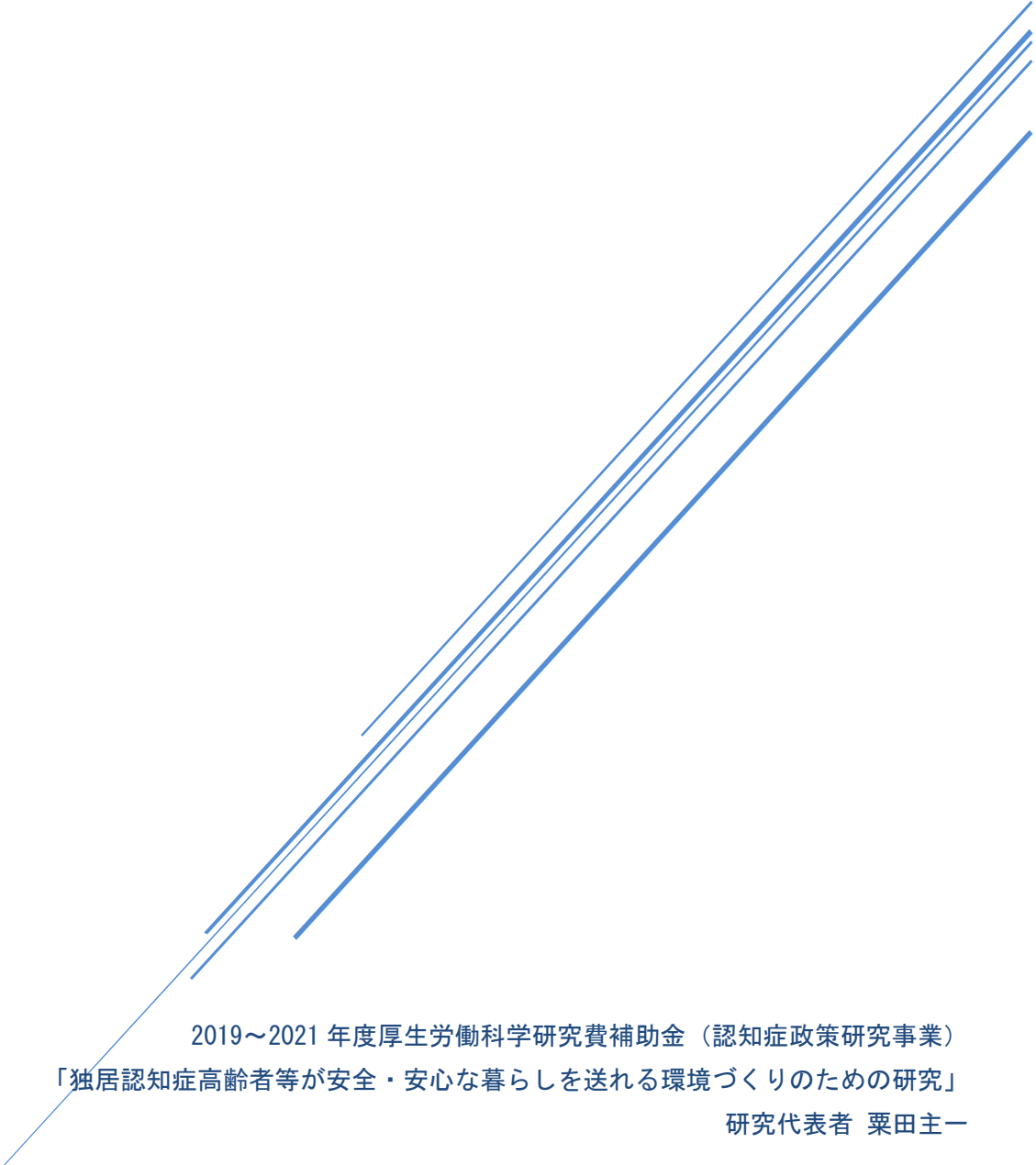


# 独居認知症高齢者等が 安全・安心な暮らしを送れる 環境づくりのための手引き

A decorative graphic consisting of several parallel blue lines of varying lengths, arranged in a diagonal pattern from the bottom left towards the top right of the page.

2019～2021 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
「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」  
研究代表者 栗田主一



## はじめに

国民の平均寿命の延伸と少子高齢化の進展を背景に、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が着実に増加しています。しかし、今日の社会環境の中で認知症とともに一人暮らしを続けることは決して容易なことではありません。これまでの研究から、「認知症」でありかつ「独居」であることは、在宅生活の継続を中断させる大きな要因になっていることが明らかにされています。また、さまざまな疫学調査や実践報告によって、独居認知症高齢者は、必要な情報やサービスにアクセスしにくい状況にあること、そのために、健康状態や居住環境が悪化したり、経済被害や経済的困窮に直面したり、対人的なトラブルが生じたり、事故や行方不明などによって生命の危険に晒されやすいことも示されています。これらの事実は、認知症とともに一人で暮らす高齢者の「市民として権利」に関わる問題として認識されねばなりません。

この手引きは、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を進めるために、自治体や関係機関がどのようなことに配慮し、どのような取り組みを進めるべきかを考えるヒントを示すために作成しました。なお、ここで言う独居認知症高齢者等の「等」とは、独居認知症高齢者の他にも、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」も含めることを意図しています。しかし、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」に関する文献的な情報は極めて乏しいため、本書の内容は主として独居認知症高齢者に焦点をあてたものとなっています。それでも、本書の内容は、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」の場合にも参考になるものと考えております。

本書は、令和元年度～3年度に実施された厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「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」において実施された既存統計資料による調査、疫学調査、事例調査、さまざまな地域の取り組みに関する調査、アクションリサーチ、文献調査の結果を踏まえて作成しています。その過程において、この分野の研究は、国内外を通じて極めて少なく、数多くの研究課題が残されていることも明らかにされています。

たとえ認知症になっても、一人暮らしであったとしても、高齢者が地域の大切な一員として認識され、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会環境をつくりだすことは、世界最高水準の長寿国であるわが国の責務であり、国民一人ひとりが「我が事」として考えていかなければならない重要な課題です。本書が、そのような課題の解決と地域共生社会の実現に向けて、わずかな一歩でも踏み出すことに寄与することができればと願っております。

厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業  
「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」 研究班  
代表 栗田 圭一

## 目 次

### 序章 本書の目的と構成

### 第1章 独居認知症高齢者の生活実態と生活課題

- 1.1. わが国の一人暮らしの高齢者数
- 1.2. 独居認知症高齢者の数
- 1.3. 在宅継続率
- 1.4. 社会的孤立
- 1.5. 孤独と精神的健康問題
- 1.6. 身体的健康問題
- 1.7. 口腔機能と低栄養
- 1.8. 健康問題のリスクを低減させる対策
- 1.9. 経済的困窮
- 1.10. 経済被害
- 1.11. 行方不明
- 1.12. 大都市の生活課題
- 1.13. 中山間地域の生活課題
- 1.14. 離島の生活課題
- 1.15. マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題
- 1.16. 生活の質 (Quality of Life)
- 1.17. 本人の体験と対処行動

### 第2章 社会的支援のコーディネーション

- 2.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること
- 2.2. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題
- 2.3. コーディネーションの基本プロセス
  - 2.3.1. 信頼関係の形成
  - 2.3.2. 総合的アセスメント
  - 2.3.3. 情報の共有
  - 2.3.4. 課題解決に向けた多職種協働
  - 2.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整

### 第3章 社会的支援ニーズの把握とその対応

- 3.1. 医療支援ニーズ
  - 3.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価
  - 3.1.2. 身体的健康問題の医学的評価
  - 3.1.3. 継続医療の確保
- 3.2. 居住支援ニーズ
  - 3.2.1. 現在の居住環境の整備

- 3.2.2. 新たな住まいの確保
  - 3.3. 経済支援ニーズ
  - 3.4. 生活支援ニーズ
    - 3.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援
    - 3.4.2. 参加・交流に関する生活支援
    - 3.4.3. 受療に関する生活支援
    - 3.4.4. 服薬管理に関する生活支援
    - 3.4.5. 金銭管理に関する生活支援
    - 3.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
    - 3.4.7. 移動に関する生活支援
  - 3.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
  - 3.6. 権利擁護支援ニーズ
    - 3.6.1. 日常生活自立支援事業
    - 3.6.2. 成年後見制度
    - 3.6.3. 虐待への対応
    - 3.6.4. 消費者被害への対応
  - 3.7. 家族の支援ニーズ
    - 3.7.1. 家族介護者への一般的な支援
    - 3.7.2. 別居介護者への支援
    - 3.7.3. 介護者が仕事をしている場合の支援
- 第4章 コーディネーションに関係するさまざまな社会資源
- 4.1. 認知症疾患医療センター
  - 4.2. かかりつけ医
  - 3.3. 認知症サポート医
  - 4.4. 地域包括支援センター
  - 4.5. 認知症初期集中支援チーム
  - 4.6. 介護支援専門員
  - 4.7. 介護保険サービス
  - 4.8. その他のサービス
    - 4.8.1. 高齢者の見守りサービス
    - 4.8.2. 地域たすけあいネットワーク
    - 4.8.3. SOS ネットワーク
    - 4.8.4. GPS 探索サービス
    - 4.8.5. 配食サービス
    - 4.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付
- 第5章 在宅生活の中断と生活の場の移行
- 5.1. 在宅生活中断の要因とその対策

5.2. 生活の場の移行に際して配慮すべきこと

第6章. エンド・オブ・ライフ・ケア

第7章 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会を創るために

7.1. 地域づくりのための「地域拠点」

7.1.1. 高島平ココからステーション

7.1.2. 暮らしの保健室

7.1.3. ふるさとの会

7.2. 金融ジェロントロジー

7.3. 災害への備えと対応

7.4. 地理情報システムの活用

## 序章 本書の目的と構成

本書は、今後の自治体の認知症施策や事業計画の立案において、また関係諸機関の取り組みにおいて、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らせる環境づくりを進めるためのヒントや指針が得られるようにすることを目的としています。

全体は7章で構成されており、第1章では独居認知症高齢者の生活実態や生活課題について解説し、第2章～第4章は独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に向けて多職種協働で実践される社会的支援のコーディネーションについて解説されています。また、第5章では認知症である高齢者が自宅から施設などに生活の場を移行する場合に配慮すべきこと、第6章ではエンドオブライフにおいて配慮すべきことを記しています。そして、最後の第7章においては、自治体や関係機関が協働して進めていかなければならない地域社会の環境づくり（社会的支援のネットワーク）について解説しています。

独居認知症高齢者等において地域生活の継続が困難の状況に陥りやすいのは、通常であれば同居する家族によって確保されている日常生活支援が、独居である場合には確保されにくいためであり、そのために必要なときに必要な社会的支援につながれないというアンメット・ニーズの状況が発生しやすいためと考えられます。この問題を克服するためには、上記で述べたコーディネーションとともに、一人暮らしであったとしても、必要な社会的支援につながりやすい地域社会の構造をつくりだしていかなければなりません。つまり、コーディネーションとネットワークを車の両輪として推進していく政策が自治体に求められています。それは、地域共生社会の実現と深く関連しています。本書は、そのような視点に立って作成されています。

## 第1章 独居認知症高齢者の生活実態と生活課題

### 1.1. わが国の一人暮らしの高齢者数

高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が年々増加しています<sup>1</sup>。2025年のわが国の65歳以上単独世帯高齢者数は男性で268万人（高齢者人口の16.8%）、女性で483万人（23.2%）であり、2040年には男性で356万人（20.8%）、女性で540万人（24.5%）になるものと推計されています<sup>2</sup>。つまり、男性高齢者の5人に1人、女性高齢者の4人に1人が一人暮らしになる見込みです。単独世帯高齢者の増加の勢いは85歳以上で特に顕著であり、このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係しています。

### 1.2. 独居認知症高齢者の数

わが国の独居認知症高齢者数は年々増加しており、2025年には147万人（男性33万人、女性114万人）、2040年には181万人（男性47万人、女性134万人）に達するものと予測されています。独居認知症高齢者の人口に占める割合は年齢階級とともに高くなり、2025年では85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者となります。また、独居認知症高齢者の増加は85歳以上において特に顕著であり、2015年～2040年の25年間に男性では約3倍、女性では約2倍増加します（図1）。認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は、2025の段階で22%、2040年の段階で23%であり、認知症高齢者の4～5人に1人が一人暮らしになるものと予測されます<sup>3</sup>。

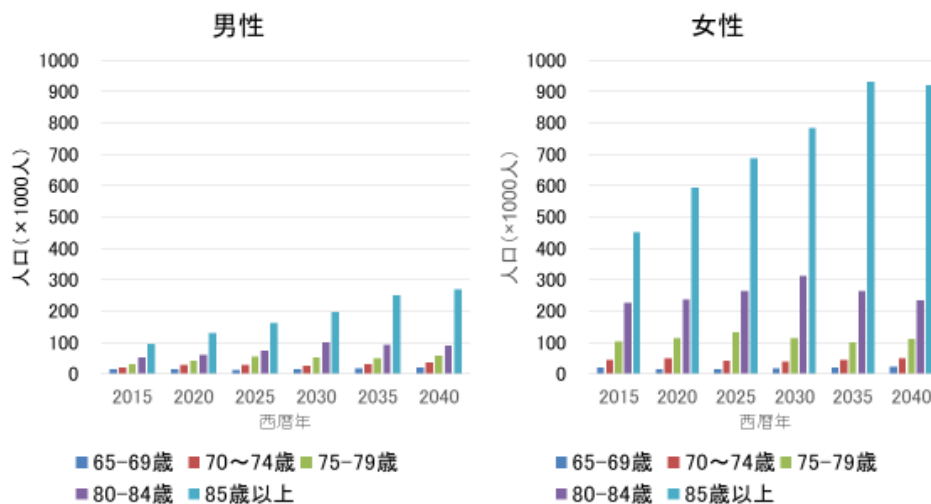


図1. 性・年齢階級別に見た独居認知症高齢者数の将来予測

<sup>1</sup> 厚生労働省：2019年国民生活基礎調査の概況

<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計）

<sup>3</sup> 栗田主一：一人暮らし、認知症、社会的孤立。老年精神医学雑誌 31:451-459, 2020.



### 1.3. 在宅継続率

これまでの国内外の研究から、認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いことが示されています。また、川越らの研究<sup>4</sup>によって、「認知症であり、かつ独居であること」が、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ます。日常的な生活支援の担い手である同居家族がないことが、地域生活の継続に必要な社会的支援の不充足（アンメット・ニーズ）につながり、それが在宅継続率を低下させる要因になっているものと推測されます。

### 1.4. 社会的孤立

社会的孤立とは、他者との社会的接触が制限または欠如した状態を言いますが、それは「必要な社会的支援の利用を可能とする社会的ネットワークの欠如」を意味しています。認知症であって、日常の生活支援を担う家族や親族がない場合には、必要な情報を入手し、必要な社会的支援につながるものが困難になりがちです。したがって、独居の認知症高齢者は、同居家族がいる場合よりも、社会的孤立のリスクは高いと考えることができます。これまでの研究から、社会的孤立は、認知機能低下、身体機能低下、移動能力低下、不良な健康状態、低い社会経済状態と密接な関連することも明らかにされています<sup>5</sup>。

### 1.5. 孤独と精神的健康問題

一方、孤独とは、「仲間づきあいがいないことに関するネガティブな感情」を意味しています。これまでの研究から、独居の認知症高齢者は、同居家族がいる場合よりも、孤独を感じている人が多く、その程度も強いこと、抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬・睡眠薬の処方頻度も高いことが明らかにされています<sup>6</sup>。独居であることは、家族介護者との葛藤が生じにくいという側面もあるかもしれませんが、社会的孤立と孤独のリスクは高く、それが精神的健康問題の発生や悪化と深く関連する可能性があります。

### 1.6. 身体的健康問題

認知症や認知機能低下高齢者を対象とする疫学調査では、独居者と同居家族がいる者との間で、身体的健康状態に差は認められず、身体機能は独居者の方が高いという報告もあります。しかし、認知症の日常診療では、服薬管理、栄養確保、温熱環境の調整など健康管理に関する生活支援の不足のために、高血圧症や糖尿病などの慢性身体疾患が悪化している事例、脱水症や熱中症で救急受診する事例に遭遇することは少なくありません。また、長期にわたる社会的孤立によって、

---

<sup>4</sup> 川越雅弘ほか：一人暮らし在宅認知症高齢者の2年後の転帰。老年精神医学雑誌 33:218-223, 2022.

<sup>5</sup> 栗田圭一：一人暮らし、認知症、社会的孤立。老年精神医学雑誌, 31:451-459, 2020.

<sup>6</sup> 津田修二：認知症とともに一人で暮らす高齢者の健康問題と支援ニーズ。老年精神医学雑誌, 33:230-234, 2022.

身体的健康問題も増悪し、複雑困難状況に陥って事例化する例も散見されます。「認知症」であり、「独居」であり、さらに「社会的孤立」の傾向が高まると、身体的健康問題の発生・増悪のリスクも高まるものと考えられます。

### 1.7. 口腔機能と低栄養

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え、他者による促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下のリスクが高まるものと推測されます。さらに経済的・身体的要因による食料調達の困難、判断力低下による食品衛生の課題、食事療法が必要なケースでの実践困難、抑うつや不安等による食欲低下などによって、低栄養のリスクも高まるものと推測されます。岩崎らは、地域在住高齢者を対象とする調査によって、「認知機能低下がありかつ独居である高齢者」では低栄養の頻度が顕著に高まることを明らかにしています<sup>7</sup>。また、枝広らは、認知症の重症度の進展とともに歯周囲炎症面積が大きくなることを示し、認知症高齢者に対する口腔保健活動の重要性を指摘しています<sup>8</sup>。

### 1.8. 健康問題のリスクを低減させる対策

独居認知症高齢者等の健康問題のリスクを低減させる対策について、科学的に効果が検証されたものはありません。少数の実践報告では、馴染みの支援者が自宅を訪問し、本人の生活状況を確認した上で、自宅生活の安定化を図る支援が行われています。支援内容は服薬エラー、転倒、清潔保持の困難、火事、自動車運転などのリスクへの介入であり、身体機能／認知機能／生活状況／本人のこだわりなどをアセスメントし、本人ができることを尊重しながら支援を個別化し、医療チームで役割分担するといった特徴があります。これらは、第2章～第4章で解説するコーディネート体制づくりと深く関連しています。

### 1.9. 経済的困窮

「認知症」でありかつ「独居」であることは、①日常的な金銭管理に支障が生じている場合があること、②家族による家計管理の支援が得られない場合があること、③必要な社会保障制度につながっていない場合があることなどから、経済的困窮のリスクが高まるものと推測されます。稲垣らは、大都市に暮らす地域在住高齢者の調査によって、独居の認知機能低下高齢者は、同居家族がいる場合よりも、年収が低く、賃貸住居の居住率が高いことを示しています<sup>9</sup>。実際、日常診

<sup>7</sup> Iwasaki M, et al. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412.

<sup>8</sup> Edahiro A, et al. Severity of dementia is associated with increased periodontal inflamed surface area: home visit survey of people with cognitive decline living in the community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961.

<sup>9</sup> 稲垣宏樹ほか：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）。厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「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年度総括・分担研究報告書。p45-p68.

療の現場でも、地域保健の現場でも、生活困窮状態にある一人暮らしの認知症高齢者に遭遇することは少なくありません。独居認知症高齢者等の経済状況の把握と支援策の検討が求められています。

### 1.10. 経済被害

高齢者が振り込め詐欺などの経済被害にあいやすいことはよく知られた事実です。「認知症」でありかつ「独居」であれば、悪質商法や年金・財産の横領など、経済被害のリスクはさらに高めるものと考えられますが、その実態は明らかにされていません。「認知症」でありかつ「独居」であるがゆえに、誰にも気づかれず、被害届けが出されず、表面化するのはい部のケースに限られているのであろうと思われます。実際、別居の家族や介護支援専門員が訪問した際に偶然気づかれるという場合が少なくありません。介護支援専門員を対象とする調査では、担当している独居認知症高齢者のうち経済被害にあった人またはあいそうになった人は8割を超えると報告されています<sup>10</sup>。被害を減らす方策として、見守りネットワークをつくることや、成年後見制度を利用するなどの方法がありますが、こうした方策には多少なりとも本人の自由を制限するという側面があることにも留意する必要があります（対策については3.6を参照）。

### 1.11. 行方不明

独居認知症高齢者では、外出に際して家族による支援が得られない場合が多くなるので行方不明のリスクが高まるものと推測されます。しかし、その実態は明らかにされていません。独居であるということが実態調査を困難にしているものと思われます。しかし、菊地らは、警察庁のデータや自治体のデータを用いた研究で、①行方不明時に独居であることが発見時の死亡に関連すること、②行方不明から発見までの時間が長いことが発見時の死亡と密接に関連すること、③行方不明に最初に気づく人は家族・親族が最も多く、サービス担当者がそれに次ぐことを示し、家族やサービス担当者が定期的に訪問していれば行方不明を早期に発見できる可能性が高まると指摘しています<sup>11</sup>。これまで市区町村では認知症高齢者の行方不明に対するさまざまな取り組みがなされてきましたが、独居認知症高齢者にフォーカスをあてた対策はほとんど行われていません。独居認知症高齢者の行方不明対策を講ずるためには、まずは警察庁の調査に世帯類型を含めるなどしてその実態を把握する必要があります。それを踏まえて、どのような対策を講じるべきか、その方法論を示すことが今後の課題となるでしょう（対策については4.8.3.と4.8.4.参照）。

---

<sup>10</sup> 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)

<sup>11</sup> Kikuchi K, et al. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int,19(9),902-906 (2019). 菊地和則ほか: 独居認知症高齢者の行方不明の実態-150事例からの報告. 老年精神医学雑誌,32(4),469-479 (2021).

## 1.12. 大都市の生活課題

大都市は住宅が密集しているために、地域住民としてのルールが守れなくなったり、被害妄想や攻撃的な行動などで近隣とのトラブルが生じたりすることが、独居認知症高齢者の生活課題としてクローズアップされることがあります。また、大都市には賃貸物件が多いことから、金銭管理能力の低下による家賃の滞納や家主との関係の悪化が、一人暮らしの継続を阻む要因となることがあります。さらに、医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに、度を越えた利用が問題となり、それが「一人暮らしの継続は難しい」と判断されるきっかけになる場合もあります。多彩な背景の人が密集して住んでいる大都市では、対象を狭めずに、間口が広く敷居が低く、さまざまな困りごとに対して相談できる窓口とともに、健康等についての学びの場・交流の場などを兼ねた居心地の良い居場所と、ワンストップで実用的かつ心理社会的な支援を提供でき場が必要かと思われます。また、賃貸住宅を利用する独居認知症高齢者等に対し、安心できる住まいの確保と生活支援、つながりづくりを一手に提供する取り組みも有効な支援策かと思われます（対策については3.2.2参照）。

## 1.13. 中山間地域の生活課題

中山間地域には、「公共交通機関の運行数が少ない」「医療・介護・生活に関わる商業施設等の資源が少ない」「住民の高齢化により支え合い活動の推進が難しい」などの課題があります。また、豪雪地帯では、雪による移動の困難さが加わり、外出機会が減少し、孤立、閉じこもり、フレイルのリスクが高まる傾向があります。過疎化が進めば、「なじみの関係」も少なくなり、孤独感や寂しさも強まります。一方、中山間地域だからこそできることもあり、地域密着型サービスのサテライト、多機能型シェアハウス、生活支援ハウスなどの制度も活用できます。また、都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され、内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められています。①重層的に支えるネットワークの構築、②地域を支える人材の育成・確保、③意思決定と自立の支援、④なじみの関係の継続と構築、⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重、⑥全世代的な地域づくりへの取組、⑦トータルにマネジメントする体制づくり、が鍵となっています。

## 1.14. 離島の生活課題

離島には、一般的には、伝統的な地域の互助活動や島民同士のネットワークがあり、これが生活支援に役立てられています。しかし、このような地域の互助では対応できないニーズ（運転免許返納後の移動手段の確保、病態栄養食の確保、日中の居場所の確保など）が生じた際には、社会資源の乏しさゆえに、生活の継続が困難になりがちです。また、専門的な医療が必要になった際には島を離れなければならない、といった医療サービスへのアクセシビリティの問題が生じます。さらに、自然環境の厳しさがこれに追い打ちをかけます。一方、中山間地域と同じように、地域密着型のサテライト、多機能型シェアハウス、生活支援ハウスなどの制度が活用できます。

また、介護保険サービスについては、サービス確保が困難な離島等の特例<sup>12</sup>も設けられています。現存する様々なセクターの支援者が分野を超えたネットワークを構築することで、社会資源の乏しさを補うことが期待されています。

### 1.15. マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題

マンションに暮らす独居認知症高齢者については、「住戸までたどりつけない」「住戸から外出できない」「共同生活する上での迷惑行為がある（騒音、火の不始末、ゴミ出しのルールを守らない、所定の場所に駐輪・駐車しない、いわゆるゴミ屋敷・異臭など）」「管理組合の業務に支障を与える」「（別居家族がいない場合など）居住者名簿等に居住者の緊急連絡先が記載されていない」といった問題が指摘されています。対応は事例によってさまざまですが、共通する対策として、①居住者が認知症について正しく理解すること、②居住者名簿の緊急連絡先、要配慮者支援のための申告欄、要援護者名簿を記載・更新すること、③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センターがあることを認識し平時より交流すること、④行政は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供すること、⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること、⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること、などが挙げられています。

### 1.16. 生活の質 (Quality of Life)

独居認知症高齢者は「孤独を感じやすい」ということが知られていますが、心の健康を維持することがLiving well with dementia「認知症とともに良き生活を送ること」につながるとする報告があります<sup>13</sup>。本人の自己肯定感、楽観性、自尊心といった心理的な資源を豊かにする関わりや、適切な医療・介護サービスの提供が重要であることが示唆されています。自宅や介護付き住宅に暮らす人々を対象とするインタビュー調査<sup>14</sup>からは、地域に根差した場で他者と交流したいという意見も認められています。しかし、認知症のある人だけを対象としたグループや受動的な作業には参加したくないという意見もあります。参加・交流の内容は、他の人と目を合わせたり、話したりする活動から創造的な活動までさまざまですが、地域に根差した場で、認知症や障害の有無に関わらず、誰でもが参加でき、主体的に活動できるような取り組みが、生活の質 (Quality of Life) の維持・向上にとっても大切なのかもしれません。

<sup>12</sup> 令和3年度介護報酬改定において、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができるようになった。

<sup>13</sup> Clare L, et al.: Living alone with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL cohort. J Alzheimers Dis. 78(3):1207-1216, 2020.

<sup>14</sup> Arai A, et al.: Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among long-term care facility residents. Geriatr Nurs. 42(2):509-516, 2021.; Field B, et al.: What influences uptake of psychosocial interventions by people living with early dementia? A qualitative study. Dementia (London). 20(8): 2668-2688, 2021.

## 1.17. 本人の体験と対処行動

独居認知症高齢者は、物忘れの診断がついたことに一度は安堵するものの、診断後の適切な支援の調整が不十分なために、治療や支援、生活についてどう対処してよいかわからない感覚をもつ場合があることが報告されています<sup>15</sup>。また、本人が認知症という診断を認めない場合でも、認知機能や身体機能の衰えやそれによる失敗を自覚しており、これに対して前向きに工夫し、対策を立てていることが報告されています<sup>16</sup>。自分の限界を受け容れつつ、できるだけ自立した生活を送りたいと願いながらも、認知症の進行には不安を抱え、一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると思っている人もいます<sup>17</sup>。

自分の認知機能や身体機能の衰えに伴う困難や、一人暮らしに伴う孤独感を自覚しながらも、自分なりに対策を講じて自立生活を維持する努力をしている方は少なくありません。具体的には、「家事や人と約束して会うなどの日課を確実にこなす」「日常生活の失敗を予防する」「家族や友人など近い人との直接的・間接的交流を維持する、新たに求める」「不安や相談事を周囲に伝える」「フォーマル・インフォーマルな支援やその提案を受け入れて利用する」などの努力や工夫が報告されています。

---

<sup>15</sup> Portacolone E, et al.: The effects and meaning of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or Alzheimer's disease when one lives alone. *J Alzheimers Dis.* 61(4):1517-29, 2018.

<sup>16</sup> Duane F, et al.: Living alone with dementia. *Dementia.* 12(1):123-36, 2011.

<sup>17</sup> Witt L, et al.: Living alone with dementia; an interpretive phenomenological study with older women. *J Advanced Nurs.* 66(8): 1698-1707, 2010.

## 第2章 社会的支援のコーディネーション

認知症や障害などによって地域生活の継続が困難な状況に直面しているときに、地域生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整することをケアコーディネーションと呼んでいます。国際的には、ケアコーディネーションはケースマネジメント<sup>18</sup>またはケアマネジメントとほぼ同義語として使用されています。しかし、ケアマネジメントという用語は、わが国では介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う業務として使用される場合が多いので、ここではより広い意味をもつ言葉としてケアコーディネーションまたはコーディネーションという用語を使用しています。

コーディネーションの役割を担う専門職は一般的にはコーディネーターと呼ばれます。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所はコーディネーションを実践する事業所であり、そのスタッフ（社会福祉士、保健師、介護支援専門員等）はコーディネーターとしての役割を果たす専門職です。また、認知症サポート医にはコーディネート医としての役割が期待されており、認知症初期集中支援チームは多職種協働によってコーディネーションを実践する専門職チームにほかなりません。1.2. で述べたように、独居認知症高齢者の地域生活中断の背景にアンメット・ニーズがあるとすれば、まずはコーディネーションの機能を効果的に発揮できる地域システムを構築することが、最初に取り組むべき課題となります。

### 2.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること

ケアコーディネーションの基本原則は、「認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること」です。認知症とともに尊厳ある地域生活を継続するには、認知症とともに生きる本人が、必要な社会的支援の決定に関与できるようにしなければなりません<sup>19</sup>。そのためには、認知症支援に関わるすべての人が、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」<sup>20</sup>に示される「意思決定支援の基本原則」（①本人の意思の尊重、②本人の意思決定能力への配慮、③チームによる早期からの継続的支援）と「意思決定支援のプロセス」を守るように努める必要があります。

### 2.2. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題

本人の自己決定権を尊重した意思決定支援を行うには、誰が、どのような選択肢を、どのように提示するかについての配慮が必要です。独居認知症高齢者で、別居家族がいる場合には、本人と家族の関係に関わらず、家族の意向が優先される傾向があります。一方、別居家族がなく、身寄りがない場合には、そもそも意思決定支援にあたってその役割を果たせる人がいない場合があ

<sup>18</sup> 日本で最初にケースマネジメントの著書を著した白澤は、「対象者の社会生活上でのニーズを充足させることで、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義している。

<sup>19</sup> 日本国憲法第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」

<sup>20</sup> <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

ります。別居家族がいる場合には、本人の意思と家族の意向について整理することからはじめる必要があります。別居家族がなく、身寄りもない場合には、本人のことをよく知り、本人の支援に関わる人々が、本人とともに、新たに意思決定支援チームをつくることからはじめなければなりません。社会的支援の調整、すなわちコーディネーションでは、常に「認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること」という基本原則に立ち戻ることが重要です。

### 2.3. コーディネーションの基本プロセス

意志決定支援の基本原則を守り、本人のニーズに合った質の高いコーディネーションを行うためには、(1)信頼関係の形成、(2)総合的アセスメント、(3)情報共有、(4)課題解決に向けた多職種協働、(5)社会的支援ニーズの把握とサービスの調整、という5つのプロセスの重層的・反復的な実践が必要です。

#### 2.3.1. 信頼関係の形成

信頼関係の形成、すなわち、“信頼できるパートナーシップを築くこと”は、コーディネーションの最初の一步です。なぜならば、「本人の視点に立った社会的支援の調整」を行うには、本人の思い、希望、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたこと、大切にしていることを理解することからはじめなければなりません。そのためには2人の間に信頼関係が形成されていなければなりません。しかし、信頼関係は、通常は短い時間で形成されるものではありません。日々の語り合いや、体験の共有など、“生き生きとした人と人との関わり合い”の積み重ねの中で形成されるものです。そのような時間の流れの中で、コーディネーターは、“本人の視点に立って考える”“本人の立場に身を置いて考える”姿勢を持つことが可能になります。

何をもって信頼関係が形成されているかを判断することは簡単ではありませんが、たとえば、表1に掲げられているような本人の体験が、“信頼”を意味するものなのかもしれません。決して急ぐことなく、根気よく、“信頼関係を築く”ための時間をつくりだしていきましょう。

表1. 信頼という体験について

- |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 私の思いを語るができる</li><li>• 私の話に耳を傾けてくれる</li><li>• 私の困りごとの相談にのってくれる</li><li>• 私の不安や心配を理解してくれる</li><li>• 私の立場に立って考えてくれる</li><li>• 私がわからないことを一緒に考えてくれる</li><li>• 私の人生の歴史を理解してくれている</li><li>• 私の希望を語るができる</li><li>• 私の希望を理解してくれている</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



### 2.3.2. 総合的アセスメント

コーディネーションを行うには、本人の思いや希望を理解するとともに、現在の生活状況全般を客観的に評価し、その上で必要な社会的支援（社会的支援ニーズ）を把握していく必要があります。そのようなプロセス全体を総合的アセスメントと呼びます。

認知症とともに生きる人の現在の生活状況全般を評価するために、認知症の一般的特性に関する知識が不可欠です。すなわち、認知症とは、何らかの脳の病的変化によって、認知機能が障害され、それによって生活に支障が現れた状態ですが、それと同時に、さまざまな身体的健康問題、精神的健康問題、社会的な生活課題が現れ、それら全体によって生活の継続が困難になるリスクが高まるという特徴があります（図2）。したがって、現時点で、どのような認知機能に障害が認められるか、生活面ではどのようなことに支障があるのか、身体的健康状態はどうか、精神的健康状態はどうか、社会的にはどのような状況におかれているのかということを、総合的に把握する必要があります。その上で、尊厳ある地域生活を継続していくために必要とされる社会的支援ニーズを検討する必要があります。

このような多面的なアセスメントを行うには、コーディネーターの知識・技術も重要ですが、それだけではなく、後述する多職種協働のプロセスがとても重要な意味をもっています。

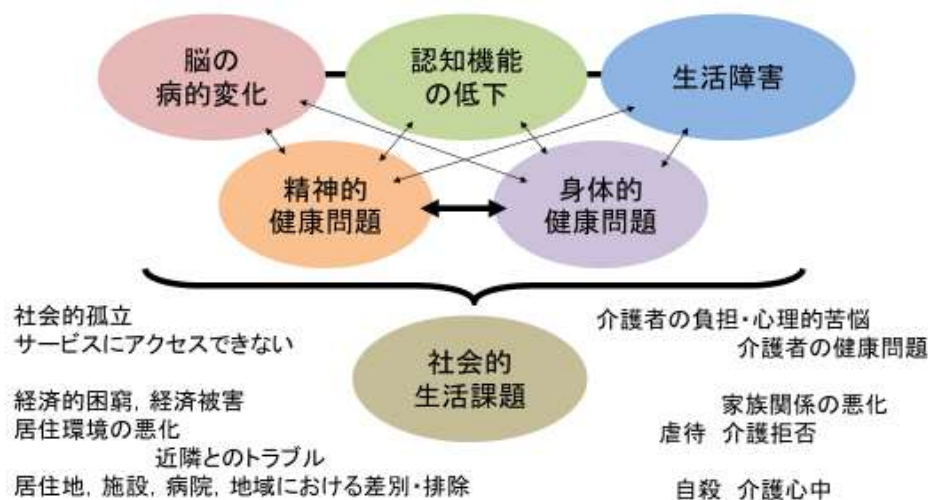


図2. 認知症の特徴

### 2.3.3. 情報の共有

当事者の視点に立って、生活の継続に必要な社会的支援のあり方を考えるためには、第一に、本人や家族と情報を共有する必要があります、第二に多職種間で情報を共有する必要があります。

認知症である当事者や家族に情報を提供するにあたっては、よく配慮された、質の高い情報を、

わかりやすく、正確に伝える必要があります。たとえば、近時記憶、ワーキングメモリ、聴覚性言語理解などの認知機能に低下が認められる場合には、複雑な情報や長い話は理解しにくく、情報共有が困難になりがちです。そのような場合には、大切な情報を選択し、短い言葉で、わかりやすく伝えることが大切です。パンフレットを利用したり、メモを書いたりするなどの工夫も必要でしょう。

また、本人や家族の不安が強い場合には、安心感を与えられるような配慮も必要です。ただ単に、認知症であることを伝えたり、診断名を伝えたり、障害の性質を伝えることよりも、本人が心配していることや、希望していることに対して、役に立つ情報を提供することからはじめることが大切な場合もあります。

#### 2.3.4. 課題解決に向けた多職種協働

課題解決に向けた多職種協働とは、多職種協働チームが、本人の視点に立って、本人の主体性を尊重しながら、実現性のある課題解決に向けて、本人とともに歩んで行こうとするアプローチです。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面し、不安を感じている人も、寄り添なさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を回復し、その人なりの課題解決に向けて歩みだすことが可能になります。課題解決に向けた検討を行うには、多職種協働会議を開催する必要があります。その際には、①会議の設営、②司会進行と記録、③支援対象者の確認、④情報共有、⑤課題の明確化、⑥解決目標の設定、⑦解決策の案出と社会的支援ニーズの明確化、⑧支援方針の決定、⑨支援計画の策定、⑩支援の実施後のモニタリング、などが行われます。

#### 2.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整

多職種でのディスカッションを通して、多様な課題と社会的支援ニーズが明確化され、そのニーズに応じたサービスの調整が行われます。認知症とともに地域で暮らす高齢者にしばしば認められる社会的支援ニーズを表2に示します。第4章では、その内容と対応について解説します。

表 2. 地域に暮らす認知症高齢者の社会的支援ニーズ

1. 医療支援ニーズ
1) 認知症や精神的健康問題の医学的評価
2) 身体的健康問題の医学的評価
3) 継続医療の確保
2. 居住支援ニーズ
1) 現在の居住環境の整備
2) 新たな住まいの確保
3. 経済支援ニーズ
4. 生活支援ニーズ
1) 見守りと信頼関係をつくる生活支援
2) 参加・交流に関する生活支援
3) 受療に関する生活支援
4) 服薬管理に関する生活支援
5) 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援
6) 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
7) 移動に関する生活支援
5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
6. 権利擁護支援ニーズ
1) 日常生活自立支援事業
2) 成年後見制度
3) 虐待への対応
4) 消費者被害への対応
7. 家族の支援ニーズ
1) 家族介護者への一般的支援
2) 別居介護者への支援
3) 介護者が仕事をしている場合の支援

### 第3章 社会的支援ニーズの把握とその対応

この章では解説する社会的支援ニーズは、地域に暮らす認知症高齢者全般に関わるものですが、独居認知症高齢者等では、これらのニーズが満たされていない（アンメット・ニーズ）場合が多くなることから、そのことに言及しながら個々のニーズについて解説します。

#### 3.1. 医療支援ニーズ

##### 3.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価

認知症が疑われる場合には、それが「認知症の状態か否か?」、「背景にある要因は何か?」という2段階の医学的な診断が必要となります。また、抑うつ、不安、妄想などの精神的健康問題が把握される場合には、「その背景にある要因は何か」「認知症に関連するものか、その他の精神疾患に関連するものか」を検討する必要があります。

医学的評価や診断は、通常はかかりつけ医と連携して医療サービスを調整します。かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの医療機関への受診を勧奨します。いずれの場合も、支援するコーディネーターは、①認知症やその他の精神的な健康問題が疑われること、②診断の必要性があること、③受診可能な医療機関・相談機関等について、本人や家族にわかりやすく情報を提供する必要があります。また、本人が診断を受けたくない并希望される場合には、まずは、それ以外に優先される社会的支援ニーズへの対応からはじめます。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行に関する生活支援（後述）の調整が必要な場合もあります。

##### 3.1.2. 身体的健康問題の医学的評価

認知症では、高齢であることが多いこと、背景にある脳の病的変化（認知症疾患）が運動麻痺やパーキンソン病などの身体症状をもたらす場合があること、服薬管理や栄養管理などの支障が身体的健康状態を悪化させている場合があることなどから、身体的健康問題の医学的評価が必要な場合が少なくありません。

通常は、かかりつけ医が身体的健康状態の評価を行います。かかりつけ医がいても、受診そのものが途絶えていたり、服薬管理に支障があるために、持病である高血圧症や糖尿病などの慢性疾患が悪化している場合があります。また、かかりつけ医がいない場合には、身体的健康状態を評価してもらう機会そのものがまったくない場合もあります。さらに、買い物や食事の準備に支障があったり、口腔機能が低下していたり、経済的困窮などがあると、低栄養や貧血のリスクが高まります。独居であり、家族による生活支援が十分に得られない場合には、こうした健康問題のリスクがさらに高まることに留意する必要があります。

身体的健康状態を医学的に評価する必要がある場合には、通常は、かかりつけ医と情報を共有したり、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等への受診を勧奨したりして、医療サービスへのアクセスを確保します。ご本人が医療機関を受診したくない并希望される場合には、往診

や訪問看護を利用して、身体的健康状態を評価する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受ける選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、後述するような受診同行の生活支援についても検討します。

### 3.1.3. 継続医療の確保

医学的な評価によって認知症疾患や精神疾患、身体疾患が認められ、かつ継続医療が必要と判断される場合には、通常、かかりつけ医と連携して必要な継続医療を確保します。また、かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センター等と連携して、継続医療が確保されるように調整します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、継続医療を確保する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受ける選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援（後述）についても検討します。

## 3.2. 居住支援ニーズ

住まいは地域生活を継続するための基盤です。しかし、認知機能障害や生活障害によって、住み慣れた「住まい」を失う状況に直面する場合は少なくありません。生活を継続するための「住まい」を安定的に確保するための支援を「居住支援」と呼びます。ここでは、「現在の居住環境を整備する支援」と「新たに住まいを確保する支援」が含まれます。

### 3.2.1. 現在の居住環境の整備

現在の居住環境（建物の構造、段差、室温、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓、衛生状態など）をアセスメントし、支援が必要な場合には、助言したり、利用できる社会的支援サービスの情報を提供したりします。清潔保持の困難、ゴミ屋敷などでは、近隣とのトラブルが生じ、それが「住まい」の喪失につながる可能性を高めます。そのような場合には、本人の思いを聴き、多職種協働チームで課題解決に向けた検討を行う必要があります。

### 3.2.2. 新たな住まいの確保

居宅系サービスなどを利用して在宅生活の継続が困難な状況にあるときは、本人や家族とともに、生活支援のある住まいの確保を検討します。ここでは、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症対応型生活介護（グループホーム）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、軽費老人ホーム（ケアハウス）などがあります。

しかし、その人がおかれている状況（例：経済状況、家族や身寄りがいない、医療ニーズが高いなど）によって、利用できるサービスが限定される場合があります。特に経済状況は重要です。2020年10月より、居宅で日常生活を送ることが困難であるが、社会福祉施設の入所対象になら

ない生活保護受給者が、必要な支援を受けながら生活を送る場として「日常生活支援住居施設（日住）」の制度がはじまりました（生活保護法第30条）。支援内容は、利用者個別の状況に応じた健康管理支援、金銭管理支援、生活課題に関する相談支援などで、日住の職員が利用者ごとに個別支援計画を策定することとなっています（但し、この制度は生活保護受給者が対象であり、生活保護を受給していない低年金者等は利用できないなどの課題があります）。

尚、新たな住まいを決めて、生活の場を移行する際には、6.2で解説するような「ケアの場の移行に際して配慮すべきこと」に留意する必要があります。

### 3.3. 経済支援ニーズ

経済的な理由から本来必要なサービスの利用が困難な状況にある場合には、経済支援のための諸制度に関する情報を提供し、サービスの利用を調整する必要があります。本人が自分でサービス利用のための諸手続きができない場合、通常は別居家族がこれを支援しますが、別居家族がない場合には、後述する「4.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援」が必要となります。

医療サービスや介護サービスの利用費を減額する制度としては、高額療養費制度や高額介護サービス費制度があります。また、疾病や障害の状況によっては、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金などの制度を利用できる場合があります。さらに、経済的な理由から、日常生活の継続そのものが困難な場合には、生活保護制度の利用が必要です。生活保護水準に次ぐ所得（低年金）者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており、この問題への対策は、個別に検討していかなければならないのが現状です。

高額療養費制度の申請は加入している医療保険によって異なるため、加入している医療保険の窓口にご相談します。高額介護サービス費、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金制度、生活保護は市区町村の担当窓口申請します。

### 3.4. 生活支援ニーズ

生活支援とは、広い意味では、尊厳ある自立生活を営むために必要とされる多様な支援のすべてを含みます。したがって、介護保険法の下で整備されてきた給付サービスも広い意味では生活支援に含まれます。しかし、これらのサービスは、家族や地域が果たしてきた生活支援の役割の一部を補完する形で開発されてきたという背景があります。近年の高齢化の進展、人口減少、独居認知症高齢者等の増加は、介護保険給付サービスではカバーされにくい「生活支援」のニーズをクローズアップさせています。そのようなことから、今日では、介護保険給付サービスではカバーされにくい日常生活の支援（通常は家族によって提供されている支援）のことを生活支援と呼ぶようになってきました。ここには以下のような支援が含まれます。

#### 3.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援

定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたことなどによって、本人の安否を確認したり、必要なときに対応できる体制を整えておく支援を「見守り支援」(4.8.1.と4.8.2.を参照)と呼んでいます。この支援は、単に見守るだけでなく、そのような支援を通して、信頼できる人と人とのつながりをつくる支援という意味ももっています。これによって情緒的サポート(例:困っているときに相談にのる、具合が悪いときに相談にのる)や情動的サポート(例:生活に必要なことを教えてくれる)を確保する基盤がつけられ、社会的孤立の回避、生命や健康を守る環境づくり、経済被害のリスクの低減(3.6.4.参照)、災害時の備え(7.2.参照)にも役立てることが可能となります。

#### 3.4.2. 参加・交流に関する生活支援

地域で開催されるさまざまなイベント、サロン、認知症カフェ、食事会、趣味・娯楽・スポーツの会、健康教室、文化活動、社会活動、講演会、仕事、ボランティア活動、選挙、本人ミーティングなどへの参加や人と人との交流を支援することを一般的には参加・交流の支援と呼んでいます。社会福祉協議会などで実施されている外出支援サービスも参加・交流を支援するサービスの一つと言えます。参加・交流は、尊厳ある地域生活を送るための諸条件の一つであり、市民としての権利でもあります。認知症では、それによる社会生活の機能障害によって、社会とのつながりが希薄になり、参加・交流に不利な状況が形成されやすくなります。参加・交流の支援は、認知症とともに生きる本人の精神的健康や生活の質を保持し、市民としての権利を守るものであり、生活支援の中核と考えることができます。

#### 3.4.3. 受療に関する生活支援

病気に気がついたり、医療機関に同行したり、受診の手続きを手伝ったり、医師の説明を一緒に聞いたり、入院の手伝いをしたり、などの支援です。通常は家族が行っていますが、そのような身近な人がいない場合、これに対応できる生活支援を検討する必要があります。要介護認定を受けている場合には、介護支援専門員や事業所のスタッフがこれに対応している場合があります。未認定の場合には地域包括支援センターのスタッフが対応している場合があります。そのような支援を誰が担うかを検討する必要があります。

#### 3.4.4. 服薬管理に関する生活支援

決まった時間に、必要な薬を、必要な量だけ服用できるようにするための支援です。要介護認定を受けている場合には、医師、介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師等の支援を得て服薬管理支援のためのプランをつくる必要があります。一般的には、別居家族による服薬管理のサポート、医師・薬剤師による処方箋の単純化(一包化、単剤化、1日1回処方など)、服薬管理支援ツールの導入(服薬カレンダー、服薬トレイ、服薬管理マシン等)、居宅系介護サービス利用時の服薬支援などを組み合わせた体制づくりが検討されます。地域の多様なサービス(サロン、認知症カフェ、ボランティア、民生委員、知人・友人)を利用して服薬管理支援のためのネットワークをつくる

試みもあります。最近では IT を活用した服薬管理支援なども試みられています。

#### 3.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援

財産や年金の管理、預貯金の出し入れ、書類の内容確認と重要書類の保管、サービス利用の契約手続きなどは、通常は別居家族によって支援されていますが、そのような身近な人がいない場合には日常生活自立支援事業を利用することができます。但し、この事業は福祉サービスの利用援助が前提なので、原則として金銭管理支援のサービスのみを単純に利用することはできません。また、現状では、買い物など日常生活に要する細かな金銭管理には対応できません。これについては、「3.6. 権利擁護の支援」の項目で改めて解説します。

#### 3.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援

水分や栄養の確保、食事の準備、買い物、掃除、洗濯、整理整頓、ゴミ出し、草取り、電球の交換、エアコン等による温熱環境の調整、壊れた物の修復などを手伝ってくれるような生活支援が必要な場合があります。要介護認定を受けている場合には、居宅系の介護サービスである程度カバーすることができますが、認定を受けていない場合、制度的サービスのみでは不十分な場合には、介護保険外のサービス（配食サービス、地域の中で展開されている食事会、住民参加型の在宅福祉サービス、民間事業者による生活支援サービスなど）の利用も検討されます。

#### 3.4.7. 移動に関する生活支援

公共交通機関が少ない中山間地域や離島などで、これまで自分で自動車を運転して移動をされていたが、運転免許の返納等によって自動車運転ができなくなった場合には、移動に関する生活支援が必要になります。移動の目的は多様であり、買い物、通院、趣味で通っていたスポーツクラブ、楽しみにしていた映画館や図書館など、日常生活、健康、生きがいなど広い範囲に及びます。その人の状況に応じて、現実的な可能な移動に関する生活支援を検討する必要があります。

### 3.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ

介護保険サービスの利用が尊厳ある地域生活の継続に有用であると考えられる場合には、地域包括支援センターと連携して、要支援要介護認定とサービス利用に向けた支援を行います。また、実際にサービスを利用する際には、介護支援専門員の協力を得て、本人の希望を尊重しながら、トータルな支援計画（ケアプラン）を立てることができます。

介護保険給付サービスには、サービスの利用形態によって以下のようなものがあります（5.7. 介護保険サービス参照）。

(1) 自宅で受けるサービス：訪問介護（身体介護・生活援助・通院等乗降介助<sup>21</sup>）、訪問入浴介護、

---

<sup>21</sup> 要介護者である利用者に対して、通院等のため、訪問介護員等が、自ら運転する車両への乗車又は後者の介助、乗車前または降車後の屋内外における移動等の介助、通院先や外出先での受診等の手続き、移動等の介助などを行うサービス。



夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導

- (2) 通所により受けるサービス：通所介護（デイサービス）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
- (3) 短期入所による受けるサービス：短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護（医療型ショートステイ）
- (4) 居住に関するサービス：認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
- (5) 生活環境を整えるサービス：福祉用具貸与（レンタル）、特定福祉用具購入、居宅介護住宅改修

### 3.6. 権利擁護支援ニーズ

判断能力の低下等のために権利が侵害されやすい状況にある人の権利を護るための支援を権利擁護支援と呼んでいます。独居認知症高齢者等は、「判断能力の低下」と「社会的孤立」という2つの要因によって、権利侵害に晒されやすい状況にあります。ここでは、判断能力が十分ではなく、財産管理や福祉サービス等の利用契約が困難なときに利用できる日常生活自立支援事業と成年後見制度、虐待が疑われる場合の対応、消費者被害への対応について要約します。

#### 3.6.1. 日常生活自立支援事業

認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力が十分ではなく、自分ひとりで福祉サービスの利用契約が困難な場合、本人との契約に基づいて、①福祉サービスの利用援助、②日常的な金銭管理、③書類等の預かりサービスなどの支援を行う制度です。市区町村の社会福祉協議会がサービス利用の窓口になっています。

但し、この事業を利用する際の条件である「本人が本事業の内容を理解し、契約を締結する能力があること」が、認知症高齢者の利用を難しくしている側面もあります。また、認知症高齢者の場合には、認知機能障害の進行によって上記の条件が満たされなくなった場合に、どのようにして成年後見制度等の次の支援につなげるかについての検討が必要です。さらに、この制度の中で雇用されている生活支援員のみでは、独居認知症高齢者等の日常的な金銭管理を行うにはしばしば限界があるという問題があります。この問題を克服するためには、権利擁護センター等の市区町村中核機関や生活支援員らが起点になって、意思決定支援チームの形成や生活支援ネットワークの構築に検討していく必要があります。

#### 3.6.2. 成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を護る援助者を選任し、財産管理や身上監護（身の回りの世話）に関する契約等の法律行為全般を支援

する制度です。

法定後見制度と任意後見制度があります。法定後見制度は、家庭裁判所によって選任された成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が、本人の利益を考えながら、本人に代わって契約などの法律行為をしたり（代理権）、本人が自分で法律行為を行うときに同意を与えたり（同意権）、本人が成年後見人等の同意を得ないで行った不利益な法律行為を後から取り消したり（取消権）することによって、本人を保護・支援する制度です。任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、予め自ら選んだ代理人（任意後見人）に、自分の財産管理・身上監護に係る法律行為の代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結しておく制度です（本人、後見人、公証人がそれぞれ公正証書に署名して任意後見契約が成立します）。

法定後見制度を利用するには申立書及び関係書類一式を家庭裁判所に提出します。任意後見制度では、本人の判断能力が低下したときに、本人の同意を得て、本人・家族・親族・後見人のうちの誰かが家庭裁判所に任意後見監督人選任の申立を行い、法定後見の後見開始に準じて関係書類一式を家庭裁判所に提出します。

### 3.6.3. 虐待への対応

高齢者が身近な人から人権侵害や尊厳を奪う行いなど不当な扱いを受けることを高齢者虐待と呼んでいます。「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）では、以下の5つの行為を虐待と定義しています。

- 1) 身体的虐待：身体に外傷が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること
- 2) 介護・世話の放棄：身体を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置など
- 3) 心理的虐待：著しい暴言または拒絶的な対応などによって心理的外傷を与えること
- 4) 性的虐待：わいせつな行為をすること、わいせつな行為をさせること
- 5) 経済的虐待：本人の財産を不当に処分したり、不当に財産上の利益を得ること

実態は明らかにされていませんが、独居認知症高齢者等では、これらの中では経済的虐待の頻度が高いものと推測されます。高齢者虐待防止法によって、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合には市区町村（地域包括支援センター等）に通報するように努めることとされており、市町村は事実確認と本人の保護のための措置を講じることとされています。しかし、経済的虐待については、別居家族が本人のために財産管理を行っている場合もあり、虐待か否かの判断が難しい場合もあります。このような場合には、成年後見制度の利用を視野に入れて、本人・家族の権利が護られるような意思決定支援チームをつくる必要があります。

### 3.6.4. 消費者被害への対応

振り込め詐欺（オレオレ詐欺、還付金詐欺、架空請求詐欺、融資保証金詐欺）に遭遇した場合には警察に届ける必要があります。また、悪質商法によって不本意な契約を締結した場合には消費生活センターなどに相談します。事業者による違法・悪質な勧誘行為等を防止し、消費者の利益を守ることを目的とする特定商取引法では、以下のようなルールが定められています。

- 1) クーリング・オフ：申込みまたは契約の後に、法律で決められた書面を受け取ってから一定の期間内に無条件で解約することができる（表3）。
- 2) 意思表示の取消し：事業者が不実告知や故意の不告知を行った結果、消費者が誤認し、契約の申込みまたはその承諾の意思表示をしたときには、消費者はその意思表示を取り消すことができる。
- 3) 損害賠償等の額の制限：消費者が中途解約する際等、事業者が請求できる損害賠償額に上限が設定されている。

詐欺や悪質商法などの経済被害のリスクを減じるためには、社会的孤立の解消が重要です。地域の中で、信頼できるつながりをつくることや、生活支援のネットワークをつくるのが肝要であり、状況によって日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用も検討する必要がある場合があります。

表3. 取引の種類とクーリング・オフの期間

取引の種類	内容	期間
訪問販売	消費者の自宅を訪問して商品の販売または役務の提供を行う取引。	8日間
通信販売	新聞・雑誌、インターネット等で広告し、郵便・電話などの通信手段により申込みを受ける取引。	規定なし
電話勧誘販売	電話で勧誘を行い、申込みを受ける取引。	8日間
連鎖販売取引	個人を販売員として勧誘し、更にその個人に次の販売員を勧誘させる形で、販売組織を連鎖的に拡大して行う商品・役務の取引。	20日間
特定継続的役務提供	長期・継続的や役務の提供と、これに対する高額な対価を約する取引。	8日間
業務提供誘引販売	「仕事を提供するので収入が得られる」という口実で消費者を誘引し、仕事が必要であるとして、商品等を売って金銭負担を負わせる取引。	20日間
訪問購入	消費者の自宅を訪問して、物品の購入を行う取引。	8日

### 3.7. 家族の支援ニーズ

認知症の独居高齢者の家族には、いわゆる”別居介護者”と呼ばれ、通いながら要介護高齢者の介護や生活支援を提供している家族がいます。別居の子供などがその役割を果たしている場合が多いです。一方、認知症の独居高齢者の”キーパーソン”として、介護は行わないものの、医療や介護サービスの選択や契約の際に鍵となる家族や親族もいます。兄弟姉妹、姪・甥などを含む血縁親族がその役割を担うことが多くなっています。

### 3.7.1. 家族介護者への一般的な支援

同居・別居を問わず、一般的に、家族は、認知症高齢者の生活支援の大切な担い手になっています。しかし、生活支援の領域は広範であり、それらを担う家族の負担は並大抵のものではありません。家族自身も高齢であったり、病気や障害がある場合には、その負担はさらに大きくなり、精神的に苦悩したり、健康を害したり、社会的に孤立したり、経済的に困窮したり、困難状況に陥ってしまう場合も少なくありません。家族の状況をアセスメントし、家族自身も人生の主人公として生きることができるよう、家族に対する社会的支援の調整を行うことは、コーディネーターの重要な役割です。

家族に対する社会的支援の基本は、評価的サポート（ねぎらうこと）、情緒的なサポート（困りごとや心配事の相談にのること）、情動的サポート（必要な情報を提供すること）、手段的サポート（実際にサービスの利用を調整したり、介護サービスを利用したり、経済支援に係る諸制度を利用したりすること）の4本柱に整理することができます。この中では、特に、情緒的サポートと情動的サポートが家族支援の根幹をつくります。

情緒的・情動的サポートには、専門職による支援（個別相談、心理教育、家族教室など）、家族同士の相互支援（家族会など）、専門職・家族・市民を含む相互支援（ケアラズカフェなど）などがあります。コーディネーターは、自らが情緒的・情動的サポートの提供者であると同時に、家族がこれらの社会的支援につながることをできるように調整する必要があります。

### 3.7.2. 別居介護者への支援

独居認知症高齢者の別居介護者が直面している課題は多岐にわたります。そこには、高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと、高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担、近隣住民との間でトラブルが生じたときの対応などが含まれます。また、支援体制にも課題があり、同居による介護が比較的一般的であったわが国においては、別居介護に対する理解が介護スタッフに少ないことや、別居介護に特化した支援情報の不足、高齢者と家族の居住地が異なるために家族介護者が要介護高齢者の地域において支援対象にならない、といったことがあります。しかし、別居介護支援についての研究は極めて少なく、日本だけでなく国外の状況を見ても、別居の介護者を支援するための対策が十分にとられているとは言えません。

### 3.7.3. 介護者が仕事をしている場合

別居介護者が仕事をしている場合、しばしば介護のために仕事の継続が困難となり、離職を考えることがあります。介護離職は介護者自身の将来にわたる経済状況にも重大な影響を及ぼします。仕事をしている別居介護者には、「職場と家庭の両立支援」に関する情報を早めに提供することも重要です<sup>22</sup>。

---

<sup>22</sup> 厚生労働省が作成したパンフレットを以下の URL から入手することができます。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000130583.html>

## 第4章 コーディネーションに関係するさまざまな社会資源

### 4.1. 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスです。その目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされています。

独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者に対しては、地域生活の継続に向けた診断後の支援として、以下のことを行うことが推奨されています。

- (1) 生活状況のアセスメントと心理的サポート：相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに、地域の支援者からも日常の様子を聴取し、現在の生活状況や利用しているサービスを把握する。必要に応じて相談員が診察に同席して情報を把握する。その際に、本人に不安がある場合には、対話を通して心理的なサポートを行う。火の不始末や独り歩きの際の危険がある場合など、必要に応じて危険を回避するための助言を行う。必要に応じて、継続的に本人や家族に電話をして、生活状況を確認する。
- (2) 社会資源の情報提供と利用支援：本人・家族の生活上の困りごとを聴取したり、生活状況や意向を確認したりしながら、地域包括支援センターを案内したり、介護保険制度を説明したり、サービスを利用するための支援を実施する。必要に応じて、認知症カフェ、家族教室、地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行う。
- (3) 地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携：本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり、見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり、介護保険サービス利用支援の調整を依頼する。
- (4) 別居家族との情報提供と連携：独居の場合には、キーパーソンになり得る家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族に連絡し、家族と情報共有を行わない、受診同行などの生活支援について協力を依頼する。また、相談員は、面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら、継続的に情報共有を図ったり、服薬管理等の生活支援について相談したりする。
- (5) 生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働：相談員は、本人・家族の他、地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり、関係者会議を開催したりしながら、本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践する。

## 4.2. かかりつけ医

独居認知症高齢者に対するかかりつけ医療では、以下の点に配慮することが望まれます。

- (1) 認知症の「気づき」：認知症の初期段階に見られる変化を知り、それが認められた場合には、本人の気持ちを十分に配慮して、認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る。
- (2) 認知症に関する相談の応需：本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には、早期の支援につながるよう配慮する。
- (3) 認知症疾患の診断へのアクセス：本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり、地域包括支援センターと連携したりして、可能な限り認知症疾患の診断につながるよう支援する。
- (4) 情報共有、認知症疾患に対する継続医療：家族による通院同行が得られない場合には、必要に応じて地域包括支援センター等と連携して、「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する。
- (5) 日常的な健康管理、身体合併症の治療：同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う。
- (6) 健康管理に必要な生活支援の調整：地域包括支援センターと連携して、生活支援の方法を検討する。金銭管理に支障がある場合には、成年後見制度等の利用も考慮する。
- (7) 介護保険サービスとの連携：家族による支援が得られない場合には、地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する。必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する。
- (8) 急性増悪期および回復期の対応：キーパーソンとなる家族がいない場合には、地域包括支援センター等と連携しながら、受療支援や退院支援を確保する。意思決定支援チームをつくり、本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある。
- (9) 本人・家族の心理的サポート：認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある。はじめはサービスの利用に抵抗がある場合でも、周囲の温かい声かけをむしろ受け入れ、サービス利用につながる場合が多い。
- (10) 在宅医療、終末期医療：①退院支援、②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供、緩和ケア、家族支援、③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保、④自宅や介護施設などでの看取りにおいて、かかりつけ医は中心的な役割を果たす。多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である。

## 4.3. 認知症サポート医

認知症サポート医とは、かかりつけ医の認知症対応力の向上と地域連携の推進役を担うことができる医師を養成することを目的とする「認知症サポート医養成研修」を受講した医師のこと言います。具体的には、①かかりつけ医の認知症対応力向上研修を企画立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー、③地域医師会や地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、④認知症医療に係る正しい知識の普及の推進等の役割を担うことが期待され

ています。しかし、今日では、そのような役割以上に、後述する認知症初期集中支援チームの一員として、多職種と協働して、認知症高齢者に必要な社会的支援の調整を行うことができるコーディネーターとしての役割が期待されています。また、市区町村によっては、そのような役割とともに、後述する地域づくり（7.1.を参照）に参加するなど、認知症とともに安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための活動も期待されています。

#### 4.4. 地域包括支援センター

地域包括支援センターとは、40歳以上の地域住民の「保健医療の向上及び福祉の増進」「相談業務」「介護予防ケアマネジメント」「人権擁護・虐待防止」などを総合的に行うことを目的に設置された機関です。日常生活圏域（概ね中学校区）に1箇所設置されており、今日では地域包括ケアシステムを実現するための実践的な調整機関としての役割を担っています。地域包括支援センターは、独居認知症高齢者が生活課題に直面した際に、最も高い頻度でアクセスされる地域の最前線の相談機関であろうと推測されます。実際、日常診療においても、独居認知症高齢者の社会的支援ニーズの把握や調整を行うために連携する機関は地域包括支援センターであり、認知症サポート医や認知症疾患医療センターがその機能を発揮するためにも地域包括支援センターとの連携が不可欠になっています。後述する認知症初期集中支援チームも、その6割は地域包括支援センターに設置されています。地域の中で、社会的支援サービスの調整（コーディネーション）を総合的に行う実践機関としての役割を果たしています。

#### 4.5. 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームとは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように、本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームです。2015年に地域支援事業として制度化され、現在では全国の市町村において事業化されています。全国調査によれば、支援対象者の6割以上が80歳以上高齢者であり、約4割が独居世帯であることが明らかにされています。近年では、社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に、信頼関係を形成し、医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって、地域生活の継続に成功した事例の報告もなされてきています。

しかし、家族のいない人、支援を拒否する人、認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されています。独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要であると指摘されています。認知症初期集中支援チームの本来業務は、多職種で必要な社会的支援を統合的に調整すること（コーディネーション）にあります。独居認知症高齢者の支援にあたっては、それと同時に、社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること（ネットワークング）、すなわち地域づくりを視野に入れることが重要であると指摘されています（第7章を参照）。

#### 4.6. 介護支援専門員

独居の認知症高齢者は、介護支援専門員がケアマネジメントに困難を感じる事例の代表とされています。これまでの調査研究や事例報告からは以下のことが推奨されています。

- (1) 本人の視点に立って、なじみのある環境の中で、生きがいや趣味などを大切に生活を持続できるようにする。
- (2) 初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する。
- (3) 金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する。
- (4) 介護保険制度の枠組みを超えて、多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する。
- (5) 医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する。
- (6) 地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり、「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる。
- (7) 特定の職種や個人に負担が集中しないようにする。
- (8) 本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である。
- (9) 必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する。

#### 4.7. 介護保険サービス

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには、居宅介護サービスと地域密着型サービスがあります。これらのサービスは、独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されますが、その有用性を示す研究は事例報告に限られています。以下のことが指摘されています。

- (1) 訪問看護は、拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築、健康状態の管理に有用である。
- (2) 訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションは、生活リズムの改善、意欲や活動性の回復、身体機能の改善、BPSDの軽減、生活環境の整備に有用である。
- (3) 管理栄養士の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問栄養食事指導に相当）は、低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に有用である。
- (4) 薬剤師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問薬剤管理指導に相当）は、服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に有用である。
- (5) 歯科医師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における歯科疾患在宅療養管理指導に相当）、歯科衛生士による居宅療養管理指導（医療保険における訪問歯科衛生指導に相当）は、口腔機能・口腔衛生を維持し、それによる口腔疾患の改善・摂食嚥下機能の維持に有用である。



- (6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、病院からの退院支援、随時の対応、看取り支援に有用である。
- (7) 小規模多機能型居宅介護は、多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に役立つ。

#### 4.8. その他の社会資源

##### 4.8.1. 高齢者の見守りサービス

孤立傾向のある高齢者の安心・安全を目的とするサービスであり、緊急通報（急病やけがなどの緊急時に、ボタンを押して通報し、助けを求めるサービス）、緊急連絡先登録（意識不明や道に迷い身元不明で保護されたときなど、家族の連絡先等がわかるように個人情報に登録しておくサービス）、人的見守り（電話や訪問で定期的に安否状況を確認するサービス）、センサー見守り（赤外線センサーなどの機器によって、常時安否状況を確認するサービス）などがあります。最近ではスマートフォンやビデオカメラを用いたオンラインの見守りサービスもあります。サービスの提供主体は自治体、企業、NPO など多様です。

##### 4.8.2. 地域たすけあいネットワーク

地域住民の互助による高齢者の見守りネットワークです。人的な高齢者見守りサービスに該当しますが、登録者台帳を作成して災害時の安否確認に活用したり、自力で避難できない人を地域の互助によって救援したりするなど、災害時に備える地域ネットワークという意味合いをもっています。自治体やNPOなどが実施主体になっています（7.3. 参照）。

##### 4.8.3. SOS ネットワーク

高齢者が行方不明になった時に、警察だけではなく、地域の関連団体等が協力して行方不明者をすみやかに発見・保護するための仕組みです。全国各地の自治体や、警察、支援団体が連携して構築しているネットワークであり、タクシー会社、郵便局、ガソリンスタンド、コンビニ、銀行、宅配業者、コミュニティFM放送局、町内会、老人クラブ、介護サービス事業者などが参加して捜索に協力します（1.11. 参照）。

##### 4.8.4. GPS 探索サービス

認知症の症状によって行方不明になるおそれのある高齢者等を介護している人を支援するために、GPS 通信網を利用した位置情報探索サービスの利用を支援するサービスです。対象者が専用端末をもつことにより、行方不明が生じた際に介護者へ現在位置を探索することができ、協定事業者のコールセンターが24時間体制で受付・対応するなどして、すみやかな発見・保護が可能となります。福祉サービスとして提供している自治体もあります（1.11. 参照）。

#### 4.8.5. 配食サービス

食事の調理が困難な高齢者に対し、栄養のバランスのとれた食事を居宅に訪問して提供することにより、高齢者の栄養管理や健康維持を支援するサービスです。自治体の福祉サービスとして、配食業者と連携してサービスが提供されています（3.4.6. 参照）。

#### 4.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付

認知機能低下などのために防火等の配慮が必要な高齢者に対して、自動消火装置（室内の煙を感知して警報ブザーと消化液発泡を同時に行う装置等）、火災安全システム機器（自動的に消防書に通報される火災報知器等）、電磁調理器（ガスを使わないコンロ型調理器等）など火災安全器具を貸与また給付するサービスです。福祉サービスとして提供している自治体もあります（3.4.6 参照）。

## 第5章 在宅生活の中断と生活の場の移行

### 5.1. 在宅生活中断の要因とその対策

「独居」でありかつ「認知症」であることは、それ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子になっていますが、これに加えて認知機能障害などの機能障害によって生じる、①社会関係の困難、②生命安全確保の困難、③健康管理の困難、④日常生活の困難、⑤お金に関する困難、⑥インフォーマル・ケアの困難、⑦本人の支援受入の困難、⑧尊厳の維持の困難が、在宅生活の中断に関連することが示唆されています。

独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進するには、これらの困難を克服していく対策が必要ですが、現在のところ、それによって独居認知症高齢者の在宅生活継続が促進されたとする十分なエビデンスはありません。しかし、これまでに報告されている実践報告を踏まえると、在宅生活中断因子（健康状態の悪化、社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持、適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた地域システムを構築することや、認知症とともに一人で暮らす高齢者の思いを理解し、認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを行うことが、尊厳ある地域生活の継続に寄与するものと思われます。

### 5.2. 生活の場の移行に際して配慮すべきこと

それでも、ある段階で在宅の継続は難しいと判断され、生活の場を施設へ移行される方は少なくありません。しかし、独居認知症高齢者に特化して「生活の場の移行」「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことを検討した研究は、国内外を通じて見あたりません。ここでは、英国国立医療技術評価機構(NICE)のガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価、管理、支援」<sup>23</sup>に記されている「ケアの場の移行」に関する推奨事項を紹介しておきます。

- (1) 認知症とともに生きる人々は、自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること。
- (2) 配慮のないケアの場の移行が、認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態、QOL、ウェルビーイング、本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること。
- (3) ケアの場の移行については、本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと。
- (4) 判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと（2.1.参照）。
- (5) ケアの場の移行に際しては、現在ある疾病や障害の内容、治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと。
- (6) ケアの場の移行後には、本人のニーズや希望を見直すこと。

---

<sup>23</sup> 栗田主一：Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). 精神医学, 62: 683-688, 2020.

## 第6章. エンド・オブ・ライフ・ケア

エンド・オブ・ライフ・ケアとは、病気や年齢に関わらず、人生の最終段階において、その人が最善の生を生きることができるように支援することを意味しています。

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアの実態や支援策に関する研究は、国内外を通じて極めて限られています。数少ないこれまでの研究からは、低栄養、体重減少、セルフネグレクトによる怪我などのリスクが高いことが示唆されています。認知症高齢者がどのステージまで独居で生活できるかは明らかではありませんが、多くの高齢者が、認知症になっても自宅で生活することを望んでいると報告されています。このことは、人生の最終段階を住み慣れた自宅で迎えたいという希望と連なっているのかもしれない。

住み慣れた自宅でのエンド・オブ・ライフ・ケアを実現するためには、人生の最終段階においても、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応できるよう、本人の意思決定支援（2.1.と2.2.参照）の下で、①本人が最期までをどこで過ごしたいかを確認し、尊重すること、②多職種連携を行うこと、③本人の状態に合わせたサービス利用を実現すること、④地域住民の理解と協力が得られるようにすることが肝要です。

## 第7章 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会を創るために

序章で述べたように、独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくり出すためには、コーディネーションの仕組みを確保するとともに、たとえ認知症であったとしても、一人暮らしであったとしても、必要な社会的支援につながりやすい地域社会の構造をつくり出す必要があります。そのような地域社会の構造を創り出す活動は社会的支援のネットワークをつくることを意味していますので、ここでは「ネットワーキング」と呼称しておきます。

しかし、この領域の研究はまだ緒についたばかりであり、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続を科学的に検証することに成功した研究はほとんどありません。そのような中で、令和元年度～令和3年度に実施された厚生労働科学研究では、「生活支援のネットワークをつくる地域拠点」が、独居認知症高齢者等の地域生活の継続において重要な役割を果たし得ることを、事例報告などを通して明らかにしています。また、こうした取り組みとともに、金融ジェロントロジーと呼ばれる学問領域や、防災対策やIT技術の活用に関連する領域においても、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らせる環境づくりに資する取り組みを検討しはじめています。

これからの自治体の認知症施策において、この領域は極めて重要なテーマになるものと思われます。ここでは、このテーマに関する今日の状況を簡単に解説いたします。

### 7.1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくるにあたって、生活支援のある地域づくりを進めることは不可欠の課題です。このような地域づくりは、「必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域環境をつくること」（ネットワーキング）を意味しています。こうした活動は、今日では、多様な組織・機関・地域の人々によって、「居場所」「通いの場」「認知症カフェ」「暮らしの保健室」「地域リビング」など多様な名称で呼ばれる「地域の拠点」を基盤にして展開されています。これまでの実践報告から、このような「地域の拠点」には、表4に示すような機能が備わっていることが示されてきています<sup>24</sup>。また、このような特徴をもった地域の拠点は、さまざまな生活支援を提供するとともに、生活支援のネットワークをつくり出す機能をもつことも明らかにされてきております<sup>25 26</sup>。ここではいくつかの例を紹介します。

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 秋山正子：秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える。団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること。老年精神医学雑誌 31(5)：487-498, 2020.

<sup>26</sup> 岡村毅：認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活を支える地域拠点。老年精神医学雑誌 33(3)：263-269, 2022.

表 4. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点の特徴

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供することができる</li> <li>2) 健康のことや日々の困りごとの相談に応需できる</li> <li>3) 認知症になる前から健康の変化や生活の変化に気づくことができる</li> <li>4) 健康情報を含め、生活に必要なさまざまな情報を提供することができる</li> <li>5) 社会への参加や人々の交流を促進することができる</li> <li>6) 地域に暮らす人々の偏見や差別の解消に寄与している</li> <li>7) 地域の社会資源との連携を促進する場として機能している</li> </ol>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

注) サービス提供者側の視点で記載しています。

### 7.1.1. 高島平ココからステーション

高島平ココからステーションは、大都市の大規模住宅地内に設置された地域の拠点です。ここには、①居場所としての機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが居心地よく自由に過ごすことができる）、②相談に応需できる機能（認知症サポート医や定年退職した専門職などの協力も得て、多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談することができる）、③差別・偏見を解消し、社会参加を促進する機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、共に学び、共に活動し、共に楽しむことができる）、④連携を推進する機能（生活支援に関わる多様な組織が情報を共有し、連携して活動できる）、⑤生活支援の担い手を育成する機能（生活支援に関わる多様な人々が研修会などを通して、認知症と人権についての意識を高めることができる）といった5つの機能があり、それによって認知症高齢者を含む多様な人々に利用され、多様な相談に応じ、多様な人々の社会参加を促進し、多様な組織・機関との連携と人材育成に寄与していること<sup>27</sup>、フォーマルなサービス利用以前の相談に応じることができること<sup>28</sup>、社会的に孤立している独居高齢者の意思決定支援とエンド・オブ・ライフ・ケアが実践できること<sup>29</sup>、認知症高齢者の口腔ケアへのアクセシビリティが確保されること<sup>30</sup>、認知症当事者の会（本人ミーティング）が定例的に開催され、認知症当事者をエンパワーするとともに、地域拠点に集う人々の差別・偏見の解消を促進すること<sup>31</sup>、新型コロナウイルス感染症流行下にあっては、電話・訪問による調査

<sup>27</sup> 杉山美香, 岡村毅, 小川まどか, 他: 大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくり: *Dementia Friendly Communities* 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み. *日本認知症ケア学会誌* 18: 847-853, 2020

<sup>28</sup> 岡村毅, 杉山美香, 小川まどか, 他: 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ. 地域に拠点をづくり医療相談をしてわかったこと. *日本認知症ケア学会誌* 19: 565-572, 2020.

<sup>29</sup> 岡村毅, 杉山美香, 枝広あや子, 他: 尊厳を守るには: 大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る. *日老医誌* 57: 467-474, 2020.

<sup>30</sup> 枝広あや子, 岡村毅, 杉山美香ほか: 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論. 権利ベースのアプローチという観点から. *日本認知症ケア学会誌* 20(3): 435-445, 2021

<sup>31</sup> 宮前史子: 居場所と仲間はどうな効果をもたらしたか? 東京都内団地での取り組み例. *認知症ケア事例ジャーナル*, 13:107-112, 2020

によって、認知機能低下高齢者の社会的孤立リスク、健康リスク、本人や家族の不安を確認し<sup>32</sup> <sup>33</sup>、地域に暮らす認知機能低下高齢者の社会的孤立の解消、感染対策に関する情報提供、不安軽減を目的とする電話、訪問、パンフレットなどを活用した新たな生活支援の開発を可能にしていること<sup>34</sup>などが確認されています。地域の拠点をつくるガイドブックは東京都福祉保健局のホームページから入手することができます<sup>35</sup>。

### 7.1.2. 暮らしの保健室

「暮らしの保健室」とは、訪問看護活動を展開していた秋山正子氏が中心になって、2011年に高齢化が進む新宿区都営戸山ハイツの一角にマギーセンターを参考に開設された相談室です。誰でも予約なしに無料で健康や介護や暮らしの中での困りごとの相談ができる敷居の低いワンストップ窓口であると同時に、サロンのようにくつろぐことができる居場所であり、体操、ヨガ、ランチ会、ミニレクチュアなどのコミュニティ活動も実施されています。現在では、6つの機能（①相談窓口、②市民との学びの場、③安心な居場所、④交流の場、⑤連携の場、⑥育成の場）をもつ地域の拠点として、全国的な広がりを見せています<sup>36</sup> <sup>37</sup>。令和元年度厚生労働科学研究では、同事業所を利用する独居認知症高齢者5事例の分析から、「暮らしの保健室」は、①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いができる居場所であり、②日常の中でのさまざまな変化に気づき、③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を行い、④健康不安が強い時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」ことを可能にする場所であることを明らかにしています<sup>38</sup>。また、令和2年度厚生労働科学研究では、昭島市と福山市の「暮らしの保健室」の4事例の分析から、先に述べた4つの機能が発揮されていることが再確認しています<sup>39</sup>。以上の結果から、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と結論しています。「暮らしの保健室」をつくるためのガイドブックも刊行されています<sup>40</sup>。

<sup>32</sup> Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et al.: Call for telephone outreach to older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *Geriatr Gerontol Int* 20(12):1245-1248, 2020

<sup>33</sup> Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al: Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 20(6):944-945, 2020

<sup>34</sup> 杉山美香：認知症支援のために地域の居場所ができること：COVID-19影響下の高島平ココからステーションの取り組み。認知症ケアジャーナル誌 13: 220-230, 2020

<sup>35</sup> 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて。地域づくりの手引き（2020年度改訂版）。東京都，2021。

[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/torikumi/jigyuu/caremodel/index.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyuu/caremodel/index.html)

<sup>36</sup> 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック。日本看護協会出版会，東京，2021。

<sup>37</sup> 秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える。団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること。老年精神医学雑誌 31(5):487-498, 2020。

<sup>38</sup> 秋山正子：「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の事例の分析。令和元年度厚生労働科学研究「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」総括・分担研究報告書（研究代表者栗田主一），p151-181, 2020。

<sup>39</sup> 秋山正子，神保康子：「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の事例の分析。令和2年度厚生労働科学研究「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」総括・分担研究報告書（研究代表者栗田主一），p168-183, 2021。

<sup>40</sup> 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック。日本看護協会出版会，東京，2021。

### 7.1.3. ふるさとの会

「ふるさとの会」は、1990年に東京の山谷地域で、高齢により働くことが難しい元日雇い労働者が孤立しないように、居場所の提供や安否確認などをするボランティア団体として発足したものです。1998年頃には、居場所は、気軽に集まって自由にのんびり過ごすことができる「共同リビング」として毎日稼働するようになり、昼食を提供したり、相談に応じたり、イベントを開催したり、来所できなくなったメンバーには夕方訪問して安否確認をするなども活動が行われるようになりました<sup>41</sup>。その後、「ふるさとの会」では、空き家を活用した共同居住のための住まいを確保し、居住支援と生活支援を一体的に提供し、低所得認知症高齢者のような"弱い人"が住み続けられる地域をつくる「寄りそい地域事業」をはじめています<sup>42</sup>。この活動は、2018年の社会福祉法及び生活保護法の改正によって導入された「日常生活住居施設」のモデルになっています。

## 7.2. 金融ジェロントロジー

金融ジェロントロジーとは、個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域を示す言葉です<sup>43</sup>。わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅いのですが、認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応については、①高齢者自身が、認知機能が低下する前に備えておくべきこと、②金融機関が、認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること、③信託や成年後見制度を適切に利用すること、などの具体的な提案がなされ<sup>44</sup>、社会実装に向けた取り組みも進められてきています<sup>45</sup>。

## 7.3. 災害への備えと対応

認知症高齢者は、災害時の避難行動に困難を来したり、生活環境の変化によって認知症の症状が顕在化したり、悪化したりするということが報告されています。身近な家族介護者がいない独居の認知症高齢者では、災害後の状況の中で心身の状態変化への対応や必要な支援へのアクセスに支障を来す場合があり、そのことが被災後の生活をさらに困難にする可能性があります。

独居認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには、平時から継続した地域社会における支援が重要です。在宅避難等では、インフォーマルな互助・共助による支援が重要となることから、平時から、地域住民が認知症高齢者への理解を深めるとともに、顔の見える生活支援のネ

<sup>41</sup> 的場由木：社会的に孤立し、生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援。老年精神医学雑誌 31(5): 481-486, 2020.

<sup>42</sup> 滝脇憲：大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」。老年精神医学雑誌 26(5): 498-508, 2015.

<sup>43</sup> 駒村康平：認知機能の低下が経済活動に与える影響。Cognitive Aging の時代と金融ジェロントロジーの可能性。日社精医誌 28:257-264,2019.

<sup>44</sup> 駒村康平：みんなの金融。良い人生と善い社会のための金融論。新泉社，2021年，東京

<sup>45</sup> 樋山雅美，大庭輝，成木迅：高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について。高齢者のケアの行動科学 25: 25-34, 2020.



ットワークを構築しておくことが災害への備えにつながります。また、災害後の在宅生活の継続にあたっては、医療・介護サービスの継続と住宅の確保が特に重要な課題となります。市区町村には、避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ、名簿対象者の個別避難計画策定が努力義務となっています<sup>46</sup>。しかし、地域の中で独居認知症高齢者等を把握し、障害の状況や地域の実情に応じた避難計画を作成するには、平時より本人の支援に関わっている地域の住民や専門職との連携が欠かせません。1)独居認知症高齢者等の災害時支援の問題点を明確化させ、解決策を検討し、防災計画に反映させること、2)地域の住民や専門職との連携体制をつくり、避難行動要支援者名簿と個別避難計画を策定し、その有効性を検討することが、これからの課題として残されています。

#### 7.4. 地理情報システムの活用

IT技術のひとつである地理情報システムを用いれば、日常生活圏域における地域特性を把握し、それに基づいた地域連携も可能となります<sup>47</sup>。たとえば、地理情報システムを用いて、住居形態（戸建て住宅、分譲マンション、賃貸マンション、アパート）別の高齢者数や独居者数などの確度の高い推計値を得ることができ、災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を分析・分類することが可能になります。災害リスクを可視化することも可能となるので、災害リスクを起点にして、分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応（高齢者の見守り）に繋げることも期待できます。

---

<sup>46</sup> 2013年の災害対策基本法の改正によって避難行動要支援者名簿の作成が市町村の義務とされ、2021年の同法の改正によって避難行動要支援者の個別避難計画の作成が市町村の努力義務とされた。

<sup>47</sup> 田中昌樹：認知症とともに一人で暮らす高齢者の防災対策に向けて。老年精神医学雑誌 33(3): 288-296, 2022.