



認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師  
のコーディネーション実践尺度項目の選定：  
表面妥当性と内容妥当性の検討

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-04-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 岡野, 明美, 上野, 昌江, 大川, 聡子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00005661">https://doi.org/10.24729/00005661</a>

## 研究報告

# 認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師の コーディネーション実践尺度項目の選定 ～表面妥当性と内容妥当性の検討～

## Item Selection for the Coordination Practices Scale for Elderly People with Dementia by Public Health Nurses in Community Support Centers ～ Examination of the Face and Content Validity ～

岡野明美<sup>1)</sup>・上野昌江<sup>2)</sup>・大川聡子<sup>2)</sup>

Akemi Okano, Masae Ueno, Satoko Okawa

キーワード：認知症高齢者，地域包括支援センター保健師，コーディネーション実践尺度，表面妥当性と内容妥当性

Keywords: elderly people with dementia , public health nurses in community support centers, coordination practices scale ,face and content validity

### Abstract

This purpose of this study was to select items to examine the face and content validity of the Coordination Practices Scale for elderly people with dementia. The scale was designed based on existing literature and interviews with public health nurses in community support centers. The scale was examined using self-administered questionnaires by public health nurses and nursing researchers familiar with elderly people with dementia , public health nurses in community support centers and their coordination practices. Results indicated that clarity of expression was improved in 36 items. One item was added. To refine the scale, two items were changed, and 21 items were integrated. Four items with an Item Content validity Index : I-CVI of less than 0.78 were removed. Finally, the scale had 57 items.

### 要 旨

本研究の目的は、認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度原案の表面妥当性と内容妥当性を検討し、尺度原案修正案を選定することである。文献検討と地域包括支援センター保健師の面接調査により作成した尺度原案について、認知症高齢者、地域包括支援センター保健師の活動、コーディネーションに精通している実務者および教育・研究者を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。表面妥当性・内容妥当性の検討結果、表現の明確性について81項目中36項目表現を修正し、項目の移動を2項目行った。内容の重複する21項目を統合し、1項目追加したことから項目数は81項目か

受付日：2018年9月26日 受理日：2018年12月20日

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

ら61項目となった。さらに内容妥当性指数（I-CVI）が0.78未満の4項目を削除した。最終的に57項目の選定により、認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度の質問項目の表面妥当性と内容妥当性の確保ができた。

## I. 諸言

我が国の高齢化率は2016年現在27.3%で、団塊の世代が75歳になる2025年には30.0%になることが予測されている（内閣府，2017）。人口の高齢化とともに有病率が高まる疾患が認知症であり（栗田ら，2014），65歳以上の認知症有病率は，2012年の15.0%から2025年には20%になる見込みである（内閣府，2017）。このような人口推移に対する認知症対策は，地域包括ケアシステム構築の中に位置付けられた高齢社会全体を支える取り組みであり，具体的には認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（厚生労働省，2017）によって進められている。新オレンジプランの目的は，認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため，認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で，自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に答えていくこととされ，認知症が高齢者の対応をしつつ，認知症高齢者等にやさしい地域づくりをも構築していくところにある。

地域で暮らす認知症高齢者の現状は，症状の進行とともに生活支援が必要になるが，①介護や医療サービスの利用困難に陥りやすい，②認知症の行動心理症状や火災の危惧等から地域住民に入所を迫られる，③家族・親族や第三者からの虐待が疑われる（沖田，2010）など，認知症高齢者一人では医療や介護保険制度，成年後見制度などの制度利用につながりにくく，制度を使用することや地域で安心して住み続けるなどの権利が脅かされやすい状況にある。また認知症高齢者は，本来ある潜在力とそれを表出する力のつながりが悪くなるという疾患の特徴からその言動が他者に誤解されやすく，生活トラブルが生じやすい。これらの背景には，意思表示をしなければ利用することができない医療や介護の制度利用上のしくみ，介護保険サービスを利用するまでの手続きや契約などの複雑さ，周辺の人々の認知症理解の浸透の不十分さがあると考えられる。これらから，認知症高齢者のニーズを適正にアセスメントし，必要な社会資源につなげる支援と，認知症高齢者の周辺の人々が認知症を正しく理解し，主体的に認知症高齢者と関わりをもつ地域づくりが求められる。これらを可能にする方法の1つにコーディネーシ

ンがあると考ええる。

保健師のコーディネーションは，地域看護活動を展開するための中心的機能（福島，2007）であり，地域社会開発スキルである（中西，2003）。そのプロセスは，①対象のニーズ把握，②アセスメント，③実施，④評価（平野，1997：高崎，1994）とされ，個々の住民への個別的なサービスの調整を行うとともに，地域ケアシステム形成と一体的に展開される複合的なものである（平野，1997）。このように，保健師のコーディネーションは，個別支援から地域ケアまでを含むことが示されている（織井，1995：古谷，1999）が統一された定義はなく，尺度開発もされていない。保健師のコーディネーションに関する先行文献には，寝たきり状態の高齢者（織井ら，1995），神経難病患者（檜橋ら，2015），がん患者（岡久ら，2015）に関するものはあるが，認知症高齢者や地域包括保健師のコーディネーションに関する先行研究は極めて少なく，認知症高齢者に対する地域包括保健師のコーディネーションが明らかになっているとは言えない。

介護保険法（2000年）施行後，高齢者支援の担い手は大きく変わった。現在の認知症高齢者等高齢者全般の支援主機関は，地域包括支援センター（以下，地域包括）で，その設置主体は市町村である。地域包括支援センターの業務は年々委託傾向にあり，現在では設置数の7割以上が社会福祉法人などに委託されている（三菱総研，2015）。

地域包括の役割の柱は，つなぐこと，調整することであり，地域づくりに関しては民生委員との連携に始まり，住民を巻き込んで展開するという道筋はかなり明確になってきた（北村ら，2014）。しかし，認知症高齢者支援に対しては，認知症の基礎的な理解や地域資源に関する理解は個別的な相談支援に留まっており，民生委員や自治会との連携，ケアマネジャーとの協力，医療機関の受診支援，介護保険施設との連携など，関係機関のコーディネートが十分できているとは言い難い（水上ら，2015）との指摘がある。今後認知症高齢者の増加が見込まれる中，認知症高齢者が安心して地域で暮らし続けられるようコーディネート機能を高めることが求められる。

地域包括保健師の現状は，保健師経験の長い地

域包括保健師は業務において成果を上げ（日本看護協会，2014），連携能力に関する調査では，年齢が高い，常勤勤務，在宅介護支援センター勤務経験ある保健師の評価得点が有意に高かった（筒井ら，2009）との報告がある．その一方で，7割以上（三菱総研，2015）の委託先では，保健師経験10年未満の保健師が5割以上（日本看護協会，2014）で1人配置（三菱総研，2015）が多い．また離職率の高さ（三菱総研，2015）や職務満足度（櫻井ら，2010）などから，保健師経験が短く在宅介護支援センターや行政経験がない保健師はどのように保健師活動を展開していけばよいのか苦慮していることも推測される．経験量の違いによる活動の質に対する方策が必要であるが，研修の保証もない（日本看護協会，2014）状況がある．

そこで，認知症高齢者に対するコーディネーション実践尺度を開発することで，認知症高齢者に対するコーディネーション実践項目を示し，1人配置が多い地域包括保健師が実践項目を振り返る自己評価資料となる．また他の保健師と共有することで，認知症高齢者に対する地域包括保健師のコーディネーション実践とはどのようなものかについて考える機会となる．認知症高齢者に対するコーディネーション実践内容が可視化され，自己評価によって数値化されることで，コーディネーションの不十分な実践項目が明確となり，学習や研修への参加や教育プログラムの発展につながる．これらの結果，認知症高齢者が地域で安心して生活できることへの貢献につながると考える．

本研究の目的は，認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度を作成する上で重要である尺度項目の選定に関して，認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度原案（以下，尺度原案）の作成過程並びに表面妥当性・内容妥当性を検討することである．

## II. 尺度原案の作成過程

本尺度原案を作成するにあたり，「認知症」「保健師」「コーディネーション」をキーワードに文献検索を行ったところ有効な文献を見つけることができなかつた．そこで「保健師」「コーディネーション」をキーワードに文献検索を行った．その結果，保健師のコーディネーションの定義はある

ものの統一された定義がなかったため，保健師のコーディネーションを中心概念として概念分析を行った．属性として，「対象と対象の暮らす地域のニーズを把握する」「支援協力者・資源を発掘する」「つなぐための調整を図る」「サービスやサポートにつなぐ」「関係者間で情報を共有し支援体制をつくる」「地域づくりに発展させる」が抽出された（岡野ら，2018）．

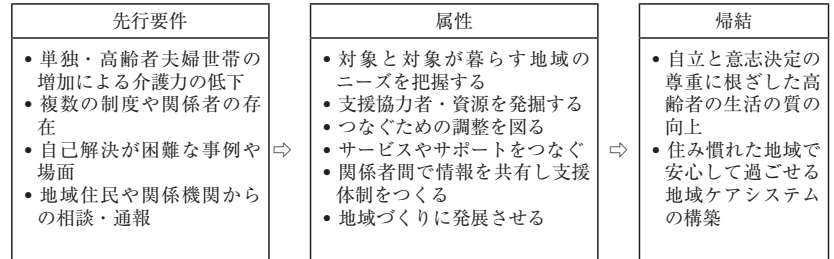


図1. 保健師のコーディネーションの概念構造

次に，認知症高齢者に対する地域包括保健師のコーディネーション実践の実態を把握するために，2016年2月～2017年3月に半構成的面接を行った．研究協力者には，インタビューに先立ち研究の目的，方法，研究協力は自由意思に基づくもので協力を断った場合にも何ら不利益を被ることはないこと，個人情報保護，データの処理方法などを研究協力者に口頭と書面で説明し，書面で同意を得た．研究協力の同意のあった地域包括保健師10名に，用語の定義として，「認知症高齢者」を認知症状が出現しているが認知症の確定診断がついていない65歳以上の者，「保健師のコーディネーション」を受けた相談に対して，他機関，他職種，地域住民に対して働きかけ，事例の課題を解決するための支援体制を形成するとともに地域づくりに発展させることであることを示した．そして，認知症状がある高齢者で個別支援の形成から地域づくりのきっかけとなった事例を1事例想起していただき，保健師のコーディネーションプロセス（平野，1997；高崎，1994）を参照にそれらの具体が引き出せるよう①つないだ関係機関や専門職とそのつなぎ方の具体，②コーディネーションを実施していくうえでの困難や工夫，③コーディネーションの結果を語ってもらった．なおインタビュー調査は，研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号26-57）．研究協力者の属性は，「性別」は男性2名，女性8名，「所属する地域包括の運営形態」は直営2名，委託8名，「地域包括経験年数」は3年未満3名，3～5年未満2名，5～9年未満5

名、「保健師経験年数」は3年未満2名、5～10年未満4名、10年以上4名であった。半構成的面接から得られたデータをカテゴリ化したところ、17カテゴリ、84サブカテゴリが抽出された。

尺度原案への活用に向けて文献検討結果とインタビュー調査結果を検討したところ、保健師のコーディネーションの文献のうち高齢者を対象にした文献は2件、高齢者の認知症に関する文献は見つけられなかったこと、インタビュー調査から抽出されたサブカテゴリが認知症の特徴を捉えた内容であったことから、インタビュー調査から抽出されたサブカテゴリを尺度原案とすることが適切であると考えた。そこで、概念分析における概念定義の属性とインタビュー調査結果のカテゴリの整合性を検討した。インタビュー調査結果のカテゴリを【】、サブカテゴリ〈〉、概念分析属性を「」として説明する。

【認知症状の対応に切羽詰まった人々や関係機関から相談を受ける】は、先行要件である「自己解決が困難な事例や場面の存在」「地域住民や関係機関からの相談・通報」に該当することから、尺度項目からは除外することが適切と考えた。

【本人と顔なじみになる】は属性にはないカテゴリであったが、〈繰り返し会うことで顔をわかってもらう〉〈本人のペースに合わせて話を引き出す〉〈慣れてきたところで困りごとを尋ねる〉など、認知症高齢者のコーディネーションを行ううえで必要なプロセスであり、堀内(2016)は、認知症の人は、顔や名前をしっかりと覚えたり思い出すことは困難だが、一緒に過ごした感じはどこかにしみ込み「そばにいてくれると安心できる人」などと意味づけしてくれるような関係につながると述べていることから、必要な項目であると考えたため取り入れた。

【話の内容や行動から認知症の症状を推察する】  
【本人の行動が示す意味を理解しようとする】  
【認知症状があってもできている生活行為と困難な行為を理解する】  
【身体疾患の治療中断を推察する】  
【本人の生活に必要な支援を判断する】は、属性「対象と対象の暮らす地域のニーズを把握する」に該当した。岡久(2015)は、利用者のニーズのアセスメントがコーディネーションの基本であると述べ、望月(1991)は、対象のニーズ把握はケースが必要としているかを専門的にアセスメントし、どのようなサービスが必要かをアセスメントすると述べている。また【相談内容から認知症の共通課題を見出す】  
【認知症に関する地域全体の状況を掴む】も属性「対象と対象の暮らす地域のニ-

ズを把握する」に該当した。立花(2005)は、複数の個別ケアニーズが事例で存在するニーズを共通ニーズとして把握し、個別・共通ケアニーズを現状の地域ケアシステムを関連させてアセスメントすると述べている。対象者と対象者の共通ニーズの両方を捉えることの必要性を示している。

【家族ができる世話としんどさを理解して支援する】は、概念分析の属性にはなかったが、安武(2011)は、認知症高齢者の家族は、認知症状の発見者であり、同時に介護の当事者でもある。認知症や介護を受け止められるまでには、社会的な孤立感や思い通りにならない介護に困惑するなどの様々な体験をすると述べる。インタビュー調査から抽出された〈介護負担感の高い状態を理解する〉〈家族自身の生きづらさにも気を配る〉〈家族も利用できる資源を紹介し連絡する〉などは、認知症高齢者のコーディネーションを実践するうえで必要な項目であると考えた。

【本人のつながりから支援協力者を見つける】は、「支援協力者・資源を発掘する」に該当した。望月(1991)は、家族、近隣縁者、地域ボランティアの掘り起こしなどの調整能力は大きいと述べ、織井ら(1995)は、その地域のニーズにふさわしい受け皿を作っていくためには地域を正確にとらえ、地域を動かすカギとなる人物の発掘が不可欠であるとインフォーマル支援者を見つけることの必要性を示している。

【必要なサービスにつながるよう念入りに段取りする】は「つなぐための調整を図る」に該当した。織井ら(1995)や望月(1991)は、対象のニーズにそって必要な機関への連絡調整を図る、檜橋ら(2015)は、必要なタイミングで適切な関係機関・関係者と患者・家族とをつなげていたなどつなげるために行う事前の活動があることを示している。

【代弁者となって生活に必要なサービスを確保する】は、「サービスやサポートにつなぐ」に該当した。平野(1994)は、保健・福祉を統合したサービスを提供する具体的な機能、石井(1996)は、サービス資源を個人の選択と自己決定を尊重しつつ、偏ることなく適切に分配すると述べ、総合的につなぐことを示している。

【本人の認知状態や生活実態を共通認識した支援チームをつくる】は、「関係者間で情報を共有し支援体制をつくる」に該当した。檜橋ら(2015)は、関係者間の意見をすり合わせ、会議の設定、関係者が疾病を理解して支援に参加できるようにする、織井ら(1995)は、保健婦はケースに関わ

カテゴリ	サブカテゴリ	概念分析	
認知症症状の対応に切羽詰まった人々や関係機関から相談を受ける	切羽詰まった家族から相談を受ける これまでとは異なる本人の様子が気になる近隣者から相談を受ける 介護保険や認知症症状の対応の依頼を関係機関から受ける	先行要件 ・高齢社会化による介護保険費用の増大 ・単独・高齢者夫婦世帯の増加による介護力の低下 ・複数の制度や関係者の存在 ・自己解決が困難な事例や場面の存在 ・地域住民や関係機関からの相談・通報	
本人と顔なじみになる	会うために訪問を繰り返す こまめに会って時間を共有する 繰り返し会うことで顔をわかってもらう 本人のペースに合わせ話を引き出す 慣れてきたところで困りごとを尋ねる 受け入れやすい方法で家の中に入れてもらう	該当なし	
話の内容や行動から認知症の症状を推察する	話の内容や物忘れ等から記憶の低下状態を推察する 主張して引かない言動からBPSDを推察する 興奮状態や外出時の様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する 周囲の人が心配となる本人の言動を聴取する	対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する	
本人の行動が示す意味を理解しようとする	迷子になった本人の辿り着きたかった行き先を生活背景から推察する 興奮状態を引き起こす生活要因を推察する BPSDを引き起こす生活リズムの乱れを確かめる やる気がないのではなく、できなくなっていることを理解する 拒否的態度の背景にある本人の思いを推察する		
認知症症状があってもできている生活行為と困難な行為を理解する	認知症症状があってもできている生活行為を確かめる 電化製品の使用状況から生活行為の実態を推察する 身なりや室内環境から寒暖の調整力の低下を推察する 部屋の散らかり具合から整理整頓が困難になっている実態を把握する 請求書類から支払いが困難になっていることを推察する		
身体疾患の治療中断を推察する	処方薬などから現病歴を把握する 認知機能の低下から治療が中断されている状態を把握する バイタルサインや観察から健康状態を推察する		
本人の生活に必要な支援を判断する	本人のしんどさから認知症の医療支援の必要性を判断する 体調不良の状態から既往疾患の治療再開の必要性を推察する 生活行為の状態から衣食住を整える必要性を判断する 支払いの滞納状態から金銭管理の必要性を認識する ライフライン確保の必要性を判断する 安全性確保の必要性を判断する		
家族ができる世話としんどさを理解して支援する	家族ができる世話とできないことを理解する 介護負担感の高い状態を理解する 介護を抱え込まないよう家族を支える 家族自身の生きづらさにも気を配る 家族も利用できる資源を紹介し連絡する		該当なし
本人のつながりから支援協力者を見つける	本人と家族のつながりを掴む 本人と家族のつながりから支援協力者を見つける 民生委員に相談し支援協力を得る 本人とつながりのある近隣者から支援協力者を見つける		支援協力者・資源を発掘する
必要なサービスにつながるよう念入りに段取りする	認知症治療に関する医師や医療機関の特徴を把握しておく 日頃からケアマネジャーと交流を持って特徴を掴んでおく 抵抗なく受診できる理由を考えて受診勧奨する 安心できる方法で介護保険サービスの利用を勧める 本人の状態にあった医療機関情報を提供する 金銭管理の制度が利用できるよう情報を丁寧に説明する 前もって医療機関に相談し受診の受け入れをよくする 主治医意見書を書いてもらえる医療機関を見つけて受診につなぐ 診察までに認知症症状や家族の困りごとを医師に伝える 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる 確実に内服できる方法を調整する		属性 つなぐための調整を図る
代弁者となって生活に必要なサービスを確保する	本人の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつ 未払い理由を説明し発生した不利益の対応を市区町村に求める 未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ 本人の状態にあわせて対応協力を関係機関に依頼する 受診につなげない場合は訪問の医療サービスを調整する 介護サービス拒否者を根気よく見守り導入の適時を捉える		サービスやサポートをつなぐ
本人の認知状態や生活実態を共通認識した支援チームをつくる	事例の支援に必要な関係者が参加できるよう調整する 本人の認知状態や生活実態を共有する 認知状態や生活実態を踏まえた支援体制をつくる 今後、チームとして支援していく意識をつくる 必要時協力できるケアマネジャーとの関係を保つ		関係者間で情報を共有し支援体制をつくる
相談内容から認知症の共通課題を見出す	相談の共通性から本人が使える社会資源の不足を見出す 相談の共通性から介護を共有できる場の不足に気づく 認知症症状に応じた連携会議がないことに気づく	対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する	
認知症に関する地域全体の状況を掴む	地区組織とつながりを持って未把握な認知症高齢者の情報を掴む 解決に至らない状況を不安に思う地域住民の心情を感じとる 認知症高齢者が暮らす地域の特徴を理解する 認知症に関係する既存の社会資源情報を掴む 市の認知症施策を理解する		
認知症の共通課題を地域住民と共有する	地域での見守りについて地域住民と折り合いをつける 認知症の共通課題について地区組織と連携できる関係をつくる 認知症の共通課題を地区組織や関係機関に投げかける 認知症を題材にした取り組みを地区組織と行う	関係者間で情報を共有し支援体制をつくる	
認知症の共通課題にむけて社会資源を創出する	認知症サポーター養成講座を行い見守りの目を増やす 地域の核となる住民を見つける 認知症当事者の居場所を作る 介護を共有できる場を立ち上げる 住民が認知症支援者として活躍できる場を設ける 本人の暮らしぶりを確認する	地域づくりに発展させる 支援協力者・資源を発掘する 地域づくりに発展させる	
個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる	家族のしんどさの軽減具合を確かめる 地域住民や関係機関と顔の見える関係が出来ていることを確かめる 事例や認知症サポート養成講座の積み重ねから支援協力者が増えていることを確かめる	該当なし	

表1. 質的研究のカテゴリ、サブカテゴリと概念分析の先行要件、属性の照合

る様々な人から情報を収集し、必要な情報は逆に関わる人に提供して活動に生かせるよう配慮していると対象者について関係者の共通理解を図ることの必要性を示している。【認知症の共通課題を地域住民と共有する】【認知症の共通課題にむけて社会資源を創出する】は、「地域づくりに発展させる」に該当した。織井ら（1995）は、関わっている人みんなが地域の問題を同じレベルで共有化できる場づくりと述べ、認知症の共通課題を地域住民と共有することが地域づくりにつながることを示した。

【個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる】は属性にはなかったが、行ったコーディネーションの評価を行うことは、保健師のコーディネーションプロセスに位置付けられているため、尺度項目として含めることが適切であると考えた。以上から、9下位概念、81項目を尺度原案とした。

### Ⅲ. 尺度原案の表面妥当性と内容妥当性の検討

#### 1. 研究協力者

認知症高齢者、地域包括支援センター保健師活動、コーディネーションに精通している実務者と教育・研究者11名とした。

#### 2. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。口頭で研究の趣旨を説明し、協力の意向確認をし、承諾のあった研究協力者に研究依頼書、無記名自記式質問紙調査票、返信用封筒を同封して郵送し、回収方法は無記名自記式質問紙調査票に記入後、返信用封筒に入れて返信してもらった。

研究期間は2017年11月～12月であった。

#### 3. 調査内容・分析方法

調査内容は、尺度原案81項目について表現の明確性、質問項目の内容の妥当性、順序性、整合性、不足内容についての意見、研究協力者の属性として、実務経験年数、教育・研究経験年数とした。記載のあった内容を概念・下位概念操作的定義と照らし合わせ、質問項目の表現の修正、統合などを行った。

表面妥当性・内容妥当性の検討で精練した質問項目について、内容妥当性指数 (item-level content validity index ; I-CVI) を用いて評価した。各構成概念の定義と項目の関連の程度を4段階評定 (1 = 全く関連がない, 2 = やや関連がある, 3 = ある程度関連がある, 4 = かなり関連がある ; Polit.F.D, et al, 2007) を用い、項目ごとに3あるいは4にチェックのあった比率を算出し、得点0.78未満を削除基準とした。

概念	認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション	個別の支援体制を形成するとともに地域づくりに発展させる活動であり、対象や対象の暮らす地域のニーズや支援協力を掘り起し、つなぐための調整を行い、サービスやサポートにつなぎ、関係者間で情報を共有し、個別並びに地域相談を受けた後保健師が最初にとる行動で繰り返し会うことで保健師の顔をかわってもらい、本人のペースに合わせて接近していく活動
下位概念	I. 本人と顔なじみになる	
	II. 対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する	情報収集し、アセスメントしたうえで、必要な支援を導くというコーディネーションの基本部分である。また、同時に、対象が暮らす地域の社会通念や事例の共
	III. 家族ができる世話としんどさを理解して支援する	認知症高齢者に必要な支援を判断する一方で、同時に家族の状態にも気を配り、家族を支援することで、家族ができる世話とできないことを理解し、介護負担感の支援や家族に生きづらさにも気を配り必要な資源につなげていく活動
	IV. 支援協力者・資源を発掘する	本人の支えとなる身近な支援者を見つける、あるいは支援協力者になり得るのかを確認することである。同時に、対象が暮らす地域に必要な受け皿をつくために地域の顕在的、潜在的な社会資源の掘り起こしを行う
	V. つなぐための調整を図る	関係機関に連絡をとって、対象のニーズを伝え、社会資源が利用できるようにサービスにつなぐとは、当事者の主体性に基づいた適正なフォーマルサービスが提供されるようにすることであり、サポートにつなぐとは、近隣の家族・親族・地域社会全体を巻き込んだインフォーマル資源を活用することである。フォーマル、インフォーマル両者のサービスにつなぐことと両者間の調整を図る
	VI. サービスやサポートをつなぐ	事例のことをよく知る関係者が参加できるよう招集し、情報を共有して、連携関係をつくることである。それには、調整者の支援や支援の隙間を埋めることも含む。また、地域課題を共有するためには、支援する力を引き出す、課題の投げかけ、共有など段階的に地域住民に対して働きかけていく
	VII. 関係者間で情報を共有し支援体制をつくる	個別事例の共通課題を地域支援につなげ、住民や関係機関を巻き込んで未整備な地域の資源や仕組みをつくる活動展開をしていく
	VIII. 地域づくりに発展させる	個別事例の共通課題を地域支援につなげ、住民や関係機関を巻き込んで未整備な地域の資源や仕組みをつくる活動展開をしていく
	IX. 個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる	コーディネーションを行った結果、認知症高齢者とその家族、地域がどうなったのかを確認する

表2 認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度原案の概念と操作的定義

### 3. 倫理的配慮

研究協力者には、研究の目的、調査の概要、研究参加の任意性、匿名性の保持などを明記した依頼文書を添付し、調査票の研究協力同意欄へのチェックの記入をもって同意が得られたとした。なお、大阪府立大学看護学研究倫理委員会にて承認を得て行った（承認番号：29 - 41）。

### 4. 結果

#### 1) 研究協力者の背景

表面妥当性・内容妥当性の検討に対する研究協力者数は11名であった。11名全員に認知症高齢者への支援経験があった。認知症高齢者、地域包括支援センター保健師活動、コーディネーションに精通している実務者は7名、教育・研究者は4名であった。実務者の所属と職種は、地域包括支援センター保健師3名、市町村保健センター保健師2名、福祉施設管理者2名であった。教育・研究者は全て看護系の教育機関に所属していた。研究協力者のうち、地域包括保健師としての実務経験のある者は5名で、その経験年数は、5年未満が2名、10年以上が3名であった。また、保健師としての実務経験者は8名で、その経験年数5年未満が1名、10年～20年未満が5名、20年以上が2名であった。教育・研究者4名の経験年数は、5年未満が2名、10～20年未満が2名であった。コーディネーションを実践役割の一つに位置付けた活動を実践している専門看護師は4名いた。

内容妥当性指数（ICVI）に対する研究協力者は、上述の研究協力者の内、所属が福祉施設の2名と教育・研究者1名を除く8名であった。

#### 2) 表面妥当性・内容妥当性の検討

表現の修正が必要であった項目は、尺度原案81項目中36項目あった。表現の明確性に関する修正内容は、あいまいな表現に関するもの、表現不足に関するもの、限定的な表現になっているものであった。下位概念を「」, 内容を〈〉, 研究協力者コメントを〔〕で示して説明する。

あいまいな表現に関するものは、「本人と顔なじみになる」の〈受け入れやすい方法〉を〈安心する方法〉へ、「対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する」の〈本人のしんどさ〉を〈生活に影響を及ぼしている状態〉へ、〈解決に至らない認知症高齢者の状況を不安に思う地域住民の心情を感じとる〉を〈活動を通して認知症に対するその地域の社会通念を把握する〉へ、「個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる」

の〈家族のしんどさの軽減具合を確かめる〉を〈介護負担の軽減具合を確かめる〉へ、「関係者間で情報を共有し支援体制をつくる」の〈地域住民と折り合いをつける〉を〈地域で見守ってもらえるよう住民と話し合う〉へなどを修正した。

表現不足に関するものは、「サービスやサポートにつなぐ」の〈未払い理由を説明し発生した不利益の対応を関係機関に求める〉を〈公共料金や税金が滞納状態となった理由を説明し発生した不利益の対応を市区町村に相談する〉へ、〈ライフライン確保〉を〈税金の滞納状況や生活状況などからライフラインの確保〉へ、「家族ができる世話としんどさを理解して支援する」の〈家族ができる世話とできないこと〉を〈家族のしている介護とできないこと〉へ、「関係者間で情報を共有し支援体制をつくる」の〈必要な関係者が参加できるように〉を〈必要な関係者がケース会議に参加できるように〉へなどを修正した。

限定的な表現になっているものは、「対象と対象の暮らす地域のニーズを把握する」の〈電化製品の使用状況〉を〈室内の状態や日常生活用品の使用状況〉へ、「地域づくりに発展させる」の〈認知症サポーター養成講座を行い〉を〈認知症について住民に啓発活動を行い〉へ、〈認知症治療に関する医師や医療機関の特徴〉を〈認知症高齢者に関係する社会資源の特徴〉へ、「本人のつながりから支援協力者を見つける」の〈家族のつながり〉を〈つながっている人やサービス〉へなどを修正した。

内容の妥当性に関する意見について、「本人と顔なじみになる」の〈認知症高齢者と慣れてきたところで困りごとを尋ねる〉は、「慣れてきたところに限らず初回からでも把握を始める」や「慣れきた」との判断の個別性が大きいのではないかと意見があった。「対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する」の〈主張して引かない言動からBPSDを推察する〉は、「主張してひかない言動というのは本人のかなえない願いである場合も多くBPSDにすぐに結び付ける質問ではない方がよい」や「BPSDとの直接的な関係とは言えない」などの意見があった。追加項目は1項目あった。「サービスやサポートにつなぐ」に〈認知症高齢者を認知症カフェや集いの場など介護保険サービス外の居場所につなげる〉を追加した。

内容の精錬を行った結果、統合された項目は21項目、項目の移動は2項目あった。〈認知症に関係する既存の社会資源情報を掴む〉を「対象と対象の暮らす環境のニーズを掘り起こす」から「支



援協力者・資源を発掘する」に、〈認知症高齢者の暮らす地域の民生委員に相談し支援協力を得る〉を〈認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る〉に表現を修正し、「支援協力者・資源を発掘する」から「サービスやサポートにつなぐ」に移動した。

以上から、尺度原案81項目は、61項目となった。

2) 内容妥当性指数 (I-CVI) の検討

内容妥当性指数 (I-CVI) を算出し、I-CVI得点0.78未満であった項目は4項目あった。「本人

と顔なじみになる」の〈認知症高齢者と慣れてきたところで困りごとを尋ねる〉(I-CVI = 0.73), 〈認知症高齢者が受け入れやすい方法で家の中に入れてもらう〉(I-CVI = 0.75), 「対象と対象の暮らす環境のニーズを把握する」の〈主張して引かない言動からBPSDを推察する〉(I-CVI = 0.70), 〈地区組織とつながりを持って未把握な認知症高齢者の情報を掴む〉(I-CVI = 0.75)の4項目を除外した。

以上から、尺度原案の項目数は61項目から57項目になった。57項目を表3に示す。

1	私は、認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す
2	私は、認知症高齢者のペースに合わせ話を引き出す
3	私は、話の内容や物忘れ等から記憶力の低下状態を推察する
4	私は、興奮状態や徘徊などの様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する
5	私は、周囲の人が心配となる認知症高齢者の言動を聴取する
6	私は、認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する
7	私は、室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察する
8	私は、支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する
9	私は、薬袋や処方薬などから受療状況を推察する
10	私は、バイタルサインや観察から健康状態を推察する
11	私は、生活に影響を及ぼしている状態から認知症の専門治療の必要性を判断する
12	私は、体調不良の状態から既往疾患の治療再開の必要性を推察する
13	私は、日常生活の状態から衣食住を整える支援の必要性を判断する
14	私は、支払いの滞納状態から金銭管理支援の必要性を認識する
15	私は、税金の滞納状況や生活状況などからライフラインの確保の必要性を判断する
16	私は、行動や生活状況などから安全確保の必要性を判断する
17	私は、活動を通して認知症に対するその地域の社会通念を把握する
18	私は、認知症高齢者の課題の共通性を見出す
19	私は、認知症高齢者が暮らす市区町村の認知症施策を理解する
20	私は、認知症高齢者の家族がしている介護とできないことを理解する
21	私は、認知症高齢者を介護している家族の介護負担感の状態を理解する
22	私は、認知症高齢者の家族自身の生活のしづらさにも気を配る
23	私は、認知症高齢者の家族が利用できる資源を紹介し必要時につなぐ
24	私は、認知症高齢者とつながっている人やサービスを掴む
25	私は、認知症高齢者のつながりから見守りなどの支援協力者を見つける
26	私は、認知症に関する社会資源の情報を掴む
27	私は、地域の核となる住民を見つける
28	私は、認知症高齢者に関する社会資源の特徴を把握しておく
29	私は、認知症高齢者が安心する方法で受診やサービス利用を勧める
30	私は、前もって関係機関に相談し受診やサービスの受け入れをよくする
31	私は、介護保険の主治医意見書を書いてもらえる医療機関を見つけて受診につなぐ
32	私は、診察までに認知症状や家族の困りごとを医師に伝える
33	私は、受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる
34	私は、認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する
35	私は、認知症高齢者の状態にあわせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ
36	私は、公共料金や税金が滞納状態となった理由を市区町村に説明し発生した不利益の対応について相談する
37	私は、認知症高齢者に未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ
38	私は、認知症高齢者の状態にあわせて対応協力を関係機関に依頼する
39	私は、認知症高齢者を受診につなげない場合は訪問の医療サービスなど別の方法を調整する
40	私は、介護サービス拒否する認知症高齢者を根気よく見守り導入の適時を捉える
41	私は、認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る
42	私は、認知症高齢者を認知症カフェや集いの場など介護保険サービス以外の資源につなげる
43	私は、認知症高齢者の支援に必要な関係者がケース会議に参加できるよう調整する
44	私は、認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する
45	私は、チームとして支援していく意識をつくる
46	私は、必要時協力できるよう認知症高齢者のケアマネジャーとの関係を保つ
47	私は、認知症高齢者を地域で見守ってもらえるよう住民と話し合う
48	私は、認知症の共通課題について地区組織と連携できる関係をつくる
49	私は、認知症の共通課題を地区組織や関係機関に投げかける
50	私は、地区組織と認知症を題材にした取り組みを行うことで課題の共有を図る
51	私は、認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす
52	私は、認知症高齢者および介護家族に必要な資源をつくるもしくはつくる支援をする
53	私は、住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる
54	私は、認知症高齢者の生活状況が安定したことを確認する
55	私は、介護家族の介護負担の軽減具合を確かめる
56	私は、関係者間で顔の見える関係が出来ていることを確かめる
57	私は、認知症高齢者に対する住民や関係機関の声から支援協力者が増えていることを確かめる

表3. 認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度原案

## IV 考察

尺度原案81項目に対して表面妥当性と内容妥当性の検討を行った。表面妥当性の検討から表現の修正が必要であった項目は36項目あった。修正内容は、あいまいな表現に関するもの、表現不足に関するもの、限定的な表現になっている項目であった。これらの指摘を受けた理由は、アイテムプールをインタビュー調査のサブカテゴリを用いたことから、インタビュー内容に影響を受けすぎたことやサブカテゴリの抽象度にばらつきがあったことが考えられた。表現を修正したことで内容の重複する項目が顕在化し、21項目統合することになった。また、適正な下位概念の場所への移動の発見や不足していた内容を項目に追加することができた。次に、削除項目となった〈慣れてきたところで困りごとを尋ねる〉や〈主張して引かない言動からBPSDを推察する〉は、認知症高齢者の個性が大きいことから捉え方によって問いたい意味が変わる項目であることからI-CVI値が低くなったと考える。〈認知症高齢者が安心する方法で家の中に入れてもらう〉や〈地区組織とつながって未把握認知症高齢者の情報を掴む〉は、他の項目にその内容が含まれていることから、I-CVI値が低くなったと考える。

保健師のコーディネーションは、古谷ら(1999)が述べる「公的な責任のもと行われてきた様々な地域保健医療福祉活動を背景とし、社会資源利用の調整機能のみだけでなく、社会資源の改善、開発システムの形成までも目指している諸外国には見られない広範囲で特別な意味を含んでいる」や、織井ら(1995)が述べる「対象のニーズに沿って必要な機関へ連絡調整を図り、必要な資源を関係機関やグループと連携してケアシステムの形成や発展に寄与する」のように、個別事例の調整から地域づくりに発展させることを意味する。本研究における質問項目においても、対象と対象の暮らす地域のニーズを把握する、サービスやサポートにつなぐ、地域づくりに発展させる、などのように保健師の概念分析(岡野ら, 2018)の属性を含み、個別事例の調整から地域づくりに発展させる項目で構成されていることから、保健師のコーディネーションの要素に基づいた内容であると考えられる。またインタビュー調査から「本人と顔なじみになる」「家族ができる世話としんどさを理解して支援する」「個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる」の3つの下位概念が追加された。これらの内容は、必要な支援を導く

ための認知症高齢者とのかかわり方や家族介護力の判断、実践したコーディネーションの評価に関するものであった。従って、本研究において明らかになった質問項目は、認知症高齢者に対して地域包括保健師が実践するコーディネーション実践内容を示しているものと考えられる。

また認知症施策の原点は誤解や偏見の解消にあり、現在も取り組みが継続されていることから、認知症と人権擁護は継続的な重要課題である。疾患の特徴として介護や医療サービスの利用困難に陥りやすい、行動心理症状や火災の危惧等から地域住民に入所を迫られる場合がある(沖田, 2010)や、認知症の人自身に自身の状態に対する生活への影響に関する自覚が弱く、サービス導入の必要性を感じていないことが多くみられる(杉原, 2016)など、認知症高齢者を対象にコーディネーションを行うにあたって、医療面、生活行為面、金銭管理面、他者との関係性など多方面から必要な支援を導き出すとともに、導き出した支援が認知症高齢者のニーズに本当に合っているのか慎重に吟味するなど認知症高齢者の人権を大事にした行動が必要になる。本研究での質問項目は、相談者の言葉だけで判断せず〈会うために訪問を繰り返す〉や認知症高齢者の行動を問題行動だと決めつけず〈認知症高齢者の言動や態度の意味を推察する〉、認知症高齢者のことをよく知る関係者の意見を聞くために〈認知症高齢者の支援に必要な関係者がケース会議に参加できるよう調整する〉、支援する関係者全員が認知症高齢者の実態を正しく理解するために〈認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する〉、近隣者から排除されないように〈認知症高齢者を地域で見守ってもらえるよう住民と話し合う〉など質問項目の内容は認知症高齢者のニーズや尊厳を大切に考えた実践であり、コーディネーション実践の前提に認知症高齢者の人権擁護の価値観があるものと考えられ、直接人権擁護を問う質問項目はないが、質問項目の中に認知症高齢者の人権を擁護することが含まれているものと考えられる。

以上から、尺度原案を修正した57項目は、認知症高齢者に対する地域包括保健師のコーディネーションの要素を含んだ質問項目であると考えられる。質問紙全体の項目数は70項目までが適当(小塩ら, 2014)であることから尺度の項目数は適正とみなした。

## V. 結論

認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度開発における項目の選定を行ったところ以下のことが明らかになった。

1. 表面妥当性・内容妥当性の検討により、表現の明確性について81項目中36項目表現を修正し、項目の移動を2項目行った。内容の重複する21項目を統合し、追加項目1項目したことから項目数は81項目から61項目となった。
2. 内容妥当性指数の検討により、基準に満たなかった4項目が削除された。
3. 最終的に57項目に選定したことで、認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度の項目の表面妥当性と内容妥当性の確保がされた。

## 引用文献

- 栗田主一 (2014) : 21世紀前半のわが国の高齢化について。栗田主一, 鷺見幸彦, 井藤佳恵, 他, 認知症の総合アセスメントテキストブック 改訂版, 7-8, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター, 東京。
- 平野かよ子 (1994) : ケア・コーディネーションの行政的背景と保健師のコーディネーション機能の向上。保健婦雑誌, 50(10), 772-777。
- 平野かよ子 (1997) : ケアマネジメントとケアコーディネーション。保健婦雑誌, 53(12) : 970-978。
- 平野かよ子 (2003) : 地域看護の考え方。平野かよ子, 井伊久美子, 中西睦子, 地域看護学, 8-9, 建帛社, 東京。
- 堀内園子 (2016) : 認知症看護入門。19-27, ライフサポート社, 横浜市。
- 石井享子 (1996) : 新しい介護システムと保健婦活動—保健師のコーディネーションを中心に—。保健の科学, 38(8), 515-519。
- 門田直美 (2007) : ケアコーディネーション/ケアマネジメント。福島道子, 地域看護学 I, 195-197, オーム社, 東京。
- 北村育子, 永田千鶴, 松本佳代, 他 (2014) : 認知症高齢者の在宅生活を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察。日本福祉大学社会福祉論集, 130, 191-208。
- 厚生労働省 : 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)。2017年12月4日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>。
- 小塩真司, 西口利文 (2014) : 質問紙調査の手順。47-54, ナカニシヤ出版, 京都市。
- 水上然, 黒田研二, 佐瀬美恵子, 他 (2015) : 地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係。日本認知症ケア学会誌, 14(3), 667-677。
- 三菱総合研究所 : 平成26年度地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査報告書。2017年4月30日,

[http://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/uploadfiles/h26/h26\\_03](http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h26/h26_03)。

- 望月弘子 (1991) . 保健婦活動における調整機能とは。保健婦雑誌, 47(10), 759-763。
- 内閣府 : 平成29年版高齢社会白書。2017年12月4日, [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s\\_01](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_01)。
- 檜橋明子, 緒方由紀子, 山下清香, 他 (2015) . 神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術。日本地域看護学会誌, 18(2-3), 33-40。
- 日本看護協会 (2014) . 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告書。2017年4月30日, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/25-chiikisien.pdf>。
- 岡久ジュン, 錦戸典子 (2015) : がんに罹患した労働者への支援において産業保健師が行うコーディネーション。日本地域看護学会誌, 17(1), 13-21。
- 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子 (2018) : 保健師のコーディネーションの概念分析。大阪府立看護学雑誌, 24(1), 21-30。
- 沖田裕子 (2010) : 認知症者の生活は支えられているか。とくに独居の認知症者をめぐって。老年精神医学雑誌, 21(1), 44-51。
- 織井藤枝, 岡朋子, 岡本絹子, 他 (1995) : 高齢者の在宅ケアにおける保健婦のケアコーディネーションのあり方。保健婦雑誌, 51(5), 391-398。
- Polit.F.D, Beck.T.C,Owen.V.S (2007) : Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing & Health. 30, 459-467。
- 櫻井蘭子, 佐伯和子, 高橋由美子, 他 (2010) : 北海道の地域包括支援センターに勤務する保健師の職業性ストレスと職務満足。北海道公衆衛生学雑誌, 24, 49-56。
- 島内節 (1999) : 保健婦 (士) のコーディネーション機能。古谷章恵, 松下和子, 島内節編集, 保健婦 (士) 業務要覧, 14-15, 日本看護協会出版会, 東京。
- 杉原百合子 (2016) : 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。
- 高崎絹子 (1994) : ケア・コーディネーションの概念と地域保健活動。保健婦雑誌, 50(10) : 763-771。
- 立花志保, 小関三千代, 藤井智子 (2005) : 地域ケアコーディネーション技術実習の教育評価。北海道公衆衛生学雑誌, 18(2) : 112-123。
- 筒井孝子, 大野賀政昭, 東野定律, 他 (2009) : 全国の地域包括支援センターの専門職における連携活動の実態。日本社会福祉学会 第57回全国大会, 612-613。
- 安武綾 (2011) : 認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合。家族看護学研究17(1), 2-12。