

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズと地域生活の継続

研究分担者 岡村毅 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者 宇良千秋 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究代表者 粟田主一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

高齢者にとって認知症があっても住みやすい街をつくるためには、認知機能の低下した高齢者自身の体験を深掘りすることが重要である。本研究では Community-based participatory research (CBPR) という新たな方法論のもとに、1) ハイリスクアプローチ、2) コミュニティアクションアプローチを並行した。

2016 年度に東京都板橋区高島平地区の 70 歳以上の高齢者 7,614 名を対象に行った疫学調査において、一次調査（郵送調査）および二次調査（会場調査、訪問調査）で MMSE-J が 23 点以下であった 335 名を同定した。このうち 198 名に対して、医師を含む多職種による三次調査（訪問調査）を行った。調査報告を多職種会議で検討し、地域生活が継続できないリスクが高いと判断された 66 名を見出し、担当者を決めて支援した。

支援のために地域拠点として、地域の人が誰でも使うことができる場所（ココからステーション）を開設した。ここは週平均 3.5 日、午前 11 時～16 時に開所し、医師、心理士、保健師等の運営スタッフが 3 名以上、平服で常駐した。また研究フィールドの地域包括支援センターとも定期的なミーティングを行い、情報共有を行った。

支援においては権利ベースのアプローチ(Rights-Based Approach: RBA)を基本理念とし、その実践原則としてスコットランドの「認知症の人々とケアラーのための権利憲章」に示される PANEL 原則、すなわち Participation(参加)、accountability(責任)、Non-discrimination and Equality(差別されないこと、平等であること)、Empowerment (エンパワーされること)、Legality (合法性)を採用した。

6 か月の支援期間終了後、調査対象者 66 名のうち、49 名が地域生活を継続できていたが、12 名が入院または入所となった。5 名は追跡ができなかった。地域生活が継続できないことに関連したベースラインの社会支援ニーズは、生活支援ニーズをもつこと、居住支援ニーズを持つことであった。一方で認知症疾患にかかわる項目、すなわち認知症疾患を持つこと、認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目、身体健康関連の項目、コミュニティ関連の項目、社会経済状況も関連しなかった。

支援記録の質的な分析からは、支援の質的解析からは、支援の場が備えているべき機能は、コーディネーション（本人の視点に立った社会支援の統合的調整として 信頼関係の形成、

総合的アセスメント、情報共有、課題解決に向けた多職種協働、社会支援サービスの調整とネットワーキング（社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとして 居場所、相談応需、差別や偏見を解消し住民同士の互助をつくる、連携を推進する、人材育成）であることが導き出された。生活支援ニーズを満たすためには、これらの機能を満たす場を社会実装することが必要である。

A. 研究目的

東京のような大都市では、高齢者が社会的に孤立しやすいといわれるが、認知症の人はさらに孤立しやすくなると考えられる。また、単身世帯や夫婦のみ世帯の増加に伴って、様々な社会的なサービスへのアクセスが困難になり、身体的、精神的、社会的に複雑な課題をより抱えやすくなると推測される。

高齢者にとって住みやすい街づくりのためには、認知機能の低下した高齢者自身が実際に生活世界で体験することが役立つだろう。そのためには新たな方法論が必要であり近年コミュニティ参加型研究すなわち Community-based participatory research (CBPR) という枠組みが注目されている。

本研究では CBPR という新たな方法論のもとに、1) ハイリスクアプローチ、2) コミュニティアクションアプローチを併走させて、互いに補完し合った。1) のハイリスクアプローチとしては、2016 年度の大規模調査によって同定した生活破綻のリスクが高い高齢者を 6 か月にわたりフォローアップし、大都市で認知症を持つ人に何が起きるのかということに密な関係のもとに明らかにした。2) のコミュニティアクションアプローチとしては、東京の大規模団地で高齢者に対して包摂的な地域の場のモデルを創出し今後の多地域での波及へと準備した。

B. 研究方法

1) 対象

2016 年度に東京都板橋区高島平地区の 70 歳以上の高齢者 7,614 名に実施した一次調査（郵送調査）に回答し、その後の二次調査（会場調査、訪問調査）で MMSE-J が 23 点以下であった 335 名を同定した。このうち 198 名に対して、医師による認知症の有無の判定、重症度の判定、満たされていない社会支援ニーズの判定などを含む詳細な三次調査（訪問調査）を行った。

この中から、少なくとも一つの社会支援ニーズを持ち、精神科医、心理士、保健師によるパネルによって生活破綻リスクが高いと判断された 66 名（ハイリスク高齢者とよぶ）が対象である。

2) 調査期間

フォローアップ期間は、2017 年 8 月 1 日から 2018 年 1 月 31 日まで。

3) フォローアップの理論

前述のように本研究では CBPR という新たな方法論のもとに、認知症があってもだれもが安心して地域生活を行える社会 - 近年は dementia-friendly community (DFC) といわれる を創出するために 1) ハイリスクアプローチ、2) コミュニティアクションアプローチを併走させて、互いに補完し合った。

DFC を創出するための理論的基盤は現時点

では十分に明らかではないが、我々はWHOの推奨する権利ベースのアプローチ(Rights-Based Approach : RBA)を基本理念とした。そしてWHOのホームページ等で紹介されている、スコットランドの「認知症の人々とケアラーのための権利憲章」に示されるPANEL原則を採用した。PANEL原則とは Participation(参加), accountability(責任), Non-discrimination and Equality(差別されないこと, 平等であること), Empowerment(エンパワーされること), Legality(合法性)の五原則である。これを周知するために、我々の研究チームにおける研究会では常にRBAに基づいて支援を構築した。また住民や支援者向けの勉強会を2か月に1回開催し、ここでもRBAおよびPANEL原則について周知した。

本研究の方法論およびその狙いを表1にまとめた。

4) フォローアップの実際

高島平プロジェクトでは2017年4月より東京都板橋区高島平2丁目に地域拠点を設置している。これは「高島平ココからステーション」という名前の地域拠点であり、週平均3.5日午前11時~16時(月・水・金曜日、第2・4土曜日)開所し、精神科医1名、歯科医師1名、保健師2名、看護師1名、心理専門職5名、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士兼任1名、その他4名からなる運営スタッフが3名以上常駐している。地域の人誰でも使うことができる場所であり、地域の支援者たちのネットワーキングの場でもある。

それぞれの対象者に専任のコーディネータを配置した。地域看護の実務に精通し、看護

学校教官歴もある保健師3名および医師、歯科医師、心理士、公衆衛生学者などからなる研究所の専従研究員7名が担当した。各自は職業倫理に基づいて対象者と接触し、訪問、電話、あるいは地域拠点(高島平ココからステーション)での面会などを計画・実行した。同時に対象者の同意を得たうえで、対象者の利益にかなうと判断した場合は地域の公的支援組織(地域包括支援センター、民生委員など)とも必要な協働を行った。支援方法に悩んだ場合や不明な点は週に1回の研究所会議(毎週木曜日14時から17時)で報告し、多職種で検討した。ここには研究部長が参加し統括マネジメントを行った。

5) 調査項目

主たるアウトカムは地域生活の継続とした。それ以外の質・量のデータは以下の通りである。

質的データ

I. 基礎的項目:

性、年齢、教育歴、婚姻、居住形態

II. 認知症関連の項目: DSM5を用いた専門医による認知症診断、臨床的認知症尺度(CDR)、認知機能スクリーニング検査得点(MMSE)、Zarit介護負担尺度日本語版短縮版(J-ZBI_8)、日本語版NPI(NPI)、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

III. 精神的健康関連の項目: 日本語版老年期うつ病評価尺度(GDS)、日本語版WHO5精神的健康状態表(WHO5)

IV. 身体的健康関連の項目: 基本チェックリストで測定したフレイル、かかりつけ医の有無

V. コミュニティ関連の項目: 近所の人との関

係，近所の人への信頼

VI. 社会経済状況：主観的経済的困窮，収入

VII. 介護保険関連の項目：介護保険のサービス利用の有無

VIII. 社会支援ニーズ：

- a. 認知症等の診断
- b. 身体的健康状態の医学的評価
- c. 継続医療の確保
- d. 生活支援
- e. 家族支援
- f. 居住支援
- g. 介護保険サービス利用の支援
- h. 経済的支援
- i. 権利擁護の支援
- j. その他

質的データ

ハイリスク対象者とのインタビュー等は録音や録画は行わず対象者別に作成された研究ノートにすべて記録された。対象者に対してはココからステーションの活動は随時知らされ，訪問がいつでも歓迎された。

本研究の全体の概観とデータ収集に関して図1に示す。

4) 解析方法

量的データに関しては一次調査から三次調査で得られた項目との関連を連続変数についてはt検定で，カテゴリー変数については二乗検定で解析した。Nの数が限定されているため，多変量解析は行わなかった。

質的データに関しては，まず介入担当者が研究ノートを振り返り研究対象者ごとのサマリーを作成した。全ケースについて研究チーム内の多職種会議で振り返り，「ココからステ

ーション」の果たした機能について他の担当者もつ情報も併せて多面的に考察した。週に1回の研究・運営ミーティングでも随時機能については考察し，議事録を共有した。

(倫理面への配慮)

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 地域生活の継続

調査対象者66名のうち，49名が地域生活を継続できていた。12名が入院または入所となった。5名は追跡ができなかった。

2) 地域生活できないことに関連要因

地域生活できないことに関連した項目は，生活支援ニーズをもつこと，居住支援ニーズを持つこと，家族の介護負担が高いこと，であった。一方で認知症にかかわる項目，すなわち認知症を持つこと，認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目，身体健康関連の項目，コミュニティ関連の項目，社会経済状況も関連しなかった(表3)。

3) 地域生活継続者の前後比較

介入の前後では Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版(J-ZBI_8)，日本語版 NPI-Q(NPI-Q))，地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)を測定し比較したが，J-ZBI_8 および NPI-Q では有意差は見られなかった。DASC-21 は軽度上昇し，認知症の進行が示唆された(介入前 34.6 ± 13.9 ，介入後 37.6 ± 15.0 ， $p < 0.005$)

4) 地域の場のモデルの活動実績

2017年4月1日～2018年3月30日までのココからステーションの開室頻度は月平均12日、合計144日、平均来場者数は11.6名であった。イベント参加者を除く月別来場者(のべ人数、平均)は開設時4月(26名、7.4名)から翌年3月までに(194名、13.9名)へ徐々に増加した。医師が在室し相談に応じた日数は計41日で平均来場者は16.7名、相談者3.3名、医師がいない日は計103日で来場者の平均は9.6名、相談者1.3名であった。

開室日の相談利用者数は、のべ人数247名、実人数125名、性別では、のべ人数で男性39名(15.8%)、女性208名(84.2%)、実人数で男性22名(17.6%)、女性103名(82.4%)であった。相談回数は1～28回であり、実人数で1回が87名(69.6%)、2回が16名(12.8%)、3回が8名(6.4%)、その他14名(11.2%)であった。年齢階級別では40代から90代まで幅広く、最も多かったのはのべ人数で80代の99名(40.1%)、続いて70代の77名(31.2%)であった。居住地区別では、のべ人数で高島平地区が最も多く189名(76.5%)であった。

相談者は、のべ人数で本人190名(76.9%)が最も多く、次いで家族・親族18名(7.3%)、民生委員10名(4.0%)、地域包括支援センター等8名(3.2%)で相談面接を複数名で同時に行ったケースもあった。相談への対応職種は、のべ人数で医師98名(39.7%)、保健師57名(23.1%)、心理士54名(21.9%)、その他専門職19件(7.7%)、歯科医師2名(0.8%)、多職種で同時に対応に当たったケースは19名(7.7%)であった。相談内容は身体に対する医療相談が83名(33.6%)と最も多く、認知症についての相談が75名(30.4%)、心理相談が36名(14.6%)、精神的な健康問題についての医療

相談が15名(6.1%)と多かった。

5) 地域の場のモデルの備えるべき機能

実際の支援ナラティブと、多職種による抽象化のプロセスからDFCを可能にするために備えられているべき機能が明らかになった。このような機能を一覧にしたものが表2である。

事例に立ち戻って説明すると以下のようになる。例えばある対象者A氏は、介入期間の直前に配偶者を急に亡くした。もともと認知機能および生活能力の低下があった(MMSE約20点、CDR1、DASC50点以上)ものの亡き配偶者は対象者を受診させることなく、献身的に二人の生活を支えていた。また地域包括等の支援も受けていなかったため地域でも支援ニーズが当初は全く明らかではなかった。子供はおらず、親しい親族もこの段階ではいなかった。しかし配偶者が急死したことにより生活が立ち行かなくなり、被害妄想や、昼夜問わず地域を歩き回るなどの行動が見られ、地域包括の支援がはじまった。「ココからステーション」で専門医が面談したことで病状が明らかになり、迅速に専門機関受診に繋がった。またすぐに介護保険の認定がなされた。自宅にいと、配偶者を亡くしたことを忘れてしまい、探そうとして不安や興奮と共に歩き回ってしまうが、日中に何度もココからステーションに来て知っている人と会話することで落ち着いた。親族とも連絡が取れ、キーパーソンになった。内服の管理もできないため、カバンに薬を入れておき、ココからステーションで内服支援することで何とか身体健康が維持された。さらに地域の某クラブにつながったのは良いが、利用料を払ったか

どうかを忘れてしまうので、某クラブ側も困惑していた。そこで少額の現金についても、親族の支援の下で、あくまで本人の同意のもとで本人が管理することを前提にココからステーションで支援した。当初はココからステーションの利用者の中には、本人のもの忘れを理解せずに、意地悪をしているなどと解釈して付き合わないものもいたが、徐々に正しい理解が培われ、合理的配慮に従ったつきあいができるようになった。その背景には専門職が当事者の理解度に合わせた知識の提供や支持を行ったことは言うまでもない。(個人情報保護のために細部を改変し、いくつかのケースを総合した)

D. 考察

まずハイリスクアプローチに関してであるが、ハイリスク者 66 名に対して 6 か月にわたる支援を行い、6 か月後に地域生活を継続している群と、できていない群を比較した。その結果、生活支援や居住支援のニーズが地域生活の可能性を規定することが示された。一方で認知症の有無や重症度は関連しなかった。認知症の人の地域生活を支える場合、認知症を認知機能検査の結果や画像検査の結果といった医学モデルで捉えることも重要であるが、地域生活の継続を規定するものは、「支援者がいるか」「住まいは安定しているか」といった要因である。医学モデルを否定するのではなく、それをも包含した支援が求められよう。

幸いわが国では、一般的には医療へのアクセス障害が少ないとされ、認知症医療の領域においても認知症疾患医療センターが整備されていることは強みである。今後は診断を伝える際に、生活支援や住まいの支

援のニーズの評価を行い、場合によっては支援につなげることで、認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるという社会の目標に近づけるであろう。

次にコミュニティアクションリサーチ(地域の支援の場のモデルを作る研究)であるが、場が備えているべき機能が抽出された。得られた知見を考察すると、まずは信頼関係の形成すること、本人の状態を総合的にアセスメントすること、情報を共有すること、課題解決に向けて多職種が協働すること、社会支援サービスを調整すること、という一連の流れで本人の支援が成り立つことがわかる。これは本人の視点に立った社会支援の統合的調整であり、「コーディネーション」である。そもそもそういった調整が可能になるためには、支援の場が必要であり、そこでは居場所、相談応需、差別や偏見を解消し住民同士の互助をつくる、連携を推進する、人材育成、といった機能が備えられている必要がある。これは社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとしてまとめることが可能である、「ネットワーキング」である。本研究からは、DFCを実現するためにはこのようなコーディネーションとネットワーキングが実装されるべきという結論を導いた。

さいごに今後の研究の方向について述べたい。本研究は、従来型の大規模疫学調査(郵送調査、会場認知機能調査、訪問調査)から始まった。しかしそれにとどまることなく、コミュニティ参加型研究 Community-based participatory research (CBPR) の理論に基づいて、地域に一層近づいて深い

研究を試みた。すなわち1)ハイリスクアプローチとしてリスクの高い住民に伴走して支援し、2)コミュニティアクションアプローチとして地域拠点を作ることで一支援機関としても機能を始めた。

本研究の結果、住民との信頼関係が醸成され、協働が可能になった。4年間かけて築き上げられたこの枠組みをさらに発展させるためには、住民の生活世界へのさらなる接近が必要である。住民の身体機能、認知機能を調査するのみならず、その人個人にとって世界がどのように見えているのか、どのような意味をもつのか、といった死生観にまで深掘りすることで、より包摂的な高齢社会が可能になるだろう。

E. 結論

ハイリスク高齢者(認知機能が低下し、さらに地域生活の喪失リスクがあると判断された地域在住高齢者)66名を7000名の対象者から見出した。6か月にわたる支援を行い、6か月後に地域生活を継続している群と、できていない群を比較したところ、生活支援や居住支援のニーズ、さらに家族の負担が地域生活の可能性を規定することが示された。一方で認知症の有無や重症度は関連しなかった。

支援の質的解析からは、支援の場が備えているべき機能は、コーディネーション(本人の視点に立った社会支援の統合的調整として 信頼関係の形成、総合的アセスメント、情報共有、課題解決に向けた多職種協働、社会支援サービスの調整)とネットワーク(社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとして 居場所、相談応需、差別や偏見を解消し住民同

士の互助をつくる、連携を推進する、人材育成)であることが導き出された。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Eda Hiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study. *BMC Geriatrics* 20, 68 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y>
2. Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Eda Hiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatrics & Gerontology International* in press
3. 杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 栗田圭一. 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る - 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 - 認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854
4. 岡村毅. 都市の単身・独居・無縁・低所得高齢者を支える研究。自殺予防と危機介入 2019年

2. 学会発表

1. 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋,

- 粟田主一 高島平スタディ 1: 認知症支援のための地域拠点における医療・保健・心理相談 高島平ココからステーションの実践 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都
2. 岡村毅, 杉山美香, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 粟田主一 高島平スタディ 2: 医療を受けるための支援 医師が地域相談をして分かったこと 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都 認知症ケア学会
 3. 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 杉山美香, 岡村毅, 小川まどか, 宮前史子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 粟田主一 高島平スタディ 3: 地域拠点における歯科相談 歯の相談から生まれる生活の希望 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都
 4. 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 粟田主一 権利ベースのアプローチによる認知症支援の担い手育成の効果の検証. 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
 5. 杉山美香 宮前史子 佐久間尚子 稲垣宏樹 宇良千秋 小川まどか 枝広あや子 岡村毅 粟田主一 地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
 6. 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 粟田主一 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡 (1): MMSE-J 得点の変化 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
 7. 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 粟田主一 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡 (2) 認知機能低下と社会的孤立との関連 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
 8. 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 岡村毅, 小川まどか, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 粟田主一 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援 認知症予防学会
- G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)
1. 特許取得
該当なし
 2. 実用新案登録
該当なし
 3. その他
該当なし

コミュニティ参加型研究 (Community-based participatory research)	
ハイリスクアプローチ	当該地域の全高齢者を対象とする大規模疫学調査で同定したハイリスク者を対象とした。このことによって、本研究が当該地区の社会的弱者を対象とした研究であることが明確になり、倫理的妥当性が明確になり、地域住民の研究への理解も深まる。フォローアップ期間中、対象者には専門家が担当として個人的につき、様々な働きかけをおこなった。また、働きかけの拠点がコミュニティアクションアプローチの主たる場である「ココからステーション」であることで、当事者と地域住民や他の支援機関との交流も生まれた。
コミュニティアクションアプローチ	病院や研究所ではなく、地域に拠点を置くことで、地域に高齢者にたいして包摂的な地域の場のモデルを創出するという研究目的が明確になる。また地域のいち支援機関として存在することで、他の支援機関（地域包括）や支援者（民生委員）との信頼関係を構築しやすく、情報交換の障壁も低下する。

表1 本研究の方法の狙い

機能	支援のナラティブ
情報共有	対象者に連絡が取れなくなり、ドアのところに対象者が書いたと思われる被害妄想的な張り紙が残されているという事例があった。地域包括と情報共有し、適切に対応がなされた。
多職種支援の調整	致命的な疾患と診断されたものの治療を拒否して帰宅した当事者がいた。まずは本人の意思を尊重して信頼関係を維持し、本人の承諾のもとに地域包括、研究者、在宅診療医などからなる多職種でまずは情緒的に、次に介護保険や医療を用いて支えた。そのための調整会議や面談は「ココからステーション」で行われた。
虐待予防	関係が深まり信頼が生成するにつれて、虐待の被害者である可能性が明らかになった。決められた社会的手順に基づき、地域包括を通じて通報し、行政が対応した。
偏見予防	認知機能低下がある人が、それを理由として他の利用者からいじめを受けていた。認知症は誰もがなりうる状態であり、本人に落ち度がないことを伝え、合理的配慮をすればお互いに気持ちよく利用できることを伝え、以後いじめはなくなった。
生活困窮者への対応	生活苦を訴えて外出も控えている対象者がいた。また支援を受けることに積極的ではなかった。地域包括とも協働して、定期的に訪問し、支援を受けることができることを伝えた。
アウトリーチ	訪問した際に、当事者の虚弱が進んだことに家族が驚

	<p>き、パニック状態に陥っていた。傾聴して落ち着かせ、地域包括に連絡して、介護の認定の見直し等の適切な対応につながった。</p>
リテラシー醸成	<p>認知症の配偶者を、身体機能低下がありながら介護している夫婦世帯があった。しかし外部からの支援を受けることについては否定的であった。共倒れになるリスクについて伝え、支援につながった。</p>
受療支援	<p>総合病院において病状が落ち着いたら地域のかかりつけ医を紹介されることについて「担当医に嫌われてしまったのか」と相談された。現代の標準的な医療体制について説明したところ納得した。</p> <p>また、逆に、総合病院まで通院するのが苦になったが、地域への紹介状を求めたら担当医に失礼ではないかと相談された。同じく説明し、納得した。</p>
介護者支援	<p>認知症を持つ人の家族が、行動心理症状によって疲弊していたが、人に話せる場がなくて孤立していた。ココからステーションの研究者、そして他の利用者に話すことができ徐々に回復した。</p>
社会参加	<p>自宅からなかなか出ず、閉じこもり状態の高齢者がいた。徐々にココからステーションに来るために外出するようになった。</p>
生活支援（少額の金銭管理， 内服支援）	<p>ランチクラブの利用を楽しんでいるが、代金を払ったかどうか分からなくなってしまい、クラブ側も混乱していた。そこでココからステーションで払ってもらい、それを記録することで支払い状況を可視化し、以後トラブルはなくなった。</p> <p>また内服を忘れてしまう独居の方は、ココからステーションで内服をするという習慣にすることで支援することができた。</p>
日中の居場所	<p>制度的なデイケアを嫌がり、日中は高島平を歩き回っている人がいた。ココからステーションに馴染み、友人もできたことで、居場所となり、日中の安全が確保された。</p>

表2 場の支援の機能のまとめ

		地域で住み続けることが...		統計値
		できた	できない	
		49	12	
基礎的項目				
性	男性	24	4	p=0.343
	女性	25	8	
			82.8 ±	
年齢	65-74	81.9 ± 5.8	4.7	p=0.657
教育	9年以上	13	3	p=0.979
	9年未満	34	8	
居住形態	独居	21	7	p=0.356
	共居	28	5	
婚姻形態	既婚	29	6	p=0.745
	非婚	19	5	
認知症関連項目				
認知症 (DSM5)	あり	12	3	p=0.971
	なし	37	9	
CDR	0	5	1	
	0.5	19	1	
	1	22	6	
	2	2	3	
	3	1	1	
			19.0 ±	
MMSE-J 得点		20.2 ± 2.5	3.0	p=0.17
NPI-Q 得点		0.9 ± 1.9	1.6 ± 2.2	p=0.504
J-ZBI_8 得点		7.9+7.5	19.7+3.8 *	p=0.018
精神的健康関連項目				
GDS	うつなし	17	4	p=0.615
	軽度うつ	22	5	
	重度うつ	6	3	
WHO5-J-S		8.1+4.0	6.2 ± 5.6	p=0.183
身体的健康関連尺度				
フレイル	健康	12	2	p=0.846
	プレフレイル	12	4	

	フレイル	22	6	
かかりつけ医	あり	42	10	p=0.655
	なし	6	2	
コミュニティ関連の項目				
	月1回より少			
近所との交流	ない	28	8	p=0.846
	それ以上	16	4	
近所への信頼	なし	6	4	p=0.088
	あり	40	11	
社会経済状況				
主観的経済困窮	あり	19	6	p=0.74
	なし	28	6	
収入	年100万以			
	下	9	2	P=0.893
	それ以上	32	8	
介護保険関連の項目				
介護保険サービス利用あり		7	4	p=0.124
なし		42	8	
社会支援ニーズ				
認知症等の診断		31	8	p=0.826
身体的健康状態の医学的評価		8	4	p=0.184
継続医療の確保		8	4	p=0.184
生活支援		18	9	* p=0.017
家族支援		23	8	p=0.221
居住支援		2	4	** p=0.002
介護保険サービス利用の支援		26	7	p=0.743
経済的支援		7	2	p=0.744
権利擁護の支援		8	4	p=0.184

* p<0.05, **p<0.01

表3 地域生活を継続できたものとできなかったものの比較

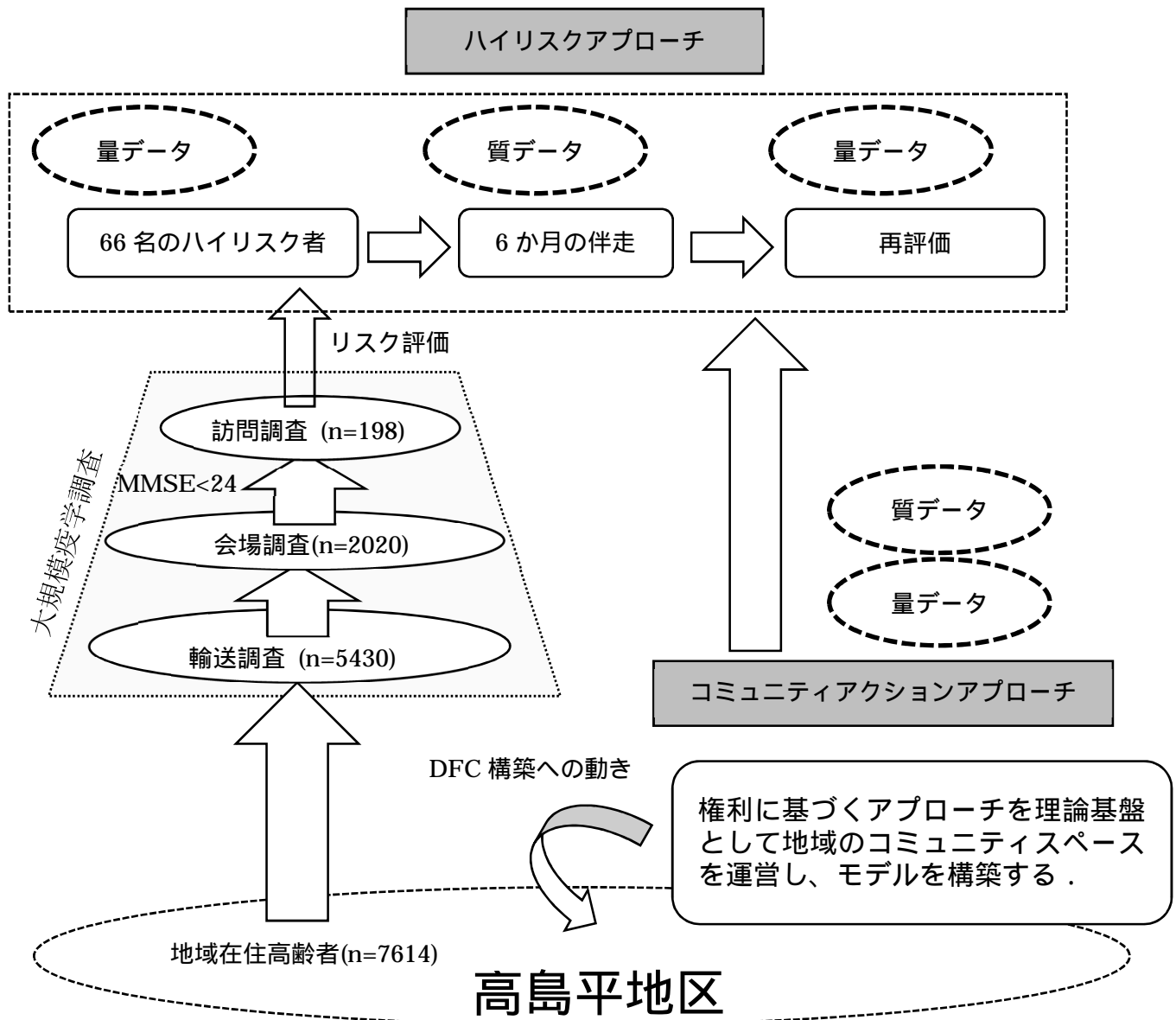


図1 本研究の全体の概観とデータ収集のまとめ