

報告

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

鈴木祐恵¹ 金川克子²

概要

本研究は、訪問看護における認知症ケアのよりよい看護実践の向上を目的とする。K市内の訪問看護ステーションと認知症高齢者との関わり状況、並びに認知症高齢者訪問看護の質評価指標を用いたケアの質評価を行い、看護実践状況と実践困難な関連因子を明らかにした。K市の訪問看護ステーション14ヶ所のうち12ヶ所のステーション管理者と訪問看護師58人中56人に協力を得た。訪問看護ステーションを利用する認知症高齢者は281人（ステーション利用者比率51%）で、K市の居宅認知症高齢者の約5-6%と推定される。ケアの質評価は、総合得点100点満点に換算すると69.5±10点で、実施率の低いケアは、「認知症の理解」「早期発見・介護予防」「地域との関わり」であった。関連因子は「<経験がない><知識・技術不足・自信がない><専門医が居ない><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。訪問看護師の地域を基盤とした認知症ケアの積極的取り組みが示唆された。

キーワード 高齢者訪問看護, 認知症ケア, ケアの質評価

1. はじめに

平成13年度厚生労働省（以下厚労省とする）の「在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業報告」¹⁾によれば、「専門的認知症ケアを掲げている先駆的な訪問看護ステーションでは、地域から認知症ケアが期待されている。一般的な訪問看護ステーションでは、認知症の初期段階から訪問看護と結びつかないケースが多い。ケアマネージャーも、デイサービスや家族のレスパイトケアに重点を置き、身体症状が出現すると初めて訪問看護を利用するのが現状である。」と報告されている。それゆえ、訪問看護師は、認知症への深い理解とケアの倫理、予防も含めたケア技術の向上に努めることが、今まさに求められている²⁾。

本間ら³⁾の調査によると認知症が診断されるまでの期間は、7割のケースで2年以上となっている。宮永ら⁴⁾は、認知症の発症を2年遅らせると早期発見による経済効果が大きいと指摘している。アルツハイマー病も、近年、生活習慣病との関係が一部指摘されている⁵⁾。健康づくり・介護予防・認知症の治療には、現時点では確実な手法は無いが、食事・運動・休息などの生活習慣リスクが関与しているという報告が増加している⁶⁾⁷⁾⁸⁾。

認知症ケアに関する先行文献は、施設ケアに関する研究が主であり、訪問看護サービスにおける研究例は少ない。厚労省の平成13年度「在宅痴呆

性高齢者ケアに関する実態調査及びマニュアル等作成事業」⁹⁾で認知症ケアの現状と課題・教育研修プログラムが示され、平成16年度文部科学省の研究事業として「高齢者訪問看護の質評価指標」（認知症ケアの分担；金川克子、代表；石垣和子）で高齢者訪問看護の16領域で質評価指標が検討されている¹⁰⁾¹¹⁾。又、平成17年度厚労省の「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」で専門特化している訪問看護ステーションが備えておくべきサービス要件を構造、過程の面から検討している¹²⁾¹³⁾。これらの研究と関連し、一部認知症ケアの予備調査が行なわれている。しかし特定地域全体の訪問看護ステーションにおける認知症ケアの実態は検証されていない。

本研究の意義は、二つ考えられる。一つには、K市の認知症政策の「早期発見」「地域支援」に注目し、どのようなケアが訪問看護ステーションから認知症高齢者や家族に提供されているのかその実態を明らかにする。二つには、K市はI県の人口の密集地域であり、訪問看護ステーションの数も県内一である。I県の訪問看護ステーションにおける認知症ケアの質の向上に向けて、K市の訪問看護活動の影響が極めて大きいと考えたからである。

そこで、われわれは訪問看護における認知症ケアのよりよい看護実践の向上を目的として、K市

¹ 石川県立看護大学研究員 ² 石川県立看護大学

内の訪問看護ステーションを対象に認知症高齢者の関わり状況や「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を用いて、ケアの質評価を行い、看護実践状況と実践困難な関連因子を明らかにした。

2. 研究方法

2.1 対象と調査方法

対象は、K市内の全訪問看護ステーション14ヶ所のうち、本研究に協力・同意が得られた12ヶ所の訪問看護ステーションの管理者と、そこで働く訪問看護師58人中、協力が得られた56人を対象とした。

調査方法は、まず、K市内の訪問看護ステーションの管理者を対象に、認知症・その疑い者の関わりがどの程度あるかを平成18年7月～9月まで調査した。その上で、本調査に参加した訪問看護ステーションに働く訪問看護師に、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を使用し、看護実践が何処まで実施されているのか、実践困難な場合は、その理由の記載を依頼した。回答は無記名である。調査用紙の回収は、研究者が訪問看護ステーションの都合の良い日に訪問して実施した。その際、訪問看護師に研究の趣旨説明を行い、同意を得た。

2.2 測定用具

「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」は、石川県立看護大学版 Version2 を使用し調査した¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。この質評価指標は、48指標からなり、基本的な姿勢3指標、アセスメント16指標、看護介入29指標（認知症の理解2v、コミュニケーション4指標、認知症の症状のコントロール4指標、日常生活6指標、安全・安楽の確保3指標、社会との交流2指標、家族の持てる力の向上6指標、体制作り1指標、フォローアップ1指標）合計48指標からなっている。

評価は、1点＝「全く出来ていない」、2点＝「あまり出来ていない」、3点＝「おおむね出来ている」、4点＝「必ず出来ている」で回答した。48指標の平均点の算出は、平均点「1点」は指標項目48指標が全て「全く出来ていない」であり、合計得点で言うと、48点（最低得点）に相当する。平均点「4点」は指標項目48指標全て「必ず出来ている」であり、合計得点で言うと、192点（最高得点）に相当する。

指標1から指標48をカテゴリーで分類すると「基本姿勢（尊厳の維持）」（指標1から指標3）、「アセスメント（情報の収集、分析、判断）」（指

標4から指標19）、「認知症の理解」（指標20から指標21）、「コミュニケーション」（指標22から指標25）、「認知症の症状のコントロール」（指標26から指標29）、「日常生活の適応」（指標30から指標35）、「安全・安楽の確保」（指標36から指標38）、「社会との交流の確保」（指標39から指標40）、「家族の持てる力の向上」（指標41から指標46）、「体制づくり」（指標47）、「フォローアップ」（指標48）の11のカテゴリーである。

実施困難な場合の出来ていない理由の分類は、予備調査で訪問看護師に実施可能性についてインタビューし、出来ていない理由の選択肢を作った。調査時の記載方法は、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」48指標の回答欄ごとにカッコを設け、その理由をカッコ内に番号で記載してもらった。

この質評価指標の信頼性、妥当性、実施可能性と質指標の開発過程は前述の「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」（代表：石垣和子、発表：平成19年3月）並びに「認知症ケアにおける質指標の構築と標準化」としてすでに報告されているのでここでは割愛する¹⁶⁾¹⁷⁾。

なお、本研究における認知症の定義は、主治医から訪問看護ステーションに発行される「訪問看護指示書」の病名欄に認知症の記載があるもの、及び専門医に受診し認知症と診断されているものとした。しかし、一方で「訪問看護指示書」の認知症の記載漏れが、現実に発生している。そのため、日々の訪問看護の中で、訪問看護師が認知症と疑うものに関して「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定基準¹⁸⁾を使用し、自立を除く「I」から「M」の判定基準に照らし記載を依頼し、「認知症の疑い者」とした。

この「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」は、厚生省が1993年（平成5年）作成、2006年（平成18年4月）に改正したものである¹⁸⁾。

2.3 データ分析

K市内の訪問看護師が、訪問看護ステーションを利用する認知症及びその疑い者などどのように関わっているかは、クロス集計し χ^2 検定を行なった。看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た総合得点は、散布図を作成し相関係数を算出して評価した。また実施率の低いケア（指標40、指標45、指標20、指標27、指標26）の分析は、平均値の差の検定を行い、有意差を求め分析した。Microsoft Excel 及び統計解析ツール SPSS を使用

して統計解析を実施した。

2. 4 調査期間

平成 18 年 7 月 15 日～平成 18 年 9 月 30 日

2. 5 倫理的留意事項

本研究の対象となる訪問看護ステーション及び訪問看護師の個人情報・人権擁護に努めた。具体的内容は、研究内容の説明と同意、研究への参加・中止の自由、無記名による記入、守秘義務、研究目的以外の使用を厳禁し、これらを保証した。なお、本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け、許可を得た。

3. 結果

3. 1 調査協力訪問看護ステーションの概要について

調査協力訪問看護ステーションの概要は、表 1 に示した。これら全ての訪問看護ステーションは、認知症高齢者と関わっていた。訪問看護ステーションの利用者のうち認知症及びその疑い者の占める割合は、51%(281 人)であった。調査に協力を得た訪問看護師 56 人の年齢は平均 41±9 歳(最小 24 歳, 最大 60 歳), 看護経験年数は平均 16±8 年(最小 2 年, 最大 36 年), 訪問看護経験年数は平均 4±3 年(最小 0 年, 最大 12 年)であった。

3. 2 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及びその疑い者との関わりについて

調査対象の訪問看護ステーションを利用している認知症高齢者及びその疑い者は、281 人であった。記載漏れを除いた 275 人の「認知症高齢者の日常生活自立度」は、表 2 に示した通りである。

3. 3 認知症及びその疑い者に対する訪問看護ステーションから提供されているケア内容について

(1) 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図 1 に示した。各々の質評価指標に「全く出来ていない」「あまり出来ていない」を併せた割合が 50%を越えた指標は、指標 19 の「認知症の有無・種類・程度と今後の方針に関し、医師に相談し、何らかの形で情報を得る。」50%, 指標 20 の「認知症はどのような病気か本人に分かるように説明

をしたり、情報を提供する。」73.2%, 指標 26 の「認知症が疑われた時には、早期に主治医・専門医への受診ができるようにする。」50%, 指標 27 の「認知症の初期から訪問看護師が関わり、家族の介護

表 1 訪問看護ステーションの概要 n=12

調査協力訪問看護ステーション		
K 市内の訪問看護ステーション14ヶ所中12ヶ所		
訪問看護ステーションの母体の所属		
医療法人	2ヶ所	
営利法人	2ヶ所	
社会福祉法人	3ヶ所	
社団法人	2ヶ所	
生協	1ヶ所	
特殊法人	1ヶ所	
その他	1ヶ所	
開設年;	1996～1999年	6ヶ所
	2000～2006年	6ヶ所
職員数(常勤換算)		
	3人以下	2ヶ所
	4人以下	3ヶ所
	5人以下	2ヶ所
	6人以上	1ヶ所
	7人以上	3ヶ所
	8人以上	1ヶ所
	平均5.4人,	標準偏差2.2人
	最小2.5人,	最大9.5人
パート職員比率		
	20% (15人/75人中)	
職種;	看護師のみ	6ヶ所
	看護師・OT・PT・その他	5ヶ所
	看護師・准看護師・助産師	1ヶ所
訪問看護ステーションの利用状況(平成18年6月度)		
訪問看護件数		
	平均322件, 標準偏差147件	
	最小144件, 最大553件	
利用者数		
	平均45人, 標準偏差22人	
	最小19人, 標準偏差94人	
認知症・その疑い者の利用者数		
	281人	
	平均23人, 標準偏差13人	
	最小1人, 最大37人	
	訪問看護ステーションの利用比率	
	51%(281人/549人中)	

表2 K市における訪問看護ステーション利用者の認知症・その疑い者の日常生活自立度

		認知症高齢者の日常生活自立度			
		I	II a~II b	III a~III b	IV~M
年齢区分	64歳以下	6	5	1	1
	65~74歳	13	11	0	3
	75歳以上	66	73	53	43
性	男	36	38	13	24
	女	49	51	41	23
障害分類	自立	2	2	0	0
	J1~J2	19	13	1	2
	A1~A2	30	38	8	0
	B1~B2	26	27	26	12
	C1~C2	8	9	19	33
介護度	要支援1・2	3	3	0	0
	要介護1	28	18	0	1
	要介護2	17	20	5	1
	要介護3	13	24	9	4
	要介護4	13	11	21	6
	要介護5	6	11	19	34
	その他a	5	2	0	1
診断有無	あり	11	36	32	19
	なし	74	53	22	28
疾患の有無	疾患あり	85	83	53	47
	疾患なし	0	6	1	0

** p<0.01 a その他8人は検定から除いた
* p<0.05 n=275(認知症・その疑い者281人の内、記載漏れを除く)

困難を予防する。」58.9%, 指標40の「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, 道に迷った時, 自分の家がわからなくなった時, 様子が何時もと違う時など).」75%, 指標45の「家族が, 積極的に情報交換が出来るように支援する(家族会への参加, 地域交流, インターネットなど).」60.7%を示した。

また, 指標を大きく分類したカテゴリーで見ると, 図2のように「全く出来ていない」「あまり出来ていない」を併せた割合が50%以上を示したカテゴリーは, 「認知症の理解」50%, 「社会との交流の確保」57%であった。

(2) 認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標48指標の平均点の分布

認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標48指標の平均点の分布を図3に示した。認知症ケアの総合得点の平均点は 2.78±0.4

点, 最小1点, 最大3.6点であった。100点満点に換算すると 69.5±10点であった。又, 図4のように看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢と総合得点との間には相関は見られなかった。図4bの散布図では訪問看護経験年数1.5年未満の経験の浅い人程, 総合得点のバラツキが大きかった。そこで総合得点1点の外れ値を除いて, 看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢と総合得点との相関を調べたが, 変化はなかった。

(3) 実施率の低いケア(下位第1位~第5位)とその理由

実施率の低いケア(下位第1位~第5位)とその理由を表3に示した。実施率の低いケアを見ると下位第1位は指標40の「地域住民が認知症を受け入れ, 声かけ・見守り・連絡の手助けが必要時に出来るように慎重に働きかける(特に, 道に迷った時, 自分の家がわからなくなった時, 様子が何時もと違う時など).」で実施率は50%であった。そ

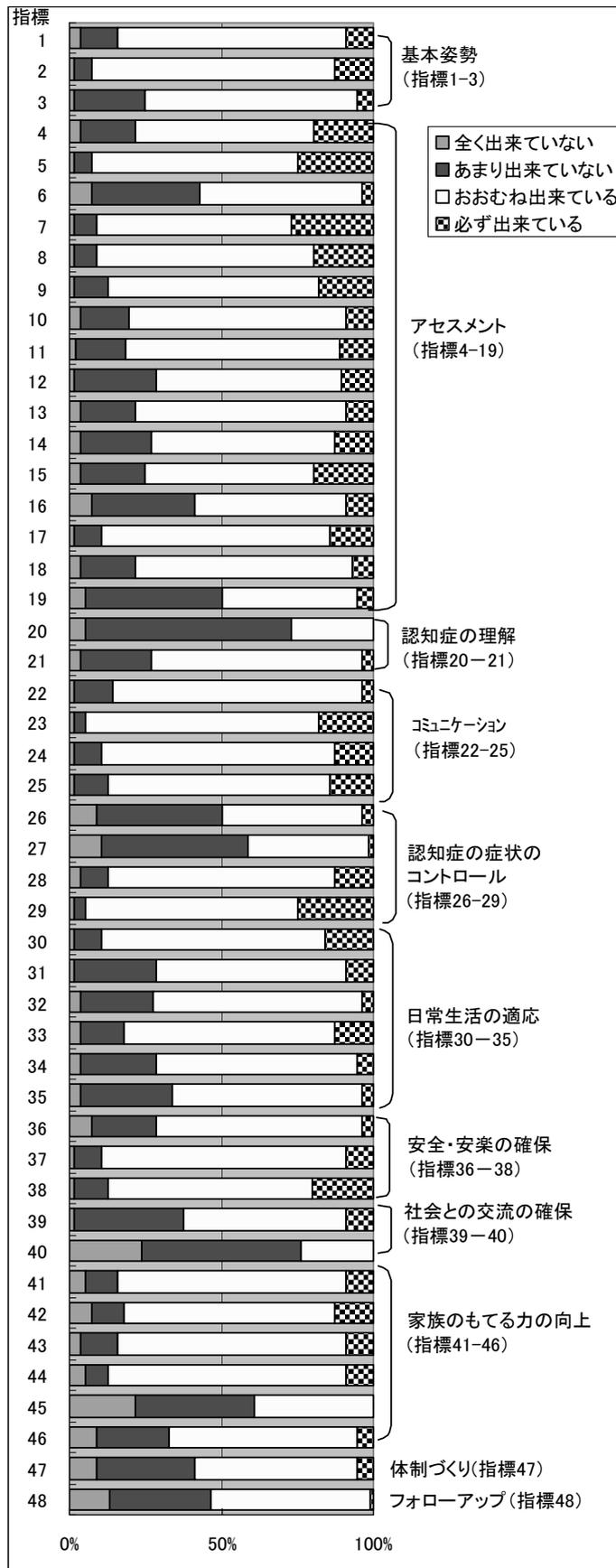


図1 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果 n=56

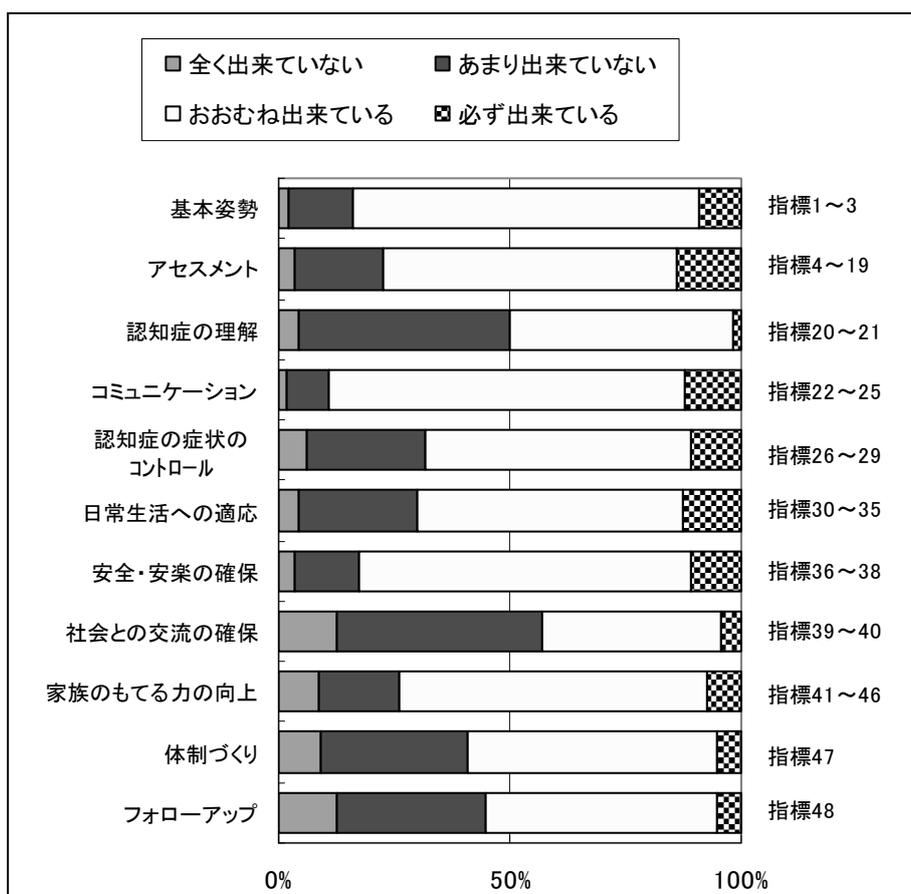


図2 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の実施区分割合 (%) とカテゴリ別内容 n=56

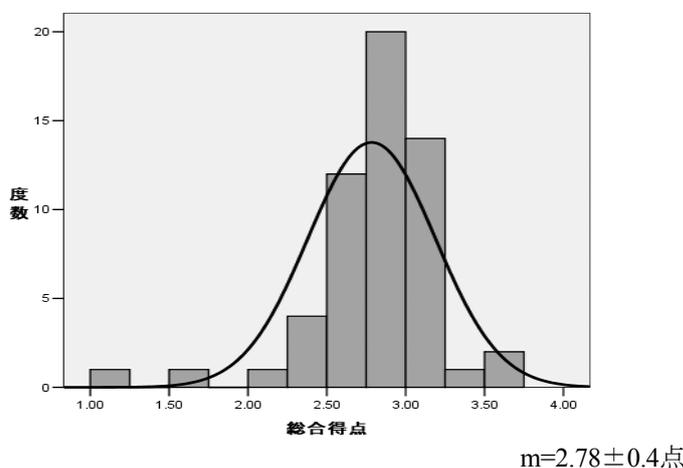


図3 認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標 48 指標の平均値の分布 n=56

の理由は、＜経験がない＞19人、＜忙しくそこまで出来ない＞8人、＜知識・技術不足、自信がない＞5人、などであった。下位第2位の指標45の「家族が、積極的に情報交換が出来るように支援する(家族会への参加、地域交流、インターネットなど)」、下位第3位の指標20の「認知症はどのような病気か本人に分かるように説明をしたり、情

報を提供する。」、下位第4位の指標27の「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。」、下位第5位の指標26の「認知症が疑われた時には、早期に主治医または専門医の診断・治療が受けられるようにする。」の実施率と実施困難な理由は表3に示す通りである。

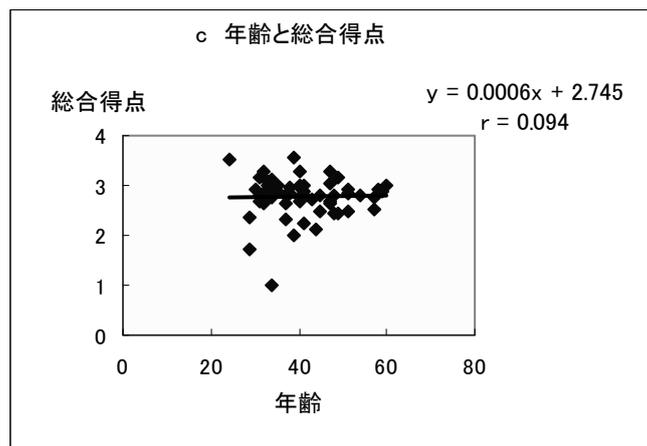
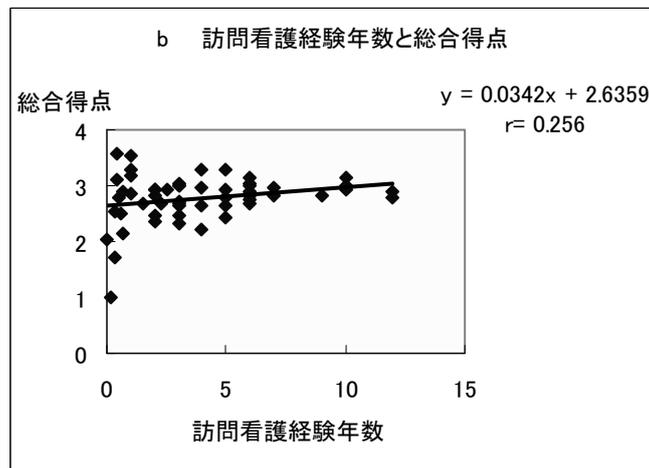
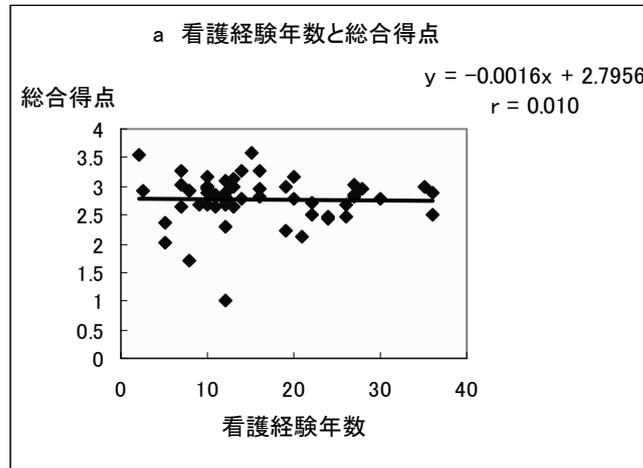


図4 看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た認知症高齢者
訪問看護の質評価指標 48 指標の総合得点との相関 n=56

表3 実施率の低いケアとその理由 n=56

実施率の低いケア(下位)	1位	2位	3位	4位	5位
ケアの指標番号*	40	45	20	27	26
実施率(%)	50	54.4	55.3	58	61.1
その理由(人数)					
1. 本人の理解困難	1		21	3	4
2. 家族の理解が得られない	2	3	1	4	3
3. 経済的理由で困難					
4. 専門医が居らず相談しにくい				1	9
5. 経験がない	19	14	4	12	7
6. 知識・技術不足・自信がない	5	9	10	7	3
7. 必要性を感じない	2	2	4		2
8. 忙しくそこまで出来ない	8	3		2	1
9. ケアマネージャーとの連携不足				3	
10. 他職種との連携不足	3	3	1	1	
11. その他	2	2		6	4

*ケアの指標番号(認知症高齢者訪問看護の質評価指標)の説明

指標 40:「社会との交流の確保」 地域住民の認知症の受け入れ, 声かけ, 見守り, 手助けが必要時できるように慎重に働きかける (道に迷った時, 自分の家が分からなくなった時, 様子が何時もと違う時など.)

指標 45:「家族の持てる力の向上」 家族が積極的に情報交換が出来るように支援する (家族会への参加, 地域交流, インターネットなど.)

指標 20:「認知症路理解」 認知症はどのような病気か本人にわかるように説明をしたり情報を提供する.)

指標 27:「認知症の症状のコントロール」 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.

指標 26:「認知症の症状のコントロール」 認知症の初期症状(同じものを買ってくる, 水道の水の出し忘れ, 二つのことが同時に出来ないなど)が疑われた時には, 早期に主治医または専門医の診断・治療が受けられるようにする.

(4) 実施率の低いケアにおける看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た平均値の差の検定

実施率の低いケアにおける看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た平均値の差の検定は, 表4に示した. 看護経験年数は16年未満と16年以上, 訪問看護経験年数は4年未満と4年以上, 年齢は40歳未満と40歳以上のそれぞれ2群に分類した. 指標40は看護経験年数と年齢, 指標45は年齢が有意に関連し, いずれも年齢や経験年数の高い方が, 回答の平均値が高かった.

4. 考察

K市の統計では, 人口45.5万人, 高齢化率18%である. 平成18年10月現在, 介護保険認定者数

(介護保険課月報10月度)は, 16,475人である. そのうち居宅認知症高齢者数は, 約4,600~5,700人と推定される. K市の認知症政策は, 認知症の早期発見の強化を掲げている¹⁹⁾.

K市内の12ヶ所の訪問看護ステーションは, 全て認知症高齢者と関わりを持っていた. 1ステーション当り認知症高齢者・その疑い者の利用人数は, 1人から37人で, 訪問看護ステーションによるバラツキが大きかった. 訪問看護ステーションが関わっている認知症高齢者・その疑い者281人は, 推定ではK市の居宅認知症高齢者の5~6%に相当する. 対象者の85%は後期高齢者が占め, 約2/3は女性であった. 認知症高齢者の日常生活自立度(表2)は, 本調査と表参道訪問看護ステーションの調査²⁰⁾と比較するとランク「1」は本調

験1.5年未満の人は、認知症ケアの総合得点における平均点のバラツキが大きかった。訪問看護経験の浅い人程優先して早期に研修を受け、スキルアップが必須である。認知症ケア領域における訪問看護師の看護実践能力の向上が、急務であると考える。

その為には、専門的な技術の習得が出来るような他機関の実習や研修・交流会への参加も必要であろう。日々の認知症ケアの振り返りとして、この質評価指標の活用やステーション内でのカンファレンスの実施は、ケアの質の向上の基本をなすものとする。われわれのこれまでの調査でも「この指標を活用して、自分の知識や経験の弱い点や今後の課題に気づかされた」、「他の疾患に目が奪われ認知症がおそろかになっていた」などという現場の訪問看護師の評価が寄せられており、本指標を活用することによるこのような気づきは、認知症ケアの質の向上の第一歩である^{15) 23)}。

在宅における認知症ケアに携わる専門職は、地域の共通の基盤で各職種が協働し、共通の方針と合意形成をはかるためのチームカンファレンスや、学際的取り組みが重要であるという指摘²⁴⁾²⁵⁾もあり、このような活動を通じ訪問看護師自身も変化し、ケアの質の向上に影響するものとする。

訪問看護師に求められる地域との関わりの活動のうち、実施率の低いケアは、指標40の「地域住民が認知症を受け入れる活動」、指標45の「家族会への参加」、「地域交流への働きかけ」、であった。これらの活動は実施率の低いケア（出来ていないケア）の下位第1位、第2位を占め、実施困難な理由は「経験がない」「知識・技術不足、自信がない」「忙しくそこまで出来ない」であった。特に訪問看護師の地域との関わりの活動を困難にしている背景は、大きく二つの要素が考えられる。第一は看護教育から来るもので、現在、大学教育の中で行なわれている「地域看護」「在宅ケア」の専門教育を受けて育ってきた人材は、病院をはじめ多様な進路を選び、訪問看護ステーションには未だ確保されていない。第二には、地域への働きかけが訪問看護師として重要な活動であることを認識しているが、現行の診療報酬、介護報酬の中で評価されていない、この二点にある。

認知症は社会的には増加の一途にあり、今こそ地域における認知症の予防活動や認知症高齢者としてしっかり向き合い、一歩踏み込んだ活動の中に問題解決の方向性が、潜んでいると考える。

特に認知症の悪化予防、並びに家族介護者が、

地域から孤立しないように地域でのサポート体制を整える活動は、訪問看護師の重要な活動であることを介護報酬の面からも検討し、活動の位置づけを明確にすることが重要である²⁶⁾。

本調査は、在宅ケアにおける訪問看護師の認知症ケアの質に焦点を当てた看護実践の振り返りであり、訪問看護師の主観的評価である。更に客観的評価を得るには、認知症高齢者や家族の反応、訪問看護師自身の変化を調査分析することが必要である。

5. 結論

K市の訪問看護ステーション14ヶ所中協力が得られた12ヶ所の訪問看護ステーションの全てが、認知症高齢者と関わっており、その割合は51%であった。認知症のみで訪問看護を利用している人の割合は、2.5%であった。

K市の訪問看護ステーションに働く訪問看護師58人中56人に協力を得て「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を用いて認知症ケアの質評価を実施した。認知症ケアの総合得点・この質評価指標48指標の平均値の分布は、 2.78 ± 0.4 点で100点満点に換算すると 69.5 ± 10 点で総合得点と看護経験年数、訪問看護経験年数、年齢との相関を検討したが差は認められなかった。

実施率の低いケア（出来ていないケア）は、「認知症の理解」「認知症の早期発見・介護予防」「地域との関わり」であった。その関連因子は「経験がない」「知識・技術不足、自信がない」「専門医が居ない」「本人・家族の理解」「他職種との連携」「忙しくそこまで出来ない」であった。

訪問看護師は、認知症ケアのサポーターであり、地域の学際的なチームと協働し、認知症の早期発見と介護予防、認知症高齢者・家族のQOLを高め、住み慣れた地域で住み続けられるように、地域を基盤とした認知症ケアの積極的取組みの必要性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力いただいたK市で働く訪問看護ステーションの管理者の方々と訪問看護師の皆様方には心より感謝申し上げます。修論のまとめに当たり、担当教官の大木秀一教授・伴真由美准教授に心から感謝とお礼を申し上げます。本研究は石川県立看護大学に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 中島紀恵子代表: 在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業-研究事業報告書. 平成 13 年度厚生労働省老人保健推進費助成金事業. 日本訪問看護振興財団出版, 2002.
- 2) Joyce, Ann Lasseter: Complex-Technology Home Care Ethics, Caring and Quality of Life. B, S, N, Mid America Nazarene University, 1991, M.S, University of Kansas, School of Nursing 1996.
- 3) 本間昭: 痴呆性老人を如何に支えるか. 老年学公開講座, 54, 52-82, 1998.
- 4) 宮永和夫: 地域に生きる『痴呆』—物忘れ早期発見・早期診断と介護予防—早期発見の意義. 日老医誌, 42, 40-41, 2005.
- 5) 宇野正威: もの忘れ外来の役割と意義. 老年医学, 42(2), 727-731, 2004.
- 6) 須貝佑一: 認知症は予防できるか. 公衆衛生, 70(9), 666-670, 2006.
- 7) Larson E. B. et al.: Exercise is associated with reduced risk for incident dementia Among persons 65 years of age and older. Ann Intern Med. 144(2), 73-81, 2006.
- 8) 浅田隆: 認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望. 公衆衛生, 70(9), 673-675, 2006.
- 9) 中島紀恵子代表: 在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業-研究事業報告書—平成 13 年度厚生労働省老人保健推進費等助成金事業. 日本訪問看護振興財団出版, 2002-3.
- 10) Noriko Yamamoto Mitani, Midorri Nagano, Shinobu Okada, et al.: Developing Quality Indicators of home Care Nursing for Older Adults in Japan. ICCNR, O-086, 75, 2005.
- 11) 山本則子, 石垣和子, 金川克子, 他 8 名: 高齢者訪問看護の質評価指標(quality indicator) 開発—全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査. 第 26 回看護科学学会講演集家族支援 213, 2006.
- 12) 川越博美代表: 専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業. 平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人健康増進事業, 2006.
- 13) 田高悦子, 宮本由紀, 緒方泰子, 他 2 名: 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価指標の開発. 老年看護学, 11(2), 64-73, 2007.
- 14) 鈴木祐恵, 金川克子, 天津栄子, 他 7 名: 高齢者訪問看護における認知症ケアの質評価指標の開発(第 1 報)—質評価指標の試案作成. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 109, 2006.
- 15) 伴真由美, 金川克子, 天津栄子, 他 7 名: 高齢者訪問看護における認知症ケアの質評価指標の開発(第 2 報)—全国の訪問看護師への予備調査. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 110, 2006.
- 16) 伴真由美, 鈴木祐恵, 金川克子, 他 7 名: 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),73-84, 2007.
- 17) 石垣和子代表: 「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) 研究成果報告書. 千葉大学看護学部, 2007-3.
- 18) 厚生労働省労働局計画課認知症対策推進室: 認知症高齢者の日常生活自立判定基準一部改正. 2006-4.
- 19) K 市老人福祉計画・介護保険事業計画-福祉健康局介護保険課: 長寿安心プラン 2006. 概要版 2006-3.
- 20) 馬場先淳子: 痴呆性高齢者や介護者を地域の中でどう支援していくか—訪問看護師からの提言. Quality Nursing, 10(10), 14-18, 2004.
- 21) 平井俊策: もの忘れ外来の問題点と今後の動向. 老年医学, 42(6), 797-800, 2004.
- 22) Lena Annerstedt, Solve Elmstahl, Bengt Ingvad et al.: Family caregiving in dementia An analysis of the caregivers burden and the “breaking-point” when home care becomes inadequate. Scand J public, Health28, 1403-4948, 2000.
- 23) 鈴木祐恵, 伴真由美, 金川克子: 調査 A. 認知症高齢者訪問看護の質指標を用いた訪問看護実践の現状の検討. 医療の広場. 9, 10-12, 2007.
- 24) 杉本知子, 亀井智子, 友安直子, 他: 在宅認知症ケアの学際的アプローチによる専門職の役割の検討. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 88, 2006.
- 25) 杉本知子: 長期ケアにおける interdisciplinary team 概念分析. 老年看護学, 11(1), 5-11, 2006.
- 26) 鈴木祐恵, 伴真由美, 金川克子: 高齢者訪問看護の質評価指標の開発調査 A—認知症高齢者訪問看護の質指標を用いた訪問看護実践の現状の検討. 研究助成事業報告書—教育—(平成 18 年度)財団法人医療政策振興財団, 2007.

(受付: 2008 年 10 月 31 日, 受理: 2009 年 1 月 26 日)

Study on Present Condition of Home Care Activities Quality of Nursing Home Residential Care for the Dementia Elderly by Using the Indicators of the Quality of Home Care

Sachie SUZUKI, Katsuko KANAGAWA

Abstract

The purpose of this study was to clarify and improve care provided by home care nursing for the patients suffering from dementia and their families. A total of 56 home nurses in 12 home care nursing stations were asked to complete the survey questions, which were designed to indicate the quality of care for elderly dementia patients in K-city.

A total of 281 elderly dementia patients, or 51% of all patients who used the visiting nursing stations, responded. The number of users is approximately 5–6% of the total patient residential population in K-city. Indicators of the quality of nursing home residential care averaged 69.5 out of 100, with a standard deviation margin of ± 10 points. The care items with low implementation rates were “the understanding of dementia,” “prevention of dementia,” and “involvement in the community.” The related factors included “there is no experience,” “lack of technical knowledge induces a loss of confidence,” “absence of specialist in care,” “level of understanding,” “collaboration with other professions,” and “too busy to do more.”

Home visiting nurses provide intensive care for dementia patients using the ideas of the community-based approach, as shown by the indicators of the survey questions.

Key words Dementia Care, Elderly Home Care Nursing, Quality of Caring