

□資料□

要介護1の認知症在宅療養者に対する訪問看護導入の実態
—介護支援専門員の視点から—落合 佳子¹ 桑野 美夏子¹ 田中 照美² 王 麗華³

抄 録

目的：介護支援専門員の視点から介護度の低い要介護1の認知症（認知機能低下者を含む）在宅療養者に対する訪問看護導入の実態を明らかにする。

方法：北関東地区の介護支援専門員4,572人を対象に要介護1で認知症を有する利用者に関して訪問看護導入とその影響を調査した。質問紙の回収は1,444人（32.9%）。訪問看護「導入群」「未導入群」に分け解析した。

結果：本調査の認知症の在宅療養者は、訪問看護を導入しない利用者が多かった。訪問看護「導入群」の特徴として「未導入群」に比し女性および認知症薬の服用が少なかった（ $p<0.05$ ）。訪問看護の導入理由として「セルフケアができない」「家族が困っていた」が多かった。また、訪問看護「導入群」は「未導入群」に比し、「病状」「認知機能」「生活状況」「家族の不安」の改善を介護支援専門員が認識していた（ $p<0.05$ ）。

結論：要介護1の認知症者在宅療養者に訪問看護を導入することで、生活や家族の不安を維持改善することが示唆された。

キーワード：認知症，訪問看護，介護支援専門員，要介護1

I. はじめに

我が国の65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率は、2012年認知症高齢者数は462万人有病率15.0%、2025年には認知症患者の推定数は約700万人となり、有病率は20.0%と推計されている¹⁾。また在宅介護実態調査²⁾では、在宅療養者本人が抱えている傷病は認知症が26.5%と最も多く、今後の在宅生活の継続に向け介護者が不安を感じる介護も認知症への対応が29.6%と最も多いと報告されている。このように在宅療養の場においても認知症患者は増加しており、その対応について介護者も不安を抱えている場合が多く、在宅で生活している認知症患者とその家族を早期から支えることは訪問看護師の役割として重要と考える。

訪問看護における認知症ケアに関する研究では、実践のプロセスとして継続して家に入れてもらえる状況

を作りつつ、療養者の楽しみや家族の支援を行っている看護の現状³⁾や、訪問看護師が尊厳を維持しながら症状の観察や服薬管理、日常生活機能の維持等を実施していると報告されている^{4,5)}。軽度認知障害の在宅療養者に対する調査では、日常生活への影響として漠然とした不安、人間関係破綻への不安、家族関係の変容、早期受診の妨げ等の問題を抱えている⁶⁾。在宅療養者の家族は、症状出現への戸惑いや葛藤、ケア方法の不安など精神的・身体的負担がかかると報告されている^{7,8)}。次いで認知症ケアに対する訪問看護の利用に関する調査では、要支援・要介護1を合わせ訪問看護の利用は12.6%であり、認知症初期からの関わりが少ない実態がある⁹⁾。ケアプランを担当し介護サービスの導入に関わっている介護支援専門員を対象にした調査¹⁰⁾では、「医療処置の無い方、介護度の低い方の導入が難しい」等が課題として挙げられ、軽度者で

受付日：2021年4月20日 受理日：2021年8月6日

¹⁾ 国際医療福祉大学 保健医療学部 看護学科

Department of Nursing, School of Health Sciences, International University of Health and Welfare
ochiai_y@iuhw.ac.jp

²⁾ 栃木県済生会 訪問看護ステーションほっと

Visiting Nursing Station Hotto Tochigi Prefecture Saiseikai

³⁾ 大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科

Department of Nursing, Sports and Health Science, Daito Bunka University

訪問看護の導入が必要と判断したにも関わらず導入できなかった事例では、認知症が最も多かったと報告されている。また介護サービスの導入が困難な事例は、認知症が最も多かったという報告もある¹¹⁾。これらの調査から、認知症の在宅療養者の日常生活への影響や家族の負担や看護ケアの現状は少しずつではあるが明らかになりつつある。

一方、介護給付費実態調査によると要介護1～要介護5の1年後の状態の変化では、介護度が低い要介護1の25.2%が重度化し、最も高い割合であったと報告されている¹²⁾。このことから介護度が低い方、特に住み慣れた自宅での生活が可能と思われる要介護1を対象に、重度化防止に介入することも重要である。加えて訪問看護が他の介護サービスと協働しながら、認知症が重度化する前の軽度の状態から介入することは、認知症の悪化の予防、介護者の支援等に役立つ可能性があるが明らかになっていない。特に重度化防止が必要な介護度の低い認知症在宅療養者に対する訪問看護利用の割合は少なく、訪問看護導入の実態や導入後の状況に関しても、明らかにされていない。

そこで本研究は、介護支援専門員の視点から介護度の低い要介護1の認知症（認知機能低下者を含む）在宅療養者に対する訪問看護導入の実態を明らかにすることを目的とした。認知症患者と家族の身近な存在であり、ケアプランを作成する介護支援専門員の客観的な視点で、介護度の低い認知症在宅療養者の訪問看護導入の実態を明らかにすることで、認知症ケアにおける訪問看護師が果たすべき役割の明確化や支援の可能性が広がり、認知症になってからも地域で暮らせる社会の実現に向けた一助となる。

II. 研究方法

1. 対象者

厚生労働省、介護サービス情報システムに登録している北関東地区すべての居宅介護支援事業所2,286か所に所属する介護支援専門員、各事業所2名の4,572名を対象とした。介護支援専門員は在宅療養者の健康問題や生活状況等を把握し、ケアプラン作成を行い、

介護サービスの導入に関わっていることから、回答者に適切と判断した。

2. 調査期間

2018年9月～2018年10月

3. 調査方法

1) 実施手順

厚生労働省、介護サービス情報公表システムに登録されている北関東（茨城県・群馬県・栃木県）すべての居宅介護支援事業所2,286か所を対象とした。

抽出した居宅介護支援事業所管理者宛に質問紙を郵送し、質問紙の配布条件と除外条件を満たす利用者を担当している介護支援専門員（各1名、最大2名）に、無記名自記式質問紙にて回答を求め、研究者宛の返信用封筒で個別に回収した。返信を持って調査に同意したものとする旨の文章を記載したものを同封した。調査の最初に、要介護1の認知症または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランクⅠ・Ⅱに該当する療養者の担当の有無を調査し、担当していると回答した場合に、以下の調査を行った。

質問紙の配布条件、除外条件は以下の通りであり、それぞれのケースを担当する介護支援専門員各1名とした。

i) 質問紙の配布条件とその理由

訪問看護を導入している利用者（訪問看護導入群）：要介護1と認定され、認知症または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランクⅠ・Ⅱと判定され、訪問看護を導入している。

訪問看護以外の介護サービスを導入している利用者（訪問看護未導入群）：要介護1と認定され、認知症または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランクⅠ、Ⅱと判定され、訪問看護は未導入で他の介護サービスを導入している。

配布条件の選定理由：認知症もしくは認知症と同等の認知機能低下を日常生活自立度判定基準で判定された在宅療養者で、身体機能の低下が少ない要介護1を選定した。

ii) 除外条件とその理由

90歳以上は、加齢により心身機能が低下している可能性が高いため除外とした。

2) 調査項目

調査項目は訪問看護を導入している利用者（訪問看護導入群）、訪問看護以外の介護サービスを導入している利用者（訪問看護未導入群）ともに同じ項目として①所属する居宅介護支援事業所の概要（所属地域、特定事業所加算等）②介護支援専門員の個人属性の概要（年齢、主任介護支援専門員資格の有無等）③担当する利用者の概要（年齢、医療処置の有無、家族状況等）④担当する利用者の認知症（軽度認知障害を含む）の概要（認知症の服薬状況等）⑤訪問看護導入群には訪問看護を導入した理由、訪問看護未導入群には訪問看護を導入していない理由（当てはまる項目をすべて回答）⑥訪問看護導入群には、訪問看護の影響として介護支援専門員が専門職の視点からみた担当開始時からの認知機能、病状、家族の不安、生活状況の変化を「改善した」「現状維持」「悪化した」の3件法にて回答を求めた。なお、訪問看護の導入に関すること、訪問看護の影響についての調査項目は、鈴木らの介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討¹¹⁾、奥村らの訪問看護における認知症ケアの構造化³⁾の研究を参考にし、介護支援専門員や訪問看護師として在宅療養者への認知症ケアの経験がある研究者間で話し合いを重ねて設定した。

4. 分析方法

得られたデータは訪問看護を導入している利用者（訪問看護導入群）、訪問看護以外の介護サービスを導入している利用者（訪問看護未導入群）の2群に分け、介護支援専門員が担当する利用者の概要、訪問看護の影響について、クロス集計し各々の関係性に対してFisher's exact testを行った。また導入群、未導入群の2群と年齢（比率尺度）についての関係性はt検定を行った。有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

調査対象者に対して、研究の目的、研究の方法、研究への自由意志の保証、中途脱退の権利、匿名性の確保、データは研究外で使用しないことを書面にて説明し、記入および投函にて同意とみなす旨を明記した。なお、本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認（承認番号：18-Io-26）を得て実施した。

III. 結果

調査対象の居宅介護支援事業所2,286か所の内、宛先不明で返送されたものが91か所であり、実際は2,195か所に配布された。各々の居宅介護支援事業所で介護支援専門員2名の回答を依頼したため、質問紙の配布は4,390名であり、質問紙の回収は1,444名（回収率32.9%）であった。有効回答は1,327名（30.2%）であり、その内訳は要介護1の認知症または認知症高齢者日常生活自立度判定基準のランクⅠ・Ⅱに該当する療養者を担当していないと答えた434名、担当していると回答した893名であった。本研究では893名を分析し、その内訳は訪問看護導入群300名、訪問看護未導入群593名であった。

1. 介護支援専門員の概要

回答があった介護支援専門員は、平均年齢 50.1 ± 9.3 歳、女性が733名（82.1%）で、主任介護支援専門員の有資格者は420名（47.0%）であった。また、介護支援専門員以外の保有資格は、介護福祉士が609名と最も多く、看護師は140名であった（表1）。

2. 介護支援専門員が担当する利用者の概要

利用者893名の平均年齢は 81.9 ± 6.6 歳、女性が619名（69.3%）であった。家族形態は、単独世帯が最も多く315名（35.3%）、医療処置はないと答えているのは776名（86.9%）であった。また認知症治療薬の服薬をしているのは376名（42.1%）であった。認知症以外で該当する疾患すべてに回答を求めたところ、循環器系疾患が536名と最も多かった（表2）。

介護支援専門員が担当する利用者を訪問看護導入群

表1 居宅介護支援事業所、介護支援専門員の概要 (n=893)

		n	%
〈居宅介護支援事業所の概要〉			
特定事業所加算	I	22	2.5
	II	199	22.3
	III	111	12.4
	加算なし	550	61.6
関連施設に訪問看護ステーション	あり	186	20.8
〈介護支援専門員の概要〉			
性別	男性	157	17.6
	女性	733	82.1
勤務形態	常勤	851	95.3
主任介護支援専門員の資格	あり	420	47.0
介護支援専門員以外の所有資格 (複数回答あり)	介護福祉士	609	68.2
	看護師	140	15.7
	社会福祉士	120	13.4

と未導入群に分けて見てみると、訪問看護未導入群は「女性」「認知症の薬を内服している」割合が有意に高かった(表3)。また訪問看護導入群の平均年齢は81.0±7.7歳、未導入群は82.4±5.8歳であり、未導入群の平均年齢は有意に高かった(p<0.01)。

3. 訪問看護を導入した理由、導入していない理由

訪問看護導入群において介護支援専門員が訪問看護を導入した理由をすべて回答してもらい「内服薬飲み忘れ、セルフケアができない」153名、「家族が困っていた」126名、「主治医から必要性を示された」113名の順に多かった。未導入群では訪問看護を導入していない理由をすべて回答してもらい「医療処置、医療機器を使用していない」381名、「利用者本人が困っていない」349名、「家族が困っていない」290名の順に多かった(表4)。

4. 訪問看護の導入と介護支援専門員の視点でみた病状、認知機能、生活状況、家族の不安との関係

訪問看護の影響として、介護支援専門員の視点で担当した当初と現在を比べての変化を病状、認知機能、生活状況、家族の不安について、訪問看護導入群、未導入群に分けてクロス集計を行った。その結果、病状、認知機能、生活状況、家族の不安の4項目において、

導入群は「改善した」「現状維持」の割合が有意に高く、未導入群は「現状維持」「悪化した」の割合が有意に高かった(表5)。

IV. 考察

1. 要介護1の認知症在宅療養者の特徴と訪問看護導入の現状

今回調査した北関東地区の介護支援専門員が担当し、要介護1で介護サービスを利用している認知症(認知機能低下者を含む)在宅療養者の特徴として、単独世帯が35.3%と最も多いことが挙げられる(表2)。平成29年度版高齢社会白書¹³⁾で、わが国の65歳以上の世帯構造の単独世帯26.3%と比較すると、その割合は多いことから、本調査の対象である北関東地区の特徴として、要介護1で認知症を認める療養者の独居生活を支えるために介護サービスが関わっていることが推察される。また認知症在宅療養者で訪問看護導入のケースは調査対象の33.5%であった。平成29年介護給付費実態調査¹²⁾によると、要介護1の居宅サービスの利用割合は、通所介護の利用43.8%、訪問介護33.8%と利用が進んでいたが、訪問看護は10.6%であると報告している。また全国の居宅介護支援事業所の調査¹⁴⁾では、訪問看護ステーションが関連施設としてあるのは20.6%であり、本調査の20.8%と近似した

表2 介護支援専門員が担当する利用者の概要 (n=893)

		n	%
性別	男性	271	30.3
	女性	619	69.3
家族形態	単独	315	35.3
	夫婦のみ	196	21.9
	夫婦とその子夫婦	110	12.3
	三世代	91	10.2
	本人と子	72	8.1
	本人と子夫婦	41	4.6
	夫婦と子	23	2.6
医療処置の状況 (なし以外、複数回答)	医療処置はない	776	86.9
	インシュリン自己注射	44	4.9
	在宅酸素療法	27	3.0
	人工肛門	12	1.3
日常生活自立度判定基準 (介護支援専門員の視点から)	I	274	30.7
	II a	292	32.7
	II b	327	36.6
認知症の診断	診断されている	574	64.3
	診断されていない	315	35.3
認知症治療薬の服薬	わからない	29	3.2
	使用している	376	42.1
	使用していない	485	54.3
認知症以外の疾患 (全てに回答)	循環器系疾患	536	60.0
	骨格筋・結合組織の疾患	263	29.5
	内分泌・栄養代謝疾患	194	21.7
	呼吸器系疾患	74	8.3
	精神・行動障害	71	8.0
	悪性新生物	68	7.6
	神経系疾患	51	5.7

結果を示していた。これらを併せて鑑みると、要介護1で認知症の在宅療養者は、関連施設に訪問看護ステーションがあることだけでは、訪問看護を導入する機会となりえることとは言い難い現状が推察された。

訪問看護の導入の現状を見てみると、訪問看護導入と介護支援専門員が担当する利用者の概要との関係(表3)で、訪問看護未導入群は導入群に比べて女性が多く、服薬をしている割合が高いことが確認された。高齢の女性は男性に比べて手段的日常生活動作(服薬管理、家事等)において障害を持ちにくいと報告¹⁵⁾されていることから、訪問看護の導入者は手段的日常生活動作に不便を感じているケースが多いと推察す

る。そして導入群は認知症の治療薬を服薬していないケースも存在していることから、療養者本人とその家族は不安が大きく、未治療による症状の出現から生活上の困難が顕在化している可能性もあり、訪問看護を導入している可能性があると考え。また訪問看護未導入群は、認知症と診断され定期受診による経過観察や家族などの周りのサポートを受けながら、服薬管理などのセルフケアができていたため訪問看護の導入には至っていないことも考えられ、単に認知機能の低下状況だけで訪問看護を導入しているわけではないことが示された。

表3 訪問看護の導入と介護支援専門員が担当する利用者の概要との関係

		訪問看護導入群 (n=300)		訪問看護未導入群 (n=593)		p 値
		n	%	n	%	
性別	男性	110	36.7	161	27.2	0.004**
	女性	189	63.0	430	72.5	
家族形態	単独	116	38.7	199	33.6	0.084
	夫婦のみ	73	24.3	123	20.7	
	夫婦とその子夫婦	37	12.3	73	12.3	
	三世代	17	5.7	74	12.5	
	本人と子	24	8.0	48	8.1	
	本人と子夫婦	12	4.0	29	4.9	
	夫婦と子	7	2.3	16	2.7	
認知症の診断	診断されている	165	55.0	409	69.0	0.000**
	診断されていない	134	44.7	181	30.5	
認知症治療薬の服薬	わからない	13	4.3	16	2.7	0.003*
	使用している	103	34.3	273	46.0	
	使用していない	182	60.7	303	51.1	

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$; Fisher's exact test.

2. 介護支援専門員の訪問看護導入の視点

認知症在宅療養者に対し、担当する介護支援専門員が訪問看護を導入した理由(表4)で、訪問看護導入群(導入群)の理由をみると、医療処置や医療機器を使用していることよりも、内服ができないなどセルフケアの継続や家族の介護上の困り事に着目していたことが伺える。一方、訪問看護未導入群の介護支援専門員は医療処置や医療機器に着目し、訪問看護に期待する役割や果たすべきと考える使命への認識に差異が生じている可能性が推察された。また介護の資格を持つ介護支援専門員は、訪問看護を導入するには医療知識の不足による不安、主治医との連携の困難さ等があると同時に、看護師の卓越した技術も感じているが、教育的な援助は訪問看護サービスの内容と理解されていない¹⁶⁾との報告がある。よって訪問看護の導入理由で多かったセルフケア支援、家族支援、など教育的な視点での支援も看護師の役割であることを示すことが重要といえる。例えば、サービス担当者会議など介護支援専門員をはじめ多職種が集まる場において、訪問看護の技術を言語化して解りやすく伝えることで、訪問看護の役割や活用の意味を理解することにつなが

ると示唆される。さらに通所介護や訪問介護等の介護サービスと十分な連携を取りながら、セルフケアの維持向上、家族支援、日常生活への支援を多角的に実施することが重要と考える。

3. 訪問看護導入の影響

訪問看護の導入と介護支援専門員が認識した病状、認知機能、生活状況、家族の不安との関係から(表5)、訪問看護導入群(導入群)は訪問看護未導入群(未導入群)に比べて、サービス利用時から改善している場合や現状を維持し続けている割合が高いことが推察された。本データは訪問看護の導入開始時点と現在のデータの比較ではなく、介護支援専門員の担当を開始した時点からの変化を調査した主観的なものであり、担当期間のばらつきや加齢変化などの交絡因子が考えられるが、特に「家族の不安」が改善したと介護支援専門員が半数以上認識していた。このことは、訪問看護が関わることで介護の視点に加え看護の視点からの家族は認知症の介護方法を学び、困り事について相談でき、不安が改善した可能性もあると推察される。よって家族へのケアに留まらず、療養者本人の認知症を抱

表4 訪問看護を導入した理由、導入していない理由（全てに回答）

	n	%
〈訪問看護導入群，訪問看護を導入した理由〉		
内服薬の飲み忘れ，セルフケアができない	153	51.0
家族が困っていた	126	42.0
主治医から必要性を示された	113	37.7
不安や訴えが多かった	101	33.7
医療処置・医療機器を使用していた	66	22.0
利用者本人の希望があった	55	18.3
相談しやすい訪問看護 ST があった	53	17.7
日常生活を遂行する上でトラブルがあった	42	14.0
病院看護師から必要性を示された	42	14.0
過去に同様の事例に導入し効果を感じた	16	5.3
日常生活で家族や近隣への迷惑行為があった	15	5.0
介護保険の支給限度額に余裕があった	3	1.0
〈訪問看護未導入群，訪問看護を導入していない理由〉		
医療処置・医療機器を使用していない	381	65.1
利用者本人の希望がない	349	59.7
家族が困っていない	290	49.6
主治医から必要性を示されない	280	47.9
日常生活を遂行する上でトラブルがない	253	43.2
内服薬の飲み忘れ等，セルフケアができています	227	38.9
不安や訴えがない	150	25.6
日常生活で家族や近隣への迷惑行為がない	148	25.2
病院看護師から必要性を示されない	114	19.5
介護保険の支給限度額に余裕がない	40	6.8
過去に同様の事例に導入し効果を感じない	12	2.1
相談しやすい訪問看護 ST がない	10	1.7

えながらのセルフケアに着目した生活への支援，尊厳を保ちながらできることを見出す生活機能維持への支援等^{4,5)}で，病状，認知機能，生活状況についても，少なからず影響を及ぼしたと推察される。これらのことから，訪問看護は通所介護や訪問介護サービス等と同様に認知症在宅療養者とその家族にとって，現在の生活の維持や向上，重度化を防ぐために役立っている可能性が考えられた。

以上のことから，要介護1認知症在宅療養者の訪問看護導入は進んでいないことと，訪問看護師の役割は医療に関することという認識を多くの介護支援専門員が持ち，訪問看護導入の契機になっている現状も明らかとなった。実際に訪問看護を導入している介護支援専門員は，要介護1の認知症患者が訪問看護を導入してから「家族の不安が改善した」という認識だけでな

く，多くの改善を認識し訪問看護の可能性を認知していた。認知症患者の対応については，認知症施策推進大綱¹⁷⁾において，認知機能低下に対する早期発見・早期対応，医療体制の整備への取り組みについて，自宅へ訪問の機会のある看護師は本人・家族への支援を適切に行うように示されている。そこで訪問看護は医療に関することに留まらず認知症の軽度の段階から，他の介護サービスと協働しながら訪問看護を導入することで，利用者の健康や生活を支援することに繋がる可能性が推察され，介護支援専門員だけでなく本人と家族を含めて検討することが必要である。訪問看護の導入は介護費用の増加となるが，認知症の重度化を防ぐ一助となれば，トータルで見た将来的な認知症の介護費用を抑えることに繋がるのではないかと考える。よって訪問看護は軽度要介護の在宅認知症高齢者にお

表5 訪問看護の導入と介護支援専門員が認識した病状、認知機能、生活状況、家族の不安との関係

		訪問看護導入群 (n=300)		訪問看護未導入群 (n=593)		p 値
		n	%	n	%	
病状	改善した	78	26.0	61	10.3	0.000**
	現状維持	204	68.0	429	72.3	
	悪化した	18	6.0	98	16.5	
認知機能	改善した	31	10.3	31	5.2	0.000**
	現状維持	225	75.0	373	62.9	
	悪化した	42	14.0	186	31.4	
生活状況	改善した	79	26.3	86	14.5	0.000**
	現状維持	208	69.3	419	70.7	
	悪化した	12	4.0	84	14.2	
家族の不安	改善した	170	56.7	122	20.6	0.000**
	現状維持	114	38.0	332	56.0	
	悪化した	15	5.0	125	21.1	

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$; Fisher's exact test.

いて、医療に関することだけに留まらず、尊厳を保ちながらのケア、自立した生活への支援、家族への支援等、幅広く対応することが求められていると考える。

4. 研究の限界と課題

本研究の限界として、調査対象者が一定の地域の介護支援専門員であり、訪問看護の導入に関して一般化するには限界がある。また訪問看護の導入の影響に関しては、介護支援専門員が担当を開始した時点からの変化を調査した主観的なものであり、変化の本質を反映しているとは限らない。また訪問看護以外の介護サービスの影響も存在する。しかし、療養生活全般をアセスメントする介護支援専門員の専門職としての客観的な指標であること、要介護1の在宅サービス支給限度額では利用単価が高い訪問看護を利用することで、他の介護サービスの利用が抑えられていることを鑑みると、訪問看護の導入は要介護1の認知症在宅療養者に対して一定の影響があると示唆され、訪問看護の果たすべき役割がより明確になったと考える。

今後の課題として、介護度の低い要介護在宅認知症高齢者に関する訪問看護の詳細な内容や他の在宅サービスの影響も含めた効果の検証等について研究を進め

る必要がある。

V. 結論

本研究は介護支援専門員を対象に、訪問看護導入のケースと未導入のケースの比較を通して、認知症（認知機能低下者を含む）在宅療養者に対する訪問看護導入の実態を明らかにすることを目的に調査を実施し、以下のことが明らかとなった。

要介護1で認知症（認知機能低下者を含む）を認める在宅療養者に対する介護支援専門員の認識として、「セルフケアができないこと」「家族が困っていた」に着目し訪問看護を導入している実態が確認された。また、訪問看護導入群は未導入群に比べ、利用者本人の認知機能だけでなく、生活や家族の不安も維持改善することが示唆された。

謝辞

本研究を実施するにあたりご協力いただきました介護支援専門員の方々に深く感謝いたします。

本研究は「公益社団法人在宅医療助成（2017年度後期）勇美記念財団の助成研究（代表者 落合佳子）」

により実施した。本研究において報告すべき利益相反はない。

文献

- 1) 内閣府. 2018. 平成30年度高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2018/zenbun/30pdf_index.html 2021.1.24
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 2018. 介護離職防止の施策に資する在宅介護実態調査の活用方法に関する調査研究事業報告書. https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c1.pdf 2021.1.24
- 3) 奥村朱美, 山本則子, 小林小百合ら. 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 2011; 14(2): 26-33
- 4) 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者の身体的, 精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ. 大阪府立大学看護学雑誌 2016; 22(1): 35-44
- 5) 松本成美, 今松友紀, 藤田美江ら. 認知症高齢者の在宅療養継続を目指した訪問看護の支援. 創価大学看護学部紀要 2018; 3: 69-80
- 6) 藤澤聡, 中村美優, 前川佳敬. 軽度認知障害を主とする軽度の認知機能障害者を対象とした病気認識と日常生活の困り事に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2014; 13(2): 431-441
- 7) 木村裕美, 神崎匠世. 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2013; 12(2): 397-407
- 8) 渡邊裕美, 渡邊久美. 軽度認知症高齢者との関わりの中で家族介護者が抱く気持ちの推移とコミュニケーションの変化. 家族看護学研究 2015; 21(1): 38-49
- 9) 松本令子, 佐藤悦子, 泉宗美恵. 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. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル 2018; 4: 51-65
- 10) 一般社団法人日本介護支援専門員協会. 2012. 医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業. https://www.jcma.or.jp/wp-content/uploads/120416_H23roukenjigyoku3_iryouni-zuyouyakuban.pdf 2021.1.24
- 11) 鈴木浩子, 山中克夫, 藤田佳男ら. 介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2012; 59(3): 139-150
- 12) 厚生労働省. 2017. 平成29年度介護給付費等実態調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/index.html> 2021.1.24
- 13) 内閣府. 2017. 平成29年度版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html 2021.1.24
- 14) 三菱総合研究所. 2014. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査. https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h25_08.pdf 2021.5.29
- 15) 内閣府. 2013. 平成25年度版男女共同参画白書. http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h25/zentai/index.html 2021.1.24
- 16) 下吹越直子, 八代利香. 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. 日本職業・災害医学会誌 2016; 64(1): 46-53
- 17) 厚生労働省. 2019. 認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519434.pdf> 2021.1.24

The effects of introducing a visiting nursing system for dementia patients in long-term care level 1 — the viewpoint of a care manager —

Yoshiko OCHIAI, Mikako KUWANO, Terumi TANAKA and Lihua WANG

Abstract

Purpose: To clarify the effects of introducing a visiting nursing system for dementia patients (including those with cognitive impairments) in long-term care level 1.

Methods: We surveyed care managers regarding their opinions on the introduction and effects of a visiting nursing system. The study sample included 4,572 care managers in the North Kanto region. Among these participants, 1,444 (31.6%) returned the questionnaire. We divided the participants into two groups for the analysis: those who agreed with introducing the visiting nursing system (IVN) and those who did not (nIVN).

Results: The number of participants who favored the introduction of the visiting nursing system was smaller than the number of participants who opposed the introduction of the visiting nursing system. As compared to the nIVN group, the IVN group comprised of a significantly lower number of women and those taking dementia medications ($p < 0.05$). Some of the reasons that the IVN group cited were that patients were “unable to care for themselves” and “struggling with family members.” Furthermore, the care manager recognized that “medical condition,” “cognitive functions,” “living conditions,” and “anxiety due to family” were significantly improved in the IVN group versus the nIVN group ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings suggest that the introduction of a visiting nursing system for dementia patients in long-term care level 1 would maintain and improve “living conditions” and “anxiety due to family.”

Keywords : dementia, home-visit nursing, care managers, care level 1