

全国労働者共済協同組合連合会 2023 年度社会福祉活動等助成事業

一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査  
— 介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から—

報告書

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター

令和5年（2023）12月



## 目次

1. 研究概要	2
2. 研究背景と目的	4
3. 方法	5
4. 結果と考察	11
5. 総合考察	34
6. 本研究での限界と課題	38
7. 謝辞	39
7. 引用文献	40

## 1. 研究概要

介護支援専門員には、利用者のニーズの把握から生活を脅かすリスクを予測し、できる限り本人が望む生活を継続させる為の手段を講じることが求められる。一人暮らし認知症高齢者は、自身で日常生活上のリスクの予測・回避が困難な場合が多いことから、在宅生活の継続が困難になりやすい。実際、「独居」かつ「認知症」であること認知症高齢者の在宅継続率をさらに低くすることが明らかにされている<sup>1)</sup>。一人暮らし認知症高齢者に安心した在宅生活を保障するために介護支援専門員は、認知症高齢者の在宅生活継続を困難にさせる状況をできるだけ早く認識し、それを回避する為のスムーズな支援を行うことが重要である。しかし、介護支援専門員側からの一人暮らし認知症高齢者の支援は、本人の意思・意向や生活状態が見えにくい環境の中で行わなければならないため、十分なニーズ把握ができず、支援の困難性を高めているといわれている。

そこで、本研究では在宅生活上の困難が生じた場合でも、一人暮らし認知症高齢者が住み慣れた地域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ことを目指した介護支援専門員の支援について模索することとし、一人暮らし認知症高齢者が望む生活を継続するために、在宅生活を支える介護支援専門員（ケアマネジャー）がどのような支援を行っているかを明らかにし、そのうえで、支援の困難さやその困難をどのように乗り越えているかについて検討することを目的とした。

介護支援専門員が行っている一人暮らし認知症高齢者支援の現状を明らかにするため、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員の支援について M-GTA を用いて検討を行った。分析の結果、【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】【地域とつなぐ】【チームでのつながり】【関わりのプロセス】という6つのカテゴリーが生成された。【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】は、主に一人暮らし認知症高齢者本人に向き合うカテゴリーであり、【地域とつなぐ】は主に一人暮らし認知症高齢者の環境への働きかけを示すカテゴリーであった。また、【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【地域とつなぐ】3つのカテゴリーの中心には【価値の探求】（コアカテゴリー）が位置付けられた。そしてその活動は、一人暮らし認知症高齢者を支援する専門職同士の【チームでのつながり】で支えられていた。これらのカテゴリーを横串するカテゴリーとして、介護支援専門員が一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える際にはある一定の【関わりのプロセス】がある可能性が示唆された。

支援の困難さについては、【生活全般を捉える】、【日常に向き合う】【地域とつなぐ】と

いうカテゴリーから、介護支援専門員が一人暮らし認知高齢者の認知機能の低下による日常での様々な躓きを在宅生活継続の課題としてとらえていることが具体例からも示された。また、介護支援専門員は<チームとして互いを理解する>ことで乗り越えられるととらえていた。それと同時に、「自分らしく暮らし続ける」【価値の探求】しながら本人の意思の尊重や人権を擁護していく視点を持つことが困難性を乗り越えるための視点の一つとしてさらに重要となってくると考えられた。

## 2. 研究背景と目的

近年、少子化や核家族化をはじめとする様々な社会的変化に伴い、単独世帯の高齢者は年々増加傾向にある。厚生労働省が発表した2022年「国民生活基礎調査の概況」によると、65歳以上の者のいる世帯のうち「単独世帯」は873万世帯であり、高齢者世帯の51.6%を占めており、半数以上を一人暮らし高齢者が占めている<sup>2)</sup>。

また、認知症高齢者の急激な増加も見込まれており、2012年時点では462万人（高齢者7人に1人）、2025年にはおよそ700万人（高齢者5人に1人）、2060年には850万人（高齢者4人に1人）になると推計されている<sup>3)</sup>。更に、2012年度の資料では、要介護認定者の約半数が認知症であり、その約5割が在宅で生活していることが示されている<sup>4)</sup>。介護が必要になったとしても、そのまま在宅生活を希望する意向は高い傾向があり<sup>5)</sup>、今後も、増加が予測される一人暮らし高齢者や認知症高齢者に対する支援の検討は非常に重要な課題である。

介護支援専門は、利用者のニーズを考え、その人の生活を脅かすリスクについて予測を立て、できる限りその人の望む生活が継続できる為の手段を考える事であるといえる。一人暮らし認知症高齢者を対象とした支援の場合、高齢者本人の認知機能低下によって、自身の行動において明確なリスクの予測が難しくなるため生活上困難が生じやすくなる。また、抱える問題も複雑化していることが多い<sup>6)</sup>。

「独居」・「認知症」というキーワードは対応困難ケース類型化の一つになっており<sup>7)</sup>、「独居」・「認知症」であること自体がリスクであると予測できる<sup>8)</sup>。介護支援専門員がとらえる独居または一人暮らし認知症高齢者への支援の困難さについては、ここの数十年で少しずつ研究が蓄積されてきている<sup>9)~13)</sup>。しかし、一人暮らし認知症高齢者を支援する介護支援専門員の支援の経験やそのプロセスに視点を置いた研究は多くない<sup>14)</sup>。一人暮らし認知症高齢者の生活課題は多様である。それを身近で支える介護支援専門員は、一人暮らし認知症高齢者の生活を支える重要な資源の1つであり、その支援のプロセスを可視化することは独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくり<sup>8)</sup>に重要だと考える。

そこで、本研究では在宅生活上の困難が生じた場合でも、一人暮らし認知症高齢者が住み慣れた地域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ことを目指した介護支援専門員支援について模索することとし、一人暮らし認知症高齢者が望む生活を継続するために、在宅生活を支える介護支援専門員（ケアマネジャー）がどのような支援を行っているかを明らかにし、そのうえで、その際の困難さやその困難をどのように乗り越えているかについて検討することを目的とする。

### 3. 方法

介護支援専門員が行っている一人暮らし認知症高齢者支援の現状を明らかにするため、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員の支援についてインタビュー調査を行いM-GTAを用いて検討を行った

#### (1) 調査協力者とその選定方法

調査協力者は、一人暮らし認知症高齢者の支援を担当した経験を持つ介護支援専門員 12名（事例は13事例）である。対象者の概要は表1に示す。なお、表1の事例No.5は、2名の対象者にディスカッション形式で話していただき、他のインタビューと同様の方法をとらなかった。そのため検討の結果、今回の分析の対象から外した。

調査協力者の選定にあたっては、認知症介護の研究者と認知症介護や支援に関わる関係者に本研究の目的を説明し、適するデータを十分に得られると期待できる一人暮らし認知症高齢者支援の経験を持つ介護支援専門員を紹介していただいた。その後、紹介していただいた協力者に研究者が改めてメールで連絡をとり直接協力を依頼した。なお、調査期間は、2023年8月～2023年11月である。

表1 対象者の概要

ID	事例No	介護支援専門員の 実務年数	福祉職実務年数	介護支援専門員以外の保有資格	
1	A	1	16	24	介護福祉士
2	B	2・14	20	26	介護福祉士
3	C	3	18	25	介護福祉士
4	D	4	23	38	歯科衛生士
5	E	6	1.5	16	介護福祉士
6	F	7・12	23	27	介護福祉士
7	G	8	15	23	介護福祉士
8	H	9	15	26	介護福祉士・社会福祉士
9	I	10	10	23	介護福祉士
10	J	11	3	20	介護福祉士
11	K	13	17	23	介護福祉士・社会福祉士

#### (2) 分析方法

分析にあたっては、M-GTA (Modified-Grounded Theory Approach: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ) を用いることとした。M-GTA は、グレーザーとストラウスに

よって 1960 年代に考案されたグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Glaser and Strauss, 1967=1966)<sup>15)</sup> の検討から、その可能性を実践しやすいように木下<sup>16)17)</sup>によって改良された質的研究法であり、「人間の行動の説明と予測に有効であって、同時に、研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内における説明力に優れた理論」の生成に有効とされている。

M-GTA に適している研究は、人と人が直接的にやり取りをする社会的相互作用に関する研究、ヒューマンサービス領域における研究であり、研究対象とする現象がプロセス的であることとされている。現在、社会福祉領域だけでなく、心理、看護、教育、保健医療等の様々な領域での研究に活用されている。

### (3) データ収集方法

M-GTA は、面接型調査を前提として考えられている。本研究においても、調査協力者 1 人当たり 1 時間半程度の半構造化面接法による個別インタビューをおこなった。インタビューは Zoom ミーティングを活用したオンラインインタビューを基本とし、調査協力者の希望があった際には対面でのインタビューを実施した。対面でのインタビューの際には、プライバシーの保たれる個室を研究者が準備した。

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのインタビュー方法について木下<sup>16)</sup>は「自分のペースで話してもら」「相手が自分のペースで話せるよう質問する」「明らかにそれ話になったときは調整する」「時間は 1 時間から 2 時間程度」「インタビューガイドの使用」としており、また、M-GTA の目的は、その現象やプロセスについて「自分のペースで話してもら」「相手が自分のペースで話せるよう質問する」ことで得たデータに基づき、現象のプロセスに関する理論・枠組みを立ち上げていくことである。そのため、あまりに細かな項目を掲げてのインタビューは、語り手の話の流れをしばしば遮って質問することに繋がるとも考えられるとしている。それらを踏まえインタビュー内容は、支援者が日常的に行っている実践活動を具体的に話してもらい必要があることから「一人暮らし認知症高齢者の方の支援を通して、あなたがその方の生活継続を支援するうえで感じたこと、またその際に考えたこと、悩んだことなどの体験を振り返りながら自由に語ってもらいたいと思います。具体的には、お話しいただく流れに沿って、下記のような項目をお伺いしていきます。」と説明した。下記のような項目とは、以下のとおりである。

- ・事例の概要
- ・支援の工夫
- ・支援の困難さ（その時の状況と困難な程度について）
- ・支援困難な要因（支援者側の要因、認知症が要因、制度やサービス不足の問題、その他環境が要因、その他）
- ・支援困難となったときの対応とその判断について、またその結果
- ・どのような支援が望まれると思うか。

その後、「どのような事例を思い浮かべましたか」という問いかけから始め、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続のための支援状況について、自身の支援を振り返りながら自由に語ってもらった。それと同時に研究者は大まかなインタビューの流れを準備し、できるだけ一人暮らし認知症高齢者の支援の状況が具体的に聞き取れるように適宜、話の流れを整えていった。なお、インタビュー内容は調査協力者の承諾を得て、オンラインインタビューの際には録画と同時に録音を行い、対面インタビューの際には IC レコーダーを使用し録音をした。

#### (4) M-GTA の分析

M-GTA では、データを分析する際に、分析テーマと分析焦点者を念頭に置きながらデータの内容に着目する必要があるとしている。よって、分析方法に関しては、1) 分析テーマの設定 2) 分析焦点者の設定 3) データ分析手順の順で説明を行う。

##### 1) 分析テーマの設定

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ では、研究テーマ全体について分析を進めると、データに密着した分析が難しくなることから、データ収集後に研究テーマに関して、密着して分析しやすいところまでテーマを絞り込むことを推奨し、絞り込んだテーマを分析テーマとしている。また分析のはじめは意図的に「～プロセスの研究」という表現にすることを推奨している。本研究の目的は前述したように、介護支援専門員が行っている一人暮らし認知症高齢者支援の現状を明らかにすることである。これを踏まえて分析テーマを「一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員の支援プロセス」と設定した。

##### 2) 分析焦点者の設定

M-GTA での分析焦点者について木下は「分析結果の中心に位置する人間」とし、分析の際は「このデータはその人間にとって何か。その人間から見れば何を意味するのか」と問いながらデータを分析していくものとしている。このように、分析焦点者は、研究目的に沿った調査協力者に焦点を当てており、本研究では分析焦点者を「一人暮らし認知症高齢者を支援したことのある介護支援専門員」とした。

##### 3) 本研究の分析手順

実際の分析手順は、次のとおりである。まず、語っているデータ内容が豊富だと思われる調査協力者の逐語記録を何度も読み込み、分析テーマに関連がありそうな箇所に着目した。その着目した箇所を、概念名、定義、バリエーション(具体例)、理論的メモから構成される分析ワークシートのバリエーション欄に転記した。次に、その箇所を分析焦点者である介護支援専門員の認識と行為の視点から解釈すると同時に、なぜその箇所に着目したのか、その意味は何かを思考しながら定義づけし、定義欄に記入した。さらに、その定義

を簡潔に言い表す表現の用語として概念を命名し、概念名欄に記入した。また、理論的メモは、解釈する際の自分自身の考察などの思考や疑問点など、概念生成における分析プロセスの記録であり思考の言語化を書き記す欄である。そして、バリエーション同士、概念同士、カテゴリー同士の比較検討を随時行いながら（継続的比較分析）、それぞれの概念やカテゴリーの完成度を高め、概念やカテゴリーの関係性を精緻なものにしていった。その際に、類似概念や対極概念の可能性について検討し、分析する側の解釈が実際のデータに存在しているのかについて、データに立ち返り確認する作業も併せて行った。（理論的サンプリング）。このような分析手順を踏みながら、各分析ワークシートの完成度を確認し（小さな理論的飽和化）、この小さな理論的飽和化に達したと判断された概念によって構成されている分析結果全体についての完成度をさらに判断することによって（理論的飽和化）、分析終了となる。

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチでは、概念が分析の最小単位であるため、1つの概念につき1つの分析ワークシートを用いることが基本である。その後、複数のカテゴリー同士の関係を表す結果図の作成し、その結果図をもとに最終的に、結果のストーリーラインを作成した。実際の分析例として、分析ワークシートの一部を表2に提示する。

表2 分析ワークシートの例

概念名	経験からの予測
定義	これまでのCMの経験から俯瞰して利用者の支援予測を立てる
バリエーション (具体例)	<p>・とにかく、<u>認知症の診断が出たので、グループホームは一つ考えていまし</u> <u>たよね。グループホームも、言葉は悪いけどいろいろなところがあるので、御本人に合いそうなところもあったので、そこも一つかなというのと。</u>まだまだしっかりしているうちは、経済的にも余裕のある人だから、サ高住とかケアハウスとかで、ちょっとした支援がある中で自由に活動できる場所がいいかなというはずと<b>考えては</b>いました。(1-240~242)</p> <p>・<u>いろいろ能力はまだ持ち合わせている部分はあると思うので、多分グループホームみたいところで共同生活できればいいんじゃないかなって</u>思っています。もう一度何か生活の温かみみたいな、人の触れ合いみたいなのを彼には感じてもらいたいなっていうのはありますね。今まで頑張っ<b>て</b>独りで来たけど、こういう世界もあるんだよっていうところだね。もうちょっと認知症が進んできたときに、安心できる場所をちょっと<b>味わって</b>もらいたいなっていうのはあります。だから、そこに向けて、今、準備期間というふうに感じています。(4-168)</p> <p>・今でも、十分じゃないけれどもやっぱりその時期その時期、けんちんを作ろうとしたりとか、そういう振る舞いをするのが得意な方だったから。グループホームで、みんなの御飯を入居さんが主体的に作るというところがあって、そこに入ったらこの人は仕事が、朝起きたときから寝るまでやること<b>いっぱい</b>あるだろう<b>な</b>と思って。人の世話を<b>する</b>って<b>いう</b>状況だと、この人は生き生きされるんじゃないかって思ったんですね。(14-123)</p> <p>・サービスの介入については比較的抵抗がないんじゃないかなという<b>予測</b>の下、ヘルパーさんたちとも多少つながりが、旦那さんとのつながりもある<b>という</b>ところで受入れはいいんじゃないかな<b>な</b>と思って始めたんですね。(10-23)</p> <p>・イメージと予測を<b>す</b>ごく共有するようにしています。(8-105)</p> <p>・最後は混乱<b>という</b>か、最初は混乱<b>だけ</b>だったけど、最後のほうはちょっと<b>予測</b>の範囲では<b>あ</b>ったかな<b>な</b>って。(8-144)</p> <p>・何となく、先々<b>って</b>読めちゃう部分も、長くやっているとあるんですけど、でも、考え方は人それぞれ<b>な</b>ので、人生観とかも。早めに、もう不安で不安<b>で</b>しょうがない、早く<b>お</b>願い<b>し</b>ます<b>っ</b>て<b>い</b>う人も<b>い</b>れば、倒れたときに、じゃあ頼む<b>よ</b>って<b>い</b>う。<u>どの位置で自分の選択をその方がしても、まあ大したことはないよ、任し<b>と</b>いて<b>っ</b>て<b>言</b>える<b>よ</b>うには、心の準備<b>という</b>か、このパターン<b>を</b>用意<b>し</b>て<b>お</b>こう、あのパターン<b>を</b>用意<b>し</b>て<b>お</b>こうは、1人<b>ず</b>つ<b>も</b>う<b>作</b>っていますね。(8-281)</u></p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症でも本人の能力を生かせるのはGHや小規模多機能<b>な</b>のか。</li> <li>・経験からの予測と先を見こして動くことをどう整理する？</li> <li>・想定と予測はちがうのか。</li> <li>・対極例：支援の躓き？</li> </ul>

#### 4) 本研究での信頼性と妥当性の確保

M-GTA は恣意的な解釈に陥らないような工夫がされている。そのためまず、この分析方法を援用したことが信頼性・妥当性の一つになると考える。具体的には、概念や定義をワークシートにて可視化し作成する過程は、信頼性構成概念の明確化につながり、もともとM-GTA は Grounded-on-data、つまりデータに基づいた分析方法という意味で推論の少ない記述となっている。また、妥当性の反証事例については、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては具体例の対極例を確認する工程に相当すると考える。

#### (5) 倫理的配慮

本研究は社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター倫理審査委員会で承認を得て実施している（承認番号：2）。調査協力者には事前に書面にて、本研究と調査の目的、意義、方法、調査同意に関する説明ならびに調査への協力は任意であり、協力をしないことで調査協力者と推薦者が不利益を被ることはないこと、調査協力に不安を感じた際には、調査のいかなる段階でも協力の拒否・撤回ができること、また、調査結果公表に関することを説明した。調査説明文書と同意書は郵送し、その同意書への署名で同意を得た。また、調査当日に再度口頭にて調査の目的と倫理的配慮について説明し、研究参加の同意を得てからインタビューを始めた。

#### 4. 結果と考察

##### (1) 生成されたカテゴリー

分析の結果、34 の概念と 8 個のサブカテゴリー、6 個のカテゴリーが生成された。図 1 は今回のインタビュー調査による「一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員の支援のプロセス」についての概念とサブカテゴリー、カテゴリー間の関係を描いた結果図である。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [ ], 概念を< >で表記した。さらに、カテゴリーや概念の関連するまとまりを点線の四角で囲み、中心的 (コア) カテゴリーを太枠の四角で囲った。また、表 3-1~3-6 にカテゴリー、各概念の定義、具体例、発言数を記載した。

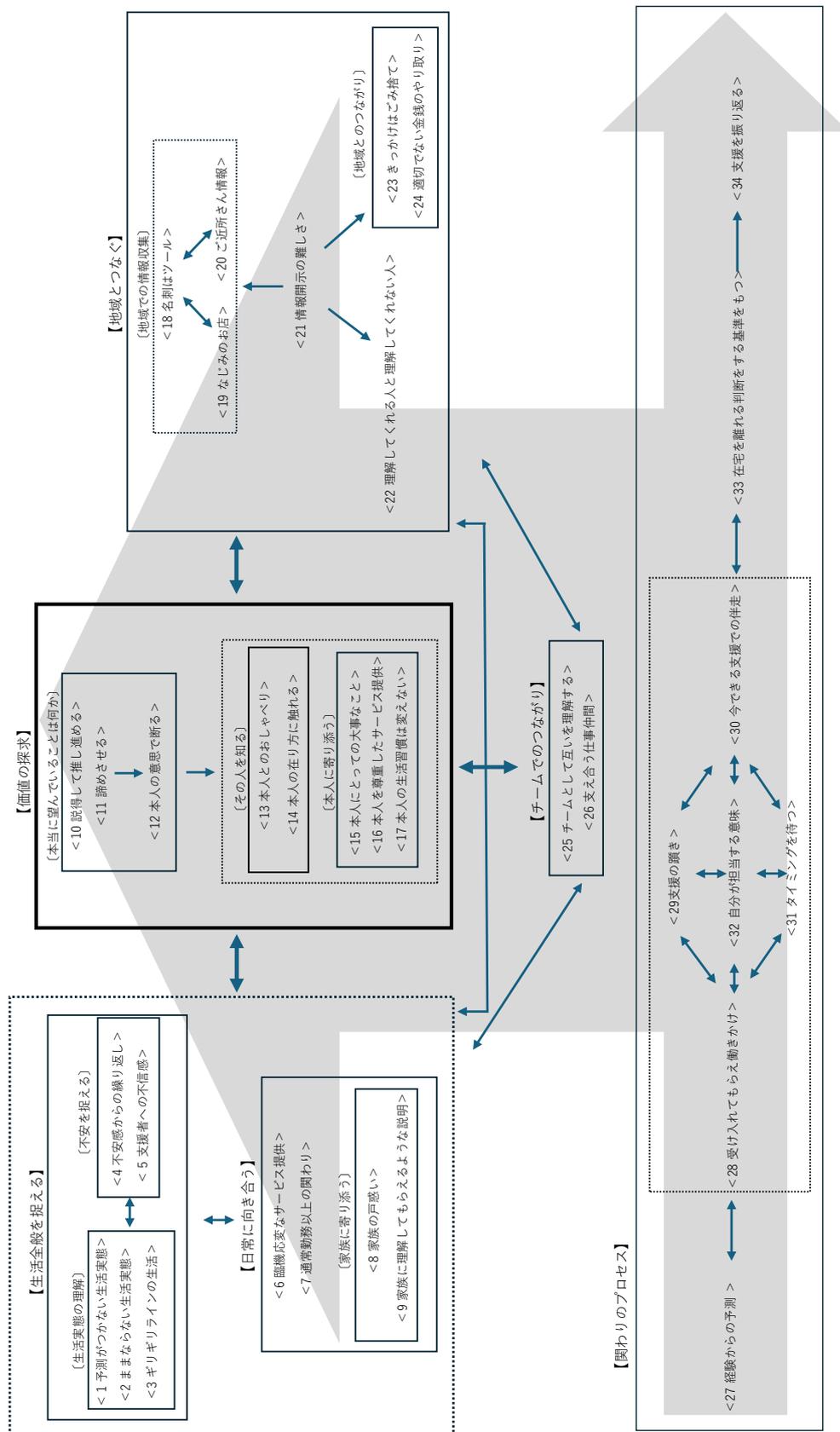


図1 一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員の支援のプロセス（結果図）

表 3-1 生成された概念の定義と具体例

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
1 予想がつかない生活状況	自宅訪問の際、想定する以上の生活状況を知ること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・泥棒が来るかもしれないというので、椅子に座って見張っているんだって言って、座ったまま何年も寝ていたって言うんです。そういうことで、首が前屈したまま固まっちゃっているんですね。ベッドに寝なかったんです。（8-6）</li> <li>・家の中もお掃除が十分に行き届いていなくて、犬の毛とか糞とかが転がっているの。で、尿臭も大分。ワンちゃんのほうの尿臭なのか、御本人のものなのか分からないけれども、お洗濯物も汚れているものが置いてあるし、生活としては御自分としてできているところはどのぐらいあるのかしらと不安に思うような感じ。（10-20）</li> </ul>	17
2 ままならない生活実態	認知機能の低下により、ADLやIADLに障害を呈して、日常生活がままならない様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初の頃はレンジを使えていたんですけども、あるときから使い方が分からなくて。（中略）じゃあ駄目だこりゃあってなると、温めとか、最後できなかったですね。キャベツと納豆と、キャベツの千切りと黒豆の、もうそればかり。（8-160）</li> <li>・風呂にも入っていないし、もう皮膚が黒くなっているし、髪の毛もぐしゃぐしゃと絡まっているような感じで、入浴されていないし、結構異臭を放っているし、本当にすごい匂いがしたんですよ。人間ってどれだけお風呂入っていないとこうい匂いがするんだらうというぐらい（3-11）</li> </ul>	16
3 ギリギリラインの生活	ライフラインが止められたり、猛暑・極寒の中、温度管理ができずに過ごすなどがあるが、本人の在宅生活がギリギリ成り立っている様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暑い中、電気も止められちゃって。要は支払っていなかったんですけど。支払ってなかったって言うのか。（中略）ヘルパーさんがまとめてくれた書類を見たら、電気料金未払いの督促の手紙がいっぱいあって。で、かけて、今から払うんで何とか通してくださいみたいな形、死んじゃいますって言って通してもらったりとかいうふうになってきたのが去年の夏です。（1-130）</li> <li>・（エアコンを）本人は消してしまうのです。朝、ヘルパーさんが来てつけるけれども、やはり消してしまっ窓を開けたりするのかな。夕方のヘルパーさんが、おととと、なってという。（11-114）</li> </ul>	21
4 不安感からの繰り返し	不安が生じそれが繰り返し行動として表出されている状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もう何回も何回も電話がかかってきて、自分の置かれている状況が分からないけど、とにかくここにかけなきゃというので（7-64）</li> <li>・銀行から連絡が入るようになって。とにかく通帳と印鑑を頻繁になくしてしまっていると。で、何度も何度も再発行するんだけど、とにかくもう1日に銀行に3回ぐらい、朝、昼、また夕方みたいな感じで、3回ぐらい銀行に来て同じようなことを言っていると。（4-5）</li> </ul>	8
5 支援者への不信任感	支援者や支援自体に対して疑いや不信任感を持つ様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生徒さんたちが何をどう片づけたか分からないんですけど、どうも勝手にやられた、自分の大事なものも分からなくなってしまって、盗られたとかそういうことではなく、勝手にやったってことで、生徒さんたちに不信任感が募って、一旦関わりが薄くなってしまった。（7-18）</li> <li>・施設入所を斡旋しているところだとなぜか思われちゃったりとか、あと、妹さんに対しても口調が随分強くなったのがこの頃です。お前もぐるかみたいな。（13-149）</li> </ul>	4
6 臨機応変なサービス提供	サービス事業所が認知症状を理解し、出来る限り本人の生活状況に合わせて臨機応変に対応する様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ちょっと私この人と話をしたら次のお客さんのところに行くから、もう少しで落ち着くんだけど、誰か来られるかなとかで臨時に来てもらって。話をするというよりそばにいただけで大分違う感じになっていたの。（3-39）</li> <li>・（外出が）一日20回という状況なので、訪問してもほぼぼぼうちにいないという感じになっちゃって。そこ、道路を歩いているって。訪問に向かうと、ああ、歩いているっていう状況であったので、そこの安全を確認してもらいながら、次また時間をずらして訪問に行って、お昼御飯を促しておうちに戻ってもらうとかいうことを繰り返しているという状況だったんですよ。（中略）定期的訪問は一日3回変わらずで、プラス随時で、その近辺の巡回で回っているヘルパーさんに居場所を確認していただくような感じだったんです。小まめに、10回ぐらいは入っていたんじゃないですかね。3回プラス、間にも小まめにちょっと。で、確認ができなかったら次のヘルパー、その近辺を回るヘルパーに連絡をして居場所を確認してもらおう。（10-48）</li> </ul>	18

表 3-2 生成された概念の定義と具体例（続き）

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
7 通常勤務以上の関わり	ケアマネが通常の勤務時間外に支援を行うこと	・病院に救急搬送で呼ばれるたびというのは、それこそ夜や早朝が多いので行くわけですね。家族にも、またか、もういかげんにしろよとか言われちゃうんですけど（3-57） ・何も使っていないでもこまめに電話したり、月に1回訪問して何か困っていないですかって聞きに行ったり。この人は泥棒とかではないんだっていうのを分かってもらうための関係づくりに取りかかって、結構時間をかけなければいけない方なので。（8-79）	9
8 家族の戸惑いに寄り添う	これまでの本人との違いに戸惑う家族に寄り添うこと	・最初、支援をし始めて、息子さんは頭では認知症と分かっているけれども分かりたくないというか、受け入れたくないというか、お母さんはお母さんだ、というような印象をすごく受けて、明らかにおかしいというか、うん？ ということも言っている、お母さん、そんなことはないですよと、敬語で優しく話していて、私がどういことを提案しても、母が嫌だと言っているから今はいいです、と受け入れてくださらなかったのです。ただ、そうだよな、私はここから支援が始まったけれども、息子さんからするとお母さんだもんなと思って、ここは寄り添おうと思いました。（11-7）	5
9 家族に理解してもらえるような説明	認知症という病気からくる本人の状況を理解してもらうために心砕いている様子	・御家族の理解は大切にしています。理解してもらえるような説明をするっていうんですね。（中略）認知症ってどういうことで、管理していくって本人が苦しくて、この先きつと、このAさんも徘徊なんかしないしみたいなこととかの説明がうまくできるようになりたいな。ここは本当に模索中ですが、するようにしています。（14-133~137） ・妹さんがやってくれるのは楽しみの部分でのお菓子とかで、できれば行ったときに一緒に食べる量だけにしてくれないかって、ものがあるよりも多分一緒にしゃべるほうがお姉さん喜ぶと思うからって、一緒にいてあげてほしいという話をしたところ、紆余曲折、多分1回じゃすんないかなかったんですね。結構妹さんともやり取りをして。最初は本当にけんかごしだったんですね。何をわけ分からない他人が言ってくるんだという感じで。（12-109）	4
10 説得して押し進める	本人が拒否したり意思を示さないまま、支援者主体で支援を進めること	・御本人はすごく怒ってはいたんですね。何で私がそんな、泊まりに行かなきゃいけないみたいな。でも、そのときにも御本人さんと、これからもお1人での暮らしをずっと続けていくためにも、どうしても長男さんたちも心配になっちゃうから、こういった泊まりというサービスを利用していきませんかということでもやり取りをして、しぶしぶ納得して一応了承をいただいて利用することになりました。そのときの対応がどこまで本当に分かっているのか分からなかったんですけど（14-16）	5
11 諦めさせる	本人に諦めてもらうよう仕向けることになる状況	・高齢者教習の御案内とかが来るじゃないですか。本人は、来てても理解ができないんですね。（中略）で、やっぱり、これはもうこのまま免許返納してもらおうかなっていう話になってきていて、そこは触れないという感じにされていて、ずっと進んできていた感じです。（1-83）	2
12 本人の意思で断る	CMからの提案を本人が自分の意思をもって断ること	・まず認知デイサービスにつないだことと、ヘルパーさんを入れました。ただ、御本人はとても温厚で穏やかな方ですが、ものすごく芯が強く、嫌なものは嫌で、どんなに行かせようとしてもだめでしたので、すぐおしまいになってしまいました。（11-3） ・片付けようよって言うと、それに対しては素直になるんですけど、いいよ、いいよ、僕が後でやるからって。やらないでしょうって言うと、うん、やるよ、やるよ、いいよ、いいよって言って。そんなに迷惑かけられないからみたいなことを言って。（4-109）	6
13 本人とおしゃべり	本人と他愛もない話をする時間を意識的に取り、本人を理解していくこと	・この時期、寒くなるとおでんとかおいしいわよねと言ったら、私、静岡にいたの。静岡っておでんって何か黒いんだよねと言ったら、笑わないAさんがにこっと笑ったりして、この人笑うんだと思って、笑顔も出るんだと。一瞬笑うんだけど、すぐまた仮面のように変わっちゃうんですけど。（3-61） ・どうしても月1のモニタリングが主な関わりになってしまうんですけど、モニタリングに伺ったときには、とにかく御本人のお話をよく聞くようにして。一緒に、咲いた花をきれいねって喜んでみたり、日常のささいなことを一緒に喜ぶようにしていたというわけじゃないけど、自然とそういうふうな感じにいつかって。ワンちゃんと一緒にじゃれてみたりとか。（10-130）	11

表 3-3 生成された概念の定義と具体例（続き）

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
14 本人の在り方に触れる	認知症になる以前の本人を想起するような場面	<p>・サービスも行くようになったら、きれいなすてきな洋服をいっぱい持っている人だったんです、スナックで働いていた方だから、そもそも装いはすてきなものを持っているんですね。だから、きれいにすれば本当に小ざれいでかわいい方、あら、こんなに肌白かったのねというぐらいきれいになって、髪の毛もまとめてお団子にしたらとてもきれいな人に変ったんですけど、（3-18）</p> <p>・ご近所との関わりがすごくいい中、ご近所の人に菊の花をあげて、ご近所の人も花をもらってすごくよくしてもらったのよという話を私は聞かせてもらったりした中で、何となく近所の方にもう少し委ねてもよかったのかなと。何をというのが浮かばないんですけど、（12-199）</p>	11
15 本人にとっての大事なこと	本人にとっての大事なことについて考えること	<p>・大事だった子供のことはやっぱり記憶にあって、外せない。ああ、そうだったんだと思って、本人と行って、納得して、それを持って。だから、それだけ持てば、あとはあなたに任せるから、持っていったいものと着られる服、任せるからやってと言って、もう気分よく移動したんですよ。ああ、それだったんだと思って、この人にとって大事なものをちゃんと一緒に持っていければ、この人の生活の場所が変わっても大丈夫だったんだと思って。すごい経験をしたんですね。（3-44）</p>	18
16 本人を尊重したサービス提供	本人を尊重した支援ができるようにサービス事業者につなげていること	<p>・（デイサービスで）御本人の自尊心とかを大事にしなが関わってくださっていたので。当然、尿臭とかも強くはなっていくんですけど、こうしなきゃ駄目だよねみたいなこともなく、うまく対応できるんですね。（14-8）</p>	5
17 本人の生活習慣は変えない	本人の生活習慣は変えないよう意識していること	<p>・私はずっとLさんという方を見てきて、ケアマネから見るとこの視点は安全だし、このほうが絶対に便利だしという視点はあっても、ご本人を見たら求めているのはそうではない、Lさんにとっての幸せはそうではない、不便だとしても、Lさんはこのおうちで自分のペースで過ごしたいのだと思ったので、私は分かっていたけれどもそこを寄り添ってこうと自分の中では決めました。（11-71）</p> <p>・その方のこれまでの生活習慣を守りたいというふうに思います。習慣的に、手続き記憶でかなり皆さん生活は成り立っているんです。でも、そこをこしたほうがいいって、ちょっと何か私たちのほうで動きかけちゃうとせつかく動いている体が止まっちゃって、何をしたらいいんだか分からなくなっちゃうということが起きるので。（14-129）</p>	7
18 名刺はツール	本人を知る人とかにつながるために名刺を情報収集のツールとして活用していること	<p>・おやと思うこととかあれば、どんなことでもいいので電話くださいということでも名刺も配りました。情報収集に協力してくださいということで、お願いした感じです。（13-95）</p>	9
19 なじみのお店	本人への対応に協力が得られる本人がよく行くなじみのお店	<p>・もう御主人今なくて一人だから、今日食べる量だけ買おうね」と声かけてくださいというのを頼んで、あと、コンビニにはお孫さんの許可取って顔写真入れて、買いに来たらそういう対応をしてくださいということで協力を仰いで、（12-74）</p>	4
20 ご近所さん情報	本人の状況がわかる情報をご近所さんがケアマネに伝えてくれること	<p>・ご近所さんが理解あるかどうかはすごく。さっきのケースの方は、近所の方が、向かいの家がちょうど縁側でおばあちゃんたちが井戸端会議をしているお家だったので、とっても助かりましたね。夜になっても電気がつかないと言っていました。そういう見ていないと分からないところも教えてもらえるので。（8-205）</p>	6
21 情報開示の難しさ	本人を支えるため情報発信を本人や家族が望まないこと	<p>一人暮らしをされている方って手助けを求めるのが下手くそというか、自分でやっていこうという強い意思を感じられる方が多い印象なので。本人さんがそういうお考えにもかかわらず、本人が今こういう状況で生活しているっていうのをどこまで情報を発信したり、いいのかなってところの難しさ。（14-243）</p> <p>・この方認知症だということを近所の方に分かってほしくないという御家族もいたり、分かたら詐欺に遭うんじゃないかと。だけれども、御近所の目がないと守れないこともあったりするので、そこの兼ね合いはすごく難しい。（12-143）</p>	11

表 3-4 生成された概念の定義と具体例（続き）

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
22 理解してくれるひとと理解してくれない人	地域で認知症の人を受け入れてくれる態勢の貧弱さを示している状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ありますよ。班長さんみたいな人は理解してくれていたけど、仲が悪い人がやっぱりいるんです。その人たちから大分、本人から言わせると嫌がらせを受けているということとか、何かで1回、なぜか私も謝りに行ったことがあって。（1-190）</li> <li>・もしかしたら、近隣の方との関係がもっと良好でもっと支援があったらおうちにいられたかなとも思います。皆さん、やはり排除しようとするとか、地域で支えていこうよという考えがある中、まだまだ浸透はしてなくて、よそのおうちのことはよそのおうちのことだし、困るよ、そんなの、ということなのだなと。（11-80）</li> </ul>	4
23 きっかけはごみ捨て	ゴミ捨てを介して地域のひとと接点を持つこと。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会長さんからごみ捨てのトラブルで連絡があって、ごみじゃない日に置いていくんだと。（中略）じゃ、やっぱり周りで支援しないと駄目だねということで、一応、町内の会長さんみたいな人がすぐ理解してくれて、協力してくれる人の1人になったと。（1-96）</li> <li>・彼の家の前がちょうど市境の、F市（隣市）のごみステーションなんです。だから、彼はそこに捨てちゃったこともあるんですよ、昔。だから余計に見張られているような感じになる。もうガチガチです。（4-141）</li> </ul>	6
24 適切でない金銭のやり取り	消費者被害や知り合いとの適切でない金銭のやり取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・御本人としては、車代ではないけれども、関わりの中で必要と思ってお渡ししているものだったのかもしれないねという。ただ、金額が数万円だったり、大きい額になっていたの、それが度々となるとちょっと難しいよねと、御家族が心配になっても当然だよねというところではあったんですけど。（10-32）</li> <li>・途中で外壁塗装の詐欺みたいなものに遭っていて、足場とか昔のまま、足場を自宅の塀に打ちつけちゃうようなあり得ない工事だったので（12-10）</li> </ul>	9
25 チームとして互いを理解する	認知症の本人の支援を主体に、支援者同士がチームという認識のもと各々の状況を理解しあうこと。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あとは関係者がチームで協力するってということだけだと思うんですよ。居宅でも、いろいろ課題はあると思うんですけど、会社も違うし、それぞれ。ルールも、あと守備範囲も違うと思うので、そこは検討すればいいだけの話で、仕組みとかでね、何か工夫すれば、いろいろ連携は、いろんな方法があるんじゃないかなと思いますけどね。（9-359）</li> <li>・ヘルパーさんとか事業者さんが力を発揮できるように、ケアマネがこれはしちゃ駄目、あれはしちゃ駄目じゃなくて。やりやすいように力を振るうのを、ケアマネが絶対ストップをかけちゃ駄目だし。だから、まあやりやすい、またチームを組みたいねって言ってもらえればうれしいですよ。（8-130）</li> </ul>	6
26 支え合う仕事仲間	支援を通じて、支援者同士が支えあい励まし合う様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先生（主治医）もすごく、大変だろうけどお願いしますと頭下げてくれましたね。この人は大変だと思う、あなたには気の毒だと思うけど、何とかお願いしますって。（3-75）</li> <li>・そういう意味では本当に助けられて心強いし、みんなに支えられながら。1人でやっているというよりか、本当に事業所さんだったり、支援センターだったりに助けてもらいながら皆さんの支援をさせてもらっているという実感がありますね。（10-147）</li> </ul>	5
27 経験からの予測	これまでのCMの経験から俯瞰して利用者の支援予測を立てる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今でも、十分じゃないけれどもやっぱりその時期その時期、けんちんを作ろうとしたりとか、そういう振る舞いをするのが得意な方だったから。グループホームで、みんなの御飯を入居さんが主体的に作るというところがあって、そこに入ったらこの人は仕事が、朝起きたときから寝るまでやることいっぱいあるだろうなと思って。人の世話をするっていう状況だと、この人は生き生きされるんじゃないかって思ったんですね。（14-123）</li> <li>・ヘルパーさん、デイサービス。次、こういうこと起こりそうだよ。で、次、いや、こっちも起こり得るんじゃないみたいなのを幾つか予測して、じゃあ、Aパターン、Bターン、Cパターン、どれでも動けるようにしておこう。（8-108）</li> </ul>	10

表 3-5 生成された概念の定義と具体例（続き）

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
28 受け入れてもらえ働きかけ	本人に受け入れてもらえるような配慮をしたり、働きかけをすること。	<p>・月1回どころじゃなかったですものね、この方は。3回とか毎月。テレビが壊れた。隣の男がやったに違いないって言って、リモコンの電源が、主電源が切れてるだけとか。そういうときに、あ、この人、来てくれるんだとか。忘れちゃうけど、この人は悪い人じゃないってことだけはインプットさせることができます。まあでも難しかったですね。（8-136）</p> <p>・難しかったですね。最初は、何で来たんだっていうのと、どこから来たのかとか、何をしているのかとか、そういうのを説明しなくてはいけなくて。（中略）次に行ったときはもう誰だか分かんなくなっていたりとかするので。何人が職員で関わったので、いろいろ工夫して、顔写真を撮って、誰々です、誰々です、これをちょっと玄関のところに貼っておいてみたいな感じで、そういうことをやったりもしました。あと、本人の意に添わないというか、何か気分によってはもう玄関を全然開けてくれないってようなこともあったし(4-14)</p>	9
29 支援の置き	想定した支援を進めたり、提供できない状況が発生する様子	<p>・お風呂の掃除をしようと思ったんですが、お風呂がもう数か月お湯を変えていないような、もう真っ茶色の状態だったみたいで、ヘルパーさんが、もうこれは日常生活にある訪問介護の掃除の範囲を超えちゃっているということ。（8-9）</p> <p>・そのたびごとに私たちは病院に行くんだけど、入院させてもらえば少し何か次の手があったかもしれないんだけど、何か入院にはならないですね。やっぱり病院側も、身元保証人もいない、お金もない。風貌も、身なりもちょっと汚れていたりするので、そういう人をなかなか受け入れてくれないんだらうなって。すんなり入院させましょうということにはならない。（4-17）</p>	7
30 タイミングを待つ	本人が支援を受け入れてくれる時期を逃さないようタイミングはかりながら待つこと	<p>・見守りというか。いつでも動けるようには。あとは、あなたにだけ言うからねって、そういうセリフを待っていた。待っていました。こっちから、多分、サービスを、これやろう、あれやろうとやっても、あんまりこの方、受け入れないだらうなっていうのがあって。だからもう、まず関係づくりからやらなきゃ。（8-79～84）</p> <p>・何かこう、あまり使いたくないんだけど、イベント待ちとか、よく言うじゃないですか。何かあったときにすぐ手を、支援体制をぱっと強化できるように、今、3つの機関、保健所なんかも含めてもっとたくさん機関に関わってもらいつつ、準備している期間なのかなっていうふうな感じがしますね。（4-166）</p>	9
31 今できる支援での伴走	すぐには解決につながらないが、今やれる支援を継続していくこと	<p>・本当に先が見えない支援というか、私たちが手探り状態というか、これといってゴールが見えていないんですね。そんな中で今やれることをという感じでやっていますけど。（4-65）</p> <p>・相変わらず、起きたら簡単に自分で御飯を作り、着替えて、ケアの車が来たからそれに乗っていく。曜日が分からなくても、来れば、行く日なんだっていう感じで行ってくださいますし。帰ってきて、暮れてくると何か夕飯を食べ、いつものように眠り。糖尿病は少しずつ悪化しているし、アルツハイマーも進行しているんですけど、今は、これやらなきゃ駄目、あれやらなきゃ駄目って言う人たちがいないので、そのまま、いつものままの暮らしがずっと定着しているような感じです。（14-21）</p>	4
32 自分が担当する意味	自分が担当する意味を見出し、関わりに責任を持つ	<p>多分この人は、私が担当を替わったら、こういう状況の人を担当する人がいないから、さまよっちゃうだろうなという思いもあったんです。交代交代が続いたら、誰を信じたらいいのか、この人の支援が途切れ途切れになっちゃうから、もう少し私頑張れるかな頑張れるかなと思いつつ関わっていかないと。（3-64）</p>	3

表 3-6 生成された概念の定義と具体例（続き）

概念	定義	具体例（事例No-行）	発言数
33 在宅を離れる判断をする基準をもつ	在宅を離れる判断をする基準をもつこと	<p>・私の中では常日頃から食べることと出すことが1日の中でも頻回なことだと思うんですよ。だから、食事を食べることと排せつをすることを自分でやるのが難しくなったときに在宅の限界なのかなといつもちょっと思っています。（3-59）</p> <p>・もっとも最後、本人がもう家じゃ無理だって。判断されたところですね。御本人のギブアップがなかったとしても、命を守るという観点からしたら、もうやっぱり限界。ショートステイに入れる直前はもう玄関で転んで、一晩やっぱりベッドの下、翌々日には一晩、玄関に座り込んでいたという状態なので。これではちょっともう御本人を守ることができなくなってきたなって。（8-47）</p>	7
34 支援を振り返る	関わった利用者のその後の生活を確認したり、振り返ること	<p>・すごく関わりが濃かったので、デイサービスの職員と入居1か月後ぐらいに面会に行ったら、入所前は人の認識はあまりできなかったんですけども、入居して1か月後にデイの職員と私で行ったら、「ああ」と言っただけで名前もちゃんと私のこともデイの職員のこと覚えていて、ここはこういうところだねと施設の説明とかもしてくださって（12-74）</p> <p>・もしかしたら、そのデイサービスのサービスがもうちょっと早めに行きたくて、昼間、診療所に行く回数ももう少し減らせたならば、在宅でもいけたのかもしれないんだけど。でも、昼間の時間以外の御自身1人である時間に、もしかしたら自分たちも計り知れないぐらいの不安とかも持っていたのかもしれないから、お1人であるということがやはり限界だったのかもしれないよねということは、ヘルパーさんとかお嫁さんなんかともお話をしていたんですけどね。（10-73）</p>	16

## (2) ストーリーライン

カテゴリーを用いたストーリーラインは以下の通りである。

一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える介護支援専門員は、一人暮らし認知症高齢者の生活実態把握し、その状況を理解しながら【生活全般を捉える】、そして、別居家族に寄り添いながら、サービス事業所とともに、一人暮らし認知症高齢者の生活上で起きている問題に対応し【日常に向き合う】っている。さらに、本人が地域での生活を継続できるよう、地域で起きていることを把握しながら本人と【地域とつなぐ】働きかけをしていた。そして、これらの支援を進める際は、一人暮らし認知症高齢者の尊厳を損なわないよう本人を知り、本人の思いをとらえようとする【価値の探求】(コアカテゴリー)があった。こういった介護支援専門員の働きかけを支えているのは【チームでのつながり】であり、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活を支える介護支援専門員にはある一定の【関わりのプロセス】がある。

## (3) 概念とカテゴリーの関係

以下では、若干の考察を加えながらカテゴリーについて、概念を用いながら説明していく。

### 1) 【生活全般をとらえる】

このカテゴリーは、<予想がつかない生活状況><ままならない生活実態><ギリギリラインの生活>という 3 つの概念からなるサブカテゴリー〔生活実態を理解〕と<不安からの繰り返し><支援者への不信感>の 2 つの概念からなるサブカテゴリー〔不安をとらえる〕で構成されている。

介護支援専門員は利用者の心身の状況にあわせて自立した日常生活を営むことができるよう担当する利用者についてアセスメントを行い、日常生活全般を把握する必要がある。初回訪問では介護支援専門員が想定する以上の生活状況を知ることもある。今回インタビューでは「泥棒が来るかもしれないっていうので、椅子に座って見張っているんだって言って、座ったまま何年も寝ていたって言うんです。そういうことで、首が前屈したまま固まっちゃっているんですね。ベッドに寝なかったんです。(8-6)」や

「家の中もお掃除が十分に行き届いてなくて、犬の毛とか糞とかが転がっているので、尿臭も大分。ワンちゃんのほうの尿臭なのか、御本人のものなのか分からないけれども、お洗濯物も汚れているものが置いてあるし、生活としては御自分としてできているところはどのぐらいあるのかしらと不安に思うような感じ。(10-20)」

などというような<予想がつかない生活実態>を目の当たりにしている様子が語られた。

また、

「最初の頃はレンジを使えていたんですけども、あるときから使い方が分からなくて。

(中略) じゃあ駄目だこりゃあってなると、温めとか、最後できなかつたですね。キャベツと納豆と、キャベツの千切りと黒豆の、もうそればかり。(8-160)」や

「風呂にも入っていないし、もう皮膚が黒くなっているし、髪の毛もぐしゃぐしゃと絡まっているような感じで、入浴されていないし、結構異臭を放っているし、本当にすごい匂いがしたんですよ。人間ってどれだけお風呂入っていないとこういう匂いがするんだろうというぐらい(3-11)」

など、認知機能の低下により ADL や IADL に障害を呈していることで、日常生活がままならない様子<ままならない生活実態>も語られた。さらには、

「暑い中、電気も止められちゃって。要は支払っていなかったんですけど。支払えていなかったっていうのか。(中略) ヘルパーさんがまとめてくれた書類を見たら、電気料金未払いの督促の手紙がいっぱいあって。で、かけて、今から払うんで何とか通してくださいみたいな形、死んじゃいますって言って通してもらったりとかいうふうになってきたのが去年の夏です。(1-130)」や

「(エアコンを) 本人は消してしまうのです。朝、ヘルパーさんが来てつけるけれども、やはり消してしまつて窓を開けたりするのかな。夕方のヘルパーさんが、おととと、なつてという。(11-114)」

など、ライフラインが止められたり、猛暑・極寒の中、温度管理ができずに過ごしているなど、ともすると本人の在宅生活継続が危ぶまれるような<ギリギリラインの生活>に遭遇していた。

このように、介護支援専門員は認知症で一人暮らしをしている利用者の〔生活実態を理解〕する中、同時に利用者の認知症ゆえの〔不安をとらえる〕ていた。例えば、

「もう何回も何回も電話がかかってきて、自分の置かれている状況が分からないけど、とにかくここにかけなきゃというので(7-64)」、「銀行から連絡が入るようになって。とにかく通帳と印鑑を頻繁になくしてしまっていると。で、何度も何度も再発行するんだけど、とにかくもう1日に銀行に3回ぐらい、朝、昼、また夕方みたいな感じで、3回ぐらい銀行に来て同じようなことを言っていると。(4-5)」など、不安が生じそれが繰り返し行動として表出されている<不安からの繰り返し>である。また、

「生徒さんたちが何をどう片づけたか分からないんですけど、どうも勝手にやられた、自分の大事なものも分からなくなつてしまつて、盗られたとかそういうことではなく、勝手にやったつていうことで、生徒さんたちに不信感が募つて、一旦関わりが薄くなつてしまった。(7-18)」

「施設入所を斡旋しているところだとなぜか思われちゃつたりとか、あと、妹さんに対しても口調が随分強くなつたのがこの頃です。お前もぐるかみたいな。(13-149)」  
のような支援者や支援自体に対して疑いや不信感を持つ様子<支援者への不信感>から、介護支援専門員は利用者本人の生活上の〔不安感を捉える〕ていた。

## 2) 【日常に向き合う】

このカテゴリーは、＜臨機応変なサービス提供＞＜通常勤務以上の関わり＞の 2 つ概念と、＜家族の戸惑い＞＜家族に理解してもらえよう説明＞という 2 つの概念から構成されるサブカテゴリー〔家族に寄り添う〕で構成されている。

介護支援専門員はアセスメントで【生活全般をとらえる】で、生活を評価し、本人のニーズを導き出しながら利用者本人の状況に応じた支援を考えていく。一人暮らしであるということは【生活全般をとらえる】でのサブカテゴリー〔生活実態を理解する〕を構成する概念＜予想がつかない生活状況＞＜ままならない生活実態＞＜ギリギリラインの生活＞で示された通り、思いがけない様々な生活状を支えていくことでもある。

「ちょっと私この人と話をしたら次のお客さんのところに行くから、もう少しで落ち着くんだけど、誰か来られるかなとかで臨時に来てもらって。話をするというよりそばにいてだけで大分違う感じになっていたの。(3-39)」

というように、本人の状況によっては、臨時で急遽ヘルパーさんを調整してもらったり、「(外出が) 一日 20 回という状況なので、訪問してもほぼぼぼうちにはいないという感じになっちゃって。そこ、道路を歩いているって。訪問に向かうと、ああ、歩いているっていう状況であったので、そこの安全を確認してもらいながら、次また時間をずらして訪問に行って、お昼御飯を促しておうちに戻ってもらうとかいうことを繰り返しているという状況だったんですね。(中略) 定期的訪問は一日 3 回変わらずで、プラス随時で、その近辺の巡回で回っているヘルパーさんに居場所を確認していただくような感じだったんです。小まめに、10 回ぐらいは入っていたんじゃないですかね。3 回プラス、間にも小まめにちょっと。で、確認ができなかったら次のヘルパー、その近辺を回るヘルパーに連絡をして居場所を確認しておいてもらう。(10-48)」

など、本人の”不安“に寄り添いながら、随時の見守りをしてほしい時もある。一人暮らしで認知症の本人が意思を持って自分のペースで安全に日常生活を送ることができるよう支援をするということは、しっかり本人やその生活（本人だけで過ごす時間）をアセスメントしたうえでその生活全般を見守る必要があり、見守りのほかにも本人の認知症状にうまく対応してくれる事業所との連携、またなじみのスタッフに繋げるなど本人の認知症症状を理解し＜臨機応変なサービス提供＞をしてくれる事業所の調整が不可欠である。しかし、介護保険上のサービスを調整できなかったり、サービスの提供範囲を超えてしまうような時には、別居家族に相談したり介護保険以外のサービスを調整していくこととなるが、別居家族がすぐに対応できると限らず、また、一人暮らし認知症高齢者はインフォーマルな資源との結びつきが少ないことが予想される。そのため

「病院に救急搬送で呼ばれるたびというのは、それこそ夜や早朝が多いので行くわけですよ。家族にも、またか、もういいかげんにしろよとか言われちゃうんですけど(3-57)」

というように介護支援専門員自らが勤務時間外に対応に動くことも少なくないだろう。

これは、介護支援専門員の業務の範囲はどこまでかという問題にもつながる。令和4年に日本介護支援専門員協会が居宅介護支援事業所に所属する会員等（対象者のうち居宅介護支援事業所に所属する会員は2,000名、その回答率は74%）に向けて行った調査<sup>16)</sup>によると、令和3年の1年間で入退院の手続き支援を行った利用者の割合は、「実施しなかった」は40.4%であり、「30%未満の入退院をした利用者」と回答した割合は45.6%と一番多かった。また、入退院時の手続き支援を行わざる得なかった理由として最も多かったのは「独居や高齢世帯などにより家族機能が充分でない」が68.4%と最も多く、次いで「ご近所に頼れる家族や友人がいないため」の16.6%であった。また、

「何も使っていないなくてもこまめに電話したり、月に1回訪問して何か困っていないですかって聞きに行ったり。この人は泥棒とかではないんだっていうのを分かってもらうための関係づくりに取りかかって、結構時間をかけなければいけない方なので。(8-79)」

のような、今は介護報酬にはつながらないが、今後必要となる支援を見据えて、本人との関係づくりのための働きかけとしてかかわっている場合もある。このことについても前述の調査結果<sup>18)</sup>から、令和3年の1年間で給付管理に至らなかった事例は、「5件未満であった」が50.6%、「5件以上10件未満」が24.2%、「20件以上」が4.0%という結果が報告されている。同時に、モニタリング時を除いて利用者の安否確認をした割合は「全利用者の30%未満の利用者に実施した」が最も多く51.8%、二番目に多かったのは「全利用者の30%以上50%未満の利用者に実施した」が23.9%、そして、「実施しなかった」が4.5%であった。この安否確認（見守り支援を含む）を実施した成果として、最も多かったのは「利用者や家族の相談や不安にタイムリーに対応できた」が47.2%であり、次に多かったのは「利用者の状態の変化を早期発見できた」の31.9%、次いで「利用者との信頼関係の構築が促進された」12.7%であった。

前提として、介護支援専門員個人や事業所の裁量に依存しない社会システムの構築が必要であると考え、利用者の【生活全般を捉える】て、“生活”を支援していく視点、また利用者との信頼関係の構築という観点等から業務の範囲を明確に線引きするのは簡単ではない。それが認知症の人であり一人暮らしであれば尚更である。

このようなく通常勤務以上の関わり>を通して、一人暮らし認知症高齢者の日常生活を支えていた。

それと同時に現実的に金銭的な判断や入所のはずなど家族にしてもらいたい支援もある。しかし、別居家族は、

「最初、支援をし始めて、息子さんは頭では認知症と分かっているけれども分かりたくないとか、受け入れたくないとか、お母さんはお母さんだ、というような印象をすごく受けて、明らかにおかしいとか、うん？ ということも言っているけど、お母さん、そんなことはないですよと、敬語で優しく話していて、私がどういうことを提案しても、母が嫌だと言っているから今はいいです、と受け入れてくださらなかったのです。ただ、そうだよな、私はここから支援が始まったけれども、息子さんからするとお母さんだ

もんなと思って、ここは寄り添おうと思いました。(11-7)」

のように、認知症を患ってからの本人とこれまでの本人との違いに戸惑いを見せることがある。介護支援専門員はそういった〈家族の戸惑いに寄り添う〉ながら、

「御家族の理解は大切にしています。理解してもらえよう説明をするっていうんですかね。(中略) 認知症ってどういうことで、管理していくって本人が苦しくて、この先きっと、この A さんも徘徊なんかしないしみたいなこととかの説明がうまくできるようになりたいなど。ここは本当に模索中ですが、するようにしています。(14-133~137)」

「妹さんがやってくれるのは楽しみの部分でのお菓子とかで、できれば行ったときに一緒に食べる量だけにしてくれないかって、ものがあるよりも多分一緒にしゃべるほうがお姉さん喜ぶと思うからって、一緒にいてあげてほしいしという話をしたところ、紆余曲折、多分 1 回じゃすんなりいかなかったんですよね。結構妹さんともやり取りをして。最初は本当にけんかごしだったんですよ。何をわけ分からない他人が言ってくるんだという感じで。(12-109)」

というような〈家族に理解してもらおうような説明〉を考え、本人と家族のこれまでの関係を尊重しながら、認知症という病気からくる本人の状況を理解してもらうために心砕いていた。

### 3) 【価値の探求】

このカテゴリーは、〈説得して推し進める〉〈諦めさせる〉〈本人の意思で断る〉という 3 つの概念からなるサブカテゴリー [ほんとうに望んでいることは何か] と、〈本人のおしゃべり〉〈本人の在り方に触れる〉の 2 つの概念からなるサブカテゴリー [その人を知る]、また、〈本人にとっての大事なこと〉〈本人を尊重したサービス提供〉〈本人の生活習慣は変えない〉3 つの概念からなるサブカテゴリー [本人に寄り添う] で構成されており、このカテゴリーは介護支援専門員の支援の根幹をなすと考え、コアカテゴリーと位置付けた。「価値」とは、Oxford Languages<sup>19)</sup> によると「どれくらい大切か、またどれくらい役に立つかという程度。またその大切さ。ねうち。」とされている。介護支援専門員は時には本人にサービスを利用してもらうために、

「御本人はすごく怒ってはいたんですよ。何で私がそんな、泊まりに行かなきゃいけないみたいな。でも、そのときにも御本人さんと、これからもお 1 人での暮らしをずっと続けていくためにも、どうしても長男さんたちも心配になっちゃうから、こういった泊まりというサービスを利用していきませんかということでやり取りをして、しぶしぶ納得して一応了承をいただいて利用することになりました。そのときの対応がどこまで本当に分かってくださっているのか分からなかったんですけど (14-16)」

のように〈説得して推し進めたり〉、

「高齢者教習の御案内とかが来るじゃないですか。本人は、来ても理解ができないんですよ。(中略) で、やっぱり、これはもうこのまま免許返納してもらおうかなっていう話

になってきていて、そこは触れないという感じにしている、ずっと進んできていた感じですよ。(1-83)」

のような、本人は望んでいるが本人の安全ために＜諦めてもらう＞よう仕向けなければならず、本人の意思通りにできないジレンマや罪悪感を感じていた。また、

「まず認知デイサービスにつないだことと、ヘルパーさんを入れました。ただ、御本人はとても温厚で穏やかな方ですが、ものすごく芯が強く、嫌なものは嫌で、どんなに行かせようとしてもだめでしたので、すぐおしまいになってしまいました。(11-3)」や

「片付けようよって言うと、それに対しては素直になるんですけど、いいよ、いいよ、僕が後でやるからって。やらないでしょうって言うと、うん、やるよ、やるよ、いいよ、いいよって言って。そんなに迷惑かけられないからみたいなのを言って。(4-109)」

など、本人が必要と感じなかつたり、サービスを受けることを迷惑をかけていると感じて断ることを＜本人の意思で断る＞状況としてとらえていた。このような語りの経験からは、ケアマネが本人の想いに寄り添いながらも、認知機能低下により本人の本心が明確に捉えられず、あれでよかったのか〔本当に望んでいる事は何か〕ともやもやしている様子が語られた。それと同時に、

「この時期、寒くなるとおでんとかおいしいわよねと言ったら、私、静岡にいたのと。静岡っておでんって何か黒いんだよねと言ったら、笑わない A さんがにこっと笑ったりして、この人笑うんだと思って、笑顔も出るんだと。一瞬笑うんだけど、すぐまた仮面のようになっちゃうんですけど。(3-61)」

「どうしても月 1 のモニタリングが主な関わりになってしまうんですけど、モニタリングに伺ったときには、とにかく御本人のお話をよく聞くようにしています。一緒に、咲いた花をきれいねって喜んでみたり、日常のささいなことを一緒に喜ぶようにしていたというわけじゃないけど、自然とそういうふうな感じにいつなつて。ワンちゃんと一緒にじゃれてみたりとか。(10-130)」

利用者と担当ケアマネという関係性ではなく、その地域に住む知り合いとして、本人と他愛もない話をする時間を意識的に取り、＜本人とおしゃべり＞を介して、本人を理解していくことに努めていた。この人を知りたいと思つてのアセスメントである。またその中で、

「サービスも行くようになったら、きれいなすてきな洋服をいっぱい持っている人だったんです、スナックで働いていた方だから、そもそも装いはすてきなものを持っているんですよね。だから、きれいにすれば本当に小ぎれいでかわいい方、あら、こんなに肌白かったのねというぐらいきれいになって、髪の毛もまとめてお団子にしたらとてもきれいな人になつたんですけど。(3-18)」

「ご近所との関わりがすごくいい中、ご近所の人に菊の花をあげて、ご近所の人にも花をもらつてすごくよくしてもらつたのよという話を私は聞かせてもらつたりした中で、何となく近所の方にもう少し委ねてもよかったのかなと。何をというのが浮かばないんですけど

れども、(12-199)」

以前の本人を想起するようなご本人とのやり取りをしていた。このようにくももとの本人のあり方に触れる>という感覚を通して〔その人を知る〕体験を深めている。

また、【価値の探求】ために〔本人に寄り添う〕をしている状況も多く語られた。

「大事だった子供のことはやっぱり記憶にあって、外せない。ああ、そうだったんだと思って、本人と行って、納得して、それを持って。だから、それだけ持てば、あとはあなたに任せるから、持っていったいいものと着られる服、任せるからやってと言って、もう気分よく移動したんですよ。ああ、それだったんだと思って、この人にとって大事なものをちゃんと一緒に持っていければ、この人の生活の場所が変わっても大丈夫だったんだと思って。すごい経験をしたんですよ。(3-44)」

というようにく本人にとって大事なこと>について考える場面や、

「(デイサービスで) 御本人の自尊心とかを大事にしながらかわってくださっていたので。当然、尿臭とかも強くはなっていくんですけど、こうしなきゃ駄目だよねみたいなこともなく、うまく対応できるんですよ。(14-8)」

のような本人を尊重した支援ができるようにサービス事業者につなげているく本人を尊重したサービス提供>をしていること、また、

「私はずっと L さんという方を見てきて、ケアマネから見る視点ではこういうのが安全だし、このほうが絶対に便利だしという視点はあるけれども、ご本人を見たら求めているのはそうではない、L さんにとっての幸せはそうではない、不便だとしても、L さんはこのおうちで自分のペースで過ごしたいのだと思ったので、私は分かっていたけれどもそこを寄り添っていこうと自分の中では決めました。(11-71)」

「その方のこれまでの生活習慣を守りたいなというふうに思います。習慣的に、手続き記憶でかなり皆さん生活は成り立っているのです。でも、そこをこうしたほうがいいって言って、ちょっと何か私たちのほうで働きかけちゃうとせつかく動いている体が止まっちゃうと、何をしたらいいんだか分からなくなっちゃうということが起きるので。(14-129)」

このように、これまでの本人の生活習慣は変えないよう意識し、<本人の生活習慣は変えない>という〔本人に寄り添う支援〕によって【価値の探求】している。

#### 4) 【地域とつなぐ】

このカテゴリーは、<名刺はツール><なじみのお店><ご近所さん情報>という 3 つの概念からなるサブカテゴリー〔地域での情報収集〕と、<情報開示の難しさ><理解してくれるひとと理解してくれない人>の 2 つの概念、更にくきっかけはごみ捨て><適切でない金銭のやり取り>の 2 つの概念からなるサブカテゴリー〔地域とのつながり〕からなる構成されている。

在宅生活継続を意味する事は、その地域での生活を継続することでもある。都市部での近隣地域における関わり合いは薄れてきているといわれて久しいが、現代社会で地域の人

と関わり合いを持たずに日常生活を送ることは難しい。地域の一員として、日常の些細なコミュニケーションも考えられるし、地域で何かしらの事が起これば人の訪問もある。一人暮らし認知症を支援するということは、認知症であってもこれまでの生活の継続をこの地域で続けることができるよう、地域での支えあう基盤を整えることでもある。介護支援専門員は、本人を知る人ととにかくつながるために

「おやと思うこととかあれば、どんなことでもいいので電話くださいということで名刺も配りました。情報収集に協力してくださいということで、お願いした感じですね。(13-95)」

など<名刺はツール>ととらえ、地域でかかわった人にはとにかく名刺を配り、地域での本人に関わる情報収集を漏らさぬよう、本人に何かあったときには本人や周囲の人が困らないよう、自分に連絡が入るよう準備をしている。また、

「御本人がもし買いに来たら、「お弁当毎日来るよ」というのと、「もう御主人今いなくて一人だから、今日食べる量だけ買おうね」と声かけてくださいというのを頼んで、あと、コンビニにはお孫さんの許可取って顔写真入れて、買いに来たらそういう対応をしてくださいというので協力を仰いで、(12-74)」

など、本人の<なじみのお店>やその店での行動を把握し、お店の人にできる範囲の協力をお願いしたり、何かあったときには連絡をもらえるよう働きかけている。

そのほか、地域の情報源として、<ご近所さん情報>がある。

「ご近所さんが理解あるかどうかはすごく(重要)。さっきのケースの方は、近所の方が、向かいの家がちょうど縁側でおばあちゃんたちが井戸端会議をしているお家だったので、とっても助かりましたね。夜になっても電気がつかないと言っていました。そういう見ていないと分からないところも教えてもらえるので(8-205)」。

本人の状況がわかる情報をご近所さんが介護支援専門員に伝えてくれることで、本人の状況を把握でき、次の支援につなげることができることも多い。ご近所さんの情報は介護支援専門員やそのほかの専門職がとることができない、かゆいところに手が届くような、パズルの残りの1ピース的な情報を提供してくれることが多い。

一人暮らし認知症本人が認知症であるがゆえに地域で対応できない事が起きたり、認知症から来る行動・心理症状により地域の人から苦情を受けることもある。地域からの苦情は、その結果として、地域でその人に関わらないという社会的排除(social exclusion)の状況を作り上げてしまうこともしばしばある。地域には様々な人がおり、認知症の理解度やその人が持つ価値観も多様である。

「班長さんみたいな人は理解してくれていたけど、仲が悪い人がやっぱりいるんです。その人たちから大分、本人から言わせると嫌がらせを受けているということとか、何かで1回、なぜか私も謝りに行ったことがあって。(1-190)」や

「もしかしたら、近隣の方との関係がもっと良好でもっと支援があつたらおうちにいられたかなとも思います。皆さん、やはり排除しようとするというか、地域で支えていこう

よという考えがある中、まだまだ浸透はしていなくて、よそのおうちのことはよそのおうちのことだし、困るよ、そんなの、ということなのだなど。(11-80)」

のように、地域には認知症を<理解してくれる人と理解してくれない人>がおり地域の受け入れ態勢の貧弱さに本人と地域をつなぐ際の困難性を示す概念が生成された。この概念からは、認知症であることは個人の要因だが、それをただ“個人のもの”としてとらえるのではなく、“社会のもの”として考えなければならない重要性を示唆していると考えられる。しかし、苦情が出ること自体は本人の状況をとらえる情報収集チャンスであり、その情報を介護支援専門員がどう捉えられるか、そしてどう生かして地域とかかわりあうのかは介護支援専門員のスキルにかかっているが、今回はそこまでの語りを引き出すことができなかった。

本人が地域の人とつながる<きっかけはごみ捨て>であることがある。

「町内会長さんからごみ捨てのトラブルで連絡があって、ごみじゃない日に置いていくんだと。(中略)じゃ、やっぱり周りで支援しないと駄目だねということで、一応、町内の会長さんみたいな人がすごく理解してくれて、協力してくれる人の1人になったと。(1-96)」

というようなごみ捨て(ゴミ出し)のルールが守られていないことをきっかけに、本人の状況を理解してもらえ地域の支援を得られることもある。地域とのつながりは生活と地続きということである。その反面、

「彼の家の前がちょうど市境の、F市のごみステーションなんです。だから、彼はそこに捨てちゃったこともあるんですよ、昔。だから余計に見張られているような感じになる。もうガチガチです。(4-141)」というように、同じごみ捨てのルールを守ることができないことが”見張られる“という逆の意味で地域とつながる結果にもなっていた。

また、認知症であることによって<適切でない金銭のやり取り>が発生している。本人とつながっている地域の方は、本人の一人暮らしを支える大切な資源となる。買い物や草取りなど、介護サービスを利用するまでもない日常生活の“ちょっとしたこと”を手伝ってくれる近所の人の支えによって成り立っていることもある。介護支援専門員もその関係に頼り、ケアプランにインフォーマルサービスとして位置づけることはよくあることである。しかし、

「ご本人としては、車代ではないけれども、関わりの中で必要と思ってお渡ししているものだったのかもしれないねという。ただ、金額が数万円だったり、大きい額になっていたの、それが度々となるとちょっと難しいよねと、御家族が心配になっても当然だよなというところではあったんですけど。(10-32)」

のように、善意の中で関係が続けており、家族や介護支援専門員も何かあったときにはもしかしたら協力してもらえらるだろうから許容範囲ということがかかわりが続けていたが、その関係が度を越えてしまった結果として、<適切でない金銭のやり取り>となってしまう。また、

「途中で外壁塗装の詐欺みたいなものに遭っていて、足場とか昔のままで、足場を自宅の塀に打ちつけちゃうようなあり得ない工事だったので (12-10)」

のように、いわゆる消費者詐欺にあっている状況を介護支援専門員は把握し、一人暮らし認知症高齢者のリスクの一つとしてとらえていた。国民生活センターの報告<sup>20)</sup>では、認知症高齢者は判断能力が不十分な状態にあるために一般の高齢者よりもトラブルや被害に遭いやすく、また、その認識が低いために問題が潜在化しやすいこと等が報告されている。また、横尾<sup>21)</sup>は、地域包括支援センターの介護支援専門員を対象に独居の認知症高齢者の金銭管理と消費者管理被害に関するアンケートを実施している。その結果からは、日常生活において8割以上のケースで金銭管理が難しくなり、消費者被害に合うケースが4割程度あることを報告しており、一人暮らし高齢者の生活実態とその危うさについて指摘している。また、独居認知症高齢者の経済被害について栗田<sup>8)</sup>も「認知症」でありかつ「独居」であることは、そのリスクをさらに高めると予測し、認知症であり独居であるがゆえに被害届が出されず、表面化しにくいといった問題から、実態が明らかにされておらず、経済被害の実態把握と問題解決に向けた取り組みは急務であると指摘している。

そして、これら介護支援専門員が本人と【地域をつなぐ】の〔地域での情報収集〕＜受け入れてくれる人と受け入れてくれない人＞〔地域でのやり取り〕に共通しているが、＜情報開示の難しさ＞である。

「一人暮らしをされている方って手助けを求めるのが下手くそというか、自分でやっついこうという強い意思を感じられる方が多い印象なので。本人さんがそういうお考えにもかかわらず、本人が今こういう状況で生活しているっていうのをどこまで情報を発信したり、いいのかなっていうところの難しさ。(14-243)」や

「この方認知症だということを近所の方に分かってほしくないという御家族もいたり、分かたら詐欺に遭うんじゃないとか。だけれども、御近所の目がないと守れないこともあったりするんで、そこの兼ね合いはすごく難しいなど。(12-143)」

というような、本人を支えるため情報発信を本人や家族が望まないというジレンマを感じるような状況である。〔名刺はツール〕では、なじみのお店やご近所さんに情報収集の目的を説明しなくてはならないし、〔地域の受け入れ〕や〔地域でのやり取り〕では、地域の人に認知症や認知症であるが故の本人の行動の背景等を理解してもらうよう丁寧に説明するなどの働きかけも必要であろう。本人の尊厳を守るということはもちろん、個人情報保護にかかわることであり、専門職としての守秘義務、介護支援専門員にとってのリスク管理にかかわってくる。介護支援専門員の守秘義務については、介護保険法第69条の37に“介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。介護支援専門員でなくなった後においても、同様とする”と規定されている。また、信用失墜行為の禁止として、第69条の36に介護支援専門員は、介護支援専門員の信用を傷つけるような行為をしてはならない。と規定されている<sup>22)</sup>。本人と介護支援専門員が所属する事業所で契約書交わし、情報提供同意書等で情報開示について説明と同

意を得ているだろう。必要時には随時目的や必要性について説明し、本人やその家族などに再度口頭等で同意を得て慎重に扱うことになる。しかしそれは主に本人の支援にかかわる専門職間での情報提供についてのことを示している場合が多い。今回生成された概念は専門職以外の人への〈情報開示の難しさ〉であった。

#### 5) 【チームでのつながり】

このカテゴリーは、〈チームとして互いを理解する〉〈支え合う仕事仲間〉の2つの概念で成り立っている。

前述した介護支援専門員の働きかけを示す【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】【地域とつなぐ】4つのカテゴリーを下支えしているのが、この【チームでのつながり】である。介護支援専門員は、介護保険法第7条第5項において「要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業(第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。)を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であつて、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。」と位置づけられている<sup>22)</sup>。つまり、サービス事業所との連携が仕事の大きな柱の一つにある。本人をアセスメントし、ニーズを導き出し、そのニーズをもとに、ケアプランを立て、必要な資源につなげる。利用者の状況に応じた支援チームを形成することも介護支援専門員の重要な役割である。種別ごとの専門性、また、それぞれ事業所の特徴やそこで働くスタッフの個性等の情報などを加味しながら、その利用者にもっとも適した事業所やスタッフを調整していく。特に認知症の利用者の場合は、認知症が故の心理や行動に対応できるよう関わる専門職は様々な情報を共有しながら配慮していく必要がある。その際には、

「あとは関係者がチームで協力するっていうことだけだと思うんですね。居宅でも、いろいろ課題はあると思うんですけど、会社も違うし、それぞれ。ルールも、あと守備範囲も違うと思うので、そこは検討すればいいだけの話で、仕組みとかでね、何か工夫すれば、いろいろ連携は、いろんな方法があるんじゃないかなと思いますけどね。(9-359)」や  
「その人、所属しているヘルパーさん、人。事業所っていう単位でもあるわけですね。事業所っていう単位だし、何なら、そうですね、登録ヘルパーさんたちまでなるべく把握するようにしています。利用者さんの好みのタイプというので。(8-122)」

というような支援者同士が互いに状況を理解し合いながら、認知症の本人を主体に柔軟に

支援に関わる様子<チームとして互いを理解する>し、支援を進めていくことが必要であると認識している。また、介護支援専門員の仕事は、担当の利用者をもち基本的には個人での業務を進めていくため、横の関係が築きにくく、孤独な職種であるとしばしば言われる。

「ネットワークが本当に出来上がってきている地域というのもあるんですけども。そういう意味では本当に助けられて心強いし、みんなに支えられながら。1人でやっているというよりか、本当に事業所さんだったり、支援センターだったりに助けをもらいながら皆さんの支援をさせてもらっているという実5」感がありますね。(10-147)」

こういった語りからは、本人に適切なチームで支援するためにお互いの状況を把握することの重要性とともに、多職種で構成するチームが時には、孤独に奮闘する介護支援専門員の<支え合う仕事仲間>として機能していた。

#### 6) 【関わりのプロセス】

このカテゴリーは、<経験からの予測><受け入れてもらえ働きかけ><支援の躓き><タイミングを待つ><今できる支援での伴走><自分が担当する意味><在宅を離れる判断をする基準をもつ><支援を振り返る>の8つの概念から構成されている。介護支援専門員が一人暮らし認知症高齢者を支援する際の働きかける支援のプロセスとしてまとめ、これまで説明してきた5つのカテゴリー【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】【地域とつなぐ】【チームでのつながり】を横串しするようなカテゴリーとなった。

なお、このカテゴリーで生成された<受け入れてもらえ働きかけ><支援の躓き><タイミングを待つ><今できる支援での伴走>という4つの概念は、介護支援専門員が経験する支援の中心的概念として循環していると考えられる。その循環の中で<自分が担当する意味>を見出していくという構造となった。

まず、介護支援専門員は、これまでの自身の専門職としての経験から、

「今でも、十分じゃないけれどもやっぱりその時期その時期、けんちんを作ろうとしたりとか、そういう振る舞いをするのが得意な方だったから。グループホームで、みんなの御飯を入居さんが主体的に作るというところがあって、そこに入ったらこの人は仕事が、朝起きたときから寝るまでやることいっぱいあるだろうなと思って。人の世話をするっていう状況だと、この人は生き生きされるんじゃないかって思ってたんですね。(14-123)」  
や「ヘルパーさん、デイサービス。次、こういうこと起こりそうよね。で、次、いや、こっちも起こり得るんじゃないみたいなのを幾つか予測して、じゃあ、Aパターン、Bパターン、Cパターン、どれでも動けるようにしておこう。(8-108)」

のように、利用者の支援を俯瞰し<経験からの予測>を立て、支援がどのような方向に行けばいいかの見立てやパターンを準備している。

そして、支援を進める際には<受け入れてもらえ働きかけ>を行っている。短期記憶障

害や見当識障害によって、介護支援専門員やそのほかの支援者の顔を覚えられず、訪問の度に説明が必要なこともある。

「難しかったですね。最初は、何で来たんだっていうのと、どこから来たのかとか、何をしているのかとか、そういうのを説明しなくてはいけなくて。(中略)次に行ったときはもう誰だか分かんなくなっていたりとかするので。何人か職員で関わったので、いろいろ工夫して、顔写真を撮って、誰々です、誰々です、これをちょっと玄関のところに貼っておいてみたい感じで、そういうことをやったりもしました。あと、本人の意に添わないというか、何か気分によってはもう玄関を全然開けてくれないっていうようなこともあったし(4-14)」

のように、本人の警戒心を解くような工夫をしていたり、

「月 1 回どころじゃなかったですものね、この方は。3 回とか毎月。テレビが壊れた。隣の男がやったに違いないって言って、リモコンの電源が、主電源が切れてるだけとか。そういうときに、あ、この人、来てくれるんだとか。忘れちゃうけど、この人は悪い人じゃないっていうことだけはインプットさせることができますんで。まあでも難しかったですね。(8-136)」

というような担当ケアマネとして受け入れてもらえるような意識付けを行うなど、認知症状によって支援者を受け入れられなくなっている本人に受け入れてもらえるような配慮をしたり、働きかけをしている。

そのように＜受け入れてもらえ働きかけ＞をしながらも、支援を進める中で思った通りに支援が進まない＜支援の躓き＞を経験している。

「お風呂の掃除をしようと思ったんですが、お風呂がもう数か月お湯を変えていないような、もう真っ茶色の状態だったみたいで、ヘルパーさんが、もうこれは日常生活にある訪問介護の掃除の範囲を超えちゃっているということで。(8-9)」

のように、ヘルパーさんから無理といわれてしまうような、介護保険でのサービス提供を行う範囲を超えると判断するような状況に遭遇したり、一人暮らしでありながら何度も受診するような状況で、本人は一人で自宅で過ごすことが不安であり、また入院によって身体的に落ち着いてから自宅にもどり生活を継続させるということが介護支援専門が見立てた支援だったが、

「そのたびごとに私たちは病院に行くんだけど、入院させてもらえば少し何か次の手があったかもしれないんだけど、何か入院にはならないですね。やっぱり病院側も、身元保証人もいない、お金もない。風貌も、身なりもちょっと汚れていたりするので、そういう人をなかなか受け入れてくれないんだろうなって。すんなり入院させましょうということにはならない。(4-17)」

という本人の置かれた環境からそう簡単には入院とならない。このような、想定した支援を進めたり、提供できない状況が発生する様子が＜支援の躓き＞として語られた。

＜支援の躓き＞を経験し、解決に結びつく対応策を考えながら今できる支援は何かを検

討していくことになる。

「本当に先が見えない支援というか、私たちも手探り状態というか、これといってゴールが見えていないんですね。そんな中で今やれることをという感じでやっていますけどね。

(4-65)」。また、

「相変わらず、起きたら簡単に自分で御飯を作り、着替えて、ケアの車が来たからそれに乗っていく。曜日が分からなくても、来れば、行く日なんだっていう感じで行ってくださいますし。帰ってきて、暮れてくると何か夕飯を食べ、いつものように眠り。糖尿病は少しずつ悪化しているし、アルツハイマーも進行しているんですけど、今は、これやらなきゃ駄目、あれやらなきゃ駄目って言う人たちがいないので、そのまま、いつものままの暮らしがずっと定着しているような感じです。(14-21)」

というような、本人の主体を尊重しつつ毎日に寄り添い、積極的支援や変化はないが今の状況を継続していくという、<いまできる支援での伴走>というつながり続ける伴走型の関わりをしていく。伴走型支援については、対人支援において今後求められるアプローチとして、奥田<sup>23)</sup>が社会的孤立に対応するためには「問題解決型支援」による“解決”という結果だけではなく、つながる“状態”に着目した「伴走型支援」というつながり続けるアプローチが重要であると言っている。なお、これらのアプローチは機能であり、役割ではない。一人暮らしで認知症であるということがすなわち社会的孤立であるということではないが、一人暮らしという環境で「本人の主体的決断による自律を応援する環境整備」<sup>23)</sup>は重要であると考える。

さらに<今できる支援での伴走>を継続しながら、介護支援専門員はつかず離れずの見守り支援をし<タイミングを待つ>。

「それまで、何も使っていないくてもこまめに電話したり、月に1回訪問して何か困っていないですかって聞きに行ったり。見守りというか。いつでも動けるようには。あとは、あなたにだけ言うからねって、そういうセリフを待っていた。待っていました。こっちから、多分、サービスを、これやろう、あれやろうとやっても、あんまりこの方、受け入れないだろうなっていうのがあって。だからもう、まず関係づくりからやらなきゃなど。(8-79~84)」、さらに

「何かこう、あまり使いたくないんだけど、イベント待ちとか、よく言うじゃないですか。何かあったときにすぐ手を、支援体制をぱっと強化できるために、今、3つの機関、保健所なんかも含めてもっとたくさんの機関に関わってもらいつつ、準備している期間なのかなっていうふうな感じがしますね。(4-166)」

というような本人が支援を受け入れてくれる時期を逃さないようタイミングはかりながら“待つ”支援もしている。

そして、これまで取り上げてきた<受け入れてもらえ働きかけ>、<支援の躓き>、<今できる支援での伴走>、<タイミングを待つ>という一人暮らし認知症高齢者への働きかけを循環する中で、介護支援専門員は、<自分が担当する意味>を見出していく。

「多分この人は、私が担当を替わったら、こういう状況の人を担当する人がいないから、さまよっちゃうだろうなという思いもあったんです。交代交代が続いたら、誰を信じたらいいのか、この人の支援が途切れ途切れになっちゃうから、もう少し私頑張れるかな頑張れるかなと思いつつ関わっていきかなと思っていて。(3-64)」

というように、自分が担当する意味を見出し、関わりに責任を持っていた。そのような支援の循環を繰り返す中で、

「私の中では常日頃から食べることと出すことが 1 日の中でも頻回なことだと思うんですよ。だから、食事を食べることと排せつをすることを自分でやるのが難しくなったときが在宅の限界なのかなといつもちょっと思っています。(3-59)」や

「もっとも最後、本人がもう家じゃ無理だって。判断されたところですね。御本人のギブアップがなかったとしても、命を守るという観点からしたら、もうやっぱり限界。ショートステイに入れる直前はもう玄関で転んで、一晩やっぱりベッドの下、翌々日には一晩、玄関に座り込んでいたっていう状態なので。これではちょっともう御本人を守ることができなくなってきたなって。(8-47)」

というように在宅を離れる判断をする基準をもつ>を持っていた。

支援の終結後は、

「すごく関わりが濃かったので、デイサービスの職員と入居 1 か月後ぐらいに面会に行ったら、入所前は人の認識はあまりできなかったんですけども、入居して 1 か月後にデイの職員と私で行ったら、「ああ」と言って名前もちゃんと私のこともデイの職員のこと覚えている、ここはこういうところでねと施設の説明とかもしてくださって(12-74)」

「もしかしたら、そのデイサービスのサービスがもうちょっと早めにできて、昼間、診療所に行く回数ももう少し減らせたならば、在宅でもいけたのかもしれないんだけども。でも、昼間の時間以外の御自身 1 人である時間に、もしかしたら自分たちも計り知れないぐらいの不安とかも持っていたのかもしれないから、お 1 人であるということがやはり限界だったのかもしれないよねということは、ヘルパーさんとかお嫁さんなんかともお話ししていたんですけどね。(10-73)」

など、関わった利用者のその後の生活を確認したり、その支援を振り返る<支援を振り返る>をしていた。

## 5. 総合考察

本研究では在宅生活上の困難が生じた場合でも、一人暮らし認知症高齢者が住み慣れた地域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ことを目指した介護支援専門員支援について模索することとし、一人暮らし認知症高齢者が望む生活を継続するために、在宅生活を支える介護支援専門員がどのような支援を行っているかを明らかにしたうえで、その際の困難さやその困難をどのように乗り越えているかについて検討することを目的とした。目的に沿って次の2点について考察していく。

1) 一人暮らし認知症高齢者が望む生活を継続するために行っている介護支援専門員の支援について

インタビューでは、一人暮らし認知症高齢者の「どのような事例を思い浮かべましたか」という問いかけから始め、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続のための支援状況について、自身の支援を振り返りながら語ってもらった。M-GTAを用いて分析した結果、【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】【地域とつなぐ】【チームでのつながり】【関わりのプロセス】という6つのカテゴリーが生成され図1のようにまとめられた。【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【価値の探求】は、主に一人暮らし認知症高齢者本人に向き合うカテゴリーであり、【地域とつなぐ】は主に一人暮らし認知症高齢者の環境への働きかけを示すカテゴリーであった。インタビューでの語り（具体例）からも、この一人暮らし認知症高齢者本人への働きかけと、本人も含めた環境への働きかけが、一人暮らし認知症高齢者を生活者としてとらえ生活に関わる様々な問題を本人のニーズに寄り添いながら支援を進めている様子にとらえることができる。それは同時に人（individual）と環境（environment）を一体として捉えながら、さまざまなやり取り（相互作用 transaction）をして、「人と環境との接点(interface)への介入」していくという対人援助（ソーシャルワーク）の視点に沿っていると考えられた。そして、【生活全般をとらえる】【日常に向き合う】【地域とつなぐ】3つのカテゴリーの中心には【価値の探求】が位置付けられた。

今回生成された【価値の探求】の“価値”には、2つの意味が考えられる。それは認知症の人にとっての大切さや重要さという“価値”と介護支援専門員の専門職としての“価値”である。専門職の価値については、岩間<sup>24)</sup>が「「価値」とは、専門職として共通に持つておくべき価値基盤のことであり。「援助を方向づける理念・思想・哲学」と証明できる」と説明している。また、対人関係における「根源的価値」は存在の尊重、主体性の喚起、支え合いの促進の3つの要素であるといっており、この3つの要素は「人を援助すること」が社会における人間存在のあり方に深く根付いていると示唆している。これらのことから、介護保険制度に位置付けられた介護支援専門員が対人専門職としての役割に向き合い、介護保険法上の理念である利用者の尊厳を保持した自立支援、つまり、意思意向

がとらえづらいつ人暮らし認知症高齢者の“価値”、〔本当に望んでいることは何か〕を考  
えながら、〔その人を知る〕〔本人に寄り添う〕という、「認知症の人の日常生活における  
意思決定支援ガイドライン」<sup>25)</sup>で示されているような、本人の意思形成、意思表出を実現  
するための支援者として機能している可能性も考えることができるのではないだろうか。  
ともすればパターンリズムに陥りがちな認知症高齢者の意思を探求し本人の尊厳を支えよ  
うと奮闘しているようすが語られていた。さらに、これらの活動は【チームでのつながり】  
に支えられていた。介護支援専門員実務研修ガイドライン<sup>26)</sup>では、その目的で「地域包括  
ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員  
の養成を図る」ことが目的と定めており、多職種連携が中心のスキルと位置付けられてい  
る。また、坂本ら<sup>27)</sup>は、多職種連携行動尺度を用いて、訪問看護ステーションにおける介  
護支援専門員との連携の現状と課題について介護支援専門員に調査をしている。その結果  
からは、「顔が見える関係」項目の中で平均値が最も高かったのは〔利用者と一緒に見てい  
る訪問看護師に知りたいことを気軽に聞ける〕であり、「連携意識」項目の中で最も高かつ  
たのは〔あなたは、療養者を支えるためのチームの目標を明確に理解していた〕であったと  
報告している。多職種で顔が見える関係の中、本人が自分らしく暮らし続けることができ  
ることを目指すという共通の目標にもちチームで支援に関わることは、介護支援専門員に  
とって利用者本人を支援するうえでも、専門職同士の支え合いという意味でも重要である  
ということが示唆されたと考える。

これらのカテゴリーを横串するカテゴリーとして、介護支援専門員が一人暮らし認知症  
高齢者の在宅生活継続を支える際にはある一定の【関わりのプロセス】がある可能性が示  
唆された。この一定の【関わりのプロセス】が生成された背景には、生活の問題解決を問  
題の起こったその都度対応するのではなく、一人暮らし認知症高齢者本人の【価値の探求】  
をしながら継続的に人生に関わっていくという介護支援専門員の専門職としての“価値”  
の視点があるのではないかと考える。

## 2) 本研究の結果から考える一人暮らし認知症高齢者支援の困難性やその乗り越えについ て

中島ら<sup>9)</sup>は、介護支援専門員にインタビューを行い、独居認知症高齢者の在宅生活継続  
を困難とする生活上の課題として、【生命の安全を脅かす危機】【セルフマネジメント  
能力の低下】【日常生活のほころび】【必要なサービスの直前キャンセルや拒否】【十分に  
頼れない家族との関係】【脆弱な近隣・友人との関係】という5つの課題を抽出している。  
また、久保田ら<sup>11)</sup>は介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューを行い、  
認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因を【中核症状などによる健康管理の乱れ】  
【生命の安全確保の危機】【社会生活における順応性の低下】【対人関係の不調和】【生活  
を維持するうえでの経済的危機】【人間としての尊厳の崩壊】があると報告している。本  
研究における調査においても同質の内容を含む【生活全般を捉える】、【日常に向き合う】

【地域とつなぐ】というカテゴリーが生成された。このことは、介護支援専門員が一人暮らし認知高齢者の支援をする際にも、認知機能の低下による日常での様々な躓きを在宅生活継続の課題としてとらえていると考えられる。本研究では、前述したような困難さが明らかになったが、それがどの程度困難性を高めているかどうかは、個別の事例を比較できないので図ることはできない。ただ、本研究のインタビューでの語りからは、認知症の症状により日常の生活がうまく回らないことや地域の人たちとうまくかわりが持てないことについては、困難さを語りつつも「25 チームとして互いを理解する」の具体例「あとは関係者がチームで協力するっていうことだけだと思うんですね。居宅でも、いろいろ課題はあると思うんですけど、会社も違うし、それぞれ。ルールも、あと守備範囲も違うと思うので、そこは検討すればいいだけの話で、仕組みとかでね、何か工夫すれば、いろいろ連携は、いろんな方法があるんじゃないかなと思いますけどね。(9-359)」ように、介護支援専門員がチームとして支援していくことで、何とか感じる感じであり、「チームとして互いを理解する」ことで乗り越えられると捉えていた。実際の支援では支援困難な要素はたくさんあり対応しながらも、すぐに解決につながらないことの方が多く、それを受け入れて向き合い、その時その時で判断し少しずつ改善に向けて努力していることのほうが多いと言えるだろう。困難性をとらえて対応しておくことや困難性を回避する支援は重要だが、それだけでは生活を支援しているとは言えず、前述したように、その人にとって「自分らしく暮らし続ける」ことはその人の尊厳や人生の豊かさを考えることでもあり、人によって違う「豊かさ」をどうとらえていくのかといったことも支援者には求められている。これに向き合う姿勢として【価値の探求】というコアカテゴリーが生成されたと考える。

2023年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、認知症基本法)が可決され、2024年1月1日に施行された。認知症基本法は認知症の人が自身の尊厳を持ち、希望を抱いて生活を送れるようにするための法律であり、7つの基本理念が定められている。その基本理念の一番目に「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」という人権ベースの考え方があり、【価値の探求】は、人権ベースの考え方に沿うと考える。

また、認知症基本法基本理念の二番目に「国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができるようにすること」が示されている。地域のコミュニティーづくりも介護支援専門員の重要な役割である。【地域とつなぐ】カテゴリーの構成概念である「理解してる人と理解してくれない人」<情報開示の難しさ>は地域での働きかけの困難さを示すものであった。また【地域とのつながり】では地域とのネガティブなつながりを示すものであった。これらの結果からは、基本理念の二番目の共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深める必要性を示唆していると考えられる。堀口ら<sup>28)</sup>は、ひとり暮らし要介護高齢者に対する住民による支援の過程とその過程の促進

要因として、高齢者との間に長い年月をかけて積み重ねられてきた信頼関係により住民は高齢者のニーズに気づく身近な存在としての役割を果たすことができ、その後、住民は家族の代替としての役割を担うようになったこと、そして、家族の代替としての支援提供には外的・内的資源の存在と高齢者との間の距離感が促進要因として作用していたと報告している。地域の課題は、その地域での人間関係の課題であることが多い。〈名刺はツール〉として地域にアウトリーチしながら、理解してくれる人を地域の力を強化する資源ととらえ、関わり、働きかけ、その人とともに地域の人たちと〈今できる支援での伴走〉というつながり続けるアプローチが機能で信頼関係を築きながらの地道な【関わるプロセス】をたどることが、認知症に関する正しい知識や正しい理解を深める大事な下地だと考える。さらに、【日常に向き合う】専門職としての関わり的前提には、本人の人権を擁護していく視点を持つ【価値の探求】が困難さを乗り越えるための視点の一つとしてさらに重要となってくると考える。

## 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、今回ご協力いただいた調査協力者は認知症介護の経験を一定程度持つ協力者であったが、介護支援専門員としての経験年数や主任介護支援専門員取得の有無等ある程度統一することで傾向がより明確になると考える。今後の課題としては、第一に本研究ではM-GTを用いた仮説生成型の分析であることから、今後はその内容を実証的に検証し修正も加味しながら進めていくことが必要だと考える。第二にインタビュー調査の結果の分析から【関わりのプロセス】カテゴリーが生成されたが、今回は、その概念間、また全体との関係を十分に考察ができなかった。M-GTAによる grounded-on-data(データから解釈した直接の概念生成)な分析を行っているので、概念そのものはデータに即している。一人暮らし認知症高齢者の生活継続を支える介護支援専門員の支援と【関わりのプロセス】の関係についてより深い考察が必要であると考えるので今後の課題としたい。第三としては、介護支援専門員の支援の根拠やどのようにチームで支え合ったのか(例えば担当者会議での様子やチーム連携の在り方)などの具体的内容についても今後さらに分析が必要であると考え。引き続き、これらの課題を検討しながら、一人暮らし認知症高齢者の在宅生活継続を支える専門職の在り方について考えていきたい。

## 7. 謝辞

貴重な経験をお聞かせくださった調査協力者のみなさま、そして、本研究にあたりご指導、ご助言賜りましたみなさまに心より感謝とお礼を申し上げます。

## 8. 引用文献

- 1) 川越雅弘、南拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の 2 年後の転帰，在宅継続率およびケアの場の移行状況. 老年精神医学雑誌, 33:218-223, 2022
- 2) 厚生労働省:2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html>. 2023. 11. 20. 2023. 12. 01
- 3) 厚生労働省：認知症高齢者の将来推計. <https://www.mhlw.go.jp/content/001061139.pdf>. 2023. 11. 28
- 4) 厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（2012）」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>. 2023. 9. 1
- 5) 東京都福祉局：令和元年度在宅高齢者の生活実態調査報告書. <https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/koureisyaikaku/08keikaku0305/zaitakukoreisha.html>
- 6) 齋藤智子、佐藤由美：介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態，千葉看護学会会誌, 12(2)：8-14, (2006).
- 7) 吉江悟，齋藤民，高橋都，他：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因：12種類のケース類型を用いて，日本公衆衛生雑誌. 53(1)：29-39 (2006).
- 8) 栗田 圭一：独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の創出に向けて老年精神医学雑誌, 33 (3), 211-217(2022)
- 9) 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究. 高齢者のケアと行動科学 27 (0), 39-49(2022)
- 10) 楊曉敏、岡田進一：一人暮らし高齢者に対する介護支援専門員の支援困難感に関する実態分析：介護支援専門員を対象とした大阪府下でのアンケート調査から，厚生 の指標, 67 (7), 24-30(2020)
- 11) 久保田真美、堀口和子：認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因：介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより，日本認知症ケア学会誌, 18 (3), 688-696, (2019)
- 12) 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)
- 13) 楊曉敏、岡田進一：一人暮らし高齢者に対する介護支援専門員の支援困難感に関する実態分析：介護支援専門員を対象とした大阪府下でのアンケート調査から，厚生 の指標, 67 (7), 24-30(2020)
- 14) 安藤こずえ、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, 1346-9665, 一般社団法人 日本老年看護学会, 2015, 20, 1, 88-96, <https://cir.nii.ac.jp/crid/1390282680211995648>, [https://doi.org/10.20696/jagn.20.1\\_88](https://doi.org/10.20696/jagn.20.1_88)
- 15) Glaser, Barney and Anselm Strauss: The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine Publishing Company. (=1996, 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳『データ対話型理論の発見』新曜社.), (1967)
  - 16) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂(2003).
  - 17) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 弘文堂 (2003)
  - 18) 一般社団法人日本介護支援専門員協会: 居宅介護支援費に利用者負担を導入した場合の影響及び介護支援専門員の業務の実態に関する調査研究事業報告書. (2023)
  - 19) Oxford Languages. <https://languages.oup.com/google-dictionary-ja/2023.12.20>
  - 20) 独立行政法人国民生活センター報告書家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切ー認知症等高齢者の消費者トラブルが過去最高に!! (平成26年9月11日) [https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911\\_1.pdf](https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf). 2023. 11. 25
  - 21) 横尾 恵美子: 福祉の現場から 認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割, 地域ケアリング, 20 (6), 54-59 (2018)
  - 22) e-Gov 法令検索. [https://elaws.egov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123\\_20230519\\_505AC0000000031](https://elaws.egov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123_20230519_505AC0000000031). 2023. 12. 20
  - 23) 奥田 知志 (編集), 原田 正樹 (編集): 伴走型支援: 新しい支援と社会のカタチ. 有斐閣 (2021)
  - 24) 岩間伸之: 支援困難事例と向き合う 18 事例から学ぶ援助の視点と方法. 中央法規出版株式会社 (2014)
  - 25) 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン
  - 26) 厚生労働省: 介護支援専門員実務研修 ガイドライン. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11JITSUMUKENSHUGAIDORAIN\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11JITSUMUKENSHUGAIDORAIN_3.pdf). 2023. 12. 22
  - 27) 坂本美香、 矢島由以子、 宮草久美ほか: A 訪問看護ステーションにおける介護支援専門員との連携の現状と課題. 旭川赤十字病院医学雑誌, 31, 47-50, (2019)
  - 28) 堀口久枝、 杉澤秀博: ひとり暮らし要介護高齢者に対する住民による支援の過程 — 住民の視点から —, 老年学雑誌, 10 144-159, (2020)

全国労働者共済協同組合連合会 2022 年度社会福祉活動等助成事業

一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査  
— 介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から —  
報告書

執筆者

認知症介護研究・研修東京センター

齊藤 葉子

発行元

社会福祉法人 浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071

東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL:03-3334-2173 FAX:03-3334-2718

発行年月

令和5年(2023)12月