

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2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
事務局 神保康子

新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

①暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～（東京都昭島市）

■東京都昭島市

総人口 113,452人（2021年2月1日）

世帯数 55,016

年齢3区分別人口

0歳～14歳 13,889人（12.2%）

15歳～64歳 69,533人（61.3%）

65歳以上高齢者 30,030人（26.5%）

※高齢者の約半数が75歳以上

■活動の経緯

2014 国立市在宅療養何でも相談室

2018.10 暮らしの保健室多摩開設 2019.6閉鎖

2020.7.16 新しい場所で再オープン

暮らしの保健室たま ～ふらっと相談～（居場所、交流、在宅療養何でも相談、
フードパントリー、食事会等）

■開設者 間渕由紀子さん 看護師

急性期病院

病棟師長→外来診療室師長

2004年、地域医療連携センター設立、センター長

2014年から上記の何でも相談室を開設

事例① 暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～

Aさん

- 74歳 女性
- 夫の死後、マンションに一人暮らし。
- 郷里に弟や親戚がいるが過去の金銭トラブルにより付き合いなし。
- レビー小体型認知症。

相談

訪問介護事業所サ責より電話。(17時40分ごろ)

妄想、幻視・幻聴のある方(Aさん)が事務所にきている。これから一緒に行くので対応をお願いしたい

来室後、Aさんの話

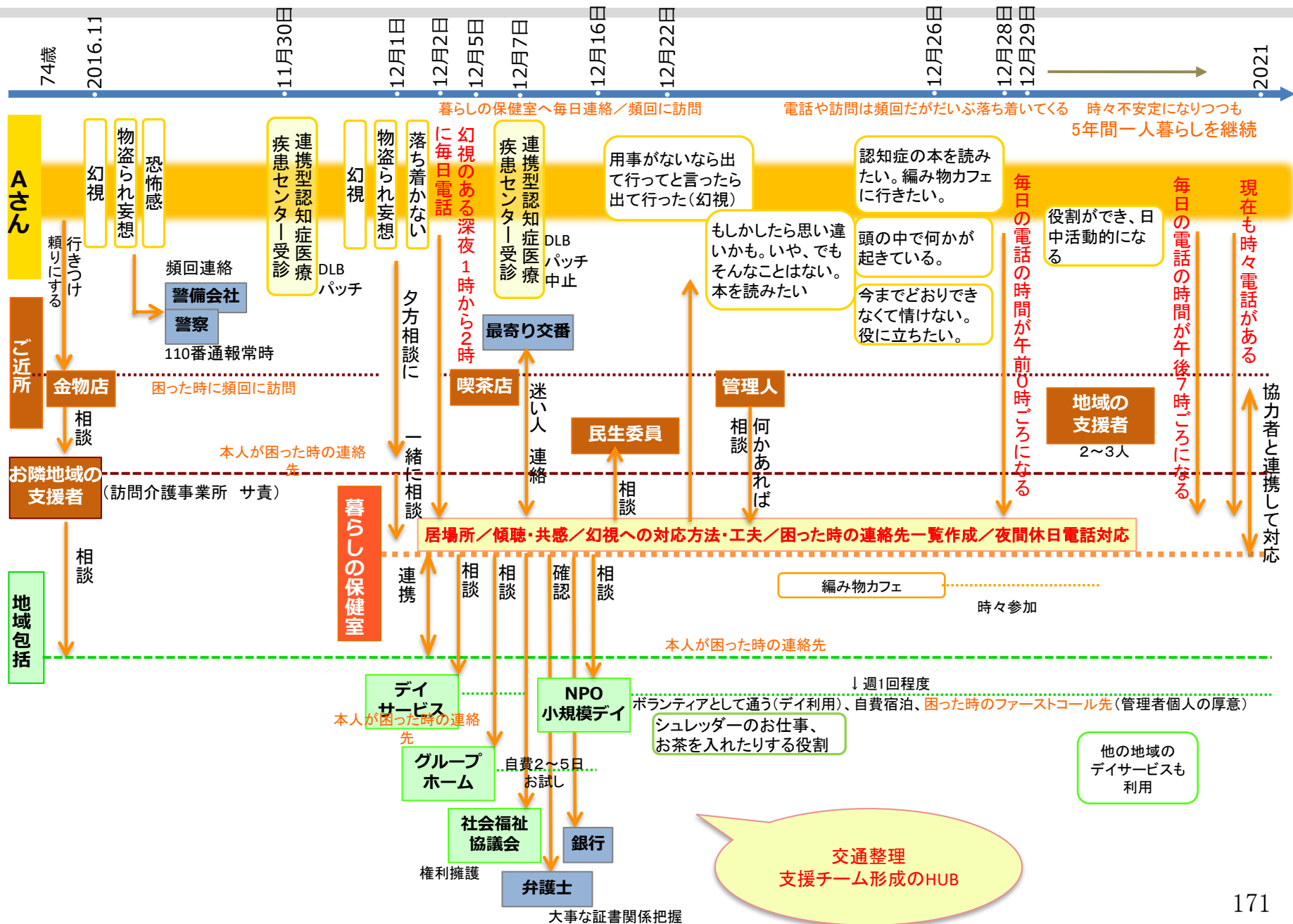
- ・玄関から水商売風の男性と帽子を深くかぶった女性が入ってくる
- ・来るのはいつも夜中の2時前後
- ・二人で食事を作ったり、風呂にも入っている
- ・天井裏にも入ったり、天井裏から入ってくることもある
- ・盗られたもの:家の権利証、弁護士に作成してもらった遺言書、ハンガーにかかった洋服、預金通帳等
- ・市役所、交番、マンションの管理人、ホームセキュリティ会社に何度も相談するが取り合ってもらえない

初回対応

- ・看護師が傾聴。怖かったですね、怖いですねと共感する
- ・今日は、戸締まりと天井裏を確認して入れないように目張りをする
- ・誰かが入ったらわかるように、天井裏に鈴をおく(サ責)
- ・明日、市役所、相談室、サ責で自宅に訪問して、貴重品を片付ける
- ・盗まれたものは自宅内のどこかに隠している可能性があるため、一緒に探してみましよう
- ・たくさんの支援者がいるので、安心して今日は帰りましよう → 地域包括職員とサ責が自宅まで送る

- 話をよく聞き、味方に
- 困りごとに対する具体策
- 支援者の連携

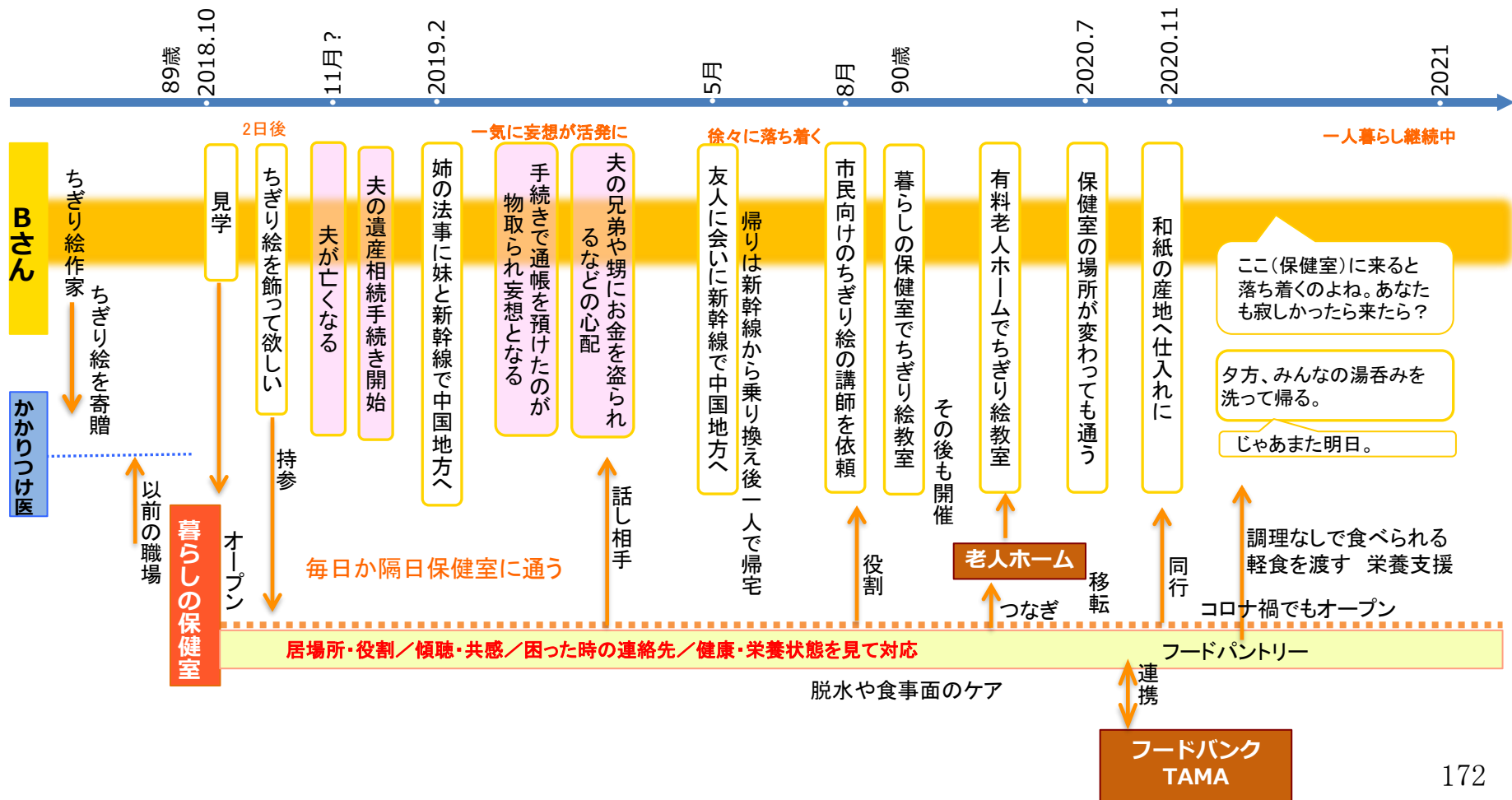
事例① 暮らしの保健室 たま～ふらっと相談～



事例② 暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～

Bさん

- 89歳 女性(初回相談時)
- 夫の死後一人暮らし。子なし。認知症
- 暮らしの保健室開設前からつながり。暮らしの保健室多摩(旧称)開設時の見学会で来室



新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

② 鞆の浦・さくらホーム（広島県福山市鞆）

■ 広島県福山市

人口：466,699人（2021年1月1日現在）

世帯数：212,356世帯

年齢3区分別人口

0歳～14歳 13.2%

15～64歳 58.2%

65歳以上 28.6%

■ 福山市鞆地区（令和3年1月31日現在）

人口：3,672人

世帯数：1,930世帯

年齢3区分別人口

0歳～14歳 248人（6.8%）

15～64歳 1,653人（45.0%）

65歳以上 1,771人（48.2%）

■ 活動の概要

鞆地区でグループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業等を展開。利用者・事業所職員・地域住民が顔と顔の見える関係づくりのため、また、トラブルにはすぐ対処できるように徒歩圏域に小さな施設を作っている。→[次ページに地図あり](#)

「暮らしの保健室」と銘打っての活動ではないが、職員が、地域のサロンや自然発生的な「たまり場」もうまく利用し、地域のキーパーソンと協力して、認知症がありながら独居を続ける人を継続的に支援している。

■ 開設者 羽田富美江さん 理学療法士

新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

② 鞆の浦・さくらホーム（広島県福山市鞆）

半径400m徒歩圏域に拠点

町全体で見守るしくみ

いきいきふれあいサロン(10～)

● さくらホームの拠点 4

★ 病院・医院・歯科医院 各1

★ たまり場(自然発生)

利用者・職員・地域住民が
顔の見える関係で

NPO 鞆の人と共にくらしを地域互助・介護予防拠点

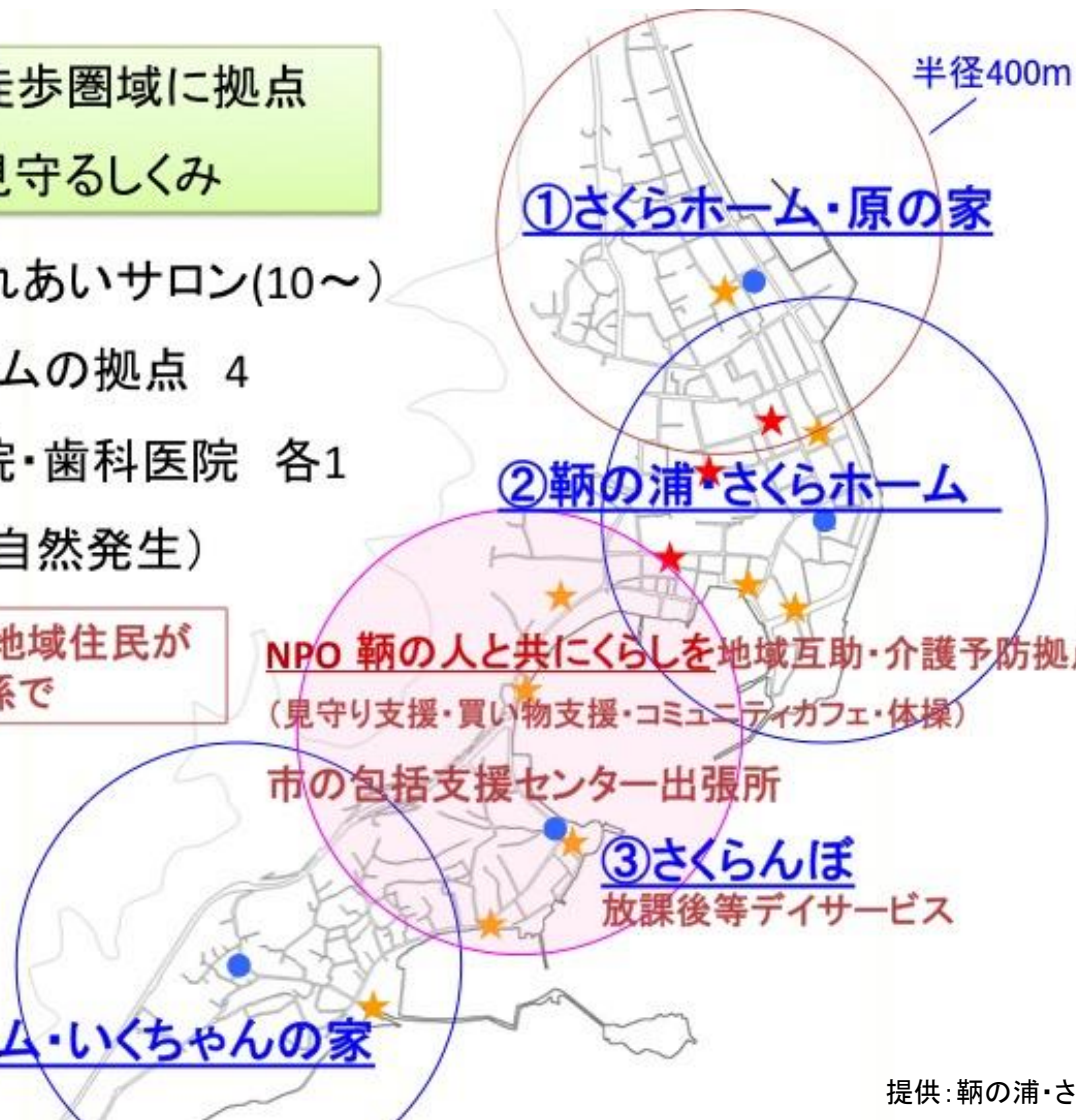
(見守り支援・買い物支援・コミュニティカフェ・体操)

市の包括支援センター出張所

③ さくらんぼ

放課後等デイサービス

④ さくらホーム・いくちゃんの家



提供：鞆の浦・さくらホーム

事例③ 鞆の浦・さくらホーム

Cさん

- 74歳 女性 要介護3
- アルツハイマー型認知症／高血圧など
- 同居していた母と弟の死後一人暮らし。猫数匹と暮らす(野良猫含め10匹くらいが出入り)。

Cさん背景

この場所で生まれ育つ。独身のまま母や兄弟を支え、家族を守って来た。東京で洋裁を学び、腕のいい職人。仕立て業で生計を立てる。自分のコートも洋服も自ら仕立てたもの。地域に積極的に出ることはなかった。

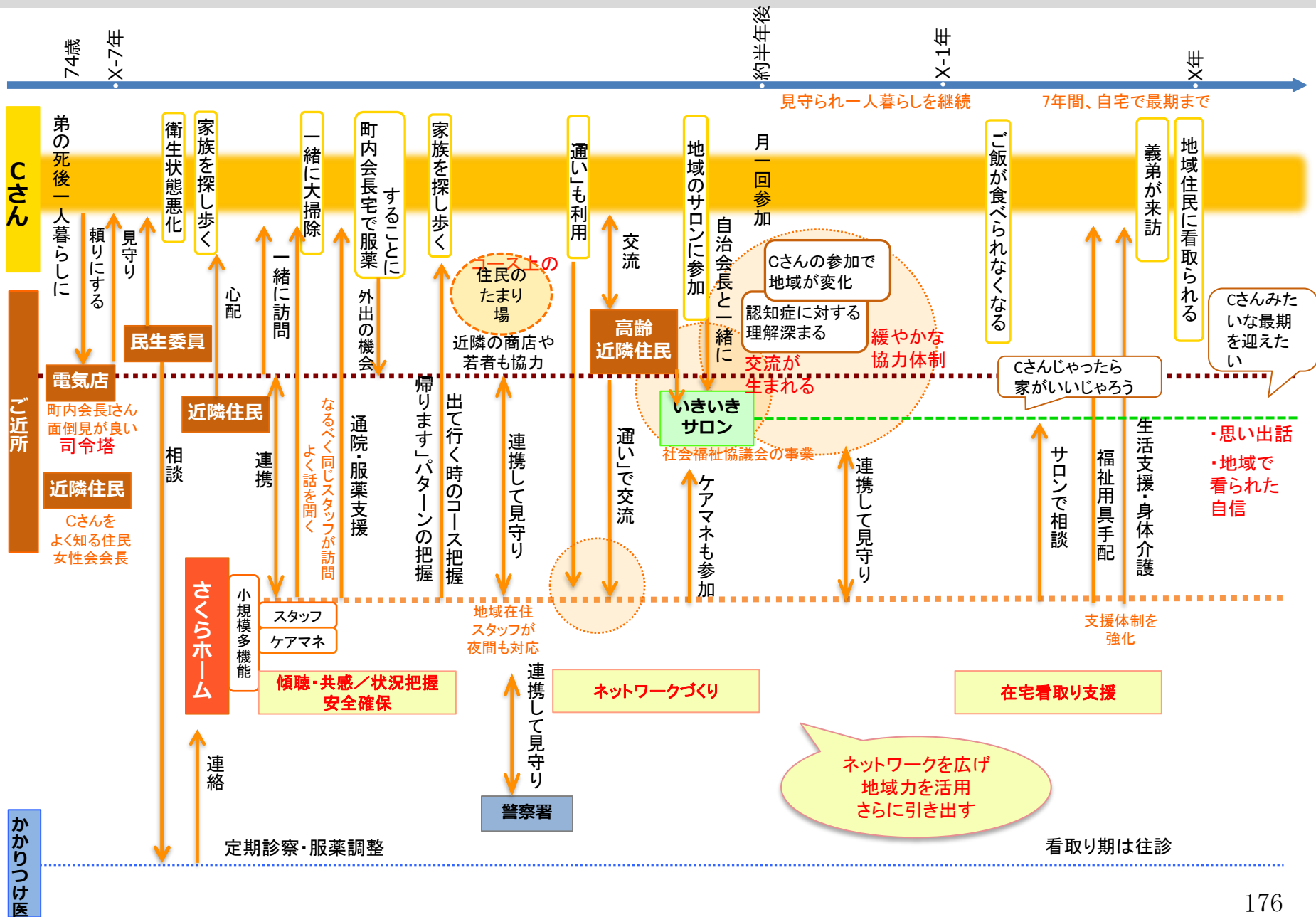
状況

- ・ 弟の死後、一人での暮らしが難しいことがわかってきた
- ・ 室内が荒れ放題、賞味期限後の食品→混乱する状況
- ・ 「家族が私を置いていなくなった」 家族を探しに出かける(家族の元へ帰ろうとする)
- ・ 離れて住む親族は「施設に入所させたい」。近隣住民も心配「施設に入った方がいいのでは・・・」

民生委員より主治医へ情報提供あり。さくらホームへ依頼(もともとCさんのことは把握していた)。

- まずは訪問して状況確認。
- Cさんが最も信頼しているキーパーソンは、近所の電気屋のご主人(町内会長)。何かあると話しに行く。Cさんと協力して支援をしていくことにする。
→近隣住民の意識が変わる。「特養に入るまで」→「自分たちで地域で見ていける」

事例③ 鞆の浦・さくらホーム



事例④ 鞆の浦・さくらホーム

Dさん

- 80歳 女性 要介護2
- アルツハイマー型認知症、高血圧
- 夫の急死後、一人暮らし。混乱。

Dさん背景

夫は要介護1、市内在住の息子夫婦の来訪あり。

本人は姉御肌な性格。

さくらホームを夫婦で利用。夫と一緒にあれば、なんとか「通い」を短時間利用。

近所づきあいがあり、自宅には友人がよく集まっていた。

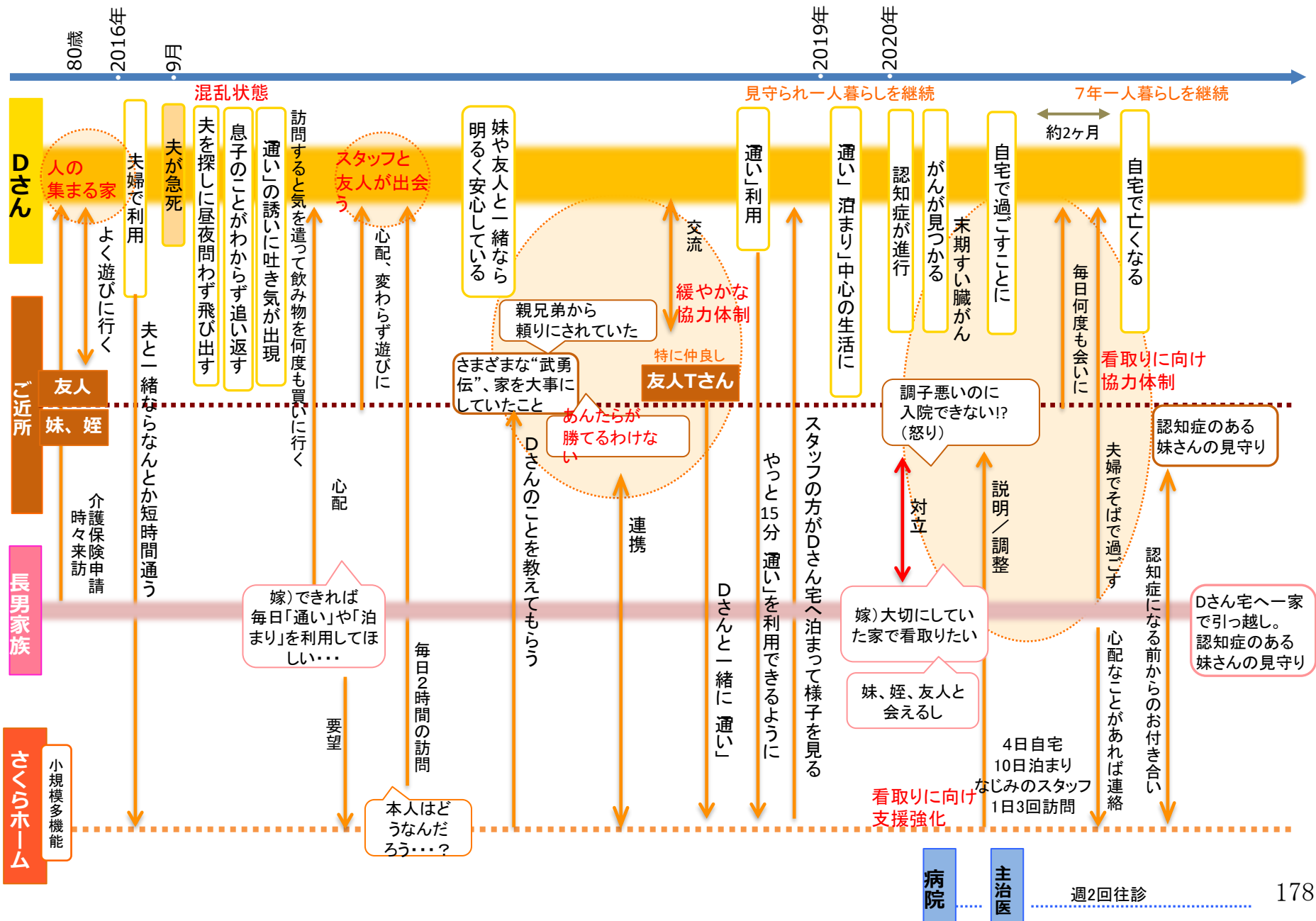
状況

- ・夫が急死
- ・亡くなった夫を探しに昼夜問わず家を飛び出す
- ・子ども夫婦が来ても追い返すように
- ・「通い」への呼びかけが強すぎると、吐き気が出る。

息子の妻からは、「混乱がひどく、できれば毎日でも通いや泊まりを利用してほしい」

- 毎日2時間の訪問だけではどうにもならず、お互いに困り果てる。
- Dさんのことを良く知る友人たちにDさん宅で出会い、本人について教えてもらう。

事例④ 鞆の浦・さくらホーム



「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

事例1

- ・本人が安心して話せる人と場所が保証されている(暮らしの保健室)。
- ・幻視、幻聴への対応(本人、周囲)をしていくことで、一人暮らしが続けられた。
幻視の激しい時期は夜間休日関係なく電話を取っていった。
(ずっと大変な時期が続くわけではない)
電話をしてきてくれるチャンスをとらえてふんばる地域力を醸成。
- ・連携はピンポイントで、生活経験の共有ができ会話がつながる人に繋げた。
→そこから地域につながり、支えができる。

【補足ポイント】

地域に密着して動きながら支える、ネットワークを生み出す人の存在が重要。
その人の地域生活を考えて、一步を踏み出し繋ぐ力。
本人の持っている潜在能力を引き出して繋げる。
キーパーソンを見つけて、その人の周りにも間接的な働きかけ。

事例2

- ・不安定になった時期の支えをしていった。
- ・そこに行けば誰かがいて特別視されない、話し相手にもなってくれるという安心感。
- ・役割のある場:居場所。
- ・尊厳が守られるためにも、その人の強みを引き出して自分を取り戻していった。
- ・関係性ができているので、保健室が移転しても通い続けられる。

「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

事例3、4

地域のキーパーソンや友人といち早く繋がって、協力して支えることで、本人が安心できた。

本人をよく知る人にサポーターとして関わってもらえるようにコーディネート。その結果、ネットワークができていくと、おのずと回り始める。地域の人がチームの一員として一緒に役割をまっとうしたくなる。そこに至るまでの不安定な時期には、プロとしての役割が必要。

もともとあるサロンや、インフォーマルな地域ネットワークを最大限活用することで、フォーマル資源が少ない地域でも実現できる。

各地の実践まとめ

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

健康不安が強くなる
・生活力低下・何かあった時

予測・
気付き

予測・
気付き

坂をなだらかにしていく

その人の支援を通して
地域力がアップする

共通する要素

自分力

●ケアされる人から
支え合う人へ
本人に対する働きかけ

ネットワーク

●地域のキーパーソンと
すみやかに繋がり
そこから地域力を上げていく

環境

●安心して立ち寄れる場所と人、
医療・介護・福祉・近隣など

すべてへの働きかけ

「暮らしの保健室」今後の課題

事例を振り返って

- それぞれの地域の特性を捉えて、それに見合った暮らしの保健室のような“拠点”を作っていく必要がある。そこで個別性に合わせてネットワークを組んでいく。
- キーパーソンを見つけ調整する役割や、医療面の観察はやはりプロの力が必要で、地域のサロンや自然発生的な人のたまり場などに、専門職が出向いて地域ネットワークを紡ぎ直す役割が重要となる。
- 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。