

<学位論文>

認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの開発

－病棟看護師と訪問看護師との連携・協働を焦点にして－

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域

博士後期課程

18-99030-061 清永 麻子

認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの開発
－病棟看護師と訪問看護師との連携・協働を焦点にして－

目 次

序章 問題の所在と研究の動機	1
1. 高齢化の現状と認知症有病率の上昇	1
1) 高齢化の現状	1
2) 認知症有病率の上昇	1
3) 要介護状態の原因の多くを占める認知症	1
2. 認知症高齢者の在宅生活を支える訪問看護	2
3. 入院が認知症高齢者に及ぼす影響	3
4. 認知症高齢者の在院日数と在宅復帰	3
5. 入院中の認知症高齢者への看護ケアの実態	4
6. 認知症高齢者の在宅復帰支援の現状と課題	5
7. 地域包括ケア病棟の役割	6
1) 地域包括ケア病棟とは	6
2) 地域包括ケア病棟における認知症の実態	6
8. 認知症高齢者の在宅復帰に求められる支援	7
【引用文献】	8
第1章 病棟における認知症ケアおよび在宅復帰支援に関する文献検討	12
I. 目的	12
II. 方法	12
1. 文献の抽出と選定	12
2. 分析方法	13

III. 結果	13
1. 文献の概観	13
2. 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の現状と課題	15
1) 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の現状	15
2) 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の課題	19
IV. 小括	20
【引用文献】	21

第2章 研究の目的と構成 24

I. 研究の目的	24
II. 研究の意義	24
III. 用語の定義	24
1. 認知症高齢者	24
2. 在宅復帰支援	25
3. 看看連携	25
IV. 研究の構成	26
【引用文献】	27

第3章 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看護師と訪問看護師の 連携・協働の実態 29

I. 目的	29
II. 方法	29
1. 対象者	29
2. 調査内容とデータ収集方法	29
1) 対象者の属性	29
2) インタビュー調査	30
3. 分析方法	30
4. 倫理的配慮	31

III. 結果	31
1. 地域包括ケア病棟看護師への調査	31
1) 地域包括ケア病棟看護師の概要	31
2) 地域包括ケア病棟看護師へのインタビュー調査	32
(1) 【役割遂行の葛藤】	32
(2) 【病棟看護に生かす在宅の視点】	34
(3) 【在宅ケアを支える職種との連携】	35
2. 訪問看護師への調査	36
1) 訪問看護師の概要	36
2) 訪問看護師へのインタビュー調査	36
(1) 【訪問看護の特性の共有】	38
(2) 【看看連携によるケアの実践】	38
IV. 考察	41
1. 病棟看護師と訪問看護師との連携・協働のための訪問看護の理解	41
2. 看看連携による認知症ケアと在宅復帰支援	42
3. 在宅復帰に向けて必要な支援	44
V. 結論	45
【引用文献】	46
【インタビューガイド】	48
1. 病棟看護師用インタビューガイド	48
1) 基本属性の質問紙記載を依頼	48
2) 半構成型インタビュー	48
(1) 認知症高齢者の在宅復帰支援の実際について	48
(2) 訪問看護師との連携について	48
2. 訪問看護師用インタビューガイド	49
1) 基本属性の質問紙記載を依頼	49
2) 半構成型インタビュー	49
(1) 認知症高齢者の在宅復帰支援の実際について	49
(2) 病棟との連携について	49

第4章 「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」の作成と実践調査	50
第1節 「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」の信頼性と妥当性の検証	50
I. 目的	50
II. 研究方法	50
1. 「訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標 34 項目」原案作成のプロセス	50
2. 研究対象	52
3. 調査方法	52
4. 調査内容	52
1) 基本属性	52
2) 測定尺度	52
(1) 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 34 項目	52
(2) 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」 25 項目	52
5. 分析方法	53
1) 対象者の個人属性	53
2) 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項目	53
3) 信頼性・妥当性の検証	53
6. 倫理的配慮	54
III. 結果	54
1. 対象者の属性	54
2. 訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標 34 項目の分析	55
3. 評価指標の信頼性・妥当性の検討	58
IV. 考察	59
1. 「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」の信頼性と妥当性	59

2. 「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」	
の構成要素	59
1) 看護の視点からみた自宅での生活状況の共有	59
2) 家族とともに行う自宅退院に向けた準備	59
3) 自宅でできていたことを継続できる環境の整備	59
4) 院内外での多職種で行う情報共有	60
5) 看護の視点からみた退院後のケアの共有	60
V. 結論	60
【引用文献】	61

第2節 「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」による病棟看護師への調査	62
I. 目的	62
II. 研究方法	62
1. 研究対象	62
2. 調査方法	62
3. 調査内容	62
1) 基本属性	62
2) 測定尺度	63
4. 分析方法	63
5. 倫理的配慮	63
III. 結果	63
1. 対象者の概要	63
2. 評価指標の結果	64
IV. 考察	66

第5章 病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の 作成・活用	67
第1節 地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師による認知症高齢者在宅復帰支援連携パス の作成	67
I. 目的	67
II. 研究方法	67
1. 連携パスの作成	67
2. 倫理的配慮	67
III. 結果	68
1. 認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの作成過程	68
1) フェーズ1	69
2) フェーズ2	72
3) フェーズ3	73
4) フェーズ4	76
第2節 訪問看護師と病棟看護師による認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの活用 —事例検討—	78
I. 目的	78
II. 研究方法	78
1. 「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス（以下、連携パス）」概要	78
2. 研究対象	78
3. 調査方法	78
1) 地域包括ケア病棟への承諾	78
2) 対象となる地域包括ケア病棟看護師への説明	79
3) 連携パスの活用	79
4) 事例検討会	79
4. 分析方法	80
5. 倫理的配慮	80

III. 結果	80
1. 事例①	80
1) 事例紹介	80
2) フェーズ1（入院～7日目）の実践内容	81
3) フェーズ2（治療・リハビリ期）の実践内容	81
4) フェーズ3（退院準備期）の実践内容	82
5) フェーズ4（退院～在宅）の実践内容	83
2. 事例②	83
1) 事例紹介	83
2) フェーズ1（入院～7日目）の実践内容	83
3) フェーズ2（治療・リハビリ期）の実践内容	84
4) フェーズ3（退院準備期）の実践内容	85
5) フェーズ4（退院～在宅）の実践内容	85
3. 「認知症高齢者在宅復帰支援連携バス」活用後の意見	85
1) 病棟看護師の意見	85
2) 訪問看護師の意見	85
IV. 考察	87
【引用文献】	88
終章 本研究の意義と研究の限界・課題	89
【引用文献】	90

序章 問題の所在と研究の動機

1. 高齢化の現状と認知症有病率の上昇

1) 高齢化の現状

65歳以上の高齢者人口は年々増加し、令和4年10月1日現在3,624万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は29.0%¹⁾となった。なかでも後期高齢者といわれる75歳以上の人口は1,936万人（男性766万人、女性1,171万人、総人口に占める割合15.5%）であり、前期高齢者である65～74歳人口1,687万人（男性807万人、女性880万人、総人口に占める割合13.5%）を249万人ほど上回っている。

2) 認知症有病率の上昇

高齢化に伴う認知症有病率の上昇は急峻である。平成22（2010）年時点では15%であったものが、平成24（2012）年の調査では、高齢者人口の約16%が認知症と推計され、80歳代後半であれば男性の35%、女性の44%、95歳を過ぎると男性の51%、女性の84%が認知症であるとされた²⁾。また、仮に今後も認知症有病率が一定割合とした場合、2025年には675万人（18.5%）、2030年には744万人（20.2%）、2040年には802万人（20.7%）になるという推計もある³⁾。

さらに、併存疾患としての認知症に着目した研究⁴⁾においては、平均85歳の在宅医療受診者では45.1%、同じく平均85歳の介護老人保健施設入所者では81%に、慢性疾患に加えて、併存疾患として認知症があると報告されている。さらに別の報告³⁾では、在宅医療を受けている患者の45.1%に認知症の診断がなされていたが、その後、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント（The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System : DASC-21）を全例に施行したところ、92.8%が「認知症の可能性あり」とされたとしている。これらの結果は、認知症の診断を受けていなくても、認知機能が低下した人が数多く存在することを示している。

3) 要介護状態の原因の多くを占める認知症

介護が必要になった主な原因⁵⁾では、「骨折・転倒」13.0%、「高齢による衰弱」13.3%、「脳血管疾患（脳卒中）」15.0%を超えて、「認知症」が18.1%と最も多い。

認知症とは、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」⁶⁾と定義されている。認知症のタイプとして、全国の認知症疾患医療センターを受診した人の診断名の割合⁷⁾を見ると、アルツハイマー型認知症が最も多く、血管性認知症とレビー小体型認知症がこれに次ぐ。また、認知症の前駆段階である軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）も多く、認知症の原因疾患を診断して、早期に疾患や障害の性質に合わせた医療を提供することが重要とされている。

しかしながら、認知症疾患は進行性であるため認知機能障害や生活障害そのものを回復させることは困難であり、認知症高齢者では、認知機能障害や生活障害とともに、さまざまな精神的・身体的・社会的な健康問題が現れ、それらが生活の継続を困難にさせる。よって、認知症高齢者本人とその家族が、必要な医療や介護を受けながら、希望と尊厳をもって生活を継続するためのサービスを統合的に利用できるような支援が極めて重要となる。

2. 認知症高齢者の在宅生活を支える訪問看護

要介護高齢者が、住み慣れた場所で生活を継続するためのサービスのうち、中核的な存在の一つが訪問看護である。訪問看護は、「疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等による療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険いずれかの適用となる」⁸⁾とされている。

訪問看護を利用する認知症高齢者は多い。厚生労働省による訪問看護ステーションの利用者⁹⁾に関する平成28年の調査結果で年齢階級別の認知症の状況をみると、「認知症あり」は、加齢とともに増えており、80～89歳では25.7%、90歳以上では39.2%が「認知症あり（ランクⅢ以上）」となっている。また、認知症の状況別に利用者の要介護（要支援）度をみると、認知症のランクが高く重度化するに従って、要介護度の高い人の割合が多くなり、「認知症あり（ランクⅢ以上）」では「要介護5」が39.5%と4割近くを占めていた。また、訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業報告書¹⁰⁾によると、訪問看護ステーションの訪問対象者の約25%は認知症を有しており、「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」、「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」、「家族支援」、「多職種連携」、「生活環境の整備による在宅生活継続」などのケアが提供されていた。

以上のことから、医療も介護も必要な状態で在宅生活を送る認知症高齢者が多く存在し、その生活を訪問看護が支えていることがわかる。

3. 入院が認知症高齢者に及ぼす影響

医療も介護も必要な状態で訪問看護を利用している認知症高齢者が何らかの疾患で入院を余儀なくされた場合、疾患による身体的苦痛や療養環境の変化がきっかけとなって、認知症の行動・心理症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）やせん妄がしばしば出現する¹¹⁾。臨床現場においては、BPSDによる危険を回避し治療を優先するために身体拘束や向精神薬などの薬剤投与による行動制限が行われた結果、身体状態が安定しても日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）や認知機能のさらなる低下をきたす¹²⁾場合もある。

疾患の治療を受けるための入院でありながら、入院した高齢者の20～40%程度は、安静を主たる原因とする入院関連機能障害（Hospitalization－Associated Disability：HAD）を発症するという報告もあり^{13) 14)}、一旦発症すると回復しにくいという指摘もある¹⁵⁾。HADの最も大きなリスク因子は高齢であり、それに加えて、認知機能の低下も発症のリスク因子となるとも報告されている^{16) 17)}。

入院をきっかけとする認知症高齢者の身体機能や認知機能の低下は、本人だけでなく、家族の介護負担感を増大させる要因となり、在宅療養の継続を困難とする要因にもつながるおそれがある¹⁸⁾。日本老年看護学会が発表した『『急性期病院において認知症高齢者を擁護する』日本老年看護学会の立場表明¹⁹⁾』のなかでも、【治療後の回復像に基づく生活像を家族と共有して早期退院を目指す】、【高齢者の混乱や家族の我慢を助長する対応に気づく医療・ケア】、【認知症高齢者に付き添う家族の忍耐と重圧への理解を深める】と、認知症高齢者のみならず、家族も支援の対象者であることが明記されている。このように、認知症高齢者にとって入院というイベントは本人だけでなく家族介護者にも大きな影響を与える。

4. 認知症高齢者の在院日数と在宅復帰

厚生労働省の2017年度患者調査²⁰⁾によると、入院から退院までの平均在院日数は短縮化してきているものの、高齢になるほど入院期間が長くなる傾向にあり、入院患者の高齢化

は平均在院日数の長期化につながっている。一方、入院状況の内訳をみると「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」は年齢階級が上がるに従って高くなっており、患者の病状以外の要件によって退院が左右されていることが示唆されている。また、厚生労働省の平成26年度入院医療等の調査²¹⁾でも、調査対象であった「7対1（一般・専門・特定病院）」、「10対1（一般・専門・特定病院）」、「13対1」、「15対1」、「地域包括ケア病棟」、「回復期リハビリテーション病棟」、「療養病床1」、「療養病床2」のすべてにおいて「認知症あり」の患者の方が、「認知症なし」の患者よりも入院日数が長く、在宅復帰率が低い傾向にあった。

先にも述べたように、高齢者は入院することで身体機能の低下や活動量の減少が起これ、要介護状態が助長される。また、認知症高齢者では環境の変化により認知機能の低下がさらに進行することもあり、ますます在宅復帰が困難な状態に陥る可能性がある。よって、治療が終われば速やかに日常生活に戻ることができる仕組みづくりが必要である。

5. 入院中の認知症高齢者への看護ケアの実態

日本における認知症対策には、従来、精神科病院や長期療養型の施設を想定した枠組みで施策を講じてきた背景がある。しかし近年、医療機関において医療依存度の高い認知症患者が増加傾向にあることから、国の施策として、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が策定²²⁾された。新オレンジプランでは、基本的な考え方として「7つの柱」が設定されており、そのうちの2つ目の柱である「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」では、早期診断・早期対応、BPSDや身体合併症等がみられた場合、適時・適切な医療・介護サービスを提供できるように連携を図る循環型の仕組みを構築することが掲げられ、認知症への対策の強化が推進されている。

そのような中、認知症看護の実践能力や看護の質の向上に向けた教育・研究の推進が図られ、看護師の教育内容として、認知症高齢者の疾患や治療、症状、言動、本人の世界観の理解、コミュニケーションの重要性²³⁾や認知症看護実践の方向性として、認知症者の混乱を緩和するコミュニケーションや本人のニーズの把握、家族へのケアの必要性²⁴⁾が提唱されている。

しかし、医療機関に勤務する看護師による認知症ケアの実践に関する研究では、治療や日々の業務遂行を優先せざるを得ず、患者のメンタルヘルスに関するアセスメントや、個別のケアが後回しになっていること、BPSDやせん妄によって混乱している時の背景の理

解が不足し、必要以上の身体抑制・身体拘束を行ってしまっていること、また、共感的なかわりができていないこと、認知症にたいしてネガティブなイメージを持ちながら接していること、患者・家族と目標の共有ができていないことなどが指摘されている²⁵⁻²⁷⁾。

以上のような経緯もあり、2016年度の診療報酬改定で、認知症ケア加算が新設された。この加算は、認知症によるBPSDや意思疎通の困難さがみられ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟看護師や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的としている。つまり、認知症ケアの質の向上は、すべての医療機関で取り組むべき、重要な課題の一つなのである。

6. 認知症高齢者の在宅復帰支援の現状と課題

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現が進められている²⁸⁾。今後、さらなる認知症高齢者の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムにおいても、認知症高齢者の地域での生活を支えることが課題である。

なんらかの疾患によって認知症高齢者が入院した場合、主疾患の治療に向けた入院生活において安静時間が増えるなど活動量が減少することで、身体機能の低下や認知症の増悪が起これ、入院前の生活機能を維持することができず介護量が大きくなることも稀ではない。また、認知症では、自分の置かれている状況を正しく捉えることや自分自身で自分の生活を整えることが難しくなるため、認知機能の低下は自宅退院の阻害要因であることも明らかになっている^{29) 30)}。

以上のことから、認知症を有する高齢患者に対し必要な医療を提供するための看護として、認知機能を維持するために見当識に働きかけること、入院前の生活機能に近づけるためのケアが重要である³¹⁾とされている。また、急性期を脱し、回復期に移行した患者をケアする看護師は、在宅復帰に向けて、できるだけ長く住み慣れた環境のなかで、その人らしい生活ができるようにかかわる看護実践や退院支援が求められる³²⁾とされており、入院中から在宅復帰を目指して意図的に介入することが求められる。

介護保険制度など、在宅復帰に向けた社会資源も整いつつあるが、それを活用するために

は、先にも述べたように、認知症高齢者のみならず、家族にたいしても意図的かつ継続的な介入が必要である。そのため、従来の退院支援や退院調整という枠組みを超えて、認知症の特性を踏まえつつ、本人も家族も安心して退院後の生活が送れるように、入院前からの状況を踏まえ、退院後を見据えた継ぎ目のないケアを提供することが重要である³³⁾。

7. 地域包括ケア病棟の役割

1) 地域包括ケア病棟とは

「集中的なリハビリテーションの提供や自宅等への退院支援機能」を持ち、急性期一般病棟における「在宅復帰・病床機能連携率」の基準において、在宅復帰率等に設定され、算入できる病棟として、地域包括ケア病棟が存在している。

急性期を脱した身体機能や認知機能の低下した患者の多くは、急性期一般病棟から転院・転棟し、疾患の管理をしつつ集中的なリハビリテーションやケアを受け、在宅復帰を目指している。地域包括ケア病棟は 2014 年度診療報酬改定で創設され、その役割を、急性期治療を経過した患者、および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ、患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える、と定義される。入院算定日数の上限は 60 日と定められている。

2) 地域包括ケア病棟における認知症の実態

地域包括ケア病棟での認知症併存者の調査に関する文献は見当たらなかったが、地域包括ケア病棟と同じく在宅復帰支援の役割をもつ回復期リハビリテーション病棟を対象とした認知症併存率の調査によれば、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準に基づく入院患者の 32.6%³⁴⁾ が、また Mini-Mental State Examination や長谷川式簡易知能評価スケール改訂版に基づく脳血管疾患では 70.5%、大腿骨頸部骨折では 32.4%³⁵⁾ が認知症を併存していたと報告されている。昨今の高齢者人口に占める認知症者の割合から勘案すると、地域包括ケア病棟においても多くの入院患者における認知症の併存が推測される。

そのような中で、地域包括ケア病棟では 70%以上の在宅復帰率を達成することが定められており、認知症高齢者へのケアの実践および在宅復帰支援は、喫緊の課題である。

8. 認知症高齢者の在宅復帰に求められる支援

住み慣れた自宅での暮らしが求められる現状にありながら、病院と在宅における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に必要な訪問看護師と病棟看護師との連携について、双方の看護師はお互いの連携・協働の重要性は理解しているものの、業務上のさまざまな理由により、十分な連携体制を構築できていない現状がある³⁶⁾。

認知症高齢者の在宅移行支援に関しては、BPSDの改善、退院後の生活をイメージした支援、セルフケア能力の獲得支援、家族介護者の負担軽減といった看護実践の必要性についての報告がある^{37) 38)}。また、地域の医療者との連携強化が課題であるとされ、病棟看護師が退院後の生活をイメージするための方法として訪問看護を経験することで在宅生活の理解を深めるといった取り組み^{39) 40)}も報告されている。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ず、認知症高齢者では、本人や家族から在宅生活での必要な情報を得ることが難しいケースも多いため、情報不足で手探りのまま退院支援が行われることも少なくない。

以上に述べた問題の所在と研究背景から、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システムの開発が期待される。

そこで、本研究ではシステムの一環として、病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成を試みた。

第1章では、認知症高齢者の在宅復帰支援に向けた現状と課題について文献検討を行った。第2章では、研究の目的と構成について述べた。

研究は3段階で実施し、まず、第3章では、文献検討の結果をもとに、認知症高齢者の在宅復帰支援連携パスを作成する基盤となる質的研究として、病棟看護師と訪問看護師へのインタビュー調査を行った(第1段階)。次に、第4章では、質的研究の結果をもとに作成した「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」の信頼性と妥当性の検証を試み、「訪問看護師と病棟看護師による認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成の基礎となる資料を作成した(第2段階)。最後に第5章では、地域包括ケア病棟にて作成した病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の使用を試み、事例検討としてまとめた(第3段階)。

終章では、本研究を振り返り、研究の意義と研究の限界・課題について述べた。

【引用文献】

- 1) 内閣府：高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 令和 5 年度高齢社会対策,
[https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/gian_hokoku/20230620koreigaiyo.pdf/\\$File/20230620koreigaiyo.pdf](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/gian_hokoku/20230620koreigaiyo.pdf/$File/20230620koreigaiyo.pdf) (2023.11.30 閲覧)
- 2) 二宮利治：厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業報告書 (2015 年)
- 3) 秋下雅弘：併存疾患に注目した認知症重症化予防のための研究, 厚生労働省科学研究成果データベース (2022 年)
- 4) 粟田主一：厚生労働省老人保健健康推進等事業報告 (2017 年)
- 5) 朝田隆：厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業報告書 (2013 年)
- 6) 内閣府：令和 3 年版高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_2_2.html (2023.11.30 閲覧)
- 7) World Health Organization (WHO) : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th version 2018.
- 8) 厚生労働省：訪問看護の概要, 令和 2 年社会保障審議会一介護給付費分科会資料,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf> (2023.11.30 閲覧)
- 9) 厚生労働省：訪問看護ステーションの利用者の状況
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_03.pdf
(2023.11.30 閲覧)
- 10) 一般社団法人全国訪問看護事業協会：令和 2 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業,
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r2-2-1.pdf> (2023.11.30 閲覧)
- 11) 鈴木みずえ (編)：急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケアパーソン・センタードな視点から進める一, 日本看護協会出版会, 東京.
- 12) Noriko Shimizu, Mayumi Kato, Miho Shogenji : Effectiveness of an inpatient daycare for reducing physical restraint time by adjusting the rhythm of daily living among older adults with dementia in a regional comprehensive care ward, *Journal of Wellness and Health Care*, 45 (2), 23-34, 2021.

- 13) Covinsky KE, Pierluissi E, Jhonston CB : Hospitalization – associated disability “She was probably able to ambulate, but rm not sure”, JAMA 306 : 1782-1793, 2011.
- 14) 角田亘, 古田希, 芝田貴裕 他 : 入院関連機能障害予防システム (HPS) の先駆的導入—病院全体の医療の質を高めることを目指した本邦初の取り組み—, 東京慈恵医科大学雑誌, 129, 59-70, 2014.
- 15) Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR et al : Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness, J AM Geriatr Soc, 56, 2171-2179, 2008.
- 16) Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM et al : Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons, American College of Physicians, 126, 417-425, 1997.
- 17) Sands LP, Yaffe K, Covinsky K et al : Cognitive screening predicts magnitude of functional recovery from admission to 3 months after discharge in hospitalized elders, Journal of Gerontology , 58, 37-45, 2003.
- 18) 宮原伸二, 山下幸恵, 塚原貴子 : 認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件, 日本農村医学会雑誌, 60 (4), 507-515, 2011.
- 19) 日本老年看護学会 : 『急性期病院において認知症高齢者を擁護する』日本老年看護学会の立場表明 2016,
<http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/%E8%80%81%E5%B9%B4%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E7%AB%8B%E5%A0%B4%E8%A1%A8%E6%98%8E%EF%BC%88%E5%85%A8%E6%96%87%EF%BC%89%E5%85%AC%E9%96%8B%E7%94%A8160820.pdf> (2023.11.30 閲覧)
- 20) 厚生労働省 : 平成 29 年 (2017) 患者調査の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf> (2023.11.30 閲覧)
- 21) 厚生労働省 : 平成 26 年度患者調査票 (平成 27 年入院医療)
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> (2023.11.30 閲覧)
- 22) 厚生労働省 : 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~2017 年, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf (2023.11.30 閲覧)

- 23) 下平きみ子, 伊藤まゆみ: 身体的治療をうける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究, 北関東医学, 62 (1), 31-40, 2012.
- 24) 鈴木みずえ, 山岸暁美, 玉田田夜子 他: 急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性, 日本認知症ケア学会誌, 13 (4), 749-761, 2015.
- 25) Dewing, J., Dijk, S. : What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review, Dementia (London), 15(1), 106-124, 2016.
- 26) Digby, R., Lee, S., Williams, A. : The experience of people with dementia and nurses in hospital: An integrative review, J. Clin. Nurs., 26(9-10), 1152-1171, 2017.
- 27) 鈴木みずえ, 吉村浩美, 宗像倫子 他: 急性期病院の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度の開発, 老年看護学, 20(2), 36-46, 2016.
- 28) 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室: 地域包括ケアシステムと認知症施策 2018, <https://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/documents/2018-1-sesaku.pdf>, (2023.11.30 閲覧)
- 29) 鷹嘴亜里, 飯嶋一侑樹, 森谷祐介 他: 多職種連携による認知症ケアサポートチームについての臨床的検討, 神経治療学, 36 (1), 30-34, 2019.
- 30) 上藪紗映, 山崎裕司, 加藤宗規: 身体疾患を合併する精神疾患患者の自宅退院を規定する要因, 高知リハビリテーション専門職大学紀要, 2, 1-5, 2020.
- 31) 小木曾加奈子, 伊藤康児: 認知症高齢者に対するシームレスケアに関する文献研究, 福祉図書文献研究, 18, 41-50. 2019.
- 32) 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸, 久留弥保: 認知症高齢患者に必要な医療を提供するための看護ー地域包括ケア病棟におけるフィールド調査ー, 福祉と看護の研究誌, 6, 42-51, 2019.
- 33) 曾川裕一郎: 認知症患者の日常生活動作, 認知機能, 退院後転帰に対するリハビリテーション効果について 日本リハビリテーション医学会患者データベースの分析, Journal of Clinical Rehabilitation, 21 (7), 716-720, 2012.
- 34) 柄澤邦江, 安田貴恵子, 伊藤みほ子 他: 訪問看護師と病棟看護師の切れ目のない緩和ケアを提供するための課題, 長野県看護大学紀要, 22, 23-36, 2020.
- 35) 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.

- 36) 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* , 1 (12), 116-124, 2017.
- 37) 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, *日本認知症ケア学会誌*, 15 (4), 820-825, 2017.
- 38) 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.
- 39) 遠井万里子: 同行訪問の体験と学びから「生活者としての患者」に向き合う退院支援へ, *訪問看護と介護*, 20 (12), 989-994, 2015.
- 40) 角田直枝: 出向者以外の看護師にも「訪問看護体験」への意欲が波及, *看護*, 68 (13), 48-50, 2016.

第1章 病棟における認知症ケアおよび在宅復帰支援に関する文献検討

I. 目的

高齢者では、入院に伴い、せん妄などの合併症の発生頻度が高く、それらが生じることで治療が長期化し、心身の機能低下が起りやすい。認知症は入退院支援加算において退院が困難となる要因の1つに挙げられており¹⁾、入院直後もしくは入院前から、退院後の生活までを見据えた支援を適切に行っていく必要がある。したがって、入院前や入院時の情報収集およびアセスメントが大きな役割を果たすが、認知症高齢者自身から正確な情報を得ることは容易ではない。さらに、核家族化が進み、介護者自身も高齢である場合は、家族からの情報も得にくくなるため、入院前における包括的なアセスメントがしばしば困難となる。

このような状況から、認知症高齢者の心身機能を具体的に把握し、対象者自身の持つ力や支障を来している部分をより明確にするためには、在宅生活を支える訪問看護師や介護支援専門員などから得た情報と病棟看護師自身の観察から得た情報を統合することが必要で、特に疾患を抱える認知症高齢者では、看護師の視点が重要となる。

以上から、認知症高齢者の在宅復帰に向けた病棟看護師と訪問看護師との連携、さらに在宅復帰を担い、要介護高齢者が入院することが多い地域包括ケア病棟の取り組みに着目した文献検討を行った。

II. 方法

1. 文献の抽出と選定

文献検索では、国内の論文は医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 (1983 年収録開始) を、国外の論文は CINAHL (1987 年収録開始) を使用した。論文種別は原著論文に限定し、2 ページ以下の集録および解説・総説は除外した。医学中央雑誌 Web 版では、2010 年～2020 年の 10 年を対象に、「認知症」、「退院支援/在宅移行ケア」、「訪問看護」、「病棟看護」、「地域包括ケア病棟」のキーワードをそれぞれ組み合わせて検索を行った。CINAHL では、対象年齢を 65 歳以上とし、国内文献と同様に 2010 年～2020 年の 10 年間に限定し、「dementia」、「cognitive impairment」、「discharge support」、「support for moving to a residence」、「home

health nurse], 「visiting nurse」, 「information exchange」, 「cooperation」, 「coordination」, 「ward nurse」, 「hospital nurse practitioner」をそれぞれ組み合わせて検索を行った。

選定基準を「認知症高齢者が自宅退院を目指すために必要な入院中の看護ケアおよび訪問看護師との連携に関する研究」として対象論文を抽出した。病棟看護師側のみでの検討や支援が退院時に限られ、訪問看護をはじめとする院内外の専門職種との連携に関与しないものは除外した。また、今回は看護師間での連携に着目したため、地域連携室や社会福祉士との連携に限定されたものも除外した。

2. 分析方法

対象となった文献を熟読し、病棟での認知症ケア、病棟看護師と訪問看護師との在宅復帰支援における連携の実態に焦点を当てて内容を抽出した。また、論文中にある課題についても分析対象とした。抽出した内容を意味のまとまりごとにコード化し、さらに類似性、相違性について統合し、サブカテゴリ、カテゴリと抽象度を上げた。分析にあたっては、期間をおき、繰り返し検討を重ねて分析を行うことで、結果の一貫性を維持し妥当性を高めた。

III. 結果

キーワード検索により、国内論文 305 文献、海外論文 168 文献が抽出された。抽出した文献をタイトルと要旨の内容からさらに絞り込み、検索基準・除外基準と照らし合わせて、国内論文 20 文献、海外論文 2 文献を分析対象とした。

1. 文献の概観

対象施設は、医療機関が 16 件、訪問看護ステーション 3 件、在宅（地域）2 件、ナーシングホーム 1 件であった。対象者（重複あり）は、病棟看護師 8 件、訪問看護師 7 件、介護支援専門員 4 件、患者および家族 6 件であった。研究デザインは、質問紙調査による量的記述的研究が最も多く 10 件であり、インタビュー調査による質的帰納的研究 7 件、事例研究 2 件、後ろ向きコホート研究 2 件であった。内容別に分類した結果を表 1 に示す。「病棟看護師や施設スタッフが実践する退院支援に関する研究」、「病棟看護師と訪問看護師との連

携・協働に関する研究」,「訪問看護師・介護支援専門員への情報提供に関する研究」,「院内外の連携・協働に関する研究」,「訪問看護師が実践する退院調整に関する研究」,「入院が延長する要因に関する研究」,「認知症ケアに対する整備体制に関する研究」,「病棟看護師の社会保障サービスへの理解に関する研究」に分けることができた。

表 1. 研究内容の分類

分類	著者名 (発行年)	目的	対象者	研究デザイン
病棟看護師や施設スタッフが実践する退院支援に関する研究	Greg Arling (2010)	入所者を地域社会に復帰させるための目標とターゲット基準を明らかにする	ナーシングホーム入所した患者524,648名	後ろ向き コホート
	Susan Lysaght Hurley (2014)	在宅と入院の移行をめぐる、高齢者、介護者、スタッフの信念と実践を明らかにする	患者4名 家族介護者10名 専門職24名	半構造型 個別面接
	清永麻子 (2016)	認知症を有する大腿骨近位部骨折患者に対し、在宅復帰に向けて実践されている看護を明らかにする	看護師10名	半構造型 個別面接
	小木曾加奈子 (2018)	地域包括ケア病棟看護師が認知症患者への退院支援調整で心がけていることを明らかにする	看護師27名	質問紙調査
	清永麻子 (2018)	病棟看護師が退院後の生活に関してどのような視点で看護実践を行っているのかを明らかにする	看護師 683名	質問紙調査
	村瀬真望 (2018)	地域包括ケア病棟で行われている退院支援の実態を明らかにする	病棟看護師19名 訪問看護師5名	質問紙調査
	高羽里佳 (2019)	看護実践を振り返り、意思決定支援の事例における病棟看護師の退院支援の役割を明確にする	看護師 5名	事例検討
	樋田小百合 (2019)	退院先の療養の場を踏まえた看護実践の現状を明らかにする	退院した認知症高齢者16名	フィールド調査
病棟看護師と訪問看護師との連携・協働に関する研究	潮由美子 (2013)	在宅移行期における訪問看護師が取り組む病棟看護師との協働を明らかにする	訪問看護師 8名	半構造型 個別面接
	樋口キエ子 (2013)	在宅移行時における訪問看護師と病院看護師との連携を促進する要因と阻害する要因を明らかにする	訪問看護師 8名	半構造型 個別面接
	長屋央子 (2016)	病棟看護師と訪問看護師で行う意見交換会(1~2回/年)の評価をする	訪問看護師56名 病棟看護師12名	質問紙調査
	高木あゆみ (2019)	急性期病院と在宅療養における継続看護での訪問看護師がもつ「療養上の困りごと」を明らかにする	訪問看護師11名	半構造型 個別面接
訪問看護師・介護支援専門員への情報提供に関する研究	中田晴美 (2012)	介護支援専門員と訪問看護師が情報提供を医療機関に求めているかを把握する	介護支援専門員109名 訪問看護師28名	質問紙調査
	森本明見 (2019)	訪問看護師や介護支援専門員から退院後に必要とされている情報内容を明らかにする	訪問看護師と介護支援専門員74名	質問紙調査
	島田真愛 (2020)	看護サマリーで介護支援専門員や訪問看護師が必要とする情報提供ができていないのか明らかにする	介護支援専門員と訪問看護師27名	質問紙調査

分類	著者名 (発行年)	目的	対象者	研究デザイン
院内外の連携・協働に関する研究	今村瑞枝 (2019)	自宅看取りを希望する家族へ院内外の専門職種と連携・協働を行った事例を振り返る	認知症と老衰の90歳女性	事例検討
	丸山優 (2020)	開放型病床での認知症高齢者への退院へ向けて生活の継続を見据えた看護の構造を明らかにする	看護師4名	フォーカスグループインタビュー
訪問看護師が実践する退院調整に関する研究	原田静香 (2013)	訪問看護師による退院調整への関与の有無で在宅移行期に起きた家族介護者の状況の違いを検証する	65歳以上の在宅療養者を家族12名	質問紙調査 個別面接
入院が延長する要因に関する研究	内ヶ島伸也 (2019)	大腿骨頸部骨折で入院した認知症高齢者の在院日数とその要因を非認知症高齢者と比較する	認知症患者4名と非認知症患者4名	後ろ向き コホート
認知症ケアに対する整備体制に関する研究	菅野雄介 (2017)	がん診療連携拠点病院における認知症ケアの整備体制を明らかにする	がん診療連携拠点病院188施設	質問紙調査
病棟看護師の社会保証サービスへの理解に関する研究	松井美帆 (2013)	回復期リハビリテーション病棟退院患者にたいする看護師の介護保険情報提供の実態について明らかにする	自宅退院した患者128人（看護師が回答）	質問紙調査

2. 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の現状と課題

対象文献から抽出された内容について、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》とし、カテゴリごとの概要を示す。

1) 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の現状

対象文献から抽出された41のコードは、11のサブカテゴリ、5つのカテゴリに類型化されたものを表2に示す。

【病棟看護師と訪問看護師との連携】には、長屋ら²⁾、中田ら³⁾、高羽ら⁴⁾、島田ら⁵⁾、森本ら⁶⁾、村瀬ら⁷⁾、潮ら⁸⁾、Hurleyら⁹⁾、樋口ら¹⁰⁾の文献があった。高齢者の場合、入院の原因となった疾患の治療が落ち着いても、入院前の生活機能までに回復しないことも多く、患者・家族と病院関係者によって在宅生活の継続のために検討する必要がある⁹⁾。そのため、入院早期から在宅生活継続のために患者自身ができるセルフケア、介助が必要な部分、また家族が入院中に習得する必要がある技術などを見極めていく⁸⁾。これらの支援を行っていくために、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）に任せきりにするのではなく、患者に一番近い位置にいて入院中の経過を知る病棟看護師が、訪問看護師、介護支援専門員と緊密な連携を図り、在宅復帰を支援する取り組みを行っていた^{4) 9)}。

表2. 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の現状

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
病棟看護師と 訪問看護師との協働	入院中の経過の共有	入院中の意思決定プロセスを訪問看護師との共有
		医療処置だけでなく生活援助面の情報も訪問看護師との共有
		プライマリナーズが中心となって介護支援専門員・訪問看護師との連携
	看護職視点の共有	看護要約による訪問看護師・介護支援専門員への情報提供の充実
		患者の病気への思いを訪問看護師との共有
		入院中に見えた課題を訪問看護師との共有
退院後も実践可能な ケアの内容	訪問看護師と病棟看護師が直接顔を合わせる機会	
	自宅での課題を訪問看護師から病棟看護師へのフィードバック	
院内外の多職種との 連携・協働	看護師以外の職種との協働	病院での生活上の困難さを在宅ケア提供者へ引き継ぎ
		訪問看護師と病棟看護師による協働活動によって在宅でおこりうる問題の予測
		日常生活上の課題をリハビリスタッフとの検討
	カンファレンスの活用	住環境から検討する多職種で入院環境の調整
BPSD・せん妄への対応はすべての専門職で検討・対応		
入院前の生活の理解	退院後の生活を見据える という意味	社会資源の種類や活用方法について連携室との調整
		関係するすべての職種でケア方法についての検討
		各職種の専門性を生かした介入
	入院前と退院時の能力の違い	入院時から退院後まで視野に入れた時間軸の保持
		在宅生活の具体的なイメージ
		自宅退院へ向けたアセスメント
家族へのかかわり	介護負担感の軽減に向けた かかわり	自宅の環境に合わせたリハビリテーションの実施
		退院後に向けたケアのシンプル化
	患者・家族の意思決定支援	退院後の生活での具体的な支援方法の提供
		退院後に活用できる社会資源に関する情報提供
認知症・認知症ケア への理解	個別性の応じたケアの提供	退院後に必要が高まる可能性のあるケアの予測
		本人・家族の習慣・価値観の理解
		生活のリズムが整うようなケアの実践
	環境調整の重要性	脳活性化に有用なケアの実践
		患者のもつ力を発揮できるようなかかわり
		的確なリスクマネジメントの実践
		入院中から退院後まで本人の意思決定の支援
		退院先にかかわらず生活機能回復をはかるケアの実践
		身体機能が維持・向上されるケアの実践
		せん妄・混乱の原因についてのアセスメント
		落ち着いた安心感を与える環境の整備

これらの 9 つの文献から、疾患だけでなく、患者の意思決定支援のプロセスや必要な生活援助面についても、受け持ち看護師が中心となって、看護要約などの手段を使って《入院中の経過を（の）共有》していた。また、《看護職の視点（による情報共有で）》でみえた患者の思いや入院中の課題について共有し、さらに、より具体的に、詳細に情報を共有するために病棟看護師と訪問看護師が直接顔を合わせる機会を増やす取り組みも行われていた。訪問看護師からは、自宅での生活のなかで課題だと考えられる点を病棟へフィードバックし認知症高齢者の看護ケアに役立てるかかわりもあった。在宅で生活を営む上での困りごとを軽減するために、病院でも生活上の困難さを在宅ケア提供者へ引き継ぐ、退院前に病棟看護師と訪問看護師の協働によって問題点を予測するといった《退院後にも継続するケアの内容》の実践がなされていた。

【院内外との連携】では、今村ら¹¹⁾、丸山ら¹²⁾、内ヶ島¹³⁾、小木曾ら¹⁴⁾、菅野ら¹⁵⁾、清永ら¹⁶⁾の文献があった。高齢者では、入院による心身機能の低下が起こりやすい。せん妄や BPSD が出現した際には、看護師だけではなく全職種が対応して早期の症状改善・軽減を図る必要がある。具体的には、全職種がせん妄や BPSD を理解し、基本的な認知症ケアができるようマニュアルを整備したり、改訂したりする必要があるが、マニュアルの整備やチームによるアセスメントを実施している医療機関は少数である¹⁴⁾ ことが報告されていた。また、認知症高齢者では、継続的な治療の必要がなくても退院先が自宅とは限らないことも多くある。しかし、できるだけ住み慣れた自宅へ退院できるよう、入院早期から住環境を確認¹⁵⁾ したり、活用できる社会資源について連携室と調整を行う¹¹⁾ などの実践がなされていた。

6 つの文献から、認知症高齢者では、日常生活上の課題や住環境などについて、多職種で情報収集やアセスメントを行い、訓練や病室の環境整備を行う必要があることが示唆された。看護師だけではなく、身体機能に関するリハビリテーションスタッフとの相談や、せん妄予防のための薬剤師との情報交換、社会資源の活用のための MSW との連携といった《看護師以外の職種との協働》が重要であり、医療機関ごとに特徴を生かした対応を行っていた。その情報を共有するために《カンファレンスを（の）活用》し、関係する職種全員で対応を検討し、各職種の専門性を生かした介入を行っていた。

【入院前の生活の理解】では、長屋ら²⁾、中田ら³⁾、高羽ら⁴⁾、丸山ら¹²⁾、小木曾ら¹⁴⁾、清永ら¹⁶⁾¹⁹⁾、高木ら¹⁷⁾、松井¹⁸⁾がある。認知症をもつ人々へのパーソン・センタード・ケアにおいては、患者のこれまでの習慣や嗜好を知ることが大切である。認知症高齢者にた

いしては、入院生活への適応と同時に、退院に向けたかかわりも必要¹¹⁾であり、生活者としての患者背景を知ることは、退院後の具体的なイメージにつながると考えられていた。

9つの文献から、病棟看護師は、入院時から退院までの時間軸をもち、在宅での生活をイメージしてアセスメントを行っていた。退院に向けて、自宅環境に合わせたリハビリテーションやケアのシンプル化をはかり、活用できる社会資源に関する情報提供を行うなどの「退院後の生活を見据えるという意味」を考えたケアや支援を行っていた。また、入院によって身体機能および認知機能の低下が予想される認知症高齢者では、日常生活動作や認知機能の「入院前と退院時の能力の差」の把握に努めていた。

【家族へのかかわり】では、丸山ら¹²⁾、小木曾ら¹⁴⁾、高木ら¹⁷⁾、清永ら¹⁹⁾、Greg Arlingら²⁰⁾、原田ら²¹⁾があった。在宅生活では、認知症高齢者の介護を家族が担うことが多く、家族介護者に多大な負担となるため、家族介護者への支援は重要な課題¹⁸⁾である。これら5つの文献では、治療経過や入院中の認知症高齢者の現状および今後の見通しについて家族が理解できるように伝達したり、入院前の生活と変化がある場合には、家族の意思決定に関心をもつ¹¹⁾ようなかかわりが報告されていた。また、「介護負担感の軽減に向けたかかわり」として、家族も患者と同じくケアの中心と考えて支援したことで患者の心身の状況が改善し、家族の負担感が軽減したこと、「患者・家族の意思決定支援」を支え、退院後に家族が介護を継続できるように患者・家族の思いを尊重し、在宅療養に関する意向を繰り返し確認したこと、変化する家族の思いに寄り添い、退院先がどこに変更になっても対応できるように機能回復をはかるケアを行っていたことが報告されていた。

【認知症・認知症ケアへの理解】では、中田ら³⁾、丸山ら¹²⁾、内ヶ島¹³⁾、清永ら¹⁶⁾、高木ら¹⁷⁾、樋田ら²²⁾の文献があった。認知症高齢者は、入院による環境変化、疾患や治療による苦痛、安静による行動の制限、馴染みのない人間関係などがあり¹⁵⁾、ストレス増強により不安や混乱を来しやすい状態にある。病院では、治療やリハビリテーション、危険防止、あるいは他患者への配慮という観点から、管理的、画一的な対応になりがち¹⁷⁾で、それらはせん妄やBPSDの発症誘因となるため、個別性に応じたケアが必要となり、入院生活環境やリズム、各個人の特性の理解に努めながらケアが実践されていた。

6つの文献から、患者本人や家族の生活習慣や人となり、価値観などを理解し、その個人の生活環境やリズムに合わせたケアの実践、患者のもっている力を発揮でき、また過剰な監視や抑制にならないよう、アセスメントを行的確なリスクマネジメントに取り組んでいた。また、生活習慣や価値観から、入院中の本人の意思決定を支援していた。さらに、退院

先にかかわらず、生活機能の回復、身体機能が維持・向上されるケアや訓練が行われており、心身の活動が支援され、《個別性に応じたケアの提供》がなされていた。認知症ケアに重要な環境調整においては、せん妄や混乱の原因についてアセスメントを行い、落ち着いた環境を整えるといった《環境調整の重要性》についても実践されていた。

2) 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の課題

対象文献から抽出された課題を表3に示す。19のコード、8つのサブカテゴリ、3つのカテゴリに類型化された。

表3. 在宅復帰支援を目的とした認知症ケアと看護師による連携の課題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
在宅生活のイメージ不足	足りない在宅生活に関する情報	在宅生活を想像する力の不足	
		家族への介入と情報収集の不足や遅延 家族への介護負担感に対するアセスメント	
	個別性への理解不足	本人や家族の価値観に関する情報の取得 患者の自宅での過ごし方について、より詳細な情報収集	
せん妄・認知症ケアの不徹底	困難な基本的な認知症ケア	多忙な病棟業務 認知症ケアに関する専門的な知識不足 過度なリスクマネジメント	
		せん妄に関する理解不足	せん妄に関する知識 せん妄のリスクファクターの除去
		チームアプローチの欠如	認知症ケアチームへの積極的な相談と助言の活用 多職種での情報共有 多職種で統一したケア提供
訪問看護師との連携不足	訪問看護・在宅看護への理解不足	在宅での訪問看護師の役割や支援内容の理解 訪問看護師と協働するということの理解	
		連携室の役割	社会福祉士へ一任されている在宅ケア提供者との連携 日常的に行われている連携室とおした情報交換
	介護支援専門員との連携	介護が優先になりがちな在宅療養 介護専門員とおした訪問看護師との情報交換	

【在宅のイメージ不足】では、高羽ら⁴⁾、森本ら⁶⁾、潮ら⁸⁾、樋口ら¹⁰⁾、清永ら¹⁶⁾¹⁹⁾、松井¹⁸⁾、原田ら²¹⁾、樋田ら²²⁾の文献があった。《足りない在宅生活に関する情報》、《個別性への理解不足》が課題となった。病棟看護師には、在宅生活を想像する力が足りないこと、患者本人が優先され、家族への介入が遅れることによって必要な情報収集も遅延している

現状があった。また、在宅生活を想像することが難しいため、介護負担感に関するアセスメントの視点が乏しい。よって、家族とのかかわりのなかで、患者を含めたその家庭の価値観、自宅での役割や過ごし方についてより詳細な情報を得ることができれば、【在宅生活のイメージ不足】が解消され、在宅の視点をもった在宅移行支援が可能になる。

【せん妄・認知症ケアの不徹底】では、内ヶ島¹³⁾ 菅野ら¹⁵⁾、清永ら¹⁶⁾、Greg Arlingら²⁰⁾、樋田ら²²⁾の文献があった。多忙な病棟業務や認知症ケアにたいする知識不足、また過度なリスクマネジメントによる《(困難な)基本的な認知症ケア》の困難さがあった。せん妄についても、知識が不足していることによって、リスクファクターの除去が不十分であり、《せん妄に関する(理解)》を深める必要がある。また、専門的知識を持つ認知症ケアチームへの積極的な相談と助言を活用し、多職種で情報共有を行い、統一したケアを実践することで《チームアプローチの欠如》を避け、【せん妄・認知症ケア】の充実を図る必要がある。

【訪問看護師との連携不足】では、長屋ら²⁾、中田ら³⁾、高羽ら⁴⁾、島田ら⁵⁾、村瀬ら⁷⁾、Hurleyら⁹⁾、樋口ら¹⁰⁾、今村ら¹¹⁾、丸山ら¹²⁾、小木曾ら¹⁴⁾、高木ら¹⁷⁾、松井¹⁸⁾、原田ら²¹⁾の文献があり、《訪問看護・在宅看護への理解不足》が課題となっていた。在宅での訪問看護師の役割や支援内容を理解している病棟看護師は少ない現状があった。そのため、訪問看護に同行するといった取り組みを行うことで、訪問看護への理解を深め訪問看護と協働するということを理解する必要がある。さらに退院支援・退院調整を行う部門として多くの医療機関には連携室が存在している。《連携室の役割》として、日常的に連携室をとおした情報交換が行われており、在宅ケア提供者との連携は社会福祉士へ一任されている。また、介護も医療も必要な認知症高齢者では介護保険制度により在宅サービスを利用しているため《介護支援専門員との連携》が中心となっている。しかし、介護面も医療面もみることのできる訪問看護師との連携によって、疾患を管理しつつ在宅療養の継続ができるため【訪問看護師との連携不足】を解消することが在宅復帰支援の課題となっていた。

IV. 小括

認知症高齢者を含めた疾患をもつ患者の在宅復帰支援における病棟看護師と訪問看護師との連携では、【病棟看護師と訪問看護師との連携】を中心に【院内外が多職種との連携・

協働】が行われていた。在宅復帰のためには退院後の生活を見据える必要があり，【入院前の生活の理解】や【家族へのかかわり】のなかから，個別性に応じたケアの提供など【認知症・認知症ケアへの理解】を深め，ケアを実践することで在宅復帰支援に寄与できる。

しかしながら，病棟看護師には【在宅生活のイメージ不足】があり，退院後の生活を十分に見据えることができていない，という課題があった。在宅生活を看護の視点でみている【訪問看護師との連携不足】を解消することによって，【在宅生活のイメージ不足】を補い，その人の生活歴や価値観などの背景を知ることによって【せん妄・認知症ケアの不徹底】を排除し，適切な治療や訓練を受けることができ，在宅復帰支援につなぐことができる。疾患の管理や日常生活の支援だけでなく，精神面や家族支援までを行う看護職こそ，在宅復帰支援のリーダーとして退院支援や退院調整を行うべきである。そこで，在宅から入院，入院から在宅へとつなぐ看護の視点を生かした可視化されたツールが必要であると考え，本研究の着想に至った。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：平成 30 年度診療報酬改定関係資料（医科・調剤），
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196430.pdf>.（2023.11.30 閲覧）
- 2) 長屋央子，元木薫，野竹恵美子 他：在宅医療支援病棟における病棟看護師と訪問看護師の連携強化のための取組み一意見交換会の評価一，日本看護学会論文集 在宅看護，46，83-86，2016.
- 3) 中田晴美，坂井志麻，犬飼かおり 他：介護支援専門員と訪問看護師が医療機関に求める情報提供と退院調整システムのあり方に関する研究，東京女子医科大学看護学会誌，7 (1)，15-25，2012.
- 4) 高羽里佳，中本なぎさ，山田悠紀子 他：退院支援における病棟看護師のかかわりを振り返る一意志決定を支え自宅退院を実現できた一事例からみえたこと一，日本看護学会論文集 慢性期看護，49，95-98，2019.
- 5) 島田真愛，岡本結衣，尾嶋弘美 他：地域包括ケア病棟における退院調整サマリーの検討一アンケート調査結果を基に退院後の生活を意識した看護サマリーの作成を目指して一，日本看護学会論文集 在宅看護，50，27-30，2020.
- 6) 森本明見，久保陽子，長谷川真樹 他：地域包括ケア病棟が取り組む退院支援における

- 情報提供の検討ー訪問看護師と介護支援専門員への質問紙調査よりー, 日本看護学会
論文集 ヘルスプロモーション, 49, 7-10, 2019.
- 7) 村瀬真望, 花岡千子, 三宅由希子: 病棟看護師と訪問看護師の連携の在り方の検討ーA
病院の退院支援における現状と課題からー, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 48, 3-
6, 2018.
 - 8) 潮由美子, 森下安子: 在宅移行期における訪問看護師が取り組む病棟看護師との協働,
高知女子大学看護学会誌, 38 (2), 108-117, 2013.
 - 9) Susan Lysaght Hurley, Neville Strumpf, Frances K. Barg et al: Not Quite Seamless:
Transitions between Home and Inpatient Hospice, JOURNAL OF PALLIATIVE
MEDICINE, 17 (4), 428-434, 2014.
 - 10) 樋口キエ子, 山崎恵子, 玄永春奈 他: 訪問看護師が認識する在宅移行時の連携促進要
因と阻害要因, 医療看護研究, 10 (1), 38-44, 2013.
 - 11) 今村瑞枝, 猪爪美優姫: 在宅看取りをかなえた院内外の多職種連携ー「最期は家で」を
かなえるために看護師にできることー, 北海道農村医学会誌 51, 153-156, 2019.
 - 12) 丸山優, 田中敦子, 水間夏子 他: 認知症高齢者の生活の継続を見据えた急性期病院に
おける看護の構造 開放型病床での看護実践の質的分析, 老年看護学, 25 (1) 87-96,
2020.
 - 13) 内ヶ島伸也: 大腿骨近位部骨折で入院した認知症高齢者における在院日数とその要因,
北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 15 (1), 11-20, 2019.
 - 14) 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸 他: 看護職が認知症高齢患者の退院支援・退院
調整において心がけていること, 福祉と看護の研究誌, 5, 60-68, 2018.
 - 15) 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.
 - 16) 清永麻子, 永田千鶴, 堤雅恵: 認知症を有する大腿骨近位部骨折患者の在宅復帰に向け
て一回復期リハビリテーション病棟看護師が実施している看護の実態ー, 日本リハビ
リテーション看護学会誌, 6, 34-43, 2016.
 - 17) 高木あゆみ, 水原美地, 鹿毛美香 他: 訪問看護師が「急性期病院の病棟看護師が行う
退院支援」に期待すること, 日本看護学会論文集 急性期看護, 49, 123-126, 2019.
 - 18) 松井美帆: 回復期リハビリテーション病棟退院患者の介護保険サービス利用予定に関す
る現況, 老年看護学, 18 (1), 82-87, 2013.

- 19) 清永麻子, 永田千鶴, 堤雅恵 他: 回復期リハビリテーション病棟看護師の認知症高齢者への退院支援ー在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度調査ー, 日本リハビリテーション看護学会誌, 8 (1), 54-60, 2018.
- 20) Greg Arling, Robert L. Kane, Valerie Cooke : Targeting Residents for Transitions from Nursing Home to Community, Health Research and Educational Trust, 45 (3), 691-711, 2010.
- 21) 原田静香, 杉本正子, 秋山正子 他: 訪問看護師による退院調整への関与に関する分析ー通常の退院調整後との比較からー, 順天堂醫事雑誌, 59 (6), 480-489, 2013.
- 22) 樋田小百合, 小木曾加奈子, 渡邊美幸 他: 地域包括ケア病棟の認知症高齢者に対する退院後の療養の場を踏まえた看護実践ー自宅と施設に退院した事例に着目をしてー, 福祉と看護の研究誌, 6, 15-25, 2019.

第2章 研究の目的と構成

I. 研究の目的

文献検討の結果、看護師の在宅復帰支援を目的とした連携の現状と課題について、退院後につながる日常生活の支援を行う病棟看護師にこそ、退院支援や退院調整を行う力量が求められ、病棟看護師と訪問看護師との直接的な情報交換が認知症ケアや在宅復帰支援に有用であることがわかった。特に、医療も介護も必要な認知症高齢者の在宅復帰支援においては、病棟看護師と訪問看護師との連携が重要である。

そこで本研究は、認知症高齢者が、入院の原因となった疾患の治療が終了した後すぐに住み慣れた自宅へ戻り、在宅生活を再開するために病棟看護師と訪問看護師が連携するツールとして活用可能な「認知症高齢者の在宅復帰支援連携パス」を開発し、効果を検証することを目的とする。

II. 研究の意義

「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」は、病棟看護師と訪問看護師との連携の時期や内容を明確に表すものである。そのため、自宅で生活していた認知症高齢者に入院が必要となってもこの可視化されたパスを活用することで、適切な認知症ケアや在宅復帰支援が実践され、その期間を最小限にすることができる。そして、再び住み慣れた自宅に戻り、在宅生活を送ることが可能となれば、地域包括ケアシステムの一端を担うことができる。

III. 用語の定義

1. 認知症高齢者

日本老年看護学会¹⁾によると認知症高齢者とは、「認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能の低下を示しつつも、潜在する力を有し、主体的に自分の人生を生きようとしている高齢者であり、コミュニケーション障害によりうまく表現できないとしても、自らの意思を有している人」とされ

ている。本研究においても、医療機関において高齢者や家族、看護師が困難な状況におかれるのは、認知症の診断の有無やその原因ではなく、意思疎通の困難さや指示が守れないといった生活への支障を指すため、「認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能が低下した高齢者」とした。

2. 在宅復帰支援

広辞苑²⁾によると「退院」とは、「入院していた患者が病院を出ること」とされており、自宅に戻るという意味は含まれていない。退院支援とは、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランを作るのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセス」とされている^{3) 4)}。また、「在宅」とは「外出せずに自分の家にいること」とされているが、「在宅医療」を見てみると「医師・看護師の訪問によって患者の自宅で行う医療」とある。「復帰」とは「もとの場所・地位・状態などに戻ること」である。そこで本研究では、「退院支援」ではなく、「在宅復帰支援」とし、その意味を「入院前に生活を営んでいた患者の自宅へ退院するための支援」とする。

3. 看看連携

病院看護管理者のための看看連携体制の構築に向けた手引き⁵⁾では、看護職同士がつながること、すなわち看護と看護の連携を「看看連携」と呼び、「地域の看護職同士が、対象者の生活を支えるために、同じ目標をもって、信頼しあい、対等の立場で協働すること」と定義している。つまり、多様な部署・機関に属する看護職どうしが顔の見える関係性を構築し、互いの役割を理解しコミュニケーションの円滑化を図ることを指す。そこで本研究では、「医療機関に勤務する看護師と地域で認知症高齢者の支援を行う訪問看護師間の連携」を看看連携と定義する。

IV. 研究の構成

本研究は3段階により実施した（図1）。



図1. 研究の構成

第1段階 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看護師と訪問看護師の連携・協働の実態

第1段階での研究は、地域包括ケア病棟の看護師は、認知症高齢者の在宅復帰支援のためにどのようなことを実践しているのか、また、地域包括ケア病棟の看護師と訪問看護師は、どのような連携・協働を行っているのかを明らかにすることを目的とした。21名の地域包括ケア病棟看護師と17名の訪問看護師を対象に半構成型個別面接を行った。まず、地域包括ケア病棟の看護師へ、入院前に担当していた訪問看護師との連携・協働の実際、入院生活における認知症ケアの内容と在宅復帰に向けた支援の内容、また、そのなかでうまく進んだこととそうではなかったことについて尋ねた。次に訪問看護師へ、病棟看護師との連携・協働の実際、訪問看護師からみた病棟看護師が行う認知症ケアや在宅復帰支援について、また、在宅復帰に向け有用だと考える病棟看護師との連携・協働、病棟における認知症ケアについてインタビューを行った。録音したインタビューデータから逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析法^{6) 7)}を参考に分析を行い、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の看護師と訪問看護師の連携・協働の実態と課題について明らかにした。

第2段階 「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」の作成

第2段階では、第1段階のインタビュー調査で明らかとなった「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の看護師と訪問看護師の連携・協働の実態と課題」から、実際の看護ケア介入項目として作成した「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 34項目」の妥当性の検証を行った。医療機関に所属している認知症看護認定看護師 1,321名を対象とし、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、作成した各項目について6件法（リッカートスケール）を用いて回答を求めた。データ分析は探索的因子分析を行い、32項目の「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」を作成した。

第3段階：「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成と活用

第3段階では、第1段階のインタビュー調査および第2段階の質問紙調査の結果をもとに、病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成と実際の地域包括ケア病棟での活用を試みた。「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成では、協力の得られた地域包括ケア病棟において、「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」を用い実態調査を行った。その結果を踏まえ、勤務する病棟看護師らと病棟の現状に合わせ、当該病棟で使用可能な内容を検討し、修正した「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」を用いた支援を行った。

【引用文献】

- 1) 日本老年看護学会：『急性期病院において認知症高齢者を擁護する』日本老年看護学会の立場表明 2016,
<http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/%E8%80%81%E5%B9%B4%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E7%AB%8B%E5%A0%B4%E8%A1%A8%E6%98%8E%EF%BC%88%E5%85%A8%E6%96%87%EF%BC%89%E5%85%AC%E9%96%8B%E7%94%A8160820.pdf> (2023.11.30 閲覧)

- 2) 新村出 編：広辞苑第七版，岩波書店，2018.
- 3) Volland PJ : Discharge planning : An interdisciplinary approach to continuity of care, National Health Publishing, Maryland, 1988
- 4) 手島陸久：退院計画－病院と地域を結ぶ新しいシステム－，中央法規出版，東京，1996
- 5) 永田智子，宇都宮宏子，角田直枝 他：病院看護管理者のための看看連携体制の構築に向けた手引き，平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業），地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究，2019.
- 6) Dr. Klaus H. Krippendorff : Content Analysis An Introduction to Its Methodology, SAGE Publications, 米国, 2018.
- 7) 三上俊治，椎野信雄，橋元良明訳：Krippendorff. K. メッセージ分析の技法. 第 1 版，勁草書房，東京，1989.

第3章 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看護師と訪問看護師の連携・協働の実態

I. 目的

第3章では、訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者が入院した場合、入院まで支援していた訪問看護師と地域包括ケア病棟看護師は、入院生活での認知症ケアや在宅復帰支援のためにどのようなことを実践しているのか、またどのような連携・協働を行っているのかを明らかにする。そのなかでの課題を見つけ、どのように連携・協働を図ることが認知症ケアや在宅復帰支援のために有効であるのかを明らかにすることで、認知症高齢者の在宅復帰につなぐことができ、地域包括ケアシステム的一端を担うことができると考える。

II. 方法

1. 対象者

中国・九州地方にある地域包括ケア病棟を有する医療機関および訪問看護ステーションに研究の協力を依頼し、地域包括ケア病棟を有する8医療機関、9つの訪問看護ステーションから承諾が得られた。管理者より推薦された、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名を対象とした。

調査期間は2019年11月から2021年3月である。

2. 調査内容とデータ収集方法

1) 対象者の属性

年齢、性別、看護師としての経験年数、当該部門での経験年数、看護師以外の資格（保健師、介護支援専門員等）についてフェイスシートへの記載を求めた。

2) インタビュー調査

まず、地域包括ケア病棟に勤務する看護師を対象に、入院前に訪問看護などの在宅サービスを受けながら生活していた認知症高齢者を想起しながら、入院前に担当していた訪問看護師との連携・協働の実際、入院生活における認知症ケアの内容と在宅復帰に向けた支援の内容、また、そのなかでうまく進んだこととそうではなかったことについて半構成型個別面接を実施した。次に、先に実施した病棟看護師へのインタビューの結果を踏まえ、訪問看護師にたいして、地域包括ケア病棟から在宅復帰することができた認知症高齢者について、半構成型個別面接を行った。内容は、病棟看護師との連携・協働の実際、訪問看護師からみた病棟看護師が行う認知症ケアや在宅復帰支援について、また、在宅復帰に向け有用だと考える病棟看護師との連携・協働、病棟における認知症ケアについて尋ねた。

インタビュー内容は研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

3. 分析方法

対象者の属性は記述統計を行った。インタビュー調査の内容すべての逐語録を作成し熟読し、それぞれの対象者の語りの文脈を崩さないよう留意しながら分析を行った。

地域包括ケア病棟看護師のインタビュー内容では、訪問看護師との連携・協働の実際、入院生活における認知症ケアと在宅復帰に向けた支援の内容について、訪問看護師へのインタビュー内容では、在宅復帰を担う役割をもつ回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病棟看護師との連携・協働の実際、病棟看護師が行う認知症ケアや在宅復帰支援の内容、訪問看護師からみた病棟での認知症ケアや在宅復帰支援に有用だと考えていることについて表している箇所を抽出し一次コードを生成した。抽出した内容について、共通部分を見出し分類（二次コーディング）した後、さらに統合を試みサブカテゴリを生成した。そのサブカテゴリを類似性・相違性に従って総合的にとらえカテゴリを命名した。

なお、本研究では、Krippendorff の内容分析法^{1) 2)}を参考に分析を行った。内容分析は、他の質的研究で行われる理論構築を目的としておらず、データをもとにそこに組み込まれた文脈にたいして再現可能でかつ妥当な推論を行うための方法であることより採用した。

分析の過程は、2名の研究者で行い、不一致が認められた部分については慎重にデータと分析内容との検討を重ねることで妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の目的、意義、インタビューへの参加は自由意思であり、参加しなくても不利益を被ることはないこと、インタビュー後でも分析前であれば辞退を申し出ることが可能であること、また、研究終了後は、ICレコーダーの録音は消去し、資料はシュレッダーで破棄すること、所属機関や個人が特定されることはないことを口頭と文書にて説明し同意を得た。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：562）。

III. 結果

1. 地域包括ケア病棟看護師への調査

1) 地域包括ケア病棟看護師の概要

病棟看護師 21 名の概要は表 1 に示すとおりである。病棟看護師のうち、保健師の有資格者が 1 名、介護支援専門員（ケアマネジャー）の有資格者はいなかった。また、認知症に関する資格では認知症ケア専門士を有する看護師が 2 名いた。

表 1. 対象者の属性

	病棟看護師（n=21）	訪問看護師（n=17）
平均年齢（歳）	44.9±11.4	46.8±9.3
性別（人）	女性：21 男性：0	女性：15 男性：2
看護師としての経験年数（年）	19.1±11.7	21.3±9.9
当該部署での経験年数（年）	21.3±9.9	21.3±9.9
看護師以外の資格（人）		
保健師	1	1
介護支援専門員（ケアマネジャー）	0	6
介護福祉士	1	0
認知症ケア専門士	2	2
訪問看護認定看護師	0	2

2) 地域包括ケア病棟看護師へのインタビュー調査

分析の結果を表2に示す。病棟看護師が認知症高齢者の在宅復帰を目指すための訪問看護師との連携・協働と認知症ケアに関する一次コードは222であった。これらの一次コードより33の二次コード、9サブカテゴリが抽出され、3つのカテゴリとなった。

以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》、コードを< >とし、カテゴリごとの概要を示す。ここでは、抽出されたカテゴリを補完する目的で、逐語録から引用したデータ（ローデータ）を「 」で示した。

(1) 【役割遂行の葛藤】

地域包括ケア病棟の役割として、在宅療養者の受け入れと在宅復帰支援が求められているが、在宅療養者の入院よりも<急性期の医療機関からの受け入れ>患者数が圧倒的に多いことが語られていた。また、地域包括ケア病棟の入院算定期間を「60日しかない」と表現し、<入院算定期間(60日)(の使い方)>を在宅復帰支援に有効に活用するため、退院先について<入院直後から検討すべき(退院先)>と考えていた。しかし、「入院のときには施設入所や他の病院に入院することが決まっていることもある」と<在宅復帰の役割を担う病棟としての使命>といった《果たせていない地域包括ケア病棟の役割》の現状が語られていた。

認知症ケアでは、日中の活動や離床を促すためにデイルームへ誘導し趣味活動やレクリエーションなどが行われていても、<離床・見守りという名の行動制限>につながっていると感じていることや多忙な業務のなかでは認知症ケアを<看護補助者や介護士に頼らざるを得ないケアの実践>が語られた。また、「病院のなかって非日常だし…」と、<病棟という限られた環境のなかで行うケア>についても十分な認知症ケアの実践ができていないことが語られ、《病棟看護の限界》を感じていた。

このように、病棟看護師は、果たせていない《地域包括ケア病棟の役割》や《病棟看護の限界》を感じ【役割遂行の葛藤】を抱えていた。

表2. 病棟看護師からみた認知症高齢者の在宅復帰に向けた訪問看護師との連携・協働の実態

カテゴリ	サブカテゴリ	二次コード	一次コード数	
役割遂行の葛藤	果たせていない 地域包括ケア病棟の役割	急性期の医療機関からの受け入れ	10	
		入院算定期間（60日）の使い方	4	
		入院直後から検討すべき退院先	3	
		在宅復帰の役割を担う病棟としての使命	10	
	病棟看護の限界	離床・見守りという名の行動制限	4	
		看護補助者や介護士に頼らざるを得ないケアの実践	5	
		病棟という限られた環境のなかで行うケア	4	
	病棟看護に生かす 在宅の視点	個別性に配慮した認知症ケア	趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境整備	5
			生活のリズムを整える日中の活動	10
			現役時代の職業や生活歴を理解したケアの実践	2
個性に応じたコミュニケーション方法			4	
リアリティオリエンテーションの試み			3	
ADLの自立と安全のジレンマ		住宅訪問によって獲得した自宅情報の活用	5	
		リハビリの進捗と病棟生活の差異	8	
		できることを把握した過介助になりすぎない援助	14	
		身体的苦痛の緩和によって増加する活動量への対応	3	
介護負担感への支援		退院先を左右する家族の介護負担感	8	
		自宅へ退院できない理由の把握	10	
		退院後の介護負担感のアセスメント	17	
		入院によって確立した家族介護者の生活リズムの理解	8	
		社会資源の存在と活用方法の周知	7	
意思決定支援の充実		意思表出能力を見極めるかわり	10	
		有無の二択だけではない意思決定の理解	3	
		これまでの生活歴から予測する考え方や価値観	4	
在宅ケアを支える職種との 連携		連携室の役割	連携室をとおした介護支援専門員・訪問看護師との情報交換	10
			連携室主導で開催される多職種カンファレンス	7
			連携室が収集する患者・家族の情報	4
	看護と介護の専門性・視点の違い	介護支援専門員中心の在宅ケア	15	
		医療的ケアの必要時のみに行う訪問看護師との情報交換	7	
		看護要約のみによって行われる退院指導に関する情報提供	5	
		介護支援専門員を経由する看護ケアに関する情報提供	2	
	退院指導の実践と評価	退院後の在宅生活状況のフィードバック	6	
		退院後訪問で行うことのできる退院指導の評価	5	

(2) 【病棟看護に生かす在宅の視点】

認知症ケアでは、その人自身の特性に着目したケアが重要である。そこで病棟看護師は、<趣味活動や好きなこと、得意なこと（ができる環境整備）>を<生活のリズムを整える日中の活動>につなげ、<現役時代の職業や生活歴を理解した（ケアの実践）>うえで<個別性に応じたコミュニケーション方法>を図るなど、入院前の生活について得た情報を活用し認知症ケアを実践していた。また、見当識障害の予防のため「研修会で教わった」<リアリティオリエンテーションの試み>といった「個別性に配慮した認知症ケア」の実践を行っていることが語られた。

地域包括ケア病棟への入院患者の多くは、急性期の治療が終了したのちに転院・転棟し在宅復帰を目指す。「リハビリスタッフと一緒に患者さんのお宅に行き、自宅の特徴と今のADL（Activities of Daily Living, 以下 ADL）の他に何ができれば自宅に帰ることができるのかを見てくる」と<住宅訪問によって獲得した自宅情報を（の）活用>した病棟でのケアを実践していた。また、「患者さんたちは痛みが取れて、リハビリがある程度進んでいく時期」であり、<リハビリの進捗と病棟生活の差異>を多職種で共有し、<できることを把握した過介助になりすぎない援助>とともに、危険予測が困難な認知症高齢者では<身体的苦痛の緩和によって増加する活動量への対応>についても配慮するといった「ADLの自立と安全のジレンマ」が語られていた。

認知症高齢者が在宅復帰するためには、家族への支援は欠かすことができない。「家族がおうちは無理と言えば自宅退院はなくなる」と語られていたことから、<退院先を左右する家族の介護負担感>にたいして、<自宅へ退院できない理由の把握>を十分に行い、退院後をイメージした<退院後の介護負担感のアセスメント>が重要であると考えていた。また、認知症高齢者が入院することによって長期間不在となり、「おうちの方も介護しなくていい生活、自分の時間がとれる生活になった」といった<入院によって確立した家族介護者の生活リズム（の理解）>についても理解を示し、<社会資源の存在と活用方法の周知>をするなどの支援が必要であることも述べられていた。病棟看護師は家族介護者が感じている「介護負担感への支援」を行うことが重要であると考えていた。

認知症高齢者の意思決定支援について、24時間患者の近くで支援する病棟看護師は、その表情や体動をとおして<意思表示能力を見極めるかかわり>をもち、「よく見ていると何か言いたそうな感じとか決めかねているような様子とか」と<有無の二択だけではない意思決定の理解>をすることが語られていた。また、認知症高齢者の情報収集を行い、<これ

までの生活歴から予測する考え方や価値観>について考えることで、認知症高齢者の「意思決定支援の充実」を図っていた。

以上のことから、病棟看護師は【病棟看護に生かす在宅の視点】として入院前の生活状況や生活歴、価値観などを把握し、ケアに生かす必要があることを認識していた。

(3) 【在宅ケアを支える職種との連携】

訪問看護師をはじめとする在宅ケアサービス提供者との連携については、「連携室の役割」となっていた。「訪問看護師と直接情報交換をすることは考えたことがなかった」ことや「ケアマネや訪問看護師との連携は連携室をとおすことが当然だと思っていた」ことなど「連携室をとおした介護支援専門員・訪問看護師との情報交換」が語られた。また、退院支援や退院調整で重要となる多職種カンファレンスでは、「連携室が日程調整を行っていて看護師は決まったことを知らされる」と「連携室主導で（開催される）多職種カンファレンス」は開催されていた。「受け持ちの看護師は交代勤務でタイミングによって家族に会えないことも多くて」と在宅復帰支援やケアに必要な情報も「連携室が収集する患者・家族の情報」に頼っていることが語られ、「本当は家族やケアマネ（ケアマネジャー）、訪問看護師とも自分たちが直接話をして細かなニュアンスとか知れたほうがいい」と考えてはいるものの実現できていない現状があった。

認知症高齢者の在宅サービスは介護保険制度によるため、在宅復帰支援においては「介護支援専門員中心の在宅ケア」となっており、「訪問看護師との情報交換を行うのはインスリンとか褥瘡とか医療的な処置がある場合がほとんど」と、「医療的ケアの必要時のみに行う訪問看護師との情報交換」が語られた。情報交換の手段としても看護要約が中心となっているが、「文字数とか項目が決まっていて書ききれないこともある。直接話をした方がちゃんと伝わると思う」と「看護要約のみによって行われる退院指導に関する情報提供」について語られていた。また、「看護要約もケアマネに渡して訪問看護に渡るみたいで、ケアマネには口頭で説明するけど訪問看護師さんと話すことはない」、「生活習慣の注意事項とか退院した直後が一番重要で、ケアマネさんに説明してもうまく伝えられなくて、伝わらなくて。後日、電話をもらって改めて説明することもある」と「介護支援専門員を経由する看護ケアに関する情報提供」についても病棟看護師は「看護と介護の専門性・視点の違い」による情報提供の難しさが語られていた。

病棟看護師は、在宅復帰後の認知症高齢者の生活状況を確認することができない現状が

あった。そのため、＜退院後の在宅生活状況のフィードバック＞が行われることで、病棟で実施した退院指導の内容が在宅生活で活用できているか確認することができること、「退院後訪問指導料というので退院した患者さんのところに行く機会があって、生活の場を自分で見ることができて、自分の指導が役に立っていたと実感した」と＜退院後訪問を行うことでできる退院指導の評価＞によって振り返りを行っていた。病棟看護師が退院後の生活を知ることによって次に生かすことができ、＜退院指導の実践と評価＞を繰り返し有効な在宅復帰支援につなぐことができると語られていた。

病棟看護師は、訪問看護師や介護支援専門員といった【在宅ケアを支える職種との連携】が必要であり、直接的な情報交換を入院中から退院後まで継続して行うことが望ましいと考えていた。

以上のことから、病棟看護師は＜果たせていない地域包括ケア病棟の役割＞や＜病棟看護の限界＞を感じるなど【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】を模索していることが分かった。

2. 訪問看護師への調査

1) 訪問看護師の概要

17名の訪問看護師は全員病棟での勤務の経験があった。表1に示したように、保健師の有資格者は1名、介護支援専門員の有資格者が6名であった。認知症ケア専門士、認知症看護認定看護師がそれぞれ2名ずつであった。

2) 訪問看護師へのインタビュー調査

インタビューデータの分析結果を表3に示す。病棟看護師との連携・協働、認知症高齢者の在宅復帰を目指すために訪問看護師が有用だと考える認知症ケアや在宅復帰支援に関する一次コードは232であった。これらの一次コードより28の二次コード、9サブカテゴリが抽出され、2つのカテゴリとなった。

表3. 訪問看護師からみた認知症高齢者の在宅復帰に向けた病棟看護師との連携・協働と病棟での認知症ケア

カテゴリ	サブカテゴリ	二次コード	一次コード数
訪問看護の特性の共有	訪問看護の理解	在宅で行うことのできる医療的処置やケア内容の理解	10
		併設または連携している訪問看護ステーションを活用した訪問看護の体験	13
	疾患ではなく生活の視点	常時の見守りや管理が不可能な自宅での生活の理解	2
		生活上でのリスクを予測した対策	2
	看護師としての価値観の共有	看護師としての五感と経験・知識を融合した価値観	10
		わずかに感じた違和感や気づきの発信	10
看看連携によるケアの実践	入院時の情報収集	訪問看護師からの情報提供書（看護要約）の確認	24
		入院前のADLやIADLについて訪問看護師からの情報収集	7
		自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などの情報収集	4
	ADL・IADL能力の維持・促進	自宅ですべてできていたこと（移動・排泄・服薬管理）を参考にしたりハビリや看護実践	2
		強みやできることに着目したアセスメントと看護実践	4
		「できそうなこと」を「できる」ような、ある程度の失敗を許容される入院環境	15
	個別性に配慮した認知症ケア	リロケーションダメージ軽減のための病棟・病室内の環境づくり	8
		趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境の整備	8
		個性に応じたコミュニケーションの方法	3
	介護負担感への支援	入院前の家族介護者の力量や負担感の把握	2
		家族介護者をもつ退院後の介護負担感の理解	8
		家族介護者の不安や心配ごとの把握と解消のための方法の提案	3
		主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度と調整	7
		患者が自宅で過ごすことについて、家族がどのように思っているか意思の確認	3
	在宅ケア提供者との連携	自宅への退院の可能性がある場合のできるだけ早い訪問看護師へ相談	5
		多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員の参加依頼	34
		治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間での共有	3
		主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度の共有不足	2
	生活に合わせた退院指導	退院後に患者・家族介護者が無理なく服薬やケアの継続性の確認	15
		訪問看護師と協働で行う医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援方法のシンプル化	16
		医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度についての情報提供	7
		病棟看護師からみた退院後の課題について訪問看護師へ情報提供	5

(1) 【訪問看護の特性の共有】

訪問看護師は、有効な在宅復帰支援のためには、病棟看護師にたいして〈在宅で行うことのできる医療処置やケアの内容の理解〉を望んでいた。「病棟看護師に、患者さんのところで1時間も何をしてるのかと聞かれる。私としては、訪問看護はどんなことをしているのか知って欲しい」と考えていることが語られていた。〈併設または連携している訪問看護ステーションを活用した訪問看護の体験〉を研修として行っている医療機関もあり、〈訪問看護を（の）理解〉する取り組みによって在宅復帰支援が促進されると考えていた。

退院後、認知症高齢者は医療機関と異なり、〈常時の見守りや管理が不可能な自宅での生活（の理解）〉が必要になる。そのため、看護や介護といった専門職の目が届かない環境のなか、生活を営む上での〈（生活上での）リスクを予測した対策〉を図るなど、〈疾患ではなく生活の視点〉をもち、認知症高齢者や家族介護者の安全を確保しなければならないことが述べられていた。

医療機関で行われる在宅復帰支援では、ADLに関するカンファレンスの場面や退院前の住宅改修の検討などでリハビリテーションスタッフを中心に進む場面が多くみられる。しかし、訪問看護師は、病棟看護師の〈看護師としての五感と経験・知識を融合した価値観〉を大事にし、支援の中心となってほしいと思っていることが語られていた。また、「看護師って、目の前の処置的なものだけでなく、メンタル面、家族関係、いろんなことを含めたことも総合して見る。そこに何か引っ掛かるものとか、看護師の目線で、看護師同士で、話ができるというのは分かりやすいし、伝わりやすい。その看護師の目線や感じたこと、気づきを共有することができたらいい」と、看護師として認知症高齢者や家族介護者とかかわるなかで〈わずかに感じた違和感や気づき（の発信）〉を同じ〈看護師としての価値観（の共有）〉をもつ訪問看護師に発信し共有することを望んでいた。

このように、訪問看護師は病棟看護師にたいして、在宅復帰支援を行うにあたり、訪問看護についての理解を深め、【訪問看護の特性の共有】と、同じ看護師としてともに在宅復帰を支援していくことを望んでいた。

(2) 【看看連携によるケアの実践】

入院時に病棟看護師が患者データベースを聴取する際、訪問看護サービスを利用していた場合には、〈訪問看護師からの情報提供書（看護要約）の確認〉や〈入院前のADLや手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living：IADL）について訪問看護師か

らの情報収集>といった、看護師の視点による情報、<自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などの情報収集>を早期に行い、<<入院時の情報収集>>を充実させ、入院直後からケアに生かすことの必要性が語られていた。

また、訪問看護師は、認知症高齢者がこれまでの生活で行っていた、<自宅でできていたこと（移動・排泄・服薬管理）を参考にしたりハビリや看護実践>を行うことや<強みやできることに着目したアセスメントと看護実践>によって、入院によるADLの低下を予防するかかわりを望んでいた。また、医療機関においては、医療事故防止のための様々な管理が必要となる。特に服薬管理については「病院では持ってきてくれて、飲ませてくれて、確認ができてっていうのが当たり前。でも、これまで自宅では、飲めてるにしろ、飲めてないにしろ自分である程度はできていた。それが全くできなくなって帰ってくる。できてるところはできるだけさせてあげてほしい。普通の生活に戻るまでの時間が、入院が長いだけ戻れなくなるというところは感じる」と語られていた。多くの医療機関では、誤薬を防ぐため服薬管理は看護師が行う。それにより、自分自身で管理しなくなったことで、できなくなってしまった服薬管理を再び認知症高齢者が自身で管理できるようになることは難しい現状があった。在宅復帰を目指す認知症高齢者には、<「できそうなこと」を「できる」ような、ある程度失敗を許容される入院環境>を整備し、今できることやできそうなことを奪わずに、<<ADL・IADL能力の維持・促進>>することが重要であると述べていた。

入院前の情報を活用した認知症ケアとして、自宅での環境に関する情報を生かし、<リロケーションダメージ軽減のための病棟・病室内の環境づくり>や、自宅での過ごし方から<趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境の整備>を行うことによって、少しでも穏やかな入院生活を送ることができると述べていた。認知症ケアでは、より個別性の強い看護実践が求められ、その人となりや十分に情報収集し、<個別性に応じたコミュニケーションの方法>の工夫を行い、信頼関係の構築につなぐことが認知症高齢者の安心につながると訪問看護師は考えていた。このように、<<個別性に配慮した認知症ケア>>が充実することで、入院生活による混乱やなじみのない環境といったBPSDやせん妄の出現・悪化の要因を取り除くことができ、認知症高齢者のスムーズな治療や訓練につながることが語られていた。

認知症高齢者の在宅復帰および在宅療養の継続に家族介護者の<<介護負担感への支援>>は欠かすことができない。家族関係やキーパーソンの年齢や就業状況など、<入院前の家族介護者の力量や負担感の把握>をすることで<家族介護者がもつ退院後の介護負担感の理解>につなぎ、訪問看護師と協力しながら<家族介護者の不安や心配ごとの把握と解消の

ための方法の提案>すべきであると述べられていた。また、疾患や予後に対する受け止めや認識が医療機関側の意図と齟齬があることで、在宅療養の支援に困難をきたすという現状が生じているため、<主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度と調整>が行われることを望んでいた。医師からの説明を十分に理解したうえで、<患者が自宅で過ごすことについて、家族がどのように思っているか（意思の確認）>といった家族の意向や意思決定支援も重要であると語られている。

訪問看護師は、在宅復帰に向けてできる限り早く連携し、準備を進めることが認知症高齢者の在宅復帰支援に有効であると考えており、<自宅への退院の可能性がある場合のできるだけ早い訪問看護師への相談>をして欲しいことが語られていた。<多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員の参加（依頼）>を希望しており、定期的に院内で行われるカンファレンスの場で自宅での様子を知る訪問看護師が看護の視点で自宅の情報を提供することは、認知症高齢者の在宅復帰に有用であると述べていた。しかし、多職種が集まって開催されるため、日程調整などの関係によっては、カンファレンスへの参加が叶わない場合もある。その場合、カンファレンス内容の情報提供を望んでおり、<治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間での共有>を行い、院外であってもカンファレンスに参加できなくても、ともに在宅復帰に向けた準備を行いたいと考えていた。また、入院中の<主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度の共有不足>によって、家族からの誤解した情報を聞く場合も多く、対応に苦慮していた。「キーパーソンである高齢のご主人の理解、今後どうなっていくのかという見通しの受け入れが全くできなくて、こちらがやろうとする介入、病院側からも依頼されている介入とご主人が求めている介入と全く違う。ご主人が思っているのは、薬を飲んで、訪問看護師に来てもらえば、そのうちに認知機能が戻るだろう、改善するだろうと。もしご主人の受け入れができていないのであれば、それをこちらに伝えてもらえれば対応もスムーズだったかもしれないと思ったこともあった」と、医療機関と《在宅ケア提供者との連携》が認知症高齢者の在宅復帰支援には重要であることが語られた。

認知症高齢者の在宅復帰では、その人の《生活に合わせた退院指導》が重要となる。<退院後に患者・家族介護者が無理なく服薬やケア（の継続性の確認）>を自宅でも継続することができるよう、自宅での生活状況を知る<訪問看護師と協働で（行う）医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援方法のシンプル化>を図ることが必要であると述べられていた。そして、<医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の具体的内容や患者・家族介護者の理解・

習得度についての情報提供>が訪問看護師に行われることで、退院後にも病棟で退院指導として実践していた内容を在宅療養へ移行後も継続して行うことが可能になると語られていた。<病棟看護師からみた退院後の課題について訪問看護師へ情報提供>がなされることで、医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援といった生活全般にわたる退院指導を行う病棟看護師が在宅ケアを担う同じ専門職である訪問看護師へ看護師としての専門性から感じる退院後の課題について情報を共有し、退院後の患者・家族介護者の支援につなぐことができることが語られていた。

このように入院前の生活状況や家族背景などについて、看護師の視点で客観的にみた情報を訪問看護師から得て【看看連携によるケアの実践】を行うことが可能となることが述べられていた。

以上のことから、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【看看連携によるケアの実践】によって認知症高齢者の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。

IV. 考察

1. 病棟看護師と訪問看護師との連携・協働のための訪問看護の理解

在宅サービスとはどのようなサービスであるのか、訪問看護ではどのようなケアを行っていて、在宅移行に向けてどのようなことが必要であるのかを入院生活を支える病棟看護師が具体的に理解することは、在宅移行支援には重要である。しかし病棟看護師は、自宅での生活状況に関する情報に触れる機会が少なく、訪問看護などのサービスを受けながら生活をする在宅療養をイメージしにくい状況にある³⁾。病棟看護師が訪問看護で行われているケア内容や在宅療養生活についての理解や意識向上を目的とした訪問看護師に同行し訪問看護を経験する取り組みでは、訪問看護の経験によって、病棟看護師は、在宅での患者の表情が入院中と違い生きいきとしていること⁴⁾、在宅療養継続に必要な要素や訪問看護師との連携の大切さの理解⁵⁾、積極的に退院支援にかかわる態度に変化したこと⁶⁾などが報告されている。このように、訪問看護の体験は、入院中とは異なる患者の様子や生活場面を自

分の目で見えて理解し、退院後の生活を見据えた在宅復帰支援を実践する一助となる。しかし、今回の結果では、病棟看護師の訪問看護体験が有効であることについての理解はあるが、実際の臨床現場において浸透し、実践されているとはいえない状況であった。多忙な業務のなかで、病棟看護師が訪問看護体験を取り入れることは難しい。併設機関や協力体制のある訪問看護ステーションとの一定期間の人事異動など医療機関全体での取り組みや訪問看護師との症例検討や意見交換を通して、病棟看護師が訪問看護を体験することで、理解を深めるといった方法も有効な手段であると考え。また、病棟看護師と訪問看護師間での積極的な情報交換を含めた連携・協働の機会を持つことは重要であり、病棟看護師の在宅復帰支援への意識向上にもつながるのではないかと考える。

2. 看看連携による認知症ケアと在宅復帰支援

多くの医療機関において、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師などが所属する連携室が、医療機関と在宅との橋渡しをする役割として機能している。本研究においても、病棟看護師は訪問看護師との連携は連携室の役割であり、自身が訪問看護師から直接情報を得るということを意識していなかった。一方で、訪問看護師は医療機関と地域との仲介役としての連携室の役割は認めつつ、入院生活を支援する病棟看護師との直接的な連携・協働を強く望んでいた。また、介護保険制度下での訪問看護サービスの利用者の場合では、病棟看護師と介護支援専門員、訪問看護師と介護支援専門員との間での連携・協働も重要となる。医療が必要な在宅療養者を支援する訪問看護師とケアプラン全体のマネジメントを行う介護支援専門員との連携では、専門性の違いや専門用語による言葉の壁⁷⁾、情報共有のしにくさ⁸⁾、コミュニケーションの取りにくさ⁹⁾がある。今回の結果でも、病棟看護師は介護支援専門員を経由して訪問看護師へ看護要約などを活用した情報提供を行っていたが、うまく情報伝達ができないこともあり、病棟看護師自身も課題を感じていた。また、医療機関を退院直後で少なからず医療が必要な認知症高齢者に対して、訪問看護師は病棟看護師と直接的な情報交換を行うことで介護職や福祉職とは違う看護師としての価値観を共有したいと考えていた。病棟看護師も入院中の生活で認知症高齢者の言動のなかから、個別性を理解し尊重した意思決定支援やケアの実践を行っていた。このように看護を提供する場は違っても、同じ価値観を持つ看護師として、日々の生活の様子について看護の視点から観察やアセスメントを行い、観察やアセスメントを行い、感じた気づきや違和感を直接、共有すること

ができれば、より充実したケアの実践が可能になると考える。

病棟看護師が実践する在宅復帰支援では、認知症高齢者の治療経過や入院生活に関することについては把握しているものの、退院に関するアセスメント力や退院計画の実践が不十分であったり、入院前の生活状況や介護力についての情報不足によって患者の在宅生活をイメージしにくかったりすることが指摘されている¹⁰⁾。そこで、ともに看護師という同職種間での連携を図り、在宅での生活情報が早期に病棟看護師に提供され、入院中のケアに活かすことで、環境の変化によるせん妄、リロケーションダメージを軽減することでき、円滑な在宅復帰支援につながる。川嶋らの報告¹¹⁾では、訪問看護師は連携を強化したい職種として病棟看護師を挙げており、情報提供してほしいこととして、退院指導の内容、在宅療養上での注意点や問題点、患者・家族の病状の理解の程度を挙げていた。また、在宅移行期の現状では、在宅側への連絡は退院直前であり、退院までの時間がなく十分な情報共有が困難であると報告されている¹²⁾。訪問看護師は退院時（在宅移行期）だけではなく、入院当初からリアルタイムでの治療経過やリハビリテーションの進捗状況といった入院生活の全般で情報共有を行い、より連携を強化したいと考え、その手段として、院内で行われる定期的な多職種カンファレンスへの参加を希望していた。カンファレンスの場で多職種に対し、自宅での生活状況や、ここまでできれば在宅復帰が可能と考える点などを直接提案することで、より現実的で有用な支援方法の検討を行うことができる。また、治療経過や入院生活の状況を共有することで、家族介護者への支援についても統一した対応が可能となる。さらに、退院指導では住環境や家族の介護力を熟知した訪問看護師とともに退院計画・指導を行うことで、退院後の生活に即し、在宅用にアレンジされた、退院後も継続可能なケアの内容にすることができる。今後、訪問看護師と病棟看護師がともに退院後に必要な医療処置や看護ケアなどを行う場をもつなど積極的な連携・協働を図ることで退院支援の充実が期待できる。

医療機関では、医療安全の観点から危険性を伴う行為については配慮が行われる。訪問看護師は、認知症高齢者の在宅復帰後の服薬管理について特に苦慮していた。誤薬を防ぐため、認知症高齢者に対して入院当初から看護師による服薬管理が行われ、退院が決定すると退院先の環境に応じて自己管理に向けた支援を実践する¹³⁾¹⁴⁾。しかし、認知症高齢者では一度手放してしまったIADLを再び獲得することは難しい。そこで、入院後早期に服薬の管理が可能かどうか見極め、可能であればハイリスクだと考えられる薬剤のみ看護師で管理し一部は認知症高齢者自身で管理することが継続できるといった、できることを奪わないケ

アについても、医師や薬剤師と協力しながら考慮すべき点である。一方で、病棟看護師も安全管理の観点からできること、できそうなことを病棟生活で実施させることができない安全と自立へ向けた支援へのジレンマを抱いていた。危険の予測や回避することが困難である認知症高齢者にたいしては、様々な視点から退院後の生活を鑑み、安全と自立を検討しつつも自立に向けた支援がより重要である。

3. 在宅復帰に向けて必要な支援

訪問看護師は、入院早期から病棟看護師をはじめとする医療機関のスタッフとの直接的な連携・協働を望んでおり、カンファレンスに参加するなど顔の見える関係性を築くことで認知症ケアの充実や在宅復帰支援に有用であると考えていた。また、病棟看護師も連携室に任せるだけでなく、病棟看護師自身が訪問看護師と直接連携を行うことで必要な情報収集を行い、認知症ケア在宅移行支援につなぐことができる可能性があることを語っていた。しかし、実際の臨床の現場においては、連携室や介護支援専門員を通すことが当然であると考えられ、直接的な連携・協働は実現できていない。医療機関を退院し、また入院前から訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者は、医療も介護も必要な状況が継続する。そのため、入院中に行うべきケアや支援の内容は、看護師が中心となるという認識をもつことが重要である。病棟看護師と訪問看護師との連携は、一方からの依頼や情報伝達ではなく、双方の強みを活かした具体的で実践可能な方法や内容を検討し、協働して機能することが必要となる。在宅で使用していた物品や方法を病棟で活用し、ADL・IADLの低下を最小限にしたり、入院前の生活環境を理解しリロケーションダメージの軽減を図る、また新たに必要となった援助内容については看護師間で意見交換を行い、退院後も継続可能な内容に修正していくなど、双方での情報共有を行うことができれば、在宅移行から在宅療養の継続まで見越した在宅復帰支援につなぐことができる。近年、普及してきたオンラインの活用により、多忙な勤務の合間に直接的な連携に活用することで顔の見える関係を築き、必要な情報共有ができるのではないかと考える。

今後は、入院早期から病棟看護師と訪問看護師が連携・協働をスムーズに行うための方策として、疾患の治療経過やリハビリテーションの進捗状況や訪問看護師へのインタビュー調査で示されたタイミングや内容に沿って活用できる看護パス¹⁵⁾などの可視化したシステムが必要であるとする。退院前からの訪問看護師とのかかわりや退院後のフィードバック

クによって病棟看護師の退院支援に関する意識変化の報告¹⁶⁾もあり、可視化したシステムによって訪問看護師とのかかわりを意識することで、病棟から有効な認知症高齢者の在宅復帰支援が発信されていくきっかけになることが期待される。

V. 結論

地域包括ケア病棟に入院する認知症高齢者の認知症ケア、在宅復帰支援について病棟看護師と訪問看護師にたいしてインタビュー調査を行った。

地域包括ケア病棟に勤務する看護師は、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。入院前の在宅生活を支援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【看看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。

そこで、この調査で得られた結果を基礎資料とし、入院早期から病棟看護師と訪問看護師が連携・協働をスムーズに行うための方策として、疾患の治療経過やリハビリテーションの進捗状況に沿って、どのような連携・協働を行うのかを示した可視化されたシステムを作成・活用する必要がある。そのことによって地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師の連携・協働が促進され、認知症高齢者の在宅復帰につながることができ、地域包括ケアシステムの一端を担うことができると考える。しかしながら、今回のインタビューは一部地域で行った調査であり、一般化することはできない。そのため、この調査結果に汎用性を持たせるための追加調査も必要である。

【引用文献】

- 1) Dr. Klaus H. Krippendorff : Content Analysis An Introduction to Its Methodology, SAGE Publications. 196-383, 米国, 2018.
- 2) 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳 : Krippendorff. K.メッセージ分析の技法, 勁草書房, 168-183, 東京, 1989.
- 3) 福井小紀子 : がん終末期ケアにおける医療連携の現状と課題 病院看護師と訪問看護師への期待, 病院, 66 (5), 397-402, 2007.
- 4) 三澤康雄, 山口幸枝, 田口敬代 : 病院看護師による訪問看護師との同行訪問看護研修の試み, 愛仁会医学研究誌, 38, 119-120, 2006.
- 5) 瀬戸広子, 佐藤福恵, 佐々木紫 他 : 病院・訪問看護師間の連携のための病棟看護師との同行訪問の試み, 日本看護学会論文集 地域看護, 37, 135-136, 2007.
- 6) 森田周子, 下村晃世, 大市三鈴 : 病棟看護師が訪問看護への同行訪問を行うことで得た気づき, 日本看護学会論文集 地域看護, 41, 266-269, 2011.
- 7) 平川仁尚 : ケアマネジャーを悩ませる訪問看護師の行動傾向について, 日本農村医学会雑誌, 63(4), 679-682, 2014.
- 8) 原田小夜 : 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題, 日本健康医学会雑誌, 21(1), 2-9, 2012.
- 9) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵 他 : 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造—管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー, 日本地域看護学会誌, 16(3), 13-21, 2014.
- 10) 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛 : 病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心して戻るために—, 聖泉看護学研究, 4, 29-38, 2015.
- 11) 川嶋元子, 森昌美, 磯邊厚子 : 訪問看護師が初回訪問までに行う在宅移行患者の情報収集の実態, 聖泉看護学研究, 6, 75-82, 2017.
- 12) 清崎由美子 : 在宅ケアサービス提供者から見た望ましい退院支援—訪問看護の立場から—, ジェロントロジーニューホライズン, 17 (4), 338-343, 2015.
- 13) 塩見利明, 黒野俊介, 真田進 : 高齢患者の服薬能力の評価 服薬能力判定試験(Japanese Regimen Adherence Capacity Tests;J-RACT)による検討, 臨床薬理, 28 (4), 793-800, 1997.
- 14) 竹山由香, 木原貴子 : 自宅退院患者の服薬管理に対する取り組み—服薬シート・運用を

見直して一，日本看護学会論文集 慢性期看護，50，30-33，2020.

- 15) 一般社団法人日本クリニカルパス学会：クリニカルパス用語解説集第2版，サイエンティスト社，東京，21-24，2019.
- 16) 藤本真由美，佐々木睦子，大森美津子：中堅看護師と訪問看護師の初回同行訪問後の在宅療養移行支援への思い，香川大学看護学雑誌，26（1），13-24，2022.

【インタビューガイド】

1. 病棟看護師用インタビューガイド

1) 基本属性の質問紙記載を依頼

年齢、性別、看護師経験年数、これまでの経験病床（異動および転職歴）、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床での経験年数、看護師以外の資格の有無と名称、看護協会および学会の認定の有無と名称

2) 半構成型インタビュー

(1) 認知症高齢者の在宅復帰支援の実際について

- －勤務されている病棟（病床）で独自に取り組んでいる認知症ケアや認知症高齢者の退院支援、在宅部門との連携などがあれば教えてください
- －これまでかかわった認知症高齢者の在宅復帰支援で印象に残っている事例を（個人が特定できない範囲で）教えてください
- －認知症高齢者の入院生活（特に入院直後）ではどのような支援をされましたか
その支援のなかでうまく対応できたと思うこと、そうではないと感じたことを教えてください
- －認知症高齢者の在宅復帰支援ではどのような支援をされましたかその支援のなかでうまく対応できたと思うこと、そうではないと感じたことを教えてください
- －認知症高齢者のとのかかわり（入院生活・在宅復帰支援）で困ったことや難しかったことはありましたか

(2) 訪問看護師との連携について

- －これまで認知症高齢者を入院前に担当していた訪問看護師と情報交換や連携を行ったことはありますか（所属する医療機関の個人情報などの規則に則った範囲内において）
 - 「ある場合」連携は直接あるいはケースワーカーを介して行いましたか
時期はいつ頃ですか（入院直後・退院の目処が決まってから・退院前など）
内容はどのようなことでしたか（情報提供・収集・共有）
- －訪問看護師は認知症高齢者（患者）のどのような情報をもっていると思いますか
- －訪問看護師との情報交換や連携についてどのように考えますか

2. 訪問看護師用インタビューガイド

1) 基本属性の質問紙記載を依頼

年齢，性別，看護師経験年数，これまでの経験病床（異動および転職歴），
訪問看護師としての経験年数，
看護師以外の資格の有無と名称，看護協会および学会の認定の有無と名称

2) 半構成型インタビュー

(1) 認知症高齢者の在宅復帰支援の実際について

- －これまでかかわった認知症高齢者の在宅復帰支援で印象に残っている事例を（個人が特定できない範囲で）教えてください（これまでの経緯のなかで）
- －訪問看護師としてどのような認知症高齢者の在宅復帰支援をされましたか
その支援のなかでうまく対応できたと思うこと，そうではないと感じたことを教えてください
- －病棟看護師が行う在宅復帰支援についてどのようにお考えですか
これまでの経験でよかったと思われる点や要望などあれば教えてください

(2) 病棟との連携について

- －これまで入院した認知症高齢者のことに関して病棟看護師と情報交換や連携を行ったことはありますか
「ある場合」直接またはケースワーカーを介して行いましたか
時期はいつ頃ですか（入院直後・退院の目処が決まってから・退院前など）
- －病棟看護師との情報交換や連携についてどのように考えますか

第4章 「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」の作成と実践調査

第4章では、第3章で得られた結果をもとに、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、実践調査を実施し、信頼性と妥当性を検証した。この評価指標に基づき病棟看護師と訪問看護師との連携・協働が促進されることと医療機関での認知症ケアの充実によって、認知症高齢者の在宅復帰につながることが期待される。

第1節 「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」の信頼性と妥当性の検証

I. 目的

ここでは、第3章で述べた第1段階の調査の結果をもとに作成した「訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標」34項目の信頼性と妥当性を検証する。

II. 研究方法

1. 「訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標34項目」原案作成のプロセス

訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者が入院した場合に、どのような病棟看護師と訪問看護師との連携・協働が行われているのか、また入院中の認知症ケアの実際や在宅復帰支援の内容を明らかにすることを目的に、第1段階において、地域包括ケア病棟21名および訪問看護師17名を対象に半構造型面接によるインタビュー調査を実施した。質的に内容分析を行った結果をもとに「訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標34項目」（表1）を作成した。

表 1. 訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援
評価指標 34 項目

1	入院時に入院前に訪問看護サービスの利用の有無を確認している
2	入院後早期に入院前のADL（セルフケア）やIADLについて対面・電話・メール等で訪問看護師から情報収集をしている
3	訪問看護師からの情報提供書（サマリー）を確認している
4	入院後早期に自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などについて情報収集している
5	自宅ですべてできていたことを参考にリハビリと協働した看護実践の目標を立てている
6	入院によるADL（セルフケア）の低下を予防できるようなかわりを行っている
7	「できそうなこと」が「できる」ような、失敗を許容される入院環境をつくっている
8	自宅での認知症の症状やこだわりなどを生かした看護実践を行っている
9	リロケーションダメージ軽減のために病棟・病室内の環境整備を実施している
10	リソースナースや認知症ケアチームと協力しBPSDやせん妄の出現・悪化防止を行っている
11	強みやできることに着目したアセスメントを行いウエルネス型看護診断を立案している
12	個性に応じたコミュニケーションの方法として言葉遣い・ジェスチャー・声のトーンを工夫している
13	趣味活動やすきなこと、得意なことができる環境を整えている
14	訪問看護師と直接連携を取るなど、顔の見える関係づくりを行っている
15	多職種で行われる院内カンファレンスにケアマネジャーの参加を依頼している
16	多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師の参加を依頼している
17	多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師が参加できない場合には内容を伝達している
18	治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間で共有している
19	主治医の説明（治療方針や予後）と本人・家族介護者の認識・理解度について訪問看護師と共有している
20	家族介護者の不安や心配ごとと対応方法について院内外の関係する職種間で共有している
21	自宅への退院の可能性がある場合にはなるべく早く訪問看護師に相談している
22	「どのような状態になったら退院したい」と考えているかを家族介護者に確認している
23	患者が自宅へ退院することについて、家族の受け入れができていないかを確認している
24	家族介護者が退院後の介護に負担を感じているのかを確認している
25	家族介護者の力量や負担感について訪問看護師に確認している
26	家族介護者の不安や心配ごとを聞き、把握し解消のための行動をとっている
27	主治医の説明（治療方針や予後）と患者・家族介護者の認識に相違がないか確認し調整している
28	在宅生活で支援が必要となる医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）について明確化している
29	訪問看護師にアドバイスを受けながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）の方法を検討している
30	訪問看護師と協力しながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）の方法を指導している
31	退院後に患者・家族介護者が無理なく医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）を続けられるかを、入院中に確認している
32	指導を行った医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）の方法の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度について訪問看護師に情報提供している
33	退院後に予測されることとその対応方法について患者・家族介護者に説明している
34	看護師の視点に基づいた退院後も継続される問題点について訪問看護師に情報提供している

2. 研究対象

対象者は、医療機関に所属している認知症看護認定看護師とした。対象者の選定は、公益社団法人日本看護協会 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定管理者のホームページ上¹⁾で氏名・所属が公表されている 1,911 名中、所属先が医療機関になっている 1,321 名である。

3. 調査方法

対象となる認知症看護認定看護師宛てに研究の趣旨と目的について記載した説明文書と無記名自記式質問紙を郵送した。説明文を読み、研究協力が得られる場合には、質問紙に回答し、同封した返信用封筒に入れ返送を依頼した。

4. 調査内容

1) 基本属性

個人属性として、年齢・性別・看護師としての経験年数・認知症看護認定看護師としての経験年数・所属先（病棟種別等）を調査した。勤務先において過去 1 年間に認知症高齢者の在宅復帰に向けた看護計画を立案した経験の有無についても尋ねた。

2) 測定尺度

(1) 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 34 項目

質問に対する回答は、「常にしている」「たいていしている」「時々している」「あまりしていない」「ほとんどしていない」「まったくしていない」の 6 件法で回答し、高得点ほど実践しているとなるよう配点をした。

(2) 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」25 項目

併存妥当性の検証として、「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の記入を求めた。これは、山岸らによって開発された尺度²⁾で、「退院後の生活に関する

アセスメント」「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」「ケアのシンプル化」「地域の医療者との連携」「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」の5因子構造25項目である。6件法で高得点であるほど実践していることを示している。この尺度は、退院される患者に提供することが推奨される病棟看護（退院支援を受ける患者にとってよい病棟看護）の実践に対する測定概念をもち、信頼性と妥当性が確認されている。今回、作成を試みる「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」も病棟看護師を対象とする尺度であることから、両尺度の関連を検討するに当たり、適切な尺度であると考え、この尺度を選択した。

5. 分析方法

回収した質問紙のうち、欠損値のないものを有効回答とした。

1) 対象者の個人属性

基本属性については、記述統計を行った。

2) 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項目

天井効果・床効果は、平均値±標準偏差と得点分布の確認を行い、平均値±標準偏差が6.0以上、1.0以下を削除基準とした。その後、最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子数の決定はスクリープロットの結果を参考に固有値1.0以上、質問項目は因子負荷量0.4以上を示す項目を採択とした。

3) 信頼性・妥当性の検証

評価指標項目の信頼性は、Cronbach's α 係数による内的整合性の検討を行った。併存妥当性の検討では、外部基準として「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度（以下、自己評価尺度）」を使用し、評価指標の総得点および下位因子得点との Spearman 順位相関係数を検討した。

データの統計解析には統計ソフト IBM SPSS Statistics 24.0 for Windows を使用した。

6. 倫理的配慮

調査においては、研究の趣旨、研究方法、研究協力への任意性、プライバシー保護、データの取り扱い、結果の公表等について文書に記載した。また、無記名であるため撤回ができないこと、質問紙の投函をもって同意が得られたことになることについても記載した。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号 703-1）。

III. 結果

1,321 名の対象者のうち、36 件が退職・宛先不明等で返送されたため、それらを除外した 1,285 名を対象者とした。561 件（43.7%）の回答があり、うち欠損のない 540 件を分析の対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 2 に示す。対象者は、女性 447 名（82.8%）、男性 93 名（17.2%）、平均年齢は 45.1 ± 6.9 歳、看護師の経験年数の平均は 21.4 ± 7.1 年であった。認知症看護認定看護師としての平均経験年数は 4.5 ± 2.8 年で 3 年以上～5 年未満が最も多く 163 名（30.2%）であった。

医療機関で配属されている部署では、急性期一般病棟入院基本料 7 対 1 が 140 名（25.6%）と最も多く、次いで地域包括ケア病棟 75 名（13.9%）、回復期リハビリテーション病棟 72 名（13.3%）となっていた。

表 2. 認知症看護認定看護師の属性

		N=561 mean ± SD (%)
性別：名	女性	447 (82.8)
	男性	93 (17.2)
年齢：歳		45.1 ± 6.9
看護師としての経験年数：年		21.4 ± 7.1
認知症看護認定看護師としての経験年数：年		4.5 ± 2.8
	1年未満	41 (7.6)
	1年以上～2年未満	95 (17.6)
	2年以上～3年未満	86 (15.9)
	3年以上～5年未満	163 (30.2)
	5年以上～10年未満	131 (24.3)
	10年以上	24 (4.4)
配属先の種別：名	一般 (7:1)	140 (25.6)
	一般 (10:1)	43 (8.0)
	地域包括ケア	75 (13.9)
	回復期リハビリテーション	72 (13.3)
	医療療養	16 (3.0)
	精神	44 (8.1)
	救命救急センター	3 (0.5)
	集中治療 (ICU/CCU/HC)	6 (1.1)
	外来	41 (7.6)
	連携室	20 (3.7)
	認知症 (疾患) 医療センター	10 (1.9)
	専従	49 (9.1)
	その他	21 (3.9)

2. 訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標 34 項目の分析

34 項目について、天井効果・床効果を確認した。天井効果に該当した項目は「⑩リソースナースや認知症ケアチームと協力し BPSD やせん妄の出現・悪化防止を行っている」、 「⑫個性に応じたコミュニケーションの方法として言葉遣い・ジェスチャー・声のトーンを工夫している」の 2 項目であった。床効果に該当した項目はなかった。また、34 項目の項目間相関係数が 0.7 以上の項目は認めなかった。そのため 2 項目を削除し 32 項目とした。

表3. 訪問看護師との看看連携に基づく病棟看護師による認知症高齢者の在宅復帰支援評価指標の因子構造 (n = 561)

	Cronbach $\alpha=0.942$	平均値±SD	因子					共通性
			1	2	3	4	5	
第1因子：看護の視点からみた自宅での生活状況の共有		$\alpha=0.899$						
25	家族介護者の力量や負担感について訪問看護師に確認している	3.7±1.5	0.733	0.222	0.065	0.377	0.065	0.677
30	訪問看護師と協力しながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を指導している	3.5±1.5	0.710	0.128	0.124	0.360	0.278	0.889
29	訪問看護師のアドバイスを参考に個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を検討している	3.4±1.5	0.698	0.110	0.103	0.341	0.189	0.850
2	入院後早期に入院前のADLやIADLについて対面・電話・メール等で訪問看護師から情報収集をしている	3.8±1.7	0.667	0.033	0.157	0.126	-0.035	0.332
21	自宅への退院の可能性がある場合にはなるべく早く訪問看護師に相談している	4.0±1.4	0.640	0.247	0.074	0.361	0.151	0.587
14	訪問看護師と直接連携を取るなど、顔の見える関係づくりを行っている	3.3±1.4	0.627	0.099	0.166	0.348	-0.010	0.496
19	主治医の説明（治療方針や予後）と本人・家族介護者の認識・理解度について訪問看護師と共有している	3.8±1.4	0.561	0.187	0.111	0.545	0.224	0.689
1	入院前の訪問看護サービス利用状況を入院時に確認している	4.2±0.9	0.508	0.216	0.097	0.028	0.172	0.165
3	訪問看護師からの情報提供書（サマリー）を確認している	4.0±1.2	0.500	0.040	0.074	0.017	-0.002	0.199
4	入院後早期に自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などについて情報収集している	4.2±1.4	0.454	0.257	0.323	0.116	0.140	0.304
第2因子：家族とともに行う自宅退院へ向けた準備		$\alpha=0.914$						
23	患者が自宅へ退院することについて、家族の受け入れができていないかを確認している	4.3±0.8	0.115	0.824	0.199	0.152	0.060	0.781
24	家族介護者が退院後の介護に負担を感じているのかを確認している	5.0±0.7	0.162	0.799	0.179	0.131	-0.006	0.721
22	「どのような状態になったら退院したい」と考えているかを家族介護者に確認している	4.1±1.0	0.145	0.712	0.274	0.215	0.045	0.660
27	主治医の説明（治療方針や予後）と患者・家族介護者の認識に相違がないか確認し調整している	4.5±0.9	0.186	0.698	0.212	0.100	0.150	0.580
26	家族介護者の不安や心配ごとを聞き、把握し解消のための行動をとっている	4.8±1.0	0.167	0.687	0.317	0.203	0.084	0.635
33	退院後に予測されることとその対応方法について患者・家族介護者に説明している	4.9±0.9	0.144	0.578	0.302	0.093	0.349	0.554
28	在宅生活で支援が必要となる医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）について明確化している	5.0±0.8	0.128	0.493	0.292	0.188	0.381	0.467
31	退院後に患者・家族介護者が無理なく医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）を続けられるかを、入院中に確認している	4.8±1.0	0.078	0.474	0.304	0.203	0.390	0.456
第3因子：自宅でできていたことを継続できる環境の整備		$\alpha=0.801$						
8	自宅での認知症の症状やこだわりなどを生かした看護実践を行っている	4.6±0.9	0.066	0.208	0.719	0.040	0.117	0.576
9	リロケーションダメージ軽減のために病棟・病室内の環境整備を実施している	4.7±1.0	0.100	0.198	0.640	0.068	0.028	0.460
13	趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境を整えている	4.6±1.0	0.066	0.111	0.633	0.039	0.014	0.405
7	「できそうなこと」が「できる」ような、失敗を許容される入院環境をつくっている	4.5±1.0	0.090	0.164	0.608	0.113	0.122	0.436
6	入院によるADL（セルフケア）の低下を予防できるようなかかわりを行っている	5.0±0.7	0.077	0.297	0.568	0.050	0.139	0.437
5	自宅でできていたことを参考にリハビリと協働した看護実践の目標を立てている	4.4±1.2	0.210	0.353	0.463	0.073	0.157	0.400
11	強みやできることに着目したアセスメントを行いウェルネス型看護診断を立案している	3.6±1.5	0.104	0.077	0.459	0.089	-0.084	0.223
第4因子：院内外での多職種で行う情報共有		$\alpha=0.867$						
16	多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師の参加を依頼している	3.7±1.6	0.431	0.097	0.030	0.741	0.036	0.788
15	多職種で行われる院内カンファレンスにケアマネジャーの参加を依頼している	4.1±1.3	0.279	0.196	0.116	0.695	-0.058	0.676
17	多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師が参加できない場合には内容を伝達している	4.0±1.6	0.385	0.165	0.029	0.666	0.182	0.652
18	治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間で共有している	4.0±1.3	0.157	0.249	0.271	0.565	0.245	0.478
20	家族介護者の不安や心配ごとと対応方法について院内外の関係する職種間で共有している	4.3±1.2	0.226	0.368	0.291	0.520	0.194	0.537

		Cronbach $\alpha=0.942$	因子					共通性
			1	2	3	4	5	
第5因子：看護の視点からみた退院後のケアの共有		$\alpha=0.904$						
32	入院中に指導した医療的ケア・服薬管理・ADLの方法の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度について訪問看護師に情報提供している	4.5±1.4	0.384	0.299	0.090	0.245	0.585	0.825
34	看護師の視点に基づいた退院後にも継続される問題点について訪問看護師に情報提供している	4.5±1.2	0.392	0.331	0.103	0.232	0.558	0.806
寄与率			15.158	14.670	10.683	10.645	4.885	
累積寄与率			15.158	29.828	40.512	51.157	56.041	
因子間相関								
第1因子				0.456**	0.377**	0.675**	0.635**	
第2因子					0.571**	0.470**	0.599**	
第3因子						0.321**	0.396**	
第4因子							0.527**	

最尤法, プロマックス回転 **p<0.001

32項目について、最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った結果を表3に示す。スクリープロット固有値1以上を基準に5因子構造32項目からなる「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32項目（以下、「評価指標）」を作成した。因子抽出後の累積寄与率は56.4%、因子間相関分析では、0.321～0.675、共通性は、0.165～0.825であった。

各因子については以下のように命名した。

第1因子は10項目で構成されており、訪問看護師による看護の視点に基づいた自宅での生活に関する情報を得ること、情報を基に退院に向けた指導内容を訪問看護師とともに検討するといった内容を表していることから【看護の視点からみた自宅での生活状況の共有】と命名した。

第2因子は、8項目から構成されていた。家族介護者の受け入れ状況や意向、介護に対する負担感、介護力量の把握とその対応策、家族介護者に負担の少ない退院支援に関する内容となっていたため【家族とともに行う自宅退院に向けた準備】と命名した。

第3因子は7項目から構成されていた。個人にあった認知症ケアやできることや強みに着目したケアの実践について表されていたことから【自宅でできていたことを継続できる環境の整備】と命名した。

第4因子は5項目で構成されていた。院内で行われているカンファレンスや患者・家族に関する情報を院内だけでなく、院外の機関に所属する多職種で情報の共有を行うことを表している。そのため【院内外での多職種で行う情報共有】と命名した。

第5因子は2項目で構成されており、医療処置や服薬管理など退院指導の内容と家族介護者の習得度、退院後に継続される問題点の共有を表しており、【看護の視点からみた退院後のケアの共有】と命名した。

3. 評価指標の信頼性・妥当性の検討

内的整合性を示す Cronbach's α 係数は評価指標全体では 0.942 であった。

併存妥当性については、表 4 に示す。本評価指標と自己評価尺度との相関係数は 0.321～0.744 であり、相関関係が認められた。基準関連妥当性では、表 5 に示すように、過去 1 年間に認知症高齢者の在宅復帰に向けた看護計画の立案を経験した看護師が経験していない看護師より評価指標の得点が有意に高い結果となった。

表 4. 在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度との併存妥当性

	在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度				
	1 退院後の生活に関するアセスメント	2 患者・家族の今後の療養に関する意向の確認	3 ケアのシンプル化	4 地域の医療者との連携	5 退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施
第 1 因子 看護の視点からみた自宅での生活状況の共有	.442**	.367**	.377**	.708**	.344**
第 2 因子 家族とともに在宅退院に向けた準備	.616**	.744**	.644**	.440**	.628**
第 3 因子 自宅でできていたことを継続できる環境の整備	.450**	.510**	.523**	.321**	.437**
第 4 因子 院内外の多職種で行う情報共有	.377**	.350**	.341**	.615**	.377**
第 5 因子 看護の視点からみた退院後のケアの共有	.473**	.453**	.522**	.541**	.471**

Spearmanの順位相関係数 ** $p < 0.001$

表 5. 過去 1 年間の認知症高齢者への在宅復帰支援との基準関連妥当性

在宅復帰支援の経験	評価指標得点
あり (n=304)	147.2±22.1
なし (n=234)	122.2±19.3

0.047*

Mann-Whitney U検定 * $p < 0.05$

IV. 考察

1. 「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」の信頼性と妥当性

因子負荷量や共通性の基準値を満たす5因子32項目が抽出された。認知症高齢者の在宅復帰支援の実践経験がある看護師の得点が有意に高値であることから、一定の構成概念妥当性があると考えられる。また、Cronbach's α 係数は評価指標全体では0.942であったことから本評価指標の信頼性はおおむね確保できたと考える。外的基準である自己評価尺度との有意な相関関係が得られたことから、併存的妥当性を確認することができた。

2. 「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」の構成要素

1) 看護の視点からみた自宅での生活状況の共有

第1因子は、最も多い10項目から構成され【看護の視点からみた自宅での生活状況の共有】と命名した。この因子は、入院前の生活環境や日常生活状況を入院早期から情報収集することに加え、訪問看護師と協力し、認知症高齢者の在宅復帰を目指した支援を入院早期から行うことを示していた。また、顔の見える関係を構築し、できるだけ早期から双方向で認知症高齢者の在宅復帰につなぐ必要があることが示唆されている。

2) 家族とともに行う自宅退院へ向けた準備

第2因子は8項目で構成され【家族とともに行う自宅退院へ向けた準備】と命名した。認知症高齢者の退院後の生活には家族介護者の存在が大きく影響する。そのため、家族の自宅退院への思いや介護負担感、退院後に予測されることへの理解について丁寧に説明し不安を解消していく必要があることが示されていた。入院中から家族に寄り添い、家族とともに自宅退院へ向けて取り組んでいくことが重要である。

3) 自宅でできていたことを継続できる環境の整備

第3因子は7項目から構成され【自宅でできていたことを継続できる環境の整備】と命

名した。認知症ケアでは、できるだけ環境の変化を避け、身体だけでなく心のケアが重要である³⁾。そのための病棟内の環境整備の重要性が示されていた。また、医療機関では、事故防止のためさまざまな制限がある。特に認知症高齢者では、危険を予測して行動することが難しいため看護師によって管理をされる場面が多くある。しかし、認知症高齢者では日常生活動作を一旦、手放し、できなくなってしまうことで再獲得が困難となることも多い。そこで、入院中にも、できることを奪わず、できることを強みとしたケアの実践を行うことが認知症高齢者の在宅復帰には有効であると考えられる。

4) 院内外の多職種で行う情報共有

第4因子は5項目から構成され【院内外の多職種で行う情報共有】と命名した。この項目では、院内で行われる多職種カンファレンスに在宅サービスを提供する職種が参加し、情報交換や退院後についてともに検討する必要性がある。また、認知症高齢者だけではなく家族介護者もケアの対象者として院内外の多職種で支えるべきであることが示されていた。

5) 看護の視点からみた退院後のケアの共有

第5因子は2つの項目から構成され【看護の視点からみた退院後のケアの共有】と命名した。退院後に実施すべき看護ケアや退院指導に関する情報について、病棟看護師と訪問看護師が同じ職種として共有する必要があることが示されていた。

抽出された5因子は、患者や家族の視点から抽出された先行研究の退院支援に関する尺度^{4) 5)}と合致する部分が多くある。しかし、今回作成された評価指標は、退院支援の視点や多職種との連携・協働のみならず、認知症高齢者が在宅復帰を実現するために、入院早期からの情報収集や入院中のケアの内容まで焦点を当てることができたと考えられる。

V. 結論

今回作成した「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」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。今後は、認知症高齢者の在宅復帰支援や認知症ケアのかかわる看護師を対象に活用し、

さらに精練していく必要がある。

【引用文献】

- 1) 公益社団法人日本看護協会 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定管理者：
<http://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>
(2022.03.10 閲覧)
- 2) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子 他:「在宅の視点のある病棟看護師の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性と妥当性の検証, 看護管理, 25 (3), 248-254, 2015.
- 3) 日本認知症ケア学会編:改訂5版・認知症ケアの基礎, ワールドプランニング, 2022, 東京.
- 4) Shima Sakai, Noriko Yamamoto-Mitani, Yukari Takai et al : Developing an instrument to self-evaluate the DischargePlanning of Ward Nurses, Nursing open, 1-60, 2016.
- 5) James F. Graumlich , Karen Grimmer-Somers : Discharge planning scale: Community physicians' perspective, Journal of Medicine, 3 (6), 455-464, 2008.

第2節 「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」による病棟看護師への調査

I. 目的

地域包括ケア病棟に勤務する看護師にたいして、作成した「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（以下、評価指標）」を使用し、対象となった地域包括ケア病棟での在宅復帰を目指すための認知症ケアおよび訪問看護師との連携の現状を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象

九州地方にある医療機関（A病院）の地域包括ケア病棟（B病棟）に勤務する看護師（以下、病棟看護師）18名を対象とした。

2. 調査方法

対象となる病棟看護師にたいし、研究の趣旨と目的について記載した説明文書と無記名自記式質問紙を病棟会の開催時に配布した。説明文を読み、研究協力が得られる場合には、質問紙に回答し、同封した封筒に入れ、回収箱による回収を依頼した。なお、回収箱は質問紙配布からナースステーションに1週間留め置いたのちに回収した。

3. 調査内容

1) 基本属性

個人属性として、年齢・性別・看護師としての経験年数、地域包括ケア病棟での勤務年数を尋ねた。

2) 測定尺度

作成した評価指標 32 項目について、「常にしている」「たいていしている」「時々している」「あまりしていない」「ほとんどしていない」「まったくしていない」の 6 件法で回答し、高得点ほど実践しているとなるよう配点をした。

4. 分析方法

回収した質問紙のうち、欠損値のないものを有効回答とした。

対象者の属性については、記述統計を行った。評価指標の結果は、第 2 段階で行った医療機関に所属している認知症看護認定看護師を対象に行った調査結果のなかから、地域包括ケア病棟に勤務していると回答した 75 名の結果を抜粋し、Mann-Whitney の U 検定を用いて 2 群比較を行った。データの統計解析には統計ソフト IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows を使用した。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨や目的など A 病院の病院長および看護管理者、B 病棟師長に、口頭および文書にて説明を行い、許可を得た。調査においては、研究の趣旨、研究方法、研究協力への任意性、プライバシー保護、データの取り扱い、結果の公表等について質問紙に同封する文書に記載した。また、無記名であるため撤回ができないこと、回収箱への提出をもって同意が得られたことになることについても記載した。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：740-1）。

III. 結果

回収率は 100%、欠損のある回答はなかったため、すべてを調査対象とした。

1. 対象者の概要

対象となった 18 名の病棟看護師は、全員女性であった。平均年齢は 39.7 ± 10.4 歳、看護師としての経験は 13.4 ± 8.5 年、B 病棟での経験は 4.9 ± 2.6 年であった。

2. 評価指標の結果

評価指標の結果を表1に示す。平均値を比較すると32の下位項目中29項目で認知症看護認定看護師のほうが病棟看護師を上回っていた。Mann-WhitneyのU検定を用いた2群比較では、第1因子では10項目中8項目、第3因子で7項目中2項目、第4因子で、6項目中4項目で有意差を認めた。

第1因子【看護の視点からみた自宅での生活状況の共有】では、1家族介護者の力量や負担感について訪問看護師に確認している ($p<0.01$)、2訪問看護師と協力しながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を指導している ($p<0.01$)、3訪問看護師にアドバイスを受けながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を検討している ($p<0.01$)、4入院後早期に入院前のADLやIADLについて対面・電話・メール等で訪問看護師から情報収集をしている ($p<0.01$)、5自宅への退院の可能性がある場合にはなるべく早く訪問看護師に相談している ($p<0.01$)、6訪問看護師と直接連携を取るなど、顔の見える関係づくりを行っている ($p<0.01$)、8訪問看護師からの情報提供書(サマリー)を確認している ($p<0.01$) の7項目で有意差を認めた。訪問看護師との直接的な情報収集や情報交換について連携が取れていないことが分かった。

第3因子【自宅でできていたことを継続できる環境の整備】では、22「できそうなこと」が「できる」ような、失敗を許容される入院環境をつくっている ($p<0.01$)、23入院によるADLの低下を予防できるようなかかわりを行っている ($p<0.05$) で有意差を認めた。

第4因子【院内外の多職種で行う情報共有】では、26多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師の参加を依頼している ($p<0.01$)、27多職種で行われる院内カンファレンスにケアマネジャーの参加を依頼している ($p<0.01$)、28多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師が参加できない場合には内容を伝達している ($p<0.01$) で有意差を認めた。院内でのカンファレンスで話し合われた内容について情報共有ができていないことが分かった。

表 1. 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による認知症看護認定看護師との比較

	認知症看護 認定看護師 n=75	B病棟看護師 n=18	p	
	平均値±SD			
第1因子【看護の視点からみた自宅での生活状況の共有】	4.3±0.9	3.2±1.1	0.000	**
1 家族介護者の力量や負担感について訪問看護師に確認している	3.9±1.4	2.7±1.3	0.002	**
2 訪問看護師と協力しながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を指導している	3.9±1.3	2.8±1.2	0.001	**
3 訪問看護師にアドバイスを受けながら個別性に応じた自宅での医療的ケア・服薬管理・ADLの方法を検討している	3.8±1.4	2.7±1.4	0.006	**
4 入院後早期に入院前のADLやIADLについて対面・電話・メール等で訪問看護師から情報収集をしている	4.2±1.7	2.9±1.3	0.002	**
5 自宅への退院の可能性がある場合にはなるべく早く訪問看護師に相談している	4.2±1.3	2.9±1.4	0.001	**
6 訪問看護師と直接連携を取るなど、顔の見える関係づくりを行っている	3.5±1.3	1.9±0.9	0.000	**
7 主治医の説明（治療方針や予後）と本人・家族介護者の認識・理解度について訪問看護師と共有している	4.1±1.2	3.4±1.8	0.155	
8 訪問看護師からの情報提供書（サマリー）を確認している	5.5±0.8	3.7±1.2	0.000	**
9 入院時に入院前に訪問看護サービスの利用の有無を確認している	5.1±1.5	5.2±1.2	0.780	
10 入院後早期に自宅の関わりや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などについて情報収集している	4.6±1.3	3.9±1.9	0.298	
第2因子【家族とともに行う自宅退院へ向けた準備】	5.3±0.6	5.0±1.1	0.530	
11 患者が自宅へ退院することについて、家族の受け入れができていないかを確認している	5.6±0.6	5.2±1.2	0.185	
12 家族介護者が退院後の介護に負担を感じているのか確認している	5.5±0.9	4.9±1.5	0.172	
13 「どのような状態になったら退院したい」と考えているかを家族介護者に確認している	5.5±0.7	5.3±1.2	0.873	
14 主治医の説明（治療方針や予後）と患者・家族介護者の認識に相違がないか確認し調整している	5.1±0.9	4.9±1.2	0.858	
15 家族介護者の不安や心配ごとを聞き、把握し解消のための行動をとっている	5.1±0.8	4.9±1.2	0.804	
16 退院後に予測されることとその対応方法について患者・家族介護者に説明している	5.3±0.8	4.8±1.2	0.076	
17 在宅生活で支援が必要となる医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）について明確化している	5.3±0.7	5.0±1.1	0.265	
18 退院後に患者・家族介護者が無理なく医療的ケア・服薬管理・ADL（セルフケア）を続けられるかを、入院中に確認している	5.2±0.8	5.2±1.1	0.468	
第3因子【自宅できていたことを継続できる環境の整備】	4.6±0.7	4.3±1.0	0.262	
19 自宅での認知症の症状やこだわりなどを生かした看護実践を行っている	4.6±0.9	4.4±1.3	0.652	
20 リロケーションダメージ軽減のために病棟・病室内の環境整備を実施している	4.8±1.0	4.4±1.2	0.251	
21 趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境を整えている	4.6±0.9	4.4±1.2	0.984	
22 「できそうなこと」が「できる」ような、失敗を許容される入院環境をつくっている	4.7±0.9	3.5±1.4	0.001	**
23 入院によるADLの低下を予防できるようななかかわりを行っている	5.3±0.6	4.8±0.8	0.024	*
24 自宅できていたことを参考にして看護実践の目標を立てている	4.9±0.9	4.8±1.1	0.784	
25 強みやできることに着目したアセスメントを行いICFの理念に基づく看護診断を立案している	3.6±1.4	3.7±1.4	0.813	
第4因子【院内外の多職種で行う情報共有】	4.6±1.0	3.4±1.6	0.001	**
26 多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師の参加を依頼している	4.1±1.5	2.7±1.6	0.002	**
27 多職種で行われる院内カンファレンスにケアマネジャーの参加を依頼している	4.6±1.3	2.8±1.5	0.000	**
28 多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師が参加できない場合には内容を伝達している	4.6±1.5	3.4±1.8	0.008	**
29 治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間で共有している	4.8±1.2	4.1±2.0	0.305	
30 家族介護者の不安や心配ごとと対応方法について院内外の関係する職種間で共有している	4.7±1.0	3.9±1.9	0.287	
第5因子【看護の視点からみた退院後のケアの共有】	5.0±1.0	4.4±1.8	0.702	
31 指導を行った医療的ケア・服薬管理・ADLの方法の具体的な内容や患者・家族介護者の理解・習得度について訪問看護師に情報提供している	4.9±1.1	4.4±1.8	0.666	
32 看護師の視点に基づいた退院後にも継続される問題点について訪問看護師に情報提供している	5.1±1.1	4.5±1.9	0.444	

Mann-WhitneyのU検定 p<0.01**, p<0.05*

IV. 考察

評価指標を用いて、調査を行ったところ、32の下位項目のなかで、29項目で認知症看護認定看護師の方が病棟看護師よりも高い平均点であった。特に、第1因子にある、看護師の視点で認知症高齢者の在宅での生活のようすを入院早期から情報収集し、在宅復帰のために活用すること、顔の見える関係を構築し、できるだけ早期から双方向で認知症高齢者の在宅復帰につなぐことが病棟看護師にとっては困難であった。また、第3因子では、できることを奪わず、できることを強みとしたケアの実践がなされていないことが示唆された。事故防止のためのリスク管理によって、行動に制限が設けられていることが考えられるが、認知症高齢者の日常生活動作の維持・向上や自己肯定感の回復にも、禁止事項ではなく、できることを増やすかわりか認知症ケアや在宅復帰のためには実践すべき項目である。院内外の情報共有を示す第4因子では、院内で行われる多職種カンファレンスで話し合われた内容が、介護支援専門員や訪問看護師へ情報提供できていない現状が明らかとなった。当然のことながら、退院後は自宅において継続的な支援が必要となる。入院中の経過やさまざまな決定事項のプロセスを病棟と在宅の専門職種が共有することによって、継ぎ目のない在宅復帰支援が可能となる。

一方で、第2因子【家族とともに行う自宅退院へ向けた準備】、第5因子【看護の視点からみた退院後のケアの共有】では、有意差を認めた項目は一つもなかった。このことは、病棟看護師は家族支援の視点や退院後に向けた継続看護への意識をもち、訪問看護師への情報提供を行っていることが示唆された。そこで、病棟看護師の視点を退院後だけではなく、入院前へと向け、入院前の生活状況から認知症ケアや生活に戻っていくための支援に生かす必要がある。

以上のことから、対象となった病棟看護師が在宅復帰につながるケアを実践するためには、訪問看護師との情報共有を十分にはかること、自宅での日常生活動作を含めた生活全般の様子を入院早期から把握し、入院中の認知症ケアに生かすことに努めていく必要がある。今回の調査結果で明らかとなった課題を解決するために、病棟看護師と訪問看護師による連携をスムーズに実践できるよう「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成に着手する。

第5章 病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」の作成・活用

第5章では、病棟看護師と訪問看護師による「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」を作成し、地域包括ケア病棟での活用を試みた。パスを活用し、有用な点や改訂すべき点を抽出することで、認知症高齢者の在宅復帰支援に必要な項目へと洗練され、在宅復帰率の向上へ寄与できると考える。

第1節 地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師による認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの作成

I. 目的

認知症高齢者が、病棟看護師と訪問看護師が連携し、入院の原因となった疾患の治療が終了した後、すぐに住み慣れた自宅での生活を再開するためのツールとして対象となる医療機関（A病院）の地域包括ケア病棟（B病棟）に即した「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス（以下、連携パス）」を作成することを目的とした。地域包括ケア病棟での活用を考え、A病院の地域包括ケア病棟（B病棟）で実現可能な連携パスの作成を試みた。

II. 研究方法

1. 連携パスの作成

研究の第1段階および第2段階の結果より、B病棟での業務内容と照らし合わせ、業務の一環として連携パスが活用できるよう、B病棟師長1名、主任看護師1名、クリニカルパス委員1名、A病院に併設する訪問看護ステーションに勤務する看護師1名と研究者1名の計5名で内容を検討した。

2. 倫理的配慮

A病院の病院長および看護管理者、B病棟師長および併設する訪問看護ステーションに対し、研究の趣旨や目的など口頭および文書にて説明を行い、許可を得た。本研究は、山口大

学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：740-1）。

III. 結果

1. 認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの作成過程

B病棟師長に依頼し、参加者5名が集まることができる日程の調整を行い、連携パス作成のためのミーティングを開いた。第1回目は対面、以降の2回はオンライン上で合計3回開催した。まず、研究の第1段階と第2段階の内容から研究者が策定した基本的な34項目を表1に示す。第4章で行った結果で、天井効果により除外された2項目「リソースナースや認知症ケアチームと協力しBPSDやせん妄の出現・悪化防止を行っている」、「個性に応じたコミュニケーションの方法として言葉遣い・ジェスチャー・声のトーンを工夫している」は、認知症ケアには欠かすことができない項目である。そのため、この2項目を追加し34項目とした。次に、参加者間で検討し、実践すべき時系列順に並べ替え、B病棟の業務内容や決まりごとに合わせ、実施可能な内容に修正し確認を行った。また、第2段階で実施した病棟看護師への評価指標の結果を参考にさらに追加・修正を加えた。その結果、4つのフェーズに時期を分けることができた。以下、フェーズごとに説明する。

表1. 認知症高齢者在宅復帰支援連携パス作成のために策定した34項目

<p>1. 入院時の情報収集</p> <p>入院前に利用していた在宅サービスの内容とその事業所・担当者名についての確認 入院前のADL（セルフケア）やIADLについて訪問看護師からの情報収集（対面・電話・メール等で） 訪問看護師からの情報提供書（サマリー）を確認 自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などについての情報収集</p> <p>2. ADL（セルフケア）・IADL能力の維持・促進</p> <p>自宅でできていたこと（移動・排泄・服薬管理）を参考にリハビリや看護実践目標の立案 入院による（医原性）ADL（セルフケア）の低下を予防できるようなかわり 「できそうなこと」を「できる」ような、ある程度の失敗を許容される入院環境</p> <p>3. 認知症ケアの充実</p> <p>自宅での認知症の症状やこだわりなどを生かした看護実践 リロケーションダメージ軽減のために病棟・病室内の環境整備 リソースナースや認知症ケアチームと協力しBPSDやせん妄の出現・悪化防止 強みやできることに着目したアセスメント（ICF）した看護実践（ヘルスプロモーション型看護診断） 個性に応じたコミュニケーションの方法を工夫（言葉遣い・ジェスチャー・声のトーン・マスク着用など） 趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境整備</p>
--

4. 院内外の多職種との連携

訪問看護師や介護支援専門員と直接連携を取るなど、顔の見える関係づくり
多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員の参加依頼
多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員が参加できない場合の情報提供
治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の職種間での共有
主治医の説明（治療方針や予後）と本人・家族介護者の認知・理解について院内外の職種間での共有
家族介護者の不安や心配ごとと対応方法について院内外の職種間での共有
入院からなるべく早く訪問看護師や介護支援専門員への連絡
自宅への退院の可能性がある場合にはなるべく早くに訪問看護師に相談

5. 家族介護者への支援

「どのような状態になったら退院したい」と考えているか家族介護者へ確認
患者が自宅で過ごすことについて、家族がどのように思っているのか確認
家族介護者が退院後の介護にどれくらいの負担感を持っているか確認
家族介護者の力量や負担感について訪問看護師や介護支援専門員に確認
家族関係とキーパーソン（主介護者・副介護者）の年齢や就業状況などの把握
家族介護者の不安や心配ごとを聞き、把握し解消のための行動
主治医の説明（治療方針や予後）と患者・家族介護者の認知・理解に齟齬がないか確認・調整

6. 生活に合わせた退院指導

在宅生活で必要となる医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援についての明確化
訪問看護師にアドバイスを受けながら医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の方法のシンプル化
退院後に患者・家族介護者が無理なく服薬やケアを続けられるかを、入院中に確認
指導を行った医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度について訪問看護師への情報提供
退院後に予測されることとその対応方法について患者・家族介護者に説明（次の受診時までには何かあったらどうするか、症状が変化したらどうするかなど）
病棟看護師からみた退院後の課題について訪問看護師に情報提供

1) フェーズ1（表2）

入院からできる限り早い時期に行う必要があると考えられる内容を「フェーズ1. 入院（入院～7日目）」とした。

入院時に病棟看護師が、患者本人や家族から聴取する基本情報や入院時退院支援アセスメントシートに加え、在宅復帰を目指すために必要な入院前のADL/IADL・住環境・家族背景・在宅サービスの利用状況などを、入院時情報収集とした。また、入院前に介護保険サービスや訪問看護を利用していた場合、入院直後に対象病棟に要約（サマリー）が届く。本来であれば、転院・転入時に引き継がれるべきであるが、ときに失念されることもあるため、確実に引き継がれるよう「看護要約の有無 ない場合の再発行依頼」を追加記載した。認知症高齢者では、入院時情報収集の項目を患者本人から生活な情報を得ることが難しい場合やサービスの利用内容、各種サービスでの活動のようす等も正確に収集する必要があると考え、「訪問看護師および介護支援専門員より聴取もしくは確認」を記載した。

認知症ケア・せん妄ケアについては、リソースナースや認知症ケアチームへの依頼を速やかに行うことで、認知症ケア加算を有効に活用する取り組みを行う。疾患に関する看護計画と同時に認知症ケア計画についても、入院時に得た情報から立案するよう記載した。立案上の検討内容を記載することで病棟での留意すべき認知症ケアへの理解を求めた。また、環境の変化に伴いBPSDやせん妄のリスクを評価する必要があるため、疼痛評価・不快感評価・ストレス評価・薬剤の副作用に関する項目を記載した。

自宅でできていたことを継続するケアでは、入院時に収集した自宅での生活状況を有効に活用し、入院関連機能障害の予防やリスク管理、安全確保の範囲内で、認知症高齢者ができることを奪うことなく継続してやってもらうという視点で看護計画の立案やケアに活用するよう記載した。立案上の検討内容として、多職種でのかかわりをもつことができるよう、リハビリテーション計画との整合性や自宅での生活状況の情報収集を合わせて行うことができるよう注意書きを行った。医療モデルではリスク型の計画に偏りがちであるが、できること、強みに着目することを意識してもらうため、ヘルスプロモーション型という文言をあえて記載した。

表2. フェーズ1

入院（入院～7日目） Phase 1	入院日（ / ） 疾患名（ ） 入院算定期限日（ / ） ★入院前の情報によりせん妄やBPSDの悪化を最小限に抑え治療や効果的なリハビリを入院早期から受けることができる
入院時情報収集	
<input type="checkbox"/> 1. 入院時ADL/IADLの確認 移動（ 独歩・杖・歩行器・車椅子 / 介助の程度 ） 排泄（ 日中：トイレ・ポータブルトイレ・おむつ / 夜間：トイレ・ポータブルトイレ・おむつ ） 服薬（ 自己管理・家族管理 / 薬袋・カレンダー・箱・その他 残薬の有無と程度 ）	
<input type="checkbox"/> 2. 住環境の状況 自宅内動線（ 別紙記載 ） 自宅改修歴（ 居室・トイレ・廊下・浴室・玄関・階段・段差・その他 ） 福祉用具の利用（ ）	
<input type="checkbox"/> 3. 家族背景 同居家族（ ） 主介護者（ ） 副介護者（ ） 介護負担感（ 有・無 ） 自覚の程度（ ）	
<input type="checkbox"/> 入院前利用サービス（DBまたは看護記録に記載） 事業所名（ ） 内容（ ） 曜日（ 月・火・水・木・金・土・日 ）	
<input type="checkbox"/> 入院時退院支援アセスメントシートの記載 <input type="checkbox"/> 訪問看護および介護支援専門員への連絡 <input type="checkbox"/> 訪問看護からの看護要約の有無 ない場合には再発行依頼 <input type="checkbox"/> 上記1～3について訪問看護師および介護支援専門員より聴取もしくは確認 ※本人・家族、前医からの情報と相違ないか確認する	
<input type="checkbox"/> 入院診療計画書の記載	

認知症・せん妄ケア

- リソースナース・認知症ケアチームへの依頼
- 認知症ケアに関する看護計画の立案
- 【立案上の検討内容】
 - ※環境の変化へのケア（病棟・病室内の環境整備）
 - ※好みのものや興味あることへの理解と実施
 - ※病棟内での役割の確保
 - ※ヘルスプロモーション型看護計画の意識
- せん妄予防
 - 主疾患の管理
 - 疼痛評価
 - 不快感評価
 - ストレス評価
 - 薬剤副作用の確認
 - 家族・知人・介護支援専門員・訪問看護師による面会の推奨

自宅でできていたことを継続するケア

- ADL/IADL（セルフケア）の維持・向上に関する看護計画の立案
- 【立案上の検討内容】
 - ※リハビリテーション計画との整合性
 - ※自宅でできていたことの継続（セルフケア・服薬等） → 自宅での方法の情報収集
 - ※自宅での生活リズムの継続（日中の過ごし方等） → 自宅での生活についての情報収集
 - ※ヘルスプロモーション型看護計画の意識

入院時カンファレンス

- 退院支援チームの結成
 - 院内：Dr（ ） Ns（ ） PT（ ） OT（ ） ST（ ）
 - MSW（ ） Ph（ ） RD（ ） CW（ ）
 - 在宅：CM（ ） 訪看（ ） 訪介（ ）
- 入院時カンファレンス開催日程（ / ）
 - 介護支援専門員への連絡 参加状況（可・不可）
 - 訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）
 - 【共有すべき内容】 → カンファレンスシートへ記載
 - ※入院前の生活の状況の情報提供と退院の目安（ADL/IADL）
 - ※在宅から見た現状の問題点や入院中に解決しておきたい事柄
 - ※認知症症状と対処方法
 - ※医師からの病状説明の内容と家族の理解の程度
 - ※今後の方針と見通し

B 病棟では、入院から原則 5 日以内に患者の現状把握と退院要件などについての入院時カンファレンスを多職種で実施している。現在は院内職種のみで行っているが、訪問看護師から「ぜひ参加して、退院支援をともに行いたい」との意見があった。そこで B 病棟内で検討し、訪問看護師と介護支援専門員の参加を連携パスに追加した。

以上の内容を、フェーズ 1 とし、到達目標を「入院前の情報によりせん妄や BPSD の悪化を最小限に抑え治療や効果的なリハビリを入院早期から受けることができる」とした。

2) フェーズ2 (表3)

医師の治療方針と各職種による評価から退院に向けた治療・リハビリが開始になる時期を「フェーズ2. 治療・リハビリ期」とした。

せん妄は、通常は数日間で改善するとされているが、まれに数ヵ月間続く場合もあるため、認知症・せん妄ケアの継続を挙げ、疼痛や不快感などのリスクの評価も継続した。認知症ケアに関する看護計画では、実践・評価・立案とし、ケア内容を評価しながら実践を行う。

入院から1週間以上経過するなかで、追加された情報を参考にしながら、自宅での生活に戻るためのケアとして、ADL/IADLの維持・向上に関する看護計画の実践・評価・立案することとした。フェーズ1では、「自宅でできていたことを継続するケア」であったものを在宅復帰に意識を向ける目的でフェーズ2では、「自宅での生活に戻るためのケア」へ変更し、計画についても実践・評価・立案を繰り返す、ケアを行うようにした。

定期・不定期(必要時)に開催される多職種カンファレンスでは、治療やリハビリの進捗状況の報告や入院以降に追加で得られた新たな情報についての共有が行われる。在宅復帰への目標の再設定や今後の計画を話し合う場になるため、訪問看護師と介護支援専門員の多職種カンファレンスへの参加や不参加の場合でも確実に情報共有を行うことを記載した。

フェーズ2での到達目標を「適切なケアにより認知症症状が悪化せず、治療やリハビリを受けADL/IADLの維持向上を図ることができる」とした。

表3. フェーズ2

治療・リハビリ期 Phase 2	入院日(/) 疾患名() 入院算定期限日(/) ★適切なケアにより認知症症状が悪化せず、治療やリハビリを受けADL/IADLの維持・向上を図ることができる
認知症・せん妄ケアの継続 <input type="checkbox"/> リソースナース・認知症ケアチームとの協働 <input type="checkbox"/> 認知症ケアに関する看護計画の実践・評価・立案 【立案上の検討内容】 ※病棟・病室内の環境調整(自宅環境情報を基に) ※好みのものや興味あることの実施と評価 ※病棟内での役割の確保 ※ヘルスプロモーション型看護計画の意識 <input type="checkbox"/> せん妄予防 <input type="checkbox"/> 主疾患の管理 <input type="checkbox"/> 疼痛評価 <input type="checkbox"/> 不快感評価 <input type="checkbox"/> ストレス評価 <input type="checkbox"/> 薬剤副作用の確認 <input type="checkbox"/> 家族・知人・介護支援専門員・訪問看護師による面会の推奨	

自宅での生活に戻るためのケア

ADL/IADL（セルフケア）の維持・向上に関する看護計画の実践・評価・立案

【立案上の検討内容】

- ※リハビリテーション計画との整合性
- ※自宅できていたことの継続（セルフケア・服薬等）
- ※自宅での生活リズムの継続（日中の過ごし方等）
- ※ヘルスプロモーション型看護計画の意識

多職種カンファレンスの実施

カンファレンス開催日程（ / ）

介護支援専門員への連絡 参加状況（可・不可）

訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）

【共有すべき内容】 → カンファレンスシートへ記載

※リハビリの進捗状況と現在の状況（ADL/IADL）

※今後の見通し（リハビリにて見込まれる到達レベル）

※本人・家族の意向（相違があれば内容の確認）

※医師からの病状説明の内容と家族の理解の程度

退院計画書の作成

リハビリテーション総合実施計画書の作成

3) フェーズ3（表4）

「フェーズ3. 退院準備期」は、入院の原因となった主疾患の治療効果が得られ、病状が落ち着いた時期とした。

まず、退院準備期であることから、実際に B 病棟で行われている試験外泊と退院前住宅訪問（家屋調査）を挙げた。バリアフリーの病棟内での生活ではなく、自宅環境下での ADL について、入院前との差異を確認するといった目的である。また、病状や ADL の状況によっては家族介護者や本人の要望を確認し、外泊中の訪問看護利用（訪問看護基本療養費(Ⅲ)）の必要性や有無についても記載した。外泊予定であることも事前に訪問看護師・介護支援専門員への連絡を行うようにした。退院前住宅訪問では、院内職種としてリハビリスタッフや MSW のほかに、病棟看護師も同席するようにし、介護保険利用の場合、介護支援専門員は必須であるが、訪問看護師にも連絡し参加についての確認をすることとした。住宅訪問後に検討する内容として、バリアの有無だけでなく、生活上の問題点や課題を抽出し、改修案の策定、入院環境の整備につなぐことができるようにした。

定期・不定期（必要時）に開催される多職種カンファレンス、具体的な退院の目途が立つ時期に行われる退院前カンファレンスにも医療機関側からだけでなく在宅からみた具体的な退院指導や退院調整に役立てることができるよう、訪問看護師と介護支援専門員の参加を依頼することも追加した。入院前と現在の状況の比較、家族介護者について、退院後の困

りごとを減らすための情報収集・アセスメントや在宅サービスの必要性を検討すべき内容として挙げた。

退院指導・調整では、看護師の専門性と MSW との役割分担を考慮した。退院後の生活で訪問看護師が担う役割である、薬剤管理・セルフケア支援・脱水防止のための水分補給、危険行動への対応をはじめとする介護指導などを中心に看護計画の立案・実践を行うことができるような記載内容とした。対応する個人や職種によって指導内容が異なることがないような言動統一も必要である。

退院時カンファレンス・サービス担当者会議では、病棟で行われる最後のカンファレンスである。そこで、このカンファレンスでも訪問看護師および介護支援専門員が同席できるよう、あらかじめ参加の有無を確認するようにした。退院日まで行ってきた退院支援の内容と到達度、継続が必要と考えることがらについて共有する。看護要約を記載し、退院日ではなくカンファレンスの場で手渡し、口頭で補足するなど対面で情報共有ができるよう追加記載した。

フェーズ3の到達目標は「退院支援チームにより在宅復帰に向けた身体状況・生活環境にあった退院支援・調整を受けることができる」とした。

表4. フェーズ3

退院準備期 Phase 3	入院日 (/) 疾患名 () 入院算定期限日 (/) ★退院支援チームにより在宅復帰に向けたケアと身体状況・生活環境にあった退院支援・調整を受けることができる
試験外泊計画 <input type="checkbox"/> 試験外泊日程調整：主治医からの許可（許可日 / ） <input type="checkbox"/> 家族への確認と日程調整 <input type="checkbox"/> 退院支援チームによる外泊への対応検討 <input type="checkbox"/> 訪問看護師・介護支援専門員への連絡 <input type="checkbox"/> 外泊中の訪問看護利用（ 要・不要 ） → 要： <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションへ連絡 <input type="checkbox"/> 外泊訓練（移動手段（ ） 排泄動作（ ） 家族への指導（ ）） <input type="checkbox"/> 外泊後の確認事項 <input type="checkbox"/> 家族への聞き取り（ 移動・排泄・夜間について、本人の様子 ） <input type="checkbox"/> 訪問看護利用の場合、訪問看護師からの情報収集 ※確認事項は看護記録へ記載	

退院前住宅訪問（家屋調査）計画

住宅訪問日程調整（ / ）

家族との調整

リハビリスタッフとの調整

病棟看護師の参加 参加状況（可・不可）

介護支援専門員との調整

訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）

訪問終了後の担当者間での検討

【検討すべき内容】 → 看護記録・リハ記録へ記載

※病棟看護師が参加できなかった場合にはリハビリスタッフおよび訪問看護師からの情報収集と意見交換

※バリアの有無だけでなく生活上の問題点・課題を検討 ※病室の環境整備 ※改修案の作成

多職種カンファレンスの実施

カンファレンス開催日程（ / ）

介護支援専門員への連絡 参加状況（可・不可）

訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）

【共有すべき内容】 → カンファレンスシートへ記載

※入院前の生活と現在の状況（ADL/IADL）

※外泊から見えた問題点や解決が必要な事柄

※在宅サービスの必要性と内容

※医師からの病状説明の内容と家族の理解の程度

※今後の方針と見通し

退院前カンファレンス（退院の目的が立つ時期）

退院前カンファレンス開催日程（ / ） → 退院日（ / ）

介護支援専門員への連絡 参加状況（可・不可）

訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）

退院後訪問指導料の可否

【共有すべき内容】 → カンファレンスシートへ記載

※入院前の生活と現在（退院時）の状況（ADL/IADL）

※退院後の生活についての本人・家族の意向

※退院後も継続が必要な医療ケア（投薬・処置等）

※家族の介護力（意欲・力量・人数等）

※在宅サービスの具体的な内容・住環境の整備状況

※退院後の生活上の問題点や入院中に解決が必要な事柄

※医師からの病状説明の内容と家族の理解の程度

※今後の方針と見通し

※上記から考えられる退院指導・調整の提案と実施

※特別訪問看護指示書の検討

退院指導・調整

本人・家族の状況に合わせた看護計画の立案

（薬剤管理・セルフケア・排泄・水分補給・行動への対応・介護指導等）

訪問看護師からの助言

多職種での指導内容の申し合わせ（方法の一致）

退院時カンファレンス・サービス担当者会議

- 退院時カンファレンス開催日程（ / ）
 - 介護支援専門員への連絡 参加状況（可・不可）
 - 訪問看護師への連絡 参加状況（可・不可）
 - 【共有すべき内容】** → カンファレンスシートへ記載
 - ※病院（医師を含む医療職）からの説明内容と本人・家族の理解の程度
 - ※退院支援（指導）の内容と到達度
 - ※院内退院支援チームからの助言
 - ※在宅サービスの内容と共有
 - ※訪問看護師・介護支援専門員の在宅生活におけるアセスメント内容
- 退院時看護要約の作成
 - 訪問看護師への看護要約
 - 介護支援専門員への看護要約
 - 外来継続看護用看護要約

4) フェーズ4（表5）

退院日から退院後の在宅療養移行期を「フェーズ4. 退院～在宅」とした。

退院時の情報提供については、これまで B 病棟で行われてきた看護要約の提供に加え、訪問看護から要望のあった転倒・転落事故や突発的な発熱などのエピソード、退院時カンファレンス後から退院日までの経過で特記事項がある場合には補足することを追加した。

継続看護として、退院後に電話連絡をすることや退院後訪問指導料の安定が可能であれば、実際に病棟看護師が訪問をする、訪問看護や介護支援専門員から退院後の生活の様子をフィードバックすることを記載した。

「スムーズに退院後の生活へ移行することができる」ことを到達目標とした。

表5. フェーズ4

退院～在宅 Phase 4	入院日（ / ） 疾患名（ ） 入院算定期限日（ / ） ★スムーズに退院後の生活へ移行することができる
退院時の情報提供 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>退院時看護要約の提供 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>訪問看護師への看護要約の補足（必要に応じて口頭） <input type="checkbox"/>介護支援専門員への看護要約の補足 <input type="checkbox"/>外来継続看護用看護要約 【確認事項】 <ul style="list-style-type: none"> ※提供が退院前であった場合、提供から退院までの事柄の補足（転倒・発熱等） 	
継続看護 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>退院後の訪問（退院後訪問指導料が「可」の場合） <input type="checkbox"/>電話訪問（退院後1週間（ / ）） <input type="checkbox"/>訪問看護師・介護支援専門員による退院支援のフィードバック 	

以上の内容をチェックボックスおよび日付欄，予定通り行うことができなかつた場合にはバリエーションとして評価を行うことができるよう記載欄を設け，「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」とした。

今回作成した支援パスを協力の得られた地域包括ケア病棟で活用する。

第2節 訪問看護師と病棟看護師による認知症高齢者在宅復帰支援連携パスの活用 —事例検討—

I. 目的

第1節で作成した「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」を活用し在宅復帰を目指した事例についての検討をとおし、「連携パス」の有用性と改訂すべき点を抽出することを目的とした。

II. 研究方法

1. 「認知症高齢者在宅復帰支援パス（以下、連携パス）」概要

連携パスは、患者の入院中の経過に沿って、疾患パスから独立した看護パス¹⁾である。4つのフェーズで構成されており、フェーズ1は入院から7日目までの入院初期、フェーズ2は治療・リハビリ期、フェーズ3は退院準備期、フェーズ4は退院～在宅であり、チェックリスト式となっている。

2. 研究対象

九州地方にある地域包括ケア病棟（B病棟）を対象とした。連携パスの活用は2023年4月～2023年10月までに認知症を併存疾患として有し、入院前に訪問看護サービスを利用していた2名の患者とし、それぞれを受け持った病棟看護師と訪問看護サービスを担当する訪問看護ステーションの看護師の協力を得た。

3. 調査方法

1) 地域包括ケア病棟への承諾

連携パス作成前に地域包括ケア病棟を有する医療機関（A病院）の病院長および看護管理者、地域包括ケア病棟（B病棟）師長に対し、研究の趣旨や目的などを説明し許可を得た。

2) 対象となる地域包括ケア病棟看護師への説明

連携パス作成前に、評価指標のアンケートに回答した B 病棟に勤務する看護師（第 4 章第 2 節）、および B 病棟を担当する MSW に対し、B 病棟にて病棟会等を通じ、連携パス活用の研究の趣旨や目的、評価指標の結果、作成過程や内容などについて文書および口頭にて説明を行い、承諾を得た。

3) 連携パスの活用

入院前の在宅生活において、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、作成した連携パスを使用し、B 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る。認知症高齢患者および家族にたいしては、病棟師長より口頭および文書にて説明を行い、承諾を得た。また、連携する訪問看護ステーションには、連携パスを活用する対象者が入院した際にまず、MSW より研究について説明を行ってもらい、入院から 2 日以内に研究者より電話にて研究の趣旨および内容について説明し、承諾を得た。その後文書を郵送した。

記載されている内容を実施後、「✓」と「日付」を記載し、実施できなかった場合にはクリニカルパス実践テキスト²⁾を参考に「バリエーション評価表」の該当するバリエーション項目の記載をする。

4) 事例検討会

研究期間終了後に、連携パスの作成にかかわった B 病棟師長、主任看護師、対象となった認知症高齢者を担当した看護師 2 名、情報交換を行った訪問看護ステーションに勤務する看護師と研究者 6 名によって事例検討会を行った。

事例検討会とは、ケースカンファレンスと同義で用いられており、様々な専門職種が一堂に会して援助、支援の方向性を検討する場、機会である。目的を、「対象事例を丁寧に振り返ることによって、課題の実現を妨げている要因・原因を明らかにすること、意義を、さまざまな職種が、課題を全体で共有することができ、援助・支援の方法が広がり、問題・課題を拾い上げる網の目（セーフティネット）が細くなる³⁾」とされている。類似の概念として、症例検討会⁴⁾は、医療機関において医療従事者が治療方針を検討するためのもので、参加する研修生に対する教育も目的とされる。そこで今回は事例検討会とした。

事例検討会では、研究者がファシリテーターを務めた。簡単な事例の紹介を行い、病棟看護師へは、連携パスを活用して感じたこと、連携パスの内容から認知症ケアで意識したこと

を尋ねた。訪問看護師へは、連携パスの内容や病棟看護師との情報交換について尋ねた。また、双方にたいして、それぞれのフェーズで改訂が必要な部分について確認をした。事例検討会の内容は、承諾を得て IC レコーダーに録音した。事例検討会の時間は 1 事例 20 分程度とした。

4. 分析方法

ヒストリカル・スタディとして 1 事例ごとに焦点を当てた。録音した内容の逐語録を作成し熟読し、一連の経過としてフェーズごとの実践について、それぞれの対象者の語りの意味を崩さないよう留意しながら分析を行った。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の目的、意義を口頭と文書で説明を行った。インタビュー後でも分析前であれば辞退を申し出ることが可能であること、また、研究終了後は、IC レコーダーの録音は消去し、資料はシュレッダーで破棄すること、所属機関や個人が特定されることはないことを口頭と文書にて説明し同意を得た。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：740-1）。

III. 結果

事例検討会は、B 病棟内のカンファレンス室にて対面で 1 回実施した。

1. 事例①

1) 事例紹介

70 歳代男性、誤嚥性肺炎にて A 病院急性期病棟に入院した。入院から 11 日目に地域包括ケア病棟である B 病棟に転入となった。認知症高齢者の日常生活自立度判定は II b, MMSE (Mini Mental State Examination : MMSE) は 16/30 点であった。要介護 2 で介護保険にて訪問看護を 2 年 3 か月前から利用しており、訪問目的は健康状態の管理、療養相談、服薬管理、リハビリテーションである。妻 (70 歳代) と 2 人暮らしで主介護者は妻である。

2) フェーズ1 (入院～7日目) の実践内容

X日, 急性期病棟より転入した.

入院時情報収集では, 同じ病院内からの転棟であったため, MSW から得た事前の情報を確認しながら, 妻から連携パスの記載事項を聴取した. 病棟看護師は, 妻から記載事項以外にも, 自宅ではどのような介護が必要か, たいへんな点などにも話を広げ, さらにデイサービスではどのような活動を行っているのかなどの情報を聞き取った.

認知症・せん妄ケアの項目では, 前病棟より認知症ケアチームの介入があったため, 転棟の連絡を入れた. これまでは, 認知症ケアチームは, 電子カルテから転棟の情報を獲得していたため, 転棟の確認が数日遅れることがあった. しかし, 病棟からの連絡により早期に把握することができ, 転棟による環境の変化へのアドバイスも早期に行うことができるとのことであった. 認知症ケアに関する看護計画については, 立案することができなかった. 理由としては, これまで認知症ケアに関する計画・ヘルスプロモーションでの計画の立案経験がなく, 疾患やその症状に関する看護計画のみが立案されている現状が挙げられた. せん妄予防では, 前病棟と同じベッドの位置やベッド周囲の環境を整えるといった実践を行っていたが, 記載されている疼痛評価・不快感評価・ストレス評価は該当しなかった.

自宅でできていたことを継続するケアでは, 看護計画の立案はできなかった. 認知症ケアに関する看護計画の立案と同様にこれまで立案の経験がなく, 立案することができなかった. しかし, 入院時に妻から得た自宅やデイサービスでの様子といった情報から, コミュニケーションや離床時のレクリエーション活動といった日常的なケアのなかで役立てることはできた.

入院時カンファレンスは, X日+2日に行われた. 介護支援専門員, 訪問看護師への参加の依頼は MSW をとおして行ったが, B病棟でのカンファレンスは午前中に行われることもあり, 参加することはできなかった. しかし, カンファレンス当日の午後, 話し合われた内容を MSW が電話で介護支援専門員, 訪問看護師に報告をした. これまでも, カンファレンスで話し合われた内容は MSW をとおして報告がされていたが, その事実を病棟看護師は把握していなかった. 今回, 連携パスに記載してあることから知ることとなった.

3) フェーズ2 (治療・リハビリ期) の実践内容

X日+8日からフェーズ2とした.

認知症・せん妄ケアの継続においては, 認知症ケアチームのラウンドが毎週行われた. 認

知症ケアに関する看護計画は、フェーズ1と同様に立案できていなかったが、住環境情報は、リハビリスタッフとの協力により、X日+3日目に収集しベッドの位置や高さを変更した。入院時の情報から、好きなことや興味のあることを中心にレクリエーション活動を行ったり、コミュニケーションを図ることによって、徐々に生活のリズムを整えることができ、せん妄の出現やBPSDの悪化はなかった。

多職種カンファレンスは、入院時および退院時以外に定期的には実施される予定はなかったが、担当者のみが集まりミニカンファレンスを実施した。担当者は看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、MSWである。話し合った内容を当日夕方にMSWから、介護支援専門員、訪問看護師に電話で報告をしてもらった。患者・家族ともに食事摂取が可能であれば自宅退院を希望したため、退院のめどはたっていないが、希望があることも伝えてもらった。訪問看護師は、現在の治療の進捗状況や患者・家族の「自宅に帰りたい」という思いを入院早期から知ることができたことで、退院への心構えと準備を病棟と在宅の双方で考えることが可能となった。

4) フェーズ3（退院準備期）の実践内容

X日+23日頃より、嚥下状態が改善し、3食全量摂取が可能となった。移動能力も歩行器による移動が見守り～手を添える程度の介助に改善したためフェーズ3とした。

妻、MSW、介護支援専門員と相談した結果、試験外泊は行わなかった。自宅内は過去に改修が行われていたが、移動能力の低下があり、動作確認を行う目的で、X日+28日に退院前住宅訪問が予定された。理学療法士、MSW、介護支援専門員で訪問し、翌日にミニカンファレンスを開催し、動画で動作や自宅内環境の確認をした。患者本人も妻も退院前住宅訪問の外出で自信をつけ、自宅退院が決定した。介護支援専門員により、サービスの調整の結果、退院前住宅訪問から7日後（X日+34日）退院予定となった。

退院指導・調整に必要な内容として、今回の入院が誤嚥性肺炎の治療目的であることから、食事形態や栄養指導を中心に計画した。X日+30日、管理栄養士より妻へ食事指導が計画されたため、MSWをとおして訪問看護師へ連絡をしたところ、同席できるとの返答があった。訪問看護師は妻と一緒に食事指導を受けた。訪問看護師は、妻が受けた指導の内容を共有することができ、自宅での指導が容易になった。

退院時カンファレンス・サービス担当者会議は、退院当日に計画された。介護支援専門員、訪問看護師も参加した。訪問看護師より、退院時看護要約の早めの提出依頼があったため、

食事指導の際に手渡した。同日に介護支援専門員へも郵送した。退院時カンファレンス・サービス担当者会議開催時に、病棟看護師が記載した看護要約について質問があり、不足部分を補足することができた。これまでに複数回、連絡したり顔を合わせていたこともあり、気軽に情報交換を行うことができた。カンファレンス終了後に薬剤師から、退院処方服薬指導が妻に行われた。介護支援専門員、訪問看護師も同席した。介護支援専門員は、内服薬の作用・副作用を理解することができ、訪問看護師は、どのような薬効を期待してその内服薬が処方されているのかを知ることができた。

5) フェーズ4 (退院～在宅) の実践内容

X日+34日退院となった。看護要約は事前に提出していたため、訪問看護師は、新たに情報収集する必要がなく、退院直後から看護要約を役立てることができた。

継続看護では、今回の事例では退院後訪問指導料(Ⅲ)は適応ではなかった。退院後調査では、MSWが退院10日後に自宅へ電話連絡を行った。退院支援のフィードバックについてもMSWが介護支援専門員、訪問看護師へ電話連絡を行い、発熱や転倒もなく入院前と同様にデイサービスに通っていることを病棟へ報告した。

2. 事例②

1) 事例紹介

80歳代女性、転倒による胸腰椎圧迫骨折のため、救急搬送されA病院急性期病棟に入院した。入院から7日目B病棟に転入となった。認知症の日常生活自立度判定はⅢ、MMSEは12/30点、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は15/30点であった。要介護3で、介護保険による訪問看護を3年前から利用している。訪問の目的は健康状態の管理、清潔援助、服薬管理、リハビリテーションである。主介護者の息子(50歳代)と2人暮らしである。これまでも複数回の転倒歴があった。

3) フェーズ1 (入院～7日目) の実践内容

Y日、急性期病棟より転入した。

入院時情報収集では、MSWの記載したデータベースを参考にしながら、息子より情報収集を行った。移動手段や排泄の部分で、MSWの情報と息子から得た情報で差があった。福祉用具として歩行器のレンタルがあったが、実際には自宅内の移動は独歩や壁伝いであっ

た。病棟と違い、狭い室内では方向転換などは、歩行器の移動より伝い歩きのほうが本人にとって移動しやすいことが考えられた。排泄では、夜間はポータブルトイレ使用と MSW からの情報があったが、実際は夜間もトイレに移動していた。患者本人がポータブルトイレを拒否することや息子がポータブルトイレの片づけが負担であるといった理由があった。今後、自宅退院後の転倒リスクを軽減するためには、これらの情報を MSW やリハビリスタッフと共有することが必要であると考えた。

住環境では、自宅内の間取り図を次回来院時に提出するよう依頼した。担当する介護支援専門員には、病棟を移動することを息子が前日に連絡したとのことであった。

認知症・せん妄ケアでは、前病棟より認知症ケアチームの介入があり、ラウンドの際、転棟の報告がされていた。認知症ケアに関する看護計画では、せん妄のリスクとして立案した。環境の変化に関することでは、息子と訪問看護師より、子どものように大事にしているウサギのぬいぐるみがあるとの情報を得、持参を依頼した。また自宅に飾ってある写真などもベッドサイドに置くことにした。

入院の原因となった疾患が胸腰椎圧迫骨折であるため、疼痛評価が実施されていたが、痛みを自発的に訴えることができない。しかし、安静を守ることができていること、仰臥位で休んでいるときには苦痛表情がないことから、疼痛は体動時のみであることが推察された。

自宅でできていたことを継続するケアでは、10 日間のベッド上安静の指示が出ており、実践することはできなかった。

入院時カンファレンスの日程は Y 日+4 日に設定された。介護支援専門員の参加はかなわなかったが、訪問看護師は参加することができた。訪問看護師から、疼痛が治まると体動が激しくなる可能性が高いため注意が必要であることが情報提供された。医師からは、疼痛が改善すれば退院となることが説明された。

3) フェーズ 2 (治療・リハビリ期) の実践内容

Y 日+7 日からフェーズ 2 とした。

認知症・せん妄ケアの継続では、前病棟の環境と同様にするために、ベッドの場所、テレビの位置を工夫するなど病室の環境整備を行った。いつも自宅で見っていたテレビ番組を流すことも行った。疼痛に関しては、医師の指示により、鎮痛剤の定時与薬に追加で臨時薬の処方が出された。カンファレンスで、訪問看護師から自宅での生活状況や本人の活動パターンなどから BPSD のリスクについての情報を得たため、主治医より不穏時の指示も同時に

出されたが、使用することはなかった。

4) フェーズ3 (退院準備期) の実践内容

フェーズ2に移行した頃より、疼痛が改善してきたためか、帰宅願望が強く、安静が守れなくなり、急遽、退院の準備を開始した。

Y日+8日にベッドから転倒した。ベッドを低床にしたり、衝撃吸収用マットを使用するなどの対策を行っていたため、外傷や打撲はなかった。息子へ連絡したところ、患者本人の帰宅願望を考え、退院を希望された。介護支援専門員、訪問看護師へMSWより連絡を入れ、退院準備を行った。訪問看護師は、入院時カンファレンスの際、患者の表情が発症時よりも落ち着いているように見えたため疼痛が改善していると考えていた。そのため、介護支援専門員と早期退院の可能性について相談していたとのことであった。

Y日+9日、退院時カンファレンスを開催し、自宅退院となった。退院時カンファレンスには、介護支援専門員、訪問看護師ともに参加し、医師からの病状説明に息子と同席し、自宅での注意事項などを確認した。入院時に聴取した夜間のポータブルトイレの未使用について、介護支援専門員、訪問看護師に情報提供を行った。

5) フェーズ4 (退院～在宅) の実践内容

継続看護では、今回の事例は、退院後訪問指導料(Ⅲ)の適応ではなかった。退院後7日目に介護支援専門員の来棟があり、自宅で生活を送りながらデイサービスに通っていることが分かった。退院時に受けた病状説明や退院後の注意事項をデイサービス担当者に伝達し、デイサービスで訓練を行っているとのことであった。

バリエーション分析については、症例数が少なく、データ化することはできなかった。

3. 「認知症高齢者在宅復帰支援連携パス」活用後の意見

1) 病棟看護師の意見

看護師の退院支援の知識・経験によって在宅での生活状況に関する情報収集の内容やその詳細さに差があったが、連携パスを見ながら情報収集を行うため、看護師間での情報収集の内容の差や洩れが少なくなったと病棟看護師は感じた。これまでMSWに任せていた部

分も家族から積極的に病棟看護師が情報収集することによって、伝達された内容を聞くだけでなく、自分で聴取し、感じることができたため、今まで以上に病棟でのケアに生かすことができた。さらに、カンファレンスに参加した訪問看護師、介護支援専門員から自宅でのようすが詳細に語られた。その状況はこれまで病棟看護師が思い描いていた自宅の環境や生活スタイルとは大きく異なっており、在宅を想像する難しさを感じた。事例②では、入院時カンファレンスでの訪問看護師からの転倒のリスクについて情報提供があった。疼痛が持続しており、体動は少ないようすがあったが、急に体動があっても危険が減少するよう、ベッドの高さやベッド周囲の環境整備を行った。実際には転倒してしまったが、転倒の危険性を事前に予測し対応することができ大きな事故には至らなかった。

病棟では、疾患による症状がある患者への看護計画やケアが行われてきたため、認知症ケアに関する看護計画の立案では、これまでヘルスプロモーション型の看護計画の立案経験のなかった病棟看護師には課題となった。しかし、今回連携パスを活用することによって、理解を深める機会となった。

病棟での看護ケアや退院支援については、看護師同士での情報交換・共有が大切だが、調整に関する内容は、連携室の役割として MSW に依頼することが多いため、病棟看護師が連絡をするというより、MSW に確認し情報を得るというほうが的確ではないかと思う。看護師同士で行う内容、連携室が調整する内容と分ける必要があると考える。

今回、連携パスを使用して、情報収集を行う時期や内容について考える機会となった。また、訪問看護師や介護支援専門員といった在宅でケアを提供する職種の視点や情報の量の多さを実感することができた。

2) 訪問看護師の意見

訪問看護師は、コロナ禍ということもあり、積極的に病棟に行くことができず、MSW との電話連絡が多かったが、事例①では、リハビリテーションや食事指導、服薬指導に、事例②では医師からの病状説明に同席することができ、退院後のケアを円滑に実施することができた。今回は、連携パスにあるような協働での退院指導はできなかったが、看護師としてお互いに情報交換を行いたいと考えていた。看護師同士で話をすることは、介護支援専門員からの伝達で情報を得るよりも具体的で、意思疎通ができる。さらに、これまでは病棟での経過や医師からの説明内容などの情報を得ることには心理的に障壁があり、遠慮している面があった。しかし、病棟側から声をかけられることや、カンファレンスに参加できずとも

内容の周知があったことで今後の予測が容易になった。また、介護支援専門員をとおした情報では、必ずしも看護師として知りたい情報ではないこともあり、困難さを感じることもあった。これまでのような介護支援専門員をとおした情報交換だけではなく、病棟看護師やMSWと直接、対話し情報を得ることができたことはよかったと感じていた。

IV. 考察

これまで行ってきた第1段階、第2段階の研究結果から、認知症高齢者では、入院をきっかけにして身体機能や認知機能の低下が著しいことも多く、入院前の生活を維持できない可能性が高くなり、入院前の生活状況を知る訪問看護師と積極的に連携を図ることの重要性が明らかとなった。訪問看護師との連携により、認知症高齢者の個別性や個人の価値観、生活歴を考慮した入院中の認知症ケアや退院後の生活を具体的にイメージした在宅復帰支援が可能である。

今回、連携バスを活用した病棟看護師は、その記載内容に沿って情報収集を行うことで、病棟看護師自ら情報を得ることができ、その内容を看護の視点で見ることが可能となったと考える。MSWの記載内容を確認するよりも、専門性を生かしたアセスメントが可能になった。入院時カンファレンスに訪問看護師が参加したことで、病棟看護師が得たい情報だけでなく、訪問看護師が伝えたい情報を交換・共有することが可能となった。病棟看護師には在宅の視点が乏しいことが課題となっているなか、訪問看護師が必要だと考える情報を発信することによって、病棟看護師の在宅を見る視点が養われると考える。訪問看護師は、病棟側からの入院時および退院時カンファレンス日程の連絡や参加確認によって、これまで立ち入りにくかった病棟への訪問や看護師同士の積極的なコミュニケーションが可能となることが挙げられた。このことは、看護師同士の顔の見える関係にも寄与できたと考える。

一方で、認知症ケアに関する看護計画については、病棟看護師から困難感が述べられた。病棟看護師は医療モデルを中心とした看護計画の立案を行っており、ヘルスプロモーション型の看護診断・計画に苦手意識をもっていた。しかし、病棟看護師は、得た情報をレクリエーション活動や日常的なケアのなかで、活用し実践していた。看護計画の立案は困難であっても、得た情報を実践に活用することはできていたと考える。近年、認知症高齢者ケアにおいて、ストレングスモデル⁵⁾やICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, : 国際生活機能分類)⁶⁾の活用が普及しはじめている。入院の原因となった疾

患が治癒，あるいは管理が良好な状態になっても生活機能の低下は残存し，むしろ進行していく場合が少なくない．そのため，患者のもつ強みや生活機能全体をみる視点が病棟看護師にも必要である．今後は，強みやできることを生かしたケアの実践のために理論的に考えるといった研鑽を期待する．

病棟看護師が，院内外が多職種でアプローチを行う，訪問看護師と協力し在宅のイメージをもつ，そして患者のもつ強みを生かした認知症ケアを実践することによって，認知症高齢者の在宅復帰支援が促進される．今回作成した連携パスの活用はその一助になった．

連携パスの活用は 2 事例のみであったが，今後も症例数を重ねていくことでさらに洗練し，システムの一つとして運用できることを目指したい．

【引用文献】

- 1) 一般社団法人日本クリニカルパス学会：クリニカルパス用語解説集，第 2 版．サイエンティスト社，東京，21-24，2019.
- 2) 日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会 監修：クリニカルパス実践テキスト，医学書院，東京，2021.
- 3) 植田章：ケースカンファレンスの技術，新・社会福祉士養成講座－相談援助の理論と方法Ⅱ－，206-208，中央法規出版，2010.
- 4) Hebert, R. S. & Wright, S. M. : Re-examining the Value of Medical, Grand Rounds, Academic Medicine, 78 (12), 1248-1252, 2003.
- 5) 佐久川政吉，大湾明美，宮城重二：高齢者ケアにおけるストレングスの概念，沖縄県立看護大学紀要，11，65-69，2010.
- 6) 福井美雪，山口千尋，吉谷奏 他：会話を重視した認知症ケアの取り組み－R4 の ICF ステージングを活用して－，大阪府済生会中津病院年報，33 (2)，201-207，2023.

終章 本研究の意義と研究の限界・課題

本研究では、認知症高齢者在宅復帰支援連携パス（以下、連携パス）の作成を試みた。

連携パスの作成のために、まず、第1段階では、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に勤務する看護師（以下、病棟看護師）と訪問看護師による連携や認知症ケアの実態を明らかにした。インタビュー調査の結果から、病棟看護師は、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ることや、在宅ケアを支える職種との連携の必要性を理解しつつも、実践できずに模索していることがわかった。一方、訪問看護師は、自宅での生活を知る訪問看護師と病棟看護師が連携することで、認知症高齢者の在宅復帰支援を病棟と在宅という双方向から実践できると考えていた。しかしながら、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・協働が行われていない現状があった。

次に、第2段階として、第1段階から得られた結果をもとに、32項目からなる「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、地域包括ケア病棟に勤務する看護師への調査を行った。調査結果から、病棟看護師は、同じ地域包括ケア病棟に勤務する認知症看護認定看護師と比較すると、【家族とともに行う自宅退院へ向けた準備】といった家族支援や【看護の視点からみた退院後のケアの共有】といった継続看護に関する実践に比べ、入院前の生活状況の情報収集や訪問看護師との連携に関する【看護の視点から見た自宅での生活状況の共有】が十分ではないことが明らかとなった。そこで、病棟看護師が実践可能な連携パスの作成を行った。

クリニカルパス（クリティカルパス）の利点は、業務の標準化、業務整理、質の保証が挙げられる。あることがらに必要なことやスタッフの頭のなかにあるアルゴリズムを表現することで、経験値によって左右されることがなく、統一した質が保証される。

本研究で作成した連携パスでは、入院から退院までを4つのフェーズに分け、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につながるかが可能であるか」を時系列に提示した。その活用にあたっては、入院初期から入院中をとおして連携を図ることができるよう、病棟の特徴に合わせて実践可能な内容とし、検討すべき内容をより意識できるような内容を記載することを試みた。実際に、この連携パスを活用することによって、病棟看護師は訪問看護師と協力し、在宅のイメージをもち、院内外の多職種でアプローチを行い、そして患者のもつ強みを生かした認知症ケアを実践するこ

とができた。今回は、連携パスに記載された内容に沿った情報収集を行ってきたが、この経験をもとに、病棟看護師自身で必要性を感じ、訪問看護師との連携・協働を促進できることを期待したい。

一方で、病棟看護師の認知症ケアに必要な患者のもつ強みや生活機能全体をみる視点に課題が残った。ストレングスモデル、ICFの理念をはじめとする思考やヘルスプロモーション型看護診断・立案にたいし、今後理解を深めていく必要がある。

近年、地域包括ケア病棟を対象とした退院支援に関する研究¹⁻³⁾、訪問看護師との連携に関する研究⁴⁾は多くなってきているが、退院時に行われる連携の重要性や課題の抽出が中心で具体的な方策を打ち出したものはなかった。今回は、1病棟2事例のみの活用にとどまったが、今後も継続していくことになっている。また、他にも協力病棟を模索し、症例数を積み重ねることで洗練し、システムの一つとして運用できることを目指したい。

今後の課題として、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。今回作成した連携パスは、これらの課題に対応し、この連携パスを活用することで、認知症高齢者が住み慣れた自宅に戻ることができる。よって、この連携パスは、地域包括ケアシステムの一端を担うことができると確信している。

<謝辞>

本研究にご理解いただき、インタビューおよび質問紙調査に快くご協力いただきました看護師のみなさま、関係者のみなさまに深く感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 竹村和誠, 小松美砂, 小池敦: 地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している退院支援の自己評価と関連要因, 日本地域看護学会誌, 25 (3), 4-11, 2022
- 2) 小木曾加奈子: 認知症高齢者に対するシームレスケア実践力の関連要因—地域包括ケア病棟の看護職に着目をして—, 教育医学, 67 (4), 226-236, 2022
- 3) 榎美穂子, 黒田寿美恵, 中本妙: 地域包括ケア病棟の看護師が実践する退院支援のプロセス, 日本看護科学会誌, 41, 905-914, 2021
- 4) 川久保砂奈江, 田辺満子: 地域包括ケア病棟における訪問看護師と連携した効果的な退

院支援のあり方，岐阜県立看護大学紀要，23（1），13-24，2023