

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

上野 陽奈^{*1} 渡辺 陽子^{*2} 山中 道代^{*2}

*1 広島市医師会運営 安芸市民病院

*2 県立広島大学保健福祉学部看護学科

2019年8月30日受付

2019年12月12日受理

抄 録

在宅生活を継続している認知症高齢者が必要とする支援の内容を明らかにすることを目的とし、文献検討を行った。医中誌webを用い、検索式は「認知症高齢者 and 在宅」等、期間は2013～18年とし、抽出された15文献を対象とした。在宅において実施されている支援は【本人・家族の力を引き出すための支援】が最も多く、【心身状態の安定化を図る支援】【近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援】などが挙げられた。認知症高齢者と家族の自助力の適切なアセスメントとサポート、インフォーマル・サービス活用に向けた環境整備、アクシデントへの早期対応などが行われていた。また多職種協働による実践内容では【タイムリーに対応する】【関連する職種をつなげ合わせる】などが挙げられた。チームメンバーが、今ある課題の解決にはどの職種の力が必要かをアセスメントし、多職種に繋げながら認知症高齢者の在宅生活を支援していた。

キーワード： 認知症高齢者, 在宅生活, 地域包括ケアシステム, 多職種協働

1. 緒言

「厚生労働省の認知症施策推進総合戦略」(以下「新オレンジプラン」)によると、我が国における認知症の人の数は、2012年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人¹⁾となると推計されている。さらに今後の高齢化に伴い2025年には認知症の人は約700万人前後となり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込み¹⁾であるとの見解が示されている。このことを背景として、認知症の人が、「住み慣れた地域の良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ための環境を整備していくこと¹⁾は急務である。

自分らしく暮らし続けるということについて、「平成27年度少子高齢社会等調査検討事業報告書」によると、「高齢期に生活したい場所」では「自宅」(72.2%)が、「自身が望む介護の姿」では「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」(37.4%)が最も多く、介護サービスなどを利用しながら、できる限り自宅で過ごしたいが家族に依存したくないという希望が表れている²⁾という。しかし、「高齢期の一人暮らしへの不安」について、「大いに不安」(39.9%)と「やや不安」(41.8%)を合わせると8割以上の方が不安を感じている²⁾という結果もある。その理由には、「病気になったときのこと」(79.7%)「寝たきりや身体が不自由になり、介護が必要になったときのこと」(79.1%)が特に多く、「買い物など日常生活のこと」(43.5%)が続いていた²⁾。年齢別にみると、年齢が低い方が「病気になったときのこと」をあげる割合が高く、年齢が高いほど「買い物など日常生活のこと」「日常会話をする相手がないこと」をあげる割合が高い²⁾という結果もある。つまり高齢期の生活に向けて感じる不安とは、疾病に罹患することだけでなく、買い物などの自立した日常生活の継続が難しくなること、近所の人との交流などの社会参加の機会が減少することに対する不安などもある、といえる。このことから、暮らしの継続を支援するということは、疾病管理だけでなく、人が地域社会で自立・自律的に生活することの意味にも目を向けた支援が重要であるといえる。加えて認知症高齢者では、介護家族が「説明しても分かってもらえないの繰り返し」などの認知症の症状そのものへの対応の大変さを感じたり³⁾、周囲への迷惑行為につながる行動障害が生じる場合がある⁴⁾など、家族との同居、独居に関わらず、地域社会で周囲との交流を継続しながら自立・自律的に暮らすことはより困難になると考えられる。

そこで本研究では、認知症高齢者の在宅生活の継続について検討された文献に着目し、認知症高齢者の在宅生活は、どのような支援によって継続されているの

か、そしてその生活を支援するためには、保健医療福祉専門職はどのような活動を行っているのか、を明らかにすることを目的として、文献検討を行う。在宅生活を継続している認知症高齢者に対して行われている支援を明らかにすることで、認知症高齢者が自分らしく暮らし続けるための支援のあり方についての示唆を得ることができると考える。

2. 目的

本研究では、在宅生活を送る認知症高齢者が必要とする支援の内容、多職種協働による支援の実践内容について明らかにすることを目的とする。

3. 用語の定義

在宅生活

本研究における「在宅生活」とは、ケアハウス・グループホームなどの居宅系施設での生活ではなく、自宅での生活を示す。

支援者

本研究における「支援者」とは、看護師・理学療法士・介護福祉士などの保健医療福祉専門職を示す。

4. 研究方法

研究デザインは、文献検討である。

文献検索には、医学中央雑誌 web を用いた。検索期間は、2013年以降18年までとした(検索月2018年7月)。検索期間を2013年以降とした理由は、認知症高齢者にとって、今後必要な支援を検討するためには、オレンジプランが制定された2012年9月以降の研究論文について検討することが有効であると考えたためである。

本研究での文献の選定(除外)基準は次の通りである。認知症高齢者の生活を支援するための方法を明らかにすることを目的としているため、家族に対する支援を主として書かれている文献は除外した。論文種類は原著論文とし、研究方法の具体的な記述のない論文、行われた支援の具体的な内容が書かれていない論文は除外した。

検索語を「認知症高齢者 and 在宅」として、得られた106件の中から上記基準に沿って12件を抽出し、同様に「地域包括ケア and 認知症」で得られた63件から1件、「在宅 and 認知症 and 支援」で得られた271件中から2件を抽出し、最終的には15件を分析対象とした。対象文献の一覧を表1に示す。

表1 分析対象文献一覧

文献	論文題名(年)	研究対象者	デザイン
1	家族が近隣に居住しているひとり暮らし 中程度認知症高齢者への介護支援専門員 の支援(2015) ⁵⁾	一人暮らし認知症高齢者の支援経験 が豊富であり熟練していると判断し た介護支援専門員6人	質的研究
2	訪問看護師による認知症高齢者と家族介 護者の関係性に着目したコミュニケーション 改善のための支援のプロセス(2015) 6)	3年以上認知症ケアに携わり、支援に より認知症高齢者と家族介護者間の コミュニケーションに改善がみられ た経験をもつ訪問看護師	質的研究
3	一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神 的状況の安定化を図る訪問看護師の働き かけ(2016) ⁷⁾	3年以上の訪問看護経験を持ち、なお かつ一人暮らし認知症高齢者の方へ の訪問を豊富にもつ訪問看護師	質的研究
4	サービス開始時における一人暮らし認知 症高齢者への訪問の継続を図る看護師の 働きかけ(2016) ⁸⁾	3年以上の訪問看護経験および一人 暮らし認知症高齢者の方への訪問経 験を持つ看護師14名	質的研究
5	一人暮らし認知症高齢者の支援者に対す る看護師の働きかけ(2014) ⁹⁾	3年以上の訪問看護経験をもつ、看護 師17名	質的研究
6	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(2017) ¹⁰⁾	実務経験が5年以上で、10名以上の 独居認知症高齢者のマネジメント経 験のある介護支援専門員9名	質的研究
7	一人暮らし認知症高齢者を行政機関につ なげる地域住民の思い(2016) ¹¹⁾	一人暮らし高齢者の認知症状に気づ き、行政機関につなげた住民	質的研究
8	認知症疾患医療センターが担う在宅支援 —独自の支援と地域包括支援センターと の連携による支援内容の分析—(2015) 12)	熊本県の医療センターのうち、研究協 力の承諾を得た7カ所の連携担当者9 人および8カ所の地域包括支援セン ターの職員8人	質的研究
9	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—(2014) 13)	L地区にある小規模多機能型居宅事 業所Mの介護支援専門員N氏に対し、 半構造化面接を行った。	事例研究
10	独居となった認知症高齢者への定期巡 回・随時対応型訪問介護看護事業所にお ける支援 病院からの在宅移行と看取り の支援を中心に(2016) ¹⁴⁾	X事業所利用者A氏90代 男性 認 知機能低下 独居	症例報告
11	地域包括ケアにおける小規模多機能型居 宅介護の意義—泊まりサービスを利用す る認知症高齢者の在宅復帰に向けた取り 組み—(2014) ¹⁵⁾	A氏 84歳 女性 アルツハイマー 型認知症 次男と2人暮らし	症例報告
12	身寄りのない重度認知症高齢者の終末期 を支えた多職種連携—連携における訪問 看護師の役割を考える—(2017) ¹⁶⁾	A氏 60歳代 女性アルツハイマー 型認知症 独居	事例研究
13	在宅認知症高齢者を支援して～訪問リハ ビリテーションとオレンジカフェ由布で の支援～(2015) ¹⁷⁾	86歳 男性 アルツハイマー型認知 症 妻と2人暮らし	症例報告
14	認知症高齢者の服薬管理～訪問看護での 服薬管理の実際と今後の課題～(2013) 18)	80歳代から90歳代の男女5名、認知 機能の低下から薬の飲み忘れがある	症例報告
15	独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向 けた取り組み 地域包括ケアにおける小 規模多機能型居宅介護事業所Aホームの 役割(2014) ¹⁹⁾	C氏 77歳 女性 アルツハイマー 型認知症 独居	症例報告

5. 分析方法

認知症高齢者が在宅生活を送るために必要な支援、多職種協働による実践内容について明らかにするために、次に示す2つの視点で分析を行った。

5.1 在宅生活を送る認知症高齢者に行われている支援について

支援者を研究対象者とした文献^{5~13)}(表1文献番号1~9)から、認知症高齢者・家族への支援内容として示されている記述を抽出し、意味内容の類似したものを集めカテゴリ化を行った。カテゴリ化を行うに当たっては、真実性を高めるために研究者間で複数回検討した。

5.2 在宅生活を支援する職種の具体的な実践内容について

研究対象者が認知症高齢者の事例研究、症例報告である文献^{14~19)}(表1文献番号10~15)から、専門職などの行った具体的な支援内容を抽出して、表として整理した。

6. 倫理的配慮

文献の使用にあたって出典を明らかにし、研究内容は正確に読み取り分析を行い、筆者の意図を侵害しないように配慮した。

7. 結果

7.1 認知症高齢者が在宅生活を継続するための支援方法^{5~13)}

認知症高齢者が在宅生活を継続するための支援方法としては、『認知症高齢者のその人らしい暮らしの継続』に向けた『認知症高齢者を主体とした多職種による協働』というカテゴリが抽出された。以下、『』をコアカテゴリ、【】をカテゴリ、〈〉をサブカテゴリとして示す。

『認知症高齢者のその人らしい暮らしの継続』に向けた支援として、【本人・家族の力を引き出すための支援】【心身状態の安定化を図るための支援】【地域で安心・安寧な暮らしを送り続けるための支援】【近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援】という4つのカテゴリが抽出され、その支援を行うための『認知症高齢者を主体とした多職種による協働』が行われていた。カテゴリとサブカテゴリ、代表的な記述を表2に示す。

【本人・家族の力を引き出すための支援】は、〈エンパワメント、ストレングスの視点で支援をする〉〈家族が在宅介護を継続できるように支援をする〉〈家族

と認知症高齢者との関係調整をする〉〈家族による支援を認める〉〈家族に協力を求めるような支援をする〉の5サブカテゴリ、34の記述単位で構成された。認知症高齢者や家族が主体となり、在宅生活を能動的に送ることができるような支援を表していた。4つのカテゴリのうち、記述単位数が最も多く、在宅生活を送る上では最も重要な支援として示されていた。

【心身状態の安定化を図る支援】は、〈個別性のある情報収集をする〉〈医療機関につなげる〉〈心身状態の安定を図る〉〈病状変化の見落としの要因を内省する〉の4サブカテゴリ、25の記述単位で構成された。認知症高齢者の身体面、精神面の安定を図る支援を表しており、医療的介入に限界のある在宅生活において必要不可欠な支援として示されていた。

【地域で安心・安寧な暮らしを送り続けるための支援】は、〈心地よい支援を行う〉〈信頼を得る働きかけを行う〉〈認知症高齢者の考え方や生活を尊重し権利を擁護する〉〈こだわりや心配へ対応する〉〈認知症高齢者との関係をつくる〉〈本人・周囲の人の安全な生活を配慮する〉の6サブカテゴリ、23の記述単位で構成された。認知症高齢者が地域で安心して安寧な暮らしを送り続けるための支援を表しており、支援者が自宅という私的空間へ伺うという、在宅ケアにおいてこそより重視すべき支援として示されていた。

【近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援】は、〈ご近所づきあいを生かす〉〈認知症高齢者と近隣住民との関係を調整する〉〈啓発活動をする〉の3サブカテゴリ、15の記述単位で構成された。近隣住民や知人からの私的なサポートを得ることができるような支援を表しており、認知症高齢者や家族の社会生活を支える上で重要な支援として示されていた。

『認知症高齢者を主体とした多職種連携による協働』の実践内容は、保健・医療・福祉分野の多職種が実施する支援を表しており、【健康を守る】【関連する職種をつなげ合わせる】【タイムリーに対応する】【認知症高齢者を主体とした情報共有をする】【チームや体制をつくる】の5カテゴリ、44記述単位で構成された。カテゴリと記述を表3に示す。在宅生活を送る人に「今」生じている困りごとへ対処するためには、情報共有や、職種間の連携・協働が重要であることが示されていた。

7.2 在宅生活を送る認知症高齢者が利用しているサービスと支援内容^{14~19)}

自宅で生活している高齢者が利用しているサービスにおいて、多職種が実施している支援内容を表4に示す。

さまざまな職種が訪問していたが、特にケアマネージャーや、介護福祉士、ヘルパー等が果たす役割が大

表2 『認知症高齢者のその人らしい暮らしの継続』に向けた支援の実践内容

カテゴリ	サブカテゴリ	記述（一部抜粋）
本人・家族の力を引き出すための支援 (34)	エンパワメント、ストレングスの視点で支援をする (6)	本人の自分ではできているという感覚を大切にする/本人のもっている力を生かせるように支える/この人とうまくいく方法を伝授して、支援者が失敗しないようにする/少々の難はあってもこの人が長年やってきたことは制限しないで見守る
	家族が在宅介護を継続できるように支援をする (13)	家族が倒れないように支援しようと試みる/家族間の関係性を壊さないように働きかける/フォローの継続/患者・家族への情報提供/患者・家族と介護事業所の見学と助言/家族の話をしき
	家族と認知高齢者との関係調整をする(7)	間に入って関係性の調整を図る/家族介護者のコミュニケーション技術の取得をうながす/関係性悪化の早期発見を試みる/認知症高齢者、家族介護者と援助関係を築く試み
	家族による支援を認める (4)	長男の嫁が忙しいのに頻回に来てくれた
	家族に協力を求めるような支援をする(4)	ひとり暮らしが困難な本人の状況を家族に伝え協力を依頼する/家族にサービスの必要性を説明してもらい協力もしてもらった
心身状態の安定化を図るための支援 (25)	個別性のある情報収集をする (12)	生活に入り込み問題の原因を探っていく/家庭でできる簡易測定 of データを大切にする/日常の中に垣間見える普段のこの人との違いに引っかかる/引っかかった違いは以前にもあった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判断する
	医療機関につなげる (9)	早期診断の判断/他科受診の必要性の判断/タイムリーな対応の判断/つなげる医療機関の判断/入院の必要性の判断/自宅訪問/訪問時の専門的な介入
	心身状態の安定を図る (2)	認知症高齢者の安定を図る/不安や寂しさが被害妄想として表出する夕方に重点的にコミュニケーションを図るサービス提供する
	病状変化の見落としの要因を内省する(2)	病状変化の徴候に関する見落としを内省する/病状変化の徴候の見落としの原因を探索する
地域で安心・安寧な暮らしを送り続けるための支援 (23)	心地よい支援を行う (6)	快に感じる体験を通して支援導入を図る/訪問時は楽しい時間を共有する/最後は喜ぶケアで終わり、良い感情を残して帰る/デイサービスでは気の合いそうな人と近い席にした
	信頼を得る働きかけを行う (4)	困りごとを探索し、それを解決する/本人が受け入れられるような方法で説明する/訪問時の関係づくり/医療センターのネームバリューの活用
	認知症高齢者の考え方や生活を尊重し権利を擁護する (5)	手助けは脅威を与えず、自然な流れでそっとする/看護師がしたいことはひとまずおく/慣れるまでデイサービスの送迎は、時間をずらした/徐々にサービスを増やしていくことを受け入れるようになる/権利擁護事業の導入
	こだわりや心配へ対応する (4)	ひとり暮らしの寂しさと不安が軽減するように働きかける/こだわりの心配事にはその都度対応する/家屋はいつでも同じ状態にしてなじみの住み心地を守る
	認知症高齢者との関係をつくる (2)	同じ看護師が同じ時間に訪問し「定期的に訪ねてくる人」と覚えてもらう/できるだけ固定の看護師や介護職が訪問する
	本人・周囲の人の安全な生活を配慮する(2)	危険回避できないことを補う/近隣を危険にさらしていないか判断する
	近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援 (15)	ご近所づきあいを生かす (8)
認知症高齢者と近隣住民との関係を調整する (3)	ストレスを与えてしまった人や関係性を悪化させてしまった人に対し、その行動は認知症によるものであること、O氏に関するポジティブな情報を伝え地域生活の継続に理解を促した/利用者の在宅生活の継続を快く思っていない人には、家族がお礼を伝えると逆効果になることがあるため(専門職が)仲介することもある。	
啓発活動をする (4)	認知症サポーター養成講座の講師/情報提供場所の環境整備	

表3 『認知症高齢者を主体とした多職種による協働』の実践内容

カテゴリ	記述（一部抜粋）
健康を守る（13）	他職種を効果的に活用する/必要な支援を判断して適した人に最小限のことを依頼する/担当者会議以外でも状況報告や対策についてこまめに行った/関係機関との協働/関係専門職とチームで介入/医師と合同訪問/薬効を判断し主治医につなげる
関連する職種をつなげ合わせる（12）	サービスの導入/ニーズに応じた医療機関の調整/かかりつけ医との連携調整/今必要な医療機関につなげる/かかりつけ医との連携、つなげる時期の見極め
タイムリーに対応する（7）	支援者が困ったときにはタイムリーに対応する/どのような人的リソースがあるのか、日ごろからアンテナを立てておく/ネットワークをいかしたケースの相談
認知症高齢者を主体とした情報共有をする（6）	家族の希望を医師に伝える場づくり/かかりつけ医への説明/地域の関係機関への説明/ケアマネジャーへの情報提供/連携担当者間の情報交換/ケアマネジャーからの情報による受診・内服薬調整
チームや体制をつくる（6）	ひとりの認知症高齢者のニーズに合わせた連携協働体制/認知症初期集中支援チームをつくる/ツールやモデル事業の検討/地域の関係専門職との事例検討会の企画

表4 在宅生活を送る認知症高齢者が利用していた施設/サービスと、支援していた職種、内容（支援内容は一部抜粋）

文献番号	10	11, 15	12, 14	13
施設/サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	訪問看護	オレンジカフェ 訪問リハ
訪問していた職種*	訪問看護師・医師・ケアマネジャー・介護福祉士、ヘルパー	ケアマネジャー・介護福祉士、ヘルパー	訪問看護師・医師・ケアマネジャー・介護福祉士、ヘルパー	理学療法士、ケアマネジャー
訪問看護師	体調管理/医師との連絡調整/排便・服薬管理/緊急時対応		薬管理/利用者の意思を尊重する/ヘルパーへ指導と連携	
医師	往診/処方/緊急時対応		訪問診療	
理学療法士				訪問リハ
ケアマネジャー	サービス調整/家族との連絡調整	地域包括支援センター、利用者や家族、地域住民との連携・協力体制の整備/ケアプラン作成	サービス調整	オレンジカフェの紹介
介護福祉士、ヘルパー	週1回の入浴または清拭	日常生活支援/生活状況アセスメント/他の利用者との状況観察/レク活動提供/認知症症状の観察と原因のアセスメント	連絡ノートで情報共有しながら体調管理や内服介助、保清	

きかった。訪問看護師は、主に体調管理や服薬調整、および他職種へ医療的な知識や技術を伝える、情報提供を受けるなどの連携を行っていた。

8. 考察

本研究では、認知症高齢者の在宅生活は、どのような支援によって継続されているのか、そしてそこでは、どのような職種間の連携・協働が行われているのか、を明らかにすることを目的として、文献検討を行った。以下に、研究目的に沿った2つの視点から考察する。

8.1 認知症高齢者のその人らしい暮らしの継続に向けた支援

本研究で、在宅生活を継続している認知症高齢者に対して行われている支援としては、【本人・家族の力を引き出すための支援】の記述単位が最も多かった。支援の内容としては、〈エンパワメント、ストレングスの視点で支援をする〉など、保健医療福祉の専門職が、認知症高齢者と家族に顕在・潜在している力をアセスメントし、「できる」という可能性と、援助を要する部分のバランスを図りながらの支援が行われていた。さらに、「認知症高齢者、家族介護者と援助関係を築く試み」(〈家族と認知症高齢者との関係調整をする〉)など、家族機能の再構築を図るための支援も行われていた。地域包括ケアシステムを効果的に機能させるためには、「自助・互助・共助・公助」という4つの「助」の力を連携させ、生活上の課題を解決していくことが求められ、本支援は4つの力のうち、「自助」の力を引き出すための支援である。この支援が最も多く抽出されたことから、在宅生活を送るうえでは、【本人・家族の力を引き出すための支援】が、最も重要な支援であるといえる。在宅で認知症高齢者を介護することを決め、在宅での介護生活を開始しても、家族をはじめとする介護者が重い介護負担から施設へ生活の場を移すことを決断する場合もある。ケアマネージャーが、在宅生活継続の可能性を感じても、家族の判断によって施設生活に移行する場合もあり、そのことにケアマネージャーは複雑な気持ちや残念な思いを持つという²⁰⁾。このことから、「共助・公助」の充実も重要ではあるが、「自助」という基礎なくしては、認知症高齢者の在宅生活の継続には繋がらないということが分かる。支援者はそのことを理解し、「自助」の力を適切にアセスメントし、自立・自律と援助のバランスを図りながら支援することが、重要であるといえる。

加えて、【近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援】として、〈ご近所づきあいを生かす〉(認知症高齢者と近隣住民との関係を調整する)など、近隣住民などからのインフォーマル・

サポートを得るための支援も行われていた。近隣住民との関わりは、認知症高齢者と家族にとって地域社会との繋がりとなりえ、在宅生活の継続においては重要である。認知症は、徘徊や攻撃性等、周囲への影響を及ぼすBPSDが生じる可能性がある疾患であるがゆえに、近隣住民が不安や戸惑いを感じるだけでなく、家族自身も認知症高齢者が地域の人と交流することに対して遠慮や気遣いを感じると推察される。神崎らは、「家族が認知症高齢者への対応の困難さを感じると、社会活動との両立に葛藤を持つことが懸念される」と述べ、「(他の)家族や近所、介護スタッフにまで気遣いがあれば、社会資源の活用が、介護負担の軽減につながる」⁴⁾と指摘する。地域の特性を踏まえつつ、認知症の人や介護家族、地域の人がともに交流しながら正しい知識を習得し認知症に対する理解を深めること、近隣住民同士の関係の再構築を図ることのできる場を設ける取り組みを拡げていくことが、インフォーマル・サポートを活用しやすい土壌づくりに繋がると考える。さらに、介護施設等で活動するボランティアが、要介護者、介護家族を地域で支える重要な人的資源であることも示唆されている²¹⁾。これからの社会においては地域住民自身も、地域包括ケアシステムの担い手となる、という意識を高めていくことが重要である。

【心身状態の安定化を図るための支援】として、「日常の中に垣間見える普段のこの人との違いに引っかかる」「タイムリーな対応の判断」など、〈個別性のある情報収集をする〉ことで、異常を早期発見し、〈医療機関へつなぐ〉ことが行われていた。在宅生活の継続においては重要な支援であるといえる。しかし北川は、認知症高齢者の入院や緊急受療などは、併存疾患の発症・悪化や転倒・骨折などのアクシデントだけでなく、介護困難も理由となっていたことを明らかにし、「認知症高齢者の病状悪化に介護力不足が重なると入院や緊急受療を契機に在宅介護を断念し、長期入院・入所へと移行する可能性が示唆される」と述べている²²⁾。長い療養生活の中での入院や緊急受診は不可欠でもあり²²⁾、むしろ入院したとしても「地域に戻って生活したい」と思えるような、チームの連携による【地域で安心・安寧な暮らしを送り続けるための支援】体制の充実が、在宅生活の継続のためにはより重要と考える。「共助・公助」にあたるこれらの支援が、認知症高齢者や家族からの信頼を得ることに繋がると、生活の場に立ち入った継続的な介入が可能となると考える。

8.2 その人らしい生活を維持するための多職種協働

以上のように、認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた支援としては、認知症高齢者と家族の「自助」を基礎として、「互助・共助・公助」の力を連結させていた。

そしてそれを行うために【健康を守る】【関連する職種をつなげ合わせる】【タイムリーに対応する】【認知症高齢者を主体とした情報共有をする】【チームや体制をつくる】という支援が、チームで連携しながら行われていた。チームメンバー個々人が、「今」の課題を解決するために何が必要か、どの職種の力が必要かをアセスメントし、他の職種に繋げながら認知症の人や家族の生活を支援しているということが伺える。認知症高齢者と家族を主体として、チームメンバー同士が利用者・家族の援助目標を共有し、その達成のために各職種が担うべき役割、あるいは今後担うことになる可能性のある役割について話しあい、互いの専門性を尊重しながら協働することが課題解決に繋がり、在宅生活の継続には有効であるといえる。

看護職は、認知症高齢者の健康を守るために、他職種との連携を図っていた。また介護福祉士など他職種が、認知症高齢者の生活を支える役割を安心して担うことができるよう、必要な医療的知識や技術を伝え、支えていくということも行っていた。高齢者が在宅での療養生活を送る上では、急激な状態変化などのアクシデントが起こる可能性も高く、また長い療養生活の延長上に迎える死がある。認知症高齢者・家族が安心して在宅生活を送るためには、支援者自身も安心してサポートできる体制の構築が重要であるといえる。

9. 結論

在宅生活を継続している認知症高齢者が必要とする支援の内容と、保健医療福祉専門職の実践内容について次のことが示された。

- ・認知症高齢者のその人らしい暮らしの継続に向けた支援としては、【本人・家族の力を引き出すための支援】が最も多く、【心身状態の安定化】【地域で安心・安寧な暮らしを送り続けるための支援】【近隣住民や知人からのインフォーマルなサポートを得るための支援】が挙げられた。在宅でのその人らしい暮らしの継続を支援する上では、認知症高齢者と家族の自给力の適切なアセスメントとサポート、インフォーマル・サービスの活用に向けた環境整備が重要な支援となる。
- ・多職種協働による支援としては、【健康を守る】【関連する職種をつなげ合わせる】【タイムリーに対応する】【認知症高齢者を主体とした情報共有をする】【チームや体制をつくる】が挙げられた。認知症高齢者と家族を主体として、各職種がお互いの専門性を尊重しながら協働することで、生活における課題の解決が可能となる。
- ・看護職には、認知症高齢者の健康を守る他に、介護専門職等の他職種に医療的な知識や技術を伝えたり、情報提供を受けるなどの連携を行い、チームメ

ンバーが安心して在宅生活を支援できるように支えることが求められる。

10. 文献

- 1) 厚生労働省：「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）」について。（オンライン）入手先<<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>>（参照 2018.11.11）
- 2) 厚生労働省：平成 27 年度 少子高齢社会等調査検討事業 報告書。（オンライン）入手先<<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000137669.html>>（参照 2018.11.11）
- 3) 上山 千恵子, 田場 真理ほか：認知症高齢者を介護する娘介護者の体験 介護生活の中で体験する困難と、介護生活の支えとなるもの。奈良学園大学紀要, 5, 67-79, 2016
- 4) 神崎 匠世, 木村 裕美：認知症高齢者を介護する家族の家族生活力量における介護体験の質的：家族看護学研究, 19(1), 65-74, 2013
- 5) 安藤 こそえ, 水野 敏子：家族が近隣に居住しているひとり暮らし 中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援。老年看護学, 20(1)：88-96, 2015
- 6) 鈴木 千枝, 松田 宣子ほか：訪問看護師による認知症高齢者と家族介護者の関係性に着目したコミュニケーション改善のための支援のプロセス。日本在宅ケア学会誌, 19(1)：43-50, 2015
- 7) 松下由美子：一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ。大阪府立大学看護学雑誌, 22(1)：35-44, 2016
- 8) 松下由美子：サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ。日本在宅看護学会誌, 5(1)：124-133, 2016
- 9) 松下由美子：一人暮らし認知症高齢者の支援者に対する看護師の働きかけ。聖路加看護学会誌, 18(1)：30-37, 2014
- 10) 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
- 11) 松下由美子：一人暮らし認知症高齢者を行政機関につなげる地域住民の思い。大阪府立大学看護学雑誌, 22(1)：77-83, 2016
- 12) 永田 千鶴, 松本 佳代ほか：認知症疾患医療センターが担う在宅支援－独自の支援と地域包括支援センターとの連携による支援内容の分析－。山口医学, 64(3)：183-189, 2015

- 13) 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
- 14) 森重勝：独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援 病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に. 認知症ケア事例ジャーナル, 9(3) : 272-277, 2016
- 15) 松浦弘典：地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護の意義－泊まりサービスを利用する認知症高齢者の在宅復帰に向けた取り組み－. 立正社会福祉研究, 15(2) : 113-121, 2014
- 16) 小林昌子, 玉井三枝子ほか：身寄りのない重度認知症高齢者の終末期を支えた多職種連携－連携における訪問看護師の役割を考える－. 北海道看護研究学会集録, 平成 29 年度 : 27-29, 2017
- 17) 徳野圭昭, 吉田留美ほか：在宅認知症高齢者を支援して～訪問リハビリテーションとオレンジカフェ由布での支援～. 大分県リハビリテーション医学会誌, 13 : 34-37, 2015
- 18) 藤井広美, 上杉悦子ほか：認知症高齢者の服薬管理～訪問看護での服薬管理の実際と今後の課題～, 甲南病院医学雑誌, 30 : 61-63, 2013
- 19) 松浦弘典, 國光登志子：独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み 地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所Aホームの役割. 認知症ケア事例ジャーナル, 7(2) : 133-143, 2014
- 20) 南幸子, 井上善行：居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因についての研究(その1). 自立支援介護学, 10(2) : 172-178, 2017
- 21) 辰己俊見, 梯正之：介護施設等で活動するボランティアの人的資源の可能性について 要介護者・介護家族を地域で支える地域包括ケアシステムの視点から. 日本認知症ケア学会誌, 14(3) : 656-666, 2015
- 22) 北川公子：認知症患者の在宅療養期における入院及び緊急受療等の実態. ホスピタルと在宅ケア, 21(1) : 46-51, 2013

A literature review on the support for older people with dementia to continue to live at home

Haruna UENO^{*1} Yoko WATANABE^{*2} Mitiyo YAMANAKA^{*2}

*1 Hiroshima City Medical Association-administered Hiroshima City Aki Hospital

*2 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

Received 30 August 2019

Accepted 12 December 2019

Abstract

This study conducted a literature review to investigate the support provided to older people with dementia who live at home. Using “older people with dementia and living at home” and some other expressions as key words, we searched articles published between 2013 and 2018 on Ichushi-Web, and 15 articles were extracted. As the support for older people with dementia to continue to live at home, “support to bring out the strength of older people with dementia and their family” was most frequently reported, and “support to stabilize the mind and body” and “support to promote informal support from their neighbors and friends” were also reported. The assessment and promotion of self-care ability of older people with dementia and their family, and the improvement of the environment to promote use of informal services were also observed. In addition, “responding at an appropriate time” and “connecting between the relevant professions” were reported as types of support provided by multi-professional collaboration. Older people with dementia living at home were supported by multiple professionals collaborating to resolve their existing problems.

Key words: Older person with dementia, Living at home, The Integrated Community Care System, Interprofessional Collaboration in Health and Social Care