

令和 6 年 5 月 11 日現在

機関番号：37407

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2019～2023

課題番号：19K11246

研究課題名（和文）「認知症高齢者の在宅復帰パス」の開発

研究課題名（英文）Development of Path for Home Discharge of Elderly People with Dementia

研究代表者

清永 麻子 (KIYONAGA, Asako)

九州看護福祉大学・看護福祉学部・准教授

研究者番号：40759693

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,700,000円

研究成果の概要（和文）：本研究では、入院した認知症高齢者が、在宅生活を再開するために病棟看護師と訪問看護師との連携・協働を目指す「認知症高齢者の在宅復帰パス」を作成・活用を試みた。地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師に、認知症高齢者への在宅復帰支援に向けた実践や連携・協働についての質的研究から「認知症高齢者の在宅復帰を目指すための看看連携に関する病棟看護師の評価指標」を作成し、認知症看護認定看護師に量的調査を行い、信頼性と妥当性を検証した。その内容から「認知症高齢者の在宅復帰パス」を作成し地域包括ケア病棟での活用を行った。パスの活用によって、訪問・病棟看護師の双方で理解が深まり、在宅復帰支援が推進される可能性が示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

認知症高齢者は、今後さらなる増加が予測されている。このため、医療機関には認知症サポートチームの設置、地域（在宅）との連携の強化、入院早期から退院直後まで切れ目のない連携を強化するよう政策的な制度が打ち出されている。今回作成した「認知症高齢者の在宅復帰パス」は、病棟看護師と訪問看護師が連携を図ることでこれらの課題に対応する。この「認知症高齢者の在宅復帰パス」を活用することで、何らかの疾患によって入院することになった認知症高齢者が、医療機関での治療が終了したのち、早期に住み慣れた自宅に戻ることができる。そのことによって、地域包括ケアシステムの一端を担うことができる。

研究成果の概要（英文）：In this study, we attempted to create and utilize a "home-based path for elderly people with dementia" that aims to collaborate and collaborate with ward nurses and visiting nurses in order for hospitalized elderly people with dementia to resume living at home. We asked community comprehensive care ward nurses and visiting nurses to conduct a qualitative study on practices, collaboration, and collaboration to support the return of elderly people with dementia to their homes. We created an evaluation index for ward nurses regarding dementia care and conducted a quantitative survey of certified dementia nurses to verify its reliability and validity. Based on the information, we created a "home return path for elderly people with dementia" and used it in community comprehensive care wards. It was suggested that the use of the pass could deepen understanding among both visiting and ward nurses and promote support for returning home.

研究分野：高齢者看護

キーワード：認知症高齢者 在宅復帰支援 看看連携

1. 研究開始当初の背景

1) 社会的背景

2025年には約5人に1人が認知症になると推計されている¹⁾。そのような中、厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を公表した。しかしながら、認知症高齢者は、環境の変化や治療の侵襲によって入院中に認知症が重度化することが多く、在宅生活に戻るための支援は、わが国における最重要課題の一つである。さらに、医療機関は、平均在院日数の短縮や一定以上の在宅復帰率など診療報酬において制約され、また、かかりつけ医や訪問看護ステーションなどとの連携が評価されるようになるなど、地域完結型医療への転換が図られている。

このように、住み慣れた自宅での暮らしが求められている現状の中にありながら、病院と在宅での看護には乖離がある。例えば、訪問看護の利用者が入院した場合、訪問看護師は入院先を訪問して利用者の状況を把握することや、自宅での生活を目指した看護を病棟看護師へ提案を試みたくとも、病棟への遠慮やその時間・費用も得られないため、実践に至っていない。

2) 学術的背景

認知症高齢者の在宅移行支援では、病棟看護師の退院後の生活の視点、在宅ケア提供者との連携強化が重要である²⁻⁴⁾。病棟看護師が、在宅生活の理解を深め退院後の生活をイメージするために、訪問看護を経験するといった取り組み⁵⁾の報告もある。訪問看護の分野では、訪問看護導入のための患者状態適応型パスが作成され⁶⁾、退院調整時期から訪問看護が終了する入院・入所までの在宅療養期間の状況に合わせた支援内容を可視化している。一方、認知症高齢者の在宅復帰支援には、入院時から個別性に合わせた看護介入が最も重要であり、治療やりハビリテーションの効果を高める効果が期待される。そのため、訪問看護師がもつ、入院前の認知症高齢者や家族の生活情報を積極的に入院生活の場面で活用するべきである。しかし、具体的に「どのような場面でどのような情報を得、どのように連携すれば効果的に在宅復帰支援につなぐことが可能であるか」を検討した研究は見当たらなかった。

2. 研究の目的

本研究では、認知症高齢者の入院生活の場面をフェーズ化し、そのフェーズごとに所属機関や立場の異なる訪問看護師と病棟看護師が共同で活用することのできる「認知症高齢者の在宅復帰支援パス(以下、パスとする)」の開発を行い、その効果を検証する。

3. 研究の方法

本研究は3段階で実施した。

研究1:認知症高齢者の在宅復帰支援のために地域包括ケア病棟の看護師と訪問看護師は、どのようなことを実践しているのか、どのような連携・協働を行っているのかを明らかにするための質的研究を行った。

研究2:研究1の結果から、実際の看護ケア介入項目とするために「認知症高齢者の在宅復帰を目指すための看護連携に関する病棟看護師の評価指標34項目」を作成し、医療機関に所属している認知症看護認定看護師を対象とした量的研究を行い妥当性の検証を行った。

研究3:研究2での結果をもとに病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者の在宅復帰支援パス」の作成と実際の地域包括ケア病棟での活用を試みた。

4. 研究成果

1) 研究1

認知症高齢者の在宅復帰支援にかかわったことのある地域包括ケア病棟看護師(以下、病棟看護師)21名と、担当する認知症高齢者が入院し在宅復帰することのできた経験を持つ訪問看護師(以下、訪問看護師)17名を対象にインタビュー調査を行った。病棟看護師は、地域からの入院の受け入れや在宅復帰という果たせていない地域包括ケア病棟の役割の現状や認知症高齢者が生活していたなじみの環境には程遠い病棟看護の限界を感じるなど地域包括ケア病棟の【役割遂行の葛藤】を抱きながら、認知症高齢者の在宅復帰支援のために【病棟看護に生かす在宅の視点】の充実を図り、【在宅ケアを支える職種との連携】を模索していた。訪問看護師は、病棟看護師が訪問看護の理解を深め、【訪問看護の特性の共有】を行うことで、自宅での生活を知る訪問看護師との【看護連携によるケアの実践】をすることによって、認知症高齢者のケアの充実や在宅生活を具体的にイメージした在宅復帰支援を医療機関と在宅という双方向から実践できると考えていることが分かった。しかし、病棟看護師は、訪問看護師との連携・協働を連携室に一任しており、直接的な連携・協働の実践は行われていなかった。

2) 研究2

研究1の結果より実際の看護ケア介入項目を想定した「認知症高齢者の在宅復帰を目指すための看看連携に関する病棟看護師の評価指標」を作成し、医療機関に所属している認知症看護認定看護師1,321名を対象に実践調査を実施し、信頼性と妥当性を検証した。探索的因子分析、併存妥当性の検証の結果、「認知症高齢者の在宅復帰を目指すための看看連携に関する病棟看護師の評価指標」は、5因子32項目で構成された。この評価指標は、連携・協働の実践だけでなく、認知症ケアにおける基本姿勢や看護の専門職としての視点にも焦点を当てた内容となった。

3) 研究3

研究2で導き出した内容介入項目としたパスを作成するために、協力の得られた地域包括ケア病棟の業務内容や決まりごとに合わせ実践すべき時系列順に並べ替えた。その結果、フェーズ1：入院時、フェーズ2：治療・リハビリ期、フェーズ3：退院準備期、フェーズ4：退院～在宅の4つの時期に分けたフェーズパスとなった。入院前に訪問看護サービスを利用していた認知症高齢患者に対し、作成したパスを使用し、病棟看護師より訪問看護師へ記載内容に沿って連携を図った。その後、担当者によって事例検討会を行った。パスを活用したことで、入院早期より病棟看護師と訪問看護師のあいだで直接的な連携が実践でき、対象となった認知症高齢者の在宅復帰支援の一助になったことが示唆された。

これらの研究結果は現在、投稿準備を行っているところである。

<引用文献>

- 1) 内閣府：平成29年版高齢社会白書（http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03）
- 2) 平岡美紀：急性期病院における病棟看護師が捉える退院支援の現状と課題，日本認知症ケア学会誌，17（1），235，2018
- 3) 菅野雄介，野畑宏之，岩田愛雄 他：がん診療連携拠点病院における認知症の整備体制に関する実態調査，Palliative Care Research，（12）1，116-124，2017.
- 4) 佐藤輝美，関口裕孝：NPI-NHを用いた認知症患者のBPSDの推移と入院長期化の関係の検討，認知症ケア学会誌，15（4），820-825，2017.
- 5) 川嶋元子，森昌美，松宮愛 他：病棟看護師の退院支援の現状と課題，聖泉看護学研究，4，29-38，2015.
- 6) 水流聡子：患者状態適応型パスの訪問看護への導入，訪問看護と介護，22（10）746-754，2017.

5. 主な発表論文等

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

1. 著者名 清永麻子, 永田千鶴	4. 巻 72
2. 論文標題 認知症高齢者の在宅復帰支援に向けた地域包括ケア病棟と訪問看護師の連携・協働の実態	5. 発行年 2023年
3. 雑誌名 山口医学	6. 最初と最後の頁 97-110
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 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている（また、その予定である）	国際共著 -

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

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	永田 千鶴 (NAGATA Chizuru) (50299666)	山口大学・大学院医学系研究科・教授 (15501)	
研究分担者	堤 雅恵 (TSUTSUMI Masae) (80280212)	山口大学・大学院医学系研究科・教授 (15501)	

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
---------	---------