

米国高齢者長期ケア施設の失禁ケア管理システムに日本は何を学ぶか。— Prompted Voiding 導入の研究軌跡、失禁ケア管理の実際と障壁に関する山形県・ミネソタ州施設調査の比較から—



山形大学 医学部看護学科 臨床看護学講座 教授 佐藤 和佳子

【スライド-1】

高齢者の自立とQOLに深刻な影響をもたらす尿失禁は、長期ケア施設において、わが国、米国ともに高率の出現頻度を示しています。

本研究は、長期ケア施設の失禁ケア管理システムに関する検討を行うために、Prompted Voiding導入に関する研究軌跡から、米国の課題を明らかにするとともに、ミネソタ州と山形県の高齢者長期ケア施設における失禁ケア管理の実際と障壁について比較を行いました。

【スライド-2】

研究目的1の、高齢者長期ケア施設におけるPrompted Voiding導入の、米国の研究軌跡について紹介します。尚、Prompted Voiding（以下、PV：排尿自覚刺激行動療法）は尿失禁に対し、最も積極的に自立を働きかけるプログラムです。

【スライド-3】

先に、Prompted Voidingの定義について説明します。

PVの特徴とするところは、尿失禁を有し、ある程度の痴呆を有する高齢者であっても、漏れの有無を正確に認知し、トイレを自分から要請できる能力を獲得するために、行為を完遂した場合には積極的に賞賛し、行動化に結びつける行動療法です。

従来、我が国で取り組まれている“おむつはずし”は、尿意あるいは排尿パターンに沿った排尿誘導を実施してはいますが、明確に、かつ積極的に認知に働きかける要素は含まれて

スライド1

米国高齢者長期ケア施設の失禁ケア管理システムに日本は何を学ぶか。

— Prompted Voiding導入の研究軌跡、失禁ケア管理の実際と障壁に関する山形県・ミネソタ州施設調査の比較から—

主任研究者 : 佐藤 和佳子 (山形大学医学部看護学科)
共同研究者 : Jean F. Wyman (ミネソタ大学看護学部)
: Christine Mueller (ミネソタ大学看護学部)
: Donna Zimmaro Bliss (ミネソタ大学看護学部)
: 坂本 祐子 (山形大学医学部看護学科)
: 山田 紀代美 (宮城大学看護学部)
: 山田 ゆかり (慶應義塾大学医学部)

スライド2

研究目的1

高齢者長期ケア施設におけるPrompted Voiding (PV)：排尿自覚刺激行動療法導入の研究軌跡から、米国の課題を検討する。

スライド3

Prompted Voiding(PV)の定義

「有失禁高齢者が、“wet or dry”を正確に認知でき、自発的排泄行動を獲得するための行動療法。社会的賞賛を与えることによって能力の再獲得を促す方法で、Timed Voiding (定時誘導)とは区別される。」

プロトコル

ベースライン期
3～5日

介入期
3週～8週

フォローアップ

日中12時間
2時間ごとにパッド
チェック、
UIの有無を確認

日中12時間、パターンに応じ
排尿の意思・パッドの状態を
確認し、wetの自覚の一致・
排尿の意思表示・行為完結
賞賛する。

はいません。更に、Timed Voiding（いわゆる定時誘導）とは、その意味が明確に区別されています。

米国ナーシングホームにおける尿失禁ケアに関する研究は、そのほとんどが Prompted Voiding に関する研究と言っても過言ではありません。詳細な Protocol については、時間の都合上割愛させていただきますが、ベースライン期で実際の排尿パターンをチェックした後に、介入を行うという Protocol です。

【スライド-4】

お示ししている文献検討は、医学文献データベース MEDLINE と看護学文献データベース CINAHL から nursing home と urinary incontinence（尿失禁）を掛け合わせて検索された米国における研究論文 58 本の内、PV を取り扱った 46 本を対象としたものです。

その特徴を大きく 5 つに分類しました。

1983 年からの効果検証期は、実際に PV を介入して、失禁改善の効果を実証する報告が出され始めた時期です。最初はケーススタディですが、徐々に RCT（無作為比較化試験）の報告も出されるようになります。しかし報告当初より、ケアスタッフへの普及の困難性が指摘されており、90 年に入ると、ナーシングアシスタントの認識や、PV に関する教育の試みとケアスタッフのマネージメントに関する報告が集中するようになります。

1993 年の Schnelle の報告は、6 ヶ月の Follow up では、その取り組みがほとんど減衰したことを明らかにしており、悲観的な報告が多く出された時期でもあります。

95 年になりますと、再び Prompted Voiding の方法論の工夫に焦点が当てられ、中でも Prompted Voiding に対する応答可能性を明らかにする予測因子に関する研究が出てきます。スライドには示していませんが、ウロダイナミックスなどの膀胱機能よりは、むしろ実際のベースライン期の失禁の頻度が、予測因子として非常に感度が高い結果を示す報告や、PV の適用基準が Ouslander によって初めて報告されています。

この後、看護としては、96 年から PV に関するナースやナーシングアシスタントの認識等についての調査研究が出されています。しかし、2000 年に入っても、PV の実際の普及は困難な状況にあり、Schnelle らは尿失禁に対するリハビリテーションプログラム導入の条件を統括する論説を發表しますが、一方において、PV を積極的に支援するのは看護職のみで、高齢者自身は薬による治療を望み、また家族はパッドによる対応を志向するという報告も出しています。

【スライド-5】

以上の結果を統括すると、PV に期待できる有益性は、失禁を改善し排尿自立を促すプログラムを科学的に実証し、適応のある方に対して効果的・効率的に介護マンパワーを活用できることです。このことは、わが国において運動として取り組まれてきた“おむつはずし”

スライド 4

**米国ナーシングホームにおける
PV 導入研究軌跡**

1983～ 効果検証期 J.F.Schnelle (1983,1988,1989), L. D. Burgio(1988), T-Wei Hu(1989), N. S. Creason(1989)

1990～ 導入におけるスタッフの障壁、マネージメントに関する検証期 J.F.Schnelle(1990, 1993), L. D.Burgio(1990, 1994), B. Engel(1990), T-Wei Hu(1990), M. H. Palmer(1991, 1992), J. M. Harke(1991)

1995～ Protocol 発展期: 適用・予測因子の検証, Protocol の吟味 J. G. Ouslander(1995, 1995-Review), J.F.Schnelle(1995)

1996～ 看護研究者によるPV検証期: スタッフの姿勢・教育について M. H. Palmer(1996, 1996), D. L-Rutledge(1996, 2000), S. S. Lyons(2000)

1998～ 方法論の統括期および高齢者の主観的満足・好みに関する検証期 J.F.Schnelle(1998), S. F. Simmons(1999), J. P.Robinson(2000) T. M. Johnson(2001)

を、同様に効果的・効率的に見直すことが可能になると考えられます。また、PVは定時誘導とは異なり、本人の自発性を促進させていく、最も自立を支援する方法であるとも考えられます。

しかし、課題として、その継続性については検討されておらず、介入方法も統一した方法ではありません。また、高齢者本人はPVを望まないことも多く、これはわが国も同様の傾向にあります。更に、米国における尿失禁ケア研究の動機は、挙げて、高頻度の出現率とそれに伴うコスト削減ですが、今なお出現頻度は50%を切っておらず、PVの有効性への評価は結論が出されていません。

【スライド-6】

以上を前提として、私どもは山形県の長期ケア施設とミネソタ州のナーシングホームにおいて、比較調査を実施しました。ミネソタは日本のほぼ本州に相当する面積を有しており、偶然にもさくらんぼが共通のシンボルですが、山形のおいしい「佐藤錦」と比較して、ミネソタのはとてもサイズが大きいのですが、食べる事が出来ません。

【スライド-7】

調査報告に入る前に、各々の長期ケア施設を取り巻く状況について、何点かお示しします。

まず山形県ですが、ご存知の方もおいでになると思いますが、屈指の高齢過疎地で、施設の利用状況は、人口10万人対比の利用者数で、全国でも非常に低い順位を示しています。

【スライド-8、9】

次にミネソタ州です。2000年時点で、高齢者率は12.1%ですが、一気に高齢化をたどることが推定されており、現在「ミネソタ2030プロジェクト」が強力に推進されてい

スライド5

Prompted Voiding導入の可能性と課題

可能性:

1. PV適用・予測因子に関する日本への応用可能性: 従来のおむつはずしを見直す、より効果的・効率的・科学的方法論の開発
2. 高齢者の残存能力を活かし、かつ人間的に尊重された方法論

課題:

1. PVの効果(Outcome)は検証されているが、研究者によってProtocolが異なる。介入後のFollow upについては、検証が困難なためほぼ未検討。
2. PVの導入に必須のスタッフ条件が整っていないため、あくまでも研究レベル検証に留まっている。
3. 高齢者本人・家族は、PVを好まない。
4. UIの出現率は、米国全体では、1982年の報告同様、依然50%を超えている。

スライド6

高齢者長期ケア施設失禁ケア比較調査

山形県



面積(Km)
7,394.38
北緯(度)
38.15
西経(度)
140.20
総人口(人)
1,244,147

山形県特産物
さくらんぼ
(佐藤錦)

ミネソタ州



面積(平方マイル)
86,943
北緯(度) 44
西経(度) 092
総人口(人)
4,919,479

ミネアポリス
彫刻庭園
「Spoonbrige
and Cherry」

スライド7

山形県の高齢者人口及び施設数

山形県の高齢者長期ケアベッド数

■ 65歳以上人口比率: 23.0% (全国第4位)	施設種類 (施設数)	65歳人口10万対 利用者数順位
■ 75歳以上人口比率: 9.8% (全国第3位)	特別養護老人ホーム (69)	6 位
■ 要介護認定者老年人口 比率: 13.1%	老人保健施設 (29)	35 位
	療養型病床群 (33)	47 位

スライド8

ミネソタ州の高齢者人口

■ 老年人口比率: 12.1% (2000年) : 22.8% (2030年)	RACE	%
■ 75歳以上人口比率: 6.0%	White	98.3
■ 虚弱~要介護高齢者 人口比率(対60歳以上): 9.2% (1995年)	Black or African American	3.5
	American Indian and Alaska Native	1.1
	Asian	2.9

State	Beds	65+Population	65+Beds/1000	Rank
Minnesota	45,155	573,101	78.79	6
Wisconsin	52,931	682,474	77.56	11
North Dakota	8,755	92,756	94.39	1
United States	1,819,069	33,532,297	54.25	

出典: Minnesota Department of Human Services (ホームページ)

ます。

北欧系の移民の方が大変多い地域で、施設の普及状況は、全米で6番目の順位を持っています。しかし近年、スタッフの人員不足や様々な規制が厳しくなっていることもあり、また、在宅志向が非常に高いことなどあって、施設全体としては減少傾向になっています。しかしながら、入居者数は年ごとに増加しているのですが、反面、在所日数が減少傾向にあるという状況を示しています。入居者の経済負担は50%がメディケイドです。

【スライド-10】

この図は、双方の施設の中でのケアスタッフに関する機構図を簡単に示したものです。

ミネソタサイドは、日本でいう病院の看護部機構にほぼ類似しており、直接ケアに関わっているのはナースアシスタントになります。山形の方は、現在、介護職と看護職との連携は、その施設その施設で様々です。看護職が直接ケアに当たっているところがほとんどですが、一定のスタイルというものはなく、その施設で多様な組織機構を持っているという現状です。

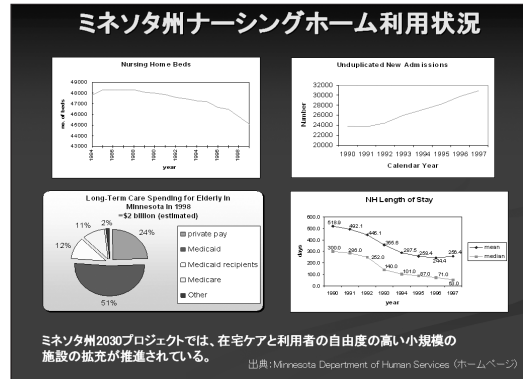
【スライド-11】

次に、失禁ケアに関わるガイドラインの整備状況について、ご紹介します。

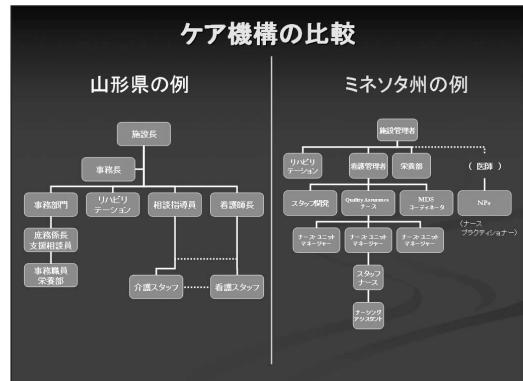
米国ではAHCPRによるガイドラインが92年に整備され、それがかなり一般化されています。98年には、ナースアシスタントや看護管理者に関するガイドラインが追加されています。これらはいつでもWebサイトのホームページで見ることができます。

2点目としては、米国では尿失禁の出現頻度を含む30項目のQuality Indicatorというケアの質に関わる項目があり、毎月ナースグホームがそれを申告し、その州でランク付けされて戻ってくるというシステムが動いています。そして、例えば転倒だとか失禁というものが非常に悪い成績の場合には、フラッグ・マーク（旗印）が付いて戻り、施設ではハイリスクの入居者は一体誰だろうというこ

スライド9



スライド10



スライド11

尿失禁(UI)ケア対策の整備状況

(米国)

- AHCPRによるガイドライン整備(1992年)。以後、CNA・DON対象のガイドラインを追加。* Agency for Health Care Policy and Research
- RAI *・QI *によるケアの質のモニターリング
* Residential Assessment Instrument, * * Quality Indicator
- ミネソタ州のHealth DepartmentによるUI管理の動告(Web上)
ミネソタ州ナースグホームのUI出現頻度:59%,全米レベル:56%(2001年)

(日本)

- 失禁ケアに関する管理マニュアルの開発は試みられているが普及度が低い。
- UI出現に関する公的モニターリング機構はない。
- 各自治体機関におけるUIに関する動告システムはない。

とで、個々の入居者のアセスメントとケアプランまで戻って検索できるデータベースがあります。

それから、ミネソタ州のHealth Departmentでは、これらの全体のシステムを受け、更に、自分たちの出現頻度が2001年で59%と全米レベルよりやや高いので賢明に取り組むようにということで、ガイドラインを含めた勧告をWebサイトで行っています。

これらに対応した日本のシステムは、現在のところ作られていません。

【スライド-12】

前置きが長くなりましたが、以上を前提として、私どもは尿失禁ケアの実際と障壁について実態調査を実施しました。本発表では日本における介護職と米国のナースिंगアシスタントを総称してケアワーカーとし、ケアワーカーと看護管理者に対する調査結果を報告します。

対象施設は、ほぼ100床前後の施設で、双方3～5施設の範囲で調査しました。なお、長期ケア施設については、双方で整合性のある施設がないため、日本では、特養よりも看護職の配置人数が多くリハビリテーション機能を有する介護老人保健施設を対象としました。

スライド12

研究目的2

尿失禁ケアの実際と障壁について、看護管理者、(看護職)、ケアワーカーに対し、重層的に実態調査を行い、相違点・類似点を比較検討する。

研究対象施設

ミネソタ州ミネアポリス市内の100床前後のナースिंगホーム (Sub Acute Unitを除く) 5施設
6ヶ月以上の長期滞在利用者対象ユニット

山形県: 米国より導入されたMinimum Data Setを使用している100床前後の介護老人保健施設 3施設

【スライド-13】

研究方法は、双方ともインタビューガイドを共同で作成しました。質問者によるズレが生じないようにProbe (探子) を具体的に設定して、更にProbe以外の補足回答を得る形で、基本的には半構成的質問用紙ですが、ある程度構成的な内容で補足を書く形としました。

解析方法は割愛させていただきます。

スライド13

研究方法

- 1.調査対象:
ケアワーカー: 3名から5名のフォーカス・グループインタビュー
看護管理者、またはケア部門の全体責任者
- 2.調査内容:
ケアワーカー: ケアの実際(アセスメント-情報収集-実施内容)・失禁ケアの障壁
看護管理者: ケアの方針・ケアの障壁・ケア改善のための勧告

各職種ごとに半構成的質問用紙を作成。各質問項目に、Probe(探子)を設定し、調査者用の詳細なインタビューガイドを作成。
一連の作業は、両国の実情の相違について直接 確認し、共同作成した。
- 3.解析方法: インタビューガイドに沿って記述された内容を逐語録にし、内容分析を行った。
- 4.倫理的手続き
ミネソタ大学IRB、山形大学医学部倫理委員会の承認を得、調査協力者には、書面による同意を得た。

【スライド-14】

対象施設の特徴ですが、山形県は失禁頻度を見ると40.4%から78.9%。要介護度とほぼ平行に動いており、高い出現頻度です。それから、寝たきりが50%近いものが2施設あります。痴呆症も高い比率です。これに対して、

スライド14

調査対象施設の特徴:山形県

施設コード	老健 A	老健 B	老健 C	
ベッド数(長期ケアベッド数)	100 (95)	100 (94)	50 (50)	
Case-Mix Index (%)	0.78	0.76		
(要介護度)	(3.70)	(2.84)	(3.38)	
尿失禁出現頻度 (%)	78.9	40.4	63.8	
自立度 (%)	ほとんど寝たきり	47.2	10.1	45.7
	ほとんど車椅子か座位	20.2	50.6	15.2
	自立または介助で歩行	22.5	39.3	39.1
	身体抑制が必要	10.1	0.0	0.0
痴呆症 (%)	88.4	63.8	78.7	
人工呼吸器使用者 (%)	0.0	0.0	0.0	
抗うつ剤使用 (%)	3.2	9.6	8.5	
ペインコントロール中 (%)	4.2	4.3	6.4	

【スライド-15】

ミネソタ州の5施設の内、3施設は50%台の出現頻度です。まだ原因を解析していませんが、日本と比べてこちらの方が高い傾向を示しています。自立度は寝たきりのレベルがほとんどおらず、日本と比較すると高い自立度の入居者がいること、反面、痴呆の比率が低い数値を示しました。意外だったのは、抗うつ剤等の薬物療法の利用者が非常に多いということと、人工呼吸器使用者の方もある程度利用されていることです。

スライド 15

施設コード	NH-A	NH-B	NH-C	NH-D	NH-E	
ベッド数(長期ケアベッド数)	157 (157)	131 (81)	163 (139)	80	147 (147)	
Case-Mix Index (%)	2.6	2.15	2.53	2.83	2.73	
尿失禁出現頻度 (%)	57.6	52.8	56.5	80.2	70.3	
自立度 (%)	ほとんど寝たきり	0.0	0.0	1.2	2.5	0.0
	ほとんど車椅子か座位	52.5	53.7	54.2	27.1	48.6
	自立または介助で歩行 身体抑制が必要	45.6	44.7	44.0	64.2	49.8
痴呆症 (%)	1.9	1.6	0.6	6.2	1.6	
痴呆症 (%)	48.3	47.2	47.2	47.4	17.9	
人工呼吸器使用者 (%)	16.6	8.1	6.8	26.3	9.7	
抗うつ剤使用 (%)	62.3	41.5	56.5	40.8	57.2	
ペインコントロール中 (%)	29.8	52.0	68.3	64.5	84.8	

NH : Nursing Home

【スライド-16】

これは、ケアワーカーのアセスメントへの関与と情報収集状況についての報告です。

一番違っているのは「アセスメントに関与しているか」という質問に対して、山形県のケアワーカーは全施設とも「はい」と答えています。ミネソタ州は「いいえ」です。ここに明確な相違がありました。情報収集へのアクセス状況は、山形県は非常に包括的にアクセスしていることがわかります。これに対してミネソタ州では、腸と膀胱パターン(いわゆる排尿日誌に相当するものです)を2時間ごとにチェックして、それを看護職に報告するということが明確に示されています。

スライド 16

ケアワーカー:アセスメントへの関与と情報収集

	アセスメントに関与するか。	情報収集内容	情報収集方法	情報伝達者
山形県	はい (3)	・ 排泄チェック表 (3) ・ 排泄パターン・尿意の有無 (2) ・ 失禁の有無 ・ 排便回数 ・ リハビリパンツの使用の有無 ・ ADLの状態 ・ おむつ使用の有無 ・ トイレ、ポータブルの使用状況	・ 入居者と家族 (3) ・ ケアや観察 (3) ・ 退院サマリー (2) ・ 判定会議 ・ 事前面接 ・ 他の施設 ・ 入所前情報 ・ アナムネーゼ	・ 申し送り、記録 (3)
ミネソタ州	いいえ (4)	・ 腸と膀胱パターンを評価 ・ 2時間ごとの失禁/失禁状態、パットの状態をチェック ・ 1時間ごとの失禁/失禁状態のチェック	・ 腸および膀胱記録用紙 (4)	・ 看護職 (5)

(数字)は施設数

【スライド-17】

これは失禁ケアの実際です。交換頻度が、ミネソタの場合はだいたい一致して2時間ごとに標準化されていますが、日本は非常にバラバラで多彩な状況です。ケアワーカー1人対入居者のケアの人数は、日本の方が多く状況です。

スライド 17

	具体的な失禁ケア	提供されるべき失禁ケアの頻度		
		必要と思う頻度	実際	人数
山形県	・ おむつ交換 (3) ・ 洗浄/清拭/乾燥 (2) ・ 更衣 (2) ・ フライシーの保護 (2) ・ シーツ交換	・ 個々のニーズによる交換 ・ 皮膚の弱い人は2時間ごと ・ 濡れたらすぐ交換 ・ 頻度を考えるのは難しい	・ 4回/日 ・ 定時が4回、あとは随時 ・ 定時は6回/日(あとは随時)	・ 8人 (2) ・ 8人以下 ・ 8~10人 ・ 10人 ・ 12~15人
ミネソタ州	・ トイレに連れて行く (4) ・ 洗浄/清拭/乾燥 (4) ・ クリーム/スプレーの使用 (3) ・ 体位変換と姿勢の調整	・ 2時間ごと (5) (寝たきりの場合は毎時間) (呼ぶ事ができない人は毎時間)	・ 2時間ごと (4) (後は排便パターンによる) ・ 30分~4時間	・ 5人 ・ 7人 ・ 8~10人

(数字)は施設数

【スライド-18】

障壁としては、日本の方は高齢者の介護の難しさというものが補足回答で出されているのに対して、ミネソタ州ではスタッフ

スライド 18

	主な障壁	補足回答
山形県	・ スタッフの数 (3) ・ トイレ:形、位置、手すり、数 (2) ・ スタッフの態度 (1) (看護師がナースコールにでない) (忙しいので入居者が頼みづらい)	・ 入居者の筋力等の低下 (3) ・ 入居者の介護拒否 ・ 状態の悪い入居者の介護 ・ 業務の優先順位 ・ 車椅子の数
ミネソタ州	・ スタッフの数 (1) ・ 時間 (2) ・ 入居者の持ち上げと移乗 (1) ・ 合理的な業務分担 (1) ・ スタッフの態度 (2) (失禁が老化作用と考えている) (トイレ誘導よりおむつ交換が容易と考えている)	・ スタッフの知識

(数字)は施設数

の知識、それから共通してスタッフの人員不足というものが、従来通り報告されています。

【スライド-19】

次に、看護管理者に関する失禁ケア方針です。

ここで相違として見えることは、ミネソタではプログラムが複数呈示されていることや、ここに記載されている内容が、ほとんどAHCPRのガイドラインに準じた内容であるということです。これに対して山形県サイドでは、トイレ誘導の基本的な方法論が述べられている状況でした。

【スライド-20】

障壁として認識していることは、山形県の場合、家族本人と施設側との意識や意向の違いだとか、入居者への関わり方の難しさ、スタッフの数や時間という問題が共通して出されています。ミネソタサイドは、やはり教育が大変困難である、言語障壁がとにかく巨大で大変だ、スタッフ教育費の財源が足りないというようなことも出されています。また、不完全なアセスメントと記録というようなことも述べられていました。

【スライド-21】

最後に、看護管理者がどういふことを勧告したいかということに関しては、お示している内容の通りです。3施設と5施設の比較では、一概に申し上げられないのですが、ミネソタサイドの方が、管理者の意識として「戦略的に25%まで削減したい」とか「モデルの設定を行いたい」というような回答が出されているのに対して、山形県サイドでは、トイレ誘導の基本的な利用を述べているというような状況です。

【スライド-22】

簡単に比較考察をしますと、山形県ではアセスメントへの参画意識を全員認識しているのに対して、ミネソタ州ではそれを持っておられないということですが、ケアの実際を見ますと、山形県ではどちらかと言うとおむつ交換が中心であり、それに対してミネソタは2時間

スライド19

	主な失禁ケア方針	トイレ誘導の頻度	規定のアセスメントツールの使用	アセスメント内容
山形県	・トイレ誘導 (3) (定時・随時) (個別プランによる誘導)	・定時 (2) ・随時 (3)	・規定はない (2) (排便チャート)	・失禁の種類・頻度 ・失禁の量・タイプ ・失禁・尿意の有無 ・排泄の自立度
ミネソタ州	・トイレ誘導 (2) ・3つのトイレ誘導プログラム (ベッドチェックと交換) (定時誘導) (排便自覚刺激誘導) ・リハビリテーションプログラム ・膀胱保持プログラム(3) ・ケーゲル体操 (数字は施設数)	・2時間ごと (2) ・毎時間 ・食事の前夜	・入院時の腸・膀胱のアセスメント (4) (4回/年、状態変化時) 内容 ・3日間、24時間測定 ・残尿測定(超音波)	・失禁歴 (2) ・尿路感染 ・現在の失禁状態 ・カテーテルの有無 ・腎・膀胱機能のアセスメント ・他の深刻な問題

スライド20

	主な障壁	補足回答
山形県	・スタッフの数 (3) ・時間 (1) ・トイレの位置・大きさ (2) ・スタッフの態度 (1) (おむつをしているために積極的にトイレ誘導しない)	・スタッフの知識 (3) ・入居者の拒否 ・入居者の認知能力低下 ・残尿測定器などの器械が無い ・家族・本人と施設側との意識の違い ・車椅子用のトイレの数の不足
ミネソタ州	・スタッフの数 (2) ・時間 (3) ・入居者の持ち上げと移乗 (3) ・トイレの位置・大きさ (4) ・スタッフの態度 (3) (加齢の一部と認識している) (スタッフの身体・心理的疲労) ・財源 (3) (スタッフ教育費)	・スタッフの教育が困難 ・巨大な言語の障壁 ・最新の方法の実施 ・ジェンダー(男性CNAへの拒否) ・不完全なアセスメントと記録

スライド21

山形県	・個々に合わせたトイレ誘導を行う ・認知能力低下の入居者は本人の意思に沿って、失禁減少の方向に持って行く ・スタッフの意識の統一
ミネソタ州	・CNAの教育、言葉の障壁を克服 ・スタッフの増員と入居者の減少 ・皮膚を頻りにチェック ・より多くの人をトイレ誘導 ・失禁を25%まで削減 ・成功したモデルの設定 ・未知の新製品の情報収集

ごとのケアが標準化されているという傾向でした。

以下、省略させていただきます。

【スライド-23】

看護管理者については、先ほど申しましたように、ミネソタの方ではガイドラインに準じた標準化された内容が明示されているということが特徴です。

ケアの障壁と勧告では、ミネソタサイドは、何と云ってもとにかく教育の問題が重要であるということが出されているのに対して、山形県側は高齢者の機能低下とか拒否、家族・本人の意向の違いということが挙げられています。

【スライド-24】

以上、2つの研究目的を統括して、まず一番目として、有失禁高齢者への代表的自立支援型プログラム（PV）導入の20年に及ぶ米国の挑戦は、日本の伝統的な“おむつはずし”に対して、科学的裏付けと効率的介入を可能にし得ると考えます。しかし、実践への普及困難性は共通の苦悩で、今後の導入の方向性や指針については、更に検討していくべき共通の課題ではないかと考えます。

2点目として、ミネソタ州のナーシングホームのケアの実際については、非常にケアの標準化が図られています、やはり言語障壁の解決と教育の充実が、今なお重大な課題です。移民の問題が無い山形県においては、ケアワーカーではアセスメントの参画意識は明確ですが、標準化がほとんどなされていないので、今後検討が必要であると考えています。逆に言うと、ここに標準化が加わってくれば、非常にケアの質の向上を期待できるのではないかと考えられます。

最後に、スタッフ教育や配置に関する諸問題については、戦略的に解決できる看護職の成長と責任の遂行が非常に切迫しており、かつ重要な課題であるということを認識しました。

急いでご説明させていただきましたが、この度、多大なる研究助成と貴重な機会をいただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団の皆さまに、心から御礼申し上げます。

スライド 22

比較考察

ケアワーカーの失禁ケアの実際と障壁について

- ・「山形県」ではアセスメントへの参画意識を全員認識しているが、情報収集内容は広範であった。「ミネソタ州」では、アセスメントへの参画意識はなかった。
- ・ケアの実際では、「山形県」では、おむつ交換が中心であり、交換頻度には施設によって差があった。「ミネソタ州」は、ほぼ2時間ごとのケア実施に標準化されている傾向にあった。
- ・一人当たりの受け持ち人数は、「山形県」が「ミネソタ州」より多かった。
- ・ケアの障壁について：スタッフ不足は双方に共通して挙げられた。
- ・スタッフの態度・姿勢については、双方で質的な差があった。
- ・「山形県」では、高齢者の筋力や認知機能の低下を障壁として認識している回答が挙げられた。

スライド 23

比較考察

1)看護管理者の失禁ケア方針について

- ・「山形県」のトイレ誘導に対し、「ミネソタ州」は複数のプログラムが挙げられた。
- ・ケアの頻度・アセスメントツールの使用、アセスメント内容について、「ミネソタ州」は、標準化されている傾向にあり、ガイドラインに準じた内容が挙げられた。

2)ケアの障壁・勧告について

- ・スタッフ人員の不足・トイレの設備は、共通して挙げられた。
- ・「山形県」は、高齢者の機能低下・拒否、家族本人との意向の違いが挙げられ、「ミネソタ州」は、規定のアセスメントの不完全さ、不正確さ、スタッフ教育、特に言語の障壁が特徴的であった。
- ・勧告内容について、「ミネソタ州」は、教育の必要性・言語の障壁の克服・成功モデルの設定や、目標数値等、具体的戦略案を示す傾向が認められた。

スライド 24

結語

1. 有失禁高齢者への代表的自立支援型プログラム：PV導入の20年に及ぶ米国の挑戦は、日本の伝統的なおむつはずしに対し、科学的裏付けと効率的介入を可能にし得る。しかし、実践への普及困難性は共通の苦悩であり、今後の導入の方向性・指針の整備について、共有すべき検討課題。
2. ミネソタ州ナーシングホームのケアの実際は、ガイドラインの普及によりケアの標準化が図られているが、言語障壁解決を含めた教育の充実が重大な課題である。山形県においては、ケアワーカーでは、アセスメントへの参画意識は明確であったが、ケアの標準化について、さらに検討する必要がある。
3. スタッフ教育・スタッフ配置に関する諸問題について、戦略的に解決できる看護職の成長と責任の遂行は、喫緊かつ重要課題。

質疑応答

座長： 今のご研究の対象は、日本では山形県だけですが、他の県の状況などを調査されることは考えていらっしゃるのでしょうか。

A： 現段階では具体的予定を立ててはおりません。しかし、日本サイドの、寝たきり度が重くて痴呆度も重いということが山形県だけの状況なのか、あるいは全国を反映している状況なのかによって、PVから得られる方法論を、今後ある程度生かしていけるかどうかということも決まるかと思しますので、是非他の地域のことも検討してみたいと思っています。