

## 自治体向けガイド

独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして

令和4年度～令和6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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」

## はじめに

超少子高齢化の進展によって、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数は着実に増加しています。独居の認知症高齢者では、生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから、しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり、社会的孤立の傾向が強まることが少なくありません。また、近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して、私たちは、平時の社会的孤立が緊急時において増幅され、社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験しています。

こうしたことから、令和元（2019）年度～令和3（2021）年度の厚生労働科学研究「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」において、この領域の現時点での知識ベースを「エビデンスブック 2021」としてまとめるとともに、それを基礎にして自治体向け手引き「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めざして」を作成しました。

しかし、その作成プロセスの中で、国内外を通じてこの領域の研究が極めて未開拓の段階にあることが明らかになりました。そこで、令和4（2022）年度～令和6（2024）年度の厚生労働科学研究「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、独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に関するさまざまな研究を国内において実施するとともに、「エビデンスブック 2021」の改訂版として「エビデンスブック 2024」を作成しました。本書はこれに基づいて作成された自治体向け手引きの改訂版「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」です。

2024年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」は、認知症だけではなく、軽度の認知機能障害（MCI等）を含めた認知機能低下高齢者等が、尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせるように認知症政策を総合的に進めること、それによって共生社会の実現を推進することを目的としています。すでにこれまでの私たちの研究からも、一人暮らしの高齢者では、MCIの段階で精神的・身体的・社会的な生活課題が現れることを明らかにしています。そこで、改訂版の手引きでは、MCIまたは認知症のある高齢者を「認知機能低下高齢者」と呼び、認知機能の低下を経験するすべての高齢者が尊厳をもって、かつ安全・安心に暮らすことができる環境づくりめざすことにいたしました。本手引きが、高齢者支援に関わる多領域の人々に広く活用され、一人暮らしの認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に寄与することを願っています。

令和6年度厚生労働科学研究  
「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」  
研究代表者 栗田 圭一

## 目 次

### 序章 本書の目的と構成

#### 第1章 独居の認知機能低下高齢者数の将来推計と在宅継続率

- 1.1. わが国の独居高齢者数の将来推計
- 1.2. わが国の独居の認知機能低下高齢者数の将来推計
- 1.3. 独居の認知症高齢者の在宅継続率

#### 第2章 独居の認知機能低下高齢者が直面している生活課題とその対応

- 2.1. 身体的健康問題
- 2.2. 孤独と精神的健康問題
- 2.3. 口腔機能低下
- 2.4. 低栄養
- 2.5. 行方不明
- 2.6. 経済的困窮と住まいの喪失
- 2.7. 社会的孤立

#### 第3章 意思決定支援と権利擁護に関する課題と対応

- 3.1. 意思決定支援に関する課題とその対応
- 3.2. 成年後見制度の利用に関する課題とその対応
- 3.3. 成年後見制度に関する市町村の取組
- 3.4. 消費者被害の実態とその対応

#### コラム：独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割

#### 第4章 地域環境や居住環境に応じた課題と対応

- 4.1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
- 4.2. マンションに暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
- 4.3. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
- 4.4. 離島に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

#### 第5章 別居家族が直面している課題とその対応

- 5.1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題
- 5.2. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題への対応

#### 第6章 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題と対応

- 6.1. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題
- 6.2. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題への対応

#### 第7章 在宅生活の中断と施設ケアへの移行

- 7.1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因
- 7.2. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進する支援
- 7.3. 独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきこと

#### 第8章 社会的支援のコーディネーション

- 8.1. 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
- 8.2. 意思決定支援の基本原則、留意点、プロセス
- 8.3. コーディネーションの基本プロセス
  - 8.3.1. 信頼関係の形成
  - 8.3.2. 総合的アセスメント
  - 8.3.3. 情報の共有
  - 8.3.4. 課題解決に向けた多職種協働
  - 8.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整

## 第9章 社会的支援ニーズの把握とその対応

- 9.1. 医療支援ニーズ
  - 9.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価
  - 9.1.2. 身体的健康問題の医学的評価
  - 9.1.3. 継続医療の確保
- 9.2. 居住支援ニーズ
  - 9.2.1. 現在の居住環境の整備
  - 9.2.2. 新たな住まいの確保
- 9.3. 経済支援ニーズ
- 9.4. 生活支援ニーズ
  - 9.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援
  - 9.4.2. 参加・交流に関する生活支援
  - 9.4.3. 受療に関する生活支援
  - 9.4.4. 服薬管理に関する生活支援
  - 9.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援
  - 9.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
  - 9.4.7. 移動に関する生活支援
- 9.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
- 9.6. 権利擁護支援ニーズ
  - 9.6.1. 日常生活自立支援事業
  - 9.6.2. 成年後見制度
  - 9.6.3. 虐待への対応
  - 9.6.4. 消費者被害への対応
- 9.7. 別居家族の支援ニーズ
  - 9.7.1. 別居家族への一般的な支援
  - 9.7.2. 別居家族への特別な支援
  - 9.7.3. 別居家族が仕事をしている場合の支援

## 第10章 コーディネーションに関係するさまざまな社会資源

- 10.1. 認知症疾患医療センター

- 10.2. かかりつけ医
- 10.3. 認知症サポート医
- 10.4. 地域包括支援センター
- 10.5. 認知症初期集中支援チーム
- 10.6. 介護支援専門員
- 10.7. 介護保険サービス
- 10.8. その他のサービス
  - 10.8.1. 高齢者の見守りサービス
  - 10.8.2. 地域たすけあいネットワーク
  - 10.8.3. SOS ネットワーク
  - 10.8.4. GPS 探索サービス
  - 10.8.5. 配食サービス
  - 10.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付

## 第11章 社会的支援のアクセシビリティを高める地域づくりーネットワーク

- 11.1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点
  - 11.1.1. 高島平ココからステーション
  - 11.1.2. 暮らしの保健室
  - 11.1.3. ふるさとの会
- 11.2. 金融ジェロントロジー
- 11.3. IT技術の活用
- 11.4. 災害時の備え
- 11.5. 地域資源の把握とネットワーク化

## 終章 共生社会の実現と新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして

厚生労働科学研究班メンバー一覧

## 序章 本書の目的と構成

本書は、自治体や、さまざまな専門職や関係機関、地域に暮らす人々が、一人暮らしの認知機能低下高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりを進めるためのヒントが得られるようにすることを目的に作成しています。

全体は12の章で構成されています。第1章～第7章では独居の認知機能低下高齢者または認知症高齢者の実態や課題、課題解決に向けたこれまでの対応を、既存の統計資料や科学的な調査研究のエビデンス等に基づいて解説しています。第8章～第10章では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という観点から「個別支援」の方法について解説し、第11章では、そのような「個別支援」を可能にしていくための「地域づくり」をネットワーキングという観点から解説しています。また、終章では、「共生社会の実現を推進するための新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして」というタイトルで今後の自治体政策の全般的な方向性について言及しました。

独居認知症高齢者等が、地域生活の継続が困難な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ために確保されにくくなっていること、そのために、尊厳ある暮らしを継続するために必要な社会的支援につなげられないというアンメット・ニーズが発生しているためと考えることもできます。これは独居認知症高齢者の「市民としての権利」が確保されていない状況とも言えます。この問題を解決するために、「権利ベースのアプローチ」という観点からの政策づくりや実践的活動が不可欠です。

本手引きでは、第8章以降に、社会的支援のコーディネーションとネットワーキングという観点から、「個別支援」と「地域づくり」の実践的な取り組みについて解説しています。時間があまりないときには、はじめに第8章以降を読み、時間のあるときに他の章を読み進めていただくのがよろしいかと思えます。

## 第1章 独居認知症高齢者数の将来推計と在宅継続率

### 1.1. わが国の独居高齢者数の将来推計

わが国の65歳以上の独居高齢者数は、2025年の段階で816万人（男291万人、女525万人）ですが、2040年には1,041万人（男418万人、女623万人）に増加し、その増加率は1.3倍（男1.4倍、女1.2倍）で、65歳以上高齢者の4人に1人が独居高齢者になるものと推計されています。特に85歳以上の独居高齢者数の増加が顕著であり、その数は2025年の段階で187万人（男40万人、女148万人）ですが、2040年には289万人（男72万人、女217万人）となり、その増加率は1.5倍（男1.8倍、女1.5倍）、85歳以上高齢者の約3割が独居高齢者ということになります<sup>1)</sup>。

#### 文献

- 1) 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）（令和6年推計）。  
<https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>

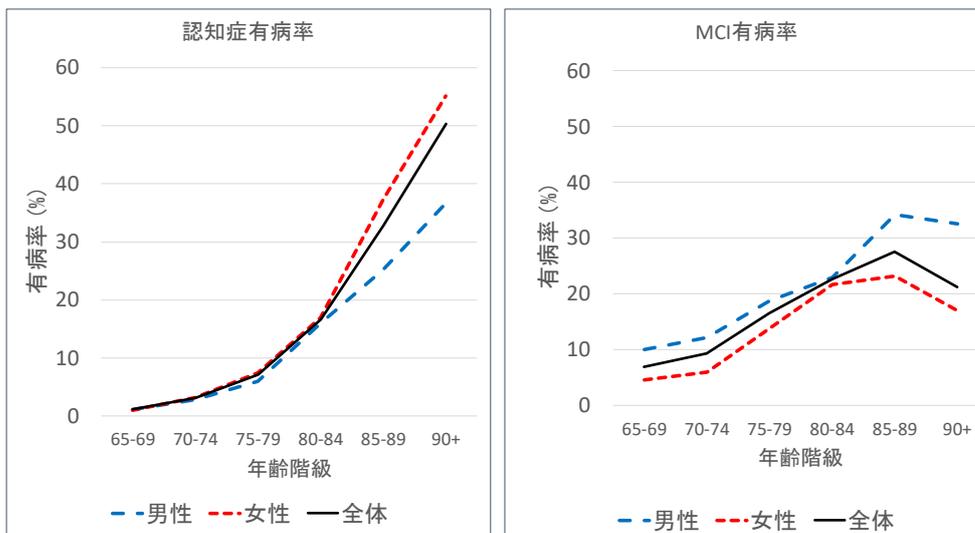
### 1.2. わが国の独居の認知機能低下高齢者数の将来推計

2023年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）<sup>1)</sup>によれば、2022年のわが国の認知症及び軽度認知障害(MCI)の性・年齢階級別有病率は表1及び図1の通りです。この数値が今後も一定であり、かつ、この数値が世帯類型によらず一定であると仮定して、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）」（令和6年推計）<sup>2)</sup>による性・年齢階級別独居高齢者数と掛け合わせてわが国の独居認知症高齢者数、独居MCI高齢者数、独居認知機能低下（認知症またはMCI）高齢者数を性・年齢階級別に算出すると表2～4及び図2～図4のようになります。すなわち、わが国の独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人、女96万人）ですが、2040年には168万人（男38万人、女130万人）に増加します。また、独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人（男75万人、女175万人）ですが、2040年には330万人（男110万人、女220万人）に増加します。図2及び図4からわかるように、80歳を超えると男女差が顕著であり、2040年に向けては85歳以上（特に90歳以上）の女性の独居認知症高齢者が急増する様子が見て取れます。

#### 文献

- 1) 国立大学法人九州大学：令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）。  
<https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186>
- 2) 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）（令和6年推計）。

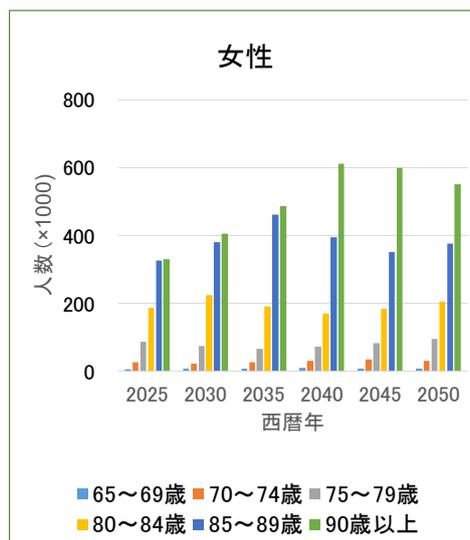
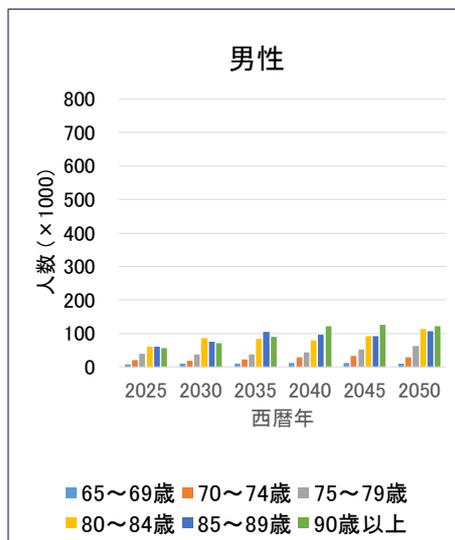
	認知症		MCI	
	男	女	男	女
65～69歳	1.1	1.0	10.0	4.6
70～74歳	2.8	3.1	12.1	5.9
75～79歳	6.0	7.4	18.7	13.8
80～84歳	15.9	16.9	22.9	21.7
85～89歳	25.2	37.2	34.2	23.2
90歳以上	36.6	55.1	32.5	17.0



二宮利治：認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究．令和5年度老人保健健康増進等事業報告書より作成

図 1. わが国の認知症及び MCI の有病率

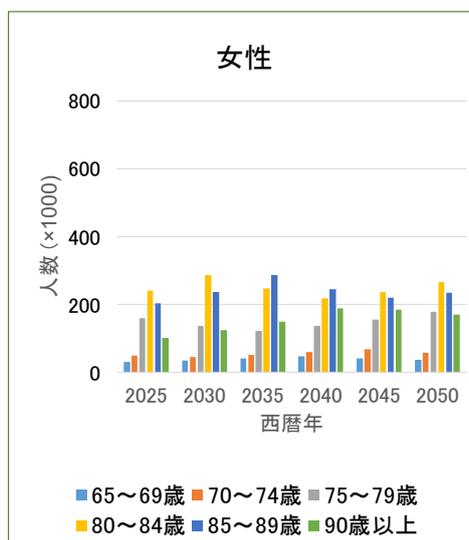
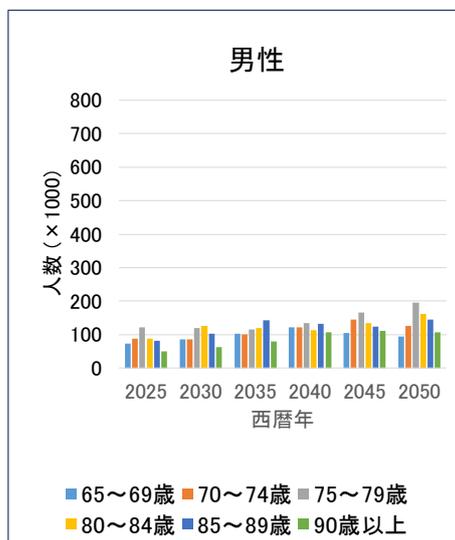
西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	8	9	11	13	12	10
	70～74歳	21	20	23	28	34	29
	75～79歳	39	39	37	43	53	63
	80～84歳	61	87	83	79	93	113
	85～89歳	61	76	105	97	92	107
	90歳以上	56	72	89	122	125	122
	計	246	303	349	384	409	444
女	65～69歳	7	8	9	11	9	8
	70～74歳	26	24	27	31	36	31
	75～79歳	86	74	66	73	84	95
	80～84歳	188	224	192	170	184	207
	85～89歳	326	380	460	395	352	376
	90歳以上	330	406	487	612	598	552
	計	963	1,115	1,242	1,292	1,262	1,269
総計	1,209	1,418	1,591	1,676	1,671	1,713	



性・年齢階級別認知症有病率(二宮ら)と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口(令和6年推計)をかけ合わせて算出

図2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

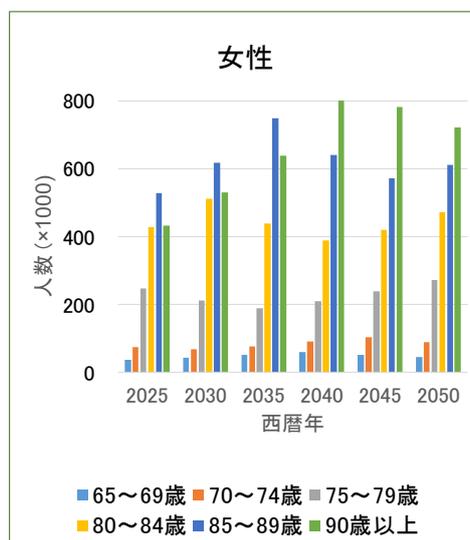
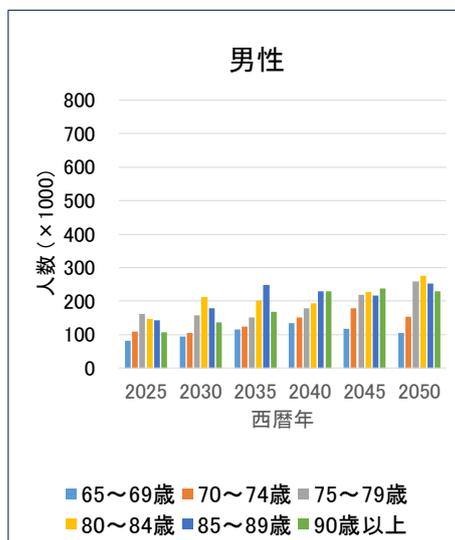
西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	73	86	104	122	105	95
	70～74歳	89	86	101	123	145	126
	75～79歳	123	120	115	135	165	196
	80～84歳	87	125	120	114	134	163
	85～89歳	83	103	143	132	125	145
	90歳以上	50	64	79	108	111	108
	計	506	584	661	735	786	833
女	65～69歳	30	36	42	49	42	38
	70～74歳	49	45	51	60	68	59
	75～79歳	161	138	123	136	156	178
	80～84歳	241	288	246	219	237	265
	85～89歳	203	237	287	246	219	235
	90歳以上	102	125	150	189	184	170
	計	787	868	900	898	907	944
総計		1,292	1,452	1,562	1,633	1,693	1,777



性・年齢階級別MCI有病率(二宮ら)と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口(令和6年推計)をかけ合わせて算出

図3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	82	95	115	136	117	106
	70～74歳	110	105	124	151	179	155
	75～79歳	162	159	152	179	219	259
	80～84歳	148	212	203	193	227	276
	85～89歳	144	179	248	229	217	252
	90歳以上	107	136	169	230	237	230
	計	752	886	1,011	1,118	1,195	1,277
女	65～69歳	37	43	51	59	51	46
	70～74歳	75	68	78	91	104	90
	75～79歳	247	212	189	210	240	273
	80～84歳	429	512	438	389	421	472
	85～89歳	529	617	748	641	571	611
	90歳以上	432	531	637	801	782	722
	計	1,749	1,983	2,142	2,190	2,169	2,213
総計		2,501	2,870	3,153	3,308	3,364	3,490



性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図 4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

### 1.3. 独居の認知症高齢者の在宅継続率

認知症であることが在宅から施設への移行を促進する要因であることは、すでに国内外の数多くの研究<sup>1-7)</sup>で明らかにされています。川越ら<sup>7)</sup>は令和3年度厚生労働科学研究において特定自治体の介護保険データベースを用いた2年間の前向きのコホート調査を実施し、①認知症高齢者は非認知症高齢者より在宅継続率が有意に低いこと、②独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いことを明らかにしています。

#### 文献

- 1) Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, et al.: Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7: 13, 2007.
- 2) Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, et al.: Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (3): 434-439, 2004.
- 3) Williams N, Phillips NA, Wittich W, et al.: Hearing and cognitive impairments increase the risk of long-term care admissions. *Innov Aging*. 2020 Jan 1;4(2):igz053.
- 4) Tate K, Bailey S, Deschenes S, Grabusic C, Cummings GG: Factors Influencing Older Persons' Transitions to Facility-Based Care Settings: A Scoping Review. *Gerontologist*. 2023 Aug 24;63(7):1211-1227. doi: 10.1093/geront/gnac091.
- 5) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗: 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書. 医療経済研究機構 2012.
- 6) 石附 敬, 和気純子, 遠藤英俊: 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因, *老年社会科学* 31(3); 359-365, 2009.
- 7) 川越雅弘, 南 拓磨: 在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異. 令和3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) 総括・分担研究報告書. 26頁-31頁, 2021年3月.

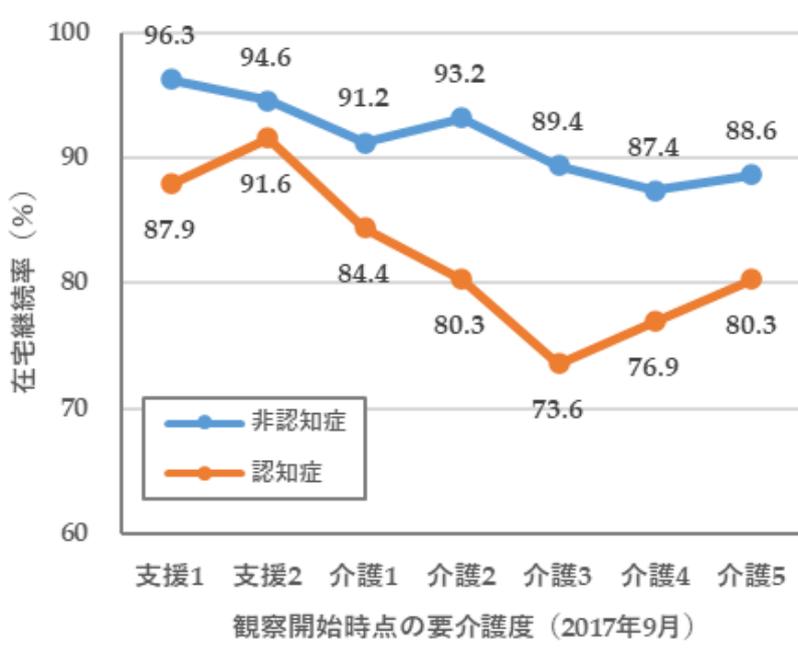


図5. 要介護度別に見た2年間の在宅継続率：認知症高齢者と非認知症高齢者の比較

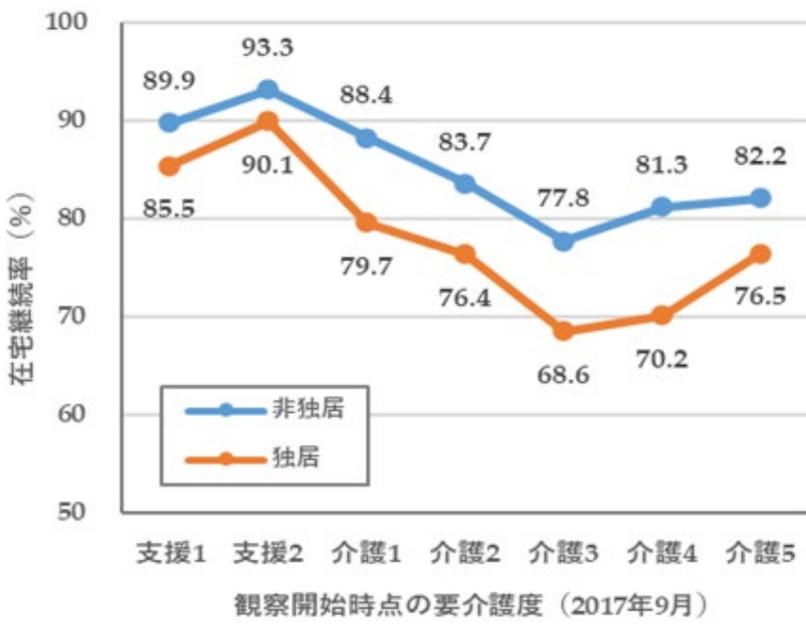


図6. 要介護度別に見た2年間の在宅継続率：独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の比較

## 第2章 独居認知機能低下高齢者が直面している生活課題とその対応

### 2.1. 身体的健康問題

#### 2.1.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で比較した身体的な健康状態を比較した横断研究は複数ありますが、結果は一致しています。横断研究であるために、因果関係がはっきりしないということもあります。たとえば、独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも健康状態がよいという結果も報告されていますが、それは独居であることが健康状態を良くしているのか、健康状態が良いから独居生活が継続できているのかがはっきりしません。

しかし、縦断研究の結果は、独居であることが認知症高齢者の身体的健康問題の発生を増加させる要因になることを示しているようです。フランスの50施設のメモリークリニックで実施されたクラスターランダム化試験<sup>1)</sup>の二次分析によれば、独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも入院発生率が高いと報告されています。英国で実施されたIDEAL研究<sup>2)</sup>でも、独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも併存疾患が多いこと、スロバキアの一医療機関で実施された調査<sup>3)</sup>でも、独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりもBMIの減少幅が大きいと報告しています。後述するように、わが国で実施された前向きのコホート調査でも、独居の認知機能低下高齢者の低栄養の出現頻度が同居者のいる認知機能低下高齢者よりも高いことが示されています<sup>4)</sup>。

フランスの研究で示された入院リスク増大という結果については、例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪などによって身体的健康問題が実際に発生したり増悪したりして入院に至ったのか、それとも自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという社会的状況があったのか、そのあたりははっきりしません。しかし、私たちの日々の実践的な経験からは、例えば栄養管理、服薬管理、通院などのセルフケアが困難になり、それによって糖尿病や高血圧症などの慢性疾患が悪化し、それに対する家族等による生活支援が不足しているために、入院や施設入所によらざる得ないという状況がしばしば発生しているのではないかと推察されます。

#### 2.1.2. 対応について

独居認知症高齢者の健康問題のリスク低減をアウトカムの指標とした研究は非常に限られています。米国の研究<sup>5)</sup>では、ビデオによる服薬管理支援が通常ケアによるそれよりも有意に服薬の正確さが高まったと報告しておりますが、わが国では独居認知症高齢者を対象に健康問題のリスク低減に対する効果検証がなされた研究は見当たりません。

しかし、事例報告は少なくありません。中野ら<sup>6)</sup>は、訪問介護士-介護支援専門員-医師・薬剤師の連携で処方内容を簡素化させた事例を報告しており、安田ら<sup>7)</sup>は、医療チームによる個別対応で糖尿病の在宅管理をサポートした事例を報告しています。また、小笹ら<sup>8)</sup>は、介護支援専門員・介護専門職・訪問看護師が連携して栄養・水分・服薬管理、身体の清潔、転倒予防について

検討し、本人ができることを尊重しながら必要な見守りや支援を提供した事例を報告しています。

私たちの日々の経験からは、医療・介護を含む地域レベルでの多職種連携によるケアコーディネーションとネットワークづくりが独居認知症高齢者の社会的支援へのアクセシビリティを高め、健康状態の維持・改善に効果があるものと考えられますが、独居認知症高齢者の多数例においてその効果を検証した報告はまだ見当たりません。

## 文献

- 1) Soto M, Andrieu S, Fares C, et al. Living alone with Alzheimer's disease and the risk of adverse outcomes: results from the Plan de Soins et d' Aide dans la maladie d' Alzheimer study. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63: 651-658.
- 2) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2024;32(11):1309-1321.
- 3) Harsányiová M, Prokop P. Living condition, weight loss and cognitive decline among people with dementia. *Nursing Open.* 2018; 5: 275-284.
- 4) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, 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. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. eCollection 2021. PMID: 34813604
- 5) Smith GE. Et al. Telehealth home monitoring of solitary persons with mild dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2007;22(1):20-26.
- 6) 中野真, 飯野智, 利根川美香, 他. 在宅医療における服薬指導の再確認. *応用薬理.* 2016;90(3-4):63-67.
- 7) 安田益恵, 田淵裕子. 物忘れのある独居糖尿病患者の在宅療養支援. *看護実践の科学.* 2016;41(13):25-32.
- 8) 小笹優美. 独居の認知症高齢者の健康状態の悪化予防のための連携とケア. *認知症ケア事例ジャーナル.* 2011;4(3):227-239.

## 2.2. 孤独と精神的健康問題

### 2.2.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で、精神的な健康状態を比較した研究についても縦断研究は限られています。英国の IDAEL 研究<sup>1)</sup>では、独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも抑うつ症状と孤独の頻度が高いと報告しておりますが、BPSD の出現頻度には変わりはないとしています。米国の地域疫学調査<sup>2)</sup>でも、MMSE24 点未満の認知機能低下高齢者における精神病症状の出現頻度は独居者と同居者のいる者との間で差はなく、焦燥性興

奮の出現頻度は同居者のいる者の方が高いと報告しています。焦燥性興奮が独居者で少ないとされているのは、独居であるから少ないのか、焦燥性興奮が少ないから独居が可能なのか、はっきりしません。

令和2年度の厚生労働科学研究において実施された65歳以上の地域在住高齢者約1万人を対象とする調査では、①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも、生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが、年収が低く、賃貸住居の居住率が高く、精神的健康度が低いこと、また、②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも、年収が低く、認知機能・身体機能・口腔機能・精神的健康度が低く、社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いことが明らかにされています<sup>3)</sup>。この結果は、「独居であること」と「認知機能低下があること」のいずれもが、「精神的健康度の低下」に関連していることを示唆しています。

日々の実践的な経験からは、独居でありかつ認知機能が低下していることは、抑うつ、不安、孤独のリスクを高め、不安と孤独は妄想様体験の形成を促進しているように思われ、抑うつと不安が高じて焦燥性興奮のレベルに達すると在宅での生活が困難になり、施設ケアに移行するリスクが高まるのではないかと推察されます。

### 2.2.2. 対応について

独居認知症高齢者に焦点をあてて、精神的健康の維持・改善の有効性を検証しようとした介入研究は限られています。ドイツの研究<sup>4)</sup>では、独居認知症高齢者を対象に認定看護師が月1回自宅を訪問し、系統的なニーズアセスメントと多職種カンファレンスを行い、主治医と相談して支援計画を立てる認知症ケアマネジメントの実践が独居認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)を有意に改善した報告しています。また、韓国の研究<sup>5)</sup>では、独居認知症高齢者を対象とする訪問による認知刺激療法が、介入前後の比較で認知機能と抑うつに改善効果を認めたと報告しています。

このような独居認知症高齢者の精神的健康に焦点をあてた介入研究はわが国では見当たりませんが、事例報告は散見されます。例えば金谷<sup>6)</sup>は、意欲や活動性の低下に対して訪問リハビリテーションを行い生活の再建を図った事例を報告しています。

独居認知症高齢者では、同居者がいる場合よりも、抑うつ、不安、孤独が高まりやすいことは先述したとおりですが、日々の実践的な経験からは、ピアサポート、グループ活動、信頼できる人と人とのつながりをつくる取り組み、仲間をつくること活動が、このような精神的健康問題の改善に役立つであろうと推察されます。しかし、それを多数例で実証した研究はまだ見当たりません。

## 文献

- 1) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2024;32(11):1309-1321.

- 2) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. *Int Psychogeriatrics*. 2010;22
- 3) 稲垣宏樹, 栗田主一: 新コホートを対象とした疫学的調査 (板橋区高島平地区). 令和2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) 分担研究報告書. 45 頁~68 頁. 2021 年 3 月.
- 4) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):996-1004.
- 5) Lee J, Lee AY. Home-visiting cognitive intervention for the community-dwelling elderly living alone. *Dement Neurocogn Disord*. 2020;19(2):65-73.
- 6) 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明. 単身世帯の認知症高齢者 1 症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. *訪問リハビリテーション*. 2020;10(3):243-249.

## 2.3. 口腔機能低下

### 2.3.1. 実態について

高齢者の口腔の健康は生活の質に関連する重要な指標の一つであり、口腔衛生状態の悪化・口腔機能低下・摂食嚥下機能低下が、食事の喜びやコミュニケーションの機能などに関連して社会性の変化や生活の質に悪影響を及ぼすことが知られています<sup>1)</sup>。特に超高齢者の低咬合力低下は、プロテイン、多価不飽和脂肪酸、食物繊維、ビタミン類、ミネラル類の低摂取につながり<sup>2)</sup>、口腔の健康に関連した生活の質の低下が認知機能や精神的健康にも影響することが指摘されています<sup>3)</sup>。

独居の認知症高齢者では、口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まること<sup>4)</sup>、日常的に傍らにいる他者からの支援を受けにくいために口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく、さらに廃用症候群を伴う場合は自宅生活が継続困難になる場合があると報告されています<sup>5)</sup>。

しかし、地域に暮らす認知症高齢者の口腔のセルフケア能力の低下は気づかれにくく、介入されにくいために、認知機能低下の進行とともに歯周病が悪化し、口腔内の汚染と歯肉出血が放置され、常に口腔内に炎症を抱えている状態になりがちです<sup>6)</sup>。何らかの疾患を契機に入院してから初めて口腔内の問題に気づかれることも少なくありません<sup>7)</sup>。軽微な口腔機能低下が重複している状態をオーラルフレイル<sup>8)</sup>と呼びますが、独居、多剤併用、うつ病の既往がオーラルフレイル発症の危険因子であり、さらに後期高齢者に限定すると歩行機能低下、認知機能低下、うつ病が危険因子であると報告されています<sup>9)</sup>。

訪問歯科診療は通常家族が同席できる場合が中心となるので、独居であることは訪問診療の受療を阻む要因になっています<sup>10)</sup>。また、認知症の人が受けられる歯科治療の情報不足、予約の遵

守の困難、経済的な制約、外出の困難、本人がリラックスできる関係性を保持できる歯科医師とつながることが難しいこと、本人が痛みを訴えなければ受診は先延ばしになることなどが、歯科受診の障壁になると指摘されています<sup>11)</sup>。独居認知症高齢者では、上記のような障壁がさらに大きくなるために、口腔機能低下のリスクがより高くなると考えられます。

### 2.3.2. 対応について

英国では認知症の人の歯科医療へのアクセスが権利として保障されており (Equality Act 2010 英国), 認知症フレンドリーな歯科医療ガイドラインが刊行されています<sup>11)</sup>。わが国においては日本老年歯科医学会が「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を発行しています (2019)<sup>12)</sup>。また、わが国の研究で、訪問による口腔衛生の管理による定期的な介入が、認知機能低下高齢者の口腔機能と認知機能の改善に有効であったとする介入研究の結果も報告されています<sup>13)</sup>。しかし、独居認知症高齢者に焦点を当てた介入研究の報告やガイドラインは今のところ見当たりません。

独居認知症高齢者では、①身近な介護者が口腔機能低下に気づき適切な歯科医療や支援機関につなげること、②歯科医療の専門職が認知症についての理解を深めるとともに定期的な関わりを継続できるようにすること、③介護者が口腔ケアについての指導を受けられるようにすることが特に重要かと思われませんが、それが独居認知症高齢者の口腔機能にどのような影響を及ぼすかについての検証は今なお為されておられません。

## 文献

- 1) Lyzbeth Beatriz Ortíz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3. PMID: 31291933
- 2) C Inomata, K Ikebe, H Okubo, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. *JDR Clin Trans Res*. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963. PMID: 30931780
- 3) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Apr;56(4):711-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631.x. PMID: 18284537
- 4) 久保田 真美, 堀口 和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より. *日本在宅ケア学会誌* 2017;21(1) :67-75. ID2018005773
- 5) 山下 奈美, 関根 一樹, 大澤 かおる, 川合 直美, 金子 操, 関矢 仁. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. *臨床理学療法研究* 2012;29:25-28\_ID2012347597
- 6) Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Yoshiko Motohashi, 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. doi: 10.3390/ijerph182211961. PMID: 34831719
- 7) 迫田 綾子. 口腔ケアを待つ人々 1人暮らしで寝たきりの痴呆高齢者を支える家族の口腔ケア. *訪問看護と介護* 2005; 10(1):68-71\_ID2005090553
  - 8) 一般社団法人日本老年医学会・一般社団法人日本老年歯科医学会・一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. *老年歯学*. 2024;第38巻第4号 Supplement:86-96.  
[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38\\_86/\\_article/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38_86/_article/-char/en)
  - 9) 田中優成, 坪内美穂子, 栢下淳, 水上勝義. 地域在住高齢者におけるオーラルフレイルの関連要因—前期高齢者と後期高齢者の比較から—. *日本老年医学会雑誌*. 2024; 61(1):68-79. doi: 10.3143/geriatrics.61.68. PMID 38583973.
  - 10) Miho Ishimaru, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Jul;19(7):679-683. doi: 10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823
  - 11) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. *Dementia*. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942. PMID: 33345612
  - 12) 日本老年歯科医学会・日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編. 認知症の人への歯科治療ガイドライン. 2019年6月10日発行  
<https://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138>
  - 13) Matsubara C, et al. Effect of oral health intervention on cognitive decline in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021 Jan-Feb;92:104267. doi:10.1016/j.archger.2020.104267

## 2.4. 低栄養

### 2.4.1. 実態について

地域に暮らす独居認知症高齢者の低栄養のリスクを明らかにした量的研究は限られています。岩崎らは、4g/dl未満の血清アルブミン値と16kg/m<sup>2</sup>未満の除脂肪体重を低栄養の基準にして、認知機能低下がありかつ独居である高齢者は、認知機能低下がなく同居者がいる高齢者と比較して5.53倍低栄養になりやすいと報告しています<sup>1)</sup>。

一方、独居の認知機能低下高齢者の低栄養の問題を指摘する事例研究は少なくありません。鹿内<sup>2)</sup>は、軽度認知症でも後片付けや食品の保存・廃棄に困難が生じ、食品衛生が確保されないことによる健康障害が引き起こされること、経済面の心配によって食品購入を取りやめる結果、低

栄養になる場合があることを指摘しています。中山<sup>3)</sup>は、近年のスーパーマーケットのDX化によって認知症高齢者の購買行動の一部が困難になる場合（例：自動支払機導入によって独居認知症高齢者が買い物自体に強い不安を覚え自立的な購買行動が抑制される）があることを報告しています。

また、糖尿病を併存する事例では、咀嚼機能の低下が炭水化物の過剰摂取と蛋白質の摂取不足につながり、味覚閾値低下が過剰な塩分摂取につながる場合があること、食事摂取が不十分のために低血糖になる場合があること<sup>4)</sup>、長年の生活習慣や嗜好を変えることが難しいこと、栄養指導の内容を忘却してしまうこと、捕食を「おやつ」と誤認識すること、台所に他人を入れたくないといった思いから専門職が確認できる範囲が限られること、本人が気づかないうちに歯の調子が悪くなり摂取量が減少すること<sup>5)</sup>、腎疾患が併存する事例では、栄養食事療法において外来での指導だけでは適切な実践につながらないこと、介助者がいたとしても介助者に適切な病態栄養の知識がない為に、咀嚼困難のため安易に粥食にした結果低ナトリウム血症を起こすなど、電解質異常、低アルブミン血症を引き起こす場合があること<sup>6)</sup>等が指摘されています。また、服薬管理を支援する者がいないことから薬物の有害事象が生じやすく<sup>7)</sup>、それが低栄養につながる場合があることも指摘されています<sup>8)</sup>。

一般に食品摂取多様性の低下は低栄養のリスクになることが知られていますが、独居高齢者では食品摂取多様性が低下しやすいこと<sup>9)</sup>、孤食が食品摂取多様性の低下に影響するが、配食サービスを利用すれば多様性は多少保たれる可能性があることも報告されています<sup>10)</sup>。しかし、独居認知症高齢者では、そのようなサービスへのアクセスも不足するために低栄養リスクがさらに高まるものと推察されます。

#### 2.4.2. 対応について

一般に、独居高齢者の低栄養リスクを軽減する方法として、共食、配食、中食の活用が考えられます。

共食とは、孤食ではなく、家族や仲間など誰かと一緒に食事をするを言います。通いの場などで提供されている共食は、食事のみならず外出機会の確保やその場での会話、社会参加など、感覚刺激や実行機能への賦活効果などもあって、介護予防の効果も期待されます。しかし、必ずしも通いの場には管理栄養士がいないことから、病態や摂食嚥下機能に配慮した食事は提供されません<sup>11)</sup>。そこで日本栄養士会では都道府県栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士が、共食を行う通いの場や配食業者と協力し、健康支援型配食サービスの提供を推進しています<sup>12,13)</sup>。

独居の高齢者が食行動の困難を抱えた際には、配食を活用するのが一般的です。実際、配食サービスの利用者は80歳以上が大半であり、独居または高齢者夫婦のみ世帯の利用が9割を占めています<sup>14)</sup>。「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」では、献立作成から病態栄養食（栄養素等調整食）への対応、摂食嚥下障害を持つ者に配慮した物性等調整食（嚥下困難がある人向けの食事として、硬さ、粘着性、凝集性などを調整して食べやすくしたもの）への対応、調理、衛生管理などを含めた商品管理についての在り方を示すと同時

に、利用者の状況把握や情報提供、専門職との連絡相談を適切に行うことの必要性が強調されています<sup>15,16)</sup>。特に低栄養が疑われる者や在宅療養者等への配食開始時のアセスメントや継続対応については管理栄養士、かかりつけ医、かかりつけ歯科医との連携が必要です。配食サービス事業者は、配食に関連した重要な気付きを見逃さず、適切に医療介護の専門職と連携関係を築くことが出来るように、医療・介護チームに参加できる仕組みづくり、教育的な情報共有の取り組みが必要になります。配食注文時の本人アセスメントと配食継続時のフォローアップの際に本人の健康状態や食事摂取に関する状況把握、情報提供の留意点については具体例も示されています<sup>17)</sup>。

中食とは、購入した惣菜または配達されたデリバリーの料理を自宅で食べることを指します<sup>18)</sup>。惣菜を中心とした食生活をしている独居高齢者では、本人の好みで選択される惣菜のみでは摂取栄養が偏る傾向があります。しかし、惣菜の栄養価は成分表示から大きく外れることはなく、また中食市場の拡大により一人用の小分け惣菜の種類も増えていることから、調理意欲の低下した低栄養傾向にある独居高齢者の支援を行う際には、中食を活用したバランスの良い選び方などの栄養指導も行うことが進められています。これに加えて買い物支援における栄養支援が必要でしょう。

しかし、上記の対応は独居認知症高齢者に特化して検討された対策ではありません。独居認知症高齢者が上記のような支援につながり、継続的に支援を受けることができるかといった点で課題が残されます。独居の認知症高齢者の低栄養リスクの軽減には、①身近な人が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげること、②専門職が認知症についてよく理解するとともに定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続できるようにすること、③配食サービス業者等への指導体制を確保すること、④フォーマルとインフォーマルのサービスを連結させた地域支援を可能にすることなどが必要かと思われます。しかし、それらが独居認知症高齢者の栄養状態にどのような影響を及ぼすかについては今のところ検証されていません。

## 文献

- 1) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, 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. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. eCollection 2021. PMID: 34813604
- 2) 鹿内あずさ. 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2004;11:1-11\_ID2005165946
- 3) 中山莉子, 枝広あや子, 岡村毅. ひとり暮らしの認知症高齢者の買い物支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2023 ; 16(3) : 171-176.
- 4) 荒砂慶子. 【高齢者糖尿病診療のピットフォール】 高齢者糖尿病治療の注意点. 食事療法. 糖尿病診療マスター. 2014;12(5):527-531. \_ID2014262536
- 5) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子, 宮地千尋. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529\_ID2019123327

- 6) 田部井薫. 【高齢化する透析患者を支える】高齢透析患者の現状. 臨床栄養. 2012;120(2):136-140\_ID2012121649
- 7) Fengzhu Ang, Jing En Pau, En Wei Koh, et al. Drug-related problems associated with community-dwelling older persons living alone in Singapore. Int J Clin Pharm. 2019 Jun;41(3):719-727. doi: 10.1007/s11096-019-00813-7. PMID: 30937694
- 8) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田 一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42 Suppl. I :33-35\_ID2016108053
- 9) 吉葉かおり, 武見ゆかり, 石川みどり, 横山徹爾, 中谷友樹, 村山伸子. 埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62(12):707-718\_ID2016124200
- 10) 田中泉澄, 北村明彦, 清野諭, 西真理子, 遠峰結衣, 谷口優, 横山友里, 成田美紀, 新開省二. 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2018 ; 65(12) : 744-754.
- 11) 東京都健康長寿医療センター: 令和元年度老人保健健康増進等事業. 通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業報告書. 令和2年3月  
<https://www.tmghig.jp/research/info/05%E6%91%82%E9%A3%9F%E6%A9%9F%E8%83%BD%E9%A3%9F%E4%BA%8B%E9%81%B8%E6%8A%9E%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%EF%BC%9A%E6%9C%AC%E5%B7%9D.pdf>
- 12) 公益社団法人日本栄養士会: 地域高齢者等の健康な食事のための管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集-栄養ケア・ステーション活用モデル. 栄養のチカラ、地域のカタチ.  
[https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409\\_02.pdf](https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409_02.pdf)
- 13) 公益社団法人日本栄養士会: 栄養ケア活動マッチングガイド.  
[https://www.dietitian.or.jp/publications/data/careguide\\_2023.pdf](https://www.dietitian.or.jp/publications/data/careguide_2023.pdf)
- 14) 国立健康・栄養研究所: 平成24年度老人保健健康増進等事業. 地域高齢者の食生活支援の質及び体制に関する調査研究事業報告書. 平成25年3月  
(<https://www.nibiohn.go.jp/eiken/assets/images/rojin24houkoku.pdf>)
- 15) 厚生労働省: 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン  
([https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf))
- 16) 厚生労働省健康局健康課栄養指導室: 「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」を踏まえた取組の参考事例集, 2019  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000479596.pdf>)
- 17) 厚生労働省: 配食事業者の方へ. 配食サービスを通じて高齢者の健康づくりを支えてみませんか (パンフレット) ([https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku\\_zigyousya.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku_zigyousya.pdf))

18) 厚生労働省：e-ヘルスネット [情報提供] 中食の選び方, <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-010.html>

## 2.5. 行方不明

### 2.5.1. 実態について

警察庁の統計によると、認知症（疑いを含む）による行方不明者の数は年々増加し、2023年には19,039人に達しています<sup>1)</sup>。これは2012年の集計開始以来、10年でほぼ倍増したことを意味しています。しかし警察庁の統計は行方不明者届が出された人のみを集計したものであり、また世帯類型に関するデータが含まれていないため、独居認知症高齢者の行方不明発生率を算出することはできません。

そこで令和4年度の厚生労働科学研究<sup>2,3)</sup>において千葉県内の市町村自治体の協力を得て、自治体で把握された世帯類型別の行方不明高齢者数の実態を調査しました。それによると行方不明発生率は独居世帯高齢者人口10万人対127.67人、同居世帯高齢者人口10万人対194.30人となり、同居世帯の方が発生率は高いという結果になりました。これは一見すると独居認知症高齢者の方が行方不明になりにくいという結果に見えますが、この結果については少し考察が必要です。まず、行方不明に気づくのは同居家族が約6割であるということが明らかにされているので<sup>4)</sup>、独居の場合は行方不明になったことに気づかれない可能性が高くなります。また、独居の行方不明者のみを対象とした研究では、150人の行方不明者の内、33人(22.0%)は発見(保護)されてから行方不明になっていたことに気付かれています<sup>5)</sup>。これらのことから、独居の場合は行方不明を把握すること自体に困難が伴うと考えられ、それが発生率を相対的に低下させているものと推測されます。しかし、一方で、独居高齢者は同居高齢者に比べて心身の機能が高いことが示唆されていますので<sup>6-8)</sup>、心身の機能の高さが行方不明の発生を抑制している場合もあるかもしれません。独居認知症高齢者の行方不明発生率が非独居の場合と比べて高いか低いかについては、現段階では不明と言わざるを得ません。

しかし、行方不明になった後に死亡するリスクは独居認知症高齢者の場合の方が有意に高いことが日本の研究<sup>9)</sup>と米国の研究<sup>10)</sup>で明らかにされています。行方不明になってから発見されるまでの時間が長くなると死亡リスクが高くなるということが明らかにされていますので<sup>9)</sup>、独居の場合は行方不明になったことに気づかれにくいいため、それが初動捜索の遅れ、ひいては発見の遅れにつながり、死亡リスクを高めている可能性があります。

### 2.5.2. 対応について

独居認知症高齢者の行方不明の発生や行方不明後の死亡リスクを低減するには、認知症の人が道に迷ったり、仮に行方不明になったとしても、身近な人がそのことに早期に気づき、必要な支援を提供することができるような社会環境の整備が必要かと思われまます。現在、わが国では、自治体と警察の2つの部門で、認知症高齢者に対する行方不明対策が講じられています。警察は「行方不明者発見活動に関する規則」<sup>11)</sup>など各種法令に基づいた対応を行っており、自治体はそれぞ

れの自治体で多様な対策が講じられておりますが、それらは独居であるか否かに関わらずに講じられてきた対策です。

そこで、令和6年度厚生労働科学研究では先行研究で作成した20項目の自治体における認知症高齢者行方不明対策のリストを用いて、それらが独居認知症高齢者の行方不明対策としてどの程度重要であるか5段階で点数化するアンケート調査を全国の市町村自治体を対象にして実施しました(悉皆調査)。その結果、最も重要であるとされたのは「警察との情報共有や連携」であり、「地域住民による見守り」、「認知症の人が暮らしやすい(外出しやすい)まち作り」、「家族・親族との連絡体制」がこれに次ぎました。

また、各項目の点数を因子分析したところ、これらの対策は5つの領域に分類されることが明らかになりました(表1)。第1領域は「連携」に関するものでした。ここには、「行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催」など、地域包括支援センターの地域ケア会議や介護支援専門員のサービス担当者会議で対応できるものと、「行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施」など、住民と協働した地域活動が含まれていました。第2領域は「事前合意」に関するものでした。先述したとおり、行方不明から発見までの時間が長くなるほど死亡するリスクが高くなることから、関係機関・関係者と行方不明時にどのように行動するかを事前に決めておくことは重要です。第3領域は「SOSネットワーク」でした。行方不明対応には地域の様々な機関・関係者の協力が必要になることから、多くの市町村でSOSネットワーク(名称は市町村により様々である)という形で行方不明対策が講じられています。これは地域の関係機関・関係者によるネットワーク構築の必要性を示しています。第4領域は「ICTによる問題解決」でした。わが国は少子高齢化により地域で見守りをする人も高齢化しています。ICTの活用は今後ますます重要になっていく可能性があります。しかし、ICT機器を上手く使いこなせるかという課題もあります。独居の認知症高齢者にとって使い勝手の良いICT機器の開発が期待されます。第5領域は行方不明対応の文書化でした。市町村が施策を実施するためには文書化された根拠が必要になります。しかし、これは独居か否かに関わらず必要なことなので、独居認知症高齢者の行方不明対策にとって特に重要ということではありません。

K i k u c h iらの報告<sup>12)</sup>によれば、介護保険サービスの利用が行方不明の早期発見を促進することを示唆しています。独居認知症高齢者がさまざまな社会的支援につながっていること、すなわち社会的孤立が解消され、社会参加が促進されていることが、行方不明の発生リスクと行方不明後の死亡率を低下させることにつながるのではないかと推察されます。

## 文献

- 1) 警察庁：令和5年における行方不明者の状況. 2024.
- 2) 菊地和則，池内朋子，栗田主一：独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究. 令和4年度厚生労働科学研究「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」(研究代表者：栗田主一) 総括・分担研究報告書. 168頁～171頁. 2023年3月.

- 3) Kikuchi K., Ikeuchi T. Awata S.: A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan. *Geriatr Gerontol Int.*, 23(11), 890-891. 2023.
- 4) 鈴木隆雄：認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. 日本セーフティプロモーション学会誌., 10(1), 6-13. 2017.
- 5) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 栗田主一: 独居認知症高齢者の行方不明の実態-150 事例からの報告-. 32(4), 469-479. 2021.
- 6) Iliffe S, Tai SS, Haines A et al.: Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ.* 305., 1001-1004. 1992.
- 7) Fujii K, Sato A, Jindo T et al.: Comparison of physical and cognitive function and depression between older adults living alone and with others in rural area of Japan: a large-scale mail survey of the Kasama study. *J Educ Health Sci.*, 64, 251-259. 2019.
- 8) Kubota T, Sakamoto H, Mutsukura T et al.: Comparison of work performance between elderly people living alone and living alone in community. *Int J Exerc Sci.*, 3, 1-7. 2020
- 9) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T : Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. *Geriatr Gerontol Int.*, 19(9), 902-906, 2019.
- 10) Rowe MA, Greenblum CA, Boltz M, Galvin JE: Missing drivers with dementia: antecedents and recovery. *J Am Geriatr Soc.* 60(11), :2063-2069, 2012.
- 11) 国家公安委員会規則第十三号：行方不明者発見活動に関する規則.
- 12) Kikuchi K., Ooguchi T., Ikeuchi T., Awata S.: Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. *Geriatr Gerontol Int.*, 23(5), 362-365. 2023

表 1. 「市町村における独居認知症高齢者の行方不明対策」のリスト

<b>第 1 領域：連携</b>
行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施
行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催
マンションなどの管理組合との連携
町内会・自治会などとの連携
行方不明対策に認知症高齢者本人の参画を得ること
認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り
他自治体との広域連携
誰が警察に行方不明者届を出すか決めておくこと
成年後見人等の選任
<b>第 2 領域：事前合意</b>
関係機関との間で個人情報の授受を円滑に行える仕組み
行方不明の恐れのある高齢者の把握
家族・親族との連絡体制
行方不明になって発見された時の対応を決めておくこと
警察との情報共有や連携
<b>第 3 領域：SS ネットワーク</b>
SOS ネットワーク等による見守り
SOS ネットワーク等を機能するようにすること
SOS ネットワーク等への本人の登録
地域住民による見守り
<b>第 4 領域：ICT による問題解決</b>
行方不明になった時に居場所を確認するための ICT を活用した搜索機器の開発
行方不明になったことを早期に把握するための ICT を活用した見守り機器の開発
<b>第 5 領域：行方不明対応の文書化</b>
認知症による行方不明に関する要綱・要領の制定
認知症による行方不明に関する条例の制定

## 2.6. 経済的困窮と住まいの喪失

### 2.6.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で経済状況を比較した研究は限られています。海外の研究では、Webber ら<sup>1)</sup>が、独居の認知症高齢者は独居ではない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり、医療その他のサービス利用頻度が低いと報告しています。わが国では、令和2年度の厚生労働科学研究において実施された65歳以上の地域在住高齢者約1万人を対象とする調査において、①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも、生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが、年収が低く、賃貸住居の居住率が高く、精神的健康度が低いこと、また、②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも、年収が低く、認知機能・身体機能・口腔機能・精神的健康度が低く、社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いことを明らかにしています<sup>2)</sup>。このことは、独居であることと、認知機能低下のあることが、それぞれ独立して年収が低くなることに関連していることを示唆しています。また、経済的困窮は、特に家賃が相対的に高い大都市の賃貸住宅に居住している認知機能低下高齢者にとっては住まいの喪失に直結する問題であることも指摘しておかなければなりません。

### 2.6.2. 対応について

「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、②家族による家計管理の支援が得られない場合がある、③年金や生活保護など必要な社会保障制度の利用につながっていない場合がある、④消費者被害や虐待等による経済被害のリスクがあることなどから、経済的困窮と住まいの喪失のリスクが高まることが予想されます。これらの問題を克服していくためには、後述するように、独居認知症高齢者の社会的孤立の克服に向けた総合的な対策が不可欠でしょう。

尚、住まいの喪失について、経済的支援、居住支援、生活支援を一体的に提供する活動がMP0法人等によって展開されています<sup>3,4)</sup>。NPO法人ふるさと会によれば、賃貸住宅に住んでいた単身男性では、家賃滞納・ごみや失禁に伴う居室の損傷による退去要請や、物盗られ妄想・鍵の紛失・ボヤ騒ぎなどにより契約更新の拒否が契機になって住まい喪失する人が少なく、そこには認知症の人が相当数含まれていると考えられています<sup>5)</sup>。そこで実践されている当事者中心の支援<sup>6)</sup>が利用者の精神的健康の回復に寄与することが縦断的研究によって報告されています<sup>7)</sup>。

## 文献

- 1) Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist*.34(1):8-14 (1994)

- 2) 稲垣宏樹, 栗田圭一: 新コホートを対象とした疫学的調査(板橋区高島平地区). 令和2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: 栗田圭一) 分担研究報告書. 45 頁~68 頁. 2021 年 3 月.
- 3) 滝脇 憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学(0912-0734)161 号 Page86-91(2012. 01)
- 4) 的場由木. 社会的孤立・貧困の状態にある認知症高齢者の生活支援. 認知症ケア事例ジャーナル 2022 年 15 巻 3 号 Page177-183
- 5) 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(0915-6305)31 巻 5 号 Page481-486(2020. 05)
- 6) 岡村毅、的場由木. ホームレス支援における当事者中心の支援論 精神療法 2016 年第 6 号, 818-823
- 7) Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness 2023;32:179-184 DOI: 10.1080/10530789.2021.2002632

## 2.7. 社会的孤立

### 2.7.1. 実態について

社会的孤立とは、一般的には「家族やコミュニティと接触がないこと」<sup>1)</sup>を意味しますが、その本質的な意味は、「意味のある社会的ネットワークが欠如していること」<sup>2)</sup>であり、「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」<sup>3)</sup>であると理解する必要があります。

高齢者は、年齢が高くなるとともに、独居、認知機能低下、身体機能低下、移動能力低下、身体疾患、低所得・低資産になる傾向が高まりますが、これらの因子はすべて社会的孤立のリスク因子であるとともに、社会的孤立がこれらを促進する因子でもあることが明らかにされています<sup>4-9)</sup>。令和2年度の厚生労働科学研究<sup>10)</sup>によって明らかにされた、①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも、生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが、②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いという結果は、独居の高齢者は同居者のいる高齢者よりも友人づきあいや社会活動が保たれている<sup>11)</sup>が、しかし、そこに認知機能低下が加わると社会的孤立の傾向が認められるようになること、また、その際には生活支援のニーズが生じる可能性が高まるが、独居高齢者では生活支援の担い手となる家族や親族が不在である可能性が高くなり<sup>12)</sup>、情報を入手し、援助を希求し、必要なサービスにアクセスすること自体が困難になる可能性が高まることを意味しています<sup>13)</sup>。実際、先述したように、独居の認知症高齢者が、同居者のいる認知症高齢者よりも経済的に貧困であり、医療その他のサービス利用頻度が低いこと<sup>14)</sup>、ニーズが充足されないこと<sup>15)</sup>、社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないこと<sup>16)</sup>が数多

くの研究で指摘されています。また、わが国の事例研究<sup>17,18)</sup>においても、独居の認知症高齢者では、近隣トラブルで事例化して初めて認知症に気づかれ、その時点ではすでに社会的排除が起こり、社会的孤立が深刻になっているケースがあることが示されています。

以上のような調査結果から、「独居であり」かつ「認知機能低下がある」ことが社会的孤立を促進する要因となり、それが身体的健康問題、精神的健康的健康問題、口腔機能低下、低栄養、行方不明後の死亡、消費者被害、経済的困窮等の問題を複合的に生じさせるリスクを高め、認知症機能低下のある独居高齢者の尊厳ある自立生活を阻む状況をつくりだしていることがわかります。

### 2.7.2. 対応

先に述べたように、社会的孤立とは、必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークが欠如している状態を意味しています<sup>3)</sup>、実践的な経験から、この問題にアプローチしていくためには、個別支援のレベルで社会的支援を統合的に調整する仕組みを確保するとともに、独居の認知機能低下高齢者がそのような仕組みにつながりやすくするための社会環境の整備が不可欠です。前者は一般的にはケアコーディネーションまたはケアマネジメントと呼ばれ、後者の仕組みはネットワーキングまたは地域づくりと呼ばれています<sup>19)</sup>。どのようなケアコーディネーションとネットワーキングの組み合わせが、独居認知症高齢者の尊厳ある地域生活の継続に役立つのかについては、まだ科学的な検証がなされていません。しかし、そのような検証を行う前に、現実に行われているケアコーディネーションとネットワーキングの取り組みを可視化させ、体系化しておく必要があります<sup>20)</sup>。このテーマについては、後程改めて詳しく説明いたします。

### 文献

- 1) Townsend P. *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London*. Routledge & Kegan Paul, London; 1957.
- 2) Meeuwesen L. A typology of social contacts. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L, eds. *Social Isolation in Modern Society*. Abingdon, UK and New York: Routledge. 37-59 (2006)
- 3) 栗田主一. 【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって 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)
- 4) Aartsen M, van Tilburg T, Smits C, Knipscheer K. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *J Soc Pers Relat*. 21(2):249-266 (2004)
- 5) Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 70(s1):S119-S144 (2019)
- 6) Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, Chan YH. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 29(9):2375-2381 (2020)

- 7) Bien B, Bien-Barkowska K. Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. *Qual Life Res.* 25(12):3047-3056 (2016)
- 8) Chatters LM, Taylor HO, Nicklett EJ, Taylor RJ. Correlates of Objective Social Isolation from Family and Friends among Older Adults. *Healthcare (Basel)*. 6(1). (2018)
- 9) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 11:647 (2011)
- 10) 稲垣宏樹. 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:栗田圭一)分担研究報告書:新コホートを対象とした疫学的調査(板橋区高島平地区). 2021.
- 11) Xiang X, Chen J, Kim M. Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. *Gerontologist*. 60(1):101-111 (2020)
- 12) 栗田圭一. 【認知症の人のための住まいと生活支援】認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか. *老年精神医学雑誌*. 26(5):487-492 (2015)
- 13) 栗田圭一. 【認知症トータルケア】課題と事例 家族構成の変化、独居への対応. *日本医師会雑誌*. ;147(特別2):S400-S401. (2018)
- 14) Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist*. 34(1):8-14 (1994)
- 15) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr*. 22(4):607-617 (2010)
- 16) Askelson NM, Campo S, Carter KD. Completely isolated? Health information seeking among social isolates. *Health Educ Behav*. 38(2):116-122 (2011)
- 17) 澤滋. 【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. *精神科治療学*. 35(4):373-378 (2020)
- 18) 齊藤春恵. 【男性の独居高齢者を地域でどう支えるか-社会的孤立を防ぐには】(事例3)横浜市戸塚区の取り組み 高齢者を見守るまちづくり 「みまもりネット」による“気になる人”の早期発見・早期支援. *保健師ジャーナル*. 73(5):407-412 (2017)
- 19) 栗田圭一:【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター コーディネーションとネットワークという観点から. *日本老年医学会雑誌*. 57(1):22-27 (2020)
- 20) 栗田圭一:認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは. ひとり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*, 2023, 東京.

## 第3章 意思決定支援と権利擁護に関する課題とその対応

### 3.1. 意思決定支援に関する課題とその対応

#### 3.1.1. 課題について

意思決定に参加する権利が尊重され、かつ、その決定が尊重されることが、意思決定の中核的要素です<sup>1,2)</sup>。以下に、独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題を整理して解説します。

##### (1) 意思決定に関わる別居親族の有無による分類

意思決定に関わる別居親族の有無によって、以下のような場合分けが可能です。

- ① 身寄りがないか、意思決定に関わる親族がいない場合。意思決定は本人と意思決定支援者、あるいは代理意思決定者・代行決定者によって行われる。
- ② 意思決定に関わる別居の親族がいるが、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができない場合。
- ③ 意思決定に関わる別居の親族がいて、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができる場合。

別居親族の意向の取り扱いが課題となる背景には、日本社会の慣習として、認知症高齢者の意思決定の際に様々なレベルの家族の関与を求めているとうことがあります。②③について、別居家族がいる場合には、本人との関係や関与の過剰に関わらず、別居家族の意向が優先される傾向があります<sup>3)</sup>。

##### (2) 認知症の進行と意思決定支援

認知症の進行に伴う生活障害や身体機能障害の進行によって必要なケアが変化し、意思決定を行う課題も変化します。認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式です<sup>4)</sup>。軽度から中等症の認知症者は、意思決定にある程度関与することができることが多くの研究で示されています<sup>4)</sup>。意思決定能力は幅広い連続性の中に広がるもので<sup>5)</sup>、相手との関係性によっても変化します<sup>6)</sup>。認知症高齢者が家庭のなかで日常生活の事実行為の意思決定をどのように行っているのかということに関して、認知症高齢者とその介護者を対象としたインタビュー調査が行われています<sup>7)</sup>。この調査では、何を食べる、何をやる、何を着るといった日々の生活のなかの意思決定は、介護者との日常的な会話の中で行われ、介護者が本人の意思決定能力を要件ごとすばやく判断していることが示されています。そして、こういった意思決定支援は長く連れ添った配偶者が最も長けていることが明らかにされています。日常生活の事実行為の意思決定支援に関わる家族がいない独居認知症高齢者において、専門職等による支援が本人にとってどのような価値をもたらしているかについては、今後の研究の課題となるでしょう。

認知症の進行にともない、共同意思決定(本人が法的強制力のある意思決定をすることを、第三者が支援すること)<sup>8)</sup>から代行意思決定(substituted decision making: 代行意思決定者が、本人に代わって意思決定を行うために介入すること)に徐々に移行していくことが報告されています<sup>7,9)</sup>。2017年に厚生労働省が行った全国調査<sup>10)</sup>に、「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったこと

がありますか？」という質問項目があります。この質問に対して、「詳しく話し合っている」(2.7%)、「一応話し合っている」(36.8%)と回答した者のうちの94.3%が、その相手として家族をあげています。つまり、多くの国民が、意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者として家族を想定していると考えることができます。同居家族だからといって本人をよく知っているとは限らないし、別居家族だからといって本人をよく知らないとは限りません。しかし、多くの例外はあるものの、一般的な状況として、独居者の場合、本人をよく知る意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者がいないという状況が起こりやすい、と言えるでしょう。

### (3) 意思決定のジレンマ

本人の意思と意思決定支援者が最善と考える選択の間にずれが生じるところに意思決定支援に関わるジレンマが生じます。認知症の進行とともに、本人の現在の意思が明確な言語的表現として表示されにくくなり、意思決定支援に関わるジレンマがさらに大きくなります。意思の代理・代行決定が必要な状況で、本人をよく知る家族がいる場合、家族から情報を得ることは、本人の希望や意向、意思決定能力、本人の支えになる人を知る助けになるでしょう。多くの代行決定者が、判断に迷い、セカンドオピニオンの必要性を感じる際には家族に相談すると答えています。しかし、Fetherstonhaugh<sup>11)</sup>は、過去にその人が表示した意思を現在のその人に優先することは、認知症者が心変わりする権利を否定することであると述べています。

意思決定支援は、ある方法によって成功する場合もあるし、同じ方法が本人の意思決定を妨げることもあります。木口はその論考<sup>12)</sup>のなかで、「障害のある人の権利に関する委員会」の専門家であるエダ・ワンゲチ・マイナの以下の言葉を紹介しています：「支援者と支援を受ける人の間の人間関係を構築するには、時間とエネルギーが必要だが、信頼と尊敬のもとで障害をもつ人が彼ら自身を表現し、願いを伝え、その人の願いを反映することを可能にするためには、支援は、必然的に人間関係の発展を含むと理解されるべきだ」。意思決定支援がマニュアルによって成功しないのは、それが人間関係のなかにある動的な営みであるからでしょう。

#### 3.1.2. 対応について

「独居認知症高齢者の意思決定支援における課題」を克服するための対策を考えるにあたって、まず整理すべきことは個人の意思決定と家族の関わりでしょう。日本社会における個人の責任や意思と家族のそれとの線引きは非常に曖昧で、家族は、意思決定能力を欠く個人と社会との間の緩衝帯として機能してきました<sup>13)</sup>。たとえば医療上の意思決定に関して、現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していません。しかし、医療の中の慣習として、意思決定能力が不十分と見なされた患者の治療上の決定は、最も近い近親者の意見に従うことが広く容認されています。

このような慣習を背景として、医療の場における選択、とくに医療上の意思決定をめぐる、「独居の認知症患者が増えてきて、意思決定支援が難しい」という話を聞くようになりました<sup>14)</sup>。正確には、「家族に代諾を求められない認知症患者では、医療方針の決定をめぐる倫理的ジレンマが生じやすい」ということです。こうした事項も背景となって、多くの医療機関にいわゆる臨床倫理委員会が設置されるようになっていきます<sup>15)</sup>。わが国の臨床倫理委員会のひとつの特徴は、そ

の77.6%が医療安全委員会であることです(2022年調査)<sup>16)</sup>。患者の権利擁護という歴史的背景から切り離され、医療安全委員会を土台として設置された臨床倫理委員会の議論の重心は「問題が起こらないこと」に置かれる傾向にあります<sup>17)</sup>。委員会の目的が訴訟の回避であるなら、無危害原則が優位になるでしょう。実際、身寄りのない独居認知症高齢者では、医療同意を代行する家族がいないことが、治療の手控えにつながる傾向が指摘されています<sup>18)</sup>。

認知症者の意思決定に関するシステムティックレビュー<sup>19)</sup>では、認知症がある人の意思決定は複雑であり、認知機能障害だけではない多くの要因の影響を受け、本人の意思決定能力と介護者が意思決定に対してもつ責任とそこに及ぼす影響などのバランスによって、共同意思決定、代理意思決定等の様式によってなされることが指摘されています。身寄りのない者の意思決定をめぐる根本的な課題は、彼らが家族という潜在的な代行決定者をもたないことではありません。家族による代行決定そのものについて整理する必要がある、その前提として、自己決定あるいは自己決定権がもつ本来の意味を一度は正確に理解する必要があります。19世紀中頃、ジョン・スチュアート・ミルは、功利主義の立場から以下のことを述べています<sup>20)</sup>：「判断力のある大人なら、自分の生命、身体、財産などのあらゆる自分のものに関して、他人に危害を及ぼさない限り、たとえその決定が本人にとって不利益なものであっても、自己決定の権限をもつ。他者は止めようと説得する権利をもつが、強制する権利はもたない」。こういった個人主義を背景とした生命倫理学が患者のもつ脆弱性への配慮を欠くことへの批判<sup>21)</sup>があることは当然知っておく必要があります。しかし、現実として、今日の自由主義社会においては、自律尊重は最も重要な原則であり、原則的には、他人に危害を及ぼさないかぎり本人の自己決定は尊重されます。権利擁護という観点においても、従来はその人の権利・利益が不当に侵害されないことに重点がおかれていましたが、最近では、権利・利益が本人の意向に沿って実現されることの重要性も認識されるようになってきています<sup>22)</sup>。また、国際的には、意思決定能力が十分でないといわれる者の意思決定支援において、「最善の利益」よりも「意思と選好の最善の解釈」が強調されるようになってきています。このような考え方は、Dignity of risk (リスクを負う尊厳)にも通じています。Dignity of riskを最初に論じたPerske<sup>23)</sup>は、障害がある人に対する過度の保護は、「失敗する権利」を奪い、尊厳を侵害するとしています。

とりわけ独居の高齢者では、認知症を発症する以前からすでに安全の確保が大きな課題になる傾向があります<sup>24)</sup>。認知症高齢者の支援において、ケア従事者が、認知症高齢者の意思に反して医療福祉制度を適応しようとするときに、しばしば自由権と社会権の対立が生じます。

まず、一般に、認知症がある人の意思決定には patient-centered の要因とそうでないものが複合的に影響を与えていること<sup>25)</sup>を認識しなければなりません。その上で、より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要があります。独居認知症高齢者では、同居者がいる場合と比較して、日常生活のなかの安全確保、医療、財産管理、代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い<sup>24)</sup>のは確かですが、フォーマルサービスの利用に関連した意思決定が、エンパワメントと自立に対する脅威になり得る<sup>26)</sup>こと。認知症の進行にともなって生じるリスクから保護することと日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること<sup>27)</sup>は同義ではないということを認識しておく必要があります。

## 文献

- 1) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. *J Aging Stud.* 2013;27(2):143-50.
- 2) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, Beattie E. "The Red Dress or the Blue?": How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? *J Appl Gerontol.* 2016;35(2):209-26.
- 3) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邊大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. *厚生の指標.* 2015;62(12):15-21.
- 4) Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:241.
- 5) Holm S. Autonomy, authenticity, or best interest: everyday decision-making and persons with dementia. *Med Health Care Philos.* 2001;4(2):153-9.
- 6) O'Connor D. Personhood and dementia: toward a relational framework for assessing decisional capacity. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice.* 2010;5(3):22-30.
- 7) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(6):949-61.
- 8) Kohn NA, Blumenthal JA. A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. *Disabil Health J.* 2014;7(1 Suppl):S40-3.
- 9) Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M, Shanley C. Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? *J Med Ethics.* 2017;43(1):35-40.
- 10) 厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017 [Available from: [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)].
- 11) Fetherstonhaugh D. Dementia: Ethical issues: Nuffield Council on Bioethics; 2009 [Available from: <https://www.nuffieldfoundation.org/research/nuffield-council-on-bioethics>].
- 12) 木口恵美子. 自己決定支援と意思決定支援—国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」—. *福祉社会開発研究.* 2014; 6 :25-33.
- 13) 齋藤正彦. 日本における医療側から見た成年被後見人の医療同意. 田山輝明, editor. 東京: 三省堂; 2015.

- 14) 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 一人暮らしの認知症の人への支援. 東京都; 2024. 10. (未公開資料)
- 15) 瀧本禎之. 【医療における臨床倫理コンサルテーション】臨床倫理コンサルテーションとは. 精神科治療学. 2020;35(3):231-6.
- 16) Sato H, Takimoto Y. Clinical ethics problems in psychiatry and the need for clinical ethics consultation in Japan: A cross-sectional study. PCN Rep. 2023;2(2):e86.
- 17) Tsuboi E. Patient Safety Issues. Challenge of the JMA to Protect Patient Safety. Japan Medical Association Journal 2001;44(9):382-4.
- 18) Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, Wongpakaran N, Wongpakaran T, O'Neill N, et al. Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. Int Psychogeriatr. 2015;27(6):1029-37.
- 19) Bhatt J, Walton H, Stoner CR, Scior K, Charlesworth G. The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review. Aging Ment Health. 2020;24(3):363-73.
- 20) Mill J. On Liberty. 4 ed. London: Logmans; 1869.
- 21) 秋葉悦子. 人格主義生命倫理学. 東京: 創文社刊; 2014.
- 22) 小賀野晶一. 【高齢者、特に認知症高齢者の権利擁護】法律家の立場から、法学的立場から. 精神科. 2019;34(4):366-70.
- 23) Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. Ment Retard. 1972;10(1):24-7.
- 24) Groen-Van De Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, Eefsting J, Jukema J, et al. Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: A qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. BMJ Open. 2017;7(11):1-13.
- 25) Auriemma CL, Butt MI, McMillan J, Silvestri JA, Chow C, Bahti M, et al. "What choice do we have?" Reactive and proactive decision-making for aging in place with dementia. J Am Geriatr Soc. 2024;72(11):3398-412.
- 26) Haslbeck J, McCorkle R, Schaeffer D. Chronic Illness Self-Management While Living Alone in Later Life:A Systematic Integrative Review. Research on Aging. 2012;34(5):507-47.
- 27) de Medeiros K, Berlinger N, Girling L. Not Wanting to Lose the Dignity of Risk: On Living Alone with Dementia. Perspect Biol Med. 2022;65(2):274-82.

## 3.2. 成年後見制度の利用に関する課題とその対応

### 3.2.1. 課題について

成年後見制度の利用については、以下のような課題が指摘されています。

#### (1) 制度利用者の少なさ

制度発足時に期待されたほどには同制度が利用されていないことは繰り返し指摘されてきました。2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（成年後見制度利用促進法）」が施行されて以降も、利用者が大幅に増える事態には至っていません。最高裁判所が公表しているデータ<sup>1)</sup>と、認知症高齢者の推計値から推測すると、認知症高齢者のうち成年後見制度を利用しているのは2%程度です。潜在的な需要と比較して、著しく少ないことがわかります。

#### (2) 制度の理念の実現の不十分さ

成年後見制度では、自己決定権の尊重、残存能力の尊重、ノーマライゼーションの実現がその理念とされています。しかし実際には、自己決定権をもっとも制限する後見類型での利用が3/4を占め、申し立ての動機としては預貯金の解約、施設入所のための介護保険契約が多いことが明らかにされています<sup>1)</sup>。現状では、認知症等の進行によって在宅生活の継続が困難になり、施設入所等の必要性が切迫した段階で利用されることが比較的多いものと推察されます。そうした状況では、認知機能低下の進行のために本人が制度を理解することの困難性が増しており、また、制度利用の必要性が切迫しているために本人の意思が十分に尊重されずに申立が行われる傾向があります。本制度が、本人の自己決定権を尊重し、認知症高齢者の権利侵害に対する予防的対応<sup>2)</sup>して積極的に活用されているとは言えないでしょう。

#### (3) 意思決定、とくに医療上の意思決定への関わり

現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していません。医療上の慣習として、もっとも近い家族の意向に従うことが多いのですが、法的には家族に医療上の代諾権が与えられているわけではありません。そして、成年後見人にも医療上の代諾権はありません。

成年後見人の医療上の意思決定への関わりの形としては、医療方針の決定に関わるカンファレンス（合議体）への参加があります。しかし、現状では成年後見人等からの働きかけでカンファレンスが開催されることは少なく、医療者の呼びかけによって開催されるのが一般的です。医療同意権がないことを理由に成年後見人がカンファレンスへの参加を断わる場合もあります。医療側からすると、必ずしも成年後見人の協力が得られるわけではないという背景もあります。それとは反対に、医療従事者側に成年後見制度に関する知識が不足しているために<sup>3)</sup>、後見人が医療同意を強く求められたり、重要な決定の際にも成年後見人に連絡がないという報告が後見人からなされています<sup>4)</sup>。認知症ケアに関わる専門職が、成年後見制度に対する十分な知識を持っていないことが示唆されます。

さらに、成年後見人と家族との関係の課題もあります。前述の、自己決定能力が不十分であるとされる者の医療上の選択はもっとも近い家族が行うという医療上の慣習等を背景として、医療者、あるいは成年後見人等が、虐待者である家族の意向をまったく無視することができず、虐待者である家族の意向の取り扱いに苦慮したケースも報告されています<sup>5,6)</sup>。

成年後見人と医療代諾権については慎重かつ十分な議論が必要なことは言うまでもありませんが、そのためには、家族が実質上の代諾者になっている現状の整理が必要です。その上で、被後見人の医療上の意思決定に、成年後見人等がどのように関わっていくのかという課題を検討する必要があります。

#### (4) 成年後見人等に対する支援の不足

終末期医療に関わる意思決定への関わりなど、成年後見業務の広がりがあるなかで、中核機関への相談体制は自治体によりさまざまです。制度の担い手である成年後見人等への支援体制の構築もひとつの課題です。

#### (5) 被後見人等による評価の欠如

成年後見制度は、その発足以来、「本人による同事業・制度の評価」という形の制度評価はなされておらず、また、同事業・制度を利用することによって本人に何がもたらされたのかということに関しても、利用者本人を対象とした評価が行われていません。自己決定権の尊重を理念として掲げる成年後見制度について、本人にとっての制度の意義が本人目線で評価されることを可能にすることは大きな課題です。

### 3.2.2. 対応について

成年後見制度へのアクセシビリティを改善し、切迫した状況になる前に本人と制度利用について検討できるようにすることが、制度の本来の趣旨である自己決定権の尊重の実現につながります。課題解決に向けて以下のような対応が考えられます。

#### (1) 制度に関する知識の普及

成年後見制度に関する知識の欠如に影響を及ぼす要因として、金融リテラシーの影響が大きいことが報告されています<sup>7)</sup>。したがって、判断能力が保持されている段階で、将来同制度の対象となり得る人たちの金融リテラシーを高めることが<sup>8)</sup>利用を促進するものと考えられています。成年後見制度に関する正しい知識を得る機会を提供することが、本制度の普及とともに、補助・保佐相当の段階からの利用など、本人がメリットを感じられる制度利用につながる可能性があります。

#### (2) 申立てにかかる手続きの煩雑さの改善

申立てにかかる手続きの煩雑さも制度利用の困難さの一因です。日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行ができていない理由<sup>9)</sup>として「申立のために必要な書類の作成が難しく、準備できない」が6.4%、「成年後見制度について専門職や関係者の知識・経験が十分でなく、準備に時間がかかる」が14.9%と報告されています。専門職でさえ対応しきれない現状には、改善が望まれます。

#### (3) 首長申立てに関する自治体間の格差の是正

首長申立てに関する自治体間の対応の差が大きいという問題があります。民法の規定では、申立権者は、本人、配偶者、4親等内の親族、成年後見人等、任意後見人、任意後見受託者、成年後見監督人等、市区町村長、検察官等とされています。他方、老人福祉法32条、知的障害者福祉法28条、精神保健福祉法51条の11の2は、「その福祉を図るため特に必要があると認めるとき」とい

う要件つきで、民法を準用する形で市町村長に申立権限を認めています。申立人となる親族がない者では、その申立て適否に加え、4親等以内の親族の有無の調査と、調査によって4親等以内の親族がいると判明した場合には、その意向の確認作業に非常に時間をかける自治体が少なくありません。このような親族調査の範囲は、2005年に4親等から2親等に縮小されましたが、調査範囲は自治体に委ねられており、実施実態は様々です。結果として市区町村長申立てまでにかかる期間の自治体による格差も大きくなり、1カ月から半年の開きがあります。首長申立てを含め成年後見申立てにかかる業務に関する自治体間の格差の是正が必要です。

#### (4) 申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用に関する課題の解決

申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用も、とくに低所得者が制度を利用することの阻害因子となっています<sup>10)</sup>。申し立てにかかる費用や後見報酬を補助する制度をもつ自治体も多くなっていますが、それらは自治体の任意事業であり、予算はさまざまです。制度利用には自治体ごとの適用基準があり、現実には厳しい適用実態があります。費用の観点から日常生活自立支援事業が選択されるケースもありますが、認知症高齢者では、将来的には認知症の進行により同事業の利用に必要な契約能力が失われることがあらかじめ想定され、課題を先延ばしにしているに過ぎないという見方もあります。

## 文献

- 1) 最高裁判所事務総局家庭局. 成年後見関係事件の概況—令和2年1月～12月— 2021  
[Available from: <https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyou-r2.pdf>.
- 2) 吉岡譲治. 【一人暮らしの認知症高齢者】一人暮らしの認知症高齢者の権利擁護と意思決定支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):506-14.
- 3) 肥田あゆみ, 井藤佳恵. 臨床現場から考える医療同意権. 臨床現場から考える医療同意権 臨床医を対象としたアンケート調査からの考察. 臨床倫理. 2024(12):52-65
- 4) 日本弁護士連合会. 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱 2011  
[Available from: [https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215\\_6.pdf](https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf).
- 5) Ohno N, Mizuno Y, Kanbara A. [Medical team's struggle with financial abuse in the corresponding -Limitation of the adult guardianship system: A case report]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2018;55(4):663-7.
- 6) 村端祐樹, 福田陽明, 井藤佳恵, 小野正博, 木村亜希子, 齋藤正彦. モラルチャレンジ 実践・臨床倫理 事例検討 大腸がんが発見された認知症患者 家族による虐待を受けていた一例を通して考察する高齢者医療を取り巻く諸問題. 老年精神医学雑誌. 2018;29(9):991-9
- 7) Kadoya Y, Khan MSR, Oba H, Narumoto J. Factors affecting knowledge about the adult guardianship and civil trust systems: evidence from Japan. J Women Aging. 2020:1-15.
- 8) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, Abe Y, Shibata K, et al. The Economic Burden

of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5).

- 9) 社会福祉法人全国社会福祉協議会. 日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護。平成 30 年度日常生活自立支援事業実態調査報告書 2019 [Available from: [https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419\\_nichijichousa.pdf](https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf).
- 10) 井藤佳恵. 【後見人制度の現状と課題】成年後見制度の現状と課題 認知症高齢者困難事例の成年後見制

### 3.3. 成年後見制度に関する市町村の取組

令和 6 年度厚生労働科学研究において、成年後見制度に関する市町村の取組の現状・課題を明らかにするとともに、課題解決に向けた改善策を提案しました。

#### 3.3.1. 実態について

第二期成年後見制度利用促進基本計画では、市町村には、「権利擁護支援」（地域共生社会の実現を目指す包括的な支援体制における本人を中心とした支援・活動の共通基盤であり、意思決定支援等による権利行使の支援や、虐待対応や財産上の不当取引への対応における権利侵害からの回復支援を主要な手段として、支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動）を実施することと、そのための枠組みとして協議会や中核機関の整備が求められています。他方、全国の実態調査からは、市町村において協議会を設置しているのは約 5 割、中核機関を設置しているのは約 7 割であり、整備は一定程度進んでいるものの、①一中核機関に配置されている資格職は 3 名程度であること、②協議会も既存の合議体を活用している割合が 4 割を占めていることなど、運営体制は十分ではないことが明らかにされています。また、市町村の計画策定状況をみると、基本計画を地域福祉計画に位置付けている市町村が多く、認知症施策を検討する介護保険事業計画と一体的に計画策定している市町村は少ない（事業が介護部門と福祉部門に分かれてしまっている）ことも明らかにされています。一方、茨城県内の市町村の取組をみたところ、水戸市と周辺 8 市町村では、県央地域連携中枢都市圏を基盤に、権利擁護地域連携ネットワークの構築を図っていることもわかりました。

#### 3.3.2. 対応について

市町村は、事業から物事を考え、担当者と所管業務を決めて事業を展開するという仕事の仕方をおこなうため、認知症施策に関しては介護部門が、成年後見制度利用促進に関しては障害・福祉部門が担うといった縦割り構造になっています。こうした状況を変えるためには、事業や施策の目的は何か、事業や施策を通じて何を実現したいのかを常に意識させ、その上で、効果的と思われる手段を、現場を知る関係者と一緒に考えるといった仕掛けを設ける必要があります。また、外部有識者が市町村施策の展開支援に入ることで、①関係する多部門が集まりやすくなる、②議

論をうまくリードすることで、目的から手段を考える思考を体感することができると考えます。こうした役割を、中核機関に配属された専門職（社会福祉士など）が徐々に担えるようになれば、協議会をうまくハンドリングでき、課題解決力は高まるものと思われま

す。認知症基本法の理念、権利擁護支援の考え方を定着させるために、当事者を中心に据えた個別支援（チームによる支援）と、当事者が抱える共通的な地域課題を解決するための地域支援（協議会、市町村、コーディネート機能を担う中核機関の協働による支援）が一体となって展開される仕組みを市町村単位で構築する必要があります。

### 3.4. 消費者被害の実態とその対応について

#### 3.4.1. 実態について

警察庁の報告<sup>1)</sup>によれば、令和6年の特殊詐欺の認知件数は2万件を超えており、その数は近年増加傾向にあります。被害の認知件数の約8割が65歳以上高齢者で占められており、その手口としては、オレオレ詐欺、預貯金詐欺、キャッシュカード詐欺（「オレオレ型特殊詐欺」と総称）が多いことが明らかにされています。また、消費者白書<sup>2)</sup>によれば、認知症等高齢者の消費者生活相談の中では「訪問販売」の形態が最も多く、強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの対面勧誘による不適切な取引による被害が目立っています。さらに、認知症高齢者に関する消費者相談の約8割は本人以外の第三者から寄せられているという報告<sup>3)</sup>もあり、これは本人が認知機能の低下のために被害に気づきにくい状況にあることを示唆しています。

独居の認知症高齢者ではそのような傾向がさらに強まり、詐欺や不適切な取引の被害をより受けやすくなるものと推測されます。実際、全国消費生活情報ネットワークシステム（PIO-NET）の相談事例の分析<sup>4)</sup>では、独居の女性が被害に遭いやすいこと、特に90代が標的にされやすいことが浮き彫りにされています。しかし、これまでに独居認知症高齢者の被害の実態把握については極めて限定的な調査<sup>5)</sup>しか行われていませんでした。

そこで令和6年度厚生労働科学研究<sup>6)</sup>では、「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、「その他の不適切な取引」に焦点をあてて、独居認知症高齢者の消費者被害の実態調査を、介護支援専門員が勤務する東京都内のすべての在宅系介護サービス事業所3,711カ所（居宅介護支援事業所2,939カ所、地域包括支援センター473カ所、小規模多機能型居宅介護事業所232カ所、看護小規模多機能型居宅介護事業所67カ所）を対象に実施しました。その結果、①東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の約5割が過去1年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、約4割が「特殊詐欺」を経験していること、②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺、キャッシュカード詐欺、還付金詐欺、預貯金詐欺、架空領域詐欺の順で多いこと、③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが明らかにされています。独居認知症高齢者は「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」や「特殊詐欺」の標的にされやすく、その対策は超高齢化が進展するわが国の喫緊の課題と考えられます。

#### 3.4.2. 対応について

政府は、一層複雑化・巧妙化する詐欺等に対する施策として「国民を詐欺から守るための総合

対策（令和6年6月18日）」を策定しています<sup>7)</sup>。ここでは、①「被害に遭わせない」、②「犯行に加担させない」、③「犯罪者のツールを奪う」、④「犯罪者を逃さない」という4つの対策の柱が示されています。また、長野<sup>8)</sup>は、悪質商法の被害者には「悪質業者の手口を知っていたらだまされなかった」と後悔している人が多いことから、悪質業者の手口を広く啓発することの重要性を指摘しています。これらは独居認知症高齢者にとっても意味のある大切な取り組みですが、特に独居認知症高齢者に焦点をあてて有用性が検証されているものはまだありません。

それでも、いくつかの実践知の集積があり、そこから対策へのヒントを得ることができます。鶴浦<sup>9)</sup>は、認知症高齢者の消費者被害に対する支援では、被害が発生したときに展開する「被害回復支援」、消費者被害の発生前から発生初期にかけて展開する「予防的支援」、基本的ニーズの充足とともに家族・近隣住民・支援者等の周囲との関係のなかで生活を営む環境を整備する「日常生活支援」にわたる支援を不断かつ一体的に遂行することが重要であるとし、成年後見制度の利用がその一体的支援を推進させる可能性をもつと述べています。西原<sup>10)</sup>は、地域包括支援センターの権利擁護支援業務としての経済被害防止策として、①各専門職・団体・機関との連携強化により被害情報を把握できる体制をつくること、②被害情報のある地域の民生委員・介護支援専門員・訪問介護員等へ情報を的確に伝達し、その情報をもとに地域の人々と連携すること、③経済被害に遭っている事例を把握した場合は市の関係機関に通報し被害救済を図るとともに、多重債務整理の相談や代理援助による支援を図るために弁護士・司法書士等と連携することの3点を挙げています。内田<sup>11)</sup>は、介護支援専門員の役割として、一人暮らしの高齢者は被害が表面化するまでには時間がかかる場合があることから、家族をはじめ近隣の見守りが不可欠であること、見守りネットワークという点からは弁護士、消費生活センター、消費生活専門相談員（消費生活相談員と連携をとると同時に、介護支援専門員の役割として、「消費者基本法」や「特定商取引に関する法律」（特商法）の基礎的知識をもっておくこと、これらの法律を足掛かりに消費者被害をどの程度救済できるか（契約締結時にどの程度意思能力があったかなど）を検討できるようにしておくことが重要である述べています。

## 文献

- 1) 警察庁：令和6年12月末の特殊詐欺・検挙状況等について。  
<https://www.npa.go.jp/news/release/2024/20240226001.html>
- 2) 消費者庁：令和5年版 消費者白書。（2023）. [https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer\\_research/white\\_paper/2023](https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_research/white_paper/2023)（閲覧日：2025年4月10日）
- 3) 独立行政法人国民生活センター（2014）. 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切. 報道発表資料. [https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911\\_1.pdf](https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf)（閲覧日：2025年4月13日）
- 4) 加藤佑佳, 泓田正雄, 岩田美奈子他: 高齢者の消費者トラブルにおける認知機能障害の影響と対応策. リサーチ・ディスカッション・ペーパーRESEARCH DISCUSSION PAPER, 消費者庁, 2023, [https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research\\_003/assets/future\\_caa\\_cms201\\_230612\\_002.pdf](https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_230612_002.pdf)（検索日 2024. 11. 27）
- 5) 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.
- 6) 栗田主一, 斉藤葉子, 松本博成, 吉江悟, 相田里香: 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究. 令和6年度厚生労働科学研究(認知症施策研究事業)「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」(研究代表者: 栗田主一).
  - 7) 首相官邸ホームページ. “国民を詐欺から守るための総合対策”  
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki31/tokushusagi/oshirase.html> (検索日 2024. 11. 27)
  - 8) 長野利和: 高齢者の経済被害の現状と課題—警察の視点から—. 老年精神医学雑誌, 22(7), 792~798, 2011.
  - 9) 鵜浦直子: 認知症高齢者の消費者被害に対する成年後見制度の活用 日常生活支援から被害回復支援までの一体的支援の推進に向けて, 日本認知症ケア学会誌, 10(1), 20-27, 2011.
  - 10) 西原敦子: 経済被害を防ぐための地域包括支援センターの役割. 老年精神医学雑誌, 22(7), 799-807, 2011.
  - 11) 内田幸雄: 経済被害を防ぐための介護支援専門員の役割. 老年精神医学雑誌, 22(7), 808-814, 2011.

**コラム： 独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割**  
**一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク 副代表・弁護士 水島俊彦**

1 独居認知症高齢者を取り巻く社会情勢と課題

厚生労働省研究班が公表した研究結果<sup>1</sup>によれば、全国の認知症の高齢者数は2025年には471万6000人、2040年には584万2000人に達すると推計されており、その中には独居認知症高齢者も相当数含まれると推測される。

認知症の進行により、財産管理や介護・福祉サービスの導入が困難になることに加え、消費者被害や適切な医療ケアが遅れる等の様々な生活上のリスクが顕在化する<sup>2</sup>。特に独居の場合、支援者による発見が遅れることにより問題が複雑化し、成年後見制度やその他の福祉的支援の利用が妨げられる事例も少なくない<sup>3</sup>。また、本人にとって身近な存在がいないこと等により、本人の過去及び現在の意向、選好や価値観を周囲が把握することが難しく、結果として、住居、医療、財産管理等に関して本人が意に沿わない意思決定を迫られたり、本人の推定意思を反映することが困難となる等の課題が生じている<sup>4</sup>。

これらの課題を踏まえ、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という。）や障害者の権利に関する条約（以下「権利条約」という。）の趣旨を踏まえた支援付き意思決定（Supported Decision-Making）の仕組みが着目されている。本稿では、それぞれの理念を比較しながら、地域における実践例として豊田市における「フォローシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組みに焦点を当てる。

2 認知症基本法と障害者権利条約との共通点

2024年に施行された認知症基本法は、その制定過程において、認知症当事者が関与し、その意

---

<sup>1</sup> 認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究（令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保険健康増進等事業））

<sup>2</sup> 法的側面、生活面のリスクの具体例として、水島俊彦（2019）「認知症高齢者の意思決定支援と権利擁護：第10章共生社会のリスクガバナンス」『リスク学辞典』日本リスク研究会編、丸善出版を参照

<sup>3</sup> 青森県弁護士会が県内の老人福祉施設、障害福祉サービス事業所、精神科病棟等に対して2018年に行った「青森県内における成年後見事件の概況調査結果」によれば、判断能力が不十分であり、かつ、現に何らかの生活上の支障（例えば、現に法律行為や財産管理を行うことに支障がある場合、虐待や財産搾取といった権利侵害に遭っている場合等）が生じている者は青森県内に少なくとも7013人存在し、このうち、身寄りがない等の理由により親族の協力を得るのが難しい状況にある人は1764人（全体の約25%）いるとの結果であった。これらの者の多くは成年後見制度による支援が必要と解されるどころ、平成29年における県内の市町村長による成年後見制度申立て件数は119件にとどまっており、実際には成年後見制度が十分に活用されていない実態が明らかとなった。

<sup>4</sup>例えば、意思決定支援ワーキング・グループ「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」では、本人の判断能力が低下していることを理由に、本人の意思や希望への配慮や支援者等との接触のないまま後見人等自身の価値観に基づき権限を行使するなどといった反省すべき実例があったことは否定できない、とガイドラインの制定の背景について触れている。

見を反映して制定された。その基本理念には、2014年に日本が批准した権利条約の理念と共通する「社会モデル」の考え方が反映されている。具体的には、障害を個人の機能障害ではなく、社会的・環境的障壁との相互作用として捉える視点である<sup>5</sup>。

日本の認知症施策においては、障壁としての社会的制約を「認知症バリアフリー」の観点から減らしていくこと掲げているところ、前記理念を踏まえると、権利条約における「合理的調整・配慮(reasonable accommodation)」とも一致する。加えて、本人の自律性及び主導権を保障し、自己選択の機会を確保する(Choice&Control)という点でも両者の理念は共通している<sup>6</sup>。これらの理念は、医療、司法や福祉を含むあらゆる場面で意思決定支援を適切に確保するための基盤となる考え方であり、認知症基本法と権利条約の理念の類似性も踏まえると、権利条約の各条項及び国連障害者権利委員会(以下「権利委員会」という。)の意見は、認知症高齢者の支援においても十分に考慮されるべきものであろう。

### 3 豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組み

2022年、権利委員会は、日本に成年後見制度を含む民法改正と支援付き意思決定の確立を勧告した<sup>7</sup>。ほぼ同時期に、厚生労働省は持続可能な権利擁護支援モデル事業を開始し<sup>8</sup>、愛知県豊田市が、実施自治体の1つとなった。同市は、同モデルの実施に当たり、日本財団及びSDM-Japanと連携し、フォロワーシステムを導入した。このシステムは、意思決定フォロワーと独立アドボケイトが協働し、本人の意向、選好及び価値観を継続的に把握することで、意思決定支援(支援付き意思決定)を確保しようとする仕組みである。

---

<sup>5</sup> 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(平成25年法律第65号)でも、社会モデルの考え方を踏まえて、社会的障壁について、「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。」(同法第2条第2号)としている。

<sup>6</sup> 認知症基本法では「全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。」としている。他方、権利条約第19条では「自立した生活及び地域社会への包摂(インクルージョン)の解釈に関する国連権利委員会の一般的意見第5号において「障害のあるすべての人が、自己の人生を選択し、コントロールする自由をもって、自立した生活をし、地域社会に包容される平等の権利を認めている。」としている。

<sup>7</sup> 権利条約第12条に関する日本への勧告(パラグラフ28)を参照。なお、現行の成年後見制度には、①判断能力が回復しない限り終了が困難である点、②本人の自己決定が過度に制限される点、③本人のニーズに応じた柔軟な支援が提供されにくい点、④任意後見監督人の申立てが適切に行われない点、などの課題があると指摘されており、2024年度からは法制審議会民法(成年後見等関係)部会により、必要な時だけ必要な範囲で成年後見制度が利用でき、必要性が消滅すれば終了する「スポット型後見」についても議論されている。

<sup>8</sup> 2023年度より、厚生労働省において、「新たな連携・協体制を構築するモデル事業(持続可能な権利擁護支援モデル事業)」のテーマ②「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取組」の募集が開始された。

フォロワーシステムの特徴は、意思決定支援の確保を目的とした相互牽制機能<sup>9</sup>を備えている点にある。相互牽制機能の確保のためには、意思決定支援の確保に関して相互に牽制し合う支援チームの形成や関係性の濫用等が生じた場合に適時・適切に調査・介入できる権限を有する機関が必要とされており、フォロワーシステムでは、従来の支援者とは異なる立場、すなわち、本人の立場を支持し、本人の意向、選好及び価値観に根ざした本人の意思決定に寄り添うアドボケートの視点を備えた市民やピアサポートが参画し、活動支援を受けることによって、その機能の更なる充実を図ろうとしている<sup>10</sup>。

権利条約第12条第4項の観点からすれば、支援付き意思決定の仕組みの構築に当たっては、本人の法的能力の行使に関する支援に対する濫用防止措置（セーフガード）を備える必要があり、フォロワーシステムは、その重要な構成要素である相互牽制機能を確認、充実させるための仕組みの1つとして、今後ますます重要性を帯びてくるのではないだろうか。

#### 4 今後の展望

フォロワーシステムは、公的資金のみに依存せず、地域社会のネットワークを活用することで柔軟かつ持続的な支援を提供する仕組みである。現在は、主として認知症高齢者、障害者の日常的な金銭管理や身寄り問題、民法改正後の成年後見制度に関わる支援の在り方の検討に当たって進められている取組みではあるものの、今後は、相互牽制機能を活用した教育、医療及び福祉現場における活用可能性も検討されるべきである。そして、全国的な展開に向けて法制度化が進むことで、独居認知症高齢者を含む多くの人々に対する権利擁護支援の強化が期待される。

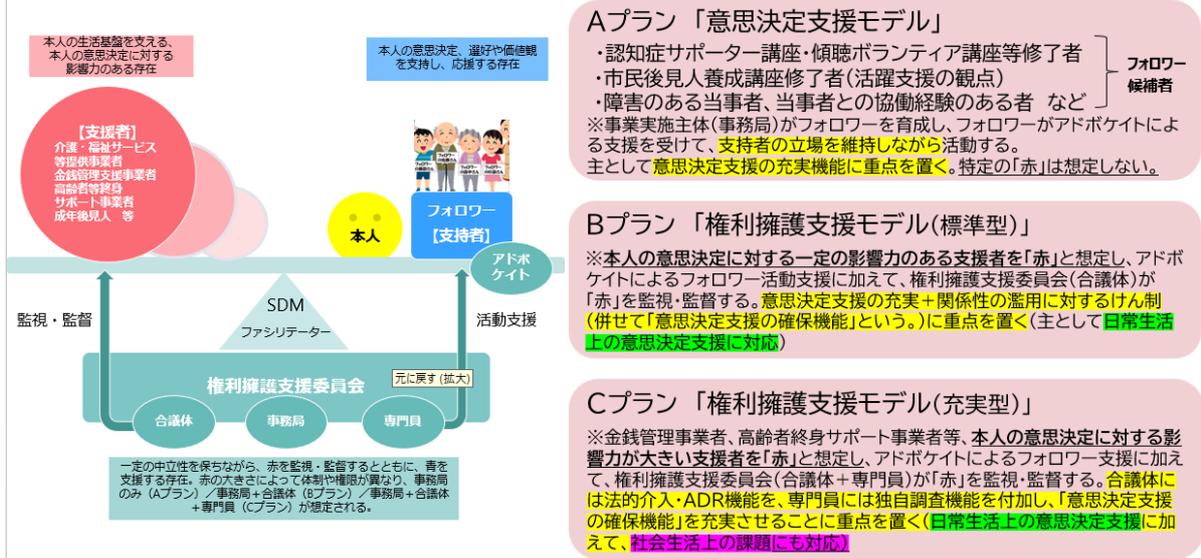
---

<sup>9</sup> 第二期成年後見制度利用促進基本計画に係る中間検証報告書では、相互牽制機能について、「意思決定における本人の自律性と主導権を確保するため、意思決定支援に関わる複数の主体がそれぞれ独立した立場から確認、評価し合うことにより、本人の意思決定を支援する枠組みの透明性を確保し、もって本人の意思決定に対する関係性の濫用及び不当な影響力の行使を抑制する機能」と説明されている。

<sup>10</sup> 水島俊彦, (2023), 国連勧告から見る日本の障害者の意思決定における課題: 支援付き意思決定の確保と濫用防止の仕組みを備えた「権利擁護支援モデル (フォロワーシステム)」とは?: 特集論文: 当事者の意見表明と意思決定の課題. 人間福祉学研究, 16(1), 79-96.

## 小さく産んで大きく育てる「フォローシステム」の段階的发展イメージ ver.2

自治体の規模、地域連携ネットワークの構築状況、権利擁護支援への取組状況によって、幾つかのパターンが考えられる。



## 第4章 地域環境や居住環境に応じた課題とその対応

### 4.1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

#### 4.1.1. 課題について

大都市では、近所の人について心配はしているが、一步踏み込んだアプローチがなかなかされにくいという傾向があります<sup>1)</sup>。また、大都市に出稼ぎでやってきた世代の人たちが、貧困に陥り帰郷もできずに社会的に孤立し、そのまま独居認知症高齢者となっているケースも散見されます<sup>2,3)</sup>。さらに、医療資源やフォーマルなサービスは比較的豊富な地域であっても、それらにアプローチがしにくいさまざまな理由を抱えている人<sup>2,3)</sup>、複合的な課題を抱えておりどこに相談に行けばいいかわからない人、もしくは相談窓口ショッピング状態となり、結果としてどこにもつながらない人も少なからず認められます<sup>1)</sup>。文献からは以下のような生活課題が抽出されました<sup>1,2,4,5)</sup>。

- ① 近所の人間関係：被害妄想や不安などがあった場合に、大声を出してしまったり、夜中に近隣の知り合いの家を訪ねて行ってしつたりすることが起き、住宅が密集しているがゆえに近所の人間関係が悪化してしまうことがあります<sup>1,2,4)</sup>、それがきっかけでさらに本人の状態が悪化してしまう悪循環が見られることがあります<sup>1,4)</sup>。賃貸住宅の場合は、大家との人間関係という課題も見られます<sup>2)</sup>。
- ② 金銭管理：ATMでお金が下ろせない、通帳が見つからない、誰かに盗られた、生活保護費や年金の受給を忘れてしまうといったことがよく見られます<sup>1,2,3,4)</sup>。金銭の管理以外にも、お金にかかわる課題では、買い物や光熱費・家賃の支払いができなくなってしまうケースも少なくありません<sup>2,3,4)</sup>。
- ③ 健康・衛生、安全：光熱費の支払いが難しくなると、ライフラインが止まってしまうなどにより健康を維持することが難しくなります<sup>2)</sup>。ゴミ出しや生活環境の整備、火の元の安全確保についての課題も見られます<sup>2)</sup>。本人のADL自立度や認知症自立度が高い人の方が一人暮らしを継続しやすいのですが<sup>5)</sup>、大都市では住宅が密集しているがゆえに、ゴミのにおいやボヤ騒ぎが大きな課題となって、それによって周囲との関係が悪くなったり、心配されたりするなどして、一人暮らしの継続が難しくなる傾向があります<sup>2,3,4)</sup>。医療へのアクセスが容易であるがゆえに、頻回に救急車を呼んでしまい、一人暮らしは無理と判断される場合もあります<sup>1,2)</sup>。
- ④ 離れて住む家族との関係：一人暮らしを継続している人の方が家族による介護の頻度は少ないのですが、一方、家族介護の頻度が多い方が一人暮らしが継続できなくなる傾向もあります<sup>5)</sup>。
- ⑤ いわゆる「迷惑行為」：「迷惑行為」は独居認知症高齢者に多く、大都市では「他者の心身の安全を脅かす行為」や「物や金銭の奪取」などの直接的被害が多い傾向があります<sup>6)</sup>。

#### 4.1.2. 対応について

大都市における独居認知症高齢者等への支援には、人とのつながりを途切れさせない地域の居場所づくり、不安を解消するための敷居の低い相談支援<sup>1,2,3)</sup>、家賃の支払いや地域生活のルール・役割に対する支援を含めた生活支援と住まいの確保への支援<sup>2,3)</sup>が有効かと思われます。さらに、住宅が密集している地域のため、つながるきっかけとなる支援があれば、住民相互の助け合いが生まれ好循環が展開される可能性もあります<sup>1,2,3)</sup>。文献からは以下のような実践例が抽出されました。

- ① 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める：「暮らしの保健室<sup>1)</sup>」では、どこに相談したらよいかわからないでいるうちに状態が悪化していくのを防ぐ意味でも、課題ごとに窓口を分けずにワンストップで受け止められる機能を備えています。同時に、その場は相談窓口だけではなく、安心できる居場所、交流の場、医療や健康に関する学びの場として機能しており、認知症になる前からの付き合いが生まれ、その後の体調変化等に対しても継続的な支援が可能です。
- ② 安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保する：医療や福祉さまざまなサービスへのアクセスが比較的よい大都市に暮らしていても、非常に多彩で複合的な事情があるために安心して暮らせる住まいがなく、社会から孤立している人もいます。NPO 法人ふるさとの会では、安心できる住まいの確保を入り口にしつつ、生活を継続することを主眼とし、生活トラブルや事故の予防・対応などの支援も含む日常生活支援を提供する事業を展開しています<sup>2,3,7)</sup>。
- ③ 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成：上記の活動を展開する場は、同時にボランティア育成の場<sup>1)</sup>や就労支援の場<sup>2)</sup>にもなっているため、利用者は役割を得て社会の一員としての自覚を取り戻すことができます。こうした精神面だけでなく、相互支援が生まれることで、支援の担い手不足の解消にも役立っています<sup>1,2,3,7)</sup>。

支援を展開していく上で、とかく個別の課題に目が向きがちですが、これらの支援の特徴は、本人の持っている力や長所にも着目し、それを伸ばし活かしていくことで、独居であっても認知症であっても、社会生活を継続できるように本人と地域を力づける役割を果たしている点かと思われます。地域のフォーマルな支援とインフォーマルな支援をつないでいくことが地域全体の理解と支援力を高めていくことにつながります<sup>1,2)</sup>。

#### 文献

- 1) 秋山正子：【一人暮らしの認知症高齢者】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)；487-497，2020。
- 2) 的場由木：【一人暮らしの認知症高齢者】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)；487-497，2020。
- 3) 滝脇憲：【認知症の人のための住まいと生活支援】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。

- 4) 菊地ひろみ：【一人暮らしで迎える認知症―超高齢社会のなかで】認知症疾患医療センターの視点から、認知症の最新医療 7(1) ; 6-11, 2017.
- 5) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邊大輔：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設移行に関する要因. 厚生指標 62(12) ; 15-21, 2015.
- 6) 内海久美子, 福田智子：認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴. 老年精神医学雑誌 33:793-799, 2022.
- 7) 瀧脇憲、的場由木：NPO 法人ふるさととの会. 生活困窮者居住支援・生活支援の取組み. 令和2年度厚生労働科学研究報告書（研究代表者：栗田圭一）. p. 155-p. 167, 2021.  
[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202017004A-sonota5.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202017004A-sonota5.pdf)

## 4.2. マンションに暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

### 4.2.1. 課題について

マンション管理会社に勤務する管理員やフロント社員約 1700 名が回答したアンケート調査 1) によれば、認知症に伴って生じている事項は、多い順に、①同じ話を何度も繰り返す、②いわゆる徘徊、③指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱、④自分の部屋に戻れない、⑤被害妄想となっています。分譲マンションに特有のものを選ぶと、「指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱」、「自分の部屋に戻れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などがあげられます。

また、日本認知症官民協議会は、参加している企業や団体の協力のもとに、業界ごとに手引き（認知症バリアフリー社会実現のための手引き）を作成しておりますが、この中の「住宅編」では、代表的な事例として、「マンションの玄関やエレベーター前で立ち往生している」、「廊下を行ったり来たりしている」、「ゴミの管理ができない」、「ポストに配達物やチラシがたまっている」、「突然怒り出す」があげられています<sup>2)</sup>。ただし、これらは独居の認知症高齢者を想定して作成されたものではありません。

分譲マンションに暮らす認知症高齢者の生活課題は、外から伺える状況が同じであったとしても、その原因はさまざまです<sup>3)</sup>。例えば、「ゴミの管理ができない」では、「記憶力の低下のために、ゴミの種類によって細かく決められた回収日が覚えられない。または忘れてしまう。」「見当識の低下のために、回収の時間に合わせてゴミを出すことができない。」「理解・判断力の低下や実行機能の低下により、分別の仕方がわからない」といったことがあげられており、「ゴミを出す」といった日常生活においても、複数の能力を用いており、そのうちの一部が失われると、結果として、その居住者は日常生活上の行動が出来なくなることが解説されています。

分譲マンションは、主に都市部において主要な住居形態となっておりますが、地域コミュニティとの関係が希薄になりがちであることや、外部から居住者の生活をうかがうことが難しいなど、特有の課題があげられることが少なくありません。分譲マンションに暮らす独居高齢者等の生活課題に関する調査研究が望まれます。

### 4.2.2. 対応について

分譲マンションは外部から見えづらく、接触にはオートロックの開錠を要し、支援策が届きづらいという意見が広く認められます。分譲マンションにも相当数の支援を要する人が居住していると想定されますが<sup>4)</sup>、戸建てや団地などの他の住居の形態に比べて、介護保険の認定率が低く、支援策が届いていないことが推測されています<sup>5,6)</sup>。

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく、個別のエピソードに基づく事例分析が日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまります。しかも、分譲マンションには、区分所有者から構成される団体（≒管理組合）があり、コミュニティの在り方も多様であること<sup>4,7,8,9)</sup>、多くのマンションは管理会社と契約していること、管理員が派遣されていることなどは、戸建てなどの他の居住形態には見られない特徴です。課題の解決のためには、本人と家族だけでなく、管理組合や他の区分所有者、管理会社などの立場からの検討が不可欠です<sup>10,11)</sup>。なお、マンションの管理員は、高い割合で、高齢者のみの世帯や高齢者独居世帯を（実質的には）把握しています。認知症などに気付く場合もあり、契約上の業務ではないものの、見守りやゴミ出しの補助などを行っている場合があります<sup>9)</sup>。先述したように、「指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などの特有の課題がありますので、マンション特有の実態を前提とした支援策の調査研究が求められています。

## 文献

- 1) マンションみらい価値研究所 「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員、フロント社員 1700 人 アンケート～」 (2021 年 10 月 29 日 公開)  
[https://www.miraikachiken.com/report/211029\\_report\\_01](https://www.miraikachiken.com/report/211029_report_01)
- 2) 日本認知症官民協議会. 「認知症バリアフリー社会実現のための手引」住宅編. 2021. 3.  
<https://ninchisho-kanmin.or.jp/guidance.html>
- 3) マンションみらい価値研究所 「認知症バリアフリー社会の実現に向け、管理会社に求められていること」 (2022 年 02 月 28 日 公開)  
[https://www.miraikachiken.com/report/220228\\_report\\_01](https://www.miraikachiken.com/report/220228_report_01)
- 4) 王尾和寿, 田中昌樹, 藤原広行, 水井良暢, 大塚理加, 東宏樹, 小嶋 淳. 災害レジリエンス向上のための分譲マンションの課題発見と準公共財としての活用方法の検討. 2023. 03.
- 5) 田中昌樹. 令和 2 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に関する分析の委託. マンションみらい価値研究所 (2021 年 03 月 1 日 発行) .  
[https://www.miraikachiken.com/research/210727\\_research\\_01](https://www.miraikachiken.com/research/210727_research_01)
- 6) 斉藤雅茂. 認知症の人と家族にやさしいマンションにむけた諸課題. マンション学. 2019;64:92-96.
- 7) 村田明子, 山田哲弥. 分譲マンションにおけるコミュニティ 組織. 日本建築学会計画系論文集. 2014;79:2181-2189.
- 8) 田中昌樹. マンションの防災組織はどうあるべきか. マンションみらい価値研究所. (2022 年

8月16日公表) [https://www.miraikachiken.com/report/220816\\_report\\_01](https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01)

- 9) 大塚理加, 田中昌樹, 王尾和寿, 塩崎由人. 分譲マンションに居住する災害時要配慮者への支援に関する調査研究. 地域安全学会論文集. 2023.11; No.43. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jisss/43/0/43\\_125/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jisss/43/0/43_125/_pdf/-char/ja)
- 10) マンション管理業協会. マンションにおける認知症の事例と対応策. 2016. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 <https://www.kanrikyo.or.jp/>
- 11) マンション管理業協会. マンションと認知症高齢者・障がい者. 2023. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 <https://www.kanrikyo.or.jp/>

#### 4.3. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

##### 4.3.1. 課題について

中山間地域は、高齢化率が高く、専門職も限られ、さまざまな資源が都市部に比べて少ないこと、面積が広く人口密度も少ないため、住民の生活圏が集落に限定されることなどの特徴があります<sup>1)</sup>。一方、介護保険制度では中山間地域加算が設けられ、地域での介護サービス展開の困難さに対する特別手当も支給されています。そのような地域での独居認知症高齢者の生活には以下のような課題があります。

##### (1) 移動に関わる生活課題

買い物や通院などの外出では移動距離が長いこと、徒歩で移動が困難な場合があります。加えて、公共交通機関の運行数が少ないために家族・親族等による移動支援が必要ですが、独居の場合にはそれを期待することができない場合があります<sup>2)</sup>。また、見守る人がいない場合には、徒歩での移動を試みて行方不明になることや、自動車の危険運転を繰り返して交通事故になるリスクが高まることもあります<sup>3)</sup>。散歩やゴミ出し、散髪などでも、リスクを抱えながら外出することになります<sup>2,4)</sup>。豪雪地帯では、雪によって移動の困難さがさらに高まり、その上、寒さに対する適切な判断ができないと、生死に関わる事態が発生する可能性があります。中山間地域での暮らしが長い独居認知症高齢者にとっては「ふつう」の暮らしであっても、近隣住民や別居家族からハイリスクな生活と思われ<sup>4)</sup>、その結果、別居家族や親戚は「施設に入るしかない」と感じたり、「迷惑をかけてはいけない」と思う傾向が高まります<sup>3)</sup>。

##### (2) 資源不足に起因する生活課題

医療・介護・生活に関わる商業施設等の資源が少ないため<sup>5)</sup>、長時間の移動が必要な遠方の資源へのアクセスが必要になりますが<sup>2)</sup>、そのために認知症の進行とともに生活支援サービスの必要量も著しく高まります<sup>2)</sup>。しかし、その担い手も不足しているため、結局、必要な支援が十分に得られないという状況が生じます。さらに、面積の広さや地形の関係から独居認知症高齢者の訪問や送迎等に係る関係者の移動負担も大きく、仮に資源があっても一日に対応できる人数に限られてしまいます<sup>2)</sup>。特に、豪雪地帯では、雪の影響により、高齢者の見守りの需要が高まる一方で、周囲が対応できる範囲や頻度が縮小されます。また、専門職が少ないために、ケアマネジメントを誰が行うのかという問題も生じます。一方、資源が少ない中で長年暮らしてきた本人にと

っては、交通機関の不便さも含めて資源が少ないことが「ふつう」なので、本人が思い描く生活と関係者が思い描く生活との間にギャップが生じやすいという問題もあります。

### (3) 住民の高齢化に関わる生活課題

住民も高齢化しており、住民の支え合い活動を推進することも課題になっています<sup>5)</sup>。高齢化率が非常に高い地域では、集落の住民が徐々に減り<sup>1)</sup>、集落外からの移住も少なく、集落そのものが消滅してしまうリスクもあります。また、それによって認知症高齢者にとっての「なじみの関係」や「なじみの場」が喪失し、「ふつう」の暮らしが崩れてしまうことにつながる可能性があります。独居であることから「寂しさ」を感じる場合もあり<sup>3)</sup>、特に、豪雪地帯では雪の影響により外出機会が著し減少し、人と交流する機会の減少によって社会的孤立のリスクが高まります。

### (4) 意思決定支援に関わる生活課題

以上のような状況の中で、本人の暮らしは、別居家族・親戚・近所の人々の理解の影響を受けやすい<sup>5)</sup>。「親族がいなければ、施設に入所するのが当たり前ではないか」、「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」といった住民意識や、家族・親戚の心情として「他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが本人の暮らしに大きく影響する<sup>3)</sup>。同様に、医師の診断が暮らしを左右する<sup>5)</sup>。中山間地域において在宅で暮らす独居認知症高齢者は、本人の意思とは異なるところで在宅生活の中断を余儀なくされるリスクが高まる傾向があることに留意する必要があるだろう。

## 4.3.2. 対応について

一方、中山間地域だからこそ取り組めることがあることにも注目する必要があります<sup>5)</sup>。中山間地域では、資源が限られているとはいえ、定期巡回・随時対応サービス<sup>5)</sup>や小規模多機能型居宅介護のサテライト<sup>1)</sup>など、移動困難や資源へのアクセスにも対応した中山間地域にも有効な介護サービスも制度上では創出されており、近年では多機能型シェアハウスや生活支援ハウスなどの「住まい」に関わる資源も存在します。加えて、市町村や地域包括支援センターを中心とした認知症施策の推進や成年後見制度の利用促進<sup>1)</sup>社会福祉協議会による日常生活自立支援事業や小地域ネットワーク事業を通じたコミュニティソーシャルワークの展開<sup>3)</sup>など、個別ケースの対応から地域課題を検討し、住民の認知症に対する理解と地域づくりを進める機運も高まっています。制度・政策的には、介護保険制度に限らず、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<sup>1)</sup>

以上を踏まえて、支援の展開には以下の7つの視点が重要かと思われます。

- ① 本人を重層的に支えるネットワークの構築：「みつける」「つなげる」「支える」「知らせる」「介入する」など、ネットワークの役割を明確化すること。
- ② 地域を支える人材の育成・確保：介護・看護等の専門職確保と同時に、地域の支え合い活動やボランティア等に注目すること。
- ③ 本人の意思決定や自立の支援：本人が地域での暮らしをどのように考えているのかを把握し、意思決定や自立の支援をしていくこと。
- ④ 本人のなじみの関係の継続と構築：本人の環境の変化に着目し、なじみの関係を継続できるように、なじみの関係をつくれるようにすること。

- ⑤ 本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重：本人の意向や状況に応じた住まいや暮らしの選択肢を提示できるようにすること。
- ⑥ 全世代的な地域づくりへの取組：地域共生社会や地域創生の取組を発展させ、地域での伴走的な支援を推進すること。
- ⑦ （上記①～⑥を）トータルにマネジメントする体制：地域包括支援センターが推進する「地域包括ケアシステム」と社会福祉協議会が推進する「地域福祉」の取組の融合。本人のこれまでの暮らし方を支えるような社会づくりにも取り組むケアマネジメントの確立。

## 文献

- 1) 内閣府地方創生推進室：住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～，内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局(2019).  
<https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf>
- 2) 宮崎和加子，中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える．老年精神医学雑誌 31(5)：499-505(2020)
- 3) 篠本耕二・二塚綾，認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて．西武文理大学サービス経営学部研究紀要(26)：153-161(2015)
- 4) 石川裕子・中谷文美，独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―，老年人文研究(2)：1-20(2021)
- 5) 池田昌弘，過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌 26(5)：493-497(2015)
- 6) 菊地和則、池田直樹、池田恵理子、他. 平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書. 東京都健康長寿医療センター研究所. 2019.  
<https://www.tmghig.jp/research/>

## 4.4. 離島に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

### 4.4.1. 課題について

日本には 14, 125 の島があり 1), そのうちの有人島は 2020 年の段階で 306 島, 高齢化率は 38. 8% です 2). この数値は 2055 年における全国の高齢化率の推計 38. 0%を超えており、わが国の超高齢社会を先取りする地域とも言えます。離島はその立地条件や人口規模で社会資源の量や本土との交流のあり方も異なり、そこで暮らす独居認知症高齢者の暮らしのニーズもさまざまです。ここでは、独居認知症高齢者が離島に暮らし続けるための生活課題について、医療のニーズ、日常生活支援のニーズ、住まいのニーズ、キーパーソンの確保の 4 つの面から解説します。

#### (1) 医療のニーズ

離島地域で20床以上の入院設備を持つ医療機関のない島が9割以上、医師が常駐していない島も4割以上と、医療資源が十分ではありません<sup>3)</sup>。そのため、入院が必要な病気や終末期になると島外に出なければならなくなる場合が少なくありません<sup>4)</sup>。また、本土と直接の交通手段のない2次離島では医療へのアクセスがさらに厳しくなります<sup>5)</sup>。独居認知症高齢者が糖尿病などの慢性疾患を抱えると治療のアドヒアランスも悪くなるために、島外家族に引き取られたり、入院や施設入所をせざるを得なくなったりします<sup>6)</sup>。島内の医療機関への受診であっても、自発的な受診が難しいことから、通院送迎や同行者を手配するのに苦慮することがあります<sup>7-9)</sup>。認知症の診断についても、島内に認知症専門医がいることはまれであることから島外の医療機関を受診しなければならず、診断までのハードルが高くなります<sup>7)</sup>。

## (2) 日常生活支援ニーズ

他地域と同様に、離島でも介護保険サービスで提供できない生活面でのニーズが課題となっています。例えば、離島は公共交通機関が整備されていないため、認知症にともなう免許返上後の移動手段が課題となり<sup>9-11)</sup>、外出や社会参加も難しくなります。また、離島では飲食店が限られており、配食サービスのニーズが高い<sup>2, 10, 11, 12)</sup>のですが、配食サービスや食事がボランティア活動や近隣住民の善意に依存している場合は、病態栄養食などの特別なニーズに対応できない場合があります<sup>10, 13)</sup>。認知症が進行して日中の居場所としてデイサービスを利用する際には、介護保険サービスや認知症に対する偏見があり、それに昔ながらの人間関係も影響して、そこには行きたがらないという課題が出てくることもあります<sup>9, 10, 14, 15)</sup>。都市部のようにデイサービスを自由に選ぶことができない離島ならではの課題であると言えます。

## (3) 住まいのニーズ

離島は認知症の進行や身体機能の低下だけでなく、台風や豪雪など厳しい自然環境などによって一人暮らしが困難になることがあります。しかし、入所施設やショートステイなど泊りのサービスがない場合は、島外に出なければならず、在宅生活継続が難しくなります<sup>4)</sup>。

## (4) キーパーソンの確保

離島の独居認知症高齢者の生活様式と家族関係の持ち方は様々であり、竹井<sup>16)</sup>は3つに類型化している。第1の類型は「天涯孤独型」で、これは出稼ぎ等やIターンなどで島に定住した人です。移住者が多い島では、本土の家族との関係性も希薄になっているため、家族や周囲との関係性の構築が支援の課題となる場合があります<sup>5)</sup>。具体的には、島内の友人や知人からの日常生活支援のサポートは受けていても、いざというときに本土の家族と連絡が取れない、以前の居住地から住民票を移していない<sup>14)</sup>、介護保険サービスの契約や医療同意等の際に行政や公的機関がその人間関係を把握することが難しく、キーパーソン探しに難航する、といった問題が生じます<sup>9, 14, 15)</sup>。第2の類型は「島外別居型」で、これはキーパーソンとなる家族が島外に暮らしている人です。島外家族は本人の状況を把握していないことがあり、本人の意向に沿わないサービス利用を進めたり、島で暮らすことをあきらめ本土に引き取ったり、入所を促すことがあります。島内の支援者とのコミュニケーションに関する問題や直接的な支援が必要な際に問題が起こりやすいと言えます<sup>5, 9, 13)</sup>。また、退院時カンファレンスをケアマネジャーが行ったり、本土への入院の際にはケアマネジャーが付き添わねばならないなど、ケアマネジャーのキーパーソン化という課題

も生じています<sup>9)</sup>。第3の類型の「島内別居型」は、キーパーソンとなる家族が同じ島の別の場所に住んでいるタイプです。他の二つのタイプよりは支援を受けやすいと言えますが、家族関係によっては高齢者の変化が把握できておらず、問題が顕在化してから気づくこともあり注意が必要です<sup>16)</sup>。

#### 4.4.2. 対応について

離島には、伝統的な地域の互助活動、島民同士のソーシャルネットワーク<sup>4,11,17)</sup>、行政含めた支援者と住民との繋がりが強く顔の見える関係があることから<sup>5,18)</sup>。独居認知症高齢者への支援においても近隣との相互扶助関係が大きな助けとなります。一方、高齢化と人口減少は深刻で、それが公的／私的なサポートに影響を及ぼしています。若年層の流失は地域の支援者不足やサービスの担い手不足を生じさせ<sup>5,19)</sup>、介護保険サービスの提供や地域の相互扶助関係を縮小・希薄化<sup>4,19)</sup>させており、高齢人口が減り始めている地域では、介護保険サービスの利用ニーズが少なくなり、採算が取れなくなっています<sup>12)</sup>。台湾の離島地域では共働き家庭が増えたため、女性に代わり外国人介護労働者が住み込み、介護や生活支援の担い手となっております<sup>20)</sup>、日本でもケア供給の合理化や外国人労働者の導入が進められています。伝統的な互助に支えられてきた離島地域は少子高齢化によってその姿を変えつつあります。以下に、現在進められているいくつかの対応策を解説します。

##### (1) 医療面の支援

島内の支援者ネットワークを整えて、慢性疾患のある独居認知症高齢者を段階的に自宅療養に移行することで、支援する側も納得しながら受け入れ態勢を整えたという事例が報告されています<sup>6)</sup>。また、定期的な受診や予約が自力では困難であり、健康状態を悪化させやすいという問題を解決するために、認知症高齢者の優先診療時間を設定し、診療所、ケアマネジャー、社会福祉協議会などが連携して、時間に合わせて通院送迎を行っている地域もあります<sup>6,13)</sup>。認知症の診断や治療の質を高めるためには人材育成も必要ですが、東京都では、本土の認知症疾患医療センターのスタッフが離島の保健・医療・介護の関係者と協働して定期的な事例検討会を行なっています<sup>21)</sup>。

##### (2) 日常生活の支援

島内の地域住民の交流を活かし、地域の見守り活動や支援ネットワークを作る取り組みを進めて地域は少なくありません<sup>11,22)</sup>。住民主体のNPO法人を設立し、介護保険で提供できない配食や移送などの生活支援サービスを提供している地域もあります<sup>23)</sup>。住民の自助・互助の力を引き出すには支援をつなぐリーダーやコーディネーターの役割の重要性が指摘されています<sup>17,24)</sup>。

##### (3) 社会参加の支援

高齢者向けのサロンやミニデイを住民が主体となり提供する取り組み<sup>11,13)</sup>や、自然発生的にできた地域のたまり場が高齢者同士の交流や情報交換の場となっており（荒若、浅井）、それが重要な社会資源となっている島もあります。そのような場所に住民たちが集まる機会を活かし、保健師が出向いて保健活動を行うといった柔軟な取り組みを行う地域もあります<sup>13)</sup>。

##### (4) 支援者との信頼関係構築

診療所が認知症の高齢者にとって「良い対応をしてくれる場所」という印象になるよう、どんな理由でいつ来ても歓迎するという方針をとり、平時より信頼関係を作るという取り組みもあります<sup>10,23)</sup>。離島ならではの裁量性の高さを活かし、信頼関係構築の重要性をよく理解した対応であると言えます。

#### (5) 住まいの支援

厳しい自然環境により一人暮らしが困難になる場合がありますが、冬場自宅で日常生活を送ることに不安がある人が期間限定で「生活支援ハウス」に入居し、一時的に自宅を離れて支援を受けながら暮らすという制度もあります。しかし、近年、高齢化と入所施設の不足から、グループホームのような役割を新しく担いつつあるとの報告もあります<sup>24)</sup>。また、認知機能の低下により独居で暮らすことが難しくなっても、施設入所の前段階として生活支援ハウスを設置している地域もあります。住まいとケアをシームレスに提供し、できるだけ長く島内で暮らせるよう体制を整えている例もあります<sup>23)</sup>。

#### (6) 支援者間の連携、ネットワーク構築

社会資源が乏しい離島での認知症高齢者支援は、多様な支援関係者がネットワークを構築し連携を行い、補っていく必要があります<sup>4)</sup>。しかし、離島は、①医療介護連携のための会議、②地域ケア会議、③近隣自治体との協議や会議に参加しない傾向という報告もあります<sup>12)</sup>。具体的には、関係機関の連携の弱さ<sup>11,25)</sup>や住民との連携、特に民生委員との連携の際の個人情報の壁<sup>19)</sup>があるようです。東京都では、本土の認知症疾患医療センターの専門職が定期的に離島を巡回し、地域ケア会議や個別支援の事例検討会に参加しており、この機会が島内の認知症支援のネットワーク構築を促進しているという報告があります<sup>21,23)</sup>。

## 文献

- 1) 国土地理院：日本の島の数。2023。  
[https://www.gsi.go.jp/kihonjohochousa/islands\\_index.html](https://www.gsi.go.jp/kihonjohochousa/islands_index.html)
- 2) 公益財団法人日本離島センター：2022 離島統計年報 CD-ROM 版
- 3) 国土交通省国土政策局：離島振興計画フォローアップ 令和 3 年 6 月。2021。  
[https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102\\_ritou01.html](https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102_ritou01.html).
- 4) 宮本恭子：島根県の離島における地域居住要件を考える。日本プライマリ・ケア連合学会誌。2017, vol. 40, no. 1, p. 52-57.
- 5) 吉川直人：離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点を当てて。京都女子大学養護・福祉教育学研究。2024, no. 2, p. 39-48.
- 6) 椛山美千代：高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整。糖尿病ケア。2011, vol. 8, no. 10, p. 1015-1019.
- 7) 美底恭子, 大湾明美, 伊牟田ゆかり, 佐久川政吉：小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検：H 島診療所の看護実践から。沖縄県立看護大学紀要。2016, no. 17, p. 127-136.

- 8) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成26年度事業実施状況報告書）。2015.
- 9) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）。2018.
- 10) 宮前史子，扇澤史子，今村陽子，畠山啓，齋藤久美子，岡本和江，古田光，栗田主一：離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因．日本認知症ケア学会誌，20(4)：532-544，2022.
- 11) 下地幸子，安仁屋優子，長嶺絵里子，佐久川政吉：認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み(第1報)介入準備期におけるZ区の強みと課題．名桜大学総合研究．2019，no. 28，p. 69-78.  
<http://ci.nii.ac.jp/naid/120006949873/ja/>，(参照 2021-05-28).
- 12) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会：離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書．2019.  
<https://www.kokushinkyoo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547>.
- 13) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成28年度事業実施状況報告書）。2017.
- 14) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成27年度事業実施状況報告書）。2016.
- 15) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）。2020.
- 16) 竹井太：ひとり暮らしの認知症の人の地域ケア 離島に於ける独居認知症の人のケア．日本認知症ケア学会誌．16(1)；59，2017.
- 17) 荒川泰士．離島在住の高齢者が在宅生活を維持していくための支援と課題－介護に関する情報・人的ネットワークの実態から－．高知女子大学紀要，2018，27-40p.
- 18) 富川亜紀子．生活の支え合いにみる「助」のエスノグラフィー—インフォーマルなサポートの変化とその要因．地域研究．2011，no. 8，p. 29-43.
- 19) 波名城翔．離島における地域支援の現状と課題：．長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要．2019，vol. 18，no. 1，p. 31-37.
- 20) 中村努．台湾緑島のケア供給における重層的ローカル・ガバナンス．人文地理．2021，vol. 73，no. 1，p. 55-74.
- 21) 古田光．東京都における島しょ地域の認知症支援について．島しょ医療研究会誌．2020，vol. 12，p. 16-19.
- 22) 林真二，吉田いつこ，堀井利江，永井眞由美．地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題．安田女子大学紀要．2019，no. 47，p. 301-310．神吉優美．高齢者の暮らしを支える自助・互助・共助・公助：住民が主体となり構築した地域ケアサービスに焦点を当てて．

- 福祉のまちづくり研究. 2018, vol. 20, no. 3, p. 9-20.
- 23) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）. 2019.
- 24) 浅井秀子, 熊谷昌彦. 島嶼における高齢者の冬期居住施設「生活支援ハウス」の利用実態と課題 -島根県の事例-. 日本建築学会技術報告集. 2015, no. 48, p. 783.
- 25) 波名城翔, 岩永秀徳. 島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究：長崎県新上五島町の調査から. 長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要. 2020, vol. 18, no. 1, p. 25-34.

## 第5章 別居家族が直面している課題とその対応

### 5.1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題

認知機能障害とともに独居で生活をしている人は、世界に4600万人いると推計されています<sup>1)</sup>。日本では、近年別居での介護を選択する高齢者と家族が増えています<sup>2)</sup>、その背景には家族形態や生活パターンの変化があり<sup>3)</sup>、今後も別居での介護は増加することが見込まれます<sup>1-3)</sup>。独居認知症高齢者の在宅生活継続の阻害要因<sup>4)</sup>が報告されていますが、そこには別居家族が直面する特有の課題があると考えられます。これらの背景を踏まえ、独居認知症高齢者等の別居家族が直面している課題を以下に整理しました。

#### (1) 介護や生活支援提供において直面する課題

##### ① 身体・認知・情緒機能変化の確認の困難

まず、別居家族にとって、高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調が悪いなどの緊急時に、家族の対応が遅れてしまうといった課題があげられ<sup>3) 5)</sup>、これらの状況について家族が不満を抱いていることが報告されています<sup>5)</sup>。家族が電話等で確認を頻繁に行おうとしても、高齢者本人が不調を隠す<sup>3)</sup>、高齢者本人がサービス利用など他者の支援介入を嫌がることで、見守りの体制を構築できないという課題につながっています<sup>6)</sup>。

背景には、高齢者自身のセルフケアの難しさという課題があります。例えば、本人が認知症を認識しておらず、サービスを受けないためにセルフケアが滞るという課題<sup>7)</sup>、糖尿病患者の場合など自己管理がそもそも難しい<sup>8)</sup>、にもかかわらず「家族に迷惑はかけたくない」という思いがセルフケアを難しくしていたということがあります<sup>8)</sup>。また、認知機能の低下した独居高齢者では服薬管理の難しさ<sup>9)</sup>や、歯科受診が滞りやすいことが明らかになっています<sup>10)</sup>。

##### ② 日々の生活における安全管理・金銭管理の難しさ

日々の生活管理における課題もあります。オープンやガスの使い方を忘れて、火事になりかけるといった安全管理の問題<sup>11)</sup>や、雇用した便利屋や看護師等により物を盗まれたり、お金を引き出されるなど、金銭管理の課題<sup>11-13)</sup>も報告されています。また、認知症に伴う一人歩き(徘徊)のあった高齢者が死亡したケースでは、同居者がいる高齢者よりも独居高齢者のほうが有意に多い<sup>14)</sup>等、家族が直面する安全・金銭管理の課題は多岐にわたります。

##### ③ パンデミック時の介護

新型コロナウイルスのような感染症パンデミックが発生した際には、全般的にサービス利用が減少した一方で家族らのインフォーマルケアの提供時間が増加しました<sup>15)</sup>。一方、パンデミック時の移動の制限は、家族にとって介護提供の困難が増す可能性があります<sup>16)</sup>。総じて主観的な介護負担感は高くなっていましたが、居住形態による差はみられていませんでした<sup>17)</sup>。これらパンデミックの独居認知症高齢者の家族に与えた影響については更なる検討が必要です。

##### ④ 災害に対する備え

独居認知症高齢者の場合に避難経路の確認ができていない割合が高いことが明らかになっており<sup>18)</sup>、独居認知症高齢者を支える別居家族にとって災害時の避難が課題となりうる可能性は大きい

にあると考えられます。

## (2) 介護を提供することから生じる課題

### ① 経済的負担・身体的負担・心理的負担

介護のための移動に時間がかかることは大きな負担の一つです<sup>3)</sup><sup>19)</sup>。移動に係る負担は身体的負担にとどまらず、移動費用<sup>3)</sup>や状況確認のための電話料金<sup>3)</sup>といった金銭的負担につながっています<sup>19)</sup>。加えて、仕事の調整等により所得へも影響します<sup>3)</sup>。一方、高齢者から家族への身体的な危害により、両者の関係が断絶したケースも報告<sup>20)</sup>されており、様々な身体的負担があります。

さらには、家族が不安や当惑、孤立といった感情を抱える<sup>21)</sup>など、心理的負担も報告されています。別居の介護では意思決定を担うこと<sup>22)</sup>、専門職とのコミュニケーションや近隣住民との関係構築<sup>23, 24)</sup>に時間を費やす等、手段的介護以外の支援提供も多く、これらの精神的健康への影響も懸念されます。また、仕事や育児といった役割を担っている場合、役割過重による心理的ストレス<sup>13)</sup>の報告もあり、虐待を始めとした不適切行為につながることを懸念される<sup>25)</sup>。

同居・別居の違いによる介護者の精神健康・心理的負担の差異については議論が分かれ、別居群のほうが精神的負担感が有意に低い<sup>26)</sup>とされる一方で、孤独感<sup>27)</sup>、負担感<sup>28, 29)</sup>においては、統計的な差異が明らかになっておらず、更なる検討が必要です。

### ② 高齢者本人および、介護する親族らとのコンフリクト

生活や介護の方針について、高齢者と介護者の意向のすり合わせの難しさやそこで生じるコンフリクトがあげられます<sup>8, 30, 31)</sup>。別居介護の場合、高齢者本人の安全確認の難しさは前述のとおりであり、これらが介護者と高齢者本人間の、介護や医療、生活における意向の不一致につながる場合があります。またこういった意向の不一致、コンフリクトは、介護を担う家族・親族間においても生じることが報告されています<sup>32)</sup>。

### ③ 介護継続の課題

Cottら(2013)のインタビュー調査からは、家族が、許容できるリスク(acceptable risk)と許容できないリスク(unacceptable risk)にわけて対応し、独居認知症高齢者の介護継続を判断していることを明らかにしています<sup>33)</sup>。ここで重要なのは、何が許容できて何が許容できないかの区別は絶対的なものではなく、時と場合によりその基準が変化する点です<sup>30)</sup>。

## (3) 支援体制に関する課題

支援体制に関する課題には、認知症高齢者が独居で生活継続をすること、その状態での介護状況に対して、同居を前提とした考えを持つ介護スタッフ等専門職からの理解を得られないこと<sup>19)</sup>、これらの介護に関する支援や情報の不足<sup>34-36)</sup>があげられています。また、高齢者と介護者の居住地が異なることによって、高齢者の居住地で提供される家族向けの支援対象から外れる<sup>3)</sup>、支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題もあります<sup>37)</sup>。

## (4) 以上のまとめ

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的です。しかしながら、高齢者の安否や機能低下、変化の確認を頻繁に行うことの難しさは、独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題と考えられます。また介護を提供することで、時間的・経済的・体力的、そして心理的な家

族の負担があること、また、支援体制にも課題があり、認知症高齢者が独居で生活継続することへの理解が介護スタッフらにないことなどの課題が見られました。近年は、パンデミックによる介護継続の制限などの課題も報告されています。Beiら(2021)のシステムティックレビューの試み<sup>38)</sup>なども登場しており、独居認知症高齢者の生活支援に資する質の高い研究が求められています。

## 文献

- 1) Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
- 2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. *老年精神医学雑誌* 2020;31(5):467-73.
- 3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. *Health & Social Care in the Community* 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
- 4) 中島 民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. *日本在宅ケア学会誌* 2022;25(2):225-32.
- 5) Thompsell A, Lovestone S. Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;17(9):804-7. doi: 10.1002/gps.692.
- 6) 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. *認知症ケア事例ジャーナル*. 2010;3(1):55-8.
- 7) Nabeyama S. Refusal of nursing care as a factor that hinders long-distance care in Japan. *Nursing Science Quarterly* 2023;36(4):411-8. doi: 10.1177/08943184231187865.
- 8) 浜田 詩子, 荻谷 みどり, 川上 理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ—事例からの考察. *日本看護学会論文集: 在宅看護*. 2018; (48):59-62.
- 9) Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, Snow W, Tierney MC. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2012;27(12):1275-82. doi: 10.1002/gps.3778.
- 10) Lexomboon D, Gavriilidou NN, Höijer J, Skott P, Religa D, Eriksdotter M, Sandborgh-Englund G. Discontinued dental care attendance among people with dementia: a register-based longitudinal study. *Gerodontology* 2021;38:57-65. doi: 10.1111/ger.12498.
- 11) Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. *Nursing Older People* 2004;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349.

- 12) 久保田 真美. 独居認知症高齢者のケアと家族支援. 臨床老年看護 2017;24(1):76-82.
- 13) 鈴木 久美子, 石丸 美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌 2022;27(2):1-10. doi: 10.20776/s13448846-27-2-p1.
- 14) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* 2019;19:902-6. doi: 10.1111/ggi.13738.
- 15) Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, Gedde MH, Husebo BS. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. *BMC Health Services Research* 2021;21(1):1003. doi: 10.1186/s12913-021-07041-8.
- 16) Das A, Padala KP, Bagla P, Padala PR. Stress of overseas long-distance care during COVID-19: potential "CALM"ing strategies. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12:734967. doi: 10.3389/fpsy.2021.734967.
- 17) Hvalič-Touzery S, Trkman M, Dolničar V. Caregiving Situation as a predictor of subjective caregiver burden: informal caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. *Int Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(21):14496. doi: 10.3390/ijerph192114496.
- 18) Hattori Y, Isowa T, Hiramatsu M, Kitagawa A, Tsujikawa M. Disaster preparedness of persons requiring special care ages 75 years and older living in areas at high risk of earthquake disasters: a cross-sectional study from the Pacific coast region of western Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2021;15(4):469-77. doi: 10.1017/dmp.2020.39.
- 19) 松本 一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.
- 20) 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み 認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報 2013;44(1):70-3.
- 21) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics* 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
- 22) Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. *British Journal of Occupational Therapy* 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
- 23) 中川 敦. 遠距離介護の意思決定過程の会話分析:ジレンマへの対処の方法と責任の分散. 年報社会学論集 2016;29: 56-67. doi: 10.5690/kantoh.2016.56.
- 24) 北村 圭三. ひとり暮らしの高齢者遠距離在宅介護における連携. 神戸海星女子学院大学研究紀要 2007;45: 51-74.

- 25) 松本 一生. 地域における介護家族への支援. *Dementia Japan* 2018;32(1):99-105.
- 26) 関野 明子, 矢吹 知之, 長田 久雄, 森下 久美. 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較: 別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. *日本認知症ケア学会誌* 2020;19(3):582-90.
- 27) Menne HL, Pendergrast C. Examining predictors of loneliness among Older Americans Act National Family Caregiver Support Program participants. *Frontiers in Public Health* 2024;12:1337838. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337838.
- 28) Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. *International Psychogeriatrics* 1999;11(3):235-50. doi: 10.1017/s1041610299005803.
- 29) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age and Ageing* 2021; 50: 861-7. doi: 10.1093/ageing/afaa196.
- 30) Heaton J, Martyr A, Nelis SM, Marková IS, Morris RG, Roth I, Woods RT, Clare L. Future outlook of people living alone with early-stage dementia and their non-resident relatives and friends who support them. *Ageing and Society*. 2021;41(11):2660-80. doi:10.1017/S0144686X20000513.
- 31) Sanchez LP. Historias y experiencias de atención a distancia, el caso: Israel y México. *Research on Ageing and Social Policy* 2022;10(1):21-47. doi: 10.17583/rasp.8436.
- 32) Roff LL, Martin SS, Jennings LK, Parker MW, Harmon DK. Long distance parental caregivers' experiences with siblings: a qualitative study. *Qualitative Social Work* 2007;6(3): 315-34. doi: 10.1177/1473325007080404.
- 33) Cott CA, Tierney MC. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. *Health, Risk & Society* 2013;15(5), 402-15. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.801936>.
- 34) 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援 地域で支える. *みつぎ総合病院誌* 2019;24(1):145-7.
- 35) 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邊 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. *八千代病院紀要* 2011;31(1):55-6.
- 36) Gunn KM, Luker J, Ramanathan R, Skrabal Ross X, Hutchinson A, Huynh E, Olver I. Choosing and managing aged care services from afar: what matters to Australian long-distance care givers. *International Journal Environmental Research and Public Health* 2021;18(24):13000. doi: 10.3390/ijerph182413000.
- 37) 中川 敦. 遠距離介護者は何をしてるのか 提案の判断と離れて暮らす家族の知識. *島根県立大学『総合政策論叢』*. 2015;29:29-44.
- 38) Bei E, Morrison V, Zarzycki M, Vilchinsky N. Barriers, facilitators, and motives to

provide distance care, and the consequences for distance caregivers: a mixed-methods systematic review. *Social Science and Medicine* 2023;321:115782. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115782

## 5.2. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題への対応

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的です。そのため、ここでは独居認知症高齢者本人への支援を通して、家族への支援となっている対策を含めて解説します。

独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策

### ① 見守り支援

総務省行政評価局（2023）の『一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査』報告書によると、「訪問による見守り活動」、「デジタルツールの活用による見守り活動」、「サロンを通じた見守り活動」といった見守り支援が展開されています<sup>1)</sup>。これらは、頻繁に独居認知症高齢者のもとを訪れることができない家族には重要な支援です。特に、訪問介護サービスの利用等は見守りにつながっており、行方不明の早期発見につながる可能性も指摘されています<sup>2)</sup>。

また、デジタルツールの活用による見守りも国内外で行われており<sup>3-10)</sup>、これらのデジタルツールの利活用の有用性も指摘されています<sup>3,10)</sup>。これらのデジタルツールを活用したモニタリングは高齢者の見守りを実現する支援となるため、家族の主観的な介護負担感の軽減に寄与する<sup>7)</sup>一方で、高齢者と家族両者の Well-being の低下が指摘される<sup>7)</sup>など課題もあります。モニタリングシステムの導入に際しては倫理的な議論もあり、介護者の多くが映像を用いたモニタリングにおいて、支援としての必要性を認めているものの、認知症高齢者の Autonomy（自律）や Freedom（自主性）の欠如、プライバシーの侵害といった課題があります<sup>8)</sup>。

### ② 緊急事態を知らせるサービス

高齢者自身が能動的に緊急事態を知らせるペンダント型のアラーム等も有用な支援となり得ます<sup>11)</sup>。特に独居の場合は、そうでない場合と比べてこれらの利活用が多いという報告もあり、独居高齢者への支援としての重要性が示唆されます<sup>11)</sup>。

### ③ 生活支援

独居認知症高齢者が介護サービスを利用することで生活支援をインフォーマル以外のサービスで賄っている現状が報告されており、公的/民間サービスは独居認知症高齢者の家族にとっての重要な支援の一つです。たとえば、ノルウェーの認知症介護者では全般的に介護サービスの利用が多く<sup>12)</sup>、スウェーデンに住む独居高齢者ではホームヘルプサービスの利用がより多いことが報告されています<sup>13)</sup>。イングランド、米国、フィンランドの調査でも同様の結果が得られ<sup>14-16)</sup>、日本ではショートステイの長期利用者に独居高齢者が多いとされています<sup>17)</sup>。さらに、生活支援のみならず、高齢者本人の日常的な話し相手の確保等も、家族にとっては重要な代替支援として挙げられます<sup>18,19)</sup>。

しかし、Edwards ら<sup>20)</sup>は U.S. Health and Retirement Study のデータを用いて、認知機能に課題を抱える独居高齢者 4,666 名の調査を行い、人種・民族や性別によって IADL・ADL の困難、

そしてサポートの状況が異なることを明らかにしており<sup>22)</sup>、認知症のある独居高齢者の機能低下や支援ニーズには大きな違いがあることに留意しておく必要があるとしています。

#### ④ 専門職の関わりによる支援

訪問看護師を始めとした介護スタッフ等の専門職が高齢者と介護者の間に入り、家族の関係構築を支える支援の可能性が報告されています<sup>19, 21-29)</sup>。これらは主に家族への介入を目的とした支援です。例えば、担当者会議の開催により、家族、専門職を含めた支援者全員の支援の方向性のすり合わせが実現すること、専門職が仲介役となって主介護者以外の家族からの支援を引き出し、独居での生活を継続できる支援体制の構築が実現可能となることなど。ここでは、専門職が家族の思いをくみ取り、介護力を見極める<sup>30)</sup>とともに、家族が理解できるような説明が行われることによって、家族の不安や悩みが軽減されるといった支援も含まれます<sup>31-33)</sup>。このような働きかけは介護者自身の負担や不安の軽減につながるだけでなく、高齢者側の不安軽減につながる効果も有しています<sup>34-35)</sup>。

##### (1) 支援提供の課題と今後期待される支援

支援者側に、認知症のある独居高齢者に対して別居で介護を提供することに対する理解がないこと<sup>36)</sup>、これらの介護状況に関する支援情報が不足していること<sup>25, 37)</sup>、既存の見守り支援として機能する民生委員やボランティアにおいても手が不足していること<sup>1)</sup>が課題になっており、今後増加が予測される独居認知症高齢者の家族支援対策は急務の課題です。さらに、独居認知症高齢者の意思決定に別居家族が関わることについての課題も指摘されており<sup>38)</sup>、家族による意思決定支援への支援も期待されます。これらの支援は、家族が介護を提供するようになる前から、例えばサービス開始前などからの途切れることのない継続的支援提供が求められます<sup>19)</sup>。その一助として、イギリスのアルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) は独居認知症高齢者に知っておいてほしいことや相談先をまとめた資料をウェブサイト上で公開しておりますが<sup>39)</sup>、さらに、独居認知症高齢者の本人だけでなく、その別居介護者自身をサポートする身体的・心理的支援プログラムの開発が期待されています<sup>40)</sup>。

##### (2) 以上のまとめ

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的です。既存の対策は、高齢者本人へのサービス提供を通じた家族への支援対策が中心であり、家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定されます。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十分な対策が取られているとは言えません。別居家族を支援する対策に関する検討はこれからの重要な課題です。

## 文献

1. 総務省行政評価局. 一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査 結果報告書. 2023. [https://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/hyouka\\_000164233.html](https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/hyouka_000164233.html)
2. 菊地 和則, 大口 達也, 池内 朋子, 栗田 主一. 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 2021;32(4):469-79.
3. 瀨瀬 朋弥, 石原 多佳子, 西本 裕, 小林 和成, 山崎 仁朗, 高木 和美, 大野 ゆう子. IT

- 機器を介した高齢者地域見守りモデル事業導入時の課題. 日本早期認知症学会誌 2016;9(2):43-8.
4. 飯生 信子. 独居高齢者見守り機器動向. 電子情報通信学会誌 2021;104(9):975-80.
  5. White C, Whitfield C, Wray J. Providing help, support and care from a distance: summary of findings from an exploratory study of ‘distance carers’ in the UK. 2018. University of Hull.
  6. Chou HC. Remote monitoring and control smart floor for detecting falls and wandering patterns in people with dementia. *Journal of Intelligent & Fuzzy Systems* 2019;36(2):1323-31.
  7. Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J, Curtis D. Potential for digital monitoring to enhance wellbeing at home for people with mild dementia and their family carers. *Journal of Alzheimers Disease* 2020;73(3):867-72. doi: 10.3233/JAD-190844.
  8. Mulvenna M, Hutton A, Coates V, Martin S, Todd S, Bond R, Moorhead A. Views of caregivers on the ethics of assistive technology used for home surveillance of people living with dementia. *Neuroethics* 2017;10(2):255-66. doi: 10.1007/s12152-017-9305-z.
  9. 藤原 佳典. 認知機能が低下した独居の高齢者への地域包括ケアシステム. ケアマネジメント学 2013;12号:18-24.
  10. 杉坂 淳, 下田 学, 長田 俊佑, 久富木原 健二, 吉井 康裕. Alzheimer型認知症患者の服薬アドヒアランス改善にネットワークカメラと服薬カレンダーを用いた症例. *神経治療学* 2015;32(6):949-52.
  11. Ptaschitz NGS, Jacobsen FF, Berge LI, Husebo BS. Access to, use of, and experiences with social alarms in home-living people with dementia: results from the LIVE@Home.Path trial. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2023;15:1167616. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.
  12. Moholt JM, Friberg O, Blix BH, Henriksen N. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: a survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia (London)* 2020;19(5):1712-31. doi: 10.1177/1471301218804981.
  13. Larsson K, Silverstein M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies* 2004;18(2):231-44. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.
  14. Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
  15. Gage H, Cheynel J, Williams P, Mitchell K, Stinton C, Katz J, Holland C, Sheehan B. Service utilisation and family support of people with dementia: a cohort study in

- England. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2015;30(2):166-77. doi: 10.1002/gps.4118.
16. Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age and Ageing* 2021; 50: 861-7.
  17. Hagiwara C, Sasaki H. Conditions and characteristics of older adults and primary caregivers who use short-stay services: a comparison between long-term and short-term service groups by service type. *Journal of Rural Medicine* 2022;17(4):196-204. doi: 10.2185/jrm.2022-013.
  18. White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. *Health & Social Care in the Community* 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
  19. 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル 2010; 3(1): 55-8.
  20. Edwards RD, Brenowitz WD, Portacolone E, Covinsky KE, Bindman A, Glymour MM, Torres JM. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. *Alzheimer's and Dementia* 2020;16(8):1125-33. doi: 10.1002/alz.12102.
  21. 渡辺美由紀, 藪中朋子, 増子芳枝, 上村康子, 佐々木政子, 小林三希子, 渡辺睦子, 濱口恵子. 医療依存度の高い独居高齢者のサポートと課題. 癌と化学療法 1998;25 (suppl-4):661-4.
  22. 長谷川 幹. 事例検討道場 物盗られ妄想のあるおばの面倒をみる別居の甥。どこまで頼れるか?悩む地域包括の主任ケアマネ. 月刊ケアマネジメント 2012;23(2):46-51.
  23. 安藤 繁, 野中方式事例検討会. 新・事例検討道場 事例検討の技術向上めざして 幻視・錯視の訴えが多い独居の女性 ケアマネ、ヘルパー、民生委員が対応に苦慮。認知症患者センター受診に、県外の家族は慎重。どう対応したらいいか?月刊ケアマネジメント 2013;24(11):42-7.
  24. 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み 認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報. 2013;44(1):70-3.
  25. 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邊 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要 2011;31(1):55-6.
  26. 安藤 こずえ, 水野 敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学 2015;20(1):88-96. doi: 10.20696/jagn.20.1\_88.
  27. 黒沢 一美, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し 前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学

- 2020;112:77-82.
28. 鈴木 久美子. 地域包括支援センター看護職による認知症高齢者と家族への支援の特徴 個別支援から認知症とともに安心して暮らせる地域づくりまで. 認知症ケア事例ジャーナル 2024;17(1):35-42.
  29. 角田 光隆. 分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活上の課題と支援. 認知症ケア事例ジャーナル 2022;15(3):170-6.
  30. 林 純子, 林 裕栄, 善生 まり子, 張 平平. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援 地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌 2022; 25(2): 13-22.
  31. 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター. 一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査: 介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から. 2023.
  32. Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics* 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
  33. 鈴木 久美子, 石丸 美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌 2022; 27(2): 1-10.
  34. 渡邊 菜保子, 松本 美江, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学 2024;118号:177-80.
  35. Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. *British Journal of Occupational Therapy* 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
  36. 松本 一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究 2003;20(3):203-6.
  37. 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援 地域で支える. みつぎ総合病院誌 2019;24(1):145-7.
  38. 井藤 佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援. 老年精神医学雑誌 2022;33(3):270-5
  39. Alzheimer's Society. Living alone as a person with dementia. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/staying-independent/living-alone>.
  40. Watari K, Wetherell JL, Gatz M, Delaney J, Ladd C, Cherry D. Long distance caregivers: characteristics, service needs, and use of a long distance caregiver program. *Clinical Gerontologist* 2006;29(4):61-77. [https://doi.org/10.1300/J018v29n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J018v29n04_05).

## 第6章 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題と対応

### 6.1. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題

戦時中などの例外を除いて、一貫して右肩上がりが増えつづけてきたわが国の総人口は、2004年をピークに緩やかな減少傾向に転じている一方で、単身や夫婦二人で構成される世帯数は依然として増え続けています。地方部では著しく人口が減少し、都市部では単身者が急増するなど、血縁と地縁の希薄化が同時に進展し、社会全体で身寄りのない独居高齢者が増加している傾向が見て取れます。

他方、現在のわが国における高齢者施策は、2000年の介護保険制度の導入による措置から契約へという流れの中で契約による制度利用が中心となり、実際には高齢者本人の契約行為を家族が支援する、つまり家族が当然に高齢者本人の意思決定を支援することが想定されている状況です。

このように、本人による適切な判断が困難な状況に陥った際には家族が本人に代わって意思決定を行うことが前提となっている社会制度の下では、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の考えや嗜好、将来への希望も含めた詳細な情報を得て、それらを活かしながら終身にわたる意思決定を、誰がどんな権限で、誰がコストを負担して担うべきなのか。その仕組みを如何にしてつくるかということが、財産管理を業務の中心とする成年後見制度以外に整えられていない今日の下での最大の課題となっています。

以下に、身寄りのない独居認知症高齢者の終身にわたる意思決定支援を取りまとめる役割を果たす人がいないことによって生じる具体的な生活上の課題を整理して解説します。

(1) 適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいない

身寄りのない独居認知症高齢者が医療や介護を受ける必要が生じたときに、その時期、場所及び方法についての選択肢を収集し、本人の状況によって事前に本人から得ていた情報を活かしながら意思決定の支援を行うキーパーソンが不在となる。こうした状況下では、医療機関や在宅介護等それぞれの場面における身寄りのない高齢者に対応するためのガイドラインは存在するものの、守るべき本人の尊厳や希望がどこにあるのかを現場の医療介護スタッフが推定することは困難であり、真の意味での権利擁護には繋がりにくいという問題が生じます。また、主に財産管理の役割を担う成年後見人の利用を促す意思決定支援も主体的に行う仕組みがなく、申立人となる4親等以内の親族もおりません。

(2) 入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいない

病院への入院の際に求められることが多い身元保証人には、①支払債務の連帯保証機能とともに、②医療同意の機能、③入院に必要な物品の準備の機能、④転院・退院先の決定や環境調整の機能、⑤死後事務の機能があるとされている<sup>1)</sup>。身元保証人がいないことを理由に入院や入居を拒否すべきではないという論調も根強くある一方で、単に金銭的な保証人というだけでなく、認知症高齢者本人が自ら行えないことを代わりに行ってくれる人が必要です。それらをすべて入院中の病院や入居中施設が決定権を持って行えば、不適切な利益相反関係が生じてしまうことにも

なりかねません。

(3) 死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいない

死亡したときに、遺体を引き取って火葬及び納骨といった祭祀を主宰してくれる権限を有している人、相続人に代わって賃貸住宅の解約及び家財処分をする権限を有している人がいないことで、身寄りのない独居認知症高齢者の入院や施設入居の受け入れ先を見つけられない問題、賃貸住宅を借りられない問題が生じています。さらに、すでに認知症を発症していると、こうした死後の権限を第三者に委任する契約を締結することも困難になる可能性があります。

(4) 以上のまとめ

日常生活の営みは大なり小なり意思決定の連続であるにもかかわらず、頼れる身寄りがいない独居認知症高齢者には、本人に関する情報を保有し、その情報を活かしながら死亡後を含めた終身にわたって切れ目なく本人に寄り添う意思決定支援を行う人がいないことが最大の課題となっています。具体的には、①適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいないこと、②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいないこと、③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいないこと等が挙げられます。

## 文献

1) 八杖友一「身寄りのない人の医療の現場と課題～医療機関での身元保証問題を考える～」

『実践 成年後見』, No. 107, 2023年11月号, 11-14, 2023.

## 6.2. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題への対応

これまで、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者に生活上の課題が浮上したときは、医療や介護の現場において各種ガイドラインに沿った多職種連携により本人の意思を推定するなどして本人の権利擁護を行うという対策が中心でした。しかし、今後、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の増加が見込まれる中、多職種連携による例外的対応が常態化すれば、医療介護の現場が機能不全に陥ってしまうリスクがあります。

そこで必要となる対策は、認知症により判断力が低下する前の時期に、頼れる身寄りのない独居高齢者が、将来にわたりその尊厳を守り希望をもって暮らすことができるように、意思決定の材料となる情報の管理及び意思決定の支援とその実行の手助け又は代行を信頼する人に託すことができる制度の確立することが求められます。こうした制度は、地域ごとの特性や資産階層別に検討される必要があります。具体的には下記のような対策があげられます。

(1) 高齢者等終身サポート事業者の整備と健全な発展

身寄りのない高齢者等の生活上の課題を支援するために、契約により「身元保証等」「日常生活支援」及び「死後事務」を受託する事業を行う民間事業者は、社会的ニーズが増大する一方でこれまで何等の規制も監督官庁も業界団体もない状況で消費者問題化するケースも多くなりました。この問題に対応するために、令和6年6月、内閣官房身元保証等高齢者サポート調整チームを中

心に関係各省庁横断で「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が発表されました。今後、民間サービスとして、安心して選択できる事業に発展していくことができるかどうか重要な課題となります。

(2) 厚生労働省「令和6年度身寄りのない高齢者等が抱える生活上の課題に対応するためのモデル事業」

このプロジェクトでは、①包括的な相談・コーディネート窓口、②社協によるパッケージ提供、という2つの事業が全国9自治体で実施されています。持続可能な仕組みづくりを実現するための検証が待たれます。

(3) 上記の2事業に共通すること

上記の対策は、いずれも身寄りのない独居認知症高齢者が、認知症の症状が出現する前の時期に当事者意識を持って備えておくことが必要とされています。令和5年12月「認知症と向き合う幸齢社会実現会議」のとりまとめにおいて「家族だけが介護の担い手であるという介護負担意識の改革が必要」<sup>1)</sup>と明言されていますが、今後は、社会の最小単位が家族から個人へと移行する時代を迎えることになるでしょう。そこでは、誰もが将来頼れる身寄りのない状況の独居認知症高齢者となるリスクがあるという当事者意識を持って、自立期から事前の備えをすべきだという新しい価値観の醸成と、地域ごと資産階層ごとの特性を踏まえた多様な安心できる選択肢の整備を、同時進行で進めていく必要があります。

(4) 以上のまとめ

身寄りのない独居認知症高齢者は、介護保険制度や成年後見制度などの公的制度の狭間に陥ることが多く、現在までのところ、死亡後まで含めた終身にわたる生活課題を解決する制度や仕組みが整備されているとは言えません。具体的には、高齢者等終身サポート事業者による民間サービスを事前に契約しておく方法の他、行政による相談・コーディネート窓口の設置や、社会福祉協議会等による身元保証等のパッケージサービス提供等が検討されはじめたばかりです。今後、日本全体の人口が減少していく中でも、身寄りのない独居認知症高齢者はその割合も実数も増加していくことが予想されます。認知症を発症する前から誰もが当事者意識を持って、それぞれの生活環境や資産状況に応じて、安心して自分の情報や将来の意思決定支援を託すことができる備えの選択肢を整える施策が急務でしょう。

## 文献

1) 首相官邸「認知症と向き合う幸齢社会実現会議とりまとめ」, 1-16, 2023.

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho/pdf/torimatome.pdf>

## 第7章 在宅生活の中断と施設ケアへの移行

### 7.1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因

独居認知症高齢者の社会属性的な特徴としては、海外における非独居認知症高齢者との比較研究<sup>1-3)</sup>から、①女性が多い、②高齢である、③低収入である等が確認されています。また、在宅生活中断要因（以下、中断要因）に関しては、地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究<sup>4-6)</sup>から、「ADLの低下」、「認知機能の低下」に加え「独居であること」があげられており、独居高齢者全体を対象とする研究<sup>7,8)</sup>からは、「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」、「要介護者が男性であること」、「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか、「認知症による生活機能の低下」等があげられています。また、居住形態（独居 vs 非独居）と入所等のアウトカムの相関を調査した海外の研究<sup>3)</sup>では、2年後の施設入所率について独居は30.5%である一方、非独居は15.1%と独居認知症者は非独居と比べ2倍のリスクがあるという結果も明らかになっています。これらの結果から、「独居であること」と「認知症であること」はともに在宅生活中断のハイリスク因子とすることができます。

#### (1) 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因

海外の研究では、独居 vs 非独居の比較縦断研究によって中断要因を抽出している研究はあるものの、独居認知症高齢者に限定し、さらに中断要因を掘り下げた研究はあまりありません。その中で、Eblyら<sup>1)</sup>は、在宅認知症高齢者（非独居含む、65歳以上）の施設入所要因を明らかにすることを目的に、約300人の属性/ADL/認知機能等に関わるデータを2年後の居住状況を含め分析しています。その結果、独居では、「機能障害の増大」のみが施設入所に対する重要な説明変数としてあげられ、独居の主介護者にとって「行動上の問題」や「介護者のストレス」は、「機能障害の増大」よりも重要性が低いことが明らかにされています。他方、非独居では、「主介護者が施設入所を考えたことがあるか」のみが要因としてあげられています。さらに、独居認知症高齢者の主介護者（本人が主介護者と認識している人、または意思決定等に責任をもつ家族）が施設入所を検討する予測因子として、「認知症進行度」、「要介護者との関係が子供である」、「行動上の問題」等があげられています<sup>2)</sup>が、非独居では、「行動上の問題」のみであり、独居では認知症が進行した際のケアやサービスの拡充にアンメット・ニーズがあるとも考えられます。

国内の研究では、独居群 vs 非独居群で中断要因を比較研究したものは少なく、対象を独居認知症高齢者に限定し、本人および/または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査から中断要因を明らかにした研究<sup>9-12)</sup>がほとんどです。各文献から中断要因に関わる具体的事象を抽出し分類した結果、中断要因は表1のように分類されました。

そのほか、非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として、寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が充分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されています<sup>12)</sup>。

#### (2) 今後の課題

認知症高齢者の在宅継続中断要因について、国内の研究では、在宅継続に焦点をおいた独居群 vs 非独居群の比較研究は少なく、量的に中断要因を探索する調査も必要かと思われれます。また、

国内研究の調査対象は、介護保険サービス利用中の人を対象としていますが、独居の場合、診断や支援等へのアクセシビリティの低下からサービス利用に至っていない群が一定数いることにも留意が必要です。また、在宅生活中断の経緯は、実際には個々のケースによって、本人の性格、これまでの歩み、家族・地域との関係等、個人/環境要因が複雑に絡み合っている点にも留意する必要があります。しかし、今回整理した在宅継続中断要因は、独居認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためにどのような施策・支援が必要なのかを考えるための一つの視座を与えるものとなるでしょう。

## 文献

- 1) Ebly, E M et al. “Living alone with dementia.” *Dementia and geriatric cognitive disorders* vol. 10,6 (1999): 541-8.
- 2) Nourhashemi, F et al. “Living alone with Alzheimer’s disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR Study.” *The journal of nutrition, health & aging* vol. 9,2 (2005): 117-20.
- 3) Soto, Maria et al. “Living Alone with Alzheimer’s Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soins et d’Aide dans la maladie d’Alzheimer Study.” *Journal of the American Geriatrics Society* vol. 63,4 (2015): 651-8.
- 4) Knapp, Martin et al. “Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer’s disease: findings from a large London case register.” *BMJ open* vol. 6,11 e013591. 18 Nov. 2016
- 5) Sibley, A et al. “The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis.” *Dementia and geriatric cognitive disorders* vol. 13,1 (2002): 40-5.
- 6) Yaffe, Kristine et al. “Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia.” *JAMA* vol. 287,16 (2002): 2090-7.
- 7) 中島民恵子ほか：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因。厚生指針 62.12 (2015): 15-21.
- 8) 柄澤邦江ほか：“独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究。飯田女子短期大学紀要 25 (2008): 21-33.
- 9) 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より。日本在宅ケア学会誌 21.1 (2017): 67-75.
- 10) 久保田真美，堀口和子：認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因 介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより。日本認知症ケア学会誌 18.3 (2019): 688-696.
- 11) 犬山彩乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因。千葉看護学会会誌 25.1 (2019): 37-46.
- 12) 神波幸子ほか：過疎農村地域に暮らす独居の認知症高齢者のケアについて 福井県 I 町の訪問調査から。医療福祉研究 6 (2010): 37-68.

表 1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断要因

①	社会関係の困難（公衆の場での騒動，近所トラブル・関係の希薄化など）
②	生命安全確保の困難（火元不注意，SOS 発信できない，外出時の帰宅困難など）
③	健康管理の困難（既往症の健康管理，適切な飲食摂取，室温・衣服調整など）
④	日常生活の困難（ADL/IADL の低下，意欲・体力の低下など）
⑤	お金に関する困難（金銭管理困難，介護保険の限度額超過と資金不足など）
⑥	インフォーマル・ケアの困難（家族の疲弊，支援者であった知人との疎遠など）
⑦	本人の支援受入の困難（介護保険サービスの拒否，認知症の症状による支援者とのすれ違いなど）
⑧	尊厳の維持の困難（薄れていく自分らしさ，不衛生・不健康な生活空間など）

## 7.2. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進する支援

現在のところ、どのような支援が独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進するかについては明らかにされていません。しかし、支援のヒントとなるいくつかの研究結果がでておりますので、それについて紹介します。

### (1) 独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する要因に関する研究

Greiner ら<sup>1)</sup>は、「コネチカット高齢者在宅ケアプログラム」で年次評価を実施している 10,975 人のデータを分析し、アルツハイマー病であること、金銭管理に支援が必要であること、独居であること、ショートステイの利用回数が多いことが 1 年以内の施設入所のリスクを高めるが、「個別ケア支援サービス」の利用は施設入所のリスクは 46%低減すると報告しています。Sebban ら<sup>2)</sup>は、急性期病院を退院した 60 歳以上の独居高齢者 389 人に調査によって、独居であったとしても、認知症であったとしても、それまでに理学療法を受けていたということが退院後の在宅生活中断リスクを低下させると報告しています。犬山ら<sup>3)</sup>は、独居認知症高齢者の在宅生活継続の要因（本人の要因）を明らかにするために、独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー 11 名に半構造化面接を行い、得られたデータについて、国際生活機能分類 (ICF) を分析枠組みとした質的帰納的分析を行っています。その結果、①健康状態に関する 2 テーマ（【認知症の診断が確認されている】等）、心身機能・身体構造に関する 4 テーマ（【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等）、活動に関する 5 テーマ（【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】等）、参加に関する 3 テーマ（【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等）、個人因子に関する 3 テーマ（【趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等）が抽出されました。認知症高齢者は、日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続を可能にしていること、入院や一時的な体調の変化によって機能低下が生じた場合でも、住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていることが示されています。著者らは、独

居認知症高齢者の在宅生活継続には様々な要因が相互に影響しあっており、ICFの視点を用いてこれらの情報を整理することが有効であると述べています。

#### (2) 独居認知症高齢者のニーズの把握に関する研究

Svanstroemら<sup>4)</sup>は、認知症とともに一人で暮らすという現象と彼らのニーズを明らかにすることを目的に、6人の独居の認知症者を対象に32回の訪問記録と11の録音記録を分析しました。その結果、一人で暮らすことを困難にするような漠然として存在するに至る経過を明らかにした。すなわち、活動が次第に緩慢になり、日常生活の管理が次第に困難になり、周囲との関係が次第に希薄になり、やがて孤独感と健忘があらわれ、それが生きる意味をぼやかしていく。介護者やサービス提供機関が独居認知症者のニーズを理解するためには、このような独居認知症者の内的世界を理解することが重要であると述べています。Clareら<sup>5)</sup>は、独居認知症者のニーズを理解するために、IDALスタディに参加した英国の軽度～中等度認知症1,541人と1,277人の介護者のデータを分析しています。その結果、独居認知症者は、同居者がいる認知症者に比して、認知機能、生活機能、社会的交流は高いが、より孤独であり、生活に対する満足度は低く、在宅サービスや福祉用具を利用している頻度が高い。しかし、症状、QOL、ウェルビーイングには差がないと報告しています。この所見は、軽度～中等度の認知症者は独居であってもそれなりに暮らすことができるが、どのようにサポートをすれば生活に対する満足度が向上するか、どのような保健福祉サービスが彼らのニーズに最もよく対応できるのかを考える必要があると結論しています。

#### (3) 独居認知症高齢者のサービス利用に関する研究

Rosenwhol-Mackら<sup>6)</sup>は、32の研究について系統的文献レビューを行い、独居認知症者では、同居者のいる認知症者に比して、保健サービスの利用は少ないかほぼ同等であるが、福祉サービスの利用は多いと報告しています。Eichlerら<sup>7)</sup>は、ドイツの地域在住認知症高齢者511人のベースライン調査において、独居認知症者は、同居者のいる認知症者よりも、在宅ケア、服薬管理、配食、訪問介護などの専門職によるサービス利用が多いと報告しています。

#### (4) 以上のまとめ

現段階では、独居認知症高齢者等の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について、十分なエビデンスは存在しません。これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると、①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総合的な地域システムを考案すること、②認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し、認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保することが重要かと思われます。

## 文献

- 1) Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, et al.: Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. *Am J Manag Care*. 2014 Dec 1;20(12):e535-6.

- 2) Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, et al.: Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. *Aging Clin Exp Res.* 32(7): 1271-1277, 2020.
- 3) 犬山彩乃, 諏訪 さゆり: 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. *千葉看護学会誌* 25(1):37-46, 2019.
- 4) Svanström R, Sundler AJ: Gradually losing one's foothold—a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia (London).* 14(2):145-63, 2015.
- 5) Clare L, Martyr A, Henderson C, et al.: Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Dis.* 78(3): 1207-1216, 2020.
- 6) Rosenwohl-Mack A, Dubbin L, Chodos A, et al.: Use of Services by People Living Alone With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Innov Aging.* 2021 18;5(1):igab004, 2021.
- 7) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al.: Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. *J Alzheimers Dis.* 2016; 52(2):619-29, 2016.

### 7.3. 独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきこと

認知症とともに一人で暮らすライフコースの中で、在宅から施設への入所など、「ケアの場の移行」(care setting transition)を経験する可能性は非常に高くなるのは事実です<sup>1)</sup>。また、配慮のない「ケアの場の移行」が認知症高齢者の身体的・精神的な健康状態、QOLやウェルビーイング、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も、認知症ケアに携わる専門職であれば、日々の業務の中で繰り返し経験していることかと思われまます。したがって、ここでは、認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究を紹介した上で、英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)のガイドラインに記されている推奨事項を解説し、独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」について配慮すべきことを考察することにしました。

#### (1) 認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究

Cloutierら<sup>1)</sup>は、カナダのブリティッシュコロンビア州で長期ケアを受けている3,717人の女性の認知症高齢者の経過を、ライフコースという観点から、行政データを用いて追跡しました。その結果、「在宅ケアから施設ケアへの移行群」は、「在宅ケア継続群」「施設ケア継続群」よりも、郊外に住む人が多く、未亡人または独居が多く、健康状態は「在宅ケア継続群」と「施設ケア継続群」の中間にあり、抑うつレベルは最も高く、施設入所のタイミングではADL障害、認知機能障害、失禁、攻撃性が目立つようになっていると報告しています。また、2事例の詳細なレポートを通して、「在宅ケアから施設ケアへの移行」は決して単純な経路ではないこと、その間に数多くの複雑な問題が生じること、それが本人の健康状態、QOL, identity, personhoodに

影響を及ぼすこと（例：施設ケアへの移行が認知症高齢者の不安、焦燥、興奮、転倒リスク、徘徊のレベルを高め、それによって「問題高齢者」のレッテルが貼られ、それによって行動が制限され、それによって孤立を強いられるようになる）、しかし、この問題にフォーカスをあてた研究はほとんど見当たらないと指摘しています。

## (2) NICE ガイドライン

2018年に、NICEは、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」(Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Nice Guideline 97. Methods, evidence and recommendations. June 2018)<sup>2, 3)</sup>を刊行しています。ここには、「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行することを管理すること」(Managing the transition between different settings for people living with dementia)というセクションが設けられています。しかし、そこでは、現段階では十分なエビデンスがないことが強調されており、「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行するには、『福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行』<sup>4)</sup>や『精神病院入院と在宅との間での移行』<sup>5)</sup>に関するガイドラインを参照すること。また、いずれの移行においても、移行後には本人のニーズや希望について見直しを行え」とのみ記されています。

## (3) パーソンセンタードケアとコミュニケーション・情報共有

上記で紹介されている「福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行」<sup>4)</sup>には、主に在宅から病院に入院する際に留意すべきことが記載されています。したがって、在宅から施設入所という「ケアの場の移行」には必ずしもそぐわない内容でした。また、認知症に特化したものではなく、独居者に特化したものでもありませんでした。しかし、その冒頭にある「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーション及び情報共有」に関する記載は、在宅から施設ケアへの移行の際にも共通する内容であるので、以下にその内容を要約して紹介しておきます。

### ① パーソンセンタードケア

- ケアを受けるすべての人は、自分自身のケアを選択できる個人であり、対等なパートナーであると認識されねばならない。
- 好ましくない治療やケアを受けている可能性がある人、コミュニケーションの障害や薬物・アルコール乱用のためにサービスへのアクセスが難しくなっている人については、それが同定され、適切に支援されねばならない。
- 本人から同意を得る場合には、家族や介護者も提供されるケアについての話し合いに関与してもらうようにすべきであり、本人の同意能力に疑いがある場合には、精神保健法 (Mental Health Act) の原則を遵守せねばならない。

### ② コミュニケーションと情報共有

- 病院と在宅の間の移動に関与する本人・介護者・すべての保健福祉専門職は、定期的に話し合いの場をもつ必要がある。これによってケアの場の移行が円滑に調整され、すべての調整を同時に行うことができる。
- 病院と在宅（施設も含む）の間を移動する場合には、診断及び治療・すべての処方薬についての情報を提供する、必要な場合には家族や介護者にそれを渡す必要がある。

- 情報提供を行うには様式としては、通常の文字で書かれた書式の他に、視覚障害がある人には点字の書式など、本人が理解しやすい様式の情報提供が必要である。

#### (4) 以上のまとめ

現段階では、独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて、十分なエビデンスは存在しません。しかし、認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして、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やウェルビーイング、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、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、が挙げられるでしょう。

#### 文献

- 1) Cloutier DS, Penning MJ: Janus at the crossroads: Perspective on long-term care trajectories for older women with dementia in a Canadian context. *Gerontological Society of America*. 57(1): 68-81, 2017.
- 2) National Institute of Health and Care Excellence: Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published date: June 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- 3) 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.
- 4) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>
- 5) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>

## 第8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>11</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することにいたしました。

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。

### 8.1. 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

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>12</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（第2版）」<sup>13</sup>に示される意思決定支援の「基本原則」を踏まえて、「適切な意思決定のプロセス」を確保できるように努める必要があります。

### 8.2. 意思決定支援の基本原則、留意点、プロセス

厚生労働省が作成した「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第2版（以下、ガイドライン）」<sup>13</sup>によれば、認知症者の意思決定支援とは、「認知症になっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う、意思決定支援者による支援」であり、「支援する側ではなく、本人の視点に立って行われるもの」と定義されています。ガイドラインでは、これを行うためには、意思決定支援の基本原則（「本人の意思の表出」「本人の意思の尊重」、「本人の意思決定能力への

<sup>11</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>12</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>13</sup> [https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o\\_r6\\_guide02\\_20250320.pdf](https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o_r6_guide02_20250320.pdf)

配慮」,「チームによる早期からの継続的支援」)を踏まえて、意思決定支援の人的・物的環境の整備(「意思決定支援者の姿勢」,「意思決定支援者との信頼関係、意思表明の相手方との関係性への配慮」,「意思決定支援と環境」)に留意しながら、①意思形成支援、②意思表明支援、③意思実現支援というプロセスを確保することの重要性を指摘しています(表1)。

また、ガイドラインでは、家族も本人の意思決定支援者であり、意思決定支援者である専門職や行政職等は、意思決定支援者としての家族を支援する必要があること、特に、本人と家族の間で意見が分かれたり、本人が過去に表明した見解について、本人と家族が異なる記憶であったり、社会資源等を受け入れる必要性の判断について見解が異なる場合には、意思決定支援者(主として専門職や行政職員等)が、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族が不安を抱かないように支援をすることも必要である、とされています。

さらに、本人の意思決定能力の評価や支援方法に困難や疑問を感じたり、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合、本人のできること・やりたいことの実現に向けてチームで情報を共有し検討するとしています。このような意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合いを「意思決定支援会議」と呼んでいます。

意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることも可能です。会議では、情報を共有した上で、多職種それぞれの視点を尊重し、根拠を明確にしながら進めていく必要があります。話し合った内容は、その都度文書として残す必要があります。意思決定支援会議に参加する専門職や行政職員等には、適切な意思決定支援プロセスを踏まえているか確認をするとともに、プロセスごとの内容や結果を記録し、適切に評価を行い、質の向上につなげる役割もあります。本人の意思は変化することもあるので、意思決定支援チームでの事後の振り返り(例えば、本人が体験等を通して、意思が変わる場合がある)や、意思を複数回確認することが求められます。

表 1. 意思決定支援の基本原則, 留意点, プロセス

1. 基本原則	
① 本人の意思の表出	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年齢や性別、病気の有無等に関わらず、誰もが日々の生活の中で多くの意思決定をしながら生活をしており、人生は意思決定の連続といえる。日常生活・社会生活の中では、何を食べるか、どのような服装にするかなどの身の回りの些細なことから、どこに誰と出かけるか、何をかうか、どのサービスを利用するかなど、1日の中でも多くの意思決定をする場面がある。</li> <li>○ 意思が決まる過程には、すぐに決められるものもあれば、十分な情報や時間が必要な場合もある。また、あまり多くの人に知られたくないことや、反対に、周囲の意見を聞いて決めたいこともある。</li> <li>○ また、自分の思いをうまく伝えることができない場合、自分をよく知り、信頼できる相手の支えが必要になる時もある。日々の生活の中で、自分自身が大切にしていることや好きな場所、今後も続けたいことやこれから挑戦したいこと、心配事や不安に感じていることなど、日頃から「自分の意志」を周囲に伝えることも大切である。</li> </ul>
② 本人の意思の尊重	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 意思決定支援者は、認知症の人が、一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。</li> <li>○ 認知症の人への支援は、本人の意思を尊重するために行う。したがって、本人の意思を尊重するために、本人の認知能力に応じて理解しやすいように説明しなければならない。</li> <li>○ 意思決定支援は、本人の意思（脚注 v）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、日々の暮らしの中で、本人自身がどのような意思をもっているのかについて、まずは本人の表明した意思選好を確認し、本人の意思の確認がどうしても難しい場合には、推定意思・選好を確認する。</li> <li>○ なお、自ら意思決定できる早期の段階で、本人の意思を確認し、できる限り具体的な内容を記録として残しておくことも考えられる。</li> <li>○ 認知症の人は、言語による意思表示がうまくできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。</li> <li>○ 本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重</li> </ul>

	される。
③ 本人の意思決定能力への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するというを前提にして、意思決定支援をする。</li> <li>○ 本人のその時々意思決定能力の状況に応じて支援する。</li> <li>○ 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の保たれている認知能力等を引き出す働きかけを行う。</li> <li>○ 本人の意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、またそれを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によって構成される。これらの存否を判断する意思決定能力の評価判定と、本人の保たれている認知能力等を引き出す働きかけは、IV. p.12 で後述するプロセスに応じた意思決定支援活動と一体をなす。</li> <li>○ 意思決定能力の評価は、本人の認知機能や身体及び精神の状態と本人の生活状況等をその都度十分に把握したうえで、意思決定する行為内容に照らし合わせ、適切に判断されることが必要である。</li> <li>○ 本人の意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、意思決定支援者の支援力によって変化することに注意する。</li> <li>○ さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化することがあるため、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。</li> </ul>
④ チームによる早期からの継続的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 意思決定支援に当たっては、本人の意思を踏まえて、本人及び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（以下、「意思決定支援チーム」という）が必要である。</li> <li>○ 本人が意思を表明しやすくなるよう、チームの中に本人が意思決定をすることを支えるパートナーや伴走者を入れる。</li> <li>○ 本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後の生活等について、本人や家族、関係者等の意思決定支援チームで話し合い、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要であり、その際、本人の語りや表情なども含め、できる限り具体的な記録を残しておくことと良い。</li> <li>○ 意思決定支援チームは、本人の視点に立つことが重要であり、意思決定支援をチームで検討する場合にも、本人が参画できるように配慮することが必要である。なお、本人を交えた意思決定支援のミーティングや会議に先立ち、支援チームのメンバーが、ミーティン</li> </ul>

	<p>グの趣旨や留意点を理解しておく必要がある。また、本人にとってどのような形で開催することが適切であるかについても検討をしておくことが望ましい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の意思決定能力の評価や支援方法に困難や疑問を感じた場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、再度本人の意思決定支援の方法について話し合う。また、生活する地域で本人の見守りをしている方や日頃から本人と接している方など、日常生活において本人を良く知る人から情報を収集することで、本人を理解し、支援していくことが重要である。</li> <li>○ さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化することがあるため、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。意思決定支援者は、本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認し、支援の質の向上を図ることが必要である。</li> <li>○ 本人のその後の生活に影響を与えるような意思決定支援を行った場合には、その都度、記録を残しておくことが必要である。</li> <li>○ 本人の意思決定後、その選択肢を選んだことから生じるリスクなどについても、チームであらかじめ共有し、それぞれの立場で必要な対応について備え、必要時に連携する。</li> </ul>
<p>2. 意思決定支援の人的・物的環境の整備：意思決定支援は、意思決定支援者の姿勢や意思決定支援者との信頼関係、意思表示の相手方との関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、以下に留意する。</p>	
<p>① 意思決定支援者の姿勢</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 意思決定支援者は、本人の意思を尊重する姿勢で接することが必要である。</li> <li>○ 意思決定支援者は、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような姿勢で接することが必要である。</li> <li>○ 意思決定支援者は、本人のこれまでの生活史について家族関係も含めて理解することが必要である。</li> <li>○ 意思決定支援者は、支援の際は、その都度丁寧に本人の意思を確認する</li> <li>○ 支援を必要としない人への介入、本人が自身で意思決定できる事項への介入等、過剰な意思決定支援を行うことがないように留意する。</li> <li>○ 認知症が重度であること等、症状の度合いによって、意思決定支援を行わないことがないようにする。</li> </ul>
<p>② 意思決定支援者との信頼関係と意思表示</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 意思決定支援者は、本人との信頼関係に配慮する。意思決定支援者と本人との信頼関係が構築されている場合、本人が安心して自ら</li> </ul>

<p>の相手方との関係性 への配慮</p>	<p>の意思を表明しやすくなる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人は、意思決定の内容によっては、意思表示の相手方との関係性から、遠慮などにより、自らの意思を十分に表明ができない場合もある。必要な場合は、事前に本人と意思決定支援者との間で本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。</li> </ul>
<p>③ 意思決定支援の環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初めての場所や慣れない場所では、本人は緊張したり混乱するなど、本人の意思を十分に表明できない場合があることから、なるべく本人が慣れた場所で意思決定支援を行うことが望ましい。</li> <li>○ 初めての場所や慣れない場所で意思決定支援を行う場合には、意思決定支援者は、本人ができる限り安心できる環境となるように配慮するとともに、本人の状況を見ながら、いつも以上に時間をかけた意思決定支援を行うなどの配慮が必要である。</li> <li>○ 本人は、大勢の人に囲まれると圧倒されてしまい、安心して意思決定ができなくなる場合があることに注意すべきである。</li> <li>○ 本人が急いで意思決定を行うことがないよう支援の時期についても配慮し、本人が集中できる時間帯を選ぶことや、疲れている時を避けることなどにも注意が必要である。本人には意思決定をしない自由もあるので、意思決定を強制することにならないように注意すべきである。</li> <li>○ 専門職種や行政職員等は、意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援の時に用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることが必要である。</li> </ul>
<p>3. 意思決定支援のプロセス：意思決定支援者は、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下のプロセスを踏むことが重要である。</p>	
<p>① 意思形成支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ まずは、以下の点を確認する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人が意思を形成するのに必要な情報について説明しているか。</li> <li>• 本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字に変えて、ゆっくりと説明しているか。</li> <li>• 本人が理解していることと、意思決定支援者らの理解に相違はないか。</li> <li>• 本人が自発的に意思を形成するのに障害となる環境等はないか。</li> </ul> </li> <li>○ 本人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。</li> <li>○ 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。</li> <li>○ 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かを分かりやすく示したり、話して説明するだけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や</li> </ul>

	<p>表、ホワイトボードなどを活用することが有効な場合がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人が理解しているという反応をしていても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。</li> </ul>
<p>② 意思表示支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。</li> <li>○ 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り、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。</li> <li>○ 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理して分かりやすく選択肢を提示することなどが有効である。</li> <li>○ 本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、本人の状況を確認し、本人の意思として示された内容について、必要に応じて再度確認することが必要である。</li> <li>○ 重要な意思決定の場合には、表明した意思について、時間をおき、再度確認することや、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。</li> <li>○ 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。</li> </ul>
<p>③ 意思実現支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映することを支援する。</li> <li>○ 自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映することを支援する。</li> <li>○ 実現を支援するに当たっては、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。</li> <li>○ 本人が実際の経験（例えば、ショートステイ体験利用）をすると、本人の意思が変化することがあることから、本人にとって無理のないよう留意しつつ、実際の体験を提案することも有効な場合がある。</li> </ul>

### 8.3. 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」と「適切な意思決定のプロセス」を確保して、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。

#### 8.3.1. 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、“生き生きしたかかわりあい”<sup>14</sup>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2. 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> |
|---|

<sup>14</sup> 精神分析学者である E. H. Erikson は、人生の各段階へ新たに進展していくためには“生き生きしたかかわりあい”(vital involvement) が不可欠である述べている。E. H. Erikson, J. M. Erikson, H. Q. Kivnick: Vital involvement in old age. W. W. Norton & Company, N. Y., 1986. 朝長正徳、朝長梨枝子訳：老年期、生き生きしたかかわりあい(第3版)。みすず書房、東京、1992、31-32頁。

### 8.3.2. 総合的アセスメント

コーディネーションを行うには、本人の声に耳を傾け、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）は何かを検討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は、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1）。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、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。

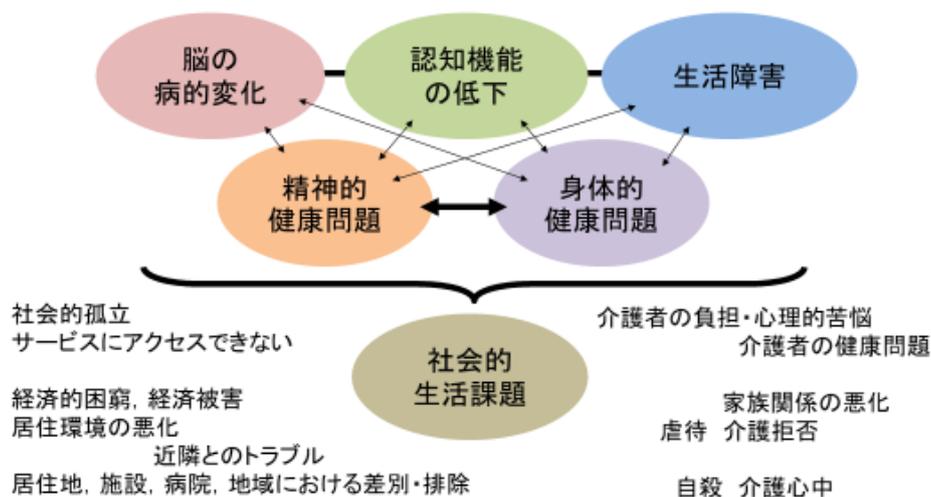


図1. 認知症の特徴

### 8.3.3. 情報の共有

本人の視点に立って、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。

認知症である本人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。

#### 8.3.4. 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。

#### 8.3.5. 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4に示します。第9章では、地域に暮らす認知症高齢者にしばしば認められる社会的支援ニーズとその対応について解説します。

表 3. 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) 見守りに関する生活支援
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の利用支援
2) 成年後見制度の利用支援
3) 虐待への対応
4) 消費者被害への対応
7. 家族介護者の支援ニーズ
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9章 社会的支援ニーズの把握とその対応

この章で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場合（アンメット・ニーズ）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。

### 9.1. 医療支援ニーズ

#### 9.1.1. 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段階の医学的な評価が必要となります。また、抑うつ、不安、妄想、幻覚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。

医学的評価や診断のためには、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健康問題が疑われること、②医学的評価や診断が必要であること、③受診可能な医療機関や相談機関はどこであるか、について、本人や家族にわかりやすく説明する必要があります。また、本人が診断を受けたくないと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。

#### 9.1.2. 身体的健康問題の医学的評価

認知症では、①高齢であることが多いこと、②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ズムなどの身体症状をもたらす場合があること、③服薬管理や栄養管理に支障があること、④自分自身で医療機関を受診することができない場合があること、などによって、身体的健康状態を悪化させている場合が少なくありません。そのような場合には、身体的健康問題の医学的評価が必要です。

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ったりするために、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い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と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といった選択肢もあります。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。

### 9.1.3. 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。

## 9.2. 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「新たな住まいを確保する支援」が含まれます。

### 9.2.1. 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。清潔保持の困難や、いわゆる「ゴミ屋敷」<sup>15</sup>などでは、それによって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、十分な時間をかけて本人の思いを聴き、信頼関係を形成し、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。

### 9.2.2. 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

---

<sup>15</sup> いわゆる「ゴミ屋敷」状態のことをディオゲネス症候群と呼びます。ディオゲネス症候群は、一人暮らしであり、認知症の進展とともに基本的ADLが低下してきているにも関わらず、必要な支援につながっていないこと（社会的孤立状態にあること）がしばしば重大な要因になることが明らかにされています。Ito K, et al. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022 Jan; 37(1). doi: 10.1002/gps.5635.

料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（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、第7章で解説したような「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。

### 9.3. 経済的支援ニーズ

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、経済的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、支援できる別居家族がない場合には、10.4.5.で解説するような「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にご相談します。

### 9.4. 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、現行の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（狭義の）「生活支援」と呼んでいます。ここには以下のような支援が含まれます。

#### 9.4.1. 見守りに関する生活支援

定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたたりすることなどによって、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」(10.8.1.と10.8.2.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という意味ももっており、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）の基盤がつくられます。それが社会的孤立(2.7)、行方不明(2.5)、消費者被害(3.4)のリスクの低減、災害時の備え(11.4)にもつながります。

#### 9.4.2. 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「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・交流の支援」の一つと言えます。認知症では、社会生活の障害によって社会とのつながりが希薄になり、参加・交流の機会が減ってしまうリスクが高まります。参加・交流は、認知症とともに生きる本人の生き甲斐、精神的健康、生活の質に深く関連しており、その支援は生活支援の中核と考えることもできます。

#### 9.4.3. 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する支援を「受療支援」と言います。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。

#### 9.4.4. 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・友人等)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。

#### 9.4.5. 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、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(「9.6. 権利擁護の支援」参照)。しかし、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利用することはできません。また、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。日常的な金銭管理の支援は、利用できるサービスがない場合には、信頼できる親族や知人に頼らざるを得ない部分があります<sup>16</sup>。

#### 9.4.6. 水分・栄養確保・買い物・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、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、給付サービスにはのりにくい日常生活の支援は数多くあります。要介護認定を受けている場合には、介護サービスの中である程度カバーできるように工夫されますが、認定を受けていない場合は、介護保険制度外の配食サービス、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。

#### 9.4.7. 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(4.3)や離島(4.4)などでは、これまで自分で自動車を運転して移動していた方が運転免許の返納によって自動車運転ができなくなった場合など、移動に関する生活支援が必要になることがあります。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、現実に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。

### 9.5. 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

---

<sup>16</sup> 第2期成年後見制度利用促進基本計画では、成年後見制度(民法)の見直しの検討に対応して、同制度以外の権利擁護支援策(意思決定支援によって本人の金銭管理を支える方策など)の検討が進められている(例:「持続可能な権利擁護支援モデル事業」における「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取り組み」→介護保険サービス事業者等の協力を得て日常的な金銭管理サービスを提供するとともに、意思決定サポーターによる社会生活上意思決定支援を行おうとするもの)。

て、要支援要介護認定の申請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。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、通常は家族がこれを支援しますが、家族がいない場合には、9.4.5.で解説したような「金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援」が必要となる場合があります。

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（「10.7.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>17</sup>）、訪問入浴介護、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) 居住の場を確保して受けるサービス：特定施設入居者生活介護、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

## 9.6. 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。独居である場合には、「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、権利侵害のリスクがさらに高まります。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。

### 9.6.1. 日常生活自立支援事業の利用支援

日常生活自立支援事業とは、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に、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や行政手続きに関する援助などを行う事業です。事業の実施主体は都道府県・指定都市社会福祉協議会ですが、利用者の利便性を考慮して、窓口業務は市区町村の社会福祉協議会が実施しています。

---

<sup>17</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。

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を検討していく必要があります（第11章参照）。

### 9.6.2. 成年後見制度の利用支援

成年後見制度は、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）。

法定後見には、後見、保佐、補助の3類型があり、「判断能力を欠くのが通常の状態の場合（自己の財産を管理・処分できない、日常的に必要な買い物も自分でできない）」には後見人を立て、後見人は包括的な代理権と取消権を行使することができます。「判断能力が著しく不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要）」には保佐人を立て、保佐人は特定の事項（民法13条1項に掲げる借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・増改築等）について同意権と取消権を行使することができます。また、当事者の申し立てにより、特定の法律行為（預金の管理、財産管理、介護契約、入院契約など）について、保佐人に代理権を与えることができます。「判断能力が不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合がある）」には補助人を立て、補助人は当事者の申し立てにより、特定の行為の一部について同意権と取消権を行使することができます。

法定後見制度を利用するには、本人、配偶者、4親等内の親族、検察官、（身寄りがない場合は）市区町村長が申し立てを行い、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。

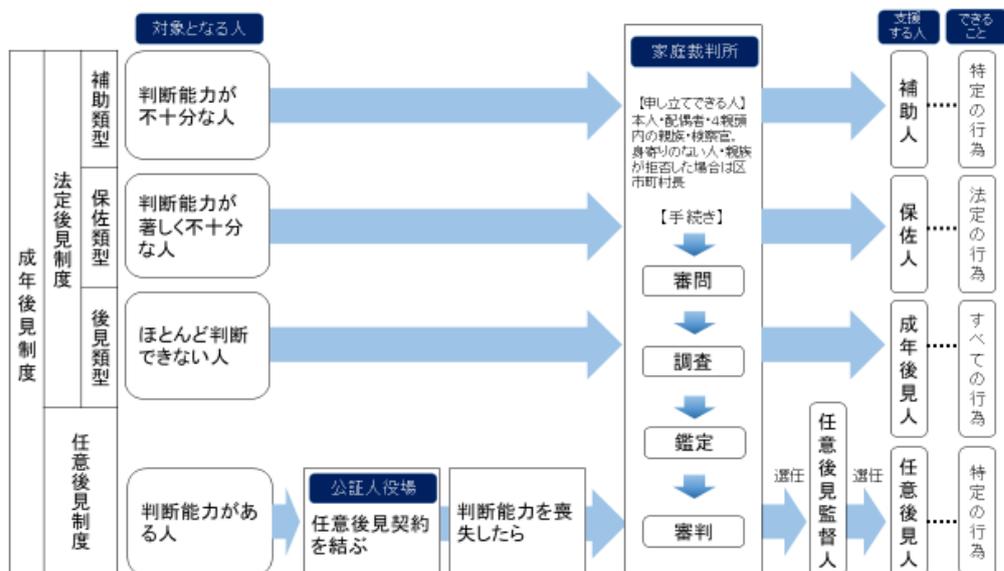


図 1. 成年後見制度の仕組み

### 9.6.3. 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、市区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。

### 9.6.4. 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5）。
- 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ことが肝要であり、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5. 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

## 9.7. 別居家族の支援ニーズ

独居の認知症高齢者は、いわゆる”別居家族”が本人宅を通いながら介護や生活支援を提供している場合があります（別居の子供がその役割を果たしている場合が多い）。一方、独居の認知症高齢者の”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。

### 9.7.1. 別居家族への一般的な支援

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、①評価的サポート（ねぎらうこと）、②情緒的なサポート（困りごとや心配事の相談にのること）、③情動的サポート（必要な情報を提供すること）、④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。

### 9.7.2. 別居家族への特別な支援

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、同居家族による介護が比較的一般的であったわが国においては、別居家族に対する理解が介護スタッフに少ないことや、別居家族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別居家族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、別居家族への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、別居家族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。

### 9.7.3. 別居家族が仕事をしている場合の支援

別居家族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。介護離職は別居家族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家族には、「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>18</sup>。

<sup>18</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10章 コーディネーションに関係するさまざまな社会資源

### 10.1. 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、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、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」<sup>19</sup>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<sup>20</sup>。

- (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、継続的に本人や別居家族に電話をして、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。

### 10.2. かかりつけ医

<sup>19</sup> 厚生労働省「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（令和6年3月19日一部改訂）

<sup>20</sup> 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター．令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」報告書，266頁．

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<sup>21</sup>。

- (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に配慮する。
- (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、日常生活自立支援事業や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。

### 10.3. 認知症サポート医

---

<sup>21</sup>栗田主一：認知症ケアにおけるかかりつけ医の役割。西村周三監修：医療白書 2016-2017 版，新しい地域医療への挑戦。日本医療企画，東京，p55-p61, 2016.; 栗田主一，北川泰久，鳥羽研二ほか監修：認知症トータルケア。日本医師会雑誌，147 特別号(2)，日本医師会，東京，2018. ; A Collaborative Project of the Family Medicine Community: Health is primary. Family medicine for America's health. Ann Fam Med 12 (suppl.): s1-s12, 2014.

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です。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医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（12.1.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。

#### 10.4. 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ると考えられます。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。

#### 10.5. 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、現在では全国の市区町村において事業化されています。全国調査<sup>22</sup>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

---

<sup>22</sup>国立長寿医療研究センター：認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業（研究代表者：鷺見幸彦）. 平成30年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）報告書. <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf>

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<sup>23</sup>。

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<sup>24</sup>。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<sup>25</sup>。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）にありますが、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（ネットワーキング）、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<sup>26</sup>（第7章を参照）。

## 10.6. 介護支援専門員

---

<sup>23</sup>福田智子：認知症初期集中支援チームの取り組み。独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例。砂川市立病院医学雑誌 33(1):79-85 (2020)；黒沢 一美, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム：もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し。前橋市認知症初期集中支援チームの連携。群馬医学 112：77-82 (2020)；小山晶子, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム：認知症初期集中支援チームによる認知症を有する独居高齢者への服薬管理支援。群馬医学 108: 51-53 (2018)；小林直人：認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割：老年精神医学雑誌 26(10):1099-1105 (2015)

<sup>24</sup>中西 亜紀：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割。老年精神医学雑誌 26(10):1106-1113 (2015)；澤滋：認知症の人たちの社会的孤立。精神科治療学 35(4):373-378 (2020)

<sup>25</sup>平林 瑠美, 尾崎 章子, 西崎 未和, 苛原 志保, 大橋 由基：認知症が疑われる独居高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアプローチ・スキル。初期段階におけるかかわりを中心に。日本在宅看護学会誌 10(1):2-10, (2021)

<sup>26</sup>栗田主一：認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター：コーディネーションとネットワーキングという観点から。日本老年医学会誌 57(1):22-27, 2020.

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<sup>27</sup>。しかし、独居の認知症高齢者のケアマネジメントのあり方に関する研究は極めて少なく、今後の大きな課題となっています。これまでの調査研究<sup>28</sup>や事例報告<sup>29</sup>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。

## 10.7. 介護保険サービス

---

<sup>27</sup>斎藤智子，佐藤由美：介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態．千葉看会誌 12(2):8-14, 2006. ; 吉江悟，斎藤民，高橋都，甲斐一郎：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因．日本公衆衛生学雑誌 53(1): 29-39, 2006.

<sup>28</sup>斎藤智子，佐藤由美：介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態．千葉看会誌 12(2):8-14, 2006. ; 吉江悟，斎藤民，高橋都，甲斐一郎：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因．日本公衆衛生学雑誌 53(1): 29-39, 2006. ; 羽田三紀子：認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について．認知症ケア事例ジャーナル，4:141-148, 2011. ; 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界．日本在宅ケア学会誌 21:67-75, 2017.

<sup>29</sup>木下ゆかり：早期に認知症の兆しを発見し対応したことで，独居生活が維持できている事例．認知症ケア事例ジャーナル，2(2):115-120, 2009. ; 金谷親好，金丸真由美，池田耕二，久松憲明：単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション 10(3): 243-249, 2020. ; 山根樹美，渡辺淳子：独居高齢者の在宅生活を多職種で支えるチーム活動—介護支援専門員の役割と業務．看護実践の科学，41:39-45, 2016. ; 翠川郁代，東條美恵，滝澤春香：要介護独居高齢者が在宅生活を継続できる要因を困難事例に活用した一事例の報告．老年看護．43:98-101, 2013. ; 真柄明子：頭部外傷を負った独居の認知症高齢者への支援—行政，近隣を巻き込んだケアマネジメントを通して—．社会福祉士 15:157-165, 2008.

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現在のところ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<sup>30</sup>。
- (2) 訪問リハビリテーション<sup>31</sup>や通所リハビリテーション<sup>32</sup>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<sup>33</sup>。
- (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<sup>34</sup>。
- (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）

---

<sup>30</sup>木下真由美, 坂本正美, 高森真弓, 町田久子, 田中美春, 若木千恵: 高齢糖尿病療養者の在宅療養を支援する GPL-1 製剤注射をきっかけに、訪問看護師が介入する. 公立能登総合病院医療雑誌 30:27-29, 2020.; 西田順子, 上野三保, 池田順子, 石坂美恵子, 平川静美: 単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して. 日本精神科看護学術集会誌 58(1): 390-391, 2015.; 小西倫世, 上山雅子: 【今日の外来看護を考える-その専門性と実際】外来看護における糖尿病合併症指導と多職種連携が奏効した1例. 看護実践の科学 43(12):20-25, 2018.; 本間昭: 介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス. 精神科治療学 33(10):1205-1210, 2018.

<sup>31</sup>金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明: 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション 10(3): 243-249, 2020.; 西田征治, 高木雅之, 近藤敏, 上城憲司, 坂本千晶: 興味ある活動との結びつきを促す訪問作業療法により娘とともに元気を取り戻した認知症の女性例. 認知症ケア事例ジャーナル 7(1): 5-15, 2014.; 谷川良博: 生活行為向上マネジメントの展開 多分野からの MTDLP 実践報告 単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程. 日本作業療法士協会誌 45: 16-18, 2015.

<sup>32</sup>和泉知華: (第1章)外来治療・ケア及び施設ケア 臨床研究・報告 通所リハビリテーション認知症『もう死んだほうがええ』失った意欲を取り戻すために. 正光会医療研究会誌 15(巻1):22-24, 2018.

<sup>33</sup>三浦栄子: 回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から、在宅訪問栄養食事指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」. 健生病院医報 41:41-42, 2018.; 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子, 宮地千尋: 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌 21(4):521-529, 2018.

<sup>34</sup>川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田一樹: 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法 42(Suppl.D):33-35, 2015.

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<sup>35</sup>。
- (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<sup>36</sup>。

## 10.8. その他の社会資源

### 10.8.1. 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）、センサ見守り（赤外線センサ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 などさまざまです。

### 10.8.2. 地域たすけあいネットワーク、消費者安全確保地域協議会

地域たすけあいネットワークとは、地域住民の互助によって一人暮らしの高齢者や障がい者の見守りを行うネットワークです<sup>37</sup>。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。また、高齢者、障がい者、認知症等により判断力が不十分になった方の消費者被害を防ぐため、地方公共団体及び地域の関係者が連携して見守り活動を行う「消費者安全確保地域協議会」<sup>38</sup>も通称「見守りネットワーク」と呼ばれています。

---

<sup>35</sup>森重勝：独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援。病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に。認知症ケア事例ジャーナル9(3):272-279, 2016. ; 森重勝：認知症高齢者の在宅生活を支える定期巡回サービス事業所の取り組み。認知症ケア事例ジャーナル13(4):295-298, 2021.

<sup>36</sup>松浦弘典, 國光登志子：独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み 地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所Aホームの役割。認知症ケア事例ジャーナル7(2):133-143, 2014. ; 清水新, 西沢美香, 上原和美, 塚田富枝, 深宮真, 山田和彦：在宅生活が困難な患者に対し、積極的介入を試みた症例。長野県透析研究会誌37(1)：46-49. 2014.

<sup>37</sup>たとえば東京都杉並区では、災害時に自力では避難が困難な方を「地域の方々のささえあいで、たすけあうしくみ」として希望する区民に登録してもらい制度になっています。登録者台帳は、地域の震災救援所運営連絡会、民生児童委員、警察署、消防署、消防団に平常時から提供され、災害時の安否確認に活用されます。また、登録いただいた方を民生児童委員等が訪問して、一人一人について「個別避難支援プラン」を作成し、災害時に活用します。さらに、震災救援所ごとに要配慮者の受け入れ態勢を整えるための「避難支援計画」を策定して、災害に備える地域ネットワークを作っていきます。

<sup>38</sup>消費者庁：超飛車安全確保地域協議会（見守りネットワーク）総合情報サイト

### 10.8.3. 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。

### 10.8.4. 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。

### 10.8.5. 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。

### 10.8.6. 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。

## 第 11 章 社会的支援のアクセシビリティを高める地域づくり—ネットワークワーキング

独居認知症高齢者等が尊厳ある地域生活を継続することができる環境をつくり出すためには、第 9 章や第 10 章で述べたようなコーディネーションの仕組みやそれに関連する社会資源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や生活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「ネットワークワーキング」と呼称しておきます。

しかし、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に有効であることを科学的に検証した研究は今なおきわめて限られています。そのような中で、令和元年度～令和 6 年度に実施された厚生労働科学研究において、「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ていることを、事例報告などを通して可視化させてまいりました。また、こうした取り組みとともに、独居認知症高齢者の自立生活支援を視野に入れて、金融ジェロントロジー、IT 技術の活用、防災対策などについての取り組みも進められるようになってきています。ここでは、これらのテーマに関する今日の状況を解説いたします。

### 11.1. 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」、すなわち「社会的支援のアクセシビリティを高める地域をつくること」に他なりません。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 6 に示すような機能が備わっていることが示されています<sup>39</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います<sup>40 41</sup>。ここではいくつかの例を紹介します。

<sup>39</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>40</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>41</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 1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点の特徴

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
2) 健康のことや日々の困りごとの相談に応需できる
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
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
5) 社会への参加や人々の交流を促進することができる
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
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

注) サービス提供者側の視点で記載しています。

### 11.1.1. 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ます<sup>42</sup>。また、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>43</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>44</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>45</sup>、認知症当事者の会（本人ミーティング）を定例的に開催することによって認知症当事者をエンパワーし、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>46</sup>が示されています。さらに、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

<sup>42</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>43</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. 地域に拠点をつ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>44</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>45</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>46</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

スク、本人や家族の不安が確認され<sup>47</sup> <sup>48</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>49</sup>なども示されています。このような「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>50</sup>。

### 11.1.2. 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を中心になって、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>51</sup> <sup>52</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>53</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を再確認しています<sup>54</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「地域の拠点」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>55</sup>。

<sup>47</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>48</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>49</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>50</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/jigyou/caremodel/index.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/index.html)

<sup>51</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>52</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>53</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>54</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>55</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.

### 11.1.3. ふるさとの会

「ふるさとの会」は、1990年に東京の山谷地域で、日雇い労働者が高齢により働くことが難しくなったときに孤立しないように、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>56</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、低所得の認知症高齢者のような人々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>57</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「日常生活支援住居施設」のモデルになっています(9.2.2.参照)。

## 11.2. 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>58</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>59</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>60</sup>。

### 11.3. IT技術の活用

独居認知症高齢者が自立生活を送るためのテクノロジーとして、日常生活のモニタリングを可能とする見守りシステムがあります。見守りシステムには、能動的見守りシステム(自身で緊急通報を行うシステム)と受動的見守りシステム(非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム)があります。

能動的見守りシステムの例としては、警報装置が内蔵されたペンダントやリストバンドの形をした通報ボタンなどがあります。通報ボタンでは、緊急事態発生時に利用者がボタンを作動させ、

---

<sup>56</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>57</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>58</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>59</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>60</sup> 樋山雅美，大庭輝，成本迅：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.

家族や医療機関への連絡が可能なオペレーターに自ら信号を送ることができます。

受動的見守りシステムの例としては、位置情報を利用したシステムやセンサを用いたシステムがあります。位置情報を利用したシステムでは、徘徊が検出されると被介護者と介護者の両者に警告通知が送られ、両者が連絡を取り合うように促されます。被介護者が介護者と連絡がとれない場合には、被介護者から自動的に緊急対応サービスにメッセージが送られる仕様となっています。最大7カ所に設置した赤外線センサを用いて、介護者の動きが長時間ないことを異常と見なし、発報するシステムも研究されています。屋内センサ型の見守りシステムでは、機械学習を用いて徘徊イベントの予測・検知を行い、その状態を即時に介護者に通知する、力覚センサを埋め込んだスマートカーペットでは、被介護者が転倒することによりアラームシステムが作動し、介護者に通知が送られる、統合型健康管理システムを用いたものでは、複数の環境センサ（加速度や力覚センサ）が日常の異常な活動パターンを検出した場合、介護者に加え、情報を管理している医療従事者に即時に通知が送られ、必要に応じて医療的な対応を行うようになっています。

ハイブリッド型警報システムは、日常活動パターンの変化の検知するものとして、環境センサと同時に被介護者が装着しているリストバンドが本人の状態を監視し、緊急時の際は介護者との連絡を可能とするものや、6種類のセンサ（流体検知センサ、温湿度センサ、光センサ、ガスセンサ、力覚センサ、加速度センサ）のデータを分析するアルゴリズムを用いて、リアルタイムの異常な活動パターンの検出をするものがあります。また、遠隔支援サービス付きのシステムでは、転倒発生が監視センターへの発報のトリガーとなり、監視センターは被介護者に電話連絡を行う仕様となっています。

独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件としては、①IADLや既往歴に応じて、能動的見守り（自身で緊急通報を行うシステム）と受動的見守り（非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム）を使い分ける、②状況に応じて、電気、ガス、水回りの使用をサポートするような環境センサ型見守りシステムの導入を考慮する、③早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守りシステムの開発の必要性の3点が考えられます。以上を踏まえて、独居認知症高齢者の見守りを支援する見守りシステムを運用する必要があると推察されます。

本人の生活支援とは別に、IT技術を用いた地理情報システムを開発して、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の可能性を検討している研究があります<sup>61</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。しかし、このような領域の研究には、個人情報如何にして守るかという問題が残されています。

<sup>61</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.

#### 11.4. 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<sup>62</sup>。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ます、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。

独居認知症高齢者等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>63</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、その実現性や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。

#### 11.5. 地域資源の把握とネットワーク化

認知症高齢者の在宅生活を支えるためには、医療・介護サービス（共助）と、多様な主体による生活支援（互助）が融合した包括的支援体制の構築が必要ですが、様々な要因（本人要因、家族要因、環境要因など）により在宅生活が困難化しやすい認知症高齢者の場合、後者の「生活支援体制の整備」が特に重要です。

生活支援体制の整備に関しては、市町村主体の各種事業（生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業など）が創設され、実務を担う地域包括支援センター、社会福祉協議会（以下、社協）、生活支援コーディネーターなどが様々な活動を行っているものの、市町村・実務を担う専門職・地域住民が協働しながら、地域課題解決を目指した生活支援体制を整備する動きはあまり見られていません。そもそも、組織風土、価値観、関心領域、得意とする手法が異なる多様な主体（自治会、民生委員、NPO法人、民間企業、地域住民など）を交えて、地域課題を共有し、課題解決に向けて協働するといった地域マネジメントを展開することは容易ではなく、その展開

<sup>62</sup> 東京都健康長寿医療センター：地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業。平成23年度老人保健健康像人等事業報告書（平成24年3月）。

<sup>63</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。

方法も明確にはなっていません。

埼玉県内の複数の市町村では、多様な主体が参加するプラットフォーム「ごちゃまぜの会」<sup>64</sup>が立ち上げられており、定期講演会を開催しながら、地域資源の把握・ネットワーク化と地域課題解決に向けた手法の開発が試みられています。講演会では、独居認知症高齢者の生活支援にも深く関係する、①消費者被害防止に取り組む特定非営利法人があること、また、同会では、消費者関連団体のネットワークを持っていること、②同会の活動を通じて、消費者被害防止サポーターが養成され、かつ、県内各市町村に居ること、③地域貢献のための活動を展開している団体（青年会議所）が県内の複数市町村にあること、熊谷青年会議所では、災害対策のための取組を地域住民と一緒にしていることなど、が共有され、地域資源の見える化が進められています。この会の事務局を担っている社協担当者の「支援ニーズと支援者をマッチングする能力の向上」が図られている市町村もあります。

現行のケアプランをみると、医療・介護サービスの組合せが中心で、インフォーマル支援はほとんど組み込まれていません。また、第1層生活支援コーディネーターには地域課題の解決への貢献が期待されていますが、十分には機能していません。これら事象を引き起こしている共通原因の1つが「地域資源を知らないこと／つながっていないこと」にあります。個別支援を通して独居認知症高齢者等が直面している課題や支援ニーズを把握している専門職が、「ごちゃまぜの会」を通じて様々な地域資源とその機能を知ることができれば、支援ニーズ（入口）と課題解決に貢献できる地域資源（出口）をマッチングし、課題を解決する力を向上させることができるでしょう。

---

<sup>64</sup> 令和6年度厚生労働科学研究「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」（研究代表者：栗田主一）。分担研究報告「ごちゃまぜの会を活用した地域支援の把握・ネットワーク化と認知症施策への応用の可能性」（研究分担者：川越雅弘）。

## 終章：共生社会の実現を推進するための新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして

超少子高齢化に対応していくために、地域包括ケアシステムをさらに深化させた「地域共生社会」の実現を推進していこうという動きがあります。これは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会である、とされています。また、そのような社会をめざす背景として、1)高齢化や人口減少が進み、地域・家庭・職場という人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まってきていること、2)人口減少によって、多くの地域社会で社会経済の担い手の減少を招き、それを背景に、耕作放棄地や、空き家、商店街の空き店舗など、様々な課題が顕在化し、地域社会の存続への危機感が生じていること、3)様々な分野の課題が絡み合っただ複雑化したり、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱えるなど、複合的な支援を必要とするといった状況がみられ、従来の対象者別・機能別に整備された公的支援では対応困難なケースが浮き彫りとなっていること、などがあげられています。

このような今日的な時代を反映した問題意識に異論はありませんが、より本質的な意味では、地域共生社会とは、認知症や障害の有無に関わらず、すべての人の「市民として権利」がまもられ、尊厳ある自立生活を営むことができる社会であり、それは時代を超えた、私たちの社会がめざすべき普遍的な方向性なのではないか、と考えます。2024年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、そのような考え方に沿って、「共生社会」を「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」と定義しています。

しかし、そのような社会を実現するためには、認知症や障害をもって生きる一人ひとりのニーズを理解し、そのニーズに対応できるような社会環境をつくりだしていくことから始めなければなりません。そのためには、今日の社会環境において、そのようなニーズの充足を阻む要因が何であるかを徹底的に調査・分析し、その構造を変革していくための試行錯誤を積み重ねながら、新たな地域社会の構造をつくりだしていく必要があります。このような歩みは権利ベースのアプローチと呼ばれる方法論と一致しています。

地域包括ケアシステムとは、一般的には、「障害の有無に関わらず、すべての人が、尊厳ある地域生活を継続していくことができるように、それぞれの地域の特性に応じて、必要な保健・医療・介護・住まい・生活支援等のサービスを統合的に提供するサービス提供体制」を意味しています。しかし、独居認知症高齢者に焦点をあてた場合には、このシステムの中に、本人の権利・利益を保護すると同時に、システムへのアクセシビリティを上げていく仕組みを組み込まなければなりません。そのような仕組みは「権利擁護支援と生活支援のネットワーク」と呼び得るものかと思われます。それぞれの地域の特性に応じた「権利擁護支援と生活支援のネットワーク」を含む新たな地域包括ケアシステムの構築が、これからの市区町村の政策づくりの課題となるでしょう。

令和4年度～6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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」研究班メンバー

<研究代表者>

栗田主一：東京都健康長寿医療センター研究所・認知症未来社会創造センター・センター長  
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長

<研究分担者>（あいうえお順）

石崎達郎：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長

石山麗子：国際医療福祉大学大学院・教授

井藤佳恵：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長

稲垣宏樹：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員

大塚理加：国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・  
研究員

岡村 毅：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究  
副部長

川越雅弘：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員

菊地和則：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員

桜井良太：東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究  
チーム・研究員

津田修治：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員

堀田聰子：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授

涌井智子：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員

<研究協力者>（あいうえお順）

池内朋子：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員

宇良千秋：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員

枝広あや子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・専門  
副部長

大口達也：埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校 社会福祉士養成科・専任講師

大久保 豪：BMS 横浜・立命館大学・客員協力研究員

大野昂紀：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研  
究員

大森千尋：筑波大学人間総合科学学術院 博士課程

小野真由子：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・協力研  
究員

黒澤史津乃：株式会社 OAG ウェルビーR 代表取締役・行政書士  
黒田葉月：慶應義塾大学医学部・研究員  
齊藤葉子：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹  
杉山美香：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員  
鈴木善雄：国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程  
関野明子：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研究員  
田中昌樹：大和ライフネクスト株式会社 マンションみらい価値研究所・副所長  
角田光隆：神奈川大学法学部・教授  
中島朋子：東久留米白十字訪問看護ステーション・所長／全国訪問看護事業協会・常務理事  
永田久美子：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・副センター長兼研究部長  
中山莉子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員  
深谷太郎：東京都健康長寿医療センター研究所 健康長寿イノベーションセンター・研究員  
藤原聡子：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員  
水島俊彦：一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク 副代表・弁護士  
光武誠吾：東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員  
南 拓磨：埼玉県立大学・特任助教  
宮前史子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員  
山下真里：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員

<事務局> (あいうえお順)

海野尚子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究  
下島久美子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究  
續木宜子：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究  
平出麗紗：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究  
藤田かんな：東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究