

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
 「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
 - 入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」

分担研究報告書

単身認知症者に対する訪問看護の効果に関する研究 - 家族介護者へのインタビューより -
 研究分担者：北村 立（石川県立高松病院・院長）

【研究要旨】

訪問看護の具体的な効果や役割を明らかにするために、訪問看護を受けながら単身生活を続けている認知症者の家族介護者5人にインタビューを行い、訪問看護を受けることで本人及び介護者の心境や態度に生じた変化を質的記述的に検討した。訪問看護導入前の介護者の体験として、「本人の異変や行動の障害」、「診断時の介護者の不安・混乱」、「介護者の苦悩」の3つのカテゴリが、導入後の体験として、「訪問看護師の存在による介護者の安心感・精神的ストレスの緩和」、「疾患や本人への理解が深まる」、「本人のポジティブな変化」、「適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である」の4つのカテゴリが抽出された。訪問看護は家族介護者を身近なところからエンパワーメントし、認知症者の単身生活の継続に対して前向きにさせることが明らかとなった。

【研究協力者】

谷本千恵：石川県立看護大学精神看護学・准教授

大江真吾：石川県立看護大学精神看護学・助教

岡田幸子、竹下理代、福井可奈絵：石川県立高松病院・看護師

A．研究目的

わが国では、超高齢社会の進展とともに認知症高齢者の増加が社会的な問題となっている。これに対応するため、政府は平成27年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を公表し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができる社会を目標として掲げた。これを実現するためには、地域における生活支援体制の構築が必須であり、訪問看護に代表されるような、専門職による訪問サービスがそのシステムの中核になると考えられる。実際イギリスでは国家戦略としてアドミラルナース（認知症者とその家族を支援するために訪問看護を行う）の育成を推奨している。石川県立高松病院（以下、当院）でも、平成21年度より認知症専門の訪問看護を行っており、平成27年度の本研究報告においては、単身や子と二人世帯のよ

うな家族介護力の乏しい認知症者では、事前の訪問看護により、入院期間が大きく短縮することを報告した。今回は、訪問看護の具体的な効果や役割を明らかにするために、訪問看護を受けながら単身生活を続けている認知症者の家族介護者5人にインタビューを行い、訪問看護を受けることで本人及び介護者の心境や態度に生じた変化を質的記述的に検討した。

B．研究方法

当院通院中で訪問看護を利用している単身の認知症者のうち、表1に示した5人の家族介護者に半構成的インタビューを実施した。インタビューは外来受診時に行い（ケースAのみ自宅）、本人たちとは初対面の認知症病棟看護師3人が行った。

表1：対象者のプロフィール

| | 認知症高齢者 | | | | | | 家族介護者 | | |
|----|--------|----|------------|------|-----------|-----------|-------|------|-------|
| | 年齢 | 性別 | 診断 | MMSE | 訪問看護期間(年) | 通算入院期間(年) | 続柄 | 年齢 | 介護経年数 |
| A | 84 | 女 | AD | 17 | 2.4 | なし | 長女 | 57 | 2.5 |
| B | 88 | 男 | AD | 12 | 2.1 | なし | 長女 | 62 | 6.1 |
| C | 82 | 女 | MCI →AD | 26 | 3.1 | なし | 長男嫁 | 52 | 8.5 |
| D | 78 | 女 | DLB | 22 | 1.8 | 2回 0.8 | 烏帽子親 | 81 | 2.4 |
| E | 82 | 女 | DLB | 25 | 5.2 | 4回 1.0 | 長男嫁 | 55 | 6.6 |
| 平均 | 82.8 | | | 20.4 | 2.9 | | | 61.4 | 5.2 |

AD:アルツハイマー型認知症、DLB:レビー小体型認知症、MCI:軽度認知障害
 年齢:インタビュー実施時、MMSE得点:訪問看護導入時
 訪問看護期間:インタビュー時まで、入院期間除く
 入院回数:インタビュー時まで
 烏帽子親制度:能登地方の慣習で、別の家族との間で親子関係を結ぶ擬制親子であり、実の親子と同様の密接な関係を結ぶ

インタビュー内容は、許可を得たうえICレコーダーで録音した。インタビューの平均実施時間は約30分であった。インタビューは、インタビューガイド(表2)に沿って実施した。

表2:インタビューガイド

1. 病院を受診する前に困っていたこと(対象者の症状や介護者自身の気持ちなど)
2. 病院を受診した目的・何を期待したか(診断、治療、入院など)
3. 医師の診察結果を踏まえて訪問看護を勧められた時の感想
4. 訪問看護時の対象者の様子や訪問看護開始後に変わった点
5. 訪問看護を通じて、介護者自身が変わったこと
6. この先不安に思うこと

録音内容をすべて逐語録に起こし、質的記述的に分析した(テーマ内容分析: thematic content analysis)。逐語録を繰り返し読み、訪問看護による認知症患者と家族介護者への影響に関する記述部分を抽出しデータとした。抽出したデータの意味を損なわない文脈で区切りコード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリ化した。さらにサブカテゴリを内容別に類型化し、抽象度を高めカテゴリ化した。データ分析の信頼性と妥当性を高めるために本研究は2名の研究者間で分析の過程を共有化し、コード化からカテゴリ化のプロセスを確認し検討を行いながら進めた。

表3:訪問看護導入前の介護者の体験

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 本人の異変や行動の障害 | 認知症の症状(中核症状・周辺症状)(A,B,C,D,E) | 物忘れ(記憶障害)(C) |
| | | 幻覚・妄想(A,B,D,E) |
| | | 暴言・攻撃性・興奮(B) |
| | | 徘徊(D) |
| 診断時の介護者の不安・混乱 | 本人の異変や行動の障害に対する困惑(A,E) | 専門家の説明を受け本人の病状を把握しなかった(A) |
| | | 本人の状態が(どうなっているのか)わからなかった(E) |
| | 認知症の診断にショックを受ける(A,E) | 本人が認知症になるとは思いもよらなかった(A) |
| | | 認知症と診断されてショックを受けた(A,E) |
| 介護者の苦悩 | 一人で認知症の家族を抱えている辛さ(B,C,D) | なかなか入院させてもらえなかった(D) |
| | | 周囲は誰も助けてくれず孤独だった(B,C) |
| | 本人と向き合えなくなった(A,B) | 心が壊れそうになり本人と距離を置いた(B) |
| | | 本人に対して陰性感情を抱いた((A,B) |
| 自分自身を責める・周囲に責められる気持ち(A,E) | 自己嫌悪(A) | |
| | 自責感(A) | |
| | | 周囲から責められている感じがした(E) |

表4:訪問看護導入後の介護者の体験

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| 訪問看護師の存在による介護者の安心感・精神的ストレスの緩和 | 何でも相談できる安心感(A,B,D,E) | 相談できる人がいて安心(A,D,E) |
| | 直接相談できる安心感(B,C,E) | 医師には言えない事を、訪問看護師には言える(B) |
| | 緊急時に相談できる安心感(A,D,E) | 訪問看護師が見に来てくれるので安心(C,E) |
| | | 訪問看護師は、顔が見えることで安心できる(B) |
| | 医療・福祉両面のサポートが得られる安心感(B,C,D) | 緊急時に相談ができ、安心できる(D,E) |
| | | トラブル時にすぐに駆けつけてくれた(A) |
| 疾患や本人への理解が深まる | 本人の身体面をフォローしてくれていることは安心できる(B,C) | |
| | 精神的苦痛の軽減(A,B) | 医療的な面だけでなく、介護・福祉サービスも含め本人の生活全般を看てくれている(B,D) |
| | | 訪問看護師の助言で、介護サービスの導入を決めた(B) |
| | 認知症の捉え方の変化(A,B) | 不安や辛さを表出することで気持ちが楽になった(A,B) |
| 本人への適切な対応について理解が深まる(A,B) | 時々笑えるようになった(A) | |
| | 本人の捉え方の変化(A,B,E) | 自責感が和らいだ(A) |
| | 本人の言動が病気のせいであると理解できる(E) | |
| 本人のポジティブな変化 | 認知症はそれほど大変でない(A) | |
| | 周囲のサポートだけで本人の力を維持できる(B) | |
| 適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である | 本人に対する自分の接し方を見直す(A) | |
| | 叱らずに笑顔で接することが大事だとわかる(A,B) | |
| 症状の改善(A,B,D) | 幻覚・妄想、攻撃性・焦燥感の消失(A,B,D) | |
| | QOLの向上(A,B,C,E) | ケアを毎日楽しみにしている(A) |
| 在宅介護に対する肯定的な思い(B,D,E) | 訪問看護師を信頼し受け入れている(A,B,C,E) | |
| | 本人の一人暮らしは訪問看護師やその他の職種に支えられている(B,C) | |
| | 在宅介護を選んでよかった(B) | |
| | 他人に迷惑をかけず普通に生活できており良かった(D) | |
| | | これからも一人暮らしを続けてほしい(E) |
| | | 変えてくれる人がいるから、今後も在宅介護を継続できそう(B) |

(倫理的配慮)

石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。家族介護者に対して本研究の目的と方法、プライバシー保護と匿名性の確保、参加は自由意志であること、途中辞退の自由、データは研究の目的以外で使用しないこと、データ管理は研究者自身が厳重に行うこと、研究結果は学会や学術誌にて公表予定であることを文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。

C. 研究結果

表1に示す通り、インタビュー対象者はすべて女性であり、平均年齢は61.4歳(52~81歳)、平均介護経験年数は5.2年(2.4~8.5年)であった。家族介護者の居住地は認知症者と同一あるいは隣接市町であり、自家用車で30分以内にある。認知症高齢者との続柄は、長女が2名、長男の嫁が2名、烏帽子親1名である。

分析より、訪問看護導入前の介護者の体験に関する3つのカテゴリと導入後の介護者の体験に関する4つのカテゴリが抽出された(表3,4)。

以下に抽出されたカテゴリについて説明する。なお本文中では、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》、コードを 、語りの一例を「 」、語りの意味を明確にするための補足を()で表記した。なお、認知症者を「本人」、家族介護者を「介護者」と記載した。

1. 訪問看護導入前の介護者の体験

1) 【本人の異変や行動の障害】に伴う【不安・混乱】

本人に、物忘れ(記憶障害) 幻覚・妄想 暴言・攻撃性・興奮 徘徊 認知機能や判断力の低下》といった《認知症の症状(中核症状・周辺症状)》が出現し、介護者は【不安・混乱】状態にあった。「お皿がなくなったとか、お盆がなくなったとか…。薬を飲み忘れるようになり…」、「香典のお金が盗まれた…息子が金庫を開けてお金を盗っていた…」、「殺される、ぼうてくる(追いかけてくる)とかと言って。そんな妄想があったね。」、「ぼろくそに娘(私)のことを言うのです…すごい暴言があつて。…それで興奮して、攻撃性です。」

《本人の異変や行動の障害に対して介護者は困惑》し、本人の状態が(どうなっているのか)わからず 専門家の説明を受け本人の状態を把握したかった。「詳しい認知症というのが分からなかったの、とにかく今の母の状態というか、母がどうなっているのかということ、専門家の言葉で聞きたかった」。医師に認知症と診断された際は、本人が認知症になるとは思いもよらず《認知症の診断にショックを受け》、認知症の家族(本人)を抱えて今後どうしたらよいかわからず、《今後の不安》を感じた。「…本当にたまにしか顔を出していなかったもので、おかしくなっているなんて思いもよらなかった。」、「(診断を受けたときは)ただただ「ああ・・・」という感じで、あまり覚えていない…本当にどうしたらいいのだろうと、そればかりですね。…これからの生活、母をどのように見ていったらいいのかという不安でいっぱいだった。」

2) 【介護者の苦悩】

認知症と診断されるも、なかなか入院させてもらえず 周囲は誰も助けてくれず孤

独 で、介護者は《一人で認知症患者を抱えている辛さ》を感じた。また本人の暴言や行動の障害に対して 心が壊れそうになり本人と距離を置いたり 本人に対して陰性感情を抱く など《患者と向き合えなくなり》、そのような 自分自身を責めたり、周囲から責められている感じがして、【介護者は苦悩】していた。「…家に居られないから入院させて欲しいのに、なかなか入院させてもらえなくて、こんなにひどいのに…、なんで(病院に)入れてくれないのかなと思って、自分なりに泣いたこともあります。」「自分一人で抱えているような気持ちになって、しんどかったですね。」「父の顔を見ても吐き気がするというか…、父と向き合っていたら自分が壊れるなと思ったもので、私は1年半、空白期間を置いたのです。」「(訪問看護を利用していなかったら)母を叱ってばかりいて自己嫌悪になり、母と一緒に死を考えていたかもしれない。」「近所の人たちも変だと思っているけれど、これは嫁のせいだからと思っているんじゃないかとまで思いました。」

2. 訪問看護導入後の介護者の体験

1) 【訪問看護師の存在による安心感・精神的ストレスの緩和】

介護者は訪問看護師に対して《何でも相談できる安心感》や《直接相談できる安心感》《緊急時に相談できる安心感》《医療と福祉両面のサポートが得られる安心感》を抱いていた。「何でも話を聞いてくれて、ありがたいなと思った。」、「先生(には)…ちょっと遠慮する部分があつて、全部言っていないのかどうかと思うこと(でも)…看護師さんに(は)言える。」、「看護師さんが様子を見に来てくださるといのは、とても安心だなと思いました。」、「(本人にトラブルがあつた時に)本当にまさしく飛んできてくれたというぐらいの速さで家に来てくれて、びっくりしたのを覚えています。」、「やはり専門家がちゃんと血圧を測ってくださるといのは(良い)、私たちも定期的に家庭の血圧計でみるけれど…。飲まなくなった薬も継続的に…そういうものも見ていただいて安心。」、「困ったことが起きた報告、血圧の薬を飲まなくなったとか、健康診断の結果の話とか、医療的なものの数値をまず見て

いただける。」「父の生活圏、それから利用しているお店などを...いろいろな出来事が起きたときに、先生に説明するときに(訪問看護師に)エリアを知っておいてもらったら私もお話ししやすいかなということで、...マップを見ていただきました。」

また介護者は、(訪問看護師に)不安や辛さを出することで気持ちが楽になる

時々笑えるようになる 自責感が和らぐ といった《精神的苦痛の軽減》を体験していた。「訪問看護ということが、...認知症の人を抱えて生活していく中での不安とか、あった困ったことの全部を...話したことによって本当に自分が楽になる。」「今はどうかやっていますが、穏やかというのは変ですけども、時には笑うことができるというのは、やはり訪問看護のおかげなのではないかなという気がするのです。」「自分は駄目だなとか、もうかわいそうだなとか、そんなことばかり思って泣いたときもありました。やはりそういうことの回数が、徐々にですけども減ることができたのは、本当に・・・」

2)【疾患や本人への理解が深まる】

介護者は 認知症はそれほど大変でない 周囲のサポートしだいで本人の力を維持できる と思えるようになるなど、《認知症のとらえ方が変化》していた。「薬が変わったわけでないが、周囲が変わって本人をサポートすることで維持している力は出るのだなと感じた」

また介護者は 患者の言動が病気のせいであると理解できる ようになり、 陰性感情がなくなり患者の気持ちに寄り添い ありのままを受け入れ見守る ことができるようになるなど《本人のとらえ方が変化》していた。「ずっとしつこく同じことを言っていたら、こちらもかっとしてきますが、後で「これが病気なんだな」というのがちょっと理解できるようになりました。」「(父の介護で)腹が立つのではなくて、「ああそうなのだな」と...なぜお金がなくなったのか(父を)責める必要がないという気持ちになってきた...(お金がなくなった)父が一番つらいのと思う...。父は基本的に優しい人なのです。」「どんな母でもすべて受け止められたら

と思うし、徐々にわかりかけてきている」

介護者は、訪問看護師の本人への対応から学ぶ 中で、 本人に対する自分の接し方を見直し たり 叱らずに笑顔で接することが大事だとわかる ようになり、《患者への適切な対応についての理解が深まって》いた。「実際に(訪問看護師の)やっている姿を見るとというのは、やはり違います。」「教えてくださるといって、「会話はこうせんなんな」とか。やはりそこも専門職の方の言葉掛けは上手だなと。」「(心の余裕を)持っているつもりだったのですが、接し方ですね。まだまだ余裕を持っていなかったのではないかなと。(訪問看護師と)母の対話を見ていて、3年目にして、自分ではやっているつもりが、まだまだ...。そのように客観的に見ることもできたといつか...」「認知症の人には笑顔で接して、責めない、その場の空気を大切にす。」「認知症はあまり叱らないということが少しずつ分かってきた」

3)【本人のポジティブな変化】

介護者は、訪問看護を利用した結果、本人の《症状の改善》や《QOLの向上》など【本人のポジティブな変化】を体験していた。「...そういうこと(物盗られ妄想)がよくあったのですが、今は不思議とそれが無いのですよ。」「現在、幻聴も幻視もなく落ち着いている。」「父は興奮しなくなったし落ち込みもしない。ちょうどいい状態。」「デイサービスの方が楽しいらしくて、毎日でも行きたいと言って...」。「母にとって娘には言いたくないこと、弱みではないけれども言いたくないこともあると思うのです。でも、(訪問看護師には)それを言えるということもあるようなので...。母が心を許している人ができたということはよかったです。」「父はやはり人が訪れてくれるのがうれしいのです」

4)【適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である】

介護者は、《医療・福祉による支援を実感》するとともに、在宅介護を選んでよかった

人に迷惑をかけず普通に生活できており良かった これからも一人暮らしを続けてほしい 支えてくれる人がいるから、今後在宅介護を継続できそう といった、《在

宅介護に対する肯定的な思い》を抱いており、【適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である】ことを体験していた。「看護師さんに来ていただいたり、ヘルパーさんだったり、ケアマネさんだったり、本当に皆さんに関わっていただいているので、とても安心感というか、頼っている部分がすごく多いので、皆さんのお力があってこそ、こうして今、何とか一人暮らしをしてこられているのかなとは思いますが。」、「父を施設に入れなくて本当によかった…。在宅介護を選んで、2年間楽ではなかったが後悔しない。父(の認知症)と向き合えてよかった…。支えてくれる人がいるから、今後認知症がひどくなっても、(在宅介護で)後悔はしないし、自分を追い込まずにやっていけると思う」、「今は(本人が)人に迷惑をかけずに普通に生活していられることがいいなと思う」

D . 考察

訪問看護導入前の介護者の体験については、認知症の症状により直接的にもたらされた不安や困惑の他に、認知症と診断されたことによるショックや将来への不安、孤独感や周囲からの疎外感、患者と向き合えないことへの罪悪感などが率直に語られていた。このような感情は診察室では表出されにくく、我々医師が想像するよりも遥かに強い苦悩が、認知症の家族介護者にはあると思われた。今の時代、認知症が一般的な疾患となり、介護技術などの知識も容易に入手できるようになったにも関わらず、それ以前に介護者には共に戦う味方が必要だと改めて感じた。新オレンジプランで推進している認知症カフェのような取り組みはこれに応じたものであり、今以上に普及させる必要がある。

訪問看護導入後、介護者は訪問看護師にいつでも、何でも相談できる安心感や親近感を抱いている。この介護者と訪問看護師の「友達のような」親近感はアドミラルナースの役割としても強調されており¹⁾、親近感があるからこそ交わされる情報も深まり、看護の個別性が発揮されるものと推察できる。また訪問看護師が、認知症者にとって心を許して話せる相手であり、訪問を心待ちにする人であるということは、パーソン・センタードな立

場をとっている証と言える。介護者は、このような訪問看護師の態度から認知症者への対応方法を学び、認知症者を肯定的に捉えることができるようになり、認知症者でも単身生活を続けることに前向きな考えを示していた。このように訪問看護師の活動は家族介護者をエンパワーメントし、結果として「一日でも長く住み慣れた自宅で暮らしたい」という認知症者の希望を叶えること、すなわち認知症者の権利擁護に繋がっている。

一方で、介護者は服薬管理を含めた身体面でのサポートからも安心感を得ていた。認知症者は自ら身体的不調を表現できなかったり、身体的不調が原因で焦燥や興奮といったBPSDを呈することも稀ではないため、特に身体観察が重要である。我が国では、認知症者とその家族の最も身近な存在であるべきケアマネジャーの、90%近くが福祉系の基礎資格者であり、一般的に身体的・医学的な問題への対応は不得手である。このことは認知症者の在宅生活支援を推進するにあたり、大きなハンデとなる可能性がある。

アドミラルナースの役割として、多職種との連絡調整機能は重要である¹⁾。今回の研究では、介護者はこのことをあまり語らなかったが、それは当院との繋がりが保証されており、訪問看護師を通して院内外の関係者に情報が伝達されることがあ自明であるからだと思われる。このような訪問看護師の「ハブ」としての機能、すなわち連絡調整機能については既報の通りである²⁾。

E . 結論

今回の研究を通して、訪問看護は家族介護者を身近なところからエンパワーメントし、認知症者の単身生活の継続に対して前向きにさせることが明らかとなった。新オレンジプランの理念を推進するに当たり、訪問看護は有力な手段となる。今後は、適切な訪問頻度や滞在時間、さらに訪問看護師一人あたりの適切な担当人数を明らかにする必要がある。

(参考文献)

1) Frances Bunn, et. al.: Specialist nursing and community support for the carers of people with dementia living at ho

me:an evidence synthesis. Health and Social Care in the Community;24(1),48-67, 2016

2) 北村 立: 目指せ! 日本のアドミラルナース - 石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介 - . 全国自治体病院協議会雑誌, 54(6) : 139-142

F . 健康危険情報

特記すべきことなし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1) Kitamura T, Hino S. : Disinhibition Associated with Long-term Use of Donepezil. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. 6(3) doi:10.4172/2161-0460.1000234. 2016

2) 北村 立 : 認知症医療における精神科病院の役割と訪問看護への期待 . 地域連携・入退院と在宅支援 , 9(4) ; 54-58 , 2016

3) 北村 立 : なぜ抗精神病薬による鎮静から脱却できないのか . PROGRESS IN MEDICINE36 ; 1039-1043 , 2016

4) 北村 立 , 森 京子 : 向精神薬(睡眠薬・抗不安薬, 抗うつ薬, 抗精神病薬)によって誘発される認知症・認知障害 . 医薬ジャーナル , 52(11) ; 83-88 , 2016

5) Shiota S, Sugimoto Y, Murai C, Kitamura M, Hino S, Kitamura T, Shibata K: Classification of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Associated Factors in Inpatients in Psychiatric Hospitals – with Special Reference to Rehabilitation. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. 6(4);doi: 10.4172/2161-0460.1000258, 2016

2 . 学会発表

北村 立, 坂上章 : 当院の身体合併症患者の転院に関する検討 - 一般科との円滑な連携を目指して - 第 191 回北陸精神神経学会, 金沢市, 2017.01.22.

H . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1 . 特許取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

特になし