

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」

（総合）分担研究報告書

認知症者の在宅生活継続に対する精神科訪問看護の効果に関する研究  
研究分担者：北村 立（石川県立高松病院・院長）

【研究要旨】

石川県立高松病院（以下、当院）の日常診療から、認知症者の地域生活支援における訪問看護の役割を明確にするとともに、訪問看護により精神科病院への入院を抑制できるかについて検討した。平成 26 年 4 月から 27 年 9 月に当院へ入院した単身か子と二世帯の認知症者のうち、事前に訪問看護を行っていた群（訪問群）12 人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46 人について後方視的に比較検討した。自宅への退院は訪問群が 8 人（67%）、対照群が 17 人（40%）で退院先に有意差はなかったが、入院期間は訪問群平均 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。次に訪問看護をう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。「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の実現」という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であり、認知症者の精神科病院への入院抑制につながることを確認された。

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者の増加が社会的な問題となっている。これに伴う精神科病院への認知症者の入院の増加は、特に人権的配慮から社会的な批判を受けるようになった。一方、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、認知症者の意思が尊重され、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の実現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）では、平成 21 年度より認知症専門の訪問看護を行っており、認知症者の在宅生活の継続に一役買っていると自負している。そこで今回は、認知症者の地域生活支援における訪問看護の役割を明確に

するとともに、訪問看護により精神科病院への入院を抑制できるかについて検討した。これまで先行研究はなく、これからの我が国の認知症施策に与えるインパクトは大きいと考える。

B．研究方法

研究 1．認知症訪問看護の対象者の類型化の試み

平成 23 年度～25 年度の 3 年間に、当院で実施された認知症訪問看護の対象者の実態を分析し、その類型化を試みる。

研究 2．認知症者への精神科訪問看護が入院期間や退院先に与える影響の検討

平成 26 年 4 月 1 日から 27 年 9 月 30 日の間に、当院へ入院した認知症者のうち、世帯構成が単身世帯か子と二世帯の 58 人を対象とした。事前に訪問看護をしていた群（訪問群）12 人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46 人に分け、自宅へ退院するまでの期間とそれに影響を与える要因について、Cox 比例ハザードモデルを用いて検討した。平成 27 年 9 月 30 日現在入院中の者は

その日までを入院期間とした。  
 研究3 . 単身認知症者に対する訪問看護の効果に関する検討

【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

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3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。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。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(C.T.とS.O.)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。

(倫理的配慮)

研究1～3は石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。研究3については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

研究1：平成23年～25年度の3年間で、新規に認知症訪問看護を行った194人のうち複数回訪問をしていた161人について調査した。

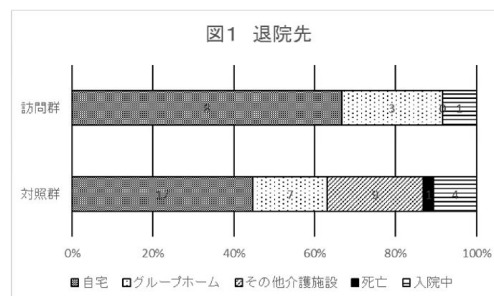
性別は男性51人(31.7%)、女性110人(68.3%)、平均年齢は78.0歳であった。診断はアルツハイマー型認知症が78人(48.4%)、レビー小体型認知症が26人(16.1%)、前頭側頭型認知症などその他の認知症が17人(10.6%)、その他老年期精神障害が40人(24.8%)であった。世帯構成は、単身世帯、夫婦二人世帯(以下、夫婦世帯)、未婚・離婚の子と同一世帯(以下、子と二人世帯)、既婚の子家族との同一世帯(以下、子家族世帯)の4群に集計した。単身世帯が30人(18.6%)、夫婦世帯が52人(32.3%)、子と二人世帯が20人(12.4%)、子家族世帯が59人(36.6%)であった。単身世帯と子と二人世帯を合わせた50人のうち女性が47人(94.0%)と、対象者のほとんどが女性であった。夫婦世帯は女性が23人(44.2%)で男性が過半数を占めた。子家族世帯では女性が40人(67.8%)であり、全体の比率とほぼ同じであった。

研究2：対象者の属性を表1に示す。

表1: 訪問群と対照群の属性

	訪問群 (n=12)	対照群 (n=46)	p値
性別	女性 10 (83.3%)	31 (67.4%)	0.478
年齢	78 (4.9)	84 (6.2)	0.001
診断	AD 7 (58.3%)	25 (54.3%)	
	DLB 2 (16.7%)	13 (28.3%)	0.939
	VD他 3 (25.0%)	8 (17.4%)	
主介護者	子 9 (75.0%)	39 (84.8%)	
	その他なし 3 (25.0%)	7 (15.2%)	0.417
MMSE	16.8 (7.2)	11.7 (7.3)	0.028
N-ADL	40.5 (4.5)	32.6 (12.7)	0.056
主訴	攻撃性 2 (16.7%)	17 (37.0%)	
	多動 5 (41.7%)	28 (60.9%)	0.981
	うつ・拒食 3 (25.0%)	3 (6.5%)	
	夜間不眠 3 (25.0%)	12 (26.1%)	
	大声・叫声 0 0	2 (4.3%)	
NPI	39.8 (28.7)	40.7 (20.8)	0.9085

訪問群は対照群に比べ、年齢が若く、入院時のMMSE得点が高かった。性差、診断、入院時主訴、入院時NPI得点に有意差を認めなかった。N-ADL得点は訪問群で高い傾向にあったが、有意差はなかった。自宅への退院は、訪問群が8人(67%)、対照群が17人(40%)だが、退院先について有意差はなかった(図1)。



両群の入院期間は図2に示すとおりであり、平均日数にすると訪問群 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。自宅へ退院するまでの期間に影響を与える要因として、両群に有意差のあった年齢、MMSE 得点と事前の訪問看護の有無を Cox 比例ハザードモデルで検討したところ、表2に示すように年齢や MMSE 得点は関係なく、事前の訪問看護だけが入院期間に関与していた。

図2:退院曲線

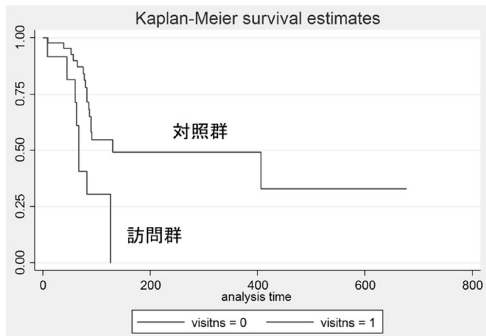


表2: 自宅への退院までの期間に影響を与える因子

要因	ハザード比	p	95%信頼区間
訪問看護あり	4.163	0.012	1.360-12.740
年齢	1.038	0.347	0.961-1.120
MMSE得点	0.97+	0.527	0.918-1.045

以上より、自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。

研究3:表3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。

表3: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	介護経験年数
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:参事地方の慣習で、別の家族との間で親子関係を結び擬制親子であり、家の親子と同様の密接な関係を結ぶ

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(表4, 5)。

表4: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) 認知機能や判断力の低下(B,E)
	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) 本人が認知症になるとは思いもよらなかった(A)
	診断時の介護者の不安・混乱	認知症の診断にショックを受ける(A,E) 今後の不安(A,E) 認知症の家族(本人)を抱えて今度どうしたらよいかわからなかった(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)
	自分自身を責める・周囲に責められる気持ち(A,E)	本人に対して陰性感情を抱いた((A,B) 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5: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) 医師には言えない事を、訪問看護師には言える(B)
	直接相談できる安心感(B,C,E)	訪問看護師が早に見えてくれるので安心(C,E)
	緊急時に相談できる安心感(A,D,E)	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)
	医療・福祉両面のサポートが得られる安心感(B,C,D)	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) 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助けている(B,D)
疾患や本人への理解が深まる	精神的苦痛の軽減(A,B)	訪問看護師の助言で、介護サービスの導入を決心できた(B) 不安や辛さを出さず気持ちが悪くなった(A,B) 時々笑えるようになった(A) 自責感が和らいだ(A)
	認知症の捉え方の変化(A,B)	認知症はそれほど大変でない(A) 周囲のサポートがたいへん本人の方を維持できる(B)
	本人の捉え方の変化(A,B,E)	本人の言動が病気のせいであると理解できる(E) 陰性感情がなくなり本人の気持ちに寄り添える(B) ありのままを受け入れ見守る(A,B)
本人のポジティブな変化	本人への適切な対応について理解が深まる(A,B)	訪問看護師の本人への対応から学べる(A,B) 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)	デイケアを毎日楽しみにしている(A) 訪問看護師の信頼し受け入れられている(A,B,C,E)
適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である	医療・福祉による支援を実感(B,C)	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)
	在宅介護に対する肯定的な思い(B,D,E)	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、今後も在宅介護を続けたい(B)

## D . 考察

訪問看護には厳密な適応基準がなく、主治医の判断と患者及び家族の希望により実施される。したがって通常の外来診療や在宅介護サービスの利用だけでは対応が困難と思われるケース、例えば単身者、介護家族の疲弊が強い場合、地域との関係調整が必要な場合などが対象になりやすい。訪問看護の対象であること自体が精神科入院のリスクである可能性があるため、訪問看護の有無と入院の有無を比較するといった単純な検討では訪問看護の効果は検証できない。

まず研究1より、当院が行っている訪問看護の対象者は世帯構成により「単身・子と二人」世帯、「高齢夫婦」世帯、「子家族と同居」世帯の3群に分類でき、それぞれによって訪問看護の目的が異なる可能性が示唆された。特に「単身・子と二人」世帯は、純粋に家族介護力が不足していると考えられ、対象者のほとんどが女性であるため、ばらつきの少ない集団と考えられた。このため、以降の研究対象を「単身・子と二人」世帯に絞ることにした。

研究2より、「単身・子と二人」世帯、すなわち家族介護力の不足しているケースでは、早期から訪問看護を行なっていれば、一旦入院しても自宅へ退院するまでの期間が短縮し、施設へ退院する場合でも入院期間が短くなることが判明した。新オレンジプランに掲げられた循環型のシステムを有効なものにするためにも訪問看護は有効な手段だと考えられた。

研究3では、質的記述的検討により、認知症者に対する訪問看護の効果や役割を検討した。訪問看護導入前、介護者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に苦しんでいた。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。認知症介護者には、疾患や介護技術の知識以前に、共に戦う味方の存在が必要だと思われる。新オレンジプランで推

進されている認知症カフェ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<sup>1)</sup>、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。また介護者は、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を呈したり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<sup>1)</sup>。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自明だからだと思われる。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<sup>2)</sup>。

(参考文献)

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

## E . 結論

「単身・子と二人」世帯、すなわち家族介護力の不足しているケースでは、早期から訪問看護を行なっていれば、一旦入院しても自宅へ退院するまでの期間が短縮し、施設へ退院する場合でも入院期間が短くなることが判明した。ま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、認知症者の在宅介護に対して前向きにさせることが明らかとなった。「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の実現」という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であり、認知症者の精神科病院への入院抑制につながる。

## F . 健康危険情報

特になし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1 ) 北村 立, 北村真希, 関奈緒子, 山川 透, 日野昌力: 家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討 . 老年精神医学雑誌 , 25(9) : 1027-1053. 2014.

2 ) 北村 立 : 生活機能をふまえた BPSD 薬物治療のあり方 . 老年精神医学雑誌 , 26(増刊号 ) : 123-128, 2015.

3 ) 村井千賀, 北村 立 : 社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例 . 老年精神医学雑誌 , 26(1) : 84-88 , 2015.

4 ) 北村 立 : 目指せ！日本のアドミラルナス - 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

5 ) 塩田繁人, 杉本優輝, 稲口葉子, 村井千賀, 北村 立 : 精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法 . 作業療法ジャーナル , 49 : 685-691. 2015.

6 ) Tatsuru Kitamura, Shinnichi

Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku hino. : Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS

Disord. 2015; 17(0): doi:10.4088/PCC.15m01785

7 ) Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, Tatsuru Kitamura : Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychogeriatrics, 2015 Apr 27. doi:10.1111/psyg.12114

8 ) 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

9 ) 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

10 ) 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 MEDICINE 36 ; 1039-1043 , 2016

11 ) 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

12 ) 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

1 ) 北村 立 : 地域の視点から認知症医療を考える 認知症医療において精神科病院が果たすべき役割 . 日本老年精神医学会 , 東京都 , 2014.06.13.

2 ) 北村 立 : 生活機能をふまえた認知症医

療・地域からこころの医療を考える会，栃木県，2014.09.06.

3) 北村 立：目指せ 日本のアドミラルナス～高松病院認知症訪問看護チームの活動～．第13回 認知症高齢者サポートを考える会，かほく市，2014.10.18.

4) 北村 立：先手必勝の認知症医療—生活機能の視点から BPSD をマネジメントする—。ぐんま認知症アカデミー第9回，前橋市，2014.12.07.

5) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、柴田克之、北村 立：認知症高齢者の生活機能と家族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～．第49回日本作業療法学会，神戸市，2015.6.20.

6) 塩田繁人、稲口葉子、杉本優輝、大西昌江、山川透、北村真希、北村 立：河北郡市の認知症支援ネットワーク～BPSD の予防や対応に焦点を当てて～．第53回全国自治体病院協議会総会・研修会，帯広市，2015.08.27.

7) 北村 立：認知症の治療とケア 生活機能の視点から BPSD をマネジメントする．日本認知症ケア学会 2015 年度北陸・甲信越地域大会，金沢市，2015.10.04.

8) 北村 立：生活障害としての認知症。地域包括ケア・イノベーションフォーラム第10回ワークショップ，東京，2015.10.07.

9) 北村 立，神川繁利，北村真希，佐野滋彦，日野昌力：超高齢認知症入院患者の臨床的特徴。第34回日本認知症学会学術集会，青森市，2015.10.02.

10) 北村 立：地域における一般科医療と精神科医療 - 認知症医療における精神科の役割 - 第35回日本社会精神医学会，岡山市，2016.01.29.

11) 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

なし