

独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した 地域包括支援センター看護職の支援方針

鈴木 久美子 (千葉大学大学院看護学研究科研究生)

石丸 美奈 (千葉大学大学院看護学研究院)

目的: 独居認知症高齢者 (以下, 本人) のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター (以下, 包括) 看護職による支援方針を明らかにして, 住み慣れたコミュニティでの生活継続のための支援方針の特徴を考察する。

方法: 6市町の11か所の包括に勤務する看護職12名に対し, 近隣住民や別居家族との間に問題やトラブルを抱えた本人の支援経過について半構成的面接を実施し, 本人と別居家族や近隣住民の間で思いや意向に相違・対立が生じた局面を抽出し, 支援方針を簡潔に記述して質的帰納的に分析した。

結果: 27局面から10カテゴリーを生成した。看護職は【本人の精神的安定による行動・心理症状の緩和と, 行動・心理症状により影響を受けている住民等への心理面への支援による精神的ストレスや不安の軽減】【本人の自宅内の環境改善による転倒や火災のリスクの低減と, 近隣住民の火災不安の軽減】のように, 複数の対象者の地域社会生活の安定を意図した支援方針を立て, 同時並行で支援していた。また, 【地域ケア個別会議開催による支援体制や支援方法の検討と関わる人々の認知症の理解促進や関係づくり】のように, 会議を活用して支援体制を構築しながら住民の認知症の理解促進や関わる人々の関係づくりを意図していた。

考察: 支援方針の特徴は, 本人・家族と住民の誰もが排除されることなく共に安心して生活を継続できる地域共生社会づくりを目指すことであり, 支援方針はノーマライゼーションと社会的包摂の理念を具現化するための方向性を示したものであるといえる。

KEY WORDS : older persons living alone with dementia, support policies, continuation of life in the community, Community General Support Center

1. 研究背景

我が国では認知症有病率の高い後期高齢者人口の急増と単独世帯高齢者数の増加により, 今後, 独居の認知症高齢者の増加が予測されている¹⁾。栗田²⁾によれば2020年の65歳以上単独世帯認知症高齢者数は128.5万人と推計され, 認知症高齢者全体に占める単独世帯認知症高齢者数は21.3%となる。高齢者が一人暮らしでかつ認知症があっても, 周囲の理解と協力のもと, 住み慣れたコミュニティの中で尊厳が守られ, 自分らしく暮らし続けることができる地域共生社会の実現は, 我が国の重要な課題である。

しかし先行研究^{3), 4)}では, 独居の認知症高齢者 (以下, 本人とする) のコミュニティでの生活継続の困難さが明らかになっており, 本人がコミュニティで生活する上で, 別居家族や親族だけでなく, 友人, 自治会長や民

生委員等の関係者, 近隣住民といったコミュニティの人々の見守りや協力の重要性が指摘されている⁵⁾。コミュニティには住民の共同生活の営みがあり, ルールや慣習等が存在する⁶⁾。しかし, 本人は認知症の症状のためにこれらを守ることが難しくなり, 近隣住民との間でゴミ出し, 火災の危惧, 被害妄想などによりトラブルが生じた事例も報告されている^{7), 8)}。本人が可能な限りコミュニティでの生活を継続できるようにするための, 支援方法の確立が必要である。

地域包括支援センター (以下, 包括とする) は市町村が設置した高齢者の相談支援機関であり, 日常生活圏域を担当地区として持つ⁹⁾。包括は公益性の高い機関として, 担当地区内の高齢者で支援を必要とする者すべてに対して責任を負う¹⁰⁾。包括には保健師または地域ケア・地域保健等に関する経験のある看護師が配置され, 先行研究¹¹⁾では, 包括看護職が, 本人だけでなく別居家族や地域住民に対しても支援を展開している状況が報告されている。また, 本人と近隣住民に対する包括専門職の支援において, 本人と近隣住民が共に生活し続けるため

の現実的な生活の在り方をイメージして支援することの重要性が指摘されている¹²⁾。しかし、地域における本人の支援は個人をとりまく環境において個別性が高く、関わる人々も多岐にわたることから、包括看護職が本人、別居家族、近隣住民等の多様な人々を対象として、どのような支援方針を描いて支援しているのかについては明らかにされていない。本研究において、包括看護職による本人と別居家族やコミュニティの住民等の多様な人々を対象にした支援方針を明らかにすることは、本人のコミュニティでの生活継続のための支援技術の確立とともに、人々の地域社会生活を支援する看護技術の解明という点においても意義があると考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は、本人のコミュニティでの生活継続をめざした包括看護職による支援方針を明らかにして、本人が住み慣れたコミュニティで生活を継続するための支援の特徴を考察することである。

III. 用語の定義

認知症高齢者：包括で関わる対象には、認知症の診断を受けた高齢者だけでなく、認知症が疑われるが、受診に至らず診断を受けていない高齢者も多く存在する¹³⁾。そのため、本研究では認知症の診断を受けた高齢者だけでなく、認知症様の症状が見られ認知症が疑われるが確定診断を受けていない高齢者も含める。

コミュニティ：包括が担当地区として管轄する日常生活圏域。

家族：情緒的な親密さと絆を共有し、家族であると自覚している二人以上の集合体¹⁴⁾。

支援方針：本人のコミュニティでの生活継続を支援する上で、本人だけでなく別居家族やコミュニティの人々も支援の対象として、それぞれのニーズの充足をめざして行う、事例全体への多面的な支援の方向性。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとした。

2. 研究参加者と選定方法

包括に勤務する常勤の看護職で、地域における実践経験を6年以上有し、現在所属している包括に3年以上勤務する者とした。一定の質を確保した支援方針を明らかにするためには、包括における独居認知症高齢者の支援経験豊かな看護職を選定する必要がある。包括看護職のキャリア発達に関する先行研究は見当たらなかったた

め、公衆衛生看護活動において、複雑困難な事例も含めて個別支援を自立して行うことができ、地域の健康課題を関係機関等と協働して解決できる段階¹⁵⁾である、実践経験6年以上の者とした。また、コミュニティの状況に精通し、関係機関等との協働経験を豊富に有していると考えられることから、所属する包括の勤務経験3年以上の者を選定した。

研究者のネットワークにより把握している包括管理者や市町村保健師等から対象者の紹介を受け、研究の趣旨を理解して協力の意思を示した者を研究参加者とした。

3. データ収集方法

本人だけでなく、別居家族やコミュニティの人々も支援の対象者とした支援方針を明らかにするためには、複合化した問題を抱える事例のように、包括が関わる必要性および別居家族やコミュニティへの支援の必要性が高い事例を選定する必要がある。そのため、研究参加者に対し、本人のコミュニティでの生活継続をめざして支援した事例のうち、本人・別居家族・コミュニティの人々の間で問題やトラブル（考えや意向の相違・対立）が生じているなどにより、本人だけでなく、別居家族やコミュニティの人々に対して、複数の機関や職種が関わり支援した事例の選定を事前に依頼した。

研究参加者にインタビューガイドを用いて60～120分の半構成的面接を1回実施した。聴取した内容は同意を得た上で録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は2020年7月から9月であった。

面接内容は、対象事例の概要と支援開始のきっかけ、問題やトラブルの内容、関わった職種や機関を面接冒頭で聞き取った。その後、事例の状況経過に沿って、本人、別居家族、コミュニティの状況、研究参加者が判断した本人、別居家族、コミュニティの支援ニーズとそれをふまえた支援方針、支援内容を聴取した。

4. 分析方法

質的帰納的方法を用いた。

- 1) 事例ごとに、本人と別居家族やコミュニティの人々との間で考えや意向の相違・対立が生じた場面から、看護職が支援方針を立てるまでの状況を局面として取り出し、局面ごとに語られた内容を記述した。
- 2) 各局面における支援方針をその根拠となる看護職の考えを含めて簡潔に表現してコードとした。全事例のコードを意味内容の類似性により分類整理し、抽象度を上げてサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。
- 3) 各カテゴリーのコードをもとに、支援方針において意図している支援対象者をカテゴリー毎に付記した。なお、分析の過程において、質的研究に精通した地域

看護学研究者のスーパーバイズを受け、分析の妥当性の確保に努めた。

V. 倫理的配慮

研究協力を依頼する際に研究参加者と所属長に対し書面を用いて研究の趣旨を説明し、研究参加を断っても一切の不利益はないこと、同意後も途中辞退できることを説明した。面接調査時には、対象事例および別居家族、住民等の個人情報や関係機関名等は匿名化して語ってもらうことを事前に依頼した。なお、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実施した（承認番号31-114）。

IV. 結果

1. 研究参加者および所属施設の概要（表1）

研究参加者12名は全員女性で、30代～60代であり、保健師7名、看護師5名であった。地域における実践経験年数は6～35年で平均14.9年、看護実践経験年数は9～35年で平均20.8年であった。現在の包括での勤務年数は3～14年で、平均6.6年であった。

所属する包括は6市町にある11施設であり、内訳は直営型5施設、委託型6施設であった。管轄する圏域の人口は約16,000人～53,000人、老年人口割合は約20%～35%であった。

2. 調査事例の概要（表2）

調査事例は男性6名、女性6名で、年代は70代～90代であり、認知症の診断を受けている者は11名であった。認知症高齢者の日常生活自立度はⅠが3名、Ⅱaが4名、Ⅱbが4名、Ⅲaが1名であった。障害高齢者の日常生活自立度は自立11名、Aランク1名であった。支援開始のきっかけは、本人からの相談1名、別居家族からの相談4名、民生委員からの相談3名、近隣住民からの苦情連絡・医療機関からの連絡・介護支援専門員からの連絡・福祉事務所職員からの連絡各1名であった。

3. 本人のコミュニティでの生活継続を目指した支援方針（表3）

12事例から27の支援方針のコードが生成され、13サブカテゴリー、10カテゴリー（A～J）が生成された（表3）。カテゴリーごとに結果を説明する。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、コードを〔〕、看護職の語りを「」で示す。

A. 【地域ケア個別会議開催による支援体制や支援方法の検討と関わる人々の認知症の理解促進や関係づくり】

地域ケア個別会議を開催することにより、本人の支援体制や支援方法を検討するとともに、会議に出席した近隣住民の認知症の理解促進や関わる人々の関係づくりを意図したものであった。

本人の周囲への言動により近隣住民から包括に苦情の連絡があった事例では、看護職は、本人の認知症の状況

表1 研究参加者および所属施設の概要

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
研究参加者の概要	年代	60歳代	50歳代	50歳代	50歳代	60歳代	50歳代	40歳代	30歳代	50歳代	30歳代	40歳代	50歳代
	性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
	職種	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	保健師	保健師	保健師	保健師	保健師	保健師	保健師
	地域実践経験年数	14年	7年	7年	6年	14年	23年	25年	9年	22年	7年	10年	35年
所属施設の概要	現職場勤務年数	14年	7年	7年	6年	3年	4年	3年	3年	6年	7年	10年	9年
	看護実践経験年数	21年	18年	11年	13年	29年	23年	25年	11年	29年	9年	26年	35年
	運営形態	委託	委託	委託	委託	直営	直営	直営	直営	委託	委託	直営	
	運営主体	社会福祉協議会	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉法人	市	市	市	市	社会福祉協議会	社会福祉法人	町	
	圏域人口	53,000	33,000	20,000	21,000	30,000	17,000	39,000	16,000	26,000	19,000	16,000	
圏域老年人口割合	約20%	約27%	約23%	約26%	約28%	約33%	約31%	約35%	約32%	約29%	約32%		
所在自治体	Z市	Z市	Y市	Y市	X市	X市	X市	X市	X市	W町	V町	U町	

表2 対象事例の概要

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	事例12
年代性別	90歳代女性	70歳代女性	70歳代男性	80歳代男性	80歳代男性	70歳代男性	70歳代男性	80歳代女性	70歳代女性	90歳代女性	80歳代女性	70歳代男性
診断名	認知症(鑑別診断なし)	認知症の疑い(診断なし)	認知症(鑑別診断なし)	認知症(鑑別診断なし)	認知症(鑑別診断なし)	認知症(鑑別診断なし)	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	認知症(鑑別診断なし)
障害高齢者自立度	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	A-1	自立	自立	自立	自立
認知症高齢者自立度	II b	I	II a	II b	II b	II b	II a	I	II a	III a	I	II a
別居家族・親族	弟の妻	弟	息子	姪	息子	妻, 息子2人	息子	息子, 息子の妻	娘	甥, 姪	娘, 甥	弟, 従兄
支援開始のきっかけ	・別居家族からの相談	・民生委員からの相談	・本人からの生活上の困り事の相談	・医療機関からの連絡	・別居家族からの市役所への相談	・近隣住民からの苦情の連絡	・福祉事務所生活保護担当職員からの相談	・介護支援専門員からの相談	・別居家族からの相談	・民生委員からの相談	・民生委員からの相談	・別居家族からの相談
支援期間	2年	4か月	6年	3か月	1年3か月	3か月	7か月	6年	1年	6か月	2年4か月	2か月
取り出した局面数	2	1	5	1	1	3	2	3	3	1	3	2

について近隣住民に正しく理解してもらい、コミュニティ内に見守りや協力をしてくれる人をつくる必要があると考えて支援方針を立てていた。

「本人が今後も在宅生活を続けていくためには地域の住民の理解が必要で、情報共有や認知症のことを地域の方にわかって頂くというところで、認知症地域支援推進員を呼んで説明してもらおうということで。」(事例1)

また、本人の金銭管理能力が低下して、近隣の知人に買い物の謝礼に多額のお釣りを渡していた事例では、看護職は地域ケア個別会議を開催し、本人に関わっている人々に対して、金銭管理を別居家族が行うことも含めて支援の役割分担を明確にするとともに、関わっている人々が会議の場で顔を合わせることで、別居家族と近隣住民を含めた関係者間のつながりを作ることが今後の支援においても重要であると考えて支援方針を立てていた。

「地域ケア(個別)会議という形をとって、こういうサービスが入っています、今後の予定はこうなので、役割分担をはっきりさせて、金銭管理に関しては娘さんがいますので一切ご心配はいりませんという形で、関係者一同揃っているところで堂々と宣言してしまった方が(再発防止に)よいのかなという狙いで。近所の方には、ヘルパーが来ない日こそ行って頂いて本人の話し相手とか、変わったことがないかの確認をしてもらう役割をお願いして。関係がこわれないようにということでは、(包括は)つなぐ役割、間に入る役割ですかね。」(事例9)

さらに、本人が喫煙者であることや自宅庭が荒れた状況により近隣住民から火災を心配する声が聞かれた事例

に対して、看護職は、別居家族や支援者も含めた関係者間で地域ケア個別会議を開催して、本人の今後の生活についての意見を共有して方向性を検討することが必要と考え、〈地域ケア個別会議により本人の今後の安全な生活方法について検討する〉という支援方針を立てていた。

「庭の雑草がすごくて、あの庭だと火とか危ないんじゃないかってご近所がざわざわしてきちゃって。本人は喫煙者なので、やっぱり火事の心配とかもご近所さんはされていて。(略)なかなかおうちで暮らすっていうのもちょっと厳しいかなっていうところで、地域ケア(個別)会議を開こうと(考えた)。」(事例3)

B. 【本人の精神的安定による行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; 以下BPSDとする) の緩和と、BPSDにより影響を受けている住民等への心理面への支援による精神的ストレスや不安の軽減】

本人の精神的安定によるBPSDの緩和とともに、BPSDにより影響を受けている住民や別居家族等に対して、不安や精神的ストレスの軽減を図るという方針であった。

ゴミを隣家の庭に投げ込むなどの行為がみられた事例(事例1)では、看護職は、認知症の進行により本人の基本的ニーズが充足されていないことや、本人が隣人から直接苦情を言われたことで精神的に不安定になっていた状況を把握し、〔介護保険サービスを活用して本人の日常生活を整え、本人が一人で過ごす時間を減らし、精神的安定を図ることにより、BPSDの緩和を図り、BPSDにより影響を受けている住民の精神的ストレスの軽減と

別居家族の介護負担の軽減を図る」という支援方針を立てていた。

また、本人の認知症が進行して自宅周辺を歩き回ることや幻視が出現し、本人の見守りや手助けをしている近隣住民が本人の言動に不安を抱いていた事例では、看護職は、本人が日常生活に支障を来している状況を把握し、介護保険サービスの利用により日常生活を整えることで本人の心身の安定を図る必要があると考えた。それとともに、協力者である近隣住民の不安の軽減を図ることが重要であると考えて支援方針を立てていた。

「本人は『私はできているから大丈夫』ってお話しされることが多くて、でも片付けができなくなってきて生活もままならない形で、これはじゃあ訪問介護を利用して生活自体を整えていくっていうように。(略)ご近所さんでゴミ出しを、一緒に出してくれていて、優しい方で(本人を)見守ってくれていたんですけど、『(本人が)玄関のカギを開けっぱなしにしているので心配だし、庭に人が立ってるとかそんな話もするから、どう関わったらいいかわからなくなってきちゃって…』って(相談があった)。いろいろお話を聞きながら、見守りして頂いてるだけでも本当にありがたいと思って。」(事例10)

C. 【別居家族が安心できる金銭管理方法の提案と近隣住民による見守りの継続】

本人の金銭管理能力が低下した事例では、時々知人に買物を依頼した際に、金額を理解せずにお釣りを謝礼として渡していたらしいことがわかった。別居家族から相談を受けた看護職は、〔金銭管理能力低下に対して、別居家族が安心できる金銭管理方法を提案して別居家族の不安を軽減しながら、近隣住民の協力による見守りや交流の継続をめざす〕という支援方針を立てていた。

「本人が今後も在宅生活を続けていくには、サービスを入れても補えない部分はどうしてもあり、娘が来ても月数回で、サービスが届かない日はどうしても出てくる。そういう時に近所に率先して来てくれる人がいるのはすごく大事なことなので、娘が安心できるように、かつ近所の人の協力が維持できるようにということが、一番大きな目標だったと思う。本人がご近所の方とコミュニケーションを取りたいという希望もありましたから。」(事例9)

D. 【別居家族への心理的支援と本人の支援体制構築による、別居家族の介護負担の軽減】

別居家族が自身の仕事や育児等の生活を抱え、役割過重による介護ストレスを抱えている事例に対して、看護職は〈別居家族への心理的支援と本人の支援体制構築に

より、別居家族の不安や介護ストレスの軽減を図る〉という支援方針を立てていた。

「(来所した時に) 思いつめて涙ぐんでいる様子から、かなり娘さんにも支援が必要だなというところは早くから(考えた)。唯一のキーパーソンになる方でしたから、その方を支えて介護が続くようにしないとどうにもならないので。やっぱり一番気になったのは娘さんですね。」(事例9)

E. 【介護保険サービス利用中止に伴う本人の生活への影響の把握と、別居家族の精神的ストレスの軽減】

本人が訪問介護サービスを利用していたが、ホームヘルパーに対する被害妄想が悪化して利用を中止した事例では、看護職はケアマネジャーから連絡を受けて、〈介護保険サービス利用中止に伴う日常生活への影響を把握するとともに、別居家族の精神的ストレスの軽減を図る〉ことを支援方針としていた。

「ヘルパーが中止になってケアマネが関わらなくなっても、月1回位は訪問するようにして様子は伺っていました。息子には包括から連絡して最近はこの症状があるってことを伝えて、そしたら息子も月1回位関わることになって、『もうやるしかないですね、私が』って言って関わってくれるような感じでした。でも本人と息子の関係性はよくなって、今度は息子に対する被害妄想が出てきてしまって。(略)かなりのストレスを家族が抱えているので、そこを緩和しながら。」(事例8)

F. 【今後の認知症進行を見据えた別居家族への関わり の意思や協力可能範囲の確認】

本人と別居家族の不和により、長年音信不通状態にあるなど家族内のキーパーソンがいない事例に対して、看護職は今後の認知症の進行による意思決定能力低下や財産等の管理困難を考慮して、〈本人の今後の認知症の進行を見据えて、音信不通や絶縁状態の別居家族と連絡を取り、関わりの意思や協力可能な範囲を確認する〉という支援方針を立てていた。

「内部で協議して、これだけ(症状が)ひどいと今後も金銭管理とかいろいろところで問題になってくるので、親族の調査を行いましょうということになって。」(事例6)

G. 【本人の精神的安定と、それによるBPSDの緩和】

本人が被害妄想により近隣の知人に攻撃的な言動を繰り返していた事例では、看護職は、本人が亡夫の遺産管理に不安を抱いており、それが身近な協力者である知人に対する被害妄想につながっていることを把握した。それとともに、会話の中から本人が信頼している親族がいることを把握し、この親族から遺産管理の進捗状況を説

明してもらうことで、本人の納得が得られるのではないかと考えた。そこで、[本人が最も気がかりとなっていることが解決するように関わり、本人の精神的安定を図るとともに、本人が信頼できる親族から働きかけてもらうことにより、本人に納得してもらい、近隣住民に対する被害妄想の緩和を図る]という支援方針を立てていた。

「甥が年1回お正月に来てるって、小さい頃から来てる〇〇ってよく言ってたんですよ。それで、(甥が)お正月に来た時に、(相続)手続きのこと(進捗状況)とかを(依頼先に)聞いてもらおうって。それと今後のこともあるから後見人が必要ってことも(本人に話してもらおうと考えた)。(事例11)

H. 【訪問診療サービス活用による医療の確保と、支援体制の構築】

本人の理解力が低下して慢性疾患の治療の必要性が理解できず治療が中断されてしまった事例に対して、看護職は医療の必要性を判断し、(本人の慢性疾患の治療中断に対して、訪問診療サービスを活用して医療に繋げ健康状態の安定を図るとともに、支援体制の構築を図る)ことを支援方針としていた。

「車を修理に出したのを忘れて盗まれたと勘違いしていたり、(慢性疾患の)通院を勝手にやめちゃったっていうのもあるし、ここはやっぱり支援は必要だろうなということで。早速、認知症初期集中支援チーム(の会議)を開催して、認知症の疑いも強いし、(慢性疾患の)医療の介入もしましうってことだったんですけど、通院も厳しいだろうということで、チームの(認知症)サポート医が訪問診療をやっているの、引き続きその先生にお願いして。先生と話して、介護保険申請して訪問看護、ヘルパー(訪問介護)も入れようと。(略)この人をどういう風に支援していくかっていうのを地域の人も含めて役割分担しましうっていう形で。」(事例4)

I. 【本人の自宅内の環境改善による転倒や火災のリスクの低減と、近隣住民の火災不安の軽減】

看護職は、本人の自宅内に物が溢れており近隣住民が火災を心配している事例に対して、本人の転倒や火災のリスクを減らし安全に生活する上でも、近隣住民の火災不安を軽減する上でも、居住環境の改善が必要と考えて支援方針を立てていた。

「管理者と市保健師と一緒に訪問してもらい、『やはり片付けをした方がいいんじゃないか』ということになりました。やっぱり民生委員さんや近所の方が心配をしている、本人もやろうとはわかっているんだけどやれないっていうところから、支援の糸口が見つかるのかなって思いました。」(事例2)

J. 【本人が安心できる金銭管理方法の検討とトラブル防止のための金融機関との情報共有】

本人が通帳やキャッシュカードの管理が困難になり何度も再発行を繰り返すなどの行動がみられた事例に対して、看護職は、本人がコミュニティ内の出身で親族が複数いることを把握して、[金銭管理能力低下に対して、関わってくれる親族を探しながら、本人が安心して金銭管理できる方法を考えるととともに、コミュニティ内の金融機関でのトラブル防止のために各機関と情報共有を図る]という支援方針を立てていた。

「本人はお金に一番執着があるから、親族に金銭管理をしてもらえればって(考えて)、以前夜騒いだ時に警察から弟の妻に連絡をして(本人を)引き取りに来たと聞いて、その人がキーパーソンになり得るんじゃないかということで。(略)銀行さんとは、情報共有とか、何かあれば連絡が入る状況にして。」(事例6)

4. 支援方針において意図している支援対象者(表3)

支援方針の各カテゴリ(A~J)が意図している支援対象者は、本人と別居家族とコミュニティの住民や資源(A, B, C, D), 本人と別居家族(E, F), 本人とコミュニティの住民や資源(G, H, I, J)であった。

VII. 考 察

研究結果から、包括看護職による、本人のコミュニティでの生活継続を目指した支援方針の特徴を考察する。

1. 本人だけでなく本人との間でトラブルが生じている複数の対象者のニーズ充足のために、それぞれの安定した地域生活継続を目指して支援する

支援方針の各カテゴリ(A~J)が意図している支援対象者は、すべてにおいて、本人だけでなく、別居家族や、コミュニティの住民や資源が含まれていた。このうちA, B, C, Dの4カテゴリは、本人と別居家族と近隣住民の三者を支援の対象として、それぞれのニーズ充足を目指した支援方針であった。例えば、B. 【本人の精神的安定によるBPSDの緩和と、BPSDにより影響を受けている住民等への心理面への支援による精神的ストレスや不安の軽減】は、本人並びに、本人のBPSDにより影響を受けている住民や別居家族に向けた支援を意図していた。本人の心身の状態のアセスメントに基づいて精神的安定を図る支援は先行研究¹⁶⁾でも包括看護職の認知症高齢者に対する支援として行われており、認知症ケアの原則といえる¹⁷⁾。本人の精神的安定によりBPSDが緩和されることは、本人にとってのみならず、BPSDにより影響を受けて苦痛を感じている住民にとっ

表3 本人のコミュニティでの生活継続を目指した支援方針

カテゴリー	サブカテゴリー	支援方針のコードの例 (括弧内は事例番号)	支援方針が意図している支援対象者
A. 地域ケア個別会議開催による支援体制や支援方法の検討と関わる人々の認知症の理解促進や関係づくり	地域ケア個別会議を開催して本人が安全に生活できるための支援体制を検討するとともに、近隣住民の認知症に対する理解促進と不安の軽減を図る。	・近隣住民から本人のBPSDへの苦情が出たことに対して、地域ケア個別会議を開催して近隣住民の認知症の理解を図り、別居家族や近隣住民を含めて本人の見守り体制を構築する。(1) ・本人が近隣住民に困り事を頻回に相談して近隣住民が困惑しているため、地域ケア個別会議を開いて近隣住民に本人の状況を知ってもらい、周囲に見守りや支援をしてくれる人をつくる。(3)	本人、別居家族、コミュニティ(住民)
	地域ケア個別会議を開催して支援の役割分担を共有するとともに、別居家族、近隣住民、支援者間の関係づくりを行う。	・金銭管理能力低下に対して、地域ケア個別会議を開催して、金銭管理も含めた支援の役割分担を説明し、本人に関わっている支援者間で共有するとともに、支援者が一堂に会することで別居家族、近隣住民、支援者の顔合わせをして顔の見える関係を作る。(9)	
	地域ケア個別会議により本人の今後の安全な生活方法について検討する。	・近隣住民から、本人の認知症の進行に伴い喫煙による火災を心配する声が聞かれるようになったため、地域ケア個別会議を開催して、本人の今後の安全な生活方法について関係者間で意見を共有して検討する。(3)	
B. 本人の精神的安定によるBPSDの緩和と、BPSDにより影響を受けている住民等への心理面への支援による精神的ストレスや不安の軽減	本人の精神的安定を図ってBPSDの緩和を図るとともに、BPSDにより影響を受けている住民や別居家族の精神的ストレスの軽減を図る。	・介護保険サービスを活用して本人の日常生活を整え、本人が一人で過ごす時間を減らし、精神的安定を図ることにより、BPSDの緩和を図り、BPSDにより影響を受けている住民の精神的ストレスの軽減と別居家族の介護負担の軽減を図る。(1)	本人、別居家族やコミュニティ(住民)の影響を受けている人)
	本人の精神的安定を図ってBPSDの緩和を図るとともに、近隣住民の不安の軽減を図る。	・本人はBPSD(幻視、幻聴)により日常生活に支障を来しているため、介護保険サービスを活用して生活上の困り事に対応し、精神的安定を図ることによりBPSDの緩和を図る。それと共に、近隣住民の不安な心情を傾聴しながら認知症の理解を深めることにより、不安の軽減を図る。(10)	
C. 別居家族が安心できる金銭管理方法の提案と近隣住民による見守りの継続	別居家族が安心できる金銭管理方法を提案して別居家族の不安の軽減を図るとともに、近隣住民の協力による見守りの継続を図る。	・金銭管理能力低下に対して、別居家族が安心できる金銭管理方法を提案して別居家族の不安を軽減しながら、近隣住民の協力による見守りや交流の継続をめざす。(9)	本人、別居家族、コミュニティ(住民)
D. 別居家族への心理的支援と本人の支援体制構築による、別居家族の介護負担の軽減	別居家族への心理的支援と本人の支援体制構築により、別居家族の不安や介護ストレスの軽減を図る。	・別居家族の役割過重による介護ストレスに対して、別居家族の大変さを受け止めて心理的支援を行うとともに、介護保険サービスや地域資源の導入と近隣住民の協力による支援体制をつくることにより、別居家族の不安や介護ストレスを軽減する。(9)	本人、別居家族、コミュニティ(住民)
E. 介護保険サービス利用中止に伴う本人の生活への影響の把握と、別居家族の精神的ストレスの軽減	介護保険サービス利用中止に伴う日常生活への影響を把握するとともに、別居家族の精神的ストレスの軽減を図る。	・本人は支援者に対する被害妄想が悪化してサービス利用を拒否し中止となったため、定期的に訪問して日常生活に支障が出ていないかを把握する。利用中止に伴い別居家族が関わるようになったが、本人の被害妄想の対象が別居家族に変わったため、別居家族の訴えを受けとめて精神的ストレスの軽減を図る。(8)	本人、別居家族
F. 今後の認知症進行を見据えた別居家族への関わりや意思や協力可能範囲の確認	本人の今後の認知症の進行を見据えて、音信不通や絶縁状態の別居家族と連絡を取り、関わりや意思や協力可能な範囲を確認する。	・本人の今後の認知症の進行による成年後見制度の利用を見据えて、絶縁状態の別居家族と連絡を取り、関わりや意思を確認する。(6) ・介護保険サービス利用による支援体制を構築するとともに、音信不通状態の別居家族に本人の在宅生活の希望を伝えて、今後の協力を依頼する。(7)	本人、別居家族
G. 本人の精神的安定と、それによるBPSDの緩和	BPSDの要因となる本人の不安や心配事に対応して精神的安定を図り、BPSDの緩和を図る	・本人が最も気がかりとなっていることが解決するように関わり、本人の精神的安定を図るとともに、本人が信頼できる親族から働きかけてもらうことにより、本人に納得してもらい、近隣住民に対する被害妄想の緩和を図る。(11) ・BPSDの要因となっている心配事に対して、本人の心情を受けとめて精神的安定を図ると共に、BPSDにより影響を受けている関係機関に本人の状態に合わせた対応協力を依頼し、本人が時間をかけて納得できることをめざす。(12)	本人、コミュニティ(住民、資源)
H. 訪問診療サービス活用による医療の確保と、支援体制の構築	本人の慢性疾患の治療中断に対して、訪問診療サービスを活用して医療に繋げ健康状態の安定を図るとともに、支援体制の構築を図る。	・本人の理解力低下による慢性疾患の治療中断に対して、訪問診療サービスを活用して認知機能と身体状態のアセスメントを行い、健康状態の安定を図るとともに、療養生活の支援体制をつくるために地域ケア個別会議を開催して、支援者と近隣住民で支援の役割分担を検討する。(4)	本人、コミュニティ(住民)
I. 本人の自宅内の環境改善による転倒や火災のリスクの低減と、近隣住民の火災不安の軽減	本人の了解を得て自宅内の環境改善を行い転倒や火災のリスク低減を図るとともに、近隣住民の火災不安の軽減を図る。	・本人の自宅内が物であふれている状態に対して、本人に片付けの了解を得て納得する形で片付けを進めて自宅内の環境改善を行い、転倒や火災のリスク低減を図るとともに、火災を心配する近隣住民の不安の軽減を図る。その後は通所系サービスや訪問系サービスを活用して、他者との交流や生活上の困り事の解決を図る。(2)	本人、コミュニティ(住民)
J. 本人が安心できる金銭管理方法の検討とトラブル防止のための金融機関との情報共有	本人が安心できる管理方法を検討するとともに、金融機関とのトラブル防止のために情報共有を図る。	・金銭管理能力低下に対して、関わってくれる親族を探しながら、本人が安心して金銭管理できる方法を考えると同時に、コミュニティ内の金融機関でのトラブル防止のために各機関と情報共有を図る。(6)	本人、コミュニティ(資源)

ても支援となり得る。さらに、本人の支援と同時並行で、BPSDにより影響を受けている住民等の生活への影響を理解し、住民等の精神的安定に向けた支援も意図していた。本人とトラブルのある近隣住民に対する地域の専門職の支援を調べた研究^{18), 19)}においても、近隣住民への働きかけとして、心情に配慮して不安を受け止める支援が行われており、本研究の結果と一致していた。本人と近隣住民等に同時並行で支援を行うことにより、双方の生活の安定が図られ、それはすなわち本人と住民が共にコミュニティでの生活を継続することにつながるといえる。

同様に、E.【介護保険サービス利用中止に伴う本人の生活への影響の把握と、別居家族の精神的ストレスの軽減】についても、本人並びに、BPSDにより影響を受けている別居家族の心情に寄り添い精神的安定をめざした支援であった。I.【本人の自宅内の環境改善による転倒や火災のリスクの低減と、近隣住民の火災不安の軽減】は、本人の安全と近隣住民の不安軽減による双方の安定した生活をめざしたものであった。

このように、支援方針は複数の対象者に対する支援を意図しており、看護職が事例全体を俯瞰して、複数の対象者に対して同時並行で支援を展開していることが明らかになった。支援のめざすところは本人並びにコミュニティの人々や別居家族それぞれの安定した地域社会生活の継続であり、コミュニティで共に生活し続けるための支援といえる。

精神障害者に対する保健師の支援においても、本人、家族、近隣住民それぞれの立場から状況の文脈を解釈して支援していることが明らかになっている^{20), 21)}。包括看護職の支援は、担当地区を持ち、地区内の住民の健康生活に責任を持つ立場で、本人、家族、住民を対象として、それぞれの安定した地域社会生活の継続を目指して行うものであるといえる。

2. 地域ケア個別会議を活用して本人・別居家族・住民が共に生活継続できるコミュニティづくりを志向する

A.【地域ケア個別会議開催による支援体制や支援方法の検討と関わる人々の認知症の理解促進や関係づくり】は、地域ケア個別会議を活用した支援方針であった。地域ケア個別会議は、地域包括または市町村が主催し、設置運営する、行政職員をはじめ地域の関係者から構成される会議体であり、個別事例の支援内容の検討を通じて、個別の課題解決だけでなく、地域包括支援ネットワークの構築や個別事例の課題分析による地域課題の把握等を目的としている²²⁾。ケアマネジャーが主催し、介護保険サービス利用者のケアマネジメントの一環とし

て開催される「サービス担当者会議」とは異なり、地域ケア個別会議はコミュニティ内の様々な人々から出席者を判断することが可能である。個別の課題解決や支援体制の検討という目的とともに、本人に関わる人々が一堂に会することで、顔の見える関係ができ、本人を支援する有機的なネットワークとなる点において大きな意義がある。

特にBPSD等により本人と近隣住民の間に軋轢が生じているような場合には、認知症についての情報提供、本人の生活状況や心情の説明等が行われることにより、近隣住民が認知症および、認知症とともに生きる本人の実情を理解することにつながる。近隣関係においてトラブルを抱える事例では、住民は当事者本人に対して「排除」と「共存」の背中合わせの感情を持つと言われている²³⁾。本人のBPSDは、住民にとっては不可解な言動に映り、否定的感情を抱きがちである。住民が認知症を理解し、本人もコミュニティの生活者の一員であることに思いを馳せることができれば、「排除」から「共存」に転化することが可能となり、このことはコミュニティ内での認知症の理解者や協力者づくりにつながる。「共存」の形は様々であり、誰かが我慢や犠牲を強いられることなく、本人および関わる人々同士で見出していくことが重要であり²⁴⁾、地域ケア個別会議はそれを行う場としてきわめて有効であるといえる。

地域ケア個別会議を活用して、本人の生活状況を支援者間で共有し、チームとして支援していく体制をつくる活動や、本人を地域で見守ってもらえるようにコミュニティの住民に働きかける活動は、認知症高齢者に対する包括看護職のコーディネーションに基づく支援であり²⁵⁾、包括看護職の専門的役割を示すものといえる。

3. 認知症の進行を見据えて本人の権利擁護に向けて支援する

F.【今後の認知症進行を見据えた別居家族への関わりや意思や協力可能範囲の確認】では、看護職は今後の認知症の進行に伴う意思決定能力低下や財産等の管理困難を考慮して、成年後見制度の利用を見据えて長年音信不通状態の別居家族と連絡を取っていた。H.【訪問診療サービス活用による医療の確保と、支援体制の構築】では、本人の理解力が低下し慢性疾患の治療の必要性が理解できず治療が中断されていた事例に対して、看護職は医療確保による健康状態の安定と生活の継続に向けた支援方針を立てていた。認知症は進行に伴い、自立の障害とともに、自分のことを自分で決める「自律」が障害される²⁶⁾。意思決定に関して本人に助言や手助けをしてくれる存在が身近にいない場合、医療をはじめとする必

要なサービスへのアクセス困難や、財産保全が脅かされることにより、尊厳ある自立生活が阻まれる恐れがある。包括看護職の支援は、認知症とともに一人で暮らす高齢者の権利を擁護し、コミュニティにおける個人としての尊厳ある生活を守る重要な活動といえる。

以上の特徴より、包括看護職が目指すのは、本人、別居家族、住民が共に安心して生活を継続できる地域共生社会づくりである²⁷⁾といえる。そこに通底する理念は、相互に人格と個性を尊重するノーマライゼーション²⁸⁾と、誰もが排除されることなく社会の一員として共に生活できる社会的包摂²⁹⁾であり、支援方針はそれを具現化するための方向性を示すものであると考える。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、調査地域や対象者数が限定されていることが挙げられる。今後は幅広い地域で知見を積み重ねる必要がある。また、包括の看護職を含めた専門職が、実践経験の多少に関わらず、本人のコミュニティでの生活継続を目指した支援を行うことが可能となるための、実践で役立つ手引きの開発が必要であると考ええる。

謝 辞

調査にご協力いただいた看護職の皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究に利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進大綱，認知症施策推進関係閣僚会議，令和元年6月18日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2021. 5. 28閲覧)
- 2) 栗田圭一：一人暮らし，認知症，社会的孤立，老年精神医学雑誌，31：451，2020.
- 3) 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より，日本在宅ケア学会誌，21(1)：67-75，2017.
- 4) 羽田三紀子：認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について，認知症ケア事例ジャーナル，4(2)：141-148，2011.
- 5) 山本繁樹：地域包括支援センターの未来—認知症の地域ケアにおける諸課題を中心に—，老年精神医学雑誌，23：130，2012.
- 6) 佐伯和子：地域看護アセスメントガイド，医歯薬出版，2007.
- 7) 井藤佳恵，多田満美子，櫻井千絵，原美由紀，水澤佑太，山田志保，小林紀和，佐々木由香理，松崎尊信，下門顕太郎，栗田圭一：地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴—認知症ステージによる検討—，老年精神医学雑誌，24：1047-1061，2013.
- 8) 沖田裕子：認知症者の生活は支えられているか—特に独居の認知症者をめぐって—，老年精神医学雑誌，21：44-51，2010.
- 9) 地域包括支援センター運営マニュアル，一般財団法人長寿社会開発センター，57，2015.
- 10) 福島喜代子：地域包括支援センターの機能，現状と展望，老年精神医学雑誌，28：255，2017
- 11) 鈴木久美子，石丸美奈，宮崎美砂子：地域包括支援センター看護職がとらえた認知症高齢者の家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法，千葉看護学会誌，26(2)：23-32，2021.
- 12) 松崎吉之助：独居認知症高齢者支援における専門職と近隣住民の関わりについての研究—トラブルのある事例に対する地域包括支援センター専門職の取り組み—，仙台白百合女子大学紀要，20：111-125，2016.
- 13) 杉山京，三上舞，中尾竜二，佐藤ゆかり，桐野匡史，神部智司，武本与志人：地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難の構造に関する検討，社会医学研究，33(1)：49-57，2016.
- 14) Friedman, M.M.: Family Nursing Research, Theory, and Practice, 5th edition, Pearson, 11, 2003.
- 15) 佐伯和子，和泉比佐子，宇座美代子，高崎郁恵：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発，日本地域看護学会誌，6(1)：32-39，2003.
- 16) 上野陽奈，渡辺陽子，山中道代：認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた支援に関する文献レビュー，県立広島大学保健福祉学部誌，20(1)：63-72，2020.
- 17) 小林敏子：認知症ケアの原理・原則，認知症ケアの基礎(日本認知症ケア学会編集)，改訂3版，ワールドプランニング，81-87，2013.
- 18) 前掲書12).
- 19) 片山友子：認知症高齢者の生活支援における近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術の検討—小規模多機能型居宅介護利用者の事例検討を通じた考察—，十文字学園女子大学人間生活学部紀要，12：255-268，2014.
- 20) 新村順子，宮崎美砂子，石丸美奈：精神障害者の個別支援における保健師が感じる困難とその対処 精神保健福祉業務の経験年数による比較，日本地域看護学会誌，19(1)：55-62，2016.
- 21) 吉本照子，柳澤尚代：精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け家族を支援するための課題分析の視点，保健医療科学，61(2)：172-173，2012.
- 22) 一般財団法人長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル，17-30，2013.
- 23) 岩間伸之：支援困難事例と向き合う4 近隣トラブル，ケアマネジャー，13(10)：34-37，2011.
- 24) 前掲書23)，37.

- 25) 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子: 認知症が疑われる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の実態, 日本地域看護学会誌, 22(1): 51-58, 2019.
- 26) 箕面真子: 『認知症ケアの倫理』の創造と発展, 認知症ケア研究誌, 2: 27-38, 2018.
- 27) 前掲書11), 31.
- 28) 春山早苗: 地域ケア体制づくり, 最新公衆衛生看護学総論(宮崎美砂子他監修), 第3版, 日本看護協会出版会, 291, 2021.
- 29) 中西三春: エビデンスに基づいた認知症予防, ケア, 社会的包摂, 日本認知症ケア学会誌, 19(4): 636, 2021.

SUPPORT POLICIES BY NURSES AT COMMUNITY GENERAL SUPPORT CENTERS FOR OLDER PERSONS LIVING ALONE WITH DEMENTIA TO CONTINUE LIFE IN THE COMMUNITY

Kumiko Suzuki^{*1}, Mina Ishimaru^{*2}

^{*1}: Research Student, Graduate School of Nursing, Chiba University

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

KEY WORDS :

older persons living alone with dementia, support policies, continuation of life in the community, Community General Support Center

Objectives: To elucidate the support policies provided by nurses at Community General Support Centers for older persons with dementia who live alone (ODs) for continuing life in their community and examine their characteristics.

Methods: We conducted semi-structured interviews with twelve nurses working at eleven centers in six municipalities about nursing strategies and processes for ODs who do not get along with their neighbors and family members. The support policies were extracted and grouped based on situations in which there were differences in thoughts and intentions between the ODs and their neighbors or families. Data were qualitatively and inductively analyzed.

Results: Ten categories were identified from 27 situations. The nurses developed support policies and provided concurrent care for several persons, including "alleviating behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) of ODs through psychological stabilization, and reducing mental stress and anxiety via mental supports for residents who were affected by BPSD", "reducing the risk of falls and fires by improving the safety situation in the OD's home, and reducing fire anxiety in the neighborhood". The nurses also intended to "hold community care meetings to promote an understanding of dementia within the community, build relationships among participants, and create support systems for ODs".

Discussion: The support policies aimed to create inclusive societies where ODs, families, and residents can continue to live together in peace and harmony. The findings provide a concrete direction for the realization of the principles of normalization and social inclusion of ODs.