

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

独居認知症高齢者に対するケアマネジメントにおいて必要とされる配慮に関する研究

研究分担者 石山麗子 国際医療福祉大学大学院・教授

研究要旨

本研究は、独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにすることを目的に、関東の地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員 10 人に半構造化インタビューを実施した。

世帯構成上は独居でも実践における独居のアプローチは、家族の存在の有無、居所の物理的な距離、家族の関わりの程度の組み合わせで判断していると推定された。支援範囲は、包括職員は、本人に出会う前から制度利用に向けた支援を行い、看取りは皆無であった。居宅ケアマネは制度利用から進行を見据えたうえでの在宅の限界点の検討、看取りまでであった。いずれも一連の支援過程で意思決定支援が行われていたほか、他者の関わりから本人が受ける心的外傷に配慮していた。独居認知症高齢者が地域で暮らし続けられるよう、本人を取巻く別居家族や、地域からみた本人像と本人の関係者を理解したうえでかかわる配慮がなされていた。

A. 研究目的

本邦では、2014年に地域包括ケアシステムが法律上定義され¹⁾、地域を基盤とした統合ケアの構築を目指してきた。2017年には要介護の原因となる疾患の順位に変化が生じ、一位は認知症、二位は脳血管疾患、となった²⁾。要介護者等のいる世帯では単独世帯の割合が増加し、およそ3割を占めている³⁾。たとえ独居認知症であったとしても、地域の大切な一員として尊厳をもって暮らすことができる社会環境をつくることは関わるすべての者の責務である⁴⁾。実際にそれをどのように行うのか、各々の立場の者が考え、臨床的統合を図らなければならない。

医療・介護の不適切なかかわり方は、認知症高齢者の健康状態を悪化、BPSDを顕著

にし、認知機能障害や生活障害も重度化させる。認知症高齢者の複雑で変化するニーズへ対応には、窓口を一本化した統合ケアが適している⁵⁾。介護保険制度にはケアマネジメントが中核的手法として導入されており、窓口一本化の機能が備わっている。それを担うのは、地域包括支援センターと介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）である。

先行研究レビューは、今年度並行して行った「独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー 独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か」において実施した。その結果から、独居認知症高齢者のケアマネジメントについては、支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されていることが確認で

きた。しかし、調査対象が極めて限定的であり、具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証された報告はないことが明らかになった。併せて、独居、同居のケアマネジメントの比較もほぼ認められなかった。

本研究では、地域包括支援センターの職員（以下、包括職員）及び居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員（以下、居宅CM）に対するインタビュー調査を通じ、独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにすることを目的とした。

ケアマネジメントのケアには、単に介護だけでなく、関心をはらうこと、気にかけること、配慮することを含む⁶⁾。

B. 研究方法

1. 研究デザイン. 国際医療福祉大学単独、質的記述的研究。

2. 研究方法. 半構造化面接によるインタビュー調査。

3. 分析方法。

1) 包括職員と居宅CMが行う独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにするために、包括職員、居宅CM別にインタビューから得られたデータを逐語録にし、カテゴリー化した。本研究は未だ明らかにされていない支援の実態と配慮を明らかにすること、最終的に独居認知症高齢者のケアマネジメント・ガイドの作成を目的としていることから、抽象化を避け、実践に役立つ具体的な支援と配慮の詳細が明白化されるようにした。

4. 分析結果の表記方法. 本論文における表記は、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは

[], コードは<>とした。

5. 本研究における用語の定義：

- ・高齢者：65以上の者。
- ・認知症：保健医療福祉の専門職が認知症の疑いがあるとみている者又は認知症の診断を受けている者。
- ・独居：一つの家（一軒家、マンション、アパート等）に一人で暮らしている者。シニアマンションの一室、家族と同一敷地内、同一マンション内の場合は除く。

6. 研究協力者とインタビュー実施者

研究協力者は、機縁法、行政の推薦を受けた関東圏域（東京、千葉、神奈川、埼玉）に所在する包括職員と居宅CMで、いずれも独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践経験のある者であった（表1）。

インタビューは、研究者であり介護支援専門員の実践、指導・教育、行政経験のある者が行った

表1. インタビュー協力者一覧

地域	所属	記号	現職 経験年数	職種	時間 (分)
千葉	地域包括	A	7	社福士	57
千葉		B	14	保健師	64
東京		C	6	看護師	53
東京		D	4	精福士	58
埼玉		E	14	社福士	52
神奈川		F	17	社福士	67
千葉	居宅介護	a	11	主任CM	77
千葉		b	18	主任CM	53
東京		c	13	主任CM	58
埼玉		s		主任CM	56

7. インタビューガイド

インタビューガイドは、包括職員、居宅CMともに同じものを使用した。

1) 独居認知症高齢者の支援の始まりには、どのようなケース（パターン）がありますか。複数思い浮かぶようでしたらすべて教えてください。

2) 支援の開始時点で留意していることはありますか。

3) 独居認知症高齢者と家族と同居する認知症高齢者では、地域で生活していくうえでの難しさには違いがあると思いますか。どのような違いで、どのように配慮されていますか。

4) 独居認知症高齢者の日常生活、社会生活、住まいや医療の選択など、意思決定はどのようにかかわっていますか。

5) 独居認知症高齢者の支援で意識している社会資源の活用や連携にはどのようなことがありますか。

6) 独居認知症高齢者の看取りについての経験、どのように考えているかを教えてください。

(倫理面への配慮)

本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：22-Ig-134）

C. 研究結果と考察

1. 対象者数とインタビュー実施時間

研究協力者である包括職員（6人）、居宅CM（4人）に対し、インタビューを実施した。

インタビュー実施時間の平均は 58.5 分（計 351 分）、居宅 CM は平均 61.0 分（計 244 分）、合計 595 分であった。

2. 生成されたカテゴリー数

語りから、包括職員は 198 コード、149 サブカテゴリーから 18 カテゴリーが生成された（表 2、巻末資料 1）。居宅 CM は 159 コード、144 サブカテゴリーから 18 コードが生成された（表 2、巻末資料 2.）。

表 2. 生成されたカテゴリー数

	カテゴリー数	サブカテゴリー数	コード数
包括職員	18	147	197
居宅CM	18	142	159

地域包括職員、居宅 CM それぞれから生成された 18 カテゴリーは、表 3 のとおりであった。

表 3. カテゴリー一覧

地域包括支援センター	居宅介護支援
支援者からみた独居の類型	同居認知症ケースと独居の相違
地域包括の支援範囲	相談経路
同居認知症ケースと独居の相違	相談受理時の確認事項
独居認知症高齢者の意思決定支援	本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方
相談経路	地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる
情報収集経路	独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（馴染みの関係づくり）
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（出会うまで）	面談とアセスメント
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（馴染みの関係づくり）	独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫（家族への対応：支援開始時）
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（かわりを拒む場合）	独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫（家族への対応：継続実施）
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（初めての自宅入室）	進行を見据えた対応
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫（サービス利用に向けた支援）	独居認知症高齢者の意思決定支援
日常生活の安定性を保つための関わりと工夫	サービス利用に向けた支援
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫（家族への対応）	安心して生活するため支援
厳しい周囲の目とそれに対する対応	独居認知症高齢者を支える協働
支援経過で覚える葛藤	支援経過で覚える葛藤
在宅生活の限界の判断基準	独居認知症高齢者の看取り支援
未介入ケースへの思いと責任	解決できていないニーズ
地域で認知症の方を支えるための取組み	在宅の限界点の検討

3. 包括職員と介護支援専門員が行うケアマネジメント実践と配慮

1) 独居の類型

〔世帯構成上の独居と、要する支援としての独居は別〕で、【支援者からみた独居の類型】が意識されていた。世帯構成上独居であってもケアマネジメント実践上は〔家族近

居で支援有りのケースは、いわゆる独居ではない」と捉えていた。

〔支援者が抱く「独居認知症」は、家族は遠方、希な接触頻度のイメージ〕であった一方で〔家族は物理的距離よりも親族としてのかかわり度の方が重要で、大切な時にきちんと連絡がとれてかかわってくれるかを重視している〕という見方もあった。考え方の相違が生じた理由は、前者は包括職員にとって担当する多くのケースのなかで、特段に気を配る粒度の細かさ、安否確認等の頻度の高さ等をさし、後者は大切な意思決定、契約や家族でなければ担えない役割を果たしてくれるなら近居・遠居は大きな差ではないという観点を示しているものと考えられる。

居宅 CM の語りには〈身寄りのない方〉があった。これらを総合すれば、ケアマネジメント実践者にとっての独居とは、世帯構成上の独居ではない、実践を通じた意識上の独居の類型が存在する。それは、i) 家族の存在の有無、ii) 居所の物理的な距離、iii) 家族の関わり程度のマトリックスから判断していると推定される。

ケアマネジメント実践上の独居の類型別の支援の実態が異なる可能性を考慮すれば、今後、ケアマネジメント実践上の独居の類型化及び、類型別の支援の特徴を整理する必要がある。

2) 支援対象と課題

地域包括の【相談経路】は〔別居家族〕にはじまり医療機関、役所、障害福祉サービス、地域住民、警察・消防・救急、金融機関等の18サブカテゴリーから生成された。一方、居宅 CM の【相談経路】は10サブカテゴリーであった。うち3カテゴリーは医師である

ことから対象別は実質7つである。最も多かったの【相談経路】は〔地域包括から〕であった。最初の相談は地域包括が受け、それから介護保険サービスを利用する場合には居宅 CM に引き継いでいた。

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を包括的に行う施設⁷⁾である。独居認知症高齢者の支援の対象を考えれば、狭義では独居認知症高齢者の本人と家族であるが、独居認知症高齢者の生活にかかわる者は、地域のあらゆる者となる。つまり広義では、すべての地域住民である。ゆえに地域包括の【相談経路は】居宅 CM より広いと考えられる。そればかりか〔この地域のどこかに未介入ケースが存在するもどかしさ〕を覚える【未介入ケースへの思いと責任】があった。

地域包括、居宅 CM の両者に共通したのは〔無いのは本人から〕の【相談経路】であった。本人には〔言葉に表さなくても感じている不安〕があった。認知症と診断された人の多くは、診断を受けるずっと前から自分の変化に気づいていても、様子を見ているしかなかった可能性や⁸⁾、高齢であればあるほど、認知症に対する偏見は根強い⁹⁾ことから、隠そうとして相談に至らなかった可能性もある。同居家族が近くにいたり、地域とのかかわりが濃ければ、本人の日常生活機能の変化に早期に気づくこともできるが、独居認知症の場合には〔外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入〕する状況である。独居の認知症の人は、認知機能障害や生活障害を発端として社会参加が阻まれ、社会活動が減少し、人とのコミュニケーションも希薄になり、社会的孤立¹⁰⁾の状況に

あることも考えられる。独居であっても事後の対応ではなく、早期・事前の対応に転換するための仕組みや地域のネットワーキングが必要である。

3) 包括職員の支援範囲

①本人に出会うための支援

地域のあらゆる【相談経路】からとして地域のあらゆる者から相談受理しているが、相談受理後には【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《出会うまで》】の対応があった。語りではまさに《出会うまで》と表現され、まだ見ぬ相手に対して「会えるまで繰り返す訪問」、本人に対して包括職員の「存在と訪問理由を知らせる工夫」をしていた。「会える確率を高める工夫」に、「マンション管理人は、住人の外出を把握している」という本人に関する【情報収集経路】の意識を持っていた。また「その方の行動様式（道・時間）受け入れやすい人の特性等の仲間同士での情報交換」する等、担当が個人で対応するのではなく、地域包括支援センター職員がチーム連携していた。

包括職員は、地域からの相談窓口となっていることから、独居認知症高齢者に対する支援範囲の特徴の一つに未だ会ったことのない者に対して会うための支援があった。

相談受理の時点で「外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入」であるため、「外観から伺い知る安否と生活状況」から危険や危機の察知に努めていた。しかし外観からすら生活状況（灯・郵便物）を伺い知れない高層マンション・オートロック住まいなど「外観から伺い知れない都市マンションの生活」という地域性に関連したアプローチの難しさと課題があった。

②自宅入室後の支援

包括職員は【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《初めての自宅入室》】が実現したら「五感から瞬時に感じ取り類推する日常生活状況」、[台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察]し、生活に直結する「ライフラインと必要書類の確認」、[喫緊のニーズへの迅速対応]という、緊急性の確認から対応まで行っていた。

③介入初期における馴染みの関係つくる支援

並行して包括職員は、「シャットアウトを避ける、本人の意に反しない対応を見極めるのは最初の数秒」であると考えており、「警戒心を解く言葉、態度」に努めていた。例えば訪問理由は「行政による定期的な訪問であることを強調」し、認知症である本人の「プライドに配慮した言葉、態度」をとるように心がけていた。【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》】を行っていた。こうした「本人の好むコミュニケーション方法を掴むことは、次の担当者への引継ぎ事項の一つ」としてもとらえていた。

④包括職員によるサービス利用に向けた支援

包括職員は「受診に繋がるまでに要する期間は約3カ月」、[生活基盤整備までに要する期間は約3カ月]と時間をかけながら並行して【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《サービス利用に向けた支援》】に向けて「ケアマネ選びの視点」を持ちながら支援を継続していた。＜地域に対し敏感で、柔軟に対応できるのは小多機＞であると考え、本人の状態や状況から居宅介護支援か小規模多機能型居宅介護のどちらがよ

り適切なのか見極めていた。

⑤介護保険給付以外のサポートを受ける支援

包括職員は介護保険給付以外のサポートだけではなく【日常生活の安定性を保つための関わりと工夫】として[自分で鍵を開けられない場合に備えた対応(キーボックス・緊急時通報システム)], [地域ボランティアの会, ○○の会に繋ぐ支援] も行っていた。

⑥看取り

地域包括では対象が独居, 認知症に限らず<要支援者が対象なので看取りはない>ため【支援範囲】に[地域包括での看取りケースは皆無]であった。

⑦包括職員の支援範囲

包括職員の支援範囲は, 地域のあらゆる者からの独居認知症高齢者の相談に対応する【相談経路】の機能を果たすこと, 《出会うまで》, 《かかわりを拒む場合》にも, あらゆる手を尽くして《初めての自宅入室》へ繋げること, 《馴染みの関係づくり》を行い, 《サービス利用に向けた支援》を行うことであった。並行して行われていたのは, 地域の【厳しい周囲の目とそれに対する対応】することであった。[地域包括での看取りケースは皆無]だった。

4) 居宅ケアマネの支援範囲

①本人に会うまで

居宅 CM の支援開始は, 地域包括等からの紹介により始まる。【相談経路】[無いのは本人から]の相談であるため, [これまでの経過, 困っているのは誰なのかを予め確認], など【相談受理時の確認事項】があった。つまり, 居宅 CM は [本人は困っていないのに, 家まで入ってくる人]である可能性があ

る。あるいは包括職員の語りには<地域は見守りではなく見張りの状態>があった。

仮にその方の周囲の人が [認知症の人は問題をおこす迷惑な人という認識]を抱いているなら, 本人がこれまで受けてきた周りからの目や対応をどう感じているのかも想像しておかなければならない。なぜなら本人にとっては [専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在]と受け取られかねないからである。居宅 CM は【本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方】を個別の対象ごとに考えていた。

②本人に会ってからの初期対応

居宅 CM は, 本人は [初回訪問で猜疑心を感じているので, 何かしようとしている者ではないという態度をとるように心がけている]。心がけの方法として例えば [一人で暮らしている努力に目を向ける], [支援を受け入れない背景に目を向ける想像力] 持つことがあげられ, [「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標]にしていた。居宅 CM は本人に会ってからの初期対応として【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》】を行っていた。

③初期段階の見立てと長期ビジョン

居宅 CM は [進行後の生活への影響を知っていればこそ, 利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視]していた。支援初期段階で目の前の [課題解決のサービス導入が目的化]すれば, 進行とともにうまくいかなる。そうした新人時代の経験を踏まえ, [3年, 5年, 10年後の住まいと暮らしに必要な人をどうするのか見据えた支援], を行っていた。つまり, 初めて本人に会う段階から認知症の【進行を見据えた対応】を行ってい

た。

④面談とアセスメント

居宅 CM は本人が [独居になった経緯の確認] を行い, [本人が一番頼りにする人の把握] [本人が関わりを望む・望まない人の確認] を行っていた。この関係を居宅 CM は, 緊急連絡先や, この先訪れる看取り支援に繋がるチーム構成に関わる可能性として捉えている。これも【進行を見据えた対応】に繋がる。

アセスメントは [活動状況と ADL の類推], [24 時間の生活ヒアリングで生活リズムの確認] 等, 厚生労働省の定める項目に準じて行っていた。認知症のアセスメントの特徴といえるのは [24 時間生活の生活実態と好みの食べ物, 番組等情報の収集] も行い, 楽しみのある, 心が穏やかに暮らせるための情報收拾も行うこと, [認知症の方によくある行動から仮設をたてた事実確認] や [同じ質問を繰り返して認知機能を確認] を行っていた。

[会話からこだわり, 強調したいことを拾い上げる] こと, [本人が見せたいもの (飾りつけ等) からエピソードの紐解き], [意図的な世間話から情報収集と信頼関係構築] を並行していた。

部屋が [汚い, 散らかっていても専門職の主観だけでなく, 本人の捉え方も確認] し, ニーズのすり合わせ, サービス利用に向けた支援にもつなげる機能を持たせていた。

⑤サービス利用に向けた支援

【サービス利用に向けた支援】では, せっかく信頼関係ができはじめていても介護保険の [説明の仕方次第で気持ちを閉ざしかねない]。本人が乗り気でない場合には, [高齢で, 一人で暮らしている努力に目を

向ける] こと, [支援を受け入れない背景に目を向ける想像力] を持ちながら, [納得を得て利用開始までに要する期間は 3~6 か月] にわたり, 根気よくアプローチしていた。

⑥安心して生活するため支援

介護保険サービスは利用していても [サービスが不足する年末年始の独居生活を支える] ようく在宅サービスが休みになるお正月はショートステイ利用で生活を繋ぐ>, あるいはくお正月だけ遠方の家族に来てもらい, 年末ぎりぎりに訪問して介護や医療的ケアの方法を教える>など季節ごとの細やかな対応をしていた。

緊急時への対応として [市の事業で救急に備えたお薬キットを冷蔵庫に準備] していた。

[金銭管理の課題に対する地域権利擁護事業], [身寄りのない方へ成年後見制度を紹介し, 申請プロセスも支援], [資産のある方には市の弁護士相談を紹介] をしていた。

⑦解決できない問題

【解決できていないニーズ】には [確定申告は支援範囲外で, 是非の確認すら難しい] こと, 利用者に [資産管理のニーズはあってもケアマネが行う支援の範囲外] と認識されれば, かえって利用者や別居の家族に警戒されるため関与できていなかった。

居宅 CM や訪問介護などと協力して家の中を確認していても [高額な数珠の購入, 人にお金を渡すなど 1 回に数百万単位の詐欺に何度もひっかかっている] など繰り返す【詐欺被害予防と難しさ】を感じてた。

⑧ケアマネジメント実施体制上の課題

例えば, 身体合併症がない利用者のケアプランが訪問介護のみの場合には, [身体合併症がなければ, 身体状態の変化の把握は

介護職の役割]となる。居宅 CM の約 7 割が介護福祉士であり¹¹⁾、医療的観点からの観察は難しい。

併せて<多職種協働が望めない福祉用具単品プラン>があった。福祉用具利用だけの場合には、アセスメント及びモニタリングの視点は、ほぼ居宅 CM だけで行うこととなる。独居認知症高齢者の生活機能障害を確認することは、困難を極める。【安心して生活するため支援】には、インフォーマルサポートの充実はもちろんのこと、医療介護連携の機能を果たすフォーマルサービスの構成も重要な鍵を握る。

⑨看取りの支援

地域包括には皆無で、居宅 CM にあったのは【独居認知症高齢者の看取り支援】である。居宅 CM は [受け持ったら最期まで関わる覚悟]を抱き、[本人から冗談でも死の話が出たときが確認の機会]をうかがうなど、日常の他愛もない会話のやりとりから意図的に「死」にもかかわる本人の意向を汲み取る【独居認知症の意思決定支援】も行っていった。

看取りが死を到達地点にしているのではなく [進行に応じて嚙下評価の依頼と食事形態に配慮]、[進行を見据え、本人を知る人、チーム形成する視点]を持ちながら【進行を見据えた対応】と並行して行っていた。

[本人の自宅希望に添い、最期は家族が来て看取った事例]もあれば、一人で死を迎えることを [地域が認めず最期に地域から去った事例]もあった。【独居認知症高齢者の看取り支援】には、[後見人の支援を受けて実現した独居認知症の方の在宅看取り]が有効であった。ここから推定できることは、看取りに至るまで【地域からみた本人像、関

係者を知ったうえで関係者にかかわる】必要性である。

⑩居宅 CM の支援範囲

居宅 CM の独居認知症高齢者に対する支援範囲は、地域包括等いったん専門職の関与を受けた後の相談受理から、【進行を見据えた対応】、【独居認知症高齢者の看取り支援】看取りまでであった。その支援プロセスでは、後述する本人をとりまく【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：支援開始時》】、【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：継続実施》】をはじめ、独居認知症高齢者が地域で暮らし続けることができるよう【地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる】配慮がなされていた。

5) 包括職員と居宅 CM のごみへの対応

①取扱うごみ問題の特徴

包括職員と居宅 CM のいずれもが配慮したことにごみへの対応があった。包括職員の視点は、【相談経路】である近隣住民から寄せられる<ごみ出し>の問題と、本人の長期間にわたり蓄積された<ごみ、害虫>、<ごみ屋敷>という視点であった。他方、居宅 CM が主に取扱うのは、日々の<ごみ出し>によって生じる、いわば継続的なごみ出し問題への伴走型アプローチであった。そのため、語りのなかで“ごみ”の出現回数は居宅 CM の方が多かった。

②居宅 CM が行うごみへの対応

ごみの支援はごみの中身を見ることもある。本人が地域からどう見られているか気にしているなら、ごみ出しの支援の種類は [生活実態を知られる恐れを感じるならゴミ出しはフォーマルサービス]を提案する

細やかな配慮があった。

＜市のゴミ出しサービスは登録しても曜日を間違え地域でトラブルになる＞ため [ゴミ出し前夜にケアマネからフォローの電話] を入れるなど、継続的かつ細やかな支援を行っていた。これは地域からの [本人の迷惑行為の訴え先は専門職] になっており、対応せざるを得ないという理由と、本人の今後にかかわる観点がある。

ごみの問題等さまざまな在宅生活上の課題が地域との関係性に発展し、やがては [地域が認めず最期に地域から去った事例] など【在宅の限界点の検討】や【独居認知症高齢者の看取り支援】に繋がることを経験しているからであると考え。居宅 CM が独居認知症高齢者にかかわる上では常に【地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる】必要があり、ごみの問題は、その最たるものである。

つまり、ごみへの対応は、単なる本人に限定した衛生上、QOL の問題にとどまらず、本人と地域のニーズが関連し、本人の人生にまで発展する問題の種となる。また、こうした経験を重ねた住民の認知症に対する偏見も高まる恐れがある。居宅 CM は [トラブル発生時のケアマネの対応で地域の許容度をアップしたいという思い] を抱いていた。ケアマネジメントは個別のケアマネジメントと、地域それは、個々の利用者支援を通じ、地域の理解を深め、その積み重ねが今後、自宅で生活をしたいと願う利用者の希望を叶える地域づくりに繋げる取組みであると考え。

6) 独居認知症高齢者に対する意思決定支援

【独居認知症高齢者に対する意思決定支援】は包括職員、居宅 CM のいずれにも生成

された。

①支援者が関わることへの支援

包括職員、居宅 CM に共通したのは【相談経路】に [無いのは本人から] の相談であった。であるなら専門職は [本人は困っていないのに、家まで入ってくる人] かもしれない。そのため、居宅 CM は【本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方】に留意していた。本人からみれば、もしかすると [専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在] となる可能性もある。

専門職からみれば、支援の必要性が認められても [初回の失敗は二度と支援に入れないリスクをつくる恐れ] がある。[進行後の生活への影響を知っていればこそ、利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視] するため、ケアマネ・専門職は [制限する人ではないと理解してもらい関わり方] をして、[ちょっとした相談ができる人] という存在を目指していた。

最初の意味決定支援は、本人に対してこれから専門職がかかわることを認めてもらえるかであった。今後最期まで伴走する、すべての支援の始まりである。

②かかわる姿勢と葛藤

独居認知症高齢者は、家族をはじめ周囲の人とのかかわりが少ない。意思決定支援にあたっては [人間として信頼で結ばれた関係のなかで高まる自己表現の可能性] 導き出すアプローチが求められる。そのかかわりとして、[認知症への配慮はしても「認知症」としてみない姿勢] である。偏見は、一般の人だけでなく専門職にも存在することが指摘されている¹²⁾。[専門職として [認知症病態評価と、本人の意思を的確に捉え、実現する支援ができることは別な能力] で

ある。

認知症専門医であり認知症に罹患した長谷川和夫氏は、認知症になっても、私は私のままであり続けています。今日の私は昨日まで生きていた続きの私ですと述べている¹³⁾。このような関わりには、時間と心のゆとりが必要となる。

意思決定支援は、本人の意思を繰り返し確認することや、本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であるとされている¹⁴⁾。一方で、近年の介護保険制度は効率性を重視した改正が続けられている。居宅CMには「効率性、家族の満足度から、家族重視に偏重する専門職の態度」に専門職が【支援過程で覚える葛藤】があった。

③サービス利用に向けた意思決定支援

「地域包括が関わる意思決定支援の範囲は、医療、介護の利用同意」や「予め準備しておくべき成年後見人の選定」のように、包括職員は、介入初期の活用可能な制度の提示と利用同意に関する意思決定が主であった。

居宅CMは「意思決定支援は毎日やり続けることができること」が中心であった。高齢者がそのときに必要な支援が受けられ、普段どおりの生活を継続できることを基本¹⁴⁾とした考え方である。【サービス利用に向けた支援】はそれを実現するための意思決定支援となる。

④進行の段階に応じた意思決定支援

毎日の生活を伴走する延長線上には、「言葉に表さなくても感じている不安（室温管理・火の不始末）を引っ張りだせること」があり、本人の不安と意向を確認しながら、経済面なども配慮し現実的な対応へと繋いでいた。【進行を見据えた対応】では「進行に応じて嚥下評価の依頼と食事形態に配慮」

があった。単に食事形態を対応させるだけでは、QOL低下に繋がりにかぬない。本人が言葉として表出できなくても、継続的に把握してきた本人の〈好み〉を活かすことで本人の意思を介護職と協働して支持していた。

⑤在宅の限界点、看取りに対応する意思決定支援

【在宅の限界点の検討】や【認知症独居高齢者の看取り支援】では、「意思決定支援は毎日やり続けてできること」の延長線上で行うという考えであった。

これらの支援は、介護保険法における被保険者の尊厳の保持と、居宅において自立した日常生活を送ることができるよう配慮すること、その利用者の個別の状況に応じて、その利用者の選択に基づき適切なサービスが総合的かつ効率的に適用されるよう配慮して行われるべきものであること¹⁵⁾という居宅CMの責務を伴走型の意思決定支援を通じて実践していると考えられる。

7) 独居と同居の相違

①生活実態把握の困難さと

独居認知症高齢者の課題は、本人の「生活実態が把握できないこと」である。

包括職員と居宅CMの共通カテゴリーに【独居認知症と同居の相違】があった。同居の場合には生活機能障害に気づく家族等がいるが、独居の支援開始時時点の本人像は「相談が入るレベルでの支援開始は、認知症は進んだ状態」であった。独居認知症高齢者の場合、専門職介入の前後を問わず、本人の「生活実態が把握できないこと」の課題は解決されない。ケアマネジメントはニーズを基点にサービスを展開する。ニーズ抽出の機能であるアセスメントの出発点である事実

確認が不十分である以上、現況下における最善の選択肢を提案することには限界がある。ここに同居と独居のケアマネジメントの質の格差という課題が生じている。

現在、テクノロジーを活用し独居高齢者の24時間モニタリングを行う研究が進んでいるが、事実把握後に、支援に変化が生じていた¹⁶⁾。

②家族に代わる存在

同居との相違に独居認知症高齢者には日常的に「周囲の者に対してフォローする存在がないこと」があった。「苦情の報告先は民生委員とケアマネジャー」で、居宅CMは「平日・休日、昼夜時を問わず、業務外でもトラブル対応」するなど「地域との関係の事実上フォローは専門職」が行っていた。地域で暮らすには「独居は家族の代わりを探さなければならないこと」を挙げていた。こうした実態を今後は別居の家族はもとより「専門職が担える範囲を地域にも理解してもらう必要性」があると考えていた。

8) 家族への対応

①独居認知症高齢者に関わりたくない家族の多さと対応

包括職員、居宅CMともに家族への対応を行っていた。家族は存在していても包括職員では「死ぬまで関わりたくない家族の多さ」、居宅CMでは「ケアマネがついたからもう大丈夫!」というのが別居家族が抱く意識があった。ゆえに居宅CMは「独居になった経緯の確認」や「家族が同席を拒むなら、ことさら本人の話を聞く必要性」があると考えていた。

包括職員は「死ぬまで関わりを拒む家族には家族の責任と権利を伝え、了解を得る

必要性」があると考えていた。居宅CMは面談には「家族には可能な限り同席依頼」し、「ケアマネの支援範囲と家族が行うべき役割の認識を促す」説明を行っていた。そのうえで「協力・拒否もその家族次第」であると判断していた。もし、執拗に関わりを求めれば、かえって本人との関係を悪化させる恐れが生じるとの考えである。

家族の人間関係は複雑であるが、家族にしかできないケアもある。家族の絆、関係性を作ることは、本人の安心につながることもある¹⁷⁾。そうしたことを念頭においた家族へのかかわりも必要である。

②居宅CMの家族への対応

長期にわたり伴走する居宅CMには、【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：支援開始時》】と【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：継続実施》】があった。

支援開始時点でコンタクトの取れる家族には「その別居家族の困りごと・困らないこと確認」を行い、本人中心とはいえ、家族に配慮する必要性と、その気持ちが伝わることで家族との信頼関係の構築にも繋がる。

意思決定支援の観点では、「利用者本位とはいえ家族の同意なく進まない現実」がある。「家族のなかの意見が分かれることは当然のこと」であるため、本人の支援にあたっては「家族、親族の意向とのすり合わせ」は欠かせない。

本人は忘れることが増えるため、サービス利用にあたっては「本人がこんな約束していないと怒ればケアマネが謝り、何度でも説明を繰り返す」状況がある。特に心身状態の変化、サービスの選択、契約行為、金銭管理は、家族と共有しておく必要性の高い

事項である。[担当者会議の度に家族の緊急連絡先の確認] も行っていた。

継続的な対応では、[家族自身の生活、仕事に配慮した情報収集]と現在の[家族の認知症と、本人の捉え方の確認]を行い、家族へ配慮すべき点の判断材料となる情報収集を行い、[別居家族に対し本人の現状と今後のリスクの説明]を行っていた。内容は[家族への報告は日常生活情報、今後に備えた予防的観点まで]広がった。報告を行ったことで家族の心理に変化が生じる可能性もあることから[現状報告・リスク予測と併せて家族の困りごとを継続確認]していた。

独居高齢者がその地域で暮らし続けられるかは、地域が左右するものであるという経験を通じ、居宅 CM は[地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる]必要を感じていた。そこで[家族から地域の関係者に挨拶する重要性の情報提供]を行っていた。[近隣の協力度はこれまでの積み重ねと家族の関わり度]による。[家族の振る舞いに左右される本人の周囲との繋がり]が良い方向へ向かうよう、家族にはたらきかけていた。

9) 独居認知症高齢者を支える協働

①本人を支える関係者の協働

独居認知症高齢者が地域での暮らしを継続することは、意思決定の連続である。意思決定支援チームは、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制とされている¹⁸⁾。本研究においても【独居認知症高齢者を支える協働】が行われていた。連携の範囲は、その人

の生活に必要な幅広さを持っており、農村部、都市部、団地などで連携先も異なっていた。

②本人の困りごとがあるとするなら偏見

繋がりがあることは、関わりがあることである。[関わる人の認知症の捉え方が直接症状に影響]する。居宅の CM は[本人に困りごとがあるとするなら地域の偏見と差別]を挙げた。[被害妄想は妄想ではなく事実である可能性を想定]していた。[認知症の無理解なら善意の関わりでも症状悪化の要因]となるため、本人が周囲から受ける外傷に配慮していた。

認知症に罹患していることを受け容れることと認知症の人として周囲から扱われることを受け容れることは、まったく別の体験である¹⁹⁾。本人をとりまく多くの者の協働がなければ、独居認知症高齢者の地域での生活は実現できない。いうまでもなく、そのかわり自体が本人の外傷になっていないか、用心深く見ていく必要がある。

ケアマネジメント実践者は「境に橋を渡すこと (boundary spanning)」に努める者である²⁰⁾。医療介護の専門職はもとより、他制度に関連する機関、行政、民間企業、団体、自治会、民生委員、近隣住民等の理解を深める活動を個別のケアマネジメントの積み重ねの効果を狙った実践がこれまで以上に求められる。

D. 結論と今後の課題

1) 結論

・ケアマネジメント実践者における独居とは、世帯構成独居ではなく、実践を通じた意識上の独居の類型が存在していた。i) 家族の存在の有無、ii) 居所の物理的な距離、iii)

家族の関わり程度のマトリックスから判断していると推定される。

・包括職員の支援範囲は、地域のあらゆる者からの独居認知症高齢者の相談に対応し、相談経路の機能を果たすこと、相談受理から本人に出会うまで、本人がかかわりを拒む場合にも、あらゆる手を尽くし、初めての自宅入室へ繋げること、馴染みの関係づくりを行い、サービス利用に向けた支援に繋げることであった。地域において本人に向けられる周囲の厳しい目とそれに対する対応も行っていた。一方で地域包括での看取りケースは皆無だった。

・居宅 CM の独居認知症高齢者に対する支援範囲は、地域包括等の介入の後に始まった。相談受理と同時に進行を見据えた対応、独居認知症高齢者の看取り支援、看取りまでの一連であった。家族への対応には支援開始時と継続の実施事項があった。独居認知症高齢者が地域で暮らし続けることができるよう、地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる配慮がなされていた。支援開始から、日常的なことから在宅の限界点や看取りに至るまで迄の意思決定支援に関与していた。そのなかで本人が受ける偏見とその外傷に配慮していた。

2) 今後の課題

ケアマネジメント実践上の独居の類型別の支援の実態が異なる可能性を考慮すれば、今後、ケアマネジメント実践上の独居の類型化及び、類型別の支援の特徴を整理する必要がある。

本研究は、関東を対象としたがその中でも都心、農村部、団地などでかかわりの相違があった。地域性は地域ごとに多様ではあるが、地域性の類型と共通する特性がある

のか探索する必要もある。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Reference

1) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律. 第2条

2) 厚生労働省. 2019年国民生活基礎調査の概況. 表18. 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf> 2023.3.15

3) 厚生労働省. 2019年国民生活基礎調査の概況. 表16.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf> 2023.3.15

4) 栗田主一. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしをくれる環境づくりのための手引き: 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・安心な暮らしを送る環境づくりのための研究:2(2022)

- 5)粟田主一.認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援.東京:中央法規,2015:18-25
- 6)岡田進一.ケアマネジメント原論 洪絵里社と家族に対する相談支援の原理と実践方法.東京:ワールドプランニング,2011:20
- 7)介護保険法. 第 115 条第 46 項
- 8)繁田雅弘.認知症といわれたら自分と家族がいまできること.東京:講談社,2022:10
- 9)繁田雅弘.認知症の精神療養 アルツハイマー型認知症の人と対話.神奈川.HOUSE 出版社株式会社,2020:82
- 10)粟田主一.認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援.東京:中央法規,2015:29-30
- 11)厚生労働省老健局
- 12)繁田雅弘.認知症の精神療法 アルツハイマー型認知症の人との対話.神奈川.HOUSE 出版株式会社,2020:83-84
- 13)長谷川和夫.認知症でも心は豊に生きている.東京.中央法規,2021:152-153
- 14)厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン.2018:7
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
2023.04.15
- 14)白澤政和.ケアマネジメントの本質,生活支援のあり方と実践方法.東京:中央法規,2018:128
- 15)指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準第 1 条第 2 項第 1
- 16)パナソニック. 国際医療福祉大学大学院. デジタルケアマネジメントの効果検証
- 17)長谷川和夫.認知症でも心は豊かに生きている.東京:中央法規,2021:152-153
- 18)厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン.2018:5 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
2023.04.15
- 19)繁田雅弘.認知症の精神療養 アルツハイマー型認知症の人と対話.神奈川.HOUSE 出版社株式会社,2020:83
- 20)デビッド P.マクスリー,野中猛,加瀬裕子監訳.ケースマネジメント入門. 東京:中央法規,2014:10

巻末資料 1. 地域包括支援センター職員による独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
支援者からみた独居の類型	イコールではない支援上の独居と、世帯構成上の独居	世帯構成上の独居と要する支援としての独居は別	A15
	家族は距離より重要なポイントでの対応を行う関わり度	家族は物理的距離よりも親族としてのかかり度の方が大切で、重要な時にきちんと連絡がとれてかかわってくれるかを重視している	F19
	独居のイメージが薄い近居・支援有りのケース	家族近居で支援有りのケースは、いわゆる独居ではない	A12
	遠居・接触低頻度は独居ケース	支援者が抱く「独居認知症」は家族は遠方、希な接触頻度のイメージ	A13
地域包括の支援範囲	地域包括での看取りケースは皆無	地域包括では認知症の方の看取りケースはない 看取り自体がほぼない	A68 B40
	看取りケースは存在しない	要支援者が対象なので看取りはない	C27
	そもそも課題の相違	独居認知症高齢者の支援は課題が連なる	A18
独居認知症と同居の相違	生活実態が把握できないこと	支援の難しさは独居認知症高齢者の生活実態が把握できないこと	E 8
	相談が入るレベルでの支援開始は、認知症は進んだ状態	近所から困っている連絡が入るレベルでは、相当進んでいる	E9
	同居ケースではIADL支援は家族、独居では訪問介護に依頼	同居ケースではIADL支援をお願いするが独居では訪問介護	C17
	同居ケースでは食事は家族、独居は配食サービスに依頼、食事は孤食	同居は家族と食事、独居では火事のリスク、栄養を考慮し、見守り支援でもある配食弁当を一人で食す	C18
	地域包括等支援者の本人への接触頻度	同居は少なくとも月1回、別居の家族への接触頻度はケース次第	A11
	周囲の者に対してフォローする存在がないこと	サービスが入っても独居認知症高齢者と周りとの関係をフォローする人は不在である	A44
	専門職が行っている地域住民へのフォロー	家族同居の認知症の人は周囲に家族がフォローするし体裁を保つため支援者の介入は限定的	A43
	専門職が家族に代わって行っている地域への謝罪	独居認知症高齢者の場合には、地域包括が家族に代わって謝罪することがある	A53
	遠方の家族が「心配」を理由に本人の望まぬサービス利用を要求すること	遠方の家族は心配してサービスを入れて欲しいが、難しいのは本人は望んでいないそのすり合わせ	C29
	細部に目や手をかけることは家族がいるメリットだが、本人の感情や意思決定に沿えるのは独居	生活の細部を見る家族いることと、一方で感情の安定や意思決定では独居の方が良いこともある	F18
独居認知症高齢者の意思決定支援	生活を本人に決めてもらう支援	生活自体が意思決定、本人に決めてもらう支援を継続 認知症中等度まではどうしたいか聞けばしっかりと答えておられる	A71 C22
	地域包括が関わる意思決定支援の範囲は、医療、介護の利用同意	地域包括の意思決定支援の範囲（受診、服薬、手術、介護保険利用）	C24
	生活を教えてもらうことの意思決定の基礎	本人の生活歴がわかると、嫌なこともわかるので情報提供の仕方のヒントになる	F14
	セルフネグレクトの意思決定支援	セルフネグレクトでは、本人からももとの生活を教えてもらって	A72
	価値を知るヒントは自宅内の物にまつわるエピソードを集めること	自宅にある写真、賞状、物から話を解きほぐして教えてもらい、意思決定につなげる	F15
	本人なりの理由を押し量ること	家族には頑固でも第三者に礼儀正しい人には、その介入の意味がある	A37
	大半がそうだからといってその人がそうとは限らないが意見	大半がそうだからといって全てがそうだとは限らない	A74
	認知症病態評価と、本人の意思を的確に捉え、実現する支援ができることは別な能力	認知症の病態を評価すること、本人の自発的な意思を確認して支える意識と技術があることは別である	D26
	人間として信頼で結ばれた関係のなかで高まる自己表現の可能性	独居は家族情報・関わりが少ないなか、人間としてかわり、信頼関係の程度が本人が自己表現できるかに関わる。	D27
	情報提供内容・方法を決定づけるのは生活歴の情報粒度	本人の生活歴がわかると、嫌なこともわかるので情報提供の仕方のヒントになる	F14
	後見申し立ては契約行為の支援	後見申し立て期間は本人の契約行為を支援すること	A73
	予め準備しておくべき成年後見人の選定	高度認知症になったときの医療の選択に備えて成年後見人の選定は必要	C23

【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	<コード>	記号
相談経路	別居家族から	最も多い相談経路は、別居の家族。	A1
		別居家族から本人を心配する相談	B5
		別居の家族からの相談	E2
	病院から（退院）	病院からの相談は、独居・認知症の退院ケースで、一人暮らしに対する心配。	A2
		入退院	F1
	クリニックから（通院）	クリニックから多いのは、定期受診が難しくなった患者の生活を心配する相談。	A3
		多い順の最後は病院、クリニックなどの医療機関	B3
		通院	F2
	薬局から	最近同じ事を何度もきくようになったとの相談	E
	生活保護CWから	生活保護ケースワーカーからは、訪問時の部屋の変化を察知した相談。	A4
	役所の公共窓口	役所の公共窓口での手続きから	D4
	市が実施する高齢者・独居の訪問サービスで	市が実施する高齢者・独居の訪問サービス	D7
	町内会から	町内会というコミュニティ	D1
		回覧板が戻ってこないという相談から発覚する	E11
	民生委員から	この自治体で一番多いのは民生委員からの相談	B1
		民生委員という地域地盤のコミュニティ	D2
		民生委員	E4
	近所から	比率は少ないながら近所からの相談	A5
		他機関連携の地区訪問でつかった馴染みの関係から寄せられる「心配な人」の相談。	A6
		近隣住民	E3
	他の地域包括から	認知症初期集中支援チームを担う地域包括への他地域包括からのSO	A7
	緊急連絡先であるマンション管理人からの相談	緊急連絡先がマンション管理人に設定されているケースでは、地域包括に連絡が入る	C5
	地域からの困りごと相談		F3
	老人福祉センター活動から	老人福祉センター活動から	F4
	障害福祉サービスの職員から	障害福祉サービス（通所）の職員から親御さんの物忘れが増えたという相談	F5
	警察・消防・救急から	この包括で多いのは警察・消防・救急からの紹介	B2
		物を盗って警察沙汰、見かねた住民が食べるものを与える等の問題	B24
	銀行	銀行からの発信	D5
	無いのは本人から	本人相談は認知症以外の方はあっても、認知症本人からは皆無	B4
		消費者被害（1000万円）にあっても、本人が困っていないければ開始としない支援関係	C10
本人からの相談は身体疾患に関する相談		D8	
本人からの相談は書類の処理	本人からの相談は書類の処理への対応	E5	
本人は寂しくて話し相手を探している	寂しさからふと来所して話が止まらない人がいる	E6	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
情報収集経路	民生委員、宅配弁当、病院、歯医者、銀行、郵便局、お店の方	民生委員、宅配弁当、病院、歯医者、銀行、郵便局、お店の方、住民の立ち話から	B37
	電話は難しいため、主な方法は町会参加、歩き回って立ち話から収集	電話をかけて情報収集はハードルが高いから、直接あって自然に。	B38
	生活状況（外出・家族状況）を把握しているのはマンション管理人	マンション管理人は、住人の外出を把握している	C3
		マンション管理人は、住人の家族情報把握している	C4
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《出会うまで》	会えるまで繰り返し訪問	対応するところは他にはないと認識からひたすら継続する訪問	B17
		会えなくても何度でも訪問する	A27
	存在と訪問理由を知らせる工夫	最初は会えなくても訪問して名刺置くことの繰り返し	B7
		会ってもらえないケースでは、名刺、手紙を郵便受けに入れてくる	A29
	会える確率を高める工夫	何度も訪問することで、自然に外で会える機会に遭遇する	A33
		その方の行動様式（道・時間）受け入れやすい人の特性等の仲間同士での情報交換	A35
	会えなくても訪問は常に意図的な取組	訪問は意図的に行う	A21
	外親から伺い知る安否と生活状況	会えなくても外から生活状況を見に行き見て察する。	A28
		最初は会えなくても外から見える範囲で安全確認	B8
		会えない期間の外親からの安否確認は雨戸・カーテン、洗濯物、落ち葉の蓄積などに生活のさま	B9
	外親から伺い知れない都市マンションの生活	外親からすら生活状況（灯・郵便物）を伺い知れない高層マンション・オートロック住まい	C2
	初回接触で見極める生命・安全の機器と有効な協力者	生命、安全等への介入の必要性の見極めは初回訪問時	A49
対応すべき緊急度に応じ見極める協力先とタイミング		B10	
最優先するのは、本人の困りごとに対して、誰が、どう対応アプローチするかということ	本人の困りごとに対して何を優先し、誰がどうアプローチするのが良いかを最優先する	C9	

独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《馴染みの関係づくり》	シャットアウトを避ける、本人の意に反しない対応を見極めるのは最初の数秒	初回訪問の秒単位で見立てるのは、本人の意向表明のレベル、そのなかでどのような意向なのか、意に反しない近づき方をしなければ	F6
	警戒心を解く言葉、態度	最初に行うのは警戒心を解く関係づくり	B6
	行政による定期的な訪問であることを強調	初めてかける言葉は市の巡回相談	B25
		行政から来ました、定期的な訪問なので、今後も来ますと伝える。	D12
	プライドに配慮した言葉、態度	かけてはいけない言葉はあなたに関する相談があったという事実	B11
		認知症という言葉を出した瞬間に切れるきっかけ	C11
	本人の好むコミュニケーション方法を掴むことは、次の担当者への引継ぎ事項の一つ	本人の好む受け入れの入り口はどうかを掴んで次にバトンタッチする	F7
	入口は本人の困りごと、悩みごとから	始まりは認知症ではなく、お身体に関する悩みをお聞きすること	C8
		入口は本人の困りごとから	D9
	優先するのは周囲の訴えより本人の言い分	一見正しい周りの要望を押し付けず、本人の言い分を優先する	A23
		会えたら話を聞き、信頼関係をつくる	A22
	会話から拾う、実は本人が違和感を覚えているエピソード	本人が実は違和感を覚えているエピソードを会話から疲労こと	D11
	続けて会えるための努力と工夫	2回目にかける言葉には工夫が必要	B12
		初期段階は2週間で4～6回程度の集中訪問で1回5分	B13
		本人に覚えてもらうのは集中訪問の訪問3、4回目から	B14
		支援の頻度と継続性担保の鍵は、本人から個ではなく組織として受け入れられること	F9
確認するのは本人の認識度	本人の認識度を確認する	D10	
ライフライン問題ありの対応	ライフラインの問題あれば解決できるまで継続訪問、頻度は週1回以上	B19	
複数担当、誰かが関わり続けられる体制を作ること	支援の頻度や継続性、複数の視点からの関与ということから自分以外の複数の人に共有しておくことが大切	F9	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《かかわりを拒む場合》	拒否から始まるケースの存在	拒否から始まるケースもある	A26
	近づこうとする努力で一層拒まれる関係	本人に近づく努力が過ぎると一層拒否される	A30
	焦らず、一旦ひいて、作戦を練り直す	うまくいかないときは、一旦ひいて、作戦を練り直す	A32
	拒まれているケースでも民生委員を介することで円滑化	民生委員が間に入ると、スムーズに動きやすい	C21
	認知症への配慮はしても「認知症」としてみない姿勢	認知症というラベリングをしない	A30
		認知症の人として接すると相手は感じる	A31
	一度つくった信頼を本人の尊敬とQOL維持のために必ず崩さず	一度つながった人が信頼を失い支援が途切れると困難事例化して介入できず悪化してしまう	D29
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《初めての自宅入室》	五感から瞬時に感じ取り類推する日常生活状況	初回屋内入室時の確認ポイント（異臭、害虫、ゴミ、掃除、食事の形跡）から類推する日頃の生活状況	B15
		臭い、湿度、本人の皮膚、髪型、服装から類推する生活状況	D16
	住むのにふさわしい環境か（火の管理・衛生面）	住環境として住むのにふさわしいかの確認（火の管理、衛生面）、	E10
	ライフラインと必要書類の確認	初回入室時の確認ポイントはライフラインと郵便物の山積状況	B16
	迅速介入の必要性が判断されれば、共感しつつも避けられないのはネガティブな言葉	問題が明確な場合には初回でも共感を示しつつ、ネガティブな発言は避けられない	D13
	喫緊のニーズへの迅速対応	既にニーズ化していること（ライフライン）に即時対応	B16
		既にニーズ化していること（金融機関）に即時対応	B18
	難しいのは、整然とした部屋の見えない部分に課題がある場合（冷蔵庫）	困難ケースは見えた目は整然として部屋の見えないところに課題がある場合（冷蔵庫、クローゼット）	D14
	難しいのは整然とした部屋にいて、生活上課題があること（食事、買い物）	初回訪問で捉えにくい課題は部屋は片付いていても食事や買い物に問題があるケース	D15
	肌の露出が少ない冬の初回訪問確認ポイント（爪、目、髪）	肌の露出が少ない冬の初回訪問確認ポイント（爪、目、髪）	D17
台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察	台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察	D18	
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《サービス利用に向けた支援》	生活基盤整備までに要する期間は約3カ月	生活基盤が整う迄に要する期間は約3カ月	B19
	受診に繋がるまでに要する期間は約3カ月	受診に繋げるのに要する期間は約3カ月	B23
	通院同行と医師の病状説明の理解の支援	導入期は地域包括による通院同行で医師の病状説明の理解を支援	C26
	ケアマネ選びの視点	ケアマネ選びは、主任CM、事業所内相談ができ、日頃の付き合いから信頼できる人	B28
		ケアマネ選びの視点は、介護保険外サービスと柔軟性のある対応	B29
	地域に対し敏感で、柔軟に対応できるのは小多機	地域のルールや活動に密着した支援ができていのは小規模多機能 独居認知症の在宅継続にマッチするサービスは全部を柔軟にみてくれる小多機	A45 C28
	ケアマネ引継ぎ後の支援方法	ケアマネには3回ぐらい同行してその後はフォローはするけど、極力フェードアウトする	F13
		サービス導入後暫くは包括と相談しながら進めていくやり方	B30
		ケアマネ併走型の特徴は金銭管理が必要なケース	B32
		ケアマネが対応できない金銭管理へのフォローの必要性	C13
	開始から半年間、認知症初期集中支援チーム、ケアマネ、行政で足並そろえた支援の必要性	成年後見や生活基盤を整えるには、認知症初期集中支援チームとケアマネ、市も足並みそろえた支援が必要	C15
	ケアマネ引継ぎ後の支援方法	次に繋ぐために意図的に退く本人との関係	B31
	介護保険利用と並行してサポートを受けられる認知症初期集中支援	C12	
大病院の多い地域柄、各病院からの薬を整理するのは薬局の役割	大病院の多い地域柄各病院からの処方薬が多く、薬局に整理を依頼する	C19	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
日常生活の安定性を保つための関わりと工夫	言葉に表さなくても感じている不安（室温管理・火の不始末）を引っ張りだせること	室温管理や火の不始末など、表出しなくても不安はどこかで感じているがそれを引っ張り出せるか関わり方が大事	F16
	自分で鍵を開けられない場合に備えた対応（キーボックス・緊急時通報システム）	転んで自分で玄関を開けられなくなった時の対応を決めておく（キーボックス・緊急時情報システム）	F11
	リスクに備えた支援の提案（見守りキーホルダー、詐欺防御のための自動通話録音機、緊急通報システム）	独居認知症の方のサービス（見守りキーホルダー、詐欺防御のための自動通話録音機、緊急通報システム）	C31
	早い段階から電話に出られなくなったらどうするか方策を考えておく必要性	電話に出られなくなった時にはどうするか早い段階から情報と対応策を考えておく	F10
	年金、介護保険等重要な郵便物に対応するために共に確認	年金通知、介護保険料の通知、郵便物を一緒にみて一緒に把握する	F12
	地域ボランティアの会、〇〇の会に繋ぐ支援	運動の会、〇〇の会が地域のボランティアであるので、そこに繋ぐ	C20
	利用してみて安心という経験知を得ること	使うことで安心なんだという経験値も出していくところまでサービスだったりリソースだったりとか、	F17
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫 《家族への対応》	初回訪問時状況の家族への報告	初回訪問状況に関する家族への報告	B20
	地域包括介入前に本人状況の認識を持っている家族	苦情の集中により地域包括介入時点で既に本人の状況を了解している別居家族	B25
	近居・ゴミ屋敷なら認識、通院の問題なら認識なしが家族の認識の傾向	近居でゴミ屋敷なら家族は認識しているが、外来通院で問題がある程度なら認識していない可能性	F20
	「近居」だからといって家族に何かを要求するのは性急	家族関係も知らず近居というだけで家族に何かを要求はできない	F21
	協力・拒否もその家族次第	協力も拒否もその家族次第	B26
	死ぬまで関わりたくない家族の多さ	死んだ時だけ連絡をもらえれば良いという家族の多さ	B22
	死ぬまで関わりを拒む家族には家族の責任と権利を伝え、了解を得る必要性	報告を拒む家族には、家族の責任と権利を伝え、報告を承諾してもらおう 協力の可否と、報告を受けることを混同せず、報告を継続する	D21 D22
	関わることすら嫌悪する親族にかかわっている専門職に対する信頼構築の必要性	自分の関わりたくない親族に関わりを持つ人がいる認識を、言葉を交わさなくても信頼をつくらなければならぬ	D23
	近居家族で多いのは金銭管理の支援	近居家族への依頼で多いのは金銭管理	B21
	遠方の家族への報告は、本人の様子をこまめにFAX,電話で行うこと	遠方の家族への報告は、本人の様子をこまめにFAX,電話で行うこと	C30
	本人・家族との合意形成での困難さは、認知症の症状を個性や元々のパーソナリティで片づけられること	本人・家族との合意形成での困難性は、認知症の症状を個性や元々のパーソナリティで片づけられること	D19
	合意形成に必要なのは、課題と提案を理解してもらえらる説明	何を疑問に、課題に感じて、これをご提案してるか理解いただける説明を準備しておかなければいけない	D20
厳しい周囲の目とそれに対する対応	認知症の人は問題をおこす迷惑な人という認識	近所の目と要求は入院、入所させろと厳しい	A40
		地域は見守りではなく見張りの状態	B35
		団地では部屋がわからなくなる	A52
		「高齢者」「認知症」のラベルをはって役所に問題を通報する	A54
	お店での万引きが監視と見守りの両機能という現実	お店の人の見守りは万引きから始まっていることもある	B39
	近所のサークルは認知症の症状が出始めた人が自分のグループにいることを認めないのが実態	近所の人は、自分のサークルに認知症の症状が出始めた人がいることを好まない	E12
	認知症になった人を新たには受け入れない地域のサークル	認知症になってからサークル活動に入っても受け入れられない	E13
	簡単ではなくても伝え続けている認知症の方を尊重すべきこと	厳しい言葉を受けた時が、認知症があっても尊重しないといけないことを伝えるチャンス	A41
		一般住民が独居認知症の人が暮らし続けることの理解を得るのは簡単でなくても伝える	A42
	役所に連絡する人と仲良くなること	役所に連絡する地域の人には説明を通じて仲良くなり報告をくれる関係をつくる	A55
	地域の人に送るのは、将来の自分達だというメッセージ	認知症の人の味方というスタンスを貫くことは、いつかあなたのごとも守るというメッセージ	A55
	何があっても貫く地域包括は認知症の人の味方だというスタンス	誰もが年をとって認知症になるかもしれないが、地域包括は困った人の味方だというスタンスを貫く	A56
自動車運転の理解を得る難しさ	自動車運転の危険性があっても初期段階で介入することは難しい	A50	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
支援経過で覚える葛藤	ケアマネに敬遠される独居認知症ケース	ベテランほど独居認知症ケースの担当を避けがち	B41
	丁寧な対応が必要な方の増加で、疲弊する支援者	伴走が必要だが地域包括も疲弊する	B41
	透けて見える片づけたい意識	支援困難ケースの相談から垣間見える「片づけたい」という意識	A8
		地域包括からケースの丸投げに近い認知症初期集中支援チームへの依頼	A59
	周囲の都合本位で動く現状	支援困難ケースで困っているのは本人ではなく、周囲の人たち	A9
		本人中心の支援方針と周囲の負担感の狭間で感じる葛藤	A10
		現実的にあるのは認知症の人を大事にしないケアマネの存在	A63
	利用者本位と周囲の負担の狭間	利用者の意向軽視を指摘する行為自体が関係者間の関係を悪化しかねないという葛藤	A62
	誤った方向で活用される地域連携	始末が悪いのは、家族の意向尊重に基づくネットワークの最大活用で在宅生活の終止符を打つこと	A64
		家族が望めば施設入所さえ円滑に調整できるという誤った"できるケアマネ"像	A65
	意見を声に出せる関係の大切さ	よくある実践方法でもおかしいと思えば3職種で互いに声に出して話しあう	A61
	増加する相談に応えられない現体制	必ず守るというスタンスが地域に浸透して相談が膨大になっている。	A57
		必要な相談に応えたい一方で現体制下での対応の限界と葛藤を感じる	A17
地域住民の一人に、どう伴走するのか考えるのが地域包括の役目		A58	
協力者の善意と個人情報保護の間にある壁	気づいて協力したくても個人情報管理の課題から情報提供を躊躇する意識	D6	
	善意で相談をあげた近隣の方にはフィードバックの内容に不満を持つ人もいてお叱りを受けるが個人情報の壁が難しい。	D24	
安全確保のために必要情報収集と個人情報保護遵守のバランスの難しさ	その方の安全を確保することと、民生委員はじめ周囲の方から情報を得ることのバランスは難しさを感じる	F8	
MCIの診断と地域の支援の分断	医療機関で「MCIの診断をもらいました」という方の置かれた状況を想像して支援する課題	D28	
在宅生活の限界の判断基準	日常生活が送れないレベル	施設の選択肢を示す判断規準は、ライフライン、金銭、日常生活を	B27
未介入ケースへの思いと責任	この地域のどこかに未介入ケースが存在するもどかしさ	支援に繋がっていない独居認知症高齢者の存在を感じる	A16
	死後に知る独居認知症で必死に生きようとした生活の形跡	未介入ケースで亡くなり方から認知症を推定されるケースがある 独居認知症で一人工夫しながらも生きようとした形跡を死後に見る幸さ	A69 A70
	認知症の確証が得らずアプローチ途中で死亡するケース	認知症が類推されながらも関係性がつかれないまま亡くなられたケースがある	D25
地域で認知症の方を支えるための取組み	物屋敷の業者紹介等には、行政の協働	物屋敷の整理を行う業者の手配は行政の役割	C16
	地域包括の知名度をあげる	地域包括の知名度をあげる	B33
	個別ケースの支援を通じ話しかけてもらえる存在としての認識されること	個人への介入を通じた話しかけられやすい包括職員という状況をつくる	B34
	見張りを見守りに転換するはたらきかけの模索	個人への介入を通じた住民の「見張り」を「見守り」の目に変える方法の模索	B35
	本人のポジティブ情報の積極的な共有	ポジティブ情報を見つけて発信することが連携を進める動力になる	A38
	協力者へのフィードバック	相談してくれた方へに対するフィードバックを行う	A39
	都市部の特徴（大学・コンビニの多さ）に着目した認知症サポーター養成の拡大	都市部の立地を活かして大学、コンビニ等に認知症サポーター養成講座を受けてもらう	C7

巻末資料 2. 居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮

【カテゴリー】	〔サブカテゴリー〕	<コード>	記号
独居認知症と同居の相違	外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入	外の人が気づいて相談に来るレベルなので、認知症はかなり進んだ状態から支援がスタートする	d4
	本人からみればケアマネは望まれない訪問者	本人は困っている認識はないところにケアマネが初回訪問するので、相互の認識にギャップがあること	d5
	独居は家族の代わりを探さなければならないこと	家族がいれば見守り、家族がやってくれることがあるが、独居は家族の代わりを探さないといけない	d14
	受け持ったら最期まで関わる覚悟	受け持った以上、施設入所するか、亡くなるまで関わる続ける覚悟をもっている	d33
		さまざまなトラブルを想定して、独居認知症の方には財布にケアマネの名刺を入れてもらう	d10
	苦情の報告先は民生委員とケアマネジャー	互い顔見知りの地域では迷惑な行動があれば近所から民生委員、ケアマネジャーに苦情めいたことが報告される	b24
	地域との関係の事実上フォローは専門職	本人の問題はケアマネジャーの問題とされることもあり、一緒にゴミ出しの練習をすることもある	b25
		ゴミ出し日がわかるように毎週カレンダーに書きに行く	b26
	平日・休日、昼夜時を問わず、業務外でもトラブル対応	日曜夜間関係なく、お店、警察など様々なところから連絡が入り対応している	d11
		ダメだとわかっていても、他に関わる人がいないから、結局ケアマネがやってしまう	d12
専門職が担える範囲を地域にも理解してもらう必要性	地域の人は家族の代わりを専門職がするものだと思っている	d24	
本人・近隣の人それぞれなど極めて広いアセスメント範囲	独居認知症のアセスメントの範囲は、本人だけでなく支援者の範囲や支援者の見極めが必要なのでとてつもなく広い	d21	
相談経路	地域包括支援センターから	支援の始まりは地域包括支援センター	c1
		地域包括が一番多い	d1
	家族から	家族からの相談が多い	a1
		一番多いのは家族からの相談	b2
	無いのは本人から	本人からはほとんどない	a2
		本人からの相談はない	b1
		本人から相談はしていない	c3
	親戚から	特に認知症独居だと親戚から	a3
	MSWから	病院のソーシャルワーカーから多いのは通院より入院者	a4
	病院から（退院）	病院（退院相談）	b4
	医師から（主治医から）	主治医の先生から	c2
	医師から（事業所の近さ）	同じビルにあるクリニックから	d3
	民生委員から	民生委員からの連絡もある	d2
	善意・訴えの両方の意味から近隣者	善意でも訴えでも近隣者	b3
警察から	警察から	b5	
相談受理時の確認事項	最初の相談者の確認と、そちらへの配慮	地域包括にもともと相談したのは誰かを確認する	c4
	これまでの経過、困っているのは誰なのかを予め確認	紹介者には、相談に行きつくまでの経過と誰が困っての紹介なのかを確認する	a11
		介護保険利用前の他者のかわり近所、生活保護、警察に保護されていた等さまざま	a5

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方	本人は困っていないのに、家まで入ってくる人	本人が困っていないのにやってくる人	a39
	ちょっとした相談ができる人	ケアマネジャーは、サービスのことをちょっと知ってる人、だから相談できる人だと理解してもらえるように接する	b11
	専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在	知らない人が入ってきて薬を飲んで、ご飯をたべてとサービス利用は本人には「監視」の存在にうつる	a38
	制限する人ではないと理解してもら関わり方	ケアマネジャーがあなたの生活を制限する人ではないことを理解してもらう	b10
地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる	本人に困りごとがあるとするとなら地域の偏見と差別	本人に生活上の困りごとはないが、困りごとがあるとするとなら地域の偏見と差別	a35
	被害妄想は妄想ではなく事実である可能性を想定	自治会長が「また救急車呼んでよ」「またバトカー呼んでよ」と本人を責めていたことを後から伝え聞いて、被害妄想といわれていることと繋がる	d16
	認知症の無理解なら善意の関わりでも症状悪化の要因	善意で関わってくれても関わり方で症状は悪化する	d23
	関わる人の認知症の捉え方が直接症状に影響	関わる人の認知症の捉え方次第で本人が被害的にもなり、症状も悪くなる	d15
	地域の人の認知症への理解度を見極めたお願いの仕方に留意	お願いする人、お願いする内容は、認知症の理解度を見極めてい	d20
	報告だけお願いしケアマネが対応することで本人の混乱を予防	地域の人が何かに気づいても間違った対応をすると本人の症状が悪くなるので、報告だけ下さいとお願いしている	d19
	見守ってもらう人には認知症の知識と関わり方を伝える必要性	見守りを願っていて、地域に関わってもらうのは良くも悪くも影響するから、お願いするからには知識と対応方法を伝える必要がある	d18
	介護保険サービスが地域の支援の手を引かないさじ加減	介護保険サービスの開始によって地域が引いてしまわないような関わりかたの塩梅が難しい	a37
	協力者との関係継続と個人情報保護の狭間で吟味する情報の伝え方	個人情報保護の観点から神経を使うのは、心配し、協力者となる近隣の方への情報の伝え方	c5
	本人の迷惑行為の訴え先は専門職	この人が迷惑行為をしているということをデスタッフに伝え、ケアマネに報告される	b37
	トラブル発生時のケアマネの対応で地域の許容度をアップしたいという思い	異変を見つけた地域にケアマネジャーが対応してくれるんだという経験をしてもらうことが次に繋がるステップだと思っている	b39
	ゴミ出し前夜にケアマネからフォローの電話	市のゴミ出しサービスは登録しても曜日を開通地域でトラブルになるため、前夜にケアマネから電話でフォローしている	b29
	周りに協力を求めるのは日頃の関係があればこそ	民生委員にお願いしたら対応してくれるかもしれないが、ケアマネと民生委員の関係ができていないと言えないので日頃の地域の関係性がものをいう	d13
	別居家族の存在感が伝わることであがる地域住民の許容度	別居家族がきちんと対応していることがわかれば近隣は安心する	b36
近隣の安心は、地域生活の積み重ねの上に医療介護が入ること	亡くなりそうだとわかっていても、今までの生活の中で関係をつくって、そこに医療介護がしっかり入っていることが理解できれば地域も許容する	b38	
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫 《馴染みの関係づくり》	初回の失敗は二度と支援に入れないリスクをつくる恐れ	初回で失敗すると二度と入れなくなることもあり、その人のその後の生活に影響してしまうので気を付けている	a10
	猜疑心に配慮した態度	初回訪問で猜疑心を感じているので、何かしようとしている者ではないという態度をとるように心がけている	a6
		貴方に何かをしようとして来た人間ではないことを理解してもら	d6
	支援を受け入れない背景に目を向ける想像力	家族からお困りのことはないか聞いてくるように言われたとというのが最初の声のかけ方	a13
		頑固な態度は防御、自分の生活が確立している等、受け入れない背景に目を向ける	d9
	課題解決のサービス導入が目的化していた新人時代	新人に頃に抱いていたサービスを導入して問題解決しなければという焦り	a7
	本人からみた初回訪問の印象は「ご挨拶」	初回訪問の位置づけは、あくまでご挨拶という感じ	a14
	顔を覚えてもらうための繰り返しの訪問	短期間に何度も訪問して「あなたね」と覚えてもらう	d7
	高齢で一人で暮らしている努力に目を向ける	高齢で一人で生活していることへの尊敬や頑張っていることを認める声かけ	d8
	「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標	今では「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標になっている	a8
認知症への配慮は必要、しかし認知症としてみないこと	この人は認知症だという目で見ないで普通の視点でみることが大事	b46	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
面談とアセスメント	家族には可能な限り同席依頼	面談の家族同席は可能な限りお願ひし、同席は半数程度	a16
	家族が同席を拒むなら、ことさら本人の話を聞く必要性	家族が同席を拒むなら、同席しない面接の意味もあるので同席無しの面談も行う	a19
	独居になった経緯の確認	独居になった経緯を確認する	a41
	本人が一番頼りにする人の把握	一番頼りにしている人は誰かを確認し同席を依頼する	a17
	本人が関わりを望む・望まない人の確認	関わって欲しい人とかかわって欲しくない人を確認する	a42
	活動状況とADLの類推	屋外活動や歩行の癖のアセスメントは、靴の種類、かかとの減り、左右の会との相違がヒント	a9
	好み、生活習慣の類推	家具、置物、お花などから好みや配慮を推し量る	10
	24時間の生活ヒアリングで生活リズムの確認	24時間アセスメントでは、生活リズムを確認する	a31
	現在の理解度の確認	介護保険サービスの簡単な説明に対する理解度確認は、目の動き、質問への回答から	a15
	意図的な世間話から情報収集と信頼関係構築	無造作に部屋にあるスーパーマーケットの袋から、日常の買い物の情報として捉えるとともに、それを話題にして「あそこの総菜美味しいよね」と話を広げ、同時に親しみのある関係をつくっていく	b12
	同じ質問を繰り返して認知機能を確認	24時間アセスメントでは、2回以上同じ質問をして認知度を確認する	a33
	認知症の方によくある行動から仮説をたてた事実確認	複数の病院、たくさん飲んでいるのではないかと仮説をたてて事実確認する	a20
		特に確認するのは、火、薬、食事、水分、買い物、内臓疾患、お風呂	d27
	事前情報を活かした生活課題の仮説をたてた事実確認	事前情報でゴミの問題があれば、そこから曜日がわからないのか、出し方がわからないのか、朝起きられないのかなどを想像する	a21
		体調が悪ければ病気になるのか、栄養状態が悪いのか、薬の飲みすぎなのか	a22
	現状を引き起こしている背景を想像した面談	人づきあいが疎遠なら、もともと人づきあい下手なのか、人と話すのは好きじゃないのか、何か昔エピソードがあったのか	a23
	汚い、散らかっていても専門職の主観だけでなく、本人の捉え方も確認	部屋が汚れているかどうかは、ケアマネの主観のため、本人がどう感じているかを確認する	b9
	本人の過去の人との繋がりが・エピソードのひも解き	独居だからといって完全に一人で生きてきたわけではなく、かつては誰かと繋がっていたはず、そのエピソードを引き出す	a24
	本人が見せたいもの（飾りつけ等）からエピソードの紐解き	部屋の飾り物などを話題にして、エピソードをたくさん聞き出す	a25
	24時間生活の生活実態と好みの食べ物、番組等情報の収集	24時間アセスメントでは、好みの食べ物、番組も併せて情報収集	a32
	会話からこだわり、強調したいことを拾い上げる	その人がこだわっていること、強調したいことがどう表現されているかを会話から見逃さず、そこからひも解いていく	a28
	幻視の内容と幻視を見ている時の感情を確認しつつ、その世界	幻視をみている方に「何がみえる？」「怖い」ときいて「怖くないよ」というから「良かったね」と声をかけた	a51
	好きなこと、輝いていた頃の話を広げる面談	好きなことは話したいという気持ちを大切に、過去のことを教えてもらう	a29
複数の情報を繋ぎ合わせて情報統合	話と話を繋ぎ合わせて情報を統合していく	a26	
本人以外の者からの情報を得た事実確認の必要性	事実確認には、本人の情報だけでは不足なので主治医意見書、医療者の話を確認する	a27	
近隣の人の関係、感情、認知症の理解等関係者を知ったうえで判断する協力依頼	近所の人の本人に抱く感情、関わり方、認知症への理解度、どこまで何をお願いして本人のためになるのか見極めないと安易にお願ひできない	d22	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫 《家族への対応：支援開始時》	ケアマネがついたからもう大丈夫！というのが別居家族が抱く	多くの場合、介護保険サービスを利用し始めてケアマネがついたから「もう大丈夫」という意識を別居家族は抱く傾向がある	b13
	ケアマネの支援範囲と家族が行うべき役割の認識を促す	ケアマネは月1回程度の訪問、24時間見ていない、連絡も24時間ではない、救急車への同乗はできないなど具体的に支援範囲を説明する	b14
	連絡が取れる家族には連絡し同席を依頼	ここまでではあるが、これ以上はできないということを具体的な例を示しながら説明し、最初に同意を得ておくことが大事	b17
	その別居家族の困りごと・困らないこと確認	連絡が取れる家族には必ず連絡し、可能な限り同席を依頼する	c6
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫 《家族への対応：継続実施》	会えない家族の心情を察した情報提供の方法と内容を考慮	会おうとしても会えない家族への報告は事実報告は必要だが、心配をおおる情報は吟味する	a43
	親のことを大丈夫だと思いたい子どもの心理もある	離れている親のことは、意外に大丈夫なんじゃないか、大丈夫だと思いたい子どもが多い	d32
	遠居の家族が会ったときにショックを受けないよう継続する	年単位で久しぶりに会う家族がショックを受けないように事前に本人の状態を伝えておく	c29
	家族の本人宅訪問頻度を把握のうえ、情報提供の仕方を考慮	家族がどれくらいの頻度で本人と会っているのかを確認して、情報の伝え方を考慮する	c10
	家族自身の生活、仕事に配慮した情報収集	家族情報として健康状態、仕事のことなど、差し支えない範囲で電話で確認する	a44
	家族の認知症と、本人の捉え方の確認	家族が認知症という病気、本人をどう捉えているのかを最初から確認しながら支援する	b8
	家族への報告は日常生活情報、今後に備えた予防的観点まで	家族への報告は日常のこと、予防的なことを含めて行う	a
	別居家族に対し本人の現状と今後のリスクの説明	現在の状態と今後想定されるリスクを別居家族に説明する	c8
	現状報告・リスク予測と併せて家族の困りごとを継続確認	現状報告・リスク説明とセットで継続して家族には困りごとを確認する	c9
	担当者会議の度に家族の緊急連絡先の確認	担当者会議の度に多職種と共有する緊急連絡先は家族にも確認する	c30
	家族から地域の関係者に挨拶する重要性の情報提供	別居家族から民生委員、自治会長、近隣の方に挨拶してもらうように伝える	b18
	家族の振る舞いに左右される本人の周囲との繋がり	家族は本人にとって周囲との繋ぎ役にも切断役にもなり得る	a34
	近隣の協力度はこれまでの積み重ねと家族の関わり度	緊急時やちょっと見てきてといえる近隣の関係を結んでおくのは、本来家族の役割であり、これまでの人付き合い形成されるところが大きい	b16
	地域性（農村部、商業地域、団地等）で異なる家族構成と関係性を理解した関わり	同市内でも親類縁者に囲まれて過ごす農村地帯と、一人暮らし身寄り無しの方の多い団地の地域では異なる支援方法	b19
近隣からの辛い言葉でも家族伝えるのはケアマネの役割	本人が自宅で死ぬことを望んで地域が許さない場合には、家族には事実を伝える	b35	
進行を見据えた対応	進行後の生活への影響を知っていればこそ、利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視	既に症状のある人担当しているため、支援開始時点からお互いがどれだけの心を開き合って話せるかが重要	b44
	3年、5年、10年後の住まいと暮らしに必要な人をどうするのか見据えた支援	5年後の住まいをどうするのか、そこに暮らすためにケアの仲間をどうつくるのかという視点がケアマネには必要	c19
	進行に応じて嚥下評価の依頼と食事形態に配慮	認知症の進行に応じて嚥下の状態把握は、食事の時間に確認し評価を依頼する	b42
	進行を見据え、本人を知る人、チーム形成する視点	本人が意思疎通できる段階で本人を知る人を増やすこと進行後のQOLも繋がる	b45
早い進行で顕在化する金銭管理の問題に苦慮	体調不良により想定より認知症が早く悪化した時に困るのは金銭管理	d26	

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	<コード>	記号	
独居認知症高齢者の意思決定支援	意思決定支援は毎日やり続けてできること	意思決定はその場面になってできることではなく、前からの積み上げなので常にやり続けることが意思決定支援	a47	
	避けるべき表現は、失敗を埋めるためのサービス利用提案	本人の行動を否定、失敗と受け取られるような「飲み忘れがないように等」の会話は絶対にせず、医師の勧めや自分の失敗談を例示する	c16	
	本人の生活に引き寄せた、簡潔な介護保険サービスの説明	サービス紹介の説明はその人の生活に合わせて単純化して説明するよに工夫している	c15	
	利用者本位とはいえ家族の同意なく進まない現実	独居であっても家族の納得無しにサービス利用は始まらないのが現状	c11	
	家族、親族の意向とのすり合わせ	独居といっても外には家族や親族がいるため、その人たちを含めた合意	d30	
	家族のなかの意見が分かれることは当然のこと	家族のなかで意見がわかれることは普通にあること	b6	
	本人中心は基本だが、専門職含めかわる人たちの合意も大事	本人の意向も、関わる人達の共通認識も大事	d31	
	意向を尊重しようと思っても、誘導的になることへの葛藤	痛いのは嫌だと聞けば、もっと痛くならないようにするために一度入院しましょうと勧めるが、誘導なのかと葛藤することがある	b30	
	本人が望んでも地域が許さなければ、意思決定を誘導せざるを得ない	本人が一人で亡くなることを望んでも地域が容認しなければ、本人納得できる言葉をかけて誘導するしかなかった	b34	
	ショート利用で施設に対する印象を確認	ショートステイを体験してみても感想を聞き、本人にとって嫌なところではないかを確認する	c26	
	看取りも含めた意思決定は後見人も含めた関係者全員で支援	後見人がいても看取りの医療選択の判断も含め関係者全員で話し合っ合意をとっていく	c32	
	身寄りのない方には後見人を含めた支援	身寄りのない方には後見人をお願いしている	c33	
	本人から冗談でも死の話が出たときが確認の機会	ボクッリ死にたいわ等本人が死の話をしたときに、どうしたいかを聞く	c34	
サービス利用に向けた支援	忘れることに対する支援	本人がこんな約束していないと怒ればケアマネが謝り、何度でも説明を繰り返す 近所の繋がりを活かしてデイサービスの見送りをしてもらう	a39 a40	
	説明の仕方次第で気持ちを閉ざしかねない	介護保険の説明の仕方によって本人の気持ちがネガティブな方向に向かう恐れがある	b7	
	納得を得て利用開始までに要する期間は3~6か月	専門職からみてサービスは必要でも、相談受理からサービス利用開始まで平均で3か月、長くて6か月	c12	
	生活実態を知らぬ恐れを感じるならゴミ出しはフォーマルサービス	ゴミから生活状況がわかるため、近所の人にゴミ出しの手伝いを嫌がる利用者は多い	b27	
	身体合併症がなければ、身体状態の変化の把握は介護職の役割	身体合併症のない認知症の場合、身体状態の変化を捉える介護の連携が重要になる	b40	
安心して生活するため支援	本人が自ら支払わなくてよい方法を選択できる支援	本人が支払い手続きをしなくて済む引き落としの鉄付手を手伝う	b22	
	市の事業でお薬キットを冷蔵庫に準備	市の事業で連絡先、お薬情報の紙を冷蔵庫に保管するキットを配布し救急対応時に活用できるよう準備している	b21	
	保険外サービスの情報提供と申請代行	市のゴミ出しサービスの登録はケアマネが申請代行する 介護保険以外のゴミ収集の紹介と申請代行	b28 c14	
	サービスが不足する年末年始の独居生活を支える	在宅サービスが休みになるお正月はショートステイ利用で生活を繋ぐ サービスが足りないためお正月だけ遠方の家族に来てもらい、年末ぎりぎりに訪問して介護や医療的ケアの方法を教える	c27 c28	
	金銭管理の課題に対する地域権利擁護事業	金銭管理が難しくなった方に社会福祉協議会の地域権利擁護事業に繋いだ	c17	
	身寄りのない方へ成年後見制度を紹介し、申請プロセスも支援	身寄りのない方に対する成年後見制度の紹介と支援	c18	
	資産がある方には市の弁護士相談を紹介	資産がある方には市の弁護士相談を情報提供し、一緒に行く支援	c35	
	独居認知症高齢者を支える協働	地域包括の安否確認コールでフォロー	サービス受け入れしない空白期間のフォローは地域包括の週2回の電話コール	c13
		生活保護受給者は生活保護CWと連携	生活保護受給者は生活保護CWと連携	d25
身寄りのない方は日頃から地域包括と情報共有		特に身寄りのない方への入院、緊急時対応はケアマネ一人では抱えられないため日頃から地域包括と情報共有し備えておくことが大切	b20	
民生委員へのケアマネ担当開始の挨拶と日頃の情報共有		民生委員にケアマネの関わりを開始したことを伝え、日頃から情報共有する	a36	
手を動かすばかりでは足りない認知症のケア		情緒的サポート、変化に気を付ける人、全体を調整する人など、実際に手を出すわけではないが大切な役割を担う人が必要	a45	
突然なくなるリスクに不可欠なのは、日頃の情報収集と協働		高齢である以上、独居でいつ亡くなってもおかしくない覚悟をもって情報収集を行い気構えしておく	b41	

【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	<コード>	記号
支援過程で覚える葛藤	在宅24時間の生活実態の把握（エビデンス）を求める医師に困惑	本人が早朝マラソンしているかという言動の正しさを確認するために、朝4時に皇居に行けという病院医師の在宅サービスの理解不足に困惑した	c20
	効率性、家族の満足度から、家族重視に偏重する専門職の態度	家族に説明する方が早いし、家族の満足度もあがり、仕事もはかどるため、ついそうしてしまう自分の存在に気づく	a50
独居認知症高齢者の看取り支援	看取りに向けた説明	食事がとれなくなってきた段階で医療者から今後の説明があった	a48
	本人の自宅希望に添い、最期は家族が来て看取った事例	自宅を希望し、最期は家族に来ていただきお看取りとなった	a49
	地域が認めず最期に地域から去った事例	本人は自宅を希望しても地域が一人で亡くなることを認めなかった	b47
	後見人の支援を受けて実現した独居認知症の方の在宅看取り	自宅看取りが実現したケースは後見人が付いていた方	c31
解決できていないニーズ	多職種協働が望めない福祉用具単品プラン	福祉用具のみ利用ケースでは、多職種の意見を得られない難しさがある	b43
	資産管理のニーズはあってもケアマネが行う支援の範囲外	金銭管理は介護や生活の範囲、資産までは支援範囲ではない	c21
	確定申告は支援範囲外で、是非確認すら難しい	3割負担の利用者の保険料が各段にあがっていたので確定申告できていないのではと思うが、自分でやっているとと言われるとそれ以上踏み込めない	c22
	詐欺被害予防と難しさ	高額な数珠の購入、人にお金を渡すなど1回に数百万単位の詐欺に何度もひっかかっている 名刺や物があれば介護職もみし、ケアマネにも相談してもらおうようにしているが、その網を抜けてしまう	c23 c24
在宅の限界点の検討	決定づけるのは本人の状態と、医療介護の対応力	医療ニーズの状況で、訪問診療の先生が入院じゃなくてもできると仰る時は訪問看護を厚くして対応するが、担当する医師次第というところもある	b31
	その利用者とチームのマッチングが重要な鍵	利用者と医師、看護師の街イングによるところがある	b32
	一人で死ぬこと、死後に警察が来ることへの地域の容認	本人が望んでも、地域から家で一人で亡くなること、警察が来ることを嫌がる声があがると実現は厳しい	b33