

contributors to the intervention.

Conflicts of Interest: None

Ethical standards: The referred studies were approved by the ethics committee of the National Center for Geriatrics and Gerontology. All the participants provided written informed consent.

Acknowledgement: The authors would like to thank all the participants and contributors to the intervention

References

- Asada T. Prevalence of dementia in urban area. http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf. Accessed October 3, 2014. (in Japanese)
- Takeda A, Tanaka N, Chiba T. Prospects of future measures for persons with dementia in Japan. *Psychogeriatrics* 2010;10:95-101.
- World Health Organization. Community-based Rehabilitation (online). Available at: <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>. Accessed October 3, 2014.
- Sasaki E, Asada T. Cohort study in Tone: consideration of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *JPN J Geriatr Psychiatry* 2006;17:55-30 (in Japanese)
- Morris JC, Storandt M, Miller JP, et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2001;58:397-405.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1133-42.
- Schneider JA, Arvanitakis Z, Leurgans SE, Bennett DA. The neuropathology of probable Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Ann Neurol* 2009;66:200-8.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56(3):303-8.
- Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand* 2002;106:148-54.
- Jungwirth S, Weissgram S, Zehetmayer S, Tragl KH, Fischer P. VITA: subtypes of mild cognitive impairment in a community-based cohort at the age of 75 years. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:452-8.
- Yaffe K, Middleton LE, Lui LY, et al. Mild cognitive impairment, dementia, and their subtypes in oldest old women. *Arch Neurol* 2011;68:631-6.
- Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Screening for cognitive impairment in older adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013;159:601-12.
- Makizako H, Shimada H, Park H, et al. Evaluation of multidimensional neurocognitive function using a tablet personal computer: test-retest reliability and validity in community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13:860-6.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Clouston SA, Brewster P, Kuh D, et al. The Dynamic Relationship Between Physical Function and Cognition in Longitudinal Aging Cohorts. *Epidemiol Rev* 2013.
- Robertson DA, Savva GM, Kenny RA. Frailty and cognitive impairment--a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Res Rev* 2013;12:840-51.
- Aggarwal NT, Wilson RS, Beck TL, Bienias JL, Bennett DA. Motor dysfunction in mild cognitive impairment and the risk of incident Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2006;63:1763-9.
- Uemura K, Shimada H, Makizako H, et al. Cognitive function affects trainability for physical performance in exercise intervention among older adults with mild cognitive impairment. *Clin Interv Aging* 2013;8:97-102.
- Barnard ND, Bush AI, Ceccarelli A, et al. Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2014;35 Suppl 2:S74-8.
- Shimada H, Suzuki T, Suzukawa M, et al. Performance-based assessments and demand for personal care in older Japanese people: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2013;3.
- Erickson KI, Weinstein AM, Lopez OL. Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Arch Med Res* 2012;43:615-21.
- Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA* 2008;300:1027-37.
- Hotting K, Roder B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37:2243-57.
- Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2012;11:1006-12.
- Collette F, Van der Linden M. Brain imaging of the central executive component of working memory. *Neurosci Biobehav Rev* 2002;26:105-25.
- van Uffelen JG, Chinapaw MJ, van Mechelen W, Hopman-Rock M. Walking or vitamin B for cognition in older adults with mild cognitive impairment? A randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 2008;42:344-51.
- Maki Y, Yamaguchi T, Yamagami T, et al. The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics* 2014.
- Dietch JT, Hewett LJ, Jones S. Adverse effects of reality orientation. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:974-6.
- Woods B. Reality orientation: a welcome return? *Age Ageing* 2002;31:155-6.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA* 1997;278:1363-71.
- Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 1999;131:165-73.
- Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:234-40.
- Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000;355:1315-9.
- Fabrigoule C, Letenneur L, Dartigues JF, Zarrouk M, Commenges D, Barberger-Gateau P. Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:485-90.
- Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Am J Epidemiol* 2002;155:1081-7.
- Suzuki T, Shimada H, Makizako H, et al. Effects of multicomponent exercise on cognitive function in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *BMC Neurol* 2012;12:128.
- Suzuki T, Shimada H, Makizako H, et al. A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS One* 2013;8:e61483.
- Makizako H, Shimada H, Doi T, et al. The association between decline in physical functioning and atrophy of medial temporal areas in community-dwelling older adults with amnesic and nonamnesic mild cognitive impairment. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:1992-9.
- Makizako H, Liu-Ambrose T, Shimada H, et al. Moderate-Intensity Physical Activity, Hippocampal Volume, and Memory in Older Adults With Mild Cognitive Impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014.
- Doi T, Makizako H, Shimada H, et al. Brain atrophy and trunk stability during dual-task walking among older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012;67:790-5.
- Shimada H, Kato T, Ito K, et al. Relationship between atrophy of the medial temporal areas and cognitive functions in elderly adults with mild cognitive impairment. *Eur Neurol* 2012;67:168-77.
- Yoshida D, Shimada H, Makizako H, et al. The relationship between atrophy of the medial temporal area and daily activities in older adults with mild cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res* 2012;24:423-9.
- Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014;85:135-42.
- Hirata Y, Matsuda H, Nemoto K, et al. Voxel-based morphometry to discriminate early Alzheimer's disease from controls. *Neurosci Lett* 2005;382:269-74.

平成26年度 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症高齢者の徘徊に関する実態調査

平成26年度 総括・分担研究報告書

発行責任者 研究代表者 鈴木 隆雄
発 行 愛知県大府市森岡町7丁目430番地
国立長寿医療研究センター
TEL 0562-46-2311
FAX 0562-45-0184



201405020A <追補版>

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

認知症高齢者の徘徊に関する実態調査

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

<追補版>

研究代表者 鈴木 隆雄

平成 27 年 3 月

正誤表

報告書 16 頁左の「④認知症の程度」の 4 行目

誤 正常 (Stage1, 2) が 32 名 (28.1%)

正 正常 (Stage1, 2) が 32 名 (15.7%)

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

認知症高齢者の徘徊に関する実態調査

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

< 追補版 >

徘徊などで行方不明となった認知症の人に関する実態調査（追補編）

研究分担者 栗田 主一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
菊地 和則 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者 伊集院 睦雄 東京都健康長寿医療センター研究所研究員

研究要旨

平成 25 年度の警察に行方不明者届が出された認知症が疑われる行方不明者数は 10,322 名であり、その内 388 名は死亡した状況で発見されている。認知症高齢者が今後急増する我が国においては、行方不明となる認知症高齢者数も急増することが予測される。行方不明となった認知症の人の実態を把握し、その対策を講ずることは、認知症の人のケアと生活の質の向上をめざした我が国の認知症施策の喫緊の課題である。

そこで厚生労働省が警察庁の協力を得て、平成 25 年度に警察に行方不明者届が出され、死亡して発見された 388 名の家族と、生存して発見された 388 名の家族の合計 776 ケースを対象とした郵送調査を実施した。厚生労働省から提供された 212 名分のデータの内、年齢、性別、発見時の状態の 3 項目の内、1 項目でも無回答があるものを無効票として 204 名分のデータを分析した。その結果、行方不明者の性別、年齢、介護状況、認知症の状態、行方不明時の状況、搜索状況、生死などが明らかとなった。

生死に関連する要因として、①生存例は男性に多く、死亡例は女性に多かった、②生存例は 85 歳以上の超高齢者に多かった、③死亡例は軽度の認知症でも少なからずみられた、④警察への行方不明者届を行方不明の「当日」ではなく、「翌日以降」に出していると死亡例が多かった、⑤行方不明から発見までの期間が長くなるほど死亡例が急激に増加していた。なお、死亡して発見された場合、死因は溺死・水死、凍死・低体温症が多かった、ことなどが明らかとなった。

A. 研究目的

警察庁生活安全局は、平成 24 年度より、「行方不明者届受理時に届出人から、認知症又は認知症の疑いにより行方不明になった旨の申出があった者」の数を集計し公表している。

それによれば、平成 25 年の認知症が疑われる行方不明者数は 10,322 名であり、行方不明者全体の 12.3%を占めるに至っている（警察庁,2014）。その内、死亡して発見された高齢者は 388 名にもなっている。認知症高齢者が今後急増するわが国においては、行方不明となる認知症高齢者数も急増することが予測される。行方不明となった認知症の人の実態を把握し、その対策の講ずることは、認知症の人のケアと生活の質の向上をめざした我が国の認知症施策の喫緊の課題である。

そこで本研究は徘徊などで行方不明となった認知症の人の実態を把握することにより、今後の認知症の人の行方不明対策を構築する上での基礎資料を得ることを目的としている。

B. 研究方法

平成 25 年度に警察に行方不明届が出された人の内、認知症又は認知症の疑いにより行方不明になった旨の申出があった者 10,322 名の内、死亡して発見された 388 名全数と、生存して発見された人 388 名

の合計 776 名を対象として、厚生労働省が警察庁に当該行方不明者の家族に調査票等の配布を依頼し、厚生労働省に返送してもらった。なお、調査対象となったのは、行方不明届が出された人の内、生死を問わず発見された人のみであり、発見されていない人は含まれていない。

厚生労働省に返送された調査票の内、研究班へのデータ提供の同意を得られたものについて、当研究所へ個人情報除いたデータが提供され、提供されたデータについて分析を行った。

また、厚生労働省に調査票が返送された人の中で、現在も生存している行方不明者が居住している市区町村に対しての調査の実施について同意が得られた者について、当該市区町村も調査に同意したものについて郵送調査を実施した。

（倫理面への配慮）

研究の実施にあたっては、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会の審査を受け承認された。なお、厚生労働省から提供されたデータに個人情報は含まれていない。

C. 研究結果

本研究は厚生労働省から提供された家族調査のデータは 212 名分であり、その内、年齢、性別、発見時の状態の 3 項目の内、1 項目でも無回答があるも

のを無効票としたため、204 ケース (26.3%) が有効票となった。内訳は、生存事例が 117 ケース (30.2%)、死亡事例が 87 ケース (22.4%) であった (それぞれ 388 名中における割合)。以下、その分析結果について述べる。

なお、区市町村調査については厚生労働省から提供されたデータが 16 ケースだけだったので、単純集計のみを掲載する。

1. 基本属性

①年齢

分析対象となった 204 名の基本属性を以下に示す。年齢は「80～84 歳」が 28.4%と最も多かった。性別では「男性」が 106 名 (52.01%)、女性が 98 名 (48.0%) と男性が若干多かった。前期高齢者 (74 歳以下) は 47 名 (23.0%)、後期高齢者 (75～84 歳) は 109 名 (53.4%)、超高齢者 (85 歳以上) は 48 名 (23.5%) と、後期高齢者が半数以上を占めていた。

表 1 年齢と性別

	男性			女性			合計		
	度数	行の N %	列の N %	度数	行の N %	列の N %	度数	行の N %	列の N %
65歳未満	3	75.0%	2.8%	1	25.0%	1.0%	4	100.0%	2.0%
65～69歳	4	44.4%	3.8%	5	55.6%	5.1%	9	100.0%	4.4%
70～74歳	16	47.1%	15.1%	18	52.9%	18.4%	34	100.0%	16.7%
75～79歳	28	54.9%	26.4%	23	45.1%	23.5%	51	100.0%	25.0%
80～84歳	30	51.7%	28.3%	28	48.3%	28.6%	58	100.0%	28.4%
85～89歳	20	52.6%	18.9%	18	47.4%	18.4%	38	100.0%	18.6%
90～94歳	5	55.6%	4.7%	4	44.4%	4.1%	9	100.0%	4.4%
95歳以上	0	0.0%	0.0%	1	100.0%	1.0%	1	100.0%	.5%
合計	106	52.0%	100.0%	98	48.0%	100.0%	204	100.0%	100.0%

②Barthal Index

Barthal Index Score (Mahoney & Barthel, 1965, 長寿科学高総合研究 CGA ガイドライン研究班,2003) は「100 点」が 43 名 (21.1%) と最も多かった。男女別にみても、両者とも「100 点」が最も多かった。なお、無回答項目がある場合、合計得点を算出できないため無回答が 25.0%あった。

なお、「車椅子からベッドへの移動」の項目は、無回答であっても欄外に車椅子は使用していない旨の記載があったり、「歩行」の項目で「45 メートル以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず」が選択されたりしている場合、「車椅子からベッドへの移動」の項目は、「1. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む」に該当するものとして計算した。

表 2 Barthal Index Score と性別

	男性		女性		合計	
	度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %
35点	1	.9%	0	0.0%	1	.5%
40点	1	.9%	0	0.0%	1	.5%
45点	4	3.8%	1	1.0%	5	2.5%
55点	3	2.8%	3	3.1%	6	2.9%
60点	3	2.8%	0	0.0%	3	1.5%
65点	4	3.8%	3	3.1%	7	3.4%
70点	4	3.8%	5	5.1%	9	4.4%
75点	4	3.8%	6	6.1%	10	4.9%
80点	1	.9%	12	12.2%	13	6.4%
85点	6	5.7%	10	10.2%	16	7.8%
90点	14	13.2%	7	7.1%	21	10.3%
95点	9	8.5%	9	9.2%	18	8.8%
100点	25	23.6%	18	18.4%	43	21.1%
無回答	27	25.5%	24	24.5%	51	25.0%
合計	106	100.0%	98	100.0%	204	100.0%

Barthal Index Score を年齢別にみると、前期高齢者、後期高齢者、超高齢者のいずれにおいても「100 点」が最も多かった。

表 3 Barthal Index Score と年齢

	前期高齢者 (74歳未満)		後期高齢者 (75～84歳)		超高齢者 (85歳以上)		合計	
	度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %
35点	0	0.0%	1	.9%	0	0.0%	1	.5%
40点	0	0.0%	1	.9%	0	0.0%	1	.5%
45点	1	2.1%	2	1.8%	2	4.2%	5	2.5%
55点	1	2.1%	4	3.7%	1	2.1%	6	2.9%
60点	1	2.1%	2	1.8%	0	0.0%	3	1.5%
65点	1	2.1%	4	3.7%	2	4.2%	7	3.4%
70点	1	2.1%	6	5.5%	2	4.2%	9	4.4%
75点	1	2.1%	7	6.4%	2	4.2%	10	4.9%
80点	4	8.5%	2	1.8%	7	14.6%	13	6.4%
85点	5	10.6%	8	7.3%	3	6.3%	16	7.8%
90点	2	4.3%	13	11.9%	6	12.5%	21	10.3%
95点	5	10.6%	9	8.3%	4	8.3%	18	8.8%
100点	12	25.5%	22	20.2%	9	18.8%	43	21.1%
無回答	13	27.7%	28	25.7%	10	20.8%	51	25.0%
合計	47	100.0%	109	100.0%	48	100.0%	204	100.0%

③IADL

The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL Score : Lawton, M.P & Brody, 1969, 長寿科学高総合研究 CGA ガイドライン研究班,2003) であるが、これは男女で合計得点が異なる (男性は 5 点満点、女性は 8 点満点)。

男性では「1 点」が 23 名 (21.7%)、女性では「3 点」が 18 名 (18.4%) で最も多かった。なお、無回答項目がある場合、合計得点を算出できないため、男性で 23.6%、女性で 13.3%の無回答があった。

表4 IADL Score

	男性		女性	
	度数	列のN%	度数	列のN%
0点	21	19.8%	16	16.3%
1点	23	21.7%	13	13.3%
2点	12	11.3%	10	10.2%
3点	16	15.1%	18	18.4%
4点	6	5.7%	16	16.3%
5点	3	2.8%	5	5.1%
6点			2	2.0%
7点			1	1.0%
8点			4	4.1%
無回答	25	23.6%	13	13.3%
合計	106	100.0%	98	100.0%

次に IADL Score を年齢別にみる。男性の前期高齢者では「1点」が8名(34.8%)、後期高齢者では「3点」が11名(19.0%)、超高齢者では「0点」が6名(24.0%)で最も多かった。

女性では前期高齢者では「3点」が7名(29.2%)、後期高齢者では「4点」が10名(19.6%)、超高齢者では「0点」と「3点」が5名(21.7%)で最も多かった。

表5 IADL Score (男性) と年齢

	前期高齢者 (74歳未満)		後期高齢者 (75~84歳)		超高齢者(85歳以上)	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
0点	5	21.7%	10	17.2%	6	24.0%
1点	8	34.8%	10	17.2%	5	20.0%
2点	1	4.3%	8	13.8%	3	12.0%
3点	2	8.7%	11	19.0%	3	12.0%
4点	0	0.0%	5	8.6%	1	4.0%
5点	2	8.7%	1	1.7%	0	0.0%
無回答	5	21.7%	13	22.4%	7	28.0%
合計	23	100.0%	58	100.0%	25	100.0%

表6 IADL Score (女性) と年齢

	前期高齢者 (74歳未満)		後期高齢者 (75~84歳)		超高齢者(85歳以上)	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
0点	2	8.3%	9	17.6%	5	21.7%
1点	4	16.7%	5	9.8%	4	17.4%
2点	3	12.5%	5	9.8%	2	8.7%
3点	7	29.2%	6	11.8%	5	21.7%
4点	4	16.7%	10	19.6%	2	8.7%
5点	1	4.2%	2	3.9%	2	8.7%
6点	0	0.0%	2	3.9%	0	0.0%
7点	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%
8点	1	4.2%	3	5.9%	0	0.0%
無回答	1	4.2%	9	17.6%	3	13.0%
合計	24	100.0%	51	100.0%	23	100.0%

④身長・体重

身長と年齢をみると、男性では身長の平均が 163 cm、体重が 58 kgであった(無回答を除く)。また、行方不明前の体重の増減では、減少している者が 8 名、増加している者が 1名であった。10 kg以上減少している者も 1名いた。

表7 身長と体重 (男性)

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
行方不明者の身長 (cm)	104	150	180	162.91	6.557
行方不明者の体重 (kg)	101	40	80	57.70	8.368

表8 行方不明前の体重の増減 (男性)

	増加		減少	
	度数	列のN%	度数	列のN%
2kg	0	0.0%	1	12.5%
3kg	0	0.0%	0	0.0%
4kg	0	0.0%	1	12.5%
5kg	0	0.0%	3	37.5%
6kg	0	0.0%	0	0.0%
10kg	0	0.0%	1	12.5%
無回答	1	100.0%	2	25.0%
合計	1	100.0%	8	100.0%

女性では身長の平均が 150 cm、体重が 49 kgであった。また、行方不明前の体重の増減では、減少している者が 14 名、増加している者が 1名であった。10 kg以上減少している者も 3名いた。

表9 身長と体重 (女性)

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
行方不明者の身長 (cm)	96	135	170	150.44	5.883
行方不明者の体重 (kg)	97	32	99	48.63	9.323

表10 行方不明前の体重の増減 (女性)

	増加		減少	
	度数	列のN%	度数	列のN%
2kg	0	0.0%	3	21.4%
3kg	0	0.0%	2	14.3%
4kg	0	0.0%	1	7.1%
5kg	0	0.0%	1	7.1%
6kg	0	0.0%	1	7.1%
10kg	0	0.0%	2	14.3%
15kg	0	0.0%	1	7.1%
無回答	1	100.0%	3	21.4%
合計	1	100.0%	14	100.0%

⑤心身の状況と要介護度

当該高齢者の心身の状況と要介護度を示す。認知症高齢者の日常生活自立度（厚生省、2006）では「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」が54名26.5%と最も多かった。男女別にみてもほぼ同じ割合であった。

表 11 認知症高齢者の日常生活自立度と性別

	男性		女性		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
自立（認知症ではなかった）	7	6.6%	1	1.0%	8	3.9%
何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	27	25.5%	24	24.5%	51	25.0%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	29	27.4%	25	25.5%	54	26.5%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする	16	15.1%	21	21.4%	37	18.1%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	21	19.8%	22	22.4%	43	21.1%
著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	3	2.8%	5	5.1%	8	3.9%
わからない	2	1.9%	0	0.0%	2	1.0%
無回答	1	.9%	0	0.0%	1	.5%
合計	106	100.0%	98	100.0%	204	100.0%

認知症高齢者の日常生活自立度と年齢をみると、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」が、前期高齢者で6名（12.8%）、後期高齢者で27名（24.8%）、超高齢者で10名（20.8%）となっていた。

表 12 認知症高齢者の日常生活自立度と年齢

	前期高齢者 (74歳未満)		後期高齢者 (75~84歳)		超高齢者(85歳以上)		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
自立（認知症ではなかった）	2	4.3%	5	4.6%	1	2.1%	8	3.9%
何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	12	25.5%	26	23.9%	13	27.1%	51	25.0%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	11	23.4%	30	27.5%	13	27.1%	54	26.5%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする	9	19.1%	18	16.5%	10	20.8%	37	18.1%
日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	6	12.8%	27	24.8%	10	20.8%	43	21.1%
著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	5	10.6%	2	1.8%	1	2.1%	8	3.9%
わからない	1	2.1%	1	.9%	0	0.0%	2	1.0%
無回答	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	.5%
合計	47	100.0%	109	100.0%	48	100.0%	204	100.0%

障害高齢者の日常生活自立度（厚生省、1991）では「自立」が130名（63.7%）と6割以上を占めていた。なお、「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない」は、男性が19名（17.9%）、女性が31名（31.6%）となっていた。

表 13 障害高齢者の日常生活自立度と性別

	男性		女性		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
自立	68	64.2%	62	63.3%	130	63.7%
屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	19	17.9%	31	31.6%	50	24.5%
屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	8	7.5%	4	4.1%	12	5.9%
1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	4	3.8%	1	1.0%	5	2.5%
わからない	3	2.8%	0	0.0%	3	1.5%
無回答	4	3.8%	0	0.0%	4	2.0%
合計	106	100.0%	98	100.0%	204	100.0%

障害高齢者の日常生活自立度と年齢をみると、前期高齢者は32名（68.1%）、後期高齢者は68名（62.4%）、超高齢者は30名（62.5%）といずれも6割以上が「自立」であった。また「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない」も、前期高齢者は11名（23.4%）、後期高齢者は25名（22.9%）、超高齢者は14名（29.2%）といずれも2割を超えており、自立度が高い高齢者がほとんどを占めていた。

表 14 障害高齢者の日常生活自立度と年齢

	前期高齢者 (74歳未満)		後期高齢者 (75~84歳)		超高齢者(85歳以上)		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
自立	32	68.1%	68	62.4%	30	62.5%	130	63.7%
屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	11	23.4%	25	22.9%	14	29.2%	50	24.5%
屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	1	2.1%	10	9.2%	1	2.1%	12	5.9%
1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	1	2.1%	3	2.8%	1	2.1%	5	2.5%
わからない	1	2.1%	1	.9%	1	2.1%	3	1.5%
無回答	1	2.1%	2	1.8%	1	2.1%	4	2.0%
合計	47	100.0%	109	100.0%	48	100.0%	204	100.0%