

独居認知症高齢者ケアマネジメントガイド

令和 6 年度厚生労働科学研究費（認知症政策研究事業）

独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する研究

研究分担者 石山 麗子 国際医療福祉大学大学院

目次

I. 独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

- 1. 本ガイド作成の経緯と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性・・・・・・・・ 2
- 3. 独居認知症高齢者のケアマネジメントの原則・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

II. 独居認知症高齢者のケアマネジメント実践

- 1. 独居認知症高齢者の発見と、それを支える地域づくり・・・・・・・・ 7
- 2. 認知症かつ独居で生活していることへの理解・・・・・・・・ 8
- 3. 意思決定支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 4. 必要な社会資源の利用支援・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 5. 孤独と精神的健康・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 6. 生活基盤の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 7. 日常生活の連続性と安全の確保・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 8. 権利擁護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
- 9. 別居家族（別居介護者）への支援・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
- 10. 在宅の限界点の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
- 11. 独居認知症高齢者のケアマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

I .独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

1.本ガイド作成の経緯と目的

病気や障害などにより地域での生活が継続困難な状況になったとき、その人がこれまでの生活を継続するため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」といいます。我が国では、2000年に介護保険制度が施行され、その中核的な手法としてケアマネジメントが導入されました。この役割を中心的に担ってきたのは、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員です。

今日の日本では、国民の平均寿命の延伸と少子高齢化の進展を背景に、独居で認知症を抱える人が増加しており、今後もこの傾向が続くことが見込まれています。独居認知症高齢者が地域生活を継続するためには、健康や生活ニーズを充足する保健医療福祉サービスはもちろん、経済的安定、良好な対人関係の維持、経済被害や事故、行方不明など生命や財産に対する深刻な危機の回避も重要です。

また、孤立や孤独を防ぎ、いきいきと楽しみを持ちながら暮らすためには、課題や危機対応だけでなく、趣味や社会活動を継続できる環境の確保も欠かせません。独居認知症高齢者が、認知症を抱えながらも、一市民として安心して安全に地域生活を送る権利を行使できれば、その人らしく、楽しみのある生活を住み慣れた地域で継続することができます。そのためには、多様なニーズを満たす包括的な支援が求められます。制度を活用する場合でも、一つの制度だけでは対応できないことが多く、制度の枠を超えた支援や関係者との連携が必要になります。つまり、横断的なケアコーディネーションを実現することが、独居認知症高齢者の地域生活の維持に不可欠です。

我が国における認知症の人のケアコーディネーションは、介護保険制度のもとで地域包括支援センターや介護支援専門員がケアマネジメントとして担っています。しかし、これまで国内外ともに科学的エビデンスは十分に蓄積されておらず、独居認知症高齢者向けのケアマネジメントガイドも存在しませんでした¹⁾。

本ガイドは、厚生労働科学研究費（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」において、2022年度から2025年度までの3年間の研究を通じて、地域包括支援センター、及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員が独居認知症高齢者のケアマネジメントを行う際の考え方と実施項目を整理したものです。

ただし、本研究の実施期間中に、厚生労働省より介護保険制度施行後初めて居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務が示され、法定内業務とそれ以外が区別されました。本ガイドは、業務範囲の内外を問わず、試行的に整理したものであり、今後も検討を重ねながら修正していく必要があります。

2. 独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

独居認知症高齢者が社会的支援のケアコーディネーションを必要とする背景には次のことがあります。

1) 独居認知症高齢者と在宅継続率の関連

我が国では、平均寿命の延伸と少子高齢化の進展に伴い、認知症を抱えながら一人で暮らす高齢者の数が着実に増加しています。これまでの国内外の研究により、認知症高齢者は非認知症高齢者と比べて在宅継続率が低いことが示されており、さらに「認知症」であり「独居」である場合、その在宅継続率がより低くなることも明らかになっています²⁾。

2) 生活基盤整備の重要性

地域包括ケアシステムの概念図において、住まいの選択はすべての支援の基盤として位置づけられています。独居認知症高齢者が地域で安心して生活をするためには、安定した住まいの確保が不可欠であり、地域の一員として安心して暮らし続けられる見通しを持てることが重要です。

賃貸住宅では契約の継続性、持ち家では家屋の老朽化といった課題が生じることがあります。また、要介護期の住まいの選択には、心身の状態に応じた活動性や安全性を確保できる居住環境や設備の整備も求められます。住まいの確保に関する支援が介護保険制度のケアマネジメントに直接関連するかどうかは議論の分かれるところですが、在宅生活の実現は住まいの安定があってこそです。状況に応じて、地域の居住支援協議会などの相談機関に繋げることも必要です。

3) 日常生活の連続性と安全性の確保

生活は時間の流れとともに途切れることなく続いていくため、その人の生活習慣に応じた日々の行動が重要になります。しかし、認知症になると適切な判断が難しくなることがあり、特に独居の場合、家族の支援がないことで水分・食事摂取、排泄、清潔、更衣などの日常生活行為に支障が生じる可能性があります。これらの課題は、身体的健康問題にも深く関係してきます。こうした状況への対応は、主に介護保険や生活支援サービスの範囲となります。

4) 身体的健康問題のリスクを低減すること

認知機能が低下した高齢者や認知症の方を対象とした疫学調査の結果によれば、独居の認知症者と同居家族がいる認知症者の間で、身体的健康問題に有意な差は認められていません³⁾。しかし、認知症のケアマネジメントの実践や事例検討では、水分不足や室温管理の不備による脱水症や熱中症、栄養確保の困難による低栄養、消費期限管理の課題、過度に濃い味付けや偏った食事の問題などがしばしば確認されています。

5) 口腔保健活動の重要性

地域在住高齢者を対象とした調査では、「認知機能が低下しており、かつ独居である高齢者」は、低栄養の頻度が顕著に高まることが明らかになっています⁴⁾。また、独居認知症高齢者では、もともと治療を受けていた慢性疾患の通院や歯科受診が中断したり、不調が見逃される可能性もあります。

在宅で定期的な面談が可能なケアマネジメントでは、口腔の状況に関するアセスメントが義務付けられています。しかし、認知症の人の口腔内を確認すること自体が難しい場合があるほか、口腔内を確認できたとしても、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした調査では、「利用者の口の中の何を見て、どのように判断すればいいのかわからない」という実態が明らかにされています⁵⁾。口腔保健活動の重要性が高まるなか、口腔ケアの自立度を確認することだけでなく、口腔内の状況を適切に把握できる環境を整えることが求められています。

6) 独居認知症高齢者にとっての社会的孤立

社会的孤立について、タウンゼント (Townsend) は「社会的孤立 (social isolation) とは、『家族やコミュニティとはほとんど接触がない』という客観的な状態である」と定義しています。この状態は社会的ネットワークが不足していることを意味し、特に独居認知症高齢者にとっては、必要な情報を得ることが難しくなるほか、支援の必要性に気づいてもらえないなど、社会的支援につながることで自分が困難になる要因となっています。

7) 孤独と精神的健康問題

孤独とは、仲間づきあいの欠如や喪失による好ましくない感情 (主観) を意味する **loneliness** の状態です。独居の場合、家族との軋轢がない一方で、同居家族がいる場合よりも孤独を感じる人が多く、その程度も強いことが指摘されています。また、睡眠薬をはじめとする精神科の処方頻度が高いことも明らかになっています⁶⁾。

独居認知症高齢者の置かれた状況は、社会的孤立に陥りやすく、孤独を経験するリスクが高いため、環境要因によって精神的健康問題を生じやすいといえます。

8) 社会参加と余暇の充実

認知症の人へのインタビュー調査の二次分析により、「他者の存在を感じることで、人とのつながり、他者とともに過ごすこと、会話や活動の機会が、日々の生活の楽しみにつながっている」ことが明らかになっています⁷⁾。一方、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所を対象とした意識調査では、独居認知症高齢者の支援の実態として、活動や趣味・娯楽、仕事などへの参加率がいずれも低いことが示されました⁸⁾。

介護保険制度におけるケアマネジメントは、日常生活上の課題 (ニーズ)、特に保険給付に関連するニーズの充足に重点が置かれがちですが、独居認知症高齢者のニーズには、他者の存在を感じ、人とつながる活動や趣味、娯楽なども、その他の生活支援と同様に重要であることが分かります。

9) 経済的困窮

認知症であり、かつ独居であることは金銭管理を困難にします。別居家族が行う介助では、排泄などの身体介護の頻度は低い一方で、金銭管理の支援が多いことが示されている⁹⁾。このことから、独居認知症高齢者には金銭管理のニーズがあることが分かります。

都市部の認知機能低下が疑われる一人暮らし（独居）高齢者の生活実態調査では、「独居群は同居群と比較して年収が低く、住まいは賃貸が多い」と報告されています¹⁰⁾。年収が低く、家賃を払い続ける生活のなかでは金銭管理が難しく、経済的困窮に陥るリスクが高まります

10) 経済的被害

近年、テレビやインターネットの通信販売が増え、自宅にいても買い物ができる環境が整いました。また、サブスクリプション契約の増加により、本人が認識しないまま料金が引き落とされるケースもあります。

さらに、還付金詐欺、架空料金詐欺、預貯金詐欺などの特殊詐欺はますます巧妙化し、高齢者の被害が増加しています。介護支援専門員を対象とした調査によると、担当した独居認知症高齢者のうち、経済被害に遭った人、または遭いそうになった人の割合は 8 割を超えていたと報告されています。特に、独居で認知症を抱える場合には、権利擁護の視点が欠かせません。

11) 行方不明

警察庁の統計によれば、認知症またはその疑いがあり、はいかいなどによって行方不明になったとして、2024 年に届け出があったのは延べ 1 万 9039 人で、前年より 330 人増加しました。この数は、統計を取り始めた 2012 年以降、最も多い数値となっています¹²⁾。

独居認知症高齢者の場合、同居家族がいないため、届け出がされないケースもあると考えられます。自治体では、行方不明への対応としてさまざまな取り組みを実施しています。高齢者の見守りサービスには、緊急通報、緊急連絡先登録、人的見守り、センサーやカメラを使用したオンライン見守りサービスなどがあります。また、GPS 探索サービスを利用することで位置情報の把握が可能です。さらに、地域住民の助け合いや SOS ネットワークなどの仕組みも活用されています。

12) 自ら助けを求めるケースの少なさ

地域包括支援センター職員を対象とした調査によると、相談の経路には医療機関、民生委員、別居家族、マンション管理人、近隣住民などが含まれていました。一方で、相談経路として本人からの直接の相談はほぼ存在しないことが明らかになっています。そのため、外部から認識できる状況になって初めて支援につながるケースがほとんどであり、本人が自ら助けを求める機会が少ないことが課題となっています。

13) 生活の質の確保

独居で認知症の症状が進行すると、自分でできる（手段的）日常生活動作や他者との関わりが減少し、生活ニーズを十分に満たせないまま社会的孤立が進み、支援につながらない状況となることで、生活の質が低下します。

本人にとっては、人とのつながりを実感できる安定した生活が必要であり、独居認知症高齢者に限らず、誰もが主体的に活動できる地域づくりが重要です。生活の質の向上には、個別の支援と地域全体の環境整備の両方に目を向けたケアマネジメントが求められます。

3. 独居認知症高齢者のケアマネジメントの原則

1) 本人参加と本人の視点に立つこと

すべての人は個人として尊重されます。認知症基本法では、「すべての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」と定められています。また、厚生省令第 38 号では、ケアマネジメントを行う際には「常に本人の立場に立って」行うことが規定されています。つまり、ケアマネジメントの原則は、本人の参加と支援者が本人の視点に立つことにあります。

本人がケアの決定に関与できるようにすることが基本原則です。特に、認知症で独居の場合、意思決定に関わる家族がいるケースと、身寄りのないケースが考えられます。どちらの場合であっても、本人の意思表出能力や周囲の人間関係にかかわらず、その時点における本人が表出可能な状況をつくることが重要です。

2) 現在と将来の準備としての意思決定支援

本人の認知症の症状と意思決定能力を尊重しながら、適切な意思決定支援を行うことが原則です。意思決定には、日常的なものと非日常的なものがあります。例えば、起床時間、服装の選択、食事の内容といった日々の生活に関わる小さな決定は日常的な意思決定に該当します。本人がこれまで築いてきた生活を尊重し（アセスメント）、その継続を希望する場合は、支援を通じて実現を促します。

一方で、非日常的な意思決定には、重要な治療に関する選択や住まいの決定などがあります。意思決定には、現在の生活に関するものと、将来の準備として行うものが含まれます。専門職が関与することで、将来を見据えた意思決定支援が可能となります。独居認知症高齢者の場合、家族の関与がないケースも想定されますが、その場合でも専門職が意思決定を先導したり誘導したりすることのないよう留意しなければなりません。

意思表示の方法には、本人の言語表現だけでなく、非言語による微細なサインも含まれます。医療・ケア従事者は、家族などの相談のみに依存して意思決定を行わないことが求められています。そのため、意思決定支援の重要性について本人や家族などの理解を深める必要があり、ケアマネジメントにはこうした体制の整備も含まれます

3)本人の意思を捉えるためのエピソードの把握

意思決定支援は会議などで確認されることもありますが、特に生活に関わる場面では、日常の何気ない会話や関わりの中から、本人の意思を反映したエピソードを把握できることがあります。独居認知症高齢者の場合、同居家族からの情報が得られないほか、別居家族がいても長く離れて暮らしているため、本人の状況や気持ちを十分に理解できる情報が不足しているケースが考えられます。そのため、関わりを開始した後に、本人の意思を捉えるためのエピソードを把握し、蓄積することが重要となります。関わる専門職チーム間で、本人の言葉や習慣、しぐさ、表情などを日々把握できる体制を整備するとともに、近隣住民から得られる情報を確認することも必要です。

4)個別支援のネットワーキング

ケアマネジメントは、利用者ごとの個別ニーズを社会資源を活用して充足していく手法です。独居認知症高齢者の在宅生活を継続するために必要な社会資源には、介護保険や医療保険などの公的サービスの利用、多職種連携に加え、民生委員や町内会長などの地域資源も含まれます。これらを地域全体のネットワークとして構築していく視点の重要性が指摘されています。

独居認知症高齢者の在宅生活の継続を支えるためには、社会保障サービスによる切れ目のない多職種支援に加え、本人がこれまで築いてきた人間関係を活かし、その人らしく生活できるよう新たなつながりを形成するなど、地域の多様な社会資源を活用したネットワーキングが求められます。

5)認知症があっても独居で生活できる地域づくり

認知症があっても家族が同居していれば、見守りや声掛けによって日常生活の安全が確保されますが、独居の場合、それが難しくなります。さらに、認知症で独居の場合、必要な情報を収集・活用しにくく、支援につながる事が困難になり、アンメット・ニーズの発生が懸念されます。必要な支援が地域に存在し、適切なコーディネーションを通じてネットワーキングが進むことで、在宅生活の継続性は向上します。独居認知症高齢者が安心して在宅生活を送れる地域こそ、地域包括ケアシステムのネットワークが強化され、地域共生社会の実現に近づいている状態といえます。

独居認知症高齢者のケアマネジメントにおいては、特に発見されにくいアンメット・ニーズを生じさせないための視点と知識を持つ相談支援の実施が重要です。また、ニーズの充足を目指した個別ネットワーキングと地域づくりの両輪を効果的に進めていく必要があります。

Ⅱ．独居認知症高齢者のケアマネジメント実践

1. 独居認知症高齢者の発見と、それを支える地域づくり

1-1. 支援を必要とする独居認知症高齢者の発見

独居認知症高齢者が、地域包括支援センターなどの専門職に対して直接支援を求めることは稀です。ただ待っているだけでは、支援を必要とする人を見つけることはできません。支援を必要とする独居認知症高齢者を見出すことから支援は始まります。

1-2. 緊急性の判断

初めての在宅訪問や本人との初めての接触時には、緊急性の有無を判断します。緊急性には、何らかの病気やケガなどの身体的問題、ライフラインの断絶、食料調達の困難などの経済的困窮、災害や居住環境の危険性、人的トラブルなど、さまざまな要因が考えられます。

初回から関わる支援プロセスの中で、緊急介入が必要となる状況が発生していないかを確認していきます。

1-3. 本人に受け入れられ、信頼してもらうための関係づくり

本人が自ら求めた支援ではないため、初対面の際の接し方を工夫する必要があります。本人が自宅にいるとは限らないため、適切な出会いの場を設定し、その人やその時の状況に応じて、どのような言葉かければ受け入れてもらいやすいかを考慮することが重要です。

場合によっては認知症初期集中支援チームと連携して対応することもあります。本人がどのような状況で支援者と出会い、どのような印象を持つかは、信頼関係の構築とその後の支援過程に大きく影響を与えます。この段階で本人に受け入れられ、信頼してもらうための関係づくりを慎重に進めることが重要です。

1-4. 独居や認知症の人に関心を持ち、協力する人を増やすこと

本人が自ら支援を求めることが難しい状況では、周囲による発見が支援への重要な入り口となります。そのため、日頃から地域の独居高齢者や認知症の人に関心を持ち、協力する人を増やす活動が求められます。

民生委員や関係機関はもちろん、地域住民、マンション管理人、地域で働く人、子どもや学生などが認知症の人に関心を持ち、必要だと感じた際には地域包括支援センターなどへ相談できるよう、地域の理解者を増やしていく活動を推進していくことが重要です。

2. 認知症かつ独居で生活していることへの理解

2-1. 認知症があり、かつ、一人暮らしをしていることの尊重

独居認知症高齢者を単に支援が必要な人と捉えるのではなく、むしろ、これまで独居でありながら認知症とともに生活してこられたことを尊重する姿勢が求められます。

2-2. 独居になった経緯の確認

現在「独居」であるといっても、その経緯はさまざまです。若い頃から独居だったのか、育った家庭（定住家族）の家族が亡くなったことで独居になったのか、結婚し生殖家族を築いたが結果的に独居になったのか、独居となった経緯を確認することは、その人の人生史を理解する上で重要であり、生き方や困難の乗り越え方を知る手がかりになります。また、支援者となり得る人に関する情報の把握にもつながります。

3. 意思決定支援

3-1. 本人が望む暮らしを思い描けること

本人は、どのような生活を送りたいのかを考える機会を持つことが重要です。他者からの問いかけを通じて、その思いを整理することができます。

3-2. 本人が望む暮らしについて表出できること

本人が望む暮らしを自由に話せる場を提供するとともに、そこで関わる人々や本人にとって表出しやすいタイミング、場所、メンバーなどの環境を整えます。

3-3. 本人と共に考えること

どのような暮らしを望むのかを問われても、考えたり、それを他者の前で表明することは、認知症の有無にかかわらず容易ではありません。しかし、本人と共に考える経験は、独居で認知症があっても、今後のことを親身に一緒に考えてくれる人がいるという安心感をもたらす可能性があります。

3-4. 本人の意思を捉えるためのエピソードの把握と共有

本人の言葉だけでなく、何気ない動作、表情、しぐさなどを通じて表出された意思を捉えるようにします。認知症の進行に伴い意思を把握することが難しくなるため、支援開始の段階から以下の取り組みを行います。

- ・本人の言葉を日々捉えられる体制の整備
- ・本人の認知症発症以前の生活の経緯や考えの把握
- ・現在の生活における本人の嗜好、苦手なことや苦痛などを把握

こうしたエピソードに基づいたケアを適切に実施するため、契約の範囲内で関係者と情報を共有し、将来担当する支援者にも継続的に伝達できるようにします。

将来的に本人の意思表出が困難になった際でも、本人が過去に表出した意思に基づき、日常生活や非日常生活に関する意思決定が行われるよう支援体制を整えます。

3-5. 日常生活における嗜好、快・不快の把握と共有

日常生活の中で、本人が好んで行うことや習慣的に続けていること、心地よく感じること、不快に思うことを確認します。その際、言語表出だけでなく、生活行動、しぐさ、表情などの非言語的な要素も考慮し、情報を蓄積して関係者間で共有します。これにより、本人の嗜好に沿ったケアを提供できるようになります。また、別居家族がいる場合は、家族から過去の生活に関する情報を収集し、より適切なケアの参考とします。

3-6. 進行を見据えた中長期的な生活の将来予測

認知症の原因疾患や合併症、家族の支援状況、経済状況、家屋の状態、支援の受け入れ状況、近隣住民や知人による支援体制などを総合的に勘案し、生活の将来予測を立てます。

どのようなイベントやターニングポイントが概ねいつ頃訪れるかを予測し、その予測を踏まえて、将来の生活に向けた準備として意思決定支援の必要性を検討し、必要となった場合の支援体制を整えることが重要です。また、状況の変化に応じて意思決定支援の必要性や内容も変化するため、支援体制も適宜調整していく必要があります。

3-7. 本人が最期までどこで過ごしたいかを知り、支援すること

本人がどこで、どのように暮らしたいと考えているのかを確認することが重要です。専門職の視点から可能かどうかを判断するのではなく、まずは本人の意向を尊重します。改まって尋ねることで分かることもありますが、日常生活の様子から読み取れる意思もあります。また、異なる人が異なる場面で確認すると、別の答えが返ってくることも珍しくありません。これまでのエピソードや現在の意向を踏まえ、別居家族がいる場合には家族の意向も確認し、望む場所での生活の可能性や想定されるリスクを検討します。その上で、別の選択肢も含め、話し合いの場を必要な時点で設定し、本人の意思に基づく支援を進めていきます。

4. 必要な社会資源の利用支援

4-1. 必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること

1-1 のとおり、独居認知症高齢者が自ら地域包括支援センターの窓口で相談する事例は稀です。本人が自分に支援の必要性があると認識していない場合、まず相談支援を主とする地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員が自宅などを訪問することについて、同意を得ることから支援を開始します。

介入のきっかけは、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、主治医からの紹介、近隣住民などさまざまですが、本人に受け入れてもらうまで何度も訪問し、時間をかけて信頼関係を構築していく場合があります。

4-2. 本人の状況に応じた機関や事業所の紹介

本人の状況に応じた機関を紹介するとともに、本人だけでは手続きが難しい場合には、別居の家族や成年後見人とともに進めていきます。介護保険サービスのほか、健康状態が懸念される中で未受診や受診中断の状況がある場合には、かつてのかかりつけ医やかかりつけ歯科医へつなぎます。かかりつけ医がない場合には、必要とされる診療科の病院を紹介します。

また、年金手続き、障害福祉サービス、生活保護、難病など、それぞれの必要に応じた支援へとつなげていきます。

4-3. 受診継続のための体制整備

一度受診できても、継続的な医学管理を維持するために、受診を継続できる体制を整えます。通院の場合、本人が通院日を認識できるよう前日や当日に声かけを行い、受診当日の外出準備、通院の移動の付き添い、院内での付き添い、薬の受け取り、自宅までの移動など、一連の流れを通院予定日に合わせて計画的に支援します。

併せて、日頃の生活状況や心身の状態を把握し、受診時に医師が指導した内容が日常生活に適切に反映されるよう、医療・介護の情報連携を進めます。

4-4. 必要なサービス利用や受診を望まない場合の対応

医療機関への受診や介護サービスの利用が必要だと周囲が認識していても、本人がそのニーズを理解していない場合があります。また、いったん同意しても、受診日やサービス利用日になると忘れてしまい、同意前の状況に戻ってしまうこともあります。

本人がいったん同意した場合でも、その後も電話や対面で他職種の支援者が繰り返し声かけを行うなど、受診やサービス利用を促す工夫が必要です。

どうしても本人が受診やサービス利用を望まない場合は、緊急時を除き、強制することはできません。

5. 孤独と精神的健康

5-1. 本人が頼りにしている人の把握

本人がこれまで頼りにしてきた人、現在頼りにしている人、そして今後も頼りにしたい人を把握します。その人を本当に頼ることができるかどうかは、直接確認できる場合もあれば、そうでない場合もあります。支援の過程でさまざまな出来事が生じる中で、本人と関わるプロセスを通じて慎重に見極めていくことが重要です。

5-2. 本人が関わりを望まない人の把握

支援者にとって、本人を支えてくれる人が多いほど良いと考えがちです。また、家族や親族の中には民法上、扶養義務を負う続柄の人もいます。しかし、認知症の独居高齢者の中には、困難な状況にあってもあえて家族や親族との関係を持たない人がいることも想定されます。

本人が関わりを望まない場合もあり、この点は「2-1. 認知症があり、かつ、一人暮らしをしていることの尊重」や「2-2. 独居になった経緯の確認」と関連する可能性があります。

5-3. 緊急性の把握と対応

本人の病気やケガ、徘徊など、緊急性の高い状況をいち早く発見できる体制が必要です。介護保険や医療保険の利用をはじめ、市町村が実施する緊急通報システム、見守り支援サービス、SOS ネットワーク、民間の有料見守りサービスなどを活用することが想定されます。

近年では、自治体や家族が設置したセンサーやカメラなどによって状況を確認する方法もありますが、倫理的観点からの慎重な対応が求められます。

5-4. 緊急連絡先の確認

本人の体調不良、医療同意、契約行為が必要な場合には、家族または成年後見人による対応が求められます。そのため、支援開始と同時に緊急時の連絡先を確認します。生活保護受給者については、生活保護ケースワーカーと連携し、緊急連絡先を把握します。

緊急時に連絡すべき家族やかかりつけ医などの連絡体制について、本人や家族と事前に確認し、連絡先と連絡方法を共有します。緊急連絡先が見つからない場合には、地域包括支援センターや行政とあらかじめ情報を共有します。また、関係機関から介護支援専門員や専門職に対し、医療同意や契約手続きを依頼された場合でも、本人に代わって手続きを行うことはできません。

5-5. 孤独感の低減

独居で認知症を抱えている場合、人との関わりを持つことや必要な情報にアクセスしにくく、社会的孤立に陥りやすくなります。ケアマネジメントをはじめとする専門職の関与は、必要な情報や支援へアクセスできるよう、情報提供や手続きを共に行ったり、代行するなどの支援を提供することが可能です。

しかし、本人は地域の中で生活しているため、単に支援を受ける立場ではなく、地域の一員として参画しているという実感を持つことが重要です。そのため、認知症と診断される前の家庭や地域における役

割を把握し、現在の生活での実行状況を確認することが求められます。

5-6. 本人の理解者を増やすこと

認知症のある人が近隣に住んでいる場合、住民は失火や漏水、ゴミの適切な処理、病気になった際の対応などについて不安を感じる場合があります。

家族がいる場合には、

- ・家族が担える責任の範囲を明確にする
- ・支援者が関与していることを周囲に示す

これらの取り組みを行うことで、近隣住民や関わる人々が認知症のある人への理解を深め、場合によっては協力してくれる人が出てくることもあります。

本人の周囲に理解者を増やすことは、本人が地域の一員として安心して暮らせる環境の整備につながります。

5-7. 趣味、娯楽、スポーツや文化活動、仕事等への参加支援

独居認知症の人にとって、他者の存在を感じる、会話や活動する機会は、日々の生活の楽しみとなることが研究結果から明らかになっています。一方、ケアマネジメントの実践においては、日常生活の維持に不可欠なサービス利用が優先され、趣味や娯楽などの楽しみの実現支援に対する重要度が低く認識される傾向も示されています。独居認知症の人のニーズとして、他者との交流を介護保険サービスで完結させる場合、本人の望む形でのニーズ充足には至らない可能性があります。この項目では、保険外の社会資源の活用が想定されます。

支援の範囲を制度内に限定してアセスメントを行うのか、本人の望む生活を実現するためのアセスメントと支援を行うのかは、担当者の価値観によって左右される側面があります。

5-8. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

本人の尊厳を尊重した生活を実現するためには、支援内容の個別化が重要です。その過程で、本人の強みを生かせる支援方法を工夫する必要があり、その前提として、まず本人の強みを引き出すための情報収集を行います。

5-9. 必要な場所への移動支援

本人が他者と交流したり活動に参加する際に、移動の問題が障壁となることがあります。活動を共にする仲間による送り迎えや送迎ボランティアの活用など、地域の資源を活用することで、本人が望む活動に参加できるよう支援します。

6. 生活基盤の整備

6-1. 現在の居住環境の整備

日常生活を送るために不可欠な電気・水道・ガスなどのライフラインが、本人の現在の能力に適しているかを随時確認し、適宜見直す必要があります。一方、使い慣れていない設備や機器については、使用方法を覚えることが難しい側面もあるため、工夫を凝らしながら、状況に応じてリスクと安全性のバランスを考慮し判断します。

整理整頓や掃除など、衛生状態を保つための支援は、本人の対応力や希望に応じて介護保険制度や民間の自費サービスを活用することが可能です。すでに物屋敷となっている場合は、本人や別居家族の同意を得た上で、ボランティアや業者に依頼することも検討します。

また、認知機能の低下への配慮や転倒予防、失火リスクの低減なども重要な視点となります。

6-2. 住まいの確保

住宅の老朽化や賃貸住宅の契約更新などにより、現在の住まいに住み続けることが難しくなる場合があります。別居家族がいる場合は、まず家族に相談します。しかし、別居家族がいても対応が難しい場合や、そもそも家族がいない場合には、地域包括支援センターや地域の居住支援協議会などの相談窓口を活用することができます。

6-3. 心身状態に応じた住まいの確保

心身状態の変化により、現在の住居が福祉用具の導入や住宅改修を行っても対応できない場合には、新たな住まいの確保について検討が必要です。それは時に、住み替えや在宅生活の限界を判断することにもつながります。

7. 日常生活の連続性と安全の確保

7-1. 本人の 24 時間の活動状況、ADL/IADL の確認

独居認知症の人の生活状況を把握することは容易ではありませんが、知ろうとしなければ見えてこないものです。本人の 1 日、一週間の生活リズムや、季節による生活行動の変化について、本人の話や他の専門職・関係者の情報、室内の状況や行動の事実を照らし合わせながら類推し、少しずつでも把握していきます。

まだ事例は少ないものの、センサーやカメラ、通電状況の確認によって行動を把握する方法もあります。ただし、本人の尊厳を保持するという倫理的観点から慎重に対応する必要があります。本人の生活実態を把握することで、本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整え、乱れやすい睡眠・覚醒リズムが安定するよう調整していきます。

7-2. 家事・環境整備

一人で過ごす時間が多いため、本人が現在持っている能力を最大限発揮し、快適で安全な生活環境を整えることが求められます。

例えば、物の場所が分かりやすいように、引き出しに収納されているものの名称を貼り出すなどの工夫を行います。また、大切なものの保管場所については、本人や別居家族などと相談し、事前に決めておきます。

7-3. 水分・食事内容の確認

食事の時間、回数、内容や量、食欲などを記録し、体重の増減や BMI 値によって栄養状態を把握するよう努めます。低栄養やフレイル予防の観点も含め、関係者が協力して情報を共有し、適切な支援を行います。

食事の確保には、訪問介護、通所サービス、配食サービスなどが考えられますが、自宅に食物を置いておく場合には、腐敗など食品管理の課題に十分留意する必要があります。

7-4. 身体の清潔保持

「認知症」かつ「独居」であることにより、入浴や整髪、爪切りなどの清潔保持が難しくなることが想定されます。入浴の有無は、皮膚の汚れや頭髪の状態、臭いのほか、自宅に入浴できる場合には浴室の使用状況を確認することで類推します。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣、生活歴、背景、住環境、経済状況によって異なるため、可能な限り本人や家族の特徴や要望を把握し、柔軟に対応します。

本人の健康状態や、長期間爪切りや耳掃除を行っていない場合には、医師や看護師と相談し、安全に実施できるよう配慮します。清潔保持は定期的に行う必要があるため、介護保険サービスなどの定期利用を通じて衛生状態の確保を図ります。

7-5. 清潔・安全で季節に応じた衣服や靴を身に着けること

服は、清潔で季節に適したものであることに加え、本人の心身の状態や好みに合ったものであることが重要です。心身の状態に合わせた衣服の選択には、例えば、歩行状況に応じたズボン裾の長さの調整、排泄時に脱ぎ着しやすい服、コンロ使用時に袖が燃え移らないデザイン、パーキンソン症状がある場合は踵が高めの靴等さまざまです。

認知症の進行により、他者が衣服の購入や選択を代行することが増えることで、久しぶりに会った家族や以前から本人を知る人が「本人らしさを失った」と感じる場合があります。こうしたことを完璧に管理することは難しいですが、たんすの中の衣服を見ることで、本人が好んでいた衣服のタイプを知ることができません。衣服には本人らしさが表れるため、この点も考慮しながらアセスメントを行い、関係者間で情報を共有します。こうした支援は独居認知症の人の本人支援だけでなく、家族への情緒的支援にもつながります。

7-6. 排泄状況の確認と自己排泄継続の支援

独居認知症高齢者の排泄状況、特に排便の確認は容易ではありません。しかし、排泄は健康維持において重要な機能であり、その自立を保つことは本人の自尊心にもつながります。何が排泄の障害となっているのかを見極め、それを取り除く支援を検討します。また、排泄の間隔を把握することで、必要な支援や使用する排泄用具を工夫し、失敗を減らすよう努めます。医療や介護をはじめ、福祉用具専門相談員等と連携を図ります。独居認知症高齢者の在宅限界点を検討する要因は複数ありますが、その一つに排泄が挙げられます。

7-7. 口腔清潔・口腔機能を保つこと

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整えます。口腔内を確認することが難しい場合や、確認できても何が異常か判断でき兼ねる場合には歯科医師や歯科衛生士の評価を受ける体制を整備します。

また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整えます。

7-8. 医師の指示に基づく適切な服薬

併発疾患の再発防止あるいは重度化防止には医師の指示に基づくきせつな服薬が欠かせません。そのことを可能な限り本人が理解できるように支援します。独居認知症高齢者の場合には、誰かと一緒にいる時間帯に服薬する体制を整えることで、確実な服薬に繋がります。かかりつけ医に在宅での生活状況を伝え、服薬タイミングや回数を調整してもらえるよう相談し、併せて介護保険サービス等の対応時間を調整します。残薬、落薬、誤飲等がないか、環境整備等のタイミングでわかる範囲で確認したり、薬の内容や心身状態によっては訪問看護等に服薬指導を依頼するなど、状況に応じて対応します。

7-9. 医師の指導を取り入れた日常生活

かかりつけ医やかかりつけ歯科医などからの指導内容を、医療・介護の連携によって情報共有し、それをもとにケアプランへ反映します。また、必要なサービスや担当者に情報を共有することで、医師の指導を取り入れた日常生活を実現し、本人のセルフケアを促進します。

7-10. 体調変化の把握と医療との連携

独居認知症高齢者の場合、体調不良があっても自ら発信することが難しく、また周囲に気づく人がいないため、発見が遅れる可能性があります。

疾患ごとに再発時の症状を関係者間で共有し、できるだけ早く適切な対応ができるよう準備します。例えば、ケアプランの1表に記載したり、本人の自宅に症状の一覧を掲示するなどの工夫を行います。

7-11. 年末年始や祝日など、公的サービスの確保が難しい時期の生活継続

独居認知症高齢者の多くは、介護保険サービス、医療保険サービス、自治体独自のサービスなど、公的・民間サービスを組み合わせて生活しています。しかし、年末年始や祝日、大型連休などには通常のサービス提供が制限されることがあり、とりわけ近年の人材不足により、休暇期間中のサービス確保が課題となっています。優先度の高いサービスについては、早めに担当者に相談したり、該当期間にはショートステイを利用するなど、日常生活と安全を確保できるよう計画的に準備を進めておくことが重要です。

一方、普段は独居であっても、年末年始などに家族が本人宅を訪れる場合があります。普段接する機会の少ない家族との交流は良い影響をもたらすこともありますが、家族が本人の現在の認知機能や生活遂行能力を十分に理解しておらず、混乱する場合があります。

特に医療処置を伴う場合には、必要に応じて事前に医師や看護師などから説明や指導を受ける機会を確保することが望ましいです。

7-12. 多様な生活ニーズの充足

個別の日常生活のニーズは多様であり、保険サービスでは対応できない場合には、民間サービスの利用が想定されます。しかし、独居で認知症のある人が、そのサービスの信頼性を判断し、適切な選択をすることは困難を伴います。

厚生労働省は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる民間サービスの紹介を法定外業務として区分しています。対応範囲は地域や居宅介護支援事業所の判断によりますが、民間サービスのガイドラインや認証制度が設けられ、認可する団体も設立されています。認可基準は、介護保険サービスの指定基準に類似しており、どのようにサービスを探すか、どこが信頼できるかなどの不安を軽減する役割を担っています。

一方、民間サービスの利用開始後の経過を評価する第三者機関は存在していません。そのため、公的領域のケアマネジメントがどのように関与するかは、今後整理すべき重要な課題となっています。

8. 権利擁護

権利擁護支援とは、判断能力の低下などにより権利侵害が生じやすい状況にある人の権利を守るための支援です。「認知症」かつ「独居」という状況は、権利侵害のリスクがより高まります。

「3. 意思決定支援」で既に意思決定支援について触れましたので、ここでは虐待、財産管理、消費者被害について説明します。

8-1. 高齢者虐待の防止

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（平成 17 年法律第 124 号、以下「高齢者虐待防止法」）で定義される虐待には、以下の項目が含まれます。

表. 養護者による高齢者虐待

i 身体的虐待	身体に外相が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること。
ii 介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
iii 心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
iv 性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
v 経済的虐待	養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

表. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

i 身体的虐待	身体に外相が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること。
ii 介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
iii 心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
iv 性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
v 経済的虐待	高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

厚生労働省. 高齢者虐待防止の基本. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/1.pdf>

8-2. 権利擁護とケアマネジメントにおけるサービス品質の管理

ケアマネジメントには、対象者の権利擁護とともに、サービスの品質管理を行う視点が求められます。養護者による虐待の確認に加え、養介護施設従事者などによる虐待の疑いも併せて確認する必要があります。

独居認知症高齢者の場合、同居家族がいないため家族からの虐待の可能性が低いと考えられがちですが、必ずしも否定できるわけではありません。例えば、別居家族が金銭管理を行っている場合、どこから虐待に該当するのか判断が難しいケースもあります。

また、本人が金銭や財産管理を行っている場合、特殊詐欺や消費者被害に遭っても発覚しづらい状況にあります。そのため、違和感のある行動や状況を見逃さないよう注意深く観察することが重要です。こうした場合には、成年後見制度の利用を視野に入れ、本人や家族の権利が適切に保護されるよう、意思決定支援チームの構成を検討します。

8-3. 虐待発見時の通報義務

高齢者虐待の発見に関する通報義務は、以下のように定められています。

- 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合
➢ その高齢者の生命や身体に重大な危険が生じている場合、速やかに市町村（地域包括支援センター）へ通報しなければなりません。
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者
➢ 速やかに市町村（地域）へ通報するよう努めることが求められます。

【コラム】セルフネグレクト

セルフ・ネグレクトとは、介護・医療サービスの利用を拒否することで社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持が困難になる状態を指します。この状態は高齢者虐待防止法の対象外ですが、「支援してほしい」「困っていない」などの理由で、他者の関与や支援を受け入れないケースが多く、支援には困難が伴います。

セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の中には、認知症や精神疾患・障害、アルコール関連の問題を抱える人がいるとされています。特に認知症かつ独居の場合、社会的孤立が進みやすく、併存疾患の影響もあり、生命・身体に重大な危険が生じる恐れや、孤立死のリスクが高まる可能性があります。

このような状況に対応するため、高齢者の見守りネットワークや地域ケア会議を活用し、セルフ・ネグレクト状態にある独居認知症高齢者を支援できるよう、地域包括支援センターや市町村の高齢福祉部に相談します。さらに、これらの窓口を通じ、必要に応じて高齢者虐待に準じた対応が行えるよう、関係機関と連携した支援体制を構築することが求められます。

8-4. 日常生活自立支援事業

日常生活自立支援事業とは、都道府県・指定都市社会福祉協議会（窓口業務は市町村の社会福祉協議会などで実施）が運営する事業です。対象者は、次のいずれにも該当する方です。

- 判断能力が不十分な方
（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで、日常生活を営むために必要なサービスの利用に際し、情報の入手・理解・判断・意思表示を適切に行うことが困難な方）
- 本事業の契約内容について判断できる能力を有していると認められる方

独居認知症高齢者の場合、後者の条件を満たすことが難しい場合があります。また、仮に利用していたとしても、認知機能の低下によって成年後見制度への移行が必要となる可能性があるため、適切なタイミングを見極めることが求められます。

8-5. 成年後見制度

成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などにより十分な判断能力を持たない人（本人）について、本人の権利を守る後見人などを選定し、法律的に支援する制度です。

成年後見制度には、次の種類があります。

表.成年後見制度

区分	対象となる方	本人の権利を守る人	
補助	判断能力が不十分な方	補助人	監督人を選任することがある
保佐	判断能力が著しく不十分な方	保佐人	
後見	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	成年後見人	
任意後見	本人の判断能力が不十分になったときに、本人があらかじめ結んでおいた任意後見契約にしたがって任意後見人が本人を援助する制度である。家庭裁判所が任意後見監督人を選任したときから、その契約の効力が生じる。		

出典：裁判所。 https://www.courts.go.jp/saiban/qa/qa_kazi/index.html#qa_kazi53

成年後見制度は「法定後見」と「任意後見」の2種類があります。法定後見には、本人の判断能力の低下具合等を考慮し、さらに後見・保佐・補助の3つの類型に分かれます。家庭裁判所は、それぞれ「成年後見人」「保佐人」「補助人」（以下、「成年後見人等」）を選任し、本人を法律的に保護し支援します。

一方で任意後見は、自分の判断能力が衰えてきた時に備えて、本人があらかじめ後見人を選んで、その後見人をお願いする仕事内容を決めておくことのできる制度です。

独居認知症高齢者の人の判断能力が低下して困っている状況であっても、成年後見制度が即

時利用できるわけではありません。申請手続きには、家庭裁判所への申し立てと多くの書類の準備が必要となります。申立書作成や必要書類を準備する時間と費用がかかります。弁護士等の専門家に依頼することもあります。身よりのない独居認知症高齢者の場合には市長申し立てとして申請する場合があります。これらについても地域包括支援センターや市町村の高齢福祉に係る窓口にご相談することです。一旦、後見制度が始まると、ほとんどのケースでは、本人が死亡するまで続きます。本人や親族の都合のみでは制度利用を止めることはできませんので、申請にあたって家族がいる場合には十分に相談のうえ行う必要があります。

8-6. 特殊詐欺被害

警察庁によれば、特殊詐欺とは「犯人が電話やハガキ（封書）等で親族や公共機関の職員等を名乗って被害者を信じ込ませ、現金やキャッシュカードをだまし取ったり、医療費の還付金が受け取れるなどと言って ATM を操作させ、犯人の口座に送金させる犯罪（現金等を脅し取る恐喝や隙を見てキャッシュカード等をすり替えて盗み取る詐欺盗（窃盗）を含む。）のこと」定義され、特殊詐欺は、10 種類に分類されています。こうした詐欺にあった場合には速やかに警察に連絡してください。

- ① オレオレ詐欺 ② 預貯金詐欺 ③ 架空料金請求詐欺 ④ 還付金詐欺
- ⑤ 融資保証金詐欺 ⑥ 金融商品詐欺 ⑦ ギャンブル詐欺 ⑧ 交際あっせん詐欺
- ⑨ 上記に該当しないその他の特殊詐欺 ⑩ キャッシュカード詐欺盗（窃盗）

出典：警察庁. 特殊詐欺とは <https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/kurashi/tokushu/furikome/furikome.html>

8-7. 消費者被害

不本意な契約締結した場合には、消費者生活センターなどへの消費生活相談窓口へ相談できます。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法律に特定商取引法があります。具体的には、訪問販売や通信販売等の消費者トラブルを生じやすい取引類型を対象に、事業者が守るべきルールと、クーリング・オフ等の消費者を守るルール等を定めている法律です。

訪問販売、電話勧誘販売、訪問購入その他の方法があり、独居認知症高齢者は自宅にいることや、社会的に孤立し他者との会話も少なくなるため、悪質な訪問販売が訪問して話し相手になってくれるといったところから被害に遭うケースがあります。

次のような対応方法がありますが、訪問販売などによるクーリングオフ期間は、訪問販売・電話勧誘販売・特定継続的役務提供・訪問購入においては 8 日以内ですので、発見から対応まで迅速

な対応が求められます。何よりも、独居認知症の人をこうした被害から守るためには社会的孤立の解消や、生活支援のネットワークをつくることが重要です。

表. 特定商取引法の概要.民事ルール.

クーリング・オフ
特定商取引法は、「クーリング・オフ」を認めています。クーリング・オフとは、契約の申込み又は締結の後に、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です。(※) 訪問販売・電話勧誘販売・特定継続的役務提供・訪問購入においては8日以内、連鎖販売取引・業務提供誘引販売取引においては20日以内。通信販売には、クーリング・オフに関する規定はありません。
意思表示の取消し
特定商取引法は、事業者が不実告知や故意の不告知等を行った結果、消費者が誤認し、契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときには、消費者が、その意思表示を取り消すことができる旨を規定しています。
損害賠償等の額の制限
特定商取引法は、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を設定しています。

出典：消費者庁.特定商取引法の概要.民事ルール.<https://www.no-trouble.caa.go.jp/what/>

9.別居家族（別居介護者）への支援

9-1.別居家族の意向の確認

厚生労働省は介護支援専門員が行う課題分析において、家族を最初から「介護者」として捉えなくなりました。つまり、家族であっても「介護者」となるかは家族の意向によります。家族は日常生活や意思決定に関わる者として、本人の介護への参加の意思確認を行ったうえで、具体的にどのような関わりが可能であるかを確認することとなりました。つまり、ここでいう別居家族の意向とは、本人の介護への参加の意向、本人の今後の生活に対する家族としての意向という複数の意味を持ちます。したがって本稿では「別居家族」と表記します。

9-2. 独居認知症高齢者の家族としての役割

9-1 では、家族の本人への介護参加の意向を確認することにしましたが、一方で医療同意や認知機能が低下した本人のサービス利用契約に関しては、成年後見制度が申請されていない場合、家族がサポート役を担います。独居認知症高齢者の近隣住民は、一人暮らしが本当に安全かどうか不安を抱くことがあります。こうした心理を考慮すると、別居していても本人を支援する家族の存在が見えることで近隣住民の安心感が高まります。また、近隣住民への協力の挨拶やお願いごと、さらに万一本人と近隣住民との間でトラブルが発生した場合の対応についても、介入初期の段階で家族が担うべき役割を確認しておく必要があります。この点についての説明は、地域包括支援センターや介護支援専門員が行います。十分に説明がなされなければ、近隣住民は「誰かが対応してくれる」といった誤った期待を抱くおそれがあります。

9-3. 家族アセスメントに基づく支援

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所で使用するアセスメントは、要介護者である独居認知症高齢者を対象としたものです。別居家族の構成、関係、生活状況、社会的役割、他の家族成員の育児や介護の有無、就労の有無などは、今後の本人支援を行う上で必要かつ重要な情報となります。

9-4. 家族間の意向の相違をすり合わせる側面的支援

家族は、これまでの関係の中で暗黙のルールに基づいて物事を進めることが多く、他人とは異なり、敢えて言葉にしなくても理解し合える部分があります。しかし、介護という新たな家族の課題に直面すると、気持ちや状況を言葉にしなければ理解し合えない場面が出てきます。それぞれの意向や意見の相違を調整するため、相談援助の専門職が立ち会うことで、専門的な情報を得ながらより冷静に話し合うことができる可能性が高まります。

9-5. 別居家族の支援方法

家族に対する社会的支援の基本には、評価的サポート（ねぎらうこと）、情緒的サポート（困りごとや心配ごとの相談に応じること）、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（サービス利用や制度の利用を支援すること）があります。

地域包括支援センターや介護支援専門員が面談を通じてこれらの支援を行うことができますが、臨床心理士による心理相談や、家族会などのピア活動も重要な役割を担います。ケアマネジメントの実践においては、意図的な家族支援として、家族が社会的支援につながるよう促すことが求められます。

認知症への理解を深めることや、遠方に住んでいることで情報を得られず不安を抱いている家族への支援も大切です。一方で、介護への関与を拒む家族もいます。家族が積み重ねてきた時間と出来事のうち、現在の関係が構築されていることを理解しつつ、独居認知症高齢者には家族にしかできない判断や支援があることも伝え、そのうえで家族の総合的な判断を尊重する場面もあります。

10. 在宅の限界点の検討

10-1. 尊厳ある生活の検討

本人が在宅生活を望んでいたとしても、独居で認知症の重度となると、日常生活のほとんどに介護が必要となります。自費サービスや別居家族・知人による手厚いサポートを受けながら 24 時間の生活を維持できれば、在宅生活を続けることは可能ですが、多くの場合、在宅の限界点について検討しなければならない時期を迎えます。

その際、過去に本人が表明した意向や（3-7. 本人が最期までどこで過ごしたいかを知り、支援すること）、これまでの生活に関するエピソードを踏まえ、現状や今後生じ得るリスク、経済状況などのバランスを考慮し、別居家族の意向も確認したうえで共同意思決定支援を行います。

在宅の限界点には一律の基準があるわけではなく、本人にとって何が尊厳ある生活なのかを個別に考慮することが重要です。そのため、これまでのケアマネジメントの経過を振り返りながら、慎重に検討を進めることが求められます。

10-2. その人らしく笑顔になる引継ぎ

施設などへの入居が決定した場合、本人がこれまで大切にしてきた生活習慣や、「3-5. 日常生活における嗜好、快・不快の把握と共有」に基づく情報を引き継ぎます。季節ごとの飲み物や食べ物の好み、好きな服や色、名前の呼ばれ方（姓か名かなど）、笑顔が出る言葉、大切にしている人の名前やエピソードなどを共有することで、環境が変わっても本人らしい生活を可能な限り維持できるようにします。

この引継ぎの目的は、生活の場や関わる人が変わっても、本人が培ってきた習慣を尊重し、心が穏やかになるような声かけや対応を、新たな担当者が実践できるようにすることです。

認知症が進行し、本人の言葉の発話や理解が難しくなっていたとしても、本人が何もわからなくなったわけではありません。本人の心に響く固有の言葉、音楽、エピソードなどを伝えることで、笑顔を引き出すことができる可能性があります。

11. 独居認知症高齢者のケアマネジメント

介護保険制度に基づくケアマネジメントは、制度の枠を越えた包括的な支援を行うことには限界があるかもしれません。しかし、チームケアによって個人の生活に深く寄り添い、長期間にわたって支援を続けることができる強みがあります。支援を通じて得られた本人の情報を適切に引き継ぐことができるのも、ケアマネジメントの重要な役割のひとつです。

本ガイドは地域包括支援センターの職員と、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が行うケアマネジメントを想定したのですが、独居認知症高齢者のケアマネジメントは、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医等との総合ケアマネジメントにより成立します。その位置づけを理解した実践が、独居認知症高齢者の地域生活をよりよく支援することに繋がります。

文献一覧

- 1) 石山麗子,鈴木善雄: 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.厚生労働科学研究費補助金 認知症政策研究事業 令和4年度総括・分担研究報告書,41-45(2022)
- 2) 川越雅弘 et al.一人暮らし在宅高齢者の2年後の転帰.在宅継続率およびケアの場の移行状況.老年精神医学雑誌,33(3):218-223(2022)
- 3) 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コース.老年精神医学雑誌.33(3):230-234(2022)
- 4) Iwasaki.M,et al.National Status and body composition in cognitively impaired older persons living alone:The Takashimadaira study.PLoS One,16(11)2021 Nov23:e0260412.
- 5) 大森七,石山麗子,酒井恵美子.居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施する口腔アセスメントのための情報収集の実態.日本自立支援介護・パワーリハ学会誌.17(1):38-45(2023)
- 6) 粟田主一.一人暮らし,認知症,社会的孤立.老年精神医学雑誌.31(5):451-459(2020)
- 7) 堀田聡子.独居認知症高齢者等の日々の楽しみ・喜びの探索—インタビューの二次分析から.厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)総括・分担研究報告書,73-80(2023)
- 8) 石山麗子.独居認知症高齢者等へのケアマネジメントに関する研究 地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員における 独居認知症高齢者の支援の実態と重要性の意識に関する研究.厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)総括・分担研究報告書,49-60(2023)
- 9) 涌井智子.地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究.厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)総括・分担研究報告書,61-68(2023)
- 10) 稲垣宏樹.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)総括・分担研究報告書,45-68(2021)
- 11) 酒井恵美子,小平めぐみ:要支援・要介護高齢者の経済的被害とケアマネジャーの支援に関する研究 居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの質的調査から.自立支援介護・パワーリハ学,14(1):20-29(2020)
- 12) 警察庁生活安全局人身安全・少年課.令和5年における行方不明者の状況.認知症に係る行方不明者の状況;6(2024)
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/R05yukuefumeisha.pdf>

Ⅱ. 独居認知症高齢者のケアマネジメント実践での参照文献

- ・粟田主一.認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは?一人暮らしが可能な環境をつくるために.ワールドプランニング;東京(2023)
- ・日本総合研究所.適切なケアマネジメント手法.概要版 項目一覧【基本ケア】及び【疾患別ケア 認知症】