

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2015年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

「訪問看護師の実施する認知症高齢者への  
アセスメントと評価の視点の明確化」

申請者：田沼 寮子

所属機関：社会福祉法人 農協共済 中伊豆リハビリテーションセンター

提出年月日：平成 29 年 3 月 30 日

## I. 諸言

我が国においてランクⅡ以上の認知症を有する人の数は2010年で約280万人と推計されており、そのうちの半数は居宅にて生活している<sup>1)</sup>。2025年にはその数は470万人を超える予想されており、15年で約1.7倍に増加する。厚生労働省は2012年に認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)を発表し「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境の中で暮らし続けることができる社会づくりを目指す方針」を打ち出した<sup>2)</sup>。認知症高齢者が自宅で生活を続けるためには、多くの支援が必要となる。訪問看護の領域においても、認知症を有する利用者への適切なケアの提供は重要な課題のひとつとなっている。

認知症のケアの考え方としては、パーソン・センタード・ケア<sup>3) 4)</sup> やタクティールケア<sup>5) 6)</sup>、ユマニチュード<sup>7) 8)</sup> 等がよく知られている。いずれも認知症の高齢者にとって、常に尊重され、「その人らしく」暮らすための支援が重要であるとされている。認知症高齢者のケアの評価方法としては、パーソン・センタード・ケアを基盤とした認知症ケアマッピングが、グループホーム等の集団での施設ケアで活用されている。しかし、認知症ケアマッピングの手法は、対象を6時間以上連続して観察し、5分ごとに記録を行う必要があり、1人あたりの訪問時間が30分~1時間半と限定されており、個別にサービス提供を実施している訪問看護の現場では、導入したり十分に活用することは非常に困難である。他にも、2007年~2008年に山本則子らが開発した、高齢者訪問看護質指標(認知症ケア)なども存在する。プロセスに焦点をあてた看護ケアの質を具体的に評価するための指標であるが、項目数が多く、短い訪問時間内にすべてを網羅し活用することはなかなか難しい状況にある。認知症高齢者のケアの評価方法としては、QOLを習慣的な側面からとらえる「主観的幸福感 (subjective well-being)」を基盤としたLSI-K<sup>9) 10)</sup> や、認知症患者でも回答の有効性が高いとされている Vitality Index を用いた調査<sup>11)</sup> が実施されてきた。しかし、それらの指標を用いた研究調査の多くは、認知症高齢者のケアに応用するためには、その他の指標と併用する必要があり、訪問看護師がケア提供の場ですぐに導入できるとは言い難い。多くの認知症高齢者に適応し、短時間かつできるだけ少ない項目数で認知症高齢者を分析し、必要とされるケアを提供するための判断ができる指標が、現在節に望まれている現状にある。

訪問看護師が認知症高齢者のケアにあたる際に与えられた時間は短い。このため、常にそばにいられないからこそその、情報収集の方法や支援の仕方の工夫や評価方法の検討が必要と考える。実際の訪問看護の場面では、それぞれの訪問看護師がその場で下す評価や判断の基準となるものは、これまで明確に示されていない。さまざまな指標をケア提供者の力量で活用し、様々な可能性を模索しながらケアを提供している。

以上のことから本研究では、まず訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点を明確化することを目的とする。そのうえで訪問看護師が利用しやすい認知症高齢者のアセスメントと評価の指標について検討する。

## II. 研究方法

- 1) 対象：A 県の複数の訪問看護ステーションの職員（看護職、リハビリ職）
- 2) 調査方法：対象の基本属性を訪ねる質問紙調査と、職種別のグループインタビューを実施し、各職種の共通点、特徴的な点を明確化した。所要時間は 60 分程度で、グループインタビューの内容は IC レコーダに録音した。
- 3) 調査期間：平成 28 年 8 月～12 月
- 4) 調査内容：
  - ①アンケート調査：対象の背景条件について（職種、経験年数、訪問業務の経験年数等）
  - ②グループインタビュー：認知症を持つ利用者のアセスメント時の留意点、評価方法、ケアの展開方法 等

## 5) 分析方法

対象者の経験年数および訪問業務に携わった経験年数については、Mann-Whitney の U 検定を行った。分析には、統計解析ソフト excel 統計を使用した。

また、グループインタビュー時に録音した内容から逐語録を作成した。訪問看護師およびリハビリ職の実施する、認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点について、言葉の意味を損ねないように抽出した。次いで抽出した文章をコード化し、意味の内容別にサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。

## 6) 信頼性・妥当性の確保

信頼性を高めるため、グループインタビュー中も対象者に内容を確認し、意味を正確に理解するように努めた。分析の妥当性を高めるためには、分析過程で地域保健看護学領域の研究者のスーパーバイズを受けた。

## 7) 倫理的配慮

対象者の所属する組織の長には、文書で調査趣旨の説明を実施し同意を得た。対象者には口頭および文書で調査趣旨及び個人情報保護等について説明し、同意を得た。なお、本研究は、社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター倫理審査委員会の承認を受けた。

## III. 結果

### 1. 調査対象者の概要

対象は A 県内の 3 つの訪問看護ステーションで勤務する、看護師・理学療法士・作業療

法士の 20 名だった。職種別の内訳は、看護師は 12 名(60.0%)、理学療法士 5 名(25.0%)、作業療法士 3 名(15.0%)だった。経験年数の平均は 15.1(±8.1)年で、看護師の平均は 20.5(±5.4)年、理学療法士および作業療法士（以下、リハビリ職とする）の平均は 6.9(±1.8)年だった。看護師とリハビリ職の経験年数に有意な差があった ( $p=0.0009$ )。訪問業務に携わった年数の平均は 6.4(±5.8)年で、看護師の平均は 9.0(±6.2)年、リハビリ職の平均は 2.6(±2.1)年だった。こちらも看護師とリハビリ職の訪問業務に携わった経験年数に有意な差があった ( $p=0.016$ )。また、訪問業務内で認知症の利用者を担当した経験の有無については、対象者すべてが「担当した経験あり」と回答した。以下表 1 に概要を示す。

表 1 対象者の概要 (N=20)

	n (%)	p 値
職種 看護師	12 (60.0)	
理学療法士	5 (25.0)	
作業療法士	3 (15.0)	
経験年数(平均)	15.1 (±8.1) 年	
看護師	20.5 (±5.4) 年	0.0009
リハビリ職	6.9 (±1.8) 年	
訪問業務の経験年数(平均)	6.4 (±5.8) 年	
看護師	9.0 (±6.2) 年	0.016
リハビリ職	2.6 (±2.1) 年	

## 2. 訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点

訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点についてグループインタビューを実施したところ、「優先して情報収集する内容」「情報収集時に行う配慮」「認知症の利用者のケア実施時の留意点」「家族への支援」「認知症の利用者の変化の評価の視点」「関係機関との連携での重要事項」の 6 項目が抽出された。以下、カテゴリーに【 】、サブカテゴリーに〈 〉を用いて各項目について説明する。

### 1) 訪問看護師が優先して情報収集する内容 (表 2)

訪問看護師が、認知症の利用者に関して優先して情報収集する内容については、【疾患にかかわる医療的な情報】【利用者のこれまでの生活情報】【利用者の家族の情報】【利用者自身の意思や希望】の 4 カテゴリー、13 サブカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は、疾患にかかわる医療的な情報のなかでも〈認知症の分類を含む診断名〉や〈発症からの経過〉、〈周辺症状を含む症状の有無と程度〉等に特に注目していた。また、〈薬物療法の内容〉から、使用する薬剤の種類と量、副作用の有無についても丁寧に

情報を収集していた。直接的なケアに関わる情報では、＜残存能力の有無と程度＞がより優先性が高いと判断されていた。

利用者のこれまでの生活情報として優先性が高いものには、＜生活習慣や生活背景＞＜利用者の生い立ちや成育歴＞＜職歴や地域での役割＞があげられた。さらに、＜利用者の家族背景＞や＜家族の考えや方針＞、＜家族員の役割分担状況＞等を通して利用者の家族の情報を収集していた。また、＜利用者の気持ちも含めた全体像を捉えること＞や＜利用者の希望や思い＞を大切に、利用者自身の意思や希望に関する情報をケアに積極的に取り入れていた。

## 2) 訪問看護師が行う認知症の利用者の情報収集時に行う配慮 (表 3)

訪問看護師が、認知症の利用者の情報収集時に行う配慮については、【利用者の気持ちに寄り添った配慮】【介護家族からの視点の配慮】【認知症の症状にかかわる配慮】の 3 カテゴリー、10 サブカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は、＜多角的な視点からの情報収集に努めること＞や＜利用者に不快な思いをさせないための工夫＞、＜利用者が看護職を認識するための工夫＞を行っていた。また、＜自宅での生活を継続するための視点＞や＜残存能力を活かすための視点＞を通して、より利用者の気持ちに寄り添った配慮に向けての努力を重ねていた。

## 3) 訪問看護師が行う認知症の利用者のケア実施時の留意点 (表 4)

訪問看護師が行う、認知症の利用者のケア実施時の留意点については、【利用者の「その人らしさ」の尊重】【ケア実施上の具体的な工夫】【言語化できない「空気感」の読み取り】【利用者の思いの抽出と配慮】【利用者との距離感の取り方】の 5 カテゴリー、22 サブカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は、＜利用者のこだわりの尊重＞や＜利用者の信じるものの尊重＞を意識しながらケアにあたっている。さらに＜利用者の習得しているスキルを大切にすること＞や＜利用者の行動の意味を推察すること＞、＜支援者側の意見を強くないこと＞を通して、実施するケア内容に利用者の「その人らしさ」の尊重を反映させている。

ケア実施上の具体的な工夫としては、＜慣れるまでは同一のスタッフが支援すること＞＜習慣的な行動のケアへの導入＞等を実施しつつ、＜生活行為の中から動作を引き出す工夫＞を試みたり、＜行動へのサポート量の差を見極めること＞を行っている。

＜訪問ごとの利用者の雰囲気の違いに気づくこと＞や＜訪問時の全体的な雰囲気を感じ取ること＞は、＜入室時の状況を瞬時に判断し、支援内容を変更する能力＞につながり、総じて言語化できない「空気感」を読み取り、その時々に応じた、適切なケアにつながっている。＜サービス導入による利用者の緊張感＞を感じながらも、＜タイミングの図り方＞や＜サービス拒否時の対応方法＞等のスキルを用い、＜利用者のモチベーションの維持＞に努め、＜臨機応変な対応＞や＜支援者の対応方法の選別＞を重ねて、利用者との距離

感の取り方に生かしている。利用者の思いの抽出と配慮として、＜利用者の本当の思いを見極めること＞や＜利用者と支援者の思いの差に気づくこと＞を重ねながら、＜利用者と支援者の描くサービス像のギャップ＞を埋めるために＜利用者が求める支援内容の具体化＞に努めている。

#### 4) 訪問看護師が行う認知症の利用者の家族への支援 (表5)

訪問看護師が行う、認知症の利用者の家族への支援については、【家族への具体的支援の工夫】【家族の介護負担感への理解】【家族と看護師の利用者の受け止め方の違いの理解】【家族との適切な関わりのための配慮】の4カテゴリー、18サブカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は、家族への具体的支援の工夫として、＜家族への支援の優先順位の考慮＞をしながら＜話のしやすい状況の設定＞を行っている。そのうえで＜家族の訴えの傾聴＞をし、＜家族の努力を認めること＞で＜信頼関係の構築＞を図っている。さらに＜家族の生活も守っていく姿勢＞＜家族と一緒に頑張る気持ち＞を表現することで、信頼関係の強化につなげている。家族の介護負担感への理解を深めるために、＜家族の言動への具体的支援＞だけでなく、＜家族の気持ちの変化に合わせた支援＞も実施したり、＜家族の感情に寄り添う＞ことも行っている。

家族と看護師の利用者の受け止め方の違いの理解では、＜家族と支援者の利用者の捉え方の相違＞が生じやすいことを踏まえ、＜毎日のわずかな変化の気づき＞を促したり＜家族とのかかわりによる利用者の変化＞を示したりしている。＜家族にとっての大切な存在であることへの理解＞を基に、＜家族の関係性を決めつけないこと＞に注意している。

＜地域の社会資源の情報の収集や活用＞や＜アドバイスのタイミングと内容の選別＞を行い、家族と＜可能性のある支援方法のための協議＞を重ねることで、家族との適切な関わりのための配慮を深めている。

#### 5) 訪問看護師が行う認知症の利用者の変化の評価の視点 (表6)

訪問看護師が行う、認知症の利用者の変化の評価の視点については、【利用者に現れる症状の変化】【利用者の否定的な対応の変化】【支援の方向性の考え方】の3カテゴリー、15サブカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は、利用者に現れる症状の変化を＜食事摂取と排泄コントロールからみた体調管理の状況＞や＜内服薬のコントロールの有無と程度＞等から、具体的に把握するだけでなく、＜訪問ごとの利用者の態度の違い＞や＜利用者の表情の変化＞のように、数値化してくみ取れない情報も重要と考えている。また、＜道具の扱い方の変化＞や＜通常行っている会話の状況や内容の変化＞、利用者の行動を中心とした＜利用者の生活状況の変化＞、利用者の居室等の様子の変化を含む＜利用者の生活環境の変化＞等、細やかな変化にも気を配っていた。利用者の否定的な対応の変化は、＜訪問時の支援の拒否の有無＞や＜

信頼関係を結ぶことの困難感>から<支援内容の効果への支援者の疑問や揺らぎ>につながりやすくなっていた。支援の方向性の考え方は、<スタッフ間での情報の共有>や<支援の方向性の統一>を通し、<将来を見通した関わり>を持てることが看護職の強みだという自覚につながっていた。

#### 6) 訪問看護師が行う関係機関との連携での重要事項 (表7)

訪問看護師が行う、認知症利用者ケアでの関係機関との連携での重要事項では、【利用者の状態変化に伴う協働と情報共有】【多職種での情報共有の際の留意点】【多職種で優先して共有したい情報】【情報共有時の効果的な手法】の4カテゴリー、19サブカテゴリーが抽出された。

利用者の状態変化に伴う協働と情報共有では、<利用者の体調変化に伴う医師との連携>や<利用者の状態変化に伴うケアマネージャー等との連携>が強く意識されていた。ほかにも<利用者の予測できる危険行動への注意喚起>や<危険性のイメージの共有化>、<環境になじめないことから生じる不安な行動>などにも注目し、予防的な関わりを重視していた。

多職種で優先して共有したい情報の内容としては、まず<バイタルサインや生活状況の変化>や<認知症症状の変化や程度>のような、利用者の基本情報があげられていた。加えて、<利用者に伝わりやすい表現方法やケアのポイント>、<ケアや支援がうまくいく利用者なりの手順やポイント><利用者にとっての、やっていいことと悪いこと>のような、個別性の高い情報があげられた。しかし、どうしても<本人の訴えが少ないことによる情報の不足>があると訪問看護師は認識している、多職種での情報共有の際に留意することとして、<うまくいく支援方法の共有>や<サービス調整のタイミングの見極め>を行っていた。そのためにも、<タイムリーな情報提供のための工夫>や共有する情報の質と量の選択>が重要になっていた。情報共有時の効果的な手法としては、<不足する情報を多職種で補い合う工夫>が欠かせない。また、電話や Fax を駆使した<緊急性に応じた連絡手段の使い分け>も効果を上げている。また、<わかりやすい言葉で表現すること>に努めている。不在がちな家族とは<コミュニケーションツールとしての共有ノートの利用>が行われていた。

表 2 訪問看護師が認知症の利用者に関して優先して情報収集する内容

カテゴリー	サブカテゴリー
疾患にかかわる医療的な情報	認知症の分類を含む診断名 発症からの経過 周辺症状を含む症状の有無と程度 薬物療法の内容 残存能力の有無と程度
利用者のこれまでの生活情報	生活習慣や生活背景 利用者の生い立ちや成育歴 職歴や地域での役割
利用者の家族の情報	利用者の家族背景 家族の考えや方針 家族員の役割分担状況
利用者自身の意思や希望	利用者の気持ちも含めた全体像を捉えること 利用者の希望や思い

表 3 訪問看護師が認知症の利用者の情報収集時に行う配慮

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者の気持ちに寄り添った配慮	多角的な視点からの情報収集に努めること 利用者に不快な思いをさせないための工夫 自宅での生活を継続するための視点 残存能力を活かすための視点 利用者が看護職を認識するための工夫
介護家族からの視点の配慮	現状の家族の困難を具体化すること 家族とのコミュニケーション方法の工夫
認知症の症状にかかわる配慮	認知症特有の症状の理解 利用者の行動に隠れている気持ちや感情を理解すること 認知症症状以外の症状の有無や程度への留意

表4 訪問看護師による認知症の利用者のケア実施時の留意点

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者の「その人らしさ」の尊重	利用者のこだわりの尊重 利用者の信じるものの尊重 利用者の習得しているスキルを大切にすること 利用者の行動の意味を推察すること 支援者側の意見を強くないこと
ケア実施上の具体的な工夫	慣れるまでは同一のスタッフが支援すること 習慣的な行動のケアへの導入 生活行為の中から動作を引き出す工夫 行動へのサポート量の差を見極めること
言語化できない「空気感」の読み取り	訪問ごとの利用者の雰囲気の違いに気づくこと 訪問時の全体的な雰囲気を感じ取ること 入室時の状況を瞬時に判断し、支援内容を変更する能力
利用者との距離感の取り方	サービス導入による利用者の緊張感 タイミングの図り方 サービス拒否時の対応方法 利用者のモチベーションの維持 臨機応変な対応 支援者の対応方法の選別
利用者の思いの抽出と配慮	利用者の本当の思いを見極めること 利用者支援者の思いの差に気づくこと 利用者が求める支援内容の具体化 利用者支援者の描くサービス像のギャップ

表5) 訪問看護師が行う認知症の利用者の家族への支援

カテゴリー	サブカテゴリー
家族への具体的支援の工夫	家族への支援の優先順位の考慮 話のしやすい状況の設定 家族の訴えの傾聴 家族の努力を認めること 信頼関係の構築 家族の生活も守っていく姿勢 家族と一緒に頑張る気持ち
家族の介護負担感への理解	家族の言動への具体的支援 家族の気持ちの変化に合わせた支援 家族の感情に寄り添う
家族と看護師の利用者の受け止め方の違いの理解	家族と支援者の利用者の捉え方の相違 毎日のわずかな変化の気づき 家族とのかかわりによる利用者の変化 家族にとっての大切な存在であることの理解 家族の関係性を決めつけないこと
家族との適切な関わりのための配慮	地域の社会資源の情報の収集や活用 アドバイスのタイミングと内容の選別 可能性のある支援方法のための協議

表6) 訪問看護師が行う認知症の利用者の変化の評価の視点

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者に現れる症状の変化	食事摂取と排泄コントロールからみた体調管理の状況 内服薬のコントロールの有無と程度 訪問ごとの利用者の態度の違い 利用者の表情の変化 道具の扱い方の変化 通常行っている会話の状況や内容の変化 利用者の生活状況の変化 利用者の生活環境の変化
利用者の否定的な対応の変化	訪問時の支援の拒否の有無 信頼関係を結ぶことの困難感 支援内容の効果への支援者の疑問や揺らぎ
支援の方向性の考え方	スタッフ間での情報の共有 支援の方向性の統一 将来を見通した関わり

表7 訪問看護師が行う、認知症利用者ケアでの関係機関との連携での重要事項

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者の状態変化に伴う協働と情報共有	利用者の体調変化に伴う医師との連携 利用者の状態変化に伴うケアマネージャー等との連携 利用者の予測できる危険行動への注意喚起 危険性のイメージの共有化 環境になじめないことから生じる不安な行動
多職種で優先して共有したい情報	バイタルサインや生活状況の変化 認知症症状の変化や程度 利用者に伝わりやすい表現方法やケアのポイント ケアや支援がうまくいく利用者なりの手順やポイント 利用者にとっての、やっていいことと悪いこと 本人の訴えが少ないことによる情報の不足
多職種での情報共有の際の留意点	サービス調整のタイミングの見極め タイムリーな情報提供のための工夫 うまくいく支援方法の共有 共有する情報の質と量の選択
情報共有時の効果的な手法	不足する情報を多職種で補い合う工夫 緊急性に応じた連絡手段の使い分け わかりやすい言葉で表現すること コミュニケーションツールとしての共有ノートの利用

### 3. リハビリ職の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点

リハビリ職の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点についてグループインタビューを実施したところ、「優先して情報収集する内容」「認知症の利用者のケア実施時の留意点」「家族への支援」「認知症の利用者の変化の評価の視点」「関係機関との連携での重要事項」の5項目が抽出された。

#### 1) リハビリ職が優先して情報収集する内容 (表8)

リハビリ職が、認知症の利用者に関して優先して情報収集する内容については、【疾患にかかわる医療的な情報】【利用者の詳細な現状把握】【家族介護者の現状把握】の3カテゴリー、8サブカテゴリーが抽出された。

リハビリ職は、疾患にかかわる医療的な情報のなかでも特に＜認知症の診断と現在の症状の程度＞や＜既存の各種の指標を用いた評価＞、＜現状での残存能力の程度＞に注目し

ていた。また、＜訪問リハビリテーションの目的の再確認＞を実施していた。利用者の詳細な現状把握は、＜利用者の1日のスケジュール＞や＜日常生活動作の阻害因子＞を明らかにすることで行っていた。情報収集時には、利用者だけでなく、家族介護者の現状把握も行い、＜家族の思いや要望＞や＜家族の介護負担感の状況＞等の情報を優先的に収集していた。

## 2) リハビリ職が実施する認知症の利用者のケア実施時の留意点

リハビリ職が実施する認知症の利用者のケア実施時の留意点は、【具体的なケア方法の工夫】  
【利用者の行動の分析と解釈】  
【家族からの情報の分析と解釈】の3カテゴリー、6サブカテゴリーが抽出された。

リハビリ職は具体的なケア方法の工夫として、＜支援方法の統一＞や＜利用者の言動の肯定＞に留意している。併せて、ケアを提供しながら＜利用者の行動の原因の分析＞や＜利用者の行動の傾向や好みの分析＞、＜認知症の利用者特有の対応方法＞等の利用者の行動の分析と解釈を行っている。家族からの情報の分析と解釈として＜家族からの情報の収集と分析＞を行い、ケア提供に反映させている。

## 3) リハビリ職が行う認知症の利用者の家族への支援（表10）

リハビリ職が行う認知症の利用者の家族への支援は、【家族の支援の具体的な実施内容】  
【家族の置かれた状況の理解】  
【家族支援のための配慮】の3カテゴリー、6サブカテゴリーが抽出された。

家族の支援の具体的な実施内容として、＜家族と一緒に考える姿勢＞を持ち、＜さまざまな状況における傾聴＞のスキルを用いている。また、＜家族の体調面への配慮＞や＜家族と利用者の関係性のアセスメント＞を通して、家族の置かれた状況の理解を深める努力を行っている。

## 4) リハビリ職が行う認知症の利用者の変化の評価の視点（表11）

リハビリ職が行う認知症の利用者の変化の評価の視点は、【認知症による利用者の変化】  
【残存機能に関連する専門的な判断】  
【数値化可能な評価による検討】  
【症状として数値化しにくい変化の検討】  
【介護家族への支援の効果の検討】の5カテゴリー、11サブカテゴリーが抽出された。

リハビリ職は、＜認知症の主症状の程度の変化＞や＜認知症周辺症状の有無と程度＞を通して、認知症による利用者の変化を把握していた。また、残存機能に関連する専門的な判断として、＜残存する日常生活動作の程度＞や＜転倒等の危険動作や危険行為の有無と程度＞に注目していた。さらに、＜既存の評価尺度を用いた評価の実施＞や＜短時間の訪問での評価への不安＞、＜利用者の健康状態の変化＞から数値化可能な評価による検討を行っていた。一方で、＜表情や機嫌・雰囲気の変化＞や＜口調や発言内容の変化＞等の症

状として数値化しにくい変化の検討も行っている。介護家族への支援の効果の検討としては、＜家族の発言内容の変化＞や＜評価尺度を用いた家族の負担感の評価＞等に注目していた。

#### 5) リハビリ職の行う関係機関との連携での重要事項

リハビリ職の行う関係機関との連携での重要事項に関しては、【介護保険制度の活用】【数値化したデータの更新】【他職種との連携の具体的内容】【スタッフ間で優先的に共有したい内容】の4カテゴリー、14サブカテゴリーが抽出された。

リハビリ職は、関係機関との連携に際し、＜ケアマネージャーとの連携＞や＜担当者会議の活用＞や＜他職種への相談の実施＞を介して介護保険制度の活用を図っている。また、＜各人で指標から得た値を共有する＞＜指標の値の定期的な更新＞等を勧める事で、他職種と数値化した利用者のデータの共有を行っていた。連携の具体的内容としては、同じ職種内での＜訪問当日の情報共有＞や＜継続した訪問支援に繋げるための情報発信＞を実施していた。同様に、同一職種内での＜複数のスタッフからのアセスメントの活用＞や＜わずかな変化でも共有すること＞は密に行われ、＜同じ職種のスタッフへの相談の実施＞も行われている。

表8 リハビリ職が認知症の利用者に関して優先して情報収集する内容

カテゴリー	サブカテゴリー
疾患にかかわる医療的な情報	認知症の診断と現在の症状の程度 既存の各種の指標を用いた評価 現状での残存能力の程度 訪問リハビリテーションの目的の再確認
利用者の詳細な現状把握	利用者の1日のスケジュール 日常生活動作の阻害因子
家族介護者の現状把握	家族の思いや要望 家族の介護負担感の状況

表9 リハビリ職が実施する認知症の利用者のケア実施時の留意点

カテゴリー	サブカテゴリー
具体的なケア方法の工夫	支援方法の統一 利用者の言動の肯定
利用者の行動の分析と解釈	利用者の行動の原因の分析 利用者の行動の傾向や好みの分析 認知症の利用者特有の対応方法
家族からの情報の分析と解釈	家族からの情報の収集と分析

表10 リハビリ職が行う認知症の利用者の家族への支援

カテゴリー	サブカテゴリー
家族の支援の具体的な実施内容	家族と一緒に考える姿勢 さまざまな状況における傾聴
家族の置かれた状況の理解	家族の体調面への配慮 家族と利用者との関係性のアセスメント
家族支援のための配慮	家族との円滑なコミュニケーションのための工夫 家族から相談が可能な状況の設定

表11 リハビリ職が行う認知症の利用者の変化の評価の視点

カテゴリー	サブカテゴリー
認知症による利用者の変化	認知症の主症状の程度の変化 認知症周辺症状の有無と程度
残存機能に関連する専門的な判断	残存する日常生活動作の程度 転倒等の危険動作や危険行為の有無と程度
数値化可能な評価による検討	既存の評価尺度を用いた評価の実施 短時間の訪問での評価への不安 利用者の健康状態の変化
症状として数値化しにくい変化の検討	表情や機嫌・雰囲気の変化 口調や発言内容の変化
介護家族への支援の効果の検討	家族の発言内容の変化 評価尺度を用いた家族の負担感の評価

表 12 リハビリ職の行う関係機関との連携での重要事項

カテゴリー	サブカテゴリー
介護保険制度の活用	ケアマネージャーとの連携 担当者会議の活用 他職種への相談の実施
数値化したデータの共有	各人で指標から得た値を共有する 指標の値の定期的な更新
連携の具体的内容	訪問当日の情報共有 継続した訪問支援に繋げるための情報発信 複数のスタッフからのアセスメントの活用 わずかな変化でも共有すること 同じ職種のスタッフへの相談の実施
スタッフ間で優先的に共有したい内容	訪問時の状況 家族から収集した情報 一週間の変化の有無 訪問を受けて調整した支援内容

#### IV. 考察

##### 1. 訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点

訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点について抽出された「優先して情報収集する内容」「情報収集時に行う配慮」「認知症の利用者のケア実施時の留意点」「家族への支援」「認知症の利用者の変化の評価の視点」「関係機関との連携での重要事項」の6項目は、訪問看護ステーションにおける記録書の内容的構造を明らかにした先行研究<sup>12)</sup>に類似する点が多かった。看護職として、適切なケア提供を行う際に、必要な医学的知識やアセスメントに基づく、基本的に重要とされる項目や、他疾患との共通項目には普遍的なものがある。しかし、認知症の利用者に関して優先して情報収集する内用であげられた【利用者自身の意思や希望】や、＜利用者の行動に隠れている気持ちや環状を理解すること＞等から成る【認知症の症状にかかわる配慮】等に多くのコードが集まっていることから、訪問看護師は認知症の利用者に対し、明文化しにくいアプローチがより大きな意味を持っていることを実践から体得している様子が伺える。このことは、ケア実践耳の留意点にあげられている【言語化できない「空気感」の読み取り】や【利用者との距離感の取り方】【利用者の思いの抽出と配慮】にも多くのコードが集まっていたことから裏付けられる。本人の思いを尊重した具体的ケアの実践が、認知症を有する者にとってより効果的であることは先行研究<sup>13)</sup>でも述べられている。家族への支援の特徴としては、【家族と看護師の利用者の受け止め方の違いの理解】があげられる。＜家族と支援者の利

利用者の捉え方の相違>が基本ある事を踏まえ、<家族の関係性を決めつけないこと>や<家族にとっての大切な存在であること<の理解>を示している。認知症の発症により、利用者自身はこれまでの家族役割を担うことができなくなり、家族は役割移行によるとまどいや不安、悲しみや苦しみ等の心理的喪失を体験する<sup>14)</sup>。それを支え、家族の関係性の再構築を促す支援に繋げていることが考えられる。認知症の利用者の変化の評価に関しては、現状では【利用者に現れる症状の変化】に多くのコードが集まる結果となった。先を見越したアセスメントや評価の効果は、先行研究でも述べられており、コードにおいても『看護師の強みというのは先が読めるところ』『今が良ければいいではなく、半年 1 年先を必ず見通して評価する』等があげられているが、インタビューにおける言語化は少数であり、その気付きをうまく生かすことができなかつたことが課題である。【利用者の状態変化に伴う協働と情報共有】では最も多い連携先には医師があげられていたが、ケアマネージャーやその他のさまざまな職種との連携も重要と意識づけられていた。関係機関との連携では、【情報共有時の効果的な手法】として、<不足する情報を多職種補い合う工夫>を実施しつつ、【多職種での情報共有の際の留意点】として<サービス調整のタイミングの見極め>が重要であると感じている。現状では、多くの関係機関が一人の利用者に関与している。主治医やケアマネージャーとの連携を中心に、適切なタイミングでタイムリーなサービス提供に努めている訪問看護師の姿を確認することができた。

## 2. リハビリ職の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点

リハビリ職の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点について抽出された「優先して情報収集する内容」からは、【疾患にかかわる医療的な情報】【利用者の詳細な現状把握】等が抽出されたが、これらは先行研究<sup>16)</sup>にある理学療法士の視点の強さに類似していた。ケア実施時の留意点においては、【利用者の行動の分析と解釈】【家族からの情報の分析と解釈】のように、認知症の利用者への支援を提供するにあたって、その場で収集した情報を適切に分析して対応方法を変更していく柔軟性が明らかになった。下側への支援においては、【家族の支援の具体的な実施内容】において、ただ耳を傾けるだけでなく、『困難なことであっても、その良かった面も含めて話を聞く』『答えが出ない内容の話であっても、真摯に話を聞く』等の状況に応じたさまざまな傾聴に関するコードが多く集まった。認知症の利用者の変化の評価の視点においては、最も多くのコードが集約された。その多くは、【数値化可能な評価による検討】の<既存の評価尺度を用いた評価の実施>であった。リハビリ職は、客観的で誰もが同じ評価を下すことができる共通言語のひとつとして評価尺度をとらえ、それをより効果的に活用することが、利用者の利益になると考えていることがわかった。また、【残存機能に関連する専門的な判断】における<残存する日常生活気脳動作の程度>にも多くのコードが集約された。『更衣動作の変化を確認する』や『1 種間の間でできなくなった動作、できている動作の確認』、『時間帯による本人の状態の変化の確認』等のコードは、リハビリテーションの専門性に基づいた特徴的なものであ

ると考えられる。関係機関との連携においては、連携先としてケアマネージャーのみが抽出された。リハビリ職の場合、連携は同一職種内では非常に綿密に実施されていたが、他職種との連携はあまり積極的には実施されていない様子が見受けられた。

### 3. 認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点における訪問看護師とリハビリ職の違い

認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点における訪問看護師とリハビリ職の共通する点は、情報収集の際の【疾患にかかわる医療的な情報】や【家族支援のための配慮】、利用者の変化の評価における【利用者に現れる症状の変化】等にみられた。

訪問看護師に特徴的だった点は、利用者へのケア実施時の【利用者の「その人らしさ」の尊重】や【言語化できない「空気感」の読み取り】、【利用者との距離感の取り方】【利用者の思いの抽出と配慮】に顕著だった。訪問看護師は数値化できない情報をとらえようとする努力を積み重ねている様子がうかがわれる。認知症の利用者の変化の評価において、先を見越したアセスメントや評価の効果に触れながらもカテゴリ化できるほどのコードが集まらなかったことから、気づきはあってもうまく言語化できていない現状が推察される。対象となった訪問看護師は、看護職としての平均経験年数が 20.5 (±5.4) 年、訪問業務の平均経験年数も 6.4 (±5.8) 年とベテランである。今回、対象となった訪問看護師は、これまでに培った経験則が大きく影響している可能性が考えられる。経験則に基づいた行動や気づきを、具体的に言語化していく必要もあるだろう。

リハビリ職に特徴的だった点は、認知症の利用者の変化の評価の視点における、【残存機能に関連する専門的な判断】や【数値化可能な評価による検討】の<既存の評価尺度を用いた評価の実施>に顕著だった。リハビリ職は、それぞれの専門性に則って、明確に数値化して他職種に論理的に説明できる評価方法を選択していた。一方で、関係機関との連携では道職種との密な関係が明らかになったが、多職種とのかかわりは薄いことがわかった。退床の肺経を鑑みると、リハビリ職はその平均経験年数は 6.9 (±1.8) 年、訪問業務の平均経験年数は 2.6 (±2.1) 年であり、若手から中堅の職員で形成された集団である。職能の差に加えて、年代の違いも結果に影響を与えている可能性が考えられる。

## V. 本研究の限界と今後の展望

本研究における限界は、対象の数が少ない点にある。今後、訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点をより明確にするためには、対象数と実施機関数をさらに増やした継続的な調査も必要であると考えられる。

また、本研究の結果から抽出されたアセスメント等の項目を用い、既存の指標の要素を検討しながら、訪問看護提供時の認知症高齢者向けの記録用紙を作成するための準備を進めている。記録用紙を作成する際には、ブレインストーミングの手法を用い、研究グループ内からの意見を共有しやすくする。記録用紙の内容については、①利用者の特徴を把握

しやすいものであるか②利用者の変化を確認しやすい(評価につながりやすい)ものであるか等について留意する。記録用紙の原案が作成できたら、研究グループ内で実際に認知症の利用者に使用し、2 か月毎に利用者の変化の特徴の把握状況や、アセスメントや評価への活用のしやすさ等の妥当性を検討し、その効果をみる予定である。

## VI. 結論

訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点の明確化について、以下のことが明らかになった。

1. 訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点には、「優先して情報収集する内容」「情報収集時に行う配慮」「認知症の利用者のケア実施時の留意点」「家族への支援」「認知症の利用者の変化の評価の視点」「関係機関との連携での重要事項」の 6 項目が抽出された。

2. 訪問看護師の実施する認知症高齢者へのアセスメントと評価の視点で特徴的だった点は、利用者へのケア実施時の【利用者の「その人らしさ」の尊重】や【言語化できない「空気感」の読み取り】、【利用者との距離感の取り方】【利用者の思いの抽出と配慮】だった。訪問看護師は数値化できない情報を大切にし、ケアに反映させようとする努力を積み重ねている。

3. 認知症の利用者の変化の評価においては、先を見越したアセスメントや評価の効果に触れながらもカテゴリ化できなかった。訪問看護師は経験上、気づきはあってもうまく言語化できていない情報が多々あることが推察される。それを端的に表現できる認知症高齢者のアセスメントと評価の指標が求められるだろう。

## VII. 謝辞

本研究にあたり、研究調査にご協力くださいました皆様に深く感謝いたします。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により実施しました。

## VIII. 引用文献および参考文献

- 1) 国民の福祉と介護の動向 2015/2016、pp182、厚生労働統計協会、2015.
- 2) 国民の福祉と介護の動向 2015/2016、pp183、厚生労働統計協会、2015.
- 3) トム・キットウッド、高橋 誠一 (翻訳)：認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ、筒井書房、2005.
- 4) 小木曾 加奈子、平澤 泰子、阿部 隆春ら：介護老人保健施設における「その人らしさ」と「関係性」を大切にした認知症ケアの実際、社会福祉科学研究、2、pp77-84、2013.

- 5) 萩原 裕美、山下 美根子：認知症患者へのタクティールケアの効果について、看護実践の科学、36 (13)、pp58-63、2011.
- 6) 小泉 由美、河野 由美子、久司 一葉ら：タクティールケア実践記録からみる効果の内容分析、日本看護研究学会雑誌、35 (4)、pp91-99、2012.
- 7) 本田 美和子、ロゼット マレスコッティ、イヴ ジネスト：ユマニチュード入門、医学書院、2014.
- 8) 木下 香織、古城 幸子：認知症グループホームの臨地実習に導入したユマニチュードの効果 看護学生がとらえた入所者の反応からの評価、インターナショナル Nursing Care Research、14 (2)、pp145-153、2015.
- 9) 古谷野 亘、柴田博、芳賀博ら：生活満足度尺度の構造 主観的幸福感の多次元性とその測定、老年社会科学、11、pp99-115、1989.
- 10) 古谷野 亘、柴田博、芳賀博：生活満足度尺度の構造 因子構造の不変性、老年社会科学、12、pp102-116、1990.
- 11) 寺岡 加代、森野 智子：施設在住要介護高齢者の意欲(Vitality Index)に関する縦断研究、老年歯科医学、25 (2)、pp115-122、2010.
- 12) 白尾 久美子、大村 いづみ、山口 桂子：訪問看護ステーションにおける記録書の内容的構造に関する実態調査、日本福祉大学社会福祉論集、135、pp53-62、2016.
- 13) 岩本 由美子：多様な認知症の症状を呈した入居者へのケアプロセスの一考察、認知症ケア事例ジャーナル、9 (1)、pp12-19、2016.
- 14) 朝倉 真奈美：アルツハイマー型認知症診断時期に主介護者に生じた心理的喪失への援助 自らも慢性疾患を抱えている次女に焦点を当てて、認知症ケア事例ジャーナル、9 (2)、pp127-136、2016.
- 15) 梶田 賢、今倉 千愛、松葉 智之ら：レビー小体型認知症患者に対する熟練看護師の退院へのアプローチ どのようにアセスメントし、どのような工夫をしているのか、日本精神科看護学術集会誌、57 (1)、pp186-187、2014.
- 16) 日下 隆一、小森 昌彦、田中 康之ら：介護予防における理学療法士の視点—ICF コアセットを用いて—、理学療法科学、23 (1)、pp29-33、2008.

IX. 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により実施した講演会

第1回 認知症の利用者の「生きるよろこび」に貢献するために

～認知症高齢者が地域で生活を維持するために必要な支援～

講師：岡 考 先生（岡クリニック・みしま岡クリニック 院長）

日時：2016年5月14日(土)15:00～17:00

場所：長泉町文化センターベルフォーレ イベントホール

対象者：・所属機関各部署の看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士 等  
・所属機関のある町および近隣市町の訪問看護ステーション等の看護師、ケアマネージャーおよび介護スタッフ 等

参加者：44名

第2回 認知症の利用者の「生きるよろこび」に貢献するために

～認知症高齢者への有効なケアの誘導方法～

講師：高 紋子 先生（東京女子医科大学看護学科 助教）

日時：2016年9月17日(土)14:00～16:00

場所：ウェルピアながいずみ 多目的室

対象者：・所属機関各部署の看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士 等  
・所属機関のある町および近隣市町の訪問看護ステーション等の看護師、ケアマネージャーおよび介護スタッフ 等

参加者：13名

第3回 認知症の利用者の「生きるよろこび」に貢献するために

～認知症高齢者の痛みの評価と有効なケア～

講師：高井 ゆかり 先生（群馬県立県民科学大学大学院

生涯発達看護学教育研究分野 教授）

日時：2017年1月28日(土)13:30～15:30

場所：ウェルピアながいずみ 多目的室

対象者：・所属機関各部署の看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士 等  
・所属機関のある町および近隣市町の訪問看護ステーション等の看護師、ケアマネージャーおよび介護スタッフ 等

参加者：20名