

## 認知症ケアに関する施設管理職の意識

ヒトミ ヒロエ テラダ ジュンコ ナカムラ ヨウコ ウネ ヒロシ  
 人見 裕江\*1 寺田 准子\*2 中村 陽子\*3 畝 博\*4  
 オガワ タカノリ サイトウ ミチコ ゴウギ ヨシコ  
 小河 孝則\*5 斎藤 美智子\*6 郷木 義子\*6  
 オカ キョウコ モリヤマ ミエコ ヒロノ ショウコ  
 岡 京子\*7 森山 美恵子\*8 廣野 祥子\*9

**目的** グループホームを除く介護保険施設（以下「介保施設」）および老人性痴呆疾患治療病棟（以下「病棟」）における管理者の認知症ケアに関する意識を明らかにすることを目的とした。

**方法** 山陰地方および大阪市に登録されている介保施設である介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設および全国老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覧（平成13年）から抽出した病棟における、看護および介護直属の管理者を対象とした質問紙調査を実施した。介保施設は依頼した226施設のうち57施設（25%）、病棟は依頼した191施設のうち43施設（23%）の管理者から回答を得た。調査内容は、施設の概要、認知症のある利用者の状況のほか、認知症ケアに関する施設管理者の意識、すなわち、認知症の判断、認知症ケアに関するスタッフへの特別の指示、事故防止対策、自助グループ育成についてである。介保施設と病棟との2群を比較検討し、管理者の意識についてはFisherの直接確率で有意差の有無を調べ、自由記載項目については内容を分析した。

**結果** 事故防止対策を介保施設と病棟の2群で比較すると、病棟で非常によく対策をとっており、有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた。また、自助グループ育成活動を2群で比較すると、有意差は認められなかったものの病棟で積極的に推進している可能性があった。認知症ケアに関するスタッフに対する特別の指示は病棟で有意に多く、その内容は抑制や拘束に関するものが多い傾向が示された。また、介保施設では、病棟に比べ事故対策が徹底していた。

**結論** 施設の法的枠組みも考慮した、対象の人権を保障する管理者の意識改革が必要である。

**キーワード** 管理者、認知症ケア、施設、身体拘束、自助グループ

### I はじめに

要介護高齢者が在宅か施設かの生活の場の選択を決定する際には、介護保険認定における要介護3が1つの大きな転換点となり、排泄と認知症の有無が施設入所の要因であることが指摘されている。一方、施設入所者が、在宅を生活の場に決定する際には、在宅でのサービスの充実および入所時に受けているケアが在宅療養へ

継続されるかどうか課題となる<sup>1)2)</sup>。

在宅や施設・病院で介護を受けながら生活している認知症高齢者の種々の精神症状や行動障害（BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）などの周辺症状は臨床における大きな問題であり、介護者の身体的・精神的負担への影響が大きい<sup>3)4)</sup>。また、認知機能障害を中心とした中核症状は医学的に説明するしかないが、BPSDを理解するには、認知症と

\*1 鳥根大学医学部看護学科教授 \*2 岩倉病院看護師 \*3 関西国際大学人間学部人間行動学科助教  
 \*4 福岡大学医学部衛生学教室教授 \*5 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科教授  
 \*6 順正短期大学助教授 \*7 川崎医療短期大学助教授  
 \*8 ケアプランねこの手みつ介護支援専門員 \*9 鳥取大学大学院医学系研究科修士課程

いう病を生きる一人ひとりの人生が透けて見えるような見方が必要となる<sup>4)5)</sup>。一般に、認知症の中でもアルツハイマー病は、看護・介護の上では、環境の調整と応対の工夫などにより改善できる症状が多いといわれている<sup>6)7)</sup>。

これら施設および在宅サービス提供機関における認知症ケアの質には、そのサービス提供機関の管理者の価値観が影響する<sup>7)8)</sup>。介護老人保健施設における看護管理者は、入所者の認知症を改善し、進行を防止し、療養生活環境を把握し、施設外他職種と連携できる管理を主眼としていることが明らかにされている<sup>8)</sup>が、認知症ケアにおける施設管理者の意識に関する研究は少ない。

本研究は、グループホームを除く、現在、認知症高齢者の施設ケアの中心となっていると考えられる介護保険施設（以下「介保施設」と老人性痴呆疾患治療病棟（以下「病棟」）における、看護および介護直属の管理者が抱えている認知症ケアに関する意識を明らかにすることを目的とした。

## II 研究方法

山陰地方および大阪市に登録されている介保施設である介護老人保健施設（以下「老健」）、介護老人福祉施設（以下「特養」）、介護療養型医療施設（以下「療養」）、および全国老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覧（平成13年）から抽出した病棟に対し、2002年11月から2003年1月に調査を行った。

対象は、看護および介護における直属の管理者であり、研究参加への同意は、全員から書面により得た。

表1 管理者が所属する施設の背景 (n=100)

介保施設 (n=57)				
	人数		%	
介保施設の設立母体				
公的・社会保険団体	19		33	
社会福祉法人	23		40	
その他	15		27	
	四分位偏差			
	平均	25パーセントイル	中央値	75パーセントイル
定員の平均(人/施設)	67	50	58	99
1日の平均入所者数(人)	67	47	58	89
認知症の高齢者数(人)	37	18	38	50
入所日数(日)	206	0	145	254
認知症の症状が軽快した人(人)	3	0	0	7
症状軽快高齢者数/認知症の高齢者数(%)	7	0	2	2
認知症の症状が悪化した人(人)	3	0	1	0
症状悪化高齢者数/認知症の高齢者数(%)	8	0	2	11

病棟 (n=43)				
	人数		%	
病棟の設立母体				
地方公共団体	3		7	
公的・社会保険団体	4		9	
医療法人	30		70	
その他	6		14	
	四分位偏差			
	平均	25パーセントイル	中央値	75パーセントイル
病床数の平均(台/施設)	67	48	50	53
入院中の認知症患者数(人)	53	34	47	50
入院形態 任意入院(人)	14	0	4	27
医療保護入院(人)	32	21	37	47
平均入院日数(日)	413	100	284	454
認知症の症状が軽快した人(人)	216	0	7	30
症状軽快高齢者数/認知症の高齢者数(%)	39	11	32	64
認知症の症状が悪化した人(人)	4	0	0	6
症状悪化高齢者数/認知症の高齢者数(%)	9	0	7	13

管理者が活用している認知症の判断に関する情報 (単位 人, ( )内%)

	合計	病棟	介保施設	有意性確率 <sup>1)</sup>
医師の診断				
判断する	86	43 (100)	43 (78)	p=0.001
判断しない	12	— (—)	12 (22)	
不明	2			
本人の言動から				
判断する	89	37 (90)	52 (91)	p=1.000
判断しない	9	4 (10)	5 (9)	
不明	2			
認知症スケール				
判断する	77	36 (86)	41 (73)	p=0.213
判断しない	21	6 (14)	15 (27)	
不明	2			
介護支援専門員からの情報				
判断する	65	14 (38)	51 (91)	p=0.000
判断しない	28	23 (62)	5 (9)	
不明	7			
添書やサマリー				
判断する	89	37 (93)	52 (91)	p=1.000
判断しない	8	3 (8)	5 (9)	
不明	3			

注 1) 不明を除いて検定 (Fisherの直接法)

介保施設は依頼した226施設のうち57施設 (25%)、病棟は依頼した191施設のうち43施設 (23%)の管理者から回答を得た。

調査内容は、施設の概要、認知症のある利用者の状況、管理者の認知症ケアに関する意識として、認知症の診断がなされていない高齢者における認知症の判断、認知症ケアに関するスタッフへの特別の指示、事故防止対策、家族へのサポートとして自助グループ育成の推進に関する意識の有無などとした。

分析は統計パッケージWindows版SPSS10.0を用いて行った。認知症高齢者の慢性期の療養の場である介保施設と急性期医療の場である病棟の2群における管理者の意識の違いは、Fisherの直接確率を用いて有意差の有無を調べ、自由記載項目については内容を分析して比較した。

### III 結 果

#### (1) 管理者が管理している施設の特徴

施設別に管理者の所属をみると、介保施設57人(老健19人, 特養23人, 療養15人)、病棟43人であった。

管理者が所属する施設の背景については、表1のとおりであった。介保施設における認知症の高齢者数は平均37人、中央値38人であった。認知症の症状が軽快した人は平均3人、中央値0人で、認知症の高齢者数のうち7%、中央値2%であった。

また、病棟入院中の認知症患者数は平均53人

で、認知症の症状が軽快した患者は平均39%、中央値32%で、悪化した患者は平均9%、中央値7%であった。

なお、病棟は、介保施設に比べ、認知症状が軽快した率は約40%と高かったが、両者ともに軽快した理由として、「かかわり方の工夫」「規則正しい生活習慣」「家族との連携」「排泄の自立」があげられていた。一方、認知症状が悪化した理由では、「環境の変化」「状態の悪化」「加齢」「入院等による環境の変化」「かかわり方」があげられていた。

#### (2) 認知症の有無を判断するための各情報についての管理者の指導 (表1)

認知症の有無を判断するための各情報についての管理者の指導として、病棟と介保施設を比べると、「医師の診断」をよく用いて判断するのは、病棟では全員がそうしていた。「本人の言動から」をよく用いて判断するでは有意差はなかった。「認知症スケール」をよく用いて判断するのは病棟、介保施設でそれぞれ36人(86%)、41人(73%)と、病棟でより多い傾向があった。「介護支援専門員からの情報」をよく用いて判断するのは、病棟では14人(38%)のみだったのに対し、介保施設は51人(91%)と多く、有意差(p<0.001)が認められた。

#### (3) 認知症ケアに関する特別の指示、事故防止対策、および家族へのサポートとして自助グループ育成の推進 (表2)

介保施設の管理者で「スタッフに対して、認知症ケアに関する特別の指示」を「非常によくする」「まあまあ」は合わせて45人(80%)であった。また、「事故防止対策」について、「非常によくする」が45人(80%)、「まあまあする」が11人(20%)であった。「自助グループ育成」を「積極的によく推進」「まあまあ」が12人(21%)であった。

一方、病棟では、「認知症ケアに関する特別な指示」を、「非常によくする」「まあまあ」は合わせて40人(93%)であった。「事故防止対策」は「非常によくする」が31人(72%)、「まあまあす

表2 管理者の意識 (n=100)

(単位 人, ( )内%)

指 示	合計	病棟	介保施設	有意性確率 <sup>1)</sup>
特別の指示				
よくする, まあまあ	85	40( 93)	45( 80)	p=0.087
あまり, しない	14	3( 7)	11( 20)	
不明	1			
事故防止対策				
よくする	76	31( 72)	45( 80)	p=0.015
まあまあする	23	12( 28)	11( 20)	
不明	1			
自助グループ育成				
よく推進, まあまあ	24	12( 28)	12( 21)	p=0.483
あまり, しない	76	31( 72)	45( 79)	

注 1) 不明を除いて検定 (Fisherの直接法)

る」12人(28%)であった。「自助グループ育成」を「積極的によく推進」「まあまあ」が12人(28%)、「あまりしない」「しない」が31人(72%)であった。

病棟と介保施設の2群を比べると「特別の指示をよく出している」は、介保施設に比べ病棟で多かったが、有意差は認められなかった。しかし、「事故防止対策をとる」は、病棟に多く、有意差(p<0.05)が認められた。また、「自助グループ育成」は、病棟で積極的に推進している可能性があったが、有意差は認められなかった。

(4) 認知症ケアに関する特別な指示の内容 (表3)

介保施設における「特別な指示」の内容は57施設中45施設で記載があり、言葉遣い・個別対応など対応や接遇に関するものが31件と最も多く、抑制・拘束に関する18件、危険・事故防止について12件、入所時からの状態把握4件、家族対応1件、研修会への参加推進1件であった。身体拘束に関しては、省令に基づき全面禁止の施設が多かったが、清潔保持のため一時的につなぎ着用や転落防止のため安全帯を使用している施設もあった。

病棟における「特別な指示」の内容は43施設中36施設で記載があり、抑制・拘束が21件と最も多く、言葉遣い・個別対応16件、危険・事故防止5件、家族対応4件であった。拘束・抑制では全面的禁止施設もあったが、安全帯による行動制限、夜間の抑制や時間的な施錠などの抑制の現状があることが記載されていた。

(5) 事故防止対策の内容 (表4)

介保施設における「事故防止対策」の内容は57施設中34施設で記載があり、介護事故の防止のために転倒や転落、褥瘡発生などの発生予防のためのヒヤリハット、インシデント分析事例41件、事故報告書の記入、事例検討34件、見守り強化と環境整備がそれぞれ9件、研修会や新人教育5件であった。

病棟における「事故防止対策」の内容は43施

表3 特別の指示の内容(複数回答)

(単位 件, ( )内%)

項目	合計	病棟(n=36)	介保施設(n=45)
言葉遣い・個別対応	47	16 (35)	31 (46)
抑制・拘束	39	21 (46)	18 (27)
危険・事故防止	17	5 (11)	12 (18)
家族対応	5	4 (9)	1 (1)
入所時からの状態把握	4	— (—)	4 (6)
研修を受けるよう指示	1	— (—)	1 (1)
		46 (100)	67 (100)

表4 事故防止対策の内容(複数回答)

(単位 件, ( )内%)

項目	合計	病棟(n=42)	介保施設(n=34)
ヒヤリハット、インシデント分析	72	31 (33)	41 (41)
事故報告書の記入、事例検討	70	36 (38)	34 (34)
環境整備	21	12 (13)	9 (9)
家族対応	3	2 (2)	1 (1)
見守り強化	14	5 (5)	9 (9)
薬の副作用に注意	3	3 (3)	— (—)
研修会や新人教育	10	5 (5)	5 (5)
		94 (100)	99 (100)

設中42施設で記載があり、事故報告書の記入、事例検討が36件で、事故発生時の話し合いの徹底、事前予測による事故予防や対策があげられていた。ヒヤリハット、インシデント分析事例は31件で、その具体例として、家族への連絡調整、転倒や転落、骨折や打撲、離院、異食、誤嚥や窒息、薬物による過沈静、患者同士のトラブル、私物の紛失などが記載されていた。次いで、環境整備12件、見守り強化5件などであった。

(6) 自助グループ育成の内容

介保施設における自助グループ育成の内容は10施設で記載されていた。病棟における自助グループ育成の内容は14施設で記載があった。その内容は、「行事時への家族の参加」「認知症ケアの勉強会等介護教室の実施」「家族の座談会の企画」などであった。

特別の指示および事故防止対策の内容のうち、家族への対応について記載されていたのは、病棟では、「治療の経過」や「ケア上の教育的なかかわり」があげられていた。介保施設では、「入所目的などの利用者に関する情報を得よう指導」があげられていた。

## IV 考 察

### (1) 管理者が所属する施設の入所者の特徴

認知症の症状が軽快した入所者数は、病棟は介保施設に比べ39%と多かった。その理由として、本人とのかかわり方の工夫、規則正しい生活習慣、家族との連携、排泄の自立があげられていた。こうした結果は、先行研究<sup>3)-6)</sup>と同様に、認知症の症状の診断に加え、入所者がどのような不自由を抱いて暮らしているのかをアセスメントを通して理解し、環境の調整、対応の工夫などにより、看護・介護の面から改善できる症状が多いことを示している。

### (2) 認知症の有無を判断するための各情報についての指導

認知症の診断がなされていない高齢者で、認知症の有無を判断するための情報入手方法やスタッフへの指導については、病棟では、医師の診断を情報として用いるよう指導している割合が介保施設よりも高かった。介保施設では居宅介護支援専門員の情報による判断が多く、居宅介護支援専門員が療養者の状態に合わせて立案したケアプランに基づいて施設ケアを提供するという、介保施設の特徴が浮き彫りになっていた。しかし、病棟では、認知症スケールを用いて認知症の判断をしており、介保施設ではこれが少ない傾向が示唆された。

### (3) 認知症ケアに関する施設管理者の意識

本研究では、介保施設に比べ、病棟でスタッフへの特別な指示を多く出していた。逆に、事故防止対策は病棟に比べ、介保施設でより徹底されており、ヒヤリハットやインシデントの分析をしたり、事例検討が頻回になされたりしていることがうかがえた。その内容には、事故発生時の話し合いの徹底、事前予測による事故予防や対策があげられていたが、一方で、認知症高齢者一人ひとりの特徴を把握した上での個別の事故リスクに関する予測的な把握や対策が不十分であると思われた。

病棟における特別な指示の内容は、抑制や拘束の実施に関するものが多い傾向が示され、介保施設では、抑止や拘束は禁止しているとの記載が多くみられた。病棟は認知症の急性期医療の場であり、介保施設は認知症専門の施設ではなく、維持期ケアの場であるという施設の機能上の特徴が影響していると考えられる。さらに、これら両施設の機能上の差異に加え、法的枠組みの違いが抑制や拘束のマネジメントに影響していると思われる。

介保施設では、身体拘束の禁止に関する厚生労働省令の規定に従って、事故防止対策はよく徹底されていた。介護保険法の省令による身体拘束の全面禁止と、精神保健福祉法の規制という法的枠組みに則っている点が異なるためと考えられた。しかし、身体拘束はしないとしながらも、必要時には本人や家族の了解を得て、安易に身体拘束が行われている危険性も危惧された。また、介保施設では、身体拘束の禁止に関する省令に従い、身体拘束を特別な指示内容として挙げている施設が多くみられた。さらに、病棟においては、医療モデルに基づいた意思決定がなされていることも、隔離・身体拘束の原因の1つとして指摘されている。例えば、Morrison<sup>9)</sup>による質的研究では、病棟スタッフが行う身体抑制の意思決定は、病棟の哲学、特に、患者の行動は疾患から発生した症状であり、身体抑制もその症状をコントロールするための道具の1つである、という考えに影響を受けていることを指摘している。

本研究の結果では、介保施設では病棟の管理者に比べ、スタッフへの特別な指示をすることにより、隔離・身体抑制の防止に力点を置いていることが示唆された。しかし、老人保健施設における全国実態調査<sup>10)</sup>によれば、介護施設において「叱責する・非難する」「嫌味をいう」という言葉による不適切な処遇が584例(66.3%)、「わざと乱暴な介助をする」という身体的暴力が343例(38.9%)、身体拘束308例(35.0%)と報告されている。また、身体拘束を行っているのは、鳥取県138施設中99施設の回答で53%、鳥根県174施設全施設の回答で55%、大阪府約400

施設で約60%であった<sup>10)~12)</sup>。介保施設において、省令では身体拘束は禁止されているものの、例外として「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たす場合、実態上、身体拘束が行われている。仮に、三要件を満たす場合にも、その手続きの面で慎重な取り扱いが求められている。すなわち、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、施設内の身体拘束廃止委員会といった組織において、事前に手続きなどを定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を原則とする。利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間などをできるかぎり詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。事前に身体拘束について施設としての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除する。この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。さらに、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様と時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならないものとされている。

しかし、身体拘束に関する認識や「身体拘束」と理解する範囲も管理者によってまちまちである。鳥根県の調査<sup>11)</sup>では三要件を満たすケースはわずか5.8%であり、また、茨城県の調査<sup>12)</sup>では299施設中180施設でなんらかの身体拘束が行われ、記録を行っていない施設が36施設(11.8%)あることが指摘されている。このことから、例外規定の認識も低いといわざるを得ない。今後は、第三者評価も加え、法的整備も必要ではないかと考える。

一方、今回の対象であるすべての病棟は精神病院と併設されており、法的枠組みは精神保健福祉法である。したがって、患者の隔離と身体拘束は、同法36条1項により精神保健指定医が必要と認める場合のみ行うことができる。隔離の対象となる患者は、主として「他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合」のような処遇の基準に該当すると認められる患者であり、隔離以外のよい代替方法がない場合において行われるものとされている。また、身体拘束の対象となる患者については、自殺企図または自傷行為が著しく顕著である場合などで認められている。

認知症高齢者の場合には、事実上、隔離・身体拘束の決定は、24時間ベッドサイドにいる看護・介護職の判断に基づいて行われていると考えられる。病棟での隔離・拘束は、事故防止に主眼がおかれている。実際に、老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟における患者の状況調査<sup>14)</sup>によると、認知症に伴う問題行動と精神症状が出現したのはいずれの病棟においても90%を超えていた。その原因が抗精神病薬によることが大きいことがうかがえる。その際のケアについて分析し、隔離・身体拘束をしないで対処する方法が徹底されているか、隔離・身体拘束の処遇に関するあり方や身体拘束の代替方法が検討されているかについて明らかにする必要性が示唆された。

利用者にとって、施設によって処遇がかわってくるのは疑問があるところである。身体拘束について各々の施設での自助努力では限界や格差があり、各施設の垣根をこえて身体拘束について検討することが求められる。長畑ら<sup>15)</sup>は、認知症高齢者の言動の意味をとらえたケア方法を探索する探索的アプローチの獲得が、老健で働く看護師の課題であると述べている。これらのスタッフの意思決定も、その施設の管理体制に負うところが大きい。Karlsonら<sup>16)</sup>は、ナーシングホームの看護師が抑制を用いる主な理由に労働環境の問題を挙げている。同様に、山本ら<sup>17)</sup>は、一般病院に勤務している看護職の抑制に関

するジレンマは、業務環境、個人的価値観、さらには社会システムに関係があることを指摘している。

さらに、隔離・身体拘束の意思決定の理由と考えられる事故防止に関しても、その根拠を問い直す必要がある。Sailas & Fenton<sup>18)</sup>によるコクランレビューでは、隔離・拘束によって安全や事故防止がもたらされることを明らかにした文献は皆無であった。むしろ、過去10年間の無作為化比較試験の多くは、長期にわたる抑制によって身体的・精神的機能が衰退し、その結果、転倒などの危険性があることを明らかにしている<sup>19)</sup>。管理者は、日々の業務において、根拠に基づく実践がされているかどうかを、批判的に検討する必要がある。

今後、管理者の意識改革をもとに、急性期医療の場と慢性期の療養の場における対象者のニーズの違いを明らかにした痴呆ケアの研修などを実施し、知識の醸成を図ることが重要である。また、認知症高齢者の症状に起因した生活場面における支障について、的確にアセスメントし、身体拘束のあり方や代替方法を検討する必要性が示唆されている<sup>20)~22)</sup>。

#### (4) 家族へのサポートとして自助グループ育成の推進に関する意識

自助グループ育成の推進については、介保施設より病棟で積極的に推進されている可能性が考えられた。病棟で自助グループ育成の推進に積極的であったのは、精神病院において精神障害者やアルコール依存症の家族会の育成がされてきたことが影響しているのかもしれない。

「特別の指示および事故防止対策」の内容において、家族への対応では、治療の経過やケア上の教育的なかわりがあげられていた。行事などへの家族の参加、認知症ケアの勉強会等介護教室の実施、家族の座談会の企画などにより、自助グループ育成が推進されていることが考えられた。先行研究<sup>23)~25)</sup>によれば、家族の会などの自助グループが果たす機能として、単なる知識や情報の普及だけでなく、交流による励ましや支え合いから介護への意欲を増進させる役割

があることが明らかにされている。これら自助グループ育成の意義を管理者が理解し、積極的に育成できる土壌づくりを検討していくことが期待される。

今後、認知症高齢者の言動の意味をとらえた探索的アプローチの獲得が課題であるといえよう。さらに、施設の法的枠組みも考慮した、対象の人権を保障する管理者の意識改革が必要であると考えられる。

本研究では、施設の種類による管理者の認知症ケアに関する意識にどのような共通点や相違点があるのか、病棟と介保施設という施設の目的や役割・機能が異なるため、施設の種別に応じた管理上の課題について言及できなかった。

本研究は、平成13年度厚生科学研究費補助金（総合的プロジェクト研究事業 21世紀型医療開拓推進研究事業）による一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究（主任研究者：遠藤英俊）の一部として実施されたものである。要旨は、日本老年看護学会第8回学術集会、第51回日本社会福祉学会、第7回日本地域看護学会において発表した。

#### 文 献

- 1) 三重野英子, 小西美智子, 末広理恵. 施設種別による短期入所のケアの質に関する研究. 老年看護学 2003; 8(1): 50-60.
- 2) 後藤真澄, 赤松利昭. 要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究—生活場所(在宅, 施設)の選択志向にかかわる要因—. 厚生指標 2003; 50(7): 17-22.
- 3) 朝田 隆. 痴呆老人の在宅介護破綻に関する検討—問題行動と介護者の負担を中心に—. 精神神経学雑誌 1991; 93(6): 403-33.
- 4) 小林敏子. BPSDへの対応—介護者・システムを含めて—. 臨床精神医学 2000; 29(10): 1245-8.
- 5) 小澤 薫. 痴呆を生きるということ. 東京: 岩波新書, 2003; 2-15.
- 6) 杉山智子, 松井典子, 杉下知子. アルツハイマー型中期痴呆症患者に対する望ましいケアの検討—排泄・身支度ケアへの抵抗に注目して—. 老年看護学 2003; 8(1): 31-8.

- 7) 中島紀恵子, 北川公子, 大久保幸積, 他. グループホームの経営. 中島紀恵子編. グループホームケア. 東京: 日本看護協会出版会, 2001; 134-78.
- 8) 渡辺みどり. 介護老人保健施設の看護管理者の役割認識と看護実践に関する研究. 老年看護学 2001; 6(1): 138-47.
- 9) Morison EF. The tradition of toughness: a study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship 1990; 22(1): 32-8.
- 10) 老人虐待・不適切処遇研究プロジェクト 全国老人保健施設協会. 老人保健施設における不適切処遇における研究報告書(第1報)ー「看護・介護職が受けた不快・不当な経験」「高齢者への不適切処遇」に関する全国実態調査ー. 2003; 53-74.
- 11) 身体拘束ゼロへ向けて (<http://www.hat.hi-ho.ne.jp/smasimo/kousoku0.htm>) 2004.6.29
- 12) 山陰の身体拘束/安易に行っていないか点検を. 山陰中央新報論説 (<http://www.sanin-chuo.co.jp/ron-setu/2002/12/15.htm1>) 2004.6.29
- 13) 介護保険を考えるー身体拘束に関するアンケート結果ー ([http://www.jsdi.or.jp/~y\\_ide/020121kaigo\\_kosoku\\_ank.htm](http://www.jsdi.or.jp/~y_ide/020121kaigo_kosoku_ank.htm)) 2004.7.25
- 14) 森村安史, 松原三郎. 老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟における患者状況調査. 老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討に関する研究. 平成13-14年度総合研究報告書. 2003: 43-83.
- 15) 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子. 介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応. 日本老年看護学 2003; 8(1): 39-49.
- 16) Karlson S, Bucht G, Rasmussen HB, et al. Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. Journal of Clinical Nursing 2000; 9: 842-50.
- 17) 山本美輪, 白井キミカ. 高齢者の身体的抑制に直面する病棟勤務看護職のジレンマの概要. 老年社会科学 2004; 25(4): 417-28.
- 18) Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illness (Cochrane Review). The Cochrane Library 1999: John Wiley & Sons Ltd.
- 19) Kock S, Lyon C. Case Study approach to removing physical restraint. International Journal of Nursing Practice 2001; 7: 156-61.
- 20) 新居富士美, リボウィッツよし子. 抑制に対する看護職の認識. 日本看護研究学会誌 2001; 24(5): 33-44.
- 21) 鳴海房枝. 縛らない高齢者ケアの実践・身体拘束ゼロへの取り組み. 日本在宅ケア学会誌 2002; 5(3): 9-12.
- 22) 武村真治, 橋本迪生, 古谷野巨, 他. 介護サービスが高齢者に及ぼす効果に関する介入研究ー特別養護老人ホームにおける「声かけ」の効果の検証ー. 老年社会科学 1999; 21(1): 15-25.
- 23) 上田照子. 要介護高齢者を抱える家族へのケア 家族会を組織するには 家族会の意義と効果. Gpnet 2002; 49(8): 48-9.
- 24) 帆苺由紀, 佐々木明子, 齋藤明子. 痴呆性高齢者の介護者の家族体験と「家族会」の果たす機能. 山形県公衆衛生学会第25回講演集 1999; 27-9.
- 25) 寺久保富子, 張替直美, 石川ふみよ, 他. 痴呆性老人家族会の機能と保健婦の役割ーK区家族会介護者の主観的評価からー. 東京都立医療技術短期大学紀要 1996; 9(3): 279-88.