの開発などが行われていた。水澤、出貝(2011)は認知症高齢者の自己決定に関する研究について文献検討による動向調査をしているが、2000年以降からようやく文献が公表されるようになり、2003年頃よりその数は急増したが原著論文の数はさほど多くはなく、今後ますます検討が必要な分野であると指摘している。

海外の病院における認知症高齢者の自律に関する文献としては、急性期医療における認知症看護能力についての概念分析(Yamaguchi, Greiner, Ryuno,



Hirochika,&Fukuda,2019)や、認知症患者の自律性と人間の尊厳の認識に関する異文化看護・介護者間の差(Bentwich, Dickman,&Oberman,2018)などが行われていたが、日本と同様に意思決定サポートに関する介入研究が特に認知症で不足しているということ(Wied,Knebel,Tesky, &Haberstroh,2019)、日常の意思決定において認知症患者を支援するための介入がほとんどされていない(Davis, Ziomkowski,&Velkamp,2017)ことが明らかにされていた。

このように、認知症高齢者の急性期医療の現場における自律に関しては我が国の看護における重要課題であるものの、国内外ともに研究数は少なく、特に急性期医療における認知症高齢者の日常生活に関する自律の尊重についての研究も少なかった。また、急性期病棟で認知症看護に携わる看護師の認知症高齢者の捉え方や自律尊重に対する思いを捉えた上で、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助のプロセスに焦点を当てた研究は国内外では見られておらず、新規性のあるものであると考える。

そこで、本研究では急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを捉えることから、急性期病棟における認知症高齢者の日常生活援助における自律を尊重した看護実践の示唆を得ることを目的とする。

## II. 研究目的

1. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを捉えること
2. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律を尊重した看護実践の示唆を得ること

## III. 研究意義

急性期病棟に入院する認知症高齢者に対する看護師の捉え方を含めた関わりの変化、日常生活援助における自律に関する看護実践に至るプロセスを捉えることは、正木ら(2017)がとらえる現状の【本人不在の対応策】から、「本人主体の対応策」へと転換を目指すきっかけとなりうると考える。ただし、【看護師のジレ

ンマ】が示すように、急性期医療において治療や安全が優先される病院の限られた環境において、施設ケア方法や考え方を実践しようとするに看護師は困難を感じる。したがって、本研究では高齢者施設ではなく、急性期医療を提供している病院における看護師を研究対象とすることで、様々な制約がある急性期医療の現場における看護として重要なポイントと自律の尊重のバランスを考慮したより良いケア方法の示唆を得ることができるのではないかと考える。

また、認知症高齢者の看護の質向上を目指す教育的アプローチは行われているものの、個人的要因、環境要因、教育の在り方など様々な課題があり、急性期医療の現場で認知症高齢者の自律を尊重することは難しい現状がある。中筋(2018)は認知症看護の実践力や看護の質を目指す教育的支援として、看護師自身が直面する困難を打開できる観点が必要であるが、それに必要な一貫したシステムや内容を含んだ看護師への教育的支援は見当たらないと述べている。そのような中、本研究において看護師の認知症高齢者の捉え方や自律尊重に対する思いを捉えた上で、日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを明らかにすることで、認知症高齢者の自律を尊重した看護を実践するための教育的支援に関する示唆を得ることができるかと考える。

さらに長島、小磯、竹之下、丹野(2017)が、看護師らは自助努力と認知症高齢者のケアの成功体験を通じて、自身の認知症高齢者のケアを構築しているが、成功した介入は言語化されずに、ケアとして共有化されない状況にあったと述べている。このように、重要な実践が個人の経験知として無意識のうちに何気なく行われている可能性がある。研究者とのかかわりにおいて看護師が自己の実践を言語化するプロセスを通して、看護者自身がより良い実践を行っていることに気づき、自己の実践を肯定的に捉えるきっかけになるとともに、可視化することによってケアの共有化につながると考えられる。

なお、今後この認知症高齢者の能力存在推定を前提とした関わりがスタンダードとなっていくことが予想される社会情勢において、急性期病院の看護師が認知症高齢者の日常生活援助における自律を尊重した看護を実践する上で、代行決定から意思決定支援へとパラダイムシフトしていくために、本研究は重要な位置づけであるといえる。それは、箕岡(2011)が認知症ケアの倫理において

求める、意思能力がある人のための倫理から意思能力が不完全な人たちを支援する倫理という発想の転換であり、急性期医療における認知症高齢者看護の倫理的視点にもつながる重要な視点である考える。

#### IV. 用語の定義

1. 認知症高齢者の自律：箕岡(2018)は認知症高齢者の自律は「意思決定能力の4つの要素を満たし、個別に単独で自己決定できること」と狭くとらえるのではなく、「周囲との関係性の中で自己決定をすること」と述べている。これらのことを踏まえ、本研究では、認知症高齢者の自律を、信頼のおける一部の人に判断をゆだねるなど「周囲の人々の影響を受けながら自己決定し、自己のあるべき在り方を実現するプロセス」とする。
2. 急性期：先端医療等、医療密度の極めて高い医療の提供や、疾病や外傷等、急性発症した疾患や、慢性疾患の急性増悪の治療を行う病期。
3. 一般病棟：一般病棟とは看護職員配置7対1か10対1の急性期一般入院基本料の施設基準を満たす病棟で、軽～中等度の肺炎、脳梗塞等、内科疾患・一般的な骨折等、外科疾患・慢性疾患の急性増悪等の入院対応をしている病棟とする。病期としては急性期（疾病や外傷等、急性発症した疾患や、慢性疾患の急性増悪の治療）から亜急性期（急性期以後の状態が固定していない状態や、回復期リハビリテーションを要する状態の治療）を対象とする。
4. 日常生活援助：何らかの治療を受けながら認知症高齢者が日々、24時間の間に行う食事や排泄、移動等すべての行動に対する看護師の援助。本研究では、認知機能の低下、身体疾患の治療に伴う影響、要介護状況等によりなんらかの看護師の援助を要する場面を想定する。
5. プロセス：M-GTAにおいては、分析焦点者を行為者としたときの他者との社会的相互作用と、それに関係する重要な事柄（概念やサブカテゴリー等で示す）を継続的比較分析により相互に関連付けて統合的に示されるものであり、それらのごき（変動）を捉えようとするものである。本研究では日常生活援助における看護師と認知症高齢者との社会的相互作用

やそれに関係する重要な事柄についての関わりや繋がりのごきという  
意味でプロセスを捉える。

## 第2章 文献検討

自律という概念は日本の医療倫理等において「自己決定」の自由という意味が前面に出されている現状がある。そして、認知症高齢者の自律という概念については、非常に重要な視点であるにもかかわらず医療看護福祉業界において十分な検討がなされているとはいえず、今後検討が必要とされる領域であると考えられる。本研究においては、認知症高齢者の自律を「周囲の人々の影響を受けながら自己決定し、自己のあるべき在り方実現するプロセス」としており、自己決定は重要な要素である。そこで、本研究は「自律」という「自己決定」よりも広い視点から文献検討を行い、先行研究について俯瞰していく。

まず、日本国内の文献検索には情報源として医中誌を用いた。キーワードは水澤(2011)と同様に、倫理的側面での自律の尊重に関連する権利擁護や意思の尊重という観点を含め、①「高齢者」and「権利擁護」and「看護」②「高齢者」and「意思」and「看護」and「病院」③「高齢者」and「意思決定」and「看護」and「病院」④「高齢者」and「自律」and「看護」とし、出版年は限定せず幅広く原著論文を検索した。さらに、最終的に⑤「認知症」and「意思」and「看護」and「日常生活」の原著論文へ焦点化した際に検索された文献や急性期医療における認知症高齢者の看護教育に必要と思われる文献、一般病院での認知症ケアに関する文献も加えた。

そこから、認知症高齢者の自律、看護師の自律の認識に焦点化していくため、除外基準として学生、家族、施設・在宅・地域ケア、救急救命領域、外来、意識障害や精神疾患患者を対象としたもの、認知症高齢者に関連しない透析療養、在宅移行や退院支援に関するもの、終末期医療や終末期看護、リビングウィルやアドバンスケアプランニング(ACP)を設定した。その結果①については182件が該当したが、13件まで絞られた。②については722件が該当したが、①と重複するものを除外した結果23件まで絞られた。③については593件該当したが①②と重複するものを除外した結果0件、④についても293件該当したが、①②③④と重複するものを除外した結果0件となった。⑤については11件該当した。なお、認知症高齢者に限定していないものでも、急性期医療の現場における高齢者の自律に関連する重要と思われる研究については採用した。これらの結果、日本

国内の検討が必要な文献数は合計 47 件となった。

次に海外の文献を検索した。情報源として、CINAHL with Full Text、MEDLINE with Full Text、PsycINFO を用い、キーワードは「dementia」and 「autonomy」とし、雑誌の種類は学術誌、学術専門誌、学位論文における Journal Article で、研究方法が記載された英語文献に焦点化した。その結果 1789 件が該当した。そこから、医療機関における認知症高齢者の自律に関するものに焦点化するため、除外基準として施設、家族、学生、一般市民、医師を対象としたもの、自立、日常生活機能、転倒、経管栄養、終末期、代理意思決定、尺度開発、若年性認知症高齢者、認知症研究の倫理、事前指示、看護師の自律性、身体拘束に関するものを設定した。なお、本研究は医療機関における認知症看護について焦点化しているが、文献検討をする中で施設を対象とした研究で本研究に関連する文献については採用した。その結果 17 件まで焦点化された。

これらの国内外の文献を抄読、整理し、以下のように分類した。

## I. 国内の文献について

### 1. 治療に関する自律について

#### 1) 認知症高齢患者の治療に関する自律について

認知症高齢者の治療に関する自律は、がんを合併した患者の意思決定支援に関する研究が 3 件と、非がん患者の研究が 3 件抽出され、すべて事例研究であった。

がんを合併した患者の意思決定支援に関して、吉田、阿野、石橋、石橋、大坪(2015)は、認知症のために治療の必要性が理解できず治療継続が困難になった事例を振り返り、「家族の認知症への理解」「本人の意思の明確化」「家族の精神的負担の軽減」「家族の意見を統一する関わり」という支援を明らかにし、患者と家族がともに納得できる意思決定支援の在り方について報告していた。高橋(2018)は、認知症を持つ独居の高齢癌患者の事例を振り返り、自己決定したいという本人の思い、本人の病状理解や悩みの整理、今後希望する生活まで含めて情報を得、ケアマネジャーやケースワーカーとの調整を含めた支援を

行うことで、患者の意思を尊重した治療につながったと報告していた。石塚、田谷、小松(2017)は、大腸癌を合併した認知症患者の事例を振り返り、意思を表出しやすいように関わることにより治療を拒否する理由や治療についての思いの変化を受け止めることができ、本人の思いに沿った苦痛や症状緩和につながる治療の実施につながられたという報告をしていた。

非がん患者の研究としては、慢性疾患の患者に関して猪之奥ら(2015)が、入院中に認知症が進行し意思決定が困難な状況となった法定代理人のいない高齢者の事例を振り返り、本人の退院希望が叶わなかったことから代理意思決定の難しさについて考察していた。廣嶋、西(2010)は経口摂取困難と診断された90歳代のアルツハイマー型認知症患者の事例について振り返り、認知症高齢者の治療決定の意思をなるべく尊重し、本人・家族ともに納得のいく生き方、または、その人らしい生き方を考えていくためには、年齢や生活歴、本人のスタッフに対する発言や面会中の様子、本人の行動の意味について家族を含めたチームで総合的にアセスメントする必要性を述べていた。小林ら(2015)は、認知症高齢患者の認知症重症度・意思決定能力についてN式老年用精神状態尺度(NMスケール)という客観的な方法でアセスメントし、治療に対する意思決定能力を明らかにした上で、認知症高齢患者の治療に対する意思決定を支える看護について考察していた。

これらの6件の研究からは、認知症高齢者が治療について自律を尊重するためには、自己決定するための認知機能によって、意思表示を支援する意思決定の視点から代理意思決定までがあり、対象者の認知機能を踏まえ個別性を捉えながら関わることの重要性や、チームアプローチの必要性が示唆されていた。

## 2) 認知症ではない高齢者の治療に関する自律について

認知症ではない高齢者の治療に関する自律についての研究としては、患者の視点からがんの告知を受けた高齢者の自己決定のプロセス

やその後の思いに関する研究や、周手術期の治療に関する自己決定に関する看護や、自己決定支援についての事例研究が抽出された。

(1) 高齢がん患者の視点からの自己決定のプロセスに関する研究

高齢がん患者の視点からの自己決定のプロセスに関する研究が4件抽出された。廣瀬、藤野(2004)は、喉頭摘出患者を対象に手術を自己決定するに至った患者心理のプロセスに関して半構成的面接法を実施し、現象学的分析法の手順を参考に分析している。その結果、葛藤や苦悩を繰り返しながらも前向きな患者心理に移行することを明らかにした。池田、遠藤、二宮、佐藤(2003)はがん告知後手術したものの転移のため再入院した2事例を振り返り、治療に対する想いを聞き自己決定に至る迄の過程を明らかにしている。古宇田、新藤(2002)は、手術後異なる転帰を辿った癌患者2名を対象に治療法を自己決定した後の思いに関して分析し、自己決定後の患者の思いについて、「納得にいたる情報を得続ける」「納得できる判断をする」「納得いく行動をとる」「結果を吟味し続ける」「納得いかない結果を受け入れる」の5つに分類した。患者は自己決定後も全過程で「納得して生きる」為、情報、判断、決定、吟味を繰り返しており、患者が納得して生き続けるために医療者は患者の「自己決定後の思い」に関心をもち続け、状況に対応した支援を継続していく重要性を示唆していた。田代(2008)は、患者の自己決定行動のプロセスにおける肯定的影響要因について半構成的面接法を実施し、内容分析の結果、【癌の関連情報】、【思考過程の傾向】、【意思決定支援者】の3つのカテゴリーを明らかにしていた。

これらの患者の視点からの研究は、がんという脅威的な事実を告知された高齢者特有の自己決定のプロセスについての結果とそれに合わせた看護実践を明らかにしていた。認知症のある対象者ではないが、古宇田、新藤(2002)が示唆した、「自己決定後の思い」に関心をもち続け、状況に対応した支援を継続していくことにつ



いては、本研究の自律を尊重した看護として重要な示唆が示されており、看護者が実践につなげなければならない視点であると考ええる。

(2) 周手術期の高齢者の自律に関する看護について

周手術期の高齢者の自律に関する看護についての研究は3件抽出された。井上、三重野、末弘、溝下(2009)は高齢者が手術に対し主体的に意思決定できるよう支援する方法について検討するため、看護経験10年以上の看護師3名を対象として面接調査から質的帰納的分析を行った。本人自身の意思だけでなく家族との関係性や医療者の関与が強いこと、「お任せします」という発言には、家族との情緒的な関係や家族内における力関係が影響しており、その人なりの主体的な自己決定としての意味が含まれていることを考慮する必要性を述べていた。また、大月(2001)は手術を受ける患者の術前のお任せ心理のベテランナースの受け止めについて記述式アンケート、インタビューを行い「知識不足」、「医師に頼りたい」、「信頼している」に分類した。中山、佐道、山下、平井(2004)は、術後患者の早期離床における意思決定を導く看護師の傾聴態度を明らかにすることを目的に、看護師が関わった各患者11場面、計22場面をテープレコーダーに録音し、ポーターの5つの傾聴態度に基づき分類・検討した。結果術後患者の早期離床における意思決定を導く看護師の傾聴態度のうちの「診断的態度」により患者自身で問題が発見できるように関わるということが重要であることが示唆された。

これらの文献からは、周手術期の治療に関して高齢者の「任せる」という思いを考慮した看護支援の示唆や、高齢者の意思を引き出す関わりの示唆が得られた。

(3) 認知症ではない高齢者の治療に関する自己決定支援について

看護師の視点から的高齢者の自己決定支援に関する研究では事例研究が 5 件抽出された。山角(2016)は肺がんの告知を受けた高齢者の治療に対する意思決定支援について振り返り、患者が自己決定できる十分な説明と必要な情報を提供することが対象者の意思決定を支えることにつながると述べていた。また、美作、蔭山、大西、永井、山田(2005)は、はっきりと意思表示し自己決定できない患者の事例を振り返り、看護師として患者の心の動きを敏感に受け止め、患者が思いを表出しやすい環境を整え、人間関係を構築していく必要があるということを述べていた木村、富田(2008)は、医療場面において積極的に自律性を要請しない患者の事例へナラティブを重視するアプローチの実践を行った結果、その有効性を示唆していた。和田、川崎市立川崎病院看護部看護教育委員会(2010)は、患者が自己決定するためには、主治医と共通理解をもつこと、インフォームド・コンセントには患者とともに出席して患者の理解度を把握し、自己選択できる精神状態に持っていくこと、患者が気持ちを表出できるように耳を傾けること、チームカンファレンスにより統一した説明・対応を心がけること等の重要性を述べていた。佐藤(2017)は、70 歳代の男性で下腿潰瘍悪化により下腿切断が必要となった事例について、切断拒否に対する思いを傾聴する中、対象患者の「命をも守りたい」ということを粘り強く伝え、切断は避けられないという方針を持ち、不安を一つずつ取り除きながら、切断後のイメージが持てる関わりをしたことで、最終的に対象患者が切断の意思決定をすることに繋がったと報告していた。

これらの事例研究は、高齢者であっても治療について自己決定できるよう情報提供することやチームアプローチの在り方についての示唆が得られた一方で、治療を拒否したり、自己決定が困難な高齢者の場合やおまかせしたい患者は、その思いを引き出す工

夫(傾聴)や汲み取る力が看護師として求められること、ナラティブアプローチの可能性が明らかにされていた。

## 2. 認知症ではない高齢者の療養生活の自律について

認知症ではない高齢者の療養生活の自律についての研究は事例研究 2 件見られた。

坂本(2016)は、看護ケアを拒否した 87 歳の男性患者への看護について振り返り、看護師が安楽になれると考える援助を必要と思い提案しても、本人が拒否した際は患者の意思を尊重して受け止め関わっていくことも重要であると述べていた。また、吉村(2014)は意思表示が少ない臥床患者の患者自身の思いの表出や、願いを聴くことができたことを振り返り、患者と意識的に関わることで、患者は看護師を受け入れ、ラポールの成立に近づいたと述べていた。

これらの 2 件は、医療を提供する上での医療者側と患者側の思いをどのようにバランスをとって看護していくかという視点や、意思表示が少ない患者であっても看護師の意識次第で思いを引き出せる可能性があるということが示唆されていた。認知症高齢者との関わりにおいても同様に、医療者側の考えるニーズと認知症高齢者のニーズとの違いをいかに少なくするか、また、意識的に認知症高齢者のニーズを引き出す関わりが非常に重要なことであると考えている。

## 3. 認知症高齢者の療養生活の自律に関する看護について

### 1) 認知症高齢者の転倒転落に関する研究について

認知症高齢者の転倒転落についての研究は 5 件抽出された。関根(2000)は、一般病棟における看護職者に面接を行い認知症高齢者に対する抑制の実施プロセスを調べ、1)看護職者は「縛る行為」について抑制と意識しているが、薬による患者の行動制限に関してはほとんどの人が抑制と認識していない 2)抑制実施の判断が場面=抑制となっており認知症高齢者という一般化した基準で判断し、患者の個別の状態

や尊厳を考慮して判断しているようではなかった 3)看護職者にはできるなら抑制は行いたくないと考えているが実際には無理なことで諦めてしまっていることが述べられていた。丸岡ら(2018)は、認知症看護認定看護師あるいは5年以上の認知症看護の経験を有する看護師18名を対象に、6名を1グループとしたグループインタビューを実施し、質的記述的に分析した。認知症看護のエキスパートが行う認知症高齢者に対する転倒予防ケアの特徴は、認知症高齢者の意思を尊重し、認知症高齢者が<落ち着く>ことを目指したケアであることを明らかにし、認知症高齢者と行動を共にしながら転倒リスクを判断し、環境適応や生活能力を維持するケアが重要であることを示唆していた。また、対象となった看護師は「認知症患者は得心するとできる、どんな人でも生活を安定させることができる」と語っており、認知症高齢者の価値観やニーズが満たされて生活が<落ち着く>ことで転倒が防止できるという信念を持っていたことも明らかにされていた。高尾、新原、柳、武重、奥(2011)は、転倒・転落テンプレートA判定の認知症と診断された3名の認知症患者にナースコールのデモンストレーションを繰り返し行い、患者がナースコールを意思伝達的手段として認識する上で効果的であったことを明らかにした。同時に、看護師自身、認知症高齢者の指導に対する意識の変化があったとほぼ全員が回答した。三林、山田(2017)は、BPSDの有無と内容、看護記録や診療録、事故報告書から転倒に関する情報(時間・場所・内容・損傷の有無と内容)をデータとし回帰分析を行い、前向き1年間の転倒経験とBPSDとの関連を検討した。BPSDのひとつである不眠の症状を所有する認知症高齢者は前向き1年間の転倒経験と強い関連があること、精神科病院認知症専門病棟に入院中の認知症高齢者の転倒予防対策にはBPSDの症状のひとつである不眠に対する看護介入の必要性が示唆された。また、三林(2017)は精神科病院認知症専門病棟に入院中の認知症高齢者のうち、年齢が65歳以上で歩行レベルが「独歩」の44例を対象に転倒に関する情報を産出し分析した。転倒の特徴として、活

動している時間帯と場所での転倒が多く、損傷部位は顔部と頭部で約6割を占めていたことを明らかにした。

これらの5つの研究からは、看護師の転倒転落予防に向けた意識において、関根(2000)や高尾、新原、柳、武重、奥(2011)の研究結果では、一般病棟の看護師が認知症高齢者をひとくくりに捉えてしまう傾向があることや、認知症高齢者に対する指導が難しいのではないかという先入観があるということが示されていた。一方で、丸岡ら(2018)の研究結果では、認知症看護のエキスパートは認知症高齢者に対する肯定的な信念や自律を尊重する意識の高さが示されており、安全と自律尊重の葛藤の中における転倒予防が行われていた。しかし、認知症看護のエキスパートは認知症看護の経験が豊富で特別なカリキュラムを受けた看護師ではあるが、どのようにして自律を尊重した看護実践を行えるようになるかという視点での示唆は得られなかった。

## 2) 認知症高齢者のその人らしさや自律の尊重につながる看護実践について

療養生活での認知症高齢者へのかかわり方に関して、その人らしさや相手を尊重した看護実践に関する研究として7件抽出された。田道ら(2011)は、医療場面における認知症患者のその人らしさを支える看護実践について質的統合法(KJ法)で分析し、本人を【置き去りにしていないか自問自答】しながら、【想定外のパワーの発見を期待】し【医学的かつ了解・受容可能な方法模索】するなかで、【快適な生活を創造しよう」と志向】が変化し、それに応じて【独自世界の支援方法を模索】し方法を獲得した結果、本人にとっての【well beingを知覚】し、さらに【自身も喜びを実感】するという構造として示した。高野、藤野、藤本、古野、鎌田(2019)は、急性期病院に勤務する看護師を対象として質問紙調査を行い、看護師の認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケアを目指した看護実践の質向上を図るためには、経験年数を積み重ねるだけではなく、認知障害高齢者の状況を的確に判断し、

本人の価値観や生き方を尊重したケアを主体的に実行する看護師の力量が重要であることを示唆していた。高安、野原、仲間、嘉数(2016)は、意思疎通が困難な認知症高齢者に対する、「認知症のためのケアマネジメントセンター方式」(センター方式)の活用による BPSD 緩和に向け取り組んだ事例について報告していた。その結果、ありのままのその人を受け止め、身体的側面も含めてアセスメントすることが BPSD 緩和につながるということが示唆された。同じく岩成、矢田、原川、岡村(2013)も、認知症高齢者に対してセンター方式を活用して BPSD が軽減した 1 事例を報告していた。岡田、東原(2016)も、関わりが困難であると感じられる 80 歳代の認知症患者に対するユマニチュード技法の実践について報告していた。その結果、対象患者の攻撃的な言動は減少し、口調が穏やかになったという評価がされており、ユマニチュードが相手を尊重するという看護の意識のきっかけとなったと述べていた。白野(2017)は、失語症を有し粗暴行為があるため医療保護入院となった老年性認知症患者に対する支援として、握手やタッチングなどスタッフは味方であると感じてもらい関わりの有効性や、A 氏の強みであるジェスチャーへの反応と理解を用いた意思交換の活用、家族へ本人の思いを代弁して伝えるなど、患者の気持ちに寄り添い代弁することの重要性を述べていた。國澤、沖田、庄司、新野(2016)は、認知症高齢者の長期療養による生活行動能力を維持する看護介入について検討した。入院中のリハビリテーションは、患者家族の意向を尊重しつつ医師やリハビリスタッフと情報交換し、積極的にすすめることの必要性和、他職種との意見交換や協力を得ながら、多方面から対象患者に関わることの重要性が示唆された。

また、療養生活での認知症高齢者の自律につながる支援に関する研究としては 2 件抽出された。堀内ら(2009)は、認知症の人への看護場面の観察と看護師への面接を行い、認知症(AD)の人の能力へ働きかける看護の現状として、「コミュニケーション能力への働きかけ」「審美的能力への働きかけ」「自分の意思で体を動かす能力への働きかけ」

「自分の体の位置を環境と結びつける能力、空間見当識への働きかけ」の4つに分類した。また、看護師は無意識にADの人の能力に働きかけるケアを実践していることも多く、その経験知が看護師同士で共有されていないことを課題として示唆していた。また、油野、平松、泉(2006)は、大腿骨頸部骨折の認知症高齢患者に対する看護師の関わりと患者の反応について看護研究を行い、患者の痛みの訴えは看護師に関わりを求める患者の反応であることや、看護師が患者の意思を尊重し訴えを一つひとつ確認したことで、患者が自分のペースで行動するようになったことについて報告していた。

これらの研究から、医療場面における認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造や、パーソン・センタード・ケアや、ユマニチュードといった技法を用いたものによる実践の効果や、ありのままを受け入れ相手を尊重した姿勢の重要性や意思を汲み取る工夫について重要な示唆が得られた。

#### 4. 認知症高齢者の看護に関する教育や自律の尊重を目指した教育について

認知症高齢者の看護に関する教育についての研究は9件抽出された。土肥、杉浦、杉本、柏木、岡本、叶谷(2019)は、急性期病院の看護師を対象に、パーソン・センタード・ケア、ユマニチュード、タクティールケアの共通する理念と技法をもとにした「高齢者の視点を重視した認知症患者への対応」教育プログラムを実施した。認知症に関連した症状に対する看護師の対処困難感の変化量について2群間比較による介入研究を行い、【興奮・多動行動に対する対処困難感】を減少させる効果があったことを報告していた。パーソン・センタード・ケアの普及に向け継続的に取り組まれている研究としては、鈴木ら(2017)は、急性期病院の看護師を対象に認知症模擬患者(Simulated Patient;SP)を用いた研修プログラムを開発し、専門知識と看護実践を統合させて実践を振り返ることから、パーソン・センタード・ケアに向けての具体的なケアの方向性が明確となるなどの効果を明らかにしていた。また、鈴木、吉村、水野、

金森、長田(2017)は、視聴覚教材(DVD)によるリフレクション効果を目的としたパーソン・センタード・ケアをめざした認知症看護プログラムを開発し、パーソン・センタード・ケアに対する理解や意識の向上に関する効果が示唆された。さらに鈴木ら(2015)は急性期医療にパーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムの検討ということで、認知症看護認定看護師教育課程の受講生を対象に視聴覚教材を用いた教育プログラムを実践し、急性期病院における認知症看護の実践の方向性を検討し、「人々の価値を認める(V)」に関する病院理念や体制など、認知症高齢者とスタッフを支援するための病院の体制づくりの必要性が示唆された。中島(2017)は、スタッフの倫理的感受性を高める取り組みとして、看護師・看護補助者ととも「実際に日常のケア・かかわりの中で尊厳を守るために気をつけて行っていること」などについてディスカッションを2回行った。その結果、日々のケアやかかわりの中で尊厳を守るために気をつけていることとして、「プライバシーを守る」「訴えを傾聴する」「やさしい対応」「ていねいな言葉遣い」「意思の尊重」が抽出され、ディスカッションは互いの知識や考えを交換することで倫理的感受性を高める機会となっていることが窺えたと述べていた。長島ら(2017)は、認知症ケアの研修会を開催する病院と共同で、看護師の認知症高齢者のケアの実態を事前調査した結果、看護師らは自助努力と認知症高齢者のケアの成功体験を通じて、自身の認知症高齢者のケアを構築してきたことが判明した。しかし、成功した介入は言語化されずに、ケアとして共有化されない状況にあったと推察され、今後は、現任教育として認知症高齢者のケアを専門的ケアに発展させるための動機づけが必要であり、臨床の困難事例を取り上げ、介入方法とその理論を教授し、日常生活援助方法では、介護福祉士との交流を交え、認定看護師らを招き、ロールプレイなどを企画する必要性が示唆された。

下平、伊藤(2012)は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に向け、急性期治療を行う2病院の看護師にフォーカス・グループインタビューを行った。教育ニーズとしては、(1)認知症高齢者



の状態の理解、(2)BPSD・危険行動の理解、(3)せん妄の理解、(4)認知症高齢者の世界の理解、(5)急性期病棟での具体的事例を用いて認知症高齢者のケア方法の理解が抽出された。教育プログラム内容は、(1)認知症の疾患・治療、(2)認知症高齢者の理解とアセスメントツール、(3)BPSD・危険行動の行動分析と介入の実際、(4)せん妄とその対応、(5)認知症患者の言動の意味、(6)認知症高齢者との関わり方、(7)認知症患者とのコミュニケーション、(8)急性期病棟での事例を通じた看護過程の展開、が抽出された。

渡辺ら(2011)は、一般病院における研修会開催による看護師の認識と行動の変化を見るために、看護師に対するアンケートを実施していた。看護師が困難と感じる頻度が高いのは、研修前・後共に「昼夜逆転」「大声や多弁」であった。研修後、対応方法としての抑制は減少した。研修後の個人の変化として「認知症高齢者への向き合い方の変化」「看護方法の変化」「家族と協同する姿勢の変化」が挙げられた。また、部署全体の変化としては「看護方法の変化」「認知症患者への接し方の変化」「カンファレンスの検討内容の変化」が挙げられた。

また、認知症高齢者を念頭においたものではなかったが、坂東(2016)は、患者の自律を視座にした療養生活支援ができる看護職の育成を目的に、自らの看護体験の語りを交えた意見交換による看護師の自律についての意識調査や現状の課題の共有と、患者・家族や多職種を交えた事例カンファレンス(CF)を行い、患者の思いに寄り添った支援策を明らかにしていた。その結果、看護職の自律についての意識として共通していたことは「患者の本心を聴き取ることが大切」であった。一方病棟ごとに「話がゆっくり聴けない」「患者の目標設定に葛藤する」「意思疎通困難な患者が多い」等の課題があった。CF実施後の患者の自律支援に対する看護職の意識の変化として、患者の思いを聴く時間の困難さの記述はなくなり、対象者の思いを捉えることに対する肯定的な意見の記載が見られるように変化していた。このことから、看護職がさまざまなかかわりの場面で患者の意思を聴き取るという意識をもち、患者にとって最善

を模索できたかを問い続けていく姿勢が自律を視座にした療養生活支援に影響を与えるということを示唆していた。

医療機関における認知症高齢者の自律の尊重に関する教育的研究としてはパーソン・センタード・ケアに関するプログラムが中心に開発されているがそれ以外の研究はまだ多くはなく、今後ますます必要性が高まる分野であると考えられる。坂東(2016)が取り組んだ研究は、看護ケアに患者の自律を視座に入れるという視点で本研究と非常に関連性が高い研究であった。教育により看護師の意識の持ちようは変化しうることとは重要な示唆であるとともに、自律を尊重するために「最善を模索できたか問い続ける」という看護職がもつべき責任の在り方にまで言及されている点は、本研究の基軸の強化に資する研究である。

#### 5. 急性期医療で高齢者に関わる看護師の療養生活の看護に関する意識やケアのプロセスについて

急性期医療で高齢者に関わる看護師の療養生活の看護に関する意識の研究としては3件あり、中澤、星野、中西(2006)は意思疎通不可能患者の清拭に対する看護師の意識と行動を明らかにすることを目的に、病棟看護師へアンケートと、清拭の参加観察法の調査を行った。その結果、意識調査では清拭実施時の説明・声かけをすると回答した者は4名(28%)であったが、実際には13名全員が清拭を行うことを説明していた。しかし、清拭の全過程における必要時の声かけ・説明は全員が行えていないことが明らかになった。中筋(2018)は、急性期病院で認知症看護の質向上に向けて研修企画や実践に取り組む看護師を対象にインタビューを行い質的帰納的に分析していた。「看護師がどのような過程で認知症看護の質を高める活動を進めてきたか」を分析テーマとし、その変遷を明らかにした。その結果、当初【認知症看護に特別な関心をもっていない】から【認知症看護の質を高めるためにきっかけをもらう】ことを機に変化し、【認知症看護の質を高める活動の難しさに直面する】ことはあるが【患者の変化や自身の成長から活動の意義を実感(する)】して【よりよい認知症看護を実

践できるように考えて行動(する)】し続け、そのなかで【主体的に取り組み続ける】ようになった。そこから再び【よりよい認知症看護を実践できるように考えて行動する】という意識の変遷が明らかにされていた。看護実践を通して自身やチームの成長を意識することや、所属組織からの承認や支持、自律性を保たれる感覚が看護師の動機を高め得るとし、このような環境を整えることが認知症看護への困難感や不全感の緩和につながり、困難感に向き合う原動力を引き出す可能性が示唆された。鈴木、桑原、吉村、内田、水野(2013)は、急性期病院における看護師の認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入とパーソン・センタード・ケアに関する意識の関連について調査し、「混乱を緩和するための看護介入」「個人の生活行動や認知機能のアセスメント」「環境の整備」「残存能力を引き出すための看護介入」「安楽と安全のためのアセスメントと看護介入」「穏やかな生活のための看護介入」「食事に関する看護介入」の7つの因子を抽出した。

江口、前田、久保田、木下(2011)は一般病床数200床以上の病棟看護師に半構成的面接を行い身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセスについてグラウンデッド・セオリー法を用いて分析していた。結果、看護の工夫に至るプロセスとケアの定型化に至るプロセスに大別することができた。"看護の工夫に至るプロセス"を構成するカテゴリーには【余裕あり】【ケアの経験・センス】【推測】【患者に合わせる】【気づき】【看護の工夫】があり、緊迫化した状況の中でも、《医師の理解》ある指示や処置、看護師が末梢点滴を挿入するなどの《看護師にできる処置》の多い職場では[余裕あり]の状態がうまれ、看護師に認知症の[ケアの経験・センス]があると「看護の工夫に至るプロセス」に乗っていた。

これらの4件からは、看護師の自律やパーソン・センタード・ケアに関する看護実践に対する意識と看護実践のプロセスについて明らかにされていた。中でも中筋(2018)の研究と江口、前田、久保田、木下(2011)の研究は認知症看護に携わる看護師を対象にした看護実践のプロセスを明

らかにする点で本研究テーマに共通するものであった。ただし、看護実践という看護師と患者の相互作用に関することを明らかにする上で、両研究ともにインタビューのみでのデータ産出であり、患者との相互作用が十分に反映されていないのではないかと考える。本研究ではインタビューに加え参加観察法を取り入れることにより、看護師と患者との相互作用に関するデータを産出すること、認知症高齢者の自律という視点に焦点化することにより、両研究結果には見られない認知症高齢者の自律を取り入れた看護実践のプロセスについての示唆を得ることを目指す。

## II. 国外の文献について

### 1. 認知症高齢者の自律の尊重に関するケアや自律の概念化について

認知症高齢者の自律の尊重に関するケアや自律の概念化に関する文献は4件抽出された。Yamaguchi et al.(2019)は、急性期病院での認知症看護能力の概念分析（ロジャーズの概念分析）を行い、①患者の個性を尊重する②倫理的配慮を行う③パーソン・センタード・ケアを提供する④責任を持つ⑤外部環境を調整する⑥ケアのコーディネートとその促進スキルという6つの属性を特定した。また前提条件には、理論的および臨床的知識の構築、認知症とそのリスク行動の認識の発達、認知症看護実践の評価の実施、認知症患者との関係の発展、およびチームアプローチの適用が含まれた。急性期病院での認知症ケア能力の重要な側面として、ケアの調整と促進のスキル及び、患者の個性の尊重と急性期ケアの専門職としての要件のバランスをとる能力の必要性が示唆された。Sinclair et al.(2019)は、オーストラリアの医療および法律の専門家の、認知症の人々への意思決定支援における専門職の役割を概念化し、「意思決定の基盤を確立する」、「支援ツールボックス」「専門職の境界を管理する」、「個人主義の擁護と関係の実践」という4つの主要テーマを特定した。専門家は、自分の職業のレンズを通して意思決定をサポートするという役割を概念化していた。「個人主義の擁護」から「関係の実践」までの連続性に関する立ち位置の違いで、意思決定プロセスへの支持者と

家族の参加に影響があるということが示唆された。**Tranvåg,Petersen,&Nåden(2013)**は、看護師と医療提供者間(HCP)で認識および実践されている尊厳を維持する認知症ケアに固有の重要な側面に関する理論モデル開発を行い、第1レベルのテーマとして、「人への思いやり」「人の価値と自己の感覚を確認する」「人道的で意図的な環境の作成」、認知症によってニーズを満たすことが困難な場合は「個人の本質的なニーズを満たすために;説得の採用と、ある程度の軽度の抑制の行使」が設定された。そして、第2のレベルとして「人間の価値を守る・忘れる者を思い出す」を、尊厳を維持する認知症ケアの包括的な原則とメタファーとして策定された。

**Reilly,&Catherine(2019)**は、急性期病院でケアを受けてきた認知症患者の経験と認識の文献検討を行い、パーソン・センタード・ケアの理念である4要素(Value,Individuality,Perspective,Social Environment:VIPS)に基づいて整理していた。その結果、急性期という環境は認知症高齢者にとって不適切であり改善の必要性があること、より良いサービスを促進するために構造化されたケアのアプローチが必要であることなどが明らかになり、ケアのシステム構築や、ケアに対するパーソン・センタード・ケアアプローチ、および物理的環境への適応を改善することを目的とした介入研究が今後必要であると示唆していた。

これらの4つの研究からは、急性期医療における認知症高齢者への看護実践能力や認知症ケアに固有の重要な側面に関する理論モデル開発や、認知症高齢者のより良いケアを実践する上での課題が明らかにされていた。

## 2. 医療機関での認知症ケアにおける自律に関する研究

医療機関での認知症ケアにおける自律に関する研究は2件見られ、**Featherstone,Northcott,&Bridges(2019)**は、ケアの抵抗が日常的に起こる急性期病院のケアについて認知症患者ケアを提供するスタッフに20か月の観察と、面接調査によるエスノグラフィー調査を実施した。その結果、

ルーチン化された病棟文化やベッドサイドケアが患者の抵抗をより引き起こしていたことや、スタッフは効率性、患者のリスクを低減することで優先順位を決定していたこと、個々の患者のニーズや気分よりも、不可欠な日常の計画的ケアの提供に焦点を当てていたことを明らかにした。組織的に義務付けられたケアのスケジュールに対応した抵抗のサイクルは、患者のケア経験が乏しくなり、スタッフの感情的および身体的燃え尽きにつながるということが示唆された。Suwa,et al.(2019)は、アルツハイマー型認知症による日常生活障害のある人々に対する適切なケア方法の特徴について、先進医療従事者を対象にアンケート調査を行い、以下の特徴を明らかにした。軽度の場合は「単純さ」と「次に何をすべきかについての言語によるコミュニケーション」。中程度の場合は、「タスクの完了の機会を言葉によるコミュニケーションで提供する」、「マーク」、および「言葉によるコミュニケーションで環境を整える」。重度の場合は、「開始しないことおよび中断の防止」および「意図の確認：ゆっくりと人の意図を確認する」。これらの実践がアルツハイマー型認知症の人の自律性を維持するのに有益であることが示唆された。

これらの2つの研究からは、病院でのケアの在り方の課題や、病院でも実践できる自律を尊重するための工夫について明らかにされていた。

### 3. 認知症高齢者の治療の選択に関する自律

認知症高齢者の治療の選択に関する自律についての研究は4件抽出された。Le Guen,Boumendil,Guidet,Corvol,Saint-Jean,&Somme(2016)は非常に高齢の患者がトリアージ中に自分の意見を求められる頻度と関連する個人的および組織的要因を分析した。高齢患者は集中治療室に入室する前に意見を求められることはめったにないことが示された。特に、認知症の既往歴のある患者や機能障害のある患者は、さらに頻度が少なく、集中治療室への入場プロセスにおける高齢者の意思決定の自律性の尊重が強化されるべきであることを示唆していた。Karel,Gurrera,Hicken,& Moye(2010)は、統合失調症 (n = 20) または認知症 (n = 20)、およびブ

ライマリケア比較グループ (n = 19) の高齢男性に対し認知的および精神医学的スクリーニングと、医学的判断を下すための要素を含むインタビューを実施し、神経精神疾患の有無に関わらず、高齢者における「価値観に基づく推論」の概念と古典的合理的推論との関係の探求を目的とした。ほとんどの参加者は、医師、家族、またはその両方と意思決定を共有することを好んだ。統合失調症または認知症の個人は、リスクとベネフィットをリストアップして選択肢を比較する推論能力において、プライマリケア(対象群)よりも悪い成績であった。医療上の意思決定は、強く保持されている価値観や信念、感情、長年の経験に影響される可能性があるということ、認知症または統合失調症の高齢者に様々な医療関連の価値と好みを問い合わせて引き出すことが可能であり、軽度から中等度の認知症の個人がその価値に関連して医療オプションについて話し合えることを実証した。Bhatt, Walton, Stoner, Scior, & Charlesworth (2018) は、認知症人々の意思決定の関与のレベルに影響を与えるものを特定することを目的に文献検討を行い、意思決定モデルには、認知症とともに生きる人とその支援者からのさまざまな関与度によって決定される 4 つの決定スタイル(管理された自律、相互、還元、委任)が含まれた。認知症の意思決定は複雑であり、認知障害だけでなく多くの要因の影響を受けることから、認知症の人たちとその介護者からの関与の独特なレベルの決定スタイルを通して認知症の意思決定が行われることを示していた。Kim, Karlawish, & Caine (2002) は、認知障害のある高齢者の意思決定能力に関する研究の現状について文献検討を行い、無能力は一般的であるが、多くの認知症の人は自分の医学的および研究上の決定を下すこと、少なくとも認知症の初期段階では、介入により意思決定能力が向上する可能性があるということが明らかにされていた。また、認知障害のある高齢者の意思決定能力に関する研究が成長分野であること、脆弱な高齢患者の自律性と福祉を維持するための実用的な意味を持つ調査結果が得られ始めていると述べていた。

これらの 4 つの研究からは、認知症高齢者の治療方針の意思決定の在

り方に関する課題が明らかにされており、認知症高齢者の自律性は尊重されるべき視点であり、意向や価値観を引き出す工夫の必要性や意思決定スタイルを捉え、認知症の段階、認知機能に合わせた介入により自律が尊重できる可能性が示唆された。

#### 4. スタッフの認知症高齢者の自律の認識

スタッフの認知症高齢者の自律の認識に関する研究は3件抽出された。Bentwich, Dickman, & Oberman (2018) は、認知症患者の自律性と人間の尊厳に関する認識について、異なる民族文化グループ(サブラ、アラブ、ロシア)の介護者の間にギャップがあるかどうかを半構造化インタビューと自己報告アンケートで調査した。また、認知症患者のケアにおける人間の尊厳と自律性の側面に対する看護・介護職の態度に違いが生じたかどうかを定量的研究アプローチ(多肢選択式質問アンケート、統計分析)で検討していた。すべての民族文化グループの情報提供者の大多数が、患者のプライバシーを尊重し、患者の意思/選択、および宗教的信念と儀式は、患者の意思と選択の延長とみなしていた。一方、日常の場面(例:患者の入浴またはその支援、患者への薬の投与、食堂への連れ出し)において、人間の尊厳と認知症患者の自律に対する態度における看護・介護職の民族的グループ間の潜在的な違いが示された。養護施設のアラブの看護・介護職は、ロシアの看護・介護職よりも認知症患者の自律性と人間の尊厳に関するより包括的な姿勢を支持していた。なお、自律の概念には8つのテーマ、人間の尊厳の概念に含まれる10のテーマが得られた。テーマの共通点は、人間全体としての患者の描写であることや患者の人間性とそれに応じて患者を尊重する必要性に焦点があたっているということを示唆していた。自律におけるアラブの看護・介護職の高いスコア、老人ホームと病院の設定の間に大きな違いがなかった人間の尊厳指数は、パーソン・センタード・ケアのためのより強力な基盤を築くことになるという示唆が得られた。Bentwich, Dickman, & Oberman (2017) も上記の研究に関連したものであり、アラブの看護・介護職は、パーソン・センタード・



ケアと強く共鳴し尊厳と自律の概念を保持していることが示唆された。**Fetherstonhaugh, Tarzia, Bauer, Nay, & Beattie(2016)**は、高齢者施設の直接のケアスタッフの認知症の人の意思決定をサポートし促進することの認識方法についてインタビューとフォーカスグループインタビューを行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析し、「シンプルさを維持すること」「その人を知ることによって時間をかけること」「妥協案を交渉すること」の3つの認識を明らかにした。これらのインタビューにおいて、スタッフの数人は認知症の人が選択することに影響するため、忙しい印象を与えないようにしていると述べていた。研究参加者は認知症の人々の意思決定を支援するために多くの戦略を利用しており、「少しの努力が大いに役立つ」という全体的な認識を持っていることを明らかにした。

これらの3つの研究は、スタッフの認知症高齢者の自律の認識に焦点を当てているところが本研究と関連する部分であった。認知症患者の自律性と人間の尊厳に関する看護・介護職の認識の文化的な相違や、ケアスタッフが認識する具体的な自律を尊重するための技法が明らかにされており、本研究の結果との比較や、高齢者施設と医療機関という部分での相違などから研究結果を読み解くための貴重な資料になると考える。

## 5. 日常生活での認知症高齢者の自律に関する文献検討

日常生活での認知症高齢者の自律に関する文献検討に関する研究は4つ抽出された。**Davis et al.(2017)**は、初期アルツハイマー病患者の日常的な意思決定について文献検討を行い、認知症の初期から中程度の段階の個人が日々の意思決定に関して努力をし、一貫して希望を述べる能力を持ち、意思決定のために努力することが自分自身にとって重要であるとしていることを示していた。また、日常の意思決定において認知症患者を支援するための介入がほとんどないことを明らかにしていた。**Wied et al.(2019)**は、認知症の意思決定のための経験的支援戦略をまとめ、認知症高齢者の特定のニーズに対処する方法を検討するため文献検

討を行い、Shared Decision Making(SDM)の研究が特に認知症で不足していることを明らかにした。そして、ケアネットワークまたは家族ケアの日常生活の観点から意思決定において認知症高齢者をサポートする必要性を示唆していた。Nicholson(2017)はパーソン・センタード・ケアに関する認知症高齢者の認識について文献検討した。しかし、認知症の高齢者がパーソン・センタード・ケアを受けているという意見、認識、および経験に関する記事はほとんどなく、効果的なパーソン・センタード・ケアを提供し、適切な研究を実施するには、認知症の高齢者の意見と経験を考慮することが不可欠であると述べていた。Gavan(2011)は認知症看護に対する回復ベースのアプローチの有用性を探るため、文献検討を行った。回復モデル概念をベースに作られた回復ベースアプローチは、希望を育てることによって現在のパーソン・センタード・ケアのアプローチを広げ、指示的なケアよりも促進的なものにし自律性を高めると述べ、回復中心のアプローチは、パーソン・センタード・ケアアプローチよりも認知症看護に有用であると提案していた。

これらの4つの文献は、医療機関という限定はしていないが、日常生活における自律の尊重に言及したものや、認知症看護の技法についての調査であった。これらの研究結果の多くが、認知症高齢者の視点からの研究が少ないことや、認知症高齢者ケアについての介入研究が不足していることを指摘するなど、認知症高齢者の自律、意思決定の分野における研究の必要性を示唆していた。

以上、国内外の文献に関する整理を行った結果、国内外ともに認知症高齢患者を対象とした自律に関する研究は多くなく、今後ますます発展が期待される分野であると考えられる。日本の医療機関における自律をテーマにした研究については、治療の決定に関するものが47件中18件と約4割を占めており、興味関心が高いことが明らかになった。また、研究方法としては多くが事例研究であり、質的研究においては現象学的分析や質的統合法(KJ法)、質的記述的分析、内容分析、グラウンデッドセオリー

アプローチが見られた。海外の文献についてみると 17 件と件数は多くなかったが、治療に関する自己決定に関する研究以外にも、急性期医療における認知症高齢者への看護実践能力や認知症ケアに固有の重要な側面に関する理論モデル開発といった概念化に関するものや、スタッフの認知症高齢者の自律の認識を捉えたり、病院での認知症ケアの在り方や、病院でも実践できる自律を尊重するための工夫など幅広く研究が行われていた。研究方法については質的研究としてはエスノグラフィー、グラウンデッドセオリーアプローチが用いられていた。

本研究テーマと先行研究の関連においては、坂東(2016)の患者の自律を視座に入れた療養生活支援という点や、中筋(2018)の意欲的な認知症看護の質向上に取り組み続けている看護師を対象に意識の変遷と影響について明らかにしていた点、江口、前田、久保田、木下(2011)の一般病院における認知症高齢者へのケアのプロセスを明らかにした点、Bentwich,Dickman,Oberman(2017,2018)のスタッフの認識に焦点を当てていた点 Fetherstonhaugh,Tarzia,Bauer,Nay,Beattie(2016)のケアスタッフの日常生活の自律支援の認識という点に関連があった。

しかし、これらの研究結果は、急性期医療の認知症高齢者ケア全般の視点で相互作用を十分に捉えた研究方法ではなかったり、施設の日常生活の自律に焦点を当てたものであった。本研究は、データ産出方法としてインタビューに加え参加観察法を加え M-GTA を用いて分析することにより、看護師と認知症高齢者の相互作用をとらえた上での研究結果を得られる可能性があり、実践的な活用のための理論生成を目指すことである。加えて、「急性期医療の現場における日常生活の自律」に焦点化している点で、新規性のある研究結果が得えられる可能性が考えられ、取り組むべき課題であると考えられる。

## 第3章 研究方法

### I. 研究方法

#### 1. 看護における理論開発と本研究の関連について

理論開発とは実践の本質においてカギとなる考えを明らかにし、十分に開発されている理論は現存する知識を統合するだけでなく、実践を改善するための新しいそして重要な革新を推進するといわれている。本研究では、急速に増加する認知症高齢者の急性期病院での実践について明らかにしようとしている。医療機関における認知症高齢者の対応は困難なことも報告されているが、認知症高齢者を対象にした研究はまだ十分ではなく実践に関する理論開発も進んではいない。そのため、本研究は認知症高齢者看護に関する知識を提供するだけでなく実践モデルを提供することを目指す理論開発を目指すこととする。個別性が求められる認知症高齢者のケアにおいて、大看護理論では実践レベルの実行が難しく、一方でマニュアルのようなある特定の実践に関する理論を開発することは適しておらず、中範囲理論の開発が求められると考える。その点で M-GTA は限定的な対象の範囲内で質的データを解釈し、概念を生成するもので、実践的な活用のための理論生成の方法である。この方法で構築されるのは中範囲理論であり本研究目的を達成するための研究方法として適切であると考えられる。

#### 2. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified grounded theory approach 以下、M-GTA)による質的帰納的研究とする。なぜ本研究において M-GTA を採用したか、その理論的根拠を述べる。

##### 1) グラウンデッドセリーアプローチの特性

グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach 以下 GTA とする) とは、アメリカの社会学者バーニー・グレーザー (Barney G. Glaser) とアンセルム・ストラウス (Anselm L. Strauss) の二人によって考案され、「データやりとり型理論の発見—調査からいか

に理論を生み出すか—」(B.G.Glaser・A. L. Strauss, 1967/1996)にて発表された研究アプローチ(以下オリジナル版 GTA とする)である。この研究アプローチはデータに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法であり、データから領域密着理論を定式化することを重視し、多様なフォーマル理論への提供可能性があるとしている。グラウンデッドセオリーは、人間と人間が直接的にやり取りする社会的相互作用にかかわる研究が基礎的要素となり、看護・保健・医療といったヒューマンサービス領域が適しているといわれており、取り上げようとする現象はプロセス的性格を持っているということである。本研究テーマは、急性期医療の現場における認知症高齢者ケアというヒューマン領域に関して、自律を尊重した看護の困難さという現状に対する実践方法を検討することであり、急性期病棟に入院する認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスということで、研究テーマにプロセス性がある。また、看護師と患者の相互作用を通して、看護師がどのような判断や行為をしているかを明らかにしようとすることを含むものである。なお、その他の質的研究方法との比較で、以下の方法を検討した。

エスノグラフィーでは文化的関係や社会的関係についてパターンを詳しく述べることであり、本研究で捉えようとしている看護師と認知症高齢者の社会的相互作用の中で展開されるプロセスを明らかにするための研究方法としては適さないと考えた。また、現象学的研究方法は、哲学のアプローチの一つで日常で経験する現象の本質的な構造を理解するために、そうした現象を網羅的に記述することとされており、本研究の社会的相互作用におけるプロセス性を明らかにしようとする目的には適さないと考えた。これらの質的研究方法は、実践的理論を構築することを目的としていない点も、本研究目的に適さないと考えた。

したがって、GTA を用いることが適切であると考えた。

## 2) 研究方法論としての M-GTA の選択理由

オリジナル版 GTA は、当時の論理演繹型理論の検証への志向性に対して

真っ向から対峙させる形でデータとのやりとりを通じて理論産出の営みを正当化するとともに、その一つのやり方がある程度提示した点（比較分析を理論産出のための戦略的方法として位置づけ、その概念的道具を提示した。「カテゴリー」と「諸特性」、それらを関連付ける「仮説」、産出されるデータの質と量の多様性を示す「データの切片」、必要なデータ産出の程度と方向性を示す「理論的サンプリング」、一貫して理論産出を進める動員となる「〈絶えざる比較法〉」を用いた）で画期的であった。ただ、この著書においては、データの取り扱いとしてカテゴリー特性を膨らませるためにはどのようなデータも素材として生かすという立場であるが、その膨大なデータとどのようにむきあっているのかという疑問が生じ、データ産出と分析、とくにコーディング方法に関しては明確ではないといえる。また、データは質的データだけではなく数量的データも活用可能であると説明され数量的方法論の用語が用いられているが、GTAにおける意味は別で検討する必要があるなど混乱を招く表現が用いられている。そのため、よりデータに自信をもって向き合える具体的な分析方法を模索するため、その他のGTAについても検討した。

オリジナル版GTA以降、そのアイデアをより具体化していくための解説書として、1978年グレーザーによる著作「*Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*」（以下グレーザー版GTA）、1987年ストラウスによる著作「*Qualitative Analysis for Social Scientists*」（以下ストラウス版GTAとする）が出版された。さらに、1990年ストラウス&コービンによる著作で初学者向けのテキスト「*Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*」（J.corbin・A. L. Strauss.1990/2012）（以下ストラウス&コービン版GTAとする）が出版された。そして木下（1999）による著書「グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生-」（以下M-GTAとする）が発表され、質的分析の手法化・明示化という方向に踏み出している。現在GTAは、オリジナル版GTA、グレーザー版GTA、ストラウス版GTA、ストラウス&コービン版GTA、そして修正版とされるM-GTAに大別されると考えてよい。以下に、オリジナル版GTA以降のそれぞれの哲学的・理論的背景や、方法論に関する特徴と、

本研究としての M-GTA の妥当性、適切性について述べることにする。

まず、認識論立場に関しては、グレーザー版 GTA は、数量的方法論とほぼ同様の科学的認識論に基づくとされており、客観主義に立った主張をしている。ストラウス版 GTA は質的研究方法論の影響を受けており、プラグマティズムとシンボリック相互作用論に基づくものであるとされ、社会構成主義の立場である。ストラウス&コービン版 GTA (1990/2012) は、基本的にはストラウスのプラグマティズム、シンボリック相互作用論の哲学を引き継いでいる。一方 M-GTA については、ストラウス版を基盤にするが、GTA を理解するにはグレーザーの考え方も取り入れ両者を理解することが必要であること、プラグマティズムという、行動の結果によって判断するという実用主義的な立場として研究的知だけではなく実践知でもある新たなタイプの知を提示しようものだと考える独自の解釈を取り入れた修正ストラウス・グレーザー版を提案している。つまり M-GTA は、実証主義か社会構成主義か択一的な立場はとらず、実践主義を基盤として、三位層のインターラクティブ性という考え方を採用し、その統合を目指している。三位層のインターラクティブ性とは、データ収集、分析、結果の応用の 3 つの位相 (phase) において、研究者が「調査協力者→分析焦点者→結果の応用者」という異なる他者との間で 3 種類の関係的人間を経験するため、それぞれの位相で研究者は相手に対して影響を与えるだけではなく影響を受けるという相互性が生まれるという考え方である。

次に分析作業の中心となるのは、オリジナル版で提唱された「〈絶えざる比較法〉」であり、以降すべての GTA の根幹はこの継続的比較分析法である。グレーザー版 GTA では個々の全体性、統一性といった要素から分析する人間は自由である必要があり、そのためにデータを切片化する方法をとる。つまりデータを抽象的に解釈し、理論的アイデアを読み取ることを目的とする立場である。そして抽象化された解釈、理論的アイデアに照らして切片化したデータを継続的に比較し、解釈を精緻化していく。ストラウス版 GTA では、コーディングの種類としては、〈オープンコード化〉、〈選択・コード化〉の間に〈軸索コード化〉を挿入する形で 3 局面に設定した。木下 (1999) に

よると M-GTA は、コーディングとは概念を生成することであり、グラウンデッドセオリーの最小構成単位は概念であると定義しコードという用語を使用しない。これにより、データの切片化をめぐる問題状況を回避しようとしている。そして、継続的比較分析の比較の視点を類似性と対極性、比較作業の進め方、分析終了の仕方を提示した。また、分析に当たっては判断の要点を明確に提示し、分析する人間がその点に集中できることが重要とし、分析テーマ、分析焦点者を導入している。M-GTA では研究者が納得できる分析概念を生成し、それらを用いて説明力に関して自分が手ごたえを感じられる程度の理論をまとめることを重視しており、その他の GTA よりもコンパクトなサイズが想定される。

最後に、理論的飽和の考え方において、オリジナル版 GTA で自分の概念枠組みによる体系的理論の形成、その理論による研究課題の十分に正確な表現、その理論が類似領域を研究中の他の研究者にとっても利用可能な形で表現されていること、加えて自分の研究成果を自信をもって公表できることについて調査者が確信できるなら調査完了は近いと経験的視点から述べている。木下（1999）によると方法論的にグレーザー版 GTA とストラウス版 GTA は「コアカテゴリーが定まってきたときにそれと照らして、生成したカテゴリーやカテゴリー間の関係において新たに追加すべきカテゴリーレベルでの欠落がないところまで網羅された状態」の時点で、分析が完了するとしている。これに対して M-GTA は、理論的飽和化は帰納的に見て絶対的なことのように思われるが、実際には相対的な前提によって課題設定されることになる。つまり、カテゴリーが網羅的に形成されカテゴリー間の関係が一定の論理的必然性により統合化されたとしても、その前提である限定範囲は調査者の判断によるものであり、相対的であり調整可能であるとしている。具体的には一方で当初の限定を活かした分析を進めながら、他方では、その出来具合を見ながら飽和化が最適バランスで可能となりそうな方向に限定範囲を変えていくという両方向から調整するという、柔軟な方式である。その理由については、GTA は論理的には際限なく拡大していく運動性を持っているがそれが一定水準でまとまってくるのは時間や労力、調査者の能力などの現実的制約



に加え、方法論的限定があるからである。そしてこの立場に立った方が、ヒューマンサービス領域、専門職や大学院生が GTA で調査を行う場合結果をまとめやすく、GTA とデータとの適合性 (fit) の最適化につながると述べている。

このように、GTA は、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法という基本的な考え方をベースにしているものの、研究者の立場により認識論、方法論については様々な見解が示されている。特徴を比較する中で M-GTA は、グレーザー版、ストラウス版、ストラウス&コービン版の各方法論から、GTA の特徴を活かせるものは肯定的に吸収し、一方で研究方法論として複雑な部分や曖昧な部分を明確にしたものとしてその特徴を示している。研究者が自身の発想を大切にしながらも、そのプロセスに自信と責任をもって進められる道しるべが工夫されていると考える。また、オリジナル版 GTA、グレーザー版 GTA、ストラウス版 GTA、ストラウス&コービン版 GTA、そして修正版とされる M-GTA といったすべての個別の方法論は、それ自体で成立するものである。しかし、M-GTA を選択する最大の理由は、M-GTA では研究者が納得できる分析概念を生成し、それらを用いて説明力に関して自分が手ごたえを感じられる程度の理論をまとめることを重視していること、理論的サンプリングに関連する研究テーマの考え方、結果として GTA とデータとの適合性 (fit) の最適化につながるという点である。アウトカムを臨床に返すという視点においては、M-GTA を用いた理論生成は、データに密着しながらも、限定した範囲内における臨床看護師が理解しやすく適応可能な理論を目指したものであり、そこが本研究として価値を置いたところである。ただし、その手法としてはこれまで述べてきたように簡略化したというのではなく、GTA のオリジナリティを引き継ぎながら、各個別のグレーザー版、ストラウス版、ストラウス&コービン版を批判的に読み解いたうえで、必要な部分は引き継ぎ、より現実的に具体的なプロセスを明示している。そして、最終的にどの個別方式を用いたとしても、GTA は実証的、帰納的研究方法として労力と時間が求められ、分析プロセスの丁寧さを特徴とする調査方法であり、この手法を用いた研究に取り組む意義は大きいと考え

る。

これらの点から、本研究においては M-GTA を選択することとした。

## II. 研究参加者の設定と選定方法

### 1. 研究参加者の条件設定とその理由

研究参加者は急性期医療を提供する医療機関の一般病棟にて、認知症高齢者への看護を行う、3年以上の臨床経験を有する看護師とした。急性期医療を提供する医療機関の一般病棟は、急性期や亜急性期という緊迫した患者の生命を守るための治療が行われ、認知症高齢者の日常生活援助における自律を尊重した看護を実践することが容易ではない環境であると考えられる。そこで課題に直面しながらも認知症高齢者看護を実践している看護師を対象にデータを産出することにより、困難な状況の中での日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを明らかにすることができると考えた。また、研究参加者の臨床経験を3年以上にした理由として、ベナー(1984/2004)によると一人前とは、類似した状況で2~3年仕事をしているナースによって代表され、看護師の仕事が一通りできるようになった状況であるとされている。プリセプターの役割を担うこともあり、後輩の精神的サポートや技術指導など他者への教育指導も可能となり、自己で判断し自立して働くことができるようになる経験年数である。そこで、自身の判断や経験に基づいた看護実践を語ることができる最低の臨床経験年数として3年以上とした。

## III. データ産出方法

### 1. データ産出期間

2020年10月~2021年1月

### 2. 研究参加者の選定方法とデータ産出方法

研究者の知人を介して研究協力施設を紹介していただく機縁法を用いた。研究者の知人に、研究の概略を説明し研究可能な施設を紹介いた

だき、研究者が直接依頼文を持参し研究方法について説明し、協力を得た。

### 1) 研究参加者と人数について

急性期医療を提供する医療機関 2 施設の協力を得た。各々の施設で一般病棟のフロアを 3 つ紹介いただき、その中で継続して 3 年以上の臨床経験を有する看護師すべてに研究説明と依頼をした。対象者の人数について M-GTA は、まとめて可能な時期にデータを収集し、分析状況を踏まえて必要であれば追加の収集を行うという考え方を採用している。本研究では理論的サンプリングを行いながら対象者の人数は確定することとした。

### 2) 参加観察の場面において対象とする認知症高齢者の条件と選定方法

認知症高齢者の条件は以下の 4 点とし、病棟管理者に選定を依頼し紹介を受けた。

- ・ 認知症と診断されている 65 歳以上の入院患者
- ・ 看護師の問いかけに何らかの方法で意思表示が可能
- ・ 何らかの日常生活援助を必要とする
- ・ 本人と家族の研究への同意が得られる

該当する認知症高齢者には研究者から研究について依頼を行い同意を得た。

### 3) データの産出方法について

#### (1) 参加観察

本研究は、研究参加者である看護師が認知症高齢者に行う日常生活援助に関するものであり、看護師と認知症高齢者の相互作用に関連するものである。研究者が参加観察を行い、認知症高齢者の自律の尊重

に関連する場面を捉えることで、インタビューという対象者の主観的な語りからのみではとらえきれない相互作用について具体的にデータを産出できる可能性がある。また、後に行うインタビューデータの補足という意味において、研究参加者の実践の記憶が明確なうちに語ってもらうため、データの信頼性が高まるということ、研究者が参加観察で捉えた自律に関連すると考える場面を関連させてインタビューをすることで、研究参加者が意識していなかった行動についての考えを聞くことができ、研究データをより深いものへと掘り下げて産出することが可能になると考える。

参与の度合いは、参加者としての観察者のタイプをとった。研究者は基本的には観察を主とし、緊急時や認知症高齢者が研究者を看護師と認知し何らかの希望を求めた場合のみ、研究参加者の看護師と確認を行いながら対応をした。

観察場面の決定は、研究開始時に認知症高齢者の日常生活援助を実施する時間を確認した。また、詰め所に待機し、研究参加者となる看護師が認知症高齢者の部屋を訪室するタイミングに合わせて研究者も同行し、関りやケアについて観察した。コロナ禍での研究であったため観察時間については短縮する方向性で対応し、1名の看護師につき2場面から3場面を目途に観察を行った。観察場面は日常生活援助実施のための準備から、認知症高齢者に終了を告げその場を離れるまでとした。それ以外に、認知症高齢者からナースコールがあった場合は同行し、参加観察を行った。参加観察では看護実践をできるだけ速やかにフィールドメモに記録した。観察した看護実践について、研究参加者の業務の妨げとならない状況を配慮した上で看護実践の意味や不明な点について確認することを目的としたインフォーマル・インタビューを行い、その語りをフィールドメモに記録した。なおフィールドメモには、観察したことのみならず、観察しながら考えたこと、観察の結果さらに確認を要することについても記載した。

## (2) 半構成的面接

面接法は、看護師が行う援助の意味や、その時の思考を探る上で有効な技法である。研究者による参加観察だけでは得られない認知症高齢者の自律の認識や、自律を尊重した援助に関する意味付け、根拠、認識や思考などについてデータを得ることが可能となる。インタビュー時間は30～60分程度、回数については、M-GTAは活きたやり取りであるインタビューは基本的には一回きりとするのが自然であるとしていることから、一人1回とした。感染症対策として原則オンラインとし、双方が自宅でスマートフォンにてSignalというセキュリティ機能の高いアプリを用いて実施した。対象者の希望がある場合は換気や身体的距離をとるといった感染防止対策を行った上で院内の個室で対面で行った。インタビューガイド(資料1)を用いて、以下の質問内容について研究参加者が自由に話せるように配慮をしながら行った。なお、研究者が途中で差し挟んだ質問についてはその意味を自分で振り返り、ノートに記録した。インタビュー内容は研究参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。質問内容は以下の内容とした。

- ① 年齢(歳代)、臨床経験年数(認知症高齢者看護に関わっている年数)、看護基礎教育を受けた場
- ② 観察場面における認知症高齢者の日常生活援助の実際での関わりの意図について
- ③ 患者の思いやニーズをどのように捉えて看護実践につなげていたか
- ④ 認知症高齢者の自律を尊重することによる影響とその対応についての考え
- ⑤ 急性期医療での認知症高齢者の自律についての考えとその変化
- ⑥ 急性期医療での理想的な自律の尊重について考えと、現実のギャップへの対処
- ⑦ これまでの経験において急性期医療で認知症高齢者の日常生活援助で自律を尊重するための看護実践に至ったプロセス(工夫したことや影響を受けたことなど)

### 3. 参加観察とインタビューによるデータの取り扱いについて

#### 1) 参加観察によるデータ

フィールドメモに記録した観察内容から、フィールドノーツを作成した。フィールドノーツを作成する目的はフィールドで見聞きしたことをそのまま丸映しに記録することではなく、対象とする集団の社会生活の文脈を理解し、そこで生じた出来事や行為の意味を読み解くことにある（佐藤,1992）。

フィールドノーツ作成においては、観察記録の部、解釈・省察の部の2部構成とした。観察記録には、フィールドメモを見ながら時間軸に沿って看護援助の実践とその場における看護師と認知症高齢者の言動を文脈がわかるように詳細かつ具体的に記録した。具体的には看護師と認知症高齢者の相互作用を含み、認知症高齢者の自律に関する関わりはどのように行われているかを捉える必要がある。したがって、看護師による認知症高齢者に対する自律の尊重、自己決定を促進したり自己の思いを引き出すような発言、認知症高齢者の反応といった言語的コミュニケーションに加え、援助場面における位置関係や両者の姿勢、目線、接点という言語以外の相互作用に関する視点と、病棟や病室のケアに関する環境（物品、空間配置、時間）を捉え、何が自律の尊重と関連しうるのか疑問を抱きながら観察した。また、看護師が何らかの情報を捉え（検知）、認知した上で判断し行動している場面はどこか注視しインタビューで確認できるように記録した。解釈・省察の部分では、理論メモ（理論とデータとの関係）、方法論メモ（フィールドワークの進め方の注意点等）、個人メモ（行為者についての印象や特徴）の3つの備忘録を書き留めた。

#### 2) インタビューによるデータ

インタビューデータからは逐語録を作成した。

### 3) 参加観察とインタビューによるデータの統合について

逐語録からの、何らかの日常生活援助に関する看護師の認知症高齢者の捉え方や自律を尊重した看護実践に関する記述、フィールドノートからの看護師と認知症高齢者との相互作用、具体的な看護実践という両者のデータを相補的に統合し、次項の具体的分析手順を行った。

## 4. 具体的な分析手順について

1) 作成したフィールドノート、逐語録を熟読し、分析テーマと分析焦点者に照らしてデータを解釈しオープンコーディングとして概念を生成した。M-GTA ではコードという用語は使用しない。他の GTA で用いているプロパティの用語も使用しない。なお、分析テーマの設定は研究テーマを **grounded on data** の分析がしやすいところまで絞り込むために必要なことである。本研究では、「急性期病棟における、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助のプロセス」である。また、分析焦点者とはインタビュー対象者を抽象化したものであり、本研究では「急性期病棟で認知症高齢者看護に関わる看護師」である。分析テーマと分析焦点者を設定することにより、分析焦点者の視点を経由しながらもデータの意味の解釈は分析者である研究者がテーマに沿って責任をもって行う範囲を限定することを意味している。なお、概念の生成には、1つの概念に対して1つの分析ワークシート（資料 2）を使用し、概念名、定義、具体例(ヴァリエーション)、理論的メモ(解釈の時のアイデアや疑問)を記載した。なお、概念を生成する際、一つの具体例だけで説明するのではなく他の具体例も説明できる概念を考えた。

### 2) 継続的比較分析を行った。

(1) 1つ目で生成した概念の定義に照らし、「同じようなことを示すが具体的内容が違う」というヴァリエーションの類似例を比較判断し確認し、概念を完成させていった。また、データの解釈が研究者の恣意的

にならないようにするため対極例についても検討した。なお対極例がない場合は、理論的メモ欄にその旨を記載した。概念名や定義は、追加される具体例を的確に表現できるように見直し修正し概念を個々に完成させていった。その際、視点を反転させて具体例から概念の定義を確認し、具体例に共通した意味になっているか解釈の適切さを確認した。

(2) 概念と概念の相互比較を行った。自分が創り始めた概念をそれぞれ個別に関係性を確認しながら、自分が明らかにしようとするプロセスのどの位置にありそうか、どういった関係がありそうかを考えた。

(3) 概念間同士の関係を明らかにする中で、関係性のある概念はカテゴリー化していった。また、カテゴリー化する中で、関係性のある概念がないかを比較していった。その際、サブカテゴリーはカテゴリーを安定的に構成するために置いた方が良いと判断した場合は作成した。M-GTA ではサブカテゴリーは必要に応じて活用するものとされる。つまり、進めてきた分析を全体的に眺め、同時に、概念の相互比較から、カテゴリーと概念の間の中二階的な位置付けとしてサブカテゴリーは存在し、相対的なものとされている。したがって初めからサブカテゴリーを作ることは考えず、分析する中で必要性を判断した。

(4) カテゴリー化をする中で、カテゴリー同士の関係性も見ていくが、その中で自分が明らかにしようとするプロセスの中でコアとなるカテゴリーがないか比較検討した。なお、M-GTA は、理論的飽和化に対して柔軟な捉え方をしており、コアを中心にして全体を纏めることも可能だが、M-GTA はそれだけではなく結果として何らかの重要な「うごき」を捉えていることを重視する。分析テーマに対応して最終的に明らかになる内容が重要な変化のダイナミズムを捉えていれば、提示されるグラウンデッドセオリーは説明と予測において有効であ



り、したがって実践への応用力を持てるという判断に立つ（木下,2007;木下 2003）。本研究では、分析経過においてコアカテゴリーを一つに絞ること前提としてすすめるのではなく、分析の結果明らかになりつつあるプロセスに照らして、それぞれのカテゴリーが適切な位置関係にあるかどうかを検討した。そして、分析テーマに対応して最終的に明らかになる内容が重要な変化のダイナミズムを捉えているかどうかを検討した。

なお、(1)～(4)は順序性のあるものではなく、概念を生成し始めた段階から機能するものであり、多重同時並行として行われる。

- 3) 1人のデータ分析が終われば2人目以降も分析ワークシートを継承して分析を進めた。分析ワークシートの作業は、途中でいくつかの調整を行い、定義と概念名は具体例がそろうにつれて最適となるように見直した。(なお、人数が進むにつれて分析ワークシートの新規作成ではなく、確認的な内容が多くなり、やがて収束化した。)
- 4) 理論的飽和化(個々の概念の完成状態の判断と、概念によって構成される分析結果全体)によって分析を終了した。
- 5) 全体の関係を結果図として図式化した。
- 6) 結果図を文章化したストーリーラインを作成した。

## 5. データの産出、分析、解釈における厳密性の確保について

質的研究における厳密性について、研究者は次のように解釈する。真実性と同義であり、質的研究のプロセスが正確で細部まで徹底されており、結果が信頼できるものであるための研究者の誠実さと能力を示すこと。評価基準は、信用性（妥当性）、確証性、転用可能性（一般可能性）、明解性といわれている

(Holloway,Wheeler,2002/2006)。M-GTA の研究手法は、類似例とともに対極例をも検討することが組み込まれ研究者の解釈が恣意的に偏らないように配慮されている（信用性）。また、データ分析のプロセスにおける分析ワークシートは、概念を構成するに至るヴァリエーションが示され、理論的メモには研究者の思考の言語化が記載されており、読者が情報源としてデータを参照できるものである（確証性、明解性）。明解性については、データの分析手順を遵守し、プロセスを明瞭に示すことで対応した。そして、M-GTA の結果は限定された範囲内ではあるものの臨床への応用を目指したものであり同じような状況や参加者が参考にできるものである（転用可能性）。

なお、信頼性について、質的研究は研究者が主たる研究用具であり研究が完全に反復可能とは言えない。M-GTA の立場も【研究する人間】とは感覚的理解を排除せず、論理的存在であり、同時に価値的存在として位置付けている。また、三位層のインタラクティブ性という言葉を用いて、研究者は調査段階やデータ分析、分析結果の応用者との間で、相手に対して影響を与えるだけでなく相手から影響を受けるという相互性について言及している。そして【研究する人間】を積極的に分析方法に組み込む形で方法論化している。つまり、研究者の特性や背景が研究に影響を及ぼすという再帰性について理解しておかなければならない。その点に関してデータは、参加者と研究者の相互作用によって共同で産出されるプロセスであり共同生成性と特徴づけられている。そこで、本研究に関する研究者の特性、研究に関する取り組みの経験、背景と、研究者と参加者の相互作用に関する部分について述べる。

研究者は看護基礎教育の中で看護研究について学び、看護系短期大学の卒業研究として事例研究を実施した。その後 3 年時編入した大学（看護学部）の卒業研究では、看護学生を対象に質問紙調査による量的研究を実施した。大学卒業後、地域医療支援病院の一般病棟にて看護師として 4 年間勤務した。その後大学教員（老年看護領域）となり研究活動に本格的に取り組み始めた。同時に博士前期課程に進学し、「急性期医療における後期高齢患者のインフォームド・コンセントへの看護支援」をテーマにインタビューを実施し質的記述的にまとめた。その後も、自らの看護師経験から研究テーマを急性期医療、高齢者への

看護、認知症高齢者への看護、意思決定支援とし、看護師や高齢者を対象にインタビューを実施し、質的記述的研究としてまとめた。(深山,2017;Miyama et al,2018)。本研究テーマは、自身の臨床経験で感じた認知症高齢者への日常生活援助での自律尊重の難しさから見出されたものである。

また、研究者と参加者との相互作用について本研究では、認知症高齢者の自律に関する看護実践の現状を参加観察によって研究者が捉えること、そして研究参加者である看護師へのインタビューを行い、看護実践を言語化してもらうプロセスを経てデータが産出された。この調査段階が、上記の背景をもつ研究者と研究参加者の相互作用による影響を受けた部分であるといえる。急性期病棟での実践を経験し、認知症高齢者の自律を尊重することの難しさを研究者として理解する中で、インタビューでは自律尊重は困難なことであるということをも前提として伝え、語りの場面では受容的に傾聴し、困難な語りに関しては共感的態度を意識した。結果、実際に自律を尊重できた理想的な語りだけではなく、自律の尊重が難しい場面についての語りも得られたと考える。また、看護師が自律を尊重している関わりであると自覚していない部分を研究者として看護師にフィードバックし、より良い関わりができていくということを意識化してもらう場面もあった。さらに、研究者が観察場面について疑問を投げかけることにより、行われた看護実践の根拠を深めることができ、明らかにしたい看護実践のプロセスを明確化することに繋がった。これらは、質的研究の強みとも言える、共同生成性のプロセスが行われていたと考える。

上記に加え、データの産出、分析、解釈の妥当性、信憑性を高めるために以下のことに取り組んだ。

- 1) 本研究におけるデータ産出は、参加観察とインタビューを併用したトライアングレーションを用いた。
- 2) データ産出における観察については、研究者が観察することで観察者効果として研究参加者の行動や反応などが影響を受け、通常とは異なる可能性があることについては研究の限界である。観察者効果を最小にし妥当性を高めるために、データ産出期間中に許可を得られる範囲

で該当病棟でのベッドメイキングのサポート、下膳された食器の片づけ、看護師が一時的にその場を離れる際に依頼された患者の見守りなど、可能な活動を行いながらその場に長くいることで研究者に慣れてもらい、信頼して語ってもらえるように努めた。また観察中にメモを取ると、研究参加者が敏感に反応した場面があったので、できるだけメモは研究参加者から見えないところで行った。また、観察記録は観察直後に行い、忘却や記憶違いを減らす努力をした。

- 3) インタビュー内容については事前にパイロット調査を行い、研究目的に沿い尚且つ研究参加者にわかりやすい内容か確認した。
- 4) 研究者が生成したグラウンデッドセオリー（結果図）を研究参加者に確認してもらい、「納得して使えるものであるか」「看護実践に役立つものか」という視点でフィードバックを依頼することにより、その内容の妥当性を確認した（3名へのメンバーチェックを実施）。
- 5) M-GTA に関する書籍を熟読するだけでなく研修や勉強会に参加し、データの産出や分析プロセスの信頼性を高めた。
- 6) 分析のプロセスにおいて、概念生成方法や、結果図の各概念やカテゴリーの関係性の検討と表記方法、ストーリーライン作成方法といった全ての段階において、M-GTA の有識者である京都橘大学健康科学部作業療法学科佐川佳南枝教授から繰り返しスーパービジョンを受けた。
- 7) 生成した概念、作成した結果図、ストーリーラインにおいて、研究指導者から繰り返しスーパービジョンを受けた。
- 8) 医療保健福祉系の研究で有用な、インタビューを含むあらゆる質的研究に対応する SRQR(Standards for reporting qualitative research) (O'Brien B C, Harris I B, Beckman T J, Reed D A, & Cook D A, 2014) と、質的研究方法を用いた学位論文審査のためのガイドラインの評価項目（萱間, グレググ, 2018）に基づき研究プロセスを確認し、質的研究の質を高めた。

## 第4章 倫理的配慮

### I. 研究参加者の協力依頼と同意を得る方法と倫理的配慮

研究参加者は看護師であり、看護師が勤務する病院の院長、看護部長、病棟管理者の協力が不可欠である。研究を行うにあたり、研究協力を依頼する医療機関へ研究計画書を添付した依頼文(院長宛資料 3-①、看護部長宛資料 3-②、病棟管理者宛資料 3-③)、感染症対策説明資料(資料 4)を持参し研究協力を依頼した。看護部長に研究の説明を行い許可を得た後、院長にも研究許可を得てもらった。看護部長から該当する病棟を紹介してもらい、該当する病棟の管理者に研究説明を行った。本研究への研究協力依頼については、病棟の看護師全体に説明資料(資料 5-①)と依頼文書(資料 5-②)配布を管理者に依頼した。配布依頼を行う際は、研究への参加は自由意志であり、参加・不参加は研究参加者の自由であることを伝えもらうことをお願いした。

個人情報参加観察やインタビューの日時の調整、オンラインインタビュー実施といった研究に関することにのみ使用し、本学のシステム(Activeメール)と、研究者のスマートフォンのみで使用した。個人情報、Activeメールのすべてのやり取り(送信・受信)、オンラインインタビューのための登録情報やインタビュー履歴は研究がまとまりフィードバック依頼を終了し、博士論文がまとまった時点ですべて削除する。研究データは研究公表後5年間保管したのち削除する。

同意を得る手続きとして、参加観察当日に研究参加者に同意書(資料 4-③)2部にサインをお願いし、1部は本人に保管してもらい、もう1部は研究者が保管している。

### II. 研究参加者と研究参加者が所属する病院の病院長、看護部長、病棟管理者、参加観察の際対象となる認知症高齢者に予測されるリスクと倫理的配慮

研究参加者と病院長、看護部長、病棟管理者、参加観察の際対象となる認知症高齢者に予測されるリスクと倫理的配慮は、以下のとおりである。

#### 1. 研究参加者に予測されるリスクと倫理的配慮

研究参加者に参加観察とオンライン(または対面)インタビューを行うに当

たり、研究内容がわからなければ混乱や不安につながると考える。よって直接説明する場合は、対象には研究依頼文(資料 5-②)とともに研究目的、研究方法、参加観察の方法、インタビュー内容をわかりやすく説明した。また、研究への参加は任意であること、一度同意しても、どの段階でも取り消すことができそれによる不利益は伴わないということを説明し、同意を得られた場合は同意書(資料 4-③)にサインをお願いし、一部を保存、一部は研究者に渡してもらえよう説明した。同意を撤回したい場合は同意撤回書(資料 4-④)に記入いただくか、直接研究者へ連絡してもらうことで撤回できることを伝えた。なお、参加観察当日は、事前に配布した依頼文書に記載した、参加観察とインタビューにおいて生じる恐れのあるリスクと対応について不明な点はないか確認した。

#### (ア) 参加観察で生じる恐れのあるリスクとその対応

看護師自身の看護実践に関する参加観察であり、自分の看護実践を評価されたと否定的感情を抱いたり、参加観察されること自体が精神的負担となる可能性が考えられる。そのため、事前に本研究は研究参加者の看護実践の評価をするものではないこと、こたえたくない質問に対してはこたえなくても良いということ、参加観察の途中でも負担となった場合はすぐに中止できる事を説明した。また、研究者が同行することにより業務に影響を及ぼす可能性も考えられる。研究者は業務の妨げにならないように観察する場所を配慮し、研究参加者の状況を確認しながら観察した。また、参加観察の時間の調整は事前にわかる日常生活援助においては勤務開始時に時間を確認し、その時間に合わせて同行した。研究参加者の業務の状況やケアの対象者となる認知症高齢者の状況に合わせて臨機応変に時間調整することを伝え、あくまでも、認知症高齢者の状況や看護業務が優先であり、研究参加者の負担になることのないようにしてもらうことを説明した。

なお、参加観察による感染のリスクを軽減するため、常に研究者はマスク、ゴーグルを着用し、観察の際、対象者との間隔を保つなど、感染症対策を講じた。

## (イ) インタビューにおいて生じる恐れのあるリスクとその対応

インタビューを行う時間は基本的には勤務時間外としたが、勤務時間内を希望された場合は勤務時間内で研究参加者の希望にそうように調整した。途中で体調が悪くなった場合はすぐに伝えてもらい、いつでも中止できることを伝えた。参加観察と同様に、看護師自身の看護実践に関するインタビューであり、自分の看護実践を評価されたと否定的感情を抱く可能性が考えられる。そのため、事前に本研究は研究参加者の看護実践の評価をするものではないこと、こたえたくない質問に対してはこたえなくても良いということ、インタビューの途中で負担となった場合はすぐに中止できる事を説明した。また、インタビューの内容が上司や他の看護師に知られた場合に不都合な状況が起こる可能性がある。インタビュー内容は個人が特定できないように分析し、インタビューの時期や回答などが直接の上司や同僚にわからないように配慮した。また、インタビュー内容の録音に関しては事前に許可を得てから行い、ICレコーダーやメモリは鍵のかかるロッカーに保管した。

オンラインインタビューのソフトは使いやすく安全性の高い Signal を用いた。利用方法については資料（資料 6）を用いて説明した。セキュリティに留意しデバイスにはパスワードロックをかけ、実施時は他者に見られないように屋内の個室にて行った。なお、研究参加者の映像は映したくない場合は映さなくても良いことを伝えた。

## 2. 病院長に予測されるリスクと倫理的配慮

研究テーマが看護実践に関することであり、結果によっては病院の看護者の評価につながる恐れがある。本研究は、看護の質の評価を目的としているものではないこととし、研究結果の公表については病院や病棟が特定されないように配慮することを説明した。

### 3. 看護部長に予測されるリスクと倫理的配慮

該当病棟を選ぶ際に、病棟管理者との連携が必要になる。また、一般病棟に関しては病棟選定が困難な場合、時間を要し精神的な負担となる可能性がある。該当病棟は看護部長と調整を行い、その条件については明確にした上で相談した。そして、研究テーマが看護実践に関することであり、当該病院の看護の質の評価につながる恐れがある。本研究は、看護の質の評価を目的としているものではないこと、研究結果の公表については病院や病棟が特定されないように配慮することを説明した。

### 4. 病棟管理者に予測されるリスクと倫理的配慮

病棟管理者に関しては、看護師に対して研究依頼文書の配布をお願いしたが、できるだけ負担をかけないように配布資料は一つ一つまとめて準備し、研究参加を希望しない場合のみ期限までに研究者に直接連絡をしてもらうように依頼した。インタビュー時間の調整は直接研究参加者で行うことで、病棟管理者の負担とならないようにした。

また、参加観察を行うにあたり、対象となる認知症高齢者へ説明と同意を得る努力をするとともにキーパーソンへも説明と同意を得る必要がある。その際、キーパーソンとの連絡調整について相談する必要があると考える。キーパーソンへの説明については病棟管理者と内容と方法について相談した上で、確認が取れるように調整した。

なお、研究テーマが看護実践に関することであり、当該病棟の看護の質の評価につながる恐れがある。本研究は、看護の質の評価を目的としているものではないことを説明し、研究結果の公表については病院や病棟が特定されないように配慮することを説明した。

### 5. 参加観察の際対象となる認知症高齢者に予測されるリスクと倫理的配慮

研究参加者のケアについて参加観察を行うにあたり、看護師と認知症高齢者の相互作用に着目するため、ケアの対象となる認知症高齢者自身も参加観察の対象となる。急性期医療において、環境の変化に影響を受けやすく、精神的に



不安定になりやすい状況にある認知症高齢者にとって、初対面である研究者の参加観察の仕方によって不安や不信感を抱かせる可能性が考えられる。そのため、まずは事前に自己紹介と研究のためにケアを見学させてもらいたいことについて説明した。同時に、研究の説明と倫理的配慮事項について説明した(資料 7-①)。しかし、認知症高齢者とその家族の一部は認知機能の低下も考えられるので、できるだけ平易な文章でわかりやすい文書(資料 7-②)を用い、認知症高齢者やご家族が理解でき混乱しないように配慮した。なお、認知症高齢者の意思は言語的・非言語的表現から確認した。同意を得られた場合はご本人、ご家族から署名をいただいた。基本的にはご家族の同意が得られる対象者とするが、新型コロナウイルス感染症対策による面会制限があり、ご家族から署名をいただくことが困難であった。その際は、看護管理者の協力のもと家族への同意の連絡をしていただいた。やむを得ずご家族がいない認知症高齢者となった場合、認知機能の低下はあるものの、ご本人が研究説明を聞いて、研究参加について了承いただける場合は対象者の自律性を尊重し研究参加者とした。この際注意する点として、認知症高齢者の理解力に合わせて、本人がわかる表現で伝えた。なお看護管理者には、意思疎通が可能で研究参加の可否を伝える能力はあると判断いただける対象者を選定いただくように依頼した。認知症高齢者の書字が困難で口頭での同意となる場合は、看護管理者に立会人として認知症高齢者の研究への同意を得る際同席してもらい、同意書に署名をしてもらった。認知機能の低下から認知症高齢者の同意の意思は変化することも考えられるため、参加観察前に再度意思の確認を行った。また、参加観察中も認知症高齢者の表情などから意思を汲み取り、拒否的な様子があった場合は参加観察を中止するなど、常に認知症高齢者の様子の変化に留意した。

なお、参加観察による感染のリスクを軽減するため、研究者は常にマスク、ゴーグルを着用し、観察の際、対象者との身体的距離を保つなど、感染症対策を講じた。

上記の用件に加え以下のことを 1～4 の対象者へ説明した。

- 1) 病院や個人の匿名性を確保によるプライバシーの保護、個人情報(電

話番号、メールアドレス)の保護を遵守する。

- 2) 研究中のデータの保管や処理はインターネットに接続していないパソコンを使用して実施する。
- 3) メモやレコーダー、逐語録などの記録は鍵のかかる場所で保管し、使用后すぐに元の保管場所で保管する。
- 4) 得られたデータは個人の特定制ができないように処理し、研究者は口外せず本研究以外に使用しない。
- 5) 研究が論文としてまとめ次第、メモ、逐語録は研究者本人が指導教員の立会いのもとシュレッダーで処分する。また、メモリに保存したデータも指導教員の立会いのもとで削除する。インタビュー時のレコーダー記録も指導教員の立会いのもと削除する。
- 6) 研究結果をまとめるにあたり、研究参加者の発言内容の整理に関しては、研究者がまとめたデータの開示が必要かどうか確認を行い、必要時は研究参加者の了承を得た上で分析・考察する。
- 7) 研究終了後に研究結果をまとめたものを送付できることについて、研究協力依頼書を用いて口頭で説明し、希望の場合は送付先を明記してもらう。研究終了後には、研究結果をまとめた要旨を送付する。
- 8) 研究期間中の依頼書と同意書についてはともに京都橘大学内で保存する。
- 9) 研究終了後、依頼書と同意書はともに指導教員の立会いの下破棄する。
- 10) 研究結果を関連学会等に公表する許可を得、発表時は匿名性を保障する。

以上については京都橘大学研究倫理委員会の承認を得た(承認番号 20-18)。

## 第5章 結果

### I. 研究対象施設、研究参加者の概要

#### 1. 研究対象施設の概要

研究対象施設は急性期医療を提供する150～200床以下の病院で、施設による結果の偏りを避けるため2施設で実施した。

#### 2. 研究参加者の概要

##### 1) 看護師属性（表1）

看護師については21名の協力を得た。年齢は20代～40代の女性15名、男性6名で、臨床経験年数は2年～18年（平均9.1年）であった。なお条件に当てはまる研究参加者の中で研究辞退や脱落者はいなかった。

臨床経験年数ごとの人数としては、2～3年が3名、4～5年が4名、5～6年が2名、7～8年が1名、9～10年が4名、10年以上は7名であった。

表1. 研究参加者（看護師）属性

看護師	年齢	経験年数 (年)	インタビュー 時間	看護師	年齢	経験年数 (年)	インタビュー 時間
A	20代	6	28分45秒	L	20代	3	45分00秒
B	20代	3	42分00秒	M	30代	19	29分38秒
C	20代	4	36分06秒	N	30代	13	41分27秒
D	40代	9	55分13秒	O	40代	13	43分38秒
E	20代	6	79分14秒	P	20代	2	28分56秒
F	40代	17	54分07秒	Q	30代	9	20分34秒
G	30代	10	50分45秒	R	30代	8	26分34秒
H	30代	9	42分28秒	S	30代	4	14分08秒
I	30代	13	55分05秒	T	20代	4	30分10秒
J	40代	4	48分48秒	U	40代	19	38分19秒
K	40代	16	61分36秒				

## 2) 参加観察の際対象となった認知症高齢者(表 2)

参加観察の際対象となった認知症高齢者については、70代～90代の女性3名、男性5名の合計8名の協力を得た。認知症高齢者の日常生活自立度について、「Ⅲ」が6名、「Ⅲ～Ⅳ」が2名であった。安全対策として、ベッド臥床時は体幹抑制ベルトを装着し起き上がれないようになっていたり、車いす移乗中は安全ベルトを装着され立ち上がれないようにされている状況が見られた。

表 2. 参加観察の際対象となった認知症高齢者の属性

高齢者	年齢	性別	認知症高齢者の 日常生活自立度	安全対策
a	70代	女性	Ⅲ-Ⅳ	4点柵、体幹抑制ベルト、抑制着、 離床検知装置、車いす用安全ベルト
b	80代	女性	Ⅲ	4点柵、車いす用安全ベルト
c	80代	男性	Ⅲ	センサーマット
d	90代	男性	Ⅲ-Ⅳ	赤外線センサー、車いす用安全ベルト
e	90代	女性	Ⅲ	4点柵
f	70代	男性	Ⅲ	4点柵、体幹抑制ベルト
g	80代	男性	Ⅲ	3点柵、体幹抑制ベルト、離床検知装置
h	80代	男性	Ⅲ	4点柵

## 3. データ産出の内容と産出方法

データ産出の内容は、看護師が認知症高齢者の日常生活援助を行う場面とその場面についての語りである。データの産出方法は、参加観察とその後のオンライン、または対面によるインタビューである。参加観察した場面としては、環境整備、排泄、食事、移乗移動、更衣、整容、レクリエーション、リハビリテーション、口腔ケア、清潔（手洗い）であった（表 3）。参加観察日数は1名の看護師に対して1日で合計21日、インタビュー時間は14分08秒～79分14秒で平均41分33秒であった。参加観察データはA4用紙72ページ分で67312文字、インタビューデータから作成した逐語録は、A4

用紙 174 ページ分で 178954 文字であった。

表 3. 観察場面と回数一覧

看護師	観察場面と回数									
	環境 整備	排泄	食事	移乗 移動	更衣	整容(髭 剃り)	レクリ エーシ ョン	リハビ リテー ション	口腔 ケア	清潔(手 洗い)
A	1			1						
B		1								
C		1		1						
D		1		1						
E		1		1				1		
F		1								
G		1								
H		1		1				1		
I									1	
J		1		1		1				
K	1	1		1	1	1				
L		2		2						
M	2			1					1	
N		1		1						1
O		1	1	1					1	1
P		1	1	1			1			1
Q		1	1	1			1		1	1
R	1			1	1		1			
S	1			1						
T			1							
U	1		1						1	
合計	7	15	5	16	2	2	3	2	5	4

#### 4. 理論的サンプリングと理論的飽和について

M-GTA における理論的サンプリングの考え方とは、抽象化により分析を深めていく過程のことで、解釈上のアイデアが得られたら実際にデータでサポートされるかどうかを確認し、解釈上のアイデアをもって理論的サンプリングが稼働すると捉える。また、データ産出はまとめて可能な時期に行い、それを分析対象とし、分析状況を踏まえて必要であれば、追加の産出を行うという考え方を採用している。

また、M-GTA における、理論的飽和の判断については以下で行うこととされている。

- 1) 分析ワークシートによる概念生成の完成度（小さな理論的飽和化）
- 2) カテゴリー間関係を中心とする結果図とストーリーラインのレベル（大きな理論的飽和化）

中心的(コア)カテゴリーを中心に分析結果が統合された状態であり、データの追加があってもその構造が変動せず、内部の相互の関連性が安定しているときの判断。

本研究においては、1施設目にて11名、2施設目にて10名の合計21名の研究参加者からデータを産出した。理論的サンプリングを稼働させながら、目的的にデータを見、分析方法で示した継続的比較分析を行った。例えば、看護師Kの語りから分析テーマに関して該当するヴァリエーションが抽出され、〈選択肢の提示（後に自己選択できる工夫へ変更）〉という概念が生成された。その際、残りの20人の看護師の中に類似例の語りがありそのような看護師からデータを読み返し、類似例を探した。同時に、看護師Kの語りの中で選択肢を提示した後や前のプロセスに関わるヴァリエーションを探した。すると選択肢を提示した後に〈リスク対処を踏まえた試行〉（後に自律した行動の見守りへ変更）に関するヴァリエーションが捉えられた。なお、類似例が充実してきたら対極例も検討し該当するヴァリエーションを探した。これらのヴァリエーションの検索は、インタビューの語りの内容がある程度研究者の頭に思い浮かぶため、該当看護師が浮上してくる。このように、目的的にデータをみるとは、生成された概念や、プロセスに

関連する概念を予想しながらデータを見ていくことを指す。この作業を繰り返しプロセスに関わる概念を導き出していった。

## II. 分析の結果

得られたデータは分析テーマと分析焦点者を設定し、その視点で分析し、概念生成から概念間同士の関係性をみながら、カテゴリー、必要時にはサブカテゴリーを作成した。以下にその概要を述べる。なお、本論文ではカテゴリーを【】、サブカテゴリーを【】、概念を〈〉、語りを「」で、語り内での会話や具体的な声掛けを『』で、研究者が全体の意味を捉え補足した言葉を（）で示す。また、ヴァリエーションの意味解釈を助けるため、文脈を崩さない範囲でフィラーと呼ばれる言葉の癖は整えた。

### 1. 急性期病棟に入院する認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセス

分析テーマを「急性期病棟における、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助のプロセス」とし、分析焦点者は「急性期病棟で認知症高齢者看護に関わる看護師」として分析を行った。以下に結果図とストーリーラインを示す。

#### 1) 結果図（図 1）

分析テーマに基づき生成された概念・サブカテゴリー・カテゴリーとその関係性についての全体像を視覚的に示した。またその骨子を簡潔に文章化したストーリーラインを以下に示す。

#### 2) ストーリーライン

急性期病棟における認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスに関して、自律の尊重に至るプロセスとして 3 つの流れがある。まずは【自律尊重への足掛かり】において【意思を捉える努力】【自律の方向性判断】が行われ【自律を保持する支援】へ至るプ

プロセスである。2つ目は、【自律尊重への足掛かり】の後に、【自律尊重判断の葛藤】という〈本人のニーズの緊急性判断〉をしつつも〈急性期業務と自律との葛藤〉〈安全と自律との葛藤〉が生じる場合である。その状況においては【マネジメント能力の発揮】として〈タイムマネジメントの工夫〉〈持てる力を信じた同時対応〉〈多職種との協働〉により【自律を保持する支援】に至る。3つ目は、【自律尊重の足掛かり】の後【自律尊重判断の葛藤】が生じた際に、認知機能の低下による混乱や不安から生じている可能性があるニーズに対して〈安心感をもたらす対応の模索〉を行う場合である。しかし、不安の解消ができない場合【自律尊重判断の葛藤】へ戻り【自律尊重への足掛かり】や【マネジメント能力の発揮】を踏まえた【自律を保持する支援】へプロセスが進む。これらのプロセスにおいて、認知症高齢者の状態は変化することがあるため行きつ戻りつする。

なお、【自律尊重への足掛かり】を行う上では〈先入観からの解放〉が必要である。また、〈自律尊重志向〉〈BPSD 予防志向〉〈病棟の風土改革志向〉といった【自律尊重プロセス推進志向】が自律の尊重に至るプロセスを促進する上で重要な役割を果たす。この〈先入観からの解放〉は【認知症高齢者の肯定的側面の認識】により行われ、【自律尊重プロセス推進志向】は【自律尊重認識の形成】により導かれる。

自律の尊重に至る看護実践のプロセスの終着点である【自律を保持する支援】は、【自律の醸成】【自律の発揮】〈自律の補完〉〈個人の尊厳の尊重〉で構成され、認知症高齢者の自律を保つことを意識した看護実践である。そして【自律を保持する支援】から導かれる【認知症高齢者の肯定的側面の認識】は看護師への肯定的なフィードバックとなり、【自律尊重への足掛かり】へと戻り自律の尊重に至るプロセスを促進する。

一方で、自律の尊重に至らないプロセスは、看護師の〈認知症への否定的先入観〉が背景となり【認知症高齢者の意思軽視】によって【置き去りになる自律】へと向かう場合と、自律の尊重に至るプロセスを進み〈安心感をもたらす対応の模索〉の中で【置き去りになる自律】へ向かう場合がある。この自律の尊重に至らないプロセスには【急性期病棟の環境】【急性期病棟の



文化】といった自律の尊重を阻害する環境が影響している。なお【置き去りになる自律】という〈訴えのやむなき放置〉〈やむなき身体拘束〉は、〈認知症高齢者の QOL 低下〉を招く。

- 3) 急性期病棟における、認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスを構成するカテゴリー、サブカテゴリーと概念について

急性期病棟における認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセスにおいて、11 のカテゴリーと、4 つのサブカテゴリー、38 の概念が生成された。

以下に、生成されたカテゴリー、サブカテゴリー、概念について説明する。なお、観察場面が該当するものについては観察場面とその場面の看護師の語りをヴァリエーションに示した。観察場面が見られなかった場面は語りのみをヴァリエーションに示した。

- (1) 自律の尊重に至る看護実践のプロセスとそれに関連する構成要素  
(表 4)

自律の尊重に至る日常生活援助のプロセスは 7 つのカテゴリーとカテゴリーと同等の説明力をもつ 2 つの概念で構成された。ここでは、カテゴリーとカテゴリーと同等の説明力をもつ概念について以下の①～⑨で説明する。

① 【自律を保持する支援】

このカテゴリーは【自律の醸成】【自律の発揮支援】〈自律の補完〉〈個人の尊厳の尊重〉という 2 つのサブカテゴリーと 2 つの概念から構成された。このカテゴリーは、認知症高齢者が完全に一人で行う自律を目的としたものではなく、何らかの支援を受けたとしてもその人なりの自律が保たれるような看護実践を示しており、本研究のコ

アとなるものである。

看護師は認知症高齢者の【自律尊重への足掛かり】を踏まえながら、認知症高齢者であっても認知症がない人に対する関わり方と同様に選択肢を提示しながら認知症高齢者に対して〈自己選択への配慮〉を行う。また、認知機能障害による影響を考慮しつつも、認知症高齢者の日常生活動作と身体の現状をつないだり、環境を整えることで認知症高齢者の自律的な行動を導く〈習慣想起への誘導〉を行う。これらの【自律の醸成】により引き出された、自らの意思で行おうとしていることに関しては【自律の発揮支援】として〈自律した行動の見守り〉を行う。そして、できるだけ療養生活において認知症高齢者が自分らしく自由に過ごせる時間を持てるよう〈身体拘束解除の工夫〉を行う。しかし、認知症高齢者は認知機能や身体機能の低下があり完全に自律するという事は難しい状況もある。そのような状況であっても認知症高齢者が出来る部分は活かしながらできない日常生活動作を支援したり、認知症高齢者が自己決定できるように支援する〈自律の補完〉を行う。これらの関わりにおいては、認知症高齢者の価値を認め、自尊心を傷つけないようにしたり、その人を尊重し合意を得ながら援助をする〈個人の尊厳の尊重〉が意識されている。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈自己選択への配慮〉

看護師 Q(臨床経験 9 年)の観察場面とその語り。

もうすぐ食事になる状況で以下のような場面が観察された。

#### 観察場面

看護師が「このまま（車いすに）座って御飯食べましょうか」と聞くと f 氏が「うん」と頷いたので看護師は食事を配膳する。看護師は食器の蓋を開けると「のりか、卵、どっちがいい？」と f 氏にご飯にかけるソースを見せながら、希望を確認する。f 氏

は「卵」と答えたので看護師は「味付け卵全部つけていいですか？」と確認すると f 氏は「うん」と頷いたので看護師は卵ソースをご飯にかける。看護師がメニューを伝えるが、f 氏はスプーンをもって食べ始める。看護師は「聞いている？」と苦笑いする。

この場面について看護師 Q は次のように語った。

「(選択してもらうことについては意識されましたか?) あんまり(笑)。無意識で。本人の意思が伝えられるような方やったんでしっかり、質問してっていう感じですかね」

看護師 H(臨床経験 9 年)の観察場面

リハビリのために PT が訪室し、「歩きましょうか。歩く？」と聞くと c 氏が「ちょっと体がおかしいんです」と訴えがあり、PT が看護師を呼びに行った場面で以下のような状況が観察された。

### 観察場面

看護師が「しんどいのはどこですか？」と聞くと c 氏は「全体に」と答える。看護師は『血圧と体温はお変わりないんですけど、リハビリずらすか、今するかどうしますか?』と聞くと c 氏は『ずらします』と答えた。看護師はリハビリ担当者にその旨を伝えリハビリ時間をずらしてもらう。

(イ) 〈習慣想起への誘導〉

看護師 K(臨床経験 16 年)の観察場面とその語り。

d 氏に髭剃りをしてもらうまでの関わりで以下のような状況が観察された。

### 観察場面

「dさん、髭剃り持ってますか？」と看護師が聞くとd氏は「どないすんの？」と聞く。看護師が「触ってみてください」と顎を触るよう看護師も顎を触って示しつつ促すとd氏は顎を触りながら「あ、髭剃りせなあかん！持ってきてない」と発言する。

この場面について看護師Kは次のように語った。

「認知症高齢者さんにやっぱり自分の体に関心を持っていただいて、どんな状況かってわかっていただきたいので、爪とかも伸びてたら触ってみてと。わかっていただける、絶対わかってもらえることってあると思うんです認知症の方でも。そこは、できること、見えるところは見てもらう、触れるものは触ってもらうようにしてます」

看護師O(臨床経験13年)の観察場面とその語り

食後に歯磨きをしてもらう状況で以下のような場面が観察された。

### 観察場面

看護師が「fさん」と声をかけ「はい」と返事とするのを確認した後、「ご飯終わったので歯磨きしましょうか」と歯ブラシを示しながら説明し、見てもらった後渡す。また「歯磨き粉です」と物を示しながら伝えて渡す。f氏は両方を受け取り、歯みがき粉の蓋を開けて歯磨き粉を歯ブラシにつけて、自分で磨き始める。看護師は、ガーグルベースンと水をいれたコップをテーブルに置く。f氏は磨き終わると、うがい迄まで行う。看護師は「口の中に泡が残っているののでうがいをもう一回しましょう。もう一回くらいいっときましょう」と促し、「はいOK」と伝えるが、f

氏はさらにもう一回続ける。看護師は「あ、もう一回」と見守る。

(ウ) 〈自律した行動の見守り〉

看護師 H(臨床経験 9 年)の観察場面とその語り

看護師が昼休憩の前に c 氏のもとへ訪室トイレへ誘導した場面で以下の状況が観察された。

### 観察場面

トイレに到着し c 氏に手すりを持って立位を取ってもらう。看護師が「(ズボン) おろしますよ」と声をかけるが、c 氏は右手で手すり持ちながら、左手でズボンを自分でおろしている。看護師はその様子を見守る。c 氏はズボンと下着を下ろし終わると自分から便座に座る。

この場面について看護師 H は次のように語った。

「できるだけ自分でやりたいっていう思いがあるので、その辺のまあ、自分の行動だとかそういったのは、まあ、こちら側、んー完全にこちら側から手伝うのではなくて、まあ、自分からできるように援助させてもらう」

看護師 S (臨床経験 4 年)は次のように語った。

「ベッドサイドのもの、床頭台の上のものとかやっぱ片付けたいとかそういう意欲とかある方とか、でもやっぱフラフラしたりしてこけちゃうってリスクもあるんですけど、でも私たちがやったって納得していただけないとか、そういったところは見守りしながらなるべく、納得っていうか、本人の納得のいくようにしてるところとかはあります」

(エ) 〈身体拘束解除の工夫〉

看護師 H(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「たぶん入院時はがっつりな抑制をしてたと思うんです。4 点柵に転倒むしつけて、ベッド上から一步もおりれない状態で、膝がかなり腫れてて歩けなかったんでその辺もあってそうさせてもらってたんですけど、自分でしたいっていうのと、あとどうしても柵をぬいてしまったりだとか安全面の配慮的にあの形で、センサーマットを使用する形で、トイレに行ったりとか、c さん自体が縛られた状態ではなくて自分の行動、自分の意思で行動するってことはできるようになったかなって」

看護師 E(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「ちょっと座るだけやのについていう本人の気持ちもあると思うので、目がすぐそこにあるうちは座らせてあげたりとか、若干自由に動いてもらったりもして、できるようにセンサー切ったりとか、この前いたときはそんなに動いてなかった、穏やかに過ごしてはったんで。ちょっと、その部屋でラウンドするんやったらちょっと目があるし、ちょっとセンサー切って抑制取って、少し自由にできるようにしてあげたりとか、ちょっとした緩和とか、みたいなのを考えないといけないかなと」

(オ) 〈自律の補完〉

看護師 N(臨床経験 13 年)の観察場面とその語り

e 氏がベッドへ車椅子から移乗する際に以下のような場面が観察された。

観察場面

看護師が「足下におろせる？」と聞くと e 氏は自分で足をフットレストから床に下ろす。看護師が「ちなみに上げれる？」と聞

くと、e氏はフットレストへ足を乗せる。看護師は「おーできるやん。いいタイミングで(車いすから)立っていいよ。お手伝いするから」と伝える。しかしe氏は「立てない」と言うため、看護師は「じゃあ手伝うで、こっちの手であそこ持とう」と伝えるとともに、e氏がお尻を上げようとするのに合わせてお尻を支え介助する。e氏は立位取るも「怖い」と言う。看護師は「大丈夫。私もってるやろ」と声掛けするとe氏は向きを変え、ベッドに端坐位になる。

この場面について看護師Nは次のように語った。

「患者さんのじりつっていうか、できるどころ、自分がこれができるんだってところは自覚させてあげたかったりとか、あとは、まあ、そういいながらもちょっと手助けはするけどみたいな感じの雰囲気は出してるつもりではいます」

看護師C(臨床経験4年)は次のように語った。

「あーでも(本人に)相談しますかね。どっちでもいいって言われるとこっちは座ってほしいけどどっちだよってなるから、『じゃあどっち?』って聞きます。明らかに動かなくて(看護師として)動かしたい人は行きましようって促すけど、ちょっと面倒くさがっている人、どっちでもいいよって言われたら、『決めてよ』って。朝は座ったか座ってないか聞いて、朝は座ってないって言ったら、リハビリしたばっかで疲れてるのかなって、『リハビリ終わった?』って、でリハビリ午前中したとかだったら、『じゃあ座りましよう』って言って結局こっちが決めてるのか(笑)とか。結局座らせて。一応聞くようにはしてる。全部が全部できるあれではないですけど、理想はそれですね。(本人と)相談しながら決めたりとか」

(カ) 〈個人の尊厳の尊重〉

看護師 O(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「今日みたいにお話しできる患者さんはもちろんそうだし、できない方の場合でも必ず声かけるとか、どうかなってという反応を見るっていうのはそうだな、それはそうですね。あんまり特に意識してっていう感じではないけど、それは当たり前だなと思いがらやっているの」

看護師 H(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「c さん自体は自分でしたいって思いが一番だと思うので、そのへんで自分でできるように、なおかつ自分でそれをしたことによって、私たちからナースコール無かったら、『なんで呼ばなかったの』っとか言われるわけじゃないですか。そういうのを言わないようにですね。いったら叱るじゃないですけど、次から呼んでくださいねっていうのも、本人にとっては自分は一人でできると思ってるのに、呼んでって言われたっていう思いもたぶん残ってしまうと思うから。そうですね。こちらからの声掛けで、まあ声かけられたんやったら行っところか、気持ち面でもそういう配慮、自己でやろうとされてたので、歩きたい意思だとか、そういうのを尊重しながらでしたね」

② 【自律尊重への足掛かり】

このカテゴリーは【意思を捉える努力】【自律の方向性判断】という 2 つのサブカテゴリーから構成された。

一般病床の平均在院日数は 16.0 日(厚生労働省,2019)と 2 週間程度であり、平均よりも在院日数が短い入院患者もいることを考えると、急性期病棟は患者の入れ替わりが激しいことがデータからもわかる。そのため日勤で初めてその認知症高齢者を担当する場合も多く、何ができて何ができないのか全く分からない状態から



の関わりとなる。このカテゴリーはそのような状況において看護師が、認知症高齢者の意思を捉えることと同時に、その認知症高齢者の入院生活における自律の目指す方向性を判断する自律尊重の糸口となる部分を示す。

認知症高齢者の日常生活援助を行うにあたり、看護師は認知症高齢者の認知レベルに合わせて、タイミングや信頼関係を作るなどによって認知症高齢者が思いを表出しやすい環境を整える〈思いの表出支援〉を行う。さらに、認知症高齢者の行動や些細な表情の変化、発する雰囲気などの反応を見逃さないようにし、高齢者の遠慮や我慢をしやすい部分を見越しながら〈思いの斟酌〉を行う。これらの関わりが認知症高齢者の意思を捉えることに繋がる。また、意思を捉えるだけではなく、認知症高齢者が自律できるかどうか様々な視点から判断している。一つは治療による制約がある中、認知症高齢者の本来の日常生活の状態を考慮しながらできる限り本来の日常生活に近づけるために〈制約と本人の生活様式とのバランス〉を考えている。もう一つは認知症高齢者の認知機能や身体機能、全身状態を踏まえ〈自律可能か状態の判断〉を行うことである。さらに環境の変化や時間帯や薬剤の影響など様々な影響を受け変動する精神状態についても、どのような状態かを判断する。なお、このカテゴリーは、看護師が〈先入観からの解放〉により、認知症高齢者の自律に関わる様々な持つ力の可能性を信じながら行うものである。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

#### (ア) 〈思いの表出支援〉

看護師 I(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「理想としてはやっぱりしっかりと、今何したいのとか、それを何でそうしたいのっていうところを紐解いて、何が気になる、相手の方のレベルに応じた、認知のレベルに応じて、何を今

どうしたいですかっていう内容を聞いて、そこのところを叶えて  
ってひとつづつ解消していく関わりがいいのかなとは、ここま  
ではできますよね、じゃあここはやっていただいていたいいですか  
っていう返しをしていくといいのかな」

看護師 N(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「今は気持ちの変化かどうかわからないけど、この人がちゃん  
と療養できるように、ちょっと言葉悪いですけど言うこと聞  
いてくれる(理解してくれる)とか、そういった、そういう  
(理解してくれる)ようになるにはどうしたらいいんだろうな  
とは思いつつ、その人の情報を聞き出しながらのコミュニケ  
ーションに変わってるかもわかんないですけど。(思いを)聞  
き出そうとするコミュニケーションに変わってると思います」

#### (イ) 〈思いの斟酌〉

看護師 F(臨床経験 17 年)の観察場面と語り

リハビリの時間となり PT が部屋を訪室した。看護師が見守る  
状況で以下のような場面が観察された。

#### 観察場面

c 氏は臥床していたが、自ら両手でベッド柵をもって座り、端坐  
位へと体位を移す。そして、右手で柵をもって立ち上がったあと  
「重たい(笑)」とつぶやく。看護師は「あ、替えましょうか、ほん  
とや」とオムツがずっしりとなっている様子を見てオムツ交換を  
提案し、すぐに交換する。

この場面について看護師 F は次のように語った。

「申し訳なかったですね、すっごく、重たいという表現が、本  
当だったらオムツ変えてって言ったらいいのを重たい、なんか切

なかったですね」

看護師 Q(臨床経験 9 年)の観察場面とその語り

### 観察場面

f 氏はお風呂上がりで車いすに座り部屋で過ごしている。看護師は電子カルテに記録しながら f 氏の足元を見て「気持ち悪い？」と聞く。f 氏は「はい」と言ったため、靴を脱がせ、靴の上に足を置いてもらう。

この場面に関して看護師 Q は以下のように語った。

「なんか、お風呂の後ずっとこう靴見て、靴ちょっとこうやって（底背屈して）動かしてたんですよ、で、気持ち悪いのかなって思って、結構お風呂あがったらすぐ履いちゃうんで、湿ってる状態？だから嫌なんかなと思って。靴下もはいてなかったんで、それで、気持ち悪いですかって聞いたら『うん』って即座に答えてはったんで、あ、じゃあ『脱ごうか』って言って脱いだって感じですよ」

(ウ) 〈制約と本人の生活様式とのバランス〉

看護師 O(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「どうしてもこの急性期っていうところで、まず治療ありきっていうところはあるので、やっぱり点滴しないといけないとか、今は動いちゃいけないとか、食事も嚥下のおいしくない食事をたべないといけないとか、やっぱり制約はかなりかかる部分はあるし、やっぱり治療は優先しないといけないところではあるんですけども…（省略）…まあ理想としてはとにかく、元の環境での元の生活をいかに入院中も維持できるか、それを治療との兼ね合いを含めて判断できるのは看護師だと思うので、そこはなるべく一自立を促すというか維持する、元の生活をいかに維持できる

かっていうところをまあ、常に考えていきたいな、それを維持できるのが理想的な療養環境につながるのかなとは思っています」

看護師 A(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「あの人脚長差がある。足の長さが違くて、内旋気味で可動域も制限がかかっちゃってるので、自分がイメージしている動けるといふのと、ここではやっぱり違ってくるので。リハさん(リハビリ担当者)がいないとその ADL アップまではいかないかなと。一応トランスまでは移乗は許可もらえているんですけど」

(エ) 〈自律可能か状態の判断〉

看護師 C(臨床経験 4 年)の観察場面とその語り

a 氏から「オムツかえて」という訴えがあったためオムツ交換をする場面で以下のような状況が観察された。

#### 観察場面

看護師が「オムツ開けますよ、どちらが向きやすいですか？」と a 氏に尋ねると a 氏は「左」と答えた。看護師が「左向いてください」と伝えると a 氏は左側に体をねじった。つづけて看護師が「お尻上がる？」ときくと a 氏は「うん」と言いお尻を上げた。オムツを取り替える間看護師は「トイレ行ってないの？」と聞くと a 氏は「うん」と答える。看護師が「あっちに戻るために頑張ろう」と伝えると a 氏が「あっち？」と理解できていなかったようで聞き返すと、看護師は「△病院。なんか嫌そうな顔して(笑)、トイレわかる？」と聞くと a 氏は「わかる」と言う。看護師は「行きたいとき教えてください。トイレ行こう！」と誘うと a 氏は「はい」と答える。

この場面について看護師 C は次のように語った。

「早く離床してほしいっていうのがあって、結構こんだけ動けるから、動けるんじゃないかっていうので動きを見てたのと、動けるにしてもどれくらいの認知なのか、ナースコールわかってるのか？認知力っていうか、会話はある程度通じるなって思ったのと、ナースコールも、ナースコールわかってるか？なんだろうわかってたら、便意とか？どのくらいわかるのかなって思って、それを聞いて、なんかわかりますだったかな、わかりますって言ってたから、あ、じゃあトイレいけるじゃないってなって。で、最初のころたぶん帰りたい帰りたいをずっと言ってたんですよ、だから『向こう帰れるよ』って言ったならやる気出るかなって」

看護師 O(臨床経験 13 年)の観察場面とその語り

食事の時間、対象者を自室へ誘導する状況で以下のような場面が観察された。

### 観察場面

看護師が「f さん、ここでお昼ごはん食べますね。お昼ご飯にしましょうか。お昼ご飯なので広い方向きますね」と車いすの向きを、壁やベッド、床頭台ではなく解放的な方向へ向ける。f 氏は「はい、すみません」と言う。食事を看護師が配膳し、食器にかぶせている蓋を開ける。「今日の献立これです、刻み、トロミ、柔らかくしてもらってます」と献立用紙と、一つ一つお皿を本人に示しながら食事の内容も伝える。f 氏は献立用紙にある自分の名前をつぶやく。また、看護師が「卵味のソースはかけますか？」と聞くと f 氏はうなずいたので「全部かけちゃいますね」とご飯に卵味のソースをかける。看護師は「スプーンかな」と床頭台からスプーンをトレイに置く。看護師が「デザートにヨーグルトね」とヨーグルトはトレイの外にずらし、「はいどうぞ」と

伝える。その途中から f 氏はスプーンを取って自己摂取し始める。

この場面について看護師 O は次のように語った。

「食事の認知がどれくらいなのかなというところで、セッティングだけして、ごはん置いて、蓋だけは開けたんですけど、まあそのあとで自分でスプーン手伸ばすかなとか、スプーンだけ置いていけるかなとか、あとは、食事の内容が理解できるのかなというところで、紙渡したら自分で読めるし字も読める、献立も見せたら読んでるということなので（食事ということは理解できていたと思うが）、ただ、献立どこまで理解できているかどうか、わからなかったんで」

(オ) 〈変化する精神状態の判断〉

看護師 R(臨床経験 8 年)は次のように語った。

「不穏が結構あって、起き上がったり、怒らせないように関わります。易怒性があるので、夕方から。日中はそこまでではないんですけど。3 つくらい眠剤、鎮静剤使ってるので。でも朝しっかり起きてたので大丈夫やと思います。穏やかな感じかと思います。抑制ベルトはあるんですけど外して、すぐ見れるようにはしています」

看護師 T(臨床経験 4 年)は次のように語った。

「昨日なんかせん妄なって、起き上がりとか柵外して、処置室連れてきたんで、たぶん夜は寝てないから今日朝はぐったりして、昨日もちよっと易怒性があったりしたみたいなので、認知なのかせん妄なのかわかんないですけど、表情見ながらですかね。日中今日は穏やかにしてたし、声掛けに対しても全然指示入ってましたし、予定というか普通にかかわってた感じですかね、昨日

の状態踏まえてってことで」

### ③ 【自律尊重判断の葛藤】

このカテゴリーは、〈本人のニーズの緊急性判断〉〈急性期看護業務と自律との葛藤〉〈安全と自律との葛藤〉の3つの概念から構成された。これは、急性期病棟の看護師は、認知症高齢者の自律を尊重したくてもできない状況が起こりうるため【自律尊重判断の葛藤】を抱えながら判断をしなければならないことを示す。

急性期病棟の看護師は、認知症高齢者の表す訴えやサインという反応から〈本人のニーズの緊急性判断〉を行う。この判断は、看護師からすれば後回しにできることかもしれないが、認知症高齢者にとっては重要で緊急性が高いが故の訴えであるため、今すぐ自律を尊重するかどうかの判断での葛藤である。また、急性期病棟では術後の患者対応や時間をずらせない業務の優先順位が高くなるため、〈急性期看護業務と自律の葛藤〉が生じ、認知症高齢者の自律の優先順位が低くなることがある。そして、治療のための安全な入院生活の確保と、認知症高齢者の自律の可能性を判断する〈安全と自律との葛藤〉の中で、転倒などの事故が生じる可能性が高い場合や、自律できる可能性が低い場合は安全が重視され、自律を尊重できない場合がある。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

#### (ア) 〈本人のニーズの緊急性判断〉

看護師 K(臨床経験 16年)は次のように語った。

「あの時 d さん自身は、まあ、あの、濡れてるけど着替えよかってこと言ったけど、まあまあいいわみたいな、反応が薄かったので、今これじゃないんかなと、とりあえずそれやったら、ちょっと離床もしてたし一回休んだ方がいいけどなーって思ってたら、(冷たいね、と) お答えをくれたので、あ、じゃあこれ今やるべきだと思って。何考えてはるか、d さんは何が一番したいか

なっているのは考えるようにしてますね」

看護師 D(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「微妙ななんか、患者さん、その失禁と自尿の狭間みたいな人は、a さんじゃなかったんですけど反対側の部屋の方で一人いらっしゃって、で実際その人が『おしっこ』って言ったときにトイレに行ったら、やっぱり自尿がちゃんとトイレで出たので、その人が言ってきた時は、あ、今このタイミングやし、もしかしたら失禁してないかもしれないっていうので、その人に限っては何回かトイレに行ったことがあります」

(イ) 〈急性期看護業務と自律との葛藤〉

看護師 F(臨床経験 17 年)は次のように語った。

「たとえば車いすで安全ベルトして廊下を自分で自操してる認知症の患者様は、トイレに行かしてって言われたとして、空いたらトイレに行けるんですよ。自分の身が。でも優先順位的に、オペ後の人が呼んでます、となるとやっぱりその人優先したりとか、そこの療養(病棟)だったら、そっち(認知症の患者様)を優先できるのかなと思うんですけど、優先順位がやっぱり急性期の…、そうになってしまうんですよ自分は。でもその選択で正しいと思うんですけど、ただ、葛藤してしまいますよね」

看護師 P(臨床経験 2 年)は次のように語った。

「その時に一番優先順位が高い患者さんを考えて、優先順位が高いことをたぶん最初にしないといけないので、だからそれがトイレが後になってしまうんだったら一応オムツは履いてると思うので、間に合わなかったらオムツでして、後ですぐかえるからねっとかって言ったりするようになってしまいますね。その時は。すぐ連れて行ってあげれるのが一番良いんですけど、そこはちょ



っとほかの業務と優先度になりますかね」

(ウ) 〈安全と自律との葛藤〉

看護師 N(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「この人ほんまはこんだけ動けるんだらうなって思うけど、それをさせちゃうと、そっから病棟の生活ってところで、安全面が守れなくなるっていうところがでてくるので、そこの天秤と、後は患者さんの安全の管理っていうところから、まあ、その事故を起こさない、安全に入院生活が過ごせる、ってところを考えると病棟で統一した動きが取れるって意味では、その人の自律は優先度が低くなったりするときもありますんで」

看護師 E(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「どうしても動くとその、まだ不安定で何も持たないまま立って歩いたりとかするので、かなり転倒のリスクが高くなると余計に骨折したりとか、打ちどころが悪かったら余計な合併症ができたりとか、やっぱりそのもうちょっとで帰れるところだし、安全はどうしても守ってあげないといけないというのもあるので、どうしても妨げになってしまう危険な行動に対しては、やっぱりちょっと安全ていうのは守ってあげないといつになっても帰れないと思う」

#### ④ 【マネジメント能力の発揮】

このカテゴリーは〈タイムマネジメントの工夫〉〈持てる力を信じた同時対応〉〈多職種との協働〉という 3 つの概念から構成された。看護師は勤務時間内に、複数の急性期の治療を行う患者を担当し、いくつもの業務やケアを同時に抱えている。このような多重業務を抱えざるを得ない急性期病棟環境や、治療の制約がある状況においては認知症高齢者の自律を尊重した関わりをしたくて

もできない葛藤が生じる。そのような葛藤を乗り越え自律を尊重した支援につなげるために看護師が行うマネジメントに関する工夫を示す。

看護師は限られた勤務時間の中で優先順位を組み変えながら〈タイムマネジメントの工夫〉により認知症高齢者の自律を尊重できるように時間を確保している。また、認知症高齢者が自律している間や、認知症高齢者に状況を説明し理解できる人には協力をお願いするなど、認知症高齢者の〈持てる力を信じた同時対応〉により複数の看護業務を認知症高齢者の自律を尊重しながら行う。そして、認知症高齢者の様々な希望を尊重する上で、自分がすぐに対応できないような身体的介助や見守りについてはフリーや手のあいている他の看護師、介護職に相談する。また、治療の制約については目標の状況を踏まえ医師やリハビリ担当者に相談したり、食事や栄養については栄養士などに相談するなど〈多職種との協働〉を行う。〈多職種との協働〉においては、様々な専門職に適切に状況を伝え、協力的に関わってもらえるようなコミュニケーションスキルが必要であると同時に、医師やリハビリ担当者と関わる上ではある程度治療とその経過についての知識も必要になる。このマネジメント能力は、急性期の治療を受ける認知症高齢者の自律が尊重されるかどうか大きく影響すると考える。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈タイムマネジメントの工夫〉

看護師 D(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「命の優先順位を教えてもらってからは、そこだけ外さなければ多少その自分のやることを組み替えても大丈夫なんだっていうのを教えてもらってから、認知症の患者さんが言ってることも、自分のやってる仕事の中でもちょっとはわかったよって言って、そっち（認知症高齢者の訴えの方）に行けるようになった気がし

ます」

看護師 F(臨床経験 17 年)は次のように語った。

「今はなんかこう優先順位もつけやすくなって、この人にこれだけ時間かかるから、先にこれはしてここにかかわるような、やっぱりそれは経験値かなって思うんですけど」

(イ) 〈持てる力を信じた同時対応〉

看護師 K(臨床経験 16 年)の観察場面とその語り

d 氏が車いすを足で自操しトイレへ向かうのを看護師が見守る状況で以下の場面が観察された。

#### 観察場面

通りがかりの部屋のナースコールが鳴る。看護師は d 氏に「一件寄っていくので、トイレの前で待ってもらってもいい？」と聞くと d 氏は頷き一人でそのまま自操しトイレへ向かう。その間看護師は別患者の部屋に入り対応する。その後 d 氏を追いかけてトイレまで向かい、待っていた d 氏と合流し排泄の援助に入る。

看護師 O(臨床経験 13 年)の観察場面とその語り

看護師が病室にて f 氏の対応をしている時に以下のような場面が観察された。

#### 観察場面

介護士が看護師に「z さんトイレ行きたいって。柵乗り越えそう」と声をかける。看護師は「さっきからなんですよ。私が回れてないんです。行きますね」と答える。看護師が f 氏に「処置室に行きます。別の部屋で私と一緒にいてもらっていいですか？」

と相談すると f 氏は頷いたので車いすで処置室へ誘導する。他にいた 2 名の患者も処置室へ車いす誘導する。車いすの 2 名の患者に髭剃りを渡して、自分で剃ってもらう。f 氏は車椅子を自操し始めたので看護師は「f さん、どこ行く？私勝手につれてきちゃったから、ごめんね」と伝えるが返答はなく、少しずつ f 氏は進む。看護師はそれを見守りながら他の 2 名の患者の髭剃りの仕上げをする。

この場面について看護師 O は次のように語った。

「(f 氏は) もともと施設でもずっと徘徊を繰り返してた方なのでもともとがこういう感じであっちこっち行かれる方なのかなと思って、とりあえずどのくらい車いす動かせるかなって見たら割かしちゃんと動かせるしちゃんと操作はできてるので、てことは何かぶつかったりしないようにだけ気を付けてれば、まあまあ行きたいところ今は行ってもらっていいかなっていう形でまず様子見って形ですね。(省略) あの z さんも大分と起き上がりが頻回でベッドから落ちそうになってた方なので、それもあって他の方々に私と一緒に向こうの詰め所に来てもらって全員が見れる、で、他の方も車いすに乗ってる時は必ず見守りが必要な方だったので、それを全部満たすためには一旦みんなあそこにご集合いただいて、で、見れる形で、環境としてはあの環境はあまりよろしくはないんだろうけど、ただ、ちょっといろいろと、皆さんを観ようと思ったら、どこかに合わせていけないといけないので、あと髭剃りしないといけない整容っていうところもあるので、整容だったらあの部屋で、ちょっと整容だけ先にやってもらってって形での、優先順位の考え方かな」

(ウ) 〈多職種との協働〉

看護師 M(臨床経験 19 年)は次のように語った。

「助手さん、ワーカーさんが増えたんで、助手さんで対応できることやったら、トイレとかやったら行ってもらえるし、ご飯食べたいとか座ったりとか、できると思うんでそういうの分担してやっていった方がいいのかなって思いますけど。じゃないとケアも終わらないから患者さんのところになかなか行けなくって、点滴してバイタル測って、もう患者さんが言ってることなんか後々みたいな感じになっちゃうんで。でもそうじゃなくてケアワーカーさんでやれることはやってもらってたら、私たちも患者さんのところ行って色んなこと聞いて、こんなことしてほしいとかした方がいいことはできるからいいかなとは思いますが」

看護師 A(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「あの人だから初日がそうだったんです。動けるっていう（認識に）なってて。(手術まで)何日かあったんで、じゃありハビリ、動きたいって言ったんで先生に相談したら、じゃあ車いす乗ってトイレはいいよとか、ていうのは（許可）もらったんで、そこで何回か失禁もしつつ、トイレ行きつつご飯も食堂で食べてたりとかしてたんで」

#### ⑤ 【自律尊重プロセス推進志向】

このカテゴリーは、〈自律尊重志向〉〈BPSD の予防志向〉〈病棟の風土改革志向〉という 3 つの概念から構成された。このカテゴリーは、【自律尊重への足掛かり】から【自律を保持する支援】に向かうプロセスを推進する力となり、自律を尊重したプロセスを下支えする重要な看護師の志を示す。

自律尊重に至るプロセスに関わる看護師には、急性期病棟での認知症高齢者の療養生活においてできるだけ希望やニーズにそった関りや、本人の意思で行ってほしいという〈自律尊重志向〉がある。さらに、認知症高齢者の思いやニーズを尊重するこ

とによって精神的に穏やかに過ごしてもらいたいと〈BPSDの予防志向〉がある。そしてまた、急性期病棟で自律を尊重したかわりができるように病棟全体を変えるための働きかけについての思いを抱く〈病棟の風土改革志向〉がある。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈自律尊重志向〉

看護師 C(臨床経験 4 年)は次のように語った。

「(刺激を) 与えたら、残ってる力というか、できるところはちょっとしてくれるかなっとか、感覚を戻してくれるかなっという、ごはん食べるのを忘れてて食べれてないのか、だるくて食べられないのかわかんないですけど、持っただけで蘇るかなっというか。刺激できればちょっとでも自分でできることを増やしてもらったらいいのかな」

看護師 B(臨床経験 3 年)は次のように語った。

「正直入院してたら、ずっとベッド上にいるのも本人苦痛だと思うんですよね。そしたら車いす座りたいという気持ちも出てくると思うし、ま、正直他の患者さんもいるんで、全部が全部かなえられるわけではないけど、例えば起きたいんだったら起きて、誰かれかと一緒にしゃべりたいんだったら人のいる空間にいてもらったり、一緒に行く、話したりとかして、まあ時間の許す限りですけどね。できることと、本人の希望に沿いたいなど」

(イ) 〈BPSDの予防志向〉

看護師 D(臨床経験 10 年)は次のように語った。

「認知症の人が言ってる(要望について)、それをしたら落ち着く、なんかその、認知症の人って待てないというか、(不穏に) つながってしまうっていうのがどっか自分の中であって、他

のことが自分の仕事の順番だったり、時間だったりとかで待てるんだったら、その人が言ってることをやればその場でその人の中では解決するから、不穏とかにつながらないと言うので。対処できるときは対処したいなと思っています」

看護師 E(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「自律、律する方としては自分の意思で、ある程度ご飯食べたい、おトイレ行きたいあれしたいこれしたい、あれしてこれして、って言うことはけっこう訴えは多い人やと思うので、表出はしっかりできる方やと思うので、ま、それに沿ってあげるっていうのは必要なことかなとは。まあもともとのベースの精神疾患の方でも、まあやっぱ、自分の意思、本人の意思を聞いてあげないと、こっちから一方的に言うだけだと、まあ聞いてくれなかったりだとか、もっともっと逆にワーッてもう興奮したりとか、悪影響になってしまう可能性高いと思うので、その、本人の意思を尊重しようっていう気持ちはあの、ありますね、できるだけ、ですけど」

(ウ) 〈病棟の風土改革志向〉

看護師 U(臨床経験 19 年)は次のように語った。

「朝の申し送りをね、前(〇階病棟に)いたんですけど、去年〇階に(異動で)降りて来て、申し送り朝してるから、そんな時間あるんだったら患者さんところ行って、朝食事介助とか口腔ケアとかした方が関われるし、どんな感じなのかもわかるから、朝の、なんか古臭くって申し送り(無くして、カルテで情報収集し不足分は夜勤に)聞くみたいな感じにしたんですけどね。その方がまだ患者さんところに行く時間が、朝一番だったら、入院とかオペとかまだ始まってないから、そこで今日担当ですっていったりできるかなっていうので」

看護師 H(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「昔はやっぱり自分がなんですかね抑制についてそんなに考えるというよりは、みんなやってるからやろうとか、この人にはこれがついてるからこうするものだとか、上の人が考えた対策だから、間違いないっていう風には思ってたので、それを疑問視してカンファレンスに出したりとか、自分の考えでちょっと変えてみようだとか、そういった行動は少しするようになったですかね」

#### ⑥ 【自律尊重認識の形成】

このカテゴリーは、〈看護師としての倫理観の醸成〉〈認知症高齢者看護への動機づけ〉〈自律尊重の必要性の体感〉〈高齢者への敬愛〉という 4 つの概念から構成された。このカテゴリーは、様々な体験を通して看護師の認知症高齢者看護における自律尊重の認識が形成されていくことを示す。

人の生命に関わる看護という専門職に就くためには、高い倫理観が求められる。そして看護職の倫理綱領（日本看護協会、2021）には「4 看護職は人々の権利を尊重し、人々が自らの意向や価値観にそった選択ができるように支援する」と示されている。つまり、認知症高齢者の自律を尊重するということも倫理的な側面として重要な看護の一つである。看護師は看護基礎教育や現任教育を通して倫理に関する啓発を受けるだけではなく、個々の看護師が臨床経験を通して患者にとって善い看護とは何かを考える中で〈看護師としての倫理観の醸成〉がなされる。また、認知症看護について取り組む認定看護師や専門看護師、ロールモデルとなる先輩が行う認知症高齢者の自律を尊重した関わりからの気づきや学び、研修などにより知識を得ることから〈認知症高齢者看護への動機づけ〉がなされる。そして、認知症高齢者への日常生活援助や自律の尊重に関する支援を実際に行う中で、知識と



してなんとなく理解していた自律尊重について〈自律尊重の必要性の体感〉として身をもって理解するようになる。さらに、例えば、祖父母と同居していたり日ごろから接する中で祖父母との親愛の情がはぐくまれている場合、〈高齢者に対する敬愛〉の気持ちが育まれるのではないかと考える。この点は、「祖父母がかつて果たしてくれた機能」が良好な高齢者イメージに寄与していたとする福江、福岡、荒井(2020)の研究結果からも推測できる。そしてその〈高齢者への敬愛〉が、認知症があつたとしても高齢者の自律を尊重したいという思いに繋がるのではないかと考える。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈看護師としての倫理観の醸成〉

看護師 L (臨床経験 3 年)は次のように語った。

「すごい前の病院で言われたからっていうのがあるかもしれないですけど、自分の家族やと思って接するっていうところで、自分がされて、ここの病院で自分が治療を受けたいかどうかっていうのが一番基準になるから、自分がされて嫌なことはせんとく(しないでおく)、当たり前なんですけど。親やと思ってみたいな、のはちょっと考えるようにはしてます。自分の親やったらこれは嫌やなとか。人間らしさというか、は要るのかなって思います、倫理的なとこですけど」

看護師 N (臨床経験 13 年)は次のように語った。

「初めは、やっぱ手術室において、まったくしゃべらない患者さんの状態をずっとみてたんで、たぶん自然となんですけど、なんかその、変化じゃないですけど起きてる人と寝てる人じゃ全然違いますし、なんかちょっとずつなんか病棟でてから、なんやろうな、この人のために何をしてあげられるやろうみたいなのがどんどん募っていった感じですかね」

(イ) 〈認知症高齢者看護への動機づけ〉

看護師 O (臨床経験 13 年)は次のように語った。

「認知症ケアの認定がおりますので、前の病棟で一緒に働いていた時に、とかまあその前からかな、認知症ケア、アクティビティとか頑張ろうって言って、前の病棟で頑張ってたので、例えばリアリティオリエンテーションするのが大事とか、あの回顧法だとかっていうのを、前の病棟で割といろいろとアクティビティ病棟としてやってたこともあったので、その中でそういうかわりが大事だよとか、あの、患者さん、例えば今日の車いす行きたいところを止めないっていうのもたぶんそういうところから、まずニーズ聞いて、やりたいことはなるべく止めずに（関わっていたこと）っていうのもたぶんそういうアクティビティとかケアの中から学んだものなのかなと思う」

看護師 I (臨床経験 13 年)は次のように語った。

「前の病院が、前の施設がああ、老年専門の方がおられたんで、CNS です。おられたんで、その人に結構ああ、全然関係ない患者さんでラウンド来た時に、『ちょっとお話が』とかって、結構私突っ込んで技術を盗んだりとか、『この人こうこう言ってたんでちょっとどうしたらいいか困ってるんです』とか言って、情報もらってとかでけっこう、話しやすい優しい方だったんで、すごく。『あなた何やってんのそんなことやってたら怒るのあたりまでしょ！』っ、じゃなくって、『こう言い換えて関わってみたら変わるかもよ』ってアドバイスちょっともらって、で、ちょっと成長していったかなって」

(ウ) 〈自律尊重の必要性の体感〉

看護師 H (臨床経験 9 年)は次のように語った

「トイレがわからないだとか、結局実際現場に出てみて関わ

る認知症の方って本当になんにも覚えてないだとか忘れてしま  
うだとか、ここまで忘れてるんだっていうのとかも結構あった  
ので、まあいったらここもってパンツ下すのは当たり前という  
認識から、一つ一つ説明してこちらが援助するのが必要ってい  
うこと、も、ちょっと思いましたね。自分の中でできて当たり  
前っていうのがまあ当たり前じゃない人もいるし。その辺はま  
あ認知症に関わらずですけど、あるのかなと思って」

看護師 K（臨床経験 16 年）は次のように語った。

「糖尿病療養指導士の勉強した時に、認知症のある人に指導  
をするんですけど、指導っていうか、生活整える偉そうなこと  
言えないですけど、やっぱり自りつ、律する方の気持ちって慢  
性疾患ってもっともってあるので、患者さん中心じゃないとダ  
メですし、通用しないので、こっちの気持ちは。なんかそれも  
あったんかもしれないですし」

(エ) 〈高齢者への敬愛〉

看護師 F（臨床経験 17 年）は次のように語った。

「家族にまつわる話であれなんですけど、私すごくおじい  
ちゃんおばあちゃん子で、大家族で育ったんですね。両親が共働  
きでほとんどおじいちゃんおばあちゃんに甘えられて、甘えら  
れる存在で育って、すごく大好きなおじいさんが、すい臓がん  
で私の中で子供だったんで、永遠にこう大黒柱、（本当の）大黒  
柱は父なんですけど、大黒柱的な存在、お父さんだったので  
すごく怖いひとつっていうイメージだったんですけど、孫にはめち  
やくちゃ優しく、親戚一同からめちゃめちゃこわがられてた  
人だったんですけど、全然怖くないのにな優しいのになって妹  
といいながら」

看護師 U（臨床経験 19 年）は次のように語った。

「私なんかおじいちゃんおばあちゃんと住んでたからかな(笑)  
ずっと住んでたんですね。おばあさんおじいさんもちよつと認知症が入ってて最後は、結構話はしてたんですけど、そういうのがあって、話しは聞いてあげたいしできることはやってあげたいし、できることを奪いたくはないかなとは思ってて、できることはやってもらってっていうのはありますね」

⑦ 【認知症高齢者の肯定的側面の認識】

このカテゴリーは、〈持てる力への気づき〉〈BPSD の軽減〉という 2 つの概念から構成された。このカテゴリーは、認知症によって認知機能の低下があったとしても、看護師は認知症高齢者の肯定的な側面を見出して自律を尊重した看護につなげていることを示す。

認知症高齢者の場合、認知機能の低下によってできないことや理解できないことがある。しかし、看護師は認知症高齢者の可能性を信じながら関わることにより、一人一人の持てる力を引き出し、その力を認識している。また、自律を尊重した関わりを行うことで、認知症高齢者に生じていた不穏や焦燥感などの〈BPSD の軽減〉も認識している。これらは、【自律を保持する支援】からもたらされる看護師への肯定的なフィードバックであり、【自律尊重への足掛かり】に戻り、自律の尊重に至るプロセスを促進するものである。さらに〈先入観からの解放〉へも影響する。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈持てる力への気づき〉

看護師 C（臨床経験 4 年）は次のように語った。

「すごい寝たきりの認知（症）の全然会話も通じないっていう人がいて、まったくしゃべれないと思っていたら、耳元でこう

やって名前を呼んだら『はい』ってこたえてくれたとか。おーってなりました。そういうのが嬉しい」

看護師 N (臨床経験 13 年)は次のように語った。

「やっぱり患者さん、できること多いですね。私がちょっと見くびってたところがあって、若いころはね(笑)(患者さん)できるやんと。あと、諦めるのが嫌で、この人たぶんもう無理やでっていうのがあって、見てたら、全然もうそれで終わってしまうけれども、なんかできるなんかできるって思ってたら、絶対なんかできるんですね。不思議と、というのを何回かみてたら、あー、これはちょっと私違うかったなと」

#### (イ) 〈BPSD の軽減〉

看護師 I(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「あの部屋だけって日があったんですけど、抑制も全部外して、柵も外して部屋にいれるんで、(そう)してたら、その方全然そわそわもなさらなくて、で、次の日勤務きたら夜よく眠ってたって、朝までよく眠られてましたみたいな記録を見たんで、そこは、フィードバック部署にようしなかったんですけど(笑)そういうような関りをする、患者さんの自尊心であったり、そうしたいっていうのが自分でできるので、そういうことをすることによって、やっぱり、そわそわだったり苛立ちだったりっていうところは抑えられるのかなって。その患者さんの自立、自分がここまでできるんだから自分はここまでしたいって思ってるところを尊重させてあげられる、尊重できる環境を整えるのがすごい大事なのかなって」

看護師 B(臨床経験 3 年)は次のように語った。

「昔やってたベッド上で寝てる人とか実際起きたりとかして昔

ながらの編み物とか、タオル畳んだり家事的なことをしてもらうと、すごい今までたぶん（タオルを畳んで）なかったらベッド上で寝てたような人でも、本人の生活風景も考えながら提案してやってもらったら起きてたりとかそういう不穏が落ち着いたりしたりとか」

⑧ 〈先入観からの解放〉

この概念は、認知症があることで対象者をひとくくりにした  
り、勝手な思い込みで相手を見ないことを示す。この概念がある  
ことで、認知症高齢者の出す何らかの反応から【意思を捉える努  
力】ができたり、【自律の方向性判断】において、認知症高齢者  
の日常生活での自律に関する持てる力について適切に捉えること  
に繋がる。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

看護師 O(臨床経験 13 年)は次のように語った。

「やっぱりまずどうしたいか、そこが理解できるのかな、理解  
できたとして、イエスノーとか自分のしたいこと気持ち出せるの  
かなってところは実際聞いてみないとわからないので、まあ、そ  
こを認知症だからでひとくくりで聞かないのではなくて、やっぱ  
りいったん聞いてみる、と反応を見てみるというのは大事だと思  
う」

看護師 F(臨床経験 17 年)は次のように語った。

「やっぱり言えないだけであって。コミュニケーション（におい  
て）、私たち（は）、痛いとか、何かしてほしいとか、してほしい  
（こと）は認知症の方もトイレ連れて行ってほしいとか言われます  
けど、その奥にあることを表面上でしかやっぱりくみ取れない、こ  
とが多いと思うので。その言葉（の奥を読み取ろうとすること）、  
そうですね、先入観を持たないっていうのがいいのかなってかいう

のがいつもその看護してる上であって」

⑨ 〈安心感をもたらす対応の模索〉

この概念は、認知機能の低下による訴えの可能性が考えられる場合に、認知症高齢者が安心して落ち着けるように色々と試行錯誤しながら対応することを示す。この対応の結果、認知症高齢者の不安が解消して BPSD が軽減する場合と軽減しない場合があるため、自律を尊重したプロセスへ向かうか、自律を尊重しないプロセスに向かうかの分岐点となる。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

看護師 U(臨床経験 19 年)は次のように語った。

「入院してることがわかってなかったんですね、あの場面は。で、電話したいって言われてて、『どうして?』っていったら、『俺がここにおることをみんなが知らんから心配するから、話ししたい』って言って。最初は私もかけるつもりなかったんですけど(笑)、『入院してることは娘さん知ってるし大丈夫だよ』って、言っても納得しなかったんですよ。ずっと『(電話を) かけるかける』って言って。で、これ以上言ったらたぶん永遠に続くだろうなって思って、一回娘さんの声聞いたら、安心じゃないけど納得するかなと思って (電話を) かけて」

看護師 K(臨床経験 16 年)の観察場面と語り

観察場面

d 氏から「トイレ行きたいんやけど」と訴えあり。「15 分くらい前にいきました。大きいのと小さいの」と伝えると d 氏は「ああそうか」と納得される。看護師は「また時間見て、行きましよう」と伝え退室する。

この場面について看護師 K は次のように語った。

「頻回の（訴えで）、確かに座薬入れてるので行きたいのは行きたい（と思う）んですけど、15分前に（トイレに）行ってるっていう現実をお伝えして決めていただこうと思って。それでも行くというのなら、自分の体わかってもらってそれでも行くっていう気持ちが出たら、もう行こうかなと思ってたんで、で、結局『あーそうか』って言うてくださったんで、すんなりね。ちょっとでも『えー（今すぐ行きたい）って』なったら行こうと思ってたんですけど、すんなり言うてくれはって。ちょっと待っていただけな（と判断して）、15分くらい待って（トイレに）いきましたね」

(2) 自律の尊重に至らないプロセスとそれに関連する要素（表 5）

自律の尊重に至らない日常生活援助のプロセスは 4 つのカテゴリーと、カテゴリーと同等の説明力をもつ 2 つの概念で構成された。ここでは、カテゴリーとカテゴリーと同等の説明力をもつ概念について以下の①～⑥で説明する。

① 【認知症高齢者の意思軽視】

このカテゴリーは〈意思無きものとしての対応〉〈訴えに緊急性なし判断〉という 2 つの概念から構成され、認知症高齢者の意思が軽視されることを示す。

例えば、認知症高齢者の反応は捉えなかったり聞き流し、看護師のやるべきことを本人に説明せず行う〈意思無きものとしての対応〉や、認知症高齢者の訴えは繰り返しのことも多く急性期業務よりも後回しにできると〈訴えに緊急性なし判断〉がなされる。これらの関わりは、認知症高齢者を不安にさせたり驚かせたり、意思が尊重されないことで精神状態が不安定になるなど〈認知症高齢者の QOL 低下〉に繋がる。以下のようなヴァリエーシ



ョンが抽出された。

(ア) 〈意思無きものとしての対応〉

看護師 E(臨床経験 6 年)の観察場面とその語り

食後、b 氏が食堂で車いすに座りウトウト寝ている場面で、以下のような状況が観察された。

#### 観察場面

b 氏は座面から臀部が前へ出てずり落ちそうになっている様子である。看護師は食堂に入りいきなり b さんに「起きて」と背後から脇を抱え姿勢を整えようとする。b 氏は「なにすんの！」と驚く。看護師は「起きてよ」と穏やかに伝えながら車いすを押しはじめる。b 氏は「どこ行くの」と聞く。看護師は「お部屋帰るよ」と答えながら車いすを押し続け食堂を出る。

この場面について看護師 E(臨床経験 6 年)は次のように語った。

「既往的にもともと認知症があるのと、統合失調症があるということだけでけっこう精神状態が不安定になりやすいところ、結構急に怒ったりとか、まあそのリハ中も急に泣いたりとかけっこう起伏が激しいので、まずは最初の声掛け、さわりの方を軟らかめにとというか、できるだけいきなり強く指示を飛ばすというよりは、少し軟らかめにどうしたのみたいな感じから、そういう柔らかい対応を最初は心がけていこうかなと思ってて、体制も崩れてたしとりあえず少し座りなおそうかという感じでちょっと持って行って」

看護師 D(臨床経験 9 年)の観察場面とその語り

看護師が同室者の吸引を行っている間、a 氏が看護師を呼ぶ状況で以下のような場面が観察された。

## 観察場面

a氏は、体幹抑制ベルト装着のままベッド柵を持ち、上半身を起こしてほぼ座っている。そして「看護師さ〜ん」と呼ぶ。看護師は「はい。ちょっと待って。これ（別の人の処置）終わったら行くからね。待ってくれる？」と伝えるとa氏は「はい」と言う。しかしすぐにまた「看護婦さ〜ん」と呼ぶ。看護師は「はい。ごめんね、ご飯来たら行きましょう」と別患者の対応しながら大きな声で伝える。別患者のケアが終わり、看護師はa氏の前を通りa氏と目を合わせるとa氏は頷いたので看護師もうなづきを返すが、何も言わず退室する」

この場面について看護師Dは次のように語った。

「斜め前の人の吸引をしてたんですかね。それでたぶんその後、しなきゃいけないことがあって。たぶん何かしらを言われたりとか、何かのアクションがあれば行ってたというか、（そういう気持ちは）あったんですけど、去るときに見たのは、なんか言うかなと思ったけど、たぶん、何も言わなかったからうなづいて去ったんやと思います」

### (イ) 〈訴えに緊急性無し判断〉

看護師A(臨床経験6年)は次のように語った。

「車いす座ったら、座ったら座ったで横になるとか、横なりたいたいという患者さんなんで、それやったら、11時40~45分くらいにみんな一斉に食堂の、認知症とか一人でいると危険な人とかはどんどん起こして皆さんで食堂でご飯食べてもらうので、その時間も迫ってたんで、ちょっとそれまでは待っててもらおうかなという形で」

看護師I(臨床経験13年)は次のように語った。

「あの方結構トイレ、トイレっておっしゃって、行っても出

なかったりとかがあるんで、で、ま、自分でけっこう（車椅子）をこいで院内うろうろされてて、時々2階とか違うフロア行ったりとかされるんで、だから、まあまあちょっとそこだけ注意してたら大丈夫かなっていうところで（トイレの訴えがあったが対応はせず緊急入院の対応に向かった）」

## ② 【置き去りになる自律性】

このカテゴリーは〈訴えのやむなき放置〉〈やむなき身体拘束〉という2つの概念から構成された。これらの概念は看護師側のやむをえない状況があり訴えが放置されたり、身体拘束が行われる状況を示す。

認知症高齢者の訴えを聞いても看護師が他の急性期看護として優先すべき業務に追われている場合はすぐに対応できず、〈訴えのやむなき放置〉となる。また、転倒や転落のリスクが高い認知症高齢者の場合、看護師が見守れない状況では事故予防の観点から〈やむなき身体拘束〉が行われる。これらは、〈認知症高齢者のQOL低下〉に繋がる。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

### (ア) 〈訴えのやむなき放置〉

看護師I(臨床経験13年)は次のように語った。

「車いすで自分で動けるからじゃあ動いて探してみたいな関わりになってしまうかなって。だから自分で答えを見つけてさしたりとか、ガンとこちらの意見を押し付けてて、本人さんの考えを聞き取れることが十分にできてないのかな。んー、表現は正しくないかもしれないけどどうしても、ほったらかしになっちゃうところがどうしても出てきちゃうので、そこを、なんか、どうすくってあげたら、すくい上げて看護につなげていくのかなって、すごく、悩む…」

看護師 G(臨床経験 10 年)は次のように語った。

「私帰りたいの意思がちょっと…ねーだって、帰れないこともわかってて、施設探してたりとか。本当の行き先は施設とか。そういう時に限って夜中に起きてし始めるじゃないですか。自分でうろうろしてどっか行ってしまったり。急性期やと入院取ってたりしたら、ちょっと自分の、看護師のあれも入るんですけど、対応がしきれないんですね。ちょっとほっとくじゃないんですけど、ちょっと待って、ちょっと待ってがちょっとじゃないですよ。しばらく待たせるんですよだいぶ。一緒に連れて歩くか、待っててもらおうかそんなときには何もしてあげられないじゃないですか。本人さんも帰りたいって思ってるし。薬とか飲んでもらわないといけないとか、夜に起きてるのはまず変なんで落ち着いてほしいんですけど、でもちょっとほっとくじゃないんですけど、相手ができないじゃないんですけど、ちゃんと見てあげる時間が（ない）」

#### (イ) 〈やむなき身体拘束〉

看護師 D(臨床経験 9 年)の観察場面と語り

昼食の時間が近づいている。a 氏が「車いすに乗せて」と言うとき看護師は「ほなあっち（デイルーム）いきましようか」と a 氏の車いす移乗を援助する場面で、以下のような状況が観察された。

#### 観察場面

看護師が少し臀部を支えると a 氏は自分で車いすに移乗できる。看護師が a 氏が立たないように肩まで抑える安全ベルトをしようとするとき、a 氏は「これはしないで」と言う。看護師は「これはしないでやけど…」と看護記録を確認し「a さんこれ必要みたいやわ」と伝える。a 氏は「なんで、これいらな

い」と言って肩まで抑える安全ベルトを奪って抱えている。看護師は「これ貸して、置いておくわ」とベルトを取り戻し、床頭台に置く。そして「こっちの安全ベルトだけ」と腰部まで押さえる安全ベルトを装着する。a氏は「これすんの？これいらぬ」というが看護師は「それやったら車いす乗られへんわ」という。それでもa氏は「座ってる」という。看護師は「シートベルトだけしとってくれる？ご飯もたべなあかんでしょ」と言うとa氏は「はい」と言う。看護師が安全ベルトを締めてみると、a氏は「これしないで」と言う。看護師は「嫌かもしれんけど、ご飯食べてほしいからさ。安全な方法で食べてくれる？」と言うとa氏は「ご飯食べいきましょ、はやくいきましょ」と言い、その間に看護師は安全ベルトを着け、車いすでデイルームへ移動する。

この場面について看護師Dは次のように語った。

「もともと安全ベルト、下半身のパンツみたいな形のベルトをやってて、それでも立つようになってしまったからってうので車いすの体幹ベルトに確かなったんですよ。で、その体幹ベルトをしようとしたときにこれはしないでってすごい嫌がって、でも何かしら抑制という形でさしてもらっておかないと、立って転倒につながるし、もう体幹ベルトでわーってなってしまうんやったら、それはやめて安全ベルトだけでもして、で、お昼の時間デイルームって誰かしら居るし、私が先休憩だったので本人の横にはいれなかったですけど、体幹ベルトすごい嫌がったからとりあえず安全ベルトだけつけたから見ておいてほしいですってうのだけ申し送りをして、私は休憩に入ったんですけど。何もしないで絶対座っておけるという確信もなかったですし、かといって嫌がる体幹ベルトをしてしまうと、たぶんそっちに気が向いてしまって食べるどころか座るどころ

か、大暴れっていう形になってしまうのかなと思ったので、安全ベルトだけをとりにあえずさせてもらいました」

看護師 L(臨床経験 3 年)は次のように語った。

「夜の不穏とかでもセレネースバンバン打つとか、あんなの身体拘束じゃないですか、でも今は使わなあかんし、前のところ(の病院)で私は極力使わなかったんですよ、セレネースとか使いたくないし、寝てもらおうと思ってやってたけど、やっぱりここだと急性期の病院になると手が回らへんから、打ってかないとしゃーないというのものもあるし」

### ③ 【急性期病棟の環境】

このカテゴリーは〈余裕の無い環境〉〈常に見守れない構造〉という 2 つの概念から構成された。これらの概念は急性期病棟という、業務状況、労働環境、病棟の構造といった特有の環境が、認知症高齢者の日常生活援助における自律の尊重を阻害するものとなることを示す。そしてこれらの概念は看護師個人の努力による解決が難しい問題である。

急性期病棟には、手術や緊急入院といった重症で緊急性の高い患者から急性期を脱した亜急性期の患者までが入院することが多い。看護師は複数の患者を同時に持たなければならず、緊急度の異なる複数の業務を同時に抱える。このような環境でさらに、マンパワーが不足している〈余裕の無い環境〉では、認知症高齢者の自律を尊重する看護実践に及ばないため、最低限の関わりとなったり、訴えにタイムリーに対応することが困難となる。また、閉鎖空間である病棟の作りや、見通しの悪いフロア、導線の長さなどの〈常に見守れない構造〉も身体拘束せざるを得ない環境を作り出す。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈余裕の無い環境〉

看護師 C(臨床経験 4年)は次のように語った。

「あと人が足りない。2人介助でトイレ行かないといけない人とかはどうしても朝みんなばらばらだし、捕まえきれないとき、助手さんもバタバタしていないし、という時とかは、連れていきたい気持ちはやまやまだけど、ちょっとあなたは一人では動けない、重たいので(笑)、それでちょっと15分待ってくださいとか言って、15分で終わらないときもありますけど、後から行くように。タイムリーにはなかなか(対応しきれない。)」

看護師 I(臨床経験 13年)は次のように語った。

「今働いてる部署が、もちろん高齢者の急性期の病棟メイン、これからそうなると思うんですけど、高齢者の急性期なので、そもそも自立している人が少ないのと、緊急入院であったり手術であったりっていうそちらのどうしても手を取られるというか、ケアとかそういうかわりが密に必要な方がどうしても出てきちゃうんで、そうなったときに、どうしても(認知症高齢者への関わりが)手薄になるというか、関わりがしっかりできてないのかなと」

(イ) 〈常に見守れない構造〉

看護師 O(臨床経験 13年)は次のように語った。

「集中治療室だとすごくオープンフロアで、患者さんとかスタッフの目が届けやすかったんですけど、こういう部屋のつくりになると、個室に5人部屋とかに分かれてて、すぐに目に見えるわけでもないんで、そういう環境の中っていうので、導線が長かったりっていうのが一つ」

看護師 M(臨床経験 19 年)は次のように語った。

「今私が見てる部屋とかは、5、6 年前やったらけっこう自立してる人が多い部屋だったんです。奥に行けば行くほど自立した人が多い部屋なんですけど、(最近)結構奥の方まで寝たきりで失禁だったりとか介助がいるとかが多いから、だんだんだんだんそういうのが増えてくるんやろうなっていう。(認知症の方は昔は)手前と一部屋向こうくらいまではちょっといるかな、(今は)ちょっとすると(ステーションと同じ空間のオープンスペース)処置室とかに 4 人くらい(ベッドで)入ったりとかして。奥では見れないような人がいっぱいいるんで」

#### ④ 【急性期病棟の文化】

このカテゴリーは〈ルーチンワークの日常性〉〈自律性軽視の容認〉という 2 つの概念から構成された。ここでいう文化とは、急性期病棟という社会の中で共有される考え方や価値基準の体系であり、そこに属する看護師の多くが共有する価値観である。ここでは、認知症高齢者の日常生活援助における自律の尊重を阻害するものとなる文化的要素を示す。なお、【急性期病棟の環境】があるゆえに、【急性期病棟の文化】が形成されるという関係が考えられ、これらの概念は看護師個人の努力による改革が難しい状況である。

ルーチンワークとは、マニュアル化された仕事に使われるが、急性期病棟の看護においてもオムツ交換や体位変換がルーチンワークとして行われることがある。ルーチンワーク自体が悪いことではないが、日常性を持つようになると、それが当たり前という意識で自然に行われている状態で、抵抗なく無意識にやっているという状態である。〈ルーチンワークの日常性〉とは、個別の状況に合せた関わりではなく流れ作業的で画一的な対



応を指し、認知症高齢者の自律は尊重されにくい病棟文化の一つである。また、認知症高齢者の自律を尊重しようとする事故を起こすリスクも伴うため、【急性病棟の環境】も相まって身体拘束や意思を尊重できないことは仕方がないと〈自律性軽視の容認〉という文化を形成する。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

(ア) 〈ルーチンワークの日常性〉

看護師 J(臨床経験 4 年)の観察場面と語り

看護師が d 氏の髭剃りを床頭台の引き出しにあることを発見し、d 氏に渡す場面にて以下のような状況が観察された。

観察場面

看護師が電動髭剃りを d 氏に「はい」といって渡すと d 氏は受け取り、自分で電源を入れて髭を剃り始める。

この場面について看護師 J は次のように語った。

「準備とかこの人だからじゃなくて、まずその、ルーティーン的なことはやります。例えば挨拶とか、名前の確認とかしますし、まああの、確か患者さん男性ですよ。男性なので、ひげ伸びてたら髭剃りますかとか、まあその辺はしっかり聞くようにしますし、できるようであればこちらで介助もしますし、ご自身でできるようであれば、モノだけ渡すようにしてやります」

看護師 Q(臨床経験 9 年)は次のように語った。

「日中失禁してる方で、おしっこ、尿意があるのかないのか今もちよっとあいまいで、あつたとして気持ち悪いという訴えもなかったんですよ。朝、朝大分失禁してて、ズボンも汚れたんですよ。最近ケア方法が変わって、4 時くらい深夜の 4 時くらいに(オ

ムツ) 変えたりとかしててそのままやったりするので、シャワー浴になってたら (オムツ交換) 飛ばされるので、オムツ介助が、それで (オムツが尿で) パンパンやったんで」

(イ) 〈自律性軽視の容認〉

看護師 P(臨床経験 2 年)の観察場面と語り

観察場面

看護師が「塗り絵する？」と聞くと、f 氏は「塗り絵する」と答えた。看護師は f 氏が乗る車いすを押してステーションの横にある処置室へ移動し、無言で車椅子に設置できるテーブルをセットする。そして、塗り絵の用紙と色鉛筆を机に置く。f 氏は座ったまま塗らない。看護師は色鉛筆 1 本取って渡す。f 氏は受け取り塗り始める。看護師はその場を退室する。

この場面について看護師 P(臨床経験 2 年)は次のように語った。

「あーやって車いすに座ってたりとかするとあんまりたぶん自分で、もともとたぶん車いす自操したりけっこうしちゃう人なんですけど、(自操)することがないように、危険行動がまず出ないようにあーやって、ほかのことに意識を向ける塗り絵を試みたりとか、ですかね。だからまあ、こけられるのが一番怖いので、うふふ、転倒がないことを一番意識して、ですかね」  
看護師 S(臨床経験 4 年)は次のように語った。

「自己決定の場面っていうのはちょっと少ないかもなどは。入院してると家で居るよりかは。やっぱこう患者さんのペースっていうか、イベントもあります、看護師のイベントとかもあるので、やっぱりそこ (患者さんの自己決定を) 優先できてないところもあるんじゃないかなとは思いますがね」

⑤ 〈認知症高齢者の QOL の低下〉

この概念は、認知症高齢者の BPSD を誘発したり、更なる事故の発生や廃用症候群を招くといった認知症高齢者の QOL を低下させる状況を示す。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

看護師 E(臨床経験 6 年)の観察場面とその語り

看護師がリハビリを提案し実施していた場面で以下のような状況が観察された。

観察場面

歩き方は小股歩行すり足である。看護師が「足痛いの？」と聞くと b 氏は「太ももと、もっと下」と答える。看護師は「膝の裏？」と聞くと b 氏は「ピンポーン」という。看護師はそのまま続けて歩いてもらおうと「右足出して」と伝えると b 氏は「どっちや」というので看護師は「こっち」と右側の足を触る。そして「右、左」と声掛けをする。b 氏は「右前よし、右前に左前に、右前に、昨日釘踏んだ」と言いながらすり足で少しずつ進む。看護師が「災難でしたね」と言うと b 氏は「最悪。あ～！！右足痛いののに歩かせた～！」と叫び声をあげ興奮する。看護師はリハビリを中止し、車いすに座ってもらう。

この場面について看護師 E は次のように語った。

「感情失禁とは違うかなと思うのですが、痛みがけっこう思ったより強いのかなと、結構嫌がるそぶりが強いなど、ただ私が指示する、ちゃんと右足前に出してみたいに感じというところある程度（足を）出して歩行はできるけど、やっぱ 3 歩くらいでずずずってすって右足が出なくなったりしてたので、これは結構痛いかなと思ってた矢先にうわーってなっちゃったんで、

これ以上続けるともう絶対歩けないやろうし暴れるやろうなどいうのはピンときたというか、これ以上は本人の気持ち的にも乗らないやろうし、逆に危険やなっているのもあったので、安全を優先したという感じですかね、と、本人の苦痛が強いだらうと思ってもうちょっと、これはこれ以上はやめとこうという判断でしたね」

看護師 M(臨床経験 19 年)は次のように語った。

「駄目だよって言うけど、それでもちょっと（患者さんが）納得いかないってなると、行動制限とかになっちゃったりとかして、それするとまた興奮して悪循環で寝たきりみたいになってまた認知機能が低下したりするから」

#### ⑥ 〈認知症への否定的先入観〉

この概念は、認知症をもつ高齢者への否定的な先入観である偏見がベースにあることを示す。偏見は、【認知症高齢者の意思軽視】に繋がる。以下のようなヴァリエーションが抽出された。

看護師 P(臨床経験 2 年)は次のように語った。

「何を言っても通じないときとかが多いし、まあ認知症にまあ自分もこれからなるかもしれないし、っていうのもわかってて、親とかもなるんだらうなっているのはわかっててもやっぱりそういう(笑)なんか、ちゃんと面と向かってこう向き合ってしまうと、やっぱり私もイライラしてしまったりとか同じように言いあってしまったりとかがあるから」

看護師 J(臨床経験 4 年)は次のように語った。

「一方で正直なことという、そんだけ一生懸命やらないといけないのかなって、思う時も正直ありますけど。患者さんが気

持ち悪いって思ってるのはこっち側で、患者さんから気持ち悪いって言われることはないんですよ。だから、本当に気持ち悪いのかどうかすら個人的には疑問です。それはこっちの一方的な思いであって、患者さんから気持ち悪いから（オムツ）変えてって言われたことは、この〇年間で一回もないです」

#### 4) 理論的飽和化の判断

観察データと語りがりッチなデータから分析をはじめ、結果図が一通り完成した後、メンバーチェック、スーパービジョンを受け、さらに概念の統廃合、結果図の分かりやすさについて検討を行い修正を繰り返した。そして、新たな概念やカテゴリーの新規作成は行う必要がないと判断できるまで継続的比較分析を行った。M-GTAとしての理論的飽和化の判断としてのプロセスを構成するカテゴリー、概念の位置関係の適切性については、【自律尊重への足掛かり】から、【自律を保持する支援】へのプロセスが適切な位置関係として導かれたと考える。また、コアカテゴリーについては、分析テーマに照らして【自律を保持する支援】とした。分析テーマである問いに関して、自律を尊重する看護実践の帰結であり、本研究結果として明らかにしたかった部分と判断したからである。また、自律の尊重に至るプロセスが【自律を保持する支援】を帰結とし〈個人の尊厳の尊重〉を中核として統合される形でまとまったと考える。以上のことから、理論的飽和化に達したと判断した。

## 第6章 考察

急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを捉えることを目的として研究に取り組んだ結果、急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における看護実践のプロセスについて、自律の尊重に至るプロセスと、その対極となる自律の尊重に至らないプロセスが明らかとなった。本研究では、その対極する2つのプロセスから、急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律を尊重した看護実践の示唆を得ることとする。

### I. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律を尊重した看護実践に至るプロセスの特徴

本研究結果から、急性期病棟という多忙な状況においても、認知症高齢者の自律を尊重した看護実践が見出された。そのプロセスの特徴は、急性期病棟における看護では常に認知症高齢者の自律を尊重できる状況ではなく【自律尊重判断の葛藤】が生じることが多いということである。自律を尊重した看護実践に至るプロセスにおいてそのような葛藤が生じた場合に、【マネジメント能力の発揮】という〈タイムマネジメントの工夫〉〈持てる力を信じた同時対応〉〈多職種との協働〉により、葛藤がありながらも自律を尊重しようとする方向へプロセスが進む。もしくは〈安心感をもたらす対応の模索〉が行われることもあるが、最終的に認知症高齢者との相互作用の中で展開される【自律を保持する支援】に至る。そしてこの全体のプロセスを下支えし、自律を尊重するプロセスの推進力として重要なものは【自律尊重プロセス推進志向】であることが明らかとなった。以下にこのプロセスについて詳しく考察する。

自律の尊重に向けたプロセスの起点である【自律尊重の足掛かり】において、認知症高齢者の【意思を捉える努力】や【自律の方向性判断】が同時進行で相互的なうごきとして行われる。意思を捉えようとする際、認知機能が低下している人は通常のコミュニケーションが難しく、それを前提とする必要がある(伊藤,2017)と言われる。したがって、認知機能の低下に

配慮したコミュニケーションが必要であり、通常のコミュニケーションとは別の考え方をしなければならない。認知症高齢者が自分の意思をうまく表現することができないことに対して【自律尊重プロセス推進志向】〈先入観からの解放〉は『意思を捉える努力』の原動力となると考える。さらに『自律の方向性判断』においても認知症高齢者の能力の可能性を探りながら、認知症高齢者が目指す自律の方向性を適切に判断することに繋がると考える。

次に【自律を保持する支援】とは『自律の醸成』『自律の発揮支援』〈自律の補完〉〈個人の尊厳の尊重〉から構成される。『自律の醸成』に示す選択肢を提示することによる〈自己選択への配慮〉は、一見ありきたりでどのような人にも行われているように見えるかもしれない。しかし、現実には【認知症高齢者の意思軽視】で示したような、選択肢さえ提示されずに認知症高齢者への関わりが行われることも多い。したがって、この〈自己選択への配慮〉は認知症高齢者の自律を尊重した看護に至るプロセスの中で重要な概念であると考えられる。看護師が〈自己選択への配慮〉をすることによって、認知症高齢者は自分の思いや価値観を表出し、なんらかの選択を行うことができる。また、〈習慣想起への誘導〉では、認知症高齢者がこれまでの生活の中で培ってきたものや手続き記憶を活かし、本人が気づけるように誘導していた。結果にて〈ルーチンワークの日常性〉として看護師が認知症高齢者に髭剃りを渡す場面と、〈習慣想起への誘導〉として認知症高齢者に自分の顎を触ってもらい「髭そらなあかん」と気づいてもらった上で髭剃りを渡す場面を示した。どちらも認知症高齢者が髭を剃るという行動は同じであり、できることを行ってもらい自立を尊重していることも同じである。しかし、前者では認知症高齢者は受け身の姿勢であるのに対し、後者では「自分の意思です」という認知症高齢者の自己決定が導かれている点に大きな違いがある。

このように、『自律の醸成』とは、本来持っている認知症高齢者が自らの力で自らの行動を選択してやってみようとする意欲を大切に、認知症高齢者の自律できる状況を作り出すという本研究として独自に見出された

重要な局面であると考える。

また、【自律の発揮支援】〈自律の補完〉においては、認知機能や身体機能の低下があろうとも、すべてを看護師が代わりに行うのではなく、まずは少しでも認知症高齢者が自分の意思をもって行動できるように見守り、できない行動を支援したり自己決定を支える関りをしてきた。これらの看護実践が成立するのは、認知症高齢者の持てる力を信頼していることが背景にあると考える。「信頼」とは、メイヤロフ(1971/2015)がケアの主要素の一つとして示しており、相手を信頼することはまかせることであり、ある危険な要素をはらんでいるが、未知への跳躍なのでありいずれも勇気のいることであるとしている。急性期病棟における認知症高齢者との関りにおいても、看護師はリスクを承知の上で〈自律した行動の見守り〉として認知症高齢者の思いを尊重していた部分は、ケアの要素であり重要な意味を持つことが示された。

一方で、認知症高齢者に自らの意思で行ってもらおうと時間がかかることもある。しかし【自律の醸成】や【自律の発揮支援】においては認知症高齢者の行動を見守り待つ姿勢が含まれている。この姿勢については川西(2005)が看護技術における触れる意味で示した【手をかざしつつ患者の動きを待つ】ことと同様の関わりであると考える。そしてその意義は、〈患者の意思に沿う〉ためであることが見出されていた。このことから、認知症高齢者の持てる力の可能性を信頼して「待つ」ことは、認知症高齢者が自らの意思で行う行動を支援する関りであり重要なことである考える。

〈自律の補完〉は、地域生活支援の領域で示された「支援された自律」に関連するもので、岡部(2010)は、当事者支援・権利擁護の点からみる地域生活支援において「身体介護や動作的な活動の補完を行う〈自立〉のための支援と同時に、認知的な活動において当事者の意向を汲み取り一緒に考えるという認知的な活動に対する〈自律〉のための支援がパーソナルアシスタントによって提供される必要がある」と述べている。この視点は、認知症高齢者への関わりはあくまでも「補完」であり、認知症高齢者自身の立場に立った支援の在り方について示していると考える。



なお、【自律を保持する支援】は〈個人の尊厳の尊重〉が中核となり行われる看護実践であると考ええる。つまり、認知症高齢者を人として自律可能な存在としてとらえ、一人の人として大切にしたい関わりである。この考え方は、「認知症をもつ人を一人の“人”として尊重し、その人の視点に立って理解し、共にケアに取り組もうとする認知症ケアの考え方」としてのパーソン・センタード・ケアの理念と通じるものがあると考ええる。

また、【自律を保持する支援】の結果、看護師は【認知症高齢者の肯定的側面の認識】を経験している。先述した田道、鳥田、正木(2011)は、「看護師の援助が患者との相互作用と試行錯誤を通して患者のその人らしさを支えうるものを発展し、患者にその人らしさの実現というアウトカムがもたらされ、看護師がそれを認識し、それらの過程を通して看護師が喜びというやりがいを獲得しうるものであることを示唆している」と述べている。看護師が【認知症高齢者の肯定的側面の認識】をすることは、看護の喜びやりに繋がり、そこから認知症高齢者の自律を尊重したいという気持ちに繋がるといことが考えられた。これらのことから【自律を保持する支援】は、認知症高齢者の尊厳を保持することに繋がるだけでなく、そこから看護師は肯定的なフィードバックを受け、看護師自身にも肯定的な影響をもたらす可能性が本研究でも明らかになった。

本研究結果で示した認知症高齢者の自律を尊重した看護実践に至るプロセスにおいて、先行研究である江口、前田、久保田、木下(2011)の身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセスで見出された、「看護の工夫に至るプロセス」と結果を比較してみる。江口、前田、久保田、木下(2011)は、「余裕とケアの経験、センス」により「推測」して「患者に合わせる」ということ示していたが、余裕がなければこのプロセスは進まないということが考えられる。

本研究結果でも、【自律尊重判断の葛藤】に現れるように、〈本人のニーズの緊急性判断〉において認知症高齢者にとって重要なニーズを捉えても、〈急性期看護業務と自律との葛藤〉という余裕の無い中で、事故予防や治療に関連した〈安全と自律との葛藤〉も抱える看護師の抱える困難さが明

らかとなった。しかし看護師は〈タイムマネジメントの工夫〉〈持てる力を信じた同時対応〉〈多職種との協働〉を行いながら認知症高齢者の自律を尊重していた。〈持てる力を信じた同時対応〉は安易に行うと、その場を離れている間に認知症高齢者の事故や失敗体験に繋がり、自尊心を傷つける恐れもある。そのリスクがある中でも認知症高齢者の能力を信頼できるのは、〈自律可能か状態の判断〉において認知症高齢者の自律に関する実際の能力を〈先入観からの解放〉により適切に捉えているからこそであると考えられる。これらの部分は、特に急性期病棟という余裕が無く自律尊重が困難な環境の中での、自律を尊重するための看護実践として捉えることができたと考えられる。

そしてまた、本研究は中範囲理論の生成を目指したものであり、ある程度看護師が行うべき行動を考え、予測して看護実践ができるものとなったと考えられる。最終的に今回明らかになったグラウンデッド・セオリーは、応用者である看護師によって、それぞれの知識や判断力をもって現場の現実的問題に対して修正されながら活用されることを想定している。自律を尊重した看護実践の重要性はわかっているもののなかなかできない現状に対して、急性期病棟でも自律を尊重した看護実践をするためのわかりやすい理論を示すことができたと考えられる。

なお、「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」(厚生労働省、2018)において、意思決定支援者は、意思決定を支援する際には、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、意思表示支援、意思形成支援、意思実現支援のプロセスを踏むことが重要であると示されている。本研究のプロセスにも、【意思を捉える努力】という意思表示支援、【自律の醸成】という「意思形成支援」、【自律の発揮支援】と〈自律の補完〉という意志実現支援を行うことが示されており、認知症高齢者の日常生活・社会生活における意思決定支援として重要な要素が含まれていることが示された。

そして、一般的に急性期病棟において認知症高齢者の自律の尊重が難しい状況と捉えられる要因には、本研究プロセスで示した【自律尊重判断の

葛藤】に重きがおられている可能性が考えられた。したがって、すぐに認知症高齢者の意思を尊重することは難しくても【自律を保持する支援】は、急性期病棟でも行える、自律を尊重した日常生活援助における看護実践のプロセスとして示すことができたと考える。

## II. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助において自律の尊重に至らない看護実践のプロセスの特徴

本研究結果では、認知症高齢者の自律の尊重に至らない看護実践のプロセスについても見出された。その特徴は、【認知症高齢者の意思軽視】により【置き去りとなる自律性】となり〈認知症高齢者の QOL 低下〉に至るといものである。そこには〈認知症への否定的先入観〉【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】という 3つの要素が関わるということが明らかになった。

〈認知症への否定的先入観〉は、日本老年看護学会の立場表明 2016(日本老年看護学会,2016)で示された、「認知症高齢者は自分たちを困らせる人」というイメージも強く残っており、このようなマイナスのイメージの中で認知症高齢者のケアに奮闘している現状と同様の結果であると考ええる。看護師が〈認知症への否定的先入観〉を持っていると、高齢者の個別性を捉えようとするのではなく「認知症」の人としてひとくくりにし、意思がないものとみなされ【認知症高齢者の意思軽視】に繋がると考える。伊藤(2017)は、認知症の患者の尊厳を守りながらケアを提供するためには看護師個人として「相手の思いと機能を考慮した対応を考えること」から始めることが重要であると述べている。相手の思いを考慮した対応のためにも、機能を考慮した対応のためにも〈先入観からの解放〉による【自律尊重への足掛かり】が行われることが重要である。つまり、前章で示した〈先入観からの解放〉によって〈認知症への否定的先入観〉が払拭できれば、認知症高齢者の自律を尊重した看護実践のプロセスに繋がる可能性があると考ええる。この〈先入観からの解放〉のための教育的アプローチについては看護への示唆で述べる。

次に【急性期病棟の環境】である〈余裕の無い環境〉〈常に見守れない構

造)は、認知症高齢者の日常生活援助において自律の尊重を阻害する急性期病棟の環境要因として示された急性期病棟の設計、マンパワー不足(中西,2019;大塚,2017)と同様の状況が捉えられた。これらの問題は、看護師の個々の力では解決できない問題である。〈病棟の風土改革志向〉をもつ看護師によって不要な業務を減らす試みもなされているものの、1対1で患者対応ができない限り業務の重なりは避けられない。

ただ、〈多職種との協働〉で看護師 M が語ったように、看護師と介護職それぞれの専門性を活かしながら役割分担することで、認知症高齢者の自律を尊重できる機会が増える可能性があると考え。介護職を急性期病棟で雇用し、チームメンバーとして協働できるような施設はまだ少ない状況であると考え。しかし、急性期治療を受ける患者の多くが高齢者となる現在、介護を必要とする高齢者も増加しており、看護師が介護の部分を担う負担が増大していることは問題であると考え。認知症高齢者が急性期病棟で療養する上で、【置き去りになる自律性】からの〈認知症高齢者のQOL低下〉を避けるためにも、入院中の生活の場面を支えるマンパワーの確保について考えることは、喫緊の課題であると考え。また、看護方式の工夫によっても、【置き去りになる自律性】を減らすことが可能なのではないかと考える。パートナーシップ・ナーシング・システム(PNS)は、2人の看護師が共働して、複数の患者を受け持つ看護方式であり、認知症高齢者の自律尊重に関しては「患者のニーズに対して迅速に対応できる」というメリットが示されている。例えば〈余裕の無い環境〉で看護師 C が語ったような、看護師 1 人で移動が困難な患者のニーズに対応する上では、応援看護師を探しに行く時間を取られることなく迅速に対応できる。ただし、通常(チームナーシング)の倍の人員が必要となるなどデメリットも多く報告されており、導入に当たっては各施設がデメリットへの対応を行いながら工夫して進めていくことが求められている。

最後に、【急性期病棟の文化】に関して〈自律性軽視の容認〉は、事故予防を第一優先にする病棟の方針や身体拘束をしないと安心できない病棟全体の雰囲気(湯浅, 2012)と同様の結果であった。急性期病棟では切迫性、

非代替性、一時性を満たした「緊急やむをえない場合」には医師の指示で身体拘束が可能とされているが、身体拘束は認知症高齢者の自由を奪う行為で QOL を低下させる。「身体拘束は看護業務の都合のためではなく対象者の生命を守るためのやむ負えない限定的な方法であり、介護施設においてのみ当てはまることではなく、病院等の施設での看護においても同様といえる」(千田,2014)と言われるように、【急性期病棟の環境】だからといって身体拘束は容認されるものではないということを病棟の看護師が再認識する必要がある。そして、身体拘束は「緊急やむ負えない場合」のみに限定し、できるだけ早期に解除する方法を検討する必要があると考える。しかし、中谷(2018)は身体拘束の減少はただ体制を整えるだけでは行えず、解除や行わない意識が高いだけでも行えない。その両方が機能し、患者の病態をアセスメントした上で、身体拘束を行うならばどのようにすれば解除できるか、逆に行わないのならばその観察はどうするか、看護師ができることは何かを話し合っていく必要があると指摘している。身体拘束の問題については、個人の努力だけではなく病棟としてどのように対策するか、組織としての取り組みも必要である。

加えて本研究では、〈ルーチンワークの日常性〉も認知症高齢者の自律が尊重されにくい病棟文化の一つとして捉えられた。この【急性病棟の文化】が生まれる背景には、【急性期病棟の環境】の中での看護に疲弊した看護師のバーンアウトの状態が影響しているのではないかと推測する。金井(2007)の急性期病棟の看護師を対象にした調査によると、調査対象病院に勤務する看護師は、半数以上がバーンアウト状態にあること、労働条件や労働環境に問題がある可能性が指摘されている。さらに、認知症高齢者の安全管理は看護師の負担感の要因となっていること(松尾,2011)、認知症高齢者への対応への困難さや十分なケアができないことに対して思い悩むことも示されており(小山, 流石, 渡邊, 森田,2013) 認知症高齢者への看護が看護師の心身の負担となることが示されている。看護職の倫理綱領(日本看護協会,2021)の項目 12 には、看護職がより質の高い看護を提供するためには看護職自身がウェルビーイングを高めることが示されている。しかし、〈余

裕の無い環境)の中で、認知症高齢者への対応に思い悩み葛藤する看護師に、自分自身の力でウェルビーイングを高めることは困難なことであると考える。労働環境の改善が喫緊の課題であるとともに、急性期病棟で認知症高齢者の看護を行う看護師の心身へのサポート体制についても検討する必要があると考える。その点において中原(2010)は、過酷な労働環境において人事制度の改革は短期的に解決するものではなく職場の中の人からの声掛けや注意を傾けてもらい精神的な安らぎを得たりすることがますます重要であると述べている。専門家による支援としての精神的サポートもあるが、まずは身近な病棟のスタッフ間同士で暖かい声掛けや気遣いができるような職場環境作りも必要であると考えられる。

なお、【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】は、認知症高齢者の自律を尊重した日常生活援助を行う上での障壁であることは事実であり、今後の改革が望まれるが、本研究で見出されたプロセスの結果が臨床現場で応用されることで、【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】の影響がある中でも、認知症高齢者の自律を尊重した看護実践が行われることを期待したい。そして、より多くの看護師が【認知症高齢者の肯定的側面の認識】ができ、ポジティブな気持ちで認知症高齢者への看護ができることを願う。

### III. 看護への示唆

急性期病棟で認知症高齢者の自律を尊重した日常生活援助を実践するための示唆として、実践、教育、研究の視点から述べる。

まず、実践への示唆として本研究は、急性期病棟で勤務する看護師の認知症高齢者の自律に関する日常生活援助の看護実践のプロセスを明らかにした。自律の尊重に至るプロセスの流れとしては、【自律尊重への足掛かり】からはじまり、【自律尊重判断の葛藤】がありながらも、〈安心感をもたらす対応の模索〉【マネジメント能力の発揮】を通して【自律を保持する支援】へ至る。そのために、看護師には〈先入観からの解放〉が求められる。なお、【自律尊重プロセス推進志向】が下支えとなってこのプロセスは推進される。たとえ急性期病棟の業務や安全性が優先され、認知症高齢者の自律の尊重の優

先順位が下がったとしても、【自律を保持する支援】は、認知症高齢者の尊厳を保った看護実践として活かせるものである。そして、そこから引き出される【認知症高齢者の肯定的側面の認識】は看護師にも喜びややりがいをもたららし、モチベーションが高まるといった肯定的な影響を与える可能性があると考えられる。

また、急性期病棟の看護師が自律を尊重した日常生活援助を実施しやすくなるように、看護管理者は【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】の改革に取り組むことも必要である。本研究で〈病棟の風土改革志向〉を持ち、認知症高齢者の自律の尊重を大切にしていた看護師は、リーダーシップをとろうとするのではなく、自分がより良い看護をすることにより、その関わりが広がっていくことを願っていた。この点について中筋(2018)は、実践を通して自身やチームの成長を意識し、所属組織において承認を受ける体験と自律性を保たれる感覚が、看護師が動機を高め認知症高齢者の看護の質向上を志向し続けることを支える誘因になる可能性を述べている。看護管理者による〈病棟の風土改革志向〉を持ち活動しようとする看護師の承認と、病棟チームとしてより良いケアの共有により認知症高齢者の看護を変える工夫をしていくことが病棟全体の認知症高齢者看護の質を底上げするために重要である。ただし、チームを変えていく上では、自部署の課題に応じた戦略をたてて導入しなければスタッフの負担感が増し適切な行動につながらない(湯浅,2017a)と言われている。したがって、トップダウンで進めていくのではなく、問題となっている部分をチームで共有し、一緒に取り組んでいけるようにすべてのスタッフを巻き込みながら進めていくことが、チーム全体の看護の質を底上げするために重要であると考えられる。

なお、認知症高齢者の自律性を阻害する身体拘束については、【急性期病棟の環境】のために身体拘束は容認されるものではないということを病棟の看護師が再認識する必要があると考えられる。しかし、身体拘束の問題は、看護師個人の努力としての認識変化に加え、管理者による組織体制としての取り組みを明確にするという両方をうまく機能させる必要がある。

次に、教育への示唆として本研究結果は、【自律尊重プロセス推進志向】

〈先入観からの解放〉という急性期病棟の看護師の認識が、自律の尊重に至るプロセスに向かうために重要であることを明らかにした。なぜなら【自律尊重判断の葛藤】が生じた場合に、【自律尊重プロセス推進志向】がなければ【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】の影響を受け【置き去りになる自律性】へと向かうためである。同じく〈先入観からの解放〉ができない場合も【置き去りになる自律性】へと向かうためである。したがって、これらの認識を持てるようになるための方法について、教育的な視点から述べる。

【自律尊重プロセス推進志向】をもてるようにするためには【自律尊重認識の形成】が課題であると考えられた。看護基礎教育においてはその手掛かりとして、教員のことばや実習指導での印象に残ったものが現在の認知症高齢者との関わりにおいて活かされることが考えられた。また、核家族化が進む現在、祖父母との同居は少なくなり、高齢者との関り自体が少なくなっており〈高齢者への敬愛〉が育まれる機会の減少も考えられる。このような背景がある中での看護基礎教育での取り組みとして、認知症模擬患者を活用した演習は、「緊張感と臨場感」をもって実践でき、模擬患者ならではのフィードバックが学生の気付きを引き出す効果があると報告されている(百瀬,2017)。生命倫理や看護倫理といった知識を提供するだけでなく、認知症高齢者であっても意思があること、自律を尊重した関りを学べる体験を通して〈自律尊重の必要性の体感〉〈看護師としての倫理観の醸成〉が必要であると考える。

一方現任教育においては、個々の看護師が〈認知症高齢者看護の動機づけ〉〈自律尊重の必要性の体感〉となるものを経験できるように教育環境を整える必要がある。【自律尊重判断の葛藤】は、多くの看護師が経験するものと考えられる。これは、看護師の価値観を揺るがす機会となり得るものであり、この場面を倫理教育の機会として捉えることもできると考える。なお、ただ単に経験を積むことが必要なのではなく、経験を通して学びの機会としなければ意味がない。松尾(2014)は、職場学習(病棟での学習)を促すためには、内省しながら業務を実施するように教育・支援する「内省的実践」の支援が最も重要であるとしている。またそうした教育・支援を円滑に行うためには病



棟のゴールを明確化し、手本となる看護師からの学びを活性化することが有効であるとしている。これらのことから、個々の看護師が看護実践を振り返り、看護の在り方を深く考えられるような支援に加え、先述した〈病棟の風土改革志向〉を持つ看護師の存在をうまく活かした病棟の学びの活性化が重要であると考え。この〈病棟の風土改革志向〉を持つ看護師の活動により【急性期病棟の文化】が変化し、認知症高齢者の自律の尊重に至るプロセスが多く実践されるようになれば【認知症高齢者の肯定的側面の認識】の機会も増加し〈先入観からの解放〉へと繋がる副次的効果も考えられる。しかし、【認知症高齢者の肯定的側面の認識】が見いだせない中での実践の蓄積は、〈認知症への否定的先入観〉を持つことに繋がると考える。湯浅(2017b)は認知症を持つ人に関するアセスメントやコミュニケーションのポイントの一つは「試行錯誤」であり、他者に話す中で気づきが生まれると述べている。〈認知症への否定的先入観〉が現に存在する臨床現場でこそ早期から「内省的実践の支援」や「試行錯誤」による看護実践を他者と共有する機会を持つことにより〈先入観からの解放〉を視野に入れた教育的支援も重要であると考え。

最後に研究への示唆として、急性期病棟における認知症高齢者の日常生活援助に関しての実証研究が少ない現状の中、本研究は、看護師と認知症高齢者の相互作用の観察と看護師へのインタビューを行った。そして、認知症高齢者への看護実践はマニュアル化できるものではないものの、より良い看護実践として抽出された共通部分を M-GTA を用いて質的に分析し、プロセスとして示せたことに意義があると考え。看護師と認知症高齢者との相互作用で織り成される看護実践は複雑であるが、課題となる部分についての現状を一つひとつ明らかにしていくような研究を行うことで、急性期病棟における認知症高齢者への日常生活援助のより良い看護実践方法についての知見を重ねていく必要がある。

## 第7章 結論

本研究では、急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスを捉えることにより、日常生活援助における認知症高齢者の自律を尊重した看護実践の示唆を得ることを目的に、M-GTA を用いて分析を行った。その結果以下のことが明らかになった。

1. 急性期病棟に入院する認知症高齢者への日常生活援助における自律に関する看護実践のプロセスでは、11 のカテゴリーと、4 のサブカテゴリー、38 の概念が生成され、自律の尊重に至るプロセスと自律の尊重に至らないプロセスが明らかになった。
2. 急性期病棟での日常生活援助における認知症高齢者の自律の尊重に至る看護実践のプロセスにおいては【自律尊重判断の葛藤】という自律尊重が困難な状況がありながらも【自律尊重プロセス推進志向】が推進力となり【マネジメント能力の発揮】により【自律を保持する支援】に至ることを示した。すぐに認知症高齢者の意思を尊重することは難しくても【自律を保持する支援】は、急性期病棟でも行える、自律を尊重した日常生活援助における看護実践のプロセスとして示すことができたと考える。
3. 急性期病棟での日常生活援助における認知症高齢者の自律の尊重に至らない看護実践のプロセスでは、看護師の〈認知症への否定的先入観〉が背景にある【認知症高齢者の意思軽視】によって【置き去りになる自律】へと向かう場合と、自律の尊重に至るプロセスを進み〈安心感をもたらす対応の模索〉の中で【置き去りになる自律】へ向かう場合がある。この自律の尊重に至らないプロセスを促進するものとして【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】といった自律の尊重を阻害する環境が影響している。【認知症への否定的先入観】を払拭することができれば、認知症高齢者の自律を尊重した看護実践のプロセスへ向かう可能性があると考えられる。

4. 看護管理者は【急性期病棟の環境】【急性期病棟の文化】の改革に取り組むことも必要である。看護管理者による〈病棟の風土改革志向〉を持ち尽力している看護師の承認と、病棟チームとしてより良いケアの共有により認知症高齢者の看護を変える工夫をしていくことが病棟全体の認知症高齢者看護の質を底上げするために重要である。ただし、トップダウンで進めていくのではなく、問題となっている部分をチームで共有し、一緒に取り組んでいけるようにすべてのスタッフを巻き込みながら進めていくことが、チーム全体の看護の質を底上げするために重要であると考ええる。さらに、急性期病棟で認知症高齢者の看護を行う看護師の心身へのサポート体制として、専門家による支援としての精神的サポートもあるが、まずは身近な病棟のスタッフ間同士で暖かい声掛けや気遣いができるような職場環境作りも必要であると考ええる。

## 第8章 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究者自身が道具となりデータ産出に関わっているため、産出されたデータならびに分析結果について、研究者個人の能力が影響を与えている可能性がある。

インタビューのタイミングが参加観察当日から数日後とばらつきがあり、数日後の場合は看護師が観察場面の状況を忘れていたこともあった。特に認知症高齢者の自律の認識については、新人の頃からの変化や影響について明確に語れる看護師が少なかった。今後認識の変化を捉える上で過去の記憶をいかに引き出せるかというデータ産出方法について検討する必要があると考える。

今後の課題としては、本研究結果で見出された急性期病棟における認知症高齢者の日常生活援助における自律の尊重に至るプロセスを臨床の看護師に実践・応用してもらう必要があると考える。それにより、本研究結果の理論の応用と検証がなされ、課題を明らかにすることができると考える。また、本研究結果から〈認知症高齢者看護への動機づけ〉がなされることが、自律尊重を目指す関わり繋がっていることが示されたことから、認定看護師や専門看護師が活躍する病棟を研究対象施設として研究を重ねることで、よりよい実践モデルの構築を目指したい。

## 謝辞

新型コロナウイルスの拡大が懸念される中、研究を快く受け入れてくださった病院長、看護部長、様々な調整をしてくださった看護管理者の皆様、お忙しい中参加観察とインタビューをお受けくださった看護師の皆様、快く参加観察をお受けくださった患者様とそのご家族に心から感謝申し上げます。

京都橘大学健康科学部作業療法学科佐川佳南枝教授には、M-GTA の分析プロセスにおいて多くのスーパービジョンをいただきました。思慮深く鋭いご指摘をいただく中で語りの解釈を深めることができました。また、結果図が理解しやすいものへと大きく変化しました。心より感謝申し上げます。

京都橘大学看護学部河原宣子教授には、主査、副査として様々なご指導、ご助言をいただきました。特に研究方法論の選定や質的研究としての質を高める方法について貴重なご助言をいただきました。暖かく見守っていただき、ご指導いただきましたこと、心から感謝いたします。

京都橘大学看護学部梶谷佳子教授には、副査として様々なご指導、ご助言をいただきました。また、研究テーマの選定や GTA の選定において悩んだときにも親身になって相談にのってくださりました。前向きなアドバイス、貴重な示唆をいただき、諦めずに研究を続けることができました。心から感謝いたします。

京都橘大学看護学部奥野信行教授には、副査として様々なご助言、ご指導をいただきました。貴重なご助言や鋭いご指摘により、論文全体の質を高めることができました。また、質的研究においての意味を探求する姿勢というものを学ばせていただきました。心より感謝いたします。

京都橘大学看護学部征矢野あや子教授には、主指導教授として研究全般においてご指導いただきました。混乱する思考を整えていただいたおかげで、混沌としていた研究テーマに一筋の光を見出せ、本研究に取り組むことができました。心が折れそうな時にも前向きなアドバイスで導いでくださいました。心より感謝申し上げます。

関西国際大学沼本教子教授は、博士後期課程への進学を強く後押ししてくださり、研究テーマの焦点化に向けて多くのご指導をくださいました。心より感謝申し上げます。

そして、共に学び、悩み、励まし合った大学院生の仲間、応援して下さった皆様に心から感謝いたします。

最後になりますが、家事育児のサポートに加え、困ったり悩んだ時に冷静に研究者としてのアドバイスや励ましで支えてくれた夫、癒しと頑張る気力を与えてくれた息子と娘、暖かく見守り応援してくれた両親に心から感謝いたします。

なお、本研究は京都橘大学大学院学生研究奨励金(2019年度、2020年度)の助成を受けて実施しました。ここに感謝の意を表します。

## 文献

- 坂東桂子.(2016).患者の自律を視座にした療養生活支援ができる看護職育成の要点.日本看護学会論文集:看護管理,46,159-162.
- Barney.G.Glaser・Amselm.L. Strauss.(1967/1996)後藤隆,大出春江,水野節夫(訳).「データやりとり型理論の発見—調査からいかに理論を生み出すか—」,新曜社.
- Bentwich,M E.Dickman,N.&Oberman,A.(2018).Human dignity and autonomy in the care for patients with dementia: differences among formal caretakers from various cultural backgrounds.Ethnicity & Health.23(2),121-141.
- Bentwich, M E.Dickman,N.&Oberman,A.(2017).Dignity and autonomy in the care for patients with dementia:Differences among formal caretakers of varied cultural backgrounds and their meaning.Archives of Gerontology and Geriatrics,70,19-27.
- Bhatt J.Walton H.Stoner CR.Scior K.&Charlesworth G.(2018).The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review.Aging&Mental Health, 1-11.
- 千田睦美.(2014).ステップ2学内実習に必要な看護倫理3領域別にみた看護倫理.石井トク(編),Basic&Practice 看護学テキスト 統合と実践-看護倫理(p87).学研.
- Davis,R.Ziomkowski,M K.& Veltkamp,A.(2017).Everyday Decision Making in Individuals with Early-Stage Alzheimer's Disease:An Integrative Review of the Literature.Research in Gerontological Nursing,10(5), 240-247.
- 土肥真奈,杉浦由美子,杉本健太郎,柏木聖代,岡本瞳,叶谷由佳(2019).急性期病院の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.
- 江口恭子,前田祐子,久保田正和,木下 彩栄.(2011). 身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス. 健康科学:京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要,7,23-28.
- Featherstone,K.Northcott,A.&Bridges,J.(2019).Routines of resistance: An

ethnography of the care of people living with dementia in acute hospital wards and its consequences. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 53-60.

Fetherstonhaugh, D. Tarzia, L. Bauer, M. Nay, R. & Beattie, E. (2016). The red dress or the blue?': How do staff perceive that they support decision making for people with dementia living in residential aged care facilities?. *Journal of Applied Gerontology*, 35(2), 209-226.

福江里美, 福岡欣治, 荒井佐和子. (2020). 過去の祖父母機能が大学生の心理的発達と高齢者イメージに及ぼす影響. *川崎医療福祉学会誌*, 30(1), 95-107.

Gavan, Joan. (2011). Exploring the usefulness of a recovery-based approach to dementia care nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(2), 140-146.

Holloway I, Wheeler S (2002/2006). 野口美和子(監訳). 第16章 真実性を質を確保すること, ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで, 医学書院. 廣嶋尚子, 西千亜紀. (2010). 認知症患者のインフォームドコンセント その人らしく生きるための治療選択をチームで支えた事例. *日本精神科看護学会誌*, 53(3), 66-70.

廣瀬規代美, 藤野文代. (2004). 喉頭摘出患者の喉頭摘出術の自己決定プロセスにおける看護援助. *群馬保健学紀要*, 24, 23-30.

堀内園子, 堀内昭彦, 石井法子. (2009). アルツハイマー病の人の能力を引き出し、維持・強化する看護の現状と課題. *看護技術*, 55(7), 741-747.

池田康恵, 遠藤里花, 二宮多鶴子, 佐藤紀子. (2003). がん告知を受け転移した人の治療の自己決定までのプロセスを探る 手術療法を受けた2人にインタビューを行って. *日本看護学会論文集: 成人看護 II*, 33, 310-312.

猪之奥香織, 一井美華, 大畑美緒, 矢野里奈, 真正美郷, 久保仁美, ... 藤村佳子. (2015). 意思決定代理人のいない患者の意思決定支援と今後の課題. *淀川キリスト教病院学術雑誌*, 2013, 69-73.

井上留実, 三重野英子, 末弘理恵, 溝下順子. (2009). 高齢患者の手術に対する主体的な意思決定のあり様とその影響する状況. *日本看護学会論文集: 老年看護*



護,39,150-152.

石塚まゆみ,田谷友寿帆,小松優依.(2017).人生の最期をその人らしく生き抜くためにがんを合併した終末期認知症患者の入院生活を振り返る.日本精神科看護学術集会誌,60(1),466-467.

伊藤美緒.(2017).preface 本書を読む前に.認知症の人の「想い』から作るケア 急性期病棟編.伊藤美緒,木村陽子(編).インターメディカ.

岩成淳治,矢田フミエ,原川由美,岡村美智子.(2013).認知症高齢者に対してセンター方式を活用して BPSD が軽減した 1 事例 バリデーションと継続的なバーバル・ノンバーバルコミュニケーションを用いて.日本精神科看護学術集会誌,56(3),140-144.

Janice L. P,Helen W. L, Janis M, Maggie M, Maria B. C, Johanna L. A (2014) : The Dementia Friendly Hospital Initiative Education Program for Acute Care Nurses and Staff,The Journal of Continuing Education in Nursing. 45(9),416-424.

J.corbin・A. L. Strauss.(1990/2012).操華子,森岡崇(訳).質的研究の基礎 グラウンデッドセオリー開発の技法と手順第 3 版,医学書院.

亀田弘之(編集委員会編).(2019).IS デジタル辞典ー重要用語の基礎知識ー第二版,<https://ipsj-is.jp/isdic/1070/>.

金井 Pak 雅子(2007).日本の看護師の労働環境の実態ーリンダ・エイケンとの共同研究 日本における調査結果からみえてきたこと.看護研究,40(7),61-70.

Karel MJ.Gurrera RJ.Hicken B.Moye J.(2010).Reasoning in the capacity to make medical decisions:the consideration of values.The Journal Of Clinical Ethics,21(1), 58-71.

萱間真美,グレッグ美鈴.(2018).質的研究論文のための査読セミナーの背景と査読ガイドラインの提示.看護研究,51(1),4-9.

川西美佐.(2005).看護技術における「触れる」ことの意義 整形外科看護師の生活行動援助技術を身体性の観点から探究して.日本赤十字広島看護大学紀要,5,11-19.

Kim,S Y,H.Karlawish,J H T.&Caine,E D.(2002).Current state of research on

decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(2), 151-165.

木村朋子, 富田千里.(2008).患者の自己決定権尊重に向けた一事例の考察 ナラティブ・アプローチ活用の可能性. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 38, 262-264.

木下康仁.(1999). *グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生-*, 弘文堂.

木下康仁.(2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践*, 弘文堂.

木下康仁.(2007). *ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて*, 弘文堂.

小林孝広, 高畑美紀, 伊勢田久美子, 村上英子, 武田ひとみ, 石井絢子, 松本典子.(2015).認知症高齢患者の治療に対する意思決定. *日本看護学会論文集: 成人看護 I*, 38, 72-74.

古宇田香, 新藤悦子.(2002).治療を自己決定したがん患者の「決定後の思い」. *臨床死生学*, 7(1), 26-32.

厚生労働省.(2015).認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>.

厚生労働省.(2017).平成 29 年(2017)患者調査の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>.

厚生労働省.(2018). 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

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

厚生労働省.(2019). 医療施設(動態)調査・病院報告の概況 病院報告

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/03byouin01.pdf>.

厚生労働省.(2020). 認知症施策推進大綱について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html)

小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子.(2013).一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難 大規模病院(一施設)の看護師へのインタビューから. *日本認知症ケア学会誌*, 12(2), 408-418.

國澤聖子, 沖田卓馬, 庄司梨奈, 新野さゆり.(2016).認知症高齢者の長期療養による

生活行動能力を維持する看護介入の検討.北海道看護研究学会集録,平成 28 年度,33-35.

Le Guen J.Boumendil A.Guidet B.Corvol A.Saint-Jean O&Somme D.(2016).

Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study.Age And Ageing,45(2), 303-309.

正木治恵,北川公子,湯浅美千代,百瀬由美子,山田律子,堀内ふき.(2017).「急性期病院において認知症高齢者を擁護する日本老年看護学会の立場表明 2016」の作成過程.老年看護学,22(1),5-9.

丸岡直子,鈴木みずえ,水谷信子,谷口好美,岡本恵理,小林小百合.(2018).認知症看護のエキスパートによる転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセス.日本転倒予防学会誌,5(1),65-79.

松尾香奈.(2011).一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ,日本赤十字看護大学紀要,25,103-110.

松尾睦.(2014).【新任看護師長必読! 育て上手のリーダーシップ スタッフの学びを促すリフレクティブな病棟づくり】「育て上手の看護師長」から学ぶ職場学習のマネジメント 224人の看護師長への調査研究から紐解く"人が育つ"病棟のありよう(解説/特集),看護管理,24(4).325-335.

美作貴子,蔭山智子,大西恵実,永井康恵,山田道代.(2005).右腎尿管摘出術を受ける患者への看護 自己決定における患者への看護.泌尿器ケア,10(3),298-302.

箕岡真子(2011): 認知症ケアの倫理,ワールドプランニング.

箕岡真子(2018):『認知症ケアの倫理』の創造と発展-なぜ『新しい認知症ケアの倫理』の体系化が必要だったのか.認知症ケア研究誌,2,27-38.

三林聖司.(2017).A 精神科病院認知症専門病棟における認知症高齢者の転倒に関する横断研究.日本転倒予防学会誌,3(3),55-61.

三林聖司,山田紀代美.(2017).精神科病院認知症専門病棟における認知症高齢者の前向き 1年間の転倒に関連する Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の予測因子.老年看護学,22(1),81-88.

ミルトン・メイヤーロフ.(1971/2015).田村誠・向野宣之(訳).ケアの本質—生きることの意味,ゆみる出版.

深山つかさ.(2017).緊急入院となった後期高齢患者が抱く治療方針の決定についての思い.京都橋大学研究紀要,44,181-194.

Miyama,T.Gallagher,A.Numoto,K.Kawahara,N.Tanabe,M.,&Takenaka,Y.(2018).Philosophical perspectives on the care of elderly people from the viewpoint of advanced practice nurse in Japan,京都橋大学研究紀要,45,209-221.

水澤久恵,出貝裕子.(2011).認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向.新潟医学会雑誌,125(8),443-450.

百瀬由美子.(2017).【認知症をどう教えるか】看護基礎教育における認知症教育の実際 認知症をもつ人に寄り添い尊厳を重視した対応力修得を目指す 認知症模擬患者を活用した演習(解説/特集).看護展望,42(6),0533-0538.

内閣府.(2015).認知症高齢者数の推計

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html).

長島緑,小磯京子,竹之下信子,丹野志保.(2017).体験に基づく認知症高齢者ケアについて 「老年看護学」を履修していない看護師を対象とする認知症ケア学習研修会事前調査より.千葉科学大学紀要,10,219-225.

中島加奈子.(2017).スタッフの倫理的感受性を高める取り組み 認知症高齢者の尊厳を守るために.日本精神科看護学術集会誌,60(1),218-219.

中原淳.(2010).職場学習論.東京大学出版会.

中西三春.(2019).一般急性期病院における認知症ケア 日本全国の横断調査,老年看護学,23(2),44-48.

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の意識の変遷.高齢者のケアと行動科学,23,35-45.

中谷将.(2018).【身体拘束と精神保健福祉士;当事者として向き合うことから】身体拘束を知る 医療者の声を聴く 身体拘束をするという経験 身体拘束、その意識と判断,精神保健福祉,49(4),318-321.

成本迅/「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト編(2016).認知症の人の医療選択と、意思決定支援 本人の希望をかなえる「医療同意』を考える,クリエイツかもがわ.

- 中山信子,佐道奈美枝,山下鳴美,平井公栄.(2004).術後患者の離床における意思決定を導く看護師の傾聴態度の分析.日本看護学会論文集:看護総合,35,9-11.
- 中澤光枝,星野まち子,中西陽子.(2006).意志疎通不可能患者の清拭に対する看護師の意識と行動の分析.日本看護学会論文集:看護総合,37,191-193.
- Nicholson L.(2017).Person-centred care: experiences of older people with dementia.Nursing Standard (Royal College Of Nursing,32(8), 41-51.
- 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会.(2015).医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン  
[http://jnea.net/pdf/guideline\\_songen\\_2015.pdf](http://jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf).
- 日本看護協会.(n.d).看護実践情報 看護実践上の倫理的概念,  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/approach/index.html>.
- 日本看護協会.(2021) .看護職の倫理綱領,  
[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf)
- 日本老年看護学会.(2016).「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016  
[http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/老年看護学会立場表明\(全文\)公開用160820.pdf](http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/老年看護学会立場表明(全文)公開用160820.pdf).
- O'Brien B C,Harris I B,Beckman T J,Reed D A,& Cook D A.(2014). Standards for Reporting Qualitative Research A Synthesis of Recommendations, Academic Medicine,89(9),1245-1251.  
[https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/Standards\\_for\\_Reporting\\_Qualitative\\_Research\\_\\_A.21.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research__A.21.aspx)
- 岡部耕典.(2010).「当事者支援・権利擁護の点からみる地域生活支援」:季刊福祉労働,127,12-19.
- 岡田泰子,東原香里.(2016).認知症患者とのコミュニケーションについての一考察 ユマニチュード技法を用いて.香川県看護学会誌,7,15-17.
- 大塚真理子.(2017).認知症ケア加算 2 に対応する「日本老年看護学会主催認知症看護対応力研修」.老年看護学,22(1),14-18.
- 大月説子.(2001).手術を受ける患者の「おまかせ」心理と患者の自己決定能力を

- 支えるベテランナースの実践的知識.日本看護学会論文集：看護総合,32,99-101.
- Palmer JL.Lach HW.McGillick J.Murphy-White M. Carroll MB.(2014).The Dementia Friendly Hospital Initiative education program for acute care nurses and staff.The Journal of Continuing Education in Nursing.45(9), 416-424.
- パトリシア ベナー.(1984/2004).井部俊子,井村真澄.上泉和子(訳).ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー,医学書院.
- Reilly, J C. &Houghton, C.(2019).The experiences and perceptions of care in acute settings for patients living with dementia: A qualitative evidence synthesis.International Journal of Nursing Studies,96,82-90.
- 坂本秀一郎.(2016).患者の意思を尊重する看護 看護ケアをかたくなに拒否する患者の看護実践を振り返って.川崎市立川崎病院事例研究集録,18,74-77.
- 佐藤弘子.(2017).【『民医連の看護のものさし』にてらした私たちの実践】A氏の思いに寄り添いながら、意思決定を支えた看護実践.北海道勤労者医療協会看護雑誌：看護と介護,43,16-17.
- 佐藤彰一.(2018).第2章権利擁護とは何か、意思決定支援とは何か,権利擁護がわかる意思決定支援.日本福祉大学権利擁護研究センター,ミネルヴァ書房.
- 関根貴子.(2000).一般病棟における看護職者の痴呆性高齢者に対する抑制の実施プロセス.神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録,25,381-387.
- 白野幸恵.(2017).コミュニケーションがとりにくい老年性認知症患者に対するアプローチ.日本精神科看護学術集会誌,60(1),110-111.
- 下平きみ子,伊藤まゆみ(2012).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. The Kitakanto Medical Journal,62(1),31-40.
- Sinclair C.Bajic-Smith J.Gresham M.Blake M.Bucks RS.Field S. . . &KurrleS.(2019).Professionals' views and experiences in supporting decision-making involvement for people living with dementia.Dementia.
- Suwa,S.Yumoto,A.Ueno,M.Yamabe,T.Hoshishiba,Y.,&Sato,M.(2019).Characteristics of care methods for daily life disabilities in Alzheimer's type

dementia that respect autonomy and independence. *Nursing Open*, 6(3), 930-941.

鈴木みずえ,阿部ゆみ子,鈴木智子,篠崎恵美子,吉村浩美.(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誌*, 16(3), 631-641.

鈴木みずえ,桑原弓枝,吉村浩美,内田達二,水野裕.(2013).急性期病院における看護師の認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入とパーソン・センタード・ケアに関する意識の関連. *日本早期認知症学会誌*, 6(1), 58-64.

鈴木みずえ,山岸暁美,玉田田夜子,阿部慈美,村田康子,桑野康一,...水野 裕.(2015).急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性—パーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムによる検討. *日本認知症ケア学会誌*, 13(4), 749-761.

鈴木みずえ,吉村浩美,水野裕,金森雅夫,長田久雄.(2017).パーソン・センタード・ケアをめざした認知症看護教育プログラムの効果—看護師に対する視聴覚教材(DVD)を用いた研修のリフレクション. *日本早期認知症学会誌*, 10(1), 35-42.

高橋奈智.(2018).認知症を持つ高齢がん患者の意思決定支援の1例. *日本看護学会論文集：慢性期看護*, 48, 167-170.

高野佳範,藤野成美,藤本裕二,古野貴臣,鎌田ゆき(2019).急性期病院で勤務する看護師の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアを目指した看護実践とその関連要因. *International Nursing Care Research*, 18(1), 1-9.

高尾恵美子,新原由夏,柳和美,武重有希子,奥郁子.(2011).認知症患者へデモンストラーションを用いて行ったナースコール理解への取り組み—指導の影響を患者・看護師側から検討して. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*, 6, 203-206.

高安貴恵,野原千草,仲間五月,嘉数勝.(2016).「認知症のためのケアマネジメントセンター方式シート」を活用して—BPSD 緩和に対する取り組み. *日本精神科看護学術集会誌*, 59(1), 132-133.

谷口好美.(2006).医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. *Journal Of Japan Academy of Gerontological Nursing*, 11(1), 12-

20.

田道智治,鳥田美紀代,正木治恵.(2011).認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造 医療場面に焦点を当てて.老年看護学,15(2),44-50.

田代佐知子.(2008).がん告知から手術治療を受けることを意思決定するまでの過程に肯定的に影響する要因.神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録,33,14-21.

Tranvåg O.Petersen KA.&Nåden D.(2013).Dignity-preserving dementia care:a metasynthesis.Nursing Ethics,20(8), 861-880.

上野優美,鈴木恵子.(2016).認知症看護認定看護師による認知症ケアの実際 急性期病院における認知症看護の定着 院内研修とチーム活動の実際.看護展望,41(8),0709-0713.

和田香織,川崎市立川崎病院看護部看護教育委員会.(2010).患者の自己決定を支える看護.川崎市立川崎病院事例研究集録,12,60-63.

渡辺真由美,田口里美,野村美由紀,堀井範子,薬師寺里美,武藤和美,...坂田直美.(2011).一般病院における認知症ケアの取り組み 研修会開催による看護師の認識と行動の変化.日本看護学会論文集:老年看護,(41),109-112.

Wied, T S.Knebel, M.Tesky, V A.&Haberstroh,J.(2019).The human right to make one's own choices – Implications for supported decision-making in persons with dementia: A systematic review.European Psychologist,24(2), 146-158.

Yamaguchi,Y.Greiner,C.Ryuno,H.,&Fukuda,A.(2019).Dementia nursing competency in acute care settings: A concept analysis.International Journal of Nursing Practice,25(3).

山角裕美.(2016).がん患者に対する意思決定支援のあり方を考える 患者との関わりや記録を振り返って.川崎市立川崎病院事例研究集録,18,85-87.

吉田笑美子,阿野沙耶香,石橋典子,石橋直子,大坪奈央子.(2015).認知症を持つがん患者とその家族に対する意思決定支援 治療継続困難な多発性骨髄腫患者の一例.福岡赤十字看護研究会集録,29,9-11.

吉村純奈.(2014).意思表出が少ない臥床患者への意思を引き出す関わり トラベ



ルビーの人間対人間の看護モデルを用いて.奈良県立三室病院看護学雑誌,30,54-59.

湯浅美千代(2017a).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.

湯浅美千代(2017b).急性期病院における認知症高齢者看護の課題と看護基礎教育への提案.看護展望,42(6),20-23.

湯浅美千代.(2012).【急性期病院における認知症ケア改善の取り組み】急性期病院での認知症ケアの課題と展望.認知症ケアジャーナル,5(2),140-146.

油野規代,平松知子,泉キヨ子.(2006).大腿骨頸部骨折急性期の認知症高齢患者に対する看護師の関わりと反応.日本看護学会論文集:精神看護,37,208-210.

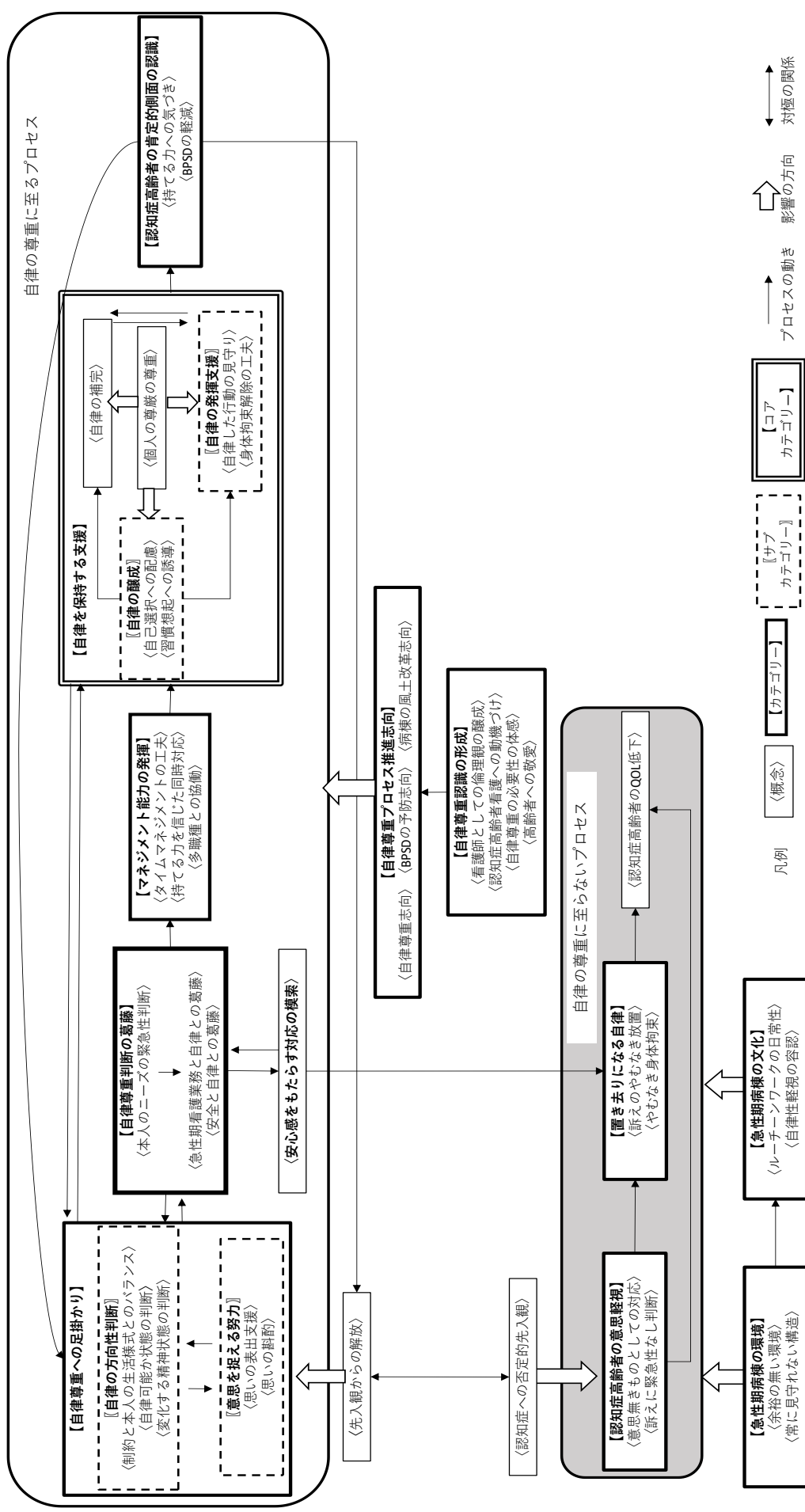


図1. 急性期病棟における認知症高齢者の自律に関する日常生活援助における看護実践のプロセス 結果図

表4.急性期病棟における認知症高齢者の自律の尊重に至る日常生活援助のプロセスを構成するカテゴリー、サブカテゴリー、概念一覧

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈概念〉	定義
【自律を保持する支援】	【自律の醸成】	〈自己選択への配慮〉	認知症高齢者が自らの価値観で自己選択できるように安全面は考慮し、本人が理解できる選択肢を提示する。
		〈習慣想起への誘導〉	認知症高齢者の日常生活動作と身体の状態をつなぐ声掛けや、環境を整えることで認知症高齢者の自律的な行動を導く。
	【自律の発揮支援】	〈自律した行動の見守り〉	自らの意思で行動している場合や、自己決定したことについては自律性を尊重し見守る。
		〈身体拘束解除の工夫〉	身体拘束から解放された時間を確保する工夫や、体幹抑制や4点柵など自由意思で行動できない身体拘束を解除し自律できる環境を整える。
		〈自律の補完〉	認知症高齢者が自分でできない動作を支援したり自己決定できない場合にはともに考え、日常生活における自律を補う。
		〈個人の尊厳の尊重〉	自尊心を傷つけないようにしたり、その人を尊重し合意を得ながら援助をすることで、その人の価値を認め人としての尊厳を尊重する。
【自律尊重への足掛かり】	【意思を捉える努力】	〈思いの表出支援〉	認知レベルに合わせた伝え方の工夫や、タイミングを計ったり信頼関係を築き思いを表出しやすい環境を整える。
		〈思いの斟酌〉	認知症高齢者の反応からその思いを推察したり、家族や医療者への遠慮や我慢も考慮しながら思いを汲み取る配慮をする。
	【自律の方向性判断】	〈制約と本人の生活様式とのバランス〉	疾患や治療による制約と、認知症高齢者の元々の生活様式をふまえた入院生活での自律尊重の目標との兼ね合いのバランスを考える。
		〈自律可能か状態の判断〉	認知機能や身体機能や治療や疾患による全身状態の把握を行い、自律可能か判断する。
		〈変化する精神状態の判断〉	認知症の他の精神疾患の合併、環境の変化や薬剤の影響を考慮しながら精神状態の変化を捉え、その状態を判断する。
【自律尊重判断の葛藤】		〈本人のニーズの緊急性判断〉	反応から認知症高齢者のニーズを捉え、そのニーズの本人にとっての緊急性を判断する。
		〈急性期看護業務と自律との葛藤〉	優先順位が高い急性期の看護業務と、認知症高齢者の日常生活のニーズの尊重との間で葛藤を抱く。
		〈安全と自律との葛藤〉	認知症高齢者の自律の尊重と、治療のための安全な入院生活の確保との狭間で葛藤を抱く。
【マネジメント能力の発揮】		〈タイムマネジメントの工夫〉	限られた時間の中で業務の優先順位をつけながら、認知症高齢者の希望に沿った対応するために業務の順番を組み換え時間を調整する。
		〈持てる力を信じた同時対応〉	認知症高齢者が自立できる場合はその力を信頼して一人で行ってもらい、気にかけてながらもその間に別患者の対応をする。
		〈多職種との協働〉	認知症高齢者の自律を尊重するために、看護師だけではなく医師、コメディカル（パラメディカル）など認知症高齢者を取り巻くチームに対して依頼や相談を行い多職種で協働する。
【自律尊重プロセス推進志向】		〈自律尊重志向〉	認知症高齢者自らできる動作能力を活かし認知症高齢者自身が自らの意思で行動できるように援助したいという思いを持つ。
		〈BPSDの予防志向〉	認知症高齢者の精神状態を捉えて、興奮状態や泣いたりというBPSDを引き起こさないように、相手に合わせた関わりをしようという思いを持つ。
		〈病棟の風土改革志向〉	急性期病棟で認知症高齢者の自律を尊重したかかわりが行いやすくなるように、急性期病棟の風土を変化させようという思いを持つ。
【自律尊重認識の形成】		〈看護師としての倫理観の醸成〉	基礎教育や臨床経験を通して倫理に関する啓発を受け、患者にとって善い関わりとは何かを考えるようになり少しずつ看護師としての倫理観が形成される。
		〈認知症高齢者看護への動機づけ〉	認知症看護について取り組む認定看護師や専門看護師、ロールモデルとなる先輩、研修で知識を得ることから刺激を受け、認知症高齢者看護について考えるようになる。
		〈自律尊重の必要性の体感〉	知識で得ていた認知症高齢者への自律を尊重した援助の在り方や、その必要性を身をもって体感する。
		〈高齢者への敬愛〉	日常的に関わりがあった祖父母との情緒的な結びつき体験から、高齢者に対する敬愛の気持ちを持つ。
【認知症高齢者の肯定的側面の認識】		〈持てる力への気づき〉	認知症があっても理解できることや覚えていることに気付いたり、言動の理由に気づくなど、認知症高齢者の持てる力に気付く。
		〈BPSDの軽減〉	認知症高齢者の希望を尊重したり、納得できる対応や興味関心を踏まえたかかわりをすると一時的にでも精神的に落ち着きBPSDが軽減する。
		〈先入観からの解放〉	認知症があることで対象者をひとくくりにししたり、勝手に自分の思い込みで相手を見ない。
		〈安心感をもたらす対応の模索〉	現実を説明したり、時には現実とは異なることを伝えたり気が紛れるような会話をすることで、認知症高齢者が安心し落ち着けるような対応を考える。

表5. 急性期病棟における認知症高齢者の自律の尊重に至らない日常生活援助のプロセスを構成するカテゴリー、概念一覧

【カテゴリー】	〈概念〉	定義
【認知症高齢者の意思軽視】	〈意思無きものとしての対応〉	認知症高齢者へ許可や確認なく関わったり、反応を無視したりその場しのぎの声掛けで済ますなど意思を無きものとして対応する。
	〈訴えに緊急性なし判断〉	認知症高齢者の訴えや呼びかけは繰り返しが多く緊急性は低いと判断する。
【置き去りになる自律性】	〈訴えのやむなき放置〉	次の業務に向かうため認知症高齢者の話を丁寧に聞けず、やむ負えず認知症高齢者の訴えを放置することがある。
	〈やむなき身体拘束〉	認知症高齢者の安全を守れないと判断した場合にはやむ負えず身体拘束をする。
【急性期病棟の環境】	〈余裕の無い環境〉	時間的、マンパワー的、精神的に余裕がないと、認知症高齢者の自律を尊重した援助にまで及ばない。
	〈常に見守れない構造〉	閉鎖空間である病棟の作りや、見通しの悪いフロア、導線の長さなどから常に認知症高齢者の自律的な行動を見守れる環境ではない。
【急性期病棟の文化】	〈ルーチンワークの日常性〉	個別性のない業務として認知症高齢者へ関わることに慣れが生じる。
	〈自律性軽視の容認〉	事故予防重視や病棟のイベントによるやむ負えない身体拘束や、自己決定を尊重できないことは仕方がなく容認されると捉えている。
	〈認知症高齢者のQOL低下〉	認知症高齢者のBPSDを誘発したり、更なる事故の発生や廃用症候群を引き起こすなど認知症高齢者のQOL低下を招く。
	〈認知症への否定的先入観〉	認知症高齢者は何をされているか理解していないことが多く、不快なことさえわかっていないと画一的に評価する。

## 資料目次

資料 1	インタビューガイド.....	1
資料 2	分析ワークシートの概要とその書式.....	4
資料 3-①	院長宛て資料.....	5
資料 3-②	看護部長宛て資料.....	7
資料 3-③	看護管理者宛て資料.....	9
資料 4	感染症対策説明資料.....	11
資料 5-①	研究依頼説明資料.....	12
資料 5-②	研究参加者 看護師用依頼文.....	13
資料 5-③	同意書看護師用.....	16
資料 5-④	同意書看護師用.....	17
資料 6	オンラインインタビュー実施方法説明資料.....	18
資料 7-①	参加観察の対象患者となる高齢者とそのご家族への説明文書.....	20
資料 7-②	参加観察の対象患者・ご家族への説明文書.....	21
資料 7-③	参加観察の対象患者とご家族への同意書.....	23
資料 7-④	参加観察の対象患者とご家族の同意撤回書.....	24
資料 8	分析ワークシート.....	25

## 資料1 インタビューガイド

### 1. 環境の配慮

- ・ 研究参加者の許可を得てから記録や録音を行うが、レコーダーはできるだけ気にならない位置に配置する。
- ・ 参加者の映像については苦痛であれば映らないようにしていただいてよいことを伝える。

### 2. インタビューの流れと進め方

#### ①自己紹介と、インタビュー時間についての説明と了承を得る。

「本日はインタビューをお受けくださりありがとうございました。私は深山つかさと申します。どうぞよろしく願いいたします。本日は30～60分ほどの予定をしておりますが、お時間は大丈夫でしょうか。」

#### ②了承が得られれば③へ。時間に問題があるようであれば、研究参加者に可能な時間を確認し、その時間内でインタビューを行うようにする。すべての質問内容を聞き取れなかった場合は再度インタビューの場を設けられるようにするが、無理な願いはしない。

#### ③インタビューに入る前に研究内容と、倫理的配慮についての確認

「資料で私が取り組んでいる研究の内容と、倫理的な面でお約束することは説明させていただきましたが、もう一度説明させていただいたほうがよろしいでしょうか？」と確認し、必要であれば④へ。なければ、「何かわからないことはありませんでしたか？」と確認する。質問があればお答えする。質問もなければ⑤へ。

#### ④研究テーマと目的、倫理的配慮について説明

「今回の研究テーマは身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に対する看護師の認識及び自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスとしており、目的としては認知症高齢者看護に関わる看護師の、身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に対する認識及び自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスを捉えることです。今回の研究への参加は強制ではございませんし、同意いただいた後も途中で辞退することが可能です。その際にも不利益はありません。今回インタビューでお答えいただいた内容は本研究以外では使用しません。また、お名前も特定できないようにします。研究終了後は今回お話いただいた内容のデータ、記録等は研究終了後に指導教員の監視のもと消去・破棄いたします。論文にまとめて公表させていただく際も病院や個人が特定できないように配慮いたします。これまでのところで何かご質問はありませんか。」

#### ⑤それではお話をお伺いいたします。

「お伺いしたい質問は、それぞれに対して〇〇様の経験をお話いただくという形をとらせていただきます。おこたえしたくないことは遠慮なくおっしゃってください。それではよろしくお願ひいたします。」

質問テーマ	質問内容	補足
これまでの簡単な経歴	年齢（歳代）、臨床経験年数（認知症高齢者看護に関わっている年数）、看護基礎教育を受けた場、認知症高齢者について卒後の研修等受講経験	

<p>認知症高齢者の日常生活援助の実際とその関りの意図について</p>	<p>見学場面について。 どんな風にケアの準備をしましたか？</p> <p>ケアの開始や、援助中のかかわりではどんな意図をもってかかわられましたか？</p>	<p>この方はこんな状況、こんな人だから、こうしたほうがいいから、こうしよう、と考えていたことはありますか</p>
<p>自律の尊重にかかわる認識（個別性（何らかの思い）があるはずの患者のニーズをどう捉えているか）</p>	<p>患者さん目線で振り返ると、本人はどうしたかったと思いますか？</p> <p>看護師 A さん（ご自身）は、援助をするとき、そうしようと思った理由はありますか？</p>	<p>患者さんはどうしたかった、どうしてほしいとっていたか。</p> <p>ニーズとしては何をとらえていたか</p> <p>例) 座りたいといわれたが、休憩してからリハビリの時に起きましようと思えた。そうした理由</p>
<p>認知症高齢者の自律を尊重することによる影響とその対応についての考え</p>	<p>患者さんが、看護師に任せてくれていると思われた部分がありますか？</p> <p>その時、どんなことを考えて対応されていますか？</p>	<p>・患者から「おまかせする」や「お願いします」などの発言があったか？</p> <p>例、安全を考えるとか</p>
<p>認知症高齢者の自律の認識</p>	<p>認知症患者さんが自己決定することについてどう思いますか？</p> <p>あの患者さんは自己決定できると思いますか？</p> <p>療養中の日常生活の中で自己決定し、その後の結果に責任を持つことができると思いますか？</p>	<p>できると考えるか、できないと考えるか、それ以外か。</p> <p>どのようにアセスメントしたり、考えてそう思ったのか？</p> <p>責任を持つとは失敗しても自己責任ということです。服間違えたな、高い方買っちゃって損したとか。</p>
<p>認知症高齢者の自律を尊重するための支援の理想と現実の認識</p>	<p>認知症高齢者の療養生活で理想的な自律を尊重した支援とはどんな支援の在り方だと思いますか？</p> <p>現実はどのあたりまで（どんなことは）できていると感じていますか？</p>	<p>あの方の理想的な自律の支援は？</p>

	例えば、見学した事例では、どう いうところが自律の尊重になって いたと思いますか？	生活援助でどういうことが支 援できたら自律が尊重できたと 考えますか？
理想的な自律の尊重と 現実のギャップへの対 処	理想はあるが現実的に自律の尊重 について実施できていない場合、 どのように折り合いをつけたり、 何かに働きかけたり、何か対処を していることはありますか？	やむおえない現状、〇〇さん は何か考えることはあります か？ 葛藤があるかないか、
これまでの経験におい て急性期医療で認知症 高齢者の日常生活援助 で自律を尊重するため の支援の実践に至った プロセス(工夫したこと や影響を受けたことな ど)	認知症高齢者のケアにまだあまり 関わっていなかったころ(新人の 頃)の関わり方はどんな感じでし たか？ 当時難しいと感じていたことはど のようなことでしたか？ 新人の頃の関わりと今のご自分の ケアでの認知症患者さんとの関り で、こういうところは変わったと いうところはありますか？	未熟だったころのうまくいか なかった実践の具体例や、今 の実践では何か気を付けるこ とで、うまくいくようになった のか確認する。
	自律(思い)の尊重に関しては、新 人の頃と、今とで考え方で変化し たことはありますか？ そのきっかけは何かありました か？	
	自律(思い)の尊重を意識した実 践をされるようになった何かきっ かけはありましたか？	努力したことや、影響を受け たことなどを確認する。  自律の尊重を意識して実践し ている NS の場合⇒自律を尊 重することは困難な面もある と思うが、乗り越えた方法や、 行っている工夫はあるか

### 3. インタビューで留意すること

- 1) インタビューは順序だてて行うが、適宜状況に合わせて変更する。
- 2) 研究参加者ができるだけ自由に語れるようにする。
- 3) お話にはうなづき、「そうですね」と共感的な姿勢を示し、否定的な姿勢はとらない。
- 4) 話の内容においてあいまいな点で、研究に必要と思われる箇所については補足的に質問を行う。
- 5) 話したくない様子であれば無理に話をすすめない。



資料2 分析ワークシートの概要とその書式

分析テーマ：

分析対象者：

概念名：単語かそれに近い程度の短い表現、一定程度の多様性を説明できる

定義	自分が解釈した意味を短文で記入
ヴァリエーション	概念生成のもととなったデータ 生データで着目された箇所 発言者を識別できるようにアルファベットか番号を記載
理論的メモ	解釈の思考プロセスをもっともよく記録したもの 定義とはならなかったが他の解釈案、解釈の際生じた疑問、アイデアなど

資料 3-① 院長宛て資料  
院長 様

京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程  
深山つかさ

## 研究協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のことお喜び申し上げます。

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山つかさと申します。私は現在、「身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセス』をテーマに研究に取り組んでおります。このことを明らかにすることにより、認知症高齢者の自律を尊重したケアを行うことは難しい状況にある急性期医療の現場の看護師が、認知症高齢者の自律を尊重した実践について考えるきっかけになるのではないかと考えております。

この研究において、上記テーマに関して看護師の方へ参加観察とインタビューを計画しております。詳細は別紙の研究計画書の通りです。

ご多用のところ大変恐縮ですが、主旨をご理解頂き、研究にご協力いただきたく思います。

敬具

### 記

#### I. 研究目的

急性期医療において認知症高齢者看護に関わる看護師の、身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスを捉えること。

#### II. 研究方法

1. 研究参加者は急性期の病棟にて認知症高齢者への看護経験がある、4年目以上の看護師。
2. データの収集方法は参加観察とインタビュー（勤務時間外にオンラインまたは対面）60分程度。

#### “許可いただきたいこと”

- ・ 研究参加者となる看護師が認知症高齢者の日常生活援助を実施する場面で参加観察を行うこと、その後インタビューをさせていただくこと
- ・ 研究結果を論文としてまとめ関連学会等に公表させていただくこと

“研究にご協力いただく際の倫理的配慮”

1. 病院や個人の匿名性確保によるプライバシーの保護、個人情報の保護を遵守いたします。
2. 調査への参加は個人の自由意志とし、途中辞退も可能であり、同意していただく場合、同意書にサインをしていただきます。途中辞退されても不利益は生じません。
3. 得られたデータは鍵のかかるロッカーで保管し、研究終了後は得られたデータはすべて破棄いたします。
4. 研究内容は口外せず、研究データは本研究以外では使用しません。
5. 研究結果を公表については対象者の許可を得、病院や個人が特定されないように配慮いたします。
6. 研究終了後に研究結果をまとめたものをお送りすることができます。希望される場合は、送付先をお教えてください。
7. 本研究は貴病院の院長、看護部長の了承を得て行います。
8. 本研究は京都橘大学研究倫理委員会の承認を得て行います（承認番号 20-18）。

“研究者の連絡先及び問い合わせ先について”

研究者の研究倫理などに関する問題が生じた場合は、京都橘大学学術振興課までご連絡ください。

電話番号：075-574-4186 E-mail：tec@tachibana-u.ac.jp

また、研究内容に関するご質問やご意見、その他不明な点がございましたら、いつでも以下の連絡先までご連絡ください。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-○○○○（研究室）/E-mail：○○@tachibana-u.ac.jp

資料 3-② 看護部長宛て資料  
看護部長 様

京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程  
深山つかさ

## 研究協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のことお喜び申し上げます。

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山つかさと申します。私は現在、「身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセス』をテーマに研究に取り組んでおります。このことを明らかにすることにより、認知症高齢者の自律を尊重したケアを行うことは難しい状況にある急性期医療の現場の看護師が、認知症高齢者の自律を尊重した実践について考えるきっかけになるのではないと考えております。

この研究において、上記テーマに関して看護師の方へ参加観察とインタビューを計画しております。詳細は別紙の研究計画書の通りです。

ご多用のところ大変恐縮ですが、主旨をご理解頂き、研究にご協力いただきたく思います。

敬具

### 記

#### I. 研究目的

急性期医療において認知症高齢者看護に関わる看護師の、身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスを捉えること。

#### II. 研究方法

3. 研究参加者は急性期の病棟にて認知症高齢者への看護経験がある、4年目以上の看護師。
4. データの収集方法は参加観察とインタビュー（勤務時間外にオンラインまたは対面）60分程度。

#### “お願いしたいこと”

- ・ 研究協力いただける病棟の管理者をご紹介いただきたいこと
- ・ 研究結果を論文としてまとめ関連学会等に公表させていただくこと

#### “研究にご協力いただく際の倫理的配慮”

1. 病院や個人の匿名性確保によるプライバシーの保護、個人情報の保護を遵守いたします。

2. 調査への参加は個人の自由意志とし、途中辞退も可能であり、同意していただく場合、同意書にサインをしていただきます。途中辞退されても不利益は生じません。
3. 得られたデータは鍵のかかるロッカーで保管し、研究終了後は得られたデータはすべて破棄いたします。
4. 研究内容は口外せず、研究データは本研究以外では使用しません。
5. 研究結果を公表については対象者の許可を得、病院や個人が特定されないように配慮いたします。
6. 研究終了後に研究結果をまとめたものをお送りすることができます。希望される場合は、送付先をお教えてください。
7. 本研究は貴病院の院長、看護部長の了承を得て行います。
8. 本研究は京都橘大学研究倫理委員会の承認を得て行います（承認番号 20-18）。

“研究者の連絡先及び問い合わせ先について”

研究者の研究倫理などに関する問題が生じた場合は、京都橘大学学術振興課までご連絡ください。

電話番号：075-574-4186 E-mail：tec@tachibana-u.ac.jp

また、研究内容に関するご質問やご意見、その他不明な点がございましたら、いつでも以下の連絡先までご連絡ください。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ  
住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-○○○○（研究室）/E-mail：○○@tachibana-u.ac.jp

資料 3-③ 看護管理者宛て資料  
看護管理者 様

京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程  
深山つかさ

## 研究協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のことお喜び申し上げます。

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山つかさと申します。私は現在、「身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセス』をテーマに研究に取り組んでおります。このことを明らかにすることにより、認知症高齢者の自律を尊重したケアを行うことは難しい状況にある急性期医療の現場の看護師が、認知症高齢者の自律を尊重した実践について考えるきっかけになるのではないと考えております。

この研究において、上記テーマに関して看護師の方へ参加観察とインタビューを計画しております。詳細は別紙の研究計画書の通りです。

ご多用のところ大変恐縮ですが、主旨をご理解頂き、研究にご協力いただきたく思います。

敬具

### 記

#### I. 研究目的

急性期医療において認知症高齢者看護に関わる看護師の、身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスを捉えること。

#### II. 研究方法

1. 研究参加者は急性期の病棟にて認知症高齢者への看護経験がある、4年目以上の看護師。
2. データの収集方法は参加観察とインタビュー（勤務時間外にオンラインまたは対面）60分程度。

#### “お願いしたいこと”

- ・ 参加観察の対象となる患者様のご紹介、家族への説明の機会をいただきたいこと
- ・ すべての看護師に対して研究依頼文書を配布し説明する機会をいただきたいこと  
休憩時間に資料配布、ロッカー等への投函など
- ・ 研究結果を論文としてまとめ関連学会等に公表させていただくこと

“研究にご協力いただく際の倫理的配慮”

1. 病院や個人の匿名性を確保によるプライバシーの保護、個人情報保護を遵守いたします。
2. 調査への参加は個人の自由意志とし、途中辞退も可能であり、同意していただく場合、同意書にサインをしていただきます。途中辞退されても不利益は生じません。
3. 得られたデータは鍵のかかるロッカーで保管し、研究終了後は得られたデータはすべて破棄します。
4. 研究内容は口外せず、研究データは本研究以外では使用しません。
5. 研究結果を公表については対象者の許可を得、病院や個人が特定されないように配慮いたします。
6. 研究終了後に研究結果をまとめたものをお送りすることができます。希望される場合は、送付先をお教えください。
7. 本研究は貴病院の院長、看護部長の了承を得て行います。
8. 本研究は京都橘大学研究倫理委員会の承認を得て行います（承認番号 20-18）。

“研究者の連絡先及び問い合わせ先について”

研究者の研究倫理などに関する問題が生じた場合は、京都橘大学学術振興課までご連絡ください。

電話番号：075-574-4186 E-mail：tec@tachibana-u.ac.jp

また、研究内容に関するご質問やご意見、その他不明な点がございましたら、いつでも以下の連絡先までご連絡ください。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-○○○○（研究室）/E-mail：○○@tachibana-u.ac.jp

## 新型コロナウイルス感染症に対する対策について

貴施設にて研究活動をさせていただくにあたり、感染予防の観点から以下の対策を行います。

1. 毎朝検温と体調を確認する。
  - ・ 風邪の症状や新型コロナウイルス感染を疑われる症状（37.5 度以上の発熱、ひどい咳、呼吸苦、下痢、腹痛等）がある場合は研究活動を行わない。  
上記症状があった場合は看護管理者に報告し、体調が回復し 2 週間経過するまで研究活動を自粛する。
2. 手洗い、うがい等の感染症予防を徹底し、健康管理に努める。
3. 院内では常にマスクを着用する。
4. 可能な限り看護師、患者との間隔を確保（おおむね 1～2メートル）し、会話の際はできるだけ真正面を避ける。
5. 院内の感染予防対策に従う。
6. 貴施設で新型コロナウイルスの感染が発生した場合は、施設の指示に従う。
7. 感染者（疑も含む）と濃厚接触した場合は研究活動を行わない。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-〇〇〇〇（研究室）/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp



## 研究へのご協力をお願い

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山（みやま）つかさと申します。私は現在『身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセス』をテーマに研究に取り組んでおります。急性期医療の現場において、看護師皆様の認知症高齢者の自律についての考えと自律の尊重に至るプロセスについて捉えることや、自律の尊重は簡単ではない中でどのようなことを大切にしながら認知症高齢者のケアを実践しているかを捉えることを目的としています。調査への参加は個人の自由意志で、辞退も可能であり途中辞退されても不利益は生じません。また、看護師の皆様の看護実践の内容や質を評価するものではありません。参加観察中や面談中に負担を感じた場合は途中で拒否・中止することも可能です。ご多用のところ大変恐縮ですが、主旨をご理解頂きご協力お願いいたします。

### 【対象となる方】

急性期の病棟にて認知症高齢者への看護経験があり、3年以上の臨床経験を有する看護師。

### 【お願いしたいこと】

- 1) 認知症高齢者への日常生活援助に関する看護実践についての観察と、ご都合の良い時間にインタビュー。（スマートフォンやパソコンでのオンラインインタビューです）
- 2) 後日、まとめた結果について研究参加者の意図に合っているかの確認

### 【インタビュー時間とお伺いしたい内容】

- 1) インタビュー時間は60分程度（状況により前後いたします）
- 2) 簡単な経歴、観察させていただいたケアの場面に関する質問、認知症高齢者の自律についての考えや、これまでの認知症高齢者の自律の尊重に関する実践について

【補足】本研究では、自律の意味を、個人の自己決定の自由という側面に加え、思考や行動に対する責任も自ら負うことまで含めて考えています。わかりにくい場合は「自己決定」に置き換えていただいても構いません。また、日常生活における支援とは、入院中の認知症高齢者が行う食事や排泄、移動等日常生活動作における看護師の関わりとします。

3. 参加観察やインタビューでのお約束事項の詳細は、別紙依頼文書をご確認ください。

研究にご協力いただける場合は、同封の依頼文書に記載しておりますメールアドレスかQRコードから1週間を目途にメールを送ってください。参加観察、インタビュー日時の調整のご連絡を改めてさせていただきます。

【研究者】電話番号：075-571-1111(代表) E-mail:〇〇@tachibana-u.ac.jp

京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

資料 5-② 研究参加者 看護師用依頼文  
看護師の皆様

## 研究協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のことお喜び申し上げます。

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山（みやま）つかさと申します。私は現在、「身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセス』をテーマに研究に取り組んでおります。このことを明らかにすることにより、認知症高齢者の自律を尊重したケアを行うことは難しい状況にある急性期医療の現場の看護師が、認知症高齢者の自律を尊重した実践について考えるきっかけになるのではないと考えております。

この研究において、上記テーマに関して下記のように看護師の方へ参加観察とインタビューを計画しております。ご多用のところ大変恐縮ですが、主旨をご理解頂き、ご協力いただきたく思います。ご協力いただける場合は、裏面の連絡先にご連絡ください。

敬具

記

### 【対象となる方】

急性期の病棟にて認知症高齢者への看護経験がある、4年目以上の看護師。

### 【お願いしたいこと】

- 1) 認知症高齢者への日常生活援助に関する看護実践についての**参加観察**と、**勤務時間外にインタビュー（オンラインまたは対面）**をさせていただきたいこと。
- 2) 後日、まとめた結果が研究参加者の意図に合っているかの確認のご協力をお願いしたいこと。

### 【インタビューで具体的にお聞きしたいこと】

- 1) 年齢（歳代）、臨床経験年数（認知症高齢者看護に関わっている年数）、看護基礎教育を受けた場
- 2) 観察させていただいた認知症高齢者の日常生活援助の実際での関わりの意図について
- 3) 患者の思いやニーズをどのように捉えて支援につなげていたか
- 4) 認知症高齢者の自律を尊重することによる影響とその対応についての考え
- 5) 急性期病棟での認知症高齢者の日常生活の自律についての考え
- 6) 急性期病棟での理想的な日常生活の自律の尊重について考えと、現実のギャップへの対処
- 7) これまでの経験において急性期病棟で認知症高齢者の日常生活援助で自律を尊重に至ったプロセス（工夫したことや影響を受けたことなど）

※補足：認知症高齢者の自律とは、「周囲の人々の影響を受けながら自己決定し、自己のあるべき在り方を実現するプロセス」です。今回テーマとしている日常生活における支援とは、何らか

の治療を受けながら認知症高齢者が行う食事や排泄、移動等日常生活動作における看護師の関わりとします。

#### 【参加観察とインタビューの方法】

- 参加観察：日勤帯で許可を得た認知症高齢者を担当される日、研究者が改めて観察とインタビューのお願いをさせていただきます。また、日常生活援助（ケア）を実施する時間について確認させていただきます。観察場面はケア実施のための準備から、ケア終了後、認知症高齢者に終了を告げその場を離れるまでを考えております。

- インタビュー方法

A：オンラインインタビュー：参加観察をさせていただいた日以降の勤務時間外のご都合の良い時ご自宅でお持ちのパソコンやスマートフォンなどを用いてオンラインで60分程度

※オンラインにかかる通信費については自己負担となります。ご家庭のWi-Fi環境でご協力いただけますと幸いです。

B:対面インタビュー:オンラインインタビューが難しい場合に感染症対策を行い院内で実施。

#### 【参加観察やインタビューに関するお約束事項】

- 1) 調査への参加は個人の自由意志とし、途中辞退も可能であり、途中辞退されても不利益は生じません。
- 2) 本研究は研究参加者の看護実践の内容や質を評価するものではありません。参加観察の実施中や面談中に負担を感じた場合など、途中で拒否することができます。拒否の意志が示された場合は直ちに中止します。
- 3) インタビューはICレコーダーにて録音させていただきたいと思います。その際は事前に許可を得てから行います。

#### 【データの保管、分析、研究結果の公表等について】

- 1) 病院や個人の匿名性確保によるプライバシーの保護、個人情報の保護を遵守いたします。
- 2) 個人情報は参加観察や面接やインタビューの日時の調整といった研究に関することのみ使用し、本学のシステム（Activeメール）と研究者のスマートフォンのみで使用します。個人情報、Activeメールのすべてのやり取り（送信・受信）、インタビューのための登録情報やインタビュー履歴は研究がまとまりフィードバック依頼を終了し、博士論文がまとまった時点ですべて削除します。研究データは研究公表後5年間保管したのち削除します。
- 3) 得られたデータは鍵のかかるロッカーで保管し、研究終了後はすべて破棄いたします。
- 4) 研究内容は口外せず、研究データは本研究以外では使用しません。
- 5) 研究参加者の発言内容（データ）の整理に関して、研究者がまとめたデータの開示が必要かどうか確認を行い、必要時は研究参加者の了承を得た上で分析・考察します。
- 6) 研究結果を公表については対象者の許可を得、病院や個人が特定されないように配慮

します。

- 7) 研究期間中の依頼書と同意書についてはともに京都橘大学内で保存いたします。
- 8) 研究終了後、依頼書と同意書はともに指導教員の立会いの下破棄いたします。
- 9) 研究終了後に研究結果をまとめたものをお送りすることができます。希望される場合は、送付先をお教えてください。
- 10) 本研究は貴病院の院長もしくは看護部長の了承を得て行います。
- 11) 本研究は京都橘大学研究倫理委員会の承認を得て行います（承認番号 20-18）。

**研究にご協力いただける場合、お手数をおかけいたしますが下記までメールをお送りください。また、次のページの同意書の内容をご確認ください。参加観察当日用紙をお持ちしますので署名お願いいたします)**

〇〇@tachibana-u.ac.jp

1週間を目途にお返事いただけると幸いです。

**【研究者の連絡先及び問い合わせ先について】**

研究者の研究倫理などに関する問題が生じた場合は、京都橘大学学術振興課までご連絡ください。

電話番号：075-574-4186 E-mail：tec@tachibana-u.ac.jp

研究内容に関するご質問やご意見、不明な点がございましたら以下の連絡先までご連絡ください。

**【研究者】** 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34 電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail:〇〇@tachibana-u.ac.jp

**【指導教員】** 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-〇〇〇〇（研究室）/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

## 研究協力の同意書

私は、深山つかさより研究協力の依頼および内容において、以下の説明を受けました。

1. 研究課題について
2. 研究参加者への倫理的配慮について
  - 1) 自由意志による研究参加と辞退
  - 2) 研究参加にともなう不都合やそれに対する配慮
  - 3) 研究中のデータの保管や処理について
  - 4) プライバシーの保護、個人情報の保護について
  - 5) 研究目的以外に使用しないことについて
  - 6) 研究結果の公表と匿名性の確保について
  - 7) 研究期間中、依頼書と同意書はともに京都橘大学内で保存すること
  - 8) 研究終了後、依頼書と同意書はともに指導教員の立会いのもと破棄すること

研究内容を了承し、研究協力の同意をします。

年 月 日

研究参加者氏名

説明者署名

同意を撤回される場合は、同意撤回書に署名の上ご提出いただくか、電話、メールで下記内容についてご連絡をお願いいたします（データまとめの都合上、インタビュー終了後 1 か月以内にご連絡いただけますと幸いです）。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-○○○○（研究室）/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

## 研究協力同意の撤回書

深山 つかさ 殿

私は、身体疾患による入院治療を受ける認知症高齢者の日常生活における自律に関する看護師の認識と自律の尊重に向けた看護実践に至るプロセスの研究協力に同意しましたが、これを撤回します。

年 月 日

研究参加者氏名 \_\_\_\_\_

同意を撤回される場合は、上記に署名の上研究者にご提出いただくか、電話、メールで下記までご連絡をお願いいたします。(データまとめの都合上、インタビュー終了後 1 か月以内にご連絡いただけますと幸いです)。

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-〇〇〇〇 (研究室) /E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

## Zoom を用いたオンラインインタビューのご案内

### ①準備として ZOOM を使用可能な状態にしてください。

#### ■スマートフォンの場合

Playストアや AppStore、GooglePlayなどで「ZOOM Cloud Meetings」をダウンロードしてください。

#### ■PC の場合

Google Chrome を入れてください。専用アプリは特に必要ありません。

### ②事前接続をお願いします。

#### ■スマートフォン、PC 共通

研究者がお送りするメールを確認いただき、文面に記載の URL をクリックしてください。

#### ・ iPhone/iPad の場合

- ① 『「ZOOM」は通知を送信します。よろしいですか?』というメッセージがでる⇒「許可」
- ② 「ZOOM がカメラへのアクセスを求めています」というメッセージがでる⇒「OK」
- ③ 「ZOOM がマイクへのアクセスを求めています」というメッセージがでる⇒「OK」
- ④ 他のユーザーの声を聴くにはオーディオに参加してくださいと表示されたら⇒「インターネットを使用した通話」を押す。

#### ・ Android の場合

- ① 『「ZOOM」へのアクセスを許可してください』というメッセージがでる⇒「了解」
- ② 「ZOOM がカメラにアクセスし写真またはビデオの撮影を許可しますか?」というメッセージがでる⇒「許可」
- ③ 「ZOOM に対してマイクに直接アクセスして音声を録音することを許可しますか?」というメッセージがでる⇒「許可」
- ④ アイコン左下「デバイスオーディオ介して通話」を押す。

### ③ オンラインインタビュー当日の参加方法

予定日時になりましたらお送りした URL にアクセスし、ミーティング開始の準備をお願いします。

#### ■ PC の場合

- ① URL をクリックすると「システムダイアログが表示したら、開くをクリックしてくださいを実行してください。」というメッセージが表示されます。
- ② 名前を入力してくださいというメッセージが表示されます。名字のみ入力してください。
- ③ ミーティングホストは間もなくミーティングへの参加を許可します、もうしばらくお待ちくださいというメッセージが表示されます。
- ④ 許可されると「オーディオに参加」というメッセージが表示されますので「コンピュータでオーディオに参加」を選びクリックします。  
これでオンラインインタビューにご参加できます。
- ⑤ 画面左下のビデオのマークを押すと、映像が相手に映ります。  
ビデオ開始のアイコンに赤斜線がないことをご確認ください。

## Signal ダウンロード方法と利用について

■ Googleplay もしくは App Store 等から無料アプリをダウンロードしてください。

■ 研究者の電話番号を登録いただきアプリを起動すると自動的に名前が出てきます。指定の日時に許可を得た方法（電話かビデオ通話）で連絡させていただきます。

■ 博士論文がまとめ次第、参加者の登録情報やオンラインインタビュー履歴は削除いたします。なお削除する際、参加者にお伝えした上で削除いたします。



## 研究協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のことお喜び申し上げます。

私は京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程の深山（みやま）つかさと申します。私は現在、入院治療を受ける高齢者の日常生活における自律の尊重に向けた看護実践に関する研究に取り組んでおります。

この研究において、看護師が高齢者の方にどのように関わっているか、日常生活のケアの場面を見学させていただくことを計画しております。研究結果は、入院する高齢者の方のより良いケアの実践につながるものに活かしていきたいと考えております。

趣旨をご理解いただきご協力いただきたく思います。よろしく願いいたします。

敬具

### 【お願いしたいこと】

入院中の日常生活（食事場面や更衣場面等）において看護師が関わる場面を見学させていただくこと。

### 【見学の時や研究をまとめるにあたり配慮すること】

1. ケアの場面を見学するときは、ケアに影響がない場所で行います。
2. 見学時は事前に見学してもよいか確認させていただきます。見学されたくない場面については、その場でお断りいただければ見学いたしません。
3. 断られても不利益はありません。ケアの途中であっても、見学されることが苦痛になった場合や不快であった場合はいつでもおっしゃってください。すぐに中止します。
4. ケアの場面で知りえた情報については口外せず、個人情報の保護に努めます。
5. 研究結果をまとめ公表するにあたっては、個人が特定できないようにします。

**【研究者】**

京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程

深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)

E-mail:h701515006@tachibana-u.ac.jp

**【指導教員】**

京都橘大学看護学部老年看護学教授 征矢野あや子

**【苦情の窓口】**

京都橘大学学術振興課

電話番号：075-574-0000

E-mail:tec@tachibana-u.ac.jp

## 研究協力をお願い

私は京都橘大学大学院の学生で深山（みやま）つかさと申します。私は現在、「看護師が高齢の患者様にどのような看護を行っているか」に関する研究に取り組んでおります。そこで、患者様に以下のことについてご協力頂けると嬉しく思います。よろしくお願ひします。

### 【お願いしたいこと】

看護師が話しかけたり、食事や着替えなどをお手伝いする様子を見学させていただきます。

### 【見学の時や研究をまとめるにあたり気を付けること】

1. いつも通りにお過ごしください。邪魔にならないように見学させていただきます。
2. 見学することをお断りになっても、入院生活に不利益はありません。また、見られたくない場合は直ちに中止しますので、見学の途中でも遠慮なくお伝えください。気になることがあれば、いつでもお話しくささい。
3. 研究結果を発表するときは、誰のことかがわからないようにします。

### 【研究者の連絡先及び苦情の問い合わせ先について】

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail:〇〇@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-〇〇〇〇（研究室）/E-mail：〇〇@tachibana-

u.ac.jp

【苦情の窓口】

京都橘大学学術振興課

電話番号：075-574-4186

E-mail：tec@tachibana-u.ac.jp

## 研究協力の同意書

研究について協力していただける場合は、下線部にお名前を書いてください。

私は、研究に関するお願いと気を付けることについて説明を受けました。

説明内容がわかりましたので、納得して研究に協力します。

年 月 日

ご本人氏名

ご家族氏名

説明者署名

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-〇〇〇〇（研究室）/E-mail：〇〇@tachibana-u.ac.jp

## 研究協力同意の撤回書（取り消し）

同意取り消したい場合は、下線部にお名前を書いて、深山つかさに渡してください。電話やメールで連絡をしていただいても大丈夫です（データまとめの都合上、同意されてから 1 か月以内にご連絡いただけますと幸いです）。

深山 つかさ 殿

私は、研究協力に同意しましたが、これを取り消します。

年 月 日

ご本人氏名

---

ご家族氏名

---

【研究者】 京都橘大学大学院看護学研究科 博士後期課程 深山つかさ

住所：607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

電話番号：075-571-1111(代表)/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

【指導教員】 京都橘大学看護学部 老年看護学教授 征矢野あや子

電話番号：075-574-○○○○（研究室）/E-mail: ○○@tachibana-u.ac.jp

資料 8 分析ワークシート

概念名：自己選択への配慮

←選択肢の提示

定義	認知症高齢者が自らの価値観で自己選択できるように安全面は考慮し、本人が理解できる選択肢を提示する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 観察：排泄にてトイレに行った後、「横になりますか？お部屋帰る？」と確認する。 K-4</li> <li>2. 観察：「どちらが向きやすいですか？」と本人の向きやすい方向を確認し、向きやすい方を向いてもらう。C-1</li> <li>3. 観察：リハビリのために PT が訪室し、「歩きましょうか。歩く？」と聞くと c 氏が「ちょっと体がおかしいんです」と訴えあり PT が看護師を呼びに行った場面で以下のような状況が観察された。 看護師が「しんどいのはどこですか？」と聞くと c 氏は「全体に」と答える。看護師は「血圧と体温はお変わりないんですけど、リハビリずらすか、今するかどうしますか？」と聞くと c 氏は「ずらします」と答えた。看護師はでリハビリ担当者にその旨を伝えリハビリ時間をずらしてもらった。<b>8-10</b></li> <li>4. 観察：トイレから部屋へ戻る際「自分で（車いす）こいでいきますか？」と聞くと d 氏は「うん」という。足で漕いで進んでいく様子を見守る。K-5</li> <li>5. 観察：「リハビリまでどうする？座っとくかどうする？座っとくとしんどくなる？」 「どちらがいい？横になる？」と確認する。 語り：患者さんに私は基本的に選んでもらって行動させてることが多いと思います。そんな時のなんか、本人のしたいこと、私がさせたいこと、他が望んでることみたいなのを天秤をかけながら、それを患者さんに選んでもらって。N-5</li> <li>6. 観察：献立を説明し、「卵味のソースはかけますか？」とご飯用味付けソースをかけるか確認するとうなづいたためご飯にかける。O-7</li> <li>7. 観察：看護師が「このまま（車いすに）座って御飯食べましょうか」と聞くと f 氏が「うん」と頷いたので看護師は食事を配膳する。看護師は食器の蓋を開けつつ、「のりか、卵、どちらがいい？」と f 氏にご飯にかけるソースについて希望を確認する。f 氏は「卵」と答えたので「味付け卵、全部つけていいですか？」と確認すると f 氏は「うん」と頷いたのでご飯にかける。看護師がメニューを伝えるが、f 氏はスプーンをもって食べ始める。看護師は「聞いている？」と苦笑いする。 語り：あんまり(笑)。無意識で。本人の意思が伝えられるような方やったんでしっかり。質問してっていう感じですかね。<b>Q-10</b></li> <li>8. 「座っとく？部屋に戻ります？おしっこは？行っときましょうか。」と聞くと頷いたので「ご案内しますねトイレ。」と伝えると、自分で車いすをこいで進むので追いかける。O-15</li> <li>9. 例えばスプーンとフォークの選択とかね、ちっちゃいことですけど。そういうのもできそうですし、お茶とか水とか自分でいれてもらったりだとか、そういうなんか生活の中でやってほしいです。K-47</li> <li>10. 男性なので、ひげ伸びてたら髭剃りますか？とか、まあその辺はしっかりあの、聞くようにはするし、できるようであれば、こちらで介助もしますし、ご自身ででき</li> </ol>

	<p>るようであれ、モノだけ渡すようにして、やります。J-11</p> <p>11. 観察場面（移動）：看護師が『食事前にトイレ行きます？』と聞くと『行きます』とベッドから端坐位になる。c氏は床頭台に手を伸ばし、立ち上がるが前傾姿勢でふらふらになりながらも壁と手すりを支えに歩き続ける。看護師が『車いす乗る？』ときくが『しっこしたい』と手すりを持ち歩いていくので看護師はそのまま見守りトイレに行く。H-2</p> <p>語り：あの入居者ナースコールを押したことがないので、もう動くのは必ずトイレの時で、一応トイレ誘導はしようかなと思ってたんですけど。お昼ご飯のタイミングがちょうどいいかなと思ひまして。その前も一回声かけたけど断られてたんで、「まあ、休憩前だったで、ほかの看護師もいなくなる中で、目をかけられないので、「先にトイレいけるんだったら行ってもらえたらという気持ちもありの、行ってもらった感じです。」</p>
理論的メモ	<p>排泄後は横になりたいかどうかどうしたいか本人の希望を確認し、尊重していたため取り上げた。</p> <p>選択肢を提示していることがポイント。</p> <p>選択肢を示すためには、事前に医療チームや家族への相談を行う必要がある場合もあるため、向かってくる矢印をつけ関連づけた。</p> <p>まず選択肢を示し希望を確認していたことがポイントであり、認知症高齢者の希望を確認せず、食堂から部屋に戻ろうとする流れの事例があった。対極例？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 車椅子で寝ており体がずり落ちている様子を見て、「起きて」と背後から脇を抱えすわりなおそうとすると「なにすんの」と驚かれたため、「起きてよ」と伝えながら車いすを押しはじめると「どこ行くの」と聞かれ「お部屋帰るよ」と車いすを押して食堂を出る。E-1 意思無きものとしての対応へ</li> </ul> <p>特有の配慮があるかどうかは次の段階。</p> <p>2/10 トイレ限定だとバリエーションを作りづらいので、トイレ除外する。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考える。</p> <p>選択肢を提示しないという対極例は意思無きものとしての対応</p>

概念名：自律した行動の見守り（1）

←自発的行動の見守り

定義	自らの意思で行動している場合や、自己決定したことについては自律性を尊重し見守る。
ヴァリエーション	<p>1. 観察場面（排泄）：（トイレに到着。手すりを持ってもらう。）（ズボン）おろしますよと声をかけるが、C氏は右手で手すり持ちながら、左手でズボンを自分でおろしている。看護師はその様子を見守る。C氏はズボンと下着を下ろし終わると自分から便座に座る。H-3（6/2）</p> <p>語り：できるだけ自分でやりたいという思いがあるので、その辺のまあ、自分の行動だとかそういったのは、まあ、こちら側、んー完全にこちら側から手伝うのではなくて、まあ、自分からできるように援助させてもらう。[H-3-1]</p> <p>1. 観察場面：はじめはその場にとどまっていたが、車椅子を自操し始めたF氏を見て看護師は「Fさん、どこ行く？私勝手につれてきちゃったから、ごめんね。」と伝えるが返答はなく、少しずつF氏は進む。看護師はそれを見守りながら他の2名の車いす患者の髭剃りの仕上げをする。F氏は徐々にステーションの看護師待機スペースのテーブルに近づく。看護師は「そこ行っても行き止まり。どこか行きたいところがありますか？ない？」と他の患者の対応をしながら車椅子を自操するF氏に聞くが、返事はない。看護師は傍に行き、腰を下ろして目を合わせて「どこかに行きたい？」と聞くとF氏は「うん」とうなづく。そのまま車いすを動かしているのを見守り、「ぶつかりますよー」など時々声をかける。2名の患者の髭剃りが終わり、ステーションから廊下に出て車椅子を自操するF氏に追いつくと、進む先にある障害物を「これ邪魔やね」とどけて患者が安全に進めるようにする。</p> <p>語り：基本的には制止はしないようにしてるんですけど、最初どこに行きたいかって聞いたときに、トイレでもなくどこに行きたいわけでもなく、で、行き先がはっきりしない、なんか目的があったらお手伝いしようと思ったんですけど(笑)、で、あまり行きたい、目的はない、ニーズはなさそうだったのと、もともと施設でもずっと徘徊を繰り返してた方なのでもともとがこういう感じであっちこっち行かれる方なのかなと思って、とりあえずどのくらい車いす動かせるかなって見たら割かしちゃんと動かせるしちゃんと操作はできてるので、てことは何かぶつかったりしないようにだけ気を付けてれば、まあまあ行きたいところ今は行ってもらっていいかなっていう形でまず様子見てた形ですね。[O-4]</p> <p>2. 自分で手すりをもって立とうとする患者を観て、立てる？と確認しながら見守る。L-1</p> <p>3. ベッドサイドのもの、床頭台の上のものとかやっぱ片付けたいとかそういう意欲とかある方とか、でもやっぱフラフラしたりしてこけちゃうってリスクもあるんですけど、でも私たちがやったって納得していただけないとか、ま、そういったところは見守りしながらなるべく、納得っていうか、本人の納得のいくようにしてるところとかはあります。S-3</p> <p>4. 逆に私たちが手をかけすぎちゃうと、本人たちもなんかもう逆に嫌だみたいな感じになったりするので、そういう方だと一歩下がって見守りして、じゃあ終わりましたねみたいな感じで、ちょっとでも納得していただけるよう。ちょっとはやってるかなとは思いますが。S-4</p>



	5. ADL、やる気とか妨げないように、せっかくやる気があるのにこっちがだめって言ったりしたらかわいそうだし、難しいですけど。C-13
理論的メモ	認知症高齢者のトイレは歩行していきたいという信念からの「自分でやりたい、動きたい」ということを捉えて止めることなく見守っており、自律の尊重に繋がる概念であると考えた。H-2、H-3-1
	この概念は、自律を尊重している場面として認知症高齢者の自律を尊重したプロセスの中で位置づけられると想定した。何らかの自律を尊重できる判断や、自律を尊重した後のフォローなどの概念と関連するのではないかと推察する。
	車椅子で自操して進む患者に対しては見守れる範囲であれば自由に動いてもらい、本人の進みたいという意思と行動を尊重していた。O-4
	本人の納得いくように見守る、やる気を妨げないという点が、本人の自発性を尊重している部分であると考えられた。S-3、S-4、C-13
	Hのナースから自分でやりたいと行動していることを尊重している概念として立ち上げ、その他の看護師からも類似性のある概が複数見出され、この概念は成立し理論的飽和とする。
	自分でやりたいという表現は、子供に使われるような表現にみえると指導教授、院生仲間より助言をもらったため、より、主体性を表せる尊厳に配慮した表現に変更する。0304
	対極例：阻止することや抑制につながるなどが考えられる。 「あーやって車いすに座ってたりとかするとあんまりたぶん自分で、もともとたぶん車いす自操したりけっこうしちゃう人なんですけど、することがないように、危険行動がまず出ないようにあーやって、他のことに意識を向ける塗り絵をしてみたりとか、ですかね。P-2」は対極例として自律を阻止する概念としてワークシートを立ち上げる。やむなき身体拘束

概念名：自律した行動の見守り (2)

←リスク対処を踏まえた試行←サポートを整えての試行

定義	自らの意思で行動している場合や、自己決定したことについては自律性を尊重し見守る
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 会話しつつ、自分の思いを言った後を見守る感じです。例えば、「今～しますかっ」て言って、しますって言って、本当に言ったことができてるかどうか、ちゃんと後を見守って、できはったんやったら、あ、できはるんかなって感じできるようにしてます。K-34</li> <li>2. その人にとってできそうなことやったらとりあえずはじゃあやってみよかとは促します。R-1</li> <li>3. 例えばきかない人やったら、ぜったい車いすに乗ってトイレ行くっていう人がいるとして、たぶん車いすに乗れないだろうってこっちはアセスメントしてても、ぜったい乗るっていわはるんやったら「一回やってみ」ってやってもらって、できないってのがわかったら、諦めはるっていうのもあるので。3人くらいで見ながら、こけないように安全には配慮するんですけど。L-4</li> <li>4. 動きたいとかそういう意欲みたいなんか言ってこられたら、<u>何人かで対応</u>して、やっぱりちょっと無理だよとかっていう風に、本人にわかるように説明して、本人がわかってくれるかどうかはわかんないですけど、まあ実際ちょっとやってみてできないんだったらできないってことを言ってあげた方がいいのかなって思います。M-4</li> <li>5. 初日かな二日目くらいにトイレ行くって本人が言ったんで連れて行ってみたら、意外と動けるのに気づいて、立ったりも軽介助くらいで行けるから行ってもらって、ま、最初トイレ行ったときも後始末はできなかったんですけど、2回目ティッシュ渡してみたら自分で拭いたりもできたんで、一個ずつできることはやってもらった方がいいかなと思って。M-5</li> <li>6. まあ、やろうとしてることは一回やってもらったりっていう、例えば歩いてトイレ行きたい、ったらじゃあ一回歩いていこうかっていって、もしそれでほんまに転倒リスクが高かったりしたら、やっぱりこう身をもって体験したほうが、ほぼ歩けないんだなとかって思ってもらったほうがまだ、次の車いすで移ろうかっていう流れに乗りやすいので、まあそれも否定しないにつながるのかもしれないんですけど、やろうとしてることは一回やってみてもらいたいな感じですかね。Q-9</li> </ol>
理論的メモ	<p>入院期間も短い急性期医療の現場では、対象理解が十分でない中、認知症高齢者から自分の思い・希望があった場合、看護師としては本人ができるかどうかわからないため、リスクもある。しかし、その希望を尊重し、試しにやってみてもらうことが、自律の尊重に繋がる第一歩であり、重要な概念であると考えた。</p> <p>その後の責任をもって見守るや、できないところをサポートするということに関わる概念と関連していくと考える。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考える。</p> <p>対極例は事故予防重視 やむなき身体拘束で概念化</p>

概念名：自律可能か状態の判断(1)

←認知機能の状況判断←理解力の可能性判断←わかる、できるを探る

定義	認知機能や身体機能や治療や疾患による全身状態の把握を行い、自律可能か判断する。
ヴァリエーション	<p>1. 観察場面：a氏はオムツで臥床して過ごしており、C看護師がいるときオムツ交換の希望があったためオムツを交換することになった。C看護師「オムツ開けますよ、どっちが向きやすいですか？」とA氏に尋ねるとa氏は「左」と答えた。C看護師が「左向いてください。」と伝えるとa氏は左側に体をねじった。つづけてC看護師が「お尻上がる？」ときくとa氏は「うん」と言いお尻を上げた。オムツを取り替える間C看護師は「トイレ行ってないの？」と聞くとa氏は「うん」と答える。C看護師が「あっちに戻るために頑張ろう」と伝えると「あっち？」と理解できていなかったようできき返すとC看護師は「△病院。なんか嫌そうな顔して(笑)、トイレわかる？」と聞くとa氏は「わかる」と言う。C看護師は「行きたいとき教えてください。トイレ行こう！」と誘うとa氏は「はい」と答える。</p> <p>語り：「早く離床してほしいっていうのがあって、結構こんだけ動けるから、動けるんじゃないかっていうので動きを見てたのと、動けるにしてもどれくらいの認知なのか、動けるにしてもどれくらいの認知なのか、ナースコールわかってるのか？認知力っていうか、会話はある程度通じるなって思ったのと、ナースコールも、ナースコールわかってるか？なんだろうわかってたら、便意とか？どのくらいわかるのかなって思って、それを聞いて、なんかわかりますだったかな、わかりますって言ってたから、あ、じゃあトイレいけるじゃないってなって。で、最初のころたぶん帰りたい帰りたいをずっと言ってたんですよ、だから『向こう帰れるよ』って言ったらやる気出るかなって」 <b>C-5</b></p> <p>2. 観察場面：看護師が「fさん、ここでお昼ごはん食べますね。お昼ご飯にしましょうか。お昼ご飯なので広い方向きますね」と車いすの向きを、壁やベッド、床頭台ではなく解放的な方向へ向ける。fさんは「はい、すみません」と言う。食事を看護師が配膳し、食器にかぶせている蓋を開ける。「今日の献立これです、刻み、トロミ、柔らかくしてもらってます」と献立用紙と、一つ一つお皿を本人に示しながら食事の内容も伝える。f氏は献立用紙にある自分の名前をつぶやく。また、看護師が「卵味のソースはかけますか？」と聞くとf氏はうなずいたので「全部かけちゃいますね」とご飯に卵味のソースをかける。看護師は「スプーンかな」と床頭台からスプーンをトレイに置く。看護師が「デザートにヨーグルトね」とヨーグルトはトレイの外にずらし、「はいどうぞ」と伝える。その途中からf氏はスプーンを取って自己摂取し始める。</p> <p>語り：食事の認知がどれくらいなのかなというところで、セッティングだけして、ごはんおいて、蓋だけは開けたんですけど、まあそのあとで自分でスプーン手伸ばすかなとか、スプーンだけこうおいていけるかなとか、あとは、食事の内容が理解できるのかなというところで、紙渡したら自分で読めるし字も読める、献立も見せたら読んでるということなので（食事ということは理解できていたと思うが）、ただ、献立どこまで理解できているかどうか、わからなかったんで <b>O-10</b></p> <p>3. レクリエーションじゃないですけどなんか本とか、あの人たぶんかけるので、見たら、あの、体温計も自分で挟んでって渡したらできたり、いろんなことをやって</p>

	<p>もらったらできたので、できるなどは思ったんで、なんかやってほしいなどは思ったんですけど、なんかそういう感じで、患者さんと、この、認知症だからじゃなくて、患者さんの部屋まわりのときにできることをやってもらおうとはしてて、<u>試すじゃないですけど、これが体温計ってわかるのかとか、ていうのはちょっとそういう感じで部屋周りはしてます。U-2（言語能力、遂行力）</u></p> <p>4. そうですね、今回はそういうことですね、（髭剃りを渡したら理解して自分で）できるのかなみたいな感じで（渡してみた）（理解力、遂行力）J-4</p> <p>5. カルテ上になかって、（本人が）ないよって言うてくれたらいいんですけど、たぶん出たか出てないかも本人ちょっと覚えてないとは思んですけど、でも<u>トイレ行ったときに出てるの覚えてるかなとか、おしっこはたぶん、結構尿意とかも言えるようになって、最初は全然なかったんですけどそういうのも出てきたんで、覚えてたら聞こうかなと思ったんですけど。M-1（記憶力）</u></p> <p>6. その時に受け答えも穏やかにしてもらえろし笑顔だし、<u>こちらの言うてることもそれなりに理解されて、まあちょっと意思疎通難しいところあるんですけども、返答はちゃんと帰ってくるし、手足も動くし、で、もともと車いすには乗れてたってことなので、じゃあ元のADLに近づけようかなというところで、朝のバイタルのチェックの時に「じゃあ今日は車いすに乗せよう」という風に考えてたので、その後車椅子に乗りましょうという形と、あとおトイレもどうかなと思ってて、ずっと失禁では経過されてて、アナムネ上も失禁って書いてはいたんですけども尿意が<u>どうなのかな</u>というところと含めて、ちょっと全体のADLを把握したいないうところからまずベッドから起こそうかないうところですねバイタルも安定してるので起こすこと自体は問題がないと思ったので。O-16-1（判断力）</u></p> <p>7. そうそうそう、おうちでどうだったかなとか（認知症があったとしてもまずは先入観を持たずに）、聞いてみるやってみてもらってみたい、でその反応はどうか見て（記憶力、遂行力）U-4</p> <p>8. あー認知症患者さん、なんだろう本人の、残っている能力っていうかなんだろう、この全部が全部全然通じないとかじゃなくて、ちょっとでもなんか書けるだったり、話しが一言二言でも通じるとかだったら、<u>意思疎通はま、急に変なこと言ったりすることもあるけど通じるのかな</u>っていうのがあって。わずかな可能性とかそういうので（自己決定につながるように）そこを刺激していく（言語能力）。C-7-2</p> <p>9. 書けるというのがN式（認知機能検査）として、たぶんそれでなんか文字が書けるんだったかな、マルがかけたんだったかな、たぶんそれで書けるなっていうのを見て、あ、<u>この人書けるだつて意外に思ったのと、会話もさっきのおむつ、オムツの時に、ある程度会話理解はしてるのかな、意外とちゃんとした答え、きいたことのこたえが返ってきたから、あ、会話は理解できてるんだな</u>っていうので、伝えたら、書く能力もあるし、理解もできるから、名前は書いてくれるのかなって思ってた。C-18（言語能力）</p> <p>10. 認知的に、病院にいる、のはわかってるけど、やっぱりここで、今日入院してきたとか、短期記憶で昨日いましたよね、先生と話しましたって言っても今朝来たとかおっしゃって、あ、今朝きたんですねって、かたちで変えるんですけど、そういう</p>
--	--

	<p>と踏まえると、自分がどれだけの期間何の目的でいるのかっていうのが、把握ができない感じなので、そこから先を考えると、退院して何をやる、何が必要っていうところの深いところまで意思決定できないのかなっていう。(記憶力)</p>
理論的メモ	<p>どこまで理解できるのか、わかるのかを可能性を探りながら捉えようと聞いていく。理解力に合わせた意思を引き出すための関わりに繋がるため、重要な概念であると考えられる。</p> <p>認知機能には、記憶力、言語能力、判断力、計算力、遂行力があるとされている。このあたりをアセスメントしている状況である。</p>

概念名：自律可能か状態の判断(2)

←身体機能の可能性を判断する←ADLの可能性を探る

定義	認知機能や身体機能や治療や疾患による全身状態の把握を行い、安全に自律可能か判断する。
ヴァリエーション	<p>1. 本人のしたいしくない自己決定はそれは、そうで、もちろん確認するべきだと思うんですけど、それが本当にその人にとって適切で、それが本当に遂行できて、安全に遂行できるかってところに関しては、やっぱり患者さんだけの思いでは不完全なところがやっぱり認知症の場合はある O-52 (6/29 追加) ←端的に表現しているので1番目へ。</p> <p>2. オムツ交換の場面：a 氏の排泄状況としてオムツ装着で基本的にベッドで臥床して過ごしている。看護師がいるとき「オムツかえて」と希望があったためオムツを交換することになった。看護師「オムツ開けますよ、どっちが向きやすいですか？」と a 氏に尋ねると a 氏は「左」と答えた。看護師が「左向いてください」と伝えると a 氏は左側に体をねじった。つづけて看護師が「お尻上がる？」ときくと a 氏は「うん」と言いお尻を上にあげた。オムツを取り替える間看護師は「トイレ行ってないの？」と聞くと a 氏は「うん」と答える。看護師が「あっちに戻るために頑張ろう」と伝えると「あっち？」と理解できていなかったようできき返されたので看護師は「△病院。なんか嫌そうな顔して(笑)、トイレわかる？」と聞くと a 氏は「わかる」と言う。看護師は「行きたいとき教えてください。トイレ行こう！」と誘うと a 氏は「はい」と答える。C-1</p> <p>語り：早く離床してほしいっていうのがあって、結構こндаけ動けるから、動けるんじゃないかっていうので動きを見てたのと、動けるにしてもどれくらいの認知なのか、ナースコールわかってるのか？認知力っていうか、会話はある程度通じるなって思ったのと、ナースコールも、ナースコールわかってるか？なんだろうわかってたら、便意とか？どのくらいわかるのかなって思って、それを聞いて、なんかわかりますだったかな、わかりますって言ってたから、あ、じゃあトイレいけるじゃないってなって、で、最初のころたぶん帰りたい帰りたいをずっと言ってたんですよ、だから、「向こう帰れるよ」って言ったならやる気出るかなって C-5 (理解力の可能性)</p> <p>3. どこまで自分でできるかという情報が全くない人なので、ただ、立位の保持は不安定だから必ず下衣操作はしてあげないとけないというところの情報だけはあったので、そこは「降ろしますね」という声かけでしてあげたのと、あとはたとえばトイレットペーパー自分で探そうとしてたら、見て、届いてない見つけてないからここですよって最初だけちょっと引っ張り出したらあと全部くるくるできたりとか、あと拭くのも声掛け促しでは行けるので、基本的には手を出す前にやってもらう、できてなかったら手を貸すというにはしてるので、まあ、それで大体どこまでできるのかも把握できたんで次からはそういう風に促せるかなっていう形ですね。</p> <p><b>O-2</b></p> <p>4. その時に受け答えも穏やかにしてもらえろし笑顔だし、こちらの言ってることもそれなりに理解されて、まあちょっと意思疎通難しいところあるんですけども、返答はちゃんと帰ってくるし、<u>手足も動くし</u>、で、もともと車いすには乗れてたってこ</p>

	<p>となので、じゃあ元の ADL に近づけようかなというところで、朝のバイタルのチェックの時に「じゃあ今日は車いすに乗せよう」という風に考えてたので、その後車椅子に乗りましょうという形と、あとトイレもどうかと思って、ずっと失禁では経過されてて、アナムネ上も失禁って書いてはいたんですけども尿意がどうかかなというところも含めて、ちょっと全体の ADL を把握したいなっていうところでまずベッドから起こそうかなというところですねバイタルも安定してるので起こすこと自体は問題がないと思ったので。O-16-1</p> <p>5. 自分の意思で動いていることが多かったんで、それで私たちの会話が伝わらないわけではなかったんで行けるのかなと思いました。言ったことに対してうなづくだけじゃなくて、自分の意見もこうって、うなづくじゃないですけど。あんまり一方的に意見ばかり言うわけでもなく。その日だけじゃなくて、前のもあるんですけど。だから、(自己決定できると) 思いましたね。G-6</p> <p>6. 尿路感染も起こしとったんですよ。調子悪かったみたいですよあの時。CRP も 5, 6 あがって、今抗生剤の点滴してます。しんどかったですあんなとき、もう申し訳ないですわ。すみません。(私; ご本人は調子よさそうに頑張ってはりましたけどね。) そこも d さんなんでしょうね。やることやるっていうか真面目、なんでしょうね、ただ、高齢の方独特の自覚症状のなさの典型なのかももう悲しいです。(笑)</p> <p>7. ちょっと全体の ADL を把握したいなっていうところでまずベッドから起こそうかなというところですねバイタルも安定してるので起こすこと自体は問題がないと思ったので。O-16</p>
理論的メモ	<p>どこまでの ADL の状況かを捉えようとしている。これは出来るかな? というプラスの視点で、ADL を高めていく視点で声をかけ確認しており、自律につながると感じたため重要な概念であると考え。十分な類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p> <p>対極例、できるかどうか探らない。やり取りをしてできていることはそのまま、できないこともできないんだなとそのまま受け取る。どこまでできるのかなとは考えない。</p> <p>・トイレのことにに関してやと失禁ひどかったんで、もうリハパンじゃおさまらないやろうなと思ったのでまたオムツつけましたね私。もしかしてこの人トイレあんま行ってなかったのかなとも一瞬思ったんでその時に。夜だけオムツかなとも一瞬思ったんですけど、こんなに失禁するんやったら間に合わんわと思って、日勤はリハパンで誘導かなと思ってたんですけどオムツ着けました G-1 1 事例のみのため、概念化できず。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自律を尊重するときでも、体調の変化をアセスメントした上で行う必要がある。自分でやろうとすることは病状によっては負荷がかかり認知症高齢者の身体状態への負担となり、病状や体調悪化を引き起こしかねない。</li> <li>● 認知機能、身体機能、全身状態すべて含めて、自律尊重できるかどうかの可能性を判断しているとか考え、一つの概念とする。ある程度の多様性を表現するため。6/28</li> <li>● ヴァリエーション例が多すぎるということは分けられる概念の可能性はある。わかるという認知機能の進行度のアセスメントと、身体可動性のアセスメントと分けた方がいいかもしれない。5/9 分ける。しかし概念が多くなりすぎるのもわかりにくい。看護師はこれらをつつひとつ判断しながら、何を考えているのかで概念化したほうがわかりやすい。認知機能、身体機能、全身状態すべて含めて、自律尊重できる</li> </ul>

	かどうかの可能性を判断しているとか考え、一つの概念とする。ある程度の多様性を表現するため。6/28
--	---



概念名：習慣想起への誘導

(5/10) ←気付きと習慣の結びつけ

定義	認知症高齢者の日常生活動作と身体の現状をつなぐ声掛けや、環境を整えることで認知症高齢者の自律的な行動を導く。
ヴァリエーション	<p>1. 観察：「d さん、髭剃り持ってますか？」と聞くと「どないすんの？」と言うので「触ってみてください。」と顎を触るよう促すと「あ、髭剃りせなあかん！持ってきてない」と発言する。K-6</p> <p>語り：認知症高齢者さんにやっぱり自分の体に関心持っていて、どんな状況かってわかっていただきたいので、爪とかも伸びてたら触ってみてと、わかっていただける、絶対わかってもらえることってあると思うんです認知症の方でも。そこは、できること、見えるところは見てもらう、触れるものは触ってもらうようにします。K-8</p> <p>語り：自分が今何するのか現状を常にわかっていただきたい K-20</p> <p>語り：自分でしたい気持ちもできるところは自分でしていただきたい。K-21</p> <p>語り：やらされているのではなく、自分の気持ちで自分で考えてしていただきたい。K-22</p> <p>2. 観察：f さんと声をかけ「はい」と返事とするのを確認した後、「<u>ご飯終わったので歯磨きしましょうか</u>」と歯ブラシを渡す。また「<u>歯磨き粉です</u>」と伝えて渡す。f 氏は両方を受け取り、歯みがき粉の蓋を開けて歯磨き粉を歯ブラシにつけて、自分で磨き始め、磨き終わるとうがい迄までできる。「口の中に泡が残っているのうがいをもう一回しましょう。もう一回くらいいつときましょう」と促し、「はい OK」と伝えるが、F 氏はさらにもう一回続ける。看護師は「あ、もう一回」と見守る。そして、F 氏はコップを置く。O-4</p> <p>3. 観察：排便後ペーパーを触った様子から「チリ紙ですか？」と出しやすくたらず。O-8</p> <p>4. あの人自体が失禁もしてるんですけど、ほとんどトイレに行かれてるので、夜はオムツでもいいんですけどお昼間はやっぱりトイレで行けるように、リハビリパンツの方が自分でおろしやすいし、介助側としてもおろしやすいですしそういう面でご自身でやろうとされるのがやっぱり、自分でね、されてはる人なんで、しやすいようにパンツ式に替えさせてもらいました。H-6</p> <p>5. ある程度持ったりすると自分で立てたりはするんで、まあ、自分でしてもらって介助するところは介助できれば、どこか持とうとしてもどこも持たらないのかわからないとか、いつもしてることやけどたぶんすぐ忘れてしまうので、ここ持った方がいいよってするとたぶんできると思うんで、たぶん私たちがさって動かすのは簡単だけど、施設に戻ったりするので、ちょっと自分でできることはできるようにはしていきたいなど。M-3</p> <p>6. 次どこ持つか、次何をするかわからない患者さんがほとんどなので、次にここを持つとか何をすればいいってのは、向こうが自発的にちゃんと自分からここ持つなりオムツ下すのなりをしないのであれば、こちらからの促しの声掛けが必要かなと思います。H-6</p>

	<p>7. ひとつずつ説明するっていうのを自分の中ではこだわりとして考えているんですけど、大体まあ全員にひとつずつ説明するようにはなってしまうのかなって(笑)H-6</p> <p>8. 洗面所の自動水栓水の出し方がわからない様子だったので、「ここ押すの」と伝え、本人が自分で押して水を出し、手を洗うのを見守る。Q-8</p> <p>9. 観察場面：排泄の後、「手洗いしましょうか」と看護師がe氏の服の袖をたくし上げ、石鹸渡すとe氏は泡立てて手を洗う。自動水栓に手を伸ばして流水で泡を流す。「どうぞ」とペーパーを渡す。看護師が「(手)拭けた?」と聞くとE氏は「はい」というがまだ濡れている部分がある。「この辺拭けてへんで」と腕の裏側の濡れた部分を看護師が仕上げに拭く。5/18 追加 語り：患者さんのじりつつっていうか、できるところ、自分がこれはできるんだってところは自覚させてあげたかったりとか、あとは、まあ、そういいながらもちょっと手助けはするけどみたいな感じの雰囲気は出してるつもりではいます。N-8</p> <p>10. なんか誰が対応しても、なんかいいヒントなんかかないかなって。この人がベッドに、あのあんまり離床時間が少ないって言ってたんで、たぶんそういうのも影響してるのかなってところから、何をあの人に安心させてあげたら、車いすに座る時間とか、拡大できるのかなっていうところで、ちょっと本人からなんかかないかなと思って聴いてみました。N-11</p>
理論的メモ	<p>認知症高齢者に髭が伸びていることを触ることで気づいてもらい、髭剃りをした方がよいと自覚できる反応を引き出し尊重していたため概念化できると考えた。</p> <p>2/8 加筆</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分が今何するのか現状を常にわかっていたきたい K-20</li> <li>● 自分でしたい気持ちもできるところは自分でしていただきたい。</li> <li>● やらされているのではなく、自分の気持ちで自分で考えてしていただきたい。K-22 ケアにつなげるというざっくりな表現では応用者に伝わりにくいと考えたことと、ケアにつなげるというよりは、本人にしてもらいたいという部分を強調したかったので修正した。</li> </ul> <p>K のナース以外見当たらないが、重要な関りであり一人でも概念化する。この看護師は療養型病床経験者であり、経験値が高いと考える。施設では通常行われている看護でもあるという老年看護研究者からの助言もあり、概念として成立すると考える。理論的飽和化とまでは言えないが、看護実践としては行われている方法であり成立することとす。→ほかの概念と統合する中で、ヴァリエーション例が多様化した。</p> <p>患者さんが自分の力でできるように少し手助けをして、きっかけをつくり誘導しながらその人の行動をサポートしており、自立からの自律につながると考えた。</p> <p>対極例は初めから看護師が教えるもしくは必要だからと代わりにしてしまう 何もわからせず、やらされてる感のある援助 突然の看護師ペースのケア、ルーチンワークでこなす。意思無きものとしての対応で概念化</p>

概念名：意思無きものとしての対応（1）

（6/28）←反応の聞き流し

定義	認知症高齢者へ許可や確認なく関わったり、反応を無視したりその場しのぎの声掛けで済ますなど意思を無きものとして対応する。
ヴァリエーション	<p>1. 現実はそのだけの時間をもてなかつたりするので、どうしても、んー、落ち着いてるときはそういう風にやってますけど、現実忙しいときは、<u>いやいや入院しとかなあかんから、ここおらなあかんねんでって行って、ちゃんと話を聞かずに、次の患者さんの業務に行ってしまったりとか。I-110</u></p> <p>2. 観察：「看護師さ〜ん（抑制ベルト装着のままベッド柵を持ち体を起こしてほぼ座っている）」と呼ばれ看護師は「はい。ちょっと待って。これ（別の人処置）終わったら行くからね。待ってくれる？」と伝えると a 氏は「はい」と言うもすぐにまた「看護婦さ〜ん」と呼ぶ。看護師は「はい。ごめんね、ご飯来たら行きましょう。」と別患者の対応しながら大きな声で伝える。別患者のケアが終わり、看護師は a 氏の前を通り A 氏と目を合わせると a 氏は頷いたので看護師もうなづきを返すが、何も言わず退室する。</p> <p>語り：斜め前の人の吸引をしてたんですかね。それでたぶんそのあとも、しなきゃいけないことがあって。たぶん何かしらを言われたりとか、何かのアクションがあれば行ってたというか、あつたんですけど、去るときに見たのは、「なんか言うかな」と思ったけど、たぶん、何も言わなかったからうなづいて、去ったんやと思います。 D-11</p> <p>3. どうしても 24 時間オムツでいつでも失禁っていう人とかは、ハイハイわかりましたって言って声をかけるだけですけど D-7</p>
理論的メモ	せつかく意思を捉える援助が出来るようになったのに、時間が持てないと思いをきけなくなる。
	対極例は思いの斟酌で概念化

概念名：意思を無きものとする対応（2）

6/28←前触れのない関わり（6/24）←看護師主導の関わり

定義	認知症高齢者へ許可や確認なく関わったり、反応を無視したりその場しのぎの声掛けで済ますなど意思を無きものとして対応する。
ヴァリエーション	<p>1. 観察場面：車椅子で寝ており体がずり落ちている様子を見て、「起きて」と背後から脇を抱えすわりなおそうとすると「なにすんの！」と驚かれたため、「起きてよ」と伝えながら車いすを押しはじめると「どこ行くの」と聞かれ「お部屋帰るよ」と車いすを押しして食堂を出る。</p> <p>語り：既往的にもともと認知症があるのと、統合失調症があるということだけでけっこう精神状態が不安定になりやすいところ、結構急に怒ったりとか、まあそのリハ中も急に泣いたりとかけっこう起伏が激しいので、まずは最初の声掛け、さわりの方を軟らかめにとというか、できるだけいきなり強く指示を飛ばすというよりは、少し軟らかめにどうしたのみたいな感じから、そういう柔らかい対応を最初は心がけていこうかなと思って、体制も崩れてたしとりあえず少し座りなおそうかという感じでちょっと持って行って <b>E-1</b></p> <p>2. 観察：看護師は、目を閉じた h 氏のベッド頭元を上げると、h 氏の目が開く。h 氏は「頭を下げて」と言うが看護師は、「ご飯御飯。ご飯食べて」と伝える。h 氏は「あ〜」とご飯の時間だということはわかった反応を示したが「頭下げて」と言う。看護師は少し頭元を下げるが、もう一度少し上げると h 氏は「上げたらあかん、下げて」と声を荒げる。看護師は再び頭元を少し下げる。 <b>T-2</b></p> <p>語り：いや、特に（理由は）なくて、部屋が狭くてこっち通路で、ボタンが後ろにあって押したんだと思います。（頭下げてと言われたが）ご飯なので起きてもらわないといけないということで起こして、日中のリズムですね。</p> <p>3. 観察「10時30分過ぎ、介助にてトイレで排泄後車いすで部屋に戻る。看護師が歯磨きの準備をしていると e 氏は『ご飯ですか？』と聞く。看護師は『座ってもらおうと思って。歯磨きしましょうよ。血圧が下がってる。寝てること多いから。お茶飲んで水分取って。施設に戻ったときも寝てるわけにはいかんしね。』とコップとベースンを机に置いて患者にエプロンをする。E 氏は無言で歯磨きを始める。 <b>M-6</b></p> <p>語り：いや、歯磨きね、たぶん今まではスポンジブラシとかでしてたんですけど、今日見たら薬残ってたりとかして、歯（を磨くの）も、今までは全介助だったんですけど、昨日位からは見守り介助でいいって言ってたんで、それやったら磨けるかなって思って。やってみようかなって思いました。（やってもらったら）できた。磨き残しとかがあるんでそういうのは介助いると思いますけど、これからは日中だけでも磨けるんだったら磨いていった方がいいかなと思うので。（自分からするというのはこの人は難しい？）そうですね。自分で訴えてくるのはたぶんトイレ以外何もないんで。</p> <p>4. 観察：「ご飯前におトイレ行っとく？」と聞くも f 氏は何の反応はないが「行っとこー」と認知症高齢者が手に持っていた鉛筆を取り上げ片付ける。塗り絵用紙も机からどけ、車いすに取り付けていたテーブルを取り外して車いすのままトイレへ誘導する。 <b>P-3</b></p> <p>5. 声かけですか？補聴器つけてなかったんで…(笑)聞こえるように言わないと。言った</p>

	<p>らあの人指示は通ることもほぼ通ってるんだと思うんですけど。理解はしてる時はあるのでちゃんと声掛けしようと思って声掛けしましたが届いてないかも(笑)あ、聞きましたね、トイレ。でもあんまりちゃんと返事なかったな。補聴器ついてなかったですよ。 (笑)G-1</p>
理論的メモ	<p>患者さんが寝ているという状況を起こしたにも関わらず、看護師は患者の状況や希望を確認せず、一方的に「起きて」「お部屋戻るよ」と援助しており、反応を捉えた上でそれを活かした関わりではなく、医療者中心のかかわりである。認知症高齢者は問いかけに対して無言という反応をしめしていたが、それには触れず、看護師は「トイレへ行こう」と一方的に誘導していった。</p> <p>類似例は少ないが3名の看護師から見られた関りであり、概念を説明するものとしては十分であると考える。</p> <p>対極例は個人の尊厳の尊重、思いの表出支援で概念化</p>

概念名：本人のニーズの緊急性判断

本人のニーズの優先性判断

定義	反応から認知症高齢者のニーズを捉え、そのニーズの本人にとっての緊急性を判断する。
ヴァリエーション	<p>1. 髭剃り中にズボンが濡れてしまった。看護師は「着替えましょうか」と提案すると D 氏は「うん、濡れてしもうた」と同意される部屋に戻った。部屋について看護師は日付の話をし、新聞を渡した。看護師が「ズボン、後でいいかな～」とつぶやくと、D 氏は「冷たいね」と言う。看護師は「替えよか」と更衣の援助をする。K-11</p> <p>2. 濡れてるけど着替えよかってこと言ったけど、まあいいわみたいなの、反応が薄かったので今これじゃないのかなと思って。でも「冷たいね」とお答えをくれたので、じゃあ今これやるべきだと思って。何を考えてはるか、D さんは何を一番したいかなってというのは考えるようにしています。K-252/10 追加</p> <p>3. 微妙ななんか、患者さん、その失禁と自尿の狭間みたいな人は、A さんじゃなかったんですけど反対側の部屋のかたで一人いらっしやって、で実際その人が「おしっこ」って言ったときにトイレに行ったら、やっぱり自尿がちゃんとトイレで出たので、その人が言ってきた時は、<u>あ、今このタイミングやし、もしかしたら失禁してないかもしれないっていうので、その人に限っては何回かトイレに行っただけです。</u>4-8</p> <p>4. 後はただその人の、トイレの切迫性がどうかっていうところでまだバルン抜いてから 10 分 15 分だったので、今すぐ行かないと漏れるってわけではなさそうだからちょっとだけ待ってもらって、ほかの優先事項だけしてから、じゃああのリハビリも来てくれたので、今トイレっていう形で連れてってもらったので、なるべく、ただ、もしあの方が切迫して今トイレに行かないといけない人であればそっちが優先順位が上がってくるんですけど、あの人のあのトイレの場合はちょっと優先順位を後回しにさせてもらったって形ですが、基本的にはニーズを満たしてあげたいなと O-21</p> <p>5. 観察：D 氏から「トイレ行きたいんやけど」と訴えあり。「15 分くらい前にいきました。大きいのと小さいの」と伝えると D 氏は「あああそうか」と納得される。看護師は「また時間見て、行きましょう」と伝え退室する。数分後再びナースコールがあり、D 氏は「トイレ行きたい」と訴えあり。看護師は「ほんま。ほな行きましょか」と車いすへ移乗の支援をする。</p> <p>語り：実際あの、確かに座薬入れてるので行きたいのは行きたいんですけど、15 分前に行ってるっていう現実をお伝えして決めていただこうと思って。それでも行くというのなら、自分の体わかってもらってそれでも行くっていう気持ちが出たら、もう行こうかなと思ってたんで、で、結局「あーそうか」って言うてくださったんで、すんなりね、ちょっとでも「えーって」なったら行こうと思ってたんですけどすんなり言うてくれはって、ちょっと待っていただけのな、15 分くらい待っていきましたね。(安心できる対応と同じ場面)</p>
理論的メモ	<p>・認知症高齢者は更衣したいと希望したわけではないが、冷たいねという発言を、今不快に感じている、今着替えたいという希望であると捉え、タイミングを逃さず更衣したことは、認知症高齢者にとって重要だと判断し意思を尊重した場面であり概念化できると考えた。</p>

	<p>・対象者の反応を捉えようとする意識と、反応を意思だと捉えて「今これやるべき」と判断して尊重する意識、両方があるって認知症高齢者の<u>今したいこと</u>を支援できるのではないかと考え概念化した。</p>
	<p>抽象度高すぎるか？発言と様子でも大きいかな？</p>
	<p>ある程度類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p>
	<p>対極例は反応を捉えても今したいことを支援できないこと？      例えば治療上許可できない？      ここ脳外なんで、頭にドレーンがあったりとか、ギャッジアップの角度が決まったりするんで、でも起き上がりたいじゃないですか。      看護師二人で見てドレーンクランプしてたら起き上がれるとかあるんですけど、なかなか、理解できない、がって起き上がりたいみたいなのとか、ありますね。L-5</p>
	<p>ルーチンワークの日常性も対極性のある概念</p>
	<p>何でも認知症高齢者のニーズを満たせるわけではないので、ニーズの緊急性の判断をする。</p>

概念名：持てる力を信じた同時対応

←もてる力を信じて離れる

定義	認知症高齢者が自立できる場合はその力を信頼して一人で行ってもらい、気にかけてながらもその間に別患者の対応をする。
ヴァリエーション	<p>1. 観察場面：通りがかりの部屋のナースコールが鳴る。担当患者に『一件寄っていくので、トイレの前で待っというてもらってもいい?』と聞くと患者は頷き一人でそのままトイレへ向かう。その間看護師は別患者の部屋に入り対応した。その後 d 氏を追いかけてトイレまで向かい、待っていた d 氏と合流し援助に入る。K-16 語り：「あたしもいつもべったりできないので、あの状況でできるところをちょっとやっていたらこうと思って（関わった）」</p> <p>2. 観察：自分で歯ブラシに歯磨き粉を付けて自分で歯を磨きしているところを見届けて、別の患者対応へ向かう。I-1 語り：自分が戻ったら戻るのが当然必要だと思うんですけど、ちょっと業務の兼ね合いがあったんで I-2</p> <p>3. 観察：看護師が、「もう少し座っておきましょうか」と聞くと、g 氏は「いや、もう寝る」と答える。看護師は「もうええですか。じゃあ（ベッドに）戻りましょう」と車いすから自分で立位を取ってもらい、ベッド側へ回転してもらいお尻を支えながら端坐位になってもらう途中、同室の斜め向かいの患者が椅子から立ち上がり歩きだしたため、g 氏に端坐位になってもらうとすぐに歩行している別患者の方に走っていく。g 氏は端坐位でバルンパックはまだベッドの足元に置いたままである。看護師は、別患者を自分のベッドへ戻ってもらうように歩行に付き添っている。その時、g 氏のナースコールが鳴り、応援看護師が様子を見に来る。応援看護師が「g さん押した?」と聞くと g 氏は「押してない」と答える。応援看護師が「もうちょっと座ってます?」と聞くと「いや、もう寝る。」と答える。看護師は歩行介助しながら「今戻るところなんです」と伝えると、応援看護師が g 氏を臥床するところまで援助する。看護師は別患者に座ってもらい g 氏のもとへ戻ると g 氏に布団をバサッとかける。g 氏は「ちゃんと布団をかけて」と言うが看護師はそれに気づかず、斜め向かいの別患者の元へ戻る。看護師は別患者に「トイレに行く?」と聞くと別患者は「うん」と答えたため、歩行介助しながらトイレに向かう。すると g 氏が「看護師さんちゃんと布団かけて!!」と怒り気味に大きな声で言う。看護師は「はいはい」と答え、別患者にはドアにつかまって立ってもらい「ちょっと待っってください」と伝える。別患者は、「ハイ待ってますよ」と答えドア前で待っている。g 氏の布団をかけなおすと g 氏は静かにベッドに横になる。看護師は別患者をトイレまで歩行介助する。 語り：「たぶん動作の性急性が早いのはあの別患者さんなので、歩きだしたのととりあえずそっち優先で、g さんの方は比較的行動がゆっくりなんで、まだ待ってって言ったら「わかった」って。たぶん、自分で動きだすのはたぶん別患者さんやから、そっち優先しました。転倒歴もある人なので別患者さんが。（ナースコールが鳴ったのは）たぶん離床センサーが鳴ったんちゃうかな。（あれが鳴らなかつたらどうしてましたか?）別患者さんも一緒に g さんの方に連れて行ってっていう風にしようかなって思っていました。（両方の患者さんに何かを言われた時の困った状況では）「あ</p>



	<p>一もうっ！」で思っていました。ちょっと待ってって(笑)。とりあえず転倒の方優先にして。こっちの人連れていきつつ、布団かけつつ(笑)。(あれは苦肉の策?) はい。そうですね。(別患者さんも) とりあえず言えば、とりあえず止まる、理解はあるんで、言えばわかってくれはるんで、しっかり言って、順番に、それぞれ声掛けして」</p> <p>4. 「歯磨きできますか?」と聞くが反応はなく、歯磨き粉と歯ブラシを渡すと自分で磨きだしたので、同室の他の患者の対応をする。しばらくして患者の傍に戻り、うがいを見守る。Q-7</p> <p>5. 観察場面： (髭剃りを取りに)「お部屋帰ります?お部屋までこいでいってもらて」と看護師が言うと「うん、こっちやったな?」とd氏が聞くと看護師は「うん」と答える。d氏が車いすを足で漕いで自室のある方へ進んでいくのを見守りつつ、「お先に」と抜かして部屋近くに先回りして自分の業務を行う。K-5</p> <p>6. 観察場面： 看護師が病室でF氏の対応していると、介護士が看護師に「Zさんトイレ行きたいって。柵乗り越えそう」と声をかける。看護師は「さっきからなんですよ。私が回れてないんです。行きますね」と答える。看護師がf氏に「処置室に行きます。別の部屋で私と一緒にいてもらっていいですか?」と相談するとf氏は頷いたので車いすで処置室へ誘導する。他にいた2名の患者も処置室へ車いす誘導する。車いすの2名の患者に髭剃りを渡して、自分で剃ってもらう。はじめはその場にとどまっていたが、車椅子を自操し始めたf氏を見て看護師は「fさん、どこ行く?私勝手につれてきちゃったから、ごめんね。」と伝えるが返答はなく、少しずつf氏は進む。看護師はそれを見守りながら他の2名の車いす患者の髭剃りの仕上げをする。語り：あの患者さんも大分と起き上がりが頻回でベッドから落ちそうになってた方なので、それもあって他の方々に私と一緒に向こうの詰め所に来てもらって全員が見れる、で、他の方も車いすに乗ってる時は必ず見守りが必要な方だったので、それを全部満たすためには一旦みんなあそこにご集合いただいて、で、見れる形で、環境としてはあの環境はあまりよろしくはないんだろうけど、ただ、ちょっといろいろと、皆さんを観ようと思ったら、どこかに合わせていけないといけないので、あと髭剃りしないといけない整容っていうところもあるので、整容だったらあの部屋で、ちょっと整容だけ先にやってもらってって形での、優先順位の考え方かな(笑)。はい。O-22</p>
理論的メモ	<p>急性期病棟では多重業務となることが多い。その中で他の業務と両立しながら認知症高齢者の意思を尊重しており、急性期病棟で特有の困難な場面をうまく乗り越えた事例であると考えた。また、認知症高齢者の力を信じて現地まで一人で行ってもらうというかわりも、認知症高齢者の持てる力を信頼した重要な概念であると考えた。</p> <p>2/8 K-16は、データに基づいただけではわかりにくいと感じ、()で補足を加筆した。</p> <p>患者に正直に事実を伝えることが大事だと思う。甘えるもキーワードかな。割といい概念ができた。⇒甘えるというのは伝わりにくいので変更。バリエーションは十分あるので概念として成立する。</p> <p>対極例は本人の意思は尊重せず抑制して他の業務をこなす場合か? 本人の力は借りずに無理やり抑制してその場を離れる やむなき身体拘束で概念化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● もともと安全ベルト、下半身のパンツみたいな形のベルトをやって、それでも立つようになってしまったからっていうので車いすの体幹ベルトに確かなったんです</li> </ul>

	<p>よね。黒い方に、で、その体幹ベルトをしようとしたときにこれはしないでっす ごい嫌がって、でも何かしら抑制という形でさしてもらっておかないと、立って転 倒につながるし、やったらもう体幹ベルトでわーってなってしまうんやったら、そ れはやめて安全ベルトだけでもして、で、まあその、お昼の時間ダイルームって誰 かしら居るし、私が先休憩だったので本人の横にはいれなかったですけど、あの 体幹ベルトすごい嫌がったからとりあえず安全ベルトだけつけたから見ておいてほ しいですっていうのだけ申し送りをして、で、<u>私は休憩に入ったんですけど、何も しないで絶対座っておけるという確信もなかった</u>ですし、かといって嫌がる体幹ベ ルトをしてしまうと、たぶんそっちに気が向いてしまって食べるどころか座るど ろか、大暴れっていう形になってしまうのかなと思ったので、安全ベルトだけをと りあえずさせてもらいました。4-4</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 本当は体幹ベルトも嫌だし、安全ベルトも（本人は）たぶん嫌だけど、ただもうそこ は、もう、わかったじゃあ何もしないとは私は言い切れなかったので、わかった、こ れはしないからって言って、<u>申し訳ないけど無理やり安全ベルトは付けました。</u>4-5</li></ul>
--	---

概念名：安全と自律との葛藤

定義	認知症高齢者の自律の尊重と、治療のための安全な入院生活の確保との狭間で葛藤を抱く。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>必要最低限の治療をね、受けてる患者さんが多いのでその治療の中の安全の中で、患者さんができるぎりぎりのところくらいまでやったらって感じですかね。特に転倒とかも多いので、脳外科やったりするし。急変とかも色々あるので、安全面を考慮した上での選択肢って感じです。できる限りのことはやってもらいたい気持ちはあるけど。現実そこまでできないっていうのが歯がゆいところは多々あります。</u>この人本間はこんだけ動けるんだろうとか、できるんだろうなって思うけど、それをさせちゃうと、そこから病棟の生活ってところで、安全面が守れなくなるってところがでてくるので、その天秤と、後は患者さんの安全の管理っていうところから、まあ、その事故を起こさない、安全に入院生活が過ごせる、ってところを考えると病棟で統一した動きが取れるって意味では、その人の自立は優先度が低くなったりするときもありますんで。 <b>N-9</b></li> <li>2. ある程度、こういったことがしたいからこういう言い方になってるんだろうとか、っていうのを介助しながら思うことはありますけど、それは、看護師側から見ると危ないことだったり事故につながったりとか危険になることが多いのでその辺は尊重しつつ、考えながら。 <b>P-6</b></li> <li>3. ここ脳外なんで、頭にドレーンがあったりとか、ギャジアップの角度が決まったりするんで、でも起き上がりたいじゃないですか。看護師二人で見てドレーンクランプしてたら起き上がれるとかあるんですけど、なかなか、理解できない、がって起き上がりたいみたいとか、ありますね。 <b>L-5</b></li> <li>4. その本人のしたいことやから、できるだけそれに手助けはしてあげながら（やってあげたい）、でもやっぱり、治療上どうしても、障害になるとか、っていうところは厳しく、見ながら管理していかないといけないかなと思うので、そのめりはりはちょっと、心がけてるかなって。 <b>E-6-3</b></li> <li>5. どうしても動くとその、まだ不安定で何も持たないまま立って歩いたりとかするので、かなり転倒のリスクが高くなると余計に骨折したりとか、打ちどころが悪かったら余計な合併症ができたりとか、やっぱりそのもうちょっとで帰れるところだし、安全はどうしても守ってあげないと、いけないというのもあるので、どうしても妨げになってしまう危険な行動に対しては、やっぱりちょっと安全ていうのは守ってあげないといつになっても帰れない、なってしまうと思う <b>E-7</b></li> <li>6. 例えば病棟内のたとえば休憩に入ったり入らなかつたりでスタッフ減る時間とか、オペとか何かしらのイベントが重なった際に、たとえばこう車いすに乗って食堂に行っても特に何も動かない、どっかに行ったりしないんだったら乗ってもらってそこに連れて行って待ってもらおうということが出来るんですけど、目を離してこけたらどうしようとか安全が完全に保たれるか不安な時はちょっと希望に添えないなと思ったりしますね。 <b>B-11 (6/24 追加)</b></li> <li>7. 今までの経験で行くと、以前の施設はああいうの（安全ベルトという名前の車いすの身体拘束ベルト）使ってなかったので、以前の施設だったらじゃあ一緒に探しに行きましょってっていうので、一緒にちょっと院内散歩に手の空いてる者がつれていっ</li> </ol>

	<p>たりとか言う風にはしてたんですけど、あの安全ベルトを使ってるから、確かに安全には移動は自身でもこげますけど、果たしてそれがふさわしいのかどうかっていうのは、ちょっと考えどころかなとは私は思っています。I-106</p>
理論的メモ	<p>認知症高齢者の自律を尊重することに関しては、転倒や事故のリスクが付きまとう。急性期治療の現場では安全を守ることが重要なことであり、自律を尊重する際は常に安全と天秤にかけている状況である。治療優先で制限がかかることはあるため、やむ負えず自律を尊重できない場面として概念化した。</p> <p>その後認知症高齢者は集中して排便に臨んでいたのだが、その反応まで入れて概念化したほうが自律を尊重したプロセスの動きとして適切か？今のところは看護師が主語述語として、そういう言動でよいと判断。結果としてそういう言動をしたら必ず相手は安心したり気遣いせずに自分らしく行動できるかどうかは、わからないので、とりあえず相手の反応を見て看護師はこういう行動をしたという動きに焦点を当てる。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p> <p>対極例は安全面が優先される 事故予防重視する、自律性軽視にて概念化</p>

概念名：自律の補完

7/13←自律性の補完←でききない部分の支援

定義	認知症高齢者が自分でできない動作を支援したり、自己決定できない場合にはともに考え、日常生活における自律性を補う。
ヴァリエーション	<p>1. 観察場面：看護師が「Eさんのタイミングでこっち掴んで立とう」と手すりを指して声をかける。E氏は少しすると自分で手すりにつかまり便座から立ちあがる。看護師は「もう一步前出ようか。下着あげるよ。」と下衣操作を援助する。 語り：無理強いするとあの人結構引っ込み思案ていうか、なんか、なんていうんですかね、意欲がなくなる感じの方なので、あの、自分で、自ら動いてもらった方がいいのかなって。あとそれを否定せずに行こうかなって感じでは関わってます。N-10 (4/26 追加)</p> <p>2. 極力手伝わないようにというか、本当に危ないときは手を出すけど全部全部こっちでっていうのはしないように。C-16</p> <p>3. 自分がやっていただくとしたのは、責任があるところまで見守って、ダメやったら手を出させてもらう感じでお互いを守る。K-36</p> <p>4. できなかったとしても、まあできなかった分をまあ、自分で対処っていうのは難しくはなってくると思うんですけど、失敗したこととかも受け止めてはもらって、こちらで手伝えること、自分ができないことはまあ、こちらで手伝わせてもらう形で介入していくのが、一番かなとは思いますが。H-7</p> <p>5. トイレから車いすで部屋へ戻り、ベッドへ移乗する場面 看護師が「足下におろせる？ちなみに上げれる？」と聞くと、E氏はふっとレストへ足を乗せる。看護師は「おーできるやん。いいタイミングで（車いすから）立っていいよ。お手伝いするから」と本人のタイミングで立って良いと伝える。しかしF氏は「立てない」と言うため、看護師は「じゃあ手伝うで、こっちの手であそこもとう」と伝えるとともに、F氏がお尻を上げようとするのに合わせてお尻を支え介助する。F氏は立位取るも「怖い」と言う。看護師は「大丈夫。私もってるやろ」と声掛けするとF氏は向きを変え、ベッドに端坐位になる。看護師は「いいですか？」と聞くと、F氏は「苦しいです」と言う。看護師が「ドキドキする？締め付けられる？」と聞くとF氏は「はい」と。看護師はじゃあ横になってちょっと休もう。靴脱げますか？」と聞くと、F氏は足でうまく靴を脱ぐ。看護師は「OK、いいね」と声をかける。 語り：患者さんのじりつつていうか、できるところ、自分がこれはできるんだってところは自覚させてあげたかったりとか、あとは、まあ、そういうながらもちょっと手助けはするけどみたいな感じの雰囲気は出してるつもりではいます。N-8</p> <p>6. トイレトペーパーを自分で千切れるように少し引き出し、患者が自分で取って拭くの見守る。L-2</p> <p>7. 自分でペーパーを取ろうとするがペラペラがつかめないため「協力しようか。」と紙の端を渡す。N-8</p> <p>8. あとは看護師聞いても何にもないけど、家族が声掛けしたらすごく反応があったりとかもするので、そういうところの違いついとか、まあ大事な決定っていうか、まあ意思を確認したい時はできたら家族さんがいた方が反応は返ってきやすいなっていう</p>

	<p>個人的な印象はある K-51</p> <p>9. あーでも相談しますかね。どっちでもいいっていわれるとこっちはすわってほしいけどどっちだよってなるから、『じゃあどっち』って聞いて聞きます。明らかに動かなくて（看護師として）動かしたい人は行きましようって促すけど、ちょっとめんどくさがっている人、どっちでもいいよって言われたら、『決めてよ』って。朝は座ったか座ってないか聞いて、朝は座ってないって言ったら、リハビリしたばっかで疲れてるのかなって、『リハビリ終わった？』って、でリハビリ午前中したとかだったら、『じゃあ座りましよう』って聞いて結局こっちが決めてるのか(笑)とか。結局座らせて。一応聞くようにはしてる。全部が全部できるあれではないですけど、理想はそれですね。相談しながら決めたりとか。ADL、やる気とか妨げないように、せつかくやる気があるのにこっちがだめって言ったりしたらかわいそうだし、難しいですけど。 <b>C-13</b></p> <p>10. 入院時は何もよくわからない感じでずっと興奮してたりとかしてて、いう部分もあってその時はたぶんこっちが何を言っても選択に関しては難しいのかなという印象があって、入院の日数が経ってなんやかんや環境に慣れてる部分とか、人と周りのスタッフに慣れてる部分があって、なんやかんや自分のしたいこともちよくちよく言ってくれるようになったんで、なんかこうなんですかね、まるっきりおまかせします！じゃなくて、ちょっと選択してもらってもできるのかなと思いました。 <b>B-1</b></p> <p>11. 一応こういうことするけど、ちゃんと事前に説明ししっかりして、途中で嫌って言ったらそこでやめたりとか、こういう風にする？って提案したりする。 <b>B-9</b></p> <p>12. その人の認知レベルにもよりますし、周りの生活環境であったり家族環境もあつたりもするんですけど、その人なりの決定っていうのは絶対あると思うので、それは見つけていくもの、サポートできるのも看護師やと思いますし、はい、そういう風に持っていくのは看護師の役目やと思ってます。 <b>K-50</b></p>
理論的メモ	<p>侵襲の程度によっては高齢者にとっては危険な自律もあり、看護師として責任を持って最後まで見守り、安全や健康を守るという責任を果たさなければならぬため、その事例として概念化した。</p> <p>認知症高齢者の場合は認知症高齢者の思いを確認し意思を尊重するかかわりをした場合は、その後本当にできるかわからないため見守ったり必要時援助しながら、自律が成立するようというか、足りない部分を補って自律した行動（補完された自律：深山命名）ができるように支援しており、概念化できると考えた。</p> <p>自律を補完することとカテゴリ化できる？2.16 やっぱり分ける。</p> <p>ある程度類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p> <p>対極例は自己決定を尊重するが、フォローしない⇒無い。</p> <p>自律に重要な自己決定を本人ができない、お任せするときなど、どうするのか、自己決定できるように支援している物があった。自律は自分で行動する部分と、自分で決める自己決定の部分がある。</p>

概念名：身体拘束解除の工夫

←身体拘束除去の工夫

定義	身体拘束から解放された時間を確保する工夫や、体幹抑制や4点柵など自由意思で行動できない身体拘束を解除し自律できる環境を整える。
ヴァリエーション	<p>1. ちょっと座るだけやのについていう本人の気持ちもあると思うので、目がすぐそこにあるうちは座らせてあげたりとか、若干自由に動いてもらったりもして、<u>できるようにセンサー切ったりとか</u>、この前いたときはそんなに動いてなかった、穏やかに過ごしてはったんで。ちょっと、その部屋でラウンドするんやったらちょっと目があるし、ちょっとセンサー切って抑制取って、少し自由にできるようにしてあげたりとか、ちょっとした緩和というか、みたいなのを考えないといけないかなと。E-2</p> <p>2. 4点柵つけててがちがちで動けないじゃないですか。柵ついてたら、で、乗り越えちゃったりする人がいるから。もう柵を一個もう、抑制をちょっと除去して、で、こけてもいいようになっていうか、抑制を除去して車いすすぐ座れるようになっていう設定にしたんですよ。<u>(赤外線) センサー</u>だけつけて。だから柵は外れてるからもう行きたいときはするするするってすぐに出れるように、でもセンサーついてるからわかるっていう感じの設定にしたんです。赤外線センサーがあって、それをベッドの下につけて、患者さんが寝てたら、足元にセンサーがびーっと通ってるので起きて降りようとしたら鳴るんですよ、だからそれで行けるっていうのと、で、もし動いても、なんか自由に動けるっていうか、自由に動けるけど看護師にはバレるっていう。なんかそういうので、なんだろうがちがちじゃなくて、なんかその人も安全に動けて、こっちも安全に見れるっていうのがもっとできたらいいなって思うんですけど、それが難しい。C-8</p> <p>3. たぶん入院時はがつつりな抑制をしてたと思うんです。4点柵に転倒むしつけて、ベッド上から一步も降りれない状態で、膝がかなり腫れてて歩けなかったんでその辺もあってそうさせてもらってたんですけど、自分でしたいっていうのと、あとどうしても柵をぬいてしまったりだとか安全面の配慮的にあの形で、<u>センサーマットを使用する形で、トイレに行ったりとか、Eさん自身が縛られた状態ではなくて自分の行動、自分の意思で行動するってことはできるようになったんかなって</u>。見ての通りの歩き方されてましたし、紹介で膝が悪かったので、膝に水も溜まってて痛みもかなり訴えておられて、(入院直後は) 今よりもかなり痛みが強かったので、余計に転倒のリスクも上がってくる、入院したてで情報もわからない。<u>患者さんの本来の性格ですとかわからない中で安全対策で、するしかなかったっていう形にはなるんで</u>。だいぶEさん自身に合わせて変えられてきたんじゃないかな。がつつりの(体幹抑制の)抑制解除をできたことですかね。Eさんにはセンサーマットはあつてたかなと思うんで。H-5</p> <p>4. 後は体幹ベルト、あの詰め所から離れてて目が届かないお部屋に入っているんで、どうしても夜間帯もけっこう起き上がりを繰り返したり点滴を抜いたりがあった方なんで、体幹ベルトされてたんですけど、今落ち着いているのであればベルト外せるかなってところのアセスメントに入ろうかなってところは今日事前の情報収集で考えてたところですかね。O-20</p>

	<p>5. 体幹ベルト元々してる人って認識もあったし、点滴元々してたんでそれを触ったりっていうので、結構まあ注意してみないといけないなって思ってたんですけど。カルテ見た感じだと、昼間は体幹ベルト外せてるとか、書いてあったので、ちょっとまあまあレベル的には良くなっているのかなと思って、まあその辺の状態をちょっと見ながら、昼間あーやって起こして体幹ベルトからなるべく離してあげる生活を今日の昼間はしようかなという感じで。P-10</p> <p>6. 正直こけたりもしてたりとか、興奮することもあってベッド上にベルト着けたりとか、車いす乗ってる時もベルトつけたりとかしてて、正直理想論でしかないですけど、その身体拘束の時間をちょっとでも減らしたりとか、あとはトイレ行きたいごくたまに言ってたりするのでB-102</p> <p>7. 観察：G氏に本を渡すとベッド上にあぐらをかいて本を読み始める。看護師は「ベッドの上おってよ」と声をかけると頷いたため、病室を出る。抑制ベルトは装着していない。 語り：(抑制は)しないです。必要最低限しないように、やっぱり怒るので、苦痛やから。説明したらわかったとは言うんですけど、一応近いのでステーション、後声かけて、スタッフに。R-5 (5/31)</p> <p>8. 環境整備ですかね。1年生の時に耳にタコができるくらい環境整備言われて。ティッシュケース一つにしても。この人がじゃあ普通のニーズで携帯常に手元にあった人がぼーんとあそこにあったらどうする？とりにいくやろっていうので。ずっとそっから環境整備いわれてて。それこそ認知症の患者さんはわからずにとかってるので、そういう情報収集を家族からしながら、自分たちがなおさら作業しやすい環境整備をしないあかんよっていうことでそこは1年目。だから、私の患者さん徘徊の患者さんとか結構いてたんですよ。そういうのが多々あって見直すようになって2、3年目からなくなったんで。ここはそんなこと全然しない病院なんで環境整備とか。びっくりしますけど。そういう病院だけど自分のスタイルは崩さないようにしてます。自分のところだけはきれいにしています。次の受け持つ看護師さんも汚かったらいやじゃないですか。毛布一つにしてもはがれてたらいやじゃないですか。だから、そこは気を付けてますけど。A-6</p> <p>9. もっと動きます。危険行動注意みたいな人なんで。点滴抜いたりしてるんで。昨日の夜。覚醒(状況)とかと、後、ルート抜いてるっていうのがあったんで、ルートだけ見えないように。ルートの位置だけちょっと気にしながら朝から関わりましたね。L-12</p> <p>10. なんか悪いことばかりに目が行ってた自分がいて、それに対してこう、抑えるような行動をするんじゃないかって、その理由を考えなさいと言われたことがあって、先輩とかに言われて、あ、確かにと。結局理由を消化しないとそれはなくならないし、って言われて、考え方を改めないといけないなと((笑))、B-51-2</p>
理論的メモ	<p>身体拘束を解除するための工夫をしている語り。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p> <p>対極例は事故予防重視⇒概念化⇒自律性軽視の容認へ</p>





	<p>安全ベルトだけさせておいてくださいね」と車いす用安全ベルトを腰部分に装着する。d氏は「はいどうぞ」と気にしていない様子である。K-63 (6/1)</p> <p>語り：もう休んでいただくかどうか悩んでた、ただ単に、どうしよかあ、あれゆうても身体抑制なので、できるだけ外したいが外せない現状っていうのが、そこね、せめぎあってるので、常に悩んでるところなんで、K-62</p> <p>5. 夜の不穏とかでもセレネースバンバン打つとか、あんなの身体拘束じゃないですか、でも今は使わなあかんし、前のところ（の病院）で私は極力使わなったんですよ、セレネースとか使いたくないし、寝てもらおうと思ってやってたけど、やっぱりここだと急性期の病院になると手が回らへんから、打ってかないとしゃーないというのもあるし。L-101</p> <p>6. ここ（の病院）すごい拘束するし、取りたいけどでも取ったらあれやしなっていうのが、自分の中での葛藤はありますかけど。事故が起こるのが怖いし。12-100</p>
理論的メモ	<p>人員が減る昼時間帯や、看護師が目を離さなければならないときは安全を確保するため、やむをえず身体拘束が行われる。</p> <p>経験上よく見る関りであり概念として成立すると考える。</p> <p>シート 1 自分でやりたいの対極例というよりは、選択肢を提示するの対極例？自律した行動の見守りが対極例 7/16</p> <p>何かをやりたい気持ちを生まれさせないように、手軽な塗り絵やパズルをしてもらって認知症高齢者の自律的な思考、想像を阻害している。</p>

概念名：多職種との協働（1）

←ゴールを見据えた相談（4/26 修正）

定義	<p>認知症高齢者の自律を尊重するために、看護師だけではなく医師、コメディカル（パラメディカル）など認知症高齢者を取り巻くチームに対して依頼や相談を行い多職種で協働する。</p>
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="347 423 1436 591">1. あの人だから初日がそうだったんです。動けるっていう（認識に）なってて。何日かあったんで、じゃありハビリ、動きたいって言ったんで先生に相談したら、じゃあ車いす乗ってトイレはいいよとか、ていうのは（許可）もらったんで、そこで何回か失禁もしつつ、トイレ行きつつご飯も食堂で食べてたりとかしてたんで。A-1</li> <li data-bbox="347 602 1436 983">2. あートイレですね。A 病院の頭で来ちゃってるから、初日 2 日目は。すごかったんですよ、施設の中のことをいうんですよ。まだ集まらないのか、まだ行かないのかというので。トイレは定期的にほんまにずっと行ってみたいで、自分で、それであればあってなってたんで。こっちで本人に聞いて、トイレに行って。確かに失禁はなかったんですよ。最初と 2 日目は。（手術する前）それでオムツつけてちょっと慣れてきたんか失禁しだして。本人もトイレって言わなくなったんで。だから、手術前は本当はけん引する必要がある診断名だったんですけど、先生の指示でもうしなくていいって。ふらす車いすでトイレ行っていいよってことやったんで。そこですかね。ちょっと大変だったけど。A-2</li> <li data-bbox="347 994 1436 1162">3. まあ、リハビリさんと話したりとか、まあ、先生と話とかするので、その中で、まあ、<u>この人がこの病院でどんだけのゴール、</u>のところはちょっと考えたりはしてるんですけど。<del>んーあとはもう、家族さんの協力とかそのトータルで考えた、あ、もうこれできないなってところは諦めはしています。</del>O-6（4/26 修正）</li> <li data-bbox="347 1173 1436 1386">4. それこそ、私らから見て、たぶんリハビリさんは慎重にここまでプランがあるけど、私らの方が 24 時間ついてるじゃないですか。<u>動き的には OK だけになっていうのがあれば、こっからもリハビリさんにアクションっていうか、報告して、リハビリさんそれやったら、こからスタートだったけど早めにしようかというのもあるので、そこは状況見ながらですけど。</u>A-3</li> <li data-bbox="347 1397 1436 1473">5. リハビリにこれはできないのかとか聞いたりはしますね。何かしているときにこんなことは言っていたというのをリハビリにいたりしますね。B-3</li> </ol>
理論的メモ	<p>治療の状況を踏まえ、本人の希望を尊重できるように医師やリハビリ担当者に相談しているかかわりがある。対極例は、看護師だけでなんとかしようとする。無し。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p>

概念名：多職種との協働 (2)

6/28←チームでの連携

定義	認知症高齢者の自律を尊重するために、看護師だけではなく医師、コメディカル（パラメディカル）など認知症高齢者を取り巻くチームに対して依頼や相談を行い多職種で対応する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>助手さん、ワーカーさん</u>とかが増えたんで、助手さんで対応できることやったらトイレとかやったら行ってもらえるし、ご飯食べたいとか座ったりとか、できると思うんでそういうの分担してやっていった方がいいのかなって思いますけど。じゃないとケアも終わらないから患者さんのところになかなか行けなくって、点滴してバイタル測って、もう患者さんが言ってることなんか後々みたいな感じになっちゃうんで。でもそうじゃなくてケアワーカーさんでやれることはやってもらってたら、私たちも患者さんのところ行って色んなこと聞いて、こんなことしてほしいとかした方がいいことはできるからいいかなとは思いますが <b>M-5</b></li> <li>2. 食事が大体 1 割 2 割、食べた時でも 5 割ぐらいで、で入院時の採血でアルブミンが低かって 2 コンマいくらくらいで、前そのゼリーついたときに食べ、あれおいしかったって言って、昨日熱出て食事量も少なかったから <u>栄養士</u>さんにちょっとお願いして、なんかゼリーかなんかつけられないかなと思って <b>U-3</b></li> <li>3. やっぱ私一人では、たくさんの方をお同じ時間帯に同じニーズがあるとダメで、ワーカーさんか例えば私がトイレ介助している間は見守っておいてくださいとか、っていうところでは、手が空いてる方とか、一緒にやってもらおうとチーム全体で一緒にかかわっていったらいいんじゃないかなと思うので、ただそこ、<u>自分が、判断、特にワーカーさん</u>にお願いするときは自分が判断したうえでワーカーさんにお任せして大丈夫なのかっていうところはもちろん判断が必要なんですけど、同じ看護師同士だったらね、それなりのこの人こうしてくださいだけで行ける場合があるんですけど、っていうところではちょっと注意が必要かなと思うんですが、ただまあチームなので一緒に手伝ってもらおうときは手伝ってもらわないといけないし、っていうところでは、はい、チームワークとしてはいいんじゃないかなと思います。 <b>O-18</b></li> <li>4. 落ち着いてたら、っていうかまあ、何かこう、希望があれば、トイレ行くとか、まあ自分ができなくてもほかのフリーの方に頼んだりとか、まあ、ちょっと待ってくださいという時はありますけど。 <b>S-2</b></li> <li>5. <u>ADL とかの状況</u>もはっきりわかってなかったんで、オムツやったんで、リハパンやったら一人で行けると思ったんですけど、オムツなんで、<u>もし立位保持できんかってこけたら怖いので、一応近くにもう一人 (NS) おられたんで、手伝ってもらったこう</u>と思って。 <b>L-15</b></li> <li>6. お昼の時間デイルームって誰かしら居るし、私が先休憩だったので本人の横にはいれなかったですけど、あの一体幹ベルトすごい嫌がったからとりあえず安全ベルトだけつけたから見ておいてほしいですっていうのだけ申し送りをして、で、私は休憩に入ったんですけど <b>D-9</b></li> <li>7. あと、食事とか、食事で、食べにくいって本人が言ったりしたら食事形態変えてもらう、<b>ST</b>さん入ってたら <b>ST</b>さんに相談しながら、本人の食思ですよ、食べたいもの形態とか、本人が言って食べずらいんやったら食べやすいように、むせもない</li> </ol>

	<p>嚙下もいい人やったら食事の形態アップしたり、とか、は、たまにはしてますかね。その人の認知度合いにもよりますけど、本当に食べづらそうで食事摂取量増えてなかったら、本人さんの意見とか聞いて、STさんとかにも相談してリーダーに相談して、ですかね。T-2 5/1 加筆</p>
理論的メモ	<p>看護師だけですべてを行おうとするのではなく、チームとして他の職種と協働すれば、認知症高齢者の思いを尊重できるかわりがより一層できると考えた。</p>
	<p>チームで連携すれば、看護師一人では守り切れない患者の安全を守ることもつながるため、不測の事態サポートとも関連する。</p>
	<p>十分な類似例があり概念として成立すると考え理論的飽和化とする。</p>
	<p>対極例は一人ですべてを行おうとすること。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 性格ですね。よっぽどのがあればほんとうにみんなと、リーダーの人とかに話したりして今後の対応とか考えたりはしますけど。まあそこまでない人は別に、自分あんまり言わないですね。T-21 ほかにヴァリエーションがないため概念化しない。</li> </ul>

概念名：自律性軽視の容認

定義	<p>事故予防重視や病棟のイベントによるやむ負えない身体拘束や、自己決定を尊重できないことは仕方がなく容認されると捉えている。</p>
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 観察場面：看護師が「塗り絵する？」と聞くとf氏は「塗り絵する」と答えた。看護師はf氏が乗る車いすを押してステーションの横にある処置室へ移動し、無言で車椅子に設置できるテーブルをセットする。そして、塗り絵の用紙と色鉛筆を机に置く。f氏は座ったまま塗らない。看護師は色鉛筆1本取って渡す。f氏は受け取り塗り始める。看護師はその場を退室する。 語り：あーやって車いすに座ってたりとかするとあんまりたぶん自分で、もともとたぶん車いす自操したりけっこうしちゃう人なんですけど、することがないように、危険行動がまずでないようにあーやって、ほかのことに意識を向ける塗り絵をしてみたりとか。とか、ですかね。だからまあ、こけられるのが一番怖いので、うふふ、転倒がないことを一番意識して、ですかね <b>P-12</b> (6/28 追加)</li> <li>2. 認知症の人、認知症だから身体拘束しようっていうなんかけっこうアバウトだけど流れが看護師の中でもありがち、なところもあったりして、ま、予防的という意味でも、一応安全対策しとこうってことでもありますが。 <b>E-103</b></li> <li>3. 認知症でくくるなら、けがとかなないようにってところがプライオリティとしては、一番高くなるので、極端に言うところインシデント、アクシデントっていう、あれを書かない対象、を起こさないが私の中で一番最上位にはおいてます。本当はその、例えばその動けるように、とか、施設に戻るんやったら施設で生活できるような水準をってなるんでしょうけど、たぶん模範解答的にはその方がきれいなかな。でもどっちかっていうと、私はそういうより、やっぱり、自分が言ったインシデント、アクシデント起こさんような、っていうところがプライオリティを置いています。正直言うと仕事が増えてしまうので。認知症の人だからっていつてほかの人と仕事量が減るわけでもないし。 <b>J-9</b></li> <li>4. 自己決定の場面っていうのはちょっと少ないかもなどは。入院してると家で居るよりかは。やっぱこう患者さんのペースっていうか、イベントもあります、看護師のイベントとかもあるので、やっぱりそこ優先できてないところもあるんじゃないなとは思いますがね <b>S-4</b></li> <li>5. でもこう看護師目線で見ちゃうし、私医療安全の委員会の運営なんで、こけたりするととか、そこにやっぱ気がいっちゃってるので、どちらかって言ったら事故をなくす、っていうか事故させないっていう風なこう、視点の方が私的には大きいかなとは思いますがね <b>S-1</b>。</li> </ol>
理論的メモ	<p>身体拘束はやむ負えないので仕方ないと、許されるものだという前提で語られているような気がする。</p> <p>許容とは、ある基準を設定し、そこまでは許すという場合が多く、容認とは、基準を設けて用いられることはなく、許容に比べてかなり主観的。</p> <p>何を重視してケアを行うかという視点で、患者の自律への関与の仕方が異なると考え、転倒しないように過ごすということだけを重視している場合自律を阻害すると考える。</p> <p><b>5/5</b> 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>

概念名：個人の尊厳の尊重←自尊心への配慮

定義	自尊心を傷つけないようにしたり、その人を尊重し合意を得ながら援助をすることで、その人の価値を認め人としての尊厳を尊重する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cさん自体は自分でしたいって思いが一番だと思うので、そのへんで自分でできるように、なおかつ自分でそれをしたことによって、私たちからナースコール無かったら、なんで呼ばなかったのとか言われるわけじゃないですか。そういうのを言わないようにですね。<u>いったら叱るじゃないですけど、次から呼んでくださいねっていうのも、本人にとっては自分は一人でできると思ってるのに、呼んでって言われたっていう思いもたぶん残ってしまうと思うから、そうですね。こちらからの声掛けで、まあ声かけられたんやったら行っとうか、気持ち面でもそういう配慮、自己でやろうとされてたので、歩きたい意思だとか、そういうのを尊重しながらでしたね。H-4</u></li> <li>2. ほんとは行っちゃだめなんだったらしょうがないけれども、別に安静度が制限されているわけでもない人であれば、トイレに行きたいのであれば、トイレに連れて行ってあげるなり、まあせめて座って尿瓶でも、<u>やっぱりもともとのADLに近い状態をいかに維持できるかっていうところが、認知機能を保つとか、その人の自律、尊厳っていうところでは大事なんじゃないかな</u>と思っているので、そこを、本当に頑張りたいなと思いつつ。O-17-2</li> <li>3. やっぱりインテリジェンスが高かったりすると、<u>そこをこう子供に言うように言うてしまう</u>とたぶん、反発になって信頼関係築けなくなって、のと、その、そこで心を閉ざしてしまったら何を考えてはるのかとか、自律、意思決定をどこを支援していったらいいのかっていうのが結局わからなくなっちゃうと思うんで、その人の歩んできたところをベースにそういう意思決定につなげていけるのがいいのかなとは思っています。I-5</li> <li>4. 観察場面：看護師が「一緒に何かしようって言ってたの覚えてます？」d氏「いや、覚えてない」と答える。看護師が「ここ触って。」と顎を触るしぐさをすると、d氏が「あーひげか。髭剃りない。」看護師は「そうかなあ。引き出しにあるような気がする」と。部屋に戻って髭剃りのことを確認すると忘れていたため、もう一度顎を触るよう提案し、髭剃りをすることを話したことを思い出してもらおう。K-7</li> <li>5. 部屋入り口で止まっている(悩んでいる) 認知症高齢者を見て、「こんにちは d さん。ABC (部屋番号) でした。調べ中でしたね」と手前の部屋に来てもらいネームプレートを指さす。d氏は「あー」と自分の名前を見つけ、部屋に入っていく。K-31-1</li> <li>6. 観察：口腔ケアの場面で、水を含んでから歯ブラシを口に入れようとして口から水が出てしまうが、「独特なやり方やね」と見守り汚れた部分は拭きとる。Q-8</li> <li>7. 語り：(水を) 含んだ後に、歯ブラシしたんで、これもともどころこういうやり方やったのか、普段のなんかそういうあれなのか、習慣なのか、でも磨こうとはしてたのでいいかなと。Q-11</li> <li>8. 無理強いするとあの人結構引っ込み思案ていうか、なんか、なんていうんですかね、意欲がなくなる感じの方なので、あの、自分で、自ら動いてもらった方がいいのかなって。あとそれを否定せずに行こうかなって感じでは関わってます。N-10 4/26 追加</li> <li>9. 認知症の研修かなんかいったときに、患者さんが言うことは否定しないっていうのをまず教わった記憶があるんですよ、なのでしようとしてたことに対して、間違っただとしてもなんでそれをしようとしたのって言ったりとか、あまり行動とか否定しないような言動には気を付けてます。Q-50</li> </ol>

	<p>10. しっかり立って。ゆっくり。「ずらしてもうてよろしいか？」と確認すると「うん」といわれたので下衣を下げる介助をする。K-46</p> <p>11. (オムツを取って戻ってくる。ドアの前でしばらく待つがナースコールがない。コンコンとノックしてナースは中へ)「終わったら替えるの手伝います」と声掛けをすると、「お願いします」と本人より依頼があり、リハビリパンツを履く介助をする。H-10</p> <p>12. なんか自分、なんていうか、看護師からこうしましょう、圧が強いかなくてところがあるので、そこ、圧を和らげるって意味では、これしたいですけどいいですか？みたいな感じとか、患者さんの同意を得たいなってところはあるかもしれないですね。K-7</p> <p>13. まあいったらここもってパンツ下すのは当たり前という認識から、一つ一つ説明してこちらが援助するのが必要っていうこと、も、ちょっと思いましたね。<u>自分の中でできて当たり前ってのがまあ当たり前じゃない人もいるし。</u>その辺はまあ認知症に関わらずですけど、あるのかなと思って H-51 (6/28 追加) (先入観からの解放へ)</p> <p>14. そういう (自立している) 方には言い方悪いですけどキチンと接している。痛くないですかって聞いてみたり、点滴するときもしますよってというのが普通の人としてかかわってるのをよく見かけるんですけど、やっぱり認知症の方となるとしますねーって感じで、同じように接してないな〜っていうのはちょっと思ったりもしてた部分だったんで、やっぱり、同じように今から採血しますねって、確認とか、同じように同じようにって言い方もおかしいですけどね。っていうので、特に意識はしてないですけど、それが大切にしていること。F-5</p> <p>15. 決めてもらわないといけないと思うから聞いてるわけでもないんですけど。例えば、これが患者さんが 40 代とかの方だったら、聞くと思うんですよみんな。なのでそれを考えたら別に、60 代、70 代でも聞くことは、私にとってはあたりまえなので(笑)そこはたぶん別に看護師なりたてのころからあんまり変わってないのかな、あんまり意識したことがないので、あれですけど、私の中ではねえ、普通。たぶん相手が 30 代 40 代だったら聞くと思うし、だったら同じだなって思うので。O-17</p> <p>16. 特にそうですね、今日みたいにお話しできる患者さんはもちろんそうだし、できない方の場合でも必ず声かけるとか、どうかなっていう、反応を見るっていうのはそうだな、それはそうですね。あんまり特に意識してっていう感じではないけど、それは当たり前だなと思いつながらやっているの O-20</p> <p>17. そこはあんまり変わってないとは思いますが。なんか認知症だからどうこうじゃなくて、患者さんとしてできることは、みたいな。U-100</p>
理論的メモ	<p>自分でやりたい気持ちを汲んで、さらにできると思ってやろうとしている気持ちへの配慮をし、人としての尊厳を傷つけないようにしていた。</p> <p>看護師が認知症高齢者の行動を支援する場合や何らかの日常生活援助を行う場合には事前に同意を得た上で行ってた。</p> <p>看護師Oや看護師Uは認知症があろうとなかろうと、その人を一人の人として尊重することを大切にできる気持ちがもともとある。そうなれる理由はわからないが…当然と思っておられるので。自律尊重志向への基盤的思想。</p> <p>類似例は十分あり、概念として成立すると考える。</p>
	<p>対極例は、尊厳を傷つける恐れがある言動 トイレの時はナースコール押してくださいね。トイレ行ってこけたら大変やから G-1 他のヴァリエーションがないので概念化しない。</p>



概念名：タイムマネジメントの工夫

6/28←優先順位の組み換え

定義	限られた時間の中で業務の優先順位をつけながら、認知症高齢者の希望に沿った対応をするために業務の順番を組み換え時間を調整する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 別にその命の優先順位を教えてもらってからは、そこだけ外さなければ多少その自分のやることを組み替えても大丈夫なんだっていうのを教えてもらってから、認知症の患者さんが言ってることも、自分のやってる仕事の中でもちょっとはわかったよって言って、そっちに行けるようになった気がします。D-2</li> <li>2. 今はなんかこう優先順位もつけやすくなって、この人にこれだけ時間かかるから、先にこれはしてここににかかわるような、やっぱりそれは経験値かなって思うんですけど F-7</li> <li>3. 今だったらこれやって、別にこれ後にしてもいいや、この人がおしっこっていうんやったら先こっちしよっかな、その順番の組み換えがなんとなくは自分の中で順序だててやれるようになったと思うんですけど。4-3</li> <li>4. 今も、やってあげたいという気持ちはありますけど。こう、できることとできないことの分別は自分の中でつけるようにはしています。ここでこの人にかかりつきりだったら向こうの人の検査とかオペとかが滞るとか、を考えると優先順位ですかね。それがつけれるようにはこの年代でなったかなとは T-2</li> <li>5. 自分の中での時間調整をうまくしようとして、その人のちょっとでもそういう何かしらの（希望を尊重する）時間を調整（するために）、タイムマネジメント？をもっとうまくなりたいたいっていうのもあって。B-8</li> </ol>
理論的メモ	<p>多忙な業務がある中では患者の希望を満たせるかどうかについて優先順位を決めて対応することが必要ということである。生命を守るということが最も優先順位が高いがそれ以外のことは業務を組み替えて認知症高齢者の希望に沿った対応を出来るように考えるという点は、多重業務を抱える看護師がいかに自律を尊重できるかにつながる概念であると考えた。</p> <p>類似例が十分あり、概念として成立すると考える。</p> <p>対極例は時間通りに進めるという内容のものはない。</p>

概念名：先入観からの解放

←先入観の払拭

定義	認知症があることで対象者をひとくくりにしたり、勝手な自分の思い込みで相手を見ない。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. やっぱり言えないだけであって、コミュニケーション私たち痛いとか、何かしてほしいとか、してほしいは認知症の方もトイレ連れて行ってほしいとか言われますけど、その奥にあることを、表面上でしかやっぱりくみ取れない、ことが多いと思うので。その言葉、そうですね、先入観を持たないっていうのがいいのかなとかいうのがいつもその看護してる上であって。F-4</li> <li>2. 患者さんが嫌っているのは本当の気持ちやから受け止めるんですけど、こっちがラベルを張るっていうんですか、ステイグマじゃないですけど、医療従事者やけどそういう人もいてるので、その中で、それをまずとっばらわないと。K-43</li> <li>3. やっぱりまずどうしたいか、そこが理解できるのかな、理解できたとして、イエスノーとか自分のしたいこと気持ち出せるのかなってところは実際聞いてみないとわからないので、まあ、そこを認知症だからでひとくくりで聞かないのではなくて、やっぱりいったん聞いてみる、と反応を見てみるというのは大事だと思う O-12</li> <li>4. まあいったらここもってパンツ下すのは当たり前という認識から、一つ一つ説明してこちらが援助するのが必要っていうこと、も、ちょっと思いましたね。自分の中でできて当たり前っていうのがまあ当たり前じゃない人もいるし。その辺はまあ認知症に関わらずですけど、あるのかなと思って H-51 (6/28 追加) 自律尊重の体感と同じ部分</li> </ol>
理論的メモ	<p>偏見も固定観念も先入観の一種。</p> <p>先入観は最初に知ったことで作り上げられた固定的な観念。自然と先入観はできていく。先入観は生活に役立つことがある一方、自由な思考の妨げとなる。強かったり偏りがあると、生活に悪影響。先入観はゼロにはできないが、最小限に抑える努力が必要。</p> <p>先入観が情報の偏りや時間の経過によって偏見や固定観念に変わっていく。</p> <p>偏見とは否定的な先入観。先入観の一種で、否定的な情報に偏った見解のことを言う。最初は些細な思い込み、否定的な情報ばかり知ることにつれ、認識に歪みが生じて偏見に変わっていく。</p> <p>偏見にはマイナスの作用しかなく正しい現実が見えなくなる。</p> <p><u>この語りからは先入観を持たない（肯定的、否定的両方ある）やラベルを貼る（勝手な思い込みを持つ）認知症だからとひとくくりにする（固定観念にしばられる）といった内容が含まれる。</u></p> <p>先入観をもって接すると、対象者の反応を見ても認知症だからでくられてしまい、本当の思いや希望が見えなくなってしまうということ。表面上ではなく、奥にあるものを読み取ろうとしないと、本心は見えてこないし、思いも引き出せないと考え概念化が必要であると考えた。また、自律の尊重に至る起点であるのかもしれない概念であると考えた。さらに、可能性を見出すことにもつながらない。</p> <p>類似例が多くはないが 3 名の看護師から語れ、抽象度は高いため、そのままカテゴリーとなる。</p> <p>対極例は認知症だから仕方ないと、先入観を持つことであろう。</p> <p>先入観払拭は、自律の可能性を見出すことにもつながる。</p>

概念名：余裕の無い環境(1)

6/28←マンパワー不足

定義	時間的、マンパワー的、精神的に余裕がないと、認知症高齢者の自律を尊重した援助にまで及ばない。
ヴァリエーション	<p>1. あと人が足りない。2人介助でトイレ行かないといけない人とかはどうしても朝みんばらばらだし、捕まえきれないとき、助手さんもバタバタしていないし、という時とかは、連れていきたい気持ちはやまやまだしけど、ちょっとあなたは一人では動けない、重たいので(笑)、それでちょっと15分待ってくださいとか言って、15分で終わらないときもありますけど、後から行くように。タイムリーにはなかなか(対応しきれない。) C-20</p> <p>2. 看護師が時間ないからこっちでするわっていうのを、撲滅したら服患者さんが選べるとか、自分で決定できるっていうのをできるかなーっと思って。(できない要因は)それはもうマンパワーの不足で、ほかの患者さんの安全が確保できないとき K-60</p> <p>3. たとえばここの病棟、私ここの病棟に来てからまだ4か月くらいなんですよ。もともとは脳卒中の集中治療室にいたので、もうちょっとマンパワーもあって、だったんですけど、私もやっと一般病棟に慣れてきたところで、しかも14年目になって初めての一般病棟なので(笑)そうなんですずっと集中治療室なので、私自身もやっと慣れてきたところではあるんですけど、やっぱりマンパワーの少なさ O-19</p> <p>4. ベッドの上で食べるっていうよりもちゃんと普通の日常生活にもっていくように車いすに乗せてっていうのは、たぶん大切なんですけど、夜勤になるとどうしてもめんどくさいからベッドの上で食べさせてなるんですけど P-13</p> <p>5. 自己犠牲払えるか払えないかですね。たぶん。その、業務を終わらさなあかんっていうところにポイントを当てる子と、患者さんを見なあかんっていうところにポイント、もちろん両者あっていいんですけど、その天秤がどっちに崩れるかでたぶんかわるのかなって、急性期やったら、特に忙しかったりすると残業ばっか続くとしんどいになってなって、それやったら早く帰るようになっていって、自分のできること、患者さんにすることを最低限のことをやったらもう終わりっていう子も多い N-9-1</p>
理論的メモ	<p>急性期病棟が自律を尊重しにくい環境となる要因の一つ。</p> <p>マンパワーが確保されると、自律を尊重するプロセスに向かう要因が一つ減る。</p> <p>文献でも述べられていることであり、十分なヴァリエーションが抽出された。</p> <p>対極例：十分なスタッフの配置 難しい。そのような語りは見られない。</p>

概念名：余裕の無い環境(2)

←6/28 優先度の高い看護業務の重複

定義	時間的、マンパワー的、精神的に余裕がないと、認知症高齢者の自律を尊重した援助にまで及ばない。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 今働いてる部署が、もちろん高齢者の急性期の病棟メイン、これからそうなっていくと思うんですけど、高齢者の急性期なので、そもそもが自立している人が少ないのと、緊急入院であったり手術であったりっていうそちらのどうしても手を取られるというか、ケアとかそういうかかわりが密に必要な方がどうしても出てきちゃうんで、そうなったときに、どうしても手薄になるというか、かかわりがしっかりできてないのかなとは <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I-110</span></li> <li>2. 今は受け持ちもやっぱ増えるし、重症も観るし、なんならリーダーとかほかの業務とかいろいろ重なっちゃうと、やっぱ尊重できてないところもあるかなとは思います。S-101</li> <li>3. 緊急の入院あれば緊急のオペもあり、集中治療室から押し出しで転入が入ってきたりとか、また別の部屋に転棟だすとか、本当にいろいろケアが重なって、の中なので、自分の受け持ち5人とは言えど、やっぱり、みんな手がかかる人だったりするので、で、また不穏な人がいたりとかしたらなおさらだしいところでは、忙しいな(笑)っていうのは実際集中治療室から移ってきた身としては、やっぱり一般病棟忙しいなっていうところで、やっぱり緊急の入院とかがなければそれなりに落ち着いてるんですけど、今日なんかまだ入院がなかっただけましで、入院があったらもうそれだけバタバタするので、今日はまだ予定通りにいろいろと事が運んだ方だと思います(笑)。食事介助も少なかったし、経管栄養も少なかったし、下手したら全員食事介助の時もあるので、そうなるのとちょっと大変ですけども。0-107</li> <li>4. 夜勤でも日勤でも忙しい時間帯とか、ここオペもあるので時間通りに間に合わせなきゃいけないとか、何かしてる時に「トイレ行きたいです」って、普通の時なら行きたいなら行った方がいいって、なるけどもやっぱそういう状況が重なったら、ちょっと待って、ちょっと待ってもらって後から行く、でも待ってもらったら、後から遅れても行くようにはしてるんですけど、タイミングが合わなくて失禁してるとかもあるんですけど。なんだろう今日みたいに午前中とか、午後は時間あるときはあるんですけど、午前中オペで準備してて、時間に追われているとき、に言われたらちょっと一っつてなるのかな <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C-19</span></li> </ol>
理論的メモ	<p>緊急入院や業務が重なると認知症高齢者の意思尊重は後回しになってしまう。新人の頃も業務に追われるが、何が違う？違う意味で忙しく→経験を積むと優先順位が判断できるようになる。だから、認知症高齢者の意思尊重よりも優先順位が高いと判断する業務が重なること。</p> <p>経験を積み業務をやりくりして意思を尊重することができるようになると、意思尊重が実践できないとき葛藤を抱く。しかし、葛藤があるから、その後のフォローをちゃんとするかかわりがあるのでは。</p> <p>事例Ⅰ 概念化？</p> <p>ちょっとでも手が空いた時に、やっぱり行って、大丈夫ですかとか声かけですね、ある程度最低限情報はもってて、さっき探してたもの見つかりましたかとか、一緒に探しま</p>

すとか言ったり、後でちょっとフォローじゃないですけど、あの、ほったらかしじゃなかったよっていうのは、やっぱりどっかでは気になってるんで、大丈夫でしたとか、ていうのをフィードバックとかするようにはしたりとか、相手の方の認知レベルに合わすじゃないですけど、もしそれがきっかけでまたそわそわしてしまったらだめなんで、そういう方には今何か困ってることはないですか？手伝いませよとかかっていうので返すようにはしたりとか、っていうので、かかわりに工夫はできるだけ持つようにはしています。I-111

対極例 業務の重なりがないはないというものはない。急性期病棟ではありえない。

概念名：認知症への否定的先入観

←理解力なしのレッテル

定義	認知症高齢者は何をされているか理解していないことが多く、不快なことさえわかっていないと画一的に評価する。
ヴァリエーション	<p>1. <u>語り：F さんの</u>には、本人からトイレがしたいっていうのは絶対ないので、今まで見ててもないので、<u>で、本人がどうかっていうのはわからないですけど、やっぱこう便とかなるとやっぱトイレにいった方がいきみやすかったりするの</u>もあると思うので、<u>いったんトイレ行ってどんな感じなのかなっていうのを私が見たかったっていうので。本人が望んでたかっていうよりかは、わかんないですね P-11</u></p> <p>2. <u>認知症の患者さん</u>に関しては、<u>なんかあの、されてることもまあ正直わかってないってことが多い疾患やと私は思ってるので、だから、任せてるじゃなくてされてる、やられてる、だから会話がかみ合わないことが多いって風に私は思ってます。 J-6</u></p> <p>3. <u>だからその方の程度次第</u>なんでしょうけど、<u>基本的には交わることはない</u>と思ってるので、<u>何をするにしてもかみ合うことはないかなと、</u>いうふうに思いますけど。 J-7</p> <p>4. <u>何を言っても通じないときとかが多いし、</u>まあ認知症にまあ自分もこれからなるかもしれないし、<u>っていうのもわかってて、親とかもなるんだらうなってのはわかっててもやっぱりそういう(笑)なんか、ちゃんと面と向かってこう向き合ってしまうと、やっぱり私もイライラしてしまったりとか同じように言いあってしまったりとかがあるから。 P-9</u></p> <p>5. <u>正直なこと</u>という、<u>そんだけ一生懸命やらないといけないの</u>かなって、<u>思う時も正直ありますけど。患者さんが気持ち悪いて思ってるのはこっち側で、患者さんから気持ち悪いて言われることはない</u>ですよ。だから、<u>本当に気持ち悪いのかどうか</u>すら個人的には疑問です。それは<u>こっちの一方的な思い</u>であって、<u>患者さんから気持ち悪いから変えてって</u>言われたことは、この〇年間で一回もないです。 J-107</p> <p>6. <u>はじめのころは</u>言うても、<u>認知症ってひとくくりにする</u>のであれば、<u>わかる人もいる</u>だらうなって思ってたんですけど、<u>もうやっぱりこのぐらい重ねてきて、あそこ</u>ってそういう患者さんばかりなので、<u>だんだんやっぱりバーンアウト</u>じゃないですけど、<u>まあもう無理</u>だらうなど。 J-6-2</p>
理論的メモ	<p>認知症のある高齢者に対して、尿意や不快な感覚はないことが多いという先入観があり、対象者に対しても絶対という強い思いで、「ない」と言い切っている。そうなんだろうかと…とってしまう。絶対わからない人だと語っているわりに、対象者が「うん」行ってみようかみたいな反応があったと語る。参加観察では反応がなかったように見えた。わからない人だと捉えているので、反応がないことも意思かもしれないということを推察しようとしなさい。</p> <p>類似例が 2 名からのみで不安定な概念であるが自律を尊重しないかわりにおいて重要であり概念化する。</p>

概念名：訴えに緊急性なし判断

定義	認知症高齢者の訴えや呼びかけは繰り返しが多く緊急性は低いと判断する。
ヴァリエーション	<p>1. 車いす座ったら、座ったら座ったで横になるとか、横になりたいという患者さんなんで、それやったら、11時40～45分くらいにみんな一斉に食堂の、認知症とか一人でいると危険な人とかはどんどん起こして皆さんで食堂でご飯食べてもらうので、その時間も迫ってたんで、ちょっとそれまでは待っておいてもらおうかなという形で。 <b>A-3-1</b></p> <p>2. <u>言いたいだけなんかなって思ってしまう時があるんですよ。人に聞いてほしいじゃないけど、なんかこうそれをふと思ってしまう時と、あとは、もうちょっとそこにかまってもらえない)、他にしなきゃいけないことがあったりとかの時に、都合よく言いたいだけって自分に言い聞かせるというか、私自身にというか、私がそう思いたい、なんかたぶんあ、今言ってるだけ、ちょっととりあえず他のこと私したい、と思って、自分に余裕があるときは(笑)今がタイミングと思ってるんですけど、他にも同じようにやらなきゃいけないような時間っていうかそういう時は、あ、もういってるだけちゃうかな、って思ってしまうます。 <b>D-2</b></u></p> <p>3. あの方結構トイレ、トイレっておっしゃって、行っても出なかつたりとかがあるので、で、ま、自分でけっこうこいで院内うろろされてて、時々2階とか違うフロア行ったりとかされるんで、だから、まあまあちょっとそこだけ注意したら大丈夫かなっていうところで (トイレの訴えがあったが対応はせず緊急入院の対応に向かった) <b>I-7</b></p>
理論的メモ	<p>優先順位を考える中で、オペ後の患者、命が優先されるため認知症高齢者の排泄の希望を尊重することは難しくなるため概念化できると考えた。</p> <p>対極は本人のニーズの緊急性判断。</p> <p>自律を尊重しないかわりにおいて重要であり概念化する。</p>

概念名：持てる力への気づき

(潜在的可能性の発見と統合)

定義	認知症があっても、理解できることや覚えていることに気付いたり、言動の理由に気づくなど、認知症高齢者の持てる力に気付く。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. やっぱり患者さん、できること多いですね。私がちょっと見くびってたところがあって、若いころはね(笑)できるやん、あと、あきらめるのが嫌で、この人たぶんもう無理やでっていうのがあって、見てたら、全然もうそれで終わってしまうけれども、なんかできるなんかできるって思ってたなら、ぜったいなんかできるんですよ。不思議と、いうのを何回かみてたら、あー、これはちょっと私違うかったなと <b>K-101</b></li> <li>2. <u>背景とか、昔のことはよー覚えてはる方が多いので、で、そういうようなところもくみ取りながら、仲良くなるじゃないですけど、患者さんがちょっと安心して物事をしゃべってくれるようになる、とか、記憶に残るようなコミュニケーション取りたいなとかそういう感じでは関わるようになってますかね。N-102</u></li> <li>3. すっごい寝たきりの認知(症)の全然会話も通じないっていう人がいて、まったくしゃべれないと思っていたら、耳元でこうやって名前を呼んだら「はいー」ってこたえてくれたとか。おーってなりました。そういうのが嬉しい。 <b>C-20</b></li> <li>4. そうですねなんか割と、結構無関心なんかになって思ってたなら、まあイメージですけど、へへ、意外とやってみてって言ったならやってくださったりとか、なんか、こう、私が全部言わなくても靴(をそろえたり)とか柵(を)外したりとかしたら、起き上がるんだっていうこと、ちょっとわかったようなそぶりがあったんで、言わなくてもできる場所もあるんだなっていう感じですね。Q-2</li> <li>5. 書けるというのがN式(認知機能検査)とってて、たぶんそれでなんか文字が書けるんだったかな、マルがかけたんだったかな、たぶんそれで書けるなっていうのを見て、あ、この人書けるだっけ意外に思ったのと、会話もさっきのオムツ交換の時に、ある程度会話の理解はしてるのかな、意外とちゃんとした答え、きいたことのコたえがかえってきたから、あ、会話は理解できてるんだなっていうので。C-18</li> <li>6. ちょっと横に5分くらい座ってみたりね。なんかしたいかな。そこでまた、あ、この人すごいかわいく笑うんやなって思ったらまたモチベーションになるし、なんかこっちも笑い声が向こうに届いたら変わるんかなとも思うので。3分でいいですわ。3分何も考えずにおれる時間があったらなんかまた違うんかなとは。K-48</li> </ol>
理論的メモ	<p>認知症高齢者の持てる力に気付いた例。認知症高齢者にかかわる際、何かできると思っていると本当に何かができるという体験から、認知症高齢者の見方が変わった。可能性を信じて探ってみたら、本当にできるというこたえを返してくれた体験が、反応をとらえようとする努力をあきらめさせないのではないかと考える。この概念は、看護師の喜びややりがいにつながっていると考えられ、先入観を取っ払うことに繋がったり、サインを汲み取る努力を強め、またわかるできるを探ることを促進し、それを行うことでまた応えてくれる体験が増える。自律の尊重のプロセスを促進する重要な概念である。</p> <p>ポジティブな面を捉えた概念</p> <p>対極例；持てる能力に気づかない 認知症への否定的先入観で概念化</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>



概念名：ルーチンワークの日常性

定義	個別性のない業務として認知症高齢者へ関わることに慣れが生じる。
ヴァリエーション	<p>1. 観察：電動髭剃りを「はい」といって渡すと自分で剃り始める。J-1 語り：準備とか、この人だからじゃなくて、まずその、ルーティーン的なことはやります。例えば挨拶とか、名前の確認とかしますし、まああの、確か患者さん男性ですよ。男性なので、ひげ伸びてたら髭剃りますか？とか、まあその辺はしっかりあの、聞くようにはするし、できるようであれば、こちらで介助もしますし、ご自身でできるようであれば、モノだけ渡すようにして、やります。J-2</p> <p>2. そんなに特別正直意識はしないので、はい、認知症の人っていうのは基本的にはみんな同じような感じで関わるようにしています。ただ、あの、ベースには看護師なので、できることはやってもらうっていうのはあります。J-10</p> <p>3. 最初は葛藤がもしかしたらあったかもしれないですし、今ももしかしたら私が表面上みてるだけで本当は葛藤をしてるかもしれない、ですけど、やっぱり多くの人「はい（〇〇に）行くよーはい、車いす乗ってね」って感じで流れ作業やってるので、そうしたほうが自分の業務に差し支えない、蓋してるのかもしれないですね。F-17</p> <p>4. （朝の申し送りを無くす）始めたんです12月から。それも始めるのも愚痴になりますけど、始めるのもなかなかなかで、みんななかね、<u>変えるって難しいじゃないですかやっぱり、なかなか新しいこと始めるって結構。アンケート取ったときでも、結構なんか反対意見も多かったんですけど、「申し送りが無きゃ情報収集がとれないみたいな」、あの、朝の申し送りしてた子たちからしたらそうなんですけど、別にねえ記録から取ればいい話やし、不足分は夜勤から聞いたらいい話やし、そんなんいちいち。カンファンレンス朝のなになににします、何々見ていきますっていうのは、いらんんじゃないかなっていう。なかなか難しかったですけど。U-7</u></p> <p>5. 語り：食後はリハビリだったらリハビリ行ってもらいますし、リハビリ終わったらそのまま2、30分くらい座ってもらってベッド戻すという形になっているので、一応まあそれで長く座りすぎても褥瘡の誘因になるのでそこは注意しながらですけど。A-3-2</p> <p>6. 日中失禁してる方で、おしっこ、尿意があるのかないのか今もちょっとあいまいで、あったとして気持ち悪いという訴えもなかったんですよ。朝、朝大分失禁してて、ズボンも汚れたんですよ。最近ケア方法が変わって、4時くらい深夜の4時くらいに（オムツ）変えたりとかしててそのままやったりするので、シャワー浴になったら（オムツ交換）飛ばされるので、オムツ介助が、それでパンパンやったんでQ-12</p>
理論的メモ	<p>自律を尊重するためには患者さんの傍にいる時間も必要であり、業務を整理することも必要であると考えますが、疑問を抱いたことを改善しようとする行動をとらず、埋もれて粛々と仕事をするか、葛藤で苦しくなったら辞めるかのどちらかになり、辞めずに継続している場合は病棟文化に埋もれるという選択をした可能性があると考えた。また、疑問を抱いていたとしてもその環境に慣れ、それでいいのだと納得してしまう場合も同様である。</p> <p>ルーチンワークとは、マニュアル化しているような仕事に対して使う。イレギュラー</p>

	<p>な対応に追われることがほとんどないような仕事。</p> <p>日常性とはやるのが当たり前という意識で自然に行われている状態。それを行うことに抵抗がない、無意識にやっているという状態。</p> <p>具体的には、食堂に集まる時間や、リハビリまで待っておいてもらうというのは、患者の思いや状況については考慮していない。オムツ交換は時間を決めて行うが、パンパンになっても交換されていなかったことから、業務としてルーチンワークとして決まっていることに合わせて関わりが行われている。</p> <p>流れ作業とは、作業の効率化のための分業方式。作業を各段階の担当者が手を加えながら順に送り、製品を完成させる。当てはまらに野で表現を変更した。5/31</p>
	<p>食堂に集まる時間や、リハビリまで待っておいてもらうというのは、患者の思いや状況については考慮していない。業務としてルーチンワークとして決まっていることに合わせて関わる。</p> <p>流れ作業とは、作業の効率化のための分業方式。作業を各段階の担当者が手を加えながら順に送り、製品を完成させる。当てはまらに野で表現を変更した。5/31</p>
	<p>十分な類似例があり概念として成立すると考える。</p>
	<p>対極例として、ルーチンワークを変えていこうとする気持ち、病棟の風土改革志向で概念化。</p>

概念名：制約と本人の生活様式とのバランス

定義	疾患や治療による制約と、認知症高齢者の元々の生活様式をふまえた入院生活での自律尊重の目標との兼ね合いのバランスを考える。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. まあ理想としてはとにかく、元の環境での元の生活をいかに入院中も維持できるか、それを治療との兼ね合いを含めて判断できるのは看護師だと思うので、そこはなるべく一自立を促すというか維持する、元の生活をいかに維持できるかっていうところをまあ、常に考えていきたいな、それを維持できるのが理想的な療養環境につながるのかなとは思っています。 <b>O-25</b></li> <li>2. あの人脚長差がある。足の長さが違うくって、内旋気味で可動域も制限がかかっちゃってるので、自分がイメージしている動けるといふのと、ここではやっぱり違ってくるので。リハさん（リハビリ担当者）がいないとその ADL アップまではいかないかなと。一応トランスまでは移乗は許可もらえているのですけどっていう感じですかね。 <b>A-10</b></li> <li>3. どうしてもこの急性期っていうところで、まず治療ありきっていうところはあるので、やっぱり点滴しないといけないとか、今は動いちゃいけないとか、食事もおいしくない食事をたべないといけないとか、やっぱり制約はかなりかかる部分はあるし、やっぱ治療は優先しないといけないところではあるんですけども、その中で、まあいつも思うのが、じゃあもともといつも歩いていた患者さんなのに、歩いちゃいけないわけじゃないけど入院してきたらどうしても活動量が落ちてしまって、で、おしっこももともとトイレいけてたのに、だんだん失禁になってしまっっていうことがないようにしてあげないといけない、特に最初のころに、トイレに行きたいっていう訴えをこちらがつぶしてしまう、今いけないからとか、オムツしてるから大丈夫とか、私そういう声掛けだけはもう絶対しないでおこうと思ってて <b>O-26 6/29 追加</b></li> <li>4. 一応食の楽しみはあの人の中ではあるたぶん全部食べるんで、あると思うんでそこは一品ずつ渡して、ご飯とおかず盛り合わせながら食べさせてもらって食べてもらってますけど。 <b>A-5</b></li> <li>5. あーやっぱ環境整備ってやっぱ大事やなって。でも、その人の患者さんの性格上、変な話ゴミ屋敷に住んでる人がそうされたら嫌じゃないですか。だからそういうのもちよっと難しかったですね、その人のライフスタイル、前のライフスタイルもどうなのかっていうところも考えつつ。 <b>A-5</b></li> </ol>
理論的メモ	<p>治療による制約があるので、それと本人の希望する生活の仕方でバランスを考える必要がある。</p> <p>類似例は少ないが、概念として説明できる内容は引き出されており成立することとする。</p> <p>生活の中で何に興味があるか捉えることは、本人の意欲を引き出すことに繋がる。</p> <p>ライフスタイルという語りがあったことから、興味関心を含むより大きな概念が必要。生活様式（せいかつようしき）とは、ライフスタイル（Lifestyle）とも呼ばれ、ある社会における成員が共通して成り立っているような生活の送り方のことを言う。より広義には、ある個人や集団あるいは文化の興味・意見・行動、および行動指向を指す</p> <p>人生経験を捉えることも、自律を尊重した生活援助に活かすことができる。</p> <p>対極概念である、疾患治療の影響は考慮しないというのは見られなかった。</p>

概念名：急性期看護業務と自律との葛藤

定義	優先順位が高い急性期の看護業務と、認知症高齢者の日常生活のニーズの尊重との間で葛藤を抱く。
ヴァリエーション	<p>1. 「基本は、言われたニーズは満たしてあげたいと思うし、できない人ではないはずなので、特に今日〇〇さんの場合は昨日手術で、今日初めてベッドから起きるっていう方なので、バルーンも抜いたばかりで、どこまでできるかがわからなかったんだけど、とりあえず行きたいっていうのと、本来の身体機能だったら、トイレに行けるはずの方なので、じゃあトイレには連れて行ってあげたい、ただ、ちょっと他にもまだやるがあったので、ちょっとすぐには無理やったんですけど」 O-40</p> <p>2. <u>その時に一番優先順位が高い患者さん考えて優先順位が高いことをたぶん最初にしないといけないので、だからそれがトイレが後になってしまうんだしたら一応オムツは履いてると思うので、間に合わなかったらオムツでして、後ですぐかえるからねっとかっていたりするようになってしまいますね。その時は、すぐ連れて行ってあげれるのが一番いいんですけど、そこはちょっとほかの業務と優先度になりますかね。</u> [P-7]</p> <p>3. たとえば、車いすで安全ベルトして廊下を自分で自操しながらしてる認知症の患者さまは、トイレにいかしてって言われたとして、空いてたらトイレに行けるんですよ自分の身が、<u>でも優先順位的に、オペ後の人が呼んでます、となるとやっぱりその人優先したりとか、そこの療養だったら、これはそっちを優先できるのかなと思うんですけど、急性期の優先順位がやっぱり急性期の…、そうになってしまうんですよ自分</u>は。でもそっちはその選択で正しいと思うんですけど、ただ、葛藤してしまいますよね。 [F-7]</p> <p>4. 時間通りに間に合わせなきゃいけないとか、何かしてる時に「トイレ行きたいです」って、普通の時なら行きたいなら行った方がいいって、なるけどでもやっぱそういう状況が重なったら、ちょっと待って、ちょっと待ってもらって後から行く、でも待ってもらったら、後から遅れても行くようにはしてるんですけど、タイミングが合わなくて失禁してるとかもあるんですけど。なんだろう今日みたいに午前中とか、午後は時間あるときはあるんですけど、<u>午前中オペで準備してて、時間に追われているとき、に言われたらちょっと一</u>つてなるのかな C-16</p> <p>5. Eさんが、どう思ってるかなとか、テープ式よりリハビリパンツの方がいいでしょうし、リハビリパンツより普通の下着の方がいいんやろうしなっとかっていう思いもありながら、業務に追われながらなので、そこでもうちょっとくみ取ってあげる、ていうか聞き出すことができたらかよかったのかもしれないんですけど、やっぱり、自分たちのやっぱ仕事というか、そっちの方がいいな（失禁の対応等の手間）という思いが優先したりとか。そこがやっぱりいつも葛藤してしまうところかなと思いつつながら。葛藤は常に、急性期だとありますね。もっと関われると思うんですよ、療養とか、一対一で向き合ったりとか、ただあの病棟は本当にオペもいればターミナルの方とか。まあ病棟のせいにしてはあれですけど、業務をやっぱり遂行していかなきゃいけないので、そこの葛藤はすごくありますね。 F-14</p>
理論的メモ	<p>認知症高齢者の反応から訴えを察知したとしても、急性期の治療が優先するため、その訴えは満たされることなくいろいろな人にスルーされていることが考えられた。優先順位の組み換えの対極例とする。</p> <p>十分な類似例がみられ概念として成立すると考える。</p>

概念名：思いの斟酌(1)

←隠された本心の斟酌

定義	認知症高齢者の反応からその思いを推察したり、家族や医療者へ遠慮や我慢も考慮しながら思いを汲み取る配慮をする。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 観察：ベッドから端坐位になり柵をもって立ち上がる時「重たい」という発言を聞き「あ、替えましょうか、ほんとや」とオムツがずっしりとなっている様子を見て交換を提案し交換する。 <b>F-1</b> 語り「申し訳なかったですね、すっごく、重たいという表現が、本当だったらオムツ変えてって言ったらいいのを重たい、なんか切なかったですね」と語った。</li> <li>2. 全面的になんか患者さんは、なんか、任せてくれてる気は、ただ、こういうことは嫌だっていうのは、はっきりやっぱりどんな人でも、まあま人間なので、言われたり、あの一目配せがあったりとか、ない方に関しては、嫌なことに関してははいわれますけど、その他のことはたぶん入院されてるっていうのがあって、やっぱり上下関係が働くのどうかかわからないですけど、やっぱり任せられてるなっていうのは常々思います。 <b>F-14</b></li> <li>3. 認知症の方で、私がかみ取れるような方と表現をしたのは、寝たきりで発語がない方は限られてるんですけど、何かしらほかの患者様も話してこられますけど、短期記憶が乏しかったりとか、そうですね、<b>E</b> さんに関しては、まだこちらに気を使いながらも、なんかこう自分の意思がありながらも遠慮してるような感じの方、と受け取ってるんですよ。ほかの患者様も結構認知症の方もけっこう、暴力的な方とかも色々いらっしゃいますけど、進むにつれ、なんつうんですかね、けっこう〇号が認知症の方がいらっしゃってモニタリングさせていただいてるんですけど、その方たちも個々それぞれあるんですけど、こちらに気を使いながら言うてくださってたり、トイレ行きたいとか(笑)、でもいったことも忘れてたりとか、ていうのもある中で、<b>E</b> さんはまだその短期記憶というか、はまだ比較的保たれてるのかなっていう意味で、ちょっとそういった表現になったんですけど。 <b>F-15</b></li> <li>4. <b>E</b> さんが、どう思ってるかなとか、テープ式よりリハビリパンツの方がいいでしょうし、リハビリパンツより普通の下着の方がいいんやろうしなとってかいていう思いもありながら、業務に追われながらなので、そこでもうちょっとくみ取ってあげる、ていうか聞きだすことができたならよかったのかもしれない <b>F-10</b></li> <li>5. 今の80代90代とかで認知症をお持ちの方ってやっぱ戦争を経験してはるんで我慢強かったりとか、こっちが心配するくらい我慢なさったりとか、でたぶんすごく家族のこと心配したりとかっていうかたが多い印象なんですけど、自分の親とかから見てたらあと10年たったらそういう人たちが入ってきた時にやっぱり、んー、どうなんかなとは。世代的な違いが多分出てくるだろうからやっぱりもっとやりたいことはやる、んー、そうやって決めたいことは自分で決めるっていう方も多いと思いますし、今のたぶん高齢者のかたって、女性だったら専業主婦が多かったと思う世代なんで、女性の方でも我慢、三つ指ついて散歩下がってみたい人が多いと思うんですけど、自分の親の世代とかになったら共働きであったりとか、しっかりと社会的に自我が芽生えてる方が多いだろうから、そこのところでこっちの押し付けだけしてると、患者さんはうまく看護の介入はできないかなとは。そこを拾い上げて</li> </ol>

	<p>いく技術っていうのが大事なのかな、っていうのを今話してて思ってきました。</p> <p>正直(笑) I-57</p>
理論的メモ	<p>患者さんは、意思を表出するというのはよっぽどで、それ以外は大体お任せしているような感覚を抱いている。</p> <p>看護師への遠慮があると感じており、そこも含めて本当の思いを汲み取る必要があると感じている。</p> <p>斟酌とは、先方の事情や心の状態を汲み取り、配慮すること。忖度は他人の心を推し量るだけで、さらに何かを配慮するという意味はなかった。しかし最近は同じ意味でつかわれることもある。</p>
	<p>対極例は読み取らない、反応の無視、反応の聞き流し→意思無きものとしての対応で概念化</p>
	<p>思いの推察と統合できる。十分なヴァリエーションになる。</p>

概念名：思いの斟酌(2)

6/28←思いの推察

定義	認知症高齢者の反応からその思いを推察したり、家族や医療者への遠慮や我慢も考慮しながら思いを汲み取る配慮をする。
ヴァリエーション	<p>1. 車椅子を操作して後ろに下がって部屋から出ようとする F 氏だが見守りの介護士が部屋から出ないように止めている。その状況を見て看護師は「廊下行きませんか？行きましょうか」と声をかけ、介護士に「元々施設でも徘徊してたんで、一緒に行ってもらっていいですか？」付き添いを依頼する。介護士が止める手を離すと患者は部屋から廊下へ出て車いすで移動を続ける。O-23</p> <p>1. 観察：他の患者の食事介助をしながら患者の様子を見て「疲れてきましたか、ベッドに戻りましょうか」と聞くと、うなづいたため、車いすからベッドへ戻る援助をする。O-9</p> <p>語り：そこ（座りたいかどうかの意図は）はあいまいだったんですけど、ただもうだいぶ時間も長いこと経ってたんで、「そろそろ寝ましょうか」って言ったらうなづかれたんで、じゃあ寝ましょうか、一回横になりましょうかって感じですかね。O-22</p> <p>2. 入浴から帰室後「寒いですか？」と聞くと「はい」と言ったので「換気してるからごめんね」とバスタオルを肩にかける。Q-14</p> <p>3. 観察：足元を見て「気持ち悪い？」と聞くと「はい」と言ったため、靴を脱ぎ靴の上に足を置いてもらう。Q-5</p> <p>語り：なんか、お風呂の後ずっとこう靴見て、靴ちょっとこうやって動かしてたんですよ、で、気持ち悪いのかなって思って、結構お風呂あがたらすぐ履いちゃうんで、湿ってる状態？だから嫌なんかなって思って。靴下もはいてなかったんで、それで、気持ち悪いですかって聞いたらうんって即座に答えてはったんで、あ、じゃあぬごかっていって脱いだって感じです。Q-12</p> <p>4. 嫌とかだったら言ってくれる、なんか顔とか、顔に出るんで、それはちょっと見逃さないようにはしようかなと。B-5</p> <p>5. 健常者とは違って思いをくみ取る力がこちらがスキルを持っていないと、難しいというか、こう、尊厳を大事にしてあげられないのかなっていう風には、同じように、健常者の方と同じようには、するにはこちらもスキルが大事かなって。今スキルって言い方しましたが、やっぱりあの、心ですよ。突き詰めるとそうなりますよね。F-9</p> <p>6. 観察：起き上がる様子を見て「どうしたの？あ、めがねか。」と眼鏡の薄い方を渡すと同時に、「もうちょっと近づけようか？」と声をかけると G 氏が「うん」と言うので床頭台をベッドに近づける。R-3</p> <p>語り：それも昨日本人が言ってたんで、本読むときは薄めの眼鏡にしました。</p> <p>7. すごい嫌そうな感じだったから、まあ痛みが強いから動きたくないのかなってか思ったり。C-15</p> <p>8. 観察場面：d 氏は車いすに座り、床頭台の上でティッシュか何かを出してたたんでい。5分ほどして看護師が様子を見にのぞきに来る。看護師が「d さんごみ箱無いですね。探してきますね。」と言ったん部屋を出てゴミ箱をもって戻ってくる。看護師が「どこにおきましょうか、ここでいい？」と聞くと d 氏は「うん」と。少し様子</p>

	<p>を見てから看護師が「整理、片付け終わった？」と聞くと d 氏は「終わった。横になるわ」と。看護師は「わかりました。いったん横になりましょうかと。車いすから端坐位へ援助する。</p> <p>語り：ゴミです。大事なゴミですね。そうですあの、整理されてたんです。ちょうど d さんが、新聞だけじゃなくて引き出しに気づいてくれて、引き出しを整理しだしたんですよ。それで、ついでに服の中の山ほどのティッシュも、これは今捨ててもらえると思って、自分で捨ててくださいって言って、その整理してくださいのゴミ箱でした。自分でしてくれたらいいなっていう。そういうゴミ箱で。あの、髭剃りを取りに行ってもらったんです、わざと開けてもらって。ここに (引き出し) あるんやと分かったみたいで、それで開けてワーンとしだしたんで (片付けだしたと思った)。</p> <p>K-27</p>
理論的メモ	<p>患者の反応を読み取ろうとしないで見逃してしまうが、動きや反応を見逃さないように意識を適宜患者に向け、察知したり捉えたことを本人に状況を確認しており、反応を援助に活かした自律に関する概念だと考えた。</p> <p>十分な類似例が見出され、概念として成立すると考える。</p> <p>対極例はサインのスルー→意思無きものとしての対応で概念化</p>



概念名：病棟の風土改革志向

定義	急性期病棟で認知症高齢者の自律を尊重したかわりが行いやすくなるように、急性期病棟の風土を変化させようという思いをもつ。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 朝の申し送りをね、前4階いたんですけど、去年3階に降りて来て、申し送り朝してるから、<u>そんな時間あるんだったら患者さんところ行って、朝食事介助とか口腔ケアとかした方が関われるし、どんな感じなのかもわかるから、朝の、なんか古臭くって申し送り（無くしてカルテで情報収集し不足分は夜勤に）聞くみたいな感じにしたんですけどね。その方がまだ患者さんところに行く時間が、朝一番だったら、入院とかオペとかまだ始まってないから、そこで今日担当ですっていったりできるかなっていうので。U-6</u></li> <li>2. 始めたんです12月から。それも始めるのも愚痴になりますけど、始めるのもなかなかなかで、みんななかね、変えるって難しいじゃないですかやっぱり、なかね新しいこと始めるって結構。アンケート取ったときでも、結構なんか反対意見も多かったんですけど、「申し送りが無きゃ情報収集がとれないみたいな」、あの、朝の申し送りしてた子たちからしたらそうなんですけど、別にねえ記録から取ればいい話やし、不足分は夜勤から聞いたらいい話やし、そんなんいちいち。カンファレンス朝のなになにします、何々見ていきますっていうのは、いらんんじゃないかなってっていう（疑問を抱いた）。なかなか難しかったですけど。U-7</li> <li>3. 昔はやっぱり自分がなんですかね抑制についてそんなに考えるというよりは、みんなやってるからやろうとか、この人にはこれがついてるからこうするものだとか、上の人が考えた対策だから、間違いないっていう風には思ってたので、<u>それを疑問視してカンファレンスに出したりとか、自分の考えでちょっと変えてみようだとか、そういった行動は少しするようになった</u>ですかね。H-8</li> <li>4. ほんとに今の病棟を最大限活用しようと思うんだったら、Cさんに関してはあの、もうご飯に関しては、食事の面に関してはお部屋で取られてるんですね。もっとコミュニケーションの場として食堂を活用したらいいと思うんですけどCさんに関しては、車いすに乗っていきこうと思うと、（センサー）マット引いてるくらいなんで、歩行もおぼつかなくて、車いすに乗せようと思うと、身体抑制の安全ベルトがいると思うんですね。それをするのがいいのかどうか、それをして食堂に行った方が、安全ベルトする、抑制をするっていうのは弱まっているかどうかはまだちょっと病棟自体で検討できてなくて、まだお部屋で食べてる状態なんですけど。F-58</li> <li>5. 主任さんとお話を、私いま、いつに言われたかな、主任さんから認知症のサポートチームに入ってくださいって言われて、そちらで5階病棟の師長いるんですけど、師長と一緒にさせていただいてるんですけどね。F階病棟が急性期なので、難しいというかバタバタしちゃったりとか、認知症の方にちょっと待ってねっていうのが多々あって、でもその中で食堂っていう場を活用できたらいいなっていう（話をしている）。F-59</li> <li>6. 今日でも、患者さんFさんだとしたら、車いす自操してても見守ってたら安全、ま、そういう時に、今日みたいにワーカーさんに声かけて、この人ちょっと見てもらってるだけでいいし、動きたかったら自由に動いてもらっていいしっていうところで、そういうところ情報共有すると、あ、じゃあこの人こうやってあげてもいいんだっ</li> </ol>

	<p>てワーカーさんもわかってきて、ってことは明日からもそのケアにつながると思う。たとえば自己摂取できる人だったら、ここまで自己摂取できるからあとは見守ってあげてとかっていうところを、まあ割と私はほかのスタッフにも声掛けをするようにはしているので、いったんこの人がここまでできるんだっていうことがわかれば次もそういう風につながるの、この人がここまでしかできないと思われてしまうと、そこまでのケアで終わってしまうので、できたら、ここまでできるよとか。</p> <p><b>O-14</b></p> <p>7. 後はとにかく私は髭剃りとかは自分でやってもらうように(笑)、髭剃り髭剃り髭剃りってずっと男の方とかやるんですけど、そんな感じで、あそっか髭剃りかっていうような、自分のできるところをどんどん見せれば、この患者さんこないだこれやってたよとかいう風につながればいいなとは思ってるので、とにかくできてることを、ここまでできるよっていうのを他のスタッフと共有するっていうところは意識して、まあ病棟の中ではやってるかなってところですかね。 <b>O-14</b></p> <p>8. 自分が思ったんは、病棟あがってきて、あんまり患者さんと関わる機会ってそんなないんやなって思ったことがあって。もっとしゃべったらいいのにとか、もっとなんていうんすか、看護のケアができないできないいう割には自分の業務ばっか優先させてる人多いなとか。そんな感じですかね。それが多分、その行動に今出てるかもしれないですね。それを見て、私の行動を見て、なんか、同じようにマネする子がでてきたらいいなとか、そういう、患者さんとちゃんと喋ったりとか、そういう時間を大切にしてくれる子ができたらいいなみたいな感じではやってますけど。 <b>N-9</b></p> <p>9. こういう風に変えていく、自分がコツコツなんかしていったら、巻き込む形で、どちらかという、こうしてほしいって、引っ張っていくよりは、自分がコツコツしながらそれを巻き込んでいけたらいいなって、思って <b>F-8</b></p> <p>10. ここでルーチンでやってはることとか、根拠的にどうなんやろうってところもたまにあるんですけど、もうルーチンで行ってるしっていうので、言われることとかもありますね。 <b>L-8</b></p> <p>11. (これどうなんだろうと思ったことを変えていこうみたいな) そういう話はするんですけど、なかなかそれを実行に移すってなると、難しいんですよ。 <b>L-9</b></p>
理論的メモ	<p>病棟へ改革のきっかけを作ることにより、自律を尊重することに繋がる病棟環境に繋がる。住民の生活や文化に深く働きかけるものとしての環境を風土という。</p> <p>自分が受け持ちの際に認知症高齢者のどこまでできるのかの自立度や、安全に本人のやりたいことを尊重してあげられるというところを示したり、情報共有することで、スタッフ全体のケアが認知症高齢者の自律を高めるケアとなり、それがケアの継続につながると考え、重要な概念であると考えた。</p> <p>対極例：ルーチンワークの慣習化→概念化 対極例：ほとんど情報共有しない</p> <p>□ 性格ですね。よっぽどのがあればほんとうにみんなと、リーダーの人とかに話したりして今後の対応とか考えたりはしますけど。まあそこまでない人は別に、自分あんまり言わないですね。 <b>T-21</b> 事例で概念化できない</p> <p>概念を説明するものとしては十分であり、概念として成立すると考える。偏見を取り除くことにも関係する。</p>

概念名：変化する精神状態の判断

(6/28)

定義	認知症の他の精神疾患の合併、環境の変化や薬剤の影響を考慮しながら精神状態の変化を捉え、その状態を判断する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不穏が結構あって、起き上がった。怒らせないように関わります。<u>易怒性があるので、夕方から。日中はそこまでではないんですけど。3つくらい眠剤、鎮静剤使ってるので。でも朝しっかり起きてたので大丈夫やと思います。穏やかな感じかと思えます。抑制ベルトはあるんですけど外して、すぐ見れるようにはしています。</u> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">R-4</span></li> <li>2. 夜間に不穏になりがちなので、<u>薬の抜け方</u>とか、朝、あと覚醒状況とか、後、本人の発言とかで、その場面に合ったような答え方をしようとは思ってました。 <b>R-5</b></li> <li>3. あとは夜寝れてないって(申し送りで)言ってたので、日中の覚醒だけしてくださいっていうのはずっと伝達されてたんで、できるだけ起きてもらおうとは思ってたんですけど、午前中ね、なんかあんだけ全然どろどろ (drowsy) やったんでちょっとだけ寝てもらいましたけど。 <b>L-11</b>。</li> <li>4. トイレ前動作のところまでちょっとうちが見れてなかったんで、(応援依頼した看護師と) <u>一緒に行っとこうかなって。眠そうだったし。</u> <b>L-12</b></li> <li>5. 元々認知症があって、<u>DCT 入っててお薬とかも眠前に飲んでるんですけど、(申し送り、カルテ上眠れてないとか、夜勤の人に聞いても眠れてないって聞いたんで逐一声掛けて日中覚醒するようにしようかな</u>というような風にはしてましたけど。 <b>M-7</b></li> <li>6. 既往的にもともと認知症があるのと、統合失調症があるということでけっこう精神状態が不安定になりやすいところ、結構急に怒ったりとか、まあそのリハ中も急に泣いたりとかけっこう起伏が激しい <b>5-8</b></li> <li>7. その時の患者さんの状態、<u>精神的状態？怒ってるのか、なんかちょっと気分がいいのか悪いのか、とか、リハビリの後とか、どんな状態かなって</u>というのは確認はしています。本人の状態観て顔見てみたいですね。それに合わせた声掛けがあるのかなと思って。怒ってる人に対して、怒ってもしゃあないし、なんか穏やかにしてる人にきつく言っても余計助長させるだけだし、そんな時に合わせてって感じで、はい。私なりに察知した感じなんですけど。あくまで。 <b>N-4</b></li> <li>8. 環境が違うとこにいるのでせん妄ぽくなって、やっぱりいつもの普段とは違う言動とかもたぶんしてると思うので、記録見て今までの経過観て結構暴言はいたりしてる人なんやなとか見たりして、かかわろうと思ってました。 <b>R-4 (5/31)</b></li> <li>9. 昨日なんかせん妄なって、起き上がりとか柵外して、処置室連れてきたんで、たぶん夜は寝てないから今朝はぐったりして、昨日もちょっと易怒性があったりしたみたいなので、認知なのかせん妄なのかわかんないんですけど、表情見ながらですかね。日中今日は穏やかにしてたし、声掛けに対しても全然指示入ってましたし、予定というか普通にかかわってた感じですかね、昨日の状態踏まえてってことで。 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">T-2</span></li> <li>10. 排泄介助って、安全の確保と、羞恥心の配慮のせめぎあいやと思うんです。で、dさんの場合、あー見えて、転倒歴もすごいですし動かれるのでそこがちょっと嫌ですね、「気を使われる方だから、ちらちら気づかれるので、うんーと思ったんで、<u>今</u></li> </ol>

	<p>日は安定してそうやし、結局出て見てるんですけどね、あーゆー動きになりました。</p> <p>K-65 6/23 追加</p>
理論的メモ	<p>眠剤内服しており覚醒状況をとらえること、精神状態の日内変動も把握し、日中に覚醒を促した関わり方を工夫していた。</p>
	<p>夜間眠れていない状況では日中も寝てしまい日常生活どころではない。</p>
	<p>対極例：精神状態は把握しない、はない。</p> <p>十分なヴァリエーションが抽出された。</p>

概念名：思いの表出支援

定義	認知レベルに合わせた伝え方の工夫や、タイミングを計ったり信頼関係を築き思いを表出しやすい環境を整える。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 今は気持ちの変化かどうかわからないけど、この人がちゃんと療養できるように、ちょっと言葉悪いですけど言うこと聞いてくれる（理解してくれる）とか、そういった、そういうよう（理解してくれる）になるにはどうしたらいいんだろうなどは思いながら、その人の情報を聞き出しながらのコミュニケーションにかわってるかもわからないですけど。（意思を）聞き出そうとするコミュニケーションに変わってると思います。はい。N-6</li> <li>2. 観察：昼食前「トイレ行っとく？」と聞くと「お昼になるから行っときます。」と返答があり、「ご飯前に行っときましょうか。」と言いながら足元下げますよと起きる準備をし、トイレへ誘導する。N-7</li> <li>3. <u>でも聞けば、どうしたいって言う人もいるし、というところでは、何もかもがもうそこまでお任せっていうか、自分の意思すらイエスノーの意思すら表出できない重度の方なのか、それなりのニーズが表出できる方なのかっていうところで変わってくると思うので、そういう意味でも患者さんも話しかけたりとかこれでいいかってところで、<u>ちょっとでもニコってされる方もいらっしゃるし、嫌な顔される方もいらっしゃるし、完全にお任せ、お任せっていうか、完全に意思を表出できない方なのかどうかっていうところは気を付けた方がいいかなという風には自分としては思ってたケアはしてますけども。</u>O-11</u></li> <li>4. 普通に聞いちゃう部分もあると思いますし、本人がごそごそするとかも含めて、何かしらしたい部分があるから何かしらの行動につながったりすると思うので、その、理由を聞いてほしいこと、本人がしたいなって思ってることを、自分で言えないんやったらこっちが積極的に聞くことはありますね。B-4</li> <li>5. <u>理想としてはやっぱりしっかりと、今何したいのとか、それを何でそうしたいのっていうところを紐解いて、何が気になる、相手の方のレベルに応じた、認知のレベルに応じて、何を今どうしたいですかっていう内容を聞いて、そこのところを叶えてってひとつずつ解消していくかかわりがいいのかなとは、ここまではできますよね、じゃあここはやっていただいいていいですかっていう返しをしていくといいのかな。</u>I-1-1</li> <li>6. もっと cさんとコミュニケーションをして、いろんな思いは、はっきりというか伝えてくださる方なので、だと思ってるので、認知機能が衰えているとはいえ。なので、もうちょっとコミュニケーション重ねたら、そこでたぶん、あの cさん自身が思ってる思いを<u>すくい上げれた</u>と思うんですけど。F-2</li> <li>7. 口で言ってもなかなか通じないこともあるんで、難聴のこともあるし、なんかなんかちょっとあの人、認知症もなんですけど、キャラがちょっとこうなんか、あれじゃないですか、ちょっとぼやんとしてるっていうか、すぐ理解してもらうにはジェスチャーいるかなって思いますね。G-4 6/28 追加</li> <li>8. 何かやりたい。会話をしますねとりあえず、とりあえずコミュニケーションをとって、本当に何がしたいのかを聞いて、別の意図があることも多々あるじゃないですか。なんかだから会話、見に行って会話しますかね。G-7</li> </ol>

	<p>9. でもたぶん、普通に聞いちゃう部分もあると思いますし、本人がごそごそするとかも含めて、何かしらしたい部分があるから何かしらの行動につながったりすると思うので、その、理由を聞いてほしいこと、本人がしたいなって思ってることを、自分で言えないんやったらこっちが積極的に聞くことはありますね。 <b>B-52</b></p> <p>10. そういう危ないことをするだけが認知症じゃないっていうのを感じるようになって、できるだけこう、その人が何をしたいのかとか、意思決定まではいかないかもしれないですけど、その、できるだけどうしたの？って聞きながら、何を思ってこうしたのかとか、何をしたくてどうしたかったのかとか、そういうちょっと、少し背景を掘り下げようにはなってきたかなって <b>5-50</b></p>
理論的メモ	<p>看護につなげるためのベースとして認知機能に合わせてコミュニケーションの工夫をして認知症高齢者が思いを表出しやすい環境を作る。思いが表出できればそれに合わせた援助につなげられるので概念として必要であると考えた。</p> <p>プロセスの起点？</p> <p>対極例 反応を捉える工夫をしない、引き出そうとしない、効率重視</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 声かけですか？補聴器つけてなかったんで…(笑)聞こえるように言わないと。言ったらあの人指示は通ることもほぼ通ってるんだと思うんですけど。理解はしてる時はあるのでちゃんと声掛けしようと思って声掛けしましたが届いてないかも(笑)G-3 意思無きものとしての対応で概念化</li> <li>● やっぱり、自分たちのやっぱ仕事というか、そっちの方がいいな（失禁の対応の手間がかかるより）という思いが優先したりとか。 <b>F-11</b></li> <li>● Eさんの気持ちというよりも便利性的というか <b>F-12</b>、自律性軽視の容認で概念化</li> </ul>

概念名：BPSD の予防志向

←BPSD の予防意識

定義	認知症高齢者の精神状態を捉えて、興奮状態や泣いたりという BPSD を引き起こさないように、相手に合わせた関わりをしようという思いを持つ。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="339 378 1436 636">1. <u>認知症の人が言ってる、それをしたら落ち着く、なんかその、認知症の人って待てないというか。(対処しないと不穩に) つながってしまうっていうのがどっか自分の中であって、他のことが自分の仕事の順番だったり、時間だったりとかで待てるんだったら、その人が言ってることをやればその場でその人の中では解決するから、不穩とかにつながらないと言うので。対処できるときは対処したいなと思っています。</u> D-12 5/9 追加</li><li data-bbox="339 647 1436 853">2. <u>たぶんご飯の時間の時ですよ。ご飯の時間も近いしもう行っとかないっていうのがあって、今やればすんなりたぶん移ってくれるというか抵抗もなく、それを逃すとそこから不穩というか、わーって始まってしまうかもっていうのがあって、その人の流れとたぶんちょうど時間の流れが合って、言われたときに乗せれたのかなって思います。</u> D-13</li><li data-bbox="339 864 1436 1160">3. <u>既往的にもともと認知症があるのと、統合失調症があるということだけでけっこう精神状態が不安定になりやすいというところで、結構急に怒ったりとか、まあそのリハ中も急に泣いたりとかけっこう起伏が激しいので、まずは最初の声掛け、さわりの方を軟らかめにというか、できるだけいきなり強く指示を飛ばすというよりは、少し軟らかめにどうしたのみたいな感じから、そういう柔らかい対応を最初は心がけていこうかなと思って、体制も崩れてたしとりあえず少し座りなおそうかという感じでちょっと持って行って。</u> 5-8</li><li data-bbox="339 1171 1436 1559">4. <u>自律、律する、方としては自分の意思で、ある程度ご飯食べたい、おトイレ行きたいあれしたいこれしたい、あれしてこれして、って言うことはけっこう訴えは多い人やと思うので、表出はしっかりできる方やと思うので、ま、それに沿って、あげるっていうのは必要なことかなとは。まあもともとベースの精神疾患の方でも、まあやっぱ、自分の意思、本人の意思を聞いてあげないと、こっちから一方的に言うだけだと、まあ聞いてくれなかったりだとか、もっともっと逆にワーッてもう興奮したりとか、悪影響になってしまう可能性高いと思うので、その、本人の意思を尊重しようっていう気持ちはあの、ありますね、できるだけ、ですけど。</u> 5-9 (4/26 追加)</li><li data-bbox="339 1570 1436 1731">5. <u>それ(精神状態)に合わせた声掛けがあるのかなと思って。怒ってる人に対して、怒ってもしゃあないし、なんか穏やかにしてる人にきつく言っても余計助長させるだけだし、そんな時に合わせてって感じで、はい。私なりに察知した感じなんですけど。あくまで。</u> N-4</li><li data-bbox="339 1742 1436 1904">6. <u>怒らせないように関わります。</u> 易怒性があるので。夕方から、日中はそこまでではないんですけど、3つくらい、眠剤、鎮静剤使ってるので。でも朝しっかり起きてたので大丈夫やと思います。穏やかな感じかと思います。抑制ベルトはあるんですけど外して、すぐ見れるようにはしてます。 R-4</li><li data-bbox="339 1915 1436 2000">7. <u>夜間に不穩になりがちなので S さんが、なので、薬の抜け方とか、朝、あと覚醒状況とか、後、本人の発言とかで、その場面に合ったような答え方をしようとは思</u></li></ol>

	<p>てました。結構怒ってる感じやったら、何々してください！とかあんまり言わんようにしたりとか、ですね。R-5</p> <p>8. 本人さんの言ってることちゃんと聞いてですかね、傾聴しながら。穏やかな人だったらいいですけど易怒性とかある人とかやったら話聞いて、本人のできることをしてもらいつつって感じですかね。T-3</p>
理論的メモ	<p>認知症高齢者の精神状態を不安定にさせないように、かかわり方を工夫する。それが意思を尊重したほうが良いという判断をする背景にある。</p> <p>穏やかな状態を目指している。意思を尊重しないと興奮させてしまう可能性もある。そうすると後も穏やかに過ごせる。不穏につながらない。</p> <p><b>BPSD</b> とは “認知症の行動・心理症状。「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害の症状（1999 年に行われた国際老年精神医学会のコンセンサス会議にて定義）</p> <p>従来、わが国で用いられてきた周辺症状や副症状とはややニュアンスが異なり、たとえば、レビー小体型認知症（以下、DLB）で見られる幻視やレム睡眠行動障害は、BPSD に含まれるが、いずれも原疾患の病理学的基盤に由来する失われた機能に関わる症状という意味では、中核症状として扱うのが妥当かもしれない。AD におけるアパシーも同様である。</p> <p>対極例は、意思無きものとしての対応で概念化</p>



概念名：自律尊重志向(1)

(6/28) ←自己決定尊重志向

定義	認知症高齢者自らできる動作能力を活かし認知症高齢者自身が自らの意思で行動できるように援助したいという思いを持つ。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>自分で自己決定してもらったりとか、自立心持って動いていただく、ようにしてその人らしく生きるようにしていただくのがこっちの仕事やなど、変わりました。</u>K-100</li> <li>2. 急性期なんで治療が優先されるんですけども、治療も大事ですけど、その人あの生活があるので、生活の中での小さな自己決定であったりだとか、自分を尊重して、<u>昨日は自己決定1個できたから今日は2個できるように、していくのが、できたら、私たちもできたらそれが理想やなと思います。</u>K-103</li> <li>3. 自分が今何するのかとか、とりあえず現状を常にわかっていたきたいし自分でしたい気持ちも、できるところはやっぱり自分でしていただきたい。自分の気持ちで、やらされてるのはちょっと、私も嫌だし、自分で考えてしていただきたい。いっこのは確実何かできるんじゃないかといつも思うようにして。それは心がけて。K-20</li> <li>4. あー認知症患者さん、なんだろう本人の、<u>残っている能力</u>っていうかなんだろう、この全部が全部全然通じないとかじゃなくて、ちょっとでもなんか書けるだったり、話しが一言二言でも通じるとかだったら、意思疎通はま、急に変なこと言ったりすることもあるけど通じるのかなっていうのがあって。<u>わずかな可能性</u>というかそういうので（自己決定につながるように）<u>そこを刺激していく</u>C-103</li> <li>5. あの人結構さっきも言われてた通り<u>自分の訴えは言える方</u>なんでそういったところで、自分ができないところはできないだろうし、その辺言うと思うから、それこそトイレだったり食事だったり、<u>生活面での意欲</u>っていうところは自律に向けた取り組みしてあげたいなって感じですかね。N-103</li> <li>6. やっぱり認知症、重度でなければ、中程度までの認知症の方だったらやっぱり何かしたいとか、こういうことしたいとかっていう<u>思いがすごくおありだ</u>と思うので、<u>本来はそこに沿った介入</u>っていうのがすごく大事なかなとは思いますが。認知症はあるけど、その人が歩んできた人生70年、若年の方だったら半世紀以上生きてこられているので、<u>そこを尊重しないと、</u>っていうのは意識はしていますが、なかなか実践は・・・。I-107</li> <li>7. そうですね、あまりぶれてはないかもしれない。高齢者の方の自律というので自分がどうやって関わっていくとか、そういったプロセスに関しては、基本的には関わっていく上では焦りとか苛立ちとかあったにせよ、こうしていきたい、っていうかやっぱ尊重していきたいっていう思いは変わらずにあるかもしれないですね。F-103</li> <li>8. 頑張って（自分で物事を決める）そこを刺激できるようにはしてます。今も全然ご飯食べない、ほんとにやる気ない人とかいるんですけど。その人にでも「ご飯自分で食べて」って言って持たせてみたり、持ってもすぐ置いちゃうけど、まずは持たせてみたり、スプーンだけ持たしたりとか、刺激を与えて。C-10</li> <li>9. 正直入院してたら、ずっとベッド上にいるのも本人苦痛だと思うんですよね。んで、そしたら車いす座りたいという気持ちも出てくると思うし、ま、正直ほかの患者さ</li> </ol>

	<p>んもいるんで、全部が全部かなえられるわけではないけど、例えば起きたいんだっ たら起きて、だれかれかと一緒にしゃべりたいんだったら人のいる空間にいてもら ったり、一緒に行く、話したりとかして、まあ時間の許す限りですけどね。できる ことと、本人の希望に沿いたいなど。B-2</p> <p>10. その時に食べてるときにこれおいしいって聞いて、おいしいとかまずいって言った ときの感情が本当だっというのをずっと思っているんで、これがしたい、トイレに 行きたいとか、まあ座りたい、寝たいって言ったとき、その言った感情がその人の その時の感情やから、自分に余裕があるんであれば、その人に寄り添うって形で言 われたことに対してはこう、なんていうの、それをしたいなっというのがあります けど。D-1</p> <p>11. 自分の思っというのとは割と表出してくれるような人が多い印象があるので、まあ その、っということはそれが本人の思っることだし、こうしたいっという気持ち、 自尊、というか、その本人のしたいことやから、できるだけそれに手助けはしてあ げながら（やってあげたい）E-6</p> <p>12. 意思疎通っというか、ある程度のことは、全くここはどこ、私はだあれっとなっ たら、たぶんそれは自己決定とかはできないと思いますし、意見を取り入れてはでき ないかもしれないですけど、ある程度、会話が成り立って、何回も同じこと言われ てますけど、でもある程度は理解されてて、ご飯はご飯っ理解ができるとか、そ んなんであればなんか、本人がやりたいことじゃないですけどそれを取り入れなが らは、進めていきたいかなとは思ってる感じです。U-6 6/24 追加</p>
理論的メモ	<p>現在の思い。認知症高齢者の自己決定をしてもらいその人らしく生きることを支援する ことが看護だという風に変わった。大切に考えている。を守るべきものとして捉えてい たから？それはわからない。抽象度が高い語りであり具体的な語りが必要。</p> <p>看護師Cは、自己決定できるようにわずかな可能性を信じて刺激するようになったと捉 えていることから、自己決定支援できるように努力していることを表す概念になるので は。</p> <p>自己決定支援が看護から概念名変更。</p> <p>対極事例は自己決定を尊重しないというものはないが、特に意識していないという事例 はある。</p> <p>（理想とする自律を尊重した支援は）正直理想がなかったんで言われてもちょっと…J- 6 十分な語りはなく概念化まではできない。</p> <p>自律を目指したかかわりとしてカテゴリー化できる</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>

概念名：自律尊重志向(2)

(6/28) ←できる動作の尊重志向

定義	認知症高齢者自らできる動作能力を活かし認知症高齢者自身が自らの意思で行動できるように関わる。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 今はどのくらい動けてるか見たいっていうのとADL落としたいくないのっていうで必要な時以外は触らないようにしてるんですけど、靴はいてとかしてもらったり。C-102</li> <li>2. その人なりできることはあると思ってて、寝たきりの方でも、どんな方でも一つ、そこは尊重したいですしK-106</li> <li>3. 最近はまだ認知症があってもおうちに帰ったりする人もいるんで、機能が低下しないように自分でできることとか(やってもらったり)、家族にちょっと援助してもらえることがあるんだったら指導とか、支援とかしていった方がいいのかなって思いますね。M-101</li> <li>4. なんかやっぱりやる(看護師が介助する)から依存しがちなんですけど、やっぱりちょっと様子見て、自分でやれへんなって思ったら、とりあえず声かけてやらせてみるみたいなことは意識してみます。やっぱりADLあげていきたいのと、何もやらなくなると本間に動かなくなるので、靴だされたら履くとか、一つ一つをやっぱり自分でま<del>ず</del>やってみてほしいなって思ってます。R-104</li> <li>5. (刺激を)与えたら、残ってる力とかできるところはちょっとしてくれるかなとか、感覚を戻してくれるかなっていう、もし御飯食べるのを忘れてて食べれてないのか、だるくて食べれないのかわかんないですけど、持ってしたこと蘇るかなとか。刺激できればちょっとでも自分でできることを増やしてもらったらいいのかな。C-11</li> <li>6. 極力自分でできる範囲は自分でやってもらった方がいいのかなと。もともとリハビリ病院にいたんですけど。私が。極力自分でできるところはしてもらって、看護師はちょっと介助するくらいの方が、たぶんね、おうち帰っていくのに練習していかんといかんなど。たぶんね施設やとは思んですけどできることしておいた方が、やっぱり、全部やっちゃうのもかわいそうやし、できるんやったらと思って。L-10</li> <li>7. 理想とするのはやっぱりその人の能力を殺さずにとするか、できることはしてもらって、ADL やっぱり病院だと刺激も少ないし、日常生活よりも、なんだろう病人になってしまう。なんだろう。その人の能力を下げたくはないなって思う C-7</li> <li>8. 話しは聞いてあげたいしできることはやってあげたいし、できることを奪いたくないかなとは思ってて、できることはやってもらって。っていうのはありますね。U-3</li> <li>9. 食事に関しては、自己摂取してますけど、かけこんじゃうんで、一品一品渡さない。かけこんでそれも誤嚥のリスクにはなるので、一応食の楽しみはあの人の中ではあるたぶん全部食べるんで、あると思うんでそこは一品ずつ渡して、ご飯とおかず盛り合わせながら食べさせてもらって食べてもらってますけど。変にかけこんだり、ちらかすからって食事介助したら、それこそ落ちるんで機能も食べることも自体も。A-7</li> </ol>
理論的メモ	<p>認知症高齢者の自分でできる行動を見守るようになる、自律性に繋がっている。</p> <p>自律を目指したかかわりとしてカテゴリー化できる。しているADLも含まれる。</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p> <p>対極例は、置き去りになる自律で概念化</p>

概念名：認知症高齢者看護への動機づけ

6/28←ロールモデルの存在

定義	認知症看護について取り組む認定看護師や専門看護師、ロールモデルとなる先輩、研修で知識を得ることから刺激を受け、認知症高齢者看護について考えるようになる。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前の職場で、認知症の人とのかかわりがすごいうまい人、看護師としても関わっているけれどフレンドリーな感じとか、家族の人かなというくらい柔らかく、スムーズに心に入っていきような関わりができる先輩看護師さんがいて、本当にすごいなと思いました。その人のことを良く見てはるし、その人を理解するだけでこんなにケアが変わるんやとか、その人がかかるとその人も精神的に落ち着いたりとか、穏やかに過ごしやすくて、やっぱかかわり方ひとつでこんなに治療がしやすくなったりとか、思いも表出しやすかったり、んーこれが看護なんやなっていることを気づく、尊敬できる先輩 E-102</li> <li>2. 認知症の人と関わる時に、自分がしてたかかわり方と全然違うことをしていた、そのギャップ、これでいいのかってい感じの気づきから入っていったと思うんですよね、この人にこういっていいのとか、そういう感じで、感じてちょっと、なんでかなーっていう風に気になりだしてから、よくよく考えてて、自分からこの人こうなんですかって質問したりとか、ちゃんとこうやからみたいな感じでわかってはって、そっからこう、その人のすごさとか、わかってきたかなって感じですね。いきなりは、わかってなかったですね。そういうアプローチの仕方もあるんかとか、新しいかかわりの仕方とか、そういうのもちょっとわかったりとか、得るものが多かったから気づけたんですかね。 E-103</li> <li>3. そもそも先入観が強かったからというのもあって、ギャップで、はってなって。 E-57</li> <li>4. <u>自分も1年目の時は認知症の患者さんとどう対応していいかやっぱりわかんなかったのはありますね。なんか言っても指示入らないし、危ないこともする人もいれば、そう人にどうしたらいいのかな、対応ですかね、難しいし1年目の時は何もわかんないので、先輩の対応とか見てたら、本人の話聞いて、落ち着く人もいますし、コミュニケーションですかね。コミュニケーションが一番大事なのかなとは思いますが。コミュニケーションによってまあ別に薬剤とか使用せずでも穏やかに過ごされる方もいますし、ちょっとひどい方はまあ薬内服とかして、それで状態観ながらだんだん減量したりしていくんで、コミュニケーションによって、認知症の患者さんの対応もしやすい、よくなってるなって感じはありますね。先輩の（対応を）見て。 T-101</u></li> <li>5. そうやって興奮してきた時とか、普段と違うせん妄とかそういった時はどうしたらいいのかなとか、やっぱここにも認知症の認定の看護師がいるんですけど、そういった人との関りを見て、あーこうやって一歩落ちついて、いろいろ会話を交えながら対応したらいいのかなとかそういうのでまあ、思いますけど。 S-100</li> <li>6. やっぱり上の先輩とか見ててその対応の仕方とか、で、あ、そうしたらいいんかとか思ったり。 ですね。 R-100</li> <li>7. 認知症ケアの認定がおりますので、前の病棟と一緒に働いていた時に、とかまあその前からかな、<u>認知症ケア、アクティビティとか頑張ろうって言って、前の病棟で頑張ってたので、例えばリアリティオリエンテーションするのが大事とか、あの回顧法だと</u></li> </ol>

	<p>かっていうのを、前の病棟で割といろいろとアクティビティ病棟としてやってたこともあったので、その中でそういうかわりが大事だよとか、<u>あの、患者さん、例えば今日の車いす行きたいところを止めないっていうのもたぶんそういうところから、ま</u> <u>ずニーズ聞いて、やりたいことはなるべく止めずに</u>（関わっていたこと）っていうのもたぶんそういったアクティビティとかケアの中から学んだものなのかなと思う <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0-</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">102</span></p> <p>8. 前のところの病院なんですけどね、認知症のサポート nurse がおられて、拘束を極力せんとかうって取り組んでたんで。L-100</p> <p>9. 前の病院が、前の施設がああ、老年専門の方がおられたんで、CNS です。おられたんで、その人に結構あ、全然関係ない患者さんでラウンド来た時に、ちょっとお話がとかって、結構私突っ込んで技術を盗んだりとか、この人こうこう言ってたんでちょっとどうしたらいいか困ってるんですとか、言って、情報もらってとかでけっこう、話しやすい優しい方だったんで。すごく、あなた何やってんのそんなことやってたら怒るのあたりまでしょ！っ、じゃなくて、こう言い換えて関わってみたら変わるかもよってアドバイスちよつともらって、で、ちよつと成長していったかなって。 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I-105</span></p> <p>10. 私認知症委員会なんです。委員会っていうかたぶんそれで、師長さんが勉強会とかを開いてくれて、それを聞いて、やっぱり刺激が必要だったり会話が必要とか、なんかやっぱ、病院いたら刺激がないからっていう話を聞いてたから、ていうのもあると思うんですけど。C-103</p> <p>11. 認知症の研修かなんかいったときに、患者さんが言うことは否定しないっていうのをまず教わった記憶があるんですよ、なのでしようとしてたことに対して、間違っただとしてもなんでそれをしようとしたのって言ったりとか、あまり行動とか否定しないような言動には気を付けてます Q-101</p>
理論的メモ	<p>ロールモデルの存在で身体拘束をしないようにとか、意思決定支援についての考えが変化した。<u>先入観を取り払うことに繋がると考える。(5/29 追加)</u></p> <p>コミュニケーションで穏やかになる様子を見てその大切さに気付く。話を聞いてみようとする。</p> <p>認知症高齢者への看護に対する動機づけとなるものと考え。</p> <p>対極例は認知症高齢者看護の動機づけとなる経験がない、は見られなかった。</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>

概念名：高齢者への敬愛

←祖父母との情緒的結びつき 7/7←高齢者への敬愛

定義	日常的に関わりのあった祖父母との情緒的な結びつき体験から、高齢者に対する敬愛の気持ちを持つ。
ヴァリエーション	<p>1. 私なんかおじいちゃんおばあちゃんと住んでたからかな(笑)ずっと住んでたんですね。おばあさんおじいさんもちょっと認知症が入ってて最後は、結構話はしてたんですけど、そういうのがあって、(高齢者の)話しは聞いてあげたいしできることはやってあげたいし、できることを奪いたくはないかなとは思って、できることはやってもらってっていうのはありますね。 <b>U-101</b></p> <p>2. 家族にまつわる話であれなんですけど、私すごくおじいちゃんおばあちゃん子で、大家族で育ったんですね。両親が共働きでほとんどおじいちゃんおばあちゃんに甘えられて、甘えられる存在で育って、すごく大好きなおじいさんが、すい臓がんで…(省略)…おじいさんの意思決定はもうなんていうんですかね、手術も、手術できる状態じゃなかったんですけど、<u>高齢の88歳のおじいさん告知も全部自分で受けて、その時私なんにもわかってなかったんで、その時はなんで何もやってくれないんだって思いがすごく強くて、手術もできるじゃないかと思って、できないのにな、その時はできると思ってたんで、え、手術してあげてよって思いがすごくあったりとか、看護師さんに対しても色々思うっていうのがあって、絶対もうお爺さんが亡くなった時は看護の道に進むって、今思ったら医者になっておけばよかったって思ったくらいなんですけど。そこにさかのぼって看護師になりたいって思ったのはおじいさんの影響ですかね。ベストを尽くされたんでしょうけど、私は知識がなかったのもっとしてくれたいのになって思いがあって、だから(本人だけではなく)家族にも寄り添いたいなって思いはすごくあるんですよ。 <b>F-104</b></u></p> <p>3. 自分の祖母が認知症だったので、やっぱ、後で『何今日食べたん？おいしかった？』って聞いても、食べたことも覚えてないし。で、その時に食べてるときに『これおいしい？』って聞いて、おいしいとかまずいって言ったときの感情が本当だっというのをずっと思っているんで、これがしたい、トイレに行きたいとか、まあ座りたい、寝たいって言ったとき、その言った感情がその人のその時の感情やから、自分に余裕があるのであれば、<u>その人に寄り添うって形で言われたことに対してはこう、なんていうの、それをしたいなっていうのはありますけど、現実はそんなにうまくいかないです D-104</u></p>
理論的メモ	<p>一緒に住んでいた祖父母との関りが影響して、もともとは元気だった意思を持った祖父母、認知症高齢者でも思いを聞き本人ができることを尊重する看護観となった。                  カテゴリーとして「高齢者への敬愛の念」ができそう</p> <p>この方たちは、祖父母と日常的に関わりをしており、高齢者と身近に接しコミュニケーションをとってきた。概念名変更 5/5 単なるかかわりが重要なのではなく情緒的な結びつきがあり、祖父母を大切に思っていることが伝わる。5/29 追加</p> <p>対極例：祖父母への無関心 はない</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>

概念名：常に見守れない構造

定義	閉鎖空間である病棟の作りや、見通しの悪いフロア、導線の長さなどから常に認知症高齢の自律的な行動を見守れる環境ではない。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="339 333 1436 853">1. <u>(自律を尊重するのを妨げる要因として) 私もやっと一般病棟に慣れてきたところで、しかも14年目になって初めての一般病棟なので(笑) そうなんですずっと集中治療室なので、私自身もやっと慣れてきたところではあるんですけど、やっぱりマンパワーの少なさと、後、集中治療室だとすごくオープンフロアで、患者さんとかスタッフの目が届けやすかったんですけど、こういう部屋のつくりになると、個室に5人部屋とかに分かれてて、すぐに目に見えるわけでもないの、そういう環境の中、っていうので、導線が長かったりっていうのが一つ0-106なのと、緊急の入院あれば緊急のオペもあり、集中治療室から押し出して転入が入ってきたりとか、また別の部屋に転棟だすとか、本当にいろいろケアが重なって、の中なので、自分の受け持ち5人とは言えど、やっぱり、みんな手がかかる人だったりするので、で、また不穏な人がいたりとかしたらなおさらだしというところでは、忙しいな(笑)って0-107</u></li> <li data-bbox="339 864 1436 1077">2. 環境の観察：A病院では、ナースステーション（以下ステーション）から患者が見える部屋は1部屋（2名用）が1つのみで、それ以外はステーションからは見えない。またフロアの中央にステーションがあるものの、一番端までは行くには距離がある。B病院もステーションから見える部屋は2部屋（患者5名～6名）のみで、A病院と同様にフロアの中央にステーションがあるものの、一番端に行くには距離がある。</li> <li data-bbox="339 1088 1436 1384">3. 今私が見てる部屋とかは、結構5，6年前やったらけっこう自立してる人が多い部屋だったんです。奥に行けば行くほど自立した人が多い部屋なんですけど、(最近は)結構奥の方まで寝たきりで失禁だったりとか介助がいるとかが多いから、だんだんだんだんそういうのが増えてくるんやろうなっていう。(認知症の方は昔は)手前と一部屋向こうくらいまではちょっといるかな、(今は)ちょっとすると(ステーションと同じ空間のオープンスペース) 処置室とかに4人くらい(ベッドで)入ってたりとかして。奥では見れないような人がいっぱいいるんで。M-103</li> </ol>
理論的メモ	急性期病棟の環境の中での自律尊重の難しさ
	対極例：環境の要因はないはない。
	1事例であるが、先行研究でも言われている事実であり成立すると考える。

概念名：自律尊重の必要性の体感

自律尊重の実践体験と統合（7/7）←想定外の状況知覚

定義	知識で得ていた認知症高齢者への自律を尊重した援助の在り方や、その必要性を身をもって体感する。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. トイレがわからないとか、結局実際現場に出てみて関わる認知症の方って本当になんにも覚えてないとか忘れてしまうとか、ここまで忘れてるんだっていうのとかも結構あったので、まあいったらここもってパンツ下すのは当たり前という認識から、一つ一つ説明してこちらが援助するのが必要っていうこと、も、ちょっと思いましたね。自分の中でできて当たり前っていうのがまあ当たり前じゃない人もいるし。その辺はまあ認知症に関わらずですけど、あるのかなと思って。H-51</li> <li>2. ズボンどうやって脱ぐのとか、そうですね勉強はしてたけれども本当にこうやってできないこととか忘れることとかがあって、ていうのはやっぱり実際に見て、思いましたね。H-53</li> <li>3. 本当に昔は、なんですかね、そういう風に言葉遣いはもちろんそういう風に何とかしますねって言ったりしてましたけど、なんでもっとこうしてくれへんのやろうみたいな、この方が早いのにみたいな、思いはありましたけど、年を重ねていくと、あ、そうだよ、できないよねみたいな感じで、見守るということができる F-58</li> <li>4. なんでそれをするのかわからないという感じの、正直たぶん不快感とかでやってるけど、でもそれを最初はわかんなくて「え、なんで抜くの」「なんでそれするの」みたいなところもあったりはしたと思うんですけど。本とか読んだり先輩の話とか聞いたり、そういう理由があるのかそういう考え方もあるなど。B-50-1</li> <li>5. 糖尿病療養指導士の勉強した時に、認知症のある人に指導をするんですけど、指導っていうか、生活整える偉そうなこと言えないですけど、やっぱり自りつ、律する方の気持ちって慢性疾患ってもっともっているんで、患者さん中心じゃないとダメですし、通用しないので、こっちの気持ちは。なんかそれもあつたんかもしれないです。K-104</li> <li>6. 私がもともと栄養とか、その食べることとかっていうところにかかわるようになってきて、でまあそれが6年7年ぐらいなんですけど、その中で絶対出てくるのが認知症患者さんへのケアと、摂食嚥下に関した胃ろうにする、食べる食べないの問題とか、自己決定っていうのは必ずテーマとして挙がってくるので、まその中でいろんなガイドラインだったりとか、高齢者の意思決定とかっていうところで割と勉強したりする機会は他の人よりはたぶん多かったかなと思うので、そういうかわりとかま、<u>実際私も胃ろうにするのかしないのかっていうような決定に関して家族と一緒にかかわったこともありますし、そういう中で、ちょっとずつ（本人への意思確認や自己決定への支援）意識するようになってきたのかなと今言われたらそうなのかなって(笑)0-100</u></li> </ol>
理論的メモ	<p>認知症高齢者への関わり方や、自律尊重の在り方についてなんとなく知識をもってはいいたものの、認知症高齢者が自分で行えない現実と直面し、その支援の在り方を現実味を帯びて考えるようになる。</p> <p>自分の中で腑に落ちるといことが大切。実践に繋がる。</p> <p>対極例：なぜ自律尊重が必要かわからない、はない。</p>



概念名：看護師としての倫理観の醸成

6/26←倫理観の涵養 倫理観の啓発も統合

定義	基礎教育や臨床経験を通して倫理に関する啓発を受け、患者にとって善い関わりとは何かを考えるようになり少しずつ看護師としての倫理観が形成される。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. すごい前の病院で言われたからってというのがああるかもしれないですけど、自分の家族やと思って接するっていうところで、自分がされて、ここの病院で自分が治療を受けたいかどうかってというのが一番基準になるから、自分がされて嫌なことはせんとか、当たり前なんですけど。親やと思ってみたいな、のはちょっと考えるようにはしてます。自分の親やったらこれは嫌やなとか。人間らしさというか、は要るのかなって思います、倫理的なとこですけど。L-50</li> <li>2. 一回見たら、次何みとったんみたいない感じで言われるんで、結構人のいいとことか、こんなかかわりしてんだなとかみたりとか、最初のころとかは結構みてて、先輩の、あー、こういうとこいいなとか、見て覚えてましたね。なんか、むげになんかこれダメとか、結構厳しめなこと患者さんに言うのとかはあんまりあれかなと思って。言わないように。ちょっとそれはあんまりかなとは思ったことあります。(反面教師に) しょうってというのは。U-55</li> <li>3. 一番最初にこの新人で (入った大学病院で) 叩き込まれた、やっぱり尊厳とか尊重とかそういった面 (は大切にしている) でF-5</li> <li>4. 初めは、やっぱ手術室におって、まったくしゃべらない患者さんの状態をずっとをみてたんで、たぶん自然となんですけど、なんかその、変化じゃないですけど起きてる人と寝てる人じゃ全然違いますし、なんかちょっとずつなんか病棟でてから、なんやろうな、この人のために何をしてあげられるやろうみたいなのがどんどん募っていった感じですかね。N-51</li> <li>5. できるだけ嘘がない範囲で答えるようになってというのは私が思っているところですかね。認知症の方でも、できるだけ誠実に対応はしたいなとは思っているので、その中でどれだけ、うん、ですかね。人によってはね、すごい嘘つく人もやっぱり(笑)いるんで、それが正しいか正しくないかはやっぱりその患者さんにもよってくるとは思いますが、ねえ。自分的にはできるかぎり現状に近づけて看護できるようになっていうのは心がけている感じですかね。H-54</li> <li>6. その人がその時言ってることが本当にその人がしたいことっていうのと、なんかその勉強会というか、とかその学校行ってるときの教員の先生がやっぱ言ってたのがそれだったD-103</li> <li>7. きっかけっていうか、実習の時にむっちゃ怖かった先輩がいて、ふりかけかけますかって一言が、実習の時『ふりかけかけますね』、やったんですよ。その瞬間に、『かけますかでしょ』って言われて。それがめっちゃ印象に残ってて、今でもそれが(笑)印象に残ってます。ちゃんと選択権を渡しなさいってことなんですかね。今思えば。そのことに対して (その頃) 触れられなかったですけどね、その意思でガツンと言われたんで。それはもう、そこからですね。(先輩がそこにいるんですね) そうですね。(特に努力とか意識はしていない?) そうですね。あー、でも意図がつかめなかったら同じことをやる子もいるとは思いますが。その『かけますか、かけますね』の違い、その小さなことでも。はい。Q-101</li> </ol>

	8. めっちゃ懐かしいですユマニチュード、めっちゃ唱えさせられました。前の病院で。 L-103
理論的メモ	倫理的な関わりをすることに繋がるもの。
	私たちが社会の中で何らかの行為をするときに、「これは善いことか、正しいことか」と判断する際の根拠を、「倫理」と言います（日本看護協会、nd）。患者さんにとって善いことは何かを考えることを意識しながら臨床経験を積んでいるかかわりが捉えられた。
	看護基礎教育での学びが現在に活かされている。しかし印象に残らないと今に活かない。看護基礎教育が、認知症高齢者の自律の尊重を考えるにあたり、どのくらい影響を与えているかについては今後の検討課題とする。
	臨床現場でも啓発は行われているので、看護基礎教育でも現任教育でも区別しない。
	十分なヴァリエーションが抽出され概念として成立すると考える。
	対極例 倫理観が育たないは、見られなかった。

概念名：訴えのやむなき放置

定義	次の業務に向かうため認知症高齢者の話を丁寧に聞けず、やむ負えず認知症高齢者の訴えを放置することがある。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. あとは、それこそないだみたいに、じゃあ、車いすですら自分で動けるからじゃあ動いて探してみたいな関わりになってしまうかなって。だから自分で答えを見つけさせてたりとか、ガンとこちらの意見を押し付けて、本人さんの考えを聞き取れることが十分にできてないのかな。んー、表現は正しくないかもしれないけどどうしても、<u>ほったらかしになっちゃう</u>ところがどうしても出てきちゃうので、そこを、なんか、どう、すくってあげたら、すくい上げて、看護につなげていくのかなって、すごく、悩む…<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I-110</span></li> <li>2. 私帰りたいの意思がちょっと・・・ねーだって、帰れないこともわかって、施設探してたりとか。本当の行き先は施設とか。そういう時に限って夜中に起きてし始めるじゃないですか。自分でうろろしてどっか行ってしまったり。<u>急性期やと入院取ってたりしたら、ちょっと自分の看護師のあれも入るんですけど、対応がしきれないんですね。ちょっとほっとくじゃないですけど、ちょっと待って、ちょっと待ってがちょっとじゃないんですよ。しばらく待たせるんですよだ</u><u>いぶ。</u>一緒に連れて歩くか、待っててもらうかそんなときには何もしてあげられないじゃないですか。本人さんも帰りたいって思ってるし。薬とか飲んでもらわないといけないとか、夜に起きてるのはまず変なんで落ち着いてほしいんですけど、でもちょっとほっとくじゃないですけど、相手ができないじゃないですけど、ちゃんと見てあげる時間が（ない）って、<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G-101</span></li> <li>3. 今1対1で関わってる場面でトイレに行きたいって言われると行けるんですよ。ただ、何かしてる時に、すれ違いざまに言われた時には、待ってねっていう言葉が出ちゃうんですよ、待ってって何回言われてるんやろうなこの人って思いながら。おそらく待ってねってずーっと言われてるん違うかなとか。認知症に、がベースにね、あるんですけど6-17。</li> <li>4. だからそれがトイレが後になってしまうんだったら一応オムツは履いてると思うので、間に合わなかったらオムツでして、後ですぐかえるからねっとかっていったりするようになってしまいますね。P-7（業務との葛藤と重複引用）</li> </ol>
理論的メモ	<p>せつかく意思を捉える援助が出来る看護師でも、時間が持てないと思いをきけなくなる。</p> <p>概念名について「思い」にすると、それは表現されないこともある。「訴え」とは表出されたニーズであり、この概念は訴えに対応できないことを示す。</p> <p>自律を尊重できない場面としてカテゴリー化できそう。やむなき身体拘束とともに。</p> <p>対極例は〈意思を尊重しようとする支援〉自律的行動の見守り、自律の補完で概念化</p> <p>5/5 概念を表す十分なヴァリエーション例となったと考える。</p>

定義	現実を説明したり、時には現実とは異なることを伝えたり気が紛れるような会話をする ことで、認知症高齢者が安心し落ち着けるような対応を考える。
ヴァリエーション	<p>1. A氏が「車いす座らせて」という。看護師は「さっき座ってたから（昼ごはん）で休憩しよ。もうすぐリハビリ」と伝えると、A氏は「何時から」と聞く。看護師は「2時40分から」と伝えるとA氏は「今何時？」と聞く。看護師は「2時ちょっと前。あと3、40分。それでもいい？」と伝えるとA氏「はい。」と目を閉じる。A-6</p> <p>2. 観察：D氏から「トイレ行きたいんやけど」と訴えあり。「15分くらい前にいきました。大きいのと小さいの」と伝えるとD氏は「あああそうか」と納得される。看護師は「また時間見て、行きましょう」と伝え退室する。 語り：実際あの、頻回の確かに座薬入れてるので行きたいのは行きたいんですけど、15分前に言ってるっていう現実をお伝えして決めていただこうと思って。それでも行くというのなら、自分の体わかってもらってそれでも行くっていう気持ちが出たら、もう行こうかなと思ってたんで、で、結局「あーそうか」って言うてくださったんで、すんなりね、ちょっとでも「えーって」なったら行こうと思ってたんですけどすんなり言うてくれはって、ちょっと待っていただけのな、15分くらい待っていきましたね。また、でなかったですね、たぶん、あんまり、そんな感じでした。K-64（本人のニーズの優先性でも掲載）</p> <p>3. 入院してる事がわかってなかったんですよ、あの場面は。で、電話したいって言われてて、どうしてっていったら、俺がここにいることをみんなが知らんから心配するから、話ししたいって言って、最初は私もかけるつもりなかったんですけど（笑）、入院してることは娘さん知ってるし大丈夫だよって、言っても納得しなかったんですよ。ずっとかけるかけるって言って、で、これ以上言ったらたぶん永遠に続くだろうなって思って、一回娘さんの声聞いたら、安心じゃないけど納得するかなと思ってかけてU-7</p> <p>4. 認知症の患者さんにすごい正論を言って、口調が強くなる看護師さんがいるんですよなんか。そういうのきいてると、そんなん言ってもな、って思える。昔はたぶんしてくださいねって言って。でもそれ今、はたからみても、そんなん言っても意味ないしなみたい。もうちょっとなんか別に関わってあげたらいいのになって思います。G-9</p> <p>5. なんか台風の時に、そのまま伝えたんですよ、台風があるから今日は病院に泊りましようかって、結局納得してくれて、その台風来てるってことで、これがまあ、もしほんまに台風きてなかったら嘘になってしまうし、でも結局患者さんて納得してもらえる理由はどこかにあるんやっていうのを感じて。H-11</p> <p>6. 結局嘘をつかないことで患者さんの心を乱すことと違ってけっこう出てきたので、それを、「明日迎えに来てもらえるから今日一日一緒に泊りましようか」に変えてみたり、結局なんか、嘘をつかないでしゃべると嘘やって言われたりとかする、いったら私は入院してないのにそうやって嘘ついて監禁してと言われるわけなんで、結局それを患者さんのなんですかね、どういったら落ち着くか、どういったら納得してもらえるか、安心できるか、どういう嘘が患者さんにとって安心なのか、</p>

	<p>そういったところをちょっと考えながらしゃべるかなってところですかね。今、新人のころは正直になんでも言ってしまうていた、その関わりもどうやったんかって思いますね、今。H-9</p> <p>7. まあほんとに今ほんとに電話してあげた方が落ち着くなど思ったら自分の持つてるPHSからでもなんでもかけますね。それはやってあげます。その人が落ち着いてくれるなら。そういう時は興奮状態なので。G-8 6/28 追加</p> <p>8. 病院にいることを忘れちゃうけど、文字はよめるとか、習字の先生してたとかその背景とかをきいたりとかして、じゃあ文字に起こしておいてみたらどうかとか、ここの骨が折れてるから病院にいますよ、どれくらいはいないといけないですよみたいな感じで提供したりすると患者さんすごい落ち着いたりとか I-103</p>
理論的メモ	<p>納得点を探す努力をしつつもやっぱり納得してもらえない場合は、自律の尊重に向かうことになることもある。</p> <p>納得してもらえない部分自律の尊重はできないとしても、尊厳の保持に努めている。それでも落ち着かない場合は、やむなき身体拘束へ至る。</p> <p>時には看護師のペースで進めたい時でも納得をしてもらおう関わりもする。</p> <p>帰宅願望のあるような場合、安易に自律を尊重して、家に帰ってもらうことはリスクが多く簡単にはできない。その際に、どうしたら安心できるのかを考えながら会話するが、時には嘘や、正しいことではないことも伝える必要が出てくる。自律尊重に向かうか、自律尊重できない方に向かうか分岐点。</p> <p>対極例は会話しない。反応の無視、どんな時でも正論で関わるなど→反応を無きものとする対応で概念化されている。</p> <p>十分なヴァリエーションが抽出されたので、概念として成立すると考える。</p>

概念名：認知症高齢者の QOL 低下

←BPSD の誘発 (6/24 追加)

定義	認知症高齢者の BPSD を誘発したり、更なる事故の発生や廃用症候群を引き起こすなど 認知症高齢者の QOL 低下を招く。
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本人の意欲、意欲もトイレ行きたいって言ってすぐ行ける方がいいってうかなんだろう、柵とかあったら余計それでストレスで興奮するというか、なんで私こうなってるのってなって、余計興奮する人とかもいるから。C-10</li> <li>2. 観察場面：看護師がリハビリを提案した場面で以下のような状況が観察された。 看護師が「足痛いの？」と聞くと B 氏は「太ももと、もっと下」と答える。看護師は「膝の裏？」と聞くと B 氏は「ピンポーン」という。看護師はそのまま続けて歩いてもらおうと「右足出して」と伝えると B 氏は「どっちや」というので看護師は「こっち」と右側の足を触る。そして「右、左」と声掛けをする。B 氏は「右前よし、右前に左前に、右前に、昨日釘踏んだ」と言う。看護師が「災難でしたね」と言うと B 氏は「最悪。あ～！！右足痛いののに歩かせた～！」と叫び声をあげ興奮する。看護師はリハビリを中止し、車いすに座ってもらう援助をする。 語り：「感情失禁とは違うかなと思うのですが、痛みがけっこう思ったより強いのかなと、結構嫌がるそぶりが強いなど、ただ私が指示する、ちゃんと右足前に出してみたいに感じていうとある程度だして歩行はできるけど、やっぱ 3 歩くらいでずずずってすって右足が出なくなったりしてたので、これは結構痛いかなと思ってた矢先にうわーってなっちゃったんで、これ以上続けるともう、絶対歩けないやろうし暴れるやろうなというのはピンときたというか、これ以上は本人の気持ち的にも乗らないやろうし、逆に危険やなっているのもあったので、安全を優先したという感じですかね、と、本人の苦痛が強いだらうと思ってもうちょっと、これはこれ以上はやめとこうという判断でしたね。E-10</li> <li>3. そのまま、入院してるから帰れない、やったらそのまんまいうし、でもそれなると、「私は入院してない」だとか、結局嘘をつかないことで患者さんの心を乱すこととあってけっこう出てきたので。H-12</li> <li>4. まあもともとベースの精神疾患の方でも、まあやっぱ、自分の意思、本人の意思を聞いてあげないと、こっちから一方的に言うだけだと、まあ聞いてくれなかったりだとか、もっともっと逆にワーってもう興奮したりとか、悪影響になってしまう可能性高いと思うので、その、本人の意思を尊重しようっていう気持ちはあの、ありますね、できるだけ、ですけど。E-9 (4/26 追加)</li> <li>5. 抑制はしてたんですけどそれも全然すり抜けれるので、そういう患者さんてどうにかして出ようって意識があるのか。で、だから、ベッドの下に落ちてて私らが回ったときに発見したりとかってうので。P-13</li> <li>6. 正直理想論でしかないですけど、抑制の時間をちょっとでも減らしたりとか、トイレ行きたいごくたまに言ってたりするので、正直リハビリ以外車いす乗っても (ベルト) つけてたら一緒っていうかそんなに ADL も上がってないような気もするんで。B-12</li> <li>7. 4 点柵つけててがちがちで動けないじゃないですか。柵ついてたら。で、乗り越えちゃったりする人がいるから。D-20</li> </ol>

	<p>8. 駄目だよって言うけど、それでもちょっと納得いかないってなると、行動制限とかになっちゃったりとかして、それするとまた興奮して悪循環で寝たきりみたいになってまた認知機能が低下したりするから、極力日中はあんまり、横でお話ししたりして外したいなと思いますけど。M-5</p>
理論的メモ	<p>身体拘束、前触れのない関わりが引き起こす。興奮に繋がる。</p> <p>対極例は認知症高齢者のQOLの向上、そこまでは語られていなかった。例えばADL、身体機能の維持向上、抑制が不要になるなど。しかし、肯定的側面が見出せるという概念が対極例に当たる。</p>

概念名：BPSD の軽減

←精神状態安定化の知覚 (6/24 追加)

定義	<p>認知症高齢者の希望を尊重したり、納得できる対応や興味関心を踏まえたかかわりをすると一時的にでも精神的に落ち着き BPSD が軽減する。</p>
ヴァリエーション	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (家族に電話) かけて代わったんですけど、やっぱりその会話の中でも全然ちぐはぐなことは言われてて、娘さんに後で代わったら、「おかしなことってますねっみたいな、お願いします」みたいな感じで、で、ことは終わって、そこは落ち着いたんですけど、また次の訪床の時にいったら同じことは言ってたんで、結局一緒、なんか介入しなくても、せんくても一緒やったんかなって H さんの場合は思いますけど。U-7</li> <li>2. 昔やってたベッド上で寝てる人とか実際起きたりとかして昔ながらの編み物とか、タオル畳んだり家事的なことをしてもらうと、すごい今までたぶんなかったらベッド上で寝てたような人でも、本人の生活風景も考えながら提案してやってもらったら起きてたりとかそういう不穏が落ち着いたりしたりとか。B-50-1</li> <li>3. あの方に関しては、昨夜勤で関わったんですけど、昨日はすごく話聞いて、こういう風にしてこういう風にしましょうね、って説明をしたらあそっかそれで安心したから夜寝るわって行って朝まで寝られて。昨日に関してはケアのかかわりは成功だったかなって思うんですけど I-7</li> <li>4. あの部屋だけって日があったんですけど、抑制も全部外して、柵も外して部屋に入れるんで、(そう) してたら、その方全然そわそわもなさなくて、で、次の日勤務きたら夜よく眠ってたって、朝までよく眠られてましたみたいな記録を見たんで、そこは、フィードバック部署によろしくなかったんですけど(笑)そういうような関りをする、患者さんの自尊心であったり、そうしたいっていうのが自分でできるので、そういうことをすることによって、やっぱり、そわそわだったり苛立ちだったりってところは抑えられるのかなって。その患者さんの自立、自分がここまでできるんだから自分はここまでしたい、っていう思ってるところを尊重させてあげられる、尊重できる環境を整えるのがすごい大事なのかなって。I-2</li> </ol>
理論的メモ	<p>精神状態安の安定化、BPSD の軽減につながったという語り。認知症高齢者の思いに寄り添うことが大切だということがわかる。認知症高齢者のポジティブな面として捉えられる。</p> <p>ある程度のヴァリエーションが抽出され概念が成立すると考える。</p> <p>対極例、精神状態の安定を確認しない→BPSD の誘発、認知症高齢者の QOL 低下で概念化</p>