

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究  
—独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト作成—

研究分担者 津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員  
研究協力者 中島朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション・所長／  
全国訪問看護事業協会・常務理事

研究要旨

独居認知症高齢者に対する訪問看護には、同居者による見守りや支援、情報、擁護が得られないため、サービス提供に多くの困難を伴う。しかし、現場の訪問看護師が参考にできる資料は非常に少なく、支援の方法や工夫は個々の経験に大きく依存する。本研究は、熟練した訪問看護師の専門的知見を集約して、コンセンサスに基づいた独居認知症高齢者の訪問看護の支援チェックリストを作成した。研究はデルファイ法を用いて 34 名の専門家パネルの合意を形成した。インタビュー調査をもとにチェックリストの素案を作成した後、オンラインデルファイ調査による専門家パネルの意見収集と、それに対応する修正の過程を 3 回繰り返した。37 項目あった素案を集約して、専門家パネルの 70%以上が独居認知症高齢者の訪問看護で「非常に重要」と判断した 18 項目のチェックリストが完成した。各項目は、独居認知症高齢者を支える訪問看護の活動について「何をどのようにする」という形で活動内容とその方法・工夫を説明する。各項目が示す活動内容を分類して、「コミュニケーションと関係づくり（4 項目）」、「本人理解と生活アセスメント（6 項目）」、「多職種と協働した個別的支援（5 項目）」、「予測的判断と意思決定支援（3 項目）」の見出しをつけた。専門家の合意に基づいて独居認知症高齢者の訪問看護の支援チェックリストを作成した。チェックリストを活用することで、独居認知症高齢者の訪問看護の質向上に寄与することが期待される。

A. 研究目的

独居認知症高齢者に対する在宅ケアは、同居者による見守りや支援、情報、擁護が得られないため、医療介護サービス提供者にとって困難が多い。本人が認知症に伴う生活課題に気づいていない、または否定

するため、助言や支援を受け入れないこと、本人が希望することと客観的に必要な支援が一致しないため両立が難しいこと、意思決定が必要な場面で擁護する人がいないこと、などが支援の難しさであり、しばしば医療介護サービス提供者の中に葛藤を

生む<sup>1,2)</sup>。とりわけ、生活（介護）と健康（医療）の両面に責任を持つ訪問看護師は、このような難しさや葛藤を強く感じている<sup>2)</sup>。しかし、訪問看護師が支援において参考にできる資料は非常に少なく、支援方法は個々の経験に依存している<sup>3)</sup>。本研究は、訪問看護師の専門的知見を集約して、コンセンサスに基づいた独居認知症高齢者の訪問看護の支援のチェックリストを作成した。

## B. 研究方法

インタビュー調査をもとに作成したチェックリストの素案に対して、デルファイ法を用いて専門家パネルの意見を集めた。意見に対応して、修正を繰り返し、チェックリストを完成した。

専門家パネルへの参加依頼の基準は、認知症の訪問看護に10年以上携わる現場職や管理職の訪問看護師、または、認知症の在宅看護や地域看護の研究者とした。関係組織や関係者からの紹介によって、いずれかの基準を満たす看護師資格者40名に依頼して、34名が専門家パネルに参加した。

まず、チェックリストの素案を作成した。前年度（R5年度）の本プロジェクトで実施した14名の訪問看護師に対するインタビューデータの内容を分析した。インタビュー対象者が独居認知症高齢者に対して行なっている訪問看護を分類し、支援の内容と独居の場合の工夫をまとめた説明文を37項目作成した。

次に、その素案に対する専門家パネルの評価と意見を求めて、オンラインデルファイ調査を実施した。専門家パネルの各メン

バーはメールでリンクを受け取り、調査画面上で、チェックリストの各項目に対する重要度の評価（5件法）と意見（自由記載）を回答した。メンバー間の議論は実施していない。得られた評価と意見に基づき、以下の手順でチェックリストの各項目を修正した。

重要度の評価の合意基準は70%とした。すなわち、専門家パネルの70%以上が「非常に重要である」と評価した項目は合意が得られたものと判断した。その場合でも自由記載の意見を確認にして、必要な場合は表現等の修正を行なった。70%の合意が得られなかった項目は、自由記載の意見をもとに項目の削除、修正、または複数の項目を結合した修正、のいずれかを施した。削除対象以外の項目は、その後続くデルファイ調査の中で専門家パネルの評価と意見を求めた。

デルファイ調査とチェックリストの修正は合計3回実施した。1回目の調査と修正の目的は、チェックリストがカバーする範囲を定め、重要な要素を選択することとした。2回目の調査と修正は、各項目の内容を精査して、内容と表現の調整に重きを置いた。最後の3回目の調査と修正は、表現の微調整と最終的な重要度の確定をするために実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の研究倫理委員会の許可を得て実施した（R23-024）。専門家パネルのメンバーには、研究の目的や方法、個人情報の取り扱いなどについて文章で説明して、電子的に同意を得た。

### C. 研究結果

専門家パネルに参加した 34 名の看護師は、4 名 (11.8%) が男性で、年齢は 50 代が 14 名 (41.2%) と最も多かった (表 1)。現在の職務は訪問看護師の現場職 12 名 (35.3%)、管理職 13 名 (38.2%)、行政職 4 名 (11.8%)、研究者 4 名 (11.8%) だった。約 7 割は看護師や研究者として 20 年以上の経験年数があり、6 割は介護支援専門員の資格や、認知症看護や訪問看護の認定看護師資格、地域看護や在宅看護の専門看護師資格など、関連する臨床資格を有していた。

デルファイ調査の回答者数は、1 回目 34 名 (100%) だった。1 回目の調査では、37 項目中 9 項目が 70% の合意基準を満たした。その他の 28 項目については、自由記載の内容を参考に 11 項目を修正し、13 項目は他の項目に結合して集約し、4 項目は削除した。削除対象の項目は、説明する活動の内容が曖昧な項目や、訪問看護師の役割として適切でないと判断された項目だった。結果、21 項目が 2 回目のデルファイ調査の評価対象項目となった。

2 回目のデルファイ調査には 29 名 (85.3%) が参加した。21 項目中 16 項目が合意基準に達した。残りの 5 項目のうち 2 項目は修正して、3 項目は削除した。その 3 項目は、友人や隣人を支援に巻き込む活動の 2 項目と、介護支援専門員に対して医学的観点からアドバイスする活動の 1 項目だった。独居認知症高齢者の支援で大切だが、訪問看護師の役割とは言えないため削除対象となった。

3 回目のデルファイ調査には 31 名 (91.2%) が回答した。評価した 18 項目の

うち 9 項目は、専門家パネルの 90% が「非常に重要である」とし、さらに 8 項目は 70% の合意基準を満たした。合意基準を満たさなかった 1 項目に対しても専門家パネルの 67.7% が「非常に重要」としており、自由記載には、重要だが表現に馴染みがないため修正が必要という意見が多かった。そのため、意見に従って修正した上でチェックリストに残した。

最終的に 18 項目からなる「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した (表 2)。各項目が説明する活動の内容から、4 つのカテゴリーに分類して、カテゴリーに名称をつけた。名称はそれぞれ、「コミュニケーションと関係づくり」、「本人理解と生活アセスメント」、「多職種と協働した個別的支援」、「予測的判断と意思決定支援」となった。

### D. 考察

領域に精通する専門家のコンセンサスを形成しながら、4 カテゴリー 18 項目からなる「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した。チェックリストの各項目は、認知症の訪問看護の実践を反映しながら、独居の場合の課題に対応した工夫を盛り込んだ。

先行研究によれば、認知症の訪問看護で高頻度で実践することは、コミュニケーション、安全や快適の確保、尊厳を守る、アセスメント、支援ネットワークを築く、である<sup>4)</sup>。完成したチェックリストは、これらの内容を独居の場合にどのように実践するかを示している。例えば、コミュニケーションに関連する項目 1 や項目 4 は、仲介役を果たす同居家族がいない時には個々に

応じて適切な方法を探す必要があることを説明する。また、アセスメントは項目 5 から 10 が該当する。同居家族からの詳細な情報が得られない場合の包括的アセスメントでは、本人とのコミュニケーションだけでなく、本人と生活の観察を丁寧に観察し、多職種で情報共有する必要が強調される。尊厳を守るための活動は、項目 13 が説明する本人の意向を中心とした看護計画の立案や、項目 17 が説明する本人中心の意思決定支援に強く反映される。また、支援ネットワークを築くことは、項目 11 の多職種で支援方針を一致させる活動、項目 15 の家族を支えつつ支援に巻き込む活動が該当する。

一方で、チェックリストの作成プロセスでは、支援ネットワークに友人や隣人を巻き込む活動は削除対象となった。専門家パネルは、これらの活動が独居認知症高齢者の支援に必要としながら、訪問看護師の役割に必ずしも一致しないという判断が多かった。同居者がいる場合に比べて、独居認知症高齢者の支援ニーズはより多領域にまたがり、満たされにくい<sup>5)</sup>。その支援ニーズに対応するには、医療介護サービスだけでは限界があり、友人や隣人による支援も貴重である<sup>2)</sup>。支援ネットワークに友人や隣人を巻き込み、独居認知症高齢者の自立生活の支えに厚みを持たせるために、多職種チームの中で誰がどのような活動をするのか、整理する必要が示唆された。

#### E. 結論

専門家の合意に基づいて「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した。チェックリストを

活用することは、独居認知症高齢者の訪問看護の質向上に寄与するだろう。一方で、支援ネットワークに友人や隣人を巻き込む活動は、訪問看護の支援枠組みだけでは対応しにくいことが示唆された。今後は、チェックリストを活用して独居認知症高齢者の訪問看護の実践の質を高めると同時に、必要が把握されるものの現在の枠組みでは対応しにくい支援を地域包括ケアシステムの中で誰がどのように提供していくかを検討すべきである。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K.

Enhancing independence for people living alone with dementia: Insights from home-visit nurses. 36th Conference of Alzheimer's Disease International, Krakow, Poland, April, 2024.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

該当なし

##### 2. 実用新案登録

該当なし

##### 3. その他

該当なし

#### Reference

- 1) Portacolone E, Nguyen TT, Bowers BJ, et al. Perceptions of the role of living alone in providing services to patients with cognitive impairment. JAMA Netw Open

2023;6(8):e2329913.

- 2) de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals' experiences. *Dementia* (London) 2016;15(2):221-238.
- 3) Polack S, Bell G, Silarova B, et al. Non-pharmacological interventions for people with dementia who live alone: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2025;40:e70059.
- 4) Doyle C, Setoya N, Goeman D, et al. The role of home nursing visits in supporting people living with dementia in Japan and Australia: cross-national learnings and future system reform. *Health Syst Reform* 2017;3(3):203-213.
- 5) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr* 2010;22(4):607-617.

表 1. 専門家パネルの基本属性

|                               |                 | n  | %     |
|-------------------------------|-----------------|----|-------|
| 年齢                            | 30-39 歳         | 2  | 5.9%  |
|                               | 40-49 歳         | 10 | 29.4% |
|                               | 50-59 歳         | 14 | 41.2% |
|                               | 60-69 歳         | 8  | 23.5% |
| 性別                            | 女性              | 30 | 88.2% |
|                               | 男性              | 4  | 11.8% |
| 現在の職務                         | 訪問看護の実践職・現場臨床   | 12 | 35.3% |
|                               | 訪問看護の実践職・管理的立場  | 13 | 38.2% |
|                               | 認知症看護の研究職       | 4  | 11.8% |
|                               | 認知症や訪問看護に関する行政職 | 4  | 11.8% |
|                               | その他             | 1  | 2.9%  |
| 看護職として実践・<br>研究・行政に携わっ<br>た年数 | 1-10 年          | 1  | 2.9%  |
|                               | 11-20 年         | 9  | 26.5% |
|                               | 21-30 年         | 11 | 32.4% |
|                               | 31-40 年         | 11 | 32.4% |
|                               | 41-50 年         | 2  | 5.9%  |
| 臨床資格等（看護師<br>免許以外）            | 介護支援専門員         | 11 | 32.4% |
|                               | 認知症看護認定看護師      | 7  | 20.6% |
|                               | 訪問看護認定看護師       | 7  | 20.6% |
|                               | 在宅看護専門看護師       | 5  | 14.7% |
|                               | 地域看護専門看護師       | 2  | 5.9%  |
|                               | 認知症ケア専門士        | 4  | 11.8% |
|                               | いずれも該当しない       | 8  | 23.5% |

表2. 独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト

| コミュニケーションと関係性づくり   | 合意割合  |
|--|-------|
| 1 本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す                        | 93.5% |
| 2 支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する  | 93.5% |
| 3 本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く   | 77.4% |
| 4 本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る   | 67.7% |
| 本人理解と生活アセスメント  |       |
| 5 表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく  | 96.8% |
| 6 支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する   | 93.5% |
| 7 生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する | 93.5% |
| 8 認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する                               | 90.3% |
| 9 生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する                     | 90.3% |
| 10 本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する                   | 83.9% |
| 多職種と協働した個別的支援  |       |
| 11 医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する                               | 93.5% |
| 12 日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える                                       | 87.1% |
| 13 日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる                                   | 77.4% |
| 14 心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する  | 77.4% |
| 15 ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する     | 77.4% |
| 予測的判断と意思決定支援   |       |

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 16 | 本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する  | 90.3% |
| 17 | 今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う | 77.4% |
| 18 | 本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する          | 74.2% |

---