

救急医療現場で認知症患者をケアする看護師の困難

山本克英^{1*}，吉永喜久恵²，伊藤由佳²

^{1*}神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程，²神戸市看護大学

キーワード：認知症，救急医療現場，ケア，困難

The Difficulties of Nurses Taking Care for Patients with Dementia in the Emergency Care unit

^{1*}Katsuhide YAMAMOTO, ²Kikue YOSHINAGA, ²Yuka ITO

^{1*}Kobe City College of Nursing Graduate School, ²Kobe City College of Nursing

Key words : dementia, emergency care unit, care, difficulty

I. はじめに

2007年現在，日本における認知症患者は約190万人にのぼり，2025年には320万人になることが推計されている（厚生労働省，2006）。また，65歳以上の高齢者における認知症発症割合は急激な増加を示している現状がある。

救急医療施設においても高齢者の搬送割合は高く，今後の高齢人口の伸び率を考えると，認知症患者の救急搬送割合もさらに高まることが予想される。特に，救急医療現場においては，多くの患者が重症であるため業務も複雑かつ，環境も特殊である。そのため適応能力の低下した認知症高齢者の混乱を招きやすく，行動障害が生命の危機に直接つながる危険があると考えられる。このように，救急医療現場においても介護老人施設と同様に，認知症患者の問題は深刻で，特有の困難が生じていると考えられる。

現在，認知症は医学的に有効な手段がないため，ケアの果たす役割が大きい。認知症のBPSD（behavioral psychological symptoms of dementia：認知症の行動と心理症状）の改善を目指した非薬物的アプローチはさまざまな形で行われているが，エビデンスレベルが高いものは少なく，有効な看護ケア要素についての研究は発展途上にある。

松田ら（2000）の介護施設における調査では，認知症患者の問題となる行動に対する援助を多くの職員

が経験し，困難も感じている現状が明らかとなっている。また，医療施設での認知症高齢者に看護を行うなかでの困難に焦点を当てた研究において谷口（2006）は，「目が離せない人との遭遇」「家族からの応じられない要望」を契機に，看護師は「見守りの必要性」に迫られ，業務の緊張感が高まり，精神的余裕がなくなること明らかにしている。また，認知症看護に特有な困難として，認知症特有の言動のとらえ方やコミュニケーション上の困難，看護師自身が脅かされるような感情を引き起こす体験があることを指摘している（宮本ら，1997；宮元ら，2002）。しかし，現時点において救急医療現場に焦点をあてた認知症看護における研究はない。

よって，救急医療現場という特殊環境における認知症高齢者に対する看護を開発していくためには，まずそこで働く看護師がどのような困難に直面しているのかという問題を抽出することにより看護上の課題が明らかになると考えた。また，そこで生じている問題を抽出することにより，今後の救急医療現場における，認知症患者のBPSDに対する対応や取り組みへの看護実践に活用できるものとする。そこで，本研究は，救急医療現場で働く看護師が認知症患者のケアを通して，どのような困難を抱えているかを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

本研究では、「困難」を、広辞苑（2004）の意味を踏まえて、認知症患者をケアする上での看護師の苦しみや悩み、また、精神的ストレスを感じた場面、ケアを行うことが難しい場面のことをいう。

III. 研究方法

1. 研究参加者

2次救急機能をもつA病院と3次救急機能を持つB病院の救急部門に所属する看護師経験が3年以上あり、研究参加に同意した看護師6名。

2. データ収集方法

データ収集は、2008年8月～11月の間に行った。参加者1名につき1回、インタビューガイドに基づき半構造化面接を実施した。インタビュー内容は、認知症をもつ患者のケアを通して困難と感じたことは何か、そのときの看護師の思いや感情、認知症患者に対する捉え方について尋ねた。インタビューはプライバシーが保てる個室で行い、インタビュー内容を研究参加者の承諾を得てICレコーダーに記録し、逐語録を作成した。

3. データ収集方法

インタビューデータは逐語録として書き写し、質的記述的研究方法を用い、データを分析した。まず、すべての逐語録を読み、全体の内容を知るために再度読み返した。研究目的に関連した枠組みとして、認知症患者をケアする中での困難を中心にコード化を行った。研究結果への研究者の偏見や歪みによる影響を最小限にするために、研究で得られたデータを分析する過程で研究指導者からスーパーバイズを受け信用性と妥当性を確保するよう努めた。

4. 倫理的配慮

対象者に研究の目的、方法を説明した。参加は、あくまでも自由意思によるものであり、研究に参加しない場合でも不利益がないこと、途中辞退も可能であること、参加決定に際し時間を要する場合には、それを保証することを説明し署名による同意を得た。

さらに収集された情報に関する秘密の保持、個人情報

報保護に関して厳守することを説明した。

IV. 結果

1. 研究参加者概要

研究参加者は、各施設の救急部門に所属し、救急看護に従事する看護師6名（うち救急認定看護師1名含む）であった。

平均年齢29.3歳（25歳～36歳）、平均看護経験年数7.5年（3年～16年）、救急看護暦6.5年（3年～11年）であった。

2. 分析結果

データ分析の結果、「救急医療現場における認知症患者をケアする看護師がどのような困難を抱えているか」に関して、13のカテゴリーと32のサブカテゴリーが抽出された。文中では、カテゴリーを【 】サブカテゴリーを〈 〉で表した。斜体は参加者の語りを示し、後ろの数字は研究参加看護師を意味する。

救急医療現場での認知症患者をケアする看護師の困難として、救急入院で、相手とのかかわりが無い状態で接するため、認知症患者に対し【**個別的な接し方が難しい**】【**認知症独特の対応が難しい**】ということに困難を抱いていた。その中で、時として認知症患者のとりうる危険行動が、生命を脅かす場合もあり、看護師は、認知症患者の危険行動に【**事故の危険性**】を感じながらケアにあたっていることが明らかとなった。また、そのような危険行動があるため、治療を進めようとしても【**治療の協力が得られない**】ことに困難を感じていた。そして、安全確保のためにやむを得ず抑制を行うが、逆に興奮してしまい【**抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する**】という状況を招いていた。

また、そのような症状悪化が、認知症患者の暴言や暴力につながり、看護師は、【**暴れると自分の身の危険を感じる**】【**暴れるとケア行為をすることが難しい**】状態となっていた。それらの予期しない行動があることで、看護師は安心してそばを離れられず、患者の対応のみに追われてしまい【**その人だけに時間がとられてしまう**】状況に陥ってしまっていた。そのような状況により【**他患者の療養生活に支障をきたす**】可能性に対する困難も感じていた。看護師は、そういった状況が繰り返されることで【**腹が立ち、嫌になる**】といった感情を抱くようになってしまっていた。ただ、〈認

知症患者に対し感情が表に出てしまう) こともあり、きついものの言い方や対応がさらに認知症の症状を悪化させるという悪循環を招いていた。

一方、安全確保のために患者に対し抑制を行っているが、それがよいとは思っておらず【抑制をする上での葛藤】も抱いていた。また救急医療現場では、患者の治療や安全が優先されてしまう傾向にあることから看護師は、認知症患者の【人権やプライバシーがおろそかになる】ことに懸念を抱いており、医療者中心の決定に際し【看護師の治療に対する葛藤】を抱いていることが明らかとなった。

1) 【認知症独特の対応が難しい】

救急医療現場では、せん妄を起こしやすく、症状が類似していることから、看護師は〈せん妄と認知症の区別が困難〉と感じていた。また、〈相互でのコミュニケーションができない〉ことがあり、訴えたいことが分からず、希望や要望に沿うことができないという困難を感じていた。最終的に、患者の認知症が進行し〈家族が認知できない〉状態では、患者だけでなく家族対応の必要性も感じていた。

家族の人に対しても、状況を理解できてなく、家族ということもわからなく、罵声を浴びせ、家族の人も参ってしまう。(1ナース)

2) 【個別的な接し方が難しい】

認知症患者は、認知機能障害があるため〈理解を求めることが難しい〉。また、患者によって出現する症状が違えば、程度も違う。そのため、人によって有効なアプローチ法は異なり〈患者にあった対応が難しい〉ということを感じていた。

何かできることはないかななどということを、いろんな患者さんを通して今までも考えてはきたんですけど…こう患者さんに当てはまっても、こっちの患者さんに当てはまるかといったら、そうではないから。そのケースバイケースを考えるまでがすごい大変やと思って。(5ナース)

3) 【事故の危険性】

生命の危険につながる事故を招くような行動に対し、看護師は危機感・恐怖感を抱いていた。〈点滴を抜く〉、〈酸素マスクを外してしまう〉、〈食中の経管チューブ抜去は安全性が阻害される〉、〈転倒・転落の危険がある〉、〈徘徊は事故の危険がある〉ことが特に危険性のある行動として認知されていた。

特に救急なんで、普通の予定入院と違って、入院す

るという認識ができてないままこられるので、(中略)家に帰る、帰るといわれて、骨折の人でも立ち上がって、大腿部が折れている方でも立ち上がって歩かれる方もおられます。(4ナース)

4) 【治療の協力が得られない】

治療目的で挿入されている〈ライン抜去により、重要な薬剤投与ができない〉。また、さまざまな治療行為を加えようとしても拒否や抵抗をされ〈認知症があるため治療が進まない〉ことに困難性を感じていた。

やっぱり現状認識ができていない分、あの方の体にとってはそういう治療が必要というのがあるんですけど、そういうことを認識されない…。治療を拒否してしまうっていう方は、やっぱり大変ですね。(4ナース)

5) 【抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する】

認知症患者に点滴を抜かれないために〈固定をしっかりするが、逆に不快で点滴を触る〉、安全を守るため抑制をするが、〈抑制することで逆に興奮する〉、〈反対に言えば言うほど興奮する〉、と看護師が良かれと思つてとる行動が、意図とは違った結果を生む可能性がある。このような認知症患者の混乱が、さまざまな症状の誘発につながっていた。

反対にいえばいうほど興奮してきて徘徊するっていう、もう、非常階段のほうにいつ泣きを見たことがありますね。(5ナース)

6) 【暴れるとケア行為をすることが難しい】

看護師は、患者からの暴力や抑止が不可能な激しい体動に対し、ケアの手を出したいが、〈暴れるとケア行為をすることが難しい〉と感じていた。そのような患者に対して看護師は、困難を感じていた。

7) 【他患者の療養生活に支障をきたす】

救急現場は、オープンフロアで全患者を管理したり、カーテンのみで仕切られるといった他の病棟にはない特殊な環境がある。そのような環境のため、認知症患者が〈大声を出し、他患者の療養生活に支障をきたす〉ことに看護師は困難を抱いていた。

8) 【暴れると自分の身の危険を感じる】

看護師が認知症患者のケアを行う際、時に〈暴言・暴力を振るわれる〉こともある。患者からの暴力行為は、自分の身を危険にさらすため〈暴れると、自分の安全も確保しないといけない〉。自分の身の安全への配慮もしながらケアに当たらなければならないということに看護師は困難を抱いていた。

やっぱりもう暴れまわられてしまうと、もう手の着

けようがないっていうのがあるので、自分に危害を及ぼすようなことをされる時は、自分の安全も確保しないといけない。医療者をしてるので、そこは一番難しいかなと思う。(1ナース)

9) 【その人だけに時間がとられてしまう】

看護師は、複数の患者を受け持ちながら業務を遂行しているが、認知症患者の〈予期しない行動があると安心してそばを離れられない〉状況となる。そのため、看護師は、見守りの必要性に迫られ〈その人だけに時間がとられる〉ことになる。そこには、業務だけでなく精神的にも切迫している状況があった。そのような現状に直面し、看護師は〈十分な看護を行うだけのスタッフがいない〉と感じていた。

10) 【腹が立ち、嫌になる】

認知症患者が同じ話や、同じ質問を繰り返す場合に、どの看護師も訴えをできる限り聞こうとする。しかし、実際、聞けるだけの精神的余裕や時間があるとは限らず、〈同じ話を何回もされても聞ける余裕があるか疑問〉と感じていた。それ以外にも、認知症患者が治療に対し拒否行動や姿勢をとる場合、看護師は〈患者に腹が立つ時がある〉〈治療の拒否をされ、苛立ったりする〉などの感情を抱いていた。それらの感情を表に出すといけなさと自覚しながらも、〈認知症患者に対し感情が表に出てしまう〉ことがあり、きついものの言い方や対応になってしまっていた。特に、暴力的な認知症患者においては、ベッドサイドに行くこと自体が、恐怖感や不安を生み〈暴力的な人なら、ベッドサイドに行くのが嫌になる〉という否定的な感情を持っていた。

何でこんなに私たちも頑張っているのに、何でしてくれないとか。ちょっと我慢してくれたらいいのにと思うときもある。(4ナース)

なにすんねんやめるとか、そんなんをひたすらただ言われるときでも、腹が立つ時があります。(4ナース)

11) 【抑制をする上での葛藤】

看護師は、抑制以外で回避できればよいと思っているが、別の有効な対策法が見つからず、〈安全のため、抑制をする〉。反面で〈抑制がよいとは思っていない〉という複雑な心境もあり、看護師の抑制に対する倫理面での葛藤があることが明らかとなった。

12) 【人権やプライバシーがおろそかになる】

認知症患者の人権を守り、プライバシーを保護したいと思いつつも、治療や処置、患者の対応に追われ、

〈業務本位になる〉現状がある。また、〈人権やプライバシーがおろそかになる〉ために、患者の意思尊重ができないこと、医療者主体の医療が展開されてしまうことへの懸念を抱いていることが明らかとなった。

治療が優先だったり、安全優先だったりになると、その人の人権だったりプライバシーだったりがおろそかになってしまうというか(中略)本当に全体が見えなくて、その患者さん自身がマイナスになっていくというか…。(5ナース)

13) 【看護師の治療に対する葛藤】

救急医療現場では、迅速な治療の必要性が高く、短時間の中で治療の決定を迫られる場合も多い。そのため、患者の思いを時間をかけ聞き出すことが状況的に厳しい場合もある。特に認知症患者の意思の尊重は難しく、治療決定を行う際、本当にその人にとって、治療をしたほうがよいのか、または、しない方がよいのか、看護師としてもどちらを取った方がよいのかという〈看護師の治療に対する葛藤〉が生じていることが明らかとなった。

認知症があるからなんでしょう…重症ケアがうまくできないというか、すごくリスクを抱えてしないといけないから、本当はできる治療も、認知症があるから制限される。(中略)その辺は、やってあげたい気持ちと、本当は苦痛なのに続けられる治療だったりとか…すごい葛藤はありますね。(5ナース)

V. 考察

1. 救急現場での認知症看護の難しさの特徴

本研究から、救急医療現場における認知症患者をケアする看護師の困難として【認知症独特の対応が難しい】【個別的な接し方が難しい】【事故の危険性】【治療の協力が得られない】【抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する】【暴れるとケア行為をすることが難しい】【他患者の療養生活に支障をきたす】【暴れると自分の身の危険を感じる】【その人だけに時間がとられてしまう】【腹が立ち、嫌になる】【抑制をする上での葛藤】【人権やプライバシーがおろそかになる】【看護師の治療に対する葛藤】があることが結果として得られた。

救急医療現場での困難の特性を明らかにするために、一般病院、療養型医療施設、介護老人保健施設を含んだ医療施設での看護上の困難の研究(谷口, 2006)

と比較し、考察を深めたい。

谷口（2006）は、認知症高齢者の「目が離せない危険な行動」や「予想のつかない徴候」に遭遇することを報告している。その行動側面として、「事故を起こすのではないか」「介入時の暴力・暴言」「他患者への迷惑」ということを明らかにしている。本研究でも〈点滴を抜く〉〈暴言・暴力を振られる〉〈大声を出し、他患者の療養生活に支障をきたす〉などの認知症患者の行動から【事故の危険性】【治療の協力が得られない】【暴れるとケア行為をすることが難しい】【他患者の療養生活に支障をきたす】【暴れると、自分の身の危険を感じる】という困難を看護師は感じている。救急医療現場では、生命の危機状態にある患者が多く、認知症患者の危険な行動が、生命の危機に直結する恐れもある。

医療施設では、認知症高齢者の危険を未然に防ぐため、看護師に「見守りの必要性」が生じることを明らかにしている。さらに、「時間制限のある看護業務」や「かかりきりではられない」ことから二重の看護業務が生じ「看護業務の緊迫化」が起こっている（谷口，2006）。これは、本研究における【その人だけに時間がとられてしまう】状況と一致していると思われる。しかし、患者が重症の救急医療現場では、全ての患者に対して「見守りの必要性」が生じ、認知症患者だけに時間が割けない。そのため、時間的にも緊迫した状況となり、困難に拍車をかけていると考えられる。

このように、上記に述べた医療施設と救急医療現場の困難には、共通性があるものの、救急医療現場においては困難がより増強される傾向にあるといえる。

次に、救急医療現場特有の困難について考える。救急医療現場の看護師は【認知症独特の対応が難しい】【個別的な接し方が難しい】という困難を感じている。谷口（2006）は、医療施設の看護師は、認知症高齢者との接近の段階で怒りなどの「責める」気持ちが生じるが、しだいに「目が離せない人に対する慣れ」が起こり、「認知症がそうさせている」と受け止めていく変化があることを報告している。本研究において看護師は、【腹が立ち、嫌になる】と否定的な感情を抱いたままになっている。認知症を理解するには、ある程度時間が必要であり、かかわる時間に限界がある救急医療現場では、時間の確保は難しく困難に結びつきやすいと考えられる。

また、救急医療現場では治療が優先される。看護師

も同様、生命維持のためのケアを優先しており、認知症に目を向けにくい。そのため、医療者サイドのペースで治療やケアが進み、認知症患者が本来持つペースを崩してしまう。そのことが、双方の関係構築をより困難なものとし、ケア提供者である看護師は、患者の「人」としての理解が十分に深められず、ケアに迷ったり、混乱したりする。そのことが、さらに患者の混乱を招く可能性があると考えられる。

次に、【抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する】という困難について考える。救急医療現場に運ばれる患者は身体状態が悪く、各種ルートやドレーンなどが挿入されており治療上での制限が多い。安全に治療を進めるためには、抑制をしなければならぬ場面も多数存在する。このような多くの抑制が、認知症に更なる悪影響を及ぼす。また、救急医療現場特有の身体的・環境的要因が、認知症の症状悪化を助長し、救急現場における認知症看護をより複雑なものとしていることが考えられる。

救急医療現場の看護師は、抑制に対し【抑制する上での葛藤】や【人権やプライバシーがおろそかになる】ことについて困難を感じている。救急医療現場の看護師には、患者の命を守りつつ、人権を守るという2つの責務が同時に問われるという難しさがある。

さらに救急医療現場は、迅速な治療の必要性があり、短時間の内に治療の決定を迫られる場合も多い。特に認知症患者の意思尊重は難しく、治療決定の際、医療者優位になりやすいため【看護師の治療に対する葛藤】を生んでいた。救急医療現場の看護師は、患者の人権を守ることと生命を守ることの狭間の中で、葛藤している状況にあるといえる。

以上述べてきたように、救急医療現場では、認知症患者の生命の安全と安楽、治療と人権の調和を保つことは非常に困難であるといえる。

2. 救急現場における認知症看護の示唆

前項では、救急医療現場における困難について述べたが、その特徴について今後、どのように考えていけばよいかを以下に述べる。

看護師は、【認知症独特の対応が難しい】【個別的な接し方が難しい】というように認知症患者に対するかわり方に難しさを感じていた。この要因として、看護師の認知症ケアに対する経験不足が大きく影響していると考えられる。

認知症ケアで重要なことは、認知症というものを正しく理解することである。特に、臨床現場で問題とされるのは、中等度認知症である。中等度では行動・心理症状が最大となり、障害部が側頭葉、頭頂葉、前頭葉へと広がり、言語障害や思考障害などが拡大する（武田，2001）。そのような症状は、看護師の中で危険行動として認知されることが多く、治療が優先される救急現場において看護師の間で困難な問題として捉えられている。認知症の進行時期に対応した看護ケアは、認知症の進行に影響される患者の生活行動の変化に対応して、より個別的な看護ケアにつながる。また、誤った知識は、認知症患者を混乱させてしまい、認知症患者に対する偏見にもなる。そのため、学習会や事例検討会の機会を設けるなどして、認知症に関する正しい知識を習得し、認知症の各レベルに応じた看護を学んでいくことが今後必要と考える。

また、かかわり方としては、認知症患者を看護師が「怖がらせない」ことが重要である。認知症患者は、人間が持っている本能で「この人はいい人」「この人は怖い人」を見極める能力は存在する（桑田，2004）。スタッフのペースばかりに巻き込まうとすると、興奮させてしまうこととなり、暴言・暴力に発展するなど、抵抗されることもあり得る。そして、患者の話を「聴く」ということも大切である（桑田，2004）。「聴く」ことで、相手をわかろうとする印象を与えることができる。そのことが、患者にとって不安や恐怖の軽減につながる。つまり、特別なことは何もしなくても、たとえ短時間でも、看護師が患者の話に集中し、聴くことだけでも認知症患者に安心を与え、信頼関係を生むことができる。ただ単に、長い時間をかけたからといってより良いケアになるのではなく、看護師がその時にどんな気持ちで患者の話に耳を傾けたのか、真剣に聞いたのか、対応したのかが重要である。

次に、悪影響となる因子を軽減することが重要である。クリティカルな状況においては、身体的苦痛を伴いやすく、認知症患者のBPSDにつながる。特に、体調を正確に訴えることが困難な中等度、重度の認知症患者の場合には、その判断と対応は看護師の裁量にかかってくる。そのため、クリティカル看護の得意とするフィジカルアセスメントを活かしながら、痛みなどの器質的な要因に対する積極的な解決を図っていくことが重要である。また、救急医療現場では疾患による苦痛だけでなく、吸引のような苦痛を伴うケアも

多い。それが、認知症患者にとって上乗せされた障害となってくる。そのため、できる限り苦痛を最小限にするため、一人一人の看護技術の熟達も必要である。

身体的苦痛に加え、抑制や制限をすることは、認知症患者の苦痛をさらに増強させるものとなる。看護師も【抑制する上での葛藤】や【人権やプライバシーがおろそかになる】という思いを抱いており、抑制がよいとは思っていない。確かに安全を確保しながら、倫理的対応をとるのは難しいといえる。個々人に判断を任せるのではなく、抑制しないで済む可能性を皆で徹底的に検討し、抑制の判断をしていくことが重要と考える。

また、一人の看護師が1勤務、8時間通して認知症患者を看っていくということは、かなりの精神的および身体的ストレスがかかる。認知症患者に対し【腹が立ち、嫌になる】といった感情が起るのは自然なことであるが、仕事への意欲を削いでしまう可能性もある。マンパワー不足を多くの看護師が実感していることから、さらなるマンパワーの充足を考慮に入れる必要もある。さらに、一人の看護師のみに負担がかからないような看護配置や、チーム全体で認知症患者の対応や問題解決に当たるといった協力体制の構築も必要であると考えられる。

VI. 研究の限界

本研究の限界として、対象施設が限定されていることがあげられる。そのため、結果に偏りが生じていることが考えられる。今後は、対象とする施設を拡大して研究することが必要である。

VII. 結論

1. 本研究から、救急医療現場における認知症患者をケアする看護師の困難として【認知症独特の対応が難しい】【個別的な接し方が難しい】【事故の危険性】【治療の協力が得られない】【抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する】【暴れるとケア行為をすることが難しい】【他患者の療養生活に支障をきたす】【暴れると自分の身の危険を感じる】【その人だけに時間にとられてしまう】【腹が立ち、嫌になる】【抑制をする上での葛藤】【人権やプライバシーがおろそかになる】

【看護師の治療に対する葛藤】の13のカテゴリーが得られた。

2. 救急医療現場特有の困難として【認知症独特の対応が難しい】【個別的な接し方が難しい】【腹が立ち、嫌になる】【抑制や制限が認知症の症状悪化を誘発する】【抑制する上での葛藤】【人権やプライバシーがおろそかになる】【看護師の治療に対する葛藤】があることが明らかとなった。その他のカテゴリーについては、一般病院、療養型医療施設、介護老人保健施設における困難と共通性がみられたが、救急医療現場では困難がより増強される傾向にあった。

3. 救急医療現場で認知症患者をケアする看護師の困難への取り組みとして、①看護師の認知症に対する正しい知識の獲得②認知症患者に悪影響を及ぼす因子の軽減③業務的、精神的な負担を一人の看護師に集中させないためのチーム内での検討④チームの協力体制の構築が必要と考えられた。

VIII. 謝辞

本研究の実施にあたり多大なご協力をいただきました皆様に心から感謝申し上げます。

IX. 引用・参考文献

栗生田友子, 長谷川真澄, 太田喜久子 (2007): 一般病院に入院する高齢患者のせん妄発症と環境およびケア因子との関連, 老年看護学, 12 (1), 21-31.

堀内園子 (2008): BPSDへの非薬物的アプローチ介入方法とその有効性, EBナーシング, 8 (2), 48-54.

本間昭 (2005): わが国における認知症ケアの実態, 老年精神医学雑誌, 16 (10), 1107-1112.

松田千登勢, 佐瀬美恵子, 長畑多代 (2000): 痴呆性高齢者の問題行動の経験頻度とその認識について: 老人保健施設の職員へのアンケート調査による解析, 大阪府立大学紀要, 6 (1), 40-49.

松田千登勢 (2003): 介護老人保健施設で働く看護師が痴呆性高齢者に「頼むこと」のプロセス, 大阪府立看護大学紀要, 9 (1), 39-45.

松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江 (2006): 認知症高

齢者をケアする看護師の感情, 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1), 85-91.

松岡千代, 塩塚優子, 榎谷佳代 (1998): 痴呆性老人のQOLを高めるケア技術の分析 看護職への質問紙調査を通して, 老年看護学, 3 (1), 64-71.

宮本美佐, 伊藤まゆみ, 小泉美佐子 (2002): 看護学生が痴呆高齢者への対応で困難を感じる状況の分析, 群馬大学医学部保健学科紀要, 22, 47-54.

長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子 (2002): 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対する捉え方, 大阪府立看護大学紀要, 8 (1), 19-27.

永田久美子 (1997): 痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護, 老年看護学2 (1), 17-24.

新村出編 (2004): 広辞苑第五版, 岩波書店, 東京.

岩鶴早苗 (2008): 認知症患者の意思決定の可能性と限界, EBナーシング, 8 (2), 18-23.

厚生労働省 (2006): 今後の高齢化の進展～2025年の超高齢化社会像～, 2007年6月8日検索, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf>

桑田美代子: 痴呆性高齢者のとらえ方, ナーシングトゥデイ, 19 (6), 23-29.

太田喜久子 (2000): 看護ガイドライン, 老年精神医学雑誌, 16 (増刊-I), 119-125.

高山茂子 (2007): 認知症の人のBPSD (行動・心理症状): その考え方と対応の基本, 看護技術, 10 (増刊), 63-67.

武田雅俊 (2001): MCI—その概念の変遷と有用性, 老年精神医学雑誌, 12 (11), 1253 - 1261.

谷口好美 (2006): 医療施設での認知症高齢者に看護を行うなかでの困難の構造, 老年看護学, 11 (11), 13-21.

天津栄子, 中田まゆみ (1998): 老人保健施設における痴呆性老人とケアスタッフの相互作用にみられる特徴, 老年看護学, 3 (1), 52-63.

山下真理子, 小林敏子, 藤本直規 (2006): 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応: 一般病院における現状と課題, 老年精神医学雑誌, 17 (1), 75-85.

湯浅美千代, 小野幸子, 野口美和子 (2001): 老人痴呆患者の問題行動に対処する方法, 千葉大学看護学部紀要23, 39-45.

湯浅美千代, 野口美和子, 桑田美代子 (2003): 痴呆

症状を有する患者に潜在する能力を見出す方法, 千葉大学看護学部紀要, 25, 9-16.

(受付 : 2009.12.1 ; 受理 : 2010.1.26)