

認知症外来看護師による患者と家族への情緒的支援の実態

井上かおり* 實金栄*

要旨 本研究は、認知症外来における、認知症患者と家族に対する支援システム構築のための基礎資料を得ることをねらいに、認知症外来看護師による情緒的支援の実態を明らかにすることを目的とした。全国もの忘れ外来一覧に掲載されている医療機関のうち、中国四国および近畿地区の医療機関から無作為に抽出した215施設の認知症外来に勤務する看護師500人に調査票を配布し、109人から回答を得た。調査項目は、認知症外来診療体制、情緒的支援の実践、看護師の役割認知等であった。分析は、単純集計および χ^2 乗検定により実施した。結果、看護師は、情緒的支援の必要性を認識しながらも、実践できていないことが明らかとなった。また、看護師による直接介入よりも、他職種から情報を得るといった間接介入を看護師の役割として認識していた。看護の専門性を発揮した支援ができるよう、認知症外来における看護の役割の明確化と各医療機関の実情に応じた専門職の役割分担が必要である。

キーワード：認知症外来、情緒的支援

I. 緒言

わが国の認知症患者数は、2012年の時点で約462万人であり、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。この数は、高齢化の進展に伴いさらに増加し、2025年には約700万人前後になり、65歳以上高齢者の約5人に1人となる見込みである¹⁾。

認知症患者ができる限り住み慣れた地域で自分らしく生活し続けることができる社会を実現すべく、2015年に「認知症施策推進総合戦略」²⁾が策定された。これは、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」、「認知症の人の介護者への支援」等を含む7つの柱に沿って、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを総合的に推進するものである。「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」においては、かかりつけ医の対応力向上や認知症疾患医療センターの整備、認知症初期集中支援チームの設置を推進し、認知症の早期診断・早期対応のための診療体制の整備を目指している。

一方、当事者である認知症患者と家族に目を向けると、家族が患者の異変に気づいてから受診に至るまでの過程や、患者と家族が認知症の診断を受け入

れていく過程において、様々な葛藤や苦悩が伴うことが報告されている^{3) 5)}。したがって、看護師は、「心理的適応の促進」「相談機能」「身体管理技術の提供」「社会資源の紹介・導入」といった外来看護の専門性⁶⁾を発揮し、患者と家族がその人らしい生活を継続できるよう支援する必要がある。しかしながら、医療機関において、患者および家族のニーズを満たす情報提供が行なえていない⁷⁾、看護師は支援の必要性を認識しながらも、実践できていない⁸⁾等の報告があり、外来での支援体制の整備は喫緊の課題である。支援体制整備のためには、実態を把握する必要があるが、先行研究のほとんどが各医療機関の取り組みの報告にとどまり、わが国における支援体制の実態は明らかにはなっていない。

そこで、本研究では、認知症外来における支援システム構築のための基礎資料を得ることをねらいに、認知症外来看護師による患者と家族に対する情緒的支援の実態を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象者

全国もの忘れ外来一覧⁹⁾に掲載されている医療機関のうち、中国四国および近畿地区の医療機関から

* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

無作為に抽出した215施設の認知症外来に勤務する看護師500人（1施設2～3人）に調査票を配布し、109人から回答を得た（回収率21.8%）。

2. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙により行った。対象者への調査票の配布は、調査対象施設の看護管理者を介して行い、回収は個別郵送法により行った。調査期間は平成29年7～8月の約2ヶ月間であった。

3. 調査内容

調査内容は、基本的属性、認知症外来診療体制、情緒的支援の必要性の認知と実践、認知症外来における看護師の役割認知（以下、看護役割認知とする）、看護師による情緒的支援のための環境（以下、看護環境とする）であった。

なお、本研究における「情緒的支援」とは、認知症患者と家族が認知症の診断を受け入れ、その人らしい生活を継続できるよう支援すること、である。

1) 基本的属性

性、年齢、看護師経験年数、認知症外来経験年数、認知症看護に関する資格を調査した。

2) 認知症外来診療体制

外来種別、看護師数、診察室担当方法、一日の担当患者数、初診診察時間、再診診察時間等を調査した。

3) 情緒的支援の必要性の認知と実践

まず、認知症外来における看護師による情緒的支援の必要性の認知（以下、情緒的支援の必要性認知とする）について、「必要性を感じる」「必要性を感じない」の2件法で回答を求めた。次に、情緒的支援の実践について、「全く実践できていない」「十分には実践できていない」「十分ではないが実践している」「十分に実践している」の4件法での回答を求めた。さらに、「全く実践できていない」「十分には実践できていない」と回答した者に対し、実践できない理由について、6項目の選択肢から複数回答での回答を求めた。

4) 看護役割認知

あらかじめ設定した9つの援助項目について、「当てはまる」「当てはまらない」の2件法で回答を求めた。

5) 看護環境

支援のための時間の有無、面談室等の有無、支援

の必要性をアセスメントするための機会の有無を調査した。

4. 分析方法

まず、単純集計を行った。次に、①看護役割認知と情緒的支援の必要性認知、②情緒的支援の必要性認知と情緒的支援の実践、③認知症外来診療体制および看護環境と情緒的支援の実践について、 χ^2 検定を実施した。なお、情緒的支援の実践は、「全く実践できていない」「十分には実践できていない」を『実践していない』、「十分ではないが実践している」「十分に実践している」を『実践している』の2群に分類した。なお、有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

調査対象施設の看護管理者および対象者に、研究の趣旨および倫理的配慮について文書で説明し、調査票への回答をもって同意を得たものとした。なお、本研究は、岡山県立大学倫理審査委員会の承認(17-13)を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 基本的属性

対象者の基本的属性を表1に示した。平均年齢は47.2歳、平均認知症外来経験年数は4.5年であった。認知症看護に関する資格は、ない者が102人(93.6%)と大半を占めた。

2. 認知症外来診療体制

認知症外来診療体制を表2に示した。外来での看護師数は、「2人以下」51人(49.0%)、「3人以上」53人(51.0%)であった。看護師の診察室担当方法

表1 基本的属性

	平均	±SD (範囲)
年齢 (n=108)	47.2	±9.0 (28-68)
看護師経験年数 (n=108)	23.0	±9.7 (3-45)
認知症外来経験年数 (n=108)	4.5	±4.5 (0-24)
	人	(%)
性別 (n=109)		
女	102	(93.6)
男	7	(6.4)
認知症看護に関する資格 (n=109)		
なし	102	(93.6)
認知症認定看護師	6	(5.5)
認知症ケア専門士	1	(0.9)

表2 認知症外来診療体制

外来種別 (n=101)		
認知症疾患医療センター	37	(36.6)
認知症疾患医療センター以外の認知症外来	64	(63.4)
看護師数 (n=104)		
2人以下	51	(49.0)
3人以上	53	(51.0)
看護師の診察室担当方法 (n=107)		
診察室固定	51	(47.7)
複数室掛け持ち	41	(38.3)
その他	15	(14.0)
看護師の一日の担当患者数 (n=108)		
15人以下	82	(75.9)
15～30人	16	(14.8)
30人以上	10	(9.3)
初診診察時間 (n=109)		
15～30分	22	(20.2)
30分～1時間	56	(51.4)
1時間以上	31	(28.4)
再診診察時間 (n=108)		
15分未満	39	(36.1)
15～30分	64	(59.3)
30分以上	3	(2.8)
患者により異なる	2	(1.9)
臨床心理士の有無 (n=105)		
あり	61	(58.1)
なし	44	(41.9)
医療ソーシャルワーカーの有無 (n=105)		
あり	56	(53.3)
なし	49	(46.7)

単位：人 (%)

は、一つの診察室を担当する「診察室固定」が51人(47.7%)、複数の診察室を担当する「複数室掛け持ち」が41人(38.3%)であった。

3. 情緒的支援の必要性認知と実践

情緒的支援の必要性認知について表3に示した。「必要性を感じる」が94人(87.0%)であり、大半を占めた。次に、情緒的支援の実践を表4に示した。「十分には実践できていない」と回答した者が57人(52.8%)と最も多く、「全く実践できていない」と回答した15人(13.9%)と合わせると、全体の7割以上を占めた。また、情緒的支援が実践できない理由として、「支援のための時間がない」と回答した者が61人(87.1%)と多く、次いで「情報不足」25人(35.7%)であった(表5)。「支援のための時間がない」と回答した者の背景として、外来看護師数「2人以下」32人(55.2%)、診察室担当方法「複数室掛け持ち」31人(50.8%)が5割以上を占めた。

表3 情緒的支援の必要性認知

必要性を感じる	94	(87.0)
必要性を感じない	14	(13.0)

n=108, 単位：人 (%)

表4 情緒的支援の実践

全く実践できていない	15	(13.9)
十分には実践できていない	57	(52.8)
十分ではないが実践している	35	(32.4)
十分に実践している	1	(0.9)

n=108, 単位：人 (%)

表5 情緒的支援が実践できない理由

	あり	なし
支援のための時間がない	61 (87.1)	9 (12.9)
情報不足	25 (35.7)	45 (64.3)
支援のための場所がない	24 (34.3)	46 (65.7)
看護の介入余地がない	11 (15.7)	59 (84.3)
自信がない	11 (15.7)	59 (84.3)
看護の役割ではない	0 (0.0)	70 (100.0)
その他	7 (10.0)	63 (90.0)

n=70, 単位：人 (%) , 複数回答で回答を求めた

4. 看護役割認知

看護役割認知を表6に示した。看護師の役割として認識していることを示す、「当てはまる」の割合が多かった上位3項目は、「患者家族が抱える問題について他職種から情報を得る」80人(74.1%)、「患者家族の生活状況について他職種から情報を得る」78人(72.2%)、「認知症の程度や治療状況の把握」76人(70.4%)であった。

表6 「支援のための時間がない」と回答した者の背景

外来看護師数 (n=58)		
2人以下	32	(55.2)
3人以上	26	(44.8)
看護師の診察室担当方法 (n=61)		
複数室掛け持ち	31	(50.8)
診察室固定	23	(37.7)
その他	7	(11.5)

単位:人(%)

5. 看護環境

支援のための時間の有無について、「十分ない」と回答した者が55人(50.5%)と最も多く、「全くない」と回答した21人(19.6%)と合わせると、全体の7割以上を占めた。支援のための必要性をアセスメントするための機会について、「ない」と回答した者が7割を占めた(表7)。

表7 看護環境

支援のための時間		
全くない	21	(19.6)
十分ない	55	(50.5)
十分ではないがある	30	(27.5)
十分ある	1	(0.9)
無回答	2	(1.8)
面談室等の有無		
ない	53	(48.6)
ある	56	(51.4)
アセスメント機会の有無		
ない	75	(68.8)
ある	34	(31.2)

n=109, 単位：人(%)

6. 情緒的支援の実践に関わる要因

看護役割認知と情緒的支援の必要性認知のχ二乗検定の結果を表8に示した。9つの看護役割認知のうち、「患者家族の生活状況を聞く」と情緒的支援の必要性認知に有意な差があり、「患者家族の生活状況を聞く」ことを看護師の役割として認知しているほど、情緒的支援の必要性を認知していた。次に、情緒的支援の必要性認知と情緒的支援の実践を検討したが、有意な差はみられなかった(表9)。さらに、認知症外来診療体制(表10)および看護環境(表11)と情緒的支援の実践をみると、診療体制では担当する診察室が固定されている方が、看護環境では支援時間およびアセスメントの機会がある方

表8 看護役割認知と情緒的支援の必要性認知

看護役割認知	情緒的支援の必要性認知		p値
	なし	あり	
患者家族が抱える問題について	なし 5 (4.6)	あり 23 (21.3)	n.s
他職種から情報を得る	あり 9 (8.3)	71 (65.7)	
患者家族の生活状況について	なし 6 (5.6)	24 (22.2)	n.s
他職種から情報を得る	あり 8 (7.4)	70 (64.8)	
認知症の程度や治療状況の把握	なし 6 (5.6)	26 (24.1)	n.s
	あり 8 (7.4)	68 (63.0)	
他職種への介入依頼	なし 6 (5.6)	27 (25.0)	n.s
	あり 8 (7.4)	67 (62.0)	
処置を要する患者の対応	なし 4 (3.7)	34 (31.5)	n.s
	あり 10 (9.3)	60 (55.6)	
診察に立ち会う	なし 7 (6.5)	35 (32.4)	n.s
	あり 7 (6.5)	59 (54.6)	
患者家族の生活状況を聞く	なし 10 (9.3)	32 (29.6)	*
	あり 4 (3.7)	62 (57.4)	
患者家族が抱える問題を聞く	なし 9 (8.3)	37 (34.3)	n.s
	あり 5 (4.6)	57 (52.8)	
社会資源に関する情報提供	なし 10 (9.3)	53 (49.1)	n.s
	あり 4 (3.7)	41 (38.0)	

n=108, 単位：人(%)
χ二乗検定 *p<0.05, n.s : not significant

が、情緒的支援を実践できていると回答する者が有意に多かった。

表9 情緒的支援の必要性認知と実践

必要性認知	情緒的支援の実践		p値
	できていない	できている	
必要性を感じない	11 (10.2)	3 (2.8)	n.s
必要性を感じる	61 (56.5)	33 (30.6)	

n=108, 単位：人(%)
χ二乗検定, n.s : not significant

表10 診療体制と情緒的支援の実践

	情緒的支援の実践		p値
	できていない	できている	
外来種別 (n=101)			
認知症疾患医療センター	29 (28.7)	8 (7.9)	n.s
センター以外	38 (37.6)	26 (25.7)	
看護師数 (n=103)			
2人以下	35 (34.0)	16 (15.5)	n.s
3人以上	34 (33.0)	18 (17.5)	
看護師の診察室担当方法 (n=106)			
診察室固定	28 (26.4)	23 (21.7)	*
複数掛け持ち	34 (32.1)	6 (5.7)	
その他	10 (9.4)	5 (4.7)	
担当患者数 (n=107)			
15人以下	58 (54.2)	24 (22.4)	n.s
15~30人	8 (7.5)	7 (6.5)	
30人以上	5 (4.7)	5 (4.7)	
初診時間 (n=108)			
15~30分	12 (11.1)	10 (9.3)	n.s
30分~1時間	42 (38.9)	14 (13.0)	
1時間以上	18 (16.7)	12 (11.1)	
再診時間 (n=107)			
15分未満	24 (22.4)	15 (14.0)	n.s
15~30分	45 (42.1)	18 (16.8)	
30分以上	1 (0.9)	2 (1.9)	
患者により異なる	1 (0.9)	1 (0.9)	
心理士有無 (n=104)			
なし	25 (24.0)	19 (18.3)	n.s
あり	44 (42.3)	16 (15.4)	
医療ソーシャルワーカー有無 (n=104)			
なし	29 (27.9)	20 (19.2)	n.s
あり	40 (38.5)	15 (14.4)	

単位：人(%)
χ二乗検定 *p<0.05, n.s : not significant

表11 看護環境と情緒的支援の実践

看護環境	情緒的支援の実践		p値
	できていない	できている	
時間の有無 (n=106)	なし 54 (50.9)	21 (19.8)	*
	あり 16 (15.1)	15 (14.2)	
相談室等の有無 (n=108)	なし 39 (36.1)	14 (13.0)	n.s
	あり 33 (30.6)	22 (20.4)	
アセスメント機会の有無 (n=108)	なし 61 (56.5)	13 (12.0)	*
	あり 11 (10.2)	23 (21.3)	

単位：人(%)
χ二乗検定 *p<0.05, n.s : not significant
※「時間の有無」は、「全くない」「十分ない」を『ない』に、「十分ではないがある」「十分ある」を『ある』の2群に分類した

IV. 考察

本研究において、情緒的支援の必要性認知の有無による情緒的支援の実践には有意な差はみられず、看護師は、情緒的支援の必要性を認知していても、実践できていないことが明らかとなった。この結果は、研究者らが行ったインタビュー調査⁸⁾の結果と同様であった。

そこで、情緒的支援の実践に影響を及ぼすと考えられる、診療体制や看護環境をみると、診療体制では、看護師の担当する診察室が固定されている方が、情緒的支援を実践できている結果であった。また、看護環境では、支援時間やアセスメント機会がある方が、情緒的支援を実践できている結果であった。しかしながら、情緒的支援が実践できない理由として、支援のための時間がないと回答する者が9割を占めたことから支援時間の確保が課題であると考えられた。

外来において看護の役割が十分に果たせない要因として、外来看護の看護師配置基準が1948年から見直されておらず30対1であることに加え、入院基本料7対1の導入により病棟への看護師配置が優先されていること、ワーク・ライフ・バランスを重視するあまり個々の能力を活かした人員配置ではないことが指摘されている¹⁰⁾。また、在院日数の短縮化等により、外来での専門性の高い指導などが求められているにもかかわらず、専門・認定看護師、専門外来の導入率は低く、時代の要求に外来看護の質が追いついていないとの指摘もある¹¹⁾。外来看護師には、「心理的適応の促進」「相談機能」「身体管理技術の提供」「社会資源の紹介・導入」の専門性を発揮し、患者が疾患管理を生活に織り込み、折り合いをつけて生活を再構築できるよう支援することが求められる⁶⁾が、現実には、看護の専門性を発揮し難い環境にあるといえる。大津ら¹¹⁾は、外来看護師が専門性を発揮するために、整備することが望ましい「外来看護環境システム」を提案している。これは、医療情報システムの導入、診療アシスタントの導入、診療の補助業務の中央化、キャリアラダーによる配置等の10項目であり、これらを導入している方が看護の質が高いことを明らかにしている。したがって、制度による制約はあるものの、各医療機関において導入可能な項目について、検討することも必要であると考えられる。

他方、看護環境のみならず、看護師の役割認知

が、情緒的支援の必要性認知といった情緒的支援に対する内発的動機付けになっているのではないかと考え検討した。この結果、患者家族の生活状況を聞くことを看護師の役割として認知している者の方が、情緒的支援の必要性を認知していた。しかしながら、患者家族の生活状況を聞くといった看護師による直接介入を役割として認知している者は61.1%であり、間接介入である患者家族が抱える問題について他職種から情報を得る74.1%、患者家族の生活状況について他職種から情報を得る72.2%より低い値を示した。外来においてより良い看護を提供するためには、外来看護管理者によるエンパワメントが重要であり、管理者は、外来看護の在り方を考え、看護師を動機づけし、看護師としての役割意識を高めることが大切であるとの指摘もある¹²⁾。本研究において、看護師による情緒的支援ができない理由として「看護の介入余地がない」と回答した者が存在したことから、看護師一人ひとりが外来における看護の役割を問うことが大切ではないだろうか。

「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」¹³⁾のために、重要な役割を担うのが外来であり、相談対応や療養指導の充実により患者のセルフマネジメントを支援することが求められる¹²⁾。特に、認知症患者は意思決定能力が低下している場合が多く、患者の表情や言動などの些細な糸口から、意向を押し量るといった援助が必要であり、看護が果たすべき役割は大きい¹⁴⁾。したがって、外来における看護の役割を明確化し、専門性を必要とする業務に専念できる時間を確保できるよう、各施設の実情に応じ専門職の役割分担の検討が必要であると考えられる。

V. 結論

本研究により、認知症外来看護師による情緒的支援の実態を明らかにした。看護の専門性の発揮のために、認知症外来における看護役割の明確化と各施設の実情に応じた専門職の適切な役割分担が必要である。

今回の調査は、調査対象地域を限定しているため、一般化には限界がある。したがって、さらに地域を拡大して調査する必要がある。

付記

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に関

よりお礼申し上げます。なお本研究は、平成29年度岡山県立大学独創的研究費の助成を受けて実施したものである。

文献

- 1) 内閣府. 高齢社会白書平成29年度版. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf. 2018年8月27日アクセス.
- 2) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>. 2018年8月27日アクセス.
- 3) 安武綾 (2007), 五十嵐恵子, 福嶋龍子, 小玉敏江. 認知症高齢者の家族の体験 症状発現から診断まで. 日本老年看護学会誌, 12 (1), 32-39.
- 4) 木村清美 (2011), 相場健一, 小泉美佐子. 認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス 受診の促進と障壁. 日本認知症ケア学会誌 10 (1), 53-67.
- 5) 木村裕美 (2013), 神崎匠世. 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 12 (2), 397-407.
- 6) 数間恵子 (2009). 外来看護の今 その専門性と看護の実際 外来看護に求められる専門性と役割. 看護実践の科学, 34 (4), 6-13.
- 7) 繁田雅弘 (2014), 半田幸子, 今井幸充. ケアラを支援する方法論 ケアラへの情報提供 医療機関の情報提供に対する家族の満足度調査から. 老年精神医学雑誌, 25 (9), 984-992.
- 8) 井上かおり (2017), 實金栄. 認知症患者と家族に対する認知症告知後の支援の現状. 日本看護研究学会雑誌, 40 (3), 483.
- 9) 全国物忘れ外来一覧.
www.alzheimer.or.jp/?page_id=2825, 2017年7月11日アクセス.
- 10) 石井佳子 (2017), 島田恵. 外来患者の主体的な受療継続を支援する専門性の高い外来看護師の実践. 日本保健科学学会誌, 20 (2), 53-62.
- 11) 大津佐知江 (2009), 佐伯圭一郎, 草間朋子. 外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査. 看護科学研究, 8 (2), 21-28.
- 12) 島田恵 (2017). 地域と病院をつなぐ外来看護 総論外来看護における在宅療養支援のシステムづくり. 看護, 70 (1), 66-70.
- 13) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/. 2018年8月17日アクセス.
- 14) 杉原百合子 (2016). 認知症への多角的アプローチ 認知症の人と家族に対する意思決定支援と看護職の役割. 人間福祉学研究, 9 (1), 21-34.

The current state of provision of emotional support for patients and their family members by nurses in outpatient clinics for dementia

KAORI INOUE*, SAKAE MIKANE*

** Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

Abstract We aimed to elucidate the current state of provision of emotional support by nurses in outpatient clinics for dementia to extract primary data for establishing a support system for patients and their family members. Of medical institutions included in the national list of memory clinics, we randomly extracted 215 clinics located in the Chugoku, Shikoku, and Kinki regions. Then, we distributed survey sheets to 500 nurses working at those 215 institutions and received responses from 109 nurses. The survey items included dementia outpatient care systems, the actual provision of emotional support, and nurses' perception of their role. We analyzed data using simple tabulation and chi-square test. Nurses were aware of the need for emotional support for patients but had not been able to provide it. In addition, nurses perceived their role as providers of indirect interventions by obtaining information from other professionals concerned. For nurses to be able to provide care utilizing their nursing expertise, it would be imperative to elucidate the role of nurses in outpatient care for patients with dementia and divide responsibilities among specialists based on the circumstances of each medical institution.

Keywords : outpatient clinics for dementia, emotional support