

認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助

松下 由美子¹⁾

抄 録

目的：本研究の目的は、一人暮らし認知症高齢者に対し訪問看護師が行った援助の概要を記述することである。

方法：データは3年以上の訪問看護経験を持つ看護師4名に半構成的面接を行い収集した。インタビューでは一人暮らし認知症高齢者に対して行った援助について語ってもらい、分析は語られた内容の類似性、相違性に基づいてカテゴリー化を行った。

結果：分析の結果、一人暮らし認知症高齢者への訪問看護師の援助は【混沌とした中で、療養者を描く】というアセスメントプロセスからはじまり、それとほぼ並行して【療養環境を整えて、認知症状の出現を可能な限り小さくする】といった療養者の病状と生活像を立て直すプロセス、そして【暮らし易さを提供し、落ち着いた今の状態を維持する】という安定を図るプロセスが抽出できた。また、これらのプロセスとは別に、認知症高齢者の一人暮らしを推進するために看護師が大事にしている基本姿勢として【自分の限界を知り、他の力を借りる】も抽出された。

考察：今回のインタビュー結果から、一人暮らし認知症高齢者への訪問看護では、訪問開始当初は療養者に関する情報収集やアセスメントに苦慮する時期であり、いかにして看護師が情報収集できるようにするかは、一人暮らし認知症高齢者への援助を進めていく上での課題となっていると考えられた。また、認知症高齢者が一人暮らしを継続していくためには、自分の限界を知り他者の力を借りることが重要であると認識する一方で、看護師の役割として、認知症状の出現を抑えるための病状管理や暮らしやすさ意図した医療管理のあり方を提供することを大切にしていることが示された。

キーワード：一人暮らし、認知症、高齢者、訪問看護、質的記述的研究

I. はじめに

アメリカでは認知症高齢者の約10.0~30.0% (U. S Congress, 1990), カナダでは31.5% (Tuokko et al., 1999), 英国では25.0% (Alzheimer's Society, 2003) が独居生活者であると推計されている。日本における認知症の有病率は現在推計されておらず (厚生労働省, 2009) その実数は不明瞭であるが、諸外国の結果から概算すると認知症高齢者の1~3割は地域で独居生活をしていると推定できる。

これまでのわが国の見解では認知症高齢者が一人暮らしをすることはたとえ直接介護の必要がない状態であっても稀であるとされ (中島, 1992), 彼らに関する研究

はほとんどなされてこなかった。しかし、諸外国の研究を概観すると、地域に住む一人暮らし認知症高齢者は孤独と不安を抱えながらもフォーマル・インフォーマルサポートを頼りに暮らしを継続していることが示されている (Ficker et al., 2002; Gilmour, 2004; Harris, 2006; Waugh, 2009)。わが国でもわずかながら一人暮らし認知症高齢者やその支援に関する報告は散見されるが (鹿内, 2004; 吉田他, 2005; 山本他, 2006), そのほとんどが個人的な取り組みに依拠した断片的な事例報告であり、今のところ系統的な研究の積み重ねは行われていない。また、昨今では訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者に携わり独居生活を支えた例があるが、こうした訪問看護の報告はみられない。そこで今回、訪問看護

受付日：2011年10月17日 受理日：2012年1月10日

1) 千里金蘭大学

師が一人暮らし認知症高齢者に対して行った援助についてインタビューを行った。本稿はその援助の概要を記すことを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的デザインである。

2. 研究協力者の募集

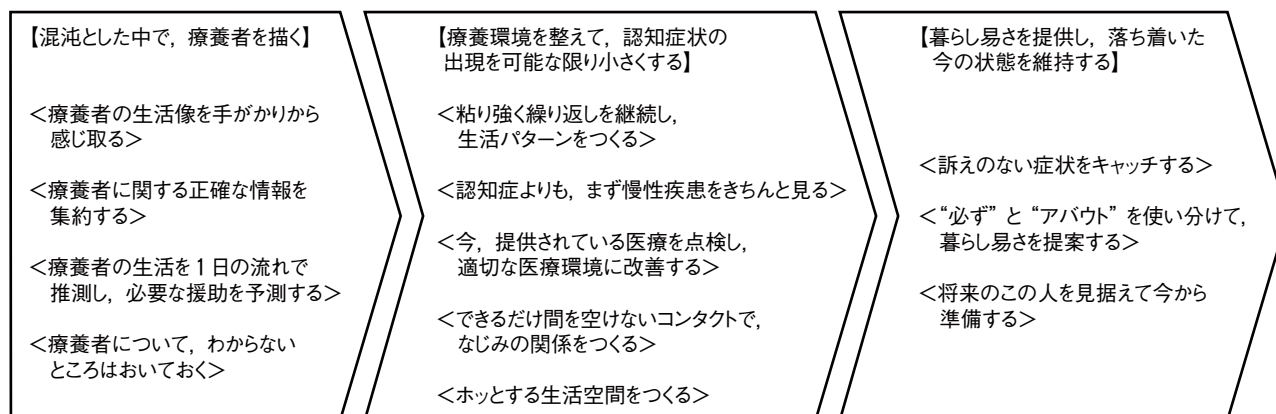
研究協力者の募集は、研究者および研究者の知人が知るステーション管理者から推薦頂いた。その際、初心者や新人を除外し、訪問看護師として少なくとも一人前以上の技能を習得している者として (Benner, 2001), 3年以上の訪問看護経験を持つことと一人暮らしをする認知症高齢者の方への訪問経験を持つ看護師を選定条件として提示した。

3. データ収集と分析

データは2010年11月から2011年3月に半構成的面接を行い収集した。インタビューでは、訪問開始から終了までの援助について時間経過に沿って語ってもらった。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し、すべて逐語録に書き起こした。

データ分析は、逐語録のすべてのデータを意味のまとまりごとに切片化した後、看護師の援助とその援助の意図に関する部分を抜き出した。次に、前後の意味を文脈で確認し、類似性と差異性に着目しながらまとめる作業を繰り返した。分析は質的研究、訪問看護に精通した研究者にスーパーバイズを受けた。

- 一人暮らし認知症高齢者への訪問看護の援助のプロセス



- 一人暮らし認知症高齢者への援助を進める看護師の基本姿勢

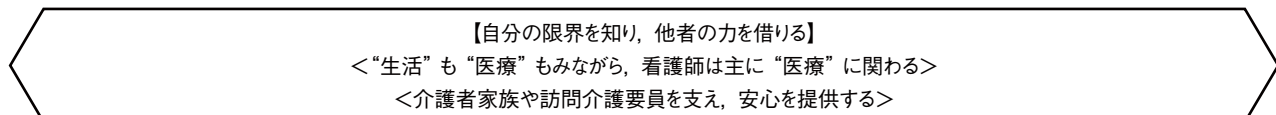


図1 一人暮らし認知症高齢者への訪問看護の援助のプロセスと看護師の基本姿勢

4. 倫理的配慮

本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。インタビュー参加者には、研究趣旨と目的、方法、インタビュー参加への辞退の自由と一切不利益は生じないこと、匿名性の保持、データは研究以外には使用しないこと、結果公表の予定について趣意書を用いて説明し、書面で同意を得た。

III. 結果

1. インタビュー参加者と語られた事例の概要

研究参加した訪問看護師は4名、すべて女性であった。看護師の経験年数は平均27.0年(20~37年)、うち訪問看護の経験は平均16.0年(9~20年)であった。インタビューでは、1名の看護師が2事例、3名が1事例ずつ語った。

語られた5事例の概要は女性3名で、年齢は70~90歳代であった。要介護度は、それぞれの事例の時間経過によって変化するが、すべて2~5の範囲であった。

2. インタビュー内容の分析結果 (図1参照)

分析の結果、一人暮らし認知症高齢者へ看護援助は【混沌とした中で、療養者を描く】というアセスメントプロセスからはじまり、次の【療養環境を整えて、認知症状の出現を可能な限り小さくする】といった療養者の病状と生活像を立て直すプロセス、そして【暮らし易さを提供し、落ち着いた今の状態を維持する】という安定を図るプロセスが抽出された。また、これらのプロセスとは別に、認知症高齢者の一人暮らしを推進するために

看護師が大事にしている基本姿勢として【自分の限界を知り、他の力を借りる】も抽出された。

以下に、これらのプロセス、基本姿勢について示す。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、インタビュー参加者の語りは「 」に斜字で記した。

1) 一人暮らし認知症高齢者への訪問看護の援助のプロセス

(1) プロセス1：【混沌とした中で、療養者を描く】

訪問開始直後に現れた【混沌とした中で、療養者を描く】プロセスとは、療養者の生活像を把握するために、看護師が情報を収集してニーズを明らかにしようとするプロセスのことである。

ここでは「『じゃ、UNCH出てるの?』ってとっても娘さんにはわからないですよ。『多分この日じゃないかな?』とか。本人に『いつ出た?』『多分出たか、出たと思うけどいつだったかな?』ってというような返答しかできなかった」というように、一人暮らし認知症高齢者のことは的確に状況判断が行えず【混沌】とした中で情報を探り可能な限りこの人をわかろうとしていた。

そのために看護師は、訪問中には療養者の生活を知る手掛かりになるようなものを感じ取ろうと、例えば「ガスコンロの溜まった埃から火の元はとりあえず安心」「散らかった卓袱台や、片づけられた布団から日中は起きて、おそらく卓袱台の前で座って過ごしている」などと推測して<療養者の生活像を手がかりから感じ取る>ことで一人暮らし認知症高齢者をわかろうとしていた。

また、看護師は自分の訪問時間は療養者の生活時間の一部に過ぎず把握できることは限られているため、他者が持つ情報も自分に集約できるよう努めていた。その際には「娘さんとヘルパーさんに、ケアマネージャーさんにも、摂取した量はわかるように明記しておきましょうっていうお約束を入れました」というように、例えば摂取(排泄)した量がわかるよう量の測り方や記載方法は「具体的に説明」し、それが正しく遂行されるよう「約束する」ことで療養者に関する正確な情報を集約するよう配慮していた。

このようにして看護師は<生活の手がかりを感じ取る><正確な情報を集約する>ことで療養者を把握しようと努めていたが、訪問を開始した頃は療養者について秘められた部分はまだ多い。そこで、「やっぱり全部はわかんない。だから生活全般にアンテナ立てて今のこの状況で生活ができるかなあって、一個一個想起して。ご飯は、おトイレは、お風呂はっていうのを想像しながらやるんです」というように、1日をつまみ食い単位として捉え<1日の流れで推測する>ことで療養者を描き、起こりうる問題を推量し、必要な援助を見出そうとしていた。

そして一方で、療養者の生活を<1日の流れで推測する>ことで療養者について看護師自身がよく把握できていない部分があることにも気づいていた。しかし、この

ような不明なことや謎の時間帯については「夜のこと、それはもうわからない、誰もみていないから。仕方ないですよ」というように、あえて深追いせずわからないところはおいておくようにしていた。それ故「だから想像するしかないんですよ。きちんと睡眠取れたかなあ〜とか」と推測や推量を駆使してなんとか“混沌”とした中で療養者を描くよう試みていた。

(2) プロセス2：【療養環境を整えて、認知症状の出現を可能な限り小さくする】

認知症高齢者の場合、加齢による退行性変化や慢性疾患の影響を受け、これらが元々の認知症状を増悪させていることが考えられる。看護師は【混沌とした中で、療養者を描く】一方で、一人暮らし認知症高齢者が持つ身体的問題や慢性疾患に着目し【療養環境を整えて、認知症状の出現を可能な限り小さくする】ようにして援助を開始していた。

このプロセスは「まず病状の、体調の回復っていうのを確認することによって、その人がもともと持っている認知力の中でどれぐらいの生活をしていけるのかっていうのがわかってくる。だから病気が悪化してない状況、ただ認知症を持っている高齢者っていう状態の戻してあげる」というように、病状の改善や体調の回復を図ることで、療養者の認知症状の出現を可能な限り抑えようとする看護師の援助のプロセスを示している。

そのために看護師は「時間をかけて生活習慣を確立していく。規則的な生活を繰り返していったわけです」というように、時間をかけて<粘り強く繰り返しを継続する>ことで、今の生活様式から派生する悪循環をくい止めよう働きかけ、そして「3ヶ月くらいしたら、3ヶ月で少しそのリズムが定着した。そうすると会話が繰り返しじゃなくなるんですよ。短期記憶が少しましになるんですよ」というように、新たな生活パターンが療養者に定着するには一定の時間後必要であるが、一旦それが獲得されると認知症状が落ち着くことを実感していた。

また、「基礎疾患を整えないと。肝機能やら糖尿病のこともあるし〜中略〜ナースとしてはどっちかっていうと専門性からみれば、基礎疾患からアプローチかけていく。それが結局は生活を整えることになるし、認知症状を進ませないことにもなる」というように<認知症よりも、まず慢性疾患をきちんとみる>ことを意図的に行い、そして、この「慢性疾患を改善する」ことがひいては認知症疾患に良い効果をもたらすと考えていた。

さらに、一人暮らし認知症高齢者の場合、本人のセルフケア不足や認知症に対する医療者の理解不足から、定期の医療受診や適切な医療提供、特に確実な投薬が行われていないことがしばしばある。そこで、まず<今の医療を点検する>ことで、療養者にとって必要な医療が確実に提供されているのか確認していた。そして、もし提供されている医療に疑問や違和感があれば「適切な医療に仕切りなおす」ことで<医療環境の改善>を図り、療

養者がより有効な医療支援が受けられるようにしていた。また療養者にとってなるべく負担のない医療管理を続けていくために、可能な限り「シンプルな医療にすることが認知症高齢者にとっては大切な医療のあり方と捉え、できる範囲で「処方薬を1包化する」「複数の受診医療機関をひとつにまとめる」「医療処置を少なくする」ことを行っていた。

また、一人暮らし認知症高齢者にとって他者との接触は孤独の軽減のみならず、関心を対人的な外に向かわせ、退行している認知機能を修復させる刺激にもなる。そこで、看護師は「日曜日を抜いて大丈夫になって、途中で電話かけたり、連休が続いたりしたら声をかけたり様子を見に行ったりして」できるだけ間を空けないコンタクトで療養者と接触をはかるよう心がけていた。そしてその結果「最初はヘルパーさんたちの名前も覚えてないみたいで、私に対してもヘルパーさんと混同していて、だからみんなゴチャゴチャになっているわけですよ。でも、こちらが声をかけると向こうもこちらに興味を持って声をかけて。家族がどうしてるのかっていうのを興味深く聞いてくる～中略～とにかく私のところに来る人だというそういう認識ですよ」というように、認知症高齢者にとって未知な存在である自分を円滑に既知化させくなじみの関係をつくろう>としていた。

さらに看護師は認知症高齢者にとって、ある空間で過ごすことは単なる物理的な場を超えて、知覚体験を誘発する重要な感覚刺激であると認識していた。そこで「周りの清潔な環境というか、布団もきれいにシーツした日にはすごくよく寝られたりとか～中略～だから、ホッとする環境を整える、そういう風に生活空間を整えるっていうことは、実はBPSDをなくすっていうか軽減させる効果があるんじゃないかなあ～」というように、<ホッとする生活空間をつくる>ことで、療養者が日常的にその身を置き時間を過ごすことは心からの安堵や安らぎをもたらし、認知症状の安定化につながると考えていた。そのため、看護師は一人暮らし認知症高齢者の生活環境を整えて<ホッとする生活空間をつくる>ことに大切な価値をおいていた。

このようにして、看護師は認知症状に影響する要因をできるだけ排除し【認知症状の出現を可能な限り小さくする】よう援助していた。そして、こうした援助が功を奏して療養者の慢性疾患や認知症状が落ち着いてくると【落ち着いた今の状態を維持する】よう援助を行っていた。

(3) プロセス3：【暮らしやすさを提供し、落ち着いた今の状態を維持する】

一人暮らし認知症高齢者の場合、病状改善という高い目標を据えて厳密な医療を進めると生活は医療に縛られ、やがては在宅生活の継続に困難を生じるおそれがある。そこで、看護師は「認知症の人の場合、病気をすごい良くするっていうのはなかなか難しいんですけれど

も、今の状態を維持するっていうことでかなりいい状態になってきますので」というように、疾病の完全な回復よりも、むしろ「悪化させない」よう働きかけることで、療養者の在宅生活が可能な限り維持できるよう見守っていた。

そこで、身体の不調を適切に認知したり、表現したりすることが難しい認知症高齢者の「元気がないとか、いつもと発語の様子が違うとか、～中略～それって訴えないので、そういうことを手がかりに、そこを解決すると随分落ち着いていくことがある」というように、一見落ち着いた療養者の状態の中で出現する訴えない症状をキャッチする>ことを平素からこころがけていた。そして、このような微細な変化を捉えるには「ヘルパーさんや家族さんにもみておいてほしいなって思うし、その時どうだったかも聞くし。だから、そういうことがあったら言ってね。こういうことがあったら教えてねって」というように、自分自身の観察眼だけでなく、訪問介護要員や家族の観察眼も借り受けながら、変化の兆候をつかむよう努め、そのために彼らとは「日頃から情報がもらえる」体制を整えていた。

また、療養者が抱える慢性疾患を改善し、健康レベルを正常に戻すことも大切であるが、一人暮らしをする認知症高齢者の場合には24時間傍らでこの人を見守る療養体制が整っているわけではないため、例えば「FBSは120とか130とか、HbA1cも少し高め安定の状態で、これくらいだったら大丈夫じゃないか、少しアバウトな状態で糖尿病の管理ができないかっていう風に」命に危険のない程度であれば正常からの逸脱も大目みで、むしろ「随時血糖測ってインシュリンっていうのはない、そこまで厳密なことはしない、この人の場合だと。逆に低血糖で倒れる方が危険なので、そこはしっかりみてる。ご飯は食べてるっていう、そこところはちゃんと食べてもらわないといけない」というように、一人暮らし認知症高齢者の在宅療養を進めるうえで“必ず”必要なことと必ずしも必要でない“アバウト”なことを看護の目で見極め、程よい加減で病状の安定化を導くよう働きかけていた。このようにして看護師は、認知症高齢者の一人暮らしを支援していく上で、健康にこだわり医療に束縛されてしまうことを避ける一方で、あまく見積もった医療管理が病状悪化を招くことのないよう注視して、“医療”と“生活”がうまく折り合う暮らし易さを提案できるようにしていた。

このように、落ち着いた療養者の状態を見守り、維持できるよう働きかける一方で、この療養者の一人暮らしが一体いつまで可能なかといった看護師自身にもはっきりとは分からない、いつか来るこの人の一人暮らしの終焉の日も看護師は想定していた。そして、「今年72(歳)になるんですけど、後期高齢に入る辺りにはほんとに(施設入所を)考えないといけないと思います。そうすると、集団生活がどうもできにくい人だっていうのが見

えているので、彼が施設にちょっとでもなじむっていう意味でも、少しでもショートを使っていくっていうことは必要だと思わね」というように「将来のこの人を見据えて今から準備する」ことも念頭におきながら、今の安定したこの人ができる限り長く維持できるように働きかけていた。

2) 一人暮らし認知症高齢者への援助を進める看護師の基本姿勢【自分の限界を知り、他者の力を借りる】

一人暮らし認知症高齢者への訪問看護師の援助に関するインタビューから、前述のような援助のプロセスとともに、認知症高齢者の一人暮らしを進めていくうえで基本となる看護師の援助の姿勢も抽出された。これはそれぞれのプロセスに現れるというよりも、むしろ認知症高齢者の一人暮らしを援助する看護師の活動そのものに影響を与えているものと考えられ、看護師が一人暮らし認知症高齢者への援助を恙なく遂行していくための基盤になっていると考えられた。

抽出された【自分の限界を知り、他者の力を借りる】とは、24時間見守れない認知症高齢者の一人暮らしを支援していくためには看護師自身が「訪問看護の限界を受け入れる」ことをしなければ、結局はその責務を担いきれず燃え尽きてしまうことを示している。それ故【自分の限界を知る】ことは「私たちのできる範囲と、私たち以外のチームメンバーが絡むとか、ご近所力を借りるとかで、かなりそれはカバーできる部分も色々あって」というように、看護師ができる範囲とできない範囲を見極め「自分の限界を知ってというのは自分ができないのではなくて、自分の専門性はここで生きる、でも、この人の生活を支えるためには他の人たちのこういう力を借りていかなければいけないという、ある意味アセスメントですよ」というように、できないところは【他者の力を借りる】ことでより自分の専門性を活かそうとする姿勢を示している。そして看護師としては「まずこの人の基礎疾患にアプローチかけて薬だったら薬を飲んでることからアプローチかけたり、糖尿病があるんだったらそこからまずアプローチかけて。普通の生活のように整えるっていうのは、そのどちらかという周りの人でいいでしょ、よく知った近所の人でいいしヘルパーさんでいいし、そっちはそういう人たちにある意味任せて。～中略～(看護師は)生活の方もいつ誰が関わって実際どうやって生活しているかはみてるっていうことは大事。みてるけど任す、任すけれどもみてるっていうことが大事なんです」というように「生活」も「医療」もみながら、看護師は主に「医療」に関わることを大切に考えていた。

また、認知症高齢者の一人暮らし援助する場合、日常のちょっとした出来事やその対応が通いの介護者家族や訪問介護要員の不安を引き起こすことがある。こうした不安を放置しておくとならぬサポートは破綻しかねない。そこで、看護師は「看護師の役割は本当にヘル

パーさんたちが安心してケアに入れるようにすることだと思います。～中略～ヘルパーさんたちが自分たちはもう無理って言わないために、安心していただけるために、訪問看護はやっぱり役割を發揮するっていうのは大事」というように「介護者家族や訪問介護要員を支え、安心を提供する」ことも大切な役割としていた。

IV. 考察

今回のインタビュー調査から、一人暮らし認知症高齢者への訪問看護師の援助について訪問開始からの時間経過に沿って現れる3つのプロセスを示した。最初に現れたのは【療養者を描く】プロセスで、看護師はまず療養者に関する情報収集を始めていた。Adams (1996) は、認知症高齢者に対する最初の数回の訪問では、看護師が療養者とその家族に対するアセスメントに費やすことを明らかにしており、この最初のプロセスは在宅支援に共通した段階といえる。しかし、Adams の報告には【混沌とした】状況は示されておらず、本研究で抽出された【混沌とした】状況は、一人暮らし認知症高齢者を対象にした場合の特徴的な様相と考えられる。つまり、一人暮らし認知症高齢者への訪問初期は療養者に関する情報収集やアセスメントに看護師は苦慮する時期であり、いかにして看護師が効率よく、スムーズに情報収集、アセスメントできるようにするかは、一人暮らし認知症高齢者への援助を進めていく上での課題となっていると考えられる。本研究では【混沌とした中で療養者を描く】ために看護師が限られた情報量の中で「療養者の生活を1日の流れで推測し、必要な援助を予測」していることが示された。一人暮らし認知症高齢者に必要な援助を見出す際には、まず1日の生活像を描くことがひとつポイントとなると考えられる。

また、看護師は訪問開始して間もなく【療養環境を整えて、認知症状の出現を可能な限り小さくする】よう援助していたことが示された。高齢者の場合、たとえ健康であっても加齢による退行変化が、脳機能や精神機能にネガティブな影響をある程度与えている。認知症高齢者には、こうした加齢変化に脳の器質的病変、さらには他の疾患からの誘発が加わり認知症状の出現は増幅していることも考えられる。そこで看護師は、これまで学習してきた医学的知識や培われた経験に基づいて療養者の認知症状を憎悪させている要因を判断し、また慢性疾患の安定化や療養生活の改善を図っていた。先行研究では【認知症状の出現を小さくする】ために、看護師が意図的に新たな生活パターンやくなじみの関係や療養者が落ち着く生活空間をつくりだししていることは既に報告されている(奥村, 小林, 山本他, 2011)。今回のインタビューではこれらの援助に加えて「慢性疾患をきちんとみる」や「医療を点検し、適切な医療環境に改善する」ことで、慢性疾患の改善が単なる慢性疾患そのも

の回復を超えて、ひいてはそうしたことが認知症状の改善につながるという看護師の意図的な認識が読み取れた。また、この【認知症状の出現を可能な限り小さく】抑制し安定化を図る看護師の働きかけのプロセスは、次の【安定した療養者の状態を維持する】前段階に位置し、本プロセスの看護師の援助次第では今後認知症高齢者が一人暮らしを継続できるか成否に関わる重要な段階と考えられた。

そして、一旦認知症状が落ち着いてくると看護師はその【落ち着いた状態を維持する】ように働きかけることが示された。【落ち着いた今の状態を維持する】とは、療養者の病状に関して、看護師が決して無理な回復を目指さず、この今の状態を維持する程度のやさしい医療管理をすることが認知症高齢者にとっての「暮らしやすさ」にもなり、ひいてはこの「暮らしやすさを提供する」ことによって、在宅生活の継続性を図ろうとする働きかけであった。既存研究では認知症高齢者に対する訪問看護師の働きかけとして“外観の観察から悪化を判断する”“検査値に注意する”ことで“変化を見逃さない”ようにして“健康状態を維持し悪化を予防する”ことが示されており（高藤，森下，長時，2009），これは本研究で導かれたく訴えない症状をキャッチする＜ことで【落ち着いた今の状態を維持する】看護師の援助と共通していた。しかし、一人暮らし認知症高齢者の場合【落ち着いた今の状態を維持する】ためには、正確な訴えができない認知症高齢者の変化を捉えるこのような観察眼とともに“必ず”必要な医療管理と“アバウト”な医療管理を使い分け、そのバランスを見ながら程良い管理の調整を図る働きかけも必要であり、訪問看護師がそのことを踏まえて、療養者の生活スタイルを尊重した暮らしやすさ意識しながら、療養生活を見守っている姿が明らかとなった。

さらに、今回のインタビューでは看護師が一人暮らし認知症高齢者への援助を遂行していく上で基盤となる【自分の限界を知り、他者の力を借りる】も抽出された。先行研究では、認知症高齢者に携わる訪問看護師の援助の姿勢として”専門職チームの力、チームの力で守る”ことを示されており（高藤，森下，長時，2010），これは今回抽出された看護師自身が【他者の力を借りる】ことを求めながら、一人暮らし認知症高齢者の暮らしを支援しようとしていることと類似している。本研究ではさらに、一人暮らしをする認知症高齢者の場合には、その傍らについてこの人の24時間をずっと見守れない現実に直面することで看護師自身が【自分の限界を知る】こと、それ故に【他者の力を借りる】必要性を痛感していることが示唆された。そして、だからこそ【安心を提供して支援者を支える】ことで、療養者を取り巻くサポート力が縮小することがないよう維持することを基本姿勢として大事に捉えていたと考えられる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、4名の訪問看護師から5事例の一人暮らし認知症高齢者の援助について分析したものであり、分析事例数は充分とはいえない。したがって、この結果は一人暮らし認知症高齢者に対する訪問看護師の援助として暫定的なもので一般化することはできない。

さらに、本研究では一人暮らし認知症への訪問看護師の援助としてそのプロセスと基本姿勢は示されたが、それぞれの関連性については言及できていない。今後は新たなインタビュー参加者の語りを追加すること、また詳細な分析ができるよう研究者自身の準備性を高めることで、それぞれの関連性について示すことが必要であると考える。

本研究のインタビューに参加頂き、貴重なお話を聞かせて頂きました看護師の皆様に感謝いたします。なお、本研究は2010年度聖路加看護学会看護実践科学助成基金を受けて行い、その内容は「訪問看護師が捉えた一人暮らし認知症高齢者の『暮らし』の様相」として、第16回聖路加看護学会学術集会にて発表しました。本稿はその内容を更に引き継いだものであり、内容の一部は第31回日本看護科学学会学術集会で発表しました。

引用文献

- Adams, T. (1996). A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1177-1184.
- Alzheimer's Society (2003). *Demography, Dementia worldwide*. http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?categoryID=200167&documented=412 (2011.6.15).
- Benner, P. (2001). 井部俊子訳 (2005). *ベナー看護論 初心者から達人へ*. 東京：医学書院
- Ficker, L., MacNeill, S., Bank, A., et al. (2002). Cognition and perceived social support among live-alone urban elders. *Journal of Applied Gerontology*, 21(4), 437-451.
- Gilmour, H. (2004). Living alone with dementia: risk and the professional role. *Nursing Older People*, 16 (9), 20-24.
- Harris, P. (2006). Hearing and healing the hurts of dementia, part 1 : the experience of living alone with early stage Alzheimer's disease: What are the person's concerns? *Alzheimer's Care Quarterly*, 7 (2), 84-94.
- 厚生労働省 (2009). 第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. <http://www.mhlw.go>

- jp/shingi/2009/05/s0521-3.html (2011.2.20)
- 中島紀恵子 (1992). *老人看護学 改訂版*. (405-432). 東京: 真興交易医学出版部.
- 奥村朱美, 山本則子, 小林小百合他 (2011). 訪問看護における認知症ケアの構造化. *日本在宅ケア学会誌*. 14(2). 26-33.
- 鹿内あずさ (2004). 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」-安全を保つ観点から-. *北海道医療大学看護福祉学部紀要*. 11. 1-11.
- 高藤裕子, 森下安子, 時長美希 (2009). 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.
- 高藤裕子, 森下安子, 時長美希 (2010). 認知症高齢者の生活機能の維持・向上を支援する訪問看護師の姿勢. *高知学園短期大学紀要*. 40. 11-21.
- Tuokko, H., MacCourt, P., Heath, Y. (1999). Home alone with dementia. *Aging & Mental Health*. 3 (1). 21-27.
- U. S. Congress (1990). Office of Technology Assessment: Confused minds, burdened families: Finding help for people with Alzheimer's disease and other dementias. Washington DC.: U. S. Government Printing Office.
- Waugh, F. (2009). Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone? *Dementia*. 8(2). 658-662.
- 山本志織, 鎌田頼子, 大石紀子 (2006). 認知症があってもその人らしい独居生活を続けているふたつの事例から学んだこと~我が家で楽しく生き生き~. *北海道勤労者医療協会看護雑誌*. 32. 68-70.
- 吉田ひとみ, 田中千文, 森田恭代他 (2005). 独居の痴呆性老人が自宅で暮らしていくために 痴呆疾患デイケアに求められていること. *日本精神科看護学会誌*. 48(1). 348-349.

Visiting Nurses' Support to Assist Single Older Adults with Dementia with Their Daily Living

Yumiko Matsushita ¹⁾

1) Senri Kinran University

Aim : Aim of this study was to describe support by visiting nurses for older single adults with dementia.

Methods : The data were obtained through semi-structured interviews from four visiting nurses. The data were categorized based on similarities and differences.

Results : Visiting nurses used supportive processes: 1) profiling a picture and lifestyle of older single adults with dementia in their chaotic environment; 2) creating a stable home environment in order to reduce, as much as possible, the appearance of cognitive symptoms and 3) providing livability in order to maintain their present composure. In addition visiting nurses' basic stance was to "realize their personal limitations and learn to get help from others".

Discussion : The results showed that nurses struggled to effectively gather and assess accurate and useful information during the first term of home visiting. Visiting nurses acknowledged they assumed a crucial role in controlling and preventing the appearance of cognitive symptoms and in conducting home medical management intended to enhance the livability of single older adults with dementia.

Keywords : living alone, dementia, older adults, visiting nursing, qualitative study, descriptive study