

# St. Luke's International University Repository

## Development of Evaluation of Framework for Assessment of the Quality of Interdisciplinary Team Approach for At-Home Demented Elderly: From Literature Research and Interviews for Health Professionals.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 亀井, 智子, 友安, 直子, 梶井, 文子, Kamei, Tomoko, Tomoyasu, Naoko, Kajii, Ayako メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.34414/00014961">https://doi.org/10.34414/00014961</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



# 在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの 質評価枠組みの開発：文献研究と専門職インタビュー調査から

亀井智子<sup>1)</sup>、友安直子<sup>2)</sup>、梶井文子<sup>1)</sup>  
久代和加子<sup>3)</sup>、杉本知子<sup>4)</sup>

## 抄 録

本研究の目的は、在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質を評価する枠組みの開発を行うことである。方法は、データベースによる文献検索から24文献、ハンドサーチから20文献、計44文献を国内外から収集し、それらの要約と統合を行い、在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチによる成果(outcome)に基づく質評価の枠組みを作成した。さらにその妥当性の検討のために、計16名の保健医療福祉の各専門職実践家にインタビュー調査を行った。

文献の統合により、outcome評価の具体的項目を分類し、抽象度を上げていき、在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価の大・中・小項目にわたる枠組みを作成した。その結果、質評価枠組みの大項目は、次の9項目の大項目で構成されるものとなった。「Ⅰ. 認知障害と記憶障害とともに生きること」「Ⅱ. 認知と記憶の状況が見守られること」「Ⅲ. 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること」「Ⅳ. 活動的であること」「Ⅴ. 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと」「Ⅵ. 決定する力をもつこと」「Ⅶ. 意思疎通できること」「Ⅷ. 活動と参加の能力を促進すること」「Ⅸ. 心地よくあること」。また、各々の中・小項目では、在宅認知症高齢者の日常生活全般にわたる医学面、生活行動・活動、心身の機能、コミュニケーション、生活の質(QOL)などの側面が含まれ、日常生活全般にわたり認知症高齢者が前向きに生活する姿をoutcomeとしてケアの質を評価するものとなった。

専門職へのインタビュー結果から、この枠組みは支持された。しかし、在宅認知症ケアの実現場において質評価上不可欠とされたのはケアマネジメントの視点であることが共通にあげられ、最終的に「Ⅹ. ケアマネジメントされること」を加えた10項目の大項目で構成される枠組みが作成された。

今後、各々の質評価の柱に沿った具体的なケア内容、評価指標と時期、職種ごとのケアの専門性について具体化することが必要である。

キーワード：認知症、在宅高齢者、学際的チームアプローチ、質評価、アウトカム評価、文献研究

## I. はじめに

何らかの介護・支援を必要とする認知症高齢者(認知症高齢者自立度Ⅱ以上)数は2015年までに約250万人、2025年には323万人に達すると予測され(厚生労働省, 2005)、わが国におけるケア提供上の課題となっている。

厚生労働省の推計によれば、要介護(要支援)認定者のおよそ2人に1人は「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」(認知症高齢者自立度Ⅱ以上)、およそ4人に1人は「一定の介護を必要とする認知症がある高齢者」(認知症高齢者自立度Ⅲ以上)であるなど

(三浦, 2003)、認知症高齢者の在宅介護全般にわたるニーズは高い。

認知症は大脳皮質の器質的変性が非可逆的に進行し、記憶、および認知機能や判断力の低下をきたす疾患である(American Psychiatric Association, 2000)。そのため、認知症のステージが進行するに従い、日常生活においてさまざまな混乱を生じ、本人自身も不安を感じて生活を送っているといわれ、心身・生活全般にわたる適切な個別支援が重要であると考えられる。

Feil(2004)は、対象者が認知症のいずれのステージにあるのかを見極め、その時期に応じた適切な介護の姿

受付日2006年2月3日 受理日2006年4月21日

1) 聖路加看護大学, 2) 前聖路加看護大学看護実践開発研究センター博士研究員, 3) 淑徳大学看護学部設置準備室, 4) 聖路加看護大学大学院博士後期課程

勢をもって対応することが重要であるとしており、対象者の認知の状態に応じた質の高いケアを提供することは日常生活の安定上、重要であると考える。

認知症をもつ高齢者ケアの基本的視点として、Kidwood (1992) は Person-Centered Care の概念を提唱し、認知症そのものでなく、「人」に注目したケアのあり方の重要性を述べている。たとえ認知に障害をもっている、人として尊重されるべきであること、その人らしさ (personhood) を尊重し、それを維持した援助を行うことの重要性を指摘し、認知症高齢者との“良い”コミュニケーションや相互行為のあり方を提示している。

先に示したように、わが国の認知症高齢者の多くは地域や家庭で生活している。それらの対象に、本人を中心として (person centered)、家族とともに地域において日々の生活を送ることができるよう、また家族も介護に満足感を得られるよう支援することは重要である。

そのための効果的な支援方法の一つに、保健医療福祉の多職種で構成される学際的チームアプローチがある。学際的チームアプローチの目的は、対象者と家族の多角的かつ包括的アセスメントに基づく、全人的ケアの提供や、ニーズに合致した満足度の高いサービス提供、専門職にとってのピアサポートや燃え尽きを防ぐことなどである (黒田他, 1996)。とりわけ認知症高齢者を中心とした学際的チームアプローチでは、本人・家族を中心として、保健医療福祉の専門職がチームメンバーの信頼と尊重のもと、コミュニケーションをはかりながら、各々の専門性を活かして、認知症高齢者の自立を支え、ニーズを解決するために全人的・包括的に協働し、生活の質を高めることが重要である。

認知症高齢者と家族の自立を支え、生活の質を向上するためには、本人や家族を含むこれら質の高いチームが合議によって作成したケアプランに基づきケアを提供することが基本となるが、現在のところ認知症高齢者の「その人らしさ」を維持するための学際的チームによるケアの質を的確に評価する指標や方法は明確でなく、質評価の方法は確立していないのが現状である。

一方、保健医療サービスの質を評価する枠組みとして Donabedian (1969) は Structure-Process-Outcome Model を提唱し、ケアの質を構成する要素として、ケア機関の理念やスタッフ配置というケア提供機関の構造 (structure) 要素、ケア提供の経過 (process) 要素、それによる対象者の成果 (outcome) 要素をあげている。この考え方はケア提供機関の第三者評価などサービスの質評価の取り組みや、ケアの標準化によるサービスの質管理などにおいてすでに活用されている。

しかし、在宅認知症高齢者に関するケアの目標設定や、ケア提供による成果 (outcome) の標準的な明示は現在のところなく、質評価のためにこうした枠組みを用いることも試みられていない。

そこで、本研究では、在宅認知症高齢者への学際的

チームアプローチによる包括的なケア提供による質評価枠組みを作成するために、文献研究と専門職へのインタビュー調査を行った。

## II. 用語の操作的定義

在宅認知症高齢者ケアに関する学際的チームアプローチ：認知症をもつ高齢者への Person-Centered Care を実践するために、在宅において認知症高齢者ケアに携わる保健医療福祉の専門職 (具体的な職種としては医師、歯科医師、保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー、栄養士、介護支援専門員など)、および民生委員、近隣居住者などの非専門職が共通の目的を持ち、コミュニケーションと専門性を尊重しながら協働してサービスを提供するプロセスをさす。

## III. 研究目的

- ① 在宅認知症高齢者への学際的チームアプローチの成果に関する文献を分析し、学際的チームアプローチの質評価のための成果指標を分類する。これらを小項目-中項目-大項目へと抽象化しながら集約し質評価枠組みを作成する。
- ② 保健医療福祉の現場において認知症ケアに従事する実践家を対象に、先の過程により作成された質評価枠組みに関する妥当性、および各専門的視点から、現場への利用可能性などについてインタビュー調査を行い、項目を修正する。

## IV. 研究方法

### 1. 文献検索

2003年3月に文献検索を行った。なお、この時点では「痴呆」の用語が用いられていたため、和文誌については文献検索上のキーワードは「痴呆」を用いた。本項では痴呆症と認知症は同義として用いる。

### 2. 検索の対象としたデータベース

認知症高齢者のケアを扱った文献を収載している検索データベースとして、医学中央雑誌 (医中誌) web版、CINAHL (Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature)、PubMed、および PsycINFO を用いた。

### 3. データベース検索と論文の分析方法

まず、いわゆる自由語を用いて、1993年から2003年3月までの過去10年間に刊行された和文・英文文献を先のデータベースから検索した。その後 MeSH (Medical Subject Heading: 統制語, シソーラスの一

種) からシソーラス (thesaurus: 概念別分類語彙集) 検索を行うための統制語を明らかにした。

ヒットした文献を可能な限り入手し、また、ハンドサーチによる文献も加え、米国保健政策研究局 (Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ) が示す I~IV のエビデンスレベルに沿って、研究者間で輪読しながら検討した。

各文献から対象、研究方法、評価の内容、評価指標に注目して抽出した。また、各文献で記載されている方法論は、質的研究方法によるものが多かったため、メタ統合 (Sandelowski, 1997) の方法を参考に、個々の研究結果から最終的な結論を得て質評価枠組みを作成するために、文献を統合する作業を行った。

#### 4. 保健医療福祉現場実践家へのインタビュー調査

本研究では、高齢者への学際的チームアプローチの理念、具体的なチーム開発技法に理解があり、かつ現場で認知症ケア実践を行っているさまざまな専門職から、枠組みについての妥当性や現場での利用可能性について意見を収集するために、高齢者の学際的チームアプローチを推進している NPO 法人の会員に協力を求めた。2005 年 4 月現在の一般会員 (150 名) の中から任意で研究協力が得られた保健医療福祉専門職をインタビューの対象者とした。NPO 法人事務局から、理事長による協力依頼文と、研究者による詳細な研究協力依頼文とインタビュー協力者の要件について、2005 年 5 月に全一般会員へ郵送した。調査協力者の要件は、①保健医療福祉の有資格者であること、②2005 年 4 月現在、居宅介護支援事業所、あるいは高齢者専門の医療機関、保健機関 (保健所、保健センターなど) に常勤で 3 年以上勤務している者で、認知症高齢者の受け持ちを 3 名以上経験し、かつ 1 年間以上にわたり認知症高齢者へのサービス提供を実践した経験があること、③学際的チームアプローチに関心があり、本研究への協力を同意できること、のすべてを満たす者である。

インタビュー調査への協力の意向がある者は、研究者に直接「研究協力承諾書」の返送を求めるようにした。また、インタビューの当日には、再度文書と口頭にて研究の主旨を説明し、同意書を交わし、各 1 部ずつ保管した。また、途中で協力の撤回も可能である旨を説明した。

なお、本研究の実施に際しては、聖路加看護大学研究倫理委員会の承認 (2005 年 4 月 19 日付承認) を得た。

## V. 結果

### 1. 文献検索結果

第 1 段階で統制語として選択されたのは、和文では痴呆・アルツハイマー病、チームアプローチ・チームケア、

英語では dementia/Alzheimer と team approach/multidisciplinary team/interdisciplinary team であった。第 2 段階ではこれをかけ合わせて検索を行った。検索された誌別文献数は表 1 のとおりである。なお、本研究で焦点を当てている在宅・痴呆 (認知症)・学際的チームアプローチ、および outcome のキーワードすべてをかけた場合にヒットした文献は得られなかった。

## 2. データベースによる文献とハンドサーチによる文献の要約と分析結果

### 1) 文献内容の要約結果

「痴呆」と「チームアプローチ」をかけて検索された論文の要旨を検討し、介入方法、および outcome が整っていた文献を選択した結果、24 文献が得られた。ただし、これら文献には在宅認知症高齢者を対象としたものが少なかったため、在宅認知症高齢者のケアの質に関連する文献を、さらにハンドサーチにより 20 文献を収集し、抄読の対象とした。計 44 文献について、表 2 の例のように一定形式の文献カードに要約し分析した。

### 2) 文献の統合による分類結果

44 文献の主題を分類したところ、①アルツハイマー病または認知症者への学際的チームアプローチ実践と評価、②認知症高齢者への学際的チームアプローチのための専門職教育とその評価、③高齢者アセスメントを学際的チームで行うことの意義、④高齢者の健康問題へのチームアプローチの意義、⑤学際的チームアプローチのための専門的教育とその評価、⑥学際的チームアプローチのための専門的教育とその評価、⑦その他の研究の 7 つの主題に分類された。これらのうち主題①~③について「ケア提供の場」「structure」「process」「outcome」による枠組みで分析した結果を表 3~表 5 に示した。

高齢者アセスメントを学際的チームで行うことの効果・成果を主題とした文献や、アルツハイマー病または認知症者への学際的チームアプローチ実践と評価に関する文献では、病院やナースホーム (日本の特別養護老人ホームに相当) に入院・入所している対象者を研究対象としてランダム化比較試験 (randomized control trial; RCT) を用いたエビデンスレベル I b の研究も認めら

表 1 検索された文献数

キーワード	# 1 痴呆 (dementia)	# 2 チームアプローチ・チームケア (multi/interdisciplinary team)	# 1 と # 2
データベース			
医中誌 web	12,444	5,276	62
CINAHL	8,317	1,402	71
PubMed	39,432	17,202	224
PsycINFO	10,608	791	6

表2 「在宅痴呆性高齢者の学際的チームアプローチに関する質評価枠組みの開発研究」文献カードの例

文献番号	3
著者（研究者）・国	Beck, C., Cody, M., Zhang, M.
研究名	A Multidisciplinary Team Approach to Managing Alzheimer's Disease.
年	1998
文献名, ページ	Pharmacotherapy, 18(2), 33-42.
対象・対象者数	総説のため記載なし
研究目的	総説のため記載なし
研究デザイン	総説のため記載なし
測定用具・指標など	総説のため記載なし
研究方法（具体的方法）	総説のため記載なし
主な結果	<p>内容の要約</p> <p>1. 学際的チームアプローチの意義</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 初期の診断が可能</li> <li>2) マネジメントを継続できる（自殺，虐待，暴力，運転できないように身体拘束することを防ぐ）</li> <li>3) 各職種別のマネジメント内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>●家族：医師に運転をやめるように本人にアドバイスしてもらう</li> <li>●看護師：地域資源により看護師の種類は異なる <ul style="list-style-type: none"> <li>◎老人看護の上級実践看護師：認知テストとフォローアップ，機能的・環境的アセスメント，問題行動の管理，電話相談の提供など，在宅アセスメントとマネジメントを行う</li> <li>◎看護師：安全対策，スキンケア，フットケア，聴覚・視覚スクリーニング，薬物処方，失禁，感染治療，栄養と食事，脱水，食事時間の問題，着替え，みだしなみ，入浴，その他の個人衛生，訪問している間に，安全のアセスメントと施設ケアへの適用，教育介入，環境的介入，採光，カラーコントラスト，絵で表した標識をつくる</li> </ul> </li> <li>●ソーシャルワーカー：個人的，個人と家族のダイナミックス，利用可能なサービスの知識に優れる</li> <li>●ケースマネジャー：すべてのチームメンバーへの速やかなアクセスに欠ける医師を助ける，サービスマネジメント，マネジドケアの仲介人（ブローカー）</li> </ul> </li> <li>4) 痴呆特有の問題に特化したケア <p>医学的狀態，栄養，心地よさ，視覚，聴覚についてはすべての職種が注目する</p> </li> <li>5) 痴呆に関連した問題へのケア</li> <li>6) ハビリテーションの援助</li> <li>7) 一般的健康</li> <li>8) 霊的，社会的問題</li> <li>9) 痴呆のある人と家族に利用されるサービスの種類 <p>フォーマルサービス/インフォーマルサービス</p> </li> </ol> <p>2. 学際的チームの立ち上げと維持に関して明らかにされた点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域をベースにしたプライマリケアはロケーション（位置），組織，多くのリソースのコーディネーションが大きな問題となる</li> <li>・組織化された包括的プログラムがない</li> <li>・コミュニケーション：手順書，記録システムをつくることは学際的チームのコミュニケーションをファシリテートする</li> <li>・チームメンバーは，チームワークするための態度と社会的スキルをもつことが必要</li> <li>・コストへの配慮：国家的プロジェクトによるRCTによって，在宅ケアと地域ケアは生活満足度を高め，ナースホームの利用をへらすことが示されたが，一般人口においてはフォーマルケアのコストは下げることはなかった。痴呆については調査されていない。少ない費用効果研究のなかで，痴呆高齢者の介護者の休息ケアサービスがある。地域サポートプログラムは他のヘルスケアプログラムよりも費用効果が高かった</li> </ul>
考察	なし
備考	★痴呆1人当たりの年間コストは計47,000ドル。58兆ドル（1990）→1995年には100兆ドルの見込み（フォーマルセクターのみ）。インフォーマルセクターは38兆ドル（1990）

れていたが、在宅ケアの研究では総説、および実践報告として報告されているものがほとんどであった。Cherinら(1998)は訪問看護を受ける対象者についてRCTを行い、outcome評価には訪問回数、投薬コスト、QOLなどを用いていたが、対象とした疾患はAIDS患者であり、在宅認知症を対象とした効果・成果研究は1件も報告されていなかった。

### 3. outcome 評価方法と内容の分析結果

各文献で用いられている outcome 評価の方法と内容、具体的評価ツールなどを分析した。

認知症高齢者に対する学際的チームによるアプローチの効果、および outcome 評価の内容としては、認知状態の医学的評価 (Beck, *et al.*, 1998)、日常生活行動面の評価 (Snyder, 2001)、MMSE、GDS、MOSES など標準化された評価ツールによる心理的側面の評価 (Buetther, 1997/1998; Rempusheski, 2000) が認められた。本人の主観的評価としては、心地よさ (Beck, *et al.*, 1998)、快適さ (Panke, *et al.*, 2002)、コミュニケーション (Beck, *et al.*, 1998)、満足 (Bludau, *et al.*, 1998) などの質的な要素についての評価がみられた。また、事前意思表示を行うこと (Snyder, 2001) もあげられていた。在宅認知症者のケア評価には、再入院 (Bludau, *et al.*, 1998)、薬剤コスト、費用効果など (Cunningham, *et al.*, 1996; Cherin, *et al.*, 1998) が用いられていた。Bludauら(1998)の文献は最も本研究に近接している内容であると考えられたが、短報であり、研究成果を示した文献ではなかった。学際的チームによる介入研究により、学際的チームによる在宅における認知症者へのケア提供による明確な outcome を報告した文献は見あたらなかった。

### 4. 在宅認知症高齢者の学際的チームアプローチに関するケアの質評価枠組みの作成

個々の研究結果から最終的な結論を得て質評価枠組みを作成するために、文献のメタ統合 (Sandelowski, *et al.*, 1997) の方法を参考に、文献を統合していった。

その結果、在宅認知症高齢者の日常生活と心身が安定し、前向きに日常生活を送ることができているかという視点が妥当であると考え、その視点に立った学際的チームによるケアの成果項目を抽出し、また、それらの項目が具体的に日常生活のどのような変化を評価するものであるのかを分析した。次に、それらが在宅認知症高齢者の生活において何を評価しているのかを評価内容の類似性により分類し、これを小項目とした。小項目の抽象度を徐々に高め、中項目-大項目としていった。

その結果、最終的に表6に示す9つの大項目に集約された。これらを在宅認知症高齢者のケアの成果 (outcome) に基づく質評価の枠組みとした。すなわち、「I. 認知障害と記憶障害とともに生きること」「II.

認知と記憶の状況が見守られること」「III. 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること」「IV. 活動的であること」「V. 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと」「VI. 決定する力をもつこと」「VII. 意思疎通できること」「VIII. 活動と参加の能力を促進すること」「IX. 心地よくあること」の大項目で構成されるものとなった。これらは、日常生活全般にわたり認知症高齢者が前向きに生活する姿を outcome として評価する枠組みとなった。この質評価枠組みは、在宅認知症高齢者の日常生活全般にわたる医学面、生活行動・活動、心身の機能、コミュニケーション、生活の質などの側面を網羅しているため、包括的に学際的チームアプローチによるケアの質を評価する枠組みとなった。

### 5. 保健医療福祉の専門職実践家へのインタビュー結果

専門職実践家16名の協力が得られた。各専門資格による視点から、枠組みの妥当性、現場への適用可能性などについて意見を収集した。インタビュー対象者の背景は表7に示したとおり、職種は医師、歯科医師、保健師、訪問看護師、社会福祉士、介護福祉士、管理栄養士、ケアワーカー、介護支援専門員である。平均通算経験年数は13.7年であった。

インタビュー結果から、この枠組みは、他の職種との協働によるケアの成果が含まれ、学際的な視点が網羅されていることが明らかとなった。また、現在の対象者へのケアの成果をみることにについて、各専門職実践の視点とも合致しており、現場でも使用可能であるとの意見がほとんどであった。また、質評価のうえで、追加すべき項目については、ケアマネジメントが共通してあげられたため、「X. ケアマネジメントされること」を加え、最終的には10項目の大項目で構成される枠組みとなった。

## VI. 考察

### 1. 在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの前提

これまで認知症については多数の研究報告があり、検索用語は確立されている。しかし学際的チームアプローチに関しては英用語がまちまちであり、類似用語が混在している状態であることがわかった。すなわち、「学際的」を示す英用語は、“interdisciplinary” “multidisciplinary” “transprofessional” “multiskilled” などがあげられていた。interdisciplinary team によるアプローチの方法は、multidisciplinary team によるチームリーダーの指示でトップダウンで働く方法とは異なり、利用者のニーズに応じて適切なチームリーダーを決めることができ、チームメンバー同士のコミュニケーションと協働を重視しているととらえられた。これは在宅で生活する認知症

表3 在宅認知症高齢者のための学際的チームアプローチの質構成要素に関する文献統合表

〔主題 アルツハイマー病または認知症者への学際的チームアプローチ実践と評価〕

ケアの質評価枠組み チームアプローチ研究の カテゴリー(著者, 年)	setting ケアの場	structure チームメンバー・ 職種	process 介入方法/介入内容	outcome アウトカム指標	エビデンスレベル
Beck, C., et al., 1998	病院	家族 看護師 上級実践看護師 ソーシャルワーカー ケースマネジャー	初期の診断をすること マネジメントを継続すること	医学的狀態 栄養 心地よさ 聴覚 視覚 リソースのコーディネーション 手順書, 記録システムをつくる コミュニケーション チームワークする態度 チームワークのための社会的スキル コストへの配慮	非該当
Snyder, L., 2001	在宅	—	早期 薬物管理 うつ 運転ガイドライン 教育プログラム advance directive 中期 行動評価と管理 介護者の健康と休息の支援 老人虐待の評価 けがの予防 終末期 栄養と水分摂取 ナーシングホーム入所の意思決定支援 死ぬこと, 死にゆくこと	在宅で薬物管理の心配がない 淋しさ, 希望のなさ, 頑なになる, 睡眠障害 安全運転できないリスク 症状とステージについて本人と家族 の両方に教育 法定代理人, 意思, 信託 コミュニケーション 繰り返しの質問 入浴 更衣 夕暮れ症候群 デイケアの利用 身体的・情動的・性的虐待, 金銭搾 取, 放任 話と一致しないけが, 傷, やけど, 骨折 自宅の安全, 迷子 少ない量で回数の多い食事 おやつ 摂食嚥下の注意 ナーシングホーム入所の意思決定 負担が効果を上回るか	非該当
Bludau, J., et al., 1998	在宅	家族 看護師 医師 理学療法士 ソーシャルワーカー 臨床心理士 心理学者	医師による治療 訪問看護師による症状観察 ADLの継続による記憶の維持 事故回避のための教育 理学療法士による回復予測 施設入所の罪悪感の払拭 臨床心理士による観察 他へ注意を向けるアプローチ	入院の減少 患者の満足	非該当

(表 3 つづき)

<p>Rempusheski., <i>et al.</i>, 2000</p>	<p>在宅</p>	<p>advance directive と認知症</p>	<p>ヘルスケア代理人を選択するために必要な能力を評価する 痴呆患者の現在の自立性を尊重する 事前指示書の実施を拒否する患者に痴呆が進行した状態を知らせる 事前指示書にかかわるすべてのスタッフに継続教育を行う 痴呆に関するデータを家族に提供する 家族の決定を支援する</p>	<p>MSE GDS SPMSQ DMS - IV</p>	<p>非該当</p>
<p>Pritchard, E., <i>et al.</i>, 2001</p>	<p>病院</p>	<p>雇用あるいはボランティアスタッフ</p>	<p>ケアサポートサービスやレスパイトケアなどを提供する</p>	<p>an organizational culture questionnaire a quality of information and approach characteristics questionnaire involvement with care questionnaire burden questionnaire 痴呆ケアマッピング 痴呆患者が自宅で長く生活する</p>	<p>非該当</p>
<p>Buettner, L., <i>et al.</i>, 1997</p>	<p>ナーシングホーム</p>	<p>CTRS (レクリエーションの専門家) ナーシングホームのアクティビティ部門スタッフ</p>	<p>治療的レクリエーション・看護介入の実施</p>	<p>手の握力 柔軟性 歩行所要時間・距離 MMSE GDS CMAI MOSES</p>	<p>I b</p>
<p>Hughes, T., <i>et al.</i>, 2000</p>	<p>病院 (移行ケアユニット: TCU)</p>	<p>老年精神学 CNS 医師 老年 NP 言語病理学者 レクリエーション療法士 精神医学者 精神 CNS 精神科医師 薬剤師 看護師</p>	<p>老年医学の実践モデルとして学際的行動管理プログラム 非薬理的介入実施 方向転換テクニック 刺激過多の除去 1対1 コンタクト 感情の確認, 歩行プログラム 思い出し, 運動 リラクゼーション技術 安全計画の請負</p>	<p>薬剤の内容 薬剤の使用頻度 行動カテゴリー項目 (BEAM-D から採用) 副作用項目 非薬理的方法使用者数 フルタイムコスト</p>	<p>非該当</p>
<p>Hall, F., 2001</p>	<p>精神科病院の痴呆入院患者</p>	<p>ソーシャルワーカー (SW) 理学療法士 (PT) 作業療法士 (OT) 精神領域の看護師 (RN) 精神科医 (Dr)</p>	<p>総合的ケアパスウェイに関する学際的チームの印象 パスウェイの効果や限界について信念や実行上の影響を探索 面接法</p>	<p>1) 臨床効果 臨床活動による患者の影響 ケア者の経験 2) チームによる遂行 役割の明確化 コミュニケーション チームワーク 情報の共有 3) パスウェイの効果 チーム 患者グループ 資源 4) 実践開発 パスウェイ開発の方法 バリエーション分析, 利点</p>	<p>非該当</p>



表4 在宅認知症高齢者のための学際的チームアプローチの質構成要素に関する文献統合表

〔主題 認知症高齢者への学際的チームアプローチのための専門職教育とその評価〕

ケアの質評価枠組み チームアプローチ研究の カテゴリー(著者, 年)	setting ケアの場	structure チームメンバー・ 職種	process 介入方法/介入内容	outcome アウトカム指標	エビデンスレベル
Adams, T., 2001	特定せず	看護師 ケアワーカー ソーシャルワーカー 医師 作業療法士 栄養士	認知症ケア多職種教育 理論 治療 サービスと stake-holders 実践の発展 進歩	なし	非該当
Cunningham, C., et al., 1996	病院(老年学的アセスメント病棟, リハビリテーション病棟)	老年学専門医師 看護師 理学療法士 作業療法士	専門職種間でアセスメント後 κ係数により一致率を比較	本人 移動の介助レベル バランス (Tinetti scale) 認知 (MMSE) 更衣 失禁 褥瘡状態 うつ (DSM-3R) 疾患 費用効果	非該当
Panke, J., et al., 2002	病院	看護師	継続教育	快適さ, QOL 尊厳の保持 疼痛管理 症状の管理 意思決定できる	非該当
Yamaji, K., et al., 2000	病院 老人保健施設	看護師	インタビュー調査, 質問紙調査	自立性の回復 情緒の安定 行動の安定 ケアの受け入れ 自発性の発現 対人関係・社会性の広がり	非該当
Okita, Y., et al., 2000.	在宅	訪問看護職員 訪問介護職員 通所介護職員 痴呆デイケア職員 介護支援専門員	介護支援専門員やサービス事業者(訪問看護等)を対象とし, 彼らが把握しているニーズを抽出し, その結果から在宅痴呆高齢者を支援するために必要なアセスメント項目を明らかにするとともにアセスメントの際の留意点を検討する	149 ニーズを抽出 MDS-HC 領域項目+ 「合併症の管理」 「緊急対応」 「快適な睡眠」 「安心できる」 理解力・気力低下 不安 見当識の混乱 妄想 火の不始末 物品管理・使用の代替や練習 金銭管理 適したアクティビティの発見 社会性 食事介助 入浴介助 サービス拒否 昼夜逆転 ADL維持 転倒 褥瘡 排便コントロール 合併症管理 緊急対応	非該当

表5 在宅認知症高齢者のための学際的チームアプローチの質構成要素に関する文献統合表  
〔高齢者アセスメントを学際的チームで行うことの効果・成果〕

ケアの質評価枠組み チームアプローチ研究の カテゴリー(著者, 年)	setting	structure	process	outcome	エビデンス レベル
	ケアの場	チームメンバー・ 職種	介入方法/介入内容	アウトカム指標	
Nikolaus, T., et al., 1999	病院 在宅	看護師 理学療法士 作業療法士 ソーシャルワーカー	CGA と学際的チームによる 退院後の在宅介入を組み合 わせて実施	死亡率 病院への再入院 (率と期間) ナーシングホームへの入所(率と期間) パーゼルインデックス 直接的コスト	I b
Principi, E., et al., 1996	高齢者 アセスメントチ ーム	理学療法士 作業療法士 CNS 老年科医 家族実践者 臨床薬剤師	一般的学際的モデル 患者・家族アセスメント・治 療とフォローアップ 教育と研究 ケースマネジメントアプローチ 標準化されたアセスメント用 具の使用 医学問題 機能 疾病行動 コーピング方法 サポートシステム MMSE Cognitive Competency test GDS 個別的機能低下行動点数化 スケール FIM	専門知識 明確化した問題 選択すべき治療の討議 患者ケアプラン 問題解決の発展を共有 学際的インプット 柔軟性 開放的コミュニケーション 各メンバーが身体知識の拡大 役割挑戦への満足 役割のぼやけによる学問領域の境界 を崩す ケースコーディネーション 資源とサービスのコーディネーション 最適な人を最適な方法で 金銭, 特技, 時間の点から効果的に 活用 個々のヘルスケアニーズのための 計画 ステップバイステップで答える 専門的知識の共有 アウトカムの改善 再入院の減少 死亡率の低下 身体・認知機能のよりよい管理	非該当

高齢者と家族を中心におき、各専門職のコミュニケーションを基盤とした協働を意図していると考えられた。

今回作成された、在宅認知症高齢者の学際的チームアプローチの質評価枠組みは、先行文献から、認知症高齢者の心身機能が現状のレベルよりも低下することを防ぐこと、ケアの焦点をその人の疾患や“できない能力”に当てることから“できる能力”に当てることへ転換すること、その人らしさを重視した適切なケアにより、認知症高齢者の生活は有意義で安定し、質の高いものになるという前向きな視点を重視することが重要であり、在宅ケアにおいて重視すべきであるという考え方が前提となっている。

## 2. 学際的チームアプローチによる在宅認知症高齢者ケアの質と、成果の評価方法

在宅認知症高齢者に対するケアの質を規定する outcome として、在宅認知症高齢者が心身共に安定し、日常生活に対して前向きで、支援を得ながら自立した生活を送ることができることが考えられた。学際的チームは、これらの outcome へ到達するように、各専門性を発揮したケアの提供を行うが、それらのケアはケアを提供する各専門職が所属する機関の構造要因(理念、専門職種の種類など)の影響を受けると考えられる。在宅認知症高齢者の生活全般にわたるケアの質を評価するためには、行動観察、面接などの方法により、各専門職によるケア計画の評価を行うとともに、学際的チームアプローチによる包括的な評価を行うことも必要であると考えら

れる。

各専門職種ごとの別々のケア内容や提供方法について、さらにそれらの対費用効果などについて言及した研究はみられた。しかし、在宅認知症高齢者へのケアの質評価を行った先行研究において、先述した評価枠組みの前提をふまえたような多職種をチームとして統合し、包括的な認知症ケア提供のあり方にふみ込んだ研究は国内外の文献レビューからは確認できなかった。いずれの職種がどのような方法で評価を行うことが望ましいかについては、今後の研究課題であると考えている。

### 3. 在宅認知症高齢者の学際的チームアプローチに関するケアの質評価枠組み

今回作成された質評価枠組みで、「Ⅰ. 認知障害と記憶障害とともに生きること」は、本人と家族が社会資源を活用しながら円滑に日常生活を送ることができ、家族

も介護負担が少なく、健康的に生活できる姿を意図して命名した。

また、認知症の進行を医学的に定期的に観察することもケアの質を左右するため、「Ⅱ. 認知と記憶の状態が見守られること」を outcome 評価の柱とした。

「Ⅲ. 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること」とは、認知・記憶障害により生じやすい日常生活上、社会生活上の問題が解決され、行動や活動が維持できるかを示す outcome 評価の柱を示している。

Barthel Index など日常生活行動 (ADL) の自立の状態を評価するものは、認知症高齢者の活動性を保つことを評価するととらえることができ、outcome の設定としては「Ⅳ. 活動的であること」と命名した。

「Ⅴ. 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと」は、たとえばおむつ使用による尿路感染を回避すること、以前から罹患している慢性病の悪化を早期に把握すること

表 6 在宅認知症高齢者の学際的チームアプローチの質評価枠組みの項目と説明

アウトカム評価の項目	説明
「Ⅰ. 認知障害と記憶障害とともに生きること」	本人と家族が円滑に生活でき、家族も社会資源を活用しながら介護負担が少なく、健康的に生活できていること
「Ⅱ. 認知と記憶の状態が見守られること」	認知・記憶の状態の客観的なモニタリングを行い、ステージが把握されていること
「Ⅲ. 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること」	認知・記憶障害により生じやすい日常生活、社会生活上の問題が解決されているか検討すること
「Ⅳ. 活動的であること」	身体の活動性が保たれていること
「Ⅴ. 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと」	もともと持っている別の疾患のコントロールの状況が把握されていること
「Ⅵ. 決定する力をもつこと」	意思決定に本人が参与し、決めていくこと
「Ⅶ. 意思疎通できること」	他者に自分の意思を表現して伝える/伝えようとする
「Ⅷ. 活動と参加の能力を促進すること」	社会的な活動への参加の能力、および潜在的な能力を最大に引き出すこと
「Ⅸ. 心地よくあること」	不安などに脅かされることなく、落ち着いていて、気持ちが安定していること
「Ⅹ. ケアマネジメントされること」	アセスメントに基づくケアプランの作成が、学際的チームで行われ、過不足のないサービスの提供やモニタリングが適切になされていること

表 7 インタビュー対象者の概要

職種	対象者数	通算経験年数	主な勤務機関
医師	1名	18年	診療所
歯科医師	1名	25年	歯科診療所
保健師	2名	平均 23.5 (±4.9) 年	市町村
看護師 (訪問看護)	5名	平均 16.6 (±8.1) 年	訪問看護ステーション, 有限会社
介護福祉士	2名	平均 2.6 (±3.7) 年	ヘルパー会社, 診療所
社会福祉士	2名	平均 12.4 (±6.2) 年	社会福祉協議会, 特別養護老人ホーム
管理栄養士	1名	3年	ケアステーション
ケアワーカー	1名	4年	デイサービス, 訪問介護機関
介護支援専門員	1名	21年	医療法人
	16名	平均 13.7 (±9.1) 年	

などがケアの成果であるにとらえられるため、認知症以外の疾患がコントロールされているかを把握する柱とした。

「VI. 決定する力をもつこと」は、認知症高齢者が日常生活のさまざまな意思決定に参与し、自己決定を促し、決めることを支えることをさすものとした。

「VII. 意思疎通できること」は、他者に自分の意思を表現して伝える、または伝えようとすることを評価することをさしている。

「VIII. 活動と参加の能力を促進する」は、認知症高齢者のもつ社会的な活動への参加の能力、および潜在的な能力を最大に引き出しているかを評価することをさす。

「IX. 心地よくあること」は、認知症による不安や抑うつがなく、落ち着いていて、気持ちが安定している姿である。

「X. ケアマネジメントされること」は、アセスメントに基づくケアプラン作成や、単一職種でなく、学際的チームを形成して過不足のないサービスを提供することや、モニタリングが含まれる。

この枠組みは、認知症高齢者の在宅生活を支えるためのケアの評価視点となるものであり、認知症という障害を抱えていても高齢者が質の高い生活を行えるよう評価し改善していくことを可能にするものであると考える。

2000年に介護保険制度が導入されて以来、わが国では訪問看護・介護ステーション、介護老人保健施設のデイサービスなど、介護を要する在宅高齢者に対するサービス提供機関が多数設置された。しかし在宅認知症高齢者の場合、訪問しうる職種は限られ、提供されるケア内容も地域によるばらつきがある。ケアを提供する専門職チームがどのようなケアを提供できるかにより認知症高齢者の生活のあり様は異なると考えられるが、本枠組みでは、ケアによる成果に着目し「認知症の人」から「認知症により日々の生活に支障をきたしている〇〇さん」と全人的にとらえる視点に立つことによって、利用者側の成果が期待でき、利用者の日々がより可能性にみちたものになりうると考える。

本研究により明示された10項目の大項目で構成されるoutcome評価の枠組みは、ケアの現場が抱える問題の解決を意図し、在宅認知症高齢者に対するoutcomeの設定に基づいたケアの質を向上することに寄与するものとなるはずである。

ケアの質向上を現実のものとするために、さらに本枠組みに対応した職種別のケアの具体的な内容を検討し、在宅認知症高齢者の「その人らしさ」を活かした具体的なケアの方法やアセスメント手段もあわせて明確にし、在宅認知症高齢者のためのアセスメント、ケア提供、outcome評価という一貫した質管理プログラムの開発を行う必要がある。

今回レビューの対象となった文献は、保健医療福祉における専門職で構成される学際的チームに関する文献で

あったため、本質評価枠組みは、保健医療福祉の専門職で構成される学際的チームによるケアの成果を中心に抽出されたものとなった。しかし、在宅認知症高齢者の在宅生活が有意義に、かつ安定して質を維持しうるものであるためには、専門職以外に、地域におけるフォーマル・インフォーマルな支援メンバーをチームに含めるべきである。先行文献からは、これらに関して検討されたものはなかったため、今後これらのメンバーによるケアのoutcome評価についても明確化する必要があると考える。

## VII. 結語

データベースによる文献検索から24文献、ハンドサーチから20文献、計44文献を国内外から収集し、文献の要約と統合を行い、在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチによる成果(outcome)に基づく質評価の枠組みを作成した。また、在宅認知症高齢者への専門職実践家16名にインタビュー調査を行い、枠組みの妥当性と現場での利用可能性について意見を収集した。

質評価の枠組みの大項目は、「I. 認知障害と記憶障害とともに生きること」「II. 認知と記憶の状況が見守られること」「III. 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること」「IV. 活動的であること」「V. 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと」「VI. 決定する力をもつこと」「VII. 意思疎通できること」「VIII. 活動と参加の能力を促進すること」「IX. 心地よくあること」「X. ケアマネジメントされること」で構成され、具体的項目としては在宅認知症高齢者の日常生活全般にわたる医学面、生活行動、心身の機能、コミュニケーション、生活の質などで構成されるものであり、学際的チームアプローチによるケアの質を日常生活全般にわたる認知症高齢者の前向きに生活する姿をoutcomeとして評価する枠組みとなった。

今後、各々の柱に沿った具体的なケア内容、評価の指標と時期、職種ごとの専門性などについて具体化する必要がある。

謝辞：本研究はSigeo & Megumi Takayama Foundationによる研究助成(2003~2005年)を得て行った。本研究の遂行にあり、ご協力いただきましたライフケアシステムメディカルディレクター辻彼南雄先生、大正大学橋本泰子教授、山口県立大学田中耕太郎教授、ミシガン大学ターナー高齢者クリニックソーシャルワーク部長ルースキャンベル氏、同ソーシャルワーカーフォーク阿部まり子氏、NPO法人高齢者の学際的チームアプローチ推進ネットワーク小木曾理事、深井雅治氏、聖路加国際病院看護師中山かおり氏、ご多用の折インタビュー調査にご協力いただきました専門職の皆様に深謝いたします。

## レビューの対象となった文献（一部再掲）

- Adams, T. (2001). Developing a multi-professional education and training pathway in dementia care. *Mental Health Care*. 4(1). 370-371.
- Beck, C., Cody, M., & Zhang, M. (1998). A Multidisciplinary Team Approach to Managing Alzheimer's Disease. *Supplement to Pharmacotherapy*. 18(2). 33-42.
- Bedell, B., Bradley, M., & Pupiales, M. (2003). How a Wound Resource Team Saved Expenses and Improved Outcomes. *Home Healthcare Nurse*. 21(6). 397-403.
- Bludau, J., Dick, K., & Lyman, K. (1998). Alzheimer's four domains of care. *Hospital Home Health*. 157-158.
- Buettner, L., & Ferrario, J. (1997/1998). Therapeutic Recreation-Nursing Team : A Therapeutic Intervention For Nursing Home Residents With Dementia. *Annual in Therapeutic Recreation*. 7. 21-28.
- Caplan, G., Williams, A., Daly, B., et al. (2004). A Randomized Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from Emergency Department : The DEED Study. *JAGS*. 52. 1417-1423.
- Cherin, D., Huba, G., Brief, D., et al. (1998). Evaluation of the Transprofessional Model of Home Health Care for HIV/AIDS. *Home Health Care Service Quarterly*. 17(1). 55-72.
- 長寿社会開発センター (2003). チームケアの実際. チームケアとチームワーク. 長寿社会開発センター.
- Cunningham, C., Horgan, Keane, N., et al. (1996). Detection of disability by different members of an interdisciplinary team. *Clinical Rehabilitation*. 10. 247-254.
- Dphil, B. (2001). Clinical effectiveness and critical teams : effective practice with older people. *Nursing Older People*. 13(5). 14-17.
- Drinka, T., & Clark, P. (2000). Developing and Maintaining Interdisciplinary Health Care Teams, Health care teamwork : interdisciplinary practice and teaching. 11-51.
- Hall, F. (2001). A qualitative survey of staff responses to an integrated care pathway pilot study in a mental healthcare setting. *NT research*. 6(3). 696-705.
- 廣瀬千也子 (2003). 認定看護師による看護ケアの評価に関する研究 (2年計画の1年目). 平成15年度厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価研究事業. 100-104.
- 本多雅亮, 吉山容正, 渡邊晶子, 他 (2001). デイケアプログラムにおける痴呆患者の表情による心理評価スケールの作成. 老年精神医学雑誌. 12(7). 787-793.
- Hughes, T., & Medina-Walpole, A. (2000). Implementation of an Interdisciplinary Behavior Management Program. *J Am Geriatr Soc*. 48. 581-587.
- Hyde, R., & Miller, D. (1999). Multidisciplinary Approach to Home-Health Care : A Pilot Study. *Journal of Dental Hygiene*. 73(2). 78-83.
- ティモシー・カイト (2004). outcome志向の文化を創るー最前線を後方から導くー. アン・W・ワジナー, 井部俊子日本語版監修. outcome・マネジメントー科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用. 202-215. 日本看護協会出版会.
- Kassi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, M. (2003). Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economics*. 21(5). 211-218.
- Keough, J., & Huebner, R. (2000). Treating dementia: The complementing team approach of occupational therapy and psychology. *Journal of Psychology*. 134(4). 375-391.
- 菊池和則 (2002). 他職種チームとは何か. 石鍋圭子他編. リハビリテーション看護研究4ーリハビリテーション看護におけるチームアプローチ. 2-14. 医歯薬出版.
- 北島茂樹 (2004). 効果的なチームアプローチのための視点. 日摂食嚥下リハ会誌. 8(1). 3-9.
- ノーマ・M・ラング, カレン・ドーマン・マレック (1996). ペイシェント・アウトカム分類 (The Classification of Patient Outcomes). 高橋美智監修「看護」を考える選集I ; 看護の「質評価」をめぐる基礎知識. 127-134. 日本看護協会出版会.
- Logsdon, R., & Teri, L. (1997). The Pleasant Events Schedule- AD: Psychometric Properties and Relationship to Depression and Cognition in Alzheimer's Disease Patient. *The Gerontologist*. 37(1). 40-45.
- Maloney, C., & Cafiero, M. (1999). Implementing an incontinence program in long-term care setting. *Journal of Gerontological Nursing*. 47-52.
- Manthorpe, J., Iliffe, S., & Eden, A. (2003). Testing Twigg and Atkin's typology of caring: a study of primary care professionals' perceptions of dementia care using a modified focus group method. *Health and Social Care in the Community*. 11(6). 477-485.
- 森本美奈子, 柿本達也, 柏木哲夫, 他 (2002). アルツハイマー型痴呆患者の Quality of Life 評価尺度

- 「Dementia Happy Check-Home Care Version」の開発. 老年精神医学雑誌. 13(9). 1051-1060.
- Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., *et al.* (2000). Comprehensive, in-hospital geriatric assessment plus an interdisciplinary home intervention after discharge reduced length of subsequent readmissions and improved functioning. *EBN*. 3. 83.
- 沖田裕子, 中田康夫 (2003). 在宅痴呆性高齢者のニーズをもとにしたアセスメントの留意点. 老年看護学, 7(2). 93-104.
- Panke, J., & Volicer, L. (2002). Caring for persons with dementia. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 4(3). 143-152.
- Principl, E., Lever, J., Vertesi, A., *et al.* (1996). Use of multiskilled assessors on an interdisciplinary geriatric team. *Physiotherapy Canada*. 48(2). 127-131.
- Pritchard, E., & Dewing, J. (2001). A multi-method evaluation of an independent dementia care service and its approach. *Aging and Mental Health*. 5(1). 63-72.
- Rabins, P., Kasper, J., Kleinman, L., *et al.* (1999). Concepts and Methods in the Development of the ADRQL : An Instrument for Assessing Health-Related Quality of Life in Persons With Alzheimer's Disease. *Journal of Mental Health and Aging*. 5(1). 33-48.
- Rempusheski, V., & Hurley, A. (2000). Advance directives and dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 27-34.
- Reuben, D., & Levy-Storms, L. (2004). Disciplinary Split: A Threat to Geriatrics Interdisciplinary Team Training. *Journal of American Geriatrics Society*. 52(6). 1000-1006.
- 六角僚子, 本間昭 (2004). 痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針—痴呆性高齢者用ケアマネジメントシート (センター方式 03 版)—. 日本痴呆ケア学会誌. 3(3). 107-132.
- Snyder, L. (2001). Care of Patients with Alzheimer's Disease And Their Families. *Clinics in Geriatric Medicine*. 17(2). 319-335.
- Temkin-Greener, H., Kumitz, S., & Mukamel, D. (2004). Measuring Interdisciplinary Team Performance in a Long-Term Care. *Medical Care*. 42(5). 472-481.
- Teri, L., & Logsdon, R. (1991). Identifying Pleasant Activity for Alzheimer's disease Patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist*. 31(1). 124-127.
- 内田容子, 山崎京子 (2004). 痴呆高齢者の outcome を高める通所介護の取り組みと評価. 日本在宅ケア学会誌. 8(1/2). 73-81.
- Vogt, T., Aickin, M., Ahmed, F., *et al.* (2004). The Prevention Index: Using Technology to Improve Quality Assessment. *Health Service Research*. 39(3). 511-529.
- Webster, J. (2002). Teamwork: understanding multi-professional working. *Nursing Older People*. 14(3). 14-19.
- Wilcox, J., Jones, B., & Alldrick, D. (1995). Identifying the support needs of people with dementia and older people with mental illness on a Joint Community Team: A preliminary report. *Journal of Mental of Mental Health*. 4(2). 157-163.
- Williams, M., Pulliam, C., Hunter, R., *et al.* (2004). The Short-term Effect of Interdisciplinary Medication Review on function and Cost in Ambulatory Elderly People. *JAGS*. 52. 93-98.
- 山地佳代, 竹崎久美子, 塩塚優子, 他 (2000). ケア効果としての痴呆性老人の変化の構造—痴呆棟で働く看護職への質問紙調査を通して—. 老年看護学. 5(1). 107-114.

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). DSM-IV-TR : 精神疾患の診断と統計のためのマニュアル (改訂第4版).
- Beck, C., Cody, M., & Zhang M (1998). A Multidisciplinary Team Approach to Managing Alzheimer's Disease. *Supplement to Pharmacotherapy*. 18(2). 33-42.
- Bludau, J., Dick, K., & Lyman, K. (1998). Alzheimer's four domains of care. *Hospital Home Health*. 157-158.
- Buettner, L., & Ferrario, J. (1997/1998). Therapeutic Recreation-Nursing Team: A Therapeutic Intervention For Nursing Home Residents With Dementia. *Annual in Therapeutic Recreation*. 7. 21-28.
- Cherin, D., Huba, G., Brief, D., *et al.* (1998). Evaluation of the Transprofessional Model of Home Health Care for HIV/AIDS. *Home Health Care Service Quarterly*. 17(1). 55-72.
- Cunningham, C., Horgan, F., & Keane, N., *et al.* (1996). Detection of disability by different members of an interdisciplinary team. *Clinical Rehabilitation*. 10. 247-254.

- Donabedian, A. (1969). Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Pub Health*. 59(10). 1833-1836.
- Feil, N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". 藤沢嘉勝監訳 (2004). バリデーション. 筒井書房.
- Kidwood, T., & Bredin, K. (1992). Person to person: A guide to the care of those with Failing mental powers. Gale cetre publications.
- 厚生労働省監修 (2005). 平成 16 年度版厚生労働白書. ぎょうせい. 203-207.
- 黒田輝政, 井上千津子, 加瀬裕子, 他 (1996). 高齢者ケアはチームでーチームアプローチのつくり方, 進め方ー. ドロシーブース: 第 2 章地域でチームを組むために何が必要か. ミネルヴァ書房. 10.
- 三浦文夫編 (2003). 2003 年度版図説高齢者白書. 全国社会福祉協議会. 144-145.
- Panke, J., & Volicer, L. (2002). Caring for persons with dementia. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 4(3). 143-152.
- Rempusheski, V., & Hurley, A. (2000). Advance directives and dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 27-34.
- Sandelowski, M., Docherty S., & Emden, C. (1997). Focus on qualitative methods: Qualitative meta-synthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing and Health*. 20(4). 365-671.
- Snyder, L. (2001). Care of Patients with Alzheimer's Disease And Their Families. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(2). 319-335.

# Development of Evaluation Framework for Assessment of the Quality of Interdisciplinary Team Approach for At-Home Demented Elderly: From Literature Research and Interviews for Health Professionals

Tomoko Kamei, Fumiko Kajii

(St. Luke's College of Nursing)

Naoko Tomoyasu

(Former Research Center for Development of Nursing Practice St. Luke's College of Nursing,  
Doctoral Researcher)

Wakako Kushiro

(Shukutoku University, School of nursing Preparatory office)

Tomoko Sugimoto

(St. Luke's College of Nursing, Doctoral Course)

The purpose of this research is to develop a framework that evaluates the quality of outcome of the interdisciplinary team approach for demented elderly living at home. We collected and reviewed 24 article from the database, 20 article from hand searches totaling 44 article from Japan and abroad. We also interviewed 16 health and social welfare professionals about the validity of the framework.

From the summaries and integration of these articles, we developed a quality evaluation framework based on the outcome of the interdisciplinary team approach for demented elderly living at home. The framework consists of the following nine criterion: I. Living with cognition & memory disorder, II. Monitoring cognition and memory disorder, III. Problem-solving related to cognition and memory, IV. Being active, V. Reduction of risk of another illness, VI. Autonomous decision making, VII. Being able to communicate, VIII. Promoting abilities for activities and participation, IX. Being comfortable. This quality evaluation framework also consists of the following aspects: living actively, medical conditions, mind and body functions of whole daily life, communication and QOL.

This framework was found to be appropriate by the interviewed professionals. However, as the care practitioners did suggest "Well care management" as an essential point of view, we added it as the tenth criteria of the framework.

It is necessary to develop the actual content of care based on each criteria, each of the evaluation indicators and the evaluation period, and specialty of each profession in the future.

**Key Words** : dementia, elderly at home, interdisciplinary team approach, quality evaluation, outcome evaluation, literature research