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のための研究

令和元年度厚生労働科学研究「地域生活支援等の取組みに関する調査」

「暮らしの保健室を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者等の事例の分析」報告書

NPO法人白十字在宅ボランティアの会
暮らしの保健室　室長　秋山正子

「暮らしの保健室」への相談から　＜事例 1 ＞

Aさん

■80歳（初めての来室時）　男性
■高齢離婚後、独居。
　元妻、息子とは疎遠。

独居となり、環境が大きく変化する中、C型肝炎等で通うかかりつけ医からの紹介で来室。

C型肝炎の治療の辛さ、治療法について医療者への不信感を訴え、頻繁に来室。

親しい友人が亡くなってから急に記憶が不安定となり、不自由さや周囲との摩擦による孤立感を抱えるようになる。

（初回来室の8ヵ月後に認知症の診断）

- 看護師がじっくり話を聞く
- 一緒に整理しながら考える

- なじみの話し相手（ボランティア）
- 行きたい時に立ち寄る居場所

- 地域の関係機関との連携

- 役割のある場

↓

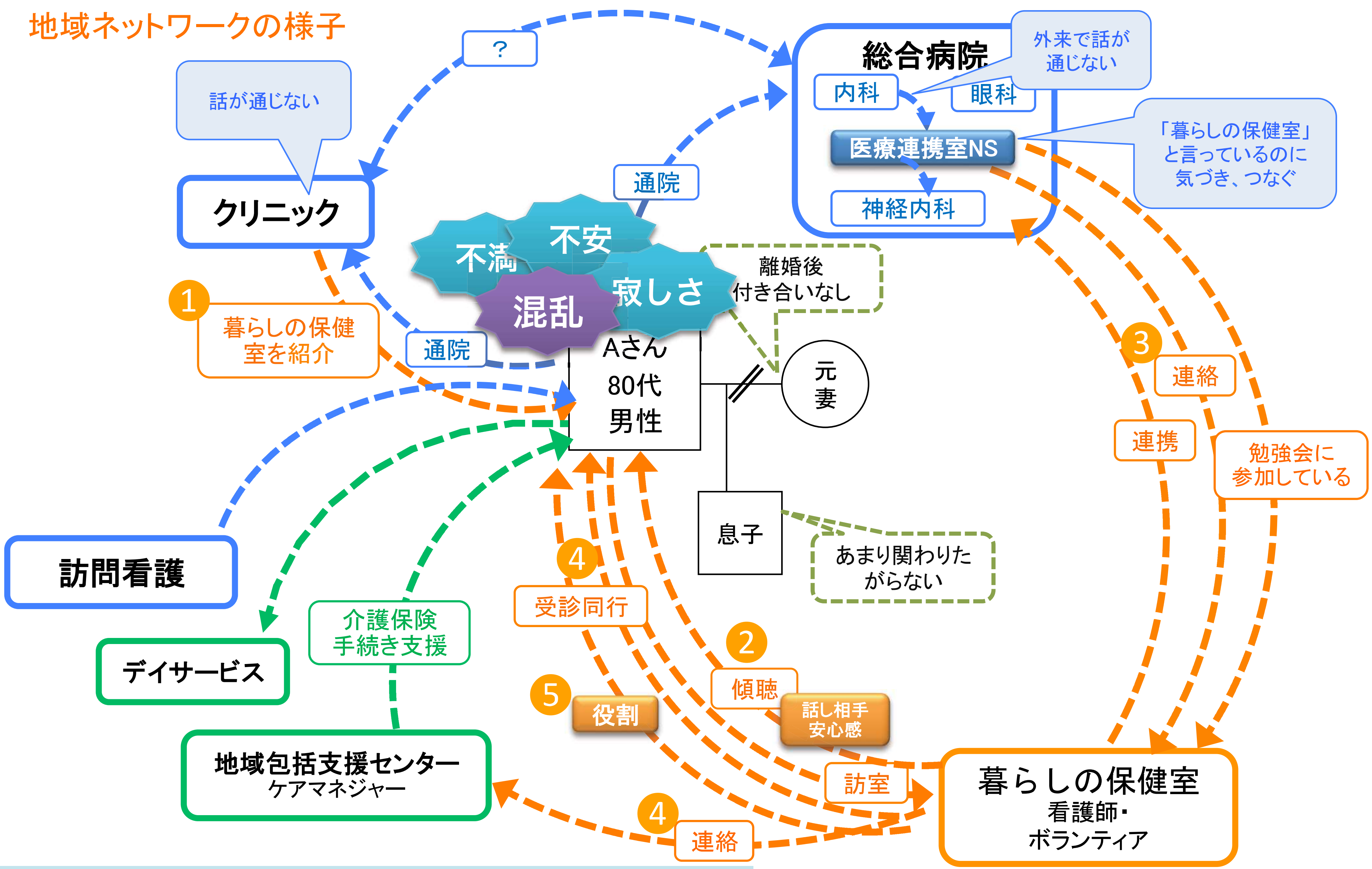
落ち着きを取り戻し
週1回、植木の手入れなどを担当

↓

認知症診断後、亡くなるまでの
約2年間　独居で在宅生活を継続

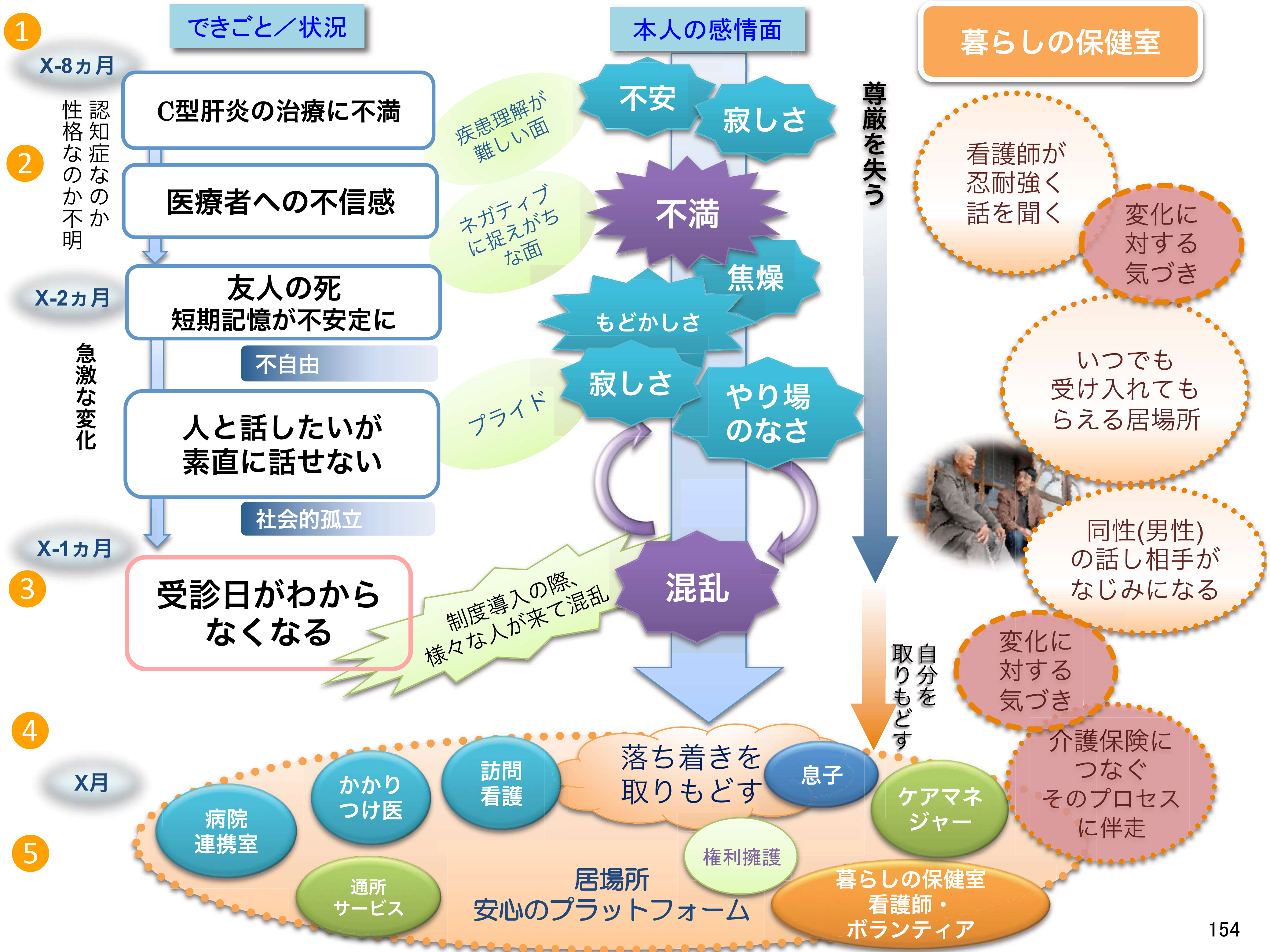
※認知症を持ちながら地域で暮らし続けられた要因の考察については、後のまとめのページを参照ください

「暮らしの保健室」への相談から　＜事例 1 ＞



□周囲とのコミュニケーションがうまくとれず孤立しがちな独居の高齢男性

□居場所づくりと同時に地域の医療福祉連携が必要だった



1
2
3
4
5
X-8カ月
X-2カ月
X-1カ月
X月
認知症なのか
性格なのか不明
急激な変化
できごと／状況
C型肝炎の治療に不満
医療者への不信感
友人の死
短期記憶が不安定に
不自由
人と話したいが
素直に話せない
社会的孤立
受診日がわから
なくなる
疾患理解が
難しい面
ネガティブ
に捉えがち
な面
プライド
制度導入の際、
様々な人が来て混乱
本人の感情面
不安
寂しさ
不満
焦燥
もどかしさ
寂しさ
やり場
のなさ
混乱
尊厳を失う
自分を
取りもどす
暮らしの保健室
看護師が
忍耐強く
話を聞く
変化に
対する
気づき
いつでも
受け入れても
らえる居場所
同性(男性)
の話し相手が
なじみになる
変化に
対する
気づき
介護保険に
つなぐ
そのプロセス
に伴走
落ち着きを
取りもどす
病院
連携室
かかり
つけ医
訪問
看護
息子
ケアマネ
ジャー
権利擁護
通所
サービス
居場所
安心のプラットフォーム
暮らしの保健室
看護師・
ボランティア

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例❷＞

Bさん

- 86歳（初めての来室時） 女性
- 数年前に夫に先立たれて一人暮らし。
  子はなく、遠方に甥と姪がいる。

東日本大震災で不安がつのる。

不安が原因でのご近所とのトラブル、
主治医の変更等で不安感が増す。

具合が悪いと救急車で大病院へ。

区のいろいろな窓口へ相談。

社会福祉協議会の職員に付き添われて来室。

（1年後に認知症の診断）

親戚のいる地方の施設に入りたい。
探すのを手伝ってほしい。

体調不良でもたびたび来室。

↓

- 看護師がじっくり話を聞く
- 一緒に整理しながら考える

- 行きたい時に立ち寄る居場所

- 医療も含めた暮らし全般の支援体制の組み立て

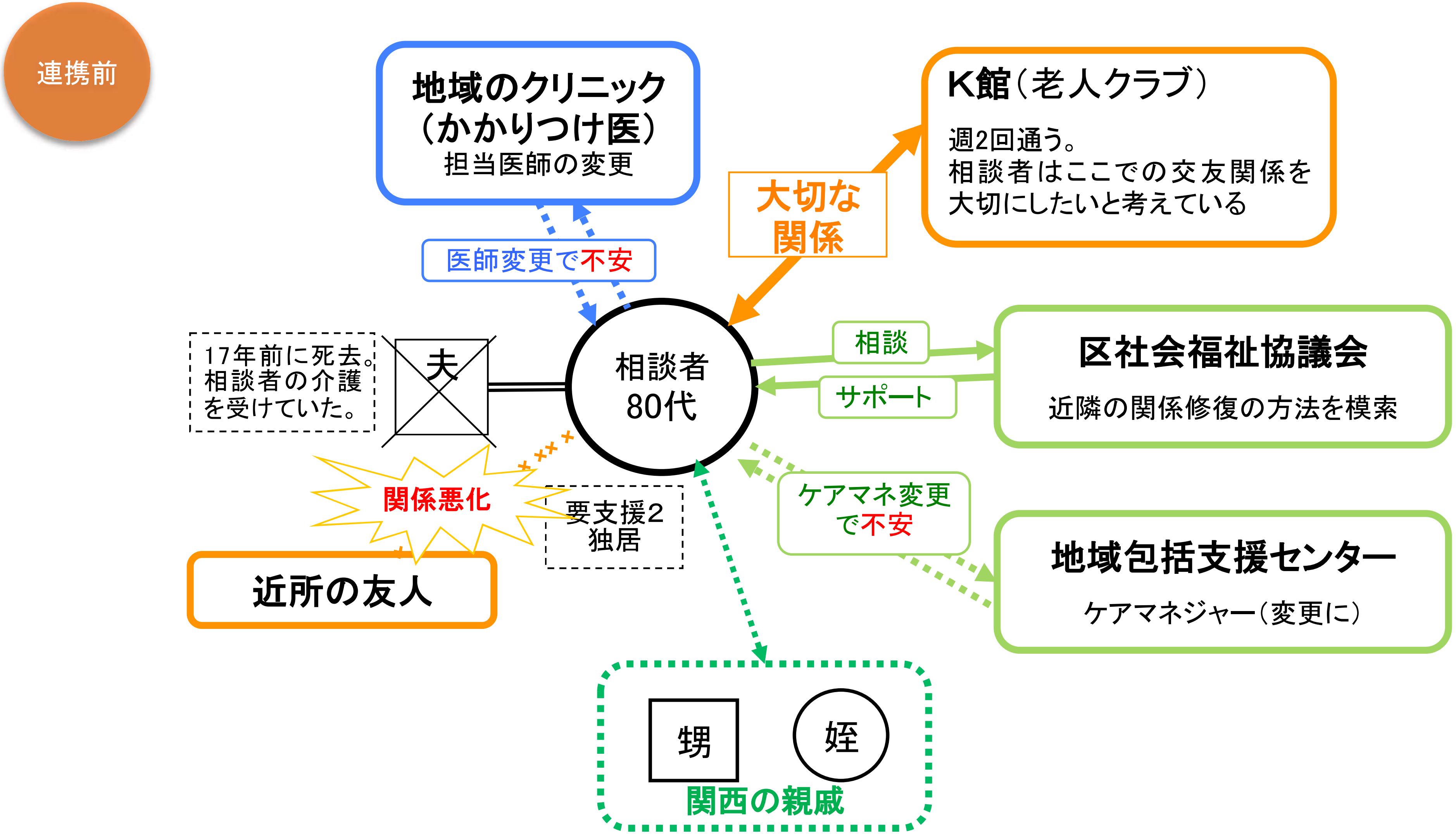
↓

認知症診断後、約7年間
独居で在宅生活を継続

※認知症を持ちながら地域で暮らし続けられた要因の考察については、後のまとめのページを参照ください

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例❷＞

地域ネットワークの様子



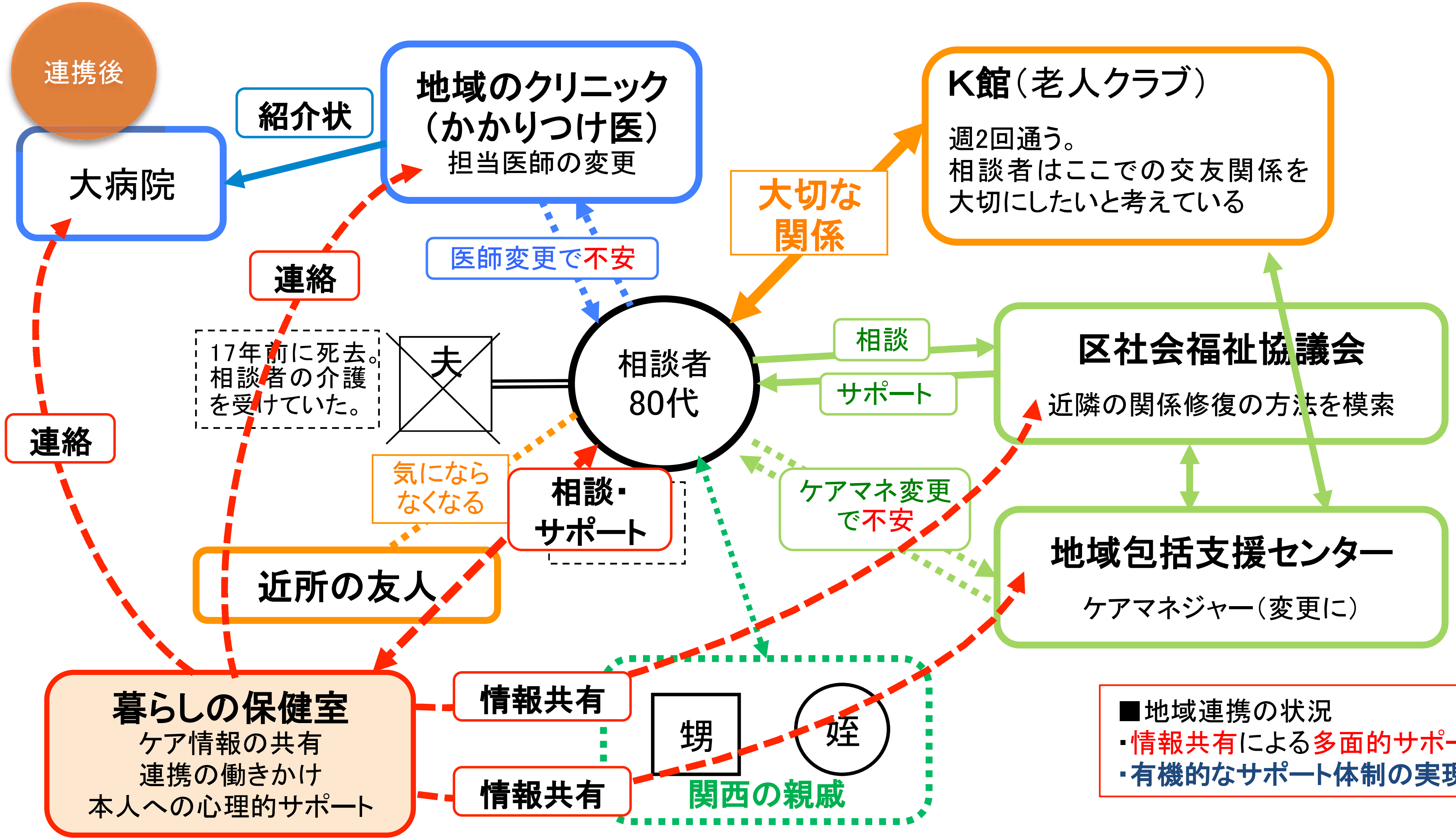
【地域連携の状況】
□各主体が1対1の関係で視野狭窄の状態
□情報共有がなく、本人の不安解消につながらない

→1人暮らしの健康不安にこたえる連携が必要

【相談者の状況】
□ 一人暮らし、子供なし
□ 震災と、隣人とのトラブルで精神的不安定に
□ **具合が悪くなると救急車で大病院へ**

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例❷＞

介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える

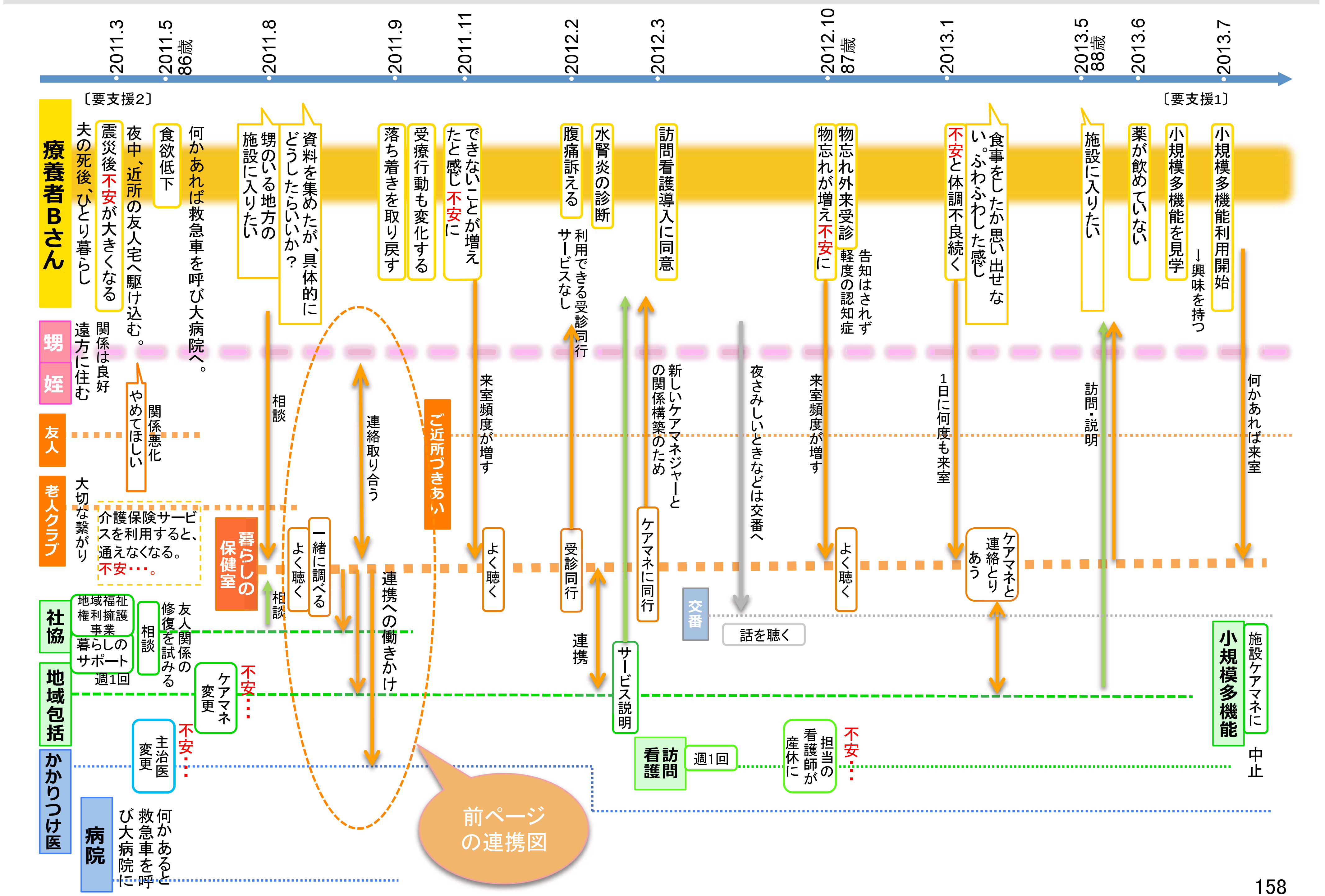


■地域連携の状況
・情報共有による多面的サポート
・有機的なサポート体制の実現

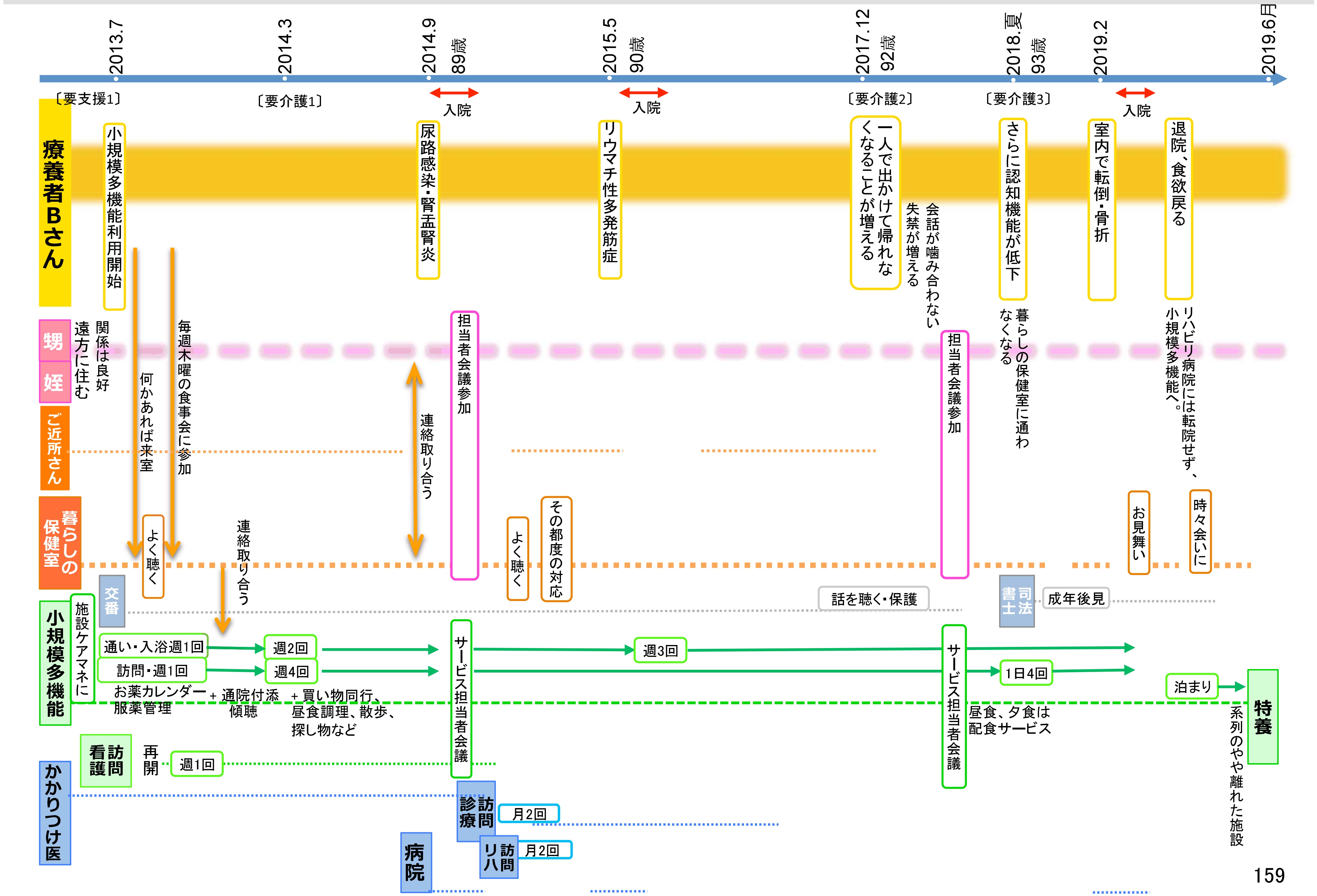
- □ 傾聴、精神的な面での支援、適切なアセスメント
  →地域の医療、福祉の各主体との情報及び解釈の共有
- □ 有機的なサポート体制の実現
- □ 継続的な関係性の維持

【相談者の状況】
- □ 不安が軽減、安心感が醸成されてくる
- □ 医療、福祉関係者との信頼回復
- □ むやみに救急車を呼ばない（受療行動の変容）

事例❷　時系列・関係図1　＜2011年～2013年＞



事例② 時系列・関係図2 ＜2013年～2019年＞



「暮らしの保健室」への相談から ＜事例❸＞

Cさん

■76歳（初めての来室時） 女性
■数年前から病気の夫の在宅介護。
近所に息子家族が在住。

暮らしの保健室ができた2011年から、夫の介護のことで相談。

自身の体調不安の相談もあわせ、よく来室。夫が認知症に。

夫の死後、独居になる。

毎日のように会っていた仲良しの友人の引越しの後はむなしさ、息苦しさで連日来室。

苦しいと救急車を呼ぶ。

一人でいると寂しい。
胸が苦しい。
ついさっきのことも忘れてしまう。

特に夕方に来室。

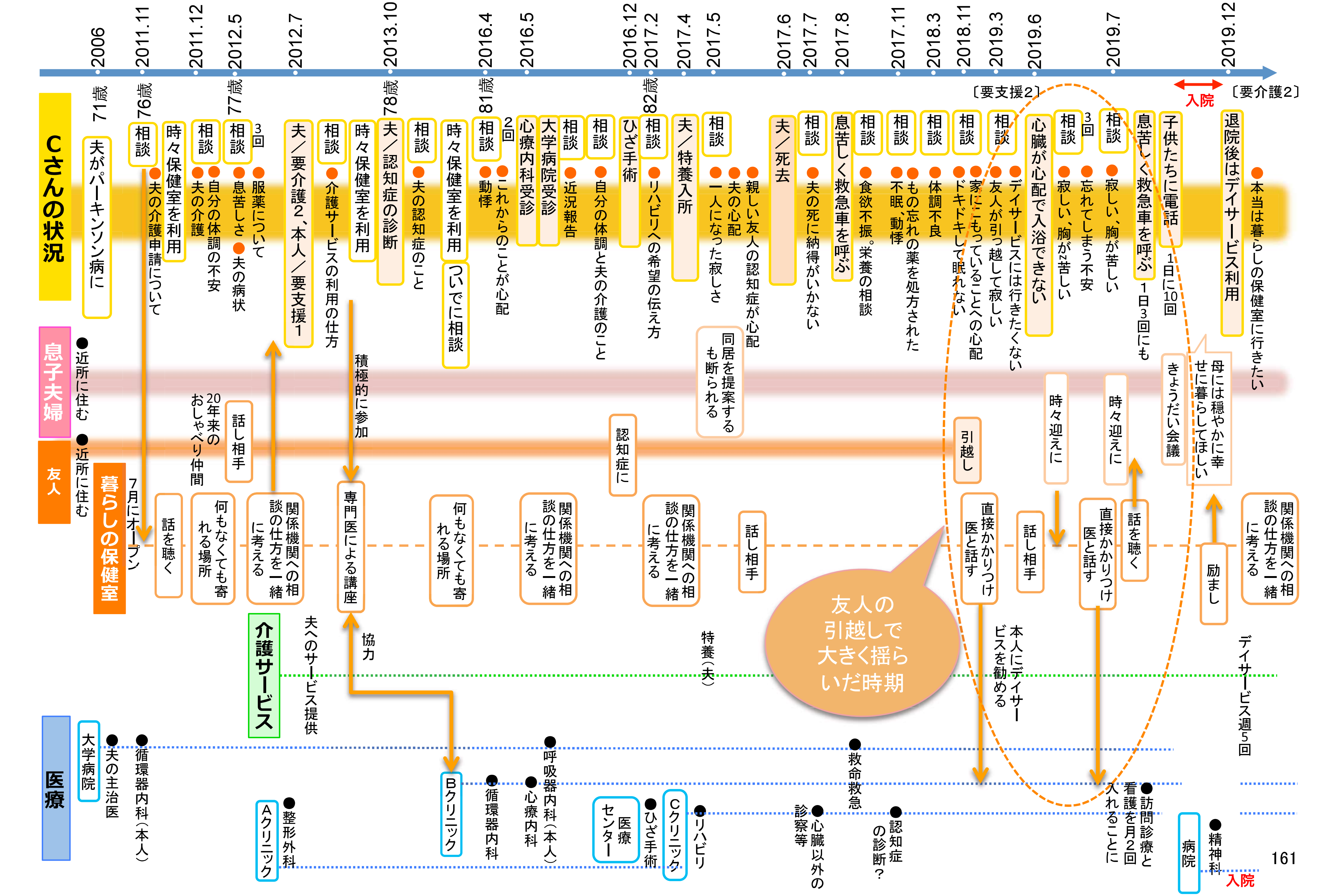
↓

- 看護師やボランティアがじっくり話を聞き、一緒に整理
- 不安な時に立ち寄る居場所
- 地域の関係機関との連携
- ご家族とも一緒に考え、励ます

一旦入院後、在宅生活を継続中。
（独居になってから約3年）

※認知症を持ちながら地域で暮らし続けられる要因の考察については、後のまとめのページを参照ください

「暮らしの保健室」への相談から＜事例③＞　時系列・関係図



「暮らしの保健室」への相談から ＜事例④＞

Dさん

■79歳（初めての来室時）　男性
■妻と二人暮らし（妻の死後は独居）。
　息子夫婦が近県に住む。

「暮らしの保健室」オープン当初より自身の健康のことや、妻の病気のことで時々相談に立ち寄る。

介護保険の申請をしたいがやり方がわからない。夫婦2人の介護保険申請のために、地域包括支援センターとの連携。

4年後に妻が亡くなり、環境が変わる中でできないことが増え、不安や焦燥感、身近な人への不信感が増して来室頻度も増える。

（この頃に認知症の診断）

病院への支払いができない。

息子夫婦がケアマネジャーと結託している。

- 看護師がじっくり話を聞く
- 一緒に整理しながら考える

＋

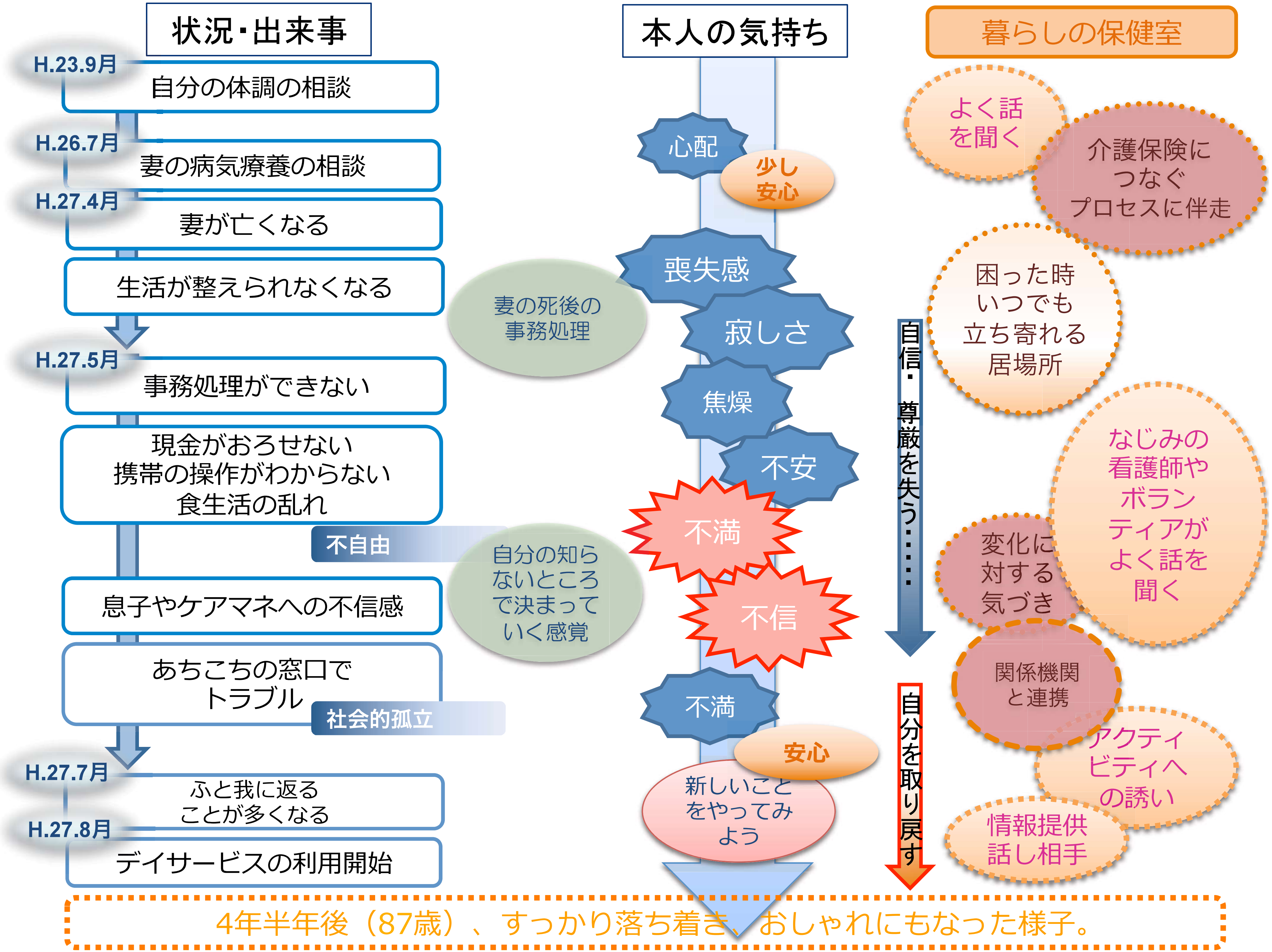
- 行きたい時に立ち寄る居場所

＋

- 地域の関係機関との連携

落ち着きを取り戻し活動的に。
デイサービスに通うようになる。

約5年間　独居で在宅生活を継続中


状況・出来事
本人の気持ち
暮らしの保健室
H.23.9月
自分の体調の相談
H.26.7月
妻の病気療養の相談
H.27.4月
妻が亡くなる
生活が整えられなくなる
H.27.5月
事務処理ができない
現金がおろせない
携帯の操作がわからない
食生活の乱れ
不自由
息子やケアマネへの不信感
あちこちの窓口で
トラブル
社会的孤立
H.27.7月
ふと我に返る
ことが多くなる
H.27.8月
デイサービスの利用開始
妻の死後の
事務処理
自分の知ら
ないところ
で決まって
いく感覚
心配
少し
安心
喪失感
寂しさ
焦燥
不安
不満
不信
不満
安心
新しいこと
をやってみ
よう
自信・尊厳を失う・・・・
自分を取り戻す
よく話
を聞く
介護保険に
つなぐ
プロセスに伴走
困った時
いつでも
立ち寄れる
居場所
なじみの
看護師や
ボラン
ティアが
よく話を
聞く
変化に
対する
気づき
関係機関
と連携
アクティ
ビティへ
の誘い
情報提供
話し相手
4年半年後（87歳）、すっかり落ち着き、おしゃれにもなった様子。

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例⑤＞

Eさん

■75歳（初めての来室時）　女性
■独居。近県に娘家族がいる。

「暮らしの保健室」オープン後すぐに
医療面での相談で来室。

時々立ち寄って話すようになる。

4年後、初夏のある日、家がわからな
くなって来室。

近所の人や民生委員も心配していた。

夏になり、新聞が溜まっていることに
近所の人が気づき、暮らしの保健室
看護師や民生委員が様子を見に行く
こともあった。

- 看護師がじっくり話を聞く
- 一緒に整理しながら考える

＋

- なじみの話し相手（ボランティア）
- 行きたい時に立ち寄る居場所

＋

- 一歩踏み込んだ
ご近所のネットワークづくり

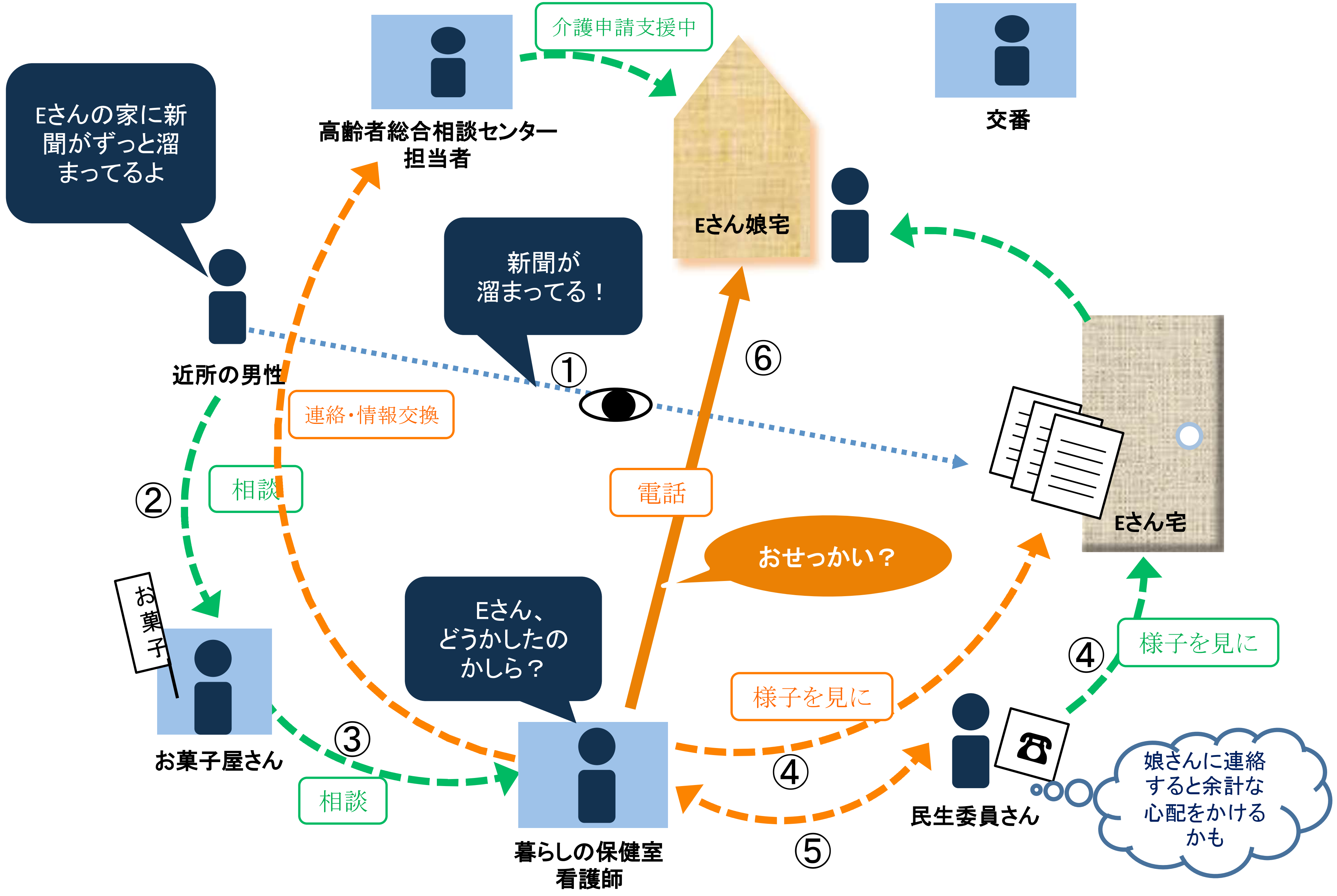
＋

- 地域の関係機関、家族との連携

↓

認知症の症状が出てから
娘と同居までの
約2年間　独居で在宅生活を継続

※認知症を持ちながら地域で暮らし続けられた要因の考察については、後のまとめのページを参照ください

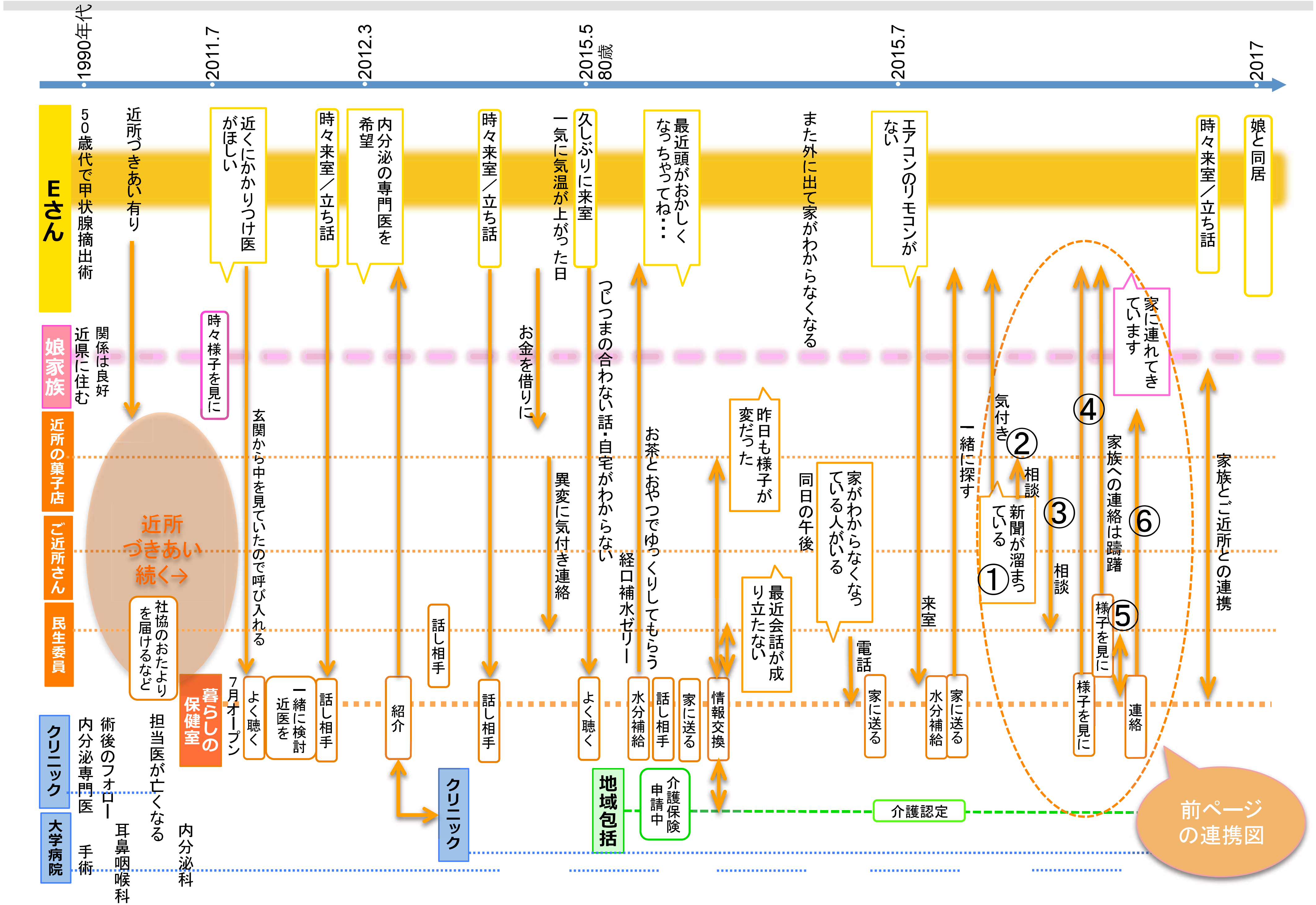


【ポイント】

●たくさんの人がつながっているように見える地域。しかし、実際には一歩踏み込めずつながれていない現状だった。

→一歩踏み込んで繋がりを積極的に作っていく経験を共有する。→繋がれる地域づくり。

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例5＞　時系列・関係図



「暮らしの保健室」への相談から ＜事例⑥＞

Fさん

■初めての来室時78歳　独居　女性
■一人息子ががんになり、さらに海外勤務になったことで鬱になる。

暮らしの保健室ができた2011年から、整膚を受けに来室。

胃腸の調子や、服用している薬のこと、不眠などで相談。

2014年、乳がんの診断、手術。

退院後、物忘れが増えたと自覚。認知症の診断を受ける。

「今日は●○の日ですか？」と電話で問い合わせてから来室するように。

現在も週１回の食事会、整膚などに来室を継続中。

急に生きているのが虚しくなった。
夜眠れない。
薬がわからなくなった。

●看護師がよく話を聞き、説明。

がんと診断され、ショック。

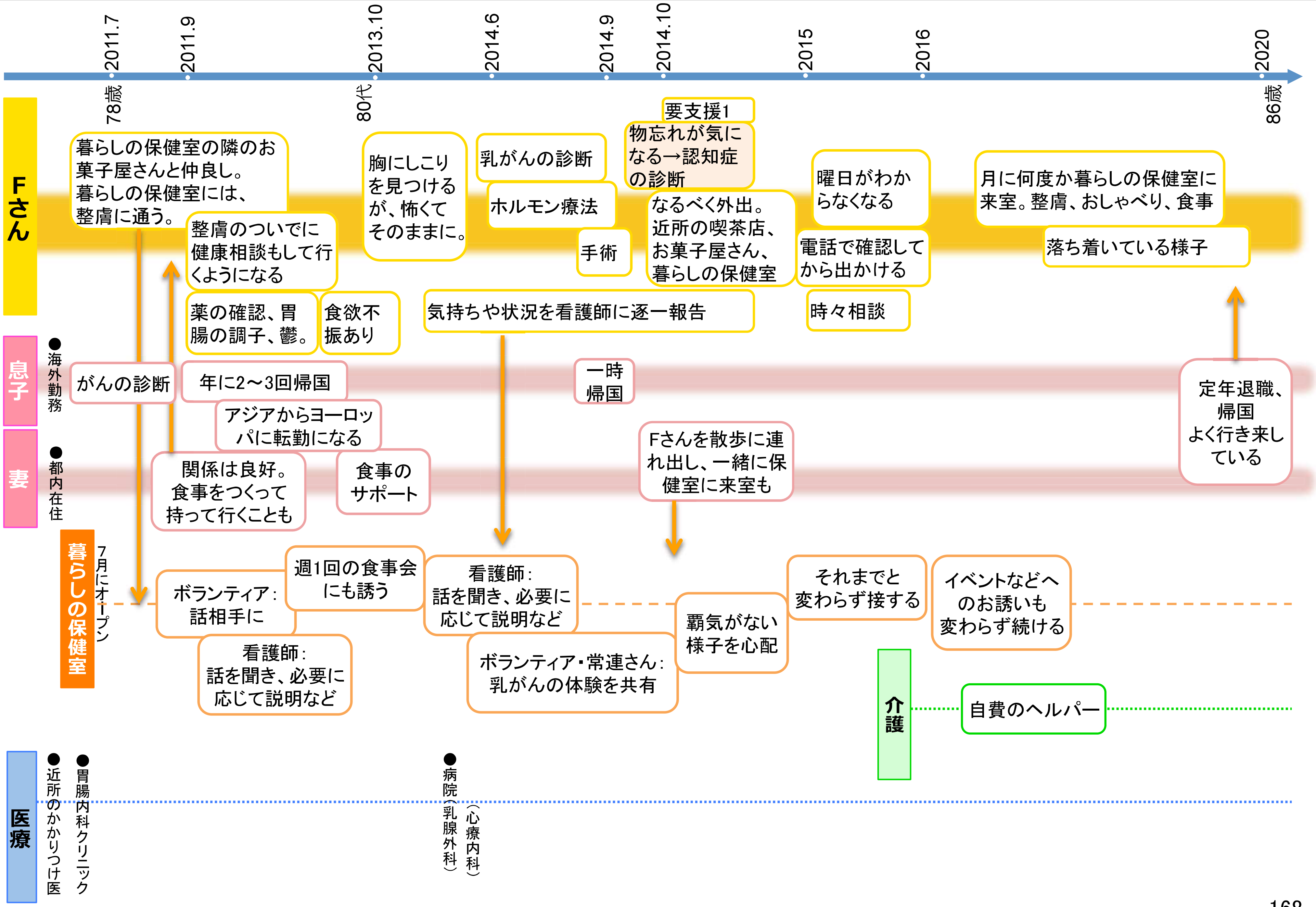
●看護師、がんを経験したボランティア、常連さんも相談に乗る。

物忘れがひどくなった

●看護師がよく話を聞く。
●ボランティア、常連さんもそれまでと変わらず接する。

認知症の診断後も5年半、独居生活を継続中（86歳）。

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例⑥＞　時系列・関係図



「暮らしの保健室」への相談から<事例⑦>

Gさん

■80代　女性
■数年前に夫に先立たれて一人暮らし。
その少し前に認知症の診断。
通所サービス等の利用。
地方から娘が通ってサポート。

暮らしの保健室ができた2011年から、
時々立ち寄っておしゃべり＆相談。

夫のがん～看取り、自身もがんを経験。

夫の死後は不安が強くなる。
昨年は、台風の天気予報で不安になり、
地方に住む娘には迷惑をかけたくないと、
暮らしの保健室に泊めて欲しいと来室も。

その後骨折で入院中。

夫や自分の健康の相談

日々の世間話

気になること、不安の吐露

↓

- 看護師がじっくり話を聞く
- 一緒に整理しながら考える

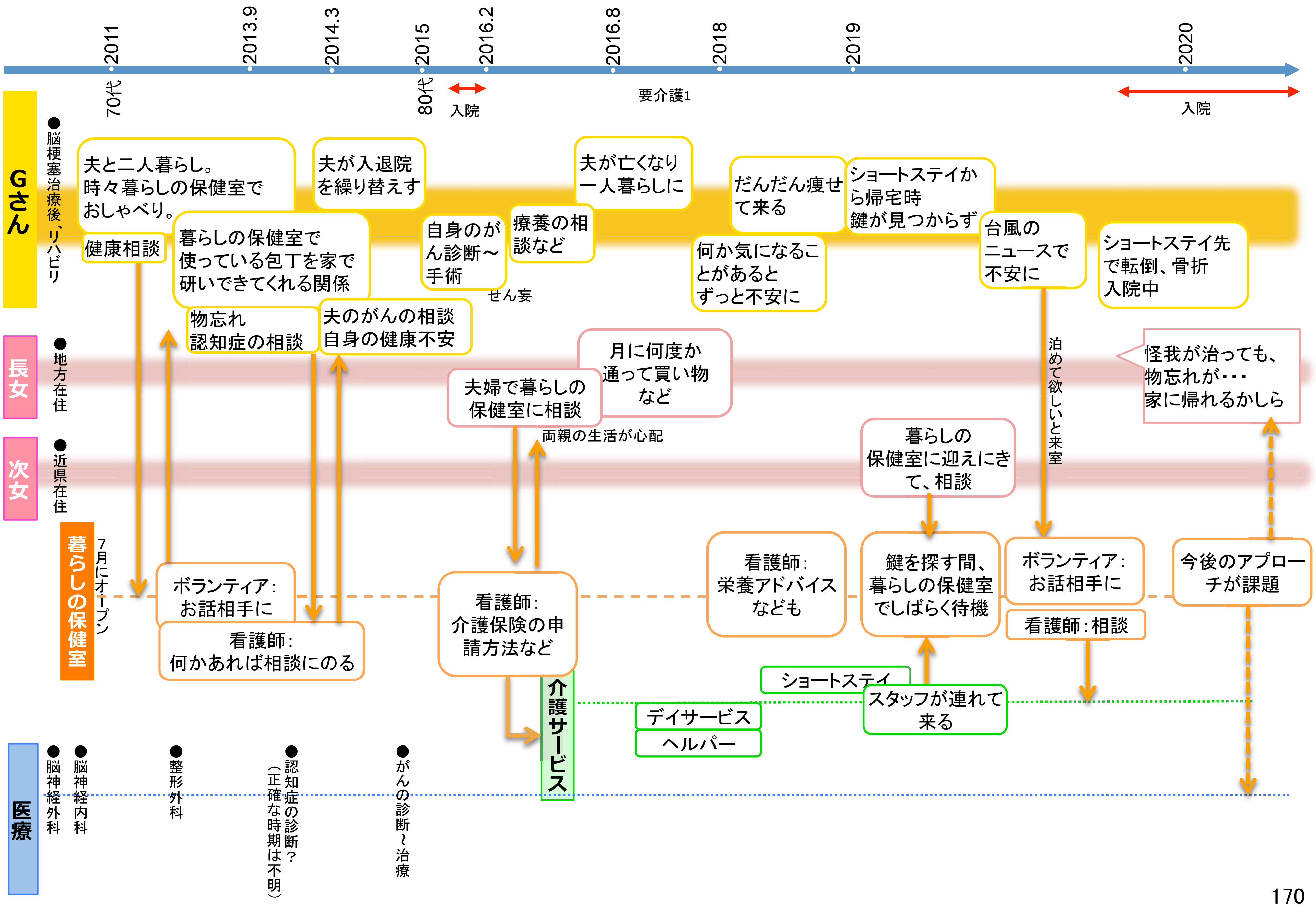
- ボランティアが他愛ない話の聞き手に。

- 関係機関との連絡・調整
- 家族からの相談にも乗る

↓

約3年半　独居で在宅生活を継続

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例⑦＞　時系列・関係図



「暮らしの保健室」への相談から<事例⑧>

Hさん

■84歳　女性
■十数年前に夫に先立たれる。
認知症あり。がんの治療継続中。
長男と2人暮らし。近県に次男一家も。

がんの術後、出歩かなくなったことを心配した次男が「暮らしの保健室」をHさんに紹介し、来室。

もともと仕事を持ち、自立されていた方。さっぱりした性格(姉御肌？)で、すぐに馴染み、週に2～3回通うようになる。

地域に回っていた不用品買取り業者に大事なアクセサリー類を売ってしまい、後悔。暮らしの保健室、次男と連携して取り戻したことも。

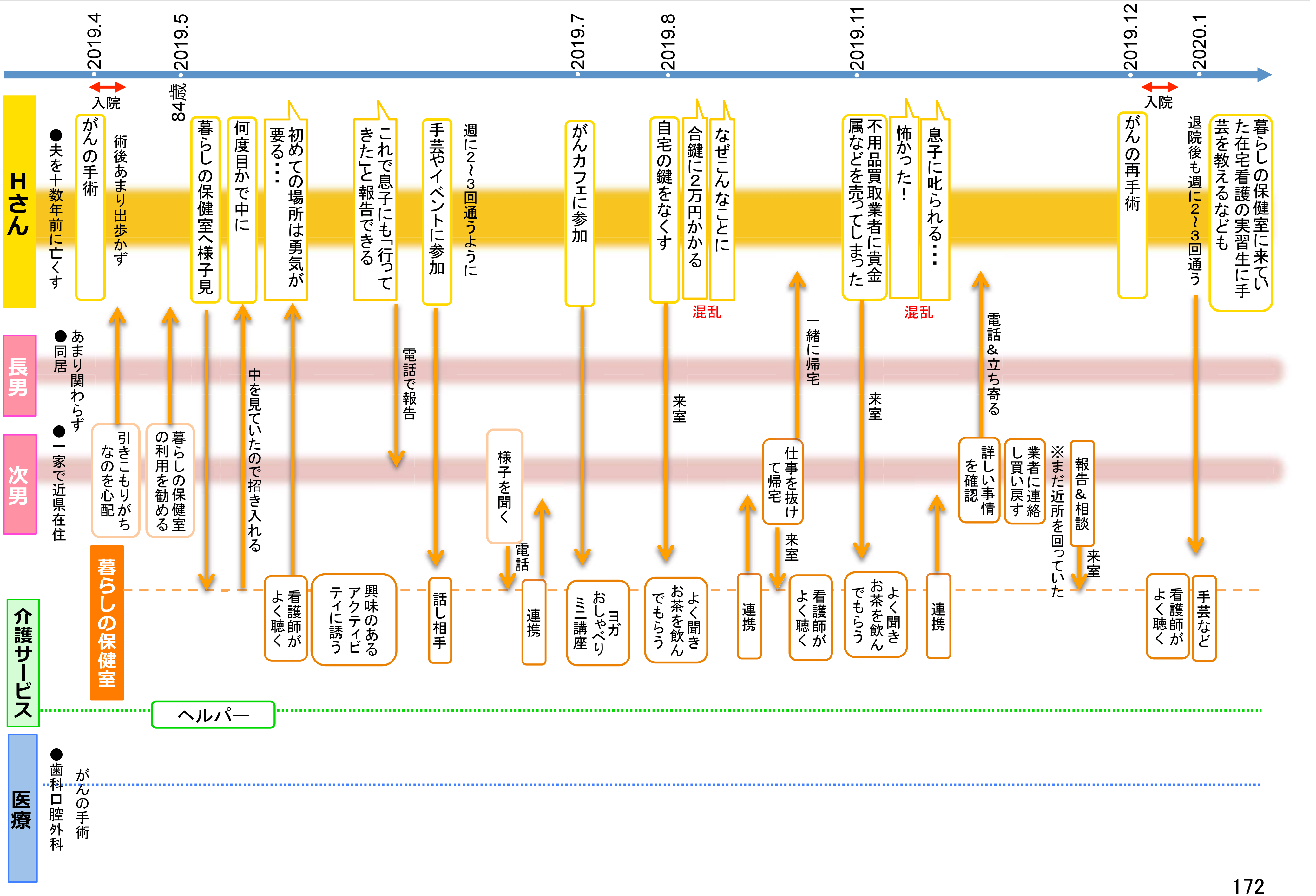
- 看護師がじっくり話を聞く
- がんカフェや他のイベント、アクティビティへのお誘い
- 役割(ボランティアや学生が、折り紙や手芸を教えてもらう)
- 困った時や、行きたい時に立ち寄る居場所
- 家族からの相談にも乗る

↓

日中独居の在宅生活を継続中
(暮らしの保健室が関わってからは約10ヵ月)

※認知症を持ちながら地域で暮らし続けられる要因の考察については、後のまとめのページを参照ください

「暮らしの保健室」への相談から ＜事例⑧＞ 時系列・関係図



「暮らしの保健室」事例の考察

認知症を持ちながら一人暮らしを続けられた要因の考察（特筆すべき事項のみ）

事例1

なじみの関係ができ、不穏・不安が強く混乱期にでも立ち寄れる場所があることがポイント。一方で、医療連携がスムースでないと、診断にうまくつながらないが、この時さらに、独居のAさんが信頼しているボランティアの男性の協力が得られたことが大きかった（信頼する人が地域の人的資源として、存在している環境）。
その後、暮らしの保健室で、植木のみずやりなどを引き受け、有用感をもちつつ通える場に。

- 本事例の特徴として、医療とのかかわりが入り口だったことが挙げられる
  - ■ かかりつけ医からの紹介、C型肝炎の治療に不満がある
  - ➡ 医療の専門家でもある看護師が信頼を得るまで聞く姿勢
    - ➡ 暮らしの保健室自体への信頼感が生まれる

- 信頼感醸成へのもう一つのポイント
  - ■ 対応する人が変わっても、Nさんを認める関係
  - 看護師・ボランティア・常連の来訪者（来る曜日が変わっても大丈夫な関係、スタッフ間の連携）
  - ➡ 観察ができ、変化に気づきやすいなじみの関係

- 変化が見られたときの対応
  - ■ 連携できるネットワークで、医療側が速やかに連携

総合病院の医療連携室に、暮らしの保健室の勉強会にも参加をしていた、訪問看護認定看護師がいた。
外来での苦情を聞き、Aさんの混乱した状況を聞き取り
本人が「暮らしの保健室」とつぶやいたのをきっかけに電話をくれた。
暮らしの保健室でもその状況がわかる　→　同行して、神経内科への受診がスムーズに

➡ 地域での医療介護連携も速やかに行われ、そのことで診断がつき、介護保険申請に結び付いた。
消化器内科も神経内科もかかりつけ医に一本化をしてほしい旨、話が進む

「暮らしの保健室」事例の考察

事例2

- 不安を冗長する因子として、「担当者・人が変わる」という要素が見える。

➡ おなじみ・同じ人が対応＋違う人でも同じようにサポート
暮らしの保健室内での情報共有が図られている

- 一人暮らしを支える地域ネットワークへのつなぎ

➡ 具体的な不安の解消につながる
支えられている安心感・つながっている安心感

- 時系列図からもわかるように「一人暮らしの健康不安が起こりやすい時期」の協調が必要。
（要支援～要介護1レベル）

☆一人暮らし認知症の方を地域で支えるときの暮らしの保健室の特徴

健康不安が強いときに、支えになりながら
医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」
「予測してつなげる・つながる」

「暮らしの保健室」事例の考察

事例3

- 高齢者が自分で「変だな」と感じた時、不安、焦燥感、気持ちのゆらぎを受け止める場。
  - 友人の引越しの前後の揺らぎの時期に、本人を受け止めると同時に<u>医療との連携</u>も、<u>家族支援</u>も必要であった。（身体的訴えへの対応／これでいいのか迷う家族への声かけ）
  - 本人にとって、最も頼りになる友人が引っ越す事の意味の大きさへの理解

事例5

- 一歩踏み込んだ繋がりが作れないでいた地域。
  しかしながら心配はしている、そこを繋げる役割の重要性。

事例8

- 家族が同居しているため、一見問題ないように見える人への対応。
  - 医療面での心配などを、看護師がよく聞き取り、信頼感を醸成。
  - 困ったとき、混乱した時に駆けこめる、受け入れられる場。

➡ ボランティアや、暮らしの保健室に実習に来ている看護学生に、折り紙や手芸を教えつつ、前向きな自分を取り戻す。
支えられる人から、支え合う人へ

「暮らしの保健室」の実践まとめ

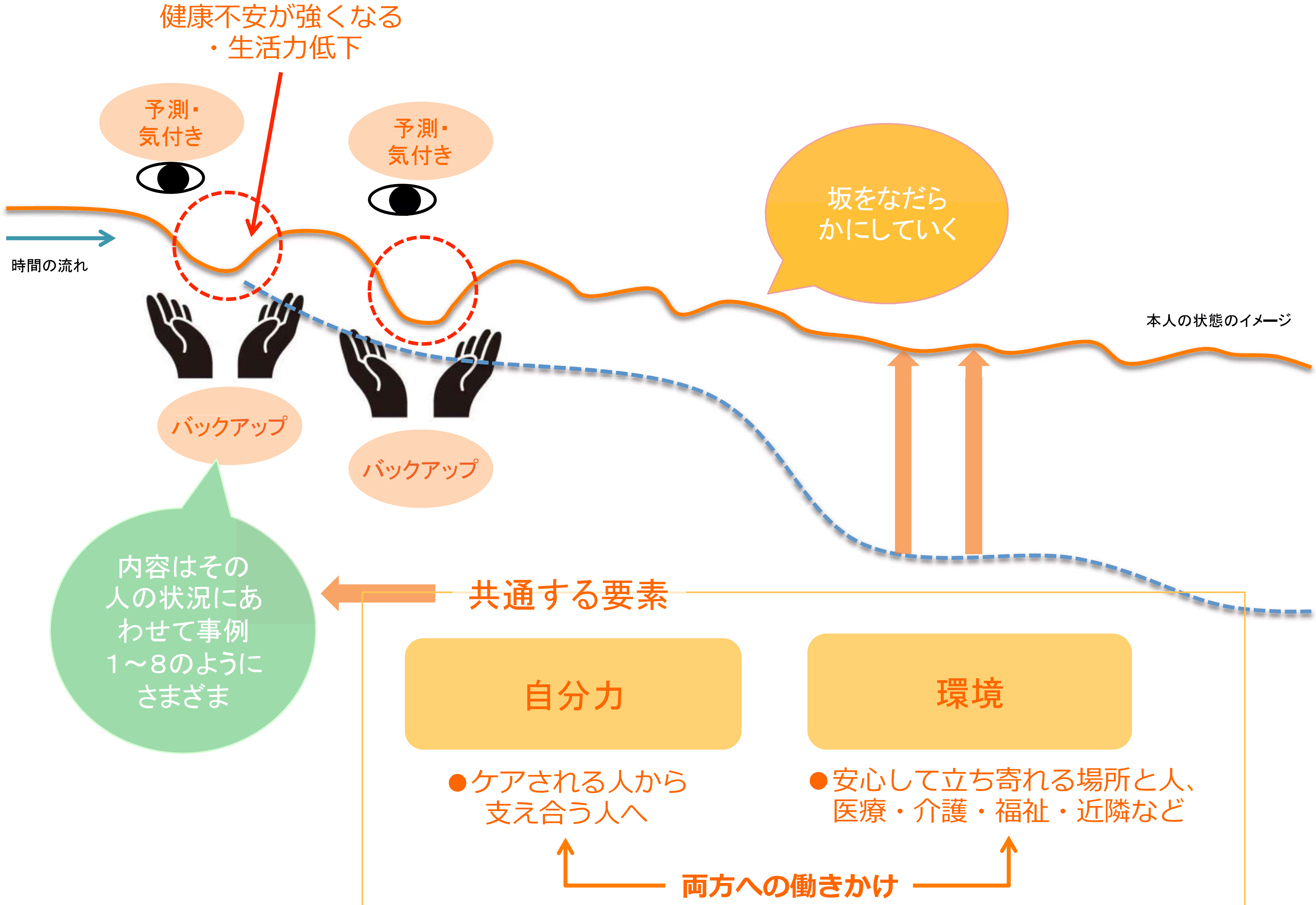
暮らしの中で
認知症になる前からのお付き合い／居場所

日常の中での
さまざまな身体の変化／出来事への気づき

日々のちょっとした困りごとについて
一緒に考え
家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整も

健康不安が強いときに支えになりながら
医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」
「予測してつなげる・つながる」

「暮らしの保健室」の実践イメージ図



※自分力については補足資料にも記載あり

「暮らしの保健室」今後の課題

事例を振り返って

- このように、暮らしの保健室で経験する、認知機能が低下し始めた独居高齢者等の実際の支援の有り様を、個別に細かく振り返ることを積み重ねていくことで、地域の支援体制への提言や、関わり方へのヒントが得られるのではないか。

- 引き続き、事例の解析のみならず、個別事例に対しての継続したアプローチを実践していきたい。