

徘徊

興奮・暴力

帰宅願望

認知症介護成功事例に関する調査結果

概要版

～成功事例から見る徘徊・興奮・帰宅願望ケアの傾向～



徘徊

興奮・暴力

帰宅願望

認知症介護成功事例に関する調査結果

～成功事例から見る徘徊・興奮・帰宅願望ケアの傾向～ 概要版

目次

I . はじめに	1
II . 調査の概要	2
1. 目的	2
2. 調査の方法	2
A. 調査の対象者	2
B. 調査の時期	2
C. 調査データの取り扱いについて	2
D. 調査の内容	3
E. 調査票の回収数	4
F. 有効回答票について	4
III . 調査の結果	5
1. 徘徊への成功事例調査	5
A. 回答者の傾向	5
(1) 年齢・性別	5
(2) 職名・資格	5
(3) 所属事業所・開設年	6
(4) 認知症介護経験年数	6
(5) 回答者の全体傾向	6
B. 高齢者の傾向	7
(1) 年齢・性別	7
(2) 認知症の原因疾患	7
(3) 認知症と身体障害の重症度	7
(4) 徘徊が始まった時期と軽減するまでの期間	8
(5) 徘徊時の様子	9
C. 成功したケアの傾向	10
(1) ケア体制の整備	10
(2) コミュニケーションの工夫	10
(3) 活動支援	11

(4) 人間関係の調整	12
(5) 環境の調整	12
(6) 身体的なケアの実施	13
*徘徊へのケアの特徴	13
D. 徘徊へのケアに有効な視点	14
(1) 環境調整における有効な視点	14
(2) コミュニケーションにおける有効な視点	15
(3) 活動支援における有効な視点	16
(4) 身体ケアにおける有効な視点	17
(5) 関係調整における有効な視点	18
(6) ケア体制整備における有効な視点	19
*徘徊へのケアに有効な視点の傾向	19
E. 失敗したケア方法	20
2. 興奮・暴力への成功事例調査	22
A. 回答者の傾向	22
(1) 年齢・性別	22
(2) 職名・資格	22
(3) 所属事業所・開設年	23
(4) 認知症介護経験年数	23
(5) 回答者の全体傾向	24
B. 高齢者の傾向	24
(1) 年齢・性別	24
(2) 認知症の原因疾患	24
(3) 認知症と身体障害の重症度	25
(4) 興奮・暴力が始まった時期と軽減するまでの期間	25
(5) 興奮・暴力時の様子	26
C. 成功したケアの傾向	27
(1) ケア体制の整備	27
(2) コミュニケーションの工夫	27
(3) 活動支援	28
(4) 人間関係の調整	29
(5) 環境の調整	29
(6) 身体的なケアの実施	30
*興奮・暴力へのケアの特徴	30
D. 興奮・暴力へのケアに有効な視点	31
(1) 環境調整における有効な視点	31
(2) コミュニケーションにおける有効な視点	32

(3) 活動支援における有効な視点	33
(4) 身体ケアにおける有効な視点	34
(5) 関係調整における有効な視点	35
(6) ケア体制整備における有効な視点	36
* 興奮・暴力へのケアに有効な視点の傾向	36
E. 失敗したケア方法	37
3. 帰宅願望への成功事例調査	39
A. 回答者の傾向	39
(1) 年齢・性別	39
(2) 職名・資格	39
(3) 所属事業所・開設年	39
(4) 認知症介護経験年数	40
(5) 回答者の全体傾向	40
B. 高齢者の傾向	41
(1) 年齢・性別	41
(2) 認知症の原因疾患	41
(3) 認知症と身体障害の重症度	41
(4) 帰宅願望が始まった時期と軽減するまでの期間	42
(5) 帰宅願望時の様子	43
C. 成功したケアの傾向	44
(1) ケア体制の整備	44
(2) 活動支援	44
(3) コミュニケーションの工夫	45
(4) 環境の調整	46
(5) 人間関係の調整	46
(6) 身体的なケアの実施	47
* 帰宅願望へのケアの特徴	47
D. 帰宅願望へのケアに有効な視点	48
(1) 環境調整における有効な視点	48
(2) コミュニケーションにおける有効な視点	49
(3) 活動支援における有効な視点	50
(4) 身体ケアにおける有効な視点	51
(5) 関係調整における有効な視点	52
(6) ケア体制整備における有効な視点	53
* 帰宅願望へのケアに有効な視点の傾向	53
E. 失敗したケア方法	54
Ⅳ. 最後に	56

I はじめに

＜認知症介護における基礎技術の安定化＞

近年の認知症高齢者急増に伴い認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、介護老人福祉施設のユニット化などの例に見られるように、介護事業所の小規模化による個別ケアの推進、生活の継続性を考慮した住居形態、地域密着性等、認知症ケアサービスの整備は進展しています。一方で、介護人材の確保および養成においては、在宅、施設を問わず介護事業所全体に占める新規卒卒者や非正規職員の割合が急増し、初任者の基礎能力の向上と安定化が課題となっています。これらの状況からますます増大する介護初任者における認知症介護技術の向上は早急に着手すべき課題と思われます。

＜認知症ケア教育の標準化＞

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告によれば、今後の認知症対策における重点課題として認知症高齢者の生活の質を安定、向上させるための適切なケアの普及が掲げられ、2011年に設置された「認知症施策検討プロジェクトチーム」においても、認知症ケアの標準化と人材育成のあり方について検討が行われました。認知症ケアのモデル構築は、認知症介護サービスの質の安定化や標準化、また、認知症ケアの専門家養成の観点からも施設・在宅を問わない認知症介護教育の一定水準の保証について緊急を要する課題と考えられます。

＜BPSD 対応モデルの必要性＞

多くの場合、介護初任者の虐待や不適切ケアには、BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）の無理解や対応方法の未熟さが大きな要因となっています。初任者の養成において BPSD への対応方法を広く、優先的に教育することは、認知症介護全体の質の向上において最も有効な方法だと思われます。しかし、現在、BPSD への対応モデルの確立は遅れている状況であり、BPSD 対応モデルをベースにした人材育成方法の確立は最も急がれる課題と思われます。

以上のような背景を踏まえ、当センターでは、認知症者の基本的な生活課題を解決しうるケアのモデル構築を目的に平成 18 年度～20 年度において厚生労働科学研究費補助事業「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」事業を実施し、認知症者の食事、入浴、排泄に関する課題に関するアセスメント視点および解決方法に関するモデル整理を実施し、介護チェック表および解説集を開発しました。本年度は、国からの補助金（2012 年度老人保健推進費等補助金）を受け、「認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究」の一環として、全国の認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設、認知症介護指導者の方々にご協力いただき、徘徊や帰宅願望、興奮・暴力といった代表的な BPSD への対応事例を収集し、望ましいケアの方法やアセスメント視点について検討しました。本誌は、調査結果の概要をまとめたものですので、（詳細な内容について関心のある方は、当センターのホームページ（<http://www.dcnnet.gr.jp>）より報告書がダウンロードできますので、ご参照下さい。）ぜひとも関係する機関、事業所の方々にご活用いただければ幸いです。

平成 25 年 3 月吉日

Ⅱ 調査の概要

1. 目的

近年、認知症者関連施策の重点目標として、「認知症介護の標準化」ということが掲げられています。本研究は、認知症者に生じやすい徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に対する望ましい支援方法を明らかにするため、全国の認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設及び認知症介護関連事業所における認知症の方のBPSD（認知症にともなう行動・心理症状）特に、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関する介護成功事例を収集し、BPSDに応じた適切な介護手法を整理し、望ましい認知症介護のモデルづくりを目指しています。

以上のような趣旨を踏まえ、認知症高齢者の安定的な生活を保証し、かつ認知症高齢者のQOL向上を可能とするBPSDの低減、解消および介護初任者への教育への活用を目的としたBPSD対応方法に関するモデル構築を目的としています。

2. 調査の方法

A. 調査の対象者

本調査の対象事業所は、全国の認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設、認知症介護指導者所属事業所（在宅系、施設系事業所を含む）から、事業所開設5年以上で、全国47都道府県に偏りがないように地域を勘案し、介護老人福祉施設5,014件、認知症対応型共同生活介護事業所5,014件を抽出し、さらに全国の認知症介護指導者1,594名を合わせ、計11,622件の事業所を対象としました。

回答協力者は、各事業所より指定したBPSDに対して解決できた経験を持つ介護経験3年以上の介護職員の方1名としました。

調査依頼件数は、徘徊事例調査3,873件、興奮・暴力事例調査3,876件、帰宅願望事例調査3,873件で、1調査票を1事業所へ依頼しました。

B. 調査の時期

調査票を配布し、回収した期間は、平成24年12月末～1月末の1カ月間でした。

C. 調査データの取り扱いについて

取得したデータについては、以下のように取り扱いを厳重に管理していきます。

- ①回収した質問票は認知症介護研究・研修仙台センターにおいて、研究期間終了後厳重に保管し、5年経過後は粉碎及び溶解処理をし破棄いたします。
- ②結果の公表は、統計的に解析したものを対象とし、施設・事業所単位や個人単位の事例報告には用いません。
- ③本調査データは個人名について匿名化しているため個人情報には該当しません。
- ④コンピュータに入力する際には、インターネットに接続するコンピュータでは取り扱わないようにして、データ流出が生じないようにします

D. 調査の内容

調査の内容は、回答者自身の基本情報と、該当高齢者の基本情報、認知症介護の成功経験に関する質問から構成されています。調査票は、徘徊事例、興奮・暴力事例、帰宅願望事例に関する調査票 3 種類に分かれており、1 事業所 1 種類の調査票に回答していただきました。各調査票の課題について実施したケアやアセスメント視点について伺いました。

事例課題

【徘徊事例調査の課題】

〇〇さんは、用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、また、同じ所をなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外に出て行ってしまいます。

【興奮・暴力事例調査の課題】

〇〇さんは、突然、怒りだし職員や他の人に向かって怒鳴ったり、たたこうとすることがしばしばあります。ある時は、怒りながら職員に暴言をあびせたり、文句を言いながら腕をつかんできます。

【帰宅願望事例調査の課題】

〇〇さんは、「いつになったら帰れるんだろう」「早く帰りたいわ」「早く帰してよ」と何度も繰り返し言ってきます

調査項目の具体的な内容

①回答者の基本情報

年齢、性別、職名、役職、資格、所属事業種、事業所開設年数、勤続年数、介護経験年数、認知症介護経験年数についてお伺いしました。

② Q1 成功経験の有無

過去に調査票に表記された課題を解消したような成功経験の有無をお伺いしました。

③ Q2 該当高齢者の基本情報

調査票に表記された課題について、過去の経験の中で、成功した事例を 1 つ選んでいただき、その事例の高齢者についてお伺いしました。

調査項目は、年齢、性別、認知症の原因疾患、認知症の重症度、身体障害の重症度、該当 BPSD 発症時期、解決までの期間をお伺いしました。

④ Q3 解決前と解決後の高齢者の状況

選択された事例について、対応によって状況が改善する前と後の高齢者の状況について、お伺いしました。

⑤ Q4 成功した時の解決方法

解決した事例について、その時に行った方法全てについて選択あるいは、列記してもらいました。

⑥ Q5 解決時に役立った情報

解決時に実施した方法について、その際に役だったと思われる情報 5 つ以内を挙げていただきました。

⑦ Q6 失敗した方法

今回選択した事例について、回答者の判断で、失敗した対応方法と、その対応によって高齢者がどうなったかについてお伺いしました。

E. 調査票の回収数

返送していただいた調査票は、「徘徊事例調査」が 3,873 件中 777 件（回収数 20.1%）、「興奮・暴力事例調査」が 3,876 件中 843 件（回収率 21.7%）、「帰宅願望事例調査」が 3,873 件中 882 件（回収率 22.8%）で、11,622 件中合計 2,502 件（回収率 21.5%）の調査票を返送していただきました。

F. 有効回答票について

返送された調査票について、「Q4. 解決方法」、「Q5. 有効な情報」に関する質問についてどちらかでも回答されていない調査票と、身体障害の自立度についてランク C が回答されている調査票を除外し、徘徊事例調査 656 件（有効回答率 16.9%）、興奮・暴力事例調査 709 件（有効回答率 18.3%）、帰宅願望事例調査 765 件（有効回答率 19.8%）が有効な調査票として本研究の分析対象となりました。

Ⅲ 調査の結果

1. 徘徊への成功事例調査

A. 回答者の傾向

(1) 年齢・性別

回答者 649 名の平均年齢は 42.3 歳 (SD10.7)、最少年齢 20 歳、最高年齢 84 歳、女性が 63.7%でした。年齢分布は、30 歳代が 4 割、50 歳代が 2 割強、40 歳代が 2 割弱と 30 歳～60 歳までが 8 割以上を占めています。福祉分野、特に介護事業所の従業員年齢比率と比例した結果だと言えます。ただ、最高齢が 84 歳ということで 60 歳以上も 6.2%を占めており、高齢介護者の割合も増えつつある事が予測できます。特に今回は、介護経験者を対象としているので、若干、回答者の年齢は高い傾向が見られるとも考えられます。

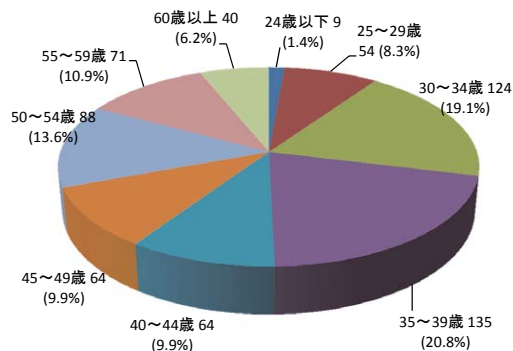


図 1 - 1 5 歳ごとの年齢別分布 (N=649)

(2) 職名・資格

回答者 649 名の職名は、ケアワーカーが 49.2%、ケアマネージャーが 30.7%となっており、8 割程度を占めています。その他が 9.4%であり、内訳はほとんどが管理者や施設長、事務長等となっています。

回答者 646 名の有資格は、介護福祉士が 84.4%、ケアマネージャーが 48.6%、ヘルパーが 22.3%となっています。

本調査の回答者は、介護福祉士かケアマネージャーの資格を持ち、直接的に介護に従事しているか、ケアマネージャーを行っている人達が多い集団だといえます。

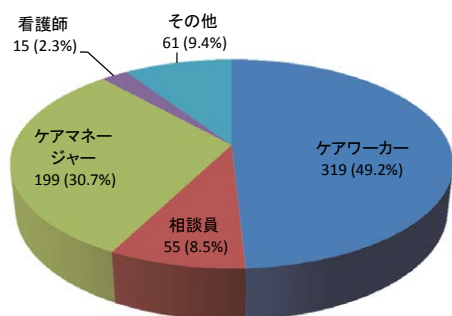


図 1 - 2 職名別の割合 (N=649)

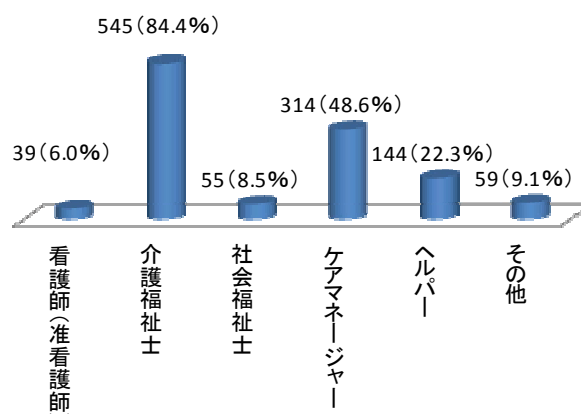


図 1 - 3 資格別の割合 (N=646) 複数回答

(3) 所属事業所・開設年

回答者 651 名の所属事業所の傾向としては、認知症対応型共同生活介護事業所が 49.8%、介護老人福祉施設（ユニット型以外）が 28.6%、介護老人福祉施設（ユニット型）が 9.5%であり、通所介護事業所が 5.8%と少数でした。

回答者のほとんどが施設系事業所に所属している傾向がみられました。

所属事業所の開設年は、開設後 3 年以上（2009 年以前）が 95%以上を占めていますが、2010 年以降の開設事業所が 3.5%ありました。

本調査の回答者が所属する事業所は開設期間の長い事業所が多い施設系である傾向が伺えます。

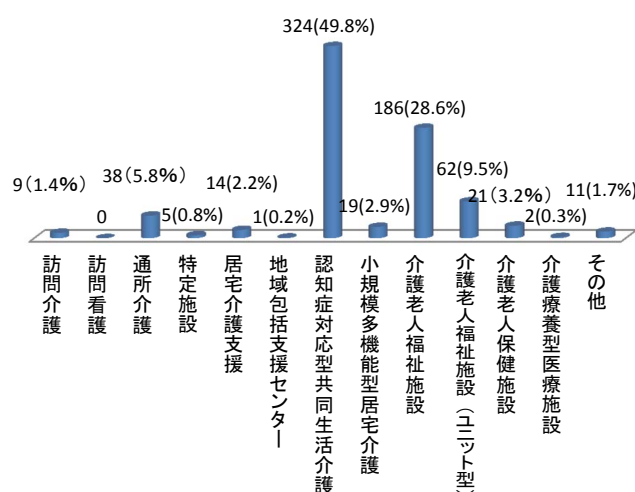


図 1 - 4 所属事業所の割合（N=651）複数回答

(4) 認知症介護経験年数

回答者 628 名の認知症介護経験年数の傾向は、平均 10.5 年（SD5.2）、最短年が半年、最長年が 44 年でした。経験年数の分布傾向は、10 年以上が 51.1%と半数を占めており、5 年以上 10 年未満で 38.8%とほぼ 4 割を占めています。認知症介護を 5 年以上実施している人が 9 割と、認知症介護の経験が長い回答者が多い傾向が見られます。

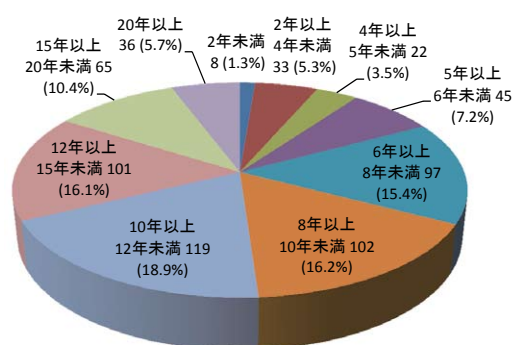


図 1 - 5 認知症介護経験年数別の割合（N=628）

(5) 回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30 代から 60 歳までの中堅クラスで、認知症介護の経験も 5 年以上が多く、介護福祉士やケアマネジャーの資格を持ち、実際に認知症ケアを実践しているグループホームや老人福祉施設の方が多い傾向が見られます。

B. 高齢者の傾向

(1) 年齢・性別

対象となった高齢者 631 名の平均年齢は 83.8 歳 (SD6.5)、最少年齢 58 歳、最高年齢 101 歳であり、80 歳代が 6 割、90 歳以上が 2 割弱、80 歳以下が 2 割強となっており、80 歳以上の後期高齢者が多い傾向がみられました。性別は 649 名中 76.3%が女性であり、80 歳以上の女性高齢者が多い傾向が見られます。

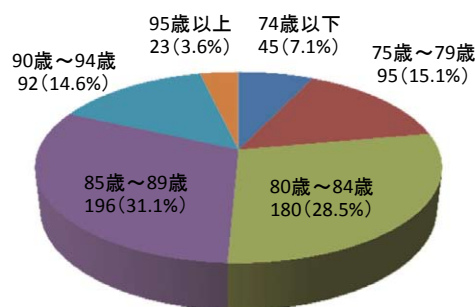


図 1 - 6 高齢者の年齢分布 (N=631)

(2) 認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患は、591 名中、76.6%がアルツハイマー型であり、次いで脳血管疾患型が 9.8%、不明が 6.3%とほとんどがアルツハイマー型を原因とする認知症でした。前頭側頭型認知症が 1.5%、レビー小体型認知症が 2.7%見られ、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 1.2%、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 0.5%みられています。

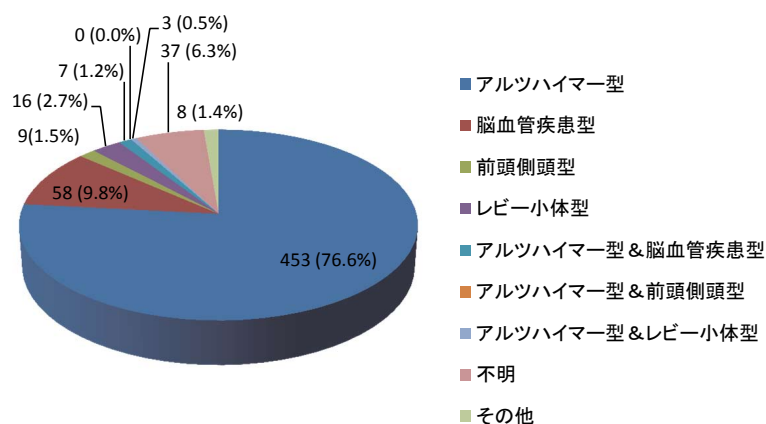


図 1 - 7 認知症の原因疾患別割合 (N=591)

(3) 認知症と身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、642 名中、41.9%がランクⅢ、34.0%がランクⅣ、17.4%がランクⅡと、日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向が見られました。生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患

を伴うような重度の認知症者は少数でした。

身体障害の重症度は、厚生労働省の自立度判定基準によると、ランク A が 69.2%と 7 割弱を占めており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランク J は 18.9%と 9 割弱の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られます。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランク B が 1 割程度みられています。

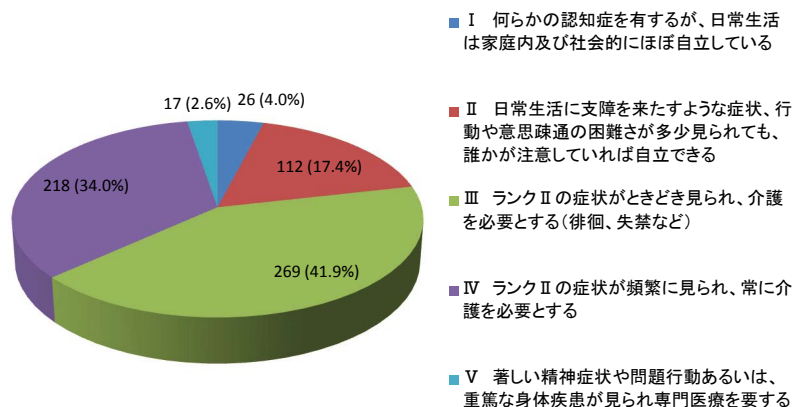


図 1-8 認知症の重症度別割合 (N=642)

(4) 徘徊が始まった時期と軽減するまでの期間

徘徊が始まった時期としては、入居後、平均 117.4 日 (SD379.0) で約 4 カ月程度、最短が初日、最長が 3,285 日 (約 9 年) でした。発現時期の分布をみると 499 名中、59.7% は入居初日に徘徊が始まっており、1 週間以内の発現は 73.9%、1 カ月以内の発現は 83.5% と、入居後 1 カ月以内に徘徊が始まっている方が 8 割以上いることを示しています。また 1 年以上経過してから徘徊が始まった方も 7.0% 見られています。ほとんどの方は入居日から、あるいは 1 週間以内に徘徊が始まり、まれに 1 年以上の入居後に徘徊が始まる方もいるようです。

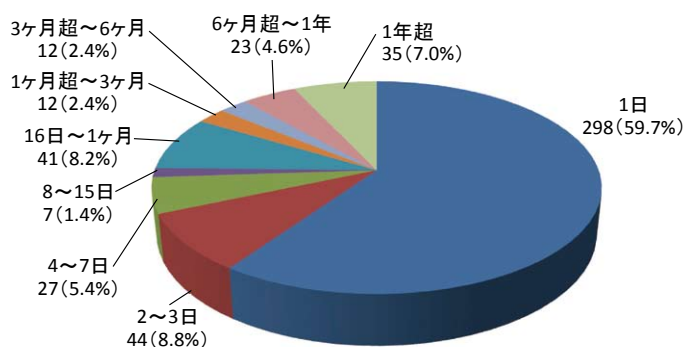


図 1-9 徘徊が始まった時期の分布 (入居後) (N=499)

徘徊が無くなったり、少なくなるまでの期間については、503 名中、平均 262.9 日間 (SD430.8) で約 9 カ月程度、最短で 1 日、最長で 3,650 日 (約 10 年間) となっています。徘徊の解決に要した期間の分布をみると 1 カ月以内が 24.1%、3 か月以内が 49.0%、半年以内が 67.3%、1 年以内が 86.7% と半数が半年以内に、8 割以上が 1 年以内には徘徊が低減しています。3 年以上が 3.2% と長期間かけて徘徊が低減している場合も少数ですが見られています。

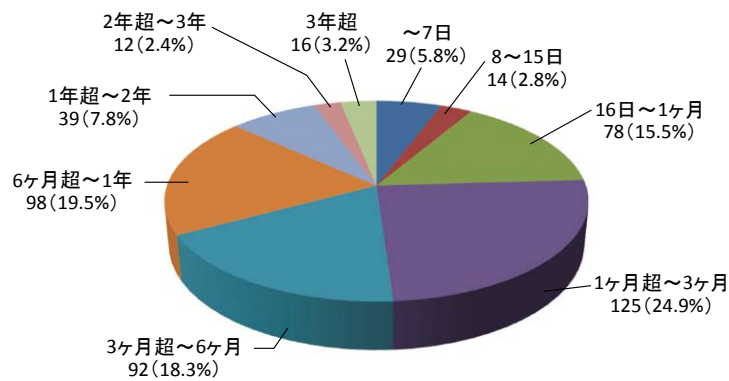


図 1 - 10 徘徊の解決に要した期間の分布 (N=503)

(5) 徘徊時の様子

徘徊へのケアを行う前の様子については、「何らかの目的や理由があって徘徊している場合」、「特に理由や目的が明確ではなくて、なんとなく落ち着かずさまよってふらふらしている場合」、「さまよっているのとは異なり同じところを繰り返し行ったり来たりと往復している場合」などに分けると、「帰りたいやどこかに行きたい、家に行きたい、誰かに会いたい、ふらっと外へ行って歩き出すなどの本人なりの理由や目的があるような徘徊」(目的的徘徊)が、57.4%と半数以上を占めていました。「特に目的や理由がなさそうなふらつきや、さまよっているような落ち着かない徘徊」(彷徨いの徘徊、不穏)は、12.8%、「同じところをひたすら行ったり来たりしているような常同的な徘徊」は 10.0%でした。それ以外にも、それらが組み合わさって色々な徘徊のタイプが出現しています。

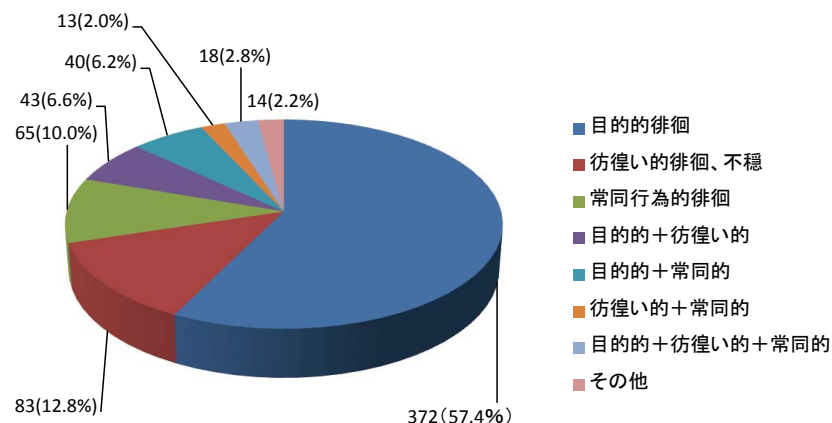


図 1 - 11 徘徊時の様子 (N=648)

C. 成功したケアの傾向

徘徊の緩和に成功した 656 事例で実施されていたケアの割合は、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で 78.2%、コミュニケーションの工夫では「付き添い・見守りの増加」が 69.5%、活動の支援では軽作業等の「生活行為の実施」が 66.0%、人間関係の調整では「家族との連絡調整」が 49.7%、環境の調整では「落ち着く場所づくり」が 48.0%、身体的なケアでは「食事の支援や食欲の充足」が 42.8%でした。徘徊への対応としては、組織やチームでのケア統一が最も多く、ケア方法としては、コミュニケーションの工夫、特に付き添いや見守りなどを増加し、できるだけ寄り添ったり、一緒にいる時間を長くするなど孤立させないような工夫が多い傾向がみられています。

(1) ケア体制の整備

ケア体制の整備としては、職員がチームとして話し合いを多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 78.2%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性のどちらかが関わるようにしたり、相性の良い職員に変更したりと関わる職員の調整をしている割合が 16.0%見られています。

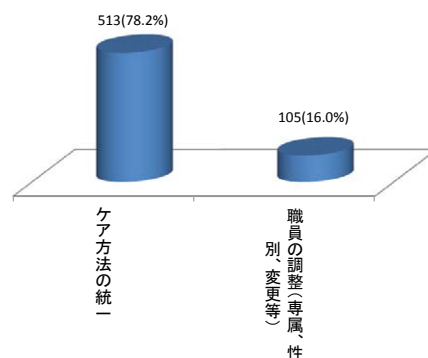


図 1 - 12 ケア体制の整備実施割合 (N=656) (複数回答)

(2) コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫は、付き添いや見守りの時間を多くしたり (69.5%)、声かけや会話、交流の時間を増やす (43.4%) ようなコミュニケーション量を増加させるケアが多く実施されています。

次いで多く実施されていたのは、徘徊の目的や理由を聞いたり (51.8%)、本人が好きな話題 (趣味、興味、家族、昔話等) について会話を行ったり (44.1%)、ここにいる理由を分かりやすく説明し (39.6%)、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くする (39.6%)、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える (17.5%) などのような会話内容の工夫が実施されていました。

会話方法についても傾聴や受容 (35.8%)、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく会話する (16.3%) など会話方法の工夫が実施されていました。

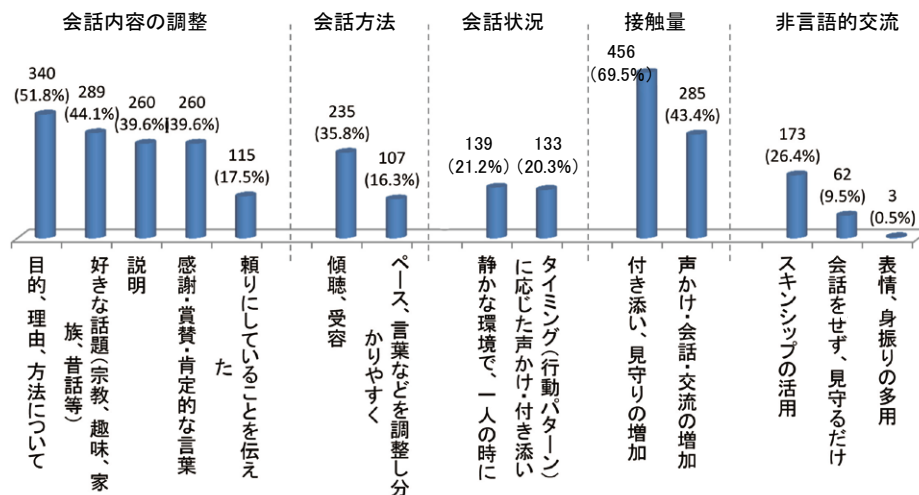


図 1 - 13 コミュニケーション実施割合 (N=656) (複数回答)

会話をする状況についても静かな状況で（21.2%）、行動のパターンやタイミングに合わせて（20.3%）会話や声かけが実施されています。

非言語的なコミュニケーションについても、スキンシップを多用して（26.4%）、あえて会話をせずに見守るだけ（9.5%）、表情や身振りを多用して（0.5%）などが実施されています。

（３）活動支援

活動の支援としては、家事や炊事、庭仕事、畑仕事など、以前に自宅でしていたような生活上の活動を継続して実施したり、新たに役割として実施してもらうような生活行為の支援が 66.0%と多く実施されています。あるいは、リーダーとして職員や入居者に何かを教えるような指導的な役割を担ってもらう取り組みも 5.0%実施されています。

また、興味を持った趣味活動（書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等）を行ったり（61.7%）、以前自宅でしていた趣味活動を継続してもらったり（14.8%）ということが多く実施され、体操やレクリエーションに参加してもらうような活動（1.5%）も実施されています。

外出支援についても、屋外でのレクや行事に参加してもらったり、散歩やドライブ、外出などが多く実施され（52.6%）、徘徊の目的が明確であれば実際に自宅に帰ってみたり（11.1%）、行きたい好きな場所に一緒に外出し、見守るような支援も実施されています（0.5%）。

集団でのレクリエーションや色々な療法への参加は 0.8%実施されていました。

活動支援全体の傾向としては、入居前に自宅でしていた活動を継続したり、あるいは興味のある活動を新たに実施したり、屋内だけでなく屋外での活動を実施したり、自宅に帰りたければ実際に自宅に帰ったり、行きたい場所に行ってみるような活動支援が重要であることが伺えます。

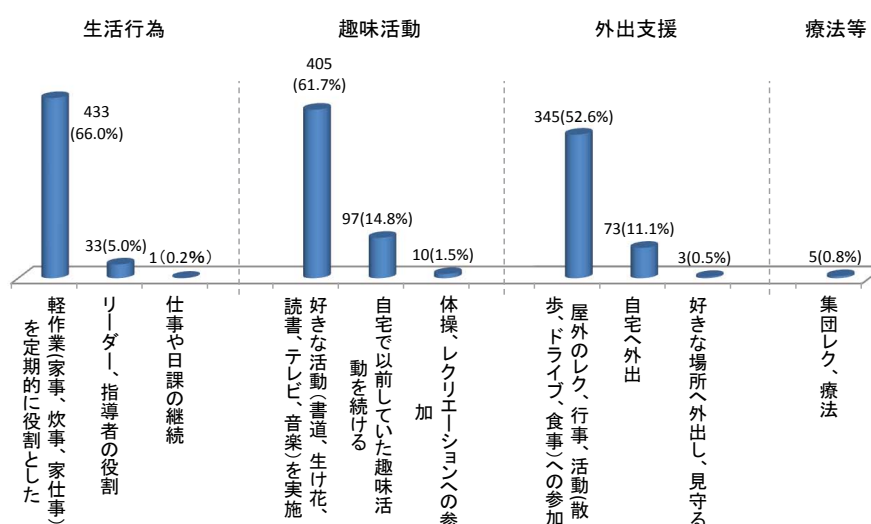


図 1 - 14 活動支援実施割合 (N=656) (複数回答)

(4) 人間関係の調整

人間関係の調整としては、家族との電話や手紙など連絡の調整が 49.7%、家族との面会や訪問など接触機会を調整する事が 33.8%と多く実施されていました。

他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整が 32.2%、仲の悪い人との接触機会を減らしたり (28.5%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援が 17.1%、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援が 11.3%、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援が 8.4%と、他者との人間関係を良くしたり、増やしたり、あるいは減らすような関係調整が実施されていました。

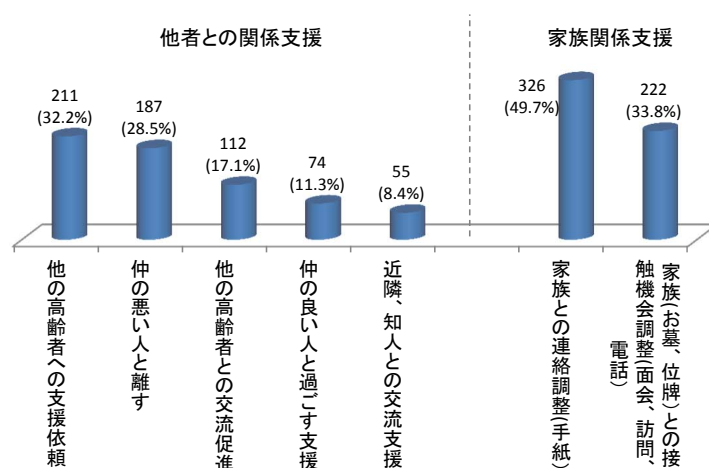


図 1 - 15 人間関係の調整実施割合 (N=656) (複数回答)

(5) 環境の調整

環境調整としては、落ち着く場所づくり (48.0%)、徘徊しても安全な屋外の整備 (34.5%)、1 人にしたり大勢で過ごすなど、一緒に過ごす人数の調整 (31.4%)、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整 (29.9%)、自宅で使用していた物 (椅子、たんす、人形等々) の継続的な使用 (25.3%)、表札や案内板などを設置した記憶の補助環境整備 (16.9%)、光や音等の刺激調整 (14.0%)、居室の変更や居室内の整備 (1.4%) が実施されていました。

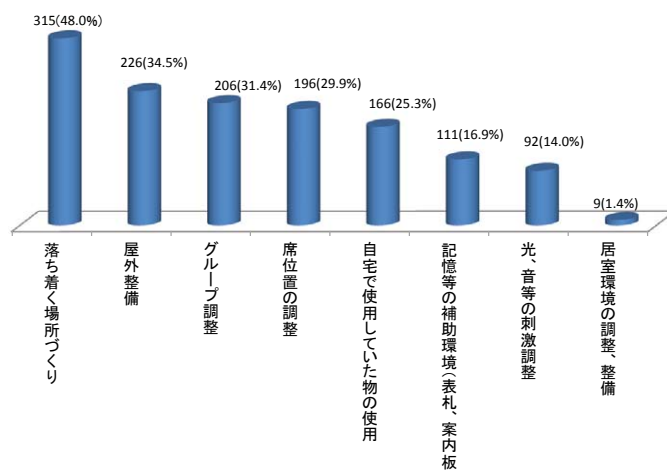


図 1 - 16 環境調整実施割合 (N=656) (複数回答)

(6) 身体的なケアの実施

身体的なケアについては、食事支援（42.8％）、排泄の調整や誘導など排泄の支援（41.5％）、服薬の調整や医師への相談など医療的な処置（36.6％）、水分の補給（20.3％）、睡眠の調整や改善（14.6％）が多く実施されていました。実施率は低いですが、メガネの調整や視力の支援として視覚支援や、入浴支援も実施されています。

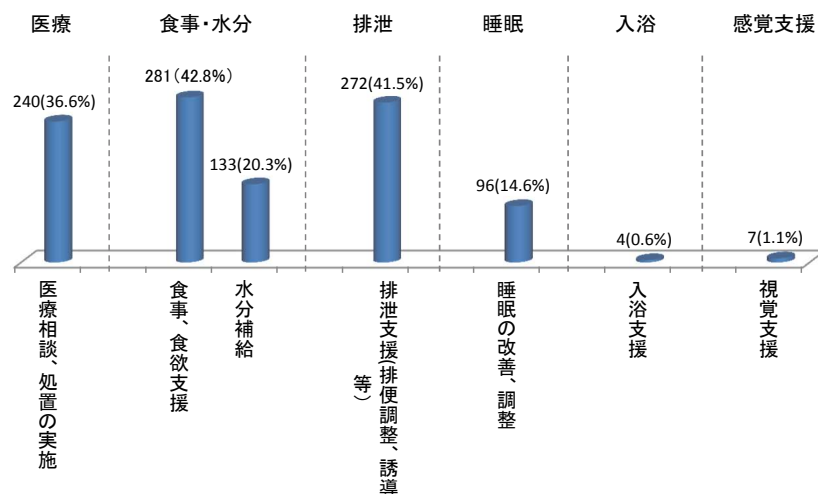


図 1 - 17 身体ケアの実施割合（N=656）（複数回答）

徘徊へのケアの特徴

徘徊へのケア方法として、興奮・暴力や帰宅願望へのケアと比較した特徴は、環境調整面では、屋外の環境整備を重視している傾向があります。

コミュニケーション面では、付き添いや見守りの量を増やす傾向がありますが、逆に、傾聴や受容、感謝の言葉や肯定的な言葉かけを多用する傾向は少ないようです。

活動支援面では、興奮・暴力や帰宅願望へのケアと比較すると、好きな活動の実施率が特に高い傾向が見られます。

身体ケア面では、排泄支援や調整を実施している傾向が高いです。

D. 徘徊へのケアに有効な視点

徘徊へのケアを行う上で、役立ったあるいは有効だった情報は何かという質問をしました。それぞれのケアごとに有効だと思われる視点が挙げられています。特に、多く挙げられている視点をケアごとに見てみたいと思います。

(1) 環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が挙げられています。徘徊時はまず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①席の位置を調整する時は、生活習慣の把握よりも、他者との関係性を把握することが重要なようです。
- ②自宅で使用していた馴染みの物を利用する時は、徘徊時の行動よりも、表情を確認する傾向が高いようです。
- ③居室の変更や居室内の整備を行う時は、認知機能の程度や、視覚、聴覚の状態、睡眠状況、服薬状況、せん妄かどうか、性格を確認している傾向が高いようです。
- ④表札や案内板などの補助環境を作る時には、認知機能や排泄状況を特に確認していますが、生活習慣を確認している傾向は低いようです。
- ⑤屋外の環境を整備する時は、体調や運動量の確認が特に必要とされています。

表1-1 環境の調整に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面														心理面		徘徊時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係				介護者の対応																	
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	体調	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・意思	空腹感・満腹感	様子	姿勢	視線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係	家族の状況	異性関係	スタッフの声かけ内容・見守り方
環境調整	人数調整	グループ調整																						◎	◎	◎	○									○														○			
	安定化	落ち着く場所づくり																						○	○	◎	○										○													○			
	席の位置調整	席位置の調整																						○	○	○												◎	○											○			
	物馴染みの使用	自宅で使用していた物の使用																						○	○	○																							○				
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	○							○		○				○		○							○	○	○	○	○										◎						○								○
	記憶補助	記憶等の補助環境(表札、案内板)	○		○				○																	○	○	○	○	○											○									○			
	刺激調整	光、音等の刺激調整																						◎	○	○	○	○	○										○	○											○		
	屋外整備	屋外整備					○				○													○	○	○	○	○											○											◎			

コミュニケーションを行う時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が必要とされています。徘徊時は先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施しているものと思われます。

①わかりやすく説明を実施する時は、高齢者の認知機能や症状を確認しており、生活習慣の確認はあまりされていません。

③静かな環境で会話をしたり、タイミングを見計らったコミュニケーションなど、状況の調整には、認知機能の程度や症状を確認し、周囲の雑音や、人数などを見ながら実施しています。

④会話を多くしたり、付き添いや見守りを増やすような接触の量を調整する時には、現在の症状を確認したり、他の高齢者とのコミュニケーションを確認して、あまり会話をせずに付き添うだけが良いのか、会話を増やした方がよいのかを判断しています。

⑤スキンシップや表情、見守りだけの会話によらないコミュニケーションをする時は、特に認知機能の程度や症歴を確認して、理解力を判断しながら言葉以外の接触を行っています。

大区分	小区分	ケア方法	認知能力	健康面	心理面	徘徊時の様子	本人特性	習慣・ライフスタイル	環境	人間関係	介護者の対応
			認知機能 認知症の種類 認知症の症状 認知症罹患期間 体調	視力・視覚機能 水分状態 排泄状況 現病・既往歴 睡眠時間・状況 運動量 体重・BMI 視力・視覚機能 投薬状況 かゆみ 痛み せん妄 幻視・幻聴 聴力・聴覚機能 食事量、食事摂取状況 嚥下機能 身体機能 気分	空腹感・満腹感 本人の気持ち、意思 心配ごと・不満状況 空気分	言葉の内容 視線 姿勢 様子	表情 声の調子 嗜好・興味・関心 性格	容姿 生活習慣 生活質 役割 方言	周囲の雰囲気・刺激 床の位置 椅子・机の高さ 椅子・机の色 周辺環境 居室状況 他との関係 家族との関係 以前の人間関係 家族の状況 異性関係	スタッフの声かけ内容・見守り方 介護者の性別 介護者の年齢	
コミュニケーション	会話内容の調整	目的、理由、方法について				◎◎◎	○	○	○	○	○
		説明	○	○			○	○	○	○	○
		好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)					○	○	○	○	○
	会話方法	感謝・賞賛・肯定的な言葉					○	○	○	○	◎
		頼りにしていることを伝えた					○	○	○	○	○
		傾聴、受容		○			◎◎◎	○	○	○	○
	会話状況	ペース、言葉などを調整し分かりやすく					○	○	○	○	○
		静かな環境で、一人の時に					○	○	○	○	○
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	○	○			○	○	○	○	◎
	接触量	声かけ・会話・交流の増加					○	○	○	○	◎
付き添い、見守りの増加			○			○	○	○	○	◎	
非言語的交流	会話をせず、見守るだけ					○	○	○	○	○	
	スキンシップの活用					○	○	○	○	○	
	表情、身振りの多用	○		○			○	○	○	◎	

(3) 活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、認知機能や症状など認知能力や、体調、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされています。

まず、認知機能の程度や症状の状態、体調の確認をし、本人が理解できる範囲で、体力的に無理がないかどうかを判断し、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を把握し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、活動を支援しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

①特に趣味活動を支援する時は、生活行為の支援や外出支援と異なり、運動量や周囲の雰囲気や刺激などを確認して実施している傾向があります。

②外出支援を実施する時は、特に運動量など体力に関する把握が重要となります。

表1-3 活動支援に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力				健康面										心理面		徘徊時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係		介護者の対応																			
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	空腹感・満腹感	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の関係	異性関係	介護者の性別	スタッフの声かけ内容・見守り方	
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	○			○																○	○	○		○									○	○								○			○			
		リーダー、指導者の役割																				○	○	○		○									○	○									○			○		
		仕事や日課の継続																				◎	◎	◎		◎																				◎				
	趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける	○																			○	◎	○		○																				○			○	
		好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施					○															◎	◎	○		◎										○	○									○			○	
外出支援	体操、レクリエーションへの参加	○																			○	○	○		○										○	○											◎			
	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加					○															◎	◎	◎		◎										○	○										○			○	
	自宅へ外出						○														○	◎	◎		○										○	○								○			○			
療法等	好きな場所へ外出し、見守る	○	○																		○	◎	◎		○									○													○			○
	集団レク、療法等		○	○						○	○										◎	○													○												○			○

(4) 身体ケアにおける有効な視点

身体的なケアの共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）を特に重視しています。そして、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員の対応方法が重要とされています。

先ず、健康面、様子、気分や気持ちを確認し、現在の対応を確認しながら、医師へ相談したり、投薬を調整したり、食事、排泄、睡眠等の支援を実施しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①医師への相談や投薬の調整は、認知能力の確認をし、体調や病歴、排泄状況、睡眠状況、水分量、精神状態を把握することが重要です。
- ②食事の支援では、過去の食習慣や嗜好を確認したり、他者との関係性も考慮されています。
- ③視覚や聴覚への支援では、自宅でのメガネや補聴器の確認、視力や聴力に関する情報が必要とされています。

表1-4 身体ケアに有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

[illegible]

(5) 関係調整における有効な視点

関係を調整する時の共通視点は、認知機能、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

まず、認知能力を確認し他者とのコミュニケーションがどれくらい可能か、どのようなコミュニケーションが可能かを判断したり、他の入居者との関係や家族との関係を把握しながら、様子や心理を確認して、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施しています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①近隣や知人との交流を支援する時には、特に生活習慣や生活歴を確認することが必要です。また、選択率は10%を下回りましたが、以前からの友人や知人、近所の関係を確認することも、やや有効な視点といえます。

表1-5 関係調整に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面												心理面			徘徊時の様子			本人特性			習慣・ライフスタイル			環境			人間関係			介護者の性別 介護者の対応												
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	体調	排泄状況	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思 心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心 性格	信仰	容姿	生活習慣		役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
関係支援	他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼		○																		○	○	○	○	○													○							○		
		仲の悪い人と離す		○																			○	○	○	○	○														◎	○					○	
		仲の良い人と過ごす支援																					○	○	○	○	○														◎							○
		他の高齢者との交流促進	○																				○	○	○	○	○														◎	○						○
		近隣、知人との交流支援																					○	○	○	○	○														◎	○						○
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)		○	○																			○	○	○	○																					○
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)																					○	○	◎	○									○												○	

(6) ケア体制整備における有効な視点

ケアの体制を整備する時の共通視点は、認知機能、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①チームでケアを統一する上での視点としては、認知機能の確認や排泄状況、生活習慣、他者との人間関係が重視されています。
- ②職員の調整では、職員との関係性や職員のケア方法を確認し、表情や様子などの反応を見て、専属職員にしたり、異性にしたり同性にしたり、特に親しい職員に変更しています。

表1-6 ケア体制整備に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面												心理面		徘徊時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル			環境			人間関係			介護者の対応													
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	認知症の症状	現病・既往歴	水分状態	排泄状況	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち、意思心配ごと・不満状況	様子	姿勢	言葉の内容	表情	声の調子	性格	嗜好・興味・関心	信仰		容姿	生活習慣	生活歴	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係
	統一化	ケア方法の統一	○	○		○																○	○	○	○	○	○				○														◎
	職員調整	職員の調整（専属、性別、変更等）																				○	○	○	○	○	○																		◎

徘徊へのケアに有効な視点の傾向

徘徊へのケアに有効な視点全体の傾向としては、何れのケアにおいても高齢者の徘徊時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点です。これらはケアの基本的な視点ともいえます。まず、本人の状態を良く見ること、そして外からみて分かる情報だけでなく、内面的な心まで把握しようとしていることが重要だといえます。

もう1つは、何れのケアにおいても人間関係を重視している点です。他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、日頃、人との関係がどのようなものであるかを踏まえておくことが重要だと言えます。徘徊に限らず認知症に伴う行動・心理症状は関係性の障害であるともいわれますので、他者との関係性を把握し、それぞれの特性に応じた関係調整の支援が必要であるといえるでしょう。

次いで、生活習慣やライフスタイルを重視している点も見逃せません。徘徊自体が精神的な不安定感や、適応ができないことによる症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが徘徊を低減するための重要なケアといえるでしょう。

全体を通して、意外に少なかったのは認知能力の確認です。認知機能の程度を把握する事は、理解力や記憶力の状態に応じたケアを行うためには重要な確認事項です。

E. 失敗したケア方法

表 1-7 徘徊への失敗ケア事例と影響（一部抜粋）

	対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	食事席の固定化	なじみの関係をつくる、環境をつくるため、食事席を決め誘導を行った	ご本人は自由に歩かれるため、座った席を移動させられることに拒否がみられた。現在は、誘導に抵抗なく定位置で食事できているが一時的に本氏が座った席を尊重していた。
	席の調整	仲良しの方と近い席に変更	関係が深くなりすぎ逆にケンカするトラブルになった。表情が変わり、怒っているか邪魔者扱いされたとご立腹。関係が良かった分、傷付いた様子です。
コミュニケーション	関わりの増加	あまりかかわりすぎた。	攻撃的になったり、暴言、暴力行為になる時もある。
	傾聴	ひたすら傾聴する。	不安を増して訴えが多くなった。
	傾聴と説明	本人の話を傾聴し、現実をありのままに説明した。	情緒不安定になってしまい、徘徊がひどくなった。（「帰りたい」と訴えるので、帰れない理由を説明した）
	声かけ	誘導時のタイミング、声かけのタイミングがうまくいかず、トイレ誘導を失敗したり居室に休んで頂けなかったりした。	さらに廊下をウロウロされることになった。
	声かけの増加	必要以上に声かけを行った。	よけいに不穏になり、口調や表情がきつくなった。
	個別対応	マンツーマン体制で、側で話し相手をしたが、結果、本人の行動をおさえてしまったのではないかと...	進行なのか... ADL の低下があった。
	受容、傾聴	他利用者からみて、本人の行動を抑制せず受け取る姿勢が「甘やかしている」と捉えられてしまい、本人と他利用者との関係づくりに影響してしまった。	他利用者からの言動によって、不安感が増し、不穏状態がエスカレートしたり、きっかけになったりした。
	説明	目的地が、ここにあることを説明した。	混乱した様子になり、怒り出した。
	説明、説得	本人が話す内容に対し、現在の状況の説明をし、説得させ様とする言葉がけ。	本人、その言葉自体に抵抗し、興奮する様子を見せる。
	付き添い	徘徊時の付き添い、喫煙回数の制限、足浴	興奮、徘徊回数の増加
	付き添いの増加	必要以上につき添う。	「何でもいつもついて来るのか」と不信感をいだかれた。顔の表情が険しくなる。行動が乱暴になる
	見守りの量を増やす	見守り徹底させようとして、あまり多くの時間をかわり過ぎた。	逆にイライラさせてしまい、大声を出したり、怒りっぽくなってきた。
	昔の話	昔の話を深く話した。	感情的になり涙を流す。
	寄り添う	寄り添うケアが逆に本人を不穏にさせることもあった。	職員から逃げるように徘徊された。
活動支援	アクティビティの依頼	畑仕事に誘い、していただいた	疲れていても義務と思って頑張らせて下さっていた
	アクティビティの依頼	何故、外へ出ようとしているのかが分からず とにかく外へ出さないようレクリエーションや掃きそじを手伝ってもらったこと。	ますます、落ち着きがなくなり、目を離すと外へ出ているような状態に。
	アクティビティの依頼	他の入居者と、同じ活動を求めた	怒りっぽくなり、徘徊がふえた
	家事の依頼	昼食後の食器洗いの量を増やした。	「自分だけなぜこんなに作業をしなければならないと不満を持ち」「他人はさぼっていると思う」。こんなところは居たくない、帰ると言われる。
	作業の依頼	元々施設で働いていた方なので、役割を持っていただけよう職員の手伝いもしてもらった	ある程度は一緒に楽しんで手伝ってもらっていたが、多すぎたらしく疲れてしまった。
	施設内を歩く	門外に出てしまい、地域住民に迷惑をかけてしまったため、ホーム玄関から出さないように、玄関で呼びとめ、ホーム内の歩行になった。	入眠せず夜間の徘徊が増えた。
	自由な行動	本人の行動を自由にした。	本人はつかれるだけで、落ちついた様子はみられなかった。
	自由な行動	本人が納得されるまで歩いていただいた。	他者の居室へ入って行き、その居室の入所者とトラブルになり、暴力を振ってしまった。

	対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
活動支援	自由に歩く	養護という事もあり自分の生活は食事をする休むというルールはあるが自由に動き回っていた 転倒をしてはじめて対応を行なった	けがをしてしまった：三輪歩行器で自由に歩かれていますとき転倒…鼻骨骨折（軽度） その後は見守り重視となりました
	付き添い外出	夏は暑く、冬は寒い中での始めは（入所当時）30分以上歩き、1日10回以上という頻度であったため、御本人が外に出ていったら職員が横に付きそっていた対応で（上着をきること、水分とることに拒否的）体調を崩した。	冬は微熱が続いたが、肺炎は発症しなかった。夏は日焼けがひどく、脱水傾向となった。
	ドライブ、外出	時々、ドライブや買い物にお誘いし、気分転換を図る。	しかし、車酔いしてしまう事がほとんどで、嘔吐した。楽しい気持ちになり、気分転換は出来たが、荘に帰る時車中で酔ってしまう。
身体ケア	排泄誘導の増加	排泄パターン把握の為、定時以外にも誘導行ってみた。	自分の望む時間ではないのに、誘導行い、より興奮し、徘徊強くなってしまった。（2～3日程度）
	服薬	夜間不眠の日が続き、主治医に相談、睡眠薬を別のものに変更したが、今度は足元不安定となり、昼間も傾眠状態となった。	表情が無くなり、転倒のリスクが高くなった。→主治医に相談し薬を以前のものに変更してもらった。
	服薬	不眠症状から、Dr、SWと服薬調整図るも、症状改善せず、本人様の心身状況の低下が見られた。	療法などに参加しても活気なく、表情も暗くなり、夜間不眠状況もかわらず。
	服薬	服薬調整について、本人の徘徊の底にあるのは不安感だとアセスメントしていたにもかかわらず、落ちついてもらう目的でグラマリールを投与、結果日中の傾眠がより強くなり、落ちつかない時に徘徊がある状況は変わらないという最悪のパターンになってしまった。	強い傾眠により、椅子からのずり落ち、転倒が続いた。
	服薬	服薬調整	歩く時にフラつかれるようになった。食事が入らなくなった。
関係調整	関係調整	不穏時、他利用者と口論していた為、仲裁に入ったが、他利用者からの不満の声が増えてしまったので避難させようとしたが、不穏強くなり、一人では対応しきれなくなってしまった。	暴言、暴力、拒否、抵抗、強くみられた
介護者の調整	異性の職員	男性職員との関係がうまくいかなかった。	現在は時々あるも現在は安定している
環境調整	個別対応ではない	団体での中でのケア	本人様が落ち着かなかった
	散らかし	夜間帯、居室内の物が整理できていない状況だったこともあり、徘徊時のリスクが高かった。	目の前の物を物色し始めた。

徘徊への失敗ケアと高齢者への影響について一部の回答のみ整理しました。いずれも、成功したケア方法と同様に、環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、関係の調整、介護者の調整等を実施していますが、タイミングのずれや、本人の意向に沿わないような対応をしている場合に悪影響を及ぼし、高齢者の徘徊が悪化したり、興奮されたり、怪我をさせたりしてしまっています。これらの失敗事例から、単純に成功したケア例を参考に実施するのではなく、高齢者の状況や環境、気分などに応じて適当なタイミングで実施することが重要であることが分かります。これらの事例を参考にしてみてください。

2. 興奮・暴力への成功事例調査

A. 回答者の傾向

(1) 年齢・性別

回答者 696 名の平均年齢は 42.7 歳 (SD11.0)、最少年齢 20 歳、最高年齢 70 歳、女性が 66.0%でした。年齢分布は、30 歳代が 3 割強、40 歳代が 2.5 割、50 歳代が 2 割と 30 歳～60 歳までが 8 割を占めています。福祉分野、特に介護事業所の従業員年齢比率と比例した結果だと言えます。ただ、最高齢が 70 歳ということで 60 歳以上も 7.8%を占めており、高齢介護者の割合も増えつつある事が予測できます。特に今回は、介護経験者を対象としているので、若干、回答者の年齢は高い傾向が見られるとも考えられます。

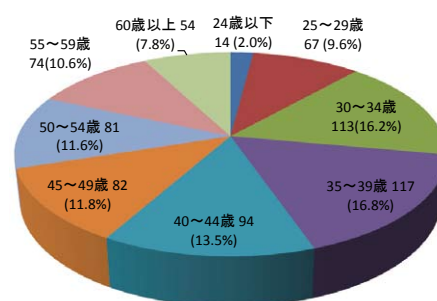


図 2-1 5 歳ごとの年齢別分布 (N=696)

(2) 職名・資格

回答者 699 名の職名は、ケアワーカーが 47.4%、ケアマネージャーが 30.2%となっており、8 割弱を占めています。その他が 12.4%であり、内訳はほとんどが管理者や施設長、事務長等となっています。

回答者 698 名の資格は、介護福祉士が 85.8%、ケアマネージャーが 49.0%、ヘルパーが 23.1%となっています。

本調査の回答者は、介護福祉士かケアマネージャー、ヘルパーの資格を持ち、直接的に介護に従事しているか、ケアマネージャーを行っている人達が多い集団だといえます。

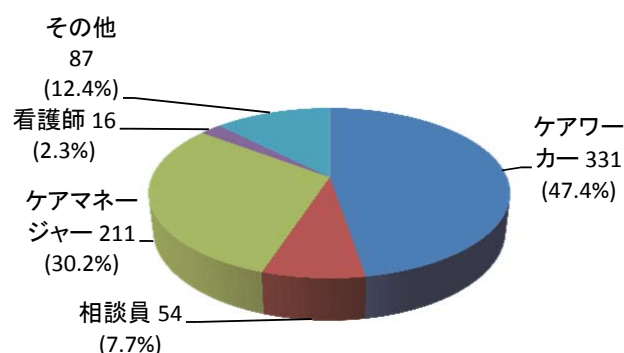


図 2-2 職名別の割合 (N=699)

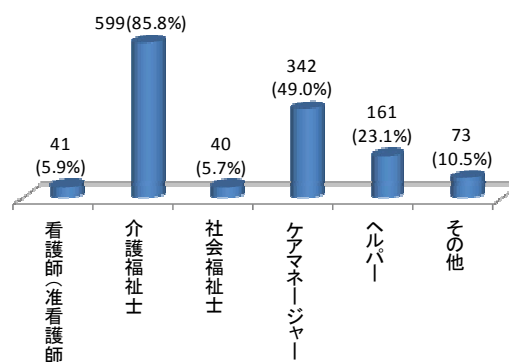


図 2-3 資格別の割合 (N=698) 複数回答

(3) 所属事業所・開設年

回答者 704 名の所属事業所の傾向としては、認知症対応型共同生活介護事業所が 49.9%、介護老人福祉施設（ユニット型以外）が 31.0%、介護老人福祉施設（ユニット型）が 10.1%であり、通所介護事業所が 4.5%と少数でした。

回答者のほとんどが施設系事業所に所属している傾向がみられました。

所属事業所の開設年は、開設後 3 年以上（2009 年以前）が 95%以上を占めていますが、2010 年以降の開設事業所が 3.2%ありました。

本調査の回答者が所属する事業所は開設期間の長い事業所が多い施設系である傾向が伺えます。

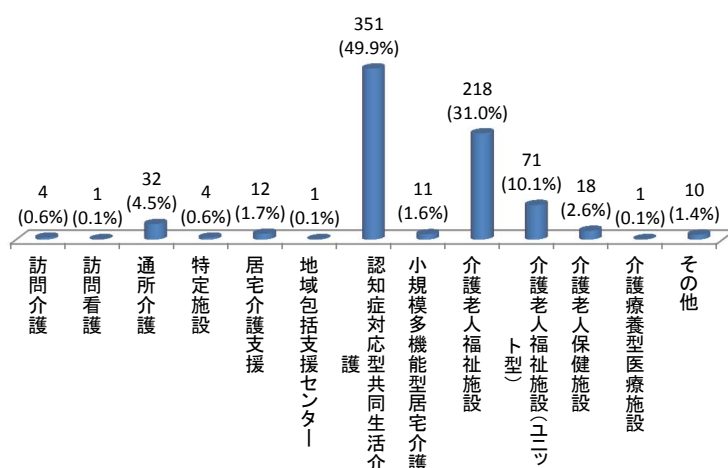


図 2 - 4 所属事業所別の割合 (N=704) 複数回答

(4) 認知症介護経験年数

回答者 676 名の認知症介護経験年数の傾向は、平均 10.5 年 (SD5.0)、最短年が半年、最長年が 33 年でした。経験年数の分布傾向は、10 年以上が 49.1%と半数を占めており、5 年以上 10 年未満で 39.6%とほぼ 4 割を占めています。認知症介護を 5 年以上実施している人が 9 割と、認知症介護の経験が長い回答者が多い傾向が見られます。

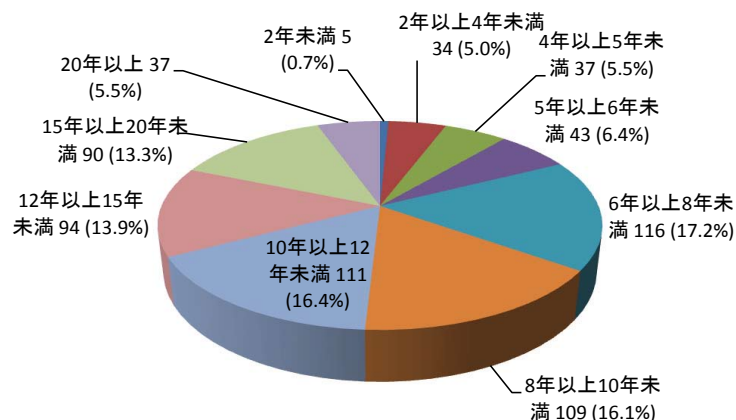


図 2 - 5 認知症介護経験年数の割合 (N=676)

(5) 回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30代から60歳までの中堅クラスで、認知症介護の経験も5年以上が多く、介護福祉士やケアマネジャーの資格を持ち、実際に認知症ケアを実践しているグループホームや老人福祉施設の方が多い傾向が見られます。

B. 高齢者の傾向

(1) 年齢・性別

対象となった高齢者 671 名の平均年齢は 83.8 歳 (SD7.0)、最少年齢 57 歳、最高年齢 102 歳であり、80 歳代が 6 割弱、90 歳以上が 2 割、80 歳以下が 2 割強となっており、80 歳以上の後期高齢者が多い傾向がみられました。性別は 705 名中 61.8%が女性で、80 歳以上の女性高齢者が多い傾向が見られます。

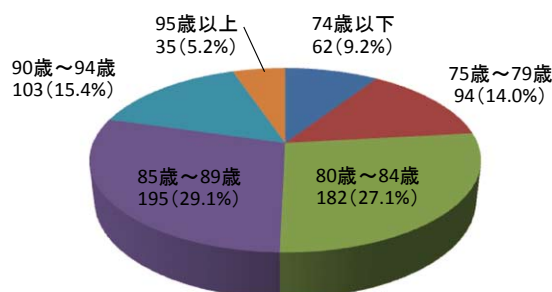


図 2-6 高齢者の年齢分布 (N=671)

(2) 認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患は、647 名中、63.2%がアルツハイマー型であり、次いで脳血管疾患型が 16.5%、不明が 9.0%とほとんどがアルツハイマー型を原因とする認知症でした。前頭側頭型認知症が 2.2%、レビー小体型認知症が 3.6%見られ、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 1.9%、アルツハイマー型と前頭側頭型の混合が 0.3%、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 0.5%みられています。

徘徊事例や帰宅願望事例と比較して、興奮・暴力事例は脳血管疾患型の認知症者が多い傾向が見られています。

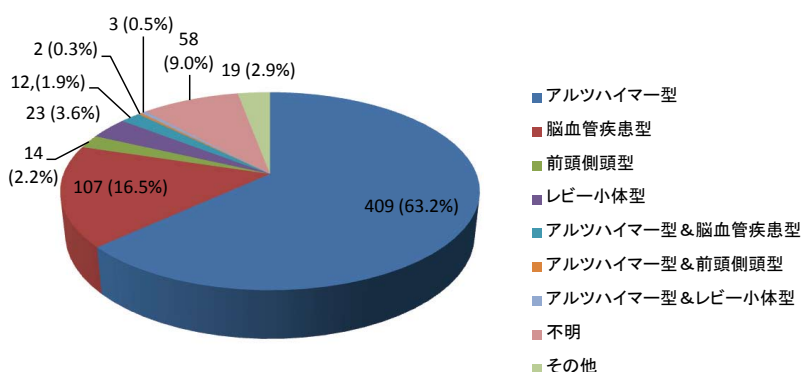


図 2-7 認知症の原因疾患別割合 (N=647)

(3) 認知症と身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、697 名中、38.2%がランクⅢ、34.0%がランクⅣ、16.1%がランクⅡと、日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向が見られました。生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患を伴うような重度の認知症者は 1 割強と少数でした。

身体障害の重症度は、厚生労働省の自立度判定基準によると、ランク A が 67.8%と 7 割弱を占めており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランク J は 9.0%と 8 割弱の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られます。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランク B が 2 割強みられており、徘徊事例と比較するとやや身体障害が重い傾向が見られます。

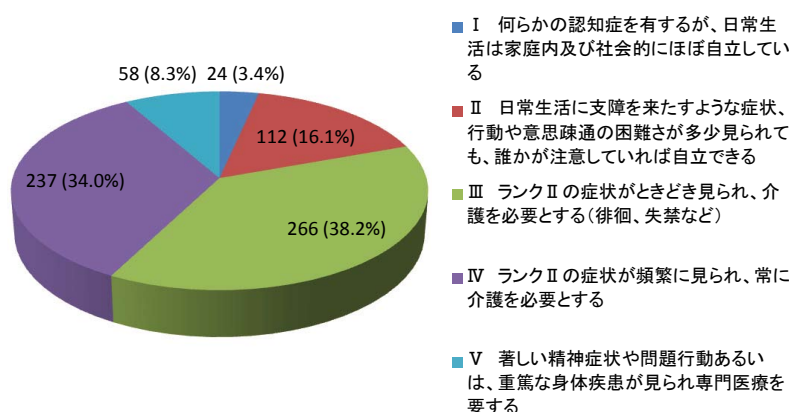


図 2-8 認知症の重症度別割合 (N=697)

(4) 興奮・暴力が始まった時期と軽減するまでの期間

興奮・暴力等が始まった時期としては、入居後、平均 201.7 日 (SD504.7) で約 7 カ月程度、最短が初日、最長が 4,380 日 (約 12 年) でした。発現時期の分布をみると 552 名中、37.5%は入居初日に興奮・暴力等が始まっており、1 週間以内の発現は 50.6%、1 カ月以内の発現は 68.1%と、入居後 1 カ月以内に興奮・暴力等が始まっている方が 7 割程度います。また半年以上経過してから興奮・暴力が始まった方が 20.6%見られており、徘徊や帰宅願望の症状とは異なる傾向が見られています。ほとんどの方は入居日から、あるいは 1 週間以内に興奮・暴力等が始まっていますが、半年以上、あるいは 1 年以上経過してからも 1 割から 2 割の方は興奮・暴力等の症状が発現しています。

興奮・暴力等の症状が無くなったり、少なくなるまでの期間については、523 名中、平均 272.0 日

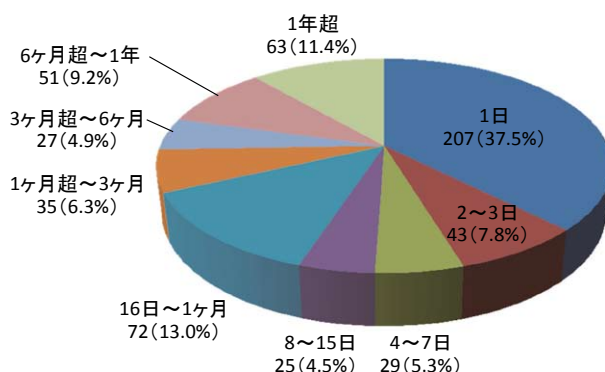


図 2-9 興奮・暴力が始まった時期の分布 (入居後) (N=552)

間（SD355.2）で約9カ月程度、最短で1日、最長で2,190日間（約6年間）となっています。解決に要した期間の分布をみると1カ月以内が22.8%、3か月以内が43.4%、半年以内が63.3%、1年以内が84.7%と6割程度が半年以内に、8割以上が1年以内には興奮・暴力が低減しています。しかし、15.3%が解決に1年以上を要しており、比較的、解決に時間を要する症状であることが考えられます。

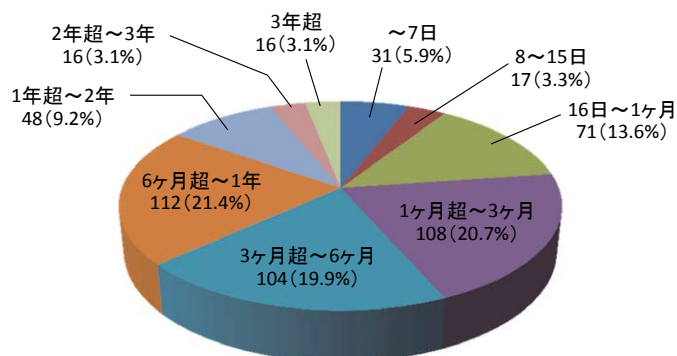


図2-10 興奮・暴力の解決に要した期間の分布 (N=523)

(5) 興奮・暴力時の様子

興奮・暴力へのケア実施時の様子は、職員や他者への殴りかかり、つねる、引っ搔く、物を壊す、破壊する、あるいは自分への攻撃などが61.6%占めていました。それ以外には、暴力行為は無いが、大声でどなったり、暴言を吐いたりするような様子が37.0%となっています。

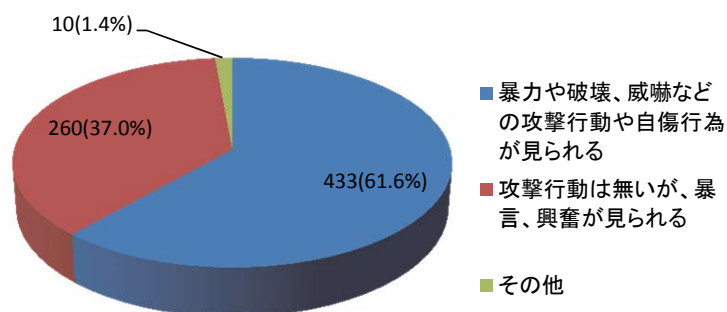


図2-11 興奮・暴力時の様子 (N=703)

C. 成功したケアの傾向

興奮・暴力等の解決に成功した 709 事例で実施されていたケアの割合は、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で 79.3%、コミュニケーションの工夫では「付き添い・見守りの増加」が 58.7%、活動支援では「好きな活動の実施」が 57.4%、人間関係の調整では、「家族との連絡調整」が 51.6%、環境の調整では「一緒に過ごす人数の調整（グループ調整）」が 51.1%、身体的なケアでは服薬調整や医師への相談などの「医療相談、処置の実施」が 49.4%でした。興奮・暴力等への対応として最も多く実施されているのは組織やチームのケアを統一することでした。ケア方法としては付き添いや見守りなどを増加し、できるだけ寄り添ったり、一緒にいる時間を長くするなどコミュニケーションの工夫や、好きな活動を実施してもらうなど活動支援が、あるいは仲の悪い人との接触を調整するなど他者との関係調整が、そして服薬調整や医療的な処置として医療的な関わりが多く実施されている傾向が見られています。徘徊や帰宅願望と比較すると興奮・暴力への関わりは、人間関係が重要だったり、鎮静化のための医療的な関わりが重要視され有効なケアであるようです。

（１）ケア体制の整備

ケア体制の整備としては、職員がチームとして話を多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 79.3%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性のどちらかが関わるようにしたり、相性の良い職員に変更したりと関わる職員の調整をしている割合が 21.7%見られています。

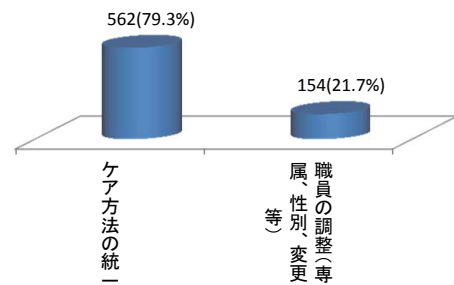


図 2-12 ケア体制の整備実施割合 (N=709) (複数回答)

（２）コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫は、付き添いや見守りの時間を多くしたり（58.7%）、声かけや会話、交流の時間を増やす（42.5%）ようなコミュニケーション量を増加させるケアが多く実施されています。

次いで多く実施されていたのは、本人が好きな話題（趣味、興味、家族、昔話等）について会話をしたり（48.8%）、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くする（47.4%）、ここにいる理由を分かりやすく説明したり（46.1%）、興奮している理由を確認したり、どうすればよいかを一緒に相談したり（42.0%）、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える（15.0%）などのような会話内容の調整が実施されていました。

会話方法についても傾聴や受容（41.9%）、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく（20.7%）会話するなどの工夫が実施されていました。

会話をする状況についても静かな状況で（26.1%）、行動のパターンやタイミングに合わせて（17.2%）会話や声かけが実施されています。

非言語的なコミュニケーションについても、スキンシップを多用して（23.7%）、あえて会話をせずに見守りだけ（14.4%）、表情や身振りを多用して（0.4%）などが実施されています。

特徴としては、興奮時の高齢者に対しては、できるだけ受容や傾聴、見守りを多用し、好きな話題や肯定的な会話を心がけていることです。あるいは、ごまかしやうそをつかず、正面から向き合っ

理由を説明したり、気持ちを確かめようとしているところが特徴的です。

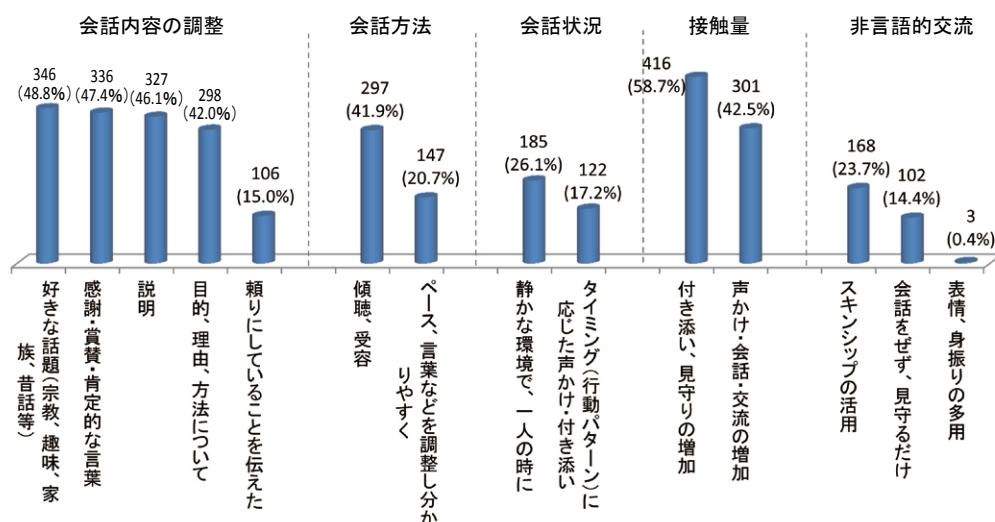


図 2 - 13 コミュニケーション実施割合 (N=709) (複数回答)

(3) 活動支援

活動の支援としては、興味を持った趣味活動(書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等)を行ったり(57.4%)、以前、自宅でしていた趣味活動を継続してもらったり(13.1%)ということが多く実施され、体操やレクリエーションに参加してもらうような活動(1.3%)も実施されています。

また、家事や炊事、庭仕事、畑仕事など以前に、自宅でしていたような生活上の活動を継続して実施したり、あるいは新たに役割として生活行為を実施してもらうような支援が46.5%と多く実施されています。軽作業だけでなく入居者の中でリーダーや、職員や入居者に何かを教えるような指導的な役割を担ってもらう取り組みも3.4%実施されています。

外出支援についても、屋外でのレクや行事に参加してもらったり、散歩やドライブ、外出などが多く実施され(44.7%)、自宅に帰ったり(9.7%)、好きな場所に一緒に外出し、見守るような支援も実施されています(0.1%)。

集団でのレクリエーションや色々な療法への参加は0.4%実施されていました。

興奮・暴力への活動支援の傾向としては、まず興味のある活動を実施したり、屋内だけでなく屋外での活動を実施したり、自宅に帰りたければ実際に自宅に帰ったり、行きたい場所に行ってみるような活動支援が重要であることが伺えます。しかし、徘徊や帰宅願望への対応に比較

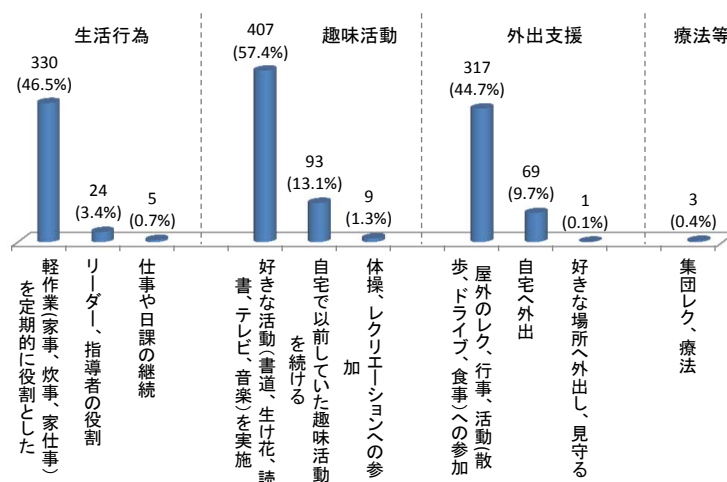


図 2 - 14 活動支援実施割合 (N=709) (複数回答)

すると活動支援の実施率は若干低い傾向です。

(4) 人間関係の調整

人間関係の調整としては、家族との電話や手紙など連絡の調整が51.6%、家族との面会や訪問など接触機会を調整する事が33.9%と多く実施されていました。

また、仲の悪い人との接触機会を減らしたり(42.7%)、他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整(26.7%)、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援(11.3%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援(10.2%)、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援(5.6%)が実施されています。

興奮・暴力への対応として人間関係の調整は、まずは家族との連絡や接触、そして仲の悪い他者との関係調整が重要であることが伺えます。

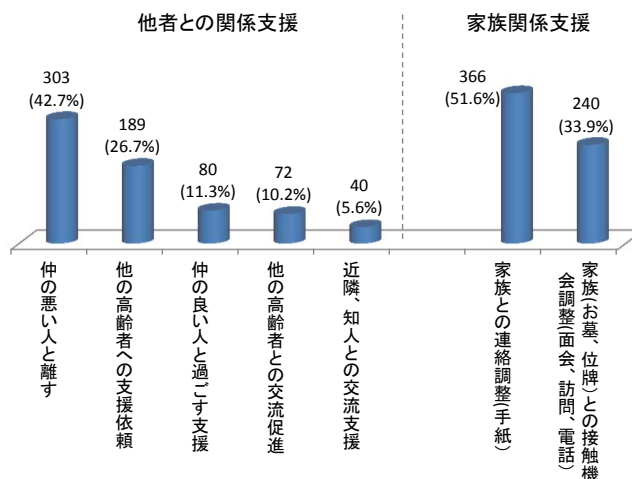


図2-15 人間関係の調整実施割合 (N=709) (複数回答)

(5) 環境の調整

環境調整としては、一緒に過ごす人数の調整(グループ調整)(51.1%)、落ち着く場所づくり(41.9%)、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整(38.5%)、自宅で使用していた物(椅子、たんす、人形等々)の継続的な使用(20.6%)、安全な屋外の整備(19.0%)、光や音等の刺激調整(14.7%)、表札や案内板などを設置した記憶の補助環境整備(10.0%)、居室の変更や居室内の整備(1.6%)が実施されていました。

環境調整として特徴的なのは、まずは一緒にいる人数の調整が重要となっています。おそらく1人で静かに過ごせるようにすることが重要であり、落ち着ける場所に誘導したり、あるいは座る席の位置を調整したり、光や音などの刺激を和らげ興奮を鎮めることが特徴的です。

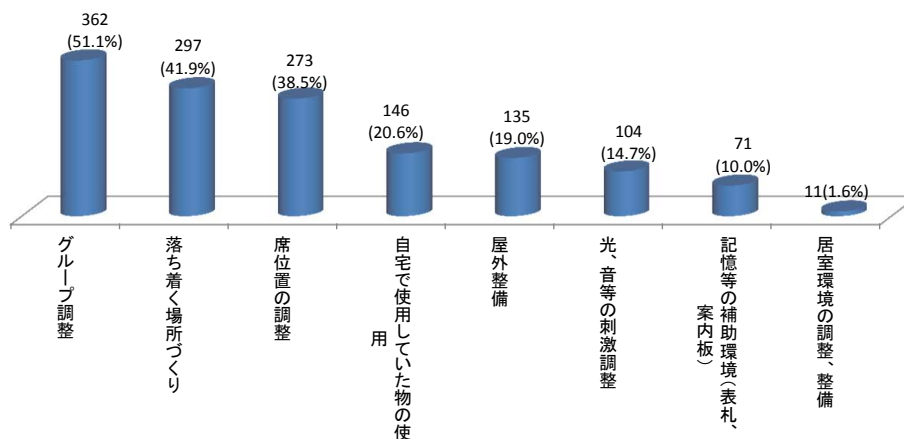


図2-16 環境調整実施割合 (N=709) (複数回答)

(6) 身体的なケアの実施

身体的なケアについては、服薬の調整や医師への相談など医療的な処置（49.4%）が最も多く、食事支援（44.4%）、排泄の調整や誘導など排泄の支援（34.8%）、水分の補給（19.9%）、睡眠の調整や改善（18.3%）と多く実施されています。視覚や聴覚への補助、入浴支援も少数ですが実施されています。

興奮・暴力への対応として最も特徴的なのは、服薬の調整や医師への相談などが特に多く実施されていることです。

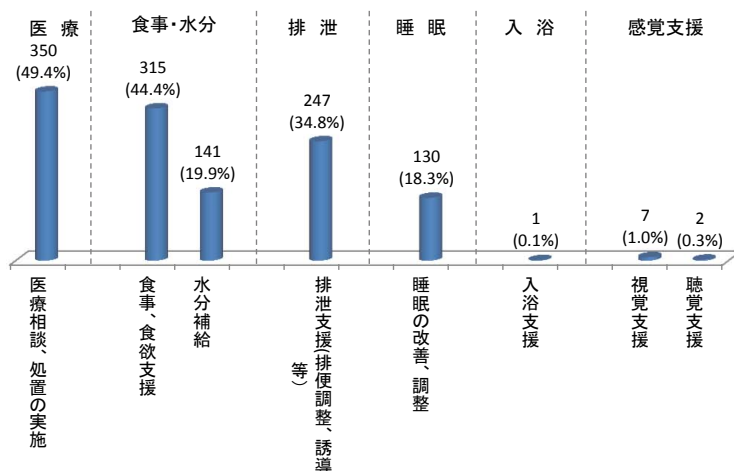


図 2 - 17 身体ケア実施割合（N=709）（複数回答）

興奮・暴力へのケアの特徴

興奮・暴力へのケア方法として、徘徊や帰宅願望へのケアと比較した特徴は、環境調整面では、一緒に過ごす人数の調整や席位置の調整を実施している割合が高い傾向が見られました。他者との関係調整を重視しているようです。

コミュニケーション面では、理由や目的を無理に聞こうとせず、会話よりも見守りながら様子をみたり、わかりやすい言葉かけが多く実施されています。

活動支援面では、徘徊や帰宅願望へのケアに比較して、生活行為をしてもらうような支援は少なく、好きに活動を行ってもらうような支援が多い傾向があります。

身体ケア面では、服薬の調整や睡眠の調整が多く、医療的な介入が重視されています。

人間関係の調整では、他者との交流を促進するよりも、できるだけ仲の悪い関係を調整し、関わらないようにすることが重視されています。

ケア体制の整備では、信頼関係のある専属の職員が対応するようにしている事も特徴です。

D. 興奮・暴力へのケアに有効な視点

興奮・暴力へのケアを行う上で、役立ったあるいは有効だった情報は何ですかという質問をしました。それぞれのケアごとに有効だと思われる視点が挙げられています。特に、多く挙げられている視点をケアの方法ごとに見てみたいと思います。

(1) 環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、言動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が挙げられています。興奮時はまず、本人の表情や行動、言動を確認し、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施しているものと思われます。各ケアごとの特徴としては、

- ①グループの人数を調整する時は、現在の席位置を確認することが必要です。
- ②落ち着く場所を整備する為には、家族との関係性を確認し、自宅での環境を意識する必要があります。
- ③席の位置を調整する時は、特に他者との関係性に配慮する必要があります。
- ④表札や案内板などの補助環境を作る時には、認知機能を確認しており、生活習慣を確認している傾向は低いようです。
- ⑤屋外の環境を整備する時は、体調や運動量の確認や、職員との関係性が重要です。

表 2-1 環境の調整に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面															心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係			介護者の対応											
			認知機能	認知症の症状・種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量・食事摂取状況	聴力・聴覚機能	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・意思	空腹感・満腹感	様子	姿勢	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
環境調整	人数調整	グループ調整																			◎○○◎	○		○○				○						○	○○						○○					○
	安定化	落ち着く場所づくり																			○○○○			○○				○							○					○○○					○	
	席の位置調整	席位置の調整																			○	○	○	○	○									○◎					◎○				○			
	物の使用	自宅で使用していた物の使用																			○○○○			○○				○○○							○					○				○		
	居室環境調整	居室環境の調整、整備											○○								○	○	○	○	○													○					○			
	記憶補助	記憶等の補助環境（表札、案内板）	○	○				○														○○		○			○									○								○		
	刺激調整	光、音等の刺激調整																				◎	○	○	○	○○			○○○						○									○		
	屋外整備	屋外整備			○				○												○	○						○								○								○		

(2) コミュニケーションにおける有効な視点

コミュニケーションを行う時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が重要とされています。

興奮時は先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①わかりやすく説明を実施する時は、高齢者の認知機能や症状の程度や状態を確認しています。
- ②会話の内容を工夫する時には、生活歴や生活習慣などライフスタイルを確認しておくことが、本人が喜んだり、興味をもつ話題づくりに必要です。
- ③静かな環境で会話をしたり、タイミングを見計らったコミュニケーションなど、状況の調整には、認知機能の程度や症状を確認し、周囲の雑音や人数などを見ながら実施しています。
- ④スキンシップや表情、見守りだけのような会話によらないコミュニケーションをする時は、特に認知症の症状を把握しながら、タイミングを見計らって実施しています。

表2-2 コミュニケーションに有効な視点(ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。)

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面														心理面	興奮時の様子			本人特性			習慣・ライフスタイル			環境				人間関係				介護者の対応													
			認知機能の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	体調	現病・既往歴	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	本人の気持ち、意思	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	嗜好・興味・関心	性格	声の調子	生活習慣	生活層	役割	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係	家族の状況	異性関係	スタッフの声かけ内容・見守り方	介護者の性別
コミュニケーション	会話内容の調整	目的、理由、方法について																					◎◎◎			◎								◎◎															◎	
		説明	◎	◎																				◎◎◎			◎																						◎	
		好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)																						◎◎◎			◎																						◎	
		感謝・賞賛・肯定的な言葉																						◎◎◎			◎																						◎	
		頼りにしていることを伝えた																						◎◎◎			◎																					◎		
	会話方法	傾聴、受容																					◎◎◎			◎																						◎		
		ペース、言葉などを調整し分かりやすく	◎																				◎◎◎			◎																			◎					
	会話状況	静かな環境で、一人の時に																					◎◎◎			◎												◎										◎		
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い		◎					◎															◎◎◎			◎												◎								◎			
	接触量	声かけ・会話・交流の増加																					◎◎◎			◎																						◎		
		付き添い、見守りの増加																					◎◎◎			◎																					◎			
非言語的交流	会話をせず、見守りだけ		◎																			◎◎◎			◎																						◎			
	スキンシップの活用																					◎◎◎			◎																					◎				
		表情、身振りの多用																	◎			◎◎◎			◎																								◎	

(3) 活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、体調、興奮時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされています。

まず、本人の表情や行動を見て、興奮している時の気持ちや心理を確認し、生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を取り入れながら、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を調整しつつ、活動を支援しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①特に趣味活動を支援する時は、生活行為の支援と異なり、運動量、周囲の雰囲気や刺激などを確認して実施している傾向があります。
- ②屋外での活動を支援する時は、特に運動量など体力に関する把握が重要となります。
- ③見守りながら自由に外出してもらう時は、特に排泄状況や水分量、運動量の確認が必要となります。
- ④療法の実施時には、特に認知機能の程度を把握する必要があります。

表 2-3 活動支援に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が 10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面														心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係			介護者の対応																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	体調	現病・既往歴	水分状態	排泄状況	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・意思	空腹感・満腹感	様子	姿勢	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	容姿	生活習慣	生活習慣	役割	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	周辺環境	椅子・机の色	椅子・机の高さ	椅子・机の形	席の位置	居室状況	スタッフとの関係	他の入居者との関係	家族の関係	以前の人間関係	家族の状況	異性関係	介護者の性別	スタッフの声かけ内容・見守り方																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした			○																		○	○		○	○									○	○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

(4) 身体ケアにおける有効な視点

身体的なケアの共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）を特に重視しています。そして、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員の対応方法が重要とされています。

先ず、健康面、様子、気分や気持ちを確認し、現在の対応を確認しながら、医師へ相談したり、投薬を調整したり、食事、排泄、睡眠等の支援を実施しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①医師への相談や投薬の調整は、認知能力の確認、興奮・暴力の状況、体調や病歴、睡眠状況、投薬状況、せん妄などの精神状態を把握することが重要です。
- ②食事の支援では、過去の食習慣や嗜好を確認したり、他者との関係性も考慮されています。
- ③視覚や聴覚への支援では、自宅でのメガネや補聴器の確認や視力や聴力に関する情報が必要とされています。

表 2 - 4 身体ケアに有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が 10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面														心理面	興奮時の様子			本人特性	習慣・ライフスタイル	環境				人間関係			介護者の対応																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	水分状態	排泄状況	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	周辺環境	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の関係	以前の人間関係	異性関係	スタッフの性格・見守り方																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
身体ケア	医療	医療相談、処置の実施	○	○	○	○			○				◎	○	○					○				○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</

(5) 関係調整における有効な視点

関係を調整する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

まず、他の入居者との関係や家族との関係を把握しながら、様子や心理を確認して、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施しています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①他の高齢者との関係調整では、特に席の位置が適当かどうかの確認が重要とされています。
- ②選択率は10%以下でしたが、近隣や知人との交流を支援する時には、以前からの友人や知人、近所の関係を確認することも、やや有効な視点といえます。

表2-5 関係支援に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面														心理面	興奮時の様子			本人特性	習慣・ライフスタイル		環境				人間関係		介護者の性別	介護者の対応									
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	現病・既往歴	体調	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	周囲の状況	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係
関係支援	他者との関係支援	他的高齢者への支援依頼	○																			○	○	○	○																	○
		仲の悪い人と離す																					○	○	○	○																○
		仲の良い人と過ごす支援																					○	○	○	○																○
		他的高齢者との交流促進	○																				○	○	○	○																○
		近隣、知人との交流支援																					○	○	○	○																○
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)	○	○																			○	○	○	○																○
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)																				○	○	○	○				○													○

ケアの体制を整備する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

①チームでケアを統一する上での視点としては、排泄状況、生活習慣、他者との人間関係が重視されています。

表 2-6 ケア体制に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が 10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

[illegible]

興奮・暴力へのケアに有効な視点の傾向としては、何れのケアにおいても興奮・暴力時の行動やふるまい、表情、言動などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点です。これらはケアの基本的な視点ともいえます。まず、本人の状態を良く見ること、そして外からみて分かる情報だけでなく、内面的な心まで把握しようとしていることが重要だといえます。

もう1つは、何れのケアにおいても人間関係を重視している点です。他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、日頃、人との関係がどのようなものであるかを踏まえておくことが重要だと言えます。特に興奮・暴力の場合は人間関係のこじれやトラブル等が原因として考えられますので、他者との関係性を把握し、それぞれの特性に応じた関係調整の支援が必要です。

また、徘徊や帰宅願望に比較して、生活習慣やライフスタイルを重視する傾向が若干ですが弱いようです。おそらく興奮・暴力時への即時的な対応が中心となっており、ライフスタイルや生活習慣を考慮した長期的なケアを実施する傾向が低いでしょう。

そして興奮・暴力へのケアに多い視点として、健康面の確認です。ケアの選択肢として医療的な処置や投薬の調整が多く実施される傾向があることが理由と考えられます。

E. 失敗したケア方法

表 2-7 興奮・暴力への失敗ケア事例と影響（一部抜粋）

対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	食事時他者のお膳に手がでる為はなれたカウンターに席の位置をかえた	落ちつきなくなり職員の後をおう。(徘徊)・異食
	①全盲、多動、フラツキ歩行ある為リクライニング車イスを使用。すると、寝ごちが良く昼間も寝ている。 ②4人部屋で畳使用とした。	①斜めに圧迫がかかり、臀部が赤くなった。極力ソファに横になって頂くようにした。 ②壁づたいに立ち上がり、同室の方のベッド回りを歩くことがあり、苦情があった。見えない世界である為、昼も夜もない。ご本人のペースに合わせようとなった。食事時間に問題は残るが・・・、できるなら自由に過ごしてほしい。安全を見守るのみ！
	急な環境変化を避けるために日中の数時間だけ一般フロアへ移動し、レクなどへの参加を促していた。	トイレや廊下がわからなくなり逆効果になってしまった。明らかに不穏が強くなり BPSD が悪化した期間があった。
	同じ場所を回廊に廊下になっており、誘導し、帰宅要求がおさまるまで、付き添い歩こうとした。	同じ場所である事に気づき、杖を介護者へむけて怒りをぶつけようとした。
コミュニケーション	ただただ傾聴したり見守っていた	エスカレートするばかりで全くならなかった。
	本人を説得しようとする事	女性職員が言うと、怒った。よけいに興奮した
	①苦手意識を感じながらのケア ②基本通りの受容・傾聴・共感	①. 落ちつかれることはなく感情を強く前面に出し続けられた。 ②. ①. と同様
	①職員がイライラして感情的になってしまった。 ②気分を変えようと話題を変えた。	①②さらに興奮された。
	本人が理解できる言葉やペースで説明した。	自分の考えが正しく、他者も「そうすべきだ」という思いが強いため、説明や説得に耳を貸そうとせず、顔を紅潮させ、ますます大声で怒鳴ってしまう。
	機嫌が悪い時、男性職員が本人の奥さんの話をする	怒って、職員をなぐりかかろうとした→他の職員もいたので気分を変えてもらう為に関わる職員を変えて対応した。
	急に距離を縮めようと、安易にコミュニケーションをとろうとした。	余計に興奮した。
	興奮している時に、なだめようと更に話しかけに行ってしまう。	一定の職員に対し、激しい怒りをぶつける。大声を出す。
	興奮時の過剰なスタッフのアプローチ	感情の自己コントロールが不能になり、コミュニケーションが図れなくなった。
	近くに行き、目線を合わせる。	怒りだし、スタッフの顔をなぐる。
	最初、興奮している時、関わり過ぎた。	かえって興奮させてしまい興奮状態がさらに続いた。
	最初は説明して安心してもらおうとした。	「あなたは知らないのよ！私はいつも見ている！」と興奮された。
	場面を切り替えようと、昔の仕事の話題を出した（普段から好む話題）	「そんなことはどうでもいい。」と言われた。心理状況の判断を見失った。
	暴力、暴言時に傾聴を試みた	増々興奮し暴れたり物を投げる等の行動につながった
	本人に近づきすぎた。	たたかれた為に職員がけがをした。止める人がいなくなった為に、エスカレートするようになっていった。
	本人の気をそらそうとして話しかけた。	かえって興奮させてしまい、話をきいてもらえなくなった。
活動支援	余りに多くの声かけをした。	さらに、不穏になる。
	話をきいていたが、きくだけにとどめていた。	おこり歩いて別の所へ行った
	誕生会を兼ねて音楽療法を行ない、参加して頂いた。	皆と歌う事に納得が得られず、途中でもどられてしまった。居室にもどり、職員に「なぜ、皆と一緒にでなければいけないのか。」と怒って話された。
活動支援	①帰宅要求の際、後方より付添外出する ②入居前にされていた活動、計算ドリルの提供 ③得意な編物、縫物をして頂く作業の提供	①電車の前、線路を横切ろうとされるなど危険予知が困難であり、途中よりふらつき歩行となり介助が必要となった ②ドリルの理解困難となられ、1問ごとに説明するが、解答されなくなった ③3ヶ月は実施されるが、手が進まず、ため息「目が悪いから」とお断り中断されるようになった

対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
身体 ケア	「食事がまずい!」という訴えに、本人の希望に合わせて、パンを食後に提供した。	訴えがエスカレートし、量が増え、体重増につながった。
	空腹時、キッチンの方でおやつ等たべていただいた。	お腹が空いた時は、キッチンに来れば何か食べられると思われた。結果、他の入居者に「〇〇さん、又キッチンで何か食べてる」などと言われてしまった。
	一時的にでも服薬が増えた。	一時的に内服薬が多く成り活動面が低下した。
	最初、排泄誘導、パターンを把握せず、定時で行った。	利用者の抵抗が強かった。素直に従ってもらえず、拒否が度々、他者へ当たり散らし、居室への閉じこもり（短時間）弱者への口撃
	時間通りのケア（みなさんと一緒）、（食事）をした	早く持ってこいよーなど大きな声が出る。
	入浴困難が続き、ご家族の了承を得て入浴実施をした。	精神的に落ちこまれたことがあった。食欲不振や発熱などがみられた。ご家族も無理強いせず、自宅での入浴で対応していただいた。その後は徐々に入浴拒否もなくなっていった。
	夜間の声掛けトイレ誘導	拒否が多くなり、暴言や暴行が起こりやすくなった。
関係 調整	・他の入居者との関係を深めようと集団での外出やイベントに参加してもらった ・いつも側にいるようにしてみた	・興奮状態の悪化、落ち着きがさらになくなった ・固有の職員に対し攻撃的になった
	他利用者と言いつ争っている最中に、2人の間に入ってとめた。	さらに言い争いがエスカレートした。当日の夜、全く眠らず興奮していた。
	①息子様からの TEL 内容を伝えた（家族関係を知らなかった） ②息子様から TEL があったことだけを伝えた（別スタッフ）	①興奮状態となり、おさえることができなかった。（身体の振え、異常な発声など）②聞きながし、何も行らなかったが、話をしなくて良いと強い口調で言われた（気分不快）
介護 調整	職員複数の人数で対応	「自分は、何も悪いことはしていない。どうして大勢で自分をいじめるの」と大混乱、利用者だけではなく、職員にも暴力およびました。

興奮・暴力への失敗ケアと高齢者への影響について一部の回答のみ整理しました。いずれも、成功したケア方法と同様に、環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、関係の調整、介護者の調整等を実施していますが、タイミングのずれや、本人の意向に沿わないような対応をしている場合に悪影響を及ぼし、余計に興奮させてしまっています。これらの失敗事例から、単純に成功したケア例を参考に実施するのではなく、高齢者の状況や環境、気分などに応じて適当なタイミングで実施することが重要であることが分かります。これらの事例を参考に良いケアを実践してみることが必要です。

3. 帰宅願望への成功事例調査

A. 回答者の傾向

(1) 年齢・性別

回答者 749 名の平均年齢は 42.9 歳 (SD11.0)、最少年齢 21 歳、最高年齢 73 歳、女性が 66.0%でした。年齢分布は、30 歳代が 3.6 割、40 歳代が 2 割、50 歳代が 2.3 割と 30 歳～60 歳までが 8 割を占めています。福祉分野、特に介護事業所の従業員年齢比率と比例した結果だと言えます。ただ、最高齢が 73 歳ということで 60 歳以上も 7.7%を占めており、高齢介護者の割合も増えつつある事が予測できます。特に今回は、介護経験者を対象としているので、若干、回答者の年齢は高い傾向が見られるとも考えられます。

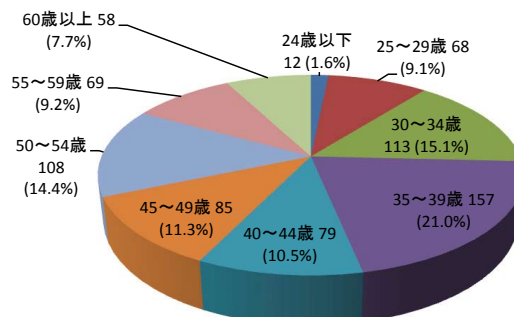


図 3-1 5 歳ごとの年齢別分布 (N=749)

(2) 職名・資格

回答者 758 名の職名は、ケアワーカーが 47.1%、ケアマネージャーが 30.5%となっており、8 割弱を占めています。その他が 12.3%であり、内訳はほとんどが管理者や施設長、事務長等となっています。

回答者 753 名の資格は、介護福祉士が 82.1%、ケアマネージャーが 52.1%、ヘルパーが 23.6%となっています。

本調査の回答者は、介護福祉士かケアマネージャー、ヘルパーの資格を持ち、直接的に介護に従事しているか、ケアマネージャーを行っている人達が多い集団だといえます。

(3) 所属事業所・開設年

回答者 760 名の所属事業所の傾向としては、認知症対応型共同生活介護事業所が 52.1%、介護老人福祉施設（ユニット型以外）が 26.8%、介護老人福祉施設（ユニット型）が 11.2%であり、通所介護事業所が 4.2%と少数でした。

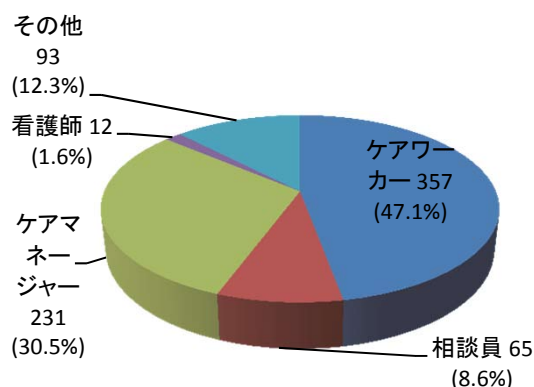


図 3-2 職名別の割合 (N=758)

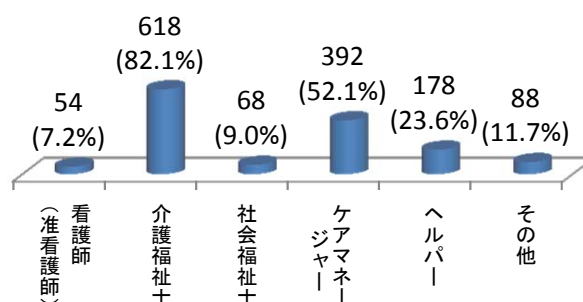


図 3-3 資格別の割合 (N=753) 複数回答

回答者のほとんどが施設系事業所に所属している傾向がみられました。

所属事業所の開設年は、開設後 3 年以上（2009 年以前）が 95%以上を占めていますが、2010 年以降の開設事業所が 3.8%ありました。

本調査の回答者が所属する事業所は開設期間の長い事業所が多い施設系である傾向が伺えます。

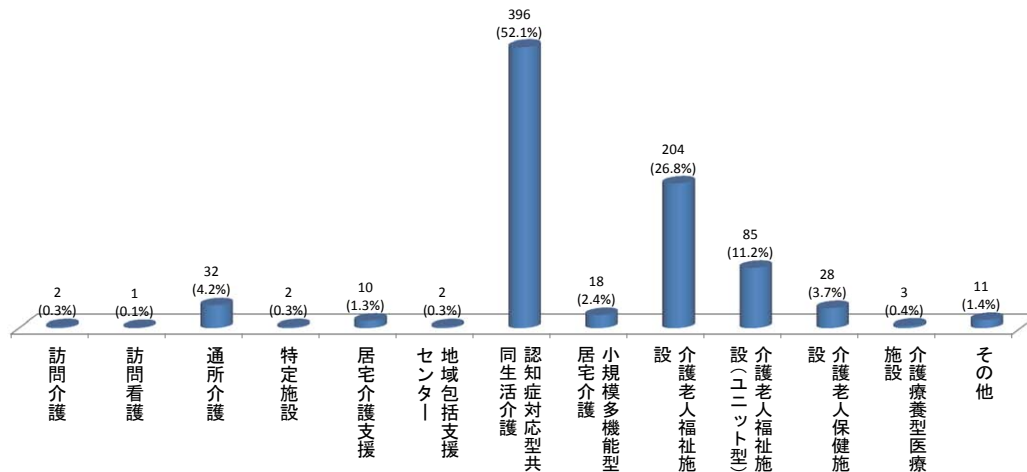


図 3 - 4 所属事業所の割合（N=760）複数回答

（４）認知症介護経験年数

回答者 737 名の認知症介護経験年数の傾向は、平均 10.5 年（SD5.1）、最短年が 0 年、最長年が 33 年でした。経験年数の分布傾向は、10 年以上が 46.3%と約半数を占めており、5 年以上 10 年未満で 42.7%とほぼ 4 割強を占めています。認知症介護を 5 年以上実施している人が 9 割と、認知症介護の経験が長い回答者が多い傾向が見られます。

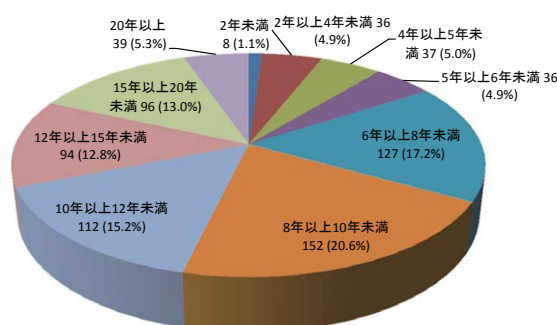


図 3 - 5 認知症介護経験年数の割合（N=737）

（５）回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30 代から 60 歳までの中堅クラスで、認知症介護の経験も 5 年以上が多く、介護福祉士やケアマネジャーの資格を持ち、実際に認知症ケアを実践しているグループホームや老人福祉施設の方が多い傾向が見られます。

B. 高齢者の傾向

(1) 年齢・性別

対象となった高齢者 720 名の平均年齢は 85.0 歳 (SD6.3)、最少年齢 55 歳、最高年齢 104 歳であり、80 歳代が 6 割、90 歳以上が 2 割強、80 歳以下が 1.5 割程度となっており、80 歳以上の後期高齢者が多い傾向がみられました。性別は 757 名中 80.8%が女性であり、80 歳以上の女性高齢者が多い傾向が見られています。

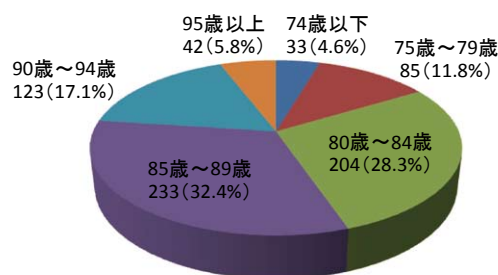


図 3-6 高齢者の年齢分布 (N=720)

(2) 認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患は、703 名中、70.8%がアルツハイマー型であり、次いで脳血管疾患型が 13.2%、不明が 7.5%とほとんどがアルツハイマー型を原因とする認知症でした。前頭側頭型認知症が 0.9%、レビー小体型認知症が 2.4%見られ、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 1.0%、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 0.4%みられています。

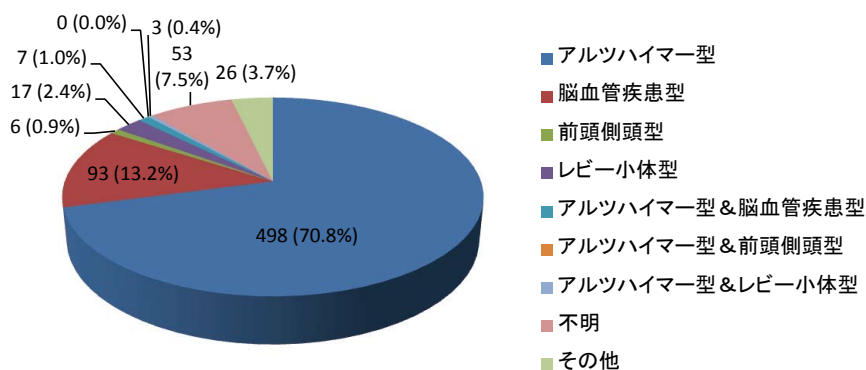


図 3-7 認知症の原因疾患別割合 (N=703)

(3) 認知症と身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、755 名中、42.4%がランクⅢ、27.7%がランクⅡ、20.5%がランクⅣと、日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向がみられました。生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患を伴うような重度の認知症者は少数でした。

身体障害の重症度は、厚生労働省の自立度判定基準によると、ランク A が 68.5%と 7 割弱を占め

ており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランクⅡは 19.1%と 9 割の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られます。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランクⅢが 1 割以上みられています。

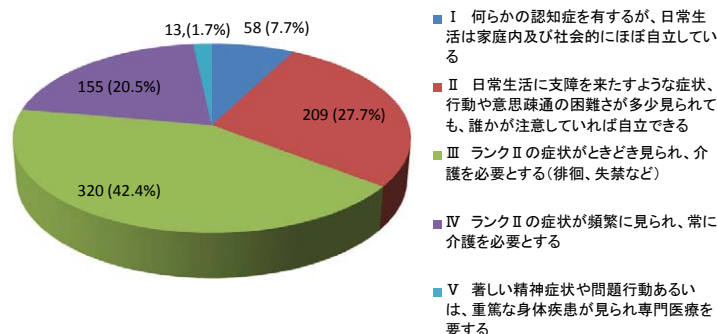


図 3-8 認知症の重症度別割合 (N=755)

(4) 帰宅願望が始まった時期と軽減するまでの期間

帰宅願望が始まった時期としては、入居後、平均 52.7 日 (SD228.5) で約 2 カ月弱、最短が初日、最長が 2,555 日 (約 7 年) でした。発現時期の分布をみると 640 名中、62.5%は入居初日に帰宅願望が始まっており、1 週間以内の発現は 79.4%、1 カ月以内の発現は 89.4%と、入居後 1 カ月以内に帰宅の要求が始まっている方が 9 割程度いることを示しています。また 1 年以上経過してから帰宅願望が始まった方も 3.0%見られています。ほとんどの方は入居日から、あるいは 1 週間以内に帰宅の要求が始まり、9 割の方が 1 カ月以内に発現していることになります。

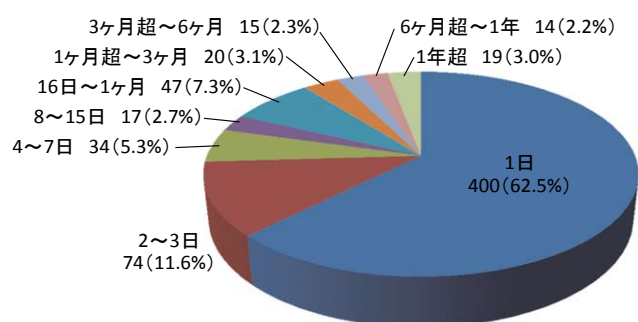


図 3-9 帰宅願望が始まった時期の分布 (入居後) (N=640)

帰宅の要求が無くなったり、少なくなるまでの期間については、595 名中、平均 266.0 日間 (SD418.6) で約 8 カ月～9 カ月間、最短で 1 日、最長で 3,650 日 (約 10 年間) となっています。解決に要した期間の分布をみると 1 カ月以内が 27.1%、3 カ月以内が 47.6%、半年以内が 67.2%、1 年以内が 87.1%と半数程度が 3 カ月以内に、9 割弱が 1 年以内には帰宅の要求が低減しています。1 年以上が 12.9%と長期間かけて帰宅の要求が低減している場合も見られています。

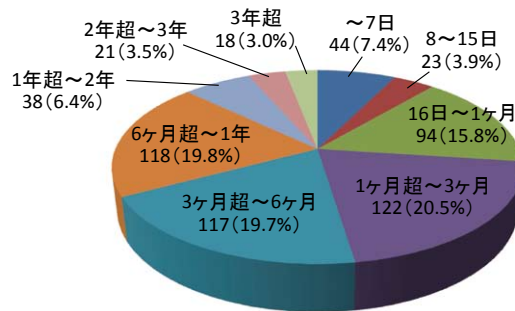


図 3 - 10 帰宅願望の解決に要した期間の分布 (N=595)

(5) 帰宅願望時の様子

帰宅願望へのケアを実施する前の様子は、「帰宅の要求が1日に何回もあり、『家に帰してほしい、どこかへ行きたいので帰りたい、家族が待っている』などの訴えを繰り返したり、毎日、荷づくりをして帰る用意をしていたり、あるいは、突然、施設や事業所から外へ出て帰ろうとする場合」などが92.1%と大半を占めていました。それ以外には、対応に困る状況として、「興奮して、怒鳴ったり、掴みかかったり、物をたたいたり、あるいは泣きながらふさぎこんだりと興奮などの症状をとこなう」ものが7.1%見られています。

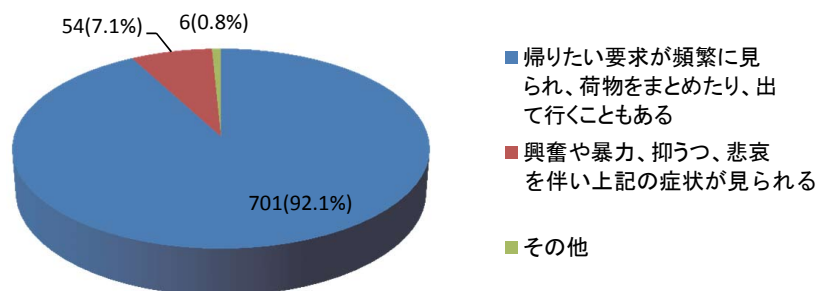


図 3 - 11 帰宅願望時の様子 (N=761)

C. 成功したケアの傾向

帰宅願望の解決に成功した 765 事例で実施されていたケアの割合は、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で 80.1%、活動支援では「軽作業（家事・炊事・家仕事）を定期的に役割とした」が 72.2%、コミュニケーションの工夫では「目的や理由の確認」が 65.2%、環境の調整では「落ち着いた場所づくり」が 51.2%、人間関係の調整では、「家族との連絡」が 50.5%、身体的なケアでは「食事支援」が 44.7%でした。

帰宅願望への対応として最も多く実施されているのは組織やチームのケアを統一することでした。

ケアの方法としては生活行為を実施してもらい役割を作ったり、帰りたいという理由や目的を確認したり、落ち着いて過ごす場所づくりや、家族との関係調整、食事支援などが多く実施されています。

特徴としては、帰りたいという気持ちや心理を把握しながら、徐々に落ち着けるような環境を作ったり、あるいは家族との交流を促したりするような支援が多く実施されています。

（１）ケア体制の整備

ケア体制の整備としては、職員がチームとして話し合いを多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 80.1%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性のどちらかが関わるようにしたり、相性の良い職員に変更したりと関わる職員の調整をしている割合が 14.4%見られています。

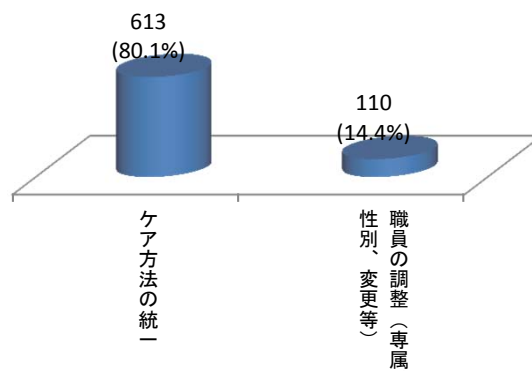


図 3 - 12 ケア体制の整備実施割合 (N=765)
(複数回答)

（２）活動支援

活動の支援としては、家事や炊事、庭仕事、畑仕事など以前に、自宅でしていたような生活上の活動を継続して実施したり、あるいは新たに生活行為を役割として実施してもらうような支援が 72.2%と多く実施されています。軽作業だけでなく入居者の中でリーダーや、職員や入居者に何かを教えるような指導的な役割を担ってもらう取り組みも 7.3%実施されています。

また、興味を持った趣味活動（書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等）を行ったり (56.9%)、以前自宅でしていた趣味活動を継続するような活動 (18.4%) が多く実施されています。

外出支援についても、屋外でのレクや行事に参加してもらったり、散歩やドライブ、外食などが多く実施され (57.3%)、自宅に帰ったり (18.0%)、好きな場所に一緒に外出し、見守るような支援も実施されています (1.3%)。

集団でのレクリエーションや色々な療法への参加は 1.3%実施されていました。

帰宅願望への活動支援の特徴は、生活の中での活動を実施してもらい役割を作り、施設的环境になじんでもらうことです。あるいは、帰りたいければ実際に自宅へ帰ったり外出したりするような、本人の気持ちや意図を優先した対応が特徴的です。

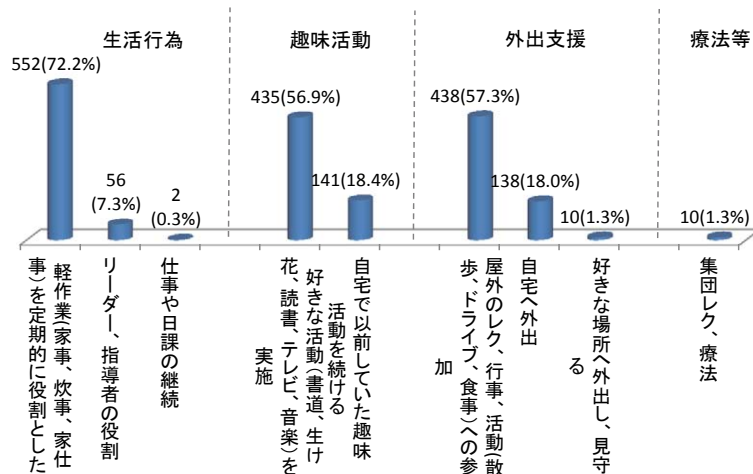


図 3 - 13 活動支援実施割合 (N=765) (複数回答)

(3) コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫は、帰りたい理由を確認したり、どうすればよいかを一緒に相談したり (65.2%)、本人が好きな話題 (趣味、興味、家族、昔話等) について会話を行ったり (54.0%)、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くしたり (45.6%)、ここにいる理由を分かりやすく説明したり (45.0%)、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える (23.1%) などのような会話内容の調整が多く実施されています。

次いで多く実施されているのは、付き添いや見守りの時間を多くしたり (59.2%)、声かけや会話、交流の時間を増やす (44.8%) ようなコミュニケーション量を増加させるケアとなっています。

会話方法についても傾聴や受容 (46.5%)、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく (17.1%) 会話するなど会話方法の工夫が実施されていました。

会話をする状況についても静かな状況で (23.1%)、行動のパターンやタイミングに合わせて (19.6%) 会話や声かけが実施されています。

非言語的なコミュニケーションについても、スキンシップを多用して (23.4%)、あえて会話をせずに見守るだけ (7.8%) などが実施されています。

特徴としては、まずは帰りたい理由や、どこへ帰りたいかなどを聞きながら本意を確認し、話を聞いたり、色々な話題で会話を増やし、1人にしないように一緒に過ごす時間を増やしながら安心してもらうようなコミュニケーションを行っていることです。

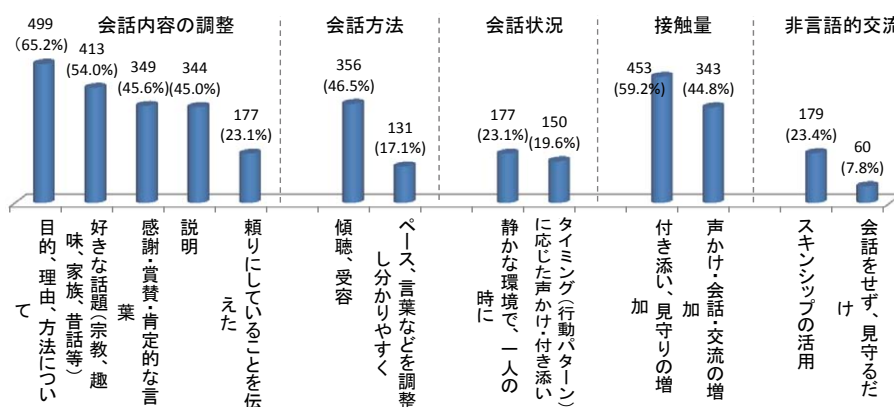


図 3 - 14 コミュニケーション実施割合 (N=765) (複数回答)

(4) 環境の調整

環境調整としては、落ち着く場所づくり (51.2%)、安全な屋外の整備 (27.8%)、一緒に過ごす人数の調整 (グループ調整) (27.7%)、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整 (26.9%)、自宅で使用していた物 (椅子、たんす、人形等々) の継続的な使用 (25.9%)、表札や案内板などを設置した記憶の補助環境整備 (17.1%)、光や音等の刺激調整 (11.8%) が実施されていました。

帰宅願望への対応として、環境調整で特徴的なのは、まずは一緒に過ごす人数の調整や、席の調整、馴染みの物の使用、分かりやすい環境づくり、刺激の調整、屋外の環境整備をしつつ本人が落ち着ける場所づくりが重要であり、一日も早く自分の居場所として慣れてもらう工夫が多く実施されています。

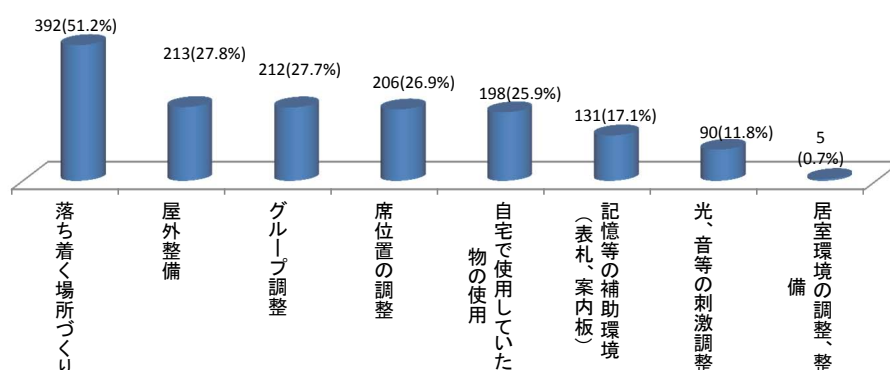


図 3 - 15 環境調整実施割合 (N=765) (複数回答)

(5) 人間関係の調整

人間関係の調整としては、家族との電話や手紙など連絡の調整が 50.5%、家族との面会や訪問など接触機会を調整する事が 43.1%と多く実施されていました。

また、他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整 (30.7%)、仲の悪い人との接触機会を減らしたり (24.3%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援 (22.6%)、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援 (12.3%)、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援 (10.8%) が実施されています。

特徴としては、帰宅したい理由として家族や自宅への強い思いがあることから、家族との連絡や自宅への訪問が多く実施されており、無理に抑制せず気持ちをかなえてあげるような支援が行われています。

そして、他の高齢者との関係を良好にするように他者から声をかけてもらったり、仲の良い人と一緒に過ごしたりと 1 人にしないような調整が多く行われ

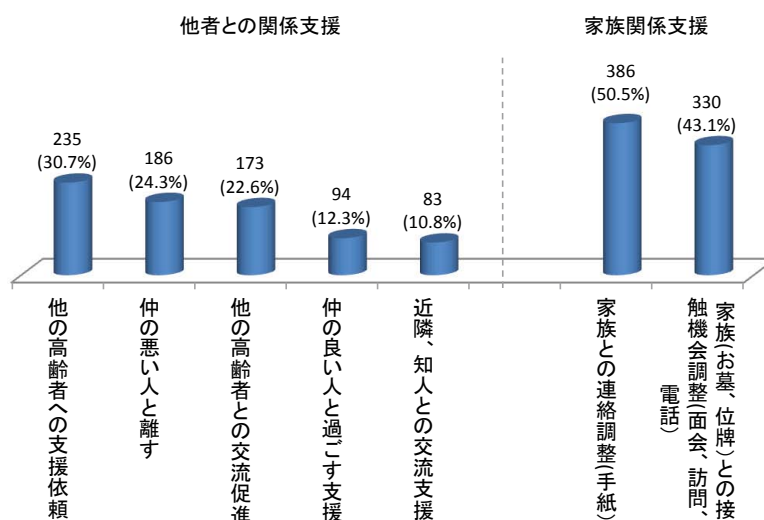


図 3 - 16 関係支援実施割合 (N=765) (複数回答)

ています。帰宅願望の要因として孤独感や孤立感がありますから、できるだけ人間関係に慣れてもらい、落ち着いてもらうような関係支援が行われています。

（６）身体的なケアの実施

身体的なケアについては、食事支援（44.7％）が最も多く、次いで服薬の調整や医師への相談など医療的な処置（29.0％）、排泄の調整や誘導など排泄の支援（29.0％）、水分の補給（22.9％）、睡眠の調整や改善（10.7％）と多く実施されています。視覚や聴覚への補助、入浴支援も少数ですが実施されています。

帰宅願望に対する身体的なケアでは、食事の支援によって落ち着いてもらったり、食欲を満たすことで満足してもらったりすることが特徴的です。徘徊や興奮・暴力への対応と比較すると身体的ケアは多く実施されていない傾向にあります。

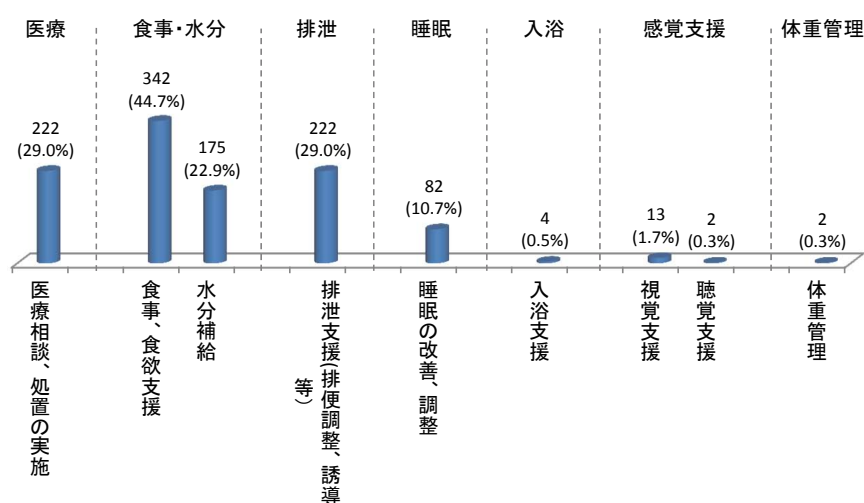


図 3 - 17 身体ケア実施割合（N=765）（複数回答）

帰宅願望へのケアの特徴

帰宅願望へのケア方法として、徘徊や興奮・暴力へのケアと比較した特徴は、コミュニケーション面では、理由や目的の確認、好きな話題での会話、頼りにしている事を伝える会話が特に多く見られています。

活動支援面では、自宅でしていた趣味活動を実施している割合が高く、外出支援を多く実施しています。

人間関係調整では、他者との交流支援や地域の人や知人との交流を多く実施しており、また、家族との接触機会の調整を多く実施していることが特徴です。

D. 帰宅願望へのケアに有効な視点

帰宅願望へのケアを行う上で、役立ったあるいは有効だった情報は何かという質問をしました。それぞれのケアごとに有効だと思われる視点が挙げられています。特に、多く挙げられている視点をケアごとに見てみたいと思います。

(1) 環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が挙げられています。

帰宅願望時はまず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施しているものと思われます。

各ケアごとの特徴としては、

- ①席の位置を調整する時は、現在の席の位置が適性かどうかや、他者との関係性を把握することが重要なようです。
- ②自宅で使用していた馴染みの物を利用する時は、家族からの情報や家族との関係状態の把握が重要になっています。
- ③居室の変更や居室内の整備を行う時は、認知機能の程度や、性格を確認している傾向が高いようです。
- ④表札や案内板などの補助環境を作る時には、特に、認知機能や視覚の状態を確認することが重要です。
- ⑤屋外の環境を整備する時は、体調や運動量の確認が特に必要とされています。

表3-1 環境の調整に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面										心理面			帰宅要求時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境			人間関係			介護者の対応																		
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症の経過	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の関係	家族の状況	異性関係
環境調整	人数調整	グループ調整																					◎○○				○○							○				○○									○	
	安定化	落ち着く場所づくり																					○○○		○		○○														○○○							○
	席の位置調整	席位置の調整																					○	○				○○										○◎						◎○			○	
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用																					○○○														○○								○			
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	○																				○◎○															○										○
	記憶補助	記憶等の補助環境（表札、案内板）	○	○					○														○○	○	○		○		○																	○		
	刺激調整	光、音等の刺激調整																					◎	○	○	○		○									○○		○							○		
	屋外整備	屋外整備					○				○											○○○	○	○		○		○○									○		○○								○	

コミュニケーションを行う時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が必要とされています。帰宅要求時は先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施しているものと思われます。

- ①わかりやすく説明を実施する時は、特に認知機能の程度を確認することが重要です。
- ②会話の内容を工夫する時には、生活歴や生活習慣などライフスタイルを確認しておくことが、本人が喜んだり、興味をもつ話題づくりに必要です。
- ③静かな環境で会話をしたり、タイミングを見計らったコミュニケーションなど、状況の調整には、周囲の雑音や人数などを見ながら実施しています。
- ④会話を多くしたり、付き添いや見守りを増やすような接触の量を調整する時には、他の高齢者とのコミュニケーションを確認して、あまり会話をせずに付き添うだけが良いのか、会話を増やした方がよいのかを判断しています。
- ⑤スキンシップや表情、見守りだけのような会話によらないコミュニケーションをする時は、特に職員との関係性が重要となっています。

[illegible]

(3) 活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、体調、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされています。

まず、本人の表情や行動を見て、なぜ帰りたいのか、何に困っているのかなど気持ちや心理を推測し、生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を把握し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、体調に応じた活動を支援しているものと思われます。各ケアごとの特徴としては、

- ①指導的な役割やリーダーとして活動してもらうには、認知機能の程度に関する把握が重要となります。
- ②趣味活動を支援する時は、生活行為の支援と異なり、運動量や周囲の雰囲気や刺激などを確認して実施している傾向があります。
- ③外出支援を実施する時は、特に運動量や睡眠状況など体調に関する把握が重要となります。
- ④療法を実施する時には、認知機能の把握や病歴、視覚の状態、睡眠状況や痛みなどを把握することが重要となります。

表 3-3 活動支援に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が 10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面												心理面			帰宅要求時の様子			本人特性			習慣・ライフスタイル			環境			人間関係			介護者の対応									
			認知機能	認知症の種類	認知症発症期間	体調	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思 心配ごと・不満状況	様子	姿勢	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	以前の人間関係	家族の状況	異性関係
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした				○															○	○			○	○																			○
		リーダー、指導者の役割	○			○																○	○			○	○																		○
		仕事や日課の継続																				◎	◎											◎◎											
	趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける																			○	○			○								◎◎												○
		好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施				○																◎	◎			○									○			○							○
外出支援	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加					○															◎	○	○		○									○			○								○
	自宅へ外出																				○	○	◎		○		○							○									○		
療法等	好きな場所へ外出し、見守る					○															○	○	◎		○		○							○			○							○	
	集団レク、療法	○				○	○			○	○	○												○	○	○	○							○		○							○		

身体的なケアの共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）を特に重視しています。そして、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）が重要とされています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①医師への相談や投薬の調整は、認知能力の確認をし、体調や病歴、睡眠状況、服薬状況、精神状態を把握することが重要です。
- ②食事の支援では、水分の摂取状況や過去の食習慣や嗜好を確認したり、他者との関係性も考慮されています。
- ③視覚や聴覚への支援では、自宅でのメガネや補聴器の確認、視力や聴力に関する情報が必要とされています。
- ④排泄の支援では特に運動量や薬の確認、排泄状況、水分量の確認が重要です。
- ⑤入浴の支援では、かゆみや痛みの確認、職員との関係性についての確認が重要となっています。

	大区分	小区分	ケア方法	認知能力	健康面	心理面	帰宅要求時の様子	本人特性	習慣・ライフスタイル	環境	人間関係	介護者対応
				認知機能 認知症の種類 認知症の症状 認知症の程度 認知症の経過	睡眠時間・状況 運動量 体重・BMI 視力・聴覚機能 水分状態 排泄状況 現病・既往歴 体調	身体機能 嚥下機能 食事量、食事摂取状況 聴力・聴覚機能 転倒歴 せん妄 幻視・幻聴 投薬状況 かゆみ 痛み	空腹感・満腹感 本人の気持ち、意思 心配ごと・不満状況 気分	嗜好・興味・関心 性格 声の調子 表情 言葉の内容 目線 姿勢 様子	容姿 生活習慣 役割 方言	椅子・机の色 椅子・机の高さ 椅子・机の形 席の位置 周囲の雰囲気・刺激	居室状況 周辺環境 家族の関係 以前の人間関係 スタッフとの関係 他の入居者との関係	介護者の性別 介助の内容・見守り方 スタッフの声かけ内容 異性関係 家族の状況 家族の関係 スタッフとの関係
身体ケア	医療	医療相談、処置の実施		○ ○ ○	○ ○		○					
	食事・水分	食事、食欲支援			○ ○		○ ○	○ ○	○		○ ○	○
	排泄	水分補給			○ ○ ○	○		○ ○	○	○		○
	排便	排泄支援(排便調整、誘導等)			○ ○ ○	○		○ ○	○			○
	睡眠	睡眠の改善、調整		○ ○	○ ○ ○	○ ○		○				
	入浴	入浴支援				○ ○	○ ○	○	○		○	
	感覚支援	視覚支援			○ ○ ○			○				○ ○
	聴覚支援	聴覚支援			○ ○			○ ○	○ ○	○	○ ○ ○ ○	
体重管理	体重管理			○ ○			○					

(5) 関係調整における有効な視点

関係を調整する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

先ず、他者とのコミュニケーションがどれくらい可能か、どのようなコミュニケーションが可能かを判断したり、他の入居者との関係や家族との関係を把握しながら、様子や心理を確認して、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施しています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①他者との関係調整では、周囲の雰囲気や刺激の状態、席の位置を確認することが重要です。
- ②選択率は10%以下でしたが、近隣や知人との交流を支援する時には、以前からの友人や知人、近所の関係を確認することも、有効な視点といえます。
- ③家族との連絡や訪問、来訪など接触機会の調整では、特に以前からの家族関係の確認が必要であることはいうまでもありません。

表 3-5 関係調整に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が 10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

[illegible]

(6) ケア体制整備における有効な視点

ケアの体制を整備する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が重要とされています。

各ケアごとの特徴としては、

- ①チームでケアを統一する上での視点としては、特に生活習慣や生活歴、他の入居者との関係性が重視されています。
- ②職員の調整では、職員との関係性や職員のケア方法を確認し、表情や様子などの反応を見て、専属職員にしたり、異性にしたり同性にしたり、特に親しい職員に変更しています。

表 3-6 ケア体制整備に有効な視点（ケアに有効だった情報の選択率が10%以上のものに○を、50%以上に◎をつけています。）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面												心理面		帰宅要求時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境		人間関係		介護者の対応																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			認知能力の種類	認知症罹患期間	認知症の症状	現病・既往歴	水分状態	排泄状況	体調	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・意思	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	性格	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	生活層	役割	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の形	席の位置	周囲の状況	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の関係	以前の人間関係	異性関係	スタッフの声かけ内容・見守り方																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ケア体制	ケア方法の統一	ケア方法の統一		○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

帰宅願望へのケアに有効な視点的傾向

帰宅願望へのケアに有効な視点的傾向としては、何れのケアにおいても帰宅要求時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、なぜ帰りたいのか、どこに帰りたいのかなど気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点です。これらはケアの基本的な視点ともいえます。まず、本人の状態を良く見ること、そして外からみて分かる情報だけでなく、内面的な心まで把握しようとしていることが重要だといえます。

もう1つは、何れのケアにおいても人間関係を重視している点です。他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、日頃、人との関係がどのようなものであるかを踏まえておくことが重要だと言えます。帰宅願望は一般的に、落ち着く場所や居場所が定まらない事が原因で生じるといわれていますから、他者との関係性を把握し、それぞれの特性に応じた人間関係の調整を通して信頼できる関係づくりが必要であるといえるでしょう。

次いで、生活習慣やライフスタイルを重視している点も見逃せません。帰宅願望自体が精神的な不安定感や、適応ができないことによる症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが居場所づくりを促進し帰宅願望を低減するための重要なケアといえるでしょう。

全体を通して、意外に少なかったのが認知能力の確認です。認知機能の程度を把握する事は、理解力や記憶力の状態に応じたケアを行うためには重要な確認事項です。

E. 失敗したケア方法

表 3-7 帰宅願望への失敗ケア事例と影響（一部抜粋）

対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	・なじみのある家具を持ち込んでもらい、居室のしつらえを考えた。 ・対応を統一した際、その場、その時の本人の様子、気持ちに寄り添うことなく対応を優先してしまったこと。	・落ち着かれるより困惑されてしまった。（長くショートを利用され、短期間で家に戻る生活に慣れておられ、長期入居となってしまうことを受け入れられていないため） ・統一した処遇を優先しなければと焦って対応した結果、返って興奮されてしまった。
	居室にお1人にする。自由な時間を作ったつもりだった。	異食行為に気付かずいた。ボタンなど口に入れていた。・タンス内の衣服を全て出してしまった。帰宅願望の荷作り⇒どろぼうが入ったとおびえている。
	口数の少ない人との同席	落ちつかれず帰宅要求につながった時がある
	人形をご自身の孫と思って可愛がっており、夜間の就寝介護時、帰宅願望等見られ落ち着きがなかった時に人形と一緒に臥床していただいた。	人形に、ご自身の毛布や布団をしっかりと掛けて、寝かしつけ、30分程で自らは起きて来られた。
	環境を変えた	変えた事によりより不穏が増す時もありました。
	仲の良いご利用者が、他のご利用者と楽しく話しているのを見て、不機嫌になった。そのことに、気づけなかった。	不機嫌になり、自室に戻る。そして、帰り仕度をして、ないていた。
コミュニケーション	機嫌がいいと思われる時に、必要以上に会話をしてしまう	うるさいと怒る。「何やってんだ近くで馬鹿にしてんのか」といわれた。他の場所に移動する。あっちいけといわれる。不穏になる。
	最初ショートスティでの御利用だったので荷物（衣類・カバン）が無くならないようにあずかった	何も持っていない事に不安を強く訴えた（特にお金を持っていない事）2～3秒で忘れて又訴えるをくり返していた。
	多くのこと（提案等）を介護者側から話し選択を増やしてしまった。	混乱がみられ、強い帰宅願望となってしまった。
	声がけをたくさんし、本人に納得してもらおうとした時	話を聞く様子はなく、車イスで前へ前へと進んでいった。表情険しく、口調もやや荒かった。
	マンツーマンで関わる時間を毎日10分程作った。	関わる職員が日替わり状態だったので、かえって落ちつかない状況を誘発させてしまった。
	一人になりたい時に『増々落ちこむのでは』と職員が心配し介入しすぎたこと。	逆に落ちこむ度合いが高くなり、帰宅願望に火をつける結果となる
	一生けんめいにかかわろうとする。	余計 落ちつかなくなる。
	訴え時にただ座っていてと伝えた	大声を出したり。席へ移動時、大声を出したりした。
	不安を軽減しようと職員が雰囲気を感じ上げた	自分がいやな雰囲気と感じる時は、その場を離れる行動がみられるようになった。
	話題を変えようとした。違うものに気をうつそうとした。	不安や不満が大きくなり、職員の話しを聞き入れようとせず、そのまま歩いてかえる。
活動支援	外での草取り、畑での野菜作り。家ではよく草取りをしていたとの事で落ち着くだろうと庭の草取りをしていただいた	夢中になりすぎて休むことができず疲れてしまう
	自由に歩行して頂いていた	転倒されてしまった。・他ユニットまで行動範囲が広がり他の利用者の食事に手を出してしまう。ベランダをこじ開け外出する。
	①家に帰ると言って外へ出て行った為、職員がかわる等しつきそった。 ②あまりに希望が強く、日帰りでご帰宅 ③要求時にあいまいな返事をしてしまった。	①他人の家に行き、電話を借り様としたり、泊めようと動かず、その後も歩き回った（3時間程） ②戻りたくない施設へ帰って来なくなった ③興奮が強くなった。又、職員に対する信頼関係を失った。
	①最初は申し送りが始まると帰宅願望が始まるため、申し送り開始前声をかけて参加をもらった ②通所の送迎バスでドライブへ行く	①怒られる（参加されるが、職員の言っていることが理解できないため） ②10日間ぐらいいよかったが、バスに乗っても又ここへ帰ってくると怒る。
	うつの診断があったにもかかわらず、気分の高揚を意識しすぎた。	逆に気持ちを落ち込ませてしまった。（町内のお祭りに連れて行くと喜んでたが、その日の夕方から伏さぎ込んだ）。いつもの表情に戻るのに一週間くらい要した。
	一緒に散歩しようとする	「人をバカにして…」「他の人が見たら俺がおかしい奴だと思われる…」などと話し激怒される事も多々ありました。（怒鳴り、時には手をあげられる事も）
	外に気持ちが向き、一緒につきそい歩く	疲労感強くその後再度さらに不安言動がきかれる。本人の体力・歩行能力を考慮したいが...

対応分類	徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
活動支援	居室で休んで頂くように話をする。	居室から出て来られ、興奮され帰宅願望の訴えが強くなる。
	作業することは、いやではないのですが、時には気分の乗らない時もあり作業はして下さるも、少し愚痴が出ることもありました。	作業されていない、他の利用者さんに腹を立てることがありました。(同じご飯を食べても、何もしない人もいます)と言われイライラされることがあります。
	人形や、ぬいぐるみを渡し、世話をしてもらった。	「元々世話好きで、仕事も一生懸命、人につくす性格の方」→世話に一生懸命になりすぎて、それが手元に無くなった時、時間が経ってから「子供」を心配して、激しい帰宅要求になってしまった。
身体ケア	安定剤の定期的服用	日中の活動時間が短くなり意欲低下が認められた。
関係調整	家族との調整で、本人の気持ちを重視するあまり、家族に電話をかけ本人とつないだこと。	利用者さんも自分の思いを、家族に受けとめてもらえず、家族に対する不満増大。家族から施設側へ苦情申し立てとなり、市に相談に行かれた。
	家族と TEL 活かしてもらった。	自分に都合のよいよう情報を変えてしまい、まちがった記憶が強くなり帰宅願望がひどくなってしまった。
	家族に面会に来てもらった際、ご本人は常に「息子と呼んで」とおっしゃっていたが、息子さんご夫婦で来所された。(嫁との関係がうまくいっておらず、職員がそれを把握しきれなかった。)	面会時に泣き出してしまわれ、家族が帰ったあとも、いないはずの息子に語りかけるなどの様子が見られた。
介護者調整	同じ職員で専属的にケアにあててみた。	誤人を招く結果となり、かえって混乱が見られるようになった。例他利用にかかわると不機嫌、シットなど。
	特定のCWに個定化しすぎた	他のCWによらなくなった。他CWに拒否を示すようになった。
	帰宅願望の際、同じ介護職員がずっと対応した。	利用者・職員共にストレスが増し、状況が悪くなった。その職員を、せめ、かかわられると、イライラし、高声を上げる。
	男性スタッフが対応した。	興奮されて、帰宅要求が1h程続いた(深夜)

帰宅願望への失敗ケアと高齢者への影響について一部の回答のみ整理しました。いずれも、成功したケア方法と同様に、環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、関係の調整、介護者の調整等を実施していますが、タイミングのずれや、本人の意向に沿わないような対応をしている場合に悪影響を及ぼし、余計に帰宅の要求を増加させてしまっています。これらの失敗事例から、単純に成功したケア例を参考に実施するのではなく、高齢者の状況や環境、気分などに応じて適切なタイミングで実施することが重要であることが分かります。これらの事例を参考に良いケアを実践し見る必要があります。

Ⅳ 最後に

今回の調査では、認知症に伴う行動・心理症状の中でも、特に頻繁に出現し、対応が難しいとされる徘徊、興奮・暴力、帰宅願望を取り上げ、介護事業所で実際に解決できたと思われる事例について、ケアの方法や役立った視点を集めて整理をしました。何を基準に解決と判断するのか、解決などなかなかしないんじゃないかなどのご指摘を多くいただきました。確かに徘徊自体の定義が実はあまり明確ではないことから、あるいは帰宅の願望や要求自体が特に問題ではないことから察しがつくように、これらの症状が全く無くなるということは無いのかも知れません。しかし、目的があるにせよ無いにせよ、不安そうな表情で、心配そうに落ち着きなく歩き回っている状況は、とても放っておける状況ではありません。帰宅願望にしても、誰もが家に帰りたいという気持ちを持っていたり、懐かしいあの頃に戻りたいと思っていることはあるかもしれません。しかし、1日に何度も怒ったり、悲しんだり、困惑の表情で切に帰りたい、帰らせてくれと訴える様子はとても苦しそうです。全く無くならないかもしれませんが、せめて困惑している状況を緩和することによって、落ち着いた生活を送ってもらうことが必要です。認知症の中核症状である高次脳機能の低下が劇的に改善される事はなかなかありません。しかし、周囲の対応や環境によって混乱した気持ちが和らぎ、穏やかな生活を送ることは可能です。そのためにもできるだけこれらの症状は低減していくことが必要不可欠だと思われます。

今回の結果からもわかるようにこの3つの症状へのケアは、多くの共通点を持っています。ケアの基本的な視点として、高齢者の様子を注意深く見る事と高齢者本人の心を見ようとする事がとても重要な事が明らかとなりました。心理と行動や表情、しぐさ、言動を見ることからケアが始まります。そして、コミュニケーションの内容や方法、状況を工夫し、過去のライフスタイルや生活習慣を踏まえた活動の支援や、人間関係の調整が実施されていました。忘れてはならないのは医療的な関わりや身体的な介護も重要なケア方法になっていることです。そして家族との関わりも高齢者にとってはかけがえのないものであることが示されました。

認知症ケアは個別ケアが基本であるといわれます。確かに、高齢者個人の特性や周囲の環境特性、関わる職員の特性、さまざまな人生経験、認知症の症状の特殊性など非常に多くの要因が絡み合っており、それぞれの症状が特殊で、異なるように思います。当然、ケアの方法もそれぞれの状況に応じて多種多様な方法が行われています。しかし、今回の結果からもわかるように、それぞれの個性を大事にしながらもおおよそ共通のケア方法や視点があり、基本的なモデルがあることが分かりました。

今後は、認知症者に関わる介護者の全てが、基本的なケアの技術を身につけており、誰がケアしても同じようなケアが安定的に提供できるようにしていかなければなりません。そのためにも、今回の研究結果をもとに、今後は、認知症ケアの教育方法を検討したいと考えています。このような成果としてまとめることができたのは、本研究の主旨にご理解をいただき、快く調査にご協力いただきました多くの事業所の方々のおかげとっております。本当にお忙しいところご協力いただき、大変貴重な情報を提供していただきましたこと心より感謝申し上げます。今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。

平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究事業

認知症介護成功事例に関する調査結果（概要版）
～成功事例から見る徘徊・興奮・帰宅願望ケアの傾向～

平成 25 年 3 月

発 行 所 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6-149-1
TEL：022-303-7550 FAX：022-303-7570

発行責任者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤伸司

印 刷 所 株式会社ホクトコーポレーション
〒989-3124 仙台市青葉区上愛子字堀切 1-13