

地域包括支援センター看護職と訪問看護師における 在宅認知症ケアの困難感 陰性感情を伴う困難感とレジリエンス

森岡 朋子*¹, 大西 次郎*²

抄 録

5年以上勤務する地域包括支援センター看護職5名(以下, 相談型)と訪問看護師5名(以下, 業務型)に半構造化面接を行い, 陰性感情を伴う在宅認知症ケア困難感とレジリエンスを明らかにした。質的データ分析の結果, 相談型には<認知症を有していない医療者も含めた一般市民の否定的な信念, 態度, 行動(認知症スティグマ)><家族, 支援者, 近隣住民, 地域, 社会に対する陰性感情><解決に向けて自力で踏み出す困難を乗り越える個人の資質><いつまでも残る尾を引く思い>が抽出され, 業務型からは<専門職の認知症理解不足から多職種協働できない困難感><家族, 支援者, 近隣住民に対する陰性感情><困難感を乗り越える個人の資質><チームとしての専門職が存在し, 積極的に解決をして打開する><しばらく残る尾を引く思い>を抽出した。

認知症への偏見や困難な課題に直面する看護職へのサポートと組織レジリエンスを高める必要性が示唆された。

Key Words: 在宅認知症ケア, 困難感, レジリエンス, 看護職, 陰性感情

高齢者虐待防止研究, 21(1): 40-53, 2025

I. はじめに

超高齢社会の日本において, 認知症者は急速に増加している。しかし, 以前から看護職を対象とした先行研究において, 認知症ケアには特有の困難感が伴うと指摘されている(千田ら, 2014, 15-16; 松田, 2016, 296-297)。認知症者の中核症状(記憶障害や見当識障害等)とコミュニケーション能力の低下, さらに中核症状から派生する行動・心理症状などが困難感の誘因となる。困難感とは認知症者本人だけでなく, 家族や地域に対して抱かれることもある(家根ら, 2023, 20-23)。

これらの認知症ケアの困難感にかかわる先行研究は, 医療機関や福祉・介護施設に従事する看護職を対象としたものが多く, 地域で在宅認知症者を支援している看護職を対象とした研究は十分とはいえない(家根ら, 2023, 17-18)。また困難感とは陰性感情と関連することが指摘されている(佐々木, 2006, 17-18)が, 看護職は陰性感情を引き出されるような困難感をどう乗り越えたのか, 在宅環境における困難感とレジリエンスを明らかにした報告は少ない。

ここでいうレジリエンスとは看護職が深刻な逆境を経験しつつも職場に適応し, 成長を遂げていくプロセスである(砂見, 2018, 16-17)。統一された定義はない(村木, 2015, 281-284)が, 代表的なものに「困難で驚異的な状況にも関わらず, うまく適応する過程・能力・結果」(Masten, et al., 1990, 425-426), 「困難な出来事を克服し, そ

受付日 2024.10.31 / 受理日 2025.1.28

* 1 Tomoko Morioka: 明治国際医療大学看護学部看護学科

* 2 Jiro Ohnishi: 大阪公立大学大学院生活科学研究科 総合福祉・臨床心理学分野

〒629-0392 京都府南丹市日吉町保野田ヒノ谷 6-1

Tel: 0771-72-1181 (代表)

の経験を自己の成長の糧として受け入れる状態に導く特性」(Grotberg, 2003, 10-17), 「深刻な逆境の中で肯定的な適応を包含する力動的な過程」(Luthar, et al., 2000, 857-858)がある。それでも、困難と向き合う過程でどのような影響が看護職に現れるかは明らかでない。

近年、認知症基本法が成立し、共生社会の推進のため、認知症者の意向の尊重と、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスの切れ目ない提供が進められている(厚生労働省, 2023)。地域で認知症者を支援する看護職として、地域包括支援センター看護職(以下、相談型)や訪問看護ステーション看護職(以下、業務型)には地域共生社会づくりに向かう看護実践者としての期待が大きい(鈴木ら, 2021, 30-31)。

そこで本研究では、在宅認知症ケアを5年以上実践しているベテランの相談型と業務型が経験した、陰性感情を引き出されるような在宅認知症ケア困難感とレジリエンスを明らかにする。本研究を通して、在宅認知症ケア経験の浅い看護職のみならず、看護職以外のヘルパーや介護福祉士などに対しても、ベテランなりの困難とそれを乗り越える経験の共有により、在宅認知症ケアの向上に寄与すると思われる。また、看護職自身が直面する困難を開くことができる観点を、認知症看護の実践力や看護の質向上を目指す看護職の教育的支援に含めること(中筋, 2018, 42 - 43)にも活かせると考えられる。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、相談型と業務型に対し、陰性感情を引き出されるような在宅認知症ケアの困難感とレジリエンスを明らかにすることである。これにより、認知症への偏見が相談型と業務型に与える影響や、それぞれの看護職へのサポートのあり方が示唆されると考える。

Ⅲ. 用語の定義

1. 在宅認知症ケア

「在宅における認知症ケアは、2005 年を嚆矢として学問的蓄積が始まったばかり」である(高橋ら, 2022, 35-36)。「在宅認知症ケア」においては認知症者とその家族の住まう在宅療養空間に入り込み、信頼関係を築き、困難な課題がある場合には医療職や福祉・介護職のみならず、行政、税理士や弁護士など多種多様な専門職が、同じ目的意識を持ち、課題解決を図る必要がある(高瀬, 2017, 2214-2217)。

そこで本稿では、認知症ケアのうち「在宅認知症ケア」に絞ることで、地域で生活をしている対象者に向けた多職種連携の実情を看護職の働きから見ようとするものである。

2. 地域・社会・近隣住民

本研究において、「地域」とは匿名性のある包括圏域内の住民、「社会」とは匿名性のある包括圏域外の住民、「近隣住民」とは名前と顔が一致する隣近所の人間関係を指す。

3. 陰性感情

認知症者および支援者、家族、近隣住民、地域、社会と看護職間に生じた否定的・不合理な他者を責める感情を指す(怒り・嫌悪・不快感・恐れなど)。

4. レジリエンス得点

レジリエンス得点とは、認知症の業務に対する意欲、粘り強さ、前向きな意識を問う 14 項目と、他者に合わせる苦手意識を問う逆転項目 1 項目の合計 15 項目の合計得点からなる(森岡ら, 2018, 69-79)。「そう思う」、「ややそう思う」、「あまり思わない」、「思わない」の 4 件法で 15 項目に回答を求め、得点が伸びるほど肯定的意識が高いことを意味するよう、各項目の回答に 1～4 点を付与している。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究対象者

地域でアルツハイマー型認知症者の支援を行い、困難感を持った経験のある相談型5名と業務型5名である。

本研究の相談型は、委託型地域包括支援センターに5年以上就労している、保健師もしくは地域ケアや地域保健等に関する経験のある看護師である。地域経験のない保健師を加えなかった理由は、保健師資格があれば1年目から地域包括支援センターで就労できるため、経験の浅さからくる非特異的な困難感やレジリエンスが、在宅認知症ケア上の困難感とレジリエンスに着眼する研究目的の達成を妨げると考えたからである。

2. データ収集方法

精神症状に影響を及ぼす疾患がアルツハイマー型認知症（レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、脳血管性認知症を除く）事例の想起を前提とし、統合失調症などの内因性精神病や薬物依存の併存例は除外するものとした。

フェイスシートで基本属性(表1)を収集した。また、アルツハイマー型認知症と認識した基準(確定診断の有無、家族から聞いた、訪問看護指示書、

診断書、主治医意見書)と、困難を感じたアルツハイマー型認知症者の状態を聴取した。さらに、レジリエンス尺度15項目のチェックを依頼した。

続いて、以下のインタビューガイドに基づき、個別の半構造化面接を対面環境下で1人あたり45分程度行った。すなわち「①最も支援が難しかったと記憶している事例の特徴およびエピソード、②困難感を抱いたときに相手に対して感じた気持ち、③どのようにして困難感を乗り越えたのか、そのきっかけと回復した力、④困難感を感じた場面を想起してもらい、特に認知症ケアにおいて感じたこと、⑤そのときの感情は何に対するものなのか、⑥どのような圧力に対してレジリエンスで跳ね返すような経験があったのか」である。インタビュー期間は2024年3～7月であった。

3. 分析方法

研究対象者の語りから困難感、陰性感情、レジリエンスを分析するため、質的データ分析法(佐藤, 2008, 17-104)を用いた。質的データ分析法とは、発言内容からデータの縮約と復元のプロセスを繰り返す分析法である。研究対象者の語りの1つひとつの意味を理解し、原文の意味や文脈を理解した上で抽象度を上げ、概念的に表現する手法として質的データ分析法が適切であると考えた。

表1 研究対象者の概要

所属	研究対象者	職種	その他所有資格	年齢	看護職経験年数	平均経験年数	所属年数	平均所属年数	勤務形態	レジリエンス得点
相談型	A	看護師	介護支援専門員	70歳代	50年	35.5年	10年	14.8年	兼務	43
	B	看護師	社会福祉士	60歳代	40年		10年		専任	42
	C	看護師	保健師	50歳代	28年		23年		専任	39
	D	看護師	介護支援専門員	50歳代	34年		18年		専任	44
	E	看護師	—	40歳代	25年		13年		専任	37
業務型	F	看護師	主任介護支援専門員 認知症介護指導者	60歳代	30年	27.2年	12年	8.8年	専任	46
	G	看護師	保健師	30歳代	10年		6年		専任	42
	H	看護師	—	50歳代	35年		12年		専任	45
	I	看護師	—	60歳代	36年		9年		専任	52
	J	看護師	—	40歳代	25年		5年		専任	41

面接は、研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。インタビュー音声の録音から逐語録を作成し内容を熟読した。意味が損なわれない程度に記述を区切って抜き出し、コード化した。コードを比較検討しながらより抽象度の高い概念に置き換え、サブカテゴリとカテゴリを生成した。生成されたコードは文章の文脈に立ち返りながら、繰り返し見直し比較検討した。カテゴリ化を図った分析結果の妥当性の検討については、研究者間で協議し、信頼性と妥当性の確保に務めた。

なお、文中ではカテゴリは〈 〉、サブカテゴリは《 》、コードは〔 〕、研究対象者の語りは「 」で表記する。

V. 倫理的配慮

研究対象者には、あらかじめ口頭と文章にて、本研究の目的、方法、協力の任意性と撤回の自由、研究計画書等の開示、不同意における不利益のなさ、プライバシーの保護を説明し、同意書に署名を得た。なお、本研究は大阪公立大学大学院生活科学研究科研究倫理委員会による審査（申請番号23-86）の承認（2024年2月21日）を経て実施された。

VI. 研究結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者（表1）は複数の専門職からの紹介により得られ、所属は相談型5名、業務型5名の合計10名であった。このうち、他の業務と兼務していたのは相談型1名のみであった。表1に示す年齢区分の平均値は相談型54.0歳、業務型は48.0歳であった。看護職としての平均経験年数／平均所属年数は、相談型35.5年／14.8年、業務型27.2年／8.8年であった。

レジリエンス得点の平均値は相談型41.0、業務型45.2であり、相談型と業務型を合わせた平均値は43.1であった。

2. 分析結果

1) 最も支援が難しかった在宅認知症者に感じた特有の困難感

困難感のうち、何に対する困難感なのかに着目して分析した。その結果、相談型からは5カテゴリ、12サブカテゴリ、19コードが抽出された（表2）。業務型からは4カテゴリ、9サブカテゴリ、13コードが抽出された（表3）。相談型と業務型を比較しつつ結果を述べる。なお、陰性感情につながる困難感は表2、表3のコードに※で示した。

はじめに相談型からは〔自動車運転〕〔金銭管理〕〔見当識障害〕など《中核症状に起因する困難感》と、〔暴力〕〔徘徊〕に代表する《行動・心理症状に起因する困難感》、すなわち〈中核症状や行動・心理症状に起因する困難感〉が抽出された。

一方、業務型からは〔介護抵抗・暴言・暴力行為・昼夜逆転・大声〕など《行動・心理症状による困難感》、〔服薬管理〕問題や〔対応方法〕を検討するが《有効な対処法がみつからない》、〔指示が通らない〕ため〔業務遂行不可〕となり《業務ができない困難感》、すなわち〈行動・心理症状に起因する困難感〉が抽出された。

次に、相談型からは〔近隣住民の無理解、ネガティブな態度〕や〔認知症への偏見〕といった《近隣住民の否定的な態度、信念》、〔世間の認知症への無理解・無関心〕〔問題行動により排斥〕される《認知症への偏見と差別》、すなわち〈認知症を有していない医療者も含めた一般市民の否定的な信念、態度、行動（認知症スティグマ）〉が抽出された。

業務型からは本人を〔叩いてしまう家族〕の《不適切なケア》や〔近隣住民が身体拘束を要望〕、すなわち〈家族、近隣住民による認知症の無理解〉が抽出された。また、〔多職種と視点が異なる医師〕は《医師に対する困難感》、〔専門職の認知症理解不足〕や〔医療職間の温度差〕は《専門職間で認知症への理解不足がある困難感》、すなわち〈専門職の認知症理解不足から多職種協働できない困難感〉が抽出された。

表2 相談型：困難感

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データの一部抜粋
1 中核症状や行動・心理症状に起因する困難感	中核症状に起因する困難感	自動車運転	車に乗って帰ってくる(A)
		金銭管理	お金を持たずに買い物(A)
		見当識障害	自身が今まで行かれていたところに行けない(E)
	行動・心理症状に起因する困難感	暴力	暴れるというか(B)
		徘徊	徘徊がひどくなっていく(D)／帰れなくなった状態で見つからない(C)
2 認知症を有していない医療者も含めた一般市民の否定的な信念、態度、行動(認知症スティグマ)	近隣住民の否定的な態度、信念	近隣住民の無理解、ネガティブな態度※	怖い人との印象(A)／地域の方は支援が入っても状態変わらないじゃないかと(D)／地域からはなんでサービス入ってへんのやとか、ケアマネもついてないんや(D)／汚れた服装で近寄れない(B)／職場は大変で(本人に)帰ってもらえない(D)
		認知症への偏見※	「認知症にだけはなりたくない」(D)
	認知症への偏見と差別	世間の認知症への無理解・無関心※	「あんなったら終わりやな」(D)／徘徊でいろんな世代の理解を得るのに苦慮した(D)／世間の無関心(C)
		問題行動により排斥※	クリニックでトイレを汚し、先生がもう二度と来るなど(B)／他の利用者に迷惑をかけてしまうので、デイサービスを利用はどうかと(B)
3 認知症を受容できない家族の無理解	家族の無理解	理解がない家族※	家族が理解ありませんでした(A)／認知症に対する家族さんの理解もない(B)
	本人の変化を受入れられない	受容できない	夫「いわんとしてくれ」(D)／妻「今までしっかりしてたじゃない」(E)
4 フォーマル資源に繋がらず、解決策が見出せない困難感	受診動機がない本人へのアプローチ	医療機関受診拒否※	受診に1年かかった(A)／かかりつけの先生がどなたもいらっしゃらない拒否をされるので(B)
		認知症を否定する本人	認知症の診断が本人は受け止められてなかった(C)／自分は元気で出歩いているのに介護保険のサービスを使う必要があるのかと(C)／初期の頃も受入れができなくて、本人が(D)／僕は病気じゃない(A)
	解決する手立てがない課題	徘徊による行方不明者	見つかった実績の情報があれば(C)／手立てがわからない(C)／行方不明後、警察、見守り相談室によるSOS配信、全国SOS配信を行うが発見できずに1年経過(C)
5 初期認知症支援の困難感	初期認知症者への支援の限界	継続的支援ができない	軽度者には向きにくい仕事をしている(C)／5年前の相談の後の追いもできてなかった(D)
		支援できないジレンマ	支援しようにも支援ができないっていうジレンマ(C)／もっとも難しいのは軽度者(C)
	初期認知症者の家族支援のあり方	家族のストレス	ストレスフルなご夫婦の関係(E)／毎日のように散歩に行き、帰れない時はGPSで家族が迎えに行く(C)
	周囲の人に認知症だと理解されにくい	周囲からわかりにくい	周りからは認知症とはついで見えない(C)／周りの人はアルツハイマーの方とか知らない(A)
		自立度高い認知症者	自立度の高い認知者のご本人の苦しみ(E)／苦悩されていた(E)

※陰性感情につながる困難感

最後に、相談型では＜認知症を受容できない家族の無理解＞、＜フォーマル資源につながらず、

解決策が見出せない困難感＞、＜初期認知症支援の困難感＞のカテゴリが抽出された。

表 3 業務型：困難感

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データの一部抜粋
1 行動・心理症状に起因する困難感	行動・心理症状による困難感	介護抵抗・暴言・暴力行為・昼夜逆転・大声※	混乱して易怒性も強く、暴言吐いたり(G)／玄関に入れてもらえない(H)／物を投げてきた(J)／処置をするとき、抵抗(I)／オムツ替えれない(J)／オムツ替えることを拒否(H)／全てのケアを拒否(J)／夜昼逆転、大声、ご近所から苦情(H)
	有効な対処法が見つからない	服薬管理 対応方法※	眠剤もできない(H)／内服管理が難しい(J) 答えがない現状(G)／気分のムラがある(J)／混乱して何度も同じ内容の電話(G)
	業務ができない困難感	指示が通らない※ 業務遂行不可※	理解してもらえない、指示が入らない(H) やってほしいことが達成できない困難さ(J)
2 家族、近隣住民による認知症の無理解	不適切なケア	叩いてしまう家族	旦那さんは手が出てしまう(J)
	近隣住民の無理解	近隣住民が身体拘束を要望※	ご近所さんたちは、外に出ないように鍵をかけろとか、柵をしろとか(H)／地域ケア会議もしたが結論に至らず(H)
3 専門職の認知症理解不足から多職種協働できない困難感	医師に対する困難感	多職種と視点が異なる医師	情報提供してもアクションを一緒に取ろうとしてくれない先生(G)／医師の指示に対して、自分の中で違うよね、それ(F)／お薬を入れて欲しいとのお願いをしている中で「出せない」(G)／医療職の方が難しい、医師が一番難しい(F)
	専門職間で認知症への理解不足がある困難感	専門職の認知症理解不足※	職種によってなかなか理解してもらえない(F)／認知症の理解、利用者への理解が不足している(G)／スタッフにそれが普通っていうのもわかってほしい(J)／認知症なんだからっていうところが同じ専門職同士でも見えてしまう(F)
		医療職間の温度差	同じ医療者、ステーションのスタッフの中でも、温度差(G)
4 本人の意思決定支援ができない困難感	判断能力	契約・手続き	物事が進まない(H)
	本人の意思に基づいた支援ができない	本人の意志が不明※	本人の意思がわからない中でかかわっていく時が一番困難さを感じる(F)／本人の意思確認ができず(H)
		本人との会話※	大事なことは本人と会話はしてほしい(J)

※陰性感情につながる困難感

業務型では<本人の意思決定支援ができない困難感>のカテゴリが抽出された。

2) 困難感を抱いたときの陰性感情

困難感を抱いたときの陰性感情について、感情表現に着目して分析した。その結果、相談型から抽出されたのは、2カテゴリ、4サブカテゴリ、8コードであった。業務型からは2カテゴリ、4サブカテゴリ、5コードであった(表4)。

相談型からは「縁を切りたい」[怒りでない多少の苛立ち]といった《本人への多少の苛立ち》と、「怒りはない」[イライラしない]といった《本人への陰性感情はない》、すなわち<怒りでない多

様で複雑な感情>が抽出された。また、「家族に対するイライラ」や「支援者に対する怒り」といった《家族や支援者への陰性感情》と、「近隣住民や地域に苛立つ感情」や「社会への怒りや苛立つ感情」、すなわち<家族、支援者、近隣住民、地域、社会に対する陰性感情>が抽出された。

業務型からは「イラッとする怒りの感情」,[多少のイライラ]といった《怒りを伴う、多少の苛立ち》と「拒否に対する辛さ」から《本人へのネガティブな感情》、すなわち<怒りを伴うネガティブな感情>が抽出された。また、本人の「尊厳が遵守されない嫌悪感」は《家族や支援者への陰性感情》、「近隣住民に対する怒り」は《近隣住民への陰性感

表4 相談型と業務型の陰性感情

	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データの一部抜粋
相談型	1 怒りではない 多様で複雑な 感情	本人への多少の 苛立ち	縁を切りたい	早くこの方と縁を切りたい(A)
			怒りでない多少の 苛立ち	サービスの利用ができないことに対して怒りではない 多少の苛立ち(B)
		本人への陰性感情 はない	怒りはない	本人に対して怒りはないですね(E) (C)
			イライラしない	本人さんにイライラはない(D)／私たちを怒鳴りつけ るとかなかった(B)
	2 家族、支援者、 近隣住民、地域、 社会に対する 陰性感情	家族や支援者への 陰性感情	家族に対する イライラ	お父さんにもイライラっていうか、多少の苛立ちはあ るかもしれない(D)／
			支援者に対する 怒り	訪問看護師にプロ意識を持っていたきたかったなっ て、その感情は怒りの感情かも(B)
		近隣住民、地域、 社会への陰性感情	近隣住民や地域に 苛立つ感情	(徘徊を)なんとかしてあげたらええんちゃう？とか、 周りの方々(D)
			社会への怒りや 苛立つ感情	社会に対して、その無関心さにちょっと怒りがある(C) ／周囲の無関心さが発見を遅らせているのではないか という怒りの感情(C)
業務型	3 怒りを伴う ネガティブな 感情	怒りを伴う、 多少の苛立ち	イラッとする怒り の感情	苦しんでるっていうのは理解した上で、やっぱり ちょっと、イラッとしますよね。怒りの感情は出ると 思います(G)／5分おきとにかかってくると電話(G) ／夜間にある執着的な電話(G)
			多少のイライラ	多少イライラがあったのかもしれないです。 こうした いのになっていう感じです(H)
		本人への ネガティブな感情	拒否に対する辛さ	陰の時はすべてのケアを拒否しはるので、 ちょっとし んどい(J)
	4 家族、支援者、 近隣住民に 対する陰性感情	家族や支援者への 陰性感情	尊厳が遵守され ない嫌悪感	本人の意思を無視して、 話が進んでいくのってすごく 嫌(F)
		近隣住民への 陰性感情	近隣住民に対する 怒り	虐待を平気でいってしまう住民の方々ですね。 本人さ んへというよりも、 そういう周りの方々に対する怒り (H)

情》、すなわち＜家族、支援者、近隣住民に対する陰性感情＞が抽出された。

3) 困難から乗り越えるきっかけ、困難感から回復した力

レジリエンスの発現について、どのような圧力に対して跳ね返すような経験があったのかに着目して分析した。その結果、相談型からは4カテゴリ、9サブカテゴリ、18コードが抽出され(表5)、業務型からは4カテゴリ、9サブカテゴリ、15コードが抽出された(表6)。

相談型からは、[前向きな思考]や[粘り強さ]と

いった《諦めずに取り組む姿勢》と、[経験の積み重ね]、[人生観の影響]といった《経験を積み重ねることでの強み》や、[相手から教わる姿勢]、[知識欲を持つ]、[できることを見出す]ことで、《解決に向けて自力で踏み出す》、すなわち＜解決に向けて自力で踏み出す困難を乗り越える個人の資質＞が抽出された。

業務型からは[切り替えの早さ]といった《性格的な要素》と、[拒否されても諦めない][経験を積むとブレない]ので《諦めずに経験を積む》、すなわち＜困難感乗り越える個人の資質＞が抽出された。また、[職場内外の専門職に相談できる安

表 5 相談型：レジリエンス

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データの一部抜粋
1 解決に向けて自力で踏み出す困難を乗り越える個人の資質	諦めずに取り組む姿勢	前向きな思考	前向きに振り返らない(A)／基本前向きに、人のことは悪く思わない(D)／目の前のこと頑張った感じで自分が困難な状況と全く思わない(E)
		粘り強さ	自分をまず認めてもらう相手から(A)／サービスにつながるまで1年半(E)／粘り強く諦めない(D)
		経験を積み重ねることでの強み	過去に困難なケースがあったから比較する(B)／経験とか培ったことが今でもずっと残っていて、そういう経験があるからこそできる(C)／罵声を浴びせられるとか、一方的に理不尽を経験(B)／落ち着いた感情で接していく(B)
	解決に向けて自力で踏み出す	人生観の影響	この年になって振り切れた(D)／私の人生観が影響(A)／自分で自分の道を開かないと(A)
		相手から教わる姿勢	相手がいろんなことを教えてくれる(A)／攻撃されたとしても自分の中でないものは、学ばないと(A)
		知識欲を持つ	自分にはない知識を学ぼうとするのは、他の人よりも強い(A)／自分はずっと知っていかなあかん(E)
2 いつまでも残る尾を引く思い	やむを得ない状況へのわだかまり	複雑な心境	自分ができることを見つけていけた(C)／何かできることないかなって探し始めた(E)／誰からも教えてもらっていないし、自分なりにやっていく(E)／ちょっとずつでもやれることを見つけれられた(C)
		忘れられない情景	自分ができることを見つけていけた(C)／何かできることないかなって探し始めた(E)／誰からも教えてもらっていないし、自分なりにやっていく(E)／ちょっとずつでもやれることを見つけれられた(C)
	尾を引く思い	一人で引きずっている思い	自分ができることを見つけていけた(C)／何かできることないかなって探し始めた(E)／誰からも教えてもらっていないし、自分なりにやっていく(E)／ちょっとずつでもやれることを見つけれられた(C)
3 湧き上がる使命感	看護職としての責任感	状況を改善したい思い	親戚からは感謝されたけれど、施設入所に至った状況がこの方の意思を尊重したかどうか複雑な心境(B)／ご家族が困難感に感じていることに向き合い、防止の目をもう少し向けるべきだった(C)
	看護職としての使命感	果たすべき役割がある信念	「あなたは僕の苦しみがわかるんか」(E)／「病院に行きます」ではなく、親戚が「ちょっとドライブに行こう」好きなお菓子を渡して連れて行った(B)
		地域課題に取り組む姿勢	よういわん、私がこう感じているっていうことを(C)／地域の方の理解に力を入れることができなかった(B)／自分だけこう、突っかえて(C)／2年目で出会った方ですけど心に刺さって(E)
4 助けとなった社会資源	フォーマル(認知症施策)	認知症初期集中支援チーム	サービスの入らない隙間みたいところを埋めようとした(B)／話を聞いてあげられるっていう思いが自分の中で生まれた(A)／同じことを繰り返さないという強い気持ちがあった(E)
		認知症地域支援推進員	認知症の人が在宅で生活する安全な場とはいいい切れんっていうことをいいたい(C)／包括の仕事、自分の役割やと(C)／応援したくなるような気持ちにさせてくれる(B)／私の役割みたいなのが(A)
	インフォーマル資源	地域課題に取り組む姿勢	地域の課題として、みんなで受け止め合う場を作る(C)／地域別ケア会議をすると報告を運営協議会にかけて行く道筋にもなる(C)／近所の人にサポーター養成講座をして網目を強化(C)
		民生委員	オレンジですね(B)／オレンジチームは仲間(C)
		家族会	家族会の情報を得るために、認知症地域支援推進員に相談(E)
		ボランティア	民生委員さんとの協力体制(A)(D)／民生委員さんを中心にお声かけして報告(C)
			家族会も一緒に行って奥さんも心にゆとり(E)
			徘徊しはる時間にごの辺をお散歩してもらって(D)

表6 業務型レジリエンス

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データの一部抜粋
1 困難感を乗り越える個人の資質	性格的な要素	切り替えの早さ	性格的なものなんです。切り替え早い(F)
	諦めずに経験を積む	拒否されても諦めない	何度も拒否されても、諦めずにかかわりを続けていった(H)
		経験を積むとブレない	人生でいろんな経験を積む中で辛い経験をする、少々のことではブレない(F)
2 チームとしての専門職が存在し、積極的に解決をして打開する	職場内外にチームが存在する	職場内外の専門職に相談できる安心感	自分だけじゃない(H)／理解してもらえる職場の仲間がいるっていうのは救い(F)／訪問看護は一人ではないので、訪問看護の時の様子をみんなで共有する(I)／一人じゃないので、分散もされますし、意見も各種の専門の人からの意見がもらえる(G)あったことを周りにいって、いっている間に気持ちは落ち着きました(J)／こんなことがありましたと話すことで落ち着いた(J)
		多職種の調整役	誰かが統合して最終的に方向性というか、舵取りする側なので、看護師さん調整役なので(G)
	積極的に解決をして打開する	多職種とのカンファレンスやスムーズな情報共有	多職種の意見がもらえるっていうのはやっぱりすごい。前に一步、進んだ感じが情報共有した時点で感じます(G)／スタッフとケアマネさんに伝えることで、連携が取れたと思います(J)／みんなの報告連絡相談がスムーズ(I)
		多職種でアレンジの効いたアプローチをする	多職種なので手段が増えることで、アクションのアレンジが効くようになるので、それだけで希望がみえた感じがしますね(G)
	仕事上の割り切りができる強み	訪問終了で切替え	訪問終われば、一歩外出れば、別にそこで気持ちはもどるのでね(F)／訪問を終了しました(J)／その方のADLが自然と落ちていったことによって直接的に向かってこない(F)
3 しばらく残る尾を引く思い	本人を守り切れなかった思い	本人の意思に添えない辛さ	その人の意思に沿うことができなかったのが辛っていうか…やっぱり尾は引きますね(H)
		本人の様子を聞けない辛さ	馴染んでいてはらへんかったら、もう聞くのが嫌やったのかもしれないですけど(H)
	割り切れない思い	複雑な心境	(本人を叩くことがあっても)その人がいないと介護者がいないってわかっているから、難しいですね。モヤモヤしますかね。(J)
4 助けとなった社会資源	フォーマル(医療保険、介護保険)	統一した方向性で支援する	理解してもらえる職場の仲間がいるっていうのは救いかなと思う(F)基本的には在宅はチームで単独でかかわっているわけではない(G)情報を共有し職場も含めたチームでどの角度から攻めるかを決めていく(G)／本人さんの思いを尊重したい基本的ベースがある(H)／支援チームはみんな同じ方向を見ていた(H)
		精神科専門医	退院前カンファレンスで精神科の先生がすごく詳しく説明してくださって、じゃあ、家で頑張ってみようかっていうことになって(H)
	インフォーマル資源	民生委員 家族	民生委員さんは、よくわかってくださって(H) ご家族はお父さん大事にされてました(I)／ご本人の妹さんが結構気にかけてくださって(I)

心感]があり、[多職種の調整役]を担い、《職場内外にチームが存在する》。[多職種とのカンファレ

ンスやスムーズな情報共有]、[多職種でアレンジの効いたアプローチをする]ことで、《積極的に解

決をして打開する》、〔訪問終了で切替え〕できる《仕事上の割り切りができる強み》、すなわち＜チームとしての専門職が存在し、積極的に解決をして打開する＞が抽出された。

次に、レジリエンスを発揮し、困難な状況を克服したあとに、相談型からは〔複雑な心境〕や〔忘れられない情景〕といった《やむを得ない状況へのわだかまり》と、〔一人で引きずっている思い〕《尾を引く思い》、すなわち＜いつまでも残る尾を引く思い＞が抽出された。その一方で、〔状況を改善したい思い〕は《看護職としての責任感》、〔果たすべき役割がある信念〕は〔地域課題に取り組む姿勢〕から《看護職の使命感》、すなわち＜湧き上がる使命感＞が抽出された。

業務型からは〔本人の意思に添えない辛さ〕や〔本人の様子を聞けない辛さ〕など《本人を守り切れなかった思い》と、〔複雑な心境〕から《割り切れない思い》、すなわち＜しばらく残る尾を引く思い＞が抽出された。

最後に、相談型からは〔認知症初期集中支援チーム〕〔認知症地域支援推進員〕の《フォーマル（認知症施策）》、〔民生委員〕〔家族会〕〔ボランティア〕といった《インフォーマル資源》、すなわち＜助けとなった社会資源＞が抽出された。

業務型からは職場内外のチームと〔統一した方向性で支援する〕、〔精神科専門医〕の《フォーマル（医療保険、介護保険）》、〔民生委員〕〔家族〕の《インフォーマル資源》、すなわち＜助けとなった社会資源＞が抽出された。

VII. 考察

1. レジリエンス得点

相談型と業務型の合計 10 人のレジリエンス得点の平均値は 43.1 であった。これに対し、Z 府と X 県（森岡ら，2018，72-79）のレジリエンス得点の平均値を比較すると、Z 府は 39.1、X 県は 39.4 であった。

なお、対象者数（Z 府、X 県）は保健師（21.7）名、

看護師（5.9）名、作業療法士（4.0）名、社会福祉士（17.17）名、介護福祉士（25.3）名、主任介護支援専門員（6.11）名、介護支援専門員（5.4）名、精神保健福祉士（2.2）名、事務職（5.1）名、合計（90.54）名であった。Z 府と X 県の対象者は一般的な職種構成からなるため、比較に用いた。

本研究のレジリエンス得点には、在宅認知症ケアに 5 年以上勤務した経験が反映されていると思われる。

2. 困難感と陰性感情の質的な違い

相談型と業務型では陰性感情の対象者が異なり、相談型には相手の顔が見えないという、特有の認知症スティグマがみられた。そこに至る過程を示す。

本人に対する困難感と陰性感情では、相談型は＜中核症状や行動・心理症状に起因する困難感＞（表 2-1）、＜怒りではない多様な感情＞（表 4-1）であるのに対し、業務型は＜行動・心理症状に起因する困難感＞（表 3-1）から＜怒りを伴うネガティブな感情＞（表 4-3）を示し、業務型では中核症状の困難感はみられなかった。「多少の苛立ち」は相談型と業務型に共通していたが、「怒り」は業務型のみにみられた。

怒りの類語には、憤る、激怒する、苛立ち、イライラするがある。激しい感情を伴う、憤る、激怒するは業務型でみられ、激しい感情を伴わない苛立ち、イライラは相談型にみられた。これは、業務型は時間内のサービス提供に追われることや、緊急電話で業務時間外サービスを提供するため、業務上の特性が影響しているものと思われる。

一般的に相談型が主催する会議には地域ケア会議が挙げられ、個別ケース検討から政策形成への展開がみられ、参加者や規模は検討内容によって異なる。対して業務型が主催する会議にはケースカンファレンスが挙げられ、加えて地域ケア会議やケアマネジャーによるサービス担当者会議にも参加する。

本研究において相談型は＜認知症を有していな

い医療者も含めた一般市民の否定的な信念、態度、行動（認知症スティグマ）＞（野口ら、2023、34-35）（表 2-2）に困難感を感じ、＜家族、支援者、近隣住民、地域、社会に対する陰性感情＞（表 4-2）を示した。徘徊の行方不明について「周囲の無関心さが発見を遅らせているのではないか」という〔社会への怒りや苛立つ感情〕もみられた。一方、業務型の困難感とは＜家族、近隣住民による認知症の無理解＞（表 3-2）に困難感を感じ、「虐待を平気でいってしまう住民の方々に〔近隣住民に対する怒り〕の感情を持つなど、＜家族、支援者、近隣住民に対する陰性感情＞（表 4-4）を示した（厚生労働省、2016）。

したがって、相談型の困難感と陰性感情の対象は、地域、社会など相手の顔が見えない範囲を含み、業務型は家族、近隣住民など相手の顔が見える範囲であった。相手の顔が見えない範囲を含む相談型は、業務型よりも範囲が広いため、困難感が高いのではないかと考える。

3. 困難に立ち向かうレジリエンス

1) レジリエンスの特性と質的な違い

相談型は＜解決に向けて自力で踏み出す困難を乗り越える個人の資質＞（表 5-1）が求められ、《解決に向けて自力で踏み出す》個人の努力、＜湧き上がる使命感＞（表 5-3）に支えられているといった特性がみられた。業務型では＜困難感を乗り越える個人の資質＞（表 6-1）の他に、＜チームとしての専門職が存在し、積極的に解決をして打開する＞（表 6-2）多職種チームによって支えられるという特性がみられた。

業務型は介護保険でつながったネットワークがある。困ったことは多職種連携の中で役割分担があり、認知症者が問題を起こしても、お互いの専門性を尊重しながら協働して解決に導いていく（上野ら、2020、69-70）。相談型は高齢者自身の支援拒否が影響するため（平澤ら、2020、75-77）、受入れと同時に社会資源につなげる必要がある（岩原、2021、54-55）。

したがって、レジリエンスは相談型と業務型では質的に異なるものと考えられる。

2) 困難と向き合いながら残った感情

困難と向き合いながら残った感情は、相談型の＜いつまでも残る尾を引く思い＞（表 5-2）は、〔複雑な心境〕、〔忘れられない情景〕など《やむを得ない状況へのわだかまり》と、「よういわん、私がこう感じているっていうことを（C）」〔一人で引きずっている思い〕が《尾を引く思い》として残っている。相談型は、＜いつまでも残る尾を引く思い＞を持ちながら、〔状況を改善したい思い〕を持ち、《看護職としての責任感》を全うしようとする。また、〔果たすべき役割がある信念〕は、〔地域課題に取り組む姿勢〕となり、《看護職としての使命感》、すなわち＜湧き上がる使命感＞により、自身をさらに成長させているのではないかと考える。

業務型にも＜しばらく残る尾を引く思い＞（表 6-3）がある。〔本人の意思に添えない辛さ〕〔本人の様子を聞けない思い〕は《本人を守り切れなかった思い》である。〔複雑な心情〕で《割り切れない思い》を持っている。

業務型の＜しばらく残る尾を引く思い＞は、家族の不適切な介護方法や、「ご近所さんたちは、外に出ないように鍵をかけるとか、柵をしるとか（H）」要求される中で起こっている。つまり、高齢者虐待を予防するなど、業務型の中にも相談型の権利擁護機能があり、そこに対しては、市町村等と連携するなど組織としての対応やスーパーバイズ機能を有するなど相談型と同様のサポートが必要である。

相談型、業務型でレジリエンスを発揮した後に残るものは質的には異なっている。しかし、それらに対する＜助けとなった資源＞は、相談型、業務型の双方とも制度で結ばれた資源と民生委員であり、十分とはいえない。相談型の「尾を引く、いつまでも残る思い」の大きさを考えると、スーパービジョン体制の構築、メンタルヘルスのサポート、労務管理などが必要である（三菱UFJリ

サーチ&コンサルティング, 2023). 認知症ステイグマがある中、地域共生社会に向けた在宅認知症ケアを実践している看護職へのサポートと教育プログラムの充実が求められる。

VIII. 研究の限界と課題

本研究の限界として、地域性の影響を評価できなかった点が挙げられる。在宅認知症ケアを実践する場が都市か地方かによっても、社会資源、住環境、隣近所の関係性の希薄さなど、それぞれに特徴が異なり実践への影響が考えられる。今後、都市と地方の研究対象者を増やして検討を重ねていく所存である。

IX. 結論

本研究から、在宅認知症ケアでみられた陰性感情を伴う困難感に対し、看護職によるレジリエンスの発現が明らかとなった。ただし相談型と業務型では困難感、陰性感情、レジリエンスの各内容に質的な違いがみられた。認知症に向けた偏見や高齢者虐待、徘徊・行方不明など、解決困難な問題にかかわる相談型や業務型には、個人の資質や努力だけに依存しない、教育プログラムの充実や組織のレジリエンスを高めるサポートの必要性が示唆された。

【引用文献】

- Grotberg, E.H. (2003). Resilience for today: Gaining strength from adversity. Praeger Publishers, Westport, Connecticut London.
- 平澤園子, 王吉彤, 三上章允. (2020). 認知症支援における課題と地域包括支援センターの取り組み. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, 21, 71-80.
- 岩原由香. (2021). 地域包括支援センター看護職による認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続に向けた支援. 日本赤十字看護学会誌, 22 (1), 50-56.
- 厚生労働省. (2023). 共生社会の実現を推進するため

の認知症基本法.

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82ab9328&dataType=0&pageNo=1, 2025 年 1 月 22 日アクセス).

- 厚生労働省. (2016). 地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の役割について. (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000114063_4.pdf, 2025 年 1 月 22 日アクセス).
- Luthar, S.S. and Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience; Implications for interventions and social policies. Development and Psychopathology, 12(4), 857-885.
- Masten, A.S., Best, K.M. and Garmezy, N. (1990). Resilience and development; Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2(4), 425-444.
- 松田千登勢. (2016). 認知症ケアと感情との関係; パンアウトしないために. 認知症ケア事例ジャーナル, 9(3), 296-301.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. (2023). 地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究報告書. (https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_03.pdf, 2025 年 1 月 22 日アクセス).
- 森岡朋子, 黒田研二. (2018). 認知症地域支援業務を推進する要因; レジリエンス・燃え尽き・ネットワークに注目して. 関西大学大学院人間健康研究科論集, 1, 65-82.
- 村木良孝. (2015). レジリエンスの統合的理解に向けて; 概念的定義と保護因子に着目して. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 55, 281-290.
- 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.
- 野口泰司, 斎藤氏. (2023). 認知症のステイグマ. 現代医学, 70(2), 34-39.
- 佐々木まり子. (2006). 患者・看護師関係で生じる陰性感情に対する看護師の自己認識. 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, 31, 17-24.
- 佐藤郁哉. (2008). 質的データ分析法; 原理・方法・実践. 新曜社, 東京.
- 千田睦美, 水野敏子. (2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要, 16, 11-17.
- 砂見緩子. (2018). 看護師のレジリエンスの概念分析.

-
- 聖路加看護学会誌, 22(1), 13-20.
- 鈴木久美子, 宮崎美砂子, 石丸美奈. (2021). 地域包括支援センター看護職がとらえた認知症高齢者の家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法. 千葉看護学会会誌, 26(2), 23-32.
- 高橋幸裕, 林和秀. (2022). 高齢者に対する認知症関連政策と認知症ケアが抱える課題. 尚美学園大学総合政策論集, 35, 33-51.
- 高瀬義昌. (2017). 認知症に関する知っておきたい基礎知識；在宅認知症ケアにおけるコミュニケーション術. 薬局, 68(5), 2214-2217.
- 上野陽奈, 渡辺陽子, 山中道代. (2020). 認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた支援に関する文献レビュー. 人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌, 20(1), 63-72.
- 家根明子, 小野塚元子, 木谷尚美. (2023). 初期認知症の支援に携わる地域包括支援センターと訪問看護ステーション看護職の困難経験. 老年社会科学, 45(1), 17-27.

Sense of Difficulty in Dementia Care Among Home Nurses and Nursing Occupations at Local Comprehensive Support Centers:

Resilience and a Sense of Difficulty Associated With Negative Emotions

Tomoko Morioka^{*1}, Jiro Ohnishi^{*2}

*^{*1}Department of Nursing, Faculty of Nursing, Meiji University of Integrative Medicine*

*^{*2}Department of Social Welfare Science and Clinical Psychology, Graduate School of Human Life and Ecology,
Osaka Metropolitan University*

This study conducted semi-structured interviews with five community support center nurses (hereafter referred to as "consultation type") and five visiting nurses (hereafter referred to as "work type") who had worked there for more than five years, and revealed their difficulties and resilience in supporting home dementia care with negative emotions. The results of the qualitative data analysis revealed that the consultation-type participants extracted "negative beliefs, attitudes, and behaviors (dementia stigma) of the general public, including medical personnel who do not have dementia," "negative feelings toward family members, supporters, neighbors, the community, and society", "personal qualities to overcome difficulties to step out on their own to solve the problem", and "feelings that linger on forever". The following were extracted for the work type: <negative feelings toward family members, supporters, neighbors, and society> <individual qualities to overcome difficulties> <professionals as a team to actively solve the problem and overcome the difficulties> <thoughts that will remain for a while>.

The study suggested the need to increase support and organizational resilience for nursing professionals facing prejudice against dementia and difficulty.

Key Words: home dementia care, sense of difficulty, resilience, nursing profession, negative emotions