

しかしながら、ユニット型の構造を感染管理上のメリットとして十分に生かすためには、ケアの個別化に積極的に取り組むことが必要である。様子をみたり、症状への対処をしたり、居室での休養を促したり、一人ひとりの介護職に判断が迫られる場面が増える。介護職の気づきと、積極的なフィードバックそして看護職・医師との情報の共有、チームワークが感染拡大防止には不可欠であると認識されていた。その結果として、多くの感染管理上のメリットが付随してくると考えられる。

2. 特別養護老人ホームにおける感染管理の課題

(1) 従来型における課題

従来型の施設では、施設の構造上、いかに感染を発生させないかに最も気をつけなければいけない状況にある。特に病院から退院する利用者の受け入れ時に、感染症の有無が問題となる。入所受け入れ時の感染症対策のガイドラインなどがあれば、対応しやすくなる可能性がある。

(2) ユニット型における課題

ユニット型では、受け入れ後感染症が発見されたとしても、居室が個室のため、対応しやすい。したがって、受け入れ時に過度に注意を向けずすむが、その一方で、個室対応ができるがゆえに、感染症の利用者が入所しやすい状況が生じる。その結果、様々な感染症を有する利用者が施設内で生活することとなり、これまで以上の対応を迫られる結果となる。特別養護老人ホームは生活施設であるため、医療機関と同様の感染管理は不要であり、人員などの体制も対応することを前提としていない。

現在、広く使われている感染管理の方法やマニュアルは、医療機関での対応を前提として開発されており、特別養護老人ホームに適してい

ない。一方、在宅での感染症への対応に関するマニュアルなどもあるが、特別養護老人ホームは集団生活であり、高齢で虚弱の利用者も多いことから、在宅でのマニュアルは必ずしも施設に適したものではない。

感染症への対策がしやすい構造になれば、感染症を有する利用者の数が増え、職員にも過剰な不安が生じる。十分な感染管理を目指す上で、職員の感染管理に関する知識が不可欠であることは本研究からも明らかであり、特別養護老人ホームにおける介護の中で取り組むことのできる具体的な方策の提示、研修方法の検討が強く求められている。

参考文献

- 1) 特集:感染予防の2つの基本、看護学雑誌、68巻9号、pp.842-887
- 2) 鈴木聖子、ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程、老年社会科学、26巻4号、pp.401-411
- 3) 越田美穂子、稲岡由美子、他、高齢者福祉施設における効果的な情報伝達システムの検討、日本公衆衛生雑誌、51巻12号、pp.1036-1047
- 4) 菊地賢、介護老人保健施設ハートランドぐらんぱぐらんま感染対策委員会、実践マニュアル 高齢者施設内感染対策、日総研出版、2002

高齢者施設における感染管理の実態と課題

分担研究者：湯沢 八江（国際医療福祉大学大学院教授）
研究協力者：松下 年子（国際医療福祉大学大学院助教授）
研究協力者：佐々木 由恵（国際医療福祉大学大学院助教授）

本研究では、高齢者施設である介護老人保健施設と介護老人福祉施設における感染管理の実態と課題を把握するために、施設の責任者への半構造的インタビューをもとに、質的帰納的方法により分析を行った。その結果、高齢者施設における感染管理に関する①体制づくりと教育ニーズ、②地域での情報交換と連携、③宿主の課題と個別ケアの3つのカテゴリーが抽出された。高齢者施設の利用者は自立度が低いだけでなく医療処置を必要とする易感染状態にある者が多く、感染管理については、感染予防・早期発見・感染拡大防止のスタッフへの教育と、地域全体での感染に関する情報の共有と協力がより必要であり、施設内および周囲からの支援体制づくりの強化が求められていることが明らかになった。

A. 背景と目的

2000年に介護保険制度が開始されてから5年目を迎え、サービス利用者の増加とともに、施設へ入所する高齢者も増えている。またこの高齢者施設は、医療技術や機器の発達、診療報酬制度等の医療制度改革による入院期間短縮化に伴い、ADLの低下や認知症による要介護度の高い高齢者が多だけでなく、胃瘻による経管栄養や膀胱留置カテーテル等チューブケア、喀痰吸引、嚥下障害時のケア、インスリン注射や中心静脈栄養等の医療的ケアを必要とする高齢者、易感染状態の高齢者の増加を招いている。

したがって高齢者施設での感染症については、インフルエンザや結核等呼吸器感染症、ウィルスや細菌性の下痢を伴う感染性胃腸炎、疥癬等の皮膚疾患の感染拡大が問題となる。易感染状態の高齢者が多いなかで、しかも医療的ケアに関する感染予防も必要とされるようになってきており、新たな高齢者施設独自の感染管理が必要とされてきている。

昨年度の介護老人福祉施設の感染管理の研究

において、ユニットケア型と従来型施設とを比較した場合、ユニットケア型は個別ケアの提供や感染症発生時の隔離がやすく、感染症の拡大防止には利点があることを明らかにした。併せて、高齢者施設ではスタッフの感染管理に関する知識が大きく管理実状に影響し、マニュアルの開発や教育ニーズがあることも明らかになった。そこで、本研究においては、高齢者施設における感染症の実態や、感染管理に関する取り組みの実態から、施設における感染管理の課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 施設の責任者を対象とした半構造的グループインタビューの内容をデータとし、質的帰納的方法により分析する。

(1) 対象者

東北、関西、九州のユニットケアを提供している介護保険施設5施設のそれぞれの代表者である。この5名は、介護老人福祉施設副施設長、介護老人福祉施設部長、介護老人福祉健施

看護介護部長、介護老人福祉健施介護課長、介護老人福祉施設統括マネージャーである。

(2) 方法

①データの収集

対象者5名のグループに対し、3名の本研究の研究者が半構造的インタビューを行った。インタビューは、2005年5月中旬の1日を使用し、約5時間をかけて行った。主な質問項目は、①施設のなかではどのような感染予防を意識しているか、②実際に行っている対策や方法はどのようなことなのか、③感染に関して困っていることはどのようなことであるのか、であった。

②分析方法

インタビューの内容すべてをCDに録音し、その後逐語記録に起こしたものを質的帰納的方法により分析した。まず、テーマに関連する文章を切り取り、1つの文章単位に文脈を整え、コードとした。次に、抽出する要素およびその抽象度や抽象化の表現を研究者間で検討しながら、カテゴリー化を図った。

2. 諸外国の高齢者施設の感染管理の現状を参照するために、入手できたアメリカ・オーストラリア・カナダの資料の検討する。

C. 結果

1. 抽出されたカテゴリー

コード数は142で、それらは18のサブカテゴリーとなり、最終的に3つのカテゴリーが抽出された。〈表1参照〉

カテゴリーは、(1)「高齢者施設における感染管理に関する体制づくりと教育ニーズ」、(2)「高齢者施設における感染管理に関する地域での情報交換と連携」、(3)「高齢者施設における感染管理に関する宿主の課題と個別ケア」の3つであった。

2. 各カテゴリーの概要

(1) 高齢者施設における感染管理に関する体制づくりと教育ニーズ

このカテゴリーは、10のサブカテゴリーを持ち、①施設での感染症発症時の現状と対応の不十分さ、②感染症に対する知識の不十分さ、③感染症の早期発見と早期対応の工夫、④施設に独自に工夫された感染対策マニュアルの作成、⑤感染に関わる家族への対応、⑥ユニットケアで求められる介護職の能力、⑦高齢者施設の看護職の現状と看護職に求められる能力、⑧介護職と看護職の役割の明確化と協働、⑨医療的ケアに関するマニュアルと役割分担、⑩施設における研修の現状と課題である。

今回のインタビュー対象の中で、実際に疥癬の短期間での感染拡大を経験している施設があり、その他の施設も疥癬は注意を払うべき感染症として捉えていた。

その施設はまず、自らの施設に疥癬の被害が出始めるより前に、他の近辺の施設における疥癬の発生を知り、対策としてショートステイやデイサービスの利用者を、職員によって疥癬か否かを確認していたのである。しかしこの事例では、初期に的確に確認出来ず、施設の入所者への疥癬の感染拡大を許してしまうこととなった。その後、皮膚科医師による利用者の診察と発症者への治療、従来の介護マニュアルの見直しによる洗濯や入浴を通しての集中した感染予防に努め、1ヶ月程度での終息に至った。

これらの経験より、代表的な感染拡大の事例に出合った施設は勿論であるが、その他の施設においても自らの施設での発症や近辺の施設の発症などにより、施設で戸惑わずに使用できる具体的なマニュアルへと改善していく必要性を感じているところが多かった。

また、疥癬の感染拡大は他の施設からの流入や、入所した利用者が元々持っていたものが原因であることが多く、利用開始時に確認することの重要性や、危険を察知した時点で有効な確認ができなければならないということである。これは、施設では介護職員が確認してしまうこ

表1. 高齢者施設における感染管理の現状と課題

I 高齢者施設における感染管理に関する体制づくりと教育ニーズ	
施設での感染症発症時の現状と対応の不十分さ	<ul style="list-style-type: none"> ・疥癬が発生した時、介護職等スタッフは、疥癬拡大について過剰な反応であった。 ・職員は、自分が疥癬の感染を受けたり、家族にうつしてしまうことの不安が大きかった。 ・皮膚科医師からは神経質にならなくとも良いと言われたが、職員は目に見えない恐怖心がたくさんあったようだ。 ・ゴミ袋をぶら下げて歩く人やバケツを持ってきて拭いて回る人もおり、どこまで対応したらよいのか無数の作業も多かった。 ・過去に、疥癬で職員が発症してしまったケースや、逆に職員が発症せずに家族が発症したケースがあった。 ・職員がパニック状態にいるうちは適切な対策が取れないと思われ、職員が安心できるように一つ一つマニュアルの見直しを図った。 ・看護職がMRSAに過剰に反応し、必要以上の対応をしてしまうことがある。 ・MRSAであっても、検出されている部位により、隔離するのかわ、部分的な対応でよいのか検討すれば良い。 ・MRSAというだけで、看護職は必要以上の対応を介護職にも求めてしまうことがある。 ・以前にノロウイルス急性胃腸炎で死亡者がいた施設も、早期発見をして対応していれば死亡者が複数でなかったのではないかと。
感染症に関する知識の不十分さ	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者には異常があった場合、本当に急性の症状であるのかどうか、どのような状態であるのかを見極められる必要がある。 ・施設は高齢者の健康上のことに十分な知識があり、日頃どんなところをどのように注意するのかわかり、きちっと対応していく必要がある。 ・疥癬の皮膚症状について、施設職員が能動的に知っている者がいなかった。 ・疥癬を看護師は見てもいない人も多く、それで発見が遅れてしまうことが多いのではないかと。 ・のみ薬の副作用に痛みということがあるが、疥癬による痒みなのか薬の副作用の痒みなのかわかりづらかった。
感染症の早期発見と早期対応の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚の異常がある利用者もおり、転院や入所時に皮膚の異常の有無や程度を確認しておくことが大切。 ・入所や利用開始前に、本人や家族に説明し服を脱いでもらい医師に診察をきちんとしてもらうことが必要。 ・痒みがあり湿疹のある人を初期の段階で見つけて、看護師の判断で受診し検査してもらい、きちっと対応していく。 ・身体の異常を最初に見つけておくには、全身を診ることが大切である。 ・必ず徴候があるので、最初にきちんと診て、適切に対応していくという実践が重要である。 ・疥癬の発生が他の施設であったことと連絡があり、利用者を確認したが、発見できなかった。 ・スタッフが皮膚症状等の異常を感じてはいたが、様子を見ている間に疥癬が拡大した。
施設に合った工夫された感染対策マニュアルの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルを作る場合、突き詰めていくと施設全体が医療的になり過ぎてしまい、その分、職員の負担も増えることになる。 ・今後、高齢者が増えると、入所や通所でも集団生活の場も増えることになり、施設としての感染管理は重要であると思う。 ・MRSAで隔離やオムツも別にすること等は介護職にまた別の負担を強いてしまうことになるため、適切で具体的なマニュアルが必要。 ・疥癬の発生時にマニュアルはあったが、具体的なものではなく、対応が出来なかった。 ・疥癬対策は、衣類やシーツ類の洗濯や部屋の掃除方法等、具体的にない、使えない。 ・施設の洗濯機もお湯を使用しており、そのお湯の温度を機械の業者に来てもらい、50℃以上で設定してもらった。 ・疥癬で個室隔離の場合、部屋のなかの手洗いや入浴時の衣服の着脱の場所をどこにするかという判断が難しくなった。 ・洗濯は一旦お湯に漬けることにしたが、お湯の温度が分からなかった。 ・洗濯や手洗いのための大きなマニュアルはあったが、具体的なことはほとんど無いことに気づいた。 ・随時、マニュアルを更新していないため、いつのものであるのかわからない状態であった。 ・マニュアルには詳しく書き過ぎないことが良いが、現場で使えるためにはある程度具体的に書かれていることは必要である。 ・感染予防のため病院と同じようなことを行う、生活の場という家庭的な施設の雰囲気から離れてしまうような気がする。 ・MRSAでも在宅では家族と一緒に生活しているも、施設では隔離や行動制限をするのかわかりづらくあることがある。 ・看護師のMRSAの対応は、以前に勤務していた病院のやり方や病棟により違っているため考えが様々である。 ・施設での感染症に関して、どのようにして見つけ、どうすれば良いかの体制がきちんと出来たら良いと思う。 ・施設の負担で職員に検診を受けようとする、職員も不安が軽減した。
感染に関わる家族への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・疥癬は性病の一つに加わっているため、本人や家族は言い出しにくいことがあると思う。 ・疥癬であっても、デイケア利用者の家族は受診さえ拒む状態であり、最初なかなか許可をもらうことが出来なかった。 ・インフルエンザワクチン接種等では、家族にも詳しく説明し、了解を得ている。 ・施設で問題となる感染症は、入所の場合も通所の場合も家族に説明しておく必要がある。
ユニットケアで求められる介護職の能力	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットケア型は感染予防に関して、個室という利点があることを活かした介護を施設に求められている。 ・ユニットケアは今までの介護職の力量では出来ない。 ・ユニットケアは個別ケアの効果も求められていることがあり、これまで以上のものを介護にも求められるようになるのではないかと。
高齢者施設の看護職の現状と看護職に求められる能力	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の方は色々な疾患を持っていることが多く、看護師の以前の経歴により適切に判断し対応が出来ない者もいる。 ・施設に勤務している看護師は、食事の量や下痢や活気などの等々で異常に気づき、健康状態を総合的にみるようになっている。 ・訪問看護師と同じように施設の看護師も、観察したことをフィジカルアセスメントして、自分で判断し行動に移していく能力が必要である。 ・特養や老健の看護師は、観察とアセスメントと判断と、介護職に適切な指導が出来る方が、これまで以上に求められることにある。 ・高齢者施設の看護師は高齢者の特徴や疾病の知識があることに加え、経験も必要である。 ・大きな病院しか経験がない看護師は酸素ボンベの使い方もわからない者もおり、施設で求められる役割がこなすには果てしない。 ・施設に勤務する看護師は、本当はオムツに色々なことが出来ないといけないが、出来れば、動けない人が多い。 ・認知症のケアを医療の立場から介護の立場から一緒に考えていかなければならないが、それらが考えられない看護師が多い。 ・高齢者施設の看護師は、医師常時勤務しているわけではないので、ある意味、病院の看護師よりも、よほど力量が必要である。 ・医療処置に関しては、医療の知識がある看護師を中心に、特養においてはケアワーカーを指導している。 ・現場を離れていた看護師が、高齢者施設に勤務する場合も、復帰する時に研修は必要である。 ・特に看護師は人数が少ないので、勤務し始めるのすぐから色々なことが出来なくてはいけません。 ・看護師は24時間利用者を見ていて人であれば、医療も含め早期に異常に気づき対応することには出来ないとと思う。 ・点滴をする場合にしても、看護師がいつも一緒に利用者と信頼関係ができていないと上手く出来ないのではないかと。 ・施設の看護師が少ない場合、地域に訪問看護の依頼をして、必要な時に来てくれる看護師も良いのではないかと。 ・地方の特養では、看護師を募集してもなかなか応募がない状況であり、十分な人数が確保出来ない。 ・施設で看護師が不足した時、募集すると応募があると、とりあえず免許があるというだけで採用することもある。 ・医師や看護師の専門集団として地域の中の一カ所に駐在し、利用者健康上問題があった時でもらうようにしても良い。 ・ある程度医療的な部分も介護ができるようになるのであれば、訪問看護師でも良いという方向性が出てくるかもしれない。 ・健康管理やある程度の医療的な処置が介護が行うようになるのであれば、介護士のレベルがもっと高くなればならないということである。 ・施設の基準に看護師の定数が位置づけられているが、その看護師の能力が低ければ、優秀な訪問看護師が来る方法でも良い。 ・現場を離れていた看護師が、子育てが一段落して復帰する時、高齢者施設なら何とかなると安易に就職することがある。
介護職と看護職の役割の明確化と協働	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットケア型の場合は看護師が各ユニットに固定できないため、地域の中の訪問看護師の役割を施設で行っているようなものである。 ・ユニットケア型の場合は、利用者の様子が見え難くなったところがあり、健康管理が難しく感じられるようになった。 ・介護職が利用者の食事や排泄等の変化を気づき、適切に情報を伝えることができれば、看護師が常時いなくても良い。 ・日常のバイタルチェックは介護職が行っており、異常があった場合は看護師に報告している。 ・ユニットケアに看護職を1人ずつ配置する場合、ユニットの中に入っていること、かえって施設全体を把握しづらい面がある。 ・施設でユニットケアを始める時に看護師の配置を検討したが、看護師の役割を明確にする必要があると思った。
医療的ケアに関するマニュアルと役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養の注入と器具の管理は、看護職と介護職の両方が行っている施設が多い。 ・経管栄養の注入は、特養は介護職で、老健は看護職が行っている。 ・経管栄養の場合、医療保険で取る場合と食事で取る方法があり、ほとんどの場合食事で取り特別加算が取れるようにしている。 ・経管栄養に用いる器具は、利用者本人に消耗品として請求し、施設で購入している。 ・経管栄養のチューブの交換に関するマニュアルも作成しており、それに基づいて実施している。 ・経管栄養の器具の管理は、使用後洗浄し80℃位のお湯を通し乾燥させ、3日おきのミルトン液消毒、1週間毎に交換している。 ・褥瘡や経鼻的な経管栄養に関する手順や器具管理のマニュアルは作成しており、消毒液のマニュアルも作成している。 ・カテーテルや吸引は看護職が行っており、介護職がかってに実施することはない。
施設での研修の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設では、介護職とともに看護職に対する教育も必要である。 ・看護師や介護職も専門職として、いつも自己研鑽が必要であると思う。 ・きちんと体系化されていないが、職員全体研修を1年に4回程度定期的に実施している。 ・職員研修は、施設の各専門職と一緒に行うグループワークを取り入れており、横の交流の場にもなっており効果も出ている。 ・新人への対応として、介護職も数年先輩の者がプリセプタシップのような制度を取り入れ、指導体制を整えている。 ・施設内での研修は、できるだけ回数も多くして全員参加できるように工夫しているが、参加しない職員もいる。 ・施設では、研修の内容の希望を募ったり、数回講師の先生に来てもらい、できるだけ全員が参加出来るように工夫している。 ・医療処置が出来ていないといけないうので、施設内研修として介護職も含め、吸引や酸素療法、経管栄養の学習会を行っている。

II 高齢者施設における感染管理に関する地域での情報交換と連携

地域の高齢者ケアサービス機関における情報交換	<ul style="list-style-type: none"> ・疥癬やインフルエンザ等の発生があった場合は、地域の通所、入所施設同士で連絡を取り合っている。 ・要介護高齢者は、通所サービスと短期入所のサービスを利用しているため、居宅サービス利用者や施設入所の利用者が接する。 ・現在では、情報が得られるから感染に関する色々な情報をどんどん発信していくことも大切だと思う。 ・病院からの転院や他施設からの転入時に疥癬や感染症が見つかることもある。 ・介護保険の事業所は、「疥癬の対策をやっている」と言われるので、どこまでやっていますかと詳しく確認することは出来ない。 ・疥癬が発生した施設から連絡をもらうこともあるが、終息宣言の連絡がないので、こちら注意して皮膚状態を見ていくしかない。 ・発生した施設は通所先のところが多く、担当者も働きかけてもらうようにしなければいけない。 ・感染症が発生したことや盛りが終わったこと等、恥ずかしがらずに公表していくことも大切だと思う。 ・感染症のマニュアルは自分の施設だけの使用では不十分であり、地域で同じものを使用する必要がある。 ・入所時に連絡先にMRSAと書いてはあるが、どこから出ているのかは書いてない場合もある。 ・以前に疥癬の治療方法について、他の施設のスタッフと話し合ったことがあったことが、皮膚科受診の切っ掛けとなった。
施設の感染管理に関する支援システムの必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・使い捨てガウン等感染管理に必要な物品で、日頃使用頻度が少ない物品は、いざ購入しようとした時、揃えにくかったりする。 ・インターネットの情報は情報源が信用できるかどうか混乱することもあり、インターネットの内容だけでは心配である。 ・情報はあっても、調べれば調べると分からなくなり、情報があっても混乱する。 ・施設で何かあった場合は感染の認定看護師に連絡し、相談や確認ができるシステムがあると便利である。 ・細かなマニュアルはかえってやり難いことが多く、ある程度の基準があり、その他の事項は個別に相談できるシステムがあると良い。 ・感染症の対応について、コンサルティングのような役割でアドバイスをしてもらえらる施設があると良いと思う。 ・行政はもう少し、感染管理に関する公的な資料を出したり、情報を出しても良いのではないかな。
地域での病院との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の皮膚科で、多数の利用者と職員が疥癬の検査や治療での受診も引き受け適切に指導してもらえ、助かった。 ・皮膚科の医師から薬を服用するだけで衣服や部屋の消毒をいらない、と言われたりと、医師により指示が多少違っていた。 ・病院によっては、皮膚の異常を看護助手にまかせて看護師が確認していないところもあると聞いている。 ・病院からの入所の場合、感染症歴を記入しないことや、MRSAでも具体的に記載されていないことも多く、施設での対応に困る。 ・通所の方で、湿疹で治療していても内科医で、皮膚科の専門医ではなく、適切な診断と治療がなされていない場合もある。
より現状にも基づいた行政的指導のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設でも、若役や特養それぞれで感染管理の基準があれば、その時の判断がしやすい。 ・ノロウイルスでは検査の結果がでるには1週間もかかるので、その間の週間は部屋に閉じこめておかねばならなくなる。 ・ノロウイルスでは検査の結果がでるには1週間もかかるのに、とにかく下痢や嘔吐があれば隔離、なさいと言われている。 ・ノロウイルス感染症の疑いで、利用者が部屋に閉じこめられているその間にどうにかなった場合責任は誰が取るであろうか。 ・ノロウイルスが流行している時期は、施設の食事や洗濯をできるだけ、全く生ものを生かす敷居の制限があった。 ・下痢や嘔吐の症状がある場合報告するように行政指導があったが、普通の生活中でも下痢をするので、その時期は判断に苦労した。 ・ノロウイルスの場合下痢や嘔吐があれば疑いをもちすぐに隔離するというのではなく、工夫できる判断基準が要ではないか。 ・職員も少し下痢があるだけで、休むように言われていたが、勤務を変更するのにも困った。

III 高齢者施設における感染管理に関する宿生の課題と個別ケア

感染拡大防止のための隔離の弊害	<ul style="list-style-type: none"> ・MRSAで部屋に閉じこめることは、行動制限に繋がりが、利用者にとって辛いことである。 ・疥癬やMRSA等で利用者が長期間部屋に閉じこめられていることは、治療にはあまり良い環境とは言えないと思う。 ・MRSA等で利用者が居室から出られずに、かえって元気がなくなる人もいる。 ・MRSAで行動制限があり、いきいきとした生活できないと元気がなくなり、結果的にその人のQOLを低くしてしまうことになる。 ・MRSAでも部屋から出てもらって元気を取り戻してもらった方がかえって良いのではないかなと思うことがある。 ・MRSAを持ち要介護5の利用者がある日自分の好きなことをしたことで、とても元気に歩行できるようになったケースもある。 ・MRSAを持った方でもいきいきとした生活をする中で、身体からMRSAも無くなるケースも多い。
感染予防に関するユニットケアの利点	<ul style="list-style-type: none"> ・疥癬は潜伏期間が人によって違うので、利用者で疑わしい場合も、個室であるメリットがある。 ・各ユニットにも浴室はあったが、大浴場を共用して使ったために疥癬はそこで感染が拡大した可能性が高い。 ・ユニットケアは個室であるため、感染症を持っていても、他の人も接触をしないようにしやすい。 ・ユニットケアは個室になっており、そこで利用者によって起こることで他の人に伝わらず治療が完結している。 ・抵抗力や免疫力が低下している利用者は、個室であれば、他の利用者からの感染を避けていく。
個別対応の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・MRSAで隔離のため部屋に閉じこめることは、スタッフができるだけ部屋の中で話をできるようにしている。 ・高齢者は一人一人免疫力や抵抗力も違い、MRSAでも免疫力が低下している人には近づけない等、個別対応をする必要がある。 ・何らかの異常があった場合は、職員のシフトを考えた個別対応をしている。 ・利用者の入浴やトイレ介助時、職員を介して疥癬の拡がりが考えられる。 ・利用者のトイレ介助時を職員を介して、疥癬の拡がりが考えられるため、利用者の自立に向けた取り組みが一部の対応だとも思う。
病院での治療がもたらす弊害	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所中に徐々に食事摂取量が減り、入院すると、すぐに胃瘻造設になりチューブ栄養となるケースが多い。 ・病院の医師から肺炎の危険性や延命のために胃瘻造設の話をされると、家族も拒否することが難しい場合が多い。 ・経管栄養や尿管カテーテルが入ったまま、施設入所になる利用者が多くなっている。 ・長期入院後の方では、MRSAをもたせて帰ってこられる方が多い。 ・長期入院後の入所方で、カテーテルが入っている方はMRSAの方が多。

とが多いこと、看護師が見ても経験不足のため把握しきれないことが問題点としてあり、スタッフの知識の強化が課題であることが挙げられた。

また、利用者の衣類やリネンの一部を施設内で洗濯することが多く、業者と連絡をとって洗濯機のお湯の温度の引き上げ等といった施設ならではの感染対策もできることが確認された。

疥癬やMRSA感染等では、実際に職員が混乱し、不必要な業務が増えてしまうことがあり、これらに対し、感染症発症時の具体的な手順や、接触したスタッフの感染のリスクと診察の奨励についてもマニュアルに含まれる必要があることが指摘された。

また施設内の感染管理においては、ケアスタ

ッフが、感染症を発見する、また適切な対応や予防をする能力をもつことが必要であり、特にその役割を看護職に求めていることが挙げられた。

しかし実情は、看護職の質どころか量的にも十分に確保することができずにいる状況である。介護職に比べて給与的な優遇があっても看護職の確保は大変であること、数は満たしていても、質については必要とされる能力を備えていない看護職の存在が問題視されていた。施設では高齢者に起こりうる健康に関する様々な状況に看護師自身が対応を決めていかなくてはならず、オールマイティーな能力を必要とするが、実際には病院などでうまく働けなかったとか、一旦は主婦になったが病院での夜勤を嫌い安易に施設に就職してきたとか、実践能力の低い看護職

が少なくないことが指摘された。

また医療的ケアを必要とする利用者が増えていることや、長期入院後に施設に入所させられたり、一時的に入院して施設に戻る高齢者、特に経管栄養チューブや留置カテーテル挿入者がいる場合は、MRSAが目立って多いが、それに対する看護職の対応が施設にそぐわないことも多いこと、MRSAの利用者がいる場合は、基本的に、看護職のやり方に合わせた対応をしていくという施設が多く、その看護職が経験してきた病院で取られていた感染対策を、そのまま高齢者施設で用いられるが、必要以上の対応であったり、適切ではなかったりすることも多いとの意見が挙げられた。病院を退職して時間経過が有る看護職では、適用しようとしている病院のマニュアルも旧式のものであることもあり、現状の看護職の知識と能力の不十分さが挙げられた。そして、このような高齢者施設での看護職の量と質の確保の問題に関連して、現在は施設の設置基準でその数が定数化している看護職ではあるが、制度の変更として訪問看護師による施設の運用はできないものかという話も聞かれた。しかし、点滴などを行う場合においても、利用者との信頼関係が築かれた看護職の方が安心感を与えることができるだろうし、利用者の表情の変化等にも気づき易く、健康状態を早く把握するためには24時間体制で看護職がいた方が良いという意見もあった。

施設における医療行為や施設内研修の現状についても話を聞くことができた。

医療行為については看護師が中心となって行っており、指導やマニュアルについても施設ごとに行き届いているようであった。それらに関連する施設内での研修もある程度行われていた。

また、その他の研修も定期的に行われており、職員の希望の多い講演会や、職員全体研修ではグループワークを取り入れた研修会も行われていた。各専門職内だけでなく、職員全体の横の連携を強めることや、自ら考える力を養うことに有効であるとの意見であった。

さらに、新人研修では看護職のプリセプター制度のような体制を取り入れ、先輩職員による新人教育を導入し、連絡ノートを用いて新人が色々な相談をし易いように工夫しているとのことであった。

しかし、そういった管理者の努力が少しずつ奏功しているものの、研修への参加者が少ないとか、能力が身に付いていない職員が多いなど課題は多いようである。介護職も看護職ともに専門職としての自覚を持ち、自己研鑽していく必要性と、研修のあり方を模索しているのが実情であった。

(2) 高齢者施設における感染管理に関する地域の情報交換と連携

このカテゴリーは、4つのサブカテゴリーを持ち、①施設の高齢者ケアサービス機関における情報交換、②施設の感染管理に関する支援システムの必要性、③地域の病院との連携、④より現状に基づいた行政指導のあり方、である。

施設間の情報交換も大切な要素であるとの声も強い。介護保険の在宅サービスは、ショートステイやデイサービスといった、通所や短期滞在型のサービスを地域のなかで複数利用されていることが多いため、施設を経由した感染拡大が多い。近隣の施設における感染症の発生や沈静化を把握しておくことは、自らの施設での感染症対策の上で必要不可欠であるという意見が複数施設から聞かれた。

また、感染症対策のマニュアルについても、自らの施設で作成し採用するだけでなく、近隣施設と共用することで、地域レベルの感染症拡大を予防するという意見であった。

疥癬の事例でもあったように、現状で感染症が発覚した場合、対応の基礎はインターネットからの情報収集や施設職員の知識といったものに依存せざるをえず、信頼度の高い具体的な感染対策の情報を得たり、相談して指導を求めることができる機関が地域のなかに必要なであるという意見が挙がり、行政側に感染症発生時の情報源となる、ホットチャンネルのようなものを

作ってもらいたいという声も聞かれた。

高齢者施設は病院から退院する高齢者を直接受け入れる場合も多く、MRSAなどの病院で感染することの多い感染症については、施設での適確な対応が必要となり、より具体的な情報提供を必要としていた。

また、高齢者は介護保険によってデイサービス等の通所プログラムを利用する機会が多いことや、施設に入所する可能性もあることを考慮し、かかりつけ医となっている地域の開業医は、集団感染症として内科疾患だけでなく皮膚科疾患等にも認識を高め、本人や家族への指導が必要であるのではないかと意見が挙げられた。

さらに、疥癬の集団発生の事例で、近隣の皮膚科より適切な診療を受けることにより短期間で終息できた経験から、感染管理の視点においても、地域の病院との連携と協力体制の強化が必要であることがわかった。

近年流行したノロウィルスの事例では、急性胃腸炎で死亡者が出てしまった高齢者施設があり、行政側から症状を有している入所者の報告と対応の要請という働き掛けがあったものの、嘔吐や下痢を起こした高齢者を一週間に渡り隔離、同様の症状が出た職員を一時的に休ませるなどの具体的な要請は、現状にそぐわないとの意見であった。普段でも下痢や嘔吐といった症状を呈しやすい利用者がある施設の実情と合致しないものであり、隔離されている高齢者の心身への悪影響やケアスタッフの負担といった弊害が大きいとする意見であった。

(3) 高齢者施設における感染管理に関する宿主の課題と個別ケア

このカテゴリーは、4つのサブカテゴリーを持ち、①感染拡大防止のための隔離の弊害、②感染予防に関するユニットケアの利点、③個別対応の重要性、④病院での治療がもたらす弊害、である。

MRSAの事例では、周りが抵抗力の弱い高齢者という環境上、利用者の居室への隔離や行動制限をやむを得ず行っている施設が多かった。

しかし、在宅療養においてはMRSAが検出されている高齢者でも、周りの家族と一緒に生活ができるのに対し、施設における医療的な安全を考えた場合の隔離等の不自由を与えてしまう。施設関係者にはあくまでも施設は「生活の場」の延長であるべきという考え方の者が多く、周囲の抵抗力の弱さを考慮しつつも、利用者の不自由さに繋がらないよう務めるべきという意見が多く聞かれた。実際にそういったMRSAの利用者が部屋から出て活動的に動くことで元気を取り戻していったという体験をしている施設関係者もあり、高齢者施設ならではのQOLの視点に立った介護を大切にすべきだという声が聞かれた。

高齢者施設でもユニットケア型では、疥癬やMRSAその他隔離が必要な感染症やその疑いがある場合でも、改めて居室を確保する必要がなく、他の利用者との接触を制限しやすい。また逆に抵抗力が低下している利用者が、他の利用者から感染するリスクが低いため、感染管理において利点が多いことが挙げられた。また隔離時の利用者への対応や感染症の予防や拡大防止の観点から、ケアスタッフによる利用者の状況に合わせた個別ケアが重要であるとの意見が多かった。

また近年益々医療的ケアを必要とする利用者が増えていることに関連して、病院の治療方針に対する疑問が挙げられた。施設入所中、食事摂取量が減少したり、嚥下障害が出現したりとか肺炎を発症した場合等で病院に入院されるとすぐに、胃瘻増設で経管栄養となるケースが多いことと、医師が家族に話をする場合にそれらを拒否することの難しさがあることが挙げられた。施設ではできるだけ経口的に摂取できるように努力しているも、病院では安易に経管栄養を選択している可能性はないだろうかとの指摘がなされた。

3. アメリカ・オーストラリア・カナダにおける高齢者施設の感染管理の現状

高齢者ケア施設マニュアルの特徴は、以下の内容であった。

(1) 職務規定として義務づけられた感染予防

施設のリスク管理マニュアルの中に、感染予防のために取るべき行動が職務規定として記載されている。採用時の職務内容の説明書にはケアスタッフは、家庭的環境を維持しつつ、感染防止のための方針や手段に沿ったハウスキーピングを実践することが明記されており、これらは業績査定と連動しており、定期的に(3ヶ月～6ヶ月)自己評価・他者評価が行われる仕組みとなっている。

(2) 感染に対する研修

感染予防のためにすべきことは、感染の発生と伝染を防ぐための様々な予防措置を実行することであると、適切な衛生習慣、よい入居者ケア技法、清掃、メンテナンスの正しい方法を理解し応用していく基本を身につけるため、スタッフへの研修が充実している。

研修内容としては、感染・感染源・感染プロセスに関する知識と理解の徹底、血液や体内物質の慎重な取り扱い、感染の発生や伝染を防ぐために必要な技法や習慣の正しい理解、水準の高い環境管理等についてである。

(3) 施設内感染の監視システム

感染の発生に関する系統だった継続的な観察を行い、月1回定期的に報告書を作成し、入所委員会(入所者家族代表者やハウスキーピング担当者も含まれている)に報告することが義務づけられている。

(4) 感染予防マニュアルの特徴

かなり詳細で具体的、かつ実践的なマニュアルが用いられている。例えば、トイレ用ブラシの使用範囲や消毒・保管の仕方さえも盛り込まれている。おむつ等の廃棄物の取り扱いについても、使用するビニール袋の材質や、廃棄物を

取り扱う際の防護服・防護用手袋の使い方、袋が身体にふれないように運ぶ方法等が具体的に記されている。

また、歯ブラシ等の口腔衛生用具の洗浄・消毒・保管方法も非常に詳細である。

感染症自体についても同様であり、例えば疥癬が確定した場合だけでなく、疑わしい場合についても、対応の仕方が具体的に記載されている。

(5) 感染防止担当看護師の役割

感染防止を担当する看護師の能力と役割についても、具体的に規定されている。疫学と感染防止に関する経験があるか、もしくはこの分野に興味を持つ看護師であることが望ましいとされ、スタッフへの教育、モニタリング、評価とその結果の報告を行うようになっている。それらは、毎日の入所者のケアに付随するかたちで実践されるようになっている。

また、新採用のスタッフへ感染防止関連事項のオリエンテーション、血液および生体物質の慎重な取り扱いを徹底や食事の準備・清掃・洗濯・メンテナンスにおいての指導を行い、衛生基準が守られているかどうかを監視し、感染に関する統計資料を作成して入所者ケア管理委員会に提出し発表する。

このように感染防止の各スタッフの役割に応じた継続教育と継続的な監視活動を続けて問題点を明らかにすることが役割として明確にされている。感染管理担当看護師は、感染防止に関する自分自身の知識を生かし、看護実践や入所者に対するケアの具体的な手順を改善していくための提案をする役割を担っている。

D. 考察

1. 高齢者施設における感染管理に関する体制づくりと教育ニーズ

施設に入所している高齢者は、虚弱のため易感染状態であるとか、身体状態がいつ悪化するのかわからないというリスクを常に持つ。さらに最近では、医療処置が必要な対象者も増

加している。そのため、日常生活のケアのなかでの感染管理に加え、医療処置に関する感染管理が必要とされるようになってきている。しかし、高齢者施設は病院と異なり、あくまでも高齢者にとって安らげる生活の場であるため、その目的を損なわずに、より質の高い感染管理の実践が必要である。つまり、高齢者施設独自の感染管理が求められているということである。

行政側も高齢者介護施設における感染対策マニュアルとして基本的な対応策を示しているが、施設内でケアスタッフ全員が行動化できるためには、それらを参考としながら、簡潔でわかりやすく、且つ具体的な、施設に即した独自のマニュアルが必要である。入所者やスタッフの状況とともに、施設の構造・使用している物品に応じた、詳細な手順書が作成される必要がある。そのマニュアルには、各感染症の予防と発症時の拡大防止、罹患者や職員への対応が含まれている必要がある。そしてこれは日常の予防対策とともに、感染症が発症した場合だけでなく、疑いがある場合においても速やかに取り組むことができる内容であることが重要である。また、このマニュアルには、介護手順とともに新たに必要となった医療処置に関する内容も随時加えていく必要が生じている。

感染管理は職員全員が取り組まなければ成り立たないものであり、感染管理に対する認識を深めるとともに、施設で示したマニュアルを遵守することが必要である。つまり、施設の構造や使用物品の充実も含め、感染の予防・早期発見・早期対応ができるシステムを施設内で構築していく必要がある。

また、施設全体で取り組む感染管理は、オーストラリア等の高齢者施設で実践されているような、感染管理を中心的に行う組織上の部門が必要であり、その役割を担う者は、マニュアルの作成と必要に応じた見直しを行うこと、各スタッフの役割に応じた継続教育と継続的な監視活動、感染に関するデータの集積と分析、定期的に外部研修に参加し保健医療福祉領域での感染管理に関する知見を常に得る努力をすること

も必要である。このように、感染管理は施設での体制づくりの強化が求められており、その中心的役割を果たす職種として看護職が期待されている。

2. 高齢者施設における感染管理に関する地域の情報交換と連携

地域で介護保険の在宅サービスを利用している高齢者は、訪問でのサービスだけでなく、施設をデイサービスやショートステイといった通所型や滞在型のサービスを組み合わせて利用している。また利用している施設は、1ヶ所ではなく複数の施設を利用していることも多い。したがって、施設間経由の感染拡大を危惧するならば、地域全体で感染症に関する情報を共有し、高齢者ケアのサービス事業者はお互いに協力して感染予防を図ることが求められている。

また高齢者施設では極希に起こる感染症については、最新の知見に基づいたマニュアル更新がなされていないことも多い。そのため、感染症の発生や予防の仕方、発症時の対応方法についての信頼できる情報を必要に応じて得ることができるなど、具体的な対策を相談できるシステムを地域のなかで構築することが望まれている。

高齢者施設でノロウイルスによる急性胃腸炎で死亡者が発生してしまった事例を受けて、行政的に症状を有する利用者や職員の報告と隔離という対応の要請は、利用者自身への弊害だけでなく、スタッフの負担増加により他の利用者へのサービス低下も生じさせてしまうことになり、施設の実情と合致しない。これに対しては、症状がみられた場合、速やかに検査と判断ができる体制を整えていくことが必要となる。インフルエンザでは診療材料の進歩により、施設内や受診時すぐに結果が出るため、隔離の有無の判断や効果的な治療が開始できるようになった。しかし、ノロウイルス等のようにウイルスや細菌による急性胃腸炎については、現状ではそれらの検出に時間が掛かりすぎるため、実用的ではなく、疑いがあるだけで、隔離を余

儀なく強いてしまわざるを得ない。今後は高齢者とスタッフに負担が少ない、より適切な対応の検討が期待される場所である。

3. 高齢者施設における感染管理に関する宿主の課題と個別ケア

施設に入所している高齢者は要介護度が高く、抵抗力も弱いという易感染状態にある者が多い。

また最近では、入院期間の短縮化等により病状も不安定であったり、医療処置を必要としたりする高齢者が増えている。そして長期入院を経て入所される高齢者や尿道カテーテル等を付帯している高齢者の場合は、MRSAを有している割合が高く、施設での生活への支障となっている。居室に隔離や行動制限をせざるを得ない状況や、ケアスタッフの負担も多くなっている。病院でのMRSA等の院内感染は病院だけの問題ではなく、高齢者施設への影響も大きいということである。

このように、施設の高齢者は感染管理における宿主としての課題を多く有しているが、逆に、施設はあくまでも「生活の場」であることを活かし、精神的にも生き生きと生活でき、できるだけ身体活動も多くしながら、感染に対する抵抗力と基礎体力を維持できるような働きかけをしていくことが必要であると考えます。

最後に、特別養護老人ホームでありながら150名の入所者のうち酸素吸入8名、吸引11名、IVH9名、留置カテーテル3名と医療処置を必要とする人を多くかかえた施設もあり、ますます感染対策・職員の研修・地域での情報の共有化が迫られてきている現状といえる。

参考文献

- 1)大久保憲監修. 正しい根拠に基づいた介護施設感染防止対策. 日総研. 2005.
- 2)堤寛. 高齢者ケアの現場で注意すべき感染症とその対策. 月刊総合ケア. Vol.12.No.8.P12～24.2002.

- 3)村田三紗子. 高齢者ケアにおける感染症対策. 保健の科学. Vol.47.No.3.p170～175.2005.
- 4)洪愛子. 阿部俊子編集. 看護ケアにいかす感染予防のエビデンス. 医学書院. 2004.
- 5)菊池賢. 実践マニュアル高齢者施設内感染対策. 改訂版. 日総研. 2004.
- 6)高齢者介護施設における感染管理のあり方の研究. 高齢者介護施設感染対策マニュアル. 2005.3.

平成 16－17 年度
(2004－2005 年度)

研究成果の刊行に関する一覧表

学術論文

国際会議

国内学会口頭発表

その他

学術論文 (5編)	著者氏名	論タイトル名	発表誌名	年月	ページ
	加藤悠介、今井朝、石川進、森一彦、足立啓	特別介護老人ホームの環境改善が認知症高齢者の行動に及ぼす影響	日本認知症ケア学会誌第5巻第2号	2006.9	未定
	田辺毅彦、足立啓、大久保幸積	特別介護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討	日本老年社会学会第27巻第3号	2005.10	pp.399-344
	森一彦、加藤悠介、足立啓	特別介護老人ホームにおける「環境診断-環境処方」に関する実践的研究	日本建築学会地域施設計画 研究シンポジウム No.21	2005.6	pp.303-308
	田辺毅彦、足立啓、田中千歳、大久保幸積、 私原茂樹	特別介護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響 -バーンアウトとストレス対処調査-	日本認知症ケア学会誌第4巻第1号	2005.3	pp.17-23
	赤木徹也、足立啓	病巣性高齢者の住居環境における環境行動的視点の重要性	日本痴呆ケア学会誌第3巻第2号	2004.9	pp.230-238
	Gerald D.Weisman、訳：松永公隆、足立啓	痴呆症状緩和とケアをたすける環境づくりの指針と手法	日本痴呆ケア学会誌第3巻第1号	2004.3	pp.41-55
	林悦子、狩野徹、足立啓	普及期におけるグループホームの現状と課題	日本痴呆ケア学会誌第3巻第1号	2004.3	pp.64-70
	国際会議 (8編)				
	T.Akagi, K.Adachi	Improving sustainable environment for dementia on characteristics of visual search to guiding signs.	IAPS(International Association for the Philosophy of Sport),Egypt	2006.9	投稿中
	M.Koyama, T.Akagi, K.Adachi	Improving more homelike environment in group care unit for persons with dementia	IAPS(International Association for the Philosophy of Sport),Egypt	2006.9	投稿中
	T.Akagi, K.Adachi	Safer and more legible environment for persons with dementia based on experimental research of their visual search.	Proceeding of EDRA 37,Atlanta,America	2006.6	採択済
	M.Koyama, T.Akagi, K.Adachi	Creating homelike environment in group living for dementia based on Environment-Behavior Studies.	Proceeding of EDRA 37, Atlanta, USA	2006.6	採択済
	T.Tanabe, K.Adachi, Y.Okubo	Psychological stress on care staff of an elderly nursing home after the environmental relocation.	ICG(International Congress of Gerontology)	2005.6	ポストター
	Y.Akeyama, T.Akagi, K.Adachi	Trends and issues on Japanese bibliographical researches about living environment for persons with dementia	Rio De Janeiro, Brasil2005	2005.6	ポストター
	T.Akagi, K.Adachi	Improving environment based on characteristics of visual search for persons with dementia.	ICG(International Congress of Gerontology)	2005.6	ポストター
	T.Akagi, M.Koyama, A.Mochida, K.Adachi	Factors for creating homelike environments for persons with dementia in group care unit.	ICG(International Congress of Gerontology)	2005.6	ポストター
	Wiesman, Gerald, K.Adachi, K.Kodama, H.Shimogaki A.Imai, K.Mori, K.Adachi.	Linking environmental competence & environmental improvement in Japanese long term. The study of behavioral change on environmental improvement in nursing homes.	Proceeding of EDRA 36, Vancouver, Canada	2005.4 - 5	pp.294
	KATO, Yusuke, MORI, Kazuhiko and ADACHI, Kei	A Study on Influence of Environmental Improvement on Place Trips from the Viewpoint of Competence Level of the Elderly in Nursing Home.	Proceeding of EDRA 36, Vancouver, Canada	2005.4 - 5	pp.203-204
	S.Matsubara, K.Adachi, K.Funahashi	The Structure of care service to support each elderly resident with dementia in two facilities with group livings.	国際シニアEBRA, Tianjin	2004.10	pp.348-354
	T.Akagi, K.Adachi	Safer and more legible environment for persons with dementia based on experimental research of their visual search.	Proceeding of EDRA34, Minneapolis,USA	2004	pp.206
	M.Koyama, T.Akagi, K.Adachi	Creating homelike environment in group living for dementia based on Environment-Behavior Studies.	Proceeding of EDRA 37, Atlanta, USA	2006.6	採択済
	国内学会口頭発表 (38編)				
	品川晴幸、足立啓、林悦子、川口荘介 安岡真由、足立啓	全国アンケート調査による従来型施設のユニットケアの実態 従来型特別介護老人ホームのユニットケア事例分析に関する研究	日本認知症ケア学会大会抄録集	2005.10	pp.380
	小山正子、赤木徹也	認知症高齢者の福祉施設におけるPEAP適応による環境改善への影響	日本認知症ケア学会大会抄録集	2005.10	pp.382
	土居加奈子・足立啓・林田大作	従来型介護老人福祉施設におけるホール型と非ホール型平面の比較検討	日本認知症ケア学会大会抄録集	2005.10	pp.433
	若本明日香・森田晃市・足立啓・林田大作	認知症グループホームにおけるホール型と非ホール型平面の比較検討	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.277-278
	加藤悠介・今井朝・山崎愛・森一彦・足立啓	行動観察調査からみた特別介護老人ホームにおける環境改善項目の有効性に関する研究	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.361-362
	林悦子・林玉子・足立啓	従来型特別介護老人ホームにおけるユニットケア実施の経過プロセスと実態、課題 先進的事例調査より	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.365-366
	岡田祐介・足立啓・林田大作・土居加奈子	従来型介護老人福祉施設における環境改善システムに関する研究 その1 和歌山県下での8施設の取り組みを通じて	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.385-386
	土居加奈子・足立啓・林田大作	従来型介護老人福祉施設における環境改善システムに関する研究 その2 T施設のユニットケア化への取り組み	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.387-388
	持田啓、小山正子、赤木徹也	認知症高齢者のユニットケア環境における家庭的な雰囲気構成要素に関する研究 その1 他者との関係からみた考察	日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1 分冊	2005.9	pp.287-288

小山正子、持田啓、赤木徹也	認知症高齢者のユニットケア環境における家庭的な雰囲気構成要因に関する研究 その2	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2005.9	pp.289-290
山崎愛・今井朝、加藤悠介、森一彦・足立啓	しつらえとの関係からみた考察	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2005.9	pp.283-284
高齡居住施設の特徴からみた考察	特別養護老人ホームにおける感染管理	第64回日本公衆衛生学会総会抄録集	2005.9	pp.857
島下千穂、松下年子、湯沢八江	特別養護老人ホームにおける感染対策	第9回日本看護管理学会年次大会講演抄録集	2005.8	pp.72-73
松下年子、島田千穂、湯沢八江	特別養護老人ホームにおける感染管理	第10回日本看護管理学会年次大会	2006	投稿中
豊武尚美、重田洋志、足立啓、林田大作、土居加奈子	従来型介護老人福祉施設における環境改善に関する研究 その1-1 施設のユニツクケア化への取り組み	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.125-128
岡田佑介、重田洋志、足立啓、林田大作、土居加奈子	従来型介護老人福祉施設における環境改善に関する研究 その2-2 T施設のユニツクケア化への取り組み	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.129-132
西出明矩、豊田学、足立啓、林田大作、森一彦	PEAP(日本版3) 適用による従来型介護老人福祉施設に関する研究(その4)	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.137-140
下釜布紗子、豊田学、足立啓、林田大作、森一彦	ケア環境の変化 PEAP(日本版3) 適用による従来型介護福祉施設のケア環境に関する研究(その5)	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.141-144
岩本明日香、森田晃市、足立啓、林田大作	一職員意識の変化 痴呆性グループホームにおける非ホーム型平面構成の有効性の検証	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.149-152
安岡真由、品川靖幸、足立啓、林田大作、池本博行	～KホームとYホームの平面構成比較をとおして～	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.121-124
品川靖幸、足立啓、林悦子	従来型特別養護老人ホームにおけるユニットケア実施事例に関する研究	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.117-120
郡山智彦、足立啓、林田大作	従来型特別養護老人ホームにおけるユニットケア実践の現状把握	日本建築学会近畿支部報告集 第45号 計画系	2005.6	pp.109-112
赤木徹也・足立啓	既存特別養護老人ホームのユニツクケア環境整備が認知症高齢者に与える影響	日本痴呆ケア学会大会抄録集	2004.9	pp.213
郡山智彦、足立啓、松原茂樹、田中千歳、田辺毅彦、大久保幸頼、杉村和子、赤木徹也	痴呆性高齢者の視覚探索特性に基づく居住環境の整備条件-安全性とわかりやすさを課題として-	日本痴呆ケア学会大会抄録集	2004.9	pp.211
田辺毅彦、足立啓、田中千歳、大久保幸頼、松原茂樹	従来型回廊式特養における痴呆ユニットケアに関する研究	日本痴呆ケア学会大会抄録集	2004.9	pp.187
加藤悠介、森一彦、足立啓	ユニットケア環境整備の継続と、それに伴う介護職員の心身ストレスの特徴	第5回日本痴呆ケア学会誌抄録集	2004.9	pp.210
重田洋志、村上綾江、足立啓、田中千歳、児玉桂子、影山優子、森一彦	一バーンアウトとストレス対処 特別養護老人ホームの共用空間の模様替えが高齢者の行動に及ぼす影響について	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.377-378
豊田学、村上綾江、足立啓、田中千歳、児玉桂子、影山優子、森一彦	PEAP(日本版) 適用による従来型特別養護老人ホームのケア環境に関する研究(その1)	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.379-380
影山優子、森一彦	一キャプション評価と定点観察による改善プロセス	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.381-382
豊田学、村上綾江、足立啓、田中千歳、田中千歳、今井朝、加藤悠介、森一彦、足立啓、児玉桂子	PEAP(日本版) 適用による従来型特別養護老人ホームのケア環境に関する研究(その2)	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.311-312
松原茂樹、舟橋國男、足立啓、品川靖幸	PEAP(日本版) 適用による従来型特別養護老人ホームのケア環境に関する研究(その3)	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.313-314
品川靖幸、足立啓、舟橋國男、松原茂樹	一キャプション評価と定点観察による改善プロセス	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.293-294
森田晃市、山口大輔、田中千歳、足立啓	従来型特別養護老人ホームのユニットケア実践・未実践について	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.8	pp.387-388
加藤悠介、今井朝、森一彦、足立啓	痴呆性高齢者グループホームにおける居室構成のあり方に関する研究	日本建築学会大会学術講演便覧集 E-1 分冊	2004.6	pp.177-180
村上綾江、菊地剛司、重田洋志、田中千歳、森一彦、足立啓	特別養護老人ホームの環境改善に伴う高齢者のトイレに行く場所移動の変化に関する研究	日本建築学会近畿支部報告集 計画系 第44号	2004.6	pp.173-176
加藤悠介、今井朝、森一彦、足立啓	従来型特別養護老人ホームの環境改善に伴う高齢者の滞留場所とトイレに行く場所移動の変化に関する研究	日本建築学会近畿支部報告集 計画系 第44号	2004.6	pp.181-184
山口大輔、田中千歳、足立啓	痴呆性高齢者グループホームにおける居室構成が同居者・職員に与える影響-Kホームを事例として-	日本建築学会近畿支部報告集 計画系 第44号	2004.6	pp.189-192
今井朝、加藤悠介、森一彦、足立啓	高齢者介護施設環境改善における必要意識の比較分析	日本建築学会近畿支部報告集 計画系 第44号	2004.6	pp.165-168
品川靖幸、足立啓、田中千歳、舟橋國男、松原茂樹	従来型特別養護老人ホームのユニットケア実践の現状と課題について	日本建築学会近畿支部報告集 計画系 第44号	2004.6	pp.169-172
松原茂樹、舟橋國男、足立啓、品川靖幸	従来型特別養護老人ホームのユニットケア実践・未実践の現状について	日本老年社会科学会 第46回大会発表論文集	2004	pp.45
田辺毅彦、足立啓、田中千歳、大久保幸頼、松原茂樹	特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境整備が介護スタッフの心身に与える影響(2)			
その他(3編)	一バーンアウトとストレス対処方調査			
足立啓	痴呆症ケアと生活環境	月刊「ふれあいかげア」	2004.10	pp.32-35
足立啓	痴呆ケア標準テキスト 痴呆ケアの実践Ⅱ:各論「施設における環境支援」	日本痴呆ケア学会編	2004.8	pp.231-247
足立啓	居住環境の改善がもたらす痴呆症への効果	(株)ワールドプランニング ヘルスケアコンパス創刊3号	2004.3	pp.4-6

平成 16－17 年度 総合研究報告書
厚生労働省科学研究費補助金
長寿社会総合研究報告

従来型施設における痴呆性高齢者環境支援指針の適用による
環境改善手法の開発と効果の多面的評価

平成 18 年 3 月発行

和歌山大学システム工学部環境システム学科 足立 啓
〒640-8510 和歌山県和歌山市栄谷 930 番地
TEL 073-457-8361 (研究室)
FAX 073-457-8362 (//)