

独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因

犬 山 彩 乃 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)

諏 訪 さゆり (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因のうち認知症高齢者本人の要因を明らかにすることである。

在宅生活を継続している独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー11名に半構造化面接を行い、得られたデータは国際生活機能分類 (ICF) を分析枠組みとして質的帰納的に分析した。ただし、認知症高齢者本人の要因を明らかにすることが目的のため、環境因子は除外した。

結果、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因として、健康状態は【認知症の診断が確認されている】等2テーマ、心身機能・身体構造は【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等4テーマ、活動は【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】等5テーマ、参加は【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等3テーマ、個人因子は【趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等3テーマが抽出された。

認知症高齢者は、日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続が可能となっていた。また、入院や一時的な体調の変化によって、機能低下が生じた場合でも、住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていた。独居の認知症高齢者の在宅生活継続には、様々な要因が相互に影響しあっており、ICFの視点を用いてこれらの情報を整理することは有効であると示唆された。

KEY WORDS : older people with dementia, living alone, ICF, continuing home life

I. 背景

2025年問題として、高齢者人口の更なる増加が言われている。認知症高齢者数は約700万人¹⁾に増加する一方で、高齢者世帯の約35%は一人暮らし世帯²⁾であると予測されている。国の方針として、平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」が策定され、「認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会」の実現が目指されている³⁾。一方で、少子化に伴う労働人口の減少、医療と介護の連携の難しさ等の在宅療養推進に関する課題も挙げられている。これらのことから、今後独居の認知症高齢者の在宅生活への支援の必要性が高まると考えられる。

認知症高齢者は、認知症に伴い日常生活上に様々な困難を生じるが、過剰な支援は認知症高齢者の発揮できる力を奪うことにつながる。そのため、独居の認知症高齢者の在宅生活継続を支えるためには、認知症高齢者本人のもつ力をとらえることが重要であると考えられる。先

行研究では認知症高齢者の潜在能力の発揮はケアする者の関わりに左右される⁴⁾ことや高齢者の能力は見方次第⁵⁾であると報告されている。しかし、ケア提供者にとって、独居の認知症高齢者が日常生活の中で表出する様々な言葉や行動に込められた意味を理解し、認知症高齢者の発揮できる力としてとらえることは難しい場合もあると考えられる。

そこで、本研究では国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下ICF) の概念を用いて、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する具体的な要因について明らかにする。ICFとは、人間のあらゆる健康状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源までを分類し、記述・表現しようとするものである⁶⁾。ICFは身体機能の評価に留まらず広く生活機能に関する情報を記述することができる。認知症高齢者のように本人が自身の状態・状況を十分に語ることが難しい場合であっても、ICFを活用することで家族からの情報や観察によって得た情報を統合し、記述することが可能である。そのため、認知症高齢者の生活を捉える視点としてICFを活用することは意義があると考えられる。また、ICFを活用することによって、幅広い分野の従事者が共通理解を持つことが期待でき、国内だけでな

く国際的に比較検討する標準的な枠組みとしても活用が可能であると考えられている。

本研究でICFを活用することによって明らかとなった独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因は、必要な支援を見極める具体的なアセスメントの視点につながり、その成果として、在宅生活継続の意向を尊重し、認知症高齢者の尊厳の保持を支援することに貢献できると考える。

II. 研究目的

独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因のうち、認知症高齢者本人の要因をICFの概念を用いて明らかにする。

III. 用語の定義

在宅：居住系サービスを利用している場合は含まず、自宅で生活している場合を在宅とする。

生活：ニーズの充足を目的とした活動であり、ICFの構成要素である心身機能・身体構造、活動、参加からなる本人のさまざまな生活機能が環境因子や個人因子と相互作用すること。

生活機能：人が生活を営むための能力や働きであり、肯定的側面・否定的側面の両方を含む言葉として用いる。

IV. 研究方法

1. 概念枠組み (図1)

本研究では、独居の認知症高齢者の在宅生活継続は日々の生活によって影響されると考え、独居の認知症高齢者の生活を捉える視点としてICFの構成要素を用いた。

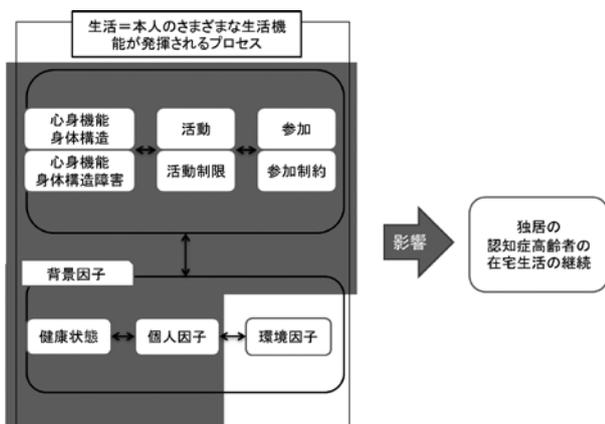


図1 独居の住宅生活の継続に影響する認知症高齢者本人の要因の概念枠組み (網掛け部分を分析枠組みとした)

出典：厚生労働省、「国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-」(日本語版)を一部改変

ICFの構成要素は、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子がある。そのうち、人々の社会的な態度・社会構造や法制度といった環境因子は個人にとって外部のものとして分類されている⁶⁾。本研究では独居の在宅生活継続に影響する認知症高齢者本人の要因を明らかにすることを目的としているため、環境因子を除外し、図1網掛け部分を分析枠組みとした。

2. 研究対象者

第1対象者：主疾患が認知症であり、調査時点で在宅生活を継続している65歳以上の独居認知症高齢者。

第2対象者：第1対象者の担当ケアマネジャー。

3. 対象者の選定

対象者の選定は、研究者のネットワークおよび独立行政法人福祉医療機構の運営するワムネットを活用し、積極的に認知症高齢者への支援を行っていると考えられる居宅介護支援事業所(以下、事業所)を選定し、第1・第2両対象者の紹介を依頼した。事業所所長から第2対象者の紹介を受け、第2対象者から研究協力の同意を得た後に第1対象者の紹介を受けた。第1対象者の自宅へ第2対象者の訪問日に合わせて同行し、研究の説明を行い、研究協力の同意を得た。その際、第1対象者の意思決定能力を第2対象者に判断してもらい、必要時には第1対象者本人に加え、家族からも同意を得た。

4. データ収集方法

事業所の記録から第1対象者の基本属性情報の転記、第2対象者とともに第1対象者の自宅へ訪問し参加観察、第1対象者のサービス担当者会議への参加、第2対象者へのインタビューを行った。

インタビュー内容は、在宅生活の継続に関する第1対象者本人や家族の意向、医療・介護サービスの利用や支援の状況、自宅や自宅周辺の生活環境、友人や知人との付き合いや相互支援の状況等であった。

サービス担当者会議への参加は日程等により参加可能な場合のみ実施した。また、同行訪問での参加観察やサービス担当者会議への参加によって得られたデータは直接分析の対象とはせず、第1対象者の理解、第2対象者へのインタビューの際に補足情報として活用した。

5. データ収集期間

2015年5月から10月であった。

6. 分析方法

第2対象者毎に、インタビューで得た音声データから逐語録を作成し、研究者が「独居の認知症高齢者の在宅生活の継続」に関わると読み取った部分を抜き出し、コードとした。コードを概念枠組みの項目毎に、意味内容の類似性に沿って統合し、サブカテゴリーとした。

第2対象者毎に抽出された全サブカテゴリーを概念枠組みの項目毎に、意味内容の類似性に沿って、カテゴリー、コアカテゴリー、テーマへと統合した。統合した各テーマに含まれるコアカテゴリーは、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に対し、生活機能の改善につながる要因を促進要因、生活機能の制限につながる要因を阻害要因とし、それぞれに分類した。さらに、それらの要因に対応するICF第2レベルを示した。なお、分析の各過程で定期的に訪問看護学領域の研究者に提示し、妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号26-94）。第1・第2両対象者へは調査の前に研究の趣旨、自由意思の尊重、個人情報保護について説明し、研究協力の同意を得た。第1対象者宅への訪問等の際は、研究者の訪問によって不安や混乱が生じないよう言動に細心の注意を払った。

V. 結果

1. 対象者の概要（表1）

研究依頼を行った事業所30件のうち10件から同意を得た。独居の在宅生活を継続している認知症高齢者とその担当ケアマネジャーを1組とし、各事業所から計12組の紹介を得た。うち1組は対象者の同意が得られず、辞退となったため、計11組が本研究の対象となった。同行訪問は、11組全てで同一の研究者が行い、滞在時間は30分程度であった。サービス担当者会議への参加は2組であった。

第1対象者である独居の認知症高齢者の年齢は60歳代から90歳代、認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅱbが6名、Ⅲaが2名、Ⅳが3名であった。第1対象者は、

認知症の他に高血圧や癌等の様々な既往疾患を有していたが、重度の身体介護を要する者はいなかった。また、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの支援開始以前に、地域包括支援センターから支援を受けていたケースが11名中8名あった。

第2対象者であるケアマネジャーの性別は女性9名、男性2名、年齢は40歳代から60歳代、ケアマネジャー経験年数は5年未満1名、5-10年4名、10年以上6名、保有資格（複数回答）は介護福祉士8名、ホームヘルパー2級7名、社会福祉士3名、准看護師2名であった。

2. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因（表2）

以下、独居の在宅生活継続に影響する認知症高齢者本人の要因を表すテーマを【】、コアカテゴリーを〔〕、カテゴリーを〈〉、テーマに該当する第2対象者の具体的な語りを「」で示し説明する。各テーマに含まれるコアカテゴリーおよびカテゴリーを示す際には、促進要因または阻害要因のどちらであるかを示した。さらに、心身機能・身体構造、活動、参加では、各テーマに対応するICF第2レベルの生活機能を示すこととした。

1) 健康状態（2テーマ）

【認知症の診断が確認されている】では、〈原因疾患を含めた認知症の診断がされている〉という促進要因が含まれた。

「その時（支援が入る）までは一切先生（医師）にかかってなかった。支援が入って、認知症の診断につながった。」（促進要因：対象者C）

【日常生活の過ごし方に関わる疾患がある】には、〈認知症以外に内服が必要な疾患がある〉や〈体調の急変につながる疾患がある〉等の阻害要因のみが含まれた。

表1 第1対象者一覧（n=11）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
年齢／性別	80歳代／女性	80歳代／女性	80歳代／男性	80歳代／女性	60歳代／男性	80歳代／女性	90歳代／女性	90歳代／女性	80歳代／女性	80歳代／女性	70歳代／女性
認知症診断名	アルツハイマー型認知症	老年性認知症	認知症とのみ記載	アルツハイマー型認知症	認知症（前頭側頭葉萎縮）	アルツハイマー型認知症	認知症とのみ記載	認知症とのみ記載	アルツハイマー型認知症	認知症とのみ記載	アルツハイマー型認知症
要介護度	要介護1	要介護1	要介護1	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護3	要介護3
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb	Ⅱb	Ⅲa	Ⅱb	Ⅱb	Ⅱb	Ⅱb	Ⅲa	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
障害高齢者の日常生活自立度	A1	A2	J1	J2	A2	A2	A2	B1	A2	A1	B1

表2 独居の在宅生活継続に影響する認知症高齢者本人の要因（テーマ）一覧

概念枠組み項目	要因（テーマ）	コアカテゴリー	対応するICF第2レベル	促進・阻害	該当事例
1) 健康状態	認知症の診断が確認されている	認知症の診断が確認されている	-	促進	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	日常生活の過ごし方に関わる疾患がある	内服管理や歩行状態といった日常生活の過ごし方に関わる疾患がある	-	阻害	B. D. E. F. G. H. I. J. K
2) 心身機能・身体構造	認知機能の低下がある	部分的ではあるが、過去の記憶や認識が保たれている 短期記憶や見当識、思考、睡眠に関連した機能低下がある	見当識機能、知的機能、睡眠機能、記憶機能、思考機能、高次認知機能	促進 阻害	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	自立心や感情表出といった精神機能が保たれている	自立心や感情表出といった精神機能が保たれている	気質と人格の機能、精神運動機能、情動機能	促進	A. B. C. F. G. I. J
	日常生活の過ごし方に影響する心身機能の低下がある	既往疾患や加齢に伴い、歩行や食事、電話をかける際に影響する機能低下がある 既往疾患や加齢に伴い、コントロールを要する機能変化がある	活力と欲動の機能、聴覚機能、血圧の機能、運動耐用力、摂食機能、水分・ミネラル・電解質バランスの機能、筋力の機能	阻害	B. C. D. G. K
	介護用品の利用によって保たれている心身機能がある	罹患・受傷後、介護用品を利用し、自宅での歩行や排泄機能が維持・改善している	排尿機能、筋力の機能、歩行パターン機能	促進	E. F. I
3) 活動	意思の伝達とコミュニケーションが出来る	在宅生活継続の意思や不安・相談事を自ら伝えている 排泄や洗濯を自身でやろうとする意欲がある 確証はないが、セルフケアをしようとしている発言があり、体調悪化や状態変化はみられない 質問に対して、思いや状況、楽しみを答えることができる ケアマネジャーは読み取っているが、記憶障害や独居の継続に関して、表出していない不安がある	意思決定、話すこと、非言語的メッセージの表出、会話、公的な関係	促進	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	生活の改善と予防を自ら行っている	事故を予防する行動を自らとっている 体力や意欲の低下に伴い、行動や過ごし方に変化が生じている	問題解決、意思決定、単一課題の遂行、歩行、排泄、物品とサービスの入手、調理	促進 阻害	A. B. C. D. E. K
	変化せずに継続している人間関係や行動がある	支援を受けずに、自立して行えていることがある 認知症発症前から継続していたことは、方法や内容の変化はあるが、現在も継続している 馴染みの店や物については忘れずに覚えている 準備がされていることで、内服、更衣、食事が出来る 支援を繰り返すことで、理解できるようになった 不安や相談に対するケアマネジャーの説明や提案を受け入れている	技能の習得、意思決定、単一課題の遂行、複数課題の遂行、コミュニケーション用具および技法の使用、身体各部の手入れ、排泄、更衣、食べること、物品とサービスの入手、調理、基本的な対人関係、家族関係、基本的な経済的取引、宗教とスピリチュアリティ	促進	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	生活機能に応じたサービス利用によって自立的な生活を送っている	新しい支援の導入や導入している支援の内容に関して、理由を述べて拒否や不快感を伝えている 支援を通したひとの関わりによって、自発的に生活の改善を行うようになった 買い物や洗濯、コミュニケーションに関して、その日の状態によって出来る時と出来ない時があり、その時の状態にあわせた支援を必要としている 声かけや方法の工夫によって、買い物、デイサービスの準備、更衣、内服が行えている ひとの出入りも含めた環境が整うことで、歩行や精神状態の安定、支援の受け入れにつながる 受診の際は家族、ケアマネジャー、ヘルパーが付き添い、医師との情報交換が行えている	意思決定、単一課題の遂行、話し言葉の理解、話すこと、会話、歩行、さまざまな場所での移動、排泄、更衣、物品とサービスの入手、調理、調理以外の家事、基本的な対人関係、非公式な社会的関係、レクリエーションとレジャー	促進	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	認知機能低下に伴う、生活の中での障害がある	経過の中で、意思表示、金銭管理、環境整備等、自身で行うことが難しくなっている 支援によって室内の掃除はされているが、自宅内で転倒している様子がある 電化製品の操作を間違えることや使い方の分からないものがある 認知症発症後に、理由は不明だが、近隣住民とのトラブルにつながる行動がみられている	書くこと、意思決定、話すこと、非言語的メッセージの表出、歩行、さまざまな場所での移動、健康に注意すること、非公式な社会的関係、経済的自給	阻害	B. C. D. G. I. J. K
	4) 参加	地域のひとや家族に対する関わり方が継続している	長年生活している地域であり、近隣のひととの関係性が現在も継続している 状況や目的に応じて、家族や近隣のひととの関わり方を変えている 認知症発症前から現在まで、ひととの関わりを好まない	意思決定、他者への援助、基本的な対人関係、複雑な対人関係、非公式な社会的関係、家族関係	促進 促進 阻害
認知機能低下、地域の変化に伴い、ひととの関係性が希薄になっている		認知機能低下によって、外出頻度が減少し、友人関係も希薄になっている 近隣地域の変化に伴い関係性が希薄になっている	非公式な社会的関係、基本的な経済的取引、コミュニティライフ	阻害	C. G. J
支援を受け入れ、利用することが、ひとと関わる機会になっている		サービス利用が、ひとと関わる機会になっている 医療・介護スタッフからの支援や提案を受け入れている	意思決定、基本的な対人関係、公的な関係、非公式な社会的関係、レクリエーションとレジャー	促進	A. D. E. F. G. J
5) 個人因子	意思や生活に反映されている経験や有している	独居となるまでの生活歴や経験がある 仕事歴による性格や家事能力への影響がある 意思の強さを作った生育歴や性格、コミュニケーションの特徴がある 居住地の変更による影響の違いがある	-	促進 促進 阻害	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある	現在も変化していない趣味や食品の嗜好、言動の特徴がある 家族や友人との関係性が継続している	-	促進	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K
	経済的なゆとりがある	経済的なゆとりがある	-	促進	B. D. E. F. H. I

2) 心身機能・身体構造 (4テーマ)

【認知機能の低下がある】は〔部分的ではあるが、過去の記憶や認識が保たれている〕という促進要因と〔認知症に伴う近時記憶や見当識、判断、睡眠に関連した機能低下がある〕という阻害要因が含まれた。対応する生活機能は、見当識機能、知的機能、睡眠機能、記憶機能、思考機能、高次認知機能であった。

「認知症になった、診断を受けた、自分も自覚がある。どうしたらいいんだろうとは言うけど、頑張っているんじゃないですか、いろんなことを。」(促進要因：対象者A)

「お薬を必ず飲まなきゃいけないんだけど、飲み忘れる。…中略…飲んで下さいって言ってヘルパーが渡して飲むんだけど、飲んだ空(の薬袋)捨てるじゃないですか、そしたら飲んだこと忘れるんですよ。」(阻害要因：対象者D)

また、【自立心や感情表出といった精神機能が保たれている】は、〈関わりを通して、活気や笑顔が表出される〉や〈自立心が今も変わらずある〉等の促進要因のみが含まれた。対応する生活機能は、気質と人格の機能、精神運動機能、情動機能であった。

「もともと仕事もしっかりやっていたという、自信もあるので。自分のことをしっかりやりたいという気持ちが強い。」(促進要因：対象者B)

【日常生活の過ごし方に影響する心身機能の低下がある】は、〈内服や食事コントロール、転倒予防を要する心身機能の変化がある〉等の阻害要因のみが含まれた。対応する生活機能は、活力と欲動の機能、聴覚機能、血圧の機能、運動耐用能、摂食機能、水分・ミネラル・電解質バランスの機能、筋力の機能であった。

「痩せているので、転倒が起きた時に尾てい骨とか、骨とか、すぐ折れるんだろうなあというところは心配なんですけど。」(阻害要因：対象者B)

一方で、【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】は、〔罹患・受傷後、介護用品を利用し、自宅での歩行や排泄機能が維持・改善している〕という促進要因のみがあった。対応する生活機能は、排尿機能、筋力の機能、歩行パターン機能であった。

「入院当初はやはり、歩行状態も悪くて、車椅子で帰ってきたような状態だったんですけど、やはり家に帰られて、自分の生活になられて、徐々に、だんだん動けるようになった…中略…お体的にはもう自分で何とか動けていらっしやいますし、福祉用具使ってたかね、シルバーカー使ってたけど、生活が成り立っているの。」(促進要因：対象者I)

3) 活動 (5テーマ)

【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】は、〔在宅生活継続の意思や不安・相談事を自ら伝えている〕等の促進要因のみが含まれた。対応する生活機能は、意思決定、話すこと、非言語的メッセージの表出、会話、公的な関係であった。

「ヘルパーさんが行った時に、困ってる訴えができる。自分の気持ちも話せる。(これ)は強みだと思います。一人(暮らし)の生活が成り立っている要因として大きいですね。」(促進要因：対象者H)

【生活の改善と予防を自ら行っている】は、〔事故を予防する行動を自らとっている〕という促進要因と〔体力や意欲の低下に伴い、行動や過ごし方に変化が生じている〕という阻害要因が含まれていた。対応する生活機能は、問題解決、意思決定、単一課題の遂行、歩行、排泄、物品とサービスの入手、調理であった。

「火の不始末があって、鍋とか五徳は焦がす。一応、自分でもう、ぼやを出したのを知っているの、ガスは自分で使ってないですね。本人が危ないと理解して使っていない」(促進要因：対象者B)

また、【変化せずに継続している人間関係や行動がある】は、〔支援を受けずに、自立して行えていることがある〕等の促進要因と〔電化製品の操作を間違えることや使い方の分からないものがある〕等の阻害要因があった。対応する生活機能は、技能の習得、意思決定、単一課題の遂行、複数課題の遂行、コミュニケーション用具および技法の利用、身体各部の手入れ、排泄、更衣、食べること、物品とサービスの入手、調理、基本的な対人関係、家族関係、基本的な経済的取引、宗教とスピリチュアリティであった。

「一人で外出します。近所に(昔から行っている)〇〇商店ってあるんですよ。そこに買い物に行って、帰ってくるんですよ。買ってますから。そっち(の道)は大丈夫です、こっち(反対の道)に行ったら分からなくなる。それも自分で分かっているみたい。」(促進要因：対象者D)

【生活機能に応じたサービス利用によって自立的な生活を送っている】は、〔支援を通じたひとの関わりによって、自発的に生活の改善を行うようになった〕や〔地域の移送サービス、デイサービス、福祉用具の利用が、ひととの交流、入浴、外出や行動範囲の拡大につながっている〕等の促進要因のみが含まれた。対応する生活機能は、意思決定、単一課題の遂行、話し言葉の理解、話すこと、会話、歩行、さまざまな場所での移動、排泄、更衣、物品とサービスの入手、調理、調理以外の家事、基

本的な対人関係、非公式な社会的関係、レクリエーションとレジャーであった。

「歩行器のレンタルによって、やっぱり、室内の移動が楽になったようで、誰かが来たときにも、玄関、勝手口の開け閉めができるようになってる」（促進要因：対象者F）

一方で、【認知機能低下に伴う、生活の中での障害がある】は、〔経過の中で、意思表示、金銭管理、環境整備等、自身で行うことが難しくなっている〕等の阻害要因のみが含まれた。対応する生活機能は、書くこと、意思決定、話すこと、非言語的メッセージの表出、歩行、さまざまな場所での移動、健康に注意すること、非公式な社会的関係、経済的自給であった。

「お布団をひけなくなってしまうとかっていう部分で、今後冬に、ストーブの管理も出来なくなってくるっていうことを考えると、ちょっと心配で。」（阻害要因：対象者J）

4) 参加（3テーマ）

【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】は、〔長年生活している地域であり、近隣のひととの関係性が現在も継続している〕等の促進要因と〔認知症発症前から現在まで、ひととの関わりを好まない〕という阻害要因が含まれた。対応する生活機能は、意思決定、他者への援助、基本的な対人関係、複雑な対人関係、非公式な社会的関係、家族関係であった。

「商店街があるんですね、近くにね、で、顔見知りなんですよ。お豆腐屋さんだったり、小さいスーパーだったり、あと薬局もそうだし、小さい昔ながらの商店街なので、和菓子は私はあそこって決めてるみたいなのが、すごいあるかたなので」（促進要因：対象者H）

また、【認知機能低下、地域の変化に伴い、ひととの関係性が希薄になっている】は、〔認知機能低下によって、外出頻度が減少し、友人関係も希薄になっている〕等の阻害要因のみが含まれた。対応する生活機能は、非公式な社会的関係、基本的な経済的取引、コミュニティライフであった。

「地域の中で関わるかたは基本的に、（ゴミ出し等で）クレームがあがる生活になるまでは、割と外食で、駅前で飲み友達もやっぱりいらっしゃったっていう風なこと、本人もおっしゃってますし。ただ、だんだん動くの、（認知症に伴う金銭管理の困難から）お金も底をつきたのと、っていうこともあって、閉じこもり傾向になってきてからはお付き合いはなくなってはいるかなって。」（阻害要因：対象者C）

一方で、【支援を受け入れ、利用することが、ひとと

関わる機会になっている】は、〔サービス利用が、ひとと関わる機会になっている〕等の促進要因のみが含まれた。対応する生活機能は、意思決定、基本的な対人関係、公的な関係、非公式な社会的関係、レクリエーションとレジャーであった。

「デイサービスやショートステイで、他の利用者とか、なんか喧嘩もされてるようですね。…中略…そんな大きな喧嘩とかまではいかないんですけども、意外とこう言い返すところもあるようで。」（促進要因：対象者J）

5) 個人因子（3テーマ）

【趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】では、〔現在も変化していない趣味や食品の嗜好、言動の特徴がある〕等の促進要因のみが含まれた。

「レディファーストです。外で同行した時にも、女性のエスコート、お見事です。昔取ったなんとかっていう、習慣だと思っんですけども。…中略…そういったところで社交的なかたなのかなっていう風には思います。」（促進要因：対象者C）

また、【意思や生活に反映されている経験を有している】には、〔意思の強さを作った生育歴や性格、コミュニケーションの特徴がある〕等の促進要因と〈これまで住居が点々としてきた〉等の阻害要因が含まれた。

「大正生まれなのでね、大正の女は強いってとこなんでしょうかね、本人の意思っていうものがすごくしっかりして強いかたなので、なかなか例をみないかたかなって思います。辛い、苦しい時代を乗り越えてきてますのでね。」（促進要因：対象者G）

【経済的なゆとりがある】には、〈自身の貯蓄や年金、遺族年金等の収入があり、経済的に困っている様子はない〉という促進要因のみがあった。

6) 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因と関連した本人の生活機能

本研究によって明らかとなった独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因として最も多く挙げられたのは、意思決定が7回であった。次いで、非公式な社会的関係が5回、基本的な対人関係が4回であった。単一課題の遂行、話すこと、歩行、排泄、調理、物品とサービスの入手は3回ずつ挙げられ、筋力の機能、会話、非言語的メッセージの表出、さまざまな場所での移動、更衣、家族関係、公的な関係、基本的な経済的取引、レクリエーションとレジャーは2回であった。その他の生活機能は1回ずつ挙げられた。

VI. 考 察

1. 対象者の特徴

第1対象者の特徴として、食事・排泄・更衣等に全介助が必要とされる要介護4以上の者がいなかったことから、本研究の第1対象者は何らかのセルフケア能力を持っていたと考えられる。認知症高齢者の日常生活自立度をみると、ⅢaやⅣの者もあり、支援を受けることで独居の在宅生活が可能であったと考え、支援の受け入れ状況も在宅生活継続に影響する要因であると考えられる。

また、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの支援開始以前に、地域包括支援センターから支援を受けていたケースが11名中8名あった。これは、認知症高齢者本人が支援の必要性を感じておらず、身なりや生活環境の悪化に気付いた近隣住民からの相談によって地域包括支援センターが関わり始めたケース、加齢や認知症の進行に伴い、要支援から要介護へと介護度が上がったために居宅介護支援事業所のケアマネジャーへと引き継いだケースがあったと考えられる。

2. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続の促進要因について

【認知症の診断が確認されている】ことは、関わり方や今後の支援方針についての見通しを立てることにつながる。そのため、在宅生活継続の前提として重要な促進要因であると考えられる。

また、要介護高齢者が独居生活を継続できる要因⁷⁾の1つとして、「本人の強い意志」が挙げられている。本研究でも【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】のように、認知症高齢者は独居の在宅生活に対する思いを持っており、それを表出していることが促進要因であった。認知症高齢者の意思表示に関して永田⁸⁾は、認知症の高齢者は言葉はもちろん、息使い、まなざし、表情など、全身のあらゆる表出手段を使って意思を伝えてきていると述べている。認知症高齢者は自身の思いを十分に表出することが難しい場合もあるため、認知症高齢者の意思を汲み取ろうとする姿勢で関わるのが重要であると考えられる。また、【自立心や感情表出といった精神機能が保たれている】とあるように、認知症高齢者は言葉や態度によって感情を表出していた。感情に関しては、直接的な不安の表出がない患者でも、病気の進行に対する不安を持っていることを念頭におきながら傾聴する必要がある⁹⁾とされている。本研究においても、ケアマネジャーやヘルパーは認知症高齢者が自分の気持ちを話せることを強みととらえ、傾聴していること(対象者H)が報告されていた。

【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】、【生活機能に応じたサービス利用によって自立的生活を送っている】、【支援を受け入れ、利用することが、ひとと関わる機会になっている】では、支援やサービスを利用することで認知症高齢者本人のもつ力が維持・発揮されていることが明らかになった。本研究では、入院によって自宅での歩行や移動に影響が出たが、歩行器のレンタルによって、誰かが来たときに自ら玄関の開け閉めができるようになった(対象者F)と語られた。認知症高齢者は、入院や一時的な体調の変化、日内変動等に伴う機能低下によって発揮できる力が制限されてしまうこともある。しかし、住み慣れた自宅にて、ケア提供者から〈機嫌やその日によって、コミュニケーション内容や出来ることに差がある〉ことをふまえた支援を受けることで、認知症高齢者の発揮できる力の回復や維持につながり、促進要因にもなり得ると考えられる。

日常生活行為において、状況に応じて自らの目標や方法を修正する調整能力は認知症初期から障害されやすいと言われている¹⁰⁾が、【生活の改善と予防を自ら行っている】のように、独居の認知症高齢者自ら生活行為の変更を行っていることが本研究で明らかとなった。生活方法の改善に関しては、ADLを維持できる反面、悪化させる可能性もあると言われている¹¹⁾。つまり、生活方法の改善は、在宅生活継続の促進要因として独居の認知症高齢者が自ら発揮している力であると同時に、変更した方法によっては在宅生活継続の阻害要因となる可能性があると言える。そのため、認知症高齢者がどのように生活方法を変更したかを把握し、その変更が在宅生活継続の阻害要因とならないようケアマネジャー等のケア提供者が支援していく必要があると考えられる。

認知症のアセスメントでは、診断名だけでなく、どのようなことができなくなっているのか、できているのかといった情報が必要である⁹⁾と言われている。本研究の結果でも【変化せずに継続している人間関係や行動がある】や【認知機能低下に伴う、生活の中での障害がある】のようにとらえられていた。このように、認知症高齢者が日常生活の中でできることとできないことが情報として整理されていることも重要な促進要因であると考えられる。

3. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続の阻害要因について

人間関係の変化に関して、軽度の認知機能障害者を対象とした研究¹²⁾の中で、近時記憶障害など症状が出ることにより、今まで行えていた生きがいとなる活動が制限され、他者との交流の機会が減少することが言われて

いる。本研究でも、認知症に伴う記憶障害から金銭管理が困難になったことで、外出や友人との関わりが減少してしまったケース（対象者C）が報告された。生活上で起こるさまざまな困った出来事は、認知症そのものの記憶障害や種々の要因が絡み合っ生じる¹³⁾とされており、認知症による記憶障害が金銭管理の困難のみではなく、外出やひととの交流といった「活動制限」や「参加制約」にもつながったと考えられる。このように、認知症高齢者の日常生活の困難は、認知症による症状に加えて、様々な要因が影響しあって生じていた。

独居高齢者の生活感情¹⁴⁾として、フォーマル・インフォーマルな交流を生活の支えと認識し、「周囲の人々との日々のつながり」を大事にしていることが報告されている。また、認知症高齢者と近隣住民の関係性は認知症高齢者のQOLに影響するため、認知症になっても両者の関係が継続できるよう支援することが重要である¹⁵⁾。本研究では、【認知機能低下、地域の変化に伴い、ひととの関係性が希薄になっている】場合があることが明らかとなった。これは、ゴミ捨てや家賃の支払い等のトラブルをきっかけとしており、在宅生活の継続に重要であるとされている人との関係性の希薄化につながる阻害要因であった。そのため、ケアマネジャー等の支援によるフォーマルな交流だけでなく、近隣住民とのインフォーマルな関係性を構築できるような支援も一人暮らしの継続には重要であると考えられる。

また、高齢者が独居を継続できなくなった要因¹⁶⁾として「認知症による生活機能の低下」等が挙げられている。認知症高齢者が抱える生活障害¹⁰⁾としては、服薬管理困難、家事遂行能力・セルフケア能力・財産管理能力・安全管理能力の低下等が挙げられている。このように、【認知機能の低下がある】や【日常生活の過ごし方に影響する心身機能の低下がある】など認知症に伴う機能低下によって生じる困難事象や生活障害が健康状態や日常生活のさまざまな面に影響することによって、独居の認知症高齢者の在宅生活継続を困難にする要因になると考えられる。内服管理を含めた体調管理や火の始末といった安全の確保等の認知症高齢者にとっての生活上の困難は、同居家族等の見守りがないため、独居ではより一層阻害要因となりやすいと言える。また、日常生活の中で、できないことやわからないが増えることは認知症高齢者にとって自信の喪失につながり、この自信の喪失が、日々の生活行為や活動の低下、精神機能や身体機能の低下など、認知症高齢者の生活機能の低下にもつながる¹⁷⁾。一方で、過剰なサービスは高齢者のADLや自立性の低下を招く危険性があること¹⁸⁾が報告されて

いる。独居の認知症高齢者にとって、【認知機能低下に伴う、生活の中での障害がある】ことは自信の喪失につながり、さらなる生活機能の低下に至るとい悪循環が生じる可能性があると考えられる。そのため、支援の際には認知症高齢者本人の意思を尊重する、強みを活かす、自己効力感を大切に¹⁹⁾することが重要である。

4. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因へのICFの活用

本研究では、意思決定、非公式な社会的関係、基本的な対人関係といった生活機能が独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因として明らかになった。意思決定は、在宅生活継続に対する本人の希望、サービスや支援の選択・受け入れなどの要因に対応する生活機能であった。これは、独居の認知症高齢者に対する支援の方向性を決定するために重要であり、認知症高齢者本人の意思決定を尊重することで、認知症高齢者の尊厳の保持にもつながると考えられる。非公式な社会的関係、基本的な対人関係は、家族や近隣住民との関わりなどの要因に対応する生活機能であった。これは、認知症高齢者の個人因子の把握につながるとともに、ケアマネジャーやヘルパーといった支援を通して関わるケア提供者との関係構築にも活用できると考える。

このように、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する要因をICFの生活機能の視点をもってアセスメントすることは、認知症高齢者の意思を尊重した支援、ケア提供者との良好な関係構築につながると考えられる。本研究で明らかとなった、意思決定、非公式な社会的関係、基本的な対人関係に関する情報は独居の認知症高齢者の在宅生活継続を支援していく際に求められている情報であり、在宅に限らず病棟においても、これらの視点からアセスメントすることが重要であると言える。これらの情報は、退院調整時にも活用することができ、独居の認知症高齢者の在宅生活継続に貢献できると考えられる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、認知症高齢者本人の要因に焦点を当てたため、環境因子は結果から除外している。しかし、在宅生活における支援を考える際には環境と認知症高齢者本人との相互作用を検討していくことも重要であり、今後の課題であると考えられる。

また、データ収集における本研究の限界として、本研究のデータはケアマネジャーが語った情報が主であり、語られていない情報があつた可能性は否定できないことが挙げられる。本研究では、生活に関する幅広い情報が

得られるようインタビュー対象を居宅介護支援事業所のケアマネジャーとしたが、独居の認知症高齢者の在宅生活において、支援に関わる多職種からのデータ収集を行い、検討することによって結果を更に発展させることが可能であると考えた。

Ⅷ. 結 論

本研究は、独居の在宅生活継続に影響する認知症高齢者本人の要因を明らかにすることを目的として行った。その結果、認知症高齢者は、【自身の意思の伝達やコミュニケーションが出来る】、【生活の改善と予防を自ら行っている】とあるように、日常生活の中で自らの力を発揮していることが明らかとなった。また、入院や一時的な体調の変化によって、機能低下が生じることもあるが、住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていた。独居の認知症高齢者の在宅生活継続には、様々な要因が相互に影響しあっており、ICFの視点をを用いてこれらの情報を整理することは有効であると示唆された。

本論文は、千葉大学大学院看護学研究科における修士論文の一部を加筆・修正したものである。

謝 辞

本研究の実施に当たりご協力いただきました皆様に深く感謝致します。

本研究は、平成27年度の千葉看護学会研究支援金支給事業より助成を受けた。

今回の論文に関して利益相反はありません。

引用文献

- 1) 平成28年版高齢社会白書, 内閣府, <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm> (2017/7/7閲覧)
- 2) 日本の世帯数の将来推計(全国推計), 国立社会保障・人口問題研究所, <http://www.ipss.go.jp/> (2017/7/7閲覧)
- 3) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン), 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (2017/7/7閲覧)
- 4) 湯浅美千代, 野口美和子, 桑田美代子, 鈴木智子: 痴呆症状を有する患者に潜在する能力を見出す方法, 千葉大学看護学部紀要25号, 9-16, 2003

- 5) 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之, 高橋良幸, 島田広美, 正木治恵: 高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術, 日本看護科学会誌, 30(1), 25-33, 2010
- 6) 障害者福祉研究会編集: ICF国際生活機能分類—国際障害分類改訂版一, 中央法規出版, 2008
- 7) 井上順子, 井手環, 奥山真由美, 掛橋千賀子: 要介護高齢者が独居生活を継続できる要因—退院後一年間独居生活を継続している事例分析から—, 日本看護学会論文集: 地域看護, 37号, 246-248, 2007
- 8) 永田久美子: 痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護, 老年看護学2(1), 17-24, 1997
- 9) 渡邊浩文: 認知症の人のアセスメント—ICFに基づいたアセスメント, ケアマネジャー, 16(10), 54-57, 2014
- 10) 松田修: 認知症の人の日常生活支援とQOL, 老年精神医学雑誌, 23(12), 1423-1430, 2012
- 11) 田中昭子, 小西美智子: ひとり暮らし虚弱高齢者の在宅生活継続の対処方法, 老年看護学, 8(2), 63-72, 2004
- 12) 藤澤聡, 中村美優, 前川佳敬: 軽度認知障害(MCI)を主とする軽度の認知機能障害者を対象とした病気認識と日常生活の困りに関する研究, 日本認知症ケア学会誌, 13(2), 431-441, 2014
- 13) 香山明美: 認知症の生活機能障害に対するリハビリテーションの考え方, *Cognition and Dementia*, 10(4), 331-338, 2011
- 14) 松坂由香里: 訪問看護サービスを利用する一人暮らし高齢者の生活感情に関する研究, 日本地域看護学会誌, 6(2), 86-92, 2004
- 15) 岡田由美子, 石丸美奈, 宮崎美砂子: 生活の場における在宅認知症高齢者と近隣住民の関係性 出会いから認知症発症後の現在まで, 日本認知症ケア学会誌, 14(4), 805-815, 2016
- 16) 柄澤邦江, 稲吉久美子: 独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究, 飯田女子短期大学紀要, 25巻, 21-33, 2008
- 17) 高藤裕子, 森下安子, 時長美希: 認知症高齢者の生活機能を維持・向上するための訪問看護師の働きかけ, 高知女子大学看護学会誌, 34(1), 53-61, 2009
- 18) 鈴木絵里, 亀山直子: 要支援・要介護独居高齢者が生活の中で抱える思い 要支援・要介護独居高齢者を支える看護, 日本看護学会論文集: 老年看護, 38号, 190-192, 2008
- 19) 西田順子, 上野三保, 池田順子, 石坂美恵子, 平川静美: 単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して, 日本精神科看護学術集會誌, 58(1), 390-391, 2015

FACTORS ABOUT OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA LIVING ALONE
THAT IMPACT THEIR ABILITY TO CONTINUE LIVING AT HOME

Ayano Inuyama^{*1}, Sayuri Suwa^{*2}

^{*1}: Doctoral Program student, Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2}: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

older people with dementia, living alone, ICF, continuing home life

This research aims to explore factors about older people with dementia impacting their ability to continue living alone at home.

Semi-structured interviews were held with 11 care managers in charge of older people with dementia continuing to live alone at home. Inductive, qualitative analysis was conducted on the data obtained using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as the analytic framework. However, environmental factors were excluded since the aim was to explore factors about the older people with dementia themselves.

Analysis resulted in eliciting the following themes as factors impacting the ability of older people with dementia to continue living alone at home. Two themes for health conditions include “whether dementia diagnosis and confirmation exists.” Four themes for body functions/body structures include “functions maintained through utilization of nursing care products.” Five themes for activity include the “ability to convey intentions and communicate.” Three themes for participation include “continued involvement with community residents and family,” and three themes for personal factors include “an unchanged sense of values understood from the individual’s interests, preferences, and personal relationships.”

Older people with dementia were able to continue living alone at home by demonstrating their own strengths in reinforcing factors within day-to-day life. Even when function declines due to hospitalization or temporary changes in health, returning to a familiar home environment and receiving appropriate support, such as utilization of assistive products, led to maintaining functions and recovery. This study suggests the importance of using the ICF perspective to organize information on functions in everyday life that affect each other.