

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

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田 圭一

令和3(2021)年3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 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-----1
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

II. 分担研究報告書

1. 独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態に関する文献調査 -----17
東京都健康長寿医療センター研究所 石崎達郎
2. 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 -----26
埼玉県立大学大学院 川越雅弘
3. 独居／非独居認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異 -----32
埼玉県立大学大学院 川越雅弘
4. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係
ー独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の3群間比較よりー -----38
埼玉県立大学大学院 川越雅弘
5. 新コホートを対象とした疫学的調査(板橋区高島平地区) -----45
東京都健康長寿医療センター研究所 稲垣宏樹
6. 都市部の独居認知症高齢者の生活と健康 -----69
東京都健康長寿医療センター研究所 稲垣宏樹
7. 地域包括支援センターを要とする認知症の人とともに創るケアと地域づくりに向けた探
索 ー福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センターにおける試みー -----75
慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 堀田聡子
8. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究 -----81
慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 堀田聡子
9. 認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、QOLと社会とのかかわりに関する
文献調査 -----85
慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 堀田聡子
10. 独居認知症高齢者等の地域生活支援等の取組みに関する調査
ー分譲マンション等に関与する管理組合及び管理会社等の取組みー -----87
神奈川大学法学部 角田光隆
11. 新型コロナウイルス感染症の流行下における独居認知症高齢者等の生活 -----91
東京都健康長寿医療センター研究所 岡村 毅
12. 新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取組み ----105
東京都健康長寿医療センター研究所 岡村 毅

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----112
-------------------	----------

Ⅳ.その他

資料 1 報告書 7_付属資料 1-1	
「当事者として私の考えること 大牟田市認知症サポーター養成講座」	-----115
資料 2 報告書 7_付属資料 1-2 やりとり手帳	-----138
資料 3 報告書 7_付属資料 1-3 やりとり手帳 (在宅版)	-----144
資料 4 報告書 7_付属資料 1-4 やりとり手帳 (職員用)	-----148
資料 5 NPO 法人ふるさとの会_生活困窮者居住支援・生活支援の取組み	-----155
資料 6 NPO 法人白十字在宅ボランティアの会 暮らしの保健室_報告書	-----168
資料 7 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_報告書	-----184

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総括研究報告書

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 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

研究目的：本研究の目的は、1. 文献調査、2. 既存統計資料等を活用した実態調査、3. 疫学調査、4. 事例調査、5. 地域生活支援等の取組に関する調査、6. アクション・リサーチを行うことによって、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に資するエビデンスを蓄積し、これに基づいて、「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自治体向け・住民向けガイドライン」を作成することにある。

研究方法：1. 文献調査では、独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態に関する調査を行った。2. 既存統計資料等を活用した実態調査では、介護保険データを用いて独居認知症高齢者の在宅継続率・重度化率・施設等への移行先を分析した。3. 疫学調査では、東京都板橋区及び足立区の地域在住高齢者を対象とするコホート調査のデータを用いて、独居認知機能低下高齢者の生活実態を分析した。4. 事例調査では、「地域で認知症とともによりよく生きる」とは何かを探索することを目的に、1) 地域包括支援センターを要とする認知症の人とともに創るケアと地域づくりに向けた探索、2) 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究を行った。5. 地域生活の取組に関する調査では、1) 分譲マンション等に関与する管理組合及び管理会社等の取組、2) 生活困窮者居住支援・生活支援の取組、3) 暮らしの保健室の取組について記述的研究を行った。6. アクション・リサーチでは、東京都板橋区に設置した地域拠点の継続的な地域生活支援の実践を通して、新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活実態と地域拠点の実践を記述した。

研究結果：以上の研究から以下のことが明らかにされた。1) 独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で過ごすことを希望している。独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するには、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要がある。2) 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低く、独居の認知症高齢者は非独居の認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。3) 独居の認知機能低下高齢者は、非独居の認知機能低下高齢者よりも、社会的孤立、不良な精神的健康、経済的困窮の出現頻度が高い。4) 認知症のある人のQOLを改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられているが、「社会とのかかわり」は多様であり概念整理が必要である。5) 専門職と認知症の本人との「出会い直し」や認知症の本人が講師役を務める認知症サポーター養成事業は、専門職の先入観の解消や認知症に対する肯定的意識の醸成に役立つ可能性がある。

6) マンションでは、生活課題をもつ独居高齢者に対応できるように、関係者が効率よく連携できる仕組みづくりが必要である。7) 「日常生活支援住居施設」は、生活困窮状態にある独居認知症高齢者への居住支援・生活支援を可能とする新たな制度であるが、生活保護受給者に対象が限定されるという問題が残されている。8) ①認知症になる前から関係をつくることができる居場所があり、②日常生活の変化に気づき、③困り事の相談に応じ、一步踏み込んだ調整を行うことができ、④健康不安を支えながら、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」が実践できる「暮らしの保健室」のような地域拠点が必要である。9) 地域拠点は、感染症流行下においても、認知機能低下高齢者の感染及び社会的孤立対策に関する重要な社会資源となり得る。

結論：以上のように、わが国の独居認知症高齢者の生活実態および独居認知症高齢者を支える地域生活支援の実態が明らかにされてきている。さらに、本年度はガイドライン作成に向けた CQ リストの作成と体系的文献レビュー及び CQ 回答文の作成にも着手している。これらを集約して、次年度はガイドラインを作成する。

< 研究分担者 >

石崎達郎：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

川越雅弘：埼玉県立大学大学院・教授

稲垣宏樹：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

岡村 毅：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・副部長

角田光隆：神奈川大学法学部・教授

堀田聡子：慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授

< 研究協力者 >

池内朋子：東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

小野真由子：東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員

南 拓磨：埼玉県立大学・特任助教

大村綾香：一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究員

大森千尋：一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究員

猿渡進平：医療法人静光園白川病院 医療連携

室長／一般社団法人 人とまちづくり研究所・理事

竹下一樹：福岡県大牟田市中心地区地域包括支援センター 管理者

西上ありさ：株式会社 studio-L コミュニティデザイナー／一般社団法人 人とまちづくり研究所・理事

平井正明：まほろば倶楽部 奈良県若年性認知症・MCI の人々の集い代表／奈良県若年性認知症サポートセンターピアサポーター

神野真実：一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究員

菊地和則：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

井藤佳恵：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所／ 認知症支援推進センター・センター長

宇良千秋：東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

杉山美香：東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

津田修治：東京都健康長寿医療センター研究

所・研究員

宮前史子: 東京都健康長寿医療センター認知症
支援推進センター・研究員

枝広あや子: 東京都健康長寿医療センター研究
所・研究員

田中昌樹: 一般社団法人マンション管理業協会
調査部

的場由木: 特定非営利活動法人自立支援センタ
ーふるさとの会

滝脇 憲: 特定非営利活動法人自立支援センタ
ーふるさとの会

秋山正子: 特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室・室長

神保康子: 特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室

米澤純子: 特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室

A. 研究目的

本研究の目的は、1. 文献調査、2. 既存統計資料等を活用した実態調査、3. 疫学調査、4. 事例調査、5. 地域生活支援等の取組みに関する調査、6. アクション・リサーチを行うことによって、独居認知症高齢者等（認知症のみで構成される単独世帯や夫婦のみ世帯高齢者）が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりに資するエビデンスを蓄積し、これに基づいて、「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自治体向け・住民向けガイドライン」を作成することにある。

B. 研究方法

1. 文献調査

医学中央雑誌 Web（医中誌 Web）、Google Scholar、PubMed を用いて、「独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態」に関する文献調査を行った。尚、対象文献の基準は、①

日本語あるいは英語、②2010 年以降に掲載とし、検索日は 2021 年 4 月とした。

2. 既存統計資料等を活用した実態調査

A 市の介護保険データを用いて以下の分析を行った：1) 認知症／非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異、2) 独居／非独居認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異、3) 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居との関係

3. 疫学調査

東京都板橋区および足立区の地域在住高齢者を対象に以下の疫学調査を実施した。

3.1. 新コホートを対象とした疫学調査（板橋区高島平地区）

2019 年に新たなコホートを立ち上げ、対象地区在住の高齢者 11,198 名に対し、郵送留置法による自記式アンケート調査を実施した（回収数：7,801 票、回収率：69.7%）。認知機能は、自記式認知症チェックリストを用いて評価された。調査項目は、背景情報・人口統計学的情報、生活環境・住居状況、生活習慣、身体機能、歯科口腔機能、食事・栄養、精神的健康、社会的機能、認知症に関する知識・意識であった。介護保険情報を行政から提供を受けた。このデータを用いて、認知機能低下の有無、同居者の有無を説明変数、身体的・精神的・社会的健康変数を従属変数、性別・年齢を調整変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った。

3.2. 足立区における独居認知症高齢者の生活と健康状態を分析

2015 年に東京都足立区で実施した要介護未認定の 65 歳以上高齢者の郵送悉皆調査のデータから自記式認知機能チェックリストで認知機能低下ありと判断された 4,625 名分を対象に記述的分析を行った。分析は、性別で層化して、独居者と非独居者の基本属性や健康アウトカム、社会的健康の指標を比較した。健康アウトカム指標に基本チェックリストの各領域のスコアを用い、社会的健

康指標にはソーシャルサポート、社会的交流、ソーシャルキャピタルを用いた。

4. 事例調査

「地域で認知症とともによりよく生きる」とは何かを探索することを目的に以下の研究を実施した。

4.1. 地域包括支援センターを要とする認知症とともに創るケアと地域づくりに向けた探索

大牟田市地域包括支援センター職員の協力の下で、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を念頭におき、居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランをつうじて現状の認知症のある方をめぐる支援とその背景にある医療介護福祉専門職の認知症に対するイメージを振り返った。また、これを受けて地域包括支援センター職員が、自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びを重ね、これを助けるアセスメントシートの開発とその改訂に並行して取り組んだ。

4.2. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

認知症の人たちが日記等を心理的ストレスや日々の問題への対処に利用可能か、文献調査（非系統的）を行なった。また、認知症の診断後に日記等をつける習慣がある人5名を対象に、個別インタビューで日記等の記載内容や書き方・見返し方について事例調査を行った。録音データから逐語録を作成した上で、コード化してカテゴリーに分類し、事例毎の特徴を分析した。

4.3. 認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、QOLと社会とのかかわりに関する文献調査

1) 認知症のある独居高齢者等の地域居住の実態とそのボトルネック、2) 認知症のある人のQOLに影響を与える社会的かかわり、を把握することを目的に、PubMed 及び医中誌を用いて文献調査（予備的調査）を行った。

5. 地域生活支援等の取組みに関する調査

5.1. 分譲マンション等に関する管理組合及び管理会社等の取組み

分譲マンション等に居住する認知症高齢者等 50 事例について、生活課題・解決方法・生活支援のあり方を、①居住者の視角、②管理組合の視角、③管理会社等の視角、④行政・司法等の視角、⑤医療・福祉・介護の視角、⑥近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等の視角から分析した。

5.2. 生活困窮者居住支援・生活支援の取組

経済的に困窮し、家族によるサポートが得られない独居の認知症高齢者の暮らしを支える「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させ、事業化の必要性、普及の可能性を検討するために、1) NPO 法人自立支援センターふるさとの会（以下、ふるさとの会）の認知症支援の仕組みの概要を記述し、2) 単身の認知症高齢者の支援事例を検討し、3) 現状の課題の整理と必要な支援ニーズを考察した。

5.3. 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等の事例の分析

東京都昭島市及び広島県福山市の「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を分析し、独居認知症高齢者等が地域生活を継続するための支援の要点を検討した。

6. アクション・リサーチ

都内大規模住宅地において、新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活と認知症支援のための地域拠点の取組みを明らかにするために以下の調査を実施した。

6.1. 新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活

①先行する縦断研究（疫学研究）で信頼関係を結んでいる認知機能低下を持つ 86 名の地域在住

高齢者、②地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者を対象に、専門家が電話による半構造化調査を行い、1)86名の疫学研究対象者（認知機能低下あり）と46名の地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較、2)疫学研究対象者86名の認知機能低下を持つ人のうち、専門家によって診断された認知症をもつ人と持たない人の比較、3)電話で得られたナラティブの分析を行った。

6.2. 新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取組み

都内大規模団地に設置されている認知症支援のための地域拠点の2020年4月から2021年3月までの取組みを記述した。

（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。また、本研究に関して開示すべき利益相反状態はない。

C. 研究結果

1. 文献調査

独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策が記されている日本語文献13件、英語文献8件を対象に文献レビューを行った。1)日本語文献：独居の認知症高齢者のエンドオブライフケアに焦点をあてた調査研究は十分に行われていない。自宅で最期を迎えたいという独居認知症高齢者への支援策を示した文献13件はすべて事例調査であった。支援策は以下のように要約された。①本人が最期までをどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重する、②認知力の低下により意向の推定が難しいときは、これまでの生活や表情言動などから意向を推定する、③医師、看護師、介護士、薬剤師、ケアマネジャーなど、本人にかかわる職種でカンファレンスを行い情報を共有するなど多職種の連携が

重要である、④医療職ではないスタッフの看取りに伴う心的負担の軽減のため、医療職とすぐに連絡を取り合える環境を作る。⑤デイサービスや小規模多機能など本人の状態（身体・認知力）に合わせてサービスをうまく利用できるようにする、⑥近隣住人の見守りなど、地域の方たちの理解と協力が必要である。2)英語文献：欧米では高齢者の約30%が独居認知症といわれる。ドイツでは、約75%の認知症発症初期の高齢者が自宅で一人暮らしをしているが、多くは家族・親類から支援を得ている。独居認知症高齢者は同居認知症高齢者よりも、低栄養、体重減少、セルフネグレクトによる怪我などのリスクが高い。認知症（とくにアルツハイマー型認知症）患者においては、どのステージまで独居で生活できるかは明らかでない。しかし、多くの高齢者は認知症になっても自分の家で生活することを望んでいる。一つの課題として安全確保があるが、認知症患者の自立・自律を尊重しながら安全確保（例えばモニタリング）とのバランスを保つことが重要である。独居認知症高齢者の医療に関する意思決定については、研究が非常に少ない。フィンランドの研究によると、独居認知症高齢者が自宅で生活するために使っているサービスコストは同居認知症高齢者よりも約3倍多く、認知症が進行するほどコストは上昇していた。独居認知症高齢者の場合、自宅よりも施設で生活した方がコストは低く抑えられる。一方ノルウェーでは自宅で亡くなる人は同居認知症高齢者（9.5%）よりも独居認知症高齢者（14.2%）が多かった。しかし、計画的な在宅死は独居者よりも同居者に多かった。在宅死者数は増加しているものの、認知症高齢者は施設で亡くなるリスクが最も高く、病院で亡くなるリスクは低い傾向であった。米国では独居で疾患が多い人ほど病院で亡くなるリスクが高か

った。独居高齢者が自宅で生活するための社会や地域における支援が十分でないことが示唆された。

独居認知症高齢者支援においては、定期的に栄養状態、医療ニーズ、処方薬の見守りを行い、安全確保と Well-being を維持することが重要である。また、(米国の場合) 経済的観点から、低所得の独居認知症高齢者は自宅でできる限り長く生活することを望んでいる(施設でのコストは年 85,000 ドルを超える)。身体機能低下は施設入居リスクを高めるため、身体機能維持を目的としたケアやサービスの提供、その他の必要な支援を提供し、地域で安全に生活してもらうことが重要となる。さらに、社会活動(以前からやっていた馴染みのある活動)は独居認知症高齢者の QOL にとくに重要である。また、介護はいつも同じ介護者や看護師から提供され、エンドオブライフケアを含めた重点的支援はケアの専門家が行う。独居認知症高齢者にとって自宅で介護を受けることが最も重要であり、(別居の) 家族の提案・意見は本人(意思決定など)にとってそれほど重要ではない。

2. 既存統計資料等を活用した実態調査

2.1. 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

1) 在宅からの療養場所別移行率をみると、認知症群では、非認知症群に比べて、要支援 1 では「特定施設」「グループホーム(以下、GH)」、要支援 2 では「特定施設」「老人保健施設(以下、老健)」、要介護 1 では、「特定施設」「GH」、要介護 2 では「GH」「老健」「特養」、要介護 3 以上では「特養」への移行率が高かった。2) 在宅継続率は認知症群が有意に低かった($p < 0.001$)。これを要介護度別にみると、特に要介護 2・3 で差が大きかった。3) 男性では、特に「要支援 1」「要介護 2 以上」で、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低かった。4) 女性では、要介護 2 から、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低くなっていた。また、

要介護 3 の在宅継続率が全ての要介護度で最も低かった。

2.2. 独居/非独居認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異

1) 在宅からの療養場所別移行率をみると、独居群では非独居群に比べて、要支援 1 では「グループホーム(以下、GH)」「特別養護老人ホーム(以下、特養)」、要支援 2 では「特定施設」、要介護 1 では、「GH」「老人保健施設(以下、老健)」、要介護 2 では「GH」「特養」「老健」、要介護 3 以上では「特養」への移行率が、独居群で高かった。2) 在宅継続率は、独居群の方が、非独居群に比べて有意に低かった($p < 0.001$)。3) 男性では、独居群の在宅継続率が、「要介護 4」で 20.1 ポイント、「要介護 1」で 7.6 ポイント低かった。逆に、「要介護 5」では 7.0 ポイント、「要介護 2」では 0.7 ポイント高かった。4) 女性では、すべての要介護度で、独居群の在宅継続率が低かった。両群の差は、「要介護 3」が 10.4 ポイントと最も大きく、次いで「要介護 5」9.8 ポイント、「要介護 4」9.4 ポイントの順であった。中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い傾向にあった

2.3. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居/非独居との関係

1) 全ての要介護度において、要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く、逆に、重度化率は最も低かった。2) 認知症の 2 群間で要介護度別重度化率を比較すると、独居群の方が、「要支援 1」で 9.1 ポイント、「要介護 4」で 6.8 ポイント、「要介護 1」で 4.2 ポイント高い。一方で、それ以外の要介護度では、非独居群の方が重度化率は高かった。3) 要介護度と軽度化率の関係をみると、3 群とも軽度者で改善率が低い傾向が、他方、重度化率は、3 群とも軽度者で高い傾向がみられた(軽度者ほど改善しにくく、かつ重度化しやすい)。

3. 疫学調査

3.1. 新コホートを対象とした疫学調査

1) 独居の認知機能低下高齢者は、同居者がいる認知機能低下高齢者に比べ、生活自立度が高

く、友人とのネットワークや交流頻度が高い一方で、経済（低年収）や住まい（賃貸住宅）、道具的サポートが少ないといったリスクがあり、精神的健康度が低く、地域生活の継続可能性については否定的であった。2)認知機能低下がない独居高齢者と比較すると、認知機能のみならず、身体的機能や健康、口腔機能、生活習慣や生活機能、精神的健康で低機能または状態が悪く、外出頻度、社会参加の機会も少ないことが示された。特に、情緒的サポートや対人ネットワーク、他者との交流頻度が不足し、近隣・地域への信頼感が低く、経済的や食事・栄養的側面での困窮、貧困の状態も示される一方で、認知症発症後には在宅での生活を希望している者が相対的に多かった。

3.2. 都市部の独居認知症高齢者の生活と健康

認知機能低下した4,625名のうち男性15.4%、女性25.3%が独居だった。年齢階級別の独居割合は、男性は65-69歳で最も高く、加齢とともに低下したのに対し、女性では加齢とともに増えて80-84歳にピークがあった。健康アウトカムの比較では男女とも独居の方が有意に生活機能は良好だった一方で、抑うつが該当数が多かった。社会的健康は全体として女性の方が好成績だった。同居者以外と週1回以上直接会う直接的交流は、女性では独居者67.7%、非独居者56.6%であり、独居で有意に多かった。男性ではこの傾向を認めなかった。

4. 事例調査「地域で認知症とともによりよく生きる」とは—事例調査からの検討

4.1. 地域包括支援センターを要とする認知症とともに創るケアと地域づくりに向けた探索

1)認知症の人にやさしいまちづくりで知られる大牟田市ですら、ケアプランを振り返ると本人の想いや姿が必ずしも見えず、アセスメントにおいても家族の声に頼りがちになっていること、専門職であっても「認知症が進

むと本人ではわからない」と時に思い込んでしまったり、できないことや課題に焦点を当てすぎてしまう傾向があることが確認された。2)困りごとを抱えた人とそれを支援する人という関係を越え、ともによりよいケアの形を探究していくうえでも、「共感」が鍵となる。そのために、専門職がその職種や立場の鎧を脱いで自らの「ゆるかわ」ポイントを探り、一人の生活者の視点からまちあるきを通じてまちを再発見すること、利用者として出会う方についても「ゆるかわ」ポイント探しや肯定のコミュニケーションを念頭に置きながら、一方的に尋ねる、聞き出そうとするのではなく、「やりとり」を重ねることが有効なのではないかと考えられ、本人と専門職の対話に基づき本人が自らつくる「やりとり手帳」が開発された。また、認知症当事者が講師となる認知症サポーター養成講座は、認知症になると何もできなくさせているのは周囲ではないかと気づき、当事者としての経験や知恵に基づいてなにが大切かを問い直し、認知症になっても大丈夫、というメッセージを共有するうえでも重要な機会となることがうかがわれた。

4.2. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

文献調査からは、日記等の記録は質的研究のデータ収集方法として主に利用されていたが、介入方法としての利用はなかった。インタビュー調査から、日記の内容は主に自分の行動やその日の出来事など生活そのものを客観的事実として率直に記録したものだ。日記をつけることには、忘れることへの不安から開放する備忘録、トラブルから身を守るための行動の証拠作り、その日の心身状態の確認、その日を自分らしく生きたことの記録、といった主観的意味があり、自分らしい自立した生活を送るために役立てていた。日

記を読み返すことは、行動の失敗に気づき、自分の心身状態を観察し、生活のための履行確認することに役立つ反面、孤独な自分や愚痴が多くなった現在の自分に気づいて前向きな気持ちを失う副作用があった。

4.3. 認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、QOLと社会とのかかわりに関する文献調査

英文 15 件・和文 27 件が選定された。抽出された文献は、独居認知症高齢者の属性や生活実態、利用している支援の内容、独居ならではのニーズ、アンメットニーズ、そして在宅生活の継続が難しくなる要因等に分類される見通しである。このうち、認知症高齢者の独居生活が困難になる要因については、主に専門職の視点からいくつかの検討がなされており、なじみの環境で、適切な支援のもと、本人の力の発揮が促されれば独居在宅生活継続が可能となっているが、中核症状等による生活や体調管理の乱れ、生命の安全確保の危機、不可解な行動に対する近隣の敬遠、家族やサービス提供者の疲弊や諦め、社会生活における順応性の低下、対人関係の不調和、生活を維持するうえでの経済的危機、人間としての尊厳の崩壊等がこれを難しくさせている。本人の視点からのフィールドワークは 1 件のみであり、ここでは活動レベルや身体の動きが遅くなること、外界や人とのつながりが失われ、日常生活の管理が難しくなることに加えて、人生の意味を曇らせる孤独、そして存在の「曖昧さ」が一人暮らしを困難にさせることが描かれている。2) 英文 25 件、和文 7 件が選定された。抽出された文献は、高齢者の認知機能と社会参加、様々なセッティングにおける認知症高齢者の QOL とその評価、認知症高齢者の QOL と交流・参加、在宅認知症高齢者のアンメットニーズ等に分類される見通しである。

5. 独居認知症高齢者等の地域生活支援等の取り組みに関する調査

5.1. 分譲マンション等に関与する管理組合及び管理会社等の取り組み

約 50 事例について、それぞれの視角からの独自の解決方法が明らかになった。と同時に、それぞれの視角は相互に密接に結び付いていることが明らかになり、それぞれの視角の関係者の連携が必要であることが明らかになった。また、生活課題とこの解決方法及び生活支援は、事例ごとに異なることが分かり、共通する解決方法及び生活支援とともに、個別の事例に則した解決方法及び生活支援が必要である。

5.2. 生活困窮者居住支援・生活支援の取組

1) 病院や刑事施設退所後の帰住先のない高齢者・障がい者、路上や知人宅等で住所不定の状態となっている人、自宅での生活が近隣トラブルや心身の機能低下・介護者の入院等によって困難となってしまった人、家庭内暴力や迷子などで緊急的に保護が必要な人などが、福祉事務所等の紹介により、ふるさとの会の居住支援や生活支援の利用につながっている。ふるさとの会では、介護事業、不動産事業、人材育成、更生保護、給食事業など、さまざまな事業との連携とバックアップ体制によって、認知症を持つ単身の生活困窮者の居住・生活支援が成り立つ仕組みを作っている。2) 事例分析より、単身の認知症高齢者等の地域生活の継続に必要な支援ニーズについて、①家主・大家の悩みや不安に寄りそう支援、②緊急時の生活場所の確保、③生活支援員のサポート体制、④生活困窮者・単身者に必要な地域連携体制と調整の 4 要素が可視化された。3) 50 歳以上のふるさとの会の共同居住入居者の前居所の経年変化では、病院から帰住先がないために入所する人の割合が低下する一方で、自宅から入所する人の割合が増加する傾向を認めた。もともと居所のない生活困窮者が高齢化している問題と、地域で比

較的安定して生活していた低所得高齢者が困窮状態となって住まいを喪失する問題とが合流している可能性がある。

5.3. 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等の事例の分析

昭島市の2事例（74歳女性：レビー小体型認知症、89歳女性：認知症）と福山市の2事例（74歳女性：アルツハイマー型認知症、80歳女性：アルツハイマー型認知症）を分析した。その結果、暮らしの保健室で実践されている地域生活支援のポイントは以下の4点であることが明らかになった：①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いがある（居場所）、②日常の中でさまざまな身体の変化・出来事に気づく、③日々のちょっとした困り事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ができる、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」が実践できる。

6. アクション・リサーチ

6.1. 新型コロナウイルス感染症の流行下における独居認知症高齢者等の生活

認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者のうち77名と、地域拠点を頻回に利用する46名の地域在住高齢者のうち35名と電話調査が成立した。1)疫学研究対象者（認知機能低下あり）と地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較からは、インターネットの利用は両群とも低い、認知機能低下群のほうが閉じこもり傾向が強い、認知機能低下群のほうが新聞等の紙メディア（旧メディア）を好む傾向があることがわかった。一方で主観的健康、運動、食事、不安、困りごとに関しては両群に差はなかった。2)疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較からは、予防行動に関しては認知症をもつ人はできていない、認知症をもつ人のほうが困りごとはないということが分かった。また電話の介入の際

に危機に接するエピソードがあり、いずれも保健師主体の多職種による支援によって支援が行われた。

6.2. 新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取組み

2017年度から都内の大規模団地内で認知症支援のための地域拠点（以下、拠点）を運営してきたが、2020年4月に第1回目の緊急事態宣言後が出された時期に止む無く一時閉室した。しかし、その後拠点を再開し2021年1月の2回目の緊急事態宣言時には認知症の人や利用者の孤立予防の観点から拠点を閉室せず、感染症予防対策を強化して継続して運営を行った。コロナ禍において拠点の運営は、地域の関係各機関と連携しながら個別相談に応需することで、状態の把握や早期の支援に結び付けることができた。十分な感染症予防対策を行いながら拠点を継続する意義は高いと考えられる。

D. 考察

1. 文献調査

独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で過ごすことを希望している。独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するためには、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要性が明らかになった。

2. 既存統計資料を活用した実態調査

要介護2・3で、認知症高齢者の在宅生活が困難化している状況にあったが、これは、高頻度かつ夜間の対応が求められる「排泄介助」、身体的・精神的負担が大きい「常時の徘徊」「幻視幻聴」「暴言暴行」「大声を出す」「介護に抵抗」などが要介護2・3で増えることが影響している可能性が示唆された。

認知症高齢者に占める女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群では約8割が女性であった。また、在宅生

活継続率を性別要介護度別にみると、女性では、全ての要介護度で独居群の方が低かった。これらの結果から、女性の独居認知症高齢者の在宅生活を支える体制及び仕組み作りが重要課題であることが明らかとなった。

認知症群は、非認知症群に比べ、全要介護度で重度化率が高いことが、また、3群とも軽度要介護者で重度化率が高いことも確認できた。

要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究によると、非認知症群に比べ、認知症群で移動動作能力の低下がADL低下に大きく影響していることを明らかにしている。また、こうした移動動作の障害の進行がセルフケアの崩壊に直結しているのではないかと推察している。軽度要介護の認知症高齢者の機能低下（特に、移動・歩行能力の低下）を防ぐことが、要介護度の重度化防止、さらには在宅生活の継続性確保につながる重要課題であると考えた

3. 疫学調査

独居の認知機能低下高齢者は、非独居の認知機能高齢者よりも社会的孤立、不良な精神的健康、経済的困窮が見られた。同様に、独居の認知機能低下高齢者は、独居の認知機能低下のない高齢者よりも、社会的孤立、不良な精神的健康、経済的困窮が認められた。社会的孤立、不良な精神的健康、経済的困窮は、独居の認知機能低下高齢者の生活課題と深く関連していることが明らかになった。

都市部における認知機能低下のある独居高齢者の生活や健康についての実態は男女別に異なる特徴を認めた。女性では、独居であることの代償的行動として社会的交流を増やしていたが、男性ではその傾向を認めなかった。独居認知症高齢者の社会参加を促し、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の特徴に留意して適切な方法を提案する必要がある。

4. 事例調査

1) 本研究で試みた地域包括支援センター職

員が自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びのプロトタイプ化と検証、「やりとり手帳」について、本人・専門職側からの評価を得て、介護支援専門員の更新研修等で紹介する可能性を探索すること、認知症サポーター養成講座においても認知症当事者の更なる活躍が期待される。

2) 日記等を用いた支援介入は、認知症の人たちの問題焦点型及び情動焦点型のコーピングを促して、生活の自立や主体性の維持に役立つ可能性がある。本研究で明らかになった日記等のリスクとベネフィットの両面を踏まえて、介入の対象や方法を慎重に検討することが肝要である。

3) 独居認知症高齢者の基本属性や生活状況、利用サービス等については各国で基本的な実態把握が進みつつある。在宅での生活の継続を支えていると考えられることやそれが困難になる要因については、主に専門職からみた検討がなされており、本人からみた検討は不十分である。自宅にかかわらず、広く地域での生活継続が可能となる要因について、本人や生活をともにする人、専門職の視点から多角的に検討する余地がある。認知症のある人のQOLを改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられ、我が国でも認知症のある人の自立と尊厳を支える支援の一環として社会参加に注目集まっているが、先行研究においてもどういった行動を社会の関わり・社会活動あるいは社会参加とみなすのかは多様であり、認知症のある人のQOLと社会的かかわりの関係をみるうえでは、まず「社会とのかかわり」についての概念整理が求められる。

5. 地域生活支援等の取組みに関する調査

マンションにおいて生活課題を持っている一人暮らし高齢居住者を発見した場合、一人暮らし高齢居住者からアクセスがあった場合に

関係者が効率よく連携できる仕組みが求められている。両者の仕組みは共通する側面を持つ場合があるが、生活課題に応じて個別性の高い側面もある。生活課題とこの解決方法及び生活支援は、共通する解決方法及び生活支援があるとともに、個別の事例に則した解決方法及び生活支援がある。これらに対応した数多くの好事例を事前に作っておくと便利である。

これまでふるさとの会が運営してきた生活支援付きの共同居住は、生活保護制度等の改正にともない「日常生活支援住居施設」として整備される見通しである。日常生活支援住居施設として整備されることにより、人員体制を手厚くすることが可能となったが、生活保護制度として委託費が支払われる仕組みであるために、生活保護を受給していない低年金の生活困窮者の支援が難しくなることが危惧される。また、これまで緊急的なニーズに対応していた緊急入所の対象者が限られてしまう可能性もある。今後は、生活保護制度だけではない仕組みによって、日常生活支援付きの住居をつくっていく必要がある。海外では、精神疾患を抱えている生活困窮者の支援として、生活支援と住まい、専門的支援のコーディネートが一体的に提供される恒久的支援付き住宅（Permanent Supportive Housing）が有効であると報告されている。ふるさとの会の共同居住は、恒久的支援付き住宅と同様の支援モデルであると考えられるため、ひとり暮らしが困難な高齢者が恒久的に生活することができる支援付き住居として、整備されていくことが望まれる。

各地にある「暮らしの保健室」には、①ケアされる人から支え合う人へ（自分力）、②地域のキーパーソンと速やかにつながり、そこから地域力をあげていく（ネットワーク）、③安心して立ち寄れる場所と人、医療・介護・福祉・近隣など（環境）のすべてに働きかける機能を見出すことができる。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「拠点」を作っていく必要がある。

6. アクション・リサーチ

認知症や独居といった特徴を有する地域在住高齢者を包摂する共生社会の実現のために、①平時からのネットワークの重要性、②場の支援の重要性、③コスト再考の必要性、④専門家の地域ネットワークの重要性、⑤死が前景化した社会への備え、が示唆された。

コロナ禍において拠点の運営は、地域の関係各機関と連携しながら個別相談に応需することで、状態の把握や早期の支援に結び付けることができた。十分な感染症予防対策を行いながら拠点を継続する意義は高いと考えられる。

E. 結論

以下に結果を要約する。

- 1) 独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で過ごすことを希望している。独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するには、多職種連携のみならず社会や地域全体で支援する必要がある。
- 2) 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低く、独居の認知症高齢者は非独居の認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。
- 3) 独居の認知機能低下高齢者は、非独居の認知機能低下高齢者よりも、社会的孤立、不良な精神的健康、経済的困窮の出現頻度が高い。
- 4) 認知症のある人のQOLを改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられているが、「社会とのかかわり」は多様であり概念整理が必要である。
- 5) 専門職であっても「認知症が進むと本人ではわからない」と思い込み、できないことや課題に焦点を当てすぎる傾向がある。専門職と本人との「出会い直し」、認知症当事者が講師となる認知症サポーター養成講

座は、先入観解消や認知症に対する肯定的意識の醸成に役立つ可能性がある。

- 6) マンションでは、生活課題をもつ独居高齢者を発見する場合、自ら支援を求める場合がある。いずれの場合にも対応できるように、関係者が効率よく連携できる仕組みづくりが求められている。
- 7) 「日常生活支援住居施設」は、生活困窮状態にある独居認知症高齢者に居住支援・生活支援を提供できる制度であるが、生活保護受給者に対象が限定されるという問題がある。
- 8) ①認知症になる前から関係をつくることのできる居場所があり、②日常生活の変化に気づき、③困り事の相談に応じ、一歩踏み込んだ調整を行うことができ、④健康不安を支えながら、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」が実践できる「暮らしの保健室」のような地域拠点が全国に必要である。
- 9) 地域拠点は、感染症流行下においても、認知機能低下高齢者の感染及び社会的孤立対策に関する重要な社会資源となり得る。

以上のように、わが国の独居認知症高齢者の生活実態および独居認知症高齢者を支える地域生活支援の実態が明らかにされてきている。さらに、本年度はガイドライン作成に向けたCQリストの作成と体系的文献レビュー及びCQ回答文の作成にも着手している。これらを集約して、次年度はガイドラインを作成する。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして．日本社会精神医学雑誌，29:35-41,2020.
- 2) 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クングという観点から．日本老年医学雑誌，57: 22-27, 2020.
- 3) 栗田主一：住み慣れた街でその人らしく生きる（共生）．6. 地域ぐるみの取り組み．2) 東京都板橋区高島平．老年医学，58：511-513，2020.
- 4) 栗田主一：認知症施策推進大綱が目指すものは何か：「共生」と「予防」．臨床精神医学，49: 565-572, 2020.
- 5) 栗田主一：一人暮らし，認知症，社会的孤立．老年精神医学雑誌，31: 451-459, 2020.
- 6) 栗田主一：Dementia Friendly Community. 総合リハビリテーション，48: 951-955, 2020.
- 7) 栗田主一：権利ベースのアプローチ，地域をつくる取組み．老年精神医学雑誌 32: 165-172, 2021.
- 8) 栗田主一：認知症があってもみんなが集える居場所～地域の拠点としての機能～．介護福祉，NO.120, 60-65, 2020.
- 9) 涌井智子：国民生活基礎調査からみる独居認知症高齢者のケアの実態と今後への示唆・老年精神医学雑誌，31(5):467-473, 2020.
- 10) 川越雅弘，南琢磨：一人暮らしの認知症高齢者の出現率および生活状況の実態．介護保険データより．老年精神医学雑誌，31(5):460-466, 2020.
- 11) 角田光隆：マンションに一人で暮らす認知症高齢者の今日的課題．老年精神医学雑誌，31(5):474-486, 2020.

- 12) 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.
- 13) 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」から見えること. 老年精神医学雑誌, 31(5):487-498, 2020.
- 14) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro 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>
- 15) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edahiro 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. 2020; 20: 564-570
<https://doi.org/10.1111/ggi.13924>
- 16) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Edahiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, Awata S. Living on the edge of the community: Factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):131.
doi:10.1186/s12877-021-02084-2
- 17) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 2020; 20: 944-945
- 18) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita R, Awata S. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics* in press
<https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
- 19) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *GGI* 2020; 20: 1245-1248
- 20) 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 栗田主一. 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
- 21) 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、栗田主一. 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ：地域に拠点を作り医療相談をしてわかったこと. 認知症ケア学会誌 2020; 3: 565-572
- 22) 岡村毅、杉山美香、枝広あや子、宮前史子、釘宮由紀子、岡村睦子、栗田主一. 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. 日本老年医学雑誌 2020 ; 57 : 467—474

2. 学会発表
 - 1) 栗田主一:わが国の認知症施策の現状と課題. 第116回日本精神神経学会, 2020.9.28, 福島 (シンポジウム).
 - 2) 栗田主一:都市に暮らす認知機能低下高齢者の生活実態と社会的孤立の解消に向けた地域づくり. 第39回日本認知症学会, 2020.11.27, 名古屋 (シンポジウム).
 - 3) 栗田主一: Living well with dementia. 第39回日本認知症学会, 2020.11.27, 名古屋 (スポンサーセミナー).
 - 4) 栗田主一: 認知症の共生と予防を考える. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (シンポジウム).
 - 5) 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, 栗田主一 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
 - 6) 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, 栗田主一 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
 - 7) 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, 栗田主一. 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
 - 8) 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, 栗田主一. 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
 - 9) 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 栗田主一. 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
 - 10) 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, 栗田主一. 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
 - 11) 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, 栗田主一. 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
 - 12) 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, 栗田主一 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
 - 13) 宇良千秋, 岡村毅, 杉山美香, 中山莉子, 山下真里, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一: 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (1) 生活拠点の変化と属性の違いについて. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
 - 14) 山下真里, 岡村毅, 宇良千秋, 杉山美香, 中山莉子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一: 大都市団地で

- 認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (2) 地域生活の体験と主観的QOLの関連. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 15) 岡村毅, 宇良千秋, 杉山美香, 中山莉子, 山下真里, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一: 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (3) 本人の語りに基づいた, 本人の生活世界の探求. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 16) 扇澤史子, 古田光, 今村陽子, 岡本一枝, 白取絹恵, 畠山啓, 斎藤久美子, 栗田主一: 認知症本人同士の集い「私たちが話そう会」の意義についての一考察: 心理士3名によるフォーカスグループディスカッションを通して. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 17) 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 見城澄子, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (1). 相談事業を通して地域拠点における多機関との連携を考える. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 18) 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 佐藤恵, 田畑文子, 宮前史子, 杉山美香, 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (2). 巨大団地に孤立して住む高齢者の最期の日々に寄り添って. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 19) 宮前史子, 多賀努, 森倉三男, 岩田裕之, 見城澄子, 杉山美香, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (3). 地域拠点で開催する本人ミーティングの実践と参加者の変化. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 20) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 岡村毅, 栗田主一: 「大都市に暮らす高齢者の健康度: 会場調査と訪問調査の比較から」日本老年医学会2020年8月4日-6日新宿
- 21) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 宇良千秋, 小川まどか, 小久保奈緒美, 山下真理, 稲垣宏樹, 栗田主一: COVID-19影響下で認知症支援のための地域拠点に何ができるのか 公衆衛生学会2020年10月20日(火)~10月22日(木) 京都
- 22) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 岡村毅, 栗田主一: 大都市に暮らす認知機能低下高齢者の健康度の測定. 会場調査と訪問調査の比較から. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (ポスター).
- 23) 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 小川まどか, 枝広あや子, 栗田主一: 認知機能低下のある高齢者は日常生活でどんな支援を求めているか. 地域在住高齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況の違いの分析. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (ポスター).
- 24) 稲垣宏樹, 杉山美香, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 多賀努, 宮前史子, 本川佳子, 村山洋史, 栗田主一: 地域に暮らす人々は認知症の人についてどのような意識を持っているのか? 「認知症の人に対する態度尺度」を用いた検討. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (ポスター).
- 25) 岡村毅, 小川有閑, 高瀬顕功, 新名正弥, 問芝志保, 林田康順: 高齢者ケアワーカーは医療をどうみているのか: 僧侶による深

掘りインタビュー. 第35回日本老年精神医学
学会, 2020.12.20-12.22, 米子 (ポスター).

- 26) 角田光隆: 2020年度日本マンション学会第
4分科会「認知高齢者等の課題と対策」日
本マンション学会 (オンライン大阪大会)
2020年11月7日

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態に関する文献調査

研究分担者 石崎 達郎 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
研究協力者 池内 朋子 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者 小野真由子 東京都健康長寿医療センター研究所非常勤研究員
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨：独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策を把握するため、文献調査を行った。その結果、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するため、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要性が明らかになった。独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で過ごすことを希望しており、これらの人々が安全に安心して最期を迎えるために必要な支援策について、文献調査から検討を行った。

A. 研究目的

本研究は、在宅、施設、病院におけるエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策を把握するため、独居認知症高齢者を対象とした文献調査を行った。

/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

#2: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 施設/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

B. 研究方法

対象文献の基準を①日本語あるいは英語、②2010年以降に掲載とした。日本語文献は医学中央雑誌 Web（医中誌 Web）と Google Scholar を、英語文献は PubMed を用いて、作成した検索式を基に検索した。

#3: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 病院/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索エンジン：Google Scholar

#4: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 在宅 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索日：2021年4月2日

検索エンジン：医中誌 Web

検索式：

#5: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 施設 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

#1: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 在宅

#6: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 病院 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索エンジン：PubMed

#7: (living alone) and dementia and (end of life)

ヒットした文献のタイトルと抄録から、研究対象者に 65 歳以上の高齢者、認知症、独居を含むもので、エンドオブライフケア（あるいは、終末期ケア）に関する文献を抽出した。その内、会議録等の資料および重複文献は除外した。その後、抽出した文献（日本語：69 件；英語：53 件）の全文を取り寄せて対象文献であるかどうかを判断した。

なお、PubMed での英語文献検索においては、検索式を (end of life) and dementia とした場合は 8,463 件、(living alone) and (end of life) とした場合は 814 件、(living alone) and dementia とした場合は 492 件のヒットがあったが、(living alone) and dementia and (end of life) とした場合は 53 件となった。

(倫理面への配慮)

文献を取り扱う際には、著作権を侵害することがないように配慮した。

C. 研究結果

独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策が記されている日本語文献 13 件（表 1）、英語文献 8 件（表 2）を対象文献とした。

C-1. 日本語文献

日本においては、高齢夫婦のみや独居高齢者、認知症高齢者の数が増加している。

しかし、独居の認知症高齢者のエンドオブライフケアに焦点をあてた調査研究は十分に行われていない。本文献調査では、住み慣れた場所、すなわち自宅で最期を迎えたいという独居認知症高齢者への支援策を示した文献 13 件を対象に調査を行った。これらの文献はすべて事例からまとめられた文献であった。施設や病院におけるエンドオブライフケアについては、本文献調査では対象文献が抽出されなかった。抽出された対象文献に示された支援策等を以下にまとめた。

- ・本人が最期までをどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重する。
- ・認知力の低下により意向の推定が難しいときは、これまでの生活や表情言動などから意向を推定する。
- ・医師、看護師、介護士、薬剤師、ケアマネージャーなど、本人にかかわる職種でカンファレンスを行い情報を共有するなど多職種の連携が重要である。
- ・医療職ではないスタッフの看取りに伴う心的負担の軽減のため、医療職とすぐに連絡を取り合える環境を作る。
- ・デイサービスや小規模多機能など本人の状態（身体・認知力）に合わせてサービスをうまく利用できるようにする。
- ・近隣住人の見守りなど、地域の方たちの理解と協力が必要である。

C-2. 英語文献

欧米では高齢者の約 30%が独居認知症（おもに女性、認知症発症初期、機能障害は低い傾向）といわれる。ドイツでは、約 75%の認知症発症初期の高齢者が自宅で一人暮らしをしているが、多くは家族・親類から支援を得ている（Lepper et al., 2020）。独居認知症高齢者は同居認知症高

齢者よりも、低栄養、体重減少、セルフネグレクトによる怪我などのリスクが高い。認知症（とくにアルツハイマー型認知症）患者においては、どのステージまで独居で生活できるかは明らかでない。しかし、多くの高齢者は認知症になっても自分の家で生活することを望んでいる（すなわち、“aging in place”）。一つの課題として安全確保があるが、認知症患者の自立・自律を尊重しながら安全確保（例えばモニタリング）とのバランスを保つことが重要である（Soto et al., 2015）。独居認知症高齢者の医療に関する意思決定については、研究が非常に少ない。

フィンランドの研究によると、独居認知症高齢者が自宅で生活するために使っているサービスコストは同居認知症高齢者よりも約 3 倍多く、認知症が進行するほどコストは上昇していた。独居認知症高齢者の場合、自宅よりも施設で生活した方がコストは低く抑えられる（Pitkala et al., 2020）。一方、ノルウェーでは自宅で亡くなる人は同居認知症高齢者（9.5%）よりも独居認知症高齢者（14.2%）のが多かった。しかし、計画的な在宅死は独居者よりも同居者に多かった。在宅死者数は増加しているものの、認知症高齢者は施設で亡くなるリスクが最も高く、病院で亡くなるリスクは低い傾向であった。他方、米国では独居で疾患が多い人ほど病院で亡くなるリスクが高かった。独居高齢者が自宅で生活するための社会や地域における支援が十分でないことが示唆された（Kelley et al., 2014）。

独居認知症高齢者支援においては、定期的に栄養状態、医療ニーズ、処方薬の見守りを行い、安全確保と Well-being を維持

することが重要である。また、（米国の場合）経済的観点から、低所得の独居認知症高齢者は自宅でできる限り長く生活することを望んでいる（施設でのコストは年 85,000 ドルを超える）。身体機能低下は施設入居リスクを高めるため、身体機能維持を目的としたケアやサービスの提供、その他の必要な支援を提供し、地域で安全に生活してもらうことが重要となる（Soto et al., 2015）。さらに、社会活動（以前からやっていた馴染みのある活動）は独居認知症高齢者の QOL にとくに重要である。また、介護はいつも同じ介護者や看護師から提供され、エンドオブライフケアを含めた重点的支援はケアの専門家が行う。独居認知症高齢者にとって自宅で介護を受けることが最も重要であり、（別居の）家族の提案・意見は本人（意思決定など）にとってそれほど重要ではない（Lepper et al., 2020）。

D. 考察

文献調査より、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するため、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要性が明らかになった。国内の研究によると、独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で生活することを望んでいるが、その望みを満たすためにはさまざまな職種の人々、別居の家族、地域の人々の協力とチームとしての団結が重要となることが示された。海外の研究では、独居高齢者は所得が低い傾向があり、十分な介護や生活支援サービスを利用しない・できない結果、低栄養やセルフネグレクトのリスクが高いことが指摘されていた。独居は介護施設や病院に入るリスク要因の一つであり、欧

米では独居認知症高齢者が最期まで自宅で過ごすことは容易なことではないという認識が共有されている。介護保険制度がない国々では、経済的理由で十分な介護や支援を受けずに独居生活を続ける高齢者も多いが、本文献調査では画期的な支援策や好事例は見当たらなかった。一方で、近年、とくに先進国では未婚化が進み、「家族」が血縁関係のない友人、知人、ボランティア、教会の関係者や地域の人々などのネットワークによって形成されているケースが増えているといわれる。しかし、調査研究として報告された事例は少ない。今後、これらの血縁関係のない人々が家族として独居高齢者を支えている実態調査研究が求められる。

E. 結論

世界的に独居認知症高齢者の数が増加しており、多くは自宅で生活を続けている（あるいは、続けることを希望している）にもかかわらず、これらの人々のエンドオブライフケアの調査研究が十分に行われていないことが本研究から明らかになった。今後、独居認知症高齢者の多様なニーズに対応した支援策を検討し、具体的な対策を示す必要がある。そのためには、国内外においてさらなる詳細な調査研究が求められる。

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1 日本語対象文献のレビュー結果（13件）

No.	言語	検索エンジン	文献#	対象者 (年齢、性別、認知症有無、状態、家族有無、地域)	ケアの場			ケア提供者 (別居家族、ヘルパー、看護師、医師、保健師、ケアマネ、ボランティア、地域の人)	実態・課題	好事例	支援策	
					在宅	施設 (介護施設、グループホームを含む)	病院					
1	日本語	Google Scholar	#14	90代、女性、若干の認知症、心筋梗塞、会話可能、全介助に近い、独居、福岡市	○			・小規模多機能施設のスタッフ ・在宅介護サービスのスタッフ ・弁当屋 ・近隣住民 ・ホスピスボランティア	多死社会の到来を前にして、終末期ケアのあり方をめぐる課題が注目されており、とりわけ看取りの場所や担い手の多様化が求められ、今後在宅や介護施設等で最期を迎えることの増加が想定される。とはいえ、在宅や福祉施設等の生活の場におけるホスピスケア（終末期ケア）の実現は容易ではない。	最期を自分らしく過ごした。	本人の好み（自宅で過ごす）を尊重し、週の半分は家、半分は小規模多機能施設で過ごせるよう支援。自宅では在宅介護サービス、弁当屋、近隣住民の見守り、ボランティアの支援。（ホスピスボランティアは過去の話の傾聴や、本人の好きだった思い出の食べ物をつくって一緒に食べるなどなどの活動）	論文（種別なし）
2	日本語	医中誌	#83	90歳代、女性、認知症、独居、娘あり、淡路島	○			・訪問看護師 ・ヘルパー ・別居の娘	一般的に認知症・独居患者が終末期を迎えたとき患者の意思に寄り添った形で看取りまで過ごすことは難しい。	患者の意思に添い、在宅のまま永眠。	・退院後、認知症の患者に合わせた症状コントロール ・週5日の訪問看護利用 ・週1回のヘルパー ・別居（島外）の娘の週4で生活援助、その後一時入院を機に、娘が同居	会議録
3	日本語	医中誌	#84	男性、認知症、独居、きょうだいあり	○			・ヘルパー ・訪問看護師	在宅で看取りを支援する体制はかなり整ってきている。呼吸器をつけていても、認知症でも独居でも家で過ごすことが可能である。	自慢の大好きな家で亡くなられる。	・他人と関わることに拒否と暴力があり、認知症のためにゴミ屋敷の状態に対し1日2回ヘルパーの介入と訪問看護師が週3回訪問し最期まで継続的に支援した	解説
4	日本語	医中誌	#85	87歳、女性、認知症、独居、身寄りなし、山梨県	○			・地域包括支援センターのスタッフ ・ヘルパー	高齢者人口が増え続け、高齢世帯や独居の方が増えている。	民生委員、介護関係者など身近な方に見送られて旅立つことができた。本人の希望していた、家族葬ホールでの葬儀を行った。	・身寄りが全くないが、地域包括支援センターの関わりで成年後見制度の申し立てが行われ、補助人が選任されている。 ・家事全般を自分でできる範囲のことはできるようにヘルパーからの支援を受ける ・認知症デイケア利用 ・（サポートセンターの）モニタリング訪問にて、市運用の『想いのノート』を使用し、本人の最期に対する考えや想いを聞いていた訪問して、本人の最期の部分についての意思を確認	会議録
5	日本語	医中誌	#88	93歳女性、認知症、独居、家族あり、千葉県	○			・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・デイサービススタッフ ・薬剤師	訪問薬剤師は患者がなくなる場面に遭遇する。短い時間でも自宅でゆっくり安心して過ごしてもらうためにやれることを精一杯やっている	自宅で老衰による大往生。	・医師による往診 (家族より延命のための処置は一切しないで欲しいという要望があり医師は静かに見守るという指示を出す) ・訪問介護 ・訪問看護 ・ショートステイ ・デイサービス利用 ・薬剤師が最初から最期まで関わり、おしゃべりの好きな女性の話相手になった	解説
6	日本語	医中誌	#91	60歳代、女性、若年性認知症、腎不全終末期、独居、身寄りなし、北海道札幌市	○		○	・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・ケアマネジャー ・デイサービススタッフ	訪問診療看護師は病気が重くても住み慣れた地域でその人らしく安心して療養生活を送ることができるよう支援することを大事に日々取り組んでいる。	在宅生活は4か月継続でき、病状の悪化により本人の希望で入院。「いろいろな人と友達になれた」と語り、その後医師や看護師に見守られる中静かに旅立った。	・どこで亡くなるかではなく、本人がどう生きたいかを引き出し、生活史を知り、帰りたいという要求から出発してかかわった (残された時間を住み慣れた自宅で過ごしたいという願いあり) ・在宅を支える職員の揺れる思いも共有しながら、医療と介護がチームとなり目標や方針を一致させ、チームとして関わった ・医療と介護がお互いにサポートしながらそれぞれの専門性を発揮し、常に起こり得ることを予測した対応を共有し、情報が分断しないよう疑問や不安、困ったことに応える日常的なカンファレンスや情報共有をした (それぞれの職種が患者の情報を共有できるよう情報共有シートも利用)	原著論文/ 事例/特集

No.	言語	検索エンジン	文献#	対象者 (年齢、性別、認知症有無、状態、家族有無、地域)	ケアの場			ケア提供者 (別居家族、ヘルパー、看護師、医師、保健師、ケアマネ、ボランティア、地域の人)	実態・課題	好事例	支援策	
					在宅	施設 (介護施設、グループホームを含む)	病院					
7	日本語	医中誌	#95	85歳、女性、アルツハイマー型認知症、肝臓がん、生活保護受給、独居、身寄りなし、東京都	○			<ul style="list-style-type: none"> ・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・デイサービススタッフ 	終末期、看取り期は認知症でがんを患う、高齢の単身世帯、生活保護受給など様々な課題が併発する事例が増えてきている、そのような状況でも「その人らしきを守り、認知症でも独居でも本人の望む場でささえ、看取っていききたいとかかわる職種は考えている。	長年関わったヘルパーらに支えられ自宅で最期まで過ごせた。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症診断後、訪問介護・デイサービスを利用 ・生活を支えるためのチームに看護師が後から合流した際、長く関わってきたヘルパーたちの意見を十分に聞くことにより信頼関係を築いていった。 ・看護師がヘルパーと一緒に訪問する、看取りのパンフレットを渡すなどのサポートを行ったことが、看取り経験の浅いヘルパーの安心感に繋がった。 ・長年関わったヘルパーが本人の好きだったことを尊重し、短い言葉や表情から本人の意思を汲み取り、その人らしいケアを提供した 	解説
8	日本語	医中誌	#96	90歳、男性、認知症、要介護5、独居、妻（施設入所中）長男、長女、福島県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回サービス事業所のスタッフ ・往診医 ・訪問看護師 	在宅で生活を希望する利用者のニーズは様々。身体介助や生活介助、認知症の人の安否確認服薬管理など多岐にわたっている。	本人の強い希望どおり、自宅での看取りができた。	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で過ごしたいという希望をケアマネに伝えていたこと、またそれまでの経過や本人の様子から自宅での看取りを進めた ・定期巡回サービス事業所は同じ法人の訪問看護事業所と連携しA氏の様子を日常的に共有、何かあればすぐに指示がもらえる環境をつくった ・訪問看護師が訪問日以外も必要に応じて訪問し状況を把握、支持することでスタッフの心理的負担を軽減した 	原著論文/事例
9	日本語	医中誌	#102	高齢女性83～96歳までの経過を辿った、認知機能の低下、独居、娘あり、東京都	○			<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療スタッフ ・訪問看護スタッフ ・ヘルパー ・ご近所の方 	できるだけ住み慣れた場所で医療や介護が受けられるような形をつくってほしいことが高齢社会が対応する仕組みとして必要。	最期は最もよくかかった次女に看取られ穏やかになくなった	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が亡くなってから担当看護師による遺族ケア ・ヘルパーによるバランスの良い食事の提供 ・訪問看護師が全体の健康管理 ・医師、看護、家族、近所の見守り 	解説/特集
10	日本語	医中誌	#105	80代、女性、認知症、末期の肺癌、生活保護、独居、福岡県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師 ・その他、在宅支援チーム 	独居のがん患者の在宅看取り件数は増加している。	在宅で過ごし猫と一緒に自宅で過ごしたいという希望通り、猫、友人、訪問看護師に見守られて亡くなった。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師が中心的に調整役割を担いながら在宅支援。 ・余命が短いことを踏まえ早急に生活支援ができるようケアマネージャー、主治医、友人、ヘルパーとともに担当者会議を行った ・訪問看護師は適宜、状態を医師やヘルパーに報告。伝達し医療的サポートを行った。 ・家で死にたい意思に添い、死亡時の手続きについてケースワーカーと打ち合わせをし、ケアチームで情報を共有 	解説/特集
11	日本語	医中誌	#113	89歳、女性、認知症、卵巣がん、独居（高齢者用集合住宅）、いとこあり、神奈川県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー ・ケアマネージャー ・医師・看護師 ・高齢者用集合住宅の住民 	認知症高齢者が増加する中で、そのケアの中心は生活障害に対する援助・介護であり、医療が果たすべき役割が重要になってきている。その側面の一つがターミナルケアである。	主治医の指示のもとサービス関係者との連携もとれ不安も少なく自宅で看取りまでできた。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴 ・訪問診療・看護（苦痛や不安を軽減するための薬剤投与） ・各種サービス関係者との連携 ・高齢者用集合住宅の住民の理解と協力 	解説
12	日本語	医中誌	#114	89歳、女性、認知症、高血圧、脳出血後、褥瘡、胆のうがん、肝浸潤、黄疸、独居（同じマンションに娘が住んでいる）、千葉県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に住む娘 	服薬に関して途中で変更したりすると混乱し、特に緩和ケアではアドヒアランスが低下するとQOLに直結するためその向上が必要。	内服アドヒアランスが低下せず除痛が図られ数日後に亡くなる。	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に住む娘がほぼ同居のような形でかかわる ・家族が舌下錠の投与 	解説/特集
13	日本語	医中誌	#116	97歳、女性、認知症、独居、甥夫婦、長野県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー ・デイスサービスのスタッフ 	今後、増々増える独居高齢者の希望を叶えるためには「いかに治療するか」ではなく、「いかに生活するか」が大事である。	本人が希望していた自宅から旅立った。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・デイスサービス ・生活を支えるヘルパーの精神的負担を軽減（急変時の対応、気になるときはすぐに病院に連絡できる体制） 	解説/特集

表2_英語対象文献のレビュー結果 (8件)

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
1	32741807	all	Systematic Review	Preferences of Cognitively Impaired Patients and Patients Living with Dementia: A Systematic Review of Quantitative Patient Preference Studies	Lepper S, Rädke A, Wehrmann H, Michalowsky B, Hoffmann W.	J Alzheimers Dis	2020	10.3233/JAD-191299	<p>Background: Treatment decisions based on guidelines rather than patients' preferences determine adherence to and compliance with treatment, which, in turn, could improve health-related outcomes.</p> <p>Objectives: To summarize the stated treatment and care preferences of people with dementia (PwD).</p> <p>Methods: A systematic review was conducted to assess the stated preferences of PwD. The inclusion criterion was the use of quantitative methods to elicit stated preferences, enabling a ranking of preferences.</p> <p>Results: Eleven studies revealed preferences for diagnostics, treatment decisions, patient-related outcomes, care services, end-of-life care, leisure activities, and digital life story work. PwDs prefer accurate, pain-free, and comfortable diagnostic procedures without radioactive markers as well as being accompanied by a caregiver. PwD's quality of life (QoL), self-efficacy, and depression were equally most important for PwD and caregivers. However, PwD memory was only important for caregivers but not for PwD, and caregiver QoL was moderately important for PwD but least important for caregivers. Additionally, comfort and family involvement were most important for patients' end-of-life care, whereas caregivers most preferred good communication and pain management. Also, preferences depend on the living situation: Patients living not alone prefer a regular care provider most, whereas those living alone only want to live nearby the caregiver. Preferences for leisure activities did not differ between past and present ratings, indicating that PwD prefer activities that have always been carried out.</p> <p>Conclusion: Only a few studies have applied quantitative methods to elicit the preferences of PwD. More research is needed to capture the stated preferences for the treatment, care, and support of PwD to improve health-related outcomes and the allocation of healthcare resources.</p>	<p>Patients living not alone prefer a regular care provider most, whereas those living alone only want to live nearby the caregiver.</p> <p>ドイツ: In the beginning stages of the diseases, approximately 75% of PwD are living at home, and the majority are supported by their close relatives.</p> <p>オランダ: For patients without a partner, living near the caregiver was the most important attribute (Coeff: 0.498, WTP: 177D), followed by having a regular care provider (Coeff = -0.434, WTP: 154D), time on a waiting list (Coeff = -0.294, WTP: 154D), and transportation services (Coeff = -0.247, WTP: 88D). Social activities were more important for those living alone (Coeff: 0.227 versus 0.144).</p> <p>PwD, their own QoL was most important. Relevant for QoL are the preferred leisure activities. Participants mostly prefer activities that they practiced in their past lifetime.</p> <p>PwD wanted to live as long as possible in their own homes. The preference for receiving care by the same professional caregiver or nurse.</p> <p>PwD prefer very close and intensive support from care professionals. Preferences were similar for end-of-life care. Interpersonal relations such as family contact or involvement as well as comfort and independence were most important.</p> <p>Place of care, i.e., at home was most important, but the recommendation of family plays a minor part.</p>
2	25900483	home setting	独居認知症のリスク	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	Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, Gillette-Guyonnet S, Cantet C, Vellas B, Nourhashemi F.	J Am Geriatr Soc	2015	10.1111/jgs.13347	<p>Objectives: To examine whether living alone predicted hospitalizations, nursing home admission, weight loss, and death in individuals with mild to moderate Alzheimer's disease (AD) over 2 years of follow-up.</p> <p>Design: Data are from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer study, a 24-month trial with a cluster randomization of memory clinics in two arms: a multidomain intervention and usual care.</p> <p>Setting: Memory clinics in France (N = 50).</p> <p>Participants: Community-dwelling individuals with AD with a Mini-Mental State Examination score between 12 and 26 and an identified caregiver.</p> <p>Measurements: A neurogeriatric evaluation was conducted twice a year in the intervention group and annually in the control group. Hospitalizations, nursing home admission, weight loss, and death occurring during the past year were recorded. Information on sociodemographic characteristics, clinical conditions, therapy, and physical and cognitive status was recorded.</p> <p>Results: At inclusion, 348 (30.8%) of the 1,131 participants lived alone. Living alone did not increase the risk of mortality or weight loss in individuals with mild to moderate AD, but significant associations with risk of hospitalization (hazard ratio (HR) = 1.33, 95% confidence interval (CI) = 1.01-1.74) and institutionalization (HR = 2.53, 95% CI = 1.84-3.47) were reported. A protective effect of physical function on institutionalization and mortality was found.</p> <p>Conclusion: These results might support clinicians in making decisions about institutionalization of individuals with AD living alone or improving home health care, such as increasing screening and managing functional impairment in this complex population.</p>	<p>Individuals with mild to moderate AD who live alone have twice the risk of being institutionalized as those living at home with others, even though neither mortality nor weight loss differed significantly between the two groups.</p> <p>Regular monitoring of nutritional intake, medical condition, and adherence to prescribed medications seem to be critical for the safety and well-being of individuals with AD, especially those living alone.</p> <p>Thus, the increase in screening for functional impairment in individuals with AD living alone could be a target in planning care and services for this population.</p>
3	33000145	独居認知症の在宅生活	Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective	Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective	Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H.	Age Ageing	2020	10.1093/ageing/afaa196	<p>Background: Dementia is a condition which results in a high cost of care, a significant proportion of which is the cost associated with informal care. In previous studies, informal caregiving has been challenging to assess due to difficulties in estimating the true time spent on caregiving work and how to value caregivers' time. The aim of this study was to compare the costs of dementia among patients living alone and among those living with a caregiver to show the monetary value of informal caregiving from a societal perspective.</p> <p>Methods: Data from our four dementia trials using the same measures were combined, allowing the inclusion of 604 participants. Participants were followed up for 2 years or until death for their use of health and social services. Use of all services was retrieved from medical/social records. We also included the costs of lost productivity of those caregivers who were not retired.</p> <p>Results: The total mean cost of services and lost productivity was €22,068/person-year (pyrs). Participants living alone had a mean cost of €45,156/pyrs, whereas those living with a spouse had a mean cost of €16,416/pyrs (mean cost ratio 2.99, 95% confidence interval 2.64-3.39). Participants living alone and having <15 Mini-Mental State Examination points had higher costs than people with dementia in institutional care.</p> <p>Conclusions: Detailed data of service use and characteristics of people with dementia showed that from a societal perspective, living alone is a very strong determinant of service use in dementia. Informal caregivers do invaluable work for society.</p>	<p>This study aims to compare the total costs of PWD living alone with PWD living with a caregiver.</p> <p>Living alone was a very strong determinant of costs of services. Those living alone used significantly more home care services, day care, subacute hospital care and institutional care than those living with a caregiver. Those living alone used less respite care, specialised care, emergency care and various primary care services, except for family physician's home visits. Those living alone had a caregiver of working age, whereas most of the caregivers living with a person with dementia were aged spouses.</p> <p>The mean costs for services together with those of lost productivity among PW living alone is €49,156/pyrs, whereas the respective figure among those living with a caregiver is €16,416/pyrs. Even after various adjustments, the costs are nearly three times higher among those living alone than among those living with a caregiver. The work that caregivers living with PWD do has a high monetary value, generating considerable savings for society.</p> <p>Our study suggests that care for a person with dementia living alone at home may be more expensive than care for a person with dementia in a nursing home.</p>

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
4	27856694	施設	認知症の介護者の課題	The experiences of family caregivers of people with advanced dementia living in nursing homes, with a specific focus on spouses: A narrative literature review	Hennings J, Froggatt K.	Dementia (London)	2019	10.1177/1471301216671418	Dementia affects individuals, families and their relationships. While there is increasing evidence about the experiences of family caregivers of people with dementia, relatively little is known of their experiences when their relatives are living in nursing homes with dementia. This narrative literature review aimed to synthesise current knowledge about family caregivers' experience of having relatives living in nursing homes with advanced dementia, particularly focussing on community-dwelling spouses. Using a systematic approach, textual narrative synthesis was undertaken. Four themes were identified: changing relationships, the need for companionship, adjusting to new roles and relationships and anticipating death/looking towards the future. Two additional themes were present only for spouses: changing identity - feeling married, being married; and alone but... The review demonstrates that some aspects of spouses' experiences are different from those of other family caregivers. Longitudinal studies are required to better understand spouses' motivations to continue caring in this context and to find ways of supporting them.	The settings of care were, or had been, nursing homes, long-term dementia care units, long-term care homes, care homes, group home, veteran's hospital or hospice (with a long term care element) (Table 2). Several studies included a variety of care settings, reflecting the research design and nature of the disease process. Loss of communication, interaction and recognition resulted in loss of companionship, loss of opportunities for companionship and loneliness. some perceived positive effects as their relatives with dementia expressed their emotions more freely and some reported increased family cohesion There was evidence of distancing of friends and family from the person with dementia and from their caregivers participants had a desire for social support and meaningful relationships. They found empathy and support from their peer group and in support groups. There was evidence of both increased family cohesion and increased family tension.
5	29720154	home setting		Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study	Kjellstadli C, Husebe BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S.	BMC Palliat Care	2018	10.1186/s12904-018-0323-3	Background: There is little research on number of planned home deaths. We need information about factors associated with home deaths, but also differences between planned and unplanned home deaths to improve end-of-life-care at home and make home deaths a feasible alternative. Our aim was to investigate factors associated with home deaths, estimate number of potentially planned home deaths, and differences in individual characteristics between people with and without a potentially planned home death. Methods: A cross-sectional study of all decedents in Norway in 2012 and 2013, using data from the Norwegian Cause of Death Registry and National registry for statistics on municipal health and care services. We defined planned home death by an indirect algorithm-based method using domiciliary care and diagnosis. We used logistic regressions models to evaluate factors associated with home death compared with nursing home and hospital; and to compare unplanned home deaths and potentially planned home deaths. Results: Among 80,908 deaths, 12,156 (15.0%) were home deaths. A home death was most frequent in 'Circulatory diseases' and 'Cancer', and associated with male sex, younger age, receiving domiciliary care and living alone. Only 2.3% of home deaths were from 'Dementia' . In total, 41.9% of home deaths and 6.3% of all deaths were potentially planned home deaths. Potentially planned home deaths were associated with higher age, but declined in ages above 80 years for people who had municipal care. Living together with someone was associated with more potentially planned home deaths for people with municipal care. Conclusion: There are few home deaths in Norway. Our estimations indicate that even fewer people than anticipated have a potentially planned home death.	While 18.1% of all men died at home, only 12.2% of all women died at home, home death was more frequent for younger persons only 2.3% were from Dementia For those who had services at any time, people living alone (14.2%) died at home more often than those living with others (9.5%). People with Dementia had higher relative risk of dying in nursing homes than home, but lower relative risk of dying in hospitals Living alone was more frequent in both potentially planned and unplanned home deaths , but more than half of unplanned home deaths had missing information regarding household, making comparisons uncertain living alone was associated with more home death. municipalities with fewer inhabitants were associated with more home death compared to hospital and also with more potentially planned home deaths
6	30094823	施設に入るリスク = 独居認知症		Long-Term Nursing Home Entry: A Prognostic Model for Older Adults with a Family or Unpaid Caregiver	Wolff JL, Mulcahy J, Roth DL, Cenzer IS, Kasper JD, Huang J, Covinsky KE.	J Am Geriatr Soc	2018	10.1111/jgs.15447	Objectives: To comprehensively examine factors associated with long-term nursing home (NH) entry from 6 domains of older adult and family caregiver risk from nationally representative surveys and develop a prognostic model and a simple scoring system for use in risk stratification. Design: Retrospective observational study. Setting: National Long-Term Care Surveys 1999 and 2004 and National Health and Aging Trends Study 2011 and linked caregiver surveys. Participants: Community-living older adults receiving help with self-care disability and their primary family or unpaid caregiver (N=2,676). Measurements: Prediction of long-term NH entry (>100 days or ending in death) by 24 months follow up, ascertained from Minimum Data Set assessments and dates of death from Medicare enrollment files. Risk factors were measured from survey responses. Results: In total, 16.1% of older adults entered a NH. Our final model and risk scoring system includes 7 independent risk factors: older adult age (1 point/5 years), living alone (5 points), dementia (3 points), 3 or more of 6 self-care activities (2 points), caregiver age (45-64: 1 point, 65-74: 2 points, ≥75: 4 points), caregiver help with money management (2 points), and caregiver report of moderate (2 points) or high (4 points) strain. Using this model, participants were assigned to risk quintiles. Long-term NH entry was 7.0% in the lowest quintile (0-6 points), 20.4% in the middle 3 quintiles (7-14 points), and 30.9% in the highest quintile (15-22 points). The model was well calibrated and demonstrated moderate discrimination (c-statistic=0.670 in the original data, c-statistic=0.647 in bootstrapped samples, c-statistic=0.652 using the point-scoring system). Conclusion: We developed a prognostic model and simple scoring system that may be used to stratify risk of long-term NH entry of community-living older adults. Our model may be useful for population health and policy applications.	Older adults had an average age of 79 and received help with 2 of 6 self-care activities; nearly one-third had dementia (Table 1). Factors that were independently associated with long-term NH entry encompassed each of the 3 identified domains of older adult risk, including age, white race, being unmarried, living alone, having incurred a hospitalization in the prior year, and greater disability severity as measured according to number of self-care activities. factors affecting NH entry extend beyond individual characteristics to their social context including family caregiver demographic characteristics, circumstances, and experiences potentially modifiable through targeted community-based supports: most notably, living alone, functional disability, and caregiving related strain

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
7	22092014	hospital	病院で死ぬリスクの高い人： Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities 病院で死ぬリスクの低い人： Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis	Determinants of death in the hospital among older adults	Kelley AS, Ettner SL, Wenger NS, Sarkisian CA.	J Am Geriatr Soc	2011	10.1111/j.1532-5415.2011.03718.x	<p>Objectives: To investigate patient-level determinants of in-hospital death, adjusting for patient and regional characteristics.</p> <p>Design: Using multivariable regression, the relationship between in-hospital death and participants' social, functional, and health characteristics was investigated, controlling for regional Hospital Care Intensity Index (HCI) from the Dartmouth Atlas of Health Care.</p> <p>Setting: The Health and Retirement Study, a longitudinal nationally representative cohort of older adults.</p> <p>Participants: People aged 67 and older who died between 2,000 and 2,006 (N = 3,539) were sampled.</p> <p>Measurements: In-hospital death.</p> <p>Results: Thirty-nine percent (n = 1,380) of participants died in the hospital (range 34% in Midwest to 45% in Northeast). Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis, among other characteristics, were associated with lower adjusted odds of in-hospital death. Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities were associated with greater adjusted odds, as was higher HCI. Sex, education, net worth, and completion of an advance directive did not correlate with in-hospital death.</p> <p>Conclusion: Black race, Hispanic ethnicity, and other functional and social characteristics are correlates of in-hospital death, even after controlling for the role of HCI. Further work must be done to determine whether preferences, provider characteristics and practice patterns, or differential access to medical and community services drive this difference.</p>	<p>病院で死ぬリスクの高い人： Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities</p> <p>病院で死ぬリスクの低い人： Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis</p> <p>Similarly, those who live alone are more likely to die in the hospital.</p> <p>This may indicate that lack of adequate social and community support are barriers to providing care in a noninstitutional setting</p> <p>participants with more predictable prognoses (diagnosis of cancer or dementia, complete functional dependence, prior hospitalizations) had lower odds of in-hospital death,</p>
8	22608011		緊急入院以降、施設に入るリスクを下げたい人	Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: the SAFES cohort	Dramé M, Lang PO, Novella JL, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, Somme D, Gauvain JB, Heitz D, Voisin T, de Wazières B, Gonthier R, Ankri J, Saint-Jean O, Jeandel C, Couturier P, Blanchard F, Jolly D.	Rev Epidemiol Sante Publique	2012	10.1016/j.respe.2011.11.004	<p>Background: The objective of the study was to identify factors predictive of 6-month institutionalization or mortality in frail elderly patients after acute hospitalization.</p> <p>Methods: A prospective cohort of elderly subjects 75 years and older was set up in nine French teaching hospitals. Data obtained from a comprehensive geriatric assessment were used in a Cox model to predict 6-month institutionalization or mortality. Institutionalization was defined as incident admission either to a nursing home or other long-term care facility during the follow-up period.</p> <p>Results: Crude institutionalization and death rates after 6 months of follow-up were 18% and 24%, respectively. Independent predictors of institutionalization were: living alone (HR=1.83; 95% CI=1.27-2.62) or a higher number of children (HR=0.86; 95% CI=0.78-0.96), balance problems (HR=1.72; 95% CI=1.19-2.47), malnutrition or risk thereof (HR=1.93; 95% CI=1.24-3.01), and dementia syndrome (HR=1.88; 95% CI=1.32-2.67). Factors found to be independently related to 6-month mortality were exclusively medical factors: malnutrition or risk thereof (HR=1.92; 95% CI=1.17-3.16), delirium (HR=1.80; 95% CI=1.24-2.62), and a high level of comorbidity (HR=1.62; 95% CI=1.09-2.40). Institutionalization (HR=1.92; 95% CI=1.37-2.71) and unplanned readmission (HR=4.47; 95% CI=3.16-2.71) within the follow-up period were also found as independent predictors.</p> <p>Conclusion: The main factors predictive of 6-month outcome identified in this study are modifiable by global and multidisciplinary interventions. Their early identification and management would make it possible to modify frail elderly subjects' prognosis favorably.</p>	<p>独居、バランスの問題（転倒リスク）、低栄養、認知症は施設に入るリスク要因</p> <p>A higher number of children were a protective factor against institutionalization, whereas all the other markers increased risk.</p> <p>living alone did not affect mortality, which seemed more closely related to medical rather than social parameters</p> <p>an informal network for the most part made up of family members, is an essential resource allowing the elderly to remain at home as long as possible</p>

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

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

研究分担者 川越雅弘 埼玉県立大学大学院・教授
研究協力者 南 拓磨 埼玉県立大学・特任助教

研究要旨

【目的】 認知症の有無による在宅療養高齢者の療養場所の変化及び在宅継続率の差異を明らかにする。

【方法】 2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認定高齢者で、9月中に在宅サービスを受給していた15,761人のうち、2019年9月時点も介護サービスを受給していた12,067人を、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）をもとに「認知症群（ランクⅡ以上）」と「非認知症群（自立～ランクⅠ）」に分類した上で、2年後の療養場所の変化、在宅継続率の差異を要介護度別にみた。

【結果】 データを分析した結果、以下のことがわかった。

- ① 在宅からの療養場所別移行率をみると、要支援1では「特定施設」「グループホーム（以下、GH）」、要支援2では「特定施設」「老人保健施設（以下、老健）」、要介護1では、「特定施設」「GH」、要介護2では「GH」「老健」「特養」、要介護3以上では「特養」への移行率が、認知症群で相対的に高かった
- ② 在宅継続率は認知症群が有意に低かった（ $p<0.001$ ）。これを要介護度別にみると、特に要介護2・3で差が大きかった
- ③ 男性では、特に「要支援1」「要介護2以上」で、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低かった
- ④ 女性では、要介護2から、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低くなっていた。また、要介護3の在宅継続率が全ての要介護度で最も低かった

【考察】

要介護2・3で、認知症高齢者の在宅生活が困難化している状況にあったが、これは、高頻度かつ夜間の対応が求められる「排泄介助」、身体的・精神的負担が大きい「常時の徘徊」「幻視幻聴」「暴言暴行」「大声を出す」「介護に抵抗」などが要介護2・3で増えることが影響している可能性が示唆された。

A. 研究目的

介護保険では、第2条第4項において、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力

に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」とされている。このことは認知症高齢者においても同様であるが、様々な理由で在宅生活が続けられない場合は多い。

認知症高齢者の在宅継続に関する先行研究をみると、在宅生活の継続を困難化させる本人要因に関する研究¹⁾、家族介護者の介護継続要因に焦点を当てた研究²⁾、在宅生活継続を支えるためのシステムに関する研究³⁾などはあるものの、療養場所の変化や在宅療養率を認知症の有無別で比較した研究は少ない。

そこで、本研究では、A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、認知症群と非認知症群間で比較しながら、その実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2017年9月末時点のA市の要支援・要介護高齢者で、9月中に在宅サービスを受給していた15,761人のうち、2019年9月時点も介護サービスを受給していた12,067人を、認知症自立度をもとに、認知症群6,424人と非認知症群5,643人に分類した上で、2年後の療養場所、在宅継続率の差異を要介護度別にみた。なお、脱落した3,694人の内訳は、「死亡」2,579人、「サービス未受給」796人、「認定なし」175人、「転出」144人であった。

(倫理面への配慮)

本研究は、埼玉県立大学埼玉県立大学倫理審査委員会の許可を得て実施している(通知番号：19007)。

C. 研究結果

1) 基本特性

男性比をみると、「認知症群」30.7%、「非認知症群」26.0%、平均年齢をみると、「認知症群」83.4±7.2歳、「非認知症群」81.4±

7.0歳と、認知症群は非認知症群に比べ、男性の割合、平均年齢は高かった。また、要介護度も、認知症群は非認知症群に比べて重度であった(表1)。

表1. 基本特性

	認知症群 (n=6,424)	非認知症群 (n=5,643)
男性(人)	1,969	1,469
男性比(%)	30.7	26.0
年齢(歳) (mean±SD)	83.4±7.2	81.4±7.0
要介護度(%)		
-要支援1	2.2	27.6
-要支援2	5.2	45.0
-要介護1	37.2	8.1
-要介護2	28.1	11.7
-要介護3	16.3	4.3
-要介護4	7.2	2.5
-要介護5	3.8	0.8

2) 2年後の療養場所

要介護度別にみた在宅療養者の2年後の療養場所別構成割合の2群間比較を表2に、また、2年後の在宅以外への移行先別移行率の2群間比較を図1に示す。なお、療養場所は、給付情報をもとに、①在宅、②特定施設、③GH、④特養、⑤老健、⑥療養病床、⑦特定不能(月内複数サービス利用等)の7区分に分類している。

その結果、

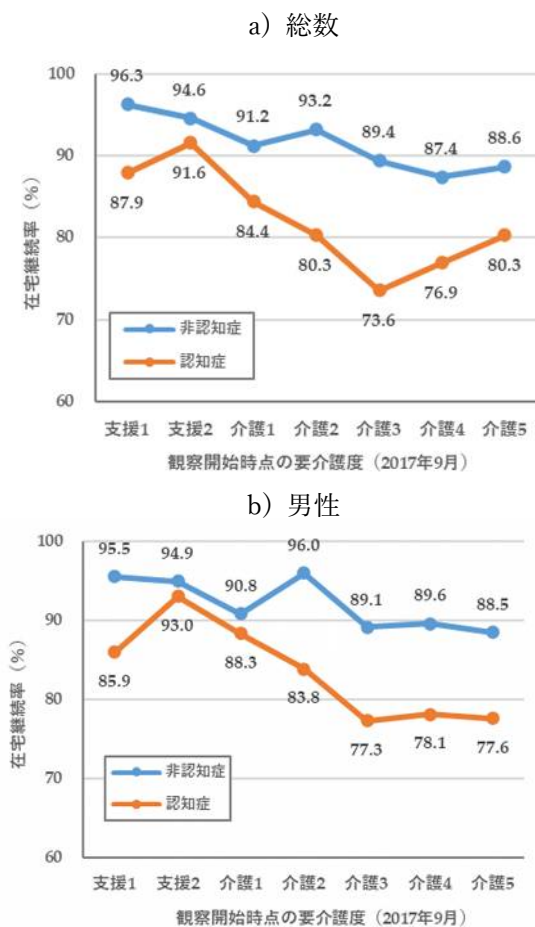
- ① 在宅からの移行率をみると、要支援1では、特定施設・GH、要支援2では、特定施設・老健への移行率が、認知症群で相対的に高かった
- ② 要介護1では、特定施設・GH、要介護2ではGH・老健・特養、要介護3以上では特養への移行が、認知症群で相対的に高かった
などがわかった。

3) 2年後の在宅継続率

認知症の有無と2年後の在宅継続の有無の関係性を分析した結果、認知症群で有意に在宅継続率が低かった (χ^2 検定、 $p < 0.001$)。ここで、2群間の在宅継続率を性別要介護度別にみると、

- ① 男性では、「要支援1」「要介護2以上」で、非認知症群に比べて在宅継続率が相対的に低かった
 - ② 女性では、要介護2から、非認知症群に比べて在宅継続率が相対的に低くなっていた。また、要介護3の在宅継続率が最も低かった
- などがわかった (図2)。

図2. 性別要介護度別在宅継続率の比較



D. 考察

2群の在宅継続率の差を要介護度別にみると、「要介護3」が15.8ポイントと最も大きく、次いで「要介護2」で12.9ポイント、「要介護4」10.5ポイント、「要支援1」8.4ポイントの順であった。これら結果から、要介護2・3で、認知症高齢者の在宅継続が困難になっている状況がわかる。

ここで、本人要因を考察するため、要介護度別に、認定調査のADL・IADL関連項目の選択肢別該当率をみると、「できる/自立」割合が50%を下回る項目は、要支援2では「歩行」、要介護1ではさらに「洗身」「薬の内服」「金銭の管理」「電話の利用」、要介護2ではさらに「移動」「排尿」「排便」「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」、要介護3ではさらに「移乗」「口腔清潔」「洗顔」「整髪」であった。

同様に、「できる」以外の割合が30%を超える認知機能関連項目をみると、要介護2では「毎日の日課の理解」、要介護3ではさらに「意思の伝達」「短期記憶」「指示への反応」、要介護4ではさらに「生年月日をいう」「今の季節/場所/自分の名前の理解」であった。

同様に、「ない」以外の割合が10%を超える BPSD 関連項目をみると、「被害的（要介護 2~4）」「同じ話をする（要介護 1-5）」、「常時の徘徊（要介護 3-4）」「落ち着きなし（要介護 3-4）」「一人で出たがる（要介護 3）」、「ひどい物忘れ（自立-要介護 5）」、「幻視幻聴（要介護 3~5）」、「感情不安定（要介護 1-5）」、「昼夜逆転（要介護 1-5）」、「暴言暴行（要介護 3-4）」、「大声を出す（要介護 3-5）」、「介護に抵抗（要介護 2-5）」であった。

以上の結果から、要介護 2・3 では、要介護 1 に比べ、移動／移乗／排泄／更衣／日課の理解／短期記憶／指示への反応／常時の徘徊／一人で出たがる／幻視幻聴／暴言暴行／大声を出す／介護に抵抗などが増えることがわかった（出所：厚生労働省「介護認定審査会委員テキスト 2006」）。

一方で、厚生労働省データから、主介護者の介護内容を要介護度別にみると、半数以上が行っている介護は、要支援 2 で「掃除」「買物」、要介護 1 でさらに「食事の準備・後始末」「洗濯」「話し相手」、要介護 2 でさらに「服薬の手助け」「入浴介助」、要介護 3 でさらに「着替え」「排泄介助」「洗髪」「身体の清拭」、要介護 4 でさらに「洗顔」「口腔清潔」「食事介助」「体位変換・起居」であった。また、1 日の平均的な介護時間を「必要なときに手をかす程度」と回答した割合は、要支援 1 の約 7 割が要介護 2 では約 5 割まで減少、要介護 3 からは「ほとんど終日」が急増していた（出所：厚生労働省「2019 年国民生活基礎調査」）。

また、厚生労働省の在宅介護実態調査によると、要介護 3 以上では、①「認知症状への対応」と「夜間の排泄」に対して主介護者の不安が大きいこと、②訪問系サービス

の利用回数の増加とともに、認知症状や夜間排泄に対する不安が軽減すること、③移送サービス（介護・福祉タクシー等）や「外出同行（通院等）」へのニーズが高かった。

高頻度かつ夜間の対応が求められる「排泄介助」、身体的・精神的負担が大きい「常時の徘徊」「幻視幻聴」「暴言暴行」「大声を出す」「介護に抵抗」などが要介護 2・3 で増えることで家族の介護の頻度や負担が増強し、結果的に在宅を困難化させていることが推察された。

E. 結論

認知症高齢者の在宅継続は、非認知症高齢者に比べ、要介護 2・3 で特に困難化していた。

高頻度かつ夜間の対応が求められる「排泄介助」、身体的・精神的負担が大きい「常時の徘徊」「幻視幻聴」「暴言暴行」「大声を出す」「介護に抵抗」などが要介護 2・3 で増えることが影響していると推察された。

（参考文献）

- 1) 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) .
- 2) 菅沼真由美・佐藤みつ子：認知症高齢者の家族介護者の介護継続要因. 日本看護学会論文集：地域看護, 39：92-94 (2009) .
- 3) 祝原あゆみ・吾郷ゆかり：認知症高齢者の在宅生活継続を支えるためのケアシステムに関する文献的考察. 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 3：113-121 (2009) .
- 4) 川越雅弘・南拓磨：一人暮らし認知症高齢者の出現率および生活状況の実態

－介護保険データより－. 老年精神医学雑誌, 31 : 460-466 (2020) .

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定含む)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

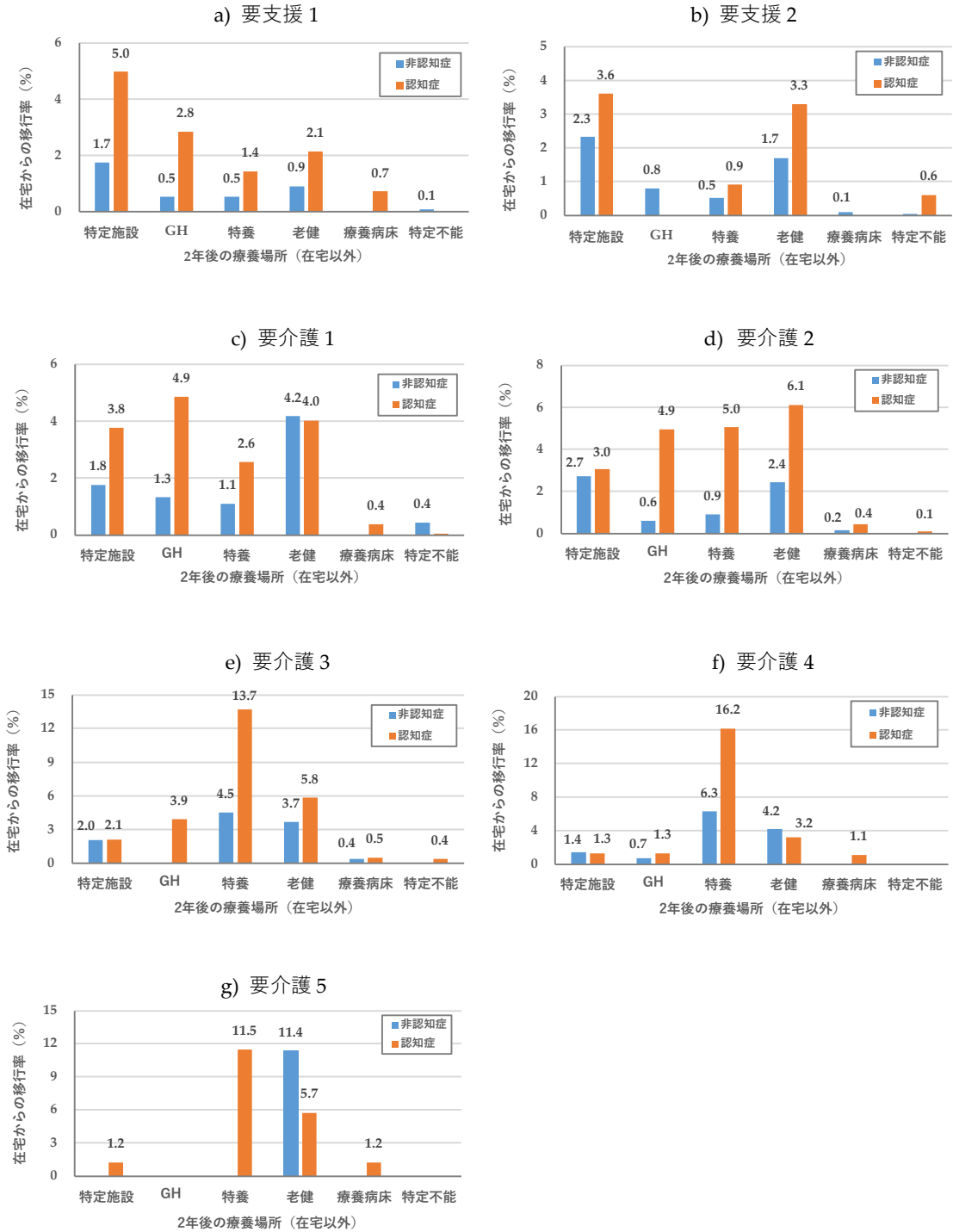
表 2. 要介護度別にみた在宅療養者の 2 年後の療養場所

－認知症群と非認知症群間比較－

2017 年 9 月時点の要介護度	群	n 数 (人)	2 年後の療養場所別にみた構成割合 (%)						
			在宅	特定施設	GH	特養	老健	療養病床	特定不能
要支援 1	認知症群	141	87.9	5.0	2.8	1.4	2.1	0.7	0.0
	非認知症群	1,557	96.3	1.7	0.5	0.5	0.9	0.0	0.1
要支援 2	認知症群	334	91.6	3.6	0.0	0.9	3.3	0.0	0.6
	非認知症群	2,537	94.6	2.3	0.8	0.5	1.7	0.1	0.0
要介護 1	認知症群	2,391	84.4	3.8	4.9	2.6	4.0	0.4	0.0
	非認知症群	457	91.2	1.8	1.3	1.1	4.2	0.0	0.4
要介護 2	認知症群	1,804	80.3	3.0	4.9	5.0	6.1	0.4	0.1
	非認知症群	660	93.2	2.7	0.6	0.9	2.4	0.2	0.0
要介護 3	認知症群	1,046	73.6	2.1	3.9	13.7	5.8	0.5	0.4
	非認知症群	245	89.4	2.0	0.0	4.5	3.7	0.4	0.0
要介護 4	認知症群	464	76.9	1.3	1.3	16.2	3.2	1.1	0.0
	非認知症群	143	87.4	1.4	0.7	6.3	4.2	0.0	0.0
要介護 5	認知症群	244	80.3	1.2	0.0	11.5	5.7	1.2	0.0
	非認知症群	44	88.6	0.0	0.0	0.0	11.4	0.0	0.0
合計	認知症群	6,424	81.3	3.0	4.0	6.3	4.8	0.5	0.1
	非認知症群	5,643	94.2	2.1	0.7	0.9	2.0	0.1	0.1

図 1. 要介護度別にみた在宅療養者の 2 年後の移行先別移行率（在宅を除く）

— 認知症群と非認知症群間の差異 —



厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居／非独居認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異

研究分担者 川越雅弘 埼玉県立大学大学院・教授
研究協力者 南 拓磨 埼玉県立大学・特任助教

研究要旨

【目的】在宅の独居／非独居認知症高齢者の療養場所の変化及び在宅継続率の差異を明らかにする。

【方法】2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認知症高齢者で、同年9月および2019年9月のいずれも介護サービスを受給していた6,424人を、住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居群（n=2,897）」と「非独居群（n=3,527）」に分類した上で、2年後の療養場所の変化、在宅継続率の差異を性別要介護度別にみた。

【結果】データを分析した結果、以下のことがわかった。

- ① 在宅からの療養場所別移行率をみると、要支援1では「グループホーム（以下、GH）」「特別養護老人ホーム（以下、特養）」、要支援2では「特定施設」、要介護1では、「GH」「老人保健施設（以下、老健）」、要介護2では「GH」「特養」「老健」、要介護3以上では「特養」への移行率が、独居群で高かった
- ② 在宅継続率は、独居群の方が、非独居群に比べて有意に低かった（ $p<0.001$ ）。
- ③ 男性では、独居群の在宅継続率が、「要介護4」で20.1ポイント、「要介護1」で7.6ポイント低かった。逆に、「要介護5」では7.0ポイント、「要介護2」では0.7ポイント高かった
- ④ 女性では、すべての要介護度で、独居群の在宅継続率が低かった。両群の差は、「要介護3」が10.4ポイントと最も大きく、次いで「要介護5」9.8ポイント、「要介護4」9.4ポイントの順であった。中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い傾向にあった

【考察】

認知症高齢者に占める女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群では約8割が女性であった。また、在宅生活継続率を性別要介護度別にみると、女性では、全ての要介護度で独居群の方が低かった。

これら結果から、女性の独居認知症高齢者の在宅生活を支える体制及び仕組み作りが重要課題であることが明らかとなった。

A. 研究目的

介護保険では、第2条第4項において、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能

な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」とされている。このことは認知症高齢者におい

でも同様であるが、様々な理由で在宅生活が継続できない場合は多い。

さて、認知症高齢者の在宅生活継続を困難化させる要因としては、先行研究により、本人・家族・サービス／支援体制などが挙げられている。また、世帯構成(独居／非独居)も要因の1つであるとの指摘もあるが、独居認知症高齢者の療養場所の変化や在宅療養率の特徴を非独居者との比較を通じて明らかにした研究は少ない。

そこで、本研究では、A市の在宅の要支援・要介護認知症高齢者を対象に、2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、独居群と非独居群間で比較しながら、その実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認知症高齢者で、同年9月および2019年9月のいずれも介護サービスを受給していた6,424人を、住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居群」2,897人と「非独居群」3,527人に分類した上で、2年後の療養場所の変化、在宅継続率の差異を要介護度別にみた。(倫理面への配慮)

本研究は、埼玉県立大学埼玉県立大学倫理審査委員会の許可を得て実施している(通知番号：19007)。

C. 研究結果

1) 基本特性

男性比をみると、「独居群」19.1%、「非独居群」40.1%、平均年齢をみると、「独居群」84.3±7.2歳、「非独居群」82.7±7.1歳と、独居群は非独居群に比べ、男性の割合が低く、平均年齢は高かった。また、要介護度は、

独居群の方が若干軽度に分布していた(表1)。

表 1. 基本特性

	独居群 (n=2,897)	非独居群 (n=3,527)
男性(人)	552	1,417
男性比(%)	19.1	40.2
年齢(歳) (mean±SD)	84.3±7.2	82.7±7.1
要介護度(%)		
-要支援1	2.1	2.2
-要支援2	5.9	4.6
-要介護1	37.7	36.8
-要介護2	28.7	27.6
-要介護3	16.5	16.1
-要介護4	6.2	8.0
-要介護5	2.8	4.6

2) 2年後の療養場所

要介護度別にみた在宅認知症高齢者の2年後の療養場所別構成割合の2群間比較を表2に、また、2年後の在宅以外への移行先別移行率の2群間比較を図1に示す。なお、療養場所は、給付情報をもとに、①在宅、②特定施設、③GH、④特養、⑤老健、⑥療養病床、⑦特定不能(月内複数サービス利用等)の7区分に分類している。

その結果、

- ① 在宅からの移行率をみると、要支援1では、GH・特養、要支援2では、特定施設への移行率が、独居群で相対的に高かった
 - ② 要介護1では、GH・老健、要介護2ではGH・特養・老健、要介護3以上では特養への移行が、独居群で相対的に高かった
- などがわかった。

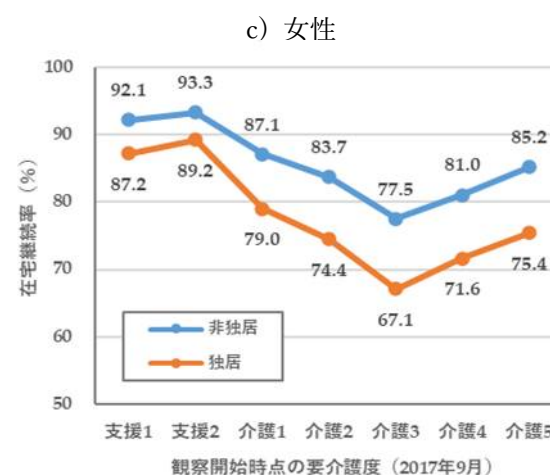
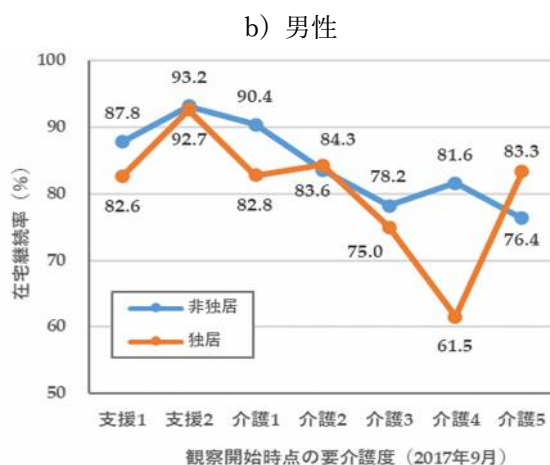
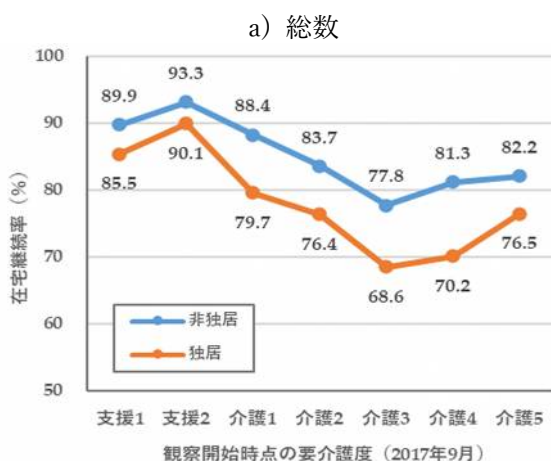
3) 2年後の在宅継続率

世帯区分(独居／非独居)と2年後の在

在宅継続の有無の関係性を分析した結果、在宅継続率は、独居群の方が有意に低かった (χ^2 検定、 $p < 0.001$)。ここで、2 群間の在宅継続率の差を性別要介護度別にみると、

- ① 男性では、独居群の在宅継続率が、「要介護4」で20.1ポイント、「要介護1」で7.6ポイント低かった。逆に、「要介護5」では7.0ポイント高かった
 - ② 女性では、すべての要介護度で、独居群の在宅継続率が低かった。両群の差は、「要介護3」が10.4ポイントと最も大きく、次いで「要介護5」9.8ポイント、「要介護4」9.4ポイントの順であった。中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い傾向にあった
- などがわかった (図2)。

図2. 性別要介護度別在宅継続率の比較



D. 考察

中島は、文献調査をもとに、独居認知症高齢者の在宅生活継続を阻害するリスク要因として、

- ① 生命の安全確保の危機によって生じるリスク (道に迷う、火事を引き起こすなど)
- ② セルフマネジメント低下によって生じるリスク (服薬管理、排泄の自立など)
- ③ ソーシャルサポートの不足・困難さによって生じるリスク (ケアの拒否、インフォーマルケアとの関係性など)

を、また、ケアマネジャーへのインタビューから、在宅生活継続を阻む事柄や課題として、

- ① ADL（転倒など）
- ② IADL（服薬管理など）
- ③ BPSD（道での迷子など）
- ④ 他者から受ける被害（消費者被害など）
- ⑤ 物理的環境（外出しづらい住宅環境など）
- ⑥ 近隣住民との関係性（協力を含む）
- ⑦ 家族との関係性（協力を含む）
- ⑧ 本人の意思

を挙げている。

ここで、これらリスクと同居家族の有無の関連性（同居者がいることのメリット）について考える。同居者がいれば、認知症高齢者の火の取扱いに危険性を感じれば、①家族が調理を行い、本人には火を使った料理をさせない（代替性）、②IH コンロに変える（環境の変更）等の対策を講じることができよう。

服薬管理に関しても、同居者がいれば、薬の準備や服薬状況の確認や促しを行うことができるが、独居の場合は介護保険サービスや、インフォーマルを含めた支援で代替可能かを模索することになる。

今回の分析では、男性の在宅生活継続率は、要介護度によって独居群の方が高い場合もあれば低い場合もあった一方で、女性では、全ての要介護度で独居群の方が低かった。後者の結果は、①調理などの危険性を伴う家事行為を行う機会が女性の方が多いこと、②そうした危険な行為が行われているという事実がケアマネジャー等から同居していない家族に伝えられた場合、意思決定に関わるキーパーソンは在宅生活の危険性が高いと判断し、結果的に施設等への入所を選択してしまっている可能性があると考えられた。在宅療養の継続を判断する意

思決定者とケアマネジャー間で、現状や課題をどのように共有しながら、適切な療養場所の選択ができる状況をつくるかも、必要な課題と考えた。

E. 結論

認知症高齢者に占める女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群では約8割が女性であった。また、在宅生活継続率を性別要介護度別にみると、女性では、全ての要介護度で独居群の方が低かった。

これら結果から、女性の独居認知症高齢者の在宅生活を支える体制及び仕組み作りが重要課題であることが明らかとなった。

（参考文献）

- 1) 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続に影響するリスク尺度開発に向けた文献レビュー．日本認知症ケア学会誌, 18(1)：188（2019）．
- 2) 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続のリスクに関する研究－介護支援専門員へのインタビュー調査を通して－．日本認知症ケア学会誌, 19(1)：254（2020）．

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

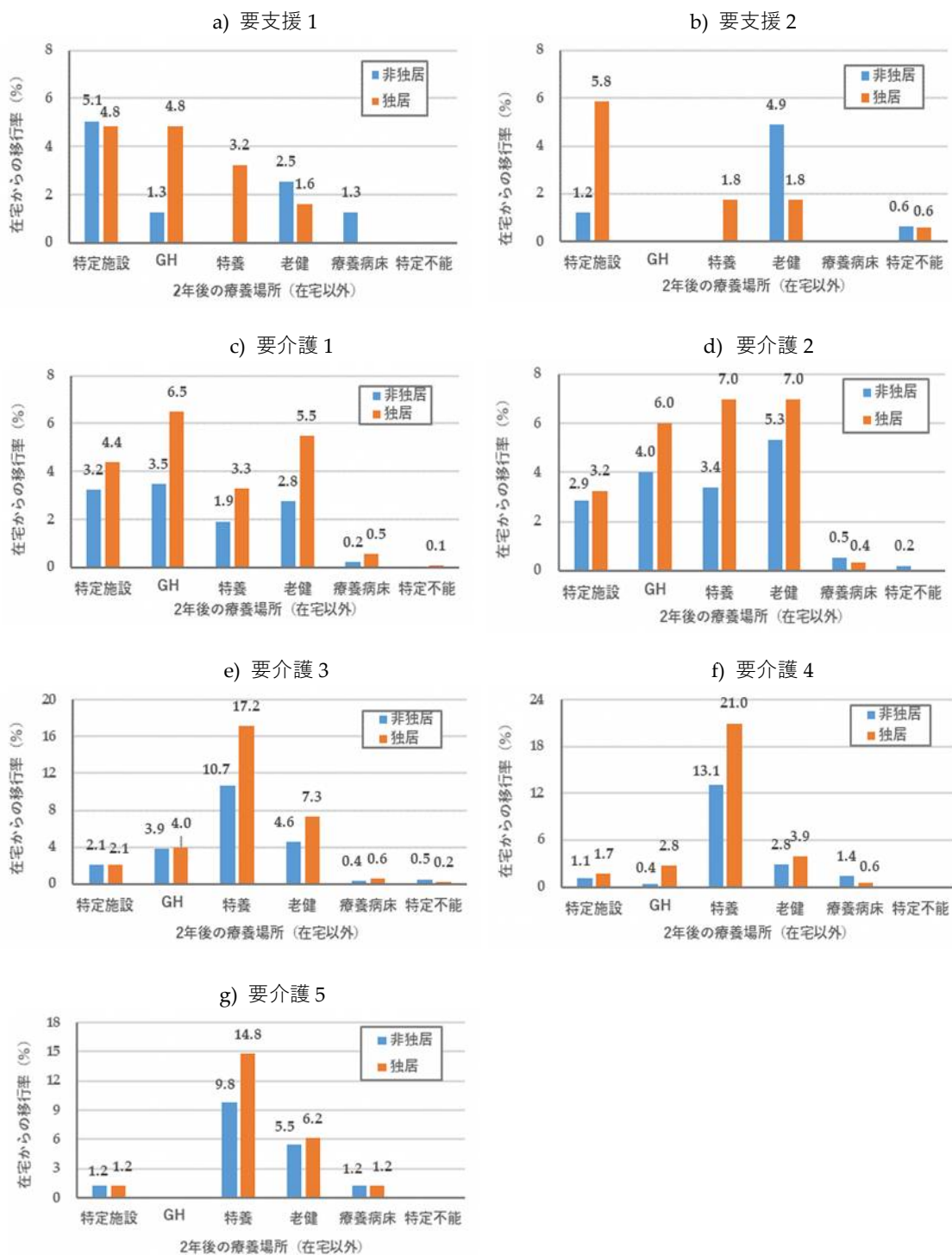
表 2. 要介護度別にみた在宅療養者の 2 年後の療養場所

— 独居群と非独居群間比較 —

2017 年 9 月時点の 要介護度	群	n 数 (人)	2 年後の療養場所別にみた構成割合 (%)						
			在宅	特定 施設	GH	特養	老健	療養 病床	特定 不能
要支援 1	独居群	62	85.5	4.8	4.8	3.2	1.6	0.0	0.0
	非独居群	79	89.9	5.1	1.3	0.0	2.5	1.3	0.0
要支援 2	独居群	171	90.1	5.8	0.0	1.8	1.8	0.0	0.6
	非独居群	163	93.3	1.2	0.0	0.0	4.9	0.0	0.6
要介護 1	独居群	1,093	79.7	4.4	6.5	3.3	5.5	0.5	0.1
	非独居群	1,298	88.4	3.2	3.5	1.9	2.8	0.2	0.0
要介護 2	独居群	831	76.4	3.2	6.0	7.0	7.0	0.4	0.0
	非独居群	973	83.7	2.9	4.0	3.4	5.3	0.5	0.2
要介護 3	独居群	478	68.6	2.1	4.0	17.2	7.3	0.6	0.2
	非独居群	568	77.8	2.1	3.9	10.7	4.6	0.4	0.5
要介護 4	独居群	181	70.2	1.7	2.8	21.0	3.9	0.6	0.0
	非独居群	283	81.3	1.1	0.4	13.1	2.8	1.4	0.0
要介護 5	独居群	81	76.5	1.2	0.0	14.8	6.2	1.2	0.0
	非独居群	163	82.2	1.2	0.0	9.8	5.5	1.2	0.0
合計	独居群	2,897	87.9	5.0	2.8	1.4	2.1	0.7	0.0
	非独居群	3,527	85.5	4.8	4.8	3.2	1.6	0.0	0.0

図1. 要介護度別にみた在宅認知症高齢者の2年後の移行先別移行率（在宅を除く）

—独居群と非独居群間の差異—



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

要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係
—独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の3群間比較より—

研究分担者 川越雅弘 埼玉県立大学大学院・教授

研究協力者 南 拓磨 埼玉県立大学・特任助教

研究要旨

【目的】認知症の有無及び世帯状況（独居／非独居）と、認定有効期間2年の要介護高齢者の2年後の要介護度の変化の関係性を明らかにする。

【方法】2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認知症高齢者で、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）データがあった29,502人のうち、2019年9月末時点の認定データを保有し、かつ、認定有効期間が2年であった15,502人を、認知症自立度及び住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居認知症群（n=4,772）」「非独居認知症群（n=4,185）」「非認知症群（n=6,063）」の3群に分類した上で、2年後の要介護度の変化を比較した。

【結果】データを分析した結果、以下のことがわかった。

- ① 全ての要介護度において、要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く、逆に、重度化率は最も低かった
- ② 認知症の2群間で要介護度別重度化率を比較すると、独居群の方が、「要支援1」で9.1ポイント、「要介護4」で6.8ポイント、「要介護1」で4.2ポイント高い一方で、それ以外の要介護度では、非独居群の方が重度化率は高かった
- ③ 要介護度と軽度化率の関係をみると、3群とも軽度者で改善率が低い傾向が、他方、重度化率は、3群とも軽度者で高い傾向がみられた（軽度者ほど改善しにくく、かつ重度化しやすい）

【考察】

本研究から、認知症群は、非認知症群に比べ、全要介護度で重度化率が高いことが、また、3群とも軽度要介護者で重度化率が高いことも確認できた。

要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究によると、非認知症群に比べ、認知症群で移動動作能力の低下がADL低下に大きく影響していることを明らかにしている。また、こうした移動動作の障害の進行がセルフケアの崩壊に直結しているのではないかと推察している。

軽度要介護の認知症高齢者の機能低下（特に、移動・歩行能力の低下）を防ぐことが、要介護度の重度化防止、さらには在宅生活の継続性確保につながる重要課題であると考えた。

A. 研究目的

2040 年にかけて 85 歳以上高齢者が急増する一方で、医療・介護従事者の年齢層に当たる 15～64 歳人口（生産年齢人口）の減少幅は拡大していく。支える側と支えられる側の人口バランスが崩れることから、それを是正するための様々な施策が現在検討されている。その中の重要施策の一つが、要支援・要介護高齢者を増やさない、あるいはできるだけ重度化させないといった意味の「介護予防」である。

要介護度の重度化に関する先行研究では、①病気の再発や重症化、②ADL・IADL 等の自立度低下、③歩行・移動能力の低下などとともに、認知症であることを要因の一つに挙げている論文はあるものの、報告数は少ない。また、今後増加する認知症の独居高齢者に焦点を当てた研究はほとんどない。

そこで、本研究では、A 市の要支援・要介護高齢者を対象に、2 年後の要介護度の変化の差異を、独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の 3 群間で比較しながら、その実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2017 年 9 月末時点の A 市の要支援・要介護認知症高齢者で、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）データがあった 29,502 人のうち、2019 年 9 月末時点の認定データを保有し、かつ、認定有効期間が 2 年であった 15,502 人を、認知症自立度及び住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居認知症群（n=4,772）」「非独居認知症群（n=4,185）」「非認知症群（n=6,063）」の 3 群に分類した上で、2 年後の要介護度の変化を比較した。

（倫理面への配慮）

本研究は、埼玉県立大学埼玉県立大学倫理審査委員会の許可を得て実施している（通知番号：19007）。

C. 研究結果

1) 基本特性

男性比をみると、「独居認知症群」16.7%、「非独居認知症群」38.4%、「非認知症群」26.7%、平均年齢をみると、「独居認知症群」85.1±7.3 歳、「非独居認知症群」83.2±7.1 歳、「非認知症群」81.7±6.9 歳と、独居認知症群は、他の 2 群に比べ、男性の割合が低く、平均年齢は高かった。また、要介護度は、独居認知症群の方が重度に分布していた（表 1）。

表 1. 基本特性

	独居 認知症群	非独居 認知症群	非認知症 群
n(人)	4,772	4,185	6,063
男性(人)	795	1,605	1,619
男性比(%)	16.7	38.4	26.7
年齢(歳)	85.1±7.3	83.2±7.1	81.7±6.9
介護度(%)			
-支援 1	1.4	2.0	31.1
-支援 2	3.9	4.3	44.9
-介護 1	27.1	31.3	7.0
-介護 2	25.1	25.6	10.1
-介護 3	19.6	16.4	3.7
-介護 4	13.2	11.4	2.1
-介護 5	9.6	8.9	0.9

2) 要介護度の変化

表 2 に、2017 年 9 月末時点と 2019 年 9 月末時点の要介護度のクロス集計を、表 3 に、各群の開始時点（2017 年 9 月末時点）の要介護度別にみた 2 年間の要介護度の軽度化率／維持率／重度化率を、図 1 に、開始時点の要介護度別にみた軽度化率／重度化率の 3 群間の比較を示す。その結果、

- ① 全ての要介護度において、要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く、逆に、重度化率は最も低かった
- ② 認知症の2群間で要介護度別重度化率を比較すると、独居群の方が、「要支援1」で9.1ポイント、「要介護4」で6.8ポイント、「要介護1」で4.2ポイント高い一方で、それ以外の要介護度では、非独居群の方が重度化率は高かった
- ③ 要介護度と軽度化率の関係をみると、3群とも軽度者で改善率が低い傾向が、他方、重度化率は、3群とも軽度者で高い傾向がみられた（軽度者ほど改善しにくく、かつ重度化しやすい）
などがわかった（図1）。

D. 考察

本研究から、認知症群は、非認知症群に比べ、全要介護度で重度化率が高いことが確認できた。この結果は、通所リハの継続利用者の重度化に認知症が影響しているとした唐澤らの研究結果と一致するものであった。また、3群とも軽度要介護者で重度化率が高いことも確認できたが、この結果も先行研究とほぼ同じ結果であった。これら結果から、認知症の軽度要介護高齢者の重度化防止が重要課題であることは確認できたものの、認知症群の中の独居群と非独居群間の重度化の差異に関しては明らかにはならなかった。独居か否かといった要因よりも、認知症の有無が要介護度の重度化により大きく影響している可能性が示唆された。

さて、要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした佐藤らの研究によると、非認知症群に比べ、認知症群で移動動作能力の低下がADL低下に大きく影響していることが示されている。また、こうした移動動作の障害の進行がセルフケアの崩壊に直結しているのではないかと佐藤らは推察している。

軽度要介護の認知症高齢者の機能低下

（特に、移動・歩行能力の低下）を防ぐことが、要介護度の重度化防止、さらには在宅生活の継続性確保につながる重要課題であると考えた。

E. 結論

認知症の軽度要介護高齢者の重度化を防ぐための対策強化が重要であることが明らかとなった。

（参考文献）

- 1) 佐藤ゆかりほか：認知症の有無別にみた要支援・要介護1の在宅高齢者におけるADLと移動動作との縦断的な関係。老年社会科学, 28(3)：321-333 (2006)。
- 2) 唐澤裕子ら：通所リハビリテーション継続利用者における18ヶ月間の要介護度変化について。理学療法群馬, 21：20-27 (2010)。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定含む)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

表 2. 認定有効期間 2 年の継続認定高齢者の要介護度の 2 年後の変化

a) 独居認知症群

2017.9 時点の 要介護度	2019.9 時点の要介護度							合計
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
人数 (人)								
要支援 1	20	14	23	5	3	2	1	68
要支援 2	19	67	53	31	10	6	2	188
要介護 1	14	19	618	339	167	92	42	1,291
要介護 2	2	11	137	532	334	120	64	1,200
要介護 3	1	0	12	70	454	260	139	936
要介護 4	0	0	2	8	51	351	220	632
要介護 5	0	0	0	0	11	100	346	457
合計	56	111	845	985	1,030	931	814	4,772
割合 (%)								
要支援 1	29.4	20.6	33.8	7.4	4.4	2.9	1.5	100.0
要支援 2	10.1	35.6	28.2	16.5	5.3	3.2	1.1	100.0
要介護 1	1.1	1.5	47.9	26.3	12.9	7.1	3.3	100.0
要介護 2	0.2	0.9	11.4	44.3	27.8	10.0	5.3	100.0
要介護 3	0.1	0.0	1.3	7.5	48.5	27.8	14.9	100.0
要介護 4	0.0	0.0	0.3	1.3	8.1	55.5	34.8	100.0
要介護 5	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	21.9	75.7	100.0
合計	1.2	2.3	17.7	20.6	21.6	19.5	17.1	100.0

b) 非独居認知症群

2017.9 時点の 要介護度	2019.9 時点の要介護度							合計
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
人数 (人)								
要支援 1	32	4	30	11	1	2	3	83
要支援 2	14	65	44	32	11	11	3	180
要介護 1	18	24	674	315	182	63	35	1,311
要介護 2	2	3	116	484	296	126	45	1,072
要介護 3	0	0	15	84	320	182	86	687
要介護 4	0	0	3	6	59	276	134	478
要介護 5	0	0	1	0	3	81	289	374
合計	66	96	883	932	872	741	595	4,185
割合 (%)								
要支援 1	38.6	4.8	36.1	13.3	1.2	2.4	3.6	100.0
要支援 2	7.8	36.1	24.4	17.8	6.1	6.1	1.7	100.0
要介護 1	1.4	1.8	51.4	24.0	13.9	4.8	2.7	100.0
要介護 2	0.2	0.3	10.8	45.1	27.6	11.8	4.2	100.0
要介護 3	0.0	0.0	2.2	12.2	46.6	26.5	12.5	100.0
要介護 4	0.0	0.0	0.6	1.3	12.3	57.7	28.0	100.0
要介護 5	0.0	0.0	0.3	0.0	0.8	21.7	77.3	100.0
合計	1.6	2.3	21.1	22.3	20.8	17.7	14.2	100.0

c) 非認知症群

2017.9 時点の 要介護度	2019.9 時点の要介護度							
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
人数 (人)								
要支援 1	974	563	179	87	42	28	15	1,888
要支援 2	284	1,597	315	298	117	88	26	2,725
要介護 1	13	38	220	79	42	18	16	426
要介護 2	3	44	56	339	108	47	18	615
要介護 3	1	3	3	40	104	50	24	225
要介護 4	0	0	2	8	23	72	22	127
要介護 5	0	1	0	1	3	9	43	57
合計	1,275	2,246	775	852	439	312	164	6,063
割合 (%)								
要支援 1	51.6	29.8	9.5	4.6	2.2	1.5	0.8	100.0
要支援 2	10.4	58.6	11.6	10.9	4.3	3.2	1.0	100.0
要介護 1	3.1	8.9	51.6	18.5	9.9	4.2	3.8	100.0
要介護 2	0.5	7.2	9.1	55.1	17.6	7.6	2.9	100.0
要介護 3	0.4	1.3	1.3	17.8	46.2	22.2	10.7	100.0
要介護 4	0.0	0.0	1.6	6.3	18.1	56.7	17.3	100.0
要介護 5	0.0	1.8	0.0	1.8	5.3	15.8	75.4	100.0
合計	21.0	37.0	12.8	14.1	7.2	5.1	2.7	100.0

表 3. 要介護度別にみた二年後の要介護度の軽度化／維持／重度化率

a) 独居認知症群

2017.9 時点の 要介護度	2年間の要介護度の変化							
	軽度化	維持	重度化	合計	軽度化	維持	重度化	合計
	人数（人）				割合（％）			
要支援 1	-	20	48	68	-	29.4	70.6	100.0
要支援 2	19	67	102	188	10.1	35.6	54.3	100.0
要介護 1	33	618	640	1,291	2.6	47.9	49.6	100.0
要介護 2	150	532	518	1,200	12.5	44.3	43.2	100.0
要介護 3	83	454	399	936	8.9	48.5	42.6	100.0
要介護 4	61	351	220	632	9.7	55.5	34.8	100.0
要介護 5	111	346	-	457	24.3	75.7	-	100.0
合計	457	2,388	1,927	4,772	9.6	50.0	40.4	100.0

b) 非独居認知症群

2017.9 時点の 要介護度	2年間の要介護度の変化							
	軽度化	維持	重度化	合計	軽度化	維持	重度化	合計
	人数（人）				割合（％）			
要支援 1	-	32	51	68	-	38.6	61.4	100.0
要支援 2	14	65	101	188	7.8	36.1	56.1	100.0
要介護 1	42	674	595	1,291	3.2	51.4	45.4	100.0
要介護 2	121	484	467	1,200	11.3	45.1	43.6	100.0
要介護 3	99	320	268	936	14.4	46.6	39.0	100.0
要介護 4	68	276	134	632	14.2	57.7	28.0	100.0
要介護 5	85	289	-	457	22.7	77.3	-	100.0
合計	429	2,140	1,616	4,772	10.3	51.1	38.6	100.0

c) 非認知症群

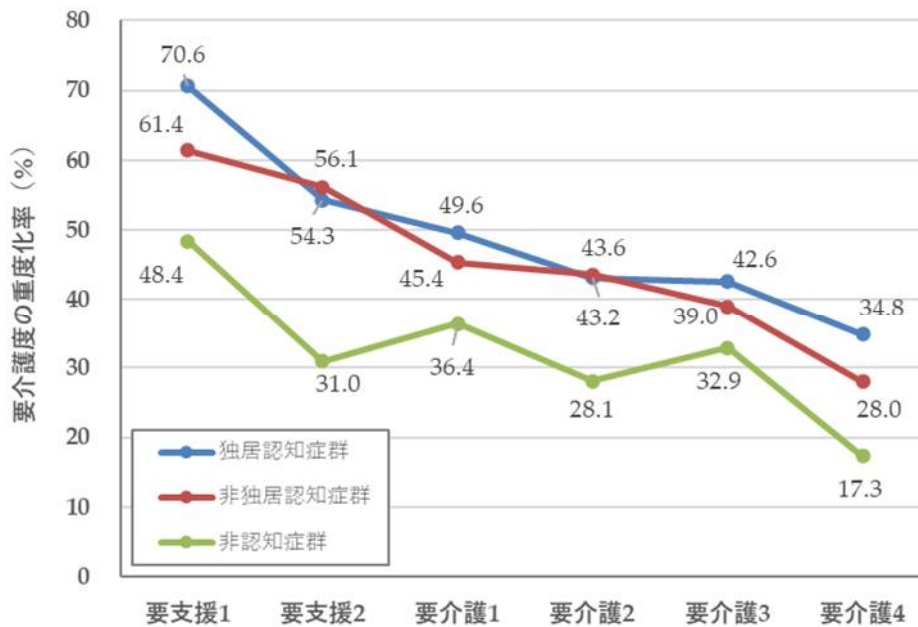
2017.9 時点の 要介護度	2年間の要介護度の変化							
	軽度化	維持	重度化	合計	軽度化	維持	重度化	合計
	人数（人）				割合（％）			
要支援 1	-	974	914	1,888	-	51.6	48.4	100.0
要支援 2	284	1,597	844	2,725	10.4	58.6	31.0	100.0
要介護 1	51	220	155	426	12.0	51.6	36.4	100.0
要介護 2	103	339	173	615	16.7	55.1	28.1	100.0
要介護 3	47	104	74	225	20.9	46.2	32.9	100.0
要介護 4	33	72	22	127	26.0	56.7	17.3	100.0
要介護 5	14	43	-	57	24.6	75.4	-	100.0
合計	532	3,349	2,182	6,063	8.8	55.2	36.0	100.0

図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の3群間比較

a) 軽度化率



b) 重度化率



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

新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）

研究分担者 稲垣宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
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副所長

研究要旨

認知機能低下が疑われる一人暮らし（独居）高齢者の生活実態を明らかにすることを目的として、①同居者がいる（非独居）認知機能低下疑いの高齢者との比較、ならびに、②認知機能低下疑いのない独居高齢者との比較から、身体的機能、精神的機能、生活機能ならびに社会的機能に関する分析・検討を行った。

対象地区在住の高齢者 11,198 名に対し、郵送法ならびに郵送留置き法により自記式アンケートを発送、回収した。7,801 票が回収された（回収率は 69.7%）。認知機能は、自記式認知症チェックリストを用いて評価された。調査項目は、背景情報・人口統計学的情報、生活環境・住居状況、生活習慣、身体機能、歯科口腔機能、食事・栄養、精神的健康、社会的機能、認知症に関する知識・意識であった。介護保険情報を行政から提供を受けた。分析は、認知機能低下の有無、世帯状況（同居者の有無）を説明変数、性別・年齢を調整変数とする二項ロジスティック回帰分析を用いた。

分析の結果、独居の認知機能低下高齢者は、同居者がいる認知機能低下高齢者に比べ、生活自立度が高く、友人とのネットワークや交流頻度が高い一方で、経済（低年収）や住まい（賃貸住宅）、道具的サポートが少ないといったリスクがあり、精神的健康度が低く、地域生活の継続可能性については否定的であった。

認知機能低下がない独居高齢者と比較すると、認知機能のみならず、身体的機能や健康、口腔機能、生活習慣や生活機能、精神的健康で低機能または状態が悪く、外出頻度、社会参加の機会も少ないことが示された。特に、情緒的サポートや対人ネットワーク、他者との交流頻度が不足し、近隣・地域への信頼感が低く、経済的や食事・栄養的側面での困窮、貧困の状態も示される一方で、認知症発症後には在宅での生活を希望している者が相対的に多かった。

共通して明らかになった独居の認知機能低下高齢者のリスク要因は、ソーシャルサポートの不足、精神的健康の悪化、また経済的困窮であり、これらの支援が必要であると考えられた。

A. 研究目的

平成 28 年度に東京都事業「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」において、板橋区高島平地区の 70 歳以上高齢者を対象として調査を実施し、男性で 26%、女性で 44%が一人暮らしであること、また認知機能検査 (MMSE-J) の結果から 27%が認知機能の低下した高齢者であると推計され、そうした高齢者は、心身の機能や健康状態が不良であり、社会的活動や対人交流が乏しいことを報告した。

本事業では、同じ地区で 65 歳～69 歳を含む新しいコホートを対象にしつつ、特に独居高齢者に焦点を当てて、生活実態と生活課題の把握を目的とする疫学的調査を実施した。

本年度は、2020 年 1 月～3 月に実施した郵送法ならびに郵送留置き法による自記式アンケート調査のデータを用いて、認知機能低下が疑われる一人暮らし (独居) 高齢者の生活実態について、①同居者がいる (非独居) 認知機能低下疑いの高齢者との比較、ならびに、②認知機能低下疑いのない一人暮らし (独居) 高齢者との比較によって、明らかにすることを目的とし、分析・検討を行った。

なお、本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所長期縦断研究「大都市部高齢者の健康長寿の要因を解明する長期縦断研究」と連携して実施予定であり、独居認知症高齢者のみならず、地域在住高齢者全般を対象に、心身の健康や生活障害のリスクを促進または抑制する要因の解明を目指している。昨年度の郵送調査をベースラインとして、今後新たに 65 歳に達した者や他地域からの転入者を調査対象に加えながら、隔年

で郵送調査と会場調査を実施し、同地域におけるコホートの追跡調査を行うことを計画していたが、COVID-19 の感染拡大を受け、会場調査の実施をやむなく中止した。以降の調査計画も見直す予定となっている。

B. 研究方法

1. 調査地区

2019 年 7 月 1 日時点で東京都板橋区高島平の特定地域 (1～5 丁目) に在住する 65 歳以上高齢者の全員を対象とした悉皆調査である。行政提供名簿に記載された 11,198 名を母集団とした。平均年齢は 75.8±7.06 歳、女性は 6,328 名 (56.5%) であった。

対象地区は高齢化率が高く (34.1%、区全域 23.0%)、特に団地地区 (2・3 丁目) で顕著である (それぞれ 45.1%、41.8%)。一方、要支援要介護認定は 14.9%で、区全体の 18.6% (平成 29 年度) より比率は低い。

2. 手続き

調査は、①郵送法および郵送留置き法による自記式アンケート調査 (一次調査)、②会場健診型面接調査 (二次調査)、③ハイリスク者を対象とした専門医・専門職による訪問面接調査の三段階で実施する計画であったが、2020 年 2 月以降の新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止措置のため、②③の形式の調査 (集合型、対面式調査) は中止とした。このため、①郵送による自記式アンケート調査のみが実施された。調査票の発送および回収は、調査会社に委託した。

3. 調査期間

2020 年 1 月 15 日に郵送で調査票を発送し、2020 年 1 月 29 日を返送の締め切りとした。

上記の返送期間に調査票未返送であった

対象者、または拒否、死亡、転出等により対象外となった対象者に対して、2020年2月10日から2020年3月13日まで、専門調査員が居宅に訪問し、調査票の回収を行った。対象者が希望する場合は訪問回収期間内でも郵送による返送を認めた（特に調査期間の後半は、新型コロナウイルスの流行に伴い、郵送による回収を積極的に認めることとした）。

4. 調査項目

郵送調査における調査項目は、以下の通りである。

- ①背景情報・人口統計学的情報：性別、生年月、記入者、教育歴。
- ②生活環境：住居状況（住居形態、戸建・集合、持家・賃貸、2階以上、エレベーター有無、居住年数）、世帯状況（同居者の有無、同居者数、65歳以上同居者数、配偶者の有無）、就業状況、経済状況（年収、主観的経済状況）。
- ③生活習慣：飲酒、喫煙、外出頻度、運動習慣（散歩、軽い体操、運動・スポーツ）、趣味活動（趣味・けいこごと）、睡眠状況（就寝・起床の時刻、入眠までの時間、睡眠時間、睡眠導入剤・睡眠薬）。
- ④身体機能：身体的健康状態（主観的健康感、かかりつけ医の有無、疾病状況）、自力歩行、腰・膝の痛み、フレイル（基本チェックリスト、介護予防チェックリスト）。
- ⑤歯科口腔・栄養：口の主観的健康感、咀嚼力、歯科受診、低栄養判定、孤食、SNAQ（食欲判定）、食品摂取多様性頻度、主食・主菜・副菜の摂取頻度、食事・間食の摂取頻度、調理、外食・中食頻度、共食・孤食。
- ⑥精神・心理的機能：精神的健康（WHO-5-J）、抑うつ（GDS5）。

- ⑦認知機能：自記式認知症チェックリスト、B-ADL。
- ⑧社会的機能：地域・グループ活動、近隣との交流、対人接触頻度、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワーク（LSNS-6）、ソーシャルキャピタル。
- ⑨その他：認知症に関する知識・意識、認知症の相談相手・場所、将来認知症になったらどこで生活したいか。
- ⑩行政提供情報：介護保険情報、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護サービス利用状況。対象地域の住民については、調査データとの連結が可能な様に、個人が特定できる状態で提供される。対象地域外の住民について、個人が特定できない形で上記情報と町丁目情報が提供される。

5. 分析方法

生活・世帯状況、生活習慣、摂食・栄養状況、身体的・精神的・社会的健康または機能状態を2値に変換し、それらを目的変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った。

説明変数は、認知機能の低下（自記式認知症チェックリスト19点以下／20点以上）、世帯状況（同居者あり／なし）を用いて2通りの分析を実施した。第1に、認知機能の低下が疑われる高齢者を抽出し、世帯状況の違い（同居者なし（独居）／同居者あり）を説明変数とする分析を行った。第二に、独居高齢者を抽出し、認知機能が低下しているか否か（健常群／低下群）による比較を行った。いずれの分析においても、性別と年齢を調整変数として同時投入した。

6. 倫理的配慮

東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会において承認を得た。

対象者には、調査目的、調査方法、参加は強制ではなく不参加や同意の撤回の機会は保障されること、不参加の場合でも何ら不利益はないこと、等を記載した説明文書を同封した。

行政提供情報に関しては、板橋区において適正な審査を経たうえで承認を受け、提供された。

C. 研究結果

1. 認知機能の低下が疑われる独居高齢者と非独居高齢者の比較

認知機能低下が疑われる対象者、すなわち、自記式認知症チェックリストで20点以上の560名を分析対象として、同居者の有無（独居／同居者あり）を説明変数、性別と年齢を調整変数として、人口統計学変数、要介護認定状況、身体的健康、口腔機能、食事・栄養、生活習慣、生活機能、精神的健康、社会的健康を目的変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った。

560名のうち、独居は194名、このうち女性は135名（69.6%）だった。同居者がいるのは366名、このうち女性は183名（50.0%）で、女性は独居者で有意に多かった（表1）。

人口統計学変数に関して（表1）、独居群では同居あり群に比較して有意に比率が高かったのは、「住まいが賃貸」、「配偶者がいない」、「年収100万円以下」、「同300万円以下」であった。

要介護認定状況に関して（表1）、要介護認定率に両群で差は見られなかったが、「障害高齢者の日常生活自立度A1以上」の比率は、独居群が同居あり群に比べて有意に低くなっていた。基本チェックリストによる評価、フレイル（Satakeらの基準）は差がな

かった。

身体的健康に関して（表2）、独居群では「自力での外出」ができない者の比率が有意に低かった。一方で、「ひざの痛み」あり、「過去3か月の精神的ストレス」ありの比率が有意に高かった。

口腔機能ならびに食事・栄養に関して（表3）、以下の項目では、同居者あり群に比べて独居群で有意に比率が高かった：「食事回数が1日2回」、「外食の利用頻度が週4-7日」、「弁当・惣菜、配食の利用頻度が週4-7日」、「普段一緒に食事をとる人」がいない（自分ひとり）、「主食・主菜・副菜がそろった食事」を摂ることが朝食と夕食ではほとんどない、「最近6か月の体重減少」2-3kg以上。一方、「食事づくり」するのが週0-3日以下の比率は、独居群で有意に低かった。

生活習慣に関して（表4）、「喫煙」ありの比率は独居群で高かった。JST式活動能力指標による生活機能の評価に関して（表4）、「携帯電話の使用」、「ATMの使用」、「生活の中でのちょっとした工夫」の項目では、独居群で「していない／できない」の比率が有意に低かった。一方、「病人の看病ができる」、「家族や知人の世話をしている」の項目では、独居群で「していない／できない」の比率が有意に高かった。

精神的健康に関して（表5）、精神的健康状態の悪化と判定されるWHO-5が13点未満の比率は両群で差はなかった。下位5項目のうち、独居群で「少ない」の比率が有意に高かったのは「明るく楽しい気分を過ごした」のみであった。GDS-5では、5項目すべてで、独居群でネガティブな回答の比率が有意に高かった。

ソーシャルネットワーク、対人交流に関

して(表6)、社会的孤立状態と判定されるLSNS-6が12点未満の比率は両群で差がなかった。下位項目では、友人との関係において「月に1回以上会う」、「個人的な話ができる」、「助けを求めることができる」友人が「いない(0人)」者の比率は独居群で有意に低かった。別居家族・親族との関係に関して、「月に1回以上会う」、「助けを求めることができる」別居家族・親族が「いない(0人)」者の比率は独居群で有意に高かった。

他者との交流頻度に関して(表6)、交流頻度が「月に1回未満/いない」の比率は、独居群では友人との直接交流、間接交流ともに、同居者あり群より有意に低かった。別居家族・親族との交流頻度、近所づきあいでは差はなかった。

地域活動・グループ活動に関して(表6)、「行かない」との比率は両群で差はなかった。

ソーシャルサポートに関して(表7)、独居群では道具的サポート、すなわち「用事・留守番を頼める」、「2-3日の看病を頼める」、「長期間の看病を頼める」、「緊急時に来てくれる」、「家事などの支援をしてくれる」人が「いない」の比率が、独居群で有意に高かった。

地域や近隣住民への信頼感(ソーシャルキャピタル)に関して(表7)、両群で差はなかった。

認知症に関する知識について(表8)、「症状」、「接し方」、「相談先」を知らないとの比率は、両群で差はなかった。認知症に関する相談先として、両群とも「家族・親族」との回答が最も多く、次いで「医療機関」、「居宅介護支援事業所」の順で多くなっていた。独居群と同居者あり群との比較では、「友人・

知人」の比率が独居群で有意に高く、「医療機関」、「家族・親族」の比率が独居群で有意に低かった。

認知症に対する意識に関して(表8)、「自分が認知症になってもこの地域で暮らしていける」との項目について「思わない」との回答は独居群で有意に高かった。また、独居群では「認知症になったら生活したい場所」について「在宅で」の回答が、同居者あり群に比べて有意に低かった。

2. 認知機能の低下が疑われる独居高齢者と低下していない独居高齢者の比較

同居者がいない、すなわち独居高齢者2,678名を分析対象として、認知機能低下疑いの有無(低下疑いありは、自記式認知症チェックリスト20点以上、疑いなしは同19点以下)を説明変数、性別と年齢を調整変数として、人口統計学変数、要介護認定状況、身体的健康、口腔機能、食事・栄養、生活習慣、生活機能、精神的健康、社会的健康を目的変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った。認知機能低下が疑われる高齢者は194名、低下がないと思われる高齢者は2,438名であった。女性はそれぞれ135名(69.6%)、1,566名(64.2%)、平均年齢はそれぞれ 83.5 ± 6.78 歳、 76.2 ± 6.65 歳で、認知機能低下疑いの高齢者は平均年齢が高かった。

認知機能低下が疑われる高齢者では、教育歴が「初等教育以下」、「無職」、「年収100万円以下」、「年収300万円以下」、「経済的に苦しい」の比率が、疑いのない高齢者に比べ有意に高かった(表9)。要介護認定、障害高齢者の日常生活自立度A1以上(支障あり)、認知症高齢者の日常生活自立度IIa以

上（支障あり）、基本チェックリスト各項目の該当、フレイル（Satakeらの基準）該当は、いずれも認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。

身体的健康に関して（表10）、すべての項目で、認知機能低下疑いの高齢者でネガティブな回答（健康でない、できない、等）の比率が有意に高かった。

口腔機能ならびに食事・栄養に関して（表11）、認知機能低下疑いの高齢者で、咬合力、食欲、満腹感、食事量の減少、食事作り、弁当・総菜等の利用、孤食、主食・主菜・副菜がそろった食事、体重減少においてネガティブな方向の回答の比率が有意に高かった。食事回数、外食の利用頻度は差がなかった。

生活習慣、生活機能に関して（表12）、禁煙習慣で有意差がないのを除き、すべての項目で、認知機能低下疑いの高齢者でネガティブな回答の比率が有意に高かった。

精神的健康に関して（表13）、認知機能低下疑いの高齢者で、精神的健康状態が悪化と判定（WHO-5 合計得点 13 点未満）された者の比率が有意に高かった。また、WHO-5 下位項目およびGDS-5のすべての項目で、認知機能低下疑いの高齢者でネガティブな回答の比率が有意に高かった。

ソーシャルネットワーク、対人交流に関して（表14）、社会的孤立状態（LSNS-6 が 12 点未満）の比率は、認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。また、友人との関係において「月に 1 回以上会う」、「個人的な話ができる」、「助けを求めることができる」友人が「いない（0 人）」者の比率は、認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。別居家族・親族との関係ではいずれも差はなかった。

他者との交流頻度に関して（表14）、友人との直接交流頻度および間接交流頻度、家族との間接交流頻度が「月 1 回未満/いない」の比率、近所づきあいが「ない」に比率が、認知機能低下疑いの高齢者で高くなっていた。

地域活動・グループ活動に関して（表14）、その他の活動を除くすべての活動で、認知機能低下疑いの高齢者で「行かない」の比率が有意に高かった。

ソーシャルサポートに関して（表15）、認知機能低下疑いの高齢者では、情緒的サポート、すなわち、「親しく話す近所の人」、「行き来する友人・家族・親族」、「心配事を聞いてくれる」、「思いやってくれる」の項目で「いない」の比率が有意に高かった。また、「緊急時に来てくれる」で「いない」の回答の比率が、認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。一方、「家事などの支援をしてくれる」人が「いない」の比率は、機能低下の疑いがない高齢者で有意に高かった。

ソーシャルキャピタルに関して（表15）、すべての項目で、認知機能低下疑いの高齢者で「思わない」、すなわちネガティブな方向の回答の比率が有意に高かった。

認知症に関する知識について（表16）、「症状」、「接し方」、「相談先」を知らないとの比率は、認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。相談先としては、認知機能低下疑いの高齢者では「家族・親族」、「医療機関」、「居宅介護支援事業所」の順で多く挙げられているのに対し、疑いのない高齢者では、「医療機関」、「家族・親族」、「地域包括支援センター」の順が多かった。両者で比較すると、「居宅介護支援事業所」は認知機能低下疑いの高齢者で有意に多く挙げられており、

「医療機関」、「地域包括センター」、「区役所」、「友人・知人」は疑いがない高齢者で有意に多く挙げられていた。「わからない」との回答の比率は、認知機能低下疑いの高齢者で有意に高かった。

認知症に対する意識に関して(表16)、自分または家族が認知症になってもこの地域で暮らしていけるかの質問項目について「思わない」「わからない」の比率とも、両者で差はなかった。「認知症になったら生活したい場所」について「在宅で」の回答は、認知機能低下疑いの高齢者で有意に比率が高かった。

D. 考察

独居認知症高齢者の生活実態、生活課題を明らかにするために、独居かつ認知機能低下が疑われる高齢者と、①同居者がいる認知機能低下疑いの高齢者、②独居の認知機能低下がない高齢者との比較を行った。

同居者がいる認知機能低下疑いの高齢者の比較では、次のような特徴が明らかになった。認知機能低下が疑われる独居高齢者は、女性が多い、賃貸住宅居住者が多い、配偶者がいない、年収が低い、食事回数が1日2回、外食や弁当・総菜・配食の機会が多い、一緒に食事をする人がいない、6か月以内に2-3kg以上の体重減少がある、禁煙者が多い、病人の看病や家族等の世話をしている人が少ない、うつ傾向が高い、道具的サポートが不足している、地域生活の継続可能性に否定的である。一方で、生活自立度が高く、友人のサポートネットワークが大きく、友人との交流頻度も多い。

すなわち、独居であることのリスクとして、経済(低年収)や住まい(賃貸住宅)に

関するリスク、道具的サポートが少ないこと、精神的健康度が低いことを挙げることができる。このため、生活自立度が一定程度保持されているにもかかわらず、地域生活の継続可能性については否定的であるものと考えられた。

続いて、認知機能低下疑いのない独居高齢者との比較では、次のような特徴が明らかになった。認知機能低下疑いのある独居高齢者は、年齢が高い、低学歴、無職、低年収、経済的に困窮している、要介護度や生活自立度が悪い、フレイルの該当者が多い、身体的健康や機能が悪い、口腔機能が悪い、食欲の低下、食事量の減少、食事づくりをしない、弁当・総菜・配食の機会が多い、一緒に食事をする人がいない、主食・主菜・副菜がそろった食事をする機会が少ない、3ヵ月または6か月以内の体重減少がある、生活が不規則で、外出機会が少ない、飲酒するものが多い、生活機能が低い、精神的健康が悪い、うつ傾向が高い、社会的孤立状態にある、友人のサポートネットワークの規模が小さく、友人との交流頻度が少ない、家族との間接的な交流頻度が少ない、近所づきあいが少ない、地域活動・グループ活動に不参加、情緒的サポートが不足している、近隣や地域への信頼感が低い、認知症に関する知識が不足している、認知症発症後在宅生活を希望する者が多い。一方、食事回数、外食の利用頻度、禁煙者では両者に差がなく、「家事支援」を受けている者は独居者で多かった。

以上は、認知機能低下によるリスクを示すものと考えられる。すなわち、認知機能のみならず、身体的機能や健康、口腔機能、生活習慣や生活機能、精神的健康で機能が低

いまたは状態が悪く、外出頻度、社会参加の機会も少ないことが示された。特に、情緒的サポートや対人ネットワーク、他者との交流頻度の不足、近隣・地域への信頼感の低さ、経済的側面や食事・栄養面での困窮、貧困状態が示される一方で、認知症発症後には在宅での生活を希望している者が相対的に多かった。

それぞれの比較から共通して明らかになった独居の認知機能低下高齢者のリスク要因は、ソーシャルサポートの不足、精神的健康の悪化、また経済的困窮である。独居認知症高齢者が地域で継続して生活するには、これらの支援が必要であると考えられる。

E. 結論

本年度は、昨年度実施した郵送自記式アンケート調査のデータを用いて、認知機能低下が疑われる独居高齢者の生活実態を明らかにすることを目的として、①同居者がいる(非独居)認知機能低下疑いの高齢者との比較、ならびに、②認知機能低下疑いのない独居高齢者との比較によって、身体的機能、精神的機能、生活機能ならびに社会的機能に関する分析・検討を行った。

その結果、独居の認知機能低下高齢者は、同居者がいる認知機能低下高齢者に比べ、生活自立度が高く、友人とのネットワークや交流頻度が高い一方で、経済(低年収)や住まい(賃貸住宅)、道具的サポートが少ないといったリスクがあり、精神的健康度が低く、地域生活の継続可能性については否定的であった。

認知機能低下がない独居高齢者と比較すると、認知機能のみならず、身体的機能や健康、口腔機能、生活習慣や生活機能、精神的

健康で低機能または状態が悪く、外出頻度、社会参加の機会も少ないことが示された。特に、情緒的サポートや対人ネットワーク、他者との交流頻度が不足し、近隣・地域への信頼感が低く、経済的や食事・栄養的側面での困窮、貧困の状態も示される一方で、認知症発症後には在宅での生活を希望している者が相対的に多かった。

共通して明らかになった独居の認知機能低下高齢者のリスク要因は、ソーシャルサポートの不足、精神的健康の悪化、また経済的困窮であり、これらの支援が必要であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

表1 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (1) 人口統計学的変数

	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上 対象者数	世帯状況	同居あり	合計	同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
		194	366	560				
性別	女性%	69.6%	50.0%	56.8%	2.006	1.374	2.930	<0.001 ***
年齢	後期高齢者%	88.7%	81.1%	83.8%	1.570	0.927	2.658	0.093 ns
住まい	賃貸 (3.4.5.6) %	66.5%	52.2%	57.1%	2.091	1.426	3.065	<0.001 ***
配偶状況	配偶者なし%	90.2%	27.3%	49.1%	43.228	21.326	87.624	<0.001 ***
学歴	初等教育 (1.2.3) 以下%	41.2%	31.4%	34.8%	1.254	0.857	1.835	0.243 ns
就業状況	無職%	94.8%	91.5%	92.7%	1.415	0.547	3.658	0.474 ns
年収	年収100万円以下 (1.2) %	29.4%	18.3%	22.1%	1.642	1.051	2.566	0.030 *
	年収300万円以下 (1,2,3) %	77.3%	59.8%	65.9%	5.270	2.426	11.450	<0.001 ***
主観的経済状況	経済的困窮 (1.2) %	51.0%	48.9%	49.6%	1.427	0.976	2.086	0.066 ns
要介護認定	認定率 (要支援1以上)	69.6%	55.5%	60.4%	1.459	0.983	2.167	0.061 ns
	認定率 (要介護1以上)	42.3%	38.3%	39.6%	0.956	0.658	1.387	0.811 ns
障害高齢者の日常生活自立度	A1以上%	37.6%	42.6%	40.9%	0.626	0.428	0.917	0.016 *
認知症高齢者の日常生活自立度	II a以上%	33.5%	30.9%	31.8%	0.922	0.622	1.366	0.686 ns
基本チェックリスト(該当%)	運動	78.4%	76.8%	77.3%	0.958	0.622	1.477	0.847 ns
	栄養	10.3%	5.5%	7.1%	1.556	0.798	3.035	0.194 ns
	口腔	53.6%	55.2%	54.6%	0.960	0.671	1.375	0.825 ns
	20項目	68.0%	72.7%	71.1%	0.705	0.475	1.045	0.082 ns
	特定高齢者	90.2%	86.6%	87.9%	1.178	0.662	2.098	0.577 ns
	閉じこもり	28.9%	35.0%	32.9%	0.704	0.477	1.038	0.077 ns
	認知症	85.1%	87.4%	86.6%	0.782	0.467	1.308	0.349 ns
	うつ	80.4%	74.9%	76.8%	1.453	0.938	2.252	0.095 ns
フレイル (Satakeら)	8点以下%	84.0%	84.2%	84.1%	0.888	0.544	1.448	0.633 ns

表 2 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (2) 身体的健康・身体的機能

	世帯状況	世帯状況			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	対象者数	194	366	560			
問4_主観的健康感	健康でない(3+4)%	62.9%	64.2%	63.8%	1.075	0.730	1.584	0.713 ns
問8_2かかりつけ医	なし%	7.7%	7.9%	7.9%	1.028	0.527	2.006	0.936 ns
問9主観的口腔健康感	健康でない(3+4)%	57.2%	58.7%	58.2%	1.095	0.753	1.592	0.634 ns
問10_1かかりつけ歯科医	いない(2+3)%	37.6%	41.5%	40.2%	0.837	0.579	1.209	0.343 ns
問10_2過去1年間の歯科受診	2.していない%	41.2%	44.8%	43.6%	0.809	0.558	1.172	0.262 ns
問6_自力歩行	外出可能%	33.5%	40.4%	38.0%	0.649	0.440	0.958	0.030 *
問7_1_肩の痛み	痛みあり(1+2)%	34.5%	31.7%	32.7%	1.152	0.757	1.751	0.509 ns
問7_2_腰の痛み	痛みあり(1+2)%	60.3%	53.3%	55.7%	1.438	0.951	2.176	0.085 ns
問7_3_ひざの痛み	痛みあり(1+2)%	62.4%	46.7%	52.1%	2.005	1.315	3.058	0.001 **
問8_1過去3か月の精神的ストレス	あり%	31.4%	23.5%	26.3%	1.768	1.169	2.675	0.007 **
問8_3過去1年間の入院	あり%	35.6%	34.4%	34.8%	1.086	0.746	1.582	0.667 ns
問8_4視力	見えない%	32.5%	25.7%	28.0%	1.376	0.929	2.038	0.111 ns
問8_5歩行1km	できない%	70.6%	68.6%	69.3%	0.945	0.628	1.422	0.786 ns

表3 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (3) 口腔機能、食事・栄養

	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	世帯状況			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
対象者数	194	366	560					
問25咬合力	噛めない(3+4+5+6)%	28.9%	28.7%	28.8%	0.997	0.670	1.486	0.990 ns
問25a噛み切れる食品	_1さきいか・たくあん%	42.3%	40.2%	40.9%	1.148	0.776	1.699	0.490 ns
	_2にんじん・セロリ%	33.0%	30.6%	31.4%	1.143	0.760	1.720	0.522 ns
	_3油あげ・白菜つけもの%	11.9%	7.9%	9.3%	1.607	0.882	2.928	0.121 ns
問16_1食欲	ない(1+2)%	18.0%	14.5%	15.7%	1.291	0.798	2.087	0.298 ns
問16_2満腹感	数口〜1/3で満腹(1+2)%	8.8%	8.2%	8.4%	0.989	0.521	1.876	0.973 ns
問16_3食事の味	まずい(1+2)%	6.7%	3.6%	4.6%	2.022	0.894	4.573	0.091 ns
問16_4食事の回数	1日1回以下(1+2)%	1.0%	0.5%	0.7%	1.267	0.166	9.651	0.819 ns
	1日2回(3+4+5)%	28.4%	18.9%	22.1%	1.807	1.191	2.740	0.005 **
問16_5食事量の減少	食事量の減少あり(1+2)%	30.9%	30.6%	30.7%	1.061	0.714	1.577	0.770 ns
問17食事づくり	週0-3日以下(3+4+5)%	51.5%	73.5%	65.9%	0.362	0.245	0.535	<0.001 ***
問18外食の利用頻度	週4-7日以上(1+2)%	8.8%	1.6%	4.1%	5.726	2.174	15.080	<0.001 ***
問19弁当・惣菜、配食の利用頻度	週4-7日以上(1+2)%	32.0%	10.9%	18.2%	3.772	2.382	5.972	<0.001 ***
問21一緒に食事をする人	孤食(1)%	87.1%	23.5%	45.5%	23.044	13.854	38.330	<0.001 ***
問22_主食・主菜・副菜がそろった食事	朝食_ほとんどない%	34.5%	14.2%	21.3%	3.715	2.379	5.800	<0.001 ***
	昼食_ほとんどない%	20.1%	14.5%	16.4%	1.582	0.983	2.545	0.059 ns
	夕食_ほとんどない%	14.4%	6.0%	8.9%	3.283	1.764	6.110	<0.001 ***
問24_体重減少_3か月	減少_2-3kg以上(3+4)%	6.7%	5.7%	6.1%	1.316	0.631	2.743	0.464 ns
問24_体重減少_6か月	減少_2-3kg以上(3+4)%	11.9%	7.1%	8.8%	1.926	1.046	3.544	0.035 *

表 4 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (4) 生活習慣、生活機能

自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	世帯状況				同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
	独居	同居あり	合計		Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
	該当	該当	該当	該当		下限	上限	
対象者数	194	366	560					
問8_6一日中家の中で過ごす	一日中家の中で過ごす (はい) %	66.0%	66.9%	66.6%	0.884	0.602	1.297	0.528 ns
問8_7生活が規則正しい	生活が不規則%	30.4%	28.4%	29.1%	1.249	0.838	1.863	0.275 ns
問14_1飲酒習慣	飲酒あり%	18.0%	23.8%	21.8%	0.957	0.599	1.529	0.854 ns
問14_2喫煙習慣	喫煙あり%	8.8%	6.6%	7.3%	2.189	1.095	4.375	0.027 *
問14_3外出頻度	週1回未満(5)%	24.7%	29.5%	27.9%	0.742	0.493	1.118	0.154 ns
問14_4趣味・余暇活動	していない%	64.9%	68.0%	67.0%	0.918	0.613	1.373	0.676 ns
問14_5散歩	していない%	64.4%	66.4%	65.7%	0.847	0.573	1.253	0.406 ns
問14_6軽い体操	していない%	54.1%	53.3%	53.6%	1.085	0.755	1.559	0.659 ns
問14_7スポーツ	していない%	85.1%	83.1%	83.8%	1.062	0.631	1.789	0.820 ns
問11_JST1携帯電話の使用	いいえ%	42.3%	56.8%	51.8%	0.386	0.258	0.578	<0.001 ***
問11_JST2ATMの使用	いいえ%	60.8%	65.0%	63.6%	0.622	0.419	0.924	0.019 *
問11_JST3ビデオ・DVDプレイヤーの操作	いいえ%	75.8%	73.8%	74.5%	0.827	0.521	1.313	0.421 ns
問11_JST4メールの使用	いいえ%	78.4%	79.0%	78.8%	0.742	0.457	1.207	0.229 ns
問11_JST5外国のニュースへの関心	いいえ%	43.8%	47.8%	46.4%	0.724	0.500	1.049	0.088 ns
問11_JST6健康リテラシー	いいえ%	53.6%	56.0%	55.2%	0.829	0.571	1.205	0.326 ns
問11_JST7美術、映画、音楽鑑賞	いいえ%	70.6%	68.0%	68.9%	1.055	0.705	1.578	0.795 ns
問11_JST8教育番組の視聴	いいえ%	65.5%	62.8%	63.8%	1.111	0.758	1.630	0.589 ns
問11_JST9犯罪被害対策	いいえ%	44.3%	44.8%	44.6%	1.139	0.790	1.642	0.486 ns
問11_JST10生活の中での工夫	いいえ%	50.0%	62.3%	58.0%	0.607	0.418	0.880	0.009 **
問11_JST11病人の看病	いいえ%	91.8%	81.7%	85.2%	3.903	1.861	8.188	<0.001 ***
問11_JST12家族・知人の世話	いいえ%	94.8%	83.6%	87.5%	7.229	2.549	20.501	<0.001 ***
問11_JST13地域行事への参加	いいえ%	86.1%	89.3%	88.2%	0.624	0.352	1.105	0.106 ns
問11_JST14町内会・自治会への参加	いいえ%	94.8%	93.7%	94.1%	1.252	0.494	3.172	0.636 ns
問11_JST15世話役や役職	いいえ%	96.9%	95.1%	95.7%	1.854	0.506	6.795	0.351 ns
問11_JST16ボランティア活動	いいえ%	96.9%	95.1%	95.7%	0.726	0.233	2.255	0.579 ns

表 5 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (5) 精神的健康

	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	世帯状況			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
	対象者数	194	366	560				
WHO-5	13点未満%	54.6%	53.0%	53.6%	1.260	0.854	1.860	0.245 ns
問40_1WHO5_1明るく楽しい気分	少ない (2+1+0)%	46.9%	40.2%	42.5%	1.669	1.133	2.461	0.010 **
問40_2WHO5_2リラックス	少ない (2+1+0)%	39.7%	36.1%	37.3%	1.396	0.945	2.062	0.094 ns
問40_3WHO5_3意欲的	少ない (2+1+0)%	60.8%	63.1%	62.3%	0.968	0.644	1.455	0.875 ns
問40_4WHO5_4ぐっすり眠れた	少ない (2+1+0)%	44.3%	41.8%	42.7%	1.321	0.899	1.941	0.156 ns
問40_5WHO5_5興味のあること	少ない (2+1+0)%	64.4%	63.4%	63.8%	1.203	0.789	1.834	0.391 ns
問41_1_GDS1今の生活に満足	いいえ%	47.4%	37.7%	41.1%	1.761	1.199	2.588	0.004 **
問41_2_GDS4退屈	はい%	59.8%	52.5%	55.0%	1.714	1.154	2.544	0.008 **
問41_3_GDS9家にいる方が好き	はい%	53.1%	65.0%	60.9%	0.605	0.410	0.895	0.012 *
問41_4_GDS12生きていても仕方がない	はい%	46.9%	36.6%	40.2%	1.604	1.098	2.342	0.014 *
問41_5_GDS8どうしようもない	はい%	61.9%	54.4%	57.0%	1.656	1.104	2.486	0.015 *

表 6 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (6) 対人ネットワーク、対人交流、地域・グループ活動

	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	世帯状況			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
対象者数	194	366	560					
LSNS-6	12点未満%	71.6%	75.4%	74.1%	0.914	0.601	1.391	0.676 ns
問28_1LSNS6_4友人_月に1回以会う	0.いない%	37.6%	50.3%	45.9%	0.602	0.413	0.878	0.008 **
問28_2LSNS6_5友人_個人的な話	0.いない%	37.1%	49.5%	45.2%	0.646	0.444	0.941	0.023 *
問28_3LSNS6_6友人_助けを求める	0.いない%	40.2%	54.6%	49.6%	0.596	0.409	0.867	0.007 **
問31_1LSNS6_1家族_月に1回以会う	0.いない%	21.1%	14.8%	17.0%	2.201	1.349	3.592	0.002 **
問31_2LSNS6_2家族_個人的な話	0.いない%	16.0%	15.0%	15.4%	1.463	0.878	2.435	0.144 ns
問31_3LSNS6_3家族_助けを求める	0.いない%	16.5%	11.7%	13.4%	1.957	1.158	3.308	0.012 *
問29直接交流頻度_友人	5.月に1回未満/いない%	63.9%	75.4%	71.4%	0.539	0.351	0.828	0.005 **
問30間接交流頻度_友人	5.月に1回未満/いない%	51.5%	69.9%	63.6%	0.439	0.298	0.648	<0.001 ***
問32直接交流頻度_家族	5.月に1回未満/いない%	51.0%	58.7%	56.1%	0.863	0.591	1.259	0.444 ns
問33間接交流頻度_家族	5.月に1回未満/いない%	40.7%	51.1%	47.5%	0.723	0.497	1.051	0.090 ns
問26近所づきあい	4.つきあいなし%	34.0%	39.1%	37.3%	0.886	0.607	1.295	0.532 ns
問34グループ活動1_ボランティア	4.行かない%	85.6%	89.3%	88.0%	0.651	0.242	1.752	0.395 ns
問34グループ活動2_スポーツ関係	4.行かない%	84.5%	85.0%	84.8%	1.392	0.606	3.200	0.436 ns
問34グループ活動3_趣味関係	4.行かない%	78.9%	83.3%	81.8%	0.710	0.383	1.317	0.277 ns
問34グループ活動4_老人クラブ	4.行かない%	77.8%	84.2%	82.0%	0.744	0.396	1.396	0.356 ns
問34グループ活動5_町内会・自治会	4.行かない%	79.9%	85.5%	83.6%	0.629	0.312	1.270	0.196 ns
問34グループ活動6_その他	4.行かない%	63.4%	74.9%	70.9%	0.879	0.502	1.538	0.651 ns

表7 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (7) ソーシャルサポート、ソーシャルキャピタル

	世帯状況	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
		対象者数	194	366	560			
問35_サポート1_親しく話す近所の人	いない%	51.0%	60.4%	57.1%	0.774	0.531	1.127	0.181 ns
問35_サポート2_行き来する友人・家族・親族	いない%	34.5%	38.3%	37.0%	0.935	0.638	1.369	0.728 ns
問35_サポート3_心配事を聞いてくれる	いない%	24.2%	24.0%	24.1%	1.241	0.804	1.915	0.329 ns
問35_サポート4_思いやってくれる	いない%	18.0%	18.6%	18.4%	1.291	0.799	2.084	0.297 ns
問35_サポート5_用事・留守番を頼める	いない%	46.4%	40.2%	42.3%	1.572	1.075	2.300	0.020 *
問35_サポート6_短期間の看病を頼める	いない%	34.0%	18.3%	23.8%	3.195	2.064	4.946	<0.001 ***
問35_サポート7_長期間の看病を頼める	いない%	37.1%	22.7%	27.7%	2.700	1.778	4.099	<0.001 ***
問35_サポート8_緊急時来てくれる	いない%	23.2%	16.9%	19.1%	2.063	1.291	3.296	0.002 **
問35_サポート9_情報をくれる	いない%	30.9%	30.6%	30.7%	1.380	0.912	2.089	0.127 ns
問35_サポート10_家事援助	いない%	32.0%	22.4%	25.7%	2.139	1.405	3.259	<0.001 ***
問27_1人は信頼できる	思わない(3+4)%	24.7%	27.9%	26.8%	0.963	0.632	1.468	0.862 ns
問27_2人は他人の役に立とうとする	思わない(3+4)%	24.2%	29.8%	27.9%	0.868	0.567	1.328	0.514 ns
問27_3近隣の人は信頼できる	思わない(3+4)%	28.9%	29.0%	28.9%	1.307	0.861	1.985	0.209 ns
問27_4近隣の人は他人の役に立とうとする	思わない(3+4)%	36.1%	37.2%	36.8%	1.162	0.779	1.732	0.462 ns
問27_5背景が似ている人と付き合う	思わない(3+4)%	37.1%	43.2%	41.1%	0.897	0.604	1.333	0.592 ns
問27_6背景が異なる人と付き合う	思わない(3+4)%	63.9%	65.8%	65.2%	0.943	0.584	1.523	0.810 ns
問27_7近隣・地域に貢献したい	思わない(3+4)%	45.9%	52.7%	50.4%	0.809	0.547	1.199	0.291 ns

表 8 認知機能低下疑いの独居高齢者と同居者がいる高齢者との比較 (8) 認知症に関する知識、意識

	自記式認知症チェックリスト：該当20点以上	世帯状況			同居者の有無(独居=1, 同居者あり=0)			
		独居	同居あり	合計	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
		該当	該当	該当		下限	上限	
対象者数	194	366	560					
問36_1認知症の症状を知っている	知らない(3+4)%	33.0%	37.2%	35.7%	0.866	0.590	1.272	0.464 ns
問36_2認知症の人との接し方を知っている	知らない(3+4)%	70.1%	72.4%	71.6%	0.983	0.638	1.515	0.937 ns
問36_3認知症の相談先を知っている	知らない(3+4)%	71.6%	71.6%	71.6%	1.058	0.684	1.637	0.801 ns
問37認知症の相談先	1.医療機関%	33.0%	43.4%	39.8%	0.648	0.441	0.950	0.026 *
	2.地域包括センター%	17.0%	19.9%	18.9%	0.822	0.514	1.315	0.414 ns
	3.区役所%	3.1%	6.6%	5.4%	0.553	0.218	1.402	0.212 ns
	4.居宅介護支援事業所%	26.8%	22.7%	24.1%	1.138	0.748	1.732	0.546 ns
	5.家族・親族%	37.1%	47.0%	43.6%	0.573	0.392	0.839	0.004 **
	6.友人・知人%	6.2%	3.0%	4.1%	2.615	1.098	6.228	0.030 *
	7.家族会%	1.5%	2.5%	2.1%	0.585	0.151	2.269	0.438 ns
	8.その他%	1.0%	1.1%	1.1%	1.233	0.217	7.006	0.813 ns
	9.わからない%	18.0%	15.8%	16.6%	1.266	0.783	2.045	0.336 ns
問38_1自分が認知症になってもこの地域で暮らしていける	思わない(1+2)%	25.3%	14.2%	18.0%	2.173	1.378	3.426	0.001 ***
	わからない(5)%	35.6%	35.2%	35.4%	1.076	0.734	1.579	0.706 ns
問38_2家族が認知症になってもこの地域で暮らしていける	思わない(1+2)%	18.0%	15.8%	16.6%	1.294	0.800	2.094	0.294 ns
	わからない(5)%	43.3%	38.5%	40.2%	1.421	0.970	2.083	0.071 ns
問39認知症になったら生活したい場所	1.在宅%	33.0%	54.1%	46.8%	0.401	0.271	0.593	0.000 ***

表9 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較(1) 人口統計学的変数

	自記式認知症チェックリスト			Exp(B)	EXP(B)の95%信頼区間		有意確率	
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当		合計	下限		上限
	対象者数	2438	194	2678				
性別	女性%	64.2%	69.6%	64.4%	0.738	0.526	1.036	0.079 ns
年齢	後期高齢者%	56.6%	88.7%	59.0%	6.022	3.818	9.498	<0.001 ***
住まい	賃貸(3.4.5.6)%	77.6%	66.5%	77.0%	0.760	0.542	1.065	0.111 ns
配偶状況	配偶者なし%	90.7%	90.2%	90.4%	0.893	0.473	1.689	0.729 ns
学歴	初等教育(1.2.3)以下%	21.8%	41.2%	23.5%	1.833	1.327	2.531	<0.001 ***
就業状況	無職%	72.9%	94.8%	74.5%	4.897	2.075	11.557	<0.001 ***
年収	年収100万円以下(1.2)%	15.8%	29.4%	17.0%	2.496	1.735	3.591	<0.001 ***
	年収300万円以下(1,2,3)%	79.3%	77.3%	79.0%	2.334	1.115	4.887	0.025 *
主観的経済状況	経済的困窮(1.2)%	42.2%	51.0%	42.8%	1.847	1.351	2.526	<0.001 ***
要介護認定	認定率(要支援1以上)	10.0%	69.6%	14.4%	12.192	8.363	17.775	<0.001 ***
	認定率(要介護1以上)	2.1%	42.3%	5.0%	19.786	12.875	30.407	<0.001 ***
障害高齢者の日常生活自立度	A1以上%	2.1%	37.6%	4.7%	16.125	10.439	24.910	<0.001 ***
認知症高齢者の日常生活自立度	II a以上%	2.0%	33.5%	4.4%	11.341	7.264	17.707	<0.001 ***
基本チェックリスト(該当%)	運動	18.2%	78.4%	23.0%	11.125	7.691	16.092	<0.001 ***
	栄養	2.5%	10.3%	3.3%	3.027	1.693	5.412	<0.001 ***
	口腔	20.9%	53.6%	23.6%	3.854	2.816	5.275	<0.001 ***
	20項目	5.5%	68.0%	10.3%	26.153	18.142	37.701	<0.001 ***
	特定高齢者	32.5%	90.2%	37.3%	13.901	8.535	22.643	<0.001 ***
	閉じこもり	5.6%	28.9%	7.4%	5.697	3.867	8.394	<0.001 ***
	認知症	33.4%	85.1%	37.6%	9.729	6.441	14.695	<0.001 ***
	うつ	33.0%	80.4%	36.8%	6.816	4.690	9.905	<0.001 ***
フレイル(Satakeら)	8点以下%	11.4%	84.0%	17.2%	29.394	19.442	44.441	<0.001 ***

表 10 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（2）身体的健康・身体的機能

	自記式認知症チェックリスト			Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率	
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当		合計	下限		上限
	対象者数	2438	194	2678				
問4_主観的健康感	健康でない(3+4)%	21.0%	62.9%	24.3%	6.408	4.575	8.977	<0.001 ***
問8_2かかりつけ医	なし%	19.4%	7.7%	18.4%	0.511	0.294	0.886	0.017 *
問9主観的口腔健康感	健康でない(3+4)%	31.2%	57.2%	33.1%	3.187	2.317	4.383	<0.001 ***
問10_1かかりつけ歯科医	いない(2+3)%	25.5%	37.6%	26.4%	1.835	1.322	2.546	<0.001 ***
問10_2過去1年間の歯科受診	2.していない%	30.4%	41.2%	31.1%	1.582	1.145	2.186	0.005 **
問6_自力歩行	外出できない(1+2)%	1.3%	33.5%	3.7%	28.093	16.925	46.631	<0.001 ***
問7_1_肩の痛み	痛みあり(1+2)%	19.7%	34.5%	20.8%	2.092	1.456	3.006	<0.001 ***
問7_2_腰の痛み	痛みあり(1+2)%	36.1%	60.3%	38.0%	2.806	1.960	4.019	<0.001 ***
問7_3_ひざの痛み	痛みあり(1+2)%	28.9%	62.4%	31.6%	4.287	2.966	6.196	<0.001 ***
問8_1過去3か月の精神的ストレス	あり%	12.8%	31.4%	14.2%	4.044	2.828	5.784	<0.001 ***
問8_3過去1年間の入院	あり%	14.1%	35.6%	15.7%	2.791	1.995	3.907	<0.001 ***
問8_4視力	見えない%	8.3%	32.5%	10.0%	4.680	3.260	6.720	<0.001 ***
問8_5歩行1km	できない%	12.7%	70.6%	16.8%	12.041	8.448	17.163	<0.001 ***

表 11 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較 (3) 口腔機能、食事・栄養

自記式認知症チェックリスト					Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当	合計	下限		上限		
対象者数		2438	194	2678				
問25咬合力	噛めない(3+4+5+6)%	7.6%	28.9%	9.3%	3.878	2.663	5.648	<0.001 ***
問25a噛み切れる食品	_1さきいか・たくあん%	16.6%	42.3%	18.5%	3.409	2.405	4.831	<0.001 ***
	_2にんじん・セロリ%	10.1%	33.0%	11.8%	3.650	2.512	5.304	<0.001 ***
	_3油あげ・白菜つけもの%	2.3%	11.9%	3.0%	3.709	2.100	6.549	<0.001 ***
問16_1食欲	ない(1+2)%	4.3%	18.0%	5.4%	3.914	2.491	6.151	<0.001 ***
問16_2満腹感	数口~1/3で満腹(1+2)%	2.7%	8.8%	3.2%	3.341	1.824	6.117	<0.001 ***
問16_3食事の味	まずい(1+2)%	0.9%	6.7%	1.4%	8.022	3.618	17.787	<0.001 ***
問16_4食事の回数	1日1回以下(1+2)%	0.6%	1.0%	0.7%	1.443	0.303	6.868	0.645 ns
	1日2回(3+4+5)%	25.4%	28.4%	25.5%	1.342	0.954	1.889	0.091 ns
問16_5食事量の減少	食事量の減少あり(1+2)%	15.2%	30.9%	16.5%	2.143	1.509	3.042	<0.001 ***
問17食事づくり	週0-3日以上(3+4+5)%	12.2%	51.5%	15.0%	13.123	9.086	18.953	<0.001 ***
問18外食の利用頻度	週4-7日以上(1+2)%	8.0%	8.8%	8.0%	1.305	0.752	2.266	0.344 ns
問19弁当・惣菜、配食の利用頻度	週4-7日以上(1+2)%	13.7%	32.0%	14.9%	3.416	2.386	4.891	<0.001 ***
問21一緒に食事をする人	孤食(1)%	95.0%	87.1%	94.1%	0.343	0.202	0.583	<0.001 ***
問22_主食・主菜・副菜がそろった食事	朝食_ほとんどない%	18.0%	34.5%	19.2%	4.963	3.443	7.155	<0.001 ***
	昼食_ほとんどない%	14.7%	20.1%	15.1%	1.809	1.214	2.697	0.004 **
	夕食_ほとんどない%	6.9%	14.4%	7.6%	3.411	2.124	5.478	<0.001 ***
問24_体重減少_3か月	減少_2-3kg以上(3+4)%	2.5%	6.7%	2.8%	3.028	1.553	5.905	0.001 **
問24_体重減少_6か月	減少_2-3kg以上(3+4)%	4.5%	11.9%	5.1%	2.970	1.771	4.981	<0.001 ***

表 12 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（４）生活習慣、生活機能

	自記式認知症チェックリスト				Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当	合計		下限	上限	
	対象者数	2438	194	2678				
問8_6一日中家の中で過ごす	一日中家の中で過ごす（はい）%	17.8%	66.0%	21.2%	7.461	5.353	10.400	<0.001 ***
問8_7生活が規則正しい	生活が不規則%	18.2%	30.4%	19.0%	2.114	1.497	2.985	<0.001 ***
問14_1飲酒習慣	飲酒あり%	37.4%	18.0%	35.4%	0.510	0.341	0.763	0.001 **
問14_2喫煙習慣	喫煙あり%	12.8%	8.8%	12.5%	1.162	0.667	2.023	0.596 ns
問14_3外出頻度	週1回未満(5)%	0.5%	24.7%	2.3%	55.613	27.633	111.926	<0.001 ***
問14_4趣味・余暇活動	していない%	30.7%	64.9%	33.1%	4.904	3.481	6.910	<0.001 ***
問14_5散歩	していない%	43.0%	64.4%	44.3%	2.825	2.035	3.921	<0.001 ***
問14_6軽い体操	していない%	36.7%	54.1%	37.9%	2.422	1.766	3.321	<0.001 ***
問14_7スポーツ	していない%	66.9%	85.1%	67.8%	3.116	2.007	4.839	<0.001 ***
問11_JST1携帯電話の使用	いいえ%	12.6%	42.3%	14.8%	2.648	1.879	3.730	<0.001 ***
問11_JST2ATMの使用	いいえ%	13.3%	60.8%	16.8%	5.187	3.651	7.370	<0.001 ***
問11_JST3ビデオ・DVDプレイヤーの操作	いいえ%	28.8%	75.8%	32.1%	5.486	3.693	8.151	<0.001 ***
問11_JST4メールの使用	いいえ%	28.8%	78.4%	32.3%	5.764	3.891	8.540	<0.001 ***
問11_JST5外国のニュースへの関心	いいえ%	13.2%	43.8%	15.4%	4.581	3.294	6.370	<0.001 ***
問11_JST6健康リテラシー	いいえ%	13.5%	53.6%	16.4%	6.165	4.427	8.585	<0.001 ***
問11_JST7美術、映画、音楽鑑賞	いいえ%	27.1%	70.6%	30.3%	5.709	4.044	8.059	<0.001 ***
問11_JST8教育番組の視聴	いいえ%	33.4%	65.5%	35.6%	3.933	2.830	5.467	<0.001 ***
問11_JST9犯罪被害対策	いいえ%	23.1%	44.3%	24.5%	3.781	2.710	5.276	<0.001 ***
問11_JST10生活の中での工夫	いいえ%	22.8%	50.0%	24.6%	3.521	2.551	4.858	<0.001 ***
問11_JST11病人の看病	いいえ%	45.0%	91.8%	48.2%	15.563	7.882	30.727	<0.001 ***
問11_JST12家族・知人の世話	いいえ%	68.5%	94.8%	70.0%	14.785	5.439	40.196	<0.001 ***
問11_JST13地域行事への参加	いいえ%	72.0%	86.1%	72.5%	2.981	1.908	4.656	<0.001 ***
問11_JST14町内会・自治会への参加	いいえ%	87.0%	94.8%	86.9%	4.337	1.986	9.467	<0.001 ***
問11_JST15世話役や役職	いいえ%	81.5%	96.9%	82.0%	10.873	3.435	34.416	<0.001 ***
問11_JST16ボランティア活動	いいえ%	81.5%	96.9%	82.0%	5.098	2.057	12.634	<0.001 ***

表 13 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（5）精神的健康

	自記式認知症チェックリスト			Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率	
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当		合計	下限		上限
	対象者数	2438	194	2678				
WHO-5	13点未満%	25.3%	54.6%	27.4%	4.989	3.547	7.018	<0.001 ***
問40_1WHO5_1明るく楽しい気分	少ない (2+1+0)%	20.9%	46.9%	22.8%	4.974	3.538	6.993	<0.001 ***
問40_2WHO5_2リラックス	少ない (2+1+0)%	18.3%	39.7%	19.8%	3.678	2.619	5.166	<0.001 ***
問40_3WHO5_3意欲的	少ない (2+1+0)%	31.8%	60.8%	33.8%	4.417	3.117	6.259	<0.001 ***
問40_4WHO5_4ぐっすり眠れた	少ない (2+1+0)%	24.2%	44.3%	25.6%	3.388	2.428	4.727	<0.001 ***
問40_5WHO5_5興味のあること	少ない (2+1+0)%	35.6%	64.4%	37.6%	4.774	3.330	6.844	<0.001 ***
問41_1_GDS1今の生活に満足	いいえ%	26.2%	47.4%	27.6%	3.718	2.659	5.200	<0.001 ***
問41_2_GDS4退屈	はい%	27.4%	59.8%	29.6%	4.673	3.325	6.568	<0.001 ***
問41_3_GDS9家にいる方が好き	はい%	38.6%	53.1%	39.8%	2.181	1.576	3.019	<0.001 ***
問41_4_GDS12生きていても仕方がない	はい%	18.6%	46.9%	20.6%	3.972	2.859	5.519	<0.001 ***
問41_5_GDS8どうしようもない	はい%	34.3%	61.9%	36.3%	4.206	2.986	5.925	<0.001 ***

表 14 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（6）対人ネットワーク、対人交流、地域・グループ活動

	自記式認知症チェックリスト			Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率	
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当		合計	下限		上限
対象者数		2438	194	2678				
LSNS-6	12点未満%	53.0%	71.6%	54.5%	2.286	1.615	3.237	<0.001 ***
問28_1LSNS6_1友人_月に1回以会う	0.いない%	16.0%	37.6%	17.6%	3.611	2.554	5.105	<0.001 ***
問28_2LSNS6_2友人_個人的な話	0.いない%	16.3%	37.1%	17.8%	3.081	2.187	4.340	<0.001 ***
問28_3LSNS6_3友人_助けを求める	0.いない%	24.2%	40.2%	25.5%	2.274	1.633	3.168	<0.001 ***
問31_1LSNS6_4家族_月に1回以会う	0.いない%	27.9%	21.1%	27.5%	0.950	0.648	1.391	0.791 ns
問31_2LSNS6_5家族_個人的な話	0.いない%	16.7%	16.0%	16.8%	1.192	0.776	1.829	0.423 ns
問31_3LSNS6_6家族_助けを求める	0.いない%	16.0%	16.5%	16.4%	1.257	0.824	1.918	0.288 ns
問29直接交流頻度_友人	5.月に1回未満/いない%	36.6%	63.9%	38.7%	3.596	2.547	5.075	<0.001 ***
問30間接交流頻度_友人	5.月に1回未満/いない%	25.0%	51.5%	26.9%	3.475	2.506	4.819	<0.001 ***
問32直接交流頻度_家族	5.月に1回未満/いない%	54.2%	51.0%	53.9%	1.134	0.818	1.573	0.450 ns
問33間接交流頻度_家族	5.月に1回未満/いない%	31.8%	40.7%	32.6%	2.079	1.488	2.906	<0.001 ***
問26近所つきあい	4.つきあいなし%	18.1%	34.0%	19.3%	3.910	2.724	5.611	<0.001 ***
問34グループ活動1_ボランティア	4.行かない%	79.1%	85.6%	79.2%	3.385	1.550	7.392	0.002 **
問34グループ活動2_スポーツ関係	4.行かない%	66.2%	84.5%	67.2%	7.786	3.768	16.087	<0.001 ***
問34グループ活動3_趣味関係	4.行かない%	60.2%	78.9%	61.4%	4.630	2.836	7.560	<0.001 ***
問34グループ活動4_老人クラブ	4.行かない%	79.0%	77.8%	78.5%	2.249	1.332	3.797	0.002 **
問34グループ活動5_町内会・自治会	4.行かない%	76.0%	79.9%	76.0%	3.048	1.761	5.276	<0.001 ***
問34グループ活動6_その他	4.行かない%	65.3%	63.4%	64.9%	1.230	0.757	1.999	0.403 ns

表 15 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（7）ソーシャルサポート、ソーシャルキャピタル

	自記式認知症チェックリスト				Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当	合計		下限	上限	
	対象者数	2438	194	2678				
問35_サポート1_親しく話す近所の人	いない%	36.8%	51.0%	37.7%	2.034	1.471	2.813	<0.001 ***
問35_サポート2_行き来する友人・家族・親族	いない%	20.5%	34.5%	21.5%	2.274	1.610	3.211	<0.001 ***
問35_サポート3_心配事を聞いてくれる	いない%	17.1%	24.2%	17.7%	1.615	1.101	2.369	0.014 *
問35_サポート4_思いやってくれる	いない%	14.2%	18.0%	14.6%	1.608	1.056	2.449	0.027 *
問35_サポート5_用事・留守番を頼める	いない%	48.9%	46.4%	48.7%	0.875	0.635	1.204	0.411 ns
問35_サポート6_短期間の看病を頼める	いない%	41.4%	34.0%	41.0%	0.831	0.594	1.160	0.276 ns
問35_サポート7_長期間の看病を頼める	いない%	45.4%	37.1%	44.7%	0.751	0.542	1.040	0.085 ns
問35_サポート8_緊急時来てくれる	いない%	17.8%	23.2%	18.2%	1.583	1.085	2.310	0.017 *
問35_サポート9_情報をくれる	いない%	28.3%	30.9%	28.5%	1.165	0.821	1.652	0.392 ns
問35_サポート10_家事援助	いない%	58.4%	32.0%	56.2%	0.350	0.250	0.491	<0.001 ***
問27_1人は信頼できる	思わない(3+4)%	16.1%	24.7%	16.8%	2.305	1.585	3.351	<0.001 ***
問27_2人は他人の役に立とうとする	思わない(3+4)%	18.7%	24.2%	19.1%	1.809	1.244	2.629	0.002 **
問27_3近隣の人は信頼できる	思わない(3+4)%	23.4%	28.9%	23.9%	2.009	1.404	2.873	<0.001 ***
問27_4近隣の人は他人の役に立とうとする	思わない(3+4)%	29.0%	36.1%	29.5%	1.786	1.271	2.510	0.001 ***
問27_5背景が似ている人と付き合う	思わない(3+4)%	31.8%	37.1%	32.0%	1.967	1.389	2.786	<0.001 ***
問27_6背景が異なる人と付き合う	思わない(3+4)%	62.1%	63.9%	62.1%	1.609	1.079	2.399	0.020 *
問27_7近隣・地域に貢献したい	思わない(3+4)%	33.6%	45.9%	34.4%	2.420	1.729	3.388	<0.001 ***

表 16 認知機能低下疑いの独居高齢者と疑いのない独居高齢者との比較（8）認知症に関する知識、意識

	自記式認知症チェックリスト				Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間		有意確率
	非該当19点以下/該当20点以上	非該当	該当	合計		下限	上限	
	対象者数	2438	194	2678				
問36_1認知症の症状を知っている	知らない(3+4)%	13.4%	33.0%	14.7%	2.832	2.002	4.006	<0.001 ***
問36_2認知症の人との接し方を知っている	知らない(3+4)%	53.0%	70.1%	54.1%	2.192	1.535	3.130	<0.001 ***
問36_3認知症の相談先を知っている	知らない(3+4)%	54.8%	71.6%	55.8%	2.389	1.662	3.434	<0.001 ***
問37認知症の相談先	1.医療機関%	50.5%	33.0%	49.0%	0.554	0.399	0.769	<0.001 ***
	2.地域包括センター%	28.0%	17.0%	27.1%	0.550	0.367	0.823	0.004 **
	3.区役所%	10.0%	3.1%	9.6%	0.393	0.170	0.909	0.029 *
	4.居宅介護支援事業所%	15.2%	26.8%	15.9%	1.878	1.308	2.697	0.001 ***
	5.家族・親族%	41.2%	37.1%	40.5%	0.822	0.594	1.138	0.238 ns
	6.友人・知人%	15.6%	6.2%	14.8%	0.510	0.277	0.939	0.031 *
	7.家族会%	2.6%	1.5%	2.6%	0.533	0.161	1.770	0.304 ns
	8.その他%	1.3%	1.0%	1.3%	0.789	0.179	3.478	0.754 ns
	9.わからない%	11.6%	18.0%	12.0%	1.887	1.245	2.860	0.003 **
問38_1自分が認知症になってもこの地域で暮らしていける	思わない(1+2)%	28.1%	25.3%	27.8%	0.958	0.673	1.364	0.812 ns
	わからない(5)%	42.7%	35.6%	42.1%	0.783	0.566	1.083	0.140 ns
問38_2家族が認知症になってもこの地域で暮らしていける	思わない(1+2)%	17.8%	18.0%	17.7%	0.996	0.665	1.492	0.986 ns
	わからない(5)%	44.0%	43.3%	43.7%	0.946	0.682	1.312	0.737 ns
問39認知症になったら生活したい場所	1.在宅%	25.2%	33.0%	25.6%	1.743	1.242	2.448	0.001 **

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

都市部の独居認知症高齢者の生活と健康

研究分担者 稲垣 宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者 津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所副部長
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

【目的】高齢社会の日本において独居認知症高齢者の数は増え続けている。彼らの生活実態を把握して有効な公衆衛生学的対策が必要となっている。本研究では、認知機能低下があり、都市部で一人暮らしをする高齢者の生活や健康状態の特徴を詳述した。

【方法】

2015年に東京都足立区で実施した要介護未認定の65歳以上高齢者の郵送悉皆調査のデータから、自記式認知機能チェックリストで認知機能低下ありと判断された4,625名分を記述的に分析した。分析は、性別で層化して、独居者と非独居者の基本属性や健康アウトカム、社会的健康の指標を比較した。健康アウトカム指標に基本チェックリストの各領域のスコアを用い、社会的健康指標にはソーシャルサポート、社会的交流、ソーシャルキャピタルを用いた。

【結果】

認知機能低下した4,625名のうち男性15.4%、女性25.3%が独居だった。年齢階級別の独居割合は、男性は65-69歳で最も高く、加齢とともに低下したのに対し、女性では加齢とともに増えて80-84歳にピークがあった。健康アウトカムの比較では男女とも独居の方が有意に生活機能は良好だった一方で、抑うつ該当数が多かった。社会的健康は全体として女性の方が好成績だった。同居者以外と週1回以上直接会う直接的交流は、女性では独居者67.7%、非独居者56.6%であり、独居で有意に多かった。男性ではこの傾向を認めなかった。

【考察】

日本の都市部における認知機能低下のある独居高齢者の生活や健康についての実態は男女別に異なる特徴を認めた。女性では、独居であることの代償的行動として社会的交流を増やしていたが、男性ではその傾向を認めなかった。独居認知症高齢者の社会参加を促し、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の特徴に留意して適切な方法を提案する必要がある。

A. 研究目的

高齢社会の日本において、独居高齢者の数、独居認知症高齢者の数は増え続けている¹。独居認知症高齢者は、低栄養²や活動性の低下³などの身体的健康、孤独⁴などの精神的健康のハイリスク状態にある。また、独居認知症高齢者の支援ニーズは適切に満たされていない⁵など、現代の地域社会で最も脆弱な立場にある集団の一つと言える。そのため、効果的な対策を検討して実行することは喫緊の課題である。しかし、我が国では独居認知症高齢者の生活実態や健康状態についての大規模な調査がほとんどないため、その実態がわかっていない。

本研究では、認知機能低下があり、都市部で一人暮らしをする高齢者の特徴や健康状態の特徴を分析して記述した。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

横断データを用いた記述的研究

2) 調査対象

2015年に東京都足立区在住で要介護認定を受けていない65歳以上高齢者に実施した郵送悉皆調査の有効回答(75,358名、回収率59.8%)から、同調査中の自記式認知機能チェックリスト18点以上で認知機能低下ありと判断された4,625名を対象とした。

3) 調査項目

基本属性：年齢、性別、配偶者の有無、かかりつけ医の有無、基礎疾患数、自記式認知機能スコア、教育年数、居住年数、主観的経済状況、就業の有無。

アウトカム項目：基本チェックリストの各下位尺度(生活機能、運動機能、栄養、口腔

機能、閉じこもり、抑うつ)、社会的健康に関する項目8項目(相談相手の有無、家事援助の有無、近所付き合いの有無、同居者以外との週1回以上の直接的交流の有無、同居者以外との週1回以上の間接的交流の有無、グループ活動への参加の有無、地域に密接な付き合いがあると思うか、近所に信頼感があると思うか)。

4) 分析方法

男女別に独居と非独居による基本属性の差異とアウトカムの差異を比較した。基本属性の比較検定は、カテゴリ変数には χ^2 乗検定、連続変数には2標本t検定を用いた。アウトカムの比較検定は、カテゴリ変数にはロジスティック回帰分析、連続変数には重回帰分析を使った。単変量の分析を実施後、全ての基本属性項目を調整した多変量の分析を行った。統計学的有意水準は $p=0.05$ としたが、アウトカム数14個と同じ回数の検定を繰り返すため、Bonferroni補正を採用し、 $p<0.0036$ を有意差の判定基準とした。

5) 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

対象となった認知機能低下者4,625名のうち、男性15.4%、女性25.3%が一人暮らしだった。

1) 認知機能低下高齢者の独居割合(図1)

認知機能低下した男性では、65-69歳の年齢階級で独居割合28.5%と最も高く、加齢と

ともに独居割合は低下する傾向だった。一方、女性では独居割合は加齢とともに増え、80-84歳でピークの30.5%に達した。

2) 認知機能低下高齢者の基本属性 (表1)

独居者と非独居者の比較で配偶者ありの割合は男性 10.1%対 91.8%, 女性 2.8%対 59.0%だった。男性ではかかりつけ医ありの独居者 88.5%で非独居者 94.4%よりも少なかった。独居と非独居の比較で、教育年数や基礎疾患数に差は見られなかった。居住年数や就業ありの割合は男女とも独居の方が少なかった。

3) 健康アウトカムの比較 (表2)

基本チェックリストの該当項目数を比較した。男女とも独居の方が非独居よりも生活機能 (Independent Activity of Daily Living, IADL) は良好だった。詳しくは、独居男性の IADL 低下の該当項目数は 1.9 項目で、それに対して非独居男性では 2.4 項目であり、基本属性の変数を調整した p 値でも統計学的に有意であった。同様に、独居女性の IADL 低下該当項目数 2.0 項目に対して非独居女性 2.4 項目で有意差を認めた。

抑うつ該当項目数は男女ともに独居の方が有意に多く、独居者は男女ともに精神的健康が低かった。運動機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもりについては、男女ともに独居・非独居の比較で有意差を認めなかった。

4) 社会的健康の比較 (図2)

全体の傾向として女性の方が社会的健康の項目は好成績だった。家事援助ありの割合は、非独居者 (男性 80.2%, 女性 74.5%)

に比べて、独居者 (男性 20.7%, 女性 36.1%), は圧倒的に少なかった。同居者以外と週 1 回以上交流する割合を見ると、女性では独居者の方が非独居よりも高かった。これは、直接会って交流すること (女性独居 67.7%, 非独居 56.6%) にも、電話などでの間接的交流 (独居 60.5%, 非独居 42.2%) にも当てはまり、ともに統計学的有意差を認めた。しかし、男性ではこの傾向を認めなかった。

D. 考察

主要な結果：男性では年齢とともに独居の割合が減るが、女性では 80-84 歳で独居割合はピークとなった。独居と非独居の比較で、男性独居者の場合、かかりつけ医ありの割合が有意に低いが、女性独居者では非独居者と同等に高かった。認知機能低下しても独居の場合は IADL を維持していたが、精神的健康度は総じて低い。女性は独居の代償行動として友人との交流を増やして社会的健康を維持したが、男性はその傾向が見られない。

これらの結果は諸外国における独居認知症高齢者の傾向と多く一致した^{4,6}。欧米のデータでは、認知症高齢者の独居割合は、データのサンプリング方法によってばらつきがあるものの 28-51%とされ、女性の独居割合が高く、高齢の傾向がある。独居者の方が IADL は高いが、精神的健康は総じて低く、同居者以外との交流が多いという結果の先行研究も認めた。日本の都市部で一人暮らしをする認知機能低下高齢者は、欧米の独居認知症者のデータと類似点が多いと言えるであろう。その上で、標本数の多い本研究では男女で層化した分析を実現した。独居者の属性の特徴や、特に社会的交流のパタ

ーンに男女間の差異を詳述したことは特筆すべきであろう。

E. 結論

日本の都市部に住む認知機能低下のある独居高齢者の生活や健康の実態は、男女別に異なる特徴があった。独居者の年齢やかかりつけ医の有無のような生活実態が男女で異なることや、一人暮らしの代償的な行動と考えられる社会的交流が男女で異なるパターンを示したことは、具体的な公衆衛生学的対策を考える上で示唆的である。社会で増え続けている独居認知症高齢者が社会的孤立に陥ることを未然に防ぎ、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の独居者の生活や健康の実態に留意して最適な方法を考えて提案していく必要があるだろう。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

(引用文献)

1. 栗田主一. 一人暮らし, 認知症, 社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31:451-9.
2. Nourhashemi F, Amouyal-Barkate K, Gillette-Guyonnet S, et al. Living alone with Alzheimer's Disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR study. *J Nutr Health Aging*. 2005;9:117-20.
3. Svansson R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold: a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia (London)*. 2015;14:145-63.
4. Clare L, Martyr A, Henderson C, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Disease*. 2020;78:1207-16.
5. 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*. 2010;22:607-17.
6. Edwards R, Brenowitz WD, Portacolone E, et al. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. 2020; 16:1125-33.

図表一覧

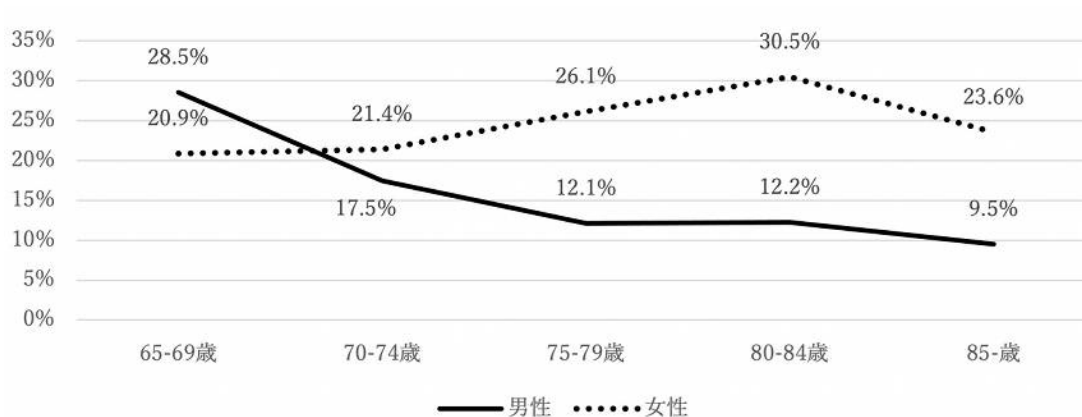


図1. 認知機能低下高齢者の独居割合 (男女別, 年齢階級別)

表1. 独居の有無による基本属性 (男女別)

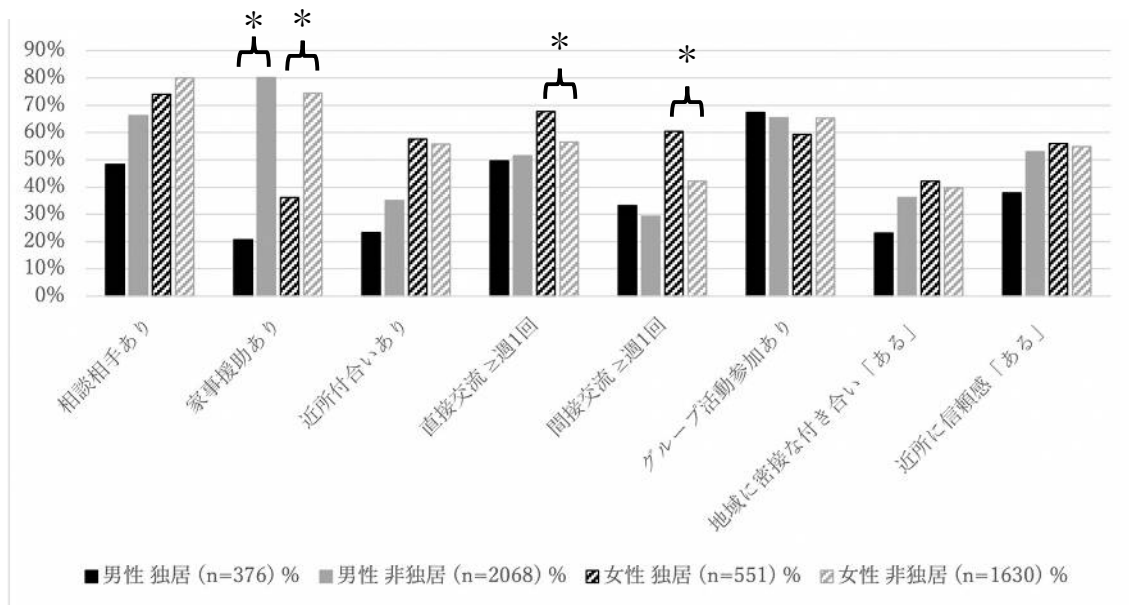
	男性			女性		
	独居(n=376)	非独居(2068)	P*	独居(n=551)	非独居(1630)	P*
	mean±SD/n(%)	mean±SD/n(%)		mean±SD/n(%)	mean±SD/n(%)	
年齢	74.7±6.7	77.3±6.5	<0.001	79.0±6.5	78.5±7.1	0.12
配偶者あり	35 (10.1%)	1825 (91.8%)	<0.001	14 (2.8%)	917 (59.0%)	<0.001
かかりつけ医あり	317 (88.5%)	1891 (94.4%)	<0.001	504 (96.2%)	1497 (94.8%)	0.24
基礎疾患数	1.8±1.3	1.8±1.3	0.52	1.9±1.3	1.9±1.3	0.76
認知機能(10-40)	19.9±2.8	20.9±3.7	<0.001	20.2±3.2	21.0±4.0	<0.001
教育年数	10.8±3.4	10.7±3.0	0.59	9.7±2.5	9.9±2.6	0.21
居住年数	25.7±21.1	36.9±19.9	<0.001	33.2±19.7	35.7±19.8	0.01
経済状況よい	331 (96.2%)	1816 (92.7%)	0.02	482 (95.4%)	1390 (91.0%)	0.001
就業あり	60 (17.1%)	508 (25.6%)	<0.001	58 (11.4%)	288 (18.5%)	<0.001

*連続変数に対しては2標本t検定, カテゴリ変数に対してはカイ2乗検定を用いてp値を算出した.

表2. 独居の有無による基本チェックリスト該当項目数の差 (男女別)

	男性			女性		
	独居 mean±SD	非独居 mean±SD	OLS 調整 p*	独居 mean±SD	非独居 mean±SD	OLS 調整 p*
生活機能低下 (0-5)	1.9±1.1	2.4±1.4	<0.001	2.0±1.3	2.4±1.6	<0.001
運動機能低下 (0-5)	2.3±1.4	2.1±1.5	0.64	2.6±1.4	2.5±1.5	0.84
栄養低下 (0-2)	0.6±0.7	0.4±0.6	0.56	0.5±0.7	0.5±0.7	0.95
口腔機能低下 (0-3)	1.8±1.0	1.5±1.1	0.25	1.6±1.1	1.5±1.0	0.72
閉じこもり (0-3)	1.1±0.7	1.0±0.7	0.55	1.0±0.7	1.1±0.7	0.43
抑うつ (0-5)	3.9±1.5	3.0±1.8	<0.001	3.6±1.6	3.1±1.7	<0.001

*調整した p 値は、重回帰分析を用いて表 1 中の項目を全て調整して算出した。また、統計学的有意差は、p=0.05 をアウトカム数で割った Bonferroni 補正により、p<0.0036 を基準とした。



*調整した p 値は、ロジスティック回帰分析を用いて表 1 中の項目を全て調整して算出した。また、統計学的有意差は、p=0.05 をアウトカム数で割った Bonferroni 補正により、p<0.0036 を基準とした。

図2. 独居の有無による社会的健康の比較 (男女別)

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

地域包括支援センターを要とする認知症の人とともに創るケアと地域づくりに向けた探索
—福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センターにおける試み—

研究分担者 堀田 聰子 慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
研究協力者 猿渡 進平 医療法人静光園白川病院 医療連携室長／
一般社団法人 人とまちづくり研究所 理事
研究協力者 竹下 一樹 福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センター 管理者
研究協力者 西上 ありさ 株式会社 studio-L コミュニティデザイナー／
一般社団法人 人とまちづくり研究所 理事
研究協力者 平井 正明 まほろば倶楽部 奈良県若年性認知症・MCI の人々の集い代表／
奈良県若年性認知症サポートセンターピアサポーター

研究要旨：

地域包括支援センターが、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として、地域における認知症のイメージを認知症のある人とともに変革していくこと、ケアマネジャーが認知症のある人とともに創るケアを実現できるよう支援すること、これを助けるツールを開発することを目的として、福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センターにおいてフィールドワークを行った。

まず、居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランをつうじて現状の認知症のある方をめぐる支援とその背景にある医療介護福祉専門職の認知症に対するイメージを振り返るところから始まり、これを受けて地域包括支援センター職員が、自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びを重ね、新たなアセスメントシートの開発とその改訂に並行して取り組んだ。

認知症の人にやさしいまちづくりで知られる大牟田市ですら、ケアプランを振り返ると本人の想いや姿が必ずしも見えず、アセスメントにおいても家族の声に頼りがちになっていること、専門職であっても「認知症が進むと本人ではわからない」と時に思い込んでしまったり、できないことや課題に焦点を当てすぎてしまう傾向があることが確認された。

困りごとを抱えた人とそれを支援する人という関係を越え、ともによりよいケアの形を探究していくうえでも、「共感」が鍵となる。そのために、専門職がその職種や立場の鎧を脱いで自らの「ゆるかわ」ポイントを探り、一人の生活者の視点からまちあるきを通じてまちを再発見すること、利用者として出会う方についても「ゆるかわ」ポイント探しや肯定のコミュニケーションを念頭に置きながら、一方的に尋ねる、聞き出そうとするのではなく、「やりとり」を重ねることが有効なのではないかと考えられ、本人と専門職の対話に基づき本人が自らつくる「やりとり手帳」が開発された。また、認知症当事者が講師となる認知症サポーター養成講座は、認知症になると何もできなくさせているのは周囲ではないかと気づき、当事者としての経験や知恵に基づいてなにが大切かを問い直し、認知症になっても大丈夫、というメッセージを共有するうえでも重要な機会となることがうかがわれた。

本研究で試みた地域包括支援センター職員が自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びのプロトタイプ化と検証、「やりとり手帳」について、本人・専門職側からの評価を得て、介護支援専門員の更新研修等で紹介する可能性を探索すること、認知症サポーター養成講座においても認知症当事者の更なる活躍が期待される。

A. 研究目的

福岡県大牟田市は認知症にやさしいまちづくりの先進地域の一つとして知られるが、長年にわたるさまざまな取組みを経て、草創期の活動の中核となった地域住民が認知症とともに生きるようになり、ほんとうに「安心して認知症になれるまちづくり」には、認知症観の転換が不可欠との考えに至ったという。

そこで、以下を目的として福岡県大牟田市中心部地域包括支援センターにおいてフィールドワークを行う。

- ・ 地域包括支援センターが、認知症のある人とともに地域における認知症のイメージを変革してゆくための手がかりを得ること
- ・ 地域包括支援センターが、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて、圏域のケアマネジャーが認知症のある人とともに創るケアを実現できるようにすること
- ・ そのための「出会い直し」ツールとしてアセスメントシートを開発すること

B. 研究方法

本研究は、研究分担者及び協力者の企画・運営、伴走により、福岡県大牟田市中心部地域包括支援センターの職員とともに進めた。

参加職員は5人で、年齢は20-50代、保有資格は看護師1人・社会福祉士3人・主任介護支援専門員1人、同センター勤続年数は8か月から8年2か月（開始時点）である。

フィールドワークは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を念頭におき、まず居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランをつうじて現状の認知症のある方をめぐる支援とその背景にある医療介護福祉専門職の認知症に対するイメージを振り返るところから始まり、これを受けて地域包括支援センター職員が、自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直し」学びを重ね、これを助けるアセスメントシートの開発とその改訂に並行して取り組んだ。

(倫理的配慮)

フィールドワーク開始前に、猿渡から参加者に対して本研究の目的や方法等について説明し、同意を得た。一連のプログラム等について、日程や所要時間は猿渡・竹下が参加者の状況を考慮して調整、話したくないことは話さなくてよいこと、途中辞退も可能であることを説明した。また、アセスメントシートに基づくディスカッション等においては、個人名を特定できない形で実施した。

1) 居宅のケアマネジャーのケアプランからの振り返り

日時：2020年11月4日14-17時

参加者：地域包括支援センター職員5人、居宅介護支援事業所主任ケアマネジャー1人

概要：居宅介護支援事業所において担当する80-90代の要介護者4人のアセスメントシートをもとに、地域包括支援センター職員から主任ケアマネジャーへ一問一答形式でのヒアリングを経て、より豊かな生活の支援に向けて、地域包括支援センター職員が新たな介護支援計画書案を立案、これを巡って意見交換と振り返りを行った。

2) 地域包括支援センター職員が自らと出会い直す研修

日時：2020年11月11日9-12時

講師：西上ありさ

参加者：地域包括支援センター職員5人

概要：長寿社会でよりよく生きるためには、自然と人間社会との最適な新陳代謝を目指すこと、人間の人的能力を引き出し人と人とのつながりをつくる学びあいと「共感」による課題解決が重要となること、その共感の鍵は「ゆるかわ」（物理的に隙があり全力でズレている・親しみやすくして好印象、笑える、好きだ）であること、「yes and」型のコミュニケーションが効果的であることを学び、自らの「ゆるかわ」ポイントを見つめ、参加者同士で共有・探し合った。

さらに、新規利用者宅の初回訪問を想

定して、「yes and」型のコミュニケーションに意識しながらロールプレイを実施し、相互にフィードバックした。

「ゆるかわ」ポイント探しと日常的に肯定のコミュニケーションをやってみることを宿題とした。

3) 地域包括支援センター職員が地域と出会い直す研修（講義編）

日時：2020年12月18日9-12時

講師：西上ありさ

参加者：地域包括支援センター職員5人

概要：宿題の確認（ゆるかわポイントは増えたか、なぜ増えた／増えなかったか、肯定のコミュニケーションをやってみたか、なぜできたか／できなかったか）を経て、各参加者が現在かかわっている方について、ゆるかわポイントを探し、他の参加者が会いたくなるような紹介を試みた。

その後、コミュニティデザイン的なまちあるきの特徴（GoogleMAP等を使う、資源ごとに地図にまとめる、住民に話しかける、生活者と同じ体験をする）と進め方（カフェ・パン屋・図書館・本屋・道の駅・市場等に注目、GoogleMAPで評価の高い場所をプロット、インスタで話題の場所に行きハッシュタグで検索、人が集まる場所に行き生活者に教えてもらう）、地図をつくる視点（1枚の地図で1つの視点を表現、人をひきつけ興味深い物語を発掘すること、地図を見た人が何か言いたくなる状況を目指す）とその事例

（心理地図、考現学的地図、『ポータルランド地図帖』からお化けが出る場所、街角で覚える感情、匂いで地域を分ける、監視の目を最小限にする道順等）、撮影する写真の例（美しい・おいしそうだなと思う風景、「あったらいいな」を再現）について講義した。

4) 地域包括支援センター職員が地域と出会い直す研修（フィールドワーク編）

日時：2021年1月14日9-14時

講師：西上ありさ

参加者：地域包括支援センター職員5人

概要：3人2組（竹下を含む）でまちあるき対象地域とテーマを選定、リアルタイムで写真や動画、メッセージ等のコンテンツをシェアできる参加型スマホアプリ・Livecanvasをダウンロードしてまちあるきに出かけた。

シェアされたコンテンツを見ながら共有・振り返りを行った。

西上より出会い直しのツールとしての新たなアセスメントシートの案を提示した。

5) 開発中のアセスメントシート案への地域包括支援センター職員によるフィードバックと改訂

1月14日に提示したシート案について、1月下旬に地域包括支援センター職員からのコメントや意見、改訂案を得て2月中旬にかけて改訂を行い、2月下旬に西上から改訂版（「やりとり手帳」と命名）の説明を実施、各職員がやりとり手帳を活用してアセスメントを試行することにした。

6) 地域包括支援センター職員が認知症のある方と出会い直す研修

日時：2021年3月1日15-17時

講師：平井正明

参加者：地域包括支援センター職員5人

概要：認知症当事者である平井が「当事者として私の考えること」として認知症サポーター養成講座を実施した（付属資料1）。

これまでのあゆみ、認知症の疾病感を変えること、認知症のポジション、認知症は他人事か、アルツハイマー型認知症の進行、自らの状態や症状、若年と老年の違い、活動の3つの原点と最近の活動、病気と向き合って、気づいてほしいこと、認知症の症状のイメージ、認知症への考え、大切なこと、今おもうことなどが語られ、質疑応答を行った。

- 7) 試用を経た「やりとり手帳」の改訂
2月下旬から3月にかけて地域包括支援センター職員が改訂版新アセスメントシート「やりとり手帳」を用いたアセスメントを実施し、3月上旬に更なる見直しのポイントをフィードバック、これを受けてやりとり手帳とその解説を改訂した。

C. 研究結果

- 1) 居宅介護支援事業所において担当する要介護者4人に関する主任ケアマネジャーへの一問一答からは、介護支援専門員は疾患やADLについては認識しているが、本人が大切にしていることやもの、人生史等については十分把握できていないことがうかがわれた。地域包括支援センター職員は、居宅介護支援事業所で作成しているアセスメントシートと一問一答を受けて新たな介護支援計画書の立案を行ったが、本人の想いや生活状況が見えないこと、また地域包括支援センター職員も地域資源を知らないことから、介護保険サービスを中心とする現行プランとほぼ同じ計画書ができた。作成した計画書に基づく議論では、身体状況や医療的ニーズ、本人の困りごと等を聞いてケアプランを立案していることから、必ずしも本人の希望が把握できておらず、補完的なサービスの組み合わせに終わっているのではないかと、本人の尊厳の保持のために、その声を聴くことができているのか、どのような態度で何を聞き、それをなにに結び付けていけばよいのかといった振り返りと対話が行われた。
- 2) 自らの「ゆるかわ」ポイント、同僚の「ゆるかわ」ポイントをどれだけ探せるかにはばらつきがみられ、相対的に見て男性職員に苦労があった。新規利用者宅の初回訪問を想定したロールプレイでは、利用者役を体験した職員は「もう少し私が興味があることを聞いてほしかった」、地域包括支援センター職員役を担った職員は「ア

セスメントシートを埋めることを優先しがちで、本人の想いを十分聴くことができなかった」という振り返りがあった。

- 3) 地域包括支援センター職員が現在かかわっている方について、他の参加者が会いたくなるような紹介を試みるパートでは、属性や相談内容では語れるが、「ゆるかわ」ポイントを探することに困難がみられ、一人の「ひと」として出会えていないのではないかという改めての気づき、「ゆるかわ」ポイント探しや会いたくなる紹介に取り組むと、その人のひととなりや魅力を再発見することができたといった感想があった。コミュニティデザイン的まちあるきや地図をつくる視点を学んだ参加者は、さまざまな人が持っている情報を集約して地図をつくるプロセス、ふつう地図には載らない気持ちのいい道や静かな道、こんな人が集まるところ、などを可視化することによって、地域を知り、新たな資源の発掘や創出に結びつけられるのではないかと、ハザードマップの視点からも情報集約の意義があるのではないかとといった意見があがった。
- 4) まちあるきのテーマは2組それぞれ「高齢者の情報収集手段」「まちを知って社会資源を知ろう！」となった。高齢者の情報収集手段をテーマとしたチームでは、車や自転車でもよく通る道でも、歩かないと気づかない店やその場所の雰囲気があることを知った、主な移動手段が徒歩の方の暮らしが想像しやすくなった、資源を発見するとそこからアイデアが生まれるのでアイデアをひねり出してそれにあう資源を探すよりも効率もよいと思った、カフェの店主の来店する客との会話が肯定のコミュニケーションでおもしろいイベントが実施されていた 等の感想があった。まちを知って社会資源を知ろう！をテーマとしたチームでは、仕事として物

事を見ると見える範囲が狭く、このま
ちあるきはじぶんの好奇心で見えた・
見つけた・話せた・行きたいと思え
た、人からの情報やインターネットで
探っていくより、じぶんの足で探すほ
うが意外な収穫があると感じた、じぶ
んの担当地域で新たな資源発見をし
てみたい、スーパーや商店等は、もの
を買う場所としてとらえるのではなく、
その店でどのような方がどんな気持ち
で働いているかまで把握して「社会資
源」の把握になると認識した といっ
た声があった。

- 5) できないことばかり書かれていると本
人も希望を言いにくくなるのではない
か、対話しながら本人が自らについて
書くことによって、本人が自らの気持
ちを整理すること、また本人と専門職
のコミュニケーションを深めることに
つながるのではないかという意見とと
もに、シートの内容や順序について、
いくつかの提案があげられた。
- 6) 認知症は症状の総称で、それによっ
て生活に支障のある状態で、加齢に伴
ってあたりまえに起きるという理解を再
確認した、認知症のある人は何もでき
ないという認識を専門職も持ってしまう
ことがあるが、何もできない
ようにしているのは周囲ではないかとい
った感想があり、講師には認知症サ
ポーター養成講座をどう感じている
か、講座を通じて最も伝えてほしいこ
と、本人ミーティングの内容、診断初
期の段階で福祉からのアプローチがあ
ったかといった質問があった。さら
に、地域包括支援センター職員が支援
している認知症のある方への関わり方
について、講師から助言があった。
- 7) 付属資料 2-4 のとおりまとめた。
相手のことを聴くだけでなく、自分の
ことも知ってもらったり、「やりと
り」が必要だと感じた、生活の中の工
夫を写真などで共有することは有効と
いった声に加え、できないことをどう
補うかの視点を中心に教育されている

こともあり、「どうかしてあげなけ
ればならない」という正義感や責任感
が介護支援専門員を疲弊させている、
介護支援専門員の更新研修などの教育
プログラムに反映できると次第に介護
支援専門員の意識が変わってくるの
ではないかといった指摘もあった。

D. 考察

大牟田市は 2001 年から「地域全体で認
知症の理解を深め、地域で支える仕組みを
つくり、認知症になっても誰もが住み慣れ
た家や地域で安心して暮らし続けること
のできるまちづくり」を目的とする認知症ケ
アコミュニティ推進事業をはじめ、誰もが
安心して地域で暮らせるまちづくりを進め
てきている。

その大牟田市ですら、ケアプランを振り
返ると本人の想いや姿が必ずしも見えず、
アセスメントにおいても家族の声に頼りが
ちになっていること、専門職であっても
「認知症が進むと本人ではわからない」と
時に思い込んでしまったり、できないこと
や課題に焦点を当てすぎてしまう傾向があ
ることが確認された。このことは、認知症
施策推進大綱のもと、改めて認知症にな
っても住み慣れた地域で自分らしく暮らし
続けられる「共生」を目指すにあたり、専門
職、そして広く市民がいかに認知症にか
かわるイメージ（認知症観）を刷新し、認知
症か否かに関らず、誰もが一人のひととし
て生きていくことができる地域、これ
を支えるケアを創り出していくかが引き続
き課題であることを示している。

本研究では、地域包括支援センターが包
括的・継続的ケアマネジメント支援業務の
一環としてこれに取り組んでいくことが
できないか、との考えに基づき、地域包括支
援センター職員が自らを知る／地域を知る
／認知症のある方と「出会い直す」学びを
重ね、これを助けるアセスメントシート
の開発とその改訂に取り組んだ。

認知症のある方や介護サービスを利用す
る方々は、専門職に尋問を受けているよ
うな気になると話されることがある。困り
ごとを抱えた人とそれを支援する人という
関係を越え、ともによりよいケアの形を
探究していくうえでも、「共感」が鍵となる。

そのために、専門職がその職種や立場の鎧を脱いで自らの「ゆるかわ」ポイントを探り、一人の生活者の視点からまちあるきを通じてまちを再発見すること、利用者として出会う方についても「ゆるかわ」ポイント探しや肯定のコミュニケーションを念頭に置きながら、一方的に尋ねる、聞き出そうとするのではなく、「やりとり」を重ねることが有効なのではないかと考えられた。また、認知症当事者が講師となる認知症サポーター養成講座は、認知症になると何もできなくさせているのは周囲ではないかと気づき、当事者としての経験や知恵に基づいてなにが大切かを問い直し、認知症になっても大丈夫、というメッセージを共有するうえでも重要な機会となることがうかがわれた。

E. 結論

自らが認知症に対してどのような理解をしているかが、認知症の診断を受けたときの受け止め方に大きな影響を及ぼす。また本人もしくは生活をともにする人、あるいは専門職が「認知症が進んだら何もできな

くなる」と思い込んで諦めてしまうことが、地域での生活の継続を難しくさせる。

地域包括支援センターが、例えば包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として、地域における認知症のイメージを変革すると同時に、認知症のある人とともに創るケアの実現を後押しできるようにするため、本研究で試みた地域包括支援センター職員が自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びのプロトタイプ化と検証の余地がある。

本研究で開発した出会い直しを助けるアセスメントシート「やりとり手帳」についても、利用を重ねることで本人・専門職側からの評価を得て、介護支援専門員の更新研修等で紹介する可能性を探索するとよい。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

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

認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

研究分担者 堀田 聡子 慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
研究協力者 津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所/
一般社団法人 人とまちづくり研究所 研究員
研究協力者 神野 真実 一般社団法人 人とまちづくり研究所 研究員
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 副所長

研究要旨

【目的】日々の記録を用いて自分の心理や行動を振り返るアプローチは、認知症とともに生きる人たちがストレスに対する心理的コーピングやセルフケアを高める可能性がある。日記等を用いたコーピングの支援方法を具体的に検討するために、日記等をつける認知症の人たちが、どのような内容を記述して、どのような意味や効果を見出しているのか明らかにした。

【方法】認知症の人たちが日記等を心理的ストレスや日々の問題への対処に利用可能か、文献調査（非系統的）を行なった。認知症の診断後に日記等をつける習慣がある人5名を対象に、個別インタビューで日記等の記載内容や書き方・見返し方について事例調査を行った。録音データから逐語録を作成した上で、コード化してカテゴリーに分類し、事例毎の特徴を分析した。

【結果及び考察】文献調査からは、日記等の記録は質的研究のデータ収集方法として主に利用されていたが、介入方法としての利用はなかった。

インタビュー調査から、日記の内容は主に自分の行動やその日の出来事など生活そのものを客観的事実として率直に記録したものだ。日記をつけることには、忘れることへの不安から開放する備忘録、トラブルから身を守るための行動の証拠作り、その日の心身状態の確認、その日を自分らしく生きたことの記録、といった主観的意味があり、自分らしい自立した生活を送るために役立てていた。日記を読み返すことは、行動の失敗に気づき、自分の心身状態を観察し、生活のための履行確認することに役立つ反面、孤独な自分や愚痴が多くなった現在の自分に気づいて前向きな気持ちを失う副作用があった。

日記等を用いた支援介入は、認知症の人たちの問題焦点型及び情動焦点型のコーピングを促して、生活の自立や主体性の維持に役立つ可能性がある。本研究で明らかになった日記等のリスクとベネフィットの両面を踏まえて、介入の対象や方法を慎重に検討することが肝要である。

A. 研究目的

認知症のある人たちが自分らしく社会生活を送るための支援や環境づくりは高齢社会における課題である^{1,2}。認知症とともに生きる人たちは、障害を受け止め、変化に対処し、模索しながら自分らしい生活を再構築する³。そのプロセスにおいて、認知機能の障害のために日常的な失敗に気づかないことや状況を受容できないために二次

的に不安や抑うつを生じることもある^{4,5}。

認知症のある人たちがこのような困難を乗り越えて生活を再構築するためには、疾患や障害の特性を理解し、心理的ストレスや生活上の問題に対処するコーピングが欠かせない。

コーピングの獲得には障害やストレスのために生じている自分自身の心理・行動の再解釈（認知的評価）及び、対処行動（コ

ーピング)の形成が必要とされ、個人の内省的・認知的プロセスを伴う⁶。日記等で日々の記録を書き、自分の心理や行動を振り返るアプローチは、ストレスに対する心理的コーピングやセルフケアのスキルを獲得する方略として多くのエビデンスがある。例えば、学生など若年者の自己省察や感情表現を促す方法として^{7,8}、近年では高齢者への支援として応用される⁹⁻¹³。認知症のある人たちにも、日記等を書くことでコーピングを形成する手段となることが期待されるが、これまでのところ実証されておらず、基礎的な検証が必要な段階である。

本研究では日記等の日々の記録を用いたコーピングの支援方法を具体的に検討するために、日記等をつける認知症の人たちが、どのような内容を記述して、どのような意味や効果を見出しているのか明らかにした。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

文献調査及び、インタビュー調査による事例研究

2) 文献調査

認知症の人たちが日記等を心理的ストレスや日々の問題への対処に利用可能か、文献調査(非系統的)を行なった。認知症の人たちが日記等をつけることはどの程度可能か、どのような形態があるかを理解するため、従来の紙媒体の日記に限定しないでブログやフェイスブック、ツイッターなどのソーシャルメディアを利用した日常的な記録も調査対象とした。

3) インタビュー調査

【対象】認知症の診断後に日記等の日々の記録をつける習慣がある人5名

【方法】対面とオンラインを併用して、個別に1時間程度の半構造化インタビューを実施した。インタビューは自宅や通いの場など本人にとって馴染みのある環境で実施し、希望に応じて家族や担当ケアマネージャー等の同席を依頼して、ご本人が安心して話せる環境設定に努めた。

【調査項目】日記等の記載内容、日記等の付け方や見返し方、日記等を書くこと・見返すことについての経験や考えをインタビ

ューで探索した。

【分析】録音データから逐語録を作成し、コード化した。コードをカテゴリーに分類して、事例毎に「日記の書き方」「日記を書く目的」「書くことの主観的意味・効果」「見返すことの主観的意味・効果」を分析して記述した。コードは2名の研究者がそれぞれつけて意見が分かれたものについては比較検討して合意形成した。カテゴリー化と事例毎のまとめは2名で討議して実施した。

【倫理面への配慮】

慶應義塾大学健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会倫理委員会の承認を得て実施した(受理番号2020-18)。

C. 研究結果

1) 文献調査

認知症の当事者を対象に日記など日々の記録を書くことによる支援・介入方法の開発や評価の研究は見つからなかった。日記等は、主に質的研究のデータ収集方法として可能性が検討され¹⁴、実際に利用されていた。日記の記載内容の質的分析の事例報告では、日記を心理的コーピングや症状理解に活用していた¹⁵。ブログやツイッターなどのソーシャルメディアの記載内容の質的分析では社会発信の内容が多く、内省的な内容の記載はポジティブな内容に偏る傾向だった¹⁶⁻¹⁸。

2) インタビュー調査

ケース 1. 約2年前に初期認知症の診断を受け、現在は家族4人で暮らす50代後半の男性。診断前に「考えがまとまらない」と感じながら就職活動をした時期に毎日大学ノート3行程度の活動記録を始めた。日記には自分が感じる「失敗」を書いておきたいという意識があった。日記の意義は、必要な時に思い出すヒントになるので一度忘れてもよいと思えることや、認知機能低下による自分の失敗の特徴や精神的限界の兆候に自分で気づける状態にしておくこと。そのための条件は、プライバシーがあり、毎日続けられる形で、自分の行動を客観的事実として記録することだった。

ケース 2. 約 10 年前に認知症の診断を受けて娘と二人で暮らす 80 代男性. 5 年前から日々の「メモ」を始め, 他にも「自習ノート」「日誌」「予定表」を書き分ける. 認知症のために自分が社会的に弱い立場にあることや, 認知機能が衰えていくことに対する認識や警戒心が根底にあった. そのため, 「メモ」の記録はレシートなど客観的証拠を含めて非常に詳細だった. 日記等の意義は金銭的な問題など社会生活上のトラブル回避のために日々の行動の証明, 認知症の進行を防ぐ習慣, 考えや知識を人に伝える資料だった.

ケース 3. 3 年前に認知症の診断を受けた 80 代後半の女性. 独居だが徒歩圏内に娘家族が住む. 10 代の頃から日記を続けており, 1 年前の同じ日の出来事を 10 年間書き溜めるタイプである 10 年日記を使っていた. 書くことはその日を過ごした証であり, 思い出を書き溜めた日記を自分史と呼んだ. 読み返すことは, 近い過去との比較で今の自分を確認したり, 事実を確認したり, 良い思い出を選んで浸るといった行為だった.

ケース 4. アルツハイマーと脳血管の混合型認知症の診断を受けた 80 代独居男性. 通い介護をする娘と, 行動や発言に関する記憶違いによる言い争いが絶えなかったため, 娘に促されて詳細な行動記録をつけ始めた. 日記を書くことは, 生活の自立に必要な事柄の記録であり, 愚痴の捌け口とも感じていた. 見返すことで自立生活の履行を確認し, 忘れて腹を立てるといった自分の障害特性の理解に役立てた. 娘と日記を供覧して事実確認することで問題解決に利用した. これらは, 精神的に安定して, 人に頼りながら自立する生活の確立と安定化に役立っていた.

ケース 5. 約 2 年前に認知症の診断を受けた 80 代女性. 20 代前半で嫁いで以来, 家計簿とともに毎日 3 行程度で出来事や活動の記録を書いた. 認知症で心身の機能が低下して, 友人に先立たれて孤独を感じ, 自分の死を意識するようになった. 生活や行動の自立を奪われ, 家計簿とともに活動を記録して生活の自立に役立てるといった日記

の目的を失い, 書く内容が自分のことばかり, 愚痴ばかりになったと認識していた. 愚痴を残したくないという考えから書くのを止め, 書き溜めた日記も燃やした.

D. 考察

インタビュー調査から, 日記の記載内容は主にその時あるいはその日の自分の行動や出来事など生活そのものを客観的事実だけ記録したものだ. 日記をつけることには, 忘れることへの不安から自分を開放する備忘録, トラブルから身を守るための行動の証拠作り, その日の心身状態の確認, その日を自分らしく生きたことの記録, といった主観的意味があり, 認知機能低下を自覚しながら自分なりの自立した生活を確認し, 送るために利用していた. その日や近い過去の記載を読み返すことで, 自分の障害特性の理解や心身状態の確認, 生活のための履行確認に役立っていた. より遠い過去の日記を読み返すことで, 心身状態の変化の観察ができる反面, それによって孤独な自分や愚痴が多くなった現在の自分に気づいて前向きな気持ちを失う副作用もあった. その他の個別の利用法として, 書いて・見返し・思い出すというプロセスを反復することで認知症の進行予防の習慣にしたり, 自分の筆跡で書かれた疑いのない事実を家族と供覧して確認することで問題解決や精神的安定に役立っていた.

E. 結論

認知症のある人たちの日記等の活用方法は, 忘れることや心身の衰え, 自分の社会的立場などに対し非常に自覚的だった. その上で, 書くこと・読み返すことを通して, 生活の自立や精神状態の安定など問題焦点型及び情動焦点型のコーピングに効果的に利用していた. 一方で, 本人が心身の衰えに悲観し, 主体性のある生活を諦めると, 日記が自分の辛い現状を気づかせて, さらに悲観させる反作用を認めた. 今後, 日記を用いた支援方法を開発する際には, 本研究で明らかになった日記のリスクとベネフィットの両面を踏まえ, 対象や方法を慎重に検討することが肝要である.

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

(引用文献)

1. de Vugt M, Dröes RM. Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Aging Ment Heal*. 2017;21:1-3.
2. 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) : 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf.
3. Górka S, Forsyth K, Maciver D. Living With Dementia: A Meta-synthesis of Qualitative Research on the Lived Experience. *Gerontologist*. 2018;58:180-96.
4. Porter VR, Buxton WG, Fairbanks LA, et al. Frequency and characteristics of anxiety among patients with Alzheimer's disease and related dementias. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15:180-6.
5. Ganguli M. Depression, cognitive impairment and dementia: Why should clinicians care about the web of causation? *Indian J Psychiatry*. 2009;51:S29-34.
6. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers*. 1987;1:141-69.
7. Ullrich PM, Lutgendorf SK. Journaling about stressful events: effects of cognitive processing and emotional expression. *Ann Behav Med*. 2002;23:244-50.
8. Kim-Godwin YS, Kim SS, Gil M. Journaling for self-care and coping in mothers of troubled children in the community. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34:50-7.
9. Santini LA, Waterhouse K. Journaling Interventions in Occupational Therapy : A Systematic Literature Review. The College of St.Scholastica.
10. Morgan NP, Graves KD, Poggi EA, et al. Implementing an expressive writing study in a cancer clinic. *Oncologist*. 2008;13:196-204.
11. Willmott L, Harris P, Gellaitry G, et al. The effects of expressive writing following first myocardial infarction: a randomized controlled trial. *Health Psychol*. 2011;30:642-50.
12. Riddle JP, Smith HE, Jones CJ. Does written emotional disclosure improve the psychological and physical health of caregivers? A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2016;80:23-32.
13. O'Connor M, Nikolett S, Kristjanson LJ, et al. Writing therapy for the bereaved: evaluation of an intervention. *J Palliat Med*. 2003;6:195-204.
14. Bartlett R. Modifying the Diary Interview Method to Research the Lives of People With Dementia. *Qual Health Res*. 2012;22(12):1717-26.
15. Suwa S, Otani S, Tsujimura M, et al. The diary of a nonagenarian-centenarian woman with dementia: Memory loss, life changes, and community care in Japan. *Int J Nurs Pract*. 2018;24:1-11.
16. Kannaley K, Mehta S, Yelton B, et al. Thematic analysis of blog narratives written by people with Alzheimer's disease and other dementias and care partners. *Dement*. 2019;18(7-8):3071-90.
17. Talbot C V, O'Dwyer ST, Clare L, et al. How people with dementia use twitter : A qualitative analysis. *Comput Human Behav*. 2020;102:112-9.

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

認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、
QOL と社会とのかかわりに関する文献調査

研究分担者 堀田 聡子 慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
研究協力者 大村 綾香 一般社団法人 人とまちづくり研究所 研究員
研究協力者 大森 千尋 一般社団法人 人とまちづくり研究所 研究員

研究要旨：

認知症のある独居高齢者等の地域居住の実態とそのボトルネック（１）、認知症のある人の QOL に影響を与える社会的かかわり（２）について把握することを目的として、文献調査（予備的調査）を行った。

独居認知症高齢者の基本属性や生活状況、利用サービス等については実態把握が進みつつある。在宅生活継続を困難にさせる要因については、主に専門職からみた検討がなされており、本人からみた検討は不十分である。自宅か否かにかかわらず、広く地域での生活継続が可能となる要因について、本人や生活をともにする人、専門職の視点から多角的に検討する余地がある。

認知症のある人の QOL を改善する要因のひとつに社会関与があげられ、我が国でも認知症のある人の自立と尊厳を支える支援の一環として社会参加に注目集まっているが、こういった行動を社会の関わり・社会活動あるいは社会参加とみなすのかは多様であり、認知症のある人の QOL と社会的かかわりの関係をみるうえでは、まず「社会とのかかわり」についての概念整理が求められる。

A. 研究目的

本研究は、１）認知症のある独居高齢者等の地域居住の実態とそのボトルネック、
２）認知症のある人の QOL に影響を与える社会的かかわりについて把握することを目的とした。

２）PubMed において (well-being OR wellbeing OR life satisfaction OR quality of life OR *QoL* OR Health Status OR ADRQL OR Apparent Emotion Scale OR BASQID OR CDQLP OR Discomfort Scale OR Duke Health Profile OR DHP OR EQ-5D OR Health Utilities Index OR HUI* OR Nottingham Health Profile OR NHP OR Pleasant Events Schedule-AD OR Progressive Deterioration Scale OR PWB-CIP OR SF-12 OR SF-36 OR ICECAP OR QUALIDEM OR QUALID) AND (dementia OR Alzheimer* OR Parkinson* OR Lewy OR Fronto) AND social participation OR social engagement OR social support OR social care OR social interaction OR social intervention OR social activity OR social contact OR social network OR social capital OR Social inclusiveness OR

B. 研究方法

本研究は文献調査により行った。

- 1) PubMed において dementia、home、living alone or solitary、医中誌 Web にて認知症、在宅、独居 or ひとり暮らしの検索語でヒットした文献から、抄録有り、原著論文、在宅の独居（または同居家族ともに）認知症高齢者が研究対象の論文（家族同居、若年性認知症、施設入居を対象とする論文は除く）を、さらに独居認知症高齢者の生活実態が主題である（医学的治療、栄養管理、服薬支援などの症例として扱われている論文、入院からの自宅復帰に主眼をおく論文は除外）を選定基準として対象文献を抽出した。

psychosocial)、医中誌 Web において (認知症/TH or 認知症/AL) and (生活の質/TH or QOL/AL) and (社会/AL or ソーシャル/AL or 非薬物/AL)の検索語で 2000 年以降に発行されたデータベース上に抄録有りの原著論文で本文が入手可能な論文を対象として選定した対象文献を抽出した。

(倫理面への配慮)
特段の配慮を必要としない。

C. 研究結果

いずれも対象文献の吟味を重ねており、以下は途中経過となる。

- 1) 英文 15 件・和文 27 件が選定された。
抽出された文献は、独居認知症高齢者の属性や生活実態、利用している支援の内容、独居ならでのニーズ、アンメットニーズ、そして在宅生活の継続が難しくなる要因等に分類される見通しである。
このうち、認知症高齢者の独居生活が困難になる要因については、主に専門職の視点からいくつかの検討がなされており、なじみの環境で、適切な支援のもと、本人の力の発揮が促されれば独居在宅生活継続が可能となっているが、中核症状等による生活や体調管理の乱れ、生命の安全確保の危機、不可解な行動に対する近隣の敬遠、家族やサービス提供者の疲弊や諦め、社会生活における順応性の低下、対人関係の不調和、生活を維持するうえでの経済的危機、人間としての尊厳の崩壊等がこれを難しくさせている。本人の視点からのフィールドワークは 1 件のみであり、ここでは活動レベルや身体の動きが遅くなること、外界や人とのつながりが失われ、日常生活の管理が難しくなることに加えて、人生の意味を曇らせる孤独、そして存在の「曖昧さ」が一人暮らしを困難にさせることが描かれている。

- 2) 英文 25 件、和文 7 件が選定された。
抽出された文献は、高齢者の認知機能と社会参加、様々なセッティングにおける認知症高齢者の QOL とその評価、認知症高齢者の QOL と交流・参加、在宅認知症高齢者のアンメットニーズ等に分類される見通しである。

D. E. 考察と結論

独居認知症高齢者の基本属性や生活状況、利用サービス等については各国で基本的な実態把握が進みつつある。在宅での生活の継続を支えていると考えられることやそれが困難になる要因については、主に専門職からみた検討がなされており、本人からみた検討は不十分である。自宅にかかわらず、広く地域での生活継続が可能となる要因について、本人や生活をともにする人、専門職の視点から多角的に検討する余地がある。

認知症のある人の QOL を改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられ (Martyr, A. et al. (2018))、我が国でも認知症のある人の自立と尊厳を支える支援の一環として社会参加に注目集まっているが、先行研究においてもどういった行動を社会の関わり・社会活動あるいは社会参加とみなすのかは多様であり、認知症のある人の QOL と社会的かかわりの関係をみるうえでは、まず「社会とのかかわり」についての概念整理が求められる。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

(引用文献)

Martyr, A. et al. (2018). Living well with dementia: A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139.

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者等の地域生活支援等の取組みに関する調査
—分譲マンション等に関する管理組合及び管理会社等の取組み—

研究分担者 角田 光隆 神奈川大学法学部教授
研究協力者 田中 昌樹 一般社団法人マンション管理業協会調査部
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

約 50 の事例を①居住者の視角、②管理組合の視角、③管理会社等の視角、④行政・司法等の視角、⑤医療・福祉・介護の視角、⑥近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等の視角から分析した。約 50 事例について、それぞれの視角からの独自の解決方法が明らかになったと同時に、それぞれの視角は相互に密接に結び付いていることが明らかになり、それぞれの視角の関係者の連携が必要であると言える。また、生活課題とこの解決方法及び生活支援は、事例ごとに異なることが分かり、共通する解決方法及び生活支援とともに、個別の事例に則した解決方法及び生活支援が必要である。しかし、この分析は途中であり、特に④行政・司法等の視角と⑤医療・福祉・介護の視角からの分析がさらに必要である。④と⑤の視角からの分析は、その他の①、②、③、⑥の視角に分析にとって不可欠の前提条件である。④と⑤の分析を補充して、すべての視角からの分析を完了させる予定である。

A. 研究目的

分譲マンション等に居住する認知症高齢者等の生活課題を解明し有効な解決方法及び生活支援を示すことを研究目的とする。

約 50 事例について①、②、③、④、⑤、⑥の視角の関係者による分析を行っている。この方法により生活課題の解決方法及び生活支援を明らかにした。

B. 研究方法

分譲マンション等に居住する認知症高齢者等の生活課題を、①居住者の視角、②管理組合の視角、③管理会社等の視角、④行政・司法等の視角、⑤医療・福祉・介護の視角、⑥近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等の視角から分析した。このために、

(倫理面への配慮)

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

約 50 事例の生活課題と解決方法及び生活支援は事例ごとに異なるが、1 事例についてのみ①居住者の視角、②管理組合の視

角、③管理会社等の視角、④行政・司法等の視角、⑤医療・福祉・介護の視角、⑥近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等の視角から暫定的な分析結果を示しておくことにする。

事例（短く要約してある。）

「Aは77歳の男性であり、同居家族がなく一人暮らしである。Aには離婚した75歳の妻のBとの間に一人娘の35歳のCがいるが絶縁状態である。Aは自分の部屋番号を思い出せないためにエレベーターのボタンを押すことができず、エレベーターに乗り合わせた不審に思った管理員のDの案内で自分の部屋に帰ることができた。また、Aは、他人の1階の部屋を自分の部屋だと思い込み、鍵を差し込んで開けようとした。この部屋の居住者のEが不法侵入者だと思い、Dに連絡をした。管理会社のフロント担当者から連絡を受けた管理組合の理事長のFがCに連絡したが拒絶されたので、地域包括支援センターに連絡し相談した。」

①、②、③、④、⑤、⑥の視角からの分析結果は暫定的なものである。以下のとおり簡単な述べるに留め、詳細は述べない。

C.1 居住者の視角

Aが一人暮らしの場合には、普段からA自身が健康管理をしっかり行い、社会交流しておくことが望ましい。健康管理の中には認知症チェックリストを活用することを含む。社会交流には近所付き合い、管理組合または自治会・町内会の行うコミュニティ活動に参加すること、自治体や地域包括支援センター等が行う交流会・体操等に参加することを含む。

C.2 管理組合の視角

管理組合理事長のFが管理員Dの相談を受けて、緊急連絡先や地域包括支援センターへ連絡を行っていることは、適切な対応と考えられる。留意すべき点は、緊急時の連絡先について、その使用目的が漏水等の緊急時に限られている場合があり、緊急連絡情報の拡大利用が求められることである。

C.3 管理会社等の視角

管理員のDがAによる他人の居室に入るといふ行為を緊急事態と判断し、管理組合へ相談を行ったことは、適切と考えられる。他方で、管理員のDの業務を通じて知りえた情報を管理組合に伝えることについては、慎重な判断が求められる。

C.4 行政・司法等の視角

行政機関は高齢者向けの相談機関を設置し、受け付ける相談内容についてAのような高齢者に向けて情報提供に努めるのが良い。一人暮らし高齢者宅を訪問して必要なサービスを情報提供する場合があることを伝えることも良い。

C.5 医療・福祉・介護の視角

地域包括支援センターの担当者のGがDとFから改めて事情を聞いた後で、A宅を訪問しAと面会した。家の中はきれいに整えられ、おかずは買って来ているがご飯は炊いているとの事、洗濯も手洗いしていた。持病はなく通院していないとの事であった。A自身が住戸番号を忘れ他人の部屋に入り込もうとしたことを質問してみた。GはAからはっきりした回答を得ることができなかった。Gは認知症の疑いがあると判断し、専門

医に診てもらうのがよいと結論づけた。専門医の診断の結果、認知症であることが判明し、介護保険サービスを受けることになった。

C.6 近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民事業業者等の視角

同じマンションに暮らす近隣住民が A の異変に気付いた場合には、地域包括支援センターに連絡ことが考えられる。

D. 考察

認知症高齢者等が認知症その他の障害があっても住み慣れた分譲マンション等を含む地域で尊厳を守られて暮らせるように、多角的な視点から生活課題の解決のための解決方法及び生活支援を示すことに努めた。

C.1 から C.6 で述べたように、A の生活課題であるので、A 自身が生活課題を解決できるように前もって行っておくこと、たとえば、日頃の健康管理や事前指示がある。しかし、A 自身ですることには限界があるので、A の周りの気遣いがあると望ましい。このために A は社会交流をしておくことが良い。この中で行政が関わる場合がある。

A の生活課題を解決するために管理組合と管理会社は、連絡を行うという仲介的な役割を持っていることが分かる。同じマンションに暮らす近隣住民が自発的に連絡という仲介的な役割を果たす場合がある。A が認知症であると分かれば合理的配慮を尽くす場合がある。

行政は A の生活課題が深刻なる前に、また、これが深刻な後に関わる可能性がある。A 自身が解決できない生活課題は、行政に支援をしてもらうことになろう。この

ために行政は担当地域の一般的な情報を収集し、また A の申告に基づいた適切な情報提供と支援が必要である。A のような一人暮らし高齢者宅を訪問して必要なサービスを情報提供することが望ましいであろう。このために必要なサービスの検討と準備が必要である。行政がマンションの住民に生活課題が生ずる前に関わる場合もある。

医療・福祉等は A に生活課題が生ずる前か初期のころに関わる場合がある。他方で、成年後見制度などの司法、医療・福祉・介護等は、A に生活課題が生じてからの事後的な対応として関わる場合がある。これらは生活課題の解決のための重要な手段である。これらはきめ細かな対応が望ましく、A 自身が前もって行っておくことに関連する場合がある。また、事後的な対応の場合には、本事例には関係ないが管理組合や管理会社の措置を伴う場合がある。

E. 結論

C.1 から C.6 から分かることは、マンションにおいて生活課題を持っている一人暮らし高齢居住者を発見するか、一人暮らし高齢居住者からアクセスできる仕組みと、その人を発見した場合とその人からアクセスがあった場合に関係者が効率よく連携できる仕組みに関する好事例を作るのが望ましいということである。その人を発見する場合とその人からアクセスする場合はある程度共通する側面を持つが、その人を発見した場合とその人からアクセスがあった場合に関係者が効率よく連携できる仕組みは共通する側面を持つ場合があるが、生活課題に応じて個別性の高い側面を持っている。生活課題とこの解決方法及び生活支援は、

共通する解決方法及び生活支援があるとともに、個別の事例に則した解決方法及び生活支援がある。これらに対応した数多くの好事例を事前に作っておくと便利である。このことは個別の事例に則した好事例も可能な限り作れることを意味する。しかし、その好事例から外れるものがあるので、これはその都度作ることになる。約 50 事例とこれに対応した六つの視角からコメントは、その好事例の一部である。

このような分析は途中であり、特に④行政・司法等の視角と⑤医療・福祉・介護の視角からの分析がさらに必要である。④と⑤の視角からの分析は、その他の①、②、③、⑥の視角に分析にとって不可欠の前提条件である。④と⑤の分析を補充して、すべての視角からの分析を完了させる予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 拙稿「高齢者等の支援のための NPO 法人と管理組合の役割」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 66 号 2020 年 4 月 19 日 101 頁－107 頁。

2) 拙稿「マンションに一人で暮らす認知症高齢者の今日的課題」公益社団法人日本老年精神医学会 老年精神医学会雑誌第 31 巻第 5 号 2020 年 5 月 20 日 474 頁－480 頁。

3) 拙稿「認知症その他の障害者と管理組合の役割—合理的配慮と組織の強化—」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 67 号 2020 年 12 月 10 日 64 頁－75 頁。

2. 学会発表

1) 2020 年度日本マンション学会第 4 分科会「認知高齢者等の課題と対策」日本マンション学会（オンライン大阪大会）2020 年 11 月 7 日

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし

Reference

1) 日本マンション学会 2017 年度メインシンポジウム「マンションにおいて認知症とどう付き合うのか」マンション学第 57 号 5 頁－38 頁。

2) 日本マンション学会 2019 年度第 6 分科会「認知症高齢者等の課題の解決視点について」マンション学第 63 号 152 頁－172 頁。

3) 日本マンション学会 2019 年度特集「分譲マンションにおける認知症高齢者等の課題に関する多角的研究」マンション学第 64 号 3 頁－102 頁。

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

新型コロナウイルス感染症の流行下における独居認知症高齢者等の生活

研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所副部長
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 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

【目的】

現代社会において独居認知症高齢者等が安心安全な地域生活を継続できるようにするために、2020年の新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言中に、独居認知症高齢者等に何が起きていたのかを探る。

【方法】

今回の対象者は①これまでの縦断研究で信頼関係を結んでいる認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者、②地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者、である。

これらに対象者に対して専門家が電話による半構造化調査を行い、1)86名の疫学研究対象者（認知機能低下あり）と46名の地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較、2)疫学研究対象者86名の認知機能低下を持つ人のうち、専門家によって診断された認知症をもつ人と持たない人の比較、3)電話で得られたナラティブの分析を行った。

【結果】

認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者のうち77名と、地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者のうち35名と電話調査が成立した。1)疫学研究対象者（認知機能低下あり）と地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較からは、インターネットの利用は両群とも低い、認知機能低下群のほうが閉じこもり傾向が強い、認知機能低下群のほうが新聞等の紙メディア（旧メディア）を好む傾向があることがわかった。一方で主観的健康、運動、食事、不安、困りごとに関しては両群に差はなかった。2)疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較からは、予防行動に関しては認知症をもつ人はできていない、認知症をもつ人のほうが困りごとはないということが分かった。また電話の介入の際に危機に接するエピソードがあり、いずれも保健師主体の多職種による支援によって支援が行われた。

【考察】

今回の活動から、認知症や独居といった特徴を有する地域在住高齢者を包摂する共生社会の実現のために、①平時からのネットワークの重要性、②場の支援の重要性、③コスト再考の必要性、④専門家の地域ネットワークの重要性、⑤死が前景化した社会への備え、が示唆された。

A. 研究目的

独居認知症高齢者等が尊厳ある地域生活を継続できる社会モデルを作るためには、社会が大きく揺らぐ時代にあっても、彼らが排除されることのない共生の方法を見出さねばならない。

2020年の新型コロナウイルス感染症の流行下であって、現代社会はこれまで経験したことのない脅威に直面した。とりわけ老年学においては、社会参加や集いといった高齢者の精神的健康を維持するための原則が、いわゆる「ソーシャルディスタンス」や「三密回避」と相容れないことが問題である。

逆に言えば、自宅に閉居し、他人と直に交流せず、新たな人間関係を求めないことが感染予防の観点からは「正しい」生活様式になった。

また我が国では幸い感染者や死者が西洋諸国に比べると少なかったために現実的な問題にはならなかったが、感染爆発の起こった国では限られた数の病床や呼吸器を、一定の年齢を超えたものには使用しない等の命の選択が行われたところもあった。

このような時期にあってまずは緊急事態下に何が起きていたのかをすることが議論の出発点になるであろう。本研究の目的は、2020年の新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言中に、独居認知症高齢者等に何が起きていたのかを探ることである。

B. 研究方法

1) 調査対象

(その1)

2016年度に東京都板橋区高島平地区在住の70歳以上高齢者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。以上の1次から3次の調査によって198名の地域在住高齢者の詳細な質および量的データを得た。

2019年末の時点では前年度の報告書で記載したようにおよそ3分の1がすでに死去、入院、施設入所等となり地域在住を続けていなかったが、このうち91名に再度自宅訪問した。

2020年4月の段階では、このうち5名は事情があり電話ができない状態であった。以上から認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者を対象とした。

(その2)

われわれは東京都下の大規模団地でCommunity-based participatory research (CBPR) という枠組みで研究を行っている¹⁻⁵。これは地域住民と研究者が信頼関係を築き、共に課題に取り組む研究方法である。我々のプロジェクトは様々な研究手法を内在するが、大きく分けて大規模疫学調査と、地域に支援拠点を作り住民の生活世界に迫るアクションリサーチ、からなる。

アクションリサーチとしては、団地の中心部の1階に「ココからステーション」と呼ばれる拠点を2017年4月に開設し、週に3-4日、11時から16時まで開室し、ソファやテーブルセットがあり、無料のお茶とコーヒーが準備され、訪問者はただそこで休んだり談笑したり自由にすごすことができる。共にお菓子を食べたり、歌ったり、ゲームをしたり、といった自主的な活動も多く派生してい

た。

ココからステーションの運営スタッフは精神科医、歯科医師、保健師、看護師、心理専門職、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士などである。開室日は、ローテーション体制を組んで、保健・医療・福祉の専門職を含む2〜5名で運営し開設日には専門相談を実施した。なお毎週月曜日に医師が常駐したが、白衣は着ず、首から下げたネームプレート以外は普段着で対応した。

月に1回程度、区の担当部署、地元の地域包括（2か所）、開業医、医師会スタッフ、総合病院ソーシャルワーカーと研究員による情報交換会議を主催した。ここでは具体的な事例に即し、専門職による支援の調整が行われた。また専門家同士が顔の見える関係を築き、支援を深める契機となっていた。

住民向けには月に1回程度様々なテーマを設定した健康講座を開催した。内容は音楽や落語、介護予防、健康、権利擁護、見守り支援などの社会貢献など多彩であった（図3）。

さらに地域の支援者の養成を目標とする研修プログラムを考案し、月1回程度の研修を実施した。研修会参加者は、地域包括支援センター職員、介護保険サービス事業所職員、民生委員、認知症カフェ・サロンの運営者、ボランティアセンタースタッフ、後見支援センタースタッフ、住宅関係団体職員、行政職員等である。

この地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者から連絡先を聞き、対象とした。

2) 調査期間

2020年4月中旬から5月中旬

3) 調査の方法

老年学の専門家（保健師2名および学位を有する研究者1名）が電話で半構造化面接を行った。

4) 調査項目

1-1. 体調はいかがですか

- 1) 良い
- 2) 普通
- 3) 良くない

1-2. LINE アンケートにおける「体調どうですか」（複数回答可）

- ① 普段通り
- ② 37.5℃以上の発熱
- ③ のどの痛みや強いだるさ
- ④ 咳がある
- ⑤ それ以外の不調あり

1-3. 体温を測っていますか

- 1) 毎日測っている
- 2) 時々測っている
- 3) 測っていない

1-3. （測っている人に）今日は何度でしたか

1-4. よく眠れていますか

- 1) はい
- 2) いいえ

1-5. 朝はきちんと起きていますか？

- 1) はい
- 2) いいえ

2-1. 生活リズムは変わりましたか

- 1) 変わらない
- 2) 変わった

2-2. 運動していますか

- 1) はい（具体的に： ）
- 2) いいえ

2-3. 食事は1日3回食べていますか

- 1) はい
- 2) いいえ

2-4. 食欲はありますか

- 1) はい 2) いいえ
- 2-5. 歯磨きはしていますか
- 1) はい → 1日 回
- 2) いいえ
- 2-6. 外出することがありますか
- 1) はい →どんな用事で?
- 2) いいえ
- 2-7. 電話やメールで誰かと話していますか
- 1) はい 2) いいえ
- 2-8. (LINE アンケートから) 自分で注意していること (複数回答可)
- ① 換気が悪い場所にはいかないようにしている
- ② 人がたくさん集まっている場所にはいかないようにしている
- ③ 他の人と、近い距離での会話や発声をしないようにしている
- ④ 手洗い・うがいやアルコールによる手や指の消毒をしている
- ⑤ せきやくしゃみをするときは、マスク・ハンカチ等を口にあてる
- ⑥ 仕事はテレワークにしている
- ⑦ その他
- ⑧ 特にやっていることはない
- 2-9. もともとデイサービスに行っていた場合
- 1) 現在も行っている 2) 現在は行っていない 3) それ以外
- 2-10. もともとヘルパーが来ていた場合
- 1) 現在も来ている 2) 現在は来っていない 3) それ以外
- 3-1. 主な情報源
- 新型コロナウイルス感染症についての情報をどこから得ていますか (複数回答可)
- ①テレビ②新聞③ラジオ④インターネット

- ⑤家族⑥友人・知人⑦かかりつけ医⑧ケアマネージャー⑨その他
- 3-2. 情報源として最も信頼できると思うのはどれですか
- 3-3. 新型コロナウイルス感染症の情報に接して、どのように感じるか
- 1) とても不安だ 2) 少し不安だ
- 3) 特に何も感じない
- 3-4. 3密について知っている
- 1) 知っている 2) 知らない
- 3-5. 緊急事態宣言が5月6日までということを知っている
- 1) 知っている 2) 知らない
- 3-6. フェイクニュースに影響を受けている (何がフェイクかどうかは保健師の判断でよいが、あとから分かるように記録する)
- 1) 受けている 2) 受けていない
4. 困りごと
- 1) 特にない
- 2) ある (具体的に)
- 5) 解析方法
- 対象者は次の2つのグループである。①これまでの研究で信頼関係を結んでいる認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者、②地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者。
- まず①と②を比較した。次に①の中で比較した。
- (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
- これまでの研究で信頼関係を結んでいる認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢

者のうち 77 名と電話調査が成立した。

地域拠点を頻回に利用する 46 名地域在住高齢者のうち 35 名と電話調査が成立した。

1) 疫学研究対象者（認知機能低下あり）と地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較

表 1 に結果を示す。以下、重要な部分のみ記載する。第一にインターネットの利用は認知機能低下群が 5.2%、健康群が 8.8%と低かった。第二に認知機能低下群のほうが閉じこもり傾向が強かった。第三に認知機能低下群のほうが新聞等の紙メディア（旧メディア）を好む傾向があった。

一方で主観的健康、運動、食事、不安、困りごとに関しては両群に差はなかった。

2) 疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較

表 2 に結果を示す。以下、重要な部分のみ記載する。第一に予防行動に関しては認知症をもつ人はできていなかった。第二に（統計的有意水準には達しなかったが）認知症をもつ人のほうが困りごとにはなかった。

3) 電話で得られたナラティブ

事例 1

A さんは息子さんと暮らす 80 歳男性である。テレビの新型コロナ情報から恐怖心を持ち、外出しなくなった。同居息子が「人がいない時間帯に出かけて運動をしたらどうか」と提案したが、家のドアを出たとたん息苦しくなり、コロナにかかったのかと不

安になり外出は失敗した。不眠となり動悸も著しく、さらに心停止の不安が増幅した。以前内服していた睡眠薬をもらいに病院に行こうとするが恐怖から実行できない。

加えてエッセンシャルワーカーとして仕事に毎日行く息子さんへの怒りも抑えきれない。新しくアパートを借りて独居することも計画していた。

何度か自宅訪問したことがあるココからステーションの保健師が電話をし、危機を察知し、精神科医、心理士に相談し、支援プランを立てた。すなわち電話による短い心理療法を定期的にした。A さんがテレビの情報に左右されて不安が増幅していることが分かったので、まずは正しい情報を提供し、その上で落ち着いて一緒に考える時間をつくった。徐々に A さんは冷静になり「新型コロナは正しく恐れなければならない」「息子さんは十分に予防行動をしており、仕事をやめろなどとは言えない、むしろ社会のために善いことをしているとほめるべきだ」「急に一人暮らしをすることの方がリスクは大きい」「朝晩の散歩はしたほうが良い」と考え方が修正され、地域生活が守られた。

事例 2

B さんは夫と暮らす 77 歳の女性である。夫は、認知機能は保たれているが足腰が弱くケアが必要である。ヒアリングに行った際には、「施設には入りたくない。ここで二人で、いつまでも、できる限りのんびり暮らしたい」と言っていた。夫は介護保険の認定をとっているが、家はきれいに片付いており、夫も身の回りのことは大体できるので介護サービスは利用していない。地域包括からも何度か訪問している。

しかし B さんは新型コロナのために抑うつ的となっていた。B さんは地域の趣味の活動に参加したり、仲間とランチ会をしたりして、気晴らしをしていたのが、新型コロナのために機会がなくなったからである。

保健師が電話をしたとき、B さんは「老人ホームに入りたい、どうやったら入れるのか」と繰り返した。家事も手につかないようであった。そこで保健師は、定期的に電話することを約束し、本人の了解をとったうえで地域包括に連絡を入れた。

翌日、地域包括が自宅に訪問し、家事支援を開始したところ回復した。

事例 3

C さんは独居の 85 歳の男性である。電車で 1 時間の距離の娘が支援をしていた。我々の訪問調査の際にも当日調査に同席してくれたほど熱心にケアしている。

しかし緊急事態中に C さんは心筋梗塞を起こして死去された

緊急事態下では葬儀もできず、直葬となった。娘の職場も在宅勤務が導入され、同僚と話すこともできなくなり、徐々に抑うつ的となった。

保健師が C さんに電話をしても出ないため、娘の携帯に電話したところ、以上のような事情が分かった。誰とも悲しみを分かち合えない辛さに気が付いた保健師は、何度か電話をしてつながりを続けた。

さらに緊急事態終了後に、高島平にやってきた娘さんとココからステーションで会い、C さんのことを偲んだ。そこには他の住民の方もおり「C さんには世話になった、惜しい人をなくした」と語って下さり、娘はようやく父との別れを受け入れることができ

た。

D. 考察

われわれは大都市団地で大規模調査を行い、7000 名強の住民に対して段階的な調査を行い、認知機能低下とともに生きる高齢者を見出した。そして、支援のための地域拠点の開所と運営など地域にコミットし続け、満を持して 3 年後に認知機能低下と共に生きる高齢者の転帰を調べた。その結果 3 割は地域生活が継続できていないことが分かった。

その調査の直後に新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクが起こり、緊急事態が宣言された。

我々はこれまでの信頼関係や協働歴があるために、すでに顔見知りで基礎情報も持っており、さらに再度の連絡等の同意を得ている地域在住高齢者と連絡を取ることができた。

今回示した結果からは、認知機能低下がある人も、健康な人も、インターネットではなくテレビから多くの情報を得ていることが分かった。紙メディアに関しては認知機能低下群のほうが多く利用していた。近年の ICT 等の利用促進や社会実装も重要ではあるが、地域に住む一般高齢者には届いていないのではないかと

一方で健康に気を付けて運動や外出もしているというたくましさも見えた。

認知機能低下を持つ人の中では、認知症をもつ人のほうが、予防行動ができていないことが分かった。社会参加の障壁となることが予想される。

以上は、量的データの解析であるが、これに加えて質的データもあるので、今後の解

析の材料としたい。

ナラティブからは、以下のように考察する。

①平時からのネットワークの重要性

われわれは、3年前からこの地域で住民とつながっていた。我々の経験でも、地域の高齢者は全く知らない相手からの電話には非常に警戒が強い。平時からのつながりが重要である。

②場の支援の重要性

「困ったときにだけ来てほしい、相談にのる」という機関では、有効だろうか。われわれは過去3年間「支援の窓口」をしていたのではなく、「用はなくても来ていい、ゆっくりできる場がある、相談もできる」という活動をしてきた。このような場では、平時のその人のことが分かるという強みがある。窓口だけではなく、集いの場は極めて有用だ。

③コストも必要

われわれの支援拠点には、医師や保健師や心理士がおり、コストは研究費で賄われていた。研究を離れてこのような支援の場を作ることは大きなコストがかかることは否めまい。しかしながら緊急時のことを考えれば、費用対効果に関しても再考の余地があろう。

④専門家の地域ネットワーク

ココからステーションでは、地域包括の人だけでなく、地域の開業医、民生委員、医師会スタッフ、団地の管理会社、保健所、図書館といった専門家とも顔の見える関係を築き、協力してきた。専門知識で理論武装した専門家はパニックになることは少なく、また職業倫理規定も持っている。専門家同士のネットワークは、緊急時には強い力を

発揮する。平時からの専門家ネットワーク構築支援が必要だ。

⑤死が前景化した社会になるのかもしれない

多くの人にとってこの1年ほど死を身近に感じた時期はないのではないか？日本では9割近くの死は病院で起きる。日常から離れた世界の出来事のように思っている人もいるかもしれないが、日常の生が死とつながっていることを認識した1年であった。死について考える機会や場所を提供することが、今後の地域拠点の重要な役割になるかもしれない。

E. 結論

2020年の新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言中に、独居認知症高齢者等に何が起きていたのかを探った。

疫学研究対象者（認知機能低下あり）と地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較からは、インターネットの利用は両群とも5%と低い、認知機能低下群のほうが閉じこもり傾向が強、認知機能低下群のほうが新聞等の紙メディア（旧メディア）を好む傾向があることがわかった。一方で主観的健康、運動、食事、不安、困りごとに関しては両群に差はなかった。疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較からは、予防行動に関しては認知症をもつ人はできていな、認知症をもつ人のほうが困りごとはないということが分かった。今回の活動からは、①平時からのネットワークの重要性、②場の支援の重要性、③コスト再考の必要性、④専門家の地域ネットワークの重要性、⑤死が前景化した社会への備え、が導かれた。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro 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, Edahiro 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. 2020; 20: 564-570 <https://doi.org/10.1111/ggi.13924>
3. Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Edahiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, Awata S. Living on the edge of the community: Factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):131. doi:10.1186/s12877-021-02084-2
4. Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 2020; 20: 944-945
5. Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita R, Awata S. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics* in press <https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
6. Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *GGI* 2020; 20: 1245-1248
7. 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 栗田主一. 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ー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ー認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854
8. 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、栗田主一. 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ：地域に拠点を作り医療相談をしてわかったこと. 認知症ケア学会誌 2020; 3: 565-572
9. 岡村毅、杉山美香、枝広あや子、宮前史子、釘宮由紀子、岡村睦子、栗田主一. 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. 日本老年医学雑誌 2020 ; 57 : 467—474

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, 栗田主一 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、栗田主一 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、栗田主一 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、栗田主一 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 栗田主一 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、栗田主一 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、栗田主一 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、栗田主一 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
 9. 宇良千秋 1)、岡村毅 1)、杉山美香 1)、中山莉子 2)、山下真里 1)、宮前史子 1)、小川まどか 1)、稲垣宏樹 1)、枝広あや子 1)、栗田主一 1) 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (1)：生活拠点の変化と属性の違いについて 2020 年認知症ケア学会 2020 年 5 月 30 日(土)～31 日(日) 仙台→オンライン開催
 10. 山下真里 1)、岡村毅 1)、宇良千秋 1)、杉山美香 1)、中山莉子 2)、宮前史子 1)、小川まどか 1)、稲垣宏樹 1)、枝広あや子 1)、栗田主一 1) 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (2)：地域生活の体験と主観的 QOL の関連 2020 年認知症ケア学会 2020 年 5 月 30 日(土)～31 日(日) 仙台→オンライン開催
 11. 岡村毅 1)、宇良千秋 1)、杉山美香 1)、中山莉子 2)、山下真里 1)、宮前史子 1)、小川まどか 1)、稲垣宏樹 1)、枝広あや子 1)、栗田主一 1) 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (3) 本人の語りに基づいた、本人の生活世界の探求 認知症ケア学会 2020 2020 年 5 月 30 日(土)～31 日(日) 仙台→オンライン開催
 12. 杉山美香、岡村毅、釘宮由紀子、枝広あや子、宮前史子、小川まどか、稲垣宏樹、宇良千秋、見城澄子、栗田主一 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (1) 相談事業を通

して地域拠点における多機関との連携
を考える 2020 年認知症ケア学会
2020 年 5 月 30 日 (土) ~31 日 (日)
仙台→オンライン開催

13. 釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、佐藤
恵、田畑文子、宮前史子、杉山美香、枝
広あや子、岡村毅、栗田主一. 地域包括
ケアシステムにおける認知症支援のた
めの居場所の役割(2) 巨大団地に孤立
して住む高齢者の最期の日々に寄り添
って 2020 年認知症ケア学会
2020 年 5 月 30 日 (土) ~31 日 (日)
仙台→オンライン開催
14. 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝
広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千
秋, 岡村毅, 栗田主一「大都市に暮らす
高齢者の健康度: 会場調査と訪問調査
の比較から」 日本老年医学会 2020 年
8 月 4 日-6 日新宿
15. 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史
子, 宇良千秋, 小川まどか, 小久保奈緒
美, 山下真理, 稲垣宏樹, 栗田主一.
COVID-19 影響下で認知症支援のため
の地域拠点に何ができるのか 公衆衛
生学会 2020 年 10 月 20 日(火)~10 月
22 日(木) 京都
16. 杉山美香 宮前史子 岡村毅 佐久間
尚子 稲垣宏樹 宇良千秋 小川まど
か 枝広あや子 栗田主一 認知機

能低下のある高齢者は日常生活でどん
な支援を求めているのか: 地域在住高
齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況
の違いの分析 老年精神医学会 2020
年

17. 佐久間尚子・稲垣宏樹・小川まどか・枝
広あや子・杉山美香・宮前史子・宇良千
秋・岡村毅・栗田主一 大都市に暮らす
認知機能低下高齢者の健康度の測定:
会場調査と訪問調査の比較から 老年
精神医学会 2020 年
18. 岡村毅 1), 小川有閑 2), 高瀬頭功 2),
新名正弥 3), 問芝志保 4), 林田康順
5) 高齢者ケアワーカーは医療をど
うみているのか: 僧侶による深掘りイ
ンタビュー 老年精神医学会 2020 年

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

		認知機能低下 群 (N=77)	健康群 (N=35)	χ^2	データなし
(1) 基礎的変数					
年齢 (yrs.)	70-79	16(20.8)	16(45.7)	χ^2 (2)=9.839, $p=0.007$	0
	80-89	47(61.0)	18(51.4)		
	90-	14(18.2)	1(2.9)		
性別	男性	29(37.7)	12(34.3)	χ^2 (1)=0.118, $p=0.731$	0
	女性	48(62.3)	23(65.7)		
(2) 身体的健康					
身体健 康	良好	18(23.4)	10(28.6)	χ^2 (2)=1.156, $p=0.561$	0
	普通	47(61.0)	22(62.9)		
	不良	12(15.6)	3(8.6)		
睡眠	良好	67(88.2)	31(88.6)	χ^2 (1)=0.004, $p=0.950$	1
	不良	9(11.8)	4(11.4)		
食欲	良好	71(92.2)	33(97.1)	χ^2 (1)=0.939, $p=0.332$	1
	不良	6(7.8)	1(2.9)		
(3) 日常生活					
生活リ ズムの 変化	あり	15(19.7)	6(17.1)	χ^2 (1)=0.105, $p=0.746$	1
	なし	61(80.3)	29(82.9)		
運動	あり	45(60.0)	24(68.6)	χ^2 (1)=0.750, $p=0.387$	2
	なし	30(40.0)	11(31.4)		
三度の 食事	あり	70(90.9)	28(87.5)	χ^2 (1)=0.290, $p=0.591$	3
	なし	7(9.1)	4(12.5)		
歯ブラシ 回数	1回	19(26.8)	4(12.5)	χ^2 (2)=15.159, $p=0.001$	9
	2回	39(54.9)	10(31.3)		
	3回	13(18.3)	18(56.3)		
外出	あり	68(88.3)	35(100.0)	χ^2 (1)=4.448, $p=0.035$	0
	なし	9(11.7)	0(0.0)		
買い物	あり	52(76.5)	32(91.4)	χ^2 (1)=3.437, $p=0.064$	9
	なし	16(23.5)	3(8.6)		
通院	あり	21(30.9)	12(34.3)	χ^2 (1)=0.123, $p=0.726$	9
	なし	47(69.1)	23(65.7)		

散歩	あり	33(48.5)	19(54.3)	χ^2 (1)=0.306, $p=0.580$	9
	なし	33(51.5)	16(45.7)		
運動のための外出	あり	2(2.9)	5(14.3)	χ^2 (1)=4.695, $p=0.030$	9
	なし	66(97.1)	30(85.7)		
電話やメールで他人と話す	あり	40(57.1)	30(88.2)	χ^2 (1)=10.054, $p=0.002$	8
	なし	30(42.9)	4(11.8)		
4) 新型コロナウイルス感染症の情報源					
TV	あり	75(97.4)	33(97.1)	χ^2 (1)=0.011, $p=0.918$	1
	なし	2(2.6)	1(2.9)		
新聞	あり	46(59.7)	9(26.5)	χ^2 (1)=10.443, $p=0.001$	1
	なし	31(40.3)	25(73.5)		
ラジオ	あり	8(10.4)	9(26.5)	χ^2 (1)=4.703, $p=0.030$	1
	なし	69(89.6)	25(73.5)		
インターネット	あり	4(5.2)	3(8.8)	χ^2 (1)=0.526, $p=0.468$	1
	なし	73(94.8)	31(91.2)		
家族	あり	13(16.9)	11(32.4)	χ^2 (1)=3.331, $p=0.068$	1
	なし	64(83.1)	23(67.6)		
友人	あり	6(7.8)	7(20.6)	χ^2 (1)=3.735, $p=0.053$	1
	なし	71(92.2)	27(79.4)		
緊急事態の日にちの記憶	あり	60(77.9)	32(97.0)	χ^2 (1)=6.124, $p=0.013$	2
	なし	17(22.1)	1(3.0)		
情報に接した際の不安	強い	36(46.8)	17(50.0)	χ^2 (2)=0.930, $p=0.628$	1
	少し	27(35.1)	9(26.5)		
	なし	14(18.2)	8(23.5)		
5)心配事	あり	25(32.9)	8(23.5)	χ^2 (1)=0.981, $p=0.322$	2
	なし	51(67.1)	26(76.5)		

表1 疫学研究対象者（認知機能低下あり）と地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較

		認知症あり (n=9)	認知症なし (n=56)	統計値
基礎情報				
性別(男性/女性)		1/8	21/35	p=0.152
独居	あり	5	28	p=1.0
	なし	4	28	
介護保険の利用	あり	5	13	p=0.37
	なし	3	42	
情緒的支援	あり	7	44	p=1.0
	なし	2	11	
手段的支援	あり	7	39	p=0.749
	なし	2	14	
MMSE 得点(会場)		18.2±5.5	23.7±2.8	p=0.017
MMSE 得点(自宅)		19.7±3.1	21.6±1.5	p=0.102
健康全般				
	良好	2	14	p=0.489
	普通	5	37	
	不良	2	5	
日常生活				
睡眠	良好	9	48	p=0.586
	不良	0	8	
運動	良好	4	36	p=0.448
	不良	4	19	
食欲	良好	9	51	p=1.0
	不良	0	5	
歯ブラシ	良好	8	54	p=1.0
	不良	0	2	
外出	良好	8	51	p=1.0
	不良	1	5	
電話で話す	良好	4	32	p=0.462
	不良	5	19	
コロナウイルス感染症の情報源				
TV		9	55	p=1.0
新聞		6	36	p=1.0
ラジオ		1	7	p=1.0
インターネット		0	0	ND
家族		3	8	p=0.171
友人		1	4	p=0.538
かかりつけ医		1	4	p=0.538
予防行動				
ソーシャルディスタンス	なし	5	13	p=0.101
	あり	4	43	
手洗い	なし	6	5	p<0.001
	あり	3	51	
マスク	なし	4	10	p=0.091
	あり	5	46	
知識				
緊急事態の日付	分から ない	5	10	p=0.005

三密	分かる	4	46	p=0.025
	分から			
	ない	5	10	
	分かる	4	46	
困りごと				
	あり	5	47	p=0.07
	なし	4	9	

表 2 疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較

厚生労働科学研究費補助金（認知症施策研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取り組み

研究分担者 岡村毅 東京都健康長寿医療センター研究所副部長
研究協力者 杉山美香 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
研究協力者 宮前史子 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター研究員
研究協力者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究分担者 稲垣宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
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副所長

研究要旨

新型コロナウイルス感染症の流行による外出自粛などの環境の変化は、高齢者や認知症の人の生活や身体、心理社会的側面に多大な影響を与えている。我々は2017年度から都内の大規模団地内で認知症支援のための地域拠点（以下、拠点）を運営してきたが、2020年4月に第1回目の緊急事態宣言後が出された時期に止む無く一時閉室した。しかし、その後拠点を再開し2021年1月の2回目の緊急事態宣言時には認知症の人や利用者の孤立予防の観点から拠点を閉室せず、感染症予防対策を強化して継続して運営を行った。コロナ禍において拠点の運営は、地域の関係各機関と連携しながら個別相談に応需することで、状態の把握や早期の支援に結び付けることができた。十分な感染症予防対策を行いながら拠点を継続する意義は高いと考えられる。ここではコロナ禍において拠点で行った支援の実践を報告する。

A.研究目的

われわれは都内の大規模団地で **Community-based participatory research (CBPR)** という枠組みで研究を行っている¹⁻⁵。これは地域住民と研究者が信頼関係を築き、共に課題に取り組む研究方法である。新型コロナウイルス感染症の流行は、
1) 高齢者は重症化のハイリスクである、
2) ソーシャルディスタンスや外出自粛を要請する、ことから我々の研究に多大な影

響を及ぼし、2020年4月7日の緊急事態宣言を受けて認知症支援のための地域拠点を一時閉室するに至った。その後感染症予防対策を取りながら拠点を再開し、2021年1月に第2回目の緊急事態宣言中は拠点を閉室せずに運営を行った。ここでは、新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援拠点の支援の実践について報告する、

B.研究方法

都内 A 区の特定地区において拠点は都内 A 区の大規模団地にあり平時には週に 3 日認知症カフェを運営し、相談事業を医療職らが予約なしで行っている(文献 1 : 杉山 2020). 本報告では 2020 年 4 月から 2021 年 3 月までの新型コロナウイルスの影響下において行った取り組みを記述した.

なお、本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した.

C.研究結果

(1) 流行初期から緊急事態宣言下の拠点での取り組み

拠点の感染予防のためのスタンダードプロトコルを 2 月 28 日に決定した. 同時に利用者の健康観察, 手洗い励行, 利用記録票の記載等のルールを明示し実行した. 4 月 3 日が最終開室日となり利用者への説明と張り紙等での周知を行った. また, 部屋の前に住民に役立つ情報のチラシ等を設置し, その後 1 週間ごとに補充等を行いホームページ, フェイスブックへも情報をアップした. 閉室後の 4 月中旬から, 個別支援を継続していた対象者 89 名と拠点の利用者 46 名に保健師らが電話での健康状態の確認と孤立予防のための支援を開始した.

5 月 4 日に拠点からの情報紙「ココから通信」を発行し, 5 月 15 日, 6 月 10 日に上記対象や関係機関等に返信用はがきを同封して郵送し双方向のつながりを維持する試みを行った. 5 月 20 日には在宅訪問医, 認知症疾患医療センター, 療養相談室とオンライン会議を実施した.

(2)閉室時の電話調査と個別支援

閉室後, 「新型コロナウイルス感染症拡大に伴う緊急事態宣言期間中の電話調査」としてコステ利用者 46 名と高島平訪問調査協力者で個別支援を行っている 86 名の計 132 名へ保健師等による電話訪問を行い心身の健康状態の確認と孤立予防のための支援を行 (文献 2 : Ura2020). 調査期間は 2020 年 4 月 20 日から 6 月 18 日で, 期間内に電話は 2 回以上行った. 対象者の性別は男性 41 名 (35.0%), 女性 76 名 (65.0%), 年齢は 30 代から 90 代までで, 80 台 66 名 (57.4%), 70 代 32 名 (27.8%) で約 9 割が 70 代以上であった.

調査項目は, ①体調, ②生活の様子, ③感染症に関する情報, ④困っていることを電話で聞き取りを行った. ご本人が在宅でかつ調査が実施できたのは 117 名 (有効回答率 88.0%) であった. 結果, 緊急事態宣言期間に体調が良くない, あるいはよく眠れていないという人が約 1 割, 感染症拡大の影響で生活リズムの変化を感じた人が約 2 割となった. 「感染症の情報に接して不安ですか」については, 48.7%が「とても不安」と回答しており, 「少し不安」と合わせると約 8 割を占め緊急事態宣言下の不安の強さが示唆された.

「感染症に関する情報をどこから得ていますか」と尋ねたところ, テレビ (96.6%) がもっとも多く, 次いで新聞 (50.4%), 家族 (20.5%), ラジオ (14.5%) だった. 専門職であるかかりつけ医 (5.1%) やケアマネージャー (0.9%) からと回答した人はわずかだった. 様々な情報源の中で情報への信頼に関しては, 「どれも信頼できない」, 「誰も信じられない」, 「わからない

から自分で判断するしかない」,「専門家の書いた本・話すこと」などの意見があった。

電話のインタビューで「今困っていることや気がかりなことがあるか」に「ある」という回答が29.1%であり,感染症に関する不安のほか,家の中でずっと一緒に過ごす認知症の家族にストレスを感じたり,人との交流や運動の機会が減ったことなど,外出自粛に伴う弊害を感じていることが分かった。

(3)再開室後の拠点での取り組み

2020年5月25日に緊急事態は解除されたため,6月19日から拠点を再開した。6月の再開所前に,また以後も継続的に,会議で議論を重ね,マニュアルを作成・修正した。

この際に参考にした資料は「地域の通いの場の再開に向けた新型コロナウイルス対策ガイド」(東京都健康長寿医療センター研究所の社会参加と地域保健研究チーム),「入居型高齢者施設における日常的な入居者介助のための感染対策手順書」(高齢者施設・在宅等における感染対策研究会)などである。医師,歯科医,保健師が監修し,スタッフ全員で内容を検討した。

拠点の運営マニュアルは,スタッフの健康管理,体温等の報告と記録,利用者の受付時の検温と手洗い,マスク着用,利用者人数を10名以内,利用記録票を30分以内の利用のお願い,飲み物の持参,大声での会話,ゲーム,歌唱等の禁止,フィジカル・ディスタンスを2メートル以上取るなどとし,来場者への新様式の協力を求めた。拠点内は1日3回のアルコール等による清拭,換気,フィジカル・ディスタンスが確保できるような室内のレイアウト変更などを行った。

また,スタッフ及び利用者で感染者が報告された場合のフローについて決定した。

活動内容は飲食・歌唱等を禁止したが,個人で活動を楽しめる参加型アートプログラムを実施した。月1回の本人ミーティングを継続し(計12回開催),各回10名程度の参加があった。認知症当事者との協働として,主体的に認知症を学ぶ「認知症ゼミナール」を開始した。

(4)拠点利用者の推移(図1)

拠点の利用者は,令和元年度は月間の利用者数は350名から450名程度,一日の利用者数は約30名前後であった。令和2年の2月までの利用者数は通常通りであったが,3密についての見解が出され感染者数が増加してきた3月は利用者が258名,一日の平均利用者は18名と半減した。その後,オープン後の利用者は7月が131名,8月が171名平均利用者数は10名程度,2021年1月170名の緊急事態宣言下でも13名程度となった。昨年度の3割から4割程度の利用となっている。利用者については固定メンバーが多いが,ドクター相談については新規相談者も増えてきている状況である。

(5)専門職による相談

地域の医師のボランティア協力を得て「話してみようドクターの日」を月7日10月から実施して相談体制を強化した。医師の在室日数は年間55日であった。相談件数はのべ351件(男性55件15.7%,女性296件84.3%)うち新規の相談は34件9.7%出会った。年代は80代が最も多く189件53.9%,続いて70代が139件31.2%であった。相談内容は医療相談(身体)81件23.1%,続

いて精神的健康に関する相談45件12.8%、認知症についての相談29件8.3%、日常生活支援24件6.8%、歯科相談の需要もあった。

また、2019年秋に訪問調査を実施した認知機能障害をもつ高齢者143名を対象に、2020年11月から2021年1月の期間に専門職（保健師、社会福祉士、臨床心理士）が電話相談を行い、転帰の確認を行った。また、体調や生活の様子、コロナ禍での不安などを傾聴し、社会的支援ニーズの調整を図った。

(6)第2回目の緊急事態宣言下の拠点の取り組み

第2回目の緊急事態宣言下においては、認知症の人や家族の相談応需、利用者の孤立予防の観点から拠点の運営を継続した。感染症予防対策については、スタッフの清掃時のグローブ等の使用の徹底、冬場であるが常時換気の徹底などを再確認した。なお、利用者数は前年度の4割~5割程度であるが個別相談の需要は変わらず多かった。



図1. 2019年4月から2021年3月までの来場者（月合計・日平均来場者数）

D.考察

拠点の認知症カフェについては、再開時には感染リスクの問題もあり再開するか否かを含めて様々な意見が持ち上がったが、地域の高齢者や認知症の人、その家族の孤立を予防し居場所としての機能を維持することを優先課題と考え再開に踏み切った。しっかりとした感染症予防対策と感染者が出た際のフローを作成することにより、地域のその他の認知症カフェよりも早い段階

での再開ができた。参加型アートなど新規の取り組みも開始しながら、居場所の中で利用者がこれまでと違う拠点の利用方法や新しい行動様式に馴染んでいくような取り組みも行った。

現在まで、大きな問題はなく、拠点の運営方法のノウハウなどについても、他の認知症カフェや介護予防事業などと情報交換を行いながら運営を続けている。拠点では緊急事態宣言による外出自粛の期間中とその

前後も、行政や地域包括支援センター、療養相談室など地域の関係各機関との連携を続けた。メールや電話での連絡を取ることで、オンラインでの会議を実施できるようインターネット環境の整備、機材の確保など準備を時間をかけて行い、第1回目のオンライン会議実施し継続するための課題を解決していくことができた。

その他にも、地域のボランティア医師によるドクターの日の増設依頼など、「閉室時にこそできること」を考え開室に向けた準備を行った。今後は地域連携を強化しながら感染の流行に備えつつ、電話訪問等を継続し在宅で拠点に来所できない人へのアプローチの継続やココから通信など双方向性のある媒体によるつながりづくり、拠点の認知症カフェでの高齢者向け ICT 講座や参加型アートの取り組みを積極的に実施していくことが課題である。

E. 結論

新型コロナウイルス感染症流行により拠点を閉室し直接支援を行えない環境の中、高齢者の孤立予防や健康状態の把握が課題であったため電話による支援と配布や郵送による情報提供を行った。今後も拠点の閉室は起こり得るため、今回の試みを一般化することが求められる。一方 ICT を活用した情報発信への利用は少なく、今後は高齢者が ICT をどう活用できるかが課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) Ura C, Okamura T, Inagaki H, et al. Characteristics of detected and undetected dementia among

community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatrics & Gerontology International* 2020; 20: 564-570.

2) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al. 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>

3) 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, 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: 地域に拠点を作り医療相談をしてわかったこと. *認知症ケア学会誌* 2020; 3: 565-572

5) 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. *日本老年医学雑誌* 2020; 57: 467-474

6) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 2020; 20: 944-945

7) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R,

- Yamashita R, Awata S. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics* in press <https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
- 8) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Eda Hiro A, Awata S. Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *GGI* 2020; 20: 1245-1248
- 9) 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 認知症ケア事例ジャーナル第13巻第3号. 220-230 (2020)
- 10) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Eda Hiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, Awata S. Living on the edge of the community: Factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):131.
2. 学会発表
- 1) 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 見城澄子, 栗田圭一. (2020). 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (1) 相談事業を通して地域拠点における多機関との連携を考える. 認知症ケア学会.
- 2) 宇良千秋, 岡村毅, 杉山美香, 中山莉子, 山下真里, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田圭一. (2020). 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (1): 生活拠点の変化と属性の違いについて. 第21回日本認知症ケア学会, オンラインによる誌上発表 仙台.
- 3) 宮前史子, 多賀努, 森倉三男, 岩田裕之, 見城澄子, 杉山美香, 栗田圭一. 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 地域拠点で開催する本人ミーティングの実践と参加者の変化. 第21回日本認知症ケア学会, オンラインによる誌上発表 仙台.
- 4) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 宇良千秋, 小川まどか, 小久保奈緒美, 山下真理, 稲垣宏樹, 栗田圭一. (2020). COVID-19 影響下で認知症支援のための地域拠点に何ができるのか. 公衆衛生学会, 2020.10.20~1022. オンライン発表. 京都
- 5) Mika Sugiyama, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Ayako Eda Hiro, Madoka Ogawa Hiroki Inagaki, Chiaki Ura, S. A. (2020). Building Community Space for Supporting Residents Living with Dementia in a Housing Complex District in Tokyo, Japan. *GSA*.
- G. 知的財産権の出願・登録状況
なし
- Reference
- 1) 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

2)Ura C, Okamura T, Sugiyama M,
Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M,
Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Call
for telephone outreach to the older
people with cognitive impairment
during the COVID-19 pandemic. GGI
2020; 20: 1245-1248

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
栗田主一	認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして.	日本社会精神医学雑誌	29	35-41	2020
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.	日本老年医学雑誌	57	22-27	2020
栗田主一	住み慣れた街でその人らしく生きる（共生）. 6. 地域ぐるみの取り組み. 2) 東京都板橋区高島平.	老年医学	58	511-513	2020
栗田主一	認知症施策推進大綱が目指すものは何か：「共生」と「予防」.	臨床精神医学	49	565-572	2020
栗田主一	一人暮らし，認知症，社会的孤立.	老年精神医学雑誌	31(5)	451-459	2020
栗田主一	Dementia Friendly Community.	総合リハビリテーション	48	951-955	2020
栗田主一	権利ベースのアプローチ，地域をつくる取り組み.	老年精神医学雑誌	32	165-172	2021
栗田主一	認知症があってもみんなが集える居場所～地域の拠点としての機能～.	介護福祉	No.120	60-65	2020
涌井智子	国民生活基礎調査からみる独居認知症高齢者のケアの実態と今後への示唆.	老年精神医学雑誌	31(5)	467-473	2020
川越雅弘，南琢磨	一人暮らしの認知症高齢者の出現率および生活状況の実態. 介護保険データより.	老年精神医学雑誌	31(5)	460-466	2020
角田光隆	マンションに一人で暮らす認知症高齢者の今日的課題.	老年精神医学雑誌	31(5)	474-480	2020
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
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」から見えること.	老年精神医学雑誌	31(5)	487-498	2020

Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edaahiro 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
Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edaahiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuuta 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	20	564-570	2020
Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Edaahiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, Awata S.	Living on the edge of the community: Factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment.	BMC Geriatrics.	21(1)	131	2021
Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edaahiro A, Awata S.	Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic.	Psychogeriatrics	20	944-945	2020
Edaahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita R, Awata S.	Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic.	Psychogeriatrics	21(1)	140-141	2021
Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edaahiro A, Awata S.	Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic.	GGI	20	1245-1248	2020

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 栗田主一.	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ー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ー	認知症ケア学会誌	18	847-854	2020
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、栗田 主一.	地域在住高齢者の医療の手前のニーズ：地域に拠点を作り医療相談をしてわかったこと.	認知症ケア学会誌	3	565-572	2020
岡村毅、杉山美香、 枝広あや子、宮前史 子、釘宮由紀子、岡 村睦子、栗田主一.	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.	日本老年医学雑誌	57	467-474	2020
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.	認知症ケア事例ジャーナル	第13巻 第3号	220-230	2020
角田光隆	高齢者等の支援のためのNPO法人と管理組合の役割.	マンション学	第66号	101-107	2020
角田光隆	認知症その他の障害者と管理組合の役割ー合理的配慮と組織の強化ー.	マンション学	第67号	64-75	2020

資料1 報告書7_附属資料1-1

「当事者として私の考えること」大牟田市認知症サポーター養成講座

当事者として私の考えること

大牟田市認知症サポーター養成講座

まほろば倶楽部 ～奈良若年性認知症・MCIの人々の集い～ 代表

奈良県委託事業

奈良県若年性認知症サポートセンター ピアサポーター

平井 正明

2021年3月1日

私の紹介

- 1961年（昭和36年）1月生まれ 60歳
- 大学卒業後、電機メーカーにエンジニアとして就職。以後38年間奈良県に居住
- 2013年（平成25年）大阪の自動車部品製造の中小企業に再就職
- 2017年（平成29年）6月にMCI（軽度認知障害）もしくはアルツハイマー型認知症の初期段階との診断を受け退職（56歳）
- 2018年（平成30年）3月より、奈良市の一般社団法人 SPSラボ若年認知症サポートセンター「きずなや」で活動開始
- 同年 4月 当事者自ら活動する団体「まほろば倶楽部」を設立
- 2019年（令和元年）12月 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「認知症バリアフリー社会実現等に向けた調査研究事業」委員に就任
- 2020年（令和2年）4月 第8期「奈良県高齢者福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画」策定委員に就任
- 同年 4月より 奈良県委託事業「奈良県若年性認知症サポートセンター」ピアスタッフ

認知症の疾病感を変える！

認知症 ≠ 病気？

認知症は、脳の機能低下によって身体に現れる症状の総称で、それ自体は病気ではない。

身体に現れる症状によって生活に支障のある状態にあること。

生活は人によってレベル、内容は異なる。同じ症状であってもどんな支障があるか、どれだけ支障があるかは人によって違う。

**生活に支障をきたさないよう工夫・支援する
環境を整えることで、いろいろな症状が出て暮らしていけるのでは**


認知症の疾病感を変える！

誰もが抱く認知症に対する根拠のない認識や間違った認識
(スティグマ)

- 無理解 「認知症になったらおしまいだ」
- 先入観 「頭を使わない人が認知症になる」
- 偏見 「認知症だからどうせ覚えていない」
- 恐れ 「認知症にはなりたくない」
- 回避 「自分とは関係ない」
- 排除 「認知症の人はいないほうがいい」

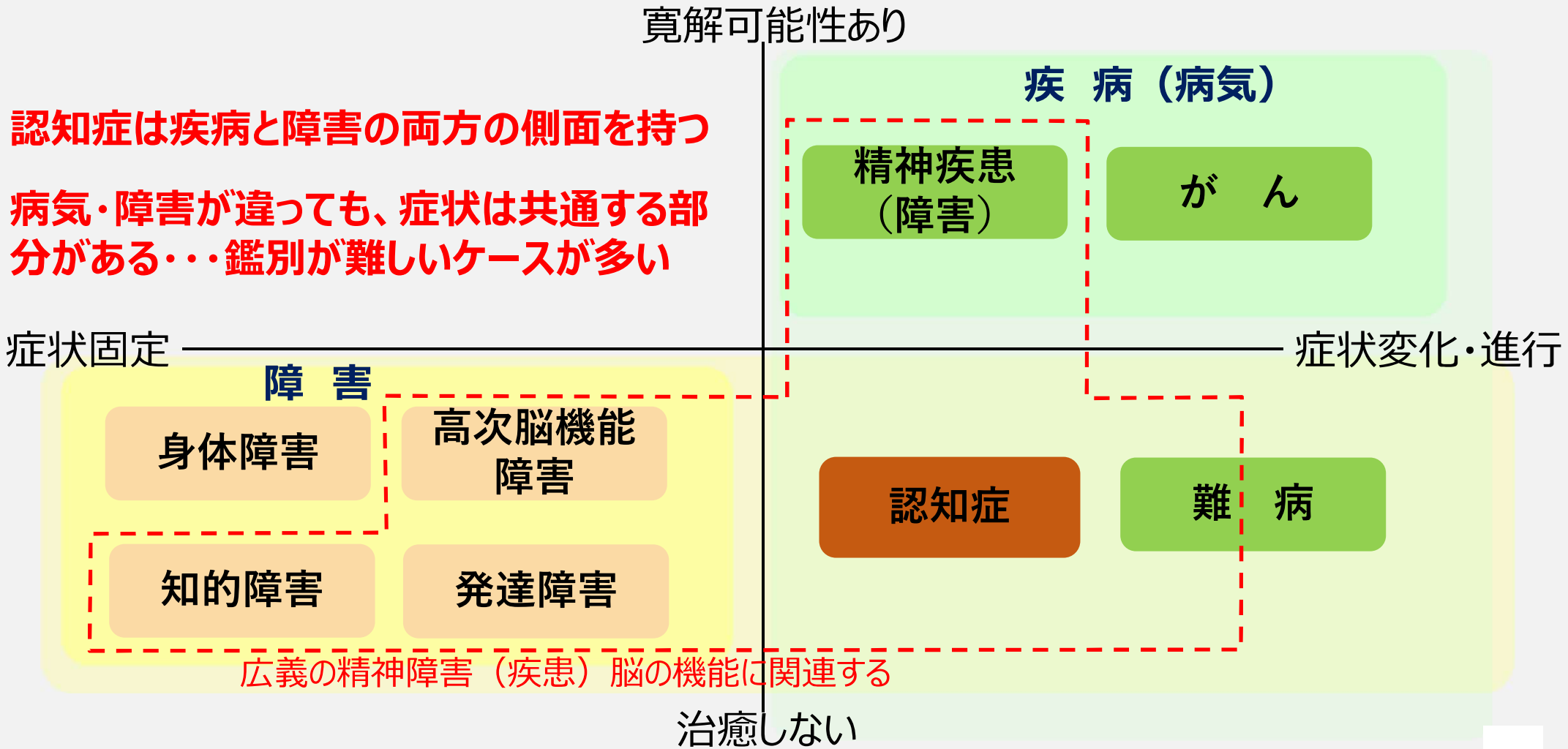
受容的スティグマ

「すばらしい、あなたはとても認知症には見えない」

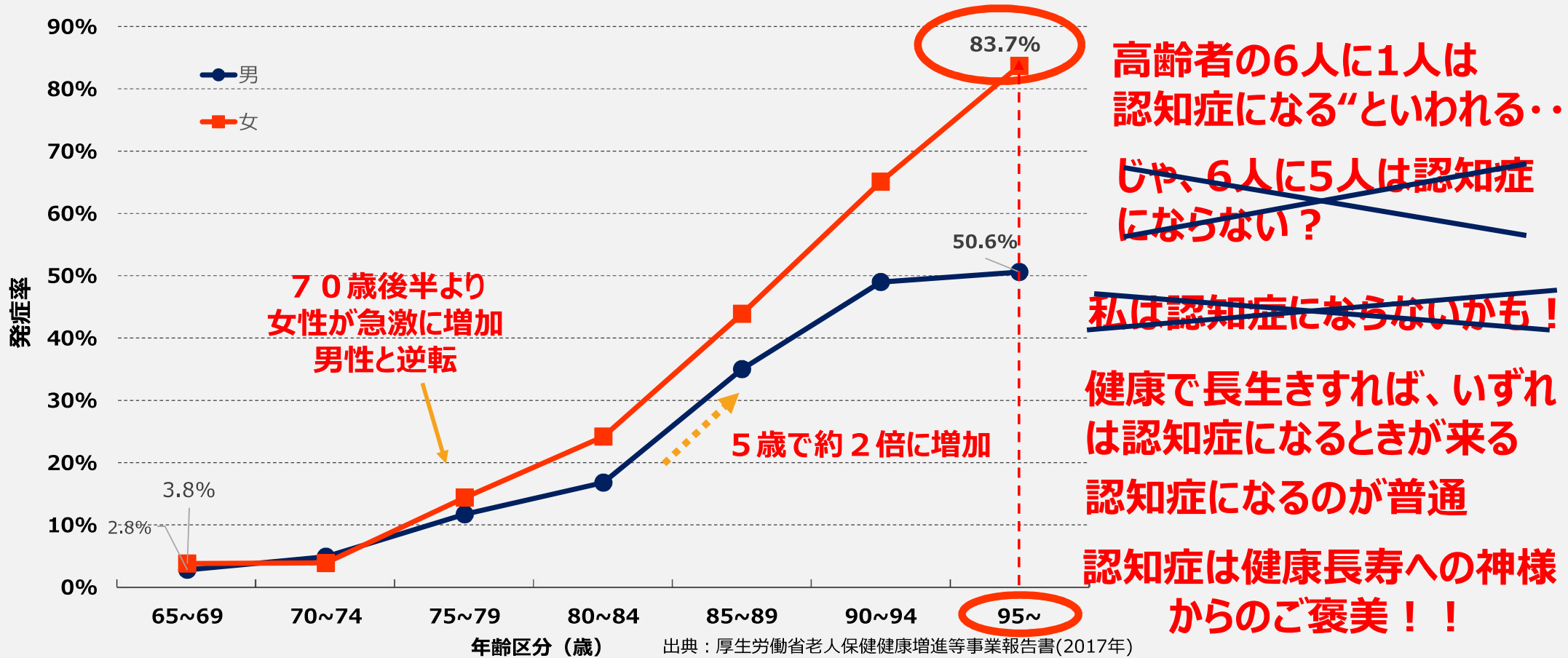


認知症になっても大丈夫
誰もが認知症になりうる
認知症になったからと
いって何も変わらない
認知症になっても出来る
事はいっぱいある
認知症になってもいろん
なことを感じ、覚えている
認知症は自分事

認知症のポジション



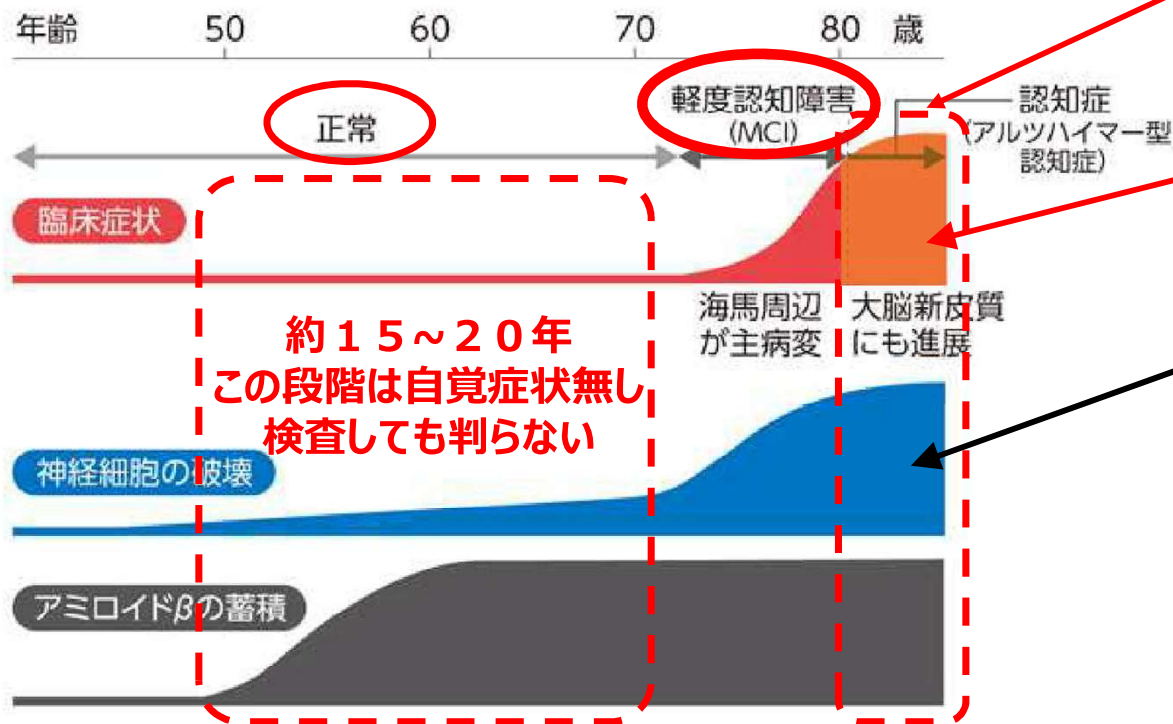
認知症は他人事？ 自分事？



歳をとることが認知症の最大のリスク要因！！・・・これって本当に病気なの？？？

アルツハイマー型認知症進行 ある日突然なりません！！

アミロイドβが蓄積して神経細胞の破壊が進むと認知症になる



脳にアミロイドβが蓄積しても、しばらくは症状は現れない。神経細胞の破壊が進むと、「軽度認知障害 (MCI)」となるが、そのときはまだ海馬周辺に病変がある状態。それが大脳新皮質にも進展すると、認知症 (アルツハイマー型認知症) となる。なお、アミロイドβの蓄積が確認されると、認知症の症状が出ていなくても「アルツハイマー病」と呼ばれる。(遠藤英俊氏の資料より作成)

出典：日経Gooday 認知症にならない元気脳の作り方 遠藤英俊氏 2019.4.16

認知症と判った段階は病的には末期の状態！！

臨床症状が認知症の中核症状 どれだけ少なく小さく出来るか！！

一度起こった神経細胞の破壊は元に戻らない (治らない)

認知症になった、なっていない関係なく、早い段階から備える。生活環境を見直す

認知症の進行が穏やかにひよっとしたら、他の病気で一生を終えるかも・・・

私の状態

平成27年春頃（54歳）より、頭の後ろ半分中心に、宙に浮いたような変な感覚がするようになる。次第に、仕事の効率が低下するようになり、精神科の医院を受診、専門医の紹介を受ける。

この時点では、物忘れの自覚症状は特になく、認知症検査の結果は満点であった。

MRI検査を受けた結果、頭頂葉に、この年齢では通常起こりえない萎縮が見えるとの診断。

平成29年春頃（56歳）より、体のふらつきや業務の遅延が目立つようになる。

6月に受けた検査で、MCI もしくは、アルツハイマーの初期段階との診断を受け退職を決断。

- 画像診断では頭頂葉右側の血流低下が著しく萎縮も認められる。しかし、海馬は正常。
- 短期の記憶力は多少は低下しているが、「もの忘れ」を強く自覚するほどではない。
- 主な症状は、からだのふらつき（バランス感覚が悪い）
頭痛（頭の後ろ半分に、ふわりとした感覚が起きている間は常に感じる）
複数のことを同時にすることが難しい
書類やスマホを探し回ることが多い（ちよい置きした場所が判らなくなる）
- 普通の生活をしているだけでも、脳にかなりの負担がかかっているため疲れ易い。

初期の若年性認知症・MCI レベル → 「高次脳機能障害」の一種（私見）

大阪市都島区 発行のパンフレット

認知症は高齢者だけの病気ではありません。

若年性認知症とは
40～65歳未満で発症する認知症。
早期発見・早期受診が大切です。

働き盛り世代での発症のため家族にも大きな影響を及ぼします。



もしかしたら **若年性認知症** かも

都島オレンジチーム 受付時間 9:00-17:30
相談無料・秘密厳守
Tel. 06-6926-3803

大阪市都島区大東町2-2-18 都島区北部地域包括支援センター内 [休日]日、祝、年末年始



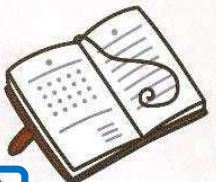
若年性認知症チェックリスト

若年性認知症の発症初期には「もの忘れ」がほとんど目立たない場合があります。

日常的な暮らしの中で「認知症ではないか」と思われる言動を、まとめられたものです。医学的な診断基準ではありませんが、暮らしの中での目安として参考にご覧ください。いくつか思い当たることがあれば、ご相談ください。



- スケジュール管理が適切にできない。
- 仕事でミスが目立つ。
- 複数の作業を同時並行で行えない。
- 段取りが悪くなり、作業効率が低下する。
- もの忘れに起因するトラブルが増える。(取引先との書類を忘れる等)
- 物を探していることが多くなる。
- 降りる駅を間違える。
- 服の組み合わせがおかしくなる。
- 家族との会話の中の意味を取り違えて険悪になる。
- お金を無計画に使うようになる。



- 夜眠れない。
- やる気が出ない。
- 自信がない。
- 運転が慎重になった。
- 趣味への関心がうすれた。
- 頭痛、耳鳴り、めまい
- イライラする。
- 考えがまとまらない。



私が感じている症状です！

半分くらい当てはまります

うつ病など他の精神疾患との識別が非常に難しい
専門医でも誤診するケースがみられる

認知症 若年と老年 違い

	若年（発症（診断）時 64歳以下 ）	老年（ 65歳以上 ）
性差	男性が多い	女性が多い （特に75歳以上）
要因疾患	多様	アルツハイマーが主
発見のきっかけ	仕事や家事でのミスや失敗がきっかけの人が多く、 <u>早期に気づくチャンスあり</u>	加齢による衰えと重なり、 <u>早期に気づきにくい</u> 単なる加齢と認知症の明確な境は無い（私見）
介護・生活面	配偶者が （妻が夫を）介護・・・ 体力的負担 <u>未成年の子どもの精神的ダメージ</u> が大きい	夫が妻を介護(男性介護者) 夫婦ともに要介護：老老介護 子供・孫が介護
経済面	大半は退職を余儀なくされ 収入が絶たれる。再就職も困難 <u>経済的な影響甚大</u>	老齢年金受給世代 <u>最低限の収入有り</u>

若年性認知症は、家庭生活や子育てに大きな影響がある。抱える課題は、その人ごとに異なる。

若年の人は、高齢者中心の認知症カフェや既存の介護施設は正直行きたくない。

体力もあり、いろいろな活動ができる軽度の人、活動できる場所・相談できる場所・職場（居場所）が殆ど無い。

→若年認知症の当事者が、相談できる場所、活動できる場所、生計を立てられる仕事ができる環境・条件を作っていく。

活動の原点 1 障害を持つ子どもを通じたつながり

重度知的障害の子どもたちの親として、発達障害児の保護者たちで立ち上げた天理市の**障害児者支援施設「あおぞら倶楽部」**での、**親どうし、天理大学 ボランティアサークル「マンモス」学生・OB・OGとのつながり**



出典：天理大学HP



「あおぞら倶楽部」は、2001年（平成13年）、現在のような福祉サービスが何もない時代、就学期の発達障害のある子どもたちが家に閉じこもる事無く安心して過ごせる場所、既存の障害児者支援の枠組みでは支援することが難しい障害児者の兄弟姉妹も一緒に参加できる居場所づくりを目指して保護者で立ち上げ、天理大学ボランティアサークル「マンモス」の学生と共に20年間活動を続けています。

活動の原点2 「きずなや」との出会い

平成30年1月23日生駒市主催の若年性認知症フォーラムに丹野智文さんが来られました。その時の丹野さんのお話。私も当事者として周りの人との関わりを持つことの重要性を再認識しました。

「奈良県若年性認知症サポートセンター」、「きずなや」について、その時に初めて知ることが出来ました。自分も何かできることがないかとの思いで、2月に直接お電話して「きずなや」若野代表とつながったことが今のを中心とする活動の始まりです。



平成30年5月 ご本人にお会いしました

【記者会見資料】

平成30年1月16日

奈良県生駒市



当事者が語る！「若年性認知症フォーラム」を開催

生駒市は、本人が抱える不安や思い、希望について理解を深めるとともに、若年性認知症の人にやさしいまちづくりを今後どのように進めていくかについて考える機会として、若年性認知症の当事者でネットヨタ仙台に勤務する丹野智文さんを迎え「若年性認知症フォーラム」を1月23日（火）に生駒市コミュニティセンター文化ホールで開催します。

65歳未満で発症する若年性認知症は、働き盛りや子育て等の時期に発症するため、本人やその家族への心理的・経済的負担が大きいにもかかわらず、まだまだ社会の認識が不足しているのが現状です。丹野さんは、39歳のときに若年性アルツハイマー型認知症と診断されましたが仕事を続けておられます。「認知症とともに生きる」と題し自身の経験を踏まえたお話をさせていただきます。

■ 若年性認知症フォーラム

- ◇ 日時 1月23日(火) 10:00～12:00
- ◇ 場所 生駒市コミュニティセンター文化ホール
- ◇ 内容
 - ・生駒市の現状報告及課題提起
(生駒市地域包括ケア推進課長 田中明美)
 - ・奈良県の若年性認知症に関する取組
(奈良県若年性認知症サポートセンター室長 尾崎京子さん)
 - ・講演 「認知症とともに生きる」(丹野智文さん)
- ◇ 費用 無料
- ◇ 申込み フォックスで生駒市地域包括ケア推進課
FAX 0743-75-4879
- ◇ 丹野智文さん
 - ・43歳、ネットヨタ仙台勤務。39歳の時、若年性アルツハイマー型認知症と診断され、会社の理解のもと営業職から事務職に変わり仕事を続けている。
 - ・認知症本人のための忘れ和談窓口「おれんじドア」代表
 - ・日本認知症本人リーディンググループメンバー
 - ・公益社団法人認知症の人と家族の会宮城県支部会員
- ◇ 後援 厚生労働省近畿厚生局、奈良県



丹野智文さん

■ 若年性認知症

厚生労働省の「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要」(2009年3月)によると全国における若年性認知症者数は3,78万人と推計されています。「奈良県若年性認知症に関する実態調査」(2012年3月)によると、県内在住の若年性認知症(疑いのある人を含む)の方で、医療機関を受診している方あるいは介護保険サービスや認知症がい福祉サービス等を利用していると回答したのは、延べ877人とされています。

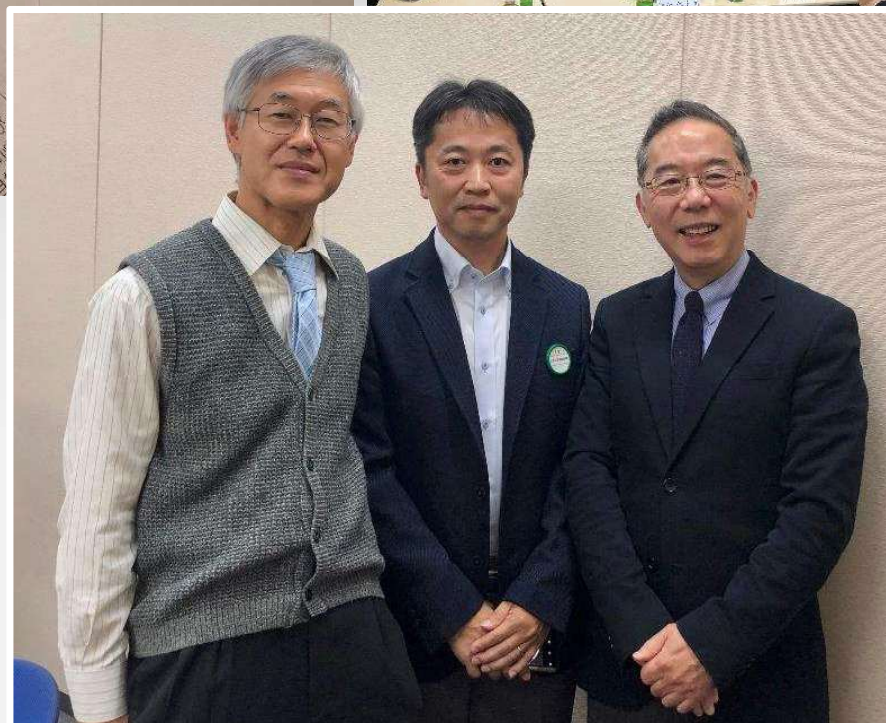
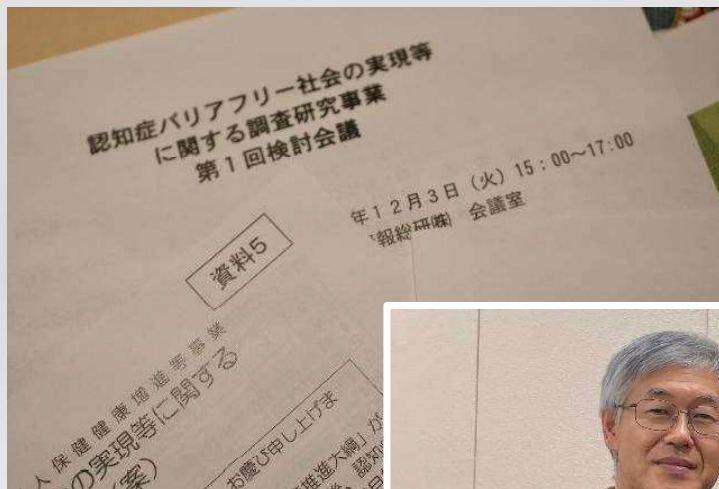
この件に関する報道関係者からのお問い合わせ

生駒市地域包括ケア推進課(課長 田中、課長補佐 知酒) ☎0743-74-1111(内線461)

活動の原点3 高次脳機能障害当事者との出会い

一昨年12月より、令和元年度厚生労働省 老健事業「認知症バリアフリー社会実現等に関する調査研究事業」の検討会の委員に就任。私と同じ当事者委員の高次脳機能障害のご本人との出会い。

元の病気は異なりますが、体に現れている症状はほぼ共通する。認知症のごく初期の段階は、高次脳機能障害 と言った方がしっくりいく感じ。自分の体験を伝えること、同じ病気になった方を支えるピアサポートの重要性を教えてもらっています。



最近の活動

当事者・家族のつどい（奈良市きずなや）



当事者・家族の歓談



本人ミーティング

米国人当事者と天理大学iCafe訪問



当事者からの発信・講演活動

地域の認知症に関する講演会での講演活動。
本当に、「認知症になっても大丈夫」な社会の実現に向けて、認知症への正しい理解と当事者の思いを伝えています。



令和元年6月 奈良県平群町



平成30年11月 奈良市



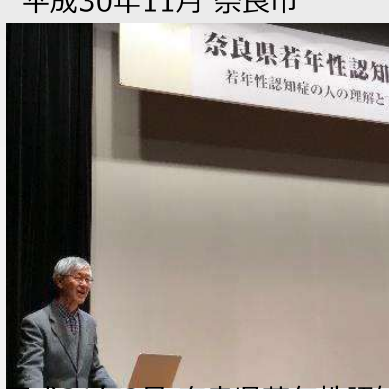
令和元年6月 奈良県安堵町



令和2年2月 畿央大学公開講座



平成30年11月 愛知県豊川市



平成31年2月 奈良県若年性認知症フォーラム



平成31年3月 広島市
厚労省中国四国厚生局
調査研究報告会



令和元年11月 天理市立西中学校
認知症サポーター研修

病気と向き合って

- 今の状態から、**進行を限りなくゆっくり**に…
これが自分や家族・社会にとって最良の選択

- このために何をすればいいか

脳を活性化する
脳に刺激を与える

→

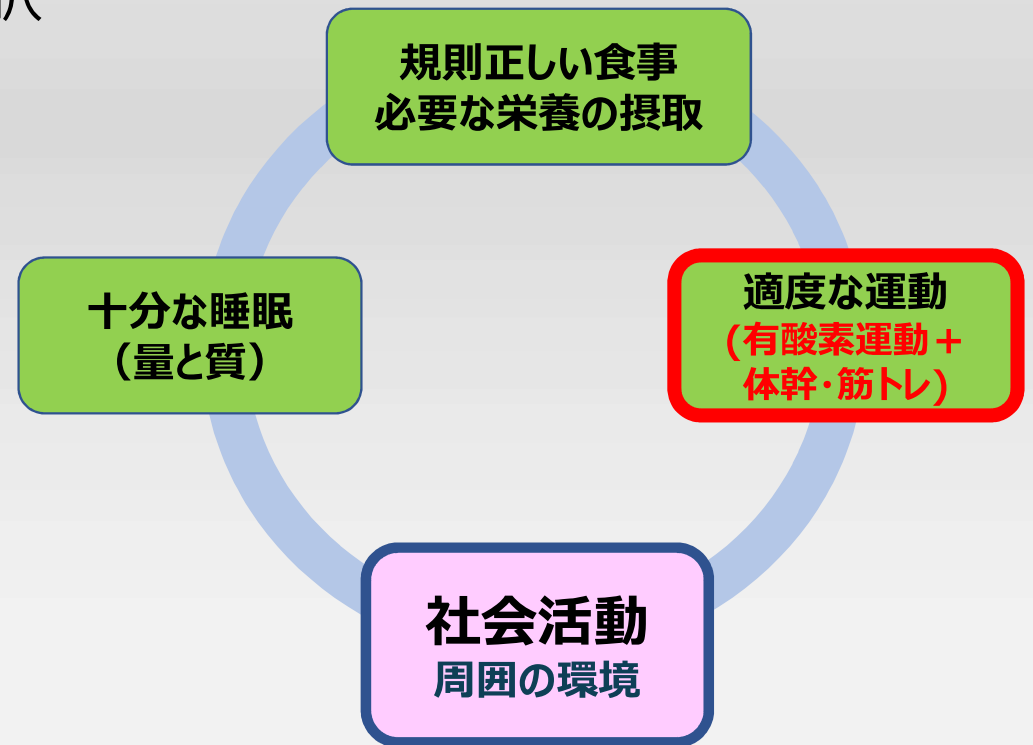
体を動かす
活動する

自分がやりたい事、出来る事に**主体的**
に**楽しく**取り組む

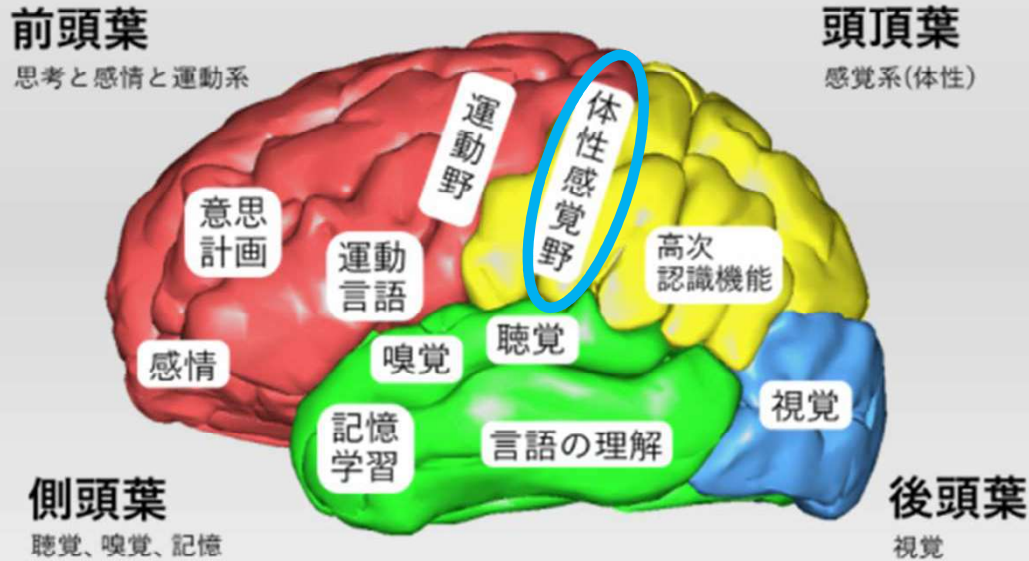
人の役に立っていると実感できる事

家族・周囲の人の理解が必須

4つの柱



気付いてほしいこと



認知症の元になる脳の病気によって、活動が低下（萎縮）した部分が掌る機能ができにくくなります

活動が低下した部分も、ある程度は周りの脳細胞がカバーしてくれます

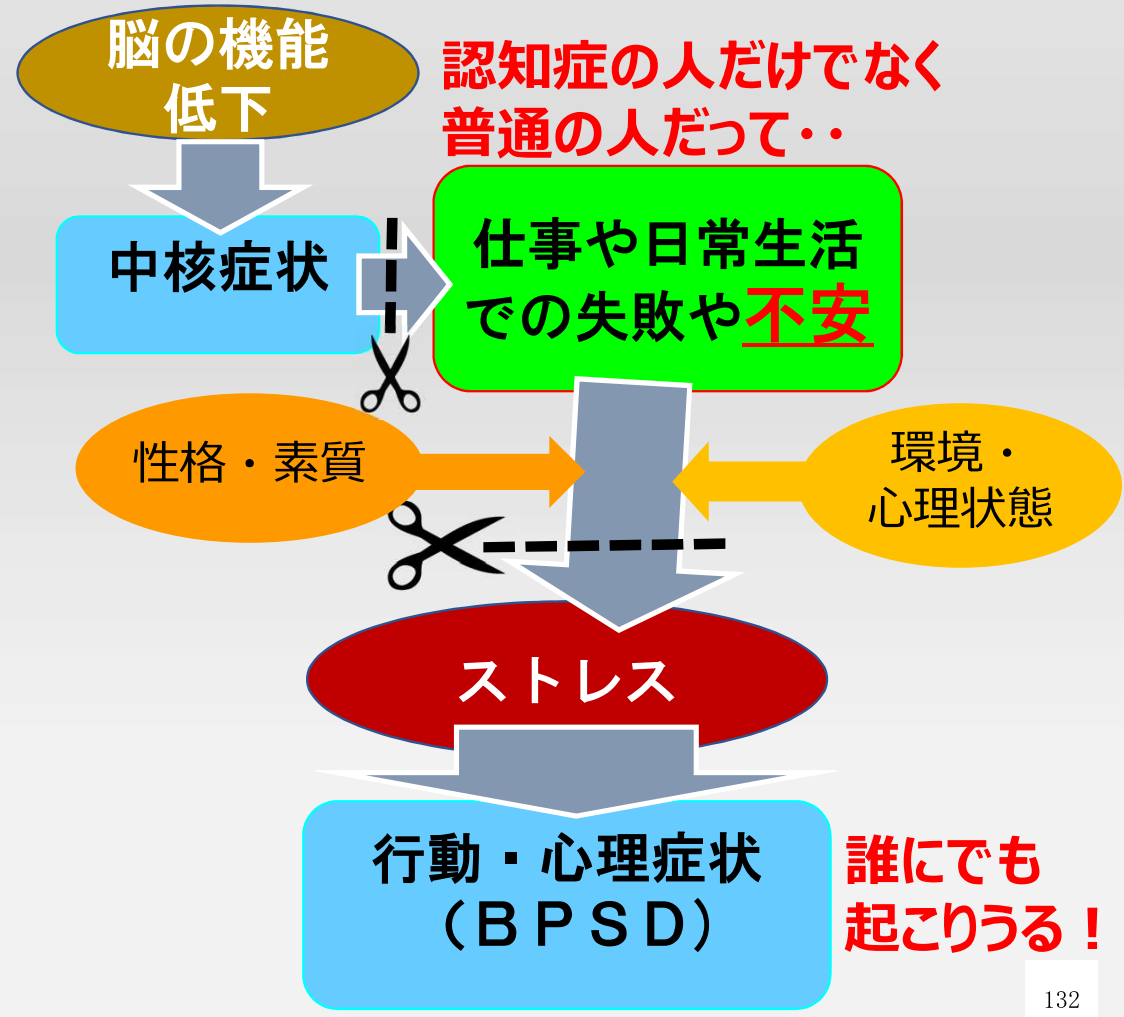
脳の活動が低下していない領域が掌る機能はこれまでと変わらずに出来ます！！

出来なくなる事は脳のいろんな機能のほんの一部
出来ない事、苦手なことはみんな微妙に違います

認知症だから何もできない、やってはいけない というものではありません。
その人ができる事、できない事、何が苦手なのか、困っているのかを見てあげてください。
出来ない部分は助けてあげて、出来ることは奪わずにやり続けられるよう工夫してください。
失敗しても、出来なくても、時間がかかってもいいんです。
失敗しないよう先回りしない、失敗を恐れない。怒らない。

認知症の症状 こんなイメージ

出典：認知症サポーター養成講座標準教材



私の認知症への考え

長い目で見れば、脳の機能低下・萎縮は徐々に進行する

・・・定期的な診察・検査で確認する

いろいろな中核症状は今後も大なり小なり出てくるだろう

・・・しかし、脳の状態に変化がなければ変わらないはず

たとえ脳の機能低下・萎縮が進んでも、必ずしも出来なくなる訳ではない

出来ることをやり続け、出来なくなったことには執着しない

出来なくなったことは素直に周りの助けを借りる

自分の変化に一喜一憂せず、受け入れる

ストレスを感じない生活を常に心がける（自分の意識・周りの環境）

・・・行動・心理症状を抑えられれば怖くない

好奇心を忘れず、新しいことにチャレンジ！

何が大切？ 一番大切なこと

基本的な日常生活動作ができる

不便なところは目をつぶる 出来ないことは助けてもらう

ひとりで立てる座れる寝れる起きれる

自由に歩ける

トイレができる

自分の歯で嚙んで食事ができる などなど

**身体能力の維持
体幹と脳の連動**

自分のことは自分で決める 自分で決められるうちに決める

物忘れ・・・どうでもいいじゃない！ 人間忘れることが出来るから生きて行ける

覚えなくても暮らせる工夫

教えてくれたら素直に受け入れる！

私が今想うこと

今の自分にできる事、今の自分にしか出来ない事に一生懸命に取り組む。

家族と普通の生活が出来る この一瞬がものすごく嬉しい。

病気と向き合うようになって、以前と変わらずに接してくれる家族に感謝。

そのためにも自分が毎日を笑顔で過ごす。

周りから支援されるばかりでなく、自分も周りの人を支援する側になる。

病気と出会ったことで、できなくなったこともあるけれども、新しい人との出会い、
新たな活動の場・・・自分にとって新しい世界が広がった！

残された機能で毎日精一杯頑張ってくれている自分の脳を褒めてあげたい。

さいごに

死生観を持つ…人間はどう生きて、どう最期を迎える

宗教心・信仰心…しっかり持つ

限りある命（人生）を前向きに生きる

高齢者の認知症…人生の集大成

穏やかで安らかな最期を迎えるため

神様が与えてくださるサイン

認知症になるとたしかに**不便ですが、決して不幸ではありません**

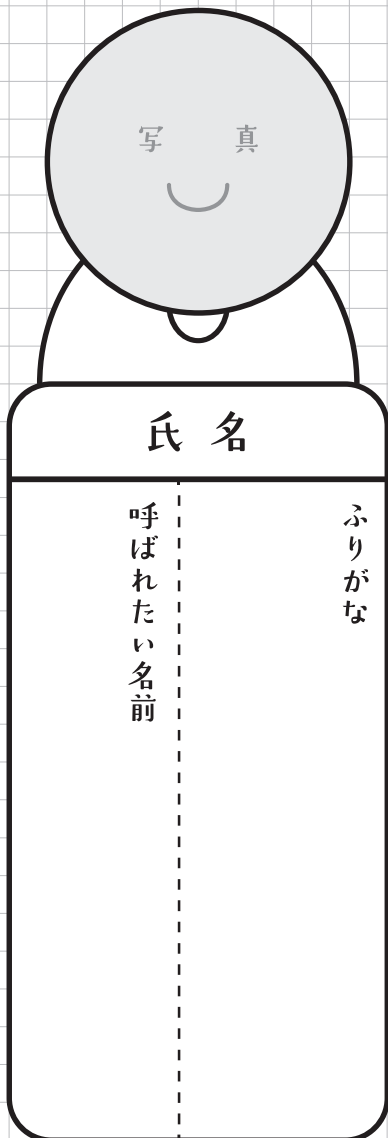
佐藤 雅彦さん
長谷川 和夫先生

ご清聴
ありがとうございました



知る楽しさをもっと。

やりとり手帳



1-1 わたしのこと

年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____

電話番号 _____

● 下記のことを教えてください。※○をつけてください

1 どんなスタッフと話したいですか？

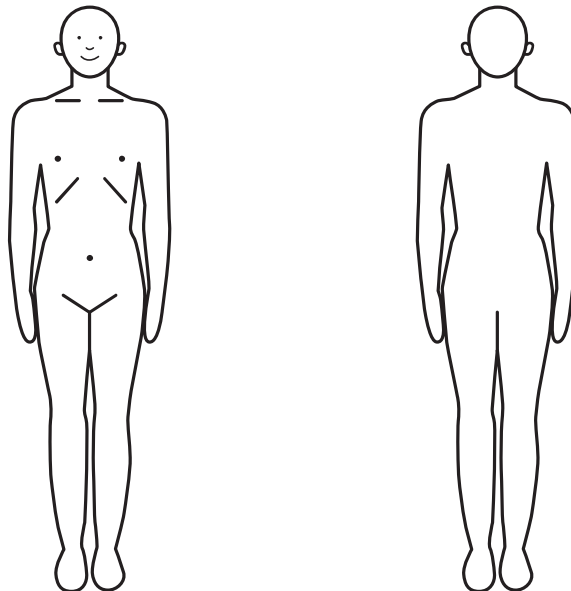
男性 女性

医療の知識 介護の知識 法律の知識
があるスタッフ があるスタッフ があるスタッフ

2 話をするのは……

苦手 得意 です

3 耳が聞こえにくいなど会話する上で配慮してほしいことはありますか？



4 その他伝えたいこと（例：朝が弱い、デイサービス利用の時は調子が良いなど）

1-2 1週間の時間割

年 月

今自分でできること

	朝	昼	夜
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			

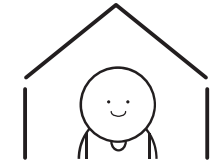
これからやりたいこと、始めたいことはありますか？

1-3 人間関係マップ

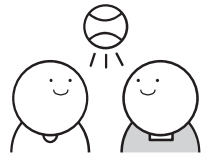
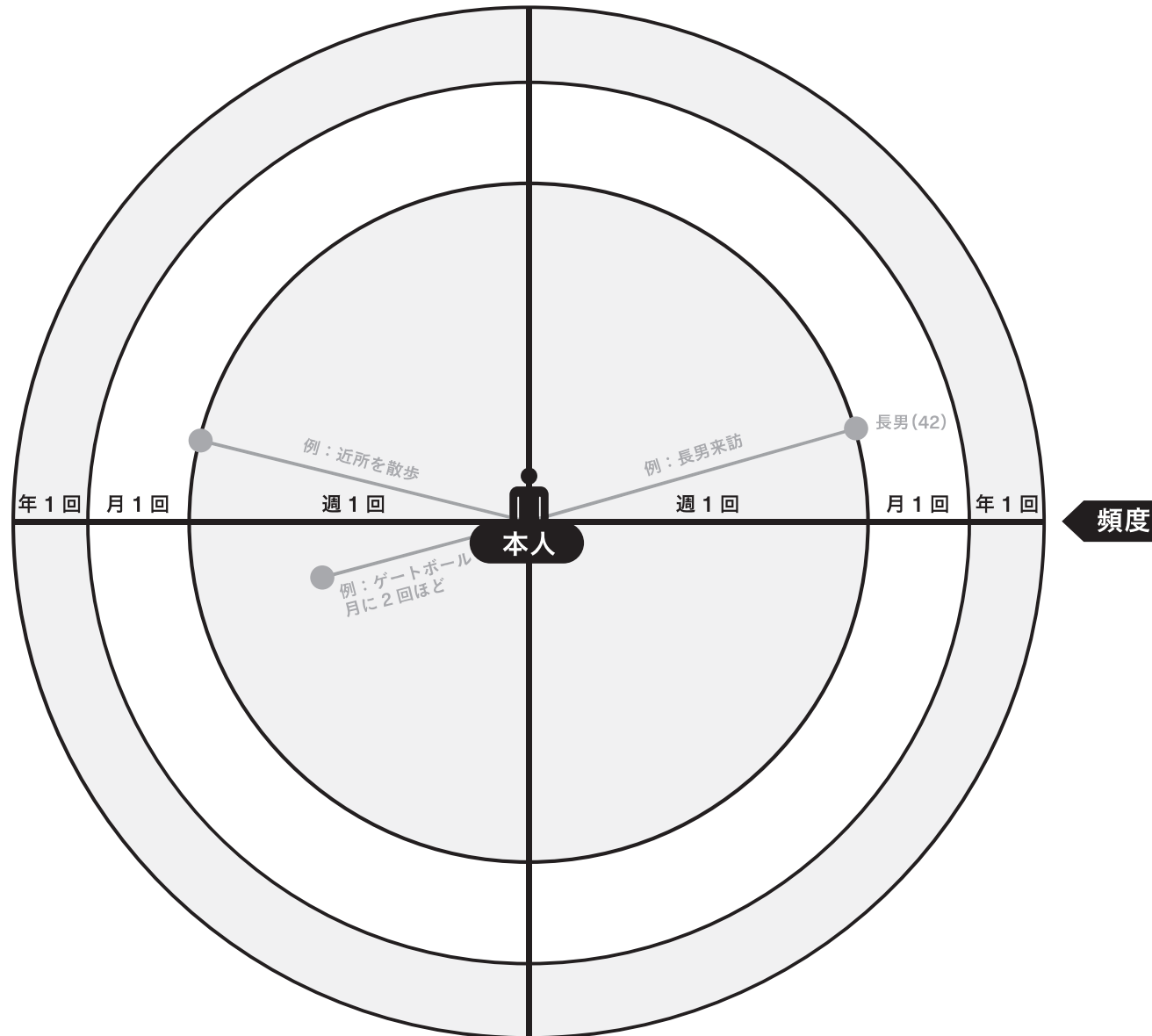
年 月



友達・
行きつけなど



血縁者など



社会活動・
サークル活動など



医療・福祉のケア

1-4 わたしの行きつけ

お気に入りの場所、行きつけの場所を教えてください



自宅の場所はどのあたりですか？

血縁者、頼りれる人はどのあたりにいますか？

1-5 わたしの足あと

わたしの足あと

<input type="text"/>	▶	<input type="text"/>	▶	<input type="text"/>	▶	<input type="text"/>	▶	<input type="text"/>	▶	<input type="text"/>
時代		時代		時代		時代		時代		時代
年		年		年		年		年		年

主なできごと

コメント

歴代の趣味とひとこと

伝えたいこと、メッセージなど

知る楽しさをもっと。

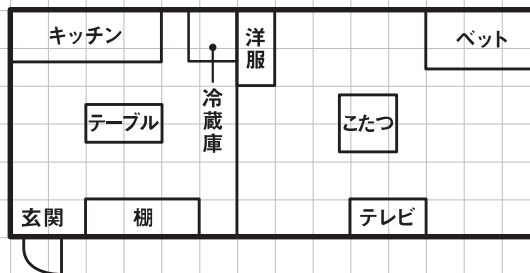
やりとり手帳

在宅版

2-1 暮らしの知恵と工夫

自宅の間取り図

記入例



✓

住居等の状況

住居環境	<input checked="" type="radio"/> 建物 <input type="checkbox"/> 一戸建 (<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 階建て) <input type="checkbox"/> 借地 <input type="checkbox"/> 集合住宅の階部	立地環境上の問題	<input type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="radio"/> 所有 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無
居室等の状況	<input checked="" type="radio"/> 居室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	危険箇所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="radio"/> 階層 階 エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="radio"/> 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 電動式)		
	<input checked="" type="radio"/> 採光 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪		
トイレ	<input checked="" type="radio"/> 暖房 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *冷房： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="radio"/> 便器 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式		
	<input checked="" type="radio"/> 手摺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
浴室	<input checked="" type="radio"/> 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移動式福祉機器の有無 室内 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input checked="" type="radio"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="radio"/> 手摺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
浴室	<input checked="" type="radio"/> 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	室外 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input checked="" type="radio"/> 手摺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

2-2 暮らしの知恵と工夫

年 月

暮らしの知恵と工夫 (写真も入れる)

PHOTO

PHOTO

PHOTO

PHOTO

2-3 在宅を続けるためのポイント

暮らしやすい
ポイント

暮らしにくい
ポイント

できること

できる理由は何ですか？

できるが周囲が心配すること

できる理由は何ですか？

できるが不安なこと

不安に拍車をかけていることは何ですか？

できないこと

手伝ってくれる人やサービスはありますか？

知る楽しさをもっと。

やりとり手帳

職員用

3-1 時間割と人間関係マップから 気になったこと

気になったことメモ

本人のこと



本人

家族のこと



病歴



本人

介護サービスの
利用状況など



本人

3-2 利用者基本状況

介護保険	保険者番号	被保険者番号		被保険者番号	年	月	日
	要介護度	要介護 (<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> その他 ())					
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	区分支給限度額	単位	
	審査会意見						
	負担割合率	割	負担限度額	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (段階)	社福減免	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
日常生活自立度	障害高齢者ランク	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者ランク	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保 <input type="checkbox"/> 共済組合保険 <input type="checkbox"/> 船員組合保険 <input type="checkbox"/> その他 ()						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障		<input type="checkbox"/> 養育				
	<input type="checkbox"/> 精神		<input type="checkbox"/> 難病				
	<input type="checkbox"/> 公害		<input type="checkbox"/> 被曝				
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()						円/月
(緊急連絡先)	氏名	続柄等	同別	介護	住所	電話番号	

主治医・かかりつけ医	医療機関						傷病名					受信内容等					
	病医院名																
	医師名	(科)															
	住所・電話	電話:															
	病医院名																
	医師名	(科)															
	住所・電話	電話:															
	病医院名																
	医師名	(科)															
住所・電話	電話:																
マネージャー	所属																
	名前																
	住所・電話	電話:															
委員	名前																
	住所・電話	電話:															
服薬状況	処方箋	起床	朝	昼	夕	寝前	備考	処方箋	起床	朝	昼	夕	寝前	備考			
事項記																	

3-3 名刺一覧

ケアマネージャーなどの名刺を貼っておきましょう。

3-4 ニューアセスメントシートを使うヒント

●はじめに

地域包括支援センターには、多様な相談者が訪れます。ニューアセスメントシートは、「自分で書くこと（描くこと）」を前提として作成しました。自らが書いた文字や絵には、その人らしさや言語化できない思いや人生経験などがにじみ出ています。時にはユーモラスな表現もあり、ニューアセスメントは多様な角度から対話のきっかけをくれます。質問をうまく設計しながら、少しずつ知り合っていきましょう。ただし障がい等により本人が書けないこともありますので、代筆するかどうか専門職のみなさんにお任せします。

●ニューアセスメントシートの特徴

ニューアセスメントシートは、2章構成です。椅子に座ったら、1章のシートとペンを渡し、「書ける範囲で構わないのでご自身で書いてください」と伝えましょう。様子を見ながら「文字で書きにくいことは、絵でも構いません」と声をかけます。2章は、在宅を希望される方のためにご自宅の状況を確認するシートです。一部写真にしたほうが良い箇所もあります。写真を撮影する場合もできるだけ本人に撮影してもらったほうが良いでしょう。「なぜこの写真を撮ったのだろう？」と思う写真があるかもしれませんが、その疑問を対話のきっかけにしてください。

「出会い直し」をテーマとして研修をしてきました。面談で専門職が質問し、記入することを繰り返していくと、受動的でいけばよいことを学習します。ニューアセスメントシートは、いつもと異なる対応に文句を言いたくなります。シートとペンを前に、「字が汚いから書きたくない」と言われたり、「書けない」と主張する場合もあるかもしれませんが、書けるところから少しずつ埋められるようにサポートします。何を書いていいかわからなさそうだと思うときは、短い質問を交えながら書けるように促します。本人の中では、書くかどうかを決定し、どこまで情報を開示しようか考えながら、書く。こんなことを書いて伝わるのかと不安になる、それでも書く。書くことには時間が必要です。うまく書けないことは、カメラやスマホで写真を撮ってくることもあるかもしれません。過去の手帳などを持参することもあるでしょう。あなたになんとかして伝えたいとする段階に入ると「主体的でいるほうが楽しい」ことを学習しています。こうして参加の階段を1段ずつのぼると、お互いにより良くなろうとする力が働いていきます。

伝えようとする行動、知ろうとする行動は、どちらも主体的な行為です。コミュニティデザインやまちづくりの分野では、主体的に生きる人たちのことを「生活者」と呼んでいます。生活者とは、自分が家族や地域の一員であり、消費者であり有権者であり納税者でもある強みを活かしながら、自分で自分の生き方を決める人のことです。こういう人々がたくさん住んでいるまちができればすてきです。みなさんがこのシートを使うことは、まちづくりにつながっています。シートを使いながら生活者の力がどんどん発揮されるまちとなるように、経験を重ねていきましょう。

表紙

- ・氏名と呼ばれたい名前を書けるようにしています。
- ・写真も入れられるようになっています。

1 - 1 わたしのこと

- ・基礎情報と連絡先、話す上で配慮してほしいことなどが書けます。
(美容室などのサービスシートのようなものです)

1 - 2 1週間の時間割

- ・どんな生活をしているのかを時間割のように記入します。晩酌など習慣となっていることも記入してもらおうといいでしょう。
- ・新しくはじめたいことについても記入できるようにしています。

1 - 3 人間関係マップ

- ・1週間、1ヶ月、1年という頻度でどんな人とつながっているのかを記入できます。
- ・つながりは、血縁関係、友だちや行きつけのお店、自治会や健康づくりのための運動などの社会活動、医療福祉などのケアをどれくらい使っているかの4つに分けています。
- ・4つのうち書きやすそうな項目からはじめましょう。

1 - 4 わたしの行きつけ

- ・自宅を記入するところからはじめます。
- ・自宅周辺の行きつけの店や散歩などによく行く場所がないかも記入してもらいます。
- ・困ったときに助けてくれる人はどこにいるのかも記入します。市外の場合は、車でどれくらいかかるか等を聞いておくといいでしょう。
- ・自宅がどこかという事実情報からはじめ、楽しそうな情報、困ったときの情報となるように質問します。

1 - 5 わたしの足あと

- ・その人の人生や主な出来事を書けるようになっています。
- ・歴代の趣味を聞くとやりたいことが見つかる場合もあります。
- ・年代別に憧れの人を聞くのもやってみたいことの発見につながる可能性があります。

2 - 2 暮らしの知恵と工夫

- ・自宅に同行して、一緒に確認しながら書くとよいでしょう。
- ・知恵や工夫を一通り見せてもらい、ここはすばらしい！と思う箇所を記録したいとお願いしましょう。写真は本人が撮れるように促しましょう。難しそうな場合は変わりに撮影しましょう。

2 - 3 在宅を続けるためのポイント

- ・工夫や知恵から暮らしやすさを箇条書きで整理できるようにふりかえりをしましょう。下記のボックスに書かれている「できること」「できるが周囲が心配すること」を活用しながら、掘り下げていきましょう。
- ・暮らしにくさも同様にふりかえり、下記のボックスに書かれている「不安なこと」「できないこと」を活用しながら、掘り下げていきましょう。

3 - 1 気になったこと

- ・専門職が手元でメモするためのシートです。
- ・時間割と人間関係マップから気になったことは、質問できるように整理しましょう。
- ・本人がチャレンジしたいことはすぐには出てきませんが、したいことにつながりそうなキーワードなどもメモしておきましょう。

3 - 2 利用者基本情報

- ・既存のシートを掲載しています。

3 - 3 名刺一覧

- ・ケアマネジャー等の名刺を貼り付けてなくさないようにするページです。

3 - 4 ニューアセスメントシートを使うヒント

- ・本人が記入するアセスメントシートの使い方やうまく活用するためのヒントについて書いてあります。

生活困窮者居住支援・生活支援の取組み（研究協力者：滝脇憲，的場由木）

—2020年度 研究報告—

1. 研究目的

経済的に困窮し、家族によるサポートが得られない独居の認知症高齢者の暮らしを支える「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させ、事業化の必要性、普及の可能性について検討すること。

2. 方法

「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させるため、2020年度は以下の方法で支援事例の分析を行った。

方法1) NPO法人自立支援センターふるさとの会（以下、ふるさとの会）の認知症支援の仕組みの概要を記述する。

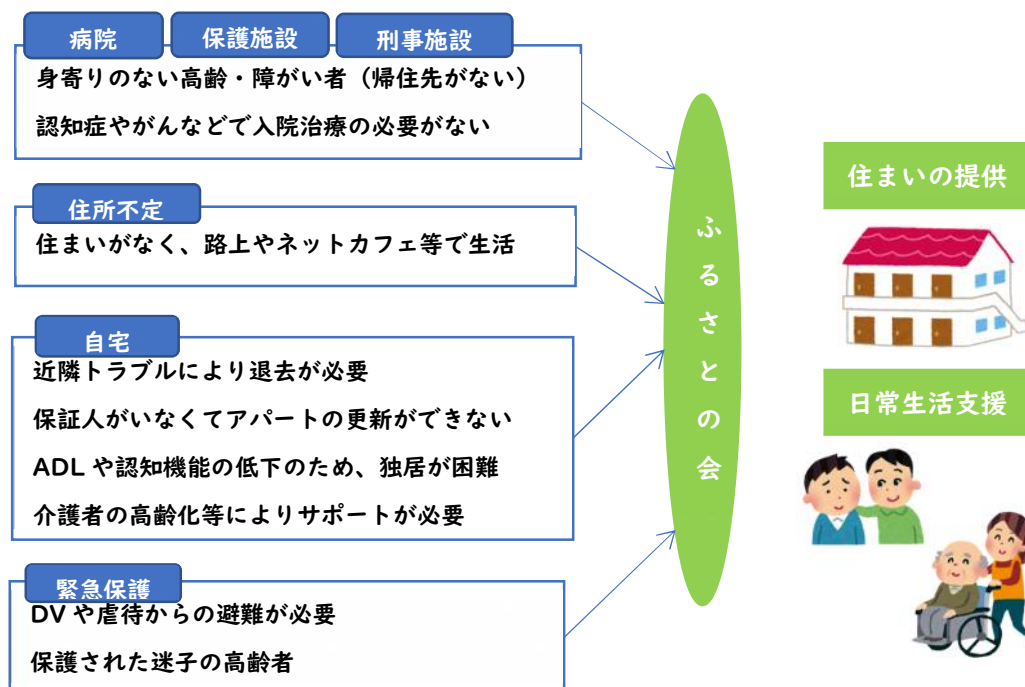
方法2) 単身の認知症高齢者の支援事例を検討する。

方法3) 現状の課題点の整理と必要な支援ニーズについて考察する。

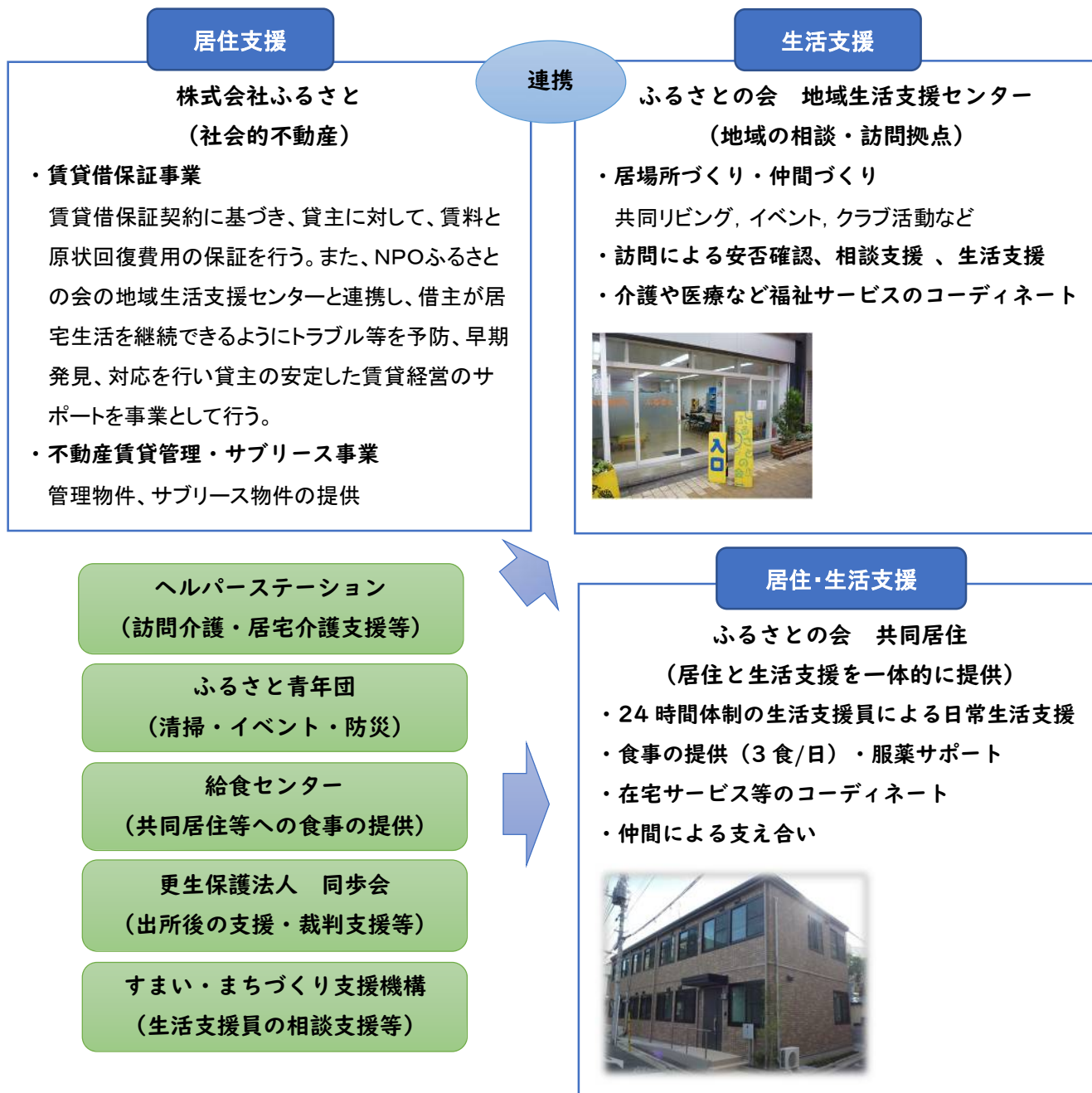
3. 結果

結果1) ふるさとの会の居住支援・生活支援の取組みと認知症の利用者への支援内容

図1. ふるさとの会の居住・生活支援の主な利用経緯



ふるさとの会の居住支援・生活支援への利用経緯を図1に示す。病院や刑事施設退所後の帰住先のない高齢者・障がい者、路上や知人宅等で住所不定の状態となっている人、自宅での生活が近隣トラブルや心身の機能低下、介護者の入院等によって困難となってしまった人、家庭内暴力や迷子などで緊急的に保護が必要な人などが、福祉事務所等の紹介により、ふるさとの会の居住支援や生活支援の利用につながっている。



上記のように、ふるさとの会では、介護事業、不動産事業、人材育成、更生保護、給食事業など、さまざまな事業との連携とバックアップ体制によって、認知症を持つ単身の生活困窮者の居住・生活支援が成り立つ仕組みとなっている。

結果2) 単身認知症高齢者の支援事例

※複数事例を組み合わせて加工しています。

事例①	認知症を抱えながら独居生活を継続した事例：A 氏
事例概要	<p>A 氏 70 代女性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疑いがある。地域包括支援センターが関わり、精神科クリニックの往診と権利擁護が導入された。 ・長年生活していたマンションが改装になるため、退去する必要がある。ふるさとの会の利用者さんの多いアパートに入居予定だが、保証人がいない状態で、不動産会社の紹介する保証会社の審査に落ち、不動産会社から福祉事務所にふるさとの会でのアパート保証の勧めがあり、利用に至った。 ・2 匹の猫と暮らしているため、ペット可能な物件に入居した。
支援経過	<p>+1 か月 介護保険の申請・介護サービスの導入</p> <p>+2 か月 アパートの家主より「氏の行動に関して同じアパートの住人から『夜中や早朝に外出をしたり、廊下でぶつぶつ話したりしている』と心配する声が上がっている」との連絡がある。 往診と訪問看護を導入。</p> <p>+3 か月 介護保険認定おりる（要支援1）</p> <p>+7 か月 大家から退去警告が出る。 サービスを提供する事業所が増えたことで、本人混乱気味だが、共同リビング（居場所）で友達づくりをするなど、人間関係が広がった。 退去勧告が出たことから、共同居住への入居を検討。</p> <p>+9 か月 共同居住の見学を実施したが、居室スペースがネックとなって、入居を見送ることにした。</p> <p>+10 か月 大家さんより「往診事業所との齟齬」、「火の元管理の心配」、「近隣住民退去による損失」の不安の訴えがあり、再度退去勧告が出される。</p> <p>+11 か月 生活困窮者の支援をしている NPO が運営するアパートに転居することになり、地域生活を継続できることとなった。</p>
居住支援の形態	<p>アパート保証事業（株式会社ふるさとの会による賃貸借保証） 身寄りがなく、親族等の保証人が不在のため、利用に至った。</p>

生活支援の形態 支援の提供体制	共同リビング事業（居場所、イベント、1回/月以上の訪問相談） 訪問での安否確認や相談の頻度は、月に1～2回が通常であるが、必要に応じて週に1～2回の関わりとなっていた。
地域連携の体制	<p>①精神科診療所による訪問看護及び往診（+薬局による薬配達）</p> <p>②毎日の配食サービス（夕食のみ）</p> <p>③社会福祉協議会による権利擁護（社会福祉協議会による月に一度の金銭管理、随時のサポート、二か月に一度の年金引き落とし同行）</p> <p>月：訪問看護、配食サービス</p> <p>火：訪問介護による清掃 隔週での往診（精神科）、配食サービス</p> <p>水：デイサービス、薬局による薬配達 夕食はデイサービスの弁当。</p> <p>木：訪問介護による清掃、配食サービス</p> <p>金：精神科訪問看護、配食サービス</p> <p>土：配食サービス</p> <p>日：配食サービス</p>
コミュニティのあり方	アパートの大家さんや、社会サービスとのつながりの中で生活していたが、他の入居者からの苦情に大家さんが困り、退去勧告をせざるをえない状況となってしまった。
地域生活の継続を支える取り組み	<p>夜間の不安とトラブルの問題があったことから、ふるさとの会が運営する共同居住への転居を検討したが、猫の飼育が継続できないことがネックとなり、入所希望にはならなかった。</p> <p>大家さんの悩みや不安に寄りそったり、他の入居者の人たちの相談先があれば退去勧告とならずに済んだ可能性がある。地域生活の継続を支えるためには、アパートを運営する支援団体との連携に加え、社会的不動産事業による家主へのサポートが重要である。</p>

事例②

認知症等を理由に独居生活が困難となる事例：B氏

事例概要

B氏 70代男性

- 若い頃は日雇い労働をしていたが、高齢となってから仕事ができなくなり路上生活に至った。養護老人ホームに入所するも自己退所し、日雇い収入で低家賃のアパートに入居し、生活していた。
- 70代になり、生活費を紛失したり約束を忘れたりすることが多くなり、認知症が疑われた。介護認定を受け、訪問介護の導入も試みたが、時間の管理が困難で、ヘルパーの必要性を本人が理解できなかったため中止となった。
- 生活保護費を紛失したり、本人自身も物忘れがひどいと自覚し始め1人の生活が大変となったと訴えたため、共同居住への入所をすすめることとなった。
- 兄弟がいるが交流はない。
- 杖歩行（利用開始時：要介護1）

支援経過

- +1 か月 頻回に訪問し、生活支援員の顔を少しずつ覚えてもらいながら関係をつくる
- +2 か月 共同居住を見学
- +3 か月 通院した結果、アルツハイマー型認知症と診断される
- +5 か月 ヘルパーステーションのケアマネジャーに相談
- +6 か月 共同居住に2回目の見学
- +1 年 訪問を継続
便失禁をしたまま、近所のパン屋に行き、陳列されたパンを汚してしまったことがあったが、行きつけのパン屋だったため、店主の理解もあり、パンを購入することでトラブルとはならなかった。
- +1 年半 布団に焦げ跡を発見し、火災リスクが高いため、関係者でカンファレンス実施。食事が不安定となり、栄養不良と脱水となったため、ほぼ毎日訪問することになる。訪問介護を再度導入することになった。
- +2 年 腸閉塞により入院となった。退院後は経管栄養が必要であるため、自宅のアパートにもどることは難しいとの判断で、退院後にサービス付き高齢者住宅に入所することになった。

居住支援の形態

転宅支援：共同居住の見学等の支援

生活支援の形態 支援の提供体制	生活支援：訪問による生活支援 訪問での安否確認や相談の頻度は、月に1～2回が通常であるが、火災リスクが高くなって以降は、ほぼ毎日の関わりとなっていた。
地域連携の体制	生活保護： 医療：通院なし⇒通院⇒往診 介護：訪問介護（買い物同行・掃除）・居宅介護支援
コミュニティの あり方	近隣との人間関係は多くはなかったが、行きつけの商店との関係性は良好であったため、警察沙汰になることなく、生活を継続することができた。商店の店主に、何かあった際は連絡してもらおうようお願いしたところ、失禁やふらつきがあった際に連絡をくれるようになり、生活支援員の訪問以外の見守りがあった。
地域生活の継続 を支える取組 み	火災のリスクと、栄養不良や脱水のリスクがあったが、訪問介護の導入まで生活支援員が毎日訪問することで、生活を継続することができたが、入院後に自宅に戻ることは困難との主治医の判断により、サービス付き高齢者住宅へ入所することとなった。

事例③ 共同居住で看取りまでの支援が可能であった事例：C氏

事例概要	C氏 80代男性（高血圧、失語症、認知症） ・長年建設業に携わり、A地域で生活してきた。簡易宿泊所での生活が長かったが、高齢になり、生活保護を受給してからは、アパートを借りて生活していた。建設業引退後も、地域のイベントの設営の陣頭指揮をとるなど、活躍していた。80代になってから、認知症が疑われる様子が多くなり、家賃の支払いが滞ったり、支払い過ぎたりと金銭の管理に心配があり、生活サポートを手厚くする必要がある。 ・要介護1。脳梗塞の後遺症で失語症になり、コミュニケーションが難しく、警戒心が強い。訪問者が来ても出ない。 ・診療所の往診、訪問介護を週1回利用している。
支援経過	X+1 か月 認知症により、会話が成り立たないことが多くなっているが、ADLは自立しており、家事援助までは必要ない。 X+4 か月 本人は施設入居はしたくないという希望が強く、現在のアパート暮らしを望んでいると福祉事務所のケースワーカーに話していた。 X+1 年 毎日、自転車で走っている様子だが、「転倒した。お巡りさんが来た」と話す。怪我はなし。

- X+2年 腰痛で入院したが、入院生活に慣れず、すぐに退院した。全く言葉を話せないことが多いが、行きつけの商店で買い物をしており、銭湯を利用し、生活は安定している。道端で生活支援のスタッフに会っても顔を思い出せず困惑している様子だが、生活保護費を役所に取りに行くことや、共同リビングには自ら来て、必要な相談ができている。
- X+3年 アパート更新。大家さんとの関係も良好で、何かあれば知らせてくれる。
- X+4年 足腰が悪くなり、3階のアパートの上り下りが大変になっている。カンファレンスでは、同じ地域にある共同居住への転居を進めることとなった。
- X+4年1か月 3階のパートに上がれず、途方に暮れている状況になったため、共同居住に案内して、転宅することになった。最初は混乱していたが、だんだんと共同居住に慣れていった。
- X+6年 共同居住で、食事量が少なくなった。主治医の見解では、認知症も進行しており、老衰であるとのこと。カンファレンスにて、入院や施設入所をしたくない気持ちははっきりと意思表示をするため、現在の共同居住での看取りの支援をすることとなった。
- X+6年2か月 ふるさとの会を利用する仲間の企画により、食事会などのイベントを行い、食が進むようにサポート。往診、訪問看護、訪問介護を利用し、看取りまで支援した。

居住支援の形態	アパート保証事業（株式会社ふるさとによる賃貸借保証） 転宅支援：共同居住への転宅支援
生活支援の形態 支援の提供体制	共同リビング事業（居場所＋訪問支援） →共同居住転居後は、24時間体制での生活支援
地域連携の体制	通信：福祉電話 介護：居宅介護支援・訪問介護 看護：訪問看護（週1回） 医療：往診（週1回）
コミュニティのあり方	C氏は、長年A地区で生活しており、地域の行きつけの商店、銭湯に通い続けることで、会話が成立しないほど認知症が進行した後も、安定して生活できていた。大家さんとの関係性も良好であったことから、家賃滞納などがあった際も、生活サポートに知らせてもらい、

支払いを継続することができた。また、古くからの知り合いが多く、毎日自転車で出かけるC氏を誰かしらが見守っている状態であった。

地域生活の継続を支える取り組み

C氏は、会話による意思疎通が困難だったが、入院や施設の進めには、明確に首を振って行きたくない意思表示していたため、カンファレンスで、地域で継続して生活できるような方法を模索する方向になった。

同じ地域の共同居住に転居したことで、往診、訪問看護、行きつけの商店など、これまで蓄積してきた関係性を変えることなく、居所のみ変更する形で地域生活を継続することができた。

事例④ 緊急的に保護が必要であった事例：D氏

事例概要

D氏 80代 男性

- ・トラックの運転手など、いろいろな仕事を転々としながら生活していた。
- ・60代の頃から生活保護を受給し、都営住宅で20年ほど生活していた。80代になったある日、無銭飲食で逮捕されたため、一旦生活保護が廃止となった。執行猶予で釈放後、自宅の都営住宅に戻る事を頑なに拒むが、自立で歩行が難しく、認知症が進行しているため、緊急一時保護となった。
- ・高血圧、糖尿病、狭心症、糖尿病網膜症、慢性硬膜下血腫、認知症
- ・要介護2

支援経過

- X年 緊急入所後、1か月ほどして、転倒して通院したところ、糖尿病であることがわかった。
- X+2か月 往診導入。認知症の症状は見られるが、統合失調症ははっきりと診断をつけられるとこまでではないとのこと。
- X+3か月 訪問看護導入。生活に慣れ、コミュニケーションがスムーズ。外出時に迷子になることがあったが、連絡先カードを持って外出することで、道を聴きながら帰宅できている。
- X+6か月 カンファレンス実施。歯科、訪問介護（入浴介助）、手すり（レンタル）を導入することになった。
- 近所の家の車の運転席に座っているところを発見され、車の持ち主からの苦情があった。生活支援員が謝罪のために訪問し、認知症であることや普段の生活のサポートについて

て説明したところ、理解を得られた。

X+7 カ月 通所サービスを導入。都営住宅に住みながらも利用できるのかと質問あり。デイサービスなどの日中活動の場があることを知っていたら、20 年も一人で退屈な生活をしなくてもよかったのに、と話した。

居住支援の形態	転宅支援：共同居住の見学
生活支援の形態 支援の提供体制	生活支援：共同居住による 24 時間支援
地域連携の体制	医療：内科（通院） 精神科（往診） 歯科：入所後導入。 介護申請：高齢者相談センター 介護：居宅介護支援・訪問介護（入浴介助） 通所：デイサービス その他：福祉用具
コミュニティのあり方	D氏は長年B地区で生活していたが、特に近隣の人たちとのつながりはなく、生活していた。介護サービスを受けられることや、日常生活で困ったときの相談先や居場所などの情報が全くない状態で生活しており、孤立していた。 認知症が進行し、ひとり暮らしの不安が多くなってきた際、無銭飲食での逮捕をきっかけに支援につながるようになった。
地域生活の継続を支える取り組み	D氏は、B地区が共同居住の中に緊急入所枠を確保していたため、釈放後すぐに入居することができた。また、緊急入所枠は一時的な利用を想定しているが、タイミングよく共同居住に空き部屋が出たため、継続して本入居することができた。

4. 考察

1) 生活困窮の状態にある独居認知症高齢者の地域生活の継続に必要な支援ニーズ

上記の支援事例、および単身の認知症高齢者の地域生活の継続に必要な支援ニーズについて、特に単身の生活困窮であることによるニーズに焦点を当てて検討した結果、①家主・大家の悩みや不安に寄りそう支援、②緊急時の生活場所の確保、③生活支援員のサポート体制、④生活困窮者・単身者に必要な地域連携体制と調整の4つの要素があると考えられた。以下にその内容をまとめた。

①家主・大家の悩みや不安に寄りそう支援

生活保護、または年金収入のみにより単身生活をしている高齢者は、低家賃のアパート等で生活していることが多い。高齢になり、保証人や緊急連絡先となる親族がいなくなることで、アパートの更新が困難となって居所を喪失する場合もあるが、長年家賃を払い続けていることが信用となって、保証人がいなくても入居が続けられている場合もある。

しかし、70代後半から80代になって認知症を発症することで、家賃滞納、ゴミ出しトラブル、騒音、小火などのトラブルが発生し、事例①のように、家主・大家が退去勧告を出さざるを得ない状況になってしまう問題がある。アパートでのトラブルは、日常の管理をしている大家さんに苦情が集中してしまうことが考えられ、退去者が出ることによる家賃収入の減少や、居室が傷んでしまった場合等の退去後の原状回復のための費用など、敷金だけで対応できない場合には貸主の負担になってしまうこともある。このようなトラブルによる家主・大家への負担が、単身の高齢者や認知症等の疾患を抱えた人の入居を拒む理由となるため、トラブルを解決するための支援が重要である。

トラブルの解決のためには、入居者の支援と同時に家主・大家さんに寄りそって対応する支援が重要である。また、不動産事業者としてアパートの管理業務を行う不動産賃貸管理やサブリースの仕組みをつくることによって、これまで家主・大家が担っていた負担に対応するなど、単身の生活困窮者が入居可能な住宅を確保する取り組みが実施されている。

②緊急時の生活場所の確保

これまで、ふるさとの会の共同居住には、相談当日の入居が必要な高齢者の緊急入所に対応しており、入院先の病院でトラブルとなって自主退院したものの帰住先がない場合や、事例④のように逮捕勾留されて釈放となった後に自宅に戻れない場合、迷子となって保護された場合などの利用があった。

このような緊急的な受け入れが可能な居所が地域内にあることは、地域生活を継続する上で重要であると考えられる。

③生活支援員のサポート体制

生活困窮により、居所を転々としてきた認知症高齢者の中には、支援が開始されるまでの期間の生活歴に関する情報がほとんどなく、認知症のために本人から説明することも困難であることが少なくない。そのため、生活支援を提供するスタッフは、支援の手がかりが少ない状態で本人との信頼関係をつくり、少しずつ本人の世界を理解しながら、必要なサービスにつなげていくことが求められる。また、住民票や戸籍などが無い等の事情により、介護保険等の制度を利用するまでに時間を要する場合や、新しい環境での混乱などから医療や介護などの拒否が強くなり、なかなか必要なサービスを導入できない場合もある。

このようなさまざまな困難や介護負担を生活支援員が抱え込まないよう、生活支援員を

サポートする体制は重要であり、一時的に人員体制を手厚くしたり、生活支援員同士で、認知症を抱える人の支援の工夫などを話し合う場をつくるなどの取組みが実施されている。

④生活困窮者・単身者に必要な地域連携体制と調整

身寄りのない単身の認知症高齢者は、家主・大家（または管理会社）、近隣住民、商店、地域包括支援センター、在宅サービス事業者、支援団体、権利擁護担当者、医療機関、福祉事務所、高齢福祉課、警察、配食サービス事業者など、さまざまな機関の関わりによって地域生活が成り立っている場合が多い。特に、新しいサービスの導入や、トラブルが生じた際の調整など、キーパーソンとなって対応する調整役が必要であり、介護や医療サービスを導入するまでの期間、生活支援員が本人の状況に寄りそいながら必要な介助をする場合もあり、頻回な訪問が必要であった。

また、生活困窮者が多く集住する地域では、身寄りのない生活困窮者を地域で支えることを目的とした地域連携のネットワークを発足し、事業者同士の情報交換を行っている例もある。明確な意思表示が困難な状況にある認知症の生活困窮者の意思決定等の倫理的な問題や、よりよい支援のあり方や地域連携のあり方を話し合う場があることは、家族のいない高齢者の尊厳を守り、人権を尊重するために重要であると考えられる。

2) 「生活困窮者の居住支援・生活支援」のモデルの検討

ふるさとの会の居住支援・生活支援は、身寄りのない日雇い労働者が、高齢になった後も、地域での生活を継続できるための支援としてつくられたものである。しかし、元日雇い労働者であるか否かに関わらず、さまざまな事情で居所を喪失した高齢者や障がい者が利用するようになり、対象者数が増加し、活動地域が広がっていった経緯がある。

海外では、不安定居住であった生活困窮者の高齢化と、一般の高齢者の貧困化による居所喪失の問題が指摘されており（Petersen & Parsell, 2015）、ホームレスとなる高齢者の割合が高くなっている問題がある（Bryan, 2009）。50歳以上のふるさとの会の共同居住入居者の前居所の経年変化（図2）では、病院から帰住先がないために入所する人の割合が低下する一方で、自宅から入所する人の割合が増加傾向であることから、もともと居所のない生活困窮者が高齢化している問題と、地域で比較的安定して生活していた低所得高齢者が困窮状態となって住まいを喪失する問題とが合流している可能性がある。

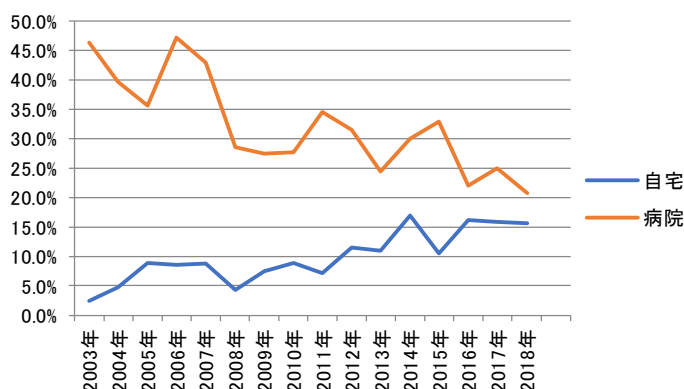


図2. 共同居住入所者の前居所の比較 (N = 250)

さらに、地価の高い都市部では、単身の高齢者数が今後も増加し（東京都，2019；東京都都市整備局，2018）、遠方の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅の利用がさらに増加すること（東京都福祉保健局，2014）が予測される。

これまでふるさとの会が運営してきた生活支援付きの共同居住は、生活保護制度等の改正にともない「日常生活支援住居施設」として整備される見通しとなっている。日常生活支援住居施設として整備されることにより、人員体制を手厚くすることが可能となった一方、生活保護制度として委託費が支払われる仕組みであるために、生活保護を受給していない低年金の生活困窮者の支援が難しくなることが危惧される。また、これまで緊急的なニーズに対応していた緊急入所の対象者が限られてしまう可能性もある。そのため、今後は、生活保護制度だけではない仕組みによって、日常生活支援付きの住居をつくっていく必要がある。海外では、精神疾患を抱えている生活困窮者の支援として、生活支援と住まい、専門的支援のコーディネートが一体的に提供される恒久的支援付き住宅（Permanent Supportive Housing）が有効であると報告されている（Henwood, Katz, & Gilmer, 2015）。ふるさとの会の共同居住は、恒久的支援付き住宅と同様の支援モデルであると考えられるため、ひとり暮らしが困難な高齢者が恒久的に生活することができる支援付き住居として、整備されていくことが望まれる。

最後に、独居支援の課題として、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で、従来の訪問相談等の支援が少なくなったり、居場所に集まる機会が限定されたりすることで、単身の高齢者が孤立しやすくなっている問題も生じている。ふるさとの会では、共同居住でのクラスターの発生を予防するために、感染対策を強化しており、2020年2月頃から深刻化した感染拡大から1年経過する期間では、共同居住での感染者はいなかったが、独居支援の利用者の感染は数件生じている。新型コロナウイルス感染症は、今後収束に向かう可能性もあるが、低家賃の木造アパートや、簡易宿泊所等で生活している高齢者は、水害や地震などの災害や、パンデミックの状況になった際に最も被害を受けやすい状況にあると考えられることから、生活困窮者の支援団体だけではなく、地域全体での対応ができるように働き

かけていくことが必要である。

【引用文献一覧】

- Bryan Lipmann (2009) Elderly Homeless Men and Women: Aged Care's Forgotten People, *Australian Social Work*, 62(2), 272-286, doi: 10.1080/03124070902792454
- Henwood, B. F., Katz, M. L., & Gilmer, T. P. (2015). Aging in place within permanent supportive housing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 80-87. doi: 10.1002/gps.4120
- Petersen, M., & Parsell, C. (2015). Homeless for the first time in later life: an Australian study. *Housing Studies*, 30(3), 368-391. doi: 10.1080/02673037.2014.963522
- 東京都. (2019). 東京都世帯数の予測. Retrieved from <http://www.toukei.metro.tokyo.jp/syosoku/sy19rf0000.pdf>
- 東京都福祉保健局. (2014). 生活保護受給者の有料老人ホーム等の利用実態調査結果（平成26年度調査）. Retrieved from <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/shisetsu/tyousakekka/260901.html>
- 東京都都市整備局. (2018). 高齢者の居住安定確保プラン（一部改定案）第2章東京の高齢者を取り巻く状況. Retrieved from http://www.toshiseibi.metro.tokyo.jp/juutaku_seisaku/kourei_antei/pdf/kou_antei_05.pdf?1803

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

令和2年度厚生労働科学研究「地域生活支援等の取組みに関する調査」

「暮らしの保健室を利用して地域生活を継続している 独居認知症高齢者等の事例の分析」報告書

NPO法人白十字在宅ボランティアの会
暮らしの保健室

室長 秋山正子
事務局 神保康子

新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

①暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～（東京都昭島市）

■東京都昭島市

総人口 113,452人（2021年2月1日）

世帯数 55,016

年齢3区分別人口

0歳～14歳 13,889人（12.2%）

15歳～64歳 69,533人（61.3%）

65歳以上高齢者 30,030人（26.5%）

※高齢者の約半数が75歳以上

■活動の経緯

2014 国立市在宅療養何でも相談室

2018.10 暮らしの保健室多摩開設 2019.6閉鎖

2020.7.16 新しい場所で再オープン

暮らしの保健室たま ～ふらっと相談～（居場所、交流、在宅療養何でも相談、
フードパントリー、食事会等）

■開設者 間渕由紀子さん 看護師

急性期病院

病棟師長→外来診療室師長

2004年、地域医療連携センター設立、センター長

2014年から上記の何でも相談室を開設

事例① 暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～

Aさん

- 74歳 女性
- 夫の死後、マンションに一人暮らし。
- 郷里に弟や親戚がいるが過去の金銭トラブルにより付き合いなし。
- レビー小体型認知症。

相談

訪問介護事業所サ責より電話。(17時40分ごろ)

妄想、幻視・幻聴のある方(Aさん)が事務所にきている。これから一緒に行くので対応をお願いしたい

来室後、Aさんの話

- ・玄関から水商売風の男性と帽子を深くかぶった女性が入ってくる
- ・来るのはいつも夜中の2時前後
- ・二人で食事を作ったり、風呂にも入っている
- ・天井裏にも入ったり、天井裏から入ってくることもある
- ・盗られたもの:家の権利証、弁護士に作成してもらった遺言書、ハンガーにかかった洋服、預金通帳等
- ・市役所、交番、マンションの管理人、ホームセキュリティ会社に何度も相談するが取り合ってもらえない

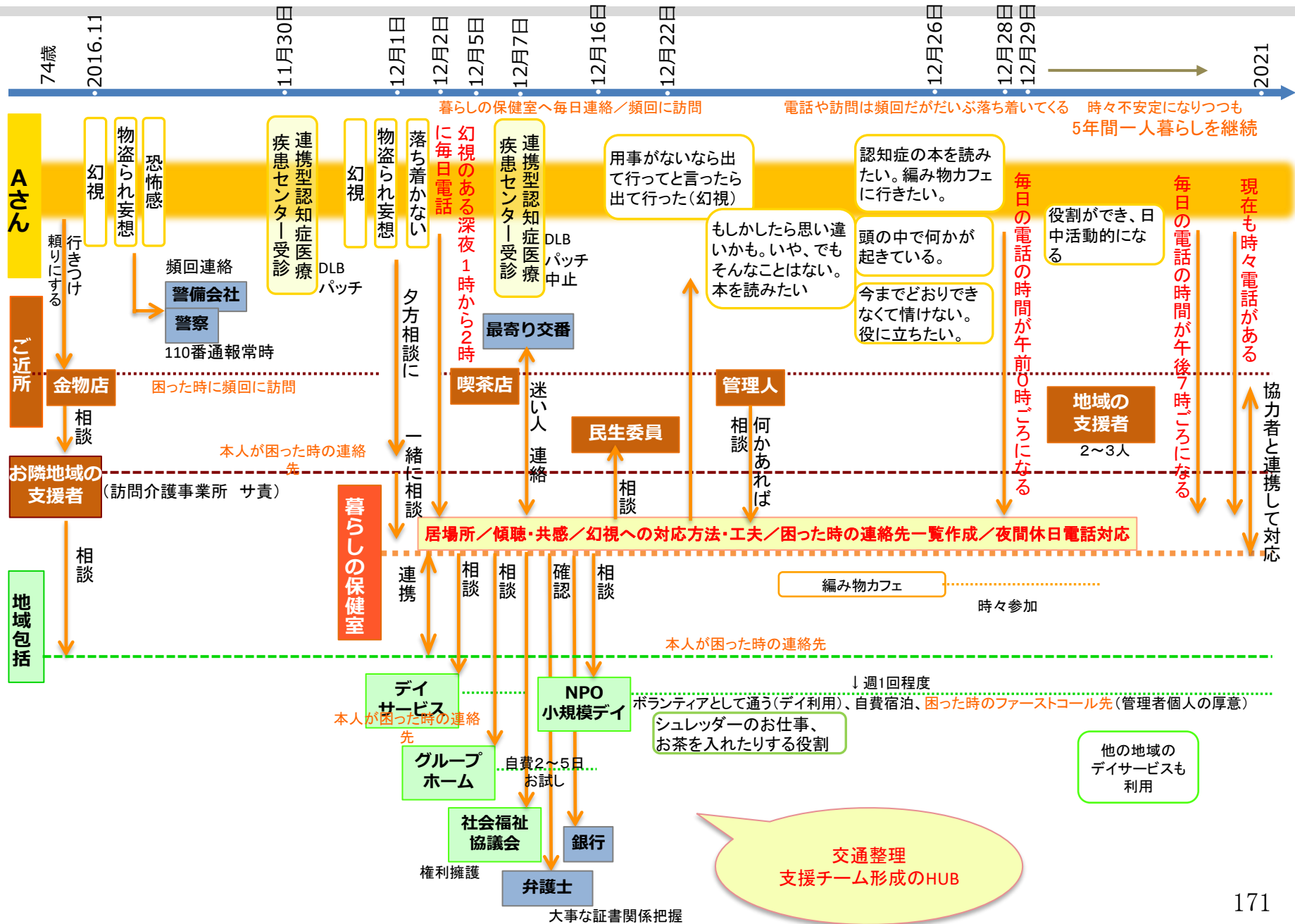
初回対応



- ・看護師が傾聴。怖かったですね、怖いですねと共感する
- ・今日は、戸締まりと天井裏を確認して入れないように目張りをする
- ・誰かが入ったらわかるように、天井裏に鈴をおく(サ責)
- ・明日、市役所、相談室、サ責で自宅に訪問して、貴重品を片付ける
- ・盗まれたものは自宅内のどこかに隠している可能性があるため、一緒に探してみましよう
- ・たくさんの支援者がいるので、安心して今日は帰りましよう → 地域包括職員とサ責が自宅まで送る

- 話をよく聞き、味方に
- 困りごとに対する具体策
- 支援者の連携

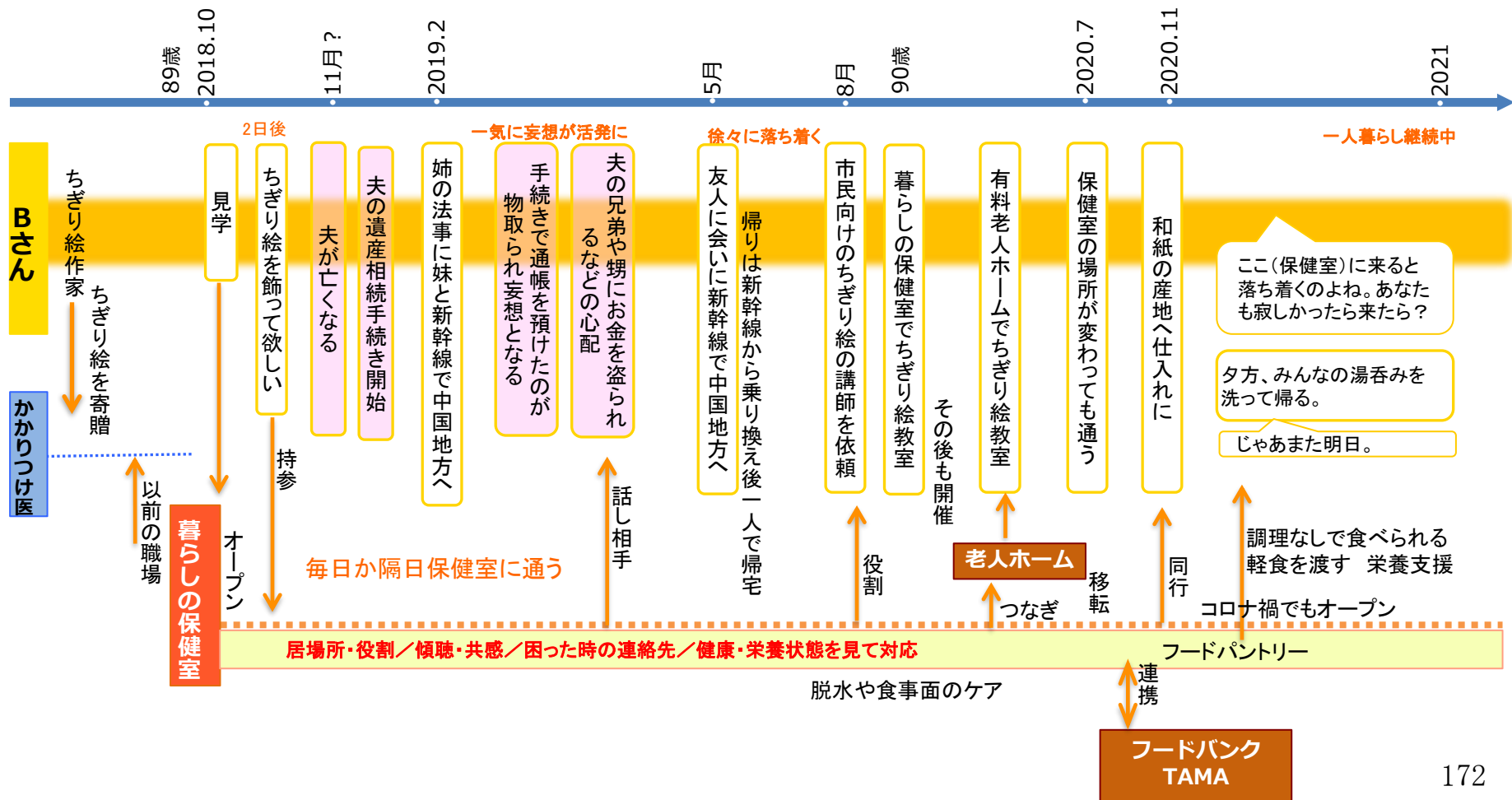
事例① 暮らしの保健室たま～ふらっと相談～



事例② 暮らしの保健室 たま ～ふらっと相談～

Bさん

- 89歳 女性(初回相談時)
- 夫の死後一人暮らし。子なし。認知症
- 暮らしの保健室開設前からつながり。暮らしの保健室多摩(旧称)開設時の見学会で来室



新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

② 鞆の浦・さくらホーム（広島県福山市鞆）

■ 広島県福山市

人口：466,699人（2021年1月1日現在）

世帯数：212,356世帯

年齢3区分別人口

0歳～14歳 13.2%

15～64歳 58.2%

65歳以上 28.6%

■ 福山市鞆地区（令和3年1月31日現在）

人口：3,672人

世帯数：1,930世帯

年齢3区分別人口

0歳～14歳 248人（6.8%）

15～64歳 1,653人（45.0%）

65歳以上 1,771人（48.2%）

■ 活動の概要

鞆地区でグループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業等を展開。利用者・事業所職員・地域住民が顔と顔の見える関係づくりのため、また、トラブルにはすぐ対処できるように徒歩圏域に小さな施設を作っている。→[次ページに地図あり](#)

「暮らしの保健室」と銘打っての活動ではないが、職員が、地域のサロンや自然発生的な「たまり場」もうまく利用し、地域のキーパーソンと協力して、認知症がありながら独居を続ける人を継続的に支援している。

■ 開設者 羽田富美江さん 理学療法士

新宿以外の「暮らしの保健室」へのヒアリング

② 鞆の浦・さくらホーム（広島県福山市鞆）

半径400m徒歩圏域に拠点

町全体で見守るしくみ

いきいきふれあいサロン(10～)

● さくらホームの拠点 4

★ 病院・医院・歯科医院 各1

★ たまり場(自然発生)

利用者・職員・地域住民が
顔の見える関係で

NPO 鞆の人と共にくらしを地域互助・介護予防拠点

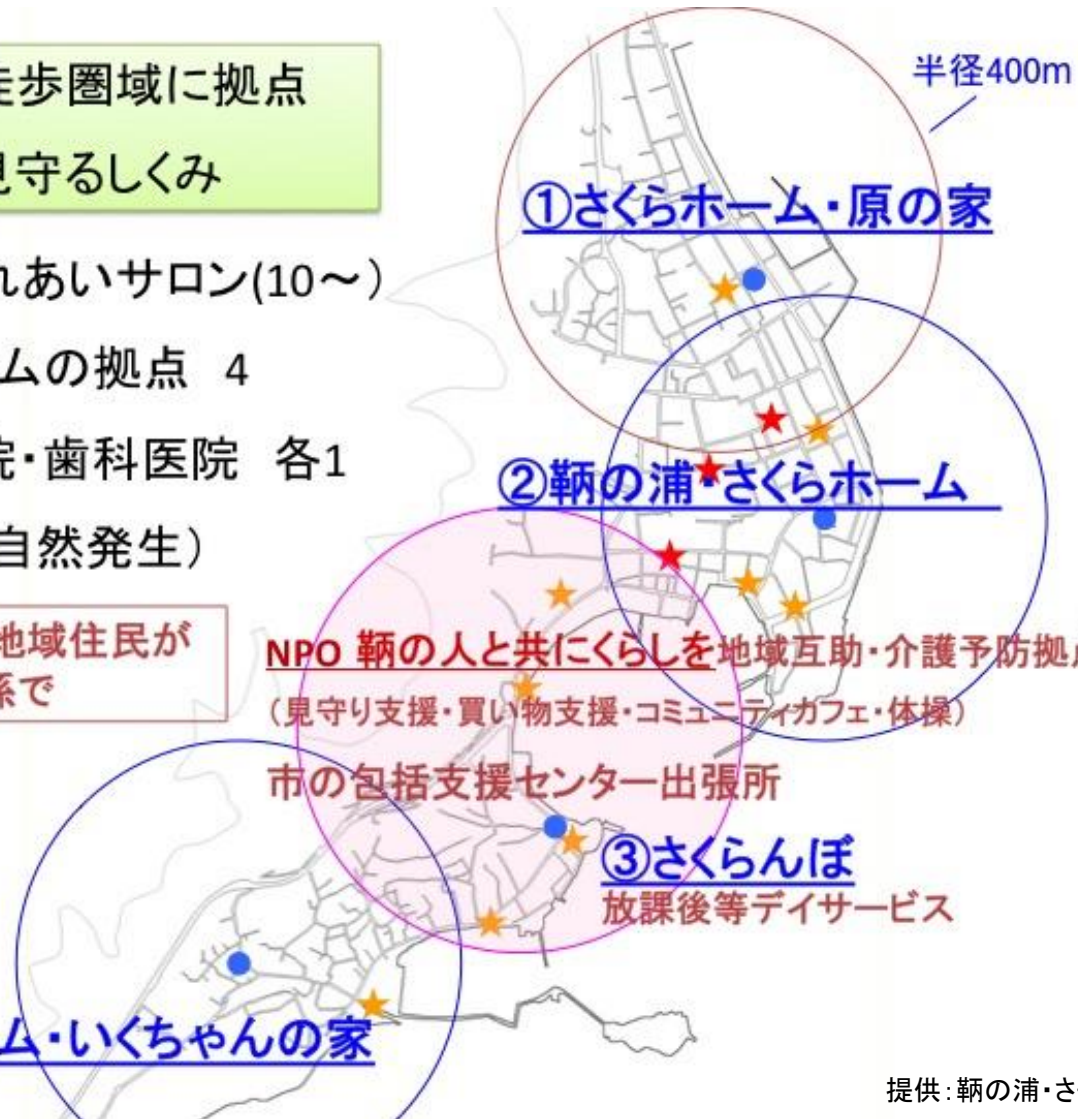
(見守り支援・買い物支援・コミュニティカフェ・体操)

市の包括支援センター出張所

③ さくらんぼ

放課後等デイサービス

④ さくらホーム・いくちゃんの家



提供：鞆の浦・さくらホーム

事例③ 鞆の浦・さくらホーム

Cさん

- 74歳 女性 要介護3
- アルツハイマー型認知症／高血圧など
- 同居していた母と弟の死後一人暮らし。猫数匹と暮らす(野良猫含め10匹くらいが出入り)。

Cさん背景

この場所で生まれ育つ。独身のまま母や兄弟を支え、家族を守って来た。東京で洋裁を学び、腕のいい職人。仕立て業で生計を立てる。自分のコートも洋服も自ら仕立てたもの。地域に積極的に出ることはなかった。

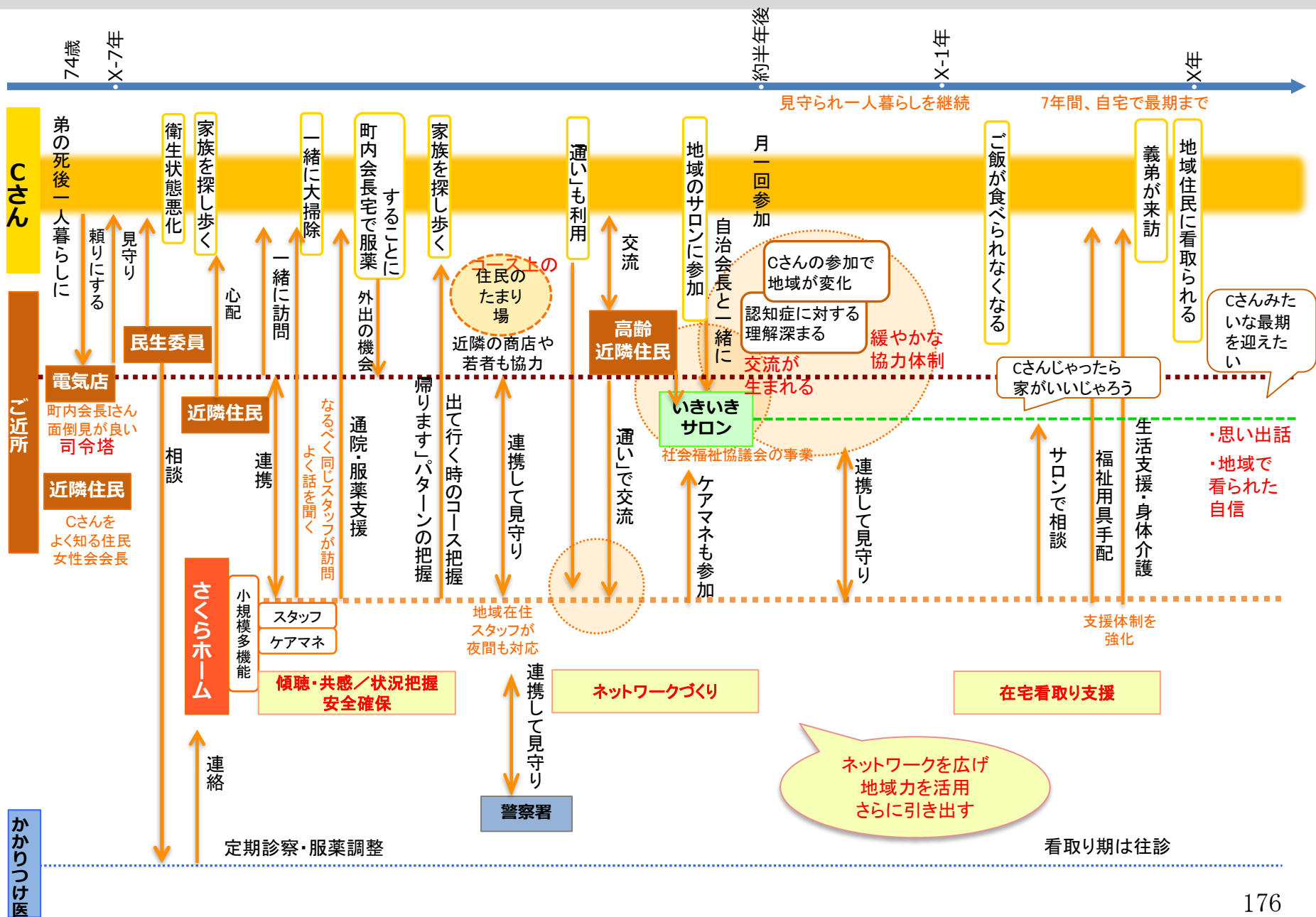
状況

- ・ 弟の死後、一人での暮らしが難しいことがわかってきた
- ・ 室内が荒れ放題、賞味期限後の食品→混乱する状況
- ・ 「家族が私を置いていなくなった」 家族を探しに出かける(家族の元へ帰ろうとする)
- ・ 離れて住む親族は「施設に入所させたい」。近隣住民も心配「施設に入った方がいいのでは・・・」

民生委員より主治医へ情報提供あり。さくらホームへ依頼(もともとCさんのことは把握していた)。

- まずは訪問して状況確認。
- Cさんが最も信頼しているキーパーソンは、近所の電気屋のご主人(町内会長)。何かあると話しに行く。Cさんと協力して支援をしていくことにする。
→近隣住民の意識が変わる。「特養に入るまで」→「自分たちで地域で見ていける」

事例③ 鞆の浦・さくらホーム



事例④ 鞆の浦・さくらホーム

Dさん

- 80歳 女性 要介護2
- アルツハイマー型認知症、高血圧
- 夫の急死後、一人暮らし。混乱。

Dさん背景

夫は要介護1、市内在住の息子夫婦の来訪あり。

本人は姉御肌な性格。

さくらホームを夫婦で利用。夫と一緒にあれば、なんとか「通い」を短時間利用。

近所づきあいがあり、自宅には友人がよく集まっていた。

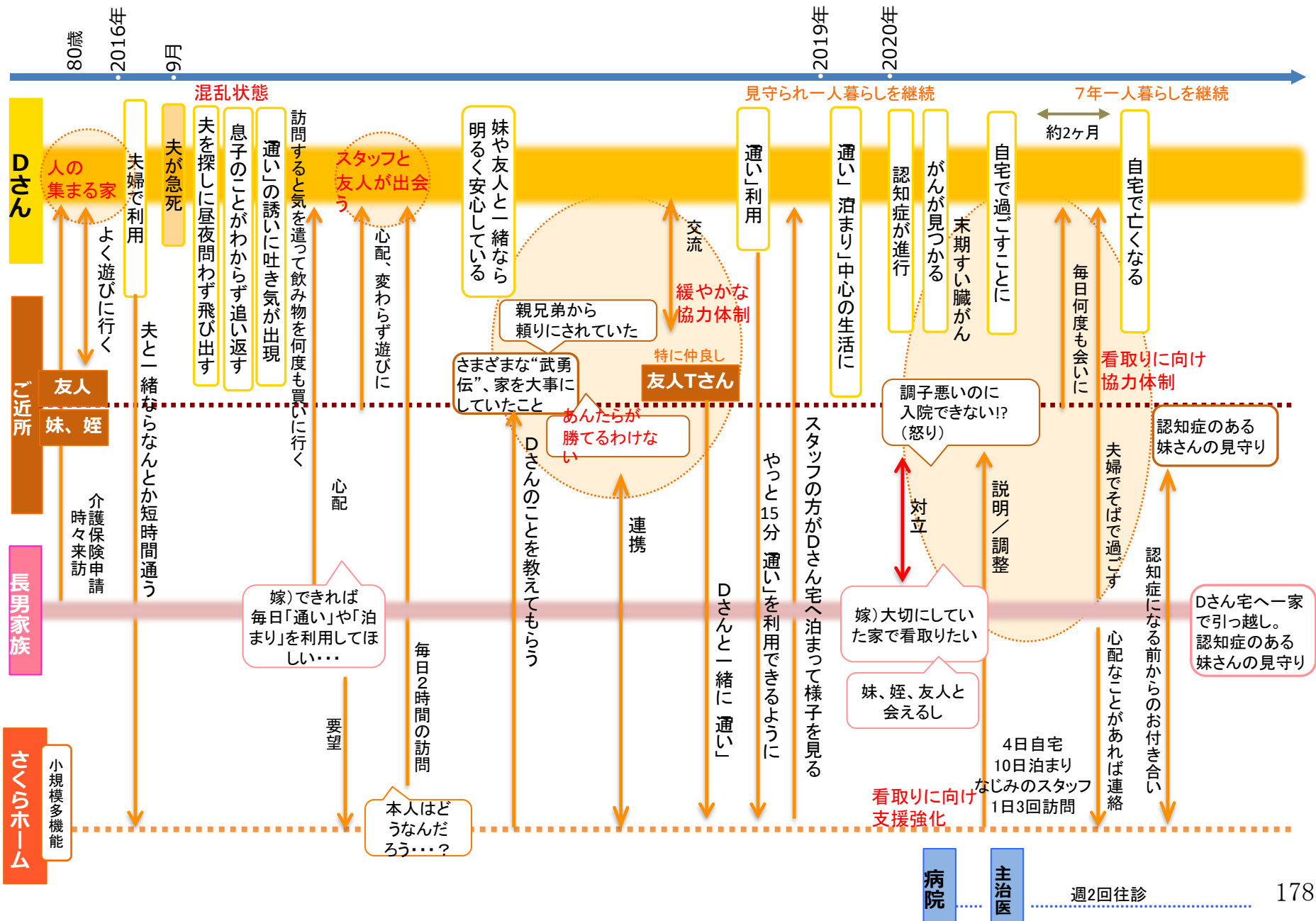
状況

- ・夫が急死
- ・亡くなった夫を探しに昼夜問わず家を飛び出す
- ・子ども夫婦が来ても追い返すように
- ・「通い」への呼びかけが強すぎると、吐き気が出る。

息子の妻からは、「混乱がひどく、できれば毎日でも通いや泊まりを利用してほしい」

- 毎日2時間の訪問だけではどうにもならず、お互いに困り果てる。
- Dさんのことを良く知る友人たちにDさん宅で出会い、本人について教えてもらう。

事例④ 鞆の浦・さくらホーム



「暮らしの保健室」事例の考察

認知症を持ちながら一人暮らしを続けられた要因の考察

事例1

- ・本人が安心して話せる人と場所が保証されている(暮らしの保健室)。
- ・幻視、幻聴への対応(本人、周囲)をしていくことで、一人暮らしが続けられた。
幻視の激しい時期は夜間休日関係なく電話を取っていった。
(ずっと大変な時期が続くわけではない)
電話をしてきてくれるチャンスをとらえてふんばる地域力を醸成。
- ・連携はピンポイントで、生活経験の共有ができ会話がつながる人に繋げた。
→そこから地域につながり、支えができる。

【補足ポイント】

地域に密着して動きながら支える、ネットワークを生み出す人の存在が重要。
その人の地域生活を考えて、一步を踏み出し繋ぐ力。
本人の持っている潜在能力を引き出して繋げる。
キーパーソンを見つけて、その人の周りにも間接的な働きかけ。

事例2

- ・不安定になった時期の支えをしていった。
- ・そこに行けば誰かがいて特別視されない、話し相手にもなってくれるという安心感。
- ・役割のある場:居場所。
- ・尊厳が守られるためにも、その人の強みを引き出して自分を取り戻していった。
- ・関係性ができているので、保健室が移転しても通い続けられる。

「暮らしの保健室」事例の考察

認知症を持ちながら一人暮らしを続けられた要因の考察

事例3、4

地域のキーパーソンや友人といち早く繋がって、協力して支えることで、本人が安心できた。

本人をよく知る人にサポーターとして関わってもらえるようにコーディネート。その結果、ネットワークができていくと、おのずと回り始める。地域の人がチームの一員として一緒に役割をまっとうしたくなる。そこに至るまでの不安定な時期には、プロとしての役割が必要。

もともとあるサロンや、インフォーマルな地域ネットワークを最大限活用することで、フォーマル資源が少ない地域でも実現できる。

各地の実践まとめ

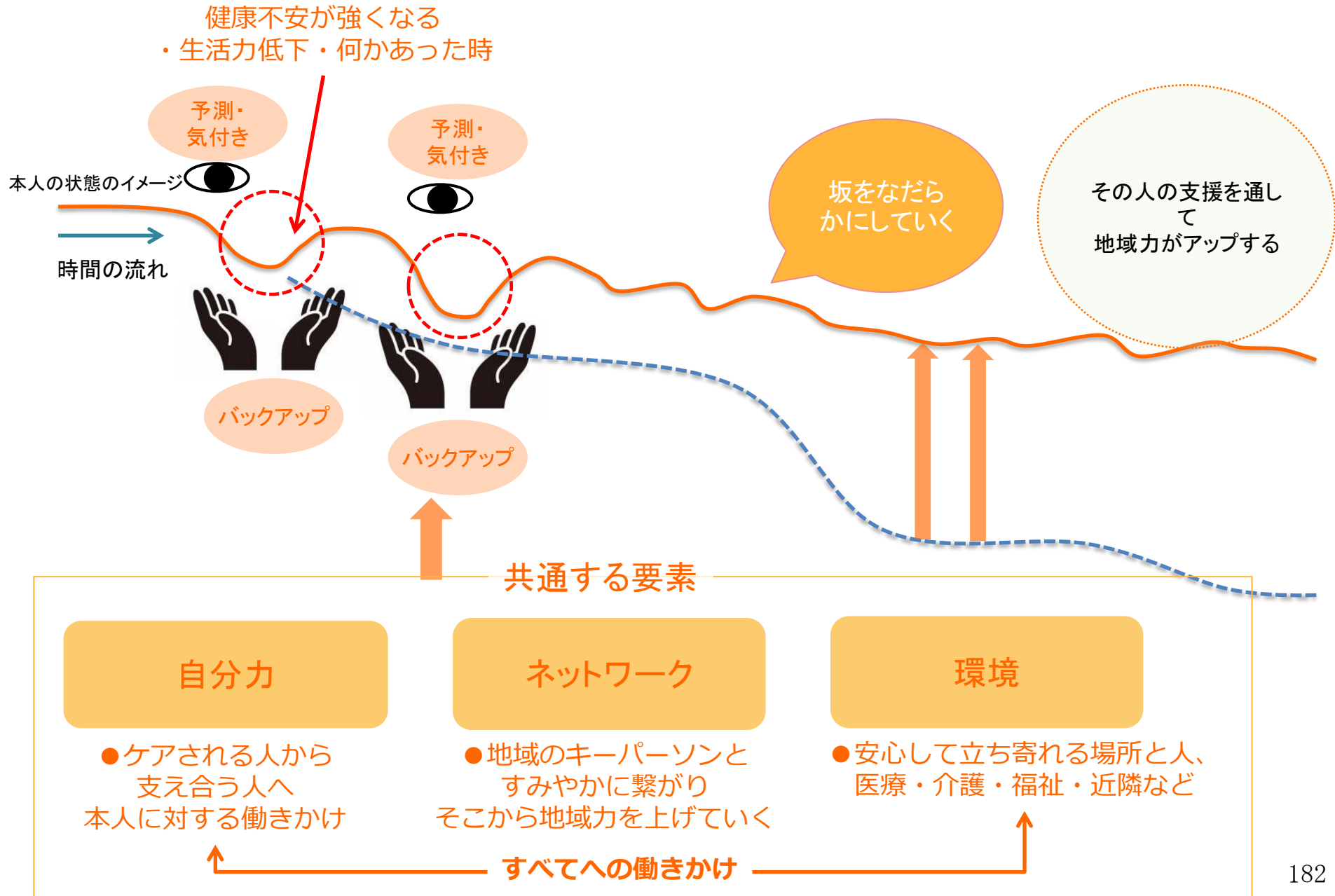
暮らしの中で
認知症になる前からのお付き合い／居場所

日常の中での
さまざまな身体の変化／出来事への気づき

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も

健康不安が強いとき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」

「暮らしの保健室」の実践イメージ図



「暮らしの保健室」今後の課題

事例を振り返って

- 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“拠点”を作っていく必要がある。そこで個別性に合わせてネットワークを組んでいく。
- キーパーソンを見つけ調整する役割や、医療面の観察はやはりプロの力が必要で、地域のサロンや自然発生的な人のたまり場などに、専門職が出向いて地域ネットワークを紡ぎ直す役割が重要となる。
- 暮らしの保健室で経験する、認知機能が低下し始めた独居高齢者等の実際の支援の有り様を、個別に細かく振り返ることを積み重ねていくことで、地域の支援体制への提言や、関わり方へのヒントが得られるのではないか。
- 引き続き、事例の解析のみならず、個別事例に対しての継続したアプローチを実践していきたい。

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**

令和3年(2021年)3月25日

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
田中昌樹

研究概要と目的

東京都足立区を対象に、戸建て住宅、分譲マンション等の住居形態別の高齢者分布、独居などの推計を行うと共に、当該地域の災害リスクや医療体制、日常生活上のアクセシビリティなどの状況分析を加える。

本分析により、高齢者を取り巻く都市の空間的特性を把握し、高齢者の特性や課題が明らかになることが期待され、エリアにおける行政等の施策に活用できる可能性がある。

特に分譲マンションは、所有する共同住宅として社会福祉の手が届きにくいとも言われる。本研究では、2015年に実施されたアンケート調査データによる分析も加味し、分譲マンションを含めたエリアの特性や課題を明らかにしたい。

具体的には次の3項目について報告を行う

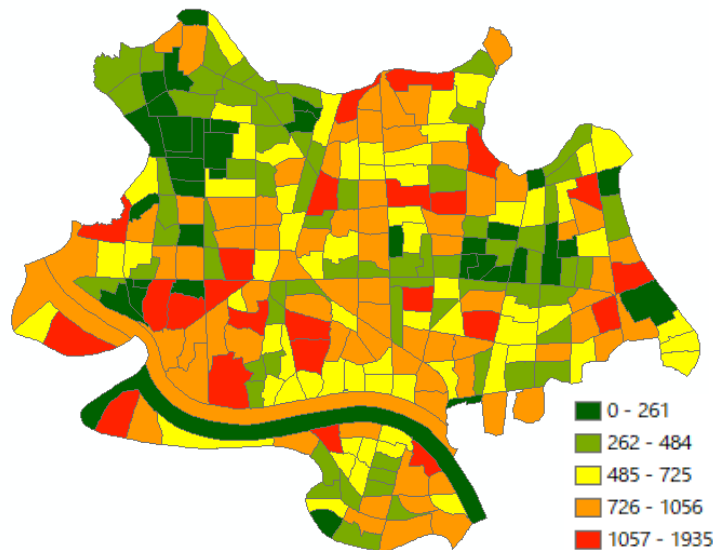
1. 住居形態別の高齢者分布の推計
2. 高齢者を取り巻く各種リスクの把握
3. 足立区2015年調査データを用いた住居形態との関係分析

1. 住居形態別の高齢者分布の推計

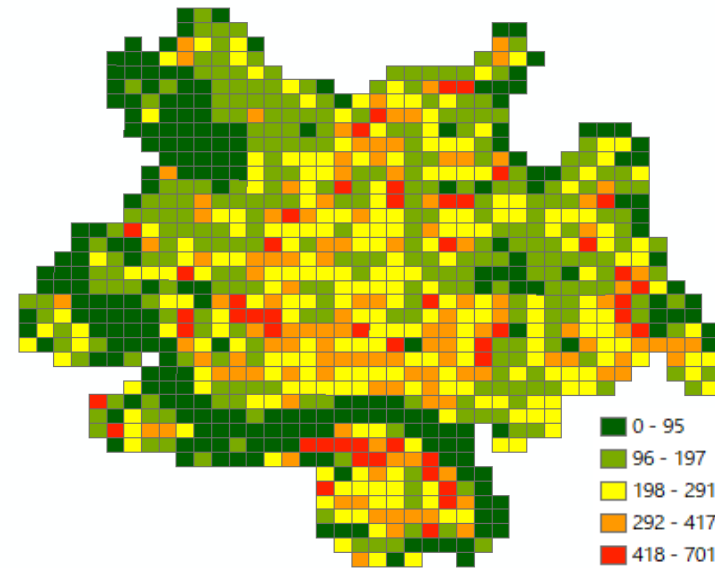
1. 住居形態別の高齢者分布の推計

1. 1 センサスデータ評価法(国勢調査データ)による人口分布

国勢調査では、小地域やメッシュ単位で人口データが整備され次図のように表示することができる。



国勢調査2015(小地域)65歳以上人口



国勢調査2015(250mメッシュ)65歳以上人口

1. 2 ハイブリッド評価法(建物単位)での詳細な人口分布

本調査研究では分譲マンション等の住居形態別の高齢者分布、独居などの推計を行うため、ハイブリッドデータ評価法を用い以下のデータを組み合わせることにより、建物単位での詳細な人口推定を行った。

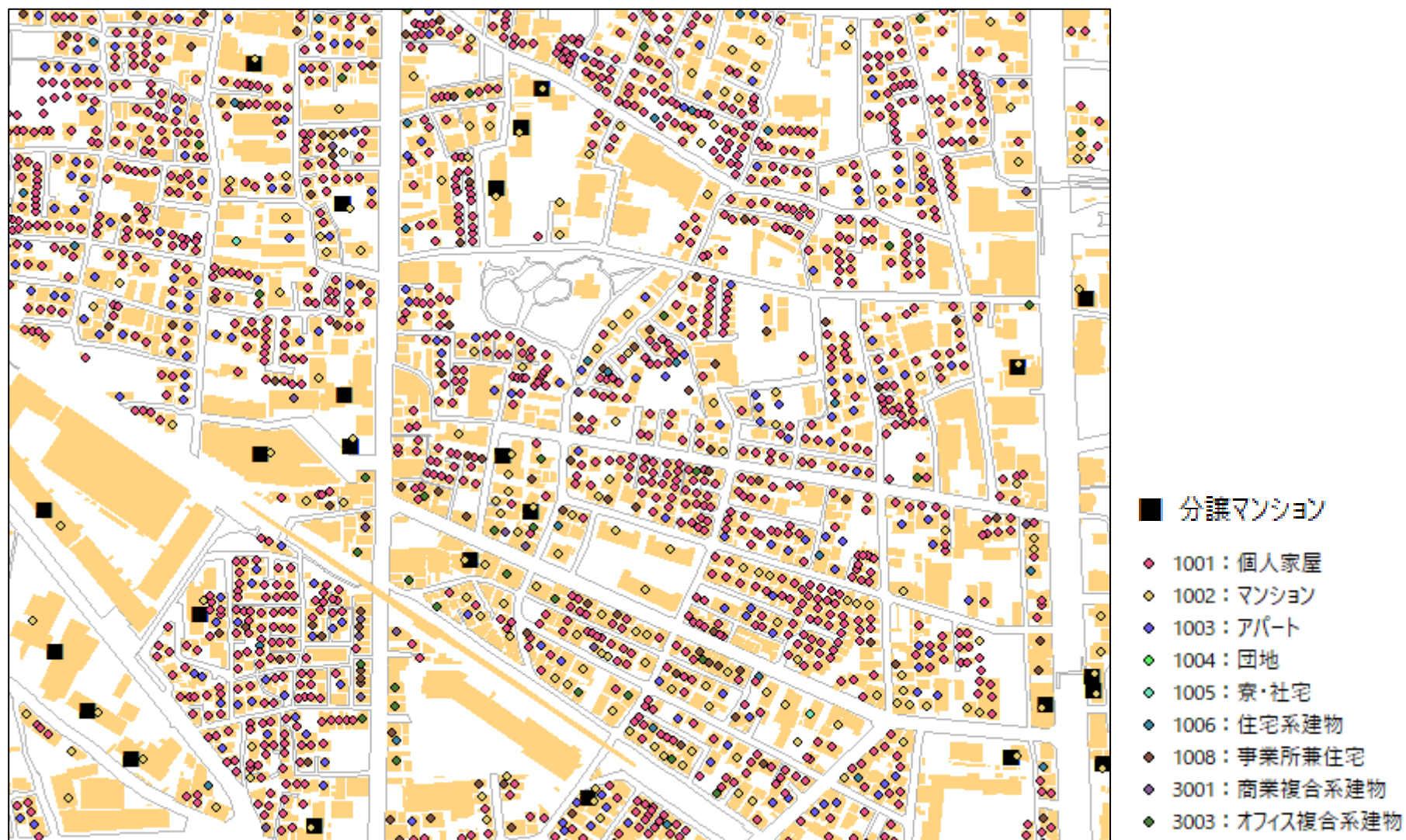
【使用データ】

- 国勢調査2015年
年齢別・世帯人員別・家族類型別の人口および世帯数データ
- ゼンリン建物ポイントデータ2020年版
住所・建物名称・階数・建物分類・部屋数・面積・経度緯度など
- 分譲マンションデータ
物件名・住所・階数・築年月・戸数・分譲会社・管理会社・最寄り駅など



次ページに事例を示す

建物ポイントデータおよび分譲マンションデータの例



建物データ上にプロットされた丸印は建物ポイントデータであり、建物の種類を知ることができる。マンションについては分譲と賃貸が区別されていないため、別途、■印の分譲マンションデータを合わせることにより、それらを区別した。

1.3 ハイブリッドデータ評価法による人口および高齢者人口等の推計

国勢調査データと民間データを組み合わせ、次に示す手順により各建物に居住人口を割り当て推計を行った。

- (A) 国勢調査結果(2015年)により250mメッシュごとの「一般世帯当り人口」、「65歳以上の人口割合」、「75歳以上の人口割合」、「65歳以上世帯員のいる割合」、「高齢単身世帯の割合」、「高齢夫婦のみ世帯の割合」等を算出
- (B) 住宅ポイントデータ(2020年)と、上記(A)のメッシュ単位の結果を合わせ、次式により建物毎の居住者世帯数、居住人口、高齢者数を推定

世帯数 = 部屋数 × 空き家率

空き家率は、平成30年 住宅・土地統計調査の足立区の値により11.138%とする

居住人口 = 世帯数 × 一般世帯当り人口 × 補正率

足立区全体での世帯当たり人口は減少傾向にあり、住民基本台帳によれば2015年12月から2020年12月にかけて、2.060から1.937へ5.97%の減少となっており、補正率を95%とする

65歳以上居住者数 = 居住人口 × 65歳以上の人口割合

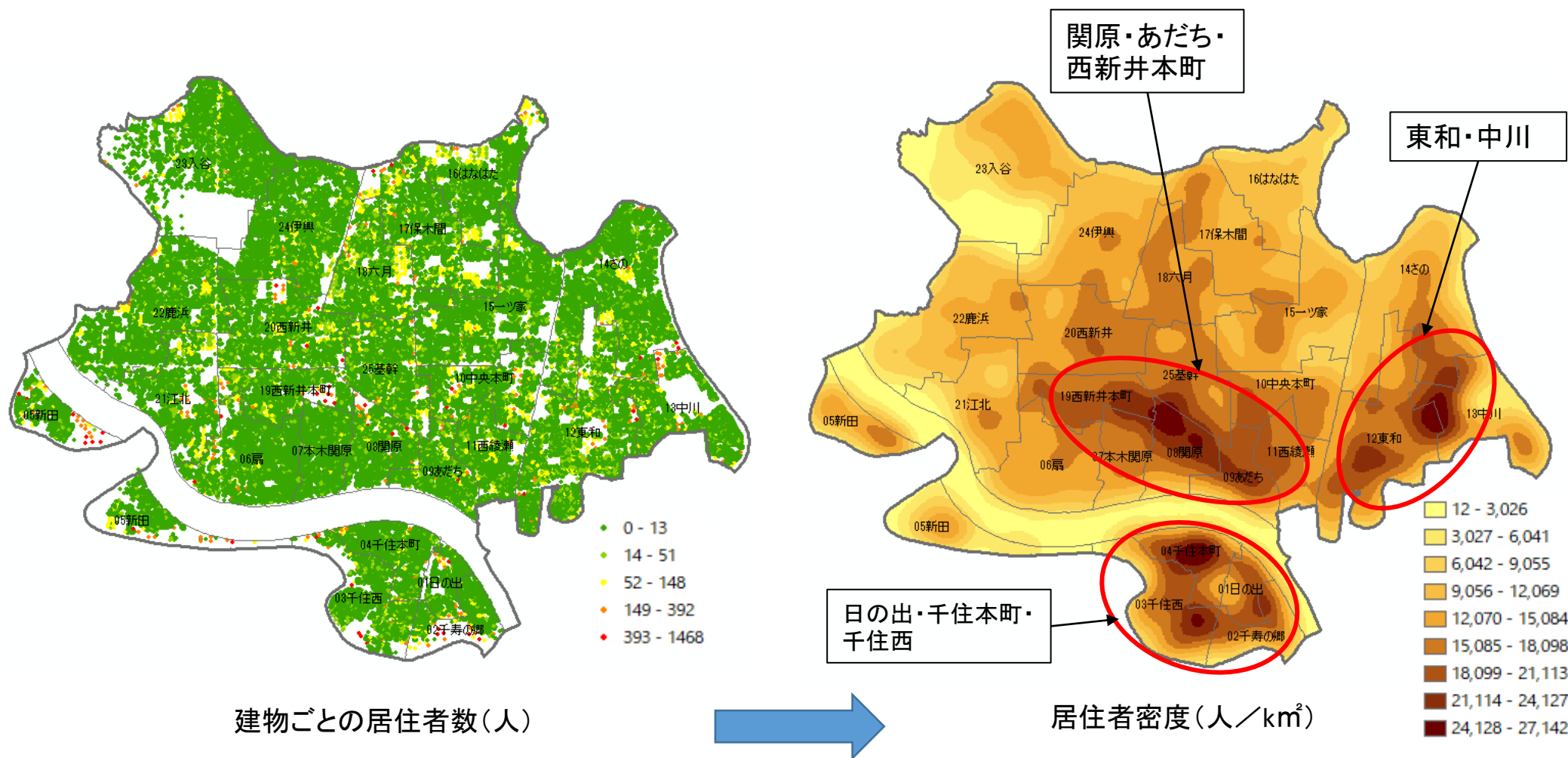
75歳以上居住者数 = 居住人口 × 75歳以上の人口割合

高齢単身の世帯数 = 世帯数 × 高齢単身世帯の割合

高齢夫婦のみの世帯数 = 世帯数 × 高齢夫婦のみ世帯の割合

- (C) 分譲マンションデータによって、上記(B)の住宅ポイントデータから分譲マンションを抽出し、分譲マンションに居住する高齢者数を推定

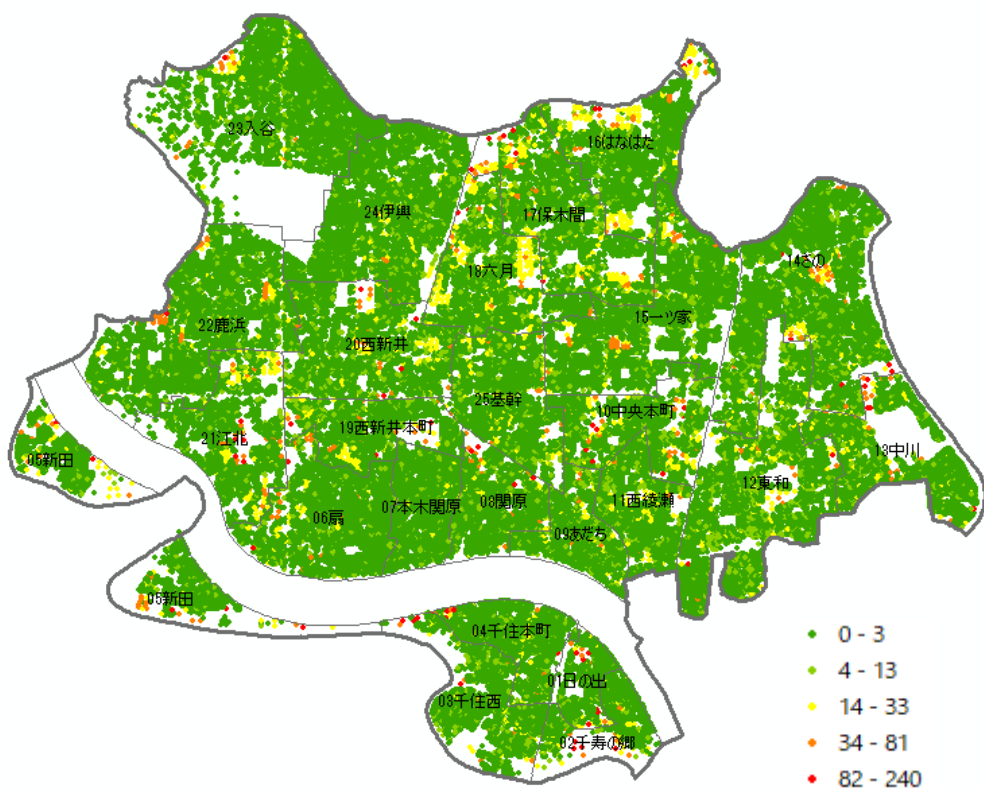
1.4 足立区居住人口の分布と居住者密度



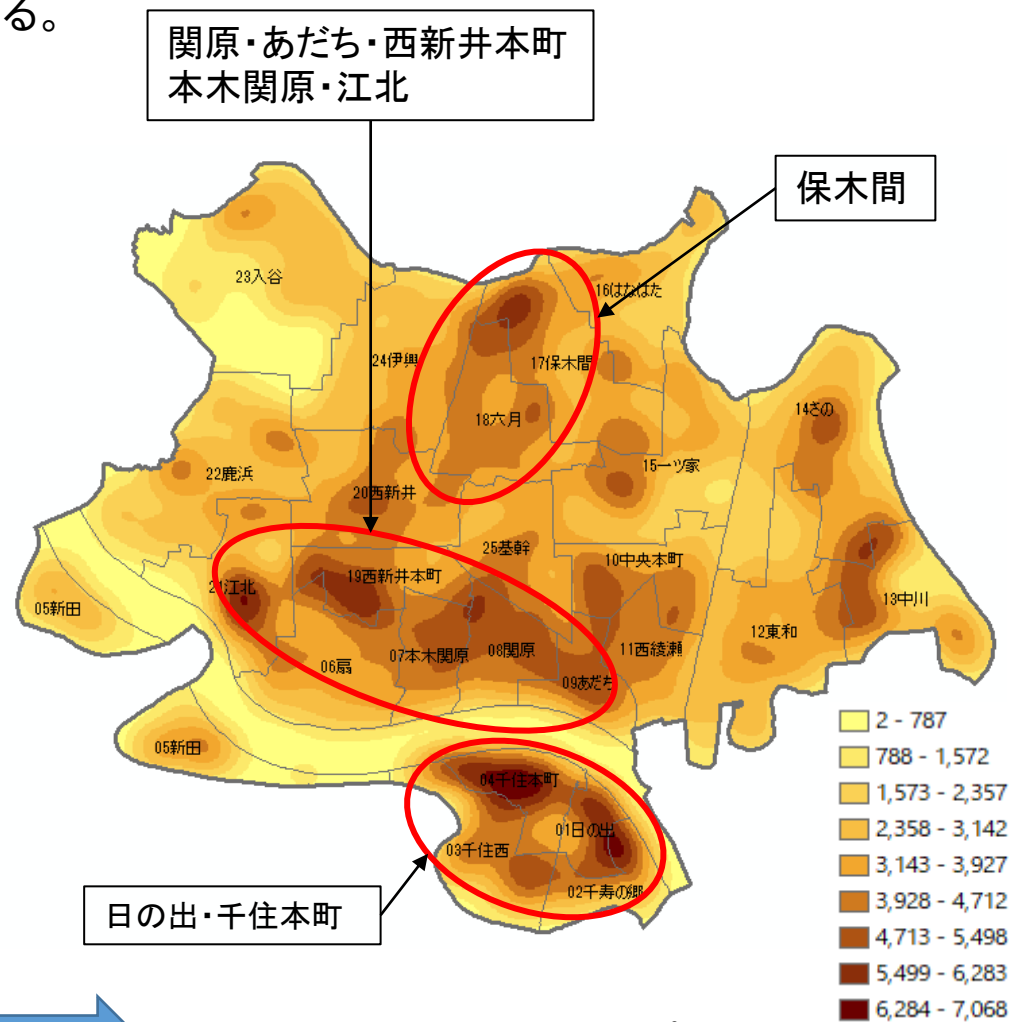
点データで示された建物ごとの居住者数では、全体の傾向把握することが困難である。そこでカーネル密度推定により、対象地域を一定の大きさのグリッドに分割し、各グリッドの中心から一定半径の円を描き、その中の居住者数と面積により人口密度を算出し当該グリッドの居住者密度とする。これを全グリッドで行うことにより全体の居住者密度を算出した。(今回はグリッドの大きさ:20×20m、円半径:500m)

1.5 足立区高齢者(65歳以上)分布と密度

前述の方法で高齢者数と高齢者密度を求めた。
 高密度地域は、足立区全人口の場合と異なる事がわかる。



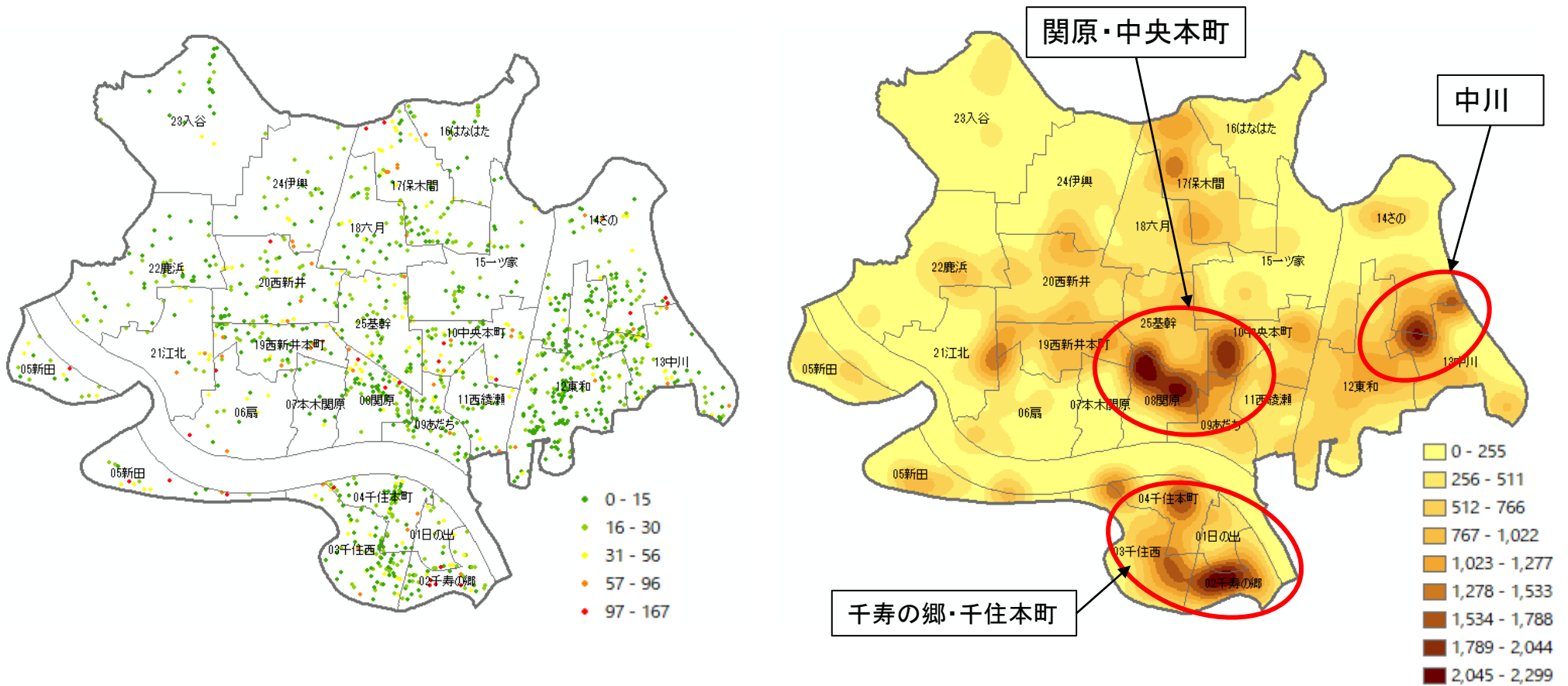
建物ごとの高齢者数(人)



高齢者密度(人/km²)

1.6 分譲マンション居住の高齢者分布と密度

「関原」「中央本町」「千寿の郷」「中川」の一部で、分譲マンション居住の高齢者密度の高まりがみられる。

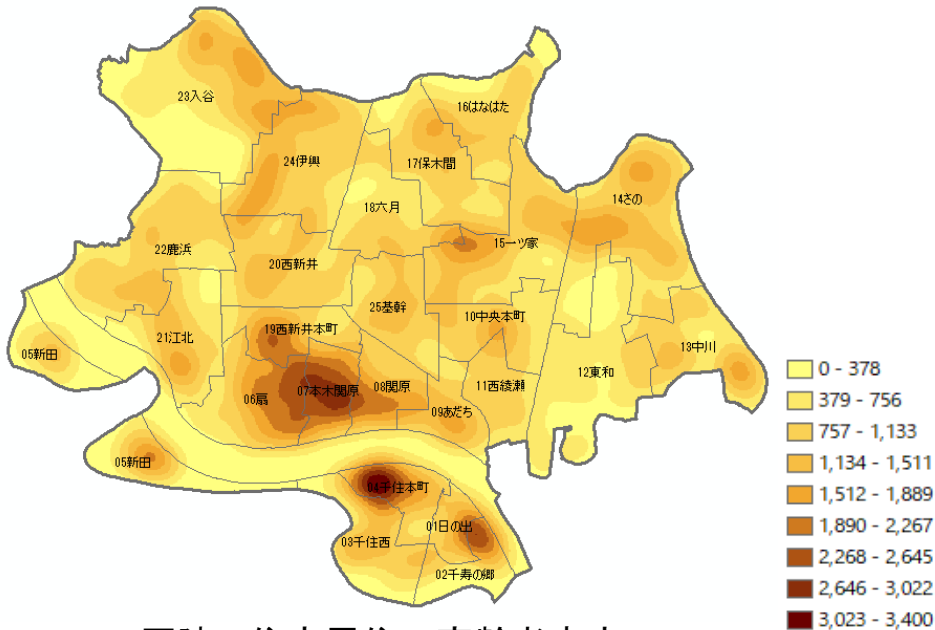


建物ごとの高齢者数(人)

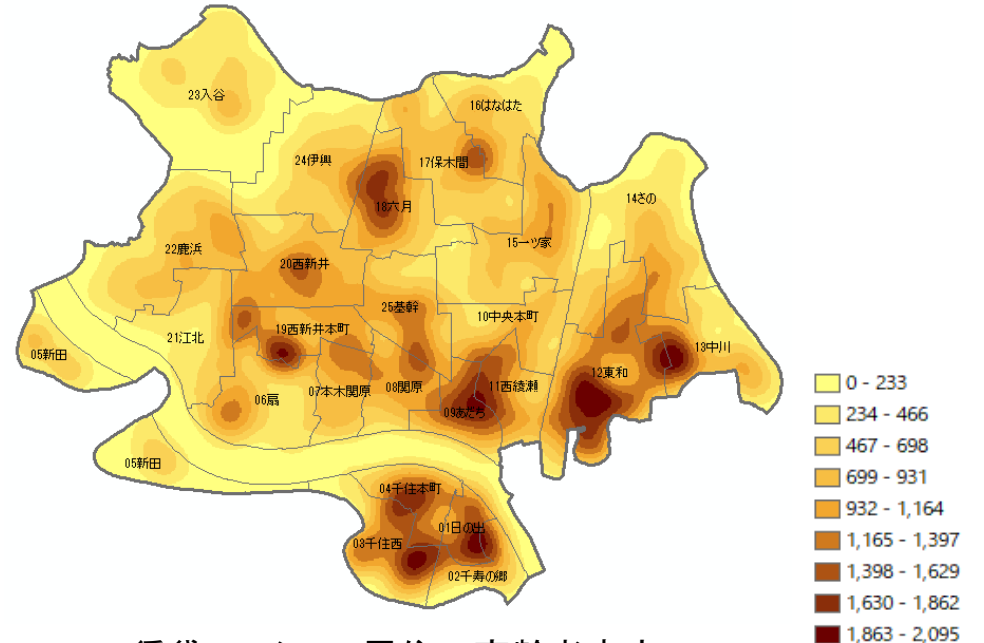


分譲マンションに住む高齢者密度(人/km²)

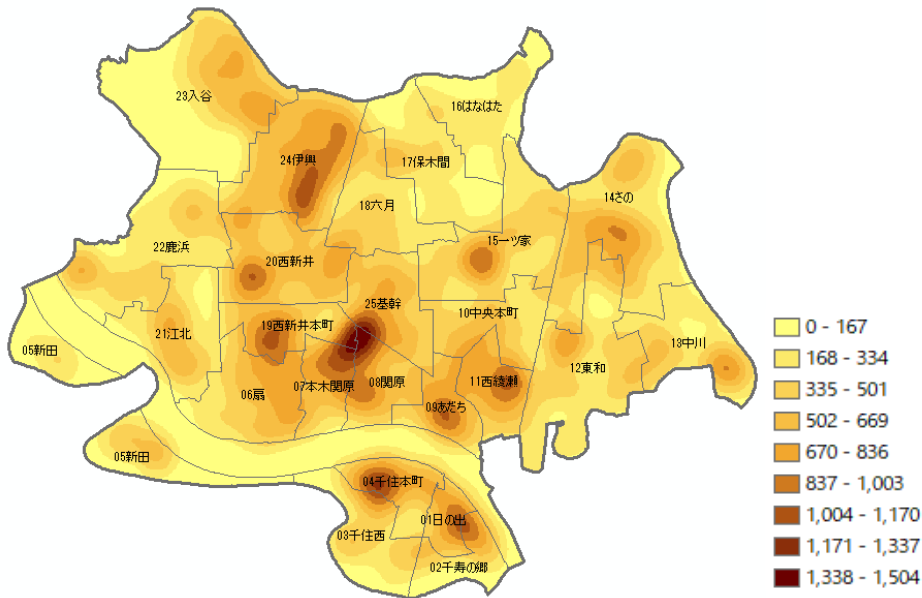
1.7 その他住居形態別の高齢者密度



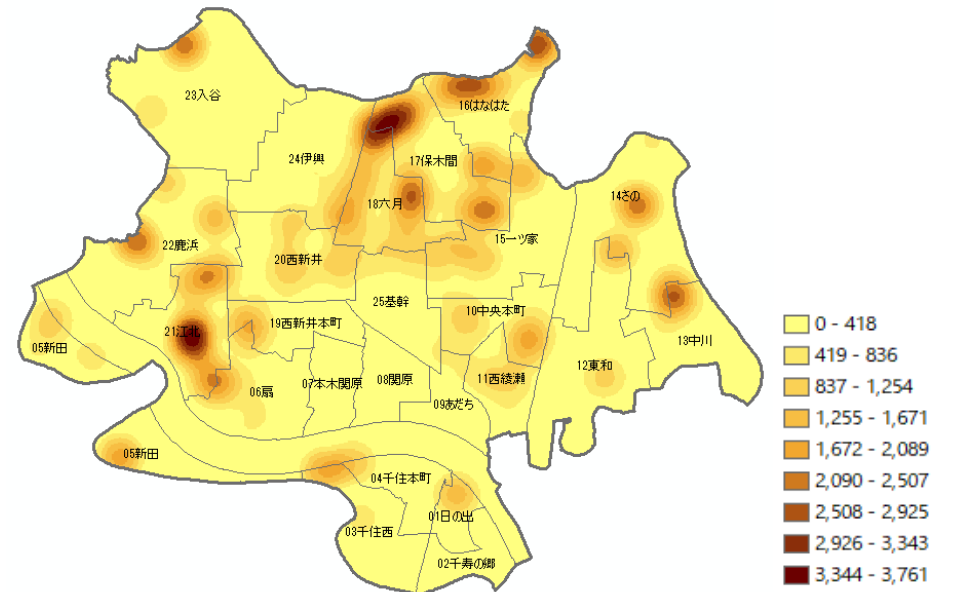
戸建て住宅居住の高齢者密度



賃貸マンション居住の高齢者密度



アパート居住の高齢者密度



団地居住の高齢者密度

1.8 地域包括単位での推計とまとめ (※本報告では、地域包括支援センターを単に「地域包括」とする。)

地域包括単位での人口および高齢者人口等集計(全住宅対象)

地域包括名称	世帯数 (世帯)	居住人口 (人)	65歳以上人口 (人)	75歳以上人口 (人)	高齢単身世帯 (世帯)	高齢夫婦世帯 (世帯)	65歳以上人口 (%)	75歳以上人口 (%)	高齢単身世帯 (%)	高齢夫婦世帯 (%)
01: 日の出	6,367	11,205	3,177	1,581	989	559	28.4	14.1	15.5	8.8
02: 千寿の郷	7,278	14,734	3,451	1,540	900	617	23.4	10.5	12.4	8.5
03: 千住西	15,178	28,806	6,501	3,088	1,772	1,063	22.6	10.7	11.7	7.0
04: 千住本町	12,178	22,296	5,962	2,972	1,746	943	26.7	13.3	14.3	7.7
05: 新田	11,738	25,807	5,581	2,724	1,437	978	21.6	10.6	12.2	8.3
06: 扇	12,642	27,824	7,408	3,782	1,690	1,262	26.6	13.6	13.4	10.0
07: 本木関原	7,276	15,417	4,372	2,221	1,035	673	28.4	14.4	14.2	9.2
08: 関原	11,322	23,242	5,361	2,528	1,375	913	23.1	10.9	12.1	8.1
09: あだち	10,092	18,918	4,529	2,128	1,287	768	23.9	11.2	12.8	7.6
10: 中央本町	11,444	24,193	6,129	2,846	1,424	1,206	25.3	11.8	12.4	10.5
11: 西綾瀬	9,989	18,417	4,374	2,197	1,320	781	23.7	11.9	13.2	7.8
12: 東和	29,668	56,149	9,910	4,376	2,616	1,715	17.6	7.8	8.8	5.8
13: 中川	14,688	29,256	7,138	3,292	1,956	1,232	24.4	11.3	13.3	8.4
14: さの	21,902	46,571	11,151	4,705	2,480	2,095	23.9	10.1	11.3	9.6
15: 一ツ家	14,987	31,926	8,112	3,811	1,809	1,542	25.4	11.9	12.1	10.3
16: はなはた	9,924	20,714	6,415	3,022	1,700	1,236	31.0	14.6	17.1	12.5
17: 保木間	14,515	31,430	9,088	4,461	2,513	1,525	28.9	14.2	17.3	10.5
18: 六月	14,714	28,685	7,779	3,938	2,217	1,480	27.1	13.7	15.1	10.1
19: 西新井本町	12,053	24,239	5,738	2,834	1,623	998	23.7	11.7	13.5	8.3
20: 西新井	16,215	33,446	8,377	4,206	2,074	1,415	25.0	12.6	12.8	8.7
21: 江北	10,167	20,586	6,660	3,405	1,882	1,188	32.4	16.5	18.5	11.7
22: 鹿浜	15,080	33,426	8,344	3,860	1,862	1,549	25.0	11.5	12.3	10.3
23: 入谷	13,745	31,961	7,700	3,351	1,319	1,369	24.1	10.5	9.6	10.0
24: 伊興	15,252	32,983	8,034	3,775	1,869	1,453	24.4	11.4	12.3	9.5
25: 基幹	13,456	26,962	5,848	2,863	1,562	962	21.7	10.6	11.6	7.1
計	331,870	679,193	167,139	79,506	42,457	29,522	24.6	11.7	12.8	8.9

65歳以上人口が25%以上
高齢単身世帯が15%以上

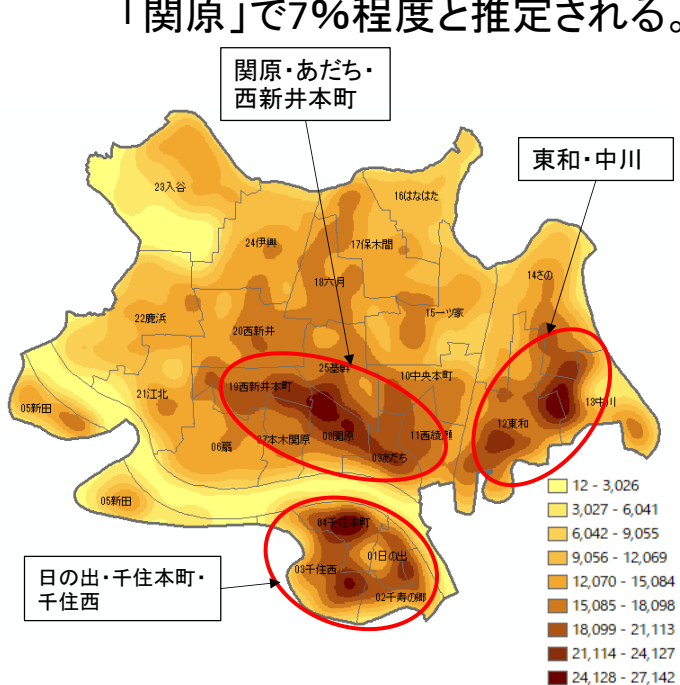
地域包括単位での人口および高齢者人口等集計(分譲マンション)

地域包括名称	全住宅居住者		分譲マンション居住者						分譲マンション居住者の全住宅居住者に対する割合					
	世帯数	居住人口	世帯数	居住人口	65歳以上人口	75歳以上人口	高齢単身世帯	高齢夫婦世帯	世帯数	居住人口	65歳以上人口	75歳以上人口	高齢単身世帯	高齢夫婦世帯
	(世帯)	(人)	(世帯)	(人)	(人)	(人)	(世帯)	(世帯)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
01:日の出	6,367	11,205	1,035	1,973	495	225	145	86	16.3	17.6	4.4	2.0	2.3	1.4
02:千寿の郷	7,278	14,734	2,804	6,317	1,184	474	246	244	38.5	42.9	8.0	3.2	3.4	3.4
03:千住西	15,178	28,806	3,917	7,849	1,427	651	363	238	25.8	27.2	5.0	2.3	2.4	1.6
04:千住本町	12,178	22,296	2,634	4,838	1,190	592	320	191	21.6	21.7	5.3	2.7	2.6	1.6
05:新田	11,738	25,807	3,363	8,372	1,192	474	231	216	28.7	32.4	4.6	1.8	2.0	1.8
06:扇	12,642	27,824	1,339	2,940	699	314	150	137	10.6	10.6	2.5	1.1	1.2	1.1
07:本木関原	7,276	15,417	242	519	139	63	29	23	3.3	3.4	0.9	0.4	0.4	0.3
08:関原	11,322	23,242	3,921	8,247	1,633	725	422	298	34.6	35.5	7.0	3.1	3.7	2.6
09:あだち	10,092	18,918	1,975	3,799	802	367	232	138	19.6	20.1	4.2	1.9	2.3	1.4
10:中央本町	11,444	24,193	3,151	6,888	1,593	683	341	319	27.5	28.5	6.6	2.8	3.0	2.8
11:西綾瀬	9,989	18,417	1,167	2,135	505	253	152	89	11.7	11.6	2.7	1.4	1.5	0.9
12:東和	29,668	56,149	6,307	12,399	2,074	905	508	346	21.3	22.1	3.7	1.6	1.7	1.2
13:中川	14,688	29,256	3,280	6,677	1,449	635	383	256	22.3	22.8	5.0	2.2	2.6	1.7
14:さの	21,902	46,571	3,992	8,209	1,848	720	465	347	18.2	17.6	4.0	1.5	2.1	1.6
15:一ツ家	14,987	31,926	1,079	2,441	464	199	85	79	7.2	7.6	1.5	0.6	0.6	0.5
16:はなはた	9,924	20,714	560	1,144	333	158	94	58	5.6	5.5	1.6	0.8	0.9	0.6
17:保木間	14,515	31,430	3,132	7,009	1,808	873	415	286	21.6	22.3	5.8	2.8	2.9	2.0
18:六月	14,714	28,685	1,360	2,672	695	351	196	129	9.2	9.3	2.4	1.2	1.3	0.9
19:西新井本町	12,053	24,239	2,552	5,334	1,064	493	276	183	21.2	22.0	4.4	2.0	2.3	1.5
20:西新井	16,215	33,446	2,768	5,975	1,316	629	308	221	17.1	17.9	3.9	1.9	1.9	1.4
21:江北	10,167	20,586	781	1,617	470	205	109	95	7.7	7.9	2.3	1.0	1.1	0.9
22:鹿浜	15,080	33,426	1,478	3,369	709	312	143	122	9.8	10.1	2.1	0.9	0.9	0.8
23:入谷	13,745	31,961	981	2,129	424	182	81	71	7.1	6.7	1.3	0.6	0.6	0.5
24:伊興	15,252	32,983	1,037	2,241	559	291	119	89	6.8	6.8	1.7	0.9	0.8	0.6
25:基幹	13,456	26,962	2,784	5,733	1,205	587	312	202	20.7	21.3	4.5	2.2	2.3	1.5
計	331,870	679,193	57,639	120,826	25,277	11,361	6,125	4,463	17.4	17.8	3.7	1.7	1.8	1.3

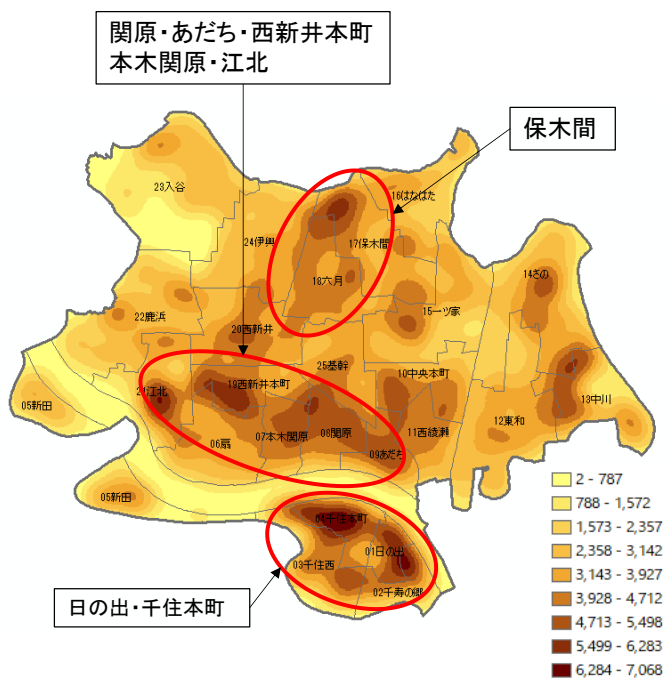
分譲マンション居住人口が20%以上
 分譲マンション65歳以上人口が5%以上

人口および高齢者分布のまとめ

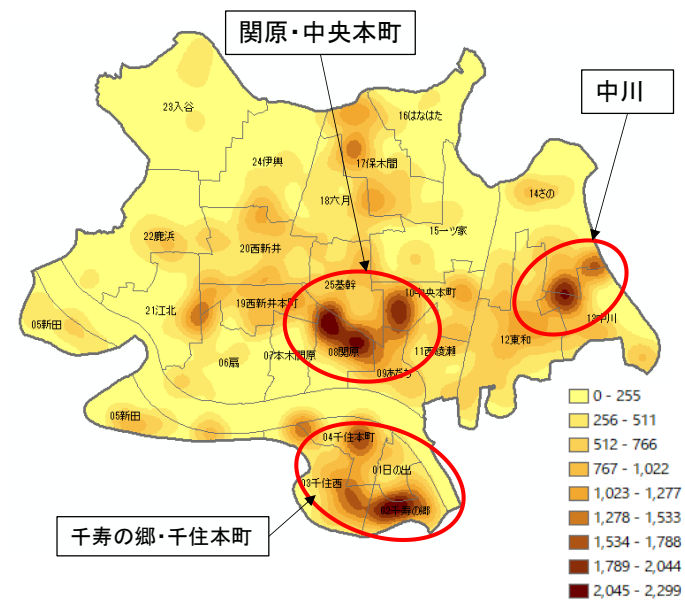
- 荒川右岸の「日の出」「千寿の郷」「千住本町」「千寿西」、荒川左岸の「あだち」「関原」「西新井本町」「東和」「中川」は、戸建て住宅、マンションなどが集中し居住者密度も高い。
- 65歳以上の高齢者分布は、前述の居住者密度が高い地域に加えて、「江北」「保木間」「はなはた」で密度の高まりがみられ、団地居住高齢者による影響と考えられる。
- 地域包括単位の集計では、65歳以上高齢者人口が30%を越える地域として「江北(こうぼく)」「はなはた」があげられる。
- 地域包括単位では分譲マンション居住の割合が高い地域として「千寿の郷」42.9%、「関原」35.5%、「新田」32.4%、その他「千住西」「千住本町」「あだち」「中央本町」「東和(とうわ)」「中川」「保木間」「西新井本町」「基幹」などで20%を越えている。
- 分譲マンション居住の高齢者密度は、「千寿の郷」「千住本町」「関原」「中央本町」「中川」などで密度の高まりがみられる。地域包括単位では分譲マンション居住の高齢者割合として「千寿の郷」で8%程度、「関原」で7%程度と推定される。



居住者密度(人/km²)



高齢者密度(人/km²)



分譲マンションに住む高齢者密度(人/km²)

2. 高齢者を取り巻く各種リスクの把握

2. 高齢者を取り巻く各種リスクの把握 参考

平成30年7月豪雨を受け、防災対策実行会議の下にワーキンググループが設置され、同年12月26日に報告書がとりまとめられた。報告をもとに、平成31年3月7日に厚労省と国交省の連名で、「水害からの高齢者の避難行動の理解促進に向けた取組について(依頼)」が通知された。

<通知の内容>(抜粋)

【取組内容】

- 市町村の防災部局だけでなく高齢者福祉部局についても、大規模氾濫減災協議会への参加や防災部局から当該協議会に関する情報提供を受けるなどによる情報共有についてすべての大規模氾濫減災協議会で実施する。
- 大規模氾濫減災協議会を構成している市町村におけるすべての地域包括支援センターにハザードマップの掲示や避難訓練のお知らせ等の防災関連のパンフレット等を設置する。
- すべての大規模氾濫減災協議会において、地域包括支援センター・ケアマネジャーと連携した水害からの高齢者の避難行動の理解促進に向けた取組※の実施及びその状況を共有する。

※取組例

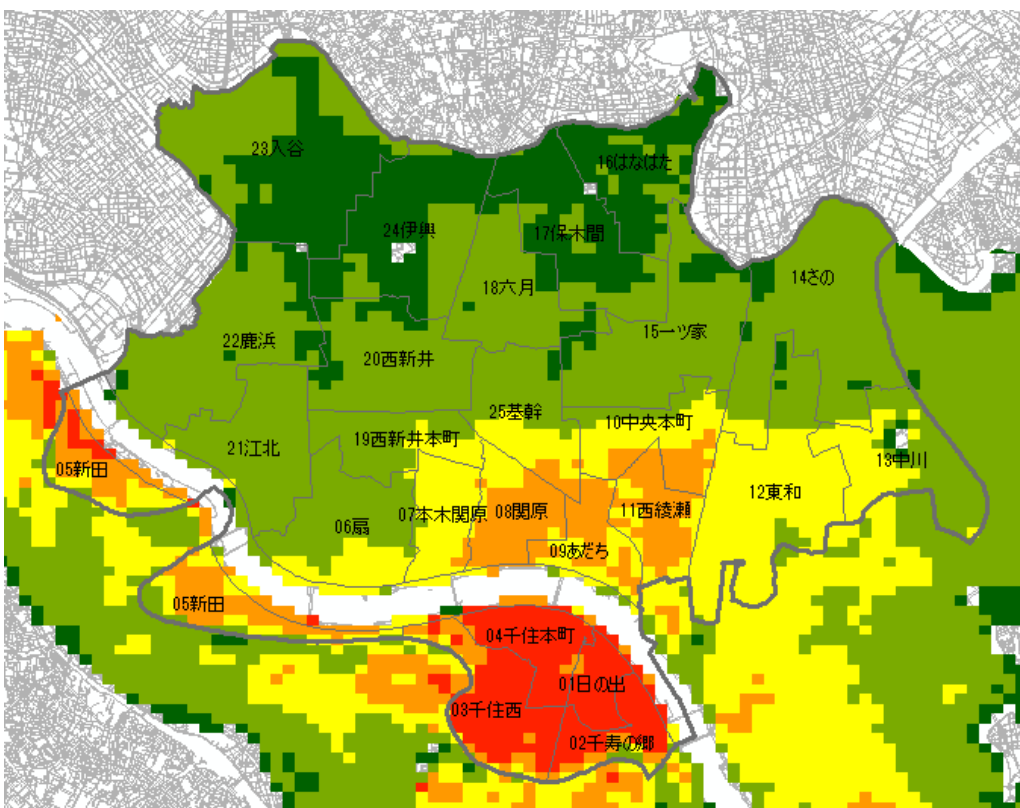
- 大規模氾濫減災協議会において、地域包括支援センター・ケアマネジャー等の日常業務における防災に関する取組事例を共有する。
- ケアマネジャーの職能団体の災害対応研修の場等を活用し、ケアマネジャーへハザードマップ等を説明する。
- 大規模氾濫減災協議会の構成員による地域包括支援センターの住民向け講座等の機会を活用した最新の防災・減災施策の説明や高齢者自身の災害・避難カードの作成に対する協力を行う。等

参考:令和元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「地域包括支援センターやケアマネジャーの災害時支援の現状と今後のあり方に関する調査研究事業(令和2年3月)

2. 高齢者を取り巻く各種リスクの把握

2.1 洪水による浸水想定

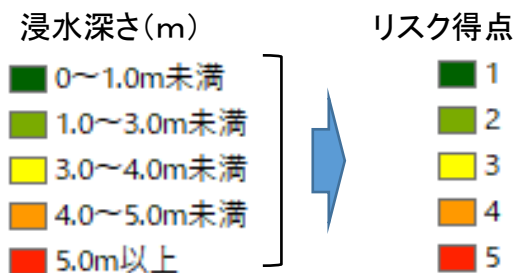
洪水による浸水想定については、国土数値情報の浸水想定区域データ(平成24年)を使用した。
このデータは国土交通省関東地方整備局荒川上流河川事務所および荒川下流河川事務所によるもので、荒川流域の3日間総雨量548mmを計画降雨として、氾濫による浸水をシミュレーションし区域指定したものである(平成17年7月指定)。足立区は全域が浸水し、特に南部の荒川右岸では5mを超える浸水深となる。



国土数値情報による浸水想定区域

<リスクの数値化>

データの浸水深としては、次の7段階(0~0.5m未満 / ~1.0m未満 / ~2.0m未満 / ~3.0m未満 / 3.0~4.0m未満 / 4.0~5.0m未満 / 5.0m以上)に区分されているが、これを下記の5段階に再分類し、リスクの少ない(浸水深が小さい)ものからリスクの高いもの(浸水深が大きい)へ、1~5点を付与した。



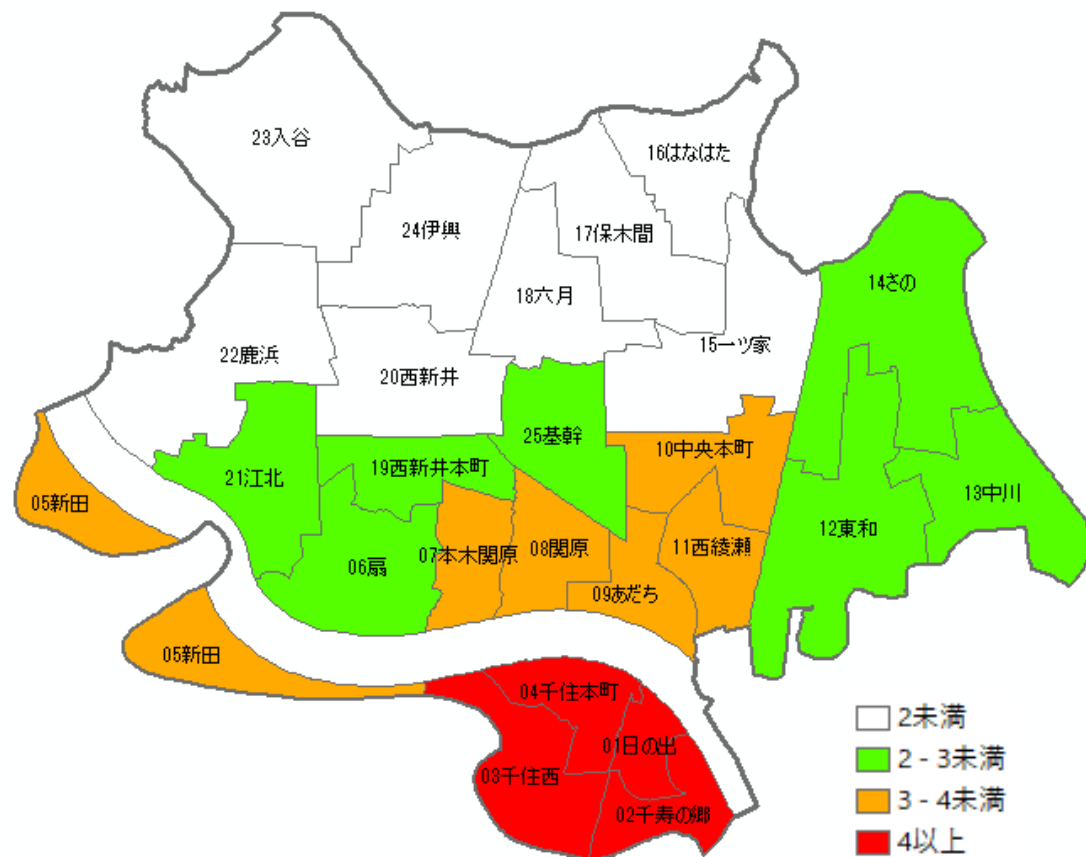
地域包括単位でのリスクの把握

地域包括単位で洪水による浸水リスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					
01:日の出	0.00	0.00	0.00	4.17	95.83	4.96
02:千寿の郷	0.00	6.61	6.95	16.94	69.50	4.49
03:千住西	0.00	1.21	6.33	20.86	71.60	4.63
04:千住本町	0.16	0.00	0.00	4.97	94.87	4.94
05:新田	0.06	14.18	27.19	52.78	5.79	3.50
06:扇	0.00	72.95	27.05	0.00	0.00	2.27
07:本木関原	0.00	4.26	90.83	4.91	0.00	3.01
08:関原	0.00	0.00	25.54	74.46	0.00	3.74
09:あだち	0.00	0.81	37.32	61.87	0.00	3.61
10:中央本町	0.00	24.72	48.68	26.60	0.00	3.02
11:西綾瀬	0.00	0.00	29.11	70.89	0.00	3.71
12:東和	2.09	18.34	79.43	0.14	0.00	2.78
13:中川	3.86	56.19	39.95	0.00	0.00	2.36
14:さの	5.14	89.81	5.05	0.00	0.00	2.00
15:一ツ家	11.59	88.32	0.09	0.00	0.00	1.88
16:はなはた	79.65	20.35	0.00	0.00	0.00	1.20
17:保木間	68.90	31.10	0.00	0.00	0.00	1.31
18:六月	15.29	84.71	0.00	0.00	0.00	1.85
19:西新井本町	0.00	80.01	19.99	0.00	0.00	2.20
20:西新井	16.87	83.13	0.00	0.00	0.00	1.83
21:江北	0.00	99.30	0.70	0.00	0.00	2.01
22:鹿浜	13.90	86.01	0.09	0.00	0.00	1.86
23:入谷	53.14	46.86	0.00	0.00	0.00	1.47
24:伊興	69.86	30.14	0.00	0.00	0.00	1.30
25:基幹	3.04	57.37	31.21	8.38	0.00	2.45

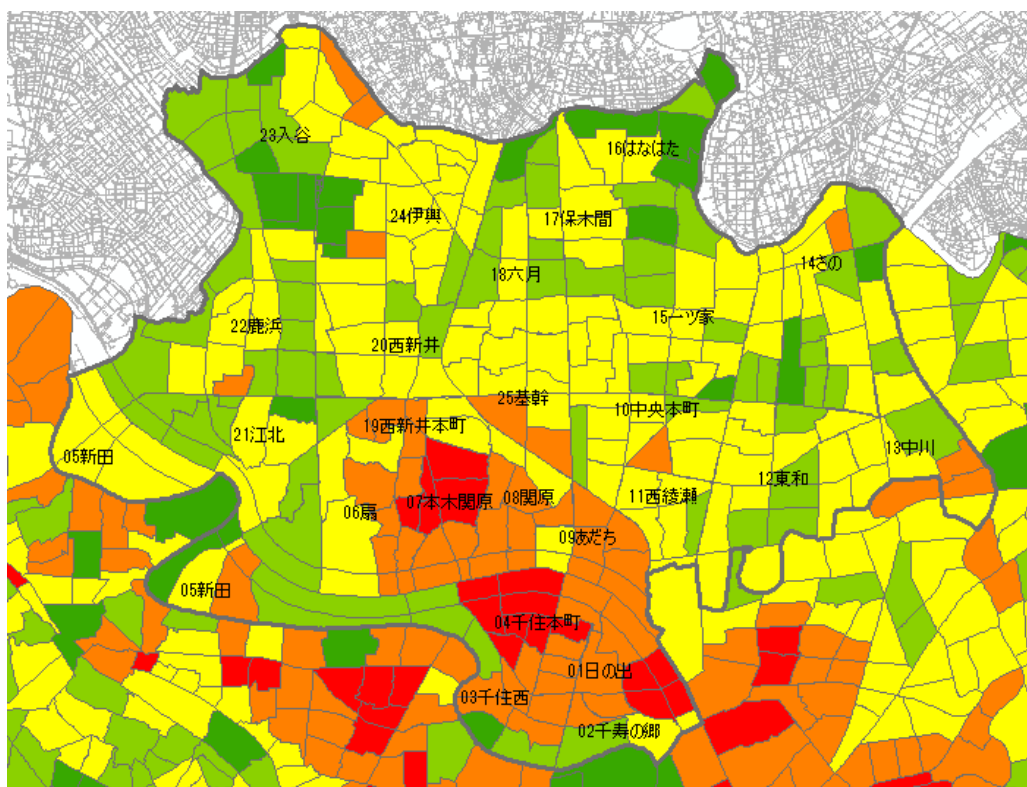
平均リスク 2以上3未満
 平均リスク 3以上4未満
 平均リスク 4以上



区南部、荒川右岸の「日の出」「千寿の郷」「千寿西」「千寿本町」などで、リスクが高く、次に荒川左岸の「あだち」「関原」「本木関原」などでも高い傾向がみられた。

2.2 地震による建物倒壊危険度

地震による建物倒壊については、東京都都市整備局の「地震に関する地域危険度測定調査(第8回)・2018年」のデータを使用した。地盤特性(山地、丘陵地、台地、沖積低地など12分類)、建物量、建物特性(木造、RC造、S造等の構造別および建築年代)により、町丁目ごとに倒壊危険度を相対評価したものである。

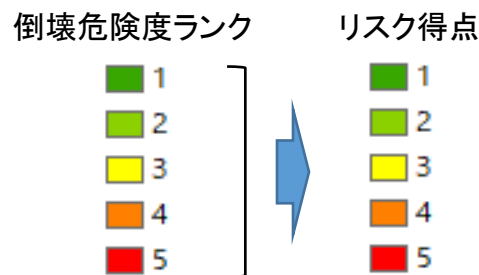


建物倒壊危険度(地盤特性・建物量・建物特性による)

＜リスクの数値化＞

データは、地盤特性、建物量、建物特性により面積当たりの建物全壊棟数(棟/ha)を計算し、町丁目ごとに1(危険性が低い)から5(危険性が高い)の5段階で順位付けされている。

本調査研究ではこの5段階分類を使用し、それぞれ1～5点を付与した。

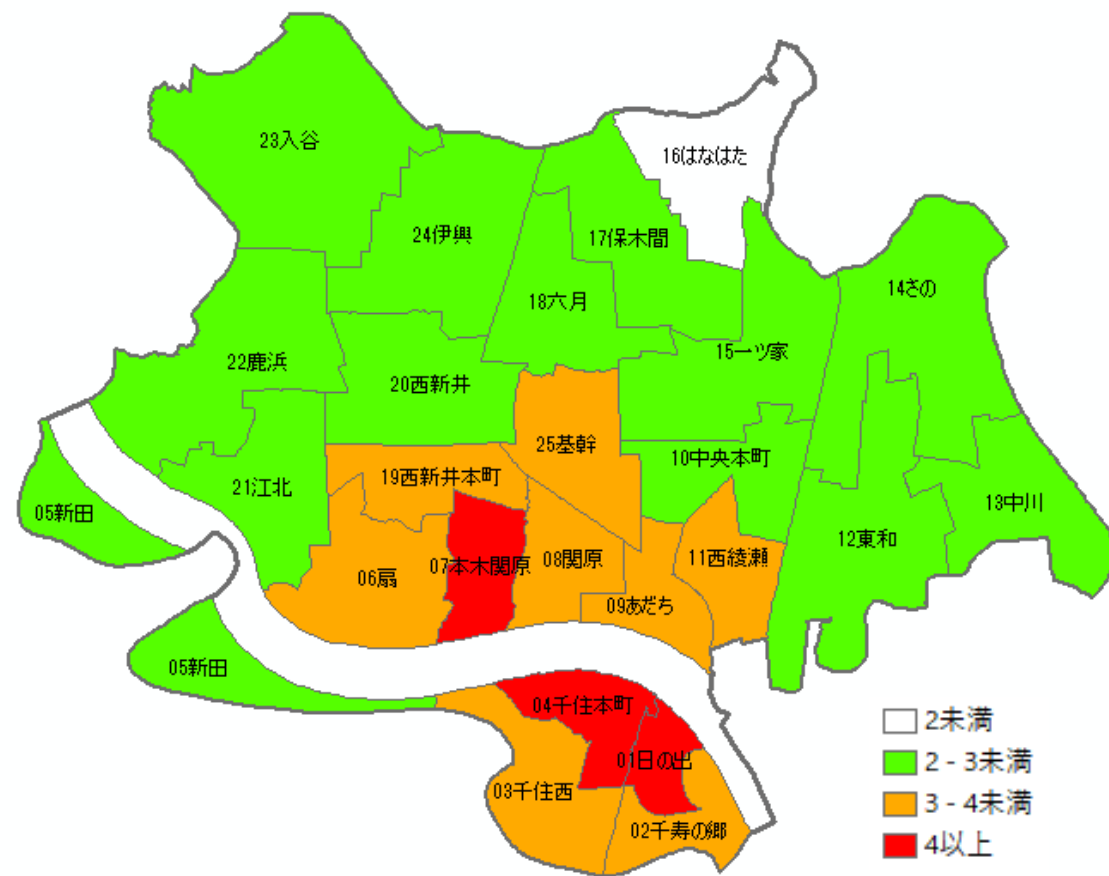


地域包括単位でのリスクの把握

地域包括単位で地震による建物倒壊についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					
01:日の出	0.00	0.00	0.21	99.79	0.00	4.00
02:千寿の郷	0.00	33.75	26.22	12.37	27.66	3.34
03:千住西	8.77	35.11	0.00	50.25	5.87	3.09
04:千住本町	0.00	0.04	0.00	42.46	57.50	4.57
05:新田	11.31	16.25	58.91	13.53	0.00	2.75
06:扇	0.00	18.90	39.06	36.94	5.10	3.28
07:本木関原	0.00	0.00	0.08	29.66	70.26	4.70
08:関原	0.00	0.00	27.11	72.64	0.25	3.73
09:あだち	0.00	0.73	30.79	68.48	0.00	3.68
10:中央本町	6.32	9.07	84.58	0.03	0.00	2.78
11:西綾瀬	0.00	12.99	71.36	15.65	0.00	3.03
12:東和	8.23	34.53	57.24	0.00	0.00	2.49
13:中川	0.06	22.23	61.13	16.58	0.00	2.94
14:さの	4.19	33.45	58.91	3.45	0.00	2.62
15:一ツ家	0.01	23.39	76.60	0.00	0.00	2.77
16:はなはた	57.78	18.36	23.86	0.00	0.00	1.66
17:保木間	8.20	45.34	46.46	0.00	0.00	2.38
18:六月	0.04	45.32	54.64	0.00	0.00	2.55
19:西新井本町	0.00	16.05	49.26	34.69	0.00	3.19
20:西新井	0.00	23.83	76.17	0.00	0.00	2.76
21:江北	7.08	48.92	43.96	0.04	0.00	2.37
22:鹿浜	0.01	48.92	47.57	3.50	0.00	2.55
23:入谷	25.24	37.82	29.77	7.17	0.00	2.19
24:伊興	1.63	6.79	86.44	5.14	0.00	2.95
25:基幹	0.00	10.40	59.28	30.32	0.00	3.20

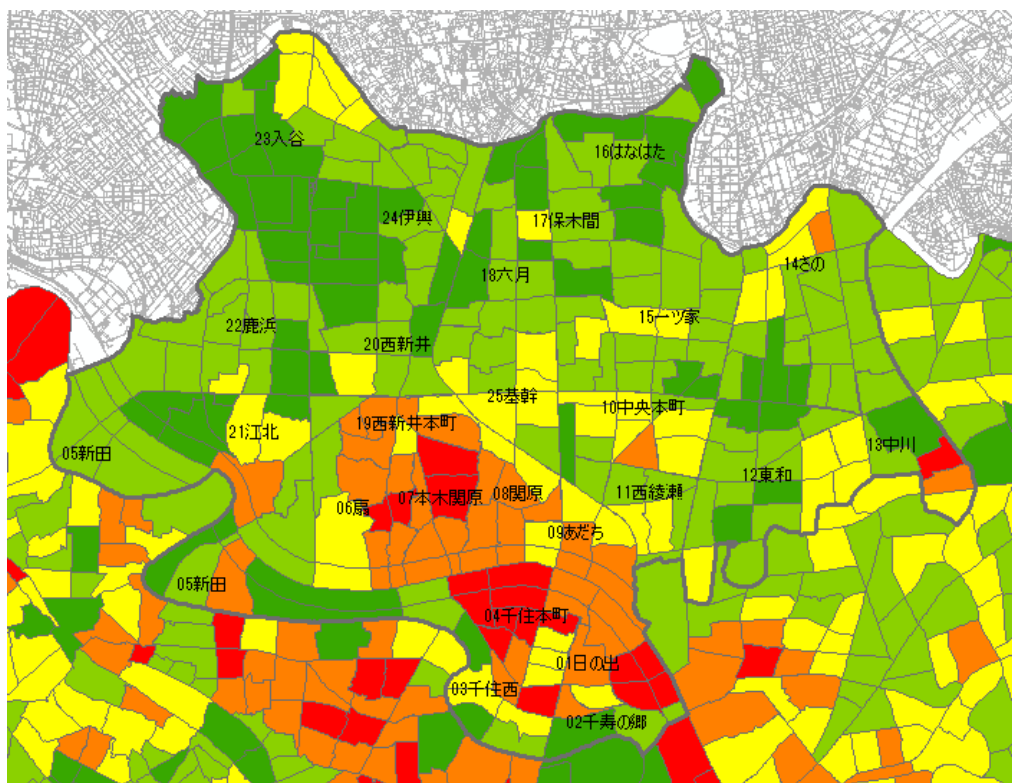


「日の出」「千寿本町」「本木関原」などで、特にリスクが高く、その周辺の「千寿西」「扇」「関原」「西綾瀬」などでも高リスクの地域が見られる。

平均リスク 2以上3未済
 平均リスク 3以上4未済
 平均リスク 4以上

2.3 火災危険度

火災危険度についても、東京都都市整備局の「地震に関する地域危険度測定調査(第8回)・2018年」のデータを使用した。地震に伴う火災の発生による延焼の危険性を町丁目ごとに相対評価したものであり、出火の危険性(火器器具等の使用状況、地盤の揺れやすさ等)および延焼の危険性(建物量、構造、道路幅員、公園等)から測定されている。地震による火災を想定しているが、建物の種類や密集度、道路形状、公園の設置などを考慮していることから、一般の火災に対する地域の危険性の指標にもなると考えられる。

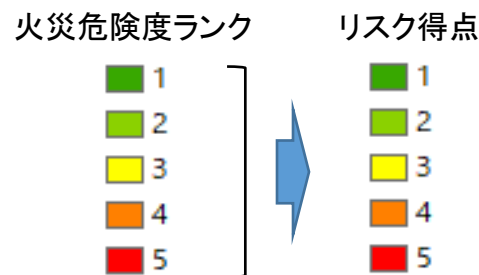


火災危険度(出火危険性・延焼危険性による)

<リスクの数値化>

データは、出火の危険性および延焼の危険性により面積当たりの建物全焼棟数(棟/ha)を計算し、町丁目ごとに1(危険性が低い)から5(危険性が高い)の5段階で順位付けされている。

本調査研究ではこの5段階分類を使用し、それぞれ1~5点を付与した。



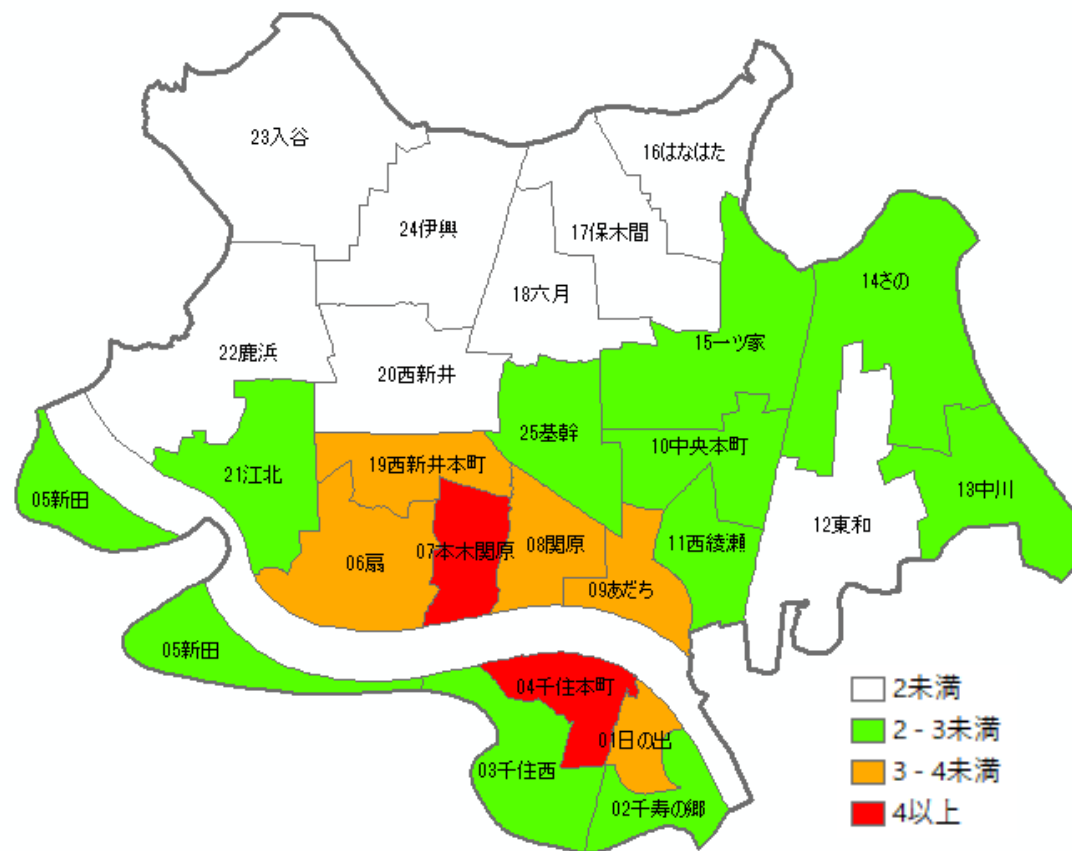
地域包括単位でのリスクの把握

地域包括単位で火災危険度についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					平均リスク
01: 日の出	0.00	0.21	24.01	75.78	0.00	3.76
02: 千寿の郷	33.75	26.22	0.00	12.33	27.70	2.74
03: 千住西	19.37	24.51	25.38	15.31	15.43	2.83
04: 千住本町	0.00	0.04	29.95	12.51	57.50	4.27
05: 新田	27.48	58.97	0.02	13.53	0.00	2.00
06: 扇	0.00	32.67	25.18	32.54	9.61	3.19
07: 本木関原	0.00	0.00	0.00	44.34	55.66	4.56
08: 関原	0.00	0.00	27.07	72.68	0.25	3.73
09: あだち	0.73	16.98	48.34	33.95	0.00	3.16
10: 中央本町	14.70	17.24	68.03	0.03	0.00	2.53
11: 西綾瀬	0.00	53.42	31.04	15.54	0.00	2.62
12: 東和	28.52	51.60	19.88	0.00	0.00	1.91
13: 中川	22.15	33.38	28.01	8.18	8.28	2.47
14: さの	8.20	69.44	18.91	3.45	0.00	2.18
15: 一ツ家	0.04	81.48	18.48	0.00	0.00	2.18
16: はなはた	67.62	32.38	0.00	0.00	0.00	1.32
17: 保木間	33.65	60.23	6.12	0.00	0.00	1.72
18: 六月	26.98	72.85	0.17	0.00	0.00	1.73
19: 西新井本町	0.13	16.73	19.35	63.79	0.00	3.47
20: 西新井	31.54	50.78	17.68	0.00	0.00	1.86
21: 江北	36.07	19.95	30.27	13.71	0.00	2.22
22: 鹿浜	22.03	74.47	3.50	0.00	0.00	1.81
23: 入谷	59.87	19.52	20.61	0.00	0.00	1.61
24: 伊興	42.73	53.27	4.00	0.00	0.00	1.61
25: 基幹	10.40	38.67	50.93	0.00	0.00	2.41

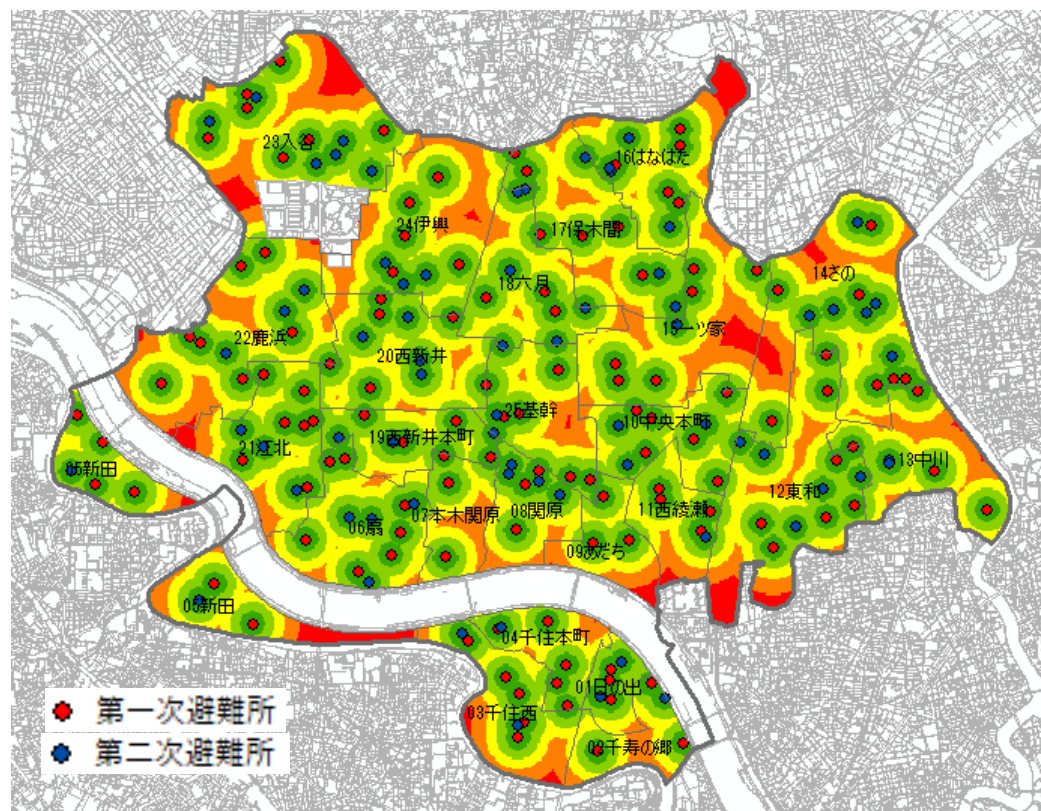
平均リスク 2以上3未満
 平均リスク 3以上4未満
 平均リスク 4以上



建物倒壊危険度と同様に「千寿本町」「本木関原」などで、特にリスクが高く、その周辺地域でのリスクも高い傾向にある。一方、区北部では相対的にリスクが低下する傾向がみられた。

2.4 避難所への近接性に関する危険度

足立区では災害時の避難所として、第一次避難所(小中学校、都立高校など)および第二次避難所(福祉避難所)が設置されている。第二次避難所は、第一次避難所での生活が難しい要配慮者の方々のために、福祉施設や地域学習センターなどが指定されている。高齢者にとってこれら避難所への移動距離は避難時のリスク要素として大きく、避難所への近接性から分析を行う。



避難所への近接性

＜リスクの数値化＞

データは、国土数値情報および足立区ホームページ掲載情報を使用した。左図は避難所の分布および各避難所からの距離を5段階に区分したものである。区分にあたっては、距離別のヒストグラムの変化の大きい点で区分する自然分類手法により5区分を行った。大部分の地域で500m以内で避難所へ到達することができる。

本調査研究ではこの5段階分類を使用し、避難所に近く低リスクの地域から避難所から遠く高リスクの地域まで1～5点を付与した。

避難所への距離(m)	リスク得点
0 - 142	1
143 - 251	2
252 - 368	3
369 - 547	4
548 - 1,032	5

地域包括単位でのリスクの把握

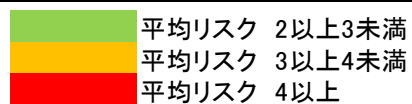
地域包括単位で避難所への近接性についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					
01:日の出	42.02	39.69	14.34	3.95	0.00	1.80
02:千寿の郷	20.03	30.33	30.75	18.81	0.08	2.49
03:千住西	22.60	30.09	23.35	20.24	3.72	2.52
04:千住本町	29.60	39.62	22.10	8.60	0.08	2.10
05:新田	22.49	33.28	23.78	10.40	10.05	2.52
06:扇	31.28	36.60	27.65	4.47	0.00	2.05
07:本木関原	17.61	33.14	29.74	19.51	0.00	2.51
08:関原	32.29	29.89	27.43	10.39	0.00	2.16
09:あだち	20.26	33.02	22.29	18.64	5.79	2.57
10:中央本町	35.62	44.13	18.24	2.01	0.00	1.87
11:西綾瀬	22.16	33.99	27.91	12.99	2.95	2.41
12:東和	23.41	29.98	26.04	13.33	7.24	2.51
13:中川	16.64	32.99	31.08	18.31	0.98	2.54
14:さの	20.92	29.94	27.54	17.77	3.83	2.54
15:一ツ家	16.55	25.68	31.54	21.88	4.35	2.72
16:はなはた	22.71	30.79	27.63	8.99	9.88	2.53
17:保木間	24.71	35.11	29.00	11.18	0.00	2.27
18:六月	23.82	40.64	29.09	6.45	0.00	2.18
19:西新井本町	31.20	46.51	20.77	1.52	0.00	1.93
20:西新井	23.51	38.90	31.78	5.81	0.00	2.20
21:江北	29.52	36.22	21.12	10.13	3.01	2.21
22:鹿浜	19.98	29.47	29.56	19.80	1.19	2.53
23:入谷	20.48	28.44	22.34	19.52	9.22	2.69
24:伊興	18.57	29.87	27.73	23.36	0.47	2.57
25:基幹	27.06	32.71	26.12	13.54	0.57	2.28

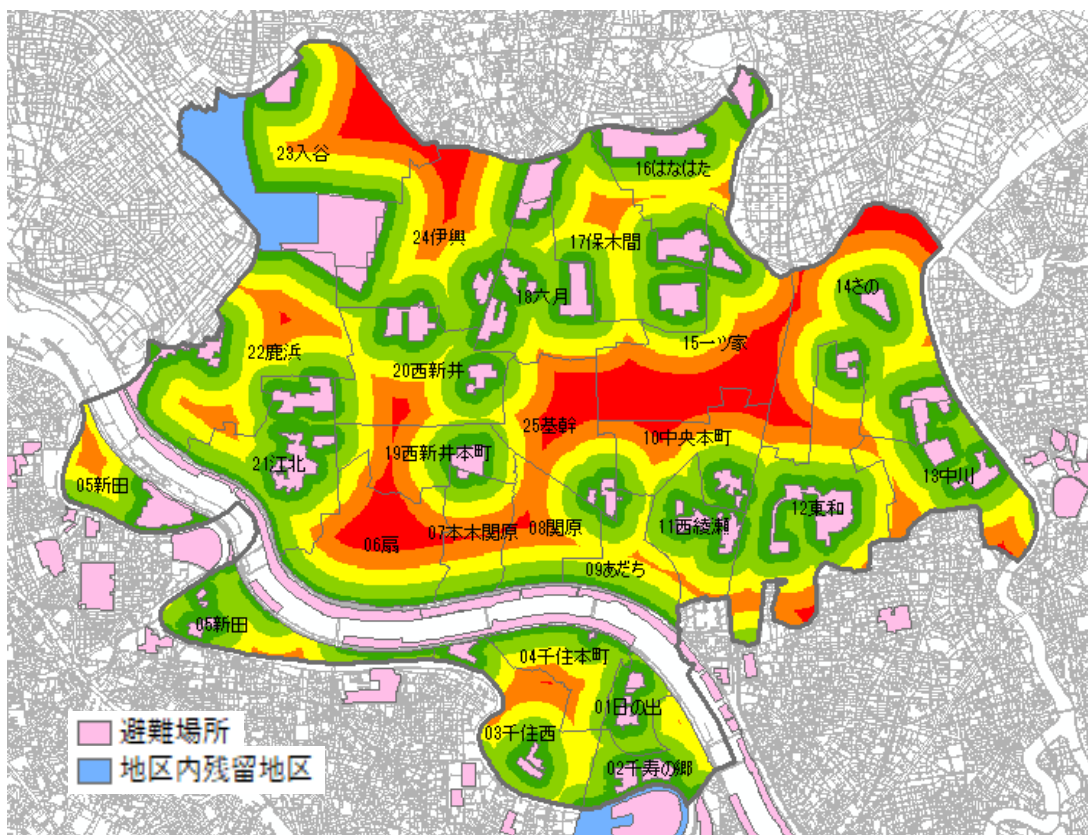


ほとんどの地域で平均リスクは3ポイント以下であり、区内では地域的な差があまり見られない。



2.5 避難場所への近接性に関する危険度

避難場所とは、大地震などで延焼火災が発生した場合、大火から身を守るために避難する場所であり、公園、緑地、広場、集合住宅および学校等のオープンスペースが指定される。また、万が一火災が発生しても、地区内に大規模な延焼火災のおそれがなく、広域的な避難を要しない区域として、地区内残留地区が指定されている。高齢者にとってこれら避難場所等への移動距離が長い場合は、避難時のリスク要素となるため近接性の視点から分析を行う。



避難場所への近接性

＜リスクの数値化＞

データは、東京都都市整備局の「避難場所等の一覧(shp形式)」を使用した。左図は避難場所および地区内残留地区の位置と、それらへの到達距離を5段階に区分したものである。区分にあたっては、距離別のヒストグラムの変化の大きい点で区分する自然分類手法により行った。一部で到達までに1kmを超える地域もみられた。

本調査研究ではこの5段階分類を使用し、避難場所に近く低リスクの地域から避難場所から遠く高リスクの地域まで1～5点を付与した。

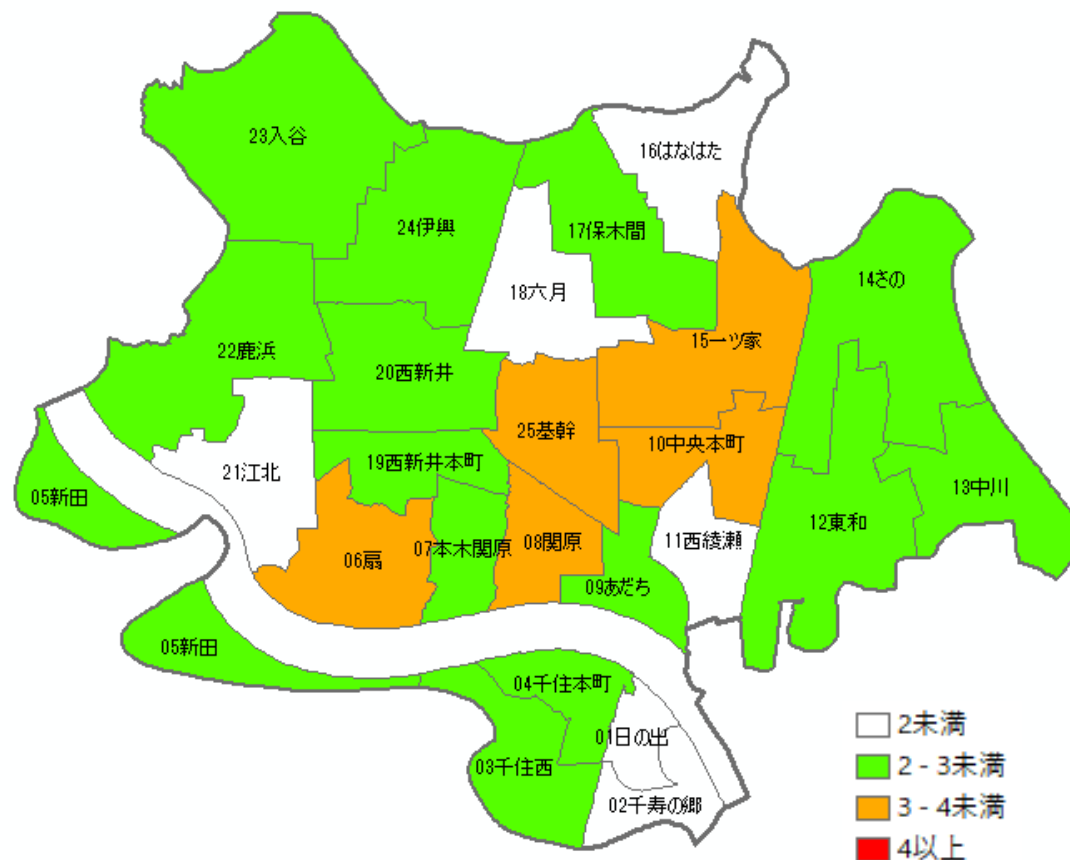
避難場所への距離 (m)	リスク得点
0 - 124	1
125 - 290	2
291 - 470	3
471 - 679	4
680 - 1,089	5

地域包括単位でのリスクの把握

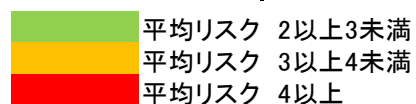
地域包括単位で避難場所への近接性についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					平均リスク
01: 日の出	65.47	34.18	0.35	0.00	0.00	1.35
02: 千寿の郷	44.99	34.08	20.85	0.08	0.00	1.76
03: 千住西	24.28	31.97	27.63	15.90	0.22	2.36
04: 千住本町	17.78	36.35	33.70	12.17	0.00	2.40
05: 新田	37.91	32.01	22.50	7.58	0.00	2.00
06: 扇	6.66	16.29	23.21	28.56	25.28	3.50
07: 本木関原	13.34	24.08	27.75	31.66	3.17	2.87
08: 関原	8.42	19.70	35.72	33.13	3.03	3.03
09: あだち	20.09	37.91	38.40	3.60	0.00	2.26
10: 中央本町	19.26	15.90	23.80	27.57	13.47	3.00
11: 西綾瀬	43.92	34.13	17.81	4.14	0.00	1.82
12: 東和	33.05	30.93	20.83	14.24	0.95	2.19
13: 中川	38.19	22.21	22.94	16.01	0.65	2.19
14: さの	16.94	23.65	25.45	22.04	11.92	2.88
15: 一ツ家	8.09	12.87	13.87	21.80	43.37	3.79
16: はなはた	51.77	25.23	20.91	2.09	0.00	1.73
17: 保木間	33.75	33.09	26.42	6.74	0.00	2.06
18: 六月	50.07	29.70	18.31	1.92	0.00	1.72
19: 西新井本町	21.81	28.39	19.40	25.51	4.89	2.63
20: 西新井	30.12	31.09	24.41	12.08	2.30	2.25
21: 江北	55.91	28.45	13.05	2.59	0.00	1.62
22: 鹿浜	22.42	28.95	32.34	15.96	0.33	2.43
23: 入谷	39.80	16.45	16.58	14.78	12.39	2.44
24: 伊興	23.25	29.47	21.45	18.11	7.72	2.58
25: 基幹	10.54	13.04	21.62	32.04	22.76	3.43

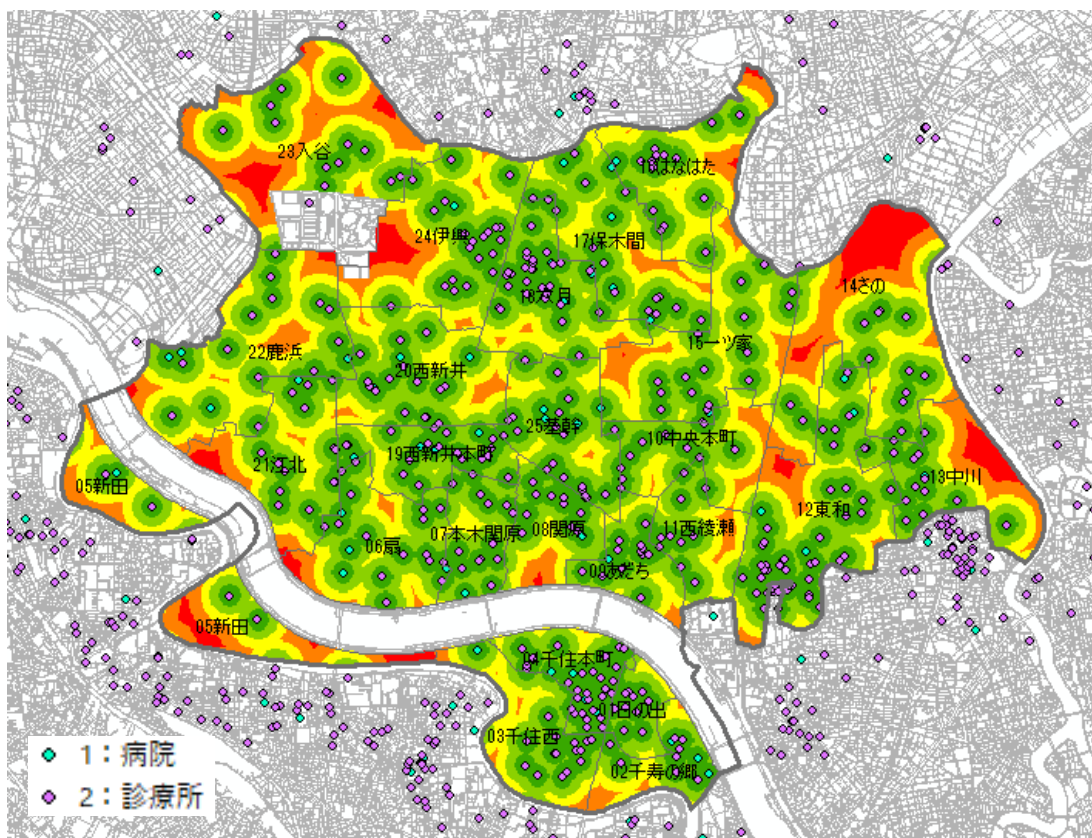


「扇」「関原」「中央本町」「一ツ家」「基幹」などで、平均リスクが3ポイントを超え、避難場所への近接性に関しては、相対的にリスクが高いといえる。



2.6 医療機関への近接性に関する危険度

高齢者を取り巻く生活環境を把握するうえで、かかりつけ医の存在など、身近に医療機関が存在することは重要である。そこで医療機関への到達距離が長いことは高リスクととらえ、近接性の視点から分析を行った。使用したデータは国土数値情報の医療機関データ(平成26年)であり、医療機関として病院、診療所、歯科診療所が含まれる。



医療機関(病院・診療所)への近接性

<リスクの数値化>

医療機関データから歯科診療所を除き、病院及び診療所データを作成した。左図は病院及び診療所の位置と、それらへの到達距離を5段階に区分したものである。区分にあたっては、距離別のヒストグラムの変化の大きい点で区分する自然分類手法により行った。

一部で到達までに500mを超える地域もみられた。

本調査研究ではこの5段階分類を使用し、医療機関に近く低リスクの地域から避難場所から遠く高リスクの地域まで1～5点を付与した。

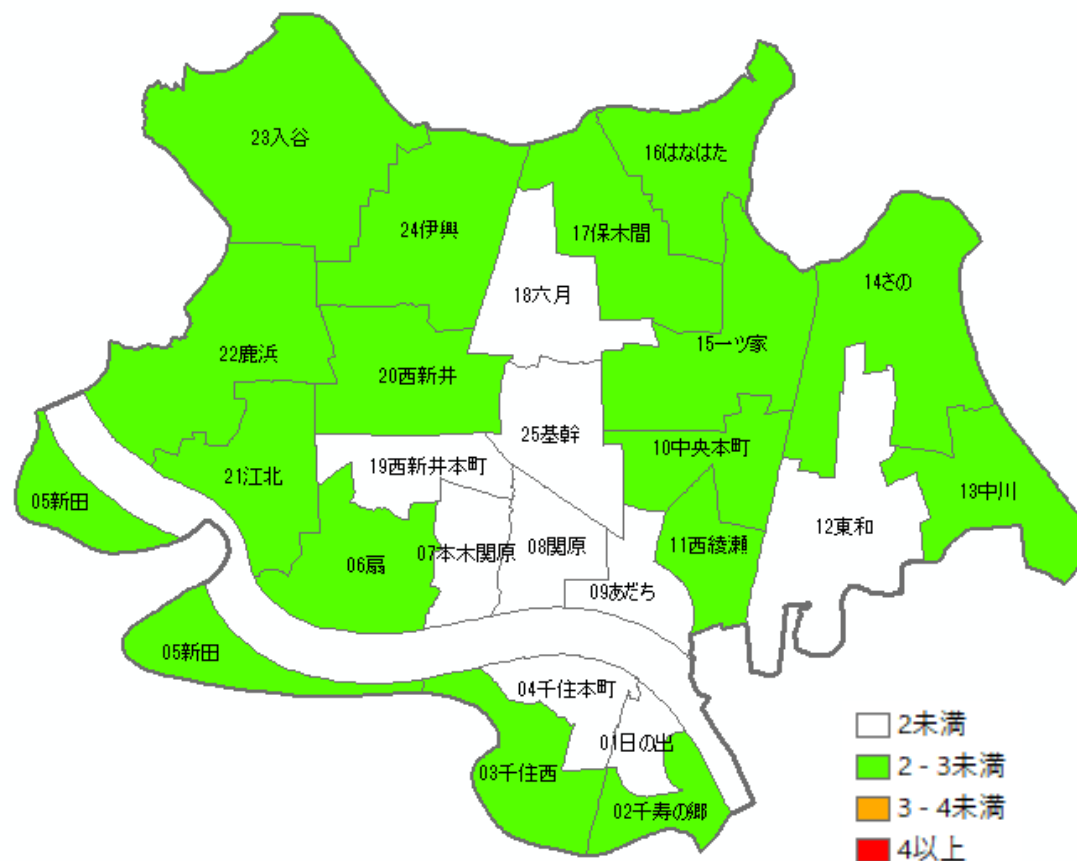
医療機関への距離(m)	リスク得点
0 - 126	1
127 - 225	2
226 - 334	3
335 - 484	4
485 - 868	5

地域包括単位でのリスクの把握

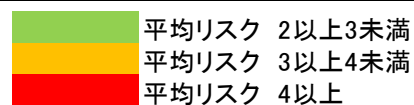
地域包括単位で医療機関への近接性についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					平均リスク
01:日の出	57.66	32.06	10.28	0.00	0.00	1.53
02:千寿の郷	39.24	28.67	22.79	9.30	0.00	2.02
03:千住西	35.31	34.14	26.02	4.46	0.07	2.00
04:千住本町	67.33	25.44	7.11	0.12	0.00	1.40
05:新田	10.38	23.68	31.54	26.69	7.71	2.98
06:扇	34.99	36.74	19.90	6.32	2.05	2.04
07:本木関原	55.25	37.55	7.20	0.00	0.00	1.52
08:関原	40.72	31.62	16.67	10.10	0.89	1.99
09:あだち	43.97	37.31	14.96	3.76	0.00	1.78
10:中央本町	28.71	36.74	26.07	8.48	0.00	2.14
11:西綾瀬	32.82	35.85	23.88	7.45	0.00	2.06
12:東和	40.11	33.35	17.35	7.96	1.23	1.97
13:中川	27.21	25.09	17.20	19.31	11.19	2.62
14:さの	15.85	24.13	23.93	19.98	16.11	2.96
15:一ツ家	25.61	37.49	27.27	9.57	0.06	2.21
16:はなはた	25.11	33.46	29.47	10.37	1.59	2.30
17:保木間	32.20	40.83	22.05	4.92	0.00	2.00
18:六月	43.74	36.05	18.01	2.20	0.00	1.79
19:西新井本町	55.29	36.06	8.65	0.00	0.00	1.53
20:西新井	29.90	40.24	25.28	4.58	0.00	2.05
21:江北	28.67	33.85	23.01	10.52	3.95	2.27
22:鹿浜	23.14	35.70	29.25	10.69	1.22	2.31
23:入谷	15.00	22.82	28.02	28.14	6.02	2.87
24:伊興	26.43	31.02	23.82	12.61	6.12	2.41
25:基幹	42.33	41.17	15.83	0.67	0.00	1.75

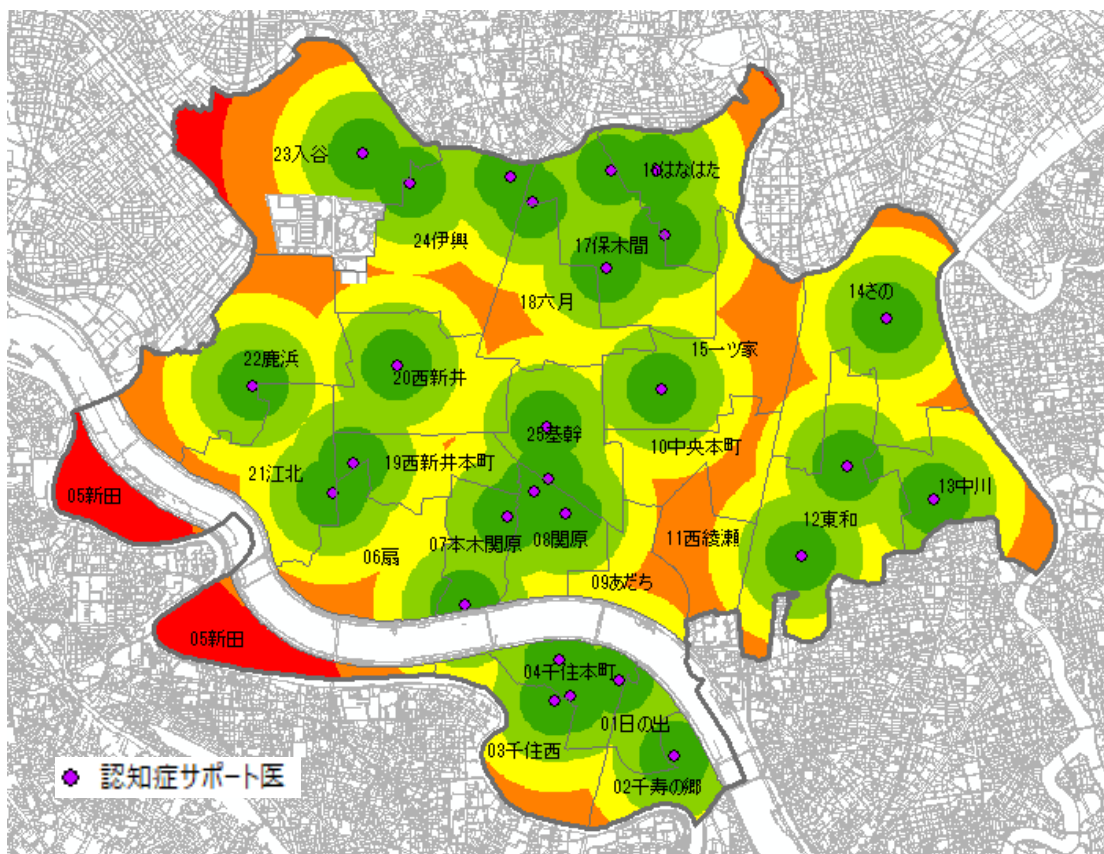


区中央部の「日の出」「千住本町」「あだち」「関原」「本木関原」「西新井本町」「基幹」等に対して、周辺部の地域で相対的にリスクが高い傾向にあるが、全体的に平均リスクは3ポイント以下で、身近に医療機関が立地しているといえる。



2.7 認知症サポート医への近接性に関する危険度

特に認知症サポート医については、東京都福祉保健局による東京認知症ナビにより検索した結果、足立区内で31施設が存在する。そこで身近に相談できる認知症サポート医が存在しないことは高リスクととらえ、近接性の視点から分析を行った。

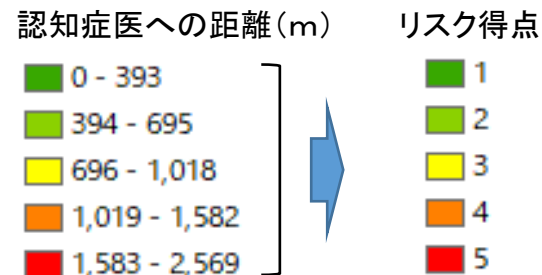


認知症サポート医への近接性

<リスクの数値化>

左図は認知症サポート医の位置と、それらへの到達距離を5段階に区分したものである。区分にあたっては、距離別のヒストグラムの変化の大きい点で区分する自然分類手法により行った。

一部で到達までに500mを超える地域もみられた。本調査研究ではこの5段階分類を使用し、認知症サポート医に近く低リスクの地域から避難場所から遠く高リスクの地域まで1～5点を付与した。絶対的な施設数が少ない事から分布の偏りがみられ、新田などでは、到達に2.5kmを要する地域もある。



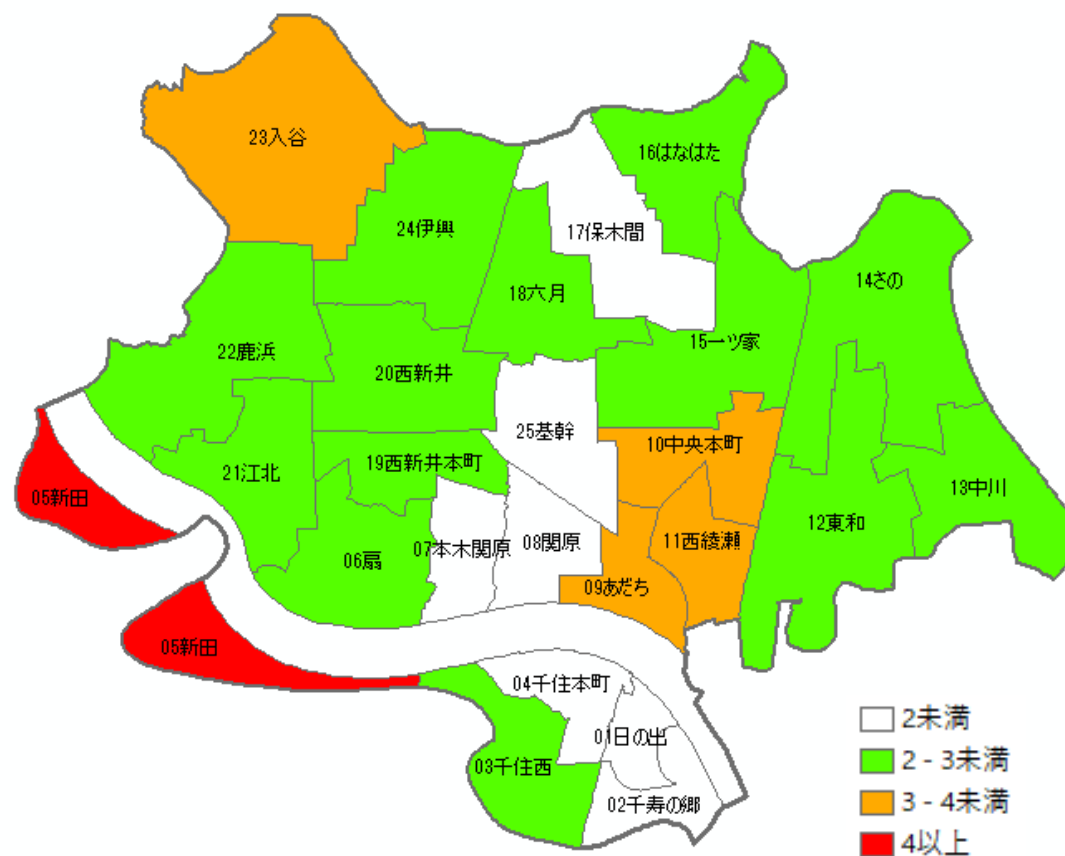
地域包括単位でのリスクの把握

地域包括単位で認知症サポート医への近接性についてのリスクを集計した。

地域包括ごとに1～5のリスク得点の占める面積割合を計算し、加重平均することにより地域包括単位での平均リスクを算出した。

リスク	1	2	3	4	5	平均リスク
地域包括名称	リスク値ごとの面積割合(%)					平均リスク
01: 日の出	43.40	56.53	0.07	0.00	0.00	1.57
02: 千寿の郷	36.70	38.56	20.47	4.27	0.00	1.92
03: 千住西	15.63	27.27	35.97	21.13	0.00	2.63
04: 千住本町	76.02	23.94	0.04	0.00	0.00	1.24
05: 新田	0.00	0.00	1.72	6.17	92.11	4.90
06: 扇	12.10	25.46	47.39	15.05	0.00	2.65
07: 本木関原	51.79	46.62	1.59	0.00	0.00	1.50
08: 関原	50.93	38.15	10.92	0.00	0.00	1.60
09: あだち	0.00	9.14	66.08	24.78	0.00	3.16
10: 中央本町	0.00	13.44	58.93	27.63	0.00	3.14
11: 西綾瀬	0.00	5.53	28.72	65.75	0.00	3.60
12: 東和	28.37	45.44	23.75	2.44	0.00	2.00
13: 中川	25.46	28.66	29.85	16.03	0.00	2.36
14: さの	14.24	35.38	39.55	10.83	0.00	2.47
15: 一ツ家	17.50	28.98	21.21	32.31	0.00	2.68
16: はなはた	41.73	27.10	16.27	14.02	0.88	2.05
17: 保木間	44.99	41.50	13.51	0.00	0.00	1.69
18: 六月	13.73	28.50	43.65	14.12	0.00	2.58
19: 西新井本町	26.63	35.35	37.31	0.71	0.00	2.12
20: 西新井	22.71	50.36	26.93	0.00	0.00	2.04
21: 江北	20.34	41.45	31.54	6.67	0.00	2.25
22: 鹿浜	12.45	26.54	30.74	30.27	0.00	2.79
23: 入谷	18.40	18.39	16.97	33.67	12.57	3.04
24: 伊興	21.84	29.09	38.38	10.69	0.00	2.38
25: 基幹	44.90	47.80	7.30	0.00	0.00	1.62

平均リスク 2以上3未満
 平均リスク 3以上4未満
 平均リスク 4以上

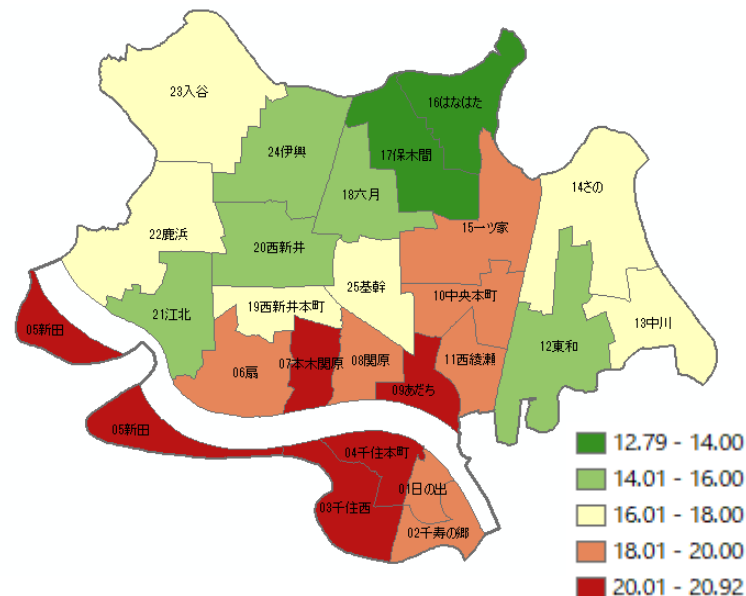


「日の出」「千住本町」「関原」「本木関原」「基幹」「保木間」等では、認知症サポート医が比較的多いが、それ以外の地域では、到達距離が長くリスクが高い傾向にある。特に「新田」にはサポート医がおらずリスクが高い。

2.8 地域包括単位での高齢者を取り巻くリスクのまとめ

地域包括単位で平均リスクをまとめ、それらの合計値を総合リスクとして次に示した。

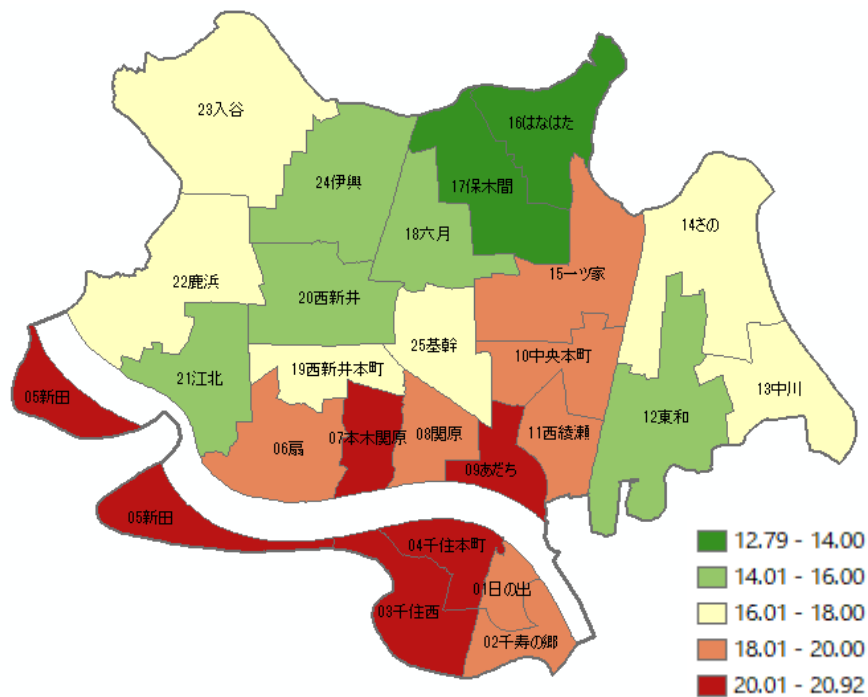
地域包括名称	洪水時の浸水深	建物倒壊危険度	火災危険度	避難所への距離	避難場所への距離	医療機関への距離	認知症サポート医への距離	総合リスク
01: 日の出	4.96	4.00	3.76	1.80	1.35	1.53	1.57	18.97
02: 千寿の郷	4.49	3.34	2.74	2.49	1.76	2.02	1.92	18.76
03: 千住西	4.63	3.09	2.83	2.52	2.36	2.00	2.63	20.06
04: 千住本町	4.94	4.57	4.27	2.10	2.40	1.40	1.24	20.92
05: 新田	3.50	2.75	2.00	2.52	2.00	2.98	4.90	20.65
06: 扇	2.27	3.28	3.19	2.05	3.50	2.04	2.65	18.98
07: 本木関原	3.01	4.70	4.56	2.51	2.87	1.52	1.50	20.67
08: 関原	3.74	3.73	3.73	2.16	3.03	1.99	1.60	19.98
09: あだち	3.61	3.68	3.16	2.57	2.26	1.78	3.16	20.22
10: 中央本町	3.02	2.78	2.53	1.87	3.00	2.14	3.14	18.48
11: 西綾瀬	3.71	3.03	2.62	2.41	1.82	2.06	3.60	19.25
12: 東和	2.78	2.49	1.91	2.51	2.19	1.97	2.00	15.85
13: 中川	2.36	2.94	2.47	2.54	2.19	2.62	2.36	17.48
14: さの	2.00	2.62	2.18	2.54	2.88	2.96	2.47	17.65
15: 一ツ家	1.88	2.77	2.18	2.72	3.79	2.21	2.68	18.23
16: はなはた	1.20	1.66	1.32	2.53	1.73	2.30	2.05	12.79
17: 保木間	1.31	2.38	1.72	2.27	2.06	2.00	1.69	13.43
18: 六月	1.85	2.55	1.73	2.18	1.72	1.79	2.58	14.40
19: 西新井本町	2.20	3.19	3.47	1.93	2.63	1.53	2.12	17.07
20: 西新井	1.83	2.76	1.86	2.20	2.25	2.05	2.04	14.99
21: 江北	2.01	2.37	2.22	2.21	1.62	2.27	2.25	14.95
22: 鹿浜	1.86	2.55	1.81	2.53	2.43	2.31	2.79	16.28
23: 入谷	1.47	2.19	1.61	2.69	2.44	2.87	3.04	16.31
24: 伊興	1.30	2.95	1.61	2.57	2.58	2.41	2.38	15.80
25: 基幹	2.45	3.20	2.41	2.28	3.43	1.75	1.62	17.14



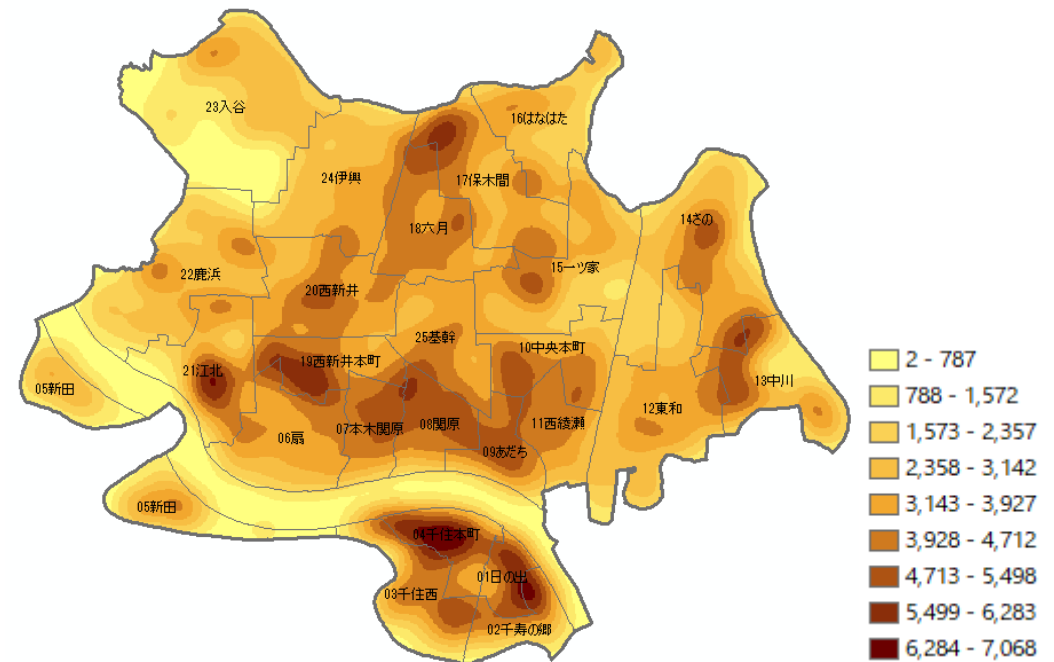
地域包括単位での総合リスク

リスク項目として7項目あり、それぞれ5段階評価のため、7～35ポイントの範囲で総合リスク値が求められる。実際は地域包括単位で「はなはた」が12.79で最も低く、「千住本町」が20.92で最も高リスク地域となった。総合リスクが20ポイントを超えている地域は「千住西」「千住本町」「新田」「本木関原」「あだち」の各地域である。

	平均リスク 2以上3未満		総合リスク 18.01以上20.01未満
	平均リスク 3以上4未満		総合リスク 20.01以上
	平均リスク 4以上		



地域包括単位での総合リスク



高齢者密度(人/㎢)

- 総合リスクが20ポイントを超えてリスクが高い地域は荒川沿いに集中し、「千住西」「千住本町」「新田」「本木関原」「あだち」の各地域であり、これらと隣接する「日の出」「千寿の郷」「関原」「扇」も高リスクである。
- 前述の高リスク地域でリスクが高くなる要因としては、低地域で建物密度も高いことから、洪水時の浸水深、建物倒壊危険度、火災危険度が高いことによる。
- 高リスク地域はまた、居住者人口が多く高齢者密度も高い地域と重なるため、在宅避難等を含めた災害時の避難行動、要配慮者への支援策など検討課題も多い。
- 避難場所への近接性、認知症サポート医への近接性では、「扇」「関原」「中央本町」「新田」「あだち」などでリスクが高く、荒川沿いの高リスク地域と重なる。
- 避難所への近接性、医療機関への近接性は地域間での差が小さく、全体的にリスクは低い
- 区北部地域はリスクが低い傾向にある。

3. 足立区2015年調査データを用いた 住居形態との関係分析

3. 足立区2015年調査データを用いた住居形態との関係分析

3.1 調査データの集計・分析について

以下の手順で町丁目単位でデータを集計し、人づきあいや地域とのかかわりに関する項目と住居形態との関係を把握した。

調査票発送対象者:132,005名 返送:78,917名 有効回答:75,358名

対象者の位置情報は町丁目まで

1. 集計方法

- ・262の町丁目単位で回答項目を数値化し全体の傾向を把握する
- ・回答項目は「1. はい、2. いいえ」や、「1. とてもそう思う 2. まあまあそう思う 3. あまりそう思わない 4. 全くそう思わない」など、名義尺度や順序尺度のため、「1. はい」の割合、「1. とてもそう思う 2. まあまあそう思う」の合計値の割合などにより数値化する。

2. 住居形態の把握について

町丁目単位で、戸建て住宅、マンション、アパートなどの延床面積を把握し、それらの比率から町丁目単位で住居形態を把握する

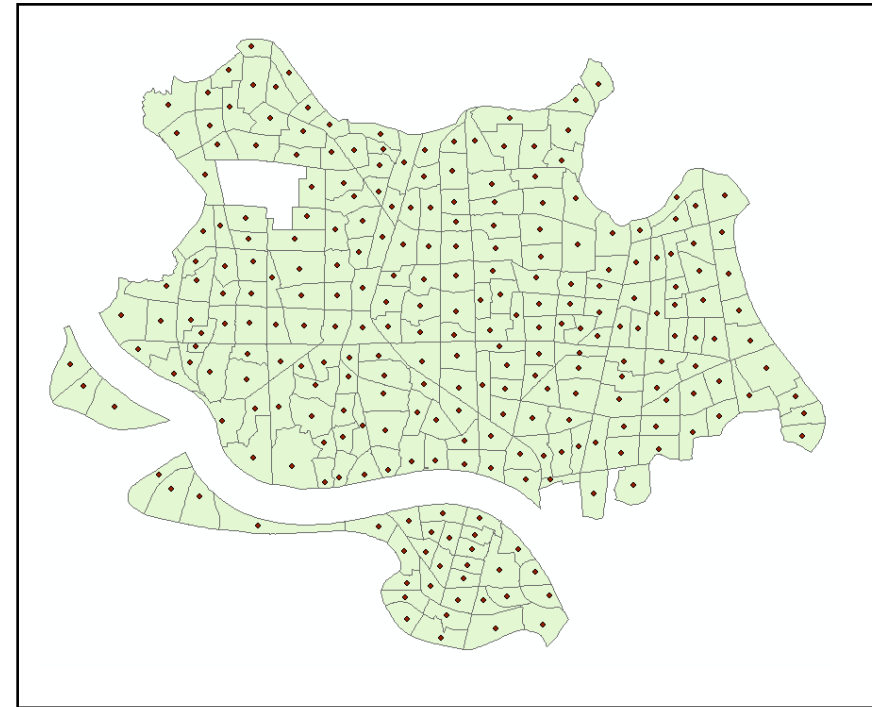
3. 住居形態と設問項目との関係に関する分析

上記、1と2により、住居形態と調査票の設問項目についての関係を把握する

4. 要介護認定と住居形態等の関係についての分析

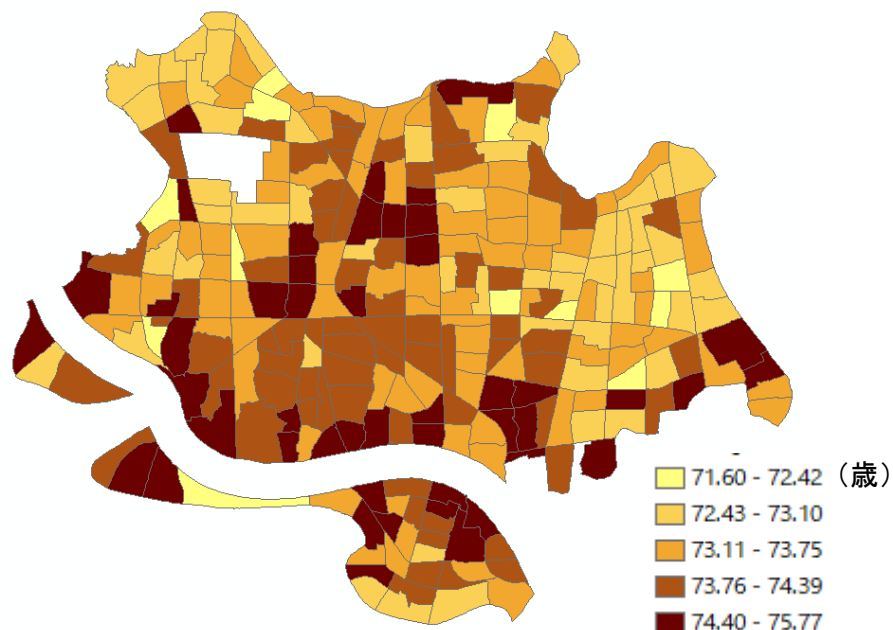
2017年、2020年での要介護認定率と住居形態との関連を把握する

5. 地域包括支援担当地区別の特徴

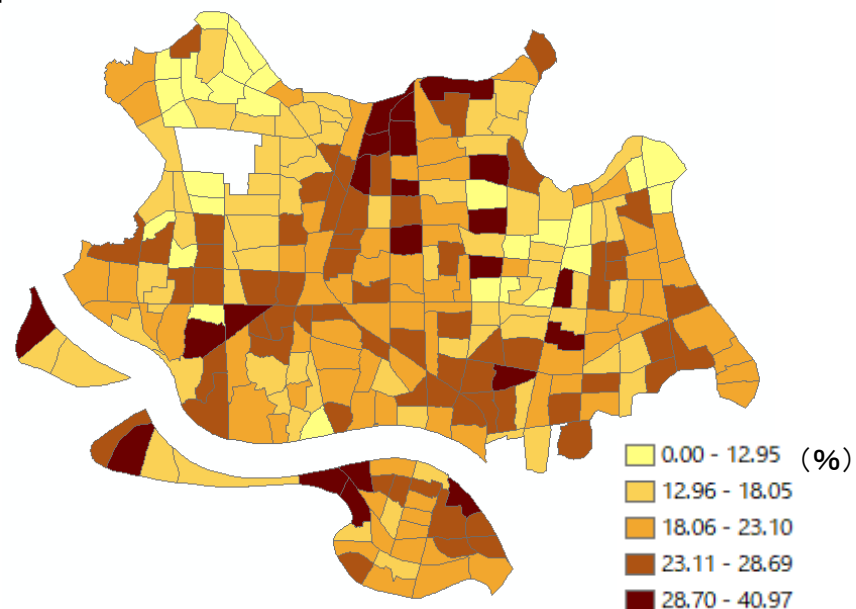


町丁目(262)と有効回答者(75,358名)の位置

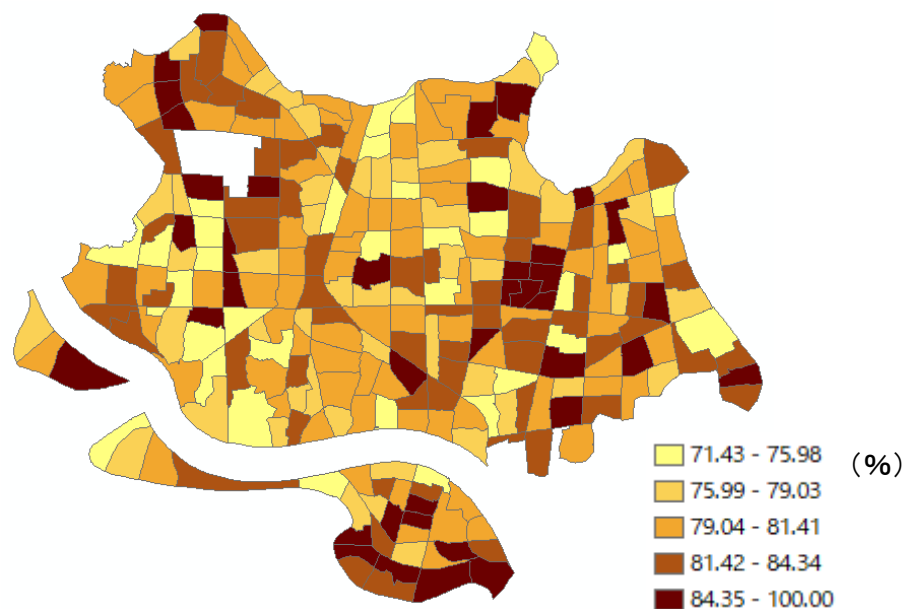
3.2 2015年調査 町丁目単位の集計結果(割合)



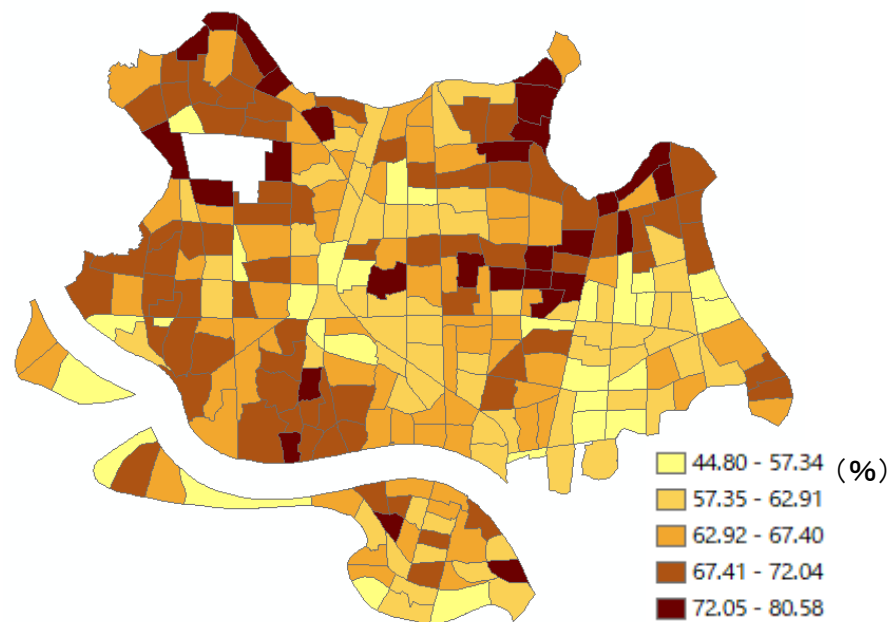
問1 年齢



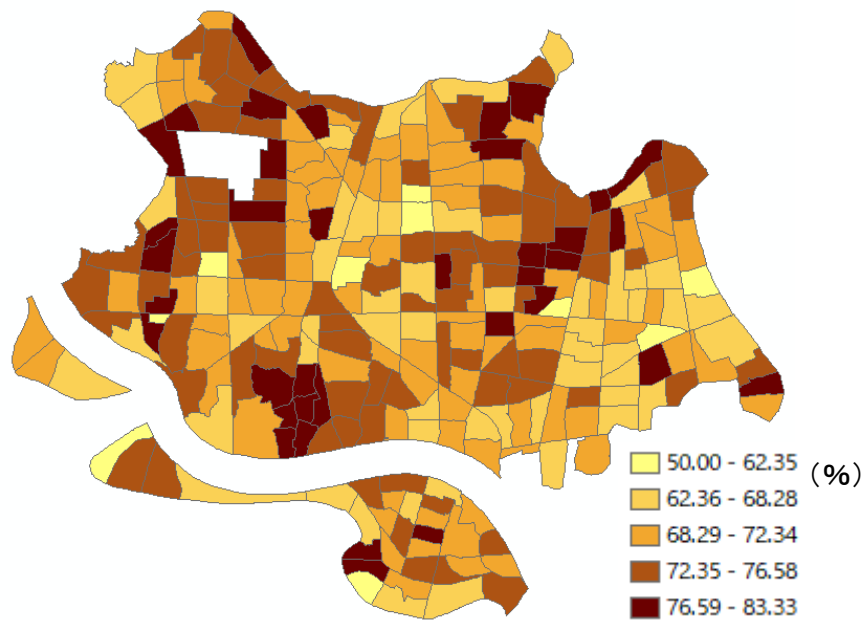
問5 独居の割合



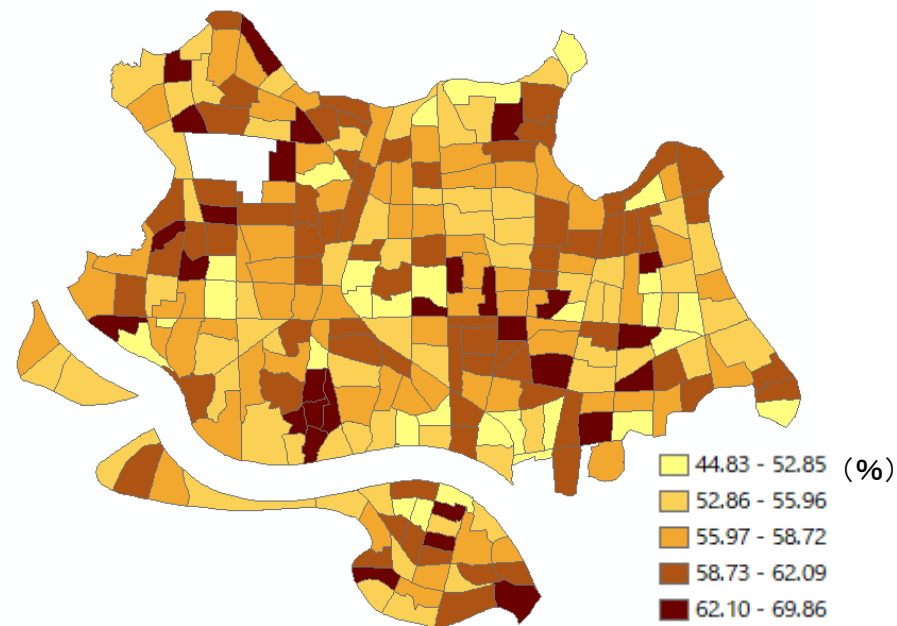
問8 健康状態
(とても健康+まあ健康の割合)



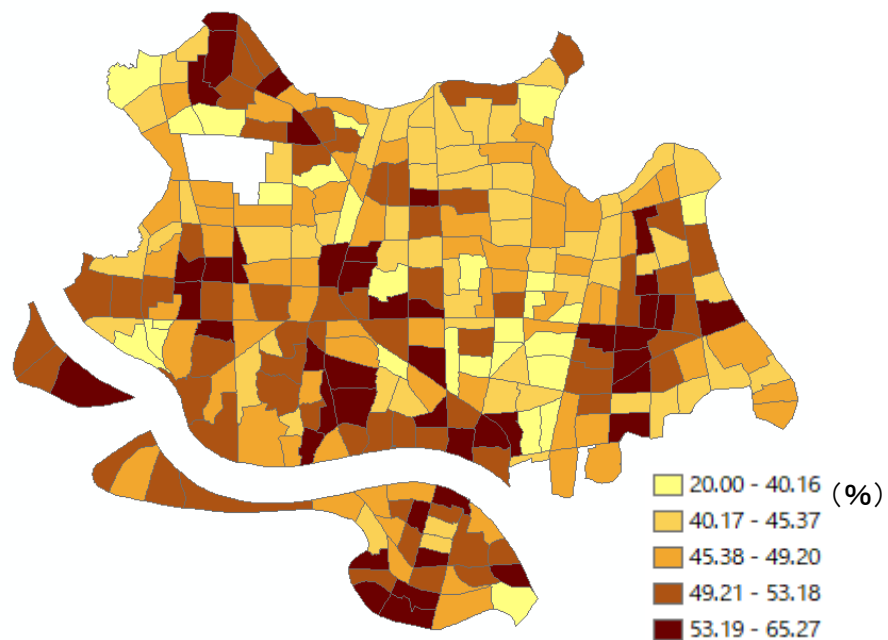
問28 近所の人との付き合い
(お互いに訪問しあう程度+立ち話をする程度の割合)



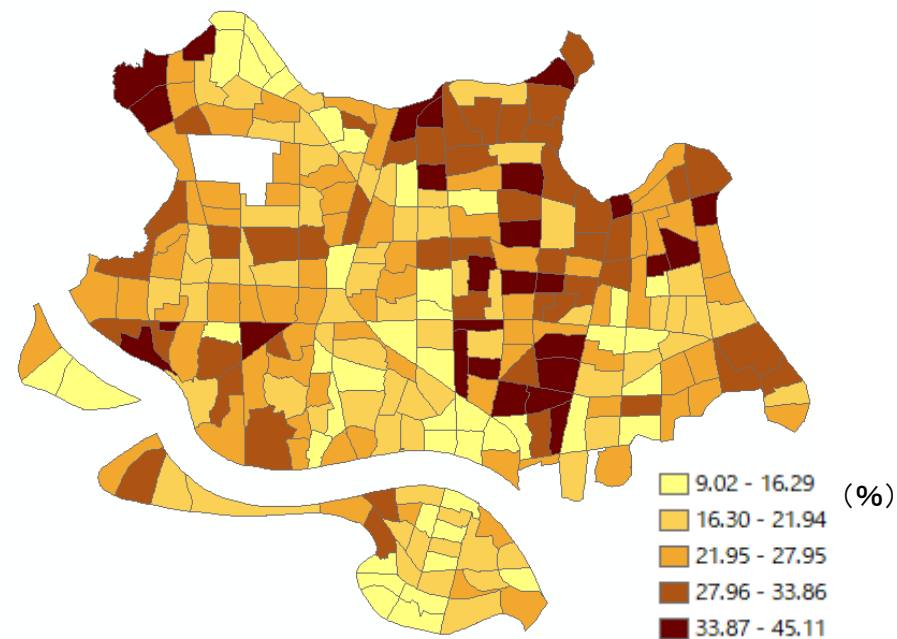
問29 人と直接会う機会
(週に1回程度以上の割合)



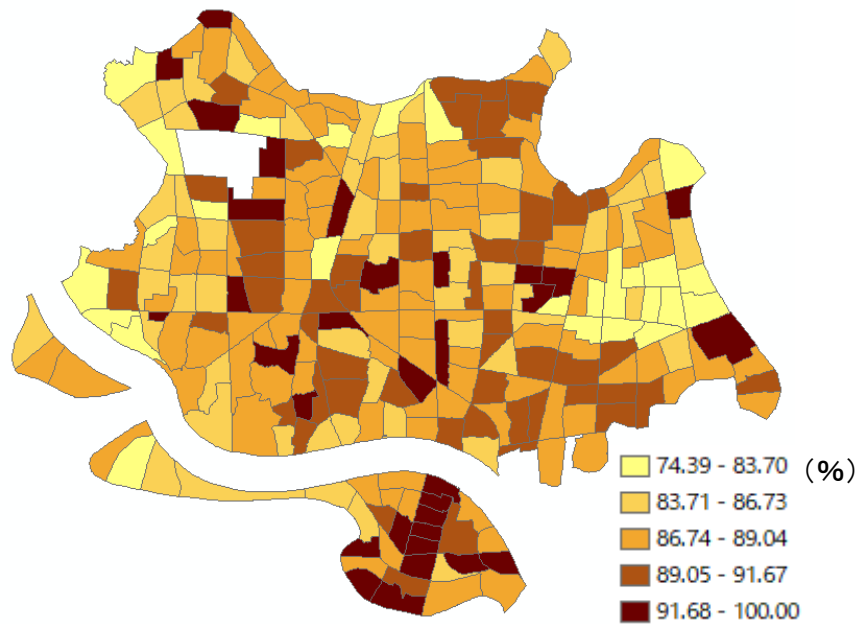
問30 手紙や電話で連絡を取る機会
(週に1回程度以上の割合)



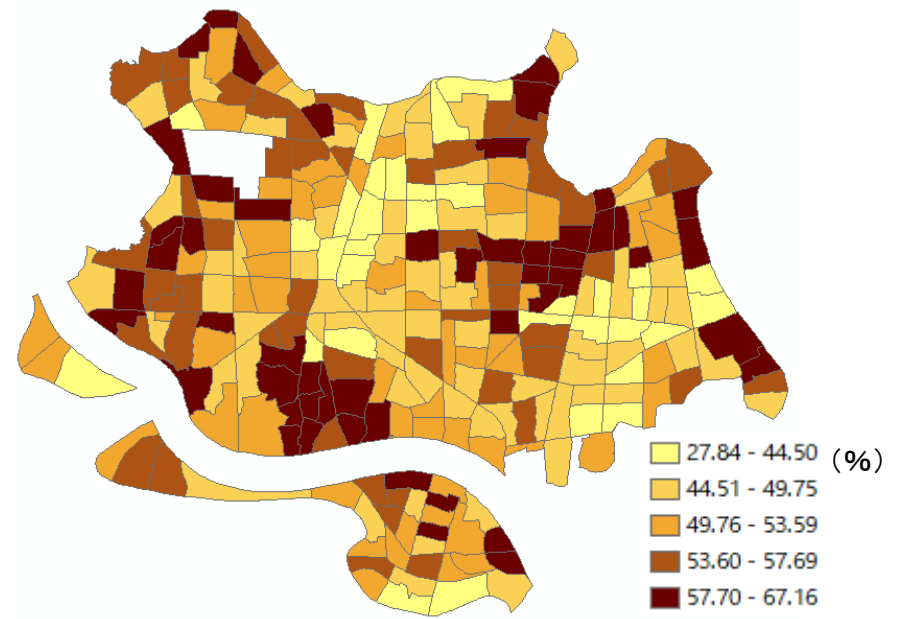
問31-0 地域活動や趣味活動に参加していない割合



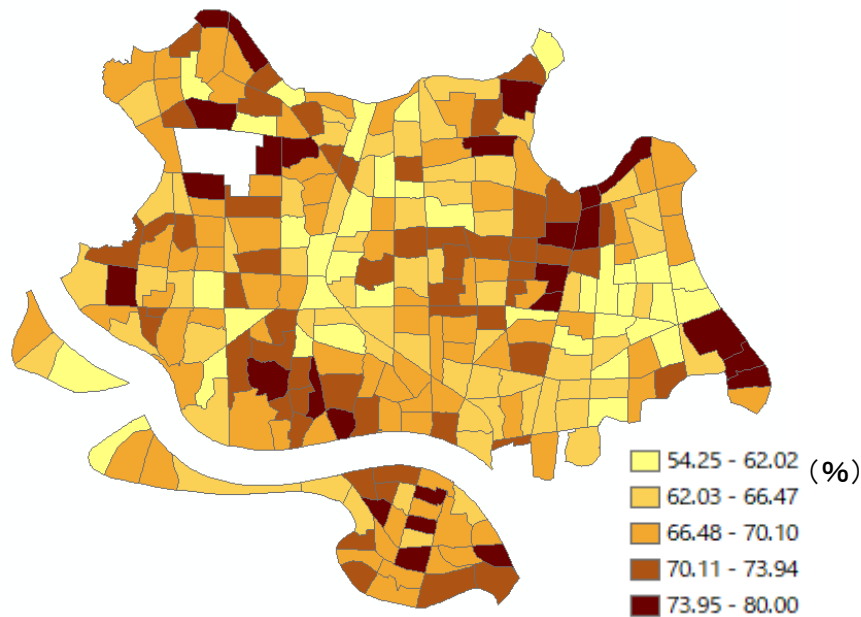
問31-1 町会・自治会への加入割合



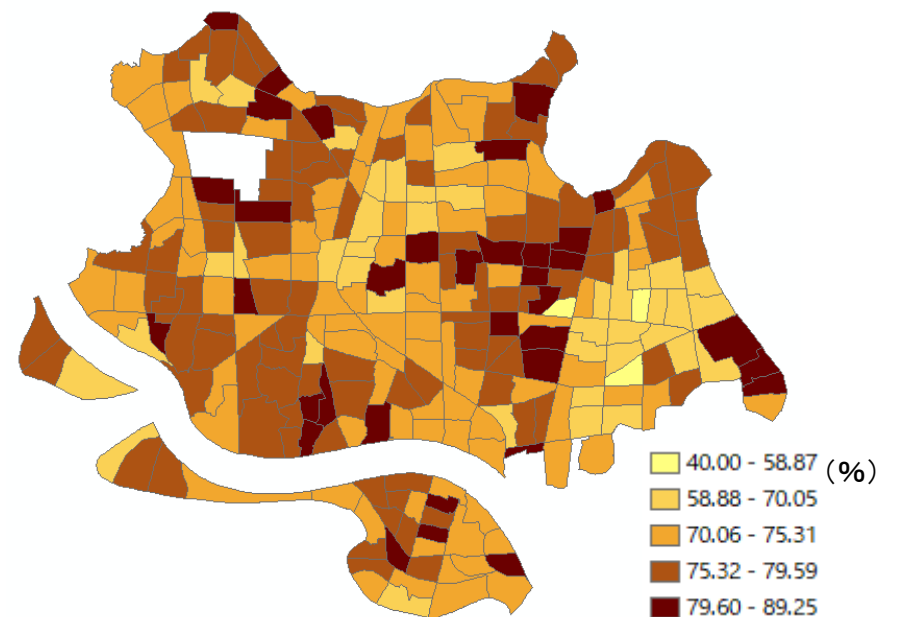
問33-1 地域への愛着を感じる
(とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



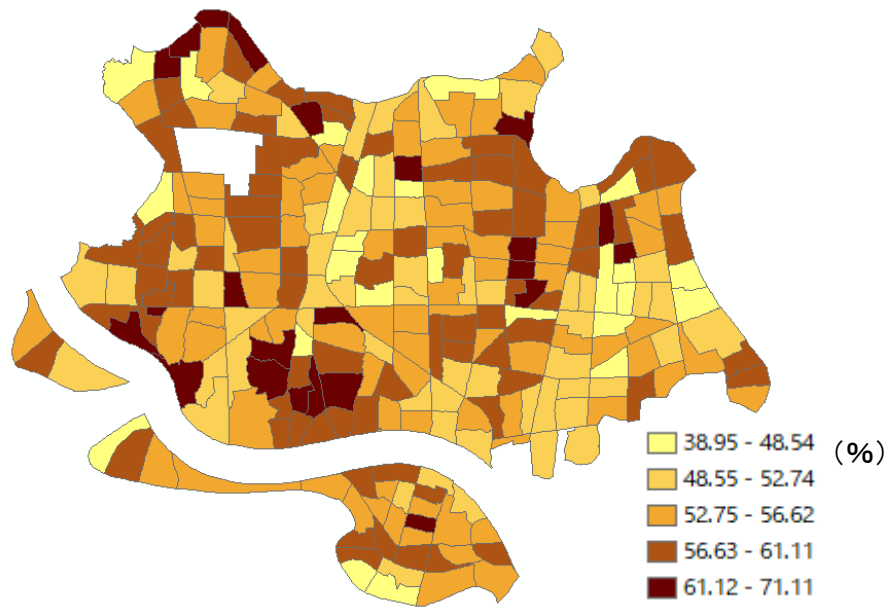
問33-2 近所で密接な付き合いをする人が多い
(とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



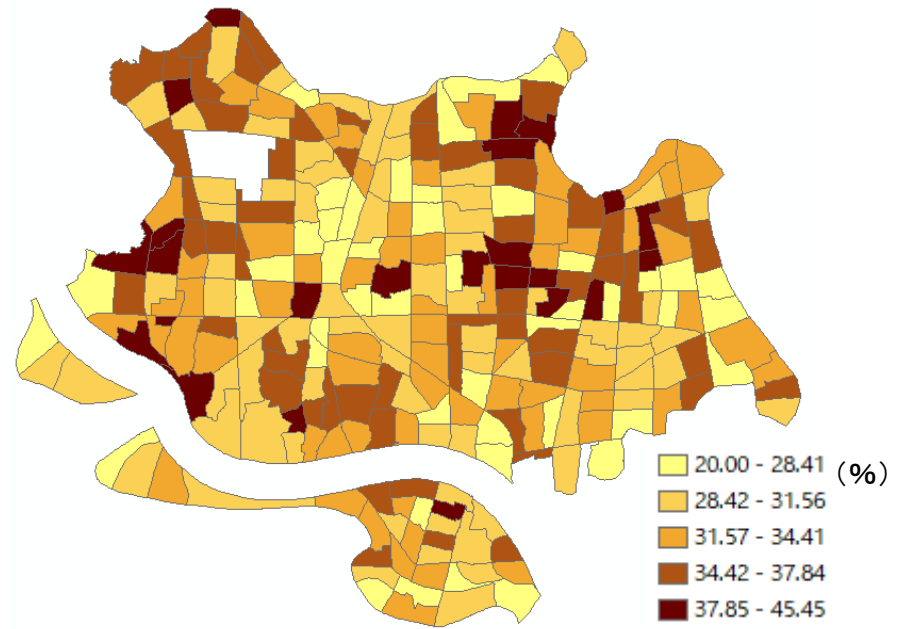
問33-3 近所の人に対して信頼感を持っている
(とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



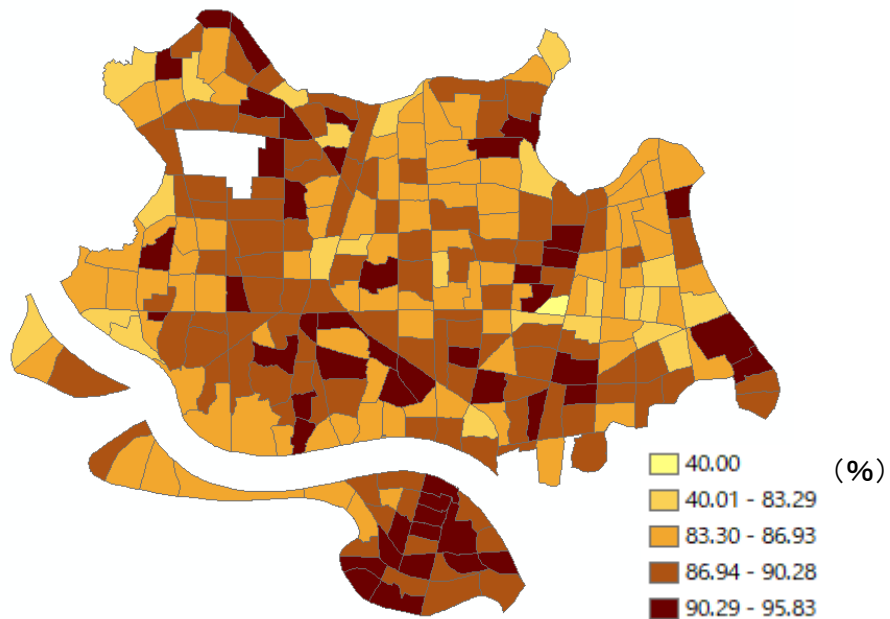
問33-4 近隣地域の一員であると感じる
(とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



問33-5 自分と背景が似ている人との付き合いが多い
 (とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



問33-6 自分と背景が異なる人との付き合いが多い
 (とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)



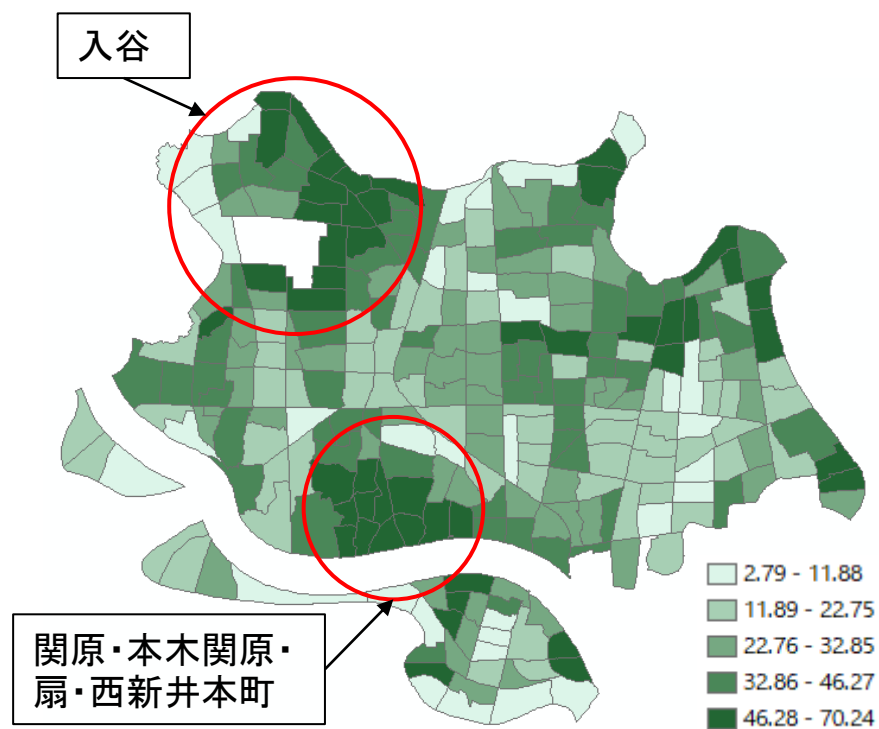
問33-7 現在住んでいる地域にこれからも住み続けたい
 (とてもそう思う+まあまあそう思う の割合)

3.3 住居形態の把握

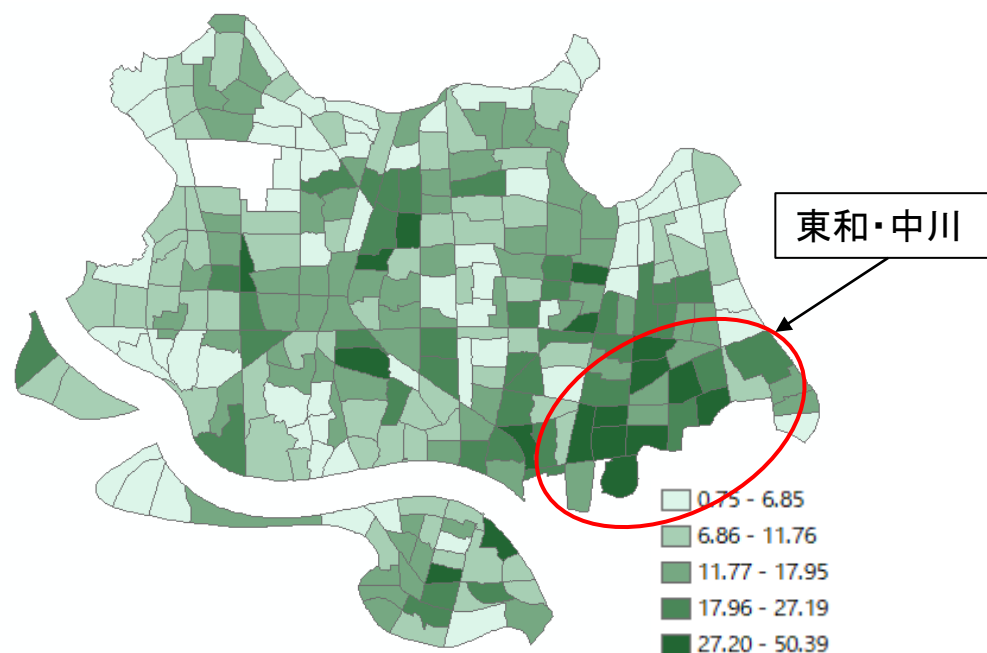
①ゼンリン住宅ポイントデータおよび民間分譲マンションデータにより、次の建物区分に分類

個人家屋(戸建て住宅)、賃貸マンション、分譲マンション、アパート、団地(UR、公営団地、公営アパート等)、寮・社宅、事業所住宅(事業所商店等併用住宅)、事業所系(飲食、物販、各種サービス業)、商業施設系(商業系事業所、オフィス系の事業所)

②町丁目ごとに、上記建物区分の延べ床面積を算出しその割合により、町丁目ごとの特徴を把握



個人家屋の割合(延床面積%)



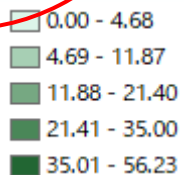
賃貸マンションの割合(延床面積%)

西新井・
関原

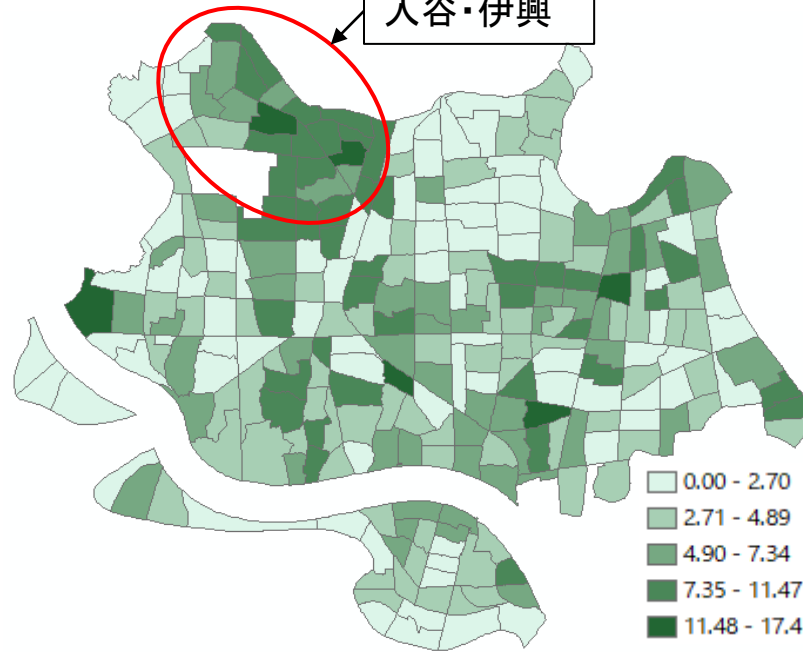
東和・さの

千寿の郷・千住
本町・千住西

分譲マンションの割合(延床面積%)



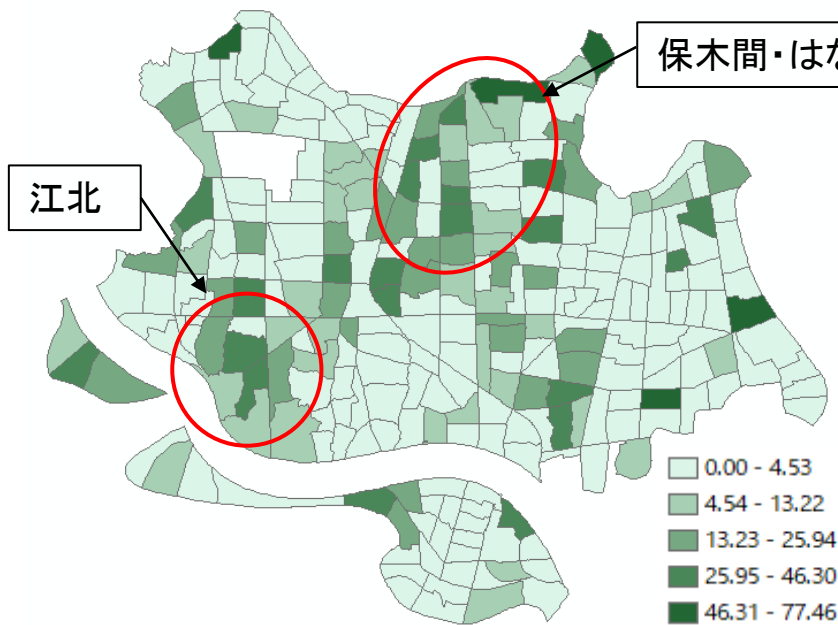
入谷・伊興



アパートの割合(延床面積%)

江北

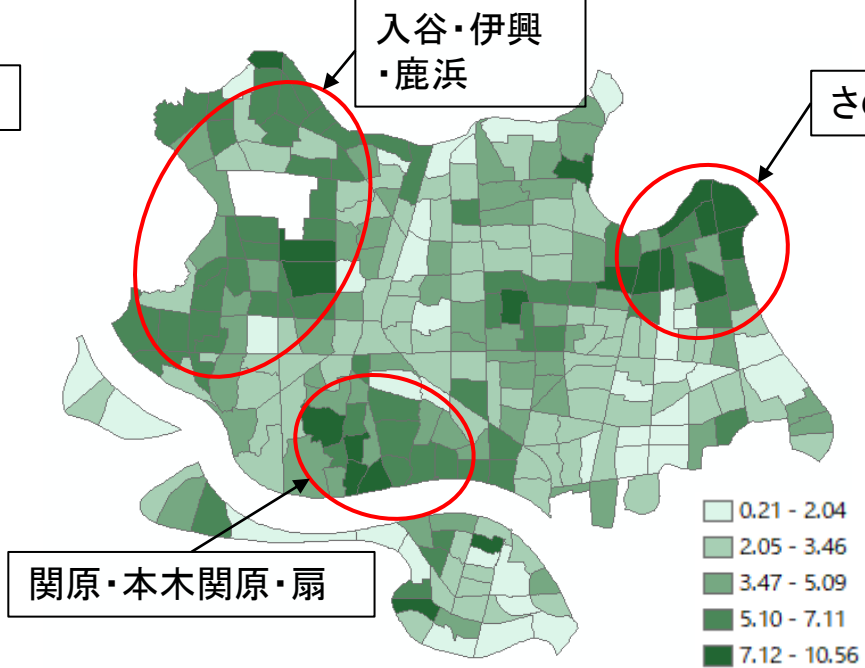
保木間・はなはた



団地・寮・社宅の割合(延床面積%)

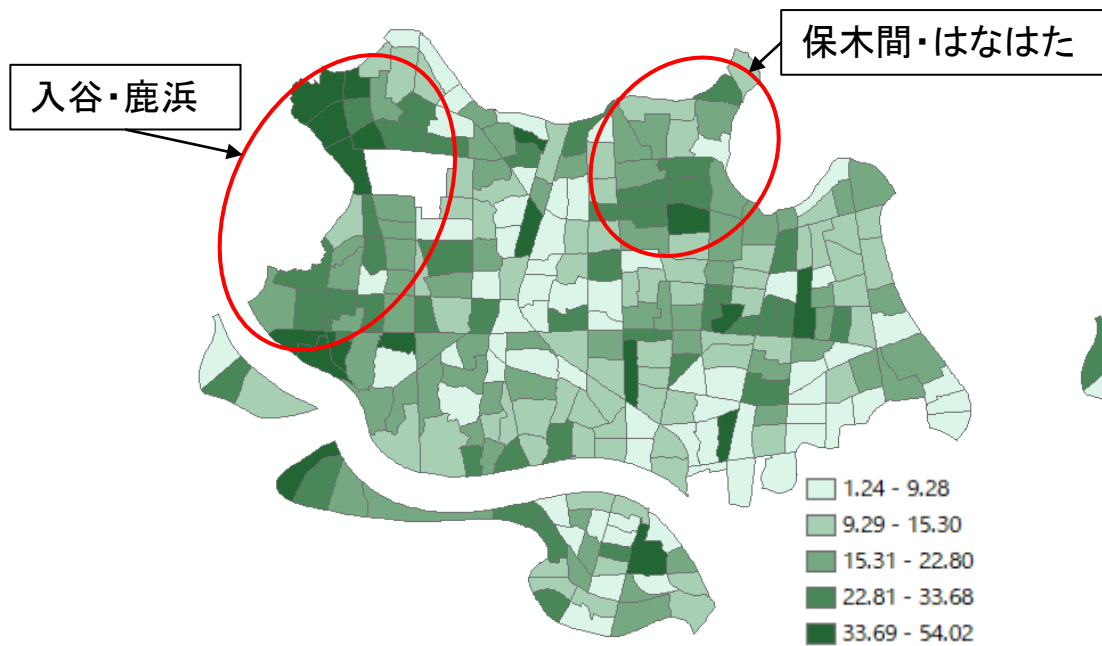
入谷・伊興
・鹿浜

さの

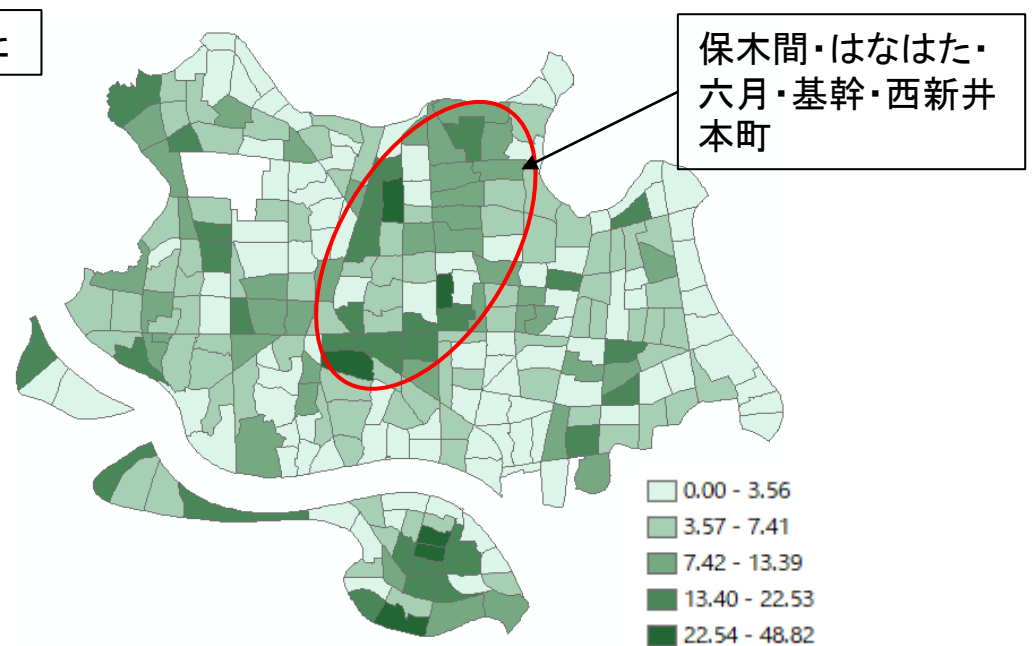


関原・本木関原・扇

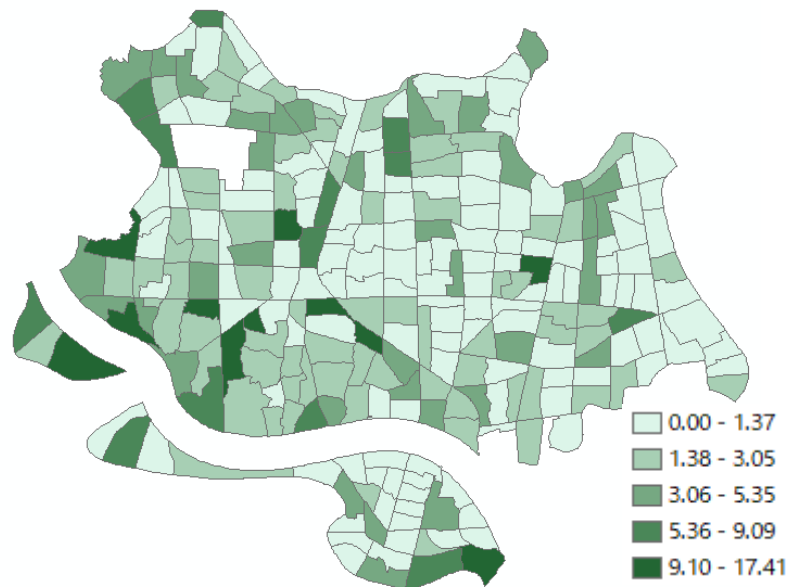
事業所住宅の割合(延床面積%)



事業所系の割合(延床面積%)



商業施設系の割合(延床面積%)

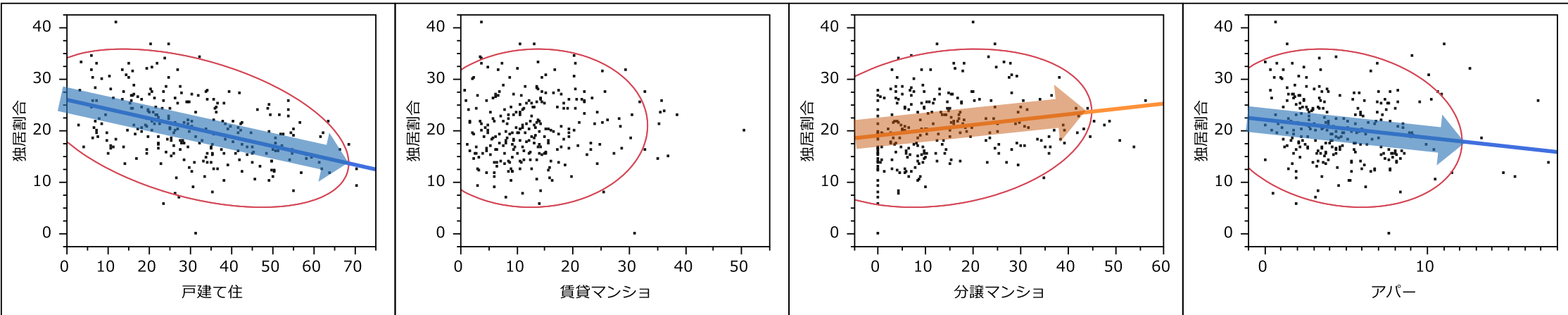


その他の割合(延床面積%)

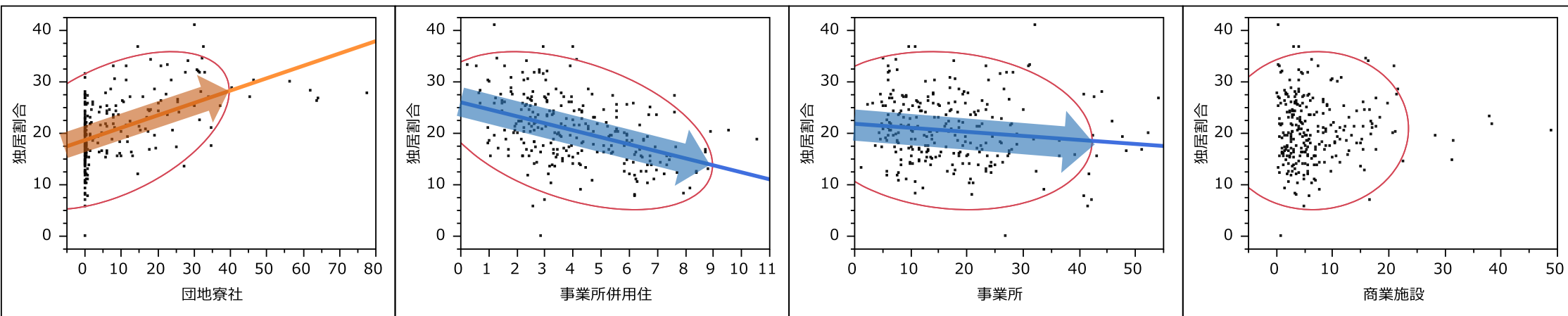
次ページから建物区分の割合と設問項目
の関係を分析

3.4 住居形態と設問項目の関係についての分析

事例1 住居形態と独居の関係(有意確率5%で検定)



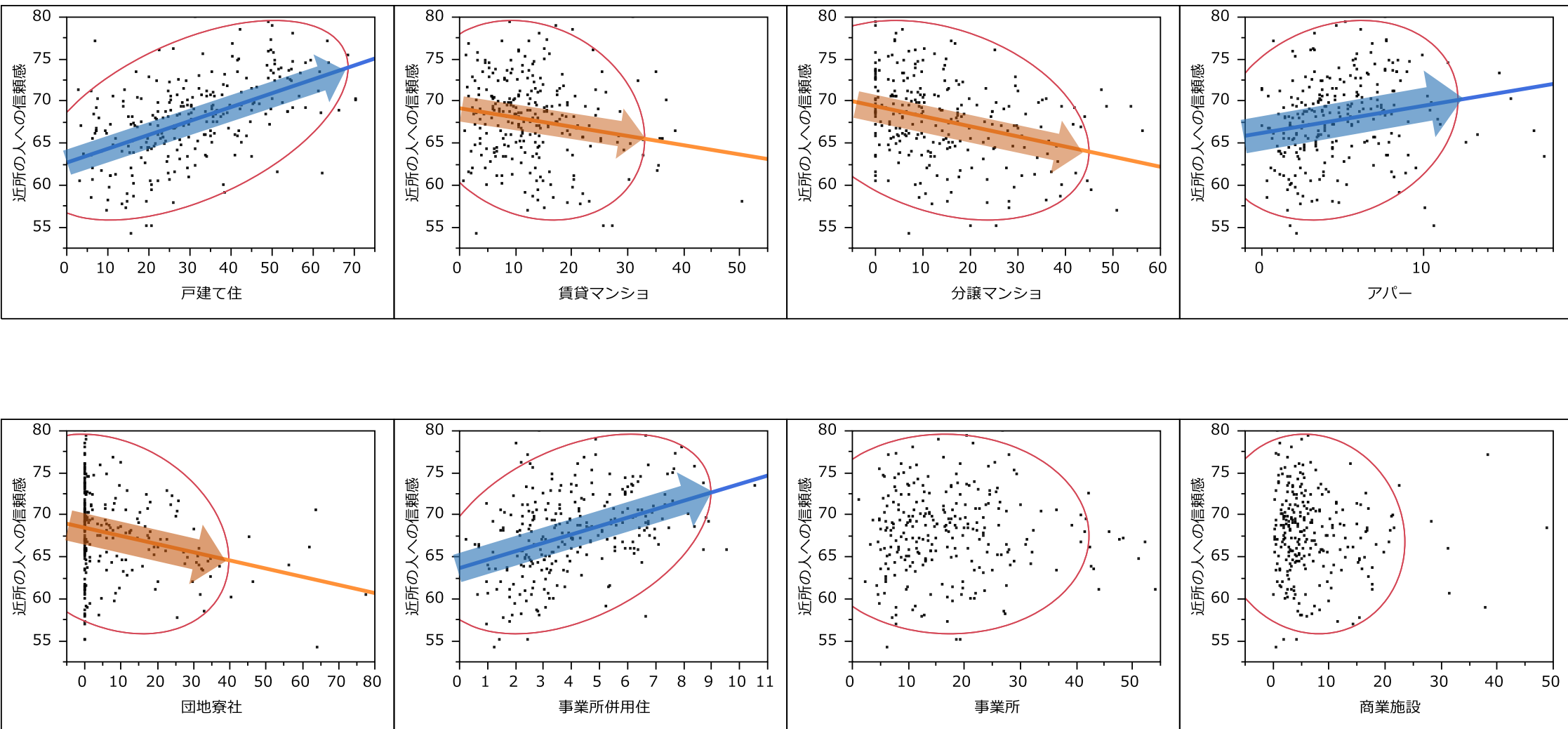
相関無し



相関無し

- ・戸建て住宅や事業所併用住宅の割合が高いと独居率が低下する傾向
- ・分譲マンションや団地・寮の割合が高いと独居率が上昇する傾向

事例2 住居形態と「近所の人に対する信頼感」の関係(有意確率5%で検定)





相関無し

相関無し

- ・戸建て住宅、事業所併用住宅、アパートの割合が高い地域では、近所の人への信頼感が高い傾向
- ・マンションや団地の割合が高い地域では、近所の人への信頼感が低下する傾向

住居形態とその他の設問項目との関係をまとめると次表のとおりである。
 優位確立(p値)5%で相関が認められる項目を示した。

		戸建て住宅の割合	賃貸マンションの割合	分譲マンションの割合	アパートの割合	団地寮社宅の割合	事業所併用住宅の割合	事業所系の割合	商業施設系の割合
問5	独居率	↓	-	↗	↘	↗	↓	↓	-
問8	健康状態の良好な割合	-	↗	-	-	↓	-	-	-
問10	かかりつけ医の存在割合	↗	-	↓	-	-	↗	-	-
問28	近所の人との付き合いが多い割合	↗	↓	↓	↗	-	↗	-	↓
問29	人と直接会う機会の多い割合	↗	↓	↓	↗	↓	↗	-	-
問30	手紙や電話で連絡を取る機会の多い割合	↗	-	↓	↓	↓	↗	-	↗
問31	地域活動に参加していない割合	-	↗	↗	-	-	-	↓	-
問31	町会・自治会への加入率	-	↓	↓	↓	↗	-	↗	-
問33	地域への愛着を感じる割合	↗	-	-	-	-	-	↓	-
問33	近所で密接な付き合いをする人の割合	↗	↓	↓	↗	↓	↗	-	↓
問33	近所の人に対して信頼感を持っている割合	↗	↓	↓	↗	↓	↗	-	-
問33	近隣地域の一員であると感じる割合	↗	↓	↓	↗	-	↗	-	↓
問33	自分と背景が似ている人との付き合いが多い割合	↗	↓	↓	-	↓	↗	-	-
問33	自分と背景が異なる人との付き合いが多い割合	↗	-	↓	-	-	↗	↗	-
問33	現在住んでいる地域にこれからも住み続けたい割合	↗	-	-	-	↓	-	↓	-

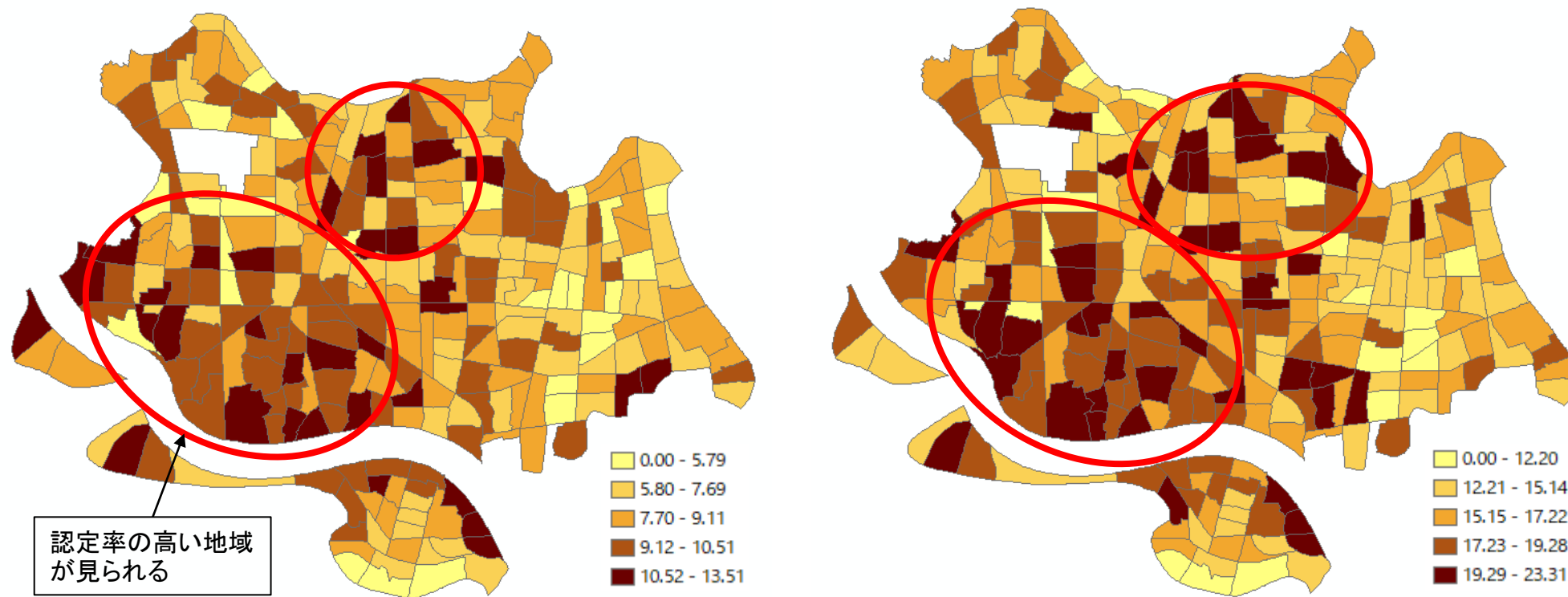
 : 正の相関
  : 負の相関
 - : 相関無し

住居形態と設問項目の関係についてのまとめ

- **戸建て住宅**、アパート、事業所併用住宅は似た傾向を示し、それらの割合が高いと独居率が低下し、近所の人との付き合いや近所の人への信頼感など、地域との関りは多くなる。
- **分譲マンション**と賃貸マンション、団地・寮・社宅は似た傾向を示し、それらの割合が高いと独居率が上昇する。ただし賃貸マンションでは有意な関係がみられなかった。また、それらの割合が高いと地域との関りは減少する傾向がみられる。
- 戸建て住宅・アパート・事業所併用住宅の多い地域では、家族と居住する高齢者が多く、近所の人との付き合いも多い。一方、マンションや団地・寮・社宅が多い地域では、独居高齢者の割合が高く、地域との関係も希薄になりがちであると言える。
- 一見、**団地・寮・社宅**では地域との関係が深そうである。実際に自治会への加入率との間には正の相関がみられるが、形式的な加入となり自主的に地域と交流する意識が薄い可能性があるのではないか。
- 事業所系や商業施設系が多い地域では、居住者人口も減少することから、地域との関りについては明確な傾向がみられない。

3.5 要支援・要介護認定と住居形態等に関する関係についての分析

2015年調査での対象者132,005名に対し、2017年および2020年時点で要支援または要介護と認定された人の割合を、町丁目単位で算出した

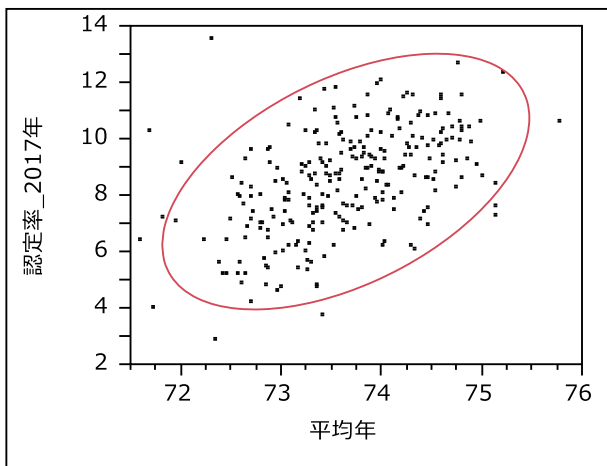
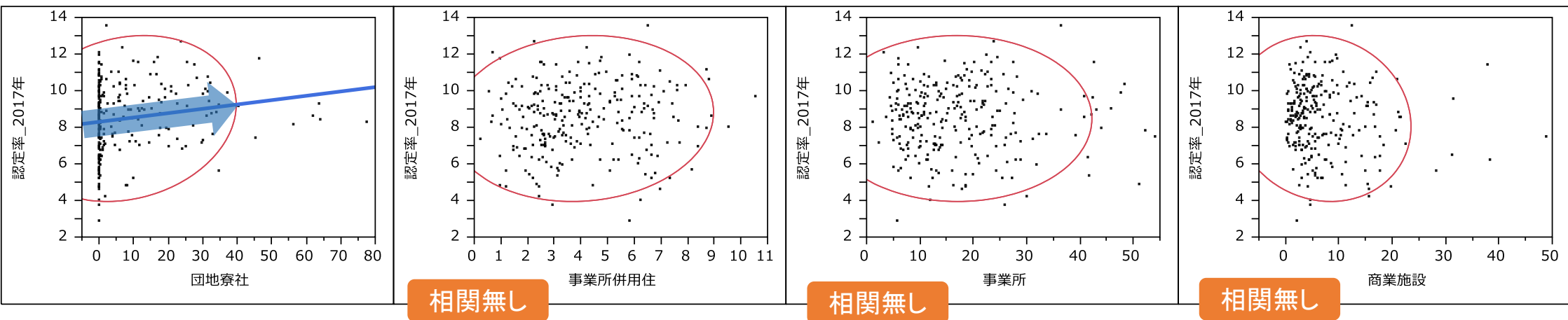
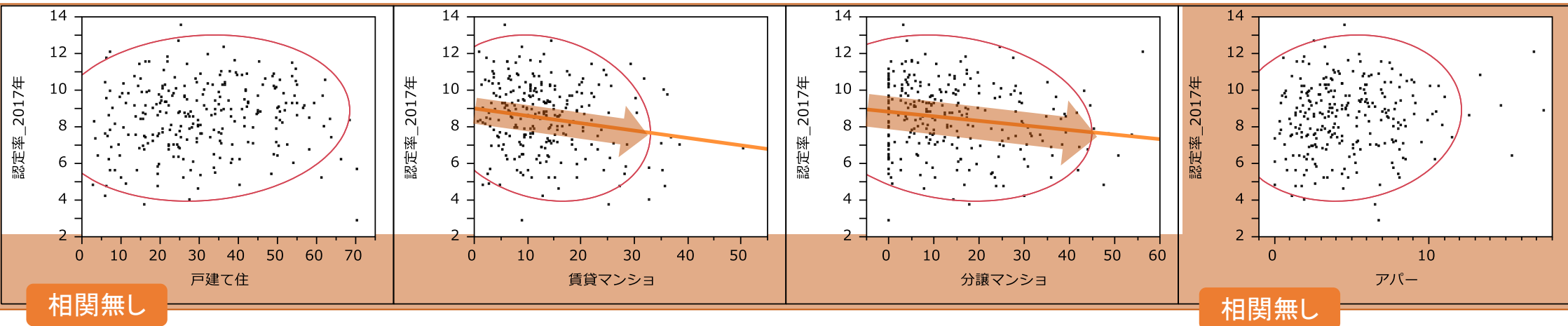


要支援または要介護と認定された人の割合(%)
【2017年時点】

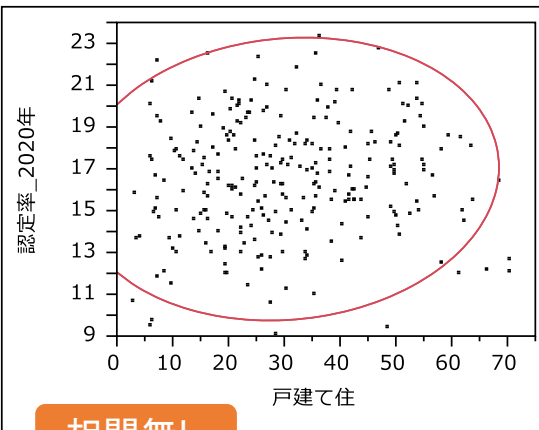
要支援または要介護と認定された人の割合(%)
【2020年時点】

次に、前述の町丁目単位の建物割合と、上記の各年次での要支援および要介護認定の割合を2変数としてその関係进行分析した。
また2020年時点の認定割合には、2017年時点で認定されていたが、その後死亡した方を含んでいる(5年間で認定された人すべての割合)。

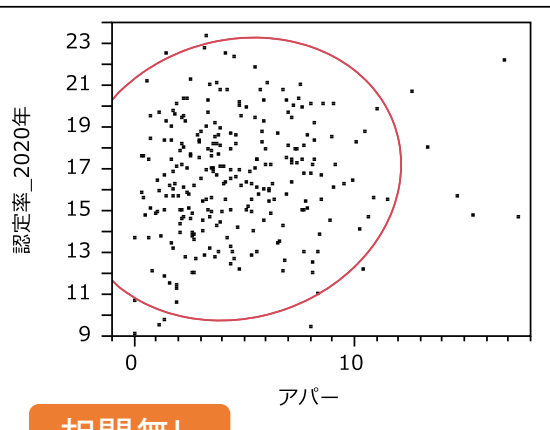
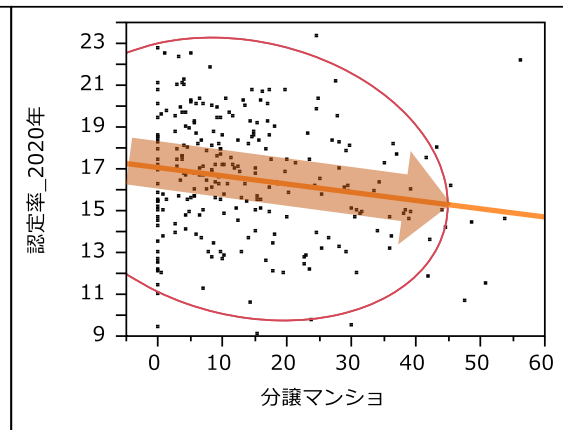
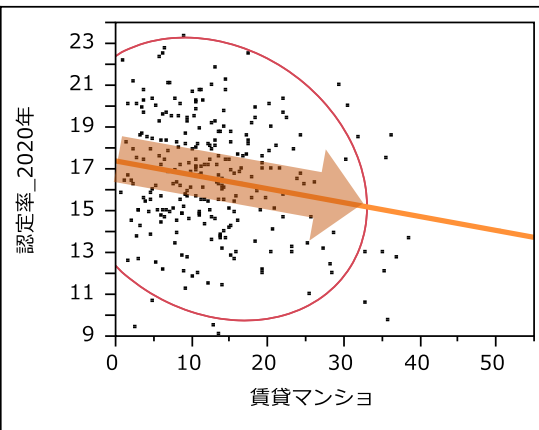
2017年時点での要支援および要介護認定率と住居形態の関係(有意確率5%で検定)



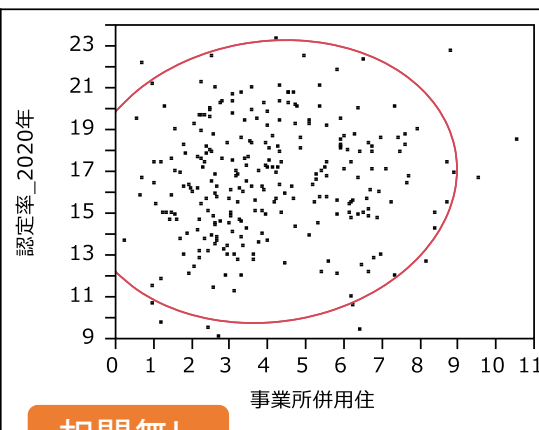
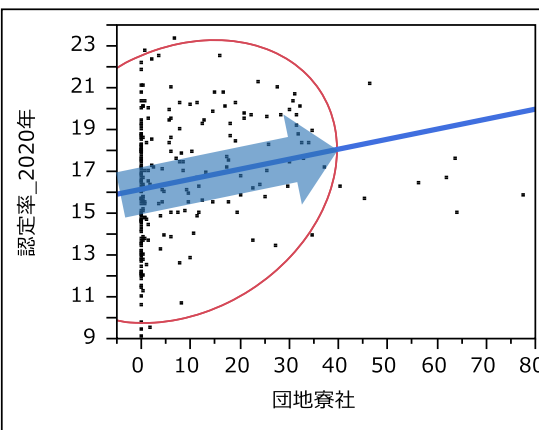
2020年時点での要支援および要介護認定率と住居形態の関係(有意確率5%で検定)



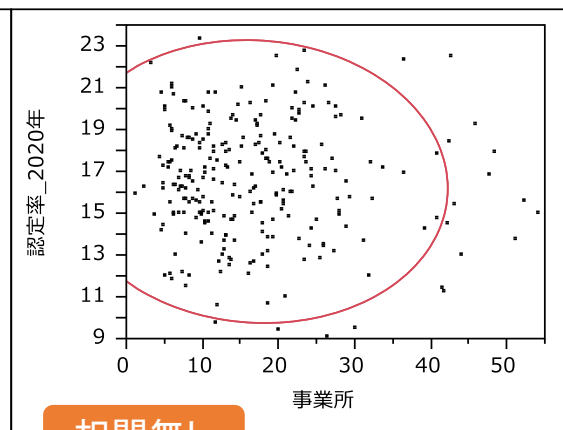
相関無し



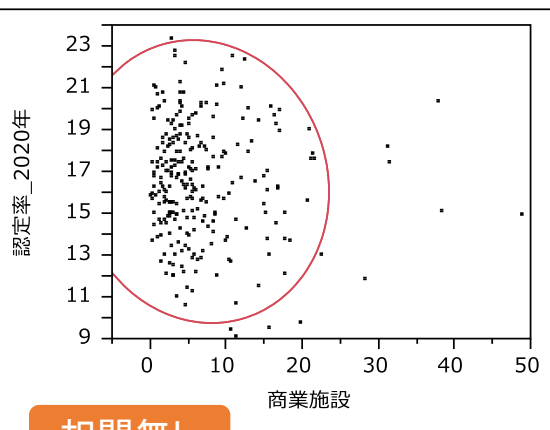
相関無し



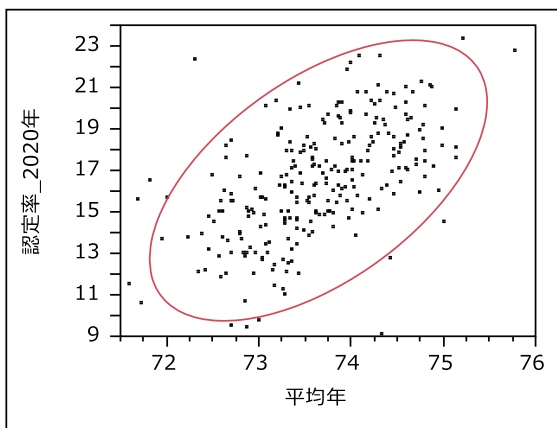
相関無し



相関無し



相関無し



- 2017年、2020年とも同様の傾向を示している
- 有意確率5%で見ると、マンションおよび団地寮社宅と、認定率との間には関係性がみられる
- マンションの割合が高いと認定率が低く、団地寮社宅の割合が高いと認定率が高い傾向にある
- 町丁目ごとの平均年齢と認定率の間には強い相関がみられる

3. 6 地域包括担当地域の特徴および設問項目との関係

- 地域包括支援センターによる担当地域は、25に区分されている。
- 各地域包括担当地域の住居形態(建物種別の延べ床面積の割合)を算出し、次の5クラスに分類した。



地域包括支援センター担当地域(25区分)



住居形態による分類(5区分)

住居形態による地域包括担当地域の分類とその特徴

住居形態による分類	地域包括名称	戸建て住宅	賃貸マンション	分譲マンション	アパート	団地寮社宅	事業所併用住宅	事業所系	商業施設系	その他	特徴
1	12東和	17.37	26.73	22.08	3.63	5.51	2.32	13.38	7.62	1.34	賃貸マンションの割合が高い
1	19西新井本町	19.00	21.55	19.91	3.56	3.76	2.52	11.20	16.45	2.05	
2	02千寿の郷	20.41	8.98	30.77	3.14	2.66	2.11	15.85	9.59	6.49	分譲マンションと戸建て住宅の割合が高い
2	04千住本町	24.63	11.36	22.93	3.47	2.36	3.36	11.74	19.68	0.47	
2	08関原	27.52	9.74	31.35	5.96	1.50	3.55	12.47	4.03	3.88	
2	09あだち	30.20	17.77	23.54	5.20	2.97	4.18	10.71	3.62	1.82	
2	14さの	34.02	10.22	17.81	5.53	5.26	5.62	15.27	4.82	1.43	
3	06扇	39.67	10.55	9.26	5.10	6.64	5.02	15.08	4.48	4.19	戸建て住宅の割合が高く、賃貸マンションも多い
3	07本木関原	47.52	13.08	3.29	5.23	1.06	6.16	16.01	4.49	3.16	
3	15一ツ家	36.19	14.23	6.70	5.17	5.14	5.11	17.21	8.22	2.04	
3	22鹿浜	31.67	11.88	7.69	4.11	7.04	5.60	22.04	7.18	2.79	
3	23入谷	34.96	8.19	5.36	5.23	6.21	4.78	24.88	7.10	3.28	
3	24伊興	43.23	10.84	7.19	8.33	4.40	4.50	15.56	3.98	1.97	
4	01日の出	17.36	15.09	15.39	3.48	7.85	1.92	24.38	12.10	2.43	分譲マンションと戸建て住宅の割合が同程度で団地・寮・社宅の割合が高い
4	03千住西	23.13	14.30	23.13	2.61	5.12	2.89	16.08	10.85	1.90	
4	05新田	15.99	9.37	23.86	2.44	11.70	2.74	16.91	8.90	8.08	
4	10中央本町	22.11	10.04	27.38	2.96	13.70	3.51	14.84	4.32	1.14	
4	13中川	27.54	13.50	21.70	3.64	15.03	2.89	11.54	2.84	1.33	
4	17保木間	21.12	11.58	18.90	1.90	12.59	3.09	20.87	7.23	2.73	
4	20西新井	24.34	12.88	16.88	4.78	11.91	3.47	14.76	7.54	3.45	
4	25基幹	23.18	13.65	20.98	5.02	5.74	3.22	16.56	10.34	1.32	
5	11西綾瀬	28.29	19.41	11.75	7.82	16.79	2.88	9.77	1.89	1.42	戸建て住宅と賃貸マンションおよび団地・寮・社宅の割合が高い
5	16はなはた	29.79	8.89	5.10	2.41	21.51	3.41	18.89	8.37	1.63	
5	18六月	20.30	18.32	9.22	3.68	19.61	2.77	11.72	12.87	1.51	
5	21江北	25.98	7.58	6.33	3.78	19.81	3.56	23.49	5.15	4.33	

各地域包括で最も割合が高い
 各地域包括で、2番目および3番目に割合が高い

地域包括担当地域と設問項目の関係

地域包括ごとに各設問項目を集計し、住居形態による5分類に合わせて並べ替えた。同時に前述の総合リスクの値を追加した。

住居形態による分類	地域包括名称	独居率	健康状態の良好な割合	かかりつけ医の存在割合	近所の人との付き合いが多い割合	人と直接会う機会が多い割合	手紙や電話で連絡を取る機会が多い割合	地域活動に参加していない割合	町会・自治会への加入率	地域への愛着を感じる割合	近所で密接な付き合いをする人の割合	近所の人に対して信頼感を持っている割合	近隣地域の一員であると感じる割合	自分と背景が似ている人との付き合いが多い割合	自分と背景が異なる人との付き合いが多い割合	現在住んでいる地域にこれからも住み続けたい割合	総合リスク
1	12東和	21.89	81.30	90.77	57.93	68.84	57.79	49.64	20.64	88.29	46.23	64.30	69.53	51.71	30.61	87.91	15.85
1	19西新井本町	24.97	77.66	91.37	63.69	70.91	57.18	48.51	26.19	88.90	50.15	65.44	74.06	54.74	32.36	89.18	17.07
2	02千寿の郷	21.88	83.54	90.37	62.42	72.53	59.69	47.74	21.03	88.72	51.30	70.64	75.35	55.53	31.31	89.23	18.76
2	04千住本町	25.44	80.61	91.34	65.68	72.26	57.49	49.93	20.65	90.99	55.26	71.29	78.07	56.75	32.99	89.75	20.92
2	08関原	21.55	80.26	90.84	63.05	71.71	55.98	47.58	19.14	88.33	50.57	68.22	75.07	54.79	32.08	88.66	19.98
2	09あだち	23.44	80.71	92.23	62.30	69.54	56.43	51.66	18.67	87.96	49.38	67.03	72.48	52.67	29.42	86.94	20.22
2	14さの	18.90	80.39	91.25	66.05	70.96	56.94	47.70	26.91	85.55	51.66	66.47	73.93	55.34	33.11	85.49	17.65
3	06扇	19.66	79.49	92.82	68.90	74.03	58.46	48.35	24.48	87.90	56.46	70.47	77.80	56.98	32.31	87.72	18.98
3	07本木関原	19.44	79.94	92.90	69.07	74.08	56.94	52.69	16.88	89.42	57.63	72.51	76.52	60.51	34.62	88.98	20.67
3	15一ツ家	19.11	80.26	92.39	70.32	75.02	58.27	45.84	29.13	88.69	56.66	70.78	78.54	56.34	34.69	87.51	18.23
3	22鹿浜	19.10	78.47	92.42	67.42	73.26	59.03	48.47	26.19	86.26	54.91	68.53	74.82	54.94	34.71	86.05	16.28
3	23入谷	15.12	80.92	91.43	70.57	74.54	57.65	49.81	20.38	87.36	54.87	69.43	76.72	58.09	34.17	87.72	16.31
3	24伊興	18.17	80.70	93.08	65.93	73.19	58.86	45.45	23.78	88.57	51.80	68.68	77.13	55.65	31.24	88.20	15.80
4	01日の出	28.17	81.70	90.80	65.19	69.90	56.95	49.30	20.65	90.09	50.90	67.15	74.02	53.15	29.70	90.58	18.97
4	03千住西	23.05	81.01	91.53	64.18	71.48	58.43	50.00	18.50	90.32	51.44	69.78	75.45	54.50	31.78	90.18	20.06
4	05新田	22.10	80.30	89.80	63.70	70.95	56.64	50.76	20.21	85.75	50.14	65.95	74.73	54.57	30.22	85.52	20.65
4	10中央本町	19.73	82.55	92.07	65.51	73.20	60.65	41.60	32.32	88.08	52.55	69.30	77.99	56.00	33.28	87.99	18.48
4	13中川	23.51	81.04	90.36	61.98	68.68	55.51	48.10	24.56	86.27	48.50	64.75	70.92	52.37	31.77	85.43	17.48
4	17保木間	25.70	77.62	92.76	65.44	69.48	55.12	44.64	32.13	86.01	48.85	64.74	72.99	54.41	32.01	85.44	13.43
4	20西新井	21.51	80.56	92.53	62.14	69.94	56.41	48.68	23.28	88.99	48.51	65.28	73.83	54.51	30.83	88.06	14.99
4	25基幹	21.38	80.69	91.25	62.43	69.62	56.03	49.76	18.69	88.53	50.59	66.12	75.13	54.10	32.56	88.03	17.14
5	11西綾瀬	25.80	78.10	93.02	65.14	71.50	55.88	44.25	30.96	88.83	52.72	66.42	75.58	55.70	32.90	88.32	19.25
5	16はなはた	24.88	79.11	92.12	68.09	70.65	56.64	46.30	28.72	88.12	51.02	67.13	75.73	54.38	33.10	87.06	12.79
5	18六月	26.91	78.45	91.94	62.74	67.96	56.70	48.38	23.77	87.20	46.61	64.12	71.47	51.40	29.58	86.26	14.40
5	21江北	25.55	77.22	92.55	67.92	70.67	55.76	50.03	26.48	86.69	52.11	64.84	75.65	55.91	33.57	87.13	14.95

各設問項目で割合が高いもの

各設問項目で割合が低いもの

(総合リスク: 20.01以上 18.01以上20.01未満)

地域包括単位で見ると数値の差は小さいが、次のような傾向が読み取れる

- ・賃貸マンションの割合が高い①および団地寮社宅の割合が高い⑤のグループでは、地域との関りが希薄な傾向がみられる
- ・戸建て住宅の割合が高い③では、地域との関りが多い傾向がみられる
- ・戸建て住宅と分譲マンションが混在する②、④では、地域包括単位での相違がみられるが、地域との関りは希薄な場合が多い

3. 7 足立区2015年調査データを用いた住居形態との関係分析についてのまとめ

- 戸建て住宅、アパート、事業所併用住宅の多い地域では独居率が低く、分譲マンション、団地・寮・社宅が多い地域では独居率が高い。
- 戸建て住宅、アパート、事業所併用住宅の多い地域では高齢者と地域との関りが多く、賃貸マンション、分譲マンション、団地・寮・社宅が多い地域では地域との関りが少ない傾向があった。
- 分譲マンションおよび賃貸マンションの多い地域では、要支援および要介護認定率が低下し、団地・寮・社宅が多いと、認定率が上昇する傾向がみられた。
 - 公営団地等では社会福祉の手が届きやすく、分譲マンションや賃貸マンションには届きにくい構造があるのではないか。
- 地域包括単位を住居形態から5グループにまとめると、地域社会との関係の多さや独居率の相違などでそれぞれに特徴がみられた。
- 5グループには、それぞれに総合リスクの高い地域包括単位が含まれるため、地域社会との関係性や独居率を考慮した対応が望まれる。
- 災害発生時に必要な共助の体制づくりにおいては、高齢独居率が高く地域との関りも薄い傾向のある分譲マンションでは対応検討が必要と思われる。

【参考資料】

A. 町丁目単位での分析事例

地域包括単位では、一定程度の広域性があり、異なる地域があることから、住居形態の違いも少なくなり、地域的特徴が平均化される傾向が考えられた。そこでより小さな集計単位として、町丁目単位で特徴のある住宅地を選択し、足立区の2015年調査結果との関係を把握した。

町丁目単位で特徴のある住宅地を選択

地域包括単位では、一定程度の広域性があり、異なる地域があることから、住居形態の違いも少なくなり、地域の特徴が平均化される傾向が考えられた。そこでより小さな集計単位として、次のように町丁目単位で特徴のある住宅地を選択し、足立区の2015年調査結果との関係を把握した。

- 戸建て住宅の割合が50%以上の町丁目(36個)を選択し、住居形態別の割合を算出
- 分譲マンションの割合が30%以上の町丁目(32個)を選択し、住居形態別の割合を算出
- 団地寮社宅の割合が20%以上の町丁目(39個)を選択し、住居形態別の割合を算出

表中の数字は各住居割合(%)を示す

住居の特徴	町丁目数	戸建て住宅	賃貸マンション	分譲マンション	アパート	団地寮社宅	事業所併用住宅	事業所系	商業施設系	その他
戸建て住宅の割合が50%以上	36	56.37	7.23	4.16	7.44	0.92	6.23	12.80	3.21	1.63
分譲マンションの割合が30%以上	32	16.25	10.84	38.66	3.01	4.47	2.45	11.26	8.98	4.07
団地寮社宅の割合が20%以上	39	18.23	10.59	11.67	3.04	33.79	2.33	13.51	4.75	2.09
(参考)										
町丁目単位の平均	262	30.51	13.09	13.81	4.69	7.60	4.05	17.02	6.86	2.36
町丁目単位の標準偏差	262	15.48	8.24	12.69	3.04	13.09	2.01	10.32	6.79	2.85

特徴のある町丁目単位と2015年調査項目との関係

特徴のある町丁目ごとに、2015年調査の各設問項目を集計した。

住居の特徴	町丁目数	独居率	健康状態の良好な割合	かかりつけ医の存在割合	近所の人との付き合いが多い割合	人と直接会う機会の多い割合	手紙や電話で連絡を取る機会の多い割合	地域活動に参加していない割合	町会・自治会への加入率	地域への愛着を感じる割合	近所で密接な付き合いをする人の割合	近所の人に対して信頼感を持っている割合	近隣地域の一員であると感じる割合	自分と背景が似ている人との付き合いが多い割合	自分と背景が異なる人との付き合いが多い割合	現在住んでいる地域にこれからも住み続けたい割合
戸建て住宅の割合が50%以上	36	16.98	80.75	92.44	69.99	75.78	58.84	47.91	23.17	88.66	57.93	72.33	78.83	58.95	33.71	88.48
分譲マンションの割合が30%以上	32	20.87	82.21	90.81	60.38	68.58	56.46	48.95	20.23	87.98	46.61	65.03	71.64	52.98	29.93	87.81
団地寮社宅の割合が20%以上	39	27.92	77.78	92.01	65.14	69.03	56.00	46.57	29.81	87.39	49.79	64.77	74.27	53.68	32.33	86.66
(参考)																
町丁目単位の平均	262	20.52	80.48	91.78	65.13	71.47	57.50	47.74	24.01	87.93	51.80	67.77	74.72	55.02	32.42	87.37
町丁目単位の標準偏差	262	6.28	3.79	2.56	6.01	4.88	3.83	5.61	7.55	3.21	6.05	4.90	5.39	4.81	4.11	4.38

 割合が高い
 割合が低い

- 地域包括担単位で比較した場合と比べて、町丁目単位では全体的に差が明確になっている。
- 独居率、人との付き合い、人と会う機会、自治会加入率、密接な付き合い、近所への信頼感、近隣地域の一員、付き合い、などの項目では住居形態による差が大きく、データのバラツキを示す標準偏差も大きくなっている。
- 健康状態、かかりつけ医、連絡を取る機会、地域活動不参加、地域への愛着、住み続けたい、などの項目では住居形態による差が小さい。
- 戸建て住宅の割合が高い町丁目では、独居率が低く地域との関りが多い傾向が(より明確に)みられる。
- 分譲マンションの割合が高い町丁目では、地域との関りが少ない傾向が(より明確に)みられる。
- 団地・寮・社宅の割合が高い町丁目では、自治会加入率が高いが、独居率も高く地域との関りは少ない傾向がみられることから、形式的な加入となっている可能性がある。

B. 地域包括単位での地域特性把握事例

住居形態や高齢者密度・独居率、また洪水による浸水、地震による建物倒壊・火災延焼、避難所、医療施設への距離などの各種リスクを地域包括単位でまとめることにより、地域特性を把握することができる。

地域包括支援センター千住本町

基幹地域包括支援センター



【地域分類2】

戸建て住宅 25%、分譲マンション 23%
商業施設系 20%

【住居形態の特徴】

戸建て住宅および分譲マンションの割合が高く、商業施設も比較的多い。

【各種および総合リスク】

洪水時の浸水深	建物倒壊危険度	火災危険度	避難所への距離	避難場所への距離	医療機関への距離	認知症サポート医への距離	総合リスク
4.94	4.57	4.27	2.1	2.4	1.4	1.24	20.92

【ハイブリッドデータ評価法による推計】

世帯数：12,178 戸 人口：22,296 人

65歳以上人口割合：26.7%

高齢単身世帯割合：14.3%

分譲マンション世帯割合：21.6%

【足立区 2015 年調査による独居率】

25.44%

【データから見た地域の特徴】

- 戸建て住宅および分譲マンションの割合が高い地域である。
- 高齢者の居住密度が高い地域である。
- 高齢単身世帯割合や足立区 2015 年調査による独居率が高い地域である。
- 総合リスクが区内で最も高く、荒川沿いの低地に位置することから洪水時の浸水や地震による建物倒壊、火災延焼などが懸念される。
- 近所の人との付き合いや地域との関りは、地域包括単位で比較すると多い方である。
- 防災などを目的とした組織づくりでは、地域との関りが比較的多いことを活用できる可能性がある。

【地域との関り】(相対的な5段階評価)



【地域包括支援センターの課題感】

- 互いに助け合う気持ち強い地域であると感じる

【コメント】

【地域分類4】

戸建て住宅 24%、分譲マンション 21%

【住居形態の特徴】

戸建て住宅および分譲マンションの割合が高く、事業所系も比較的多い。

【各種および総合リスク】

洪水時の浸水深	建物倒壊危険度	火災危険度	避難所への距離	避難場所への距離	医療機関への距離	認知症サポート医への距離	総合リスク
2.45	3.2	2.41	2.28	3.43	1.75	1.62	17.14

【ハイブリッドデータ評価法による推計】

世帯数：13,456 戸 人口：26,962 人

65歳以上人口割合：21.7%

高齢単身世帯割合：11.6%

分譲マンション世帯割合：20.7%

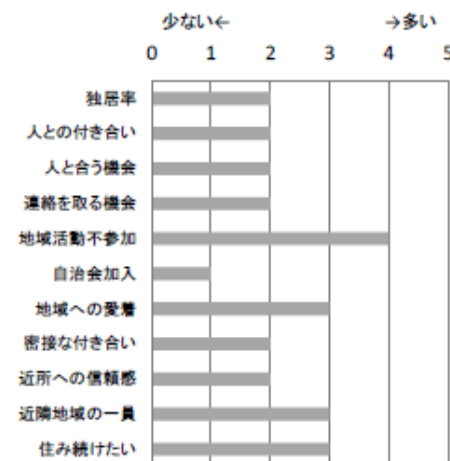
【足立区 2015 年調査による独居率】

21.38%

【データから見た地域の特徴】

- 戸建て住宅および分譲マンションの割合が高いが、事業所も相当数ある。
- 高齢者の居住密度は相対的に低い地域である。
- 高齢単身世帯割合や足立区 2015 年調査による独居率も相対的に低い地域である。
- 区の中心に位置し、荒川からも距離があり、総合リスクは低い方である。
- 近所の人との付き合いや地域との関りは、多いとは言えない。
- 比較的高齢者割合が低く総合リスクも低い。また地域との関りは多いとは言えず、単一の地域包括エリア内でも多様な居住形態がみられることから、対応も複雑となる。

【地域との関り】(相対的な5段階評価)



【地域包括支援センターの課題感】

- あまり地域的な特徴が無いと感じる。

【コメント】

令和3年5月26日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

地方独立行政法人
機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所・副所長
(氏名・フリガナ) 栗田 主一 (アワタ シュイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

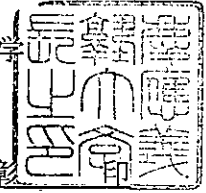
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年 4月22日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 慶應義塾大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 長谷山 彰



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 認知症政策研究事業
- 2. 研究課題名 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
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院健康マネジメント研究科・教授
(氏名・フリガナ) 堀田聰子・ホッタサトコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月26日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

地方独立行政法人
機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長
(氏名・フリガナ) 石崎 達郎 (イシザキ タツロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・担当研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月26日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

地方独立行政法人
機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
(氏名・フリガナ) 稲垣 宏樹 (イナガキ ヒロキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター 研究所倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

地方独立行政法人
機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所・副部長
(氏名・フリガナ) 岡村 毅 (オカムラ ツヨシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター 研究所倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年5月25日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 神奈川県

所属研究機関長 職名 学長

氏名 兼子 良夫

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 法学部・教授
(氏名・フリガナ) 角田 光隆 (ツノダ ミツタカ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。