

---

資 料

---

## 一般病棟において看護師が体験した 認知症高齢者への対応の困難さ

松 尾 香 奈

### Difficulties Experienced by Nurses who Care for Elderly People with Dementia

Kana MATSUO, RN, BS

#### 要 旨

近年、急性期病院の一般病棟において、認知症高齢者が認知症以外の疾患治療の目的で入院する機会が増え、認知症高齢者のケアや治療を行っていく上での看護師の困難が増えている。本研究では、看護師の体験から、一般病棟における認知症高齢者への対応の困難さについて明らかにする。2病院の看護師5名に面接を行った結果、次の困難な状況が浮き彫りになった。；1. 予防策を実施しても生ずる事故、2. 認知症高齢者を尊重した対応ができない、3. 患者に安寧な状態を提供することへの医師の理解の得られにくさ、4. 家族に状況を理解してもらえないため長引く退院、である。

一般病棟は、緊急度の高い患者への対応が必要とされる中、人員不足により多忙な環境である。そのような中で認知症高齢者の管理をせざるをえない状況は、認知症高齢者の安全や人権を脅かしていた。また、それは看護師の負担感の要因となっていた。認知症の状況を受け止められていない家族に対しては、看護師の家族への理解が重要である。また、医療スタッフの教育体制や適切な人員配置を検討していく必要があること、地域でも認知症高齢者を介護している家族の支援を強化していく必要があることが示唆された。

#### Abstract

In recent years, on general wards at acute care hospitals, there has been a growing number of cases where elderly people with dementia are hospitalized for treatment of a condition other than dementia. Accompanying this trend, nurses are having increased difficulty in providing care and treatment for elderly people with dementia. This research clarifies the difficulties that nurses have in dealing with such elderly people with dementia on a general ward from the experiences of the

受理：2010年12月20日

nurses. Interviews with five nurses at two hospitals revealed the following difficult situations: 1. Even when preventive measures are taken, accidents occur; 2. It is not possible to provide care in a respectful manner; 3. It is difficult to gain the understanding of doctors toward providing peaceful conditions for patients; and 4. Because the family would not understand the situation, discharge from the hospital gets delayed.

In circumstances where patients need urgent care and there is a shortage of workers, management of elderly people with dementia was a factor that threatened the safety and human rights of such patients, something that troubled the nurses.

When a family does not accept the fact of dementia, it is important for the nurse to be understanding toward the family. The research also suggested the need to review the system for training medical staff and what constitutes appropriate staff assignments, along with the need to strengthen support in the community for families who are taking care of elderly people with dementia.

キーワード：看護師，認知症，高齢者，一般病棟，困難

## 1. 研究の背景

近年わが国では、入院患者の多くを高齢者が占めるようになり、一般病棟においても認知症を有する高齢者（以下、認知症高齢者とする）の数が増加傾向にある。調査では、介護認定により要支援（要介護）と認定された高齢者の半数に認知症があり、その数は、H14年は149万人であり、H27年には250万人に達すると言われている（社会福祉の動向編集委員会，2007，p.125）。このことから、今後も認知症高齢者が一般病棟に入院する機会は多くなることが考えられる。

認知症高齢者は、見当識の喪失や判断力の低下から、入院による生活環境の変化やストレスの影響を受けやすく対応困難な精神症状の出現がしばしばみられる。これらの症状に対し適切な対応が遅れると身体症状の悪化にも繋がり悪循環に陥る危険性がある（得居，2004）。そのため、一般病棟においても、認知症高齢者に適切なケアを行う必要がある。

しかし、一般病棟では、入院の目的が認知症以外の疾患治療であるとともに、看護師の認知症に対する知識・経験不足、また、施設設備等の環境面での限界により、認知症高齢者に対し適切な対応が行えていない状況が考えられる。たとえば、一般病棟に勤務する看護師は、認知症高齢者の周辺症状や倫理的な問題に直面し、スタッフ間や医師との意見が対立するなどのジレンマを感じている（山本，2008）。谷口（2006）

の報告では、看護師は夜間の徘徊に2時間付き添うなどの事例から、集中的なケアを必要とする患者とともに認知症高齢者の看護を行うことは注意義務の負担・責任が重くなることを意味していると述べている。また、家族の協力の得られにくさや家族が退院を希望しない困難さがある（湯浅・吉田・野口他，1997）。

実際、私が一般外科病棟に勤務している時にも認知症高齢者と関わる機会はたびたびあった。振り返ってみても、多様な訴えや周辺症状の対応に時間を多くかけていながら、その場しのぎの対応しかできていなかったことに後悔を抱いている。このことから、一般病棟で認知症高齢者とその家族が安心して入院治療を受けられるためには、認知症高齢者へのケアをめぐる様々な問題を明らかにし、対策を考えていく必要性を感じている。

認知症高齢者へのケアに関する先行研究は介護老人保健施設や療養型医療施設の看護師を対象としたものが多く、急性期病院の一般病棟に勤務する看護師に焦点を当て研究されているものは少ない。また、一般病棟看護師を対象に質問紙調査はされているが、インタビューにより困難に感じている具体的な状況や思いが示されているものは少ない。そこで、一般病棟に勤務する看護師に焦点を当て、認知症高齢者へのケアをめぐる問題を明らかにしようと考えた。問題が明らかになれば、一般病棟での認知症高齢者ケアの今後の実践のあり方への一つの示唆を得ることとなり、看護師への教育的介入や患

者・家族の支援体制を検討していくための一助となると考える。

## II. 研究目的

看護師の体験から、一般病棟における認知症高齢者への対応の困難さについて明らかにする。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

### 2. データ収集期間

2009年10月～2010年3月。

### 3. 研究参加者

急性期病院の一般病棟に勤務する看護師であり、認知症高齢者(確定診断のない者も含む)の看護の経験者5名であった。

### 4. データ収集方法

研究参加の同意を得られた参加者に半構成的面接を行った。認知症高齢者とその家族への対応をめぐる問題や困難を感じていること、認知症高齢者やその家族への対応の中で、印象的な事例や場面について自由に語ってもらった。面接時間は、1時間から1時間30分程度とし、インタビュー内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

### 5. データ分析

面接より得られたデータの内容から参加者が困難と感じている状況に注目して抽出を行った。研究の信憑性・妥当性を高めるために、研究指導者のスーパービジョンを受けた。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。研究参加者には、研究の趣旨、目的および方法を書面と口頭で説明し同意を得た。研究参加は自由意志であり辞退しても不利益はないこと、プライバシーの保

護に努め、データは本研究以外では使用しないことを説明した(研倫審番委第2009-60)。

## IV. 結果

参加者は全員女性で、都内の2病院の一般病棟に勤務している看護師5名であり、平均臨床経験年数は8年であった。参加者らは、何れも急性期病院以外の経験はない(表1)。

表1 研究参加者の概要

参加者名	勤務年数(病棟科名)
A	4.5年(外科)
B	6.5年(外科)
C	18.5年(外科・内科・精神科)
D	4.5年(内科)
E	9.5年(外科・内科・婦人科)

参加者の語りから、一般病棟に勤務している看護師が感じている困難さについて分析を行った結果、次のような困難な状況が浮き彫りにされた。参加者の語りは斜体で示した。

### 1. 予防策を実施しても生ずる事故

看護師は認知症高齢者との意思疎通が図れないため、起こり得る事故を予測して予防策を実施していたが、それによって新たな問題を招くことになった。

Aさんが担当した、乳がんの手術目的で入院した認知症高齢者は、術前オリエンテーションの会話では、納得されているようにみえても、次の瞬間にはその内容をすっかり忘れていた。そのことから、Aさんは、患者が術後のドレーン及び接続先の排液ボトルに対する術前の説明を忘れて自己抜去してしまうのではないかと判断し、次のような対策を講じた。すなわち、患者が意識しないように、腹帯を利用してドレーンを患者から見えない位置で固定するなどの工夫をした。しかし、それがかえってドレナージ不良を招き皮下出血が生じてしまった。そのときの思いについて次のように話した。

*私の病棟の場合はほとんどが手術なので、術後の点滴ですとか、必要なドレーン類の自己抜去。そういった時に、やはりご家族*

の方にも説明するんですが、必要な治療が十分に受けられないというのは、こちらとしては歯がゆい思いをすることもあります。(困難と感じるのは、患者に)何か事故があった時に、説明したのに……っていう感じになってしまう時。自分自身、自分たち自身の無力感もあるだろうし、あと予防的にもここまではしたけれど、難しかったという……何ですかね、がっかりじゃないんですけど……そういったのはあると思います。

Bさんの病棟でも、予防的に対策を講じていたが事故が生じてしまった。それは、徘徊があり人工肛門を剥がしてしまうなど、目が離せない患者だった。夜間は安全を守るために、患者には車椅子に座ってもらいベルトで固定し、目の行き届くナースステーションにいてもらっていた。しかし、ある夜勤帯で、看護師が目を離れた際に、患者は車椅子を動かし、ナースステーション内にある常備薬を内服してしまった。Bさんは、その事故に対する思いについて「結局、抑制とかやってもどこかに抜けがあつて、本当に命に関わることなので、私はすごい危機感を感じた。」と、話した。

参加者らは、認知症状から危険を予測し予防的に対策を講じていても事故が生じてしまい、対応が困難と感じていた。

## 2. 認知症高齢者を尊重した対応ができない

### (1) 身体拘束をめぐってゆれ動く思い

参加者らは、忙しい職場の中で認知症高齢者の安全を確保するために患者の拘束が余儀なくされる実状を話した。

Bさんは、現在の病棟には移動して間もないため、患者の拘束について自分の考えを話して病棟の看護師の現在のやり方を変えるような提案もできず、自分も忙しくて考える余裕がないと話した。しかし、自分が患者を受け持つときに少しでも拘束を外そうと試みることもあった。

やっぱりもう、私はもう頑張つて(抑制)

しないで、やってみようとかつてやっても、自分一人が良くても、交代制で働いているわけだし、……で、みんな(同僚)の気持ちの一つにするのは難しいし、それで何かあつて、例えば、自分が抑制していないときに何か事故があつたら、自分の責任で抑制しなかつたつていうことが今度は負い目になって、何が正しくて何が間違っているかわからない。もしかしたら、家族に「なんで抑制していなかつたんですか」つて言われるかもしれない。実際先生にも「なんで抑制しなかつたの」つて言われた経験が何回かあるから。

身体拘束に対して個人的にもゆれ動くBさんの姿があつた。

Bさんの勤務する病棟の夜勤は3人体制であり、意思疎通が図れず転倒や転落の危険がある患者に対しては、夜間は当然のように身体拘束をしている状況があつた。ある時、夜勤中の安全を保持するために拘束をしていた患者がそのままの姿で日中を過ごしていたことがあり、家族が面会にきた際に日中の拘束についての指摘を受けた。家族としては身体拘束の同意はしているが日中は外してほしいことをスタッフに伝えていた。

(家族から身体拘束の)クレームを受けた時のみんな(同僚)の反応つていうのは、「申し訳なかつた」というより、なんか「しょうがないじゃないか」みたいな……実際に動いてしまう人で、転んで、何回も転んでいたんですね。在宅に帰す方向だったけど、家族は「入院させておいてくれ」つて、積極的に家に連れて帰りたいつていう感じでもなかつたし。ここは急性期病院で長くいられる場所じゃないのに、家族の都合で居させてやってるじゃないですけど、……なのにそういうクレームまで言つてきて、こっちは安全を守ることを第一でやつてますし、そういうみんなの雰囲気がある感じで、患者さんのことを考えれば、私たちがちゃんと抑制を解除して、生活リズムを

付けて、昼間はベッドから離すとか、いろんな方法があるとは思うんですけど、……みんな(同僚)の気持ちがなかなか……実際のケアでは結ばれないっていうのがあって。

(2) 他疾患の患者に比べ強い口調になってしまう

参加者らは、認知症高齢者に対して強い口調や言葉遣いが乱れてしまう困難さを話した。

Eさんは、同僚看護師が認知症高齢者に対しての口調が他患者に対してのものと明らかに違う様子を見て自らの関わり方を振り返ったと話した。

忙しくていっぱいいっぱいの時はついつい自分がイライラしてるから、それが言葉に強くなって出ちゃったりとかってことが、他人(同僚)の(認知症高齢者に対する口調)を見て「あ、あるんだな」って感じた時に自分も絶対あるんだなっていうのがどっかにあるわけで。そういうのってやっぱり、こう自分が気付かないうちに出てたりとかするなって思ったら、家族だったら尚更そういうのってよく見えてくるんだろうなって。自分の家族だけ、ちょっとぼけてるから、なんかすごくあしらわれてるなとか、たぶんすごく感じるんだろうなって。もちろん(認知症高齢者を)ちゃんとした人間、一人の人間としてみて対応しようとするんだけど、対応しようとするほど(余裕がなくて)できなくなってくるでしょ。どうすればいいんだろうとか、未だにこう自分の中で答えは出てないんだけど、難しいですよ。

### 3. 安寧な状態を提供することへの医師の理解の得られにくさ

参加者らは、認知症高齢者の安全や負担を軽減する上で医師との意見の相違が生じる困難さを話した。Aさんは、術後の安静や夜間の休息がとれていない認知症高齢者への対応に際しての医師の反応について次のように語った。

(患者さんに)安静を守ってもらいたい時とか、夜間の休息を取って欲しいと思っていても、なかなかとれない時ってあるんですね。そういうとき(医師に)「夜(患者を)眠らせてあげたい」という気持ちを伝えても、「それは看護師側の介護・介助を軽減させたいだけじゃないか」っていう言葉がかえってきたり、(患者の)痛みとか辛さの訴えを看護師が伝えても、「それがもとの性格なんじゃないか」という言葉で片付けられてしまう。日常を見ているのは家族であったり、こう看護師であったりするのにも、でも診断できるのは先生で、そのこちらの訴えを一言で片づけられてしまった時は……やるせない気持ちになりますね。

Dさんも同様に、医師との連携に際し、医師は患者の認知症による様々な反応や困難を理解した上で治療を選択して欲しいと思っていた。

先生でも経験が長い先生だとベターな治療を選ぶことが出来るけれど、研修医の先生とかだとベストな治療を求めがちですよ。そうするとちょっと、こう……私達も先生の指示をやるのにすごく負担だし、先生も指示通りのことを私達がやらないから不満だし、っていうのが生まれてきてしまうから、その辺の連携を私達も取らなきゃいけない。例えば、心不全の水分コントロールなんて大事なことは重々分かっていて、で(先生は)「フォーレ(尿道留置カテーテル)を(挿入して)」とかって言うけれど、抜いてしまうリスクが高いとそれは出来なかったりして、そういう時にちょっとこう、一歩さがって、じゃあ体重測定でオッケーにするとか、その辺をもうちょっと流動的にできる様にしてほしい。

その他Dさんは、看護師は患者の安全を守るためには、できないことはできないと医師に伝えると同時に、それを医師から家族にも説明してもらおう働きかけないといけないと語った。大半の家族が入院すれば基礎疾患が治ると思っ

ているが認知症によって予定通りの治療が困難であることなどを、医師から家族に上手く説明してほしいと、医師への要望を話した。

#### 4. 家族に状況を理解してもらえず長引く退院

参加者らは、認知症高齢者の退院に際しての家族への働きかけの難しさを話した。

Cさんの病棟では、手術目的の患者で、入院中にADLが低下し認知症が進行した患者がいた。Cさんは、家族には急性期病院だから手術の創が治ったら退院であることを伝えていたが、家族は認知症の進行した状況を受け入れることができず予定より約一週間退院が延びてしまった。

入院してきた時に、誰がキーパーソンなのか初めにアセスメントして、自宅が難しいなら早く転院を決めることを同時にしていなと、受け入れが悪い家族(の場合)はなかなか帰れなくなっちゃう。外科は傷が治ったから早く帰ってくださって言えるけど、内科はじゃあどこがゴールかっていうとズルズルと長くなってしまふ。

Dさんが担当した、糖尿病で内服忘れがあり髄膜炎の発症がきっかけで入院してきた認知症高齢者の場合、その妻も認知症であったため意思の疎通が図れず退院を困難にしていた。

(入院した認知症高齢者と)一緒に住んでる奥さん自身にも認知症があると、(看護師が奥さんに)本人できてないですよって言っても、「いや大丈夫よ、だってこの人ゴルフしてんのよ」とか。なんとか上手く二人で生活が出来ていて、明らかに言うことがおかしいんだけど、それを奥さんもおかしいと思わなくて、なんか笑い飛ばしてる「何言ってるの?」みたいな。そういうケースとかは、「え、ちょっとどうしよう」みたいになった。

そこで、別居の息子を呼んで話をすることになったが、息子は認知症の状況がわからず全体

を理解できていなかった。

もう(別居の)息子さんと呼んでもらったりして話をするけど、息子さんも生の二人の生活を見ていないから、「え、だって生活できてますよ家で」みたいな感じ。「僕たち全然手伝いに行かなくてもなんとかあってますし」という感じだと、(家族に本人の状況)を理解してもらうところからの介入になるのでちょっと時間が掛かったりしますね。本人の状況としてはもう帰れるけどお家が整わない。

## V. 考 察

### 1. 認知症高齢者ケアにまわりつくアンビバレントな思い

参加者は、無意識的に認知症高齢者に対し強い口調になってしまうことや、身体拘束が日常化していた状況を振り返りながら、患者や家族に「申し訳ない」と思うものの、「仕方がない」「どうしたらよいかわからないまま」という困難さを感じていた。認知症高齢者を一人の人間として向き合っただけケアしたい思いがあっても、危険回避のためにその思いを叶えられないアンビバレントな思いを抱えてケアを行っていることが考えられた。先行研究では、看護師は認知症高齢者の訴えにイライラする状況や夜間に身体拘束が行われる状況にジレンマを感じていた(山本, 2008)。そのような思いの一方で、参加者らは認知症高齢者への対応に倫理的問題があると感じているものの同僚の気持ちを一つにするのは難しい思いがあった。それは関根(2000)の研究でも報告されている。

これらの背景として、一般病棟では、緊急度が高い患者の優先、手術や検査に伴う人員不足、点滴やドレーン類の安全管理などの業務環境により、看護師が認知症高齢者のケアに掛ける時間的・精神的余裕がないという環境面の問題が考えられる。また、認知症高齢者への先入観、たとえば、説明を理解できない、すぐに忘れてしまう、相手を評価できないなどから、認知症高齢者に対し一人の患者としての尊厳を忘れて

しまいがちであることが考えられる。吉岡・田中(1999)は、拘束についてはまずチーム全体として取り組む必要があると述べており、松田・長畑・上野他(2006)は、自分の思うケアを自由に述べられるような場と看護師をサポートできる病棟の責任者の理解が必要であると示唆しているように、チーム全体が認知症高齢者への対応について課題を意識できるようなサポートが重要と考える。

## 2. 認知症状に対する医療者の理解不足

参加者らは、認知症高齢者の安楽を保持するために、医師が適切な治療を判断できるよう調整する役割としての責任を感じている一方で、認知症高齢者との関わりで意思疎通が図れない場面や行動が予測できない場面ではその場限りの対応となり、解決策は不明のまま目をつぶっている状況がみられた。その背景には、認知症看護の知識がないため対応の仕方がわからず、経験や先入観のみで対応していることにあると考える。認知症高齢者は、医師の前で一時的にしっかりとるなど、状況に応じてその症状にむらがあるため、身近で患者の入院生活をみている看護師としては、適切な情報を医師へ提供し、医師が正しく患者把握ができるようにすることが重要である。そのためには、医療スタッフが急性期治療において認知症高齢者のアセスメントをできるように知識を習得する必要がある。しかし、一般病棟では、病棟で扱う主な疾患より認知症の勉強は優先順位が低いこと、「認知症高齢者の問題が社会的に取り上げられケアが各地で実践されるようになったのは1990年代から」(中島・太田・奥野他, 2007, p.6)であり認知症看護の認識が薄いこと、認知症高齢者に出現する症状や反応は多様であり個人の勉強や受講による知識の習得では限界があることである。したがって、一般病棟において老人看護専門看護師や認知症認定看護師など専門家の支援が有効と考える。上野(2009, p.97)は、実際に急性期病院で認知症認定看護師が研修会を行った結果、はじめは対応方法を知りたがっていた研修生が、周辺症状の根底にある思いを知ることが大切だという思いに変化し、認知症の方

への理解の深まりや印象が変わり、日頃の看護に生かすことができたと報告している。よって、認知症看護に対する正しい知識の習得により、急性期でも認知症高齢者のニーズを引き出したり、認知症高齢者自身が持っている強みを活用するケアを行うことができれば、自然と改善される困難さがあるのではないかと考える。

## 3. 状況を受け止められていない家族への対応

先行研究では、家族の対応の困難さとして、退院を希望しないこと、協力を得ることの難しさ、高齢の配偶者との関わりの問題が報告されており(湯浅・吉田・野口他, 1997, p.119)、本研究の結果も同様だった。さらに、独居高齢者や夫婦のみ世帯では、子どもとの別居による家族関係の希薄化が退院調整をより困難にしていることや、介護者自身も認知症だと説明が伝わらない状況であることが明らかになった。対策として、入院時に認知症高齢者・家族の早めのアセスメントやキーパーソンの把握が重要だが、看護師が認知症高齢者を持つ家族への理解がないと難しいことである。先行研究では認知症高齢者の介護家族について、配偶者介護者は子ども世代介護者よりも、長年連れ添った配偶者の認知症発症に対する衝撃は大きく受け入れの難しさがあること(山田・武地, 2006)や、認知症介護者の悩みには、「イライラする」「自由な時間がほとんどない」「疲れる」「自分の健康に不安」「睡眠不足」など精神的ストレス・身体的束縛・心身疲労に関連した内容があることが報告されている(前田・水島・斎藤, 2006)。このように、認知症高齢者を持つ家族には、特有の受け止めの難しさや介護負担が生じるため、それを理解しながら退院調整を行っていく必要がある。

わが国の独居高齢者や夫婦のみ世帯は増加傾向にあり、独居高齢者においては、現在約390万世帯、H27年には約570万世帯になると見込まれ、独居の在宅の認知症高齢者の支援が懸念されている(社会福祉の動向, 2007)。また、厚生労働省の調査によると、65歳以上の入院患者数は、H11年には約80万人、H17年には約90万人を超えている状況がある。このことから、

今後も一般病棟において認知症を抱えながら入院する高齢者の増加は確実であり、独居高齢者や夫婦のみ世帯の対応をする機会が増えることが予測される。しかし、一般病棟の看護師が入院目的の疾患治療の看護に加え、認知症看護も行っていくには、現在の人手では責任や業務量の負担が大きいため、マンパワーの充足が必須と考える。また、近年、退院支援のため病棟と医療相談室との連携が充実してきているが、治療を終え障害を抱えて退院する認知症高齢者とその家族を支援する地域の制度や対策の強化の必要性も課題と考える。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は研究参加者が5名と少なく一般化することには限界がある。今後さらに一般病棟で認知症高齢者をめぐる問題を深めていくためには、現場での対応の実際についてフィールドワークデータの分析が必要と考えられる。また、家族や医師など入院中の認知症高齢者に関わる他職種の視点も含め研究を蓄積していくことが必要である。

### 謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様、ご指導くださいました川嶋みどり教授に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成21年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施したものでその要旨は、第30回日本看護科学学会学術集会(2010年12月)において発表しました。

### 文 献

厚生労働省. 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/1-1.html> より, 2010.8.18検索.

前田修子・水島ゆかり・斎藤好子(2004). 在宅痴呆高齢者の介護者の悩みと希望する支援の日英比較. 日本在宅ケア学会誌, 7(2),

34-42.

松田千登勢・長畑多代・上野昌江・郷良淳子(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.

長畑多代・松田千登勢・佐瀬美枝子・白井キミカ(2002). 介護老人保健施設で働く看護師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), 39-48.

中島紀恵子・太田喜久子・奥野茂代・水谷信子(2007). 認知症高齢者の看護. 医歯薬.

関根貴子(2000). 一般病棟における看護職者の痴呆性高齢者に対する抑制の実施プロセス. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 381-387.

社会福祉の動向編集委員会(2007). 社会福祉の動向2007. 中央法規.

谷口好美(2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11(1), 12-20.

得居みのり(2004). 各論 病棟でできる! 6つの痴呆ケア(1) 早期発見・アセスメント. ナーシングトゥデイ, 19(6), 32-39.

上野優美(2009). 急性期病院における認知症看護認定看護師の活動と課題—認知症の人にも安心して入院できる急性期病院を目指して—. 日本赤十字学会誌, 9(1), 97.

山田裕子・武地一(2006). もの忘れ外来通院患者の家族介護者の認知症と介護の受け止めに関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 5(3), 436-447.

山本美輪(2008). 一般病棟勤務看護者の高齢者看護におけるジレンマの概要. 日本看護管理学会誌, 11(2), 84-91.

吉岡 充・田中とも江(1999). 縛らない看護. 医学書院.

湯浅美千代・吉田千文・野口美和子・佐藤禮子・内山順子(1997). 大学病院等高度先端医療を行う病院において高齢者をケアする上で看護婦が抱く困難感について. 千葉大学看護学部紀要, 19, 117-124.