

テーマ：認知症高齢者の一人暮らし継続可能性を拓く訪問看護師の援助

申請者名：松下由美子

助成対象年度：2011年度前期

提出年月日：2012（平成24）年7月25日

## I. はじめに

出生率、死亡率は世界的に低下しており、21世紀は先進国だけでなく発展途上国でも人口高齢化が進む (United Nations, 2002)。こうした世界的な人口高齢化に伴い、認知症患者の数は2001年の時点で2,430万人、2020年には4,230万人、2040年には8,110万人に達すると推定されている (Ferri, 2005)。わが国における認知症の有病率は現在推計が行われておらず (厚生労働省, 2009) その実数は不明瞭であるが、何らかの介護・支援を必要とする認知症高齢者数は、2005年では169万人、2030年には353万人、2045年には378万人にのぼり、全高齢者数に占めるこのような認知症高齢者の割合はそれぞれ6.7%、10.2%、10.4%にのぼると推計されている (厚生労働省, 2003)。

諸外国の一人暮らし認知症高齢者に関する研究を概観すると、アメリカでは認知症高齢者の約10~30% (U.S. Congress, 1990)、カナダでは31.5% (Tuokko, 1999)、イギリスでは25% (Alzheimer's Society, 2003)が独居生活者であると推計され、その多くがADLやIADLは比較的良く保たれ、他者への被害、損害および自損の問題を起こすことなく、安全に暮らしているという (Tierney, 2001)。これらの研究を参照すると、わが国でも認知症高齢者の1~3割は地域で独居生活をしていると考えられるが、わが国における一人暮らし認知症高齢者に関する発表や報告はほとんどなく、看護研究においても個人的な体験に依拠した断片的な事例報告は散見されるが (関, 2002; 鹿内, 2004; 小玉, 2004; 浅川, 2009)、それらを集積し系統的に発展させようとする研究の取り組みは行われていないのが現状である。

そこで、本研究では、この課題に迅速に対応できる実現可能な有効策として、既に地域に住む認知症高齢者へのサービス提供について実績を持つ訪問看護師に着目した。訪問看護とは、在宅療養者とその家族がその人らしく生活が送れるよう看護師等が訪問して、ケアを提供する生活支援サービスである。昨今では、この訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者に携わりその療養生活を支えた例は意外に多いが、こうした訪問看護の実践はわが国の看護研究においても未だ報告されておらず、また諸外国の看護研究においてもみられない。そこで、本研究では一人暮らし認知症高齢者に対して訪問看護師が行った援助を記述することを目的とした。これにより、一人暮らし認知症高齢者の継続的な在宅生活を維持する訪問看護の大切な援助が言語化できると考える。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究のデザインは、質的記述的デザインとした。

### 2. インタビュー参加者の選定条件

インタビュー参加者の選定条件は、3年以上の訪問看護経験と、一人暮らし認知症高齢者の方への訪問経験を比較的豊富に持つ訪問看護師とした。

### 3. インタビュー参加者の募集方法

インタビュー参加者の募集は、研究者および研究者の知人が知る訪問看護ステーションの管理者から、インタビュー参加者となりそうな訪問看護師を推薦してもらった。さらに、研究協力の承諾を頂いた管理者から新たに研究協力を検討して頂けそうな訪問看護ステーションを推薦してもらった。

### 4. データ収集の方法

データ収集は半構成的インタビュー法を用いて行った。その際、インタビュー参加者に語ってもらう一人暮らし認知症高齢者は、要介護度 2 以上の方とした。

なお、インタビュー内容は許可を得て録音した。

### 5. データ分析の方法

データ分析においては、インタビュー内容はすべて逐語録に起こし、繰り返し読んだ。そして、訪問看護師が「なぜ、そのような援助を実施するのか？」や「その援助の原因となる状況」また「その援助はいったいどういった条件によって引き起こされるのか」について、問いながら分析を進めた。その際、文脈の意味を確認し、類似性と差異性に着目しながらコードをまとめる作業を繰り返し、カテゴリーを生成した。

また、研究者自身のバイアスを最小にするために、スーパーバイザーとした熟練した訪問看護師からの意見やアドバイスを得た。さらに、在宅看護領域の研究者および質的研究の経験を持つ研究者らとも定期的に面接し、分析方法や分析結果の評価を得た。

### 6. 研究者の準備性

研究者自身も一人の訪問看護師として、一人暮らし認知症高齢者宅へ訪問経験を積んだ。さらに、職場研修として 2 名の一人暮らし認知症高齢者宅へ、合計 7 回、熟練訪問看護師と同行訪問を行い、さらに同行訪問後には熟練看護師から、一人暮らし認知症高齢者への援助についてコンサルテーションを受けた。このようにして、分析に必要な研究者としてのトレーニングを行い、信頼性のある結果を確保するように努めた。

### 7. 倫理的配慮

本研究は、訪問看護師が経験した一人暮らしをする認知症高齢者への援助についてインタビューすることから、インタビュー参加頂いた訪問看護ステーションやインタビュー参加者となる訪問看護師だけでなく、インタビュー中に話される一人暮らし認知症高齢者に関する個人情報も含まれることとなる。そのため、それぞれの匿名性とプライバシー確保に留意しながら研究を遂行した。

また、本研究の目的、インタビューの方法、内容、場所、参加の任意性、秘密保持、結果公表について説明し、承諾を得られたら文書で署名を得た。その際、インタビュー参加

に協力できない場合でも不利益を被ることは一切ないことを説明した。

さらに、本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会において承認を受け、実施した。

### III. 結果

#### 1. 対象の属性 (表 1 参照)

インタビューに参加した訪問看護ステーションは 7 施設、訪問看護師は 14 名であった。

インタビュー対象者の性別はすべて女性で、平均年齢は 49.9 歳 (28~60 歳)、看護師経験年数は 18.6 年 (6~39 年)、訪問看護師経験年数は 10.5 年 (3~25 年) であった。

一方、語られた一人暮らし認知症高齢者の事例は 18 事例で、その内、男性は 3 事例、年齢は 73~97 歳であった。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。また、すべての事例が高血圧や慢性心不全といった何らかの併存疾患を持っていた。

看護師					語られた事例						
	年齢 (歳)	性別	看護師経験年数 (年)	訪問看護師経験年数 (年)	年齢 (歳)	性別	要介護度	診断名	一人暮らし歴 (年)	併存疾患	転帰
看護師A	28	女性	6	3	82~85	女性	3	認知症	10年以上	慢性心不全, 膝関節症	訪問継続中
					87	女性	2	認知症	10年以上	変形性膝関節症	訪問継続中
看護師B	33	女性	12	5	89~90	女性	4~5	認知症	10年以上	慢性心不全, 腰痛	施設入所
					77~81	男性	4	認知症	10年以上	高血圧, 慢性腎不全, 痛風	訪問継続中
看護師C	36	女性	13	9	82~84	女性	2	アルツハイマー型	10年以上	慢性心不全, 椎管狭窄症, めまい	死亡 (在宅死)
看護師D	37	女性	17	15	75~83	女性	2	認知症	10年以上	高血圧, S状結腸がん術後	訪問継続中
看護師E	37	女性	17	9	82~85	女性	3~4	認知症	10年以上	高血圧, 狭心症, 喘息 変形性膝関節症	死亡 (在宅死)
看護師F	38	女性	15	5	87	男性	3	認知症	2	高血圧, うつ	訪問継続中
看護師G	39	女性	15	8	81~82	女性	3	脳血管型	10年以上	慢性心不全, 高血圧, 逆流性食道炎, 腰痛症	訪問継続中
看護師H	39	女性	15	6	76	女性	2	アルツハイマー型	10年以上	高血圧, 腰痛	訪問継続中
					73	女性	2	アルツハイマー型	4	高血圧, 糖尿病	訪問継続中
看護師I	40	女性	19	13	93~97	男性	2~5	認知症	3	高血圧, 慢性心不全	死亡 (在宅死)
看護師J	40	女性	28	10	92	女性	2	アルツハイマー型	7	高血圧, うつ	訪問継続中
					88	女性	2	アルツハイマー型	5	糖尿病, 変形性膝関節症	訪問継続中
看護師K	41	女性	22	14	88~89	女性	2~5	脳血管型	10年以上	高血圧, 腰痛	施設入所
看護師L	45	女性	24	15	90~91	女性	4	認知症	10年以上	高血圧, 脱肛	訪問継続中
看護師M	46	女性	18	10	85~91	男性	3~4	認知症	10年以上	高血圧, うつ	訪問継続中
看護師N	60	女性	39	25	79~81	女性	2~5	認知症	2	椎管狭窄症	施設入所

#### 2. 一人暮らし認知症高齢者に対する訪問看護師の援助を構成するカテゴリー (表 2 参照)

インタビューデータを分析した結果、一人暮らし認知症高齢者に対する訪問看護師の援助とは、「継続的な関わりで観察眼を養いながら、普段のこの人なりの体調となじみの暮らしを守る」ことであると記述できた。

また、一人暮らし認知症高齢者への訪問看護師の援助として、5つのカテゴリー【この人の心をつかんで、看護師の訪問を継続させる】【日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】【この人に必要な医療を確実に整備して、慢性疾

患の悪化を予防, 改善し, この人なりの体調を維持する】【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】【この人を取り囲む人たちからの支援の継続性を守る】が表 2 のように示された。

以下に, 5 つのカテゴリーの意味とサブカテゴリー間の説明を行う。なお, カテゴリーの表記の方法として, 上位カテゴリーは【 】, そのサブカテゴリーは, 抽象度の高い順に〈 〉, [ ] で示した。また, 各カテゴリーの説明にインタビューデータを引用している場合には, その後ろの ( ) に表 1 に該当する看護師のアルファベットを表記した。

カテゴリー	サブカテゴリー	説明
1. この人の心をつかんで, 看護師の訪問を継続させる	1) 拒否されないよう配慮する	(1) 訪問開始時は可能な限り同じ看護師が同じ時間に関わり「定期的に訪ねてくる人」と覚えてもらう。 (2) 看護師がしたいこととは必ずおいて, まずはこの人のペースに合わせる。 (3) 手助けは脅威を与えず, さりげない自然な流れでそっとする。
	2) 満足感を大切に, 看護師の訪問を楽しみしてもらおう	(1) 看護師の困りごとではなく, この人の困りごとを探索し, それを解決する。 (2) 看護師の手助けで, 暮らしが心地良くなることを感じてもらう。 (3) 受け入れが難しい清潔ケアは, 柔らかな押し引きと万端の準備でタイミングを計る。 (4) 訪問時は, この人と楽しい時間を共有する。 (5) 最後は喜ぶケアで終わり, 良い感情を残して帰る。
2. 日頃の関わりで養われる観察眼で, この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く	1) 日頃の関わりの中で, 普段のこの人なりの体調をつかんでおく	(1) 基本的な「食べて, 寝て(睡眠), 出して(排泄)」をざっくり見て, 一般状態を判断する。 (2) 視診, 聴診, 触診, 打診を駆使する。 (3) 家庭でできる簡易測定の数値を大切に。 (4) あいまいな本人の訴えをおろそかにしないで, 大切に扱う。
	2) この人なりの体調から逸脱を示す病状変化の兆候を注視, 追視する	(1) 日常の中に垣間見える普段のこの人とは違う行動パターンに引っかかり, 留め置く。 (2) 留め置いた引っかかりは, 以前にもあった似たようなエピソードを引っ張り出して, この人特有の病状変化の兆候かどうかを判断する。 (3) 他者の目を借りて, 病状変化の兆候を見落としがないかチェックする。
	3) 病状変化の兆候に関する見落としを内省する	(1) 病状変化の兆候に関する見落としを用心する (2) 病状変化の兆候の見落としの原因を探索する
3. この人に必要な医療を確実に整備して, 慢性疾患の悪化を予防, 改善し, この人なりの体調を維持する	1) 今のこの人の状態に応じた医療環境を再編する	(1) 今のこの人に必要な医療機関につなげる (2) 服薬はシンプルにして確実な投与を担保する
	2) 服薬状況を見守り, その機能を維持する	(1) 服薬状況を確認する (2) 薬効を判断し, 主治医につなげる
4. 一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える	1) この人が長年培ってきた暮らしぶりを大切に	(1) 家屋は住宅改築よりも, 可能な限りいつも同じ状態にしてなじみの住み心地を守る (2) 少々のはたはあっても, この人が長年培ってきたことは制限しないで温かく見守る
	2) こだわりの心配事を引き起こすタネはつんでおく	(1) この人がこだわる心配事は, あらかじめ押さえておく。 (2) こだわりの心配事は, ちょっとしたことでも引き伸ばさないでその都度, その都度, 対応する。
	3) この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てをする	(1) この人のできること, できないことを見極める。 (2) この人が一人でできるようあらかじめ整えておく。
5. この人を取り囲む人たちからの支援の継続性を守る	1) この人を取り囲む人たちが安心して活動できるよう計ろう	(1) 支援者が困った時にはタイムリーに対応し, 不安を除去する。 (2) この人と上手くいく方法を前もって伝授して, 支援者が失敗しないよう配慮する。
	2) この人を取り囲む人たちの力を効率的に活用し, みんなが匙を擱けてしまわないようにする	(1) 支援に関するどのような人的リソースがあるのか, 日頃からアンテナを立てておく。 (2) 必要な支援を判断して適した人を選び, 最小限のことを依頼する。

### 1) この人の心をつかんで, 看護師の訪問を継続させる

訪問看護とは, 在宅療養者とその家族がその人らしく生活が送れるよう看護師等が訪問して, ケアを提供する生活支援サービスである。ただし, こうしたサービスも, 時には, 療養者本人である認知症高齢者になかなか必要性が認めてもらえず, 快く看護師の訪問を受け入れてもらえない場合もある。

【この人の心をつかんで, 看護師の訪問を継続させる】とは, このような看護師に対する拒絶の状況を少しずつほぐし, 改善して, いつでも気持ちよく看護師を受け入れてもらい歓迎してもらえるように, 知恵を使って, 療養者との継続的な関係を築いていこうとする意図的な取り組みのことである。

それは具体的には、「*看護師の必要性を言葉で訴えていくっていうよりかは、関わっていく中で、いかにやるかで割と受け入れもよくなったりしたので*」(看護師 C) というように、例えば、言葉による説得や強引であったり、無理な介入で訪問看護に対する拒否感を増長させたり、引き起こしたりしないようにすることである。療養者が看護師に対して不信を抱き、固く心を閉ざした状態では、そもそも訪問すら叶わない。それ故、看護師は焦らず、だからといって何もしないでただ受け入れを待つのはなく、「*どうしたらこの人が気持ちよく訪問看護を受けられるかっていうところを大事にして……. 嫌われながら嫌々行くのではなく、看護師さんが来てくれてよかった、うれしいと思ってくれる、そういうところを大事にしたい……*」(看護師 C) というように、この人が心から看護師を受け入れてくれることを大切に、そのために意図的に働きかけていた。そして、看護師は療養者が自分を受け入れ【この人の心をつかんだ】時にはじめて【看護師の訪問を継続させる】ことが可能となると捉えていた。

【この人の心をつかんで、看護師の訪問を継続させる】のサブカテゴリーとして、〈拒否されないよう配慮する〉〈満足感を大切に、看護師の次回の訪問を楽しみにしてもらう〉を、また、それぞれの下位カテゴリーに表 1 のような内容を抽出した。

## 2) 日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く

高齢者の場合、病状や身体機能が悪化、低下し始めるとそのスピードは早い、症状の出現が乏しいためその発見は遅れやすい。また、認知症高齢者にとって的確に自己の状態を表現したり、状況を他者にうまく伝えたりすることが難しい。たとえこうした状況であったとしても、傍らでこの人の体調を見守る同居家族などがいれば、同居者が代弁者となって療養者の変化に気づき対応することも可能であるが、一人暮らし認知症高齢者の場合には、それも期待できない。こうした状況を鑑み、一人暮らし認知症高齢者に関わる看護師は、高齢者ゆえの急激な慢性疾患の悪化や身体的機能の低下を警戒し、そうした兆候を早期に発見することを自分たちの大切な役割と考えていた。

そして、看護師がこうした分かりにくい療養者の変化を察知する時、病態悪化や身体低下の変化を示すその人特有の変化の兆し、何がしかこの人に固有のサインがあることを看護師はつかんでいた。ただし、こうしたこの人特有の病状変化の兆候に対する看護師の感受性は、一概に形成されるものではない。日頃の関わりの中で、この人の病状や体調の変化の仕方になんとなく気づいていく、つかんでいく、というような、その人と付き合う実際の関わりの中で次第に築かれていくものであった。

*「最初は気づかないですね、でも何回か繰り返してくると、あっ、この人の場合は、ここなんだってわかるという感じですかね」*  
(看護師 A)

【日頃の関わりで培われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】のサブカテゴリーとして、〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉

〈この人なりの本調子からの逸脱を示すなんとなく怪しい引っ掛かりを注視，追視する〉  
〈病状変化の見落としに対する内省〉を抽出した．また，それぞれの下位カテゴリーには表1のような内容を抽出した．

### 3) この人に必要な医療を確実に整備して，慢性疾患の悪化を予防，改善し，この人なりの体調を維持する

認知症高齢者にとって，自分のその日その日の体調を押し図りながら，状況に合わせて医療機関を選択し受診したり，服薬を調整したりすることは難しい．ましてや一人暮らしであれば，傍らでこういったセルフケアを見守り，支えてくれる人が，随時ついておらず，必要な医療が適切に提供されていないこともある．

【この人に必要な医療を確実に整備する】とは，一人暮らし認知症高齢者のこうした状況を鑑み，療養者にとって欠かせない大切な医療が間違いなく，滞りなく配備され，提供されるように看護師が環境を整えることをいう．看護師は一人暮らし認知症高齢者にとって，必要な医療が確実に届けられるよう働きかけて，さらには，その療養者自身や，また同居介護者に成り代わって，提供されている医療の効果が適切にこの人に現れているかどうか監視しながら，療養者の慢性疾患の悪化が起こらないよう注意していた．そして，この【この人に必要な医療を確実に整備して，慢性疾患の悪化を予防，改善する】ことがひいては【この人なりの体調を維持する】ことにつながっていた．

【この人に必要な医療を確実に整備して，慢性疾患の悪化を予防，改善し，この人なりの体調を維持する】のサブカテゴリーとして，〈今のこの人の状態に応じた医療環境を再編する〉〈服薬状況を見守り，その効能を維持する〉を抽出した．また，それぞれの下位カテゴリーに表1のような内容を抽出した．

### 4) 一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える

認知症高齢者にとって，ゆったりと落ち着ける環境に身を置くことは，認知症状の出現を抑制することになる．それ故，1日の多くの時間を過ごす自宅が居心地の良い場であることは，療養者にとっては安心してその身を置き，時間を過ごすことになる．しかし，認知症高齢者には，いつもとは違うちょっとした変化を引き起こす事態が，時折発生し，ちょっとしたことがきっかけとなって〈自宅で落ち着いて過ごす〉ことが妨げられることもある．

「新聞がお休みの日とかがあるじゃないですか，そうすると，もう落ち着かなくなっちゃうんですね．いつも新聞で，日付とかみているので．今日は，新聞がお休みだっていうふうには，ちょっと分からない，分かりにくい．だから，今日が何日だとか，曜日だとか分からないと，それで，分からなくて，もう，はっきりとはそういうふうにおっしゃらないんですけど，そわそわして，落ち着かないんですね」  
(看護師J)

このように、私たちには一見、いつもと変わらないように見える日常の中でも、変化に適応しにくい認知症高齢者にとっては、些細な、またちょっとした不測の変化が混乱をきたす引き金となって、本来なら、療養者にとって居心地良く、安心できる安らぎの場である自宅が、一転して、居心地の悪い、落ち着かない場になってしまうこともある。

【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】とは、こうした状況を看護師が鑑みて、認知症高齢者が、一人で自宅で生活を営んでいく中で起こる変化を看護師が前もって予測して、その発生を可能な限り最小限にしようとするものである。この【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】のサブカテゴリーとして、〈この人が長年培ってきた暮らしぶりを大切に〉〈こだわりの心配事を引き起こすタネは摘んでおく〉〈この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てを工夫する〉を抽出した。さらに、それぞれの下位カテゴリーに表1のような内容を抽出した。

#### 5) この人を取り囲む人たちからの支援の継続性を守る

訪問看護サービスだけで、認知症高齢者の一人暮らしを支えることはとてもできない。それ故、看護師は、一人暮らし認知症高齢者が、自宅で、滞りなく平穩に、暮らしを続けていくためには、看護師以外の人たちからも支援の提供を受けることを、とても大切に考えていた。ここで言う〈この人たちを取り囲む人たち〉とは、医師や、また介護・福祉職などの専門職者、さらに、通いで介護する家族、近隣住民なども含んだフォーマルサポート、インフォーマルサポートを、一人暮らし認知症高齢者に提供している人たちのことである。看護師は自らが直接、療養者宅に訪問して行う看護サービスと共に、こうした〈この人たちを取り囲む人たち〉の力がなければ「看護サービスだけではとてもまわっていかない」(看護師K)と考えていた。

【この人を取り囲む人たちからの支援の継続性を守る】とは、一人暮らし認知症高齢者の在宅療養を支えていくためには、このような「看護サービスだけではとてもまわっていかない」現状を踏まえて、看護サービス以外の在宅療養サービスや、インフォーマルな人たちからの支援の力を、看護師が大切に考えて、そうした人たちからの支援が中断されたり、停止されたりすることがないように配慮して、結果的に長期的な支援が〈この人たちを取り囲む人たち〉から得られるよう、看護師が意図的に働きかけることである。

*「ヘルパーさんや、ご家族の方が無理ってなると、もうこの人の一人暮らしは、できなくなるので。～中略～だから、みんながね、自分たちだけが、看護師だけで、それでいいっていうんじゃないくて、やっぱりヘルパーさんやご家族のことを考えて、この方たちがやれるように、ちょっとでも長く続けていけるように」*  
(看護師J)

この【この人を取り囲む人たちからの支援の継続性を守る】のサブカテゴリーとして、〈この人を取り囲む人たちが安心して活動できるよう計ろう〉〈この人を取り囲む人たちの



力を効率的に活用し、みんなが匙を投げてしまわないようにする)を抽出した。また、それぞれの下位カテゴリーに表1のような内容を抽出した。

#### IV. 考察

本研究の結果から、看護師は一人暮らし認知症高齢者への援助において、この人の病状変化を見極めるための観察眼を持ち、そしてこの観察眼は、看護師にとっては、一人暮らし認知症高齢者に対する適切な援助を提供するための欠かせない能力として示された。そして、一人暮らし認知症高齢者に関わる訪問看護師が養っている観察眼は、このような他の看護師に代替できたり、置き換え可能な観察能力ではないと考えられた。つまり、看護師は〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉ようにして、この人を観察する。それは、何だ彼んだという訴えがあったとしても、この人なりに暮らしを営むことが可能となっている健康レベルを、看護師自身が感覚的につかむことである。〈普段のこの人なりの体調をつかむ〉ために、食事、睡眠、排泄状況の把握や、家庭でできる簡易検査の測定データ、あいまいな本人の訴えを大切に扱いながら、視診、聴診、触診、打診を駆使して、まさに〈普段のこの人なりの体調〉が確かに自分の手中に収まり、分かるように日頃から看護師は観察を行う。〈普段のこの人なりの体調から逸脱を示す病状変化の兆候を注視、追視する〉ことができるのは、〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉ことに裏打ちされた観察眼があるからこそである。さらに、看護師は、病状の変化を示す兆候に引っかかった時には、〈以前にもあった似たようなエピソードを引っ張り出して〉判断する。つまり、現に示された兆候が、確かに病状変化を示す兆候であるのか、どうかを、看護師は過去の、これまでのこの人との関わりの中であった出来事や体験から模索し、推論する。従って、〈この人なりの体調から逸脱を示す病状変化の兆候を注視、追視〉できるかは、その看護師自身が、その療養者と今までどれくらい関わり、観察を続けてきたかということ依るのである。そして、看護師が、いわゆる一般的な、標準的な変化ではなく【この人特有に現れる病状変化の兆候】に注視、追視できるのは、これまでの関わりに根付いて獲得された観察眼だからこそなのである。一人暮らし認知症高齢者に携わる訪問看護師は、療養者との関わりの経験を積み重ねていくことによって、看護師自身がまさに身を置き、対峙、直面する療養者と療養者宅のその暮らしその場を、何の脈絡もない、ただそこにある人や状態、また単なる場として認識するのではなく、これまでのその看護師自身とこの人との関わりによって蓄積された経験を通して、その場に内在する意味的状况を感覚的につかみとり、それをこの人特有の病状変化の兆候を示すサインとして認識することができていく、または判断することができていく、いうなれば観察眼を獲得していくのである。

このように、一人暮らし認知症高齢者に関わる看護師は、平素から関わり続けている当該看護師にしか分からない、いわば、その療養者に特有でオリジナルな、また感覚的にこの人が分かるという観察眼を養い、身につけており、それは、他の看護師に代替できるも

のではないと考えられる。そして、同様のことは、看護師による【病状変化の兆候を見抜く】ことだけでなく、【自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】援助にもいえる。

人の暮らしには、そもそもその人に特有の習慣づけられた行動パターンといったものが誰にでもある(山岸, 1978)。この習慣づけられた手順, 習慣, 行動パターンを, 意識的にしろ無意識的にしろ, 繰り返すことによって人は暮らしを営んでいるのである。そして, 看護師は一人暮らし認知症高齢者と「継続的な関わりで, 観察眼を養」っていけば, そこで暮しを営む, この人なりの習慣づけられた行動パターン, いわば, 暮らし方というものが, 次第に分かって来る。ただし, 看護師はこの人に習慣づけられた行動パターンを何がしかの理屈を持って, あるいは論理的に理解し, 把握しているのではない。むしろ, この人と関わる中で, 日頃からのよくよく注意してみた観察によってつかみとり, そして, そこにある日常の状況を, いつもと変わらないが故に, いつもと変わっていないという看護師自身の実感を通して, 感覚的に分かるのである。しかし, 継続的に関わっていない看護師には, こうした状況がいつもあるのかないのか, 常日頃は関わっていないのだから, そもそも判断ができない。つまり, 一人暮らし認知症高齢者のいつもと変わらない状況を, まさにいつもと変わらないと感覚的に分かるのは, その看護師がこの人に対して「継続的な関わり」を行っているからこそである。そして, こうした状況を注意深い観察によってつかみとり, さらにそのつかみとった状況がいつもと変わらなければ, 変わらないが故に, 「病状変化の兆候は見られない」という意味づけをして, また, つかみとった状況に, いつもにはない変化があれば, 「病状変化の兆候がある」という意味づけをして, 目の前に繰り広げられる状況を読み取っているのである。

そして, 訪問看護師が持つ, 一人暮らし認知症高齢者の暮らしに関するこうした観察力は, いわば, この人に「継続的な関わり」をした看護師だけが培うことのできる感覚的な「観察眼」であると考えられる。看護師が, 一人暮らし認知症高齢者の暮らしの中に内在するどのような状況に着目するか, つまり, いったいどのような状況に意味を見出すことが, この人にとって病状変化の兆候を示すサインとなっているかは, 時間をかけたこの人との関わりと, その関わりの経験に基づいた実感を通して, その看護師自身が感覚的につかんでいく。言い換えれば, はじめてその一人暮らし認知症高齢者に関わったり, 代理でたまたま訪問する看護師には, 何がこの人にとって習慣づけられた行動パターンなのかつかめず, 従って, どのような状況がこの人のいつもの状況なのか, いつもと変わらない状況なのかは判断できず, わからない, その状況の意味がつかめないのである。しかし, 「継続的に関わった」看護師であれば, その関わりの経験に基づく実感を通して, どれがこの人に習慣づいた行動パターンなのかは感覚的につかむことができる。習慣づけられた行動パターンによって繰り広げられる状況がいつもと同じ様相を呈しているのか, いないのか, 感覚的につかみとり, その状況に内在した病状変化の兆候を意味的に読み取ることが可能なのは, 継続的な関わりに裏打ちされた観察眼があるからこそである。その意味において, 一人暮らし認知症高齢者に関わる中で, その訪問看護師に養われていくこの人に対する観

観察眼は、他の看護師に代替できない、置き換え不可能な、その看護師だけが特有に持つ観察眼であると考えられる。

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、現在、わが国における認知症の診断については、標準化が進められている段階であり、本研究では、語られた一人暮らし認知症高齢者の事例を認知症のタイプ別に分類して分析することはできなかった。また、要介護度は、事例の時間経過によって変化することが多く 2~5 と幅広くなったが、全てまとめて分析を行っている。しかし、同じ一人暮らし認知症高齢者であったとしても、療養者の要介護度のレベルによって看護師が行う具体的な援助内容は異なる、また、それぞれの認知症のタイプの特徴は、訪問看護師が行う援助に反映されている可能性がある。そのため、療養者の要介護度別、また認知症のタイプ別に分析を試みることで、より詳細に、それぞれの段階、タイプに応じた一人暮らし認知症高齢者への訪問看護師の援助を示すことが可能となり、今後の、訪問看護の質の向上に活かせる考える。

さらに、本研究では、一人暮らし認知症高齢者に携わった訪問看護師が、その療養者と関わりながら観察眼を養い、獲得していくことを示したが、そもそも、他者に代替できない、その看護師独自の観察眼がどのようにして、また、いかにして養われていくのかは何も言及できていない。そこで、本研究に残された今後の課題として、訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者に携わりながら、その療養者に対する独自の観察眼をどのように獲得しているのか明らかにしていく必要がある。

以上を踏まえて、今後も引き続いて、訪問看護師の実践知を集積する研究を行い、そうした看護の実践が一人暮らし認知症高齢者と〈この人を取り囲む人たち〉の生活の質の向上に貢献していきたい。

なお、本研究は「2011年度 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療研究への助成」による研究助成を受けて行いました。

## 文献

Alzheimer's Society. (2003). Demography, Dementia worldwide. [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?categoryID=200167&documented=412](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?categoryID=200167&documented=412) [2011.3.15].

浅川典子, 今泉たまき, 橋本志麻子, 他 (2009). 一人暮らし認知症高齢者に対するケアマネジャーの支援に関する研究—サービス導入後のモニタリングにおける支援の特徴—. 日本老年医学会雑誌, 8(2), 197.

Ferri, C.P., Preinice, M., Brayne, C. et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.

小玉敏江(2004). 独居高齢者の痴呆症発症に伴う交友関係の再編とサポートネットワーク.

- 日本公衆衛生学会総会抄録集, 63回, 737.
- 厚生労働省(2003). 2015年の高齢者介護~高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて~.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3c.html> [2011-4-1]
- 厚生労働省(2009). 第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0521-3c.pdf> [2011-4-1]
- 関なおみ, 大越扶貴(2002). 単身痴呆性高齢者の在宅生活支援に行政援助職が苦慮した事例の分析. 保健医療社会学論集, 13(2), 55-65.
- 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.
- Tierney, M., Charles, J., Jaglal, S. et al. (2001). Identification of those at greatest risk of harm among cognitively impaired people who live alone. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 8(3), 182-191.
- Tuokko, H., MacCourt, P., Heath, Y. (1999). Home alone with dementia. *Aging & Mental Health*, 3(1), 21-27.
- United Nations (2002). World population aging 1950-2050. Department of economic and social affairs, Population division. New York: United Nations Publication.5-9.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1990). Confused minds, burdened families: Finding help for people with Alzheimer's disease and other dementias. Washington DC : U.S. Government Printing Office.

#### <感想>

本研究を遂行するにあたり, 特にインタビュー調査の交通費, 宿泊費, また, インタビューのテープ起こしに, 大変費用がかかりました. しかし, 貴財団からの助成金があったため, なんとか, 最後まで研究を行うことができました. 本当にありがとうございました. 今後も, 在宅医療の推進と質の向上に, 貢献していきたいと思えます.