

### 第3章 地域包括支援センターによる孤立予防策の現状と課題

#### 1節 孤立死予防に向けたハイリスク高齢者の把握法の検討

野中久美子<sup>1)</sup>、福島富士子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム

<sup>2)</sup>国立保健医療科学院・公衆衛生看護学部・ケアシステム開発室

【要旨】本研究は、孤立死リスク高齢者を、病気や障害、認知症などで支援が必要と思われる状態であっても、地域との「つながり」を断ち、ケアを拒否しているために、孤立死に至るリスクが高い者として定義し、孤立死リスク高齢者の孤立死予防に寄与する公的支援に結びつけるため、地域包括支援センターによる孤立死リスク高齢者の把握のあり方を検討した。特に、和光市内の3地域の違いによる孤立死リスク高齢者の把握の違いを検討した。

その結果、孤立死リスク高齢者の孤立状態は3タイプであった：①対象者が積極的に他者との関わりを避けることでの孤立、②近隣地域で何らかのつながりを持っているが必要な支援をうけていない社会的孤立、③家族と同居し、かつ必要な支援を受けることを拒否している家族単位での地域から孤立、であった。これらのタイプの孤立は地域に関わらず見られた。しかし、把握ルートと把握時の対象者の状態は、居住形態と近隣住民の公的サービス利用に関する知識と意識により異なった。分譲住宅地域や地域住民の公的機関活用に関する意識の強い地域では、対象者の状態が重度化する前の早期に近隣住民の通報により把握されていた。一方、賃貸住宅、新興住宅、公的機関の活用方法に関する意識が低い又は利用方法に関する知識の低い人が多い地域では、対象者の状態が重度化した時点で、地域包括支援センター職員や対象者と何らかの関係を持つ者により「偶然」に把握されていた。

#### A. 目的

近年、我が国では単身高齢者世帯や高齢者夫婦世帯の増加に伴い、社会や地域とのつながりを断ち「孤立」している世帯も増えている。さらに、都市部においては、借家やマンション居住者が増加しているが、これらの人々の中には地域社会とのつながりを断った「孤立生活」を送る者も増えている。このような「孤立高齢者」の間で、孤立死が増加していることを踏まえ、平成19年度から国も地方公共団体と共に孤立死防止推進事業（「孤立死・ゼロプロジェクト」）を実施していた。同プロジェクトでは、

孤立死の定義を“社会から「孤立」した結果、死後、長期間放置されるような”（11頁）死としている<sup>1)</sup>。

本研究班は、高齢者の安心・安全な生活を守るには、地域における重層的な支援が重要であるとし、高齢者の安否確認・孤立死予防策を、社会参加活動を通じた団体への帰属による一次予防網と、近隣や友人との交流を通じた私的な二次予防網、緊急対応を行う三次予防網の三層に分類した<sup>2)</sup>。そして、同研究班が平成20年度に実施した和光市内における孤立高齢者の実態把握調査では、別居家族や親戚、あるいは友人や

近所の人との対面接触と非対面接触が共に月2, 3回以下の孤立高齢者の発現率を検討したところ、独居者の26.0%、同居者の28.7%であった<sup>3)</sup>。さらに、独居高齢者全体において、三次予防策の該当者であり、かつ見守りシステムの非利用者は全体の16.6%、緊急通報システムの非利用者は17.4%、避難場所を熟知していない者は6.6%であった。これらの孤立高齢者、特に三次予防策の該当者の間で孤立死のリスクが高まっていると考えられる<sup>4)</sup>。

本研究では、二次予防策から三次予防策へつなぐためのシステムのあり方を検討することを目的とし、同市内に設置された地域包括支援センター（以下、地域包括）の担当者に孤立死リスク高齢者の把握と支援導入のための介入の過程に関するインタビュー調査を実施した。具体的には、地域に潜む孤立死リスク高齢者の孤立死予防に寄与する公的支援に結びつけるため、地域包括による孤立死リスク高齢者の有効な把握のあり方を検討することを目的としている。

## B. 方法

### 1. 孤立死リスク高齢者の定義

本研究における孤立死リスク高齢者の定義は、『病気や障害、認知症などで支援が必要と思われる状態であっても、地域との「つながり」を断ち、ケアを拒否している人』（高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議 2008年）の状態のために、孤立死に至るリスクが高い者とした。

### 2. 調査対象者

本調査は埼玉県和光市に設置されている地域包括（全4事業所）の職員4名である。和光市内は主に、南地域、北地域、中部地域の3つの管轄を4つの地域包括が担当している。南地域は市の直営の地域包括である。中部地域を担当する中央地域包括は平

成21年4月から委託事業者が変更されている。北地域はこれまで1地域包括が担当をしていたが、平成21年4月より2地域に分割され、北地域包括と北第2地域包括の2事業所により運営されている。

調査対象者の選定は、和光市の地域包括の所管課の協力を得ておこなわれた。同市の地域包括の職員に調査協力を書面と電話で依頼し、承諾をえることができた地域包括の職員に対して半構造化されたインタビュー調査を実施した。インタビューは2009年7月～12月に、個別形式で実施された。また、各インタビューの所要時間は約2時間であった。

### 3. 倫理的配慮

インタビューの際には、調査の目的、匿名性は確保されること、得られたインタビュー内容は論文として公表されることについて書面と口頭にて説明をし、同意を得た。さらに、限られた地域での調査であることから個人を特定されることを避けるために、研究協力者年齢等の属性はたづねない条件で実施された。なお、本研究は東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会の審査承認を受けている。

### 4. 調査項目

調査項目は、孤立死のリスクのある高齢者の把握と支援導入の働きかけでの成功事例と不成功事例について聞いた。

### 5. データの分析

#### 1) 分析対象

本研究では、3地域（南部、中部、北部）の地域包括4事業所より報告された孤立死リスク高齢者の把握から対応の9事例を分析の対象とした。

#### 2) 分析方法

データの分析は、録音されたデータを文章化し、逐語録をグラウンデッド・セオリ

一・アプローチに基づき分析した<sup>5) 6) 7)</sup>。グラウンデッド・セオリー・アプローチは1967年にグレーザー (Glaser) とストラウス (Strauss)<sup>8)</sup>によって提唱され、現在はいくつかの方法論がある。今回の研究目的に照らし、プロパティとディメンションでデータを整理し、条件マトリックスと軸足コーディングを用いて、ある現象の構図と過程を明らかにすることを特徴とするストラウスとコービン<sup>2)</sup>の立場に立った戈木<sup>6) 7)</sup>の提唱するグラウンデッド・セオリー・アプローチの方法を用いた。

データを文脈にとらわれて解釈することをできるだけ抑えるために、文章または段落ごとに切片化し、プロパティとディメンションをつけながらコード化し、その切片が表している内容をラベルとして特徴づけた。なお、プロパティとディメンションとは、ある現象のレベルや内容を詳しく検討するためのものである (プロパティ: ディメンションの例、拒否反応: 高い)。そして、類似するラベルをカテゴリーに分類した後、中核になるコアカテゴリーとサブカテゴリーの特性を検討すると同時に、各カテゴリー間の関連を検討した。それらの関係を見た後で事例間の比較をおこなうという作業をした。このような一連の分析作業から、支援を拒否する対象者への介入に至る構造と過程を検討した。

分析に際しては高齢者福祉を専門とする数人の研究者に、分析の結果の評価と確認をしてもらい、分析結果の妥当性に関する意見を求めた。さらに、グラウンデッド・セオリー・アプローチに詳しい研究者から分析方法の妥当性に関する意見を求めた。

## C. 結果

### 1. 地域包括職員からみた管内の地域性

#### 1) 中央地域

中央地域の主な特徴として、大規模分譲マンションとその地域で展開されている住

民の自主運営組織「健やかネット」があげられる。同団地は、1983年に建設された高層マンションであり、駅から徒歩5分という好立地と、散歩コースやテニスコートの完備といった恵まれた住環境のため経済的に豊かな人によって構成された団地である。築30年であるために、建設当時から住んでいる住民同士のつながりがあるだけでなく、その子供世帯が同敷地内に入居するケースも多く、比較的住民同士のつながり、親族のつながりが強い地域である。経済的に豊かな層と地縁関係者をもとに、地域づくりの動きも活発である。その代表的な活動が、同団地の有志たちにより、地域の高齢者や子育てを支援することを目的に設立された「健やかネット」である。

一方で、地域包括の職員の視点から見た同団地内での課題として、「呼び寄せ老人」の地域での孤立が挙げられている。同団地に住む子供世帯が高齢になった親を地方から呼び寄せ、同じ団地内に住まわせているケースが散見され始めている。これら「呼び寄せ老人」の子どもたちは日中は働いている上に、高齢になってからの地域参加が困難であることから、これら高齢者の孤立傾向が気付きであるとしている。

和光市の特色である、特定高齢者把握事業を通じた訪問と実態把握事業での訪問率の高さが挙げられる。和光市では、特定高齢者事業を通して、ハイリスク高齢者へ地域包括が電話連絡を入れ、介護予防事業への参加および、訪問による実態把握を行っている。この事業所では、調査実施の2009年8月時点で、約100件の電話アプローチを行い、80件近くが訪問に至っているという。

#### 2) 南地域

南地域の主な地域性としては、管内の北部に位置する古い農村地域と南部の経済的に豊かな新興住宅地といった2層化と、市

内で唯一の直営地域包括であることである。まず、北部は、農村であったために居住年数も長い昔からの住人が多く存在するという。一方、南部は司法研修所や国立保健医療科学院をはじめとする国の機関や地域包括が位置する総合福祉会館をはじめとする行政機関が集中している地域である。さらに、同地域は米軍基地跡と言った広大な土地を利用した、開放的な新興住宅地に在住する経済的に豊かな住民により構成された地域である。したがって、この地域で生活保護の申請を行った記憶がないという。しかし、この地域の住民は、練馬区と板橋区に隣接していることから、住民の意識が和光市ではなく都内に向いている傾向があるという。

しかし、管内で問題がないわけではなく、高齢化率が進む分譲団地が2つあるという。一つは高齢化率が25%を超えたエレベーターのない5階建ての公団団地であり、もう一つは、高齢化率が30%を超えた分譲団地である。これらの団地では、同じ団地内または近所に親族いる人も多い上に、老人会といった地域のネットワークがしっかりしているために、地域包括への相談件数は多いという。しかし、その相談の多くが、対象者の状態が重度化する前の早期の段階での相談が多いという。

さらに、設置場所の利点を活かした高齢者の実態把握も多いという。特に代表すべきは、地域包括が総合福祉会館内に設置されているだけでなく、事務所の隣が高齢者福祉センターであることである。この場所には、ボランティア、民生委員、老人会の会合が頻繁にひらかれるために、地域に関心のある主だった人が気軽に地域包括により、リスクの高いと思われる高齢者についての情報を寄せていくという。

### 3) 北地域

北地域は平成21年度より北第一地域包

括と第2地域包括に分割された。北地域全般を通しての特徴として、賃貸の集合住宅が多く立ち並ぶ地域、住民のつながりの強い分譲住宅地域、農地から新興住宅地に変わりつつある地域、板橋区に隣接した地元意識の薄い「埼玉県民」を主体とした地域と分かれている。まず、北第2地域包括の管轄地域である白子地区は、板橋区に隣接しており、「埼玉都民」といった地元意識の薄い地域であると捉えられていた。一方で、同包括の担当する下新倉地区は農地が多く地縁関係が強い地域であったが、最近では農地が区画分譲され、新たな住宅も登場しコミュニティの変容が懸念されている。同様に、北第1の管轄も副都心線の乗り入れにより、マンション群をはじめとした新興住宅地が出現し、新住民も流入している。これらのいわゆる新住民は自治会の加入率も低く地域に根付かないといった感触があり、今後のコミュニティの変容が気になるとされている。一方、管内には昔からある地域もあり、そういった地域では介入困難者への見守りを依頼できる。

中央地域との比較で特筆すべきは、特定高齢者把握事業における住民の反応である。この地域では訪問の拒否の割合が高いと担当者は感じていた。また、住民が特定高齢者事業の仕組みを理解し、「ちゃんと回答すると訪問や変な電話がかかってくる」として、基本チェックリストを真剣に実施したがる人が出てきていると感じていた。

別の特徴として、北部の2つの地域包括および中央包括が連携をして北地域のコミュニティセンターにおいて地域包括主体のサロン活動を開始したことである。本事業は平成21年10月から開始され、地域高齢者が気軽に心配ごとの相談をできる居場所としての機能を担うことが期待されている。

### 2. 孤立死リスク高齢者の実態と把握のあ

り方

つぎに、これらの3地域の地域包括(4事業所)より報告された孤立死リスク高齢者(以下、対象者)の把握から対応の事例(9事例)をグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した結果、『対象者の生活状況』、『把握』、『地域包括の支援導入の試み』、『対象者の反応』、『介入のきっかけの模索』、『介入』、『帰結』という6つのカテゴリーが明らかになった。対象者は地域包括に把握されるかなり以前から孤立状態の生活を続けている(『対象者の状況』)が、なんらかのきっかけで地域包括に把握された(『把握』)後に、地域包括が対象者を訪問し状況をアセスメントすることで必要な支援の導入の働きかけを行っている(『地域包括の支援導入の試み』)。対象者が地域包括の訪問をはじめとする働きかけを受け入れた場合は(『対象者の反応』)は、介護保険サービスを使った生活支援に結びつく(『帰結』)。しかし、多くの場合は、『対象者の反応』は拒絶的であり、地域包括が対象者の状況を正確にアセスメントできないまま『介入のきっかけを模索』して働きかけを継続していた。そして、介入のきっかけを得た場合は、支援を導入することができていたが(『介入』)、介入のきっかけを得られない場合には、働きかけを継続するか孤立死に至っていた。

この一連の対応の流れをのなかで、本節での研究の目的は孤立死リスク高齢者の実態と把握の方法であることから、特に『対象者の状況』と『把握』に着目し検討した。その結果、対象者の孤立の状態は3タイプであった：①対象者が積極的に他者との関わりを避けることでの孤立、②近隣地域で何らかのつながりを持っているが必要な支援をうけていない社会的孤立、③家族と同居し、かつ必要な支援を受けることを拒否

している家族単位で地域から孤立、であった。

さらに、これらの対象者の地域包括による把握の過程は、対象者の居住形態により大きく影響を受けていた。例えば、対象者が積極的に他者との関わりを拒否して孤立していても、地域住民同士のつながりが強くコミュニティの歴史の長い分譲住宅である場合には、対象者の身体的状況が重度化する前の早期に把握されていた。一方、そのような孤立死リスク高齢者が地域のつながりの薄い賃貸住宅または新興住宅地に住んでいる場合は、重度化した時期に把握されていた。また、経済状態が豊かでない高齢者主体の賃貸集合住宅では、地域で何らかのつながりを持つてはいるが必要な支援を受けていない高齢者の場合は、対象者のみならず、その地域全体が社会から孤立していることが示唆された。以下に、3タイプの孤立死リスク高齢者の住居形態や近隣住民との関わりといった生活の状況と、その生活状況による対象者の把握の過程を検討する。

1) 対象者の性格から他者との関わりを避けることでの孤立

対人接触を嫌うために地域から孤立している対象者が3地域に共通して4事例報告された。各事例に共通する特徴としては、独居かつ性格的に他者との関わりを好まないことである。その性格のためか、地域包括が把握後に支援導入の働きかけを行っても、訪問を拒否するなど地域包括との関わり自体を拒否することが多かった。以下に、各事例の対象者の居住地域と住居形態、近隣住民との関わり、その他の属性、把握時の対象者の身体または生活状況、地域包括による把握の方法、地域包括の支援提案に対する受け入れとその結果を示した。

	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4
居住地域と住居形態	北地域：賃貸集合住宅	北地域：分譲戸建て住宅	中央地域：公団住宅	南地域：新し建て替えられた住宅地にある古い賃貸一軒家
近隣住民との関わり	ない	近隣住民とトラブルが多く、相互に関わりを拒否	ない	近隣に住む元雇い主である大家。住民が気にしているが、関わりはない。
把握時の身体状況、自立度、生活問題	認知症、難聴、生活の維持困難	飲酒問題の疑い、身体問題は不明だが生活機能は自立と予測	飲酒問題、身体問題は不明だが生活機能は自立と予測	胃癌、排泄や着替えは自分でできるが生活の維持は困難
属性	80 代後半の女性	70 代前半の男性	60 代後半の男性	80 代の女性
経済状態	不明	問題なし	問題なし	生活保護
対象者の把握方法	疎遠の娘からの相談、地域包括の気づき	近隣住民から市役所への相談	地域包括が別件の情報収集で立ち寄り偶然に把握	近隣に住む元雇い主である大家が市役所へ相談
支援の受け入れ	地域包括の訪問を完全に拒否（追い返す、無視する）	地域包括の訪問を完全拒否（追い返す、無視する）	訪問は受け入れるが支援は拒否、多くは話さない	最初は訪問を拒否、徐々に受け入れた
結果	施設入所	対応の継続中	対応の継続中	在宅介護サービス導入

① 地域のつながりが弱い地域で対人接触を避ける孤立死リスク高齢者の実態と把握

事例 1 と 3 が、このカテゴリーに分類された。この 2 事例に共通することは、賃貸住宅であること、および近隣住民による通報や地域包括への情報提供の量が極めて少ないことから、対象者が住民と関わりを持っていないことが予測されることである。

事例 1 の場合には、生活状況は、認知症と難聴のためか他者との関わりを持っていなかった。対象者の生活パターンの一つとして、日中に近所を歩いたり、アパートの外に座っていることが多かったと地域包括の職員は捉えていた。この対象者の把握のきっかけは 2 度あった。最初の把握は前任の地域包括委託事業所が（平成 21 年 4 月より現事業所へ委託が変更されている）疎遠になっている娘から、対象者が生活を

維持することが困難になっており介護保険サービスの利用のための相談が行政機関にされた時であった（調査実施時より 2 年前）。そこで前任の事業所が介護保険サービスの導入に向けて動いたが、対象者の激しい拒否のために、センサー式の緊急通報システムの導入に留まり、その後の 2 年間は、地域包括や行政機関との関係も切れていた。その間、対象者の日中の行動パターン（散歩や外で座っている）にも関わらず、地域住民からの通報はないまま、生活を継続していた。

2 回目の把握は、現在の地域包括が前任の事業所の記録と日中の散歩などの日課をもとにしたものである。しかし、地域包括職員のたび重なる訪問や散歩中などの話しかけに対しては前任同様に拒否したために支援導入が困難であったが、センサー式緊

急通報システムが異変を察知し、脳梗塞と脱水症状で倒れているところを地域包括職員が発見され病院に搬送され、在宅生活が困難との判断から、そのまま施設入所となった。センサー式緊急通報システムがなければ孤立死に至っていた事例であった。

事例3は、おなじ公団の住民の「隣がうるさい」という苦情（実際には、通報者の精神障害問題による妄想に基づく通報であった）の対応のために、地域包括職員が近隣住民への情報収集を行うために訪問をした際に、偶然に把握したものであった。したがって、何らかのきっかけがない場合には、地域で孤立したままに見過ごされる事例であった。この対象者は調査時点では地域包括の職員が支援導入のためのアセスメントを継続中であった。職員の訪問は機嫌が良い時は受け入れるが、自分の身体や生活状況などアセスメントにつながる情報提供はなかなか行わない上に、医療機関への受診を拒んでいるために、正確な身体状況やリスクをアセスメントができない状態である。現在、地域包括職員が定期的に訪問を重ね信頼関係を構築することで介入のきっかけを得ようとしている。

事例1と3は共に、賃貸住宅に居住し、近隣住民からは見過ごされた事例であった。事例1は外を徘徊していたにもかかわらず親族以外の通報がなく、事例3は重度化する前に偶然に地域包括に把握された事例である。

## ② 地域のつながりの強い地域での孤立死リスク高齢者の早期の把握

事例2は、地域住民のつながりの強い分譲住宅で住民の相談により早期に把握された事例である。この地域は、市役所に近いこともあり「何かあったら市役所へ相談」といった意識が根付いている地域であると職員は捉えていた。対象者はこの分譲住宅に20年以上、居住しており、近隣住民はこの対象者の家族状況や性格を認識していた。近隣住民から得た対象者の性格は、プライ

ドの高い性格であり、近隣住民ともトラブルが絶えないために近隣住民も離婚した妻も関わることを避けていた。生活自体は、現在のところは一見自立しているように見えるが、酔っ払って夜中に騒いだり、近所に怒鳴りこんだりといったことから飲酒の問題が予測されている。しかし、地域包括との関わりを拒否し、家の中の様子を見ることもできないために正確なアセスメントがなされていない状況である。

この対象者の把握のきっかけは、対象者の近隣住民への迷惑行為と今後の孤立死の危惧のために近隣住民が市役所へ相談したからであった。しかし、近隣住民から対象者に対する情報と職員が外で見かけた様子では、対象者は身体的には自立しているために、早期の把握が可能になったといえる事例であると思われる。また、今後の対応についても、職員は近隣住民と連携をして介入のきっかけを模索中である。

## ③ 変容するコミュニティでの薄いつながりによる孤立死リスク高齢者の把握

事例4の対象者の把握時の状況は、胃癌による吐血を繰り返し、家は荒れた状態であった。しかし、飼い猫がいることを理由に入院することを避けていたために、医療機関での受診も拒否していた。一方で、新聞購読の勧誘を断れずに、生活保護といった苦しい経済状況であるにも関わらず、進められるままに新聞を大量購読し支払いに苦慮する状態にも陥っていた。

このような対象者が地域包括に把握された経緯は、元雇い主である大家がたまたま様子を見に行った際に生活の破綻ぶりと身体状況の悪化に驚き市役所に通報をしたからである。この対象者の居住環境は、古い家が新しい家に建て替えられていく中で、一軒だけ取り残された古い賃貸の一軒家であった。近隣住民は古い家に独居高齢者がいることを気にはかけつつも、通報される

こともなく、その高齢者を知る者が状況の悪化に気づき、通報したために重度化してからの把握であったことである。

把握後は、地域包括の支援の導入の受け入れをかたくなに拒否していたが、生活保護の相談員との同行訪問をきっかけとした地道な働きかけと、本人の体調の悪化（動けなくなり食事摂取が不可能となった状態）の結果、訪問看護とヘルパーが導入されたが、地域包括の把握から4ヶ月後に自宅で死亡した。新しい住民が増えつつある分譲住宅の地域において、対象者の居住環境の特異性と独居高齢者といった状況から近隣住民の関心を引き起こしつつも、事例2と異なり近隣住民から市役所や地域包括

への相談はなかった事例である。

2) 近隣地域で何らかのつながりを持っているが必要な支援をうけていない社会的孤立  
本研究で明らかになった孤立死リスク高齢者の実態の一つに、地域住民とのつながりはあるが、在宅生活の維持に必要な支援を入手できていないために、孤立死の危険性を常にはらんでいる事例である。以下に、各事例の対象者の居住地域と住居形態、近隣住民との関わり、その他の属性、把握時の対象者の身体または生活状況、地域包括による把握の方法、地域包括の支援提案に対する受け入れとその結果を示した。

	事例5	事例6
地域の特色	中央地域:家賃の安めの高齢者専門住宅	南地域:賃貸アパートの2階
近隣住民との関わり	ある、具合の悪いことを相談している	ある、近隣住民が毎日様子を見に訪問
把握時の身体状況、自立度、生活問題	低栄養、本人の体調不良の訴え、後に肺癌が発見される	足のけがのために外出困難、家が汚い等の生活の維持困難
属性	80代の女性	60代半ばの男性
経済状態	ゆとりなしと推測される	問題なし
地域包括の把握方法	地域包括職員が挨拶に訪問した時に把握	元の雇い主である大家が介護申請のために相談
支援の受け入れ	地域包括の訪問を完全拒否	支援を受け入れ(配食サービス導入)
結果	在宅介護サービス導入	サービス導入数日後に自殺

これらの事例での特徴は、近隣住民は対象者の身体的課題とそれに伴う生活困難を認識して、何らかの支援を提供してはいるが、この支援者が地域包括や行政に対して公的支援の相談を行っていないことである。

例えば、事例5の対象者は家賃が比較的安い高齢者専門賃貸アパートに居住していた。地域包括職員は、このアパートは経済的に貧しい身寄りのない独居高齢者が多

く、ハイリスクの住民が多いと判断している。前任の地域包括がこのアパートを重点的に回ったようには受け止めておらず、平成21年4月の地域包括委託時にアパートの住人に挨拶で回った際には、多くの住人が地域包括を知らなかったと捉えている。

対象者はこの挨拶の訪問時に、様子がおかしいことから地域包括職員が気に留め、支援導入のために訪問を繰り返したが、「来ら



れると迷惑だ」として拒否していた。一方、同じアパートに住む住民とはつながりがあり、地域包括による把握以前から近隣住民に対しては自信の健康不安を訴えていた。

地域包括のアパートの訪問後すぐに、近隣住民が対象者を見かけないといった異変に気づいたこと、およびこの対象者の状態を気にかけていたことから、近隣住民が地域包括の委託の挨拶時に手渡された名刺を頼りに地域包括へ通報をおこなった。それと同時に、この隣人が地域包括の支援の受け入れの説得を対象者に行った結果、地域包括職員が自宅へ入ることが可能になった。職員が自宅に入ってみると、対象者は栄養失調と脱水症状で動けなくなっていたために、病院へ救急搬送された。

この際、家の様子を初めて見ると、まず押しボタン式の通報システムは使われておらず、家の中には冷蔵庫がなく食べ物を食べた気配がなかったという。入院先で肺癌が発見されたこと、本人が必要性を自覚したことにより、把握から1カ月でヘルパーが導入された。この事例は、対象者となつながらある近隣住民が地域包括を知った時期と対象者の状態が悪化した時期が重なったために、孤立死に至る前に病院へ搬送されると同時に在宅介護サービスの導入に至った事例であった。

事例6でも、仕事で足を怪我したことがきっかけで外出ができなくなっている対象者を、同じアパートに住む知人が心配し、毎日様子を見に来ていた。このアパートの近辺に買い物ができる店舗がないことと、ケガのために外出ができないことから1年間、食事は店屋物の出前と隣人の支援で対応していた。このような状態であるにも関

わらず、隣人と出前配達のお店からの相談は市役所や地域包括には寄せられなかった。実際に通報したのは、たまたま様子を見に来た元の雇い主である大家であった。地域包括の介入により配食サービスが導入された数日後に、対象者が自殺していることが発見された。

この2つの事例は、賃貸住宅の中で近隣住民が対象者を気にかけ、支援をおこなっていることから、地域から孤立しているとは言えない状態であった。しかし、両事例とも支援者からの通報はなく、地域包括や大家の訪問による把握であった。

### 3) 家族で公的支援および地域から孤立している

もう一つのタイプの孤立に、家族とともに孤立している事例があった。これらの事例は、家族と同居している上に、何らかの介護保険サービスが入っている（事例7を除く）ために、孤立死に至るリスクは低い。しかし、介護保険サービスが不十分であったり、介護者に過度の負担がかかっていたりといった課題が地域包括職員から指摘されている。

#### ①近隣住民との連携による把握と対応

事例7は、先述の「健やかネット」が活動を展開する団地である。通報者は介護予防事業にも参加をしており、地域包括の役割を理解していた。対象者とは犬の散歩仲間であったが、対象者を見かけないことで不審に思い地域包括へ直接に通報してきた。対象者は独身の娘と同居し、膝の痛みから外出をやめていることがその後の包括の調査で明らかになったが、対象者も娘も地域包括の介入を拒否し続けている。娘は日中

	事例 7	事例 8	事例 9
地域の特徴	中央地域:分譲マンション	中央地域:分譲戸建て	南地域:分譲戸建て
近隣住民との関わり	ある	不明	母親の死後、近隣とのつながりが途絶えた
把握時の身体状況、自立度、生活問題	膝の痛みから外出しな い、室内で自立	夫は低栄養と閉じこも り、妻は認知症の疑い あり	重度の認知症、不適切 な介護(低栄養、じょく そう)
属性	80 代の女性、娘と同居	80 代の夫婦、近隣に息 子夫婦居住	80 代の父と50 代の介護 者(息子、無職、精神疾 患の疑いあり)
経済状態	ゆとりある	ゆとりある	父の年金のみ
地域包括の把握方法	犬の散歩仲間が地域包 括へ見かけなくなったと 通報	夫の転倒骨折による介 護保険申請	父親のケアマネジャー の訴え
支援の受け入れ	地域包括の訪問を完全 拒否	最低限の支援のみを受 け入れる	金銭的理由から拒否
結果	近隣住民と協力して見 守り中	支援導入の働きかけを 継続中	徐々に受け入れ

は働きに出ているために、昼間は対象者が家で一人である。しかし、同じマンションに住む知人が犬の散歩の代行を申し出て、状況を地域包括に伝えるといった連携をした見守りが可能になっている。現在のところ、室内では自立していることもこの知人によりあきらかになった。ここでの特徴は、知人も通報者も「他人の生活に立ち入っているとかわれたくない」と、対象者と地域包括の間を取り持つための同行訪問は拒否している。そこで、近隣住民が対象者の様子を見つつ、地域包括へ状況を伝えるといった、対象者の背後での両者の連携で見守りが継続されている。

## ② 独居でないがために地域から孤立

事例 8 と 9 は、どちらも地域住民のつながりが保たれた分譲住宅での孤立事例である。どちらも、介護保険のサービスも導入されているが、十分なサービスではないとして地域包括による働きかけが継続している事例である。

例えば、事例 9 は事例 7 と同様に子供と

父親が同居している事例である。母親の死後に地域でのつながりが途絶え、重度の認知症の父親の介護のために仕事を辞めた精神疾患が疑われる 50 代の息子が同居している。金銭的に父親の年金に頼っての生活のために金銭的に困窮している。また、父親も寝かせきりで、おむつ交換や入浴、食事也十分になされていない、所謂、不適切介護の事例である。家族と同居ということで、近隣住民からは見過ごされている事例であり、相談者は、対象者のケアマネジャーといった専門職であった。

## D. 考察

同市内で実施された孤立高齢者に関する実態調査では対面・非対面での他者との交流が週一回未満と回答した高齢者（以下、交流なし高齢者）の出現率は、同居者がいる高齢者では南地域で高く、北地域で低い傾向にあった<sup>9)</sup>。しかし、本調査では各地域包括から孤立死のリスクの高い高齢者の把握から対応への事例が報告されており、孤立死リスク高齢者は地域を問わず潜んで

いる可能性があることが示唆された。

また、各地域とも、管轄地域内において分譲住宅地、新興住宅地、賃貸の集合住宅が多い地域を抱えていた。孤立死のリスクのある高齢者の把握のあり方については、地域による地域性の違いよりもこのような居住形態の違いが大きく影響していることが示唆された。その他に、居住地域での公共機関の活用に関する意識と利用方法に関する知識の違いにより影響を受けていると考える。

#### 1. 地域のつながりと公的機関活用の意識の強い地域での住民からの通報による把握

本研究の事例では、分譲住宅地であり、多くの住民がその地域に20年以上住み続けていおり、なおかつ地域に対する意識や気になることは行政機関へ相談するという意識が強い地域では住民による通報から早期での把握に至っていた。例えば、長年にわたり問題行動を起こし続けた住民が高齢化したことから孤立死をおそれて、近隣住民が早期の段階で市役所へ相談している。また、家族介護者と同居している場合にも同様のことが言えていた。介護予防事業に参加をし、地域包括の役割を理解している対象者と顔見知りの関係にある住民が、「見かけなくなった」といった地域包括に相談したことで早期に把握された。この地域は「健やかネット」といったコミュニティづくりを目指す住民グループが活動を展開するようなコミュニティ意識の高い分譲団地であり、住民の行政機関を活用して地域問題を解決しようと言った姿勢が高いと考えられる。このような地域では、地域包括の役割を一般的な広報活動により周知することで、住民と連携した孤立死リスク高齢者の把握のための見守りが可能であると思われる。

しかし、地域住民同士のつながりが比較的強い分譲住宅地域であっても、家族単位で孤立している場合は、地域包括へ把握されづらいことが示唆された。本研究では、偶然にも介護保険申請や介護保険サービス

を利用しているために地域包括が把握している。そして、介護保険サービスを利用していることと同居家族がいることから孤立死のリスクは低い。しかし、一事例は認知症の疑いのある妻と栄養失調の夫といった高齢者世帯であり、もう一事例は精神障害の疑いがある息子介護者による不適切なケアの事例であり、両事例とも家族そのものの「共倒れ」のリスクはあり得る。この2事例は、家族全員が共倒れするリスクを抱えた状態にある孤立家族が地域に潜んでいることを示唆している。そして、それはもともと地域とのつながりを拒み続けた家族や、本事例に報告されたように、母親の死後に地域とのつながりが切れ、精神疾患をもつ50代男性の介護者であることで、地域から一層に孤立している状況を持つ家族がいることが予測される。したがって、独居だけでなく同居家族のいる高齢者に対しても地域住民や関係者が意識を向けることを周知していく必要がある。

#### 2. 地域のつながりの薄い新興住宅地や賃貸住宅地での「偶然」による把握

一方で、賃貸住宅が多い地域や新興住宅地では、本事例でみられるように「たまたま」といった偶然がなければ地域包括などの行政機関による防衛網からはこぼれおちてしまうことを示唆している。本研究では、80代後半の女性が2年近くの間、地域を徘徊している状態であっても住民からの相談はないままに経過していた事例や、地域包括が別件の情報収集でたまたまに立ち寄り把握した事例があった。また、新興住宅地においては、地域住民がその特異性から気にはかけつつも実際に何らかの行動を起こすことはなく、やはり何らかの偶然がない限りは行政機関による防衛網からはこぼれおちることが示唆された。

賃貸住宅や新興住宅地域のように地域のつながりが薄い地域では、一般的な広報活動による周知のみでは、孤立死リスク高齢者を把握できない。他者に無関心であるので孤立死リスク高齢者に気づかない、とい

ったことも考えられるかもしれないが、気づいていても「他人のことに立ち入りたくない」と思ったり、それが公共機関に相談すべきことではないと思っている者も多いかもしれない。そのような地域では、少しでも気になる高齢者がいた場合には匿名による通報も可能であること、そしてそれが重要であることを普及していく必要がある。なお、公的機関へ相談すべき「気になる高齢者」を見極めるポイントについては次節で検討する。

### 3. 支援の求め方を知らない社会的に孤立した高齢者集団の把握

一方、賃貸住宅においても住民同士の関係はあるが、その地域そのものが孤立しているために把握がされていない状態である可能性も本研究では明らかになった。2つの事例は、近隣住民同士で気かけ合い、支援をし合っていたが、支援者からの通報はなかった。それは、その支援者が対象者の生活支援に必要な資源（公的支援など）を得るための情報やその情報の得方を知らないといった所謂、社会的に孤立しているからであると考えられる。

社会的に孤立した者の多くは単身かつ低所得世帯に多く見られると考える。本研究でも、2事例でみられる居住環境の特性は、所得の低めな高齢者が主の賃貸アパートである。そのような地域では、本事例のように地域包括が積極的にその役割を普及していくか、または公的機関への支援を求める方法を知っている者が存在しえない限りは支援の防衛網からこぼれおちることが示唆された<sup>9)</sup>。

海外の先行研究でも、経済的に貧しい孤立高齢者が同じ集合住宅地内で、その生活を補完しあうための相互支援関係を醸成していることが指摘されている<sup>10)</sup>。しかし、このような経済的にも社会的にも孤立した高齢者は、医療や介護サービスの存在や利用方法を知らないために公的サービスに繋がらないことも、医療や介護サービスの利用頻度の違いを説明した Behavioral

Modelにより指摘されている<sup>11) 12) 13)</sup>。

同市を対象に平成 20 年度に実施された孤立高齢者の実態調査においても、公的なサポートの必要性がもっとも高いと思われる独居の孤立者に対しては、一般的な広報活動を行っても情報が届きにくいことが示唆され、このような高齢者に対するサポート提供者側からの積極的な働きかけの重要性が指摘されている<sup>14)</sup>。したがって、高齢者が多く住んでいると思われる地域に関しては、地域包括による個別訪問による丁寧な説明を通じた把握活動が必要である。そして、自治体はそのような業務が可能となるような業務委託体系にしていくことも必要かもしれない。

## E. 結論

- 1) 近隣住民同士のつながりの強い分譲住宅、かつ公的機関の活用に関する意識の高い地域では、早期に住民より通報がなされ、住民を活用した見守りネットワークが機能しうる。
- 2) 賃貸住宅では、住民同士の関心が低いために、地域包括を主体としたサービス提供者側による丁寧な働きかけが必要である。
- 3) 新興住宅地では、孤立死リスク高齢者の特異性から近隣住民が関心は持っていたとしても、匿名性や個人の生活へ立ち入ることを嫌い、通報がなされていないかった。匿名性を保った、通報システムを構築していく必要も示唆された。
- 4) 低所得の独居高齢者が多い賃貸集合住宅では、公的支援の利用方法に関する知識や活用に関する意識がない高齢者同士で相互支援が行われている可能性がある。このような社会的に孤立した高齢者集団には、地域包括が積極的に関わることが重要であり、それを可能にする業務形態の整備が自治体には求められるだろう。

## F. 引用文献

り高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロを目指す

して). 高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議(「孤立死」ゼロを目指して)報告書. 2008年3月.

<sup>2)</sup> 藤原佳典. 行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証. 厚生労働科学研究費補助事業(政策科学推進研究事業)行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証 平成20年度 総括・分担研究報告. 研究代表者 藤原佳典. 2009.3.

<sup>3)</sup> 斎藤雅茂. 世帯構成別にみた孤立者の発現率と基本的特徴. 厚生労働科学研究費補助事業(政策科学推進研究事業)行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証 平成20年度 総括・分担研究報告. 研究代表者 藤原佳典. 2009.3.

<sup>4)</sup> 藤原佳典. 独居高齢者の安否確認・孤立死予防に向けた予防策の現状. 厚生労働科学研究費補助事業(政策科学推進研究事業)行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証 平成20年度 総括・分担研究報告. 研究代表者 藤原佳典. 2009.3.

<sup>5)</sup> Strauss, Anselm L and Corbin, Juliet Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, Sage Publications. 1998.

<sup>6)</sup> 戈木クレイグヒル滋子. グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生みだすまで. 新曜社. 2006.

<sup>7)</sup> 戈木クレイグヒル滋子. 実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ—現象をとらえる. 新曜社. 2008.

<sup>8)</sup> Glaser, Barney G and Strauss, Anselm L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Aldine Publishing Company. 1967.

<sup>9)</sup> 和光市保健福祉部長寿あんしん課. シニア世代の安全・安心な暮らしに関する調査. 集計結果報告書. 2009.12.

<sup>10)</sup> Becker, Gay, Yewoubdar Beyene, Edwina Newsom, & Nury Mayen. “Creating Continuity Through Mutual Assistance: Intergenerational Reciprocity in Four Ethnic Groups.” Journal of Gerontology:

Social Sciences. 2003. 58B (3): S151 - S159.

<sup>11)</sup> Andersen, Ronald M. “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?” . in Journal of Health and Social Behavior. 1995. 36: 1-10.

<sup>12)</sup> Wan Thomas T.H., Barbara Gill Odell. “Factors Affecting the Use of Social and Health Services Among the Elderly.” in Aging and Society. 1981. 1(1): 95-115.

<sup>13)</sup> Yeatts. Dale E, Thomas Crow, Edward Folts. “Service Use Among Low-Income Minority Elderly: Strategies for Overcoming Barriers.” The Gerontologist. 1992. 32(1):24-32.

<sup>14)</sup> 小林江里香. 社会的に孤立した高齢者が抱える生活・心理面での課題. 厚生労働科学研究費補助事業(政策科学推進研究事業)行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証 平成20年度 総括・分担研究報告. 研究代表者 藤原佳典. 2009.3.

## G. 研究発表

### 1. 学会発表

野中久美子, 藤原佳典, 西真理子, 深谷太郎, 小林江里香, 小宇佐陽子, 新開省二. 安否確認・孤立死予防における地域包括支援センターと住民・関係機関との連携のあり方. 日本老年社会学会第52回大会、名古屋、2010.6.17-18.

### 2. 論文発表

野中久美子, 大塚理加, 菊地和則. 基本健康診査で把握した高齢者の特定高齢者施策の低利用率の要因に関する研究—グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析—. 社会福祉学. 2009;50(3):54-65.

## H. 知的所有権の取得状況

なし

### 第3章 地域包括支援センターによる孤立予防策の現状と課題

#### 2節 公的支援を拒否するハイリスク高齢者への対応法の検討

野中久美子、藤原佳典

東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム

【要旨】地域で孤立している高齢者の孤立死予防においては、孤立しがちな高齢者を発見することだけでは不十分である。多くの孤立死リスク高齢者は、公的支援の受け入れを拒否する傾向にあるからである。そこで、首都圏の3自治体（埼玉県和光市、神奈川県川崎市多摩区、東京都多摩市）の地域包括支援センター（全16事業所）の職員28名を対象に面接調査を実施し、公的支援利用を拒否する孤立死リスク高齢者の孤立死予防の回避に向けた、地域包括支援センターの支援のあり方をグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき検討した。

その結果、孤立死リスク高齢者の状態と拒否に対する地域包括支援センターの働きかけの方法では自治体や管轄エリアによる違いは認められなかった。支援を拒否する高齢者に対して、地域包括支援センターの担当者は定期的な訪問を繰り返すことで介入のきっかけを模索していた。介入のきっかけは高齢者の生活または身体状況の悪化であり、この悪化に近隣住民やその他の関係者が気づき、地域包括支援センターへ通報した場合には介護保険サービスの導入に至っていた。一方、状況の悪化に気づかない場合は孤立死に至るか、地域包括支援センターが介入できないままだった。このことから、本研究では、三次予防における、地域包括支援センターと、近隣住民やその他の関係機関の孤立死回避に向けた連携のあり方を検討する。

#### A. 目的

第1節では、必要な支援を拒否し地域とのつながりを断っているために孤立死のリスクの高い高齢者（以下、孤立死リスク高齢者）の実態と把握の過程について和光市に焦点をあてて検討した。その結果、孤立死リスク高齢者の把握では、地域包括支援センター（以下、地域包括）の管轄単位での地域差よりも、分譲住宅や賃貸住宅、および新興住宅といった孤立死リスク高齢者の居住地の状況により異なることが示唆された。それと同時に、多くの孤立死リスク

高齢者は地域包括による把握が、生活困難の解消や孤立死の危険回避につながっていないことが示唆された。その要因の一つに、孤立死リスク高齢者が抱える、潜在的な問題として、他者との関わりを拒んだり、公的なサービスの支援や介入を拒むといった傾向が見られるからである。支援を拒否する個人の意向を無視してまで、行政や地域包括が介入することは困難である<sup>1)</sup>。

しかし、本人が拒否するからと言う理由で、このような高齢者を放置することは孤立死のリスクを高めることになる。孤立死

とは、社会から孤立した結果、死後、長期間放置されるような死を意味する。孤立死は個人の死であると同時に様々な社会的なコストが増大する。一件の孤立死の発生がコミュニティ全体に及ぼす影響は大きい。その事後処理には多大な経済的・人的負担がかかるだけでなく、近隣住民相互に不信感や亀裂も生じる。また、集合住宅の場合には周囲の資産価値が下落するといった影響がある<sup>1)</sup>。

支援を拒否する孤立死リスク高齢者をどのように支え、必要な支援の導入につなげていくかは重要な検討すべき課題である。本研究では、高齢者の安否確認・孤立死予防策を、社会参加活動を通じた団体への帰属による一次予防網と、近隣や友人との交流を通じた私的な二次予防網、緊急対応を行う三次予防網の三層に分類した。本研究では、三次予防における、地域包括と、近隣住民やその他の関係機関の連携のあり方を検討することを目的としている。

## B. 方法

### 1. 孤立死リスク高齢者の定義

本研究における孤立死リスク高齢者の定義は、『病気や障害、認知症などで支援が必要と思われる状態であっても、地域との「つながり」を断ち、ケアを拒否している』（高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議 2008年）状態のために、孤立死に至るリスクが高い者とした。

### 2. 調査対象者

本調査は首都圏の3自治体（埼玉県和光市、神奈川県川崎市多摩区、東京都多摩市）で実施した。調査対象者は各自治体に設置されている地域包括（全16事業所）の職員28名（以下、担当者）である。調査対象者の

選定は、各自治体の地域包括の所管課の協力を得ておこなわれた。各自治体の地域包括の担当者に調査協力を書面と電話で依頼し、承諾をえることができた地域包括の担当者に対して半構造化されたインタビュー調査を実施した。インタビューは2009年7月～12月に、個別またはフォーカスグループ形式で実施された。また、各インタビューの所要時間は約2時間であった。

### 3. 倫理的配慮

インタビューの際には、調査の目的、匿名性は確保されること、得られたインタビュー内容は論文として公表されることについて書面と口頭にて説明をし、同意を得た。さらに、限られた地域での調査であることから個人を特定されることを避けるために、研究協力者年齢等の属性はたずねない条件で実施された。なお、本研究は東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会の審査承認を受けている。

### 4. 調査項目

調査項目は、孤立死のリスクのある高齢者の把握と支援導入の働きかけでの成功事例と不成功事について聞いた。

### 5. データの分析

#### 1) 分析対象

面接調査では48事例が報告された。本研究では、地域包括に把握された後に支援導入の提案や訪問を拒否した30事例を分析の対象とした。

#### 2) 分析方法

データの分析は、録音されたデータを文章化し、逐語録をグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した<sup>2) 3) 4)</sup>。グラウンデッド・セオリー・アプローチは

1967年にグレーザー (Glaser) とストラウス (Strauss) <sup>5)</sup> によって提唱され、現在はいくつかの方法論がある。今回の研究目的に照らし、プロパティとディメンションでデータを整理し、条件マトリックスと軸足コーディングを用いて、ある現象の構図と過程を明らかにすることを特徴とするストラウスとコービン <sup>2)</sup> の立場に立った戈木 <sup>3) 4)</sup> の提唱するグラウンデッド・セオリー・アプローチの方法を用いた。

データを文脈にとらわれて解釈することをできるだけ抑えるために、文章または段落ごとに切片化し、プロパティとディメンションをつけながらコード化し、その切片が表している内容をラベルとして特徴づけた。なお、プロパティとディメンションとは、ある現象のレベルや内容を詳しく検討するためのものである (プロパティ: ディメンションの例、拒否反応: 高い)。そして、類似するラベルをカテゴリーに分類した後、中核になるコアカテゴリーとサブカテゴリーの特性を検討すると同時に、各カテゴリー間の関連を検討した。それらの関係を見た後で事例間の比較をおこなうという作業をした。このような一連の分析作業から、支援を拒否する対象者への介入に至る構造と過程を検討した。

分析に際しては高齢者福祉を専門とする数人の研究者に、分析の結果の評価と確認をしてもらい、分析結果の妥当性に関する意見を求めた。さらに、グラウンデッド・セオリー・アプローチに詳しい研究者から分析方法の妥当性に関する意見を求めた。

### C. 結果

3自治体に位置する地域包括 (全16事業所) より報告された孤立死リスク高齢者 (以下、対象者) の把握から対応の事例 (30事

例) をグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した結果、地域包括による支援導入のための介入を拒否する対象者への働きかけかの過程は、『対象者の状況』、『支援の拒否』、『介入のきっかけの模索』、『帰結』という4つのカテゴリーが明らかになった。孤立生活を送る対象者 (『対象者の状況』) が地域包括に把握されると、アセスメントとそれに基づく支援の導入がなされる。しかし、対象者の多くは支援の導入または包括の訪問そのものに拒絶する (『支援の拒否』)。そのために、地域包括は支援導入のために情報収集や働きかけを行い、介入の方法を模索している (『介入のきっかけの模索』)。介入のきっかけがつかめた場合は支援の導入に至るが、きっかけをつかめない場合は対応を継続する、または対象者の孤立死に至っていた (『帰結』)。

#### 1. 拒否を受けやすい孤立死リスク高齢者の状況 (『対象者の状況』)

すべての対象者に共通する状況は、公的支援を受けることを嫌っていることであった。もっとも多い理由は「困っていない」や「自分は大丈夫」であり、その他には、「他人の世話になりたくない」や人に指図されたり、決まった時間に何かをさせられることが嫌だ、または人に家に入られることが嫌だ、などであった。

近隣住民や他者、および親族との関係も疎遠であった。3事例は、もともとは近隣住民と親しく付き合っていたが認知症や鬱状態の悪化や本人の体調不良により、孤立していった。また、他者との疎遠であっても、何らかの関係を持っている人が多かった。例えば、孤立死リスク高齢者同士で飲み友達であった事例 (2事例)、民生委員や町内会の会長やごく一部の近隣住民には何



か困ったときには助けを求めるといった行動をとっている対象者（3事例）もいた。

また、経済状態は困窮していない人が多かった。生活保護受給者は6事例に留まっていた。また、介護者である同居の子が対象者の年金に依存している場合に、困窮していた。以下に、本研究で抽出された介入を拒否する対象者の状況を述べる。

#### ① 行動パターンを介した人とのつながり

独居の対象者（25事例）は、生活の中で何らかの決められた行動パターンがあり、その行動を見ている人や行動のなかで関わりがある人がいた。例えば、同じ飲食店で毎日、食事を食べており、それを店員やほかの客が気付いていることが多かった。また、午前中に必ず買い物に行く、夕方にリュックを背負って買い物に行く、といったことを近隣住民が気付いていることもあった。さらに、図書館に出入りしている人もいた。

#### ② 軽度認知障害

認知症の事例は5事例あった。全ての事例が軽度認知障害またはある程度、自立した生活が行えるような状態であった。近隣住民から見ると言動がおかしい、家に帰れなくなっている、といった生活問題が明らかになり始めている。しかし、本人「自分は大丈夫」と支援を拒否していた。特に、3事例は地域包括が最初に話した時は、受け答えがしっかりしているといった状況がある。しかし、よくよく話すと話がかみ合わなかったり、数日後（5日後や翌日など）に再度、訪問すると、地域包括の顔どころか話したことも自体も覚えていないことがあった。

#### ③ 生活に問題はありそうだが本人の自覚

がない

地域包括が状況を見る限り、または近隣住民の通報の内容では、生活が破綻している、または身体的に問題がありそうだと思っても、本人が問題視していない状況が報告されていた。破綻した状況として、家の中がゴミや食べ残しが「地層のように堆積」（多摩市地域包括 A）していたり、埃が家じゅうを覆い対象者が「通る個所が獣道のように筋になっている」（多摩区地域包括 B）といった荒れた様子があげられた。また、家の中に入れてもらえない場合に、少しだけ開けたドアの隙間から対象者と話す時に、うっすらと見える対象者の様子を見ると、長いことお風呂に入っていない、着替えていない、といった服装の乱れ、低栄養と思われる状態が見られた。実際に、本研究対象者の中には、栄養失調で道で倒れているところを何度も住民に発見され救急搬送されている事例もあった。しかし、全ての対象者は状況の悪化の程度に関わらず、「自分は困っていない」としていた。

#### ④ 一見、自立している

早期に把握された2事例や家族介護者がいる事例にみられた状態に、一見したところでは買い物や交通機関を利用した移動が自分でできていたり、何とか自立した生活がおくれているが、地域包括の職員の視点では改善が必要な生活状態があった。例えば、早期発見の対象者の2事例や息子と同居の対象者（1事例）の場合は、いずれも飲酒により転んで保護されていたり、食事を摂取していなかったりといった状況が報告されていた。現時点では、何とか生活ができていますが、改善しなければ孤立死したり、脱水症状や栄養失調で倒れるなど重度化しかねない状況であると捉えられてい

た。そのために、地域包括職員は、今後のリスクに備え、見守りの機能として何らかの介護保険サービスを導入することが必要と考えていた。

#### ⑤ 医療サービスを受けていない

10 事例が医療を受診していない、または地域包括の検診の勧めを拒否しているといった状況であった。例えば、96歳の女性であり、周囲の目からは「よろよろと買い物に行く姿を見かけ心配」だと声が寄せられていても医療機関にかかっていない事例もあった。ほかにも癌があることが分かっても飼い猫のために入院を避け、受診しない事例もあった。また、何とか訪問で話をするのできる対象者でも、アセスメントのための受診を拒んでいるために支援を導入できない事例もあった。特に、医療機関による診断の拒否は認知症の診断で多かった。

#### ⑥ 様子を知らないことができない

訪問を拒否する、少しだけ開けたドアから短い応対のみをする対象者（12事例）もいた。このような対象者に関しては、生活状況も身体状況も分からないことが多かった。対象者の家の中も見ることができず、相手の様子も観察できないために、細かいことが分からないで終わることが多かった。

#### ⑦ 同居高齢者の孤立

4 事例は家族と同居し、家族単位で地域から孤立し、家族介護者が地域包括との関わりを拒否していた。2 事例は、精神障害の疑いがある息子と高齢の父であった。両事例とも父の年金が唯一の生活費であり、生活が貧しかった。そのうちの 1 事例では介護者である息子の精神障害と飲酒が問題であり、重度の認知症の父に対して十分な

介護を行っていなかった。もう一事例は、地域包括の働きかけを拒否しているために正確な状況がつかめていないが、外で見かける様子では親子ともども飲酒の問題があり、十分な食事を摂取していない様子であった。別の事例では娘と同居する認知症が疑われる女性がいた。娘が買い物などを代行するために、母親の様子を近隣住民も見ることができず、娘が地域包括や近隣住民の支援を拒否するために、状況もわからず対応も進展していなかった。

#### 2. 拒否の段階（『支援の拒否』）

拒否には 2 タイプあった。1 つは、地域包括の訪問は受け入れるが介護保険などの公的なサービスの利用は拒否といったものであった。もうひとつは、公的支援の受け入れのみならず訪問そのものを拒否するものであった。

##### 1) 訪問は受け入れるが支援は拒否

訪問の受け入れのレベルも段階があった：1) 家の中に入れる、2) 家の中には入れないが外で話すことは受け入れる、3) ドアを少しだけ開けて受け答えする、4) インターホンやドア越しに顔を見せずに受け答えをする、であった。いずれのレベルにおいても、対象者が多くを語ることは少なく、聞かれたことに答える程度が多かった。また、訪問の受け入れのレベルも、訪問の回数や対象者の気分により変化をしていった。例えば、最初は家の中に入れなかったとしても、回数を重ねたり、何らかのきっかけがあり担当者が家の中に入れるようになった場合もあった。また、特に飲酒の問題のある対象者においては、機嫌が良い時は訪問した担当者に対して顔を見せるが、機嫌が悪い時や酩酊時は無視する事例も 3 事例見られた。逆に、酩酊時だけ地域包括の訪

問を受け入れる事例もあった。

## 2) 訪問も支援もすべてを拒否

拒否の2つ目のタイプは、訪問そのものを拒否するものであった。多くの場合は、地域包括職員との関わりそのものを拒絶し、インターホンを押しても呼びかけても無反応であったり、家にいるのかどうかさえもわからなかった。また、中には訪問に来た地域包括の担当者を怒鳴って追い返したり、「もう来なくてくれ」や「来られると迷惑だ」(和光市地域包括 A)とだけ伝え、その後は地域包括の訪問を無視する事例もあった。

## 3. 地域包括の介入の試みとその結果(『介入のきっかけの模索』と『帰結』)

支援を拒否する対象者に対して、地域包括の職員は「板挟み」になっている。地域包括としては、対象者の同意を得られない場合は、介護保険のサービスを導入することができない。さらに、担当者の中には介護保険サービスの利用には1割負担が課されることを考えると、対象者の状況が一見、自立しており、経済的に余裕がなさそうな場合には強く勧めることが躊躇されるものもいた。さらに、訪問に関しても、「来なくてくれ」と言われている対象者に対して無理やりに押しかけすぎても拒否感を強めるだけであり、対応に苦慮していた。このように「本人は「ほっておいてくれ」って言うている以上何もできない」(多摩市地域包括 D)と言った状態の時に、住民の意識が高い地域では、「(あんな高齢者を放置して)、行政は何をやっているんだ」(多摩市地域包括 D)といった苦情の声も寄せられ、地域包括の職員は対象者と住民の要求の「板挟み」にあっていこともあった。

しかし、対象者が支援の受け入れを拒否

するからと言って、地域包括は何もしないわけではなく、担当者達は常に介入のきっかけを模索していた。介入のきっかけを模索する方法は、定期的な訪問と近隣住民や民生委員に協力を依頼するといった方法であった。

### 1) 定期的な訪問

#### ①訪問の目的

地域包括職員は、拒否する対象者に対してあきらめずに何度も定期的に訪問をしていることが多かった。定期的な訪問は、支援のみを拒否する対象者と訪問すらも拒否する対象者の両者を対象におこなっていた。訪問の目的は：i) 何度も通うことで顔を覚えてもらい、信頼関係を築くこと、ii) 介入につながるきっかけをつかむ、iii) 安否確認そのものを兼ねている、といったものであった。

#### ②信頼関係の構築による介入のタイミングの模索と情報収集

特に信頼関係を築くことは2つの点で重要であった。一つには、信頼関係を構築することで、家の中に入れてもらえるようになったり、話をしてくれるようになるからである。地域包括職員の対象者に関する情報源は、対象者の話、家の全体的な様子と細かい置物等、服装や髪が主である。これらの情報源をもとに対象者の状況、リスク、必要なサービスの予測を立てていた。さらに、これらの情報をもとに、対象者の人物像を理解し、さらに信頼関係を築くための働きかけを試みていた。第2に、何度も訪問をしているうちに地域包括職員を信頼して、「ぼろって「助けてって」言えるタイミング」(多摩市地域包括 E)を得ることも期待していた。

このような方法は、訪問自体は受け入れている対象者には比較的効果的な場合があった。例えば、96歳の女性が人の世話にはなりたくない、支援を拒否し続けていたが、家の外のシルバーハウジングの談話室で話すことは受け入れるようになった。そして、そこに地域包括職員が通い続け、話し続けているうちに、ある時に「動きづらい」から買い物が大変だと打ち明けた。そこで、買い物支援の導入から介入を開始することができた。

また「たわいのない話」をする中で、より多く情報を得られるだけでなく、対象者が地域包括に心を許すようになると多くの職員は考えていた。例えば、支援や家への訪問を拒否する対象者の通院に同行をさせてもらうことになり、その往復のバスの中でたわいのない話をしていくうちに、徐々に家の中まで入れてもらえるようになった。また、自分のことを一切話さない対象者に部屋の置物について褒めたことにより、対象者の出身地が分かった。しかし、そこで一気に話を進めようと、緊急連絡先となる親族について聞いたところ、黙られてしまった。

### ③訪問の頻度

訪問の頻度は、すべての担当者が「経験とか、勘」で決めているとしていた。目安としては、その対象者の想定されるリスクや季節により調整していたという。例えば、重度な疾病がある、または食事や水分を十分に補給していない疑いがある場合は毎日のように通っていた。また夏場は脱水症状や熱中症が気になるために、やはり毎日のように顔を見せていた。さらに、認知症が疑われる場合は、あまり期間をあけると忘れられてしまうので、頻繁に訪問していた。しかし、訪問自体を拒否している対象者に

あまり頻繁に訪問をすることは拒否感をさらに強めることになるので、ある担当者は5日おきなど、決めて訪問していた。

### ④生活保護担当の相談員の協力を得る

地域包括の訪問を拒否している対象者でも、生活保護を受けている場合は、生活保護担当の相談員と同行訪問することで家の中に入れ、対象者の生活の様子を見ることができた。また、事例によっては、介護保険サービスを受けることが生活保護受給の継続の条件といったことを暗示することで、支援そのものを受け入れさせることに成功していた。

### ⑤訪問の効果

訪問を受け入れている場合には、回数を重ねるなかで関係性を徐々に築いたり、対象者が困ってきた時に地域包括の担当者がタイミングよく訪れたりといった形で、介入に至っていた。しかし、訪問を受け入れない場合の人は、信頼関係を築くための関わりそのものができないために、介入のきっかけを模索した訪問が長期（1年、2年といった事例が多くあった）におよんでいた。

### 2) 近隣住民や民生委員と連携して見守り

地域包括職員は定期的な訪問により、介入のきっかけをうかがったり、安否確認を行うようには心掛けるが、全ての事例において毎日通い続けることができない。多くの場合は、1から2週間に一回、1か月に1回、または2カ月以内に数回といった頻度で行われていた。また、常に見ているわけでないので、対象者の容体の急変や介入のタイミングを的確につかむことが不可能である。そこで、分譲住宅地域やコミュニティの歴史が長い地域、または民生委員や町内会が活発な地域で