

(報告)

Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する 訪問看護実践の実態

— 認知症高齢者訪問看護質評価指標を用いて —

松本令子¹⁾ 佐藤悦子²⁾ 泉宗美恵²⁾

要 旨

本研究は、Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を明らかにすることを目的に Y 県内の訪問看護ステーションの所長および訪問看護師 151 名を対象に自記式質問紙調査を行い、認知症高齢者の利用状況と「認知症高齢者訪問看護質評価指標」を用い、ケア実践の傾向と訪問看護師の役割認識について分析した。その結果、27 訪問看護ステーションの 1 か月の全利用者は 2,002 名で、主たる疾患が認知症の数は 286 名だった。質評価指標の得点の低い指標は「初期からの関わり」が多く、訪問看護師が初期から関わるのが少ないことが明らかになった。さらに、総合得点を高い群と低い群に分け比較をしたところ、高い群の特徴は「積極的な実践」において有意に高く、積極的な訪問看護師は研修会等への参加を行っていた。このことから、認知症高齢者ケアの実践は研修会等に参加することへの有用性が示され、在宅看護専門看護師の活動の示唆を得られた。

キーワード： 認知症高齢者ケア 訪問看護師 訪問看護実践

I. 研究の背景と課題

本わが国の 2012 年の 65 歳以上の高齢者の認知症有病者数の推計は 462 万人で、要介護認定を受け入れている人は 305 万人と報告されている(厚生労働省、2014)。さらに、要介護認定を受けている認知症高齢者の居場所については、在宅が 140 万人と一番多い(厚生労働省、2013)。山梨県においても要介護認定を受けている認知症高齢者の 71.2%が在宅にいることが報告されており(山梨県、2016)、全国よりも在宅療養者率が高い。

国は、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように「地域包括ケアシステム」の確立を目指している。その中で認知症対策は重要な位置を占めている。

こうした国の新しい流れの中で在宅療養を支

援する訪問看護師は、認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らし続けることができる社会の実現を目指して、今後ますます重要な役割を發揮していくことが求められている。

訪問看護には、身体管理、服薬管理、精神症状への対応、日常生活への支援、家族への支援、多職種との連携等の役割期待が大きい。勝俣は、訪問看護師は何より自宅へ訪問し、本人、家族に会うことが出来、生活の様子を知っているという強みがあると述べており(勝俣、2013)、千原は、訪問看護師は情報収集と介入を同時に進行することで、認知症高齢者の身体症状の重篤化を予防し健康管理に努めていたと報告している(千原、2006)。また、松下は、訪問看護師は医学的知識と経験に基づき疾患の安定と療養生活の改善を図っていたと報告している(松下、2012)。

1) 甲州市訪問看護ステーション

2) 山梨県立大学看護学部

しかし、厚生労働省によると、訪問看護の利用者数は増えてはいるが、医療依存度の高い人、難病、がん、小児の利用者が多く、認知症ケア目的の利用者の増加の報告はない(厚生労働省、2011)。私が勤務する訪問看護ステーションでも実際に認知症療養者への対応は行っているが、認知症ケアが主なる目的である場合は少ない傾向がある。永田らは、介護支援専門員(ケアマネジャー)の判断に基づく訪問看護必要者の特徴は、神経難病や医療処置を有する人、要介護度が高い人が多い等の報告をしている(永田ら、2010)。また、中島らは、認知症高齢者を介護する家族は、訪問介護、デイケア、デイサービス、ショートステイを選択すると述べている(中島ら、2009)。この様に認知症高齢者介護サービスの支援に積極的に訪問看護を導入するという介護支援専門員(ケアマネジャー)の意識は、高いとは言えない。

以上のことから、認知症高齢者のケアにおいて訪問看護師が果たす役割が必要不可欠にもかかわらず、訪問看護師が認知症高齢者に十分に関わっていない現状があると考えられる。このことは、訪問看護師側にも一因があり、必ずしも積極的に訪問看護師自身が認知症高齢者に関わってこなかったという実情もあるのではないかと考えた。

ゆえに訪問看護師が行う認知症高齢者ケアを確立し、認知症高齢者ケアにおいてさらに役割を発揮すること等、訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する意識を高めていくことが必須である。その為には、まず Y 県における訪問看護師の認知症高齢者のケアの実態を明らかにすることが必要だと考えた。そこで、訪問看護師の認知症高齢者ケアの実践活動状況を明らかにするための指標「認知症高齢者訪問看護質評価指標」石川県立看護大学 Version2 (鈴木ら、2009)を使用し、Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を明らかにし、在宅看護専門看護師として、Y 県における訪問看護師が行う認知症高齢者ケアの質を改善する活動のための基礎資料にしたいと考えた。

II. 研究の目的と意義

本研究の目的は、Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を明らかにすること、意義は Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアの質の改善に向けた今後の活動の示唆を得られると考えた。

III. 用語の定義

認知症高齢者：医師の指示書に認知症と記載がある療養者、または専門医に認知症と診断された療養者、または厚生労働省が作成した「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定を基に「I」から「M」相当と訪問看護師が判断した療養者。

IV. 文献検討

医中誌WEB文献検索データを用いてキーワード「認知症」と「訪問看護」で2005年～2014年の10年間で検索したところ、57件がヒットした。

1. 認知症高齢者の訪問看護の利用状況について

訪問看護の利用者数は、医療保険、介護保険ともに増加しており、訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度・最重度および要介護状態が高くなるに従い利用割合が高くなっている(厚生労働省、2011)。

鈴木らが、I 県 K 市における訪問看護ステーションを利用する認知症高齢者の関わりについて調査した結果では、認知症のみで訪問看護を利用している高齢者は2.5%で、多くは認知症とは別に主疾患があることが明らかになっている(鈴木ら、2009)。千原は、認知症高齢者の訪問看護導入時期について、運動機能が低下し寝たきりになったり、医療処置が必要になってからの利用であることを報告している(千原、2006)。

以上の先行研究から、認知症高齢者の訪問看護の利用は、在宅にいる認知症高齢者の全体の1割にも満たないこと、また、訪問看護で関わる認知症高齢者は、主たる疾患が認知症以外で関わる人が多いという結果を得た。

2. 認知症高齢者ケアにおける訪問看護の必要性

について

千原は、訪問看護師は情報収集と介入を同時に進行することで、認知症高齢者の身体症状の重篤化を予防し、健康管理に努めていたと報告している（千原、2006）。また、松下は、訪問看護師の認知症高齢者の援助について、最初にアセスメントで療養者を描き、医学的知識と経験に基づき疾患の安定と療養生活の改善を図り、認知症状の出現を可能な限り小さくする援助を示している（松下、2012）。これは、身体の不調を適切に訴えることができない認知症高齢者には重要な支援であり、身体管理と日常生活を整えることで認知症の症状悪化の予防ができると考える。さらに佐藤は、食生活への支援は初期から行うことで全身管理ができ認知症を進行させないために重要であることを報告しており、認知症高齢者に初期から関わる必要性を示唆している（佐藤、2013）。

高藤らは、認知症高齢者の生活機能の維持、向上を支援する訪問看護師の姿勢は、在宅で生活する意味を尊重し、隠された力を信じ、チームの力で守るという看護観に基づいて関わっていることを報告しており、訪問看護師は、療養者の日常生活の支援をチームと共に行っていた（高藤ら、2007）。このことは、訪問看護師が身体管理だけではなく、生活に視点を置き多職種と連携することができる職種だということが言える。また、訪問看護師は療養者の家に継続して入れてもらう状況をつくるプロセスによって、療養者との関係作りを強化していたという奥村らの報告があり、認知症ケアにおいては信頼関係が基盤であることを示唆している（奥村ら、2010）。さらに奥村らは、認知症高齢者への訪問看護では、経過を展望し段階を踏んで援助する必要性を示唆しており、訪問看護師は、認知症が経過する各時期において適切な支援を提供することが出来ると共に、家族の思いに寄り添うことで家族の力も引き出すことができると考える（奥村ら、2010）。藤井らは、認知症高齢者の服薬管理において、訪問看護師が療養者個々の能力を見極め、その能力に応じた方法やサー

ビスを提案し、確実な服薬ができるようになったと報告している（藤井ら、2013）。訪問看護師は、認知症高齢者の力を見極め、その力が発揮できるように個別性を生かし環境を整える役割があると言える。

以上、先行文献から認知症高齢者ケアにおいて、訪問看護を提供する意義は大きいと考える。

3.訪問看護師が行う認知症高齢者ケアの質について

石垣らは、平成16年度～平成18年度科学研究費補助金（基盤研究B）の研究成果報告書で、「老人訪問看護の質評価指標の開発；ベストプラクティスに基づく評価策定及び標準化」を報告している（石垣ら、2007）。さらに伴らは、上記をもとに認知症ケアに関する質指標の構築と標準化を検討し、全国の訪問看護師を対象に認知症ケアの実践活動状況を明らかにしている（伴ら、2007）。この2つの研究により、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」（48指標）が示され、この指標には、全国の訪問看護ステーションで働く訪問看護師の7割以上から「訪問看護で必要な項目が網羅されている」という意見が得られており、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」が訪問看護実践に対し、概ね適用可能性を持つことが示唆されていることが明らかにされている（山本ら、2007）。

伴らの研究の結果からは、実施率の高かった上位5指標は個別の支援であり、下位5指標は地域住民や家族会など地域のつながりへの働きかけや本人の認知症の理解、診断初期からの関わりであることが明らかになった（伴ら、2007）。山本らは、伴らの「高齢者訪問看護質指標（認知症ケア）」を用いてA県の訪問看護師を対象に調査を実施している。その中の自己評価の平均点は67.9点であり、上位は個別の支援、下位は地域とのつながりの働きかけや初期からの関わりであった（山本ら、2008）。また、鈴木らもK市内の訪問看護ステーションを対象に「認知症高齢者訪問看護質評価指標」を用いて訪問看護実践の現状を報告している（鈴木ら、2006）。自

己評価平均点は69.5点で、その内容は、『認知症の理解』『認知症の初期発見・介護予防』『地域との関わり』の実施率が低かったこと、関連因子は、<経験がない><知識、技術不足、自信がない><専門医がない><本人・家族の理解><他職種との連携><忙しくそこまでできない>が示された。山本らは、看護記録から認知症ケアの訪問看護実践の評価を本指標を用いて試みたところ、認知症ケアに関する記載率は全般的に低く、自己評価と比べて見ると記載率が高い指標は自己評価も高く、記載率が低い指標は、自己評価が低かった（山本ら、2008）。低い指標は、「地域住民への働きかけ」「家族の情報交換への支援」等であった。

これらの先行研究の結果から、「認知症高齢者訪問看護質評価指標」の信頼性、妥当性は検証され、その質指標を用いてA県やK市の訪問看護ステーションを対象に研究を行ったところ、訪問看護師は個別の支援はできているが、地域へのはたらきかけや初期からの関わりが十分ではないという結果を得ていることが明らかとなった。

これらの文献検討より、在宅にいる認知症高齢者への訪問看護の利用は低く、訪問看護で関わる高齢者は、主たる疾患が認知症以外であることが多いということ、訪問看護師が行う認知症高齢者ケアにおいて個別の支援はできているが、地域との関わりや初期からの関わりが十分でない傾向にあるという結果を得た。さらにY県における訪問看護の認知症高齢者ケアの実態に焦点をあてた研究はみられなかった。

V. 研究方法

1. 研究デザイン：量的記述的研究

2. 概念枠組み

本研究では、先行文献を参考にY県の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を①Y県の訪問看護ステーションにおける認知症高齢者の利用状況、②認知症高齢者ケアの質評価（鈴木ら、2009）、③訪問看護師の認知症高齢者ケア

における役割認識の3要素でとらえることとし、認知症高齢者ケアの実態の構成図を以下に示した。

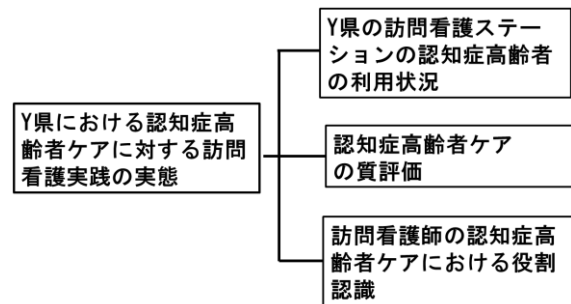


図1 認知症高齢者訪問看護実践の実態の構造図

3. 研究対象者

Y県内の訪問看護ステーションの所長および訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の内、本研究の主旨を理解し協力を得られた者。

4. 調査方法

1) Y県訪問看護ステーション連絡協議会（所長会）において依頼文書と口頭で本研究の主旨と方法について説明し、研究協力依頼を行い研究協力意向調査書を配布した。

尚、欠席の訪問看護ステーションの所長には、後日電話で本研究の主旨と方法について説明し、依頼文書と研究協力意向調査書を送付した。

2) 研究協力意向調査書は後日郵送にて返信していただき、協力していただける訪問看護ステーションには、合わせて調査票の必要部数も記入していただいた。

3) 研究の協力意向に同意していただいた訪問看護ステーションには承諾書を送付し、改めて後日郵送にて返信していただいた。

4) 承諾していただいた訪問看護ステーションに所長用と訪問看護師用の調査票を必要部数送付し、所長から所属する訪問看護師に依頼文書と調査票を配布していただいた。

5) 所長および訪問看護師には承諾を得られた場合、それぞれの調査票に記入していただき、同封した返信用封筒に入れ個別に返信してもらう。返信してもらうことで本研究の主旨に同意し協力を得られたこととした。

5. 調査内容

1) 所長に行った調査

(1) 平成 26 年 7 月の 1 ヶ月間の訪問看護の利用状況の項目

- ・全利用者数
- ・全利用者数の内の認知症高齢者の実質利用者人数
- ・訪問看護指示書に主たる疾患が認知症と記載してある人数
- ・認知症高齢者の認知症自立度別の人数
- ・認知症高齢者の介護度別の人数
- ・独居の人数および日中独居の人数
- ・主介護者の年代別の人数

2) 訪問看護師に行った調査

(1) 属性

- ・年齢
- ・看護経験年数
- ・訪問看護経験年数
- ・職種
- ・勤務形態
- ・職場内の認知症高齢者ケアの学習会（事例検討会等）の有無
- ・認知症の研修への参加の有無

(2) 質評価アンケート調査票

Y 県の訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を訪問看護師の認知症ケアの実践活動状況を明らかにするための指標「認知症高齢者訪問看護質評価指標」石川県立看護大学 Version2（鈴木ら、2009）を使用した。なお、使用にあたり、開発者である石川県立大学石垣氏らに使用の許可を得た。

この質評価指標の信頼性、妥当性、実施可能性は、石垣らの「老人訪問看護の質指標の開発；ベストプラクティスに基づく評価項目策定及び標準化」（石垣ら、2007）「認知症ケアに関する質指標の構築と標準化」（伴ら、2007）ですでに検証されている。

質指標は、11 項目 48 指標で構成されている。その内容は、基本姿勢（指標 1-3）、アセスメン

ト（指標 4-19）、認知症の理解（指標 20-21）、コミュニケーション（指標 22-25）、認知症の症状のコントロール（指標 26-29）、日常生活の適応（指標 30-35）、安全・安楽の確保（指標 36-40）、社会との交流の確保（指標 41-46）、体制づくり（指標 47）、フォローアップ（指標 48）である。回答方法は 4 件法で、「必ずできている」=4 点「おおむねできている」=3 点、「あまりできていない」=2 点「まったくできていない」=1 点の 192 点満点である。

(3) 役割認識に関する質問項目

役割認識は、先行研究（黒田、2009）を参考に役割期待と役割遂行の 2 つの視点から以下の質問項目を作成した。

- ・療養者および家族からの役割期待
- ・多職種からの役割期待
- ・職場内からの役割期待
- ・認知症に関する研修会への積極的な参加
- ・認知症高齢者ケアにおける積極的な役割実践

6. データ収集期間：平成 26 年 8 月～9 月

7. 分析方法

所長に行った調査（平成 26 年 7 月の 1 ヶ月の訪問看護の利用状況）と訪問看護師に行った調査（属性、勤務形態等、質評価指標、役割認識）の項目の単純集計を行う。認知症高齢者訪問看護の質評価指標の回答を 100 点換算し、総合得点（100 点換算）を出すとともに Y 県の訪問看護師の認知症高齢者ケア実践の傾向を分析した。また、その平均点 70.4 点（±11.2）をカットオフ値とし、総合得点の高い群と低い群に分け、訪問看護師の属性と勤務形態等、また訪問看護師の役割認識との関連を Mann-Whitney U 検定および χ^2 検定（Fisher の直接確率）を行った。さらに総合得点の高い群と低い群の有意差があった項目を説明変数として多重 Logistic 回帰分析を行った。

有意水準は 5%以下とし、解析は、統計ソフト HALBAU7 を用いた。

8. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言」及び、日本看護協会が示す「看護研究における倫理指針」に基づき、研究の対象となるステーションならびに個人の人権擁護への対策として、研究の主旨、方法を研究者より訪問看護ステーションの所長に口頭および文書で説明し、研究協力意向調査書を送付し、研究協力の得られた訪問看護ステーションには承諾書に署名してもらった。協力の得られた各ステーションのスタッフには、所長に依頼文書と調査票を手渡してもらい自由意思による同意を得た上で調査を実施した。また、調査対象者は研究者に対し、研究に関する質問説明を求める権利があることを文書で伝え、研究で得られたデータは、施設や個人が特定されないように匿名性を保った。データは、鍵のかかる場所に保管するとともに研究中は、研究者および指導教授以外閲覧できないように配慮した。研究で得られたデータは、研究結果公表後は、紙面のデータはシュレッダーにかけ電子データは破棄することとした。

本研究は、山梨県立大学看護学部及び看護学研究科の倫理審査委員会からの承認を得て実施した（承認番号：1408）。

VI. 結果

調査票の配布対象者は、Y県内42ヶ所の訪問看護ステーションで、研究協力が得られた40ヶ所の訪問看護ステーションの内、所長から得られた回答が27名（回収率64%）と訪問看護師から得られた回答が183名（回収率75%）であった。なお、全質問項目に記載のないものは研究対象者からはずし、その結果有効回答者は、訪問看護ステーションの所長27名（有効回答率100%）、訪問看護師は151名（有効回答率62%）であった。

1. Y県内の訪問看護ステーションの認知症高齢者の利用状況

平成26年7月の1ヶ月間の27訪問看護ステーションの全利用者数は、2,002名で、そのうち、

認知症高齢者実人数は874名（43.7%）であった。また、主たる疾患が認知症の人数は286名（14.3%）だった。

訪問看護を利用している認知症高齢者の状況は、認知症自立度では介護が必要となる自立度Ⅱ～Ⅳの人数は652名（74.6%）だった。介護度別では、要介護3以上の人が549名（62.8%）で、要支援、要介護1を合わせた人数は、110名（12.6%）だった。独居、日中独居を合わせると267名（30.5%）で、主介護者別の人数は、70歳代以上の高齢者が299名（34.2%）であった。

2. 認知症高齢者ケアの質評価

1) 訪問看護師の属性および勤務形態等

回答が得られたY県内の訪問看護師151名の年齢は、40歳代が最も多く68名（45.0%）、次いで50歳代44名（29.1%）で、40歳代以上は再掲すると120名（79.4%）だった（表1）。看護経験年数は、平均20.8±7.9年（最小4年、最大43年）で、20年以上が最も多く91名（60.3%）、次いで15年以上20年未満が30名（19.9%）であった。訪問看護経験年数においては、平均9.2±6.5年で（最小0年、最大36年）、5年以上が107名（70.8%）で経験年数の高い者の割合が多く、1年未満は6名（4.0%）だった。職種は看護師が多く143名（94.7%）であった。勤務形態は、常勤が90名（59.6%）、非常勤61名（40.4%）だった。職場内の学習会は、行っていないが126名（83.4%）と8割以上を占め、外部の研修に参加していない人は約3割いた。

2) 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の回答結果

(1) 認知症高齢者訪問看護の質評価指標における総合得点の平均点

訪問看護師151名の質評価指標の総合得点の分布を図2に示した。認知症高齢者質評価指標の総合得点を100点換算すると平均点は70.4点（±11.2）、中央値は69.9点（最小47.9、最大100）だった。

表1 訪問看護師の属性および勤務形態等 n=151

| | n | % | 平均(標準偏差) | (範囲) |
|-----------------|-----|------|------------|--------|
| 年齢 | | | | |
| 20歳代 | 4 | 2.7 | | |
| 30歳代 | 27 | 17.9 | | |
| 40歳代 | 68 | 45 | | |
| 50歳代 | 44 | 29.1 | | |
| 60歳代 | 8 | 5.3 | | |
| 看護経験年数 | | | | |
| 5年未満 | 1 | 0.6 | 20.8(±7.9) | (4~43) |
| 5年以上10年未満 | 12 | 7.9 | | |
| 10年以上15年未満 | 17 | 11.3 | | |
| 15年以上20年未満 | 30 | 19.9 | | |
| 20年以上 | 91 | 60.3 | | |
| 訪問看護経験年数 | | | | |
| 1年未満 | 6 | 4 | 9.2(±6.5) | (0~36) |
| 1年以上5年未満 | 38 | 25.2 | | |
| 5年以上10年未満 | 37 | 24.5 | | |
| 10年以上15年未満 | 37 | 24.5 | | |
| 15年以上20年未満 | 23 | 15.2 | | |
| 20年以上 | 10 | 6.6 | | |
| 職種 | | | | |
| 看護師 | 143 | 94.7 | | |
| 准看護師 | 5 | 3.3 | | |
| 保健師 | 3 | 2 | | |
| 勤務形態 | | | | |
| 常勤 | 90 | 59.6 | | |
| 非常勤 | 61 | 40.4 | | |
| 職場内の学習会 | | | | |
| 行っている | 25 | 16.6 | | |
| 行っていない | 126 | 83.4 | | |
| 外部研修への参加 | | | | |
| している | 109 | 72.2 | | |
| していない | 42 | 27.8 | | |

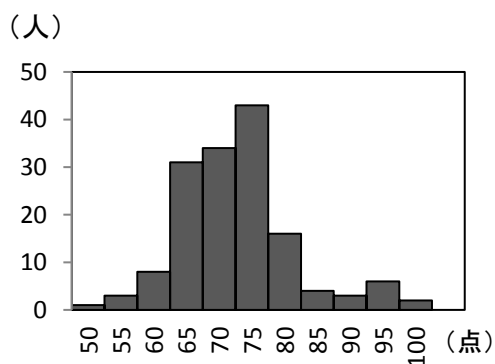


図2 総合得点

(2) 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果

認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果を表2に示した。48指標の中で「必ずできている」、「おおむねできている」を併せた割合が80%を超えた上位5指標は、指標9「ADLの状況について、内容の有無と介護の状況のアセスメントを行う(食事、排泄、活動、睡眠、清潔、衣生活)」(92.7%)、指標23「視力・聴力・

理解力に留意し、本人にわかりやすく言葉やスピードで伝えるようにする」(90.7%)、指標5「認知症のある、あるいは可能性のある高齢者および家族の状況のアセスメントを行う際には、認知症の状態は変動があるため、訪問時の観察ばかりでなく、日頃の状況をよく知る人(家族等)に尋ねるなど総合的な情報収集を行い判断する」(90.1%)、指標29「バイタルサイン測定、症状観察を行い、異常の初期発見に努め、いつもと様子が異なる時には主治医に連絡、相談できるようにする」(89.4%)、指標7「コミュニケーションの状況について以下の項目(意思の伝達、理解)のアセスメントを行う」(88.7%)。その他にも80%を超えた指標は、指標28「認知症・基礎疾患に関する受診の継続や服薬管理ができるように援助する」(88.7%)、指標2「心と向き合う姿勢」(84.8%)等、10指標が超えていた。

反対に「必ずできている」「おおむねできている」を併せた割合が50%を超えなかった下位5指標は、指標40「地域住民が認知症を受け入れ、声かけ、見守り、連絡、手助けが必要時にできるように慎重に働きかける(特に道に迷った、自分の家が分からなくなった時、様子がいつもと違う時など)」(33.8%)、指標45の「家族が積極的に情報交換できるように支援する(家族会への参加、地域交流、インターネットなど)」(37%)、指標20「認知症はどのような病気か本人にわかるように説明したり情報を提供する」(41%)、指標27「認知症の初期から訪問看護師が関わり、症状の改善を助け、家族の介護困難を予防する」(45.7%)、指標6「本人、家族、必要に応じて地域住民の、認知症の理解の仕方についてアセスメントする」(47%)であった。

3. 訪問看護師の認知症高齢者ケアにおける役割認識

役割期待では、療養者および家族から期待されている143名(94.7%)、多職種から期待されている134名(88.7%)、職場内から期待されているが98名(64.9%)であった(表3)。なお、役割期待の3項目すべてに「思う」と回答した人は、

約6割強であった。

役割遂行では、研修会へ積極的に参加している57名(37.7%)で半数を下回り、積極的なケア

実践を行っている人は、85名(56.3%)であった。

役割遂行の2項目に「思う」と回答した人は、47名で、約3割であった。

表2 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の回答結果

n=151

| 指標 | 必ずできている n (%) | おおむねできている n (%) | あまりできていない n (%) | 全くできていない n (%) |
|-----------------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| 基本姿勢 | | | | |
| 1. 心に寄り添う姿勢 | 12 (7.9) | 104 (68.9) | 35 (23.2) | 0 (0.0) |
| 2. 今と向き合う姿勢 | 26 (17.2) | 102 (67.6) | 23 (15.2) | 0 (0.0) |
| 3. 持てる力を引き出す姿勢 | 15 (9.9) | 81 (53.7) | 55 (36.4) | 0 (0.0) |
| アセスメント | | | | |
| 4. 認知症の有無のアセスメント | 27 (17.9) | 98 (64.9) | 26 (17.2) | 0 (0.0) |
| 5. 周囲からの情報収集 | 27 (17.9) | 109 (72.2) | 15 (9.9) | 0 (0.0) |
| 6. 認知症の理解のアセスメント | 2 (1.3) | 69 (45.7) | 76 (50.4) | 4 (2.6) |
| 7. コミュニケーション能力のアセスメント | 28 (18.5) | 106 (70.2) | 17 (11.3) | 0 (0.0) |
| 8. 認知症症状のアセスメント | 23 (15.2) | 111 (73.5) | 17 (11.3) | 0 (0.0) |
| 9. ADLのアセスメント | 30 (19.9) | 110 (72.8) | 11 (7.3) | 0 (0.0) |
| 10. ADLのアセスメント | 24 (15.9) | 97 (64.2) | 30 (19.9) | 0 (0.0) |
| 11. 環境のアセスメント | 17 (11.3) | 114 (75.5) | 20 (13.2) | 0 (0.0) |
| 12. 他者との交流のアセスメント | 7 (4.6) | 86 (57.0) | 57 (37.7) | 1 (0.7) |
| 13. その人らしさの維持のアセスメント | 14 (9.3) | 94 (62.2) | 43 (28.5) | 0 (0.0) |
| 14. 家族のアセスメント | 17 (11.3) | 100 (66.2) | 34 (22.5) | 0 (0.0) |
| 15. 保険・サービスのアセスメント | 22 (14.7) | 97 (64.2) | 28 (18.5) | 4 (2.6) |
| 16. 経済状態のアセスメント | 13 (8.6) | 64 (42.4) | 66 (43.7) | 8 (5.3) |
| 17. 認知症に対する気持ちの把握 | 20 (13.2) | 111 (73.6) | 20 (13.2) | 0 (0.0) |
| 18. 総合判断 | 15 (9.9) | 105 (69.5) | 31 (20.6) | 0 (0.0) |
| 19. 医師との判断 | 10 (6.6) | 82 (54.3) | 59 (39.1) | 0 (0.0) |
| 認知症の理解 | | | | |
| 20. 本人との説明 | 10 (6.6) | 52 (34.4) | 85 (56.4) | 4 (2.6) |
| 21. 家族への説明 | 9 (6.0) | 105 (69.5) | 35 (23.2) | 2 (1.3) |
| コミュニケーション | | | | |
| 22. 本人の希望の聞き取り | 9 (6.0) | 105 (69.5) | 37 (24.5) | 0 (0.0) |
| 23. 視聴覚・理解力への配慮 | 19 (12.6) | 118 (78.1) | 14 (9.3) | 0 (0.0) |
| 24. 急がせない聞き取り | 24 (15.9) | 109 (72.2) | 18 (11.9) | 0 (0.0) |
| 25. 表情から読み取る | 26 (17.3) | 105 (69.5) | 20 (13.2) | 0 (0.0) |
| 認知症の症状のコントロール | | | | |
| 26. 早期受診への支援 | 7 (4.6) | 71 (47.0) | 69 (45.7) | 4 (2.6) |
| 27. 初期からの関わり | 8 (5.3) | 61 (40.4) | 74 (49.0) | 8 (5.3) |
| 28. 受診・服薬の継続 | 15 (9.9) | 119 (78.8) | 16 (10.6) | 1 (0.7) |
| 29. 心身の異常の早期発見 | 32 (21.2) | 103 (68.2) | 16 (10.6) | 0 (0.0) |
| 日常生活の適応 | | | | |
| 30. 自立の維持 | 17 (11.3) | 102 (67.5) | 31 (20.5) | 1 (0.7) |
| 31. 本人の行動の尊重 | 16 (10.6) | 93 (61.6) | 40 (26.5) | 2 (1.3) |
| 32. 混乱を防ぐ工夫 | 17 (11.3) | 77 (50.9) | 56 (37.1) | 1 (0.7) |
| 33. 社会資源利用への支援 | 14 (9.3) | 107 (70.8) | 29 (19.2) | 1 (0.7) |
| 34. ADLの支援 | 10 (6.6) | 102 (67.5) | 39 (25.9) | 0 (0.0) |
| 35. IADLの支援 | 9 (6.0) | 81 (53.6) | 59 (39.1) | 2 (1.3) |
| 安全・安楽の確保 | | | | |
| 36. 生活騒音の防止 | 10 (6.6) | 64 (42.4) | 73 (48.4) | 4 (2.6) |
| 37. 周辺症状へのケア | 12 (7.9) | 110 (72.9) | 29 (19.2) | 0 (0.0) |
| 38. カテーテル類の管理 | 26 (17.2) | 106 (70.2) | 19 (12.6) | 0 (0.0) |
| 社会との交流の確保 | | | | |
| 39. 社会的交流維持への支援 | 8 (5.3) | 87 (57.6) | 53 (35.1) | 3 (2.0) |
| 40. 地域住民への働きかけ | 6 (4.0) | 45 (29.8) | 85 (56.3) | 15 (9.9) |
| 家族の持てる力 | | | | |
| 41. 家族への助言 | 10 (6.6) | 89 (59.0) | 50 (33.1) | 2 (1.3) |
| 42. 混乱期の家族支援 | 19 (12.6) | 112 (74.2) | 20 (13.2) | 0 (0.0) |
| 43. 介護負担への支援 | 17 (11.3) | 115 (76.1) | 18 (11.9) | 1 (0.7) |
| 44. 介護負担軽減のための社会資源活用 | 13 (8.6) | 120 (79.5) | 15 (9.9) | 3 (2.0) |
| 45. 家族の情報交換への支援 | 5 (3.3) | 51 (33.7) | 86 (57.0) | 9 (6.0) |
| 46. 療養の場の選択への支援 | 10 (6.6) | 95 (63.0) | 42 (27.8) | 4 (2.6) |
| 体制づくり | | | | |
| 47. 認知症ケアの体制づくり | 13 (8.6) | 106 (70.2) | 29 (19.2) | 3 (2.0) |
| フォローアップ | | | | |
| 48. フォローアップ | 13 (8.6) | 83 (55.0) | 52 (34.4) | 3 (2.0) |

*各指標の表記は簡略化してあります

表3 訪問看護師の認知症高齢者ケアにおける役割認識

| | | n=151 |
|----------------|------------|-------|
| | | n (%) |
| 役割期待 | | |
| 療養者および家族から | | |
| 期待されていると思う | 143 (94.7) | |
| 期待されていないと思う | 8 (5.3) | |
| 多職種から | | |
| 期待されていると思う | 134 (88.7) | |
| 期待されていないと思う | 17 (11.3) | |
| 職場から | | |
| 期待されていると思う | 98 (64.9) | |
| 期待されていないと思う | 53 (35.1) | |
| (再掲) | | |
| 3項目全てに思うと回答した人 | 94 (62.3) | |
| それ以外の人 | 57 (37.7) | |
| 役割遂行 | | |
| 研修会への積極的参加 | | |
| している | 57 (37.7) | |
| していない | 94 (62.3) | |
| 積極的なケア実践 | | |
| している | 85 (56.3) | |
| していない | 66 (43.7) | |
| (再掲) | | |
| 2項目両方に思うと回答した人 | 47 (31.1) | |
| それ以外の人 | 104 (68.9) | |

4. 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の総合得点の高い群と低い群の比較

訪問看護の質評価指標の総合得点の平均点70.4点をカットオフ値とし、高い群と低い群に分け訪問看護師の属性および勤務形態等、また訪問看護師の役割認識との関連をみるためにMann-WhitneyU検定、 χ^2 検定（Fisherの直接確率）を行った（表4）。

訪問看護師の属性で有意の差があったものは、看護経験年数（ $p < 0.04$ ）、訪問看護経験年数（ $p < 0.04$ ）で、高い群の方が看護経験年数、訪問看護経験年数が長かった。役割期待では、職場から役割を期待されている（ $p < 0.04$ ）、さらに役割遂行では、積極的な研修への参加（ $p < 0.02$ ）、積極的な実践（ $p < 0.01$ ）で有意な差がみられ、高い群の方が職場から期待され、研修会に積極的に参加し、認知症高齢者に積極的な実践を行っていた。

さらに2群間の有意差がみられた要因について、多重Logistic回帰分析を行った。その結果、総合得点の高い群の方が「積極的なケアの実践を行っている」においてオッズ比2.35（95%信頼区間1.20-4.60）と有意に高かった（表5）。

表4 認知症高齢者訪問看護質評価指標の

| | | 高い群 (n=74) % | | 低い群 (n=77) % | | p値 |
|------------------------|----|-----------------|----|-----------------|------|----|
| 総合得点の高い群と低い群の比較 | | | | | | |
| n=151 | | | | | | |
| 年齢 | | | | | | |
| 20歳代 | 1 | 1.4 | 3 | 3.8 | 0.32 | |
| 30歳代 | 11 | 14.9 | 16 | 20.8 | | |
| 40歳代 | 36 | 48.6 | 32 | 41.6 | | |
| 50歳代 | 20 | 27 | 24 | 31.2 | | |
| 60歳代 | 6 | 8.1 | 2 | 2.6 | | |
| 看護経験区分年数 | | | | | | |
| 0.04 | | | | | | |
| 5年未満 | 0 | 0 | 1 | 1.3 | | |
| 5年以上10年未満 | 3 | 4 | 9 | 11.7 | | |
| 10年以上15年未満 | 7 | 9.5 | 10 | 13 | | |
| 15年以上20年未満 | 14 | 18.9 | 16 | 20.8 | | |
| 20年以上 | 50 | 67.6 | 41 | 53.2 | | |
| 訪問看護経験区分年数 | | | | | | |
| 0.04 | | | | | | |
| 1年未満 | 3 | 4 | 3 | 3.8 | | |
| 1年以上5年未満 | 13 | 17.6 | 25 | 32.5 | | |
| 5年以上10年未満 | 18 | 24.3 | 19 | 24.7 | | |
| 10年以上15年未満 | 20 | 27 | 17 | 22.1 | | |
| 15年以上20年未満 | 15 | 20.3 | 8 | 10.4 | | |
| 20年以上 | 5 | 6.8 | 5 | 6.5 | | |
| 勤務形態 | | | | | | |
| 0.48 | | | | | | |
| 常勤 | 42 | 46.7 | 48 | 53.3 | | |
| 非常勤 | 32 | 52.5 | 29 | 47.5 | | |
| 職場内の学習会の有無 | | | | | | |
| 0.1 | | | | | | |
| 行っている | 16 | 64 | 9 | 36 | | |
| 行っていない | 58 | 46 | 68 | 54 | | |
| 外部の研修への参加 | | | | | | |
| 0.09 | | | | | | |
| している | 58 | 53.2 | 51 | 46.8 | | |
| していない | 16 | 38.1 | 26 | 61.9 | | |
| 療養者・家族からの役割期待 | | | | | | |
| 0.64 | | | | | | |
| 思う | 73 | 51 | 70 | 49 | | |
| 思わない | 1 | 12.5 | 7 | 87.5 | | |
| 多職種からの役割期待 | | | | | | |
| 0.23 | | | | | | |
| 思う | 68 | 50.7 | 66 | 49.3 | | |
| 思わない | 6 | 35.3 | 11 | 64.7 | | |
| 職場からの役割期待 | | | | | | |
| 0.04 | | | | | | |
| 思う | 54 | 55.1 | 44 | 44.9 | | |
| 思わない | 20 | 37.7 | 33 | 62.3 | | |
| 積極的な研修への参加 | | | | | | |
| 0.02 | | | | | | |
| している | 35 | 61.4 | 22 | 38.6 | | |
| していない | 39 | 41.5 | 55 | 58.5 | | |
| 積極的な実践 | | | | | | |
| 0.01 | | | | | | |
| している | 50 | 58.8 | 35 | 41.2 | | |
| していない | 24 | 36.4 | 42 | 63.6 | | |

Mann-Whitney U検定及びカイ二乗検定（Fisherの直接確率）

5. 積極的なケア実践を行っている訪問看護師の特徴

積極的にケアを行っている訪問看護師は、職場内の学習会を開いている（ $p < 0.01$ ）、外部の研修へ参加している（ $p < 0.01$ ）、職場から期待をされている（ $p < 0.01$ ）の3項目において有意に高かった（表6）。このことは、積極的にケアを行っている訪問看護師は、職場内の学習会、外部の研修会に参加し、職場から認知症高齢者ケアの実践に期待されていることがわかった。

表5 認知症高齢者訪問看護の質評価指標指標において総合得点の高い群の特徴

| | n=151 | | | |
|------------------|-------|-----------|------|-----------|
| | モデル1 | | モデル2 | |
| | オッズ比 | 95%信頼区間 | オッズ比 | 95%信頼区間 |
| 看護経験（15年未満15年以上） | 0.65 | 0.25-1.71 | | 0.26-1.72 |
| 訪問看護経験（5年未満5年以上） | 0.59 | 0.26-1.34 | 0.6 | 0.27-1.35 |
| 職場からの期待の有無 | 1.72 | 0.82-3.62 | | |
| 積極的な研修参加の有無 | 1.5 | 0.71-3.16 | | |
| 積極的なケアの実践の有無 | 1.78 | 0.85-3.71 | 2.35 | 1.20-4.60 |

Multiple logistic analysis
Adjusted：変数はそれぞれ他を調整

表6 認知症高齢者訪問看護において積極的なケア実践を行っている訪問看護師の特徴

| | n=151 | | p値 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|-------|
| | 積極的実践を行っている人 n(%) | 積極的実践を行っていない人 n(%) | |
| 看護職 | | | 0.17 |
| 15年未満 | 13 (44.8) | 16 (55.2) | |
| 15年以上 | 72 (59.0) | 50 (41.0) | |
| 訪問看護職 | | | 0.17 |
| 5年未満 | 21 (47.7) | 23 (52.3) | |
| 5年以上 | 64 (59.8) | 43 (40.2) | |
| 勤務形態 | | | 0.91 |
| 常勤 | 51 (56.7) | 39 (43.3) | |
| 非常勤 | 34 (55.7) | 27 (44.3) | |
| 職場内の学習会 | | | <0.01 |
| 開いている | 22 (88.0) | 3 (12.0) | |
| 開いていない | 63 (50.0) | 63 (50.0) | |
| 外部の研修への参加 | | | <0.01 |
| している | 70 (64.2) | 39 (35.8) | |
| していない | 15 (35.7) | 27 (64.3) | |
| 療養者・家族から期待されている | | | 0.27 |
| 思う | 82 (57.3) | 61 (42.7) | |
| 思わない | 3 (37.5) | 5 (62.5) | |
| 多職種から期待されている | | | 0.18 |
| 思う | 78 (58.2) | 56 (41.8) | |
| 思わない | 7 (41.2) | 10 (58.8) | |
| 職場から期待されている | | | <0.01 |
| 思う | 65 (66.3) | 33 (33.7) | |
| 思わない | 20 (37.7) | 33 (62.3) | |

カイ二乗検定

Ⅶ. 考察

Y 県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態を Y 県内の認知症高齢者の利用状況と訪問看護師の認知症高齢者訪問看護質評価指標における自己評価に焦点をあて、3つの視点から考察する。

1.Y 県の訪問看護ステーションの認知症高齢者の利用状況の実態について

Y 県の総人口の高齢化率は 26.6%で、全国(25.6%)より進んでおり、今後も全国より高齢化が進むという予測がされている(山梨県、2014)。また、Y 県の 65 歳以上の要介護認定者の内、認知症高齢者は 24,263 名(10.6%)で、在宅認知症高齢者は 7 割を超えている(山梨県、

2014)。このため、認知症高齢者への対応は喫緊の課題であると言える。

鈴木らが調査した K 市のデータでは、訪問看護サービスを利用した高齢者は在宅認知症高齢者の 5~6%であり、訪問看護に大きな期待があるにも関わらず実際に関わっている人数は少なかった(鈴木、2009)。

本研究でも Y 県内の訪問看護ステーションが関わっていた認知症高齢者実人数は Y 県の居宅認知症高齢者の約 4%で、鈴木らの先行研究と同様に少ないことが明らかになった。さらに介護が必要になる認知症生活自立度Ⅱ~Ⅲの人数の割合は 7 割強で、介護度別人数では重度になる要介護 3 以上の割合が 6 割強とどちらも 6 割を超えており、初期からの関わりも少ないことが明らかになった。

佐藤は、「食生活の支援は初期から行うことで全身管理ができ認知症を進行させないために重要である」と報告しており(佐藤、2013)、松下は、「訪問看護師は、身体管理と日常生活を整えることで認知症の症状悪化を予防していた」と述べている(松下、2013)。また、鈴木らは、「認知症の早期発見や早期予防活動の協働の取り組みに訪問看護ステーションも積極的に参加することが課題である」と初期から関わる必要性を述べている(鈴木ら、2009)。訪問看護師は、療養者、ご家族の医療と生活の両面からアセスメントを行い、思いに寄り添いながら療養者、ご家族が主体的に目標に向かっていくことを支援する。訪問看護師が認知症高齢者の初期から関わることは、認知症高齢者の身体状況の悪化予防と生活の安定につながり、身体状況と生活の

安定は、認知症高齢者および家族の QOL の向上につながる。このように認知症高齢者ケアにおいて、初期から訪問看護が関わることは重要であると考えられる。

さらに Y 県内の訪問看護ステーションの認知症高齢者実人数のうち、主疾患が認知症の割合が 14.2%と低いことも明らかになった。中島らは、「認知症高齢者を介護する家族は、訪問介護、デイケア、デイサービス、ショートステイを選択する」と述べており、これらのことは、認知症ケア目的で訪問看護を導入する場合が少ない傾向であることを示唆している。(中島ら、2009)

今後増え続ける認知症高齢者に対応していくためには、認知症の初期から訪問看護師が関わること、また認知症ケア目的の訪問看護の導入を早急に検討していく必要があると考える。在宅看護専門看護師として認知症高齢者に訪問看護師が初期から関わることや認知症ケア目的の訪問看護の導入率が上がるような方略を検討していかなければならないことの示唆を得た。

2. 認知症高齢者ケアの実践

認知症高齢者訪問看護の質評価指標の回答結果から、総合得点の平均点は 70.4 点 (±11.2) で、先行研究、鈴木ら、山本らと比較するとやや高い傾向にあった (鈴木ら、2009; 山本ら、2008)。また、各指標の上位 5 指標は「個別支援」(ADL のアセスメント、心身の異常の初期発見等)に関わるものが多く、下位 5 指標は「地域との関わり」(地域住民への働きかけ、地域住民の認知症の理解のアセスメント等)、「初期からの関わり」に関するものが多いという結果を得た。これは、先行研究、鈴木ら、山本らと同様の傾向が見られた (鈴木ら、2009; 山本ら、2008)。

「地域との関わり」が低かった理由として、訪問看護師は療養者の自宅へ訪問し個別に支援することが業務の大半を占めており、全国訪問看護事業協会の実態調査では、訪問看護職員一人当たり月に平均 80 件の訪問を実施していたことを報告している (全国訪問看護事業協会、2014)。このような多忙な状況下では、地域との

関わりを持つ時間が思うようにとれないのではないかと考えられる。今回の調査の自由記載には「地域連携 (警察、地域ケア会議) の重要性」、「地域住民の理解を深め、みんなで支える」等、認知症高齢者ケアには地域の力が必要であるという意見も複数見られたが、訪問看護師が自ら積極的に関わろうとしているかいなかについては、本調査からは言及できない。川上らは、地域ケアを担う看護師は「他職種連携及び地域連携」に関する能力が欠けていることを報告しており (川上ら、2012)、訪問看護師は地域との連携や、地域住民に向けての啓発活動等に積極的に参加する重要性があることが示唆された。

また、前述の通り訪問看護の導入は認知症が中、重度になってからが多く、初期から関わるのが少ないという現状がある。訪問看護師が認知症の初期から関わるためには、多職種に訪問看護の有用性を認めてもらうことが必要であり、そのためには、訪問看護師が認知症高齢者に関わって良い結果を得た事例を積み上げ、多職種に伝え、理解を得ることが重要である。そして、訪問看護師は地域包括支援センターの専門職や介護支援専門員 (ケアマネジャー)、病院の医師、看護師、地域住民と連携しながら地域の中で認知症高齢者ケアにおける問題点に取り組むことが必要になってくると考える。

質評価指標の総合得点の高い群と低い群の比較の結果では、看護経験年数、訪問看護経験年数ともに有意に高かった。Y 県の訪問看護師の看護経験年数は、15 年以上が 8 割を占め、訪問看護経験年数は 10 年以上が約 5 割であった。訪問看護は、一人で療養者宅へ訪問し、医学的知識と経験を元に対象の全体像をつかみながらケアを行う。ベナーは、「達人の看護師は、背後に豊富な経験があるので、状況を直感的に把握し、問題領域に正確にねらいを定めることができる」と述べており (ベナー、1992)、看護経験年数および訪問看護経験年数が高いことは、認知症高齢者ケアにおいて、その豊富な経験が生かされていると言えるのではないだろうか。しかし、

山本らが認知症ケアの開発において看護記録を用いた訪問看護実践評価の試みを行った研究では、認知症への支援の実際に関する記録が低かったことを報告している（山本ら、2008）。経験年数が高い人のケアを確実な形として積み上げていく為には、認知症高齢者ケアにおける訪問看護記録の充実は重要である。これをすることで訪問看護ステーションに勤務する経験の浅い訪問看護師の学習の機会につながり、ひいては認知症高齢者ケアの質の向上に連動していくと考える。

在宅看護専門看護師として、訪問看護師が自身の認知症高齢者ケアを他者にわかりやすく伝える力の向上や、地域と連携する為の場を設定する等調整する役割があることが示唆された。

3. 積極的なケア実践を行っている訪問看護師の特徴

質評価指標の総合得点の高い群の訪問看護師は、職場から期待されている。積極的な研修への参加、積極的な実践を行っていて、その中でも、総合得点の高い群に影響があるのは積極的な実践を行っている訪問看護であった。そして、積極的に実践を行っている訪問看護師の特徴は、「職場内の学習会」、「外部への研修」、「職場からの期待」の3項目が有意に関連していた。

学習とは、日々の生活の中で様々なことを認識し、技を習得することである。さらに自分から進んで認識を深めたり、技術を高めたりする様な学習意欲を内発的動機づけと言う（鹿毛、1995）。この内発的動機づけは、職場から期待されているという自覚が訪問看護師の意欲につながっていると考える。能見らは、「職場での上司に承認がある看護師は自己教育力が高かった」と報告している。訪問看護師の意欲を向上させるためには、管理者の果たす役割は重要であると考え（能見ら、2014）。

また、竜澤は、「内発的に動機づけられた行動は、自分の力で解決できることを繰り返し経験することによって、自己効力感が生まれて来る」と述べている（竜澤、1998）。自己効力感は、積

極的なケア実践につながり、療養者・家族、多職種、職場からの期待に応えられる力があることを認識するまでになるのではないだろうか。柄澤らは、「研修が単に知識、技術を高めるだけではなく、訪問看護師としての自信を培うことの意味もある」また「訪問看護実務に役立ったと感じた研修会の上に『認知症ケア』が含まれている」ことを報告しており（柄澤ら、2012）、認知症高齢者ケアを積極的に実践して行く為には、学習すること、研修に参加する意義は大きいと考える。

今回の研究で、認知症の学習会や研修会等の教育が、今後の認知症高齢者の質の向上の為には必要であることへの示唆が得られた。しかし、柄澤らは、職場外研修を受講する際の困難な理由に「日程調整が難しい」、「勤務にゆとりがない」ことを報告しており（柄澤、2012）、より専門的な認知症ケアについて学びたいと思っても学べないという環境があることも考えられる。柄澤らは、「職場内の事例検討会を工夫するとともに、日頃の訪問看護師の実践の中で個別の学習目的を持って計画的に学ぶことが必要である」と述べており（柄澤、2012）、鹿毛は、学習意欲を育てるには、学習者に「何のために学びたいのか」「私はどうなりたいたいか」などと問う教育の場を常に設ける必要があると述べている（鹿毛、1995）。さらに能見は、「看護師の自己教育力を促進する要因として看護管理者等の支援者の存在が大きく、今後、看護管理者等による効果的な支援方法を明らかにする必要がある」と報告している。

このことから、訪問看護師個人が学習する機会を見つけ、学習する意欲を向上していく為には、訪問看護ステーション内の認知症高齢者ケアの学習に対する考えや雰囲気、学習する場の設定や管理者のサポートが重要なポイントになることの示唆を得た。在宅看護専門看護師として、スタッフが外部の研修に参加したり、主体的に学習ができる調整を行い、訪問看護ステーションの運営の要となる管理者へのアプローチも行っていくことが必要であることが示唆さ

れた。

VIII. 結論

1. Y 県内の訪問看護ステーションが関わっていた認知症高齢者は在宅認知症高齢者の全体の約 4%であり先行研究の結果と同様であった。
2. Y 県内の訪問看護ステーションを利用している利用者は重度になる要介護 3 以上の人が半数を超えており、認知症の初期（要支援、要介護 1）からの関わりは約 1 割であった。
3. 認知症高齢者訪問看護質評価指標の 100 点換算した総合得点の最大は 100 点で最小は 47.9 点で、平均点は 70.4 点（±11.2）だった。
4. 認知症高齢者訪問看護質評価指標において「必ずできている」「おおむねできている」が併せて 8 割を超えた高い指標は「個別の支援」が多く、反対に低い指標は「地域との関わり」、「初期からの関わり」が多かった。
5. 認知症高齢者訪問看護質評価指標の総合得点の平均点は 70.4 点（±11.2）で、先行研究より高い傾向であり、また、総合得点の高い群の方が看護経験年数、訪問看護経験年数が高かった。
6. 質評価指標の総合得点の高い群のほうが積極的な実践を行っており、積極的な実践を行っている訪問看護師は、職場からの役割期待を自覚し、職場内の学習会や研修への参加を行っていた。さらに認知症高齢者ケアの訪問看護実践の質の改善の為に、管理者の関わりと、職場内の学習会や外部への研修に参加することが重要であることの示唆を得た。

IX. 研究の限界と課題

本研究は、Y 県内の 42 ヶ所ある訪問看護ステーションの内 27 訪問看護ステーションのみのデータであることから、一般化するにはさらに研究対象者を増やして調査を行う必要がある。また、認知症高齢者ケアの評価においては、ケアの受け手である療養者および家族の視点からの実態調査も必要である。さらに本研究は、自己

評価によるアンケート調査に焦点をあてた量的研究であることから、今後はさらに多角的な視点からの研究を深めていく必要があると考える。

謝辞

本研究を実施するにあたり、快くご協力してくださいました山梨県訪問看護ステーション連絡協議会の会長様はじめ各訪問看護ステーションの所長様、大変お忙しいところ快く本調査に回答して下さった訪問看護師の皆様にご心より感謝いたします。

また、研究経過の中で貴重な助言をくださいました依田純子先生、本間隆之先生、協力をいただきました図書館の司書の皆様、在宅看護学分野の諸先生方に心より感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 石垣和子代表(2007)：「老人訪問看護の質評価指標の開発；ベストプラクティスに基づく評価項目策定及び標準化」平成 16 年度～平成 18 年度科学研究費補助金(基盤研究 B) 研究報告書、千葉大学看護学部
- 2) 奥村朱美、山本則子、小林小百合(2010)：訪問看護における認知症ケアの構造化、日本在宅ケア学会誌、14(2)、26-33
- 3) 勝俣浜子(2013)：認知症の「ケアの流れ」をどう変える？これからの認知症施策の主眼と訪問看護の役割、訪問看護と介護、18(1)、16-20
- 4) 柄澤邦江、安田貴恵子、御子紫裕子(2012)：長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第 2 報)ースタッフに対する調査の分析ー、長野県看護大学紀要、14、25-34
- 5) 川上嘉明、金井一薫(2012)：地域ケアを担う看護師が期待する看護の能力ー地域で活動する看護師の調査からー、東京有明医療大学雑誌、4、17-27
- 6) 黒田裕子、山田紋子、津田泰伸(2010)：わが国における専門看護師と認定看護師の役割期待認知、役割遂行認知、役割遂行能力評価の実態、北里看護学誌、12(1)、1-10
- 7) 厚生労働省(2013)：認知症高齢者数説明資料、1-14
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx_1_1.pdf
- 8) 厚生労働省(2014)：認知症施策の現状につ

- いて、1-21
www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000065682.pdf
- 9) 厚生労働省 (2012) : 認知症施策検討プロジェクトチーム、今後の認知症施策の方向について、1-26、
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- 10) 厚生労働省(2011) : 訪問看護について、訪問看護の現状、1-18
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>
- 11) 佐藤悦子(2013) : 認知症を持つ在宅療養者の食生活への支援、日本早期認知症学会誌、6 (1) 28-33
- 12) 鹿毛雅治 (1995) : 学習意欲再考、東洋、現代のエスプリ、105-113、至文堂、東京
- 13) 鈴木裕恵・金川克子 (2009) : 認知症高齢者訪問看護の質評価指標を用いた訪問看護実践の現状、石川看護雑誌、6、41-52
- 14) 全国訪問看護事業協会 (2014) : 訪問看護事業所の活動経営状況に関する実態調査、74-75、
<http://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/H21-1-2.pdf>
- 15) 高藤裕子、森下安子、時長美希(2007) : 認知症高齢者の生活機能の維持・向上を支援する訪問看護師の姿勢、高知学園短期大学紀要、40、11-21
- 16) 竜澤武久 (1998) : 教育と内発的動機づけ、久木田 純・渡辺文夫、現代のエスプリ、136-145、至文堂、東京
- 17) 千原明美(2006):認知症を持つ対象への訪問看護師による身体的アセスメント方法の確立—エキスパー看護師へのインタビューをもとにしたアセスメント法の構造化—
 報告書一覧、公益財団法人、在宅医療助成、勇美記年財団、1-52、
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080328114747.pdf
- 18) 中島孝子、村上浩章、(2009) : 認知症高齢者の在宅介護における介護者のサービス選択要因、季刊、社会保障研究、47、(3)、277-292
- 19) 永田智子、田口敦子、成瀬昂 (2010) : 介護支援専門員の判断に基づく訪問看護必要者の特徴および必要者における訪問看護利用の実態と利用者・非利用者の比較、日本公衆衛生学会誌、57 (12)、1084-1093
- 20) 能見清子、杉田由香里、吉本照子 (2014) : 看護師の自己教育力の発展を促すための課題 —看護師の自己教育力に関する概念と関連因子についての文献検討より—、千葉看護学会誌 19(2)、65-72
- 21) 伴真由美、鈴木裕恵、金川克子 (2007) : 認知症ケアに関する質指標の構築と標準化、看護研究、40 (4)、73-81
- 22) 藤井広美、上杉悦子、遠藤敬子(2013) : 認知症高齢者の服薬管理～訪問看護での服薬管理の実際と今後の課題～、甲南病院医学雑誌、30、61-63
- 23) Benner P.(1992)/井部俊子監訳 (1999) : ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー (第1版)、10-27、医学書院、東京
- 24) 松下由美子(2012) : 認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護の援助、聖路加看護学会誌、16 (2)、17-24
- 25) 山梨県 (2016) : 高齢者福祉基礎調査概要、1-20
<http://www.pref.yamanashi.jp/chouju/documents/h26kisotyousa-gaiyouhen.pdf>
- 26) 山本則子、岡本有子、辻村真由子 (2007) : 高齢者訪問看護の質指標開発 : 全国の訪問看護ステーションで働く看護師を対象とした実態調査、151-156
- 27) 山本則子、藤田淳子、篠原裕子(2008) : 高齢者訪問看護質指標 (認知症ケア) の開発 : 訪問看護師の自己評価からの検討、老年看護学、12 (2)、52-59
- 28) 山本則子、片倉直子、藤田淳子(2008) : 高齢者訪問看護質指標 (認知症ケア) の開発 : 看護記録を用いた訪問看護実践評価の試み、老年看護学、13 (1)、73-82

Practice of visiting nursing care for elderly with dementia in Y prefecture using a quality indicator

MATUMOTO Reiko, SATO Etuko, IZUMUNE Mie

key words : dementia elderly care, visit nurs, visting nursing

