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 年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　栗田 主一

令和 4（2022）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

東京都健康長寿医療センター研究所　栗田主一 ----------1

Ⅱ．分担研究報告書

1. 「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手引き」の作成

東京都健康長寿医療センター研究所　栗田主一 ----------18

2. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー

―認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？―

埼玉県立大学大学院　川越雅弘 ----------23

3. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー

―認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？―

埼玉県立大学大学院　川越雅弘 ----------27

4. 認知症高齢者における要介護度の重度化要因に関する文献レビュー

―独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？―

埼玉県立大学大学院　川越雅弘 ----------31

5. 認知症高齢者の在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー

―独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？―

埼玉県立大学大学院　川越雅弘 ----------34

6. 新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）

東京都健康長寿医療センター研究所 稲垣宏樹 ----------39

7. 独居認知症高齢者の家族の支援ニーズに関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所 石崎達郎 ----------48

8. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所 井藤佳恵 ----------56

9. 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因に関する文献調査

慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 堀田聰子 ----------63

10. 認知症と共に生きる人が永続的に地域での生活を続けるために

東京都健康長寿医療センター研究所 岡村毅 ----------69

11. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究

神奈川大学法学部　角田光隆 ----------84

12. 認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所　菊地和則 ----------95

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----------99

Ⅳ.その他

資料１　NPO 法人自立支援センターふるさとの会 報告書 ----------105
資料２　一般社団法人 人とまちづくり研究所 報告書----------111
資料３　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 ----------115
資料４　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 付属資料----------143
資料５　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 ----------151
資料６　『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
　　エビデンスブック 2021』
資料７　『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
　　エビデンスブック 2021　別冊』
資料８　『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手引き』

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、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ための手引き」を作成することにある。**研究方法：**ガイドライン作成委員会を設置して 55 項目の CQ について系統的文献レビューを行うとともに，研究班のこれまでの研究成果を総括し，エビデンスブックを作成した上で．実用的な手引書を作成した．　**研究結果：**1)認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいが，独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない。一方，認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率は低く，独居であるとさらに継続率は低くなる．2)独居の認知機能低下高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が高い．3)独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になる背景には，認知機能障害を含む機能低下によって生じる社会関係／生命安全確保／健康管理／日常生活／お金／インフォーマル・ケア／本人の支援受け入れ／尊厳の維持の困難がある．4)独居認知症高齢者では孤独の頻度が高く、アンメットニーズの状況になりやすい。コーディネーションとネットワーキングが併走する地域システムが不可欠である．5)一方，本人が診断を認めない場合でも，認知機能や身体機能の衰え，それによる失敗を自覚しており，自分なりにさまざまな対策を講じている場合もある．6)身寄りのない独居認知症高齢者では、本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくる必要がある。別居家族がいる場合には、本人の意思と家族の意向について整理する必要がある。7)独居認知症高齢者と家族介護者（別居家族）は特有の課題に直面している。別居家族介護者のための支援策が求められている。8)マンションの管理組合は認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得すること，居住者名簿の緊急連絡先や要援護者名簿等を完備・更新すること，管理組合と自治体・地域包括支援センター等は相互理解を深めるために平時から交流をしておくことが望まれる．9)認知症による行方不明に関する系統的な研究はほとんど行われていない．独居に限定すると研究はさらに少ない．市町村の行方不明対策は独居のみに焦点を当てたものではないため，独居に特化した対策を講じられていない．しかし，警察からの「情報提供書」によって実態把握に努めている自治体もある．**結論：**「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関するエビデンスブック」と「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ための手引き」を作成した．今後の認知症施策の立案に役立てられることが期待される．

＜研究分担者＞
川越雅弘：埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科・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 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
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 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
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 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
堀田聰子：慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科・教授
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 自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
角田光隆：神奈川大学法学部・教授
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 福祉と生活ケア研究チーム・研究員
＜研究協力者＞
南　拓磨：埼玉県立大学　保健医療福祉学部・特任助教
涌井智子:東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員
中山莉子:東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員
大村綾香：一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究員
津田修治:東京都健康長寿医療センター研究所／一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究員
大森千尋:筑波大学大学院人間総合科学学術院博士課程
宇良千秋:東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
大口達也：高崎健康福祉大学 健康福祉学部講師
池内朋子:東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員
瀧脇 憲：特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会・代表理事
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・理事
田中昌樹：大和ライフネクスト株式会社 マンションみらい価値研究所
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
大塚理加:国立研究開発法人防災科学技術研究所 災害過程研究部門・研究員
岡崎啓子：足立区福祉部地域包括ケア推進課認知症施策推進担当・係長
島田千穂：佐久大学 人間福祉学部・教授
田平隆行：国立大学法人鹿児島大学 医学部・教授
丸田道雄：国立大学法人鹿児島大学 医学部・客員研究員
枝広あや子:東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
杉山美香:東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
宮前史子:東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員

## 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（認知症者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収集したナレッジベースを構築し、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。最終年度である本年は，これまでの研究を総括して，「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手引き」を作成した.

## B. 方法

**1. 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手引きの作成**

1）系統的文献レビューとエビデンスブックの作成：ガイドライン作成委員会を設置し、55項目のCQを設定してスコーピング・レビューを行い、それらを要約してCQの回答文と解説文を作成した。CQに対する回答集は「エビデンスブック」と命名した．2）手引きの作成：エビデンスブック作成の下で構築されたナレッジベースを基礎にして，自治体関係者や専門職の￥日々の業務に役立てることができるように配慮した実用的な手引書を作成した.

**２．介護度の重度化要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？**

認知症の有無が要介護度の重度化要因であるかを明らかにするために，系統的文献レビューを行った.

**3. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？**

認知症の有無が、在宅療養を困難化させる要因であるか否かを明らかにするために、系統的文献レビューを行った.

**4. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？**

独居であることが、認知症高齢者における要介護度の重度化要因であるか否かを明らかにするために、系統的文献レビューを行った.

**5. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？**

独居であることが、認知症高齢者の在宅療養を困難化させる要因であるか否かを明らかにするために、系統的文献レビューを行った.

**6. 独居認知症高齢者の家族の支援ニーズに関する文献レビュー**

独居認知症高齢者の家族が高齢者の生活および介護を支える上での課題と支援ニーズを明らかにするために、系統的文献レビューを行った.

**7. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する文献レビュー**

独居認知症等高齢者の意思決定に係る課題を明らかにするために系統的文献レビューを行った.

**8. 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因に関する文献調査**

1）独居の認知症高齢者の非独居の認知症高齢者と比べた特徴は何か，2）独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか，3）独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか，4）独居認知症高齢者の在宅生活中断要因は何か　と

いう 4 つの問いを立て，系統的文献レビューを行った.

**9. 新コホートを対象とした疫学調査（板橋区高島平地区）**

東京都板橋区高島平地区で 2019 年度に実施した郵送自記式アンケート調査のデータ，自治体より提供を受けた死亡，転出，要介護認定などの転帰情報を用いて、独居でかつ認知機能低下が認められる高齢者が、非独居または認知機能低下のない高齢者と比較して、その後の死亡，継続居住，要介護認定について異なる特徴があるのかを明らかにすることを目的に，縦断的な分析を行った.

**10. 認知症と共に生きる人が永続的に地域での生活を続けるために：高島平スタディ**

2016 年の高島平スタディで見出された 198 名の認知機能低下のある高齢者を対象に，5 年にわったって専門家が電話による調査を定期的に行った。また，臨床家･支援者として密接に地域に関わり、地域拠点でのネットワーキングやコーディネーションを行ってきたため、何か事態が起きたときには研究者にも情報が入る体制になっている。対象者の 5 年後の転帰を明らかにし、ベースラインの情報を用いて死亡、入所、追跡不能という 3 つの事象の関連要因を調べた。

**11. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究**

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に関連する 54 事例を，①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉･介護の行政･司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。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。また，上記の 5 つの視覚からの分析で得られた重要事項を高齢者･障害者対応マニュアルの指針の中に取り入れた。

**12. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究**

2020 年 9 月に全市町村 1,741 ヶ所の高齢者福祉主管課を対象として実施した「独居認知症高齢者の行方不明に対する市町村の取り組みに関する研究」において，ヒアリング調査に協力できると回答した 140 市町村の中から 15 市町村を対象に，遠隔ビデオ会議システム（ZOOM）あるいは電話を使用して 30 分～1 時間程度のヒアリング調査を実施した.

## C. 研究結果

**1. 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手引きの作成**

「エビデンスブック」と「手引き」は別添資料を参照.

**2. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？**

5 件の論文を精査した結果、①要介護度の重度化とその要因に関する先行研究をみる限り、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方が存在した。②軽度者を対象とした多くの論文では、起居動作や移動能力の低下、外出頻度の低下、買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘していた。

**3. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？**

海外及び分担研究者が行ったコホート研究から、①認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いこと（特に、要介護 2～3 において）②認知症は、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた.

**4. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者**

**よりも要介護度が重度化しやすいのか？**

①キーワード「独居」「認知症高齢者」「重度化／悪化」で and 検索した場合、抽出された論文はわずか 6 件のみであった、②この 6 件のうち、重度化要因を分析した関連論文は、分担研究者らが行った 1 件のみであった。該当した分担研究者らの研究では、認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが、認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった。

**5. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？**

分担研究者らが行ったコホート研究から、①独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いこと,②女性は全ての要介護度で、独居群の在宅継続率が低いことが確認できた.

**6. 独居認知症高齢者の家族の支援ニーズに関する文献レビュー**

1) 家族が直面する課題

以下のような課題が指摘されている.①高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行えない、②体調が悪いなどの緊急時の対応が遅れてしまう,③本人がサービス利用を拒否し，火の不始末や経済被害などの安全確保ができない,⑤別居介護にかかる経済的負担、⑥別居介護の継続による精神的健康の悪化、⑦家族自身の加齢等の理由による時間的・体力的な負担、⑧高齢者の意向と自身の意向とのすり合わせの難しさなど. 支援体制に関する課題として、⑨同居が前提となっているなどの理由で別居介護に対する理解が得られない、⑩別居介護に関する支援情報の不足,⑪高齢者と介護者の居住地域が異なることによって、高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れる、⑫支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなど。

2)家族を支援する対策

別居の家族が提供する手段的介護に代わって提供される支援として,①高齢者本人の生活支援、②介護サービスの利用、③高齢者本人の日常的な話し相手の確保等の支援がある。高齢者の見守りを目的としたモニタリングデバイス があるが，導入に際しては、認知症高齢者の Autonomy(自律)や Freedom(自主性)の欠如といった側面の倫理的課題もある。介護スタッフやケアマネジャーといった支援者が高齢者と介護者の間に入り関係をつくることを目的とした支援も報告されている. これは，家族に対して、介護スタッフ等の支援者が、「別居介護者自身の生活が維持可能な支援体制の構築」や「支援者全員の支援の方向性のすり合わせ（担当者会議の開催)」「主介護者以外の家族によるサポートを得る」等を行い、支援の仲介役となることで支援体制全体を調整・構築することにより、独居の高齢者と家族を支えるものである。

**7. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する文献レビュー**

1) 意思決定支援においては、まず、誰が、どのような選択肢を、どのように提示することが、真に本人の自己決定権を尊重した支援になるのかという課題があった。2)次に、独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の２つに分類された。①身寄りのない独居認知症高齢者では、本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関わる課題が生じる。②別居家族がいる独居認知症高齢者では、本人と家族との関係に関わらず家族の意向が優先されることに関わる課題が生じる。

**8. 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因に関する文献調査**

1) 独居認知症高齢者の特徴とニーズ

軽度～中等度の認知症のある人について，独居群と非独居群を比較すると，独居群は「年齢が高い」「女性が多い」「認知能力と自己申告による機能的能力が高い」「他の世帯との社会的接触が多い」傾向がある．症状，気分， QOL，ウェルビーイングには差がないが，より孤独，生活満足度が低い特徴があり，在宅ケアサービスや機器等を多く利用している．それでも独居群は非独居群と比べて満たされていないニーズが多く，家事，食料の調達，セルフケアおよび偶発的な自傷行動に対する相談や支援においては有意な差がある．独居群において満たされないニーズの上位は，「日中活動」「友だち・仲間」「心理的苦痛」「視る・聴く・コミュニケーション」「偶発的な自傷行動」である．

2) 独居認知症高齢者の診断・日常生活の変化をめぐる経験と対処

① 診断の受け止めと「不安定さ」

診断直後には，「侵襲的治療が必要ない病気だとわかったこと」「もの忘れの理由がわかったこと」「疾患についての知識を得て支援を受けられること」に安堵したが，「診断のための検査や診断後の情報提供が不十分だったこと」「診断によって運転ができなくなり，すぐに生活に影響したこと」などに苦悩した．将来に向けたさまざまな決断を一人でしなければならないことも多いが，診断をどう受け止めて対処すればよいかわからないという感覚も強く，とくにソーシャルネットワークが小さい人で顕著だった．こうした不安定さ・不確実さに着目したエスノグラフィック・インタビューからは，「認知機能障害の自覚」「認知機能の障害によって引き起こされる困りごと等のセルフマネジメント」「適切なサービスの不足」という 3 つのテーマが見いだされ，予測不可能な認知機能障害からくるプレッシャー，自立していると感じたいが一人暮らしに適したサービスがないことなどの「累積的な効果」が不安定感をもたらす．

② 機能低下の認識と日常生活の困難への対処

日本の独居高齢者において，受け止め方はさまざまだが，本人がもの忘れを自覚しており，迷子や騙されるなどの苦い経験，周囲の危機意識につながる鍋を焦がす等の火の不始末の経験等をしながらも，家族や友人に話して対策しながら自分らしくありたいという強い意志によって一人暮らしが続けられていることがうかがわれた．カナダの認知症のある独居女性の語りから，家族に迷惑をかけたり，悪くなったり，疲れてしまったら施設入所などが必要で，一人で過ごせる時間は限られていると認識していることが浮かび上がった．その時間を伸ばすものという理解から抗認知症薬の服用を続けているという者もいた ．オーストラリアの独居認知症高齢者または認知機能低下高齢者においても，認知症という診断を受けたことを否定する人はあったが，その場合でも，自分の記憶力や身体機能の衰えを認め，そのために生じる一人暮らしの継続のリスクに対して，工夫して対処していた．自立した生活をできる限り続ける目標のために家事をこなす，日課を確実に遂行する，人との約束を果たすといったことを重視するとともに，縮小傾向ではあっても家族や友人との関係性を維持しようと，電話や手紙等で交流を続ける，自分の記憶や今は亡き配偶者との思い出に浸る，ペットと暮らすなど，さまざまなやり方でつながりを感じ続ける努力が垣間見られた．

③ つながりの維持に向けた本人の努力

イングランド・スコットランド・スウェーデンの独居認知症高齢者において，つながりを保つための本人によるさまざまな手立てを発見されている：交流は，親しい家族や病前から特に仲のよい友人に限定され，近所の顔見

知りとの交流はないか，あってもわずかのことが多い．家族，とくに子どもとの関係が維持されていることが，広く友人・知人との関係を深めることにも寄与しており，子どもがいない場合には，1～2 人のキーパーソンとの関係がそれに代わることもある．おしゃべりができ，気にかけてくれる人がいることが重要で，定期的に近所の公園やカフェなどに外出して話し相手を探す人，人との交流ができる活動や場を積極的に探す人もいた．また，地域の当事者が集まる場を利用して，当事者や支援者と親しくなり，そこでの支援者が困りごとの相談相手になることもあった．

3）独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になる要因

在宅での生活を中断する要因は，地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究では，「ADL の低下」「認知機能の低下」等に加え「独居であること」が挙げられ，独居高齢者全体を対象とする研究では，「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」「要介護者が男性であること」「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか，「認知症による生活機能の低下」等が挙げられており，「独居であること」と「認知症であること」はそれ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子となっている．各文献から要因にかかわる具体的事象を抽出・分類した結果，以下の 8 つのテーマにまとめられた：①社会関係の困難（公衆の場での騒動，近所トラブル・関係の希薄化等），②生命安全確保の困難（火元不注意，SOS 発信できない，外出時の帰宅困難等），③健康管理の困難（既往症の健康管理，適切な飲食摂取，室温・衣服調整等），④日常生活の困難（日常生活動作／手段的日常生活動作の低下，意欲・体力の低下等），⑤お金に関する困難（金銭管理困難，介護保険の限度額超過と資金不足等），⑥インフォーマル・ケアの困難（家族の疲弊，支援者であった知人との疎遠　等）⑦本人の支援受け入れの困難（介護保険サービスの拒否，認知症の症状による支援者とのすれ違い等），⑧尊厳の維持の困難（薄れていく自分らしさ，不衛生・不健康な生活空間等）．尚，地域においては「冬季の介護サービス提供が十分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されている．

**9. 新コホートを対象とした疫学調査**

1)「死亡」との関連

郵送票の返送があった 7,312 名中「死亡」は 203 名（2.8%）だった。「死亡」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「同居者なし／認知機能低下なし」群のオッズ比は 1.469（95%信頼区間 1.026-2.102）、「同居者あり／認知機能低下あり」群のオッズ比 3.452（95%信頼区間 2.156-5.526）、「同居者なし／認知機能低下あり」群のオッズ比 3.680（95%信頼区間 2.029-6.673）であった。

2)「転出」との関連

7,312 名中「転出」は 153 名（2.1%）だった。「転出」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「同居者なし／認知機能低下なし」群のオッズ比は 2.079（95%信頼区間 1.463-2.955）、「同居者なし／認知機能低下あり」群のオッズ比は 4.934（95%信頼区間 2.178-11.175）、$p<0.001$ であった。

3) 要介護認定状況との関連（要支援 1 以上）

2019 年時点で要支援要介護認定を受けていなかった対象者 6,274 名のうち 2021 年に要支援 1 以上の認定を受けていたのは 446 名（6.1%）だった。「2021 年時の要介護認定（要支援 1 以上）」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティ

ック回帰分析の結果,「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「同居者なし／認知機能低下あり」群のオッズ比は 5.772（95％信頼区間 3.100-10.747)、「同居者あり／認知機能低下あり」群のオッズ比は 6.598（95％信頼区間 4.442-9.799）であった。

4) 要介護認定状況との関連（要介護 1 以上）

2019 年時点で「要介護 1」以上の要介護認定を受けていない対象者 6,798 名のうち, 2021 年に要介護 1 以上の認定を受けていたのは 174 名（2.4%）だった.「2021 年時の要介護認定（要介護 1 以上)」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「同居者なし／認知機能低下あり」群のオッズ比は 5.276（95％信頼区間 3.362-8.277)、「同居者あり／認知機能低下あり」群のオッズ比は 7.727（95％信頼区間 5.460-10.936)、p<0.001 であった。

**10. 認知症と共に生きる人が永続的に地域での生活を続けるために：高島平スタディ**

対象者 198 名のうち 155 名の転帰は明らかであった。内訳は地域生活継続 104 名（67%)、死亡 25 名（16%)、施設入所 23 名（15%)、入院中 3 名（2%）であった。追跡不能であった 43 名の内訳であるが、26 名は訪問したらすでにおらず情報がなかった。16 名は当該地区外へ引っ越した。1 名は認知症が進み電話への対応に自信がないと言われ参加取り下げとした。

追跡不能であったケースと、追跡できたケースの比較では、有意な関連を示したのは、独居かどうかのみであった。死亡の関連要因は、ステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析の最終モデルでは、死亡の関連要因は共居、フレイル、生活支援のアンメットニーズ、同権利擁護支援のアンメットニーズであった。入所の関連要因は、介護認定ありであった。

**11. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究**

54 事例の分析及び文献調査に基づいて,「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」と「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」に関する問題提起への回答を行った。

1） マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は、以下の 5 つに分類される。①居住者名簿等に居住者の緊急連絡先を記載していない、②住戸までたどりつけない、または、住戸から外出できない、③共同生活する上での迷惑行為 （騒音、火の不始末、ゴミ出しのルールを守らない、所定の場所に駐輪・駐車しない、ゴミ屋敷・異臭など）がある、④管理組合の業務に支障を与える、⑤管理員自身に業務に支障がある。

2）マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか

事例ごとに特有の対応が必要な場合があるが、各事例に共通するポイントは 以下の 6 つである。①居住者が認知症及び対応方法を正しく理解すること、②居住者名簿の緊急連絡先、要配慮者支援のための申告欄、要援護者名簿に記載があり、更新されていること、③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センター等があることを認識し、平時より交流すること、④地域包括支援センターを含めた行政機関は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供し、平時より交流すること、⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること、⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること。

### 12. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

1)独居認知症高齢者の行方不明人数の把握方法について

行方不明者数の把握は警察への行方不明者届の人数が用いられることが多いが,世帯類型に関するデータが無いため,独居の人数は不明である．また，独居の場合，約 3 割は届を出していないことも明らかとなっている（菊地ら，2021）．市町村が独自に把握する例もあるが，これらは家族親族，介護支援専門員，サービス担当者などが気づいて報告をあげたものに限られる.このような状況においては独居行方不明者数を把握することは非常に難しい.

A 市では行方不明事案の解決後に警察が独自に「情報提供書」を市に提供している．警察では世帯類型も確認しているので,独居であるかどうかの確認もできる.しかも警察が把握した事例は全て情報提供されるので,情報提供書を使用した行方不明者数の把握は,独居認知症高齢者の行方不明者数の把握において有効であると考えられる.これに市町村が把握した情報（警察が把握していない者）を加えれば，さらに行方不明人数の補足率は高まるだろう.なお,情報提供書は県警が主導して行方不明対策を構築する中で使用されるようになったものであり,都道府県警レベルでの取り組みがあれば，全国的にも採用できる可能性がある.

2）行方不明者届の提出について

独居で大きな問題となるのは行方不明になった時,誰が警察に行方不明者届を提出するのか，ということである．先行研究から行方不明から発見までの時間が長いことが,発見時の死亡と関連していることが明らかとなっている（Kikuchi，et.al．2019）．届を出せる者については「行方不明者発見活動に関する規則」に規定されている．その中に「福祉事務所の職員その他の行方不明者の福祉に関する事務に従事する者」があり，具体的には「福祉事務所の職員,行政又は社会福祉法人が運営する各種の福祉サービスに従事する者等であって,行方不明者が確かに行方不明となっているかどうかを的確に判断できるものをいう」とされている.

B 市では，直営及び委託型地域包括支援センターの職員が届を提出できることが分かった.独居で近隣に家族親族など届を出してくれる人がいない場合であっても,地域包括支援センターが行方不明者届を提出できることにより警察が捜索活動を行うことができる.

なお,別の市町村で警察が行方不明者届の提出無しに捜索活動を行う例も報告されたが,これは届の提出に時間がかかると捜索活動をすぐに始めることができないため,先に捜索活動を始めて，後で届を提出するものであった．このような対応も早期の捜索活動開始に資するだろう.

## D. 考察

### 1. 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手引きの作成

独居認知症高齢者の尊厳ある地域生活の継続をアウトカムとする研究は，国内外を通じてほとんどない．このテーマにフォーカスをあてた研究の蓄積が必要であり，それを踏まえた多様なステークホルダーを対象とするガイドラインを作成することが、今後の課題である。

### 2. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？

要支援～軽度要介護者において、認知症の有無やその程度が、移動能力の低下、外出機会の減少、買い物の実行レベルの低下などに影響し、その結果、要介護度の重度化に結び付いている可能性が示唆されたが、今後、更なる検証が必要である。

### 3. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？

在宅療養を困難化させる要因には、認知症以外の本人要因や家族・介護者要因、サービス要因なども複雑に関係している。認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における要援護高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

### 4. 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？

採択された1論文の結果をみる限り、認知症の有無などの他の要因に比べ、家族同居の有無が要介護度の重度化に及ぼす影響は相対的に低いと考えられた。認知機能障害が様々な生活機能障害を引き起こし、その結果として要介護度の重度化が起こるとした場合、生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与がどのように関係しているのか、介護サービスは何をどのように代替しているのかなど、総合的に検証していく必要があると考える。

### 5. 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー:独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？

海外及び筆者が行った調査から、独居群で女性の割合が高いことが確認できた。また、コホート研究から、独居であることが、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた。ただし、認知症高齢者の在宅生活の継続性を困難化させる要因には、本人要因や家族・介護者要因、サービス要因（アクセスを含む）、リスク要因なども複雑に関係している。家族がいる場合、本人ができない部分を代替している、ないし何らかの対応策を講じている可能性があり、その結果、在宅生活が継続できている可能性がある。こうした分析も今後必要となろう。

いずれにしろ、認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における認知症高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、独居の認知症高齢者の在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

### 6. 独居認知症高齢者の家族の支援ニーズに関する文献レビュー

認知症の独居高齢者とその家族に対する支援体制における課題として、そもそも別居介護に対する理解がないこと、別居介護に関する支援情報の不足があげられており、別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて、極めて限定的である。横断的な支援だけでなく、持続的な関わりが必要であり、別居での介護が開始された後の支援だけでなく、別居という介護生活を開始する前に、準備情報の提供などの支援等も期待される。独居で認知症高齢者らの家族に特化した研究は極めて少ない。今後、独居の認知症高齢者らの家族の課題について、エビデンスの高い研究の蓄積が必要である。

### 7. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する文献レビュー

日本社会では、本人に意思決定能力がある段階から、関わりの濃淡に関わらず家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている。自己決定がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら、本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える。

**8. 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因に関する文献調査**

独居認知症高齢者は孤独で生活満足度が低い特徴があり，アンメットニーズが高い．診断がついたことに一度は安堵するものの，診断後の適切な支援の調整が不十分なこと等から，どう対処してよいかわからない感覚をもつ場合がある．本人は診断を認めない場合にも，認知機能や身体機能の衰え，それによる失敗を自覚しており，自分なりにさまざまな対策を講じている．独居であり認知症であることは，それ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子となっており，独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になることには，認知機能障害を含む機能低下によって生じる社会関係／生命安全確保／健康管理／日常生活／お金／インフォーマル・ケア／本人の支援受け入れ／尊厳の維持の困難が関連することが示唆されている．独居認知症高齢者の支援には，こうした困難の低減に焦点をあてた対応の充実や地域システムの検証とともに，事例検討等を通じて生活の継続性を保てる住み替えのあり方の知見を蓄積すること，さらに本人が診断や日常生活の変化をどのように体験・対処しているかに注目して，その経験や知恵と工夫の分かち合いが図られるようにすることも，尊厳ある地域生活の継続に寄与するものと期待される．

**9. 新コホートを対象とした疫学調査**

独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が有意に高いことが示された。同居者がいる、または、認知機能低下がない対象者との比較から、死亡に関しては、認知機能低下と独居であることがともにリスク要因であることと考えられた。転出、すなわち、同一地域での継続居住を困難にする要因としては、独居であることがリスクになることが示された。要介護認定については、認知機能の低下が有意に関連しており、かつ独居の場合、同居者がいるよりも、相対的に認定を受けていないことが示された。

**10. 認知症と共に生きる人が永続的に地域での生活を続けるために：高島平スタディ**

今回の結果は、独居で認知機能低下のあるひとは、地域での支援や介入からこぼれ落ちてしまう可能性があることを示している。また、生活支援や権利擁護の支援が命を守るためは必須である。一方で認知症自体は死亡の関連要因ではなかった。認知症共生社会の実現には、医学的な介入（診断や投薬）のみならず、適切な医学知識に基づいた社会的な介入や支援も同じく重要であることを示唆する。地域のネットワークや、ケアのコーディネーションが必要だ。

**11. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究**

認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得し、管理組合は総会で話し合って対応方法の合意を得て、緊急連絡情報の取扱いを明確にしておくことや、理事会がこの合意に基づいて担当者を決めておくことが望ましい。このことは、「管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針」における居住者名簿等の作成と更新や居住者名簿等の細則案で敷衍した。また、「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」における高齢者と障害者への適切な対応と組織体制で敷衍した。さらに、このことは、高齢者・障害者対応マニュアルの指針の「マンションと管理組合」における緊急連絡先の把握、名簿の作成、早期発見・早期対応、認知症その他の障害の疑いのある者か虐待を受けた者の発見と連絡に反映させた。

以上のことを参考にして、『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研究　エビデンスブック 2021』にお

ける「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」の前述した①から⑥に関連して、事例に則した支援策を提言した。

### 12. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

認知症による行方不明は,その最悪の結果が死亡であるという重大性にも関わらず,国内外を見ても系統的な研究は行われていない.独居に限定すると研究はほとんどない.しかし市町村では行方不明に対応するための取り組みが行われている.

本研究は独居行方不明に固有の問題に焦点を当てて具体的な解決策を示し,もって市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策を推進することを目的としている.しかし,市町村の行方不明対策は独居のみに焦点を当てたものではないため,独居に特化した対策を講じているわけではなかった.しかし,ヒアリングの中で独居行方不明への対応が課題として認識されていることが示され,独居行方不明への対応に資する事例があった.

## E. 結論

「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関するエビデンスブック」と「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ための手引き」を作成した.今後の自治体の認知症施策の立案に役立てられることが期待される.

尚,本年度の研究によって,以下のことも明らかにされている.

1) 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいが,独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない。一方,認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率は低く,独居であるとさらに在宅継続率は低くなる.
2) 独居の認知機能低下高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が高く,地域の支援からもこぼれ落ちやすい.
3) 独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になる背景には,認知機能障害を含む機能低下によって生じる社会関係／生命安全確保／健康管理／日常生活／お金／インフォーマル・ケア／本人の支援受け入れ／尊厳の維持の困難がある.
4) 独居認知症高齢者では孤独の頻度が高く、アンメットニーズの状況になりやすい。コーディネーションとネットワーキングが併走する地域システムが不可欠である.
5) 一方,本人が診断を認めない場合でも,認知機能や身体機能の衰え,それによる失敗を自覚しており,自分なりにさまざまな対策を講じている場合もある.
6) 身寄りのない独居認知症高齢者では、本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくる必要がある。別居家族がいる場合には、本人の意思と家族の意向について整理する必要がある。
7) 独居認知症高齢者と家族介護者（別居家族）は特有の課題に直面している。別居家族介護者のための支援策が求められている。
8) マンションの管理組合は認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得すること,居住者名簿の緊急連絡先や要援護者名簿等を完備・更新すること,管理組合と自治体・地域包括支援センター等は相互理解を深めるために平時から交流をしておくことが望まれる.
9) 認知症による行方不明は,その最悪の結果が死亡であるという重大性にも関わらず,系統的な研究はほとんど行われていない.独居に限定すると研究はさらに少ない.市町村の行方不明対策は独居のみに焦点を当てたものではないため,独居に特化した対策を講じられていない.しかし,警察からの「情報提供書」によって実態把握に努めている自治体もある.

**F．健康危険情報**

該当なし

**G．研究発表**

1. 論文発表


1) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, Awata S. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14; 18(22): 11961. doi: 10.3390/ijerph182211961.

2) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, Hayakawa M, Mikami Y, Shirobe M, Inagaki H, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23; 16(11): e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412.

3) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Jan; 37(1). doi: 10.1002/gps.5635.

4) Okamura T, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sakuma N, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Awata S. Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics. 2021 Nov;21 (6): 892-901. doi: 10.1111/psyg.12764.

5) Yamamoto H, Sazuka M, Ishibashi M, Nogimori C, Takada K, Hamaya H, Yamada H, Awata S. DASC-21: a novel geriatric assessment for discriminating best supportive care in older patients with inoperable advanced non-small cell lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2021 Nov 1; 51 (11):1628-1635. doi: 10.1093/jjco/hyab137.

6) Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Ito K, Awata S. After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community: A community observational survey: Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Dec; 36(12): 1970-1971. doi: 10.1002/gps.5608.

7) Ito K, Ogisawa F, Furuta K, Awata S, Toba K. Development of a five-item short-form version of the Dementia Behavior Disturbance Scale. Geriatr Gerontol Int. 2021 Sep; 21(9): 870-871. doi: 10.1111/ggi.14234.

8) Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, Taga T, Tsuda S, Yamashita M, Miyamae F, Edahiro A, Inagaki H, Ogawa M, Okamura T, Awata S. The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. Psychogeriatrics. 2021 Sep; 21(5): 841-843. doi: 10.1111/psyg.12742.

9) Mitsutake S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama A, Sugiyama M, Awata S, Toba K, Ito H. Agreement on dementia severity levels between the 8-item and 21-item Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System. Geriatr Gerontol Int. 2021 Aug; 21(8): 748-749. doi: 10.1111/ggi.14205.

10) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Awata S: Everyday lives of community-dwelling older people with dementia during the COVID-19 pandemic in Japan. Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Sep;

36(9): 1465-1467. doi:10.1002/gps.5553.

11) Hayakawa M, Motokawa K, Mikami Y, Yamamoto K, Shirobe M, Edahiro A, Iwasaki M, Ohara Y, Watanabe Y, Kawai H, Kojima M, Obuchi S, Fujiwara Y, Kim H, Ihara K, Inagaki H, Shinkai S, Awata S, Araki A, Hirano H. Low Dietary Variety and Diabetes Mellitus Are Associated with Frailty among Community-Dwelling Older Japanese Adults: A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2021 Feb 16; 13(2): 641. doi:10.3390/nu13020641.
12) Iwasaki M, Watanabe Y, Motokawa K, Shirobe M, Inagaki H, Motohashi Y, Mikami Y, Taniguchi Y, Osuka Y, Seino S, Kim H, Kawai H, Sakurai R, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Oral frailty and gait performance in community-dwelling older adults: findings from the Takashimadaira study. J Prosthodont Res. 2021 Oct 15; 65(4): 467-473. doi: 10.2186/jpr.JPR_D_20_00129.
13) Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S: Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness /doi.org/10.1080/10530789.2021.2002632
14) 粟田主一：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.
15) 粟田主一: 認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究，精神医学 63: 505-514, 2021.
16) 粟田主一，笠貫浩史，加藤伸司，川勝忍，小林清樹, 斎藤正彦, 真田順子, 繁田雅弘，古田光，池田学，日本老年精神医学会新型コロナ感染症影響調査ワーキンググループ．老年精神医学雑誌，32: 379-389, 2021.
17) 粟田主一：高島平スタディ．老年内科，4: 369-376, 2021.
18) 粟田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)．日本認知症ケア学会誌，20(3): 360-366, 2021.
19) 粟田主一: 認知症の権利擁護と地域生活支援．医学のあゆみ，279(5): 420-423, 2021.
20) 粟田主一: 若年性認知症の疫学と社会政策．医学のあゆみ，278(12): 1015-1022, 2021.
21) 粟田主一: 認知症とともに生きる人の社会参加を促進するために．地域ケアリング，24(5): 6-11, 2022.
22) 粟田主一 : 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしをくれる社会環境の創出に向けて．老年精神医学雑誌，31(3):211-217, 2022.
23) 川越雅弘，南 拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の２年後の転帰, 在宅継続率およびケアの場の移行状況. 老年精神医学雑誌, 33 巻 3 号，218-223（2022.3）
24) 涌井智子. (2022). 特集「認知症とともに一人で暮らせる社会環境の創出に向けて」認知症の独居高齢者の家族支援を考える. 老年精神医学雑誌, 33, 276-281, 2022.
25) 涌井智子. (2021). 在宅介護における家族介護者の負担感規定要因. 社会保障研究, 6(1), 33-44, 2021.
26) 井藤佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援.老年精神医学雑誌 33（3）270－275, 2022.
27) 堀田聰子,大村綾香,津田修治,大村千尋 : 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因．老年精神医学雑誌，33（3）: 224-229（2022）
28) 堀田聰子: 安心して認知症になれる社会環境を当事者とともに創り出す．老年精神医学雑誌，33（3）: 297-302，(2022)

29) 堀田聰子:『認知症』と出会い直す －経験専門家／人生の先輩である認知症のある方とともにー. 介護福祉 122: 22-31, (2021)
30) 角田光隆: 分譲マンションにおける新型コロナウイルス感染症に対する個人生活および組織活動に関する行動指針. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 68 号 2021 年 2 月 28 日 74 頁－96 頁.
31) 角田光隆 :「合理的配慮の義務化と加重な負担－障害者差別解消法とマンション法」神奈川大学法学会 神奈川法学第 53 巻 2 号 2021 年 3 月 129 頁－155 頁.
32) 角田光隆 :「孤立した高齢者と障害者のための支援と合理的配慮－新型コロナウイルス感染症－」神奈川大学法学会 神奈川法学第 53 巻 3 号 2021 年 3 月 1 頁－26 頁.
33) 角田光隆 : 管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 70 号 2021 年 12 月 28 日 47 頁－60 頁.
34) 角田光隆 : 事例. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 69 頁－73 頁.
35) 角田光隆 : 高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 74 頁－77 頁.
36) 角田光隆 : マンションと管理組合. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 78 頁－79 頁.（共著、松田昌也）
37) 角田光隆 :「マンションと管理会社」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 80 頁－81 頁.（共著、田中昌樹）
38) 角田光隆: マンションと行政（高齢者福祉・障害者福祉）」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 82 頁－84 頁.（共著、赤石澤久子）
39) 角田光隆: マンションと地域包括支援センター. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 85 頁－86 頁.
40) 角田光隆 : マンションと社会福祉協議会. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 87 頁－88 頁.
41) 角田光隆・マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 157 頁－163 頁.
42) 岡村毅、杉山美香. 新型コロナウイルス感染症下における大都市の大規模集合住宅に住む高齢者の支援. 老年精神医学雑誌 32(4): 460-467, 2021.
43) 山下真理、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、多賀努、津田修治、井藤佳恵、粟田主一. 認知機能低下を抱えた地域在住高齢者のインフォーマル・サポートと精神的健康に関する質的研究. 認知症ケア学会誌，20（4）: 560-571，2022
44) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一 : 独居認知症高齢者の行方不明の実態 : 150 事例からの報告. 老年精神医学雑誌，32: 469-479, 2021.
45) 菊地和則 : 独居認知症高齢者の行方不明の実態とその対策, 老年精神医学雑誌, 33（3）, 282-287，2022
46) 枝広あや子、岡村毅、杉山美香ら : 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域

における歯科口腔保健相談の意義と方法論:権利ベースのアプローチという観点から．認知症ケア学会誌，20(3)：435-445，2021

47) Iwasaki M, Ohara Y, Motokawa K, Hayakawa M, Shirobe M, Edahiro A, Watanabe Y, Awata S, Okamura T, Inagaki H, Sakuma N, Obuchi S, Kawai H, Ejiri M, Ito K, Fujiwara Y, Kitamura A, Nofuji Y, Abe T, Iijima K, Tanaka T, Son BK, Shinkai S, Hirano H：Population-based reference values for tongue pressure in Japanese older adults: A pooled analysis of over 5,000 participants. J Prosthodont Res，（印刷中）

48) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Nakayama R, Ito K, Awata S : Factors associated with inability to attend a follow-up assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research. Psychogeriatrics, 22(3)：332-342, 2022

49) 51）Sakuma N, Inagaki H, Ogawa M, Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Miyamae F, Suzuki H, Watanabe Y, Shinkai S, Okamura T, Awata S.：Cognitive function, daily function and physical and mental health in older adults: A comparison of venue and home-visit community surveys in Metropolitan Tokyo. Arch Gerontol Geriatr，100：104617，2022

2. 学会発表

1) Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Taga T, Edahiro A, Awata S. What happens to people living in Tokyo metropolitan with cognitive impairment in 5 years? Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto

2) Mika Sugiyama, Hiroshi Murayama, Hiroki Inagaki, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Ayako Edahiro, Chiaki Ura, Shuichi Awata. Subjective cognitive decline was related to anxiety about becoming dementia in future：A cross-sectional study in Japan. Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto

3) 粟田主一:認知症フレンドリー社会の実現をめざした地域疫学研究．第117回日本精神神経学会，2021.9.19-9.21，京都（シンポジウム）．

4) 稲垣宏樹，粟田主一，宇良千秋，枝広あや子，岡村毅，杉山美香，宮前史子，多賀努，平野浩彦，本川佳子，小原由紀，横山友里：大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告～高島平 2019 コホートにおける大規模郵送調査の結果から　～. IPA／日本老年精神医学会，京都／WEB, 2021.9.16-18

5) 小原由紀，枝広あや子，岩崎正則，本川佳子，稲垣宏樹，横山友里，粟田主一，北村明彦，新開省二，平野浩彦：地域在住高齢者における「かかりつけ歯科医」の有無とフレイルとの関連について．第 80 回日本公衆衛生学会，東京＋WEB 開催，2021.12.21-23

6) 角田光隆:認知症高齢者等の事例と対応マニュアルの指針－趣旨説明、事例、高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－;マンションと地域包括支援センター;マンションと社会福祉協議会．日本マンション学会．2022 年 4 月 16 日

7) 角田光隆:マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活．日本マンション学会．2022 年 4 月 17 日．

8) 枝広あや子、岡村毅、本橋佳子、高橋知佳、宇良千秋、宮前史子、杉山美香、多賀 努、

中山莉子、山下真里、粟田主一．訪問口腔調査で明らかになった都市部在住認知症高齢者の口腔機能低下．第 22 回日本認知症ケア学会，2022 年 6 月 5 日～10 月 5 日（Web 開催）.

9) 中山莉子，多賀努，岡村毅，杉山美香，宇良千秋, 山下真里, 宮前史子, 枝広あや子, 粟田主一: 地域において認知症とともに生きる独居高齢者の安心感を醸成するには？第 22 回日本認知症ケア学会，2022 年 6 月 5 日～10 月 5 日（Web 開催）.

10) 宮前史子、多賀努、森倉三男、岩田裕之、見城澄子、杉山美香．地域住民が集まる本人ミーティングでは何が語られているのか？：DFCs 実現のための基礎的研究．第 22 回日本認知症ケア学会，2022 年 6 月 5 日～10 月 5 日（Web 開催）.

11) 杉山美香、岡村毅、枝広あや子、宮前史子、中山莉子、宇良千秋、小川まどか、多賀努、井藤佳恵、粟田主一．コロナ禍の認知症支援拠点の役割とその実践～第 2 回目の緊急事態宣言下での地域拠点の取り組み～第 22 回日本認知症ケア学会，2022 年 6 月 5 日～10 月 5 日（Web 開催）.

12) 稲垣宏樹、粟田主一、宇良千秋、枝広あや子、岡村毅、杉山美香、宮前史子、多賀努、平野浩彦、本川佳子、小原由紀、横山友里、北村明彦、新開省二：大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告　第 36 回日本老年精神医学会 2021 年 9 月 16 日-18 日，京都.

13) 森倉三男、井藤佳恵、宇良千秋、岡村毅、見城澄子、釘宮由紀子、杉山美香、多賀努、永瀬雅子、中山莉子、宮前史子、粟田主一：「地域の居場所」の利用によるフォーマルサービスの利用支援．第 36 回日本老年精神医学会 2021 年 9 月 16 日-18 日，京都.

14) 多賀努、井藤佳恵、宇良千秋、枝広あや子、岡村毅、岡村睦子、釘宮由紀子、見城澄子、杉山美香、津田修司、中山莉子、宮前史子、山下真理、粟田主一：心身の機能の低下した高齢者の「尊厳」観に関する実証的な研究：認知機能の低下した高齢者の尊厳観に立った支援の予備的な調査．第 36 回日本老年精神医学会, 2021 年 9 月 16 日-18 日，京都.

15) 佐久間尚子、鈴木宏幸、稲垣宏樹、小川将、枝広あや子、杉山美香、宮前史子、宇良千秋、岡村毅、粟田主一：大都市に暮らす高齢者の Trail Making Test の成績：TMT-B 完遂者のエラー1 回は健常範囲か？ 第 36 回日本老年精神医学会，2021 年 9 月 16 日-18 日，京都.

16) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一：独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究，第 63 回日本老年医学会学術集会，2021.6.11-27，名古屋（Web 開催）.

**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が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための手引き」の作成

研究分担者　栗田主一　東京都健康長寿医療センター研究所副所長

**研究要旨**

**目的：**本研究の目的は，自治体向け・住民向けの「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ための手引き」を作成することにある。

**方法：** 1）系統的文献レビューとエビデンスブックの作成：ガイドライン作成委員会を設置し、55 項目の CQ を設定してスコーピング・レビューを行い、それらを要約して CQ の回答文と解説文を作成した。CQ に対する回答集は「ガイドライン」とは命名せず、「エビデンスブック」と命名した．2）手引きの作成：エビデンスブック作成の下で構築されたナレッジベースを基礎にして，自治体関係者や専門職が日々の業務に役立てることができるように配慮した実用的な手引書を作成した．

**結果：**「エビデンスブック」と「手引き」は資料を参照．

**考察：**独居認知症高齢者の尊厳ある地域生活の継続をアウトカムとする研究は，国内外を通じてほとんどない．このテーマにフォーカスをあてた研究の蓄積が必要であり，それを踏まえた多様なステークホルダーを対象とするガイドラインを作成することが、今後の課題である。

**結論：**「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関するエビデンスブック」と「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ための手引き」を作成した．

## A.　研究目的

本研究の目的は、2019 年度から 2021 年度に実施された文献調査，既存統計資料等を活用した実態調査、疫学調査、事例調査、地域生活支援等の取組みに関する調査、アクションリサーチの結果を踏まえて，自治体向け・住民向けの「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ための手引き」を作成することにある。

## B.　研究方法

### 1）系統的文献レビューとエビデンスブックの作成

本研究テーマに関連する国内外の研究成果を渉猟するために，Arksey と O’Malley が発案したスコーピング・レビューの方法を PRISMA-ScR ガイドラインに示される手順を参考にして活用して系統的文献レビューを行った．すなわち、厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全･安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」研究班の中にガイドライン作成委員会を設置し、①55 項目の CQ を設定し、

②各 CQ について担当者を定め、PubMed 及び医学中央雑誌を基本データベースとして活用し、文献検索式を作成して文献を特定した。また、その他の情報源（特定された文献に引用されている文献、ハンドサーチで検索された文献・資料など）を用いて追加文献を特定し、③特定されたすべて文献の適格性を評価した上で、CQ 回答文作成に関連する重要文献を選択し、④それらを要約して CQ の回答文と解説文を作成した。尚、文献検索の過程において、CQ の内容を部分的に修正する必要が生じた場合には、ガイドライン作成委員会の承認を得てこれを許容した。尚、系統的文献レビューの過程において明らかにされたことであるが，この領域の研究は極めて未成熟であり、エビデンスレベルの高い介入研究がほとんどなされていない．したがって、現段階で科学的根拠に基づいたガイドラインを作成は困難と考えられた。そのため、CQ に対する回答集は「ガイドライン」とは命名せず、「エビデンスブック」と命名した．

**2）手引きの作成**

エビデンスブック作成の下で構築されたナレッジベースを基礎にして，自治体関係者や専門職が日々の業務に役立てることができるように配慮した実用的な手引書を作成した．

（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配慮した。なお、本研究では個人情報は扱っていない。

## C. 研究結果

**1）系統的文献レビューとエビデンスブックの作成**

資料として添付した「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関するエビデンスブック」を参照されたい．

**2）手引きの作成**

資料として添付した「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手引き」を参照されたい．

## D. 考察

**独居認知症高齢者**の尊厳ある地域生活の継続をアウトカムとする研究は，国内外を通じてほとんどない．このテーマにフォーカスをあてた研究の蓄積が必要であり，それを踏まえた多様なステークホルダーを対象とするガイドラインを作成することが、今後の課題である。

## E. 結論

現段階の国内外の研究成果を踏まえて，「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関するエビデンスブック」と「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ための手引き」を作成した．

## F. 研究発表

1. 論文発表


1) 粟田主一：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.
2) 粟田主一：認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究，精神医学 63: 505-514, 2021.
3) 粟田主一，笠貫浩史，加藤伸司，川勝忍，小林清樹，斎藤正彦，真田順子，繁田雅弘，古田光，池田学，日本老年精神医学会新型コロナ感染症影響調査ワーキンググループ．老年精神医学雑誌，32: 379-389, 2021.
4) 粟田主一：高島平スタディ．老年内科，4: 369-376, 2021.
5) 粟田主一：地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)．日本認知症ケア学会誌，20(3): 360-366, 2021.

6) 粟田主一:認知症の権利擁護と地域生活支援．医学のあゆみ，279(5): 420-423, 2021.
7) 粟田主一:若年性認知症の疫学と社会政策．医学のあゆみ，278(12): 1015-1022, 2021.
8) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一：独居認知症高齢者の行方不明の実態：150事例からの報告．老年精神医学雑誌，32: 469-479, 2021.
9) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, Awata S. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961. doi: 10.3390/ijerph182211961. PMID:34831719; PMCID: PMC8618461.
10) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, Hayakawa M, Mikami Y, Shirobe M, Inagaki H, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. PMID: 34813604; PMCID: PMC8610283.
11) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Jan;37(1). doi: 10.1002/gps.5635. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34601744.
12) Okamura T, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sakuma N, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Awata S. Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics. 2021 Nov;21(6):892-901. doi: 10.1111/psyg.12764. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34530494; PMCID: PMC8662134.
13) Yamamoto H, Sazuka M, Ishibashi M, Nogimori C, Takada K, Hamaya H, Yamada H, Awata S. DASC-21: a novel geriatric assessment for discriminating best supportive care in older patients with inoperable advanced non-small cell lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2021 Nov 1;51(11):1628-1635. doi: 10.1093/jjco/hyab137. PMID: 34453179.
14) Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Ito K, Awata S. After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community: A community observational survey. Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Dec;36(12):1970-1971. doi: 10.1002/gps.5608. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34392564.
15) Ito K, Ogisawa F, Furuta K, Awata S, Toba K. Development of a five-item short-form version of the Dementia Behavior Disturbance Scale. Geriatr Gerontol Int. 2021 Sep;21(9):870-871. doi: 10.1111/ggi.14234. Epub 2021 Jul 14. PMID: 34263527.
16) Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, Taga T, Tsuda S, Yamashita M, Miyamae F, Edahiro A, Inagaki H, Ogawa M, Okamura T, Awata S. The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. Psychogeriatrics. 2021 Sep;21(5):841-843. doi: 10.1111/psyg.12742. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34258824.
17) Mitsutake S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama

A, Sugiyama M, Awata S, Toba K, Ito H. Agreement on dementia severity levels between the 8-item and 21-item Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System. Geriatr Gerontol Int. 2021 Aug;21(8):748-749. doi: 10.1111/ggi.14205. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34109720.

18) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Awata S. Everyday lives of community-dwelling older people with dementia during the COVID-19 pandemic in Japan. Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Sep;36(9):1465-1467. doi:10.1002/gps.5553. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33848362; PMCID: PMC8250268.

19) Hayakawa M, Motokawa K, Mikami Y, Yamamoto K, Shirobe M, Edahiro A, Iwasaki M, Ohara Y, Watanabe Y, Kawai H, Kojima M, Obuchi S, Fujiwara Y, Kim H, Ihara K, Inagaki H, Shinkai S, Awata S, Araki A, Hirano H. Low Dietary Variety and Diabetes Mellitus Are Associated with Frailty among Community-Dwelling Older Japanese Adults: A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2021 Feb 16;13(2):641. doi:10.3390/nu13020641. PMID: 33669388; PMCID: PMC7920314.

20) Iwasaki M, Watanabe Y, Motokawa K, Shirobe M, Inagaki H, Motohashi Y, Mikami Y, Taniguchi Y, Osuka Y, Seino S, Kim H, Kawai H, Sakurai R, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Oral frailty and gait performance in community-dwelling older adults: findings from the Takashimadaira study. J Prosthodont Res. 2021 Oct 15;65(4):467-473. doi: 10.2186/jpr.JPR_D_20_00129. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33612666.

21) 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 Geriatr. 2021 Feb 19;21(1):131. doi: 10.1186/s12877-021-02084-2. PMID: 33607947; PMCID: PMC7893898.

22) Sakurai R, Inagaki H, Tokumaru AM, Sakurai K, Shimoji K, Kobayashi-Cuya KE, Kitamura A, Watanabe Y, Shinkai S, Awata S; Takashimadaira Study Group. Differences in the association between white matter hyperintensities and gait performance among older adults with and without cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int. 2021 Mar;21(3):313-320. doi: 10.1111/ggi.14132. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33494119.

23) Yamamoto K, Motokawa K, Yoshizaki T, Yano T, Hirano H, Ohara Y, Shirobe M, Hayakawa M, Inagaki H, Awata S, Shinkai S, Watanabe Y. Dietary variety is associated with sleep efficiency in urban-dwelling older adults: A longitudinal study. Clin Nutr ESPEN. 2021 Feb;41:391-397. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.10.013. Epub 2020 Dec 9. PMID: 33487295.

24) Sakurai R, Kim Y, Inagaki H, Tokumaru AM, Sakurai K, Shimoji K, Kitamura A, Watanabe Y, Shinkai S, Awata S. MMSE Cutoff Discriminates Hippocampal Atrophy: Neural Evidence for the Cutoff of 24 Points. J Am Geriatr Soc. 2021 Mar;69(3):839-841. doi: 10.1111/jgs.17010. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33417718.

25) 粟田主一：認知症とともに生きる人の社会参加を促進するために．地域ケアリング，24(5): 6-11, 2022.

26) 粟田主一 : 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしをくれる社会環境の創出に向けて．老年精神医学雑誌，31(3):211-217, 2022.

2. 学会発表

1) 粟田主一 : 認知症フレンドリー社会の実現をめざした地域疫学研究．第117回日本精神神経学会，2021. 9. 19-9. 21，京都（シンポジウム）.

## 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

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

# 要介護度の重度化要因に関する文献レビュー

―認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？―

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】認知症の有無が、要介護度の重度化要因であるか否かを、先行研究レビューにより明らかにすること。

【方法】医学中央雑誌を用いて、「要介護度状態区分 or 要介護度」「重度化 or 悪化」「要因」をキーワードとした and 検索を行い、会議録を除く 38 件を抽出した。また、厚生労働科学研究成果データベースを用いて、キーワード「認知症高齢者」で検索し、36 件を抽出した。これら論文等を精査し、最終的に 5 件の論文を採択した。

【結果】5 件の論文を精査した結果、

① 要介護度の重度化とその要因に関する先行研究をみる限り、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方が存在した。

② 軽度者を対象とした多くの論文では、起居動作や移動能力の低下、外出頻度の低下、買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘していた。

などがわかった。

【考察】要支援～軽度要介護者において、認知症の有無やその程度が、移動能力の低下、外出機会の減少、買い物の実行レベルの低下などに影響し、その結果、要介護度の重度化に結び付いている可能性が示唆されたが、今後、更なる検証が必要である。

## 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・介護従事者の主たる年齢層である 15～64 歳人口（生産年齢人口）の減少幅は拡大していくため、支える側と支えられる側の人口バランスが崩れることになる。

この状況に対応すべく、国は様々な施策を展開しているが、その中の重要な施策が、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。

さて、介護予防を実効あるものにするためには、重度化の要因に応じた対策を講じていく必要があるが、重度化要因に関する知見は十分には整理されていない。

そこで、本研究では、文献検索データベース（医学中央雑誌、厚生労働科学研究成果データベース）を用いて、要介護度の重度化要因に関する論文を抽出・精査し、先行研究の知見を整理するとともに、認知症の有無が、要介護度の重度化要因であるか否かを明らかにすることとした。

## B. 研究方法

医学中央雑誌を用いて、「要介護度状態区分 or 要介護度」「重度化 or 悪化」「要因」をキーワードとした and 検索を行い、会議録を除く 38 件を抽出した。また、厚生労働科学研究成果データベースを用いて、キーワード「認知症高齢者」で検索し、36 件を抽出した。これら論文等を精査し、最終的に 5 件の論文を採択した。

（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配慮した。なお、本研究では個人情報は扱っていない。

## C. 研究結果

採択された 5 論文から得られた知見について、以下整理する。

### 1） 柳原論文

地方の中規模 A 市の後期高齢者医療データベース(KDB)を使って、介護度の維持／重度化の経年的変化と介護サービス、疾病との関連を検討した論文である。

後期 KDB の 2012 年と 2015 年の 3 年分を結合し、要介護度 2 と 3 の 878 人を対象に、3 年後の維持群と重度化群で関連要因との関係を分析している。

その結果、介護度悪化と疾病との関連では、3 年後の群に呼吸器系、脳血管系、精神認知系疾患が増えていたが、ロジスティック回帰分析では、疾病と維持／重度化に有意な関連はみられなかったと報告されている。

### 2） 松田論文

東日本の一自治体における介護保険の認定調査データと介護レセプト、医科レセプトを個人単位で連結したデータベース（DB）を作成、本 DB から 2014 年度の要介護認定で要介護 1 と認定された在宅の対象者 11,658 人を抽出して 2017 年まで追跡し、DB で把握できる状態像や傷病に関する変数を用いて、要介護度の重度化に関連する要因をロジスティック回帰分析によって検討した論文である。

状態像としては寝返り、起き上がり、座位保持、両足および片足での立位、歩行、移乗、移動といった筋力の低下に関連する項目で自立していない者、その結果として外出の頻度が少なく、買い物に関して他者に依存している者で要介護度が悪化していたと報告している。認知症に関しては、認知症高齢者の日常生活自立度（認定データ）、および認知症の有無（医療レセプト病名）が用いられている。

単変量解析では、認知症の有無は有意になっていない。また、自立度に関しては、自立に比べ、Ⅲa では有意に重度化しやすいが、逆に、Ⅱa では有意に重度化しにくいという結果が報告されている。

### 3） 石山論文

居宅の介護保険利用者の要介護度の変化に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした論文である。

関東地方の居宅介護支援事業所 15 ヶ所のケアマネジャー14 名が担当する 260 名分の、初回から更新 3 回目のケアプラン 836 件を対象に調査が行われている。

要介護度の重度化と各要因の単変量解析では、認知症高齢者の日常生活自立度や認知症の有無との関連性はみられなかったと報告されている。

### 4） 和泉論文

在宅の軽度要介護認定高齢者の要介護度

の推移の状況とその要因を明らかにし、介護予防対策の示唆を得ることを目的とした論文である。

2004 年度の「要支援」1,555 人と「要介護 1」1,357 人の計 2,912 人について、基本属性、身体・心理・社会的項目に関する単変量解析、および 1 年後の要介護度と有意であった項目を用いた多重ロジスティック回帰分析を行っている。

その結果、要支援者および要介護 1 ともに、「老研式活動能力指標得点の 1 点あがるごと」のみが重度化を抑制する因子として抽出されている。要支援者では、「外出頻度の 1 週間に 1 回未満」「過去 1 年間の転倒経験あり」「うつ傾向」、要介護 1 では、「歩行の介助」、「排泄の失敗あり」が悪化を促進する因子として有意に関連していたと報告されている。

認知症に関しては、認知症早期発見スクリーニング得点が用いられている。単変量解析では同得点は有意であったが、ロジスティック解析では有意な項目とはなっていないと報告されている。

**5） 川越論文**

A 市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017 年 9 月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度及び住民基本台帳の世帯情報をもとに、対象者を「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論文である。

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要介護度と軽度化率の関係をみると、3 群とも要介護度が軽度な者で軽度化率が低い傾向が、他方、重度化率は、3 群とも要介護度が軽度な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）などがわかったと報告されている。

## D. 考察

要介護度の重度化とその要因に関する先行研究をみる限り、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方が存在した。

ただし、軽度者を対象とした多くの論文では、起居動作や移動能力の低下、外出頻度の低下、買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されていた。

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

今回分析した 5 論文においては、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方が存在したが、軽度者を対象とした多くの論文では、起居動作や移動能力の低下、外出頻度の低下、買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されていた。

要支援～軽度要介護者において、認知症の有無やその程度が、移動能力の低下、外出機会の減少、買い物の実行レベルの低下などに影響し、その結果、要介護度の重度化に結び付いている可能性が示唆されたが、今後、更なる検証が必要である。

（参考文献）


1）Yanagihara K, Fujiu M et al.: Analysis of Changes in Elderly People's Levels of Long-Term Care Needs and Related Factors With a Focus on Care Levels II and III, Journal of Wellness and Health Care. 41(2), 93-103, 2018.
2）松田晋哉，村松圭司ほか：認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析．日本ヘルスサポート学会年報，6，1-14，2021.
3）石山麗子，井上善行：居宅の介護保険利用者における要介護度の変化に影響を及ぼす要因，自立支援介護学，4(2)，140-148，2011.
4）和泉京子，阿曽洋子，山本美輪：「軽度要介護認定」高齢者の要介護度の推移の状況とその要因．老年社会科学，29(4)，471-484，2008.
5）川越雅弘，南拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一），令和２年度報告書, 2021.3.
6）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）.


## F．研究発表

１．論文発表

1）丸田道雄，田平隆行，川越雅弘：介護認定調査からみた認知症者の ADL・BPSD の実態と介入．作業療法ジャーナル，53 巻 11 号，1135-1140（2019.10）
2）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 巻 5 号，460-466（2020.5）
3）川越雅弘，南 拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の２年後の転帰，在宅継続率およびケアの場の移行状況．老年精神医学雑誌，33 巻 3 号，218-223（2022.3）

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：なし
２．実用新案登録：なし
３．その他

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

# 在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー

―認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？―

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】認知症の有無が、在宅療養を困難化させる要因であるか否かを、先行研究レビューにより明らかにすること。

【方法】医学中央雑誌を用いて、「要介護者 or 要介護高齢者」「在宅継続 or 在宅生活継続 or 施設入所 or 施設移行」「要因」をキーワードとした and 検索を、また、PubMed を用いて、「care the elderly」「home continuation or institutionalization」「factor」をキーワードとした and 検索を行い、それぞれ 36 件、162 件の論文を抽出した。さらに、ハンドサーチで収集した報告書や論文を精査し、最終的に 5 件の論文を採択した。

【結果】海外及び筆者が行ったコホート研究から、

① 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いこと（特に、要介護 2～3 において）

② 認知症は、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であること

が確認できた

【考察】在宅療養を困難化させる要因には、認知症以外の本人要因や家族・介護者要因、サービス要因なども複雑に関係している。

認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における要援護高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

## A. 研究目的

厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している。

同システムの基本理念は、「在宅生活の継続性確保」にあるが、在宅療養を希望する要支援・要介護高齢者（以下、要援護高齢者）が、様々な理由により、居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下、施設移行）を余儀なくされるケースは多い。

こうした状況を出来るだけ防ぐためには、在宅生活の継続を困難化させる要因を明ら

かにする必要があるが、知見は十分には整理されていない。

そこで、本研究では、文献検索データベース（医学中央雑誌、PubMed、厚生労働科学研究成果データベースなど）を用いて、要支援・要介護高齢者の在宅療養の阻害要因に関する論文を抽出・精査し、先行研究の知見を整理するとともに、認知症の有無が、在宅療養の継続性を阻害する要因であるか否かを明らかにすることとした。

## B. 研究方法

医学中央雑誌を用いて、「要介護者 or 要介護高齢者」「在宅継続 or 在宅生活継続 or 施設入所 or 施設移行」「要因」をキーワードとした and 検索を、また、PubMed を用いて、「care the elderly」「home continuation or institutionalization」「factor」をキーワードとした and 検索を行い、それぞれ 36 件、162 件の論文を抽出した。さらに、ハンドサーチで収集した報告書や論文を精査し、最終的に 5 件の論文を採択した。

（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配慮した。なお、本研究では個人情報は扱っていない。

## C. 研究結果

採択された論文から得られた知見について、以下整理する。

### 1） 海外における先行研究

海外では、ナーシングホームへの入所要因に関する縦断調査が多数報告されている。

Gaugler ら [1]は、12 の調査をメタ分析し、ナーシングホームへの入所を予測する因子として、①自立していない ADL 項目が 3 項目以上ある（OR= 3.25、95%CI=2.56-4.09）、②認知障害がある（OR=2.54、 CI=1.44-4.51）、③過去に入所経験がある（OR=3.47、 CI=1.89-6.37）ことを、また、Bharucha ら [2]は、①認知症である（HR=5.09、 95%CI=2.92-8.84）、②年齢が高い（HR=1.06、 95%CI=1.03-1.10）、③IADL の自立度が低い（HR=1.31、95%CI=1.15-1.50）、④社会的サポートが弱い（HR=1.27、 95% CI=1.10-1.46）、⑤処方数が多い（HR=1.21、 95%CI=1.11-1.32）ことを挙げている。

これら結果から、認知症であることが、ナーシングホーム入所の強力な予測因子の 1 つであることがわかる。

### 2） 日本における横断研究

日本では、1980 年代後半から、在宅要援護高齢者の施設入所要因に関する研究が行われている。

中島ら [3]は、医中誌の原著論文を対象に、「在宅介護（在宅ケア）」「高齢」を条件にした上で「継続 or 困難 or 連携」をキーワードに検索を行い（2010 年 7 月実施）、内容確認の上、79 論文をレビューしている。その中で、在宅継続を促進する本人要因として、

① ADL の状態が安定していること（特に、排泄介助が不要であること）

② 認知症があり、かつ、BPSD が生じていることが多くの論文で共通していた

と報告している。

また、重度要介護高齢者に限定した調査を行った石附ら [4]は、「在宅で長期介護を受けている重度要介護者 325 人」と、「在宅から施設入所した重度要介護者 102 人」の在宅時の状況を比較し、認知症であることや過去 1 年間の入院歴が、在宅の長期継続を阻害する要因であると報告している。ただ

し、これらの多くは、ケアマネジャーを対象とした横断調査であり、同じ対象者を追跡したコホート研究ではない点に留意が必要である。

### 3） 日本におけるコホート研究

筆者ら[5]は、A 市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017 年 9 月時点）時の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、対象者を「認知症群」6、424 人と「非認知症群」5、643 人に分けた上で、2 年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、性別要介護度別に比較した。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、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
② 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（$\chi^2$検定、$p<0.001$）
③ 2 群の在宅継続率の差をベースライン時の要介護度別にみると、「要介護 3」が最も大きく、次いで「要介護 2」「要介護 4」「要支援 1」の順であった

などがわかったと報告している。

## 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。

認知機能障害は、ADL・IADL 障害や各種リスクの増大（健康面・安全面）、介護負担の増大などを引き起こすが、これら要因が複合的に関わって、在宅生活を困難化させている可能性が示唆された。

## E. 結論

海外及び筆者が行ったコホート研究から、認知症であることが、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた。

ただし、在宅生活の継続性を困難化させる要因には、認知症以外の本人要因や家族・介護者要因、サービス要因なども複雑に関係している。認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における要援護高齢者の療養場所の移行の実態を把握すると

ともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

（参考文献）


1）Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, et al.: Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics、 7: 13、 2007.
2）Bharucha AJ, Pandav R Shen C, et al.: Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society、 52 (3): 434-439、 2004.
3）中島民恵子，中西三春，沢村香苗：大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書．医療経済研究機構 2012.
4）石附 敬，和気純子，遠藤英俊：重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因、老年社会科学 31(3)；359-365、2009.
5）川越雅弘，南 拓磨：在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異．厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業 令和 3 年度総括・分担研究報告書．26-31、2021.


## F．研究発表

1．論文発表


1）丸田道雄、田平隆行、川越雅弘：介護認定調査からみた認知症者の ADL・BPSD の実態と介入．作業療法ジャーナル、53 巻 11 号、1135-1140（2019.10）
2）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 巻 5 号、460-466（2020.5）
3）川越雅弘、南 拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の 2 年後の転帰、在宅継続率およびケアの場の移行状況．老年精神医学雑誌、33 巻 3 号、218-223（2022.3）


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：なし
2．実用新案登録：なし
3．その他

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

# 認知症高齢者における要介護度の重度化要因に関する文献レビュー

―独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？―

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】独居であることが、認知症高齢者における要介護度の重度化要因であるか否かを、先行研究レビューにより明らかにすること。

【方法】医学中央雑誌を用いて、「認知症高齢者」「重度化 or 悪化」「要因」をキーワードとした and 検索を行い、会議録を除く 19 件を抽出した（これに「独居 or 一人暮らし」でさらに and 検索すると該当する論文は皆無であったため、このキーワードを除いた 19 件を精査することとした)。また、厚生労働科学研究成果データベースを用いて、キーワード「認知症高齢者」で検索し、36 件を抽出した。これら論文等を精査し、最終的に 1 件の論文を採択した。

【結果】①キーワード「独居」「認知症高齢者」「重度化／悪化」で and 検索した場合でも、抽出された論文はわずか 6 件のみであった、②この 6 件のうち、重度化要因を分析した関連論文は、筆者らが行った 1 件のみであった。該当した筆者らの研究では、認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが、認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった。

【考察】採択された 1 論文の結果をみる限り、認知症の有無などの他の要因に比べ、家族同居の有無が要介護度の重度化に及ぼす影響は相対的に低いと考えられた。

認知機能障害が様々な生活機能障害を引き起こし、その結果として要介護度の重度化が起こるとした場合、生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与がどのように関係しているのか、介護サービスは何をどのように代替しているのかなど、総合的に検証していく必要があると考える。

## A. 研究目的

認知症施策大綱では、「共生」と「予防」を両輪とした対策を推進する方向が示されている。したがって、認知症高齢者の重度化を防ぐことは、地域で暮らし続けられるためにも重要なテーマとなる。

さて、認知症高齢者の場合、認知機能障害に伴って、様々な生活障害を引き起こす。その結果、活動性が低下したり、活動内容が制限されたりする場合もある。こうした日常生活の活動低下を引き起こす要因の 1 つが家族の有無や家族の関わり方である。

独居高齢者が増加していくなか、家族の有無が要介護度の重度化に影響しているのか否かを明らかにし、今後の家族の関わり方や介護サービスや地域住民による支援の

あり方策を考える上で参考にしていく必要があるが、認知症高齢者の要介護度の重度化要因に関する知見は十分には整理されていない。

そこで、本研究では、文献検索データベース（医学中央雑誌、厚生労働科学研究成果データベース）を用いて、認知症高齢者の要介護度の重度化要因に関する論文を抽出・精査し、先行研究の知見を整理するとともに、同居家族の有無が、認知症高齢者の要介護度の重度化要因であるか否かを明らかにすることとした。

## B. 研究方法

医学中央雑誌を用いて、「認知症高齢者」「重度化 or 悪化」「要因」をキーワードとした and 検索を行い、会議録を除く 19 件を抽出した（これに「独居 or 一人暮らし」でさらに and 検索すると該当する論文は皆無であったため、このキーワードを除いた 19 件を精査することとした）。また、厚生労働科学研究成果データベースを用いて、キーワード「認知症高齢者」で検索し、36 件を抽出した。これら論文等を精査し、最終的に 1 件の論文を採択した。

（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配慮した。なお、本研究では個人情報は扱っていない。

## C. 研究結果

採択された 1 論文から得られた知見について、以下整理する。

### 1） 川越論文

A 市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017 年 9 月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度及び住民基本台帳の世帯情報をもとに、対象者を「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。

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。

などがわかった。

## D. 考察

筆者らの研究から、要介護度によって、認知症の独居／非独居群間で改善率や重度化率に差は見られたものの、認知症の有無と要介護度の重度化の関係性に比べれば、その影響は小さいことが確認された。

認知機能障害が様々な生活機能障害を引き起こし、その結果として要介護度の重度化が起こるとした場合、生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与、介護サービスによる代替性などがどのように関係しているのか、また、どのような関わり方が良いのか、こうした視点での分析が今後必要と考える。

## E. 結論

認知症の有無などの他の要因に比べ、家族同居の有無が要介護度の重度化に及ぼす

影響は相対的に低いと考えられた。

（参考文献）

1）川越雅弘，南拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一），令和 2 年度報告書, 2021.3.
2）川越雅弘，南拓磨：要介護度の重度化要因に関する文献レビュー―認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか？―．厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一），令和 3 年度報告書, 2022.3.

## F. 研究発表

１．論文発表

1）丸田道雄，田平隆行，川越雅弘：介護認定調査からみた認知症者の ADL・BPSD の実態と介入．作業療法ジャーナル，53 巻 11 号，1135-1140（2019.10）
2）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 巻 5 号，460-466（2020.5）
3）川越雅弘，南 拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の 2 年後の転帰，在宅継続率およびケアの場の移行状況．老年精神医学雑誌，33 巻 3 号，218-223（2022.3）

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：なし
２．実用新案登録：なし
３．その他

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

# 認知症高齢者の在宅療養を困難化させる要因に関する文献レビュー

―独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか？―

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】独居であることが、認知症高齢者の在宅療養を困難化させる要因であるか否かを、先行研究レビューにより明らかにすること。

【方法】医学中央雑誌を用いて、「認知症高齢者」「一人暮らし or 独居」「在宅継続 or 在宅生活継続 or 施設入所 or 施設移行」をキーワードとした and 検索を、また、PubMed を用いて、「care the elderly」「Dementia」「home continuation or institutionalization」「live alone or living alone or single person」をキーワードとした and 検索を行い、それぞれ 8 件、56 件の論文を抽出した。さらに、ハンドサーチで収集した報告書や論文を精査し、最終的に 6 件の論文を採択した。

【結果】筆者が行ったコホート研究から、

① 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いこと
② 女性は全ての要介護度で、独居群の在宅継続率が低いこと

が確認できた

【考察】海外及び筆者が行った調査から、独居群で女性の割合が高いことが確認できた。また、コホート研究から、独居であることが、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた。

ただし、認知症高齢者の在宅生活の継続性を困難化させる要因には、本人要因や家族・介護者要因、サービス要因（アクセスを含む）、リスク要因なども複雑に関係している。家族がいる場合、本人ができない部分を代替している、ないし何らかの対応策を講じている可能性があり、その結果、在宅生活が継続できている可能性がある。こうした分析も今後必要となろう。

いずれにしろ、認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における認知症高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、独居の認知症高齢者の在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

## A. 研究目的

厚生労働省は、重度な要介護状態あるいは認知症になったとしても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している。

同システムの基本理念は、「在宅生活の継続性確保」にあるが、在宅療養を希望する認知症高齢者が、様々な理由により、居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下、施設移行）を余儀なくされるケースは多い。

こうした状況を出来るだけ防ぐためには、認知症高齢者の在宅生活の継続を困難化させる要因を明らかにする必要があるが、知見は十分には整理されていない。

そこで、本研究では、文献検索データベース（医学中央雑誌、PubMed、厚生労働科学研究成果データベースなど）を用いて、認知症高齢者の在宅療養の阻害要因に関する論文を抽出・精査し、先行研究の知見を整理するとともに、家族独居の有無が、在宅療養の継続性を阻害する要因であるか否かを明らかにすることとした。

## B. 研究方法

医学中央雑誌を用いて、「認知症高齢者」「一人暮らし or 独居」「在宅継続 or 在宅生活継続 or 施設入所 or 施設移行」をキーワードとした and 検索を、また、PubMed を用いて、「care the elderly」「Dementia」「home continuation or institutionalization」「live alone or living alone or single person」をキーワードとした and 検索を行い、それぞれ 8 件、56 件の論文を抽出した。さらに、ハンドサーチで収集した報告書や論文を精査し、最終的に 6 件の論文を採択した

（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配慮した。なお、本研究では個人情報は扱っていない。

## C. 研究結果

採択された論文から得られた知見について、以下整理する。

### 1） 海外における先行研究

松下[3]は、一人暮らし認知症高齢者に関する研究を概観するため、国内外の文献レビューを実施している（2011 年 2 月実施）。なお、英文献に用いられたデータベースは、CINAHL、MEDLINE、PubMed、British Nursing Index、PsycINFO および SocINDEX である。

このうち、独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性（性・年齢・教育背景・収入など）を比較した論文をみると、独居群は非独居群に比べ、①女性が多い[1]、②年齢は同程度ないし高い、③教育背景には差がない[1]、④収入は有意に低いなどが報告されている。

また、ADL／IADL を比較した論文をみると、独居群の方が、非独居群に比べ、ADL／IADL は同程度かそれより良好と報告されている一方で、着替え、食事、清掃、服薬や金銭管理の能力は高いが、身繕い、洗濯、電話、公共交通機関の利用については低かったとする報告もあり、ADL／IADL はまとめて評価できず、項目によって自立度に偏りがあると考えられた。

両群のリスク要因を比較した論文[2]では、独居群で、①栄養障害、②転倒、③小火、④金銭・服薬・衛生管理などのリスクが高いと報告されている。

このように、独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性・特性、ADL／IADL、リスク要因、サービス利用状況などを比較した論文はあるものの、在宅継続率を2群間で比較した論文は見当たらない。

**2） 日本における先行研究**

中島ら[4]は、独居認知症高齢者の在宅生活継続を阻害するリスク尺度の開発に向け、CiNii の論文を対象に、「認知症」「独居 or 一人暮らし」をキーワードに検索を行い（2018 年 10 月実施）、136 論文を抽出し、その中の 6 論文に対してレビューを行っている。その結果、主なリスクとして、①道に迷うや火事等の「生命の安全確保の危機によって生じるリスク」、②服薬管理や排泄の自立等の「セルフマネジメント低下によって生じるリスク」、③フォーマルケアの拒否やインフォーマルケアとの関係性等「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」等が挙げられていたと報告している。

海外では、独居と非独居の認知症高齢者を比較した論文はあるものの、日本では独居認知症高齢者に限定した調査がほとんどで、2群間の属性や特性、ADL 等を比較した論文はほとんどない。また、在宅継続率を比較した論文は見られない。

**3） 日本におけるコホート研究**

筆者ら[5]は、A 市の在宅の要支援・要介護認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）を対象に、ベースライン（2017 年 9 月時点）時の住民基本台帳に基づく世帯情報をもとに「独居群」2、897 人と「非独居群」3、527 人に分けた上で、2 年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、性別要介護度別に比較した。その結果、

① 女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群で女性の割合が高かった

② 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、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

③ 世帯構成（独居・非独居）と 2 年後の在宅継続の有無の関係性を分析した結果、独居群で有意に在宅継続率が低かった（$\chi^2$検定、$p<0.001$）

④ 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。

⑤ 他方、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

などがわかったと報告している。

## 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。

家族が同居している場合、本人ができない部分を代替している、ないし何らかの対応策を講じている可能性があり、その結果、在宅生活が継続できている可能性が示唆された。

## E. 結論

海外及び筆者が行った調査から、独居群で女性の割合が高いことが確認できた。また、コホート研究から、独居であることが、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた。

ただし、認知症高齢者の在宅生活の継続性を困難化させる要因には、本人要因や家族・介護者要因、サービス要因（アクセスを含む）、リスク要因なども複雑に関係している。家族がいる場合、本人ができない部分を代替している、ないし何らかの対応策を講じている可能性があり、その結果、在宅生活が継続できている可能性がある。こうした分析も今後必要となろう。

（参考文献）


1）Webber P, Fox P, Burnette D : Living alone with Alzheimer's disease; effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist、34(1)；8-14、1994.
2）Tuokko H, MacCourt P, Heath Y : Home alone with dementia. Aging & Mental Health、3(1)；21-27、1999.
3）松下由美子：一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー．日本在宅ケア学会誌 15(2)；25-34、2012.
4）中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続に関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.
5）川越雅弘、南 拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業 令和 3 年度総括・分担研究報告書．32-37、2021.
6）犬山綾乃、 諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因、千葉看護学会会誌 25(1)；37-46、2019.


## F. 研究発表

1．論文発表

1）丸田道雄、田平隆行、川越雅弘：介護認定調査からみた認知症者の ADL・BPSD の実態と介入．作業療法ジャーナル、53 巻 11 号、1135-1140（2019.10）
2）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 巻 5 号、460-466（2020.5）
3）川越雅弘、南 拓磨：一人暮らし在宅認知症高齢者の 2 年後の転帰、在宅継続率およびケアの場の移行状況．老年精神医学雑誌、33 巻 3 号、218-223（2022.3）

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：なし

２．実用新案登録：なし

３．その他

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

本年度は、2019 年度に実施した郵送自記式アンケート調査のデータならびに自治体より提供を受けた死亡や転出、要介護認定といった転帰情報を用いて、独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、非独居または認知機能低下のない高齢者と比較して、死亡リスクや継続居住、要介護認定の受領に関して異なる特徴があるのかを明らかにすることを目的に分析を行った。

その結果、独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が有意に高いことが示された。

同居者がいる、または、認知機能低下がない対象者との比較から、死亡に関しては、認知機能低下と独居であることがともにリスク要因であることと考えられた。転出、すなわち、同一地域での継続居住を困難にする要因としては、独居であることがリスクになることが示された。要介護認定については、認知機能の低下が有意に関連しており、かつ独居の場合、同居者がいるよりも、相対的に認定を受けていないことが示された。

## 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ならびに自治体より提供を受けた 2020 年度および 2021 年度の転帰情報を用いて、認知機能の低下および同居者の有無を説明変数、①死亡、②転出、③要介護認定への移行を目的変数として、それらの関連を分析・検討した。具体的

には、独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、非独居または認知機能低下のない高齢者と比較して、死亡リスクや継続居住、要介護認定の受領に関して異なる特徴があるのかを明らかにすることを目的に分析を行った。

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」と連携して実施しており、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。2019 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、2020 年度に実施が計画されていた会場調査は中止された。以降の研究計画は修正され、郵送調査（継続調査）と会場調査が 2021 年度に実施された。

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、郵送法および郵送留置き法による自記式アンケート方式で実施した。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。これらの情報をベースラインとし（2019 年）、以降対象地域の項目については、転機情報として 2020 年、2021 年にも情報提供を受けた。

5. 分析方法

異動情報について、2020 年または 2021 年に「死亡」、「転出（転出、区外転出、対象地域外への転出、出国）」を「あり（1）／なし（0）」の二値に変換し、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。

要介護認定への移行について、2021 年の要介護度（要支援 1～要介護 5）の情報に基づき、認定が①「要支援 1」以上で「認定あり（1）／なし（0）」の二値、②「要介護 1」以上で「認定あり（1）／なし（0）」の二値に変換し、それぞれ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）を組み合わせた 4 群を設定した。いずれの分析においても、性別と年齢、2019 年の要介護認定の有無を調整変数として同時投入した。

（倫理面への配慮）

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. 「死亡」との関連

郵送票の返送があった 7,312 名中「死亡」は 203 名（2.8%）だった。世帯状況が「同居者なし（一人暮らし）」で、認知機能低下「あり」では 194 名中 22 名（11.3%）、認知機能低下「なし」では 2,432 名中 58 名（2.4%）だった。「同居者あり」で、認知機能低下「あり」で 364 名中 44 名（12.1%）、認知機能低

下「なし」で 4,227 名中 73 名（1.7%）だった（表 1）。

「死亡」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果（表 2）、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、他の 3 群でオッズ比が有意に高い、すなわち死亡者の比率が多いことが示された。各群のオッズ比は、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下なし」群で 1.469（95%信頼区間 1.026-2.102）、p=0.036、「同居者あり／認知機能低下あり」群で 3.452（95%信頼区間 2.156-5.526）、p<0.001、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」群で 3.680（95%信頼区間 2.029-6.673）、p<0.001 であった。

また、性別（OR=0.268、95%信頼区間 0.194-0.370、p<0.001）、年齢（OR=1.084、95%信頼区間 1.059-1.109、p<0.001）、2019 年の要介護認定状況（OR=1.919、95%信頼区間 1.274-2.892、p=0.002）についても有意な関連が示された。

2. 「転出」との関連

7,312 名中「転出」は 153 名（2.1%）だった。世帯状況が「同居者なし（一人暮らし）」で、認知機能低下「あり」では 194 名中 9 名（4.6%）、認知機能低下「なし」では 2,432 名中 68 名（2.8%）だった。「同居者あり」で、認知機能低下「あり」で 364 名中 8 名（2.2%）、認知機能低下「なし」で 4,227 名中 62 名（1.5%）だった（表 1）。

「転出」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果（表 2）、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「同居者なし」の 2 群でオッズ比が有意に高い、すなわち転出した者の比率が多いことが示された。各群のオッズ比は、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下なし」群で 2.079（95%信頼区間 1.463-2.955）、p<0.001、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」群で 4.934（95%信頼区間 2.178-11.175）、p<0.001 であった。

また、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況については有意な関連が示されなかった。

3. 要介護認定状況との関連①：要支援 1 以上

2021 年時点で「要支援 1」以上の要介護認定を受けていたのは回答者 7,312 名中 1,038 名（14.2%）だった。世帯状況が「同居者なし（一人暮らし）」で、認知機能低下「あり」では 194 名中 123 名（63.4%）、認知機能低下「なし」では 2,432 名中 351 名（14.4%）だった。「同居者あり」で、認知機能低下「あり」で 364 名中 216 名（59.3%）、認知機能低下「なし」で 4,227 名中 324 名（7.7%）だった（表 1）。

2019 年時点で要介護認定を受けていなかった対象者（すなわち、調査期間中に新規に「要支援 1」以上の要介護認定を受けた）に限ると、全体では 446 名（6.1%）、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」で 15 名（7.7%）、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下なし」で 146 名（6.0%）、「同居者あり／認知機能低下あり」で 4 名（1.1%）、「同居者あり／認知機能低下なし」で 49 名（1.2%）だった。

「2021 年時の要介護認定（要支援 1 以上）」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護

認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果（表 2)、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「認知機能低下あり」の 2 群でオッズ比が有意に高い、すなわち要介護認定を受けている対象者の比率が多いことが示された。各群のオッズ比は、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」群で 5.772（95%信頼区間 3.100-10.747）、p<0.001、「同居者あり／認知機能低下あり」群で 6.598（95%信頼区間 4.442-9.799）、p<0.001 であった。

また、年齢（OR=1.129、95%信頼区間 1.110-1.149、p<0.001）、2019 年の要介護認定状況（OR=133.394、95%信頼区間 91.937-193.543、p<0.001）についても有意な関連が示された。

4. 要介護認定状況との関連②：要介護 1 以上

2021 年時点で「要介護 1」以上の要介護認定を受けていたのは回答者 7,312 名中 514 名（7.0%）だった。世帯状況が「同居者なし（一人暮らし）」で、認知機能低下「あり」では 194 名中 86 名（44.3%）、認知機能低下「なし」では 2,432 名中 120 名（4.9%）だった。「同居者あり」で、認知機能低下「あり」で 364 名中 160 名（44.0%）、認知機能低下「なし」で 4,227 名中 134 名（3.2%）だった（表 1)。

2019 年時点で要介護認定を受けていなかった対象者（すなわち、調査期間中に新規に「要介護 1」以上の要介護認定を受けた）に限ると、全体では 174 名（2.4%）、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」で 12 名（6.2%）、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下なし」で 54 名（2.2%）、「同居者あり／認知機能低下あり」で 27 名（7.4%）、「同居者あり／認知機能低下なし」で 78 名（1.8%）だった。

「2021 年時の要介護認定（要介護 1 以上）」を目的変数、性別、年齢、2019 年の要介護認定状況を調整変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果（表 2)、「同居者あり／認知機能低下なし」群に対し、「認知機能低下あり」の 2 群でオッズ比が有意に高い、すなわち要介護認定を受けている対象者の比率が多いことが示された。各群のオッズ比は、「同居者なし（一人暮らし）／認知機能低下あり」群で 5.276（95%信頼区間 3.362-8.277）、p<0.001、「同居者あり／認知機能低下あり」群で 7.727（95%信頼区間 5.460-10.936）、p<0.001 であった。

また、性別（OR=0.760、95%信頼区間 0.590-0.979、p=0.034）、年齢（OR=1.085、95%信頼区間 1.064-1.106、p<0.001）、2019 年の要介護認定状況（OR=12.029、95%信頼区間 9.214-15.703、p=0.002）についても有意な関連が示された。

D. 考察

独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、非独居または認知機能低下のない高齢者と比較して、死亡リスクや継続居住、要介護認定の受領に関して異なる特徴があるのかを明らかにすることを目的に分析を行った。

独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡（OR=3.680）、転出（OR=4.934）、要介護認定（要支援 1 以上 OR=5.772、要介護 1 以上 OR=5.276）の出現率が有意に高いことが示された。

「死亡」に関しては、認知機能低下の疑いがある場合、独居ではなくてもオッズ比が

3.452 と、独居者と大きく差がないため、認知機能の低下がリスク要因となっていると考えられる。ただし、認知機能低下がない場合でも、独居者で死亡の出現率が有意に高く（OR=1.469）、一人暮らしであることも認知機能低下ほど強くはないがリスク要因であることを示していると考えられた。

「転出」に関しては、認知機能低下がない独居者において、出現率が有意に高く（OR=2.079）、独居であることが転出、すなわち、継続居住を困難にする要因であることを示していると考えられる。

要介護認定状況に関しては、要支援 1 以上、要介護 1 以上の場合ともに、同居者がいる認知機能低下高齢者でも有意に出現率が高く、かつオッズ比は独居の認知機能低下高齢者より大きいことが示された（それぞれ OR=6.598、OR=7.727）。認知機能の低下が要介護認定を受けるかどうかの要因となっている。一方で、認知機能低下者では同居者がいる場合に比べ独居者で出現率が低い、すなわち要介護認定を受けているものが少ないという結果は、一つは独居者の方が健康状態が良好なものが多い可能性と、独居認知症高齢者が介護情報や申請窓口へのアクセスが困難である可能性を示していると考えられた。

## E. 結論

本年度は、2019 年度に実施した郵送自記式アンケート調査のデータならびに自治体より提供を受けた死亡や転出、要介護認定といった転帰情報を用いて、独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、非独居または認知機能低下のない高齢者と比較して、死亡リスクや継続居住、要介護認定の受領に関して異なる特徴があるのかを明らかにすることを目的に分析を行った。

その結果、独居で認知機能低下が疑われる高齢者は、同居者がおり認知機能低下がない高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が有意に高いことが示された。

同居者がいる、または、認知機能低下がない対象者との比較から、死亡に関しては、認知機能低下と独居であることがともにリスク要因であることと考えられた。転出、すなわち、同一地域での継続居住を困難にする要因としては、独居であることがリスクになることが示された。要介護認定については、認知機能の低下が有意に関連しており、かつ独居の場合、同居者がいるよりも、相対的に認定を受けていないことが示された。

## F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

① 稲垣宏樹, 粟田主一, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 杉山美香, 宮前史子, 多賀努, 平野浩彦, 本川佳子, 小原由紀, 横山友里 : 大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告～ 高島平 2019 コホートにおける大規模郵送調査の結果から～. IPA／日本老年精神医学会, 京都／WEB, 2021.9.16-18

② 小原由紀, 枝広あや子, 岩崎正則, 本川佳子, 稲垣宏樹, 横山友里, 粟田主一, 北村明彦, 新開省二, 平野浩彦 : 地域在住高齢者における「かかりつけ歯科医」の有無とフレイルとの関連について. 第 80 回日本公衆衛生学会, 東

京＋WEB 開催, 2021.12.21-23

G．知的財産権の出願・登録状況

なし。

表 1　世帯状況および認知機能の状態別の対象者の属性

| 世帯状況 | 一人暮らし | | | | 同居者あり | | | | 合計 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 認知機能低下 (自記式認知症ﾁｪｯｸﾘｽﾄ) | 低下なし (19点以下) | **低下あり (20点以上)** | 欠損 | 合計 | 低下なし (19点以下) | **低下あり (20点以上)** | 欠損 | 合計 | 低下なし (19点以下) | **低下あり (20点以上)** | 欠損 | 合計 |
| 対象者数 | 2434 | **194** | 46 | 2674 | 4227 | **364** | 47 | 4638 | 6661 | **558** | 93 | 7312 |
| 女性 | 1566 | **135** | 24 | 1725 | 2232 | **183** | 17 | 2432 | 3798 | **318** | 41 | 4157 |
| 女性% | 64.2% | **69.6%** | 52.2% | 64.5% | 52.7% | **50.0%** | 36.2% | 52.4% | 57.0% | **57.0%** | 44.1% | 56.9% |
| 65-74歳 | 1053 | **22** | 18 | 1093 | 2219 | **67** | 13 | 2299 | 3272 | **89** | 31 | 3392 |
| 75-84歳 | 1071 | **82** | 19 | 1172 | 1762 | **178** | 23 | 1963 | 2833 | **260** | 42 | 3135 |
| 85歳以上 | 310 | **90** | 9 | 409 | 246 | **119** | 11 | 376 | 556 | **209** | 20 | 785 |
| 後期高齢（75歳以上）% | 56.6% | **88.7%** | 60.9% | 59.1% | 47.4% | **81.1%** | 72.3% | 50.4% | 72.3% | **72.3%** | 72.3% | 72.3% |
| 平均年齢 | 76.2 | **83.5** | 77.6 | 76.7 | 74.5 | **81.1** | 78.8 | 75.0 | 75.1 | **81.9** | 78.2 | 75.7 |
| 死亡 | 58 | **22** | 2 | 82 | 73 | **44** | 4 | 121 | 131 | **66** | 6 | 203 |
| 死亡% | 2.4% | **11.3%** | 4.3% | 3.1% | 1.7% | **12.1%** | 8.5% | 2.6% | 2.0% | **11.8%** | 6.5% | 2.8% |
| 転出 | 68 | **9** | 6 | 83 | 62 | **8** | 0 | 70 | 130 | **17** | 6 | 153 |
| 転出% | 2.8% | **4.6%** | 13.0% | 3.1% | 1.5% | **2.2%** | 0.0% | 1.5% | 2.0% | **3.0%** | 6.5% | 2.1% |
| 要介護認定（要支援１以上） | 351 | **123** | 9 | 483 | 324 | **216** | 15 | 555 | 675 | **339** | 24 | 1038 |
| 要介護認定（要支援１以上）% | 14.4% | **63.4%** | 19.6% | 18.1% | 7.7% | **59.3%** | 31.9% | 12.0% | 10.1% | **60.8%** | 25.8% | 14.2% |
| 要介護認定（要介護１以上） | 120 | **86** | 2 | 208 | 134 | **160** | 12 | 306 | 254 | **246** | 14 | 514 |
| 要介護認定（要介護１以上）% | 4.9% | **44.3%** | 4.3% | 7.8% | 3.2% | **44.0%** | 25.5% | 6.6% | 3.8% | **44.1%** | 15.1% | 7.0% |
| （2019年の要介護未認定者のみ） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定（要支援１以上） | 146 | **15** | 6 | 167 | 173 | **49** | 4 | 226 | 319 | **64** | 10 | 393 |
| 要介護認定（要支援１以上）% | 6.0% | **7.7%** | 13.0% | 6.2% | 4.1% | **13.5%** | 8.5% | 4.9% | 4.8% | **11.5%** | 10.8% | 5.4% |
| 要介護認定（要介護１以上） | 54 | **12** | 1 | 67 | 78 | **27** | 2 | 107 | 132 | **39** | 3 | 174 |
| 要介護認定（要介護１以上）% | 2.2% | **6.2%** | 2.2% | 2.5% | 1.8% | **7.4%** | 4.3% | 2.3% | 2.0% | **7.0%** | 3.2% | 2.4% |

表 2　世帯状況と認知機能の状態と死亡、転出、要介護認定状況との関連（二項ロジスティック回帰分析）

| 目的変数 | 説明変数 | | 単変量 | | | | 多変量（性別，年齢，2019年の認定状況） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | オッズ比 | 95% 信頼区間 | | p値 | オッズ比 | 95% 信頼区間 | | p値 | |
| | 同居者 | 認知機能低下 | | 下限 | 上限 | | | 下限 | 上限 | | |
| 死亡 | あり（非独居） | なし（健常） | | | | | | | | | |
| | なし（独居） | なし（健常） | 1.415 | 0.999 | 2.005 | 0.051 | 1.469 | 1.026 | 2.102 | 0.036 | * |
| | あり（非独居） | あり（低下） | 7.986 | 5.397 | 11.816 | p<0.001 | 3.452 | 2.156 | 5.526 | p<0.001 | *** |
| | **なし（独居）** | **あり（低下）** | **8.012** | **4.843** | **13.255** | **p<0.001** | **3.680** | **2.029** | **6.673** | **p<0.001** | *** |
| | 性別(女性) | | | | | | 0.268 | 0.194 | 0.370 | p<0.001 | *** |
| | 年齢 | | | | | | 1.084 | 1.059 | 1.109 | p<0.001 | *** |
| | 2019年認定あり | | | | | | 1.919 | 1.274 | 2.892 | 0.002 | ** |
| 転出 | あり（非独居） | なし（健常） | | | | | | | | | |
| | なし（独居） | なし（健常） | 1.953 | 1.379 | 2.766 | p<0.001 | 2.079 | 1.463 | 2.955 | p<0.001 | *** |
| | あり（非独居） | あり（低下） | 1.710 | 0.811 | 3.603 | 0.159 | 1.984 | 0.890 | 4.423 | 0.094 | |
| | **なし（独居）** | **あり（低下）** | **3.859** | **1.883** | **7.910** | **p<0.001** | **4.934** | **2.178** | **11.175** | **p<0.001** | *** |
| | 性別(女性) | | | | | | 0.778 | 0.558 | 1.087 | 0.141 | |
| | 年齢 | | | | | | 0.979 | 0.952 | 1.006 | 0.125 | |
| | 2019年認定あり | | | | | | 0.960 | 0.512 | 1.801 | 0.899 | |
| 要介護認定 | あり（非独居） | なし（健常） | | | | | | | | | |
| ：要支援1以上 | なし（独居） | なし（健常） | 2.021 | 1.717 | 2.379 | p<0.001 | 1.220 | 0.969 | 1.535 | 0.091 | |
| | あり（非独居） | あり（低下） | 24.729 | 18.949 | 32.272 | p<0.001 | 6.598 | 4.442 | 9.799 | p<0.001 | *** |
| | **なし（独居）** | **あり（低下）** | **40.632** | **27.283** | **60.514** | **p<0.001** | **5.772** | **3.100** | **10.747** | **p<0.001** | *** |
| | 性別(女性) | | | | | | 1.100 | 0.884 | 1.369 | 0.391 | |
| | 年齢 | | | | | | 1.129 | 1.110 | 1.149 | p<0.001 | *** |
| | 2019年認定あり | | | | | | 133.394 | 91.937 | 193.543 | p<0.001 | *** |
| 要介護認定 | あり（非独居） | なし（健常） | | | | | | | | | |
| ：要介護1以上 | なし（独居） | なし（健常） | 1.530 | 1.180 | 1.985 | 0.001 | 0.944 | 0.705 | 1.264 | 0.698 | |
| | あり（非独居） | あり（低下） | 30.928 | 23.262 | 41.121 | p<0.001 | 7.727 | 5.460 | 10.936 | p<0.001 | *** |
| | **なし（独居）** | **あり（低下）** | **35.524** | **24.686** | **51.121** | **p<0.001** | **5.276** | **3.362** | **8.277** | **p<0.001** | *** |
| | 性別(女性) | | | | | | 0.760 | 0.590 | 0.979 | 0.034 | * |
| | 年齢 | | | | | | 1.085 | 1.064 | 1.106 | p<0.001 | *** |
| | 2019年認定あり | | | | | | 12.029 | 9.214 | 15.703 | p<0.001 | *** |

*** : p<0.001, **:p<0.01, *:p<0.05

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

# 独居認知症高齢者の家族の支援ニーズに関する研究

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　涌井智子　東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者　中山莉子　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　粟田主一　東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨
本研究は、認知症独居高齢者の家族が、高齢者の生活および介護を支える上での課題と支援ニーズを明らかにすることを目的に、既存文献を精査し基礎的資料を得ることを目的とした。認知症独居高齢者の家族が抱える課題は多岐にわたり、支援体制上の課題も報告された。独居で認知症高齢者らの家族に特化した研究は極めて少なく、今後、独居の認知症高齢者らの家族の課題および支援について、エビデンスの高い研究の蓄積が必要である。

## A. 研究目的

本研究は、認知症独居高齢者の家族が高齢者の生活および介護を支える上での課題と支援ニーズを明らかにすることを目的に、既存文献を精査し基礎的資料を得ることを目的とした。

## B. 研究方法

PubMed において、distance care/live-out care/non-coresident care、dementia/cognitive impairment、living alone/solitary、family に issues または support を加えて検索を行った。医学中央雑誌 Web 版において独居高齢者、認知症、家族、別居介護/遠距離介護/通い介護に、課題/困難、または支援を加えて検索を行った。課題について検索された抄録 62 件を精査し、会議録を除き、認知症高齢者の親族が別居にて介護を行っており、課題を含む 11 論文を対象論文とした。また支援については、151 件を精査し、会議録を除き、認知症高齢者の親族が別居にて介護や生活支援を行う内容を含む 10 件を対象論文とした。(表 1、表 2、表 3、表 4 を参照)

（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配慮した。

## C. 研究結果

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は、世界的に 4600 万人いると推計されている（Gibson et al., 2017）。日本では、要介護になった後も独居で生活する要介護者の割合が増えており、2004 年頃までの独居の要介護高齢者の多くは親族介護

者のいないものであったが、近年は独居の要介護高齢者の半数に別居の家族がおり、別居での介護を選択する高齢者と家族が増えている（涌井, 2020）。これらの別居での介護を続ける背景には、家族形態や生活パターンの変化などが上げられる(White et al., 2020)。今後も独居の要介護高齢者が増加することによって、別居での介護は増加することが見込まれ、独居認知症高齢者の家族が直面する課題および支援ニーズの把握の重要性が示唆されている。

【認知症独居高齢者の家族が直面する課題】

独居認知症高齢者等の家族は、高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことが難しく、体調が悪いなどの緊急時に対する対応が遅れてしまうといった課題に直面していた。これは、物理的な距離が離れているために確認の頻度が少なくなってしまうという理由に加えて、電話などで確認を頻回に行ったとしても、高齢者本人が不調を隠すなどの背景が理由となっている（White et al., 2020）。また、高齢者本人がサービス利用を拒否するなど、他者の支援の介入を嫌がることで、家族が高齢者本人の安全等の確認の障がいになるといった状況も報告される(川上, 2010)。そもそも、高齢者がオーブンやガスの使い方を忘れてしまって、火事になりかけるなどの火の不始末や、雇用した便利屋やプライベートナース等の導入によって物を盗まれる、お金を引き出されるなど、高齢者本人が騙されるリスクがあり、高齢者の経済面の管理についての課題も報告されている(Gilmour, 2004)。

また別居による家族が抱える課題としては、別居介護にかかる経済的負担(松本, 2003)、高齢者の安全や状況の確認を頻回に行えないことに対する不安(White et al., 2020)、別居介護の継続による精神的健康の悪化(松本, 2003)、家族自身の加齢等の理由により、通って介護するための時間的・体力的な負担(White et al, 2020; 岩藤ら、2013)、高齢者の意向と自身の意向とのすり合わせの難しさがあげられている（浜田ら, 2018）。加えて、支援体制に関する課題として、介護スタッフ等が期待する家族の役割として、同居が前提となっているなどの理由により、別居介護に対する理解が得られないこと（松本, 2003）、別居介護に関する支援情報の不足(浦上, 2019: 木村, 2011)があげられた。また、高齢者と介護者の居住地域が異なることによって、高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れるなどの課題(White et al., 2020; 木村ら, 2011)、支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じる(中川, 2015)などの課題も報告されている。

【認知症独居高齢者の家族を支援する対策】

まず、高齢者本人の生活支援、介護サービスの利用、高齢者本人の日常的な話し相手の確保等が支援として報告される(川上、2010; 岩藤ら, 2013)。これらは、高齢者本人の生活支援のために提供される支援となり、別居の家族が提供する手段的介護に代わって提供される支援として位置づけられている。 他には、高齢者の見守りを目的としたモニタリングデバイスなどが報告される(Fowler-Davis et al., 2020; Mulvenna, 2017)。高齢者本人の日常の生活（活動）をモニタリングすることにより、高齢者の見守りを実現する支援となるため、家族の主

観的な介護負担感が軽減したとされる一方で、高齢者と家族両者の Well-being の低下が報告される(Fowler-Davis et al., 2020)。モニタリングシステムの導入に際しては、認知症高齢者の Autonomy(自律)や Freedom(自主性)の欠如といった側面の倫理的な議論が有り、家族が支援としてこれらのモニタリングデバイスの導入を前向きに受け入れる一方で、支援として導入することへの倫理的課題があることが報告されている(Mulvenna et al., 2017)。

加えて、介護スタッフやケアマネジャーといった支援者が高齢者と介護者の間に入り関係をつくることを目的とした支援も報告される(岩藤ら, 2013; 木村ら, 2011)。家族に対して、介護スタッフ等の支援者が、「別居介護者自身の生活が維持可能な支援体制の構築」や「支援者全員の支援の方向性のすり合わせ(担当者会議の開催)」「主介護者以外の家族によるサポートを得る」等を行い、支援の仲介役となることで支援体制全体を調整・構築することにより、独居の高齢者と家族を支える支援となっている。

D. 考察

特に日本の場合は、主介護者が一人で介護を担うことが多いため、介護が一人の家族に集中しており、同居であれば他家族の家事援助の中で自然と得られる間接的支援を得ることができず、すべての介護役割を一人で担わざるを得ないといった課題も懸念される。しかしながら、認知症の独居高齢者とその家族に対する支援体制における課題として、そもそも別居介護に対する理解がないこと、別居介護に関する支援情報の不足があげられており、別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて、極めて限定的である。別居介護者への既存の支援、あるいは必要とされる支援として報告されるのは、高齢者本人へのサービス提供を中心とした介護サービスや、別居介護者自身の私的ネットワークに依拠した近隣に住む親族の助けや他の家族の協力的な介護体制などであり、日本だけでなく国外の状況を見ても、別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず、対策が待たれる。

加えて、今後支援の充実が必要とされる点については、横断的な支援だけでなく、持続的な関わりが必要であり、別居での介護が開始された後の支援だけでなく、別居という介護生活を開始する前に、準備情報の提供などの支援等も期待される。

全体として、独居で認知症高齢者らの家族に特化した研究は極めて少ない。今後、独居の認知症高齢者らの家族の課題について、エビデンスの高い研究の蓄積が必要である。

E. 結論

本研究は、認知症独居高齢者の家族が高齢者の生活および介護を支える上での課題と支援ニーズを明らかにすることを目的に、既存文献を精査し基礎的資料を得ることを目的とした。独居で認知症高齢者らの家族に特化した研究は極めて少ない。今後、独居の認知症高齢者らの家族の課題について、エビデンスの高い研究の蓄積が必要である。

F. 研究発表

1) 涌井智子. (2022). 特集「認知症とともに一人で暮らせる社会環境の創出に向けて」認知症の独居高齢者の家族支援

を考える. 老年精神医学雑誌, 33, 276-281, 2022.
2) 涌井智子. (2021). 在宅介護における家族介護者の負担感規定要因. 社会保障研究, 6(1), 33-44, 2021. DOI: doi/10.50870/00000217.
3) 涌井智子. (2020). 特集「一人暮らしの認知症高齢者」国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. 老年精神医学雑誌, 31(5), 467-473, 2020.

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表１　認知症独居高齢者の家族が直面する課題に関する文献検索

| 【認知症独居高齢者の家族が直面する課題】 | | |
|---|---|---|
| 検索日 | 2021 年 8 月 18 日(医中誌)<br>2021 年 8 月 26 日（PubMed） | |
| 論文検索サービス | 検索式 | 検索件数 |
| PubMed | #01 Dementia OR “cognitive impairment” | 231,377 |
| | #02 “living alone” OR solitary | 58,130 |
| | #03 #02 AND family<br>(“living alone” OR solitary) AND family | 3,234 |
| | #04 "distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care) | 71 |
| | #05 #01 AND (#03 OR #04)<br>(Dementia OR “cognitive impairment”) AND (((“living alone” OR solitary) AND family) OR ("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care))) | 109 |
| | #06 #01 AND #03<br>(Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family | 104 |
| | #07 #04 OR #06<br>("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family) | 176 |
| | #08 #07 AND (issue OR challenge OR difficulty OR trouble)<br>("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family) AND (issue OR challenge OR difficulty OR trouble) | 37 |
| 医中誌 | #01 （独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL)） | 124 |
| | #02 #01 AND (家族/TH or 家族/AL)<br>(独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL)) AND （家族/TH or 家族/AL） | 109 |
| | #03 （別居介護/AL or 遠距離介護/AL or 通い介護/AL） | 29 |
| | #04 （#02 OR #03) AND （課題/AL or 困難/AL）<br>((独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL) and (家族/TH or 家族/AL)) or (別居介護/AL or 遠距離介護/AL or 通い介護/AL)) and (課題/AL or 困難/AL) | 31 |
| | #05 #04 AND （PT=会議録除く） | 22 |
| ハンドサーチ | データベース検索から抽出した文献の引用文献等 | 3 |

表 2　認知症独居高齢者の家族が直面する課題に関する採用論文リスト

| | |
|---|---|
| 採用論文リスト | 1) Gibson AK, Richardson VE. Living Alone With Cognitive Impairment. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2017 Feb;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27831477.<br>2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆（特集 一人暮らしの認知症高齢者). 2020;31(5):467-473.<br>3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health Soc Care Community. 2020 Sep;28(5):1632-1642. doi: 10.1111/hsc.12988. Epub 2020 Mar 30. PMID: 32227545.<br>4) 川上浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-58. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2010249471.<br>5) Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. Nurs Older People. 2004 Dec;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349. PMID: 15617400.<br>6) 松本一生. 【家族・コミュニティ・エンパワーメント　多様化する家族,家族療法/家族援助の課題】痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-206. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2004119799.<br>7) 岩藤魔子，末光伸世，豊福恵子，林 益枝，村下志保子，神宝誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研年報. 2013;44(1):70-73. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2014219055.<br>8) 浜田詩子，苅谷みどり，川上理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ　一事例からの考察. 日看会論集: 在宅看護. 2018(48):59-62. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2018175785.<br>9) 浦上裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病誌. 2019;24(1):145-147. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019264350.<br>10) 木村恵美，上野 幸，肥田野 弘美，渡邉ルミ，和田博直，野村美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病紀. 2011;31(1):55-56. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2012096401.<br>11) 中川 敦，遠距離介護者は何をしてるのか―提案の判断と離れて暮らす家族の知識―,島根県立大学『総合政策論叢』. 2015; 29. |

表 3　認知症独居高齢者の家族を支援する対策に関する文献検索

| 【認知症独居高齢者の家族を支援する対策】 | | |
|---|---|---|
| 検索日 | 2021 年 8 月 18 日(医中誌)<br>2021 年 8 月 26 日（PubMed） | |
| 論文検索サービス | 検索式 | 検索件数 |
| PubMed | #01 Dementia OR “cognitive impairment” | 231,377 |
| | #02 “living alone” OR solitary | 58,130 |
| | #03 #02 AND family<br>(“living alone” OR solitary) AND family | 3,234 |
| | #04 "distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care) | 71 |
| | #05 #01 AND (#03 OR #04)<br>(Dementia OR “cognitive impairment”) AND (((“living alone” OR solitary) AND family) OR ("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care))) | 109 |
| | #06 #01 AND #03<br>(Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family | 104 |
| | #07 #04 OR #06<br>("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family) | 176 |
| | #08 #07 AND support<br>("distance care " OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family) AND support | 94 |
| 医中誌 | #01 （独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL)) | 124 |
| | #02 #01 AND (家族/TH or 家族/AL)<br>(独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL)) AND （家族/TH or 家族/AL) | 109 |
| | #03 （別居介護/AL or 遠距離介護/AL or 通い介護/AL) | 29 |
| | #04 (#02 OR #03) AND (支援/AL or サポート/AL)<br>((独居高齢者/AL and (認知症/TH or 認知症/AL) and (家族/TH or 家族/AL)) or (別居介護/AL or 遠距離介護/AL or 通い介護/AL)) and (支援/AL or サポート/AL) | 86 |
| | #05 #04 and (PT=会議録除く) | 57 |
| ハンドサーチ | データベース検索から抽出した文献の引用文献等 | 0 |

表 4　認知症独居高齢者の家族を支援する対策に関する採用論文リスト

| | |
|---|---|
| 採用論文リスト | 1) Gibson AK, Richardson VE. Living Alone With Cognitive Impairment. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2017 Feb;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27831477.<br>2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆（特集 一人暮らしの認知症高齢者). 2020;31(5):467-473.<br>3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health Soc Care Community. 2020 Sep;28(5):1632-1642. doi: 10.1111/hsc.12988. Epub 2020 Mar 30. PMID: 32227545.<br>4) 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認 知症ケア事例ジャーナル. 2010; 3(1): 55-58. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2010249471.<br>5) 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研年報. 2013;44(1):70-73. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2014219055.<br>6) Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J, Curtis D. Potential for Digital Monitoring to Enhance Wellbeing at Home for People with Mild Dementia and Their Family Carers. J Alzheimers Dis. 2020;73(3):867-872. doi: 10.3233/JAD-190844. PMID: 31884471; PMCID: PMC7081090.<br>7) Mulvenna M, Hutton A, Coates V, Martin S, Todd S, Bond R, Moorhead A. Views of Caregivers on the Ethics of Assistive Technology Used for Home Surveillance of People Living with Dementia. Neuroethics. 2017;10(2):255-266. doi: 10.1007/s12152-017-9305-z. Epub 2017 Jan 24. PMID: 28725288; PMCID: PMC5486509.<br>8) 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邉 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病紀. 2011;31(1):55-56. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2012096401.<br>9) 松本 一生. 【家族・コミュニティ・エンパワーメント　多様化する家族, 家族療法/家族援助の課題】痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-206. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2004119799.<br>10) 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病誌. 2019;24(1):145-147. http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019264350. |

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

# 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する研究

研究分担者　井藤佳恵　東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨
【目的】独居認知症等高齢者の意思決定支援に係る課題について、文献レビューにより明らかにすること。
【方法】PubMed および医学中央雑誌を基本データベースとして用いた。英語論文に関しては“older adults” “dementia” “decision-making or autonomy”をキーワードとしたand 検索を行い、82 文献を抽出した。日本語論文に関しては「認知症」「高齢者」「1 人暮らし or 独居」「意思決定 or 個人の自律性 or 自己決定 or 患者の権利擁護」をキーワードとした and 検索を行い、会議録を除く 30 文献を抽出した。さらにハンドサーチで以下の 9 つの文献等を抽出した：「一般社団法人日本集中治療医学会, 一般社団法人日本救急医学会, 一般社団法人日本循環器学. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言 2014」「日本弁護士連合会. 第 58 回人権擁護大会シンポジウム　第 2 分科会基調報告書『成年後見制度』から『意思決定支援制度』へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～. 2015」「横田裕行. 【救命救急医療 update-救急医療の新たな時代-】多死社会における救命救急センターの役割　救急・集中治療の終末期　3 学会合同ガイドライン. 日本臨床. 2016;74(2):345-51」「厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017」「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する検討委員会. 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言 2017」「総務省消防庁. 令和 2 年版救急・救助の現況 2020」「横浜市救急医療検討委員会高齢者救急専門部会. 「超高齢社会における救急医療体制」に関する報告書 2018」「横田裕行. 【高齢終末期に向かう医療】終末期医療の現場　救急・集中治療における終末期. 診断と治療. 2019;107(10):1215-21.」「西本寛. 高齢者がんの統計 2019」。
　これらの論文等を精査し、最終的に 20 件の論文等を採択した。
【結果】
・意思決定支援においては、まず、誰が、どのような選択肢を、どのように提示することが、真に本人の自己決定権を尊重した支援になるのかという課題があった。
・次に、独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の２つに分類された。

1）身寄りのない独居認知症高齢者では、本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関わる課題が生じる。

2）別居家族がいる独居認知症高齢者では、本人と家族との関係に関わらず家族の意向が優先されることに関わる課題が生じる。

【考察】

日本社会では、本人に意思決定能力がある段階から、関わりの濃淡に関わらず家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている。自己決定がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら、本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える。

A. 研究目的

分担研究として、独居認知症等高齢者が安全・安心な暮らしを送ることができる環境づくりに向けて、現状を把握し課題を抽出することを目的として、下記の課題に関する文献レビューを行った。

1. 意思決定支援に係る課題
2. 経済被害のリスクと、そのリスクを提言する対策
3. 社会的孤立のリスクと、そのリスクを提言させる対策
4. 身寄りがない独居認知症等高齢者が直面している課題
5. 身寄りがなく低所得・低資産の独居認知症等高齢者への支援策
6. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態と課題、成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援のあるべき姿、成年後見制度利用促進法の意義

文献レビューの結果はハンドブック「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エビデンスブック 2021」内にまとめた。

本報告書では、特に中心的課題と考えられる１．意思決定の課題について報告する。

意思決定支援とは、本人が意思決定を行う権利を行使することの支援である。意思決定を行う権利が守られることが人にとって大切なのは、選択し、意思決定に参加する権利が尊重され、かつ決定が尊重されるという自己決定の中核的要素が、quality of life と well-being の中核的要素であるからである。よって意思決定は、それを行う機会が保障されるだけでなく、その意思決定が本人にとって意味あるものでなければならない。

意思決定支援のためのガイドラインが整備されつつあるが、現状は、独居認知症等高齢者が抱える現状と課題が十分に共有されているとは言えない状況にある。そこで本研究では、独居認知症等高齢者の意思決定をテーマとした文献レビューを行い、現状を把握し、課題を抽出した。

B. 研究方法

PubMed および医学中央雑誌を基本データベースとして用いた。英語論文に関しては“older adults” “dementia” “decision-making or autonomy”をキーワードとしたand 検索を行い、82 文献を抽出した。日本

語論文に関しては「認知症」「高齢者」「1 人暮らし or 独居」「意思決定 or 個人の自律性 or 自己決定 or 患者の権利擁護」をキーワードとした検索を行い、会議録を除く 30 文献を抽出した。

さらにハンドサーチで以下の 9 つの文献等を抽出した:「一般社団法人日本集中治療医学会, 一般社団法人日本救急医学会, 一般社団法人日本循環器学. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言 2014」「日本弁護士連合会. 第 58 回人権擁護大会シンポジウム第 2 分科会基調報告書『成年後見制度』から『意思決定支援制度』へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～. 2015」「横田裕行. 【救命救急医療 update-救急医療の新たな時代-】多死社会における救命救急センターの役割　救急・集中治療の終末期　3 学会合同ガイドライン. 日本臨床. 2016;74(2):345-51」「厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017」「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する検討委員会. 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言 2017」「総務省消防庁. 令和 2 年版救急・救助の現況 2020」「横浜市救急医療検討委員会高齢者救急専門部会. 「超高齢社会における救急医療体制」に関する報告書 2018」「横田裕行. 【高齢終末期に向かう医療】終末期医療の現場　救急・集中治療における終末期. 診断と治療. 2019;107(10):1215-21.」「西本寛. 高齢者がんの統計 2019」。

これらの論文等を精査し、最終的に 20 件の論文等を採択した。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報は扱っていない。

C. 研究結果

１．独居認知症等高齢者の意思決定の類型

独居認知症高齢者の意思決定は、以下の 3 型に分類することができる。

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

このような分類が成立し、別居家族の意向の取り扱いが課題となる背景には、日本社会の慣習として、認知症高齢者の意思決定において、様々なレベルで家族の関与を求めているとうことがある。②③について、別居家族がいる場合には、本人との関係や関与の過多に関わらず、別居家族の意向が優先される傾向にあることが指摘されている[1]。意思決定権がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるのであれば、本人の意思と家族の意向の関係について整理することが課題となる。

２．認知症の進行と意思決定支援

Sembye[2] は意思決定の形式として、自律的意思決定（autonomous decision making）、偽自律的意思決定（pseudo-autonomous decision making）、委譲的意思決定（delegating decision making）、共同意思決定（shared decision making）をあ

げている。ここで新しく提唱された偽自律的意思決定とは、意思決定支援者が「暗黙のうちに了解される」本人の意思に沿って意思決定を行うことを指す。偽自律的意思決定には意思決定支援の前提にある本人との対話が欠けており、結果として本人よりも周囲の者の利益が優先される可能性がある。委譲的自己決定は、自分の決定に自信がもてなくなった等の理由によって、本人が誰かに決定を委譲する形式である。これは本人の積極的な行為であり、意思決定のひとつの形であると考えられる。

認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式であり[2]、認知症の進行にともない、共同意思決定(本人が法的強制力のある意思決定をすることを、第三者が支援すること[3])から代行意思決定（substituted decision making：代行意思決定者が、本人に代わって意思決定を行うために介入すること）に徐々に移行していく[4,5]。独居認知症高齢者では、代行意思決定者になる家族あるいは専門職が、本人の意思を代行決定するに足る関係を本人と築いているのかという課題が、同居者のいる認知症高齢者に比べて一般に大きいことが考えられる。

３.「意思決定支援者」による意思決定の阻害

医療者や家族等周囲の者が、本人が意思決定に参加することを阻害する場合がある[6]。医療者のかかわりの例を挙げれば、高齢者が集中治療室に入院する前に自分の意思を問われている頻度は非常に低い。フランスの報告では 12.7%、認知症高齢者ではさらに低いとされる[7]。高齢者の集中治療に関して、医師は患者の意に反して集中治療を行うことがあるが[8]、反対に、患者の希望を低くみつもっていることもある[9]。代行決定者に関しても同様に、本人が希望しない医療行為に同意する場合があるが、本人が希望する治療を差し控えることに同意する場合もある[10]。したがって、本人に治療上の希望を聴き取らないことで、本人の意に反して侵襲的な治療を行うこと、逆に、本人が望む延命治療を差し控えること、どちらの可能性も生じる。患者本人の意向を聴き取る態度は、施設の方針、医師の年齢、受けた教育などの影響を受け、また、同じ施設に勤務していても、医師個人によって異なるとされる[7]。

また、施設職員のかかわりに関する研究から[11,12]、スタッフによる技量の差があること、また、意思決定支援のための方策は、選択肢を単純化したり減らすことで本人の意思決定への関わりを制限する一面を併せもつこと、あるいは、その人が以前に表示していた希望や意向にもとづいて現在の意思を仮定することが現在の意思を理解することを妨げることを指摘している。

以上のようなことから、意思決定支援に関わる者は、意思決定支援の関わりが、認知症者を排除する可能性を潜在的にもっていることを認識する必要がある。

D. 考察

意思決定とは、選択肢の中から何かを選ぶ行為である。このことを意思決定支援との関わりで考えれば、意思決定への支援の必要度が増すほど、どのような選択肢があるのか本人が検討することが困難になる。よって、選択肢は意思決定支援者によって提示されることが想定される。ここにまず、

誰が、どのような選択肢を、どのように提示することが、真に意思決定権を尊重した支援になり得るのかという課題が生じる。

選択するという能力は、autonomy（自律）と Quality of Life(QOL)に寄与する[13]。選択し、意思決定に参加する権利が尊重され、かつ、決定が尊重されることは、自己決定の中核的要素であり、また、QOL と well-being の中核的要素である[6,12]。自己決定は、それができる者とできない者がいるわけではないという視点が必要であり、同時に、自己決定には限界があることを理解すべきである[14]。選択する能力が減弱した状態では、意思決定支援や他者による意思決定の代行が必要になる。

日本社会では、本人に意思決定能力がある段階から、関わりの濃淡に関わらず家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている。自己決定がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら、本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える。

E. 結論と今後の課題

独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の２つに分類された。

1）身寄りのない独居認知症高齢者では、本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関わる課題が生じる。

2）別居家族がいる独居認知症高齢者では、本人と家族との関係に関わらず家族の意向が優先されることに関わる課題が生じる。

認知症等高齢者の支援において、本人の意思を尊重すること重要性が認識されてきている。しかし、意思決定支援が本人に何をもたらしたのかということを、本人が評価した研究は行われておらず、今後の大きな課題と考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 井藤佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援.老年精神医学雑誌 33 (3) 270－275,2022

2) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Jan;37(1). doi: 10.1002/gps.5635. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34601744.

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

（参考文献）

1. 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邉大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標. 2015;62(12):15-21.

2. Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K.

How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. BMC Health Serv Res. 2012;12:241.

3. Kohn NA, Blumenthal JA. A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. Disabil Health J. 2014;7(1 Suppl):S40-3.
4. Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. Int Psychogeriatr. 2013;25(6):949-61.
5. Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M, Shanley C. Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? J Med Ethics. 2017;43(1):35-40.
6. Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. J Aging Stud. 2013;27(2):143-50.
7. Le Guen J, Boumendil A, Guidet B, Corvol A, Saint-Jean O, Somme D. Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study. Age Ageing. 2016;45(2):303-9.
8. Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Hamel MB, Lynn J. The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. J Am Geriatr Soc. 2002;50(5):930-4.
9. Hamel MB, Teno JM, Goldman L, Lynn J, Davis RB, Galanos AN, et al. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Ann Intern Med. 1999;130(2):116-25.
10. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med. 2006;166(5):493-7.
11. Cameron N, Fetherstonhaugh D, Bauer M, Tarzia L. How do care staff in residential aged care facilities conceptualise their non-verbal interactions with residents with dementia and what relevance has this for how residents' preferences and capacity for decision-making are understood? Dementia (London). 2020;19(5):1364-80.
12. Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, Beattie E. "The Red Dress or the Blue?": How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? J Appl Gerontol. 2016;35(2):209-26.
13. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of life measures for nursing home residents. J Gerontol A Biol Sci

Med Sci. 2003;58(3):240-8.
14. 木口恵美子. 自己決定支援と意思決定支援―国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」―. 福祉社会開発研究. 2014;6:25-33.

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

# 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因に関する文献調査

研究分担者　堀田聰子　慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
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　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　大森千尋　筑波大学大学院人間総合科学学術院 博士課程

研究要旨：
本稿では，文献レビューにより，まず，独居認知症高齢者の非独居群と比較した特徴，本人による診断や日常生活の変化の受け止めや対処を確認した．さらに，独居認知症高齢者の在宅での生活継続を難しくさせる要因をみたところ，社会関係／生命安全確保／健康管理／日常生活／お金／インフォーマル・ケア／本人の支援受け入れ／尊厳の維持の困難にまとめられた．これらの困難の低減と本人の経験や工夫の共有に焦点をあてた支援の充実や地域システムの構築・検証が期待される．

## A．研究目的

一人暮らしの高齢者は認知症の診断をどのように受け止め，認知機能の低下に伴って生じる日常生活の変化をどのように経験しているか，生活上のさまざまな困りごとにどのように対応しているか,そしてなにが在宅での生活継続を難しくしているのかについて把握することを目的とした．

## B．研究方法

独居の認知症高齢者の非独居の認知症高齢者と比べた特徴は何か，独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか，独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか，独居認知症高齢者の在宅生活中断要因は何かという 4 つの問いを立て，PubMed,医中誌,ハンド･サーチにより文献検索のうえ，対象文献の抽出，レビューを行った．

（倫理面への配慮）

特段の配慮を必要としない．

## C．研究結果

### 1）独居認知症高齢者の特徴とニーズ

軽度～中等度の認知症のある人について，独居群と非独居群を比較すると，独居群は「年齢が高い」「女性が多い」「認知能力と自己申告による機能的能力が高い」「他の世帯との社会的接触が多い」傾向がある [1)]．また，症状や気分，QOL（quality of life），ウェルビーイングには有意差がないが，より孤独，生活満足度が低い特徴があり，在宅

ケアサービスや機器等を多く利用している．Miranda Castillo ら [12] によると，それでも独居群は非独居群と比べて満たされていないニーズ（Camberwell Assessment of Need for the Elderly）が多く，家事，食料の調達，セルフケアおよび偶発的な自傷行動（に対する相談や支援：筆者注）においては有意な差がある．独居群において満たされないニーズの上位は，「日中活動」「友だち・仲間（company）」「心理的苦痛」「視る・聴く・コミュニケーション」「偶発的な自傷行動」である．

2）独居認知症高齢者の診断・日常生活の変化をめぐる経験と対処

国内外の認知症とともに一人で暮らす高齢者の経験と内的世界について，診断の受け止め，日常生活で起きることや先の見通し，さまざまな困難に対する対処に焦点をあてて概観する．取り上げる研究はすべて独居認知症高齢者本人に対するインタビューをベースとしており，一部は自宅と屋外で歩きながらのインタビュー，参与観察，ネットワークマッピング，支援者に対するインタビュー等が組み合わされている．

（1）診断の受け止めと「不安定さ」

Portacolone ら [15] は，米国の独居高齢者 29 人を対象とするインタビューと参与観察から，軽度認知障害（MCI）もしくはアルツハイマー型認知症の診断を本人がどのように体験しているかを検討した．診断直後には，「侵襲的治療が必要ない病気だとわかったこと」「もの忘れの理由がわかったこと」「疾患についての知識を得て支援を受けられること」に安堵した．しかし，「診断のための検査や診断後の情報提供が不十分だったこと」「診断によって運転ができなくなり，すぐに生活に影響したこと」などに苦悩した．診断を受けたことの記憶が曖昧なケースも多く認めた．将来に向けたさまざまな決断を一人でしなければならないことも多いが，診断をどう受け止めて対処すればよいかわからないという感覚も強く，とくにソーシャルネットワークが小さい人で顕著だった．

こうした不安定さ・不確実さ（precarity）に着目したエスノグラフィック・インタビューからは，「認知機能障害の自覚」「認知機能の障害によって引き起こされる困りごと等のセルフマネジメント」「適切なサービスの不足」という 3 つのテーマが見いだされ，予測不可能な認知機能障害からくるプレッシャー，自立していると感じたいが一人暮らしに適したサービスがないことなどの「累積的な効果」が不安定感をもたらすと考察されている [16]．

（2）機能低下の認識と日常生活の困難への対処

日本の軽度～中等度認知症のある独居高齢者 6 人および担当の介護支援専門員へのインタビューにおいては，受け止め方はさまざまだが，本人がもの忘れを自覚しており，迷子や騙されるなどの苦い経験，周囲の危機意識につながる鍋を焦がす等の火の不始末の経験等をしながらも，家族や友人に話して対策しながら自分らしくありたいという強い意志によって一人暮らしが続けられていることがうかがわれた [9]．

カナダの軽度～中等度認知症のある独居女性 8 人の語りからは，家族に迷惑をかけ

たり，悪くなったり，疲れてしまったら施設入所などが必要で，一人で過ごせる時間は限られていると認識していることが浮かび上がった．その時間を伸ばすものという理解から抗認知症薬の服用を続けているという者もいた[2]．

オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用する初期認知症の診断を受けた，もしくは認知機能が低下した高齢者 19 人のインタビューに基づく Duane ら[3]においても，認知症という診断を受けたことを否定する人はあったが，その場合でも，自分の記憶力や身体機能の衰えを認め，そのために生じる一人暮らしの継続のリスクに対して，工夫して対処していた．自立した生活をできる限り続ける目標のために家事をこなす，日課を確実に遂行する，人との約束を果たすといったことを重視するとともに，縮小傾向ではあっても家族や友人との関係性を維持しようと，電話や手紙等で交流を続ける，自分の記憶や今は亡き配偶者との思い出に浸る，ペットと暮らすなど，さまざまなやり方でつながりを感じ続ける努力が垣間見られた．

（3）つながりの維持に向けた本人の努力

近隣でのつながりの維持に焦点をあてた Odzakovic ら[14]は，イングランド・スコットランド・スウェーデンで，14 人の独居認知症高齢者を対象として，歩きながら／在宅でのインタビューやネットワークマッピングなどを組み合わせてデータ収集を行い，つながりを保つための本人によるさまざまな手立てを発見している．彼らの交流は，親しい家族や病前からとくに仲のよい友人に限定され，近所の顔見知りとの交流はないか，あってもわずかのことが多い．家族，とくに子どもとの関係が維持されていることが，広く友人・知人との関係を深めることにも寄与しており，子どもがいない場合には，1～2 人のキーパーソンとの関係がそれに代わることもある．おしゃべりができ，気にかけてくれる人がいることが重要で，定期的に近所の公園やカフェなどに外出して話し相手を探す人，人との交流ができる活動や場を積極的に探す人もいた．また，地域の当事者が集まる場を利用して，当事者や支援者と親しくなり，そこでの支援者が困りごとの相談相手になることもあった．

3）独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になる要因

本人による対応や工夫，それを助ける周囲の支援，在宅サービスや機器の利用を含む環境整備があっても，認知症とともに一人で暮らし続けることがむずかしくなることは少なくない．在宅での生活を中断する要因についてみると，地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究[8, 17, 19]では，「ADL の低下」・「認知機能の低下」等に加え「独居であること」が挙げられ，独居高齢者全体を対象とする研究[7, 13]では，「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」「要介護者が男性であること」「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか，「認知症による生活機能の低下」等が挙げられており，「独居であること」と「認知症であること」はそれ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子となっている．そして Soto ら[18]は，フランスでの 2 年間の前向き縦断研究から，軽度～中等度アルツハイマー型認知症のある独居群は，非独居群と比べて施設入所のリ

スクが 2 倍高いことを明らかにしている.

わが国においては，独居認知症高齢者および／または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査をもとに，一人暮らしの認知症のある高齢者の在宅生活の継続が困難になる要因についての検討が進められている [5, 6, 10, 11]. 各文献から要因にかかわる具体的事象を抽出・分類した結果, 以下の 8 つのテーマにまとめられた.

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

なお，非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として，寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が十分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されている [6].

D． E.考察と結論

独居認知症高齢者は，非独居群より孤独で生活満足度が低い特徴があり，アンメットニーズが高いこと，もの忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの，診断後の適切な支援の調整が不十分なこと等から，どう対処してよいかわからない感覚をもつ場合があることが報告されている．本人は診断を認めない場合にも，認知機能や身体機能の衰え，それによる失敗を自覚しており，自分なりにさまざまな対策を講じている．具体的な努力や工夫として，「家事や日課を確実にこなす」「家族や友人等との交流の維持」「定期的に外出して話し相手を探す」「地域の当事者が集まる場に参加する」「不安や相談事・苦い経験を周囲に伝えて対処する」等が示された.

独居であり認知症であることは，それ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子となっており，独居認知症高齢者の在宅での生活継続が困難になることには，認知機能障害を含む機能低下によって生じる社会関係／生命安全確保／健康管理／日常生活／お金／インフォーマル・ケア／本人の支援受け入れ／尊厳の維持の困難が関連することが示唆されている.

独居認知症高齢者の支援には，こうした困難の低減に焦点をあてた対応の充実や地域システムの検証とともに，事例検討等を通じて生活の継続性を保てる住み替えのあり方の知見を蓄積すること，さらに本人が診断や日常生活の変化をどのように体験・対処しているかに注目して，その経験や知恵と工夫の分かち合いが図られるようにすることも，尊厳ある地域生活の継続に寄与するものと期待される.

Ｆ．研究発表

1．論文発表

1） 堀田聰子,大村綾香,津田修治,大村千尋：認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因．老年精神医学雑誌，33（3）：224-229（2022）．

2） 堀田聰子「安心して認知症になれる社会環境を当事者とともに創り出す」老年精神医学雑誌, 33(3), 297-302, 2022.

3） 堀田聰子「『認知症』と出会い直す―経験専門家／人生の先輩である認知症のある方とともに―」介護福祉，122，22-31，2021.

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

該当なし

（引用文献）

1） Clare L, Martyr A, Henderson C, Gamble L, et al.: Living Alone with Mild To Moderate Dementia ; Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimers Dis, 78（3）：1207-1216（2020）．

2）de Witt L, Ploeg J, Black M：Living alone with dementia ; An interpretive phenomenological study with older women. J Adv Nurs, 66（8）：1698-1707（2010）

3）Duane F, Brasher K, Koch S：Living alone with dementia. Dementia, 12（1）：123-136（2011）．

4）堀田聰子，大村綾香，神野真実，矢野真沙代ほか:「地域で認知症とともによりよく生きる」は;事例調査からの検討．令和元年度厚生労働科学研究（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」（主任研究者：粟田主一），43-48（2020）．

5）犬山彩乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因．千葉看護学会会誌，25（1）：37-46（2019）．

6）神波幸子，春見静子，酒井美和：過疎農村地域に暮らす独居の認知症高齢者のケアについて；福井県Ｉ町の訪問調査から．医療福祉研究，6：37-68（2010）．

7）柄澤邦江，稲吉久美子：独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究．飯田女子短期大学紀要，25：21-33（2008）．

8） Knapp M, Chua KC, Broadbent M, Chang CK, et al.: Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer’s disease ; Findings from a large London case register. BMJ Open, 6（11）：e013591（2016）．

9）久保田真美，高山成子：認知症高齢者の独居生活；認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から．関西国際大学研究紀要，18：23-35（2017）．

10）久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界；独居生活開始から施設入所までの過程より．日本在宅ケア学会誌，21（1）：67-75（2017）．

11）久保田真美，堀口和子：認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因；介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより．日本認知症ケア学会誌，18（3）：688-696（2019）．

12）Miranda Castillo C, Woods B, Orrell

M：People with dementia living alone；What are their needs and what kind of support are they receiving? Int Psychogeriatr, 22（4）：607-617（2010）.
13）中島民恵子，中西三春，沢村香苗，渡邉大輔：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標，62（12）：15-21（2015）.
14）Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, Clark A, et al.: ‘It’s our pleasure, we count cars here’；An exploration of the ‘neighbourhood based connections’ for people living alone with dementia. Ageing & Society, 41（3）：645-670（2021）.
15）Portacolone E, Johnson JK, Covinsky KE, Halpern J, et al.: The Effects and Meaning of Receiving a Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Alzheimer’s Disease When One Lives Alone. J Alzheimers Dis, 61（4）：1517-1529（2018）.
16）Portacolone E, Rubinstein RL, Covinsky KE, Halpern J, et al.: The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. Gerontologist, 59（2）：271-280（2019）.
17）Sibley A, MacKnight C, Rockwood K, Fisk J, et al.: The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis. Dement Geriatr Cogn Disord, 13（1）：40-45（2002）.
18）Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, et al.: Living Alone with Alzheimer’s Disease and the Risk of
Adverse Outcomes；Results from the Plan de Soin et d’Aide dans la maladie d’Alzheimer Study. J Am Geriatr Soc, 63（4）：651-658（2015）.
19）Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, et al.: Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. JAMA, 287（16）：2090-2097（2002）.

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

# 認知症と共に生きる人が永続的に地域での生活を続けるために

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　粟田主一　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】

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長く継続できるようにするために、地域在住の認知機能低下のある人が、5 年後にどうなっているかを調べる。

【方法】

対象者は 5 年前の調査で見出された 198 名の認知機能低下のある人である。5 年にわったって対象者に対して専門家が電話による調査を定期的に行っている。また臨床家・支援者として密接に地域に関わり、地域拠点でのネットワーキングやコーディネーションを行ってきたため、何か事態が起きたときには研究者にも情報が入る体制になっている。対象者の 5 年後の転帰を明らかにし、ベースラインの情報を用いて死亡、入所、追跡不能という 3 つの事象の関連要因を調べた。

【結果】

対象者 198 名のうち 155 名の転帰は明らかであった。内訳は地域生活継続 104 名（67%）、死亡 25 名（16%）、施設入所 23 名（15%）、入院中 3 名（2%）であった。追跡不能であった 43 名の内訳であるが、26 名は訪問したらすでにおらず情報がなかった。16 名は当該地区外へ引っ越した。1 名は認知症が進み電話への対応に自信がないと言われ参加取り下げとした。

追跡不能であったケースと、追跡できたケースの比較では、有意な関連を示したのは、独居かどうかのみであった。死亡の関連要因は、ステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析の最終モデルでは、死亡の関連要因は共居、フレイル、生活支援のアンメットニーズ、同権利擁護支援のアンメットニーズであった。入所の関連要因は、介護認定ありであった。

【考察】

今回の結果は、独居で認知機能低下のあるひとは、地域での支援や介入からこぼれ落ちてしまう可能性があることを示している。また、生活支援や権利擁護の支援が命を守るためは必須である。一方で認知症自体は死亡の関連要因ではなかった。認知症共生社会の実現には、医学的な介入（診断や投薬）のみならず、適切な医学知識に基づいた社会的な介入や支援も同じく重要であることを示唆する。地域のネットワークや、ケアのコーディネーションが必要だ。

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、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、5年前の調査で関係を築いた認知機能低下のある人が、5年後にどうなっているかを調べる。さらに死亡、入所、追跡不能という3つの事象の関連要因を調べる。

Ｂ．研究方法

１）対象

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。

今回の調査の対象者はこの 198 名である。

２）方法

本研究は Community-based participatory research（CBPR）という枠組みで行っている。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、ソファー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。

このような活動を続けることで、対象者の情報を継続的に知ることができる。

さらに 2021 年 1〜2 月に保健師等が電話を用いて対象者に連絡し、現在の生活の様子を聞いた。

3）従属変数（主たるアウトカム）

死亡、入所、追跡不能を 3 つのアウトカムとした。

4）説明変数

2016 年に測定したベースライン調査を説明変数とした。

①基本的属性（性、年齢、教育歴、居住形態）

②健康関連要因（認知症診断、認知症臨床ステージ、うつ、フレイル、かかりつけ医の有無、過去 1 年の入院歴）

③地域関連要因（情緒的ソーシャルサポート、手段的ソーシャルサポート、近所付き合い、近所への信頼、介護認定の有無）

④経済的状態

⑤専門家が訪問して判断した下記領域のニーズが満たされているかどうか

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

5）解析方法

はじめに 3 つのアウトカムに関して、追跡可能対追跡不能、死亡対地域在住、入所対地域在住で各項目について比較した。

次に追跡可能対追跡不能は、有意な関連を示したものが 1 項目であったのでここで終了した。死亡対地域在住、入所対地域在住については、上記で有意であったものと基本属性を説明変数として、モデル 1（基本属性のみ）、モデル 2（基本属性＋健康関連要因）、モデル 3（基本属性＋健康関連要因＋地域関連要因）、モデル 4（基本属性＋専門家のアセスメント）、モデル 5（上記のすべて）の 5 つのモデルを段階的に検証した。なお項目に関しては多重共線性を考慮して各領域で選択したものもある。

（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

まず 198 名のうち 155 名の転帰は明らかであった。内訳は地域生活継続 104 名（67%）、死亡 25 名（16%）、施設入所 23 名（15%）、入院中 3 名（2%）であった。追跡不能であった 43 名の内訳であるが、26 名は訪問したらすでにおらず情報がなかった。16 名は当該地区外へ引っ越した。1 名は「認知症が進み電話への対応に自信がないので電話はもうしないで結構です」と言われたケース（参加の取り下げ）であった。

表 1 は追跡不能であったケースと、追跡できたケースの比較である。有意な関連を示したのは、独居かどうかのみであった（p 値 0, 002）。

表 2 は死亡と地域在住の比較である。年齢、居住形態、認知症の有無、認知症の臨床ステージ、近所付き合い、介護認定、生活支援、住まいの支援、権利擁護に有意差があった。

表 3 は死亡を目的変数としたステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析（5 つのモデ

ル）の結果である。モデル１では年齢と居住形態が、モデル２では年齢、居住形態、フレイルが、モデル３では、年齢、居住形態、介護認定が、モデル４では最終モデルでは、年齢、居住形態、権利擁護が、最終モデルでは居住形態、フレイル、生活支援、権利擁護が有意に関連した。

表４は入所と地域在住の比較である。認知症、認知症の臨床ステージ、かかりつけ医あり、フレイル、近所への信頼、介護認定、認知症診断のニーズ、住まいの支援ニーズに有意に差があった。

表５は入所の関連要因は、入所を目的変数としたステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析（５つのモデル）の結果である。モデル１では有意なものなし、モデル２では認知症が、モデル３ではかかりつけ医と介護認定が、モデル４では住まいの支援が、最終モデルでは介護認定が有意に関連した。

Ｄ．考察

本研究の最も特筆すべき結果は、独居だとこのような枠組みの研究であっても転帰が分からないということであろう。電話が通じなくなり行ってみるともう住んでいない。独居のひととつながり続けることがいかに難しいかということを示している。

死亡の関連要因に、共居があったことには説明が必要かもしれない。独り暮らしで体が弱ってきて死が近い場合は、多くの場合は施設に入るか、病院に入るか、親族や家族等の家に移動することになる。したがって親族や家族と一緒に住んでいる場合に限って、「そこで亡くなることができる」という見方も可能である。エイジングインプレイス（Aging in Place）を地域で老い、なくなるところまで含めるとしたら、実際には独り暮らしでは難しいことを示唆している。

認知症に関しては、死亡とは単変量解析では関連したものの、多変量解析では有意差が消えてしまった。これは医学的な要因よりも、社会的要因が生き続けることに関連していることを示している。

入所には、モデル３でかかりつけ医、最終モデルで介護認定に有意な関連が残った。これは臨床的には当然のことかもしれない。すなわちかかりつけ医がいて適時に主治医意見書をかけることや、介護認定を受けることが、必要時の入所（死亡ではなく）に繋がっていると考えられるからである。

高齢化の進行もさることながら、都市化も進んでおり、一人暮らしで認知機能低下のあるひとはますます増えることが予想される。新オレンジプランは認知症共生社会を作るための世界に誇るべき国家戦略であるが、一人暮らしの人への言及はまだ少ないというのが現状である。今後は独居・認知症のひとの地域生活を永続化するための研究をすることが喫緊の課題ではないだろうか。

Ｅ．結論

今回の結果は、独居で認知機能低下のあるひとは、地域での支援や介入からこぼれ落ちてしまう可能性があることを示している。また、生活支援や権利擁護の支援が命を守るためは必須である。一方で認知症自体は死亡の関連要因ではなかったことは、認知症共生社会の実現は、医学的な介入（診断や投薬）のみならず、適切な医学知識に基づいた社会的な介入や支援がより重要であるこ

とを示唆する。地域のネットワークや、ケアのコーディネーションが必要だ。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表


1. Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Awata S. Everyday lives of community-dwelling older people with dementia during the COVID-19 pandemic in Japan. Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36(9):1465-1467. doi:10.1002/gps.5553
2. Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, et al. The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. Psychogeriatrics. 2021;21(5):841-843. doi:10.1111/psyg.12742
3. 岡村毅、杉山美香. 新型コロナウイルス感染症下における大都市の大規模集合住宅に住む高齢者の支援. 老年精神医学雑誌 32(4): 460-467, 2021.
4. Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, et al. After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community:A community observational survey. Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36(12):1970-1971. doi:10.1002/gps.5608
5. Okamura T, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sakuma N, Edahiro A, Taga, T, Tsuda S, Awata S. Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics. 21(6) : 892-901,2021
6. 枝広あや子、岡村毅、杉山美香ら. 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論：権利ベースのアプローチという観点から　認知症ケア学会誌
7. Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. International J Geriatric Psychiatry
8. Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness
9. 山下真理、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、多賀努、津田修治、井藤佳恵、粟田主一. 認知機能低下を抱えた地域在住高齢者のインフォーマル・サポートと精神的健康に関する質的研究. 認知症ケア学会誌 in press
10. Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, Awata S. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(22):11961. https://doi.org/10.3390/ijerph182211961
11. Iwasaki et al. Population-based reference values for tongue pressure in Japanese older adults: A pooled analysis of over 5,000 participants
12. Okamura et al. Factors associated with inability to attend a follow-up assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people

with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research. Psychogeriatrics

13. Sakuma et al. Cognitive function, daily function and physical and mental health in older adults: A comparison of venue and home-visit community surveys in Metropolitan Tokyo. AGG in press

2. 学会発表

1. 枝広あや子、岡村毅、本橋佳子、高橋知佳、宇良千秋、宮前史子、杉山美香、多賀 努、中山莉子、山下真里、粟田主一. 訪問口腔調査で明らかになった都市部在住認知症高齢者の口腔機能低下 第 22 回認知症ケア学会
2. 中山莉子、多賀努、岡村毅、杉山美香、宇良千秋、山下真里、宮前史子、枝広あや子、粟田主一. 地域拠点において認知症ともに生きる独居高齢者の安心感を醸成するには？ 第 22 回認知症ケア学会
3. 宮前史子、多賀努、森倉三男、岩田裕之、見城澄子、杉山美香. 地域住民が集まる本人ミーティングでは何が語られているのか？：DFCs 実現のための基礎的研究　第 22 回認知症ケア学会
4. 杉山美香、岡村毅、枝広あや子、宮前史子、中山莉子、宇良千秋、小川まどか、多賀努、井藤佳恵、粟田主一. コロナ禍の認知症支援拠点の役割とその実践～第 2 回目の緊急事態宣言下での地域拠点の取り組み～第 22 回認知症ケア学会
5. Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Taga T, Edahiro A, Awata S. What happens to people living in Tokyo metropolitan with cognitive impairment in 5 years? Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto
6. Mika Sugiyama, Hiroshi Murayama, Hiroki Inagaki, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Ayako Edahiro, Chiaki Ura, Shuichi Awata. Subjective cognitive decline was related to anxiety about becoming dementia in future：A cross-sectional study in Japan. Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto
7. 稲垣宏樹、粟田主一、宇良千秋、枝広あや子、岡村毅、杉山美香、宮前史子、多賀努、平野浩彦、本川佳子、小原由紀、横山友里、北村明彦、新開省二. 大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告　第 36 回老年精神医学会　2021 年 9 月 16 日-18 日　京都
8. 森倉三男、井藤佳恵、宇良千秋、岡村毅、見城澄子、釘宮由紀子、杉山美香、多賀努、永瀬雅子、中山莉子、宮前史子、粟田主一.「地域の居場所」の利用によるフォーマルサービスの利用支援. 第 36 回老年精神医学会 2021 年 9 月 16 日-18 日　京都
9. 多賀努、井藤佳恵、宇良千秋、枝広あや子、岡村毅、岡村睦子、釘宮由紀子、見城澄子、杉山美香、津田修司、中山莉子、宮前史子、山下真理、粟田主一. 心身の機能の低下した高齢者の「尊厳」観に関する実証的な研究：認知機能の低下した高齢者の尊厳観に立った支援の予備的な調査　第 36 回老年精神医学会 2021 年 9 月 16 日-18 日　京都
10. 佐久間尚子、鈴木宏幸、稲垣宏樹、小川将、枝広あや子、杉山美香、宮前史子、宇良千秋、岡村毅、粟田主一. 大都市に暮らす高齢者の Trail Making Test の成績：TMT-B 完遂者のエラー1 回は健常範囲か？ 第 36 回老年精神医学会 2021 年 9 月 16 日-18 日　京都

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

表１　追跡できた群とできなかった群の比較

| | | 追跡 (n=155) | | 追跡不能 (n=43) | | p value | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sociodemographic variables** | | | | | | | |
| Sex | Male | 64 | (41%) | 16 | (37%) | 0.726 | |
| | Female | 91 | (59%) | 27 | (63%) | | |
| Age | | 80.9±5.8 | | 81.4±6.5 | | 0.660 | |
| Education | ≥ 9 years | 86 | (58%) | 20 | (48%) | 0.291 | |
| | < 9 years | 62 | (42%) | 22 | (52%) | | |
| Living status | Living alone | 57 | (38%) | 28 | (65%) | 0.002 | ** |
| | Living with others | 95 | (63%) | 15 | (35%) | | |
| **Dementia-related variables** | | | | | | | |
| Dementia | DSM-5 dementia | 57 | (37%) | 21 | (49%) | 0.162 | |
| | No dementia | 98 | (63%) | 22 | (51%) | | |
| CDR | 0 | 60 | (39%) | 15 | (35%) | 0.708 | |
| | 0.5 | 49 | (32%) | 12 | (28%) | | |
| | 1 | 35 | (23%) | 10 | (23%) | | |
| | 2 | 7 | (5%) | 4 | (9%) | | |
| | 3 | 4 | (3%) | 2 | (5%) | | |
| **Mental-health related variables** | | | | | | | |
| GDS | Normal | 128 | (87%) | 33 | (81%) | 0.330 | |
| | Depressed (≥10) | 20 | (14%) | 8 | (20%) | | |
| **Physical-health related variables** | | | | | | | |
| Frailty | Healthy | 51 | (33%) | 12 | (28%) | 0.583 | |
| | Pre- and Frailty | 104 | (67%) | 31 | (72%) | | |
| Access to doctor | Have a GP | 139 | (91%) | 38 | (93%) | 1.000 | |
| | Do not have a GP | 14 | (9%) | 3 | (7%) | | |
| Admission in a previous year | Present | 26 | (17%) | 7 | (16%) | 1.000 | |
| | Absent | 129 | (83%) | 36 | (84%) | | |
| **Psychological variables (perceived social support)** | | | | | | | |
| Emotional | Present | 133 | (88%) | 34 | (79%) | 0.140 | |
| | Absent | 18 | (12%) | 9 | (21%) | | |
| Instrumental | Present | 119 | (79%) | 32 | (78%) | 1.000 | |
| | Absent | 32 | (21%) | 9 | (22%) | | |
| **Community-related variables** | | | | | | | |
| Communicating with neighbors | Less than 1/month | 74 | (52%) | 21 | (53%) | 1.000 | |
| | 1/month and over | 68 | (48%) | 19 | (48%) | | |
| Trust in neighbors | No trust | 64 | (45%) | 25 | (63%) | 0.051 | |
| | Trust | 79 | (55%) | 15 | (38%) | | |
| **Socioeconomic status** | | | | | | | |
| Subjective disadvantage | Present | 49 | (33%) | 15 | (36%) | 0.853 | |
| | Absent | 99 | (67%) | 27 | (64%) | | |
| **Long-term care certification by local government** | | | | | | | |
| Certified | | 44 | (28%) | 15 | (35%) | 0.453 | |
| Not certified | | 111 | (72%) | 28 | (65%) | | |
| **HCP judgment for social support needs** | | | | | | | |
| Dementia disease diagnosis | | 46 | (30%) | 113 | (30%) | 1.000 | |
| Medical check-up for physical conditions | | 9 | (6%) | 6 | (14%) | 0.099 | |
| Continuous medical care | | 11 | (7%) | 6 | (14%) | 0.214 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Daily living support | 30 | (19%) | 12 | (28%) | 0.291 |
| Support for their family | 32 | (21%) | 8 | (19%) | 0.834 |
| Housing condition | 6 | (4%) | 3 | (7%) | 0.411 |
| Long-term care insurance | 36 | (23%) | 13 | (30%) | 0.424 |
| Financial support | 5 | (3%) | 3 | (7%) | 0.375 |
| Rights protection | 13 | (8%) | 5 | (12%) | 0.550 |

*** p< 0.001, ** p<0.01, * p<0.05

表 2　死亡と地域在住の比較

| | | 死亡 (n=25) | | 地域在住 (n=104) | | P 値 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sociodemographic variables** | | | | | | | |
| Sex | Male | 15 | (60%) | 39 | (38%) | 0.046 | |
| | Female | 10 | (40%) | 65 | (63%) | | |
| Age | | 84.1±6.3 | | 80.1±5.5 | | 0.002 | ** |
| Education | ≥ 9 years | 17 | (71%) | 54 | (54%) | 0.170 | |
| | < 9 years | 7 | (29%) | 46 | (46%) | | |
| Living status | Living alone | 2 | (8%) | 44 | (44%) | 0.001 | ** |
| | Living with others | 23 | (92%) | 57 | (56%) | | |
| **Dementia-related variables** | | | | | | | |
| Dementia | DSM-5 dementia | 14 | (56%) | 27 | (26%) | 0.007 | ** |
| | No dementia | 11 | (44%) | 77 | (74%) | | |
| CDR | 0 | 6 | (24%) | 52 | (50%) | 0.001 | ** |
| | 0.5 | 6 | (24%) | 33 | (32%) | | |
| | 1 | 9 | (36%) | 18 | (17%) | | |
| | 2 | 3 | (12%) | 1 | (1%) | | |
| | 3 | 1 | (4%) | 0 | (0%) | | |
| **Mental-health related variables** | | | | | | | |
| GDS-15 | Normal | 21 | (84%) | 87 | (89%) | 0.504 | |
| | Depressed (≥10) | 4 | (16%) | 11 | (11%) | | |
| **Physical-health related variables** | | | | | | | |
| Frailty | Healthy | 5 | (20%) | 42 | (40%) | 0.067 | |
| | Pre- and Frailty | 20 | (80%) | 62 | (60%) | | |
| Access to doctor | Have a GP | 22 | (92%) | 97 | (94%) | 0.645 | |
| | Do not have a GP | 2 | (8%) | 6 | (6%) | | |
| Admission in a previous year | Present | 5 | (20%) | 16 | (15%) | 0.556 | |
| | Absent | 20 | (80%) | 88 | (85%) | | |
| **Psychological variables (perceived social support)** | | | | | | | |
| Emotional | Present | 22 | (92%) | 90 | (89%) | 1.000 | |
| | Absent | 2 | (8%) | 11 | (11%) | | |
| Instrumental | Present | 21 | (88%) | 79 | (78%) | 0.402 | |
| | Absent | 3 | (13%) | 22 | (22%) | | |
| **Community-related variables** | | | | | | | |
| Communicating with neighbors | Less than 1/month | 17 | (74%) | 42 | (44%) | 0.019 | * |
| | 1/month and over | 6 | (26%) | 53 | (56%) | | |
| Trust in neighbors | No trust | 12 | (50%) | 37 | (39%) | 0.363 | |
| | Trust | 12 | (50%) | 57 | (61%) | | |
| **Socioeconomic status** | | | | | | | |
| Subjective disadvantage | Present | 4 | (17%) | 34 | (34%) | 0.138 | |
| | Absent | 20 | (83%) | 65 | (66%) | | |
| **Long-term care certification by local government** | | | | | | | |
| Certified | | 13 | (52%) | 20 | (19%) | 0.002 | ** |
| Not certified | | 12 | (48%) | 84 | (81%) | | |
| **HCP judgment for social support needs** | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dementia disease diagnosis | 8 | (32%) | 25 | (24%) | 0.448 | |
| Medical check-up for physical conditions | 0 | (0%) | 8 | (8%) | 0.353 | |
| Continuous medical care | 2 | (8%) | 7 | (7%) | 0.686 | |
| Daily living support | 9 | (36%) | 14 | (14%) | 0.017 | * |
| Support for their family | 8 | (32%) | 17 | (16%) | 0.093 | |
| Housing condition | 2 | (8%) | 0 | (0%) | 0.036 | * |
| Long-term care insurance | 8 | (32%) | 19 | (18%) | 0.170 | |
| Financial support | 2 | (8%) | 1 | (1%) | 0.096 | |
| Rights protection | 5 | (20%) | 5 | (5%) | 0.024 | * |

*** p< 0.001, ** p<0.01, * p<0.05

表３　死亡を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

| | model 1 | | model 2 | | model 3 | | model 4 | | model 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sociodemographic variables | | | | | | | | | | |
| Being female | 0.50 (0.17–1.46) | | 0.46 (0.15–1.40) | | 0.41 (0.12–1.45) | | 0.41 (0.12–1.39) | | 0.26 (0.06–1.17) | |
| Being older (>80) | 5.85 (1.86–18.46) | ** | 5.35 (1.58–18.13) | ** | 4.01 (1.09–14.79) | * | 8.03 (2.14–30.09) | ** | 5.00 (0.97–25.72) | |
| Education | 0.44 (0.15–1.27) | | 0.39 (0.12–1.30) | | 0.31 (0.08–1.24) | | 0.62 (0.19–2.06) | | 0.39 (0.08–1.87) | |
| Living with others | 9.104 (1.84–45.05) | ** | 9.85 (1.92–50.52) | ** | 11.07 (2.01–60.98) | ** | 28.11 (2.42–327.02) | ** | 29.61 (2.84–309.28) | ** |
| Health-related variables | | | | | | | | | | |
| Having dementia | | | 2.86 (0.96–8.52) | | 1.59 (0.46–5.42) | | | | 0.56 (0.12–2.61) | |
| Frailty | | | 4.00 (1.09–14.65) | * | 2.70 (0.70–10.33) | | | | 6.29 (1.17–33.82) | * |
| Community-related variables | | | | | | | | | | |
| LTCI certification | | | | | 5.32 (1.34–21.21) | * | | | 4.21 (0.82–21.68) | |
| Trust of neighbors | | | | | 0.57 (0.16–2.04) | | | | 0.52 (0.13–2.16) | |
| HCP assessment for social support need | | | | | | | | | | |
| Daily living support | | | | | | | 4.06 (0.96–17.21) | | 6.29 (1.03–38.53) | * |
| Rights protection | | | | | | | 18.48 (1.66–206.44) | * | 29.99 (1.43–629.26) | * |

LTCI = Long-term care insurance; HCP = Healthcare professional

*** p< 0.001, ** p<0.01, * p<0.05

表 4　入所と地域在住の比較

| | | | 入所 (n=23) | | 地域在住 (n=104) | | p value | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sociodemographic variables** | | | | | | | | |
| | Sex | Male | 10 | (44%) | 39 | (38%) | 0.064 | |
| | | Female | 13 | (57%) | 65 | (63%) | | |
| | Age | | 81.9±5.6 | (%) | 80.1±5.5 | (%) | 0.164 | |
| | Education | ≥ 9 years | 13 | (62%) | 54 | (54%) | 0.631 | |
| | | < 9 years | 8 | (38%) | 46 | (46%) | | |
| | Living status | Living alone | 10 | (44%) | 44 | (44%) | 1.000 | |
| | | Living with others | 13 | (57%) | 57 | (56%) | | |
| **Dementia-related variables** | | | | | | | | |
| | Dementia | DSM-5 dementia | 13 | (57%) | 27 | (26%) | 0.006 | ** |
| | | No dementia | 10 | (44%) | 77 | (74%) | | |
| | CDR | 0 | 2 | (8%) | 52 | (50%) | 0.000 | *** |
| | | 0.5 | 9 | (39%) | 33 | (32%) | | |
| | | 1 | 6 | (26%) | 18 | (17%) | | |
| | | 2 | 3 | (13%) | 1 | (1%) | | |
| | | 3 | 3 | (13%) | 0 | (0%) | | |
| **Mental-health related variables** | | | | | | | | |
| | GDS-15 | Normal | 17 | (77%) | 87 | (89%) | 0.170 | |
| | | Depressed (≥10) | 5 | (23%) | 11 | (11%) | | |
| **Physical-health related variables** | | | | | | | | |
| | Frailty | Healthy | 4 | (17%) | 42 | (40%) | 0.054 | |
| | | Pre- and Frailty | 19 | (83%) | 62 | (60%) | | |
| | Access to doctor | Have a GP | 18 | (78%) | 97 | (94%) | 0.029 | * |
| | | Do not have a GP | 5 | (22%) | 6 | (6%) | | |
| | Admission in a previous year | Present | 4 | (17%) | 16 | (15%) | 0.759 | |
| | | Absent | 19 | (83%) | 88 | (85%) | | |
| **Psychological variables (perceived social support)** | | | | | | | | |
| | Emotional | Present | 18 | (78%) | 90 | (89%) | 0.175 | |
| | | Absent | 5 | (22%) | 11 | (11%) | | |
| | Instrumental | Present | 16 | (70%) | 79 | (78%) | 0.416 | |
| | | Absent | 7 | (30%) | 22 | (22%) | | |
| **Community-related variables** | | | | | | | | |
| | Communicating with neighbors | Less than 1/month | 14 | (64%) | 42 | (44%) | 0.154 | |
| | | 1/month and over | 8 | (36%) | 53 | (56%) | | |
| | Trust in neighbors | No trust | 15 | (65%) | 37 | (39%) | 0.035 | * |
| | | Trust | 8 | (35%) | 57 | (61%) | | |
| **Socioeconomic status** | | | | | | | | |
| | Subjective disadvantage | Present | 10 | (43%) | 34 | (34%) | 0.473 | |
| | | Absent | 13 | (57%) | 65 | (66%) | | |
| **Long-term care certification by local government** | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | * |
| Certified | 11 | (48%) | 20 | (19%) | 0.007 | * |
| Not certified | 12 | (52%) | 84 | (81%) | | |
| **HCP judgment for social support needs** | | | | | | |
| Dementia disease diagnosis | 12 | (52%) | 25 | (24%) | 0.011 | * |
| Medical check-up for physical conditions | 1 | (4%) | 8 | (8%) | 1.000 | |
| Continuous medical care | 2 | (8%) | 7 | (7%) | 0.666 | |
| Daily living support | 5 | (22%) | 14 | (14%) | 0.337 | |
| Support for their family | 5 | (22%) | 17 | (16%) | 0.548 | |
| | | | | | | * |
| Housing condition | 3 | (13%) | 0 | (0%) | 0.005 | * |
| Long-term care insurance | 6 | (26%) | 19 | (18%) | 0.394 | |
| Financial support | 1 | (4%) | 1 | (1%) | 0.331 | |
| Rights protection | 3 | (13%) | 5 | (5%) | 0.157 | |

*** p< 0.001, ** p<0.01, * p<0.05

表 5　入所を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

| | model 1 | model 2 | model 3 | model 4 | model 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Sociodemographic variables | | | | | |
| Being female | 0.56 (0.20–1.56) | 0.53 (0.18–1.56) | 0.53 (0.17–1.72) | 0.63 (0.22–1.79) | 0.57 (0.17–1.85) |
| Being older (>80) | 2.11 (0.75–5.94) | 1.96 (0.63–6.04) | 2.03 (0.61–6.74) | 1.88 (0.66–5.37) | 1.86 (0.55–6.23) |
| Education | 0.64 (0.24–1.71) | 0.80 (0.25–2.56) | 1.07 (0.34–3.34) | 0.78 (0.28–2.17) | 0.76 (0.21–2.73) |
| Living with others | 1.18 (0.42–3.29) | 1.28 (0.43–3.78) | 0.67 (0.19–2.36) | 1.20 (0.43–3.40) | 1.00 (0.31–3.18) |
| Health-related variables | | | | | |
| Having dementia | | 3.25 (1.13–9.38) * | 2.69 (0.86–8.44) | | 1.93 (0.57–6.58) |
| Frailty | | 3.03 (0.83–11.02) | 1.86 (0.47–7.32) | | 2.27 (0.53–9.60) |
| Access to doctors | | 0.27 (0.05–1.32) | 0.18 (0.03–0.94) * | | 0.21 (0.04–1.17) |
| Community-related variables | | | | | |
| LTCI certification | | | 3.64 (1.03–12.96) * | | 4.16 (1.12–15.53) * |
| Trust in neighbors | | | 0.34 (0.1–1.11) | | 0.40 (0.12–1.36) |
| HCP assessment for social support needs | | | | | |
| Dementia Disease Diagnosis | | | | 3.00 (1.10–8.22) * | 2.54 (0.72–8.93) |

*** p< 0.001, ** p<0.01, * p<0.05

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

# マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究

研究分担者　角田光隆　神奈川大学法学部教授

研究要旨

前年度に続き、54 個の事例を①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。54 個の事例について、それぞれの視角からの解決方法の独自性と同時に、それぞれの視角の解決方法の相互関係を明らかにした。

高齢者・障害者対応マニュアルの指針の作成を行った。管理適正評価・認定制度との関係から管理組合と自治体が作成するのが望ましい高齢者・障害者対応マニュアルの指針を採り上げた。これをさらに発展させ、管理組合の取組み、管理会社の取組み、マンションと行政（高齢者福祉、障害者福祉）との関係、マンションと地域包括支援センターとの関係、マンションと社会福祉協議会との関係について高齢者・障害者対応マニュアルの指針を示した。

『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　エビデンスブック 2021』において、「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」と「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」に関する問題提起への回答を行った。

## 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する。

## 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に関連する 54 個の事例を①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。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。

①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析から得られた重要な事項を高齢者・障害者対応マニュアルの指針の中に取り入れる方法を採った。

また、同様の方法で、『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　エビデンスブック 2021』において、マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題と支援策を提案した。

（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

C-1　事例

54 個の事例の生活課題と支援策は事例ごとに異なる。1 事例についてのみ紹介をしておくことにする。今後必要があれば、事例を追加して検討を行う。

私が 54 個の事例の原案を作成し、協力者と一緒に検討し、執筆をした。事例の全責任は私にある。

五十音順に本事例の協力者の所属と氏名を記載する。東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム研究部長　精神科医　井藤佳恵、東京都世田谷区代沢あんしんすこやかセンター　主任介護支援専門員　川端洋子、大和ライフネクスト株式会社マンション事業本部事業推進部部長　久保依子、篠原法律事務所　弁護士　篠原みち子、東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム研究員　杉山美香、三井不動産レジデンシャルサービス株式会社　第四統括支社東京東支店営業課　高瀬 晃典、マンション管理業協会調査部・技術センター　次長　田中昌樹、東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム　研究員　宮前史子、豊島区保健福祉部高齢者福祉課介護予防・認知症対策グループ　認知症地域支援推進員　守屋京子

**住戸番号を忘れ、他人の住戸を自分の住戸と思い込んでいた事例**

**登場人物の基本情報**

A　77 歳の男性、本件の主人公

B　A と離婚した 75 歳の元の妻

C　A と B との間の 35 歳の娘

D　管理会社の管理員、月曜日から土曜日の勤務

E　同じマンションの居住者

F　管理会社のフロント担当者

G　管理組合の理事長

H　地域包括支援センターの担当者

**建物の基本情報**　築 30 年、50 戸、オートロックがある。

**事例のポイント**

１．アルツハイマー型認知症の疑い

２．家族の協力が得られない場合

３.地域包括支援センターの役割:受診に繋ぐには

**【事例】**

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 歳の元の妻の 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、管理員の D と立ち話をすることがある。

管理員の D が巡回中に 1 階からエレベーターに乗ろうとした。エレベーターの扉が開くと A がすでに乗っていたため、挨拶をした。D は、A がエレベーターを降りるものと思い、エレベーターの外側で待っていた。すると A から、「どうぞ」とエレベーター内へ促されたため、エレベーターに入り

目的階である７階のボタンを押した。A は特にエレベーターボタンを押さなかったため、「何階ですか」と尋ねたところ、「11 階」という。D は A が８階に居住していることを認識していたため、友人の住戸を訪ねるものと思い、７階でエレベーターを降りた。用事を済ませた後、D が再度７階からエレベーターに乗ろうとしたところ、先ほどの A がエレベーターに乗っていた。

D が先ほどエレベーターを降りてからの経過時間は 10 分程度である。D は A も用事を済ませて出かけるのであろうと推測しつつエレベーターのボタンを押そうとした時に、どの階のボタンも押されていないことに気がつき、「１階で大丈夫ですか」と尋ねたところ、A から「はい」との答えがあった。１階まで一緒にエレベーターを降り、D が１階で降りようとしたところ、A は降りる気配がなかった。D は、もしかしてと思い、「どうかされましたか」と声をかけた。すると、A は、自分の住戸番号がわからなくなってしまったという。D は A と顔見知りであり、前日に会った時までは、日常的な会話をするなど全く異変はなく、今回のケースは初めてのことであった。D は A の住戸番号を把握していたため、住戸まで案内した。

別の日に、A は、１階の住戸を自分の住戸だと思い込み、鍵を差し込んで開けようとしたが開かなかった。ドアが開かなかったので、A はドアの前でずっと座っていた。1 階の住戸の居住者の E は、住戸を出ようとした際に A がドアの前で座っていたのでびっくりした。A も E が出てきたのでびっくりした。A は「ここは自分の住戸です」と言ったので、E は変だと思って A を D のところに連れて行き、事情を話した。D は以前のことがあったので、E に事情を話し A を A の住戸まで案内した。

D は、管理会社のフロント担当者の F に報告した。F は管理組合の理事長の G に一部始終を説明した。G は入居当時の名簿に記載されていた C の連絡先に電話したが、C から関わり合いを拒絶された。G は A が病気ではないかと推測したので、地域包括支援センターに連絡をした。その担当者の H が A 宅を訪問することになった。

**【解説】**

**１．区分所有者その他の居住者からの視角**

A は自分の住戸番号が分からなって自分の住戸に行くことができず、困惑している。また、A は自分の住戸の鍵でドアを開けることができずドアの前で座り込み、精神的に混乱している。A は出会った人に尋ねて、助力してもらうのが望ましい。

A には同居者がおらず、一人暮らしである。A は娘の C と絶縁状態にあり、一人暮らしの場合には、家族以外の人と接触する機会を作るのが望ましい。A は B と離婚し一人暮らしになった時点から、自ら意識して健康に気をつけ、社会交流をするのが望ましかったと言える。健康の管理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・社会福祉協議会等が行う交流会・健康相談会等に参加することなどである。こうした接触の機会があれば、異変があった時に早期に気が付いてくれる人がいて、早期に適切な対応を受けることができる場合

がある。自治体や地域包括支援センター・社会福祉協議会等のサービスの内で自分の状態にあったサービスを受ける意思があれば受けてみるのが望ましい。A にとって自分の生活がしやすくなる場合がある。

## ２．管理組合からの視角

本事例において、管理組合理事長の F が管理員 D から相談を受けて、緊急時の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、適切な対応であると評価できる。

緊急時の連絡先については、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るので、緊急連絡情報の拡大的な利用が望ましい場合がある。本人から取得した情報の利用に関する細則を定めたり、本人からの提出書類の利用目的に本事例で想定される場合を記載しておくのが望ましい。たとえば、「管理組合がその他のやむを得ないと判断した場合」を定めておく方法もある。

緊急時の連絡先や地域包括支援センターへの連絡等の手順に従って対応するのが望ましい。たとえば、異変を発見した場合には、本人の意思尊重の観点から、まず本人へ働きかけを行うべきだが、状況が進展しないときは、個人情報法保護法第 18 条 4 項 4 号を根拠に緊急連絡先の家族に連絡できる。家族に連絡がつかない場合や家族の協力が得られない場合は、標準管理規約第 32 条 12 号、個人情報保護法第 18 条 4 項 1 号、23 条 1 項 2 号を根拠に、自治体、地域包括支援センター、保健所、民生委員等に連絡できる。

緊急連絡先が不明であり、別居家族がいない場合には、最初から標準管理規約第 32 条 12 号、個人情報保護法第 18 条 4 項 1 号、23 条 1 項 2 号を根拠に、自治体、地域包括支援センター、保健所、民生委員等に連絡できる。（角田光隆「認知症高齢者等の個人情報の取得と第三者提供－管理組合の場合」マンション学 63 号 158 頁－162 頁 2019 年 4 月 3 日）

異変を感じた場合とは、昼間でも電気が点いたままになっていること、何日も同じ洗濯物が干したままになっていること、郵便受けに新聞や郵便物が溜まっていること、異臭がすること、バルコニーにゴミが溜まっていること、部屋の中から怒鳴り声や悲鳴が聞こえること、見知らぬ人が出入りしていること、部屋に閉じこもって外に出てこないこと、顔色が悪く具合が悪そうに見えること、急に痩せてきたような気がすること、今まで挨拶をしていたのにしなくなったこと、話が噛合わなくなったこと、同じ話を何回もするようになったこと、暴言を吐くなどの性格が変わったこと、髪や服装が乱れていること、季節に合わない服を着ていること、同じものを大量に購入していること、身体に痣があること、痣があることを話したがらないこと、顔を長い間見掛けないこと、地域の集まりや行事に急に来なくなったことなどである。（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 巻 5 号 474 頁－480 頁 2020 年 5 月 20 日）

管理組合が将来への備えのために自治体や地域包括支援センター・社会福祉協議会等の協力を得て、障害者差別の事例集を使って学習し、障害当事者の講演を依頼して理解した障害者への対応方法や認知症サポーター養成講座等を開催して理解した認知

症の人への対応方法を情報収集して、本事例のような場合に備えてノウハウを習得している場合がある。管理組合は総会で話し合って対応方法の合意を得て、前述したように、この中で緊急連絡情報の取扱いを明確にしておくのが望ましい。理事会はこの合意に基づいて担当者を決めておくのが良い。

AにとってAの住戸の場所を分かりやすくする工夫には他の居住者の協力が必要である。目印を出す事に理事会等で検討する場合などに、管理組合が普段から交流会等の活動を通して居住者の意思疎通を図ることが役立つ。認知症サポーター養成講座を受講して認知症への理解をマンション内で共有して認知症を自分事と捉えている場合がある。

A が認知症と判定された場合には、障害者差別解消法により合理的配慮を尽くさなければならない場合があり、そのようなマンションでは安全で住みよいマンションとなるであろう。

### ３．管理会社等からの視角

本事例では、「Aは、１階の住戸を自分の住戸だと思い込み、鍵を差し込んで開けようとしたが開かなかった。ドアが開かなかったので、A はドアの前でずっと座っていた。」、そして、「Aは『ここは自分の住戸です』と言った」ように、FはAが他人の住戸に入ろうとすることを緊急事態と判断し、管理組合へ相談をしていることは、適切である。他方で、管理員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場合がある。

管理会社は管理組合の場合に述べた緊急時の連絡先や地域包括支援センターへの連絡等の手順に従って対応することができる。（田中昌樹「高齢居住者等の認知症等の兆候に気付いた際の対応について」マンション学 63 号 163 頁－167 頁 2019 年 4 月 3 日）

A が認知症と判定された場合には、障害者差別解消法により合理的配慮を尽くさなければならない場合がある。

### ４．医療・福祉・介護の行政・司法等からの視角

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を公表する場合に、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公表しておくのが望ましい。

この中でAのような高齢者には、介護予防・日常生活支援総合事業があることの情報提供に努めるのが良い。これらの情報提供を受けたAのような高齢者は、本人の申請により一般介護予事業その他のサービス、介護予防・生活支援サービス事業、介護予防サービス、介護サービスのいずれかを受けることができる。A のような高齢者には、日常生活でのちょっとした困りごとを地域の協力員がしてくれるサービスが適しているので、この情報も提供するのが望ましい。特に一人暮らし高齢者向けのサービスがあれば、情報提供に努めるのが良い。たとえば、火災安全サービス、家事援助・外出介助・話し相手等のサービス、見守り訪問事業、高齢者等配食事業、高齢者緊急通報サービス、電話の貸し出しなどである。高齢者クラブやシルバー人材センターなどの情報も提供するのが望ましい。

本事例では、管理組合の理事長のＦはＡが病気ではないかと推測したので地域包括支援センターに連絡し、その担当者のＨがＡ宅を訪問することになった。

ＨがＤとＧ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、洗濯も毎日していた。Ａ 自身が住戸番号を忘れ他人の住戸に入り込もうとしたことを質問してみた。ＨはＡからはっきりした回答を得ることができなった。Ｈ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。

Ａ は所定の検査に基づいて医師により認知症であるとの診断を受けた。医師の診断により薬剤の投与を受けることになり、必要なサービスを受けることがよいと判断された。したがって、Ａ は介護サービスの申請をすることになった。Ａ は自ら介護保険契約を締結し、今はデイサービスを利用している。疎遠になっていたＣには介護保険の契約時に連絡を取り状況を伝えた。今後変化があった時にケアマネジャーから状況を伝えする事に承諾をもらった。

Ａ が首から下げている鍵に住戸番号を書きエレベーターホールに行先マークの表示、自宅前に大きく目印を出した事で、スムーズに帰れる事が分かった。

今後はＡの状態に合わせて、デイサービスの他に、前述した一人暮らし高齢者向けのサービスを組み合わせたケアをして行くのが望ましい。必要があれば日常生活自立支援事業に加入し、認知症が進んできた時に段階的に成年後見制度の法定後見制度を利用していく可能性がある。法定後見制度を利用していく際に家族に確認が必要になる。（親族がいないなどで申し立てができない場合は市区町村の首長が申し立てをする。）

**５．近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角**

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、管理組合が自治体や地域包括支援センター等の協力を得て行った障害者差別の事例集を使って学習し、障害当事者の講演を依頼して理解した障害者への対応方法や、認知症サポーター養成講座等を開催して理解した認知症の人への対応方法などを参考して対応するのが望ましい。その際に、近隣住民は地域包括支援センター等に連絡することが考えられる。前述した管理組合の場合に述べた緊急時の連絡先や地域包括支援センターへの連絡等の手順とは異なり、近隣住民は地域包括支援センター等に直接連絡をすることができる。

本事例では、ＤがＡに対して、「どうかされましたか」と声掛けしている。この時、ＤはＡに正面から向き合って声掛けするのが望ましく、「どうかされましたか、助力が必要ですか」と優しい口調で声掛けするのがよいであろう。Ａの回答を得て、ＤはＡの住戸番号を把握していたため住戸まで案内したことは、適切な対応であった。近隣住民は、Ｄ の同じ立場に置かれた場合には、Ｄ のような対応をするのが望ましい。Ｅ の住戸のドアの前に座り込んでいたＡに対するＥの声掛けの対応も同様である。本事例の場合は、ＥはＡを知らず、Ｅの立場から判断してＤの所に連れて行かざるを得ないであろう。

自治会等は、普段から交流会等の活動を通して、Aのような高齢者と意思疎通を図っておくのが望ましい。意思疎通の些細な声掛けにより相手の精神的・身体的な状態が分かる。

A が認知症と判定された場合には、障害者差別解消法及び条例により合理的配慮を尽くさなければならない場合がある。

C－2　高齢者・障害者対応マニュアルの指針

高齢者・障害者対応マニュアルの指針について、マンション学第 70 号の「管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針」において管理組合と国および地方公共団体の取組みを整理した。その上で、管理組合の場合と医療・介護・福祉等の行政・司法等の場合の具体化の一端を論じた。

管理組合の場合について、良好なコミュニティの形成、居住者名簿等の作成と更新、災害時の対応、コミュニティ活動等の細則案と居住者名簿等の細則案を論じた。

医療・介護・福祉等の行政・司法等の場合について、社会支援、社会的連携、改正適正化法・基本方針との関連における指摘事項との関連性、東京都と横浜市における指摘事項との関連性、分譲マンションと行政機関・地域包括支援センター等との約定を論じた。

この論稿を踏まえてさらに具体化したのは、マンション学第 71 号の「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」、「マンションと管理組合」（共著、松田昌也）、「マンションと管理会社」（共著、田中昌樹）、「マンションと行政（高齢者福祉、障害者福祉）」（共著、赤石澤久子）、「マンションと地域包括支援センター」、「マンションと社会福祉協議会」である。

「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」において、高齢者と障害者への適切な対応と組織体制を述べた上で、高齢者・障害者対応マニュアルの指針を①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。

「マンションと管理組合」において、良好なコミュニティ形成、緊急連絡先の把握、名簿の作成、早期発見・早期対応、認知症その他の障害の疑いのある者か虐待を受けた者の発見と連絡、地域包括支援センター等との連携、保健所等との連携、自治会・町内会等との連携、管理会社との連携、バリアフリー・合理的配慮・意思決定支援、長期修繕計画、災害対策、 認知症その他の障害と役員の資格、オートロックの開錠等の約定、管理計画認定制度への対応を採り上げた。

「マンションと管理会社」において、良好なコミュニティ形成、居住者の変化に気付いた際の対応、高齢者の虐待に気付いた際の対応、個人情報取扱いマニュアルの整理、日常的な生活支援等との関わり、災害対応、管理組合の業務範囲、管理組合との連携、自治会・町内会との連携、管理組合運営上のリスク、管理組合理事長の認知症、地域包括支援センター等との連携、バリアフリー・合理的配慮、管理計画認定制度への対応を採り上げた。

「マンションと行政（高齢者福祉、障害者福祉）」において、マンションに居住する高

齢者の状況、高齢者に対する重層的な支援体制、高齢者・障害者の見守り支援、高齢者の相談支援・広報・相互理解、障害者に対する重層的な支援体制、保健所保健師等による相談支援、 精神障害者の相談支援、地域包括ケアの拡大、障害者福祉センターの相談支援・広報、障害者よろず相談・広報を採り上げた。

「マンションと地域包括支援センター」において、広報・通信、相談窓口、見守り支援、出張相談・後方支援・情報交換、個別地域ケア会議、他の機関との連携、相互理解を採り上げた。

「マンションと社会福祉協議会」において、広報、地域福祉事業、権利擁護事業、ボランティア事業、他の機関との連携、相互理解を採り上げた。

C-3 『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エビデンスブック 2021』

「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」と「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」に関する問題提起への回答を行った。

「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」において、「マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は、以下の 5 つに分類される。①居住者名簿等に居住者の緊急連絡先を記載していない、②住戸までたどりつけない、または、住戸から外出できない、③共同生活する上での迷惑行為 （騒音、火の不始末、ゴミ出しのルールを守らない、所定の場所に駐輪・駐車しない、ゴミ屋敷・異臭など）がある、④管理組合の業務に支障を与える、⑤管理員自身に業務に支障がある。」を指摘し、①から⑤を事例付きで細かく分類した。

「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」において、「事例ごとに特有の対応が必要な場合があるが、各事例に共通するポイントは 以下の 6 つである。①居住者が認知症及び対応方法を正しく理解すること、②居住者名簿の緊急連絡先、要配慮者支援のための申告欄、要援護者名簿に記載があり、更新されていること、③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センター等があることを認識し、平時より交流すること、④地域包括支援センターを含めた行政機関は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供し、平時より交流すること、⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること、⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること。」を指摘した。その上で、「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」において指摘した①から⑤の事例に則した支援策を提案した。

D. 考察

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関して、54 個の事例と高齢者・障害者対応マニュアルの指針を作成した。両者は、①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。

これらの研究を踏まえて、『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研究　エビデンスブック2021』において提言を行った。

しかし、高齢者・障害者対応マニュアルの指針については、総論、管理組合、管理会社、行政（高齢者福祉、障害者福祉）、地域包括支援センター、社会福祉協議会に関連する重要な事項を挙げたのみで、具体的な内容を書いていない。高齢者・障害者対応マニュアルの指針は全体としてまだ完成しておらず、具体化を進めている途上である。

これらの多くの論点の中で一つに限定して纏めておくことにする。前述した住戸番号を忘れ他人の住戸を自分の住戸と思い込んでいた事例において、管理組合からの視角の中で緊急時の連絡先について言及した。

まず、緊急時の連絡先や地域包括支援センターへの連絡等の手順に従った対応をすることを提案した。その際に重要な「異変を感じた場合」について具体例を挙げた。

このために、認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得し、管理組合は総会で話し合って対応方法の合意を得て、緊急連絡情報の取扱いを明確にしておくことや、理事会がこの合意に基づいて担当者を決めておくことが望ましいことを提案した。

このことは、「管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針」における居住者名簿等の作成と更新や居住者名簿等の細則案で敷衍した。また、「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」における高齢者と障害者への適切な対応と組織体制で敷衍した。さらに、このことは、高齢者・障害者対応マニュアルの指針の「マンションと管理組合」における緊急連絡先の把握、名簿の作成、早期発見・早期対応、認知症その他の障害の疑いのある者か虐待を受けた者の発見と連絡に反映させた。

以上のことを参考にして、『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研究　エビデンスブック2021』における「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」の前述した①から⑥に関連して、事例に則した支援策を提言した。

E. 結論

多くの論点の中で一つに限定し、「考察」において管理組合の緊急時の連絡先について述べた。

管理組合は認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得し組織体制を整え、緊急連絡情報の取扱いを明確にするために居住者名簿の緊急連絡先や要援護者名簿等を完備して更新することが望ましい。その上で、管理組合は、異変を感じた場合に的確に対処することが望ましい。管理組合と自治体・地域包括支援センター等は相互理解を進めるために、平時から交流をしておくのが望ましい。

その他の論点もさらに研究し具体化することにより、解決策を提言する。

F. 研究発表

1. 論文発表

1）「分譲マンションにおける新型コロナウイルス感染症に対する個人生活および組織活動に関する行動指針」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 68 号　2021 年 2 月 28 日　74

頁－96 頁.

2)「合理的配慮の義務化と加重な負担－障害者差別解消法とマンション法」神奈川大学法学会　神奈川法学第 53 巻 2 号 2021 年 3 月　129 頁－155 頁.

3)「孤立した高齢者と障害者のための支援と合理的配慮－新型コロナウイルス感染症－」神奈川大学法学会　神奈川法学第 53 巻 3 号　2021 年 3 月　1 頁－26 頁.

4)「管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 70 号　2021 年 12 月 28 日　47 頁－60 頁.

5)「事例」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　69 頁－73 頁.

6)「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　74 頁－77 頁.

7)「マンションと管理組合」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　78 頁－79 頁.（共著、松田昌也）

8)「マンションと管理会社」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　80 頁－81 頁.（共著、田中昌樹）

9)「マンションと行政（高齢者福祉・障害者福祉）」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　82 頁－84 頁.（共著、赤石澤久子）

10)「マンションと地域包括支援センター」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　85 頁－86 頁.

11)「マンションと社会福祉協議会」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　87 頁－88 頁.

12)「マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活」日本マンション学会　民事法研究会　マンション学第 71 号　2022 年 4 月 9 日　157 頁－163 頁.

2. 学会発表

1）2022 年度日本マンション学会第 3 分科会「認知症高齢者等の事例と対応マニュアルの指針－趣旨説明」、「事例」、「高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－」、「マンションと地域包括支援センター」、「マンションと社会福祉協議会」日本マンション学会　2022 年 4 月 16 日

2）2022 年度日本マンション学会第 7 分科会「マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活」日本マンション学会　2022 年 4 月 17 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

# 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

研究分担者　菊地和則　東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者　大口達也　高崎健康福祉大学健康福祉学部講師
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
研究代表者　粟田主一　東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

警察庁の統計によると認知症による行方不明は年々増加の一途を辿り，2020 年には 17,656 人に達している．今後，独居認知症高齢者の増加に伴い，独居行方不明者も増加すると考えられる．これまでの研究から行方不明時に独居でることが発見時の死亡と関係していることが示されている．本研究は独居行方不明に固有の問題に焦点を当てて具体的な解決策を示し，もって市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策を推進することを目的としている．

13 市町村に対してヒアリング調査を実施した結果，独居行方不明のためだけに行われている施策は無かったが，独居行方不明に有効な取り組みを行っている事例があった．独居行方不明者数を把握するに当たり，警察が行方不明者届を出された人以外についても独自に行方不明者数を集計して市町村に情報を提供することにより，独居行方不明者数を把握している例があった．また，家族親族など行方不明者届を警察に出す人がいない場合，直営・委託型地域包括支援センターが届を出せることが明らかとなった．

このような取り組みは市町村が独居行方不明対策を進めるに当たり，参考とすることができるだろう．

## A. 研究目的

警察庁の統計によると認知症による行方不明は年々増加の一途を辿り，2020 年には 17,656 人に達している．また，今後我が国は認知症者，独居高齢者の増加に伴い，独居認知症高齢者が増加すると見込まれている．先行研究により行方不明時に独居であることが発見時の死亡と関係していることが示されている（Kikuchi, et.al. 2019）．このことは独居認知症高齢者の行方不明死の増加をもたらす可能性を示している．本研究は独居認知症高齢者の行方不明に特有の問題に対する具体的な解決策を示し，もって市町村（特別区を含む，以下同様）の独居認知症高齢者の行方不明対策を推進することを目的としている．

## B. 研究方法

筆者らが 2020 年 9 月に全市町村 1,741 ヶ所の高齢者福祉主管課を対象として実施

した「独居認知症高齢者の行方不明に対する市町村の取り組みに関する研究」において，ヒアリング調査に協力できると回答した 140 市町村の中から 15 市町村を対象として遠隔ビデオ会議システム（ZOOM）あるいは電話を使用して 30 分～1 時間程度のヒアリング調査を実施した.

ヒアリングに当たっては，①独居認知症高齢者行方不明者数の把握，②行方不明者届の提出，③警察との連携，④SOS ネットワーク，⑤独居認知症高齢者行方不明への支援体制構築・強化，という 5 つのテーマを設け，調査票の回答内容から候補となる市町村を人口規模別（概ね 10 万人以上，5 万人～10 万人，5 万人未満）にそれぞれ 3 ヶ所の計 15 ヶ所を選択した. 市町村がヒアリング調査を辞退した場合は，新たに候補を選択して調査協力を依頼した. なお, 各テーマで 3 市町村に達しない場合であっても，ヒアリング対象として適当であると思われる市町村が無くなった場合は，その時点で追加は中止した．調査は 2021 年 8 月～10 月にかけて実施した.

（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状態はない． なお，自治体名は公表しないことを条件としてヒアリング調査を行った.

C．研究結果

ヒアリング調査への協力依頼の結果，テーマ①と②は各 2 市町村，③，④，⑤は各 3 市町村の，計 13 市町村のヒアリング調査を実施した．12 市町村は ZOOM により，1 市町村は電話により実施した.

本研究は独居行方不明を対象としているが，市町村の行方不明対策は独居に絞ったものは行われておらず，行方不明対策の中で独居の場合は個別に対応しているのが現状であった．しかし独居行方不明が持つ課題に対し，具体的な対策を講じている所があった.

１）独居認知症高齢者の行方不明人数の把握方法

行方不明者数の把握は警察への行方不明者届の人数が用いられることが多いが，世帯類型に関するデータが無いため，独居の人数は不明である. また独居の場合, 約 3 割は届を出していないことも明らかとなっている（菊地ら，2021）．また市町村が独自に把握する例もあるが, これらは家族親族, 介護支援専門員，サービス担当者などが気づいて報告をあげたものに限られる．このような状況においては独居行方不明者数を把握することは非常に難しい.

今回，A 市へのヒアリング調査から独居行方不明者数を把握するのに有効な取り組みが明らかとなった．A市では行方不明事案の解決後に警察が独自に「情報提供書」を市に提供している．警察では世帯類型も確認しているので，独居であるかどうかの確認もできる．しかも情報提供書は届が提出されていない事例についても提供される（例えば，届が出される前に保護された場合など）．届の有無に関わらず，警察が把握した事例は全て情報提供されるので，情報提供書を使用した行方不明者数の把握は，独居認知症高齢者の行方不明者数の把握において有効であると考えられる.

これに市町村が把握した情報（警察が把握していない者）を加えれば，さらに行方不明人数の補足率は高まるだろう．なお，情報提供書は県警が主導して行方不明対策を構築する中で使用されるようになったものであり，都道府県警レベルでの取り組みがあれば，全国的にも採用できる可能性がある．

この事例は厳密には市町村ではなく警察の取り組みであるが，市町村へのヒアリング調査によって明らかとなったことから，市町村の取り組みに含めた．

2）行方不明者届の提出

独居で大きな問題となるのは行方不明になった時，誰が警察に行方不明者届を提出するのか，ということである．先行研究から行方不明から発見までの時間が長いことが，発見時の死亡と関連していることが明らかとなっている（Kikuchi, et.al. 2019）．つまり，行方不明は初動捜索をいかに早く始めるかが重要である．その点，近隣に家族親族がおらず，行方不明者届を誰が出すか決まっていない場合は初動捜索の遅れにつながる．

届を出せる者については「行方不明者発見活動に関する規則」に規定されている．その中に「福祉事務所の職員その他の行方不明者の福祉に関する事務に従事する者」があり，具体的には「福祉事務所の職員，行政又は社会福祉法人が運営する各種の福祉サービスに従事する者等であって，行方不明者が確かに行方不明となっているかどうかを的確に判断できるものをいう」とされている．

B 市に対するヒアリング調査において，直営地域包括支援センター及び委託型地域包括支援センターの職員が届を提出できることが分かった．具体的には直営地域包括支援センター職員は行政が運営する各種の福祉サービスに従事する者に該当し，委託型の場合，本来行政が行うべき業務を委託しているので，委託型も行政に準ずるとして委託型地域包括支援センターからも届を出すことができる．

独居で近隣に家族親族など届を出してくれる人がいない場合であっても，地域包括支援センターが行方不明者届を提出できることにより警察が捜索活動を行うことができる．

なお，別の市町村で警察が行方不明者届の提出無しに捜索活動を行う例も報告されたが，これは届の提出に時間がかかると捜索活動をすぐに始めることができないため，先に捜索活動を始めて，後で届を提出するものであった．このような対応も早期の捜索活動開始に資するだろう．

D. 考察

認知症による行方不明は，その最悪の結果が死亡であるという重大性にも関わらず，国内外を見ても系統的な研究は行われていない．独居に限定すると研究はほとんどない．しかし市町村では行方不明に対応するための取り組みが行われている．

本研究は独居行方不明に固有の問題に焦点を当てて具体的な解決策を示し，もって市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策を推進することを目的としている．

しかし市町村の行方不明対策は独居のみに焦点を当てたものではないため，独居に特化した対策を講じているわけではなかった．しかしヒアリングの中で独居行方不明

への対応が課題として認識されていることが示され，独居行方不明への対応に資する事例があった.

E. 結論

独居認知症高齢者の行方不明に関する研究は, 国内外を見てもほとんどない. その実態を明らかにし，有効な対策を講じるための更なる研究が必要とされている.

F. 研究発表

1. 論文発表

菊地和則，独居認知症高齢者の行方不明の実態とその対策，老年精神医学雑誌，33（3），282-287，2022

2. 学会発表

菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一，独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究, 第 63 回日本老年医学会学術集会, 2021.6.11-27, 名古屋（web 開催）

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

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 書籍全体の編集者名 | 書　籍　名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 筧裕介 | 認知症未来共創ハブ・樋口直美・鬼頭史樹・堀田聰子監修 | 『認知症世界の歩き方』 | ライツ社 | 兵庫県 | 2021 | 全264 |

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, Awata S. | Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. | International Journal of Environmental Research and Public Health. | 18(22) | 11961 | 2021 |
| Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, Hayakawa M, Mikami Y, Shirobe M, Inagaki H, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. | Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. | PLoS One. | 16(11) | e0260412 | 2021 |
| Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. | Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. | Int J Geriatr Psychiatry | 37(1) | Epub 2021 Oct 9 | 2021 |
| Okamura T, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sakuma N, Edahiro A, Taga, T, Tsuda S, Awata S. | Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID-19 pandemic. | Psychogeriatrics | 21 | 892-901 | 2021 |
| Yamamoto H, Sazuka M, Ishibashi M, Nogimori C, Takada K, Hamaya H, Yamada H, Awata S. | DASC-21: a novel geriatric assessment for discriminating best supportive care in older patients with inoperable advanced non-small cell lung cancer. | Jpn J Clin Oncol. | 51(11) | 1628-1635 | 2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, et al. | After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community: A community observational survey. | Int J Geriatr Psychiatry. 2 | 36(12) | 1970-1971 | 2021 |
| Ito K, Ogisawa F, Furuta K, Awata S, Toba K. | Development of a five-item short-form version of the Dementia Behavior Disturbance Scale. | Geriatr Gerontol Int. | 21(9) | 870-871 | 2021 |
| Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, et al. | The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. | Psychogeriatrics | 21 | 841-843 | 2021 |
| Mitsutake S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama A, Sugiyama M, Awata S, Toba K, Ito H. | Agreement on dementia severity levels between the 8-item and 21-item Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System. | Geriatr Gerontol Int. | 21(8) | 748-749 | 2021 |
| Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Awata S: | Everyday lives of community-dwelling older people with dementia during the COVID-19 pandemic in Japan. | Int J Geriatr Psychiatry. | 36(9) | 1465-1467 | 2021 |
| Hayakawa M, Motokawa K, Mikami Y, Yamamoto K, Shirobe M, Edahiro A, Iwasaki M, Ohara Y, Watanabe Y, Kawai H, Kojima M, Obuchi S, Fujiwara Y, Kim H, Ihara K, Inagaki H, Shinkai S, Awata S, Araki A, Hirano H. | Low Dietary Variety and Diabetes Mellitus Are Associated with Frailty among Community-Dwelling Older Japanese Adults: A Cross-Sectional Study. | Nutrients. | 13(2) | 641 | 2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Iwasaki M, Watanabe Y, Motokawa K, Shirobe M, Inagaki H, Motohashi Y, Mikami Y, Taniguchi Y, Osuka Y, Seino S, Kim H, Kawai H, Sakurai R, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. | Oral frailty and gait performance in community-dwelling older adults: findings from the Takashimadaira study. | J Prosthodont Res. | 65(4) | 467-473 | 2021 |
| Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S. | Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. | J Social Distress & Homelessness | | Published online: 21 Nov 2021 | 2021 |
| 粟田主一 | 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 |
| 粟田主一 | 認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究, | 精神医学 | 63 | 505-514 | 2021 |
| 粟田主一, 笠貫浩史, 加藤伸司, 川勝忍, 小林清樹, 斎藤正彦, 真田順子, 繁田雅弘, 古田光, 池田学 | 日本老年精神医学会新型コロナ感染症影響調査ワーキンググループ. | 老年精神医学雑誌 | 32 | 379-389 | 2021 |
| 粟田主一 | 高島平スタディ. | 老年内科 | 4 | 369-376 | 2021 |
| 粟田主一 | 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21). | 日本認知症ケア学会誌 | 20(3) | 360-366 | 2021 |
| 粟田主一 | 認知症の権利擁護と地域生活支援. | 医学のあゆみ | 279(5) | 420-423 | 2021 |
| 粟田主一 | 若年性認知症の疫学と社会政策. | 医学のあゆみ | 278(12) | 1015-1022 | 2021 |
| 粟田主一 | 認知症とともに生きる人の社会参加を促進するために. | 地域ケアリング | 24(5) | 6-11 | 2021 |
| 粟田主一 | 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしをくれる社会環境の創出に向けて. | 老年精神医学雑誌 | 31(3) | 211-217 | 2022 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 川越雅弘、南拓磨 | 一人暮らし在宅認知症高齢者の２年後の転帰，在宅継続率およびケアの場の移行状況. | 老年精神医学雑誌 | 33(3) | 218-223 | 2022 |
| 涌井智子 | 認知症の独居高齢者の家族支援を考える. | 老年精神医学雑誌 | 33 | 276-281 | 2022 |
| 涌井智子 | 在宅介護における家族介護者の負担感規定要因. | 社会保障研究 | 6(1) | 33-44 | 2021 |
| 井藤佳恵 | 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援. | 老年精神医学雑誌 | 33(3) | 270-275 | 2022 |
| 堀田聰子, 大村綾香, 津田修治, 大村千尋 | 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因. | 老年精神医学雑誌 | 33 (3) | 224-229 | 2022 |
| 堀田聰子 | 安心して認知症になれる社会環境を当事者とともに創り出す. | 老年精神医学雑誌 | 33 (3) | 297-302 | 2022 |
| 堀田聰子 | 『認知症』と出会い直す －経験専門家／人生の先輩である認知症のある方とともにー. | 介護福祉 | 122 | 22-31 | 2021 |
| 角田光隆 | 分譲マンションにおける新型コロナウイルス感染症に対する個人生活および組織活動に関する行動指針. | マンション学 | 68 | 74-96 | 2021 |
| 角田光隆 | 合理的配慮の義務化と加重な負担－障害者差別解消法とマンション法. | 神奈川法学 | 53(2) | 129-155 | 2021 |
| 角田光隆 | 孤立した高齢者と障害者のための支援と合理的配慮－新型コロナウイルス感染症－. | 神奈川法学 | 53(3) | 1-26 | 2021 |
| 角田光隆 | 管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針. | マンション学 | 70 | 47-60 | 2021 |
| 角田光隆 | 事例. | マンション学 | 71 | 69-73 | 2022 |
| 角田光隆 | 高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－. | マンション学 | 71 | 74-77 | 2022 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 角田光隆、松田昌也 | マンションと管理組合. | マンション学 | 71 | 78-79 | 2022 |
| 角田光隆、田中昌樹 | マンションと管理会社. | マンション学 | 71 | 80-81 | 2022 |
| 角田光隆、赤石澤久子 | マンションと行政（高齢者福祉・障害者福祉）. | マンション学 | 71 | 82-84 | 2022 |
| 角田光隆 | マンションと地域包括支援センター. | マンション学 | 71 | 85-86 | 2022 |
| 角田光隆 | マンションと社会福祉協議会. | マンション学 | 71 | 87-88 | 2022 |
| 角田光隆 | マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活. | マンション学 | 71 | 157-163 | 2022 |
| 岡村毅, 杉山美香 | 新型コロナウイルス感染症下における大都市の大規模集合住宅に住む高齢者の支援. | 老年精神医学雑誌 | 32 | 460-467 | 2021 |
| 山下真理、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、多賀努、津田修治、井藤佳恵、粟田主一 | 認知機能低下を抱えた地域在住高齢者のインフォーマル・サポートと精神的健康に関する質的研究. | 認知症ケア学会誌 | 20(4) | 560-571 | 2022 |
| 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一 | 独居認知症高齢者の行方不明の実態：150事例からの報告. | 老年精神医学雑誌 | 32 | 469-479 | 2021 |
| 菊地和則 | 独居認知症高齢者の行方不明の実態とその対策. | 老年精神医学雑誌 | 33(3) | 282-287 | 2022 |
| 枝広あや子、岡村毅、杉山美香ら | 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論：権利ベースのアプローチという観点から. | 認知症ケア学会誌 | 20(3) | 435-445 | 2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Iwasaki M, Ohara Y, Motokawa K, Hayakawa M, Shirobe M, Edahiro A, Watanabe Y, Awata S, Okamura T, Inagaki H, Sakuma N, Obuchi S, Kawai H, Ejiri M, Ito K, Fujiwara Y, Kitamura A, Nofuji Y, Abe T, Iijima K, Tanaka T, Son BK, Shinkai S, Hirano H. | Population-based reference values for tongue pressure in Japanese older adults: A pooled analysis of over 5,000 participants. | J Prosthodont Res | 印刷中 | | |
| Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Nakayama R, Ito K, Awata S. | Factors associated with inability to attend a follow-up assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research. | Psychogeriatrics | 22(3) | 332-342 | 2022 |
| Sakuma N, Inagaki H, Ogawa M, Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Miyamae F, Suzuki H, Watanabe Y, Shinkai S, Okamura T, Awata S. | Cognitive function, daily function and physical and mental health in older adults: A comparison of venue and home-visit community surveys in Metropolitan Tokyo. | Arch Gerontol Geriatr. | 100 | 104617 | 2022 |

ウェブサイト

| 発表者氏名 | タイトル名 | URL | 公開年 |
|---|---|---|---|
| 堀田聰子 | 地域包括支援センターのデザイン | https://carenodesign.org/ | 2022 |

# 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）
## ―2021 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、2019 年度、2020 年度に以下の方法での実態調査、支援事例の分析を行った。

#### 1）2019 年度

(1) 一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際、一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取組みの概要を記述する。
(2) 実際にどのような人が住まいを含めた生活基盤を喪失しているのかを明らかにするために、24 時間体制での居住支援・生活支援を利用している生活困窮者の全体像、認知症高齢者の実数や割合等について記述する。
(3) 単身の認知症高齢者の支援事例（複数の事例を組み合わせた典型事例）を記述する。

#### 2）2020 年度

(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。
(2) 単身の認知症高齢者の支援事例を検討する。
(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

#### 1）2019 年度の結果の概要

(1) 一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際と一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取組み

一人暮らしの生活困窮者への地域生活支援として、①賃貸住宅の保証人がいない（賃貸借契約の更新ができない、転居ができない）生活困窮者に対するアパート保証、互助ハウスの提供、②地域生活で孤立しないための居場所（共同リビング）の提供、互助づくり、生活支援員による定期訪問、制度利用のためのコーディネートが実施されている。また、一人暮らしが困難な生活困窮者の地域生活支援として、①共同居住や軽費老人ホーム等の住まいの提供、②24 時間体制での日常生活支援・食事の提供、必要な医療や居宅サービスのコーディネート、生活の

主体になるための互助づくり等の支援が提供されている。

(2) 24 時間体制での居住支援・生活支援を利用している生活困窮者の全体像、および認知症の入所者の実態

2009 年 1 月から 2018 年 12 月までの 10 年間に 24 時間体制で生活支援員が常駐している共同居住に入居した 65 歳以上の利用者数は延べ 598 人であった。男性が 96%、後期高齢者が 41.1%、生活保護受給ありが 96.7%、入所時点で認知症の診断があった人は 16.1%、認知症の診断はないものの、本人の様子等から認知症が疑われる人が 15.4%であった。入所時に認知症の診断のあった人は、病院からの入所が最も多く 26%、次いで自宅からの入所(20.8%)であった。認知症の疑いのある人の入居直前の居所は、保護施設・宿泊施設(26.7%)、簡易宿泊所・路上(24.4%)の順に多かった。

また、認知症のある人の入所時の介護度が「なし・不明」が 39.6%で、「要介護 1～2」は 27.1%、「申請中」が 15.6%であった。認知症のある人の入所理由は、「ADL低下・認知症状の悪化」が最も多く 60.4%、「退所後・退院後の帰住先なし」が 40.6%であった。

さらに、認知症のある人の 49.0%が「服薬のサポート」が必要であり、46.9%が「金銭管理のサポート」が必要であった。

(3) 単身の認知症高齢者の支援事例(典型事例)

単身認知症高齢者の支援事例では、「頼れる親族や家族がなく、保護施設からアパート転宅後に保証人や生活の見守りが必要なケース」、「統合失調症で精神障害のグループホームに入所したが、入所後に認知症であることがわかり共同居住に転居したケース」、「同居家族が入院後、生活が不安定となったケース」、「飲酒により栄養状態が悪化してしまったケース」、「認知症による家賃滞納などのトラブルがありながらも、介護保険サービスや生活支援によって在宅生活を継続しているケース」などがあった。一人暮らしを支えるための支援を 2 年～10 年程度継続した後、認知症等の進行により一人暮らしが限界となり、共同居住や高齢者施設に転居となるケースが見られた。

**2)2020 年度の結果の概要**

(1)ふるさとの会の認知症支援の仕組みの概要

ふるさとの会の居住支援・生活支援の主な利用経緯は、「病院・保護施設・刑事施設などを退所後に帰住先がない」、「住所不定」、「自宅で生活していたが、近隣トラブル、アパート更新困難、認知機能低下等によって生活を継続できない」、「家庭内暴力等からの避難のため緊急保護が必要」など多岐にわたっている。

認知症の高齢者を含めた支援の仕組みとして、①株式会社ふるさとによる居住支援(賃貸借保障事業、不動産賃貸管理・サブリース事業)、②ふるさとの会の地域生活支援センターによる独居生活支援(居場所づくり・仲間づくり、訪問による安否確認、相談支援、生活支援)、介護や医療などの福祉サービスのコーディネート、③ふるさとの会の共同居住(居住と生活支援を一体的に提

供）による 24 時間体制の生活支援員による日常生活支援、食事・服薬サポート、在宅サービス等のコーディネート、仲間による支え合いづくりなどがあり、さらに地域の様々な支援機関との連携によって成り立つ仕組みとなっている。

(2) 単身の認知症高齢者の支援事例

単身の認知症高齢者の支援事例では、「認知症を抱えながら独居生活を継続した事例」、「認知症等を李湯に独居生活が困難となった事例」、「共同居住で看取りまでの支援が可能尾であった事例」、「緊急的に保護が必要であった事例」があった。

(3) 現状の課題点の整理と必要な支援ニーズ

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として、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などが必要であることが推察された。

## 4. 考察

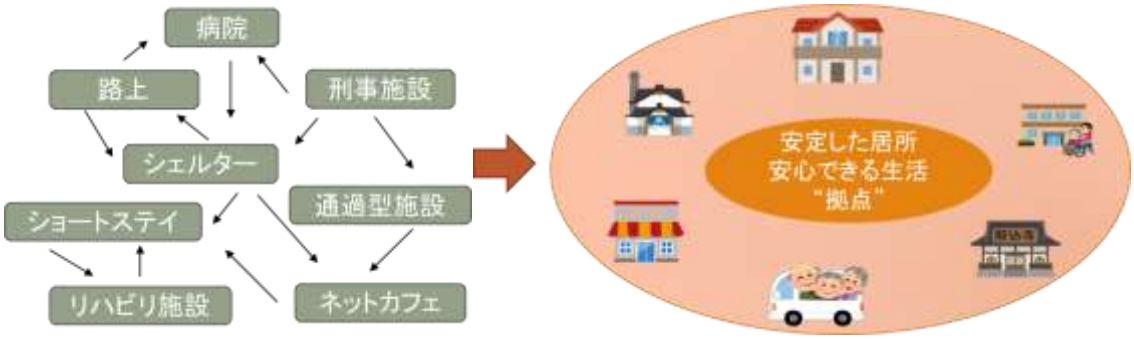
### 1）低所得の単身の認知症高齢者の居住の安定化のための支援ニーズ

2019 年度の研究結果では、ふるさとの会が提供する共同居住（24 時間体制で生活支援が常駐している）に入所した 65 歳以上の高齢者のうち、約 3 割が認知症の診断があるか、もしくは認知症が疑われる状態で入所している実態があった。認知症のある人は、病院退院後に帰住先がない、自宅での生活が困難となったなどの理由で共同居住の入所に至っていた。認知症のある人の介護度は要介護 1～2 が最も多かったが、その理由として、特別養護老人ホームへの入居が困難（2015 年 4 月から原則として要介護 3 以上の認定を受けている高齢者が対象となっている）であること、養護老人ホームへの入所も困難（身体的に自立している高齢者を主な対象としている）であることが考えられる。要介護 1～2 の高齢者の住まいには、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などの選択肢もあるが、都市部は地価が高いために利用料が高く、生活保護受給者が入居可能な施設は限られている。そのため、都外の施設で生活する生活保護受給者が増加している（東京都福祉保健局, 2014）と同時に、生活困窮者を対象とした共同居住の利用にも至っていると考えられる。

また、認知症の診断があっても介護保険の要介護認定を受けていない人が多く、認知症が疑われる状態で入所した人は、保護施設や宿泊施設、簡易宿泊所や路上からの入所が多かった。これらのことから、認知症と診断されたり、認知症が疑われたりするような状態でありながらも、必要な支援につながらずに居住が不安定な状態になっている実態があると考えられる。

居住が不安定な状態にある高齢者や障がい者の実態は、その流動性ゆえに明らかになっていないことも多いが、日本では、「老人漂流社会」（NHK スペシャル取材班, 2013；森川, 2013）、「ぐるぐる病院」（山川, 2014）、「短期頻回転院」(総務省行政評価局, 2014)、「療養病床めぐり」(健康保険組合連合会, 2007)、「ロングショート」（日本経済新聞, 2020）などと表現されている。海外で

は、安定した居所のない状態が 1 年以上続いているか、または繰り返し居所を失っている（3 年間で 4 回以上、または累積で 365 日以上）状態の人は“Chronically homeless” と定義され、高齢者や精神疾患のある人が住まいを失い、長期にわたって Chronically homeless の状態になりやすいことから、より手厚い支援が必要であると報告されている（National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018）。




上記の図の左側で示すように、病院、シェルター、通過型施設、ショートステイ、リハビリ施設などの施設を転々とする生活を長期間にわたって送ることは、リロケーションダメージをはじめとして、健康状態の悪化を招き（Kertesz et al., 2005）、長期的な視点でのケアプランの作成や、継続的な支援を困難にする恐れがある。また、住み慣れた地域で安定した人間関係を築いていくことが難しくなり、生活史を共有しているキーパーソンがいないために、認知症が進行した際に、本人が大事にしている価値観や希望などの重要な情報を支援機関が得られなくなってしまう可能性もある。

これらのことから、居住の安定化の支援として、上記の図の右側で示すように安定した居所と安心できる生活の拠点となる居場所や関係性を地域の中につくることが求められる。

**2）認知症になっても住み慣れた地域で生活できるようにするための取組み**

2019 年度と 2020 年度の事例調査の結果から、身寄りのない単身高齢者が認知症になった際に、家賃や水光熱費の滞納や、近隣トラブル、火の元のトラブルなど、さまざまな生活上の困難が生じる一方で、アパート保証と居場所の提供、訪問支援を組み合わせることで、10 年以上の長期にわたって一人暮らしの生活が継続できた事例もあった。

また、アパートでの一人暮らしが困難になった後も、同じ地域の共同居住に転居することで、主治医やデイサービス、訪問看護や訪問介護などの居宅サービスを継続でき、人間関係を変えることなく、より手厚い日常生活支援のある住まいでの地域生活の継続が可能となっている事例が見られ、看取りの支援も実践されていた。

これらの支援は、多様で重層的なニーズに応えるために、NPOによる自主事業、助成金や委託事業、社会的不動産事業との連携による空き家の活用など、さまざまな地域の資源や制度を組み合わせることによって発展してきたものである。特に「共同リビング」と呼ばれる居場所機能と、「共同居住」と呼ばれる住まいと日常生活支援を一体的に提供する支援形態は、孤立を防ぎ、安心した地域生活を継続するための支援として欠かせないものとなっている。これらの柱となる支援事業

は、「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルとなる重要な支援である。

### 3)「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルの事業化の必要性

「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルは、高齢者となった不安定就業者（日雇い労働者など）のためにつくられた経緯がある。しかし、「共同リビング」や「共同居住」の支援を必要とする人は、高齢化した日雇い労働者だけではなく、預貯金を切り崩しながら生活してきた低年金者、親亡き後のひきこもりの人や、精神疾患を抱えながら生活してきた人など、高齢になるまでは安定した住まいがあった人の割合も増加している。

もともと不安定居住・不安定就労だった人たちの高齢化の問題と、高齢期の貧困による住まいの喪失の 2 つの流れが合流する形で、安定した住まいのない高齢者が増加し、その中で認知症となる人への支援ニーズも増加している実態があると考えられる。

特に都市部の高齢者は、賃貸住宅に住んでいる割合が高く、収入が低下する高齢期に家賃の支払いが困難となりやすい。年金だけでは生活できなくなり、預貯金がなくなったことで生活保護を受給する高齢者世帯が増加していることから、今後も低所得の単身の認知症高齢者は増加し、生活困窮者の居住支援と生活支援のニーズはいっそう高まっていくと考えられる。

これらのことから、共同リビングや共同居住などの生活困窮者居住支援・生活支援モデルが、低年金者を含めた多くの高齢者が利用できる形で事業化されることが必要であると考えらえる。

### 4)「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルの普及の可能性

ふるさとの会の共同居住は、無料低額宿泊所、自立援助ホーム、寄りそい型宿泊所として運営された時期を経て、現在は生活保護制度の中で新たに創設された「日常生活支援住居施設」として運営されている。日常生活支援の提供が制度の中に位置づけられたことで、委託費によって生活支援員を配置することが可能となった。今後は、手厚い支援を必要とする生活保護受給者の生活を支える社会資源のひとつとして活用されていくと考えらえる。

将来的には、日常生活支援住居施設は、生活保護制度の中で位置づけられた施設であることから、生活保護を受給していない低年金者など、幅広い高齢者が利用可能な新たな「共同居住」の形も必要であると考えられる。低所得高齢者の居所の選択肢として普及していくためには、単一の制度だけではなく、複数の制度や民間事業としての創意工夫、地域の資源を柔軟に組み合わせることが可能な仕組み求められる。

【引用文献】

Kertesz, S. G., Larson, M. J., Horton, N. J., Winter, M., Saitz, R., & Samet, J. H. (2005). Homeless chronicity and health-related quality of life trajectories among adults with addictions. Medical care, 43(6), 574–585. doi: 10.1097/01.mlr.0000163652.91463.b4

健康保険組合連合会. (2007). 良質な高齢者医療&ケアの実現に関する研究 ： 社会的入院問

題の本質と政策提言 ： 報告書. 東京:健康保険組合連合会
森川すいめい. (2013)). 漂流老人ホームレス社会. 東京:朝日新聞出版.
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Permanent supportive housing: Evaluating the evidence for improving health outcomes among people experiencing chronic homelessness, The National Academies Press, Washington, DC.
NHK スペシャル取材班. (2013). 老人漂流社会. 東京:主婦と生活社.
日本経済新聞:引っ越し月 5 回も 重度障害者、短期入所施設を転々(2020 年 1 月 19 日), Retrieved from: https://www.nikkei.com/article/DGXMZO54534270X10C20A1SHB000/
総務省行政評価局. (2014). 生活保護に関する実態調査結果報告書 第 2-3-(6) 医療扶助受給者における短期頻回転院への対処. Retrieved from https://www.soumu.go.jp/main_content/000305400.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
山川幸生. (2014). 医療扶助における短期頻回転院 (いわゆる「ぐるぐる病院」)の問題点. 賃金と社会保障 = *Wage & social security*, (1622) 55-67.

# 報　告　書

件名：令和３年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」
に関する研究支援

事業者：一般社団法人　人とまちづくり研究所

代表者：堀田聰子

研究概要：
事例調査（在宅高齢認知症独居・高齢認知症夫婦のみ世帯の暮らしの実態、探究型ケアの推進）に基づく教材開発を行い、主に地域包括支援センターを対象として、開発した教材の提供と学びの場とすることを目的として「地域包括支援センターのデザイン」ウェブサイトを構築した。

（ウェブサイトの趣旨説明：抜粋）
地域包括ケアシステムの中核機関として位置づけられる地域包括支援センターには、いま、地域共生社会の実現に向けて大きな期待が寄せられています。
地域包括支援センターで活躍する皆さんが、「いい仕事ができているなぁ」と思えるかどうかは、地域で暮らす一人ひとりの普段の暮らしが「幸せだなぁ」と思うことに直結します。

地域包括支援センターのスタッフ、広く対人支援に携わる方々が楽しく活動できること、ケアする－ケアされる関係を超えて共に豊かな暮らしを創り出していけることを目指して、このプロジェクトでは、「出会い直し」の方法をデザインしました。
当事者との「出会い方」と「かかわりの質」は、地域包括支援センターの基本４業務の根幹です。まず自分を知り、その人と、その人が暮らす地域と出会い直す。これを助けるアセスメントシートも作りました。

実は、こうした試みは一人暮らしやご夫婦のみで暮らす認知症のある高齢者やそのまわりの方々に、暮らしのリアルを教えて頂いたことをきっかけとしています。
ご本人は、ご家族は、そして専門職は認知症についてどんなイメージを持っていたのか。認知機能の低下や認知症の診断を受けたことで、じぶんや目の前の人のことを、まず「認知症の」○○さんと見ていなかったか。「認知症が進むと本人ではわからない」

と思い込んでいなかったか。そのことで自分の想い、目の前の人の願いに蓋をしていなかったでしょうか。

このサイトでは、プロジェクトのもとになった全国各地の認知症のある高齢者の 11 の事例もご紹介しています。それぞれの当事者をめぐる豊かな関係性と知恵をご覧頂くとともに、もしこの方がうちの地域に住んでいたら？とぜひ思いめぐらせてみてください。

出会い直しのデザインに興味をお持ちの方々とともに、地域を越えて事例検討をしたり、こんなことあったらいいな！を話し合ったり、ツールや学びのあり方もよりよいものにしていただけることを願っています。

（開発ストーリー）

独居認知症高齢者等（認知症者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かかわる研究(※1)の中で「地域包括支援センターのデザイン」は生まれました。

※1 2019-2021 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者・粟田主一)」

STORY 01

認知症のある高齢者の暮らしの事例調査と分析

高齢認知症独居・高齢認知症夫婦のみ世帯の自宅での暮らし、住み替えと環境調整に関する事例調査とその結果に基づくケースを検討しました（2019 年度)。認知症のある高齢者 12 人・11 世帯にかかわるご本人とご家族、専門職等合計 40 人程度のインタビューに基づいて、居住環境、住まい方の工夫や暮らしの知恵、認知機能の低下がみられるようになってからの変化と周囲の関わり、生活パターンと支援ネットワークの変化、さらに在宅継続要因と考えられること、在宅限界点や住み替えプロセスとそこでの意思決定のあり方等に係る考察をまとめました。

STORY 02

本人の声、聴こえていますか

事例検討を経て、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方とともに変革していくこと、「共感」を鍵として広く当事者とともによりよいケアの形を探究することを目指したいという声をあげたのが福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センターの皆さんで

す。

まず、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとともに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、また専門職であっても「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わかりました。

こうした状況を改善し、納得感を持って楽しくはたらくために、まずは現状をチェックしてみませんか？

STORY 03

地域包括支援センタースタッフの研修

自分と／地域と／本人と出会い直す

地域包括支援センターのスタッフと学びを重ねました。

専門職がその職種や立場の鎧を脱いで自らの共感される「ゆるかわ」ポイントを探る研修、一人の生活者の視点からまちあるきを通じて地域の資源を（再）発見する研修、当事者とやりとりをする際の肯定のコミュニケーションについて学ぶ研修を実施しました。

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も開催しました。

STORY 04

新アセスメントシート「やりとり手帳」の開発・改訂・試用

一連の学びのなかで、本人の自らとの出会い直し、当事者とスタッフがアセスメントされる人とする人としてではなく、人と人として出会えることを助けるために、新たなアセスメントシートを開発することになりました。

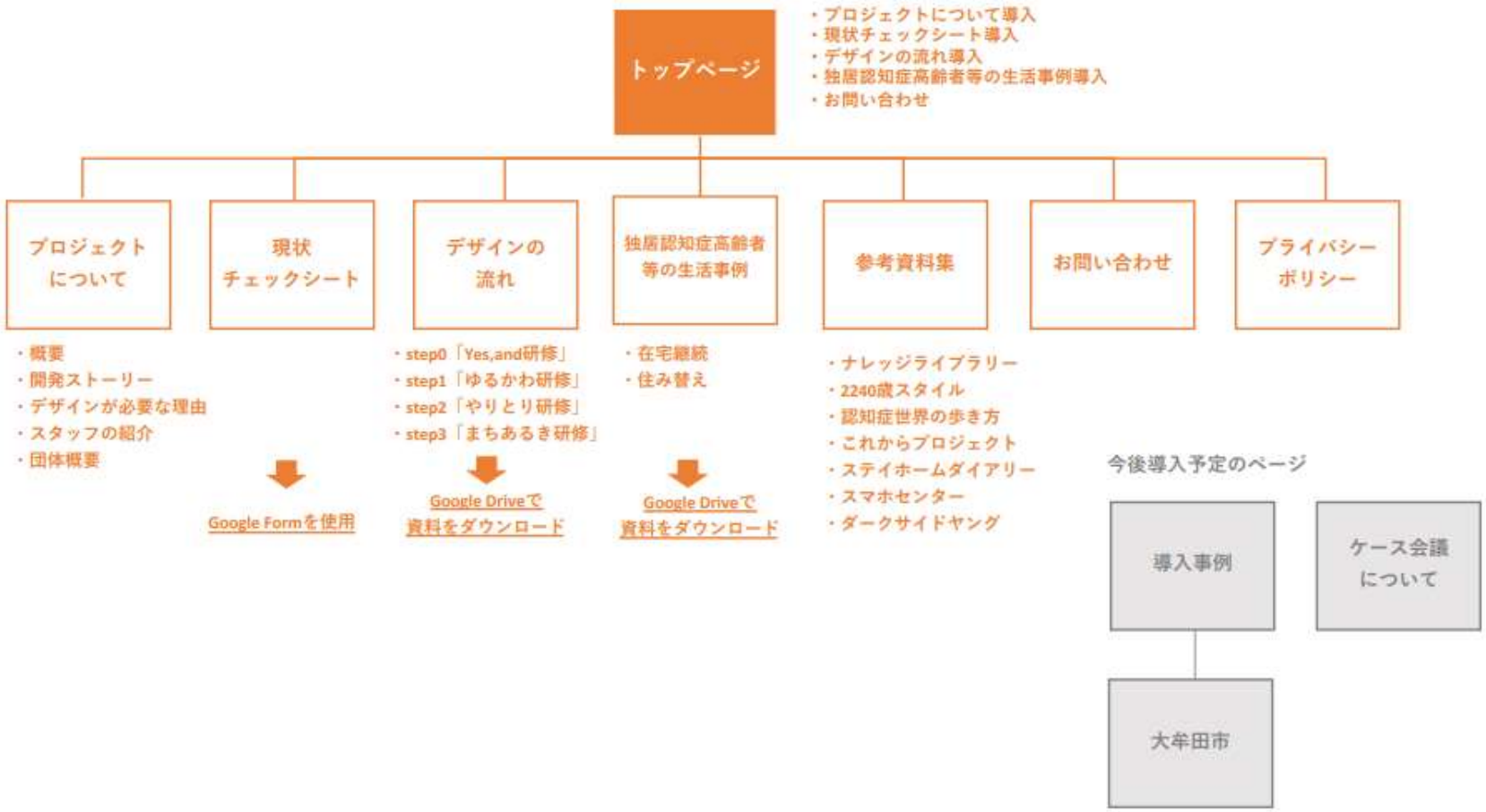
地域包括支援センターのスタッフとの対話を通じて案を作成、試用・改訂を繰り返し「できないことばかりが書かれていると本人も希望を言いにくくなるのではないか」「対話しながら本人が自ら書くことによって、本人が自らの気持ちを整理でき、本人と専門職のコミュニケーションを深めることができるのではないか」などの意見を受け、新アセスメントシート「やりとり手帳」が生まれました。

ウェブサイトの情報：

URL　https://preview.studio.site/live/p6aoJBAJqR/

ウェブサイトの構成は次ページの通り

## 地域包括支援センターのデザイン　webページ　サイトマップ



令和３年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

# 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

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

2022 年 3 月

# 目　次

１．過年度調査研究結果の整理

１．１　研究目的
１．２　研究方法
１．３　結果の概要

２．2021 年度調査研究の結果

２．１　研究目的
２．２　研究方法
２．３　地域包括支援センター所管エリアの地域特性と課題感
２．４　ヒアリング及び意見交換の結果
２．５　ヒアリング及び意見交換結果から見たまとめ

資料：QGIS インストールマニュアル

# １．過年度調査研究結果の整理

## １．１　研究目的

地域包括ケアの充実のためには、高齢者を取り巻く地域特性を把握し、多様な主体が連携できる体制づくりが必要である。中でも住居形態は地域特性としての重要な要素であり、例えば分譲マンションは、外部からアクセスしづらく、社会福祉の手が届きにくいとも言われる。

本調査研究では、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た。

また、2015 年に足立区で実施されたアンケート調査データ※による分析も加味し、戸建て住宅や分譲マンション等の特性・課題を検討した。

※「平成 27 年度　足立区介護予防チェックリスト」調査データ
介護予防の推進及び認知症高齢者対策に資する健康調査を実施し、身体・精神・社会的機能を含む総合的な状態把握、認知症に対する区民の意識を調査することにより、足立区の実情に即した介護予防及び認知症対策を推進するもの。足立区内に在住で、平成 27 年 4 月 1 日現在 65 歳以上の区民のうち、要介護認定を受けていない全員 134,392 名を調査対象とした悉皆調査である。 以下「足立区 2015 年調査データ」とする。

## １．２　研究方法

足立区における高齢者分布を詳細に把握するため、国勢調査データに民間会社のデータを加えたハイブリッドデータ評価法による推計を行った。また、高齢者を取り巻く地域特性を把握し、高齢者分布との関係から分析を行った。さらに足立区 2015 年調査および介護認定データの結果を加えて、住居形態との関係を把握した。

＜分析項目＞
（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

## １．３　結果の概要

（１）住居形態別の高齢者分布の推計

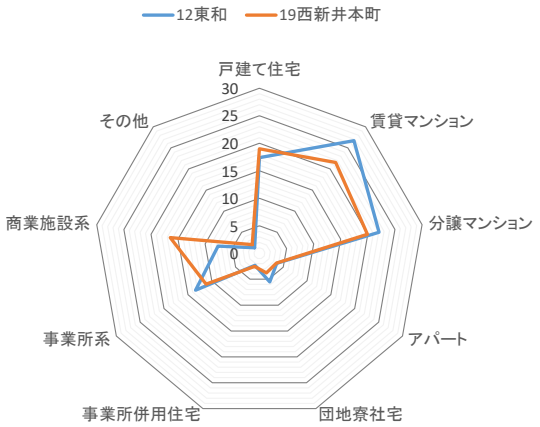
表 1.1　住居形態分類１の特徴

## 住居形態分類１

位置




住居形態




基礎データ（国勢調査等による推計値）

・独居率は、足立区 2015 年調査の有効回答（75,358 人）に占める割合

| 地域包括名称 | 世帯数（戸） | 人　口（人） | 65 歳以上人口割合（%） | 高齢単身世帯割合(%) | 分譲マンション世帯割合（%） | 独居率（%） | 総合リスク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 東和 | 29,668 | 56,149 | 17.6 | 8.8 | 21.3 | 21.89 | 15.85 |
| 西新井本町 | 12,053 | 24,239 | 23.7 | 13.5 | 21.2 | 24.97 | 17.07 |

全体的な傾向

戸建て住宅、賃貸および分譲マンションの割合が同程度（東和は賃貸マンションが比較的多い）であり、一部で高齢者密度、特に賃貸マンション居住の高齢者密度が高い地域がある。総合リスクは全体的に低いが、人づきあいや地域との関わりも少ない傾向がみられる。

特徴

・戸建て、賃貸および分譲マンションの割合が 20%程度であり、賃貸マンションが比較的多い
・西新井本町では高齢者密度が高い地域がある
・東和では賃貸マンション居住の高齢者密度が高い
・総合リスクは、比較的低い
・近所との付き合いや信頼感を感じる割合が相対的に低い

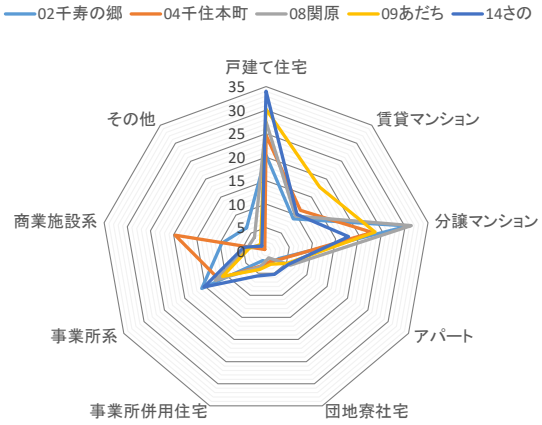
表 1.2　住居形態分類２の特徴

## 住居形態分類２

位置




住居形態




基礎データ（国勢調査等による推計値）

・独居率は、足立区 2015 年調査の有効回答（75,358 人）に占める割合

| 地域包括名称 | 世帯数（戸） | 人　口（人） | 65 歳以上人口割合（%） | 高齢単身世帯割合(%) | 分譲マンション世帯割合（%） | 独居率（%） | 総合リスク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 千寿の郷 | 7,278 | 14,734 | 23.4 | 12.4 | 38.5 | 21.88 | 18.76 |
| 千住本町 | 12,178 | 22,296 | 26.7 | 14.3 | 21.6 | 25.44 | 20.92 |
| 関原 | 11,322 | 23,242 | 23.1 | 12.1 | 34.6 | 21.55 | 19.98 |
| あだち | 10,092 | 18,918 | 23.9 | 12.8 | 19.6 | 23.44 | 20.22 |
| さの | 21,902 | 46,571 | 23.9 | 11.3 | 18.2 | 18.90 | 17.65 |

全体的な傾向

戸建て住宅および分譲マンションの割合が高く、千住本町では商業施設も多い。特に分譲マンションに住む高齢者が多い地域であり、千寿本町やあだちなどでは独居率が高く、同時に総合リスクも高い地域となっている。千寿本町では人づきあいや地域との関わりが比較的多いようにみえるが、住居形態との関係を考慮し防災組織づくりやコミュニティづくりなどで、戸建て住宅や分譲マンションなどの種別に応じた対応の仕方が必要となる可能性がある。

特徴

・戸建て住宅および分譲マンションの割合が 20～30%と高い
・あだち、関原、千寿本町では高齢者密度が高い地域がある
・関原、千住本町、千寿の郷などで、マンション居住の高齢者密度が高い
・独居率は千寿本町やあだちで比較的高い
・荒川沿いの地域を中心に、総合リスクは全体的に高い
・千住本町では、近所との付き合いや信頼感を感じる割合が比較的高い

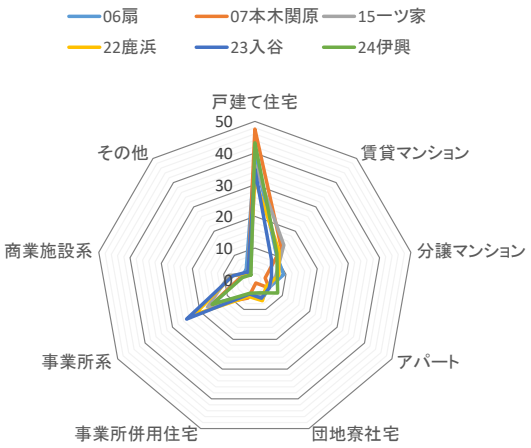
表 1.3　住居形態分類３の特徴

## 住居形態分類３

位置




住居形態




基礎データ（国勢調査等による推計値）

・独居率は、足立区 2015 年調査の有効回答（75,358 人）に占める割合

| 地域包括名称 | 世帯数（戸） | 人口（人） | 65 歳以上人口割合（%） | 高齢単身世帯割合（%） | 分譲マンション世帯割合（%） | 独居率（%） | 総合リスク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 扇 | 12,642 | 27,824 | 26.6 | 13.4 | 10.6 | 19.66 | 18.98 |
| 本木関原 | 7,276 | 15,417 | 28.4 | 14.2 | 3.3 | 19.44 | 20.67 |
| 一ツ家 | 14,987 | 31,926 | 25.4 | 12.1 | 7.2 | 19.11 | 18.23 |
| 鹿浜 | 15,080 | 33,426 | 25.0 | 12.3 | 9.8 | 19.10 | 16.28 |
| 入谷 | 13,745 | 31,961 | 24.1 | 9.6 | 7.1 | 15.12 | 16.31 |
| 伊興 | 15,252 | 32,983 | 24.4 | 12.3 | 6.8 | 18.17 | 15.80 |

全体的な傾向

戸建て住宅の割合が非常に高く、平均的に高齢化が進行しているが、他分類と比べて独居率は低い傾向がみられる。荒川左岸の本木関原などで総合リスクが高いが、全体的に人づきあいや近所との関わりが多く、災害への備えやコミュニティなどの面では助け合える環境づくりにつながる可能性がある。

特徴

・戸建て住宅の割合が非常に高い
・65 歳以上人口の割合は 25%を越える地域が多いが、密度は比較的一定である
・独居率は他分類と比べて低い傾向にある
・扇、本木関原など荒川沿いを中心に、総合リスクが高い地域がある
・近所との付き合いや信頼感を感じる割合が、他分類と比べて高い

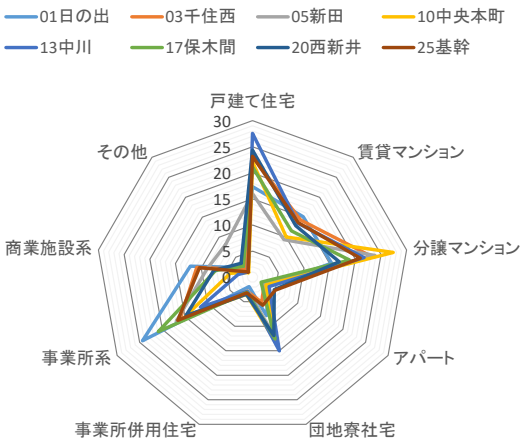
表 1.4　住居形態分類４の特徴

## 住居形態分類４

位置




住居形態




基礎データ（国勢調査等による推計値）

・独居率は、足立区 2015 年調査の有効回答（75,358 人）に占める割合

| 地域包括名称 | 世帯数（戸） | 人口（人） | 65 歳以上人口割合（%） | 高齢単身世帯割合（%） | 分譲マンション世帯割合（%） | 独居率（%） | 総合リスク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日の出 | 6,367 | 11,205 | 28.4 | 15.5 | 16.3 | 28.17 | 18.97 |
| 千住西 | 15,178 | 28,806 | 22.6 | 11.7 | 25.8 | 23.05 | 20.06 |
| 新田 | 11,738 | 25,807 | 21.6 | 12.2 | 28.7 | 22.10 | 20.65 |
| 中央本町 | 11,444 | 24,193 | 25.3 | 12.4 | 27.5 | 19.73 | 18.48 |
| 中川 | 14,688 | 29,256 | 24.4 | 13.3 | 22.3 | 23.51 | 17.48 |
| 保木間 | 14,515 | 31,430 | 28.9 | 17.3 | 21.6 | 25.70 | 13.43 |
| 西新井 | 16,215 | 33,446 | 25.0 | 12.8 | 17.1 | 21.51 | 14.99 |
| 基幹 | 13,456 | 26,962 | 21.7 | 11.6 | 20.7 | 21.38 | 17.14 |

全体的な傾向

戸建て住宅と分譲マンションの割合が高いが、加えて団地・寮・社宅や事業所系の建物も多い。全体的に独居率が高く、千住西や新田など荒川沿いでは総合リスクも高い傾向がある。人づきあいや近所との関わりが希薄な傾向がみられ、住居形態に応じた防災対応の組織づくりなどで公共の支援が必要となる可能性がある。

特徴

・戸建て住宅および分譲マンションの割合が高いが、団地・寮・社宅も一定数見られる
・千寿西、日の出、保木間、西新井、中川などで高齢者密度の高い地域がある
・日の出や保木間では 65 歳以上人口割合が高く、独居率も高い
・日の出、千住西、新田など荒川沿いを中心に、総合リスクが高い地域がある
・中川、保木間、西新井等で、近所との付き合いや信頼感を感じる割合が相対的に低い

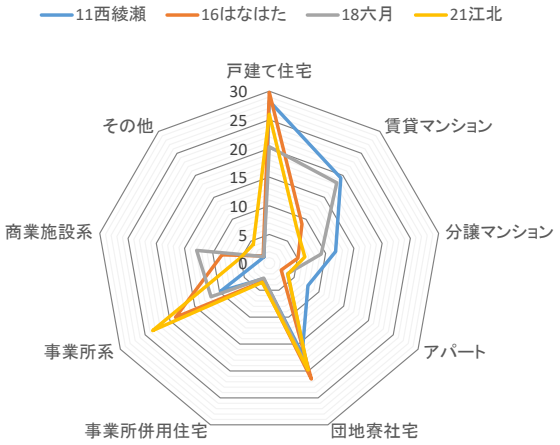
表 1.5　住居形態分類５の特徴

## 住居形態分類５

位置




住居形態




基礎データ（国勢調査等による推計値）

・独居率は、足立区 2015 年調査の有効回答（75,358 人）に占める割合

| 地域包括名称 | 世帯数（戸） | 人　口（人） | 65 歳以上人口割合（%） | 高齢単身世帯割合(%) | 分譲マンション世帯割合（%） | 独居率（%） | 総合リスク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 西綾瀬 | 9,989 | 18,417 | 23.7 | 13.2 | 11.7 | 25.80 | 19.25 |
| はなはた | 9,924 | 20,714 | 31.0 | 17.1 | 5.6 | 24.88 | 12.79 |
| 六月 | 14,714 | 28,685 | 27.1 | 15.1 | 9.2 | 26.91 | 14.40 |
| 江北 | 10,167 | 20,586 | 32.4 | 18.5 | 7.7 | 25.55 | 14.95 |

全体的な傾向

　戸建て住宅と団地・寮・社宅の割合が高いが、西綾瀬や六月では賃貸マンションも多い。他分類と比べて独居率が高く、団地居住の高齢者密度が局地的に高い地域がある。全体的に総合リスクは低いが、近所との関わりや人づきあいも少ない傾向がみられ、公営団地居住の高齢者を中心に公的支援の必要性が考えられる。

特徴

・戸建て住宅および団地・寮・社宅の割合が高い
・江北、西綾瀬、六月などで高齢者密度が高い地域がみられる
・江北、はなはたでは 65 歳以上人口割合が高い
・全体的に独居率が高い
・総合リスクは、他分類と比べて相対的に低い
・六月では、近所との付き合いや信頼感を感じる割合が相対的に低い

（２）高齢者を取り巻く各種リスクの把握

洪水時の浸水深、建物倒壊危険度、火災危険度、避難所・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などについて、地域包括単位でリスクを評価した。総合リスクは「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」の各地域であった。

表 1.6　地域包括単位の総合リスク

| 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 |

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
総合リスク　18.01以上20.01未満
総合リスク　20.01以上

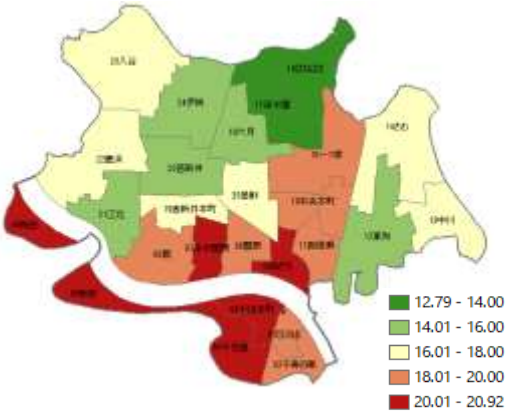



図 1.1　地域包括単位の総合リスク

（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）においては、（１）の住居形態の推計結果に、居住者の意識や社会福祉上の課題についての相関の分析を行い次の結果を得た。

○住居形態と「近所の人に対する信頼感」の関係

戸建て住宅やアパートが多い地域は、近所の人に対する信頼感にプラスの相関が見られた。一方で、分譲マンションや賃貸マンションが多い地域はマイナスの相関が見られた。

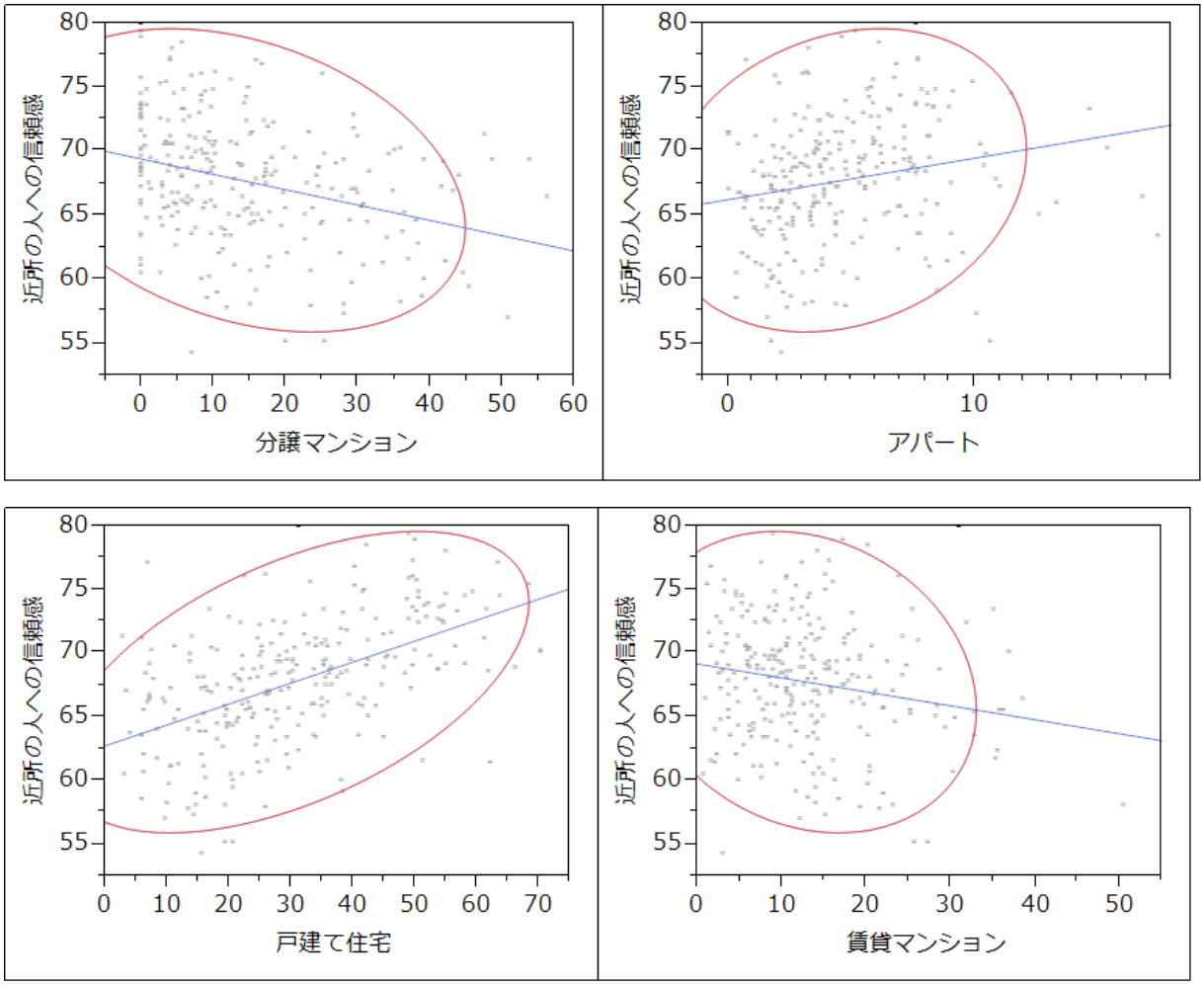



図 1.2　住居形態と「近所の人に対する信頼感」の関係（有意確率５％で検定）

○要支援・要介護認定と住居形態の関係

分譲マンションと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・社宅が多い地域では、認定率が上昇する傾向がみられた。これらの住宅は、その多くが鉄筋コンクリート等の共同住宅であることを考えれば、認定率の傾向は同様となることも考えられる。公営団地等では社会福祉の手が届きやすく、マンションには届きにくい構造があるとも思われる。

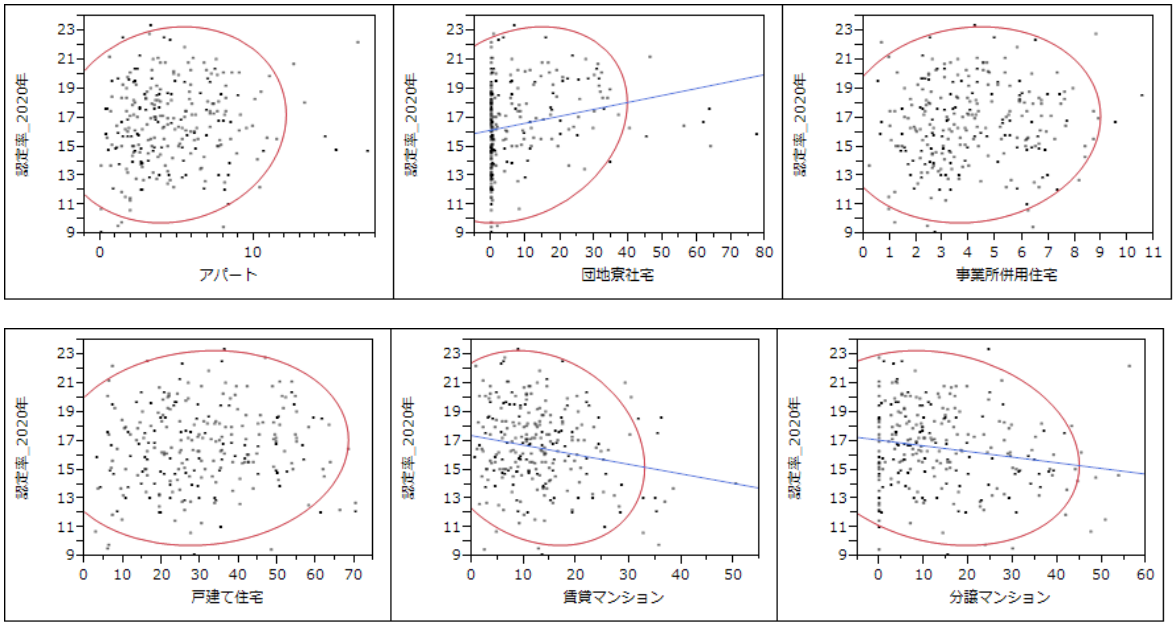



図 1.3　要支援・要介護認定と住居形態の関係（有意確率５％で検定）

## ２．2021 年度調査研究の結果

### ２．１　研究目的

前年度において、各種統計データを用いた住居形態別の高齢者分布および災害リスクなどの視点から、足立区全域での傾向を把握する手法について一定の成果を得ることができた。

そこで今年度は足立区内の比較的狭い特定エリア（地域包括支援センターの所管エリア）におけるデータ活用方法の課題に関する調査分析を行った。

足立区の特定エリアについて、前年度の成果を用い住居形態別の高齢者の人数や独居割合、地域事情を加味し、地域特性（課題感）を把握した。それらをもとに社会福祉担当者へのヒアリング等を通じて、高齢者支援に関する地域課題対策のために必要な統計データおよびデータ活用方法に関する課題を明らかにした。

### ２．２　研究方法

① 前年度の分析結果を用いて、個別の地域包括支援センターでの具体的な活用時のための資料（フォーマット）案を作成する（個別の地域包括支援センターの所管エリアの分譲マンションや賃貸マンション、アパートなど住居形態別の高齢者の人数および独居割合、災害リスクや医療機関へのアクセシビリティなどを加味した地域特性資料を作成）。

② ①を用いて、社会福祉担当者にヒアリング及び意見交換を行い、地区レベルでの高齢者支援施策推進のために必要な基本的データ（人口、住居、商業、災害リスク等）、データ形式（表形式、地図形式など）、行政施策に資するデータ活用方法（地域特性の把握、支援対象者の想定、需要予測、データ活用スキルなど）等の課題を明らかにする。

③ ①②を通じて、地域の多様な主体が協働するための課題感を明らかにする。地域の多様な主体へ協力を求める際に必要な資料（データ、ツール）を明らかにする。

## ２．３　地域包括支援センター所管エリアの地域特性と課題感

基幹、千住本町、本木関原の各地域包括支援センターを事例に、所管エリアでの地域特性と課題感を次表にまとめる。

表 2.1　基幹地域包括支援センター所管エリアの特徴と課題感

| 基幹地域包括支援センター | |
|---|---|
|  ¥ |   |
| 【地域分類４】<br>戸建て住宅 24%、分譲マンション 21% | 【ハイブリッドデータ評価法による推計】<br>世帯数：13,456 戸　　人口：26,962 人<br>65 歳以上人口割合：21.7%<br>高齢単身世帯割合：11.6%<br>分譲マンション世帯割合：20.7% |
| 【住居形態の特徴】<br>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。 | |
| 【総合リスク】<br>17.14% | 【足立区 2015 年調査による独居率】<br>21.38% |

【データから見た地域の特徴・課題感】

・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。
・区の中心部に位置し、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わりは、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。また地域との関わ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住居形態がみられることから、対応も複雑となる。

表 2.2　千住本町地域包括支援センター所管エリアの特徴と課題感

<table>
<tr><th colspan="2">千住本町地域包括支援センター</th></tr>
<tr><td colspan="2">    </td></tr>
<tr><td>【地域分類２】<br>戸建て住宅 25%、分譲マンション 23%<br>商業施設系 20%</td><td rowspan="2">【ハイブリッドデータ評価法による推計】<br>世帯数：12,178 戸　　人口：22,296 人<br>65 歳以上人口割合：26.7%<br>高齢単身世帯割合：14.3%<br>分譲マンション世帯割合：21.6%</td></tr>
<tr><td>【住居形態の特徴】<br>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。</td></tr>
<tr><td>【総合リスク】<br>20.92%</td><td>【足立区 2015 年調査による独居率】<br>25.44%</td></tr>
</table>

【データから見た地域の特徴・課題感】

・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わりは、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、地域との関わりが比較的多いことを活用できる可能性がある。

表 2.3　本木関原地域包括支援センター所管エリアの特徴と課題感

<table>
<tr><th colspan="2">本木関原地域包括支援センター</th></tr>
<tr><td colspan="2">   </td></tr>
<tr><td>【地域分類３】<br>戸建て住宅 48%、賃貸マンション 13%<br>事業所系 16%<br><br>【住居形態の特徴】<br>戸建て住宅が非常に多く、分譲マンションは少ない。</td><td>【ハイブリッドデータ評価法による推計】<br>世帯数：7,276 戸　　人口：15,417 人<br>65 歳以上人口割合：28.4%<br>高齢単身世帯割合：14.2%<br>分譲マンション世帯割合：3.3%</td></tr>
<tr><td>【総合リスク】<br>20.67%</td><td>【足立区 2015 年調査による独居率】<br>19.44%</td></tr>
</table>

【データから見た地域の特徴・課題感】

・戸建て住宅が非常に多く、分譲マンションは非常に少ない。賃貸マンションが 13%程度ある。
・戸建て住宅に居住する高齢者が多い。
・足立区 2015 年調査による独居率は、地域包括単位で相対的に低い方である。
・荒川沿いの低地に位置することから総合リスクは高く、特に地震による建物倒壊および火災延焼の危険度が区内で最も高い。
・近所の人との付き合いや地域との関わりは、多い傾向がみられる。
・比較的近所や地域との付き合いがあり、戸建て住宅で家族と居住する高齢者像が伺える。

## ２．４　ヒアリング及び意見交換の結果

地区レベルでの高齢者支援施策推進のために必要な基本的データ（人口、住居、商業、災害リスク等)、データ形式（表形式、地図形式など)、行政施策に資するデータ活用方法（地域特性の把握、支援対象者の想定、需要予測、データ活用スキルなど）等の課題を明らかにする。そのため前述の地域特性と課題感をもとに、足立区社会福祉協議会の基幹地域包括支援センターの担当者に対してヒアリング及び意見交換を行った。

（ヒアリング及び意見交換は 2021 年 8 月から同年 12 月にかけて計３回実施。）

### （１）第１回ヒアリング及び意見交換会

実施日：2021 年 8 月 10 日
場所：オンライン
参加者：足立区福祉部　足立区社会福祉協議会基幹地域包括支援センター
　　大和ライフネクスト株式会社　株式会社中央地学

＜意見交換会の趣旨・目的＞

日常生活圏域における地域特性の分析手法の検討を２年に渡り実施した結果、各種のデータをかけ合わせれば、いままで曖昧であった高齢者の住居別の推計値を求めることが出来ることが判明した。また、地理情報ソフト（以下、「GIS ソフト」と呼ぶ）を用いて、災害リスクや医療の状況などの分析・可視化を行うこともできる。こうした結果を地域包括支援センターの業務に活かすことも可能である。連携を探る際のツールにも活用できるし、データの整理分析などの効率化にも資するだろう。皆様のご意見を頂戴したい。

＜背景など＞

- 地域特性の分析が必要と思われるが、その地域特性には住居の形態が大きなファクターになると考えられる。
- 近年の都市部では、従来の町内会や自治会の加入率の減少や担い手の不足（高齢化）が言われている。これは災害対応の分野ではよく言われることであり、地域包括支援センターの業務にも、影響が生じていないか。
- 連携の働きかけも必要だと思われるが、地域住民と共有する資料に地図などの視覚的な情報を活用できるのではないかと考える。

＜伺いたいこと＞

実務に活かすことを考えており、皆様が課題と感じていることや困っていることをお伺いしたい。

- 所管するエリアの特徴について

・　個別避難計画の作成について（災害対策基本法改正関連）
・　住居形態別の状況把握について（住居形態の違いによる業務上の課題感）
例）分譲マンションで困ること。戸建て住宅で困ること。住居形態別の違い

＜意見交換結果＞
　最初に昨年度の調査研究結果の説明や GIS ソフトを用いて作成した地図の説明などを行った上で、意見交換を実施した。結果を以下にまとめる。

①住居形態について
・　分譲マンションはオートロックが多く門前払いが多い
・　タワーマンションでは人との関わりを嫌う人が多いと感じる

②地図やデータ活用について
・　東京都全体のデータはあるが、個別の地域のデータは不足しており、足立区として危機感は伝わって来ない
・　現場サイドとしても実感が薄いと感じている
・　細かい情報と言うよりもわかりやすいデータがほしい
・　区では見守り活動などの地図化は「きずなづくり担当課」が行っているが、詳細はわからない
・　場当たり的、もぐらたたき的な対応となっている
・　データを使用して分析や予測等はできていない

③あれば便利なデータ
・　介護予防の観点からサロン（通いの場）、体操教室など：場所を知らない人が多い
・　サービス付き高齢者住宅、グループホームなど（東京都の情報システム）
・　公園、マンションの集会室
・　公衆トイレ、ベンチなど

④地域特性について
・　足立区では下町の人が多いと思われがちだが、地域課題が変容していると感じる
・　足立区では町会加入率が 50%以下
・　浸水のリスクが高く、垂直避難の必要性がある

## （２）第２回ヒアリング及び意見交換会

実施日：2021 年 11 月 30 日
場所：足立区社会福祉協議会　基幹地域包括支援センター
参加者：足立区福祉部　足立区社会福祉協議会基幹地域包括支援センター
　　大和ライフネクスト株式会社　株式会社中央地学

＜前回を踏まえて今回の意見交換会の趣旨・目的＞
①地域包括支援センター様の通常業務に活かせるデータは何か？
・　老人ホーム関連のデータ、サロンデータを追加

②防災や災害対応の場面で活かせるデータは何か？
・　洪水による浸水域や浸水深、火災危険度など
・　避難所や避難場所の位置、避難距離

③どのような活用場面が想定できるか？
・　地図を囲んで地域住民と情報共有
　　支援センターの視点なのか、住民の視点なのか
・　概略の地域性を把握する利点は？
・　災害リスクを把握して防災計画に活用（個別避難計画策定など）
・　支援センター利用者の情報をデータベース化して業務に利用（要配慮者名簿と連動）

④このようなシステム利用を阻害する要因は何か？
・　そもそも必要が無いのか、あれば便利なのか
・　使用方法を覚えるのが大変（紙地図の方が良い）
・　データ更新が面倒
・　費用がかかる

＜意見交換結果＞
　前回の意見交換会でデータ追加の要望があった、サロン（通いの場）やサービス付き高齢者住宅、グループホームなどのデータを GIS ソフトに追加しシステムの説明を行った。さらに GIS シフトによる図を用いて、避難場所や医療機関のデータについて説明し、認知症サポート医の立地は距離的に遠い場所もあることや、地域の危険度については浸水リスクが高い場所や木造の密集市街地など火災延焼リスクが高い地域があること、などの情報共有を行った。またそのようなリスクの高い場所と高齢化率を重ねてみることにより地域を可視化し、具体的な提案につなげることなど、システムの利用方法についての説明を行ったうえで、意見交換を実施した。

①GIS ソフトによる地図化事例

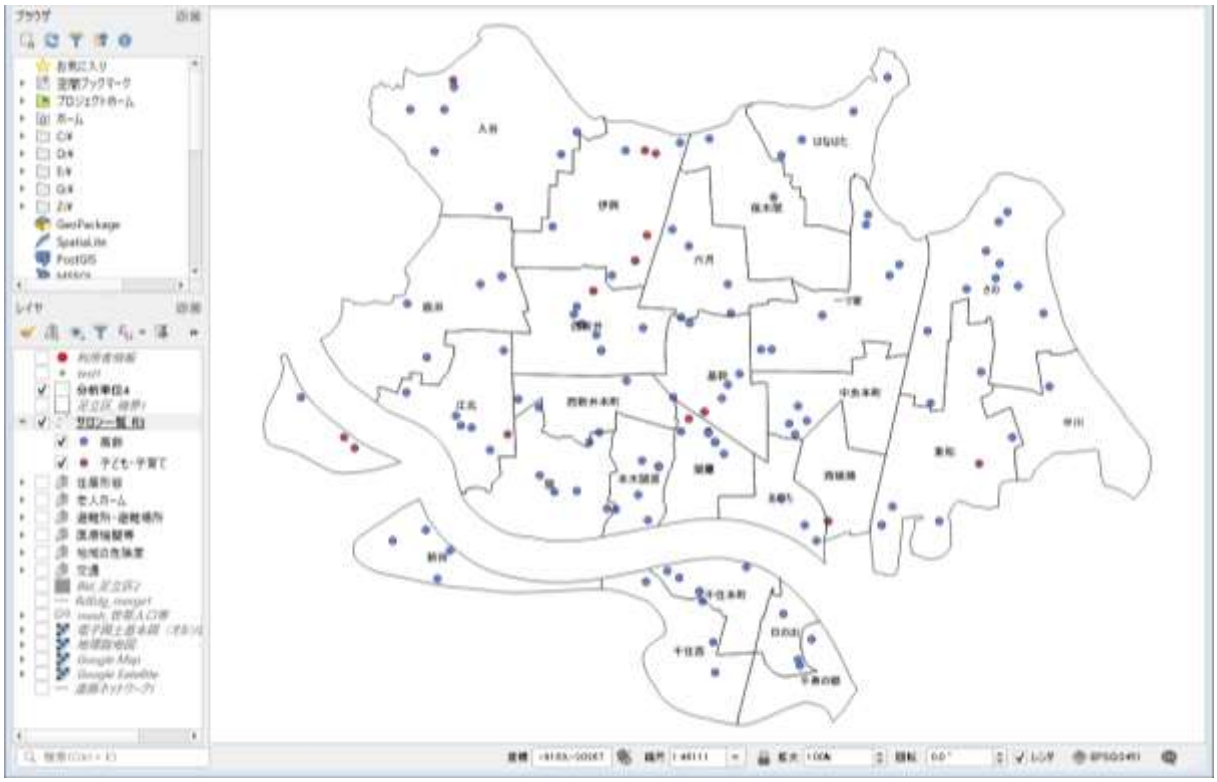


図 2.1　サロン（通いの場）一覧

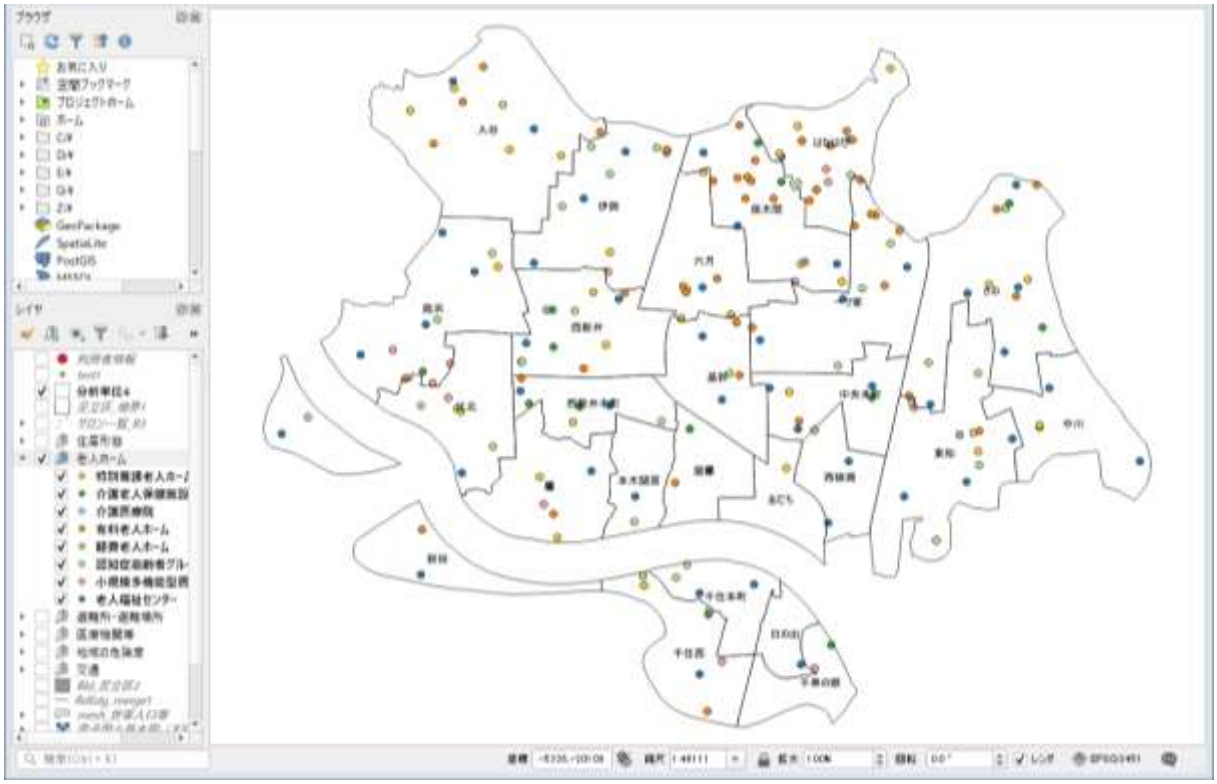


図 2.2　高齢者施設一覧

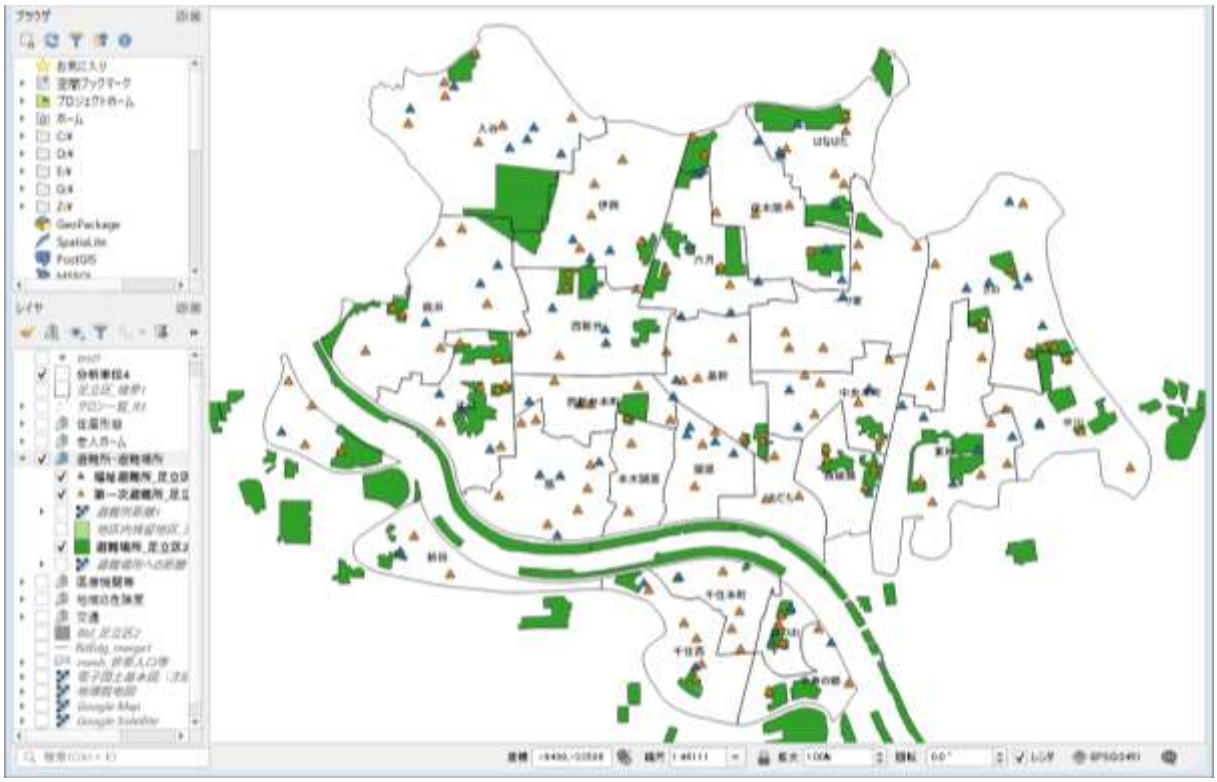


図 2.3　避難所・避難場所の位置

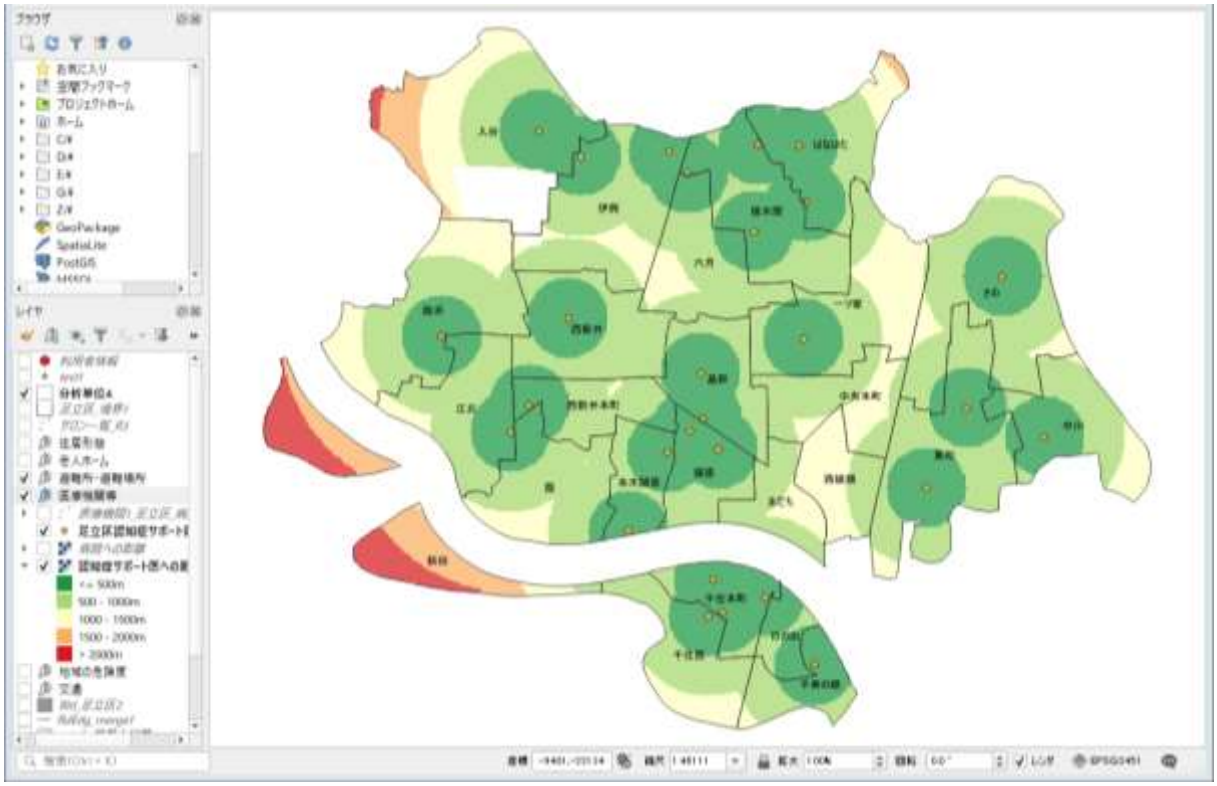


図 2.4　認知症サポート医の分布と周辺距離

②地域包括支援センターの業務内容について
- 要支援や要介護１・２程度の人を対象に事業を実施しており、それより状態が重いと、デイサービスが対応することになる
- 基幹地域包括支援センターの対象エリアの高齢者 5,000 人のうち、2,000 人くらいと付き合いがある
- 主に地域活動を支援する業務を実施している。サロン活動やフィットネスなど、茶話会（お茶系）、運動系、趣味系など多様なサロン活動がある。

③今後地図化すると便利なデータは何か
- 人や団体に関する様々な地域資源をプロットしてみたい
- まちのトイレ情報（ここのトイレは使いやすい、ここは汚いなど）
  →ウォーキングサロンが増えており、ベンチとか公衆トイレの必要性が増す。コースに使える可能性がある。
- バス停とバスルートのデータが欲しい
  →バス停のデータがあれば、アドバイスにも使える。歩くと遠いけどバス停を使うことができる場所が多い。
- 高齢者が多い場所でサロンが無い場所がわかれば、新規のサロンを作るための働きかけを行える
  →職員間での情報共有や地域の把握、サービスのために使用したい
  →サービスとして「一番近いサロンはここですよ」などと伝えたい
- グループワークをすることがあり、防災関係の資源を落とし込めると良い

③データ利用についての課題は何か
- これまでも白地図に落としているが、分析に結び付いていない
  →地図を作るだけで終わってしまい、活用することができていない
- これまでの業務スタイルとして、対面が中心である
  →やっぱり対面でなきゃ、という意識がある
- 一般的にデータ処理に弱く、データ更新も難しい
- 忙しくてそこまで手が回らない
- システムの利用には費用が掛かるだろうが、高額な費用は掛けることができない

### （３）第３回ヒアリング及び意見交換会

実施日：2021 年 12 月 22 日（水）　10:00～12:00
場所：足立区社会福祉協議会　基幹地域包括支援センター
参加者：足立区福祉部　足立区社会福祉協議会基幹地域包括支援センター
　　大和ライフネクスト株式会社　株式会社中央地学

＜前回を踏まえて今回の意見交換会の趣旨・目的＞

前回（第２回）の意見交換会で追加要望のあった、バス停およびバスルートのデータを追加した上で、参加者に GIS ソフトを実際に操作していただき、操作体験を通じて気づいたこと、などについて意見交換を行った。

①GIS ソフトのインストール

- 事前に参加者のパソコンに GIS ソフトをインストールしていただいた（資料参照）
- GIS ソフトは、フリーで利用できる「QGIS」を用いた

②QGIS の操作体験

以下の手順で QGIS の操作体験を行った。

１．QGIS の起動（Windows のスタートボタンより）
最初の画面で「新規プロジェクト」をダブルクリック

２．背景図として利用する Google Map や地理院地図の準備
ブラウザ　＞XYZ Tiles　＞新規接続　で下記の URL を記入
Google Map：https://mt1.google.com/vt/lyrs=m&x={x}&y={y}&z={z}
衛星画像：https://mt1.google.com/vt/lyrs=s&x={x}&y={y}&z={z}
地理院地図：https://cyberjapandata.gsi.go.jp/xyz/std/{z}/{x}/{y}.png
次にレイヤをプロジェクトに追加

３．個々のデータの追加
データソースマネジャ　＞ベクタ
行政界、バス停、サロンなどを選択し追加（ESRI Shapefiles を選択）

４．属性を確認してみる
レイヤを選択して右クリック　＞属性テーブル

５．色や大きさを変更してみる
レイヤを選択して右クリック　＞スタイル　＞シンボルの変更

６．簡単な距離の分析（例えば　サロンからの距離）
ベクタ　＞空間演算ツール　＞バッファ

７．プロジェクトの保存
プロジェクト　＞名前を付けて保存
保存したプロジェクトを呼び出す場合は　プロジェクト　＞開く

８．QGIS の終了
プロジェクト　＞QGIS を終了

＜操作体験で作成した図＞

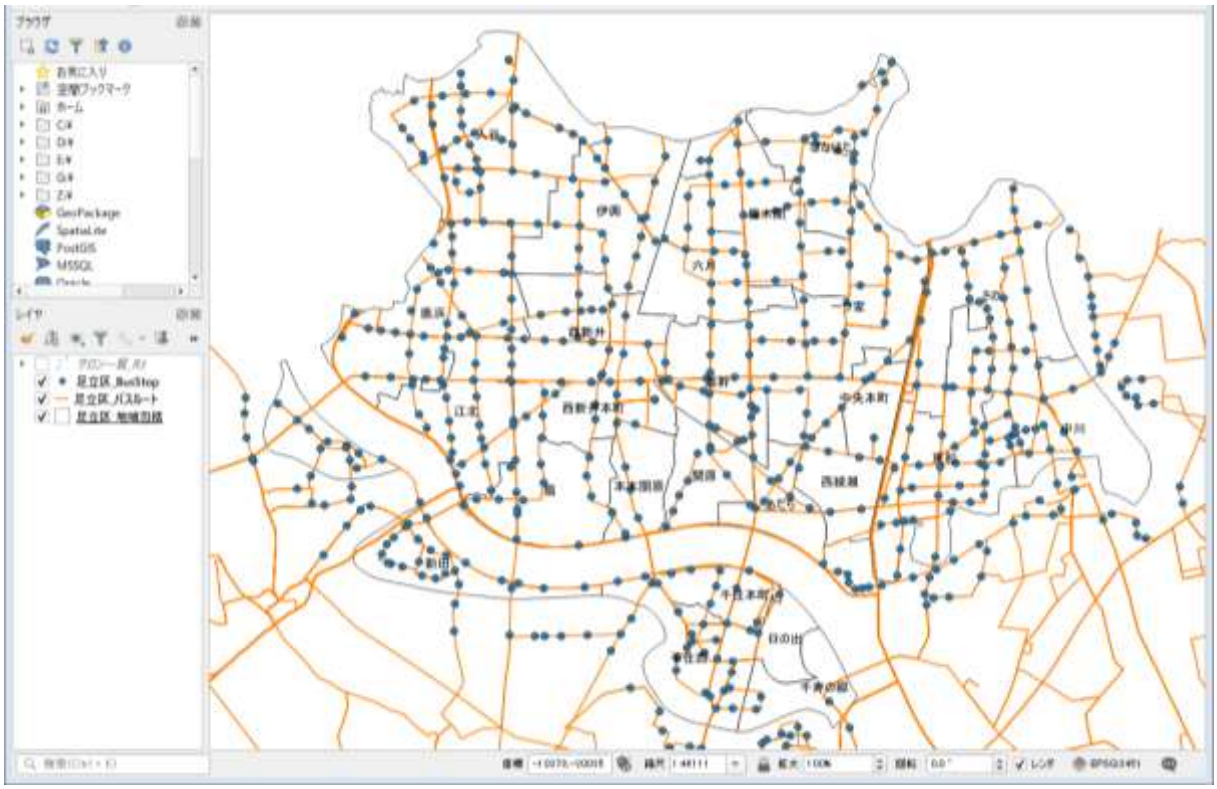


図 2.5　バス停およびバスルート

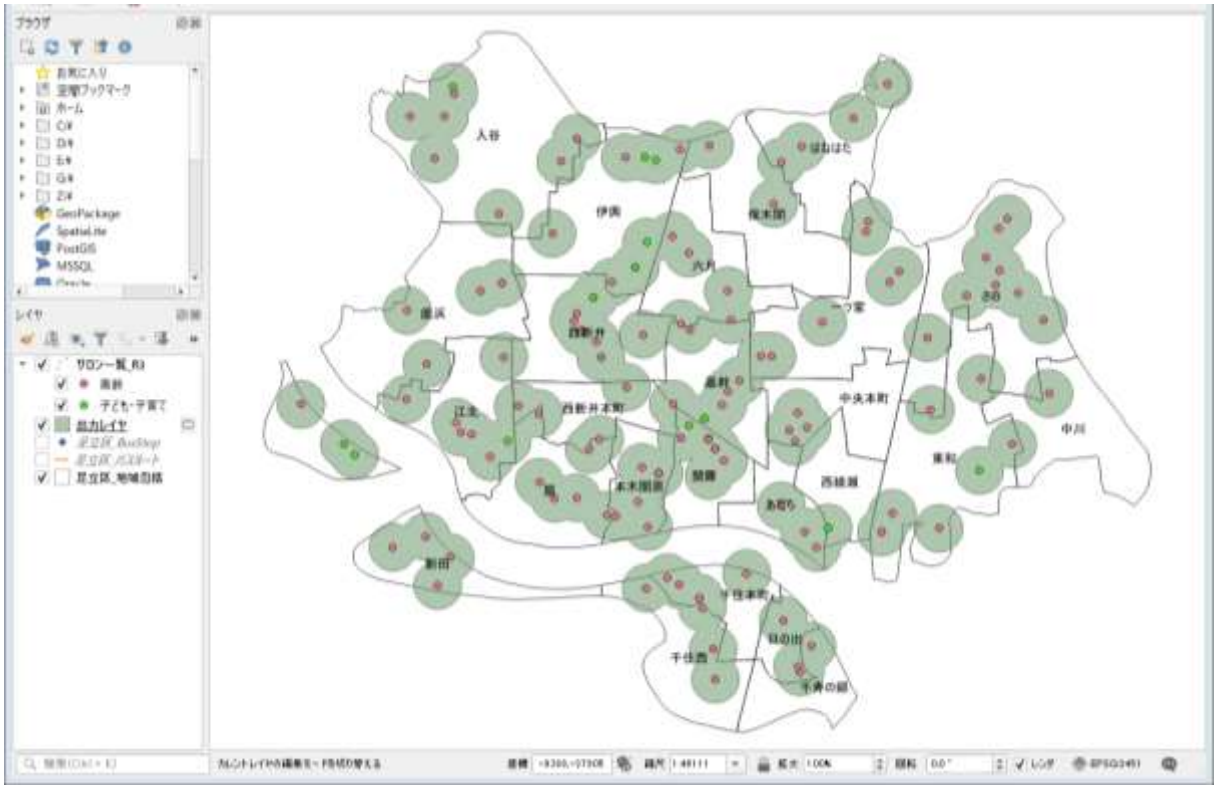


図 2.6　サロンの位置と周囲 300m 圏域

＜意見交換結果＞
QGIS の操作体験を通じて意見交換を行い、以下のような意見を得た。

- サロンやバス停からの距離を簡単に表示できるなど、操作自体はおもしろいと感じた
- （マウスを持ってきていない出席者で）マウスが無いと操作が難しいと感じた
- エクセルなど他のソフトで作られたデータを利用したい
  →CSV 形式などでデータを書き出して利用することができる
- 今回のソフトウェアの操作以前に Windows の操作で分からないことがある
- 良く知っている人からすると、「こんなことが」と思われるような初歩的なことで分からないことがある
- ソフトウェアとしての機能が多すぎて戸惑うことがあったので、少し機能を絞ることができないか
- 初歩的な使用方法を解説した丁寧なマニュアルがほしい
  →絵などで説明してもらうとわかりやすい

## ２．５　ヒアリング及び意見交換結果から見たまとめ

（１）地域特性を把握することの意味・課題

高齢者が安全・安心に生活できる地域づくりのためには、高齢者を取り巻く地域特性を把握し多様な主体がそれらの情報を共有し連携できる体制づくりが必要とされる。しかしながら、その地域において高齢者や独居高齢者がどのような住居に居住し、どのように分布しているのか、災害リスクや医療体制、日常生活上のアクセシビリティはどうか、など基礎的な情報を把握することは十分に行われて来なかったと言える。これらは、過年度の研究成果から既存の統計データ、国勢調査や民間データを組み合わせることにより、地図上で俯瞰的に把握できることを示した。

さらに 2015 年に足立区で実施されたアンケート調査データによる分析も加味することにより、高齢者の住居形態（戸建て住居・マンション・アパートなど）と独居率、要支援及び要介護認定率、また近所の人との付き合い方などコミュニティに関する事項との間に相関がみられることを示した。

公的データと民間データを組み合わせるハイブリッド評価法による特定地域の分析結果は、以下の３点が特徴として挙げられる。

- 地域の特性を表す大きな要素である住居形態を明らかにした。また、そこに高齢者の人口や災害上のリスク、医院の立地などを加えて、地域の特性を明らかにしている。コミュニティに関する地域の課題も明らかにした。
- 地域の把握には、データの収集及び分析が必要である。従来は、エクセルなどの表を用いてデータを収集・管理する業務と、それらを地図に落とすなどして可視化することは別の業務であったが、空間データを扱うことができる GIS ソフトを用いたハイブリッド評価法による分析は、それらを一つの業務として効率化をはかることができる。
- 高齢者が住みやすい地域づくりには、多様な主体の協働が不可欠である。しかしながら、従来は多様な主体が地域の課題を共有することは難しかった。行政でも部署が異なれば、防災上のハザードマップや中学校区、町会区域など異なる範囲で地域を把握していることも多く、地域を把握する切り口や使う用語も異なることが見られる。地図上での可視化は、こうした垣根を取り除いて、異なる部署や団体が同じ目線で地域を見ることが可能となり、課題の共有に資する。

今年度のヒアリング及び意見交換では、これら研究成果による地域特性と、現場で活動する地域包括支援センター職員の感覚との間には共通する事項が多かった。分析手法の有効性と信頼性が示せたと考える。またデータにより地域を俯瞰的に見る方法と、現場で把握できる詳細な事項を組み合わせることにより、さらに有効な手法に発展することが期待できた。

（２）必要なデータとその活用について

過年度調査研究において、地域特性を把握するためのデータとして、住宅種類別の高齢者人口推計値、洪水による浸水想定、建物倒壊危険度、火災危険度、避難所・避難場所、医療機関などのデータを収集し、地理情報を扱うことができる GIS ソフトにより地図化して分析を行った。今年度は現場を知る職員の目から見て追加した方が良いデータについてヒアリングを行った。

ヒアリングと意見交換に参加いただいた地域包括支援センター職員の担当部署が、高齢者の地域活動を支援する部署ということもあり、運動やフィットネス、お茶、吹き矢、健康マージャンなど各種趣味の活動を行うサロン（通いの場）に関する情報、また高齢者がウォーキングする際に利用できるベンチや公衆トイレの情報など、地域資源に関する意見が多く見られた。またバス停の位置についても、サロンから一番近いバス停を利用者に提示する、といったサービス向上のために利用したいとの意見があった。

このような地域資源に関する情報を集約して、職員間で情報共有を行い、利用者へのわかりやすい情報提供に活用できるならば、利用者の増加に加えて、日常業務の負担軽減にも繋がるものと思われた。

（３）地域情報を可視化するシステムの活用と課題

昨年度までの調査研究成果として、地域特性を把握するために多様な地域情報を専用ソフト（GIS ソフト）に格納し、地図として可視化するシステムを作成している。今年度のヒアリング及び意見交換では、それらを見ていただくだけでなく、実際にデータを追加したり簡単な分析を行ったり、といったワークショップ形式の手法を取り入れた。

担当者によれば、これまでも業務の中で紙の白地図にデータをプロットする、というようなことは行っているが、それらを分析し活用するまでには至っておらず、通常の業務をこなすことで忙しく、データの分析や活用まで手が回らない。そうしたことを業務委託する場合の費用が課題となり、結果的に課題に対して場当たり的な対応となってしまっている、などの意見が得られた。そもそも、エクセルなどを用いてデータを作成するときに、ひとつのセルに複数の情報を入れており、分析ができる形式になっていないようでもあった。

また GIS ソフトの操作については、機能が多すぎて難しく感じる、初歩的な事から説明された丁寧なマニュアルがほしい、という意見が得られた。

GIS ソフト等の利用は、一旦それに慣れてしまえばそれほど難しいものではないが、最初にデータを収集し追加する段階では相応の時間と手間がかかり、また操作方法を学習する時間もある程度必要である。そのような初期投資をどのように行うか、時間と費用の面を含めての課題と言える。

今年度の操作体験に参加いただいた多くの方からは、既存のデータの追加方法や活用方法についての質問が出るなど、興味を持って接していただき、データ活用の有効

性についてもある程度の理解が進んだと感じている。全国的には社会福祉協議会の防災担当部署などで類似の GIS ソフトを用いた災害ボランティアの状況把握などの事例があり、今後コミュニティ形成などでの利用拡大の可能性は十分あると考える。

（４）地域連携の現状と課題

地域づくりを担当する組織としての地域包括支援センターの課題を検討したい。今回の意見交換を通じて得たい大きなテーマは、過年の研究成果を発展させて、地域づくりに役立てるための課題の抽出であった。

前述したように地域資源に関する情報を収集し、地域特性を把握することや、そのための情報技術の活用などについては、関心が高く理解を得られたが、それを具体的な連携の取り組みに活用することには、イメージがわかず、意識が向かない印象を受けた。

現在の我が国の地域をあらためて考えてみれば、住居形態は多様化している。戸建てや分譲マンション、賃貸アパート、賃貸マンションなどが存在する。狭いエリアの住居形態を表す確度の高いデータは、ハイブリッド評価法を用いた調査研究成果で、視覚的にそれを表すことが可能となった。また、連携をはかる地域には、自治会町内会などの任意の地縁団体や分譲マンションの区分所有者を構成員とする管理組合、営利を目的とする株式会社、営利を目的としない NPO、地方公共団体などが存在する。例えば、分譲マンションには、その区分所有者を構成員とする団体（管理組合）が法律に基づき当然に存在し、管理組合には入会や脱会という概念がない。対して、自治会町内会は、入会脱会は任意である。連携を図るには、各々の団体を把握し、団体の特性を理解し、結びつける役割が必要である。

本研究における意見交換では、連携を図るための具体的な意見はほとんど見られず、個別の協力者や協力団体の名前があがることはなかった。

トイレの設置状況やバスの経路などミクロな部分に目がいくことは福祉の専門職として大事なことではあろうが、同時に全体を俯瞰して課題を整理し、地域や民間企業との連携も視野に入れながら、今後の方向性を探る姿勢が求められていると考えられる。これらは地域包括支援センターの職員の知識や能力に加えて、組織体制やマネジメントの問題という面も考えられるが、これらは判然としないため、継続して検討する必要があると思われる。

# 資料：QGIS インストールマニュアル

# QGIS インストールマニュアル

## １．インストールファイルのダウンロード

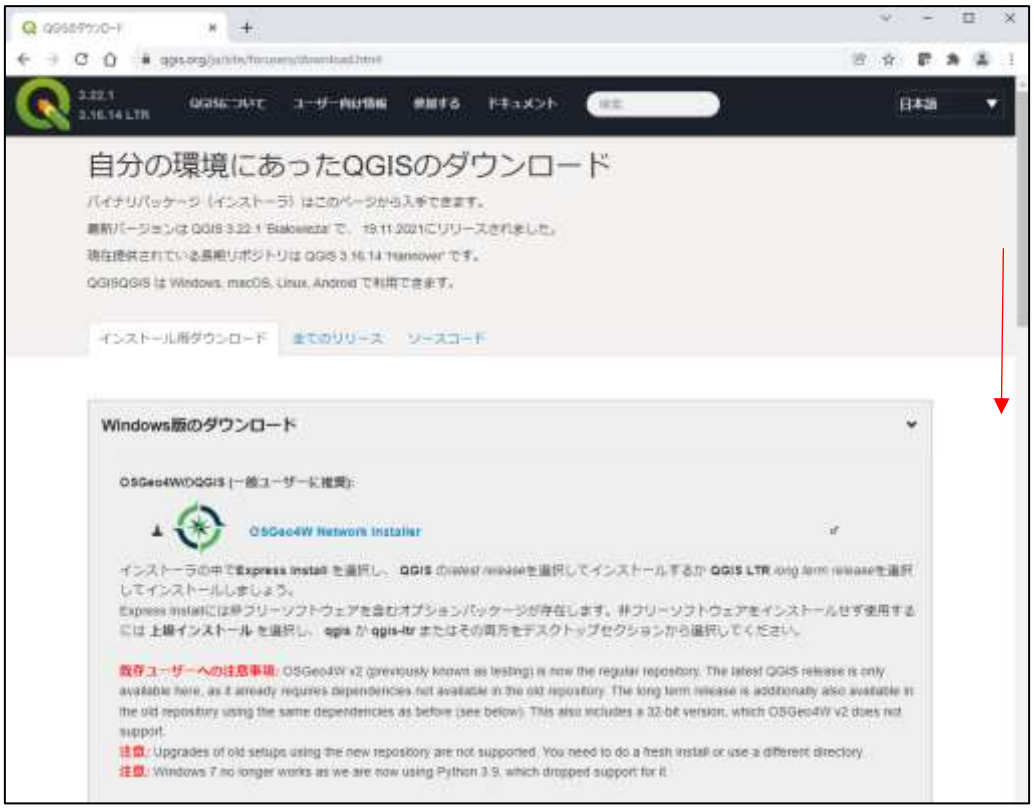
下記 URL にアクセスしてください。「QGIS」で検索していただいても結構です。
https://qgis.org/ja/site/

以下の画面が現れます。

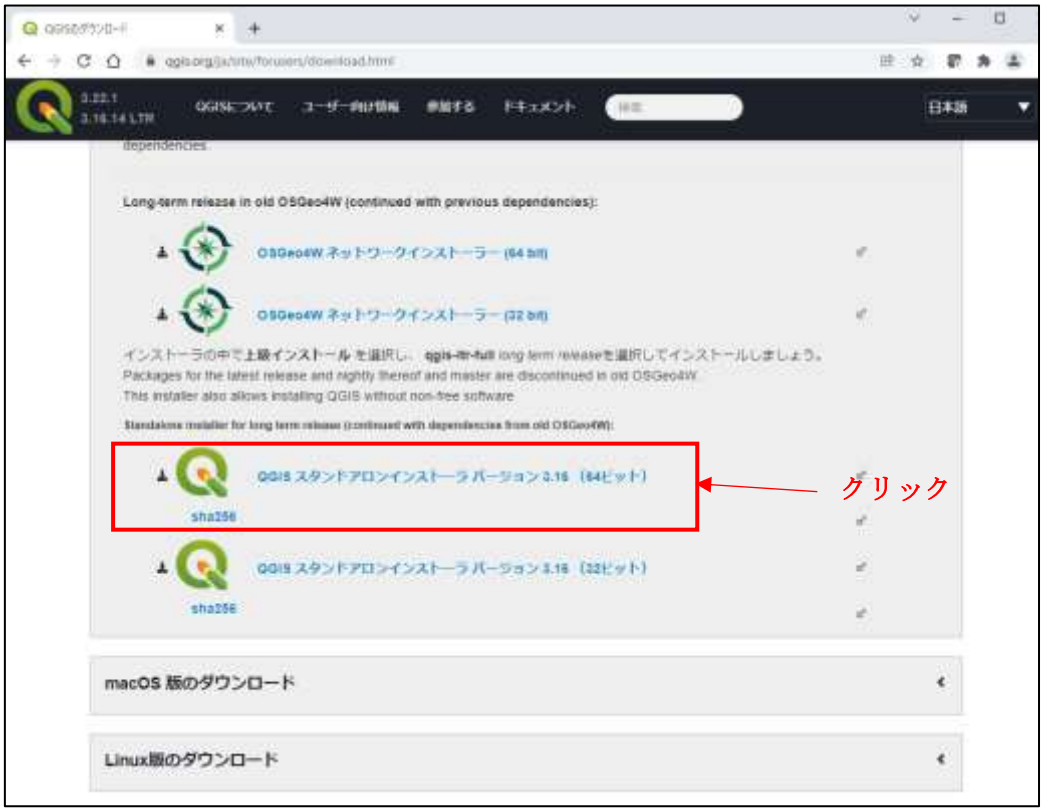



「ダウンロードする」をクリックします

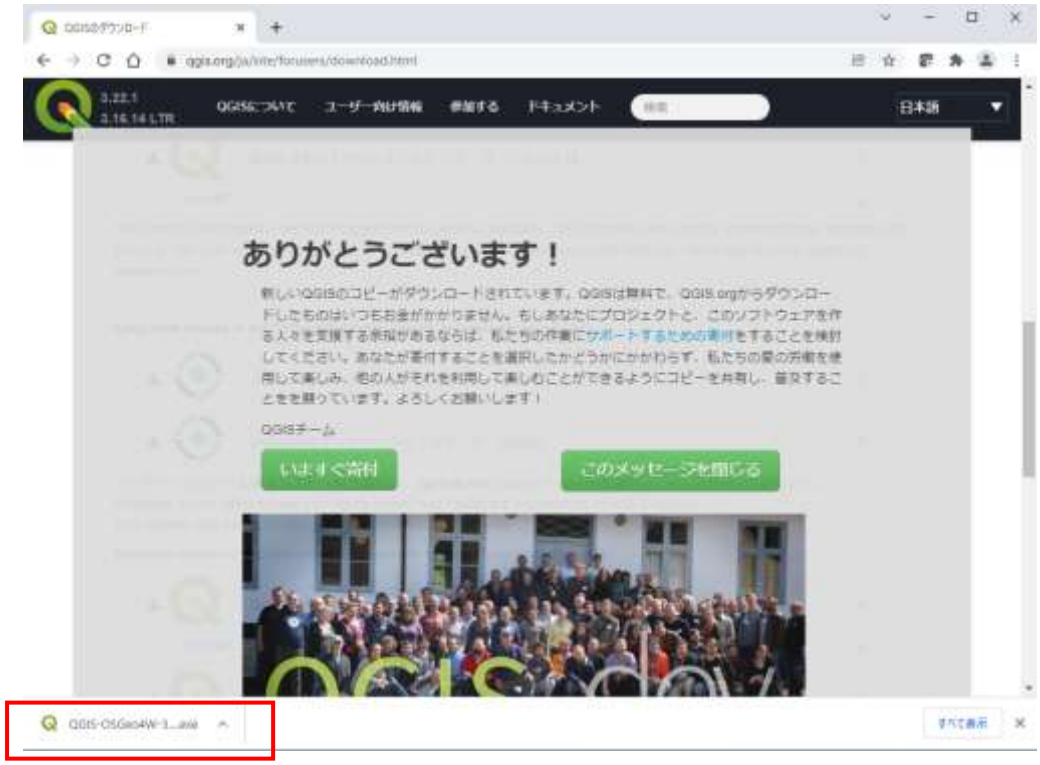
以下のページが開きます。




ページ中ほどの「QGIS スタンドアロンインストーラバージョン 3.16（64 ビット）」をクリックするとダウンロードが始まります。（32 ビットパソコンの方は 32 ビット版をクリック）

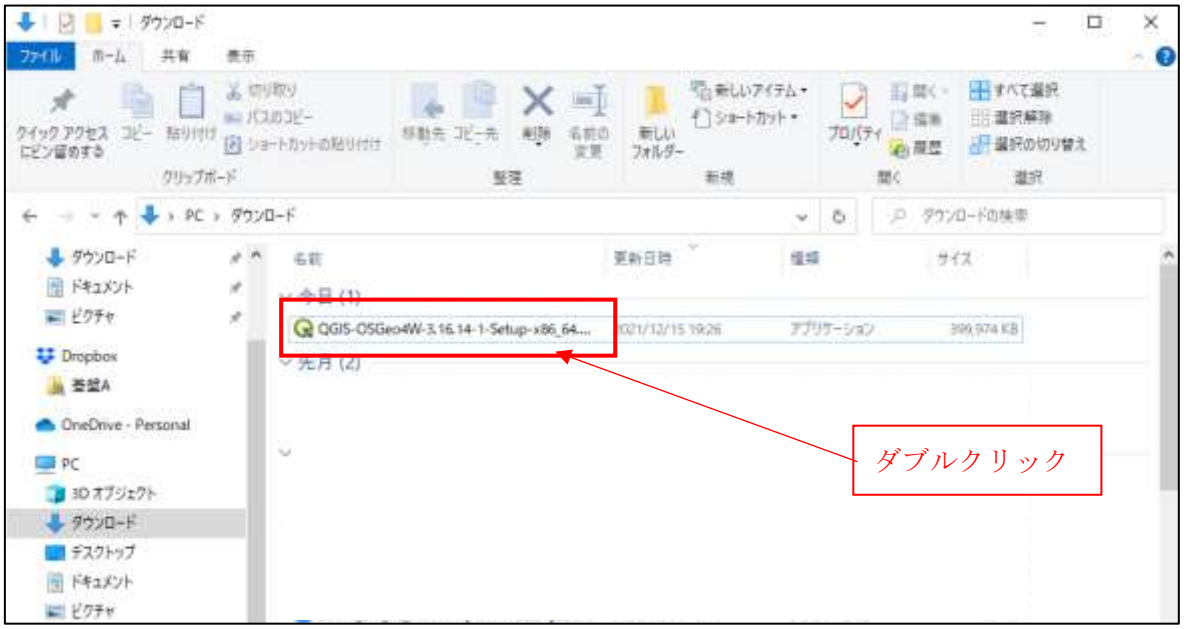


以下の画面が現れて、インストールファイルのダウンロードが始まります。
約 400MB の容量です。通信環境により異なりますが 5 分程度かかる場合もあります。




ダウンロードが終わるまで待ってください。

通常は Windows のダウンロードフォルダに「QGIS-OSGeo4W-3.16.14-1-Setup-x86_64.exe」がダウンロードされます。そのままダブルクリックするとインストールが始まります。




デスクトップに移動させた場合は次のようなアイコンになります。
これをダブルクリックしてもインストールできます。

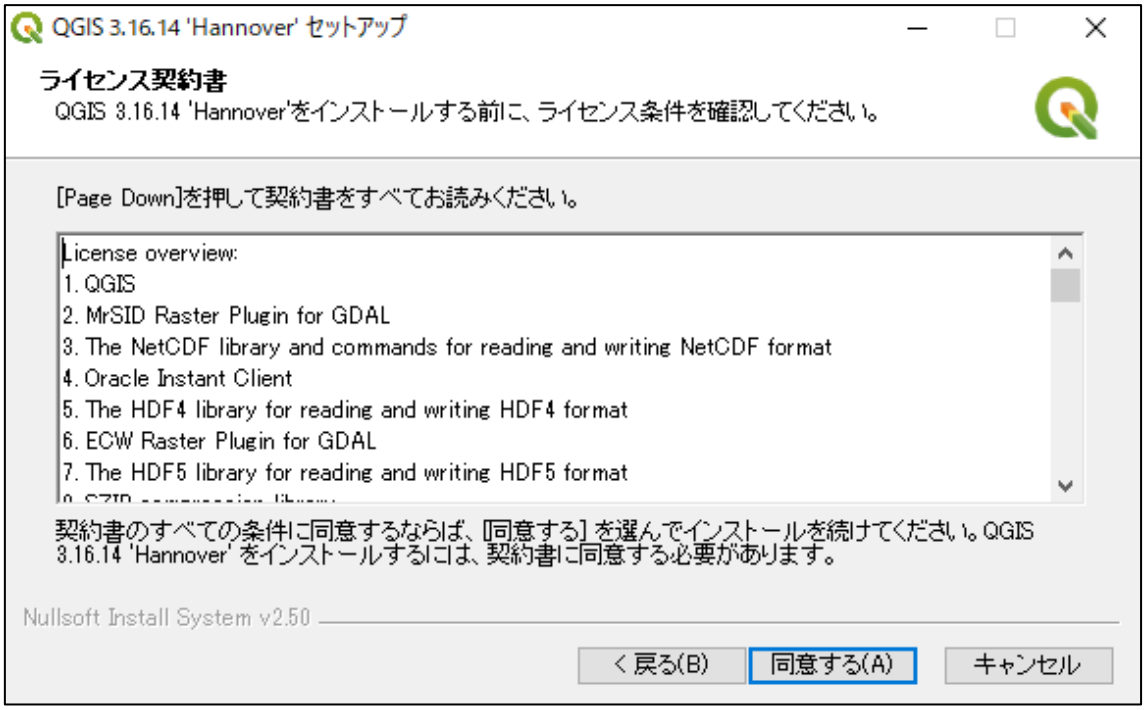


## ２．インストール開始

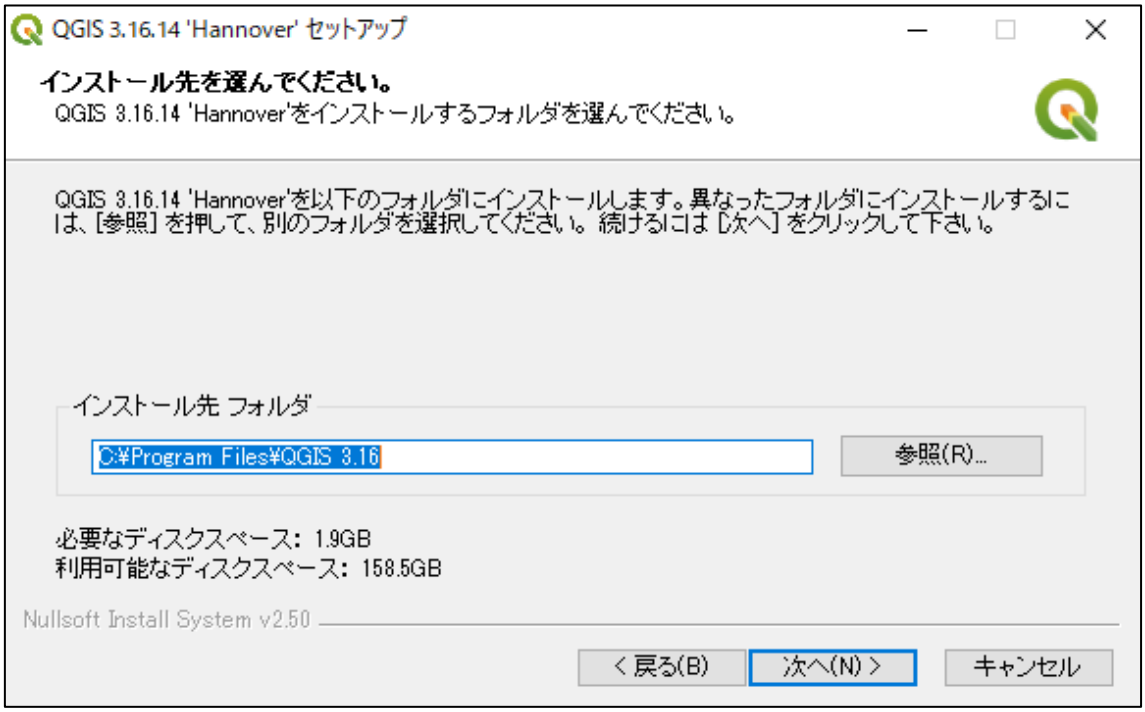
最初に以下の画面が現れますので「次へ」をクリック



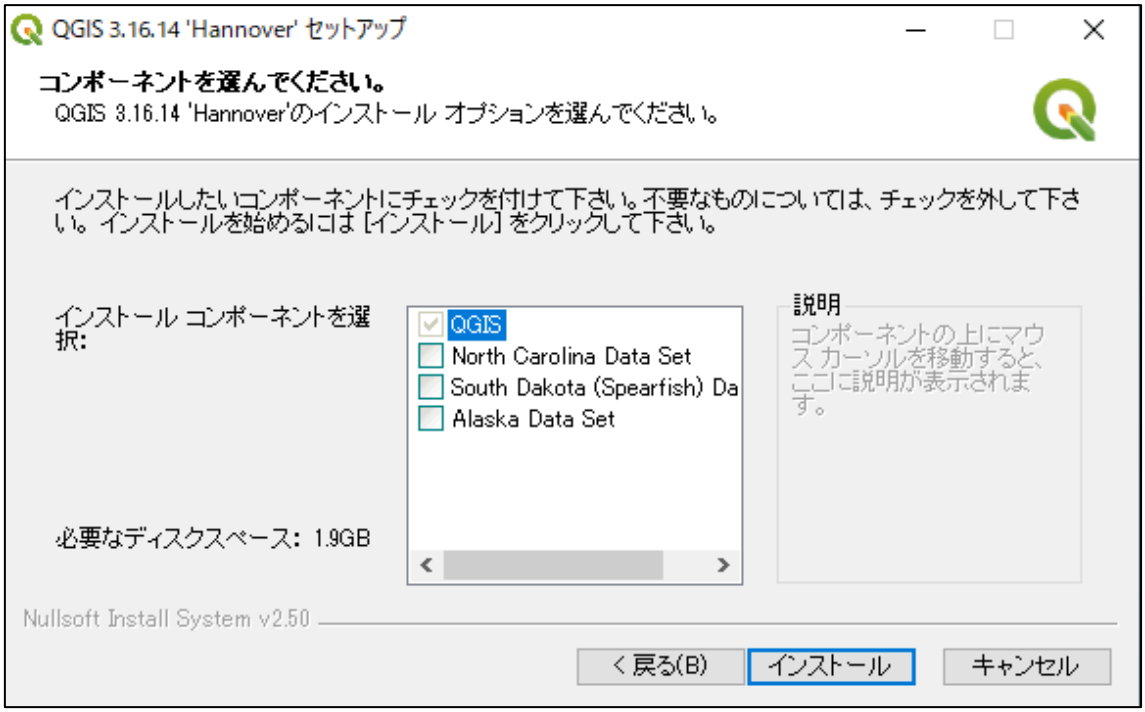

以下の画面で「同意する」をクリック



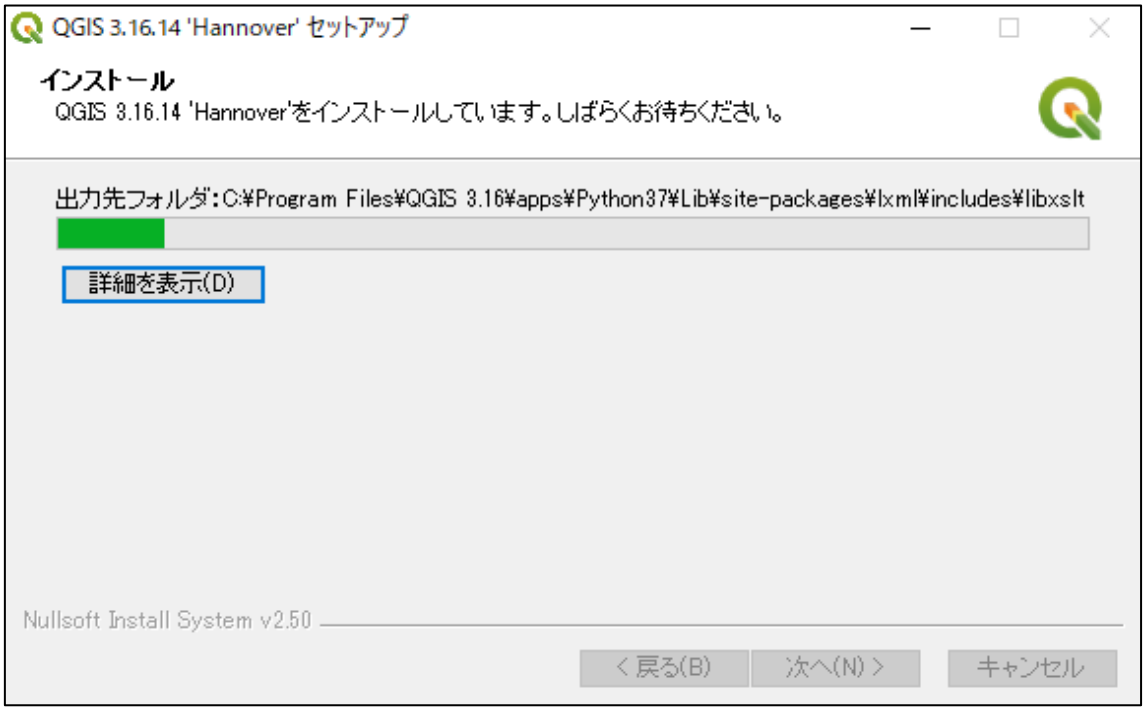

通常はそのままで「次へ」をクリック




以下の画面では何もしないで「インストール」をクリック




以下の画面が表示されインストールが開始されます



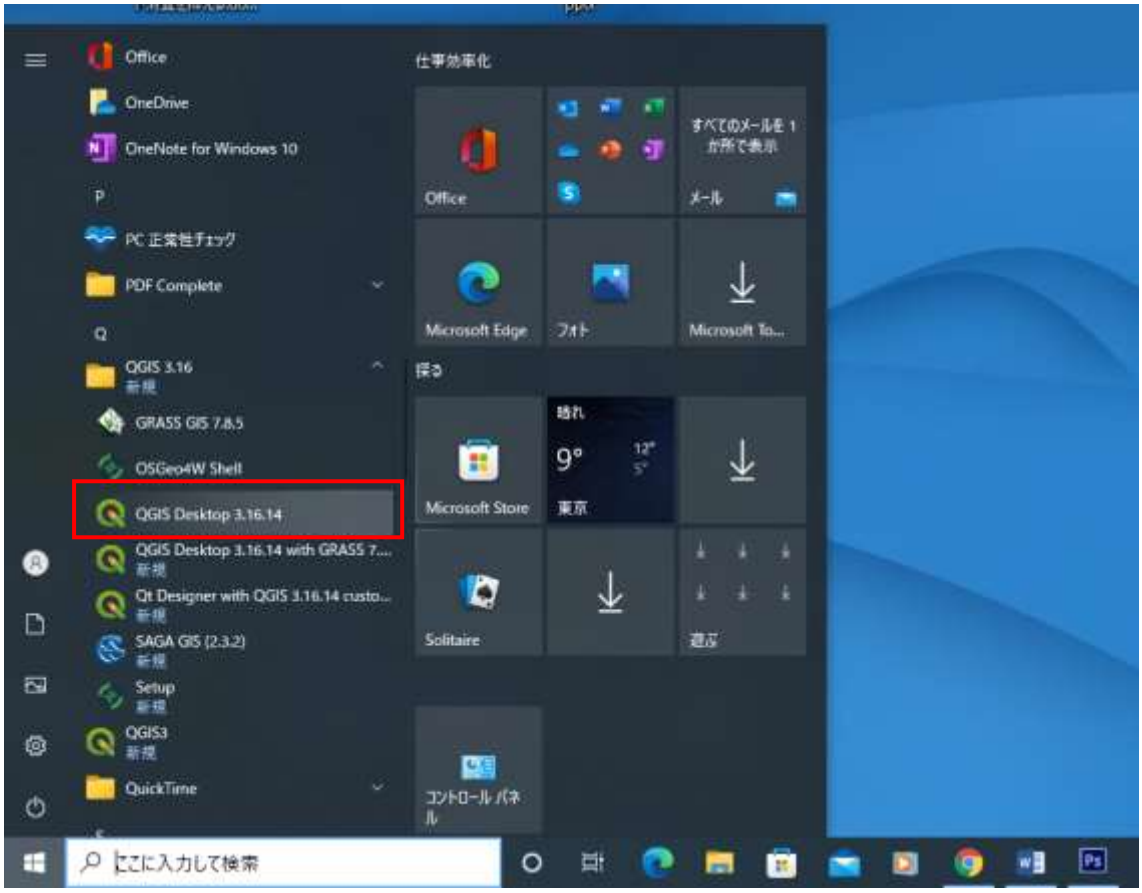

５分以上かかるかも知れません。終わりそうでなかなか終わりません。
何もしないでじっと待ちます（息はしてください、たまに苦しくなる方がいます)。

以下の画面が表示されれば完了です。「完了」をクリック

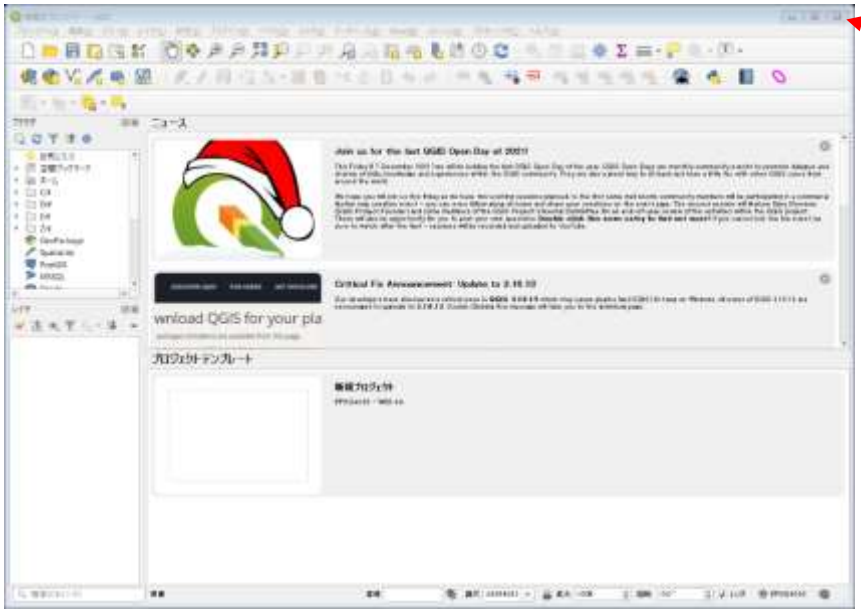



## ３．QGIS の起動

Windows のスタートボタンをクリックして、QGIS3.16 フォルダの「QGIS Desktop3.16.14」をクリックすると起動します。




次の画面が現れれば OK




以上

# 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　2021 年度報告書

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

〔2021 年度の計画〕

2019 年度、2020 年度での事例検討を集約し，地域生活の継続を可能にしている条件を全体的に考察し，「暮らしの保健室」を利用する独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし，尊厳のある地域生活を継続するための地域モデルを，図表等を用いて可視化させる．

---

〔2021 年度の報告〕

**●2019 年度、2020 年度の事例検討の全体的考察**

これまでの事例分析で見えてきたことをまとめると、独居認知症高齢者等が地域で暮らし続けられることに関して、暮らしの保健室が本人や地域に対して行ってきたことは、以下のようなことだといえる。

1）　認知症発症前からのお付き合い

2）　付かず離れず日常の中での身体の変化・出来事への気づき

3）　本人が持っている力を発揮できるような後押しと、健康不安が強い時の支え

4）　専門職が、医療も含めた暮らし全般の支えを組み立て、予測してつなげ、つながる

5）　非専門職ボランティアによる柔軟なサポート

6）　近隣住民や非専門職であるボランティアに対する専門職によるサポート

こうした活動が、認知症の人だけではなく誰でも利用できる、以下の基本機能を持った場で行われていることが功を奏していると考える。

【暮らしの保健室の 6 つの機能】

1）暮らしや健康に関する「相談窓口」

2）在宅医療や病気予防について「市民との学びの場」

3）受け入れられる「安心な居場所」

4）世代を超えてつながる「交流の場」

5）医療や介護・福祉の「連携の場」

6）地域ボランティアの「育成の場」

6 つの機能について、本研究の目的の視点で考えると次のことが言える。

1）相談窓口であることで、認知症のことだけでないさまざまな暮らしの中の困りごとを持った人が立ち寄ることができる。本人が気づかなくてもその困りごとが認知症によるものである場合もあり、もしくは、認知症になる前からつながることにもなる。

2）地域の人が健康の知識を得られるだけでなく、目的がないと来られないという人も立ち寄ることができる。

２～4）困りごとや相談したいことがなくても立ち寄れることで、認知症になる前からのお付き合いができることもあれば、そこから付かず離れずの継続した関係にも発展する可能性もある。

３）無機質さを避け明るく温かみのある居心地のよい物理的環境も、安心の大きな要素である。

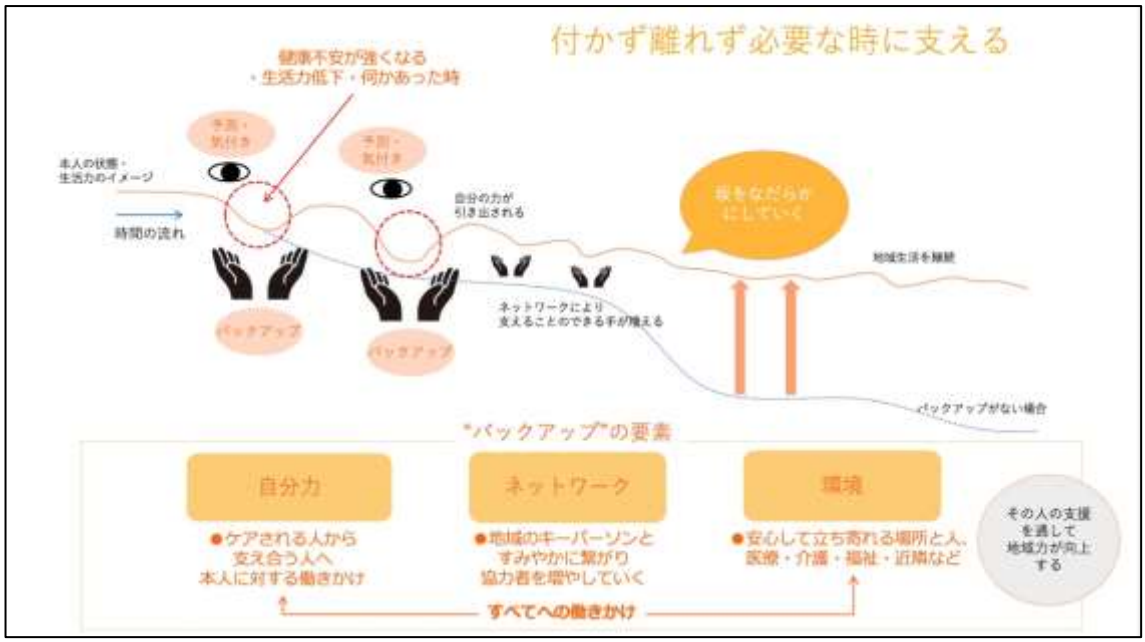
４）世代にかかわらず交流ができることで、比較的若い世代の人たちも、年をとることや認知症になることについて考え理解につながる。

５）地域の専門職にとっても、自身の関わるケースについて気軽に相談ができ、また、定期的な連携の勉強会があることで、専門職の輪ができ、いざという時に声をかけあいやすくなる。

６）来室される方の日々の話し相手や、ご近所さんとしてのちょっとしたサポートのできるボランティアがおり、それぞれに力を発揮している。非専門職ならではのご近所さん的なサポートは、つかず離れずの関係性構築につながっている。最初は利用者だった人もボランティアに参加するなど、ボランティアという形での居場所にもなりうる。

**●独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし，尊厳のある地域生活を継続するための地域モデル案**

以上述べてきた内容について、図を用いて可視化を試みる。




これらが、以下のような場を拠点にして行われている



**●今後に向けての補足**

今年度までの事例の分析および考察では、暮らしの保健室のような場が、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし，尊厳のある地域生活を継続することに寄与しているエビデンスまでは示し切れていない。

独居認知症高齢者等が地域で暮らし続けた事例の時系列の図や一つひとつの考察は、2019年度、2020 年度の報告書にある通りである。補足資料として、実際に新宿の暮らしの保健室に寄せられた、独居認知症高齢者等に関する相談の内容等と簡単な考察を示す。これらが、他の自治体等で独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし，尊厳のある地域生活を継続することを目的に、なんらかの拠点を立ち上げる際のヒントになればと考える。

集計期間：2016 年 4 月～2021 年 3 月

スタッフ構成：保健師、看護師、管理栄養士、社会福祉士、ボランティア

立地：東京都新宿区の都営団地（約 3300 世帯、人口約 5300 人）の 1 階商店街

オープン時間：平日 9 時～17 時

相談のほか、食事会や勉強会、ツボ教室、手芸、塗り絵などの会も開催。

【相談の量的特徴】

認知症に関する相談は、年間の相談件数の 1～1.5 割。

認知症に関する相談の約 6 割が、独居認知症高齢者等に関する相談であった。

6 割のうち、本人からの相談は約半数であった。

※雑談も記録してある場合もあるが、ボランティアと何を話したかまでは記録がほとんどないため、限られた相談記録のデータからの抽出となった。

【相談の概要】

①本人による相談

独居認知症高齢者等がどのような相談で来室したか、または本人が来室した際にどのようなことを専門職と話したかをまとめると、以下のとおりである。

| | |
|---|---|
| 体調・心理面 | 59% |
| 生活上の困りごと | 16% |
| やりたいこと | 10% |
| 病院やクリニックについて | 7% |
| 機器の使い方、書類手続き | 5% |
| 薬について | 3% |

生活上の不便というよりも、体調や気分の変化で訪れる方が多い。医療職がいるため、そうしたことを話に来やすい特徴があると考えられる。それらをじっくり聞くことで、継続的な関係性が形成される。

生活上の困りごとについては、本人が困っていると口にせずとも、困難な状態で訪れた際の記録も含まれる（例：時間通りに行ったのに誰もいなかった、どこにいくのかわからなくなった、など)。それらに関して、ボランティアや地域の資源と一緒に対応している。

こんなことがしたい、もっとこうしたいという希望を話す人も多く、そこから役割や活動につなげることを行っている。

②離れて暮らす身内や近隣住民からの相談

離れて暮らす身内からの相談は、主に施設入所のための情報や介護のことであった。

一方、近隣の人は、「お金を持たずに買い物にきたがどうしたらよいか（一緒に来室)」「すごい勢いで向こうに歩いて行ったけれど大丈夫か」「辻褄の合わないことを話している（一緒に来室)」「庭先に立っていたが、どこにいくのかわからないと言っている（一緒に来室)」「近隣の人から○○さんについて相談されどう答えていいか困っている（自治会の人)」など、心配してやって来ることが、本人からの生活上の困りごとの相談と同数程度見られる。これらの周囲の心配を聞き、対応を一緒に考え、安心できるようサポートし力をつけていくことも、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし，尊厳のある地域生活を継続することにつながると考えられる。

③地域の専門職や関連機関・施設との連携

地域の専門職や関連機関・施設との連携の記録は、本人からの相談件数と同数程度。特に本人の健康不安が大きくなった時、何か起きた時などに特に密なやりとりがなされていた。内容は、かかりつけ医や利用している介護サービス事業者と本人を交えて今後の話し合いといった、生活の方向性を左右することから、本人がやりたいことを実現するためのサポートに関する連絡、探し物や持ち物の取り違えに関することなどさまざまである。

デイサービスやヘルパー利用のない日の居場所として、また、かかりつけ医ではどうしても聞ききれない本人の話を聞くなど、フォーマルサービスで受け止めきれない部分に関する依頼もある。こうしたやりとりと協力の実績が積み上がり、制度の隙間に落ちてしまいがちな暮らしの中での困りごとを、地域のネットワークですくいあげるサポートにつながっている。個々の独居認知症高齢者等の支援の際に生まれたネットワークは、他の人のケースでも生かされている。

以上の結果と、2019 年度～2020 年度の事例分析からも、日々そこにあり続け、要所要所で支える場、暮らしの保健室のような機能・役割を持つ場の存在は、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし、尊厳のある地域生活を継続することに少なからず寄与しているものと考えられる。

以上

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

# エビデンスブック
# 2021

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

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

# エビデンスブック2021

# はじめに

平均寿命の延伸とともに少子高齢化が進展するわが国では，認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が着実に増加している．また，高齢の夫婦が共に認知症である世帯も，近年では少なからず認められるようになってきている．このような独居認知症高齢者や認知症である夫婦のみ世帯においては，生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから，家族に代わる生活支援サービスや居住支援サービスの確保など，より広範な社会的支援の統合的利用を可能とする環境整備が求められる．

令和元（2019）年度～令和3（2021）年度の厚生労働科学研究費補助金認知症施策研究事業「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」では，この課題の解決に向けて，これまでの独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する国内外の研究を渉猟し，自治体向け・住民向けに「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手引き」を作成することにした．本書は，この手引きの作成にあたって現時点での知識ベースを構築するために作成されたものである．

本書によって，独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する今日の知識水準が明らかにされるとともに，今後進めていかなければならい研究課題が可視化されるであろう．本書が，認知症とともに暮らせる社会の創出に向けた研究の発展に寄与することができればと願っている．

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所
副所長　粟田 主一

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」

# 研究組織

## 研究代表者

粟田 主一　東京都健康長寿医療センター研究所 副所長

## 研究分担者

（五十音順・敬称略）

石崎 達郎　東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
井藤 佳恵　東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
稲垣 宏樹　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
岡村 毅　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究副部長
川越 雅弘　埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 教授
菊地 和則　東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員
角田 光隆　神奈川大学法学部 教授
堀田 聰子　慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授

## 研究協力者

（五十音順・敬称略）

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
池内 朋子　東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員
宇良 千秋　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
枝広 あや子　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
大口 達也　高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 講師
大塚 理加　国立研究開発法人防災科学技術研究所 災害過程研究部門 研究員
大村 綾香　慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 研究員
大森 千尋　筑波大学大学院 人間総合科学学術院 博士課程
岡崎 啓子　足立区福祉部地域包括ケア推進課 認知症施策推進担当係長
島田 千穂　佐久大学 人間福祉学部 教授
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
杉山 美香　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
瀧脇 憲　特定非営利活動法人 自立支援センターふるさとの会 代表理事
田中 昌樹　大和ライフネクスト株式会社 マンションみらい価値研究所
田平 隆行　国立大学法人鹿児島大学 医学部 教授
津田 修治　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
中山 莉子　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
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 理事
丸田 道雄　国立大学法人鹿児島大学 医学部 客員研究員
南 拓磨　埼玉県立大学 保健医療福祉学部 特任助教
宮前 史子　東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
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
涌井 智子　東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員

# 目　次


はじめに

研究組織

序 …… 001

## 1. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計と介護保険データから見た生活実態

CQ1-1. わが国の世帯類型別高齢世帯数の将来推計は …… 004

CQ1-2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は …… 007

CQ1-3. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか …… 011

CQ1-4. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか …… 016

CQ1-5. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか　020

CQ1-6. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか …… 022

## 2. 独居認知症高齢者等の健康問題，貧困，社会的孤立のリスクとその対応

CQ2-1. 独居認知症高齢者は身体的健康問題のリスクが高いのか …… 026

CQ2-2. 独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか …… 031

CQ2-3. 独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策はあるか …… 035

CQ2-4. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクは高いのか …… 039

CQ2-5. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクを低減させる対策はあるか … 045

CQ2-6. 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか …… 053

CQ2-7. 独居認知症高齢者の貧困リスクを低減させる対策はあるか …… 058

CQ2-8. 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか …… 062

CQ2-9. 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか …… 066

## 3. 独居認知症高齢者等の行方不明リスクとその対応

CQ3-1. 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか …… 070

CQ3-2. 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか …… 075

CQ3-3. 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか …… 077

## 4. 独居認知症高齢者等の意思決定支援と権利擁護


CQ4-1. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か …… 083
CQ4-2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は …… 091
CQ4-3. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か …… 095
CQ4-4. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援はどうあるべきか …… 101
CQ4-5. 独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いのか …… 106
CQ4-6. 経済被害のリスクを低減する対策はあるか，どうあるべきか …… 112
CQ4-7. 成年後見制度利用促進法はどのような意義と課題をもつか …… 116


## 5. 独居認知症高齢者等の生活支援を担う別居家族が直面している課題と支援策


CQ5-1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か …… 120
CQ5-2. 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか …… 123


## 6. 生活支援を担う別居家族がいない独居認知症高齢者等が直面している課題と支援策


CQ6-1. 生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が
直面している課題は何か …… 126
CQ6-2. 身寄りがなく，低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策はあるか …… 132


## 7. 地域特性や居住環境に応じた課題と対策


CQ7-1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 137
CQ7-2. 大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか …… 140
CQ7-3. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 143
CQ7-4. 離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 148
CQ7-5. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 153
CQ7-6. 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 157
CQ7-7. マンションに暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か …… 160
CQ7-8. マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 165


## 8. 独居認知症高齢者等に対するケア・コーディネーション


CQ8-1. 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような
診断後支援が行われているか …… 176
CQ8-2. かかりつけ医の診療において配慮すべきことは何か …… 179
CQ8-3. 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような
支援を行っているか …… 187
CQ8-4. ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か …… 192
CQ8-5. 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か …… 196


## 9. 独居認知症高齢者等の在宅生活の中断とケアの場の移行


CQ9-1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か …… 203
CQ9-2. 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか …… 207
CQ9-3. 在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か …… 211


## 10. 独居認知症高齢者等のエンドオブライフケア


CQ10-1. 独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか，
課題は何か，好事例や支援策はあるか …… 216


## 11. 独居認知症高齢者等のより良い暮らしに向けて


CQ11-1. 独居の認知症のある人のQOLには何らかの特徴がみられるか …… 220
CQ11-2. 認知症のある人のQOLに参加・交流はどう影響するか …… 225
CQ11-3. 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか … 229
CQ11-4. 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか …… 232
CQ11-5. 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか …… 235
CQ11-6. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で，
地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか … 239
CQ11-7. 金融ジェロントロジーに関してどのような取組みがなされているか …… 246
CQ11-8. 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか …… 251
CQ11-9. 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムは
どのように活用されるべきか …… 257

執筆者一覧 …… 261

# 序

このエビデンスブックがカバーする内容及び文献レビューの方法は表1及び表2に示す通りである．文献レビューの方法については，このエビデンスブックが取り扱う領域の研究が極めて未開拓な段階にあり，体系的な研究が著しく少ないことから，ここではArkseyとO'Malleyが発案したスコーピング・レビューの方法[1]をPRISMA-ScRガイドライン[2]に示される手順を参考にして活用することにした．すなわち，厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」研究班の中にガイドライン作成委員会を設置し，①55項目のCQを設定し，②各CQについて担当者を定め，PubMed及び医学中央雑誌を基本データベースとして活用し，文献検索式を作成して文献を特定した．また，その他の情報源（特定された文献に引用されている文献，ハンドサーチで検索された文献・資料など）を用いて追加文献を特定し，③特定されたすべて文献の適格性を評価した上で，CQ回答文作成に関連する重要文献を選択し，④それらを要約してCQの回答文と解説文を作成した．尚，文献検索の過程において，CQの内容を部分的に修正する必要が生じた場合には，ガイドライン作成委員会の承認を得てこれを許容した．

尚，先述したように，この領域の研究は現段階では極めて未成熟であり，エビデンスレベルの高い介入研究がほとんどなされていないことから，科学的根拠のある推奨文を作成することが困難な場合が多かった．そのために，本書のタイトルはガイドラインとはせず，エビデンスブックとさせていただいた．

## 文献


1) Arksey H, O'Malley L: Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. International Journal of Social Research Methodology. Theory & Practice, 8(1): 19-32(2005)

2) Tricco A, Lillie E, Zarin W, O7Brien K, et al.: PRISMA Extension for Scoping Reviwes (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of Intenal Medicine, 169(7): 467(2018)


表1. このエビデンスブックがカバーする内容

| | |
|---|---|
| 1.タイトル | 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<br>エビデンスブック |
| 2.目的 | 独居認知症高齢者等（認知症者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ついて，自治体職員・住民等の協働意思決定を支援する |
| 3.必要性 | 平均寿命の延伸と少子高齢化が進展するわが国では，認知症者のみで構成される世帯が急速に増加している．先行研究から，独居認知症高齢者等は，認知機能の低下とともに，社会的孤立，経済的困窮，情報やサービスへのアクセシビリティの低下，意思決定支援の欠如，経済被害などのリスクの重畳によって，尊厳ある地域生活の継続が阻まれやすい状況にあることが推察される．この問題を克服できる新たな社会環境の実現を推進することは，わが国の高齢者施策の喫緊の課題である |
| 4.トピック | 独居認知症高齢者，認知症とともに生きる人の人権，意思決定支援，医療・介護・生活支援 |
| 5.エビデンスブックがカバーする視点 | 認知症の本人・家族，認知症に関わる保健・医療・福祉専門職，行政職員，その他の認知症支援に関わる広範なステークホルダー |
| 6.想定される利用者，利用施設 | 自治体向け・住民向け |
| 7.ガイドラインがカバーする範囲 | 独居認知症高齢者等の生活実態，課題解決に必要とされる医療・介護・居住支援・生活支援・意思決定支援等 |
| 8.重要臨床課題 | 重要臨床課題1：独居認知症高齢者等が直面している生活課題は何か<br>重要臨床課題2：独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の実現に寄与できる取組は何か |

表2. システマティックレビューに関する事項

| | |
|---|---|
| 1.実施スケジュール | 2021年3月：CQリスト作成<br>2021年4-8月：文献レビューとCQ回答文の作成<br>2021年6-12月：委員会におけるCQ回答文の審議<br>2022年1-3月：エビデンスブックの作成<br>2022年3月：自治体向け・住民向け手引きの作成<br>2022年4-5月：関係専門職・団体代表者等による自治体向け手引きの査読<br>2022年6月：一般公開 |
| 2.エビデンスの検索・選択基準 | 各CQについて検索語・選択基準を定めPubMed/医中誌等で文献検索を行う．<br>ハンドサーチによる検索，本研究で得られた知見も含める |
| 3.エビデンスの評価と統合の方法 | エビデンスブック作成委員会においてCQ回答文の妥当性を評価し，これらを統合してエビデンスブックを作成．これを基礎にして，自治体向け・住民向け手引きを作成する |
| 4.推奨作成の基本方針 | エビデンスブック作成委員会における反復的質疑とコントロールされた<br>フィードバック |
| 5.外部評価の方法 | 認知症当事者団体・家族会・関係団体より候補者を選定して査読を依頼 |
| 6.公開予定 | 2022年6月：厚労科学研究最終報告 |

CQ1-1

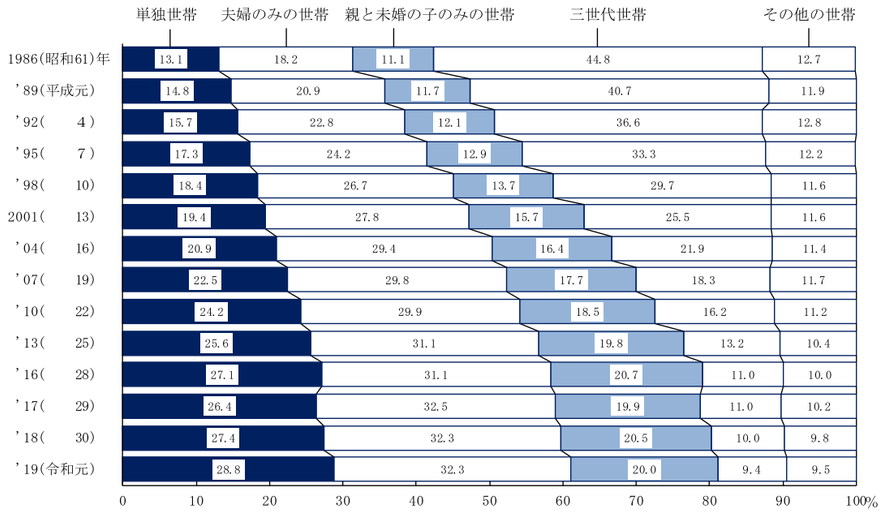
# わが国の世帯類型別高齢世帯数の将来推計は

回答文

高齢者がいる世帯では，単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けている．2025年のわが国の65歳以上単独世帯高齢者数は男性で268万人（高齢者人口の16.8%），女性で483万人（23.2%）であり，2040年には男性で356万人（20.8%），女性で540万人（24.5%）になるものと推計されている．つまり，男性高齢者の5人に1人，女性高齢者の4人に1人が一人暮らしとなる見込みである．単独世帯高齢者の増加の勢いは85歳以上で特に顕著であり，このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係している．

解説・エビデンス

2019年の国民生活基礎調査によれば，高齢者がいる世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が着実に増加し続けている（図1）[1]．また，国立社会保障・人口問題研究所[2]によれば，2025年のわが国の65歳以上単独世帯高齢者数は男性で268万人（高齢者人口の16.8%），女性で483万人（23.2%）であり，2040年には男性で356万人（20.8％），女性で540万人（24.5%）になるものと推計されている．つまり，男性高齢者の5人に1人，女性高齢者の4人に1人が一人暮らしとなる見込みである．単独世帯高齢者の増加の勢いは85歳以上で特に顕著であり，2015年～ 2040年の25年間に男性では2.80倍，女性では2.03倍増加するものと予測されている（表1）[3]．このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係している．




注：1) 1995(平成７)年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2) 2016(平成28)年の数値は、熊本県を除いたものである。
3) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

図1. 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

表1. わが国の単独世帯高齢者人口の将来推計

| | | 人口(千人) | | | | | | 割合(%) | | | | | | 2015-2040 増加率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | |
| 男 | 65~69歳 | 756 | 728 | 704 | 816 | 948 | 1,063 | 16.0 | 18.2 | 20.2 | 22.4 | 23.9 | 23.9 | 1.41 |
| | 70~74歳 | 491 | 692 | 658 | 634 | 730 | 846 | 13.5 | 15.9 | 17.8 | 19.6 | 21.5 | 22.8 | 1.72 |
| | 75~79歳 | 346 | 436 | 602 | 564 | 543 | 622 | 12.3 | 13.7 | 15.6 | 17.1 | 18.8 | 20.3 | 1.80 |
| | 80~84歳 | 254 | 297 | 364 | 492 | 455 | 440 | 12.6 | 13.3 | 14.2 | 15.5 | 16.8 | 18.3 | 1.73 |
| | 85歳以上 | 210 | 284 | 352 | 428 | 550 | 588 | 14.2 | 14.5 | 15.0 | 15.5 | 16.0 | 16.8 | 2.80 |
| 女 | 65~69歳 | 803 | 683 | 631 | 718 | 837 | 981 | 16.0 | 16.1 | 17.2 | 18.8 | 20.2 | 21.2 | 1.22 |
| | 70~74歳 | 834 | 964 | 819 | 745 | 828 | 951 | 20.0 | 19.8 | 19.9 | 20.8 | 22.3 | 23.6 | 1.14 |
| | 75~79歳 | 892 | 981 | 1,149 | 976 | 875 | 950 | 25.2 | 25.0 | 24.9 | 25.0 | 25.7 | 26.8 | 1.07 |
| | 80~84歳 | 876 | 923 | 1,028 | 1,211 | 1,023 | 909 | 29.1 | 29.1 | 29.0 | 28.7 | 28.6 | 29.0 | 1.04 |
| | 85歳以上 | 792 | 1,038 | 1,204 | 1,374 | 1,629 | 1,612 | 22.9 | 24.4 | 24.8 | 24.8 | 24.8 | 23.9 | 2.03 |
| (再掲) | | | | | | | | | | | | | | |
| 男 | 65歳以上 | 2,056 | 2,435 | 2,680 | 2,935 | 3,225 | 3,559 | 14.0 | 15.5 | 16.8 | 18.2 | 19.7 | 20.8 | 1.73 |
| | 75歳以上 | 809 | 1,016 | 1,318 | 1,484 | 1,548 | 1,650 | 12.8 | 13.8 | 15.0 | 16.1 | 17.1 | 18.4 | 2.04 |
| | 85歳以上 | 210 | 284 | 352 | 428 | 550 | 588 | 14.2 | 14.5 | 15.0 | 15.5 | 16.0 | 16.8 | 2.80 |
| 女 | 65歳以上 | 4,197 | 4,590 | 4.832 | 5,024 | 5,192 | 5,404 | 21.8 | 22.4 | 23.2 | 23.9 | 24.3 | 24.5 | 1.29 |
| | 75歳以上 | 2,560 | 2,942 | 3,381 | 3,561 | 3,527 | 3,472 | 25.6 | 25.9 | 26.0 | 26.1 | 26.0 | 25.8 | 1.36 |
| | 85歳以上 | 792 | 1,038 | 1,204 | 1,374 | 1,629 | 1,612 | 22.9 | 24.4 | 24.8 | 24.8 | 24.8 | 23.9 | 2.03 |

割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す.

## 文献


1) 厚生労働省:2019年国民生活基礎調査の概況 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html
2) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2018年推計) https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp
3) 粟田主一:一人暮らし、認知症、社会的孤立. 老年精神医学雑誌, 31: 451-459(2020)

CQ1-2

# わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は

## 回答文

わが国の独居認知症高齢者数は右肩上がりに増加し続けており，2025年には147万人（男性33万人，女性114万人），2040年には181万人（男性47万人，女性134万人）に達する見込みである．各年齢層の人口に占める独居認知症高齢者の割合は年齢階級とともに大きくなり，2025年では85歳以上の男性の7%，女性の14%が独居認知症高齢者になるものと予測される．独居認知症高齢者の増加は85歳以上において特に顕著であり，2015年～ 2040年の25年間に男性では約3倍，女性では約2倍増加する．認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は，2025の段階で22%，2040年の段階で23%であり，認知症高齢者の4 ～ 5人に1人は一人暮らしということになる．

## 解説・エビデンス

二宮[1]は，1985年～ 2012年に久山町で実施した調査のデータベースを統合し，認知症の性・年齢階級別有病率を表1のように推定している．また，この数値と国立社会保障人口問題研究所の年齢階級別将来推計人口の積和を求め，さらに厚生労働省の全国調査[2]で報告された2012年の認知症高齢者数で補正した場合のわが国の認知症高齢者数の将来推計値を表2のように推定している[1]．

粟田[3]は，同様の方法を用い，二宮が推定した認知症の性・年齢階級別有病率[1]と国立社会保障・人口問題研究所による単独世帯高齢者の性・年齢階級別将来推計人口[4]の積和を求め，全国調査で報告された2012年の認知症高齢者数[2]で補正して，わが国の単独世帯認知症高齢者数の将来推計値を算出している．それによれば，2025年の段階で単独世帯認知症高齢者





数は147万人（男性33万人，女性114万人），2040年の段階で181万人（男性47万人，女性134万人）となる．また，人口に占める単独世帯認知症高齢者の割合は年齢階級とともに高くなり，2025年の段階で85歳以上の男性の6.9%，女性の14.2%が一人暮らしの認知症高齢者ということになる（表3）．独居認知症高齢者の増加は85歳以上において特に顕著であり，2015年～ 2040年の25年間に男性では約3倍，女性では約2倍増加する．認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は，2025年の段階で148万／ 675万=21.9%，2040年の段階で181万／ 802万=22.7%であり，認知症高齢者の4 ～ 5人に1人は一人暮らしということになる．

表1. 65歳以上高齢者の認知症の推定有病率

| | 年齢階級 | 有病率（%） | 95%CI |
|---|---|---|---|
| 男 | 65 ～ 69歳 | 1.94 | 1.44-2.61 |
| | 70 ～ 74歳 | 4.30 | 3.31-5.59 |
| | 75 ～ 79歳 | 9.55 | 7.53-12.12 |
| | 80 ～ 84歳 | 21.21 | 16.86-26.68 |
| | 85歳以上 | 47.09 | 37.09-59.77 |
| 女 | 65 ～ 69歳 | 2.42 | 1.81-3.25 |
| | 70 ～ 74歳 | 5.38 | 4.18-6.93 |
| | 75 ～ 79歳 | 11.95 | 9.57-14.91 |
| | 80 ～ 84歳 | 26.52 | 21.57-32.61 |
| | 85歳以上 | 58.88 | 47.69-72.69 |

二宮利治：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究．平成26年度厚生労働科学研究費補助金総括・分担研究報告書（研究代表者：二宮利治）より引用

表2. 認知症高齢者数と有病率の将来推計

| 年 | 認知症高齢者の推定数(万人) | | 認知症の推定有病率(%) | |
|---|---|---|---|---|
| 2012 | 462 | (369-578) | 15.0 | (12.0-18.8) |
| 2015 | 517 | (413-647) | 15.2 | (12.2-19.1) |
| 2020 | 602 | (482-754) | 16.7 | (13.3-20.9) |
| 2025 | 675 | (541-844) | 18.5 | (14.8-23.1) |
| 2030 | 744 | (596-929) | 20.2 | (16.2-25.2) |
| 2035 | 799 | (640-998) | 21.4 | (17.1-26.7) |
| 2040 | 802 | (642-1001) | 20.7 | (16.6-25.9) |
| 2045 | 788 | (631-985) | 20.4 | (16.4-25.5) |
| 2050 | 797 | (638-995) | 21.1 | (16.9-26.4) |
| 2055 | 826 | (662-1031) | 22.8 | (18.2-28.4) |
| 2060 | 850 | (681-1061) | 24.5 | (19.7-30.6) |

各年齢層の認知症有病率が今後も一定であると仮定した場合の推計．括弧内の値は95%信頼区間を示す．

二宮利治：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究．
平成26年度厚生労働科学研究費補助金総括・分担研究報告書（研究代表者：二宮利治）より引用

表3. わが国の単独世帯の認知症高齢者数の将来推計

| | | 人口(千人) | | | | | | 割合(%) | | | | | | 2015-2040 増加率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | |
| 男 | 65~69歳 | 14 | 14 | 13 | 15 | 18 | 20 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 1.41 |
| | 70~74歳 | 20 | 29 | 27 | 26 | 30 | 35 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.72 |
| | 75~79歳 | 32 | 40 | 56 | 52 | 50 | 58 | 1.1 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 1.9 | 1.80 |
| | 80~84歳 | 52 | 61 | 75 | 101 | 94 | 91 | 2.6 | 2.7 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 3.8 | 1.73 |
| | 85歳以上 | 96 | 130 | 161 | 196 | 251 | 269 | 6.5 | 6.6 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 2.80 |
| 女 | 65~69歳 | 19 | 16 | 15 | 17 | 20 | 23 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 1.22 |
| | 70~74歳 | 44 | 50 | 43 | 39 | 43 | 50 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.14 |
| | 75~79歳 | 103 | 114 | 133 | 113 | 101 | 110 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 1.07 |
| | 80~84歳 | 225 | 238 | 265 | 312 | 263 | 234 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.4 | 7.4 | 7.5 | 1.04 |
| | 85歳以上 | 453 | 593 | 688 | 785 | 931 | 921 | 13.1 | 14.0 | 14.2 | 14.2 | 14.2 | 13.7 | 2.03 |
| (再掲) | | | | | | | | | | | | | | |
| 男 | 65歳以上 | 215 | 274 | 332 | 391 | 443 | 472 | 1.5 | 1.7 | 2.1 | 2.4 | 2.7 | 2.8 | 2.20 |
| | 75歳以上 | 180 | 231 | 292 | 349 | 395 | 417 | 2.9 | 3.1 | 3.3 | 3.8 | 4.4 | 4.7 | 2.31 |
| | 85歳以上 | 96 | 130 | 161 | 196 | 251 | 269 | 6.5 | 6.6 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 2.80 |
| 女 | 65歳以上 | 844 | 1,011 | 1,144 | 1,266 | 1,359 | 1,338 | 4.4 | 4.9 | 5.5 | 6.0 | 6.3 | 6.1 | 1.59 |
| | 75歳以上 | 782 | 945 | 1,086 | 1,210 | 1,296 | 1,266 | 7.8 | 8.3 | 8.3 | 8.9 | 9.6 | 9.4 | 1.62 |
| | 85歳以上 | 453 | 593 | 688 | 785 | 931 | 921 | 13.1 | 14.0 | 14.2 | 14.2 | 14.2 | 13.7 | 2.03 |

割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す．

## 文献


1) 二宮利治：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究．平成26年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究）総括・分担研究報告書（2015） https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23685

2) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業（研究代表者朝田隆）報告書（2013）

3) 粟田主一：一人暮らし、認知症、社会的孤立．老年精神医学雑誌，31: 451-459（2020）

4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計） https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp

CQ1-3

# 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか

回答文

認知症の有無が要介護度の重度化に「影響する」とする報告と「影響しない」とする報告がある．ただし，軽度者を対象とした多くの論文では，起居動作や移動能力の低下，外出頻度の低下，買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されている．移動能力の低下，外出機会の減少，買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとすれば，認知症の有無やその程度が，これら生活障害に関係し，その結果，要介護度の重度化に結びついている可能性が考えられるが，更なる検証が必要である．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

2040年にかけて，介護ニーズの高い85歳以上人口の急増と，医療・介護提供体制を支える15 ～ 64歳人口の減少が同時進行する．介護需要が増加する一方で，人材確保は困難化するため，①要介護者を増やさない，②要支援・要介護者を重度化させないための対策，いわゆる「介護予防」は機能強化されることになる．介護予防が進めば，自立した生活を継続することにもつながり，介護保険の目的とも合致することになる．介護予防を推進するためには，重度化の実態やメカニズム，関連要因を明らかにし，対象や原因に応じた対策を講じていく必要がある．

## 2. 地域を対象とした要介護者の重度化要因に関する研究

特定のサービス（例：訪問リハ，訪問看護）を利用している要支援・要介護者の重度化の実態とその要因に関する研究はあるが，対象者像に偏りがあり，地域の全体像を示すものにはならない．そこで，ここでは，地域全体を対象とした調査に限定して，その分析結果から得られた知見を整理する．

### (1) 柳原論文[1]（対象：要介護2 ～ 3）

地方の中規模A市の後期高齢者医療データベース（KDB）を使って，介護度の維持／悪化の経年的変化と介護サービス，疾病との関連を検討した論文．後期KDBの2012年と2015年の3年分を結合し，要介護度2と3の878人を対象に，3年後の維持群と悪化群で関連要因との関係を分析している．その結果，介護度悪化と疾病との関連では，3年後の群に呼吸器系，脳血管系，精神認知系疾患が増えていたが，ロジスティック回帰分析では，疾病と維持／悪化に有意な関連はみられなかったと報告している．

### (2) 松田論文[2]（対象：要介護1）

東日本の一自治体における介護保険の認定調査データと介護レセプト，医科レセプトを個人単位で連結したデータベース（DB）を作成，本DBから 2014 年度の要介護認定で要介護1と認定された在宅の対象者11,658人を抽出して2017年まで追跡し，DBで把握できる状態像や傷病に関する変数を用いて，要介護度の悪化に関連する要因をロジスティック回帰分析によって検討した論文．状態像としては寝返り，起き上がり，座位保持，両足および片足での立位，歩行，移乗，移動といった筋力の低下に関連する項目で自立していない者，その結果として外出の頻度が少なく，買い物に関して他者に依存している者で要介護度が悪化していたと報告している．認知症に関しては，認知症高齢者の日常生活自立度（認定データ），および認知症の有無（医療レセプト病名）が用いられている．単変量解析では，認知症の有無は有意になっていない．また，自立度に関しては，自立に比べ，Ⅲaでは有意に重度化しやすいが，逆に，Ⅱaでは有意に重度化しにくいという結果が報告されている．

### (3) 石山論文[3]（対象：要介護1 ～ 5）

居宅の介護保険利用者の要介護度の変化に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした論文．関東地方の居宅介護支援事業所15ヶ所のケアマネジャー 14名が担当する260名分の初回から更新3回目のケアプラン836件を対象に調査が行われている．要介護度の重度化と各要因の単変量解析では，認知症自立度や認知症の有無との関連性は見られなかったと報告している．

### (4) 和泉論文[4]（対象：要支援～要介護1）

在宅の軽度要介護認定高齢者の要介護度の推移の状況とその要因を明らかにし，介護予防対策の示唆を得ることを目的とした論文．2004年度の「要支援」1,555人と「要介護1」1,357人の計2,912人について，基本属性，身体・心理・社会的項目に関する単変量解析，および1年後の要介護度と有意であった項目を用いた多重ロジスティック回帰分析を行っている．その結果，要支援者および要介護1ともに，「老研式活動能力指標得点の1点あがるごと」のみが悪化を抑制する因子として抽出された．要支援者では，「外出頻度の1週間に1回未満」「過去1年間の転倒経験あり」「うつ傾向」，要介護1では，「歩行の介助」，「排泄の失敗あり」が悪化を促進する因子として有意に関連していたと報告している．認知症に関しては，認知症早期発見スクリーニング得点が用いられている．単変量解析では同得点は有意であったが，ロジスティック解析では有意な項目とはなっていない．

### (5) A市でのコホート研究

川越ら[5]は，A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに，対象者を「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（図1）．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，重度化率は「非認知症群」が最も低い，②要介護度と軽度化率の関係をみると，3群とも要介護度が軽度な者で軽度化率が低い傾向が見られ，重度化率が高い傾向がみられる，ことを明らかにしている．要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究[6]では，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考察している．

## 3. 結論

認知症の有無が要介護度の重度化に「影響する」とする報告と「影響しない」とする報告がある．ただし，軽度者を対象とした多くの論文では，起居動作や移動能力の低下，外出頻度の低下，買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されている．移動能力の低下，外出機会の減少，買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとすれば，認知症の有無やその程度が，これら生活障害に関係し，その結果，要介護度の重度化に結びついている可能性が考えられるが，更なる検証が必要である．

a）軽度化率　　b）重度化率

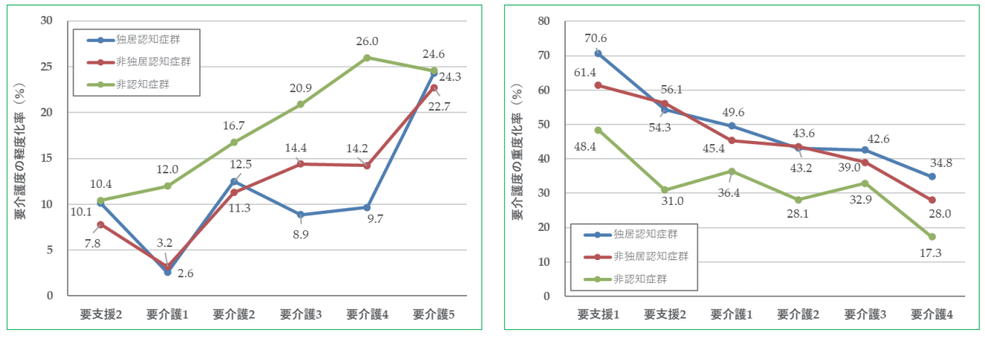



図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の3群間比較

## 文献

1) Yanagihara K, Fujiu M et al. : Analysis of Changes in Elderly People's Levels of Long-Term Care Needs and Related Factors with a Focus on Care Levels II and III. Journal of Wellness and Health Care, 41(2): 93-103(2018)

2) 松田晋哉，村松圭司ほか：認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析．日本ヘルスサポート学会年報，6: 1-14(2021)

3) 石山麗子，井上善行：居宅の介護保険利用者における要介護度の変化に影響を及ぼす要因．自立支援介護学，4(2): 140-148(2011)

4) 和泉京子, 阿曽洋子, 山本美輪：「軽度要介護認定」高齢者の要介護度の推移の状況とその要因．老年社会科学, 29(4): 471-484(2008)

5) 川越雅弘，南 拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究(研究代表者：粟田主一)，令和2年度報告書(2021)

6) 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)




CQ1-4

# 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

回答文

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い．認知症であることが在宅生活継続の阻害要因(施設移行の促進要因)となっている．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

厚生労働省は，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している．このシステムの基本理念は，「在宅生活の継続性確保」にあるが，在宅療養を希望する要支援・要介護高齢者(以下, 要援護高齢者)が, 様々な理由により, 居住系サービスや介護保険施設への入居・入所(以下，施設移行)を余儀なくされるケースは多い．こうした状況を出来るだけ防ぐためには，施設移行しやすい要援護高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で，適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる．

## 2. 在宅生活の継続が困難化しやすい要援護高齢者の本人要因とは

### (1) 海外における先行研究

海外では，ナーシングホームへの入所要因に関する縦断調査が多数報告されている．Gauglerら[1)]は，12の調査をメタ分析し，ナーシングホームへの入所を予測する因子として，

①自立していないADL項目が3項目以上ある（OR= 3.25, 95%CI=2.56-4.09），②認知障害がある（OR=2.54, CI=1.44-4.51），③過去に入所経験がある（OR=3.47, CI=1.89-6.37）ことを，また，Bharuchaら[2]は，①認知症である（HR=5.09, 95%CI=2.92-8.84），②年齢が高い（HR=1.06, 95%CI=1.03-1.10），③IADLの自立度が低い（HR=1.31, 95%CI=1.15-1.50），④社会的サポートが弱い（HR=1.27, 95% CI=1.10-1.46），⑤処方数が多い（HR=1.21, 95%CI=1.11-1.3[2]ことを挙げている．

これら結果から，認知症であることが，ナーシングホーム入所の強力な予測因子の1つであることがわかる．

### （2）日本における先行研究

日本では，1980年代後半から，在宅要援護高齢者の施設入所要因に関する研究が行われている．中島ら[3]は，医中誌の原著論文を対象に，「在宅介護（在宅ケア）」「高齢」を条件にした上で「継続or困難or連携」をキーワードに検索を行い（2010年7月実施），内容確認の上，79論文をレビューしている．その中で，在宅継続を促進する本人要因として，①ADLの状態が安定していること（特に，排泄介助が不要であること），②認知症があり，かつ，BPSDが生じていることが多くの論文で共通していたと報告している．

また，重度要介護高齢者に限定した調査を行った石附ら[4]は，「在宅で長期介護を受けている重度要介護者325人」と，「在宅から施設入所した重度要介護者102人」の在宅時の状況を比較し，認知症であることや過去1年間の入院歴が，在宅の長期継続を阻害する要因であると報告している．

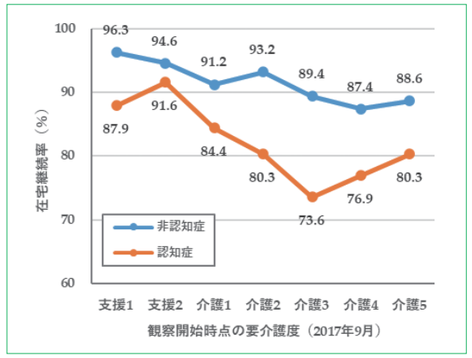
ただし，これらの多くは，ケアマネジャーを対象とした横断調査であり，同じ対象者を追跡したコホート研究ではない．

### （3）A市でのコホート研究

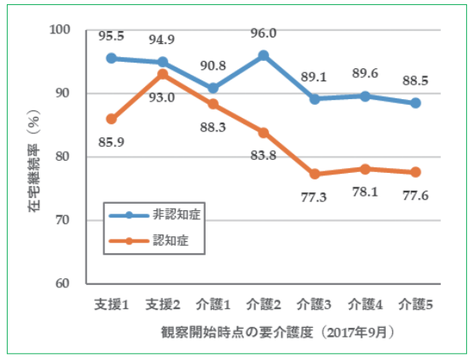
川越ら[5]は，A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に，ベースライン時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）をもとに，対象者を「認知症群」6,424人と「非認知症群」5,643人に分け，2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を性・要介護度別に比較した．

その結果，①在宅からの移行率については，要支援1では特定施設・GH，要支援2では特定施設・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が認知症群で高いこと，②2年後の在宅継続率は認知症群で有意に低いこと（$\chi^2$検定，$p<0.001$），③2群間の在宅継続率の差をベースライン時の要介護度別に見ると「要介護3」が最も大きく，「要介護2」「要介護4」「要支援1」がそれに次ぐことを明らかにした（図1）．

a) 総数




b) 男性




c) 女性

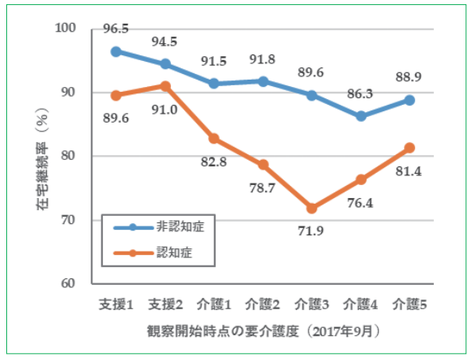



図1. 性別要介護度別にみた在宅継続率の比較（認知症群vs非認知症群）

## 3. 残された課題

海外及び川越らが行ったコホート研究から，認知症であることが，在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できる．ただし，在宅生活の継続性を困難化させる要因には，認知症以外の本人要因や家族・介護者要因，サービス要因なども複雑に関係し

ている．認知症施策を推進する立場にある市区町村は，自地域における要援護高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに，独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し，在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し，関係者を巻き込んで対策を実行し，その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる．

## 文献


1） Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, et al.: Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics, 7: 13（2007）

2） Bharucha AJ, Pandav R Shen C, et al.: Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society, 52（3）: 434-439（2004）

3） 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗：大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書．医療経済研究機構，5-25（2012）

4） 石附 敬, 和気純子, 遠藤英俊：重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因．老年社会科学，31（3）: 359-365（2009）

5） 川越雅弘，南 拓磨：在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異．厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業 令和3年度総括・分担研究報告書，26-31（2021）




CQ1-5

# 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか

**回答文**

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

認知症施策大綱では，「共生」と「予防」を両輪とした対策を推進する方向が示されている．したがって，認知症高齢者の重度化を防ぐことは，地域で暮らし続けられるためにも重要なテーマとなる．

さて，認知症高齢者の場合，認知機能障害に伴って，様々な生活障害が生じる．その結果，活動性が低下したり，活動内容が制限されたりする場合もある．こうした日常生活の活動低下を引き起こす要因の1つが家族の有無や家族の関わり方である．独居高齢者が増加していくなか，家族の有無が要介護度の重度化に影響しているのか否かを明らかにし，今後の家族の関わり方や介護サービスや地域住民による支援のあり方を考える上で参考にしていく必要がある．

## 2. 先行研究

認知症高齢者の要介護度の重度化に関する研究は非常に少ない．さらに，重度化要因を独居／非独居で比較した研究は1件のみであった．

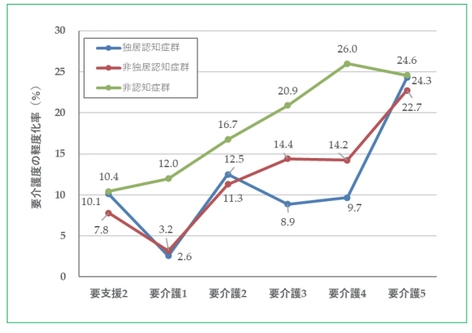
川越らは，A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時

の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに，対象者を「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．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，重度化率は最も低い，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い，ことがわかった．要介護度によって，認知症の独居／非独居群間で改善率や重度化率に差は見られたものの，認知症の有無と要介護度の重度化の関係性に比べれば，その影響は小さいことが確認できた．

### 3. 結論

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない．認知機能障害が様々な生活障害を引き起こし，その結果として要介護度の重度化が起こるとするならば，生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与がどのように影響しているのか，介護サービスは何をどのように代替しているのかなど，総合的にみていく必要があると考える．

a）軽度化率




b）重度化率




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

### 文献


1） 川越雅弘, 南 拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一），令和2年度報告書（2021）




CQ1-6

## 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

回答文

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い．女性では，全ての要介護度で独居群の在宅継続率が低い．

解説・エビデンス

### 1. はじめに

厚生労働省は，重度な要介護状態あるいは認知症になったとしても，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している．このシステムの基本理念は，「在宅生活の継続性確保」にあるが，在宅療養を希望する認知症高齢者が，様々な理由により，居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下，施設移行）を余儀なくされるケースは多い．こうした状況を出来るだけ防ぐためには，施設移行しやすい認知症高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で，適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる．

### 2. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の差異について

#### （1）海外における先行研究

松下[3]は，一人暮らし認知症高齢者に関する研究を概観するため，国内外の文献レビューを実施している（2011年2月実施）．なお，英文献に用いられたデータベースは，CINAHL,

MEDLINE，PubMed，British Nursing Index，PsycINFOおよびSocINDEXである．このうち，独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性（性・年齢・教育背景・収入など）を比較した論文をみると，独居群は非独居群に比べ，①女性が多い[1)]，②年齢は同程度ないし高い，③教育背景には差がない[1)]，④収入は有意に低いなどが報告されている．また，ADL／IADLを比較した論文をみると，独居群の方が，非独居群に比べ，ADL／IADLは同程度かそれより良好と報告されている一方で，着替え，食事，清掃，服薬や金銭管理の能力は高いが，身繕い，洗濯，電話，公共交通機関の利用については低かったとする報告もあり，ADL／IADLは項目によって自立度に偏りがあると考えられた．両群のリスク要因を比較した論文[2)]では，独居群で，①栄養障害，②転倒，③小火，④金銭・服薬・衛生管理などのリスクが高いと報告されている．このように，独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性・特性，ADL／IADL，リスク要因，サービス利用状況などを比較した論文はあるものの，在宅継続率を2群間で比較した論文は見当たらない．

### （2）日本における先行研究

中島ら[4)]は，独居認知症高齢者の在宅生活継続を阻害するリスク尺度の開発に向け，CiNiiの論文を対象に，「認知症」「独居or一人暮らし」をキーワードに検索を行い（2018年10月実施），136論文を抽出し，その中の6論文に対してレビューを行っている．その結果，主なリスクとして，①道に迷うや火事等の「生命の安全確保の危機によって生じるリスク」，②服薬管理や排泄の自立等の「セルフマネジメント低下によって生じるリスク」，③フォーマルケアの拒否やインフォーマルケアとの関係性等「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」等が挙げられていたと報告している．

海外では，独居と非独居の認知症高齢者を比較した論文はあるものの，日本では独居認知症高齢者に限定した調査がほとんどで，2群間の属性や特性，ADL等を比較した論文はほとんどない．また，在宅継続率を比較した論文は見られない．

### （3）A市でのコホート研究

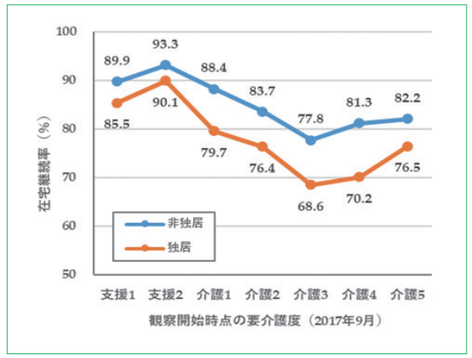
川越ら[6)]は，A市の在宅の要支援・要介護認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の住民基本台帳に基づく世帯情報をもとに「独居群」2,897人と「非独居群」3,527人に分けた上で，2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を，性別要介護度別に比較した．その結果，①女性の割合をみると，「独居群」79.9%，「非独居群」59.8%と，独居群で女性の割合が高いこと，②在宅からの移行率をみると，要支援1ではGH・特養，要支援2では特定施設，要介護1ではGH・老健，要介護2ではGH・特養・老健，要介護3以上では特養への移行が，独居群で相対的に高いこと，③世帯構成（独居・非独居）と2年後の在宅継続の有無の関係性を分析すると，独居群で有意に在宅継続率が低いこと（$\chi^2$検定，$p<0.001$），④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ポイント低いこと，逆に，「要介護5」では7.0ポイント，「要介護2」では0.7ポイント高いこと，⑤他方，女性ではすべての要介護度で独居群の在宅継続率が低いこと，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ポイントの順であること，中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い傾向にあること，が明らかになった．

## 3. 結論

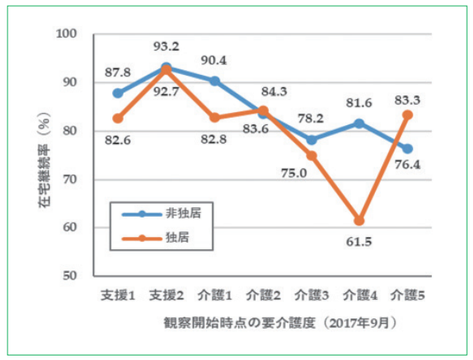
独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低く，特に女性では，全ての要介護度で独居群の在宅継続率が低いことが確認されている．

ただし，認知症高齢者の在宅生活の継続性を困難化させる要因には，本人要因や家族・介護者要因，サービス要因（アクセスを含む），リスク要因なども複雑に関係している．家族がいる場合，本人ができない部分を代替している，あるいは何らかの対応策を講じている可能性があり，その結果，在宅生活が継続できている可能性がある．こうした分析も今後必要となろう．いずれにしても，認知症施策を推進する立場にある市区町村は，自地域における認知症高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに，独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し，独居の認知症高齢者の在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し，関係者を巻き込んで対策を実行し，その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる．

a) 総数




b) 男性




c) 女性

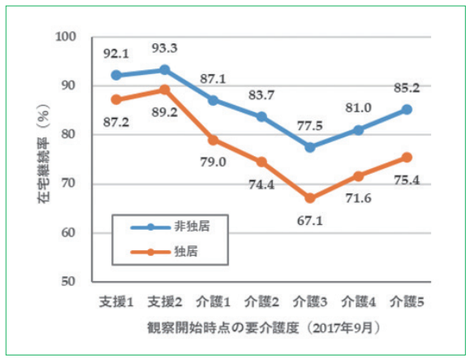



図1. 性別要介護度別にみた認知症高齢者の在宅継続率の比較（独居群vs非独居群）

## 文献


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

2） Tuokko H, MacCourt P, Heath Y. : Home alone with dementia. Aging & Mental Health, 3(1): 21-27(1999)

3） 松下由美子：一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー．日本在宅ケア学会誌，15(2): 25-34(2012)

4） 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続に関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)

5） 犬山綾乃, 諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因．千葉看護学会会誌，25(1): 37-46(2019)

6） 川越雅弘，南 拓磨：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．厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業 令和2年度総括・分担研究報告書，32-37(2021)




CQ2-1

# 独居認知症高齢者は身体的健康問題のリスクが高いのか

**回答文**

独居認知症高齢者の5年前後の生命予後は，同居者ありに比べて不良という結果が大規模コホート研究で示されているが，小規模の研究で1年の生命予後は独居の方が良好という結果や，3年の生命予後は差がないという結果もある．併存する身体疾患や身体機能については多くは横断研究があり結果も一致していない．独居であることが生命予後不良に関連する可能性はあるが，現在のところ併存する身体的健康問題からそれを説明することはできない．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

認知症をかかえながら一人暮らしをすることには，特有の身体的・心理的・社会的困難があるとされる．それらが，身体的健康問題のリスクとしてどのように表出されるのか，各国で調査研究が進んでいる．認知症高齢者の独居に伴う身体的健康問題のリスクを死亡率，身体合併症，身体機能の点から検証した．

## 2. 先行研究の要約

### (1) 死亡率

独居の認知症高齢者の死亡率を同居者のあるケースと比較した研究を3件認めた．

Haaksmaら[1]は，スウェーデンの認知症登録データベース（SveDem）に2007年から2015年

に登録された65歳以上の認知症高齢者50,076名分のデータ（最大9.7年間の追跡期間，2016年8月までに20,828名，41.6%が死亡）から，認知症高齢者の死亡とその関連要因を分析している．同居者のいる認知症高齢者の診断後の生存期間の中央値（四分位範囲）は，男性4.7（2.6-7.4）年，女性6.0（3.5-9.2）年に対して，独居の認知症高齢者の生存期間は男性4.0（2.2-6.4）年，女性5.1（2.9-7.8）年だった．多変量の死亡予測モデルにおいても，独居は死亡に関連する有意な予測因子の一つだった（HR 1.049, 95%CI 1.003-1.097, p=0.0377）．

Wattmoら[2]は，スウェーデンの多施設共同コホート研究で，軽度から中等度のアルツハイマー型認知症の外来患者1,021名を3年間追跡して死亡と関連する要因を調査した．独居は死亡との関連を認めなかった（HR 1.11, 95%CI 0.95-1.30. p=0.181）．

Nourhashemiら[3]が実施したフランスの認知症診療施設16施設で677名の地域在住認知症高齢者を1年間追跡した前向きコホート調査では異なる結果が示されている．同居者のいる場合に比べて，独居の認知症患者は1年後の死亡率が低く（6.0% vs 1.92%, p=0.044），その効果は年齢や性別，ベースラインの認知機能や栄養状態，ADLなどを調整した多変量モデルにおいても有意だった（OR 0.18, 95%CI 0.04-0.87）．

## （2）身体合併症

認知症登録データベースを利用した研究1件，薬剤の処方記録のデータベースを利用した研究1件，コホートデータを利用した研究2件で，独居認知症高齢者の身体合併症の頻度等が調査されていた．

Cermakovらは，2007年から2015年の期間にSveDemに登録された65歳以上のアルツハイマー型認知症の高齢者26,163名分の横断データを用いて，独居と同居者ありのケースで身体疾患の合併症を比較した[4]．この研究では，17の身体疾患を重み付けしてスコア化するCharlson Comorbidity Indexで評価しており，スコアに有意差を認めなかったが（2 vs 2, p=0.06），心血管疾患の治療薬の処方は独居のケースで有意に少なかった（OR 0.92, 95%CI 0.86-0.99）．

イギリスの2010年から2016年の薬剤処方のデータベースを利用したZafeiridiらの研究は，処方記録から判断した認知症高齢者のうち地域在住の21,028名分を横断的に分析している[5]．高血圧，高脂血症，糖尿病，抗凝固薬，心房細動に対する処方薬の処方割合は，独居の場合と同居者ありの場合で有意な差を認めなかった．

イギリスのIDEALコホート研究のwave 1（2014年7月 ~ 2016年8月）に登録した1,541名の横断データの分析では，年齢・SES・認知症のタイプで調整したCharlson Comorbidity Indexのスコアに両群間で有意差を認めなかった（データは示されていない）[6]．

Wattmoらは，スウェーデンの多施設共同研究の前向きコホートデータのベースラインのデータの横断的分析を行なった[7]．高血圧，糖尿病，鎮痛薬の処方割合は，独居と同居者ありの比較で有意差を認めず，高脂症薬の処方は同居者ありのケースで有意に多かった（8% vs 13%, p=0.014）．

## （3）身体機能（ADL・IADL）

前向きコホート研究で1年後のADL・IADLの低下を評価した研究2件[3, 8]と，横断研究で独居と同居者ありの比較をした研究を4件認めた．

Nourhashemiらのフランスの前向きコホート研究では，ベースラインのADLスコアに独居と同居者ありの間に有意差を認めなかった（5.55 vs 5.39）．また，1年後のADLスコアの低下（-0.55 vs -0.56, p=0.596）やIADLスコアの低下（-1.08 vs -0.98, p=0.780）にも有意差を認めなかった[3]．

1995年にアメリカから発表された前向きコホート研究は，72歳以上の軽度から中等度認知症高齢者（MMSE16-23）237名を1年間追跡した[8]．同居者ありと比べて独居の場合，1年後に7項目のADL項目のうち1項目以上で介護が必要となるケースが有意に多かった（RR 3.8, 95%CI 1.2-12）．

アメリカの2003年の地域在住高齢者の疫学調査から65歳以上の認知症ケース（MMSE <24）を抽出した横断研究では，349名の対象者の独居ケースと同居者のあるケースを比較した[9]．ADLとIADLに問題がないケースは，独居で有意に多かった（ADL, 76.9% vs 471%, p<0.001; IADL, 51.6% vs 33.6%）．

Wattmoらのスウェーデンの多施設共同研究の前向きコホート研究からベースラインデータを横断的に分析した場合，ADLスコア（Physical Self-Maintenance Scale）は独居のケースで有意に低い（7.8 vs 7.3, p=0.002）が，IADLスコアは有意差を認めなかった（15.7 vs 16.1, p=0.345）[7]．

イギリスのIDEALコホートwave 1データの横断分析では，IADLが高いこと（Functional Activities Questionnaire）は独居と関連した（OR 0.96, 95%CI 0.94-0.98, p<0.001）[6]．

2012-14年にドイツで行われた70歳以上の地域在住認知症高齢者を対象としたRCTの参加者516名のベースラインデータを用いた横断的分析で，独居と同居者ありのケースを比較すると，ADLのスコア（3.7 vs 3.7, p=0.887）や過去6ヶ月以内の転倒の割合（30.4% vs 26.0%, p=0.280）に有意差を認めなかった[10]．

## 3. 結論

一人暮らしをする認知症高齢者は，同居者のいる場合に比べて長期予後が不良の可能性があるが，両者の間で併存する身体疾患や身体機能の差異は明らかでない．そのため，生命予後不良の理由を身体的側面から説明できない．

独居認知症高齢者の5年前後の生命予後は，同居者ありに比べて不良という結果が大規模コホート研究で示されている．しかし，小規模な研究では1年の生命予後は独居の方が良好という結果や，3年の生命予後は差がないという結果もある．

身体疾患の併存症のスコア（Charlson Comorbidity Index）や高血圧・糖尿病・心疾患など身体疾患に対する処方薬の頻度には，独居と同居者ありの間で有意差がないことが複数の横断研究で示されている．

身体機能（ADL, IADL）については，一時点で評価した横断研究の結果は一定しない．縦断的に評価した1年後のADL低下についても，独居ケースで有意に低下するという結果と，差がないという結果が混在する．

併存症や身体機能に関するエビデンスの多くは横断的研究に基づいており，因果関係の解釈には注意を要する．

### 文献


1) Haaksma ML, Eriksdotter M, Rizzuto D, et al. : Survival time tool to guide care planning in people with dementia. Neurology, 94(5): e538-e548(2020)

2) Wattmo C, Londos E, Minthon L : Longitudinal associations between survival in Alzheimer's disease and cholinesterase inhibitor use, progression, and community-based services. Dement Geriatr Cogn Disord, 40(5-6): 297-310(2015)

3) Nourhashemi F, Amouyal-Barkate K, Gillette-Guyonnet S, et al. : Vellas B. Living alone with Alzheimer's disease: Cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR study. J Nutr Heal Aging, 9(2): 117-120(2005)

4) Cermakova P, Nelson M, Secnik J, et al. : Living Alone with Alzheimer's Disease: Data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. J Alzheimers Dis, 58(4): 1265-1272(2017)

5) Zafeiridi E, McMichael AJ, Passmore AP, et al. : Living alone for people on dementia medication: related use of drugs. Aging (Albany NY), 12(20): 20924-20929(2020)

6) Clare L, Martyr A, Henderson C, et al. : Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimer's Dis, 78(3): 1207-1216(2020)

7) Wattmo C, Londos E, Minthon L. : Solitary living in Alzheimer's disease over 3 years: association between cognitive and functional impairment and community-based services. Clin Interv Aging, 9: 1951-1962(2014)

8) Gill TM, Richardson ED, Tinetti ME. : Evaluating the risk of dependence in activities of daily living among community-living older adults with mild to moderate cognitive impairment. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 50(5): M235-241(1995)

9) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. : Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. Int psychogeriatrics, 22(5): 778-784(2010)

10) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. : Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimer's Dis, 52(2): 619-629(2016)

CQ2

# 独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか

回答文

独居の認知症高齢者で孤独感を感じている人は45%，抑うつの頻度は16 ～ 35%，抗うつ薬の内服頻度は15 ～ 35%である．同居者がいる認知症高齢者と比較すると，孤独感の頻度や強度は高いが，抑うつの頻度や包括的な精神的well-beingには差がない．また，家族等が評価した精神症状の頻度にも差がない．しかし，独居認知症高齢者の方が，抗うつ薬・抗精神病薬・睡眠薬の処方頻度が高く，この差は認知機能や併存疾患を調整した上でも認める．これらの向精神薬の処方頻度を併せて考えれば，同居者のいる人に比べて，独居の認知症高齢者の精神的健康問題のリスクは高いと推察される．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

独居認知症高齢者の心理や生活についての質的研究からは，自立した生活が困難になったり，交友関係を失ったりすることで，孤独感を感じ，生きる意味を見失いやすいことが明らかにされている．しかし，このような体験は，認知症とともに生きることに共通するものであり，「一人暮らし」による影響がどの程度あるのか判断できない．独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか，独居と同居者ありの場合を比較した量的研究を参照して，QOL，抑うつ，精神症状の頻度，向精神薬の処方頻度から検討した．以下，比較データを示している場合には，常に独居，同居者ありの順である．





## 2. 先行研究の要約

### (1) QOL，抑うつ，孤独感

認知症高齢者のQOLや抑うつ，孤独感などのアウトカムを横断的に調査して，独居と同居者のあるケースを比較した研究を4件認めた．

イギリスのIDEALコホート研究のwave 1（2014年7月 ～ 2016年8月）に登録した1,541名の軽度から中等度の認知症高齢者の横断的分析では，年齢・性別・SES・認知症のタイプで調整した上で，Holm-Bonferroniの方法でp値を補正して結果を示している[1]．10-item Geriatric Depression Scaleで評価した抑うつの頻度は有意差なし（35.4% vs 29.3%, OR 1.38, 95%CI 1.01-1.89, p=0.042），De Jong Gierveld Loneliness Scaleで評価した孤独感は独居者で有意に多い（OR 2.11, 95%CI 1.56-2.84, p<0.001），Quality of Life in Alzheimer's Disease scaleとWorld Health Organization-Five Well-Being Indexで評価したQOLはともに有意差なしだった（OR 0.97, 95%CI 0.94-0.99, p=0.018; OR 0.99, 95%CI 0.98-1.00, p=0.009）．同じデータを孤独感に注目した別の分析論文では，孤独感の頻度は独居44.5%，同居者あり30.3%，強い孤独感がある頻度はそれぞれ10.2%，3.6%でともに有意差を認めた[2]．

Lehmannらは，2003年にアメリカで実施された地域在住高齢者の疫学調査から65歳以上の認知症ケース（MMSE <24）を抽出して，349名の対象者の独居と同居者ありのケースを比較した[3]．Neuropsychiatry Inventoryを用いて評価した抑うつの頻度は，それぞれ16.5%，22.5%で有意差を認めなかった（p=0.2076）．

Eichlerらは，2012-14年にドイツで行われた70歳以上の地域在住認知症高齢者を対象としたRCTの参加者516名のベースラインデータを横断的に分析した[4]．独居と同居者ありの比較で，Geriatric Depression Scaleで評価した抑うつの頻度に有意差を認めず（16.4% vs 14.6%, p=0.619），Quality of Life in Alzheimer's Diseaseの平均スコアにも有意差を認めなかった（2.8 vs 2.8, p=0.263）．

タイの地域在住で50歳以上のMCIケース85名（Petersonのクライテリアで分類）のデータの横断分析（調査年不詳）では，独居と同居者ありのケースで，26-item World Health Organization Quality of Life questionnaireで評価したQOLの合計スコアも，精神的QOLのスコアにも有意差を認めなかった（75.2 vs 80.3; 18.9 vs 20.7，p値の記載なし）[5]．

### (2) 精神症状

前記1)に示した研究の中で，精神症状の頻度を比較した研究が2件あった．①IDEALコホート研究では，介護者がNeuropsychiatric Inventoryで評価した精神症状の数(3.54 vs 3.58)も強さのスコア(6.69 vs 6.60)も有意差を認めなかった[1]．②Lehmannらの疫学調査では，介護者が12-item Behavior Symptom Rating Scaleで精神症状と興奮(agitation)の頻度を評価したが，精神症状の頻度は差がなく(20.6% vs 26.2%, p=0.28)，興奮症状は独居で有意に少なかった(27.8% vs 48.8%, p<0.001)[3]．

### (3) 向精神薬の処方頻度

認知症登録データベースを利用した研究1件[6]，薬剤の処方記録のデータベースを利用した研究1件[7]，コホートデータを利用した研究1件[8]で，独居認知症高齢者の向精神薬の処方頻度が調査されていた．

Cermakovら[6]は，2007年から2015年の期間に認知症登録データベース(SveDem)に登録された65歳以上のアルツハイマー型認知症の高齢者26,163名分の横断データを用いて，独居と同居者ありのケースで処方薬の頻度等を比較した．この研究では，抗うつ薬(34.9% vs 31.1%, p<0.001)，抗不安薬(20.8% vs 18.6%, p<0.001)，抗精神病薬(7.5% vs 5.6%, p<0.001)，睡眠薬(29.6% vs 23.7%, p<0.001)のいずれについても，独居の場合に頻度が高かった．多変量モデルで年齢，性別，MMSE，認知症のタイプ，併存疾患のスコアで調整した場合にも，抗うつ薬(OR 1.11, 95%CI 1.05-1.18)，抗精神病薬(OR 1.39, 95%CI 1.24-1.56)，睡眠薬(OR 1.08, 95%CI 1.01-1.15)の処方頻度は独居と関連した．

2010年から2016年のイギリスの処方薬のデータベースを利用したZafeiridiらの研究[7]は，認知症薬の処方記録から判断した認知症高齢者のうち，地域在住の21,028名分を横断的に分析している[5]．この研究では，抗うつ薬(15.5% vs 17.7%, p<0.001)，抗不安薬(20.4% vs 22.5%, p<0.001)，抗精神病薬(20.1% vs 21.6%, p=0.008)，睡眠薬(18.8% vs 20.3%, p=0.007)は，いずれも独居の場合に処方頻度が低かった．年齢，性別，貧困，居住地域，配偶者の有無で調整した多変量モデルでは，上記のうち抗うつ薬の処方頻度だけが独居と関連した(OR 0.91, 95%CI 0.85-0.99, p=0.024)．

Wattmoら[8]は，スウェーデンの多施設共同研究の前向きコホート研究で軽度から中等度のアルツハイマー型認知症の外来患者1,021名を3年間追跡している[7]．このベースラインデータの分析によれば，抗うつ薬(32% vs 22%, p<0.001)，抗精神病薬(8% vs 3%, p<0.001)，抗不安薬や睡眠薬(17% vs 13%, p=0.051)は，独居のケースで多く処方されていた．

## 3. 結論

一人暮らしの認知症高齢者で，孤独感を感じている人は45%，抑うつの頻度は16 ～ 35%，抗うつ薬の内服頻度は15 ～ 35%である．同居者がいる認知症高齢者と比較すると，孤独感の頻度や強度は高いが，抑うつの頻度や包括的な精神的well-beingには差がない．また，家族等が評価した精神症状の頻度にも差がない．しかし，独居認知症高齢者の方が，抗うつ薬・抗精神病薬・睡眠薬の処方頻度が高く，この差は認知機能や併存疾患を調整した上でも認める．これらの向精神薬の処方頻度を併せて考えれば，同居者のいる人に比べて，独居の認知症高齢者の精神的健康問題のリスクが高いと推察される．

## 文献


1) Clare L, Martyr A, Henderson C, et al. : Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimer's Dis, 78(3): 1207-1216(2020)

2) Victor CR, Rippon I, Nelis SM, et al. : Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. Int J Geriatr Psychiatry, 35(8): 851-858(2020)

3) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. : Rabins P V. Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. Int psychogeriatrics, 22(5): 778-784(2010)

4) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al.: Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimer's Dis, 52(2): 619-629(2016)

5) Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. : Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int, 8(2): 80-85(2008)

6) Cermakova P, Nelson M, Secnik J, et al. : Living Alone with Alzheimer's Disease: Data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. J Alzheimers Dis, 58(4): 1265-1272(2017)

7) Zafeiridi E, McMichael AJ, Passmore AP, et al. : Living alone for people on dementia medication: related use of drugs. Aging (Albany NY), 12(20): 20924-20929(2020)

8) Wattmo C, Londos E, Minthon L. : Solitary living in Alzheimer's disease over 3 years: association between cognitive and functional impairment and community-based services. Clin Interv Aging, 9: 1951-1962(2014)

CQ2-3

# 独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策について，集団レベルの介入等を科学的に効果検証したエビデンスは認めない．個人レベルの介入の実践報告において，馴染みの支援者が自宅を訪問し，本人の生活状況を確認した上で，自宅生活の安定化を図る支援をしていた．支援内容は，服薬エラー，転倒，清潔保持の困難など生活の中での身体的リスクへの介入や，火事や運転など生活の安全についてのリスク介入があった．支援の特徴として，身体・認知機能，生活状況，本人のこだわりをアセスメントして，本人ができることを尊重しながら支援を個別化すること，医療チームで相談して役割分担することがあった．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

独居認知症高齢者は，認知機能・身体機能の低下という身体的脆弱性がある上に，生活を支援・介護する者と同居していないために，その脆弱性に対応することに困難がある．その結果，同居者がいる場合に比べて，独居認知症者は生命予後が短いこと，入院が多いこと，自宅生活の継続率が低いことが指摘されている．独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策について先行研究を要約した．





## 2. 先行研究の要約

独居認知症高齢者を対象とした介入プログラムの評価の研究1件，独居認知症高齢者の支援に当たる専門職を対象としたケア提供上の葛藤や工夫についての質的研究2件，独居認知症高齢者のケア提供の症例報告4件が該当した．冒頭の介入研究を除いて，実践報告が大半であり，報告されている対策によって健康アウトカムが改善するかどうか判断できない．

### (1) 介入研究

Lee(2020)らは，2016年4月～2019年12月の間に韓国で実施された独居高齢者の健康支援プログラム，HCI(home-visiting cognitive intervention)の参加者の健康アウトカムを評価した． HCIは，1人の独居高齢者に2人のパートナー(ボランティアの支援者)を割り当てて，独居高齢者本人の自宅で週1回1時間の認知機能を刺激するトレーニングと活動の介入を8週間実施するプログラムだった．258名の参加者のうちベースラインの認知機能低下を認めた48名の結果を解析した．介入前後の比較で，MMSE(介入前16.8，介入後18.6)とGDS(介入前13.7，介入後12.2)のスコアは有意に改善したが，IADLやソーシャルサポートのスコアは有意な変化を認めなかった．

### (2) 質的研究

De Witt(2016)らは，カナダのオンタリオの医療者15名(看護師9名，医師2名，社会福祉士2名，聴覚カウンセラー 2名)を対象に，独居認知症高齢者のケアの経験についてインタビューした．彼らの経験は，自分にできる支援を提供する(Doing the best we can do for them)という包括的テーマの元で，6つのテーマに分類された．①生活に支援が必要なことや，車の運転が困難になっていること，一人暮らしに限界が訪れることなど，現実を慎重に優しく伝える(Gentle realism)，②リスクと隣り合わせでも自分の生活を主体的に送る権利を尊重することと，生活の安全を確保することのバランスの困難(Walking the tightrope)，③家族への連絡や医療サービスへのアクセスを本人が許可しないことや，独居生活継続のためのケアやシステムに柔軟性がないことなど，サービス提供上の制約に医療者として限界を感じ

る(My hands are tied)，④支援を受け入れたり，決断したりするのは本人や家族であるため，専門家としての役割に徹する(It's not my job, it's not my decision)，⑤施設入所などの意思決定に関連した倫理面における心理的葛藤(Emotion struggle)，⑥本人の生活における危険を避けるという意図は医療者自身の行動を正当化し，心理的葛藤を小さくする(Believing I did the right thing)．

松下(2016)は，日本の独居認知症高齢者の支援経験がある訪問看護師17名を対象に，独居認知症高齢者の身体的・精神的症状の安定化のために実施している支援についてインタビューした．その結果，①日頃の関わりで養われる観察眼で，その人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く(普段の身体状態とその変化のアセスメント)，②必要な医療を確実に整備して，慢性疾患の悪化を予防・改善し，その人なりの体調を維持する(通院先や内服薬の簡素化と服薬確認)，③一人でも自宅で落ち着いて過ごせるように整える(本人の生活のこだわりや心配事を傾聴し尊重する)，というテーマがあった．

### (3) 症例報告

中野(2016)らは，独居認知症の80歳代後半女性の服薬の支援について報告した．服薬を管理する訪問介護員が服薬エラーを発見して，ケアマネジャーを介して医師・薬剤師に連絡して処方内容を簡素化した．

安田(2016)らは，物忘れのある独居糖尿病患者の在宅でのインスリン注射などの疾患管理について報告した．本人ができること，できないこと，支援が必要なことを見極めて，医療チームで個別の対応をしていた．具体的には，本人がカレンダーに予定や行動を記録して生活していることを利用して，①時間になったらかかりつけの病院の看護師室に行って注射を受ける，②日々の内服を実施したら本人がカレンダーに書き込み，③カレンダーで内服状況をケアマネジャーが確認した．

小笹(2011)は，80代前半の独居認知症女性の健康状態の悪化予防のための多職種連携とケアの工夫を報告した．ケアマネジャー・介護職・訪問看護師が，食事・水分摂取や内服についての支援と確認，入浴を含めた身体の清潔，転倒予防について，討議して連携した．本人の生活状況や身体機能，嗜好性を考慮して，本人が自分でできることを尊重しながら，必要な見守りや支援を提供した．

金谷(2020)は，独居認知症の90代男性の生活リズムの乱れ，意欲の低下，活動性の低下に対して訪問リハビリテーションで対処して生活の再建を図ったケースを報告した．訪問リハビリテーションの訪問時間を統一し，そのときに食事をするなど生活リズムを整えて日中の活動性の向上を図った．また，日常生活に対する本人の希望を聞き，それに合わせた環境調整(手すりなど)や動作練習を行なった．

## 3. 結論

独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策について，集団レベルの介入等を科学的に効果検証したエビデンスは認めない．個人レベルの介入の実践報告において，馴染みの支援者が自宅を訪問し，本人の生活状況を確認した上で，自宅生活の安定化を図る支援をしていた．支援内容は，服薬エラー，転倒，清潔保持の困難など生活の中での身体的リスクへの介入や，火事や運転など生活の安全についてのリスク介入があった．支援の特徴として，身体・認知機能，生活状況，本人のこだわりをアセスメントして，本人ができることを尊重しながら支援を個別化すること，医療チームで相談して役割分担することがあった．

## 文献


1) Lee J, Lee AY. : Home-visiting cognitive intervention for the community-dwelling elderly living alone. Dement Neurocogn Disord, 19(2): 65-73(2020)

2) De Witt L, Ploeg J. : Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals' experiences. Dementia, 15(2): 221-238(2016)

3) 松下由美子，一人暮らし認知症高齢者の身体的，精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ．大阪府立大学看護学雑誌，22(1): 35-44(2016)

4) 中野 真，飯野 智，利根川美香ほか，在宅医療における服薬指導の再確認．応用薬理，90(3-4): 63-67(2016)

5) 安田益恵，田淵裕子，物忘れのある独居糖尿病患者の在宅療養支援．看護実践の科学，41(13): 25-32(2016)

6) 小笹優美，独居の認知症高齢者の健康状態の悪化予防のための連携とケア．認知症ケア事例ジャーナル，4(3): 227-239(2011)

7) 金谷親好，金丸真由美，池田耕二ほか，単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション，10(3): 243-249(2020)

CQ2-4

# 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクは高いのか

回答文

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え，他者による促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下リスクが高いと言える．さらに経済的・身体的要因による食料調達の困難，判断力低下による食品衛生の課題，食事療法が必要なケースでの実践困難，服薬アドヒアランス低下による食欲低下など低栄養リスクは高いと考えられる．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

高齢者の口腔の健康は生活の質に関する指標の一つであり，高齢者の口腔衛生状態の悪化と口腔機能低下，摂食嚥下機能低下は，食事の喜びやコミュニケーションなどを通じて社会性の変化や生活の質に影響を与える[1]ことが知られている．超高齢者の低咬合力は，同居者の有無に関わらずプロテイン，多価不飽和脂肪酸，食物繊維，ビタミン類，ミネラル類の低摂取につながる[2]．また主観的な口腔の健康に関連した生活の質は，口腔の健康指標だけでなく認知機能や精神的健康，抑うつをも反映することも指摘されている[3]．

独居高齢者が認知症を発症すると，認知症の症状に起因した生活の乱れや体調管理の危機が生じることで，口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まることが知られる[4]．家族と同居する・施設入所しているものと比較し，日常的に傍らにいる他者からの支援が提供されにくいため，口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく，さらに廃用症候群を伴う場合は，自宅生活が継続困難になると報告されている[5]．

## 2. 口腔機能低下

本人に言語的コミュニケーション能力の低下があること，あるいは課題を課題として認識する能力の低下があることで，口腔の課題は気づかれずに放置される．特に地域に暮らしている，認知症高齢者の口腔のセルフケア能力の低下には介入がなされにくい．その結果，自分の歯を多く残している地域在住の認知症高齢者は，認知機能低下が軽度である者と比較して有意に歯周病の炎症面積が大きく，口腔内の汚染と歯肉出血が放置され，常に口腔内に炎症を抱えている状態である[6]．何らかの疾患を契機に入院した際に初めて課題が客観的に認知されることも少なくない[7]．口腔機能と独居の関係性を数値的に確認しにくい面があるが，臨床的に独居高齢者は口腔の健康が障害されている傾向があることが課題として認識されている[3]．

歯科クリニックに外来通院が困難な高齢者には訪問歯科診療による受療手段があるが，認知症高齢者が自身で口腔疾患を自覚し訪問歯科診療の受診申し込みをする例は極めて少ない．多くは家族や介護者からの申し込みであり，また歯科医師の訪問を受ける際に家族が同席できる例が中心となるため，実際に独居であることと認知症であることは訪問歯科診療の受療を阻む要因であると指摘されている[8]．

認知症高齢者に対して行った質的研究からは，毎日の生活の中で他の健康課題（服薬，血圧管理等を忘れないこと）よりも口腔衛生管理は優先順位が下がり，介護者から催促されなければ口腔衛生習慣を忘れてしまうこと，さらに糖質摂取制限などの口腔疾患の予防行動は考慮されない傾向が顕著になること，が明らかとなっている[9]．毎日の自宅での口腔衛生習慣については，介護者がいる場合であっても，口腔衛生に関する促しや支援が継続されなければ本人も継続ができず，セルフケア能力がさらに損なわれるうえ，口腔の不具合についての本人の言外のメッセージに介護者が気づかないと指摘されている．受診に関しては，通常の社会ケアのパッケージに歯科が含まれていないことで認知症の人が受けられる歯科治療の情報不足，予約の遵守や経済的な制約，外出の困難さを含む歯科医療のアクセシビリティ，本人がリラックスできる関係性の歯科医師とつながることが困難で継続性が確保されないこと，本人が痛みを訴えなければ受診は先延ばしになることが障壁として指摘される[9]．

認知症がより重度で社会的支援の不足したものにおいては，口腔の健康への支援が一層必要であるにもかかわらず，歯科医療へのアクセスへの障壁が増大する傾向があることが課題

である．

## 3. 低栄養等，栄養摂取に関連した課題

認知症高齢者の食べることに関する量的研究は，病院や施設入所のものに関する研究が多くを占めるが，地域高齢者を対象にした研究が1篇渉猟された．4g/dl未満の血清アルブミン値と16kg/m$^2$未満の除脂肪体重を低栄養の基準にしたとき，MMSE23以下の認知機能低下があり独居である者は，認知機能低下がなく同居者がいる者と比較して5.53倍低栄養になりやすい，と報告されている[10]．

また，自宅生活を送るものに関する研究は，生活の一部としての食に焦点を当て，少数を対象にした質的研究が複数渉猟された．

「食べる：摂食」行動自体は一般的に認知症軽度でも障害されないことが知られている．一方で，中島[11]は食事を「する」という食行動は『食物を入手してから調理，配膳して食べるまでの一連の過程をさし，精算，加工，流通，献立，買い物，食品の選択と補充，管理，調理，食卓づくり，後片付け，保存あるいは廃棄，そして食べる時間，共に食べる人数，健康，場所などに応じて量や調理方法，栄養価を考えふさわしい盛り付けをし，味わって食べるまでの一連の行動である』と述べている[11]．こういった一連の工程の諸処に，認知機能低下の影響が出現すると，客観的には生活の課題として認識されていく．

独居生活を継続するなかでの食行動のうち，軽度認知症でも安全性の低下がある行動は後片付けや食品の保存・廃棄であり[12]，その困難は食品衛生（あるいは食器の衛生）が確保されないことによる健康障害を引き起こす．また買い物に関しての判断力の低下は，健康より経済面の心配から低栄養リスクが潜在する[12]．単独での調理が困難になってきた際には惣菜利用が食の中心になるが，本人にとって興味を引く料理や嗜好品に偏り，栄養バランスを欠く例は少なくない．

### (1) 糖尿病で食事療法の必要な独居の認知症高齢者

認知症高齢者の咀嚼機能の低下が炭水化物の過剰摂取と蛋白質の摂取不足を招き，味覚閾値低下は過剰な塩分摂取を招く．服薬管理が不十分な状態で，そのうえ食事摂取が不十分であると低栄養どころか低血糖リスクがあり，日々の見守りが必要であるが，独居と認知症は食事療法の最も妨げになる因子である[13]．栄養食事指導が奏功しない例は，長年の生活習慣や嗜好を変えることが難しいこと，本人にとって好きな日常食であっても病態管理上問題がある食品など指導された栄養指導内容を忘却してしまうこと，捕食を「おやつ」と誤認識すること，台所に他人を入れたくないなど専門職が確認できる範囲が限られていること，本人が気づかないうちに歯の調子が悪くなり摂取量が減少すること，服薬忘れが起こること，など多岐にわたる[14]．

### (2) 腎臓病の食事療法や透析の必要な独居の認知症高齢者

透析患者や腎疾患患者の栄養食事療法は，独居高齢者では食事療法の関心が弱く，外来での指導だけでは適切な実践につながらないことが指摘される[15]．介助者がいたとしても，介助者に適切な病態栄養の知識がない為に，咀嚼困難の為安易に粥食にした結果低ナトリウム血症を呈す例や電解質異常，低アルブミン血症を引き起こすこともある[15]．

### (3) 服薬管理と消化器症状及び食欲

独居高齢者においては服薬アドヒアランスを支援する者がいない可能性が高く，服薬管理（薬剤自体の管理および内服指示遵守）が困難で，服薬忘れ及び自己中断による投与量の過不足があることから薬物有害事象が起こりやすい[16]．独居の認知症高齢者の服薬管理困難は，予測しない薬物有害事象を生じやすく，病状の変化から低栄養につながりやすい．服薬することを忘れてしまうだけでなく，手指の巧緻性の低下開封困難，食事回数の減少に伴う内服頻度減少，多剤の嚥下困難からの拒否等，服薬アドヒアランス低下が生じる[17]．

### (4) 共食と中食，配食

独居高齢者の食品摂取多様性は，距離および歩行機能等を包含した主観的な食料品アクセス，親戚や近隣住民からの食品の差し入れや調理習慣に影響されるといわれる[18]．これを踏まえ，独居認知症高齢者においては，身体的虚弱のみならず認知機能低下によって購買行動が困難になった際の，社会的支援の不足が食品摂取多様性の低下を通じ低栄養リスクがある

と考えられる.

## 4. 結論

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え，他者による促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下リスクが高いと言える. さらに経済的・身体的要因による食料調達の困難, 判断力低下による食品衛生の課題, 食事療法が必要なケースでの実践困難，服薬アドヒアランス低下による食欲低下など低栄養リスクは高いと考えられる.

### 文献


1) Lyzbeth Beatriz Ortíz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. : The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. BMC Oral Health, 19(1): 141(2019)

2) C Inomata, K Ikebe, H Okubo, et al. : Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res, 2(2): 187-197(2017)

3) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman. : Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc, 56(4): 711-717(2008)

4) 久保田真美，堀口和子:介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌，21(1): 67-75(2017)

5) 山下奈美，関根一樹，大澤かおるほか:廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究，29: 25-28(2012)

6) Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Yoshiko Motohashi, et al. : Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health, 18(22): 11961(2021)

7) 迫田綾子:口腔ケアを待つ人々　1人暮らしで寝たきりの痴呆高齢者を支える家族の口腔ケア. 訪問看護と介護, 10(1): 68-71(2005)

8) Miho Ishimaru, Sachiko Ono, Kojiro Morita, et al : Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. Geriatr Gerontol Int, 19(7): 679-683(2019)

9) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al: Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. Dementia, 20(6): 1925-1939(2021)

10) Masanori Iwasaki, Keiko Motokawa, Yutaka Watanabe, et al. : Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One, 16(11): e0260412(2021)

11) 中島紀恵子:生活の場から看護を考える―看護概念の転換への提起―. 医学書院，44-66(1994)

12) 鹿内あずさ:独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 11: 1-11(2004)

13) 荒砂慶子:【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点. 食事療法.糖尿病診療マスター, 12(5): 527-531(2014)

14) 田村里織，下村賀代子，植地綾子ほか:糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌，21(4): 521-529(2018)

15) 田部井薫:【高齢化する透析患者を支える】高齢透析患者の現状. 臨床栄養，120(2): 136-140(2012)

16) Fengzhu Ang, Jing En Pau, En Wei Koh, et al. : Drug-related problems associated with community-dwelling older persons living alone in Singapore. Int J Clin Pharm, 41(3): 719-727(2019)

17) 川名三知代，初田 稔，廣原正宜:独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法, 42 Suppl, I : 33-35(2015)

18) 吉葉かおり，武見ゆかり，石川みどりほか:埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連. 日本公衆衛生雑誌，62(12): 707-718(2015)

CQ2-5

# 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクを低減させる対策はあるか

**回答文**

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や食行動の困難さに気づき，適切な歯科医療や支援機関につなげること，専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりを継続することが対策になる．口腔機能および栄養は介護者への教育も重要であり，同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

口腔のセルフケアや食行動は，本来習慣的な自立行動であり，独居の認知症高齢者にとっては他者の介入の必要性を自認しにくい．介入を行うにあたって，口腔や食はパーソナルスペースであることに配慮の上，サービス提供者である医療介護専門職が連携を取り合い，拒否されない関係を作る配慮，そしてケアニーズと本人のデマンドのバランスに配慮して本人の満足感を得ることを重視する働きかけを複合的に行うなど，関係の継続を図ることが必要である[1]．在宅における支援は，本人が食べることの喜びを享受し，住み慣れた自宅で生活を続けるための疾病予防，低栄養改善・予防，生活の維持向上という生活の場の視点が重視される．

## 2. 口腔機能低下への対策

認知症の人に良好な口腔保健・歯科医療を提供するためには，個々の特定のニーズを尊重し，口腔の健康と関連する生活の質の特徴に置かれる価値を尊重したケアを提供すべきである[2]．英国では認知症の人の歯科医療へのアクセスが権利として保障されており（Equality Act 2010英国），英国のFaculty of General Dental Practice（2017）から，comprehensive set of guidelines on dementia-friendly dentistry（ガイドライン）が発行されている[3]．わが国においては日本老年歯科医学会による「認知症の人への歯科治療ガイドライン」が発行された（2019）[4]．

また，わが国の介護保険においては口腔咽頭の運動機能を中心とした口腔機能向上サービス（プログラム）がある．しかしながら参加については，機能低下を発見・認識すること，本人や家族が説明を理解し了承すること，個々のケアプランに口腔の課題を盛り込むことが前提であり，とくに独居の認知症高齢者に対しての支援は不十分である．

また，高齢者一般に対して，保健事業と介護予防の一体的実施の取り組みや後期高齢者医療広域連合が実施する各種歯科保健事業がある[5,6]（表1）．しかしながら市町村事業において，いまだ保健事業と介護予防の一体的実施が口腔分野に対して活用されているケースが非常に少なく，さらにこれらの事業を認知症高齢者に対して活用されている例は稀である．地域に暮らす社会的支援の得られにくい認知症高齢者には，自宅を訪問してアセスメントすることが有効であるが[7]，後期高齢者の被保険者対象の訪問歯科健診の実施がなされている市町村は非常に少なく，その普及が課題として残されている．

独居であることと認知症であることは，訪問歯科診療の受療を阻む要因である[8]．介護保険による日常生活の介護者が，本人の口腔に関する困りごとの様子を確認し受療の意思確認や受療申し込みをすることで，訪問歯科医療へのアクセスが提供される．言い換えれば，独居認知症高齢者に接する介護者が，本人の口腔の状態に関心を寄せていなければ訪問歯科医療へのアクセスは確保されない．したがって，最前線の認知症支援に関わる医療介護専門職に，口腔衛生の実践や口腔機能低下，歯科医療に対する理解を深め，口腔機能にかかわる内容を地域の認知症アクションプランに盛り込むことが必要である[3]．また同時に歯科医療従事者は，認知症対応力を高め，認知機能評価を含む包括的な生活機能評価のトレーニングを行い，認知機能低下のあるものには積極的に定期的・継続的な受診を勧奨することが必要である[9]．歯科医療従事者が訪問歯科診療で訪れた患者の自宅の様子から生活支援ニーズを察知し，地域包括支援センターや自治体の見守り事業，虐待相談窓口等につなぐ連携を行うなどの効果的な地域連携によって，社会的支援の必要な認知症高齢者を地域で支えることが可

表1. オーラルフレイル対策におけるレベル別事業例(文献6より)

| 対　象 | 対応する主な市町村事業 |
|---|---|
| 第１レベル<br>(口の健康リテラシーの低下) | 《一般の高齢者を対象に、口腔の健康についての普及啓発が実施できる事業》<br>①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業<br>【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】<br>●事業概要　歯科衛生士を自主活動グループ等に派遣し、口腔の講話や体操等を実施<br>●展開場所　通いの場<br>②介護予防・日常生活支援総合事業<br>【一般介護予防事業〈介護予防普及啓発事業〉】<br>●事業概要　口腔機能低下に関する講演会・教室の開催やチラシ作成等の啓発を実施<br>●展開場所　市町村による講演会、介護予防教室等 |
| 第２レベル<br>(口のささいなトラブル) | 《口のささいなトラブルのある高齢者を対象に、集団指導等を実施できる事業》<br>①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業<br>【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】<br>●事業概要　口腔機能低下の可能性のある高齢者が参加する通いの場において、歯科衛生士を派遣し、複数回の口腔プログラムを実施<br>●展開場所　通いの場<br>②介護予防・日常生活支援総合事業<br>【介護予防・生活支援サービス事業〈通所型サービスC〉】<br>●事業概要　基本チェックリスト該当者を対象に、歯科衛生士等が3～6か月の短期集中サービスによる口腔機能向上教室等を実施<br>●展開場所　市町村による介護予防教室が多いが、歯科医師会に委託し歯科医療機関において個別指導を実施するケースもあり |
| 第３レベル<br>(口の機能低下) | 《口腔機能低下のある高齢者に、歯科衛生士が在宅訪問指導を実施できる事業》<br>①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業<br>【健康課題がある人への医療専門職によるアウトリーチ支援】<br>●事業概要　低栄養や誤嚥性肺炎発症のリスクのある在宅高齢者を対象に歯科衛生士が訪問指導を実施<br>●展開場所　在宅等 |
| | 《口腔機能低下のある高齢者に、歯科医師が訪問歯科健診を実施できる事業》<br>②都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業<br>【後期高齢者の被保険者に係る訪問歯科健診】<br>●事業概要　歯科医療機関に通院が困難な在宅の後期高齢者を対象に、歯科医師が訪問し歯科健診を実施<br>●展開場所　在宅等 |
| 全ての高齢者 | 《高齢者を対象に歯科健診を行うことができる事業》<br>③都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業<br>【後期高齢者の被保険者に係る歯科健診】<br>●事業概要　後期高齢者を対象に歯科医療機関等において口腔機能を含む歯科健診を実施<br>●展開場所　歯科医療機関<br>※市町村ではなく、都道府県後期高齢者医療広域連合が直接実施している地域もある |



能になる[10]．また認知症初期集中支援チームに歯科医師が入っているケースでは，対象者の口腔と栄養の課題が発見しやすく，それが介入の糸口の一つになることが報告されている[10]．

## 3. 低栄養等，安全な栄養摂取への対策

独居期間が長いものにおいては認知機能低下ゆえの困難さが増えたとしても，本人なりの工夫の積み重ねがあり，本人の意向や信念を無視した不適切な介入は善意の強制になりかねない．困難な部分を本人の納得する方法で支援すること(例:判断の部分だけ声掛け等，買い物や運搬は手助け等で支援)が，自立的な食行動の可及的内な維持につながる[11]．通所利用者に対しては，調理や摂取計画について生活や来歴，動作の癖や特徴を観察し，生活をよく知る家族や介護者からの情報を加味したうえで，本人が自立を継続するための工夫を通所介護事業所で行い，練習をする方法も報告されている[12](自宅のポットの使用方法が分からなくなった際に,通所に持参し練習をする,自宅で白いまな板では包丁と食材が見えにくくなっている際に，まな板の色を変更して安全に包丁を扱える工夫を通所で行い練習する等)．

### (1) 糖尿病・腎臓病で食事療法の必要な独居の認知症高齢者

糖尿病がある独居認知症高齢者の栄養食事指導は日常生活の支援者への介入が不可欠である．しかしながら訪問介護員や介護職員にとって病態栄養および病態を踏まえた生活支援は教育を受ける機会が非常に少なく，管理栄養士などの専門職が指導をする機会を設ける必要性がある[13]．本人に指導を行う際でも，本人にとっての食の楽しみを奪わず，それでいて病態の進行を抑制する方法でなければならない．管理栄養士等の専門職が，在宅に訪問して本人の生活を知り，尊厳に配慮し本人がその訪問を楽しみにできるようなポジティブな関わりを続け，視覚化するなどわかりやすく，無理なく本人が納得できる方法になるまで時間をかけて支援をしていくことが必要である[14]．

### (2) 服薬管理と消化器症状及び食欲

独居の認知症高齢者の服薬管理支援について，訪問薬剤師，訪問看護師，ヘルパーの協働による支援の事例が報告されている[15]．服薬カレンダーの設置のみならず，管理方法の異な

る薬剤に対し自宅での本人の動作，習慣を踏まえた確認方法の提案，訪問のタイミングの調整，本人の手指巧緻性や食事頻度，摂食嚥下機能に合わせた剤型・包装を考慮した薬剤の適正化を行う必要がある．訪問看護師は薬効や副作用の出現について確認したうえで，独居認知症高齢者本人の望む暮らしが継続できるように配慮しながら，そのほかの支援者の手も借りつつ基礎疾患の病状の緩やかな維持を図っていることが報告されている[16]．

介護保険サービスにおいては指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）[17]において，利用者の薬剤内服や摂食状況等の支援ニーズを発見した際等の対応として，平成30年度改定から「十三の二　介護支援専門員は，指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは，利用者の服薬状況，口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを，利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする．（第三章　運営に関する基準（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第十三条，第13号の2）」のように医療と介護の連携を求めている．しかしながら全国的には，未だ介護支援専門員と医療専門職の情報共有が図られるまでには至っていないため，今後の普及が課題である[18]．

## (3) 共食と中食，配食

独居高齢者でも親戚や友人との食事（共食）の頻度が高い者は，食品摂取頻度が高く，食事への満足度が高い[19]．食料品の買い物支援，親せきや近隣住民から食品の差し入れを受け取る機会があり，経済状態が安定していることが共食頻度に影響する因子であると報告され，社会的な関係性が食行動と栄養状態に影響を与えることが示唆されている．

共食は通いの場で提供されているケースがあるが，必ずしも通いの場に管理栄養士の介入がないことから，病態や摂食嚥下機能に配慮した食事は提供されていない[20]．日本栄養士会では都道府県栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士が共食を行う通いの場や配食業者と協力し健康支援型サービスを提供している[21]．

独居の認知症高齢者が食行動の困難を抱えた際に，ケアプランとして配食の活用が一般化している．配食サービスの利用者は80歳以上が大半を占め，独居または高齢者夫婦のみ世帯の利用が9割を占める[22]．「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」では栄養管理のあり方として，献立作成から病態栄養食（栄養素等調整食）への対応，摂食嚥下障害を持つ者に配慮した物性等調整食への対応，調理，衛生管理などを含めた商品管理について示すと同時に，利用者の状況把握や情報提供，専門職との連絡相談を適切に行うことの必要性を強調している[23]．特に低栄養が疑われる者や在宅療養者等への配食開始時のアセスメントや継続対応については管理栄養士，かかりつけ医，かかりつけ歯科医との連携が必要である．配食サービス事業者が，配食に関連した重要な気付きを見逃さず，適切に医療介護の専門職と連携関係を築くことが出来るように，医療介護チームに参加できる仕組みづくり，教育的な情報共有の取り組みが必要である．配食注文時の本人アセスメントと配食継続時のフォローアップの際に本人の健康状態や食事摂取に関する状況把握，情報提供の留意点の例が具体的に示されている[24]（図1）．




図1. 配食サービス事業者向けパンフレット（文献24より）

中食とは購入した惣菜または配達されたデリバリーの料理を自宅で食べることを指す[25]．惣菜を中心とした食生活をしている独居高齢者では，本人の好みで選択される惣菜のみでは

摂取栄養が偏る傾向がある．一方，惣菜の栄養価は成分表示から大きく外れることはなく，また中食市場の拡大により一人用の小分け惣菜の種類も増えていることから，調理意欲の低下した低栄養傾向にある独居認知症高齢者の支援を行う際には，中食を活用したバランスの良い選び方などの栄養指導も行うことが進められている．

## 4. 結論

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や食行動の困難さに気づき，適切な歯科医療や支援機関につなげること，専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりを継続することが対策になる．口腔機能および栄養は介護者への教育も重要であり，同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である．

### 文献


1) 松下由美子：サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ．日本在宅看護学会誌，5(1)：124-133(2016)

2) Xi Chen, Jennifer J Clark, Hong Chen, : Supawadee Naorungroj.Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. Gerodontology, 32(1)：53-61(2015)

3) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. : Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. Dementia, 20(6)：1925-1939(2021)

4) 日本老年歯科医学会：日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編，認知症の人への歯科治療ガイドライン(2019)
https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138

5) 秋野憲一：老年歯学を再考する－口を支える視点から－Seminar9，高齢期の口を支える公的制度～地域住民のオーラルフレイルの改善のために地方自治体が展開できる事業．Geriatric Medicine, 59(8)：791-795(2021)

6) 公益社団法人日本歯科医師会：通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル(2020)
https://www.jda.or.jp/oral_flail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf

7) Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Yoshiko Motohashi, et al. : Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health, 18(22)：11961(2021)

8) Miho Ishimaru, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan.Geriatr Gerontol Int, 19(7)：679-683(2019)

9) Peter M Jensen, Ralph L Saunders, Todd Thierer et al. : Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc, 56(4)：711-717(2018)

10) 令和2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「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」東京都健康長寿医療センター，158-167(2021)

11) 鹿内あずさ：独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から．北海道医療大学看護福祉学部紀要，11：1-11(2004)

12) 土路生恵美：【先進活動から学ぶ自立支援の環境づくり】「認知症対応型デイサービス」における自立支援の取り組み．認知症ケア最前線，37：49-52(2013)

13) 荒砂慶子：【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点　食事療法．糖尿病診療マスター，12(5)：527-531(2014)

14) 田村里織，下村賀代子，植地綾子ほか：糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例．日本病態栄養学会誌，21(4)：521-529(2018)

15) 川名三知代, 初田 稔, 廣原正宜ほか：独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方．癌と化学療法，42 Suppl, I：33-35(2015)

16) 松下由美子：認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助．聖路加看護学会誌，16(2)：17-24(2012)

17) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十八号)
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=411M50000100038

18) 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　利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_13.pdf

19) M Ishikawa, Y Takemi, T Yokoyama, et al : "Eating Together" Is Associated with Food Behaviors and Demographic Factors of Older Japanese People Who Live Alone. J Nutr Health Aging, 21(6)：662-672(2017)

20) 令和元年度 老人保健健康増進等事業.通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業報告書.東京都健康長寿医療センター(2020)

21) 地域高齢者等の健康な食事のための管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集－栄養ケア・ステーション活用モデル－　https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409_02.pdf

22) 平成24年度 老人保健健康増進等事業.地域高齢者の食生活支援の質及び体制に関する調査研究事業報告書，国立健康・栄養研究所(2013)　https://www.nibiohn.go.jp/eiken/assets/images/rojin24houkoku.pdf

23) 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン　https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf

24) 厚生労働省 配食事業者の方へ　配食サービスを通じて高齢者の健康づくりを支えてみませんか(パンフレット)
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku_zigyousya.pdf

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

CQ2-6

# 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか

回答文

独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になることを示す研究報告はない．縦断研究において，高齢者の認知症・認知機能低下が貧困のリスク因子であることを示す報告もないが，貧困が認知症・認知機能低下のリスク因子になることを示す報告はある．また，横断研究で認知症・認知機能低下と貧困との関連は示されている．方法論上の困難さから，独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になるか否かを検証する研究がなされていない可能性がある．尚，若年性認知症の生活実態調査からは，認知症の発症が経済的困窮の要因になることが明らかにされている．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症・認知機能低下の危険因子として，認知予備能（低い学歴），生活習慣病，飲酒などはよく知られている．これらは貧困と強く関連するため，認知症・認知機能低下と貧困は関連するものと思われる．しかし方法論上の困難からエビデンスは多くはない．

Pubmedでは認知症，貧困，独居で検索したところ31件が抽出されたがいずれも今回のCQとは関係のない報告であった．そこで独居を外して抽出された512件から探した．なお貧困に関しては国際精神保健領域の用語（例えばlow-income country）を含むものがかなり抽出され，このCQのような問題設定が医学データベースでの検索にフィットしにくいことが示唆された．





医中誌では認知症，貧困，独居で検索したところ10件が抽出されたがいずれも「解説・特集」あるいはモノグラムであり，エビデンスではなかった．そこで独居を外して抽出された74件から探したが，エビデンスは得られなかった．

以上から今回の結果は，すべて独居に限定しないPubmedで探された報告である．

## 2. 先行研究の要約

### (1) 認知症・認知機能低下が貧困の要因になるという報告（縦断研究）

調べた限りそのようなエビデンスは見当たらなかった．

### (2) 貧困が認知症・認知機能低下の要因なるという報告（縦断研究）

#### 1) 貧困が認知症の要因になるという報告

米国の高齢者の公的健康保険（メディケア）を用いた研究[1]からは，経済的破綻が認知症の発症リスクを高めると報告されている（OR = 1.20, 95% CI: 1.09, 1.31）．メキシコ系アメリカ人の縦断研究[2]からは，ライフコースを通じて裕福な状態で居続けたものは，貧困状態で居続けたものに比べて認知症の発症リスクが低かったと報告されている（HR= 0.49, 95% CL: 0.24, 0.98）．米国の2つの地域で行われた縦断研究[3]からは，黒人は白人よりも12年間での認知症発症率が高かったが（20.7% v 16.6%），経済状況を調整因子に投入したところ人種差は有意ではなくなったと報告されている．そして黒人において認知症発症が多いように見えたのは，貧困状態にある人が多かったからではないかと推察されている．北欧のコホート研究[4]から，中年期の貧困ではなく，高齢期になってからの貧困が認知症発症のリスクであったという報告がある．同様に北欧のコホート研究[5]から，中年期の貧困が，高齢期の認知症による死亡の危険因子（HR=1.24, 95% CI 1.16 to 1.32）であるという報告がなされている．

#### 2) 貧困が認知機能低下の原因になるという報告

米国からは幼少期，青年期，高齢期の3地点ですべて貧困であったものはすべて裕福であったものに比べて記憶が低いという報告[6]がなされている．中国から貧困は認知機能低下の危険因子であったと報告[7]されている（OR = 1.34, 95% CI: 1.15-1.56）．

### (3) 認知症・認知機能の低下と貧困が関連するという報告(横断研究)

#### 1) 認知症と貧困が関連するという報告

ヨーロッパから，貧困が認知症をもつことと関連すると報告[8]されている(OR = 1.49, 95%CI 1.34-1.67)．なお，他に関連したのは，神経症傾向，学歴の低さ，そして幼少期の親の死であった．ブラジルから，文盲，職業，低い収入が，認知症に関連すると報告[9, 10]されている．カナダの都市部のクリニックの患者において，認知症の診断と貧困が関連したと報告[11]されている．

#### 2) 認知機能低下と貧困が関連するという報告

米国からは，処理速度の低下で測った認知機能の低下と，現在の貧困が，幼少期の貧困や学歴を調整しても関連したという報告がある[12]．中国から，貧困が認知機能低下のリスク因子であると報告[13]されている(OR = 1.268-3.906, P = 0.005)．中南米の7つの都市の研究から，貧困が認知機能低下と関連すると報告[14]されている．英国からはより経済的に恵まれない地域に住む人々が様々な要因を調整しても認知機能低下をもつと報告[15]されている(OR2.3; 95% CI1.8-3.0)．香港(英国領時代)からは認知機能低下と貧困が関連したと報告[16]されている．

### (4) その他

なお認知症と貧困に関する情報が少ない中で，若年性認知症によって貧困になるという関係を明確に示した文献がある．粟田ら[17]は全国12か所で若年性認知症の患者の生活実態調査を行い，調査時65歳未満の若年性認知症の本人または家族の6割以上が収入減を体験していること，4割が「家計が苦しい」と自覚していること，世帯の主な収入は「家族の収入」か「障害年金」が大半を占めること，約1割は「生活保護」となっていること，家族に関する困りごとの第一位は「将来の経済的不安」であること，いつも必要としている情報についても「経済的支援に関する情報」が上位に位置していることを報告している．また，Okamuraら[18]は，単身独居男性を対象としたホームレスシェルターにいる65歳以上の人の80％がMMSEで23点以下であることから，認知機能が低下して貧困化した人がいる可能性を指摘している．

## 3. 結論

独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になることを示す研究報告はない．縦断研究において，高齢者の認知症・認知機能低下が貧困のリスク因子であることを示す報告もないが，貧困が認知症・認知機能低下のリスク因子になることを示す報告はある．また，横断研究では，認知症・認知機能低下と貧困との関連が報告されている．方法論上の困難さから，独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になるか否かを検証するための研究がなされていない可能性がある．尚，若年性認知症の生活実態調査からは，認知症の発症が経済的困窮の要因になることが明らかにされている．

### 文献


1) Samuel LJ, Szanton SL, Wolff JL, et al. : Socioeconomic disparities in six-year incident dementia in a nationally representative cohort of U.S. older adults: an examination of financial resources. BMC Geriatr, 20: 156(2020)

2) Zeki Al, Hazzouri A, Haan MN, et al. : Life-course socioeconomic position and incidence of dementia and cognitive impairment without dementia in older Mexican Americans: results from the Sacramento area Latino study on aging. Am J Epidemiol, 173: 1148-1158(2011)

3) Yaffe K, Falvey C, Harris TB, et al. : Effect of socioeconomic disparities on incidence of dementia among biracial older adults: prospective study. BMJ, 347: f7051(2013)

4) Anttila T, Helkala EL, Kivipelto M, et al. : Midlife income, occupation, APOE status, and dementia: a population-based study. Neurology, 59: 887-893(2002)

5) Korhonen K, Einiö E, Leinonen T, et al. : Midlife socioeconomic position and old-age dementia mortality: a large prospective register-based study from Finland. BMJ Open, 10: e033234(2020)

6) Marden JR, Tchetgen EJ, Kawachi I. : Contribution of Socioeconomic Status at 3 Life-Course Periods to Late-Life Memory Function and Decline: Early and Late Predictors of Dementia Risk. Am J Epidemiol, 186: 805-814(2017)

7) Chen L, Cao Q. : Poverty increases the risk of incident cognitive impairment among older adults: a longitudinal study in China. Aging Ment Health, 24: 1822-1827(2020)

8) Conde-Sala JL, Garre-Olmo J. : Early parental death and psychosocial risk factors for dementia: A case-control study in Europe. Int J Geriatr Psychiatry, 35: 1051-1059(2020)

9) Scazufca M, Almeida OP, Menezes PR. : The role of literacy, occupation and income in dementia prevention: the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). Int Psychogeriatr, 22: 1209-1215(2010)

10) Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, et al. : High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. Int Psychogeriatr, 20: 394-405(2008)

11) Fischer C, Yeung E, Hansen T, et al. : Impact of socioeconomic status on the prevalence of dementia in an inner city memory disorders clinic. Int Psychogeriatr, 21: 1096-1104(2009)

12）Zhang M, Gale SD, Erickson LD, et al. : Cognitive function in older adults according to current socioeconomic status. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn, 22: 534-543（2015）

13）Han R, Tang Z, Ma L. : Related factors of cognitive impairment in community-dwelling older adults in Beijing Longitudinal Study of Aging. Aging Clin Exp Res, 31: 95-100（2019）

14）Nguyen CT, Couture MC, Alvarado BE, et al. : Life course socioeconomic disadvantage and cognitive function among the elderly population of seven capitals in Latin America and the Caribbean. J Aging Health, 20: 347-362（2008）

15）Basta NE, Matthews FE, Chatfield MD, et al. : Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. Eur J Public Health, 18: 48-54（2008）

16）Woo J, Ho SC, Lau S, et al. : Prevalence of cognitive impairment and associated factors among elderly Hong Kong Chinese aged 70 years and over. Neuroepidemiology, 13: 50-58（1994）

17）粟田主一：AMED報告書「わが国における若年性認知症有病率・生活実態把握」に関する調査研究報告書（2020）

18）Okamura T, Awata S, Ito K, et al. : Elderly men in Tokyo homeless shelters who are suspected of having cognitive impairment. Psychogeriatrics, 17: 206-207（2017）



CQ2-7

# 独居認知症高齢者の貧困リスクを低減させる対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者等の貧困リスクを低減させる対策に関する科学的なエビデンスは見当たらない．すでに貧困状態にある人の支援に関する報告からは，①住まいの支援，②日常生活の支援，③専門的支援の調整の支援，④成年後見制度の利用支援，⑤司法における福祉的支援，⑥社会の理解の促進が，貧困リスクの低下に寄与するかもしれない．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

独居認知症高齢者等の貧困リスクが高いことは臨床的には自明であるように思われるが，方法論上の難しさからエビデンスはほとんどない．認知症を持つことと貧困の関連（横断面）はいくらか報告されているし，貧困が認知症のリスクを高めるという逆方向のエビデンスはいくつかある．しかし，そもそも「独居」にしぼると英語のエビデンスはほとんど存在しない．したがって認知症による貧困リスクを低減させる対策に関する堅牢なエビデンスは見つけられなかった．

加えて，そのような対策は，文化，制度，価値観などの文脈に依存するであろうから，我が国に固有のものである可能性が高いと思われる．そこで本項では，和文誌の総説やモノグラムにも対象を広げ，実践家のナラティブから独居認知症高齢者等の貧困リスクを低減させる対策を探した．

## 2. 先行研究の要約

竹本ら[1]は認知症の人の経済問題に対する支援を明らかにすべく，居宅介護支援事業所のスタッフ13名にインタビューを実施し，26ケースに関するデータ収集し，そのうち14ケースを分析した．そして支援の展開は，『潜在化した経済問題の発見』→『経済問題の評価』→『経済問題の軽減・解決に向けた支援計画立案と介入』という流れがあるとしている．そのそれぞれのステージには，より具体的な項目がある．すなわち，経済問題の発見として「脆弱な経済基盤」「経済問題の意思表示」「利用者本人の心理・行動」「同居家族の就労状況」が，経済問題の評価として「医療・介護ニーズに対応したサービス導入困難」「判断能力の低下に起因する生活困窮」「同居家族に起因する生活困窮」が，経済問題の軽減・解決に向けた支援計画立案と介入として「サービス利用料の支払いを可能にする社会保障制度の活用支援」「関係機関への支援要請」「財産管理に関する支援」があるとしている．

ホームレス支援を行うNPO法人（ふるさとの会）に所属する瀧脇[2]は，もともと住み込みで働いていた人が失職とともに住まいを失い，認知症による行動・心理症状を伴っており，様々な支援場所（高齢者施設，病院，低所得者向け宿泊所など）のいずれにおいても安定しなかった人が最後に彼らの支援施設にたどり着くケースがしばしばあることを述べている．そしてこのような場合に効果のある支援として，1）同郷の人が通うデイサービスを探して近所の人とともに過ごす居場所を見つけるなどの「近隣関係の支援」，2）睡眠，排せつ，清拭などの「日常生活支援」（瀧脇は家族的支援と表現している），3）必要なときは適切な専門家につなぐ「コーディネート」があるとしている．瀧脇の述べる支援は，認知症の人が貧困になった「後の」支援であるが，しかしどのような施設でも安定せずに様々な場所を転々としていた人が，ひとまず居所を安定させ，そこから生活を再建してゆくというプロセスの第一歩であると思われる．

同じくホームレス支援を行うNPO法人（ふるさとの会）に所属する的場[3]は，高齢期の住まい喪失を普遍的問題であるとしている．認知症等を持つ高齢者が住まいを失った経緯について，「家賃滞納，ごみや失禁に伴う居室の損傷により退去要請になった」，「保証人が不在のため更新手続きができない」，「物盗られ妄想で大家に迷惑をかけて更新不可となった」，「認知機能が低下し，鍵の紛失やボヤ騒ぎなどにより更新不可となった」などを挙げている．このような人々に対しては，まずは生活の基盤となる住まいと生活支援が一体的に提供され，地域の保健医療・福祉サービスとの連携がなされる必要があるとしている．

増田[4]は，「高齢者の貧困の現状と課題」と題した総説で，墨田区の認知症の70代の女性のケースを提示している．このケースは長男と同居していたが家族関係の悪化とともに独居となってから社会との接点を失い，家に閉じこもり，寝たきりで，排泄もままならない状態で発見されている．対策として地域包括支援センターでの早期の相談が有効であるとしている．具体的には，地域包括支援センターの周知，地域のネットワークづくり，スタッフの質の向上，ケースの発掘，インフォーマルな社会資源の整備と活用，家族や擁護者の支援を挙げている．

池田[5]は高齢の検挙人数・受刑者が増えているが，現場の感覚としてはその中に認知症を持つものが多いのではと思われるが，統計がないことを指摘している．そして，我が国は家族による支援への依存が大きく，家族の支援が得られない人が再犯に至りやすいとも指摘している．これに対して，成年後見制度の一層の活用や，福祉的支援を司法に位置付けることを提案している．

粟田[6]は若年性認知症の人および家族への半構造化面接の分析から以下の3つの事例及び考察を記載している．1）若年性認知症と診断されたことで，ハローワークでも職を紹介してもらえず，ご本人はますます社会から切り離されたというケースがあった．認知症の診断の有無ではなくて，ご本人が今できることを正確にアセスメントして仕事を紹介できるような仕組みが必要である．求職時に認知症であることをカミングアウトしたばかりに，就労の機会が閉ざされてしまうようになれば，認知症であることを隠して働かざるを得なくなる．行政が地域の事業主に認知症についての理解を呼びかけ，協力企業を募るという仕方で連携し，短時間労働でも雇用の場を確保していく必要がある．2）主家族介護者である配偶者の多くは就労しており，移動支援やヘルパー，ショートステイ，デイサービスを活用することで介護負担を軽減でき，介護離職することなく就労を継続できていた．経済面からも可能な限り就労していることが望ましいと考えられる．そのためには，早期から各種制度やサービスについて理解を深める機会が大切である．本人が一般就労を継続できているのは，職場の理解が得られている場合であった．企業に対しても若年性認知症の周知・啓発が重要である．3）本人が一般就労先を退職後，勤労意欲がある場合，就労継続支援B型事業所を利用するケースがあった．その際，認知症の症状進行に伴い，B型事業所の利用を徐々に減らし，介護保険サービスのデイサービスを併用することで，本人や家族介護者の負担が少なくなり，生活

支援につながる．このような移行には専門職による丁寧な対応が求められる．

## 3. 結論

独居認知症高齢者等の貧困リスクを低減させる対策に関する科学的なエビデンスは見当たらない．すでに貧困状態にある人の支援に関する報告からは，①住まいの支援，②日常生活の支援，③専門的支援の調整の支援，④成年後見制度の利用支援，⑤司法における福祉的支援，⑥社会の理解の促進が，貧困リスクの低下に寄与するかもしれない．

### 文献


1） 竹本与志人，杉山 京，倉本亜優未ほか：介護支援専門員を対象とした認知症者の経済問題に対する支援内容とその展開過程．社会医学研究，36(1)：53-60(2019)

2） 滝脇 憲：大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える．こころの科学，161：86-91(2012)

3） 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)

4） 増田明子：高齢者の貧困の現状と課題　墨田区むこうじま地域包括支援センターにおいて．医療ソーシャルワーク，57：37-45(2009)

5） 池田恵利子：認知症患者の触法行為と成年後見制度　求められる福祉と司法の連携．日本認知症ケア学会誌，14(3)：626-633(2015)

6） 粟田主一：AMED報告書「わが国における若年性認知症有病率・生活実態把握」に関する調査研究報告書(2020)




CQ2-8

# 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか

**回答文**

独居の認知症高齢者は，非独居の認知症高齢者よりも，社会的孤立のリスクは高い．独居であるために生活支援の担い手である家族が不在である可能性が高くなる．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることを困難にする可能性が高くなる．これらによって，独居認知症高齢者では社会的孤立のリスクは高くなると考えられる．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

Townsendは社会的孤立を「家族やコミュニティとの接触がないこと」と定義した[1)]．Meeuwesenはさらに，社会的孤立とは単に「接触がない」ということではなく，「意味のある社会的ネットワークが欠如していること」であり，「意味のある」とは「個人の社会的ニーズの充足」であると述べている[2)]．さらに，粟田は，社会的孤立とは，「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」[3)]であると述べている．

高齢者は，年齢が高くなるとともに，独居，認知機能低下，身体機能低下，移動能力低下，身体疾患，低所得・低資産になる傾向が高まる．これらの因子は，社会的孤立のリスク因子であるとともに，社会的孤立がこれらの促進因子でもあることが示唆される[4-10)]．

年齢が高くなるとともに認知症の有病率が高くなることは周知の事実である．我が国の状況をみてみると，高齢者人口は2045年をピークに減少傾向となるが，その後も85歳以上

の超高齢者は増加しつづけると予測されている[11]．そして高齢者がいる世帯の構造は，年齢が高くなるとともに独居率も高くなり，男女ともに85歳以上で独居率が急激に上昇する[12]．よって，今後，独居の認知症高齢者の増加が見込まれ，独居の認知症高齢者の社会的孤立に対する対策を考えることは重要な課題である．

## 2. 先行研究の要約

独居であることは高齢者の生活にどのような影響を与えるだろうか．認知機能が保持されている独居高齢者では，同居世帯の高齢者と比較して，家族とのつながりが希薄でemotional lonelinessを感じているが，友人づきあいは保たれており，社会活動が保たれていたとする報告や，独居であることは慢性的なとじこもりになるリスクを下げるとする報告がある[13]．しかし認知症を抱え，認知機能障害やそれによる生活障害が進行してくると，生活支援が必要になる．ところが，独居世帯の高齢者は，生活支援の担い手である家族や親族が不在である可能性が高い[14]．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすること自体が困難になる可能性が高まる[15]．独居の認知症高齢者が，独居でない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり，医療その他のサービス利用頻度が低いこと[16]，ニーズが充足されないこと[17]，社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないこと[18]が，諸外国の研究で指摘されている．本邦における疫学研究でも，認知機能低下がある独居高齢者は，認知機能低下がない独居高齢者と比較して，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少ないこと[19]，認知機能低下がある非独居高齢者との比較では，家族との交流頻度と道具的サポートが少ないこと[19]，また，女性では，独居であることの代償的行為として社会交流が増えている可能性があるが，男性ではこの傾向が認められなかったこと[20]が報告されている．事例研究も散見され[21, 22]，独居の認知症高齢者では，近隣トラブルで事例化して初めて認知症に気づかれ，その時点ではすでに社会的排除が起こり,社会的孤立が深刻になっているケースがある．

## 3. 結論

独居の認知症高齢者は，非独居の認知症高齢者よりも，社会的孤立のリスクは高い．独居であるために生活支援の担い手である家族が不在である可能性が高くなる．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることを困難にする可能性が高くなる．これらによって，独居認知症高齢者では社会的孤立のリスクは高くなると考えられる．

### 文献


1) Townsend P: *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London*. Routledge & Kegan Paul, London, (1957)

2) Meeuwesen L : A typology of social contacts. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L, eds, Social Isolation in Modern Society, Abingdon, UK and New York: Routledge, 37-59 (2006)

3) 栗田主一:【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって　一人暮らし、認知症、社会的孤立．老年精神医学雑誌, 31(5): 451-459 (2020)

4) Aartsen M, van Tilburg T, Smits C, et al. : A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on th personal network in old age. J Soc Pers Relat, 21 (2): 249-266 (2004)

5) Evans IEM, Martyr A, Collins R, et al. : Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis, 70 (s1): S119-S144 (2019)

6) Merchant RA, Liu SG, Lim JY, et al. : Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Qual Life Res, 29 (9): 2375-2381 (2020)

7) Bien B, Bien-Barkowska K. : Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. Qual Life Res, 25 (12): 3047-3056 (2016)

8) Chatters LM, Taylor HO, Nicklett EJ, et al. : Correlates of Objective Social Isolation from Family and Friends among Older Adults. Healthcare (Basel), 6 (1): (2018)

9) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ,et al. : Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health, 11: 647 (2011)

10) Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, et al. : The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 75 (1): 107-113 (2020)

11) 国立社会保障・人口問題研究所:出生中位(死亡中位)推計(平成29年推計)　http://websv.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html

12) 国立社会保障・人口問題研究所:世帯主の男女・年齢5歳階級別・家族類型別世帯数－『日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)』(2019年推計)　http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/setai/shosai.asp

13) Xiang X, Chen J, Kim M. : Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. Gerontologist, 60 (1): 101-111 (2020)

14) 栗田主一:【認知症の人のための住まいと生活支援】認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか．老年精神医学雑誌，26 (5): 487-492 (2015)

15) 栗田主一:【認知症トータルケア】課題と事例　家族構成の変化、独居への対応．日本医師会雑誌，147(特別2): S400-S401 (2018)

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

17) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. : People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving?. Int Psychogeriatr, 22(4): 607-617(2010)

18) Askelson NM, Campo S, Carter KD. : Completely isolated? Health information seeking among social isolates. Health Educ Behav, 38(2): 116-122(2011)

19) 稲垣宏樹:厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」(研究代表者:粟田主一)分担研究報告書:新コホートを対象とした疫学的調査(板橋区高島平地区), (2021)

20) 稲垣宏樹:厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」(研究代表者:粟田主一)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. (2021)

21) 澤 滋:【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学, 35(4): 373-378(2020)

22) 齊藤春恵:【男性の独居高齢者を地域でどう支えるか-社会的孤立を防ぐには】(事例3)横浜市戸塚区の取り組み　高齢者を見守るまちづくり　「みまもりネット」による“気になる人”の早期発見・早期支援. 保健師ジャーナル, 73(5): 407-412(2017)



CQ2-9

# 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか

**回答文**

独居認知症高齢者等の社会的孤立リスク低減を目的とする有効な対策について，まだ，十分な科学的エビデンスは示されていないが，本人に対するアプローチ(本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション)とコミュニティーに対するアプローチ(必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング)の両者が必要と考えられている．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

社会的孤立とは，必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークが欠如している状態である[1)]．独居認知症高齢者の社会的孤立について，粟田は次のように述べている．「認知症とともに一人で暮らす高齢者が社会的孤立状況にあり，そのために尊厳ある自立生活が阻まれるとしたら，それは人権の侵害に当たるであろう．尊厳ある自立生活を営むために，必要な社会的支援の利用を可能とするパーソナルなネットワークを築くことは，認知症とともに生きる人々の権利であり，それが実現されるように状況や構造を変化させることは，国家の責務である」[1)]．本稿では，独居認知症高齢者の社会的孤立へのアプローチを，個人に対するアプローチとコミュニティーに対するアプローチに大別して論じる．

## 2. 先行研究の要約

独居の認知症高齢者では，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスする

ことが困難になる可能性が高い[2]．本人が窓口にやってくるのを待っているのではなく，アウトリーチを取り入れた，多職種チームによる包括的かつ継続的な関わりが必要になる[3]．

## (1) 個人に対するアプローチ

独居認知症高齢者に対するアプローチを考える上で，Uraら[4]は，認知症高齢者の在宅生活継続中断に，①要支援要介護認定，②居住支援ニーズの未充足，③権利擁護支援ニーズの未充足が関連することを明らかにしている．高齢者の要介護状態の原因として，認知症が最多18.7%を占め，これに脳血管疾患(15.1%)，高齢による衰弱(13.8%)が続く[5]．要介護状態とは，こうした要因によって生活機能が障害され介護保険サービスのニーズが生じていることを示しているが，Uraらの研究結果は，認知症高齢者の在宅生活の継続には，これに加えて居住支援や権利擁護支援が必要であることを示唆している．

生活支援の内容は非常に広いが，現行の制度下では，高齢者の生活支援に関わるフォーマルサポートとしては介護保険サービスが，インフォーマルサービスの中心的なものとして家族と資産[6]が想定されている．地域における高齢者の権利擁護推進事業としては，高齢者の虐待防止に関わる事業，日常生活自立支援事業，成年後見制度等がある．

独居認知症高齢者では，インフォーマルサポートを提供する家族介護者が不在である．その上，介護保険制度は，ある程度の保護力がある家族の存在を前提としている．そのため，家族介護力の低下と，家族介護を前提とした介護保険制度とのミスマッチが，独居の認知症高齢者の在宅生活の継続を困難にしていることが指摘されている[7]．独居認知症高齢者の社会的孤立の低減の方策として介護保険サービスを位置づけるなら，介護保険制度を，現行の，家族介護を補完するサービスではなく，独居の認知症高齢者を支えるサービスに改革する必要がある．

つぎに権利擁護について，まず，認知症を抱えたあとの対人関係は，専門職との関係に限定されがちである．独居認知症高齢者では特にこの傾向が強く，専門職にある者のスキルと倫理観が，本人の生活，生き方に非常に大きな影響を与える．本人の意思が尊重された生活支援が行われるよう，ケアマネジャー等，生活支援に関わる専門職に対する教育も重要である．

日常生活自立支援事業，成年後見制度についてはCQ4で解説する．高齢者虐待について厚生労働省が公表している資料[8, 9]によれば，虐待全体に占める独居高齢者の割合は7.5%であった．単独世帯では，全体と比較して身体的虐待，心理的虐待の頻度が低く，経済的虐待が高い傾向にあった．被虐待者の介護保険サービス利用状況と相談・通報者の関係をみると，介護保険サービスを利用している場合には介護支援専門員，介護保険事業所職員が通報者に含まれる割合が相対的に高く，介護保険サービスを利用していない場合は医療機関従事者が含まれる割合が相対的に高かった．すなわち，介護保険サービスを利用している場合はサービス提供者が虐待を早期に発見する見守りネットワークになりうること，介護保険サービスを利用していない場合には何らかの医療需要が生じた段階ではじめて他者の目が入ることが示唆される．

社会的孤立が深まることは虐待の把握を遅らせ，社会的孤立を一層深めうる要因になることが考えられる．よって，独居認知症高齢者が介護保険サービス等の適切な生活支援サービスを利用することは，社会的孤立のリスク，あるいは社会的孤立の結果生じる，虐待の発見の遅延等のリスクの低減に働くと考えられる．

## (2) コミュニティーに対するアプローチ

「認知症の人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で，自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざす」ことがわが国の認知症施策の基本方針である．Dementia Friendly Community(DFC)は世界的潮流であり，我が国においても，2017年の「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」のなかで「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」が掲げられている．

DFCの本質は，認知症とともに生きる人の人権が護られる社会の実現である[10]．地域社会には，すでに地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，認知症初期集中支援チームなど，社会的支援の総合的調整を実践するフォーマルな組織や機関が存在する．しかし，現存するフォーマルな組織・機関の強化だけでは，社会的に孤立している人たちへのサービスへのアクセシビリティを十分に高めることはできない[11]．

そこで，地域づくりの実践として地域拠点をつくる試みがなされている．このような地域拠点に求められる機能は，①個人に対するアプローチとして，本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション機能と，②必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング機能であると考えられる[12]．

## 3. 結論

現在までのところ，独居認知症高齢者等の社会的孤立の解消をアウトカムとする介入研究は行われていない．すなわち，独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策に関する科学的エビデンスはない．独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策として，個人に対するアプローチ(本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション)とコミュニティーに対するアプローチ(必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング)が必要であろう．

### 文献


1) 栗田主一:【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって　一人暮らし、認知症、社会的孤立．老年精神医学雑誌，31(5):451-459(2020)

2) 栗田主一:【認知症トータルケア】課題と事例　家族構成の変化、独居への対応．日本医師会雑誌，147(特別2):S400-S401(2018)

3) 澤 滋:【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立．精神科治療学，35(4):373-378(2020)

4) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et.al. : Living on the edge of the community: factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. BMC Geriatr, 1(1):131(2021)

5) 内閣府:令和2年版高齢社会白書(2020)　https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_2_2.html

6) 畑 亮輔:【核家族、低所得高齢者のケースワーク】核家族・低所得高齢者のケアマネジメント．老年精神医学雑誌，28(3):238-246(2017)

7) 服部万里子:【住民のいのちと健康を守る　「地域主権改革」の落とし穴】今地域で何が必要か　ひとり暮らし高齢者の実態と解決の方向性．保団連，(1059):17-20(2011)

8) 厚生労働省:令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果(2019)　https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000708459.pdf

9) 厚生労働省老健局:高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書(2021)

10) 栗田主一:認知症への社会精神医学的アプローチ　Dementia Friendly Communityをめざして．日本社会精神医学会雑誌，26(4):332-336(2017)

11) 栗田主一:【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターコーディネーションとネットワーキングという観点から．日本老年医学会雑誌，57(1):22-27(2020)

12) 栗田主一:【精神医療に関する疫学のトピック－記述疫学，リスク研究からコホート研究まで】認知症フレンドリー社会の創出を目指した地域疫学研究．精神医学，63(4):505-514(2021)




CQ3-1

# 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか

**回答文**

「独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか」について検証しようとした研究は菊地らが市町村を対象に実施した調査以外にはない．しかし，市町村が独居認知症高齢者の行方不明の発生を把握することができていないため明確な回答を得ることができなかった．独居認知症高齢者の行方不明リスクが高いかどうか，現状では不明と言わざるを得ない．本CQに回答するには，行方不明の定義を明確化し，調査の方法論から検討する必要がある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

国内外を問わず，認知症による行方不明の研究は少ない．我が国において認知症による行方不明の実態が広く知られるようになったのは，2012年から警察に行方不明者届(以下，届)が出された際に認知症であるかどうかチェックされるようになり，全国集計が可能となったことがきっかけである．その結果，1万人近い認知症による行方不明者がいることが明らかとなり，以降，増加の一途を辿っている(図1)．

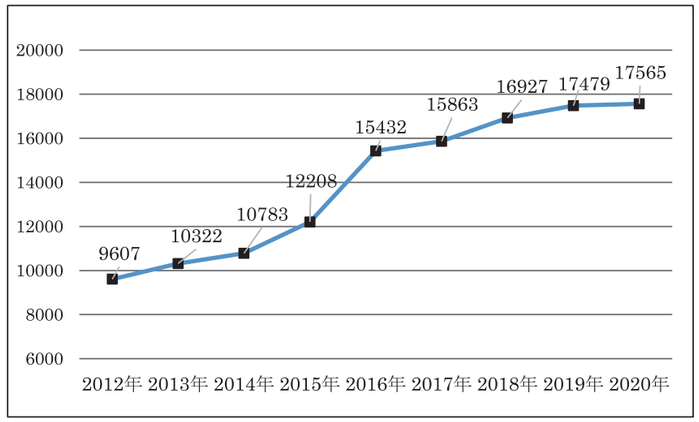



図1. 認知症による行方不明者数（警察庁データより作成）

## 2. 先行研究の要約

「独居認知症高齢者等は行方不明のリスクが高いのか」について検証しようとした研究は菊地ら[1]が実施した調査以外にはない．113市町村を対象とした独居認知症高齢者の行方不明に関する調査によると，2019年度の65歳以上の高齢者人口（独居を除く）2,387,803人に対して認知症による行方不明高齢者数（独居を除く）は1,277人であった．よって，人口10万人当たりの認知症による行方不明高齢者数（独居を除く）は53.48人となった．それに対して，65歳以上の独居高齢者人口576,578人に対して認知症による行方不明独居高齢者数は226人であった．よって，人口10万人当たりの認知症による独居行方不明高齢者数は39.20人となった．この結果だけを見ると，独居認知症高齢者等は行方不明のリスクは低いように思える．しかし，これは市町村が独居認知症高齢者の行方不明を把握できていないためであると考えられる．

非独居と独居のそれぞれで，高齢者人口と行方不明者数の相関係数を見た．前者は0.639であり，後者は0.444であった．つまり，独居の場合，人口と行方不明者の関連は低くなっていた．この点に関して独居高齢者人口別に独居行方不明者数をクロス表で示した（表1）．独居高齢者人口3万人以上の市町村は3ヵ所あったが，行方不明者数73人が1ヵ所であったのに対して0人が2ヵ所あった．独居高齢者人口が3万人以上で認知症による行方不明が0人であることには大きな疑問がある．1万人以上3万人未満を見ても，21人が2ヵ所，9人が1ヵ所であるのに対して0人が4ヵ所あった．逆に独居高齢者人口500人未満では0人が16ヵ所，1人が2ヵ所，3人が1ヵ所であった．500人以上1,000人未満では，0人が10ヵ所，1人が2ヵ所，2人が1ヵ所となっていた．つまり，独居高齢者人口が多くなる程，独居認知症高齢者の行方不明を把握するのが困難になるのではないだろうか．換言するならば，独居高齢者人口が多い程，行方不明の発生を把握することが困難になり，実態と大きくかけ離れてしまう結果となる．このことから，現状では正確なデータを収集することができないため，独居認知症高齢者の行方不明リスクが高いかどうか，不明であると言わざるを得ない．

なお，警察への届を集計した警察庁のデータも[2]，独居の場合は届が提出されていない可能性がある．届が出されていない割合は3割程度との報告もあるが[3]，正確な割合は知られていない．また警察庁のデータは世帯類型が含まれていないため，独居だけの行方不明の割合を算出することはできない．

表1. 独居高齢者人口×独居認知症行方不明者数

| 独居高齢者人口 | 独居認知症行方不明者数 | | | | | | | | | | | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 9 | 16 | 21 | 73 | |
| 5百人未満 | 16 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | 84.2% | 10.5% | 0.0% | 5.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 5百人以上1千人未満 | 10 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| | 76.9% | 15.4% | 7.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 1千人以上2千人未満 | 22 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| | 75.9% | 17.2% | 0.0% | 3.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 3.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 2千人以上3千人未満 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | 55.6% | 22.2% | 22.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 3千人以上5千人未満 | 7 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| | 50.0% | 21.4% | 21.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.1% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 5千人以上1万人未満 | 5 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| | 38.5% | 23.1% | 7.7% | 15.4% | 0.0% | 0.0% | 7.7% | 7.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 1万人以上3万人未満 | 4 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 13 |
| | 30.8% | 15.4% | 0.0% | 7.7% | 15.4% | 7.7% | 0.0% | 7.7% | 0.0% | 15.4% | 0.0% | 100.0% |
| 3万人以上 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | 66.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 33.3% | 100.0% |
| 合計 | 71 | 19 | 7 | 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 113 |
| | 62.8% | 16.8% | 6.2% | 4.4% | 1.8% | 0.9% | 0.9% | 2.7% | 0.9% | 1.8% | 0.9% | 100.0% |

## 3. 行方不明者数の考え方

CQに回答するに当たり，行方不明者数の考え方を示したい(図2)．警察庁のデータは，あくまでも警察に届が出された人に限定される[2]．つまり届が出されていない人は含まれていない(届は出されていないが保護されるなどで把握される例はあるが，届が出された数には含まれない)．また集計は暦年を用いている．それに対して市町村が把握した人数は，届の有無を問わず市町村が把握した人数であり，また年度で集計していることが多い．

行方不明者数は調査対象により異なる．つまり，「警察が把握した人(届が出された人／届は出されていないが把握された人)」，「自治体が把握した人」，「警察が把握し，かつ，自治体が把握した人」に分類され，どの部分に着目するかにより人数が異なってくる．さらに，警察も把握せず，自治体にも把握されない行方不明者もいると考えられる．その場合，家族・親族や近隣住民，サービス担当者などが行方不明に気づくことがある．しかし，警察に届は出さず，自治体にも報告を行わないため，行方不明者として集計されない．さらに，行方不明になっても誰も気づかない例もあると考えられる．この場合，自力で帰宅したのか，どこかで行き倒れて死亡したのか，あるいは身元不明のまま保護されたのか，転帰は不明であり，集計されることはない．よっていずれの場合も，行方不明者数は過小評価とならざるを得ない．

さらに，警察の場合，行方不明は届の有無により明確に定義されるが，届が出されていない場合，市町村がどのような基準で行方不明と判断したのか，という問題が生じる．行方不明を定義することは非常に困難であり[4]，定義によっても人数が変化する可能性がある．

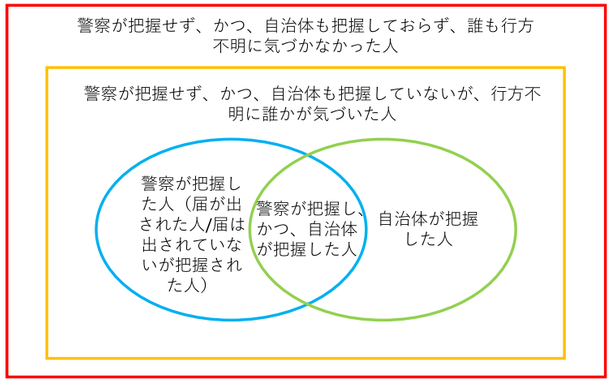



図2. 行方不明者数の考え方

## 4. 結論

「独居認知症高齢者等は行方不明のリスクが高いのか」について検証しようとした研究は菊地らが実施した調査以外にはない．しかし，独居認知症高齢者が行方不明になったという情報を正確に収集することが困難なため，明確な回答を得ることができなかった．情報を収集する主体が警察でも市町村でも，誰かが独居認知症高齢者が行方不明になったことに気づき，警察や市町村に知らせる必要がある．しかし，警察や市町村に知らされても，それが実際に発生した行方不明の内，どの程度の割合を占めているのかは分からない．本CQに回答するには，行方不明の定義を明確化し，調査の方法論から検討する必要がある．

### 文献


1) 菊地和則，大口達也，池内朋子ほか：独居認知症高齢者の行方不明に対する市町村の取り組みに関する研究報告書．1-182(2021) https://www.tmghig.jp/research/team/cms_upload/6487f3a8270696a511d1043119e2f6d9_1.pdf

2) 警察庁：令和2年中における行方不明者の状況(2021) https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/R02yukuefumeisha.pdf

3) 菊地和則，大口達也，池内朋子ほか：独居認知症高齢者の行方不明の実態-150事例からの報告．老年精神医学雑誌，32(4)：469-479(2021)

4) 鈴木隆雄，牧 陽子：認知症に伴う徘徊研究に関する研究レビュー，認知症高齢者の徘徊に関する実態調査．厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業，平成26年度総括・分担研究報告書，9-14(2015)

CQ3-2

# 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか

回答文

国内外を問わず，認知症高齢者の行方不明に関する研究は少ない．しかし，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と有意に関連していることが示されている．また，自動車を使用した行方不明に関する研究でも，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と関連しているとの報告がある．これらのことから独居の行方不明認知症高齢者の死亡リスクは高いと言えるだろう．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症による行方不明に関する研究は国内外を問わず，まだ少ない．そのため十分なエビデンスの蓄積が無い．しかし，数少ない研究は独居の行方不明認知症高齢者の死亡リスクが高いことを示している．

## 2. 先行研究の要約

厚生労働省が警察庁の協力により実施した調査は，160人（生存者88人，死亡者72人）を対象として分析を行い，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と有意な関係があることを示した[1)]．また，行方不明から発見までの時間が長いことが，発見時の死亡と有意に関連していた．つまり独居であることが行方不明であることの気づきの遅れとなり，それが捜索活動開始の遅れ，ひいては発見の遅れにつながるため，死亡するリスクが高くなると考えられる．





また，自動車を使用した行方不明でも，行方不明時に独居であることが発見時の死亡に関連しているとの報告がある[2)]．調査が行われたのが米国であるため，我が国とは大きく状況が異なると考えられる．しかし，前述の行方不明であることの気づきの遅れは同様ではないかと思われる．

## 3. 研究促進の必要性

国内外を問わず，認知症による行方不明の研究はまだまだ少ない．研究を困難にしている理由の一つは，調査対象となる行方不明者の把握である．その点，我が国では行方不明者届が出された者に限られるが，警察庁の協力を得るという方法がある．文献1）は厚生労働省が警察庁の協力により実施した調査を分析したものである．個人情報の問題もあり，どのように調査を行うかは大きな問題である．しかし，行方不明者が年々増加している状況を鑑み，毎年の状況報告だけではなく[3)]，数年に一度，警察庁の協力を得て文献1）のような全国調査を実施し，経年的に変化を見ていくことも必要ではないだろうか．

また行方不明者届の内容についても検討が必要ではないだろうか．例えば世帯類型を項目に加えれば，独居の行方不明者についての特徴が分かる．このように届のデータを研究にも使用できるように，もちろん現場の負担も考慮しつつ，届に記載する項目を検討する必要があるだろう．届のデータは毎年集計されるものであり[3)]，届の項目を工夫することにより，多くの知見を得ることができるだろう．

### 文献


1) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T：Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int, 19（9）: 902-906（2019）

2) Rowe MA, Greenblum CA, Boltz M, et al : Missing drivers with dementia: antecedents and recovery. J Am Geriatr Soc, 60（11）: 2063-2069（2012）

3) 警察庁：令和元年における行方不明者の状況（2020） https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/R01yukuefumeisha.pdf

CQ3-3

# 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか

回答文

これまで市町村(特別区を含む)による様々な行方不明に対する取り組みは行われてきているが，独居に限定すると先行研究はほとんどない．その理由として，独居であっても行方不明対策の一環として対応しており，独居のみに絞った取り組みは行われていないためと思われる．行方不明対策は市町村により進捗状況が大きく異なり,行方不明者数すら把握していない段階の市町村も多い．このような状況に鑑み，①行方不明者の情報収集を行う，②収集した情報を整理し実態を明らかにする，③実態把握の結果を共有し分析する，④行方不明問題への対応策を立案･実施する，⑤独居認知症高齢者の行方不明問題への対応策を講じる，という5段階の体制整備の方策を示した提言が出されている．5段階目に独居認知症高齢者の行方不明対策が来ているのは，行方不明対策を構築した上で，独居固有の問題に取り組む必要があるからである．

解説･エビデンス

## 1. はじめに

認知症による行方不明対策はSOSネットワーク構築，捜索訓練，要介護認定の申請支援，ケアプランにおける対応，地域の見守りなど様々な取り組みが行われている．しかし，独居という世帯類型に着目すると先行研究はほとんど見つからなかった．これは独居であっても既存の行方不明対策や社会資源を用いて個別対応をしているためと思われる．また先行研究から，市町村の約半数は行方不明者数すら把握していないことが示されている[1, 3]．よって独居の行方不明対策としては，まず世帯類型を問わず行方不明対策を充実させ，その後に独居固有の問題に対応していくことが必要と考えられる．

## 2. 市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策

市町村の独居認知症高齢者の行方不明対応の体制構築について段階的に行うべきことを提言した研究がある[1)]．本稿ではその研究(表1)及び本研究で実施した市町村を対象としたヒアリング調査から，独居認知症高齢者の行方不明対策について述べたい．

表1. 提言の概要

| | |
|---|---|
| **第１段階** | **行方不明者の情報収集を行う**<br>・警察、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所、民生委員、自治会などと連携体制を構築し情報を収集する.<br>・連携体制ができていない場合は、連携体制を構築する. |
| **第２段階** | **収集した情報を整理し実態を明らかにする**<br>・関係機関から収集した情報をまとめて精査し、行方不明者数、累計行方不明者数、行方不明の各種実態を明らかにする.<br>・協力が得られない機関に対しては引き続き協力要請を行う. |
| **第３段階** | **実態把握の結果を共有し分析する**<br>・実態把握の結果を関係機関と共有し分析する.<br>・自治体毎の課題を明らかにする.<br>・事例検討も行うと良い. |
| **第４段階** | **行方不明問題への対応策を立案・実施する**<br>・課題に基づいて自治体毎に行方不明対策を立案・実施する.<br>（この対策は独居に限らず、認知症による行方不明全般を対象）<br>・対策の立案に当たっては既存のマニュアル等も参考にする. |
| **第５段階** | **独居認知症高齢者の行方不明問題への対応策を講じる**<br>・行方不明対策の中で独居特有の問題に焦点を絞った対策を講じる.<br>・介護保険サービス等を導入し、できるだけ多くサービスを利用して**自宅を定期的に訪問する頻度を高くすること**が有効である可能性がある. |

### (1) 第1段階:行方不明者の情報収集を行う

市町村の半数は行方不明者数すら把握していない．よって第一段階は市町村が行方不明者の情報を収集することである．これは警察，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所な

ど関係機関からの情報収集の仕組みを作ることから始まる．実態の把握無くして体制整備は進まない．

ヒアリング調査からA市において警察との連携で先進的な取り組みが行われていることが明らかとなった．多くの自治体では行方不明者数の把握における警察との連携は，行方不明者届(以下，届)が出された人数の情報を共有することであろう．しかし，届には世帯類型に関する情報がない．しかしA市では行方不明事案の解決後に警察が独自に「情報提供書」を市に提供している．警察では世帯類型も確認しているので，独居であるかどうかの確認もできる．しかも情報提供書は届が提出されていない事例についても提供される(例えば，届が出される前に保護された場合など)．独居の場合，届が出されない例も多い[1, 2]．よって情報提供書を使用した行方不明者数の把握は，独居認知症高齢者の行方不明者数の把握において極めて有効であると考えられる．

これに市町村が把握した情報(警察が把握していない者)を加えれば，さらに行方不明人数の補足率は高まるだろう．なお，情報提供書は県警が主導して行方不明対策を構築する中で使用されるようになったものであり，都道府県警レベルでの取り組みがあれば，全国的にも採用できる可能性がある．また情報提供書の情報は地域包括支援センターにも共有され，必要な支援につなげられている．

情報提供書は原則として本人あるいは家族の同意を得て市に提供されるが，同意を得ることが困難であり，今後も行方不明になる可能性がある場合は警察の判断により提供されることもある．個人情報の提供については個人情報の保護に関する法律の第23条に「あらかじめ本人の同意を得ないで，個人データを第三者に提供してはならない」と規定されているが，同第1項の2に「人の生命，身体又は財産の保護のために必要がある場合であって，本人の同意を得ることが困難であるとき」を除くとされている[4]．警察庁の統計によると2000年中における認知症による行方不明での死亡者は527名に達する[5]．また認知症による行方不明死亡者19名を対象とした研究によると6名，つまり3割は警察に届が出されていなかった[6]．このような状況を考えると，認知症による行方不明は「人の生命，身体又は財産の保護のために必要がある場合であって，本人の同意を得ることが困難であるとき」に該当すると考えても良いのではないだろうか．

## (2) 第2段階：収集した情報を整理し実態を明らかにする

情報収集の次の段階として，収集した情報を精査して行方不明者の実態を把握することが必要となる．行方不明者数，発見時の状況，性別，年齢，世帯類型，介護保険認定状況・サービス利用状況，その他サービスに利用状況など，当該市町村における認知症による行方不明者の実態を把握する．

## (3) 第3段階：実態把握の結果を共有し分析する

行方不明の実態を把握した次の段階として，実態把握の結果を庁内関係部署，警察，地域包括支援センターなど関係機関と共有，分析して行方不明への対応における課題を明確化することが求められる．わが国には市町村(特別区を含む)が1,741ヶ所あり，人口，地理的条件などが大きく異なる．よって，市町村ごとに行方不明における課題が異なり，市町村がそれぞれに課題を明らかにしていく必要がある．また行方不明事例を把握していれば，関係機関と一緒に事例検討を行うことも有効だろう．

## (4) 第4段階：行方不明問題への対応策を立案・実施する

実態を把握し課題を明確化した後は，行方不明対策を立案・実施する．これは独居に限ったものではない．具体的な対策としてはSOSネットワーク構築，要介護認定申請支援，介護保険サービス利用，介護保険以外のサービス利用など様々なものがある[1]．自治体の実態に合わせて対策を構築する必要がある．

## (5) 第5段階：独居認知症高齢者の行方不明問題への対応策を講じる

ここまで行方不明対策全般の体制整備について述べてきた．しかし，独居の場合，固有の課題もある．その一つは警察への届を誰が出すのか，という問題である．近隣に家族親族がいる場合は，家族親族が届を出すことが基本となるだろう．しかし家族親族が近隣にいない，いても協力を得られない場合もある．行方不明者発見活動に関する規則において届を提出で

きる者が規定されている．その中に「福祉事務所の職員その他の行方不明者の福祉に関する事務に従事する者」がある[7]．その具体的な解説として，「『行方不明者の福祉に関する事務に従事する者』とは，福祉事務所の職員，行政又は社会福祉法人が運営する各種の福祉サービスに従事する者等であって，行方不明者が確かに行方不明となっているかどうかを的確に判断できるものをいう」と規定されている[8]（注）．

B市に対するヒアリング調査において，直営地域包括支援センター及び委託型地域包括支援センターの職員が届を提出できることが分かった．具体的には直営地域包括支援センター職員は行政が運営する各種の福祉サービスに従事する者に該当し，委託型の場合，本来行政が行うべき業務を委託しているので，委託型も行政に準ずるとして委託型地域包括支援センターからも届を出すことができることを県警に確認をしている．

届をだしてくれる家族親族などがいない場合は直営あるいは委託型地域包括支援センターから届を出すことを検討すべきであろう．ただし事前に警察と協議を行うことが望ましいのは言うまでもない．このような協議を行い，顔の見える関係を構築することにより，警察との連携も促進されるだろう．

また先行研究から独居であることが発見時の死亡と関連していることが示されている[9]．よっていかに早く行方不明に気づき，捜索を始めるかが重要となる．現在考えられる独居認知症高齢者の行方不明対策は，介護保険サービス等を導入し，できるだけ多くのサービスを利用して自宅を定期的に訪問する頻度を高くすることであると指摘されている[1, 2]．これは頻度の高い訪問により，早期に行方不明に気づくことができるためである．

## 3. まとめ

独居認知症高齢者の行方不明についてはほとんど先行研究がないため行方不明対策に関するエビデンスの蓄積もなく，提言に留まっていた．しかし，現場では試行錯誤しながら対応しており，対応の方向性は示されている．また，ヒアリング調査により，いくつかの課題に対する具体的な対応方法も明らかとなった．今後の継続的な調査研究とエビデンスの蓄積が必要である．

（注）これは都道府県警が管内の警察署宛に発出する例規通達と呼ばれるもので，都道府県警により名称が異なるものと思われる．

### 文献


1) 菊地和則，大口達也，池内朋子ほか：独居認知症高齢者の行方不明に対する市町村の取り組みに関する研究報告書．1-182（2021） https://www.tmghig.jp/research/team/cms_upload/6487f3a8270696a511d1043119e2f6d9_1.pdf

2) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子ほか：独居認知症高齢者の行方不明の実態－150事例からの報告－. 老年精神医学雑誌, 32（4）: 469-479（2021）

3) 菊地和則，池田直樹，池田恵理子ほか：平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書．東京都健康長寿医療センター研究所, 127-143（2019） https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/e110e97bfdba1024170a92c0b0c985d2_1.pdf

4) 個人情報の保護に関する法律 https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000057

5) 警察庁，令和2年中における行方不明者の状況（図表）（2021） https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/R02yukuefumeisha_zuhyou.pdf

6) Furumiya J, Hashimoto Y：A descriptive study of elderly patients with dementia who died wandering outdoors in Kochi Prefecture, Japan. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 30（3）: 307-312（2015）

7) 行方不明者発見活動に関する規則 https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=421M60400000013

8) 行方不明者発見活動に関する規則の解釈及び運用上の留意事項について（例規通達） https://www.police.pref.gunma.jp/keimubu/08kouhou/15koukai/seianbu/jintai/jintai_02.pdf

9) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S：Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int, 19（9）: 902-906（2019）

CQ4-1

# 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か

回答文

意思決定支援には，誰が，どのような選択肢を，どのように提示することが，真に自己決定権を尊重した支援になるのかという課題がある．独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の2つに分類される：①身寄りのない独居認知症高齢者では，本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関連する課題が生じる．②別居家族がいる独居認知症高齢者では，本人と家族との関係に関わらず，家族の意向が優先されることについて課題が生じる．日本社会では，本人に意思決定能力がある段階から，関わりの濃淡に関わらず，家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている．自己決定がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら，本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える．

解説・エビデンス

## 1. 意思決定支援とは

広辞苑によれば，意思決定とは「特定の状況あるいは将来おこると考えられる状況からの要求や要請に対応して，目標を選択し，その時点における利用可能な一群の手段のなかから特定の手段を選択すること」とされる．すなわち，意思決定とは選択肢の中から何かを選ぶ行為である．このことを意思決定支援との関わりで考えれば，意思決定への支援の必要度が増すほど，どのような選択肢があるのか本人が検討することが困難になり，選択肢は意思決定支援者によって提示されることが想定される．ここにまず，誰が，どのような選択肢を，どのように提示することが，本人の自己決定権を尊重した支援になり得るのかという課題が生じる．

選択し，意思決定に参加する権利が尊重され，かつ，決定が尊重されることは，自己決定の中核的要素であり，また，QOLとwell-beingの中核的要素である[1, 2]．自己決定は，それができる者とできない者がいるわけではないという視点が必要であり，同時に，自己決定には限界があることを理解しなければならない[3]．選択する能力が減弱した状態では，意思決定支援や他者による意思決定の代行が必要になるが，本稿では，本人以外の者が代理・代行する意思決定は，本人の意思決定とは別の決定であることを基本的態度とする．

## 2. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か

### (1) 独居認知症高齢者の意思決定の類型

独居認知症高齢者の意思決定については，以下の3型に分類することができる．

① 身寄りがないか，意思決定に関わる親族がなく，意思決定は本人と意思決定支援者，あるいは代理意思決定者・代行決定者によって行われる．

② 意思決定に関わる別居の親族がいるが，当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができない．

③ 意思決定に関わる別居の親族がいて，当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができる．

このような分類が成立し，別居家族の意向の取り扱いが課題となる背景には，日本社会の慣習として，認知症高齢者の意思決定において，様々なレベルで家族の関与を求めているということがある．②③について，別居家族がいる場合には，本人との関係や関与の過多に関わらず，別居家族の意向が優先される傾向にあることが指摘される[4]．意思決定権がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるのであれば，本人の意思と家族の意向の関係について整理することが課題となる．

### (2) 意思決定支援と家族

2017年に厚生労働省が行った全国調査[5]に，「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療

養や受けたくない医療・療養について，ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか？」という質問項目がある．この質問に対して，「詳しく話し合っている」(2.7%)，「一応話し合っている」(36.8%)と回答した者のうちの94.3%が，その相手として家族をあげた．

意思決定支援をするためには，意思決定支援者が必要になる．意思決定のための支援を尽くしても意思決定ができないと判断される状況では，意思決定を代理・代行する者が必要になる．2017年の全国調査の結果は，多くの国民が，意思決定支援者，意思決定を代理・代行する者として家族を想定しており，家族がもっとも自分をよく知る身近な存在であるという感覚が人々のなかにあることを示すと考えられる．そうすると，多くの例外があることを前提とした上で，一般的な状況として，独居者の場合，とくに身寄りがない独居者の場合，本人をよく知る意思決定支援者，意思決定を代理・代行する者がいないという状況が起こりやすい，ということは言えるだろう．

## (3) 代理・代行の定義

ここで，代理・代行の定義を明確にする．日本弁護士連合会[6]の定義に従えば，代理とは法律行為についての他者決定であり，代行とは事実行為についての他者決定である．正当な権限を付与された任意代理人あるいは法定代理人による決定としては，法律行為についての代理の場合や，居所決定，医療行為の決定についての代行の場合が想定される．本稿では，正式な手続きによって代理権を委任され，本人の代わりに意思決定を行う者を「代理意思決定者」，法的な手続きを経ずに本人の代わり意思決定を行う人を「代行決定者」とする．

## (4) 認知症高齢者に対する意思決定支援の範囲

日本弁護士連合会[6]は，「意思決定支援とは，支援を受けることによって自らの意思決定を導き出すものであり，その決定はあくまで自己決定である．したがって，現行法上，一身専属権とされる医療行為や身分行為など本来本人のみが決定すべき事項であっても支援を受けるべき事項に含まれる．認知症高齢者の意思決定は，法律行為，日常生活上の事実行為，医療行為，身分行為等，あらゆる事項が対象になる」との立場を表明している．

認知症高齢者に対する意思決定支援については，終末期医療など倫理的課題をふくむ大きな決断に関する議論が活発に行われるようになった．それは必要で大切な議論であるが，人生は，そのような大きなことばかりで構成されているのではない．日々の生活の中のこまごまとした事項(日常生活の事実行為)に関する意思決定が，人の自我やアイデンティティを保つことに大きな役割を果たしている[1]ことを忘れてはならない．

認知症高齢者が家庭のなかで日常生活の事実行為の意思決定支援は長く連れ添った配偶者がもっとも長けているとの報告がある[7]．日常生活の事実行為の意思決定支援に関わる家族がいない独居認知症高齢者について，専門職による支援が本人にとってどのような価値があるのかということに関しては，今後の研究によって明らかにされることが期待される．

## (5) 認知症の進行と意思決定支援

Sembye[8]は意思決定の形式として，自律的意思決定(autonomous decision making)，偽自律的意思決定(pseudo-autonomous decision making)，委譲的意思決定(delegating decision making)，共同意思決定(shared decision making)をあげている．ここで新しく提唱された偽自律的意思決定とは，意思決定支援者が「暗黙のうちに了解される」本人の意思に沿って意思決定を行うことを指す．偽自律的意思決定には意思決定支援の前提にある本人との対話が欠けており，結果として本人よりも周囲の者の利益が優先される可能性がある．委譲的自己決定は，自分の決定に自信がもてなくなった等の理由によって，本人が誰かに決定を委譲する形式である．これは本人の積極的な行為であり，意思決定のひとつの形であると考えられる．認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式であり[8]，認知症の進行にともない，共同意思決定(本人が法的強制力のある意思決定をすることを，第三者が支援すること[9])から代行意思決定(substituted decision making：代行意思決定者が，本人に代わって意思決定を行うために介入すること)に徐々に移行していく[7,10]．

独居認知症高齢者では，代行意思決定者になる家族あるいは専門職が，本人の意思を代行決定するに足る関係を本人と築いているのかという課題が，同居者のいる認知症高齢者に比べて一般に大きいことが考えられる．

## (6) 独居認知症高齢者の終末期医療に関する意思決定

代行意思決定が行われる代表的な場面として，終末期医療に関する意思決定を挙げる．多くの認知症高齢者で，終末期の医療・ケアに関する意思決定を，それが必要となった時点で本人が行うことは困難であり，誰かが代行決定を行うことになる．

我が国において，現状では多くの代行決定者が，本人による明確な事前指示のない状況で医療上の意思決定に関わっている．たとえ事前指示があったとしても，延命治療に関する本人の希望は時間経過のなかでしばしば変化することが報告されている[11, 12]．終末期医療の選択について，代行決定者がどのくらい正確に本人の希望を予測できるのかという問いに対して，2006年のシステマティックレビュー[13]では，本人が指定した代行決定者の場合も，親族が代行決定者である場合も，どちらも1/3のケースで予測は的確でなく，終末期ケアについて本人とあらかじめ話し合っていても予測の的中率は上がらないことを報告している．

現行の日本の法律は，成年に達した者の医療上の代諾権を規定していないが，医療のなかの慣習として，もっとも近しい家族を代行決定者としている．このような慣習を背景として，代行決定を行う家族がいない身寄りのない独居認知症高齢者の医療をめぐっては，医療同意をする者がいないことが治療の手控えにつながる傾向が指摘されている[14]．ここでも，意思決定権が本来持つ理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるのであれば，身寄りのない者の家族に代わる代行決定者について議論するより先に，家族による代行決定そのものについて整理する必要があるだろう．

## (7) 独居認知症高齢者の治療の選択肢

意思決定能力が残されている場合でも，独居認知症高齢者であることが医療上の意思決定に与える影響がある．例としてがん治療における医療上の意思決定を挙げる．

がんの治療に関しては，2002年4月に外来化学療法加算が新設されて以降，外来化学療法が広く普及し，がん治療の場が入院から外来にシフトしているというのが一般的な印象である．がんの終末期を過ごす療養の場として一般国民の半数近くが自宅を希望していることを考えると[5]，外来化学療法の普及と適応の広がりは，国民のニーズにこたえるものであるということができよう．

しかしながら，このようながん医療の流れは，化学療法の継続に必要なセルフケアができず，それを代行する家族介護者もいない，独居認知症高齢者のがん治療の選択肢に影響を与えている．Extermann[15]は，認知機能低下がある高齢患者のがん化学療法について，自覚症状の得にくさ，身体機能の脆弱性，せん妄になりやすさ等を挙げ，彼らが安全にがん化学療法を受けるためには，本人の心身の変調に気づき，すぐに支援できる介護者が必要であり，化学療法の施行期間中は介護者と同居であるか，施設処遇であることを強く推奨している．化学療法を行う場として入院か外来かを選択できるのではなく，最初から外来化学療法だけを提示される状況では，独居認知症高齢者が化学療法を受けることは難しい[16]．ここに，独居の認知症高齢者であることが治療の選択肢を狭めるという課題が存在する．

## (8) 専門職による意思決定の阻害

医療者や家族等周囲の者が，本人が意思決定に参加することを阻害する場合がある[1]．医療者のかかわりの例を挙げれば，高齢者が集中治療室に入院する前に自分の意思を問われている頻度は非常に低い．フランスの報告では12.7%，認知症高齢者ではさらに低いとされる[17]．高齢者の集中治療に関して，医師は患者の意に反して集中治療を行うことがあるが[18]，反対に，患者の希望を低くみつもっていることもある[19]．代行決定者に関しても同様に，本人が希望しない医療行為に同意する場合があるが，本人が希望する治療を差し控えることに同意する場合もある[13]．したがって，本人に治療上の希望を聴き取らないことで，本人の意に反して侵襲的な治療を行うこと，逆に，本人が望む延命治療を差し控えること，どちらの可能性も生じる．患者本人の意向を聴き取る態度は，施設の方針，医師の年齢，受けた教育などの影響を受け，また，同じ施設に勤務していても，医師個人によって異なるとされる[17]．また，施設職員のかかわりに関する研究から，認知症者への意思決定支援として，以下のような方法が提示されている[2, 20]．

- その人の人となりを知ること．それによって本人の願いを解釈することが可能になり，また，信頼関係を築くことができる．
- 提示する選択肢を単純化したり選択肢の数を減らして心理的混乱を回避すること．それによって本人が決めること（意思決定）を促進できる．
- 現実的な妥協点をさぐること．

● 表情や声のトーンなど非言語的反応を解釈すること.

同研究では，スタッフによる技量の差があること，また，こういった意思決定支援のための方法は，選択肢を単純化したり減らすことで本人の意思決定への関わりを制限したり，その人が以前に表明していた希望や意向にもとづいて現在の意思を仮定することが，現在の意思を理解することを妨げることを指摘している.

意思決定支援に関わる者は，意思決定支援の関わりが，認知症者を排除する可能性を潜在的にもっていることを認識する必要がある.

## 文献


1) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. : Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. J Aging Stud. 27(2): 143-50(2013)

2) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, Beattie E. : "The Red Dress or the Blue?": How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities?. J Appl Gerontol, 35(2): 209-226(2016)

3) 木口恵美子: 自己決定支援と意思決定支援―国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」―. 福祉社会開発研究, 6: 25-33(2014)

4) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗 ほか:大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標, 62(12): 15-21(2015)

5) 厚生労働省. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(2017) https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf

6) 日本弁護士連合会. 第58回人権擁護大会シンポジウム　第2分科会基調報告書「成年後見制度」から「意思決定支援制度」へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～(2015)

7) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia : findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. Int Psychogeriatr, 25(6): 949-961(2013)

8) Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. : How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. BMC Health Serv Res, 12: 241(2012)

9) Kohn NA, Blumenthal JA. : A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. Disabil Health J, 7(1 Suppl): S40-43(2014)

10) Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M.et.al. : Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? J Med Ethics, 43(1): 35-40(2017)

11) Carmel S, Mutran EJ. : Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. Soc Sci Med, 49(3): 303-311(1999)

12) Fried TR, O'Leary J, Van Ness P, et.al. : Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. J Am Geriatr Soc, 55(7): 1007-1014(2007)

13) Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. : The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med, 166(5): 493-497(2006)

14) Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, et al. : Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. Int Psychogeriatr, 27(6): 1029-1037(2015)

15) Extermann M. : Older patients, cognitive impairment, and cancer: an increasingly frequent triad. J Natl Compr Canc Netw, 3(4): 593-596(2005)

16) 井藤佳恵.:【人権と共生社会】医療における人権侵害について　認知症高齢者の進行がんに関するインフォームド・コンセントと医療上の意思決定の課題. 老年精神医学雑誌, 32(2): 144-151(2021)

17) Le Guen J, Boumendil A, Guidet B, et.al. : Corvol A, Saint-Jean O, Somme D. Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study. Age Ageing, 45(2): 303-309(2016)

18) Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Hamel MB, et.al. : The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. J Am Geriatr Soc, 50(5): 930-934(2002)

19) Hamel MB, Teno JM, Goldman L, et.al. : Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Ann Intern Med, 130(2): 116-125(1999)

20) Cameron N, Fetherstonhaugh D, Bauer M, et.al. : How do care staff in residential aged care facilities conceptualise their non-verbal interactions with residents with dementia and what relevance has this for how residents' preferences and capacity for decision-making are understood? Dementia (London), 19(5): 1364-1380(2020)

CQ4-2

# 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は

回答文

成年後見制度の利用は増加傾向にあるが，制度発足当初に期待された利用者数には及ばない．成年後見制度利用の近年の動向としては，申立人となる親族がいない高齢者の，認知症による能力低下を理由とした，後見類型相当の段階での，市区町村長申立てによる，成年後見制度の利用が増えている．総じて，成年後見制度の利用の中心は独居の認知症高齢者になりつつあると考えられる．日常生活自立支援事業の利用者も増加傾向にある．一方で，同事業利用者に占める認知症高齢者の割合は減少傾向にある．同事業の利用には契約能力を有することが要件とされており，そのことが認知症高齢者による利用を難しくしている理由になっている．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

日常生活自立支援事業は，1999年に介護保険制度の要介護認定の開始とあわせて開始された．背景としては，利用者本位の福祉サービスへの転換が進み，権利擁護，サービスの質の確保，情報開示など，利用者支援の仕組みの充実・強化が求められるようになったことがある．地域福祉権利擁護事業の名称で開始され，2007年に日常生活自立支援事業に名称が変更になった．

成年後見制度は，2000年に介護保険制度と同時に始まった．背景としては，福祉サービスの利用が措置から契約へと移行し，介護保険制度においては，利用者が自らサービスを選択し，事業者と契約する仕組みになったことがある．ここで意思決定能力，契約能力が十分でない者のサービス利用の課題が生じ，この課題に対して導入されたのが成年後見制度である．成年後見制度と介護保険法は，車の両輪のようにわが国の高齢社会を円滑に運営するための制度とされる．





## 2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は

### (1) 成年後見制度

2001年[1)]～2020年[2)]までの各年の「成年後見関係事件の概況」(最高裁判所事務局家庭局)を要約すると以下のとおりである．

制度発足の2000年以来，2006年-2007年の例外を除いて申立件数は年々増加傾向で，2000年に9,007件だった申立件数は2020年には37,235件(図1)，成年後見制度の利用者数は2020年12月末時点で23万2千人である．類型としては制度発足以来一貫して後見類型が最も多く，2020年は，申立件数37,235件に対して，後見類型が75.2%，保佐類型が18.3%，補助類型が5.3%，任意後見が1.1%であった．年齢階級別では，成年後見制度の利用者に占める65歳以上高齢者の割合は，2000年から2020年にかけて増加傾向で，男性では42.6%から72.1%で約1.7倍，女性では72.9%から86.8%で約1.2倍に増加している(図2)．男女いずれにおいても被後見人は高齢化の傾向にある．それに伴い，2020年は開始原因として認知症が最多で64.1%を占めた．さらに，申立人と本人との関係をみると，首長申立てが年々増加傾向にあり，2020年は全体の23.9%を占めた(対前年比112.5%)(図3)．これと関連して，2020年の統計では，親族が成年後見人等の候補者として申立書に記載されたケースは23.6%にとどまり，親族以外が成年後見人等に選任されたケースが全体の80.3%を占めた(図4)．以上より，成年後見制度利用の近年の動向としては，申立人となる親族がいない高齢者の，認知症による能力低下を理由とした，後見類型相当の段階での，市区町村長申立てによる，成年後見制度の利用が増えていると考えられる．

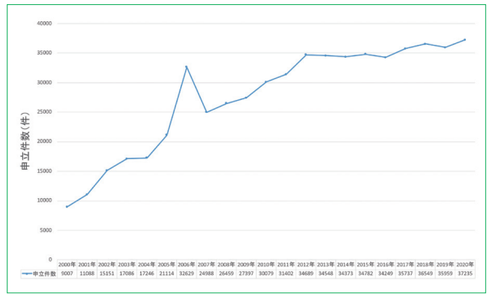



図1. 申立件数の年次推移
（最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況より作図）

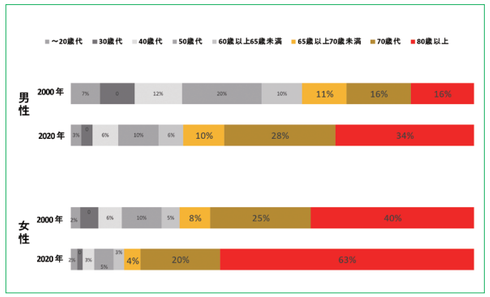



図2. 被後見人等の年齢階級別割合
（最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況より作図）

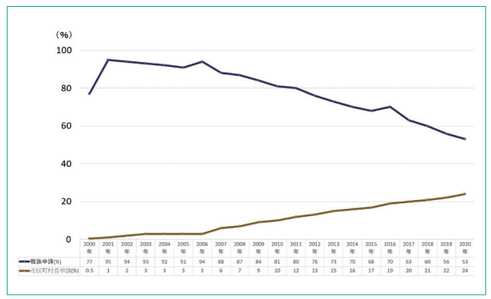



図3. 申立人と本人との関係
（最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況より作図）

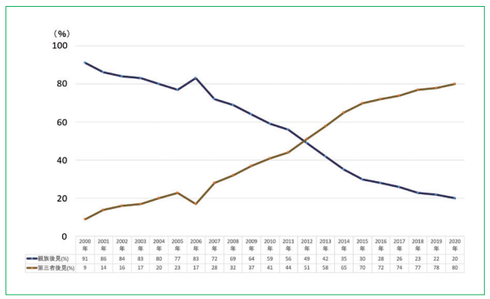



図4. 後見人等と本人との関係
（最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況より作図）

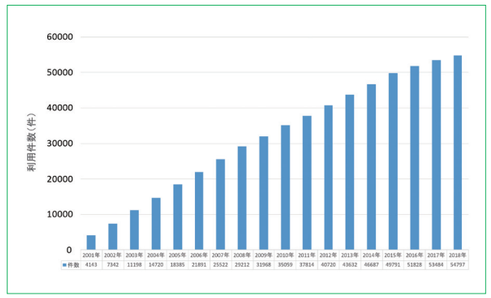



図5. 日常生活自立支援事業契約件数（利用者数）の年次推移
（文献3より作図）

## （2）日常生活自立支援事業

全国社会福祉協議会が公表している統計[3]によれば，日常生活自立支事業は，1999年の事業開始以来，利用件数は年々増加傾向で，2001年に4,143件だった利用件数は，2018年に



は54,797件であった．2018年の利用者の内訳をみると，認知症高齢者等が42%で最多であるが，その割合は減少傾向にあり，知的障碍者等（24%），精神障碍者等（28%）が増加傾向にある．同事業は成年後見制度と比較して利用者本人の人権の制限が少ないことが利点であるが，事業の利用には契約能力を有することが要件とされるため，対象者は制限される．認知症高齢者について考えると，すでに契約能力が不十分である認知症高齢者は，同事業の利用を開始することができない．また，認知症の初期に利用契約ができたとしても，認知機能障害が進行して契約能力が失われれば，同事業の利用を継続することはできない．多くの認知症疾患について，認知機能障害は年の単位では確実に進行することが見込まれ，したがって認知症高齢者が同事業の利用を継続することは難しい．

## 文献

1） 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況．平成13年4月～平成14年3月まで（2002）

2） 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況．令和2年1月～12月（2021）
https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyou-r2.pdf

3） 社会福祉法人 全国社会福祉協議会：日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護．平成30年度日常生活自立支援事業実態調査報告書（2019）

CQ4-3

# 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か

回答文

成年後見制度の課題は以下の4点に集約される：①利用者数に関する課題，②制度の理念実現に関する課題，③意思決定，特に医療上の意思決定への関わりに関する課題，④制度の担い手となる成年後見人等への支援体制構築に関する課題．日常生活自立支援事業の課題は以下の2点に集約される：①利用者数に関する課題，②成年後見制度への適時の円滑な移行に関する課題．成年後見制度，日常生活自立支援事業に共通する課題として，制度を利用する本人による同制度の評価がなされていないということがある．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

2000年に始まった成年後見制度は，2016年に成立した成年後見制度利用促進法によって，「成年後見制度の趣旨でもあるノーマライゼーション，自己決定権の尊重の理念に立ち返り，改めてその運用のあり方が検討されるべき」とされ，「本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的な観点も重視した運用とする必要」があると指摘された．利用者本人がメリットを実感できる制度への改善が改めて求められる中で，体制の整備や担い手の課題も明確になってきている．

## 2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題はなにか

### (1) 成年後見制度の課題

#### 1) 利用者数に関する課題

2020年12月末時点における成年後見制度の利用者は23万2千人である．制度発足時期待されたほどには同制度が利用されていないことは繰り返し指摘されてきた．2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（成年後見制度利用促進法）」が施行されて以降も，利用者が大幅に増える状況には至っていない．

最高裁判所が公表しているデータ[1)]によると近年の成年後見制度利用の開始原因としては認知症が60 ～ 65%程度を占め，ここから推計すれば14 ～ 15万人程度の認知症者が成年後見制度を利用していると推測される．2020年現在の日本における認知症高齢者人口が602万～ 631万人と推計されている[2)]ことをあわせて推計すると，認知症高齢者のうち成年後見制度を利用しているのは2%程度ということになる．制度利用の潜在的な需要と比較して，制度利用者は著しく少ないと考えられる．

#### 2) 制度の理念実現に関する課題

成年後見制度は，自己決定権の尊重，残存能力の活用，ノーマライゼーションの実現をその理念とする．しかし，実際には，自己決定権をもっとも制限する後見類型での利用が3/4を占める．申し立ての動機としては預貯金の解約，施設入所のための介護保険契約が多い[1)]．これらの状況を併せて考えると，現状では，成年後見制度は，認知症等の進行によって在宅生活の継続が困難になり，施設入所等の必要性が切迫した段階で利用されることが比較的多いと推察される．

しかしながら，そういった状況においては，本人の認知機能低下がある程度進行していることが想定され，本人が制度を理解することの困難さが増していること，また，制度利用の切迫した必要性が生じているためにソーシャルワークをすみやかに進めることが優先されて本人の意思が十分に尊重されずに申立が行われる傾向にある．

よって本制度が，本人の自己決定権を尊重し，認知症高齢者の権利侵害に対する予防的対応[3)]として積極的に活用されているとは言えない状況にある．

### 3)意思決定，とくに医療上の意思決定への関わりに関する課題

日本弁護士連合会[4]は「意思決定支援とは，支援を受けることによって自らの意思決定を導き出すものであり，その決定はあくまで自己決定である．したがって，現行法上，一身専属権とされる医療行為や身分行為など本来本人のみが決定すべき事項であっても支援を受けるべき事項に含まれる．認知症高齢者の意思決定は，法律行為，日常生活上の事実行為，医療行為，身分行為等，あらゆる事項が対象になる」との立場をとる．

現在，医療行為を行うには，患者からインフォームド・コンセントを得ることが基本的な態度とされる．インフォームド・コンセントが前提としている患者像は「自分のことが自分で決められる患者」であり，判断力が低下した認知症高齢者の医療上の意思決定の課題は非常に大きい．現行の日本の法律は，成年に達した者の医療上の代諾権を規定しておらず，成年後見人も代諾権をもたない．しかし，身上監護の義務を負う成年後見人は，本人の判断能力が不十分であっても適切な医療を受けることができるよう関わることが期待される[5]．医療上の代諾権をもたない成年後見人が，医療上の意思決定にどのように関わるのかという課題がある．

### 4)制度の担い手となる成年後見人等への支援体制構築に関する課題

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

## (2) 日常生活自立支援事業の課題

### 1)利用者数に関する課題

本事業の対象者として，社会福祉協議会[6]，厚生労働省[7]ともに，認知症高齢者を筆頭に挙げており，また，実際の利用者の内訳も認知症による利用が最多である．しかしながら，本事業の認知症者による利用は減少傾向にある．また，事業の利用者総数も増加傾向にあるとはいえ多いとは言えない．事業が抱える体制の課題として，生活支援員が少ないため，マンパワーの問題から金銭管理中心の支援になりがちで，生活支援全般に広げることが難しいのが実情である．しかしながら，金銭管理に支援を要する認知症高齢者の多くは生活全般に対する支援が必要であり，経済的に成年後見制度＋介護保険制度の組み合わせで制度を利用することができる層にとっては，本事業を利用するメリットがわかりにくい．

### 2)成年後見制度への適時の円滑な移行に関する課題

日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行については，後見類型68.5%，保佐類型26.3%，補助類型1.6%，任意後見1.6%であり，成年後見申立て全体における各類型の比率(後見類型75.2%，保佐類型が18.3%，補助類型が5.3%，任意後見が1.1%)と比べると，保佐相当の段階での移行が多いと考えられる．

日常生活自立支援事業は，開始当初から成年後見制度の対象者との重複があり，使い分けがわかりづらいことが指摘されていた[8]．実際の運用においては，補助，保佐類型に相当する対象者では，成年後見の申し立て費用や報酬を支払う経済力がないことを主な理由として日常生活自立支援事業が選択されることがある．しかし，その場合でも，認知症等の進行によって日常生活自立支援事業の利用に必要な契約能力が失われれば，成年後見制度への移行を検討することが必要になる[9]．

しかし，日常生活自立支援事業の利用者は，保護力のある家族介護者が不在で，かつ経済的困窮を抱える者が多いため，申立人がいない，成年後見人候補者がいない，申し立てにかかる費用や成年後見人等の報酬などの経済的負担が負えない等，そもそも日常生活自立支援事業を選択した社会的要因により，成年後見制度への移行が困難であるケースも少なくない．その他，成年後見制度への移行が適切と判断されているにも関わらず，何らかの事情により移行ができないケースを抱える基幹型社会福祉協議会が4割を超える[10]．理由として最多なのは「市区町村長による申立てが必要だが，手続きが進まない」で，「成年後見制度について専門員や関係者の知識・経験が十分でなく，準備に時間がかかる」も15%ほど認められる(図1)．

日常生活自立支援事業から成年後見制度への適切かつ円滑な移行を可能にするためには，経済的要因により成年後見制度の利用ができない対象者に対する対策，成年後見制度の利用手続きに関わる専門職の教育および申立等が速やかに進むためのシステムの整備が必要である．

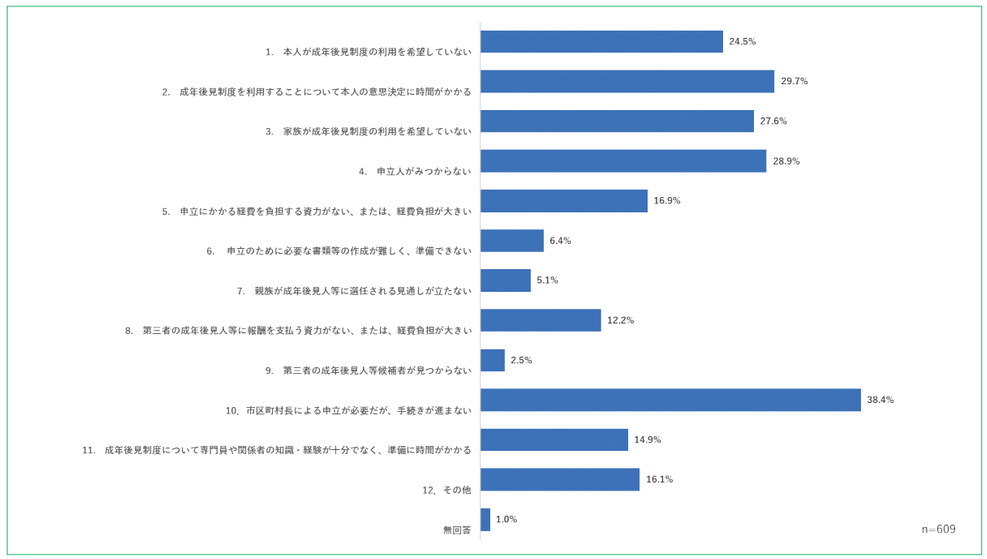



図1. 成年後見等開始の申立てにつながっていない理由(3つまで選択)　文献10より引用

## (3) 両制度に共通する課題

成年後見制度，日常生活自立支援事業ともに，権利擁護に重きをおいた利用者支援が求められ，福祉サービスも利用者本位のサービスへの転換するなかで開始された．成年後見制度ではさらに，成年後見制度利用促進基本計画(2017)[11]において，それまでの制度運用の実態への反省から，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善が必要という認識が示された．

しかしながら，日常生活自立支援事業，成年後見制度ともに，発足以来，「本人による同事業・制度の評価」という形の制度評価はなされておらず，また，同事業・制度を利用することによって本人に何がもたらされたのかということに関しても，利用者本人を対象とした評価が行われていない．とりわけ，自己決定権の尊重を理念として掲げる成年後見制度について，本人にとっての制度の意義が本人目線で評価されることを可能にすることは大きな課題である．

## 文献


1) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況―令和2年1月～12月(2021)
https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyou-r2.pdf

2) 厚生労働省研究事業：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値(2020)
https://research-er.jp/projects/view/918047

3) 吉岡譲治：【一人暮らしの認知症高齢者】一人暮らしの認知症高齢者の権利擁護と意思決定支援. 老年精神医学雑誌, 31(5)：506-514(2020)

4) 日本弁護士連合会：第58回人権擁護大会シンポジウム　第2分科会基調報告書「成年後見制度」から「意思決定支援制度」へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～．(2015)

5) 研究代表者：山縣然太郎. 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(2019)
https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf

6) 全国社会福祉協議会：日常生活自立支援事業パンフレット「ここが知りたい　日常生活自立支援事業　なるほど質問箱」(2009)
https://www.shakyo.or.jp/news/kako/materials/100517/nshien_1.pdf

7) 厚生労働省：日常生活自立支援事業
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiiki-fukusi-yougo/index.html

8) Mizuno Y, Namba Y.：[Aging society and an adult guardianship system]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi, 38(5)：591-599 (2001)

9) 高橋良太：【成年後見制度と認知症高齢者の医療、福祉】日常生活自立支援事業と成年後見制度，老年精神医学雑誌, 30(1)：20-26(2019)

10) 社会福祉法人全国社会福祉協議会：日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護．平成30年度日常生活自立支援事業実態調査報告書(2019)
https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf

11) 厚生労働省：成年後見制度利用促進基本計画について(2017)
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/keikaku1.pdf

# CQ4-4 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援はどうあるべきか

**回答文**

成年後見制度の利用支援にあたっては，まず，同制度へのアクセシビリティの改善が必要である．具体的には，①制度の関する知識の普及，②申立て手続きの煩雑さの改善，③首長申立てに関する自治体間の格差の是正，④申立て費用および成年後見人等の報酬費用の課題解決，の4点があげられる．課題解決のためには，対象者に対する普及啓発と並んで，専門職を対象とした教育，支援が必要である．日常生活自立支援事業については，契約能力が必要とされる同事業を認知症高齢者が利用することには限界がある．同事業利用にあたっては，認知機能障害の進行により同事業の対象から除外される段階で，どのように次の支援につなぐのかということがあらかじめ検討されている必要がある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

成年後見制度については，その利用者の少なさが大きな課題となり，2016年には成年後見制度利用促進法も施行された．しかし，その後も制度利用にはいくつかの課題があり，利用者の大幅な増加には至らない．

## 2. 成年後見制度の利用支援の課題

我が国の認知症者等の数に対して成年後見制度の利用者は著しく少ない．独居高齢者が増えており[1]，独居高齢者のなかでも認知症をもつ者の金銭管理の難しさ，経済被害のリスクが報告されている[2]．よって，財産管理という観点からだけ考えると，成年後見制度の潜在的なニーズがあると考えられる．ニーズがあるにも関わらず成年後見制度の利用が進まない背景にある課題として，制度に関する知識が一般に普及していないこと，申立人の確保に関する課題，申立ておよび後見費用の課題等が挙げられる．

### (1) 制度に関する知識の普及

成年後見制度に関する知識の普及に関して，最近の研究では，同制度に関する知識をもっていないことに影響を与える因子として，性別，年齢，独居であること，収入・資産状況よりも，金融リテラシーの影響の方が大きいことが報告されている[3]．そうであれば，判断能力が保持されている段階で，将来同制度の対象となり得る人たちの金融リテラシーを高めることが[4]利用支援として考えられる．成年後見制度に関する正しい知識を得る機会を提供することが，本制度の普及，また，補助・保佐相当の段階からの利用など，本人がメリットを感じられる制度利用につながる可能性がある．

### (2) 申立てにかかる手続きの煩雑さの改善

次の段階として，申立てにかかる手続きの煩雑さが制度利用の困難さの一因である．図1に示すように，日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行ができていない理由[5]として「申立のために必要な書類の作成が難しく，準備できない」が6.4%，「成年後見制度について専門職や関係者の知識・経験が十分でなく，準備に時間がかかる」が14.9%のケースで挙げられている．専門職にある者でさえ対応しきれない現状には改善が望まれる．

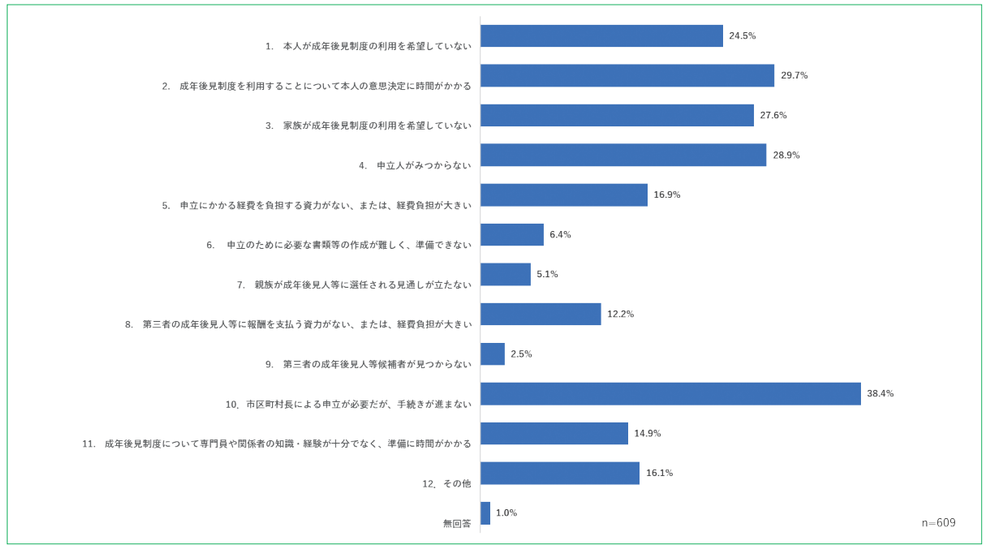



図1. 成年後見等開始の申立てにつながっていない理由(3つまで選択)　文献5より引用

## (3) 首長申立てに関する自治体間の格差の是正

首長申立てに関する自治体間の対応の差異も大きい．民法の規定では，申立権者は，本人，配偶者，4親等内の親族，成年後見人等，任意後見人，任意後見受託者，成年後見監督人等，市区町村長，検察官等とされる．他方，老人福祉法32条，知的障害者福祉法28条，精神保健福祉法51条の11の2は，「その福祉を図るため特に必要があると認めるとき」という要件つきで，民法を準用する形で市町村長に申立権限を認めている．申立人となる親族がいない者では，その申立て適否に加え，4親等以内の親族の有無の調査と，調査によって4親等以内の親族がいると判明した場合には，その意向の確認作業に非常に時間をかける自治体が少なくない．このような親族調査の範囲は，2005年に4親等から2親等に縮小されたが，調査範囲は自治体に委ねられており，実施実態は様々である．結果として市区町村長申立てまでにかかる期間の自治体による格差も大きく，1カ月から半年の開きがある．首長申立てをふくむ，成年後見申立てにかかる業務に関する自治体間の格差の是正は課題であろう．

## (4) 申立てにかかる費用，成年後見人等の報酬費用の課題解決

申立てにかかる費用，成年後見人等の報酬費用も，とくに低所得者が制度を利用することの阻害因子となっている[6]．申し立てにかかる費用や後見報酬を補助する制度をもつ自治体も多くなっているが，それらは自治体の任意事業であり，予算はさまざまである．制度利用には自治体ごとの適用基準があり，現実には厳しい適用実態がある．費用の観点から日常生活自立支援事業が選択されるケースもあるが，認知症高齢者では，将来的には認知症の進行により同事業の利用に必要な契約能力が失われることがあらかじめ想定され，課題を先延ばしにしているに過ぎない．

以上より，①成年後見制度に関する正しい知識の普及，②煩雑な申し立て手続きの改善，③首長申し立てに関する自治体間の格差の是正，④申立て費用，成年後見人等の報酬費用の課題解決に向けた方策を提示し，成年後見制度へのアクセシビリティを改善する必要がある．アクセシビリティを改善し，切迫した状況になる前に本人と制度利用について検討できるようになることが，制度の本来の趣旨である自己決定権の尊重の実現につながると考えられる．

## 3. 日常生活自立支援事業の利用支援の課題

日常生活自立支援事業は，利用者本人が契約することによって利用するものであるから，自己決定権の尊重という観点からは望ましい制度と言えよう．さらに，成年後見制度で指摘した手続きの煩雑さや費用の課題も比較的小さい．一方で，本人の契約によって利用する日常生活自立支援事業の限界は，認知症等の進行による認知機能障害の進行によって本人の契約能力が失われた状況での利用開始，あるいは利用継続ができないことにあり，その場合には成年後見制度への移行が検討される．

日常生活自立支援事業を適切に利用するためには，別の支援が必要になった際の連携体制が必要であり，日常生活自立支援事業に，成年後見の補助制度を位置づけることが検討課題である[7]．

## 文献

1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書（2019）
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_3.html

2) 横尾恵美子：福祉の現場から　認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割．地域ケアリング，20（6）：54-59（2018）

3) Kadoya Y, Khan MSR, Oba H, et al. : Factors affecting knowledge about the adult guardianship and civil trust systems: evidence from Japan. J Women Aging : 1-15（2020）

4) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, et al. : The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health, 18（5）（2021）

5) 社会福祉法人全国社会福祉協議会：日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護，平成30年度日常生活自立支援事業実態調査報告書（2019）
https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf

6) 井藤佳恵：【後見人制度の現状と課題】成年後見制度の現状と課題　認知症高齢者困難事例の成年後見制度利用を通じた考察．Dementia Japan, 32（2）：234-241（2018）

7) 小賀野晶一：【認知症者の意思決定支援　そのプロセスと看護職の役割】（第1章）認知症の人を理解する　認知症者の社会生活に関する制度や法律．看護技術，65（12）：1241-1251（2019）




CQ4-5

# 独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いのか

**回答文**

独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いと考えられる．しかし，実態把握が困難であり，表面化するケースは一部であると考えられるため，被害実態が過小評価されている可能性がある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

高齢者は，認知症あるいは軽度認知機能障害の診断基準を満たす程度の認知機能障害がなくても，詐欺被害にあいやすい[1)]．認知機能の低下が始まると，判断力の低下はその最初期からみられる．そのため，状況のかすかな違和感を感じとり，それを正確に解釈し，詐欺行為に気づくことが難しくなる．

高齢者の経済被害には，第三者からの消費者被害や悪質商法等による経済被害，知人等による年金搾取，養護者等家族による年金や資産の侵害（経済的虐待）がある．消費者被害や悪質商法等による経済被害は社会活動がまったくなければおこらないため，社会的交流が保たれていて，かつ，認知機能障害が明らかである，認知症の初期段階で起こりやすいと考えられ，とくに初期のアルツハイマー型認知症の患者が詐欺被害にあいやすいという報告がある[2)]．これに対して経済的虐待は，認知症の進行にともない頻度が高くなる[3)]．

## 2. 独居認知症高齢者の「消費者被害」及び「悪質商法等による経済被害」

実態把握について，警視庁が公表しているデータには「認知症の有無別データ」も「世帯類

型別データ」も示されていない．一方，消費者庁のデータには「認知症の有無別データ」はあるが「世帯類型別データ」はない．今後急速に増えていくことが予想される独居認知症高齢者の経済被害の実態を把握するには必須の情報であり，データ収集の在り方を検討することが望まれる．高齢者の単独世帯は増加傾向にあり，65歳以上高齢者のいる世帯のうち，単独世帯は27.4%を占め[4]，認知症高齢者の半数以上は居宅で生活している[5]ことから，警察庁および消費者庁が公表しているデータには相当数の独居の認知症高齢者が含まれるものと推察される．

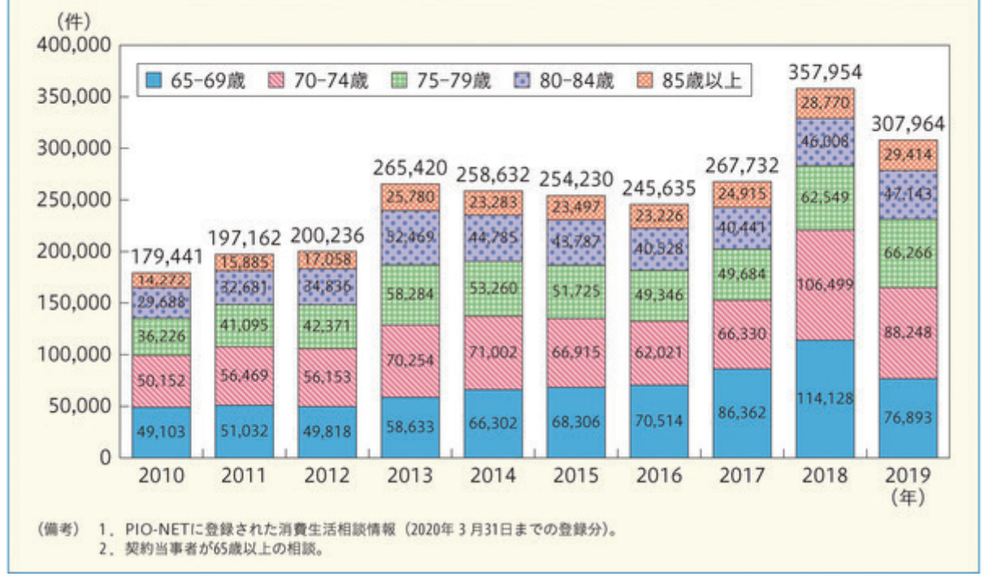
## (1) 警察庁が公表しているデータ

警察庁が公表しているデータ[6]によれば，高齢者の犯罪被害については，すべての罪種において，被害者に占める65歳以上高齢者（以下，高齢者）の割合（以下，高齢者率）が増加している．特に詐欺等の知能犯罪の被害者に占める高齢者率の増加が顕著で，2000年には10%程度であったのが，2020年には37.6%を占めている．特殊詐欺（オレオレ詐欺，キャッシュカード詐欺盗，架空請求詐欺，還付金等詐欺等）の認知件数は，近年は頭打ち傾向にある．しかし，それは必ずしも被害の減少を示すものではなく，被害が把握されても，手口が巧妙で犯罪として成立しないものが増えていることの反映でもあると考えられる．2019年中の，特殊詐欺の被害者に占める高齢者の割合は83.7%，特に70歳以上の女性が多く，全体の60.3%を占めている．また，詐欺の手口別の高齢者率は，オレオレ詐欺は97.5%，キャッシュカード詐欺盗は94.0%，還付金詐欺は78.8%であった．これらはいずれも，認知された件数であることに留意が必要である．また，悪質商法の被害者に占める高齢者の割合は，利殖勧誘事詐欺（「多額の利益が確実に得られる」などのうたい文句でお金を騙し取る詐欺）で約4分の1，特定商取引等事犯（訪問販売，電話販売等）で約半数であった．

## (2) 消費者庁が公表しているデータ

消費者庁が公表しているデータ[7]には，「認知症の有無」のデータがあるが，「世帯類型」のデータはない．以下に示す消費者庁のデータは同庁で把握された件数であるが，把握経路の違いにより，前述の警察庁のデータと同じ対象者を扱っているのではないことに留意する必要がある．2019年に全国の消費生活センター等に寄せられた消費生活相談の件数は93.3万件であった．このうち高齢者の消費生活相談件数は約30.8万件で，全体の33%を占める（図1）．65歳未満との比較で，平均契約購入金額，平均既支払額ともに65歳以上高齢者の方が高く，65歳以上高齢者の相談1件あたりの平均契約購入額は111万円であった（図2）．認知症高齢者の経済被害の実態について，販売購入形態は，訪問販売（34.7%）と電話勧誘販売（18.5%）で過半数を占めた（図3）．

図表I-1-3-11　高齢者に関する消費生活相談件数




（備考）　1．PIO-NETに登録された消費生活相談情報（2020年３月31日までの登録分）。
2．契約当事者が65歳以上の相談。

図1. 文献7より引用

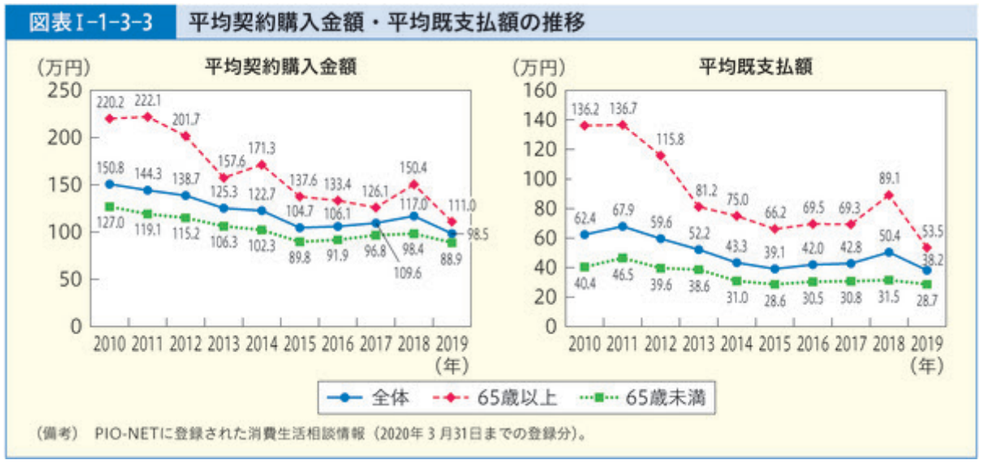



図2. 文献7より引用

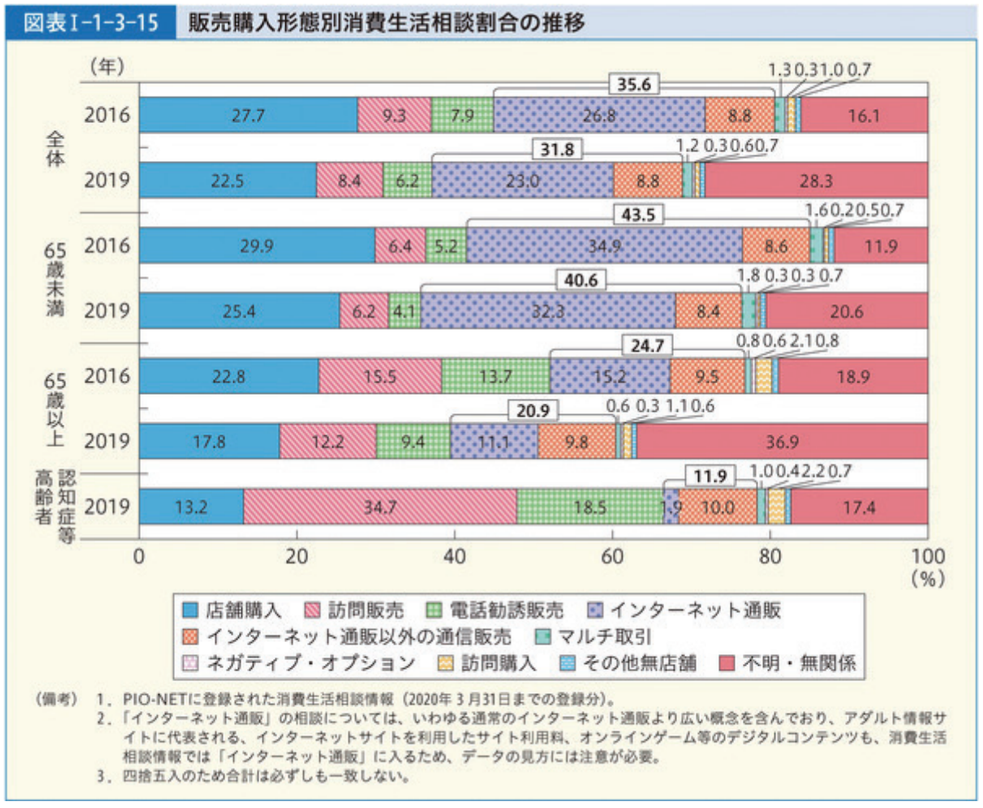



図3. 文献7より引用

## (3) 独居認知症高齢者の経済被害の特徴

認知症高齢者の経済被害の特徴として，高齢者全体では本人からの相談が約8割であるのに対して，認知症高齢者では約8割で相談者と契約者が異なるという点があげられる．このことは，認知症高齢者本人が経済被害にあっていることを自覚し対処することが困難であることを示唆している．したがって，経済被害にあっていることに気づく家族等がいない独居の認知症高齢者では，同居世帯と比較して，被害が顕在化しにくいと考えられる．

ある特定の自治体の地域包括支援センターの介護支援専門員を対象とした調査では，担当する独居の認知症高齢者が経済被害にあいそうになったことがある，あるいは実際に被害にあったことがあると回答した者が8割以上であった[8]．独居の認知症高齢者の経済被害が明らかになる例としては，別居の家族やヘルパー，ケアマネジャー等が，偶然に，経済被害にあったことを示唆する領収書や明らかに不要な物品等を見つける等の経路による．

### 3. 独居認知症高齢者の「知人等による経済搾取」及び「養護者家族等による経済的虐待」

知人等による経済搾取の把握はきわめて困難で，表面化しているケースが全体のどの程度を占めるのか不明である．地域保健の専門職にある者の多くが，年金や生活保護費の搾取が強く疑われるケース，あるいは，不動産などの資産の名義が他人に変わっているケースなどを経験している．しかし前者の実態把握は非常に困難であり，警察介入としても，本人の陳述が一定せず立件には至らないことがほとんどである．また，後者の場合は本人が署名した書類が残っていることが多く，犯罪としては成立しないことを経験する．

養護者等家族による経済的虐待は，介護保険サービスの普及にともなって，家庭内に他者の支援が入るようになって把握されるようになってきた[5]．厚生労働省が公表しているデータによれば[9,10]，2019年度の高齢者虐待判断件数は17,572件，うち養護者によるものは16,928件，うち2,997件(17.2%)が経済的虐待であった．経済的虐待と世帯形態別は単独世帯が最多で46％を占めた．虐待者と被虐待者の関係が把握できたケースは，複数回答で，その他(配偶者・子・子の配偶者・兄弟姉妹・孫以外の親族)が最多で41％を占め，次いで複数名による虐待が35％であり，不明が29％を占めた．

独居の認知症高齢者が別居の擁護者等家族から経済的虐待を受けている事実を，自ら把握し援助希求することは困難と考えられ，また，親族間の金銭の授受をヘルパーやケアマネ

ジャー等が訪問時に把握することの困難さも想定される．被害実態を把握する方策をたてることが最初の課題である．

## 4. 結論

以上みてきたように，独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いと考えられる．しかし，実態把握が困難であり，表面化するケースは一部であると考えられ，被害実態が過小評価されている可能性がある．

### 文献


1） Scam Awareness Measure Related to Development of Alzheimer Dementia. Ann Intern Med, 170(10)(2019)

2） Hamdy RC, Lewis JV, Copeland R, et al. : Patients With Dementia Are Easy Victims to Predators, Gerontol Geriatr Med (2017)

3） 井藤佳恵, 多田満美子, 櫻井千絵ほか：地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴：認知症ステージによる検討．老年精神医学雑誌，24(10)：1047-1061(2013)

4） 内閣府：令和2年版高齢社会白書(2020)
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html

5） 池田恵利子：【高齢者の経済被害】経済被害を防ぐために　独居高齢者をいかに支えるか．老年精神医学雑誌，22(7)：815-824(2011)

6） 警察庁：令和2年警察白書(2020)
https://www.npa.go.jp/hakusyo/r02/pdf/pdfindex.html

7） 消費者庁：令和2年版消費者白書(2020)
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_research/white_paper/2020/white_paper_109.html#m06.

8） 横尾恵美子：福祉の現場から　認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割．地域ケアリング，20(6)：54-59(2018)

9） 厚生労働省：令和元年度「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果(2019)
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00003.html

10) 厚生労働省老健局：高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書(2021)




CQ4-6

# 経済被害のリスクを低減する対策はあるか，どうあるべきか

**回答文**

被害を低減する対策として，見守りネットワークの構築，成年後見制度の利用等が挙げられる．しかし，被害を低減する方策は，一方で，多少なりとも本人の権利を制限する側面をもつ．支援者によるリスク管理は，被支援者の自由権を制限する性質のものであるという認識を常にもつ必要がある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

経済被害のリスクを低減するためには，未然防止と，早期対応による被害の拡大防止がある．どのような方策をとったとしても，すべての被害が防止できるわけではない．そして，一度経済被害にあった高齢者が繰り返し被害にあいやすいため，早期対応は非常に重要である．

## 2. 経済被害のリスクを低減する対策はあるか，どうあるべきか

### (1) 未然防止

特殊詐欺の被害者に占める65歳以上高齢者の割合は約8割を超えており，警察庁は，特殊詐欺の被害防止を喫緊の課題としている[1)]．具体的な取り組みとして，令和2年度警察白書には，以下が挙げられている．

1) 被害防止対策の推進：①高齢者だけでなく子の世代，孫の世代を含む幅広い年齢層に対す

る広報啓発活動の展開，②金融機関との連携による通報の強化，③高齢者のATM振込および引出額制限，④コンビニエンスストアや宅配業者等との連携による業種ごとの被害防止対策の推進など．

2) 犯行ツール対策の推進

3) 効果的な取り締まり等の推進:①特殊詐欺の背後にいるとみられる犯罪者グループの取り締まり，②特殊詐欺を助長する犯罪の検挙，犯行ツール提供事業者の取り締まり．

要約すれば，見守り，ツールの活用，取り締まり，ということになろう．また，独居認知症高齢者の経済被害の未然防止策のひとつとして，成年後見制度の利用が考えられる．この方法は，財産管理権を成年後見人等に付与することによって認知症高齢者の財産を守ろうとするものであるから，同時に認知症高齢者の権利を制限する性質のものであることには留意が必要である．

### (2) 早期対応による被害の拡大防止

次に，早期対応による被害の拡大防止のためには，まず被害を把握することが必要である．

認知症高齢者が，自ら被害にあっていることに気づき，適切な援助希求を行うことの困難さが予想される．そのため被害を把握するためには，周囲の者が被害に気づく見守り体制が必要になる．家族による見守りが期待できない独居高齢者では，日常的に支援する医療関係者，福祉関係者等による見守りが最も効果的であるとされる．介護保険サービスや訪問診療・訪問看護等の利用は，サービス提供者が見守りネットワークとして機能するため，経済リスクの低減に役立つと考えられる．実際に，町田市の報告によれば，振り込め詐欺の被害者である高齢者は，地域包括支援センターが関わっていない人がほとんどだったとされる[2]．そこで，自治体の取り組みとして，高齢者に接することが多い専門職(ケアマネジャー，ホームヘルパー，民生委員など)を対象として，悪質商法の手口や被害発見のポイント，被害発見時の対応などの研修を実施しているところもある[2]．

被害の事実を把握したあとの早期対応に関して，消費生活センターや金融機関等から自治体高齢課や地域包括支援センターに情報提供があり，対応が開始された事例を経験する．また，成年後見人が見守りネットワークと連携することの有用性への指摘がある[3]．

次に，契約の有用性という観点から経済被害について考える．たとえば詐欺被害にあったとき，被害者が詐欺によって意思表示をしたことを主張・立証できれば，これを取り消すことができる(民法96条)．ところが独居の認知症高齢者が詐欺被害にあった証拠を提示しながら，主張・立証をすることはしばしば困難である．また，有効な契約を結ぶためには本人に意思能力があることが必要であるため，意思能力がない状態での契約は無効であると考えられる．よって場合によっては，契約当時の意思能力を示す客観的な資料が，経済回復に有利に働くこともあり得る．適切な診断を受けていることが本人の権利擁護に働く可能性の一例として挙げられよう．

財産管理が難しくなった場合にしばしば利用が検討される成年後見制度との関連では，成年後見人には，見守りネットワークとしての機能に加えて，取消権の行使が期待できる．すなわち，消費者被害や悪質商法による経済被害に際して取消権を行使することで，被害回復を行うことができる．しかしながら，実際に経済被害にあった／あいそうになった独居の認知症高齢者のケースでも，地域包括支援センターが日常生活自立支援事業／成年後見制度の利用につなげている頻度はいまだ低い[4]というのが現状である．

被害を低減する対策をとることは，それ自体は認知症高齢者の利益に資することであるが，一方で同時に，多少なりとも本人の権利を制限する側面をもつ．見守りと監視の境界は常にあいまいであり，リスク管理は，それが被支援者の社会権を擁護するものであったとしても，一方で被支援者の自由権を制限する性質をもつという認識を，支援者は常にもっている必要がある．

加えて，例えば高額な寄付が信仰によるものなのか経済被害なのか，親族からの度々の金銭の無心に応じることが家族としての情愛の表現なのか経済的虐待にあたるのか等，個人にとって有益であることと経済被害との境目は，必ずしも客観的に明瞭なものではない．本人の意思と現実的な経済状況のバランスをどこでとることが適当なのか，その時々の状況に応じて，本人を中心として，多職種を交えて協議する必要がある．

さらに，医療受診をせず未診断の，介護保険サービスを利用していない，地域包括支援センターの介入対象にもなっていない，潜在する独居認知症高齢者の支援が大きな課題として残されている．認知症の診断がなされていることによって，被害を回復できる可能性もあり，適切な医療福祉介護サービスの利用につながることが，経済被害のリスクの低減にもつながることが期待される．

## 文献

1) 警察庁：令和2年警察白書（2020）
https://www.npa.go.jp/hakusyo/r02/pdf/pdfindex.html

2) 西原教子：【高齢者の経済被害】経済被害を防ぐための地域包括支援センターの役割．老年精神医学雑誌，22(7)：799-807(2011)

3) 八杖友一：【高齢者の経済被害】経済被害を防ぐための成年後見制度の役割と限界．老年精神医学雑誌，22(7)：825-832(2011)

4) 横尾恵美子：福祉の現場から　認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割．地域ケアリング，20(6)：54-59(2018)




CQ4-7

# 成年後見制度利用促進法はどのような意義と課題をもつか

**回答文**

成年後見制度利用促進法の意義は，「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善が必要である」という認識を示し，それに向けた具体的政策を示した点にある．しかし，成年後見制度利用促進法が施行されてからも，成年後見制度の利用が促進されたとは言えない．また，成年後見制度利用促進基本計画への取り組みも速やかに進んでいるとは言えない．さらに，同法が示した「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善」をどのようにして評価するか，それが利用者本人にもたらすものをどのように評価していくのか，という課題もある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

我が国の成年後見制度は，旧民法の禁治産・準禁治産制度にその起源をもつ．禁治産・準禁治産制度の目的は，家の財産保全，配偶者その他の親族の相続期待権，扶養請求権の保全，扶養義務の発生予防，公共に対する危害および公的財政負担の予防であった[1)]．2000年に始まった現在の成年後見制度は，自己決定権の尊重，残存能力の活用，ノーマライゼーションを新しい理念として掲げ，判断能力が不十分である個人の権利を擁護することを旨とする制度への転換がはかられた．

しかしながら，成年後見制度発足後も，成年後見制度を社会福祉・社会保障の一貫としてとらえる意識は希薄であった[2]．補助・保佐・後見の3類型のうち，本人の権利をもっとも制限する後見類型が制度発足以来一貫して最も多く，社会生活に大きな支障がでて初めて制度が利用される傾向にあり，後見人による支援も財産を保全することに重きが置かれ，利用者本人がメリットを実感できないケースが多いことが指摘されてきた．

2006年-2007年の例外を除き，申立て数は年々増加傾向にあるものの，認知症者の数に比べてその数は著しく低い．成年後見制度は介護保険制度と同時に始まり，両制度が同時に施行されることで介護保険制度が成り立つことから，「車の両輪」にたとえられるが，これに関しても，介護保険制度の利用者数に比べて，成年後見制度の利用は著しく低い状態が続いている．

## 2. 成年後見制度利用促進法と成年後見制度利用促進基本計画

こうした状況を受けて2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」が施行され，これに基づき2017年に「成年後見制度利用促進基本計画」[3]が閣議決定された．

成年後見制度利用促進基本計画では，「今後の成年後見制度の利用促進にあたっては，成年後見制度の趣旨でもあるノーマライゼーション，自己決定権の尊重の理念に立ち返り，改めてその運用のあり方が検討されるべき」であり，「本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的な観点も重視した運用とする必要」があると指摘されており，成年後見制度の利用の促進に向けて総合的かつ計画的に講ずべき施策として以下の項目が掲げられている：1）利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善，2）権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり，3）不正防止の徹底と利用しやすさとの調査―安心して利用できる環境整備―，4）制度の利用側に向けて取り組むべきその他の事項，5）国，地方公共団体，関係団体等の役割，6）成年被後見人等の医療，介護等における意思決定が困難な人への支援等の検討，7）成年被後見人等の権利擁護に係る措置の見直し，8）死後事務の範囲等．

この中の，1）利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善では，高齢者と障害者の特性に応じた意思決定支援の在り方について検討されることになっている．これについては，2018年に「認知症の人の日常生活・社会生活のおける意思決定支援ガイドライン」[4]，2019年に「身寄りがない人の入院および医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」[5]，2020年に「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」[6]が策定され，公表されている．

また，2）権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりでは，全国の市町村に連携ネットワークの構築の要となる中核機関の設置及び機能整備を求め，中核機関が担うべき機能として，①広報機能（権利擁護が必要な人の発見，周知・啓発等），②相談機能（相談対応，ニーズの精査，見守り体制の調整等），③成年後見制度利用促進機能（受任者調整，市民後見人・法定後見人育成，日常生活自立支援事業からの移行支援等），④後見人支援機能（親族後見人や市民後見人等の日常的な相談への対応，チームによる支援，本人の意思を尊重した柔軟な対応等）を挙げるとともに，⑤不正防止効果にも配慮すべきとしている．2018年10月時点の中核機関の設置状況は，もっとも進んだのが東京都で33.9%，次いで兵庫県の19.5%であるが，28道府県で0%であり，全国平均は4.5%と報告されている[7]．

## 3. 成年後見制度利用促進法の意義と課題

以上みてきたように，成年後見制度利用促進法は，「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善が必要である」という認識を示し，それに向けた具体的政策を示した点に意義があると言えよう．

しかし，成年後見制度利用促進法が施行されてからも，成年後見制度の利用が促進されたとは言えない．また，成年後見制度利用促進基本計画への取り組みも速やかに進んでいるとは言えない状況である．さらに，同法が示した「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善」をどのようにして評価するか，それが利用者本人にもたらすものをどのように評価していくのか，という課題が残されている．

### 文献


1） 齋藤正彦：【高齢者のための精神科医療】（第4章）治療　その他　後見人制度をめぐる諸問題．精神科治療学，32（増刊）：193-197（2017）

2） 池田恵利子：【認知症の医療・看護・介護・権利擁護と地域生活支援】認知症の人の地域生活を守る権利擁護のあるべき姿　成年後見制度利用促進法の求める後見の社会化．Geriatric Medicine，55（10）：1113-1118（2017）

3） 厚生労働省：成年後見制度利用促進基本計画について（2017）

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/keikaku1.pdf

4) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf

5) 厚生労働省：身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/miyorinonaihitohenotaiou.html

6) 裁判所：意志決定支援を踏まえた貢献事務のガイドライン
https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/koukenp5/ishiketteisien_kihontekinakangaekata/index.html

7) 厚生労働省：成年後見制度利用促進施策に係る取組状況調査結果（詳細版）（2019）
https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000489347.pdf



CQ5-1

# 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か

**回答文**

独居認知症高齢者の家族が直面している課題は多岐にわたり，高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ，体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと，高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担などがあげられる．また，支援体制にも課題があり，別居介護に対する理解が介護スタッフらにないことや，別居介護に特化した情報不足，高齢者と家族の居住地が異なることにより，介護者が支援対象とならないなどの課題がある．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は，世界的に4,600万人いると推計されている[1)]．日本では，要介護になった後も独居で生活する要介護者の割合が増えている．2004年頃までの独居の要介護高齢者の多くは，親族介護者がいないものがほとんどであったが，近年は独居の要介護高齢者の半数に別居の家族がおり，別居での介護を選択する高齢者と家族が増えている[2)]．これらの別居での介護を続ける背景には，家族形態や生活パターンの変化などが上げられる[3)]．今後も独居の要介護高齢者が増加することによって，別居での介護は増加することが見込まれ[1, 2, 3)]，独居認知症高齢者などの家族が直面する課題を把握することは重要である．

## 2. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題

独居認知症高齢者等の家族が直面している課題は多岐にわたり，高齢者本人にまつわる課題，家族自身の課題，支援者に関する課題に大別される．

まず，独居認知症高齢者の別居家族が直面する課題として，高齢者本人についての課題があげられる．認知症独居高齢者の場合，別居家族が高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことが難しいこと，体調が悪いなどの緊急時に，家族の対応が遅れてしまうといった課題があげられる[3)]．これは，物理的な距離が離れているために安全や状況の確認の頻度が少なくなってしまうという理由に加えて，電話などで確認を頻回に行ったとしても，高齢者本人が不調を隠すなどの背景が理由となっている[3)]．また，高齢者本人がサービス利用を拒否するなど，他者の支援の介入を嫌がることで，家族が高齢者本人の安全の確認をする障がいになるといった状況も報告される[4)]．また，オーブンやガスの使い方を忘れてしまって，火事になりかけるなどの火の不始末といった生活面の安全管理の問題[5)]や，雇用した便利屋やプライベートナース等の導入によって，物を盗まれたり，お金を引き出されるなど，高齢者本人が騙されるリスクがあり，高齢者の経済面の管理についての課題も報告される[5)]．

また別居家族自身の課題としては，別居介護にかかる経済的負担[6)]，高齢者の安全や状況の確認を頻回に行えないことについて不安を感じること[3)]，精神的健康の悪化[6)]，加齢等の理由により，通って介護するための時間的・体力的な負担が生じること[3, 7)]，生活や介護の方針について，高齢者の意向と自身の意向とのすり合わせの難しさがあげられている[8)]．

また，別居家族が直面する支援体制に関する課題としては，介護スタッフ等が期待する家族の役割として，同居が前提となっているなどの理由により，別居介護に対する理解を得られないこと[6)]，別居介護に関する支援情報の不足[9, 10)]があげられた．また，高齢者と介護者の居住地域が異なることによって，高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れるなどの課題[3)]，支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題も含まれる[11)]．

全体として，独居で認知症高齢者らの家族に特化した研究は極めて限定的である．認知症の有無にかかわらず別居介護を担う介護者の課題として報告されている[3, 6)]．特に日本の場合は，主介護者が一人で介護を担うことが多いため，介護が一人の家族に集中しており，同居であれば他家族の家事援助の中で自然と得られる間接的支援を得ることができず，すべての介護役割を一人で担わざるを得ないといった状況[2, 5, 9)]も想定され，独居認知症高齢者の別居家族が担う介護者としての役割の整理や，頼ることができる支援などを含め，今後，エビデンスの高い研究の蓄積が必要である．

### 文献


1) Gibson AK, Richardson VE. : Living Alone With Cognitive Impairment. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 32(1): 56-62(2017)

2) 涌井智子：国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆（特集 一人暮らしの認知症高齢者）. 31(5): 467-473(2020)

3) White C, Wray J, Whitfield C. : 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health Soc Care Community, 28(5): 1632-1642(2020)

4) 川上浩美：認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか．認知症ケア事例ジャーナル, 3(1): 55-58(2010)

5) Gilmour H. : Living alone with dementia: risk and the professional role. Nurs Older People, 16(9): 20-24(2004)

6) 松本一生：【家族・コミュニティ・エンパワーメント　多様化する家族，家族療法/家族援助の課題】痴呆の遠距離介護と家族援助の課題．家族療法研究，20(3): 203-206(2003)

7) 岩藤魔子，末光伸世，豊福恵子 ほか：包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援．旭川荘研年報，44(1): 70-73(2013)

8) 浜田詩子，苅谷みどり，川上理子：認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ　一事例からの考察．日看会論集: 在宅看護，(48): 59-62(2018)

9) 浦上裕純：様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える．みつぎ総合病誌，24(1): 145-147(2019)

10) 木村恵美，上野 幸，肥田野弘美　ほか：認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例．八千代病院紀要，31(1): 55-56(2011)

11) 中川 敦：遠距離介護者は何をしてるのか―提案の判断と離れて暮らす家族の知識―．島根県立大学『総合政策論叢』，29(2015)

CQ5-2

# 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか

回答文

別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて，極めて限定的である．別居介護者への支援として報告されるのは，高齢者本人へのサービス提供を中心として，介護者が提供する手段的介護の代替となる介護サービスや，別居介護者自身の私的ネットワークに依拠した近隣に住む親族の助け，他の家族の協力的な介護体制などである．日本だけでなく国外の状況を見ても，別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず，対策が待たれる．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は，世界的に4600万人いると推計されている[1)]．日本では，要介護になった後も独居で生活する要介護者の割合が増えている．2004年頃までの独居の要介護高齢者の多くは，親族介護者がいないものがほとんどであったが，近年は独居の要介護高齢者の半数に別居の家族がおり，別居での介護を選択する高齢者と家族が増えている[2)]．これらの別居での介護を続ける背景には，家族形態や生活パターンの変化などが上げられる[3)]．今後も独居の要介護高齢者が増加することによって，別居での介護は増加することが見込まれ[1, 2, 3)]，独居認知症高齢者などの家族を支える支援を把握することは重要である．



## 2. 別居家族を支援する対策

独居認知症高齢者の別居家族を支援するものとしては，高齢者本人の生活支援，介護サービスの利用，高齢者本人の日常的な話し相手の確保等が挙げられる[4, 5)]．これらは，家族が別居する高齢者本人の生活支援のために提供される支援である一方で，別居の家族が提供する手段的介護に代わりうる支援として位置づけられる．

加えて，高齢者の見守りを目的としたモニタリングデバイスなどが別居介護者への支援としてあげられる[6, 7)]．高齢者本人の日常の生活(活動)をモニタリングすることにより，高齢者の見守りを実現する支援となるため，家族の主観的な介護負担感が軽減したとされる一方で，高齢者と家族両者のWell-beingの低下が報告されている[6)]．モニタリングシステムの導入に際しては，認知症高齢者のAutonomy(自律)やFreedom(自主性)の欠如といった側面の倫理的な議論が有り，家族が支援として必要なものとしてこれらのモニタリングデバイスの導入を前向きに受け入れる一方で，支援として導入することへの倫理的課題も議論される[7)]．

加えて，介護スタッフやケアマネジャーといった支援者が高齢者と介護者の間に入り，家族の関係構築を支えるための支援も報告される[5, 8)]．家族に対して，介護スタッフ等の支援者が，別居介護者自身の生活が維持可能な支援体制の構築を行うことで，別居での生活継続の実現につなげること，別居家族を含めた支援者全員の支援の方向性のすり合わせ(担当者会議の開催)を行ったり，主介護者以外の家族からのサポートを得る等によって，支援者が支援の仲介役となることで，認知症高齢者が独居で生活するための支援体制全体を調整・構築する事が可能となる．

その一方で，支援体制に関する課題として別居介護に対する理解がないこと[9)]，別居介護に関する支援情報の不足[8, 10)]が報告されているなど，別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて，極めて限定的である．別居介護者への支援として報告されるのは，高齢者本人へのサービス提供を中心とした介護サービスや，別居介護者自身の私的ネットワークに依拠した近隣に住む親族の助けや他の家族の協力的な介護体制などである[4, 5)]．日本だけでなく国外の状況を見ても，別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えない．

一方，今後の支援として，独居認知症高齢者の別居の家族を支えるためには，持続的な関わりが必要とされており，具体的には，高齢者と家族が別居での生活を継続できるように，

介護者の「見守り支援」や「定期的な生活支援（食事等）」「高齢者本人の孤独感を緩和する支援」等があげられている[4]．また，独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策は，別居での介護が開始された後の支援だけでなく，サービス利用を始める際の支援など介護開始前から，途切れることのない継続的な支援の提供が期待される[4]．

## 文献


1） Gibson AK, Richardson VE : Living Alone With Cognitive Impairment. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 32（1）: 56-62（2017）

2） 涌井智子：国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆（特集 一人暮らしの認知症高齢者），31（5）: 467-473（2020）

3） White C, Wray J, Whitfield C. : 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health Soc Care Community, 28（5）: 1632-1642（2020）

4） 川上浩美：認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか．認知症ケア事例ジャーナル，3（1）: 55-58（2010）

5） 岩藤魔子，末光伸世，豊福恵子　ほか：包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援．旭川荘研年報，44（1）: 70-73（2013）

6） Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J. et.al : Potential for Digital Monitoring to Enhance Wellbeing at Home for People with Mild Dementia and Their Family Carers. J Alzheimers Dis, 73（3）: 867-872（2020）

7） Mulvenna M, Hutton A, Coates V, et.al : Views of Caregivers on the Ethics of Assistive Technology Used for Home Surveillance of People Living with Dementia. Neuroethics, 10（2）: 255-266（2017）

8） 木村恵美，上野 幸，肥田野弘美 ほか：認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例．八千代病院紀要，31（1）: 55-56（2011）

9） 松本一生：【家族・コミュニティ・エンパワーメント　多様化する家族，家族療法/家族援助の課題】痴呆の遠距離介護と家族援助の課題．家族療法研究，20（3）: 203-206（2003）

10） 浦上裕純：様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える．みつぎ総合病誌，24（1）: 145-147（2019）




CQ6-1

# 生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が直面している課題は何か

回答文

生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が直面している課題とは，社会的孤立と経済的困窮の課題に収斂される．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

わが国の高齢化率は2025年頃には30%に達するが，高齢者のなかでも85歳以上高齢者の増加が著しい[1]．また，2018年の統計で，高齢者のいる世帯は総世帯数の49%を占め，うち単独世帯数は27%である[2]．高齢者の単独世帯率は年齢があがるほど上昇し，とくに85歳以上で急速に増大する．他方，認知症の有病率も加齢とともに上昇し，85歳以上では40～80%と推計されている[3]．これらを総合すれば，我が国の社会は，高齢者が独居で老い，認知症を抱え，亡くなっていくことが標準になろうとしていると言うことができる．そのような独居高齢者のなかには，生活支援を担う別居家族がいない者が含まれる．

生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者が直面している課題は，社会的孤立に関連する課題と経済的困窮に関連する課題に収斂される．

## 2. 社会的孤立に関連する課題

社会的孤立とは，「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」[4]である．大きな支援ニーズのない市民に対しては，公的機関からの積極的な働きかけがないことが通常であるが，公的機関の関与なく暮らしていた身寄りのない独居高齢者も，いつの時

点からか認知症等を抱え，支援を要する状態になる．

社会的支援が必要になったときに，それを充足する社会的ネットワークを構築するためには，いくつかの段階が必要である．まず支援が必要になったことを自覚すること，次に，自分が抱える支援ニーズを焦点化し，必要な情報にアクセスすること，その上で，適切な相談窓口を選択し，適切な時期に相談窓口にアクセスすること，そして，自分が抱える困難を窓口担当者に理解させるに足る適切な説明を行い，必要な書類申請等の手続きを行うことである．

「適切な支援を引き出すための適切な援助希求行動」には以上の手順が含まれ，認知症を抱え，支援者をもたない高齢者がこれらを独力で遂行することは容易ではない．生活支援を担う別居家族がいない独居の認知症高齢者は，自らこれを遂行することが難しく，また，代わりに遂行する家族もないため，社会的孤立のリスクが高くなる．そして一般に，担当窓口に自ら支援を求めにこない者ほど，抱える困難事象は深刻かつ重複しており，さらに，介入が遅れるほど困難事象は複雑困難化していくことが知られている[5]．

社会的孤立状態にある独居認知症高齢者が「支援」に結び付く経路として，彼らが抱える困難事象が周囲の者にも影響を与える事態となり，地域保健の専門機関に把握される経路がある．こういった事例化の経緯は，近隣トラブル，警察介入，あるいは頻回の救急要請といった，ある種能動的なイベントばかりではない．周囲の者が，本人が独居を継続することにともなう失火のリスクや，独居の果ての孤独死に対する懸念をもち，住宅の賃貸契約の更新が叶わずに住まいを失うという形で事例化する者もいる．

事例化からはじまる「支援」は，リスク管理に偏りがちである．それは支援者の視点に立てば社会権の擁護かもしれないが，福祉制度によって社会権を擁護することは，ときに本人の自由権を大幅に制限する．少なくないケースで，本人の意思を確認する過程を経ずに，あるいは表示されている本人の意思に反して，施設入所や入院等によって独居生活を終結させる方針が打ち出され，もっぱら入所や入院の契約，住居の賃貸契約の解除や立ち退きにかかる私物の処分のために成年後見制度が利用される．そういったソーシャルワークは，本人に対する支援，社会権の擁護という形式をとっていたとしても，意思決定支援を中核とする権利擁護からは程遠いものである[6]．

困難事象を抱えつつも事例化せず，居所からいなくなっても誰にも把握されていないという事態がある．警察庁が公表しているデータ[7]によると，2020年中の行方不明認知症高齢者数は17,532人であった．行方不明の原因・動機として認知症は2012年以降増加傾向にあり，2020年は全体の18.8%，80歳以上では86.1%を占めた．これら警察庁のデータはあくまで，行方不明者届が提出された者を対象としている．菊地ら[8]が行った研究では，独居の行方不明認知症高齢者では32.0%で行方不明者届が提出されていなかったことが報告されており，未把握の事例も多いと推察される．

行方不明認知症高齢者のなかには，ホームレス状態の者として生きている者もいる．厚生労働省は，ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（2002年）及びホームレスの自立支援等に関する基本方針（2015年）に基づき実施される施策の成果を把握することを目的として，ホームレスの実態に関する全国調査を継続している．当該調査には，概数調査と，概ね5年ごとに行う生活実態調査とがある．2016年に行われた生活実態調査では，調査対象者の平均年齢は61.5歳で，初回調査の2003年と比較して（以下，初回調査比）＋5.6歳であり65歳以上の者が全体の42.8%（初回調査比，＋27.7%）75歳以上の者が全体の6.1%（初回調査比＋5.0%）を占めた[9, 10]．別の調査で，ホームレス状態のある人のほとんどで行方不明届が出ていなかったことが報告されており[11]，ホームレス状態になる人の多くで，行方不明に気づき，かつ，届を出す身寄りがなかったことが推察される．

高齢者がホームレス状態になる要因として，森川[11]は，頼ることができる人がいないこと，十分に見守る体制が組めなかったことを挙げ，構造上の要因を，①低所得不安定就労，②生活維持のための貯蓄の枯渇，③認知症等による能力低下，に類型化している．ここで挙げられている頼る人も見守る体制もないという社会的孤立，そして低所得・低資産，および認知機能低下は，高齢者が一般に抱えるリスクであり，85歳以上高齢者でその傾向が顕著である[4]．不安定就労は社会保険を伴わず，したがって社会保険による保護の対象外となる．しかし，年金を受給していないのは，社会保険に加入していない高齢者ばかりではない．ホームレスの実態調査においては，本来年金受給対象であるはずの65歳以上高齢者が約30%いたことに対して，年金を受給していた者は4%であったことが報告され，このうちの一部は，社会保険はあるが住民票がないことによる不受給と考えられた[11]．

家賃を支払う資力がなくなったときに，頼る人がなく，生活保護も受給できなければホームレス状態になるリスクがきわめて高い．定まった住所をなくすことは，社会保障を受けることの阻害要因になる．住民票所在地がないことを理由に生活保護受給ができなかった事例報告[12]もあり，ここに，社会保険による保護対象外となること，経済的困窮，住まいを失う

こと，支援の対象外になることの負の連鎖がみられる．

行方不明認知症高齢者は，死亡した状態で発見される者，ホームレス状態になる者，保護される者，さまざまな転帰をたどるが，独居認知症高齢者では，「行方不明者」として把握されていない者が一定数存在すると考えられ，その背景には社会的孤立があると考えられる．

## 3. 経済的困窮の課題

経済的困難は，それに付随する，あるいは併存する他の状況をさらに複雑困難化させる[13]．経済的困窮について，山田[14]は，稼働収入があることは高齢期の経済安定に不可欠であるが，高齢者のほとんどは非就業であり，したがって高齢者の経済は「公的年金に依存するか，家族の仕送りを期待するか，預貯金があればよいが，それがなければ生活保護を受給する以外のすべはないのが現状である」と指摘している．現行の制度では，経済困窮に対しても家族によるインフォーマルサポートが期待されており，身寄りのない高齢者ではそれが欠如する．

経済的困窮の指標として生活保護受給が用いられることが多いが，経済的困窮は生活保護受給者だけの問題ではない．低年金，すなわち，保護以上自立未満という経済状況についても考える必要がある．低年金の高齢者の課題は，医療・介護の需要度が高くなるほどに深刻化する．生活保護支給額が国民年金の老齢基礎年金額より多いことが指摘されているが，低年金者の収入は生活保護費と同等，場合によってはそれを下回る．一方，生活保護受給者では現物給付される医療扶助・介護扶助について，年金受給者では自己負担分の支払いが生じる．医療介護にかかる費用の自己負担分を拠出する経済力が現実にないこと，あるいは拠出することにより生活費がなくなることの不安から，医療・介護サービス利用ができない，そしてそのことが社会的孤立状態をつくる背景因子となり得る．

低年金者では，住まいの課題も大きい．とくに都市部は家賃が高いため，救急医療の利用等の予定外の支出によって家賃が支払えなくなると，住まいを失うリスクも高くなる．いったん住まいを失ったり，あるいはより家賃が低額の物件への転居を考えても，身寄りがないことは保証人がいないことにつながり，新しい住居の賃貸契約を結ぶことの支障になる．公営住宅を考えると，「経済困窮があり家賃が支払えないが，身体的には自立し独居ができる」状態は，公営住宅の入居優先順位は高くない．介護施設はどうかと言うと，施設基準，建築基準を順守すればある程度の土地が必要であるため，地価の高い都市部の介護施設の施設利用料も高額になる．やむを得ず近隣県に住まいを探すことになる．施設形態，施設の方針によっては，住み慣れた土地を離れることで，生活の継続性が保たれず，結果として社会的孤立のリスクは一層強くなるかもしれない．

施設に入所すれば周りに人がいる．それでも社会的孤立のリスクが高まるのはなぜなのか．在宅と施設入所中の認知症高齢者を比較した研究では，施設入所群のほうが社会的接触が少ないことを報告しているものが複数ある[15, 16]．これらの研究は世帯形態を考慮していないが，施設入所者の社会的接触が多くないことを示唆するものと考える．

さらに，施設そのものが地域社会から孤立しているという状況があり得る．施設そのものが社会的孤立状態ある場合，そこに暮らす個々人の社会的孤立に焦点があてられることはきわめて少ない．施設の社会的孤立，施設のなかの社会的孤立は確かに存在し，かつ，この課題に関する知見は十分に集積されていない．

### 文献


1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）（2017）
https://www.ipss.go.jp/ppzenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html

2) 内閣府：令和2年版高齢社会白書（2020）
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf

3) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業（研究代表者朝田隆）報告書

4) 粟田主一：一人暮らしの認知症高齢者 特集にあたって　一人暮らし、認知症、社会的孤立．老年精神医学雑誌，31（5）：451-459（2020）

5) 井藤佳恵，多田満美子，櫻井千絵　ほか：地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴，認知症ステージによる検討．老年精神医学雑誌，24（10）:1047-1061（2013）

6) 井藤佳恵：家族介護力の欠如と経済的困難を抱える認知症高齢者の医療サービスマネージメント．老年精神医学雑誌，28（3）：247-253（2017）

7) 警察庁：令和2年度における行方不明者の状況（図表）（2020）
https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/R02yukuefumeisha_zuhyou.pdf

8) 菊地和則，大口達也，池内朋子　ほか：独居認知症高齢者の行方不明の実態　150事例からの報告．老年精神医学雑誌，32（4）：469-479（2021）

9) 厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査報告書（2003）
https://www.jil.go.jp/jil/kisya/syaengo/20030326_01_sye/20030326_01_sye_hk_03-1.html

10) 厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）（2016）
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12003000-Shakaiengokyoku-Shakai-Chiikifukushika/02_homeless28_kekkasyousai.pdf

11）森川すいめい：【経済格差と高齢者精神医療】高齢者がホームレス状態にある理由　ホームレス支援の実践からみえてきたもの．老年精神医学雑誌，25(6)：658-664(2014)

12）杉山美香：新型コロナウイルス感染症流行下において認知症支援のための地域拠点が行った困難事例への支援．老年精神医学雑誌，32(9)：953-959(2021)

13）井藤佳恵：【経済格差と高齢者精神医療】経済的困難を抱える認知症高齢者を困難事例化させる要因　認知症高齢者困難事例を対象としたアウトリーチ型支援事業からみえるもの．老年精神医学雑誌，25(6)：644-650(2014)

14）山田知子：【経済格差と高齢者精神医療】高齢期の貧困はいかにしてつくられるのか．老年精神医学雑誌，25(6)：624-629(2014)

15）Nikmat AW, Al-Mashoor SH, Hashim NA.: Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. Int Psychogeriatr, 27(5)：815-824(2015)

16）Olsen C, Pedersen I, Bergland A, et.al. : Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia - a cross-sectional study. BMC Geriatr, 16: 137(2016)



CQ6-2

# 身寄りがなく、低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策はあるか

**回答文**

わが国の社会保障制度の利用手続きは家族がいることを前提に設計されているため，身寄りがないことが社会保障制度の利用自体を困難にさせている．経済的困窮への支援については，生活保護の漏給に対して，適切に生活保護を受給することへの支援策が必要である．生活保護水準に次ぐ所得(低年金)者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており，現状では有効な方策がほとんどない．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

身寄りがない低所得・低資産の独居認知症高齢者が事例化する時期と初期支援が抱えるリスクは，生活保護受給の有無によって以下のように整理される．

生活保護受給者には福祉事務所が関与している．したがって，本人が抱える困難が生活保護担当ケースワーカーに把握される程度に表面化する段階で，必要な支援につながる可能性がある．制度・サービス導入の際に，生活保護担当ケースワーカーが本人の価値観とサービスの不一致を調整し，円滑に導入できる可能性がある．一方で，支援方針が担当する生活保護ケースワーカーの意向を強く受ける傾向にあり，ケースワーカーの職業倫理とスキルが問われる．

生活保護非受給者の場合，本人からの援助希求がなければ，公的機関が積極的に関与していることはほとんどない．したがって，行政機関や地域包括支援センターが本人を把握するのは，本人が抱える困難が地域コミュニティーの中で問題にされる程度に表面化してからで

ある．本人の価値観と制度・サービスの間の不一致を調整する者がなく，客観的には支援ニーズがあっても，本人の支援ニーズと提示されるサービスが一致しないなら，サービス利用には至らない．本人が抱える支援ニーズの複雑困難化が進行すると，本人の意思の尊重よりも，社会権の行使に偏った支援がなされる傾向があるため，初期支援の段階で望ましい支援―被支援関係を構築し，困難事例化を回避することが期待される．

## 2. 高齢期の貧困化

高齢期の貧困化の経路として，山田は[1]，養護老人ホームの入所者を対象とした研究から以下の5つの類型を挙げている．

1) 若年期に，日雇い労働など社会保険を伴わない働き方をしていたため，社会保険制度による保護が受けられない．
2) 住み込みの形態で働いていたため，失職と同時に住まいを失い，極度の貧困に陥る
3) 精神障害の存在が，経済，住まい，職の不安定さに連動し，生活基盤が脆弱である
4) 婚姻関係を基盤とする私的扶養システムをもたない
5) 養育環境の貧困の連鎖

以上からは，家族をもたず，経済基盤が脆弱な者が高齢期を迎えたときに貧困化しやすいと考えられる．

## 3. 要支援者の把握

支援を始めるには，身寄りのない独居認知症高齢者の存在を把握することが必要である．事例化する前に把握しようとするのであれば，地域コミュニティーの力に期待するか，ある程度公的な役割を持つ機関の積極的関与が必要である．実践例として，民生委員や近隣住民から情報を得て在宅介護支援事業所がみまもり支援を行っている自治体[2]や，郵送による健康調査の回答未返送の高齢者に対する訪問事業[3]を行っている自治体がある．

## 4. 生活保護水準未満の未受給世帯

低所得世帯は，生活保護受給世帯，生活保護水準未満の未受給世帯，生活保護水準に次ぐ所得（低年金）世帯に分類される．現行の制度化では，経済的困窮を抱える国民に対する我が国の社会保障・社会福祉制度の基盤は生活保護制度である．2010年に厚生労働省が公表したデータによると[4]，我が国において世帯所得が生活保護支給基準以下である世帯のうち，実際に生活保護を受給している割合（捕捉率）は，所得のみで考えると15.3%，資産を考慮すると32.1%であった．これ以降，厚生労働省からは補足率に関するデータは公表されていない．実際の捕捉率はこれより低い可能性が指摘されており，研究者による推計は10－20%とするものが多い．

## 5. 生活保護申請の課題

所得が生活保護基準以下であるにもかかわらず，実際には受給していない低所得層の多くは，「稼働能力を活用していても収入が最低生活費を下回る」などの生活保護の開始要件を満たしている．このような漏給（ある世帯が生活保護支給基準未満の所得でありながら生活保護を受給していないこと）の原因として，①対象者が正確な情報にアクセスできておらず，自分に受給資格があると認識していないこと．次に，受給資格があると認識したとしても，②生活保護受給に対するスティグマや家族に連絡がいくことへの心理的抵抗から申請を控えること，③申請手続きが煩雑であること，④窓口担当者に保護の必要性や今後の見通し等を的確に伝える能力が十分にないこと，⑤保護制度が経済的困窮の実情にあっておらず，経済的に困窮していても必ずしも生活保護の申請基準を満たさないこと（借金がある場合を含む），⑥「水際作戦」として報じられるような窓口の相談応需体制，などが一般的に挙げられる．そのような原因を解消し生活保護受給を支援する方策として，以下を挙げる．

1) 借金；生活保護費を借金に返済に充てることは認められない．生活保護申請にあたっては借金の処理が必要である．法律相談から自己破産を検討することが多い．
2) 生活保護を受給することに対する本人の心理的抵抗：経済的困窮が大きな要因となって医療介護サービスの利用ができない／しない場合には，医療扶助のみを支給するなど，本人が受容できる受給の仕方と，適切なサービス利用のバランスをとる方法を検討する必要がある．
3) 窓口での申請手続きの困難さ：認知症高齢者が申請窓口で，生活保護の必要性を独力で訴えることには困難がある．支援者の同行を検討する必要がある．公的機関の関与がない認知症高齢者が，どこでどのように同行者をみつけるのか，ということに対する回答はない．

2021年10月から，成年後見人による生活保護申請が可能になった[5]ことは大きな改善点と

考えられる．成年後見申立ておよび後見報酬等，成年後見に関わる費用は生活保護費の対象ではなく，成年後見制度利用までにかかる費用の課題はまだ残る．

## 6. 金銭管理の課題

生活保護受給の次に生じるのは，金銭管理の課題である．生活保護受給ができても，それを適切に管理できなければ有効な生活支援にはならない．低所得低資産の場合，高額の消費者被害の対象にはなりにくいが，経済搾取の対象にはなり，適切な金銭管理支援が必要である．権利侵害は誰の目も届いていない孤立した人が対象となる場合が多く[6]，独居認知症高齢者では経済搾取のリスクも高い．

## 7. 生活保護水準に次ぐ所得（低年金）世帯

身寄りがなく，低所得・低資産であるが生活保護水準を満たさない独居認知症高齢者に対する経済支援策は乏しい．金銭管理について，日常生活自立支援事業か成年後見制度の利用が考えられるが，経済的に成年後見制度は利用できないことが多い．成年後見制度の最大の目的は権利擁護であり，それは主に身上監護によって実現されるはずであるが[7]，低所得・低資産である者の場合，まず，①申し立て費用がないことによる申立ての困難，②後見報酬を望めないことによる後見人確保の困難，つまり成年後見制度を利用することの困難という課題があり，選任後も，③生活のあらゆる場面における選択肢が経済的要因の制約を受けること，④低所得者では後見事務の基本が収入の確保と節約になること[7]等，成年後見制度の理念である「自己決定権の尊重」の実現はより一層困難である．福祉的援助（生活支援）を必要とする多くの問題は経済力がないことが原因で発生している[7]のであり，経済的支援をになうはずの生活保護制度へのアクセスは改善される必要がある．

自宅が持ち家であれば，リバースモゲージの利用も選択肢となる．リバースモゲージには民間の金融機関が運営するものと，国が運営するもとのがあり，低所得低資産の65歳以上高齢者は後者を利用することが想定される．国が運営するリバースモゲージは低利子であり，社会福祉協議会が相談窓口になるため利用へのアクセスに関する地域格差がないことが利点として挙げられる．しかしながら，推定相続人の1人が保証人になることが求められ，身寄りのない独居高齢者ではここにも障壁がある．

総じて生活保護水準に次ぐ所得（低年金）者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されている．根本的には，社会保険加入率が低い業界への働きかけ，疾病障害を抱える人たちが安定した生活基盤を確保するための支援，保護力のある家族の存在を前提とした社会制度の再設計が求められる．

### 文献


1) 山田知子：【経済格差と高齢者精神医療】高齢期の貧困はいかにしてつくられるのか．老年精神医学雑誌，25(6)：624-629(2014)

2) 中川忠昭，上野明見，谷内真佐子　ほか：身寄りのない在宅高齢者の現状　孤独死を未然に防ぐには．善仁会研究年報，(34)：41-44(2013)

3) 井藤佳恵，稲垣宏樹，杉山美香　ほか：郵送調査回答未返送の後期高齢者に対する訪問調査　大都市における潜在認知症高齢者の実態把握．老年精神医学雑誌，26(1)：55-66(2015)

4) 厚生労働省社会：援護局保護課，生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について(2010)
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0409-2d.pdf

5) 東京都社会福祉協議会：速報　成年後見人による保護申請が可能に、10月から．東京社会福祉士会ニュース，263：15(2021)

6) 平田 厚：【核家族、低所得高齢者のケースワーク】日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)、成年後見制度．老年精神医学雑誌，28(3)：262-269(2017)

7) 金川 洋：【経済格差と高齢者精神医療】資力に欠ける高齢世帯の後見実務と生活保護制度の問題点．老年精神医学雑誌，25(6)：651-657(2014)

CQ7-1

# 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

不安，被害妄想，地域住民としてのルールの遵守ができなくなる，などによる近隣との人間関係の悪化が，大都市では住宅が密集しているがゆえに大きな課題となる傾向がある．また，大都市の賃貸物件の多さから，認知症による金銭管理能力の低下による家賃の滞納や，それによる大家との関係の悪化も，一人暮らし継続を阻む要因となる．さらに，医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに，度を超えた利用によって一人暮らしの継続が難しいと判断されてしまう場合もある．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

大都市の特徴として，他の地域に比べ高齢者の地縁組織への参加が少なく、友人との交流も少ない傾向が見られる[6]。そのため、近所の人について心配はしているが，一歩踏み込んだアプローチがなかなかされにくいということがある[1]．また，大都市に出稼ぎでやってきた世代の人たちが，貧困に陥り帰郷もできずに社会的に孤立し，そのまま独居認知症高齢者となっているケースも見られる[2, 5]．さらに，医療資源やフォーマルサービスは比較的豊富な地域であっても，それらにアプローチがしにくいさまざまな理由を抱えている人[2, 5]，複合的な課題を抱えておりどこに相談に行けばいいかわからない，もしくは相談窓口ショッピング状態となり結果としてどこにもつながらないケースも見られる[1]．

文献で大都市として取り上げられているのは，新宿区[1, 4]，台東区[2, 5]，世田谷区[3, 4]，練馬区[4]，板橋区[4]，堺市[4]，大都市圏の特別区分[4]である．これらの地域の独居認知症高齢者が抱える生活課題とはどのようなものがあるのかを文献から抽出した．

## 2. 大都市の独居認知症高齢者の生活課題

### (1) 近所の人間関係

被害妄想や不安などがあった場合に，大声を出してしまったり，夜中に近隣の知り合いの家を訪ねて行ってしまったりすることが起き，住宅が密集しているがゆえに近所の人間関係が悪化してしまう[1, 2, 3]．それがきっかけでさらに本人の状態が悪化してしまう悪循環が見られる[1, 3]．賃貸住宅の場合は，大家との人間関係という課題も見られた[2]．

### (2) 金銭管理

ATMでお金が下ろせない，通帳が見つからない，誰かに盗られた，生活保護費や年金の受給を忘れてしまう，などがよく見られる[1-3, 5]．金銭の管理以外にも，お金にかかわる課題では，買い物や光熱費・家賃の支払いができなくなってしまうケースもある[2, 3, 5]．

これらは，大都市特有の課題というわけではない．しかしながら，大都市では賃貸住宅が多いため，家賃の支払いについては，大都市に多い課題とも考えられる．また，貨幣を介した経済活動がほとんどであるため，金銭管理の課題はやや大きいと考えられる．しかし，これに関するエビデンスは本レビューでは見出せてはいない．

### (3) 健康・衛生，安全

光熱費の支払いが難しくなると，ライフラインが止まってしまうなどにより健康を維持するのが難しくなる[2]．ゴミ出しや生活環境の整備，火の元の安全確保についての課題も見られる[2]．本人のADL自立度や認知症自立度は，高い方が一人暮らしを継続している[4]．これらは大都市特有の課題とは言えない．

住宅が密集しているがゆえに，ゴミのにおいやボヤ騒ぎがより大きな課題となることも考えられるが，それにより周囲との関係性が悪くなったり，心配されるなどで一人暮らしの継

続が難しくなることが見られる[2,3,5]．

医療のアクセスがよいがゆえに，頻回に救急車を呼んでしまい，一人暮らしは無理と判断される場合もある[1,2]．

### (4) 離れて住む家族との関係

一人暮らしを継続している人の方が家族による介護の頻度が低く，家族介護の頻度が高いと一人暮らしが継続できない傾向がある[4]．しかし，大都市以外との比較は行われてはいない．


**文献**

1) 秋山正子:【一人暮らしの認知症高齢者】大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌，31(5):487-497(2020)

2) 的場由木:【一人暮らしの認知症高齢者】社会的に孤立し、生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援．老年精神医学雑誌，31(5):487-497(2020)

3) 菊地ひろみ:【一人暮らしで迎える認知症-超高齢社会のなかで】認知症疾患医療センターの視点から．認知症の最新医療，7(1):6-11(2017)

4) 中島民恵子，中西三春，沢村香苗　ほか:大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設移行に関する要因．厚生の指標，62(12):15-21(2015)

5) 滝脇 憲:【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌，26(5):498-508(2015)

6) 斎藤民,近藤克則,村田千代栄, 鄭丞媛,ほか:高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差　JAGESプロジェクトから．日本公衆衛生雑誌，62(10):596-607(2015)




CQ7-2

## 大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか

**回答文**

多彩な背景の人が密集して住んでいる大都市においては，対象を狭めずに，間口が広く敷居が低く，さまざまな困りごとに対して相談できる窓口と，心地のよい居場所，健康等についての学びの場，交流の場などを兼ねた，ワンストップでの実用的かつ心理社会的な支援が有効である．また，賃貸住宅を利用する独居認知症高齢者等に対し，安心できる住まいの確保と生活支援，つながりづくりを一手に提供する取り組みも認知症を持ちながらの一人暮らしの継続に功を奏している．

**解説・エビデンス**

### 1. はじめに

大都市は人が密集して生活しており，公共交通機関も発達していることから，移動の観点からは人が集まりやすく，場所と人さえ確保できれば居場所や交流の場といった支援は，実践がしやすい傾向が見られる[1]．大都市における独居認知症高齢者等への支援には，人とのつながりを途切れさせない地域の居場所づくり，不安を解消するための敷居の低い相談支援[1,2,3]，民間団体による生活支援を含めた住まいの確保への支援等が見られる[2,3]．また，大都市には賃貸住宅で認知症を持ちつつ一人暮らしをしている人も多いが，そこでの生活に欠かせない，家賃の支払いや地域生活のルール・役割に対する支援も行われ，功を奏している[5]．さらに，住宅が密集している地域のため，つながるきっかけとなる支援があれば，住民相互の助け合いが生まれ，好循環になっていく展開も見られる[1,2,3]．

文献で大都市として取り上げられているのは，新宿区[1)]，台東区[2, 3)]，ほか詳細な場所は伏せられているが東京都の23区内の特定地域である．

## 2. 大都市の特性にあわせた独居認知症高齢者への支援

共通する特徴として，大きく次の点があげられる：(1)複合的な課題をまずはワンストップで受け止める，(2)支援を受けた側が支える側となれる相互の助け合いを醸成．それぞれの項目について以下に解説する．

### (1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める

事例の一つ，暮らしの保健室では，どこに相談したらよいかわからないでいるうちに，状態が悪化していくのを防ぐ意味でも，課題ごとに窓口を分けずに受け止められる機能がある[1)]．また，その場は相談窓口だけでなく，安心できる居場所，交流の場，医療や健康に関する学びの場でもあり[1)]，認知症になる前からの付き合いが生まれ，その後の体調変化等に対して継続的な支援に役立っている．

医療や福祉さまざまなサービスへのアクセスが比較的よいにも関わらず，非常に多彩な背景，事情を持ち社会から孤立している場合があるため，自立支援センターふるさとの会では，安心できる住まいの確保を入り口にしつつも，生活を継続することを主眼とし，生活トラブルや事故の予防と対応などの支援も展開している[2, 3)]．

大都市の特徴というわけではないが，必要に応じて地域のフォーマルサービスや，ネットワークへとつないでいく．それが地域全体の理解と支援力のアップにもつながっている[1, 2)]．

### (2) 支援を受けた側が支える側となれる相互の助け合いを醸成

上記の(1)の活動を展開する場がボランティア育成の場[1)]や，就労支援の場[2)]にもなっているため，利用者は役割を得て社会の一員としての自覚を取り戻すことができる．こうした精神面だけでなく，相互支援が生まれることで，支援の担い手不足の解消にも役立っている[1, 2, 3)]．

支援を展開していく上で，とかく個別の課題に目が向きがちだが，これらの支援の特徴は，長所や本人の持っている力にも着目し，伸ばし活かしていくことで独居で認知症があっても社会生活を続けられることにつながると考えられる．


**文献**

1) 秋山正子：【一人暮らしの認知症高齢者】大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌，31(5)：487-497(2020)

2) 的場由木：【一人暮らしの認知症高齢者】社会的に孤立し、生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援．老年精神医学雑誌，31(5)：487-497(2020)

3) 滝脇 憲：【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌，26(5)：498-508(2015)

CQ7-3

# 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

離島の独居認知症高齢者の生活課題は，離島の文化や地域社会，社会資源の量や種類が影響し，その背景は離島によって異なっている．医療面では慢性疾患の治療や認知症の鑑別診断などを受けるためには島を離れなければならないといった医療アクセスのハードルの高さがある．日常生活支援の面では，伝統的な地域の互助関係だけでは充足できない生活課題，例えば，認知症に伴う運転免許返納後の移動手段の確保，病態栄養食の確保，日中の居場所の確保などがある．住まいの面では，厳しい自然環境への対応の難しさに島内の介護資源の乏しさが加わると島内での在宅生活継続が難しくなる．加えて，生活様式が異なるとそれに伴いキーパーソンの特徴も異なるため，キーパーソンの確保の際にはアプローチの仕方に工夫が必要である．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

独居認知症高齢者の多くは，認知機能の低下から，各種手続き，日常生活支援，医療，安否・安全確認[1]や，日中の活動，社交，視力・聴力，心理的ストレス，偶然の自傷への対応[2]といった，介護保険サービスではまかなうことが難しいが，在宅生活継続のために重要なニーズがある．また，彼らはキーパーソンがいない場合も多く，緊急時の支援も必要である[1]．

日本は6,852の島からなり，本州，北海道，四国，九州，沖縄本島を除いた6,847が離島とされ，有人島は304ある．2015年の離島の高齢化率は39.0%であった[3]．これは，2055年における全国の高齢化率の推計38.0%を超えており，離島地域は高齢社会を先取りする地域である．離島の生活は，その島の立地条件や人口規模で，社会資源の量や本土との交流も変わる．さらに，そこで暮らす独居認知症高齢者も生活様式が異なるため，抱えるニーズもさまざまである．ここでは，独居の認知症高齢者が離島に暮らし続けるための生活課題について，医療のニーズ，日常生活支援のニーズ，住まいのニーズ，キーパーソンの確保の4つについて解説する．

## 2. 離島の独居認知症高齢者の生活課題

### (1) 医療面のニーズ

離島地域は医療資源が限られている．20床以上の入院設備を持つ医療機関のない島は9割以上，医師が常駐していない島も4割以上と，医療資源が十分にない現状にある[3]ため，入院が必要な病気や終末期になると島外に出なければならなくなる[4]．独居認知症高齢者が糖尿病などの慢性疾患を抱えると，服薬や注射などのコンプライアンスが悪くなり，島外の家族の下に住んだり，入院や施設入所をせざるを得なくなる[5]．また，島内の医療機関への受診であっても，自発的な受診が難しいことから，通院送迎や同行者を手配するのに苦慮する[6, 7, 9]．認知症の診断については，島内に認知症専門医がいることはまれであることから鑑別診断のために島外に受診しなければならない場合があるなど，診断までのハードルが高い[8]．

### (2) 日常生活支援ニーズ

ほかの地域と同様に，離島でも介護保険サービスで提供できない生活面でのニーズが課題となっている．例えば，離島は公共交通機関が不便であるなど社会資源が限られており，認知症の初期には，免許返納後の移動手段が課題となりやすい[7, 9, 10]．自動車での移動が困難になるとそれに伴い外出，買い物も難しくなってしまう．

また，食事をどのように確保するかも課題として挙がりやすい．離島は飲食店が限られており，配食サービスのニーズは高い[2, 9-11]．しかし，配食サービスまたは食事がボランティア活動で運営されていたり，近隣住民の善意などで賄われている場合は，病態栄養食などの特別なニーズに対応できないことが起こる[9, 12]．

認知症が進み日中の居場所が必要になると，デイサービスに通う必要が出てくるが，介護保険サービスや認知症に対する偏見や理解不足，昔ながらの人間関係の影響から，高齢者が行きたがらないという課題が出てくることがある[7, 9, 13, 14]．都市部のようにデイサービスを選ぶことができない離島ならではの課題であると言える．

## (3)住まいのニーズ

離島は認知症の進行や身体機能の低下だけでなく，厳しい自然環境などによっても一人暮らしが困難になることがある．しかし，入所施設やショートステイなど泊りのサービスがない地域の場合は，島外に出なければならず，在宅生活継続が難しくなる[4]．

## (4)キーパーソンの確保

中島ら[1]は，独居高齢者を支えるケアマネジャーが，緊急受診・入院の時の意思決定や手続き代行や終末期の意思確認を行っており，緊急入院時の金銭的補償リスクを抱え，制度理解の説明責任まで担わねばならない状況を指摘している．離島でも，認知症高齢者の支援課題として，退院時カンファレンスを医療職ではなくケアマネジャーが行う，本土への入院の際，ケアマネジャーが付き添わねばならないといった同様の問題が挙げられている[8]．このように独居高齢者への支援においては，ケアマネジャーのキーパーソン化が課題である[1]が，離島でも同様である．

このように支援を行う際必要となるのがキーパーソンであるが，離島の独居認知症高齢者の生活様式は様々である[15]．

天涯孤独型は出稼ぎ等やIターンなどで島に定住した者である．島内の友人や知人からの日常生活支援のサポートは受けていても，いざ支援が必要になりアプローチすると，本土の家族と連絡が取れない，以前の居住地から住民票を移していないといった問題が明らかになる．介護保険サービスの契約や医療同意が必要になった際，キーパーソン探しに難航する可能性がある[7, 13, 14]．

島外別居型は，キーパーソンとなる子供や家族が島外に暮らしているタイプである．離島の高齢者は島内に親類がいる場合が多く，近くに住む親類から日常生活支援を受けて暮らしているが，島外家族と島内の支援者とのコミュニケーションに関する問題や直接的な支援が必要な際に問題が起こることがある[8, 12]．

島内別居型は，キーパーソンとなる家族が同じ島の別の場所に住んでいるタイプである．他の二つのタイプよりは支援を受けやすいと言えるが，家族関係によっては高齢者の変化が把握できておらず，問題が顕在化してから気づくこともあり注意が必要である．

以上の3つのタイプのうち，天涯孤独型については行政や公的機関がその人間関係を把握することが難しく，アプローチに工夫が必要である[8]．

### 文献


1) 中島民恵子，沢村香苗，山岡 淳：単身要介護高齢者に対するケアマネジャーによる在宅継続支援の実態と課題．社会保障研究，1(1)：183-191(2016)

2) Miranda-Castillo, Claudia, Woods, Bob, Orrell, Martin. : People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? International psychogeriatrics, 22(4): 607-617(2010)

3) 国土交通省国土政策局：離島振興計画フォローアップ 令和3年6月(2021)
https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102_ritou01.html

4) 宮本恭子：島根県の離島における地域居住要件を考える．日本プライマリ・ケア連合学会誌，40(1)：52-57(2017)

5) 椙山美千代：高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整．糖尿病ケア，8(10)：1015-1019(2011)

6) 美底恭子，大湾明美，伊牟田ゆかり ほか：小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検：H島診療所の看護実践から．沖縄県立看護大学紀要，17: 127-136(2016)

7) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業(平成29年度事業実施状況報告書)(2018)

8) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業(平成26年度事業実施状況報告書)(2015)

9) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子 ほか：離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因．日本認知症ケア学会誌，20(4)：532-544(2022)

10) 下地幸子，安仁屋優子，長嶺絵里子 ほか：認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み(第1報)介入準備期におけるZ区の強みと課題．名桜大学総合研究，28: 69-78(2019)
http://ci.nii.ac.jp/naid/120006949873/ja/, (参照 2021-05-28)．

11) 公益社団法人 全国国民健康保健診療施設協議会：離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書(2019)
https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547

12) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業(平成28年度事業実施状況報告書)(2017)

13）地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成27年度事業実施状況報告書）（2016）

14）地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）（2020）

15）竹井 太：ひとり暮らしの認知症の人の地域ケア 離島に於ける独居認知症の人のケア．日本認知症ケア学会誌，16（1）：59（2017）



CQ7-4

# 離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

回答文

離島における支援の特徴として，伝統的な地域の互助活動や島民同士のソーシャルネットワークが挙げられる．離島は社会資源が限られているため，生活課題に対する支援策を立てるときはこの互助関係を活用することが重要である．また，様々なセクターの支援者がネットワークを構築して連携することで効率的な支援が可能となり，社会資源の乏しさを補うことが期待できる．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

離島における支援の特徴として，伝統的な地域の互助活動，島民同士のソーシャルネットワークがあることは多くの研究で指摘されている[1-3]．また，離島は行政と住民との繋がりが強く，高齢者への気づかいや見守りがある[4]．離島における独居認知症高齢者への支援で大きな助けとなるのは近隣との相互扶助関係であると言える．

一方で，高齢化と人口減少は深刻で，独居認知症高齢者の生活を支えるフォーマル／インフォーマルなサポートに影響を及ぼしている．若年層の流失は地域の支援者不足やサービスの担い手不足を生じさせ[5]，介護保険サービスの提供や地域の相互扶助関係を縮小・希薄化[2, 5]させている．高齢人口が減り始めている地域では，介護保険サービスの利用ニーズが少なくなり，採算が取れなくなっている[6]．伝統的な互助に支えられてきた離島地域であるが，高齢化と人口減少の影響がその姿を変えつつある．

## 2. 生活課題に対する支援策

### (1) 医療面の支援

離島は医療資源が限られており，慢性疾患を抱えると治療が困難になり，島外で治療を行うことになる．しかし，糖尿病の自宅療養を希望する独居認知症高齢者に対し，島内の支援者ネットワークを整え，徐々に一人暮らしの日数を増やし，自宅療養への移行期間を設けたことで，支援する側も納得しながら受け入れ態勢を整えたという報告がある[7)]．

通常の受診においても，独居認知症高齢者は自力での定期通院や予約等が困難であり，健康状態を悪化させやすい．しかし，診療所とケアマネジャー，社会福祉協議会，地域包括が連携し，認知症高齢者の優先診療時間を設定し，その時間に合わせて通院送迎を行うことで，受診をしやすくするという取り組みを行っている地域がある[8, 9)]．

認知症の診断や治療の質を高めるためには人材育成も必要である．東京都では島しょの保健・医療・介護の関係者に対し，本土の認知症疾患医療センターが研修や事例検討を行うことで，島内での認知症診断を可能にするための取り組みが行われている[10)]．

### (2) 日常生活の支援

独居認知症高齢者が在宅生活を継続するためには，事務手続きの支援，日常生活支援，安否・安全確認といったインフォーマルな支援が必要[11)]であり，離島においても同様である．

既存の地域住民の交流を活かし，地域の見守り活動や支援ネットワークを作る[3, 12)]取り組みを行う地域は多い．もともと互助が活発だった地域に，住民主体のNPO法人を設立し，介護保険で提供できない配食や移送などの生活支援サービスを提供している地域もある[13)]．住民の自助・互助の力を引き出すには支援をつなぐリーダーやコーディネーターの役割の重要性が指摘されている[1, 14)]．

### (3) 社会参加の支援

離島では，住民が主体となり高齢者向けのサロンやミニデイなどを提供する取り組みが行われている地域がある[3, 9)]．また，大きな木の下や船着き場といった場所に自然発生的にできた地域のたまり場が高齢者同士の交流や情報交換の場となっており[1, 14)]，重要な社会資源となっている．住民たちが集まる機会を活かし，保健師が出向いて保健活動を行うといった柔軟な取り組みを行う地域もある[9)]．

### (4) 支援者との信頼関係構築

離島の独居認知症高齢者への支援においては，支援者との信頼関係が良好であることが鍵である．ある地域の診療所では，診療所が認知症の高齢者にとって「良い対応をしてくれる場所」という印象になるよう，どんな理由でいつ来ても歓迎するという方針をとり，平時より信頼関係を作るという取り組みをしている[8, 14)]．

### (5) 住まいの支援

離島は自然が厳しいため，季節によっては高齢者の一人暮らしが困難になる場合がある．そこで，島根県などでは，冬場自宅において日常生活を送ることに不安がある者が期間限定で「生活支援ハウス」に入居し，一時的に自宅を離れて支援を受けながら暮らすという制度がある．しかし，近年，高齢化と入所施設の不足から，グループホームのような役割を新しく担いつつあるとの報告がある[15)]．

また，生活支援ハウスを設置することで，独居の高齢者の認知機能や身体機能の低下に合わせて自宅から生活支援ハウス，特別養護老人ホームと住まいを変え，できるだけ長く島内で暮らせるよう体制を整えている地域もある[14)]．

### (6) 支援者間の連携，ネットワーク構築

社会資源が乏しい離島での認知症高齢者支援は，行政や保健・医療・介護の組織や専門職だけでなく，民生委員，地域住民，警察，民間企業など多様な支援関係者がネットワークを構築し連携を行い，補っていく必要がある[2)]．しかし，離島は山村に比べて，①医療介護連携のための会議を開催しない傾向，②地域ケア会議に参加しない傾向，③近隣自治体との協議

や会議を実施しない傾向にあるという報告がある[6]．実際，関係機関の連携の弱さ[3, 16]や住民との連携，特に民生委員との連携の際の個人情報（プライバシー）の壁[5]の指摘がある．離島における支援者間のネットワークの構築は課題である．

東京都では，島しょ地域への認知症支援として，本土の認知症疾患医療センターの認知症支援専門職が定期的に離島を巡回し，ネットワーク構築のための多職種会議や個別支援の事例検討会に参加し，認知症支援のネットワーク構築を後押しする取り組みを行っている．多職種会議が定着した地域もあり有効な方法の一つであると言える[10]．

## 文献


1） 荒川泰士：離島在住の高齢者が在宅生活を維持していくための支援と課題 –介護に関する情報・人的ネットワークの実態から–．高知女子大学紀要，27-40（2018）

2） 宮本恭子：島根県の離島における地域居住要件を考える．日本プライマリ・ケア連合学会誌，40（1）：52-57（2017）

3） 下地幸子, 安仁屋優子, 長嶺絵里子　ほか：認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み（第1報）介入準備期におけるZ区の強みと課題．名桜大学総合研究，28: 69-78（2019）

4） 富川亜紀子：生活の支え合いにみる「助」のエスノグラフィー --インフォーマルなサポートの変化とその要因．地域研究，8: 29-43（2011）

5） 波名城 翔：離島における地域支援の現状と課題：五島市民生委員等への調査から．長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要，18（1）: 31-37（2019）

6） 公益社団法人 全国国民健康保健診療施設協議会：離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書（2019）
https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547

7） 椙山美千代：高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整．糖尿病ケア，8（10）: 1015-1019（2011）

8） 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子　ほか：離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因．日本認知症ケア学会誌，20（4）: 532-544（2022）

9） 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）（2018）

10） 古田 光：東京都における島しょ地域の認知症支援について．島しょ医療研究会誌，12: 16-19（2020）

11） 中島民恵子, 沢村香苗, 山岡 淳：単身要介護高齢者に対するケアマネジャーによる在宅継続支援の実態と課題．社会保障研究，1（1）: 183-191（2016）

12） 林 真二, 吉田いつこ, 堀井利江　ほか：地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題．安田女子大學紀要，47: 301-310（2019）

13） 神吉優美：高齢者の暮らしを支える自助・互助・共助・公助:住民が主体となり構築した地域ケアサービスに焦点を当てて．福祉のまちづくり研究，20（3）: 9-20（2018）

14） 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）（2020）

15） 浅井秀子，熊谷昌彦：島嶼における高齢者の冬期居住施設「生活支援ハウス」の利用実態と課題–島根県の事例–．日本建築学会技術報告集，48: 783（2015）

16） 波名城 翔, 岩永秀徳：島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究：長崎県新上五島町の調査から．長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要，18（1）: 25-34（2020）

CQ7-5

# 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

中山間地域で暮らす高齢者の生活課題について，独居認知症高齢者に限定し，定量的または定性的な研究を行った論文は見当たらない．数例見つかった実践報告から生活課題を中山間地域の特性を踏まえて考察すると，①移動に関わる生活課題，②資源不足に起因する生活課題，③住民の高齢化による生活課題，が挙げられる．また，豪雪地帯では雪による生活の困難さが加わる．なお，別居の家族や親戚，住民の理解が本人の暮らしを左右することもあるため，本人の意思を尊重し，これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が，中山間地域においても，生活課題の根底にあると考えられる．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

中山間地域は，高齢化率は高く，専門職も限られ，さまざまな資源が都市部に比べて少ない．また，面積が広く，人口密度も少ないため，住民の生活圏が集落に限定されることもある[5]．介護保険制度では中山間地域加算が設けられ，地域での介護サービス展開の困難さに対する特別手当も支給されている状況にある．そのような地域での独居認知症高齢者の生活課題の特徴について整理する．

## 2. 中山間地域で暮らす独居認知症高齢者の生活課題

### (1) 移動に関わる生活課題

中山間地域での暮らしでは，買い物や通院など生活に必要な外出において，徒歩で移動することが困難な場合がある．加えて，公共交通機関の運行数が少なく，独居のため家族・親族等による移動支援も期待することができないことがある[1]．独居で見守る人がいない場合には，徒歩での移動を試みて行方不明になることや，自動車の危険運転を繰り返して交通事故になるリスクもある[4]．散歩やゴミ出し，散髪などの日常生活での外出においても，リスクを抱えながら行うことになる[1,3]．中山間地域では豪雪地帯も多く，雪によって移動の困難さも高まり，また自宅内外問わず，寒さに対する適切な判断ができないと，生死に関わる事態が発生するリスクが高まる．

それらのことから，中山間地域での暮らしが長い独居認知症高齢者にとっては「ふつう」の暮らしではあっても，一方では，近隣住民や別居の家族や親戚には，ハイリスクな生活だと映ってしまう可能性がある[3]．そのため，近隣住民が見かけた時には「施設に入るしかない」と感じ，また問題が発生して別居の家族・親戚が状況を把握した時には「迷惑をかけてはいけない」と思いを抱く構図になりすいと考えられる[4]．

### (2) 資源不足に起因する生活課題

中山間地域の資源は限られており，介護サービスや医療，生活に関わる商業施設等の資源が少なく[2]，長時間の移動が必要な遠方の資源へのアクセスを余儀なくされる[1]．また，それらの担い手も不足しているため，認知症がかなり進行した独居認知症高齢者の場合，相当量の生活支援が求められ[1]，本人にとって必要な支援が十分に提供できないこともある．

加えて，面積の広さや地形の関係から，移動手段の乏しい独居認知症高齢者の訪問や送迎等に係る関係者の移動負担も多いため，資源があっても一日に対応できる人数が限られてしまう[1]．特に，豪雪地帯では，雪の影響により，高齢者の見守りの需要が高まる一方で，周囲の資源が対応できる範囲や頻度が縮小されてしまう可能性もある．

そのため，独居認知症高齢者が「ふつう」に暮らしたいと考えても，その暮らしを支えるた

めには，限られた資源と生活上のさまざまなニーズをマネジメントする必要があり[3]，専門職が少ない状況下において[2]，そのマネジメントを誰が行うかが課題になる．また，一方では，資源が少ない中山間地域で長年暮らしてきた場合には，交通機関の不便さから生活に必要な支援も含めて，資源が少ないことが「ふつう」であることもある．関係者が思い描く生活と，本人が思い描く「ふつう」の生活が異なる可能性を加味しつつ，マネジメントを行うことが求められると考えられる．

### (3)住民の高齢化による生活課題

都市部と比較して，中山間地域は高齢化率が高い．そのため，住民も高齢化しており，住民の支え合い活動を推進することも課題になっている[2]．高齢化率が非常に高い地域では，集落の住民が徐々に減り[5]，集落外からの移住も少なく，集落そのものが消滅してしまうようなターミナル状態を迎えることもある．

人が支え合う活動が少なくなり，人が集う場が消え，人口が減少する中山間地域[5]においては，認知症高齢者の「なじみの関係」や「なじみの場」が喪失し，今までの「ふつう」の暮らしが崩れていくことにもつながる．

また，独居認知症高齢者の場合，独居であることから「寂しさ」を感じるケースもあり[4]，孤立化防止も生活課題になると考えられる．特に，豪雪地帯では，雪の影響により外出機会が減り，人と交流する機会の減少も著しく，孤立が深まり，フレイルや閉じこもり防止が生活課題に挙がりやすくなると考えられる．

## 3. 生活課題の根底にある意思決定支援の問題

上述の通り，中山間地域における独居認知症高齢者の生活課題の特徴を整理したが，それぞれの生活課題において共通する問題が存在する．意思決定支援の問題である．

中山間地域に居住する独居認知症高齢者にとって，別居の家族や親戚，ご近所の理解が本人の暮らしを左右することがある[2]．「親族がいなければ，施設に入所するのが当たり前ではないか」，「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」といった住民意識の存在や，家族や親戚の心情として「他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが根底にあるという指摘もある[4]．

また，同様に，医師の診断が暮らしを左右し[2]，医師の診断が在宅生活の継続につながる場合もあれば，施設入所等の方向性につながる場合もある．従って，中山間地域において在宅で暮らす独居認知症高齢者は，本人の意思とは別の意思や判断によって，在宅生活の中断を余儀なくされるリスクを常に抱えている．

これらのことから，中山間地域で独居認知症高齢者が自分らしく暮らすことを支えるためには，本人の意思を尊重し，これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が重要であり，生活課題の根底にある問題となっていると考えられる．ただし，実際には，意思決定支援の問題は中山間地域に限定されるものではなく，都市部も含めた様々な地域において共通する問題になるとも考えられる．しかしながら，独居認知症高齢者の生活課題は地域特性の影響を受けている実態もあるため，今後は，意思決定支援のあり方においても，地域特性を踏まえて論じる試みは有効ではないかと考える．

**文献**


1) 宮﨑和加子：中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える．老年精神医学雑誌，31(5)：499-505(2020)

2) 池田昌弘：過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌，26(5)：493-497(2015)

3) 石川裕子，中谷文美：独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―．老年人文研究，(2)：1-20(2021)

4) 篠本耕二，二塚 綾：認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて．西武文理大学サービス経営学部研究紀要，(26)：153-161(2015)

5) 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～．内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室(2019)
https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf

6) 菊地和則，池田直樹，池田恵理子　ほか：平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書．東京都健康長寿医療センター研究所(2019)
https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/e110e97bfdba1024170a92c0b0c985d2_1.pdf

CQ7-6

# 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

回答文

中山間地だからこその取組・施策・制度に着目すると，以下の7つの視点からの取組みが有効ではないかと考えられる：①本人を重層的に支えるネットワークの構築，②地域を支える人材の育成・確保，③本人の意思決定や自立の支援，④本人のなじみの関係の継続と構築，⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重，⑥全世代的な地域づくりへの取組，⑦トータルにマネジメントする体制．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

移動が困難で，生活や介護，医療等に関わる資源も限られ，過疎高齢化により集落の存続も危うさがある中山間地域ではあるが，独居認知症高齢者の支援策を考えるにあたり，中山間地域だからこそ取り組めることがあり[2]，中山間地域が有する「残存能力」に着目することが重要になる．また，資源が限られているとはいえ，定期巡回・随時対応サービス[1]や小規模多機能型居宅介護のサテライト[5]など，移動困難や資源へのアクセスにも対応した中山間地域にも有効な介護サービスも制度上では創出されており，近年では多機能型シェアハウス[1]や生活支援ハウス[1]などの「住まい」に関わる資源も登場している．

加えて，市町村や地域包括支援センターを中心とした認知症施策の推進や成年後見制度の利用促進[6]，社会福祉協議会による日常生活自立支援事業や小地域ネットワーク事業を通じたコミュニティソーシャルワークの展開[4]など，個別ケースの対応から地域課題を検討し，





住民の認知症に対する理解と地域づくりを進める機運も高まっている．

制度・政策的には，介護保険制度に限らず，都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され，内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められている[6]．

## 2. 中山間地域の特性に合わせた支援策の視点

上述の中山間地域における独居認知症高齢者の各種取組を総合的に考え，支援策の展開に共通する視点を抽出すると以下の7点の視点が析出される．

① 本人を重層的に支えるネットワークの構築：「みつける」「つなげる」「支える」「知らせる」「介入する」など，ネットワークの役割を明確化すること．

② 地域を支える人材の育成・確保：介護・看護等の専門職確保と同時に，地域の支え合い活動やボランティア等に着目すること．

③ 本人の意思決定や自立の支援：本人が地域での暮らしをどのように考えているのかを把握し，意思決定や自立の支援をしていくこと．

④ 本人のなじみの関係の継続と構築：本人の環境の変化に着目し，なじみの関係を継続できるように，なじみの関係をつくれるようにすること．

⑤ 本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重：本人の意向や状況に応じた住まいや暮らしの選択肢を提示できるようにすること．

⑥ 全世代的な地域づくりへの取組：地域共生社会や地域創生の取組から発展させ，地域での伴走的な支援を推進すること．

⑦（上記①～⑥を）トータルにマネジメントする体制：地域包括支援センターが推進する「地域包括ケアシステム」と社会福祉協議会が推進する「地域福祉」の取組の融合．本人のこれまでの暮らし方を支えるような社会づくりにも取り組むケアマネジメントの確立．

### 文献


1) 宮﨑和加子：中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える．老年精神医学雑誌，31(5)：499-505(2020)

2) 池田昌弘：過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌，26(5)：493-497(2015)

3) 石川裕子，中谷文美：独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―．老年人文研究，(2)：1-20(2021)

4) 篠本耕二, 二塚 綾：認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて．西武文理大学サービス経営学部研究紀要，(26)：153-161(2015)

5) 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会：小規模多機能型居宅介護における地域でのセーフティネット機能に関する調査研究報告書．平成23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，61-68(2012)
https://www.shoukibo.net/roken_jigyo/pdf/H23_01_houkoku.pdf

6) 菊地和則，池田直樹，池田恵理子　ほか：平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書．東京都健康長寿医療センター研究所(2019)　https://www.tmghig.jp/research/

7) 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～：内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室(2019)
https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf



CQ7-7

# マンションに暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か

## 回答文

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は，以下の5つに分類される．①居住者名簿等に居住者の緊急連絡先を記載していない，②住戸までたどりつけない，または，住戸から外出できない，③共同生活する上での迷惑行為(騒音，火の不始末，ゴミ出しのルールを守らない，所定の場所に駐輪・駐車しない，ゴミ屋敷・異臭など)がある，④管理組合の業務に支障を与える，⑤管理員自身に業務の支障がある．

## 解説・エビデンス

マンションの一人暮らしの認知症の人または夫婦のみの認知症の高齢者世帯における生活課題となりうる事項をマンション実態調査書で指摘されている課題と研究論文で指摘されている事例を考慮しつつ解説する．

国土交通省の平成30年度マンション総合調査結果[1)]によれば，マンション内のトラブルとして，居住者間のマナー，費用負担，管理組合の運営，近隣関係等が挙げられ，その他のトラブルとして高齢者・認知症の方への対応が別に挙げられている．しかし，高齢者・認知症の方への対応には，マンション内のトラブルに挙げられている同じ事項が関わっている場合があると考える．

千代田区分譲マンション実態調査報告書[2)]によれば，組合運営上のトラブルにおいて，居住者間のトラブル，修繕・建替えをめぐるトラブル，組合運営をめぐるトラブル，近隣住民とのトラブルがあり，その他に理事の高齢化が別に挙げられている．しかし，理事の高齢化以外の組合運営上のトラブルが認知症高齢者等とかかわりがないとは言えないし，生活関連

のトラブルに挙げられているゴミ出し，騒音，共用部分の利用，駐輪，駐車等も同様である．

横浜市のマンション管理組合実態把握調査等業務報告書[3]における修繕積立金不足の問題や管理費等の滞納が多く発生している場合等が認知症高齢者等とかかわりがないとは言えない．

研究論文で指摘されている事例[4-14]は，マンション生活の中で課題となりうる事項である．マンション生活の中で課題となりうる事項の主要なものは，次に分類するとおりである．

## 1. 区分所有者等が居住者名簿等に居住者の緊急連絡先等を記載しない

a. 居住者が居住者名簿に居住者以外の緊急連絡先を記載しない
b. 居住者名簿に要配慮者の支援のために申告する欄があるにもかかわらず申告しない
c. 要援護者名簿を提出しない

## 2. 区分所有者等が住戸まで辿り着けない，または，住戸から外出できない

a. マンションの玄関の入口に行こうとしたが，階段があるのでそこまで上がることができない，または，玄関を出て階段しかないので降りることができない
b. マンションの玄関の入口でオートロックの暗証番号を入力しまたは鍵を使用して解錠できない
c. 各住戸まで手すりがないので廊下を安全に歩くことができない，または，各住戸から外出するために手すりがないので廊下を安全に歩くことができない
d. 各住戸まで手すりがないので階段で上がることができない，または，各住戸から外出するために手すりがないので階段を降りることができない
e. 各住戸までエレベーターを利用して行くことができない，または，外出するためにエレベーターを利用して行くことができない
f. 部屋の鍵を使用して中に入ることができない，または，外に出て鍵を使用してドアを閉めることができない
g. 号室の番号によってしか部屋の違いを識別することができない

## 3. 区分所有者等が共同生活するうえで迷惑行為等をしている

a. 両隣の居住者，真上と真下の居住者にとって迷惑な音を発する
b. 火災等を起こさないように住戸を安全に管理していない
c. 部屋の呼び鈴がなってうまく応答ができない
d. ごみ置き場のルールを守らない，集会室の使用ルールを守らない，などの共用部分等の使用ルールに従わない
e. 管理員の業務に協力せず，管理員に業務以外のことを依頼する
f. 鍵を忘れたとか失くしたという高齢者が管理事務所に駆け込むことが増えてきている
g. 間違って他の住戸のメールボックスから新聞を取ってきてしまい，どこから取ってきたのか分からずに困っている
h. 顔なじみの管理員に「鍵をしめるのを忘れた」，「財布を忘れてきた」，「肝心な物を買い忘れた」等と言いながら，1日に何回となくマンションを出入りする
i. 住戸がゴミ屋敷となりまたは汚物が溜まり異臭がする
j. 共用部分等で不潔行為をする
k. 認知症を伴いつつ孤独死する
l. 共用部分等に私物を放置する
m. 管理員に何度も同じことを繰り返し問合わせる
n. 自家用車の駐車場の駐車位置を間違える
o. 水道の蛇口等を閉め忘れて漏水し階下の住戸に被害をもたらす
p. 隣の親しい居住者に財布を盗んだと言って困らせる
q. お金が住戸の玄関に散らばっている，親類が居間にいる，兄弟が外から呼んでいるなどと言って管理員を困らせる
r. 些細なことで腹をたてて何度も管理員その他の居住者に不快感を与える
s. 共用トイレの場所が分からず管理員に何度も尋ねる
t. 季節外れの衣服を着ているのを管理員が発見する
u. デイサービスのない日にエントランスでずっと待っていて不審がられる
v. うまく意思表明できない
w. 他の居住者のドアの鍵のかかっていない住戸に入り込む

## 4. 居住者（区分所有者）が管理組合の業務に支障を与えている

a. 専有部分以外の建物，敷地，付属施設を他の区分所有者とともに共同して管理しない

b. 管理費や修繕積立金を支払わず滞納している

c. 年1回以上管理組合の総会に出席しない

d. 総会開催通知をもらっても回答をしない

e. 理事会の理事を引き受けない

f. 理事になって理事会開催通知が来ても回答しない

g. 理事長や理事が職務を遂行しない

h. 総会に出席して議案に議決権を行使しない

i. 書面によりまたは委任状を提出して議決権を行使しない

j. 防災組織が行っている防災訓練等の災害対策に協力しない

k. 居住者間のコミュニティ活動や地域のコミュニティ活動に参加しない

l. ライフライン改修工事（給排水管，給湯管追い焚き管，ガス管等）の更新工事を実施した際に，応対に疑問を持つ居住者がいたり，居住者が専有部分への立ち入りを拒否する

m. 総会等において意思表明をしない

## 5. 管理会社が居住者に迷惑行為をする

a. 管理員に認知症の疑いがあって業務に支障を与えている

### 文献


1） 国土交通省：平成30年度マンション総合調査結果（平成31年4月26日公表）
https://www.milt.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk5_000058.html

2） まちみらい千代田：[マンション]千代田区分譲マンション実態調査報告書（2019年5月発行）
https://www.mm-chiyoda.or.jp/development/other.html

3） 横浜マンション管理組合ネットワーク：令和2年度（2020年度）マンション管理組合実態把握調査等業務報告書（令和3年（2021年）2月26日）
https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/sumai-kurashi/jutaku/sien/manshon/chousahyou.files/0006_20210428.pdf

4） 川上湛永，水島能裕：認知症とマンション－実例からみた認知症と管理組合の対応－．マンション学，63: 168-172（2019）

5） 西山博之，三井一征，田籠秀夫　ほか：超高齢化・高経年化を迎えたマンションをどうする－管理組合は高齢者問題にどう取り組んだらよいか、認知症・孤独死についても考える－．マンション学，63: 183-187（2019）

6） 鎌田松代：マンションに住む認知症の人の暮らしづらさ－生活実態からの提案－．マンション学，64: 16-20（2019）

7） 角田光隆，篠原みち子：意思決定支援と成年後見制度．マンション学，64: 32-38（2019）

8） 高瀬晃典：認知症高齢者等の課題－管理会社からみた現状と課題、その対応．マンション学，64: 45-49（2019）

9） 岡崎真美，阿部利香，守屋京子：認知症高齢者等の課題に関する豊島区の取組み．マンション学，64: 60-66（2019）

10） 石田和人：マンションにおける高齢者への支援とコミュニティ構築の課題．マンション学，64: 83-88（2019）

11） 久保依子：認知症居住者とそのご家族、管理組合との関係構築のために－管理会社の視点から．マンション学，66: 94-95（2019）

12） 江口孝彦：マンション管理会社の現状と取組—困難事例と高齢者雇用の実例．マンション学，66: 96-100（2019）

13） 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，66: 101-107（2020）

14） 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）

# CQ7-8 マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか

**回答文**

事例ごとに特有の対応が必要な場合があるが，各事例に共通するポイントは以下の6つである．①居住者が認知症及び対応方法を正しく理解すること，②居住者名簿の緊急連絡先，要配慮者支援のための申告欄，要援護者名簿に記載があり，更新されていること，③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センター等があることを認識し，平時より交流すること，④地域包括支援センターを含めた行政機関は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供し，平時より交流すること，⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること，⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること．

**解説・エビデンス**

マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策については，十分なエビデンスがない．ここでは，マンション管理業の取り組みに関わる研究者の見解として，各事例の共通点を纏めて論ずるとともに，事例ごとに特有の対応が必要な場合について論ずる．なお，事例ごとの特有の対応に示す項目記号（アルファベット）は，CQ7-7に示す生活課題の項目記号に対応している．

## 1. 区分所有者等が居住者名簿等に居住者の緊急連絡先等を記載しない場合

居住者名簿に緊急連絡先が明記されていれば，管理組合の理事長が緊急連絡先に連絡することによって適切な支援が得られる．また，緊急連絡先に連絡がつかない場合や拒否された場合には，地域包括支援センター等に連絡することによって適切な支援が得られる．居住者名簿に要配慮者の支援用の申告欄や要援護者名簿に申告していれば支援を受けられる．

## 2. 区分所有者等が住戸まで辿り着けない場合，または，住戸から外出できない場合

認知症の一人暮らしの高齢者が住戸まで辿り着かない場合や住戸から外出できない場合がある．夫婦のみの高齢者世帯で二人とも認知症の場合，同居家族が疾病やひきこもりなどにより高齢者の支援者になりえない場合も同様である．夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，夫婦の一方の支援により住戸まで辿り着ける場合や住戸から外出できる場合がある．

〈事例ごとの特有の対応〉

a. マンションの玄関の入口に行こうとしたが，階段があるのでそこまで上がることができない，または，玄関を出て階段しかないので降りることができない場合

c. 各住戸まで手すりがないので廊下を安全に歩くことができない，または，各住戸から外出するために手すりがないので廊下を安全に歩くことができない場合

d. 各住戸まで手すりがないので階段で上がることができない，または，各住戸から外出するために手すりがないので階段を降りることができない場合

g. 号室の番号によってしか部屋の違いを識別することができない場合

管理組合は，高齢者・障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律と障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律により，スロープ，手すり，エレベーター，目印，導線などを設置して認知症の高齢者の移動を円滑にすべきである．g. について認知症でない人が管理組合の承諾を得て自己負担で廊下側のドアに目印を付けるのが望ましい．

b. マンションの玄関の入口でオートロックの暗証番号を入力，または，鍵を使用して解錠できない場合

認知症高齢者等を目撃した居住者や管理員は，オートロックを開錠して支援するのが望ましい．管理員は管理会社のフロント社員に伝え，フロント社員から管理組合の理事長に伝えて，管理組合の理事長が居住者名簿の緊急連絡先に連絡をするのが望ましい．相手方に連絡

がつかないか拒否された場合には，管理組合の理事長は地域包括支援センターに連絡することにより支援するのが望ましい．当該居住者は地域包括支援センターに直接連絡をすることにより支援するのが望ましい．

e. 各住戸までエレベーターを利用して行くことができない，または，外出するためにエレベーターを利用して行くことができない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合は，認知症でない人が認知症の人を手伝うのが望ましい．この場合に，夫婦の一方の認知症でない人は他方の異変に気付いて受診するか，地域包括支援センターに連絡して相談するのが望ましい．その他は，eに言及したことと同様である．

f. 部屋の鍵を使用して中に入ることができない，または，外に出て鍵を使用してドアを閉めることができない場合

区分所有者その他の居住者が部屋の鍵を使用して中に入ることができずにドアの前で立っているか座り込んでいた場合に，他の居住者が異変に気が付いて本人に尋ねて支援をするのが望ましい．また，他の居住者がこの異変を管理員に伝える場合がある．管理員に伝えた場合は，eに言及したことと同様である．

## 3. 区分所有者等が共同生活するうえで迷惑行為等をしている場合

認知症の一人暮らしの高齢者が他の居住者等と共同生活するうえで迷惑行為等をしている場合がある．夫婦のみの高齢者世帯で二人とも認知症である場合や，同居家族が疾病やひきこもりなどにより高齢者の支援者になりえない場合も同様である．夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，夫婦の一方が他の居住者等と共同生活するうえで迷惑行為等をしている場合を止めるのが望ましい．他の居住者が迷惑行為等により異変を感じた場合に地域包括支援センターに直接連絡するのが望ましい．他の居住者が管理員に伝え，または，管理員自身が迷惑行為等を知って管理会社のフロント社員に伝えフロント社員から，または，他の居住者から管理組合の理事長に伝える場合がある．この場合に，管理組合の理事長は，居住者名簿の緊急連絡先に連絡をするのが望ましい．相手方に連絡がつかないか拒否された場合には，管理組合の理事長は地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．



〈事例ごとの特有の対応〉

a. 両隣の居住者，真上と真下の居住者にとって迷惑な音を発する場合

大声を出す者と，被害を受けた両隣の居住者，真上と真下の居住者の当事者同士で解決に向けた交渉をするのが望ましい．

b. 火災等を起こさないように住戸を安全に管理していない場合

夫婦の一方のみが認知症である場合は，火災を消し止めたり，火災を起こさない管理ができ，火災の発生を低くするのが望ましい．火災を発生しづらい機器を利用することにより火災の発生を低くするのが望ましい．他の区分所有者等は部屋の一部が焼けたり，隣の部屋に類焼し隣の部屋や共用部分が焼けたりすることにより高齢者の異変に気付く．

c. 部屋の呼び鈴がなってうまく応答ができない場合

夫婦のみの高齢者世帯の場合で認知症の人が夫婦の一方のみの場合には，認知症でない人が呼び鈴に応答することができる．民間事業者が異変を感じた場合に，自治体との協定により地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．民生委員が異変を感じた場合には，自治体や地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．

d. ごみ置き場のルールを守らない，集会室の使用ルールを守らないなどの共用部分等の使用ルールに従わない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人に使用ルールを守るように促すのが望ましい．他の居住者や管理員等は，認知症の人の意思決定支援の下で使用ルールを守るように促すことにより支援するのが望ましい．

e. 管理員の業務に協力せず，管理員に業務以外のことを依頼する場合

夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が管理員の業務に協力するように促すことができ，業務以外のことを依頼しないようにするのが望ましい．この他の場合は，管理員から報告を受けた管理会社のフロント社員が管理組合の理事長に連絡する場合がある．管理組合の理事長は，区分所有者その他の居住者に管理員の業務に協力し管理員に業務以外のことを依頼しないように促すのが望ましい．

f. 鍵を忘れたとか失くしたという高齢者が管理事務所に駆け込むことが増えてきている場合

　認知症の人が夫婦の一方のみの場合には，認知症でない者が認知症の人の鍵の置き忘れ・紛失等に対処するのが望ましい．管理組合が鍵の預かり制度を作り，鍵管理ボックスを設置することが考えられる．

g. 間違って他の住戸のメールボックスから新聞を取ってきてしまい，どこから取ってきたのか分からずに困っている場合

　夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が自分のメールボックスから新聞を取りに行くのが望ましい．

h. 顔なじみの管理員に「鍵をしめるのを忘れた」，「財布を忘れてきた」，「肝心な物を買い忘れた」等と言いながら，1日に何回となくマンションを出入りする場合

　夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人の物忘れに対応するのが望ましい．

i. 住戸がゴミ屋敷となりまたは汚物が溜まり異臭がする場合

　夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者がゴミを片付けて，汚物が溜まらないようにするのが望ましい．異臭を感じたマンションの隣の居住者が管理組合の理事長に伝えて，理事長が本人に接触して善処を求めるのが望ましい．

j. 共用部分等で不潔行為をする場合

　夫婦の一方のみが認知症であり，認知症でない者が認知症の人に付き添っている場合には，生理現象に対応するのが望ましい．

k. 認知症を伴いつつ孤独死する場合

　夫婦の一方のみが認知症であり，認知症でない者が認知症の人と同居して見守りをしている場合には，孤独死を防ぐことができる場合がある．管理組合の理事長や自治会の会長は，マンション内につながりの場を設けるか見守りをするのが望ましい．自治会の会長は，認知症の疑いを抱いた場合に，自治会名簿の緊急連絡先に連絡し，次いで地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．

l. 共用部分等に私物を放置する場合

　夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が私物の放置に気が付き，片付けるのが望ましい．他の居住者が気が付いて私物を届けてくれるか，管理組合の理事長に私物の放置を伝える場合がある．管理組合の理事長は私物の持ち主が分かれば私物の持ち主に片づけるように伝えるのが望ましい．

m. 管理員に何度も同じことを繰り返し問合わせる場合

　夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人が何度も同じことを繰り返し問合わせることを管理員から連絡を受けて対応するのが望ましい．

n. 自家用車の駐車場の駐車位置を間違える場合

　夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人に自家用車の駐車場の駐車位置を間違えないように伝えるか，免許の返納を促すのが望ましい．

o. 水道の蛇口等を閉め忘れて漏水し階下の住戸に被害をもたらす場合

　夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人に水道の蛇口等を閉め忘れないように伝えるか掲示をするのが望ましい．一定の水量が出たら水が止まる水道の蛇口等を利用するのが望ましい．

p. 隣の親しい居住者に財布を盗んだと言って困らせる場合

　夫婦のみの高齢者世帯の場合で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は認知症の人が隣の親しい居住者に財布を盗んだと言って困らせたことを知って，隣人との関係を修復し認知症の人に対応するのが望ましい．

q. お金が住戸の玄関に散らばっている，親類が居間にいる，兄弟が外から呼んでいるなどと言って管理員を困らせる場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が管理員から連絡を受けて認知症の人に対応するのが望ましい．

r. 些細なことで腹をたてて何度も管理員その他の居住者に不快感を与える場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は認知症の人が些細なことで腹をたてて何度も管理員その他の居住者に不快感を与えたことを知って，管理員その他の居住者との関係を修復し認知症の人に対応するのが望ましい．

s. 共用トイレの場所が分からず管理員に何度も尋ねる

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は管理員から認知症の人が共用トイレの場所が分からず何度も尋ねたことを知って，認知症の人にその場所を教えるか，管理組合に共用トイレの場所の目印を付けるように依頼するのが望ましい．

t. 季節外れの衣服を着ているのを管理員が発見する場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は管理員から認知症の人が季節外れの衣服を着ているのを知って，季節に合わせた衣服を着るように伝えるのが望ましい．

u. デイサービスのない日にエントランスでずっと待っていて不審がられる場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は認知症の人のデイサービスの日に合わせた対応をするのが望ましい．

v. うまく意思表明できない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は認知症の人がうまく意思表示できるように意思決定支援をするのが望ましい．



w. 他の居住者のドアの鍵のかかっていない住戸に入り込む

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は認知症の人が他の居住者のドアの鍵のかかっていない住戸に入り込んだ場合に，他の居住者と関係を修復し認知症の人に対応するのが望ましい．認知症でない人は管理組合にドアに目印を付ける許可を求めるのが望ましい．

## 4. 区分所有者等が管理組合の業務に支障を与えている場合

一人暮らしの認知症高齢者が管理組合の業務に支障を与えている場合がある．夫婦のみの高齢者世帯で二人とも認知症である場合や，同居家族が疾病やひきこもりなどにより高齢者の支援者になりえない場合でも同様である．夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，夫婦の一方が管理組合の業務に支障を与えるのを止めるのが望ましい．他の区分所有者が異変を感じた場合に地域包括支援センターに直接連絡するのが望ましい．他の区分所有者が管理員に伝え，または，管理員自身が業務への支障を知って管理会社のフロント社員に伝えてフロント社員から，または，他の区分所有者から管理組合の理事長に伝える場合がある．この場合に，管理組合の理事長は，居住者名簿の緊急連絡先に連絡をするのが望ましい．相手方に連絡がつかないか拒否された場合には，管理組合の理事長は地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．

### 〈事例ごとに特有の対応〉

a. 専有部分以外の建物，敷地，付属施設を他の区分所有者とともに共同して管理しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない人が認知症の人を手伝うことにより支援するのが望ましい．この支援とともに，他の区分所有者は認知症の人の意思決定支援の下で共用部分の共同管理をするのが望ましい．

b. 管理費や修繕積立金を支払わず滞納している場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が管理費や修繕積立金の督促されている認知症の人の支払いを支援するのが望ましい．

c. 年1回以上管理組合の総会に出席しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症の人から委任状を得て認知症でない人が代理で総会に出席するのが望ましい．

d. 総会開催通知をもらっても回答をしない

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人を手伝って回答するのが望ましい．

e. 理事会の理事を引き受けない

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者は特別な定めがあれば認知症の人の代わりに理事になることができる場合がある．この場合には，理事を引き受けるのが望ましい．認知症を理由にして理事を引き受けない人から追加管理費等を徴収することは不当な差別的取扱いになり許容されない．

f. 理事になって理事会開催通知が来ても回答しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人を手伝って回答するのが望ましい．

g. 理事長や理事が職務を遂行しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，特別な定めがあれば認知症でない者が認知症の人と同席し，認知症の人の意思決定を支援して職務を遂行するのが望ましい．管理組合の理事長は理事が職務を遂行しないことで異変を感じた場合には，前述した順序で居住者名簿の緊急連絡先か地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．しかし，理事長が職務を遂行しないことで異変を感じた場合には，理事長を退任してもらうのが適切である．この場合は理事会または総会で退任を決議することができる．管理規約で理事の退任の条件を定めておくことが望ましい．理事長の退任後に新理事長が旧理事長について前述した順序で居住者名簿の緊急連絡先か地域包括支援センターに連絡するのが望ましい．

h. 総会に出席して議案に議決権を行使しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，特別な定めがあれば認知症でない者が認知症の人と同席し，認知症でない者が認知症の人の意思決定支援を行うか，委任状を得て代わりに議決権を行使するのが望ましい．緊急連絡先の相手方あるいは地域包括支援センター経由で法定後見制度の活用をすることができる．家庭裁判所に後見の申立てを行い，成年後見人が代理で総会に出席して議案に議決権を行使するのが望ましい．

i. 書面によりまたは委任状を提出して議決権を行使しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人の意思決定支援を行うのが望ましい．緊急連絡先の相手方あるいは地域包括支援センター経由で法定後見制度の活用をすることができる．家庭裁判所に後見の申立てを行い，成年後見人が書面等により議決権を行使するのが望ましい．判断が紛らわしい時に間違った賛否を議決権行使書で意思表示している場合には，管理組合の理事長は本人に連絡して再確認をするのが望ましい．

j. 防災組織が行っている防災訓練等の災害対策に協力しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が災害対策に協力し，認知症の人を要配慮者として届け出るのが望ましい．管理組合及び防災組織は消防・防災計画を立て，防災名簿を作り，消防・防災訓練を行い，地震発生時の対応時に迅速に避難行動要支援者の支援するのが望ましい．

k. 居住者間のコミュニティ活動や地域のコミュニティ活動に参加しない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が認知症の人にマンション内のコミュニティ活動や地域のコミュニティ活動への参加を促したり，一緒に参加するのが望ましい．管理組合は町内会に加入しコミュニティ活動を実施するのが望ましい．または，管理組合以外の居住者組織を設けて，居住者組織がコミュニティ活動を開催するのが望ましい．

l. ライフライン改修工事（給排水管，給湯管追い焚き管，ガス管等）の更新工事を実施した際に，応対に疑問を持つ居住者がいたり，居住者が専有部分への立ち入りを拒否する場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，認知症でない者が室内

工事の対応をするのが望ましい.

m. 総会等において意思表明をしない場合

夫婦のみの高齢者世帯で夫婦の一方のみが認知症である場合には，特別な定めがあれば認知症でない者が認知症の人と同席し，認知症でない者が認知症の人の意思決定支援を行うのが望ましい．管理組合は意思疎通のために合理的配慮を尽くさなければならない.

## 5. 管理会社が区分所有者等に迷惑行為をする場合

管理員に認知症の疑いがあって業務に支障を与えている場合がある．マンションの居住者が管理員の認知症に気付いた場合には，管理組合の理事長に伝え，管理組合の理事長が管理会社のフロント社員に連絡して善処を求めるのが望ましい.

### 文献


1） 川上湛永，水島能裕：認知症とマンション－実例からみた認知症と管理組合の対応－．マンション学，63: 168-172（2019）

2） 西山博之，三井一征，田籠秀夫　ほか：超高齢化・高経年化を迎えたマンションをどうする－管理組合は高齢者問題にどう取り組んだらよいか、認知症・孤独死についても考える－．マンション学，63: 183-187（2019）

3） 鎌田松代：マンションに住む認知症の人の暮らしづらさ－生活実態からの提案－．マンション学，64: 16-20（2019）

4） 角田光隆，篠原みち子：意思決定支援と成年後見制度．マンション学，64: 32-38（2019）

5） 高瀬晃典：認知症高齢者等の課題－管理会社からみた現状と課題、その対応．マンション学，64: 45-49（2019）

6） 岡崎真美，阿部利香，守屋京子：認知症高齢者等の課題に関する豊島区の取組み．マンション学，64: 60-66（2019）

7） 石田和人：マンションにおける高齢者への支援とコミュニティ構築の課題．マンション学，64: 83-88（2019）

8） 久保依子：認知症居住者とその家族、管理組合との関係構築のために－管理会社の視点から．マンション学，66: 94-95（2019）

9） 江口孝彦：マンション管理会社の現状と取組－困難事例と高齢者雇用の実例．マンション学，66: 96-100（2019）

10）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，66: 101-107（2019）

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）: 474-480（2020）




CQ8-1

# 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような診断後支援が行われているか

**回答文**

認知症疾患医療センターでは，独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者の診断後支援において，以下のことが実践されている．①生活状況のアセスメントと心理的サポート，②社会資源の情報提供と利用支援，③地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携，④別居家族との情報共有と連携，⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働.

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

認知症疾患医療センターは国庫補助事業による専門医療サービスであり，その目的は「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応，認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応，専門医療相談，診断後の相談支援等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者等への研修を行うことにより，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている.

独居認知症高齢者の増加に伴い，認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者も増加しており[1, 2]，認知症疾患医療センターの地域連携機能は，独居認知症高齢者の地域生活の継続において重要な役割を果している[1, 3, 4]．また，交通の便の悪い過疎地域の認知症疾患医療センターでは，独居・老老世帯の認知症高齢者の受診困難に対して，訪問による支援が実施されている[3]．一方，大都市の認知症疾患医療センターでは，認知症専門病棟に入院する独居認知症高齢者について，①行政・介護保険関係機関・成年後見など家族以外の者の介

入を経て入院につながるケース，②BPSDによる地域社会の中でのトラブルや生活破綻(例：食事がつくれない，買い物ができない，ATMでお金が下ろせない，電気やガスなどライフラインが止まる，生命の危機)が契機となり，別居家族も困り果てて入院に至るケース，が増えており，③自宅退院率は同居者がいる場合に比べて著しく低いことが指摘されており，精神保健福祉士によるケースワークの重要性が今後ますます高くなるものと予測されている[2]．

## 2. 認知症疾患医療センターにおいて実施することが推奨される独居認知症高齢者等に対する診断後支援

2018年度の老人保健健康増進等事業において全国の認知症疾患医療センターを対象に，一人暮らしまたは夫婦のみ世帯の認知症高齢者に対して実施されている診断後支援の実態調査を実施した[5]．自由記述回答の質的分析の結果，支援内容は以下の5つにカテゴリー化された．

① 生活状況のアセスメントと心理的サポート：相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに，地域の支援者からも日常の様子を聴取し，現在の生活状況や利用しているサービスを把握している．相談員が診察に同席して情報を把握することもある．その際に，本人に不安がある場合には，対話を通して心理的なサポートを行い，火の不始末や独り歩きの際の危険がある場合など，必要に応じて危険を回避するための助言を行っている．その後も継続的に本人や家族に電話をして，生活状況を確認することもある．

② 社会資源の情報提供と利用支援：本人・家族の生活上の困りごとを聴取したり，生活状況や意向を確認したりしながら，必要に応じて地域包括支援センターを案内したり，介護保険サービスを説明したり，サービスを利用するための支援を実施している．また，認知症カフェ，家族教室，地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行っている．

③ 地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携：本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には，地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり，本人・家族の同意を得て，見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり，介護保険サービスの申請と利用支援の調整を依頼している．

④ 別居家族との情報提供と連携：独居の場合には，キーパーソンになり得る家族の有無を確認し，本人の同意を得て家族に連絡し，家族と情報共有を行ない，受診同行などの生活支援について協力を依頼している．また，相談員は，面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら，継続的に情報共有を図ったり，服薬管理等の生活支援について相談したりしている．

⑤ 生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働：相談員は，本人・家族の他，地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり，関係者会議を開催したりしながら，本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践している．

### 文献


1) 小林直人：認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割．老年精神医学雑誌，26: 1099-1105(2015)

2) 菊地ひろみ：特集・一人暮らしで迎える認知症，認知症疾患医療センターの視点から．認知症の最新医療，7: 6-11(2017)

3) 田中志子：認知症患者を支える地域をつくるために老年科医として何ができるか．Cognition and Dementia, 10: 238-241(2011)

4) 和泉唯信：認知症患者に対する医療・福祉施設の試み．日本早期認知症学会誌，11: 57-65(2018)

5) 認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査ワーキンググループ：認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援．令和元年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」(研究代表者：粟田主一)，263-272(2020)

CQ8-2

# かかりつけ医の診療において配慮すべきことは何か

回答文

独居認知症高齢者等のかかりつけ医療において配慮すべきことは以下のとおりである．(1)認知症の「気づき」(認知症の初期段階に見られる変化を知り，それが認められた場合には，本人の気持ちを十分に配慮して，認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る)，(2)認知症に関する相談の応需(本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には，早期の支援につながれるように配慮する)，(3)認知症疾患の診断へのアクセス(本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり，地域包括支援センターと連携したりして，可能な限り認知症疾患の診断につながるようする)，(4)情報共有，認知症疾患に対する継続医療(家族による通院同行が得られない場合には，必要に応じて地域包括支援センター等と連携して，「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する)，(5)日常的な健康管理，身体合併症の治療(同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う)，(6)健康管理に必要な生活支援の調整(地域包括支援センターと連携して，生活支援の方法を検討する．金銭管理に支障がある場合には，成年後見制度等の利用も考慮する)，(7)介護保険サービスとの連携(家族による支援が得られない場合には，地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する．必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する)，(8)急性増悪期および回復期の対応(キーパーソンとなる家族がいない場合には，地域包括支援センター等と連携しながら，受療支援や退院支援を確保する．意思決定支援チームをつくり，本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある)，(9)本人・家族の心理的サポート(認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある．周囲の温かい声がけを受け入れ，サービス利用につながる場合が多い)，(10)在宅医療，終末期医療(①退院支援，②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供，緩和ケア，家族支援，③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保，④自宅や介護施設などでの看取りにおいて，かかりつけ医は中心的な役割を果たす．多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である)．





解説・エビデンス

## 1. はじめに

かかりつけ医療と保健・福祉・介護部門の連携によるプライマリヘルスケアは認知症医療の根幹である[1-3]．プライマリヘルスケアとは，①人々が最初にアクセスできる場で(近接性)，②各人が抱えるヘルスケアニーズの大部分に責任をもって対応し(責任性，包括性)，③急性疾患，多様な慢性疾患，精神疾患がある場合には必要に応じて他のサービス提供機関のサービスを調整し(協調性)，④家族や地域とのつながりの中で(文脈性)，⑤長期にわたるパートナーシップを築くこと(継続性)を意味している[4]．厚生労働省は，①認知症の早期発見・早期対応，②日常の医学的管理，③本人・家族支援，④多職種連携の役割を担う「かかりつけ医」の強化をめざして，2005年から「認知症サポート医養成研修事業」，2006年から「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を開始した．このことは，わが国の認知症施策においても，プライマリヘルスケアが認知症医療の基本であることを示している．

認知症医療におけるかかりつけ医の役割を解説した文献は複数あるが[5-8]，独居認知症高齢者等にフォーカスをあてて体系的に論じられているものは見当たらない．このテーマを取り扱っている国内の文献は3報のみであった[9-11]．粟田[8]は，認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現という文脈の中で，かかりつけ医の役割を表1のように整理している．本稿では，ここに掲げられている項目に沿って，独居認知症高齢者等のかかりつけ医療において配慮すべきことを要約する．

## 2. 独居認知症高齢者等のかかりつけ医療において配慮すべきこと

### (1) 認知症の「気づき」

かかりつけ医は，高血圧症や糖尿病などの内科疾患等で通院している人に認知症の兆候が現れたとき，それに最初に気づくことができる医師である[8, 12]．家族による通院支援がない独居高齢者では，認知症の初期段階に，「薬を飲み忘れている」，「検査の予約を忘れている」，「予約日に受診できなくなる」，「通院間隔が延びる」，「不必要に何度も受診する」，「診察料の支払いで混乱する」，「服薬管理ができていない」，「疾病のコントロールが不良になる」などの変化が認められることがある[8, 10]．そのような場合には，かかりつけ医は，認知症である可能性を考慮し，本人の気持ちを十分に配慮した上で，時間をかけて「もの忘れに困っていませんか」と尋ねてみたり[10]，本人の同意を得て別居家族に連絡して様子を聞いてみたり，地域包括支援センターと連携するなどして，認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る必要がある．

### (2) 認知症に関する相談の応需

本人や家族が，認知症のことを心配したときに相談できる身近な医療機関はかかりつけ医である．地域に暮らす人々にとって，かかりつけ医は，認知症について気軽に相談できる窓口にほかならない[8]．独居の高齢者は，同居家族がいる高齢者よりも，自立生活を営むために社会と接触する機会が多くなりやすい．そのため，自分自身で自分自身の認知機能低下に気づきやすく，周囲からも気づかれやすい傾向がある[13, 14]．かかりつけ医は，この点を考慮して，本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には，早期の支援につながれるように配慮する必要がある．

### (3) 認知症疾患の診断

質の高い認知症ケアを行うには，認知症の原因疾患（認知症疾患）の診断と総合機能評価が欠かせない．かかりつけ医には，必要時には認知症疾患医療センター等の専門医療機関と連携して，認知症疾患の診断につなげる役割が期待されている[8]．しかし，大都市の実態調査では，独居高齢者と同居家族がいる高齢者の間で「認知症であること」の診断率には差はないが，「認知症の原因疾患」の診断率は独居高齢者で有意に低くなることが示されている（厚労科研：未発表データ）．家族による通院支援が得られにくい独居高齢者では，専門医療機関への紹介受診が行われにくいのかもしれない．かかりつけ医は，独居高齢者の場合であっても，本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり，地域包括支援センターと連携したりして，可能な限り認知症疾患の診断につながるよう配慮する必要があるだろう[10]．

### (4) 情報共有，認知症疾患に対する継続医療

認知症疾患の診断後には，疾患の特徴，経過，症状や障害の性質，必要な治療について本人・家族と情報を共有し，本人・家族とともに今後の治療方針を考え，決定する必要がある（共有意思決定）．その上で，原因疾患に対する継続医療が開始されることになる[8]．しかし，家族による通院同行がない独居認知症高齢者では，この段階で壁にぶつかる場合がある．家族による通院同行が得られない場合には，必要に応じて地域包括支援センター等と連携して，「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する必要がある[15]．

### (5) 日常的な健康管理，身体合併症の治療

認知症高齢者は，複数の身体合併症を有する場合が多く，健康状態が悪化するリスクも高い．健康状態の総合的評価，日常的な健康管理，生活習慣病などの身体合併症に対する治療は，かかりつけ医が行う継続医療の必須要素である[8]．独居認知症高齢者では，健康管理に必要な生活支援が得られにくい場合があり，同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすい（CQ2-1参照）．このことに留意して，(6)に示す「健康管理に必要な生活支援の調整」を検討する必要がある．

### (6) 健康管理に必要な生活支援の調整

認知症がある場合には，服薬管理，水分管理，栄養管理，清潔保持など，健康管理に必要

な手段的日常生活動作に支障が認められる場合が多い[8]．通常は，家族と相談しながら，健康管理に必要な生活支援を確保するが，家族がいない独居者の場合には，地域包括支援センターと連携して，生活支援の方法を検討する必要がある．さらに，金銭管理に支障がある場合には，日常生活自立支援(地域福祉権利擁護)事業や成年後見制度の利用も検討する必要がある．

### (7) 介護保険サービスとの連携

かかりつけ医には，本人の自立生活を支援するとともに，家族の介護負担軽減を考慮して，介護保険サービスの利用について本人・家族に助言し，地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携し，介護保険サービスの利用を支援する役割が期待されている[8]．独居認知症高齢者等で，家族による支援が得られない場合には，地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保していく必要がある．また，サービス利用の契約手続きに際しては，必要に応じて成年後見制度等の利用を考慮する必要がある．

### (8) 急性増悪期および回復期の対応

かかりつけ医には，身体合併症やBPSDが増悪した場合に，必要に応じて一般病院や精神科病院と連携して専門医療につなげたり，回復期に再び在宅生活が継続できるように病院と連携して退院支援を行う役割が期待されている[8]．通常は家族がキーパーソンとなって，受療支援や生活支援の調整が行われるが，キーパーソンとなる家族がいない場合には，地域包括支援センター等と連携しながら，受療支援や退院支援を確保していく必要がある．この場合，支援に関わる多職種のスタッフ(必要な場合には成年後見人等も含む)意思決定支援チームをつくり，本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していくことが可能な体制づくりを進める必要がある．

### (9) 本人・家族の心理的サポート

認知症とともに生きる本人も，介護をする家族も，さまざまな不安・心配・苦悩を体験していることが多い．かかりつけ医には，本人や家族の思い，不安，心配，辛い体験，苦悩に耳を傾け，それを理解し，共に感じ，共に考え，共に歩んでいく役割がある．本人や家族が過ごせる居場所(認知症カフェなど)，支援してくれる仲間(家族会，当事者の会など)について情報を提供することも重要である．かかりつけ医が長期にわたるパートナーシップを築くことが，本人・家族の心理的なサポートにつながる[8]．

独居高齢者の場合，本人の不安や孤独感が高じて焦燥や妄想などのBPSDにつながる場合がある．そのような場合には，精神科での専門医療が必要となる場合もあるが，その背景には認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感があることを理解する必要がある．高橋[13, 14]は，独居の認知症高齢者では時として支援拒否例などがクローズアップされやすく，困難が大きいと思われがちだが，認知症の人自身にも，周囲に迷惑をかけたくないという思いや，認知症になりゆく不安感・孤立感・孤独感があり，心配する周囲の温かい声がけをむしろ受け入れ，デイケアや介護保険サービスなどスムーズに利用する場合が多い，と述べている．

### (10) 在宅医療，終末期医療

認知症が重度になると，身体的ADLの低下が進行し，本人・家族の通院の負担が高まり，在宅医療・介護連携による統合ケアのニーズが高まる．特に，①入院医療機関と在宅医療機関との協働による退院支援，②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供，緩和ケア，家族支援，③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保，④住み慣れた自宅や介護施設など患者が望む場所での看取りにおいて，かかりつけ医は中心的な役割を果たすことになる[8]．この場合も，(8)で述べた意思決定支援チームを事前に作っておくことが，認知症高齢者の尊厳を守る医療を提供していく上で重要であろう．

表1. 認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現という文脈の中で，かかりつけ医に期待される役割

| |
|---|
| (1)　認知症の「気づき」 |
| (2)　認知症に関する相談の応需 |
| (3)　認知症疾患の診断 |
| (4)　情報共有，認知症疾患に対する継続医療 |
| (5)　日常的な健康管理，身体合併症の治療 |
| (6)　健康管理に必要な生活支援の調整 |
| (7)　介護保険サービスとの連携 |
| (8)　急性増悪期および回復期の対応 |
| (9)　本人・家族の心理的サポート |
| (10) 在宅医療，終末期医療 |

## 文献


1)　粟田主一：認知症診療の枠組み．日本精神神経学雑誌，116(5)：378-387(2014)

2)　粟田主一：1. 認知症の医療の課題と展望，本間昭編：かかりつけ医のための認知症診療の実践，地域連携を目指して．医薬ジャーナル社，東京，39-50(2015)

3)　粟田主一：認知症の診療体制-新オレンジプランの現状と課題．日本医師会雑誌，144: 2246-2250(2016)

4)　A Collaborative Project of the Family Medicine Community : Health is primary. Family medicine for America's health. Ann Fam Med 12 (suppl.): s1-s12(2014)

5)　本間 昭編：かかりつけ医のための認知症診療の実践，地域連携を目指して．医薬ジャーナル社，東京，(2015)

6)　粟田主一，北川泰久，鳥羽研二　ほか：認知症トータルケア．日本医師会雑誌，147特別号(2)，日本医師会，東京，(2018)

7)　平原佐斗司，内田直樹：認知症の人に寄り添う在宅医療．クリエイツ鴨川，京都，(2018)

8)　粟田主一：認知症ケアにおけるかかりつけ医の役割，西村周三監修：医療白書2016-2017版，新しい地域医療への挑戦．日本医療企画，東京，55-61(2016)

9)　藤井 卓：【独居・老老介護を支える】かかりつけ医の役割．地域リハビリテーション，8(5)：356-359(2013)

10) 藤本直規：【かかりつけ医のための認知症Q&A】問題となる認知症患者への対応，独居で近隣に家族がいない認知症が疑われる患者への対応(診断・治療)はどうすればよいでしょうか．クリニシアン，53(4)：296-297(2006)

11) 長尾和宏：在宅医だから伝えたい！長尾和宏の在宅介護を快適にする極意(秘)ここだけの話(第14回)　独居で認知症の方が今、発熱したら…．月刊ケアマネジメント，32(6)：24-26(2021)

12) 大澤 誠：3．認知症医療におけるかかりつけ医の役割，本間 昭：かかりつけ医のための認知症診療の実践，地域連携を目指して．医薬ジャーナル社，東京，39-50(2015)

13) 高橋幸男：独居認知症高齢者のBPSDへの取り組み方，認知症介護研究・研修東京センター監修：認知症地域ケアガイドブック．ワールドプランニング，東京，138-144(2012)

14) 高橋幸男：2．認知症医療の目標はなにか，本間昭編：かかりつけ医のための認知症診療の実践，地域連携を目指して．医薬ジャーナル社，東京，17-38(2015)

15) 東京都健康長寿医療センター研究所：認知症とともに暮らせる社会に向けて，地域づくりの手引き．2020年度改訂版，東京，(2021)

CQ8-3

# 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような支援を行っているか

回答文

認知症初期集中支援チームとは，認知症になっても本人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように，本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームである．2015年に地域支援事業として制度化され，現在では全国の市町村において事業化されている．全国調査によれば，支援対象者の6割以上が80歳以上高齢者であり，約4割が独居世帯である．近年では，社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に，信頼関係を形成し，医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって，地域生活の継続に成功した事例の報告も蓄積されてきている．しかし，家族のいない人，支援を拒否する人，認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されている．独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要である．また，認知症初期集中支援チームの本来業務は「必要な社会的支援を統合的に調整すること」(コーディネーション)であるが，独居認知症高齢者の支援においては，それと同時に「社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること」(ネットワーキング)，すなわち地域づくりを視野に入れることが重要である．





解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症初期集中支援チームとは，認知症になっても本人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように，本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームである[1)]．2015年に地域支援事業として制度化され，現在では全国の市町村において事業化されている．

## 2. 活動状況

2018年度の全国調査[2, 3)]によれば，チームが設置されている機関は地域包括支援センターが最も多く，支援対象者の属性では女性が多く，年齢階級では80 ～ 84歳が多く，世帯状況では独居が約4割を占め，約4割が困難事例であり，約6割が要介護認定未申請者，約7割が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ～Ⅱの軽度例，約6割が未診断例であった．また，支援の実施状況では，支援対象者1人あたりの訪問回数(中央値)は3回，1回の訪問支援に要する時間(中央値)は60分，初回訪問を担当する専門職は看護師が最も多く，対象者を把握してから初回訪問までの日数(中央値)は8日，支援期間(中央値)は57日と報告されている．終了時の状況については，支援開始時に未診断であった事例のうち約6割が認知症の診断，約1割が認知症以外の診断に至り，支援開始時に介護サービスが利用されていなかった事例のうち54%が介護保険サービス，6%が介護保険外サービスの利用につながり，74%が在宅生活を継続している．支援前後の評価尺度の比較では，認知機能障害・生活障害の程度(DASC-21)には変化が認められなかったが，認知症の行動・心理症状(DBD-15)，家族の介護負担度(J-ZBI_8)に改善が認められたと報告されている．

前田ら[4, 5)]は，神戸市における認知症初期集中支援チームの活動状況の経時的変化を報告しており，対象者がより高齢化していること，夫婦のみ世帯の割合が増えていること，軽度の認知症高齢者が把握されるようになってきていることを指摘している．また，認知症症状が出現してから支援が開始されるまでの期間が長いこと，家族のいない独居高齢者への支援，地域包括支援センターの負担，認知症の診断につなげることの難しさ，かかりつけ医と

の連携などに課題があると指摘している．

## 3. 独居認知症高齢者等への支援

近年，社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象とする認知症初期集中支援チームの介入事例の報告が蓄積されてきている．

福田[6]は，家族からの受診勧奨を拒否していた80代女性の独居認知症高齢者に対し，認知症初期集中支援チームが信頼関係の構築と生活状況の把握に努めながら支援することによって，本人の了解を得て，本人の希望に沿って医療・介護サービスを導入し，独居生活を継続させることができた事例を報告している．黒沢ら[7]は，もの盗られ妄想がある70代男性の独居認知症高齢者に対し，認知症初期集中支援チームが本人の意思を尊重しながら医療や介護サービスの利用勧奨を行うとともに，本人の激しい行動化に恐怖を感じ断絶していた家族に対して具体的な関わり方を提案することによって，本人同意のもとで医療・介護サービスの導入に成功し在宅生活継続につながった事例を報告している．小山ら[8]は，認知症初期集中支援チームが独居認知症高齢者の服薬管理支援に成功した事例を報告しており，小林[9]は診断につなげる際の医師が果たすべき役割の重要性を指摘しており，中西[10]は，生活支援へのつなぎを同時に行いながら受診につなげることができるので，医療機関側にも安心感があり，連携も速やかであると述べている．澤[11]は，①独居または家族の関わりがない認知症高齢者，②認知症の有無は不明だが精神疾患があるため関わりを拒否している事例，③身体疾患があり認知症の有無について評価困難な事例を紹介し，社会的に孤立せず住みなれた地域での生活の実現にはアウトリーチを取り入れた包括的・継続的な関わりが重要であり，鑑別診断や生活への対応が求められることから多職種チームの存在は大きいと述べている．

## 4. 独居認知症高齢者支援に必要なスキル

中西[10]は，独居高齢者や支援拒否がある複雑な事例への対応にはスキルが求められると指摘している．平林ら[12]は，認知症初期集中支援チームに関与する地域包括支援センター看護師を対象に，独居認知症高齢者へのアウトリーチ・スキルに関する半構造化インタビューを行い，そのスキルには，【会ったことのない認知症（が疑われる）高齢者を具現化する】【接触するタイミングを自作する】【社会的信用を用いて支援の扉を開ける】【五感を用いてその人を感じ取る】【最初に着手すべきポイントを見極める】【相手が対話したいと思う人物を演出する】という個別支援の技術と，【アウトリーチ中の危機に備える】【関係機関間の横断的連携を強化する】【地域住民・家族への架け橋となる】という組織として対応する技術があることを示し，「認知症が疑われる独居高齢者や孤立している状態にある一人暮らしの認知症高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキルは，高齢者が認知している世界観や主観に沿った対応技術，職員のリスク管理と心理的負担を軽減する技術など，重層的かつ包括的な性質をもつ」と結論している．

## 5. 認知症初期集中支援チームに期待される今後の方向性

粟田は[1,13,14]，「本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整すること」をコーディネーション，「社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること」をネットワーキングと呼び，認知症初期集中支援チームの業務内容はコーディネーションにあたると説明している．また，コーディネーションには，①信頼関係の形成（本人との間で信頼できるパートナーシップを築くこと，意思決定支援の前提），②総合的アセスメント（認知症に関する深い理解を背景に，本人の希望・生活課題・社会的支援ニーズを総合的に把握すること），③情報共有（本人，家族，多職種間で情報を共有すること），④課題解決に向けた多職種協働（本人の主体性を尊重しながら，可能性のある課題解決に向けて，本人とともに歩んでゆこうとするアプローチ），⑤本人の意思を尊重した社会的支援の調整（意思決定支援のプロセスを踏まえて，必要とされる社会的支援の利用と提供を調整すること）という5つのプロセスの重層的・反復的実践が必要であるとしている．一方，ネットワーキングには，現存する医療・介護・居住支援・生活支援・家族支援・経済支援・権利擁護支援へのアクセシビリティーの確保，“顔の見える”連携体制の構築，不足している資源の開発や新たなサービス（特に生活支援に関するサービス）のイノベーションなどが含まれ，これを実践するためには，①居場所としての機能，②相談に応需できる機能，③差別や偏見を解消し，社会参加を促進する機能，④連携を促進する機能，⑤人材を育成する機能，という5つの機能をもった地域の拠点をつくることが有効であると指摘している．

高齢化や人口減少が進むわが国では，分野や世代を超えて，人と人，人と資源とのつながりを保持し，尊厳と希望をもって生きることができる地域共生社会の創出が求められている[15]．コーディネーションとネットワーキングはそのための方法論と考えることができる．認知症初期集中支援チームの本来業務はコーディネーションと考えることができるが，独居認知症

高齢者の支援においては，ネットワーキング，すなわち，地域づくりの視点が不可欠である．地域の特性に応じてコーディネーションとネットワーキングのあり方を深化させていくことが，認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターに期待される今後の方向性であろう[3]．

## 文献


1） 粟田主一：認知症初期集中支援チーム実践テキストブック，中央法規，東京，（2015）

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

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

4） 前田 潔，梶田博之：認知症初期集中支援チーム　神戸市における活動の現状と今後の課題　活動1年目と2年目の比較．老年精神医学雑誌，26(10)：1131-1136(2015)

5） 前田 潔，梶田博之：認知症初期集中支援チームの課題　神戸市における経験．精神神経学雑誌，118(2)：84-90(2016)

6） 福田智子：認知症初期集中支援チームの取り組み，独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例．砂川市立病院医学雑誌，33(1)：79-85(2020)

7） 黒沢一美，山口智晴，高玉真光　ほか：前橋市認知症初期集中支援チーム：もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し，前橋市認知症初期集中支援チームの連携．群馬医学，112：77-82(2020)

8） 小山晶子，山口智晴，高玉真光　ほか：前橋市認知症初期集中支援チーム：認知症初期集中支援チームによる認知症を有する独居高齢者への服薬管理支援．群馬医学，108：51-53(2018)

9） 小林直人：認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割．老年精神医学雑誌，26(10)：1099-1105 (2015)

10） 中西亜紀：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割．老年精神医学雑誌，26(10)：1106-1113(2015)

11） 澤 滋：認知症の人たちの社会的孤立．精神科治療学，35(4)：373-378(2020)

12） 平林瑠美，尾崎章子，西崎未和　ほか：認知症が疑われる独居高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキル，初期段階におけるかかわりを中心に．日本在宅看護学会誌，10(1)：2-10(2021)

13） 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて，コーディネーションとネットワーキングの手引き．東京都福祉保健局　http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/pdf/tebiki.pdf

14） 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて，地域づくりの手引き．東京都福祉保健局，http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/besshi1.pdf

15） 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html




CQ8-4

# ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か

**回答文**

独居認知症高齢者のケアマネジメントにあたっては以下の点に配慮することが推奨される．①本人の視点に立って，なじみのある環境の中で，生きがいや趣味などを大切にした生活を継続できるようにする，②初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する，③金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する，④介護保険制度の枠組みを超えて，多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する，⑤医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する，⑥地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり，「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる，⑦特定の職種や個人に負担が集中しないようにする，⑧本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である，⑨必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

独居の認知症高齢者は，介護支援専門員がケアマネジメントに困難を感じる事例の代表である[1, 2]．斉藤ら[1]は，経験頻度も高く，かつ対応困難感も高い業務として，「独居・日中独居者へのケアプランの作成」，「独居利用者の在宅療養継続の限界時期の判断」をあげている．

## 2. 初期からの介護予防マジメントと訪問リハビリテーション

初期段階からの介護予防マネジメントやリハビリテーションが独居認知症高齢者の在宅生活の継続において重要であるという指摘がある．木下[3]は，生活環境の変化，身体機能の低下，内服遵守が徐々にできなくなってきている独居の軽度認知症高齢者に対する介護予防ケアマネジメントにおいて，なじみの環境でその人の意欲を引き出しながら，在宅での日常の家事を自分自身でできるように一つ一つ支援することによって独居生活が維持できた事例を報告している．金谷ら[4]は，生活リズムの改善，生活意欲と活動性の向上に対し，訪問リハビリテーションが本人の希望に即し多角的に介入することで地域生活の再建が可能となった独居認知症高齢者の事例報告を行っている．

## 3. 介護保険制度を超えたネットワークづくり

一方，山根ら[5]は，6年間にわたってケアマネジメントを実践した独居認知症高齢者1例の経過を記述し，独居認知症高齢者の生活は介護保険サービスだけで支えられないこと，「多様な社会資源・民生委員・町内会長など地域全体のネットワークづくり」と「多職種チームによる医療・介護・生活支援サービス関係者の連携」が重要であることを指摘している．翠川ら[6]は，独居生活を継続できる要因に関する先行研究を踏まえて，①心を許せる人や場所の存在，②趣味や生き甲斐をもつこと，③利用者の視点に立った支援，④疾病の早期発見のための医療と社会保障の充実と連携が必要であると述べている．羽田[7]は，実際に，認知症の人の一人暮らしの限界を判断するのは，認知症の人と介護環境との相互作用を評価する支援者であり，それ故に担当ケアマネジャーには，その人にとっての幸せを模索し，支援し続ける責任があると述べている．その上で，認知症になっても住み慣れた地域で一人暮らしを続けるための支援をうまくできるかどうかは，地域ケア力とケアマネジメント力によるところが大きく，地域ケア力の強化を図ることが，ケアマネジメントの役割の一つであると述べている．

## 4. 認知症高齢者が独居生活の限界に至るまでの経過

久保田ら[8]は，9人の介護支援専門員を対象に，介護支援専門員が「このまま独居生活を継続することは不可能」(独居生活の限界)と捉えるまでの経緯についてインタビュー調査を行い，認知症高齢者が独居生活の限界に至るまでには，①認知症高齢者は自ら独居生活を希望するが，中核症状による生活の乱れや体調管理の危機が生じるが，②介護サービス導入困難の状況でも，多職種の工夫と連携により生活の改善が可能である．しかし，③道に迷って一人で帰れなくなることや，火事の危険性があるが予防困難な状況など，生命の安全の確保の危機，不可解な行動に対する近隣の敬遠が生じ，本人は施設入所を拒否するが，サービス提供者や家族の疲弊とあきらめによって，施設入所に至る，といった過程があることを明らかにしている．これに基づいて著者らは，独居生活を支える上での重要なポイントとして，①体調管理が乱れてきた際には多職種で工夫して介入すること，②早期からの訪問看護によって悪化予防が可能であること，③本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要であること，④地域の人々と認知症者が交流するような場で互いが認知症になったときのことを考え，話し合う機会を設け，それぞれが準備していけるような支援体制が必要であること，⑤ある職種や個人だけに負担が集中しないようにサポートすることをあげている．

真柄[9]は，頭部外傷を負った独居認知症高齢者が特別養護老人ホームに入所するまでの支援の経緯を記述し，ケアマネジャーの守備範囲は極めて広いこと，それに対応できる専門教育の充実が必要であることを指摘している．

## 5. 結論

以上の報告を集約して，独居認知症高齢者のケアマネジメントおいて配慮すべきことを以下に列挙した．①本人の視点に立って，なじみのある環境の中で，生きがいや趣味などを大切にした生活を継続できるようにする，②初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する，③金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する，④介護保険制度の枠組みを超えて，多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する，⑤医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する，⑥地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり，「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる，⑦特定の職種や個人に負担が集中しないようにする，⑧本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である，⑨必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する．

## 文献

1） 斎藤智子, 佐藤由美：介護支援専門医のケアマネジメントにおける対応困難の実態．千葉看会誌, 12(2)：8-14(2006)

2） 吉江 悟，斎藤 民，高橋 都　ほか：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因．日本公衆衛生学雑誌，53(1)：29-39(2006)

3） 木下ゆかり：早期に認知症の兆しを発見し対応したことで、独居生活が維持できている事例．認知症ケア事例ジャーナル，2(2)：115-120(2009)

4） 金谷親好，金丸真由美，池田耕二　ほか：単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション，10(3)：243-249(2020)

5） 山根樹美，渡辺淳子：独居高齢者の在宅生活を多職種で支えるチーム活動―介護支援専門員の役割と業務．看護実践の科学，41：39-45(2016)

6） 翠川郁代，東條美恵，滝澤春香：要介護独居高齢者が在宅生活を継続できる要因を困難事例に活用した一事例の報告．老年看護，43：98-101(2013)

7） 羽田三紀子：認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について．認知症ケア事例ジャーナル，4：141-148(2011)

8） 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界．日本在宅ケア学会誌，21：67-75(2017)

9） 真柄明子：頭部外傷を負った独居の認知症高齢者への支援―行政，近隣を巻き込んだケアマネジメントを通して―．社会福祉士，15：157-165(2008)




CQ8-5

# 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か

回答文

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには，居宅介護サービスと地域密着型サービスがある．これらのサービスは，独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されるが，その有用性を示す科学的エビデンスは極めて不十分である．現時点で渉猟できる事例報告を要約すると，「訪問看護」は拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築，健康状態の管理に，「訪問リハビリテーション」や「通所リハビリテーション」は生活リズムの改善，意欲や活動性の回復，身体機能の改善，BPSDの軽減，生活環境の整備に，「訪問食事栄養指導」は低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に，「訪問薬剤管理指導」は服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に，「定期巡回・随時対応型訪問介護・看護」は病院からの退院支援，随時の対応，看取り支援に有用であり，「小規模多機能型居宅介護」は多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に寄与することが示唆されている．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには，居宅介護サービス(表1)と地域密着型サービス(表2)がある．これらのサービスは，独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されるが，その

有用性を示す科学的エビデンスは極めて不十分であり，現時点で渉猟できる論文は事例報告に限定されている．

表1. 居宅介護サービス

| | |
|---|---|
| 1) 訪問介護 | 介護福祉士が，要介護者の居宅を訪問して，入浴，排せつ，食事等の介護(身体介護)，調理・洗濯・掃除等の家事(生活援助)，生活等に関する相談・助言，その他の必要な日常生活上の世話を行うサービス．通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もある．同居家族がいる場合の生活援助については，その同居家族が対応することが基本となり，原則保険給付対象として算定できないことになっている．しかし，個別性を勘案し「やむを得ない事情により，家事ができる状況でない」場合は算定することも可能である．生活援助の算定が可能な状態像としては，1)単身世帯，2)家族等が障害・疾病等，3)その他：①家族の介護放棄のため支障が生じている場合，②家族が高齢であるため介護負担がきわめて高い場合，③本人が認知症であり，一人で食事の準備ができないため，家族不在の時間帯に食事の配膳等が必要な場合，があげられている． |
| 2) 訪問入浴介護 | 入浴車等により要介護者の居宅を訪問し，浴槽を提供して入浴の介護を行う． |
| 3) 訪問看護 | 病状が安定期にあり，主治医が必要と認めた居宅の要介護者について，病院，診療所または訪問看護ステーションの看護師，准看護士，保健師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士が，主治医の指示に基づいて居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス．病状に応じて，血圧・脈拍・体温などの測定，病状のチェック，排泄・入浴の介助，清拭，洗髪，在宅酸素，カテーテルやドレーンチューブの管理，褥瘡の処理，リハビリテーション，在宅での看取りなどのサービスを提供することができる． |
| 4) 訪問<br>リハビリテーション | 病状が安定期にあり，計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者について，病院，診療所または介護老人保健施設の理学療法士または作業療法士が居宅を訪問して，心身の機能の維持回復を図り，日常生活の自立を助けるために，理学療法，作業療法等の必要なリハビリテーションを行うサービス． |
| 5) 居宅療養管理指導 | 通院が困難な居宅の要介護者について，病院，診療所または薬局の医師，歯科医師，薬剤師等が，居宅を訪問して，心身の状況や環境等を把握し，それらを踏まえて療養上の管理および指導を行うサービス． |
| 6) 通所介護<br>(デイサービス) | 居宅の要介護者を老人デイサービスセンター等に通所させ，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談・助言，健康状態の確認，その他の必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス． |
| 7) 通所<br>リハビリテーション<br>(デイ・ケア) | 病状が安定期にあり，計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた居宅の要介護者について，介護老人保健施設，病院または診療所に通所させ，心身の機能の維持回復を図り，日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行うサービス． |
| 8) 短期入所生活介護<br>(ショートステイ) | 居宅の要介護者を老人短期入所施設，特別養護老人ホーム等に短期間入所させ，その施設で，入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス．尚，緊急時の円滑な受け入れを促進するために，平成24年の介護報酬改定において，一定割合の空床を確保している事業所の体制に対する緊急短期入所体制確保加算，緊急時の受入に対する緊急短期入所受入加算が設けられている． |
| 9) 短期入所療養介護<br>(ショートステイ) | 病状が安定期にあり，短期入所による医療を要すると判断される居宅の要介護者を，介護老人保健施設，介護療養型医療施設等に短期間入所させ，その施設で，看護，医学的管理下における介護，機能訓練，その他必要な医療や日常生活上の世話を行うサービス．尚，緊急時の円滑な受け入れを促進するために，2012(平成24)年の介護報酬改定において，緊急時の受入に対する緊急短期入所受入加算が設けられている． |
| 10) 特定施設入居者<br>生活介護<br>(有料老人ホーム) | 特定施設(有料老人ホーム，軽費老人ホーム，厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届けられている高齢者専用賃貸住宅)に入所している要介護者等について，その施設で提供するサービスの内容，担当者，要介護者の健康上及び生活上の問題点，解決すべき課題，提供するサービスの目標及びその達成時期，サービスを提供する上での留意事項を記載したサービス計画に基づき，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談・助言，その他の日常生活上の世話，機能訓練および療養上の世話を行うサービス． |
| 11) 福祉用具貸与居宅 | 居宅の要介護者に対して，福祉用具(心身の機能が低下し，日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって，要介護者等の日常生活の自立を助けるためのもの)のうち厚生労働大臣が定めるものを貸与するサービス． |
| 12) 特定福祉用具販売 | 前期の福祉用具のうち，入浴や排せつのための福祉用具，その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の販売を行うサービス． |

表2. 地域密着型サービス

| | |
|---|---|
| 1) 定期巡回・<br>随時対応型<br>訪問介護看護 | 日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的にまたは密接に連携しながら提供する．利用者の介護・看護ニーズに24時間対応することによって中重度者の在宅生活を支える役割を果たすことが期待されている．以下の2つの類型が定義されている：①1つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」，②事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」 |
| 2) 夜間対応型訪問介護 | 夜間において，定期的な巡回訪問や通報により利用者の居宅を訪問し，介護福祉士等が，入浴，排せつ，食事等の介護や，その他の日常生活上の世話を行うサービス． |
| 3) 地域密着型通所介護<br>(小規模デイサービス) | 利用定員19人未満のデイサービスセンターにおいて，居宅の要介護者が，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，生活機能の維持又は向上を目指し，必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより，社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的介護負担の軽減を図ることを目的とするサービス． |
| 4) 認知症対応型<br>通所介護 | 認知症である居宅の要介護者に対し，特別養護老人ホームまたは老人デイサービスセンターに通所し，当該施設において入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話，機能訓練を行うサービス． |
| 5) 小規模多機能型<br>居宅介護 | 居宅の要介護者に対し，その人の心身の状況やその人が置かれている環境等に応じて，その人の選択に基づいて，居宅または事業所で，入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話，機能訓練を行うサービス．利用者は「通い」を中心にして，様態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることができるので，中重度になっても在宅での生活が継続できる．事業所においても，人員配置は固定にせず，柔軟な業務遂行が可能になるように配慮されているため，どのサービスを利用しても馴染みの職員によるサービスを受けることができる．また，グループホーム，小規模の介護専用型特定施設(有料老人ホーム)，小規模介護老人福祉施設，有床診療所(介護療養型医療施設)を併設することによって，居住系のサービスと連続的一体的なサービス提供も可能となる． |
| 6) 複合型<br>(看護小規模<br>多機能型居宅介護) | 小規模多機能型居宅介護で提供されるサービスに看護師などによる「訪問看護」が組み合わされたサービス．認知症ではエンドオブライフケアを目的とした利用が考えられる． |

## 2. 訪問看護

木下ら[1]は，生活のこだわりや拒絶反応があって，生活が乱れ，治療や支援を受け入れられない状態にあった糖尿病を併存する認知症高齢者において，訪問看護師が患者に寄り添い，週1回の注射による治療と看護を継続する中で，次第に訪問看護師を受け入れるようになり，さらに，自分の状況を理解し，介護サービスも受け入れ，HbA1cが安定し，在宅生活の継続につながった事例を報告している．西田ら[2]は，同居者の入院によって突然一人暮らしになった90歳代の認知症高齢者に対し，看護師が多職種と協働しながら外来・訪問看護で支援した結果，小規模多機能型居宅介護の利用につながり，地域での単身生活が可能となった事例を報告している．小西ら[3]は，糖尿病があり下肢潰瘍の自己管理が困難な独居の認知症疑い高齢者に対して，創傷センターの外来看護師がチーム医療のコーディネーターとなって，自宅での創傷ケアが適切に継続できるようにするための「創傷ケアセンター情報提供書」を作成し，訪問看護・デイサービス・ヘルパー等による多職種連携で適切なケアを継続し，創部を治癒し得た事例を報告している．

本間[4]は，認知症では，訪問介護や通所介護の利用を拒否する状況が見られることがしばしばあるが，そのような場合であっても，訪問看護は受け入れられやすいことがある，と述べている．

## 3. 訪問リハビリテーション

金谷ら[5]は，「生活リズムの乱れ」，「生活意欲の低下」，「活動性の低下」を認めた90歳代の独居認知症高齢者に対して，訪問リハの観点から，①「生活リズムの乱れ」に対しては，訪問時間を統一し，定時に食事を摂る機会をつくることによって，起床時間が整い，日中の活動性が向上し，夜間徘徊がなくなり，②「生活意欲の低下」に対しては，活動時間に合わせて希望の想起を行い，以前の日課に興味がわく機会をつくることによって，本人の自発的な発言や外出意欲を引き出すことができ，③「活動性の低下」に対しては，環境を整え，必要な動作練習をセラピスト以外も適宜行うことによって，居室内の移動は手すりでの伝い歩きが安定し，毎朝新聞を取りに玄関まで行くまでになった，と報告している．西田ら[6]は，80歳代女性の独居認知症高齢者とその娘に対して，週1回8週間の訪問作業療法（本人が興味をもつ活動に娘と取り組み，その援助方法を娘に学んでもらう，娘の困りごとを解決する取り組みを行う）を行ったところ，妄想，興奮，うつ，入浴拒否等のBPSDが改善し，本人も他者と交流し活動的な生活を送れるようになり，娘も介護に対する自己効力感が高まり介護負担感が軽減し前向きに介護を行えるようになったと報告している．谷川[7]は，ゴミ屋敷で生活する独居の認知症高齢者に対して生活行為向上マネジメントを実施したところ，ゴミ屋敷が改善し，住民による見守り支援の継続が可能になったと報告している．

## 4. 通所リハビリテーション

和泉ら[8]は，右足踵と外側部の鶏眼が悪化し，腫脹・疼痛・発赤を伴い，独居生活への不安や意欲低下を認めた認知症高齢者に対して，通所リハビリテーションと訪問介護を利用して，利用者の足に負担がかからないような環境的なアプローチを継続したところ，創傷が改善し，利用者の気持ちを変化させ，要介護2から要支援1に生活機能が改善したと報告している．

## 5. 訪問栄養食事指導

三浦[9]は，回復期リハビリテーション病棟からの退院後に，在宅での栄養管理を支援するために，低栄養の予防や嚥下食の指導を目的とする「訪問栄養食事指導」を導入したところ，栄養が改善された状態を維持することができたと報告している．田村ら[10]は，糖尿病性腎症，心疾患，高血圧，脂質異常症など多疾患を有する88歳女性の独居認知症高齢者において，実践的な訪問栄養指導と訪問診療のチーム連携で支援を展開したところ，腎機能が改善し，在宅生活を維持することができたと報告している．

## 6. 訪問薬剤管理指導

川名ら[11]は，独居高齢者に対する訪問薬剤管理指導の意義は，患者に残された身体能力と認知能力を最大限に活用し，限られたケアプランのなかで最適な解決（服薬環境整備・服薬支援計画）を導きだすことであると述べている．

## 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

森[12, 13]は，事例を通して，このサービスが病院からの退院支援や在宅での看取り支援に有用であること，民生委員を通じて隣家の住民に本サービスの周知し，必要時に隣家住民からテレビ電話で事業所へ通報してもらえるような体制を築いておくことで，随時対応が可能に

なり，独居生活の継続に対応できることを指摘している．

## 8. 小規模多機能型居宅介護

松浦ら[14]は，もの盗られ妄想のために住民とトラブルが生じている独居認知症高齢者に対して小規模多機能居宅介護の利用が有用であった一例を報告している．清水ら[15]は，透析治療を受けている血管性認知症の高齢者において，在宅での自立生活を継続したいという本人の意思を尊重して，小規模多機能型居宅介護を利用しながら自立生活に向けた環境整備を進めた一例を報告している．

### 文献


1） 木下真由美，坂本正美，高森真弓　ほか：高齢糖尿病療養者の在宅療養を支援する　GPL-1製剤注射をきっかけに、訪問看護師が介入する．公立能登総合病院医療雑誌，30: 27-29（2020）

2） 西田順子，上野三保，池田順子　ほか：単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して．日本精神科看護学術集会誌，58（1）: 390-391（2015）

3） 小西倫世, 上山雅子：【今日の外来看護を考える-その専門性と実際】外来看護における糖尿病合併症指導と多職種連携が奏効した1例．看護実践の科学，43（12）: 20-25（2018）

4） 本間 昭：介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス．精神科治療学，33（10）: 1205-1210（2018）

5） 金谷親好，金丸真由美，池田耕二　ほか：単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション，10（3）: 243-249（2020）

6） 西田征治，高木雅之，近藤 敏　ほか：興味ある活動との結びつきを促す訪問作業療法により娘とともに元気を取り戻した認知症の女性例．認知症ケア事例ジャーナル，7（1）: 5-15（2014）

7） 谷川良博：生活行為向上マネジメントの展開　多分野からのMTDLP実践報告　単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント　ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程．日本作業療法士協会誌，45: 16-18（2015）

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

9） 三浦栄子：回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から、在宅訪問栄養食事指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」．健生病院医報，41: 41-42（2018）

10） 田村里織，下村賀代子，植地綾子　ほか：糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例．日本病態栄養学会誌，21（4）: 521-529（2018）

11） 川名三知代，初田 稔，廣原正宜　ほか：独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方．癌と化学療法，42（Suppl.I）: 33-35（2015）

12） 森重 勝：独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援、病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に．認知症ケア事例ジャーナル，9（3）: 272-279（2016）

13） 森重 勝：認知症高齢者の在宅生活を支える定期巡回サービス事業所の取り組み．認知症ケア事例ジャーナル, 13（4）: 295-298（2021）

14） 松浦弘典，國光登志子：独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み　地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所Aホームの役割．認知症ケア事例ジャーナル，7（2）: 133-143（2014）

15） 清水 新, 西沢美香, 上原和美　ほか：在宅生活が困難な患者に対し、積極的介入を試みた症例．長野県透析研究会誌，37（1）: 46-49（2014）

CQ9-1

# 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

**回答文**

「独居」と「認知症」は，それ自体が在宅生活中断のリスク因子である．独居認知症高齢者が在宅生活を中断する要因は，認知機能障害を含む機能低下によって生じる，①社会関係の困難，②生命安全確保の困難，③健康管理の困難，④日常生活の困難，⑤お金に関する困難，⑥インフォーマル・ケアの困難，⑦本人の支援受入の困難，⑧尊厳の維持の困難，に分類することができる．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

認知症高齢者の人口および高齢者全体のひとり暮らし世帯の人口はともに増加傾向[1, 2]にあり，今後独居認知症高齢者の数はさらに増えていくと推察される．独居認知症高齢者の社会属性的な特徴としては，海外における非独居認知症高齢者との比較研究[3, 4, 5]から，①女性が多い，②高齢である，③低収入である等が確認されている．また，在宅生活中断要因（以下，中断要因）に関しては，地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究[6, 7, 8]から，「ADLの低下」「認知機能の低下」等に加え「独居であること」があげられ，独居高齢者全体を対象とする研究[9, 10]からは，「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」「要介護者が男性であること」「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか，「認知症による生活機能の低下」等があげられている．また，居住形態（独居vs非独居）と入所等のアウトカムの相関を調査した海外の研究[5]では，2年後の施設入所率について独居は30.5%である一方，非独居は15.1%と独居認知症者は非独居と比べ2倍のリスクがあるという結果も明らかになっている．これらの結果から，「独居であること」と「認知症であること」はともに在宅生活中断のハイリスク因子と言うことができる．

政府は2025年には5人に1人の高齢者が認知症になる推計[1)]を見込み，認知症施策推進大綱をとりまとめるなど，認知症の人々ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できる社会の実現を目指している．今後，在宅生活中断のハイリスク群となりうる独居認知症高齢者の中断要因にも着目し必要な支援・施策を講じていくことが重要である．

## 2. 独居認知症高齢者の在宅生活継続中断の要因はなにか

海外の研究では，独居vs非独居の比較縦断研究によって中断要因を抽出している研究は多いもの，独居認知症高齢者に限定し，さらに中断要因を掘り下げた研究はともに少ない．その中で，Eblyら[3)]は，在宅認知症高齢者（非独居含む，65歳以上）の施設入所要因を明らかにすることを目的に，約300人の属性／ ADL ／認知機能等に関わるデータを2年後の居住状況含め分析している．結果，独居では，「機能障害の増大」のみが施設入所に対する重要な説明変数としてあげられ，独居の主介護者にとって「行動上の問題」や「介護者のストレス」は，「機能障害の増大」よりも重要性が低いことも明らかになっている．他方，非独居では，「主介護者が施設入所を考えたことがあるか」のみがあげられた．さらに，独居の主介護者（本人が主介護者と認識している人，または意思決定等に責任をもつ家族）が施設入所を検討する予測因子として，「認知症進行度」，「要介護者との関係が子供である」，「行動上の問題」等があげられている[4)]が，非独居では，「行動上の問題」のみであり，独居では認知症が進行した際のケアやサービスの拡充にアンメットニーズがあるとも考えられる．

国内の研究では，独居群vs非独居群で中断要因を比較研究したものは少なく，対象を独居認知症高齢者に限定し，本人および／または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査から中断要因を明らかにした研究[11, 12, 13, 14)]がほとんどだった．各文献から中断要因に関わる具体的事象を抽出し分類した結果，中断要因は表1のように分類された．

そのほか，非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として，寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が充分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されている[14)]．

## 3. 今後の課題

認知症高齢者の在宅継続中断要因について，国内の研究では，在宅継続に焦点をおいた独居群vs非独居群の比較研究は少なく量的に中断要因を探索する余地があるといえる．また，国内研究の調査対象は，介護保険サービス利用中の人を対象としているが，独居の場合，診断や支援等へのアクセシビリティの低下からサービス利用に至っていない群が一定数いることにも留意が必要だ．

在宅生活中断の経緯は，実際には個々のケースによって，本人の性格，これまでの歩み，家族・地域との関係等，個人／環境要因が複雑に絡み合っているといえる．しかしながら，今回整理した在宅継続中断要因は，独居認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためにどのような施策・支援が必要なのかを整理・検討する際の一つの視座となりうると考えられる．

表1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断要因

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

## 文献


1) 内閣府：平成29年版高齢社会白書（全体版） https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html

2) 内閣府：令和元年版高齢社会白書（全体版） https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html

3) Ebly, E M et.al. : Living alone with dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders, 10（6）: 541-548（1999）

4) Nourhashemi, F et.al. : Living alone with Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL. FR Study, The journal of nutrition, health & aging, 9（2）: 117-120（2005）

5) Soto, Maria et.al. : Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study. Journal of the American Geriatrics Society, 63（4）: 651-658（2015）

6) Knapp, Martin et.al. : Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register. BMJ open, 6（11）: e013591（2016）

7) Sibley, A et.al. : The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis. Dementia and geriatric cognitive disorders, 13（1）: 40-45（2002）

8) Yaffe, Kristine et.al. : Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. JAMA, 287（16）: 2090-2097（2002）

9) 中島民恵子　他：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因．厚生の指標，62（12）: 15-21（2015）

10) 柄澤邦江　他：独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究．飯田女子短期大学紀要，25: 21-33（2008）

11) 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より．日本在宅ケア学会誌，21（1）: 67-75（2017）

12) 久保田真美，堀口和子：認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因　介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより．日本認知症ケア学会誌，18（3）: 688-696（2019）

13) 犬山彩乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因．千葉看護学会会誌，25（1）: 37-46（2019）

14) 神波幸子　他：過疎農村地域に暮らす独居の認知症高齢者のケアについて　福井県I町の訪問調査から．医療福祉研究，6: 37-68（2010）

CQ9-2

# 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか

回答文

現段階では，独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しない．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案することと，認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを確保することが求められるであろう．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

PubMed及び医学中央雑誌で検索した限りでは，独居認知症高齢者を対象に在宅生活継続をアウトカムとする介入研究は行われていない．したがって，現時点で，このCQに回答するための十分なエビデンスを見出すことはできない．

## 2. 独居認知症高齢者の在宅生活継続の促進要因に関する研究

Greinerら[1]は，「コネチカット高齢者在宅ケアプログラム」で年次評価を実施している10,975人のデータを分析し，アルツハイマー病であること，金銭管理に支援が必要であること，独居であること，ショートステイの利用回数が多いことが1年以内の施設入所のリスクを高めるが，「個別ケア支援サービス」の利用は施設入所のリスクは46%低減すると報告している．

Sebbanら[2]は，急性期病院を退院した60歳以上高齢者独居389人に調査によって，独居であったとしても，認知症であったとしても，それまでに理学療法を受けていたということが退院後の在宅生活中断リスクを低下させると報告している．

犬山ら[3]は，独居認知症高齢者の在宅生活継続の要因（本人の要因）を明らかにするために，独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー11名に半構造化面接を行い，得られたデータについて，国際生活機能分類（ICF）を分析枠組みとして質的帰納的分析を行った．その結果，①健康状態に関する2テーマ（【認知症の診断が確認されている】等），心身機能・身体構造に関する4テーマ（【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等），活動に関する5テーマ（【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】等），参加に関する3テーマ（【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等），個人因子に関する3テーマ（【趣味や嗜好，対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等）が抽出された．認知症高齢者は，日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続を可能にしていること，入院や一時的な体調の変化によって機能低下が生じた場合でも，住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていることが示された．著者らは，独居認知症高齢者の在宅生活継続には様々な要因が相互に影響しあっており，ICFの視点を用いてこれらの情報を整理することが有効であると述べている．

## 3. 独居認知症高齢者のニーズの把握の関する研究

Svanstroemら[4]は，認知症とともに一人で暮らすという現象と彼らのニーズを明らかにすることを目的に，6人の独居の認知症者を対象に32回の訪問記録と11の録音記録を分析した．その結果，一人で暮らすことを困難にするような漠然として存在に至る経過を明らかにした．すなわち，活動が次第に緩慢になり，日常生活の管理が次第に困難になり，周囲との関係が次第に希薄になり，やがて孤独感と健忘があらわれ，それが生きる意味をぼやかしていく．介護者やサービス提供機関が独居認知症者のニーズを理解するためには，このような独居認知症者の内的世界を理解することが重要であると述べている．

Clareら[5]は，独居認知症者のニーズを理解するために，IDALスタディに参加した英国の

軽度～中等度認知症1,541人と1,277人の介護者のデータを分析した．その結果，独居認知症者は，同居者がいる認知症者に比して，認知機能，生活機能，社会的交流は高いが，より孤独であり，生活に対する満足度は低く，在宅サービスや福祉用具を利用している頻度が高い．しかし，症状，QOL，ウエルビーイングには差がないと報告している．この所見は，軽度～中等度の認知症者は独居であってもそれなりに暮らすことができるが，どのようにサポートをすれば生活に対する満足度が向上するか，どのような保健福祉サービスが彼らのニーズに最もよく対応できるのかを考える必要があると結論している．

## 4. 独居認知症高齢者のサービス利用に関する研究

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

## 5. 結論

現段階では，独居認知症高齢者等の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しない．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案することと，認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを確保することが求められるであろう．

### 文献


1) Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, et.al. : Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. Am J Manag Care, 20(12) : e535-536(2014)

2) Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, et.al. : Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. Aging Clin Exp Res, 32(7) : 1271-1277(2020)

3) 犬山彩乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因．千葉看護学会会誌，25(1) : 37-46(2019)

4) Svanström R, Sundler AJ : Gradually losing one's foothold--a fragmented existence when living alone with dementia. Dementia (London), 14(2) : 145-163(2015)

5) Clare L, Martyr A, Henderson C, et.al. : Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimers Dis, 78(3) : 1207-1216(2020)

6) Rosenwohl-Mack A, Dubbin L, Chodos A, et.al. : Use of Services by People Living Alone With Cognitive Impairment: A Systematic Review. Innov Aging, 5(1) : igab004(2021)

7) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et.al. : Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimers Dis, 52(2) : 619-629(2016)

CQ9-3

# 在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か

回答文

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しない．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられるであろう．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症とともに一人で暮らすライフコースの中で，在宅から施設への入所など，「ケアの場の移行」(care setting transition)を経験する可能性は非常に高い[1)]．また，配慮のない「ケアの場の移行」が認知症高齢者の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることは，認知症ケアに携わる専門職であれば，日々の業務の中で繰り返し経験していることであろう．しかし，このテーマを扱っている研究は極めて少ない．PubMedでcare transitionとdementiaをキーワードにして文献検索したところ19件の論文が同定できたが，living aloneをキーワードに加えると1件のみになった．また，医学中央雑誌で，「ケアの場の移行」をキーワードにして検索したところ，同定された文献は1件のみであり，「認知症」をキーワードに加えると0件となった．さらに，「施設入所」「独居」「認知症」で検索すると20件の文献が同定されたが，これらの多くは症例報告かCQ9-1のテーマである「在宅生活中断の要因」に関するものであった．したがって，本稿では，PubMedで検索された1件の論文と，英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)のガイドラインに記されている推奨事項を解説し，独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」について配慮すべきことを考察することにした．

## 2. 認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究

Cloutierら[1)]は，カナダのブリティッシュコロンビア州で長期ケアを受けている3,717人の女性の認知症高齢者の経過を，ライフコースという観点から，行政データを用いて追跡した．その結果，「在宅ケアから施設ケアへの移行群」は，「在宅ケア継続群」「施設ケア継続群」よりも，郊外に住む人が多く，未亡人または独居が多く，健康状態は「在宅ケア継続群」と「施設ケア継続群」の中間にあり，抑うつレベルは最も高く，施設入所のタイミングではADL障害，認知機能障害，失禁，攻撃性が目立つようになっていると報告している．また，2事例の詳細なレポートを通して，「在宅ケアから施設ケアへの移行」は決して単純な経路ではないこと，その間に数多くの複雑な問題が生じること，それが本人の健康状態，QOL，identity，その人らしさ(personhood)に影響を及ぼすこと(例：施設ケアへの移行が認知症高齢者の不安，焦燥，興奮，転倒リスク，徘徊のレベルを高め，それによって「問題高齢者」のレッテルが貼られ，それによって行動が制限され，それによって孤立を強いられるようになる)など．しかし，この問題にフォーカスをあてた研究はほとんど見当たらないと指摘している．

## 3. NICEガイドライン

2018年に，NICEは，ガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価，管理，支援」(Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Nice Guidline 97. Methods, evidence and recommendations.

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

## 4. パーソンセンタードケアとコミュニケーション・情報共有

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

### (1) パーソンセンタードケア

① ケアを受けるすべての人は，自分自身のケアを選択できる個人であり，対等なパートナーであると認識されねばならない．

② 好ましくない治療やケアを受けている可能性がある人，コミュニケーションの障害や薬物・アルコール乱用のためにサービスへのアクセスが難しくなっている人については，それが同定され，適切に支援されねばならない．

③ 本人から同意を得る場合には，家族や介護者も提供されるケアについての話し合いに関与してもらうようにすべきであり，本人の同意能力に疑いがある場合には，精神保健法(Mental Health Act)の原則を遵守せねばならない．

### (2) コミュニケーションと情報共有

① 病院と在宅の間の移動に関与する本人・介護者・すべての保健福祉専門職は，定期的に話し合いの場をもつ必要がある．これによってケアの場の移行が円滑に調整され，すべての調整を同時に行うことができる．

② 病院と在宅(施設も含む)の間を移動する場合には，診断及び治療・すべての処方薬についての情報を提供する，必要な場合には家族や介護者にそれを渡す必要がある．

③ 情報提供を行うには様式としては，通常の文字で書かれた書式の他に，視覚障害がある人には点字の書式など，本人が理解しやすい様式の情報提供が必要である．

## 5. 結論

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しない．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられるであろう．

### 文献


1) Cloutier DS, Penning MJ : Janus at the crossroads: Perspective on long-term care trajectories for older women with dementia in a Canadian context. Gerontological Society of America, 57(1): 68-81(2017)

2) National Institute of Health and Care Excellence : Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published date: June(2018) https://www.nice.org.uk/guidance/ng97

3) 粟田主一：Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). 精神医学, 62: 683-688(2020)

4) National Institute of Health and Care Excellence : Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August (2016)　https://www.nice.org.uk/guidance/ng53

5) National Institute of Health and Care Excellence : Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August (2016)　https://www.nice.org.uk/guidance/ng53



CQ10-1

# 独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか，課題は何か，好事例や支援策はあるか

## 回答文

●実態：独居認知症高齢者は低栄養，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．認知症高齢者が，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宅で生活することを望んでいる．

●課題：認知症高齢者の自立・自律を尊重しながら安全確保とのバランスを保つことが重要である．独居認知症高齢者が自宅で生活するためのサービスコストは，同居認知症高齢者よりも高く，認知症の進行とともに上昇する．

●好事例や支援策：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，多職種連携と社会・地域全体での支援が必要である．支援のポイントとして，①本人が最期までをどこで過ごしたいかの確認とその尊重，②多職種連携，③本人の状態に合わせたサービス利用の実現，④地域住民の理解と協力等が挙げられる．

## 解説・エビデンス

### 1. はじめに

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．

医学中央雑誌Web（医中誌）とGoogle Scholarを用いて行った日本語文献検索では，在宅，施設，病院のそれぞれの場所におけるエンドオブライフケアについて調査したが，独居認知

症高齢者を対象としているため，施設や病院を検索式に入れた場合でも，自宅から施設への移行，病院から在宅への移行のように，在宅に関係する文献が多くヒットした．

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．なお，英語文献検索では，在宅，施設，病院をそれぞれ検索式に含めた場合，ヒット数は1 ～ 4件のみであったため，これらのワードを検索式から除外した．

以上の理由から，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た採用論文(日本語13件，英語9件：計22件)は独居認知症高齢者の在宅に関するものが多く，CQの回答文もそれを反映したものとなっている．

## 2. 国内外の実態

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[15]．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，多くは家族や親類から支援を得ていた[14]．また，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(特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が，多くの高齢者は認知症になっても自宅で生活することを望んでいた[14, 15]．しかし，独居認知症高齢者が自宅で生活するためのサービスコストは，同居認知症高齢者よりも高く，認知症の進行とともに上昇する[16]．

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[19]．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(あるいは，利用できない)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．また，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ことが問題視されていた[20]．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[15]．

本文献調査より，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．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様々な職種の人々，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．支援においては，次のような内容が議論されていた．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[1, 4, 6, 8]．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[7]．③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[6, 10, 11]．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[7, 8, 13]．⑤デイサービスや小規模多機能型居宅介護など，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[1, 4, 5, 7, 13]．⑥近隣住人の見守りなど，地域住民の理解と協力が必要である[1, 11]．

## 3. 今後の課題

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[22]．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を把握する必要がある．

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，続けることを望んでいる)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．

### 文献


1) 孔 英珠：在宅ホスピスケアにおけるボランティア活動の諸相―インタビュー調査のデータ分析から―．西日本社会学会年報，16: 95-110(2018)

2) 桂 あかり，佐伯尚美，川 二美　ほか：認知症・独居患者の意思に添い、一人娘が決意し、淡路島に帰郷、在宅での看取りができた事例．Palliative Care Research，15: Suppl. S875(2020)

3) 菅原由美：看取りケアにおける訪問看護の役割．福祉介護テクノプラス，13(5): 6-11(2020)

4） 原 昌彦：最期について一緒に考える支援．ホスピスケアと在宅ケア，27(2)：180(2019)

5） 高橋眞生：地域と歩む訪問薬剤師　認知症の独居女性を在宅で看取った．医療と介護，4(6)：526-527(2018)

6） 黒澤理穂：腎不全　終末期A氏の在宅生活を支えた医療と介護のチーム連携．北海道勤労者医療協会看護雑誌，看護と介護，43：18-20(2017)

7） 倉持雅代：在宅がん看護のあり方と魅力　事例から読み解く　在宅がん看護のレシピ集(第1回)　認知症のがん、独居でも家で死ねます．在宅新療，1：61-65(2017)

8） 森 重勝：独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援　病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に．認知症ケア事例ジャーナル，9(3)：272-279(2016)

9） 秋山正子：住み慣れた地域で暮らし続けるために　訪問看護と暮らしの保健室のとりくみから．民医連医療，522：16-19(2016)

10） 小野原智香子，前田静子，石橋一代　ほか：独居の末期がん患者への在宅支援　事例を通して学んだこと．福岡赤十字看護研究会集録，28：56-59(2014)

11） 中村 徹，鹿島 健，杉山孝博　ほか：～疾患別・臨床事例の全診療行為～カルテ・レセプトの原風景．保険診療，66(4)：100-103(2011)

12） 古賀友之，前田浩利，川越正平：在宅緩和ケアの現場における服薬管理の実際．緩和ケア，20：84-93(2010)

13） 北澤彰浩：ささやかな希望をかなえたい　最期まで寄り添ったヘルパーさんたち．ふれあいケア，16(2)：26-27(2010)

14） Lepper S, Rädke A, Wehrmann et.al. : Preferences of Cognitively Impaired Patients and Patients Living with Dementia: A Systematic Review of Quantitative Patient Preference Studies. J Alzheimers Dis, 77(2)：885-901(2020)

15） Soto M, Andrieu S, Gares et.al. : Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study. J Am Geriatr Soc, 63(4)：651-658(2015)

16） Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL et.al : Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age Ageing, 50: 861-867(2021)

17） Hennings J, Froggatt K : The experiences of family caregivers of people with advanced dementia living in nursing homes, with a specific focus on spouses: A narrative literature review. Dementia (London), 18(1)：303-322(2019)

18） Kjellstadli C, Husebø BS, Sandvik H et.al : Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. BMC Palliat Care, 17(1)：69(2018)

19） Wolff JL, Mulcahy J, Roth DL et.al : Long-Term Nursing Home Entry: A Prognostic Model for Older Adults with a Family or Unpaid Caregiver. J Am Geriatr Soc, 66(10)：1887-1894(2018)

20） Kelley AS, Ettner SL, Wenger NS et.al : Determinants of death in the hospital among older adults. J Am Geriatr Soc, 59(12)：2321-2325(2011)

21） Dramé M, Lang PO, Novella JL et.al : Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: the SAFES cohort. Rev Epidemiol Sante Publique, 60(3)：189-196(2012)

22） Rolls, L., Seymour, J. E., Froggatt, K. A., et.al : Older people living alone at the end of life in the U.K.: research and policy challenges. Palliative medicine, 25(6)：650-657.



CQ11-1

# 独居の認知症のある人のQOLには何らかの特徴がみられるか

**回答文**

独居の認知症のある人は，孤独を感じやすいという研究があるものの，心理的健康の維持がliving well「(認知症とともに)良き生活を送ること」につながるとする研究結果があり，本人の自己肯定感・楽観性・自尊心といった心理的資源を豊かにする関わりや適切な医療・介護サービスの提供が重要である．

**解説・エビデンス**

## 1. はじめに

今後，認知症とともに生きる人が増加していくなかで，よりよく生きることに向けた支援の充実や社会環境の整備が喫緊の課題となっており，生活の質(QOL)についての主観的認識の評価とその活用が求められている．そこで，認知症のある人のQOLの把握，これに関連する要因について，特に独居の認知症のある人の特徴に焦点をあてて先行研究を探索した．

## 2. 認知症のある人のQOLの把握と課題

認知症関連のQOL測定尺度は数多く開発されているが，主観性に重きを置くQOLという概念の性質上，疾患の進行に従って意思表出が困難になる傾向がある認知症の場合，本人からのデータ収集がどこまで可能なのかは長きにわたり課題とされてきた[1,2]．

わが国において使用されている尺度としては，AD-HRQL-J，QLDJ，DHC，改変ARS，DQOL，QOL-AD，QOL-D，DEMQOLがあり，DQOL，QOL-AD，DEMQOLは客観的評価のみならず主観的QOL評価に対応している．主観的QOL尺度と客観的QOL尺度による評価結

果の乖離については，BPSDの影響が大きいと客観的QOLが主観的QOLよりも有意に低くなることが，認知症のある人のQOLに関する複数の観察研究のメタ解析により明らかになっている[3]．また，客観的QOL尺度であるshort QOL-Dに関する竹之下らによる回帰分析の結果においては，short QOL-Dの陽性領域は主観的QOL（WHO QOL26を使用）とBPSDを反映し，陰性領域はBPSDの中でも本人が自覚しにくい症状（易刺激性，興奮）を反映することが判明したことから，主観的QOLに加えて客観的QOLを評価することに積極的な意味があると結論づけている[4]．

ところで，英国政府は2009年に『Living well with dementia（認知症とともに良き生活（人生）を送る）』と題した認知症国家戦略を発表した．認知症のある人と介護者（主に家族）が良き生活を送ることを理念とする政策を背景に，認知症とともによく生きるとはどういうことか，それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを主たる目的として，エクセター大学を中心にIDEAL（IMPROVING THE EXPERIENCE OF DEMENTIA AND ENHANCING ACTIVE LIFE）プログラムと称する大規模な縦断的コホート研究が行われている（2014年から2022年末までの予定）．ここでは，living wellをQOLよりも広い概念と捉え，QOL-AD：Quality of Life in Alzheimer Disease scale（QOL），SwLS：Satisfaction with Life Scale（生活満足尺度），WHO-5：World Health Organization-Five Well-Being Index（ウェルビーイング）の3つの観点から，living wellの能力（capability）の測定を行っている．

## 3. 認知症のある人のQOLとその関連要因

### (1) 認知症のある人全般

① Clareら[5]はIDEALの一環で，英国に住む軽度から中等度の認知症のある人1,547人のインタビューから得られた横断データをもとに「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に関する要因を検討した．システマティックレビューとメタアナリシス[3]により分類した5領域（1.心理的特徴と心理的健康，2.体力と身体的健康，3.ソーシャル・キャピタル・資産・資源，4.認知症のある日常生活の管理，5.ソーシャル・ロケーション）全てが「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に個々に影響を及ぼすことが判明し，特に，1の心理的特徴と心理的健康は唯一の独立した要因となり，他の4領域よりもエフェクトサイズが大きいことがわかった．また，自己肯定感・楽観性・自尊心といった3つの心理的資源の全てにおいて，「良き生活を送る」能力との間に明確かつ独立した関連が見出された．認知症とともに生活する上での困難に直面した時に，これら3要素がそれぞれ合致した時はより強固な回復力となるため，潜在的に修正可能なこれら3要素のレベルを改善する介入が望まれる．なお，認知症のある人のQOL，生活満足度，ウェルビーイングについての本人評価と代理人評価の比較については，それぞれから示された各項目の評価自体は異なることがあるものの，本人評価・代理人評価双方から示唆される日常行動の他の側面と類似した関連を持つことから，どちらの評価も適切な情報源となり得ると結論づけた．

② Victorら[6]は，①で認知症とともに良き生活（人生）を送る能力に関連する要因の一つであることが明らかにされた「孤独」に焦点をあて，IDEALにおける軽度から中等度の認知症のある人（①と同じ）を対象に，孤独を感じている人の割合とその要因を検討した．対象者の約30％が中等度の孤独を感じ，約5％が深刻な孤独を感じており，中等度・深刻な孤独ともに抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連が見られた．独居の人及びQOLが低いと報告している人は深刻な孤独を経験する可能性が高かった．年齢・性，学歴，婚姻状況，ウェルビーイング，認知症の診断や認知機能と孤独との関連は見られなかった．これらの関連の方向性の決定には，今後の縦断研究が必要であると結論づけている．

### (2) 独居の認知症のある人の特徴

① Miranda-Castilloら[7]は，非独居の人と比較した独居の認知症のある人の「満たされないニーズ」を検討することを目的として，英国に居住する60歳以上の認知症のある人152人（うち50人が独居・102人が非独居）と128人のインフォーマル介護者に対してインタビュー調査を行った．インタビュー項目は，認知症のある人に対しては，満たされている／満たされていないニーズ（CANE），QOL（QOL-AD），ソーシャルネットワーク（PANT），行動・心理症状（NPI），認知機能（MMSE），ADL-IADL，利用サービス等，インフォーマル介護者については，抑うつ，不安，負担，満足感等である．独居の認知症のある人は，非独居の人と比べて満たされないニーズがより多く，特に家事，食料の調達，セルフケア及び偶発的な自傷行為においては有意差があった．最も頻度の高い満たされないニーズは，日中の活動，同伴者（company），心理的苦痛，視力・聴力，偶発的な自傷行為であっ

た．他方，QOL-ADの値を独居・非独居で比較すると，本人評価・代理人評価ともに統計的な有意差は確認できなかった．

② Portacoloneら[8]は，米国において独居高齢者は不確かさ・不安定感（precarity）を持つことが多いことを明らかにした研究を踏まえ，独居で認知機能障害を持つ高齢者のニーズや心配事を検討することを目的として，アルツハイマー型認知症（6人）とMCI（6人）の診断を受けた65歳以上の独居高齢者にインタビューを行った．その結果，認知機能障害の自覚，認知機能の障害によって引き起こされる困りごと等のセルフマネジメント，適切なサービスの不足という3つのテーマが見出され，予測不可能な認知機能障害からくるプレッシャー，自立していると感じたいが一人暮らしに適したサービスがないことなどの「累積的な効果」が不安定感をもたらすとの考察がなされている．また，今後の課題の一つとして，これらを踏まえたQOL改善につながるサービスの検討があげられた．

③ Clareら[9]は，IDEALの一環として，英国の軽度から中等度の認知症のある独居者の特徴とニーズを検討する目的で，認知症のある人1,541人（うち285人が独居，1,256人が非独居）と1,277人の介護者を対象とするインタビューから得られた横断データを分析した．その結果，独居群は，非独居群より年齢が高い，女性が多い，認知能力と自己申告による機能的能力が高い，他世帯との社会的接触が多い傾向にあった．また，孤独，生活満足度が低い，在宅サービスをより多く利用する特徴がみられた．症状，気分，QOL（QOL-AD），ウェルビーイングに差異はなかった．これらを受け，在宅ケアや機器等を含む適切なサポートがあれば軽度から中等度の認知症があっても独居で「よく生きる」ことはできるが，より満足のいく生活のためにどのような支援が必要で，医療・介護サービスがどのようにニーズに対応すればよいかを検討することが重要と結論づけている．

## 文献


1） 栗田主一，認知症のある人のQOLを再考する　特集にあたって．老年精神医学雑誌，23: 1403-1405（2012）

2） 岩佐 一，認知症の人のQOLをどう評価するか．老年精神医学雑誌，23: 1406-1415（2012）

3） Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, et.al. : 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. Psychol Med, 48（13）: 2130-2139（2018）

4） 竹之下慎太郎　ほか，認知症患者の客観的QOL評価は、主観的QOLをどのように反映しているのか．認知症ケア研究誌，3: 38-44（2019）

5） Clare, L., Wu, Y.-T., Jones, I.R., et.al. : A comprehensive model of factors associated with subjective perceptions of "living well" with dementia: findings from the IDEAL study. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 33: 36-41（2019）

6） Victor CR, Rippon I, Nelis SM, et.al. : Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. Int J Geriatr Psychiatry, 35（8）: 851-858（2020）

7） Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M : People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? Int Psychogeriatr, 22（4）: 607-17（2010）

8） Portacolone E, Rubinstein RL, Kenneth E, et.al. : The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. Gerontologist, 59（2）: 271-280（2019）

9） Clare L, Martyr A, Henderson C, et.al. : Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimers Dis, 78（3）: 1207-1216（2020）

CQ11-2

# 認知症のある人のQOLに参加・交流はどう影響するか

回答文

施設入居者を対象とした研究では，より多くの社会的交流を持つことと，ポジティブな気分，良い人間関係が，より高いQOLと低いBPSD発生率に関連することが示された．自宅または介護付き住宅に住む人々に対する心理社会的介入についてのインタビューでは，地域に根ざした場において他者と交流することを望む声がある一方で，認知症のある人だけを対象にしたグループや受動的に作業を行うグループには参加したくないという意見が見られた．参加・交流の内容は，他の人と目を合わせたり話したりする行動から創造的活動への参加まで様々であった．居住形態（独居・非独居）別に参加・交流の違いについて示した研究は見られなかった．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症施策推進大綱（令和元年6月）に，「介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討」することが盛り込まれ，令和3年度介護報酬改定に関する審議報告では，今後の課題のひとつとして，「認知症の人に対し，尊厳を重視し，本人主体の生活を支援する観点から，地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進める」ことが明記された．認知症とともによく生きることに関連する要因に関する系統的レビューとメタアナリシスにおいても，社会とのかかわり（social engagement）とQOLとの関係が指摘されているところであり[1]，参加・交流とQOLの関連及びその内容について検討を加える．

## 2. Beerensら[2]の研究

オランダにおいて介護施設に入居する認知症の人115人（平均年齢84歳，75%が女性，S-MMSEの平均は8.5点）に対し，日常生活のどのような側面がQOL（QOL-AD）に関連するか観察研究を行なった．

結果として，二変量解析では，QOLが高い入居者は低い入居者に比べて，受動的活動（テレビを観る，ラジオを聞く，座っている）・無目的な活動（座っている，横になっている，眠っている）が少なく（25%対38%），能動的・表現的・社会的な活動（ペットに関する活動，物作り・アート，音楽・歌うこと，散歩，ゲームやパズルをする，感覚刺激，美に関わる活動（beauty activity），スポーツ，おしゃべり，農作業，ガーデニング，家事，調理）が多く（40%対27%），他の人と話したり目を合わせたりするなどの社会的交流が多く（34%対22%），気分スコア（スケール1 ～ 7，5.0対4.8）が良好であった．多変量解析では，より多くの社会的交流を持つこととポジティブな気分が，より高いQOLに関連することが示された．

## 3. Leeら[3]の研究

アメリカにおいて，認知症のある人と介護職員の相互作用と心理的幸福感との関係の検討を目的として，17のナーシングホームと6の介護付き住宅に居住する110人の認知症のある人を対象に観察研究をおこなった．心理的幸福度は，肯定的および否定的な感情表現を観察により測定し，社会的相互作用は，a.言語的相互作用（会話，挨拶，会話など），b.非言語的相互作用（触る，抱きしめる，笑顔など），c.言語的および非言語的相互作用（aとb両方）に分類し，社会的相互作用の質（ポジティブ，ネガティブ，ニュートラルなど）をコード化して分析した．

その結果，言語的相互作用はポジティブな感情表現の増加と高い関連性があることがわかった．また，非言語的相互作用だけではポジティブな感情表現との有意な関係は見られなかったが，言語的相互作用を併用することで，ポジティブな感情表現の増加に有効であることが示された．言語的および非言語的相互作用の効果の大きさは，言語的相互作用のみの場合よりも大きかった（0.75対0.54）．

## 4. Araiら[4]の研究

ベースライン時のアクティビティ参加を含む社会的相互作用，他の入居者との関係，家族・親族・友人とのコミュニケーションが，1年後のBPSD（Neuropsychiatric Inventory（NPI-Q）簡易版）に及ぼす影響を明らかにすることを目的に，北海道にある10の介護施設に入居している認知症やそれに類似した症状を持つ220人を対象にして1年間の前向きコホート研究を行なった．参加者の80%以上が女性で，平均年齢は87歳，約40%がアルツハイマー型だった．社会的交流は，a）過去1カ月間の余暇・レクリエーション活動プログラムへの参加状況（誕生日や季節の行事，運動，音楽療法，散歩，ゲーム，映画鑑賞，料理，読書，買い物，その他の創造的な活動など）（よくある／ときどきある／ほとんどない／まったくない），b）居住者同士の親しい友人の有無（ある／ない），c）家族や親戚と電話で会ったり話したりする（週1回以上／月数回／年数回／ほとんどない），d）施設外の友人と電話で会ったり話したりする（週1回以上／月数回／年数回／ほとんどない）の項目で把握した．

結果として，ベースラインでの活動参加の少なさや他の入居者との関係の悪さが，ベースラインでのBPSDの発生率の高さと関連していた．また，家族や親戚とのコミュニケーションの少なさが，1年間のBPSDの増加と関連していることもわかった．今回の対象者においては，ほとんどが外部の友人とのコミュニケーションがなかった．施設内に親しい友人がいることと，施設外の友人とのコミュニケーションの頻度とBPSDとの間には，横断的，縦断的な関連性は認められなかった．

## 5. Fieldらの研究[5]

Fieldらは，認知症と診断された初期の心理社会的介入の影響を明らかにすることを目的に，英国において自宅あるいは介護付き住宅に住む66歳から87歳までの認知症のある人16人を対象に（単独あるいは家族とともに）対面式半構造化インタビューを行った．16人のうち6人が独居だが，居住形態別の考察は行われていない．また，介入を提供する側として12人のスタッフもインタビューに応じた．認知症のある人のQOLと社会参加について直接的に言及している研究ではないが，診断された初期に心理社会的介入を受ける場合に促進要因となること・障壁となる要因について認知症のある人から意見が述べられており，地域社会における活動に望むことや他者との交流について言及されている．

認知症のある人の多くは自分の趣味や娯楽についてよく話し，交流の機会やピアサポートを提供するグループを評価していた．退職後も教会や高齢者クラブなどに参加しており，今後も参加したいと望む人が多かった．また，家族や友人と会ったり，休日に日帰り旅行をしたり，地域に根ざした活動や役割の継続を重要なこととして捉えており，グループ単位で行われる歌や踊り，ゲームなど特定の活動に魅力を感じる人もいた．しかし，グループ介入への参加にためらいを感じる人もいることも明らかになった．インタビューに参加した認知症のある人からは，「座って書いたり描いたりするのは苦手．グループの中に座るのではなく1対1で行動したい」「記憶がなくなったりしても，誰もが同じように感じるわけではない．多くの人に見てもらいたいと思わない」といった意見があり，スタッフからも「グループの中で混ざり合うことを好まない人もいる」「単純に他のことで忙しくて参加できない人もいる．すでに社会的なつながりを感じている人もいるので，そのような人々はグループ介入に参加してもほとんどメリットがない」という意見があった．また，認知症に特化したグループ活動が行われるメモリーサービスのような場所に妻を連れて行くのを昔の同僚などに見られたくないと答えた人もおり，認知症に対するスティグマの影響が見られた．

インタビューを受けた認知症のある人の多くは，グループ活動に連れて行ってくれる家族を頼っていることがわかり，家族のサポートを受けられない認知症の人がどのようにすればグループに参加できるのかは課題であるとしている．

### 文献


1) Martyr A, Nelis SM, Quinn C, et.al. : 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. Psychol Med, 48(13): 2130-2139(2018)

2) Beerens HC, de Boer B, Zwakhalen SM, et.al. : The association between aspects of daily life and quality of life of people with dementia living in long-term care facilities: a momentary assessment study. Int Psychogeriatr, 28(8): 1323-31(2016)

3) Lee KH, Boltz M, Lee H, et.al. : Does Social Interaction Matter Psychological Well-Being in Persons With Dementia? Am J Alzheimers Dis Other Demen, 32(4): 207-212(2017)

4) Arai A, Khaltar A, Ozaki T, et.al.: Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among long-term care facility residents. Geriatr Nurs, 42(2): 509-516(2021)

5) Field B, Coates E, Mountain G : What influences uptake of psychosocial interventions by people living with early dementia? A qualitative study. Dementia (London), 20(8): 2668-2688 (2021)

CQ11-3

# 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか

回答文

認知症のある高齢者のQOLは，施設群に比べ在宅群が良好であると結論づける研究が複数ある．しかし，認知機能のレベル別に検討した研究では，自分で生活を営むことができるごく軽度の時期，そして生活のほぼ全てにおいて他者のサポートを必要とする最重度の時期においては自宅群のQOLは高いが有意な差はなく，その間である中等度から重度となる段階においては施設群のQOLが高いことを示している．一方で，認知症重症度を層別化しても在宅群は施設群よりも高いQOLを示すとした研究もある．なお，在宅群において，代理人回答のQOL尺度を使用した場合は，家族など近しい人が回答しているが，家族が同居しているかどうかについての記述はなかった．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

認知症のある高齢者の生活の場は，自宅の他，さまざまな施設など多岐にわたる．居住場所は生活の土台であることから，特に在宅か施設かによって，認知症高齢者のQOLに違いや特徴がみられるかを検討するため，QOL関連尺度を用いて分析した研究を検索した．

## 2. Missottenらの研究[1)]

認知機能低下とQOLとの関連の検証を在宅群と施設群で比較することを目的に，65歳以上の認知症高齢者455人（うち在宅159人，施設296人）を対象とする横断研究を行なった．





その結果，MMSEが4点～8点，9点～13点，14点～18点の中等度から重度の認知症のある高齢者の場合，在宅群と比べ施設群の方がQOL（ADRQL）は良好だが，MMSEが19点～23点及び0点～3点の軽度または最重度の認知症のある高齢者の場合は，在宅群も施設群も有意な差がなかった．また，施設群と比較して在宅群では，より早い時期（中等度）にQOLの落ち込みがみられることも確認された．

## 3. Nikmatらの研究[2, 3)]

在宅とナーシングホームで暮らす認知症のある人のQOLとその関連要因を比較検討することを目的とした研究を重ねている．マレーシアの60歳以上の中等度の認知症のある高齢者49人（うち在宅19人，ナーシングホーム30人）の横断研究による認知症重症度，QOL（WHO-8 AQoL-8），ADL，抑うつ，社会的孤立を検討した結果，両群においてQOLとADLと社会的孤立には有意な差が見られ，在宅群の方が良好であった[2)]．また，60歳以上の認知症のある高齢者219人（うち在宅109人，ナーシングホーム110人）の横断研究でも，在宅群の方がQOL（WHO-8）は高く，より低い抑うつ傾向，より高い社会的繋がりを持つことがわかった[3)]．

## 4. León-Salasらの研究[4)]

在宅とナーシングホームで暮らす認知症のある人のQOL（ADRQL）とその関連要因の検討を目的に，アルツハイマー型認知症者200人（在宅92人，ナーシングホーム108人；54-98歳）を対象に横断研究を行った．その結果，在宅群の方がQOLは高いことが示され，関連要因としては，神経症状，認知症重症度，抑うつ，機能的依存が挙げられた．

## 5. Olsenらの研究[5)]

在宅とナーシングホームで暮らす認知症のある人のQOL（QUALID）の比較・検証を目的に，ノルウェーの認知症のある高齢者を在宅群（デイケア利用）115人と施設群（認知症者向けユニットを備えた15のナーシングホーム利用）78人に分けて横断研究を行った．その結果，重回帰分析において在宅群は施設群に比べ有意に高いQOLを示し，認知症重症度を層別化してもそれが維持された．認知症中等度の施設群の特徴には，歩行介助が大幅に多いこと，社会的接触が低いこと，活動性が低いこと，日光への曝露が少ないこと，向精神薬の使用が多

いことが挙げられた.

### 6. León-Salasらの研究[6)]

高齢者の居住場所とQOL(EQ-5D-3L)の関連を検討するために，スペインの60歳以上高齢者1,815人を対象に，居住場所と認知症の有無で3群(在宅の高齢者1,106人，認知症がない施設居住の高齢者234人，認知症がある施設居住の高齢者475人)に分けて横断研究を行った．その結果，認知症がある施設居住高齢者は，その他の群と比較して，より低いQOLを示した．全群において，機能的独立性，併存疾患，認知機能はQOLの関連要因となった．機能状態の維持と改善は，高齢者のQOLの向上に寄与することが示唆された．


**文献**

1) Missotten P, Thomas P, Squelard G, et.al. : Impact of place of residence on relationship between quality of life and cognitive decline in dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord, 23(4): 395-400(2009)

2) Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. : The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care--a preliminary report. Dementia (London), 14(1): 114-125(2015)

3) Nikmat AW, Al-Mashoor SH, Hashim NA. : Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. Int Psychogeriatr, 27(5): 815-824(2015)

4) León-Salas B, Olazarán J, Cruz-Orduña I, et.al. : Quality of life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients. Arch Gerontol Geriatr, 57(3): 257-262(2013)

5) Christine Olsen, Ingeborg Pedersen, Astrid Bergland et.al. : Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia - a cross-sectional study. BMC Geriatr, 16: 137(2016)

6) León-Salas B, Ayala A, Blaya-Nováková V, et.al. : Spanish Research Group on Quality of Life and Aging, Quality of life across three groups of older adults differing in cognitive status and place of residence. Geriatr Gerontol Int, 15(5): 627-635(2015)




CQ11-4

## 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか

**回答文**

独居認知症高齢者は，物忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの，時に診断後の適切な支援の調整が不十分なために，治療や支援，生活についてどう対処してよいかわからない感覚を持っている．本人が認知症という診断を認めない場合でも，認知機能や身体機能の衰えやそれによる失敗を自覚しており，これに前向きに工夫･対策している．自分の限界を受け容れつつ，できるだけ自立した生活を送りたいと願いながらも，認知症の進行には不安を抱え，一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると思っている者もいる．

**解説･エビデンス**

### 1. はじめに

独居認知症高齢者は，同居者からの支援を受けられないことが，診断の理解や日常生活における経験とその受け止め方に影響すると考えられる．一人暮らしをする認知症高齢者が，どのように診断を受け止め，認知機能の低下に伴って日常生活でどのような経験をしているのか，本人の捉え方に注目した研究を抽出してエビデンスをまとめた．

### 2. 診断の受け止め･経験

Portacoloneら[1)]は，米国の29名の独居高齢者(65 ～ 92歳)を対象にインタビューと参与観察から，彼らがMCIもしくはアルツハイマー型認知症の診断をどのように体験しているかを明らかにした．彼らは，診断がついた直後には，侵襲的治療が必要ない病気だとわかったこ

と，物忘れの理由がわかったこと，疾患についての知識を得て支援を受けられることに安堵した．しかし，診断のための検査や診断後の情報提供が不十分だったこと，診断によって運転ができなくなり，すぐに生活に影響したことなどに苦悩した．診断を受けたことの記憶が曖昧なケースも多く認めた．将来に向けたさまざまな決断を一人でしなければならないことも多いが，診断をどう受け止めて対処すればよいかわからないという感覚も強かった．つまり，診断後も一人暮らしを続けたため，または，医療のフォローアップや適切な支援の調整が不十分なために，どのような治療や支援を受けて，どのように対処をすればよいか分からない不安だった．この不安は，特にソーシャルネットワークが小さい人で顕著だった．

## 3. 認知機能の低下に伴う日常生活における経験

久保田ら[2]は，日本の一人暮らしをする軽度～中等度認知症高齢者6名（81 ～ 95歳）を対象に，独居のきっかけや生活で起こっていること・困っていること，もの忘れの自覚，今後の生活への思い等をインタビューした．危険を伴うと感じる出来事の有無等について，担当の介護支援専門員へのインタビュー調査によって補足している．受け止め方はさまざまだが，もの忘れを自覚しており，迷子や騙されるなど苦い経験をしながらも，家族や友人に話して対策しながら前向きに生活していた．なお，火の不始末については，本人は大丈夫というが，介護支援専門員によると，鍋を焦がす等の経験から周囲は危険意識を持っている．そんななかでも，自分らしくありたいという強い意志によって独居が継続されていた．

Wittら[3]は，カナダの独居で軽度～中等度認知症の診断を受けている女性8名（58歳～ 87歳）に，もの忘れがありながら一人で暮らすこと，独居の継続，安全性，助けを必要とすること，将来等についてインタビューした．対象者は，家族に迷惑をかけたり，悪くなったり，疲れてしまったら施設入所などが必要と考え，一人で過ごすことができる時間が限られていることを自覚していた．抗認知症薬はその時間を伸ばすものという認識があり服用を続けていた．デイサービスなどで進行した認知症の人たちを見た経験から，そうなった場合の自分自身を想像して嘆く者，介護施設で働いていた時には入居者は頭が悪いとか何もできないと笑い飛ばしていたが，自分がなったら笑えないという者もいた．

Duaneら[4]は，オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用している初期認知症の診断を受けた，もしくは認知機能が低下した高齢者19名（69 ～ 93歳）を対象に，どのような生活をしているのか，受けている支援や必要な支援等についてインタビューした．認知症という診断を受けたことを否定する人はあったが，その場合でも自分の記憶力や身体機能の衰えを認め，そのために生じる一人暮らしの継続のリスクに対し，工夫して対処していた．

### 文献


1) Portacolone E, Johnson JK, Covinsky KE, et.al. : The effects and meaning of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or Alzheimer's disease when one lives alone. J Alzheimers Dis, 61(4): 1517-1529(2018)

2) 久保田真美，高山成子：認知症高齢者の独居生活―認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から―．関西国際大学研究紀要，18: 23-35(2017)

3) Witt L, Ploeg J, Black M. : Living alone with dementia; an interpretive phenomenological study with older women. J Advanced Nurs, 66(8): 1698-1707(2010)

4) Duane F, Brasher K, Koch S. : Living alone with dementia, Dementia. 12(1): 123-136(2011)

CQ11-5

# 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか

**回答文**

独居認知症高齢者は，自分の認知機能や身体機能の衰えに伴う困難や，一人暮らしに伴う孤独感を自覚しており，自分なりに対策を講じて自立生活を維持する努力をしている．対策には，家事や人と約束して会うなどの日課を確実にこなすこと，日常生活の失敗を予防すること，家族や友人など近しい人との直接的･間接的交流を維持及び新たに求めること，不安や相談事を周囲に伝えること，フォーマル･インフォーマルな支援やその提案を受け入れて利用すること等があった．

**解説･エビデンス**

## 1. はじめに

認知症のある人が一人暮らしをすることは，認知機能に障害を持ちながら家事や金銭管理をして自立生活を維持することの困難に加えて，孤独感や生活への不安など，心理的な困難を伴う．このような生活を，認知症とともに生きる本人がどのように経験し，日常生活や社会生活の困難にどのように対処しているのか，本人の対処行動に注目した研究を抽出してエビデンスをまとめた．また，新型コロナウイルス感染症の流行は，彼らの生活にも直接的に影響を及ぼしており，それに対する対処行動についてもレビューの対象とした．

## 2. 日常生活の困難への対処

犬山ら[1]は，日本の軽度～中等度認知症で一人暮らしをする高齢者(60 ～ 90代)11名の担





当ケアマネジャーの自宅訪問に同行し，ケアマネジャーへのインタビューを通じて在宅生活継続の促進･阻害要因を分析している．一人暮らしを維持する対処行動には，確証はないがセルフケアをしようとすること，方法や内容が変化しても発症前から行っていたことを継続すること，事故や失敗など経験したことに自覚して自分で予防すること，生活に関する不安や相談事を家族や支援者に伝えること，これに対する説明や提案･支援を受け入れること，介護保険サービスや福祉用具等を利用することであった．

Duaneら[2]は，オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用している初期認知症の診断を受けた，もしくは認知機能が低下した高齢者19名(69 ～ 93歳)を対象に，どのような生活をしているのか，受けている支援や必要な支援についてインタビューした．一人暮らしで孤独を感じるかどうかは人それぞれだが，家族や友人との関係を縮小傾向であるものの維持し，介護･医療従事者，地元の店員や近所とのつきあいも孤独感を和らげることにつながっている．電話や手紙などで間接的な交流を続ける人もあった．その他，ペットとの生活，自分の記憶や今は亡き配偶者との思い出に浸る，などさまざまなやり方でつながりを感じ続ける．自立した生活を可能な限り続ける目標に対して，家事をこなしたり，人との約束を果たしたり，毎日の日課を確実に遂行することを重視していた．彼らは，記憶力や身体機能の衰えを認め，そのために生じる自立生活継続のリスクに対して工夫して対処していた．

## 3. 社会生活の困難への対処

Odzakovicら[3]は，イングランド･スコットランド･スウェーデンで，14名の独居認知症高齢者(62 ～ 88歳)を対象に，歩きながら／在宅でのインタビューやネットワークマッピングなど組み合わせた手法で調査した．診断後は友人や，時に家族との連絡も途絶えがちななかで，つながりを保つ努力をしている．彼らの交流は，親しい家族や病前から特に仲の良い友人に限定され，近所の顔見知りとの交流はないか，あってもわずかのことが多い．家族，とくに子どもとの関係が維持されていることが，広く友人･知人との関係を深めることにも寄与しており，子どもがいない場合には，1 ～ 2人のキーパーソンとの関係がそれに代わることもある．おしゃべりができ，気にかけてくれる人がいることが重要で，定期的に近所の公園やカフェなどに外出して話し相手を探す人もあった．非営利団体や公的サービスが主催する地域の当事者が集まる場を利用して，当事者や支援者と親しくなり，そこでの支援者が困りごとの相談相手になることがあった．日中に地域の人がいない静かな時間帯や，若い人が

出ていって活気を失った地域に寂しさや不安を感じ，人との交流ができる活動や場を積極的に探した．

犬山ら[1]の研究では，参加の維持に役立つ対策として，家族や友人，地域での人間関係を継続すること，状況や目的に応じて家族や近隣とのかかわり方を変えること，支援を通した人とのかかわりや移送サービスやデイサービスの利用によって，人との交流や行動範囲を維持すること等があげられた．

## 4. コロナ禍の生活への対処

Portacoloneら[4]は，米国のサンフランシスコの都市部に住む独居で認知症の診断を受けているか，認知機能が低下した高齢者24名（62 ～ 97歳）を電話で2回ずつインタビューして，コロナ禍の生活と問題への対処方法について調査した．併存疾患や高齢であることから感染して死亡することへの恐怖や，社会的交流がなくなることによる強い孤独を感じ，閉じ込められているような感覚をもっていた．新型コロナウイルス感染症の情報をテレビやラジオ，新聞，インターネット，携帯アプリを使って，また，友人や家族，ヘルパーから直接話したり電話やメッセージを使ったりして得ていた．多くの対象者は不正確な情報を信じていたが，誰から受け取ったかによってその情報の真偽を判断していた．必ずしも状況を理解できていなくても感染予防としてマスクを使っていた．自分や他人の健康に感謝してポジティヴに考えること，友人を気にかけて電話するなどの利他的な行動をすること，リモートで礼拝に参加したり，自宅の内外を散歩したり，テレビやラジオ，掃除，片付け，編み物，人間観察，入浴など，それぞれの方法で，コロナ禍の生活に対処していた．なお，日常生活において必要な支援は，ヘルパー，家族や友人，近所，教会メンバーや地域によって賄われていた．

### 文献


1） 犬山綾乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因．千葉看護学会会誌，25（1）：37-45（2019）

2） Duane F, Brasher K, Koch S. : Living alone with dementia. Dementia, 12（1）: 123-136（2011）

3） Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, et.al. : ‘It’s our pleasure, we count cars here’: an exploration of the ‘neighbourhood-based connections’ for people living alone with dementia. Ageing & Society, 41: 645-670（2021）

4） Portacolone E, Chodos A, Halpe J, et.al. : The effects of the COVID-19 pandemic on the lived experience of diverse older adults living alone with cognitive impairment. Gerontologist, 61（2）: 251-261（2021）

CQ11-6

# 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で，地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか

回答文

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おいて，地域づくりや生活支援を推進する地域拠点は，認知症や障害の有無に関わらず，人々に，①くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供し，②健康のことや日々の困りごとを気軽に相談することができ，③認知症になる前から健康の変化や生活の変化に専門職が気づき，④健康情報を含めた生活に必要なさまざまな情報が得られ，⑤社会的交流や社会参加が促進され，⑥地域に暮らす人々の偏見の解消に寄与し，⑦社会資源との連携が促進される場所としての意義があるものと思われる．これらによって，必要な社会的支援の利用や提供を可能とする地域づくりが促進され，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寄与するのではないかと思われるが，その科学的な検証は今後の課題として残されている．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくるにあたって，生活支援のある地域づくりが不可欠の要素であろう[1,2]．粟田[1]は，認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とは，(1)認知症の人の思いに耳を傾け，相互に信頼し，尊重し，助け合うことができる人と人との関係性の構築(対人関係支援)を基礎にして，(2)情緒的・情報的・手段的な社会的支援を継続的・包括的に提供することができる環境をつくること(トータル・サポート)であり，それによって，(3)認知症や障害の有無にかかわらず，人々が社会とのつながりのなかで，希望と尊厳をもって生きていくことができる地域社会をつくること(地域づくり)であるとしている．このような生活支援のある社会環境を創出する試みは，今日では，かかりつけ医[3]，精神科病院[4]，一般病院[5]，介護保険サービス事業所[6]，NPO法人[7,8,9]，住民組織[2]など，多様なステークホルダーによって展開されるようになってきている．また，こうした活動を進めるにあたっては，高齢者が暮らす地域の中に，「地域拠点」「通いの場」「認知症カフェ」などと呼ばれる「居場所づくり」の実践が基盤になっている．このような活動と実践は，独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくりだす上で，どのような意義をもっているのだろうか．

本稿では，主として医学中央雑誌WEB版を用いてわが国の文献検索を行うとともに，令和元年～2年度の厚生労働科学研究の成果とそれに関連する過去の論文報告を渉猟し，現時点での知見を要約した．

## 2. 医学中央雑誌WEB版での文献検索結果

①「地域拠点」「地域づくり」をキーワードに入れて検索すると3件の文献が同定され，これに「認知症」を加えると1件，さらに「独居」を加えると0件になった．また，「地域拠点」「生活支援」で検索すると1件の文献が検索され，これに「認知症」を加えると同じ文献が同定され，さらに「独居」を加えると0件になった．これらの文献をすべて渉猟し，CQに関連する文献2件を抽出した[10,11]．

②「通いの場」「地域づくり」で検索すると9件，これに「認知症」を加えると1件の文献が同定され，さらに「独居」を加えると0件になった．また，「通いの場」「生活支援」で検索すると4件の文献が同定され，これに「認知症」を加えると0件になった．これらの文献をすべて渉猟したが，CQに関連する文献は見いだせなかった．

③「認知症カフェ」「地域づくり」で検索すると12件の文献が検索され，これに「独居」を加えると0件になった．また，「認知症カフェ」「生活支援」で検索すると2件の文献が同定され，これに「独居」を加えると0件になった．これらの文献をすべて渉猟したところ，CQに関連する文献が6件同定された[11-16]．

④「居場所」「地域づくり」で検索すると13件の論文が検索され，これに「認知症」を加えると3件となり，さらに「独居」を加えると0件になった．また，「居場所」「生活支援」で検索する

と36件の文献が同定され，これに「認知症」を加えると4件，「独居」を加えると1件が同定された．これらの文献をすべて渉猟したところ，CQに関連する文献は3件のみ[8, 13, 17]であった．

## 3．高島平スタディ

高島平スタディは，2016年度の東京都受託研究事業「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」を起点とする長期縦断研究であり，認知症フレンドリー社会の創出という観点から観察研究と開発研究を進める総合的な研究プロジェクトである[18]．これまでの観察研究の結果から，「複合的な社会的支援ニーズが存在するにも関わらず，必要とされる社会的支援にアクセスできず，ウエルビーイングの低下に直面している認知機能低下高齢者が地域に数多く存在する」ことが明らかにされている[19]．この所見について，粟田[20]は，従来のサービス提供体制が「社会的支援の統合的調整」（コーディネーション）に偏ったものであり，「必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくる」（ネットワーキング）という観点が不足している点に問題の所在があると指摘している．高島平スタディは，こうした観点から，生活支援のある地域づくりを推進する地域拠点の効果を検証することが研究目的の一つに据えられている．

これまでの研究で，5つの機能（①居場所，②相談応需，③差別・偏見の解消と社会参加の促進，④連携の推進，⑤人材育成）をもつ地域拠点[21]の活動のストラクチュアとプロセスが評価され，認知機能低下高齢者を含む多様な人々に利用され，多様な相談に応じ，多様な人々の社会参加を促進し，多様な組織・機関との連携と人材育成に寄与していること[11]，フォーマルなサービス利用以前の相談に応じることができること[22]，社会的に孤立している独居高齢者の意思決定支援とエンドオブライフケアの実践が可能であること[23]，認知症高齢者の口腔ケアへのアクセシビリティが確保されること[24]，認知症当事者の会（本人ミーティング）が定例的に開催され，認知症当事者をエンパワーするとともに，地域拠点に集う人々の差別・偏見の解消を促進していること[25]，新型コロナウイルス感染症流行下にあっては，電話・訪問による調査によって，認知機能低下高齢者の社会的孤立リスク，健康リスク，本人や家族の不安を確認し[26, 27]，地域に暮らす認知機能低下高齢者の社会的孤立の解消，感染対策に関する情報提供，不安軽減を目的とする電話，訪問，パンフレットなどを活用した新たな生活支援の開発を可能にしていること[28]などが確認されている．しかし，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地域拠点がどのような効果を発揮しているかについては，まだ十分に検証がなされているとは言えない．今後の体系的な研究が期待される．

## 4. 認知症カフェと地域づくり

認知症カフェが地域づくりという観点で意義をもつとする報告が散見される[12-16]．小宮山ら[12]は，地域包括支援センターが中心となって認知症カフェを開設する過程で，地域の社会資源とつながりながら，認知症サポーター・地域の住民・専門職を巻き込み，地域づくりに広がることで，認知症の人と家族にやさしいまちづくりが始まると述べている．伊丹ら[13]は，参加者のアンケート調査から，参加の目的は「楽しそうな活動・行事に参加できる」「コーヒーを飲んで一服できる」「認知症の知識を知ることができる」が多いことを示し，認知症カフェは習慣的に満足できる居場所であり，認知症の人を支える地域づくりを促進する可能性があると述べている．小野ら[14]は，地域住民の認知症に対する理解を促進する場であり，認知症にやさしい地域づくりに寄与すると述べている．矢吹ら[16]は，全国1,477ヶ所の認知症カフェ運営者を対象に，運営目的に関する自由記述のアンケート調査を実施している．その結果，運営目的は「介護者へのソーシャル・サポート」「認知症に理解のある地域づくり」「認知症の人と地域住民の役割づくり」「認知症の予防と孤立防止」「運営者の利益や地域貢献」に類型化され，わが国の認知症カフェは，訪問者それぞれのソーシャル・サポートの交換または授受の場であり，地域のなかでこれらが醸成される場であるのが特徴であると結論している．

これらの研究はいずれも利用者や運営者の個人的経験や意識によるものであり，認知症高齢者及び独居認知症高齢者等の地域生活に及ぼす意義や効果を検証した研究は今のところ見当たらない．

## 5. 暮らしの保健室

「暮らしの保健室」とは，訪問看護活動を展開していた秋山正子氏が中心になって，2011年に高齢化が進む新宿区都営戸山ハイツの一画にマギーセンターを参考に開設された相談室である．誰でも予約なしに無料で健康や介護や暮らしの中での困りごとの相談ができる敷居の低いワンストップ窓口であると同時に，サロンのようにくつろぐことができる居場所であり，体操，ヨガ，ランチ会，ミニレクチュアなどのコミュニティ活動も実施されている．現在では，6つの機能（①相談窓口，②市民との学びの場，③安心な居場所，④交流の場，⑤

連携の場，⑥育成の場）をもつ地域の拠点として，全国的な広がりを見せている[7,29]．

令和元年度厚生労働科学研究では，同事業所を利用する独居認知症高齢者5事例の分析から，「暮らしの保健室」は，①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いができる居場所であり，②日常の中でのさまざまな変化に気づき，③日々のちょっとした困りごとについて一緒に考え，家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整を行い，④健康不安が強い時に支えになりながら，医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」「予測してつなげる・つながる」ことを可能にする場所であることを明らかにしている[30]．また，令和2年度厚生労働科学研究では，昭島市と福山市の「暮らしの保健室」の4事例の分析から，先に述べた4つの機能が発揮されていることが再確認されている[31]．

以上の結果から，それぞれの地域の特性を捉えて，それに見合った暮らしの保健室のような「拠点」を作っていく必要があると結論している．

## 6. ふるさとの会

「ふるさとの会」は，1990年に東京の山谷地域で，高齢により働くことが難しい元日雇い労働者が孤立しないように，居場所の提供や安否確認などをするボランティア団体として発足したものである．1998年頃には，居場所は，気軽に集まって自由にのんびり過ごすことができる「共同リビング」として毎日稼動するようになり，昼食を提供したり，相談に応じたり，イベントを開催したり，来所できなくなったメンバーには夕方訪問して安否確認をするなども活動が行われるようになった[9]．その後，「ふるさとの会」では，空き家を活用した共同居住のための住まいを確保し，居住支援と生活支援を一体的に提供し，低所得認知症高齢者のような"弱い人"が住み続けられる地域をつくる「寄りそい地域事業」をはじめている[8]．この活動は，2018年の社会福祉法及び生活保護法の改正によって導入された「日常生活住居施設」のモデルになっている．

## 7. まとめ

白澤[17]は，地域包括ケアシステムの深化としての地域共生社会の実現にあたって，住民が地域の課題を「我が事」にするためには，多様な住民があらたな役割や居場所を得られるようにすること，「我が事」の人材を確保することが必要であると指摘している．また，倉持[10]は，「小さな拠点」は，地域課題を話し合う「場」を提供する場所として，まちづくりの取り組みを拡げる拠点になることを指摘している．

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おいて，地域づくりや生活支援を推進する地域拠点は，認知症や障害の有無に関わらず，人々に，①くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供し，②健康のことや日々の困りごとを気軽に相談することができ，③認知症になる前から健康の変化や生活の変化に専門職が気づき，④健康情報を含めた生活に必要なさまざまな情報が得られ，⑤社会的交流や社会参加が促進され，⑥地域に暮らす人々の偏見の解消に寄与し，⑦社会資源との連携が促進される場所としての意義があるものと思われる．これらによって，必要な社会的支援の利用や提供を可能とする地域づくりが促進され，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寄与するのではないかと思われる．しかし，その科学的な検証は今後の課題として残されている．

### 文献


1) 粟田主一：認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか．老年精神医学雑誌，26(5)：487-492(2015)
2) 高橋紘士：認知症高齢者の地域居住の戦略，地域善隣事業の可能性．老年精神医学雑誌，26(5)：517-524(2015)
3) 佐藤 恵，水野重樹：認知症の人の地域生活を守るかかりつけ医医療　3つの立場からのアプローチ．Geriatric Medicine，55(10)：1083-1086(2017)
4) 佐久間 啓：あさかホスピタルグループにおける共生社会実現に向けての展開．精神神経学雑誌，119(9)：658-664(2017)
5) 高見雅代：患者を支える家族と地域から，患者と家族の生活を支える地域づくり．薬事，54(10)：1739-1744(2012)
6) 宮島 渡：地域密着型サービスの課題と展望．Geriatric Medicine，52(1)：29-32(2014)
7) 秋山正子：「暮らしの保健室」ガイドブック．日本看護協会出版会，東京，(2021)
8) 滝脇 憲：大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌，26(5)：498-508(2015)
9) 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)
10) 倉持香苗：人の交わりから生まれる地域づくり，地域拠点としてのコミュニティカフェの可能性．作業科学研究，11(1)：28-38(2017)
11) 杉山美香，岡村 毅，小川まどか　ほか：大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくり：Dementia Friendly Communities創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み．日本認知症ケア学会誌，18：847-853(2020)
12) 小宮山恵美：都市部における新オレンジプランの推進，認知症カフェを通して地域とつながる活動．日本認知症ケア学会誌，18(4)：762-767(2020)

13）伊丹千尋，石川由紀，川上孝行：認知症カフェ「カフェ瀬戸の海」の現状調査と今後の展望．作業療法おかやま，27：37-41（2018）

14）小野広一，田中智子，中本恭代　ほか：当院の認知症カフェ「オレンジカフェすずがみね」の2年5ヵ月を振り返って．広島医学，73（3）：145-151（2020）

15）中川春菜，谷中倫子，三原奈々　ほか：認知症カフェ利用者のニーズと設立のために必要な要素分析．山陽看護学研究会誌，8（1）：17-23（2018）

16）矢吹知之，渡部信一，佐藤克美：認知症カフェの目的を基軸とした体系的分類に関する研究．日本認知症ケア学会誌，17（4）：696-705（2019）

17）白澤政和：地域包括ケアシステムは機能するか（vol.5），地域包括ケアシステムの深化としての地域共生社会の実現に向けて．医学のあゆみ，267（7）：536-542（2018）

18）粟田主一：高島平スタディ．老年内科，4（4）：369-376（2021）

19）粟田主一：認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究．精神医学，63（4）：505-514（2021）

20）粟田主一：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）

21）地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて．地域づくりの手引き（2020年度改訂版），東京，（2021）

22）岡村 毅，杉山美香，小川まどか　ほか：地域在住高齢者の医療の手前のニーズ，地域に拠点をつくり医療相談をしてわかったこと．日本認知症ケア学会誌，19：565-572（2020）

23）岡村 毅，杉山美香，枝広あや子　ほか：尊厳を守るには：大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る．日老医誌，57：467-474（2020）

24）枝広あや子，岡村 毅，杉山美香　ほか：認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論，権利ベースのアプローチという観点から．日本認知症ケア学会誌，20（3）：435-445（2021）

25）宮前史子：居場所と仲間はどんな効果をもたらしたか？東京都内団地での取り組み例．認知症ケア事例ジャーナル，13：107-112（2020）

26）Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et.al. : Call for telephone outreach to older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. Geriatr Gerontol Int, 20（12）：1245-1248（2020）

27）Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et.al. : Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics,（2020）

28）杉山美香：認知症支援のために地域の居場所ができること：COVID-19影響下の高島平ココからステーションの取り組み．認知症ケアジャーナル誌，13：220-230（2020）

29）秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える，団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌，31（5）：487-498（2020）

30）秋山正子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和元年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），151-181（2020）

31）秋山正子，神保康子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和2年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），168-183（2021）



CQ11-7

# 金融ジェロントロジーに関して どのような取組みがなされているか

回答文

金融ジェロントロジーとは，個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域である．わが国における金融ジェロントロジーの歴史は浅いが，近年の知見を集約して，認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応について，以下についての具体的な提案と社会実装に向けた取り組みがなされてきている：1）高齢者自身が，認知機能が低下する前に備えておくべきこと，2）金融機関が，認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること，3）信託や成年後見制度を適切に利用すること．

解説・エビデンス

## 1. 金融ジェロントロジーとは何か

金融ジェロントロジーとは，個人の資産選択や資金管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な学問領域である[1)]．もともとは，米国において，主に高齢の富裕層に対する個人向け金融アドバイスから始まった用語であるが[1)]，寿命の延伸によって認知症高齢者人口が急速に増加している今日の社会では，認知機能低下に起因する高齢者のfinancial capacity（金融資産管理能力，財産管理能力，金銭管理能力）の低下に対処できる社会システムの構築をめざす研究領域[1, 2)]として注目されている．

## 2. financial capacityの定義

自立生活を送るには，自分の財産を適切に管理する能力が必要である．欧米ではこの能力のことをfinancial capacity（FC）と呼び，日本では財産管理能力と呼ぶことが多い[3]．この財産管理能力には，金銭を実際に取り扱う能力（金銭管理能力）と，自分の財産をどのように扱うかを決める能力（意思決定能力）が含まれる[3]．

## 3. financial capacityの評価

金銭管理能力を評価するツールには，Financial capacity instrument（FCI）[4]，Financial competency questions[5]，Prior financial capacity form[6]，Current financial capacity form[6]，Semi structured clinical interview for financial capacity[7]，Financial competence assessment inventory[8]などがあり，わが国においてもFCIを参考にして日本の状況に合わせて作成されたFinancial competency assessment tool（FCAT）[9]がある．FCATでは，6つの下位項目（①基本的金銭スキル，②金銭概念，③金融機関の利用，④物品購入，⑤金銭的判断，⑥収支の把握）を評価するように設計されている．認知機能低下者に関わる者が，財産管理能力に関する知識を身に着け評価に関して精通することは意義のあることである[3]．

一方，個人の財産に関する意思決定能力については，医療同意能力の評価で使用されているAppelbaum and Grisso[10]の4つの能力評価の方法を参考に，さらに本人の社会的背景や心理的特性などを考慮して作成されたLichtenberg financial decision-making rating scale[11]がある．

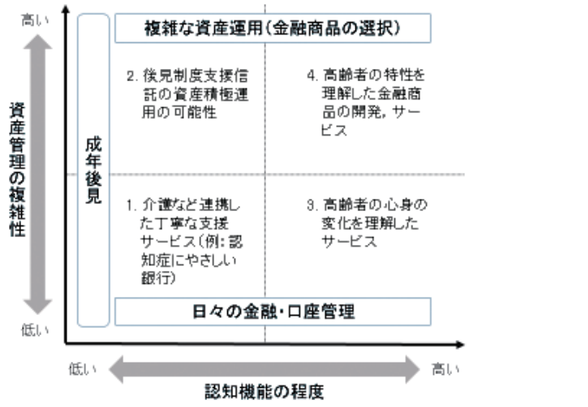
## 4. 認知機能障害がある高齢者の経済活動の実態

最近，Obaら[12]が，認知症のような認知機能障害が高齢者の経済活動にどのような影響を及ぼしているかについて調査し報告している．調査ではアルツハイマー病の高齢者と介護者の105ペアを対象に，認知症者のMMSEとFAST評価を行うとともに，介護者に，世帯の経済状態と認知症の人々が利用できる金融支援システムの利用状況を質問した．その結果，認知症者には金銭管理問題（買い物のし過ぎ，不要な買い物など）が生じており，介護者がインフォーマルに金銭管理をしていても状況は同じであり，成年後見制度や信託などの金融支援システムについてはほとんど知られておらず，利用されることも稀であるという結果であった．著者らは，成年後見制度と信託システムの普及と認知症の人を含む高齢消費者の契約ガイドラインの開発を提案している．

Bangmaら[13]は，神経変性疾患（NDD）がある人の財産管理能力をパフォーマンス・ベースで評価し，健常者と比較した研究のメタアナリシスを行っている．それによれば，採用された47件のすべての論文で，健常者に比してNDD者（アルツハイマー病，軽度認知障害，前頭側頭葉変性症，パーキンソン病，多発性硬化症，ハンチントン病を含む）の財産管理能力テストの成績は低下しており，認知機能との関連では，全般性認知機能とともに，特にワーキングメモリ，情報処理速度，計算能力の低下が関連すると報告している．

## 5. 金融ジェロントロジーの役割と社会実装に向けた取り組み

わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅い．駒村[1]は，図1のように「認知機能の程度」／「資産管理の複雑性」の組み合わせによる4領域を設定して，領域1及び領域2における金融ジェロントロジーの役割について以下のように解説している．すなわち，領域1は，「認知機能が低い人」が「比較的易しい金融資産管理」（たとえばATMの利用などの日々の取引，口座管理）を行う場合であり，ここでは，1）高齢者自身が認知機能が低下する前段階から，多数ある口座や金融資産の記録を1箇所にまとめて「見える化」し，信頼できる家族などが資産の状況を簡単に理解しやすいようにしておくこと，2）金融機関は，個人の記憶に頼ったセキュリティーでは不十分であることを理解し，認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること，具体的には，①認知機能低下のある顧客への対応責任者や部署の明確化といった組織面の対応，②スタッフの教育・研修，確保，③対応，情報管理などに関する共通ガイドラインの開発，④IoTやフィンテックといった先端技術を活用したサービスの開発，⑤介護・医療，公的機関，非金融サービス事業者などの地域の外部機関との連携が求められる．領域2は，「認知機能が低い人」が「複雑な資産管理」を行う場合であり，ここでは，最終的には信託や成年後見制度を利用する必要が出てくるが，1）高齢者自身が，認知機能が低下する以前から，自分の意思決定を支援できる人や信用できる金融機関，アドバイザーを選んで，自分の意思を伝えておくこと，2）成年後見制度を利用する場合には，基本的には金融資産は現金・預貯金という元本保証の金融資産で保持され，積極的資産運用は難しくなること，と指摘している．このような提案とともに，金融ジェロントロジーの知見を社会に実装するための取り組みも徐々にはじめられつつある[14]．




駒村（2019）の図を引用（一部改変して簡略化した

図1. 金融ジェロントロジー

## 文献


1） 駒村康平：認知機能の低下が経済活動に与える影響，Cognitive Agingの時代と金融ジェロントロジーの可能性．日社精医誌，28: 257-264（2019）

2） 野村亜紀子：認知機能低下と金融資産管理の課題．月刊地域医学，34: 537-541（2020）

3） 江口洋子：認知機能低下者の経済活動における意思決定の評価と支援．日社精医誌，28: 271-275（2019）

4） Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, McInturff B et.al. : Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. Arch Neurol, 57（6）: 877-884（2000）

5） Bassett SS: Attention : Neuropsychological predictor of competency in Alzheimer's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol, 12（4）: 200-205（1999）

6） Wadley VG, Harrell LE, Marson DC : Self- and informant report of financial abilities on patients with Alzheimer's disease: reliable and valid? J Am Geriatr Soc, 51（11）: 1621-1626（2003）

7） Marson DC, Martin RC, Wadley V et.al. : Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc, 57（5）: 806-814（2009）

8） Pachana NA, Byrne GJ, Wilson J et.al. : Predictors of financial capacity performance in older adults using the Financial Competence Assessment Inventory. Int Psychogeriatr, 26（6）: 921-927（2014）

9） 櫻庭幸恵，熊沢佳子，松田 修：Financial Capacity Assessment Tool（FCAT）の作成と検討：信頼性と妥当性の検討．東京学芸大学紀要，第1部門，教育科学，55: 131-139（2004）

10） Appelbaum PS, Grisso T : The MacArthur treatment competence study, I: Mental illness and competence to consent to treatment. Law Hum Bahav, 19（2）: 105-126（1995）

11） Lichtenberg PA, Ocepek-Welikinson K, Ficker LJ. et.al. : Conceptural and empirical approachs to financial decision-making rating scale. Clin Gerontl, 41（1）: 42-65（2018）

12） Oba H, Kadoya Y, Okamoto H et.al. : The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health, 18（5）: 2717（2021）

13） Bangma DF, Tucha O, Tucha L. et.al. : How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. Neurosci Biobehav Rev, 127: 709-739（2021）

14） 樋山雅美，大庭 輝，成本 迅：高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について．高齢者のケアの行動科学，25: 25-34（2020）

CQ11-8

# 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか

回答文

先行研究において，認知症高齢者の家族介護者の備えや対応についての研究は若干認められたが，独居に限定すると該当する論文は認められない．

認知症高齢者は，災害時の生活環境の変化によりBPSDが現れる等の症状悪化が報告されている．日常生活でのインフォーマルな介護者を持たない独居の認知症高齢者は，災害後の状況の中で，心身の状態が悪化した時に，必要な対応ができる支援者を得ることはより困難であり，被災後の生活への適応は難しいと考えられる．

独居の認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには，平時からの継続した地域社会からの支援が不可欠である．在宅避難等では，共助での支援が重要となることも鑑みると，平時から，地域住民が認知症高齢者への理解を深め，対応方法を知っておくことは，災害時の認知症高齢者への備えとなるであろう．また，災害後の在宅生活の継続には，医療・介護サービスの継続，住宅の確保が重要となる．

市区町村には，避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ，名簿対象者の個別計画策定が努力義務となっている．今後は，現状の課題解決と個別計画の有効性の検討が必要である．





解説・エビデンス

## 1. 背景

災害後には，住居の損壊やライフラインの停止等，生活環境が変化する．このような状況は，認知症の高齢者にとって，BPSDの発現や悪化を招くだけではなく，他の疾患の発症や悪化，せん妄の引き金になることが報告されている[1]．また，東日本大震災後に認知症高齢者と避難した家族介護者が，避難所生活を継続できる限界として，「1日」から「3日」との回答が7割を占めており[2]，認知症高齢者にとって，避難所という環境の中での生活が困難であることが示されている．

2019年からのコロナ禍において，在宅避難や車中での避難を推奨されており，自治体の被災時の支援体制も，避難所へ避難した住民のみへの支援から，在宅避難者等を含めた支援体制の構築へと変化がみられる．しかし，物資を避難所に取りに行けない住民への物資支援は，共助の仕組みが想定されており，平時からの地域のネットワークが重要となっている．

## 2. 災害の在宅高齢者への影響

在宅高齢者への災害の影響を検討した研究として，千葉県の令和元年台風15号の在宅高齢者と東日本大震災後の東京都の在宅高齢者への被災による影響を検討する．

2019年に千葉県に被害をもたらした令和元年台風15号は，風害が顕著であり，建物被害とともに，ライフライン被害が大きかった．特に停電は1か月近く続いた地域もあり，在宅生活へ大きな影響をもたらした．この災害における地域高齢者の被災状況と災害対応の課題を明らかにすることを目的として，千葉県内の地域包括支援センター 215施設(悉皆)を対象に質問紙調査を行った(回収率46.5％)．その結果，地域高齢者の在宅生活継続に及ぼす影響は，ライフライン被害(特に停電)，平時から継続して医療介護サービスが受けられないこと，疾患や心身の機能低下，家族の介護能力が大きいことを示した．そして，(1)医療・介護サービスの継続(医療・介護サービスの早期復旧，応援体制)，(2)住宅の確保支援の重要性を指摘するとともに，災害ケースマネジメントによる被害への支援を，平時に地域高齢者の支援を行っている地域包括支援センター・居宅介護支援事業所が担うことで，災害時から継

続した支援を実施することの重要性を指摘した[3].

東日本大震災後の東京都の介護サービス事業所への調査から集めた災害時の対応事例452事例から，災害時，あるいは災害後に対応が必要となった高齢者のリスク要因について，表1に示した．災害後に対応が必要となるリスクが高かったのは，高齢者の問題として，「抑うつ・不安の増大」，「認知症」，「ADLが低い」，「医療機器の利用」がみられ，住環境の問題として，「住居の倒壊」，「家具の転倒などのけが」についての対応が必要であった．また，介護者の問題として，「家族介護者の状態の悪化」があった[4].

独居高齢者は，高齢者の問題，住環境の問題すべてにおいて，災害後の対応が必要となっていた．また，「抑うつ・不安の増大」「認知症」「医療機器の利用」においては，独居であるか否かに関わらず，リスク要因となっていた[4].

## 3. 認知症高齢者の災害への備え

Wakuiら[5]は，福井県の17市町村の952名の家族介護者調査から，75％の家族介護者は避難計画を立てていないこと，特に認知症高齢者の介護者は，そうでない介護者に比べて，計画を立てていない介護者が36％多いことを報告している．また，災害への備えには，介護者の資源，地域の支援，高齢者の支援ニーズが影響していることを示し，家族や地域社会が高齢者の災害への備えに重要な役割があることを指摘した．

また，ChristensenとCastañeda[6]は，ハリケーンを経験した家族介護者へのインタビュー調査から，認知症の初期には準備や計画のプロセスに関わることができるが，家族介護者が避難の必要性を感じても抵抗を示すことがある一方で，認知症が進行してくると，家族介護者の災害に関する決定に対する反対が少ないことを報告した．そして，被災による認知症の高齢者のストレスを緩和する準備の必要性や，公共的な支援体制の整備の重要性を指摘している．

## 4. 認知症高齢者の災害対応の現状と課題

現在，災害時要配慮者への災害時の支援として，避難行動要支援者名簿の作成と個別（避難）計画の策定が進められている．避難行動要支援者名簿は，災害対策基本法によって，市区町村での作成が義務づけられ，98.9％で作成されている（令和元年6月1日現在，消防庁調べ）．この名簿の対象者は，市区町村地区防災計画に定める避難行動要支援名簿の要件に基づく．この名簿の課題として，真に避難支援を要する者を正確に把握できているかが論じられている[7]．また，名簿を活用するために，地域の実情に即して地域防災計画の定めるところにより，社会福祉協議会，地域医師会，障害者団体，居宅介護支援事業者や相談支援事業者，自主防災組織等の避難支援等関係者に対して，平時から事前の提供を促進する必要があることが提案されている[7].

災害時の避難支援等を実効性のあるものとするために，避難行動要支援者名簿の作成に合わせて，個別計画の策定を進めることが適切であるとされている[8]．この個別計画は，2021年4月より市区町村の努力義務となっている．

認知症高齢者が避難行動をとるためには，避難の必要性の理解ができる，あるいは，避難の必要性が理解できなくても，顔見知りの人と一緒に行動できることが重要である．サブワーキンググループでも指摘しているように，避難行動要支援者名簿への記載とともに，個別計画を策定すること[8]で，より実効性の高い避難が可能となると考えられる．

しかしながら，認知症高齢者においては，災害という生活環境が激変する状況下では状態が不安定となる可能性が高く，平時の状態とは異なる対応が求められる可能性がある．家族介護者がいない独居の認知症高齢者の場合は，平時からの見守りと合わせて，個別計画を作成し，常に見直し，更新していく必要があるが，その担い手をどうするかも課題である．また，個別計画の有効性は検証されておらず，今後の検討が必要である．

高齢者の個別計画は，ケアマネジャーの参画が重要であるとされているが，新たに個別計画を作るより，現状のケアプランや認定調査の内容を，災害時の支援者と共有すればよいのではないか．平時からの支援情報を災害時にも継続して活用することで，フェーズフリーでの支援が可能となり，災害の高齢者への影響も少なくなると考えられる．

東日本大震災の認知症高齢者の分析から，粟田は，平時からの災害時の備えとして，①認知症高齢者や虚弱高齢者の緊急支援計画を地域の防災計画に含めること，②地域の急性期医療機関や認知症疾患医療センターは，精神症状と身体疾患が併存する高齢者の急性期医療に対応できる医療体制を整備すること，③居住系・施設系の事業所は，災害時に認知症高齢者や要援護高齢者の福祉避難所として機能できるように体制を整備すること，④顔の見える地域の社会支援ネットワークを構築し，多職種協働による統合的支援の調整システムを稼働させることを提言している[9]．①の地域防災計画には，受援体制も含め，具体的な支援体制の構築を考える必要がある．また，③については，支援学校が福祉避難所として有効に機能し

た事例もあり[10]，介護施設のみでは収容人数も限られることから，介護施設以外の機関でも転用できそうなところで福祉避難所の設置を検討する必要がある．そして，④顔の見える地域の社会支援ネットワークの構築は，先行研究においても最も重要であるとの指摘が多かった．

## 5. まとめ

独居認知症高齢者についての災害への備えと対応についての先行研究はなかったが，認知症高齢者の災害への備えや対応についての研究では，地域の認知症の理解といった社会的支援の重要性が指摘されていた．また，在宅生活の継続には，医療・介護サービスの継続や，住居の確保が必要であった．

表1. 災害時の対応におけるリスク要因

| リスク要因 ＼ 家族状況 | | 高齢者の問題 | | | | 介護者の問題 | 住環境の問題 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 抑うつ・不安の増大 | 認知症 | ADLが低い | 医療機器の利用 | 家族介護者の状態の悪化 | 住居の倒壊 | 家具の転倒などによるけが |
| 独居 | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 家族と同居 | 日中独居 | | | ○ | | | | |
| | 高齢者世帯 | | | | ○ | ○ | | |
| | 家族介護者に問題 | | | | | ○ | | |
| | 家族状況との関連なし | ○ | ○ | | ○ | | | |

東京都内における在宅サービスの災害対応に関する調査報告書 p.95表6-1を一部改変

### 文献


1) 冲永壯治，古川勝敏，石木愛子　ほか：災害時における高齢者の救済—東日本大震災の時系列と今後の課題—．日本老年医学会雑誌，54(2)：136-142(2017)

2) 認知症介護研究・研修仙台センター：避難所を支援した621事例から作った避難所での認知症の人と家族支援ガイド(2013)

3) 大塚理加，永松伸吾：千葉県における令和元年台風15号による地域高齢者の被災状況と災害対応の課題．地域安全学会論文集，39: 1-9(2021)

4) 東京都健康長寿医療センター研究所：東日本大震災　高齢者支援プロジェクト　東京都内における在宅サービスの災害対応に関する調査報告書(2012)

5) Wakui T, Agree, E. M, Saito. Et.al. : Disaster Preparedness Among Older Japanese Adults With Long-Term Care Needs and Their Family Caregivers, Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 11(1): 31-38(2017)

6) Christensen J.J, Castañeda H : Danger and Dementia: Caregiver Experiences and Shifting Social Roles During a Highly Active Hurricane Season, Journal of Gerontological Social Work, 57(8): 825-844(2014)

7) 令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難に関するサブワーキンググループ：令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について(最終とりまとめ)(2020)

8) 内閣府：避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針(2015)

9) 粟田主一：災害精神医学　復興期における精神科支援の重要性　災害後の認知長高齢者支援とDementia Friendly Community．日本社会精神医学会雑誌，26(3)：220-225(2017)

10) 内閣府：平成28年度避難所における被災者支援に関する事例等報告書(2017)

CQ11-9

# 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムはどのように活用されるべきか

回答文

IT技術のひとつである地理情報システムを用いれば，日常生活圏域における地域特性を把握し，それに基づいた地域連携も可能となる．たとえば，地理情報システムを用いて，住居形態(戸建て住宅，分譲マンション，賃貸マンション，アパート)別の高齢者数や独居数などの確度の高い推計値を得ることができ，災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を分析・分類することが可能となる．災害リスクを可視化することも可能となるので，災害リスクを起点にして，分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応(高齢者の見守り)に繋げることも期待できる．

解説・エビデンス

## 1. はじめに

情報技術の発達した現在では，地域的情報の把握にあたって，手作業で情報を整理し紙ベースで地図や表を別々に管理するのではなく，地理情報システムなどのシステム技術を活用し，データを一元的に管理すると共に，分析結果を可視化し，情報共有や情報発信に用いることが一般化しつつある．このことは，社会学や経済学などの分野では研究が進んでいる．災害対応の分野においても，地理情報システムを用いて，複数の災害リスクを可視化し，地域住民のワークショップなどの実務に用いられている．一方で，社会福祉分野においては，そうした調査研究や実務対応への遅れが指摘されている[1, 2, 3]．

地域を構成する要素は多数ある．公的主体，民間事業者，自治会・町内会等の任意団体，





マンションの管理組合など様々な主体が，根拠となる法律に基づいて活動をしている[4, 5]．特に都市部において，自治会町内会の加入率の減少や担い手の不足があり，地域コミュニティの脆弱化が進行し，社会的な孤立や孤立死の深刻化が生じており，社会問題と捉えられている．災害対応の観点からも，コミュニティの機能について関心が高まっている．従来，分譲マンションの管理組合は，当該マンションの所有者の団体であることから，自治行政の対象とされない場合が多く見られた．しかしながら，分譲マンションの管理組合も災害対応やコミュニティ活動において，自治会町内会と同様な取扱いを求める動きがある[1, 6-11]．

日常生活圏域における戸建て住宅や分譲マンション，賃貸マンション，アパートなどの住居形態について，日常生活圏域で活用できる確度の高い(全国を網羅した)統計データは存在しない[12, 13, 14, 15]．

社会福祉のサービスのアクセスは，独居高齢者の住居形態によって違いが生じている可能性があり，日常生活圏域での住居形態を把握した上で，対応を検討する必要がある．

地域住民による独居高齢者向けの見守り活動の利用者と非利用者の相違を検討した結果，戸建ての持ち主と公営住宅等に居住している独居者では有意な差は認められず，マンションやアパートなどの民間賃貸住宅に居住する独居高齢者の間に見守り活動が利用されにくいことが明らかにされている[16]．

足立区において，区内の住居形態の推計を行い，住居形態の違いと介護認定の割合について分析を行った結果では，賃貸マンションおよび分譲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・社宅が多い地域では認定率が上昇する傾向が見られた．いずれもその多くが鉄筋コンクリート等の共同住宅であるにも関わらず，認定率に差異が見られたこととなる．公営団地等では社会福祉の手が届きやすく，マンションには届きにくい構造があるのかもしれない[13]．

## 2. 地域連携の課題，地理情報システムの活用

地理情報システムを用いて，民間の地図データや売買データを掛け合わせて，日常生活圏域における戸建て住宅，分譲マンション，賃貸マンション，アパート，団地等の確度の高い実数を推計し，さらに，そこに暮らす高齢者や独居高齢者，医療機関からの距離などの統計資料を用いることで，地域の特性を分析・分類することが可能となる．また，分析・分類の結果を可視化することもできる[12, 13]．

地域住民の関心の高い災害リスクについても，地震や洪水，内水，避難所からの距離などを含め地域特性を可視化し，情報共有をはかることができる[12, 13]．

「①」及び「②」の一元的な管理及び可視化，情報共有は，住民向けのワークショップ等の実務にも活用できるので，分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などが行う防災活動における要配慮者の把握や名簿の整備などを通じて，独居高齢者等の見守り活動につながることが期待できる[12, 13, 17]．

## 3. 残された課題

防災などの分野では，当該地域の災害の規模や被災者などの地域特性を把握した上で，地域の様々な主体（町内会のみならず，企業や分譲マンションが必要に応じて参画）が連携した先進的な事例が数多く紹介されている．一方で，認知症施策などの社会福祉の分野においては，同様な事例紹介やレポートは少ないことが現状である．

先述した通り，地理情報システムを活用し，各種のデータを分析すれば，地域の独居高齢者等の確度の高い推計値を得ることが可能となる．但し，データの活用に際しては，データが悪用され消費者被害等に繋がることがないよう充分な配慮が必要である．

### 文献


1） 高木寛之：地域特性を捉える視点に関する基礎研究（2016）

2） 楊 梓，稲垣景子，吉田 聡　ほか：災害時要配慮者居住地域の災害危険性に基づく地域特性分析．地域安全学会論文集No27（2015）

3） 桝田聖子：保健師の情報活用能力の育成を目指した授業開発とその評価（2020）

4） 一般財団法人 長寿社会開発センター国際長寿センター：老人保健健康増進等事業による研究報告書「令和2年度 自治体と民間企業の協働による都市部における地域づくりの展開に向けた調査研究 報告書」（2021）

5） 国土交通省：マンションの新たな管理ルールに関する検討会報告書（2015）

6） 総務省 今後の都市部におけるコミュニティのあり方に関する研究会：今後の都市部におけるコミュニティのあり方に関する研究会 報告書（2014）

7） 総務省：総行住第49号「都市部をはじめとしたコミュニティの発展に向けて取り組むべき事項について（通知）」（2015）

8） 尾藤文人，阪井暖子，田中文夫　ほか：「国土交通政策研究 第123号マンションと地域の連携・共助による地域防災力の強化に関する調査研究」（2015）

9） 町田信一：認知症と管理組合運営について．マンション学，64: 21-25（2019）

10） 高畠茂樹：マンションにおける高齢者対応 －災害時対応から－．マンション学，64: 26-31（2019）

11） 石田和人：マンションにおける高齢者への支援とコミュニティ構築の課題．マンション学，64: 83-88（2019）

12） 田中昌樹：分譲マンションに暮らす高齢者の現状の推計と課題の検証．令和元年度「厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）（課題番号19GB10001）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」（2020）

13） 田中昌樹：分譲マンションに暮らす高齢者の現状の推計と課題の検証．令和2年度「厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）（課題番号19GB10001）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」（2021）

14） 国土交通省住宅局：マンション政策 分譲マンションストック戸数
https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/content/001410084.pdf

15） 東京カンテイ：マンション化率
https://www.kantei.ne.jp/report/kantei_eye/841

16） 齋藤雅茂：認知症の人と家族にやさしいマンションに向けた諸課題．マンション学，64: 92-96（2019）

17） 黒宮亜希子：地理情報を活用した地域における「通いの場」とその潜在的ニーズに関する研究（2021）

## 執筆者一覧

（五十音順・敬称略）

| | |
|---|---|
| 粟田 主一 | 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 |
| 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 |
| 池内 朋子 | 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員 |
| 井藤 佳恵 | 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長 |
| 稲垣 宏樹 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 宇良 千秋 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 枝広 あや子 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 大口 達也 | 高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 講師 |
| 大塚 理加 | 国立研究開発法人防災科学技術研究所 災害過程研究部門 研究員 |
| 大村 綾香 | 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 研究員 |
| 大森 千尋 | 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 博士課程 |
| 岡村 毅 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究副部長 |
| 川越 雅弘 | 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 教授 |
| 菊地 和則 | 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員 |
| 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 |
| 杉山 美香 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 田中 昌樹 | 大和ライフネクスト株式会社 マンションみらい価値研究所 |
| 津田 修治 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 角田 光隆 | 神奈川大学法学部 教授 |
| 中山 莉子 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 堀田 聰子 | 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授 |
| 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 理事 |
| 宮前 史子 | 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員 |
| 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 |
| 涌井 智子 | 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員 |

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」
エビデンスブック 2021

発　行　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
編　集　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
　　副所長　粟田主一

令和4年3月

無断転載，改訂を禁じます

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

# エビデンスブック

## 別冊 2021

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

# はじめに

平均寿命の延伸とともに少子高齢化が進展するわが国では，認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が着実に増加している．また，高齢の夫婦が共に認知症である世帯も，近年では少なからず認められるようになってきている．このような独居認知症高齢者や認知症である夫婦のみ世帯においては，生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから，家族に代わる生活支援サービスや居住支援サービスの確保など，より広範な社会的支援の統合的利用を可能とする環境整備が求められる．

令和元（2019）年度～令和3（2021）年度の厚生労働科学研究費補助金認知症施策研究事業「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」では，この課題の解決に向けて，これまでの独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する国内外の研究を渉猟し，自治体向け・住民向けに「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手引き」を作成することにした．本書は，この手引きの作成にあたって現時点での知識ベースを構築するために作成されたものである．

本書によって，独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する今日の知識水準が明らかにされるとともに，今後進めていかなければならい研究課題が可視化されるであろう．本書が，認知症とともに暮らせる社会の創出に向けた研究の発展に寄与することができればと願っている．

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所
副所長　粟田 主一

# 目　次

はじめに

## 1. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計と介護保険データから見た生活実態

CQ1-1. わが国の世帯類型別高齢世帯数の将来推計は …… 01
CQ1-2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は …… 01
CQ1-3. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか …… 01
CQ1-4. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか …… 02
CQ1-5. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか 02
CQ1-6. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか …… 02

## 2. 独居認知症高齢者等の健康問題，貧困，社会的孤立のリスクとその対応

CQ2-1. 独居認知症高齢者は身体的健康問題のリスクが高いのか …… 02
CQ2-2. 独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか …… 03
CQ2-3. 独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策はあるか …… 03
CQ2-4. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクは高いのか …… 03
CQ2-5. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクを低減させる対策はあるか …… 04
CQ2-6. 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか …… 04
CQ2-7. 独居認知症高齢者の貧困リスクを低減させる対策はあるか …… 04
CQ2-8. 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか …… 05
CQ2-9. 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか …… 05

## 3. 独居認知症高齢者等の行方不明リスクとその対応

CQ3-1. 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか …… 05
CQ3-2. 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか …… 06
CQ3-3. 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか …… 06

## 4. 独居認知症高齢者等の意思決定支援と権利擁護


CQ4-1. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か …… 07
CQ4-2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は …… 07
CQ4-3. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か …… 07
CQ4-4. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援はどうあるべきか …… 08
CQ4-5. 独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いのか …… 08
CQ4-6. 経済被害のリスクを低減する対策はあるか，どうあるべきか …… 09
CQ4-7. 成年後見制度利用促進法はどのような意義と課題をもつか …… 09


## 5. 独居認知症高齢者等の生活支援を担う別居家族が直面している課題と支援策


CQ5-1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か …… 09
CQ5-2. 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか …… 10


## 6. 生活支援を担う別居家族がいない独居認知症高齢者等が直面している課題と支援策


CQ6-1. 生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が
直面している課題は何か …… 10
CQ6-2. 身寄りがなく，低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策はあるか …… 10


## 7. 地域特性や居住環境に応じた課題と対策


CQ7-1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 11
CQ7-2. 大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか …… 11
CQ7-3. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 11
CQ7-4. 離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 12
CQ7-5. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か …… 12
CQ7-6. 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 13
CQ7-7. マンションに暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か …… 13
CQ7-8. マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか …… 13


## 8. 独居認知症高齢者等に対するケア・コーディネーション


CQ8-1. 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような
診断後支援が行われているか …… 14
CQ8-2. かかりつけ医の診療において配慮すべきことは何か …… 14
CQ8-3. 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような
支援を行っているか …… 15
CQ8-4. ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か …… 15
CQ8-5. 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か …… 16


## 9. 独居認知症高齢者等の在宅生活の中断とケアの場の移行


CQ9-1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か …… 16
CQ9-2. 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか …… 17
CQ9-3. 在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か …… 17


## 10. 独居認知症高齢者等のエンドオブライフケア


CQ10-1. 独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか，
課題は何か，好事例や支援策はあるか …… 18


## 11. 独居認知症高齢者等のより良い暮らしに向けて


CQ11-1. 独居の認知症のある人のQOLには何らかの特徴がみられるか …… 18
CQ11-2. 認知症のある人のQOLに参加・交流はどう影響するか …… 18
CQ11-3. 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか …… 19
CQ11-4. 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか …… 19
CQ11-5. 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか …… 20
CQ11-6. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で，
地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか … 20
CQ11-7. 金融ジェロントロジーに関してどのような取組みがなされているか …… 20
CQ11-8. 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか …… 21
CQ11-9. 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムは
どのように活用されるべきか …… 21

## CQ 1-1 わが国の世帯類型別高齢世帯数の将来推計は

高齢者がいる世帯では，単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けている．2025年のわが国の65歳以上単独世帯高齢者数は男性で268万人（高齢者人口の16.8%），女性で483万人（23.2%）であり，2040年には男性で356万人（20.8％），女性で540万人（24.5%）になるものと推計されている．つまり，男性高齢者の5人に1人，女性高齢者の4人に1人が一人暮らしとなる見込みである．単独世帯高齢者の増加の勢いは85歳以上で特に顕著であり，このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係している．

## CQ 1-2 わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は

わが国の独居認知症高齢者数は右肩上がりに増加し続けており，2025年には147万人（男性33万人，女性114万人），2040年には181万人（男性47万人，女性134万人）に達する見込みである．各年齢層の人口に占める独居認知症高齢者の割合は年齢階級とともに大きくなり，2025年では85歳以上の男性の7%，女性の14%が独居認知症高齢者になるものと予測される．独居認知症高齢者の増加は85歳以上において特に顕著であり，2015年～ 2040年の25年間に男性では約3倍，女性では約2倍増加する．認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は，2025の段階で22%，2040年の段階で23%であり，認知症高齢者の4 ～ 5人に1人は一人暮らしということになる．

## CQ 1-3 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか

認知症の有無が要介護度の重度化に「影響する」とする報告と「影響しない」とする報告がある．ただし，軽度者を対象とした多くの論文では，起居動作や移動能力の低下，外出頻度の低下，買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されている．移動能力の低下，外出機会の減少，買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとすれば，認知症の有無やその程度が，これら生活障害に関係し，その結果，要介護度の重度化に結びついている可能性が考えられるが，更なる検証が必要である．

## CQ 1-4 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い．認知症であることが在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）となっている．

## CQ 1-5 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない．

## CQ 1-6 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い．女性では，全ての要介護度で独居群の在宅継続率が低い．

## CQ 2-1 独居認知症高齢者は身体的健康問題のリスクが高いのか

独居認知症高齢者の5年前後の生命予後は，同居者ありに比べて不良という結果が大規模コホート研究で示されているが，小規模の研究で1年の生命予後は独居の方が良好という結果や，3年の生命予後は差がないという結果もある．併存する身体疾患や身体機能については多くは横断研究があり結果も一致していない．独居であることが生命予後不良に関連する

可能性はあるが, 現在のところ併存する身体的健康問題からそれを説明することはできない.

## CQ 2-2 独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか

独居の認知症高齢者で孤独感を感じている人は45%，抑うつの頻度は16 ～ 35%，抗うつ薬の内服頻度は15 ～ 35%である．同居者がいる認知症高齢者と比較すると，孤独感の頻度や強度は高いが，抑うつの頻度や包括的な精神的well-beingには差がない．また，家族等が評価した精神症状の頻度にも差がない．しかし，独居認知症高齢者の方が，抗うつ薬･抗精神病薬･睡眠薬の処方頻度が高く，この差は認知機能や併存疾患を調整した上でも認める．これらの向精神薬の処方頻度を併せて考えれば，同居者のいる人に比べて，独居の認知症高齢者の精神的健康問題のリスクは高いと推察される．

## CQ 2-3 独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策はあるか

独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策について，集団レベルの介入等を科学的に効果検証したエビデンスは認めない．個人レベルの介入の実践報告において，馴染みの支援者が自宅を訪問し，本人の生活状況を確認した上で，自宅生活の安定化を図る支援をしていた．支援内容は，服薬エラー，転倒，清潔保持の困難など生活の中での身体的リスクへの介入や，火事や運転など生活の安全についてのリスク介入があった．支援の特徴として，身体･認知機能，生活状況，本人のこだわりをアセスメントして，本人ができることを尊重しながら支援を個別化すること，医療チームで相談して役割分担することがあった．

## CQ 2-4 独居認知症高齢者の口腔機能低下･低栄養リスクは高いのか

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え，他者による



促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下リスクが高いと言える. さらに経済的･身体的要因による食料調達の困難, 判断力低下による食品衛生の課題, 食事療法が必要なケースでの実践困難，服薬アドヒアランス低下による食欲低下など低栄養リスクは高いと考えられる.

## CQ 2-5 独居認知症高齢者の口腔機能低下･低栄養リスクを低減させる対策はあるか

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や食行動の困難さに気づき，適切な歯科医療や支援機関につなげること，専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりを継続することが対策になる．口腔機能および栄養は介護者への教育も重要であり，同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である.

## CQ 2-6 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか

独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になることを示す研究報告はない．縦断研究において，高齢者の認知症･認知機能低下が貧困のリスク因子であることを示す報告もないが，貧困が認知症･認知機能低下のリスク因子になることを示す報告はある．また，横断研究で認知症･認知機能低下と貧困との関連は示されている．方法論上の困難さから，独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になるか否かを検証する研究がなされていない可能性がある．尚，若年性認知症の生活実態調査からは，認知症の発症が経済的困窮の要因になることが明らかにされている.

## CQ 2-7 独居認知症高齢者の貧困リスクを低減させる対策はあるか

独居認知症高齢者等の貧困リスクを低減させる対策に関する科学的なエビデンスは見当た

らない．すでに貧困状態にある人の支援に関する報告からは，①住まいの支援，②日常生活の支援，③専門的支援の調整の支援，④成年後見制度の利用支援，⑤司法における福祉的支援，⑥社会の理解の促進が，貧困リスクの低下に寄与するかもしれない．

## CQ 2-8 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか

独居の認知症高齢者は，非独居の認知症高齢者よりも，社会的孤立のリスクは高い．独居であるために生活支援の担い手である家族が不在である可能性が高くなる．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることを困難にする可能性が高くなる．これらによって，独居認知症高齢者では社会的孤立のリスクは高くなると考えられる．

## CQ 2-9 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか

独居認知症高齢者等の社会的孤立リスク低減を目的とする有効な対策について，まだ，十分な科学的エビデンスは示されていないが，本人に対するアプローチ(本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション)とコミュニティーに対するアプローチ(必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング)の両者が必要と考えられている．

## CQ 3-1 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか

「独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか」について検証しようとした研究は菊地らが市町村を対象に実施した調査以外にはない．しかし，市町村が独居認知症高齢者の行方不明の発生を把握することができていないため明確な回答を得ることができなかった．独居認知症高齢者の行方不明リスクが高いかどうか，現状では不明と言わざるを得ない．本CQに回答するには，行方不明の定義を明確化し，調査の方法論から検討する必要がある．

## CQ 3-2 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか

国内外を問わず，認知症高齢者の行方不明に関する研究は少ない．しかし，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と有意に関連していることが示されている．また，自動車を使用した行方不明に関する研究でも，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と関連しているとの報告がある．これらのことから独居の行方不明認知症高齢者の死亡リスクは高いと言えるだろう．

## CQ 3-3 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか

これまで市町村(特別区を含む)による様々な行方不明に対する取り組みは行われてきているが，独居に限定すると先行研究はほとんどない．その理由として，独居であっても行方不明対策の一環として対応しており，独居のみに絞った取り組みは行われていないためと思われる．行方不明対策は市町村により進捗状況が大きく異なり，行方不明者数すら把握していない段階の市町村も多い．このような状況に鑑み，①行方不明者の情報収集を行う，②収集した情報を整理し実態を明らかにする，③実態把握の結果を共有し分析する，④行方不明問題への対応策を立案・実施する，⑤独居認知症高齢者の行方不明問題への対応策を講じる，という5段階の体制整備の方策を示した提言が出されている．5段階目に独居認知症高齢者の行方不明対策が来ているのは，行方不明対策を構築した上で，独居固有の問題に取り組む必要があるからである．

## CQ 4-1 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か

意思決定支援には，誰が，どのような選択肢を，どのように提示することが，真に自己決定権を尊重した支援になるのかという課題がある．独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の2つに分類される：①身寄りのない独居認知症高齢者では，本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関連する課題が生じる．②別居家族がいる独居認知症高齢者では，本人と家族との関係に関わらず，家族の意向が優先されることについて課題が生じる．日本社会では，本人に意思決定能力がある段階から，関わりの濃淡に関わらず，家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている．自己決定がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら，本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える．

## CQ 4-2 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は

成年後見制度の利用は増加傾向にあるが，制度発足当初に期待された利用者数には及ばない．成年後見制度利用の近年の動向としては，申立人となる親族がいない高齢者の，認知症による能力低下を理由とした，後見類型相当の段階での，市区町村長申立てによる，成年後見制度の利用が増えている．総じて，成年後見制度の利用の中心は独居の認知症高齢者になりつつあると考えられる．日常生活自立支援事業の利用者も増加傾向にある．一方で，同事業利用者に占める認知症高齢者の割合は減少傾向にある．同事業の利用には契約能力を有することが要件とされており，そのことが認知症高齢者による利用を難しくしている理由になっている．

## CQ 4-3 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か

成年後見制度の課題は以下の4点に集約される：①利用者数に関する課題，②制度の理念実現に関する課題，③意思決定，特に医療上の意思決定への関わりに関する課題，④制度の担い手となる成年後見人等への支援体制構築に関する課題．日常生活自立支援事業の課題は以下の2点に集約される：①利用者数に関する課題，②成年後見制度への適時の円滑な移行に関する課題．成年後見制度，日常生活自立支援事業に共通する課題として，制度を利用する本人による同制度の評価がなされていないということがある．

## CQ 4-4 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援はどうあるべきか

成年後見制度の利用支援にあたっては，まず，同制度へのアクセシビリティの改善が必要である．具体的には，①制度の関する知識の普及，②申立て手続きの煩雑さの改善，③首長申立てに関する自治体間の格差の是正，④申立て費用および成年後見人等の報酬費用の課題解決，の4点があげられる．課題解決のためには，対象者に対する普及啓発と並んで，専門職を対象とした教育，支援が必要である．日常生活自立支援事業については，契約能力が必要とされる同事業を認知症高齢者が利用することには限界がある．同事業利用にあたっては，認知機能障害の進行により同事業の対象から除外される段階で，どのように次の支援につなぐのかということがあらかじめ検討されている必要がある．

## CQ 4-5 独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いのか

独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いと考えられる．しかし，実態把握が困難であり，表面化するケースは一部であると考えられるため，被害実態が過小評価されている可能性がある．

## CQ 4-6 経済被害のリスクを低減する対策はあるか，どうあるべきか

被害を低減する対策として，見守りネットワークの構築，成年後見制度の利用等が挙げられる．しかし，被害を低減する方策は，一方で，多少なりとも本人の権利を制限する側面をもつ．支援者によるリスク管理は，被支援者の自由権を制限する性質のものであるという認識を常にもつ必要がある．

## CQ 4-7 成年後見制度利用促進法はどのような意義と課題をもつか

成年後見制度利用促進法の意義は，「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善が必要である」という認識を示し，それに向けた具体的政策を示した点にある．しかし，成年後見制度利用促進法が施行されてからも，成年後見制度の利用が促進されたとは言えない．また，成年後見制度利用促進基本計画への取り組みも速やかに進んでいるとは言えない．さらに，同法が示した「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善」をどのようにして評価するか，それが利用者本人にもたらすものをどのように評価していくのか，という課題もある．

## CQ 5-1 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か

独居認知症高齢者の家族が直面している課題は多岐にわたり，高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ，体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと，高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担などがあげられる．また，支援体制にも課題があり，別居介護に対する理解が介護スタッフらにないことや，別居介護に特化した情報不足，高齢者と家族の居住地が異なることにより，介護者が支援対象とならないなどの課題がある．



## CQ 5-2 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか

別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて，極めて限定的である．別居介護者への支援として報告されるのは，高齢者本人へのサービス提供を中心として，介護者が提供する手段的介護の代替となる介護サービスや，別居介護者自身の私的ネットワークに依拠した近隣に住む親族の助け，他の家族の協力的な介護体制などである．日本だけでなく国外の状況を見ても，別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず，対策が待たれる．

## CQ 6-1 生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が直面している課題は何か

生活支援を担う別居家族がいない（身寄りのない）独居認知症高齢者等が直面している課題とは，社会的孤立と経済的困窮の課題に収斂される．

## CQ 6-2 身寄りがなく、低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策はあるか

わが国の社会保障制度の利用手続きは家族がいることを前提に設計されているため，身寄りがないことが社会保障制度の利用自体を困難にさせている．経済的困窮への支援については，生活保護の漏給に対して，適切に生活保護を受給することへの支援策が必要である．生活保護水準に次ぐ所得（低年金）者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており，現状では有効な方策がほとんどない．

## CQ 7-1 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

不安，被害妄想，地域住民としてのルールの遵守ができなくなる，などによる近隣との人間関係の悪化が，大都市では住宅が密集しているがゆえに大きな課題となる傾向がある．また，大都市の賃貸物件の多さから，認知症による金銭管理能力の低下による家賃の滞納や，それによる大家との関係の悪化も，一人暮らし継続を阻む要因となる．さらに，医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに，度を超えた利用によって一人暮らしの継続が難しいと判断されてしまう場合もある．

## CQ 7-2 大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか

多彩な背景の人が密集して住んでいる大都市においては，対象を狭めずに，間口が広く敷居が低く，さまざまな困りごとに対して相談できる窓口と，心地のよい居場所，健康等についての学びの場，交流の場などを兼ねた，ワンストップでの実用的かつ心理社会的な支援が有効である．また，賃貸住宅を利用する独居認知症高齢者等に対し，安心できる住まいの確保と生活支援，つながりづくりを一手に提供する取り組みも認知症を持ちながらの一人暮らしの継続に功を奏している．

## CQ 7-3 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

離島の独居認知症高齢者の生活課題は，離島の文化や地域社会，社会資源の量や種類が影響し，その背景は離島によって異なっている．医療面では慢性疾患の治療や認知症の鑑別診断などを受けるためには島を離れなければならないといった医療アクセスのハードルの高さがある．日常生活支援の面では，伝統的な地域の互助関係だけでは充足できない生活課題，例えば，認知症に伴う運転免許返納後の移動手段の確保，病態栄養食の確保，日中の居場所の確保などがある．住まいの面では，厳しい自然環境への対応の難しさに島内の介護資源の乏しさが加わると島内での在宅生活継続が難しくなる．加えて，生活様式が異なるとそれに伴いキーパーソンの特徴も異なるため，キーパーソンの確保の際にはアプローチの仕方に工夫が必要である．

## CQ 7-4 離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

離島における支援の特徴として，伝統的な地域の互助活動や島民同士のソーシャルネットワークが挙げられる．離島は社会資源が限られているため，生活課題に対する支援策を立てるときはこの互助関係を活用することが重要である．また，様々なセクターの支援者がネットワークを構築して連携することで効率的な支援が可能となり，社会資源の乏しさを補うことが期待できる．

## CQ 7-5 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

中山間地域で暮らす高齢者の生活課題について，独居認知症高齢者に限定し，定量的または定性的な研究を行った論文は見当たらない．数例見つかった実践報告から生活課題を中山間地域の特性を踏まえて考察すると，①移動に関わる生活課題，②資源不足に起因する生活課題，③住民の高齢化による生活課題，が挙げられる．また，豪雪地帯では雪による生活の困難さが加わる．なお，別居の家族や親戚，住民の理解が本人の暮らしを左右することもあるため，本人の意思を尊重し，これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が，中山間地域においても，生活課題の根底にあると考えられる．

## CQ 7-6 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

中山間地だからこその取組・施策・制度に着目すると，以下の7つの視点からの取組みが有効ではないかと考えられる：①本人を重層的に支えるネットワークの構築，②地域を支える人材の育成・確保，③本人の意思決定や自立の支援，④本人のなじみの関係の継続と構築，⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重，⑥全世代的な地域づくりへの取組，⑦トータルにマネジメントする体制．

## CQ 7-7 マンションに暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は，以下の5つに分類される．①居住者名簿等に居住者の緊急連絡先を記載していない，②住戸までたどりつけない，または，住戸から外出できない，③共同生活する上での迷惑行為（騒音，火の不始末，ゴミ出しのルールを守らない，所定の場所に駐輪・駐車しない，ゴミ屋敷・異臭など）がある，④管理組合の業務に支障を与える，⑤管理員自身に業務の支障がある．

## CQ 7-8 マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか

事例ごとに特有の対応が必要な場合があるが，各事例に共通するポイントは以下の6つである．①居住者が認知症及び対応方法を正しく理解すること，②居住者名簿の緊急連絡先，要配慮者支援のための申告欄，要援護者名簿に記載があり，更新されていること，③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センター等があることを認識し，平時より交流すること，④地域包括支援センターを含めた行政機関は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供し，平時より交流すること，⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること，⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること．



## CQ 8-1 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような診断後支援が行われているか

認知症疾患医療センターでは，独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者の診断後支援において，以下のことが実践されている．①生活状況のアセスメントと心理的サポート，②社会資源の情報提供と利用支援，③地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携，④別居家族との情報共有と連携，⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働．

## CQ 8-2 かかりつけ医の診療において配慮すべきことは何か

独居認知症高齢者等のかかりつけ医療において配慮すべきことは以下のとおりである．(1)認知症の「気づき」（認知症の初期段階に見られる変化を知り，それが認められた場合には，本人の気持ちを十分に配慮して，認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る），(2)認知症に関する相談の応需（本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には，早期の支援につながれるように配慮する），(3)認知症疾患の診断へのアクセス（本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり，地域包括支援センターと連携したりして，可能な限り認知症疾患の診断につながるようする），(4)情報共有，認知症疾患に対する継続医療（家族による通院同行が得られない場合には，必要に応じて地域包括支援センター等と連携して，「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する），(5)日常的な健康管理，身体合併症の治療（同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う），(6)健康管理に必要な生活支援の調整（地域包括支援センターと連携して，生活支援の方法を検討する．金銭管理に支障がある場合には，成年後見制度等の利用も考慮する），(7)介護保険サービスとの連携（家族による支援が得られない場合には，地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する．必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する），(8)急性増悪期および回復期の対応（キーパーソンとなる家族がいない場合には，地域包括支援センター等と連携しながら，受療支援や退院支援を確保する．意思決定支援チームをつくり，本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある），(9)本人・家族の心理的サポート（認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある．周囲の温かい声がけを受け入

れ，サービス利用につながる場合が多い），(10)在宅医療，終末期医療(①退院支援，②多職種協働による患者･家族の生活支援という観点からの医療の提供，緩和ケア，家族支援，③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保，④自宅や介護施設などでの看取りにおいて，かかりつけ医は中心的な役割を果たす．多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である)．

## CQ 8-3 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような支援を行っているか

認知症初期集中支援チームとは，認知症になっても本人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように，本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的･集中的に行う多職種協働チームである．2015年に地域支援事業として制度化され，現在では全国の市町村において事業化されている．全国調査によれば，支援対象者の6割以上が80歳以上高齢者であり，約4割が独居世帯である．近年では，社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に，信頼関係を形成し，医療･介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって，地域生活の継続に成功した事例の報告も蓄積されてきている．しかし，家族のいない人，支援を拒否する人，認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されている．独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要である．また，認知症初期集中支援チームの本来業務は「必要な社会的支援を統合的に調整すること」(コーディネーション)であるが，独居認知症高齢者の支援においては，それと同時に「社会的支援の利用･提供を可能とする地域社会の構造をつくること」(ネットワーキング)，すなわち地域づくりを視野に入れることが重要である．

## CQ 8-4 ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か

独居認知症高齢者のケアマネジメントにあたっては以下の点に配慮することが推奨される．①本人の視点に立って，なじみのある環境の中で，生きがいや趣味などを大切にした生活を継続できるようにする，②初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する，③金銭管理･服薬管理･家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する，④介護保険制度の枠組みを超えて，多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する，⑤医療･介護･生活支援サービス等の関係者が連携する，⑥地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり，「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる，⑦特定の職種や個人に負担が集中しないようにする，⑧本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である，⑨必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する．

## CQ 8-5 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには，居宅介護サービスと地域密着型サービスがある．これらのサービスは，独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されるが，その有用性を示す科学的エビデンスは極めて不十分である．現時点で渉猟できる事例報告を要約すると，「訪問看護」は拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築，健康状態の管理に，「訪問リハビリテーション」や「通所リハビリテーション」は生活リズムの改善，意欲や活動性の回復，身体機能の改善，BPSDの軽減，生活環境の整備に，「訪問食事栄養指導」は低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に，「訪問薬剤管理指導」は服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に，「定期巡回･随時対応型訪問介護･看護」は病院からの退院支援，随時の対応，看取り支援に有用であり，「小規模多機能型居宅介護」は多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に寄与することが示唆されている．

## CQ 9-1 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

「独居」と「認知症」は，それ自体が在宅生活中断のリスク因子である．独居認知症高齢者が在宅生活を中断する要因は，認知機能障害を含む機能低下によって生じる，①社会関係の困

難，②生命安全確保の困難，③健康管理の困難，④日常生活の困難，⑤お金に関する困難，⑥インフォーマル・ケアの困難，⑦本人の支援受入の困難，⑧尊厳の維持の困難，に分類することができる．

## CQ 9-2 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか

現段階では，独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しない．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，在宅生活中断因子(健康状態の悪化，社会的孤立など)の低減と在宅生活継続因子(健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など)の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案することと，認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを確保することが求められるであろう．

## CQ 9-3 在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しない．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられるであろう．



## CQ 10-1 独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか，課題は何か，好事例や支援策はあるか

●実態：独居認知症高齢者は低栄養，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．認知症高齢者が，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宅で生活することを望んでいる．

●課題：認知症高齢者の自立・自律を尊重しながら安全確保とのバランスを保つことが重要である．独居認知症高齢者が自宅で生活するためのサービスコストは，同居認知症高齢者よりも高く，認知症の進行とともに上昇する．

●好事例や支援策：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，多職種連携と社会・地域全体での支援が必要である．支援のポイントとして，①本人が最期までをどこで過ごしたいかの確認とその尊重，②多職種連携，③本人の状態に合わせたサービス利用の実現，④地域住民の理解と協力等が挙げられる．

## CQ 11-1 独居の認知症のある人のQOLには何らかの特徴がみられるか

独居の認知症のある人は，孤独を感じやすいという研究があるものの，心理的健康の維持がliving well「(認知症とともに)良き生活を送ること」につながるとする研究結果があり，本人の自己肯定感・楽観性・自尊心といった心理的資源を豊かにする関わりや適切な医療・介護サービスの提供が重要である．

## CQ 11-2 認知症のある人のQOLに参加・交流はどう影響するか

施設入居者を対象とした研究では，より多くの社会的交流を持つことと，ポジティブな気分，良い人間関係が，より高いQOLと低いBPSD発生率に関連することが示された．自宅または介護付き住宅に住む人々に対する心理社会的介入についてのインタビューでは，地域に根ざした場において他者と交流することを望む声がある一方で，認知症のある人だけを対象

にしたグループや受動的に作業を行うグループには参加したくないという意見が見られた．参加・交流の内容は，他の人と目を合わせたり話したりする行動から創造的活動への参加まで様々であった．居住形態（独居・非独居）別に参加・交流の違いについて示した研究は見られなかった．

## CQ 11-3 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか

認知症のある高齢者のQOLは，施設群に比べ在宅群が良好であると結論づける研究が複数ある．しかし，認知機能のレベル別に検討した研究では，自分で生活を営むことができるごく軽度の時期，そして生活のほぼ全てにおいて他者のサポートを必要とする最重度の時期においては自宅群のQOLは高いが有意な差はなく，その間である中等度から重度となる段階においては施設群のQOLが高いことを示している．一方で，認知症重症度を層別化しても在宅群は施設群よりも高いQOLを示すとした研究もある．なお，在宅群において，代理人回答のQOL尺度を使用した場合は，家族など近しい人が回答しているが，家族が同居しているかどうかについての記述はなかった．

## CQ 11-4 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか

独居認知症高齢者は，物忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの，時に診断後の適切な支援の調整が不十分なために，治療や支援，生活についてどう対処してよいかわからない感覚を持っている．本人が認知症という診断を認めない場合でも，認知機能や身体機能の衰えやそれによる失敗を自覚しており，これに前向きに工夫・対策している．自分の限界を受け容れつつ，できるだけ自立した生活を送りたいと願いながらも，認知症の進行には不安を抱え，一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると思っている者もいる．



## CQ 11-5 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか

独居認知症高齢者は，自分の認知機能や身体機能の衰えに伴う困難や，一人暮らしに伴う孤独感を自覚しており，自分なりに対策を講じて自立生活を維持する努力をしている．対策には，家事や人と約束して会うなどの日課を確実にこなすこと，日常生活の失敗を予防すること，家族や友人など近しい人との直接的・間接的交流を維持及び新たに求めること，不安や相談事を周囲に伝えること，フォーマル・インフォーマルな支援やその提案を受け入れて利用すること等があった．

## CQ 11-6 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で，地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか

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おいて，地域づくりや生活支援を推進する地域拠点は，認知症や障害の有無に関わらず，人々に，①くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供し，②健康のことや日々の困りごとを気軽に相談することができ，③認知症になる前から健康の変化や生活の変化に専門職が気づき，④健康情報を含めた生活に必要なさまざまな情報が得られ，⑤社会的交流や社会参加が促進され，⑥地域に暮らす人々の偏見の解消に寄与し，⑦社会資源との連携が促進される場所としての意義があるものと思われる．これらによって，必要な社会的支援の利用や提供を可能とする地域づくりが促進され，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寄与するのではないかと思われるが，その科学的な検証は今後の課題として残されている．

## CQ 11-7 金融ジェロントロジーに関してどのような取組みがなされているか

金融ジェロントロジーとは，個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域である．わが国における金融ジェロントロジーの歴史は浅いが，近年の知見を集約して，認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応につい

て，以下についての具体的な提案と社会実装に向けた取り組みがなされてきている：1)高齢者自身が，認知機能が低下する前に備えておくべきこと，2)金融機関が，認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること，3)信託や成年後見制度を適切に利用すること．

## CQ 11-8 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか

先行研究において，認知症高齢者の家族介護者の備えや対応についての研究は若干認められたが，独居に限定すると該当する論文は認められない．

認知症高齢者は，災害時の生活環境の変化によりBPSDが現れる等の症状悪化が報告されている．日常生活でのインフォーマルな介護者を持たない独居の認知症高齢者は，災害後の状況の中で，心身の状態が悪化した時に，必要な対応ができる支援者を得ることはより困難であり，被災後の生活への適応は難しいと考えられる．

独居の認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには，平時からの継続した地域社会からの支援が不可欠である．在宅避難等では，共助での支援が重要となることも鑑みると，平時から，地域住民が認知症高齢者への理解を深め，対応方法を知っておくことは，災害時の認知症高齢者への備えとなるであろう．また，災害後の在宅生活の継続には，医療・介護サービスの継続，住宅の確保が重要となる．

市区町村には，避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ，名簿対象者の個別計画策定が努力義務となっている．今後は，現状の課題解決と個別計画の有効性の検討が必要である．

## CQ 11-9 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムはどのように活用されるべきか

IT技術のひとつである地理情報システムを用いれば，日常生活圏域における地域特性を把握し，それに基づいた地域連携も可能となる．たとえば，地理情報システムを用いて，住居形態(戸建て住宅，分譲マンション，賃貸マンション，アパート)別の高齢者数や独居数などの確度の高い推計値を得ることができ，災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を分析・分類することが可能となる．災害リスクを可視化することも可能となるので，災害リスクを起点にして，分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応(高齢者の見守り)に繋げることも期待できる．

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」
エビデンスブック 2021　別冊

発　行　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
編　集　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
　　副所長　粟 田 主 一

令和4年3月

無断転載，改訂を禁じます

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | ■　□ | ■ | 東京都健康長寿医療センター | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 □　　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　研究所・研究副部長

（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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　研究所・研究部長

（氏名・フリガナ）　井藤　佳恵　（イトウ　カエ）

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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

年　　月　　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　地方独立行政人
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）３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）　研究所・研究員

（氏名・フリガナ）　菊地　和則　　（キクチ　カズノリ）

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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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　4　年　5　月　31　日

厚生労働大臣　殿

機関名　　埼玉県立大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　星　文彦

次の職員の令和３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（19GB1001）

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院保健医療福祉学研究科・教授

（氏名・フリガナ）　川越　雅弘　・　カワゴエ　マサヒロ

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） |
| 人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　　未受講 □ |

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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

2022年 3月 11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　神奈川大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　兼子　良夫

次の職員の（令和）３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) |
| 人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針 (※3) | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　未受講 □ |

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 ■　無 □(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 ■　無 □(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 ■　無 □(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 □　無 ■(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。

２０２２年　1月　　２４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　伊藤　公平

次の職員の令和３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）　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） |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 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 | □　■ | □ | | □ |
| 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：　　） | □　■ | □ | | □ |

（※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■　　未受講 □ |

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 ■　無　（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 ■　無 □（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 ■　無 □（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 □　無 ■（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。

# 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手引き

2019～2021 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」
研究代表者 粟田主一

## はじめに

国民の平均寿命の延伸と少子高齢化の進展を背景に、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が着実に増加しています。しかし、今日の社会環境の中で認知症とともに一人暮らしを続けることは決して容易なことではありません。これまでの研究から、「認知症」でありかつ「独居」であることは、在宅生活の継続を中断させる大きな要因になっていることが明らかにされています。また、さまざまな疫学調査や実践報告によって、独居認知症高齢者は、必要な情報やサービスにアクセスしにくい状況にあること、そのために、健康状態や居住環境が悪化したり、経済被害や経済的困窮に直面したり、対人的なトラブルが生じたり、事故や行方不明などによって生命の危険に晒されやすいことも示されています。これらの事実は、認知症とともに一人で暮らす高齢者の「市民として権利」に関わる問題として認識されねばなりません。

この手引きは、独居認知症高齢者等が安全･安心な暮らしを送れる環境づくりを進めるために、自治体や関係機関がどのようなことに配慮し、どのような取り組みを進めるべきかを考えるヒントを示すために作成しました。なお、ここで言う独居認知症高齢者等の「等」とは、独居認知症高齢者の他にも、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」も含めることを意図しています。しかし、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」に関する文献的な情報は極めて乏しいため、本書の内容は主として独居認知症高齢者に焦点をあてたものとなっています。それでも、本書の内容は、「夫婦ともに認知症である夫婦のみ世帯」や「認知症である高齢者のみの世帯」の場合にも参考になるものと考えております。

本書は、令和元年度～３年度に実施された厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」において実施された既存統計資料による調査、疫学調査、事例調査、さまざまな地域の取り組みに関する調査，アクションリサーチ、文献調査の結果を踏まえて作成しています。その過程において、この分野の研究は、国内外を通じて極めて少なく、数多くの研究課題が残されていることも明らかにされています。

たとえ認知症になっても、一人暮らしであったとしても、高齢者が地域の大切な一員として認識され、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会環境をつくりだすことは、世界最高水準の長寿国であるわが国の責務であり、国民一人ひとりが「我が事」として考えていかなければならない重要な課題です。本書が、そのような課題の解決と地域共生社会の実現に向けて、わずかな一歩でも踏み出すことに寄与することができればと願っております。

厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」研究班
代表　粟 田 主 一

# 目　次

序章　本書の目的と構成
第 1 章　独居認知症高齢者の生活実態と生活課題
1.1. わが国の一人暮らしの高齢者数
1.2. 独居認知症高齢者の数
1.3. 在宅継続率
1.4. 社会的孤立
1.5. 孤独と精神的健康問題
1.6. 身体的健康問題
1.7. 口腔機能と低栄養
1.8. 健康問題のリスクを低減させる対策
1.9. 経済的困窮
1.10. 経済被害
1.11. 行方不明
1.12. 大都市の生活課題
1.13. 中山間地域の生活課題
1.14. 離島の生活課題
1.15. マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題
1.16. 生活の質（Quality of Life）
1.17. 本人の体験と対処行動
第 2 章　社会的支援のコーディネーション
2.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること
2.2. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題
2.3. コーディネーションの基本プロセス
2.3.1. 信頼関係の形成
2.3.2. 総合的アセスメント
2.3.3. 情報の共有
2.3.4. 課題解決に向けた多職種協働
2.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整
第 3 章　社会的支援ニーズの把握とその対応
3.1. 医療支援ニーズ
3.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価
3.1.2. 身体的健康問題の医学的評価
3.1.3. 継続医療の確保
3.2. 居住支援ニーズ
3.2.1. 現在の居住環境の整備

3.2.2. 新たな住まいの確保
3.3. 経済支援ニーズ
3.4. 生活支援ニーズ
3.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援
3.4.2. 参加・交流に関する生活支援
3.4.3. 受療に関する生活支援
3.4.4. 服薬管理に関する生活支援
3.4.5. 金銭管理に関する生活支援
3.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
3.4.7. 移動に関する生活支援
3.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
3.6. 権利擁護支援ニーズ
3.6.1. 日常生活自立支援事業
3.6.2. 成年後見制度
3.6.3. 虐待への対応
3.6.4. 消費者被害への対応
3.7. 家族の支援ニーズ
3.7.1. 家族介護者への一般的な支援
3.7.2. 別居介護者への支援
3.7.3. 介護者が仕事をしている場合の支援
第4章　コーディネーションに関係するさまざまな社会資源
4.1. 認知症疾患医療センター
4.2. かかりつけ医
3.3. 認知症サポート医
4.4. 地域包括支援センター
4.5. 認知症初期集中支援チーム
4.6. 介護支援専門員
4.7. 介護保険サービス
4.8. その他のサービス
4.8.1. 高齢者の見守りサービス
4.8.2. 地域たすけあいネットワーク
4.8.3. SOS ネットワーク
4.8.4. GPS 探索サービス
4.8.5. 配食サービス
4.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付
第5章 在宅生活の中断と生活の場の移行
5.1. 在宅生活中断の要因とその対策

5.2. 生活の場の移行に際して配慮すべきこと
第6章. エンド・オブ・ライフ・ケア
第7章 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会を創るために
7.1. 地域づくりのための「地域拠点」
7.1.1. 高島平ココからステーション
7.1.2. 暮らしの保健室
7.1.3. ふるさとの会
7.2. 金融ジェロントロジー
7.3. 災害への備えと対応
7.4. 地理情報システムの活用

## 序章　本書の目的と構成

本書は、今後の自治体の認知症施策や事業計画の立案おいて、また関係諸機関の取り組みにおいて、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らせる環境づくりを進めるためのヒントや指針が得られるようにすることを目的としています。

全体は 7 章で構成されており、第 1 章では独居認知症高齢者の生活実態や生活課題について解説し，第 2 章～第 4 章は独居認知高齢者等の地域生活の安定化に向けて多職種協働で実践される社会的支援のコーディネーションについて解説されています。また、第 5 章では認知症である高齢者が自宅から施設などに生活の場を移行する場合に配慮すべきこと、第 6 章ではエンドオブライフにおいて配慮すべきことを記しています。そして、最後の第 7 章においては、自治体や関係機関が協働して進めていかなければならない地域社会の環境づくり（社会的支援のネットワーキング）について解説しています。

独居認知症高齢者等において地域生活の継続が困難の状況に陥りやすいのは、通常であれば同居する家族によって確保されている日常生活支援が、独居である場合には確保されにくいためであり、そのために必要なときに必要な社会的支援につながれないというアンメット・ニーズの状況が発生しやすいためと考えられます。この問題を克服するためには、上記で述べたコーディネーションとともに、一人暮らしであったとしても、必要な社会的支援につながりやすい地域社会の構造をつくりだしていかなければなりません。つまり、コーディネーションとネットワーキングを車の両輪として推進していく政策が自治体に求められています。それは、地域共生社会の実現と深く関連しています。本書は、そのような視点に立って作成されています。

# 第 1 章　独居認知症高齢者の生活実態と生活課題

## 1.1. わが国の一人暮らしの高齢者数

高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が年々増加しています[1]。2025 年のわが国の 65 歳以上単独世帯高齢者数は男性で 268 万人（高齢者人口の 16.8%）、女性で 483 万人（23.2%）であり、2040 年には男性で 356 万人（20.8%）、女性で 540 万人（24.5%）になるものと推計されています[2]。つまり、男性高齢者の 5 人に 1 人、女性高齢者の 4 人に 1 人が一人暮らしになる見込みです。単独世帯高齢者の増加の勢いは 85 歳以上で特に顕著であり、このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係しています。

## 1.2. 独居認知症高齢者の数

わが国の独居認知症高齢者数は年々増加しており、2025 年には 147 万人（男性 33 万人、女性 114 万人）、2040 年には 181 万人（男性 47 万人、女性 134 万人）に達するものと予測されています。独居認知症高齢者の人口に占める割合は年齢階級とともに高くなり、2025 年では 85 歳以上の男性の 7%、女性の 14%が独居認知症高齢者となります。また、独居認知症高齢者の増加は 85 歳以上において特に顕著であり、2015 年～2040 年の 25 年間に男性では約 3 倍、女性では約 2 倍増加します（図 1）。認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は、2025 の段階で 22%、2040 年の段階で 23%であり、認知症高齢者の 4～5 人に 1 人が一人暮らしになるものと予測されます[3]。

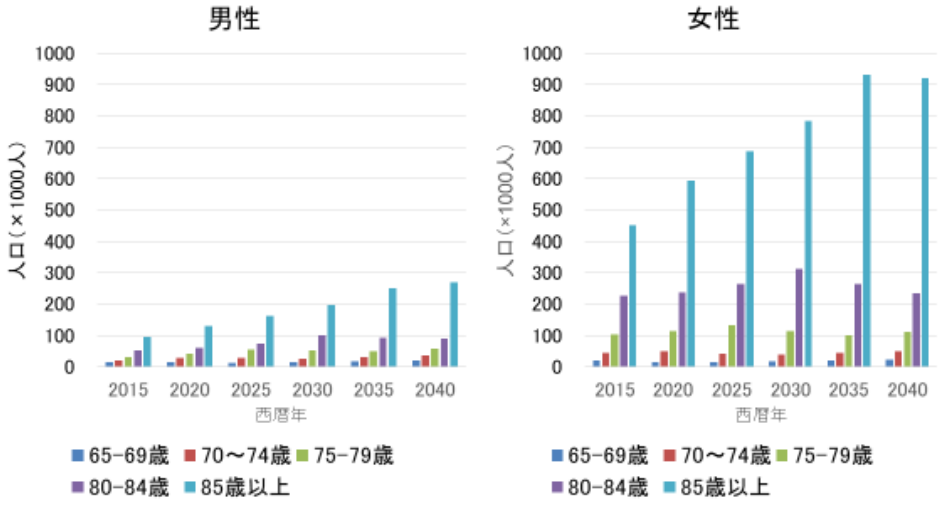



図 1. 性・年齢階級別に見た独居認知症高齢者数の将来予測

[1] 厚生労働省：2019 年国民生活基礎調査の概況
[2] 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018 年推計）
[3] 粟田主一：一人暮らし、認知症、社会的孤立．老年精神医学雑誌 31:451-459, 2020.

### 1.3. 在宅継続率

これまでの国内外の研究から、認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いことが示されています。また、川越らの研究[4]によって、「認知症であり、かつ独居であること」が、認知症高齢者の在宅継続率をさらに低くすることが明らかにされています。日常的な生活支援の担い手である同居家族がいないことが、地域生活の継続に必要な社会的支援の不充足（アンメット・ニーズ）につながり、それが在宅継続率を低下させる要因になっているものと推測されます。

### 1.4. 社会的孤立

社会的孤立とは、他者との社会的接触が制限または欠如した状態を言いますが、それは「必要な社会的支援の利用を可能とする社会的ネットワークの欠如」を意味しています。認知症であって、日常の生活支援を担う家族や親族がいない場合には、必要な情報を入手し、必要な社会的支援につながることが困難になりがちです。したがって、独居の認知症高齢者は、同居家族がいる場合よりも、社会的孤立のリスクは高いと考えることができます。これまでの研究から、社会的孤立は、認知機能低下、身体機能低下、移動能力低下、不良な健康状態、低い社会経済状態と密接な関連することも明らかにされています[5]。

### 1.5. 孤独と精神的健康問題

一方、孤独とは、「仲間づきあいがないことに関するネガティブな感情」を意味しています。これまでの研究から、独居の認知症高齢者は、同居家族がいる場合よりも、孤独を感じている人が多く、その程度も強いこと、抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬・睡眠薬の処方頻度も高いことが明らかにされています[6]。独居であることは、家族介護者との葛藤が生じにくいという側面もあるかもしれませんが、社会的孤立と孤独のリスクは高く、それが精神的健康問題の発生や悪化と深く関連する可能性があります。

### 1.6. 身体的健康問題

認知症や認知機能低下高齢者を対象とする疫学調査では、独居者と同居家族がいる者との間で、身体的健康状態に差は認められず、身体機能は独居者の方が高いという報告もあります。しかし、認知症の日常診療では、服薬管理、栄養確保、温熱環境の調整など健康管理に関する生活支援の不足のために、高血圧症や糖尿病などの慢性身体疾患が悪化している事例、脱水症や熱中症で救急受診する事例に遭遇することは少なくありません。また、長期にわたる社会的孤立によって、

[4] 川越雅弘ほか：一人暮らし在宅認知症高齢者の 2 年後の転帰。老年精神医学雑誌 33:218-223, 2022.
[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] 津田修二：認知症とともに一人で暮らす高齢者の健康問題と支援ニーズ。老年精神医学雑誌、33:230-234, 2022.

身体的健康問題も増悪し、複雑困難状況に陥って事例化する例も散見されます。「認知症」であり、「独居」であり、さらに「社会的孤立」の傾向が高まると、身体的健康問題の発生・増悪のリスクも高まるものと考えられます。

### 1.7. 口腔機能と低栄養

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え、他者による促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下のリスクが高まるものと推測されます。さらに経済的・身体的要因による食料調達の困難、判断力低下による食品衛生の課題、食事療法が必要なケースでの実践困難、抑うつや不安等による食欲低下などよって、低栄養のリスクも高まるものと推測されます。岩崎らは、地域在住高齢者を対象とする調査によって、「認知機能低下がありかつ独居である高齢者」では低栄養の頻度が顕著に高まることを明らかにしています[7]。また、枝広らは、認知症の重症度の進展とともに歯周囲炎症面積が大きくなることを示し、認知症高齢者に対する口腔保健活動の重要性を指摘しています[8]。

### 1.8. 健康問題のリスクを低減させる対策

独居認知症高齢者等の健康問題のリスクを低減させる対策について、科学的に効果が検証されたものはありません。少数の実践報告では、馴染みの支援者が自宅を訪問し、本人の生活状況を確認した上で、自宅生活の安定化を図る支援が行われています。支援内容は服薬エラー、転倒、清潔保持の困難、火事、自動車運転などのリスクへの介入であり、身体機能／認知機能／生活状況／本人のこだわりなどをアセスメントし、本人ができることを尊重しながら支援を個別化し、医療チームで役割分担するといった特徴があります。これらは、第 2 章～第 4 章で解説するコーディネーションの体制づくりと深く関連しています。

### 1.9. 経済的困窮

「認知症」でありかつ「独居」であることは、①日常的な金銭管理に支障が生じている場合があること、②家族による家計管理の支援が得られない場合があること、③必要な社会保障制度につながれていない場合があることなどから、経済的困窮のリスクが高まるものと推測されます。稲垣らは、大都市に暮らす地域在住高齢者の調査によって、独居の認知機能低下高齢者は、同居家族がいる場合よりも、年収が低く、賃貸住居の居住率が高いことを示しています[9]。実際、日常診

[7] Iwasaki M, et al. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412.
[8] Edahiro A, et al. Severity of dementia is associated with increased periodontal inflamed surface area: home visit survey of people with cognitive decline living in the community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961.
[9] 稲垣宏樹ほか：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）。厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「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。p45-p68.

療の現場でも、地域保健の現場でも、生活困窮状態にある一人暮らしの認知症高齢者に遭遇することは少なくありません。独居認知症高齢者等の経済状況の把握と支援策の検討が求められています。

### 1.10. 経済被害

高齢者が振り込め詐欺などの経済被害にあいやすいことはよく知られた事実です。「認知症」でありかつ「独居」であれば、悪質商法や年金・財産の横領など、経済被害のリスクはさらに高めるものと考えられますが、その実態は明らかにされていません。「認知症」でありかつ「独居」であるがゆえに、誰にも気づかれず、被害届けが出されず、表面化するのは一部のケースに限られているのであろうと思われます。実際、別居の家族や介護支援専門員が訪問した際に偶然気づかれるという場合が少なくありません。介護支援専門員を対象とする調査では、担当している独居認知症高齢者のうち経済被害にあった人またはあいそうになった人は 8 割を超えると報告されています[10]。被害を減らす方策として、見守りネットワークをつくることや、成年後見制度を利用するなどの方法がありますが、こうした方策には多少なりとも本人の自由を制限するという側面があることにも留意する必要があります（対策については 3.6 を参照）。

### 1.11. 行方不明

独居認知症高齢者では、外出に際して家族による支援が得られない場合が多くなるので行方不明のリスクが高まるものと推測されます。しかし、その実態は明らかにされていません。独居であるということが実態調査を困難にしているものと思われます。しかし、菊地らは、警察庁のデータや自治体のデータを用いた研究で、①行方不明時に独居であることが発見時の死亡に関連すること、②行方不明から発見までの時間が長いことが発見時の死亡と密接に関連すること、③行方不明に最初に気づく人は家族・親族が最も多く、サービス担当者がそれに次ぐことを示し、家族やサービス担当者が定期的に訪問していれば行方不明を早期に発見できる可能性が高まると指摘しています[11]。これまで市区町村では認知症高齢者の行方不明に対するさまざまな取り組みがなされてきましたが、独居認知症高齢者にフォーカスをあてた対策はほとんど行われていません。独居認知症高齢者の行方不明対策を講ずるためには、まずは警察庁の調査に世帯類型を含めるなどしてその実態を把握する必要があります。それを踏まえて、どのような対策を講じるべきか、その方法論を示すことが今後の課題となるでしょう（対策については 4.8.3. と 4.8.4. 参照）。

---

[10] 横尾惠美子. 福祉の現場から。認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割. 地域ケアリング. 20(6):54-59（2018）

[11] Kikuchi K, et al. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int,19(9),902-906（2019）. 菊地和則ほか：独居認知症高齢者の行方不明の実態-150 事例からの報告.老年精神医学雑誌,32(4),469-479（2021）.

### 1.12. 大都市の生活課題

大都市は住宅が密集しているために、地域住民としてのルールが守れなくなったり、被害妄想や攻撃的な行動などで近隣とのトラブルが生じたりすることが、独居認知症高齢者の生活課題としてクローズアップされることがあります。また、大都市には賃貸物件が多いことから、金銭管理能力の低下による家賃の滞納や家主との関係の悪化が、一人暮らしの継続を阻む要因となることがあります。さらに、医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに、度を超えた利用が問題となり、それが「一人暮らしの継続は難しい」と判断されるきっかけになる場合もあります。多彩な背景の人が密集して住んでいる大都市では、対象を狭めずに、間口が広く敷居が低く、さまざまな困りごとに対して相談できる窓口とともに、健康等についての学びの場・交流の場などを兼ねた居心地の良い居場所と、ワンストップで実用的かつ心理社会的な支援を提供でき場が必要かと思われます。また、賃貸住宅を利用する独居認知症高齢者等に対し、安心できる住まいの確保と生活支援、つながりづくりを一手に提供する取り組みも有効な支援策かと思われます（対策については 3.2.2 参照）。

### 1.13. 中山間地域の生活課題

中山間地域には，「公共交通機関の運行数が少ない」「医療・介護・生活に関わる商業施設等の資源が少ない」「住民の高齢化により支え合い活動の推進が難しい」などの課題があります。また、豪雪地帯では、雪による移動の困難さが加わり、外出機会が減少し、孤立、閉じこもり、フレイルのリスクが高まる傾向があります。過疎化が進めば、「なじみの関係」も少なくなり、孤独感や寂しさも強まります。一方、中山間地域だからこそできることもあり、地域密着型サービスのサテライト、多機能型シェアハウス、生活支援ハウスなどの制度も活用できます。また、都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され、内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められています。①重層的に支えるネットワークの構築、②地域を支える人材の育成・確保、③意思決定と自立の支援、④なじみの関係の継続と構築、⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重、⑥全世代的な地域づくりへの取組、⑦トータルにマネジメントする体制づくり、が鍵となっています。

### 1.14. 離島の生活課題

離島には、一般的には、伝統的な地域の互助活動や島民同士のネットワークがあり、これが生活支援に役立てられています。しかし、このような地域の互助では対応できないニーズ（運転免許返納後の移動手段の確保、病態栄養食の確保、日中の居場所の確保など）が生じた際には、社会資源の乏しさゆえに、生活の継続が困難になりがちです。また、専門的な医療が必要になった際には島を離れなければならない、といった医療サービスへのアクセシビリティの問題が生じます。さらに、自然環境の厳しさがこれに追い打ちをかけます。一方、中山間地域と同じように、地域密着型のサテライト、多機能型シェアハウス、生活支援ハウスなどの制度が活用できます。

また、介護保険サービスについては、サービス確保が困難な離島等の特例[12]も設けられています。現存する様々なセクターの支援者が分野を超えたネットワークを構築することで、社会資源の乏しさを補うことが期待されています。

### 1.15. マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題

マンションに暮らす独居認知症高齢者については、「住戸までたどりつけない」「住戸から外出できない」「共同生活する上での迷惑行為がある（騒音、火の不始末、ゴミ出しのルールを守らない，所定の場所に駐輪・駐車しない，いわゆるゴミ屋敷・異臭など)」「管理組合の業務に支障を与える」「(別居家族がいない場合など) 居住者名簿等に居住者の緊急連絡先が記載されていない」といった問題が指摘されています。対応は事例によってさまざまですが、共通する対策として、①居住者が認知症について正しく理解すること、②居住者名簿の緊急連絡先、要配慮者支援のための申告欄、要援護者名簿を記載・更新すること、③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センターがあることを認識し平時より交流すること、④行政は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供すること、⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること、⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること、などが挙げられています。

### 1.16. 生活の質（Quality of Life）

独居認知症高齢者は「孤独を感じやすい」ということが知られていますが、心の健康を維持することがLiving well with dementia「認知症とともに良き生活を送ること」につながるとする報告があります[13]。本人の自己肯定感、楽観性、自尊心といった心理的な資源を豊かにする関わりや、適切な医療・介護サービスの提供が重要であることが示唆されています．自宅や介護付き住宅に暮らす人々を対象とするインタビュー調査[14]からは、地域に根差した場で他者と交流したいという意見も認められています。しかし、認知症のある人だけを対象としたグループや受動的な作業には参加したくないという意見もあります。参加・交流の内容は、他の人と目を合わせたり、話したりする活動から創造的な活動までさまざまですが、地域に根差した場で、認知症や障害の有無に関わらず、誰でもが参加でき、主体的に活動できるような取り組みが、生活の質（Quality of Life）の維持・向上にとっても大切なのかもしれません。

---

[12] 令和３年度介護報酬改定において、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができるようになった。

[13] Clare L, et al.: Living alone with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL cohort. J Alzheimers Dis. 78(3):1207-1216, 2020.

[14] Arai A, et al.: Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among long-term care facility residents. Geriatr Nurs. 42(2):509-516, 2021.; Field B, et al.: What influences uptake of psychosocial interventions by people living with early dementia? A qualitative study. Dementia (London). 20(8): 2668-2688, 2021.

## 1.17. 本人の体験と対処行動

独居認知症高齢者は、物忘れの診断がついたことに一度は安堵するものの、診断後の適切な支援の調整が不十分なために，治療や支援，生活についてどう対処してよいかわからない感覚をもつ場合があることが報告されています[15]。また、本人が認知症という診断を認めない場合でも、認知機能や身体機能の衰えやそれによる失敗を自覚しており、これに対して前向きに工夫し、対策を立てていることが報告されています[16]。自分の限界を受け容れつつ、できるだけ自立した生活を送りたいと願いながらも、認知症の進行には不安を抱え、一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると思っている人もいます[17]。

自分の認知機能や身体機能の衰えに伴う困難や、一人暮らしに伴う孤独感を自覚しながらも、自分なりに対策を講じて自立生活を維持する努力をしている方は少なくありません。具体的には、「家事や人と約束して会うなどの日課を確実にこなす」「日常生活の失敗を予防する」「家族や友人など近しい人との直接的・間接的交流を維持する、新たに求める」「不安や相談事を周囲に伝える」「フォーマル・インフォーマルな支援やその提案を受け入れて利用する」などの努力や工夫が報告されています。

[15] Portacolone E, et al.: The effects and meaning of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or Alzheimer's disease when one lives alone. J Alzheimers Dis. 61(4):1517-29, 2018.
[16] Duane F, et al.: Living alone with dementia. Dementia. 12(1):123-36, 2011.
[17] Witt L, et al.: Living alone with dementia; an interpretive phenomenological study with older women. J Advanced Nurs. 66(8): 1698-1707, 2010.

## 第 2 章　社会的支援のコーディネーション

認知症や障害などによって地域生活の継続が困難な状況に直面しているときに、地域生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整することをケアコーディネーションと呼んでいます。国際的には、ケアコーディネーションはケースマネジメント[18]またはケアマネジメントとほぼ同義語として使用されています。しかし、ケアマネジメントという用語は、わが国では介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う業務として使用される場合が多いので、ここではより広い意味をもつ言葉としてケアコーディネーションまたはコーディネーションという用語を使用しています。

コーディネーションの役割を担う専門職は一般的にはコーディネーターと呼ばれます。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所はコーディネーションを実践する事業所であり、そのスタッフ（社会福祉士、保健師、介護支援専門員等）はコーディネーターとしての役割を果たす専門職です。また、認知症サポート医にはコーディネート医としての役割が期待されており、認知症初期集中支援チームは多職種協働によってコーディネーションを実践する専門職チームにほかなりません。1.2. で述べたように、独居認知症高齢者の地域生活中断の背景にアンメット・ニーズにあるとすれば、まずはコーディネーションの機能を効果的に発揮できる地域システムを構築することが、最初に取り組むべき課題となります。

### 2.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること

ケアコーディネーションの基本原則は,「認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること」です。認知症とともに尊厳ある地域生活を継続するには、認知症とともに生きる本人が、必要な社会的支援の決定に関与できるようにしなければなりません[19]。そのためには、認知症支援に関わるすべての人が、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」[20]に示される「意思決定支援の基本原則」（①本人の意思の尊重、②本人の意思決定能力への配慮、③チームによる早期からの継続的支援）と「意思決定支援のプロセス」を守れるように努める必要があります。

### 2.2. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題

本人の自己決定権を尊重した意思決定支援を行うには、誰が、どのような選択肢を、どのように提示するかについての配慮が必要です。独居認知症高齢者で、別居家族がいる場合には、本人と家族の関係に関わらず、家族の意向が優先される傾向があります。一方、別居家族がなく、身寄りがない場合には、そもそも意思決定支援にあたってその役割を果たせる人がいない場合があ

---

18 日本で最初にケースマネジメントの著書を著した白澤は、「対象者の社会生活上でのニーズを充足させることで、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義している。

19 日本国憲法第 13 条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

20 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf

ります。別居家族がいる場合には、本人の意思と家族の意向について整理することからはじめる必要があります。別居家族がなく、身寄りもない場合には、本人のことをよく知り、本人の支援に関わる人々が、本人とともに、新たに意思決定支援チームをつくることからはじめなければなりません。社会的支援の調整、すなわちコーディネーションでは、常に「認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること」という基本原則に立ち戻ることが重要です。

### 2.3. コーディネーションの基本プロセス

意志決定支援の基本原則を守り、本人のニーズに合った質の高いコーディネーションを行うためには，(1)信頼関係の形成、(2)総合的アセメント、(3)情報共有、(4)課題解決に向けた多職種協働、(5)社会的支援ニーズの把握とサービスの調整，という 5 つのプロセスの重層的・反復的な実践が必要です。

#### 2.3.1. 信頼関係の形成

信頼関係の形成、すなわち、“信頼できるパートナーシップを築くこと”は、コーディネーションの最初の一歩です。なぜならば、「本人の視点に立った社会的支援の調整」を行うには、本人の思い、希望、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたこと，大切にしていることを理解することからはじめなければなりませんが、そのためには２人の間に信頼関係が形成されていなければなりません。しかし、信頼関係は、通常は短い時間で形成されるものではありません。日々の語り合いや、体験の共有など、“生き生きとした人と人との関わり合い”の積み重ねの中で形成されるものです。そのような時間の流れの中で、コーディネーターは、“本人の視点に立って考える”“本人の立場に身を置いて考える”姿勢を持つことが可能になります。

何をもって信頼関係が形成されているかを判断することは簡単ではありませんが、たとえば，表 1 に掲げられているような本人の体験が、“信頼”を意味するものなのかもしれません。決して急ぐことなく、根気よく、“信頼関係を築く”ための時間をつくりだしていきましょう。

表 1. 信頼という体験について

- 私の思いを語ることができる
- 私の話に耳を傾けてくれる
- 私の困りごとの相談にのってくれる
- 私の不安や心配を理解してくれる
- 私の立場に立って考えてくれる
- 私がわからないことを一緒に考えてくれる
- 私の人生の歴史を理解してくれている
- 私の希望を語ることができる
- 私の希望を理解してくれている

### 2.3.2. 総合的アセスメント

コーディネーションを行うには、本人の思いや希望を理解するとともに、現在の生活状況全般を客観的に評価し，その上で必要な社会的支援（社会的支援ニーズ）を把握していく必要があります。そのようなプロセス全体を総合的アセスメントと呼びます。

認知症とともに生きる人の現在の生活状況全般を評価するために、認知症の一般的特性に関する知識が不可欠です。すなわち、認知症とは、何らかの脳の病的変化によって、認知機能が障害され、それによって生活に支障が現れた状態ですが、それと同時に、さまざまな身体的健康問題，精神的健康問題，社会的な生活課題が現れ、それら全体によって生活の継続が困難になるリスクが高まるという特徴があります（図 2)。したがって、現時点で、どのような認知機能に障害が認められるか、生活面ではどのようなことに支障があるのか、身体的健康状態はどうか、精神的健康状態はどうか、社会的にはどのような状況におかれているのかということを，総合的に把握する必要があります。その上で，尊厳ある地域生活を継続していくために必要とされる社会的支援ニーズを検討する必要があります。

このような多面的なアセスメントを行うには，コーディネーターの知識・技術も重要ですが，それだけではなく，後述する多職種協働のプロセスがとても重要な意味をもっています.

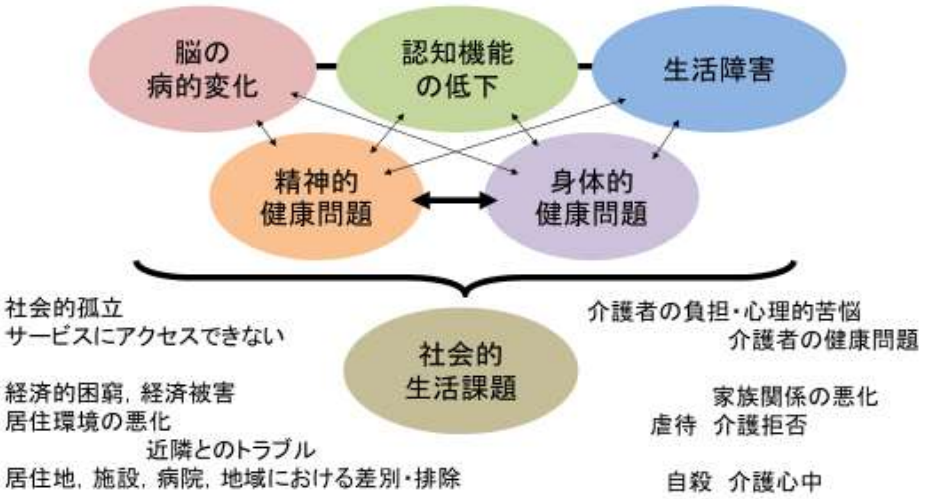



図 2.　認知症の特徴

### 2.3.3. 情報の共有

当事者の視点に立って、生活の継続に必要な社会的支援のあり方を考えるためには、第一に、本人や家族と情報を共有する必要があり、第二に多職種間で情報を共有する必要があります。

認知症である当事者や家族に情報を提供するにあたっては、よく配慮された、質の高い情報を、

わかりやすく、正確に伝える必要があります。たとえば、近時記憶，ワーキングメモリ、聴覚性言語理解などの認知機能に低下が認められる場合には、複雑な情報や長い話は理解しにくく、情報共有が困難になりがちです。そのような場合には、大切な情報を選択し、短い言葉で、わかりやすく伝えることが大切です。パンフレットを利用したり、メモを書いたりするなどの工夫も必要でしょう。

また、本人や家族の不安が強い場合には、安心感を与えられるような配慮も必要です。ただ単に、認知症であることを伝えたり、診断名を伝えたり、障害の性質を伝えることよりも、本人が心配していることや、希望していることに対して、役に立つ情報を提供することからはじめることが大切な場合もあります。

### 2.3.4. 課題解決に向けた多職種協働

課題解決に向けた多職種協働とは、多職種協働チームが、本人の視点に立って、本人の主体性を尊重しながら、実現性のある課題解決に向けて、本人とともに歩んで行こうとするアプローチです。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面し、不安を感じている人も、寄る辺なさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を回復し、その人なりの課題解決に向けて歩みだすことが可能になります。課題解決に向けた検討を行うには、多職種協働会議を開催する必要があります。その際には、①会議の設営、②司会進行と記録、③支援対象者の確認、④情報共有、⑤課題の明確化、⑥解決目標の設定、⑦解決策の案出と社会的支援ニーズの明確化、⑧支援方針の決定、⑨支援計画の策定、⑩支援の実施後のモニタリング、などが行われます。

### 2.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整

多職種でのディスカッションを通して、多様な課題と社会的支援ニーズが明確化され、そのニーズに応じたサービスの調整が行われます。認知症とともに地域で暮らす高齢者にしばしば認められる社会的支援ニーズを表 2 に示します。第 4 章では、その内容と対応について解説します。

表 2. 地域に暮らす認知症高齢者の社会的支援ニーズ

1. 医療支援ニーズ
   1) 認知症や精神的健康問題の医学的評価
   2) 身体的健康問題の医学的評価
   3) 継続医療の確保
2. 居住支援ニーズ
   1) 現在の居住環境の整備
   2) 新たな住まいの確保
3. 経済支援ニーズ
4. 生活支援ニーズ
   1) 見守りと信頼関係をつくる生活支援
   2) 参加・交流に関する生活支援
   3) 受療に関する生活支援
   4) 服薬管理に関する生活支援
   5) 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援
   6) 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
   7) 移動に関する生活支援
5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
6. 権利擁護支援ニーズ
   1) 日常生活自立支援事業
   2) 成年後見制度
   3) 虐待への対応
   4) 消費者被害への対応
7. 家族の支援ニーズ
   1) 家族介護者への一般的支援
   2) 別居介護者への支援
   3) 介護者が仕事をしている場合の支援

## 第 3 章　社会的支援ニーズの把握とその対応

この章では解説する社会的支援ニーズは、地域に暮らす認知症高齢者全般に関わるものですが、独居認知症高齢者等では、これらのニーズが満たされていない（アンメット・ニーズ）場合が多くなることから、そのことに言及しながら個々のニーズについて解説します。

### 3.1. 医療支援ニーズ

#### 3.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価

認知症が疑われる場合には、それが「認知症の状態か否か？」、「背景にある要因は何か？」という２段階の医学的な診断が必要となります。また、抑うつ、不安、妄想などの精神的健康問題が把握される場合には、「その背景にある要因は何か」「認知症に関連するものか、その他の精神疾患に関連するものか」を検討する必要があります。

医学的評価や診断は、通常はかかりつけ医と連携して医療サービスを調整します。かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの医療機関への受診を勧奨します。いずれの場合も、支援するコーディネーターは、①認知症やその他の精神的な健康問題が疑われること，②診断の必要性があること，③受診可能な医療機関・相談機関等について，本人や家族にわかりやすく情報を提供する必要があります。また、本人が診断を受けたくないと希望される場合には、まずは、それ以外に優先される社会的支援ニーズへの対応からはじめます。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行に関する生活支援（後述）の調整が必要な場合もあります。

#### 3.1.2. 身体的健康問題の医学的評価

認知症では、高齢である場合が多いこと、背景にある脳の病的変化（認知症疾患）が運動麻痺やパーキンソニズムなどの身体症状をもたらす場合があること、服薬管理や栄養管理などの支障が身体的健康状態を悪化させている場合があることなどから、身体的健康問題の医学的評価が必要な場合が少なくありません。

通常は、かかりつけ医が身体的健康状態の評価を行いますが、かかりつけ医がいても、受診そのものが途絶えていたり、服薬管理に支障があるために、持病である高血圧症や糖尿病などの慢性疾患が悪化している場合があります．また、かかりつけ医がいない場合には、身体的健康状態を評価してもらう機会そのものがまったくない場合もあります。さらに，買い物や食事の準備に支障があったり、口腔機能が低下していたり、経済的困窮などがあると、低栄養や貧血のリスクが高まります。独居であり、家族による生活支援が十分に得られない場合には，こうした健康問題のリスクがさらに高まることに留意する必要があります.

身体的健康状態を医学的に評価する必要がある場合には、通常は、かかりつけ医と情報を共有したり、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等への受診を勧奨したりして、医療サービスへのアクセスを確保します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診

や訪問看護を利用して、身体的健康状態を評価する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受ける選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、後述するような受診同行の生活支援についても検討します。

### 3.1.3. 継続医療の確保

医学的な評価によって認知症疾患や精神疾患、身体疾患が認められ、かつ継続医療が必要と判断される場合には、通常、かかりつけ医と連携して必要な継続医療を確保します。また、かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センター等と連携して、継続医療が確保されるように調整します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、継続医療を確保する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受ける選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援（後述）についても検討します。

## 3.2. 居住支援ニーズ

住まいは地域生活を継続するための基盤です。しかし、認知機能障害や生活障害によって、住み慣れた「住まい」を失う状況に直面する場合は少なくありません。生活を継続するための「住まい」を安定的に確保するための支援を「居住支援」と呼びます。ここには、「現在の居住環境を整備する支援」と「新たに住まいを確保する支援」が含まれます。

### 3.2.1. 現在の居住環境の整備

現在の居住環境（建物の構造、段差、室温、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓、衛生状態など）をアセスメントし、支援が必要な場合には、助言したり、利用できる社会的支援サービスの情報を提供したりします。清潔保持の困難、ゴミ屋敷などでは、近隣とのトラブルが生じ、それが「住まい」の喪失につながる可能性を高めます。そのような場合には、本人の思いを聴き、多職種協働チームで課題解決に向けた検討を行う必要があります。

### 3.2.2. 新たな住まいの確保

居宅系サービスなどを利用しても在宅生活の継続が困難な状況にあるときは、本人や家族とともに、生活支援のある住まいの確保を検討します。ここには、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症対応型生活介護（グループホーム）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、軽費老人ホーム（ケアハウス）などがあります。

しかし、その人がおかれている状況（例：経済状況、家族や身寄りがいない、医療ニーズが高いなど）によって、利用できるサービスが限定される場合があります。特に経済状況は重要です。2020 年 10 月より、居宅で日常生活を送ることが困難であるが、社会福祉施設の入所対象になら

ない生活保護受給者が、必要な支援を受けながら生活を送る場として「日常生活支援住居施設（日住)」の制度がはじまりました（生活保護法第 30 条)。支援内容は、利用者個別の状況に応じた健康管理支援、金銭管理支援、生活課題に関する相談支援などで、日住の職員が利用者ごとに個別支援計画を策定することとなっています（但し、この制度は生活保護受給者が対象であり、生活保護を受給していない低年金者等は利用できないなどの課題があります)。

尚、新たな住まいを決めて、生活の場を移行する際には、6.2 で解説するような「ケアの場の移行に際して配慮すべきこと」に留意する必要があります。

### 3.3. 経済支援ニーズ

経済的な理由から本来必要なサービスの利用が困難な状況にある場合には、経済支援のための諸制度に関する情報を提供し、サービスの利用を調整する必要があります。本人が自分でサービス利用のための諸手続きができない場合、通常は別居家族がこれを支援しますが、別居家族がいない場合には、後述する「4.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援」が必要となります。

医療サービスや介護サービスの利用費を減額する制度としては、高額療養費制度や高額介護サービス費制度があります。また、疾病や障害の状況によっては、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金などの制度を利用できる場合があります。さらに、経済的な理由から、日常生活の継続そのものが困難な場合には、生活保護制度の利用が必要です。生活保護水準に次ぐ所得（低年金）者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており、この問題への対策は、個別に検討していかなければならないのが現状です。

高額療養費制度の申請は加入している医療保険によって異なるため、加入している医療保険の窓口に相談します。高額介護サービス費、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金制度，生活保護は市区町村の担当窓口に申請します。

### 3.4. 生活支援ニーズ

生活支援とは、広い意味では、尊厳ある自立生活を営むために必要とされる多様な支援のすべてを含みます。したがって、介護保険法の下で整備されてきた給付サービスも広い意味では生活支援に含まれます。しかし、これらのサービスは、家族や地域が果たしてきた生活支援の役割の一部を補完する形で開発されてきたという背景があります。近年の高齢化の進展、人口減少、独居認知症高齢者等の増加は、介護保険給付サービスではカバーされにくい「生活支援」のニーズをクローズアップさせています。そのようなことから、今日では、介護保険給付サービスではカバーされにくい日常生活の支援（通常は家族によって提供されている支援）のことを生活支援と呼ぶようになっています。ここには以下のような支援が含まれます。

### 3.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援

定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたりすることなどによって、本人の安否を確認したり、必要なときに対応できる体制を整えておく支援を「見守り支援」(4.8.1.と 4.8.2.を参照）と呼んでいます。この支援は、単に見守るだけでなく、そのような支援を通して、信頼できる人と人とのつながりをつくる支援という意味ももっています．これによって情緒的サポート（例：困っているときに相談にのる、具合が悪いときに相談にのる）や情報的サポート（例：生活に必要なことを教えてくれる）を確保する基盤がつくられ，社会的孤立の回避，生命や健康を守る環境づくり、経済被害のリスクの低減（3.6.4.参照)、災害時の備え（7.2.参照）にも役立てることが可能となります。

### 3.4.2. 参加・交流に関する生活支援

地域で開催されるさまざまなイベント、サロン、認知症カフェ、食事会、趣味・娯楽・スポーツの会、健康教室、文化活動、社会活動、講演会、仕事、ボランティア活動、選挙、本人ミーティングなどへの参加や人と人との交流を支援することを一般的には参加・交流の支援と呼んでいます。社会福祉協議会などで実施されている外出支援サービスも参加・交流を支援するサービスの一つと言えます。参加・交流は、尊厳ある地域生活を送るための諸条件の一つであり、市民としての権利でもあります。認知症では、それによる社会生活の機能障害によって、社会とのつながりが希薄になり、参加・交流に不利な状況が形成されやすくなります。参加・交流の支援は、認知症とともに生きる本人の精神的健康や生活の質を保持し、市民としての権利を守るものであり、生活支援の中核と考えることができます。

### 3.4.3. 受療に関する生活支援

病気に気がついたり、医療機関に同行したり、受診の手続きを手伝ったり、医師の説明を一緒に聞いたり、入院の手伝いをしたり、などの支援です。通常は家族が行っていますが、そのような身近な人がいない場合、これに対応できる生活支援を検討する必要があります。要介護認定を受けている場合には、介護支援専門員や事業所のスタッフがこれに対応している場合があり、未認定の場合には地域包括支援センターのスタッフが対応している場合があります。そのような支援を誰が担うかを検討する必要があります.

### 3.4.4. 服薬管理に関する生活支援

決まった時間に、必要な薬を、必要な量だけ服用できるようにするための支援です。要介護認定を受けている場合には、医師、介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師等の支援を得て服薬管理支援のためのプランをつくる必要があります。一般的には、別居家族による服薬管理のサポート、医師・薬剤師による処方の単純化（一包化、単剤化、1 日 1 回処方など)、服薬管理支援ツールの導入（服薬カレンダー、服薬トレイ、服薬管理マシン等)、居宅系介護サービス利用時の服薬支援などを組み合わせた体制づくりが検討されます。地域の多様なサービス（サロン、認知症カフェ、ボランティア、民生委員、知人・友人）を利用して服薬管理支援のためのネットワークをつくる

試みもあります。最近では IT を活用した服薬管理支援なども試みられています。

### 3.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援

財産や年金の管理、預貯金の出し入れ、書類の内容確認と重要書類の保管、サービス利用の契約手続きなどは、通常は別居家族によって支援されていますが、そのような身近な人がいない場合には日常生活自立支援事業を利用することができます。但し、この事業は福祉サービスの利用援助が前提なので、原則として金銭管理支援のサービスのみを単純に利用することはできません。また、現状では、買い物など日常生活に要する細かな金銭管理には対応できません。これについては、「3.6.権利擁護の支援」の項目で改めて解説します。

### 3.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援

水分や栄養の確保、食事の準備、買い物、掃除、洗濯、整理整頓、ゴミ出し、草取り、電球の交換、エアコン等による温熱環境の調整、壊れた物の修復などを手伝ってくれるような生活支援が必要な場合があります。要介護認定を受けている場合には、居宅系の介護サービスである程度カバーすることができますが、認定を受けていない場合、制度的サービスのみでは不十分な場合には、介護保険外のサービス（配食サービス、地域の中で展開されている食事会、住民参加型の在宅福祉サービス、民間事業者による生活支援サービスなど）の利用も検討されます。

### 3.4.7. 移動に関する生活支援

公共交通機関が少ない中山間地域や離島などで、これまで自分で自動車を運転して移動をされていたが、運転免許の返納等によって自動車運転ができなくなった場合には、移動に関する生活支援が必要になります。移動の目的は多様であり、買い物、通院、趣味で通っていたスポーツクラブ、楽しみにしていた映画館や図書館など、日常生活、健康、生きがいなど広い範囲に及びます。その人の状況に応じて、現実的な可能な移動に関する生活支援を検討する必要があります。

## 3.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ

介護保険サービスの利用が尊厳ある地域生活の継続に有用であると考えられる場合には、地域包括支援センターと連携して、要支援要介護認定とサービス利用に向けた支援を行います。また、実際にサービスを利用する際には、介護支援専門員の協力を得て、本人の希望を尊重しながら、トータルな支援計画（ケアプラン）を立てることができます。

介護保険給付サービスには、サービスの利用形態によって以下のようなものがあります（5.7.介護保険サービス参照）。

(1) 自宅で受けるサービス：訪問介護（身体介護・生活援助・通院等乗降介助[21]）、訪問入浴介護、

[21] 要介護者である利用者に対して、通院等のため、訪問介護員等が、自ら運転する車両への乗車又は後者の介助、乗車前または降車後の屋内外における移動等の介助、通院先や外出先での受診等の手続き、移動等の介助などを行うサービス。

夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導

(2) 通所により受けるサービス：通所介護（デイサービス）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

(3) 短期入所による受けるサービス：短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護（医療型ショートステイ）

(4) 居住に関するサービス：認知症対応型共同生活介護（グループホーム），介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院

(5) 生活環境を整えるサービス：福祉用具貸与（レンタル）、特定福祉用具購入、居宅介護住宅改修

## 3.6. 権利擁護支援ニーズ

判断能力の低下等のために権利が侵害されやすい状況にある人の権利を護るための支援を権利擁護支援と呼んでいます。独居認知症高齢者等は、「判断能力の低下」と「社会的孤立」という２つの要因によって、権利侵害に晒されやすい状況にあります。ここでは、判断能力が十分ではなく、財産管理や福祉サービス等の利用契約が困難なときに利用できる日常生活自立支援事業と成年後見制度、虐待が疑われる場合の対応、消費者被害への対応について要約します。

### 3.6.1. 日常生活自立支援事業

認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力が十分ではなく、自分ひとりで福祉サービスの利用契約が困難な場合、本人との契約に基づいて、①福祉サービスの利用援助、②日常的な金銭管理、③書類等の預かりサービスなどの支援を行う制度です。市区町村の社会福祉協議会がサービス利用の窓口になっています。

但し、この事業を利用する際の条件である「本人が本事業の内容を理解し，契約を締結する能力があること」が、認知症高齢者の利用を難しくしている側面もあります。また、認知症高齢者の場合には、認知機能障害の進行によって上記の条件が満たされなくなった場合に、どのようにして成年後見制度等の次の支援につなげるかについての検討が必要です。さらに、この制度の中で雇用されている生活支援員のみでは、独居認知症高齢者等の日常的金銭管理を行うにはしばしば限界があるという問題があります。この問題を克服するためには、権利擁護センター等の市区町村中核機関や生活支援員らが起点になって、意思決定支援チームの形成や生活支援ネットワークの構築に検討していく必要があります。

### 3.6.2. 成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を護る援助者を選任し、財産管理や身上監護（身の回りの世話）に関する契約等の法律行為全般を支援

する制度です。

法定後見制度と任意後見制度があります。法定後見制度は、家庭裁判所によって選任された成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が、本人の利益を考えながら、本人に代わって契約などの法律行為をしたり（代理権）、本人が自分で法律行為を行うときに同意を与えたり（同意権）、本人が成年後見人等の同意を得ないで行った不利益な法律行為を後から取り消したり（取消権）することによって、本人を保護・支援する制度です。任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、予め自ら選んだ代理人（任意後見人）に、自分の財産管理・身上監護に係る法律行為の代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結しておく制度です（本人、後見人、公証人がそれぞれ公正証書に署名して任意後見契約が成立します）。

法定後見制度を利用する際には申立書及び関係書類一式を家庭裁判所に提出します。任意後見制度では、本人の判断能力が低下したときに、本人の同意を得て、本人・家族・親族・後見人のうちの誰かが家庭裁判所に任意後見監督人選任の申立を行い、法定後見の後見開始に準じて関係書類一式を家庭裁判所に提出します。

### 3.6.3. 虐待への対応

高齢者が身近な人から人権侵害や尊厳を奪う行いなど不当な扱いを受けることを高齢者虐待と呼んでいます。「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）では、以下の５つの行為を虐待と定義しています。

1) 身体的虐待：身体に外傷が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること
2) 介護・世話の放棄：身体を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置など
3) 心理的虐待：著しい暴言または拒絶的な対応などによって心理的外傷を与えること
4) 性的虐待：わいせつな行為をすること、わいせつな行為をさせること
5) 経済的虐待：本人の財産を不当に処分したり、不当に財産上の利益を得ること

実態は明らかにされていませんが、独居認知症高齢者等では、これらの中では経済的虐待の頻度が高いものと推測されます。高齢者虐待防止法によって、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合には市区町村（地域包括支援センター等）に通報するように努めることとされており、市町村は事実確認と本人の保護のための措置を講じることとされています。しかし、経済的虐待については、別居家族が本人のために財産管理を行っている場合もあり、虐待か否かの判断が難しい場合もあります。このような場合には、成年後見制度の利用を視野に入れて、本人・家族の権利が護られるような意思決定支援チームをつくる必要があります。

### 3.6.4. 消費者被害への対応

振り込め詐欺（オレオレ詐欺、還付金詐欺、架空請求詐欺、融資保証金詐欺）に遭遇した場合には警察に届ける必要があります。また、悪質商法によって不本意な契約を締結した場合には消費生活センターなどに相談します。事業者による違法・悪質な勧誘行為等を防止し、消費者の利益を守ることを目的とする特定商取引法では、以下のようなルールが定められています。

1) クーリング・オフ：申込みまたは契約の後に、法律で決められた書面を受け取ってから一定の期間内に無条件で解約することができる（表 3)。
2) 意思表示の取消し：事業者が不実告知や故意の不告知を行った結果、消費者が誤認し、契約の申込みまたはその承諾の意思表示をしたときには、消費者はその意思表示を取り消すことができる。
3) 損害賠償等の額の制限：消費者が中途解約する際等、事業者が請求できる損害賠償額に上限が設定されている。

詐欺や悪質商法などの経済被害のリスクを減じるためには、社会的孤立の解消が重要です。地域の中で、信頼できるつながりをつくることや、生活支援のネットワークをつくることが肝要であり、状況によって日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用も検討する必要がある場合もあります。

表 3. 取引の類型とクーリング・オフの期間

| 取引の類型 | 内容 | 期間 |
|---|---|---|
| 訪問販売 | 消費者の自宅を訪問して商品の販売または役務の提供を行う取引。 | 8 日間 |
| 通信販売 | 新聞・雑誌、インターネット等で広告し、郵便・電話などの通信手段により申込みを受ける取引。 | 規定なし |
| 電話勧誘販売 | 電話で勧誘を行い、申込みを受ける取引。 | 8 日間 |
| 連鎖販売取引 | 個人を販売員として勧誘し、更にその個人に次の販売員を勧誘させる形で、販売組織を連鎖的に拡大して行う商品・役務の取引。 | 20 日間 |
| 特定継続的役務提供 | 長期・継続的や役務の提供と、これに対する高額な対価を約する取引。 | 8 日間 |
| 業務提供誘引販売 | 「仕事を提供するので収入が得られる」という口実で消費者を誘引し、仕事に必要であるとして、商品等を売って金銭負担を負わせる取引。 | 20 日間 |
| 訪問購入 | 消費者の自宅を訪問して、物品の購入を行う取引。 | 8 日 |

### 3.7. 家族の支援ニーズ

認知症の独居高齢者の家族には、いわゆる”別居介護者”と呼ばれ、通いながら要介護高齢者の介護や生活支援を提供している家族がいます。別居の子供などがその役割を果たしている場合が多いです。一方、認知症の独居高齢者の”キーパーソン”として、介護は行わないものの、医療や介護サービスの選択や契約の際に鍵となる家族や親族もいます。兄弟姉妹、姪・甥などを含む血縁親族がその役割を担うことが多くなっています。

### 3.7.1. 家族介護者への一般的な支援

同居・別居を問わず、一般的に、家族は、認知症高齢者の生活支援の大切な担い手になっています。しかし、生活支援の領域は広範であり、それらを担う家族の負担は並大抵のものではありません。家族自身も高齢であったり、病気や障害がある場合には、その負担はさらに大きくなり、精神的に苦悩したり、健康を害したり、社会的に孤立したり、経済的に困窮したり、困難状況に陥ってしまう場合も少なくありません。家族の状況をアセスメントし、家族自身も人生の主人公として生きることができるように、家族に対する社会的支援の調整を行うことは、コーディネーターの重要な役割です。

家族に対する社会的支援の基本は、評価的サポート（ねぎらうこと）、情緒的なサポート（困りごとや心配事の相談にのること）、情報的サポート（必要な情報を提供すること）、手段的サポート（実際にサービスの利用を調整したり、介護サービスを利用したり、経済支援に係る諸制度を利用したりすること）の 4 本柱に整理することができます。この中では、特に，情緒的サポートと情報的サポートが家族支援の根幹をつくります。

情緒的・情報的サポートには、専門職による支援（個別相談、心理教育、家族教室など）、家族同士の相互支援（家族会など）、専門職・家族・市民を含む相互支援（ケアラーズカフェなど）などがあります。コーディネーターは、自らが情緒的・情報的サポートの提供者であると同時に、家族がこれらの社会的支援につながることができるように調整する必要があります。

### 3.7.2. 別居介護者への支援

独居認知症高齢者の別居介護者が直面している課題は多岐にわたります。そこには、高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと、高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担、近隣住民との間でトラブルが生じたときの対応などが含まれます。また、支援体制にも課題があり、同居による介護が比較的一般的であったわが国においては、別居介護に対する理解が介護スタッフに少ないことや、別居介護に特化した支援情報の不足、高齢者と家族の居住地が異なるために家族介護者が要介護高齢者の地域において支援対象にならない、といったことがあります。しかし、別居介護支援についての研究は極めて少なく、日本だけでなく国外の状況を見ても、別居の介護者を支援するための対策が十分にとられているとは言えません。

### 3.7.3. 介護者が仕事をしている場合

別居介護者が仕事をしている場合、しばしば介護のために仕事の継続が困難となり、離職を考えることがあります。介護離職は介護者自身の将来にわたる経済状況にも重大な影響を及ぼします。仕事をしている別居介護者には、「職場と家庭の両立支援」に関する情報を早めに提供することも重要です[22]。

[22] 厚生労働省が作成したパンフレットを以下の URL から入手することができます。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000130583.html

# 第 4 章　コーディネーションに関係するさまざまな社会資源

## 4.1. 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスです。その目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応，認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応，専門医療相談，診断後の相談支援等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者等への研修を行うことにより，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされています.

独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者に対しては、地域生活の継続に向けた診断後の支援として，以下のことを行うことが推奨されています。

(1) 生活状況のアセスメントと心理的サポート：相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに、地域の支援者からも日常の様子を聴取し、現在の生活状況や利用しているサービスを把握する。必要に応じて相談員が診察に同席して情報を把握する。その際に，本人に不安がある場合には，対話を通して心理的なサポートを行う。火の不始末や独り歩きの際の危険がある場合など、必要に応じて危険を回避するための助言を行う。必要に応じて、継続的に本人や家族に電話をして、生活状況を確認する。

(2) 社会資源の情報提供と利用支援：本人・家族の生活上の困りごとを聴取したり、生活状況や意向を確認したりしながら、地域包括支援センターを案内したり、介護保険制度を説明したり、サービスを利用するための支援を実施する。必要に応じて、認知症カフェ、家族教室、地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行う。

(3) 地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携：本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり、見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり、介護保険サービス利用支援の調整を依頼する。

(4) 別居家族との情報提供と連携：独居の場合には、キーパーソンになり得る家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族に連絡し、家族と情報共有を行ない、受診同行などの生活支援について協力を依頼する。また、相談員は、面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら、継続的に情報共有を図ったり、服薬管理等の生活支援について相談したりする。

(5) 生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働：相談員は、本人・家族の他、地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり、関係者会議を開催したりしながら、本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践する。

### 4.2. かかりつけ医

独居認知症高齢者に対するかかりつけ医療では、以下の点に配慮することが望まれます。

(1) 認知症の「気づき」：認知症の初期段階に見られる変化を知り，それが認められた場合には，本人の気持ちを十分に配慮して、認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る。

(2) 認知症に関する相談の応需：本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には，早期の支援につながれるように配慮する。

(3) 認知症疾患の診断へのアクセス：本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり、地域包括支援センターと連携したりして、可能な限り認知症疾患の診断につながるように支援する。

(4) 情報共有、認知症疾患に対する継続医療：家族による通院同行が得られない場合には、必要に応じて地域包括支援センター等と連携して、「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する。

(5) 日常的な健康管理、身体合併症の治療：同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う。

(6) 健康管理に必要な生活支援の調整：地域包括支援センターと連携して、生活支援の方法を検討する。金銭管理に支障がある場合には、成年後見制度等の利用も考慮する。

(7) 介護保険サービスとの連携：家族による支援が得られない場合には、地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する。必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する。

(8) 急性増悪期および回復期の対応：キーパーソンとなる家族がいない場合には、地域包括支援センター等と連携しながら、受療支援や退院支援を確保する。意思決定支援チームをつくり、本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある。

(9) 本人・家族の心理的サポート：認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある。はじめはサービスの利用に抵抗がある場合でも、周囲の温かい声がけをむしろ受け入れ、サービス利用につながる場合が多い。

(10) 在宅医療、終末期医療：①退院支援、②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供、緩和ケア、家族支援、③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保、④自宅や介護施設などでの看取りにおいて、かかりつけ医は中心的な役割を果たす。多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である。

### 4.3. 認知症サポート医

認知症サポート医とは、かかりつけ医の認知症対応力の向上と地域連携の推進役を担うことができる医師を養成することを目的とする「認知症サポート医養成研修」を受講した医師のこと言います。具体的には、①かかりつけ医の認知症対応力向上研修を企画立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー、③地域医師会や地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、④認知症医療に係る正しい知識の普及の推進等の役割を担うことが期待され

ています。しかし、今日では、そのような役割以上に、後述する認知症初期集中支援チームの一員として、多職種と協働して、認知症高齢者に必要な社会的支援の調整を行うことができるコーディネート医としての役割が期待されています。また、市区町村によっては、そのような役割とともに、後述する地域づくり（7.1.を参照）に参加するなど、認知症とともに安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための活動も期待されています。

### 4.4. 地域包括支援センター

地域包括支援センターとは、40 歳以上の地域住民の「保健医療の向上及び福祉の増進」「相談業務」「介護予防ケアマネジメント」「人権擁護・虐待防止」などを総合的に行うことを目的に設置された機関です。日常生活圏域（概ね中学校区）に 1 箇所設置されており、今日では地域包括ケアシステムを実現するための実践的な調整機関としての役割を担っています。地域包括支援センターは、独居認知症高齢者が生活課題に直面した際に、最も高い頻度でアクセスされる地域の最前線の相談機関であろうと推測されます。実際、日常診療においても、独居認知症高齢者の社会的支援ニーズの把握や調整を行うために連携する機関は地域包括支援センターであり、認知症サポート医や認知症疾患医療センターがその機能を発揮するためにも地域包括支援センターとの連携が不可欠になっています。後述する認知症初期集中支援チームも、その 6 割は地域包括支援センターに設置されています。地域の中で、社会的支援サービスの調整（コーディネーション）を総合的に行う実践機関としての役割を果たしています。

### 4.5. 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームとは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように、本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームです。2015 年に地域支援事業として制度化され、現在では全国の市町村において事業化されています。全国調査によれば、支援対象者の 6 割以上が 80 歳以上高齢者であり、約 4 割が独居世帯であることが明らかにされています。近年では、社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に、信頼関係を形成し、医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって、地域生活の継続に成功した事例の報告もなされてきています。

しかし、家族のいない人、支援を拒否する人、認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されています。独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要であると指摘されています。認知症初期集中支援チームの本来業務は、多職種で必要な社会的支援を統合的に調整すること（コーディネーション）にありますが、独居認知症高齢者の支援にあたっては、それと同時に、社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること（ネットワーキング）、すなわち地域づくりを視野に入れることが重要であると指摘されています（第 7 章を参照）.

### 4.6. 介護支援専門員

独居の認知症高齢者は、介護支援専門員がケアマネジメントに困難を感じる事例の代表とされています。これまでの調査研究や事例報告からは以下のことが推奨されています。

(1) 本人の視点に立って、なじみのある環境の中で、生きがいや趣味などを大切にした生活を継続できるようにする。
(2) 初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する。
(3) 金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する。
(4) 介護保険制度の枠組みを超えて、多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する。
(5) 医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する。
(6) 地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり、「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる。
(7) 特定の職種や個人に負担が集中しないようにする。
(8) 本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である。
(9) 必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する。

### 4.7. 介護保険サービス

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには、居宅介護サービスと地域密着型サービスがあります。これらのサービスは、独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されますが、その有用性を示す研究は事例報告に限られています。以下のことが指摘されています。

(1) 訪問看護は、拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築，健康状態の管理に有用である。
(2) 訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションは、生活リズムの改善、意欲や活動性の回復、身体機能の改善、BPSD の軽減、生活環境の整備に有用である。
(3) 管理栄養士の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問栄養食事指導に相当）は、低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に有用である。
(4) 薬剤師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問薬剤管理指導に相当）は、服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に有用である。
(5) 歯科医師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における歯科疾患在宅療養管理指導に相当）、歯科衛生士による居宅療養管理指導（医療保険における訪問歯科衛生指導に相当）は、口腔機能・口腔衛生を維持し、それによる口腔疾患の改善・摂食嚥下機能の維持に有用である。

(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、病院からの退院支援、随時の対応、看取り支援に有用である。
(7) 小規模多機能型居宅介護は、多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に役立つ。

## 4.8. その他の社会資源

### 4.8.1. 高齢者の見守りサービス

孤立傾向のある高齢者の安心・安全を目的とするサービスであり、緊急通報（急病やけがなどの緊急時に、ボタンを押して通報し、助けを求めるサービス)、緊急連絡先登録（意識不明や道に迷い身元不明で保護されたときなど、家族の連絡先等がわかるように個人情報を登録しておくサービス)、人的見守り（電話や訪問で定期的に安否状況を確認するサービス)、センサー見守り（赤外線センサーなどの機器によって、常時安否状況を確認するサービス）などがあります。最近ではスマートフォンやビデオカメラを用いたオンラインの見守りサービスもあります。サービスの提供主体は自治体、企業、NPO など多様です。

### 4.8.2. 地域たすけあいネットワーク

地域住民の互助による高齢者の見守りネットワークです。人的な高齢者見守りサービスに該当しますが、登録者台帳を作成して災害時の安否確認に活用したり、自力で避難できない人を地域の互助によって救援したりするなど、災害時に備える地域ネットワークという意味合いをもっています。自治体や NPO などが実施主体になっています（7.3.参照)。

### 4.8.3. SOS ネットワーク

高齢者が行方不明になった時に、警察だけではなく、地域の関連団体等が協力して行方不明者をすみやかに発見・保護するための仕組みです。全国各地の自治体や、警察、支援団体が連携して構築しているネットワークであり、タクシー会社、郵便局、ガソリンスタンド、コンビニ、銀行、宅配業者、コミュニティ FM 放送局、町内会、老人クラブ、介護サービス事業者などが参加して捜索に協力します（1.11.参照)。

### 4.8.4. GPS 探索サービス

認知症の症状によって行方不明になるおそれのある高齢者等を介護している人を支援するために、GPS 通信網を利用した位置情報探索サービスの利用を支援するサービスです。対象者が専用端末をもつことにより、行方不明が生じた際に介護者へ現在位置を探索することができ、協定事業者のコールセンターが 24 時間体制で受付・対応するなどして、すみやかな発見・保護が可能となります。福祉サービスとして提供している自治体もあります（1.11.参照)。

### 4.8.5. 配食サービス

食事の調理が困難な高齢者に対し、栄養のバランスのとれた食事を居宅に訪問して提供することにより、高齢者の栄養管理や健康維持を支援するサービスです。自治体の福祉サービスとして、配食業者と連携してサービスが提供されています（3.4.6.参照）。

### 4.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付

認知機能低下などのために防火等の配慮が必要な高齢者に対して、自動消火装置（室内の煙を感知して警報ブザーと消化液発泡を同時に行う装置等）、火災安全システム機器（自動的に消防書に通報される火災報知器等）、電磁調理器（ガスを使わないコンロ型調理器等）など火災安全器具を貸与また給付するサービスです。福祉サービスとして提供している自治体もあります（3.4.6 参照）。

## 第 5 章 在宅生活の中断と生活の場の移行

### 5.1. 在宅生活中断の要因とその対策

「独居」でありかつ「認知症」であることは、それ自体が在宅生活中断の重要なリスク因子になっていますが、これに加えて認知機能障害などの機能障害によって生じる，①社会関係の困難，②生命安全確保の困難，③健康管理の困難，④日常生活の困難，⑤お金に関する困難，⑥インフォーマル・ケアの困難，⑦本人の支援受入の困難，⑧尊厳の維持の困難が、在宅生活の中断に関連することが示唆されています。

独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進するには、これらの困難を克服していく対策が必要ですが、現在のところ、それによって独居認知症高齢者の在宅生活継続が促進されたとする十分なエビデンスはありません。しかし、これまでに報告されている実践報告を踏まえると、在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた地域システムを構築することや，認知症とともに一人で暮らす高齢者の思いを理解し，認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを行うことが、尊厳ある地域生活の継続に寄与するものと思われます。

### 5.2. 生活の場の移行に際して配慮すべきこと

それでも、ある段階で在宅の継続は難しいと判断され、生活の場を施設へ移行される方は少なくありません。しかし、独居認知症高齢者に特化して「生活の場の移行」「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことを検討した研究は，国内外を通じて見あたりません。ここでは、英国国立医療技術評価機構(NICE)のガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価、管理、支援」[23]に記されている「ケアの場の移行」に関する推奨事項を紹介しておきます。

(1) 認知症とともに生きる人々は、自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること。
(2) 配慮のないケアの場の移行が、認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態、QOL、ウェルビーイング、本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること。
(3) ケアの場の移行については、本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと。
(4) 判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと（2.1.参照）。
(5) ケアの場の移行に際しては、現在ある疾病や障害の内容、治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと。
(6) ケアの場の移行後には、本人のニーズや希望を見直すこと。

[23] 粟田主一：Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). 精神医学，62: 683-688, 2020.

## 第6章. エンド・オブ・ライフ・ケア

エンド・オブ・ライフ・ケアとは、病気や年齢に関わらず、人生の最終段階において、その人が最善の生を生きることができるように支援することを意味しています。

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアの実態や支援策に関する研究は、国内外を通じて極めて限られています。数少ないこれまでの研究からは、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ことが示唆されています。認知症高齢者がどのステージまで独居で生活できるかは明らかではありませんが、多くの高齢者が、認知症になっても自宅で生活することを望んでいると報告されています。このことは、人生の最終段階を住み慣れた自宅で迎えたいという希望と連なっているのかもしれません。

住み慣れた自宅でのエンド・オブ・ライフ・ケアを実現するためには、人生の最終段階においても、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応できるよう、本人の意思決定支援（2.1.と 2.2.参照）の下で、①本人が最期までをどこで過ごしたいかを確認し、尊重すること、②多職種連携を行うこと、③本人の状態に合わせたサービス利用を実現すること、④地域住民の理解と協力が得られるようにすることが肝要です。

## 第 7 章 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会を創るために

序章で述べたように、独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくりだすためには、コーディネーションの仕組みを確保するとともに、たとえ認知症であったとしても、一人暮らしであったとしても、必要な社会的支援につながりやすい地域社会の構造をつくりだす必要があります。そのような地域社会の構造を創り出す活動は社会的支援のネットワークをつくることを意味していますので、ここでは「ネットワーキング」と呼称しておきます。

しかし、この領域の研究はまだ緒についたばかりであり、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続を科学的に検証することに成功した研究はほとんどありません。そのような中で、令和元年度～令和３年度に実施された厚生労働科学研究では、「生活支援のネットワークをつくる地域拠点」が、独居認知症高齢者等の地域生活の継続において重要な役割を果たし得ることを、事例報告などを通して明らかにしています。また、こうした取り組みとともに、金融ジェロントロジーと呼ばれる学問領域や、防災対策や IT 技術の活用に関連する領域においても、独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らせる環境づくりに資する取り組みを検討しはじめています。

これからの自治体の認知症施策において、この領域は極めて重要なテーマになるものと思われます。ここでは、このテーマに関する今日の状況を簡単に解説いたします。

### 7.1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくるにあたって，生活支援のある地域づくりを進めることは不可欠の課題です。このような地域づくりは、「必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域環境をつくること」（ネットワーキング）を意味しています。こうした活動は、今日では、多様な組織・機関・地域の人々によって，「居場所」「通いの場」「認知症カフェ」「暮らしの保健室」「地域リビング」など多様な名称で呼ばれる「地域の拠点」を基盤にして展開されています。これまでの実践報告から、このような「地域の拠点」には，表 4 に示すような機能が備わっていることが示されてきています[24]。また、このような特徴をもった地域の拠点は、さまざまな生活支援を提供するとともに、生活支援のネットワークをつくりだす機能をもつことも明らかにされてきております[25] [26]。ここではいくつかの例を紹介します。

[24] 粟田主一：独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の創出に向けて．老年精神医学雑誌 33(3)： 211-217，2022.
[25] 秋山正子：秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える．団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌 31(5)：487-498，2020.
[26] 岡村毅：認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活を支える地域拠点．老年精神医学雑誌 33(3)： 263-269，2022.

表 4. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点の特徴

| |
|---|
| 1) くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供することができる |
| 2) 健康のことや日々の困りごとの相談に応需できる |
| 3) 認知症になる前から健康の変化や生活の変化に気づくことができる |
| 4) 健康情報を含め、生活に必要なさまざまな情報を提供することができる |
| 5) 社会への参加や人々の交流を促進することができる |
| 6) 地域に暮らす人々の偏見や差別の解消に寄与している |
| 7) 地域の社会資源との連携を促進する場として機能している |

注）サービス提供者側の視点で記載しています。

### 7.1.1. 高島平ココからステーション

高島平ココからステーションは、大都市の大規模住宅地内に設置された地域の拠点です。ここには、①居場所としての機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが居心地よく自由に過ごすことができる），②相談に応需できる機能（認知症サポート医や定年退職した専門職などの協力も得て、多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談することができる），③差別・偏見を解消し、社会参加を促進する機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、共に学び、共に活動し、共に楽しむことができる）、④連携を推進する機能（生活支援に関わる多様な組織が情報を共有し、連携して活動できる）、⑤生活支援の担い手を育成する機能（生活支援に関わる多様な人々が研修会などを通して、認知症と人権についての意識を高めることができる）といった 5 つの機能があり、それによって認知症高齢者を含む多様な人々に利用され，多様な相談に応じ，多様な人々の社会参加を促進し，多様な組織・機関との連携と人材育成に寄与していること[27]，フォーマルなサービス利用以前の相談に応じることができること[28]，社会的に孤立している独居高齢者の意思決定支援とエンド・オブ・ライフ・ケアが実践できること[29]，認知症高齢者の口腔ケアへのアクセシビリティが確保されること[30)]，認知症当事者の会（本人ミーティング）が定例的に開催され，認知症当事者をエンパワーするとともに，地域拠点に集う人々の差別・偏見の解消を促進すること[31]，新型コロナウイルス感染症流行下にあっては，電話・訪問による調査

[27] 杉山美香，岡村毅，小川まどか，他：大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくり：Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み．日本認知症ケア学会誌 18: 847-853, 2020

[28] 岡村毅，杉山美香，小川まどか，他：地域在住高齢者の医療の手前のニーズ．地域に拠点をつくり医療相談をしてわかったこと．日本認知症ケア学会誌 19: 565-572, 2020.

[29] 岡村毅，杉山美香，枝広あや子，他：尊厳を守るには：大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る．日老医誌 57: 467-474, 2020.

[30] 枝広あや子，岡村毅，杉山美香ほか：認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論．権利ベースのアプローチという観点から．日本認知症ケア学会誌 20(3)：435-445, 2021

[31] 宮前史子：居場所と仲間はどんな効果をもたらしたか？東京都内団地での取り組み例．認知症ケア事例ジャーナル，13:107-112, 2020

によって, 認知機能低下高齢者の社会的孤立リスク, 健康リスク, 本人や家族の不安を確認し[32] [33], 地域に暮らす認知機能低下高齢者の社会的孤立の解消，感染対策に関する情報提供，不安軽減を目的とする電話，訪問，パンフレットなどを活用した新たな生活支援の開発を可能にしていること[34]などが確認されています．地域の拠点をつくるガイドブックは東京都福祉保健局のホームページから入手することができます[35]。

### 7.1.2. 暮らしの保健室

「暮らしの保健室」とは、訪問看護活動を展開していた秋山正子氏が中心になって，2011 年に高齢化が進む新宿区都営戸山ハイツの一画にマギーセンターを参考に開設された相談室です。誰でも予約なしに無料で健康や介護や暮らしの中での困りごとの相談ができる敷居の低いワンストップ窓口であると同時に、サロンのようにくつろぐことができる居場所であり、体操、ヨガ、ランチ会、ミニレクチュアなどのコミュニティ活動も実施されています。現在では、6 つの機能（①相談窓口、②市民との学びの場、③安心な居場所、④交流の場、⑤連携の場、⑥育成の場）をもつ地域の拠点として、全国的な広がりを見せています[36] [37]．令和元年度厚生労働科学研究では、同事業所を利用する独居認知症高齢者 5 事例の分析から、「暮らしの保健室」は、①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いができる居場所であり、②日常の中でのさまざまな変化に気づき、③日々のちょっとした困りごとについて一緒に考え、家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整を行い、④健康不安が強い時に支えになりながら、医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」「予測してつなげる・つながる」ことを可能にする場所であることを明らかにしています[38]。また、令和 2 年度厚生労働科学研究では、昭島市と福山市の「暮らしの保健室」の 4 事例の分析から、先に述べた 4 つの機能が発揮されていることが再確認しています[39]。以上の結果から、それぞれの地域の特性を捉えて、それに見合った暮らしの保健室のような「拠点」を作っていく必要があると結論しています。「暮らしの保健室」をつくるためのガイドブックも刊行されています[40]。

---

[32] Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et al:. Call for telephone outreach to older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. Geriatr Gerontol Int 20(12):1245-1248, 2020

[33] Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al: Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics 20(6):944-945, 2020

[34] 杉山美香：認知症支援のために地域の居場所ができること：COVID-19 影響下の高島平ココからステーションの取り組み．認知症ケアジャーナル誌 13: 220-230, 2020

[35] 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて．地域づくりの手引き（2020 年度改訂版）．東京都，2021.
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/index.html

[36] 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック．日本看護協会出版会，東京，2021.

[37] 秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える．団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌 31(5):487-498, 2020.

[38] 秋山正子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和元年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），p151-181, 2020.

[39] 秋山正子，神保康子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和 2 年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），p168-183, 2021.

[40] 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック．日本看護協会出版会，東京，2021.

### 7.1.3. ふるさとの会

「ふるさとの会」は、1990 年に東京の山谷地域で、高齢により働くことが難しい元日雇い労働者が孤立しないように、居場所の提供や安否確認などをするボランティア団体として発足したものです。1998 年頃には、居場所は、気軽に集まって自由にのんびり過ごすことができる「共同リビング」として毎日稼動するようになり、昼食を提供したり、相談に応じたり、イベントを開催したり、来所できなくなったメンバーには夕方訪問して安否確認をするなども活動が行われるようになりました[41]．その後、「ふるさとの会」では、空き家を活用した共同居住のための住まいを確保し、居住支援と生活支援を一体的に提供し、低所得認知症高齢者のような"弱い人"が住み続けられる地域をつくる「寄りそい地域事業」をはじめています[42]。この活動は、2018 年の社会福祉法及び生活保護法の改正によって導入された「日常生活住居施設」のモデルになっています。

## 7.2. 金融ジェロントロジー

金融ジェロントロジーとは、個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域を示す言葉です[43]。わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅いのですが、認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応については、①高齢者自身が、認知機能が低下する前に備えておくべきこと、②金融機関が、認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること、③信託や成年後見制度を適切に利用すること、などの具体的な提案がなされ[44]、社会実装に向けた取り組みも進められてきています[45]。

## 7.3. 災害への備えと対応

認知症高齢者は、災害時の避難行動に困難を来したり、生活環境の変化によって認知症の症状が顕在化したり、悪化したりするということが報告されています。身近な家族介護者がいない独居の認知症高齢者では、災害後の状況の中で心身の状態変化への対応や必要な支援へのアクセスに支障を来す場合があり、そのことが被災後の生活をさらに困難にする可能性があります。

独居認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには、平時から継続した地域社会における支援が重要です。在宅避難等では、インフォーマルな互助・共助による支援が重要となることから、平時から、地域住民が認知症高齢者への理解を深めるとともに、顔の見える生活支援のネ

---

41 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.

42 滝脇憲：大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌 26(5): 498-508, 2015.

43 駒村康平：認知機能の低下が経済活動に与える影響．Cognitive Aging の時代と金融ジェロントロジーの可能性．日社精医誌 28:257-264,2019.

44 駒村康平：みんなの金融。良い人生と善い社会のための金融論．新泉社，2021 年，東京

45 樋山雅美，大庭輝，成本迅：高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について．高齢者のケアの行動科学 25: 25-34, 2020.

ットワークを構築しておくことが災害への備えにつながります。また、災害後の在宅生活の継続にあたっては、医療・介護サービスの継続と住宅の確保が特に重要な課題となります。市区町村には、避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ、名簿対象者の個別避難計画策定が努力義務となっています[46]。しかし、地域の中で独居認知症高齢者等を把握し、障害の状況や地域の実情に応じた避難計画を作成するには、平時より本人の支援に関わっている地域の住民や専門職との連携が欠かせません。1)独居認知症高齢者等の災害時支援の問題点を明確化させ、解決策を検討し、防災計画に反映させること、2)地域の住民や専門職との連携体制をつくり、避難行動要支援者名簿と個別避難計画を策定し、その有効性を検討することが、これからの課題として残されています。

### 7.4. 地理情報システムの活用

IT 技術のひとつである地理情報システムを用いれば、日常生活圏域における地域特性を把握し、それに基づいた地域連携も可能となります[47]。たとえば、地理情報システムを用いて、住居形態（戸建て住宅、分譲マンション、賃貸マンション、アパート）別の高齢者数や独居者数などの確度の高い推計値を得ることができ、災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を分析・分類することが可能になります。災害リスクを可視化することも可能となるので、災害リスクを起点にして、分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応（高齢者の見守り）に繋げることも期待できます。

[46] 2013 年の災害対策基本法の改正によって避難行動要支援者名簿の作成が市町村の義務とされ、2021 年の同法の改正によって避難行動要支援者の個別避難計画の作成が市町村の努力義務とされた。
[47] 田中昌樹：認知症とともに一人で暮らす高齢者の防災対策に向けて。老年精神医学雑誌 33(3): 288-296, 2022.