

令和 4 年 6 月 19 日現在

機関番号：23803

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2017～2021

課題番号：17K12467

研究課題名(和文)パーキンソン病高齢者の家族介護者を中心とした統合的ケア提供モデルの開発

研究課題名(英文)Development of an integrated care delivery model centered on the families of older people with Parkinson's disease

研究代表者

富安 真理 (Mari, Tomiyasu)

静岡県立大学・看護学部・教授

研究者番号：50367588

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究において、認知機能障害をあわせもつパーキンソン病高齢者の家族介護者を中心とした訪問看護・介護による統合的ケアは『コミュニケーション』『チーム体制』の構造が示された。第1次調査では、家族介護者10名を対象としフォーカスグループインタビューを実施した。テーマ分析の結果【セルフケア支援】【専門職連携】のニーズが抽出され、家族の介護負担を軽減し、地域で暮らすことを可能とする在宅サービスの充実が示唆された。第2次調査では、訪問看護事業所管理者243名を対象に、自記式質問紙調査で得られた認知症高齢者グループホームで提供される統合的ケアについて内容分析を行い、統合的ケアモデルの構造化を試みた。

研究成果の学術的意義や社会的意義

学術的意義は、1パーキンソン病高齢者、家族介護者及び訪問看護師等と行う「共同的参加型研究(collaborative participatory research)」の取組 2.多職種連携の習得プログラムであるTeam STEPPSにおけるフレームワークの本研究への応用、である。社会的意義としては、当事者のセルフケアを支える訪問訪問看護・介護の統合的ケアの構造を明らかにすることで、限られた資源である介護・医療保険サービス(共助)と行政サービス(公助)の役割分担を踏まえた多職種連携に貢献すると考える。

研究成果の概要(英文)：In this study, a structural of "communication" and "team structure" was presented for integrated care by home nursing and caregiving with family caregivers of elderly people with Parkinson's disease who also have cognitive impairment. Focus group interviews were conducted with 10 family caregivers in the first round of the study. As a result of the thematic analysis, needs for "self-care support" and "professional collaboration" were extracted, suggesting the enhancement of home-based services to reduce the burden of family caregivers and enable them to live in the community. In the second survey, content analysis was conducted on the integrated care provided in group homes for the elderly with dementia, which was obtained through a self-administered questionnaire survey of 243 home nursing office managers, an integrated care model was structured.

研究分野：在宅看護学

キーワード：パーキンソン病高齢者 家族 統合的ケア 訪問看護

1. 研究開始当初の背景

我が国では、2065年に高齢化率が38.4%に達すると予測され¹⁾、人口構造の著しい変化が進んでいる。少子高齢化・人口減少に直面し、2015年より医療介護総合確保法が施行され、地域ベースでの在宅医療と介護の円滑な連携が各市町村も求められている。医療を必要としながら在宅療養生活を送る高齢者が増加する現状の中、高齢者に有病率が高いパーキンソン病（以下、PDとする）は、介護が必要になる原因割合のうち3.2%を占めて²⁾。PDは、特定疾病に含まれており、申請により公的サービスが受けられる（第2号被保険者）。しかし他の15疾患と同様、PDの疾患特性として、慢性的に進行し障害が多彩であり、特に認知機能障害や幻視等の出現がしばしば、家族の苦悩や介護負担を増大させるとの報告がある³⁾。こうしたPD高齢者への医療・ケアの現状を踏まえて、家族介護者への支援体制の開発やサービス提供の必要性が指摘されている。

2. 研究の目的

本研究では、運動障害に加え、認知機能障害をあわせもつPD高齢者（60歳以上、ヤール～）の家族介護者を中心とした訪問看護・介護による統合的ケア提供モデルを開発することを目的とする。

3. 研究の方法

家族介護者と地域の看護職とともに行う共同的参加型研究 collaborative participatory research とした。研究デザインは、(1) 質的研究 (2) 横断研究を統合する同時並行的デザイン concurrent design である。

(1) 第1次調査（質的研究）

進行情にあるPD高齢者に対応する家族の療養生活支援ニーズを記述することを目的とした。患者会に所属する家族介護者を対象に、2グループヘフォーカスグループインタビュー(45分)を各1回(2018年11月、2019年2月)行った。得られたデータは逐語録として記録し、テーマ的コード化の手順⁴⁾を参考としてデータ分析を行った。本研究は静岡県立大学倫理審査委員会(承認番号:29-54)の承認を得て実施した。

(2) 第2次調査（横断研究）

研究開始当初に計画した看護小規模多機能型居宅介護294か所に所属する看護師500名を対象とした研究は、COVID-19の感染拡大を受け、研究目的及び計画を変更し実施した。自宅に準ずる療養の場である認知症高齢者グループホーム(以下、認知症高齢者GH)に入居するPD高齢者への訪問看護・介護の統合的ケア提供モデルを開発することを目的とした。A県内訪問看護事業所の管理者243名(2021年4月時点)を対象に、事業所の背景及び統合的ケア提供内容について自記式質問紙調査を行った。質問紙調査期間は、2021年5月から8月であった。分析方法は、訪問看護事業所の規模と認知症高齢者GHへの訪問について属性別に比較し、2群比較にはカイ2乗検定を行った。統計解析にはSPSS for Windows ver24.0を用いて、検定における有意水準は $p < 0.05$ を有意差ありとした。

訪問看護・介護の提供内容に関する自由記載は、内容分析 Directed Content Analysis⁵⁾の手法に基づき NVivo for Windows を用いて質的データ分析を行った。多職種連携の構成概念に基づき、逐語録の該当部分をコード化し、抽出したコードをカテゴリー分類した。チームとしてのより良いパフォーマンスと患者安全を高める Team STEPPS^R のフレームワーク⁶⁾に基づき、カテゴリーで構成された統合的ケア提供モデルを構造化した。本モデルの妥当性について、訪問看護師及び研究メンバー間で検討を行った。本研究は、静岡県立大学倫理審査委員会に申請し、承認後実施した(承認番号2-48)。

4. 研究成果

(1) 第1次調査

家族介護者の療養生活支援ニーズ

参加者10名は、平均年齢70.8歳、平均介護期間8.3年であり、全員が配偶者であった。PD高齢者のうち9名は、Hoehn & Yahr の重症度分類は 以上であり、介護保険サービスを利用していた。家族介護者の療養生活支援ニーズは【セルフケア支援】【専門職連携】が抽出され、家族の介護負担を軽減し、地域での暮らしを可能とする在宅サービスの充実が示唆された。

【セルフケア支援】は、[進行情 PD の症状理解への支援] [予測される緊急時への対処] [療養者の自分らしさを回復する支援] [介護者の健やか感を回復する支援] の4カテゴリー、

【専門職者連携】は、[将来の在宅ケア選択への支援] [進行情の治療継続への支援] [疼痛緩和への支援] [治療・ケアを最適化する包括的支援] の4カテゴリーが生成された。本研究結果は、PD高齢者に対する多職種連携及び統合的ケアに関する文献レビューと同様の結果を得た。

(2) 第2次調査

本研究の趣旨に同意を得られた訪問看護事業所 95 か所 (回収率 39.1%) より調査票を回収し、欠損値がない 88 か所を分析対象とした(有効回答率 92.6%)。なお、自宅に準ずる療養の場である認知症高齢者 GH は入居者の医療ニーズに対応できる医療連携が整備され、2021 年には医療連携体制加算に医療的ケアの受け入れ要件に人工呼吸器の使用や常時モニター測定を実施している状態、気管切開が行われている状態が追加されている(厚生労働省, 2021)。

訪問看護事業所の背景

研究対象者の所属する訪問看護事業所の設置主体は、「株式会社・有限会社・合同会社」が 42 か所 (47.7%) で最も多く、設置主体別の割合は A 県全数調査とほぼ同様の結果であった。同一法人で「併設する地域密着型サービスあり」は 26 か所 (29.5%) であり、「併設する医療機関あり」は 35 か所 (39.8%) であった。認知症高齢者 GH に訪問する事業所は 30 か所 (34.1%) であった。認知症高齢者 GH に訪問していない事業所は 58 か所 (65.9%) あり、そのうち 48 か所 (82.8%) は、「GH からの依頼がない」と回答していた。

1 事業所あたりの職員割合の平均は、看護職員が 5.89 人、リハビリ職員が 1.89 人、事務職員が 0.72 人、総職員 8.58 人であった。これは A 県平均値である総職員 7.41 人と比較し、同等の規模の事業所であった。

PD 高齢者への訪問看護・介護の統合的ケアの提供状況

認知症高齢者 GH に入居する PD 高齢者への訪問看護の形態は、医療保険による訪問看護が 17 事業所 (19.3%) と最も多かった。一方、訪問看護を実施していない事業所のうち 10 か所 (11.3%) は「依頼があったが断った」と回答していた。依頼を断った理由は、人員不足が 4 事業所と最も多かった。そのため、訪問看護ステーションの総職員数を A 県平均 7.41 人以上と A 県平均 7.41 人未満の 2 群に分けて認知症高齢者 GH へのサービス提供の有無について分析をした結果、有意差はみられなかった。

認知症高齢者 GH へのケア提供の有無と訪問看護事業所の背景である訪問看護事業所の設置主体、地域密着型サービスの併設の有無、医療施設の併設の有無との関連を比較した。認知症高齢者 GH へのケア提供を行う 30 の事業所は、設置主体との関連はみられず、地域密着型サービスの併設の有無についてのみ統計的に有意な差がみられた。

訪問看護・介護の統合的ケア提供の構造

認知症高齢者 GH に訪問する事業所のうち 18 か所 (60.0%) がケア提供の課題があると回答し、課題のあるケア内容として、医療ニーズの高いケア 13 か所 (21.7%)、緊急時対応 10 か所 (16.7%) の順に高かった。

自由記載の内容分析より、訪問看護・介護による統合的ケア提供内容は、2 つのテーマ、4 つのカテゴリー、12 つのサブカテゴリーで構成された (表 2)。4 つのカテゴリーで構造化された統合的ケア提供モデルのフレームワークを図 1 で示す。

表2 訪問看護・介護による統合的ケア提供内容

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)
コミュニケーション	健康状態に応じたケアの変更	処方された薬剤の使用について介護職員との認識を調整する(6)
		遠隔で介護職員との連携による医療処置を実施する(6)
		予定外の訪問依頼を緊急時訪問として対応する(6)
	ケア提供に必要な情報の共有	訪問時に介護職員への療養生活支援についての助言を行う(9)
		看護師・介護職員間で健康状態の観察項目を共有する(7)
		介護職員の知識・技術・経験の背景を理解する(7)
		医療処置に備らない訪問看護の実施を心掛ける (7)
チーム体制	訪問看護のタイムリーな介入	必要なケアを訪問時間に実施する(3)
		サービス利用の同意が遅れないように試みる(2)
	連携の認識のずれを調整する機会の創出	ケアプランの評価を行う機会を設定する(7)
		看護・介護で連携する事例について検討する場面を創る(5)
		介護職員間でのケア内容共有がされない現状を把握する(4)

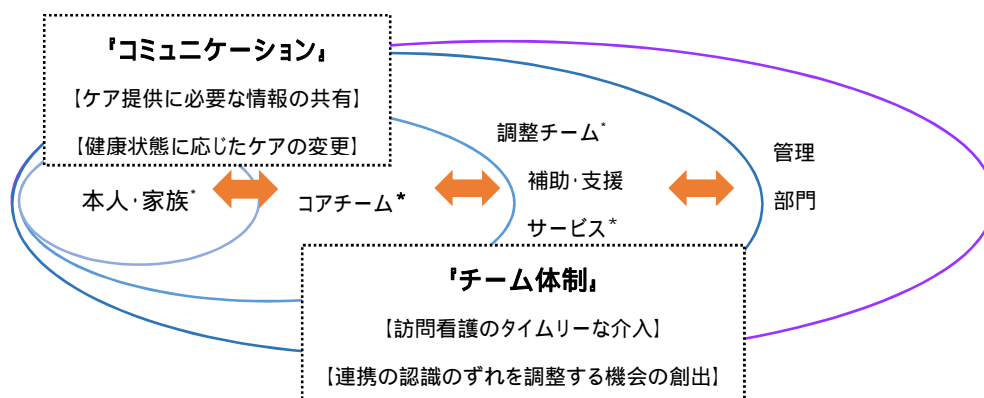


図1 パーキンソン病高齢者・家族を中心とした統合的ケア提供モデル

- * **コアチーム** : 本人・家族を中心とした在宅療養を支えるケアの中核となり、本人・家族の最も近くにおいて互いに協力・依存しているケア提供者の集まり
(例: 介護職員、看護職員、リハビリ専門職、かかりつけ医、**訪問看護師**)
- * **調整チーム** : 業務環境をマネジメントし、コアチームを支援する(例: ケアマネジャー、保健師、施設長)
- * **補助・支援サービス** : 特定の課題に限定した医療を本人・家族に提供することや
(例: 専門医、歯科医師、外来看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、**訪問看護師**、) 最適なケア提供のために間接的な役割を担う
(例: PD 患者会、自治会、ボランティア、NPO、後見人、福祉用具専門相談員、)
- * **管理部門** : 地域包括ケア全体の機能とマネジメントに責任をもち、チームワークを推進する安全文化を醸成する(例: 市町村)

訪問看護師は、介護職員とともに、チームで本人・家族のニーズを把握し、統合的ケア提供を行う。生活上の課題によってチームは再編成され、医療ニーズがある場合のチーム編成には、【訪問看護のタイムリーな介入】【連携の認識のずれを調整する機会の創出】が求められる。PD 高齢者・家族介護者のケア提供において、訪問看護師と介護職員は、コミュニケーションを図り、【ケア提供に必要な情報の共有】【健康状態に応じたケアの変更】を適切に実施する。

統合的ケアにおける訪問看護事業所の有する課題

介護職員と訪問看護師による統合的ケアを行うにあたり、医療ニーズの高いケア、緊急時対応といった医療連携において『コミュニケーション』と『チーム体制』に関連する課題を訪問看護事業所の管理者が有することが示唆された。統合的ケア提供の課題解決の方策である多職種連携のスキル習得プログラムの一つとして、研究代表者が受講した Team STEPPS^R が挙げられる。Team STEPPS^R は、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織によって提供されるサービス間の継続性や調整を高める 4 つのノンテクニカルスキル (コミュニケーション、リーダーシップ、状況モニター、相互支援) を習得できるプログラムである。本プログラムは、静岡県立大学 COC 事業 (平成 26 ~ 30 年度) において、地域の実務者に提供されており⁶⁾⁷⁾、こうしたスキル習得プログラムを訪問看護師・介護職員等チームメンバーで行うことにより、【ケア提供に必要な情報の共有】【健康状態に応じたケアの変更】に関する共通認識の共有が促進すると考える。

さらに、【訪問看護のタイムリーな介入】【連携の認識のずれを調整する機会の創出】には、柔軟にチーム体制を編成することが求められる。チーム編成には、訪問看護・介護の職種間連携だけでなく、DP 高齢者と家族の医療ニーズに対応できるチーム体制の調整を行うために、事業所間と行政の連携による運営推進会議、サービス担当者会議やケア会議での途中協議と事例の振り返りが必要であることが示唆された。

<引用文献>

- 1) 内閣府(2017).平成 29 年度版高齢社会白書, 2-6.
- 2) 厚生労働省(2011).平成 22 年度国民生活基礎調査の概況.
- 3) 富安真理, 鈴木桜子, 川村佐和子(2013).パーキンソン病高齢者の家族介護者が行う介護に関する検討-喀痰吸引を必要とする時期に焦点を当てて-, 日本難病看護学会誌, 16(3), 219-227.
- 4) Flick (2017).質的研究入門 人間の科学 のための方法論, p387: 春秋社, 東京.
- 5) Hsieh H F., Shannon S E.,(2005) Three approaches to qualitative content analysis, Qual Health Res,15(9),1277-1288.
- 6) 静岡県立大学みらい教育センター (2018). チーム STEPPS ポケットガイド, 2-5.
- 7) 静岡県立大学みらい教育センター (2019). 静岡県立大学 COC 事業最終報告書, 64-65.

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計1件（うち査読付論文 0件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 富安眞理、井上健一郎、川村佐和子	4. 巻 44
2. 論文標題 パーキンソン病高齢者の家族介護者をターゲットとした統合的ケアモデルの開発	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 メディカル・サイエンス・ダイジェスト	6. 最初と最後の頁 8,10
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計3件（うち招待講演 0件/うち国際学会 1件）

1. 発表者名 Mari Tomiyasu
2. 発表標題 Development of a home-based care program for people with PD and families
3. 学会等名 5th World Parkinson Congress 2019（国際学会）
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 富安眞理
2. 発表標題 パーキンソン病高齢者を介護する家族の療養生活支援ニーズに関する検討
3. 学会等名 第9回日本在宅看護学会学術集会
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 膽畑敦子
2. 発表標題 認知症高齢者グループホームにける訪問看護・介護による統合的ケアの実態
3. 学会等名 第12回せいい看護学会学術集会
4. 発表年 2021年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

統合的ケア提供の課題解決の方策である多職種連携のスキル習得プログラムの一つとして、研究代表者が受講したTeam STEPPSが挙げられる。Team STEPPSは、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織によって提供されるサービス間の継続性や調整を高める4つのノンテクニカルスキル（コミュニケーション、リーダーシップ、状況モニター、相互支援）を習得できるプログラムである。

本プログラムは、静岡県立大学地（知）の拠点整備事業『ふじのくに「からだ・こころ・地域」の健康を担う人材育成拠点』（平成26-30年度）の健康ワーキンググループ（研究分担者：富安・研究分担者：森野）によって、在宅医療・在宅ケアの領域に広げ、地域を基盤としたチームSTEPPS研修会（所要時間2時間30分）に再構成した1）。チームSTEPPS研修会は、平成27、28、29年度に開催され、参加者は延べ171名であった。参加者概要は、居宅介護支援専門員55名、看護師（45名）、大学教員（20名）、学生（16名）、社会福祉士（14名）、医師（7名）等の多職種連携研修会であった。本プログラムで開発した在宅ケア実践に役立つスキル習得のためのポケットガイド2）は、学部教育での活用、研修会を通じて実務者に配布を行った。チームSTEPPS研修会の成果は、関連学会3）4）に公表した。

1) 静岡県立大学みらい教育センター(2019). 静岡県立大学COC事業最終報告書, 64-65.

2) 静岡県立大学みらい教育センター(2018). チームSTEPPSポケットガイド.

3) 田中悠美、酒井知子、富安真理(2017). チームSTEPPS研修の地域包括ケアへの応用 - 平成26年～28年度静岡県立大学「ふじのくに」未来教育センターCOC事業を通じて - , 高齢社会デザイン(ASD)-10(2), 1-4 , 2189-4450 .

4) 富安真理(2021). 多職種協働へのチームSTEPPSの活用の工夫, 日本健康・栄養システム学会/日本臨床栄養学会企画合同シンポジウム.

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	森野 智子 (MORINO TOMOKO) (20582703)	静岡県立大学短期大学部・短期大学部・講師 (43807)	
研究分担者	西川 浩昭 (NISHIKAWA HIROYUKI) (30208160)	聖隷クリストファー大学・看護学部・教授 (33804)	
研究分担者	今福 恵子 (IMAFUKU KEIKO) (80342088)	静岡県立大学・看護学部・講師 (23803)	
研究分担者	安田 真美 (YASUDA MAMI) (50336715)	国際医療福祉大学・成田看護学部・教授 (32206)	
研究分担者	膽畑 敦子 (IHATA ATSUKO) (80883082)	静岡県立大学・看護学部・助教 (23803)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------