

平成15年度老人保健健康増進等事業報告書
(高齢者の自立支援及び元気高齢者づくり
のための調査研究等事業)

利用者中心の継続的痴呆ケアの実践研究
「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアの
あり方に関する研究」

報 告 書

平成16年3月

社会福祉法人 浴 風 会
高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

目 次

- 1 大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者の治療と看護の実態と課題 …………… 1
- 2 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する院内教育の実態 …………… 37
- 3 痴呆症を有した人が医療機関を利用する際に介護する家族が抱く
困難、負担、不満についての実態調査 …………… 49
- 4 ワークショップ
「治療を受ける痴呆性高齢者の看護を考える—未来への挑戦—」 …………… 97

1 大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者の 治療と看護の実態と課題

医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究 報告書

大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者の治療と看護の実態と課題

酒井郁子（千葉大学大学院看護学研究科地域高齢者看護システム管理学）

吉永勝訓（千葉大学医学部附属病院リハビリテーション部）

根本敬子（千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター）

I 研究目的

高齢者にとって大腿骨頸部骨折は、急な受傷に伴う環境の激変、安静の遵守、疼痛、手術、リハビリテーションなど、乗り越えなければならない課題が多い。昨今はクリティカルパスの普及などで治療・ケアの標準化が推進され、結果的に大幅に在院日数の短縮が図られつつある。しかし治療終了後の移動能力の低下などから骨折を契機に介護状態に陥りやすいことも指摘されており、リハビリテーションおよび介護予防の点からも注目されている。

とくに痴呆性高齢者の大腿骨頸部骨折受傷後の治療および看護は困難な点が多いが、適切に行われその成果が得られない場合、生活のみならず生命への影響もきたす。現在介護を要する高齢者の約半数に痴呆症があるとされ、医療施設においても痴呆性高齢者への治療および看護の質を向上させ適正なアウトカムを確保することは、痴呆性高齢者の自立支援とQOLの側面から、また長期的コストの削減という側面からも急務といえる。しかし、痴呆ケアの考え方は広まっているとはいえ、いまだ痴呆性高齢者への医療の質の確保は考慮されにくい現状がある。

そこで、我々は地域の中核的な病院において、大腿骨頸部骨折を受傷した患者の治療および看護に関する多施設間実態調査を行った。本調査の目的は、大腿骨頸部骨折に関する治療看護の実態について概観し、痴呆性高齢者が、質を保証された医療を受けられているかについて考察することである。

II 研究方法

本調査は2部に分けられた。調査1は、医師および看護師の人員配置や病院機能といった医療の構造指標と、医師、看護管理者の痴呆性高齢者への治療・看護に関する認識の調査である。調査2は実際の大腿骨頸部骨折患者に対する治療と看護に関する前向きコホート調査である。

1. 調査1：病院の構造指標、および医師・看護師の痴呆性高齢者への治療・看護に関する認識調査（資料1）

1) 調査対象および調査期間

調査期間は2003年10月1日～10月31日であった。

調査対象は、千葉大学医学部整形外科学教室関連病院39施設の整形外科責任医師および整形外科領域の病棟看護師長それぞれ1名であった。30施設(34病棟)から回答を得た(回収率76.9%)。

2) 調査方法

自記式質問紙郵送法にて行った。多項目選択式回答および自由記述による回答を得た。

3) 調査内容

(1)病院の構造指標：病棟の病床数、整形外科医師、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、看護師、准看護師、ケアワーカー、それぞれの実数。病棟機能として、旧跡加算病棟、一般病棟、などについて実数による回答を得た。

(2)医療の標準化の状況：クリティカルパスウエイ導入状況、標準看護計画導入状況についてその有無を訪ね、標準化ツールの同封を求めた。

(3)痴呆性高齢者への治療に関する医師の認識：痴呆症の有無の診断方法、痴呆症がある事による治療法への考慮内容、家族および看護師との連携、協力状況、痴呆症のある高齢者への治療における困難事項について多項目複数回答および自由記述にて回答を求めた。

(4)痴呆性高齢者への看護に関する看護管理者の認識：痴呆症の有無の判断状況、痴呆症を有する大腿骨頸部骨折患者への看護管理上の工夫、痴呆症のある大腿骨頸部骨折患者の援

助についてスタッフに指導している内容、看護上の困難事項について多項目複数回答および自由記述にて回答を求めた。

4) 分析方法

記述統計を用いて全体を概観した。自由記述回答は内容が類似しているものを回答ごとに分類し、件数を数えた。

2. 調査2：大腿骨頸部骨折患者およびその治療と看護に関する前向きコホート調査（資料2）

1) 調査対象および調査期間

調査期間は2003年11月1日から2004年4月7日までであった。

調査対象は2003年11月1日から12月31日までに、調査1の対象病院に入院した大腿骨頸部骨折患者全数であった。調査2に協力が得られた病院は26施設（全体の66.7%）であり、158人の大腿骨頸部骨折患者のデータが回収された。11月1日から12月31日までの2ヶ月間における1施設における大腿骨頸部骨折患者入院数平均6.1人であった。

2) 調査方法

(1) 質問紙の設計

アメリカ看護婦協会が提示している質の高いケアに影響を及ぼす因子、および急性期ケアの看護の質の指標を参考に、大腿骨頸部骨折患者の環境背景因子、病院関連の因子（医師が実施した治療プロセスに関わる項目、看護師が実施した看護プロセスに関わる項目）、退院時の状態に関する患者に焦点を合わせたアウトカム指標から調査項目を設計した。

これらの項目に関して、リハビリテーション専門医、リハビリテーション看護を専門とする看護職者、痴呆ケアを専門とする看護職者、老年看護学を専門とする看護職者、看護システム管理を専門とする看護職者による専門家会議を複数回行い、項目を洗練した。入院時と退院時に整形外科医および看護師が記入あるいはチェックするデータベース形式の調査票とした。プレテストとして、調査対象以外の地域総合病院2カ所の整形外科医師および看護師に記入を依頼し、項目および選択肢の妥当性と記入のしやすさについてフィードバックを得た。その結果をもとに項目および選択肢の修正を行い、これを調査に用いた。

(2) 調査票の配布および回収

2003年10月末に調査票および研究者への連絡票、記入方法の説明用紙を同封したものを郵送した。すべての大腿骨頸部骨折患者について、入院した時点で入院時データベースを、退院した時点で退院時データベースを医師、看護師双方にそのつど記入することを依頼した。11月末から、毎月1回回収用封筒を郵送し、入院患者数、退院患者数を連絡票に記入し同封した上で、入院時、退院時データベース両方の記入が完了したものを回収した。回収は2004年4月初旬までで完了した。

3) 調査内容

(1) 環境背景因子

患者特性に関する調査項目は性別、年齢、痴呆の有無、受傷前移動能力、受傷前生活環境、受傷前日常生活自立度、介護保険適用状況、転倒および骨折の既往の有無であった。受傷経緯に関する調査項目は、受傷原因、受傷日時、入院時日時であった。

痴呆の有無に関しては、医師および看護師にそれぞれ記入してもらった。また使用したテストバッテリーについても記入欄をもうけた。

移動能力は屋外歩行自立、屋外杖歩行、屋内杖歩行、起立可能、起立不可の5段階リッカーとした。日常生活自立度は、介護保険認定資料の8段階に不明を加えた9個の選択肢を用いた。生活環境は自宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院、その他の5つの選択肢を用いた。受傷原因は日本整形外科学会のデータベースを参考に、転倒、転落、

踏み外し、体位変換時、おむつ交換時、交通事故、不明、その他の8つの選択肢を用いた。

また入院日時から受傷日時を引き、受傷から入院までの期間を算出した。

(2) 病院関連の因子

・治療プロセス

骨折側、骨折型、治療法、退院時治療目標、長期的治療目標、転帰、治療法と治療目標決定時に痴呆のあることを考慮したかどうか、医師が認識している、痴呆症があることで実際の治療および退院に与えた影響の有無と内容、痴呆症があることで治療上困難だったこと、工夫したこと、多職種と連携したことであった。

骨折型は内側骨折に関しては Garden の分類を用い、外側骨折に関しては Evans の分類を用いた。治療目標は移動能力5段階で設定した。治療法は保存療法（牽引の有無、牽引の種類）、人工骨頭（セメントありなし）、内固定（術式明記）を選択してもらい、内固定の術式については、記述回答から4種類に分類した。

また手術日時から受傷日時、および入院日時を引き、受傷から手術までの期間、入院から手術までの期間を算出した。

・看護プロセス

入院時の状況のアセスメントと看護目標の設定、疼痛緩和方針と疼痛管理の評価、身体拘束実施状況、退院時生活環境、退院時日常生活活動、退院時介護保険適用状況、看護師が認識している痴呆症があることで実際の看護および退院に与えた影響の有無と内容、痴呆症があることで看護上困難だったこと、工夫したことであった。

入院時の状況のアセスメントは、見当識障害の有無、患肢の固定が困難で動かしてしまうかどうか、混乱状態の有無、不眠の有無、食欲低下の有無、排泄の失敗の有無、点滴や留置バルンカテーテルをいじったりすることの有無を聞いた。看護目標は記述してもらい、回答内容を分類した。身体拘束状況は実施の有無とその理由、5選択肢からなる拘束時間、6選択肢複数回答による拘束方法であった。

(3) 患者に焦点を合わせた退院時のアウトカム指標

退院時移動能力、入院日時、退院日時、予定入院期間の達成状況、出現した合併症、発生した有害事象であった。退院日時から入院日時を引き1を加算したものを入院期間とした。

退院時の移動能力は受傷前の移動能力を同様の5段階リッカートで回答を得た。予定入院期間の達成状況は、予定通り、予定より遅延、予定より早期の選択肢を設定した。合併症については、肺炎、心不全、尿路感染、褥創、関節拘縮、筋力低下、イレウス、せん妄、創部の感染、再骨折（脱臼含む）、その他の11項目で医師による複数選択で回答を得た。有害事象に関しては、転倒、せん妄、褥創、点滴自己抜去、留置バルンカテーテルの自己抜去、他の患者とのトラブル、脱水、創部の汚染、疲労による体力低下、離床が遅れた事による廃用性変化、家族と医療スタッフとのトラブル、その他の12項目で看護師による複数選択で回答を得た。

4) 分析方法

全体の概要を記述統計で分析し、その後痴呆の有無別に、環境背景因子（患者特性、受傷前の経緯）、病院関連因子（治療プロセス、看護プロセス）との関連を必要に応じて χ^2 検定、一元配置分散分析を用いて検定した。

次にアウトカム指標に影響していた要因を分析するために、合併症および有害事象の発生率と痴呆症の有無との関連を見た。ついで治療結果として受傷前から退院時にかけての移動能力の変化、治療目標の達成状況、日常生活活動自立度の変化を算出した。（使用統計ソフト SPSS Ver11）。

3. 倫理的配慮

厚生労働省疫学研究に関する倫理指針に基づき、結果の集計や公表に当たって、施設名、記入者名、患者情報の匿名性と守秘性を厳守する手続きをとって集計分析を行った。すなわち、調査票記入者とデータ入力者、データ分析担当者は同一の人物が行わないこと、調査票はID番号で管理すること、データの保管に留意することなどである。

また研究目的と研究計画の概要、倫理的配慮の説明を記載し、調査票の回収をもって調査協力の意思の確認を行うことを明記した調査協力依頼文を、調査1の郵送時に同封した。調査期間中の連絡先を明記し、必要に応じて対応した。

Ⅲ結果および考察

1. 調査1：病院の構造指標と医師、看護師の痴呆性高齢者への治療・看護に関する認識調査

1) 対象の概要

調査対象となった医療施設30施設(34病棟)は、千葉県を中心とした首都圏にあった。対象施設の病棟機能は、26施設が一般病棟、7施設が急性期加算病棟という結果から、地域において急性期ケアの中核を担う病棟がほとんどであったといえる。整形外科医師数の平均は6.6人であるのに対して、リハ医の人数は、平均すると一人に満たない。また理学療法士は4.5人確保されているのに対して、作業療法士は1.3人であった。看護単位としては、1病棟の病床数は平均50床であり、看護師数は平均18.0人であった。

表1-1 対象施設の医師および訓練職者数

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
整形外科医師数	30	1.00	60.00	6.6333	10.47981
リハ医師数	30	.00	2.00	.4000	.67466
PT数	30	.00	10.00	4.5000	2.44597
OT数	30	.00	5.00	1.3000	1.51202

表1-2 対象施設の病床数および看護職員数平均

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
病床数	33	34.00	100.00	50.0606	12.37927
看護師数	34	6.00	25.00	18.0294	4.66116
准看護師数	34	.00	16.00	2.8824	3.46204
看護助手数	34	.00	30.00	3.9412	5.49899
ケアワーカー	34	.00	2.00	.2353	.55371

表1-3 対象となった病棟の機能

	度数	パーセント
有効 急性期加算病棟	7	20.6
介護保険適用病棟	1	2.9
一般病棟	26	76.5
合計	34	100.0

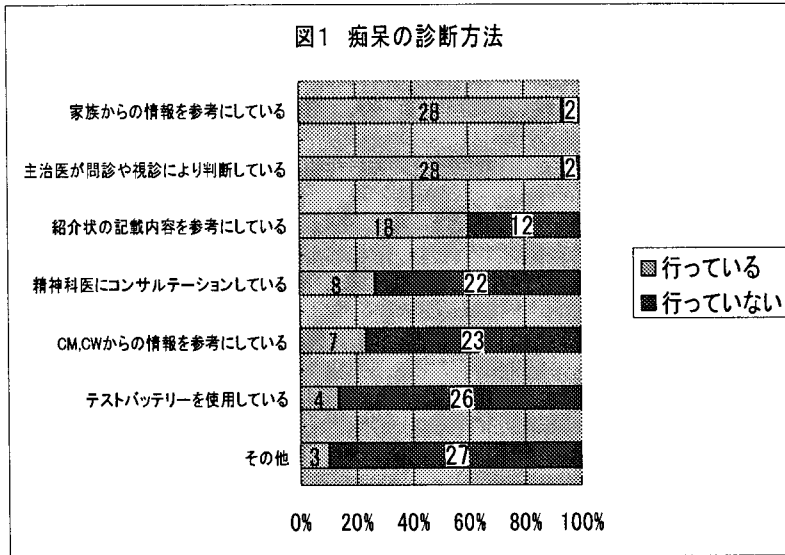
今回の調査対象は、地域における急性期の治療と看護を担っている医療施設が多い。また対患者比率は、2.5対1の看護が行われている医療施設の割合が多かった。

理学療法士、作業療法士の人数は十分といえないながらも確保されていた。そこで提供されている医療の質はある一定の水準を保っているといえる。

大腿骨頸部骨折治療と看護の標準化に関して、クリティカルパスウェイの導入を行っている病棟は、34病棟中、15病棟であった。また標準看護計画など看護の標準化ツールの導入を行っている病棟は18病棟であった。これらをあわせるとなんらかの治療あるいは看護の標準化を行っている病棟が34病棟中33病棟であり、標準化が推進されていた。

2) 大腿骨頸部骨折治療における痴呆性高齢者に関する整形外科医の意識

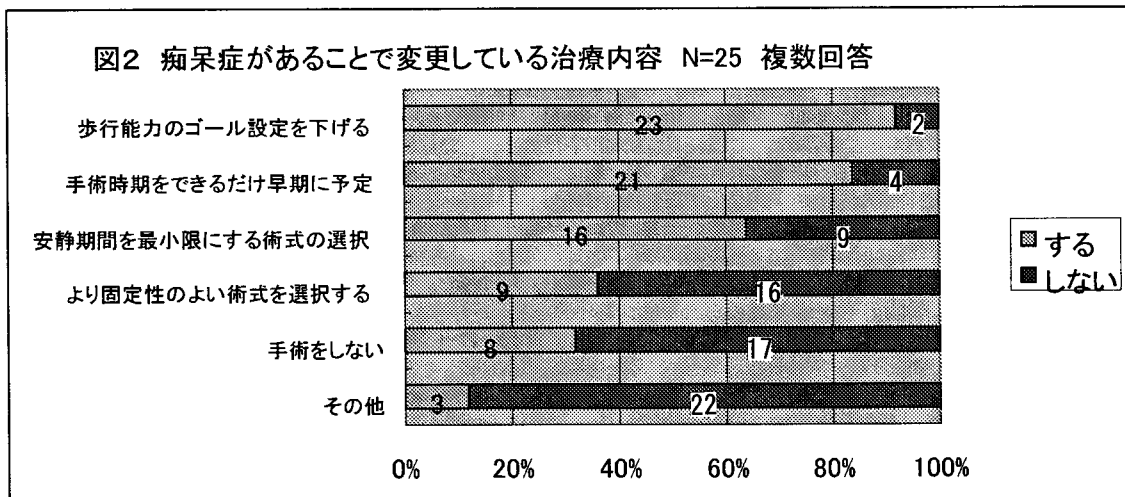
(1) 痴呆の診断方法



整形外科医の痴呆の診断方法は、家族からの情報を参考にし、主治医が診察し診断している、がそれぞれ28人であった。対して、精神科専門医へのコンサルテーションを行っているのは8人、長谷川式痴呆テストやMMSEなどのテストバッテリーを使用していると回答したのは、4人であった。

痴呆に関してテストバッテリーの使用による診断や精神科医へのコンサルテーションがそれほど行われていないことから、一般病院における簡便で鋭敏な痴呆症の診断方法については今後検討する必要があると考えられた。

(2) 痴呆症があることで治療方法の選択に配慮している内容



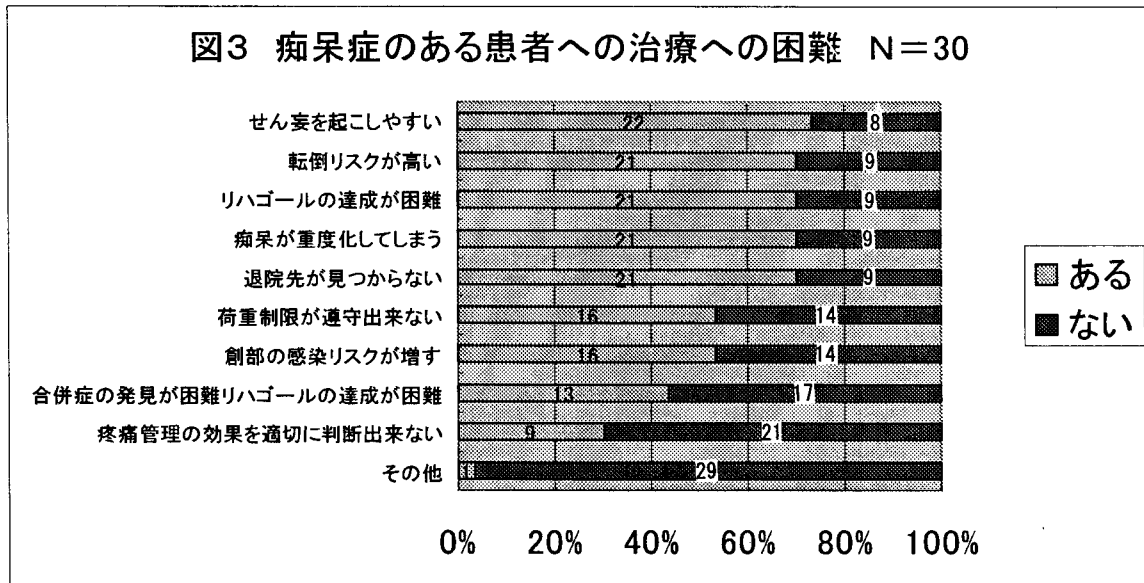
痴呆症があることで大腿骨頸部骨折の治療方法を変更しているか、については25人(83.3%)が変更することがあると回答した。変更の内容については、図2に示した。最も多かったのは、歩行能力のゴール設定を下げる、で23人(76.7%)がすると回答していた。

(3) 痴呆症があることによる治療上の困難

大腿骨頸部骨折において痴呆性高齢者の治療で困難を感じることもあるか、という問いに対して、30人全員が、困難を感じる/感じたことがある、と回答していた。

困難の内容として、多かったのは、術後せん妄を起しやすく、術後管理が困難になりやすいこと22人(73.3%)、リハビリテーション期間の転倒リスクが高いこと21人(70.0%)であった。

0%), リハビリテーションのゴール達成が困難であること 21 人 (70. 0%) であった。



痴呆症があることで、治療プロセスに困難や影響があることを医師は認識していた。とくにリスクマネジメントの側面から、せん妄状態への対応、転倒リスクへの対応に苦慮していることが伺われた。またリハゴールの達成が困難であること、退院先が見つからないことという治療目標の達成に関しても困難を感じていることが推察された。また注目すべき事として、入院、手術によって痴呆が重度化してしまうこと、をあげている整形外科医が 21 人 (70. 0%) であったことである。痴呆性高齢者の周辺症状がより悪化し、治療目標の達成が困難になる、事故の危険性が増す、痴呆性高齢者に対して現場の制限が強くなる、結果として周辺症状がより悪化する、という悪循環が治療現場で起こっているのかもしれない。

(4)治療実施の際に参考にしてしている看護師の意見

表2 参考にする看護師の意見 内容

<p><混乱、不穏状態の情報を得る> 昼夜逆転、不穏、徘徊の有無を聞き対応を考える 不穏の有無や転倒リスクの有無など 不穏、問題行動の有無について情報を得る 夜間の不穏状態について 夜間せん妄、不穏の有無について せん妄、不穏の程度 実際の問題行動を扱った状況および意見をもとに対策を考える</p>
<p><安静を守れるかどうか情報を得る> 術後の安静度をどの程度守ってもらえそうか、 術後の安静度等を守れるかどうか情報を得ている 安静が守られないときなどベッド上ではなく畳にするなど意見を聞く 安静が守れない、リハビリが進んでいないなどの情報</p>
<p><疼痛管理の効果の評価> 疼痛管理がどの程度達成出来ているか</p>

回答者 30 人全員が、痴呆症のある患者の治療を実施する際に看護師の意見を参考にしている、と回答していた。参考にしている事柄を自由記述で得て、内容を分類した。参考にしている看護師の意見として、<混乱・不穏状態に関する情報を得る><術後の安静を守れるかどうか情報を得る>という、患者の精神状態の把握と対応に関するものがあつた。また<痴呆の状態程度に関する情報を得て治療方針を修正する>という内容があつた。

<p><患者の生活状況を聞いてゴール設定の参考にする> 病棟での状況を聞き術前カンファレンスのゴール設定に活用 入院時の印象や情報と入院後の状態の違いについて情報を得て、治療方針ゴール設定の変更などを考慮する 意見を参考にリハのゴール設定する</p>
<p><痴呆の状態程度に関する情報を得て治療方針を修正> 痴呆の状態により牽引の適応を考慮する 痴呆の状態を聞き、向精神薬を処方する際の参考にする 看護師の意見により合併症の検索、他科受診を検討 痴呆の状態を聞き手術日をなるべく早期に行うようにしています 夜間および日中の状態、ADL全般について参考にする 入院後の痴呆の程度を参考にする 軽い痴呆症の場合、診断が困難なことがあるので看護師の意見を十分に聞く(重度痴呆のときは参考にならないこともある)</p>
<p><家族との関わり方や意欲の状態について情報を得る> 家族との関わり方、本人の意欲について参考になる</p>

医師は、看護師からの情報をもとに、痴呆性高齢者の生活状況や精神機能の状況を査定し、治療方針や治療目標を修正していると考えられ、看護師が痴呆性高齢者の生活機能および精神機能をより正確に把握する技術をもつことがより重要であると考えられた。同時に、整形外科医師においても痴呆性高齢者の認知機能に関してより正確な診断技術が必要になってくると考えられた。

(5)治療計画立案の際に考慮している家族の意向

表3-1 家族の意向を考慮すると答えた医師の考慮内容

<p><手術の実施に関して> 家族の意向により手術を行わない場合もある 家族の希望により手術するしないを決めることもある 家族の希望を尊重している。手術を希望しない家族もいる 手術を行わない場合は特に家族とよく相談して決める。 手術リスクが高い場合の治療方針は家族の意向を配慮する</p>
<p><リハビリテーションのゴール設定に関して> ゴール設定や退院先など本人と相談出来ないの家族と相談しながら決定することが多い 退院目標の設定と退院後の療養上必要となるサービスについての説明をあらかじめ十分にしておく 退院後の意向によりゴール設定を変更する ゴール設定および退院後の行き先について家人と相談している 家族の意向を聞いてゴール設定を行っている ゴール設定を納得してもらう</p>
<p><退院先に関して> 退院後の生活が自宅か施設か家族の希望を聞く 悪化しないように早期離床、在宅が不可ならば施設への誘導 介護度によって退院先を自宅以外も考慮する リハのスケジュールと退院・転院時期を考え計画する 家族の希望があれば施設を紹介する</p>

またく疼痛管理の効果の評価>に関して看護師の意見を聞くという内容があった。

ついで病棟での生活状況や入院前の生活に関して看護師から意見を聞きく患者の生活状況を聞いてゴール設定の参考にする>という内容があった。

またく家族との関わり方や意欲の状態について情報を得る>という内容があった。

痴呆症のある患者に治療計画を立てるとき、家族の意向を考慮するかどうかに対しては、25人(83.3%)が考慮している/考慮することがあると回答し、5人(16.7%)が考慮しない/考慮できないと回答した。

考慮する/することがあると回答した人に対して具体的な内容を自由記述で聞いたところ、回答は大きく3つに分類された。家族の意向によって手術するしないを決めると言ったようなく手術の実施に関して>とくリハビリテーションのゴール設定に関して>、<退院先に関して>であった。退院先を家族と相談してからリハビリテーションのゴール設定を行うという記述が複数見られた。

表3-2 家族の意向を考慮しないと答えた理由

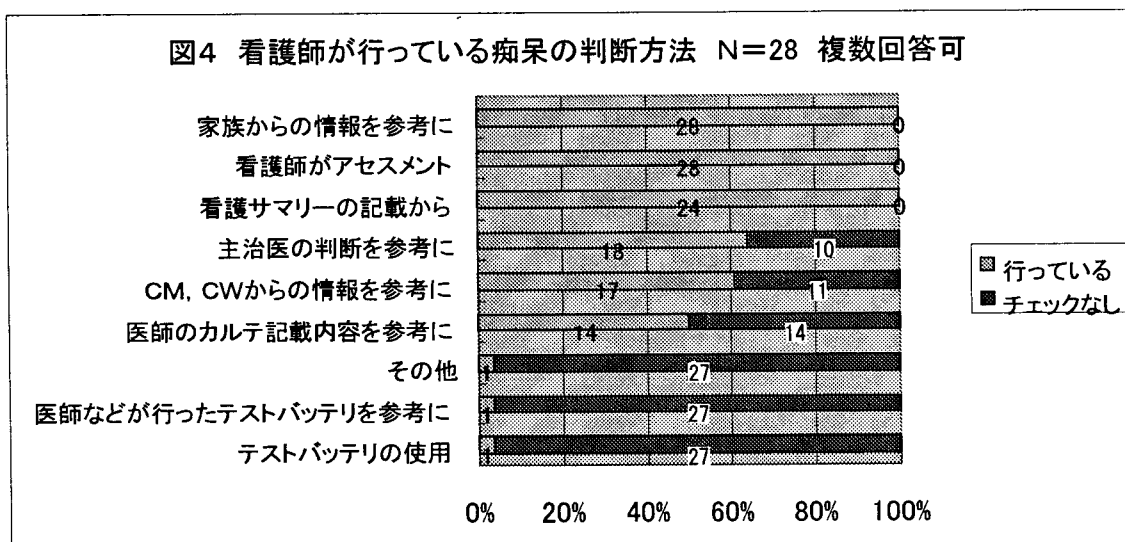
治療計画は痴呆と関係なく立てている
 家族の意向は痴呆の有無を問わず聴取するがそれで治療計画を左右されたことはない
 家族の意向は考慮しないが痴呆が治療に与える影響は説明する
 家族の意向は入院期間に関することが多いため考慮しない
 家族の意向聞いてもそれが治療計画に反映されない(できない)

家族の意向を考慮しない／できないと回答した人にその理由を尋ねた。家族の意向が治療計画に反映するものではないという内容であった。

整形外科医師は痴呆症があることが治療に影響を及ぼすと認識している割合が高い。手術の実施やリハビリテーションゴールの設定、退院先の決定などで、患者本人の意思の確認が困難だと認識しており、そのため、家族の意向を考慮した治療方針の決定を行っていることが推察された。また痴呆性高齢者の周辺症状や生活状況に関して、看護師からの情報をもとに治療方針を修正しており、看護師が痴呆性高齢者の生活機能に焦点を合わせたアセスメントを行い多職種にその情報を提供していくことが重要になると考えられた。

2) 大腿骨頸部骨折を受傷した痴呆性高齢者の看護に関する看護師長の意識

(1)看護師が行っている痴呆の判断方法



所属病棟において痴呆の有無を看護師が判断しているかについて、判断していると回答した看護管理者が 28 人 (82.4%)、判断していない、が 6 人 (17.6%) であった。

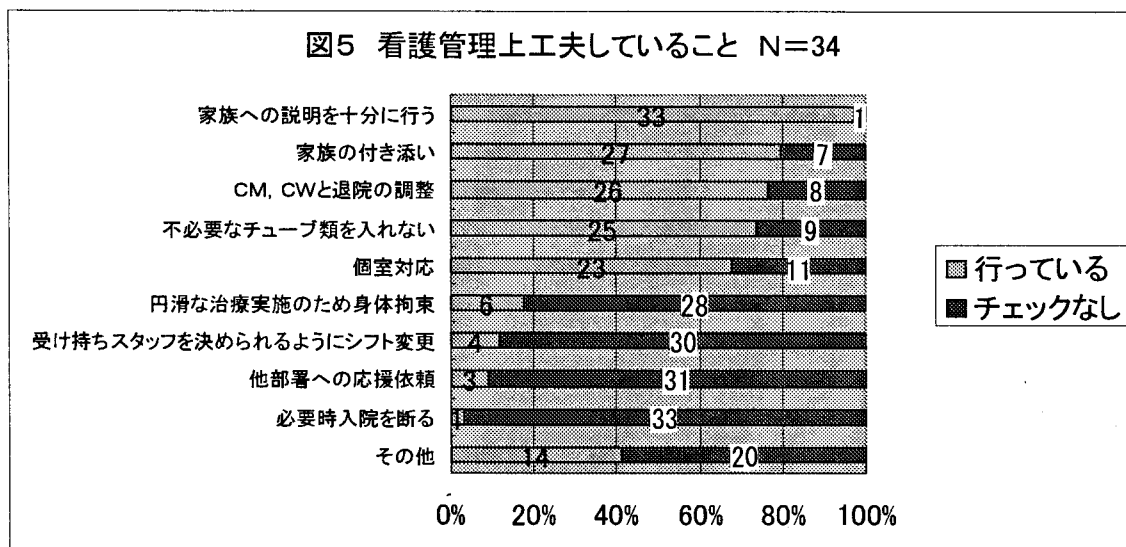
痴呆の判断方法については、家族からの情報を参考にして判断する、および看護師が言動をアセスメントして判断、がそれぞれ 28 人であり、ついで、前病院の看護サマリーの情報からと回答した人が 24 人であった。

医師への調査結果と同様の結果になっており、家族からの情報、前病院からの情報を参考に自らが判断するという方法をとっていることがほとんどである。このような場合判断する看護師の観察技術が非常に重要となると考えられる。インサービスでの痴呆性高齢者の看護に関する教育がどのように行われているかによって、痴呆の有無に伴う判断の妥当性が左右されると考えられた。

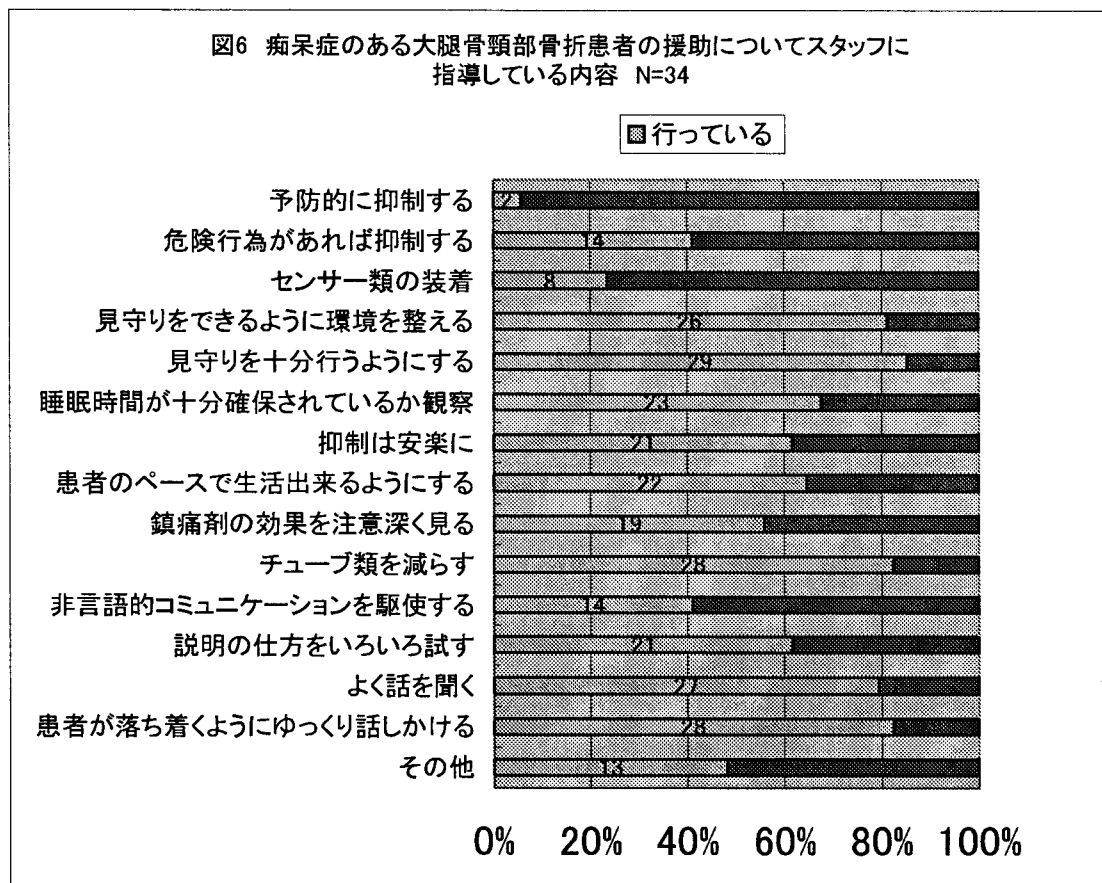
(2)痴呆症のある大腿骨頸部骨折患者が入院したときに実施している看護管理上の工夫

痴呆症のある大腿骨頸部骨折患者が入院したとき実施している看護管理上の工夫に関しては、家族への説明を十分に行う、家族の付き添いを依頼する、という家族へのリスクマ

ネジメントの意味合いが強い対応が行われていると考えられた。また unnecessary チューブ類の除去や個室での対応も実施している率が高く、痴呆性高齢者の特徴を考慮した看護管理の努力が伺われた。一方、痴呆性高齢者が入院してきたことで病棟あるいは病院全体の看護管理体制そのものを変更し、ピンポイントで人手を増やすようなシフト変更、応援依頼といった対応が実施されていることは少なかった。

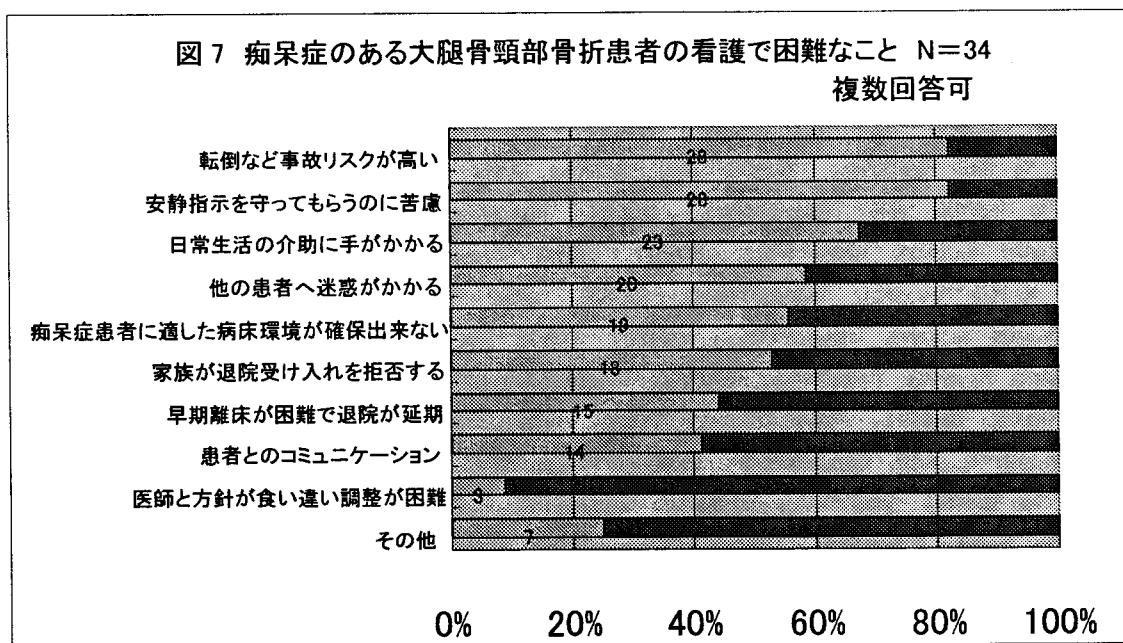


(3)看護管理者が痴呆性高齢者の援助についてスタッフに指導していること



看護管理者が痴呆性高齢者の援助についてスタッフに指導していることについて、コミュニケーション方法、安楽の工夫、危険防止の側面から尋ねた、実施率が80%以下の項目を見た。コミュニケーション方法では4項目中「説明のしかたをいろいろ試す」「非言語的コミュニケーション技術を駆使する」の2項目の実施率が80%以下であった。安楽の工夫では5項目中「鎮痛剤の効果を注意深く見る」「患者のペースで生活できるようにする」「やむを得ず抑制をするときには安楽を心がける」「睡眠時間が十分確保されているか観察し対応する」の4項目の実施率が80%以下であった。危険防止に関しては、5項目中「センサー類の整備をして見守りを行う」「危険行動あるときに身体抑制を行う」「必要がなくても予防的に行う」の3項目の実施率が80%以下であった。以上の内容は看護管理者がスタッフ看護師に指導している内容であり、実際の援助状況を示すものではないが、痴呆性高齢者に合わせたコミュニケーションや安楽の工夫に関しては、指導する看護管理者の知識と技術が不足している状態が推測される。また身体抑制に関する看護管理者の指導としての実施率は低いが、実際の援助のプロセスの中での身体拘束がどのように行われているかという実態を見ていく必要がある。センサー類の装着に関しては、コスト面から看護用品・用具の導入そのものが困難になっている状況が考えられる。

(4)大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者への看護上の困難



痴呆性高齢者の看護で困難なことを複数回答で尋ねた。転倒など事故リスクの高さ、安静指示を守ってもらうこと、といったリスクマネジメントの側面から困難に感じている割合が高かった。看護管理上の工夫でも安全の確保のための取り組みを行っており、スタッフにも見守りなどを十分に行うように指導をしていると回答しているものの、看護管理者は、痴呆性高齢者の実際の援助にまつわる困難があることを認識していた。

実際の看護援助が痴呆性高齢者の状況に対応したものかどうか、看護過程を丁寧に評価し、改善点を見いだす必要がある。

調査2：大腿骨頸部骨折患者およびその治療と看護に関する前向きコホート調査

1) 対象の概要

(1) 環境背景因子

① 患者特性

表4 患者概要 N=158

平均年齢(SD)	81.41 歳 (SD9.1)	
80 歳以上人数(%)	99 人	62.70%
女性人数(%)	124 人	78.50%
痴呆症あり人数(%)	60 人	38.00%
転倒の既往あり人数(%)	46 人	29.10%
骨折の既往あり人数(%)	38 人	24.10%
受傷前移動能力		
1.屋外歩行自立	65 人	41.40%
2.屋外杖歩行自立	42 人	26.80%
3.屋内杖歩行自立	31 人	19.70%
4.起立可能	14 人	8.90%
5.起立不能	5 人	3.20%
受傷前日常生活自立度		
1.交通機関を使用した外出	37 人	23.40%
2.隣近所への外出	51 人	32.3
3.介助による外出可能	25 人	15.8
4.日中も寝たり起きたり	15 人	9.5
5.食事排泄はベッドから離れる	10 人	8.3
6.車いす移乗介助	5 人	3.2
7.自力での寝返り可	2 人	1.3
8.自力での寝返り不可	0 人	0
9.不明	5 人	3.2
受傷前生活環境		
自宅	121 人	76.60%
(同居家族有)	81 人	
病院	13 人	8.20%
特別養護老人ホーム	9 人	5.70%
老人保健施設	9 人	5.70%
その他	6 人	3.80%
介護保険利用者人数(%)	47 人	29.70%
受傷原因		
転倒	131 人	82.90%
転落	9 人	5.70%
踏み外し	1 人	0.60%
交通事故	4 人	2.50%
不明	6 人	3.80%
未記入	7 人	3.90%

調査対象となった大腿骨頸部骨折患者 158 人の、平均年齢 81.41 歳であり、80 歳以上の人数が 99 人 (62.70%) と、後期高齢者が多数を占めていた (図 8)。78.50% が女性であり、大腿骨頸部骨折の受傷の特徴を反映している。

痴呆性高齢者 (以下痴呆群) は 60 人 (38.00%) であった。

これらの対象者のうち、転倒の既往のあるものが 46 人 (29.10%)、骨折の既往のあるものが 38 人 (24.10%) であった。

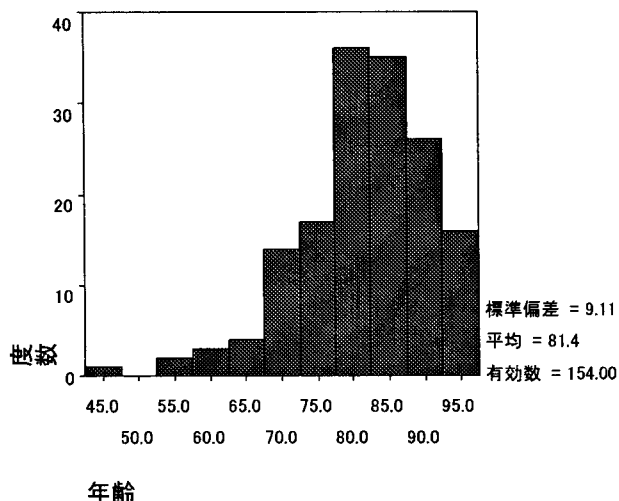
受傷前移動能力は、屋外歩行自立が可能なものが 65 人 (41.40%)、屋外杖歩行自立が 42 人 (26.80%) であり、過半数の高齢者は屋外歩行が可能な状態であった。日常生活自立度からも、過半数が外出が可能な状態であった。

受傷前の生活環境は、自宅での生活が 121 人 (76.60%) であり、そのうち、81 人が家族と同居していた。病院からの入院が 13 人、特別養護老人ホーム、老人保健施設からの入院がそれぞれ 9 人であった。その他には、グループホームなどが含まれていた。

介護保険は 47 人 (29.70%) が適用を受けていた。

受傷原因は、転倒が 131 人 (82.90%) であった。そのほかに転落が 9 人、踏み外しが 1 人、交通事故が 4 人、であった。受傷原因不明も 6 人存在した。

図 8 対象者の年齢分布



受傷から入院までの日数平均は、1.02日(SD2.5)だった。入院から手術までの日数平均は5.4日(SD4.57)、受傷から手術までの日数平均は6.3日(SD4.87)であった。

受傷から平均1週間以内に手術が実施されている。またほぼ半数が入院後4日以内の手術であり、3日目の手術が最も多かった。高齢者の大腿骨頸部骨折の手術は準緊急手術として実施されていると考えられた。

(2) 病院関連の因子 表 5

① 治療プロセス

表 5-1 骨折の状態と治療方法

骨折側	左側 88人(55.7%)	
骨折型		
外側	88人(55.7%)	(安定型 57人 不安定型 31人)
内側	68人(43.0%)	(I 10人 II 14人 III 11人 IV 31人)
治療法		
手術あり	143人(90.5%)	
人工骨頭	34人(21.5%)	セメントなし 26人
内固定	109人(69.0%)	
手術なし	15人(9.5%)	
牽引あり	11人(介達牽引 9人)	

表 5-2 手術をしない理由

全身状態が不良のため	8件
痴呆症があるため	2件
骨折部の病態	2件
受傷前の歩行状態が悪い	2件
家族の希望	
転院を希望したため	

骨折側は左側が88人(55.7%)であった。骨折型は、外側骨折が88人(安定型57人、不安定型31人)、内側骨折が68人(I型10人、II型14人、III型11人、IV型31人)であった。

治療法については、143人(90.5%)が手術を実施された。うち109人が内固定(術式確認)であり、34人が人工骨頭置換(うち26人がセメントなし)であった。手術なしの15人のうち11人が牽引療法を実施され、うち9人には介達牽引が行われた。

手術をしなかった理由については、全身状態が不良であるため、が8件、骨折部の病態が2件と10件は身体の状態が手術に適応しないという理由であった。受傷前の歩行状態が悪いため2件、痴呆症があるため2件あった。

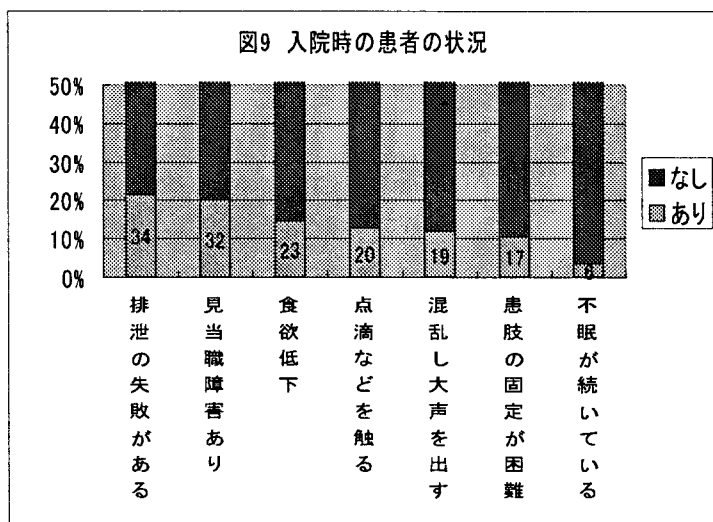
表 5-3 治療目標設定状況

退院時治療目標	人数	%
1.屋外歩行自立	13人	8.2
2.屋外杖歩行自立	41人	25.9
3.屋内杖歩行自立	50人	31.8
4.起立可能	36人	22.8
5.起立不能	17人	10.8
長期的治療目標	人数	%
1.屋外歩行自立	27人	17.1
2.屋外杖歩行自立	61人	38.6
3.屋内杖歩行自立	34人	21.5
4.起立可能	23人	14.6
5.起立不能	10人	6.3

退院時治療目標で、最も多かったのは、屋内杖歩行自立が50人(31.8%)と最も多く、屋外歩行自立とされていたのは13人(8.2%)、屋外杖歩行が41人(25.9%)、起立可能が36人(22.8%)、起立不能が17人(10.8%)であった。

長期的治療目標の設定状況は、屋外歩行自立が27人(17.1%)、屋外杖歩行自立が61人(38.6%)と退院時の治療目標よりも増加し、屋内杖歩行自立、起立可能、起立不能はそれぞれ減少していた。

②看護プロセス



看護プロセスの中で入院時のアセスメント状況は、排泄の失敗がある、が34人、見当識障害がある、が32人、食欲低下がある、が23人、点滴などをさわる、が20人、混乱し大声を出す、が19人、患肢の固定が困難、が17人、不眠が続いている、が6人であった。

入院時の鎮痛対策としては、術前の鎮痛剤の予定処方があったものは、62人(39.2%)、術後の鎮痛剤予定処方があったものは、74人(46.8%)であった。鎮痛効果については、111人(70.3%)には鎮痛効果があったとされていた。入院時の状況として、すでに排泄の失敗や見当識障害、食欲低下などを有している高齢者が10%–20%存在し、その必要性が高い状態であったことがわかる。

表 6 身体拘束の状況

	人	%
拘束を行わない	99	62.7
拘束を行った	55	34.8
拘束方法: 4点柵	50	31.8
拘束方法: 体幹抑制	4	2.5
拘束方法: 上肢抑制	10	6.3
拘束方法: 手指抑制	7	4.4
拘束方法: 車いすベルト	13	8.2

身体拘束実施状況は、55人(34.8%)が何らかの拘束を実施されていた。もっとも多い拘束方法は4点柵であったが、ついで車いすベルト、上肢抑制、手指抑制の順であった。また2種類以上の拘束方法を実施されていたひと22人いた。

退院時生活環境，退院時日常生活自立度，退院時介護保険適用状況

表 7 退院時の患者概要

退院時日常生活自立度	人	%
1.交通機関を使用した外出	8	5.1
2.隣近所への外出	16	10.1
3.介助による外出可能	36	22.8
4.日中も寝たり起きたり	12	7.6
5.食事排泄はベッドから離れる	30	19
6.車いす移乗介助	35	22.2
7.自力での寝返り可	5	3.2
8.自力での寝返り不可	12	7.6
9.不明	1	0.6

退院先生活環境	人	%
自宅	87	55.8
(同居家族有)	54	34.2
病院	37	23.4
特別養護老人ホーム	6	3.8
老人保健施設	14	8.9
その他	12	7.6

退院時介護保険利用者	人	%
申請中	33	20.9
あり	42	26.6

退院時の日常生活自立度は、3.介助による外出可能が36人(22.8%)であり、ついで6.車いす移乗介助が35人(22.2%)であった。1.交通機関を使用した外出する、状態での退院は8人(5.1%)のみであった。

退院先生活環境は、自宅に退院した高齢者が87人(55.8%)であり、入院時の121人(76.6%)と34人減少していた。また他の病院へ転院となった人は37人(23.4%)と増加しており、老人保健施設に入所した人も増加していた。対象病院のほとんどが急性期病院であったことが影響していると思われる。

退院時の介護保険利用者は、申請中が33人と大幅に増加しており、骨折を契機に要介護申請していることがわかる。

(3)患者に焦点を合わせた退院時のアウトカム指標

表 8 退院時移動能力(N=158、システム欠損値 2)

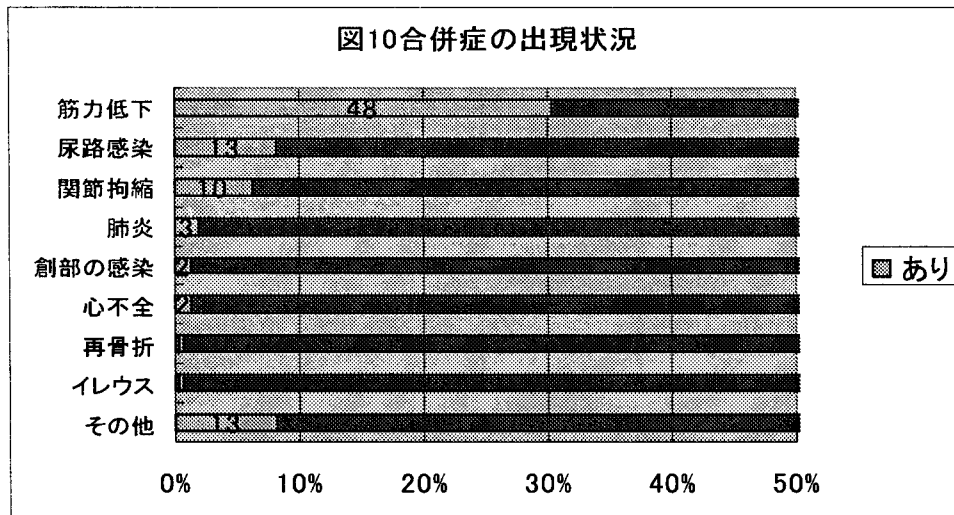
	人	%
1.屋外歩行自立	9	5.7
2.屋外杖歩行自立	24	15.2
3.屋内杖歩行自立	50	31.6
4.起立可能	45	28.5
5.起立不能	28	17.7

退院時の移動能力は、屋内杖歩行自立が50人(31.6%)と最も多く、ついで起立可能が45人(28.5%)であった。屋外歩行自立の状態での退院は9人(5.7%)であった。

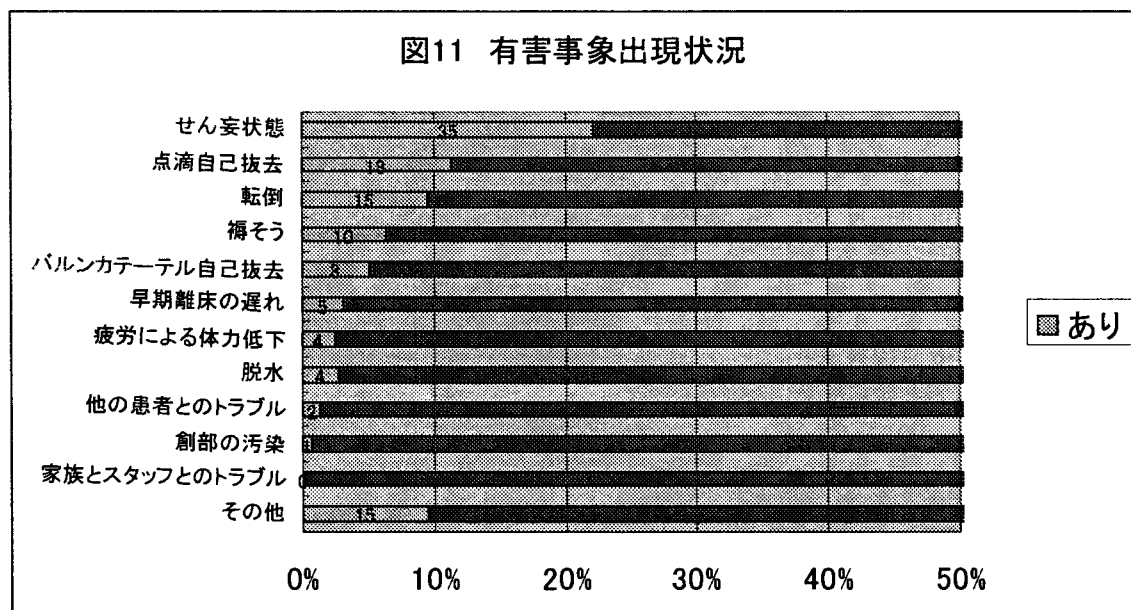
退院予定期間の達成状況は、73人(46.2%)が予定通りであったが、57人(38.1%)が予定より遅延した。また16人(10.1%)が予定より早期の退院となっていた。

表 9 退院予定期間の達成状況(N=158、システム欠損値 12)

	人	%
入院時予定通り	73	46.2
予定より遅延	57	38.1
予定より早期	16	10.1



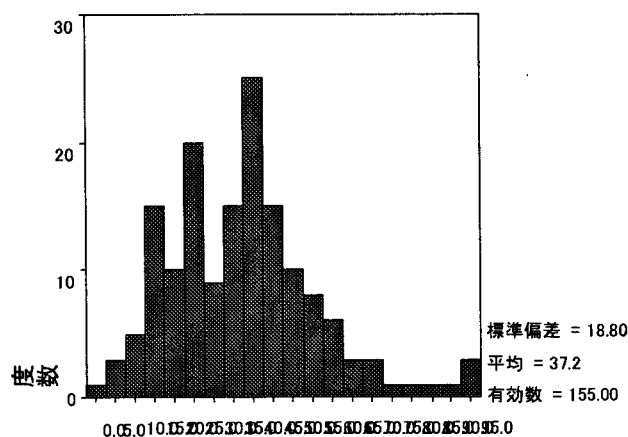
合併症の出現率は、筋力低下が 48 人 (30.4%)、尿路感染が 13 人 (8.2%)、関節拘縮が 10 人 (6.3%)、肺炎が 3 人、心不全および創部の感染が 2 人、再骨折、イレウスがそれぞれ 1 人であった。その他には脳卒中、股関節の脱臼、肺塞栓、肝不全などが含まれていた。



有害事象の出現状況を見ると、せん妄状態が 35 人 (22.2%)、点滴自己抜去が 18 人 (11.4%)、転倒が 15 人 (9.5%)、褥創が 10 人 (6.3%)、バルンカテーテルの自己抜去は 8 人、早期離床の遅れが 5 人、疲労による体力低下、および脱水がそれぞれ 4 人であった。せん妄の出現率および褥創の発生率は若干高いが、もともと高齢者であり、これらの有害事象のリスク状態にある対象者であることが影響していると考えられた。

入院日数の平均をみると、最小値が 2 日、最大値が 97 日であり、平均は 37.2 日 (SD18.8) であった。最頻値は 39 日であった。入院日数のヒストグラムを図 12 に示した。

図 12 入院日数の分布



(4) 痴呆症の状況

① 入院前の痴呆症の状況

表 10-1 入院前の痴呆症の状況

	人	%
痴呆なし	92	58.2
痴呆の状況は不明	19	12
痴呆あり	43	27.2
自立	10	
見守りがあれば自立	17	
介護を要する	7	
常に目を離せない	3	
程度は不明	4	

入院前に痴呆の状況が不明だったのは 19 人 (12.0%) 出会った。入院前から痴呆があった 43 人のうち、生活への影響としては、自立、見守りがあれば自立、が併せて 27 人であった。

② 入院時の痴呆症の有無に関する、医師と看護師の判断の一致

表 10-2 入院時医師と看護師の痴呆の判断のずれ

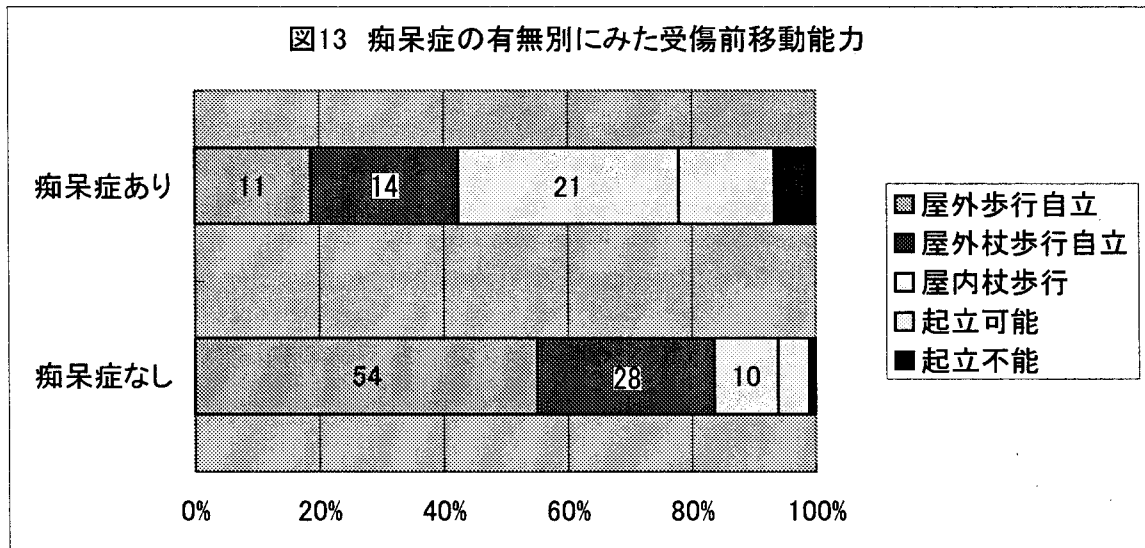
	人	%
医師が痴呆症なし、看護師は痴呆症あり	6	3.8
医師と看護師の判断が一致	138	87.3
医師が痴呆症あり、看護師は痴呆症なし	9	5.7

入院時の痴呆症の有無に関して医師と看護師の判断がどの程度一致していたかをみた。138 人 (87.3%) の対象者では、医師と看護師の判断が一致していた。医師が痴呆なしと診断し、看護師が痴呆症ありと判断したのは 6 人であり、医師が痴呆症あり、看護師が痴呆症なしと判断したものは 9 人であった。

2) 痴呆症の有無との環境背景因子との関連

痴呆の有無別に環境背景因子との関連を見た。

(1) 痴呆症の有無別に見た患者特性

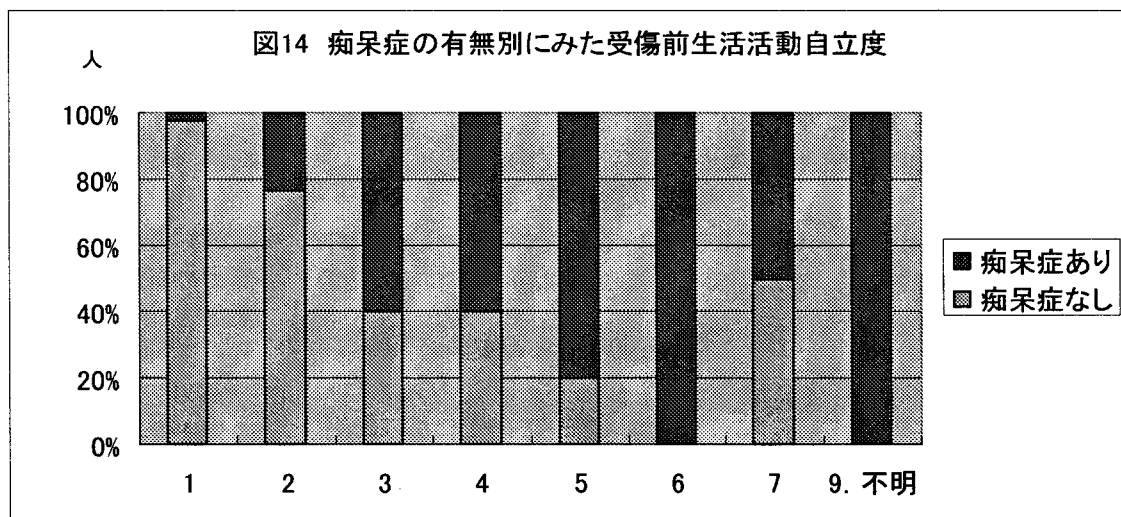


患者特性のうち、受傷前移動能力を痴呆症の有無別に比較すると、図13のように、痴呆群では屋外歩行、屋外杖歩行が可能な人の割合が少なかった。移動能力を屋外歩行か屋内歩行かという2群に分けてみると、痴呆群は有意に屋外歩行可能な割合が低かった。痴呆群は受傷前の移動能力がもともと低いと考えられた。

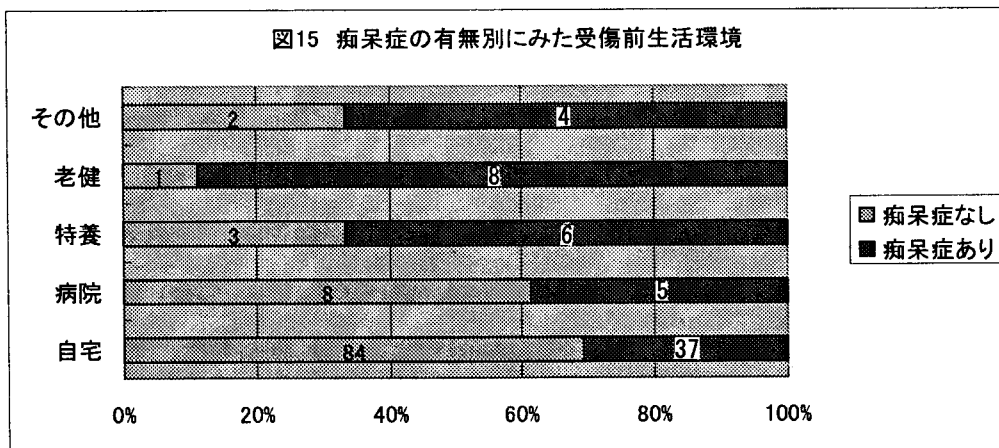
表10 痴呆症の有無別に見た受傷前行動範囲 (N=157)

	屋外	屋内	合計
痴呆症なし 人(%)	82(83.7)	16(16.3)	98(100)
痴呆症あり 人(%)	25(42.4)	34(57.6)	59(100)

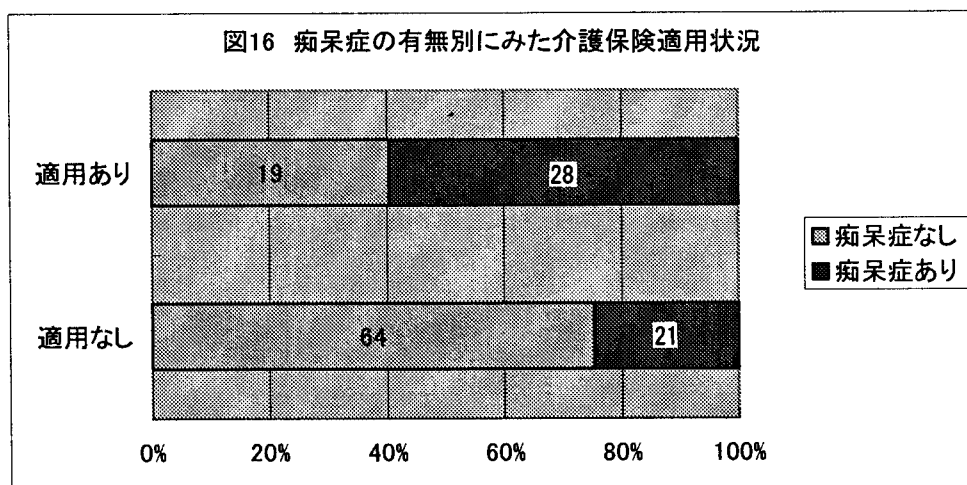
p<0.001



生活活動自立度も痴呆群の方が低くなっていた。



入院前の生活環境では全体的には自宅が多かったが、特養、老健、その他（グループホームなど）の介護保険施設入所者の割合は痴呆群が多かった。



介護保険適用状況は、適用ありで、痴呆群が多かった。

大腿骨頸部骨折を受傷した患者において、痴呆群は受傷前から移動能力が低く、生活活動の自立度も低く、介護保険を適用されている人が多い。

(2) 痴呆症の有無別にみた受傷経緯

表 11-1 痴呆症の有無別にみた受傷前の転倒の既往

	転倒歴なし	転倒歴あり	合計
痴呆症なし 人(%)	65(73.9)	23(26.1)	88(100)
痴呆症あり 人(%)	30(56.6)	23(43.4)	53(100)

p<0.05

表 11-2 痴呆症の有無別にみた受傷前の骨折の既往

	骨折歴なし	骨折歴あり	合計
痴呆症なし 人(%)	78(80.4)	19(19.6)	97(100)
痴呆症あり 人(%)	37(66.1)	19(33.9)	56(100)

p<0.05

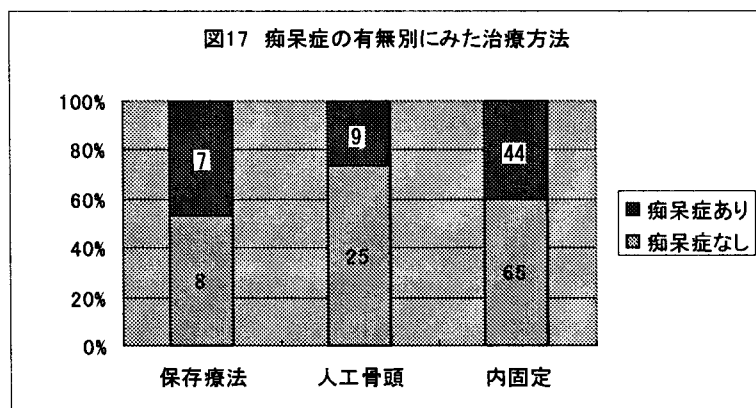
転倒・骨折の既往は痴呆群に有意に多かった。受傷前の移動能力の低さと影響しあっていると考えられた。受傷原因や受傷から入院までの期間、受傷から手術までの期間については差がなかった。

3) 痴呆症の有無と治療プロセスとの関連

(1) 痴呆の有無別に見た骨折型と治療方法

表 12-1 痴呆症の有無別に見た骨折型

	内側骨折	外側骨折	合計
痴呆症なし 人(%)	47(48.0)	51(52.0)	98(100)
痴呆症あり 人(%)	21(36.2)	37(63.8)	58(100)



(2) 痴呆の有無別に見た治療目標の設定状況 図 18

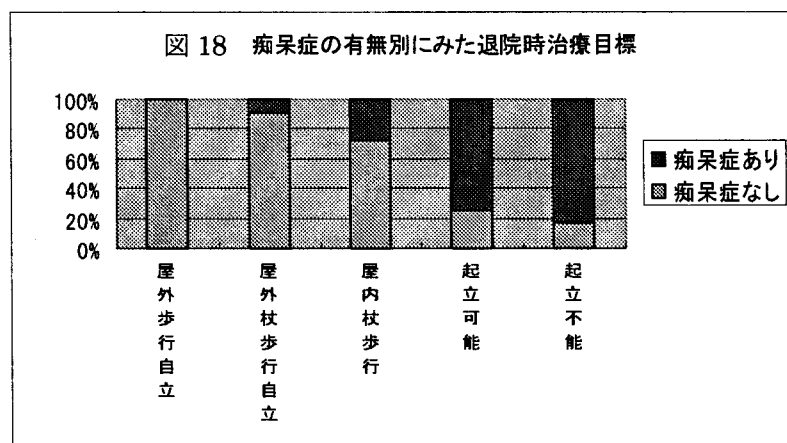


表 12-2 痴呆症の有無別に見た退院時治療目標

	歩行可能	歩行不能	合計
痴呆症なし 人(%)	86(87.8)	12(12.2)	98(100)
痴呆症あり 人(%)	18(30.5)	41(69.5)	57(100)

p<0.001

表 12-3 痴呆症の有無別に見た退院時治療目標設定レベル (受傷前歩行可能群)

	回復	ランク低下	合計
痴呆症なし 人(%)	35(38.0)	57(62.0)	92(100)
痴呆症あり 人(%)	6(13.3)	39(86.7)	45(100)

p<0.005

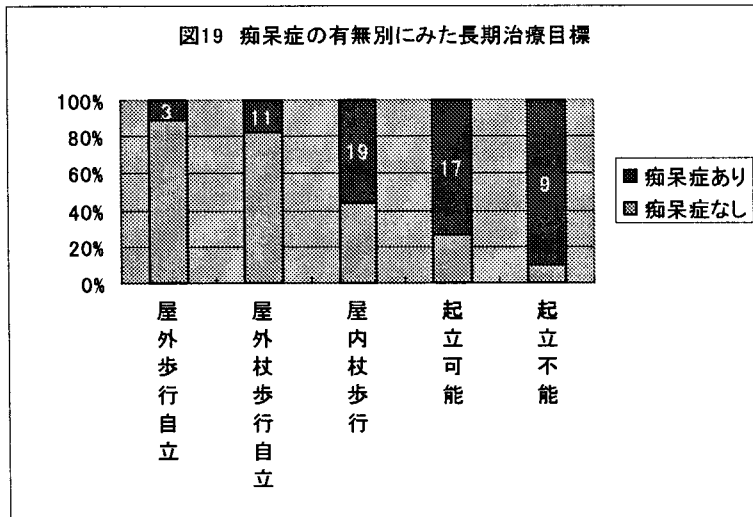
骨折型、および治療方法では、痴呆の有無による有意な差はなかった。

外側骨折は有意に80歳以上の人に多かったが、痴呆の有無で見ると有意差はなかった。

人工骨頭実施群において若干痴呆群が少なかった。

退院時の治療目標の設定状況を図 18 に示した。痴呆群では、屋外歩行自立という退院自治領目標を設定されているものは一人もいなかった。

退院時の治療目標のうち、屋外歩行自立、屋外杖歩行自立、屋内杖歩行可までを歩行可能群、起立可能、起立不能を歩行不能群として、痴呆症の有無別にみると、痴呆群では、歩行不能群が有意に多かった。退院時治療目標の設定状況を受傷前移動能力と同じあるいはそれ以上に設定しているものを回復群、それ以下に設定しているものをランク低下群として痴呆の有無別にみると、痴呆群においてランク低下群が有意に多かった。



長期目標の設定についても退院時治療目標と同様の傾向が見られた。とくに長期的にも起立可能、起立不能という治療目標の設定がなされている人たちに、痴呆群の割合が多かった。

痴呆群において、治療目標を低く設定している傾向があると考えられた。

(3) 医師が認識していた痴呆症があることによる治療実施プロセスへの影響

① 治療方針を選択するときの配慮の有無とその内容

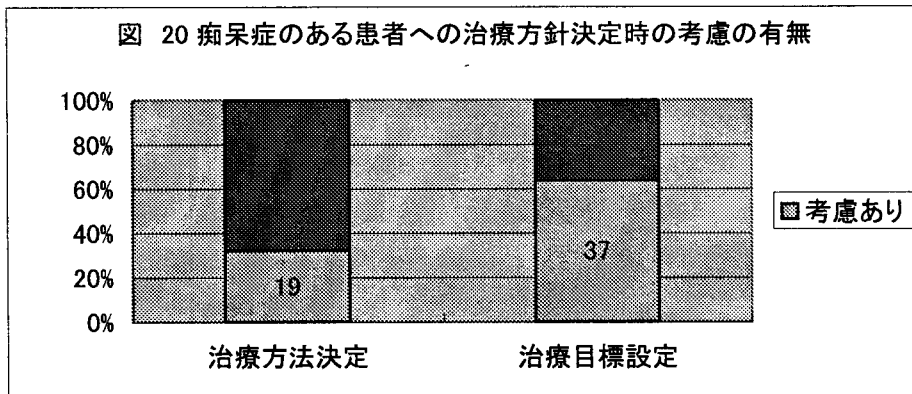


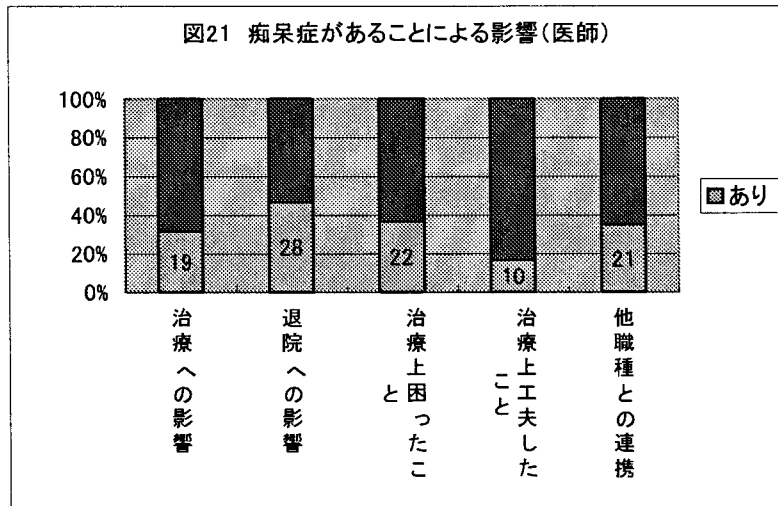
表 13-1 治療方法配慮内容

痴呆あり、歩行能力が低いいため術式を考慮した。2件
 早期に強固な固定をするため。
 早期離床を目指して手術を実施
 早期に歩行可能になることを目指したため。
 不穩のため牽引持続が困難であり、早期手術を行った。
 歩行の回復ではなく除痛の目的で手術を行った。
 痴呆が軽度であり、術後リハが可能であろうと思われ内
 固定術を実施した。
 立位がかるうじてできる状況であるため(手術をしない)
 リハビリが困難、免荷が守れないため手術をしない。

表 13-2 退院時治療目標配慮内容

ゴール設定を低くした 12件
 早期の退院を目指した 4件
 家族介護量の減少 2件
 自宅退院の可能性を探った
 監視の強化
 痴呆悪化予防のためリハの開始を早めた
 リハの進めかた

医師の認識として、治療方針の決定よりも、治療目標の設定の際に痴呆症の有無を考慮しているという回答が多かった。治療方法決定の際の配慮内容としては、術前の移動能力と、痴呆の有無によって手術の適否を決定したという内容であった。また退院時治療目標を設定する際の考慮の内容は、12件が「ゴール設定を低くした」であり、4件が「早期の退院を目指した」であった。実際のゴール設定の状況と同様の結果であった。



退院時の評価として痴呆症があることによる影響を5項目に分けて医師に聞いた。退院への影響があったと回答したのは28人、治療上困ったことがあったと回答したのは22人であった。また他職種との連携をとったと回答したのは21人であった。一方治療上工夫したと回答したのは10人であった。

表 14-1 痴呆症があることによる治療への影響 件数

リハビリが困難だった。	4
術式の選択に影響した	3
再骨折、脱臼などの事故をおこした。	3
術後の安全が守られない可能性が高いため手術をしなかった。	3
リハビリテーションが遅れた。	2
術前の牽引が不可だった。	1
リハビリを省略した。	1

表 14-2 痴呆症があることが退院に与えた影響 件数

ゴール設定を低くし早期退院となった	7
転院先の確保が困難	4
リハ期間の短縮	3
自宅退院ができなかった	3
早期にもとの施設に戻った	2
リハの遅延	1
入院の長期化	1
訓練の必要がなく歩行ができた	1
家族の受け入れが難しかった	1

表 14-3 痴呆症があることで治療上困った事 件数

リハビリテーションが進まない	9
周辺症状への対応	6
治療上の安静を守ることができない	4
二次的合併症の発生	1
転院先の確保が困難	1
治療に対する家族の理解が得られない	1
自宅退院ができない	1

痴呆があることによる治療への影響としては、リハが困難だった、が4件、術式の選択に影響した、事故を起こした、術後の安全が守られない可能性が高いため手術をしなかった、がそれぞれ3件であった。リハが遅れたという回答が2件あった。

退院に与えた影響としては、ゴール設定を低くし早期退院となった、が7件、転院先の確保が困難だった、が4件、リハ期間の短縮、自宅退院ができなかった、がそれぞれ3件であった。

痴呆症があることで治療上困ったことは、リハが進まない、が9件、周辺症状への対応が6件、治療上の安静を守ることができない、が4件あった。

医師は、痴呆症があることによって、治療方針、すなわち手術の適否よりも退院に影響があると考えており、その理由として、リハビリテーションが円滑に進行しないことがあると考えられた。そのため、リハビリテーションの期間を十分にとる、というよりもゴール設定を下げるという選択を行っていると考えられた。

創部の安静を保つ	1
創部の保護を行った	1
歩行訓練の開始時期を遅らせた	1
早期に歩行訓練を開始した	1
早期に手術を行った	1
早期手術・離床を心がけた	1
寝具を布団に変えた	1
再手術後に鎮静剤を投与した	1
グローブ型手袋を使用した	1
家族と医師との面談を多くした	1

訓練の進行と歩行能力について(PT)	11
転倒, 危険防止(Ns)	8
退院先の確保について(MSW,Ns)	6
刺激を多くし行動範囲を拡大	3
介護度のアップ(MSW)	1
身体拘束の実施について	1
リハ意欲の向上について	1
ゴール設定について	1

治療上工夫したことに関しては、創部の安静や保護、歩行訓練の開始時期について、手術実施時期についてなどの治療の時期を考慮する、事故防止対策、などがそれぞれ1件ずつあがっていた。

他職種との連絡内容について、最も多かったのは、理学療法士と訓練の進行と歩行能力について連絡をとるという内容で11件あった。また看護師と転倒、危険防止について連絡を取るが8件、退院先の確保についてMSWあるいは看護師と連絡を取る、が6件であった。職種が明記されてはいなかったが、刺激を多くして行動範囲を拡大するという内容で連絡を取ったという記述が3件あった。

医師の治療のプロセスをみると、痴呆症があっても手術は行うが、その後の治療目標の設定つまり移動能力の回復目標—については、痴呆症があることが大きく影響していた。大腿骨頸部骨折後のリハビリテーションは、患肢への負荷、立位、歩行のための下肢の筋力トレーニング、杖などの装具を使用した歩行の獲得などが含まれる。痴呆群はもともと移動能力が低いため、歩行のための筋力が低下していること、リハのプロセスで必要な杖歩行動作など、訓練に必要な動作獲得が、記憶障害のために困難であることが影響し、医師の判断としてゴール設定を下げるという決定となっていると考えられた、また加えて、昨今の急性期病院における平均在院日数の短縮化を医師が強く意識していると考えられること、痴呆性高齢者が病院に入院していることで痴呆症が悪化することを防止したいと意識していると考えられることの両面から、医師は在院日数を長期化させないために、ゴール設定を低くして入院期間を長期化させないようにしていると考えられた。

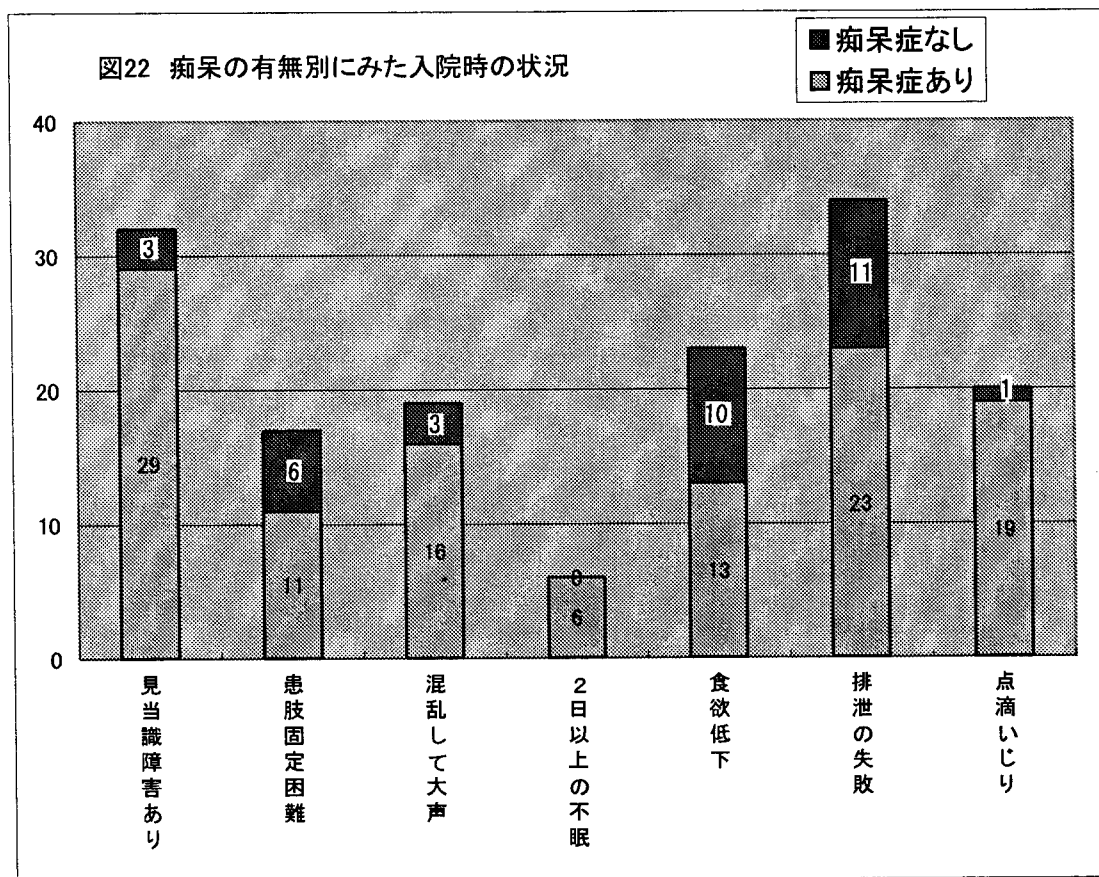
入院期間を長期化させないために、医師は他職種との連携を意識して行っていると考えられた。すなわち、理学療法士と訓練の進行状況のモニタリングを行いつつ、看護師と病棟内での事故防止対策を話し合い、MSWなどと退院に向けた受け入れ先の調整を行おうとしていることが伺われる。反面、治療上の工夫に関しては、これといった効果的な対応策を見だし得ていないと思われる。大腿骨頸部骨折の治療の際に痴呆症があるということで、入院期間を長く設定しても、コスト加算はできない状況であるため、結果的に医師はランクを下げた治療目標を設定し、入院期間の調整を行っていると考えられた。

痴呆性高齢者への大腿骨頸部骨折の治療目標設定および治療上有効な手だてに関して、今後検討を加え、ガイドラインを作成するとともに、医療保険体制の側面からも急性期病院に対して対策が必要であると考えられた。

4) 痴呆症の有無と看護プロセスとの関連

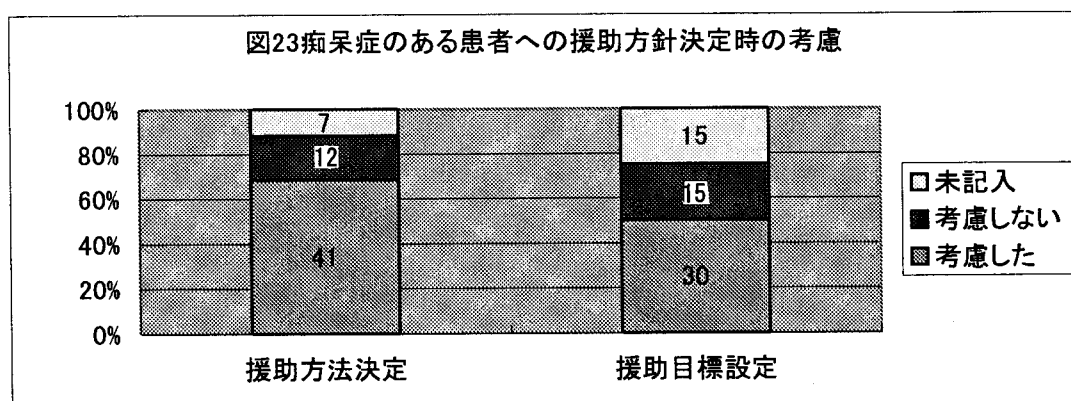
(1)入院時の状況のアセスメントと看護目標

①痴呆の有無別に見た入院時の状況



入院時の状況を見ると、疼痛の訴えに関しては痴呆の有無による差はないが、見当識障害、患肢固定が困難、混乱して大声を出す、不眠、点滴いじりなどの精神運動症状がすでに入院時から痴呆群に多く出現していた。また排泄の失敗も痴呆群に有意に多くあり、食欲低下も有意に痴呆群に多かった (χ^2 検定 $p < 0.001$)。痴呆群は入院時から混乱していると同時に日常生活に関しても援助が必要な状況となっていた。

②痴呆の有無別に見た入院時および周手術期の看護目標の設定状況



援助方針を考慮したと回答したのは痴呆群（60人）のうち、41人の患者についてであった。また援助目標について考慮したのは、30人であった。医師は治療方針の決定の際に考慮したと回答した人よりも、治療目標の設定の際に考慮したと回答した人が多かったことと比較すると、看護師の援助方法、援助目標の決定状況は医師のそれとは逆であった。

援助方法の配慮で最も多かった配慮内容は、危険防止、事故防止であり、痴呆性高齢者への援助はリスクマネジメントの側面から考えられていることが推測された。

一方看護目標は、安全に治療が終了する、予定通りリハが終了するなどの回答が多く、痴呆症があることよっての違いはみられなかった。医師の治療目標によって看護目標が規定されるという急性期病院における看護活動の性質から、痴呆症があることで治療目標が左右された結果、看護目標が設定されるというプロセスとなっており、看護として独自の看護目標の設定には至っていないことが多いと推察された。

③看護師が認識していた痴呆症があることによる看護過程への影響

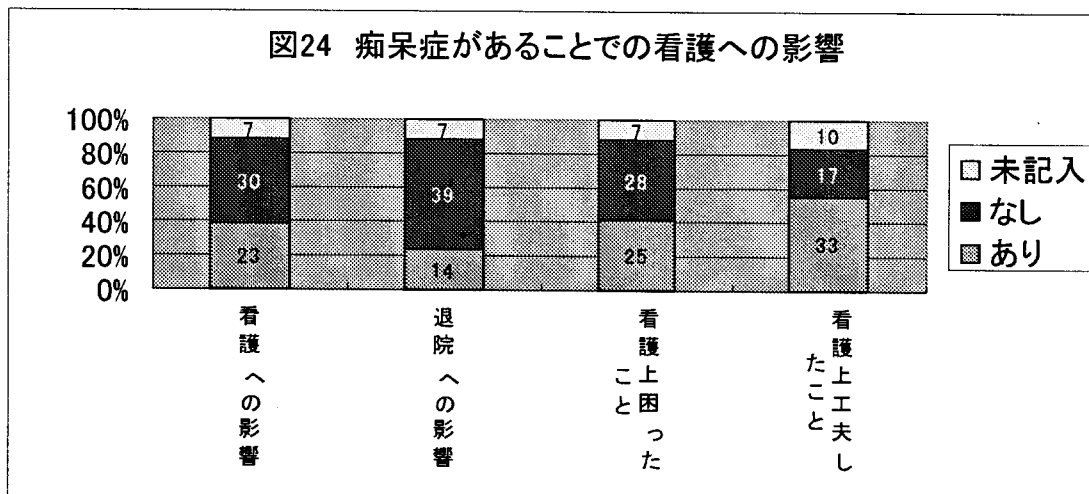


表 15-1 痴呆症があることで看護援助に与えた影響

影響	件数
常時観察が必要だった	6
意思の疎通が図れなかった	5
看護行為を受けいれもらえなかった	4
術後管理が困難だった	4
手がかかった	3

退院時の評価では、看護上工夫したことがあった、と回答したのは、痴呆群 60人のうち、33人であり、半数以上の看護師は看護過程を展開する上での工夫を行っていると考えていた。一方、退院への影響があった、と回答していたのは 14人であった。医師によって設定された入院期間でみると、痴呆の有無別に予定入院期間達成状況に差はなく、入院期間の設定に関わる医師と、その設定された期間をめぐりに看護過程を展開する看護師では退院への影響の認識に差が出るのかもしれない。

表 15-2 痴呆症があることで看護上困った事

困った事	件数
説明しても理解や協力を得られない	10
夜間の大声があったこと(同室者からのクレーム含む)	5
症状や訴えをとらえにくかった	4
危険行動を予防しづらい	4
術後の管理において危険な行動があったこと	3
意思の疎通が図りづらい	2
便こねなど不潔な行為があったこと	2
食事や内服薬の拒否	2
転倒の危険があった	1
生活リズムが整えられない	1
介護者が介護技術を覚えるのに時間がかかった	1

表 15-3 痴呆症があることに対して看護上工夫したこと 件数

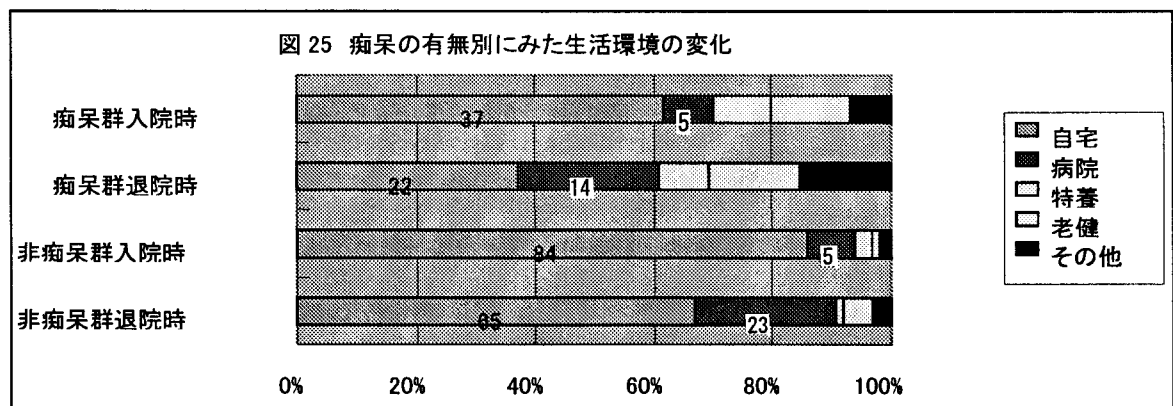
看護上工夫したこと	件数
看護師がかかわる機会を多く作った	12
ナースステーションの近い部屋にした	7
転倒予防対策をした	6
看護師の目の届くところにもらった	4
身体拘束を実施した	4
繰り返し説明した	4
気分転換を図った	3
よく話を聞いた	2
周辺症状を観察した	2
家族にそばにいてもらい安心感を得られるようにした	2
介護方法を家族に指導した	2
家族の付き添いを依頼した	2
表情の観察を行った	1
他の患者へ配慮した	1
寝たきりにさせないようにした	1
目を合わせて話しかけた	1
ナースステーションにもらった	1
症状に対して処置をした	1

痴呆があることで看護に与えた影響としては、常時観察が必要だった、が6件であった。また意思疎通がはかれなかった5件、看護援助を受け入れてもらえなかった4件、とコミュニケーション上の困難を述べたものが目立った。

看護上困ったことの内容としても、説明しても理解や協力が得られない、が10件だった。ついで夜間の大声があったことが5件、症状や訴えをとらえにくかった、が4件、危険行動を予防しづらい、が4件などでコミュニケーション上の困難に関連するものが多かった。

看護上工夫したことについて、最も多かったのは、看護師が関わる機会を多く作った、ナースステーションに近い部屋にした、など見守りに関するものであった。転倒予防対策をしたが6件あり、そのほかに繰り返し説明した、よく話を聞いた、周辺症状を観察した、などコミュニケーション上の工夫と観察に関することが多くあがっていた。

看護師は痴呆性高齢者とのコミュニケーションに困難を感じ、それを解決しようと様々な試みを行っていることがわかる。看護を実施する過程の中でできる限りの援助を提供しようとしているが、援助そのものを受け入れてもらえないことや他の患者への影響について効果的な対応策を持ち得ていないため、痴呆性高齢者への看護援助実施過程が困難となっていることが推測される。



入院時と退院時での生活環境の変化については、痴呆の有無にかかわらず、自宅に退院する人は減少していたが、痴呆群は有意に自宅に退院する人の割合が少なかった ($\chi^2 p < 0.01$)。

(2)疼痛緩和方針と疼痛管理の評価

①痴呆の有無別に見た疼痛評価

②痴呆の有無別に見た疼痛緩和方針と効果

表 16-1 痴呆の有無別に見た術前鎮痛薬の処方状況

	あり	なし	合計
痴呆症なし 人(%)	46(59.0)	32(41.0)	78(100)
痴呆症あり 人(%)	16(38.1)	26(61.9)	42(100)

p<0.05

表 16-2 痴呆の有無別に見た術後鎮痛薬の処方状況

	あり	なし	合計
痴呆症なし 人(%)	53(74.6)	18(25.4)	71(100)
痴呆症あり 人(%)	21(52.5)	19(47.5)	40(100)

p<0.05

表 16-3 痴呆症の有無別に見た鎮痛効果の評価

	あり	なし	合計
痴呆症なし 人(%)	79(84.9)	14(15.1)	93(100)
痴呆症あり 人(%)	34(68.0)	16(32.0)	50(100)

p<0.05

看護師が痴呆性高齢者とのコミュニケーションに困難を感じていたことから、痴呆群においては、疼痛の訴えを把握することが困難であると推測される。結果的に非痴呆群と比較すると、痴呆群において、疼痛の評価やそれに応じた対策がとりにくい状況となっていると考えられた。

(3)身体拘束実施状況

①痴呆の有無別に見た身体拘束実施状況

表 17-1 痴呆の有無別に見た身体拘束状況

	拘束あり	拘束なし	合計
痴呆症なし 人(%)	20(20.6)	77(79.4)	97(100)
痴呆症あり 人(%)	35(61.4)	22(38.6)	57(100)

p<0.01

②拘束時間と拘束方法、実施理由

表 17-2 身体拘束実施理由

	件数
転落防止	14
転倒防止	10
ルート類の自己抜去防止	8
安静が守れない	7
危険防止	3
周辺症状(便こねなど)の防止	2
外転枕をはずす	2
案全対策	2
痴呆がある	1
精神状態が不安定なため	1

痴呆群では医師の指示として術前、術後の鎮痛薬の処方が出されていないことが有意に多かった。

痴呆症を有する大腿骨頸部骨折患者への疼痛緩和対策が効果的に行われていない可能性があり、今後さらに詳しく実態を調査する必要があると考えられた。

また鎮痛効果の評価においても、痛みを訴えなかった、あるいは不明とした評価「なし」群は痴呆群に有意に多かった。

痴呆群では有意に身体拘束が実施されている率が高くなっていた。拘束方法についても、4点柵以外に上肢の抑制、手指の抑制、車いすベルトなどの直接的に身体を縛る方法が多くとられ、また拘束の種類も複数個実施されていた。拘束時間については入院中は常に身体拘束を行ったが9人、夜間は常に拘束を行った、が7人、日中は常に行った、術後3日間を行ったがそれぞれ2人、必要時行ったが8時間以内に解除した、が6人となっていた。

身体拘束実施理由として最も多かったのは、転落防止14人であり、ついで転倒防止が10人、ルート類の自己抜去防止が8人、安静が守れない7人であり、事故防止の目的で拘束が行われていた。

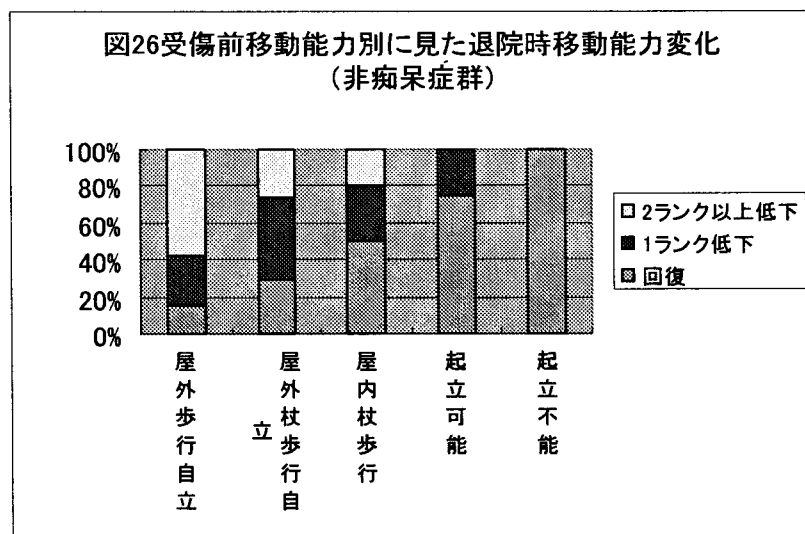
看護師は事故防止対策として見守りなどを増やす努力を行っているが、痴呆性高齢者とのコミュニケーションに困難を感じ、かつ、昨今の転倒防止を含むリスクマネジメントの強化によって、痴呆性高齢者の安全対策に対して今まで以上に神経を使わなければならない状態になっている。しかし管理体制そのものの変更などが行われていないため、現場ではジレンマを感じつつも身体拘束を実施し、その結果、痴呆性高齢者の周辺症状がより悪化することによってさらなる監視や拘束が必要となるという悪循環が生じている可能性が考えられた。

痴呆性高齢者とのコミュニケーション技術や観察技術、あるいは環境を痴呆性高齢者に心地よいものにするなどなどの基本的な援助技術が伴わないままにリスクマネジメント対策だけが強化されることは痴呆性高齢者にとっても現場の看護師にとってもよい効果は期待されない。医療を受ける痴呆性高齢者への援助技術および看護システムの開発が急務であると考えられる。

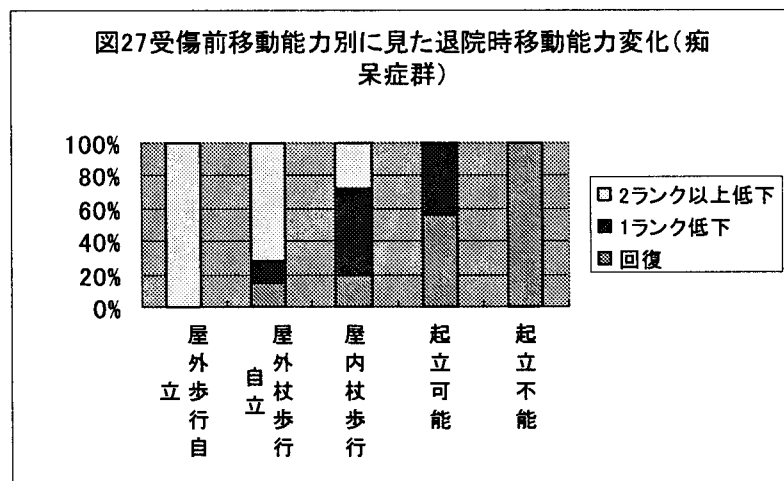
5) 治療成績および患者に焦点を合わせたアウトカムに影響した要因

(1)治療結果に影響した要因

①受傷前と退院時の移動能力の変化



受傷前の移動能力別に退院時の移動能力がどこまで回復したのかをみると、非痴呆群、痴呆群両方で、受傷前の移動能力が低いものほど、ランクが低下していた。とくに痴呆群では、受傷前移動能力が屋外歩行自立だったものが、退院時にそこまで回復した例は1例もなく、全体的にも退院時の移動能力は低下していた。



下げ幅が大きい、屋外歩行自立、屋外杖歩行自立、屋内杖歩行をあわせた「歩行可能群」に絞って、分析を進めた。

②治療目標の達成状況への影響要因

表 18 痴呆症の有無別に見た退院時治療目標設定レベル
(受傷前歩行可能群)

	回復	ランク低下	合計
痴呆症なし 人(%)	35(38.0)	57(62.0)	92(100)
痴呆症あり 人(%)	6(13.3)	39(86.7)	45(100)

p<0.005

表 19 痴呆症の有無別に見た退院時目標の達成状況
(受傷前歩行可能群)

	達成	ランク低下	合計
痴呆症なし 人(%)	57(62.6)	34(37.4)	91(100)
痴呆症あり 人(%)	32(71.1)	13(28.9)	45(100)

一方、退院時目標の達成状況は、痴呆症の有無別で有意差はなかった。つまり痴呆群では退院時移動能力は、同ランクの受傷前移動能力を有する非痴呆群と比較して有意に低い、もともと治療目標としてランクを下げた設定をされているために退院時治療目標としては達成されている、という結果となった。

(2)痴呆症の有無別に見た合併症と有害事象

①合併症の出現率 表 27

表 20 痴呆症の有無別に見た合併症発症状況
N=158

合併症種類	人数(%)	うち痴呆症のある人
肺炎	3(1.9)	3人
心不全	2(1.3)	2
尿路感染	13(8.2)	9
関節拘縮	10(6.3)	5
筋力低下	48(30.4)	19
イレウス	1(0.6)	1
創部の感染	2(1.3)	1
再骨折	1(0.6)	1
その他の合併症	13(8.2)	4

歩行可能群においても、痴呆群では、ランクを下げた退院時治療目標を設定されていることが有意に多く、退院時治療目標が受傷前の移動能力までの回復を目指して設定されているものは6人であった。また治療目標未記入が非痴呆群では6人だったが、痴呆群では15人であった。受傷前に歩行可能であった痴呆群は80%以上がランクを下げた治療目標を設定されていた。

痴呆症の有無別に合併症の出現率と有害事象の発生状況を見た。合併症では、肺炎、心不全イレウス、再骨折を起こしたものは全員痴呆群であった。また尿路感染については有意に痴呆群が多かった。

一方、関節拘縮や筋力低下では差がなかった。痴呆群ではもともと移動能力が低く、体力が低下していることが考えられることに加えて、症状の観察の難しさから早期発見早期対応が困難となっている可能性が考えられた。

②有害事象の発生率 表 28

表 21 痴呆症の有無別に見た有害事象発生状況

N=158

有害事象種類	人数(%)	うち痴呆症のある人
転倒	15(9.5)	9人
せん妄状態	35(22.2%)	24
褥そう	10(6.3)	4
点滴自己抜去	18(11.4%)	13
バルンカテ自己抜去	8(5.1)	8
他患者とのトラブル	2(1.3)	1
脱水	4(2.5)	4
創部汚染	1(0.6)	0
体力低下	4(2.5)	1
早期離床の遅れ	5(3.2)	2
その他	15(9.5)	7

有害事象の発生状況では、転倒については痴呆の有無での有意さはなかった。身体拘束を含む、監視見守りの強化が影響していると考えられた。

一方、せん妄状態については35人中24人が痴呆群であり、せん妄のハイリスク要因となっている。痴呆性高齢者が入院して治療を受ける際に、せん妄症状の早期対応、影響の拡大の防止を重点的に行っていく必要があると考えられた。

また点滴やバルンカテーテルなどのチューブ類の自己抜去についても痴呆群に有意に多い。注目すべきこととしては、脱水を起こした患者全員が痴呆群であったことである。痴呆群においては、もともとの身体状態が、脱水や合併症のところでふれた、肺炎、心不全など、身体内部のバランスの崩れが起きやすい状態であることに加えて、入院後の生活がストレスフルな状態となり、健康レベルを低下させていることが推測された。またこのような体調の悪化を不慣れな環境で看護者に十分伝えることができない痴呆性高齢者は、拒否的な言動の増強や周辺症状の悪化などで不調を表現しがちである。それに対して医療者がそのサインをキャッチすることが難しく、痴呆性高齢者の体調の悪化と混乱が助長されていることが考えられた。

(3)退院に影響した要因

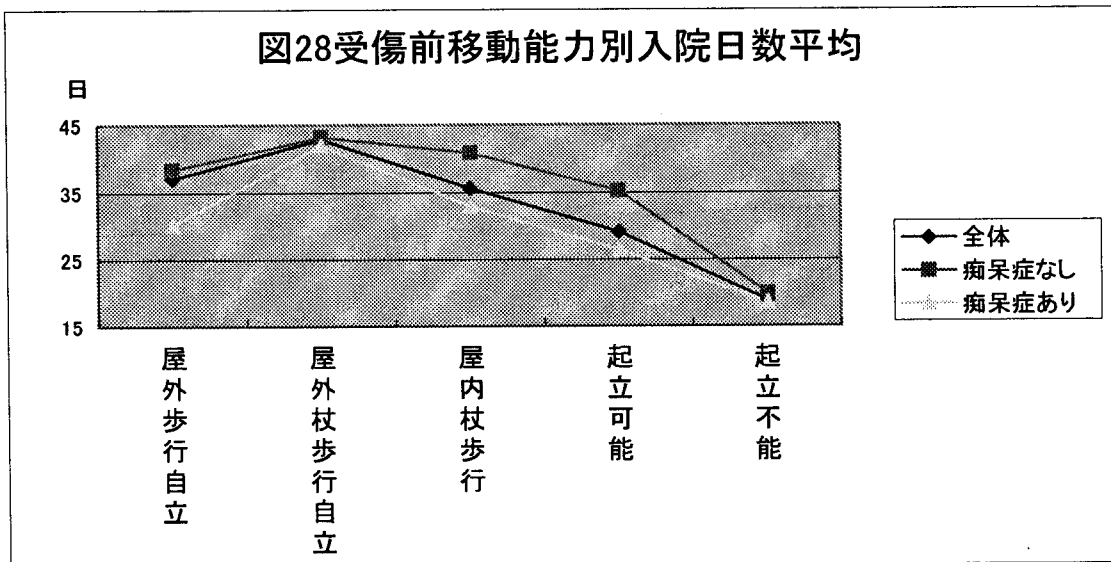
①痴呆の有無別に見た退院期日の遵守状況の評価 表 29

表 22 痴呆症の有無別に見た退院予定達成状況

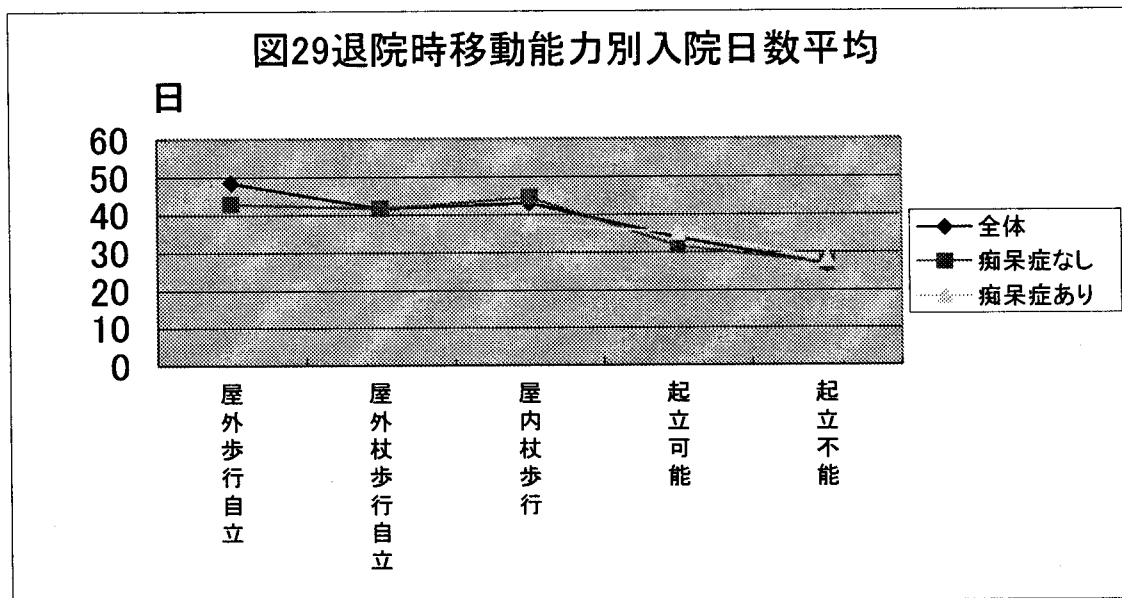
	予定通り	予定より遅延	予定より早期	合計
痴呆症なし 人(%)	45(49.5)	37(40.7)	9(9.9)	91(100)
痴呆症あり 人(%)	28(50.9)	20(36.4)	7(12.7)	55(100)

入院時の計画通りに退院がなされたかどうかについては、痴呆の有無で差がなかった。有意差はないが、予定より遅延は、非痴呆群がわずかに多く、予定より早期は、痴呆群の割合がわずかに多かった。

②平均在院日数への影響要因



受傷前移動能力別に入院日数平均をみると、全体的に痴呆群がわずかず日数が短く、また屋外杖歩行自立から、移動能力が低下するに従って入院日数が短縮されていた。



受傷前歩行可能群にしぼって、退院時移動能力別に入院日数平均をみると、退院時の移動能力が低下するに従って、入院日数平均が低下していた。すなわち、退院時の移動能力が高いものほど入院日数が確保されていることがわかった。

退院時の移動能力は、受傷前の移動能力と痴呆の有無によって説明できるため、結果的に、痴呆群においては入院日数が有意に短い傾向となっていた。実際、非痴呆群の平均在院日数は39.8日 (SD18.74)、痴呆群の平均在院日数は32.9日 (SD18.28) と有意に痴呆群が短かった (ANOVA p <0.05)。

3. まとめ

1) 大腿骨頸部骨折を起こした痴呆性高齢者の特徴

大腿骨頸部骨折患者において痴呆群は非痴呆群と比較して、受傷前の移動能力が有意に低く、生活活動自立度も低かった。また入院前の生活環境が自宅以外のものの割合、介護保険適用割合も有意に多かった。加えて、転倒既往および骨折既往のあるものの割合が有意に高かった。すなわち、痴呆群は非痴呆群と比較して身体運動機能が低下した状態で大腿骨頸部骨折を受傷することが多いことが示唆された。

2) 痴呆群における治療の実態と課題

治療選択においては痴呆群、非痴呆群での差はなかった。一方、合併症の発生状況は、心不全、肺炎を起こした人はすべて痴呆があったこと、尿路感染は有意に痴呆群に多く発生していたことなどから、痴呆群で合併症が生じやすい可能性があることが示唆された。

受傷前移動能力が歩行可能な群でみると、治療目標の設定では、痴呆群においてランクを低く設定されている人（すなわち受傷前の移動能力まで至らない段階での目標設定）の割合が有意に高かった。また結果的に退院時の移動能力には、受傷前の移動能力および、痴呆の有無が関連していた。すなわち、受傷前の移動能力が低く、痴呆がある人ほど退院時の移動能力が低くなっていた。

入院期間は退院時移動能力と有意な関係があり、退院時移動能力が高いほど入院期間が長くなる傾向があった。つまり、痴呆性高齢者は、受傷前の移動能力が低い傾向にあり、退院時の移動能力も低い。入院期間は退院時の移動能力と関連しており、退院時の移動能力が高い人ほど、入院期間が確保されているという結果だった。痴呆群は非痴呆群と比較すると有意に入院期間平均が短かった。自由記述や調査1の結果と総合して考えると、痴呆があることによりリハビリテーションが円滑に進まないという予測の元に治療目標が、受傷前よりランクを下げた設定がなされていることが考えられた。

昨今の入院日数の短縮に向けたプレッシャーが現場の医師に働いており、リハの遅延や退院先の確保困難などが生じないように、ゴール設定を下げ、多職種との調整の上クテイルパスなどの標準的な日数で退院を目指すという医療の流れが定着していると考えられた。

これは結果的に痴呆性高齢者の移動能力の再獲得には結びつきにくく、生活活動自立度や生活環境への影響も増大していくことになる。痴呆性高齢者の大腿骨頸部骨折後の移動能力再獲得に向けた訓練プログラムが必要であると考えられた。

3) 痴呆群における看護の実態と課題

有害事象の出現率ではせん妄の発生は痴呆群に有意に高いが、転倒の発生に関しては痴呆群と非痴呆群で有意さはないこと、疼痛緩和対策が十分に行われていない可能性があること、治療を円滑に遂行し、危険を防止するという目的で身体拘束が痴呆群で有意に多く実施されていることなどから、看護の方向性として、痴呆患者のリスクマネジメントのための方策が重点的に行われ、一方痴呆性高齢者との十分なコミュニケーションやきめ細かい観察に基づいたニーズへの対応は困難であることが推測された。現場の看護師は痴呆性高齢者に対して看護援助を提供する際に意思の疎通が図れないこと、説明をわかってもらえないことなどに困難を感じており、それに対して対応策をもちにくい。時間や人的資源という管理としての問題をそのままに現場で痴呆性高齢者に対応する看護師に任されている現状があるのかもしれない。

今後は看護師のコミュニケーションスキル、観察技術などの向上のための教育資源の開発が必要であるが、それとともに、医療を受ける痴呆性高齢者への看護方法の開発および、看護システム管理方法の開発が急務である。

そのためにも社会保障制度の枠組みの中で、痴呆性高齢者への医療が保証されるような仕組みを考えていく必要がある

謝辞

本調査を実施するに当たって、千葉大学大学院医学研究院整形外科学守屋秀繁教授に多大なご協力をいただきました。深く感謝いたします。

また快く調査をお引き受けくださった調査協力病院整形外科医師の皆様、看護師の皆様に深く感謝いたします。

<調査協力病院 50音順>

安房医師会病院	千葉県済生会習志野病院
小見川総合病院	千葉県循環器病センター
鹿島労災病院	千葉県立佐原病院
柏市立柏病院	千葉県立東金病院
川崎製鉄健康保健組合千葉病院	千葉市立青葉病院
鴨川市立国保病院	千葉市立海浜病院
国保直営総合病院君津中央病院	千葉社会保険病院
九十九里ホーム病院	千葉労災病院
熊谷総合病院	長生病院
国立佐倉病院	東陽病院
国立精神・神経センター国府台病院	習志野第一病院
国立千葉病院	成田赤十字病院
国立療養所千葉東病院	成東病院
国立療養所下志津病院	船橋市立医療センター
山王病院	船橋中央病院
栃木県厚生連塩谷総合病院	国保松戸市立病院
清水厚生病院	八街総合病院
城東社会保険病院	八日市場市民総合病院
聖隷横浜病院(旧国立横浜東)	千葉大学医学部附属病院
田中農協病院	

2 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する院内教育の実態

医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する院内教育の実態

吉本 照子（千葉大学 大学院看護学研究科）

吉尾千世子（昭和大学 保健医療学部）

1. 目的

医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する研究の蓄積はまだ少なく、また、老人看護学の基礎教育課程への導入後、約 10 年であることから、看護管理者の多くは老人看護学を学習していないとみなせる。そこで平成 15 年度は、医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関する院内教育の課題を明らかにするために、地域の中核的な病院における院内教育の実態について調査を行った。

2. 方法

2.1 調査方法

調査対象は、全国 200 床以上の病院 2774 施設における教育担当看護管理者とした。

調査項目は、病院及び地域の特性、高齢入院患者および痴呆性高齢入院患者の特性と看護の実態、痴呆性高齢者の看護に関する問題及び院内教育の実態とした。院内教育の実態に関しては、高齢者看護及び痴呆性高齢者看護に関する院内教育の実施状況、今後の院内教育計画、未実施の理由（不要及び阻害要因）、院内教育の項目と方法とした。

回答方法は選択式回答法とした。あわせて、痴呆性高齢者に関する看護の困難さ、院内教育の状況等について自由回答を得、結果の解釈の参考にした。

調査方法は郵送調査法を適用し、調査の趣旨と分析における個人及び病院の情報の保護を約束した依頼書とともに、調査票を看護部長に送付し、回答をもって同意の意思確認を行った（調査期間：2004 年 1 月 19 日-2 月 17 日）。

2.2 分析方法

回答数 982 のうち、65 歳以上の高齢者の受診者・入院患者がまったくいない等の無効回答 157 を除く有効回答 827（回収率 29.8%）を分析対象とし、単純集計表及びクロス表をもとに分析を行った。

3. 結果及び考察

3.1 分析対象病院が位置する地域及び病院の特性

(1) 分析対象病院が位置する地域の特性

病院が位置する区市町村の人口は、5 万人未満が 23.9%、5-20 万人未満が 34.7%、20 万人以上 37.5% であった。区市町村の高齢化率は、14%未満が全体の 9.7%、14-21%が 40.3%、21%以上が 18.1%であった。

(2) 分析対象病院の特性

設置主体は、医療法人 41.1%、公的医療機関 32.9%、国（厚生労働省、文部科学省、労働福祉事業団等）8.0%、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、共済組合、国民健

康保険組合等) 4.4%、公益法人 4.0%、学校法人・会社・その他の法人 9.3%であった。

病院の種類は、特定機能病院 3.7%、地域医療支援病院 9.6%、急性期病院 23.3%、救急告示病院 14.4%、一般病院 55.7%、精神病院 25.3%であった。

病床数は 200-299 床 366 施設 (44.0%)、300-399 床 224 施設 (27.1%)、400 床以上 236 施設 (28.5%) であり、全国の 200 床以上の病床規模別割合 (平成 13 年 10 月のデータにもとづく) とほぼ同じであった。

各病院が有する病床区分は、一般病床 72.8%、療養病床 33.6%、精神病床 33.1%、感染症病床 16.3%、無回答 11 施設 (1.3%) であった。

介護保険対応病床を有する病院は 165 施設 (20.0%) であり、その病床数の平均値は 95.8 であった (無回答、非該当を除く)。老年科を有する病院は 50 施設 (6.0%) であり、その病床数の平均値は 105.0 であった (無回答、非該当を除く)。回復期リハビリテーション病棟を有する病院は 120 施設 (14.5%) であり、その病床数の平均値は 56.4 であった (無回答、非該当を除く)。

併設機関を有する病院は、61.3%であり、全体の 30%以上が訪問介護ステーション、デイ・ケア、デイ・サービスセンター、在宅介護支援センターを併設していた (表 1)。併設機関を有する施設において、併設機関数の平均値は 2.7 であった。

表 1 併設機関の種類と数

	回答数	割合 (%)
(1) 介護老人保健施設	177	21.4
(2) 訪問看護ステーション	307	37.1
(3) 在宅介護支援センター	254	30.7
(4) 介護老人福祉施設	51	6.2
(5) 訪問介護ステーション	90	10.9
(6) デイ・ケア、デイ・サービス	288	34.8
(7) グループホーム	104	12.6
(8) その他	80	9.7
無回答	320	38.7
計	827	100.0

平均在院日数は (療養型病床、精神科を除いた回答日の直近データによる)、概ね 1/3 が 15-20 日未満であったが、30 日以上が約 20%、15 日未満も約 10%であり、広い分布を示していた。

表 2 平均在院日数

	回答数	割合 (%)
(1) 15日未満	79	9.6
(2) 15-20日未満	286	34.6
(3) 20-25日未満	121	14.6
(4) 25-30日未満	41	5.0
(5) 30日以上	166	20.1
無回答	134	16.2
計	827	100.0

設置主体が病院の経営理念、患者特性及び看護師の特性と関連し、高齢者看護の実態に影響する可能性がある。200 床以上の設置主体別構成を確認する必要があるが、分析対象病院の設置主体は公・民がほぼ半数であったこと、病床数も全国の病床規模別割合と同様であり、平均在院日数も広い分布を示したことから、今回のデータは全国の多様な特性の病院における実態を示していると考えられる。

康保険組合等) 4.4%、公益法人 4.0%、学校法人・会社・その他の法人 9.3%であった。

病院の種類は、特定機能病院 3.7%、地域医療支援病院 9.6%、急性期病院 23.3%、救急告示病院 14.4%、一般病院 55.7%、精神病院 25.3%であった。

病床数は 200-299 床 366 施設 (44.0%)、300-399 床 224 施設 (27.1%)、400 床以上 236 施設 (28.5%) であり、全国の 200 床以上の病床規模別割合 (平成 13 年 10 月のデータにもとづく) とほぼ同じであった。

各病院が有する病床区分は、一般病床 72.8%、療養病床 33.6%、精神病床 33.1%、感染症病床 16.3%、無回答 11 施設 (1.3%) であった。

介護保険対応病床を有する病院は 165 施設 (20.0%) であり、その病床数の平均値は 95.8 であった (無回答、非該当を除く)。老年科を有する病院は 50 施設 (6.0%) であり、その病床数の平均値は 105.0 であった (無回答、非該当を除く)。回復期リハビリテーション病棟を有する病院は 120 施設 (14.5%) であり、その病床数の平均値は 56.4 であった (無回答、非該当を除く)。

併設機関を有する病院は、61.3%であり、全体の 30%以上が訪問介護ステーション、デイ・ケア、デイ・サービスセンター、在宅介護支援センターを併設していた (表 1)。併設機関を有する施設において、併設機関数の平均値は 2.7 であった。

表 1 併設機関の種類と数

	回答数	割合 (%)
(1) 介護老人保健施設	177	21.4
(2) 訪問看護ステーション	307	37.1
(3) 在宅介護支援センター	254	30.7
(4) 介護老人福祉施設	51	6.2
(5) 訪問介護ステーション	90	10.9
(6) デイ・ケア、デイ・サービス	288	34.8
(7) グループホーム	104	12.6
(8) その他	80	9.7
無回答	320	38.7
計	827	100.0

平均在院日数は (療養型病床、精神科を除いた回答日の直近データによる)、概ね 1/3 が 15-20 日未満であったが、30 日以上が約 20%、15 日未満も約 10%であり、広い分布を示していた。

表 2 平均在院日数

	回答数	割合 (%)
(1) 15日未満	79	9.6
(2) 15-20日未満	286	34.6
(3) 20-25日未満	121	14.6
(4) 25-30日未満	41	5.0
(5) 30日以上	166	20.1
無回答	134	16.2
計	827	100.0

設置主体が病院の経営理念、患者特性及び看護師の特性と関連し、高齢者看護の実態に影響する可能性がある。200 床以上の設置主体別構成を確認する必要があるが、分析対象病院の設置主体は公・民がほぼ半数であったこと、病床数も全国の病床規模別割合と同様であり、平均在院日数も広い分布を示したことから、今回のデータは全国の多様な特性の病院における実態を示していると考えられる。

看護職者の平均勤続年数は5年以上が86.6%、10年以上が1/3以上であった（表3）。

表3 看護職者の平均勤続年数

	回答数	割合 (%)
(1)5年未満	80	9.7
(2)5-10年未満	412	49.8
(3)10年以上	304	36.8
無回答	31	3.7
計	827	100.0

3.2 高齢入院患者及び看護の実態

(1)65歳以上の高齢入院患者及び痴呆性高齢者の割合

高齢入院患者の割合（回答日の直近データ）が50%以上であった施設は、約60%であった（表4）。高齢入院患者における痴呆性高齢者の割合が50%以上であった施設は約20%であったが、約30%の病院では、痴呆性高齢者の割合が不明であった（表5）。

入院患者の割合の実態から、高齢者看護が全国の医療施設における看護の主要な課題の1つであることが明らかになった。2002年から2015年に痴呆性高齢者（痴呆性老人自立度II以上）が1.7倍に増加するという予測をもとに、入院患者における痴呆性高齢者の割合は急増すると考えられる。しかし、約30%の病院では、痴呆性高齢入院患者の看護の実態が明確ではないと推測され、看護管理者の取り組みの必要性に対する認識を高める必要があると考えられた。

表4 65歳以上の高齢入院患者の割合

	回答数	割合 (%)
(1)7割以上	239	28.9
(2)5-6割	261	31.6
(3)3-4割	175	21.2
(4)1-2割	35	4.2
(5)1割未満	9	1.1
(6)割合は不明	48	5.8
無回答	60	7.3
計	827	100.0

表5 高齢入院患者における痴呆性高齢者の割合

	回答数	割合 (%)
(1)7割以上	77	9.3
(2)5-6割	80	9.7
(3)3-4割	96	11.6
(4)1-2割	145	17.5
(5)1割未満	133	16.1
(6)割合は不明	230	27.8
(7)痴呆性高齢者はいない	21	2.5
無回答	45	5.4
計	827	100.0

(2) 高齢者看護の実態

高齢患者に関する医療事故では、約3/4の施設において転倒、過半数の施設において誤薬、チューブ類自己抜去が発生していた（表6）。転倒は約30%の施設においては、9ヶ月間（2003年4-12月）に50件以上発生していた。

一方、約2/3の施設では、痴呆性高齢者のケアに関する看護基準と標準看護計画いずれもなかった。

表6 高齢患者に関する医療事故が発生している施設

	回答数	割合 (%)
(1) 転倒	627	75.8
(2) 誤薬	459	55.5
(3) チューブ類自己抜去	452	54.7
(4) その他の受傷	246	29.7
無回答	185	22.4
計	827	100.0

3.3 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関して困っていること

約90%が困っていたことは、「チューブ類抜去等の本人の事故」、「日常生活援助に多くの手間がかかる」ことであった。次いで、60-70%が困っていたことは、「退院先あるいは転院先を見つけることが困難である」「他の患者に対する迷惑」「抑制する必要がある」ことであった。一方、「スタッフが痴呆性高齢者の言動の意味を理解しにくい」、「身体アセスメントを十分にできない」ことは約30%であった（表7）。

10項目のうち、無回答を除く平均回答数は5.3であり、痴呆性高齢者のケアに関し苦慮している実態が明らかになった。

高齢患者に関する医療事故では、過半数の施設において転倒、チューブ類自己抜去が発生しており（表6）、痴呆性高齢者であることは、これらのハイリスク因子の1つであるため、ケアにおける大きな問題となっていると考えられた。

表7 医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関して困っていること

	回答数	割合 (%)
1) 本人の事故(チューブ類自己抜去、転倒等)	724	87.5
2) スタッフが痴呆性高齢者の言動の意味を理解しにくいできない	217	26.2
3) スタッフが痴呆性高齢者の身体アセスメントを十分にできない	243	29.4
4) 治療や検査がスムーズにできない	376	45.5
5) 日常生活援助に多くの人手と時間を要する	713	86.2
6) 他の患者に対する迷惑	497	60.1
7) 抑制する必要がある	493	59.6
8) 治療や看護について、家族の協力を多く得る必要がある	375	45.3
9) 退院先あるいは転院先を見つけることが困難である	540	65.3
10) その他	61	7.4
無回答	27	3.3
計	827	100.0

3.4 医療施設における院内教育の実態

(1) 高齢者看護に関する院内教育の実施状況

新人（臨床経験3年目まで）に実施している病院は、全体（N=827）では284（34.3%）で、実施していない病院は527（63.7%）であり、中堅（臨床経験4年目以上）に実施している病院は218（26.4%）で、実施していない病院は572（69.2%）であった（表8）。

院内教育を実施している病院の種類をしてみると、精神病院（新人 55.0%、中堅 41.1%）が高齢者看護に関する院内教育を一番多く実施していた。次いで、地域医療支援病院（新人 34.2%、中堅 30.4%）、特定機能病院（新人 29.0%、中堅 19.4%）、一般病院（新人 27.5%、中堅 20.6%）、救急告示病院（新人 23.5%、中堅 21.0%）、急性期病院（新人 19.7%、中堅 16.1%）であった。

院内教育を実施している病院の病床数別では、病床数の少ない施設・200-299床（新人 40.1%、中堅 29.1%）が一番多く実施していた。次いで、400-499床施設（新人 34.0%、中堅 29.2%）、700床以上施設（新人 31.3%、中堅 28.1%）、500-599床施設（新人 30.0%、中堅 23.3%）、300-399床施設（新人 28.6%、中堅 22.3%）、600-699床施設（新人 23.7%、中堅 18.4%）の順であった。

表8 高齢者看護に関する院内教育の実施状況

	1) 新人		2) 中堅	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
(1)実施している	284	34.3	218	26.4
(2)実施していない	527	63.7	572	69.2
無回答	16	1.9	37	4.5
計	827	100.0	827	100.0

1) 新人(臨床経験3年目まで)
2) 中堅(臨床経験4年以上)

(2) 痴呆性高齢者の看護についての院内教育の実施状況

痴呆性高齢者の看護について、院内教育を実施している病院は、全体(N=827)で新人 299(27.7%)、中堅 179(21.6%)であり、実施していない病院は、新人 583(70.5%)、中堅 615(74.4%)であった(表9)。

実施している病院の種類別では、新人 109(52.2%)・中堅 84(40.2%)と、ともに精神病院(n=209)が多く、次に多いのは、新人では一般病院(n=461)97(21.0%)で、特定機能病院(n=31)・地域医療支援病院(n=79)は約19%、中堅では地域医療支援病院 19.0%、一般病院 16.3%、救急告示病院(n=119) 13.4%、特定機能病院 12.4%であった。

医療依存度の高い痴呆性高齢者の入院を受け入れる場合、平成14年度の研究では一部の病院に限っているが、入院した診療科の中では精神科が最も多く(40.1%)、整形外科 12.4%、神経内科 12.0%、消化器科 7.3%、呼吸器科 6.6%などと、報告されている。そして、15診療科に痴呆性高齢者が入院していたという実態や、手術を受けた痴呆性高齢者が入院していた診療科が10診療科にのぼったという実態も明らかになっている。これらのことから病院の種類に関係なく痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の必要性が窺われる。

表9 痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の実施状況

	1) 新人		2) 中堅	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
(1)実施している	229	27.7	179	21.6
(2)実施していない	583	70.5	615	74.4
無回答	15	1.8	33	4.0
計	827	100.0	827	100.0

1) 新人(臨床経験3年目まで)
2) 中堅(臨床経験4年以上)

(3) 痴呆性高齢者の看護に関する今後の院内教育に関する教育担当看護管理者の考え

82.8%(685)の病院の教育担当看護管理者は、「現在行っている院内教育を継続・拡充したい、または、新たに実施したい」を選択していた(表10)。

そして、実施する上で、教育担当看護管理者の立場からの問題（複数回答：表 11）として、一番多く選択されていたのは、①他の必要な教育内容が多く、痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の優先度が低い 51.8%であった。次いで多い順にみると、②痴呆性高齢者の看護に関する有効な院内教育プログラムの内容・方法がわからない 43.8% ③高齢者の看護に関し、何に困っているかが整理されていない 34.7% ④痴呆性高齢者の看護に関する院内外の適当な教育人材がみあたらない 31.5% ⑤痴呆性高齢者の看護に関するスタッフの学習意欲が低い 28.9% ⑥院内教育のための時間が確保できない 27.3% ⑦院内教育のための予算が確保できない 15.2% ⑧痴呆性高齢者の看護に関する看護管理者の問題意識が低い 13.7% ⑨その他 9.5% ⑩スタッフの平均勤続年数が短く、院内教育の効果を蓄積しにくい 8.5% ⑪スタッフの院内教育の必要性に対する施設管理者・経営者の理解が少ない 6.4% であった。

表 10 痴呆性高齢者の看護に関する今後の院内教育に関する教育担当看護管理者の考え

	回答数	割合 (%)
1) 痴呆性高齢者の看護に関する教育を実施する必要はないと思う	132	16.0
2) 現在行っている院内教育を継続・拡充したい、または、新たに実施したい	685	82.8
無回答	10	1.2
計	827	100.0

表 11 痴呆性高齢者の看護に関する院内教育を実施する上で、教育担当看護管理者からみた問題

	回答数	割合 (%)
1) 高齢者の看護に関し、何に困っているかが整理されていない	238	34.7
2) 痴呆性高齢者の看護に関する看護管理者の問題認識が低い	94	13.7
3) 痴呆性高齢者の看護に関するスタッフの学習意欲が低い	198	28.9
4) 痴呆性高齢者の看護に関する有効な院内教育プログラムの内容・方法がわからない	300	43.8
5) 痴呆性高齢者の看護に関する院内外の適当な教育人材がみあたらない	216	31.5
6) スタッフの院内教育の必要性に対する施設管理者・経営者の理解が少ない	44	6.4
7) 院内教育のための予算が確保できない	104	15.2
8) 院内教育のための時間が確保できない	187	27.3
9) スタッフの平均勤続年数が短く、院内教育の効果を蓄積しにくい	58	8.5
10) 他の必要な教育内容が多く、痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の優先度が低い	355	51.8
11) その他	65	9.5
無回答	38	5.5
非該当	142	
計	685	100.0

そして、16.0% (n=132) の病院の教育担当看護管理者は「痴呆性高齢者の看護に関する教育を実施する必要はないと思う」を選び、その理由（複数回答：表 12）として、最も多かったのは、①痴呆性高齢者の入院患者数が少ない、あるいは入院期間が短い 60.6%であった。次いで、②痴呆性高齢者の看護に関する考え方や方法を院内で蓄積しており、特に問題を感じない 20.5%。③院内教育を実施しても組織としての看護の質を高める効果があまり期待できない 13.6%。④痴呆性高齢者の看護について、特に問題を感じない 7.6%であった。その他を選択したのは 17.4%で、病棟での勉強会を行ったり、院外研修に出している。高次脳機能障害として専門研修を実施していたり、自己啓発への指導している。高齢者に限った教育は考えていない、など多数の記述があった。

表 12 痴呆性高齢者の看護に関する教育を実施する必要はないと思う理由(MA)

	回答数	割合 (%)
(1)痴呆性高齢者の入院患者数が少ない、あるいは入院期間が短い	80	60.6
(2)痴呆性高齢者の看護に関する考え方や方法を院内で蓄積している	27	20.5
(3)痴呆性高齢者の看護について、特に問題を感じない	10	7.6
(4)院内教育を実施しても、組織としての看護の質を高める効果があまり期待できない	18	13.6
(5)その他	23	17.4
無回答	1	0.8
非該当	695	
計	132	100.0

(4)痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の実施している内容と、今後実施する必要の有無（複数回答685）（表 13）

実施している教育内容の17項目の中で、最も多かったのは、①転倒・骨折の予防50.1%と②誤嚥の予防48.9%であり、いずれも回答した病院の約半数が実施していた。約30-40%の病院が実施している教育内容は、③排泄ケア、④栄養摂取に関するケア、⑤リハビリテーション、⑥廃用性変化の予防、⑦痴呆性高齢者の意思の尊重、⑧抑制の効果的な使い方、⑨せん妄予防・せん妄時のケア、⑩痴呆性高齢者の身体機能の特徴⑪合併症の予防⑫退院調整などで、10%台の実施は⑬薬の効果的な使用方法⑭痛みのケア⑮検査・治療の説明方法⑯周手術期の看護⑰検査・治療の確実な実施方法などであった。

高齢者の身体的特徴から起こりやすい事故である、転倒・骨折や誤嚥などの予防についての教育、そして、日常生活動作の排泄や栄養摂取に関するケアやリハビリテーションなどが上位に挙げられていた。

今は実施していないが、今後実施する必要がある。と回答した中で5割以上を占めた教育内容の項目を多い順に挙げると①せん妄予防・せん妄時のケア②痴呆性高齢者の身体機能の特徴③検査・治療の確実な実施方法④検査・治療の説明方法⑤薬の効果的な使用方法⑥痴呆性高齢者の意思の尊重⑦痛みのケア⑧廃用性変化の予防⑨合併症の予防であり、残りの8項目の教育内容すべてに、今後実施する必要があると4割位の病院が答えている。

今後実施する必要がある教育内容としては、主に治療に影響を及ぼすと思われる、せん妄時のケアや検査・治療の実施方法や説明方法、薬の効果的な使用方法などが上位に挙げられていた。

今は実施していないし、今後実施する必要もない。と回答した病院は、ほとんどの項目で10%以下(8.8%－1.3%)であるが、「周手術期の看護」の項目のみは、133(19.4%)であった。今後実施する必要がないと回答した病院の中では、精神病院と一般病院が多かったことから、このような結果になったと考えられる。

表 13 痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の実施している内容と、今後実施する必要の有無

院内教育の内容	A実施している		B今は実施していないが、今後実施する必要がある		C今は実施していないし、今後実施する必要もない		無回答	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%
1) 痴呆性高齢者の身体機能の特徴	203	29.6	396	57.8	23	3.4	63	9.2
2) 検査・治療の説明方法	94	13.7	391	57.1	60	8.8	140	20.4
3) 検査・治療の確実な実施方法	76	11.1	396	57.8	60	8.8	153	22.3
4) 栄養摂取に関するケア	255	37.2	306	44.7	22	3.2	102	14.9
5) 誤嚥の予防	335	48.9	272	39.7	16	2.3	62	9.1
6) 排泄ケア	310	45.3	274	40.0	25	3.6	76	11.1
7) 廃用性変化の予防	217	31.7	360	52.6	21	3.1	87	12.7
8) 転倒・骨折の予防	343	50.1	277	40.4	15	2.2	50	7.3
9) 周手術期の看護	78	11.4	291	42.5	133	19.4	183	26.7
10) 合併症の予防	200	29.2	343	50.1	29	4.2	113	16.5
11) 痛みのケア	98	14.3	367	53.6	60	8.8	160	23.4
12) 薬の効果的な使用方法	124	18.1	383	55.9	37	5.4	141	20.6
13) リハビリテーション	231	33.7	302	44.1	31	4.5	121	17.7
14) せん妄予防・せん妄時のケア	206	30.1	397	58.0	9	1.3	73	10.7
15) 痴呆性高齢者の意思の尊重	213	31.1	374	54.6	15	2.2	83	12.1
16) 抑制の効果的な用い方	211	30.8	313	45.7	55	8.0	106	15.5
17) 退院調整	182	26.6	332	48.5	48	7.0	123	18.0

%表示は非該当除いた割合

(5) 痴呆性高齢者の看護に関して実施している教育方法

①事例検討会 35.5%を実施している病院が一番多く、次いで、②専門職への相談 34.2%、③院内研究 32.8%、④その他の教育方法 17.5%、⑤シミュレーション、体験学習 15.3%、⑥外部講師による講義 13.1%であった。

その他の教育方法では、院外研修会への参加、各専門職合同の研修会、ケアカンファレンス、病棟カンファレンス、デモンストレーション、事故防止委員会、抑制対策委員会、ビデオによる研修、勉強会など、各病院で行っている取り組みが多数紹介されていた。

今後実施したい教育方法について、多い順にみると①外部講師による講義 44.1%、②事例検討会 43.2%、③専門職への相談 35.9%、④シミュレーション、体験学習 33.9%、⑤院内研究 22.9%、⑥その他の教育方法 6.3%であった。

(6) 組織外で、痴呆性高齢者について看護師が学ぶ機会

ある場合にはその状況を具体的に記述してもらった。その中では、看護協会（国・県）主催の研修会や講演が圧倒的に多く、約 80%近くが看護協会実施のものに、痴呆性高齢者について学ぶ機会があることを記述していた。次いで、日本精神看護協会、民間企業、医師会、他の病院、施設、行政などの主催の研修会や講演、セミナーなど、また、学会や研究会・勉強会への参加など、数多く記述されていた。

4. まとめ

全国 200 床以上の病院 2774 施設における教育担当看護管理者を対象に、痴呆性高齢者の看護に関する院内教育の実態について郵送調査を行い、有効回答 827（回収率 29.8%）を得た。すでに約 60%の病院では、高齢患者が入院患者の 50%以上であり、痴呆性高齢者の割合が急速に増大すると予測される中で、

約 90%が痴呆性高齢者のケアに関し、医療事故や業務量の増加の問題を有していた。しかし、約 30%では痴呆性高齢入院患者の割合が不明であり、60%以上が痴呆性高齢者のケアに関する看護基準または標準看護計画がなく、痴呆性高齢者の看護について院内教育を行っていなかった。院内教育として、リスクマネジメントに関する内容が比較的实施されていたが、痴呆性高齢者の看護について院内教育の阻害要因は、他の教育内容が多く、痴呆性高齢者の看護に関する優先度が低い、有効な院内教育プログラムの内容・方法がわからないことであった。今後、検査・治療の確実な説明方法・実施方法、痛みのケア等について院内教育を実施する必要があると認識していた。痴呆性高齢者看護の取り組みの実態からみると、まず各病院における痴呆性高齢者の看護の実態を明らかにし、医療事故や困っていることの要因を分析しながら、院内教育プログラムの開発方法に関する教育も必要と考えられた。

3 痴呆症を有した人が医療機関を利用する 際に介護する家族が抱く困難、負担、不満 についての実態調査

痴呆症を有した人が医療機関を利用する際に介護する家族が抱く困難、負担、不満についての実態調査

研究分担者 湯浅美千代（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター）

小山幸代（東海大学健康科学部）

菅谷綾子（千葉大学看護学部）

はじめに

痴呆症を有する人が生活する上で、介護する家族の方々には様々な負担や不安などを抱えている。その上、痴呆症を有する人が医療機関を利用する際にはまた特別な困難や負担がある。それは我々が行った小規模の面接調査（資料1）でも明らかであった。

一方で、家族や本人がそのような困難や負担を感じていることについて医療職はそれほど認識されていないようにも思われ、面接調査では、医療者の心無い言葉に家族は傷ついていることがわかった。

そこで、今回、痴呆症状を有した人が医療機関を利用することに焦点をあて、その困難、負担等について全国規模で調査し、実態を示したいと考えた。

1. 目的

痴呆症を有する人が医療機関を利用する際、家族が医療機関に対して抱く困難、負担、不満の実態を明らかにする。

2. 調査方法

1) 調査対象

113の介護保険施設に調査協力を依頼し、うち42施設より配布許可を得て、施設担当者を通じて計364部の調査票を配布した。うち260部を郵送法により回収した（回収率71.4%）。

2) 調査内容

調査票（資料2）は以下の5つのブロックで構成した。

質問A：痴呆症を有する人と回答者との関係、利用した医療機関、最も心身の負担を感じた（不満を感じた）医療機関について選択、最も心身の負担を感じた（不満を感じた）医療機関の利用状況について選択

質問B：最も心身の負担を感じた（不満を感じた）医療機関について、困難、負担、不満の

内容を選択・自由記述

質問 C：利用した全ての医療機関について、家族や本人が望む医療・ケアを医療者に伝え、かなえられたかを選択・自由記述

質問 D：医療機関で体験したよい医療・ケア、工夫された医療・ケアについて自由記述

質問 E：その他自由記述

担当研究委員により調査票を作成した後、呆け老人を抱える家族の会千葉県支部の有志に協力を依頼してプレテストを行い、調査票の表現の修正、質問内容の追加を行った。

3) 倫理的配慮

協力施設の担当者には、回答は自由であること、調査票を見てから回答するかどうかを決めてよいことを伝えてもらうよう、文書で説明した。また、調査票にも回答は自由意志であり、回答できない場合はそのまま返送してよいことを明記した。

3. 結果

1) 回答者全員への質問内容と結果

(1) 回答者の概要

回収された 260 部のうち、回答できない、回答者に相当しないとして返送されたものが 8 部あった (有効回答 252)。

介護している痴呆症を有する人は、複数の回答があった 2 名を除き 250 名中 153 名 (61.2%) が実の親であった。つまり、回答者は実子であり、このことは回答内容に影響していると考えられる。その他の内容は、きょうだい 9 名、義理のきょうだい 1 名、おじ・おば 6 名、祖父母 3 名、義理の祖父母 1 名、知人・施設管理者 4 名、無回答・不明 3 名であった。

表 1 介護している痴呆症を有する人 (n=250)

配偶者	親	義理の親	その他
26 (10.4%)	153(61.2%)	44 (17.6%)	27 (10.8%)

(2) 利用した医療機関

痴呆症を有する人が利用した医療機関の種類は以下のとおりであり (複数回答)、多くあげられたのは、大学病院や個人病院、長期療養型の病院ではなく、一般病院・専門病院であった。有効回答 252 中無回答・無効回答が 7 あり、計 245 を集計の対象とした。

表2 介護している痴呆症を有する人が利用した医療機関（複数回答 n = 245）

大学病院	一般病院・専門病院	長期療養可能な病院	クリニック・個人医院	その他
22 (9.0%)	192 (78.4%)	99 (40.4%)	109 (44.5%)	5 (2.0%)

(3) 医療機関に対し困難、負担、不満の有無

有効回答 252 中、無効回答 21 を除き 231 を集計の対象とした。231 名中なしと回答した者が 78 名であった。

困難、負担、不満ありとして一つの医療機関を選択した者は 153 名で、選択した医療機関は下記のとおりであり、各医療機関別の利用に対する割合をみると、困難、負担、不満ありとされた割合が高かったのは一般病院・専門病院であり、低かったのはクリニック・個人医院であった。

表3 最も困難、負担、不満ありとして選択された医療機関（n = 153）

大学病院	一般病院・専門病院	長期療養可能な病院	クリニック・個人医院	その他
7	97	29	17	3
7/22 (31.8%)	97/192 (50.2%)	29/99 (29.3%)	17/109 (15.6%)	—

困難の有無別に介護対象者をみたが、その割合に大きな違いはみられなかった。

表4 医療機関に対する困難等の有無別の介護対象者

困難等の有無	配偶者 名 (%)	親 名 (%)	義理の親 名 (%)	その他 名 (%)	計 名 (%)
なし	5名 (6.4%)	50名 (64.1%)	11名 (14.1%)	12名 (15.4%)	78名 (100%)
あり	17名 (11.1%)	93名 (60.8%)	30名 (19.6%)	13名 (8.5%)	153名 (100%)

(4) 医療機関への希望の伝達と達成の状況

医療機関に家族や本人が望むケアや医療について、医療者に希望を伝えられたか、それがかなえられたかを問うた。その結果、特に望んだことはなく医療者に任せたという回答と、伝えてかなえられたという肯定的な回答が多かった。困難等の有無別にみたところ、困難等あり群で、希望を伝えられなかったという回答の割合が高かった。

しかし、お任せや希望がかなえられたと回答した者でも自由回答には様々な困難や要望

をあげた者もあり、困難や希望は医療者には伝えられない、あるいは医療者と共に解決していくという考えを持ち合わせておらず、むしろ、医療者が設定してくれた医療、環境にそって家族や本人が動いていることが伺えた。

表5 困難等の有無別の医療機関への希望の伝達と達成の状況 (複数回答)

	お任せ	伝えた	伝えてかなえられた	伝えてかなえられなかった	伝えられなかった	無回答・無効回答
困難等なし群 (n=78)	43	2	30	3	2	6
困難等あり群 (n=153)	62	2	40	13	38	23
計	105	4	70	16	40	29

表6 困難等なし群の医療機関の種類別の希望の伝達と達成の状況 (n=78 複数回答)

	大学病院	一般病院・ 専門病院	長期療養可 能な病院	クリニック・個 人医院	その他
お任せ (n=43)	1	20	16	14	1
伝えた (n=2)	0	1	0	1	0
伝えてかなえられた (n=30)	1	13	11	12	1
伝えてかなえられなかった (n=3)	0	1	1	0	1
伝えられなかった (n=2)	1	1	0	1	0

表7 困難等あり群の医療機関の種類別の希望の伝達、達成 (n=153 複数回答)

	大学病院	一般病院・ 専門病院	長期療養可 能な病院	クリニック・個 人医院	その他
お任せ (n=64)	4	40	10	10	6
伝えた (n=2)	0	1	0	1	0
伝えてかなえられた (n=41)	4	20	9	15	0
伝えてかなえられなかった (n=13)	0	9	3	3	0
伝えられなかった (n=38)	0	30	6	5	2

2) 困難や負担、不満ありと回答した人への質問内容と分析結果

最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）として選択した医療機関の利用状況と困難の内容について回答してもらった。

(1) 困難や負担、不満ありの人の概要

その医療機関を利用した時の痴呆症の人の年齢分布、痴呆症の状態、要介護度、医療機関の利用内容、疾患は以下のとおりであった。

表 8 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の痴呆症の人の年齢 (n=153)

～59 歳	60～69 歳	70～79 歳	80～89 歳	90 歳～	無効・無回答
4 (2.6%)	12 (7.8%)	45 (29.4%)	78 (51.0%)	11 (7.2%)	3 (2.0%)

表 9 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の痴呆症の状態 (n=153)

自立	要注意観察	要介護	生活困難	寝たきり	無効・無回答
15 (9.8%)	34 (22.2%)	66 (43.1%)	26 (17.0%)	3 (2.0%)	9 (5.9%)

表 10 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の要介護度 (n=153)

要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5	要支援	介護保険導入前	不明	無効・無回答
15	28	33	23	11	4	24	5	10

表 11 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の利用内容 (n=153、複数回答)

外来・診察	外来・検査	外来・リハビリテーション	外来・治療、処置	往診	入院・検査	入院・治療、処置	入院・手術	入院・リハビリテーション	その他	無回答
77	42	9	17	3	24	78	15	27	9	1

表 12 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の疾患（n=153、複数回答）

痴呆	急性症状	骨折・事故	がん	慢性疾患	眼科疾患	その他	無回答
68	30	33	7	25	12	58	1

その他の欄で書かれていた内容は、以下のとおりであり、様々な疾患により受診していることがわかった。

表 13 最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の疾患のその他にあげられた内容

疾患	数	
脳血管障害	13	
心肺疾患	心筋梗塞・狭心症・心疾患	4
	ペースメーカー植え込み	1
	肺炎	1
	肺水腫	1
消化器系疾患	嚥下困難	1
	胆嚢炎	1
	胃潰瘍	3
	下血	1
	痔	1
婦人科疾患	子宮脱	1
泌尿器科疾患	尿路感染	1
	血尿	1
精神科疾患	物忘れ	1
	うつ病	1
	精神科	1
整形外科疾患	腰痛	3
	打撲	1
	筋肉痛による歩行困難	1
	骨粗鬆症	1

皮膚科疾患	ヘルペス	1
	皮膚病	1
	じょくそう	1
全身性疾患	がんの疑い	1
	脱水	1
	貧血	1
	下肢浮腫	1
	体力低下	1
治療関係	治験	1
	義歯治療	1

上記より、痴呆症を有した人は、痴呆症に関連した疾患だけでなく様々な疾患により医療機関を利用していることがわかった。

(2) 通院に関する困難、不満、負担

①困難、不満、負担の有無と内容

通院に関する困難、不満、負担について問うたところ、通院していない30名、通院に関して困難等なし23名、無回答15名であり、通院に関して何かしらの困難、負担、不満について述べていた者は、153名中85名(55.6%)であった。通院なしおよび無回答をのぞいた108名中の困難等ありの割合は78.7%であった。その内訳は以下のとおりであるが、往復の付き添いをあげていたものが多かった。(自由回答の内容は後述。)

表14 通院に関する困難、不満、負担 (n=85、複数回答)

本人の受診の理解	往復の付き添い	交通機関	その他
37 (43.5%)	47 (55.3%)	27 (31.8%)	8 (9.4%)

②痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度との関連

困難の有無や内容の割合は、痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度と関連があるのか調べた。年齢では70～89歳群、痴呆の状態では要介護(日常生活に支障をきたす症状・言動があり、排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要)の群、介護度では要介護2・3の群に困難ありが多い傾向がみられた。いずれも有意な関連性(χ^2 検定)はみられなかった。

(3) 外来受診に関する困難、不満、負担

①困難、不満、負担の有無と内容

外来受診に関する困難、不満、負担について問うたところ、外来にかかっている27名、外来に関して困難等なし17名、無回答11名であり、外来に関して何かしらの困難、負担、不満について述べていた者は、153名中98名(64.1%)であった。外来にかかっているおよび無回答を除いた115名中の困難等ありの割合は85.2%であった。その内訳は以下のとおりであるが、多くの者が待ち時間をあげていた。(自由回答の内容は後述。)

表 15 外来受診に関する困難、不満、負担 (n=98、複数回答)

待ち時間	検査	治療処置	その他
83 (84.7%)	36 (36.7%)	24 (24.5%)	21 (21.4%)

②痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度との関連

困難の有無や内容の割合は、痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度と関連があるのか調べた。年齢では70~89歳群、痴呆の状態では要介護(日常生活に支障をきたす症状・言動があり、排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要)の群、介護度では要介護2・3の群に困難が多い傾向がみられた。いずれも有意な関連性(χ^2 検定)はみられなかった。

(4) 往診に関する困難、不満、負担

①困難、不満、負担の有無と内容

往診に関する困難、不満、負担について問うたところ、往診してもらったことがない101名、往診に関して困難等なし19名、無回答21名であり、往診に関して何かしらの困難、負担、不満について述べていた者は、153名中12名(7.8%)であった。往診をしてもらったことがないおよび無回答を除いた31名中の困難等ありの割合は38.7%であった。その内訳は以下のとおりであった。(自由回答の内容は後述。)

表 16 往診に関する困難、不満、負担 (n=12、複数回答)

治療・処置	診察	その他
5 (41.7%)	5 (41.7%)	3 (25.0%)

②痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度との関連

困難の有無や内容の割合は、痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度と関連があるの

か調べた。年齢では70～89歳群、痴呆の状態では要介護（日常生活に支障をきたす症状・言動があり、排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要）の群、介護度では要介護2・3の群に困難が多い傾向がみられた。いずれも有意な関連性（ χ^2 検定）はみられなかった。

（5）入院に関する困難、不満、負担

①困難、不満、負担の有無と内容

入院に関する困難、不満、負担について問うたところ、入院したことがない25名、入院に関して困難等なし12名、無回答10名であり、入院に関して何かしらの困難、負担、不満について述べていた者は、153名中106名（69.3%）であった。入院なしおよび無回答を除いた118名中の困難等ありの割合は89.8%であった。その内訳は以下のとおりであり、入院後の本人の変化、付き添いが必要であること、入院期間をあげた者が多かった。入院期間については、最初の説明よりも早く退院をせまられた、治っていないのに退院させられたという内容であった。（自由回答の内容は後述。）

表 17 入院に関する困難、不満、負担（n=106、複数回答）

入院時期	19 (17.9%)
入院先	27 (25.5%)
入院期間	38 (35.8%)
退院先	26 (24.5%)
要付き添い	40 (37.7%)
施設・設備	21 (19.8%)
同室者や他の患者の家族	23 (21.7%)
入院後の本人の心身の変化	42 (39.6%)
検査	17 (16.0%)
診察の仕方・内容	10 (9.4%)
治療・処置	24 (22.6%)
生活上の援助	28 (26.4%)
経済面	25 (23.6%)
その他	6 (5.7%)

②痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度との関連

困難の有無や内容の割合は、痴呆の人の年齢・痴呆症の状態・要介護度と関連があるのか調べた。年齢では70～89歳群、痴呆の状態では要介護（日常生活に支障をきたす症状・言動があり、排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要）の群、介護度では要介護2・3・4の群に困難ありが多い傾向がみられた。いずれも有意な関連性（ χ^2 検定）はみられなかった。

(6) 医療機関関係者の対応への不満

①不満の有無と不満を感じた職種

医療機関関係者の対応への不満は、153名中ありが94名(61.4%)、なしが38名(24.8%)、無回答が21名であった。無回答を除いた132名中の不満ありの割合は71.2%であった。不満の対象となった医療関係者は、以下のとおりで、不満ありと述べた者のうちほぼ半数は医師と看護職をあげていた。

表 18 対応への不満ありとされた医療機関関係者の職種 (n=94、複数回答)

医師	看護職	介護職	事務職	その他
50 (53.2%)	48 (51.1%)	29 (30.9%)	15 (16.0%)	11 (11.8%)

②不満の有無と医療機関への希望・達成状況

医療機関関係者の対応への不満の有無別で医療機関への希望の伝達と達成状況をみると、否定的回答（「伝えられなかった」、あるいは、「伝えたがかなえられなかった」）は、不満なし群 (n=38) では「伝えられなかった」2名 (5.3%) のみだった。一方、不満あり群 (n=94) では、「伝えられなかった」31名、「伝えたがかなえられなかった」11名、その両方2名と、計44名 (46.8%) が否定的回答であった。

③不満の有無と医療機関に対する困難内容

医療機関関係者の対応への不満の有無別で医療機関に対する困難の内容を比較してみたところ、以下のとおりであった。

表 19 医療機関関係者の対応への不満の有無別通院に関する困難、不満、負担 (複数回答)

医療機関関係者の対応への不満	通院なし	困難等なし	本人の受診の理解	往復の付き添い	交通機関	その他	無回答
不満なし群 (n=38)	9	6	8	10	4	1	3

不満あり群 (n=94)	19	16	22	28	20	7	10
--------------	----	----	----	----	----	---	----

表 20 医療機関関係者の対応への不満の有無別外来受診に関する困難、不満、負担（複数回答）

医療機関関係者の対応への不満	外来受診なし	困難等なし	待ち時間	検査	治療処置	その他	無回答
不満なし群 (n=38)	8	8	19	7	2	2	3
不満あり群 (n=94)	18	6	50	25	20	19	6

表 21 医療機関関係者の対応への不満の有無別往診に関する困難、不満、負担（複数回答）

医療機関関係者の対応への不満	往診なし	困難等なし	治療・処置	診察	その他	無回答
不満なし群 (n=38)	28	6	0	0	0	4
不満あり群 (n=94)	62	10	5	4	3	11

表 22 医療機関関係者の対応への不満の有無別入院に関する困難、不満、負担（複数回答）

項目	不満なし群 (n=38)	不満あり群 (n=94)
入院なし	9 (23.7%)	13 (13.8%)
困難等なし	8 (21.1%)	4 (4.3%)
入院時期	2 (5.3%)	13 (13.8%)
入院先	5 (13.2%)	20 (21.3%)
入院期間	5 (13.2%)	27 (28.7%)
退院先	6 (15.8%)	18 (19.1%)
要付き添い	7 (18.4%)	30 (31.9%)
施設・設備	1 (2.6%)	19 (20.2%)
同室者や他の患者の家族	4 (10.5%)	17 (18.1%)

入院後の本人の心身の変化	7 (18.4%)	32 (34.0%)
検査	2 (5.3%)	13 (13.8%)
診察の仕方・内容	0	10 (10.6%)
治療・処置	6 (15.8%)	17 (18.1%)
生活上の援助	5 (13.2%)	31 (33.0%)
経済面	5 (13.2%)	16 (17.0%)
その他	1 (2.6%)	7 (7.4%)
無回答	1 (2.6%)	5 (5.3%)

医療機関関係者の対応への不満のない者の、医療機関に対する困難等の内容は、外来の待ち時間、入院期間、退院先、入院中の本人の変化、経済面など、介護負担に関わる内容であったが、いずれも不満のある者よりも困難感は少ない傾向がみられた。

④不満の有無と介護者、痴呆の人の年齢、痴呆症の状態、要介護度

医療機関を利用する痴呆症を有する人の状況との関連を比較してみたところ、以下のとおりでその割合に大きな違いはみられなかった。

表 23 医療機関関係者の対応への不満の有無別介護している痴呆症を有する人

不満の有無	配偶者	親	義理の親	その他
不満なし群 (n=38)	4 (10.5%)	22 (57.9%)	8 (21.1%)	4 (10.5%)
不満あり群 (n=94)	12 (12.8%)	58 (61.7%)	17 (18.1%)	7 (7.4%)

表 24 医療機関関係者の対応への不満の有無別最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の痴呆症の人の年齢

不満の有無	～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳～	無効・無回答
不満なし群 (n=38)	2 (5.3%)	2 (5.3%)	13 (34.2%)	17 (44.7%)	4 (10.5%)	0
不満あり群 (n=94)	2 (2.1%)	8 (8.5%)	25 (25.6%)	49 (52.1%)	7 (7.4%)	3 (3.2%)

表 25 医療機関関係者の対応への不満の有無別最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の痴呆症の状態

不満の有無	自立	要注意観察	要介護	生活困難	寝たきり	無効・無回答
不満なし群 (n=38)	5 (13.2%)	7 (18.4%)	19 (50.0%)	6 (15.8%)	0	1 (2.6%)
不満あり群 (n=94)	7 (7.4%)	23 (24.5%)	40 (42.6%)	16 (17.0%)	2 (2.1%)	6 (6.4%)

表 26 医療機関関係者の対応への不満の有無別最も心身の負担が大きかった（あるいは最も不満を感じた）当該医療機関を利用した時の要介護度

不満の有無	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要支援	介護保険導入前	不明	無効・無回答
不満なし群 (n=38)	3	8	6	10	3	1	4	1	2
不満あり群 (n=94)	6	17	25	11	7	2	17	3	6

⑤不満の有無と利用した医療機関

不満の有無により利用した医療機関に違いがあるかをみたが、大学病院では不満なし群の割合が高い傾向はあるものの、ほとんど相違は認められなかった。

表 27 医療機関関係者の対応への不満の有無別介護している痴呆症を有する人が利用した医療機関（複数回答）

不満の有無	大学病院	一般病院・専門病院	長期療養可能な病院	クリニック・個人医院	その他
不満なし群 (n=38)	4 (10.5%)	22 (57.9%)	8 (21.1%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)
不満あり群 (n=94)	3 (3.2%)	63 (67.0%)	17 (18.1%)	9 (9.6%)	2 (2.1%)

3) 自由回答の分析結果

自由回答では、同様の回答が異なった問いの中であげられていたり、回答者が述べたいことから述べていたりしていた。そこで、各項目全ての回答を集め、述べられている内容ごとに分類し直した。分類は、(1)痴呆症状を有した人が医療機関を利用する際、介護する家族が実際に感じる困難や負担、不満、(2)よいケア、(3)望んでいたケア、(4)病院に対する要望、(5)その他（行政に対する要望、施設に対する意見・要望）とした。施設に対する意見・要望があがったのは、回答者が介護保険施設を利用している家族であるため、現状の心配事やケアへの要望などを訴えたい思いだったと推測された。

(1)痴呆症状を有した人が医療機関を利用する際、介護する家族が実際に感じる困難や負担、不満

痴呆症状を有した人が医療機関を利用する際、介護する家族が実際に感じる困難や負担、不満については質問紙の問いごとにまとめ直した（表 28）。また、医療者に対して感じた困難や負担、不満については表 29 に示した。『痴呆の人に配慮のない対応』、『痴呆の人に対する心ない言葉をかける』、『痴呆の人を人間扱いしていない』、『痴呆の対応を理解していない』など、医療者が痴呆の人や家族に対して基本的な対応ができていないことを家族が感じ取っていることが示された。

(2)よいと感じた医療、ケア

困難に感じたことがある一方で、よいと感じた医療やケアについても記述されていた（表 30）。

(3)望んでいたケア

痴呆を有した人を介護する家族が望んでいたケアを表 31 に示す。まず、『医療従事者は患者家族と立場が同等であると自覚して対応して欲しい』ということが挙げられていたほか、基本的な対応の仕方、ケアの仕方が述べられていた。

(4) 病院に対する要望について

痴呆の人に対するケアにあたる基本的な態度のほか、医療関係者の態度に傷ついた体験からそれをしないでほしいという要望のほか、痴呆の人の治療体制についても要望があげられた。家族を実質的にサポートするケアについても要望が挙げられた（表 32）。

(5) その他の意見

行政に対する要望（表 33）のほか、施設を利用している体験に基づき施設に対する要望（表 34）があげられた。

4. 考察

1) 医療機関に対する家族の困難、不満、負担の要因を分析した結果からの課題

医療機関に関して困難・不満・負担を感じている割合は、通院約 78%、外来受診約 85%、入院約 90%と通院・外来受診・入院を経験している痴呆の人の介護者のほとんどが感じていた。早急の対策が望まれる。

往診は受けていない人の割合が多く、受けている人では困難・不満・負担を感じている割合は、37.7%と他に比べて少ない傾向がみられ、在宅医療場面では個別に応じた対応が可能であり、比較的実行できていると推察された。

上記結果と、関連要因の検討では、通院・外来受診・入院とも年齢は 70～89 歳の群、痴呆の状態は要介護（日常生活に支障をきたす症状・言動があり排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要）群に、介護度では要介護 2・3 の群に、困難・不満・負担を感じている割合が高い傾向がみられた。医療関係者への不満も年齢・痴呆の状態では同様の傾向がみられた。要介護度では介護度 4 に不満を感じている割合が多い傾向があった。

今回は、介護者が感じた困難や不満・負担を調査したもので、これらは介護者が医療機関や関係者にどれだけの対応を期待しているかに関連する主観的な捉え方である。しかし、現在の日本の痴呆の人の家族介護者が通常レベルより高度の対応を期待しているとは考えにくい。したがって、今回の結果は、痴呆の人が医療機関を利用する際、適切な対応を受けていないことを反映していると考えられる。特に、中程度の痴呆の人が医療機関を利用する際に、介護者が困難や不満を感じていることが多いことがわかった。これらの中程度の痴呆の人は介護自体も困難なことが多く、介護者の負担が大きい。まずは、中程度の痴呆の人を想定した通院、外来受診、入院に対する具体的な問題状況と対応について明らかにしていく必要があると考える。

2) 痴呆症を有する人の医療機関利用状況からみた課題

痴呆症を有する人も様々な疾患により医療機関を利用していることが明らかになった。今後、痴呆症を有する人々の増加に伴い医療機関の利用も増加することが予測される。全ての医療者が痴呆疾患と痴呆の人の理解を深め、援助できることが望ましいが、すぐにはならない現状がある。

よって、より専門的な知識をもった者が本人と家族及び医療者をサポートできる体制をつくるのが課題となる。現在、3センターで痴呆介護指導者の育成が行われているが、

介護保険施設において活躍する人材の育成が主である。今後は医療機関で痴呆ケアの指導者となりうる者も多く育成され、新しいケア方法やシステムを開発して必要があると考える。

その一つとして、例えば、治療やケアに直接関係しない第三者的な立場にある専門職の活用がある。意思伝達や意思決定が困難になる痴呆症を有する人に対し、家族がそれを代行することが多い。しかし、治療に関して、家族は期待や要望をもっているものの、医療者に対して積極的な要望が出しづらく医療者に「お任せ」の状況であった。治療に関しては医療者の考えが優先される傾向にあるといえる。したがって、どのような医療が適正といえるかは第三者的な立場にある専門職が指摘し改善していく必要があると考えられる。

3) 困難、不満、負担の具体的内容からみた課題

自由回答に書かれた困難、不満、負担の内容をみると、特に多く述べられたのは外来や入院時の治療・ケア時の配慮不足についてであった。これはシステムを含めて具体的な改善策を講じる必要がある。また、医療者の対応について不満を述べていた者が多く、家族は痴呆の人の人格、尊厳を損ねる態度の医療者に憤りを感じていた。この憤りは至極当然のことである。また、家族は、痴呆に関する点で医療者の知識不足を強く感じていた。医療者の対応への不満があると要望も伝えることができず、困難、不満、負担は大きくなることが考えられた。まずは、痴呆症状や痴呆の人への対応の仕方について、基礎教育段階で徹底させることが課題であり、院内教育でも継続して実施して必要があると考える。

家族は、痴呆があることで医療者が治療に制限を設けていることを感じ取っていた。家族は回復のための治療やリハビリを望んでいる。痴呆症のために治療上様々な不利な点があろうとも回復のための治療が可能となるよう研鑽していく必要がある。

また、家族は、どこに入院させてもらえるのか、どの程度の期間入院させてもらえるのか、退院後どの施設でみてもらえるのかが決まらないことに不安を述べていた。これが家族の心身の負担を増加させていると考えられた。そのために医療者の対応に不満があっても言いづらい状況がおきている。医療者はそのような家族の心情に配慮する必要がある。

痴呆の人が医療機関を利用する際、医療者は痴呆の人のみを援助対象者ととらえ、家族に協力を求めてケアを遂行していこうとしがちである。しかし、そのために家族に心身共に多大な負担がかかっていることを意識しなければならない。家族に対しても目をむけて、配慮した関わりを行う必要がある。

おわりに

痴呆症状を有した人が医療機関を利用する際、介護する家族が感じる困難、負担、不満の実際を明らかにした。その結果、中程度の痴呆の人を想定した通院、外来受診、入院に対する具体的な問題状況と対応について明らかにしていくこと、医療機関で痴呆ケアの指導者となりうる者が多く育成され、新しいケア方法やシステムを開発していくこと、痴呆症状や痴呆の人への対応の仕方と家族への配慮やケアについての教育を基礎教育、卒後教育で実施し、徹底させることが課題としてあげられた。

最後に、お忙しい中調査にご協力いただきましたご家族の皆様、施設関係者の皆様に感謝申し上げます。

資料1 小規模面接調査

本研究の前段階の研究として、研究委員の菅谷、湯浅が関わった面接調査を資料として掲載する。本研究は千葉大学看護学部卒業研究として提出されたものをまとめ直したものである。その一部は平成15年日本看護協会学会（老年看護）において発表した。

資料2 調査票

表28 家族が感じる困難について

医療機関への往復の困難	≡ 受診の必要性を理解 ≡	< 本人を説得、説明する難しさ >	【本人に体調の変化の自覚がないため受診することを拒まれる】	
			【本人が病院が嫌いなので受診することを嫌がる】	
			【本人とコミュニケーションが取れない】	
			【説明しても受診する意味を理解してもらえない】	
			【説明してもすぐに忘れてしまう】	
			【精神科の受診を本人が嫌がる】	
	≡ 自宅から病院へ連れ出すための困難 >	【本人がプライドが高いため痴呆での受診を嫌がると考え、受診の際の説明の言葉を選んでいる】		
		【自宅から連れ出す際に本人に嘘をつかなければならない】		
		【病院へ移動中に同じことを何度も質問され、何度も答えなければならない】		
		【病院に移動する途中で気を紛らわせるために余分な出費がかかる】		
		≡ 医療機関への往復の付き添いの困難 >	< 1人で付き添う困難 >	【広い病院ですぐに迷子になるので本人から目が離せない】
				【受付、会計を付き添い1人では済ませることができない】
	【付き添いの家族がトイレに行く事が出来ない】			
	< 自家用車で移動する際の困難 >		【受診の途中で、状態が悪くなり本人の意識が朦朧としてきてどうしたらよいかわからなくなった】	
			【走行中の車内でドアを開けようとする】	
			【車内で失禁】	
	< 付き添いの調整をする困難 >	【病院に駐車場がない】		
		【自家用車の乗降が難しい】		
【家族が付き添うために仕事の休暇をとることが難しい】				
< 長時間の付き添い >	【付き添うために遠方から出向かなければならない】			
	【長時間の付き添いで疲労が大きい】			
	【介護者自身に障害があり負担が大きい】			
≡ 交通機関 >	< 介護者1名の付き添いで利用するのが難しい >	【車椅子で利用するので乗降が難しい】		
		【介護者1名で交通機関を乗り継ぐのが難しい】		
	< タクシーを利用する困難 >	【高額なタクシーの利用費用がかかる】		
		【タクシーの乗降が難しく焦ってしまう】		
	< 歩いて通院する困難 >	【誰でも話してしまうので歩いて通院する】		
		【自家用車がないので歩いて通院する】		
< 長時間かかる >	【自宅から病院まで交通機関を利用して1時間半かかる】			
< 乗換えが困難 >	【乗り換えの際段差があったり、移動中車内がゆれる】			
外来受診の困難	≡ 待ち時間中の困難 >	< 待ち時間が長い >	【何度も乗り換えなければならない】	
			【予約しても待たされる】	
			【2～3時間は待たされる】	
		< 本人が待つことができない >	【予約制ではない】	
			【待ち時間中に疲れてしまう】	
			【忘れられてしまう】	
	【落ち着きがなくなる】			
	【待ち時間中に徘徊している】			
	【待つことが出来ない】			
	< 本人を落ち着かせることが難しい >	【怒りっぽくなる】		
		【待ち時間中に不安になる】		
		【周囲の迷惑となる】		
		【病院を出て行こうとする】		
		【家族の言うことを聞いてもらえない】		
		【同じ説明を何度も繰り返さなければならない】		
	≡ 検査時の困難 >	< 検査ができない、失敗する >	【尿検査で採尿することが出来ない】	
			【検査することを嫌がる】	
			【検査ができないのに要求される】	
【検査が長くなると落ち着きがなくなる】				
< 検査の際に指示に従えない >		【じっとしていられない】		
		【意思疎通がとれない】		
		【本人が何をされているのか状況が分からない】		
		【本人が検査の必要性がわからない】		
< 無理やり検査される >	【本人が検査の必要性がわからない】			
< 長時間の検査になる >	【通常の倍以上の時間がかかる】			
< 不要と思われる検査 >	【長時間の検査で疲れる】			
	【必要以上に検査が多いと思う】			

診察時の困難	≡ ≡ ≡ ≡	<医師と十分に話が出来ない>	【医師の質問に対して正確に答えられない】 【痴呆の人の介助をしながら医師と話をする】
		<本人の言動に対する苦勞>	【診察を拒否する】 【医師の前では、受け答えが明確になる】
		<医師に相談できない>	【医師に相談すると怒り出す】 【相談にのってくれる様子がない】
		<不本意な診察>	【診察の内容がいつも同じ】 【年齢による物忘れとされた】 【問診だけの診察で、薬だけ処方される】
	≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡	<点滴をすぐに抜いてしまう>	【点滴をはずそうとする】 【点滴をはずすためそばに付き添わなければならない】
		<治療を継続できない>	【治療に対して本人が抵抗するので治療を中断しなければならない】 【治療、検査を行って本人を苦しめたくない】
		<医療者から家族が注意を受ける>	【点滴をしている間じっとしていられず、叱られた】
		<医療者の配慮のない態度>	【本人の前でも痴呆に関する様々な質問をしてくる】 【家族や本人に冷たい態度をする】
		<家族の意見を聞いてもらえない>	【家族の話聞いてもらえない】
		<専門家がなかなか見つからない>	【病院1箇所だけ受診しても症状が落ち着かなかった】 【痴呆を分かって対応してくれないので病院を変更した】
往診時の困難	の ≡ の ≡ の ≡ の ≡	<診察内容に不満>	【診察をしてくれない】 【医師の説明の内容が分からない】 【積極的な治療方針を立ててもらえない】
		<一方的な医療者の対応>	【内服薬の説明がないまま長期にわたって処方された】 【内服薬の中止を申し出ると違う医師の往診を受けるように一方的に言われた】
	の ≡ の ≡ の ≡ の ≡	<治療を受けられない>	【点滴をじっとして受けられない】 【本人が治療を嫌がる】
入院中の困難	時 ≡ 期 ≡ 入 ≡ 院 ≡	<入院時期の調整の困難>	【入院時期と転勤の時期が重なり調整に苦勞した】 【入院先と転院先の医師の間で治療や入院の手続きが一方的になされた】
		<急な入院>	【突発的に病状が発生する】
	≡ ≡ ≡ ≡ ≡	<入院先が遠い>	【自宅から車で時間がかかる】 【転勤先が遠方で、連絡訪問が困難】
		<病院に入院を嫌がられる>	【入院を嫌がられた】 【最初の病院で退院を迫られ、次の転院先でも退院を迫られた】 【なかなか入院させてくれない】
		<入院先が見つからない>	【専門病院が近くにない】 【痴呆患者に対応してくれる病院を見つけるのが大変】
		<望まない入院先>	【精神科で痴呆専門病棟に入院できなかった】 【入院先がなく、精神科に入院した】
	≡ ≡ ≡ ≡ ≡	<短期間の入院を余儀なくされる>	【1ヶ月で退院させられた】 【3日間で退院させられた】 【当初の入院予定期間より早く退院させられた】 【身体状態が悪化しているのに早期に退院させられた】
		<退院を迫られる>	【3ヶ月を過ぎると退院を迫られる】 【徘徊を続けたため退院を迫られる】 【本人が職員に暴力を振るったため退院を迫られた】
		<入院直後に、次の転院先の打ち合わせをされる>	【1ヶ月も入院しないうちに転院先を探すように促された】 【入院した日に転院先の打ち合わせをさせられた】
		<適切な治療を受けられず、入院期間が延びる>	【脱水症状で点滴だけの治療で1ヶ月入院した】 【検査が適切でなく入院が延びた】
	≡ ≡ ≡ ≡ ≡	<退院先への不安>	【老人施設に戻れない不安】 【在宅へ退院を勧められた】
		<退院先を見つける困難>	【受け入れ先が見つからない】 【他の施設、病院の空きがなかった】
		<親戚の協力を得なければ退院できない>	【自宅と親戚の家で協力して介護を行った】
		<自宅への退院>	【1人暮らしをしなければならない自宅への退院を勧められた】 【高齢者だけの自宅への退院】
		<退院後、外来通院を続けなければならない>	【自宅から毎日点滴をしに外来通院しなければならなかった】

時≒退院	<不本意な退院時期>	【完治していないまま退院させられる】
≒入院中の付き添いについて	<急な呼び出しによる負担>	【夜中に急な呼び出しがある】 【休日の日曜日に緊急の呼び出しがある】
	<頻回な呼び出しによる負担>	【洗濯物を取りに来よう頻回に連絡がある】
	<24時間の付き添いによる負担>	【24時間付き添わなければならない】 【痴呆患者に対応してくれる病院を見つけるのが大変】 【本人の不安感が強く24時間の付き添いが必要】
	<付き添わないことによる負担>	【付き添わなかったことで骨折してしまった】 【完全看護のため必要ないと言われても付き添い必要がある】 【初めての入院のため付き添った】
	<本人への対応による困難>	【性の要求があった】 【点滴・針を抜去しようとするためずっと付き添わなければならない】 【本人が頻回にトイレに行く度に付き添った】
	<付き添いができる病院を勧められる>	【痴呆があるため、付き添いができる病院を探すようにと入院を断られた】
	<他の患者への気遣いによる苦勞>	【周囲の人に迷惑をかけてしまった】 【周囲の人に迷惑をかけるので家政婦をつけなければならなかった】
≒施設の設備について	<病室でゆっくり過せない>	【テレビがない】 【ベッド周囲が狭い】 【1部屋に患者が大勢いて狭くて汚い】
	<安全の確保ができない>	【転倒の危険があるが、手すりなど設置されていない】
	<痴呆の人に合わせた環境が整わない>	【徘徊ができる構造になっていない】 【トイレを覚えてもらうのが大変なのに、トイレに近い病室に移動できない】 【病室にトイレがなく、ポータブルを使用させるのが難しい】
	<付き添いの家族に対して配慮のない設備>	【付き添いベッドが床から10cmほどの高さしかなく不潔であった】
	<ナースコールが切られる>	【ナースコールが切られていたことがある】
	<一般の患者と同室である>	【一般の患者と同室で部屋から出るわからなくなり、病院側にいやみを言われた】
	<痴呆症であるために一般の病室に入院できない>	【一般病棟ではなくICUに入院させられた】 【個室に入院しなければならない】
≒他患者やその家族	<他の患者に迷惑をかける>	【度々大声を出しうるさいので他の患者に迷惑がかかる】 【じっとしていないので同室の患者に迷惑をかける】 【他の患者に不愉快な言動をかけることがある】 【同室の患者の荷物をいじる】 【他の病室に入ってしまう】
	<他の患者やその家族から注意を受ける>	【本人に厳しく注意をしようとしたら同室患者にとめられた】 【他の患者の家族に入院中は付き添うように言われた】
	<本人が他の患者と関係が上手くいかない>	【本人が苦手なタイプの患者がいた】 【本人が同室患者と打ち解けることができない】 【同室患者の病状、認知レベルがことなり戸惑った】
≒本人の変化	<痴呆の症状の悪化>	【入院すると痴呆が進行した】 【本人が大変不安がった】 【食事をとらなくなり、暴言が増えた】 【帰宅願望が強くなるようになった】 【一人で食事もできなくなり、会話ができなくなった】 【笑顔が消えた】 【他の患者とケンカばかりして大騒ぎになった】
	<環境の変化による混乱>	【状況の変化になれるのに時間がかかり混乱した】 【狭い病室、カーテン1枚の仕切りで本人がパニックになった】 【トイレがどこにあるのかわからなくなることが多い】 【夜間に徘徊することが多い】 【不安が強く家族に名前を呼び続ける】
	<身体状態の悪化>	【2週間の入院で足腰が悪くなった】 【要支援が要介護度5になった】 【入院で歩行が困難になった】
	<痴呆の出現により退院になる>	【職員に対する暴言が増え退院を迫られた】 【すぐに帰ると言い出し検査でできずに退院となった】

《入院中の検査》	＜不必要だと思われる検査＞	【不必要な検査】 【必要以上に検査をしたがる】	
	＜検査をしても結果が分からなかった＞	【あらゆる検査をしたが原因が不明であった】	
	＜検査を受けることが困難＞	【検査中大声をだしたり、暴れる】 【尿検査を嫌がった】	
	＜検査を受けるための配慮がない＞	【検査ができるように本人に対する声かけ等の配慮がなかった】	
	＜検査を受けることができず、結果が分からない＞	【検査目的の入院であったが検査ができなかった】	
	＜検査が遅れ、診断が遅くなってしまった＞	【検査をすぐに行えず骨折の発見が遅れた】	
《診察時》	＜的確な診察を受けられない＞	【本人の身体を診察することなく回診が終わる】	
	＜本人の訴えを聞いてもらえない＞	【回診の際、本人に話しかけてもらえない】 【本人の訴えを聞いてもらえない】	
《入院中の治療》	＜治療、処置を受けることができない困難＞	【点滴をはずしてしまう】 【治療が中断してしまう】 【治療継続が困難で転院することになった】 【治療が進まない】 【安静を保持することが困難】 【治療方法がないと退院を迫られた】	
		＜不本意な治療＞	【本人に投与される点滴の量が多い】 【点滴ミス】 【痰がつまっていないのに定期的に行われる苦しそうなお吸引】 【本人が苦しんでいるのに対応が後回しにされた】 【痴呆に対する診断をしてもらえなかった】 【リハビリをしてもらえない】 【本人が腹痛を訴えているのに退院させられた】
		＜説明不足による不満＞	【詳しい説明を受けられない】 【薬に対する説明がなかった】
	《日常生活の援助について》	＜日常生活の援助を受けられない＞	【目は目やにだらけ、口にも物を入れっぱなしである】 【1人で食事も排泄もできないのに介助してもらえない】
		＜本人に合わせた援助を受けられない＞	【本人はトイレに行きたいと思っているのにオムツでの排泄を促された】 【ゆっくりと食事ができない】 【常食のご飯を希望してお粥を出され、本人はあまり食べられなかった】 【声かけせずに、衣服の交換等が行われる】
		＜ケアが人任せ＞	【食後、使用した箸が洗浄されることなくそのままであった】
＜家族が日常生活援助を行う負担感＞		【朝食以外の食事介助は家族が行った】 【日常生活の援助を家族が行わなかったら退院させられたと思われる】 【ベッド上安静のため排泄介助が難しい】 【トイレのたびに介助が必要だった】	
		《経済面》	＜多額の医療費＞
《経済面》	＜個室利用の費用＞	【入院時騒ぐので個室費用がかさむ】 【個室、ベッド代は医療費より大変】	
	＜必要物品の費用＞	【病院によって使用できるオムツがことなり出費がかさむ】 【病院によって準備するものが異なり準備費がかかる】 【とろみ、オムツ代費用がかなりかかる】	
		＜交通費＞	【病院までの交通費の負担が大きい】
	＜入院費用の工面＞	【友人、家族から入院費用を借りた】	
	＜付き添いをつける費用＞	【家政婦をつけたので費用がかかった】	

表29 医療者の対応について

医療者の態度	<接する態度が悪い>	【言葉遣いが悪い人がいた】 【ヒステリックで、意地悪な看護師もいる】
	<医療者に適任ではない>	【スタッフの中には個人的に適任ではないのではないかと感じる人がいる】 【自分の仕事に責任を持っていない人が多い気がする】
	<人によって対応が不親切>	【医師によって、対応が不親切である】 【看護師の経験等で対応の仕方が異なる】
	<話しかけにくい>	【忙しい様子であり話が出来なかった】 【何か頼みたいこと、質問したいことがあっても気を遣ってしまい看護師に話し掛けることができない】
	<個別対応ができない>	【個々の訴えに細かな対応が困難であった】 【「十把一絡げ」的な扱いがある】
	<都合によって対応が変わる>	【痴呆症の症状で家族が困ったことを説明すると、機嫌が悪くなり、親身に対応してくれない。】
	<痴呆の人に対する乱暴な対応>	【命令口調で着替えをさせていた】 【職業慣れしているのか、扱いが乱暴である。】 【技術は高いが、忙しいためか心配りが足りない】
	<義務的な対応>	【義務的である】 【受付の対応が固い】 【対応が事務的で愛想がない】 【事務的な対応で笑顔がない】 【忙しすぎるのか心がこもらない】 【仕事だからと心ない態度であった】
	<こころない対応>	【感じが悪い】 【医師の態度が横柄であった】 【冷たい対応の人がいる】 【受付の人に会うのが辛い】 【やさしさが足りない】
	<家族に頼りきった>	【家族が来ていると、排泄の援助をしてもらえない】 【家族がいると看護婦は来てくれない】
<痴呆とわかると態度が変わる>	【検査時、「痴呆症なので」と言ったら、検査する人の態度が変わった】	
ケアの内容について	<不十分なケア技術>	【経鼻栄養のチューブを挿入する際、何度も失敗していた】 【着替えの仕方が雑】 【薬の間違え、食前・食後の表示が間違っていたことがあった】 【本人の落ち着いたなさに注射を断られた。看護師は怖くて打てなかったのだと思う】
	<痴呆の人の相手をしない>	【見舞いに行った際、トイレで転倒しているのを発見した】 【点滴が度々抜けていることがあった】 【車椅子にも乗車させてくれなかった】 【顔も拭いてくれず、目やにで目が開かない状態であった】 【口腔内に食物残渣があってもそのまま、口の中で腐って発酵していた】 【食事の介助等なされず、ほおっておかれた】 【完全看護なのに食事の介助もなされていなかった】 【家族が食事介助できないと、本人への食事介助をあっさりあきらめてしまい食べさせてくれない】 【排泄などで本人がブザーで連絡しても来てくれない】
	<医療者中心のケア>	【ナースコールがよく切られていたことがある。トイレに連れて行くよりもオムツにさせたいためと思われる】 【汗びっしょりかいているにも関わらず、着替えは1日1回だけと看護師に着替えを断られた】 【トイレに行きたいと言うのに、見ると失禁しているので連れて行かれないといわれた】 【医療者側の“責任”ということを強調し、自由に外出が出来なかった】 【オムツを取り替えるためにパジャマのズボンをはかせない】
	<拘束させられた>	【動き回るので車椅子に乗せて身体を紐で縛った】 【ベッドに拘束された】 【拘束させられた】 【鍵つきのつなぎのつなぎ服をきさせられ、オムツをはずさないために鍵つきの手袋を買わされた】

治療時の対応	<十分に治療をしようとしない>	【「痴呆のある老人」ということで、どうでもいいような診察をされた】 【他の疾患もたくさんあるが、あまり積極的な治療を行う様子ではなかった】 【的確な診察、検査も行わないまま間違った診断名をつけた】 【痴呆があるからと検査等してもらえなかった】 【入院中、毎日の診察がなかった】
	<家族の意向に沿った治療をしようとしてくれない>	【不本意な治療がなされた】 【不本意な薬剤による治療を続けられた】
	<適切な治療がなされていない>	【不本意な治療がなされ、入院時要支援だったのが退院時には要介護5になった】 【発熱があり、脳炎疑いで入院したが、入院期間が8ヶ月にも及び身体的に適切な治療を受けられていないように思えた】
	<退院を迫られる>	【体調を崩し、入院により環境が変化したので痴呆症状が悪化し、看護師に暴言をはいたり、他の病室にいったりするなどして、看護師から苦情をいわれ、退院してくれといわれた】 【3ヶ月を過ぎると医療費が減るとかで、退院を迫られた】 【他の患者の迷惑になると転院して欲しいと言われた】 【前向きな治療をする気持ちがないとの事で、無理やり退院させられた】 【他の疾患で他の病院の診察を希望したところ、即退院を言い渡された】
	<痴呆に対する知識がない>	【自宅で痴呆の症状に気づき、かかりつけ医に相談に行ったが、全く症状を理解してくれず長い期間分かってもらえなかった】 【痴呆についてよく理解できているとは思えない】 【医師の痴呆に関する知識が欠けており、入院している本人に痴呆があるのを無視した対応で、本人の気持ちが悪化して感情が不安定になり、暴れてしまい強制退院させられた】
	<他の職種と連携をとってくれない>	【10年以上のかかりつけ医師は、痴呆の相談をしても(専門病院の紹介等)適切な対応をしなかった】 【他の職種と連携をとってくれない】
家族への対応	<家族の意向・状況を理解してくれない>	【家族の予定を考慮せずに、一方的に話を進めてしまう】 【本人や家族に質問したいことがないか確認をとってくれない】 【本人がベッドからおりて廊下をあるいているので、夜中に急に呼び出された】 【転院先を探すように言われても、見つからず途方にふてしまった】 【患者の受け入れ先が決まっていなのに、突然明日退院と言われ介護家族の思いなど完全に無視された】 【退院後の行き先の相談にも応じてくれない】 【前向きな治療をする気持ちがないとの事で、無理やり退院させられた】
	<家族に対する配慮がない>	【家族にも少し手をかけてもらいたい】 【今後どのように過ごしていったらいいのか、何を気をつけなければいけないのか等の指導がなかった】 【転院する際、世話がかるから早く出て欲しいというような態度を看護師にとられた】
	<家族に対して心無い言葉をかける>	【平均寿命をはるかに越えているから…と何回も言われてショックを受けた】 【「よくこんなを受け入れる所があるもんだなあ」と言われた】 【本人が一見、健康そうに見えるため「痴呆には見えない、残念だ」というようなことを言われ、がっかりした】 【痴呆の人は民間の病院を利用するように言われた】 【当院は痴呆患者を取り扱うところではないと言われた】 【痴呆に関して相談したところ、薬や注射で治るものではなく家族が対応を考えるとどと言われた】 【症状の悪化を恐れて安定剤、睡眠剤を断ったら、一部の看護師に治療を受けるにふさわしくないとクレームをつけられた】
	<家族への説明を十分にしてくれない>	【入院中、預けていたお金の不明金があった】 【大学病院は説明があったが、個人病院は説明がなかった】 【詳しい病状の説明がなかった】 【定期的な外来受診では、どの程度痴呆が進行しているのかほとんど説明がなく、問診だけで終わる】
	<痴呆の人を無視する>	【痴呆高齢者の相手をしない】 【排泄などで本人がブザーで連絡しても来てくれない】
	<痴呆の人を人間扱いしない>	【医師、看護師、介護士は痴呆があるというだけで人間としての扱いをしない】 【医療関係者は専門的なことだけでなく、1人の人間として人の命は何かということに毎日自問自答しながら、日々初心に戻って、利用者に対応して欲しい】
痴呆の人に対する対応	<痴呆の人に配慮のない対応>	【痴呆高齢者の不安を軽減するために、必要があれば本人を外して対応する細かい配慮がない】
	<痴呆の対応を理解していない>	【医師や看護師は、痴呆症について理解が乏しく、本人のプライドを傷つける言動が多く、かわいそうな目にあうことが多い】 【看護師、介護士の痴呆症の方の対応に勉強不足などところがある】 【痴呆患者の扱いは不慣れらしく、無口で機械的な態度に見受けられる】 【痴呆についてよく理解できているとは思えない】 【専門病院でないため、痴呆症を理解されなかった】
	<痴呆の人に対する心ない言葉をかける>	【痴呆の患者に対して「もう嫌だ」、「何と言っても…」などと言われると辛い】

表3 表30 良いと感じた医療、ケア

痴呆の人に対する関わり方	<じっくり話を聞いてくれた>	【どんなに忙しくても話をきいてくれる】
		【本人の話を聞いてくれる】
	<やさしい態度で接してくれる>	【優しくしてくれた】
		【親切に対応してくれる】
		【小さなことにも配慮してくれる】
		【医師は、本人に優しく笑顔で話しかけてくれる】
	<痴呆の人をひとりの人間として対応してくれる>	【ひとりの人格ある人間として扱ってくれる】
		【本人の意思を尊重し、1人の人として接してくれる】
	<本人の状況を理解して、ありのままで過せるようにしてくれている>	【本人の様子を理解してくれ、それに対する対応が親切】
		【ありのままでいい環境が整っている】
	<痴呆の人との関わりをもってくれる>	【車椅子に乗車させて、個室からナースステーションに連れ出して、話し相手になってくれた。個室で寂しくなると大きな声をだしたり、不安定になるが看護師とにおしゃべりが良かったようです】
		【ナースステーションで話をしたり、折り紙をして過したこと】
	<痴呆に対する対応が柔軟で適切である>	【本人の欲しがるときにおやつをあげてくれる】
		【痴呆に対する対応が非常に良かった】
		【本人がしてしまった行動(排泄物で周囲を汚染する)をとがめもせずに対応してもらえた】
	<対応の仕方にバリエーションがある>	【対応の仕方にバリエーションがあり個別性にあわせながら対応してくれる】
<きめ細かい配慮をしてくれる>	【与薬の際人肌の水を飲ませてくれた】	
	【待ち時間中にスタッフの声かけがあった(診察の順番や体調の確認等)】	
	【小さなことも配慮してくれる】	
	【下着が汚れた場合も下洗いされて臭いなくビニールに入れてあった】	
	【病院の入り口でふらつく本人に車椅子を準備して案内してくれた】	
	【個室を準備してもらい安心して眠って過すことができた】	
<ゆっくりと過せるように配慮してくれている>	【検査入院のために家族も泊まれる2人部屋を準備してもらい、付き添いの家族もゆっくり過すことができた】	
<痴呆の人が楽しく過せるようにしてくれる>	【園児、ボランティア等のお遊戯や踊りを見せてくれ、本人が大変喜んでいた】	
	【嬉しそうな表情をみていると家族は有難い】	
<大勢の人たちと過せるように配慮してくれる>	【食堂で食事をしてくれる】	
	【日中大勢の人と過せるように配慮してくれる】	
	【日中、個室から連れ出してくれる】	
<痴呆の人が快適に過せるような取り組みをしてくれる>	【自前の食器に工夫をしてくれ介護用品を買わなくてすんだ】	
	【センサー等職員の工夫がなされている】	
	【専門的な知識に基づいた工夫がなされている】	
家族に対する関わり方	<家族の意向を汲んでくれる>	【家族が病気に効果があると思い準備した食べ物を食べさせてくれる】
	<家族の状況を理解し、配慮して関わってくれる>	【家族の話もよく聞いてくれ、家族の状況を理解してくれた】
		【家族のことを心配してもらい、早めに助言をもらって相談できる】
		【家族も安心して相談にのってもらえた】
	<家族に対して様々な情報を提供してくれる>	【痴呆が進行しないように、ケアの方法や機関を教えてくれた】
		【車椅子の説明書を用意してくれ、目的・価格などより多くのものから選択することができた】
	【退院前に認定の申請、サービス等の説明を受けることができた】	
<家族に対して治療・身体状況に関する詳しい説明がある>	【内服薬の説明をしてくれた】	
	【医師の説明が詳しい】	
	【治療、検査に関して詳しい説明がある】	
	【本人や家族が理解できるようにそれぞれにあったレベルで説明がなされた(言葉遣い、表現等)】	

治療 診察に ついて	<的確に診察、治療をしてくれる>	【医師の治療が的確である】
		【診断が的確で手続きが早い(対処が早い)】
		【1週間かかって失敗した検査が、3~4日間で終了できた】
		【ホームドクターが、本人のデータがたくさん持っているために、具合が悪くなって痴呆で症状が伝えられなくても適確に、症状を把握し薬をだしてくれる】
病院の 体制設 備	<痴呆の人の入院を受け入れてくれる>	【緊急の一晚の入院依頼も受けてくれ、個室を準備してもらい安心して長時間眠って過ごすことができた】 【痴呆の病人を受け入れる病院がない中で受け入れてくれた】
	<職員の態度が明るく、丁寧である>	【職員の態度や表情が明るく、言葉遣いが丁寧であった】 【反発をかうような言葉を慎んでいる】
	<他の施設と連携をとってくれる>	【施設と病院の連携が取れており、受診時に待たされなかった】 【診察以外で、利用している併設のデイサービスでの様子を医師が把握してくれている】
	<評価、改善しようとする取り組みがある>	【退院時にアンケートを渡され、本人・家族に対する対応のよしあしの調査を行っている】
	<設備が充実している>	【トイレ、部屋が大変きれいである】 【施設設備が整っており、廊下等がゆったりしている】 【清潔な環境】 【病室という感じをまったく与えない室内環境】
	<完全看護である>	【完全看護で付き添いが要らなかった】
	<十分なスタッフの人数が確保されている>	【必要なスタッフの人数がいて、落ち着いてケアしてくれた】

表31 望んでいたケアについて

*まず、態度の基本として<医療従事者は患者家族と立場が同等であると自覚して対応して欲しい>が挙げられた

痴呆 の 対 人 に 対 す	<家族のような接し方をして欲しい>	【ひとりの患者としてではなく、疾患が特殊なので家族のように接して欲しいかった】	
	<痴呆でも人間性を重んじて対応して欲しい>	【痴呆になっても人間性を重んじて対応して欲しい】	
	<痴呆の人を特別扱いせず、自然に接して欲しい>	【どの患者にも平等に接して欲しい】 【痴呆の人をほったらかしにして欲しくないが、特別扱いしてほしくない(本人の不安が大きくなるので)】	
ケ ア の 内 容	<個別的な対応をして欲しい>	【高齢者は特に優しく、分かりやすく接したり、説明したりして欲しい】 【正常な人と痴呆の人によつての対応をきめ細やかにして欲しい】 【痴呆の人それぞれの個性にあった対応をして欲しい。人によつて対応を変えて欲しい】 【痴呆には個人差があるので、ゆっくりと時間をかけて本人の話を聞いて欲しい】 【クリティカルパスの導入により看護ケア、医療が画一的になり、個性に欠けるような気がする。(個別的なケアをして欲しい)】	
	<痴呆の程度を把握したケア>	【痴呆の程度を把握して、ケアを行って欲しい】	
	<オムツの交換を頻回にして欲しい>	【オムツの取替えを頻回にして欲しい】	
	<痴呆の人をほったらかしにして欲しくない>	【痴呆の人をほったらかしにして欲しくない】 【本人の話し相手になって欲しい】 【しばしば訪室して、様子をうかがって欲しい】	
	<痴呆の人に配慮してケアを行って欲しい>	【痴呆であっても、男性看護師に導尿してもらいたくなかった。そのような時の気づかいが欲しいと特に思った】 【どのような痴呆で、現在の症状の程度を本人に配慮して、家族から話を聞いて欲しい】	
	<痴呆の症状が悪化させないケア>	【入院中、痴呆の症状が悪化しないためにも、コミュニケーションをもち話し掛けて刺激を与えてほしかった】	
	<本人も家族も安心して過ごせるようにして欲しい>	【家族が面会時に、安定していると感じられるような雰囲気で行われるようにして欲しい】 【本人も家族も特別なことはしていただくなくてもいいです。ただ安心して普通に過ごせたら、それが最高の幸せだと思っています】 【心豊かな老後を過ごせるようなケアを希望】 【家族が安心して預けられるケアや医療をめざしてほしい】	
	<ゆとりあるケアを行って欲しい>	【もう少しゆとりのあるケアをして欲しい】	
	治 療 内 容 治 療 体 制	<苦痛の除去>	【苦しさ、痛みのないようにしてほしい】 【寝たきりの状態で、意思疎通も困難であるのに経管栄養、胃瘻をしたり、検査等の苦しい思いをさせたくない】
		<本人や家族の意思を尊重して治療して欲しい>	【本人や付き添いの家族の話を聞いて、治療を行ってほしい】
<本人や家族の話をじっくり聞いて欲しい>		【家族が本人の状態を説明する際は、全部聞いて欲しい】 【どのような痴呆で、現在の症状の程度を本人に配慮して、家族から話を聞いて欲しい】	
<早期診断、早期治療>		【痴呆の早期「受診、診断」、ケア実施】 【家族の行動に不審な点があったら早く対策をたてること】 【痴呆の人が訴えている症状を認識して、適確に診察し早期に治療をすすめて欲しい】 【痴呆であることを初診の段階で正確に把握してもらいたい】	
<適確な診断・治療>		【的確な診断をして欲しい】	
<十分な原因の追求>		【原因追求が不十分であった】	
<完治するまで入院させて欲しい>		【少々の行動障害があっても安心して退院しても大丈夫というまで入院させて欲しい】	
<リハビリを十分に行って欲しい>		【一日中座っているので、なるべく体や手足を動かせるような小道具がほしい】 【本人がリハビリに対して大変消極的だったためか、形だけのリハビリでした。家族としてはリハビリをしっかりしてもらっていたら、現在のような寝たきりにならなかったのでは、と思っています。初期のリハビリが必要だったといまさらのように思われてなりません】 【もう少し専門的なリハビリ訓練をしていただきたかったと思います】 【1か月位のリハビリではたぶん十分に機能できるところまではゆかなかったらと思うのです】 【入院していた時期が80歳代後半だったため、リハビリに力を入れてもらえなかった】	

	<専門的なケアと医療の両面に対応して欲しい>	【入院中に本人に落ち着きがなく、医療器具を外してしまうことがあった場合、専門のスタッフのケアと医療両面に対応してくれたらと思う】 【一般の方とは別室で、気持ちがやすらぐ、落ち着けて、医療とケアがうけられるような、介護と医療が一緒な病院があったらいいなと思います】
	<外来での待ち時間を短くして欲しい>	【外来で待たされない】
	<外来受診の際、付き添いの代わりにみてくれる人が欲しい>	【外来で待っている間、付き添いの家族が側を少し離れる場合に、代わりにみてくれる人がいればいい】
家族への対応	<家族と連絡をとって欲しい>	【家族と話をする機会を時々設けて欲しい】
	<家族の話聞いて欲しい>	【家族が本人の状態を説明する際は、全部聞いて欲しい】 【どのような痴呆で、現在の症状の程度を本人に配慮して、家族から話を聞いて欲しい】
	<痴呆の人へのかかわり方に関するアドバイス・情報が欲しい>	【検査を嫌がった場合、どう工夫して本人をつれてくればよいか助言が欲しい】
	<介護する家族に対するケア>	【主人も障害者なので、介護者がダウンしないよう、楽なようにしていただきました】 【介護している人のケアもしてほしい】
	<家族に対する詳細な説明>	【病状についてきちんと説明を受けたいし、やはりしばしば訪室はしてほしい】 【《検査について》どんな手順で、どの位の時間がかかるのか説明して欲しい】 【入院中の病状の説明を聞きたかった】
	<相談にのって欲しい>	【私のばあ、両親が脳塞栓、脳出血になった時、病気の知識がなかった事が次の行動を遅くした。医者の前にカウンセラーに会い、相談したかった】 【現在利用している個人病院の先生やスタッフの方々は本人や家族に対し、親身になり何でも相談できる】

表32 病院に対する要望

痴呆の人に対するケア	
【明るい声と落ち着きのある態度、人としての品格をもって対応して欲しい】	
・明るい声と落ち着きのある態度、人としての品格をもって欲しい。	
・看護介護される方をあちこちの現場をみて感じますことは、人間性本心から愛情をもって尽くされている方、ただ勤めという事でお仕事されている方、ヶ族訪問していますと明暗がはっきり出てきます。若い方や年配の方も、将来自分も、明日はわが身、相手の立場にたって、優しく愛情をもって対応してほしいと思います。	
【痴呆の人の人権を無視せず、ケアを行って欲しい】	
・看護介護される方をあちこちの現場をみて感じますことは、人間性本心から愛情をもって尽くされている方、ただ勤めという事でお仕事されている方、ヶ族訪問していますと明暗がはっきり出てきます。若い方や年配の方も、将来自分も、明日はわが身、相手の立場にたって、優しく愛情をもって対応してほしいと思います。	
・痴呆症患者の世話をしている職員のごく一部の人に、「どうせ何もわからないのだから！」と考えて、排尿、排便などの生理的要求さえ、その患者の人権を無視して後回しにしてしまいがちな傾向があるのではないだろうか、という危惧を抱きます。	
・痴呆症をもつ人間にも尊厳があり、プライドを傷つけないような対応をしてほしい。	
【痴呆の人に対する言葉遣いに気をつけて欲しい】	
・痴呆の人をことに見下したり、親しみを表わしているのだらうと思うが、言葉の乱れ、「～ちゃん」付けの呼び方等はやめてほしい。	
・痴呆症の方々への対応、理解、言葉遣いなどに注意してほしい。一人の看護婦や介護士が悪いケアをしていると、その医療機関は全員悪くみられるので一人一人の人が注意してほしい。	
・看護、介護に従事する人々は、何気ない言動で患者や家族が深く傷つくことに思いをはせ、心理療法などの研修(研鑽)を重ねてほしい。	
【痴呆の人の意志を聞いて欲しい】	
・痴呆があっても本人には自分の意志を言えるので、本人の言うことを聞いて欲しい	
【痴呆の人に対する理解を深めて欲しい】	
・どこの病院でも理解(患者)してもらいたい。	
・手のかかる患者(口が達者、よく動く)もいるので、目をかけられる様、病院として理解と努力をしてほしいです。	
・看護婦さんもお医者さんも痴呆に理解のある方にみて欲しい	
【家族が毎日付き添わないようにして欲しい】	
・毎日毎日家族が付き添わなくても大丈夫ようになってほしい。	
【痴呆の人に刺激を与えて欲しい】	
・音楽、放送などで刺激を与えて欲しい	
・外へ連れ出して欲しい	
・戸外に連れ出して欲しい	
【些細な変化にも気をつけて欲しい】	
・着衣が汚れていないか時折、確認して欲しい	
・とにかく個人の意思表示ができない状態なので、変わった状態があればすぐに知らせてほしいし、注意して変化に気づいてほしい	
・本人が自分の事をよくわからないので、そばにいて看護、介護する人がもっと気をつけて見てほしい。	
・本人は自分の症状や経過を他人に正確に伝えることができません。ほんの少し前の痛かったことさえ忘れてしまうようです。逆に、検査のためにきつい思いをしている時でも、なぜきついのか、なぜ痛いのか理解できず、何度も何度も「どうしてこんなことになっているの？」と訴えてきます。そんな時にそばにいて、的確に答えて「心配ないのよ！」と言葉を添えなければ、不安になり混乱するようです。ましてや自分の病気を理解し本当に納得いく治療方針を自分で決めたり、意思表示をしたりすることはできるのでしょうか？ もし、入院が必要になった時には以上のことを考慮して、きめ細かい介護をお願いしたい。	
【個別性のあるケアをして欲しい】	
・パーソナルケアのような制度を取り入れてほしい。	
【痴呆の程度、進行状況を把握して欲しい】	
・ひとり一人の痴呆度合いやレベルをきちんと把握していない。ゆえに伝達もされずおざなりにされたまま。	
【じっくりと余裕を持ってケアして欲しい】	
・看護婦さん、看護助手の方があまりにも忙しく、ゆっくり相手もしてもらえなかったように思う。もう少し余裕のある看護を希望します。	
【一般の患者と痴呆の患者を同室にしないで欲しい】	
・痴呆のある人が骨折などで入院する際、痴呆のない人と同室であるとまわりに迷惑をかけたり、家族が気兼ねしたり、問題が生じると思う。痴呆の人専用の病棟でも治療ができるといいと思う。	

治療態度

【受診した患者を「人」として診て欲しい】

- ・外来で医師に大声で怒鳴られたことがあり、大変プライドを傷つけられた。
- ・患者に対しての日頃の思いをどう持つかとういことが重要であり、「人」として診て欲しい

【医療関係者は痴呆に関する知識をもっと身につけて欲しい】

- ・痴呆が進むと本人は言葉で伝えることができなくなる。医療者・看護者・介護者共に痴呆に対する理解を深めることが必要だと思う。察する能力はなかなか身につくものではないと思うけれど。
- ・痴呆は病気だが、それに対する学習が医療の専門家間でして欲しい
- ・ナースの痴呆に対する理解度、受入、対応の仕方、看護の勉強をして欲しい

治療体制

【痴呆でも入院を受け入れて欲しい】

- ・身体疾患で、初診の診察は行ったが痴呆を理由に断られた。
- ・痴呆でも安心して入院を受け入れてほしい。
- ・骨折して入院を希望したが、痴呆のために断られた。
- ・公立病院なのに受けてくれなかった

【本人、家族の意向を重視した治療をして欲しい】

- ・本人、家族の意向を重視した医療を行ってほしい

【特養やグループホーム等の情報に医師がもっと詳しくなって欲しい】

- ・医師が特養やグループホームの内容に詳しくない。

【痴呆の早期発見と早期治療の対策を推進して欲しい】

- ・老人痴呆症の早期診断と対策を強力に推進してほしい。進行してからでは効果があがらないので初期の発見と対策しかよい方法はないと思われる。

【痴呆の対応について研究して欲しい】

- ・病院側でも対応を研究してほしい。

【リハビリテーションを積極的に行って欲しい】

- ・リハビリなど声かけしてもらわないと本人は意欲がなく、すすんで行おうとしないのもっと促して欲しい
- ・骨折した際、痴呆がひどい場合は手術が不可能ということで、そのまま固まってしまうので歩けなくなり、動くのが不可能になり、徘徊などの心配はなくなるものの、可愛そうな思いはします。
- ・外来でのリハビリテーションが思うように利用できないので、週3回ぐらい利用しないとリハビリの意味がないと思います。

【外来受診の待ち時間の短縮】

- ・待ち時間を早くして欲しい

【痴呆の人が入院しても、経済的負担があまりかからないようにして欲しい】

- ・入院すると個室に入れられ、付添い人を要求させられる。大変な金額の入院費がかかるので、入院させられない。(個室1万～2万、付添い人1日2万円(24時間)、その他おしめ、クリーニング代、その他)
- ・痴呆者が医療機関に入院する場合、個室対応になることが多く、経済的負担が大きいためあまり負担がかからないよう要望したい
- ・親も今は体を悪くしていないが、いつどのようになるかわからない。その時痴呆症の人が入院できる病院があるのか、費用はどの位かかるのか、とても心配です。

家族に対するケア

【介護する家族の負担を理解して欲しい】

- ・家族の負担を理解してもらえない
- ・痴呆症をもつ家族は本当に大変です。この人は痴呆だと他の人が認めてくれるようになれば病気はだいぶ進んでいるのですから・・・それまでの間の家族の人には他人にわかってもらえない部分がたくさんあるのです。世の中の不況もあり、多忙な毎日の中、痴呆の人につきっきりであるということはできません。皆働かなければならない。疲れて仕事から解放されても家には痴呆の人が待っている・・・ついつい怒らないでもいいことに腹を立てたりします。

【家族に対して、痴呆の対応等のアドバイスをして欲しい】

- ・医療者側からの一般的な考え方だけでなく、家族が抱えている問題(介護力、経済面)にも焦点をあてアドバイスしてほしい。

【付き添いの手助けをして欲しい】

- ・検査のとき家族が一人しか付き添えない場合は介助の手助けがほしいです。

表33 行政に対する要望について

<p><施設職員の待遇がよくなるように援助して欲しい></p>	<p>【職員の「奉仕の気持ち」のみでなく、きちんと職員へも待遇を考えて、より職員が入居者に親切に対応しているよう、国、地方もホームに援助してやってほしい】</p> <p>【政府がもう少し医療や看護、介護の現場を見てものを言ってもらいたい】</p>
<p><施設の数を増やして欲しい></p>	<p>【現在も今後も圧倒的に痴呆者用ホーム施設が不足していると思う。もっと国、地方が政策的に考えて施設の数を増やしてほしい。その時単なる施設でなく、医療機関がバックにある施設にしてほしい。(町の中の単なる家では入居者は困ると思う。)]</p> <p>【痴呆症のうち、身体が健康で元気なタイプは自由に歩けるので家庭内で面倒を見ることができずに、一番困るタイプである。このため、痴呆症専門の特養施設をもっと増加してほしい】</p> <p>【痴呆老人の一般家庭での介護(特に歩き回る痴呆)には家族には大きな精神的肉体的負担が大きく、施設入所を希望しても3年程待たされる状況で、施設の不足が社会的問題であると思います。老人福祉対策を・・・】</p> <p>【今後ますます施設(痴呆症)の利用が増えると思いますので、施設を全国に設置するよう、国に働きかけましょう】</p> <p>【介護施設の不足解消(特に特別老人施設)とグループホーム方式の老健の拡大を希望】</p> <p>【高齢者の多い時代、施設(グループホーム、老健、デイサービス等)多くしてほしい】</p>
<p><低額でも入所できるようにして欲しい></p>	<p>【低額で入所できる施設をもっと作ってほしい】</p> <p>【医療保険、介護保険はともありがたいと思っておりますが、これを利用できない人々の事も耳にします。国民年金生活者もこの恩恵に浴せるようにしてあげたいものです】</p> <p>【利用料は一律でなく、所得に応じて負担するようになった方がよいと思います。所得の少ない家族は大変ですよ。入れたくても利用できないで泣き寝入りしている人が多くいると思います】</p> <p>【利用料金を安くしてほしい】</p>
<p><医療施設を増やして欲しい></p>	<p>【痴呆に対しての医療機関をもっと欲しい】</p> <p>【医療施設数を増やして欲しい】</p>
<p><相談窓口を増やして欲しい></p>	<p>【病気になった時が一番不安であり、医療機関、相談窓口が増えること、情報を得られるようになればよい】</p> <p>【相談する窓口が少ない】</p>
<p><医療負担を減らして欲しい></p>	<p>【医療負担がもう少し楽になるといい。自分たちが年をとった時、どうなるのだろうかとすごく不安である】</p>
<p><介護保険制度をよくして欲しい></p>	<p>【医療機関、福祉の現場で、現行の保険制度には規制があり、医師、看護師、介護士共にもどかしい状況にあると思います。少しは病人をもつ家族も介護保険を見直して、それぞれの立場を理解するべきだと思います。そして、保険制度から直していかなければ医療、福祉共に私たちが満足するものは得られないと思います】</p> <p>【介護保険が始まり、在宅介護をする者にとって、とてもありがたい事と感謝してましたが、3年、4年と経過する現在、在宅介護が山となり、施設等への以降が増加してきているように思えます。これは、痴呆に対する理解、世間の目、介護の辛さ、また家庭の事情等々と思います。痴呆になっても、体が不自由になっても、年若いでも、家にいるのが一番よいのです。一人でも多く、一日でも家族と一緒に老後を(痴呆であっても)暮らせる介護保険制度になるよう、皆様方の力を希望いたします】</p>

表34 施設に対する意見

入所に関して	<受け入れの幅を広げて欲しい>	【入居する受け入れ体制を幅広くしてほしい】
	<施設にすぐに入所させて欲しい>	【痴呆をもつ人は一人で介護は無理です。施設へ入所させたいと思う時、すぐ受け入れてくれるところがあればと思います。私の場合、老人ホームに入所させていただいてほっとしています】 【施設に入所するのに何ヶ月も待たなければならないことが悩みである】
ケアに関して	<痴呆の人を寝たきりにさせないで欲しい>	【施設ではほとんど寝たきりで過ごしている】 【施設に入所することで介護度が1→3、3→5の寝たきりになってしまった。手のかからない寝たきりにしようとする傾向がある】
	<痴呆の人のケアを確立して欲しい>	【日本の老健、特養は介護なんていうには、まだまだほど遠いケアしかできないのであろうか】
	<痴呆の人にもっと関わって欲しい>	【おとなしくしている痴呆の人は、要望がないと思われがちである】 【現在、義父が入所中の特養は、本人が自由に生活できるように関わってもらっているが、もう少し手を出して欲しい】
	<痴呆の人に対する接し方を考えて欲しい>	【痴呆の人に接する時の言葉遣いが、子供に話し掛けているようでひとりの人間として接してもらいたい】 【デイサービスで折り紙をさせられ、「ばからしい」といって1回で行くのをやめた。それまで歩んだ人生の延長を考慮した介護であってほしい】 【髪にリボンなどつけたりしている姿を見ると、家族(娘)としてはやはり抵抗を感じる。(ちなみに母は86歳)】 【デイケアはよくなかった。本人の意思を尊重せず、幼稚園のまね事ばかりさせられていた。(本人がしたいというのではなく、させられているのが強い)】 【老健施設ではあまりにも過剰に「老人扱い」する点があった。普段は通常の会話、対応を要望する】
	<個別的な対応をして欲しい>	【痴呆の度合いもいろいろあるので、均一のやり方ではなく、度合いに合わせた介護をしていただけたらと思う。私の目から見るとしっかりしている方なのに、楽しみのお菓子も全て管理され、部屋におけぬことや、お茶位は自分で自由に飲みたくてもダメである。なれるまで他の人に頼めぬらしい。男女の食事の量が小名Jなのが気にかかります】 【痴呆の人は個々に症状が異なる】 【利用する者の一人一人が性格や症状が違うため、なんでも団体が行動する、じゃなくて、性格が合った者同士での行動(グループ治療)をしてほしい】
	<職員の人数を増やして欲しい>	【入所者に対して職員の人員が少なく、もう少し増やしていただければよいように思われます】 【施設の職員の人数がもう少し増えればよい。そうすれば危険がない？(転倒?)】 【現在、義父が入所中の特養は、本人が自由に生活できるように関わってもらっているが、もう少し手を出して欲しいが、現在の職員の人数では難しいと思う】 【夜間の人をもっと増やしてほしい】 【どこの施設ももっともつとたくさんの人の手があればいいなあ、と思います。(介護人を増してほしい)】 【現在、特老の方で大変お世話になっております。施設に行っても思うのは、一人で何人もの介護、看護をされている職員さんを見ると大変だなと思っています】 【痴呆症をもつ人に関わる全ての人たちが痴呆についての理解度を高めることは理想ですが、せめて日常、最も近くで接する人たちが余裕をもって(心身共に)いてくだされば、と願っています。そのためにもスタッフがもう少し多ければかなり解消されるのではないのでしょうか？ 経営との兼ね合いもあって難しいとは思いますが】
	<職員の入替わりを減らして欲しい>	【お世話いただいている担当の職員の方々が人事異動で変わられる、ということです。だいたい1年単位で変わられているようで、(本人が)まるでわからなくなっているという状態ではありませんので、やはり家族のように接していただいている職員の方がいる日を境にぱっといなくなり、違う方が「担当です」と言われても、本人は切り替えができるでしょうか？ さみしさ、心細さ、不安、いろいろ心の中で入り混じってパニック状態になるのではないのでしょうか？ 私も多少不安があります。「えっ？また変わられたの？」という感じです。病院・施設等の事情もあるかとは思いますが、そのへん、他の皆様からご意見ありませんでしょうか？ 私のわがままでしょうか？】

資料 1

痴呆症状を有する高齢者が受診・入院する時の家族の困難

平塚共済病院 花房貴子

元千葉大学看護学部 湯浅美千代

千葉大学看護学部 波江綾子、正木治恵

I. はじめに

痴呆症状を有する高齢者（以下痴呆高齢者とする）を介護する家族は、その日常生活は何が起こるか予測できない毎日であり、精神的にも肉体的にも負担の多い生活を送っている。特に、痴呆高齢者が病気や怪我のため医療機関に入院、受診する際、その家族にとっては更なる困難があることが予測される。

そこで、医療機関に関わることで家族が抱える不安や負担や困難、医療機関に対する不満を明らかにし、それを医療関係者が知ることで痴呆高齢者を介護する家族の負担の軽減につながればと思い、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

痴呆症状を有する高齢者が医療機関を受診したり、入院したりする際、介護している家族が感じる様々な困難を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象者

痴呆高齢者を在宅で介護した体験を有する家族介護者とし、「呆け老人をかかえる家族の会」C 県支部（以下家族の会とする）の会員に協力を依頼し、承諾の得られた者 16 名。対象者は全員、介護していた痴呆高齢者の受診または、入院の経験があった。

2. 調査方法

家族の会作業後の時間を利用し、グループでの聞き取り調査を行った。1 回につき 6 名程集まってもらい、計 3 回行った。この調査に参加した対象者のうち了解の得られた 3 名には、個別に具体的な内容の聞き取り調査を行った。プライバシーの保護を約束し、了解を得て話の内容をテープに録音した。調査内容は、受診、入院する時に実際に困ったこと、不安に思ったこと、不満に思ったことについてであり、対象者が語りたくないことから語ってもらうようにした。

3. 分析方法

記録より類似した内容ごとに分類整理した。

IV. 結果

家族が感じる困難は、自分自身に関する困難（〈 〉で示す）と、痴呆の家族が体験したことに対して感じた困難（【 】で示す）とがあった（表1）。

1. 外来受診時の困難

1) 病院に辿り着くまでの困難

病院に行く際、家族は様々な手段で本人を説得していた。また「本人を連れていくことが出来ずに、介護者が1人で行く事も度々ある。」と述べられ、このように〈痴呆高齢者を説得することや、痴呆高齢者に説明する困難〉が挙げられていた。また、バスや電車などは、周囲にあわせて乗降するのが難しく、自家用車であっても家族は送迎中気が気ではないなどの〈交通手段を利用する時の困難〉があった。徘徊など、本人から目を離せなくなってくると、3人で行かなければならず、〈人手がかかる〉という事もあった。

2) 待ち時間中の困難

痴呆高齢者が待っていることが出来ず、不安で落ち着かなくなり「帰る」と言い出したりするため、痴呆高齢者への対応に迫られること、痴呆高齢者だからといって順番を優先されることがなく、待たされるなどの〈待っていることでの困難〉や、痴呆高齢者が病院のトイレを利用する際、その介助が困難であることその他、家族がトイレに行きたくても、目が離せないで行けない、トイレを利用している間に呼ばれてしまうことなどの〈待ち時間中のトイレの利用の困難〉があった。

3) 検査時の困難

本人が検査を拒否する、状態が落ち着かなくなるなどの場合に、〈検査時家族の付き添いが必要〉であった。健診時、身長や体重を測定できず、検尿は「難しく出来ないこともある」と述べられ、検査そのものが痴呆高齢者には難しく【検査が出来ない】状態も挙げられていた。その他に、医療者が痴呆高齢者に対して、上手く伝わるように説明できていないことや、相手に合わせずに、本人が出来ないことを要求していることも検査時の困難を増していた。

4) 診察時の困難

本人が事実と異なることを話すため診察終了後に、家族が再度説明を行わなければならぬ〈痴呆高齢者の言動による苦勞の困難〉の他医療者が家族や痴呆高齢者の状況を理解できないことからくる〈医療者に理解してもらえない困難〉があった。

2. 入院中の困難

1)入院形態と退院に関する困難

痴呆高齢者の徘徊等の原因による【入院の拒否】、【病院の都合による転院】、付き添いなどの【条件付で入院が継続される】などが挙げられた。また【早期に退院させられる】などの一方的で時期尚早な退院を迫られることもあった。例えば、個別に聞き取り調査を行った中には、痴呆高齢者が点滴を抜去したところ、「こんな元気がある人は、入院の必要がない」と退院させられた家族もいた。入院中に褥創ができ【施設に帰れない状態になる】ことも挙げられた。

2)治療に関する困難

痴呆高齢者が点滴を抜去する、安静や絶食を守らない、病院から抜け出し帰ってくるなどの【治療に伴う制限を守れない】こと、抑制などの【不本意な治療がされる】こと、加療が家族に説明なくされるなど【治療に関わる不本意な対応がされる】とが挙げられた。

3)ケアに対する困難

面会に行くといつもオムツが濡れている、自宅でオムツをつけていない人もつけているなど【個人に合わせたケアが行われていない】ことや、食事介助が忙しく丁寧に行われななどの【対応が十分でない】こと、カーテンを開けたままのケアなど【羞恥心が考慮されていない】、車椅子からベッドに戻されずに何時間も放置されたなど【ケアが人任せである】ことが挙げられた。

4)医療者の対応に関する困難

医療者が痴呆のことを理解していないための【痴呆高齢者に医療者が対応できない】ときや痴呆高齢者の訴えに耳を貸さない、痴呆のない患者と比べて対応に差があることなどの【十分に対応してもらえない】こと、夜間付き添っている際、巡視時に音を立てたり、窓を開けたりされ起こされるといったく付き添ってる人に配慮のない対応、本人の失敗を家族が責められたり、家族の状況について理解が足りないため、施設から入所した際よく面会に来る家族に対して、「どうして施設に入れるのか」と言われるく心ない言葉が挙げられた。また、家族の都合を聞いてもらえない、家族に対して説明がないというく家族への対応が不十分によるものが挙げられた。

5)その他の困難

その他に挙げられた困難として、新しい痴呆の症状の出現があるなどの【痴呆の進行】

や、入院中痴呆高齢者が夜間眠らない、食事を摂らないなどの【環境の変化による混乱】などの本人の症状の悪化による困難があった。また、医療者・家族以外の人との関係に関する困難として、他の患者より直接苦情を言われることによる〈他患者からの苦情〉が挙げられた。

付き添いに関する困難としては、家と病院の二重生活で疲れるという〈付き添いによる負担〉や、夜間痴呆高齢者が眠らない、痴呆高齢者になぜ治療を受けているのか、なぜ入院しているのか何度も説明をしなければならない〈痴呆高齢者への対応による負担〉が挙げられた。

入院してからの本人の状態の変化・悪化により、普段と違う介護をする【介護方法の変化】による介護に関する困難があった。

また、治療のトラブルや苦情により、同室患者に対して申し訳なく感じる、肩身がせまい思いがするなどや、痴呆高齢者の症状の悪化による心配、医療者側の対応にやきもきするなどの気がかりが増えたり、家族は様々な心の負担を抱えており、家族はどこに行っても痴呆高齢者のことが気になり、精神的ストレスになると述べた対象者もいた。

しかし、個別に聞き取り調査を行った中には、病院に対する不満や訴えたい気持ちはあるものの、病院側に遠慮してなかなか言うことが出来なかったと述べた対象者もいた。

V. 考察

今回の調査から、痴呆高齢者を介護する家族が受診・入院の際に感じる様々な困難が示された。まず、待ち時間中の困難や検査時の困難のような家族にとって実質的に難しい事柄があった。これについては、病院の外来環境や受診システムの配慮によって解決できることもあると考えられた。

しかし、介護家族にとって大きな困難と感じられるものは、医療者の対応によるものであった。医療者にとっては何気ない言葉であっても、家族は非常に傷ついている。医療者の対応1つ1つが家族の心に重くのしかかり、大きな負担になっている。これはすぐに改善できるものであるし、ケアを管理するものは責任をもって改善すべきだろう。

また、介護者にとって家族である痴呆高齢者により質の高いケア・医療を望んでいるが、期待通りにならないことが困難として感じられていた。しかし、家族は医療者にそのような気持ちを訴えることはできていなかった。今回の調査でも家族の思いや訴えを医療者が知る機会を持つことも医療者の対応の変遷につながる一步であると考えられる。

VI. おわりに

今回の研究で、痴呆高齢者を介護する家族が医療機関を受診、入院する際、医療者の対応やケア・医療の内容が、家族が感じる困難に大きな影響を与えていることが分かった。今回の対象者にはすでに看取りを終えた対象者も含まれ、介護保険導入前の状況が述べられたものもあって、既に改善されている部分もあるかもしれない。しかし、医療者側は家族の言葉を真摯に受け止めて行く必要がある。

本研究は平成14年度千葉大学看護学部卒業研究をまとめ直したものである。研究にご協力いただいた方々に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 鈴木仁子 赤川順子 山本勝則ほか：痴呆症状出現時から退院時までの痴呆老人を抱える家族の心理過程、日本看護研究学会雑誌、23(3)、2000

表 1

1. 外来受診時の困難	1) 病院に辿り着くまでの困難	<痴呆高齢者を説得することや、痴呆高齢者に説明する困難>
		<交通手段を利用する時の困難>
		<人手がかかる>
	2) 待ち時間中の困難	<待っていることでの困難>
<待ち時間中のトイレの利用の困難>		
3) 検査時の困難	<検査時家族の付き添いが必要>	
	【検査が出来ない】	
4) 診察時の困難	<痴呆高齢者の言動による苦労の困難>	
	<医療者に理解してもらえない困難>	
2. 入院中の困難	1) 入院形態と退院に関する困難	【入院拒否】
		【病院の都合による転院】
		【条件付で入院が継続される】
		【早期に退院させられる】
	2) 治療に関する困難	【施設に帰れない状態になる】
		【治療に伴う制限が守れないこと】
		【不本意な治療がされる】
	3) ケアに対する困難	【治療に関わる不本意な対応がされる】
		【個人に合わせたケアが行われていない】
		【対応が十分でない】
		【羞恥心が考慮されていない】
	4) 医療者の対応に関する困難	【ケアが人任せである】
		【痴呆高齢者に医療者が対応できない】
		【十分に対応してもらえない】
		<付き添っている人に配慮のない対応>
	5) 本人の症状の悪化による困難	<心ない言葉>
<家族への対応が不十分である>		
6) 医療者家族以外の人との関係に関する困難	【痴呆の進行】	
	【環境の変化による混乱】	
7) 付き添いに関する困難	<他患者からの苦情>	
	<付き添いによる負担>	
8) 介護に関する困難	<痴呆高齢者への対応による負担>	
	<介護方法の変化>	

* <>は家族が実際に体験した困難、【】は痴呆高齢者が体験したことに対して家族が感じた困難

資料2

ご家族の方へ

「痴呆症状を有した人が医療機関を利用する際の困難
—介護する家族が感じる困難や負担、不満について」の調査のお願い

拝啓

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

痴呆症を有する人とその家族の方々には様々なご苦労があることは、様々な立場の人が述べられております。私どもは中でも医療機関を利用するにはまた特別なご苦労があることを感じております。呆け老人を抱える家族の会誌の投稿でも医療機関の理解のなさや整備不十分な状況が書かれてありましたし、私どもがある少人数のご家族にじっくりお話を伺った調査でもご家族の皆様に様々な困難があることがわかりました。

一方で、ご家族やご本人がそのような状況におかれていることについて、医療職の認識や行政の認識にはまだ不足があるように感じられます。

そこで、今回、痴呆症状を有した人が医療機関を利用することに焦点をあて、その困難、負担等について全国規模で調査し、医療職や行政に実態を示したいと考えました。

回答は無記名で結構です。ただし、配布・返送状況の把握のため、県名のみ返送用封筒に記載させていただきます。回答は封筒と別に処理しますので、個人の特定はなされません。

尚、2名以上のご家族を介護された体験のある方は、それぞれの方について調査用紙1部をお使いください。不足の場合は恐れ入りますが、下記の連絡先にお知らせください。すぐに追加送付いたします。

(または、特に医療機関の利用でご苦労のあった方1名のみについてお答えくださっても構いません。)

皆様、日々お忙しくされていることと存じますが、1月末日までにご返送くださいますよう、よろしくお願いいたします。

敬具

研究代表者 諏訪さゆり (高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)

研究担当者 湯浅美千代 (高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)

小山幸代 (東海大学健康科学部助教授)

波江綾子 (千葉大学看護学部助手)

不明な点などありましたら、恐れ入りますが、下記にご連絡ください。

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12番地1 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

電話 03-3334-2173 fax 03-3334-2156 (湯浅)

e-mail アドレス RVA2A021@wamnet.wam.go.jp (湯浅)

万が一、痴呆症の方を介護した経験がない場合や、介護されているご家族は痴呆症を有しない・医療機関を利用していない場合がありましたら、以下の「回答者に該当しない」に○をつけ、ご返送ください。また、ご回答ができない場合についても、以下の「回答できない」に○をつけ、ご返送ください。

() 回答者に該当しない

() 回答できない

資料2

A-4 前ページの**A-3**の質問で1つ選択した医療機関の利用について尋ねます。(長期にわたって利用した場合、あなたが最も心身の負担を感じた時期、医療機関に最も不満のあった時期についてお答えください。)

A-4-1 その医療機関を利用された時、痴呆症の方の年齢はいくつでしたか。

~59歳 60~69歳 70~79歳 80~89歳 90歳~

A-4-2 利用された時の痴呆症の状態を一つ選び、○をつけてください。

- 痴呆症状はあるが家庭生活は自立している
 日常生活に支障をきたす症状・言動があるが、誰かが注意して見ていれば家庭生活は自立している
 日常生活に支障をきたす症状・言動があり、排泄・食事・入浴・身支度などに介護が必要
 日常生活に支障をきたす症状・言動のために家庭生活の継続が困難(意思疎通できない状況も含む)
 痴呆の進行や身体疾患の合併のために寝たきりの状態

A-4-3 利用された時の要介護度をお答えください。

介護保険導入前 要支援 要介護度1 要介護度2
 要介護度3 要介護度4 要介護度5 わからない

A-4-4 その医療機関の利用内容をお答えください。いくつでも結構です。

外来での診察 外来での検査 外来でのリハビリテーション
 外来での治療・処置(点滴、外科処置・日帰りで受ける手術を含む) 往診
 入院での検査 入院での治療・処置 入院での手術
 入院でのリハビリテーション
 その他 []

A-4-5 その医療機関を利用された際の症状、病名を教えてください。いくつでも結構です。

- 痴呆のため
 発熱、嘔吐などの急な症状
 骨折、交通事故などの事故
 がん
 糖尿病や高血圧などの慢性的な病気
 視力低下など眼科疾患
 その他

[]

]

資料2

B-3 往診の際、困ったこと、不満が残ったことはありますか？ 該当するもの全てに○をつけ、よろしければ具体的な内容をお書きください。

- () 往診してもらったことはない () 往診で、困ったこと、負担、不満等は特にない
- () 治療・処置
[]
- () 診察
[]
- () その他
[]

B-4 入院の際、困ったこと、心身の負担になったこと、医療機関に対して不満が残ったことはありますか？ 該当するもの全てに○をつけ、よろしければ具体的な内容をお書きください。

- () 入院はしていない () 入院で困ったこと、負担、不満等は特にない
- () 入院時期
[]
- () 入院先
[]
- () 入院期間
[]
- () 退院先
[]
- () 付き添いが必要だった
[]
- () 施設・設備（ベッドまわり、部屋のしつらえ、使いやすさなど）
[]
- () 同室者（患者）や他の患者の家族
[]
- () 入院後の本人の心身の変化
[]
- () 検査
[]
- () 診察の仕方・内容
[]
- () 治療・処置（点滴、手術など）
[]

資料2

() 食事、排泄などの生活上の援助

[]

() 経済面

[]

() その他

[]

B-5 医療関係者の対応について、不満が残ったことはありますか？ 入院・外来等に関わらず、該当するものに○をつけ、よろしければその具体的な内容を下にお書きください。

() ①医師の対応

() ②看護職の対応

() ③介護職の対応

() ④事務職の対応

() ⑤その他の医療関係者の対応 []

() 医療関係者の対応では、困ったこと、負担になったこと、不満が残ったこと等は特にない

(複数の職種に対する意見については、どの職種への意見かわかるように番号をつけてください。)

資料2

質問C

ここからは、今までに利用した医療機関全てを考えてお答えください。

医療機関を利用された際、あなたやご本人が望むケアや医療について、医療者に希望が伝えられましたか？ 該当する（ ）内に○をつけてください。また、その医療機関の種類を下から選び、番号を【 】の中にお書きください。一つの医療機関で複数の状況がある場合は両方とも記入してください。

- | | | | | |
|----------|-----------------|----------------------------------|----------------|---------|
| (1) 大学病院 | (2) 一般総合病院・専門病院 | (3) 長期療養可能な病院（長期療養型病床、いわゆる老人病院等） | (4) クリニック・個人医院 | (5) その他 |
|----------|-----------------|----------------------------------|----------------|---------|

		医療機関の種類		
[() 特に望んだことはなく医療者に任せた		【	】
	() 伝えられなかった		【	】
	→よろしければその理由をお書きください			
[() 伝えられた		【	】
	→その希望はかなえられましたか？			
	() かなえられた		【	】
	() かなえられなかった		【	】

よろしければ、あなたやご家族が望んでいたケアや医療について以下にお書きください。

資料 2

質問 D 利用された医療機関で、あなたが「よい」と思われた対応、「ケアや医療が工夫されている」と感じられた点、「ほかの医療機関に紹介したい、知ってほしい」と思われた点などありましたら、自由にお書きください。

質問 E その他、痴呆症をもつ人に対する医療・看護・介護について要望したいことなど自由にお書きください。

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。（1月末日までにご返送ください。）
調査結果がまとまりましたら、行政、医療機関の方々にもっと認識してもらえよう、報告書にして配布、また学会等で発表していきます。

4 ワークショップ

「治療を受ける痴呆性高齢者の看護を考える
—未来への挑戦—」

医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究事業

ワークショップ

「治療を受ける痴呆性高齢者の看護を考えるー未来への挑戦ー」の報告

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 諏訪さゆり
湯浅美千代
グループホームわかたけ西菅田 水野 陽子

1 ワークショップ開催の趣旨

現在、日本の痴呆性高齢者は170万人にのぼると推計されている。痴呆性高齢者も悪性疾患や心臓病、白内障、肺炎など身体疾患に罹患し、病院での治療を必要としているが、看護師にとって痴呆性高齢者の看護はとてむずかしいといわれている。

そこで、身体疾患の治療を必要とする痴呆性高齢者の看護を行ううえで必要な知識を深めること、さらに看護師の立場から、痴呆性高齢者の病院での看護の現状を考え、今後どのように解決していったらよいのか、その方向性を明らかにすることを目指したワークショップを開催することとした。

2 ワークショップの具体について

1) 対象 一般病院等で痴呆性高齢者の看護のありかたを考えたい看護師

2) 定員 (どちらか1日のみの参加でも可)

3月 6日(土) 170名(レクチャー)

3月13日(土) 60名(グループワーク)

3) 参加費 無料

4) 日程・会場 平成16年3月6日(土)・13日(土)の2日間 9:00~17:30

(どちらか1日のみの参加でも可)

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター2階大会議室

5) ワークショップのプログラム

次ページに掲載したプログラムの通り実施した。

身体疾患の治療を必要とする痴呆性高齢者の看護を行ううえで必要な知識を深めることを目的として3月6日にはレクチャー主体のプログラムを企画し(医学的理解、国際生活機能分類の考え方をいかした痴呆性高齢者の看護の内容を含む)、さらに看護師の立場から痴呆性高齢者の病院での看護の現状を考え、今後どのように解決していったらよいのか、その方向性を明らかにすることを目指してグループ討議を主体としたグループワークを3月13日に設定した。グループワークにおける討議内容のまとめは後述の通りである。

6) 参加者

3月6日(土)のワークショップには145名、また13日(土)では56名の看護師の熱心な参加が得られた。尚、13日については、実りあるグループワークを行っていくために、ファシリテータとタスクフォースの協力を得た。ファシリテータ・タスクフォースとして参加したメンバーについてはワークショップ資料に示した通りである。

《ワークショッププログラム》

第1日目：3月6日（土） レクチャー

- 9：00～ 9：10 開会のあいさつとワークショップの趣旨
東京センター 諏訪さゆり
- 9：10～ 9：50 これからの新しい痴呆ケア
厚生労働省老健局計画課 館石宗隆課長補佐
- 10：00～12：00 痴呆症とせん妄の理解—成因から治療まで—
都立豊島病院副院長 一瀬邦弘先生
- 13：00～13：50 せん妄に関する看護の現在
東京大学医学部健康科学・看護学科講師 綿貫成明先生
- 14：00～15：30 痴呆性高齢者の看護の基本と国際生活機能分類
東京センター主任研修主幹 諏訪さゆり
- 15：40～17：10 痴呆性高齢者のケアにおける環境の重要性
—建築学の立場から—
日本社会事業大学教授 児玉桂子先生
- 17：10～17：30 病院でのケアにおける環境の可能性
グループホームわかたけ西菅田設立準備室室長 水野陽子
- 17：30 閉会のごあいさつ

第2日目：3月13日（土） グループワーク

- 9：00～ 9：10 開会のあいさつとワークショップ第1日目の報告（諏訪さゆり）
- 9：10～11：30 グループワーク1
グループ討議により、病院看護師の立場から、治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状を明らかにする。
- 12：30～13：30 グループワーク1について発表
- 13：40～15：40 グループワーク2
午前中のグループ討議で明らかになった治療を受ける痴呆性高齢者の看護について今後の方向性をグループで検討する。
- 16：00～16：50 グループワーク2について発表
- 16：50～17：30 コメンテーターからの発言
コメンテーター
野口美和子（自治医科大学看護学部長）
永島 光枝（全国ぼけ老人をかかえる家族の会理事）
- 17：30 閉会のごあいさつ

3月13日（土）グループワーク
討議内容のまとめとコメンテーターの発言

グループ名：なんちゃってギャルズ

ファシリテータ：藤崎、タスクフォース：菅谷

討議1「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状」

1) 医師・治療に関すること

(1) 良い点

・医師の中でも「この人は声掛けしてから触らないと怒るんです」と分かっている人もいる

(2) 悪い点

- ・医師はopeしたらそれで終わり
- ・医師が痴呆の人に説明しても無駄だと決めつけて説明しない
- ・不眠の報告をするとすぐに眠剤をだす医師がいる
- ・不眠の痴呆の人がいると、すぐに眠剤の処方を求める看護師がいる
- ・徘徊を防ぐために睡眠剤を飲ませ、逆に転倒のリスクが高くなる
- ・夜間眠ってもらうために、眠剤をしようしても逆に興奮してしまって朝眠ってしまう
- ・痴呆性高齢者は完治せずに、退院となる
- ・入院期間が短い

2) 家族に関すること

(1) 良い点

- ・家族が痴呆性高齢者のベッドの周囲になじみの写真をおいてくれる
- ・家族より痴呆性高齢者に対して名前と呼んで欲しいといわれ、実際に声掛けを行うと本人に喜ばれた

(2) 困った点

- ・迷惑を掛けるから縛って欲しいといわれる。
- ・拘束廃止のための取り組みとして行っている畳部屋での生活も、畳部屋を受け入れてもらえず、縛り付けてもいいからベッドにして欲しいと家族に要求される
- ・一生懸命看護していても痴呆高齢者が「看護師は意地悪をする」と訴え、家族も信じてしまう
- ・家族の協力を得られない患者さんは大変

(3) その他

- ・安静が保持できないという理由で24時間家族に付き添ってもらった
- ・行動が落ち着かない時は家族に連絡するとすぐにきてくださる。
- ・介護服を着せたら人権拾輪問題と家族から指摘を受けた

3) 痴呆高齢者に関すること

(1) 良い点

- ・優しい言葉をかけてくれる
- ・感謝の気持ちを表してくれる
- ・歌を歌ったりしている痴呆性高齢者がいると共に歌い、場が和み楽しくなる
- ・痴呆の人と話をしていると癒される時がある
- ・普段全く動かない方が、熱心にシーツパレーを行っていた
- ・赤ちゃん、動物をみると昔のことを話されたりして喜ばれる
- ・術後起立できると嬉しい
- ・お絞りまきをするようになって生活にリズムがついた

(2) 困った点

- ・氷枕の水を飲んだ
- ・突然怒り出し、暴力を振るう
- ・リハビリが理解できず、ADLが拡大しない
- ・レントゲンや採血が必要な時噛みつかれた
- ・大声をだしてしまう
- ・説明をしてもどこまで理解できているかわからない
- ・吸引器のカテーテル消毒用の薬液を飲んだ
- ・同じ事を繰り返す
- ・大部屋でずっと歌を歌っており、同室患者に迷惑をかけてしまう
- ・ope後バルーンカテーテルを自己抜去し、尿道損傷をおこした方がいた
- ・離設行為がある

(3) その他

- ・食べ物に執着する人が多い
- ・動作が遅い
- ・入院生活に痴呆性高齢者にとっての刺激が少ない

4) 職員の態度・対応に関すること

(1) 良い点

- ・視線を合わせて話している
- ・じっくり話を聞く
- ・役割を持ってもらうと日中落ち着いて過ごしている
- ・痴呆の人に分かりやすいように工夫し、根気よく説明している
- ・点滴抜去予防のために点滴中、ルートを見えないようにしその痴呆性高齢者が好きなこと(縫い物等)をしてもらっている
- ・不眠の方に添い寝をしたら寝てくれた
- ・落ち着きのない方にこたつで過ごすように勧めて、落ち着いた
- ・車椅子で頻回に立ち上がる方をソファに座っていただくと落ち着いた
- ・文字で説明を書いてベッドサイドに貼り、工夫している
- ・ベッドで立ち上がりや転倒のリスクのある方は、布団に寝てもらっている
- ・スリッパに鈴をつけて歩くと分かるようにしている
- ・ベッド柵にタンバリンをつけて、痴呆の方の動きを音で把握するようにしている
- ・エレベーターに飛び乗ってしまう方がおり、エレベーターをカーテンで隠すことで落ち着いた
- ・職員間で情報を交換し、職員全体で痴呆性高齢者をみまもっている
- ・術前オリエンテーションは家族になるべく具体的に行っている
- ・夕方になると落ち着かなくなるので、検温は一緒にまわっている

(2) 悪い点

- ・「痴呆の人は大変」と職員が話している
- ・痴呆性高齢者が点滴等自己抜去すると怒ってしまう看護師がいる
- ・ナースコールが頻回に鳴ることでイライラしてしまう職員
- ・ナースコールが頻回に鳴るので夜間コールを抜いてしまった看護師
- ・理解が得られないと諦めてしまう
- ・便を触ったりなどしている患者を怒り、暴力を振るう看護師
- ・痴呆性高齢者を呼ぶ時、何の意図もなく名前ではなく「おじいちゃん」「おばあちゃん」と呼ぶ職員がいる
- ・同じ話を繰り返す痴呆の人の話を聞き流している職員がいる
- ・食事を介助しないとあまり食べない方に対して、数回部屋を覗いて「食べないの？」と聞いて下膳する職員
- ・1度車椅子から立ち上がると、安全ベルトを着けたがる人がある
- ・点滴の際に手首を縛ってあった
- ・ルートを抜かれないために介護服を着せてしまいがち
- ・使用しているセンサーマットが頻回に鳴り、そのことを職員が本人に対して嫌がったため、その痴呆性高齢者がセンサーマットを跨ごうとして転倒事故が発生した。
- ・テキパキと仕事をこなす、いわゆる“できる”看護師は、痴呆性高齢者に対応することができない
- ・ゆっくり話を聞けない職員がいる

(3) 困っている点

- ・痴呆性高齢者の意思が上手く汲み取れない
- ・殴られたり、蹴られたりするので辛い
- ・安全のためベッド柵をつけておくべきか、つけないで置くべきか悩む
- ・物品の管理が大変
- ・何でも拒否する人に対してオタオタしてしまう
- ・大声で叫ぶ患者さんがいて困っている

5) ケアに関すること

(1) 良い点

- ・拘束を廃止するために絶対安静が本当に必要か、どの程度であれば動いてよいのか職員間で検討している
- ・現在行われている拘束で不必要だと思われるものを外している
- ・ベッド柵に無意識に自分の身体をぶつけてしまう患者の柵には、毛布やタオルを巻いて工夫している

(2) 悪い点

- ・歩行可能であるのに危険だからといって、車椅子にされた
- ・車椅子に乗せさせ、ナースステーションに連れてきてそのまま放置している
- ・徘徊などの行動障害がないと職員の関わりが少なく、ADLが低下し痴呆が悪化した

③ 困っている点

- ・浣腸後のオムツ交換は戦い
- ・シャント部のかきむしりが多く管理が大変

- ・熱が高くても安静が保持できない
- ・上肢にラインがあると自己抜去されるため、下肢に確保を試みるが困難なことがある
- ・安静の保持が困難なため、心臓リハビリテーションの意味がない
- ・ルート類の自己抜去が多い
- ・ルート類の自己抜去が多いので、そのたびにインシデント、アクシデントレポートを書くのが大変
- ・体位変換してもすぐに仰臥位に戻ってしまい、同一部位の圧迫を防げない
- ・十分な説明をしても理解を得られない
- ・自覚症状がないため発見された時は重症になっている
- ・自分で気分不良など訴えられず、傾眠がちな時血糖が下がっていた

6) その他

- ・痴呆性高齢者が増える一方で、対応できる部屋がたりない
- ・転倒、転落のリスクが高い痴呆性高齢者が多く、見守りに限界がある
- ・人手が足りない時は、見守りができない
- ・痴呆性高齢者に対して、痴呆性でない方の態度が大変厳しい
- ・同室患者の家族からクレームがある
- ・入院して、老人ケア施設に帰ってくると歩けなくなっていることがある。
- ・骨折は治癒しても痴呆がすすんでいる
- ・痴呆があることで入院が拒否される
- ・病棟内を徘徊して目が離せないため、退院してもらった
- ・帰る場所のない痴呆性高齢者がおり、MSWとの連携が大変

課題2「今後それをどう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイディア」

テーマ: 大声で念仏を唱える方への対応

1) 看護師としての直接的なかかわり

- (1) 大声を出している原因を探り、その原因を改善する
- (2) リラックスできる環境を提供する
 - ・清潔ケアを充実させる
 - ・アロマセラピーを行う
 - ・御香を焚く
 - ・心地よい音楽を流す
 - ・たまねぎを置く(夜眠気を誘う)
- (3) 何か集中して行えるものを探す
 - ・リハビリを行う
 - ・病棟でできるリハビリプログラムを行う
 - ・運動・レクリエーションでストレス解消
- (4) 気分転換を図る
 - ・外出、散歩に出かける
- (5) 対象者の個別性に合わせ、落ち着いて過ごしてもらいための関わり
 - ・日勤帯だけでも側に職員がずっと付き添う
 - ・写経してもらう
 - ・数珠をもたせる
 - ・お坊さんの格好をスタッフがして一緒にお経を読む
 - ・1日1回、納得できるようお経を唱える機会をもうける
 - ・経典を持たせて、小さい声でと願う
- (6) 直接本人に小さい声で唱えてもらうようお願いする
 - ・小さい声でと願う
 - ・「他の人がびっくりされてますよ」と理性に働きかける
- (7) 対象者のそれまでの生活歴を考え、何か主体的に行える役割をもってもらう
 - ・くつの品評会を開く
- (8) 大声をだしてもらってもいい
 - ・職員も一緒に大声をだす
 - ・一緒に歌いながら更に大声を出すように促す
 - ・今日の大声感度を掲示して、毎日の状態のバロメーターとする

2) 家族と何ができるか

- (1) 対象者の特徴を把握する

- ・家族からその人のそれまでの歴史の情報を得る
 - (2)対象者が落ち着いて過ごせるように家族に協力を求める
 - ・娘さんの写真などなじみの落ち着くものをベッドサイドにおいてもらう
 - ・なるべく多くの家族、親戚に面会の機会を作ってもらう
 - ・家族との外出をすすめる
 - ・ご主人の声を録音して聞かせる
 - ・家族と一緒に対応策を考える
 - ・面会時は一緒に大声をだしてもらう
 - (3)家族に対象者の現状を理解してもらう
 - ・家族に現状を知ってもらうために、変装して面会に来てもらう
 - ・叫んでいるところをビデオにとり、本人家族に観てもらう
-

3)チームとして何ができるか

- (1)対象者に安心感を抱いてもらえる
 - ・治療、検査時は毎回同じ人が受け持つようにする
 - ・勤務する職員が必ず1日1回は対象者の病室を訪室して、対象者に関わる機会を多くもつ
 - ・統一した関わり、声掛けをおこなう
 - (2)医師にも協力を依頼し、対象者が安心して診察を受けられるように配慮する
 - ・医師の診察の際、医師に坊主の服装をしてもらう
 - (3)痴呆性高齢者が大声を出す時間帯、状況をチームで情報交換をしていく
 - ・大声をだす、出さない等のタイムスケジュールを探る
 - (4)対象者に対して行った関わりの評価をチームみんなで行う
-

4)看護管理として何ができるか

- (1)痴呆性高齢者に大声を出して過ごしてもらうための環境を整える
 - ・病院側として他の患者に理解してもらうために説明を行う
 - (2)他の患者に対しても快適な環境を提供する
 - ・夜間、他の患者の居室のドアを閉めさせていただく
 - (3)大声をだして過ごしてもらってもいいと職員全員に発想の転換を促す
 - ・大声発声することの効果についての研修会を開く
 - (4)その他
 - ・対象者と一緒に職員が発声することで、職員にストレス解消してもらう。スタッフのメンタルサポートの手段として活用する
- 得る
-

5)施策としてどんな制度が必要になるか

- (1)大声をだしてもいいという環境をつくる
- ・大声をだしても構わない病棟を義務付ける
- ・防音のある病室の設置を義務付ける
- ・大声を出す患者が入院してきたら職員を1名増やしてもらえる制度をつくる
- ・楽しく大声を出してもらえるように、大声コンテストを行い、一番大声を出した人に賞金をだす
- ・設備を整えるために大声助成金を義務化する

6)その他

- (1)対象者の個別性に合わせ、落ち着いて過ごせる環境を整える
 - ・大声を出せるサークルを作る
 - ・お経を唱えるサークルを作る
 - ・病院内にお経を唱える部屋を作る
 - ・仏壇をおいて拝ませてあげる
 - ・大仏、お寺などのポスターを貼る
 - ・仲間作りを試みる
 - ・その人より大声を出す人の横にいてもらう
-

グループ名「春いぶき」

ファシリテータ: タスクフォース: 島田

課題1「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状」

	わからない点・困っている点・悪い点	良い点・対応点
事故	<p>ナースコールせず歩いてしまい、転倒事故が多い 痴呆性高齢者が動かれると「あぶない」「だめよ」と云ってしまう 目の離せない患者をナースステーションに連れてきて、長時間座らせたままにしてしまう ベッドより転落する恐れのある人を、床にカーペットを敷いて対応しているが、環境としてどうかと悩む 安静、治療を理解できず、事故(転倒、ルートトラブル)につながりやすく、つい抑制というかたちをとってしまう。ADLを低下させているのではと悩む</p> <p>事故(転倒、ルート自己抜去)がおこるのではないかと行動を制限してしまう 創汚染防止のため、つつなぎのパジャマを使用してしまう</p>	<p>落ちついていられない方に自由に歩いてもらい、見守って 夜間、ベッドごとナースステーションに来て、寝ていただくこと 排泄コールには、すぐ対応するようにしている</p> <p>離床センサーを使用し、転倒防止に努めている</p> <p>ベッド柵に鈴をつけたり、ベッド柵を患者様の活動、動作に合わせて使い分けている</p> <p>転倒後の骨折防止のために、腰部にバンドを巻いたり、ヘッドギアで保護している 点滴治療も何とか工夫をしている(目につかない様に)</p> <p>ナースステーションで点滴の治療を受けている光景をよくみかける</p>
生活リズム	<p>日常生活のリズムが治療の場では崩れてしまうので、昼夜逆転の対応に困る 作業(ガーゼたたみ、習字、ぬりえ等)やってもらっても、興味を示さない患者様がいる さみしいといつも大きな声で呼んでいるが、ゆっくり話を聞いてあげたり、関わりたいが時間がない 日中ずっと大声で意味のないことを話していて対応しきれず、他の患者様に迷惑をかけており、クレームがくる 病院の中での居場所が、その方にとってないのではないかとちょっと待つと言ってしまうことが多くある 自己でできることもあるのに、時間の都合でケアをしてしまつて器質的・機能的には問題がないのに、食事にムラがあり、食べない状態が何食か続く 食事時間が短く、その人のリズムで食べさせることができない 清潔に対する関心が低くなっていて、風呂嫌いの人が多く清潔が保てない</p>	<p>施設のイベント(和菓子作り、甘酒作り)、季節感を取り入れた行事を月1回している。 作業をしてもらい、日中の覚醒を促している</p> <p>二人の患者さんが一緒にいると不穏状態が落ち着くので、家族に承知してもらい、個室に二人で入ってもらったことがある</p> <p>病棟内の食堂で食事をしている、患者様みんなです。</p>
コミュニケーション	<p>何を云おうとしているのか、何がしたいのかわからない 家族の言うことしか聞かない患者様がいて、看護師が話しかけると暴力を振るう、コミュニケーションがとれない デイルームにいるうちに、患者様同士でけんかをしてしまう 本人に一つ一つ説明していかなければならないことも”わからないだろう”という先入観、理解不足で一方的な関わりをしてい説明してもわかってもらえない、同じことを何度も聞かれて嫌になる 何をするのかかわからないので目が離せない</p>	<p>症状が悪化していても訴えてこないため、少しの変化でも見落とさないように神経を使う 便秘などおこさないよう対応(排泄の確認・誘導、下剤コントロール)している</p>
家族	<p>環境の変化により痴呆症状が出た際、家族の受け入れがされ家族の方との関わりでも、一方的になってしまっている(家族の事情など配慮不足) 面会に来られない家族ほどクレームが多い 家族より「騒いだら縛ってもいいです」と言われると、どんな気持ちで言っているのかと悩むし辛い 治療が思うようにできないと、すぐ家族に協力を促してしまう</p>	<p>家族とともに、精神科受診をすすめている</p>
看護者の課題	<p>痴呆についての理解、勉強不足がある 事故防止についても、分析や工夫が不足していると思う 関わりが一定ではない、それぞれのNsの主観で接してしまう 人手があれば、もっと日常生活動作がアップする方もいる 不穏症状があると、すぐに内服(安定剤など)に頼る</p>	<p>不穏行動の方がいると、他の患者さんたちの観察がおろそか 一人一人症状、問題行動が違うため、対応が困難で、解決できにくいことが多い 治療できないと云われ完治しないまま施設等へ帰ってこられ対応に困る 仕事が忙しくなると、優しくなれないでイライラする 退院後の施設受け入れ先の決定が難しい</p>

グループ名：さくら

ファシリテーター：川上、タスクフォース：内海

課題1「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状」

1) 良いこと

- (1) 入院により家族・介護者がケアから解放される
 - ・病院に足を向けて寝られないほど感謝一夜、安眠できる。
 - ・つなぎ服を作った一付き添いさんの負担が減ったので、大感激された
- (2) 落ち着く
 - ・家族や知り合いの人が傍にいてくれると患者が落ち着く
 - ・家族との交流が重要である
- (3) 治療の効果がでた
 - ・回想法で NM スケールが上がった
- (4) 本人らしさを知るとコミュニケーションが容易になる
 - ・その人のパターンをつかむと対応しやすくなる
 - ・本人の生活史の記録があれば、スタッフが対応しやすくなる
 - ・慣れると和やかに会話することができる
- (5) 看護師がケアの工夫をするようになる
 - ・食事や歩行などに時間がかかるということが「当たり前」と考えるように、観念を変える
 - ・異食行為をする人が多いので、点滴チューブの位置やオムツのつけ方の工夫や、患者の手の届く位置に置かないように環境整備に心がける
 - ・抑制や禁止をしないで済むように、対応の工夫をする（部屋移動、一緒に行動する）
 - ・自分から訴えないため、昨日は元気だったのに、状態が変わるので観察が重要になる
 - ・譫妄のある患者の場合、夜でも部屋の電気をつけて明るくすると落ち着く
- (6) 痛みを感じにくい
 - ・重度の火傷で救急外来を受診したが、痛みの感覚が鈍くなっていたためか、本来なら強い痛みのはずなのに、本人は我慢できていた
 - ・手術後、痛みが強くて動かないはずだが、本人が痛いことを忘れていたため、体を動かし、結局、それがリハビリとなり、回復が早くなった
- (7) 本人の能力を開発
 - ・骨折のギプスが当たって痛い部位を本人が工夫してハサミで切った
- (8) 納得すると協力できる
 - ・入院の理由の自覚が本人にあったので、入院後も精神的に落ち着いた状態が保てた
 - ・3カ月に1回の定期検査は、説明するとその時だけは理解できる

2) 悪いこと

- (1) 指示が伝わらない
 - ①治療へ協力が得られにくい
 - ・抑制や禁止をしないで済むように、対応の工夫をするためには人手が多く必要
 - ・内服、点滴の治療や検査への協力が得られにくい
 - ・安静が守れず、熱発していても歩きまわる

- ・MRIを火葬場と思い「私を生きたまま焼かないで！」と大暴れした
- ・ナースコールをするように説明しても押してこない
- ・指示が入らないのでリハビリができない（骨折の手術後、抜糸後すぐに施設に戻されるため、骨折の手術を機に歩けなくなる）

②危険を招きやすい

- ・骨折時の牽引や手術後の安静を強いられた時に、安静が守れない
- ・抗がん剤など絶対にもらしてはいけない点滴をする時に、手を動かし危険なことがある
- ・周囲に介助する人がいないと転びやすい
- ・柵をしていても乗り越える
- ・点滴やチューブ、ドレーン類を自己抜去する

(2) 患者の状態を把握するのが難しい（自分の状態を患者が伝えられない）

- ・症状がない、訴えられないため、検査値の異常で初めて発見され、状態悪化の発見が遅れやすい（例 一発熱、心筋梗塞、肝機能の上昇など）
- ・自分からの訴えがないため、昨日は元気だったのに、状態が変わる（例 急性呼吸不全などで急変）
- ・老人性うつを発見しにくい
- ・尿意便意を訴えられないため、オムツをはずす人が多い
- ・施設から入院してきた患者の場合、皮膚疾患なしと連絡を受けたが、入浴介助をした際に疥癬が発見され、病棟中に感染が拡大した

(3) 患者本人と意志疎通が難しい

- ・1回の説明で理解してもらうことが難しい
- ・アルツハイマーや言語障害がある人など、何を言おうとしているのか、汲み取ることが難しい
- ・白血球が低下して、易感染状態であるが、家族が泊まっても家に帰りたいと言い張り、なだめようとする看護師や家族に暴力を振う
- ・思い通りにいかないと暴力的になる
- ・気持ちの変化が捉えにくい（食事時間を通して、怒り、笑いの繰り返しで、食事のスタートや終了の判断に困る）

(4) 転倒、転落事故が多い

- ・廊下が狭く、手すりも片側のみであり、杖使用者は転倒の危険がある
- ・ベッドに不慣れなため、転落の危険がある

(5) 環境の変化への適応が難しい

- ・入院から間もない頃は失見当識が著明
- ・疥癬のため、個室に隔離すると本人が落ち着かなくなる
- ・環境の変化により食事のリズムが狂い、食べないので点滴を辞めることができない
- ・部屋移動後、トイレと自室など、身体でつかんだ距離感が狂いトイレがわからなくなる

(6) 拒食に関連した問題

- ・拒食により栄養状態の悪化や、活動性の低下を招く
- ・拒食により栄養状態や活動性の低下をきたした患者を見て、家族が心配になる
- ・拒食により栄養状態や活動性の低下をきたした患者を見て、家族が家に引き取れる状態にならない、また家業によっては家族が引き取れる時期も限定されて、家に帰すタイミングがはずれる

(7) 薬剤による皮膚の障害が顕著な患者がいる

- ・薬剤による皮膚の障害が顕著な患者がいる
- (8) 病院や看護職員が疥癬に対応できない
- ・施設から入院してきた患者に、疥癬が発見されても、隔離する個室がない
 - ・疥癬と老人性皮膚掻痒症の区別ができない
- (9) 必要な治療が受けられない
- ・指示が入らないのでリハビリができない（骨折の手術後、抜糸後すぐに施設に戻されるため、骨折の手術を機に歩けなくなる）
 - ・転倒しないようにと安全を確保するため、ADLを縮小させる
 - ・骨折しても、病院で対応が難しいため、入院させてもらえなかった
 - ・看護師に暴力を振ったという理由で強制退院になる
 - ・老人保健施設に入院していると、急変時に協力病院に受け入れてもらえない（データー、レントゲン画像、症状の悪化が見られないが急変していることがある）
 - ・安静が守れないため、すぐに施設に帰される
- (10) 本人のQOLを十分考えないケアを行うことに看護師、介護者が鈍感になる
- ・薬を服用しないため、胃カテーテルを挿入して、内服薬を注入する
 - ・味の変化を考えずに、ご飯やおかずの内服薬をまぜて、食べさせている
- (11) 医師の無理解
- ・医師が痴呆看護の大変さを理解していない
 - ・医師が治療の工夫をしてくれない（早期退院の工夫など）
 - ・医師がカンファレンスに参加してくれない
 - ・痴呆は85歳以上の高齢者と85歳以下の高齢者を分けて考える必要があるが、考えられていない
- (12) 家族にケアを任せ過ぎる
- ・看護師は家族に食事や排泄などのケアを任せてしまい、家族がいない時にできないことがある
- (13) 家族の負担が大きい
- ・家族の協力が得られると看護師は嬉しいが、レベルの低下した状態で自宅退院すると家族の負担が大きいのではと心配
 - ・自宅から病院まで遠い、時間がかかる
 - ・経済的な負担が大きい（医療費、交通費、おやつ、医療者へのお礼など）
- (14) 家族には医療者・介護者に迷惑をかけているという負い目がある
- ・本人も家族も医療者に悪く思われていないかと心配
 - ・夜間の徘徊や暴力があると家族から抑制を申し出る
 - ・付き添いさんにやめられると困るので、付き添いさんの手をかけないように抑制衣を作って着せた
- (15) 本人や家族へ十分な説明がされない
- ・部屋移動の説明が不十分な場合、部屋移動をすると場所の距離感が変わるため、本人から「ここのお手洗いは遠いねえ」といわれた
 - ・どんな治療をしているのか薬の名前などはわからない
- 3) 困ること
- (1) 抑制せざるを得ない
- ・ベッドに4点柵をつけなければ、ベッドから転落して骨折する
 - ・点滴時の刺入部位を保護するため、拘束する

- ・ルート抜去の予防のため、食事中の上肢を抑制する
- ・転落の危険があるため車椅子の安全ベルトをしなないとならない
- ・オムツはずしや皮膚の掻痒感のため不潔行為をするので、不潔行為のため抑制衣を着用させる

(2) 医療・福祉施設の連携がスムーズにいかない

- ・老人保健施設に入院していると、急変時にすぐに協力病院に受け入れてもらえない（あきベッドがない、データー、レントゲン画像、症状の悪化が見られないが急変していることがある）
- ・在院日数短縮のため、リハビリが不完全な状態で（ADH の低下がある）元の施設（グループホーム）に返さなくてはならないが、そうすると施設の受け入れが悪い
- ・謔妄などで精神科痴呆療養病棟に送られてくるが、症状改善後、施設に戻そうとすると施設側の受け入れが悪い
- ・施設では患者が元の歩けるような状態まで治ってから戻ってきてほしい
- ・環境の変化により食事のリズムが狂い、食べないので点滴を辞めることができないため、施設に引き取ってもらえない

(3) 本人の意志より家族や医療者の希望が優先されることがある

- ・軽度痴呆、肺がん、脳転移のある患者さんの場合に、家族が本人のため、強い治療や延命を望まないため、食事も経口摂取できなくなっても、十分なカロリーのある点滴をしてもらえない
- ・経済的な理由（家族が本人名義の年金を切られると困るなど）で、治療方針に関して家族の希望が優先されることがある

(4) 医療者・家族との話し合いが不十分

- ・家族としては、最期までベッドで抑制され、点滴したまま亡くなるのは辛い、医師と十分な話し合いができない
- ・家族が医師へ十分希望を伝えられない、話し合いができないので、医師との調整を看護師に担って欲しい
- ・一度退院すると、入院を希望しても許可されない、家で看たいという気持ちはあっても、入院したままにさせた。家族としては家に引き取った方がよかったかという後悔もある。在宅になる時に、入院が保障されていると安心して家に引き取りやすい

(5) 本人の意思が尊重されているのか疑問な場合、看護師のジレンマが生じる

- ・受け入れ先のない痴呆の患者の場合の延命治療はどこまでするのかジレンマがある
- ・軽度痴呆、肺がん、脳転移のある患者さんの場合に、家族が本人のため、強い治療や延命を望まないため、食事も経口摂取できなくなっても、十分なカロリーのある点滴をしてもらえないことがあり、看護師として、見ていてせつない
- ・家族に見放されている人が多く、看護師の思いと家族の思いが食い違う（例一面会の頻度など）

(6) 他患に迷惑をかける

- ・昼夜逆転で夜中に大声を出す
- ・患者が落ち着かないと家族を呼ぶ
- ・問題行動の意味を考えると、誰にとっての問題ということになるのか？

(7) 業務が思うように進まない

①集中できない

- ・昼夜逆転で夜中に大声を出す、寝ないなどのため、対応しなくてはならず、イライラする
- ・行動が気になって業務に集中できない

②目が離せない

- ・徘徊する人は目が離せない
- ・入院から間もない頃は、失見当識が顕著なため、危険行動が多いので、目を話すことができない

③業務が増える

- ・徘徊で他病棟へ行き、他病棟から連絡が入り、迎えに行くことになる

(8) 対応する時間の余裕がない

- ・時間内に業務を終らせるために患者を「早く、早く」とせかす
- ・他の業務に追われて話しを聞く時間的な余裕がない

課題2「今後それをどう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイデア」

テーマ：チューブ管理が必要な治療（点滴、尿道留置カテーテル、胃チューブなど）をする場合、どうしたら抑制をしないで治療ができるだろう？

1) 看護師の直接的な関わりで何ができるか

(1) 治療方法の変更・見直し

- ・点滴治療から、内服薬による治療に変える
- ・尿量の計測が必要な場合には、尿道留置カテーテルではなく、オムツにしてもらった尿を重さで測定する方法に変更する
- ・胃チューブは必要性がある時に挿入する（胃チューブが不要な時間も挿入しておかない）

(2) 見守り体制の強化

- ・看護師が見守りできる場所で、胃チューブから栄養剤を注入する

(3) 本人の治療への集中を促進する

- ・気に入った看護師に「動かないで」と呼びかけてもらう

(4) チューブから気をそらす

- ・点滴ボトル、胃チューブ用の栄養剤用ボトル、尿道留置カテーテルの尿バックなどを、患者から見えない場所におく
- ・点滴ルートや尿道留置カテーテルのルートが見えないように、パジャマの下からルートを通す
- ・点滴を体を動かしても外れない部位に留置する
- ・点滴の刺入部が見えないように包帯で巻く
- ・点滴治療時間の変更（寝ている時間に点滴をする）

(5) 落ち着く環境で治療する、チューブから気をそらす

- ・治療中に好きな音楽を聴いてもらう、好きなビデオやテレビ番組を見てもらう
- ・本人が安心できるもの（人形、写真など）をベッドに用意してもらう

2) 家族と何ができるか

(1) 落ち着く環境で治療する

- ・入居施設の老人の友人の面会をうける
- ・治療中、傍にいてもらう

3) チームとして何ができるか

(1) 見守り体制の強化

- ・チームの1人、1人がその人の治療が上手くいくように見守る
- ・経管栄養中、点滴中は車椅子にのせてナースステーションへ来てもらう

(2) 落ち着く環境で治療する

- ・車椅子にのり、他の患者さんのいる所で治療をすると落ち着く

4) 看護管理として何ができるか

(1) 見守り体制の強化

- ・定員の増加
- ・マンパワーで常に誰かが見守れる体制を作る（誰かとは誰か一看護師、ボランティア、院内の他部門の人手に余裕のある部署から送られたサポート看護師、見守り専用のフリーター看護師）
- ・今日の見守り責任者という係りをナースの仕事に作る（交代で30分おきなどに患者を見守る）
- ・不穩者のいる病室でのカルテへの記録を許可してもらい、病室で記録する
- ・少し部屋を用意し、そこに抑制が必要な患者を同室にして看護師が常にいられる体制にする
- ・医師に観察を協力してもらう
- ・患者さんが気に入った看護師に見守り回数を多くしてもらう
- ・1つの病院の中に痴呆病棟（混合科）を作り、高度医療の必要な痴呆のある高齢者が、治療やケアをうける

(2) 落ち着ける環境で治療を受ける

- ・家族の面会時間を制限しない
- ・病院の中に生活の場（家や茶の間の雰囲気のある施設）を作る
- ・病院の中で編物教室などのお稽古教室を開く
- ・病院が施設へ出張して必要な治療を行う

(3) 看護スタッフが安心してケアできる環境を作る

- ・術後譫妄をおこす可能性のある患者は、医師からあらかじめ危険時は点滴抜去の指示をもらっておく（スタッフが点滴を抜かれないようにと困らずに済む）
- ・もし、医療事故が起きても、スタッフ同士で責め合わない環境作りをする（事故の原因をみんなで考える環境づくり）
- ・見守り役、声かけ役の看護師を高齢者に指名してもらい、一番、指名の多い看護師にボーナスが支給される

5) 施策として何ができるか

(1) 落ち着ける環境で治療を受ける

- ・病院が施設へ出張して必要な治療を行う

(2) 施設でも必要な治療を受けられる

- ・施設に入居して、医療行為を受ける場合、定額制ではなく、診療報酬の加算が行われ、高齢者が医療を受けることで施設側の負担が少ないようにする

6) その他

(1) 製品の開発・改良

- ・点滴ではない治療薬の開発
- ・見守り用介護型ロボットの開発（点滴を抜きそうになったらアラームで知らせてくれる）
- ・声も録音できる、家族のダミー人形やロボットを作りベッドサイドに置く
- ・触ってほしくないものは嫌な手触りにする
- ・ビデオで繰り返し（人によって5分おき、3分おきなどその人が指示を覚えている時間ごとに）
「〇〇さん、点滴をしているので、動かないで下さい」と本人が注意できるように、家族以外の

人が呼びかける

- ビデオで繰り返し（人によって5分おき、3分おきなどその人が指示を覚えている時間ごとに）「〇〇さん、点滴をしているので、動かないで下さい」と本人が注意できるように、家族に呼びかけてもらう
- 点滴刺入部位に、直接、手がふれないように前腕全体を包むような金属またはプラスチック製の細かな網状ネットの開発

グループ名「花見酒」

ファシリテータ：西原、タスクフォース：榎元、酒井

討議1：「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状」

1) 良い点

(1) 痴呆性高齢者にナースや周囲が癒される

- ・ 殺伐とした医療現場の中で“ホッ”と癒やされる場面がある（歌をうたう方、感謝の言葉を言ってくれる方、仏壇などがあると痴呆の人が集まって和やかな雰囲気をかもし出しているなど）

(2) 痴呆ケアを通してやりがいを感じる

- ・ 家族と一緒にがんばったと思える。
- ・ いつもは笑わない人がケアやイベント（レクリエーション）などで笑ってくれると感激する。
- ・ 自分の勤務の時に痴呆の人が落ち着いているとケアが良かったのだと実感できる。
- ・ 在宅では不十分だった清潔ケアが入院後十分行なわれ、家族から感謝される。

(3) ナースかかわり方が痴呆性高齢者に影響する

- ・ ナースの態度や雰囲気で落ち着いてしまうこともある（猛獣使いと呼ばれていたナースがいた）
- ・ 方言が話せるなど地域の特性を持っているナースは痴呆の方と上手くコミュニケーションを図ることができて重宝される。

(4) 痴呆ケアを通してスキルアップ、ケアの質の向上につながる

- ・ 自分で症状を言えないので、看護師の観察眼が育つ。
- ・ 人のことを考えるようになった（その方の人となり、歴史、人間性を感じる。）
- ・ 痴呆ケアを通してその人に最後に残ったもの（例えば宗教など）を考えるようになった。
- ・ 痴呆ケアに知恵を使うようになった（留置カテーテル看護師が“私のものだから触らないで”と説明するとわかってもらえる）
- ・ 身体拘束廃止の取り組みを通して、全体的なケアの質が向上した（委員会の設置など）

(5) 医師の協力が得られる

- ・ ナースステーションのテーブルで食事をしている痴呆の方を医師が見守ってくれることがある。

(6) ケアを通して痴呆性高齢者の能力、良い点に気づくことがある

- ・ お箸の使い方が上手、着物の着付けや料理などが先生レベル、笑顔がきれい、物を大切に人々、重度の痴呆があっても、時々きらっと光るいいことを言う）
- ・ アイコンタクトなど、言葉以外の方法で影響を受けてくれる。
- ・ 手をつなぐと安心してくれる。
- ・ 方言が痴呆の人になじんでいい感じである。
- ・ 昔の文化にはよく反応する（コーラスよりも獅子舞など）

2) 困っている点

(1) ケアに時間や人手がかかる

- ・ 痴呆があるというだけで手術の準備に時間がかかると捉えられている。
- ・ 思いもよらないことをするので目が離せない（ギブスをかじって食べたり、柵をしてあるベットから抜け出したり）

(2) 痴呆の方に合った生活環境が施設の中で整えられない現状がある（物理的環境、人的環境）

- ・ 徘徊してもらいたくてもスペースがない。

- ・ 仏壇を置きたくても急性期病棟のため家族を亡くされた方のことを考えると置けない。
- ・ 施設的环境により、痴呆性高齢者が本来できることもできなくなってしまう（和式トイレであれば自分で排泄できる人も洋式トイレでは失禁してしまう）
- ・ 他の患者とのトラブルが多くて大変（夜中に騒ぐ、部屋を間違えるなど）
- (3) 家族の理解や協力が得られない
 - ・ 痴呆に対する家族の理解がない
 - ・ 家族の協力が得られないので大変（退院の話し合いにこない家族、他者には求めるが自分では行わない家族など）
- (4) コミュニケーションが難しい
 - ・ 痴呆の人が“背中に巻貝がついている”と訴えていたとき、看護者がコミュニケーションの方法を変えられず、“ついてないよ”と言っているうちに言い合いになった。
 - ・ 入院していることをなかなかわかってもらえない。）
 - ・ ナースのイライラがすぐ伝わる。
- (5) 痴呆があるために治療方針や目標の設定が困難、または不当
 - ・ 夜間眠らないという理由で薬物に頼ってしまう
 - ・ 大腿骨頸部骨折後のリハビリのゴールがワンランク下げられる。
 - ・ 痴呆がある人の治療の目標をどのように考えたらよいかわからない。
- (6) 痴呆があるために症状や残存機能の評価が難しい
 - ・ 自分から訴えないので、痛みや残存機能の評価が難しい（異常に気づいてあげられない、症状の変化を見落としがち）
- (7) 病院、施設の方針や管理者の考え方が痴呆ケアや痴呆性高齢者の受け入れに影響している
 - ・ 上司に“そこそこで”と言われたら、イベントを企画したり身体拘束の取り組みを行おうとしても限界がある。
 - ・ 痴呆があると入院を受け入れてくれない施設がある。
 - ・ 受け入れを拒否されることを恐れて、正直に情報提供しない医療者がいる（入院の際に MRSA があるという情報提供をしない）
- (8) 合併症、事故のリスクが高い
 - ・ 合併症、関節の拘縮、転倒転落、廃用症候群など）
 - ・ 自分から行おうとする意欲がないためリハビリが進まず ADL の低下につながりやすい。
- (9) 良いケアをしたくても出来ない状況がありナースがジレンマを抱えている
 - ・ 身体拘束はしたくないが、やっぱり必要なときがある。
 - ・ 痴呆の人にとっていいケアをしようと思っても、他のナースに受け入れられない。（痴呆の人にお化粧をしてあげていたとき、“入院しているのになぜお化粧する必要があるのか？”“急変の時はどうするのか？”と言われた）
 - ・ 良いケアをしたくても人手が無くてできない（相手をしたくても忙しくて出来ない、イベントがあっても連れて行けない）
 - ・ ポータブルトイレの横で食事をしなければならない状況を痴呆の人は我慢せずに訴えるが、一人のナースではどうしようもない現状がある。
- (10) 本人の訴えや意思よりも危険の回避や業務の効率が優先される現状がある
 - ・ 本人が嫌だと言っているにもかかわらず安全を考えて車椅子移乗時に安全ベルトをしてしまう

- ・ ADL が低下している高齢者が自ら歩行しようとしたりしていると、つい戻るように伝えてしまう
- ・ 早く早くと思って、痴呆の人が出来ることもこちらで行ってしまう。

3) 悪い点

(1) 医療者の知識・理解が不足している

- ・ 身体拘束であると意識されないまま抑制が行われている（つなぎ服、4本柵、“立たないで！”“ダメよ！”などの言葉、注射・処置中の手足の抑制など）
- ・ 医療者の知識不足・理解不足（痴呆の人のケア方法を病院のナースは知らない、医師の痴呆に関する理解不足がありすぐに施設に戻したがる）
- ・ 不適切な治療がなされている（不必要な点滴、痴呆の人は痛くないと思っているせいか疼痛緩和が不十分）
- ・ 痴呆性高齢者に関する思い込みがある（転倒してしまうのではないか）
- ・ 適切な診断・判断がなされていない（診断・判断をしないまま、ちょっとおかしいと“痴呆がある”ということになっている、大声を出したり危険な行動があるとすぐに心療内科にコンサルとする）

(2) 痴呆の人、家族にとって不適切な施設管理の方法がとられている

- ・ 施設の規則により痴呆の方をロックしている現状がある（定められた日課など）
- ・ 完全看護を謳っているのに、痴呆があるという理由で、家族（または施設の職員に）付き添いを依頼する病院がある。

(3) 必要なケアが十分になされていない

- ・ 施設に入所後、自宅よりも清潔ケアがおろそかになっていた。

(4) ナース自身の問題

- ・ その人に合わせなければならぬので、待てないナースはイライラが募る。
- ・ 怒鳴られるとナースは悲しくなる。

4) わからない点

- ・ 痴呆の人がせん妄を起こすと部屋中に伝染してジュラシックパークのようになるのはなぜ？
- ・ 治療に必要な点滴まで嫌がってルートトラブルを起こすときは、本当にどうしたらいいのかと思う。

討議テーマ2：「今後それをどう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイデア」

課題：「痴呆性高齢者の話をゆっくり聞いてあげることができない」

「業務に追われて痴呆性高齢者にゆっくりかかわることができない」

1) 看護師の直接的なかかわりで何ができるか

(1) 決まりをつくる

- ・ “「ちょっと待って」は言わない”という決まりを作る。

(2) 忙しそうにみせない

- ・ 話し掛けられたらとりあえず足を止めて話を聞く。
- ・ 忙しそうな素振りを見せない。ゆっくりとした口調で話す。

(3) 安心できる関わり、心地よい関わり

- ・ その方に関心を持っているということを表示する。
- ・ 相手の名前を呼び、“只今参ります”、“今向かっております”と安心できるような言葉をかける。
- ・ 痴呆の人がみんな同じ事を好むと思わずに、その人の好きなことを確認しながら関わる。
- ・ ナースコールに対して、ナースの名前を名乗る。

- ・ マッサージ、足浴、ホットパックなど心地良いケアを提供しながら話を聞く。
- ・ “後で”という約束をしたら必ず守る。
- ・ “食事を食べてない”などの話に対しては否定するのではなく、“今作っているところです”など、痴呆の人に事情がわかるような説明をする。
- ・ ナース自身も痴呆になったつもりで（業務の一環としてではなく）心を動かしながら話をする。

(4) 学習

- ・ ナースが痴呆とそのケアについてもっと勉強する。

(5) 業務の仕方

- ・ 業務の先をよんで動く。

(6) 家族の信頼

- ・ 家族に“あのナースがいるからこの病院に入院させたい”と思われるような対応、ケアをする。

2) 家族として何ができるか

(1) 家族の協力

- ・ 家族と一緒にいてもらう。
- ・ 患者の好きだったものについて家族から情報収集しておき、話をする際の話題にする。

3) チームとして何ができるか

(1) 協力体制

- ・ ゆっくりと痴呆の人と話をしている同僚ナースを（忙しいのに座っているなど）批判的に見ない。
- ・ 痴呆の高齢者が話し掛けてきたら、受け持ち担当やチームが違ってもしっかりと対応する。
- ・ 異性のスタッフの方が生き生きと話す痴呆の方にはナースマン、又は検査技師など他の職種を活用する。

(2) 理解の場づくり

- ・ スタッフ、高齢者全員で食事をしながら話をする。
- ・ 患者の状態を理解してもらえよう説明して看護助手にゆっくり話を聞いてもらう。

4) 看護管理として何ができるか

(1) 担当者を明確に

- ・ PHSを導入していても持ちたがらない現状があるので、PHSを持つ係を決める。
- ・ チーム編成を変え、痴呆専属のスタッフをつける。

(2) 雇用、人員配置の改革、新職種の導入

- ・ 無資格者の雇用。シーツ交換、入浴、配膳など必要に応じて外注業者に依頼する。
- ・ 話をすることを役割とした有給、無給のボランティアを活用する。
- ・ 見守りを必要業務として人員を配置する。
- ・ スタッフが子連れで出勤し、病棟で痴呆性高齢者と一緒に育児をしたり子供を通してかかわりの場を作る。
- ・ 犬、猫などをアニマルセラピーを導入する。アイボを導入する。
- ・ 痴呆性高齢者専門の美容師、エステティシャンなどを病院に配置する。
- ・ ゆっくり話を聞けないナースはクビにする。

(3) 給与面への反映

- ・ 痴呆の方が好みのナースを指名できる制度を導入して指名料をとる。歩合制で給料に反映させる。

(4) 研修、教育

- ・ 何もしないで痴呆の人と一緒に過ごす研修を行う（現在導入している施設があり、4 時間ほどではとんどの職員は痴呆の方と打ち解けて一緒に過ごしている）
- ・ ナースを対象として話を聞く技術をトレーニングする。
- ・ 急性期病棟でも無資格者がケアを提供できるような教育を行う。

(5) 「～しながら」

- ・ 晩酌しながらゆっくり話が出来るようにする。

(6) 確実な治療

- ・ 入院の原因となった病気を完全に治し、褥創などのお土産を持たせずに地域に返す。

(7) 癒し

- ・ 痴呆性高齢者と共に家族も癒されるケアが提供できる病院を作る。

(8) 業務改善

- ・ 食事や消灯時間など時間を決めずに、痴呆の人のペースに添えるように業務調整をする。
- ・ 記録など現在時間をとっている業務の見直し、整理をする（観察事項はデジカメで撮るなど）

5) 設備・環境の整備で何ができるか

(1) 快適な環境

- ・ 病院でも徘徊の途中でゆっくり座って休めるような畳の部屋、空間をつくる。
- ・ 病棟に足湯を通す。温泉を病院につくる。
- ・ 火事などの心配をせずにベット上で寝たきりになってもタバコを吸える環境をつくる。
- ・ おいしい食事を提供する。自分の茶碗を使えるようにする。
- ・ ナースステーションをなくしてラウンジにする。
- ・ 部屋に有線を引き、痴呆の方が歌えるようにする。
- ・ ヒーリングガーデンなどを急性期病院にもつくる。
- ・ 家族が宿泊することが可能な快適な部屋をつくる。

6) 政策としてどんな制度が必要になるか・行政への働きかけとして何ができるか

(1) 治療システム

- ・ 自宅に急性期医療をデリバリーできるシステムの導入。（ナースも派遣されるシステムに）
- ・ 小規模多機能の急性期治療ハウスをつくる（医師は往診制、ナースは専任で登録制に）
- ・ 痴呆性高齢者専門の急性期病院をつくる（赤字病院を買い取ってつくる。一県一病院以上）

(2) 経済的支援

- ・ “傾聴” “アロマテラピーなどのケア”、“ヒーリングガーデンや足湯などゆっくりとできる環境を整えた病院” にコストをつける。
- ・ 病院に痴呆性高齢者が入院してきたら、入院費に加算をつける。

(3) 行政責任者の認識を変える

- ・ 病院の事務職、県知事、市長など痴呆ケア一日体験を行う。
- ・ 痴呆ケアを大切に考える市長や知事を選出する。

7) 技術開発で何ができるか

(1) 痴呆の人を理解するための用具

- ・ 痴呆の人の感情が誰にでもわかるようなバウリング（犬の言葉を翻訳できる玩具）のようなものを開発
- ・ 痴呆体験グッズの開発（ナース、医師の教育用）

(2) 治療侵襲を減らす技術

- ・ 麻酔を行わなくても少ない侵襲で手術ができる医療器具、技術の開発
- ・ 手術をしなくても病巣を切除できる医療器具、技術の開発
- ・ 点滴しなくても水分を摂ることが可能な“モノ”の開発

(3) 治療環境改善の技術

- ・ 重力を抑え、身動きしやすい快適な空間を開発

グループ名「頑張れ！！長嶋さん」

ファシリテータ：磯山、タスクフォース：丸山、大塚

討議1「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状」

1) 痴呆性高齢者が入院生活を送る上で看護師が困っていること

- (1) 離棟する
 - ・ 離棟してしまう、家に帰ろうと無断外出をして迷ってしまう
- (2) 閉じこもる
 - ・ 鍵を閉めて閉じこもってしまう
- (3) 個室管理が難しい
 - ・ 個室で目が届かないことがある
- (4) 物をなくす
 - ・ 何でも冷蔵庫にしまってしまう、義歯をなくす
- (5) 病室や着衣を汚す
 - ・ 壁やゴミ箱に向かって放尿する、便をこねる、オムツをいじるためにポリマーが出てきて掃除が大変
- (6) ベッド周囲の環境が維持しにくい
 - ・ ベッドの周りが汚くなりやすい、シーツを代えても夕方にはカバーが外れていたりベッドサイドの乱れがある
- (7) 病院の設備を破損する
 - ・ 失禁パンツや尿取りパッドを流してパイプが詰まる、壁紙をはがす
- (8) 転倒、転落を起こしやすい
 - ・ 転倒や転落を起こしやすい
- (9) 患者の安全のための物品がケアをやりにくくしている
 - ・ 転落時の衝撃を吸収するためのマットがトランスファーの邪魔になる
- (10) 不穏になりやすい
 - ・ 家族が面会から帰ると落ち着かなくなる、会社に行く時間になると動き出す（ちょうど看護師が忙しい時間帯）、オムツ交換で暴れる
- (11) ナースステーション預かりの患者がいる
 - ・ ナースステーションに常に預かりの患者がいる、目が話せない患者がナースステーションにいっぱいになって動きにくい
- (12) 患者に伝えたことが正確に家族に伝わらない
 - ・ 看護師の話を自分の都合のいいように受け取って家族に伝えてしまう
- (13) 他の患者とのトラブルがある
 - ・ 周囲の患者の睡眠を妨げる、病室やベッドを間違えて他の患者のベッドにもぐりこむ、他の患者のものを勝手に使ったり盗んだりする

2) 治療を継続する上で困っていること

- (1) チューブ類の自己抜去する
 - ・ 点滴の自己抜去、包交したところをすぐにはぎ取る、挿管チューブを自己抜去して呼吸状態が悪化し再挿管が必要になった、胃チューブを自己抜去し肺炎になった
- (2) 食事、水分制限が守れない

- ・ 糖尿病の患者が間食してしまう、糖尿病の患者が他の人の食事を食べてしまい血糖コントロールできない、食事トメはできるが水分を勝手に取ってしまう
- (3) 状態の把握が難しい
- ・ 痛みの強さや場所などの症状が把握しづらい、打撲などの傷に気づくのが遅い、いつ転倒したのかわからない、排便の性状が把握できない、排便の有無が把握できない
- (4) 鎮静剤の使用によってフラフラになる
- ・ 不穏状態に対して鎮静剤が処方されたがフラフラになってしまった、夜間鎮静剤を使用すると日中まで残ってしまう
- (5) 治療に協力が得られない
- ・ 協力が得られないため積極的な治療が進まない
- (6) 清潔が保ちにくい
- ・ シャワーを嫌がる、口腔内のケアが十分にできない
- (7) ナースコールを押してくれない
- ・ ナースコールを押してくださいと言っても押してくれない、ナースコールを押さない
- (8) 施設への入所の際に困っていること
- ・ 突然の再入所、抜糸後入所してほしい、施設からの通院
- (9) ケアによって患者を傷つけてしまうことがある
- ・ 吸引の時に手を動かさないように強く握って内出血をつくってしまった、ミトンで手がむくんでしまった
- (10) 抑制が行われている
- ・ 安全第一を考えて抑制する、病院でミトンの手袋を使用している、オーバーテーブルで圧迫感を与える
- (11) 安静を保つために鎮静剤を使用する
- ・ CTやMRIなど安静が必要な検査の時鎮静をかけなければならない、不穏が強いと鎮静をかける
- (12) 手術を受けるためのリスクが高い
- ・ 局麻ですむOPEも全麻が必要になりリスクが高い
- (13) 医師が診断治療について消極的である
- ・ 痴呆についての検査が不十分ですぐに痴呆症と病名がつく、鎮静をかけてもだめ、家族がいてもだめ、となると医師は見放した感じになる
- (14) 起こり得るトラブルを避けるために対処している
- ・ 点滴などが本当に必要なのか判断している、できるだけ点滴バルーンカテーテルを使わない、階段の防火シャッターを下ろしている
- (15) 入院期間が長くなる
- ・ 退院が決まらない、退院への家族の受け入れが悪い、デイサービスで転倒骨折した患者の退院先が決まらない

3) 対応策

(1) 早く退院させるようにする

- ・ とにかく早く家に返そうと努力している（良い意味でも悪い意味でも）

(2) 家族に協力を求める

- ①できるだけ家族に付き添ってもらう

- ・ 家人にできるだけ付き添ってもらい、家族の理解を得て協力してもらう

②家族への対応に困難がある

- ・ 点滴をする時に家族から看護師についていてほしいと言われる、患者に言われて家族に電話をしても家族に呆けているから放っておいてと言われる

③家族への負担があることをわかりつつ協力を求める

- ・ 家族も疲れがたまってきて休んでほしいと思うが、少しも目が離せず、ほとんど病院に泊まってもらった

4) どう対応したらいいのか困ることがある

(1) 患者の言葉にどう対応したらいいのかわからない

- ・ 「俺の人生はもう終わったんだよ」という言葉にどのように対応したらいいのか困った、病院を旅行に来ていると思ひ込み「こんな旅行来るんじゃないかった」と怒り出された

(2) 痴呆ではない患者の言葉にどう対応したらいいのかわからない

- ・ 自分は風船バレーはやらないとあらかじめ紙に書いている人を見てどう対応したらいいのかわからなかった、痴呆の患者さんを見て「自分もあんなら一筆書いておいて殺してほしい」と言われた

(3) 訴えを繰り返す患者にどう対応したらいいのかわからない

- ・ 食事を食べたばかりなのに「ご飯、ご飯」と連呼して何度説明しても理解が得られない、同じことを何度も言ってきて対応しきれない、家族に電話してくれと言うので電話をするが、何度も言ってくる

(4) 人員が不足している

- ・ 基準の人員配置ではケアメンバーは不足している、食事介助にずっと付き添うことができず業務の間で介助している、痴呆の患者が手術を受けた場合家族の付き添いがあったとしても看護師がつきっきりの状態になる

(5) 患者への対応についてジレンマがある

- ・ 敬語を使わずに話していて「失礼かな」と思うことがある、徐々に口調がきつくなる、忙しい業務の中でつい怒りっぽくなる、わかりますかとか理解したか確認する口調になる、心配しすぎてつい監視しているような感じになる、自分に嫌なことをされても怒るに怒れない

(6) 看護師が被害を受けることがある

- ・ 看護師が患者の暴言に傷ついてしまう、薬を水ごと顔に吹きかけられた、吸引のときに暴力を受け看護師が打撲を受ける、どこかに行こうとするのをとめたときに手にかみつかれたり口に手をつっこまれたりする、医師や男子スタッフにはやさしい、先生にはニコニコしているのに看護師には怒りっぽい

(7) 痴呆の患者を受け入れる看護師に大変だという意識がある

- ・ 入院予定の患者さんに痴呆があるとわかると大変だなと思う、入院患者が痴呆とわかると皆嫌な顔をする、夜中一人で歩き回ったりしないか心配、重症患者・ターミナル患者・痴呆患者を受け持つと自分が混乱した気持ちになる

(8) 心理面でのケアに欠ける

- ・ 看護師は患者がどんな目標を持っているのか把握していない、安全第一の看護で心理面でのケアに欠ける

5) プラス面

(1) 患者にとって入院生活の中にも楽しみがある

- ・ 月 1 回のお弁当を楽しみにしている、散歩に行き気分転換、お風呂の日を心待ちにしている、家族が来ると穏やかになる、孫の写真を見ると嬉しそう

(2) 看護師が患者に癒されることがある

- ・ 突拍子もない言動で笑わせてくれる、患者がナースステーションで笑顔で歌ったりしていて明るくなる、癒しの場所であることがある、孫と間違い励ましてくれる

討議 2 「今後どう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイディア」

テーマ：『前日に検査説明をすると夜勤中検査のことが心配になり、何度も聞いてきて入眠できなくなる』

1) 看護師の直接的なかかわりで何ができるか

(1) 検査の説明をしない

(これに対して、痴呆の患者にも知る権利があり心構えのために説明すべきである、痴呆患者にもその人のニーズとしてその人に適した説明があるのではないかと話し合い、痴呆でない人と同じ関わり方をすることで失敗をすることがあるので、痴呆の患者にはどのようにかかわったらよいかという視点から討議が進んだ)

(2) 患者に一律に説明するのではなくその人に合わせた説明を行う

- ・ 不安を与えないようにその人のレベルに合わせた説明を行う、痴呆だから仕方がないと決めつけない、痴呆ではなくその人のもとの性格かもしれないととらえてみる、その人の痴呆の状況・理解力・性格を見極める、認知レベルに応じた説明について看護師間で話し合う

(3) 検査の説明に関する言葉を見直す

- ・ 「検査」という表現の見直しをする、「検査」=怖いものというイメージをなくすために難しい言葉を使わない

(4) 必要な検査をスムーズに受けられるようにする

- ・ 必要な検査はセデーションをかけて行う、睡眠薬を使用する

(5) 気をまぎらわす

- ・ 違う話をして気をそらす、散歩をして気分転換を図る

(6) 安心して過ごせるようにする

- ・ ナースステーションで過ごしてもらおうわざと大まかな説明にする、心配事が聞かれたらその都度対応する、何が心配なのかとことん話を聞いて安心できるよう具体的に対処する

(7) 検査と楽しみを組み合わせる

- ・ 検査とその人の楽しみをドッキングする、検査することのよいことを話す、検査後ごほうびが出る

(8) 検査直前に説明をする

- ・ 不安な時間を短くするために検査直前に説明する

2) 家族と何ができるか

(1) 家族に協力を依頼する

- ・ 検査当日早く来てもらう、検査の前日に遅くまでいてもらう、検査に家族に付き添ってもらう、家族へわかりやすい説明をして協力を得る

(2) 家族のみに説明して承諾を得る

- ・ 本人には説明せずに家族に説明して承諾を得る (これに対しては、患者と家族の関係性や家族の痴呆に対する考え方を把握しておく必要がある、という意見が出た)

3) チームとして何ができるか

(1) 医師の協力を得る

- ・ 医師から説明してもらう、夜間医師からの説明が困難であれば声を録音しておいて聞いてもらう

(2) 検査を行う医師・検査技師への信頼を高める

- ・ 検査をする医師を褒め称える

(3) 痴呆患者が緊張しない環境を工夫する

- ・ 患者が緊張しない検査室のレイアウト、検査をする医師が選べる、検査をする人が事前訪問する、検査をする人は白衣を着ない

(4) 検査そのものが必要なのか見直す

- ・ 検査をルーチンに行うのではなく本当にその人に必要な検査なのか見直す（これに対して、現状で看護師はただ医師の指示のままに患者に説明していないだろうか、看護師が治療方針や検査の意義を理解しているのだろうか、という反省の意見が出た）

(5) 検査を受けたくない患者の意思を尊重する

- ・ 患者が拒否した場合医師に患者が拒否していることを伝える、患者が検査を拒否した場合それを受け入れる体制を整える

4) 看護管理として何ができるか

(1) 検査を受ける痴呆患者の知識と技術を習得する

- ・ 痴呆の患者への説明のマニュアルなどスタッフ間の統一したものを作る、痴呆に関する研修会にスタッフを参加させる

5) 施策としてどんな制度が必要になるか

(1) 看護師の痴呆に関する知識と技術を高める

- ・ 痴呆に関する教育

(2) 痴呆患者の権利を守る

- ・ 痴呆の人の権利を守る組織を施設内に作る、痴呆擁護委員会、65歳になったら今後自分の行いたい検査・行いたくない検査について自分の意志を明確にしておく

(3) 痴呆患者が入院している病棟の看護師を増加する

- ・ 痴呆看護加算、痴呆患者の比率により看護師を増員する

6) その他

(1) 誰か開発して！！

- ・ 痴呆リングル（患者がどんな思いでいるのか、言えないでいることはないのか痴呆患者の言葉や行動を通訳してほしい）

チーム名「ハルウララ」

ファシリテータ:松浦、タスクフォース:根本

課題1「治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状－良い点、悪い点、困っている点など－」

1) 良い点

- (1) 地域間で情報交換ができています。
 - ・自治体病院が中心になって受け入れに関する会議が定期的にある
 - ・技術講習会を開催している
 - ・グループワーク、老人保健施設の見学会がある。
- (2) 入院した痴呆性高齢者の情報交換ができています。
 - ・病院の治療状況を連絡しあっている
 - ・病院、施設での治療の役割分担ができています。(確定診断をして施設に戻す)
- (3) 痴呆性高齢者のための受け入れができてきた。
 - ・入院手続きにおいて痴呆の程度などを確認してくれ、部屋を考慮してくれる
 - ・入院後すぐにMSWが関わられる体制になっている
- (4) ケアを工夫している。
 - ・点滴等のルート類が本人から見えないように配慮している
 - ・転倒しても骨折しないようなケア用品を使用している
 - ・オムツ交換などを利用してスキンシップを図るようにしている
 - ・動けるような抑制方法をしている
- (5) 高齢者の持つ力に看護師が助けられている。
 - ・痴呆性高齢者のところに行くとき看護師がホッとする
 - ・生命力が強い
 - ・術後リハビリテーションのスピードが速い(回復が早い)
- (6) 痴呆性高齢患者の笑顔を引き出す環境がある。
 - ・家族が来ると笑顔がみられる
 - ・ボランティア導入によって笑顔がみられる
 - ・毎日、レクリエーションの時間がある
 - ・一度関係を築くと容易に受け入れてくれる
- (7) 職員の士気が高めてられている。
 - ・ユニットでの看取りがスタッフにより影響を与えている

2) 悪い点

- (1) 家族の付き添いを強要している
- (2) 看護師が痴呆性高齢患者の行動の意味を考えずに現象で対応している。
 - ・すぐ怒る
 - ・尿意がないと留置カテーテルを挿入する
 - ・事故を考えてすぐに行動制限を考えてしまう
 - ・必要以上に手を貸してしまい、ADLを低下させてしまう
- (3) 看護師が士気を下げている。
 - ・痴呆の人が入院というだけでやる気を低下させている
- (4) 痴呆性高齢患者が入院できる環境でない。
 - ・構造が高齢者にあっていない→環境になじめない
 - ・低床ベッドでも高い
 - ・一般の人と同じ食事場所で食事ができない
 - ・入院させる部屋がない
 - ・居場所、することがない
 - ・ステーションで点滴をさせられている
- (5) 痴呆性高齢者に対する家族の理解が得られない。
 - ・痴呆に対する家族の知識が少ない
 - ・男性が介護に関わることが少ない
- (6) 退院先がみつからず入院が長引くあるいは超短期間で施設に戻す
- (7) 在宅支援を支えるだけの体制が整っていない

3) 困っていること

- (1) ベッドコントロールができない。
 - ・若い患者と同室にできない
 - ・他の入院患者に受け入れてもらえない
- (2) 問題行動に対する対応で看護師の手がとられる。
 - ・ナースコールが頻回、点滴を自己抜去する
 - ・治療上必要な安静が守れない
 - ・何度説明してもわかってもらえない
 - ・他人の部屋や外にいつてしまう(日中に洋服着替えることで面会者と区別がつかない)
 - ・検査中、動いて正確なデータがとれない→結果、コストがかかる
 - ・大声をだす、すぐ帰るといふ
- (3) 痴呆性高齢患者に対する治療ができない。
 - ・薬の量が多い
 - ・薬の処方がまちまちである
 - ・問題行動をみるとすぐ退院させる
 - ・「年よりはこまで」と最初に治療ゴールを決めている
 - ・医師が痴呆性高齢者のことを理解せず、治療をすすめる
 - ・眠剤や向精神薬剤の服用で朦朧としている状態が続いている、施設に戻ってくる
 - ・脱水状態あるいは褥創ができたまま施設に戻ってくる
 - ・安静を強いると痴呆が進んでしまう
- (4) 状態の変化(急変)が大きく予測がつきにくい。
 - ・医師がいない時間帯に発病する
 - ・前触れもなく急変しやすい
- (5) 痴呆性高齢者自身の特徴に対する対応に苦慮している。
 - ・入院生活に適応できず、生活リズムがつかりにくい
 - ・患者自身が何でもできると思っている
 - ・ひとつのことにこだわる
 - ・トイレや電話の使い方が覚えられない
 - ・排泄行動がつかめないのでもうまく対応できない
 - ・不眠や不穏の対応に困難を生じている
 - ・点滴を自己抜去するので抑制されている
- (6) 施設間連携がうまくできない。
 - ・治療について十分に話し合えない
 - ・病院と施設間で連携がなく、お互いの状況を知らない
 - ・病気の管理で老健が受け入れてくれない
 - ・病院の受け入れが悪い

- ・ GHから来ている人の入院期間が長引くと引き取ってもらえない
 - ・ 状態が悪くて救急外来にかかると、医師が「なぜ今頃連れてきた」と怒られる
- (7) 業務に追われ痴呆性高齢患者にあったケアができない
- ・ 生活援助にかかわる時間がない
 - ・ ゆっくり対応ができない、高齢者のペースや訴えにあわせられない
- (8) 家族との情報交換ができず苦情がでる
- ・ 家族と医療者側の情報の共有化ができにくい。その結果、家族から苦情がでる

課題2 「今後どう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイディア」

テーマ：「転倒等のリスクが心配！」に対する解決策

1) 看護師としての直接的な関わり

- ・ケアの方向性（目的・目標）を明確にしてケアする
- ・転倒等のリスクに対する看護計画の立案・実施・評価を行う。
- ・薬物に依存せず、夜間休めるような病室環境を整える。
- ・夜間休めるような処置等の時間考慮、生活リズムの確立をする援助を行う。
- ・裸足で歩ける、転倒しても骨折や怪我をしない病院環境を整える。

2) チームとして

- ・ケアの方向性（目的・目標）をスタッフが理解し共有する。
- ・何が起こりうるか、カンファレンスをする。その結果 1)–②を実施する。
- ・医師にも痴呆高齢者のケアに参加してもらう（特に夜勤帯）。

3) 看護管理

- ・痴呆性高齢者が入院すると看護師が増員できるシステムを作成・実施する。
- ・見守り体制を整えられる人員の確保および実施
- ・家族が休める部屋、環境を整える。
- ・リスクがあった場合の責任の所在を明確にする。（スタッフが一方的に責任を問われないようにする）
- ・ボランティアの導入

4) 家族に対して

- ・家族が付き添ってもらえるように協力を得る。
- ・患者の状態、リスクなどについて、定期的あるいは随時、面談の機会をもつ。
- ・家族とリスクなどを共有しながら、家族ともケア関係を結ぶ。

5) 政策として

- ・診療報酬の改正（現行の重症加算に痴呆看護加算を加える。）、マンパワーの確保
- ・痴呆専門医ならびに痴呆看護専門看護師の育成および配置の義務付け
（痴呆看護専門看護師の役割には、医師への指導力や投薬拒否、休薬権を含める）
- ・入院させないための専門医による往診システムの確立
- ・老人保健施設等で実施できる治療、診療拡大（亜急性期を担当する老健附属病院の設置も含めて）

6) 開発に関して

- ・痴呆予防薬などの新薬の開発・落ちないベットの開発（詳細は未定）
- ・見回り、センサーで転倒・転落しそうな人をステーションに知らせる介護ロボットの開発

グループ名「目指せ、日本一！！富士山グループ」

ファシリテータ： 、タスクフォース：福山

課題1「治療を受ける痴呆高齢者の看護の現状」

1) 医療・治療に関すること

(1) 不適切な治療

- ・ 薬（特に眠剤）の飲ませ過ぎ
- ・ 点滴の必要性を吟味しているのか（不必要な点滴が多い）

(2) 医師への不満

- ・ 痴呆患者への対応で困った時に頼れる医師がいない
- ・ 痴呆の人の延命に着いて生命体としてだけ考えることに疑問がある。
- ・ 医師の治療方針が明確でないため、患者の症状の変化が激しい。

(3) 制度の問題

- ・ 痴呆患者を受け入れるに当たって、病棟ではなく患者個人に対し加算をつけて欲しい
- ・ 痴呆の人に関わるための点数上の支援が欲しい
- ・ 介護保険だと痴呆のみで身体が元気だとなかなか介護度が高くならずに難しい

(4) 人員不足

- ・ もっと人が欲しい
- ・ 一般病棟では忙しい中でなかなかゆっくりとじっくり患者さんへ対応することが難しい。
- ・ 安心してもらえるための環境（人の対応）が整わない
- ・ 夜間はスタッフの人数が減るのに、せん妄などの不穏が多い

(5) 環境

- ・ 痴呆症だと、症状により施設に受け入れてもらえない。
- ・ 入院するだけで不穏への誘因になる

(6) 悪化

- ・ 意思疎通が図れず、せん妄がパニック状態に増悪した

2) 痴呆がどう認められているか

(1) 痴呆と認めたくない

- ・ 痴呆とみとめたくない

(2) 痴呆を隠す

- ・ 入院する際など、痴呆があることを隠して入院してくる
- ・ ナースでも、転科する際など痴呆があることを隠してくる

(3) 診断の問題

- ・ どの段階で精神科を受診すればよいのかわからない。

3) 家族に関すること

(1) 家族との距離

- ・ 痴呆があることで、入院によって家族が疎遠になってくる。

(2) 対応困難

- ・ 痴呆があることで家族も困っている
- ・ 家族が面会に来たからといって穏やかになるとは限らない。
- ・ 痴呆高齢者の家族への対応が難しい
- ・ 高齢である家族へ負担がかかる
- ・ 入院中、痴呆やせん妄によって変化する患者を家族が受け入れられない。

(3) 家族間の問題

- ・ 治療についての家族の意見が分かれる。

(4) 家族には勝てない

- ・ 不穏で大騒ぎをしても、家族の顔をみると穏やかになるのをみると、一生懸命頑張っているスタッフとしてはショックを受ける。

(5) 協力関係

- ・ 家族への負担は大きいが生懸命一緒に考えてくれることが嬉しい
- ・ 患者の家族とよくコミュニケーションをとっている

4) 困っていること・悩んでいること

(1) 対応の難しさ

- ・ 理屈より気持ちに沿うことが難しい
- ・ 「家に帰りたい」にどうやって対応したらいいのか難しい
- ・ 患者自身の思いを聞けない
- ・ 説明しても理解してもらえない

(2) 理解の難しさ

- ・ 共感するって本当にできるのだろうか
- ・ ケアする中で感情（辛さ、寂しさ、嫌な感じ）を理解していない。
- ・ 痴呆老人の世界についていけない時がある
- ・ 何を考えているんだろう。
- ・ 心が見えない
- ・ 声や不安などの言葉の裏にある気持ちがわからない

(3) 不快感への理解

- ・ 口の中、肛門の中に手を入れられるのは嫌なのは当然

5) ケアする上での本音・困難なこと

(1) 危険

- ・ 転倒しやすく、骨折してしまう
- ・ 歩行介助時、転倒しそうになっても支えきれない
- ・ 転ばないでって思う
- ・ マットを敷いて転倒時の怪我予防を試みても、それを越えたところで転んでしまう
- ・ ベッド作を乗り越えるため、自室に置けない
- ・ 点滴を抜いてしまう
- ・ 手術後間もないのに、柵を乗り越えてしまう

(2) 他の患者への迷惑

- ・ 他の患者の点滴を抜いてしまう
- ・ 他の患者のところへ行って、触ったりする
- ・ 大声を出して、他の患者から苦情が出る
- ・ 難聴の患者に大声で対応すると他の患者にも迷惑をかけてしまう

(3) 他の患者への連鎖

- ・ 車椅子で移動できる人が他の患者にいたずらしそれが連鎖する

(4) 紛失

- ・ 自分のものをなくす、はずす

(5) 業務への支障

- ・ 元ナースが痴呆になると、仕事に介入し困ってしまう
- ・ バルーンを抜かれて、毎日更衣・シーツ交換をした
- ・ 経管栄養に時間が掛かりすぎてしまう

(6) 疑問

- ・ 頸部骨折をした人が勝手に歩いても、脱臼がおこらないのは何故？

(7) 対応できない

- ・ 痴呆がわかっているやるといいとわかっているもなかなかできない
- ・ 高齢者の生活のテンポにあった対応まで時間がかかっている
- ・ 症状に振り回されてしまう
- ・ 不穏の患者に手がかかり、他の患者のナースコールへの対応が後回しになる
- ・ スタッフの共通理解がない。

(8) 教育指導できていない

- ・ 新人たちに対し、痴呆高齢者への対応についての指導が不十分

(9) 知識が不十分

- ・ 掻痒感があって素手で対応したら、皮膚科に掛かると疥癬と診断された（知識が不十分）。
- ・ 結核の患者が多いが、知識が不十分

7) 介護している時の気持ち

(1) 委員会への疑問

- ・ 行事委員会がなんのためにおこなっているのかわからなくなる。

(2) ケアの評価への疑問

- ・ 自己満足のケアになってしまっているのではないか

(3) ケアが不十分

- ・ 言葉に頼りすぎている。
- ・ 80歳、90歳でも同じように対応してしまっている。
- ・ 患者への言葉遣いが、子ども扱いになってしまう

(4) ケア方法へのジレンマ

- ・ 拘束へのジレンマを感じる（誰の了解を得て行っているのか）
- ・ 拘束することでの危険はないのか
- ・ 承諾を得て拘束しても、抑制帯をはずそうとしている行為は本当は嫌がっているのではないか（納得していないのではないか）

(4) 業務との兼ね合い、心理的負担

- ・ 健忘が激しく、同じ事を繰り返し聞いてくるが、忙しい時は大変。
- ・ 相手をすると、イライラしてしまう。
- ・ 忙しいと、イライラして、私を困らせないでと思ってしまう
- ・ 時間がかかり、自分が焦ってしまう
- ・ せかしてしまう
- ・ 叱ってしまう
- ・ 忙しすぎて、ゆっくり対応する暇がない

(5) 治療が順調に進まない

- ・ 理解力が低下しているため、リハビリが順調に進まない。
- ・ 糖尿病の食事療法ができにくいらしい（食べていないと叫ぶらしい）
- ・ 意欲低下があり、拒薬・拒食することがあり治療が進まない
- ・ 手術や治療で安静が強られるが、守れない。

(6) 治療方針への疑問

- ・ 痴呆があつたら、治療はしないという医師の方針を支持しているナースがいるらしい。

8) ケアする喜び・学び

(1) おもしろさ

- ・ 話をするのが面白い

- ・ その人にあった方法を見つけるのが面白い

(2) うれしさ

- ・ 一緒に笑えた時は、本当に嬉しい
- ・ 家族の知らない情報を発見した時は嬉しい
- ・ 症状が軽快し退院される時のナースの笑顔
- ・ 側に行っても不安な表情をされなくなった時は嬉しい
- ・ レクリエーションの作業療法で新たな残存機能を見つけた時は嬉しかった
- ・ リハビリで昔の役者の名前を言ったら患者から誉められた。

(3) ケア方法の工夫

- ・ アロマ・音楽療法、入浴剤入り入浴、足浴をすると、表情がよくなる
- ・ 保清を良くしている
- ・ リハビリの担当者と協力し、行事をよく開催している
- ・ 症状が安定しないときでも、根気強く対応している。

(4) 発見

- ・ 知識がたくさん詰まっている。
- ・ その人の頑張ってきた時代を知ることができる
- ・ 日本人としての考え方・感じ方を知ることができる
- ・ 大声としか聞こえていなかったが、ある部分言葉が通じた
- ・ 透析中落ち着いている：老人はこの治療によって楽になるのがわかっているのではないか
- ・ 透析室では痴呆の老人も静かにしている、シャントもいじらないらしい。

(5) 癒し

- ・ 心が満たされる
- ・ 「早く寝なさい」「風邪ひくよ」と、どこか見守ってくれていて、憎めない

課題2「今後それをどう解決し伸ばしていったらいいかについてのアイデア」

テーマ：拘束をしないで転倒させない方法

1) 看護師の直接なかかわりで何ができるか

(1) 見守り方法

- ・ そばにいる
- ・ 患者の動きを見る
- ・ 行動時は見守り、転倒・転落を防止する
- ・ 見守りをする
- ・ 動いたらわかる鈴をつける

(2) 行動を知る

- ・ 一日の行動パターンをしる（家での状況を知る）
- ・ 一日の行動の流れを知る
- ・ 一人一人の行動の一つ一つを良く見る
- ・ できること、やりたいことを見つけていく
- ・ 何故動きたいのかを知る努力をする
- ・ 行動には何らかの意味がある
- ・ なんで立ったらいけないの？
- ・ 排泄の時間誘導する
- ・ 歩きたい目的を知る
- ・ 興味のあるものは何か（物、現象など）

- ・ 離床時、作業療法など興味を持てることを提供する
- ・ 快適な時のサイン（表情、行動）を知る
- ・ 不快なときのサイン（表情、行動）を知る
- ・ その人の求めているものに適切にケアをしているか振り返る
- ・ その人の落ち着く場所をつくる（その人の生活習慣を考慮した）
- ・ 生活史を知り、予測する。
- ・ 言動に注意し、深く関心を寄せる
- ・ 痴呆の人の感覚を知ろうとする
- ・ 邪魔された時、どんな気持ちがあるが考えてみる
- ・ 嫌なことはしない
- ・ 一緒に行動する
- ・ その人の置かれている世界を知る

(3) 移動用具の工夫

- ・ その人に合った歩行器を使用する

(4) 対応の工夫

- ・ 日常の会話をその人らしい内容に合わせる
- ・ 言葉での接点を探していく
- ・ ゆったりと接する（連鎖反応を起こさない）

(5) 環頼りにしてくれるような人と感じてもらえるような人になる境の工夫

- ・ 病棟内の物品を整理する。
- ・ 畳の上で差込み尿器を使用する

2) 家族と何ができるか

(1) 協力体制づくり

- ・ 家族をシフトの中に入れ込む（家族が来れる日を）
- ・ 家族に理解してもらって、一緒に見ていける雰囲気を作る

3) チームとして何ができるのか

(1) 人員配置

- ・ 転倒が発生した時、カンファレンスで人の配置。観察範囲を明確にする

(2) 記録方法、アセスメント

- ・ 生活リズム表を作る
- ・ 共通認識のため、痴呆患者の転倒リスクのアセスメントシートを作成する、

(3) 変化をとらえる

- ・ 変化をどうとらえるのか
- ・ その日の変化を理解した上でケアを行う
- ・ 変化したことをケアや対策に生かす

(4) チーム医療

- ・ 医師を始め、みんなで患者をみるチーム医療を実現する
- ・ 施設、スタッフは理解できるようにする。

(5) 機能の把握

- ・ 残存機能をチェックし、その人に起こりうる危険を予測し、防止する

4) 看護管理として何ができるのか

(1) 環境

- ・ 壁の材質を変える
- ・ 床を畳にして、いざる、這うができるようにする

- ・ 廊下、床にしないで畳の部屋にする
- ・ 廊下を狭くする
- ・ 洋風の環境ではなく、和風にする（カーテンは障子に）
- ・ 畳か絨毯にする（なれているはだしにする）
- ・ 壁、家具の瀬を低くして見渡せるようにする
- ・ 高さ、手すりの位置が調整できるようにする
- ・ つかまるところをたくさん作る
- ・ 生活の中心となっている場所から手すりを使っていけるトイレを設置する

(2) 用具の使用法

- ・ 車椅子は移動の時しか使用しない

(3) ケア体制

- ・ その人の生活リズムに合わせた関わり（少人数制）のため受け持ち制にする
- ・ 受け持つ患者を少なくし、観察が十分できるようにする
- ・ 担当制にし、病状の把握をする。
- ・ 見守りながらやれる業務をつくる

(4) 管理者の態度

- ・ 管理者ははじける
- ・ 管理者は心のバリアフリー
- ・ 話をよくする。

5) 施策としてどんな制度があるのか

(1) 資金

- ・ 見守り加算の実現

(2) 人員

- ・ 患者一人に一人のスタッフ
- ・ 人を増やす
- ・ 見守り専門のボランティア

ワークショップ（グループワーク）コメント

1. コメンテーター 永島光枝さん（呆け老人をかかえる家族の会理事）より

今日は看護職の資格をもっていない、普通の人は私一人だと思います。先週と今週、楽しい、新鮮な話をたくさんお聞きしてよかったですと思います。ワークショップ、グループワークという形式に参加したのは初めてで、散漫かもしれませんが、思いついたままお話をさせていただきます。

脳梗塞のあとで呆けた実の母を介護したのは1970年代で、私の40歳代は子育てと介護の約10年でした。MRI検査で「私はまだ生きてます！焼かないで（火葬しないで）下さい！」と叫んで大暴れして、3回もトライさせられて、とうとう検査不能になったのはその母です。その話は看護婦さんから後で聞きました。

今日は、家族の会の千葉県支部報をお持ちして後ろに置いてあります。まだお取りになっていない方は、帰ってからお読みいただきたいのですが、それを何故持ってきたかという、老健（介護老人保健施設）で骨折をしてしまって、受診してみたら肺炎が治りかけていて、しかも、栄養失調だったという家族の体験が載っています。肺炎も栄養失調も骨折してみなければわからなかったという。それについて、どういうふうに施設と家族が話し合っていたかという体験記です。支部報では「我が家の介護」という体験記を毎号載せているのですが、その人はA4の紙に6枚ぐらいいびっしり書いてくださって、それを編集して2枚に縮めました。ただ、クレームとか申し立てとかそういうことではなくて、どうしてこうなったかということを家族が施設に聞いていって、それに施設がきちんと応えてくれたという、そういう経過を記録してあります。本当を言えば、その家族の胸のうちとしては、あんまり事を荒立てて「それなら出て行ってください」と言われたら大変だというようなこともあるのですが、その経過が書いてあります。これは匿名で載せたのですけれど、千葉県の会報は県内全部の施設に送っているものですから、これはうちの施設のことだとわかった当該施設から、「家族との対応についてたいへん勉強になりました。ありがとうございます」という感謝のお電話をいただきました。

“ぼーれ、ぼーれ”というのが私共の機関紙の名前で、これはスワヒリ語で「ゆっくり、やさしく、穏やか」という意味です。これは痴呆ケアの基本になると思います。

先週と今週、皆さんのいろいろなお話を聞いて、痴呆の人は、医療と福祉はその人の生活の中に包含されていなければならないのではないかと思います。普通の人の治療を目的とした医療ではなく、疾病の他に痴呆という治らない（たぶん治らない）病気が大前提としてあるのですから、そこを考えてみると、その人の生活を大事にしていかなければならない。それは病院であつてもどこであつてもその人の「痴呆を抱えながらの生活」を大事にしていかなければならないのではないかと。そういう生活する場作りというのは、今までの医療機関などの考え方の枠を外していただかないといけないと思いました。

もう一つは、生活するというのは、人生何十年という歴史をもった人だから、その人一人一人の限りなくオーダーメイドに近いケアをする必要がある。それをぜひお願いしたい

と思います。それには、一人一人の生活歴とか、受診、治療歴をまとめたファイルがあるというのではないかと思いました。今は、それぞれのサービス事業所や医療機関に、私なら私という人の、そこに関わった部分だけのファイルが残っている。これは介護保険になって尚このようになったように思うのですが、死ぬまでその痴呆の人がどのようにたどっていったか、それは本人や家族のもとには残らないわけです。そういうのをぜひ1冊のファイルにして、基本的には家族が持っていて、何かあったらそれをもっていく。歯医者さんに行ったら歯科のファイルを記録する、内科にかかったら内科の記録をそこに持っていく、入院した時もそう、施設に入った時もそう。そういったファイルを作ったらいいのではないかと思います。そういったファイルがもし全国的に同じシートでできたら、それはものすごくいろんな研究やら、データにもなるのではないかと思います。個人のプライバシーなんかもありますけど、デンマークではそうやっていました。今日持ってこようと思って忘れましたが、シートは、歯科には例えばピンクの仕切り紙、整形外科にはブルーの仕切りが入って、それぞれ1枚記入して保存しておけばその人のデータがまとまってある。そういうようなことをもう現にやっておりました。日本でもそうなってもらいたいというのが希望です。

そういうことの基本は、その人の生活におきたいと思います。痴呆の人本人にとってのキーワードは、先週の館石さんのお話にもありました、クリスティーヌ＝ブライデンさんの話にあった、「安心」だと思います。そのキーワードを出していただけたらいのではないかと思います。

私は憎まれ口が得意なので、最後に、「呆け老人を抱える家族の会」という名前もいろいろ言われていて、それを棚挙げして言うのですが、「患者様」というのはどうも違和感があります。何か慇懃無礼だなあと思っています。でも、「呆け老人を抱える家族の会」という名前についてもいろいろ言われていて、「じゃあ、これ以外にいい名前がありますか」って私はいつも反論してしまうのですが、世界では各国の「アルツハイマー病協会」というのに統一されていて、日本もやがてはそうになっていくだろうとは思っています。

10月、京都でその「国際アルツハイマー病協会」の国際会議があります。支部報のもう一つのページにも載っています。そこに皆さん、いろんな関わりをもっていたいただきたいと思います。研究じゃなくても、体験でもいいので、ぜひ発表してください。その締め切りが3月30日なので、その発表の仕方も支部報に出ています。今日のような発表がいいのです。ぜひご検討ください。

最後にPRまでさせていただいてありがとうございました。

ワークショップ（グループワーク）

2. コメンテーター 野口美和子さん（自治医科大学看護学部学部長）より

私は、40年、よく考えたら41年間、先生をしまして、嫌いだけどこれしかないかなと思って、今日は「野口先生」のニックネームでおりました。実は、今日、千葉大学の卒業生がタスクフォースに入っておりますが、私は千葉大学にしまして、この人たちの先生だったんです。今日は、私がぼけたらいけないからちょっと引き出そうとって、たぶん引き出されたんだろうと思います。

私は久しぶりにBS法（ブレイン・ストーミング法）をやらせていただいて、これは政策決定者にまずやらしてもらわないといけないと思いました。それから、ご家族の方もそうですけれど、これから自分が介護を受けるのではないかなというような状況の方、軽い、初期の痴呆のある方に、どういう介護を受けたいか、というのをBS法でやらしてもらったらいのではないかなと思いました。私も入院したらやらしてもらいたい、毎日喜んでやっちゃうなと思いました。

次に、グループワークに参加して思ったことは、老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホームで、わりあい自由な中で成果が確かめられているケアの仕方を、どうにか病院でできないか、効果があるものだったら病院でもできないかを試してみる、勇気をもって工夫してみるということがまず大事なかなと思いました。（グループホーム等のやり方を病院にそのまま移植するというのではなく、やれないか、効果が得られるかやってみる中で、病院特有の、病院に合った方法が導き出されるかもしれません。）

次に各グループの発表を聞いていて考えたことですが、痴呆のお年よりが「怖い」と思う環境があるということを知って、日々、私たちが看護をする時に、それがもし痴呆の人だったらどんなに恐いかを、一つ一つ細かく点検するのが大事なかなと思いました。今、QC(クオリティ・サークル)運動というのがありますが、そういうことでやってみるとどうでしょう。午前中に出されましたけど、MRIで「生きたまま焼かれる！」って思う。本当にそうですよね。火葬場の思い出を持っているお年寄りで、かつ、今の状況がわからない痴呆の方では、MRIでそう思わない方がおかしいくらいでしょう。「入院」＝「どこかに連れてこられた」となります。私は40年前のことですけど、「警察に連れてこられた」って言う人が昔はすごく多かったですね。家族が引っ張るようにして病院に連れてくる。引っ張られて連れて行かれるところは、やはり警察となるのかもしれない。それから「テキパキ」指示するナース、動くナース。これは、痴呆のあるお年寄りにとってはついていかなければならないし、ついていけないしで、ものすごく怖い。「テキパキ」はナースの大事な特性かもしれませんが、やはり点検しなければいけない。「両手を広げた抑制」、これは「張り付け」でしかない。「白衣」、これは「痛いことをされる」というイメージになると思います。そういう環境や体験を痴呆になったらどうなるのかなと考えるといいのではないかなと思いました。

次に、痴呆老人がいて、その人がいろいろなさることで「業務に支障が出る」。「見守り」とか、どこかに行ってしまうので「お迎え」とかが必要で、それで「業務に支障が出る」という看護職の感覚についてです。この言葉は30年前に聞いたことがあるんです。それは、救急外来でのことです。夜の電話を事務職が受けることになっているのですが、それをナースにまわしてきて、いちいち対応していると「業務に支障が出る」というわけです。電話してくる人は外来に来た患者ではないので、対応しなくてもいいんでしょうが、内容が聞き捨てならない話だからつい聞いてしまうというのです。そこで、どんな内容が救急外来でナースと患者や家族とでやりとりされ、その結果はどうだったのかを調べてみることにしました。ナースの一方的指導で、鼻出血がなかなか止まらず、とうとう救急外来に来て止血してもらったけれども、家族の不満が残ったケースがある一方で、病状や経過をよく聞き、家族を勇気づけたり、救急対応の判断を伝えたりし、家で対処できたり家族の信頼を得たりしているケースもありました。これらはいずれも立派な看護活動です。

それなのに、電話の対応によって「業務に支障が出る」というのです。「業務」って何だろうかと考えました。救急外来にかかってきた電話で患者をちゃんと指導するというのは大事なナースとしての業務なんですね。「見守り」とか、どこかへ出かけた時の「お迎え」とかも含めて、これも大事な業務だと考えて業務の中に入れた上で、その業務をどうするかを考えていく必要があると思いました。

今日はとても勉強になりました。皆さんから出たアイデアは私も大賛成です。先ほど言ったように、老健やグループホームでやっているケアや環境を治療病院でもやってみようということが大切で、それがまた、これからの老健やグループホームのケアに生かされるのです。なぜかという、これから先は、老健で必要となった場合にどれだけ治療ができるかを試していく時期がやってくると思います。それから、出前診、急性期の治療セットを開発して往診できないか。ポータブルのレントゲンやポータブルのお風呂なんかも開発すればできたわけです。もう少しすればかなりの手術もレーザーになるでしょう。そういう時期が必ず来るということを考えて、私たちも、大きい病院のような設備がなければ治療できないというのではなく、また今のような病院の建物、あのベッド、あの床がセットになってしまっているのではなく、柔軟な頭を作っていない時代には対応できないのではないかと思います。

また、痴呆のある人の治療処置とか検査について、医師と話し合っ取り決めをしておいた方がいいと思います。胸が痛いと言われるとすぐ12誘導をとるといった発言がありました。どこの病院でも今はみんなそうするそうです。12誘導がなかった頃は、医者でもナースでも慎重に脈をみていたと思うんですけども、それって活用できるのではないのでしょうか。優しく手をとってそっと脈をみて、「これこれの脈の状態だったら12誘導にいきます」ということを取り決める必要があります。眠剤が多くなりすぎるのではないかというような時は、「これこれの時期になったら眠剤を調整する」とかの取り決めをする必要があるのではないかと、いろいろ考えました。「薬のこと、検査のことは医師の判

断だ」などと言うのではなく、もう少し私たちも治療に参加していく必要があるのではないのでしょうか。

次に、ご家族のことですが、これから先、「家族」っていう方がいない人が多くなることも含めて考えないといけないと思って聞いていました。「家族」と言われても、その間柄はどうなるでしょう。ひ孫しかいない場合もあるわけだし、家族といっても、「遺体の引き取りぐらひはやりましよう」という人からいろいろあるわけですから。そういったことについては、私たちの感覚をもう少し時代に対応させないといけないでしょう。

指名料（患者から好んで呼ばれるナースには指名料を出す）の提案は大賛成です。（痴呆老人の）話をきかないナースをクビにする、これはしたくてもできない。もしかしたら、看護職の中にも向き不向きがあるんじゃないかと思います。「テキパキ」が合う人と、やはり「じっくり」が向く人とあります。どっちがナースとして上等かというような話ではないのです。患者さん一人一人に個性があるように、ナースも一人一人個性があるのです。学生を教育している者としては、簡単にクビにしないでいただきたい。やはり一生懸命ナースになったわけですから、向き不向きを考えないといけないと思います。

最後に、リビング・ウィル、事前指示です。医療処置をどこまで受けるかということなのですが、私は午前中の発表を聞いていて、はっとしました。「私には風船バレーをさせないでください」、こういうリビング・ウィルが必要かなと思いました。私が歳いったら、講義させてほしいと思います。痴呆になってもマイク渡されれば何かしますから、やらせていただきたいと思います。風船バレーまではいいかもしれませんが、クリスマスに三角帽は嫌です。そういうレクリエーションの事前指示も必要ではないのでしょうか。どう扱われたいかという事前指示、どう呼ばれたいかも含めて事前指示が必要な時代です。私は家族以外には「先生」がいいです。主人が「美和子先生」と言う時はものすごい皮肉を言う時で、その時は半分けんか腰です。今でも時々、買物に行って、「奥さん、奥さん」って言われても素通りです。少し痴呆の状態になったときは、施設の人が「先生」って呼んでくださった方が何事にも了解がいいかなとか思うんです。でも、家族に「先生」って言われたら「何よ！」と怒ってしまうかもしれません。どう呼ばれたいか、どのように扱われたいかという事前指示も、もし呆け始めた時には必要でないかと思いました。

今日はいっぱい勉強させてもらいました。とっても楽しかったです。ありがとうございました。

3月13日（土）のワークショップ資料

病院 介護保険事務所
看護部の皆様へ

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター
主任研修主幹 諏訪 さゆり

「治療を受ける痴呆性高齢者の看護を考えるー未来への挑戦ー」 ワークショップのご案内

拝啓

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私ども高齢者痴呆介護研究・研修東京センターでは、厚生労働省老人健康保健健康増進等補助金により、身体疾患に罹患し治療を要する痴呆性高齢者に対する看護をテーマとするワークショップを別紙の通り開催することとなりました。

貴院看護部の皆様でこのテーマに関心のある方がいらっしゃいましたら、ぜひワークショップにご参加いただきたく、ご案内いたします。

尚、参加を希望される方には、資料等の準備の都合がございますので、同封しましたファックス送信用紙にて、2月24日（火）までに申し込みをお願いいたします。申込者数が定員を超えた場合は、先着順とさせていただきます。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

敬具

お問い合わせ先

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 東京都杉並区高井戸西1-12-1

電話03-3334-2173 ファックス03-3334-2156

担当 諏訪 湯浅

平成15年度老人保健健康増進等事業
医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究事業

主催：浴風会 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

ワークショップ

「治療を受ける痴呆性高齢者の看護を考える ―未来への挑戦―」

ワークショップ開催の趣旨

現在、日本の痴呆性高齢者は170万人にのぼると推計されています。痴呆性高齢者も悪性疾患や心臓病、白内障、肺炎など身体疾患に罹患し、病院での治療を必要としています。看護師にとって痴呆性高齢者の看護はとてもむずかしいようです。

そこで、身体疾患の治療を必要とする痴呆性高齢者の看護を行ううえで必要な知識を深めること、さらに看護師の立場から、痴呆性高齢者の病院での看護の現状を考え、今後どのように解決していったらよいのか、その方向性を明らかにすることを目指したワークショップを開催することとなりました。

21世紀の日本の医療、福祉にとって重要なこのテーマに関心のある看護師の皆様のご参加を、心よりお待ちしております。

記

対象 一般病院等で痴呆性高齢者の看護のありかたを考えたい看護師

定員 (どちらか1日のみの参加でも結構です)

3月 6日 (土) 170名 (レクチャー)

3月13日 (土) 60名 (グループワーク)

※ただし、参加希望者が定員を超えた場合は先着順となります。

参加費 無料

日程・会場

平成16年3月6日(土)・13日(土)の2日間 9:00~17:30

(どちらか1日のみの参加でも結構です)

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター2階大会議室

東京都杉並区高井戸西1-12-1

電話03-3334-2173 (担当:諏訪 湯浅)

ファックス03-3334-2156

※交通の便 最寄り駅京王井の頭線 富士見が丘駅より徒歩10分

《ワークショッププログラム》

第1日目：3月6日（土） レクチャー

- 9：00～ 9：10 開会のあいさつとワークショップの趣旨
東京センター 諏訪さゆり
- 9：10～ 9：50 これからの新しい痴呆ケア
厚生労働省老健局計画課 館石宗隆課長補佐
- 10：00～12：00 痴呆症とせん妄の理解—成因から治療まで—
都立豊島病院副院長 一瀬邦弘先生
- 13：00～13：50 せん妄に関する看護の現在
東京大学医学部健康科学・看護学科講師 綿貫成明先生
- 14：00～15：30 痴呆性高齢者の看護の基本と国際生活機能分類
東京センター主任研修主幹 諏訪さゆり
- 15：40～17：10 痴呆性高齢者のケアにおける環境の重要性
—建築学の立場から—
日本社会事業大学教授 児玉桂子先生
- 17：10～17：30 病院でのケアにおける環境の可能性
グループホームわかたけ西菅田設立準備室室長 水野陽子
- 17：30 閉会のごあいさつ

第2日目：3月13日（土） グループワーク

- 9：00～ 9：10 開会のあいさつとワークショップ第1日目の報告（諏訪さゆり）
- 9：10～11：30 グループワーク1
グループ討議により、病院看護師の立場から、治療を受ける痴呆性高齢者の看護の現状を明らかにする。
- 12：30～13：30 グループワーク1について発表
- 13：40～15：40 グループワーク2
午前中のグループ討議で明らかになった治療を受ける痴呆性高齢者の看護について今後の方向性をグループで検討する。
- 16：00～16：50 グループワーク2について発表
- 16：50～17：30 コメンテーターからの発言
コメンテーター
野口美和子（自治医科大学看護学部長）
永島 光枝（全国ぼけ老人をかかえる家族の会理事）
- 17：30 閉会のごあいさつ

* 昼食は各自でご準備ください。会場内で食事をとっていただくことができます。

お問い合わせ先

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 東京都杉並区高井戸西1-12-1

電話03-3334-2173 ファックス03-3334-2156

担当 諏訪 湯浅

「医療依存度の高い痴呆性高齢者ケアのあり方に関する研究」委員会名簿

吉本 照子	千葉大学 大学院看護学研究科地域高齢者看護システム管理学
酒井 郁子	千葉大学 大学院看護学研究科地域高齢者看護システム管理学
根本 敬子	千葉大学 看護学部
菅谷 綾子	千葉大学 看護学部
吉永 勝訓	千葉大学医学部付属病院 リハビリテーション部
吉尾 千世子	昭和大学 保健医療学部
小山 幸代	東海大学 健康科学部
水野 陽子	グループホームわかたけ 西菅田設立準備室
湯浅 美千代	社会福祉法人 浴風会 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター
諏訪 さゆり	社会福祉法人 浴風会 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

ファシリテーター

松浦 美知代	介護老人保健施設 なのはな苑
武田 真由美	介護老人保健施設 ひむか苑
川上 和子	介護老人保健施設 ひむか苑
廣畑 文子	海老原記念病院
藤崎 陽子	医療法人健明会 介護老人保健施設 青風苑
西原 政子	介護老人保健施設 サンファミリー
磯山 侯子	老人保健施設 さくら

タスクフォース

酒井 郁子	千葉大学 大学院看護学研究科地域高齢者看護システム管理学
根本 敬子	千葉大学 看護学部
菅谷 綾子	千葉大学 看護学部
大塚 真理子	埼玉県立大学 保健医療福祉学部
島田 広美	川崎市立看護短期大学
内海 香子	自治医科大学 看護学部
丸山 優	千葉大学 大学院看護学研究科
榎元 美紀代	千葉大学 大学院看護学研究科
福山 由美子	千葉大学医学部附属病院