厚生労働科学研究費補助金
認知症政策研究事業

独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

令和４年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　粟田 主一

令和 5（2023）年 3 月

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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

研究代表者　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

研究目的：2019～2021 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」において自治体向けの手引きを作成したが，この研究を通して独居認知症高齢者等の社会的支援に関する研究は国内外を通じて極めて乏しいことも明らかになった．本研究の目的は，エビデンスを集積し，多様なステークホルダーに向けたガイドラインと，2021 年度の厚生労働科学研究で作成した自治体向けガイドラインの改訂版を作成することにある．**研究方法：**12 の重点領域を設定して，系統的文献レビュー，アンケート調査，ヒアリング調査，病歴調査等による分担研究を行った．**結果と考察：**1)認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究：認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスとアウトカムを評価するためのデータベースの枠組みを作成した. 2)生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究：地域在住高齢者を対象にアンケート調査を実施し，自分自身の認知症を開示するか否かという意向がソーシャルキャピタルに関連することを示した. 3)プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究：インタビュー調査の質的分析から独居認知症高齢者の暮らしを支える訪問看護師の実践は，「生活に参加して本人を理解する」「地域にサポートネットワークを構築する」「自立と基本的な安全・健康を両立する支援の共創」「支援の共創の終わりを認める」にカテゴリー化されることを示した．4)独居認知症高齢者等へのケアマネジメントに関する研究：文献レビューから，独居認知症高齢者のケアマネジメントについては，支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されているが，具体的な配慮事項について検証がなされていないこと，インタビュー調査から，独居へのアプローチは, 家族の存在の有無, 居所の物理的な距離, 家族の関わりの程度の組み合わせで判断していること，支援範囲は, 包括職員は本人に出会う前から制度利用まで，居宅ケアマネは制度利用から進行を見据えたうえでの在宅の限界点の検討, 看取りまでであること，いずれも一連の支援過程で意思決定支援が行われており，他者の関わりから本人が受ける心的外傷に配慮していることを示した. 5)独居認知症高齢者等の家族支援に関する研究：文献レビュー及びインタビュー調査から，別居家族による支援では，「距離がつくる不安」や「生活が別である弊害」が介護者自身の生活に影響に与えていることを示した．6)複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援に関する研究：高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを開発して自治体における相談記録を分析し，認知症の重症度の進展とともに困難事象が重畳していくことを示した. 7)独居認知症高齢者の

社会参加の促進に関する研究：生活を共にして支える家族等の支援者がない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は，生活に必須の社会参加は多いが，楽しみや役割につながる社会参加は少ないことを示した. 8)独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究：被災地の介護支援専門員を対象とするアンケート調査から，被災直後は介護サービスが利用できないことが機能低下を助長することを示した. 9)独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究：アンケート調査から，65 歳以上高齢者の行方不明者発生率は人口 10 万人対 177 人，独居高齢者は人口 10 万人対 128 人，同居高齢者は人口 10 万対 194 人であることを示した. 10)独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究：WEB 調査から独居被介護者に対する十分な見守りを提供するシステムが流通していないこと，負担が少ない見守りシステムの実装が喫緊の課題であること，電気使用量の計測が熱中症リスクの検出に有用である可能性があることを示した. 11)KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究：自治体より入手した KDB データを用い，「突合データ（CSV）」のデータレイアウトは全国共通であるが，CSV ファイルの文字コード（UTF-16LE）や BOM 付与対応等，国保連合会からのデータ提供時に確認・依頼すべきポイントが明らかになった. 12)介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究：自治体の介護保険データを用い，独居認知症群は非独居認知症群よりも訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高く，要介護度が高くなると通所介護や短期入所生活介護の受給率が高いこと．独居認知症群は独居非認知症群よりも居宅療養管理指導の受給率が高く，要介護度が高くなると通所介護／地域密着型デイの受給率が高くなるが，福祉用具貸与，通所リハ，訪問看護の受給率が低くなることを示した.
結論：本年度の研究成果に基づき，独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に資する具体的な方策を示すことが次年度以降の各分担研究の課題である.

＜研究分担者＞
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
津田修治　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
石山麗子　国際医療福祉大学大学院･教授
涌井智子　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
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
大塚理加　防災科学技術研究所　災害過程研究部門・研究員
菊地和則　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
桜井良太　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員
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
川越雅弘　埼玉県立大学大学院・教授
＜研究協力者＞
中島朋子　東久留米白十字訪問看護ステーション・所長／全国訪問看護事業協会・常務理事
小野真由子　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・協力研究員
鈴木善雄　国際医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科博士課程
大久保豪　BMS 横浜・立命館大学・客員協力研究員
関野明子　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・非常勤研究員
中山莉子　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・非常勤研究員
池内朋子　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
光武誠吾　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
深谷太郎　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　健康長寿イノベーションセンター・研究員
杉山美香　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
南拓磨　埼玉県立大学・特任助教
角田光隆　神奈川大学法学部・教授

A.　研究目的

2019～2021 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」（研究代表者 : 粟田主一）では，57 項目の CQ を設定してスコーピング・レビューを行い，自治体向けの手引きを作成するとともに, その内容を要約した単行本「認知症高齢者の安全･安心な暮らしとは？ひとり暮らしが可能な環境をつくるために」（ワールドプランニング社）を出版した．しかし，これらの作業を通じて, 独居認知症高齢者等の社会的支援に関する研究は国内外を通じて極めて乏しく, エビデンスに基づいた体系的なガイドラインを作成できる状況ではないことも明らかになった.

そこで本研究では, 科学的検証が不足している重要領域を以下のように選定して研究を行うことにした : 1)認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究:認知症疾患医療センターで実践することが望まれる診断後支援のあり方を明らかにする．2)生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究:地域包括支援センターと連携して生活支援ネットワークを構築する地域拠点が独居認知症高齢者等の地域生活安定化に及ぼす効果を検証する．3)プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究:独居認知症高齢者等の地域生活安定化に寄与するプライマリケア（かかりつけ医や訪問看護）の支援のあり方を示し，かかりつけ医･訪問看護事業所向けガイドを作成する. 4)独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究:独居認知症高齢者等の地域生活安定化を目指すケアマネジメントのあり方を示し，ケアマネジメント・ガイドを作成する．5)独居認知症高齢者等の家

族支援に関する研究: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を明らかにするとともに,ケアラーズカフェ等の効果を評価し別居家族支援ガイドを作成する. 6)複雑困難状況にある独居認知症高齢者等への支援に関する研究:複雑困難状況にある独居認知症高齢者等の支援について自治体事業のモデルを示す. 7)独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究:独居認知症高齢者等の社会参加を促進する活動の先進事例を示し,その意義を明らかにする. 8)独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究:独居認知症高齢者等の災害対策について自治体事業のモデルを示す. 9)独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究:独居認知症高齢者等の行方不明対策について自治体事業のモデルを示す. 10)見守り支援に資するテクノロジーに関する研究:見守り支援に資する有望なテクノロジーの事例集を作成する. 11)KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究:KDB システム等を用いて独居認知症高齢者等への自治体事業の質を評価するための方法論を考案する. 12)介護保険データを用いて独居認知症高齢者等の地域生活継続を指標とするサービス及び地域システムの質の評価方法を示す.

以上, 1)〜12)の研究成果を踏まえて,多様なステークホルダーに向けたガイドラインと自治体向けガイドライン(改訂版)を作成することが本研究全体の目標である. 2022 年度は上記の 12 領域について以下の目標を設定して分担研究を行った.

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスとアウトカムを評価するためのデータベース構築に向けた基盤を形成することになる.

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

自分が認知症であることを地域の人に開示するかどうかは個人の自由であるが,開示しないことで例えばゴミ出しの失敗を責められるなどのトラブルに発展する例や,周囲からの助けを得られない例は多い.本研究では,認知症の開示をしないことの関連要因を明らかにする.

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

独居認知症高齢者が地域で一人暮らしを続けることを支えるための訪問看護の構成概念を明らかにする.

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

独居認知症高齢者の地域生活安定化を目指すケアマネジメントの在り方に関する論文を抽出・精査し,先行研究の知見を整理する(研究 1)とともに,介護支援専門員を対象とするインタビュー調査を行い(研究 2),独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにする.

5) 独居認知症高齢者等の家族支援に関する研究

独居高齢者の家族による介護に関する文献調査を行う(研究 1)とともに,認知症高齢者の家族を対象にインタビュー調査を行い(研究 2),認知症独居高齢者の家族が支援・介護を提供する上での課

題を明らかにする．

6） 複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援に関する研究

高齢者困難事例が抱える困難事象の包括的アセスメントのための分析的枠組みを示し，困難事象と認知症の臨床ステージとの関連を明らかにする．

7） 独居認知症高齢者等の社会参加の促進に関する研究：

認知症があると社会参加の機会が減少することが知られている．本研究は，軽度認知症もしくは認知症が疑われる人の社会参加の状況が，独居の場合と同居者がいる場合とでどのように異なるのかを明らかにする．また，独居の場合に，ひとりで自宅外の活動をする人としない人とでどのような属性や対処行動等の違いがあるのか検証する．

8） 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

令和 2 年 7 月熊本豪雨で多くの被害を受けた熊本県の介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施し, 被災やパンデミックが要支援･要介護高齢者に与えた影響について具体的な状況を把握するとともに, ケアマネジメントにおける課題について検討する．

9） 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

警察庁が毎年出している認知症（疑いを含む）による行方不明者数のデータを使用した先行研究によると，行方不明の発生率は人口 10 万人当たり 21.72 人であった．しかし，このデータには世帯類型が含まれていないため，独居認知症高齢者の行方不明発生率は不明である．本研究の目的は独居認知症高齢者の行方不明発生率を明らかにすることにある．

10） 独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

見守り支援に資するテクノロジーの使用状況から問題点までを明らかにし，社会実装可能なシステムの提案を行うために，介護者が存在する独居の要介護高齢者（以後，被介護者）の把握と介護状況の実情を明らかにするとともに，生活者の負担が少ない電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を熱中症リスク判定の面から検討する．

11） KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

特定自治体から提供を受けた KDB システムの「突合データ（CSV）」を用いて研究所内にて独自にデータベースを開発し，KDB システムを用いた自治体事業の質の評価を可能とする基盤を構築する．

12） 介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

特定自治体の認定・給付データを分析し，一人暮らし認知症高齢者のサービス受給の実態とその特徴を抽出する．

B. 研究方法

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

2019 年度老人保健健康増進等事業において実施した全国の認知症疾患医療センターを対象とする診断後支援に関するアンケート調査の分析結果と, 東京都健康長寿医療センターにおける独居認知症高齢者の新患受診例（研究代表者自験例）の初

診後の診断後支援の経緯を分析し,データベース構築のための枠組みを作成した.

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

地域在住高齢者 10,812 人に対して郵送法による自記式アンケート調査を実施した.「あなたが，認知症が原因で地域の見守りが必要になった場合,地域の方にそのことを知らせますか」,「近隣の方が，認知症が原因で地域の見守りが必要になった場合,地域の人にそのことを知らせた方がよいと思いますが」という 2 項目の質問を行うとともに，基本属性，メンタルヘルス関連要因,ソーシャルキャピタル関連要因に関する質問を行い,多変量ロジスティック回帰分析を用いて「本人が認知症を開示しないこと」の関連要因を分析した.

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

2022 年 6 月から 9 月にかけて，独居認知症高齢者の支援経験が豊富な訪問看護師 14 名に個別・半構造化インタビューを実施した.インタビューデータから逐語録を作成して，テーマ分析をした.

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

研究 1. 医学中央雑誌及び CiNii を用いて,「認知症」「独居 or 一人暮らし or ひとり暮らし」「ケアマネジメント」をキーワードとした and 検索を行い，会議録及び重複を除く 99 件の文献を抽出した．また PubMed を用いて,「dementia」「live alone or living alone or single person」「care management or case management」をキーワードとした and 検索を行い,9 文献を抽出した．さらに，ハンドサーチで収集した報告書や論文 280 件を含め,抽出した文献を精査し，最終的に 8 件の論文を採択した.

研究 2. 2022 年 12 月 6 日〜2 月 3 日までに関東圏域の地域包括支援センター職員，居宅介護支援事業所の職員合計 10 人に対してインタビュー調査を実施し,質的帰納的に分析した.

5) 地域在住認知症高齢者の家族支援に関する研究

研究 1:スコーピング・レビュー, Pubmed, Web of Science，PsychNet を用いて独居高齢者の家族に関する文献検索を行った。独居高齢者の別居介護に「認知症」という単語を加えることにより,該当文献が極端に少なくなることに加えて認知症の独居高齢者の家族支援に関する文献がほとんど見られない状況を鑑み，本スコーピング・レビューにおいては Dementia を除き，独居高齢者の家族支援に関するレビューとした.

研究 2 : 家族介護者へのインタビュー調査. 機縁法および東京都健康長寿医療センター病院内において調査協力者を募った.最終的に，家族介護者 27 名に対し，計 38 回のインタビューを行い（介護者一人につき 1〜4 回)，本研究の解析対象とした.

6) 複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援

都内 X 区が実施する高齢者困難事例を対象としたアウトリーチ型相談事業の対象者の内，2010 年 5 月〜2022 年 1 月の期間に分担研究者が担当した 293 人の相談記録から，困難事例化の背景にある事項（困難事象）に関する記述を抽出し，セグメント化，カテゴリー化を行った．次に，対象者を CDR で層別化し，生成した困難

事象カテゴリーごとの頻度を算出して傾向検定を行った.

7) 独居認知症高齢者等の社会参加の促進に関する研究

インターネット調査会社のモニターを対象に 2021 年 12 月に実施した調査データの二次的分析をした．対象は，初期認知症または認知症の疑いがある 40 歳以上の人（本人）と同居または 30 分以内の場所に住む成人家族である．本人の属性，認知機能，診断と要介護認定の有無，対処行動等，社会参加の状況，家族の属性の変数を用いた．分析は，①独居または同居者ありによって社会参加ありの割合に差があるか，②独居の場合に，ひとりで社会参加をする人としない人の本人・家族の属性等に差があるか，t 検定およびカイ 2 乗検定で検証した.

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

熊本県の介護支援専門員 2803 名を対象に，令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災および COVID-19 の介護サービスや高齢者への影響についてアンケート調査を行った．2022 年に登録のあった居宅介護支援事業所全 374 ヶ所，入所施設全 617 ヶ所，地域包括支援センター全 81 ヶ所，在宅支援センター全 10 ヶ所の管理者宛に調査の依頼状を郵送し，web 経由での回答を依頼した．また，熊本県居宅介護支援専門員協会からもメーリングリストによる周知を行った.

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

千葉県内の全市町村 54 カ所の高齢者福祉主管課を対象に郵送調査を実施した．調査項目は 2022 年 3 月現在の①市町村人口，②65 歳以上人口，③上記②の中の 65 歳以上の独居人口，④2021 年 4 月から 2022 年 3 月までの 65 歳以上の行方不明者数，⑤上記④の中の独居行方不明者数である.

10) 独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

見守り機器使用状況調査：要介護 1 以上の 65 歳以上の介護が必要な高齢者の介護を担う家族介護者 2000 名を対象にインターネット調査を行った.

電気使用料を用いた見守り研究:健診に参加した高齢者を対象に研究参加者を募集した. 対象は認知症の診断を受けていない 70 歳以上の一人暮らしの高齢者とし，スマートメーターを活用した見守りシステムに加入してもらった. 平時の電気使用量を機械学習によりパターン化し, 逸脱したパターンが生じた際にアラームが発出されるシステムを応用し, 外気温が猛暑日（35℃）にもかかわらずエアコンの使用が認められない者の抽出を試みた.

11) KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

東京都内の某自治体から提供を受けた KDB システムの「突合データ（CSV）」に含まれる①KDB 被保険者台帳（国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険），②健診結果(国民健康保険･後期高齢者医療)，③医療レセプト管理（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科），④医療傷病名（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科），⑤医療摘要（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科），⑥医療最大医療資源傷病名コード別点数（国民健康保

険・後期高齢者医療），⑦介護給付基本実績（介護保険），⑧介護給付実績明細（介護レコード種別ごとに 11 種類），⑨医療受診日等（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科），⑩医療摘要回数（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科），⑪介護受給者認定情報，を用いてデータベースを構築した．

12) 介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴：2020 年 12 月の A 市の在宅療養者 6,404 人を，認知症高齢者の日常生活自立度および住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居認知症群」「非独居認知症群」「独居非認知症群」「非独居非認知症群」の 4 群に分けた上で，性別要介護度別にみた種類別サービス受給状況やサービスの組み合わせ状況を比較した．

C. 研究結果

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

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居宅介護支援専門員との情報共有と連携，④別居家族との情報提供と連携，⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働で構成されるプロセスを評価できるデータベースの枠組みを構築した．

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

「認知症であることを地域の人に開示しない」と回答したものは回答者の 18%で，「男性である」「同居者がいる」「戸建てに住む」「WHO-5 で測定した精神的健康が不良」「UCLA 孤独感尺度で測定した孤独がある」「認知症の人と接しかたが分からない」「一般的に人は信頼できないと考える」「一般的に知らせるべきではないと考えている」が関連した．ステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析では，「一般的に人は信頼できないと考える」（オッズ比 2.5[95%信頼区間 1.7-3.7]），「男性である」（2.2[1.6-3.0]），「孤独である」（1.4[1.0-2.0]）が認知症であることの非開示に関連した．「他人は開示するべきだ」と考える人の 94%は「自分も開示する」と答えていたが，男性は「他人は開示するべきだが自分は開示しない」と回答する傾向が有意に高かった（2.2[1.6-3.0]）．

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

14 名の対象者は 50 代女性が中心で，訪問看護師の経験年数は平均 22.9（標準偏差 10.7）年であった．独居認知症高齢者の一人暮らしを続けることを支える訪問看護師の実践には，テーマ 1「生活に参加して本人を理解する」，テーマ 2「地域にサポートネットワークを構築する」，テーマ 3「自立と基本的な安全・健康を両立する支援を共創する」，テーマ 4「支援の共創の終わりを認める」の４つのテーマを認めた．

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

研究 1：最終的に 8 件の論文を採択した．独居認知症高齢者のケアマネジメントについては，支援の困難性や在宅生活

継続の観点から言及されていることが確認できた．しかし，調査対象が極めて限定的であり，具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証された報告はなかった．また，非認知症・非独居とのケアマネジメントと比較した報告はほぼ認められなかった．

研究 2 : 語りから，包括職員は 198 コード，149 サブカテゴリーから 18 カテゴリーが生成され，居宅 CM は 159 コード，144 サブカテゴリーから 18 コードが生成された. ①ケアマネジメント実践者における独居とは，世帯構成独居ではなく，実践を通じた意識上の独居の類型が存在していた（家族の存在の有無，居所の物理的な距離, 家族の関わりの程度のマトリックスから判断していると推定される）．②包括職員の支援範囲は, 地域のあらゆる者からの独居認知症高齢者の相談に対応し, 相談経路の機能を果たすこと, 相談受理から本人に出会うまで, 本人がかかわりを拒む場合にも，あらゆる手を尽くし，初めての自宅入室へ繋げること, 馴染みの関係づくりを行い, サービス利用に向けた支援に繋げることであった. 地域において本人に向けられる周囲の厳しい目とそれに対する対応も行っていた. 一方で地域包括での看取りケースは皆無だった．③居宅 CM の独居認知症高齢者に対する支援範囲は, 地域包括等の介入の後に始まった. 相談受理と同時に進行を見据えた対応, 独居認知症高齢者の看取り支援, 看取りまでの一連であった. 家族への対応には支援開始時と継続的実施事項があった. 独居認知症高齢者が地域で暮らし続けることができるよう, 地域からみた本人像, 関係者を知ったうえで関係者にかかわる配慮がなされていた. 支援開始から, 日常的なことがらから在宅の限界点や看取りに至るまで迄の意思決定支援に関与していた. そのなかで本人が受ける偏見とその外傷に配慮していた.

5) 地域在住認知症高齢者の家族支援に関する研究

研究 1 : 最終的に 9 件の論文を対象とした. 独居高齢者を支える支援や介護提供上の家族・介護者が抱える課題について 32 の課題に関連するコードが抽出された.【独居高齢者の安全や Well-being を確認することの難しさ】【（家族が感じる）別居ゆえのプレッシャー】【独居高齢者の変化の理由がわからないこと】といった別居介護による支援･介護提供の難しさに加えて, 別居で支援や介護を提供する上での【経済的困難（交通費, ホテル代, 入院費など）】や【介護者と本人の関係性の維持の難しさ】などが課題として挙げられていた.

研究 2 : 半構造化による家族介護者へのインタビュー調査データの解析から, 認知症を持つ高齢者に別居で介護や支援を提供する家族の抱える課題として以下の 3 つのカテゴリー【距離がつくる不安】【生活が別である弊害】【求められる別居介護の正当化】とそれぞれのサブカテゴリーが抽出された.

6) 複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援

高齢者困難事例が抱える困難事象は以下の 5 カテゴリーに類型化された : A.精神的健康の課題，B.身体的健康の課題，C.家族の課題，D.近所づきあいの課題, E.金銭トラブル．CDRの進展に伴い，1 ケースあたりが抱える困難事象カテゴリー

数は有意に増加した（p＜0.001）．交絡因子を調整しても，CDRの進展と，家族の課題（ｐ＝0.032），近所づきあいの課題（ｐ＝0.041），金銭トラブル（p＝0.024）が関連した．

7) 独居認知症高齢者等の社会参加の促進に関する研究

1322 名のうち，本人の独居は 177 名（13.4%）だった．同居者ありと比較して，独居の本人はやや高齢で，女性の割合が高く，認知機能または ADL の低下を多く認めた．独居の本人は，ひとりで買い物や外食に行く割合は高かったが（36.7% vs 25.7%, p=0.002），ひとりで趣味（9.0% vs 16.3%, p=0.012），ひとりでスポーツ（4.0%. vs 8.3%, p=0.044），知人・友人とスポーツ（2.8% vs 7.3%, p=0.026），ボランティア・市民活動（5.1% vs 9.8%, p=0.044），町内会活動（11.9% vs 19.0%, p=0.021）を行う割合は低かった．ひとりで行う自宅外の活動があることと有意な関連を認めた本人の対処行動等は，認知症のことを友人・知人に伝えていること（21.5% vs 8.9%, p=0.041），携帯・スマホ・タブレットを利用すること（67.8% vs 50.0%, p=0.023），認知症のない友人がいること（44.6% vs 25.0%, p=0.013）だった．

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

災害の影響：令和 2 年 7 月熊本豪雨では，鉄道の停止や道路が不通になる等の交通障害による影響が多数報告された．別居家族の訪問が難しかったり，買い物が困難になったり，外出ができなくなったりといったことが生じており，交通障害が少なからず影響していると考えられた．また，これらは食環境の悪化にもつながっていた．球磨村では交通機関，特に鉄道は復旧しておらず，バスによる振替輸送が行われており，商店等の一部は復旧していなかった（2022 年 11 月時点）．交通障害による移動の困難は，ケアマネジメントにおいても訪問の難しさや，サービス利用に影響する．通所サービスの停止は，身体機能，認知機能の低下や入浴困難につながったことが報告され，家族の介護負担増加も報告された．訪問介護では，生活支援ができなくなったことで，食事についての支援を介護支援専門員が行った事例も報告された．また，新たなサービスの提供も難しく，介護サービスの事業所不足も考えられた．ショートステイの休止は，家族の介護負担を増大させ，被災者家族の復旧作業への影響も報告された．医療機関の休止は，往診や受診ができなくなり，一時的に入院が必要となる事例もみられた．

コロナ禍の影響：コロナ罹患者が利用者やサービス提供者に発生すると，直ちにサービス提供が停止となった．災害では，被災地では大きな混乱が生じるが，被災地域外の事業所は通常通りとなるため，どうしても在宅生活が難しい場合は，被災地外の事業所を利用することが可能である．しかし，コロナ禍では，その影響は全国的であり，サービスの不足に対応するすべはなく，外部からの支援も期待できない．このことは，ケアマネジメントでの困難を増強すると考えられる．通所サービスの休止は，身体機能や

認知機能の低下や意欲低下を招いていた，ショートステイ利用中のクラスター発生で帰宅できなくなって利用料がかさんだり，利用できないことにより家族の介護負担が増したりしたことが報告された．また，医療機関が多忙となったことで，連携がとりにくくなったり，受診が困難であったりしたことも指摘された．介護支援専門員が苦慮した対応として，独居高齢者の発熱時の対応が挙げられた．介護支援専門員が付き添い，検査で陽性であった場合は，介護支援専門員も濃厚接触者となり，訪問等はできなくなる．また，入院時の引継ぎができないため，調整が困難になったり，訪問できなかったりしたため，アセスメントが困難であったことが報告された．

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究：26 市町村（48.1%）から調査票の返送があり，欠損値が無い 15 市町村（27.8%）を分析対象とした．15 市町村の人口は 2,366,019 人で，千葉県の人口 6,265,781 人（2022 年 3 月現在）の 37.76%，65 歳以上の独居者人口は 154,307 人，独居の行方不明者数は 197 人であった．その結果，65 歳以上高齢者の行方不明者発生率は人口 10 万人対 177.02 人，独居高齢者は人口 10 万人対 127.67 人，同居高齢者は人口 10 万対 194.30 人であることを示した．

10) 独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

見守り機器使用状況調査：有効回答者 2002 名うち 353 名が独居高齢者を介護しており，136 名が独居認知症高齢者を介護していた．独居の高齢者を介護している介護者に対して見守り方法について質問したところ．「家族，親族が定期的に連絡・訪問」が 56%と一番多く，「何らかの見守り機器」を使用している者の割合は 28%であった．また，66.6%が現在の被介護者に対する見守りが不十分であると回答しており，独居の認知症高齢者を介護している介護者に限定すると 73.9%が不十分であると回答した．

電気使用量を用いた見守り研究：13 名の地域在住高齢者が参加した．研究を開始して最初に発生した猛暑日は 6 月 25 日であり，3 名のエアコンの未使用者が抽出された．翌日，他の参加者も含めて電話にてエアコンの使用の有無を確認したところ，当該者らは実際にエアコンを使用していなかったことが確認された．電話連絡によってエアコンの使用が確認されたのは 5 名で，8 名中 3 名が猛暑日であってもエアコンの使用を控えていたことが明らかとなった．

11) KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

KDB システム「突合データ（CSV）」に含まれる CSV 形式データの文字コード処理を施したのちに，マイクロソフト社 SQL Server を使って 12 種類のファイルごとにデータベースを構築した．データ提供元の自治体担当職員と「突合データ（CSV）」の提供方法について意見交換を行ったことに加え，CSV 形式データの文字コード処理方法について東京都国保連合会への照会を重ねながら，最終的にデータベースを構築することができた．

12) 介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴：①在宅療養者の38.0%が独居であった．②独居認知症群の78.2%が女性，62.3%が要介護 1・2 であった．③独居認知症群は，非独居認知症群に比べ，訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高かった．また，要介護度が高くなると，通所介護や短期入所生活介護（女性）の受給率が高くなる一方で，訪問看護や通所リハの受給率が低くなっていた．④独居認知症群は，独居非認知症群に比べ，男女とも居宅療養管理指導の受給率が高かった．また，要介護度が高くなると，通所介護／地域密着型デイの受給率が高くなる一方で，福祉用具貸与や通所リハ，訪問看護の受給率が低くなっていた．

D. 考察

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

本研究で作成した診断後支援のプロセス評価，アウトカム評価のためのデータベース構築の枠組みは，実際の事例検討の中で活用しながら，その妥当性と実用性を検討していく作業が必要である．本年度は，自験例を通してその実用性の検討を行ったが，次年度はさらに多くの独居認知症高齢者の事例を通して，その実用性・妥当性を検討するとともに，実際にデータベースの構築を進め，プロセス評価とアウトカム評価の結果を集計する予定である．

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

開示は個人の自由意志であるが，可変的な開示の促進要因はソーシャルキャピタルの醸成と孤独の減少である．男性は開示に関して自分事と一般論が一致しない可能性がある．男性が「共生社会の壁」なのかもしれない．高齢の男性が安心して社会参加できる場が必要だが，「集いの場」を作っても，そのような人は参加しないのではないか？抜本的な考え方の変更が必要かもしれない．

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

認知症でひとり暮らしという支援難易度の高い状態にある高齢者に対して，生活に安全と健康をもたらし，ひとり暮らしの継続を支えるという実質的な支援の根幹を示す概念を記述した．この知見は，訪問看護の実践及び地域の多職種協働において，独居認知症高齢者の支援の実践に手掛かりとなるものであろう．

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

研究 1：被支援者側の視点に立った検証や非独居群との比較等によって，独居認知症高齢者のケアマネジメントにおける困難性を検証する必要がある．また，ケアマネジメントにおいて具体的にどういった配慮がなされるべきかについて質的・量的な検証が必要である．さらに，独居であってもキーパーソンの存在の有無によるケアマネジメントの差異があることも考慮した検証が必要である．

研究 2：世帯構成上は独居でも実践における独居のアプローチは，家族の存在の有無，居所の物理的な距離，家族の関わりの程度の組み合わせで判断していると推定

された. 支援範囲は, 包括職員は, 本人に出会う前から制度利用に向けた支援を行い, 看取りは皆無であった. 居宅ケアマネは制度利用から進行を見据えたうえでの在宅の限界点の検討, 看取りまでであった．いずれも一連の支援過程で意思決定支援が行われていたほか, 他者の関わりから本人が受ける心的外傷に配慮していた. 独居認知症高齢者が地域で暮らし続けられるよう, 本人を取巻く別居家族や, 地域からみた本人像と本人の関係者を理解したうえでかかわる配慮がなされていた.

5) 地域在住認知症高齢者の家族支援に関する研究

研究 1 : 独居高齢者の家族に焦点をあてた研究は極めて限定的である. 抽出された課題の中で「要介護高齢者の安全や Well-being を確認することの難しさ」「不安要素を隠そうとする要介護高齢者」「変化の理由がわからない」等は別居介護の特徴と考えられ, 要介護高齢者本人との関係性維持の難しさや要介護高齢者本人の希望や意思を把握することの難しさ等は同居介護にも通じる家族の葛藤と考えられた. 今後, 別居介護者が増加すると考えられ, 認知症を持ちながら生活を継続する独居高齢者への支援･介護がどうあるべきかについての研究知見の蓄積が待たれる.

研究 2：家族らは様々な方法で要介護高齢者本人の状況を把握する手段を構築し，別居介護を継続しようと試みる一方で，家族に何らかの緊急時の問題が生じる状況をリアルタイムで把握することができないことへの不安や葛藤，様々な方法での確認手段が功を奏さないことへの消耗感を抱えていた．これらの状況を鑑みると，特に独居認知症高齢者の場合には，要介護高齢者から提供される情報が限定される可能性が考えられ，遠隔での見守り支援や要介護高齢者の近所における見守りネットワークの構築が有用であると考えられた.

6) 複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援

本研究で開発した分析的枠組みを用いた分析から，認知症の臨床ステージの進展に伴い困難事象が重畳することが明らかになった．このことから．早期介入によっても解決困難な課題があったとしても，課題が重畳しより複雑困難化することを回避できる可能性が示唆された.

7) 独居認知症高齢者等の社会参加の促進に関する研究

生活を共にして支える家族等の支援者がない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は，生活に必須の社会参加は多いが，楽しみや役割につながる社会参加は少なかった．認知症があって，ひとり暮らしであっても，地域で豊かに生活を続けることの支援には，後者の社会参加の継続を助ける支援の必要が示唆された．そのために，本人の対処行動や交友関係に対する直接・間接支援が適切だと考えられる.

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

令和 2 年 7 月熊本豪雨では，長期に渡る移動の困難が生じており，その影響は高齢者本人のみならず，家族介護者，介護サービスの提供・利用にも影響していた．介護サービスの利用ができないことは，要支援・要介護高齢者の身体機能,

認知機能，生活機能，精神機能の低下と関連していた．特に，災害直後のサービス利用ができない時期には，入浴ができない高齢者が多くいたと考えられる．水害が多い時期は夏場でもあり，被災後の在宅高齢者向けのサービスの早期復旧必要であると考えられる．

コロナ禍におけるケアマネジメントの課題は全国で生じていたと考えられる．人との接触が限定されることは，高齢者の認知機能や身体機能の低下につながっていた．このことから，期せずして，高齢者の社会参加，人との交流の重要性が再確認されたと言えよう．また，今後の生活制限の緩和には，介護支援専門員からは歓迎される意見と共に，さらなる感染拡大の懸念も挙げられていた．これらを踏まえると，今後の介護サービスの提供では，感染予防をしつつ，社会参加や人との交流の機会を確保するという困難な課題に取り組む必要性が生じている．これらの対策には人手がかかるため，人員の確保等がより一層重要になると考えられる．

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

行方不明発生率が同居の方が高かったのは，行方不明になった時に警察や自治体に通報する同居家族等の有無が関係していると思われる．そのため独居の行方不明発生率は過小評価とならざるを得ない．それがどの程度の割合であるかは不明であるが，独居の行方不明発生率に影響を与えているのは確かだろう．そのため本研究の結果をもって独居の行方不明発生率は同居よりも低いと結論づけることはできないと考える．

10) 独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

見守り機器使用状況調査：見守りの体制に関しては 6 割以上の介護者が不安を抱えているにもかかわらず，見守り機器の使用は 3 割程度であり，介護者にとって有用な見守り機器が流通していないことが示唆された．

電気使用量を用いた見守り研究：電気使用量を用いた熱中症リスクの同定は実用可能性が高いことが示された．高齢者は若年者に比べて熱中症が重症化しやすいため事前注意喚起が重要となる．

11) KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

「突合データ（CSV）」は自治体で使用されている KDB システム端末からダウンロードすることができないため，本研究を実施した東京都内某自治体から東京都国保連に「突合データ（CSV）」全ファイルの提供を依頼し，東京都国保連から自治体に提供されたデータを我々が入手した．東京都国保連から「突合データ（CSV)」のデータレイアウト一覧も入手した．このレイアウト一覧には，突合データ CSV の各ファイルの情報の属性（9:数字，X:英数字，N:全角文字）と長さ（単位：バイト）が示されており，データベースに格納するテーブルを作成する際は，このデータレイアウト一覧が有用である．ただし実際のファイルの中には，データレイアウトに記されているバイト数よりも大きなバイト数を必要とするデータが存在していた．このような外れ値を有するデータが含まれるファイル

項目については，データレイアウトに記されているバイト数よりも大きな値を任意に再設定することで，「BULK INSERT」クエリをエラー無く完了させることができた．

12) 介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴：独居認知症群は，非独居認知症群に比べ，訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高かったが，これは，①家族がいないために，家事援助に対する支援ニーズが高い（非独居の場合，家族が家事援助を担っている），②通院が難しく，かつ，医学的管理に対するニーズが高い結果と考えられた．また，要介護度が高くなると，通所介護や短期入所生活介護（女性の場合）の受給率が高くなっていたが，これは，訪問系サービスだけでは生活維持が難しくなったためと考えられた．また，男女とも，訪問看護や通所リハなどの医療系サービスの受給率が相対的に低くなっていたが，これは支給限度額が影響している可能性が示唆された．

E. 結論と今後の課題

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

本研究で作成した枠組を活用して認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者等の診断後支援を継続的にモニタリングしてデータベースを構築することによって，認知症疾患医療センターにおける診断支援のプロセスとアウトカムの評価が可能となる．

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

共生社会の壁に関係する重要な知見が得られた．壁の克服に向けた具体的な方法を研究して実装することが求められる．

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

独居認知症高齢者のひとり暮らしの継続を支える訪問看護師の実践は，「生活に参加して本人を理解する」「地域にサポートネットワークを構築する」「自立と基本的な安全・健康を両立する支援の共創」「支援の共創の終わりを認める」の4つの概念で説明できる。

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

独居認知症高齢者のケアマネジメントについては，支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されているが，調査対象が極めて限定的であり，具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証がなされていない．また，非認知症・非独居を比較した報告はほぼない．今後の検証作業が必要である．

ケアマネジメント実践上の独居の類型別の支援の実態が異なる可能性を考慮すれば，今後，ケアマネジメント実践上の独居の類型化及び，類型別の支援の特徴を整理する必要がある．本研究は，関東を対象としたがその中でも都心，農村部，団地などでかかわりの相違があった．地域性は地域ごとに多様ではあるが，地域性の類型と共通する特性があるのか探索する必要もある．

5) 地域在住認知症高齢者の家族支援に

関する研究

インタビュー調査から明らかになった【距離がつくる不安】や【生活が別である弊害】のような生活が二つになってしまう介護者自身の生活影響に加えて,「貴重品・重要書類の場所がわからない」「社会資源がわからない」といった新たな課題も抽出され,今後の支援ニーズ検討の必要性が示唆された.

6) 複雑困難状況にある独居認知症高齢者への支援

高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを開発した.本研究で作成した分析的枠組みは,高齢者困難事例が抱える複雑化した困難事象の構造を理解するために有用と考えられる.さらに,認知症の進行にともない困難事象が変化するという時間的視点をもつことで,より有効な支援方策を打ち出せる可能性がある.

7) 独居認知症高齢者等の社会参加の促進に関する研究

認知症があって,ひとり暮らしであっても,地域で豊かに生活を続けることの支援には社会参加の継続を助けることが大切であろう.そのためには,認知症であることを人に伝える,スマートフォンを使うなど対処行動をとることや,地域に交友関係を持つことに意味がある.そのような行動をとることができるように直接的・間接的に支援することが適切だと考えられる.

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

災害による高齢者への影響は大きく,被災直後は介護サービスが利用できず,このことが機能低下を助長する. 入所施設はBCP を策定しているが, その際に在宅高齢者向けの介護サービスを停止することになっており,このことが在宅高齢者の機能低下につながる.在宅高齢者への生活支援をどのように継続するか, あるいは, 早期に再開するかは, 事業所ごと, 被災自治体ごとで考えられる問題ではなく,都道府県や国レベルからの支援が必要であると考えられ,そのための体制づくりが求められる.

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

市町村が行方不明対策の体制整備を進める際,最初にその実態を把握する必要があり,その際には独居認知症高齢者の行方不明数を把握する必要がある,それを可能にする方法について更なる研究が必要である.

10) 独居認知症高齢者等の見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

独居被介護者に対する十分な見守りを提供するシステムが流通していないこと,生活者および監視者の負担が少ない見守りシステムの実装が喫緊の課題であることが明らかとなった. 今後の研究では, 電気使用量を用いた見守りシステムの実証を進め,実用的な見守り方法となり得るか否かについて検証を進める.

11) KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

「突合データ（CSV)」のデータレイアウトは全国共通ではあるが, CSV ファイルの文字コード（UTF-16LE）や BOM 付与対応等,国保連合会からのデータ提供時に確認・依頼すべきポイントが明らかとなった.来年度は開発されたデータベースを用いて,独居認知症高齢者等が地域での生

活継続を可能とするためのサービス提供や地域システムの質評価に有用な情報の抽出方法を検討する．

12) 介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴：一人暮らし認知症高齢者の在宅生活の継続を図るためには，どのようなサービスや支援が必要かの観点から，制度のあり方（支給限度額のあり方など）やサービス／支援のあり方を再検討すべきと考える．

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

１．論文発表：

1) Miyamae F, Taga T, Okamura T, Awata S. Toward a society where people with dementia 'living alone' or 'being a minority group' can live well Psychogeriatric 22;（4）:586-587. 2022

2) 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. Psychogeriatric;22(3):332-342. 2022

3) 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

4) Tsuda S, Inagaki H, Okamura T, Sugiyama M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Ura C, Sakuma N, Awata S. Promoting cultural change towards dementia friendly communities: a multi-level intervention in Japan. BMC Geriatr. 22(1):360. 2022

5) Ura C, Okamura T, Taga T, yanagisawa C, Yamazaki S, Shimmei M. Living for the city: Feasibility study of a dementia-friendly care farm in an urban area. Int J Geriatr Psychiatry; 37(9): 5794. 2022

6) Takase A, Matoba Y, Taga T, Ito K, Okamura T. Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. BMC Health Serv Res. 22(1):1400.2022

7) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Ogisawa F, Awata S: Characteristics of complex cases of community-dwelling older people with cognitive impairment: A classification and its relationships to clinical stages of dementia, Geriatr Gerontol Int;22(12):997-1004 2022

8) Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M,

Okamura T, Miyamae F, Ura C, Edahiro A, Awata S. Living alone, cognitive function, and well-being of Japanese older men and women: a cross-sectional study. Health Soc Care Community. 2023;7183821

9) Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T. Awata S: Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2023 May;23(5):362-365. doi: 10.1111/ggi.14580. Epub 2023 Apr 11.

10) 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.

11) 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.

12) 粟田主一:もの忘れを自覚するようになった. Ⅲ.ヒントとなる症状と鑑別診断. 精神疾患診療. 日本医師会雑誌 151 特別号（2）：S82-S83, 2022.

13) 粟田主一:認知症とともに生きる社会の実現に向けて. 特集：認知症とともに生きる. 作業療法ジャーナル 56(12): 1229-1233, 2022.

14) 粟田主一:地域生活の継続に必要な社会的支援につなぐコーディネーションとネットワーキング.「高島平ココからステーション」/東京都板橋区. 近藤尚已, 五十嵐歩編:認知症 plus 地域共生社会, p146-p149, 2022, 東京.

15) 粟田主一:【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】認知症初期集中支援チームとは. 老年精神医学雑誌, 33(8): 749-755, 2022

16) 粟田主一：若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性. 公衆衛生, 86(10): 852-859, 2022

17) 粟田主一：【認知症対策と地域包括ケアシステム】地域包括ケアシステムの深化と認知症対策　地域包括ケアシステムのさらなる深化に向けて　認知症とともに暮らせる社会環境をつくる. 地域ケアリング, 24(13):38-48, 2022

18) 粟田主一：【認知症　レジデントが知っておきたい診断や治療のコツ!】(Vignette 3)さまざまな対応　さまざまな施設との連携　認知症疾患医療センター. 精神科 Resident, 3(4): 284-285, 2022

19) 杉山美香, 岡村毅, 井藤佳恵, 山下真里, 粟田主一 ：妄想性障害をもつ高齢女性への地域におけるインフォーマルな医療外の支援の実際. 老年精神医学雑誌, 33(5): 497-506, 2022

20) 岡村毅, 杉山美香, 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 粟田主一:基礎自治体と研究者が協働するための臨床知　東京都 X 区での高齢住民の 10 年間の調査研究から. 日本認知症ケア学会誌, 21(2): 343-350, 2022

21) 稲垣宏樹, 杉山美香, 井藤佳恵, 佐久間尚子, 宇良千秋, 宮前史子, 岡村毅, 粟田主一:郵送法による地域在住高齢者の包括的な健康評価と将来的な要介護・認知症状態への移行との関連. 日本公衆衛生雑誌, 69(6):459-472,

2022
22) 岡村毅，的場由木，佐藤幹夫，水田恵，粟田主一：住まいと生活支援が生活困窮高齢者の身体的健康、精神的健康、社会的関係に及ぼす効果．日本老年医学会雑誌, 59(3): 381-383, 2022
23) 古田光，田中稔久，扇澤史子，松井仁美，大森佑貴，粟田主一，鳥羽 研二：日本語版 Dementia Behavior Disturbance Scale 短縮版(DBD13)の用語の変更と等価性の検討. 日本老年医学会雑誌，59(3): 384-387, 2022
24) 粟田主一：【高齢者の社会的孤立・孤独とメンタルヘルス】社会的孤立・孤独の概念と今日的課題(解説)．老年精神医学雑誌, 34(2): 109-116,2023
25) 津田修治. 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. 2022;33(3):230-4.
26) 井藤佳恵: 特集【認知症の人の地域生活継続を支えるために】独居認知症高齢者は地域生活の継続が困難なのか？，認知症ケア事例ジャーナル;15(2):162-9 2022
27) 井藤佳恵: 特集【精神科臨床ライブ】地域精神保健･アウトリーチ　不動産を買いすぎて貯金が底をつきました，精神科治療学;37(増　刊号):376-80 2022
28) 井藤佳恵，池本正平，木村亜希子: 終末期にある統合失調症患者の意思決定への関わり，こころの科学;226:113-8 2022
29) 井藤佳恵: 特集【"認知症 併存疾患"アプローチの最前線】認知症診療の一般方針　終末期医療，内科;129(6):1299-301 2022
30) 井藤佳恵: 特集【老年精神医療と臨床倫理】特集にあたって　老年精神医療の臨床における倫理的課題，老年精神医学雑誌;33(6):539-44 2022
31) 井藤佳恵: 特集【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】困難事例　ためこみ症/いわゆる「ごみ屋敷」，老年精神医学雑誌;33(8):806-10 2022
32) 井藤佳恵: 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):270-5 2022
33) 井藤佳恵: 特集【高齢者の精神科コンサルテーション･リエゾン (CLP)】意思決定支援のあり方について―精神医学的立場から―，老年精神医学雑誌;33(1):64-70 2022
34) 堀田聰子，大村綾香，津田修治，大森千尋. 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】認知症とともに一人で暮らす高齢者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. 2022;33(3):224-229.

２．学会発表

1) 粟田主一：認知症の発症・進行・複雑化のリスクとプライマリ・ヘルス・ケアに関する課題．第118回日本精神神経学会学術総会，2022.6.16-6.18，福岡（シンポジウム）．

2) 粟田主一：認知症とともに暮らせる社会に向けて．第41回日本認知症学会・第 37 回 日 本 老 年 精 神 医 学 会 , 2022.11.25-11.27, 東京（学術教育講演）.
3) 粟田主一：Diversity, Equity, Inclusionをめざす社会について. 第41回日本認知症学会・第37回日本老年精神医学会［合同開催］, 2022.11.25-11.27, 東京（シンポジウム）.
4) 枝広あや子，稲垣宏樹，杉山美香，岡村毅, 宇良千秋, 宮前史子, 津田修治, 井藤佳恵, 粟田主一. パンデミックによる行動変化が地域在住高齢者のフレイル発症に及ぼす影響. 第 64 回日本老年医学会, 2022 年 6 月 2 日-4 日, 大阪.
5) Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, Edahiro A, Murayama H, Motokawa K, Awata S. Cognitive decline and mental health among independent older adults living alone in an urban area: a cross-sectional study in Tokyo. The 35th Global Conference of Alzheimer's Disease International, 9-11, June, 2022 (London & Online).
6) Okamura T, Takase A, Matoba Y. Older people with urgent, un-aware, and unmet mental health care needs in Tokyo: viewpoint from outside the mental health care system. The 22nd World Congress of International Association of Geriatrics and Gerontology, 12-16 June, 2022, Buenos Aires & Online.
7) Ura C, Okamura T, Taga T, Yanagisawa C, Yamazaki S, Shimmei M, Saito A, Isobe H. Feasibility of urban care farm for an inclusive society for the people living with dementia. The 22nd World Congress of International Association of Geriatrics and Gerontology, 12-16 June, 2022, Buenos Aires & Online.
8) 山崎幸子, 宇良千秋，岡村毅．中高年ひきこもり当事者が社会とつながるまでの過程．第 81 回日本公衆衛生学会総会，2022 年 10 月 7 日～9 日，山梨.
9) 杉山美香 宮前史子 稲垣宏樹 宇良千秋 枝広あや子 岡村毅 粟田主一．地域在住高齢者の日常生活支援ニーズに認知機能低下と性差は関連があるか．第 81 回日本公衆衛生学会総会，2022 年 10 月 7 日～9 日，山梨.
10) 佐久間尚子，稲垣宏樹，宮前史子，枝広あや子，杉山美香，宇良千秋，山下真里, 本川佳子, 白部麻樹, 岩崎正則, 小島成実，大須賀洋祐，笹井浩行，平野浩彦，岡村毅，粟田主一. 都市に暮らす高齢者の日常生活行動頻度の基礎的研究 : 板橋健康長寿縦断研究. 第 41 回日本認知症学会学術集会・第 37 回日本老年精神医学会［合同開催］，2022 年 11 月 25 日-27 日，東京.
11) 岡村毅:多忙な若者に死生学を内発的に学ばせるにはどうすればよいか. 第 27 回日本臨床死生学会年次大会，2022 年 9 月 18 日，東京&オンライン（シンポジウム）.
12) 岡村毅，金子理沙，金子礼灑，近藤修正，柳澤弘明，高瀬顕功. 地域包括ケアシステムにおける死生学. 研究拠点

で臨床宗教師実習を受け入れた経験から．第 41 回日本認知症学会集会・第 37 回日本老年精神医学会［合同開催］，2022 年 11 月 25 日，東京．
13) 枝広あや子． 認知症機能低下を抱えた高齢者への口腔と食に関する地域介入～大規模団地における権利ベースの実践～ 日本老年歯科医学会第 33 回学術大会, 2022 年 6 月 10-12 日, 新潟.
14) 枝広あや子．認知症の人の QOL を支える健やかな口腔と食への支援．第 41 回日本認知症学会集会・第 37 回日本老年精神医学会［合同開催］，2022 年 11 月 25 日, 東京（シンポジウム）.
15) 枝広あや子．Comfort feeding のための健やかな口腔の維持～快適で美味しく楽しく安全に～" 日本エンドオブライフケア学会第 5 回学術集会, 2022 年 10 月 1-2 日, 東京（シンポジウム）.
16) 宮前史子，釘宮由紀子，岡村睦子，森倉三男, 佐藤恵, 田畑文子, 杉山美香, 枝広あや子，岡村毅，粟田主一．認知症カフェで終末期と死に伴走する：利用者の終末期と死を隠さないことの意味．第 22 回日本認知症ケア学会, 2022 年 6 月 18 日-19 日，広島&オンライン．
17) 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，平野浩彦，本川佳子，小原由紀，横山友里，北村明彦，新開省二．都市部在住の認知機能が低下した独居高齢者の生活実態と心身の機能状態に関する報告 ：高島平スタディ郵送調査の結果から．第 81 回日本公衆衛生学会, 2022.10.7-9，甲府.
18) 関野明子，涌井智子. (2022). COVID-19 流行下における別居介護継続に寄与する不安要因に関する質的研究．日本老年社会科学会第 64 回大会．2022 年 7 月 2-3 日，東京.
19) 涌井智子，中山莉子，石崎達郎，粟田主一．認知症独居高齢者の別居介護にかかる課題に関する文献研究．第 23 回日本認知症ケア学会，2022 年 6 月 18 日-9 月 30 日，広島&オンライン．
20) 井藤佳恵，岡村毅，津田修治，扇澤史子，粟田主一．認知機能低下のある地域における高齢者困難事例の特徴－認知症の臨床ステージとの関連ー．第 41 回日本認知症学会学術集会・第 37 回日本老年精神医学会[合同開催]．2022.11.26，東京.
21) 井藤佳恵. 高齢者の住環境と福祉ー高齢期になって現れるいわゆる”ごみ屋敷”について考える．環境福祉学会第 18 回年次大会 公開シンポジウム．2022.11.26．東京.
22) Ito K. Community-based Integrated Care System in Japan. European College of Gerodontology Annual Conference 2022; Gerodontology ECo; 2022.6.18, Online.
23) 菊地和則，大口達也，池内朋子，粟田主一：独居認知症高齢者行方不明の早期発見に関連する要因．第 64 回日本老年医学会学術集会, 2022.6.2-4, 大阪.
24) 川越雅弘. 市町村の事業マネジメントの現状・課題と機能強化に向けて～既存データを活用した現状分析支援例の紹介～．第 47 回医療・福祉フォー

ラム_認知症対策と地域包括ケアシステム，2022 年 11 月 1 日，東京.
25) 川越雅弘. 市町村の事業マネジメントの現状･課題と機能強化に向けて〜既存データを活用した現状分析支援例の紹介〜. 第 47 回医療・福祉フォーラム_認知症対策と地域包括ケアシステム，2022 年 11 月 1 日，東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

１. 特許取得：なし
２. 実用新案登録：なし
３. その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究

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
研究目的 : 本研究の目的は，認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスとアウトカムを評価するためのデータベース構築に向けた基盤を形成することになる．**研究方法：**2019 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」（研究代表者：粟田主一）において実施した全国の認知症疾患医療センター相談員を対象とする「独居または高齢者のみ世帯の認知症の診断後支援」の調査結果を参考にして，認知症疾患医療センターにおける診断後支援のプロセスの枠組案を作成し（研究 1），この案を活用して，東京都健康長寿医療センターにおける独居認知症高齢者の新患受診例（研究代表者自験例）の初診後の診断後支援の経緯を閲覧し，その実用性を検討した（研究 2）．**結果：**以下の 7 つのプロセスで構成されるデータベースの枠組を作成した．①診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供，②本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント，③生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援，④地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携，⑤別居家族との情報共有と連携，⑥パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働．**考察 :** 本年度は，自験例を通してデータベース構築の枠組の実用性の検討を行ったが，次年度はさらに多くの独居認知症高齢者の事例を通して，その実用性・妥当性を検討するとともに，実際にデータベースを構築し，プロセス評価とアウトカム評価の結果を集計する．**結論 :** 本研究で作成した枠組を活用して認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者等の診断後支援データベースを構築することによって，認知症疾患医療センターにおける診断支援のプロセスとアウトカム評価が可能となる．

A. 研究目的

認知症疾患医療センター運営事業は都道府県･指定都市を対象とする国庫補助事業であり，その目的は「認知症疾患医療センターを設置することにより，（中略）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．また，その事業内容は，①専門的医療機能，②地域連携拠点機能，③診断後等支援機能，④事業の着実な実施に向けた取組の推進，を 4 つの柱としている．独居認知症高齢者等の地域生活の維持において，認知症疾患医療センターにおける診断後支援は重要な役割を果たしているが，その具体的なプロセスやアウトカムは明

らかにされていない. 本研究の目的は，認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスとアウトカムを評価するためのデータベース構築に向けた基盤を形成することになる.

B. 研究方法

本研究では，最初に，2019 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」（研究代表者：粟田主一）において実施した全国の認知症疾患医療センター相談員を対象とする「独居または高齢者のみ世帯の認知症の診断後支援」の調査結果を参考にして, 認知症疾患医療センターにおける診断後支援のプロセスの枠組み案を作成した（研究 1）. 次にこの案を活用して, 東京都健康長寿医療センターにおける独居認知症高齢者の新患受診例（研究代表者自験例）の初診後の診断後支援の経緯を閲覧し, その実用性を検討した（研究 2）.

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報は取り扱わない. 研究 1 は個人情報を含まない過去の調査結果を二次利用する. 研究 2 では，研究代表者が守秘義務をもつ受診者の診療録を閲覧しながら, 日常診療業務の中で実用性を検討するものである. 尚，受診者に対しては, 日常診療の中で得られたデータの研究活用についてオプトアウトによる包括的同意を得ている.

C. 研究結果

研究 1：診断後支援プロセスの枠組み案を以下のように作成した.

プロセス 1：診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供.

- 医師が本人・家族等に認知症の診断名やその他の医学的評価の結果を説明.
- 診断名に対する不安に配慮し，今後の治療，尊厳ある暮らしの継続などについて情報提供.

プロセス 2：本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント

- 本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取するとともに，現在利用しているサービスを把握する.
- 今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する.
- 本人や家族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心配がある場合には，危険を回避するための助言を行う）.

プロセス 3：生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

- 本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら，介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供する.
- サービス利用にあたっては，要介護認定を受けることの必要性を説明し，地域包括支援センターの利用について情報提供する.

プロセス 4：地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携

- 必要に応じて，本人・家族の同意を得て，地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行う.
- 必要に応じて，見守り・安否確認,

服薬管理，金銭管理，受診同行などの生活支援のあり方ついて本人・家族・多職種で検討する．

プロセス 5 : 別居家族との情報共有と連携 :

- 独居の場合は，キーパーソンになり得る別居家族の有無を確認し，本人の同意を得て家族と情報共有し連携する．
- 相談員等は，電話や面接等を通して，別居家族と継続的な関係を保ち，変化がある場合には情報を共有して対応できるようにする．

プロセス 6 : パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働

- 相談員等は，本人・家族，担当医，地域包括支援センター職員，介護支援専門員，事業所職員，地域の関係者等と必要に応じて関係者会議を開催するなどして，生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践する．

研究 2 : 自験例を参考に独居認知症高齢者に対する認知症疾患医療センターにおける診断後支援プロセスのモデル事例を以下に示す．

＜事例＞80 代，女性，独居

＜診断名＞アルツハイマー型認知症

＜診断までの経緯＞夫と 2 人暮らしであったが，X-2 年より健忘が目立ち，次第に進行．X 年に夫が急死．民生委員と地域包括支援センターが本人の認知症に気づき，遠方に暮らす別居親族に連絡し認知症疾患医療センターを同行受診．

＜診断名の説明＞本人・親族にアルツハイマー型認知症（軽度）であること，必要なサービスを利用することによって地域生活の継続が可能であることを説明．

＜生活状況のアセスメント＞金銭管理，服薬管理に支障があり，閉じこもりがちな暮らしをしている．要介護認定を受けて介護保険サービスを利用することについて情報提供する．

＜地域包括支援センター，介護支援専門員と連携＞本人の同意を得て，地域包括支援センター及び介護支援専門員と情報共有し，要介護認定の申請．小規模多機能型居宅介護の通所サービスと訪問介護サービスの利用を調整する．また，地域の通いの場（高島平ココからステーション）の利用を支援する．

＜パーソナルな生活支援ネットワーク構築の継続＞

X+1 年，別居親族の住まいが遠方であることから日常的金銭管理に限界が生じたため，成年後見制度を利用．認知症疾患医療センターの相談員，本人・別居親族，担当医，介護支援専門員，後見人，介護保険サービス事業所職員で定期的な関係者会議を開催する．

＜アウトカム＞

X+4 年，変形性膝関節痛のための，本人が独居生活継続について不安を覚えるようになり，本人，別居親族，介護支援専門員，認知症疾患医療センター相談員，担当医，後見人で会議を開き，本人の意向に沿ってグループホームに入所することになる．

D. 考察

本研究で作成した診断後支援のプロセス評価, アウトカム評価のためのデータベ

ース構築の枠組みは, 実際の事例検討の中で活用しながら, その妥当性と実用性を検討していく作業が必要である. 本年度は, 自験例を通してその実用性の検討を行ったが, 次年度はさらに多くの独居認知症高齢者の事例を通して, その実用性・妥当性を検討するとともに, 実際にデータベースの構築を進め, プロセス評価とアウトカム評価の結果を集計する予定である.

E. 結論と今後の課題

本研究で作成した枠組を活用して認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者等の診断後支援を継続的にモニタリングしてデータベースを構築することによって, 認知症疾患医療センターにおける診断支援のプロセスとアウトカムの評価が可能となる.

F. 研究発表

１. 論文発表

1) 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.
2) 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.
3) 粟田主一:もの忘れを自覚するようになった. Ⅲ.ヒントとなる症状と鑑別診断. 精神疾患診療. 日本医師会雑誌 151 特別号（2）：S82-S83, 2022.
4) 粟田主一:認知症とともに生きる社会の実現に向けて. 特集：認知症とともに生きる. 作業療法ジャーナル 56(12): 1229-1233, 2022.
5) 粟田主一:地域生活の継続に必要な社会的支援につなぐコーディネーションとネットワーキング.「高島平ココからステーション」/東京都板橋区. 近藤尚巳, 五十嵐歩編：認知症 plus 地域共生社会, p146-p149, 2022, 東京.
6) 粟田主一:【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】認知症初期集中支援チームとは. 老年精神医学雑誌, 33(8): 749-755, 2022
7) 粟田主一：若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性. 公衆衛生, 86(10): 852-859, 2022
8) 粟田主一：【認知症対策と地域包括ケアシステム】地域包括ケアシステムの深化と認知症対策　地域包括ケアシステムのさらなる深化に向けて　認知症とともに暮らせる社会環境をつくる. 地域ケアリング, 24(13):38-48, 2022
9) 粟田主一：【認知症　レジデントが知っておきたい診断や治療のコツ!】(Vignette 3)さまざまな対応　さまざまな施設との連携　認知症疾患医療センター. 精神科 Resident, 3(4): 284-285, 2022
10) 杉山美香, 岡村毅, 井藤佳恵, 山下真里, 粟田主一：妄想性障害をもつ高齢女性への地域におけるインフォーマルな医療外の支援の実際. 老年精神医学雑誌, 33(5): 497-506, 2022
11) 岡村毅, 杉山美香, 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 粟田主一：基礎自治体と研究者が協働するための臨床知　東京都 X 区での高齢住民の 10 年間の調査研究か

ら．日本認知症ケア学会誌，21(2): 343-350, 2022

12）稲垣宏樹，杉山美香，井藤佳恵，佐久間尚子，宇良千秋，宮前史子，岡村毅，粟田主一：郵送法による地域在住高齢者の包括的な健康評価と将来的な要介護・認知症状態への移行との関連. 日本公衆衛生雑誌，69(6):459-472, 2022

13）岡村毅，的場由木，佐藤幹夫，水田恵，粟田主一：住まいと生活支援が生活困窮高齢者の身体的健康、精神的健康、社会的関係に及ぼす効果．日本老年医学会雑誌, 59(3): 381-383, 2022

14）古田光，田中稔久，扇澤史子，松井仁美，大森佑貴，粟田主一，鳥羽 研二：日本語版 Dementia Behavior Disturbance Scale 短縮版(DBD13)の用語の変更と等価性の検討. 日本老年医学会雑誌，59(3): 384-387, 2022

15）粟田主一：【高齢者の社会的孤立・孤独とメンタルヘルス】社会的孤立・孤独の概念と今日的課題(解説)．老年精神医学雑誌, 34(2): 109-116,2023

２．学会発表

1) 粟田主一：認知症の発症・進行・複雑化のリスクとプライマリ・ヘルス・ケアに関する課題．第118回日本精神神経学会学術総会, 2022.6.16-6.18，福岡（シンポジウム).

2) 粟田主一：認知症とともに暮らせる社会に向けて．第41回日本認知症学会・第37回日本老年精神医学会，2022.11.25-11.27，東京（学術教育講演).

3) 粟田主一：Diversity, Equity, Inclusionをめざす社会について. 第41回日本認知症学会・第37回日本老年精神医学会［合同開催]，2022.11.25-11.27，東京（シンポジウム).

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む)

１．特許取得：なし

２．実用新案登録：なし

３．その他：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

生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

研究分担者　岡村毅　東京都健康長寿医療センター研究所・研究副部長

研究要旨

独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための「生活支援ネットワークを構築する地域拠点」が機能する前提として、認知症であることを周囲の人が知り、合理的配慮をすることが挙げられる。しかし認知症であることを開示するかどうかは機微に触れる問題であり、これまで研究がない。

住民約 1 万人に対して郵送調査を行い、返送のあった 3983 票を解析した。調査票では、認知症であることを地域の人に開示するか（自分事）、一般的に認知症であることは知らせるべきか（一般論）を聞いた。

「認知症であることを地域の人に開示しない」と回答したものは回答者の 18%であり、その要因として「男性である」、「同居者がいる」、「戸建てに住む」、「WHO-5 で測定した精神的健康が不良」、「UCLA 孤独感尺度で測定した孤独がある」、「認知症の人と接しかたが分からない」、「一般的に人は信頼できないと考える」、「一般的に知らせるべきではないと考えている」が関連した。次にステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、「一般的に人は信頼できないと考える」（オッズ比 2.5[95%信頼区間 1.7-3.7]）、「男性である」（2.2[1.6-3.0]）、「孤独である」（1.4[1.0-2.0]）が認知症であることの非開示に関連した。

さらに「他人は開示するべきだ」と考える人の 94%は「自分も開示する」と答えていた。しかし。男性は「他人は開示するべきだが自分は開示しない」と回答する傾向が有意にあった（2.2[1.6-3.0]）。

開示は個人の自由意志であるが、男性は開示に関して自分事と一般論が一致しない可能性がある。

A. 研究目的

これまでの粟田班の研究から、独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するためには、病院や介護施設をいくら作っても十分ではなく、生活支援ネットワークを構築する地域拠点が必要なことが分かった。今後 3 年はこの研究拠点に関する研究をし、社会実装に近づくことが目的である。

認知症の人の生活を支えるための生活支援ネットワークが機能するための前提として、認知症があるひとに対して合理的配慮をもって暖かく支援することが必要だ。しかし認知症と共に生きていることを他者と共有することができるだろうか。これは共生社会の壁の一つだろう。

今年度の研究疑問はこのようにした。<自分が認知症であることを地域の人に開示するかどうかは、個人の自由意思である。一方で臨床では、開示しないことで例えばゴミ出しの失敗を責められるなどのトラブルに発展する事例や、周囲からの助けを得られない事例は多い。本研究の目的は、認知症の開示をしないことの関連要因を明らかにすることである>

B. 研究方法

住民約 1 万人に対して郵送調査を行い、返送のあった 3983 票を解析した。調査票では、認知症であることを地域の人に開示するか（自分事）、一般的に認知症であることは知らせるべきか（一般論）を聞いた。実際の文言は以下のとおりである：

自分事：「あなたが、認知症が原因で地域の見守りが必要になった場合、地域の方にそのことを知らせますか」
一般論：「近隣の方が、認知症が原因で地域の見守りが必要になった場合、地域の人にそのことを知らせた方がよいと思いますか」

他には基本属性、メンタルヘルス関連要因、ソーシャルキャピタル関連要因を聞いた。

（分析方法）

自分事と一般論について、「わからない」の回答は除く「はい」「いいえ」のどちらかのみ回答した返送票を本分析対象とした。本分析の前に準備分析として、カイ二乗検定を用いて、本研究に組み入れられた回答者と除外された回答者を比較した。

本分析の 1 つ目は、自分事として開示に前向きな参加者と、そうでない参加者の人口統計学的特徴をカイ二乗検定で比較した。本分析の 2 つ目は、階層的ロジスティック回帰分析を行った。モデル 1 は、社会人口統計学的因子（性別、年齢、一人暮らしか同居か、戸建てか集合住宅か）、モデル 2 はモデル 1 の要因にメンタルヘルス関連余韻を加えたものである。モデル 3 とモデル 4 は、モデル 2 因子に一般的信頼と近所への信頼をそれぞれ加えた。本研究は包括的なコミュニティの構築を目的としているため、近所への信頼を含むモデル 4 を最終モデルとした。

本分析の 3 つ目は、一般論として診断を近所の人と共有した方が良いと回答した人のうち、自分事として診断を共有したい人と共有したくない人を比較した。第 1、第 2 分析と同様に、カイ二乗検定を用いて 2 つの変数を比較した後、同時多変量ロジスティック回帰分析、すなわち、分析に含まれるすべての因子を比較した。

（倫理面への配慮）

東京都健康長寿医療センターの倫理委員会の承認を得て行った

C. 研究結果

10812 枚の調査票を郵送し、そのうち 3987（36.8%）が返送された。このうち自分事と一般論の質問に関して「はい」「いいえ」のいずれかに回答したものを分析した（表 1）。

表 2 は、分析対象とそれ以外の比較である。分析対象から除外したものは、男性、メンタルウェルビーイングが悪い、孤立、認知症の知識がない、一般的な信頼がない、隣人への信頼がない、などの傾向があった。

表 3 は、診断を共有することに前向きな

参加者とそうでない参加者との比較結果である。関連要因は、男性であること、他人と同居していること、一般的な信頼の欠如、隣人に対する信頼の欠如が、開示しないことと関連した。予想通り、自分事と一般論は強い相関があった。

表 4 は、階層的ロジスティック回帰分析の結果である。社会人口学的要因を含むモデル 1 では、男性であること（オッズ比［OR］2.78、95％信頼区間［CI］1.86-4.14）が、診断を共有しないことと関連していた。メンタルヘルス関連変数を含むモデル 2 では、男性であること（OR 2.78、95％CI 1.84-4.19）、メンタルウェルビーイング不良（OR 1.58、95％CI 1.01-2.48）が関連した。一般的信頼を含むモデル 3 では、男性であること（OR 2.84, 95% CI 1.87-4.31） と一般化された信頼の欠如（OR 2.17, 95% CI 1.32-3.56）が関連した。近所への信頼を含むモデル 4 では、男性であること（OR 2.80, 95% CI 1.03-2.63 ）、戸建て住んでいること（OR 1.64, 95% CI 1.03-2.63 ）、隣人への信頼の欠如（OR 2.79, 95% CI 1.79-4.52 ）が関連した。

表 5 は、一般論としては開示すべきとしていながら自分事としては開示しない人のかん連要因に関する、単変量解析である。唯一の要因は、男性であることであった。これはすべての要因を投入した多変量ロジスティック回帰分析でも確認された（OR 2.82, 95% CI 1.36-5.86）.

D. 考察

開示は個人の自由意志であるが、可変的な開示の促進要因はソーシャルキャピタルの醸成と孤独の減少である。

男性は開示に関して自分事と一般論が一致しない可能性がある。男性が「共生社会の壁」なのかもしれない。高齢の男性が安心して社会参加できる場が必要だが、「集いの場」を作っても、そのような人は参加しないのではないか？抜本的な考え方の変更が必要かもしれない。

E. 結論と今後の課題

共生社会の壁に関して大きな知見が得られた。今後は具体的な方法を研究して実装することが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

１）Miyamae F, Taga T, Okamura T, Awata S. Toward a society where people with dementia 'living alone' or 'being a minority group' can live well Psychogeriatric 22;(4):586-587. 2022

２）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. Psychogeriatric;22(3):332-342. 2022

３）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

4）Tsuda S, Inagaki H, Okamura T, Sugiyama M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Ura C, Sakuma N, Awata S. Promoting cultural change towards dementia friendly communities: a multi-level intervention in Japan. BMC Geriatr. 22(1):360. 2022

5）Ura C, Okamura T, Taga T, yanagisawa C, Yamazaki S, Shimmei M. Living for the city: Feasibility study of a dementia-friendly care farm in an urban area. Int J Geriatr Psychiatry; 37(9): 5794. 2022

6）Takase A, Matoba Y, Taga T, Ito K, Okamura T. Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. BMC Health Serv Res. 22(1):1400.2022

2.　学会発表

1）枝広あや子、稲垣宏樹、杉山美香、岡村毅、宇良千秋、宮前史子、津田修治、井藤佳恵、粟田主一．パンデミックによる行動変化が地域在住高齢者のフレイル発症に及ぼす影響．老年医学会 2022年6月2日‐4日

2）Shuji Tsuda, Hiroki Inagaki, Mika Sugiyama, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Chiaki Ura, Ayako Edahiro, Hiroshi Murayama, Keiko Motokawa, Shuichi Awata. Cognitive decline and mental health among independent older adults living alone in an urban area: a cross-sectional study in Tokyo. Alzheimer's Disease International

3）Okamura T, Takase A, Matoba Y. Older people with urgent, un-aware, and unmet mental health care needs in Tokyo: viewpoint from outside the mental health care system. IAGG2022 Buenos Aires, 12-16 JUNE

4）山崎幸子, 宇良千秋, 岡村毅　中高年ひきこもり当事者が社会とつながるまでの過程. 第81回日本公衆衛生学会総会（山梨 10/7-9）

5）杉山美香　宮前史子　稲垣宏樹　宇良千秋　枝広あや子　岡村毅　粟田主一. 地域在住高齢者の日常生活支援ニーズに認知機能低下と性差は関連があるか. 第81回日本公衆衛生学会総会（山梨 10/7-9）

6）Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Tsutomu Taga, Chieko Yanagisawa, Sachiko Yamazaki, Masaya Shimmei, Atsuko Saito, Hidetoshi Isobe.
Feasibility of urban care farm for an inclusive society for the people living with dementia. The 22th International Association of

Gerontology and Geriatrics World Congress, Buenos Aires, 12-16 JUNE 2022.

7）佐久間尚子，稲垣宏樹，宮前史子，枝広あや子，杉山美香，宇良千秋，山下真里，本川佳子，白部麻樹，岩崎正則，小島成実，大須賀洋祐，笹井浩行，平野浩彦，岡村毅，粟田主一．都市に暮らす高齢者の日常生活行動頻度の基礎的研究：板橋健康長寿縦断研究．第 41 回日本認知症学会学術集会 第 37 回日本老年精神医学会［合同開催］ 2022 年 11 月 25 日-27 日

8）岡村毅（シンポジスト）シンポジウム「死生の学部教育」：多忙な若者に死生学を内発的に学ばせるにはどうすればよいか　　2022 年 9 月 18 日　第 27 回日本臨床死生学会年次大会

9）岡村毅、金子理沙、金子礼灑、近藤修正、柳澤弘明、高瀬 顕功．地域包括ケアシステムにおける死生学　研究拠点で臨床宗教師実習を受け入れた経験から 2022 年老年精神医学会 11 月 25 日

１０）　岡村毅（座長）シンポジウム 7「日本人の死生観と宗教・地域への応用　」宗教と医学の協働にむけて"　日本エンドオブライフケア学会第 5 回学術集会　2022 年 10 月 1 日～2 日

１１）　枝広 あや子．認知症機能低下を抱えた高齢者への口腔と食に関する地域介入～大規模団地における権利ベースの実践～ 日本老年歯科医学会第 33 回学術大会　2022 年 6 月 10-12 日

１２）　枝広あや子（座長）シンポジウム 6「認知症の人の歯科治療：地域特性に合った連携とは」日本老年歯科医学会第 33 回学術大会　2022 年 6 月 10-12 日

１３）　枝広あや子（シンポジスト）シンポジウム 44「実臨床に直ぐ役立つ、認知症者の誤嚥性肺炎・嚥下障害・EOL」認知症の人の QOL を支える健やかな口腔と食への支援第 41 回日本認知症学会集会・第 37 回日本老年精神医学会合同学会　2022 年 11 月 25-27 日　11 月 25 日

１４）　枝広あや子（シンポジスト）シンポジウム 4「最期まで口から食べるを支援する　認知症の Comfort feeding の実践」Comfort feeding のための健やかな口腔の維持～快適で美味しく楽しく安全に～"　日本エンドオブライフケア学会第 5 回学術集会　2022 年 10 月 1-2 日

１５）　宮前史子、釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、佐藤恵、田畑文子、杉山美香、枝広あや子、岡村毅、粟田主一認知症カフェで終末期と死に伴走する：利用者の終末期と死を隠さないことの意味認知症ケア学会　2022 年 6 月 18 日 - 19 日広島

１６）　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，平野浩彦，本川佳子，小原由紀，横山友里，北村明彦，新開省二 都市部在住の認知機能が低下した独居高齢者の生活実態と心身の機能状態に関する報告 ：高島平スタディ郵送調査の結果から．第 81 回日本公衆衛生学会，甲府，2022.10.7-9

G. 知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む.）

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

3.その他
該当なし

研究拠点での以下の研究者（専門職）の皆様の熱意に感謝いたします：井藤佳恵、飯塚あい、稲垣 宏樹、宇良 千秋、枝広 あや子、杉山 美香、宮前 史子、山下真里（以上常勤研究員、50 音順）岡戸 秀美、岡村 睦子、金谷 恵美、金子真由美、釘宮 由紀子、見城澄子、多賀 努、永瀬 雅子、中山 莉子、森倉 三男、山村 正子、柳澤 知恵子
（以上非常勤研究員、50 音順）

表１　自分事と一般論

		自分事として開示			
		する	しない	わからない	計
一般論として開示	する	1227	75	490	1792
	しない	49	133	65	247
	わからない	238	118	1356	1712
	計	1514	326	1911	3751

注　灰色網掛け部分が分析対象である

表２　分析対象とそれ以外の比較

		分析対象 (n=1484)	除外されたもの (N=2267)	
基本的属性				
男性		633 (43%)	1066 (47%)	**
年齢	60's	92 (6%)	116 (5%)	
	70's	857 (58%)	1295 (57%)	
	80's	500 (34%)	802 (35%)	
	90's +	35 (2%)	54 (2%)	
独居		530 (36%)	834 (37%)	
戸建て		221 (21%)	291 (18%)	
メンタルヘルス				
メンタルヘルス不良		299 (21%)	609 (28%)	***
孤独		31 (2%)	99 (5%)	***
認知症の知識				
症状		1309 (89%)	1811 (80%)	***
接し方		801 (54%)	788 (35%)	***
相談先		719 (49%)	687 (30%)	***
信頼				
一般的信頼		1248 (86%)	1763 (80%)	***
近所への信頼		1199 (83%)	1654 (75%)	***

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

表 3　自分事として開示する人としない人の比較

		自分事として開示		
		する（n=1276）	しない（N=208）	
基本的属性				
男性		502 （39%）	131 （63%）	***
年齢	60's	81 （6%）	11 （5%）	
	70's	729 （57%）	128 （61%）	
	80's	434 （34%）	66 （32%）	
	90's +	32 （3%）	3 （1%）	
独居		447 （38%）	53 （26%）	**
戸建て		185 （20%）	36 （28%）	
メンタルヘルス				
メンタルヘルス不良		243 （20%）	56 （28%）	**
孤独		24 （2%）	7 （3%）	
認知症の知識				
症状		1130 （89%）	179 （87%）	
接し方		694 （55%）	104 （51%）	
相談先		624 （49%）	95 （46%）	
信頼				
一般的信頼		1097 （87%）	151 （75%）	***
近所への信頼		1056 （85%）	143 （71%）	***
一般論として開示するか				
する		1227 （96%）	75 （36%）	***
しない		49 （4%）	133 （64%）	

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

表 4　自分事として開示しないことに関する多変量解析の結果

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
男性	2.78 (1.86–4.14)	***	2.78 (1.84–4.19)	***	2.84 (1.87–4.31)	***	2.80 (1.85–4.26)	***
高齢（>80）	1.13 (0.76–1.67)		1.03 (0.68–1.55)		1.09 (0.72–1.64)		1.07 (0.71–1.62)	
同居者がいる	1.39 (0.90–2.16)		1.50 (0.95–2.36)		1.51 (0.95–2.40)		1.52 (1.00–2.41)	
戸建てである	1.41 (0.90–2.20)		1.46 (0.93–2.31)		1.51 (0.95–2.40)		1.64 (1.03–2.63)	*
精神的健康が悪い			1.58 (1.01–2.48)	*	1.38 (0.90–2.22)		1.27 (0.79–2.05)	
一般的信頼欠如					2.17 (1.32–3.56)	**		
近所への信頼欠如							2.84 (1.79–4.52)	***

表 5　一般論としては開示すべきとしていながら自分事としては開示しない人の関連要因

		一般論として開示するべきだとする人のうち自分事になったら				
		開示する（n=1227）		開示しない（N=75）		
基本的属性						
男性		478	(39%)	45	(60%)	***
年齢	60's	76	(6%)	0	(0%)	
	70's	706	(58%)	50	(67%)	
	80's	416	(34%)	23	(31%)	
	90's +	29	(2%)	2	(3%)	
独居		462	(38%)	22	(29%)	
戸建て		175	(19%)	8	(18%)	
メンタルヘルス関連要因						
不良		230	(19%)	17	(24%)	
孤独		23	(2%)	0	(0%)	
知識						
症状		1085	(89%)	63	(85%)	
接し方		670	(55%)	37	(51%)	
相談先		600	(49%)	35	(47%)	
信頼						
一般的信頼		1058	(88%)	58	(82%)	
近所への信頼		1020	(85%)	56	(78%)	

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

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

プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究
独居認知症高齢者の生活支援：訪問看護の視点から

研究分担者　津田修治　　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　中島朋子　　東久留米白十字訪問看護ステーション・所長／
全国訪問看護事業協会・常務理事
研究協力者　小野真由子　東京都健康長寿医療センター研究所・協力研究員
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】独居認知症高齢者は、自らが望んで続けるひとり暮らしであっても、日常は不確かで困難の連続で、しかし他者に頼れず、孤立しやすい傾向がある。その結果、必ずしも望まない施設入所が早期に必要と判断されてしまうことが課題となる。生活をともにして支える家族が不在であるため、地域の医療介護専門職にとっても、特有の支援の難しさや葛藤がある。本研究の目的は、独居認知症高齢者が地域でひとり暮らしを続けることを支える支援の構成概念を明らかにすることである。

【方法】2022 年 6 月から 9 月にかけて、独居認知症高齢者の支援経験の豊富な訪問看護師 14 名に個別・半構造化インタビューを実施した。インタビューデータから逐語録を作成して、テーマ分析をした。東京都健康長寿医療センター研究所の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】14 名の対象者は、50 代の女性が中心で、訪問看護師の経験年数は平均 22.9（標準偏差 10.7）年だった。独居認知症高齢者のひとり暮らしを続けることを支える訪問看護師の実践には、テーマ 1「生活に参加して本人を理解する」、テーマ 2「地域にサポートネットワークを構築する」、テーマ 3「自立と基本的な安全・健康を両立する支援を共創する」、テーマ 4「支援の共創の終わりを認める」の 4 つのテーマを認めた。

【考察】認知症でひとり暮らしという、支援難易度の高い状態にある高齢者に対して、生活に安全と健康をもたらし、ひとり暮らしの継続を支えるという実質的な支援の根幹を示す概念を記述した。この知見は、訪問看護の実践及び、地域の多職種協働において、独居認知症高齢者の支援の実践に手掛かりとなるものであろう。

A. 研究目的
独居認知症高齢者は、たとえ本人が望んだものであっても、日常は不確実や困難の繰り返しで[1]、しかし他者に頼ることができず [2, 3] 孤立しやすい傾向ことが指摘される [4]。結果、必ずしも望まない施設入所が、同居者のいる認知症高齢者よりも早期に必要と判断されることが課題となる [5, 6]。また、同居家族が不在であるため、地域の医療介護専門職には、特有の支援の難しさや葛藤があることが指摘される [7]。そのため、どのように支援すれば良いのかを示すエビデンスの蓄積が課題となっている [8]。本研究の目的は、独居認知症高齢者が地域でひとり暮らしを続けることを支える支援の構成概念を明らかにすることである。

B. 研究方法
2022 年 6 月から 8 月にかけて、独居認知症高齢者の支援について豊富な経験を持つ訪問看護師 14 名に対する個別・半構造化インタビュー調査を実施した。インタビューは録音し、音声データから逐語録を作成して、テーマ分析の手法 [9] で分析した。
（倫理面への配慮）
東京都健康長寿医療センター研究所の研究倫理審査委員会の承認（R22-010）を得て実施した。インタビュー対象者には、研究について説明文書を用いて説明し、書面で同意を得た。

C. 研究結果
14 名の対象者は、年齢は中央値 50 代（20～60 代）で、一人を除いて女性、訪問看護師の経験年数は平均 22.9（SD10.7）年だった。14 名中 8 名が専門／認定看護師資格を持ち、同様に 8 名が認知症に関連する研修の受講歴があった。
インタビューの分析から、独居認知症高齢者の本人が望む在宅生活を健康で安全に送るための訪問看護師の実践する支援に 4 つのテーマを認めた。
テーマ 1「生活に参加して本人を理解する」：本人の立場からは生活の中に活動があり、その活動にサポートが必要になる。本人中心の支援を提供する看護師は、生活に支援者として参加することを起点にして、本人の立場から本人全体を理解する。
テーマ 2「地域にサポート体制を構築する」：本人の生活の活動範囲・活動時間に対応して、適時・適切なサポートを提供したい。そのために利用できるリソースを見つけ、サポートネットワークの中に組み入れ、支援者として適切に機能するように働きかける。
テーマ 3「自立と基本的な安全・健康を両立する支援を共創する」：本人が望む生活を維持するためには、安全・健康の支援が必要だが、時には本人の望まない支援を提供することに迫られる。本人の生活の基準を最大限尊重しながら、生活に安全・健康をもたらすために、本人と互いに納得できる方法を相談し、工夫して支援を一緒に創る。
テーマ 4「支援の共創の終わりを認める」：ひとり暮らしの限界について、本人の判断や、生活を共にして支える家族の判断が得られないとき、支援者に葛藤が生じる。自由な生活の権利に関わるその判断は、専門職としての職務の範囲を超える。しかし、本人の最も身近な専門職としての

責任から、それを無視することはできない。支援の共創の終わりを認めることが、職務の範囲で責任を全うすることとなる。また、終わりを認める責任とは、裏返せば継続を判断する根拠である。

D. 考察

独居認知症高齢者の支援について、訪問看護師のインタビューから経験知を集約し、支援の要となる４つのテーマを抽出した。この４つのテーマを実行することが、本人の望むひとり暮らしに安全と健康をもたらし、生活の継続を助けるものであった。参加（テーマ１）によって、本人が表現しない日常の支援ニーズや、生活の中に隠れたリスクを見つけて、サポートネットワークを作って（テーマ２）、時間的・空間的に広がる本人の活動に対して、そこで生じる困難に対応するものだった。また、支援の共創（テーマ３）によって、ニーズに対応するだけでなく、本人が認知しない・予想しない困難やリスクにも対応した。共創の終わり（テーマ４）は、頼れる支援者として、ひとり暮らしの継続と限界を判断する責任を具体的な行動で示すものだった。
これらの特徴的な実践は、独居認知症高齢者の支援だけに特異的な支援というわけではないが、独居認知症高齢者の支援の特徴を集約したものであろう。生活を共にして支える家族の不在であることに対応し、最も身近な支援者の一人として、それを補う意味があると考えられる。

E. 結論と今後の課題

訪問看護師の実践から、独居認知症高齢者のひとり暮らしを続けることを支える支援とは、「生活に参加して本人を理解する」「地域にサポートネットワークを構築する」「自立と基本的な安全・健康を両立する支援の共創」「支援の共創の終わりを認める」の４つの概念で説明する支援だった。認知症でひとり暮らしという、支援難易度の高い状態にある高齢者に対して、生活の継続を支えるという実質的な支援の根幹を示す概念と言える。これは、訪問看護の実践及び、地域の多職種協働において、同様の実践をする手掛かりとなるものであろう。

F. 研究発表

1.　論文発表

１）Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, et al. Living alone, cognitive function, and well-being of Japanese older men and women: a cross-sectional study. Health Soc Care Community. 2023;7183821

２）津田修治. 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. 2022;33(3):230-4.

2.　学会発表

１）Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, et al. Cognitive decline and mental health among independent older adults living alone in an urban area: a cross-sectional study in Tokyo. Alzheimer's Disease International Conference 2022, London, 2022.6.8-10.

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

Reference

(1). Portacolone E, Rubinstein RL, Covinsky KE, Halpern J, Johnson JK. The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. Gerontologist. 2019;59(2):271-80.

(2). Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving? International Psychogeriatrics. 2010;22(4):607-17.

(3). de Witt L, Ploeg J, Black M. Living alone with dementia: An interpretive phenomenological study with older women. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(8):1698-707.

(4). Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, et al. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. Int J Geriatr Psychiatry. 2020;35(8):851-8.

(5). Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, Gillette-Guyonnet S, Cantet C, 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. 2015;63(4):651-8.

(6). Pimouguet C, Rizzuto D, Schon P, Shakersain B, Angleman S, Lagergren M, et al. Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. Eur J Public Health. 2016;26(1):182-7.

(7). de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. Dementia (London). 2016;15(2):221-38.

(8). Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. London, UK: Alzheimer's Disease International; 2022.

(9). Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

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地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー
独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か

研究分担者　石山麗子　国際医療福祉大学大学院・教授
研究協力者　鈴木善雄　国際医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科博士課程

研究要旨
独居認知症高齢者に対応するケアマネジメントの重要性が指摘されている．本究ではスコーピングレビューにより独居認知症高齢者の地域生活安定化を目指すケアマネジメントの在り方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，独居と非独居におけるケアマネジメントの差異について知見を得ることを目的とした．
文献検索データベース及びハンドサーチを用いて，最終的に 8 件の論文を採択した．独居認知症高齢者のケアマネジメントについては，支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されていることが確認できた．しかし，調査対象が極めて限定的であり，具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証された報告はなかった．また，非認知症・非独居とのケアマネジメントと比較した報告はほぼ認められず，今後の検証作業が期待される．

A．研究目的
要支援･介護高齢者の｢在宅生活の継続性｣を確保するためには，適切なケアマネジメントが極めて重要であるとされている[1,2]．特に独居認知症高齢者における在宅生活継続の困難性については様々な先行研究によって報告されており[3-10]，中島ら[11]は独居であることに加えて，認知症であることの 2 つの要件が重なる独居認知症高齢者の在宅生活継続についての検証は，今後の介護政策やケア提供の在り方を考えていく上で重要な課題の一つであるとしている．
我が国おける独居認知症高齢者に関する研究は，2000 年代に入り報告されるようになったが[10]，独居認知症高齢者に対応するケアマネジメントに関しては，その重要性が指摘されているものの[1,12]，これまでに独居認知症高齢者のケアマネジメントにおいて配慮されるべきことを検証した報告は認められない．また，独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者のケアマネジメントの相違についても，実態が十分に把握されているとはいえない．
よって，本研究では文献検索データベース及びハンドサーチを用いて，独居認知症高齢者の地域生活安定化を目指すケアマネジメントの在り方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，独居と非独居におけるケアマネジメントの差異について知見を得ることを目的とした．

B．研究方法
医学中央雑誌及び CiNii を用いて，｢認知症｣｢独居 or 一人暮らし or ひとり暮らし｣｢ケアマネジメント｣をキーワードとした and 検索を行い，会議録及び重複を除く 99 件の文献を抽出した．また PubMed を用いて，｢dementia｣｢live alone or living alone

or single person」「care management or case management」をキーワードとした and 検索を行い，9 文献を抽出した（文献検索日 2022 年 12 月）．さらに，ハンドサーチで収集した報告書や論文 280 件を含め，抽出した文献を精査し，最終的に 8 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

1）独居認知症高齢者に対する支援困難性

齋藤ら[13]は，ケアマネジメントにおける介護支援専門員の対応困難感の実態について，「独居認知症利用者のケアプラン立案」が設問全 41 項目中 2 番目に困難性が高く，同項目は困難感の程度と困難経験の頻度共に高いことを報告している．また，山﨑[14]は，一人暮らし高齢者の生活実態及び認知症高齢者の在宅生活の継続と施設入所の現状，介護支援専門員による支援の実態についての文献レビューにおいて，介護支援専門員は，独居認知症高齢者を対象としたときのアセスメントにおけるニーズ分析からサービスプロセスで多くの困難を感じているとしている．総じて，介護支援専門員という支援者側からは，「困難さ」というネガティブな視点が注目されていることを指摘している[14]．

2）独居認知症高齢者の在宅生活の継続について

独居認知症高齢者が在宅生活を継続する上でのケアマネジメントの視点として，工藤[15]はケアマネジメントプロセスの繰り返しとパーソン・センタード・ケアの視点が認知症ケアの基本であること，さらに，不安・混乱を解消させるケアを行うことで BPSD の軽減に努めたことを報告している．また，サービスの導入について，中村[16]は本人の意思を尊重して通所系サービスを利用しない選択をし，本人が望む生活(環境を変えない）を継続することで BPSD の進行を送らせることに繋がったとしている．しかしながら，これらの報告は，単一症例のみの検証であることについて留意しなければならない．

独居認知症高齢者の在宅生活の継続に関する限界点については，介護支援専門員へのインタビュー調査から検討した報告がある[17, 18]．いずれも独居認知症高齢者には，本人の在宅独居生活に対する強い意思があるが，本人の希望があっても周囲が支えきれず限界に達しているとしている．久保田ら[17]は，本人の希望は尊重されるべきであるが，火気の取扱いなどの本人の生命の確保ができるかという視点は，独居生活の限界を見極めるために重要であると報告している．また，BPSD の出現を予防していくためのかかわり方など，支援方法の具体化が課題になるとしている．また，久保田ら[18]は，本人と家族達の危険認識の相違と支援者側の予測介入の必要性を指摘している．

また，中島ら[11]は独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題について，介護支援専門員へのインタビュー調査から，「生命の安全を脅かし得る危機」，「セルフマネジメント能力の低下」，「日常生活のほころび」，「必要なサービスの直前キャンセルや拒否」，「十分に頼れない家族との関係」，「脆弱な近隣・友人との関係」の 6 カテゴリーに整理した上で，認知症高齢者を地域レベルで支えていくことの必要性について報告している．

3）独居認知症高齢者のケアマネジメントと非独居群との比較

Webber ら[19]は，独居認知症高齢者は障害の程度は軽度であることが多いとした上で，同居群と比較して通院などの医療サービス利用が少ない，デイケアの利用が少ない，何もサービスを利用していないなどの傾向がある一方で，ケースマネジメントの介入率が有意に高かったと報告している．

また，独居認知症高齢者は，他の高齢者とは異なる健康および社会サービスのニーズを持つ傾向があるとした上で，できるだけ長く地域社会で安全にとどまることを助けるために，サービスを提供する最善の方法を検討することが重要であるとしている．

D．考察

独居認知症高齢者のケアマネジメントにおける困難性は，支援者側の視点をもって示されていた．一方で，具体的な困難性の程度や内容，非独居のケアマネジメントとの比較などに関して触れている報告はなかった．よって被支援者側の視点に立った検証や非独居群との比較等によって，独居認知症高齢者のケアマネジメントにおける困難性についての検証が必要であると考える．さらには，高齢者を老化や機能低下といったネガティブなイメージでとらえるのではなく，個々がそれぞれ持つ可能性や力をひきだすケアマネジメントが必要であるという指摘[16]についても考慮されるべきであると考える．

また，独居認知症高齢者の在宅生活継続については，堀田ら[20]や中島ら[21]が，「独居」であることと「認知症」であることの双方の要因が絡み合い，それぞれ独居生活継続のリスクに繋がっていることを報告しているが，本研究の採択文献においても同様の指摘がなされていた．しかしながら，現状の生活形態を考える上で，ケアマネジメントにおいて具体的にどういった配慮がなされるべきかについて言及している報告はなく，また，量的な視点において検証がなされた研究はほぼ認められなかった．よって，質的・量的ともに更なる検証の積み重ねが必要であるものと考える．

最後に，独居認知症高齢者のケアマネジメントと非独居との比較についてであるが，先行研究では Castillo ら[22]や，Clare ら[23]が，非独居群とのニーズの相違，社会的接触や在宅介護サービス利用の多寡について述べている．堀田ら[24]は，独居認知症高齢者は，非独居群に比して孤独であり生活満足度が低くアンメットニーズが高いこと，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となり，対処法について不安感をもつ場合があることを指摘している．しかしながら，本研究の結果では，独居認知症高齢者のケアマネジメントが，非独居のケアマネジメントと比較して具体的にどのような差異があるのかについては明らかしている研究は認められず，そもそもケアマネジメントへの言及が，介護支援専門員の感じる困難性をもって置き換えられている例が散見された．また，Webber ら[19]の報告は，ケアマネジメント（ケースマネジメント）に言及はしているものの，選択されるサービスの１つとして扱われていることに留意が必要である．

一方で，中島[25]は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に関する研究において，一定数の認知症高齢者が単身世帯であることを指摘した上で，独居要介護高齢者においては，キーパーソンがいる場合といない場合があり，いない場合はケアマネジャーの支援がさらに困難になる可能性を指摘している．つまり，独居群と非独居におけるケアマネジメントの差異という視点の一方で，独居であってもキーパーソンの存在の有無によるケアマネジメントの差異についても考慮しながら検証していく必要があるものと考える．

E．結論

独居認知症高齢者のケアマネジメントについては，支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されていることが確認できた．しかし，調査対象が極めて限定的であり，具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証された報告はなかった．また，非認知症・非独居とのケアマネジメン

トと比較した報告はほぼ認められず，今後の検証作業が期待される．

Ｆ．研究発表
1.　論文発表
なし．
2.　学会発表
なし．
Ｇ．知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3.その他
なし

（引用文献）
1)三菱総合研究所：平成28年度厚生労働省老人保健 事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「適切なケアマネジメントを推進するための保険者機能のあり方に関する調査研究事業報告書別冊　実践事例から学ぶ 効果的なケアプラン点検の実施方法」. 2017.https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000.（2022.12.23 閲覧）.

2)厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)認知症地域支援推進員(概要). 2015.http://www. mhlw. go. jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084. Html. （2022.12.23閲覧）.

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)下垣光，矢部正治，金井一薫：独居生活を送っている認知症高齢者の生活実態と支援について居宅介護支援事業所への調査から．老年社会科学, 30(2)：361（2008）.

5)川合承子：要支援・要介護認定を受けたひとり暮らし在宅高齢者の買い物・調理と日常生活自立度との関連および実行に必要な要因についての検討．国際医療福祉大学紀要, 16(1-2)：54-62（2011）.

6)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).

7)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).

8)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).

9)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).

10)中島民恵子：独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー．日本在宅ケア学会誌，25(2)：225-232(2022).

11)中島民恵子，大林由美子：独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究 ―介護支援専門員へのインタビュー調査を通して．高齢者のケアと行動科学, 27：39-49(2022).

12)株式会社日本総合研究所：令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた 調査研究事業 報告書」.
2020.https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2tekisetsuna_houkokusho.pdf（2022.12.23閲覧).

13)齋藤 智子，佐藤 由美：介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態. 千葉看護学会会誌, 12(2):8-14(2006).

14)山崎 葉子：一人暮らし認知症高齢者の

在宅生活継続を支援する介護支援専門員の支援実態に関する文献研究．上智社会福祉専門学校紀要，10：27-35(2015)．
15)工藤 英範：独居生活を続ける認知症高齢者に対する支援について．理療，51(2)：44-48(2021)．
16)中村 智子：高齢者のケアマネジメントー軽度認知症の高齢者が一人暮らしを続けるためのケアマネジメント．高田短期大学人間介護福祉学科年報 ，5：1-7（2010)．
17)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)．
18)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）.
19)Webber PA, Fox P, Burnette D：Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. The Gerontologist，34(1)：8-14（1994）.
20)堀田聰子，大村綾香，津田修治，大森千尋：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に関する文献調査；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（研究代表者：粟田主一)，令和３年度報告書（2022)．
21)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).
22)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）.
23)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）.
24)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）.
25)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)．

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

独居認知症高齢者に対するケアマネジメントにおいて必要とされる配慮に関する研究

研究分担者　石山麗子　国際医療福祉大学大学院・教授

研究要旨
本研究は,独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにすることを目的に,関東の地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員 10 人に半構造化インタビューを実施した.
世帯構成上は独居でも実践における独居のアプローチは,家族の存在の有無,居所の物理的な距離,家族の関わりの程度の組み合わせで判断していると推定された．支援範囲は,包括職員は,本人に出会う前から制度利用に向けた支援を行い,看取りは皆無であった．居宅ケアマネは制度利用から進行を見据えたうえでの在宅の限界点の検討,看取りまでであった．いずれも一連の支援過程で意思決定支援が行われていたほか,他者の関わりから本人が受ける心的外傷に配慮していた．独居認知症高齢者が地域で暮らし続けられるよう,本人を取巻く別居家族や,地域からみた本人像と本人の関係者を理解したうえでかかわる配慮がなされていた.

A.　研究目的

本邦では,2014 年に地域包括ケアシステムが法律上定義され [1] ,地域を基盤とした統合ケアの構築を目指してきた．2017 年には要介護の原因となる疾患の順位に変化が生じ,一位は認知症,二位は脳血管疾患,となった [2]．要介護者等のいる世帯では単独世帯の割合が増加し,およそ 3 割を占めている [3]．たとえ独居認知症であったとしても,地域の大切な一員として尊厳をもって暮らすことができる社会環境をつくることは関わるすべての者の責務である [4]．実際にそれをどのように行うのか,各々の立場の者が考え,臨床的統合を図らなければならない.

医療・介護の不適切なかかわり方は,認知症高齢者の健康状態を悪化,BPSD を顕著にし,認知機能障害や生活障害も重度化させる．認知症高齢者の複雑で変化するニーズへ対応には,窓口を一本化した統合ケアが適している [5]．介護保険制度にはケアマネジメントが中核的手法として導入されており,窓口一本化の機能が備わっている.
それを担うのは,地域包括支援センターと介護支援専門員（以下,ケアマネジャー）である.
先行研究レビューは,今年度並行して行った「独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー　独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か」において実施した．その結果から,独居認知症高齢者のケアマネジメントについては,支援の困難性や在宅生活継続の観点から言及されていることが確認で

きた．しかし,調査対象が極めて限定的であり,具体的なケアマネジメントにおける配慮事項について検証された報告はないことが明らかになった．併せて,独居,同居のケアマネジメントの比較もほぼ認められなかった.

本研究では,地域包括支援センターの職員（以下,包括職員）及び居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員（以下,居宅CM ）に対するインタビュー調査を通じ,独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにすることを目的とした.

ケアマネジメントのケアには,単に介護だけでなく,関心をはらうこと,気にかけること,配慮することを含む[6)].

B.　研究方法

1.研究デザイン．国際医療福祉大学単独,質的記述的研究.

2.研究方法．半構造化面接によるインタビュー調査.

3.分析方法.

１）包括職員と居宅CMが行う独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮を明らかにするために,包括職員,居宅CM別にインタビューから得られたデータを逐語録にし,カテゴリー化した．本研究は未だ明らかにされていない支援の実態と配慮を明らかにすること,最終的に独居認知症高齢者のケアマネジメント・ガイドの作成を目的としていることから,抽象化を避け,実践に役立つ具体的な支援と配慮の詳細が明白知化されるようにした。

4.分析結果の表記方法．本論文における表記は,カテゴリーは【】,サブカテゴリーは［］,コードは＜＞とした.

5.本研究における用語の定義：

・高齢者：65 以上の者.

・認知症：保健医療福祉の専門職が認知症の疑いがあるとみている者又は認知症の診断を受けている者.

・独居：一つの家（一軒家,マンション,アパート等）に一人で暮らしている者．シニアマンションの一室,家族と同 一敷地内,同一マンション内の場合は除く.

6.研究協力者とインタビュー実施者

研究協力者は,機縁法,行政の推薦を受けた関東圏域（東京,千葉,神奈川,埼玉）に所在する包括職員と居宅 CM で,いずれも独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践経験のある者であった(表 1).

インタビューは,研究者であり介護支援専門員の実践,指導・教育,行政経験のある者が行った

表 1．インタビュー協力者一覧

地域	所属	記号	現職経験年数	職種	時間(分)
千葉	地域包括	A	7	社福士	57
千葉		B	14	保健師	64
東京		C	6	看護師	53
東京		D	4	精福士	58
埼玉		E	14	社福士	52
神奈川		F	17	社福士	67
千葉	居宅介護	a	11	主任CM	77
千葉		b	18	主任CM	53
東京		c	13	主任CM	58
埼玉		s		主任CM	56

7．インタビューガイド

インタビューガイドは,包括職員,居宅CMともに同じものを使用した.

1）独居認知症高齢者の支援の始まりには，どのようなケース（パターン）がありますか．複数思い浮かぶようでしたらすべて教えてください．

2)支援の開始時点で留意していることはなんですか．

3)独居認知症高齢者と家族と同居する認知症高齢者では，地域で生活していくうえでの難しさには違いがあると思いますか．どのような違いで，どのように配慮されていますか．

4)独居認知症高齢者の日常生活，社会生活，住まいや医療の選択など，意思決定はどのようにかかわっていますか．

5)独居認知症高齢者の支援で意識している社会資源の活用や連携にはどのようなことがありますか．

6)独居認知症高齢者の看取りについての経験，どのように考えているかを教えてください．

（倫理面への配慮）

本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：22-Ig-134）

C. 研究結果と考察

1.対象者数とインタビュー実施時間

研究協力者である包括職員（6 人），居宅CM(4 人)に対し，インタビューを実施した．インタビュー実施時間の平均は 58. 5 分，（計 351 分），居宅 CM は平均 61.0 分（計 244 分），合計 595 分であった．

2.生成されたカテゴリー数

語りから，包括職員は 198 コード，149 サブカテゴリーから 18 カテゴリーが生成された（表 2，巻末資料 1）．居宅 CM は 159 コード，144 サブカテゴリーから 18 コードが生成された（表 2，巻末資料 2.）．

表 2. 生成されたカテゴリー数

	ｶﾃｺﾞﾘｰ数	ｻﾌﾞｶﾃｺﾞﾘｰ数	ｺｰﾄﾞ数
包括職員	18	147	197
居宅CM	18	142	159

地域包括職員，居宅 CM それぞれから生成された 18 カテゴリーは，表 3 のとおりであった．

表 3. カテゴリー一覧

地域包括支援センター	居宅介護支援
支援者からみた独居の類型	同居認知症ケースと独居の相違
地域包括の支援範囲	相談経路
同居認知症ケースと独居の相違	相談受理時の確認事項
独居認知症高齢者の意思決定支援	本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方
相談経路	地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる
情報収集経路	独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《出会うまで》	面談とアセスメント
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》	独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：支援開始時》
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《かかわりを拒む場合》	独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：継続実施》
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《初めての自宅入室》	進行を見据えた対応
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《サービス利用に向けた支援》	独居認知症高齢者の意思決定支援
日常生活の安定性を保つための関わりと工夫	サービス利用に向けた支援
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応》	安心して生活するため支援
厳しい周囲の目とそれに対する対応	独居認知症高齢者を支える協働
支援経過で覚える葛藤	支援過程で覚える葛藤
在宅生活の限界の判断基準	独居認知症高齢者の看取り支援
未介入ケースへの思いと責任	解決できていないニーズ
地域で認知症の方を支えるための取組み	在宅の限界点の検討

3.包括職員と介護支援専門員が行うケアマネジメント実践と配慮

1）独居の類型

［世帯構成上の独居と，要する支援としての独居は別］で，【支援者からみた独居の類型】が意識されていた．世帯構成上独居であってもケアマネジメント実践上は［家族近

居で支援有りのケースは,いわゆる独居ではない］と捉えていた.

［支援者が抱く「独居認知症」は,家族は遠方,希な接触頻度のイメージ］であった一方で［家族は物理的距離よりも親族としてのかかわり度の方が重要で、大切な時にきちんと連絡がとれてかかわってくれるかを重視している］という見方もあった.考え方の相違が生じた理由は,前者は包括職員にとって担当する多くのケースのなかで,特段に気を配る粒度の細かさ,安否確認等の頻度の高さ等をさし,後者は大切な意思決定,契約や家族でなければ担えない役割を果たしてくれるなら近居・遠居は大きな差ではないという観点を示しているものと考える.

居宅 CM の語りには＜身寄りのない方＞があった.これらを総合すれば,ケアマネジメント実践者にとっての独居とは,世帯構成上の独居ではない,実践を通じた意識上の独居の類型が存在する.それは,ⅰ）家族の存在の有無,ⅱ）居所の物理的な距離,ⅲ）家族の関わりの程度のマトリックスから判断していると推定される.

ケアマネジメント実践上の独居の類型別の支援の実態が異なる可能性を考慮すれば,今後,ケアマネジメント実践上の独居の類型化及び,類型別の支援の特徴を整理する必要がある.

2) 支援対象と課題

地域包括の【相談経路】は［別居家族］にはじまり医療機関,役所,障害福祉サービス,地域住民,警察・消防・救急,金融機関等の18 サブカテゴリーから生成された.一方,居宅 CM の【相談経路】は 10 サブカテゴリーであった. うち 3 カテゴリーは医師であることから対象別は実質 7 つである. 最も多かったの【相談経路】は［地域包括から］であった.最初の相談は地域包括が受け,それから介護保険サービスを利用する場合には居宅 CM に引き継いでいた.

地域包括支援センターは,地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を包括的に行う施設[7]である.独居認知症高齢者の支援の対象を考えれば,狭義では独居認知症高齢者の本人と家族であるが,独居認知症高齢者の生活にかかわる者は,地域のあらゆる者となる.つまり広義では,すべての地域住民である.ゆえに地域包括の【相談経路は】居宅 CM より広いと考えられる.そればかりか［この地域のどこかに未介入ケースが存在するもどかしさ］を覚える【未介入ケースへの思いと責任】があった.

地域包括,居宅 CM の両者に共通したのは［無いのは本人から］の【相談経路】であった.本人には［言葉に表さなくても感じている不安］があった.認知症と診断された人の多くは,診断を受けるずっと前から自分の変化に気づいていても,様子を見ているしかなかった可能性や[)],高齢であればあるほど,認知症に対する偏見は根強い[9]ことから,隠そうとして相談に至らなかった可能性もある.同居家族が近くにいたり,地域とのかかわりが濃ければ,本人の日常生活機能の変化に早期に気づくこともできるが,独居認知症の場合には［外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入］する状況である.独居の認知症の人は,認知機能障害や生活障害を発端として社会参加が阻まれ,社会活動が減少し,人とのコミュニケーションも希薄になり,社会的孤立 10)の状況に

あることも考えらえる．独居であっても事後の対応ではなく，早期・事前的対応に転換するための仕組みや地域のネットワーキングが必要である．

3）包括職員の支援範囲

①本人に出会うための支援

地域のあらゆる【相談経路】からとして地域のあらゆる者から相談受理しているが，相談受理後には【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《出会うまで》】の対応があった．語りではまさに《出会うまで》と表現され，まだ見ぬ相手に対して［会えるまで繰り返す訪問］，本人に対して包括職員の［存在と訪問理由を知らせる工夫］をしていた．［会える確率を高める工夫］に，［マンション管理人は，住人の外出を把握している］という本人に関する【情報収集経路】の意識を持っていた．また「その方の行動様式（道・時間）受け入れやすい人の特性等の仲間同士での情報交換」する等，担当が個人で対応するのではなく，地域包括支援センター職員がチーム連携していた．

包括職員は，地域からの相談窓口となっていることから，独居認知症高齢者に対する支援範囲の特徴の一つに未だ会ったことのない者に対して会うための支援があった．

相談受理の時点で［外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入］であるため，［外観から伺い知る安否と生活状況］から危険や危機の察知に努めていた．しかし＜外観からすら生活状況（灯・郵便物）を伺い知れない高層マンション・オートロック住まい＞など［外観から伺い知れない都市マンションの生活］という地域性に関連したアプローチの難しさと課題があった．

②自宅入室後の支援

包括職員は【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《初めての自宅入室》】が実現したら［五感から瞬時に感じ取り類推する日常生活状況］，［台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察］し，生活に直結する［ライフラインと必要書類の確認］，［喫緊のニーズへの迅速対応］という，緊急性の確認から対応まで行っていた．

③介入初期における馴染みの関係つくる支援

並行して包括職員は，［シャットアウトを避ける，本人の意に反しない対応を見極めるのは最初の数秒］であると考えており，［警戒心を解く言葉，態度］に努めていた．例えば訪問理由は［行政による定期的な訪問であることを強調］し，認知症である本人の［プライドに配慮した言葉，態度］をとるように心がけていた．【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》】を行っていた．こうした［本人の好むコミュニケーション方法を掴むことは，次の担当者への引継ぎ事項の一つ］としてもとらえていた．

④包括職員によるサービス利用に向けた支援

包括職員は［受診に繋がるまでに要する期間は約3カ月］，［生活基盤整備までに要する期間は約3カ月］と時間をかけながら並行して【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《サービス利用に向けた支援》】に向けて［ケアマネ選びの視点］を持ちながら支援を継続していた．＜地域に対し敏感で，柔軟に対応できるのは小多機＞であると考え，本人の状態や状況から居宅介護支援か小規模多機能型居宅介護のどちらがよ

り適切なのか見極めていた.

⑤介護保険給付以外のサポートを受ける支援

包括職員は介護保険給付以外のサポートだけではなく【日常生活の安定性を保つための関わりと工夫】として［自分で鍵を開けられない場合に備えた対応（キーボックス・緊急時通報システム］，［地域ボランティアの会，○○の会に繋ぐ支援］も行っていた.

⑥看取り

地域包括では対象が独居，認知症に限らず＜要支援者が対象なので看取りはいない＞ため【支援範囲】に［地域包括での看取りケースは皆無］であった.

⑦包括職員の支援範囲

包括職員の支援範囲は，地域のあらゆる者からの独居認知症高齢者の相談に対応する【相談経路】の機能を果たすこと，《出会うまで》，《かかわりを拒む場合》にも，あらゆる手を尽くして《初めての自宅入室》へ繋げること，《馴染みの関係づくり》を行い，《サービス利用に向けた支援》を行うことであった. 並行して行われていたのは，地域の【厳しい周囲の目とそれに対する対応】することであった.［地域包括での看取りケースは皆無］だった.

4) 居宅ケアマネの支援範囲

①本人に会うまで

居宅 CM の支援開始は，地域包括等からの紹介により始まる.【相談経路】［無いのは本人から］の相談であるため，［これまでの経過，困っているのは誰なのかを予め確認］，など【相談受理時の確認事項】があった. つまり，居宅 CM は［本人は困っていないのに，家まで入ってくる人］である可能性がある. あるいは包括職員の語りには＜地域は見守りではなく見張りの状態＞があった. 仮にその方の周囲の人が［認知症の人は問題をおこす迷惑な人という認識］を抱いているなら，本人がこれまで受けてきた周りからの目や対応をどう感じているのかも想像しておかなければならない. なぜなら本人にとっては［専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在］と受け取られかねないからである. 居宅 CM は【本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方】を個別の対象ごとに考えていた.

②本人に会ってからの初期対応

居宅 CM は，本人は［初回訪問で猜疑心を感じているので，何かしようとしている者ではないという態度をとるように心がけている］. 心がけの方法として例えば［一人で暮らしている努力に目を向ける］，［支援を受け入れない背景に目を向ける想像力］持つことがあげられ，［「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標］にしていた. 居宅 CM は本人に会ってからの初期対応として【独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》】を行っていた.

③初期段階の見立てと長期ビジョン

居宅 CM は［進行後の生活への影響を知っていればこそ，利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視］していた. 支援初期段階で目前の［課題解決のサービス導入が目的化］すれば，進行とともにうまくいかなる. そうした新人時代の経験を踏まえ，［3 年，5 年，10 年後の住まいと暮らしに必要な人をどうするのか見据えた支援］，を行っていた. つまり，初めて本人に会う段階から認知症の【進行を見据えた対応】を行ってい

た．

④面談とアセスメント

居宅CMは本人が［独居になった経緯の確認］を行い，［本人が一番頼りにする人の把握］［本人が関わりを望む・望まない人の確認］を行っていた．この関係を居宅CMは，緊急連絡先や，この先訪れる看取り支援に繋がるチーム構成に関わる可能性として捉えている．これも【進行を見据えた対応】に繋がる．

アセスメントは［活動状況とADLの類推］，［24時間の生活ヒアリングで生活リズムの確認］等，厚生労働省の定める項目に準じて行っていた．認知症のアセスメントの特徴といえるのは［24時間生活の生活実態と好みの食べ物，番組等情報の収集］も行い，楽しみのある，心が穏やかに暮らせるための情報収拾も行うこと，［認知症の方によくある行動から仮設をたてた事実確認］や［同じ質問を繰り返して認知機能を確認］を行っていた．

［会話からこだわり，強調したいことを拾い上げる］こと，［本人が見せたいもの（飾りつけ等）からエピソードの紐解き］，［意図的な世間話から情報収集と信頼関係構築］を並行していた．

部屋が［汚い，散らかっていても専門職の主観だけでなく，本人の捉え方も確認］し，ニーズのすり合わせ，サービス利用に向けた支援にもつなげる機能を持たせていた．

⑤サービス利用に向けた支援

【サービス利用に向けた支援】では，
せっかく信頼関係ができはじめていても介護保険の［説明の仕方次第で気持ちを閉ざしかねない］．本人が乗り気でない場合には，［高齢で，一人で暮らしている努力に目を向ける］こと，［支援を受け入れない背景に目を向ける想像力］を持ちながら，［納得を得て利用開始までに要する期間は３～6か月］にわたり，根気よくアプローチしていた．

⑥安心して生活するため支援

介護保険サービスは利用していても［サービスが不足する年末年始の独居生活を支える］よう＜在宅サービスが休みになるお正月はショートステイ利用で生活を繋ぐ＞，あるいは＜お正月だけ遠方の家族に来てもらい，年末ぎりぎりに訪問して介護や医療的ケアの方法を教える＞など季節ごとの細やかな対応をしていた．

緊急時への対応として［市の事業で救急に備えたお薬キットを冷蔵庫に準備］していた．

［金銭管理の課題に対する地域権利擁護事業］，［身寄りのない方へ成年後見制度を紹介し，申請プロセスも支援］，［資産のある方には市の弁護士相談を紹介］をしていた．

⑦解決できない問題

【解決できていないニーズ】には［確定申告は支援範囲外で，是非の確認すら難しい］こと，利用者に［資産管理のニーズはあってもケアマネが行う支援の範囲外］と認識されれば，かえって利用者や別居の家族に警戒されるため関与できていなかった．

居宅CMや訪問介護などと協力して家の中を確認していても［高額な数珠の購入，人にお金を渡すなど1回に数百万単位の詐欺に何度もひっかかっている］など繰り返す【詐欺被害予防と難しさ】を感じてた．

⑧ケアマネジメント実施体制上の課題

例えば，身体合併症がない利用者のケアプランが訪問介護のみの場合には，［身体合併症がなければ，身体状態の変化の把握は

介護職の役割］となる．居宅 CM の約７割が介護福祉士であり [11)]，医療的観点からの観察は難しい．

併せて＜多職種協働が望めない福祉用具単品プラン＞があった．福祉用具利用だけの場合には，アセスメント及びモニタリングの視点は，ほぼ居宅 CM だけで行うこととなる．独居認知症高齢者の生活機能障害を確認することは，困難を極める．【安心して生活するため支援】には，インフォーマルサポートの充実はもちろんのこと，医療介護連携の機能を果たすフォーマルサービスの構成も重要な鍵を握る．

⑨看取りの支援

地域包括には皆無で，居宅 CM にあったのは【独居認知症高齢者の看取り支援】である．居宅 CM は［受け持ったら最期まで関わる覚悟］を抱き，［本人から冗談でも死の話が出たときが確認の機会］をうかがうなど，日常の他愛もない会話のやりとりから意図的に「死」にもかかわる本人の意向を汲み取る【独居認知症の意思決定支援】も行っていた．

看取りが死を到達地点にしているのではなく［進行に応じて嚥下評価の依頼と食事形態に配慮］，［進行を見据え，本人を知る人，チーム形成する視点］を持ちながら【進行を見据えた対応】と並行して行っていた．

［本人の自宅希望に添い，最期は家族が来て看取った事例］もあれば，一人で死を迎えることを［地域が認めず最期に地域から去った事例］もあった．【独居認知症高齢者の看取り支援】には，［後見人の支援を受けて実現した独居認知症の方の在宅看取り］が有効であった．ここから推定できることは，看取りに至るまで【地域からみた本人像，関係者を知ったうえで関係者にかかわる】必要性である．

⑩居宅ＣＭの支援範囲

居宅 CM の独居認知症高齢者に対する支援範囲は，地域包括等いったん専門職の関与を受けた後の相談受理から，【進行を見据えた対応】，【独居認知症高齢者の看取り支援】看取りまでであった．その支援プロセスでは，後述する本人をとりまく【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：支援開始時》】，【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：継続実施》】をはじめ，独居認知症高齢者が地域で暮らし続けることができるよう【地域からみた本人像，関係者を知ったうえで関係者にかかわる】配慮がなされていた．

5）包括職員と居宅 CM のごみへの対応

①取扱うごみ問題の特徴

包括職員と居宅 CM のいずれもが配慮したことにごみへの対応があった．包括職員の視点は，【相談経路】である近隣住民から寄せられる＜ごみ出し＞の問題と，本人の長期間にわたり蓄積された＜ごみ，害虫＞，＜ごみ屋敷＞という視点であった．他方，居宅 CM が主に取り扱うのは，日々の＜ごみ出し＞によって生じる，いわば継続的なごみ出し問題への伴走型アプローチであった．そのため，語りのなかで“ごみ”の出現回数は居宅 CM の方が多かった．

②居宅 CM が行うごみへの対応

ごみの支援はごみの中身を見ることもある．本人が地域からどう見られているか気にしているなら，ごみ出しの支援の種類は［生活実態を知られる恐れを感じるならゴミ出しはフォーマルサービス］を提案する

細やかな配慮があった.

＜市のゴミ出しサービスは登録しても曜日を間違え地域でトラブルになる＞ため［ゴミ出し前夜にケアマネからフォローの電話］を入れるなど,継続的かつ細やかな支援を行っていた.これは地域からの［本人の迷惑行為の訴え先は専門職］になっており,対応せざるを得ないという理由と,本人の今後にかかわる観点がある.

ごみの問題等さまざまな在宅生活上の課題が地域との関係性に発展し,やがては［地域が認めず最期に地域から去った事例］など【在宅の限界点の検討】や【独居認知症高齢者の看取り支援】に繋がることを経験しているからであると考える.居宅CMが独居認知症高齢者にかかわる上では常に【地域からみた本人像,関係者を知ったうえで関係者にかかわる】必要があり,ごみの問題は,その最たるものである.

つまり,ごみへの対応は,単なる本人に限定した衛生上,QOL の問題にとどまらず,本人と地域のニーズが連関し,本人の人生にまで発展する問題の種となる.また,こうした経験を重ねた住民の認知症に対する偏見も高まる恐れがある.居宅CMは［トラブル発生時のケアマネの対応で地域の許容度をアップしたいという思い］を抱いていた.ケアマネジメントは個別のケアマネジメントと,地域それは,個々の利用者支援を通じ,地域の理解を深め,その積み重ねが今後,自宅で生活をしたいと願う利用者の希望を叶える地域づくりに繋げる取組みであると考える.

6) 独居認知症高齢者に対する意思決定支援

【独居認知症高齢者に対する意思決定支援】は包括職員,居宅 CM のいずれにも生成された.

①支援者が関わることへの支援

包括職員,居宅 CM に共通したのは【相談経路】に［無いのは本人から］の相談であった.であるなら専門職は［本人は困っていないのに,家まで入ってくる人］かもしれない.そのため,居宅 CM は【本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方】に留意していた.本人からみれば,もしかすると［専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在］となる可能性もある.

専門職からみれば,支援の必要性が認められても［初回の失敗は二度と支援に入れないリスクをつくる恐れ］がある.［進行後の生活への影響を知っていればこそ,利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視］するため、ケアマネ・専門職は［制限する人ではないと理解してもらう関わり方］をして,［ちょっとした相談ができる人］という存在を目指していた.

最初の意思決定支援は,本人に対してこれから専門職がかかわることを認めてもらえるかであった.今後最期まで伴走する,すべての支援の始まりである.

②かかわる姿勢と葛藤

独居認知症高齢者は,家族をはじめ周囲の人とのかかわりが少ない.意思決定支援にあたっては［人間として信頼で結ばれた関係のなかで高まる自己表現の可能性］導き出すアプローチが求められる.そのかかわりとして,［認知症への配慮はしても「認知症」としてみない姿勢］である.偏見は,一般の人だけでなく専門職にも存在することが指摘されている[12].［専門職として［認知症病態評価と,本人の意思を的確に捉え,実現する支援ができることは別な能力］で

ある．

認知症専門医であり認知症に罹患した長谷川和夫氏は，認知症になっても，私は私のままであり続けています．今日の私は昨日まで生きていた続きの私ですと述べている[13]．このような関わりには，時間と心のゆとりが必要となる．

意思決定支援は，本人の意思を繰り返し確認することや，本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であるとされている[14]．一方で，近年の介護保険制度は効率性を重視した改正が続けられている．居宅CMには［効率性，家族の満足度から，家族重視に偏重する専門職の態度］に専門職が【支援過程で覚える葛藤】があった．

③サービス利用に向けた意思決定支援

［地域包括が関わる意思決定支援の範囲は，医療，介護の利用同意］や［予め準備しておくべき成年後見人の選定］のように，包括職員は，介入初期の活用可能な制度の提示と利用同意に関する意思決定が主であった．

居宅CMは［意思決定支援は毎日やり続けてできること］が中心であった．高齢者がそのときに必要な支援が受けられ，普段どおりの生活を継続できることを基本[14]とした考え方である．【サービス利用に向けた支援】はそれを実現するための意思決定支援となる．

④進行の段階に応じた意思決定支援

毎日の生活を伴走する延長線上には，［言葉に表さなくても感じている不安（室温管理・火の不始末）を引っ張りだせること］があり，本人の不安と意向を確認しながら，経済面なども配慮し現実的な対応へと繋いでいた．【進行を見据えた対応】では［進行に応じて嚥下評価の依頼と食事形態に配慮］があった．単に食事形態を対応させるだけでは，QOL低下に繋がりかねない．本人が言葉として表出できなくても，継続的に把握してきた本人の＜好み＞を活かすことで本人の意思を介護職と協働して支持していた．

⑤在宅の限界点，看取りに対応する意思決定支援

【在宅の限界点の検討】や【認知症独居高齢者の看取り支援】では，［意思決定支援は毎日やり続けてできること］の延長線上で行うという考えであった．

これらの支援は，介護保険法における被保険者の尊厳の保持と，居宅において自立した日常生活を送ることができるよう配慮すること，その利用者の個別の状況に応じて，その利用者の選択に基づき適切なサービスが総合的かつ効率的に適用されるよう配慮して行われるべきものであること[15]という居宅ＣＭの責務を伴走型の意思決定支援を通じて実践していると考える．

7）独居と同居の相違

①生活実態把握の困難さと

独居認知症高齢者の課題は，本人の［生活実態が把握できないこと］である．

包括職員と居宅CMの共通カテゴリーに【独居認知症と同居の相違】があった．同居の場合には生活機能障害に気づく家族等がいるが，独居の支援開始時時点の本人像は［相談が入るレベルでの支援開始は，認知症は進んだ状態］であった．独居認知症高齢者の場合，専門職介入の前後を問わず，本人の［生活実態が把握できないこと］の課題は解決されない．ケアマネジメントはニーズを基点にサービスを展開する．ニーズ抽出の機能であるアセスメントの出発点である事実

確認が不十分である以上, 現況下における最善の選択肢を提案することには限界がある. ここに同居と独居のケアマネジメントの質の格差という課題が生じている.

現在, テクノロジーを活用し独居高齢者の 24 時間モニタリングを行う研究が進んでいるが, 事実把握後に, 支援に変化が生じていた [16].

②家族に代わる存在

同居との相違に独居認知症高齢者には日常的に［周囲の者に対してフォローする存在がいないこと］があった.［苦情の報告先は民生委員とケアマネジャー］で, 居宅CMは［平日・休日, 昼夜時を問わず, 業務外でもトラブル対応］するなど［地域との関係の事実上フォローは専門職］が行っていた. 地域で暮らすには［独居は家族の代わりを探さなければならないこと］を挙げていた. こうした実態を今後は別居の家族はもとより［専門職が担える範囲を地域にも理解してもらう必要性］があると考えていた.

8）家族への対応

①独居認知症高齢者に関わりたくない家族の多さと対応

包括職員, 居宅CMともに家族への対応を行っていた. 家族は存在していても包括職員では［死ぬまで関わりたくない家族の多さ］, 居宅CMでは［ケアマネがついたからもう大丈夫！というのが別居家族が抱く意識］があった. ゆえに居宅CMは［独居になった経緯の確認］や［家族が同席を拒むなら, ことさら本人の話を聞く必要性］があると考えていた.

包括職員は［死ぬまで関わりを拒む家族には家族の責任と権利を伝え, 了解を得る必要性］があると考えていた. 居宅CMは面談には［家族には可能な限り同席依頼］し,［ケアマネの支援範囲と家族が行うべき役割の認識を促す］説明を行っていた. そのうえで［協力・拒否もその家族次第］であると判断していた. もし, 執拗に関わりを求めれば, かえって本人との関係を悪化させる恐れが生じるとの考えである.

家族の人間関係は複雑であるが, 家族にしかできないケアもある. 家族の絆, 関係性を作ることは, 本人の安心につながることもある [17]. そうしたことを念頭においた家族へのかかわりも必要である.

②居宅CMの家族への対応

長期にわたり伴走する居宅CMには,【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：支援開始時》】と【独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応：継続実施》】があった.

支援開始時点でコンタクトの取れる家族には［その別居家族の困りごと・困らないこと確認］を行い, 本人中心とはいえ, 家族に配慮する必要性と, その気持ちが伝わることで家族との信頼関係の構築にも繋がる.

意思決定支援の観点では,［利用者本位とはいえ家族の同意なく進まない現実］がある.［家族のなかの意見が分かれることは当然のこと］であるため, 本人の支援にあたっては［家族, 親族の意向とのすり合わせ］は欠かせない.

本人は忘れることが増えるため, サービス利用にあたっても［本人がこんな約束していないと怒ればケアマネが謝り, 何度でも説明を繰り返す］状況がある. 特に心身状態の変化, サービスの選択, 契約行為, 金銭管理は, 家族と共有しておく必要性の高い

事項である.[担当者会議の度に家族の緊急連絡先の確認] も行っていた.

継続的な対応では,［家族自身の生活,仕事に配慮した情報収集]と現在の[家族の認知症と,本人の捉え方の確認］を行い,家族へ配慮すべき点の判断材料となる情報収集を行い,［別居家族に対し本人の現状と今後のリスクの説明]を行っていた.内容は[家族への報告は日常生活情報,今後に備えた予防的観点まで]広かった.報告を行ったことで家族の心理に変化が生じる可能性もあることから[現状報告・リスク予測と併せて家族の困りごとを継続確認] していた.

独居高齢者がその地域で暮らし続けられるかは,地域が左右するものであるという経験を通じ,居宅 CM は［地域からみた本人像,関係者を知ったうえで関係者にかかわる]必要を感じていた.そこで[家族から地域の関係者に挨拶する重要性の情報提供] を行っていた.[近隣の協力度はこれまでの積み重ねと家族の関わり度］による.［家族の振る舞いに左右される本人の周囲との繋がり]が良い方向へ向かうよう,家族にはたらきかけていた.

9) 独居認知症高齢者を支える協働

①本人を支える関係者の協働

独居認知症高齢者が地域での暮らしを継続することは,意思決定の連続である.意思決定支援チームは,身近な信頼できる家族・親族,福 祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り,本人の 意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制とされている[18]．本研究においても【独居認知症高齢者を支える協働】が行われていた．連携の範囲は,その人の生活に必要な幅広さを持っており,農村部,都市部,団地などで連携先も異なっていた.

②本人の困りごとがあるとするなら偏見

繋がりがあることは,関わりがあることである.［関わる人の認知症の捉え方が直接症状に影響］する．居宅の CM は［本人に困りごとがあるとするなら地域の偏見と差別］を挙げた.［被害妄想は妄想ではなく事実である可能性を想定］していた.［認知症の無理解なら善意の関わりでも症状悪化の要因］となるため,本人が周囲から受ける外傷に配慮していた.

認知症に罹患していることを受け容れることと認知症の人として周囲から扱われることを受け容れることは,まったく別の体験である[19]．本人をとりまく多くの者の協働がなければ,独居認知症高齢者の地域での生活は実現できない.いうまでもなく,そのかかわり自体が本人の外傷になっていないか,用心深く見ていく必要がある.

ケアマネジメント実践者は「境に橋を渡すこと (boundary spanning)」に努める者である[20].医療介護の専門職はもとより,他制度に関連する機関,行政,民間企業,団体,自治会,民生委員,近隣住民等の理解を深める活動を個別のケアマネジメントの積み重ねの効果を狙った実践がこれまで以上に求められる.

D. 結論と今後の課題

1) 結論

・ケアマネジメント実践者における独居とは,世帯構成独居ではなく,実践を通じた意識上の独居の類型が存在していた．ⅰ)家族の存在の有無,ⅱ)居所の物理的な距離,ⅲ)

家族の関わりの程度のマトリックスから判断していると推定される.

・包括職員の支援範囲は, 地域のあらゆる者からの独居認知症高齢者の相談に対応し, 相談経路の機能を果たすこと, 相談受理から本人に出会うまで, 本人がかかわりを拒む場合にも, あらゆる手を尽くし, 初めての自宅入室へ繋げること, 馴染みの関係づくりを行い, サービス利用に向けた支援に繋げることであった. 地域において本人に向けられる周囲の厳しい目とそれに対する対応も行っていた. 一方で地域包括での看取りケースは皆無だった.

・居宅 CM の独居認知症高齢者に対する支援範囲は, 地域包括等の介入の後に始まった. 相談受理と同時に進行を見据えた対応, 独居認知症高齢者の看取り支援, 看取りまでの一連であった. 家族への対応には支援開始時と継続的実施事項があった. 独居認知症高齢者が地域で暮らし続けることができるよう, 地域からみた本人像, 関係者を知ったうえで関係者にかかわる配慮がなされていた. 支援開始から, 日常的なことがらから在宅の限界点や看取りに至るまで迄の意思決定支援に関与していた. そのなかで本人が受ける偏見とその外傷に配慮していた.

2）今後の課題

ケアマネジメント実践上の独居の類型別の支援の実態が異なる可能性を考慮すれば, 今後, ケアマネジメント実践上の独居の類型化及び, 類型別の支援の特徴を整理する必要がある.

本研究は, 関東を対象としたがその中でも都心, 農村部, 団地などでかかわりの相違があった. 地域性は地域ごとに多様ではあるが, 地域性の類型と共通する特性があるのか探索する必要もある.

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む.）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Reference

1)地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律. 第 2 条

2)厚生労働省. 2019 年国民生活基礎調査の概況. 表 18. 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf　2023.3.15

3)厚生労働省. 2019 年国民生活基礎調査の概況. 表 16. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf 2023.3.15

4)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:2（2022）

5)栗田主一.認知症初期集中支援チーム実践テキストブックDASCによる認知症アセスメントと初期支援.東京:中央法規,2015:18-25
6)岡田進一.ケアマネジメント原論　洪絵里社と家族に対する相談支援の原理と実践方法.東京:ワールドプランニング,2011:20
7)介護保険法．第115条第46項
8)繁田雅弘.認知症といわれたら自分と家族がいまできること.東京:講談社,2022:10
9)繁田雅弘.認知症の精神療養　アルツハイマー型認知症の人と対話.神奈川.HOUSE出版社株式会社,2020:82
10)栗田主一.認知症初期集中支援チーム実践テキストブックDASCによる認知症アセスメントと初期支援.東京:中央法規,2015:29-30
11)厚生労働省老健局
12)繁田雅弘.認知症の精神療法 アルツハイマー型認知症の人との対話.神奈川.HOUSE出版株式会社,2020:83-84
13)長谷川和夫.認知症でも心は豊に生きている.東京.中央法規,2021:152-153
14)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.2018:7
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf
2023.04.15
14)白澤政和.ケアマネジメントの本質,生活支援のあり方と実践方法.東京:中央法規,2018:128
15)指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準第1条第2項第1
16)パナソニック．国際医療福祉大学大学院．デジタルケアアマネジメントの効果検証
17)長谷川和夫.認知症でも心は豊かに生きている.東京:中央法規,2021:152-153
18)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.2018:5 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf
2023.04.15
19)繁田雅弘.認知症の精神療養　アルツハイマー型認知症の人と対話.神奈川.HOUSE出版社株式会社,2020:83
20)デビッドP.マクスリー,野中猛,加瀬裕子監訳.ケースマネジメント入門．東京:中央法規,2014:10

巻末資料 1．地域包括支援センター職員による独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
支援者からみた独居の類型	イコールではない支援上の独居と、世帯構成上の独居	世帯構成上の独居と要する支援としての独居は別	A15
	家族は距離より重要なポイントでの対応を行う関わり度	家族は物理的距離よりも親族としてのかかり度の方が大切で、重要な時にきちんと連絡がとれてかかわってくれるかを重視している	F19
	独居のイメージが薄い近居・支援有のケース	家族近居で支援有りのケースは、いわゆる独居ではない	A12
	遠居・接触低頻度は独居ケース	支援者が抱く「独居認知症」は家族は遠方、希な接触頻度のイメージ	A13
地域包括の支援範囲	地域包括での看取りケースは皆無	地域包括では認知症の方の看取りケースはない	A68
		看取り自体がほぼない	B40
	看取りケースは存在しない	要支援者が対象なので看取りはいない	C27
独居認知症と同居の相違	そもそもの課題の相違	独居認知症高齢者の支援は課題が連なる	A18
	生活実態が把握できないこと	支援の難しさは独居認知症高齢者の生活実態が把握できないこと	E 8
	相談が入るレベルでの支援開始は、認知症は進んだ状態	近所から困っている連絡が入るレベルでは、相当進んでいる	E9
	同居ケースではIADL支援は家族、独居では訪問介護に依頼	同居ケースではIADL支援をお願いするが独居では訪問介護	C17
	同居ケースでは食事は家族、独居は配食サービスに依頼、食事は孤食	同居は家族と食事、独居では火事のリスク、栄養を考慮し、見守り支援でもある配食弁当を一人で食す	C18
	地域包括等支援者の本人への接触頻度	同居は少なくとも月1回、別居の家族への接触頻度はケース次第	A11
	周囲の者に対してフォローする存在がいないこと	サービスが入っても独居認知症高齢者と周りとの関係をフォローする人は不在である	A44
	専門職が行っている地域住民へのフォロー	家族同居の認知症の人は周囲に家族がフォローするし体裁を保つため支援者の介入は限定的	A43
	専門職が家族に代わって行っている地域への謝罪	独居認知症高齢者の場合には、地域包括が家族に代わって謝罪することがある	A53
	遠方の家族が「心配」を理由に本人の望まぬサービス利用を要求すること	遠方の家族は心配してサービスを入れて欲しがるが、難しいのは本人は望んでいないそのすり合わせ	C29
	細部に目や手をかけることは家族がいるメリットだが、本人の感情や意思決定に沿えるのは独居	生活の細部を見る家族いることと、一方で感情の安定や意思決定では独居の方が良いこともある	F18
独居認知症高齢者の意思決定支援	生活を本人に決めてもらう支援	生活自体が意思決定、本人に決めてもらう支援を継続	A71
		認知症中等度まではどうしたいか聞けばしっかりと答えておられる	C22
	地域包括が関わる意思決定支援の範囲は、医療、介護の利用同意	地域包括の意思決定支援の範囲（受診、服薬、手術、介護保険利用）	C24
	生活を教えてもらうことの意思決定の基礎	本人の生活歴がわかると、嫌なこともわかるので情報提供の仕方のヒントになる	F14
	セルフネグレクトの意思決定支援	セルフネグレクトでは、本人からもともとの生活を教えてもらって一	A72
	価値を知るヒントは自宅内の物にまつわるエピソードを集めること	自宅にある写真、賞状、物から話を解きほぐして教えてもらい、意思決定につなげる	F15
	本人なりの理由を推し量ること	家族には頑固でも第三者に礼儀正しい人には、その介入の意味がある	A37
	大半がそうだからといってその人がそうとは限らないのが意思	大半がそうだからといって全てがそうだとは限らない	A74
	認知症病態評価と、本人の意思を的確に捉え、実現する支援ができることは別な能力	認知症の病態を評価することと、本人の自発的な意思を確認して支える意識と技術があることは別である	D26
	人間として信頼で結ばれた関係のなかで高まる自己表現の可能性	独居は家族情報・関わりが少ないなか、人間としてかかわり、信頼関係の程度が本人が自己表現できるかに関わる。	D27
	情報提供内容・方法を決定づけるのは生活歴の情報粒度	本人の生活歴がわかると、嫌なこともわかるので情報提供の仕方のヒントになる	F14
	後見申し立ては契約行為の支援	後見申し立て期間は本人の契約行為を支援すること	A73
	予め準備しておくべき成年後見人の選定	高度認知症になったときの医療の選択に備えて成年後見人の選定は必要	C23

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
相談経路	別居家族から	最も多い相談経路は、別居の家族。	A1
		別居家族から本人を心配する相談	B5
		別居の家族からの相談	E2
	病院から（退院）	病院からの相談は、独居・認知症の退院ケースで、一人暮らしに対する心配。	A2
		入退院	F1
	クリニックから（通院）	クリニックから多いのは、定期受診が難しくなった患者の生活を心配する相談。	A3
		多い順の最後は病院、クリニックなどの医療機関	B3
		通院	F2
	薬局から	最近同じ事を何度もきくようになったとの相談	E
	生活保護CWから	生活保護ケースワーカーからは、訪問時の部屋の変化を察知した相談。	A4
	役所の公共窓口	役所の公共窓口での手続きから	D４
	市が実施する高齢者・独居の訪問サービスで	市が実施する高齢者・独居の訪問サービス	D7
	町内会から	町内会というコミュニティ	D１
		回覧板が戻ってこないという相談から発覚する	E11
	民生委員から	この自治体で一番多いのは民生委員からの相談	B1
		民生委員という地域地盤のコミュニティ	D2
		民生委員	E4
	近所から	比率は少ないながら近所からの相談	A5
		他機関連携の地区訪問でつくった馴染みの関係から寄せられる「心配な人」の相談。	A6
		近隣住民	E3
	他の地域包括から	認知症初期集中支援チームを担う地域包括への他地域包括からのSO	A7
	緊急連絡先であるマンション管理人からの相談	緊急連絡先がマンション管理人に設定されているケースでは、地域包括に連絡が入る	C5
	地域からの困りごと相談		F3
	老人福祉センター活動から	老人福祉センター活動から	F4
	障害福祉サービスの職員から	障害福祉サービス（通所）の職員から親御さんの物忘れが増えたという相談	F5
	警察・消防・救急から	この包括で多いのは警察・消防・救急からの紹介	B2
		物を盗って警察沙汰、見かねた住民が食べるものを与える等の問題	B24
	銀行	銀行からの発信	D５
	無いのは本人から	本人相談は認知症以外の方はあっても、認知症本人からは皆無	B4
		消費者被害（1000万円）にあっていても、本人が困っていなければ開始とならない支援関係	C10
		本人からの相談は身体疾患に関する相談	D8
	本人からの相談は書類の処理	本人からの相談は書類の処理への対応	E5
	本人は寂しくて話合い相手を求めての来所	寂しさからふと来所して話が止まらない人がいる	E6

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
情報収集経路	民生委員、宅配弁当、病院、歯医者、銀行、郵便局、お店の方	民生委員、宅配弁当、病院、歯医者、銀行、郵便局、お店の方、住民の立ち話から	B37
	電話は難しいため、主な方法は町会参加、歩き回って立ち話から収集	電話をかけて情報収取はハードルが高いから、直接あって自然に。	B38
	生活状況（外出・家族状況）を把握しているのはマンション管理人	マンション管理人は、住人の外出を把握している	C3
		マンション管理人は、住人の家族情報把握している	C4
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《出会うまで》	会えるまで繰り返す訪問	対応するところは他にはないとの認識からひたすら継続する訪問	B17
		会えなくても何度でも訪問する	A27
	存在と訪問理由を知らせる工夫	最初は会えなくても訪問して名刺置くことの繰り返し	B7
		会ってもらえないケースでは、名刺、手紙を郵便受けに入れてくる	A29
	会える確率を高める工夫	何度も訪問することで、自然に外で会える機会に遭遇する	A33
		その方の行動様式（道・時間）受け入れやすい人の特性等の仲間同士での情報交換	A35
	会えなくても訪問は常に意図的な取組	訪問は意図的に行う	A21
	外観から伺い知る安否と生活状況	会えなくても外から生活状況を見に行って察する。	A28
		最初は会えなくても外から見える範囲で安全確認	B8
		会えない期間の外観からの安否確認は雨戸・カーテン、洗濯物、落ち葉の蓄積などに生活のさま	B9
	外観から伺い知れない都市マンションの生活	外観からすら生活状況（灯・郵便物）を伺い知れない高層マンション・オートロック住まい	C2
	初回接触で見極める生命・安全の機器と有効な協力者	生命、安全等への介入の必要性の見極めは初回訪問時	A49
		対応すべき緊急度に応じ見極める協力先とタイミング	B10
	最優先するのは、本人の困りごとに対して、誰が、どう対応アプローチするかということ	本人の困りごとに対して何を優先し、誰がどうアプローチするのが良いかを最優先する	C9

独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》	シャットアウトを避ける、本人の意に反しない対応を見極めるのは最初の数秒	初回訪問の秒単位で見立てるのは、本人の意向表明のレベル、そのなかでどのような意向なのか、意に反しない近づき方をしなければ	F6
	警戒心を解く言葉、態度	最初に行うのは警戒心を解く関係づくり	B6
	行政による定期的な訪問であることを強調	初めてかける言葉は市の巡回相談	B25
		行政から来ました、定期性のある訪問なので、今後も来ますと伝える。	D12
	プライドに配慮した言葉、態度	かけてはいけない言葉はあなたに関する相談があったという事実	B11
		認知症という言葉を出した瞬間に切れるきっかけ	C11
	本人の好むコミュニケーション方法を掴むことは、次の担当者への引継ぎ事項の一つ	本人の好む受け入れの入り口はどうなのかを掴んで次にバトンタッチする	F7
	入口は本人の困りごと、悩みごとから	始まりは認知症ではなく、お身体に関する悩みをお聞きすること	C８
		入口は本人の困りごとから	D9
	優先するのは周囲の訴えより本人の言い分	一見正しい周りの要望を押し付けず、本人の言い分を優先する	A23
		会えたら話を聞き、信頼関係をつくる	A22
	会話から拾う、実は本人が違和感を覚えているエピソード	本人が実は違和感を感じているエピソードを会話から疲労こと	D11
	続けて会えるための努力と工夫	2回目にかける言葉には工夫が必要	B12
		初期段階は2週間で4～6回程度の集中訪問で1回5分	B13
		本人に覚えてもらうのは集中訪問の訪問3、4回目から	B14
		支援の頻度と継続性担保の鍵は、本人から個ではなく組織として受け入れられること	F9
	確認するのは本人の認識度	本人の認識度を確認する	D10
	ライフライン問題ありの対応	ライフラインの問題あれば解決できるまで継続訪問、頻度は週1回以上	B19
	複数担当、誰かが関わり続けられる体制を作ること	支援の頻度や継続性、複数の視点からの関与ということから自分以外の複数の人に共有しておくことが大切	F9

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《かかわりを拒む場合》	拒否から始まるケースの存在	拒否から始まるケースもある	A26
	近づこうとする努力で一層拒まれる関係	本人に近づく努力が過ぎると一層拒否される	A30
	焦らず、一旦ひいて、作戦を練り直す	うまくいかないときは、一旦ひいて、作戦を練り直す	A32
	拒まれているケースでも民生委員を介することで円滑化	民生委員が間に入ると、スムースに動きやすい	C21
	認知症への配慮はしても「認知症」としてみない姿勢	認知症というラベリングをしない	A30
		認知症の人として接すると相手は感じる	A31
	一度つくった信頼を本人の尊厳とQOL維持のために必ず崩さな	一度つながった人が信頼を失い支援が途切れると困難事例化して介入できず悪化してしまう	D29
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《初めての自宅入室》	五感から瞬時に感じ取り類推する日常生活状況	初回屋内入室時の確認ポイント（異臭、害虫、ゴミ、掃除、食事の形跡）から類推する日頃の生活状況	B15
		臭い、湿度、本人の皮膚、髪型、服装から類推する生活状況	D16
	住むのにふさわしい環境か（火の管理・衛生面）	住環境として住むのにふさわしいかの確認（火の管理、衛生面）、	E10
	ライフラインと必要書類の確認	初回入室時の確認ポイントはライフラインと郵便物の山積状況	B16
	迅速介入の必要性が判断されれば、共感しつつも避けられないのはネガティブな言葉	問題が明確な場合には初回でも共感を示しつつ、ネガティブな発言は避けられない	D13
	喫緊のニーズへの迅速対応	既ににニーズ化していること（ライフライン）に即時対応	B16
		既ににニーズ化していること（金融機関）に即時対応	B18
	難しいのは、整然とした部屋の見えない部分に課題がある場合（冷蔵庫）	困難ケースは見た目は整然として部屋の見えないところに課題がある場合（冷蔵庫、クローゼット）	D14
	難しいのは整然とした部屋にいて、生活上課題があること（食事、買い物）	初回訪問で捉えにくい課題は部屋は片付いていても食事や買い物に問題があるケース	D15
	肌の露出が少ない冬の初回訪問確認ポイント（爪、目、髪）	肌の露出が少ない冬の初回訪問確認ポイント（爪、目、髪）	D17
	台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察	台所のシンクとお風呂場の使用感から生活状況を推察	D18
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《サービス利用に向けた支援》	生活基盤整備までに要する期間は約3カ月	生活基盤が整う迄に要する期間は約3カ月	B19
	受診に繋がるまでに要する期間は約3カ月	受診に繋げるのに要する期間は約3カ月	B23
	通院同行と医師の病状説明の理解の支援	導入期は地域包括による通院同行で医師の病状説明の理解を支援	C26
	ケアマネ選びの視点	ケアマネ選びは、主任CM、事業所内相談ができ、日頃の付き合いから信頼できる人	B28
		ケアマネ選びの視点は、介護保険外サービスと柔軟性のある対応	B29
	地域に対し敏感で、柔軟に対応できるのは小多機	地域のルールや活動に密着した支援ができているのは小規模多機能	A45
		独居認知症の在宅継続にマッチするサービスは全部を柔軟にみてくれる小多機	C28
	ケアマネ引継ぎ後の支援方法	ケアマネには3回ぐらい同行してその後はフォローはするけど、極力フェードアウトする	F13
		サービス導入後暫くは包括と相談しながら進めていくやり方	B30
		ケアマネ伴走型の特徴は金銭管理が必要なケース	B32
		ケアマネが対応できない金銭管理へのフォローの必要性	C13
	開始から半年間、認知症初期集中支援チーム、ケアマネ、行政で足並そろえた支援の必要性	成年後見や生活基盤を整えるには、認知症初期集中支援チームとケアマネ、市も足並みそろえた支援が必要	C15
	ケアマネ引継ぎ後の支援方法	次に繋ぐために意図的に退く本人との関係	B31
		介護保険利用と並行してサポートを受けられる認知症初期集中支援チ	C12
	大学病院の多い地域柄、各病院からの薬を整理するのは薬局の役割	大学病人の多い地域柄各病院からの処方薬が多く、薬局に整理を依頼する	C19

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
日常生活の安定性を保つための関わりと工夫	言葉に表さなくても感じている不安（室温管理・火の不始末）を引っ張りだせること	室温管理や火の不始末など、表出しなくても不安はどこかで感じているがそれを引っ張り出せるか関わり方が大事	F16
	自分で鍵を開けられない場合に備えた対応（キーボックス・緊急時通報システム	転んで自分で玄関を開けられなくなった時の対応を決めておく（キーボックス・緊急時情報システム）	F11
	リスクに備えた支援の提案（見守りキーホルダー、詐欺防御のための自動通話録音機、緊急通報システム）	独居認知症の方のサービス（見守りキーホルダー、詐欺防御のための自動通話録音機、緊急通報システム）	C31
	早い段階から電話に出られなくなったらどうするか方策を考えておく必要性	電話に出られなくなった時にはどうするか早い段階から情報と対応策を考えておく	F10
	年金、、介護保険等重要な郵便物に対応するために共に確認	年金通知、介護保険料の通知、郵便物を一緒にみて一緒に把握する	F12
	地域ボランティアの会、〇〇の会に繋ぐ支援	運動の会、〇〇の会が地域のボランティアであるので、そこに繋ぐ	C20
	利用してみて安心という経験知を得ること	使うことで安心なんだっていう経験値も出していくっていうところでデイサービスだったりショートステイだったりとか、	F17
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫《家族への対応》	初回訪問時状況の家族への報告	初回訪問状況に関する家族への報告	B20
	地域包括介入前に本人状況の認識を持っている家族	苦情の集中により地域包括介入時点で既に本人の状況を了解している別居家族	B25
	近居・ゴミ屋敷なら認識、通院の問題なら認識なしが家族の認識の傾向	近居でゴミ屋敷なら家族は認識しているが、外来通院で問題がある程度なら認識していない可能性	F20
	「近居」だからといって家族に何かを要求するのは性急	家族関係も知らず近居というだけで家族に何かを要求はできない	F21
	協力・拒否もその家族次第	協力も拒否もその家族次第	B26
	死ぬまで関わりたくない家族の多さ	死んだ時だけ連絡をもらえれば良いという家族の多さ	B22
	死ぬまで関わりを拒む家族には家族の責任と権利を伝え、了解を得る必要性	報告を拒む家族には、家族の責任と権利を伝え、報告を承諾してもらう	D21
		協力の可否と、報告を受けることを混同せず、報告を継続する	D22
	関わることすら嫌悪する親族にかかわっている専門職に対する信頼構築の必要性	自分の関わりたくない親族に関わりを持つ人がいる認識を、言葉を交わさなくても信頼をつくっていかなければならない	D23
	近居家族で多いのは金銭管理の支援	近居家族への依頼で多いのは金銭管理	B21
	遠方の家族への報告は、本人の様子をこまめにFAX,電話で行うこと	遠方の家族への報告は、本人の様子をこまめにFAX,電話で行うこと	C30
	本人・家族との合意形成での困難さは、認知症の症状を個性や元々のパーソナリティで片づけられること	本人・家族との合意形成での困難性は、認知症の症状を個性や元々のパーソナリティで片づけられること	D19
	合意形成に必要なのは、課題と提案を理解してもらえる説明	何を疑問に、課題に感じて、これをご提案してるか理解いただける説明を準備しておかなければいけない	D20
厳しい周囲の目とそれに対する対応	認知症の人は問題をおこす迷惑な人という認識	近所の目と要求は入院、入所させろと厳しい	A40
		地域は見守りではなく見張りの状態	B35
		団地では部屋がわからなくなる	A52
		「高齢者」「認知症」のラベルをはって役所に問題を通報する	A54
	お店での万引きが監視と見守りの両機能という現実	お店の人の見守りは万引きから始まっていることもある	B39
	近所のサークルは認知症の症状が出始めた人が自分のグループにいることを認めないのが実態	近所の人は、自分のサークルに認知症の症状が出始めた人がいることを好まない	E12
	認知症になった人を新たには受け入れない地域のサークル	認知症になってからサークル活動に入っても受け入れられない	E13
	簡単ではなくても伝え続けている認知症の方を尊重すべきこと	厳しい言葉を受けた時が、認知症があっても尊重しないといけないことを伝えるチャンス	A41
		一般住民が独居認知症の人が暮らし続けることの理解を得るのは簡単でなくても伝える	A42
	役所に連絡する人と仲良くなること	役所に連絡する地域の人には説明を通じて仲良くなり報告をくれる関係をつくる	A55
	地域の人に送るのは、将来の自分達だというメッセージ	認知症の人の味方というスタンスを貫くことは、いつかあなたのことも守るというメッセージ	A55
	何があっても貫く地域包括は認知症の人の味方だというスタンス	誰もが年をとって認知症になるかもしれないが、地域包括は困った人の味方だというスタンスを貫く	A56
	自動車運転の理解を得る難しさ	自動車運転の危険性があっても初期段階で介入することは難しい	A50

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
支援経過で覚える葛藤	ケアマネに敬遠される独居認知症ケース	ベテランほど独居認知症ケースの担当を避けがち	B41
	丁寧な対応が必要な方の増加で、疲弊する支援者	伴走が必要だが地域包括も疲弊する	B41
	透けて見える片づけたい意識	支援困難ケースの相談から垣間見える「片づけたい」という意識	A8
		地域包括からケースの丸投げに近い認知症初期集中支援チームへの依頼	A59
	周囲の都合本位で動く現状	支援困難ケースで困っているのは本人ではなく、周囲の人たち	A9
		本人中心の支援方針と周囲の負担感の狭間で感じる葛藤	A10
		現実的にあるのは認知症の人を大事にしないケアマネの存在	A63
	利用者本位と周囲の負担の狭間	利用者の意向軽視を指摘する行為自体が関係者間の関係を悪化しかねないという葛藤	A62
	誤った方向で活用される地域連携	始末が悪いのは、家族の意向尊重に基づくットワークの最大活用で在宅生活の終止符を打つこと	A64
		家族が望めば施設入所さえ円滑に調整できるという誤った”できるケアマネ”像	A65
	意見を声に出せる関係の大切さ	よくある実践方法でもおかしいと思えば3職種で互いに声に出して話しあう	A61
	増加する相談に応えられない現体制	必ず守るというスタンスが地域に浸透して相談が膨大になっている。	A57
		必要な相談に応えたい一方で現体制下での対応の限界と葛藤を感じる	A17
		地域住民の一人に、どう伴走するのか考えるのが地域包括の役目	A58
	協力者の善意と個人情報保護の間にある壁	気づいて協力したくても個人情報管理の課題から情報提供を躊躇する意識	D6
		善意で相談をあげた近隣の方にはフィードバックの内容に不満を持つ人もいてお叱りを受けるが個人情報の壁が難しい。	D24
	安全確保のために必要名情報収集と個人情報保護遵守のバランスの難しさ	その方の安全を確保することと、民生委員はじめ周囲の方から情報を得ることのバランスは難しさを感じる	F8
	MCIの診断と地域の支援の分析	医療機関で「MCIの診断をもらいました」という方の置かれた状況を想像して支援する課題	D28
在宅生活の限界の判断基準	日常生活が送れないレベル	施設の選択肢を示す判断規準は、ライフライン、金銭、日常生活を	B27
未介入ケースへの思いと責任	この地域のどこかに未介入ケースが存在するもどかしさ	支援に繋がっていない独居認知症高齢者の存在を感じる	A16
	死後に知る独居認知症で必死に活きようとした生活の形跡	未介入ケースで亡くなり方から認知症を推定されるケースがある	A69
		独居認知症で一人工夫しながらも生きようとした形跡を死後に見る辛さ	A70
	認知症の確証が得らずアプローチ途中で死亡するケース	認知症が類推されながらも関係性がつくれないまま亡くなられたケースがある	D25
地域で認知症の方を支えるための取組み	物屋敷の業者紹介等には、行政の協働	物屋敷の整理を行う業者の手配は行政の役割	C16
	地域包括の知名度をあげること	地域包括の知名度をあげること	B33
	個別ケースの支援を通じ話しかけてもらえる存在としての認識されること	個人への介入を通じた話しかけられやすい包括職員という状況をつくる	B34
	見張りを見守りに転換するはたらきかけの模索	個人への介入を通じた住民の「見張り」を「見守り」の目に変える方法の模索	B35
	本人のポジティブ情報の積極的な共有	ポジティブ情報を見つけて発信することが連携を進める動力になる	A38
	協力者へのフィードバック	相談してくれた方へに対するフィードバックを行う	A39
	都市部の特徴（大学・コンビニの多さ）に着目した認知症サポーター養成の拡大	都市部の立地を活かして大学、コンビニ等に認知症サポーター養成講座を受けてもらう	C7

巻末資料 2．居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる独居認知症高齢者に対するケアマネジメント実践の実態と配慮

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
独居認知症と同居の相違	外部が気づくほど進んだ症状から開始する介入	外の人が気づいて相談に来るレベルなので、認知症はかなり進んだ状態から支援がスタートする	d4
	本人からみればケアマネは望まれない訪問者	本人は困っている認識はないところにケアマネが初回訪問するので、相互の認識にギャップがあること	d5
	独居は家族の代わりを探さなければならないこと	家族がいれば見守り、家族がやってくれることがあるが、独居は家族の代わりを探さないといけない	d14
	受け持ったら最期まで関わる覚悟	受け持った以上、施設入所するか、亡くなるまで関わる続ける覚悟をもっている	d33
		さまざまなトラブルを想定して、独居認知症の方には財布にケアマネの名刺を入れてもらう	d10
	苦情の報告先は民生委員とケアマネジャー	互い顔見知りの地域では迷惑な行動があれば近所から民生委員、ケアマネジャーに苦情めいたことが報告される	b24
	地域との関係の事実上フォローは専門職	本人の問題はケアマネジャーの問題とされることもあり、一緒にゴミ出しの練習をすることもある	b25
		ゴミ出し日がわかるように毎週カレンダーに書きにいく	b26
	平日・休日、昼夜時を問わず、業務外でもトラブル対応	日曜夜間関係なく、お店、警察など様々なところから連絡が入り対応している	d11
		ダメだとわかっていても、他に関わる人がいないから、結局ケアマネがやってしまう	d12
	専門職が担える範囲を地域にも理解してもらう必要性	地域の人は家族の代わりを専門職がするものだと思っている	d24
	本人・近隣の人それぞれなど極めて広いアセスメント範囲	独居認知症のアセスメントの範囲は、本人だけでなく支援者の範囲や支援者の見極めが必要なのでとてつもなく広い	d21
相談経路	地域包括支援センターから	支援の始まりは地域包括支援センター	c1
		地域包括が一番多い	d1
	家族から	家族からの相談が多い	a1
		一番多いのは家族からの相談	b2
	無いのは本人から	本人からはほとんどない	a2
		本人からの相談はない	b1
		本人から相談はしていない	c3
	親戚から	特に認知症独居だと親戚から	a3
	MSWから	病院のソーシャルワーカーからで多いのは通院より入院者	a4
	病院から（退院）	病院（退院相談）	b4
	医師から（主治医から）	主治医の先生から	c2
	医師から（事業所の近さ）	同じビルにあるクリニックから	d3
	民生委員から	民生委員からの連絡もある	d2
	善意・訴えの両方の意味から近隣者	善意でも訴えでも近隣者	b3
	警察から	警察から	b5
相談受理時の確認事項	最初の相談者の確認と、そちらへの配慮	地域包括にもともと相談したのは誰かを確認する	c4
	これまでの経過、困っているのは誰なのかを予め確認	紹介者には、相談に行きつくまでの経過と誰が困っての紹介なのかを確認する	a11
		介護保険利用前の他者のかわり近所、生活保護、警察に保護されていた等さまざま	a5

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
本人からみたケアマネ・専門職の存在を認識した関わり方	本人は困っていないのに、家まで入ってくる人	本人が困っていないのにやってくる人	a39
	ちょっとした相談ができる人	ケアマネジャーは、サービスのことをちょっと知ってる人、だから相談できる人だと理解してもらえるように接する	b11
	専門職の関与とサービス利用は本人にとって監視の存在	知らない人が入ってきて薬を飲んで、ご飯をたべてとサービス利用は本人には「監視」の存在にうつる	a38
	制限する人ではないと理解してもらう関わり方	ケアマネジャーがあなたの生活を制限する人ではないことを理解してもらう	b10
地域からみた本人像、関係者を知ったうえで関係者にかかわる	本人に困りごとがあるとするなら地域の偏見と差別	本人に生活上の困りごとはないが、困りごとがあるとするなら地域の偏見と差別	a35
	被害妄想は妄想ではなく事実である可能性を想定	自治会長が「また救急車呼んでるよ」「またパトカー呼んでるよ」と本人を責めていたことを後から伝え聞いて、被害妄想といわれていることと繋がる	d16
	認知症の無理解なら善意の関わりでも症状悪化の要因	善意で関わってくれても関わり方で症状は悪化する	d23
	関わる人の認知症の捉え方が直接症状に影響	関わる人の認知症の捉え方次第で本人が被害的にもなり、症状も悪くなる	d 15
	地域の人の認知症への理解度を見極めたお願いの仕方に留意	お願いする人、お願いする内容は、認知症の理解度を見極めてい	d20
	報告だけお願いしケアマネが対応することで本人の混乱を予防	地域の人が何かに気づいても間違った対応をすると本人の症状が悪くなるので、報告だけ下さいとお願いしている	d19
	見守ってもらう人には認知症の知識と関わり方を伝える必要性	見守りをお願いして、地域に関わってもらうのは良くも悪くも影響するから、お願いするからには知識と対応方法を伝える必要がある	d18
	介護保険サービスが地域の支援の手を引かないさじ加減	介護保険サービスの開始によって地域が引いてしまわないような関わりかたの塩梅が難しい	a37
	協力者との関係継続と個人情報保護の狭間で吟味する情報の伝え方	個人情報保護の観点から神経を使うのは、心配し、協力者となる近隣の方への情報の伝え方	c 5
	本人の迷惑行為の訴え先は専門職	この人が迷惑行為をしているということをデイスタッフに伝え、ケアマネに報告される	b37
	トラブル発生時のケアマネの対応で地域の許容度をアップしたいという思い	異変を見つけた地域にケアマネジャーが対応してくれるんだという経験をしてもらうことが次に繋がるステップだと思っている	b39
	ゴミ出し前夜にケアマネからフォローの電話	市のゴミ出しサービスは登録しても曜日を間違え地域でトラブルになるため、前夜にケアマネから電話でフォローしている	b29
	周りに協力を求めるのは日頃の関係があればこそ	民生委員にお願いしたら対応してくれるかもしれないが、ケアマネと民生委員の関係ができていないと言えないので日頃の地域の関係性がものをいう	d13
	別居家族の存在感が伝わることであがる地域住民の許容度	別居家族がきちんと対応していることがわかれば近隣は安心する	b36
	近隣の安心は、地域生活の積み重ねの上に医療介護が入ること	亡くなりそうだということがわかっても、今までの生活の中で関係をつくっていて、そこに医療介護がしっかり入っていることが理解できれば地域も許容する	b38
独居認知症高齢者の支援のプロセスと工夫《馴染みの関係づくり》	初回の失敗は二度と支援に入れないリスクをつくる恐れ	初回で失敗すると二度と入れなくなることもあり、その人のその後の生活に影響してしまうので気を付けている	a10
	猜疑心に配慮した態度	初回訪問で猜疑心を感じているので、何かしようとしている者ではないという態度をとるように心がけている	a6
		貴方に何かをしようとして来た人間ではないことを理解してもらう	d6
		家族からお困りのことはないか聞いてくるように言われたとというのが最初の声のかけ方	a13
	支援を受け入れない背景に目を向ける想像力	頑固な態度は防御、自分の生活が確立している等、受け入れない背景に目を向ける	d9
	課題解決のサービス導入が目的化していた新人時代	新人に頃に抱いていたサービスを導入して問題解決しなければという焦り	a7
	本人からみた初回訪問の印象は「ご挨拶」	初回訪問の位置づけは、あくまでご挨拶という感じ	a14
	顔を覚えてもらうための繰り返しの訪問	短期間に何度も訪問して「あなたね」と覚えてもらう	d7
	高齢で一人で暮らしている努力に目を向ける	高齢で一人で生活していることへの尊敬や頑張っていることを認める声かけ	d8
	「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標	今では「また来いよ」と思ってもらえる関係性が初回面談の到達目標になっている	a8
	認知症への配慮は必要、しかし認知症としてみないこと	この人は認知症だという目でみないで普通の視点でみることが大事	b46

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
面談とアセスメント	家族には可能な限り同席依頼	面談の家族同席は可能な限りお願いし、同席は半数程度	a16
	家族が同席を拒むなら、ことさら本人の話を聞く必要性	家族が同席を拒むなら、同席しない面接の意味もあるので同席無しの面談も行う	a19
	独居になった経緯の確認	独居になった経緯を確認する	a41
	本人が一番頼りにする人の把握	一番頼りにしている人は誰かを確認し同席を依頼する	a17
	本人が関わりを望む・望まない人の確認	関わって欲しい人とかかわって欲しくない人を確認する	a42
	活動状況とADLの類推	屋外活動や歩行の癖のアセスメントは、靴の種類、かかとの減り、左右の会との相違がヒント	a9
	好み、生活習慣の類推	家具、置物、お花などから好みや配慮を推し量る	10
	24時間の生活ヒアリングで生活リズムの確認	24時間アセスメントでは、生活リズムを確認する	a31
	現在の理解度の確認	介護保険サービスの簡単な説明に対する理解度確認は、目の動き、質問への回答から	a15
	意図的な世間話から情報収集と信頼関係構築	無造作に部屋にあるスーパーマーケットの袋から、日常の買い物の情報として捉えるとともに、それを話題にして「あそこの総菜美味しいよね」と話を広げ、同時に親しみのある関係をつくっていく	b12
	同じ質問を繰り返して認知機能を確認	24時間アセスメントでは、2回以上同じ質問をして認知度を確認する	a33
	認知症の方によくある行動から仮設をたてた事実確認	複数の病院、たくさん飲んでいるのではないかと仮説をたてて事実確認する	a20
		特に確認するのは、火、薬、食事、水分、買い物、内臓疾患、お風呂	d27
	事前情報を活かした生活課題の仮設をたてた事実確認	事前情報でゴミの問題があれば、そこから曜日がわからないのか、出し方がわからないのか、朝起きられないのかなどを想像する	a21
		体調が悪ければ病気なのか、栄養状態が悪いのか、薬の飲みすぎなのか	a22
	現状を引き起こしている背景を想像した面談	人づきあいが疎遠なら、もともと人づきあい下手なのか、人と話すのは好きじゃないのか、何か昔エピソードがあったのか	a23
	汚い、散らかっていても専門職の主観だけでなく、本人の捉え方も確認	部屋が汚れているかどうかは、ケアマネの主観のため、本人がどう感じているかを確認する	b9
	本人の過去の人との繋がり・エピソードのひも解き	独居だからといって完全に一人で生きてきたわけではなく、かつては誰かと繋がっていたはず、そのエピソードを引き出す	a24
	本人が見せたいもの（飾りつけ等）からエピソードの紐解き	部屋の飾り物などを話題にして、エピソードをたくさん聞きだす	a25
	24時間生活の生活実態と好みの食べ物、番組等情報の収集	24時間アセスメントでは、好みの食べ物、番組も併せて情報収集	a32
	会話からこだわり、強調したいことを拾い上げる	その人がこだわっていること、強調したいことがどう表現されているかを会話から見逃さず、そこからひも解いていく	a28
	幻視の内容と幻視を見ている時の感情を確認しつつ、その世界	幻視をみている方に「何がみえる？」「怖い」ときいて「怖くないよ」というから「良かったね」と声をかけた	a51
	好きなこと、輝いていた頃の話を広げる面談	好きなことは話したいという気持ちを大切にして、過去のことを教えてもらう	a29
	複数の情報を繋ぎ合わせて情報統合	話と話しを繋ぎ合わせて情報を統合していく	a26
	本人以外の者からの情報を得た事実確認の必要性	事実確認には、本人の情報だけでは不足なので主治医意見書、医療者の話を確認する	a27
	近隣の人の関係、感情、認知症の理解等関係者を知ったうえで判断する協力依頼	近所の人の本人に抱く感情、関わり方、認知症への理解度、どこまで何をお願いして本人のためになるのか見極めないと安易にお願いできない	d22

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫 《家族への対応：支援開始時》	ケアマネがついたからもう大丈夫！というのが別居家族が抱	多くの場合、介護保険サービスを利用し始めてケアマネがついたから「もう大丈夫」という意識を別居家族は抱く傾向がある	b13
	ケアマネの支援範囲と家族が行うべき役割の認識を促す	ケアマネは月１回程度の訪問、24時間見ていない、連絡も24時間ではない、救急車への同乗はできないなど具体的に支援範囲を説明する	b14
		ここまではできるが、これ以上はできないということを具体的な例を示しながら説明し、最初に同意を得ておくことが大事	b17
	連絡が取れる家族には連絡し同席を依頼	連絡が取れる家族には必ず連絡し、可能な限り同席を依頼する	c6
	その別居家族の困りごと・困らないこと確認	別居のその家族が何に困り、何が大変じゃないのかを確認する	c7
独居認知症高齢者の支援プロセスと工夫 《家族への対応：継続実施》	会えない家族の心情を察した情報提供の方法と内容を考慮	会おうとしても会えない家族への報告は事実報告は必要だが、心配をあおる情報は吟味する	a43
	親のことを大丈夫だと思いたい子どもの心理もある	離れている親のことは、意外に大丈夫なんじゃないか、大丈夫だと思いたい子どもが多い	d32
	遠居の家族が会ったときにショックを受けないよう継続する	年単位で久しぶりに会う家族がショックを受けないように事前に本人の状態を伝えておく	c29
	家族の本人宅訪問頻度を把握のうえ、情報提供の仕方を考慮	家族がどれくらいの頻度で本人と会っているのかを確認して、情報の伝え方を考慮する	c10
	家族自身の生活、仕事に配慮した情報収集	家族情報として健康状態、仕事のことなど、差し支えない範囲で電話で確認する	a44
	家族の認知症と、本人の捉え方の確認	家族が認知症という病気、本人をどう捉えているのかを最初から確認しながら支援する	b8
	家族への報告は日常生活情報、今後に備えた予防的観点まで	家族への報告は日常のこと、予防的なことを含めて行う	a
	別居家族に対し本人の現状と今後のリスクの説明	現在の状態と今後想定されるリスクを別居家族に説明する	c8
	現状報告・リスク予測と併せて家族の困りごとを継続確認	現状報告・リスク説明とセットで継続して家族には困りごとを確認する	c9
	担当者会議の度に家族の緊急連絡先の確認	担当者会議の度に多職種と共有する緊急連絡先は家族にも確認する	c30
	家族から地域の関係者に挨拶する重要性の情報提供	別居家族から民生委員、自治会長、近隣の方に挨拶してもらうように伝える	b18
	家族の振る舞いに左右される本人の周囲との繋がり	家族は本人にとって周囲との繋ぎ役にも切断役にもなり得る	a34
	近隣の協力度はこれまでの積み重ねと家族の関わり度	緊急時やちょっと見てきてといえる近隣の関係を結んでおくのは、本来家族の役割であり、これまでの人付き合い形成されるところが大きい	b16
	地域性（農村部、商業地域、団地等）で異なる家族構成と関係性を理解した関わり	同市内でも親類縁者に囲まれて過ごす農村地帯と、一人暮し身寄り無しの方の多い団地の地域では異なる支援方法	b19
	近隣からの辛い言葉でも家族伝えるのはケアマネの役割	本人が自宅で死ぬことを望んで地域が許さない場合には、家族には事実を伝える	b35
進行を見据えた対応	進行後の生活への影響を知っていればこそ、利用当初から心を開いて話しあえる関係構築を重視	既に症状のある人担当しているため、支援開始時点からお互いがどれだけ心を開き合って話せるかが重要	b44
	3年、5年、10年後の住まいと暮らしに必要な人をどうするのか見据えた支援	5年後の住まいをどうするのか、そこに暮らすためにケアの仲間をどうつくっていうのかという視点がケアマネには必要	c19
	進行に応じて嚥下評価の依頼と食事形態に配慮	認知症の進行に応じて嚥下の状態把握は、食事の時間に確認し評価を依頼する	b42
	進行を見据え、本人を知る人、チーム形成する視点	本人が意思疎通できる段階で本人を知る人を増やすこと進行後のQOLも繋がる	b45
	早い進行で顕在化する金銭管理の問題に苦慮	体調不良により想定より認知症が早く悪化した時に困るのは金銭管理	d26

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
独居認知症高齢者の意思決定支援	意思決定支援は毎日やり続けてできること	意思決定はその場面になってできることではなく、前からの積み上げなので常にやり続けることが意思決定支援	a47
	避けるべき表現は、失敗を埋めるためのサービス利用提案	本人の行動を否定、失敗と受け取られるような「飲み忘れがないように等」の会話は絶対にせず、医師の勧めや自分の失敗談を例示する	c16
	本人の生活に引き寄せた、簡潔な介護保険サービスの説明	サービス紹介の説明はその人の生活に合わせて単純化して説明するよに工夫している	c15
	利用者本位とはいえ家族の同意なく進まない現実	独居であっても家族の納得無しにサービス利用は始まらないのが現状	c11
	家族、親族の意向とのすり合わせ	独居といっても外には家族や親族がいるため、その人たちを含めた合意	d30
	家族のなかの意見が分かれることは当然のこと	家族のなかで意見がわかれることは普通にあること	b6
	本人中心は基本だが、専門職含めかかわる人たちの合意も大事	本人の意向も、関わる人達の共通認識も大事	d31
	意向を尊重しようと思っても、誘導的になることへの葛藤	痛いのは嫌だと聞けば、もっと痛くならないようにするために一度入院しましょうと勧めるが、誘導なのかと葛藤することがある	b30
	本人が望んでも地域が許さなければ、意思決定を誘導せざるを	本人が一人で亡くなることを望んでも地域が容認しなければ、本人納得できる言葉をかけて誘導するしかなかった	b34
	ショート利用で施設に対する印象を確認	ショートステイを体験してみて感想を聞き、本人にとって嫌なところではないかを確認する	c26
	看取りも含めた意思決定は後見人も含めた関係者全員で支援	後見人がいても看取りの医療選択の判断も含め関係者全員で話し合って合意をとっていく	c32
	身寄りのない方には後見人を含めた支援	身寄りのない方には後見人をお願いしている	c33
	本人から冗談でも死の話が出たときが確認の機会	ポックリ死にたいわ等本人が死の話をしたときに、どうしたいかを聞く	c34
サービス利用に向けた支援	忘れることに対する支援	本人がこんな約束していないと怒ればケアマネが謝り、何度でも説明を繰り返す	a39
		近所の繋がりを活かしてデイサービスの見送りをしてもらう	a40
	説明の仕方次第で気持ちを閉ざしかねない	介護保険の説明の仕方によって本人の気持ちがネガティブな方向に向かう恐れがある	b7
	納得を得て利用開始までに要する期間は３～6か月	専門職からみてサービスは必要でも、相談受理からサービス利用開始まで平均で3カ月、長くて6か月	c 12
	生活実態を知らる恐れを感じるならゴミ出しはフォーマルサービス	ゴミから生活状況がわかるため、近所の人にゴミ出しの手伝いを嫌がる利用者は多い	b27
安心して生活するため支援	身体合併症がなければ、身体状態の変化の把握は介護職の役割	身体合併症のない認知症の場合、身体状態の変化を捉える介護の連携が重要になる	b40
	本人が自ら支払わなくてよい方法を選択できる支援	本人が支払い手続きをしなくて済む引き落としの鉄付医を手伝う	b22
	市の事業でお薬キットを冷蔵庫に準備	市の事業で連絡先、お薬情報の紙を冷蔵庫に保管するキットを配布し救急対応時に活用できるよう準備している	b21
	保険外サービスの情報提供と申請代行	市のゴミ出しサービスの登録はケアマネが申請代行する	b28
		介護保険以外のゴミ収集の紹介と申請代行	c14
	サービスが不足する年末年始の独居生活を支える	在宅サービスが休みになるお正月はショートステイ利用で生活を繋ぐ	c27
		サービスが足りないためお正月だけ遠方の家族に来てもらい、年末ぎりぎりに訪問して介護や医療的ケアの方法を教える	c2 8
	金銭管理の課題に対する地域権利擁護事業	金銭管理が難しくなった方に社会福祉協議会の地域権利擁護事業に繋いだ	c17
	身寄りのない方へ成年後見制度を紹介し、申請プロセスも支援	身寄りのいない方に対する成年後見制度の紹介と支援	c18
	資産のある方には市の弁護士相談を紹介	資産がある方には市の弁護士相談を情報提供し、一緒に行く支援	c35
独居認知症高齢者を支える協働	地域包括の安否確認コールでフォロ-	サービス受け入れしない空白期間のフォローは地域包括の週2回の電話コール	c13
	生活保護受給者は生活保護CWと連携	生活保護受給者は生活保護CWと連携	d25
	身寄りのない方は日頃から地域包括と情報共有	特に身寄りのない方への入院、緊急時対応はケアマネ一人では抱えられないため日頃から地域包括と情報共有し備えておくことが大切	b20
	民生委員へのケアマネ担当開始の挨拶と日頃の情報共有	民生委員にケアマネの関わりを開始したことを伝え、日頃から情報共有する	a36
	手を動かすばかりでは足りない認知症のケア	情緒的サポート、変化に気を付ける人、全体を調整する人など、実際に手を出すわけではないが大切な役割を担う人が必要	a45
	突然なくなるリスクに不可欠なのは、日頃の情報収集と協働	高齢である以上、独居でいつ亡くなってもおかしくない覚悟をもって情報収集を行い気構えしておく	b41

【カテゴリー】	［サブカテゴリー］	＜コード＞	記号
支援過程で覚える葛藤	在宅24時間の生活実態の把握（エビデンス）を求める医師に困惑	本人が早朝マラソンしているかという言動の正しさを確認するために、朝4時に皇居に行けという病院医師の在宅サービスの理解不足に困惑した	c20
	効率性、家族の満足度から、家族重視に偏重する専門職の態度	家族に説明する方が早いし、家族の満足度もあがり、仕事もはかどるため、ついそうしてしまう自分の存在に気づく	a50
独居認知症高齢者の看取り支援	看取りに向けた説明	食事がとれなくなってきた段階で医療者から今後の説明があった	a48
	本人の自宅希望に添い、最期は家族が来て看取った事例	自宅を希望し、最期は家族に来ていただきお看取りとなった	a49
	地域が認めず最期に地域から去った事例	本人は自宅を希望しても地域が一人で亡くなることを認めなかった	b47
	後見人の支援を受けて実現した独居認知症の方の在宅看取り	自宅看取りが実現したケースは後見人が付いていた方	c31
解決できていないニーズ	多職種協働が望めない福祉用具単品プラン	福祉用具のみ利用ケースでは、多職種の意見を得られない難しさがある	b43
	資産管理のニーズはあってもケアマネが行う支援の範囲外	金銭管理は介護や生活の範囲、資産までは支援範囲ではない	c21
	確定申告は支援範囲外で、是非確認すら難しい	3割負担の利用者の保険料が各段にあがっていたので確定申告できていないのではと思うが、自分でやっていると言われるとそれ以上踏み込めない	c22
	詐欺被害予防と難しさ	高額な数珠の購入、人にお金を渡すなど1回に数百万単位の詐欺に何度もひっかかっている	c23
		名刺や物があれば介護職もみるし、ケアマネにも相談してもらうようにしているが、その網を抜けてしまう	c24
在宅の限界点の検討	決定づけるのは本人の状態と、医療介護の対応力	医療ニーズの状況で、訪問診療の先生が入院じゃなくてもできると仰る時は訪問看護を厚くして対応するが、担当する医師次第というところもある	b31
	その利用者とチームのマッチングが重要な鍵	利用者と医師、看護師の街イングによるところがある	b32
	一人で死ぬこと、死後に警察が来ることへの地域の容認	本人が望んでも、地域から家で一人で亡くなること、警察が来ることを嫌がる声があがると実現は厳しい	b33

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

研究分担者　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　大久保豪　BMS 横浜・立命館大学・客員協力研究員
研究協力者　関野明子　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：本研究の目的は地域在住の独居認知症高齢者の家族が抱える課題を明らかにするため、研究 1: 独居高齢者の家族の介護に関する文献調査を行い既存の関連研究の動向を明らかにすること、研究 2: 認知症高齢者の家族を対象にインタビュー調査を行い認知症独居高齢者の家族が支援・介護を提供する上での課題を明らかにすることとした。選定された 9 件の量的・質的文献のスコーピングレビューに加えて、27 名の認知症を持つ高齢者の家族に対する半構造化インタビュー調査を実施した。インタビュー調査の結果からは【距離がつくる不安】【生活が別である弊害】【求められる別居介護の正当化】が抽出され、これらの一部は先行研究の精査によって抽出された【独居高齢者の安全や Well-being を確認することの難しさ】【（家族が感じる）別居ゆえのプレッシャー】といった別居による支援・介護提供の難しさと共通していた。またこれらに加えて、【生活が別である弊害】として、「貴重品・重要書類の場所がわからない」「社会資源がわからない」といった新たな課題が抽出され、支援ニーズ検討の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、地域在住の独居認知症高齢者の家族が抱える課題を明らかにするため、研究 1: 独居高齢者の家族の介護に関する文献調査を行い既存の関連研究の動向を明らかにすること、研究 2: 認知症高齢者の家族を対象にインタビュー調査を行い認知症独居高齢者の家族が支援・介護を提供する上での課題を明らかにすることとした。

B. 研究方法

研究 1. スコーピングレビュー

2022 年 4 月～2022 年 8 月までの期間において、Pubmed, Web of Science, PsychNet を用いて独居高齢者の家族に関する文献検索を行った。独居高齢者の別居介護に「認知症」という単語を加えることにより、該当文献が極端に少なくなることに加えて認知症の独居高齢者の家族支援に関する文献がほとんど見られない状況を鑑み、本スコーピングレビューにおいては Dementia を除き、

独居高齢者の家族支援に関するレビューとした。
検索式は「(("living alone" OR solitary) AND family)) OR ("distance care" OR (("live-out" OR "non-coresident") AND care))」とした。Pubmedで3493件、Web of Scienceで4036件、PsychNETで1087件の文献がヒットした。加えて、33件の関連する引用文献が検索され、重複2321件を除く6328件をスクリーニングの対象論文とした。

研究2. 家族介護者へのインタビュー調査

2022年4月から2023年3月での期間において、機縁法、および東京都健康長寿医療センター病院内において、認知症高齢者の家族に対するインタビュー調査協力者を募集する案内を掲示し調査協力者を募った。最終的に、認知症高齢者の生活支援または介護を担う家族介護者27名に対し、計38回のインタビューを行い（介護者一人につき1～4回）、本研究の解析対象とした。

（倫理面への配慮）

スコーピングレビューに際しては、その研究の手法上倫理委員会の申請をしていない。一方、家族介護者へのインタビュー調査の実施に際しては、東京都健康長寿医療センターの研究倫理委員会の審査・承認を経て研究を実施した。

C. 研究結果

研究1: スコーピングレビュー

対象論文6328件において、除外基準を以下とした。要介護者が子どもや64歳以下に限定されている場合（要介護者の年齢不詳を含む）、要介護高齢者と介護者の居住形態に触れておらず要介護高齢者が独居かどうか明確でない場合とし、これらの除外基準に該当する6282件を対象から除外し、46件の論文を詳細に検討した。図１に文献レビュー選択基準を記載する。

46件の対象論文を詳細に検討したところ、9件の量的・質的論文が選定された。選定された論文とその研究方法の内訳は表1に示す。

9件の対象論文はアメリカ、ブラジル、台湾、スペイン、スウェーデン、英国、カナダ、日本からの報告であり、5件の横断による質問紙調査および4件のインタビュー調査に基づいた研究報告であった。

独居高齢者を支える支援や介護提供上の家族・介護者が抱える課題について、これらの先行研究を整理したところ、32の課題に関連するコードを抽出した。例えば、【独居高齢者の安全やWell-beingを確認することの難しさ】【（家族が感じる）別居ゆえのプレッシャー】【独居高齢者の変化の理由がわからないこと】といった別居介護による支援・介護提供の難しさに加えて、別居で支援や介護を提供する上での【経済的困難（交通費、ホテル代、入院費など）】や、【介護者と本人の関係性の維持の難しさ】などが課題として挙げられていた。

研究2: 家族介護者へのインタビュー調査

半構造化による家族介護者へのインタビュー調査データの解析から、認知症を持つ高齢者に別居で介護や支援を提供する家族の抱える課題として以下の３つのカテゴリー【距離がつくる不安】【生活が別である弊害】【求められる別居介護の正当化】とそれぞれのサブカテゴリーが抽出された。

1．【距離がつくる不安】

同居ではない、つまり認知症の要介護高齢者との距離が存在することによって、別居の家族は、「今何が起きているかわからない」状況にしばしば直面していた。別居による介護を埋める様々な方法（定期的な電話連絡、LINE などでの連絡方法、度々の訪問）を構築しても、認知症を持つ高齢者本人が、家族にとっては必要と思う情報を意図的に隠したり、或いは必要と思わずに伝えないといった状況により、家族が状況を把握できないと感じていた。また、そのように十分に状況を把握できないという経験を持つことが、家族に「もしかしたら、（認知症を持つ高齢者が）また状況をすべて話してくれていないのではないか」という不安を生じさせていた。

“ただやっぱ離れているというのがすごくハンデだなと思うのは、ちょっと電話で話すとか、ましてやLINE でのやりとりなんかは全然分からないんです、ほんとのところの姿が、取り繕えるし。”（YS：53 歳娘ー82 歳母）

加えて、別居という距離が問題解決の発見を遅らせ「場に行かなければわからない課題」、対応策が後手になる状況「後手になる対応」を生んでいた。定期的に本人をはじめとしたさまざまな関わりを持つ対象に対して、様子の確認をしているつもりであっても、要介護高齢者の生活において何らかの支援が必要な課題が生じたことの把握は、その場に行ってでしか把握できないと感じていた。

“舅が（定期的に）お風呂入っているって（私たちに）言うから放置してたら、やっぱり実際は入ってなかった。トイレの失敗も増えてすごい悪臭がしてた時期があったんです。”（MN：57 歳嫁ー94 歳義父）

そして、何らかの理由で本人と連絡が取れない状況が生じたときの不安「連絡が取れない不安」は別居による支援・介護継続上の大きな課題となっていた。

“電話が鳴らないんです。受話器が外れてるのか、でも、それを確かめに行くすべが無くて。でも夜だから、地域包括の人とか誰もいないし。誰にも確認にも行ってもらえないから。電車で行くよりかは、車で行ったほうが早く着けるので。私、運転が若干苦手なので、父に運転をしてもらうんですけど。”（TN：40 歳娘ー78 歳母）

2.【生活が別である弊害】

生活の場が異なることによって、「貴重品・重要書類の場所がわからない」「社会資源がわからない」といった介護提供上の課題に加えて、「求められるダブルの家事」といったサブカテゴリーが挙げられた。

例えば、もともと生活が別であったために貴重品や書類の場所をお互いに共有していない状況に加えて、要介護高齢者の認知症状故に貴重品などを隠してしまう行動パターンが加わり、別居の家族が「貴重品・重要書類の場所を把握することが難しい」といった状況を生じさせていた。

また、生活する場所が異なると「社会資源がわからず」必要な支援にたどり着くのに時間を要したり、受援のための労力を費やさざるを得ない状況が生じていた。

“ゴミ箱システムみたいなのをあったぽかったんですけど、私は聞いた時は特に誰

も言ってなかったから、私がたぶん調べればあったんだと思って。後から、あーそうだったんだと思って。だったらそんな汚いまま虫が湧いちゃうこともなくできてたんだと思ったりとかして。家族もちゃんと調べなきゃいけなかったという反省はあるんですけど。”（TU：52 歳娘ー84 歳母）

また、別居による介護は介護の生活そのものだけでなく介護者自身の生活に対して、管理する「生活が二つある」という状況を生じさせ、おろそかになってしまう片方の生活の状況から、別居での介護を継続する生活に不安を抱いていた。

“うちの母のご飯は何とかいろいろ工夫して、いろいろ作るけれど、家に帰って自分のご飯や自分と娘とのあれがだんだん適当になってきて、適当になるだけじゃなくて、ほんとにいつまで続くんだろうって。”（DB：60 歳娘ー90 歳母）

３．【求められる別居介護の正当化】

要介護高齢者の潜在的希望や文化的規範、介護者自身の配偶者らの希望などを考慮し、別居の介護を継続することに対して、家族介護者自らが「自分自身への別居介護継続の正当化」を行っている側面がみられた。

“多分、本当に同居をすることが一番いいんだと思うんです。母は昔の人なので、同居するのが当たり前な人たちだったものなんで。地元の親戚はみんな同居しているという状況になって。うちだけ、兄が転勤族だったり、私もちょっと違うところに嫁いでしまったりっていうのがあって、結局、同居ができなかった。”（TU：52 歳娘ー84 歳母）

”私個人の意見では同居したいですけれど。夫のこと考えると、ちょっと難しいかもしれない。だからせいぜい隣に住むとかなのかなって感じです。”(YS：53 歳娘-82 歳母)

これらの「自分自身への別居介護継続の正当化」は、親族や遠戚、ケアマネジャーや介護スタッフから求められる同居介護ありきといった「他者からの同居介護へのプレッシャー」も一端となっていた。

D. 考察

研究１：スコーピングレビュー

本研究により、独居高齢者の家族に焦点をあてた研究が極めて限定的であることが明らかとなった。

抽出されたこれまでの課題としては「要介護高齢者の安全や Well-being を確認することの難しさ」や「不安要素を隠そうとする要介護高齢者」の状況(White et al., 2020)、「変化の理由がわからない」(Kitamura et al., 2019)等が挙げられ、これらの課題は別居介護或いは、要介護高齢者が独居による特徴と考えられた。一方で、要介護高齢者本人との関係性維持の難しさや要介護高齢者本人の希望や意思を把握することの難しさ、要介護高齢者と家族間の意思や希望における折り合いのつけ方(Molina-Mula et al., 2019; Perseguino et al., 2017; Roff et al., 2007)等は同居の介護にも通じる介護を担う家族の葛藤と考えられた。本スコーピングレビューにおいて、同居介護と共通する、或いは別居特有の課題が抽出されたことは意義が大きい。

これまでの先行研究においては、要介護者の「独居」は変数の一つとして考慮されて

いる場合があるが、必ずしも独居高齢者の家族の状況に焦点化されているわけではない。その一方で、認知症独居高齢者の支援・介護を担う家族介護者には同居による家族介護者とは異なる負担や課題があると考えられ(Kitamura et al., 2019)、今後の研究蓄積の必要性が待たれる。特に我が国においては、従来同居による介護が中心であった。介護が必要になった後に独居で支援や介護を受ける高齢者の増加は、介護保険制度の導入後である(涌井 智子, 2020)。介護保険制度の導入、および家族観や介護に対する人々の考え方が従来と変化してきている状況を鑑み、これらの介護を担う別居介護者が増加すると考えられ、今後は認知症を持ちながら生活を継続する独居高齢者への支援・介護がどうあるべきか、今後の研究知見の蓄積が待たれるところである。

なお、検索式の選定において「介護者（caregiver や carer）」だけでなく「家族」を入れた理由としては（認知症）高齢者の独居での生活を継続する場合に、家族が必ずしも手段的介護を提供する「介護者」だけとは限らず、見守りといった家族らが必ずしも「介護」と認識しない支援を提供している可能性があることを考慮し、「家族（Family）」を検索式に含むこととした。これは Kitamura et al. (2019)の研究で、調査対象選定基準に「家族自身が『介護者』と認識していること」として介護者を定義づけていることからも推察されるように、介護者の定義づけることの難しさが反映されている。先行研究においても、支援や介護を提供する「介護者」の定義はばらつきがみられ、今後の対象者の定義づけの際に考慮することの重要性についてここで触れておく。

研究 2: インタビュー調査

認知症高齢者の生活支援を担う家族介護者に対するインタビュー調査からは、別居介護特有の【距離がつくる不安】【生活が別である弊害】、そして家族が直面している【求められる別居介護の正当化】の状況が明らかになった。

家族らは様々な方法で要介護高齢者本人の状況を把握する手段（度重なる電話での連絡、LINE、度々の訪問など）を構築し、別居による介護を継続しようと試みる一方で、家族に何らかの緊急時の問題が生じる状況をリアルタイムで把握することができないことへの不安や葛藤、そして様々な方法での確認手段が功を奏さないことへの消耗感を抱えていた。これらの状況は先行研究の「独居高齢者の安全やウェルビーイングをチェックすることの難しさ」や「不安要素を隠そうとする高齢者本人」(White et al., 2020)と同様の状況であった。また、遠隔での把握が難しく、結局のところ何らかの課題を把握できることは要介護高齢者を訪問した際であり、対応が後手になる、或いは訪問した時に対応を求められることも先行研究と同様の結果であった(White et al., 2020)。

これらの状況を鑑みると、特に認知症独居高齢者の場合には、要介護高齢者から提供される情報が限定される可能性が考えられ、遠隔での見守り支援や要介護高齢者の近所における見守りネットワークの構築が有用であると考えられた。遠隔での見守りはリアルタイムで状況が把握できる可能性を作り出す一方で、やはり直接的な支援あるいは確認の必要性があり、それを実現するためにも要介護高齢者の近所における見

守りネットワーク支援の構築という両輪が必要であると考えられた。

E. 結論と今後の課題

本研究の実施により、地域在住の独居高齢者の家族が抱える課題についての先行研究の精査、および認知症独居高齢者の家族が抱える課題がインタビュー調査を通して明らかとなった。インタビュー調査から明らかになった【距離がつくる不安】や【生活が別である弊害】としての生活が二つになってしまう介護者自身の生活影響に加えて「貴重品・重要書類の場所がわからない」「社会資源がわからない」といった新たな課題も抽出され、今後の支援ニーズ検討の必要性が示唆された。

F. 研究発表

学会発表

1 関野明子, 涌井智子. (2022). COVID-19流行下における別居介護継続に寄与する不安要因に関する質的研究. 日本老年社会科学会第64回大会. 2022年7月2-3日, 2022.

2 涌井智子, 中山莉子, 石崎達郎, 粟田主一. (2022). 認知症独居高齢者の別居介護にかかる課題に関する文献研究. 日本認知症ケア学会第23回大会. Web開催. 2022年6月18日-9月30日, 2022.

G. 知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む.）

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

3.その他
該当なし

Reference

Chen, M. C., Kao, C. W., Chiu, Y. L., Lin, T. Y., Tsai, Y. T., Jian, Y. Z., Tzeng, Y. M., Lin, F. G., Hwang, S. L., Li, S. R., & Kao, S. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. *Health Qual Life Outcomes*, *15*(1), 208. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0786-6

Kitamura, T., Tanimoto, C., Oe, S., Kitamura, M., & Hino, S. (2019). Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics*, *19*(1), 3-9. https://doi.org/10.1111/psyg.12352

Lee, A. A., Aikens, J. E., Janevic, M. R., Rosland, A. M., & Piette, J. D. (2020). Functional support and burden among out-of-home supporters of heart failure patients with and without depression. *Health Psychology*, *39*(1), 29-36. https://doi.org/10.1037/hea0000802

Li, L., & Wister, A. (2021). Geographic distance and social isolation among family care-givers providing care to older adults in Canada. *Ageing and Society*, *43*(2), 298-323. https://doi.org/10.1017/s0144686x2100060x

Milberg, A., Liljeroos, M., Wahlberg, R., & Krevers, B. (2020). Sense of support within the family: a cross-sectional study of family members in palliative

home care. *BMC Palliat Care*, *19*(1), 120. https://doi.org/10.1186/s12904-020-00623-z

Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J., & Miquel-Novajra, A. (2019). Attitudes and beliefs of Spanish families regarding their family members aged 75 years and over who live alone: a qualitative study. *BMJ Open*, *9*(4), e025547. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025547

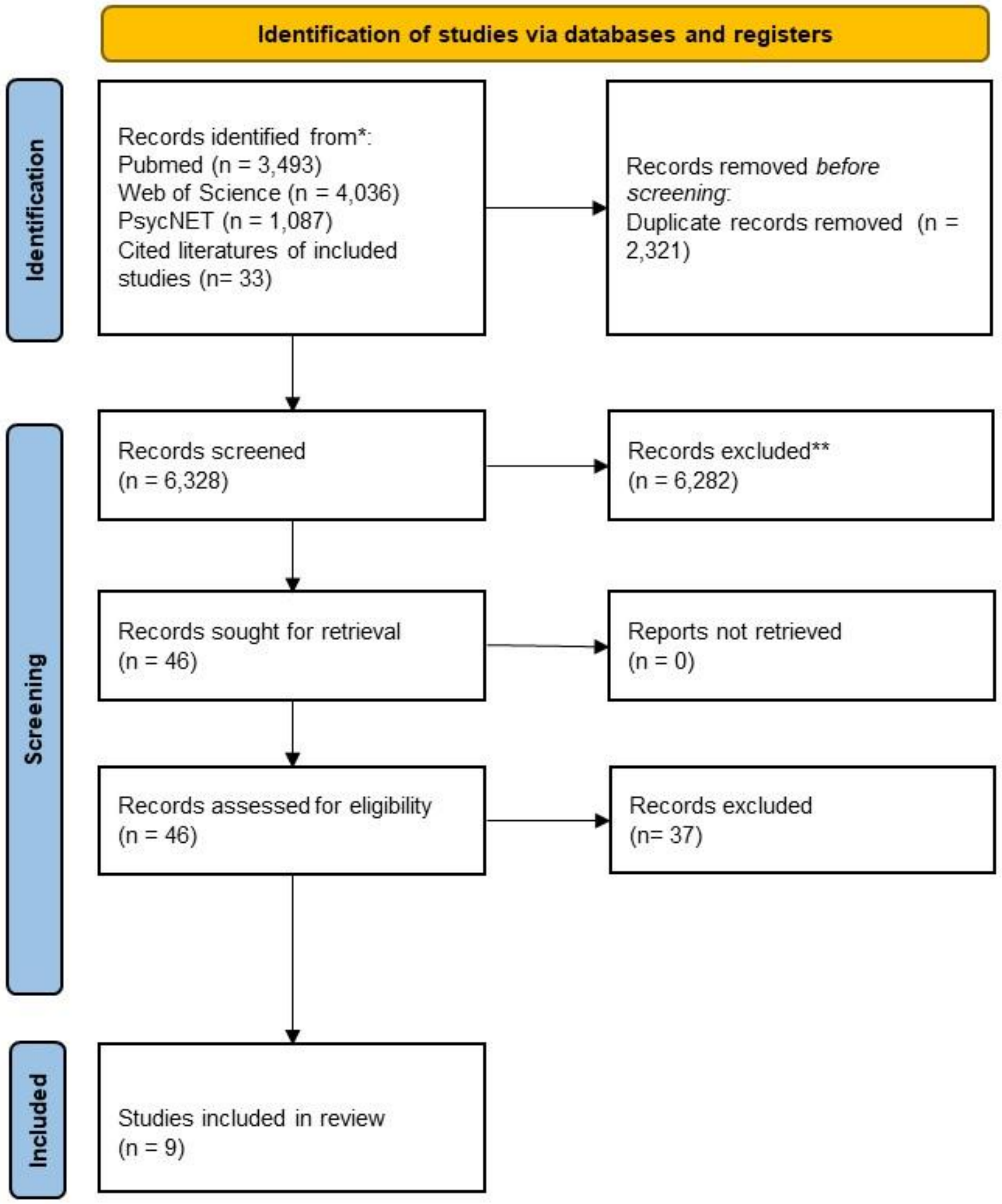
Perseguino, M. G., Horta, A. L., & Ribeiro, C. A. (2017). The family in face of the elderly's reality of living alone. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(2), 235-241. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398

Roff, L. L., Martin, S. S., Jennings, L. K., Parker, M. W., & Harmon, D. K. (2007). Long Distance Parental Caregivers' Experiences with Siblings:A Qualitative Study. *Qualitative Social Work*, *6*(3), 315-334. https://doi.org/10.1177/1473325007080404

White, C., Wray, J., & Whitfield, C. (2020). '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. https://doi.org/10.1111/hsc.12988

涌井 智子. (2020). 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). *老年精神医学雑誌*, *31*(5), 467-473.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

図１　文献レビュー選択フロー

表 1 Characteristics of the selected studies

Authors and year of publication	Aims	Design	Location	Study population	Data collection period
Roff *et al.*, 2007	To address aspects of caregiving including: coordination of care, division of lavor, distant siblings' views of caregiving activities, and caregiving and sibling relationships	Phenomenological study using interviews Content, context, and comparative approaches of interview transcripts	United States of America	Long-distance caregivers with siblings (n = 22) from associate professors or full professors in a public university in southeastern United States of America Inclusion criteria providing care to elderly parents (Care included regular, tangible instrumental assistance, emotional support, advice and reassurance.) living at least one hour’s travel time from the parents	Uncertain
Perseguino *et al.*, 2017	TO understand the family dynamics in face of the reality of the eldrly living alone	Qualitative study using interviews Thematic analysis of interview transcripts	Brazil	Families of the elderly living alone (n = 6) inclusion criteria of the elderly living alone age greater than 80 years living alone for more than two years living in the city of São Paulo, having relatives living in the same city or nearby	Uncertain
Chen *et al.*, 2017	To examine whether the use of home-based LTC services is associated with the health of elderly and younger caregivers, and	Cross-sectional questionnaire survey	Taiwan	Participants: pairs of caregivers and care recipients (number of pairs = 598, response rate: 60.8%)	September 2012 to January 2013

	compared the factors related to caregivers' health between both age groups				
Molina-Mula *et al*., 2019	to assess the attitudes and beliefs of Spanish families regarding their elderly family members aged 75 years and over who live alone	Qualitative study using group discussion	Spain	Participants: family members of the elderly living alone (n = 33) Inclusion criteria of the elderly living alone aged 75 years and over living alone in Mallorca, Spain	Uncertain
Milberg *et al.*, 2020	To study which factors are associated with family members' sense of support within the closest family in the palliative home care context, and to develop a model that predicts their sense of such support	Cross-sectional questionnaire survey	Sweden Recruited from 3 specialised palliative home care units and 3 primary care-based palliative home care units	Participants: family members of patients currently receiving palliative home care (n = 209) care recipients, who live alone were 98.	Uncertain

White *et al.*, 2020	To understand distance careing in the UK What are the experiences? What care activities do they undertake? What dificulties, challenges, rewards and satisfactionso do they experience?	Cross-sectional questionnaire survey	United Kingdom	Participants: carers to families and friends from a distance (n = 128) Inclusion criteria: Were aged 18 years or over Cared for another adult Both lived in the UK, separated by distances necessitating travel time of one or more hours (each way) when visiting Had provided care and support from a distance during the previous 2 years.	April-November 2017
Lee *et al.*, 2020	To examine whether HF patients with depression received more or less assistance from CPs living outside their home	Cross-sectional questionnaire survey	USA	Recruited from VA outpatient clinics Inclusion criteria of patients 1) a diagnosis of congestive heart failure with an ejection fraction of <40% 2) a New York Heart Association symptom classification of II or III 3) at least one VA primary care visit in the past 12-months 4) speak English Inclusion criteria of care partners ("CarePartner") 1) individuals with the highest total functional support score on the Norbeck Social Support Questionnaire or	June 2009 and January 2012

				2) specifically requested by patients as their CarePartner	
Li *et al*., 2021	To examine the relationship between geographic distance and CSI, including the interaction between geographic dis-tance and care-giving intensity for caregiver social isolation	Cross-sectional questionnaire survey (2012 Canadian General Social Survey)	Canada	Family caregivers to ageing people (n = 2,881) inclusion criteria: 1) the main care recipients of participants was aged 65 years and over who resided in a private home 2) participants were still providing care when the survey was conducted 3) the survey was completed with a non-proxy interview	From 2012 Canada General Social Survey:

Kitamura *et al.*, 2019	To assess the experiences and perceptions of dementia care before and after implementation of HVN in persons with dementia who lived alone.	Qualitative research using semi-structured interviews	Japan	Family caregivers of older adults with dementia who live alone (n = 5) Inclusion criteria 1) a biological or non-biological adult family member 2) gave unpaid support to persons with dementia who both lived alone in their own home and regularly visited the hospital while having received home-visit nursing for more than 12 months 3) recognized their role as that of family caregiver 4) lived within 30 minutes of the recipient by car 5) had face-to-face contact with the recipient at least twice per week	June and July of 2016

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

複雑困難状況にある独居認知症等高齢者への支援に関する研究

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】

高齢者困難事例が抱える困難事象の包括的アセスメントのための分析的枠組みを提示し、彼らが抱える困難事象と認知症の臨床ステージとの関連を明らかにすること。

【方法】

・対象は、都内Ｘ区が実施する高齢者困難事例を対象としたアウトリーチ型相談事業の対象者の内、2010年5月～2022年1月の期間に筆頭演者が担当した293人である。

・相談記録から、困難事例化の背景にある事項（困難事象）に関する記述を抽出し、セグメント化、カテゴリー化を行った。

次に、対象者をCDRで層別化し、生成した困難事象カテゴリーごとの頻度を算出して、傾向検定を行った。

【結果】

・高齢者困難事例が抱える困難事象は５カテゴリーに類型化された。

A.精神的健康の課題

B.身体的健康の課題

C.家族の課題

D.近所づきあいの課題

E.金銭トラブル

・CDR の進展に伴い、１ケースあたりが抱える困難事象カテゴリー数は有意に増加した（p ＜0.001）。

・交絡因子を調整しても、CDR の進展と、家族の課題（ｐ＝0.032）、近所づきあいの課題（ｐ＝0.041）、金銭トラブル（p＝0.024）が関連した。

【結論】

本研究で作成した分析的枠組みは、高齢者困難事例が抱える、複雑化した困難事象の構造を理解するために有用と考えられる。さらに、認知症の進行にともない困難事象が変化するという時間的視点をもつことで、より有効な支援方策を打ち出せる可能性がある。

A．研究目的

・地域で暮らす認知機能が低下し、複雑困難状況にある高齢者（以下、高齢者困難事例）への対応は地域保健の大きな課題である。しかしこの領域の知見は十分には蓄積されていない。

・本研究の目的は、高齢者困難事例が抱える困難（困難事象）の包括的アセスメントのための分析的枠組みを提示し、彼らが抱える困難事象と認知症の臨床ステージとの関連を明らかにすることである。

B．研究方法

・対象は、都内X区が実施する高齢者困難事例を対象としたアウトリーチ型相談事業の対象者の内、2010年5月～2022年1月の期間に筆頭演者が担当した293人である。

・相談記録から、困難事例化の背景にある事項（困難事象）に関する記述を抽出し、セグメント化、カテゴリー化を行った。

・次に、対象者をCDRで層別化し、生成した困難事象カテゴリーごとの頻度を算出して、傾向検定を行った。

・次に、交絡因子を調整したロジスティック回帰分析を行い、各カテゴリーとCDRの関連を検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て行った。

C．研究結果

・対象者のうち、CDR＝0の12人を除いた281人を解析対象とした。

・社会人口統計学的特徴

対象者の年齢は78.7±7.5歳、男女比は41%：59%であった。68%が現在独身、46.1%が独居、9.2%が生活保護を受給していた。教育歴は9年以下、10－12年、13年以上がそれぞれ1/3ずつだった。

・臨床診断

認知症が67.2%で診断され、認知症疾患としてはアルツハイマー型認知症が最多で、全対象者の36.5%を占めた。

1．高齢者困難事例が抱える困難事象カテゴリー

高齢者困難事例が抱える困難事象は５カテゴリーに類型化された（表1）。

A.精神的健康の課題
B.身体的健康の課題
C.家族の課題
D.近所づきあいの課題
E.金銭トラブル

2．認知症の臨床ステージと困難事象の関連（単変量解析）（表2）

・精神的健康の課題の頻度が最も高く81.5%、次いで家族の課題が79.4%、近所づきあいの課題が48.4%、身体的健康の課題が38.8%、金銭トラブルが20.6%であった。

・CDRの進展に伴い、各課題は以下のように変化した。

A.精神的健康の課題
　有意に減少（p＝0.005）

C.家族の課題, E.金銭トラブル
　有意に増加（p=0.030, p=0.006）

B. 身体的健康の課題, C. 近所づきあいの課題
有意な変化なし

・1ケースが抱える困難事象カテゴリー数は、CDRの進展に伴い有意に増加した（p＜0.001）。

３．認知症の臨床ステージと困難事象の関連（多変量解析）（表3）

・交絡因子を調整しても、CDRの進展と、家族の課題（ｐ＝0.032）、近所づきあいの課題（ｐ＝0.041）、金銭トラブル (p＝0.024) が関連した。
・精神的健康の課題 (p＝0.030) は、CDRの進展にともない減少した。
・身体的健康の課題は、CDRの進展よりも、独居であること (p＝0.0285)、かかりつけ医がいること (p＝0.040）、介護保険サービスをつかっていないこと (p＝0.011) との関連が強かった。

D．考察

本研究で開発した分析的枠組みを用いた分析から、認知症の臨床ステージの進展に伴い困難事象が重畳することが明らかになった。このことから、早期介入によっても解決できない課題はあるが、しかしながら、早期介入によって課題が重畳しより複雑困難化することを回避できる可能性が示唆された。

精神的健康の課題

最も頻度が高い困難事象カテゴリーで、全臨床ステージを通じて、80％以上の対象者で認められた。

認知症の臨床ステージの進展に伴い頻度が低下した理由は以下のように考えられる。未治療の BPSD の課題は、CDR=0.5 にピークが認められた。一方、我々の先行研究[1]から、BPSD は CDR=0.5 で最も多彩であることが示されている。これらより、CDR≤0 の、つまり認知症が明らかではない臨床ステージにおける多彩な精神症状が、周囲の人々を戸惑わせ、事態を複雑化させる可能性が考えられる。

家族の課題

認知症の全臨床ステージを通じて 70％以上の対象者に認められた。

このことから、認知機能低下のある高齢者は、十分な介護力がある家族がいない場合に、困難事例化しやすいと考えられる。

介護の社会化を目指した介護保険制度の開始から 22 年が経過した現在も、この国の社会制度が、十分な保護力をもつ家族介護者の存在を依然として前提としていることが示唆される。

身体的健康の課題

認知症の全臨床ステージを通じて、約 30～60％の頻度で存在した。

身体的健康の課題には、認知症の重症度よりも、慢性疾患をもつ者が、一人暮らしで、介護保険サービスを利用していないことの影響の方が大きいことが示された。

近所づきあいの課題・金銭トラブル

近所づきあいの課題・金銭トラブルについて、この２つの課題の頻度の増加は、認知症の臨床ステージの進行とともに、独居であ

ることと関連していた。

Ｅ．結論

高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを開発した。本研究で作成した分析的枠組みは、高齢者困難事例が抱える、複雑化した困難事象の構造を理解するために有用と考えられる。

さらに、認知症の進行にともない困難事象が変化するという時間的視点をもつことで、より有効な支援方策を打ち出せる可能性がある。

Ｆ．研究発表

1. 論文発表

1. Ito K, Okamura T, Tsuda S, Ogisawa F, Awata S: Characteristics of complex cases of community-dwelling older people with cognitive impairment: A classification and its relationships to clinical stages of dementia, Geriatr Gerontol Int;22(12):997-1004 2022
2. 井藤佳恵: 特集【認知症の人の地域生活継続を支えるために】独居認知症高齢者は地域生活の継続が困難なのか？, 認知症ケア事例ジャーナル;15(2):162-9 2022
3. 井藤佳恵: 特集【精神科臨床ライブ】地域精神保健･アウトリーチ　不動産を買いすぎて貯金が底をつきました, 精神科治療学;37(増 刊号):376-80 2022
4. 井藤佳恵, 池本正平、, 木村亜希子: 終末期にある統合失調症患者の意思決定への関わり, こころの科学;226:113-8 2022
5. 井藤佳恵: 特集【″認知症 併存疾患″ アプローチの最前線】認知症診療の一般方針終末期医療, 内科;129(6):1299-301 2022
6. 井藤佳恵: 特集【老年精神医療と臨床倫理】特集にあたって　老年精神医療の臨床における倫理的課題, 老年精神医学雑誌;33(6):539-44 2022
7. 井藤佳恵: 特集【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】困難事例ためこみ症/いわゆる「ごみ屋敷」, 老年精神医学雑誌;33(8):806-10 2022
8. 井藤佳恵：「認知症の人の口を支えるために」　認知症医療・ケアにおける医科歯科連携と多職種連携, 老年歯科医学; 36(4): 300-3 2022
9. 井藤佳恵: 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):270-5 2022
10. 井藤佳恵: 特集【高齢者の精神科コンサルテーション・リエゾン (CLP)】意思決定支援のあり方について一精神医学的立場から一, 老年精神医学雑誌;33(1):64-70 2022

2. 学会発表

1. 井藤佳恵, 岡村毅, 津田修治, 扇澤史子, 粟田主一. 認知機能低下のある地域における高齢者困難事例の特徴－認知症の臨床ステージとの関連ー. 第41回日本認知症学会学術集会　第37回日本老年精神医学会[合同開催]. 2022.11.26
2. 井藤佳恵. 高齢者の住環境と福祉ー高齢期になって現れるいわゆる”ごみ屋敷”について考える. 環境福祉学会第18回年次大会 公開シンポジウム. 2022.11.26
3. Ito K. Community-based Integrated

Care System in Japan. European College of Gerodontology Annual Conference 2022; Gerodontology ECo; Online. 2022.6.18

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む.）
1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Reference

１． Ogisawa F, Furuta K, Ito K, et al. Examining BPSD related to caregiver burden - differences between Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies. Dementia Japan. 2021;35(4):634.

表１　高齢者困難事例が抱える困難事象カテゴリー

カテゴリー	n	サブカテゴリー		n	要旨	n
A　精神的健康の課題	229	A1	未診断の認知症・MCI	166	未診断の認知症・MCIが背景因子となって、周囲の人たちとの関係が悪化	166
		A2	未治療のBPSD	80	未治療のBPSDが背景因子となって、周囲の人たちとの関係が悪化	80
		A3	未診断の精神疾患（認知症を除く）	41	未診断/未治療/治療中断中の精神疾患（認知症を除く）が背景因子となって、周囲の人たちとの関係が悪化	41
		A4	精神疾患の急性期	11	精神疾患の急性期であり、精神医療が必要	11
B　身体的健康の課題	117	B1	身体的健康に対する無頓着	84	身体医療の受療拒否	30
					明らかな病変（骨折、火傷、壊疽など）の放置	17
					服薬管理不能	29
					著しく不適切な食事摂取状	26
		B2	せん妄	42	せん妄状態	42
		B3	医療機関とのトラブル	30	医療機関とのトラブルにより診療を拒否されている	30
		B4	終末期医療の課題	13	明らかに看取りの時期を迎えているが、必要な医療・介護を受けていない	13
C　家族の課題	223	C1	家族構造の課題	83	現在関わっている親族がなく、2親等以内の親族がいない	45
					親族として、要介護状態のきょうだいしかいない	38
		C2	介護者の精神的健康の課題	97	主たる介護者が認知症を抱えている	42
					主たる介護者が認知症以外の精神疾患を抱えている	55
					主たる介護者と従たる介護者の両方が精神疾患を抱えている	7
		C3	家族によるサービス利用・制度利用の妨害	53	家族が、医療サービス、介護サービス、権利擁護事業等の利用を妨害している	53
		C4	虐待	82	親族から虐待を受けている（認定の有無を問わない）	82
D　近所づきあいの課題	136	D1	近隣住民に対する攻撃的態度	47	近隣住民に対する攻撃的な言動のため近隣トラブルになっている	47
		D2	地域社会からの排除	60	近隣住民や管理組合等から退去要求/勧告がなされている	60
		D3	住環境の著しい不衛生とちらかり	65	Environmental Cleanliness and Clutter Scale scores[1] >12 で定義される、住環境の著しい不衛生とちらかり（いわゆる「ごみ屋敷」）	65
E　金銭トラブル	58	E1	借金・滞納	58	借金・滞納による退去勧告、ライフラインの停止、差し押さえ、保険給付制限	58
		E2	経済被害	14	経済被害にあっていることが明らかである	14

Abbreviations: MCI, mild cognitive impairment; BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

表２　認知症の臨床ステージと困難事象の関連（単変量解析）

					Total n=281	CDR=0.5 n=64	CDR=1 n=124	CDR≥ 2 n=93		
					n / %				χ^2	p for trend
カテゴリー	A	精神的健康の課題			229 81.5%	58 90.6%	103 83.1%	68 73.1%	7.917	0.005*
	サブカテゴリー		A1	未診断の認知症/MCI	166 59.1%	41 64.1%	74 59.7%	51 54.8%	1.319	0.251
	サブカテゴリー		A2	未治療のBPSD	80 28.5%	24 37.5%	40 32.3%	16 17.2%	9.129	0.003*
	サブカテゴリー		A3	未治療の精神疾患（認知症を除く）	41 15.0%	13 20.3%	17 13.7%	11 11.8%	1.617	0.204
	サブカテゴリー		A4	精神疾患の急性期	11 3.9%	6 9.4%	4 3.2%	1 1.1%	5.327	0.021*
カテゴリー	B	身体的健康の課題			109 38.8%	20 31.3%	47 37.9%	42 45.2%	3.047	0.081
	サブカテゴリー		B1	身体的健康に対する無頓着	84 29.9%	15 23.4%	37 29.8%	32 34.4%	1.949	0.163
	サブカテゴリー		B2	せん妄	42 14.9%	10 15.6%	19 15.3%	13 14.0%	0.102	0.749
	サブカテゴリー		B3	医療機関とのトラブル	30 10.7%	5 7.8%	14 11.3%	11 11.8%	0.431	0.511
	サブカテゴリー		B4	終末期医療の課題	13 4.6%	2 3.1%	6 4.8%	5 5.4%	0.327	0.567
カテゴリー	C	家族の課題			223 79.4%	46 71.9%	97 78.2%	80 86.2%	4.688	0.030*
	サブカテゴリー		C1	家族構造の課題	83 29.5%	14 21.9%	39 31.5%	30 32.3%	1.241	0.265
	サブカテゴリー		C2	介護者の精神的健康の課題	97 34.5%	21 32.8%	40 32.3%	36 38.7%	0.909	0.340
	サブカテゴリー		C3	家族によるサービス利用・制度利用の妨害	53 17.2%	8 27.4%	24 19.4%	21 22.6%	2.053	0.152
	サブカテゴリー		C4	虐待	82 29.2%	11 17.2%	34 27.4%	37 39.8%	9.450	0.002*
カテゴリー	D	近所づきあいの課題			136 48.4%	27 42.2%	57 46.0%	52 55.9%	3.358	0.067
	サブカテゴリー		D1	近隣住民に対する攻撃的態度	47 16.7%	13 20.3%	24 19.4%	10 10.8%	3.357	0.067
	サブカテゴリー		D2	地域社会からの排除	60 21.4%	12 18.8%	24 19.4%	24 25.8%	1.534	0.216
	サブカテゴリー		D3	住環境の著しい不衛生とちらかり	65 23.1%	7 10.9%	24 19.4%	34 36.3%	15.720	<0.001*
カテゴリー	E	金銭トラブル			58 20.6%	7 10.9%	24 19.4%	27 29.0%	7.560	0.006*
	サブカテゴリー		E1	借金・滞納	44 15.7%	5 7.8%	17 13.7%	22 23.7%	7.798	0.005*
	サブカテゴリー		E2	経済被害	14 5.0%	2 3.1%	7 5.6%	5 5.4%	0.203	0.652
1ケースあたりが抱える困難事象カテゴリー数（平均±SD）					2.7±1.1	2.5±0.9	2.7±1.0	2.9±1.2	9.374	<0.001*

* p<0.05
Abbreviations: CDR, Clinical Dementia Rating; BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; SD, standard deviation.

表 3　認知症の臨床ステージと困難事象の関連（多変量解析）

		n	精神的健康の課題				身体的健康の課題				家族の課題				近所づきあいの課題				金銭トラブル			
		281	n	OR	95% CI	p-value	n	OR	95% CI	p-value	n	OR	95% CI	p-value	n	OR	95% CI	p-value	n	OR	95% CI	p-value
年齢	≤74	81	61	1.00			34	1.00			64	1.00			44	1.00			23	1.00		
	≥75	200	168	2.12	1.02-4.41	0.045 *	75	0.77	0.42-1.41	0.392	159	1.10	0.52-2.32	0.798	92	0.82	0.45-1.51	0.520	35	0.73	0.37-1.45	0.371
性別	男性	117	98	1.00			52	1.00			92	1.00			53	1.00			31	1.00		
	女性	164	131	0.59	0.29-1.19	0.141	57	0.59	0.34-1.01	0.056	131	1.10	0.58-2.09	0.768	83	1.42	0.82-2.46	0.206	27	0.56	0.29-1.05	0.072
世帯形態	同居	149	123	1.00			51	1.00			120	1.00			50	1.00			22	1.00		
	独居	132	106	1.16	0.58-2.32	0.666	58	1.85	1.07-3.19	0.028 *	103	0.70	0.37-1.33	0.275	86	3.33	1.95-5.68	<0.001 *	36	2.17	1.13-4.17	0.020 *
収入種別	年金	229	191	1.00			86	1.00			180	1.00			104	1.00			48	1.00		
	生活保護・無年金	36	26	0.55	0.22-1.34	0.187	15	1.06	0.48-2.37	0.881	29	1.60	0.60-4.25	0.350	23	1.71	0.76-3.83	0.192	9	1.23	0.50-3.06	0.654
BADL	自立	121	103	1.00			41	1.00			95	1.00			58	1.00			20	1.00		
	介助	160	126	0.82	0.39-1.72	0.596	68	1.59	0.90-2.81	0.109	128	1.33	0.68-2.59	0.399	78	1.00	0.56-1.76	0.987	38	1.88	0.94-3.77	0.075
介護保険サービス	(+)	76	56	1.00			25	1.00			60	1.00			41	1.00			16	1.00		
	(-)	205	173	1.24	0.57-2.68	0.587	84	2.40	1.22-4.71	0.011 *	163	1.17	0.54-2.52	0.695	95	0.99	0.52-1.89	0.975	42	1.29	0.60-2.77	0.510
権利擁護事業	(+)	10	5	1.00			6	1.00			9	1.00			8	1.00			2	1.00		
	(-)	271	224	5.48	1.39-21.61	0.015 *	103	0.38	0.10-1.47	0.162	214	0.32	0.04-2.72	0.299	128	0.30	0.06-1.56	0.152	56	1.34	0.25-7.27	0.737
かかりつけ医	(-)	147	106				48				115	1.00			69	1.00			34			
	(+)	134	123	1.20	0.59-2.44	0.620	61	1.83	1.03-3.24	0.040 *	108	0.38	0.19-0.75	0.006 *	67	0.88	0.50-1.54	0.649	24	0.63	0.32-1.23	0.179
CDR	≤ 1	188	161	1.00			67	1.00			143	1.00			84	1.00			31	1.00		
	≥2	93	68	0.46	0.23-0.93	0.030 *	42	1.42	0.80-2.50	0.230	80	2.28	1.07-4.83	0.032 *	52	1.82	1.02-3.23	0.041 *	27	2.11	1.10-4.02	0.024 *

* p<0.05　Abbreviations: OR, odds Ratio: 95% CI, 95% confidence interval: CDR, Clinical Dementia Rating: BADL, basic activities of daily living

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社会参加促進に関する研究

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
研究分担者　津田修治　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨
【目的】認知症があると、豊かな生活に寄与する社会参加の機会が減少することが知られる。本研究は、軽度認知症もしくは認知症が疑われる人の社会参加の状況が、独居の場合と同居者がいる場合とでどのように異なるのかを明らかにした。また、独居の場合に、ひとりで自宅外の活動をする人としない人とでどのような属性や対処行動等の違いがあるのか検証した。
【方法】インターネット調査会社のモニターを対象に 2021 年 12 月に実施した調査データの二次的分析をした。対象は、初期認知症または認知症の疑いがある 40 歳以上の人（本人）と同居または 30 分以内の場所に住む成人家族である。本人の属性、認知機能、診断と要介護認定の有無、対処行動等、社会参加の状況、家族の属性の変数を用いた。分析は、①独居または同居者ありによって社会参加ありの割合に差があるか、②独居の場合に、ひとりで社会参加をする人としない人の本人・家族の属性等に差があるか、t 検定およびカイ 2 乗検定で検証した。
【結果】1322 名のうち、本人の独居は 177 名（13.4%）だった。同居者ありと比較して、独居の本人はやや高齢で、女性の割合が高く、認知機能または ADL の低下を多く認めた。独居の本人は、ひとりで買い物や外食に行く割合は高かったが（36.7% vs 25.7%, p=0.002）、ひとりで趣味（9.0% vs 16.3%, p=0.012）、ひとりでスポーツ（4.0%. vs 8.3%, p=0.044）、知人・友人とスポーツ（2.8% vs 7.3%, p=0.026）、ボランティア・市民活動（5.1% vs 9.8%, p=0.044）、町内会活動（11.9% vs 19.0%, p=0.021）を行う割合は低かった。ひとりで行う自宅外の活動があることと有意な関連を認めた本人の対処行動等は、認知症のことを友人・知人に伝えていること（21.5% vs 8.9%, p=0.041）、携帯・スマホ・タブレットを利用すること（67.8% vs 50.0%, p=0.023）、認知症のない友人がいること（44.6% vs 25.0%, p=0.013）だった。
【考察】生活を共にして支える家族等の支援者がない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、生活に必須の社会参加は多いが、楽しみや役割につながる社会参加は少なかった。認知症があって、ひとり暮らしであっても、地域で豊かに生活を続けることの支援には、後者の社会参加の継続を助ける支援の必要が示唆された。そのために、本人の対処行動や交友関係に対する直接・間接支援が適切だと考えられる。

A. 研究目的

社会参加することは、人とのつながりから幸福感や満足を得ることや、役割を果たして目的意識や自尊心を持つことで、人のウェルビーイングに寄与する[1, 2]。また、そこで得たつながりはソーシャルサポートの授受を可能にし、困ったときに助け合う資源にもなる[3]。この社会参加の効用は、認知症のある人たちにも当てはまるとされる[4]。しかし、認知症になって日常の活動に制限が出始めると、その前後から社会参加にも深刻な影響がある[5]。例えば、認知症のない高齢者の87%が維持する日常的な社会的交流は、認知症の診断前後で55%から23%まで低下するという報告がある[6]。

社会参加の減少は、認知症があって、さらにひとり暮らしをする場合、特に大きな意味を持つ。独居認知症高齢者は、同居者がいる場合よりも、精神的ウェルビーイングが低く、他者からのサポートを得にくいためである。独居認知症高齢者は心理的なストレス、とりわけ孤独感を抱えやすいこと[7, 8, 9]、家事や食事、セルフケアなど生活に必須の活動に関する支援ニーズが満たされにくいことが知られる[10]。

同居者不在の影響を補う可能性があるものの一つは、社会参加やそれによって得た人のつながりであろう。しかし、独居認知症高齢者を支えるためのエビデンスの蓄積は少なく、彼らの社会参加の状況はほとんど明らかになっていない。本研究は、認知機能が軽度低下してひとり暮らしをする人の社会参加の状況が、同居者がいる場合とどのように異なるのかを明らかにした。また、独居の場合に、家族を伴わずに、ひとりで自宅外の活動をする人としない人の特徴にはどのような差異があるのか検証した。

B. 研究方法

インターネット調査会社のモニターを対象として実施した2021年12月のデータ[11]の二次的分析を実施した。対象者の適格基準は、1. 現在、家族の中で認知症や軽度認知障害の診断を受けている人、もしくは認知症の疑いがある人が1人以上いる、2. その人が、認知・生活機能質問表（DASC-8）において、カテゴリーⅠ（認知機能正常かつADL自立）もしくはカテゴリーⅡ（軽度認知障害～軽度認知症または手段的ADL低下、基本的ADL自立）、3. その人の現在の住まいが自宅、4. 回答者とその人が同居もしくは普段の交通手段で30分以内、の4つの基準とした。基準を満たした対象者1600名のうち、認知症もしくは認知症の疑いがある人が40歳未満、自宅生活の継続が困難なレベルのBPSDが出現しているケース、家族が20歳未満、のケースを除外した。1600名の有効回答のうち、最終的に1322名分が分析対象となった。

今回の分析で用いた調査項目は、認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性、認知機能、診断と要介護認定の有無、対処行動等、社会参加の状況、家族の属性、である。本研究では、社会参加とは、「他者との相互関係を伴う活動に参加すること」というLevasseurらの定義とその分類を採用した。社会参加の分類を、ひとりで行う（自宅外の）活動（4項目）、他者と一緒に行う（自宅外の）活動（8項目）、人の

ために行う（自宅外の）活動（3 項目）の3 つとして、それらを日常的に行なっているかどうか調査した[12]。

また、対処行動等として、認知症のことを友人・知人に伝える、困った時に助けを求める、携帯・スマホ・タブレットを利用する、認知症のある友人がいる、認知症のない友人がいる、の 5 項目を調査した。

分析は変数の種類に応じて、平均・標準偏差または頻度・割合を算出して、t 検定またはカイ 2 乗検定を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（受理番号2021-21）。調査対象者には、インターネット調査会社からメールで案内を送付して、調査画面の冒頭で調査の目的や内容、個人情報の取り扱い等についての説明を文章で提示した。その説明に対して電子的に同意があった場合に回答を得た。

C. 研究結果

1322 名の家族は平均年齢 52.4（標準偏差 12.9）歳、男性 66.6%、就労あり 80.0%、主観的健康感良好 74.5%だった。認知症もしくは認知症の疑いがある人は、平均年齢 78.2（標準偏差 11.5）歳、女性 59.4%、DASC-8 カテゴリーⅡ67.7%、認知症の診断あり 49.8%、要介護認定あり 46.0%、独居 13.4%だった。

表 1 で独居と同居者ありのケースで家族および認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性を比較した。独居では、女性の家族が多かった（43.5% vs 31.8%, p=0.002）が、その他の属性の項目には有意な差を認めなかった。認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性は、独居で有意に高齢（82.1 歳 vs 77.5 歳, p<0.001）、女性の割合が高い（75.7% vs 56.9%、p<0.001）、DASC-8 カテゴリーⅡが多かった（75.7% vs 66.5%, p=0.014）。BPSD の頻度や介護認定ありの割合は、独居の方が高い傾向を認めた。

表 2 では、ひとりでまたは家族同伴で、日常的に社会活動を行う人の割合について、独居の場合と同居者ありの場合で比較した。同居者ありの場合と比較して、独居の認知症もしくは認知症の疑いのある人は、ひとりで買い物や外食に行く割合は有意に高かったが（36.7% vs 25.7%, p=0.002）、趣味（9.0% vs 16.3%, p=0.012）、スポーツ（4.0%. vs 8.3%, p=0.044）、知人・友人とのスポーツ（2.8% vs 7.3%, p=0.026）、ボランティア・市民活動（5.1% vs 9.8%, p=0.044）、町内会活動（11.9% vs 19.0%, p=0.021）を行う割合は有意に低かった。また、家族と一緒に行う活動は、近所の散歩（27.1% vs 35.6%, p=0.027）、ピアサポート（0% vs 2.2%, p=0.047）、ボランティア・市民活動（2.6% vs 13.6%, p=0.003）の 3 つの項目で、独居の場合に実施する割合が有意に低かった。

独居・同居者ありの別に関係なく認めた傾向は、本人ミーティングやピアサポート、認知症カフェなど、近年の認知症関連施策で整備された事業やサービスを利用する人の割合はいずれも 5%未満と低いことだった。

次に、独居の場合に限定して、家族に伴われないで社会活動をする人の割合を、社会参加の 3 つのカテゴリー毎に比較検討した。家族に伴われずに、ひとりで行う活動が 4

項目中1項目以上ある独居の人は 121 名（68.4%)、同様に、他者と一緒に行う活動が1項目以上ある独居の人は77名(43.5%)、人のために行う活動が1項目以上ある独居の人は50名（28.2%）だった。

これら3つのカテゴリーのうち最も割合が高かった、家族に伴われずにひとりで行う活動に注目した。このカテゴリーの活動がある人とない人の差異について、本人・家族の属性や対処行動等を比較した（表3)。家族に伴われずに、ひとりで行う活動があることと有意な関連を認めたのは、認知症のことを友人・知人に伝えていること（21.5% vs 8.9%, p=0.041)、携帯・スマホ・タブレットを利用すること（67.8% vs 50.0%, p=0.023)、認知症のない友人がいること（44.6% vs 25.0%, p=0.013）だった。一方で、認知症の重症度（DASC-8)、認知症の診断や要介護認定を受けていること、家族の属性については、いずれも有意差を認めなかった。

D. 考察

ひとり暮らしをする初期認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、同居者がいる場合に比べて、ひとりで買い物や外食するなど個人の生活に必須の社会活動は多いが、趣味やスポーツなどひとりでまたは他者と楽しむ社会活動は少なく、町内会活動のように社会の中で役割を果たす活動も少なかった。家族に伴われずにひとりの社会活動をする人は、認知症のことを友人・知人に伝える、携帯・スマホ・タブレットを利用するなど、対処行動と解釈できる行動を多くとっていた。また、認知症のない友人がいる場合にも、家族に伴われずにひとりで活動しており、交友関係も有意に関連する要因だった。

認知症になると、近所の外出は続けるが、スポーツやレクリエーションのための場所に行くことをやめる傾向があることが先行研究で指摘される[13]。本研究でも同様の結果を認めた。すなわち、同居者の有無に関わらず、近所の散歩は比較的高い割合で実施するが、趣味やスポーツの活動は少なくなるが、さらに本研究が明らかにしたことは、独居の場合にはより顕著に趣味やスポーツの活動が減少することである。スポーツやレクリエーションは、認知症のある人が社会参加だと考える活動の典型であり、楽しみを得たり、人と交流したりする活動である[14]。その活動が少ないことは、独居認知症高齢者が心理的ストレスや孤独感を抱えやすいことと関連している可能性がある。

その一方で、独居の場合、ひとりで買い物や外食に行くことが多いという結果を認めた。これは、独居認知症高齢者は、生活に必須の支援ニーズが多く、満たされにくいこと[10]と併せて解釈する必要がある。衣食住などの生活に関する社会参加の活動を多く行っていたことは、同居する支援者がいないために自分で実行する、という意味があると考えられる。同時に、貴重な社会参加の機会となっていた。ひとり暮らしの場合に衣食住の支援ニーズは満たされにくいかもしれないが、それでも認知症もしくは認知症の疑いがある本人は工夫して生活しているものである。まずは、本人が普段どのように対処しているのかをしっかりと理解する必要がある。本人が生活の中で自律的に行う活動を尊重した上で、その活動の

何に対して支援ニーズがあるのか判断し、継続を支えたり、不足を補ったりすることが大切であろう。

本研究では、認知症のことを他者に伝えていること、スマートフォンなどを使うこと、認知症のある友人がいることが、家族に伴われず、ひとりで自宅外の活動をすることと関連した。認知症があってもスマートフォンを使うなど対処行動をすることで社会参加を続けられることを示した先行研究と一致しており[15]、対処行動の大切さは独居の場合にも変わらないことを意味するのだろう。

今回の対象となった認知症もしくは認知症の疑いのある人たちは、独居・同居に関わらず、認知症のある友人を持つ人は非常に少なく、ピアサポートや認知症カフェの利用者もわずかであった。近年、政策的にも当事者同士が出会い、語り合い、助け合うさまざまな活動が推進されているが、実際にはその機会を得られている人は極めて稀という結果である。研究の対象者は、認知機能低下がほとんどないか、軽度認知症が疑われる人だった。認知症の早期診断の体制構築が進み、認知機能低下の初期の段階で、診断を受けた早期から、適切な社会的支援に結びつくことが大切であることが指摘され[16]、そのことは政策の掲げる目標の一つでもある[17]。社会参加や当事者同士の交流は、そのための手段という側面もある。認知症カフェなど地域の社会的支援の整備は飛躍的に進んだが、その支援にたどり着いていない人が多いという実態を改めて示したものだろう[18]。

E. 結論と今後の課題

生活を共にして支える家族等の支援者がない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、生活に必須の社会参加は多いが、趣味やスポーツを楽しんだり、他者と関わって役割を果たしたりする社会参加は少なかった。後者の社会参加は、ウェルビーイングやソーシャルサポートなど、人の健康的な生活を形作るものである。認知症があって、ひとり暮らしであっても、地域で豊かに生活を続けることの支援には、このような社会参加の継続を助けることが大切であろう。そのためには、認知症であることを人に伝える、スマートフォンを使うなど、対処行動をとることや、地域に交友関係を持つことに意味がある。そのような行動をとることができるように直接的・間接的に支援することが適切だと考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 堀田聰子, 大村綾香, 津田修治, 大森千尋. 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】認知症とともに一人で暮らす高齢者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. 2022;33(3):224-229.

2) Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, et al. Living alone, cognitive function, and well-being of Japanese older men and women: a cross-sectional study. Health Soc Care Community. 2023;7183821

2. 学会発表

該当なし

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

Reference

1）Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. Ageing and Society. 2010;31(4):683-712.

2）Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL. Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. Aging Ment Health. 2007;11(4):384-93.

3）Kawachi I, Berkman LF. Social capital, social cohesion, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. Social Epidemiology. Second edi ed. New York: Oxford University Press; 2014.

4）Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. Aging and Mental Health. 2017;21(1):4-17.

5）Chaudhury H, Mahal T, Seetharaman K, Nygaard HB. Community participation in activities and places among older adults with and without dementia. Dementia (London). 2021;20(4):1213-33.

6）Hackett RA, Steptoe A, Cadar D, Fancourt D. Social engagement before and after dementia diagnosis in the English Longitudinal Study of Ageing. PLoS One. 2019;14(8):e0220195.

7）Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, et al. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. Int J Geriatr Psychiatry. 2020;35(8):851-8.

8）Clare L, Martyr A, Henderson C, Gamble L, Matthews FE, Quinn C, et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. Journal of Alzheimer's Disease. 2020;78(3):1207-16.

9）Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, Clark A, Campbell S, Manji K, et al. Its our pleasure, we count cars here: An exploration of the neighbourhood-based connections for people living alone with dementia. Ageing and Society. 2021;41(3):645-70.

10）Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving? International Psychogeriatrics. 2010;22(4):607-17.

11） 人とまちづくり研究所. 認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業報告書. 2022. Available from: https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab//pdf/R3_104_report_248.pdf

12）Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. Soc Sci Med. 2010;71(12):2141-9.

13）Thalen L, Malinowsky C, Margot-Cattin I, Gaber SN, Seetharaman K, Chaudhury H, et al. Out-of-home participation among people living

with dementia: A study in four countries. Dementia (London). 2022;21(5):1636-52.
14）Margot-Cattin I, Berchtold A, Gaber S, Kuhne N, Nygard L, Malinowsky C. Associations between community participation and types of places visited among persons living with and without dementia: risks perception and socio-demographic aspects. BMC Geriatr. 2022;22(1):309.
15）Hedman A, Nygard L, Kottorp A. Everyday Technology Use Related to Activity Involvement Among People in Cognitive Decline. Am J Occup Ther. 2017;71(5):7105190040p1-p8.
16）Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. London, UK: Alzheimer’s Disease International; 2022.
17）認知症施策推進関係閣僚会議. 認知症施策推進大綱. 2019. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf.
18）認知症介護研究・研修仙台センター. 認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業報告書. 2019. Available from: https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/322/s_h29kazokushienn_doc.pdf

表 1. 家族および認知症もしくは認知症の疑いがある方の基本属性（n=1322）

	独居 n=177		同居者あり n=1145		p
家族					
年齢（mean, SD）	51.3	12.1	52.5	13.0	0.24
女性	77	(43.5%)	364	(31.8%)	0.002
最終学歴：短大・大学・大学院	127	(71.8%)	817	(71.4%)	0.91
主観的経済状況：良い	117	(66.1%)	755	(65.9%)	0.97
主観的健康感：良い	132	(74.6%)	853	(74.5%)	0.98
ソーシャルネットワーク：良好	67	(37.9%)	389	(34.0%)	0.31
仕事：あり	142	(80.2%)	915	(79.9%)	0.92
医療・福祉・介護関係の仕事経験：あり	21	(11.9%)	135	(11.8%)	0.98
認知症関連のボランティア経験：あり	9	(5.1%)	68	(5.9%)	0.65
認知症もしくは認知症の疑いがある方					
年齢（mean, SD）	82.1	7.7	77.5	11.9	<0.001
女性	134	(75.7%)	651	(56.9%)	<0.001
DASC8：MCI～軽度認知症	134	(75.7%)	761	(66.5%)	0.014
BPSD：軽度あり(ref: なし)	145	(81.9%)	889	(77.6%)	0.20
診断あり	91	(51.4%)	567	(49.5%)	0.64
要介護認定あり	91	(51.4%)	517	(45.2%)	0.12

表 2. 独居または同居者ありの場合で社会活動の割合の比較（n=1322）

	ひとりで					家族同伴で				
	独居 n=177		同居 n=1145			独居 n=177		同居 n=1145		
	n	(%)	n	(%)	p	n	(%)	n	(%)	p
ひとりで行う活動										
近所の散歩	77	(43.5)	446	(39.0)	0.249	48	(27.1)	408	(35.6)	0.027
買い物や外食	65	(36.7)	294	(25.7)	0.002	73	(41.2)	438	(38.3)	0.447
趣味（映画、写真、図書館）	16	(9.0)	187	(16.3)	0.012	19	(10.7)	169	(14.8)	0.154
スポーツ（ジョギング、自転車、水泳）	7	(4.0)	95	(8.3)	0.044	9	(5.1)	74	(6.5)	0.482
他者と一緒に行う活動										
友人を訪問	29	(16.4)	209	(18.3)	0.547	35	(19.8)	231	(20.2)	0.902
友人との買い物や外食	41	(23.2)	227	(19.8)	0.304	55	(31.1)	340	(29.7)	0.709
友人・知人と趣味（囲碁、将棋、コーラス）	22	(12.4)	110	(9.6)	0.244	14	(7.9)	97	(8.5)	0.802
友人・知人とスポーツ（テニス、ゴルフ）	5	(2.8)	84	(7.3)	0.026	6	(3.4)	77	(6.7)	0.089
高齢者学級・社会人講座・市民講座	2	(1.1)	32	(2.8)	0.193	3	(1.7)	27	(2.4)	0.581
本人ミーティング	1	(0.6)	33	(2.9)	0.07	6	(3.4)	40	(3.5)	0.944
ピアサポート	0	(0.0)	21	(1.8)	0.069	0	(0.0)	25	(2.2)	0.047
認知症カフェ	0	(0.0)	15	(1.3)	0.126	0	(0.0)	13	(1.1)	0.154
人のために行う活動										
ボランティア・市民活動	9	(5.1)	112	(9.8)	0.044	10	(5.6)	156	(13.6)	0.003
町内会活動	21	(11.9)	218	(19.0)	0.021	22	(12.4)	207	(18.1)	0.065
老人会・老人クラブ	27	(15.3)	120	(10.5)	0.06	17	(9.6)	89	(7.8)	0.404

表 3. 独居の場合で、家族に伴われずにひとりで行う活動がある人、ない人の比較（n=177）

家族に伴われずにひとりで行う活動	活動あり n=121		活動なし n=56		p
家族					
年齢（mean, SD）	50.8	12.2	52.4	11.9	0.44
性別：女性	55	(45.5%)	22	(39.3%)	0.44
最終学歴：短大・大学・大学院	85	(70.2%)	42	(75.0%)	0.51
主観的経済状況：良い	82	(67.8%)	35	(62.5%)	0.49
主観的健康感：良い	92	(76.0%)	40	(71.4%)	0.51
ソーシャルネットワーク：良い	50	(41.3%)	17	(30.4%)	0.16
仕事：あり	98	(81.0%)	44	(78.6%)	0.71
医療・福祉・介護関係の仕事経験：あり	14	(11.6%)	7	(12.5%)	0.86
認知症関連のボランティア経験：あり	7	(5.8%)	2	(3.6%)	0.53
認知症もしくは認知症の疑いがある方					
年齢（mean, SD）	81.8	7.8	82.9	7.4	0.38
DASC8：MCI~軽度認知症	92	(76.0%)	42	(75.0%)	0.88
BPSD：軽度あり（ref: なし）	103	(85.1%)	42	(75.0%)	0.10
認知症の診断：あり	65	(53.7%)	26	(46.4%)	0.37
要介護認定：あり	58	(47.9%)	33	(58.9%)	0.17
認知症のことを友人・知人：伝えている	26	(21.5%)	5	(8.9%)	0.041
困った時に助けを：求める	73	(60.3%)	29	(51.8%)	0.29
携帯・スマホ・タブレット：使う	82	(67.8%)	28	(50.0%)	0.023
認知症ある友人：いる	9	(7.4%)	1	(1.8%)	0.13
認知症のない友人：いる	54	(44.6%)	14	(25.0%)	0.013

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災害対策に関する研究

研究分担者　大塚理加　防災科学技術研究所 災害過程研究部門・研究員
研究分担者　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
令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災および COVID‐19 による影響について、被災や感染症のパンデミックが要支援・要介護高齢者に与える影響について、具体的な状況を把握するとともに、ケアマネジメントにおける課題について検討することを目的とし、熊本県介護支援専門員を対象としたアンケート調査を実施し、365 名（回収率 13.0%）の回答を得た。令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災では、在宅での介護サービスが停止したことで、食事や入浴等の生活支援が継続しなかったことによる高齢者への影響が指摘された。また、コロナ禍では、生活支援の不足に加え、ショートステイが利用できなくなったことで、家族介護者の負担が増えたり、在宅継続が困難となったりといった影響が報告された。また、通所サービスの停止等により、認知機能や身体機能等の低下が認められた。ケアマネジメントでは、高齢者と面会できないなかでの状態把握の困難や、独居高齢者の体調悪化への対応等の課題が挙げられた。さらに、施設入所高齢者では、外部との接触がなくなったことによる認知機能の低下も報告された。

A. 研究目的

被災時に高齢者の被害が多いことは、これまでの災害から示されている。我が国の地震による被害では、阪神・淡路大震災において、60 歳以上の死者数は 3,732 名（58.3％）、70 歳以上では 2,515 名（39.3%）と報告されている [1]。また、東日本大震災では、60 歳以上の死者数は 12,006 名（63.6％）、65 歳以上では 10,270 名（54.4%）、70 歳以上では 8,505 名（45.1%）となっており [2]、阪神・淡路大震災より高齢者の死者数は多い。

熊本地震では、死者 273 名のうち、直接死は 50 名とされ、平成 28 年 6 月に発生した大雨による災害関連死 5 名をのぞいた災害関連死は 218 名である [3]（2022 年 5 月 29 日参照，示したデータは 2021 年 3 月 12 日時点）。その災害関連死者数のうち、60 歳以上は 200 名（91.7%）、70 歳以上では 169 名（77.5%）となっており [1]、災害関連死では、より高齢者の被害が多くなっている。

このような高齢者の被害を軽減するためには、高齢者の災害対応を考えていく必要がある。特に、要支援・介護の認定を受けた高齢者は被災による影響を受けやすいと考えられる。しかし、被災後の要支援・介護高齢者の状況については、あまり把握されていない。

また、2019 年からの COVID‐19 は、

感染症による災害であり、介護サービスや施設への影響も大きく、介護サービスを受けている高齢者にも影響を与えたと考えられる。

そこで、本研究では、令和 2 年 7 月熊本豪雨で多くの被害を受けた熊本県の介護支援専門員を対象に、令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災および COVID‐19 による影響について、アンケート調査を実施し、被災や感染症のパンデミックが要支援・要介護高齢者に与える影響について、具体的な状況を把握するとともに、ケアマネジメントにおける課題について検討することを目的とした。

B. 研究方法

熊本県の介護支援専門員 2803 名を対象とし、令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災および COVID‐19 の介護サービスや高齢者への影響について、アンケート調査を行った。調査の周知は、2022 年に登録のあった居宅介護支援事業所全 374 ヶ所、入所施設全 617 ヶ所、地域包括支援センター全 81 ヶ所、在宅支援センター全 10 ヶ所の所長や施設長といった管理者宛に、調査の依頼状を郵送し、web 経由での回答を依頼した。また、熊本県居宅介護支援専門員協会からもメーリングリストによる周知を行った。実施期間は 2023 年 3 月 6 日から 24 日であった。

（倫理面への配慮）

本調査は、国立研究開発法人防災科学技術研究所倫理審査委員会の審査を受けた。

C. 研究結果

2023 年 3 月 24 日時点で 365 名（回収率 13.0%）の回答を得た。

(1) 回答者属性

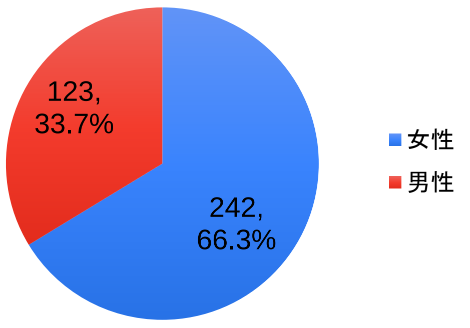


図 1. 回答者性別

回答者の年齢は、以下の通りであった。

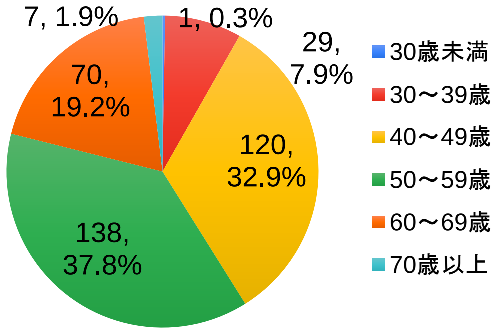


図 2. 回答者年齢

回答者の所属先は、下記の通りだった。

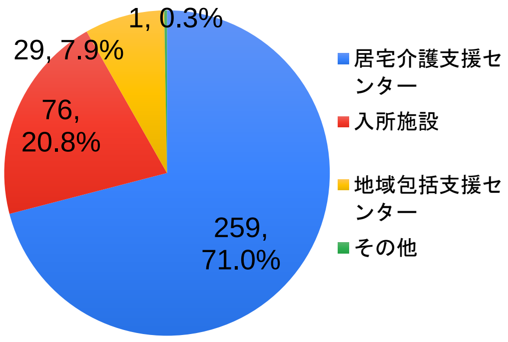


図 3. 回答者所属先

回答者の勤務年数は、以下の通りだった。

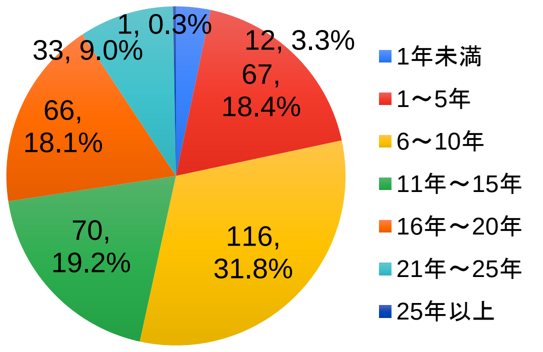


図 4．回答者勤務年数

回答者の担当地域は下記の通りであった。

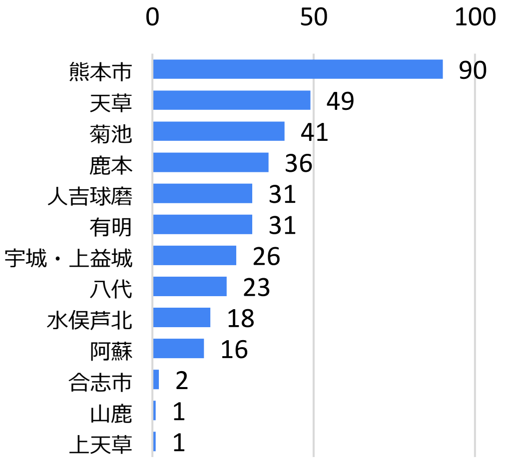


図 5．回答者担当地域

現在の担当高齢者数は、以下の通りであった。

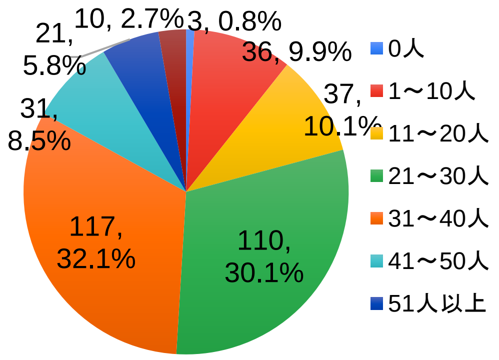


図 6．現在の担当高齢者数

回答者の令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨の担当高齢者数は、以下の通りであった。

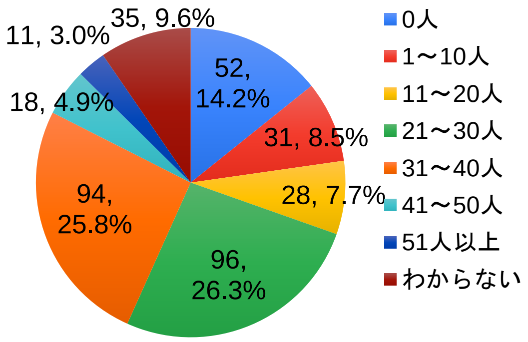


図 7．災害時の担当高齢者数

令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨の時に、担当高齢者の安否確認を行った介護支援専門員は、61.4％であった。

(2) 地域特性

担当地域の人づきあいの程度（5 段階評価）は以下の通りであった。

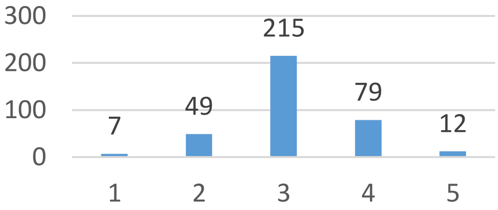


図 8．担当地域の人づきあい

担当地域における祭り等の地域行事の盛んな程度（5 段階評価）は以下の通りであった。

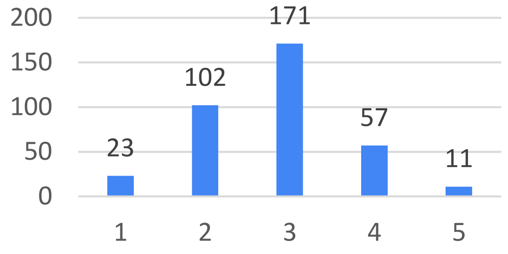


図 9．担当地域の地域行事

(3) 災害時の安否確認

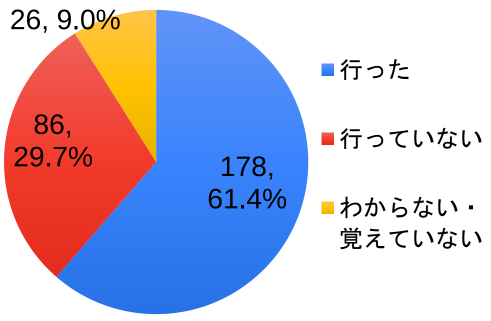


図 10．担当高齢者の安否確認の実施

令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨の時に、担当高齢者の安否確認にかかった日数は、1 日が最も多かった。また、最長で 14 日かかったと報告された。

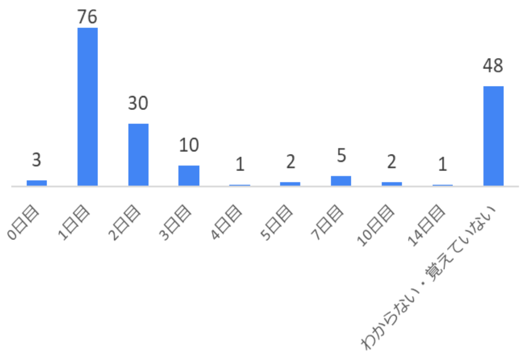


図 11．安否確認にかかった日数

令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨の時に安否確認で困難であったことは、以下の通りであった。

- ①大変な中、電話をかけてもいい状況か迷った。②車で訪問するわけにいかず連絡方法に困った。③利用者の地域の状況がわからず優先順位をつけるのに迷った。
- ケアマネ自身も被災し、固定電話がつながらず、水位が高く自宅までたどりつけなかった。
- どこに避難されたが、わからなかった
- どこに避難されたかわからない、電話がなく連絡がとれない
- 移動手段
- 一人暮らし
- 応援に入ったが特に無し
- 家族の携帯電話に連絡がなかなかつかなかった
- 確認できない人がいた。
- 熊本県介護支援専門員協会の要請により、被災地へ行き、地域包括支援センターの後方支援として安否確認を行いました。被災地は道路状況が悪く、橋や道路など決壊している箇所もありましたし、球磨村の土地勘もなかったため、本部から遠く離れたところへは行くことができませんでした。
- 携帯の繋がりにくさ
- 固定電話、携帯電話ともにつながらない。
- 固定電話の回線がつながらなかった
- 高齢者世帯(独居含む)では難聴のため電話での確認が困難。
- 国道の決壊の為、職場へ行くことが出来ず連絡する手段がなかった。
- 災害は発生しなかったので結果的に困難ではなかった。
- 災害情報が入らない。道路寸断で現場に行くことができない。
- 災害状況が分からない、交通状況
- 自身も自宅で待機した場合に、個人情報が手元になく、連絡手段が出社後しかとれなかった
- 自身も身動きがとりづらかった。
- 自宅の電話が通じず、携帯を持たれない方への確認に時間がかかった。
- 自分も被災した為、職場に行くのが１０日程かか

った
- 車の移動
- 車中泊
- 断線により連絡が繋がらなかったこと、水害で道路が通行止めだったこと、通行止めの情報がなく、目的地まで時間がかかった、行けなかった。
- 聴力障害の方への連絡が難しい
- 通信機関、電話、インターネットが届かないために行政が安否確認するまで待たないといけなくて、情報も少なかった。
- 通信機器の回線の混線・故障
- 通信手段が遮断された事、道路などの交通状況、被災状況の確認が取れなかった。
- 通信手段の寸断、道路、交通状況、被災状況の確認ができなかった、
- 停電の地区があり、連絡がつきにくかった。
- 電話がつながらない。 冠水等で通行止めのため実際に安否確認ができない。
- 電話がつながらない。コロナ感染拡大中
- 電話がつながらない。電波が入らない。道路が遮断されていた
- 電話がつながらない・道が通れない。
- 電話が繋がらず、洪水の箇所は土砂などで渡れなかった。
- 電話が繋がらない
- 電話が繋がらない、道が寸断されている、避難しているがどこに避難しているのかわからなかった
- 電話が繋がらなかった
- 電話が不通となっていたので、自分の携帯電話を使用した。
- 電話に出ない場合の対応
- 電話を持ってない方への連絡手段がなく訪問を実施しました
- 電話携帯が不通、交通渋滞
- 電話通話が出来にくかった
- 当地区では問題はなかった。
- 道路の悪路、買い物、お薬不足
- 道路の冠水で訪問できない家があった。
- 道路の寸断や土砂崩れの危険性
- 特になし。自宅にて過ごされ、被害なし
- 独居で身寄りが不在の方の安否確認後の生活維持
- 独居の方と連絡取れない、訪問しても違う場所にいたりする場合
- 認知症高齢者の独り暮らしで、周囲が浸水した方の状況が把握しづらかった。
- 避難している場所がわからなかった
- 避難勧告がでるぎりぎりまでショートを利用するか家族が迷われていた為結局勧告が出てから近くのビジネスホテルに避難されることになったこと
- 避難所に行かれているか不明だったこと
- 避難所の確認
- 避難先を探すのに手間取った
- 避難中で電話での確認が困難
- 訪問手段
- 連絡がつかない。家族が率先して安全確保を行ってくれた為、所在が判らない事があった。
- 連絡がつかない方の対応（追跡）
- 連絡がとれない
- 連絡が取りづらい。包括、地域住民、事業所との連絡がつきにくかった
- 連絡が取れない独居者の安否確認
- 連絡が取れなくて居場所の確認困難だった
- 連絡のタイミング
- 連絡手段、避難場所の把握（県外など）

令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨で被災した高齢者を担当した介護支援員は 50 名であった。

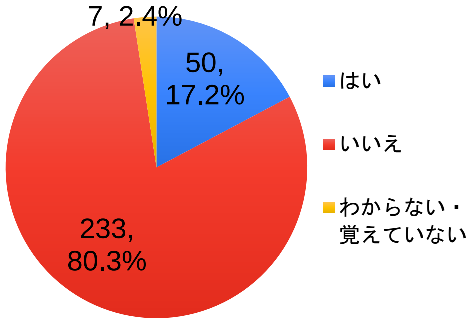


図 12．被災高齢者を担当した介護支援専門員数

(4) 災害時の在宅高齢者の状況

令和 2 年（2020 年）7 月熊本豪雨で被災した高齢者を担当した人数は、1 名が最

も多く、最大で50名であった。

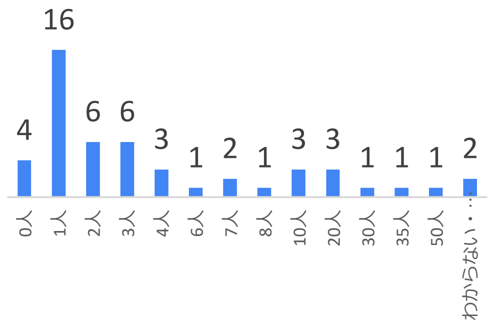


図13．担当した被災高齢者人数

令和2年（2020年）7月熊本豪雨で避難所生活をした担当高齢者の人数では、0名が最も多く、最大で30名であった。

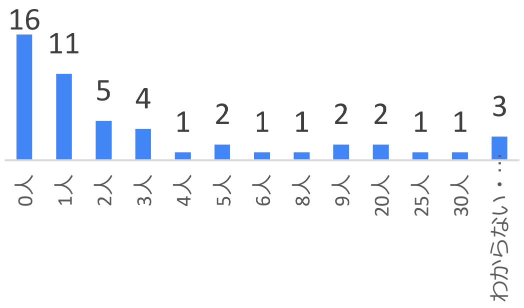


図14．担当した避難所避難高齢者人数

令和2年（2020年）7月熊本豪雨で仮設住宅に入居をした担当高齢者の人数では、0名が最も多く、最大で25名であった。

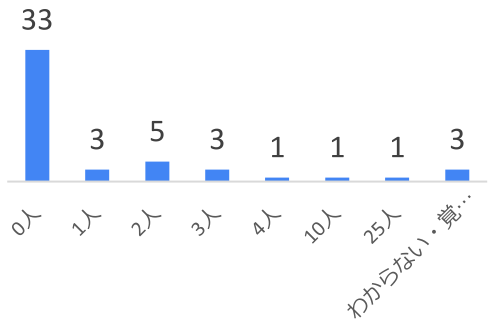


図15．担当した仮設住宅入居高齢者人数

令和2年（2020年）7月熊本豪雨の被災高齢者を担当した介護支援専門員50名のうち、ケアマネジメントに支障が出た高齢者が「いた」と回答した者は36.0%であった。

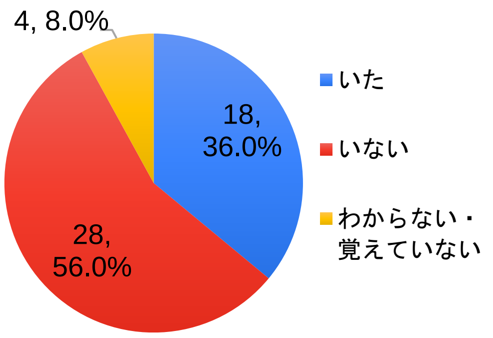


図16．ケアマネジメントに支障が出た高齢者の有無

ケアマネジメントに支障が出た内容としては、下記が挙げられた。

- サービスが見つかりにくかった。
- サービスが中断し、新たな受け入れが難しかった。
- マンションのエレベーターが使えなくて利用していた通所と短期入所の利用ができなくなった。
- 介護保険利用料免除が後から分かった為大ごとした。
- 環境の変化に適応できなかった精神障害者。
- 医療依存度が高く避難所生活が困難で（装着機器の音が原因で）自宅で過ごした。
- 行政とのやりとり
- 浸水でライフラインがストップしてショートに受け入れてもらったが、認知症がありショート先から退所を言い出されてしまった。
- 生活環境が変わり、不穏になった。
- 他県移住、居宅被災で、パソコンが、不通でした。すべての担当利用者様、ケアマネ担当依頼し、情報提供
- 体動困難な方で仮設住宅での生活は難しく、ロン

グショートステイを利用するしかなかった。

- 当座の生活が優先であり、ケアマネジメントは二の次の状況
- 同居家族がｹｱﾏﾈに相談することなく別な所に行かれた。
- 道が通れず訪問できなかった。
- 入所されていた有料ホームが被災し、行き場がなくなり受け入れ先の調整が大変だった。
- 避難や引っ越しし、環境の変化により、認知症が悪化した。
- 避難中に体調不良となり入院後なられ、その後施設入居となられたが、コロナ禍であった為、入院中の面会が出来ず、本人の意向確認が全くできなかった。
- 物資の提供
- 訪問ができなかった。

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、担当高齢者の中で被災により機能低下がみられたと回答した介護支援専門員は 20 名（40.0%）であった。

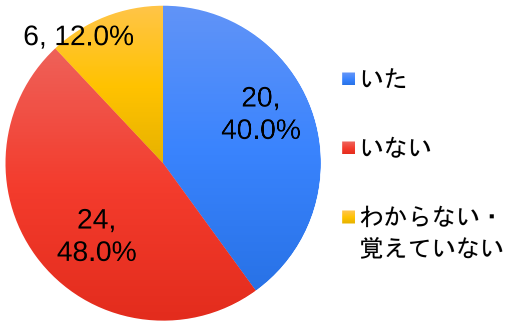


図 17．機能低下がみられた高齢者の有無

機能低下がみられた高齢者の人数は、1 人が最も多く、次いで 2 名と報告された。最大では 4 名となっていた。

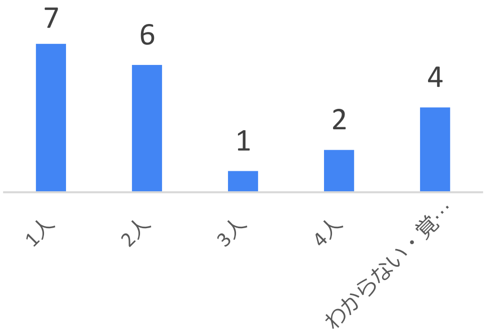


図 18．機能低下がみられた高齢者人数

機能低下の種類について、機能低下がみられた高齢者がいたと報告した介護支援専門員 20 名中、認知機能が 17 名で最も多く、歩行機能の低下も 15 名から報告された。

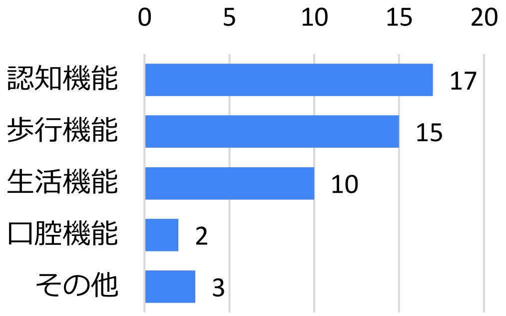


図 19．高齢者の機能低下

被災高齢者を担当した 50 名の介護支援専門員 31 名から、被災により家に戻れなくなった高齢者がいたと報告された。

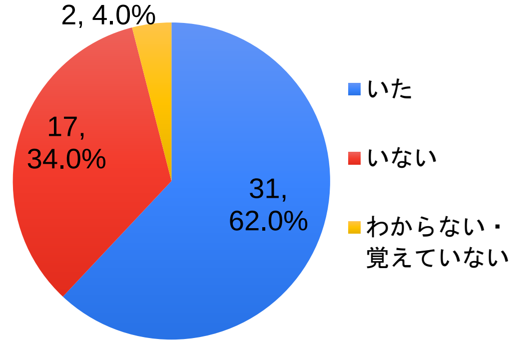


図 20．家に戻れなかった高齢者の有無

被災により家に帰れなくなった高齢者の行先として、施設入所については、高齢者福祉施設、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅が報告された。また、子と同居は、仮設住宅入居も報告された。

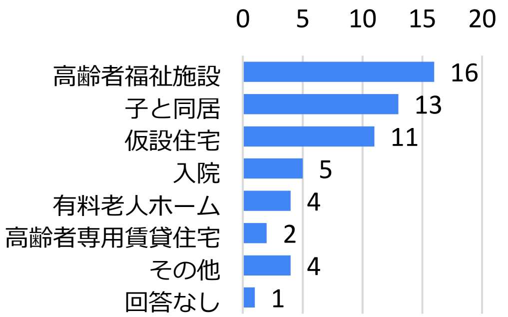


図 21．家に戻れなかった高齢者の行先

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、担当高齢者の中で食環境が悪化した高齢者いたと報告した介護支援専門員は 9 名（18.0%）であった。

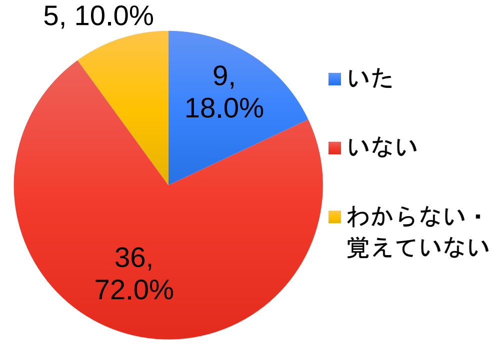


図 22．食環境が悪化した高齢者の有無

食環境が悪化した原因としては、「買い物に行けない」「介護者が来られない」等が報告された。

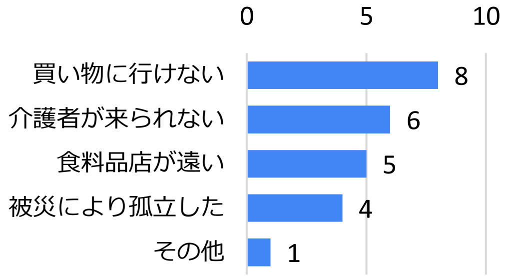


図 23．食環境が悪化した原因

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 25 名（50.0%）が、停止したデイサービスがあったと報告した。

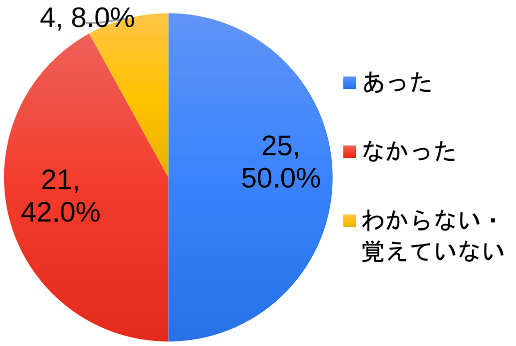


図 24．停止したデイサービスの有無

停止した日数については、1 日が最も多く、約 60 日の長期に渡ったという報告や、未だ戻っていないという報告もみられた。

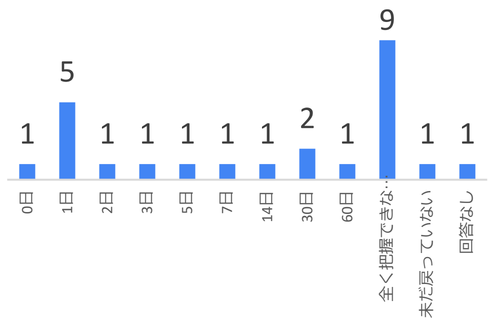


図 25．デイサービスの停止した日数

デイサービスの停止によって、身体・認知機能が低下した高齢者は、デイサービスの停止を報告した 25 名の介護支援専門員のうち、12 名から報告された。

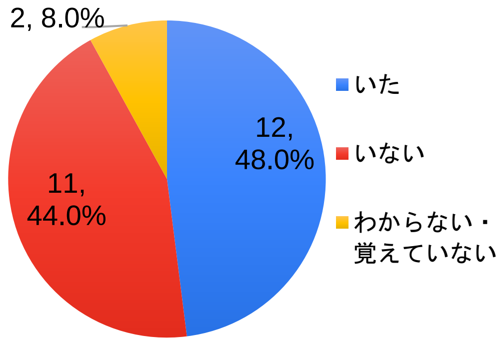


図 26．デイサービスの停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

デイサービスが停止したことによる影響として、下記が挙げられた。

- 代替サービス利用等の連絡・調整等に時間が掛かった。
- 仮設での精神的、肉体的な苦痛等で落ち着かず、避難所内をうろうろすることがあった。
- 家族が仕事を休まなくてはならない
- 外部との交流が出来なかった。入浴が出来なかった。
- 関与した事業所は 1 日のみだったので、該当利用者は通常の休日と同様の生活を行った。
- 居宅が被災したため、ケアマネ変更し、隣接する行政にもお願いしたり、大変でした。
- 受け入れ事業所を探すのに時間がかかった
- 身体的低下および精神的低下
- 送迎などが困難になった。
- 地域の高齢者世帯が生活できなくなった
- 通所利用ができない。
- 停止したデイサービスがあった為、他の被災していないデイへ繋いだ
- 停止中、入浴ができなかった。
- 独居者の入浴ができずケアマネが温泉に連れて行った
- 入浴ができなかた、人との交流ができなくなた
- 入浴が出来ない、運動の機会がない
- 入浴支援ができない
- 入浴等の清潔面が訪問介護事業所等に追加訪問に頼ることになった。
- 利用者の身体機能低下、認知機能の低下、精神面での不安定

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 20 名（40.0%）が、停止した通所リハビリテーションがあったと報告した。

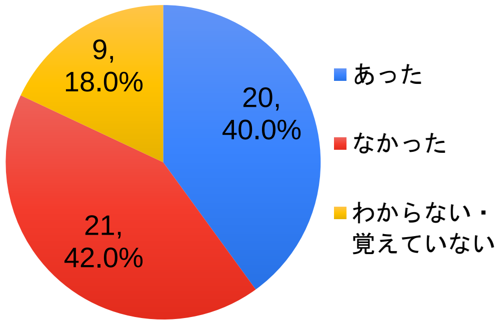


図 27．停止した通所リハビリテーションの有無

通所リハビリテーションが停止していた期間は最長 60 日で、未だに戻っていない

という報告もあった。

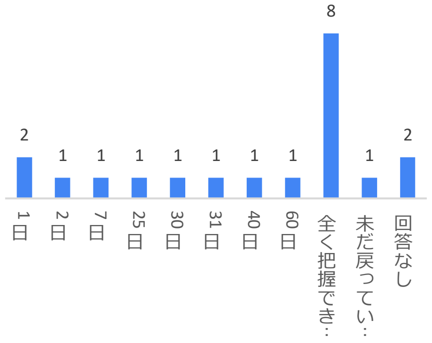


図 28．通所リハビリテーションの停止期間

通所リハビリテーションの停止により、身体・認知機能が低下した高齢者は、20 名中 11 名（55.0%）から報告された。

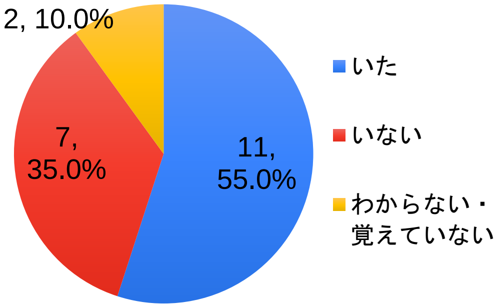


図 29．通所リハビリテーションの停止により身体・認知機能が低下した高齢者の有無

通所リハビリテーションが停止したことの影響として、以下が挙げられた。

- 下肢筋力低下、自宅での転倒、身体機能低下、活動性低下。
- 家族の介護負担と本人の心身機能低下
- 外部との交流、入浴、運動の機会
- 関与した事業所は 1 日のみだったので、該当利用者は通常の休日と同様の生活を行った。
- 機能低下
- 筋力低下により車椅子となった
- 事業所の代替えを行った
- 受け入れ事業所を探すのに時間がかかった
- 身体的低下
- 清潔面の保持、下肢筋力の低下、利用者の精神面等
- 他の通所リハへお願いしサービスの継続を行った
- 担当利用者の状況確認が直ぐにできない。自宅確認までに時間が掛かる。
- 入浴、リハビリが受けられなかった。精神的なショックもあり意欲低下がみられた。
- 入浴が出来ない、運動の機会がない
- 利用者の身体機能低下、認知機能低下、精神面での不安定

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 10 名（20.0%）が、停止した訪問介護があったと報告した。

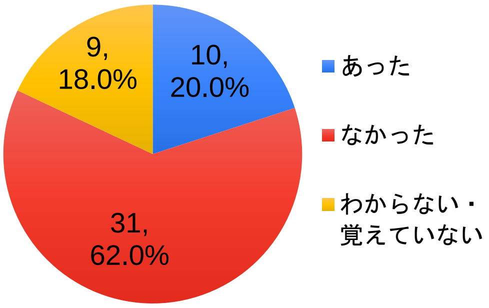


図 30．停止した訪問介護の有無

訪問介護が停止していた期間は、2 日が 2 名、全く把握できなかったが 5 名、回答なしが 3 名であった。

訪問介護の停止により、身体・認知機能が低下した高齢者は、10 名中 5 名（50.0%）から報告された。

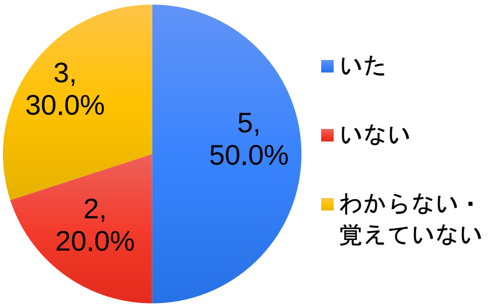


図 31．訪問介護の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

訪問介護が停止したことの影響として、以下が挙げられた。

- 受け入れ先を探すがマンパワー不足
- ケアマネが生活支援を行った
- 食事ができない
- 食事や身体の清潔保持、精神面での影響があった
- 生活支援（調理・洗濯）が提供できなくなった
- 精神的動揺
- 訪問介護事業自体も被災したこともあり、ケアプランに沿った訪問ではなく、安否確認やその日の食事を届けるような短時間の訪問が続いた。

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 5 名（10.0%）が、停止した訪問看護があったと報告した。

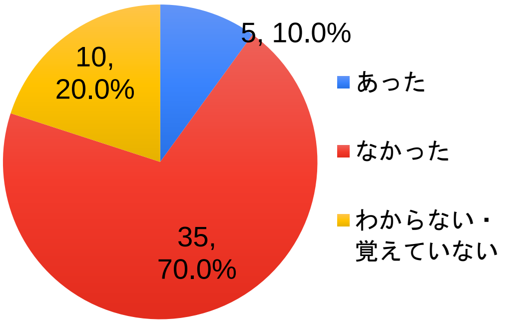


図 32．停止した訪問看護の有無

停止期間については、把握できていないと報告された。

また、訪問看護の停止により身体・認知機能の低下があった高齢者がいたと報告した介護支援専門員は、2 名（40.0%）であった。

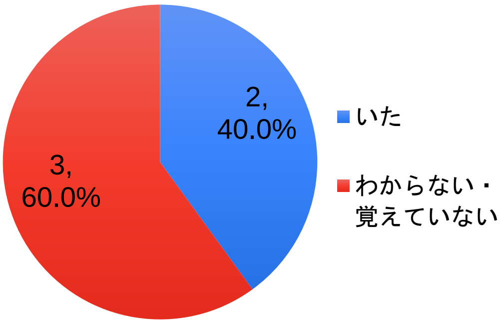


図 33．訪問看護の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

訪問看護が停止したことの影響として、以下が挙げられた。

- 被災者は入院
- 薬の管理をｽﾀｯﾌで行った

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 10 名（20.0%）が、停止したショートステイがあったと報告した。

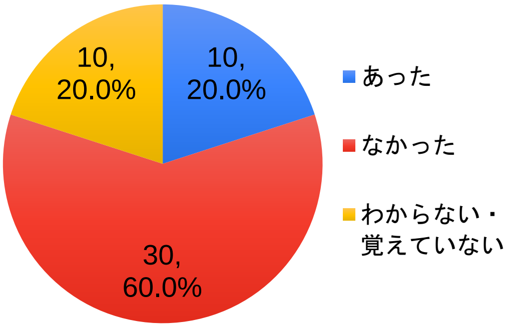


図 34．停止したショートステイの有無

停止期間は、10～60 日で、多くは把握

できていないと報告された。

また、ショートステイの停止により身体・認知機能の低下があった高齢者がいたと報告した介護支援専門員は、3 名（30.0%）であった。

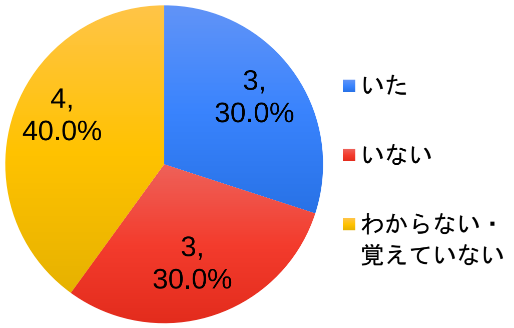


図 35．ショートステイの停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

ショートステイが停止したことの影響として、以下が挙げられた。

- いろんな施設や入院、入所を他県にも地域包括も相談した
- 家族の介護負担増、豪雨で自宅が災害にあいショート利用したいにもかかわらず利用できない。利用できるショート先がない。
- 孤立感、精神面、下肢筋力の低下等
- 行くところがなく空いた所を転々とした
- 他の市町村のショートステイを利用しサービスの継続を行った

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 5 名（10.0%）が、停止した配食サービスがあったと報告した。

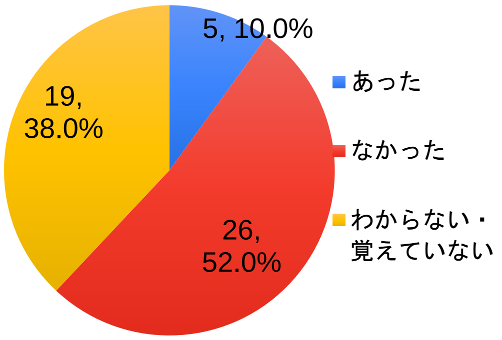


図 36．停止した配食サービスの有無

停止期間は、1 日が 1 名、「全く把握できていない」3 名、「未だ戻っていない」1 名が報告された。

また、配食サービスの停止により身体・認知機能の低下があった高齢者がいたと報告した介護支援専門員はおらず、「いなかった」が 1 名、「わからない・覚えていない」が 4 名であった。

配食サービスが停止したことの影響は、以下が挙げられた。

- ケアマネが食事を確保しなければならず負担となった。
- 支え合いセンターやボランティアに助けられた
- 配食サービスというより、すべての生活、生きるために、行政や被災されてなかった地区や他県からの食事の支援があり、配食サービス停止しても影響はなかったと思います。

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 18 名（36.0%）が、停止した医療機関があったと報告した。

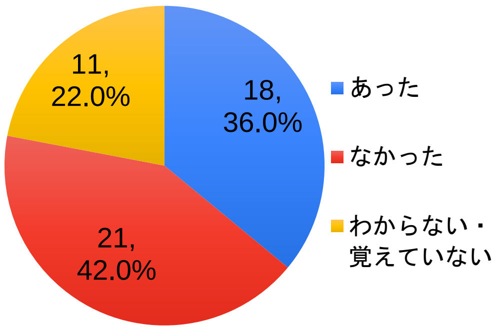


図 37. 停止した医療機関の有無

停止した医療機関の種類は、以下の通りであった。病院・クリニックが最も多く、18 名中 16 名から報告された。

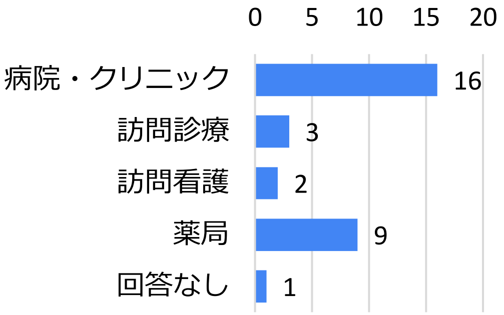


図 38. 停止した医療機関の種類

医療機関が停止した日数は、7 日～60 日であり、「全く把握できなかった」という報告も 18 名中 8 名からあった。「未だ受けられない」という報告もみられた。

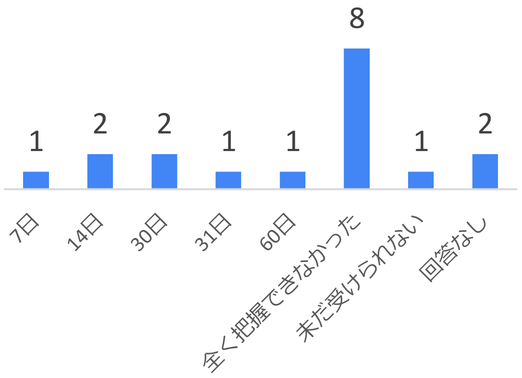


図 39. 医療機関の停止期間

医療機関の停止により身体・認知機能の低下があった高齢者がいたと報告した介護支援専門員は、5 名（27.8%）であった。

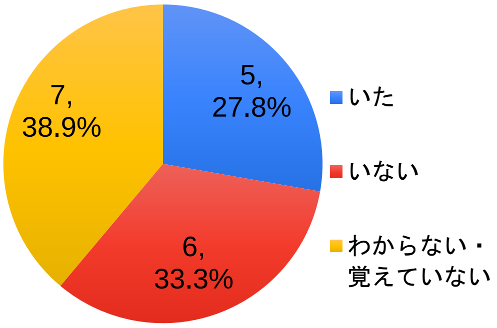


図 40. 医療機関の停止により
身体･認知機能が低下した高齢者の有無

医療機関が停止したことの影響は、以下が挙げられた。

- かかりつけ医療機関を受診できず、処方箋のみもらい市内で開いているかかりつけ以外の薬局にて処方薬を受け取った。
- 往診ができなかった
- 主治医変更された
- 受診が出来ないため、内服薬の処方や緊急時に診察が受けられる機関の模索が必要だった。
- 生活全般が機能停止となったため、医療機関に限

定した影響はなかった
- 地域での医療が受けられなかった
- 停止した医療機関より他の医療機関へ転院となったケースがある
- 定期薬が取りに行けなかった、受診が出来なかった。
- 透析の病院が被災し、熊本市内の病院に入院せざるおえなくなった方がいる
- 避難先での体調不良による入院
- 病院や主治医が一時的に変更
- 薬がもらえなかった
- 薬の処方が出来る所を探した
- 連絡がとれない

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨の際、被災高齢者を担当した介護支援専門員 11 名（22.0%）が、停止した「通いの場」があったと報告した。

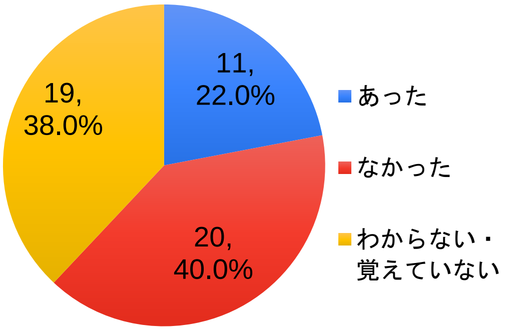


図 41．停止した「通いの場」の有無

「通いの場」の停止を報告した介護支援専門員 11 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、5 名（45.5%）から報告された。

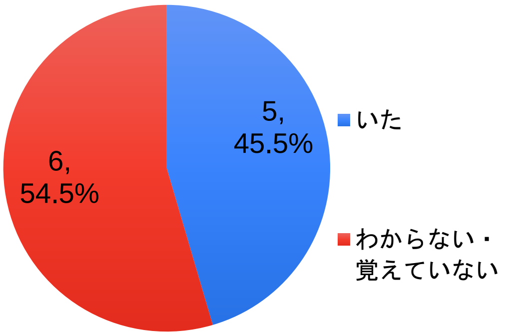


図 42．「通いの場」の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

「通いの場」が停止したことの影響は、以下が挙げられた。

- 外出の機会が少なくなり気持ちや歩行状態の低下が見られた。
- 通いの場の停止というよりは、生活していくために、どうしていくかなので、影響と言うどころではない。
- 馴染みの関係が途絶え楽しむことができなくなった
- 認知機能の低下

交通アクセスが悪化したことによる高齢者への影響については、以下が挙げられた。

- デイなどの送迎が難しくなった。時間がかかる。
- 安否確認ができない
- 家族が自宅訪問するまでに日にちがかかった
- 孤立して、食料、病院受診、電気、水が出ないなと、二次災害の危険
- 孤立して、隣近所で助け合っていた。
- 後ほど被災した家族から聞いた話だと、被災日以降は親族来訪して支援を受けたとのこと。
- 交通機関の制限で十分な受診ができない人がいた。
- 自宅内で過ごされる事となり、生活リズムが崩れてしまった。
- 自宅訪問ができない
- 受診や買い物に行けなかった。
- 数日間通行止めなどがあったが、迂回しながら利用者宅を訪問していた
- 地域外なので分からない

- 通院が出来ない、通所介護、通所リハビリの停止、ショートステイの停止
- 道路に落石などありﾍﾙﾊﾟｰ訪問やｹｱﾏﾈ訪問が出来なかった
- 特になし
- 買い物に行けない。病院受診ができない。
- 買い物先へ自分でいけない。
- 別居家族の支援により、影響はなかった。

(5) コロナ禍の在宅高齢者の状況

コロナ禍が理由で停止したデイサービスは 250 名（86.2%）の介護支援専門員から報告された。

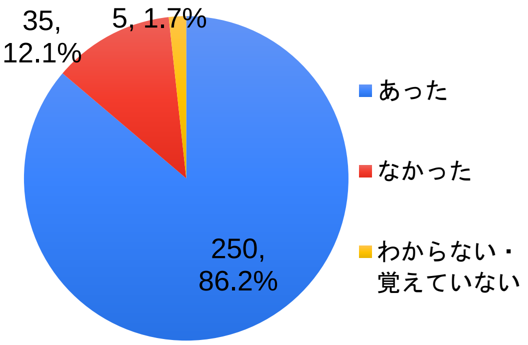


図 43．停止したデイサービスの有無

デイサービスの停止を報告した介護支援専門員 250 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は 172 名（68.8%）から報告された。

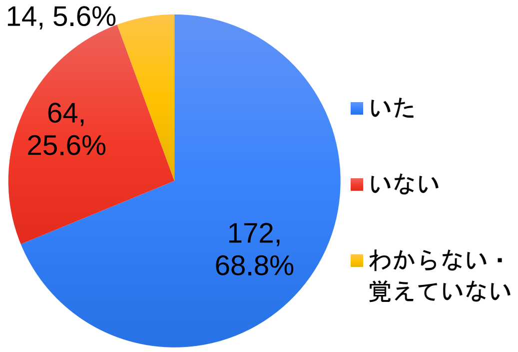


図 44．停止したデイサービスの停止により身体・認知機能が低下した高齢者の有無

デイサービスの停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- 1 人暮らしの方の見守りや入浴と高齢世帯の介護負担や不適切な状況
- 他のサービスを探す必要があった、②外に出られない事で不穏になられた
- ADL の低下、認知症の進行
- ADL 低下、お風呂に入れなかった。家族の負担増加。
- ADL 低下・閉じこもり
- ADL 低下とコミュニケーションが減った事による孤立化や不安が増加した。
- ADL 低下や物忘れ症状の悪化。家族が仕事を休まなければならなくなられたり困られてましたが仕方ないと受け止めもありました
- ADL 低下著名や摂食障害等
- お風呂とリハビリ訓練
- お風呂に入れない為清潔の保持が難しかった、1 食でも栄養の確保が必要な利用者がいたが出来なかった
- コロナ感染中の個室療養での認知機能低下
- サービスの調整に時間を要した
- サービス調整でケアマネが大変で、お休みもとれなかった。
- サービス利用できない
- そのデイに行っていたことでショートも使えず家族の介護負担が増えた
- その間は代替えのサービスもすぐすぐ受け入れが難しく結局その負担は家族にきてしまった

- その日の介助を家族に行ってい頂くため、負担があった。
- デイがないのに認知症もあり行こうとして家族の介護負担が増大。または自宅で入浴出来ず我慢をしていた。
- デイでしか入浴できない方は家族での対応や暫くにを控えられた
- デイで入浴している人が入れなかった
- デイ利用を生きがいにしていた方が、レベルが低下し入院したり、一番は、自宅での入浴が困難な方が入浴できなかったり等、ご本人はもちろんご家族の介護負担も大きくなった事。
- フレイル
- もともと身体の動きが悪かった方の不安定さが増した。
- 引きこもってしまう方が出た。
- リハビリがなくなった
- レスパイト目的の家族はデイサービスが休みになり介護負担が増えた
- 安否確認等も兼ねていたので、訪問回数が増えた。
- 交流の機会が減り、物忘れの進行があった気がする
- 意欲の低下
- 意欲低下、ADL 低下、認知症の進行
- 移動、移乗能力の低下
- 一時的で問題は無かった
- 引きこもりになった。
- 下肢機能の低下、入浴の機会が減り清潔保持が不十分になった
- 下肢筋力の低下、入浴なしで清潔保持ができない等
- 下肢筋力の低下。認知症の進行。
- 下肢筋力の低下や意欲の低下
- 下肢筋力の低下や認知症の進行
- 下肢筋力低下
- 下肢筋力低下による歩行障害
- 家族からの苦情
- 家族が仕事に行けなくなった
- 家族が仕事を休まなくてはならない
- 家族が仕事を休み介護をしないといけなくなった。家族支援の増強。
- 家族が仕事を休むなど家族に影響があった。
- 家族の介護負担
- 家族の介護負担が増えた
- 家族の介護負担が増した。仕事を休んで介護する日があった。
- 家族の負担が大きかった。お互いに、ストレスが大きくなった。その事で、喧嘩して手を上げる事があった。
- 臥床時間の増加、入浴未実施
- 介護者が仕事を休まないといけなくなった。
- 介護者の負担が増し清潔保持などが困難な場合あり。
- 介護保険の区分が悪くなった
- 会話や交流が減った
- 回数制限、入浴の機会が減った、他者との交流、介護者負担の増加
- 外出が減り活動性低下した方がいたり、入浴を自宅で行うような調整をした
- 外出しなくなった（デイにも来なくなった）　認知機能が著しく低下した
- 外出する機会がない事で身体機能の低下が見られた。
- 外出できないことで筋力の低下からか、歩行不安定が強くなり自宅で転倒し骨折し手術した
- 外出の機会がなくなった
- 外出の機会が減り、誰とも会話しない日が続く事で、孤独感や閉塞感を募らせる高齢者が複数いらした。ー
- 外出の機会が減り筋力低下や意欲、体力低下などが見られたり、入浴更衣等ができない方がいて、代替え策の検討が必要だった。
- 外出の機会が減り閉じこもりがちになった
- 外出の機会が減少し、運動不足になった。
- 外出や入浴ができなかった
- 外出拒否 意欲低下
- 活動、意欲の低下
- 活動ができなかった
- 活動の機会が減少し ADL の低下がみられた
- 活動性の低下により歩行レベルの低下。転倒リスクの増大。入浴ができない。通所ｻｰﾋﾞｽが利用できない事によって日中の見守りができないための家族の仕事への影響と介護負担の増大。食事（昼食）の確保。風評被害。
- 活動量の減少
- 活動量低下で、筋力、意欲が低下した
- 休みがちになり、デイに行こうとされなかった
- 筋力、認知低下、食事や入浴が出来ずに困っていた

- 筋力、歩行能力の低下、認知面の低下
- 筋力や認知機能低下
- 筋力低下！ 意欲低下！
- 筋力低下、意欲低下、閉じこもり、認知機能低下
- 筋力低下、認知機能の悪化
- 筋力低下が見られて、歩行や立ち上がりが不安定になった。
- 筋力低下や介護負担が増加
- 交流の減少による意欲低下、認知症の進行、身体機能の低下
- 在宅支援かま必要だが、家族も就労。どこの事業所も新規受け入れやコロナ差別で受け入れが難しかった。
- 仕事を調整する等の家族の介護負担が大きくなつた。
- 自宅での入浴が困難な人は、家族での対応が大変だったり、清潔保持が難しくなった。
- 自宅での入浴が困難な方(特に一人暮らし)の清潔保持が困難だった。
- 自宅での入浴が困難な方への対応
- 自宅での入浴が出来ず皮膚疾患の悪化や身体機能の低下をまねいた。
- 自宅では、運動・入浴・食事が出来ず、家族も仕事あるため、別の通所へ移行した。
- 自宅では入浴が出来ず、清潔の保持が出来ない。一人暮らしの人は人との交流がなく認知の低下が見られるようになった。要介護者では家族の負担が多くなった。
- 自宅で一人でいたり、他のデイなど調整した。
- 自宅で過ごすことになり、リビングでテレビを視ていることが多くなった。
- 自宅で入浴ができず衛生面が心配された。
- 杖歩行だった方が歩行器利用となった
- 食の確保 日中の安否確認ができなくなった
- 食事、入浴支援が出来なかった。
- 食事や入浴ができない等の問題あり
- 食事や入浴が一時期調整必要となった。
- 食事や入浴などができない 家族の介護負担増 閉じこもり
- 心身機能の低下（2）
- 心身機能の低下、精神的不安定
- 心身的不安定、認知機能低下、身体機能低下
- 身体機能、認知機能低下。
- 身体機能の低下、停止したことによる外出機会の減少、その後の利用回数減少
- 身体機能の低下、入浴が困難。
- 身体機能の低下が著しく見られた。また、病状的な面も悪化した様に感じる。
- 身体機能低下 清潔の保持が保てない
- 身体的な機能の低下、認知機能の低下
- 清潔が保てなくなった、筋力低下があった。家族が大変だった。代わりのショートも断られた。
- 清潔保持ができなくなった事
- 精神面で不安あり
- 早く回復してくれたので良かった
- 他のサービスに変更した（2）
- 他のデイサービス事業所へ依頼したり、訪問介護のサービスに切り替えたり、ケアマネ自ら対応する事もありました。大変影響があり、業務量も増えました。
- 他のデイサービス利用に利用者が望まなかった事で閉じこもりになった
- 他のデイサービス利用へ繋いだ
- 他の事業所には移れない、代替サービスも受け入れができない理由があったため、自宅で過ごした結果、機能低下した。
- 他者との交流が減り、自宅の閉じこもり
- 体力と筋力低下、認知症低下、介護負担増強、情緒不安定になった。
- 体力の低下（3）
- 代替えサービスが見つからず自宅中心の生活
- 代替えのデイの利用
- 代替サービスの調整を行なった。家族に仕事を休んでもらった。
- 代替の事業所の紹介
- 下肢筋力低下による福祉用具貸与
- 短期入所を利用したり、家族が仕事を休んだり、親類や家族に頼んで介護をされた。どれも利用できない方には様子を見に訪問した。
- 調整調整
- 長期間に及ばなかったので、特になし。
- 通所に行けず家族介護負担が増えた
- 停止したデイサービスを利用している事で他サービスも利用できなくなる事例があった。
- 停止期間が短く、特に影響はなかった。
- 停止期間の間、入浴支援を第一に目的されているご利用者に十分な支援ができず、迷惑をかけた。他のサービスの利用を勧めたが、本人は今までのデイを利用したいとの希望あり、10 日間ほど入浴が

出来なかった。その間、ご家族の協力があり、清拭等にてサポートしていただいたこともあり、感染症等を防ぐことができた。

- 定期的な入浴の確保が出来なかった
- 定期的な入浴支援ができない
- 動きが悪くなかった
- 独居高齢者の食事・入浴のための調整が発生した。
- 日中一人になった
- 日中一人になること。トイレ、食事がとれているか不安があった。
- 入居先の有料老人ホームから長い期間外出ができず、生活意欲や ADL が低下した。
- 入浴
- "入浴、機能訓練ができなかったので代替えのサービス調整が必要になった。
- デイが再開しても大事をとって（感染の恐れ）から利用を休まれることがあった。"
- 入浴、食事
- 入浴、昼食などの提供がストップし、別サービスの提供を急遽調整が必要となった。
- 入浴・食事・安否確認が難しくなった
- 入浴ができず、家族も仕事を休む方もおられた。
- 入浴ができず、大変。家族が日中おらず、見守りがいない。
- 入浴ができず困った。介護者が仕事を休まないといけなかった。
- 入浴ができず保清に影響が出た。コロナ発生デイサービス利用者の代替サービス利用の制限があった。
- 入浴ができない
- 入浴ができない、家族見守りが必要となり仕事を休む事になった
- 入浴ができない。家族が仕事に行けない。
- 入浴ができない。家族の介護負担が増大。他者との交流が機会がなくなった。
- 入浴ができないのが困った
- 入浴ができない高齢者がいた。家族のストレスが溜まった。
- 入浴ができない日が続き、サービス調整ができるまで失禁状態で過ごさなければならない状況が発生した。
- 入浴ができない利用者がいた　活動性の低下
- 入浴ができなかった（10）
- 入浴ができなかった。下肢筋力が低下し、転倒した。
- 入浴ができなかった利用者がいる。認知症の進行。
- 入浴が出来なくなり、歩行状態が悪化した。また、認知症状も進行がみられた。
- 入浴が滞りがちで保清不良
- 入浴できず、家族の負担が増えた。認知機能、身体機能の低下がみられた。
- 入浴できず清潔保持ができない、訪問介護支援を断られ訪問看護にて支援して頂いた
- 入浴できない、ADL 低下
- 入浴できない。運動能力低下。
- 入浴できない人がいたり閉じこもりになり
- 入浴の問題や、家族の介護負担が増えた
- 入浴やリハビリができない。引きこもり傾向になり活気がなくなった。
- 入浴や介護する方がおらず、仕事を休み介護された家族の負担が大きかった。
- 入浴や見守り、食事などの支援が滞った。
- 入浴回数の減少
- 入浴支援
- 入浴支援ができない
- 入浴出来ないため、事業所を変更した
- 入浴日数が少なくなった。
- 認知機能の低下（4）
- 認知機能の低下、下肢筋力の低下、家族介護負担増加
- 認知機能低下、身体能力低下
- 認知症の進行あり
- 認知症の進行がみられご家族の負担が増大し入所にいたった。
- 認知症の進行や下肢筋力低下を認めた　介護者の負担が重篤化した
- 認知症進行、体力・筋力低下、気持ちの落ち込み
- 認知能力の低下、歩行能力低下、入浴出来ない
- 認知面の低下
- 廃用性の僅かな進行
- 不安が強かった
- 閉じこもり、ＡＤＬ低下
- 閉じこもりや不活発な生活となり、心身機能低下みられる方がいた　入浴困難となり介護者の負担となる方もいた
- 歩行の低下、認知面の低下
- 歩行機能低下（3）
- 歩行困難、引きこもり、清潔保持
- 歩行状態の悪化、認知症の悪化

- 歩行能力の低下、介護負担増、認知機能低下
- 訪問サービスが入っている所は代替サービスがあるが、通所のみのかたは食事、入浴が思うように出来なかった。閉じこもりとなり認知症の症状悪化した。
- 訪問介護やショートステイにて対応するように調整をした
- 本人様の認知能力、体力低下
- 予定していたデイが停止になり自宅で転倒され骨折し入院となった。
- 要介護状態になった
- 利用を休むことが多くなった。
- 利用者で体調不良を訴える人がいた。
- 利用者の活動量の低下。交流の場の減少。入浴ができない。
- 利用者の身体機能の低下　家族の介護負担
- 利用出来ない事により、精神的に不安に陥る。見守り体制が無くなるので家族の介護が多くなる。
- 連絡調整等に時間を要し、利用者への精神的ダメージがあったように思う。

コロナ禍が理由で停止した通所リハビリテーションは 250 名（86.2%）の介護支援専門員から報告された。

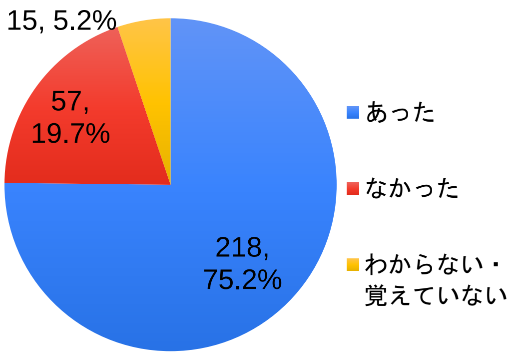


図 45．停止した通所リハビリテーションの有無

通所リハビリテーションの停止を報告した介護支援専門員 218 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、134 名（61.5%）から報告された。

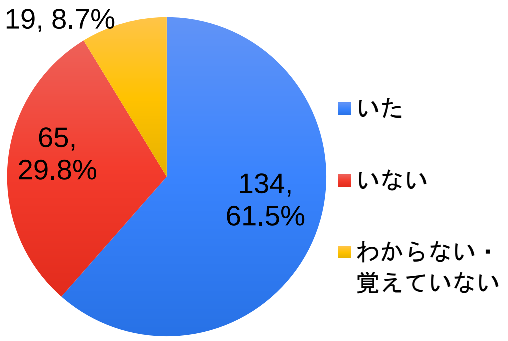


図 46．通所リハビリテーションの停止により身体・認知機能が低下した高齢者の有無

通所リハビリテーションの停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- ADL 低下、認知機能低下（3）
- お風呂とリハビリ訓練
- サービスで交流や、活動、入浴等の制限が生じた。
- デイサービスと同じ!
- デイサービスと同じ。入浴も困りました
- フラチキが顕著に見られ、転倒を繰り返した。幸い骨折には至らなかった。
- リハビリ、入浴、昼食に影響
- リハビリができず、身体の調子が悪いと訴えがあつた。
- リハビリができず身体機能が低下した方がいた。
- リハビリができず低下。人との交流もできず心身機能低下
- リハビリができない。
- リハビリが実施できず、下肢筋力が低下された方、停止中に自宅で転倒される方もいました。
- リハビリが受けられないことにより、身体機能の落ち込みや入浴ができないことで介護者の負担も増える
- リハビリと入浴ができなかったこと
- リハビリの機会の減少により ADL の低下がみられた
- リハビリの休止による筋力低下
- 移動能力の低下
- 一時的で問題は無かった
- 引きこもりになられる
- 運動、活動、外出の機会が減った。
- 運動する機会が減った
- 運動の機会がなくなり、下肢筋力の低下がみられ

た。
- 運動機会がなく歩行状態が悪化した
- 運動不足
- 下肢筋力が低下し、歩行が不安定となった。
- 下肢筋力の低下。認知症の進行。
- 下肢筋力の低下や認知症
- 下肢筋力低下
- 下肢筋力低下、介護負担
- 下肢筋力低下、認知能力低下
- 下肢筋力低下による歩行障害
- 家での介護負担が増えた
- 家族が対応
- 家族の介護負担
- 家族の介護負担増大。自宅では動かないので筋力低下あり。
- 家族の負担が増えた
- 家族の負担増加
- 家族への負担が多くなった。
- 介護者の負担、機能低下
- 介護者の負担が増大した。
- 外出の機会が減り、気力、体力等の低下や入浴更衣等が出来ずに代替え作が必要だった。
- 外出や交流、運動機会の減少
- 活動性の低下により歩行レベルの低下。転倒リスクの増大。入浴ができない。通所ｻｰﾋﾞｽが利用できない事によって日中の見守りができないための家族の仕事への影響と介護負担の増大。食事（昼食）の確保。風評被害。
- 機能低下、認知機能低下
- 筋力、歩行能力の低下、活気の低下
- 筋力低下（3）
- 筋力低下　入浴ができない　介護者の介護負担増
- 筋力低下、意欲低下
- 筋力低下、気力低下
- 筋力低下、清潔が保てない、有料老人ホームや家族の負担増加、レスパイと調整困難。
- 筋力低下、認知機能の悪化
- 筋力低下、閉じこもり
- 筋力低下が見られて、歩行や立ち上がりが不安定になった
- 筋力低下で転倒増えた
- 筋力低下による歩行状態の悪化
- 筋力低下や意欲低下、介護負担増加
- 厳しい感染対策に適応できず、楽しくない、行きたくないと言われる方が複数いらした。
- 在宅支援が難しかった。訪問サービスや新規の通所もコロナ差別で受け入れをしない。家族も就労で支援が出来ない。ADL 低下や認知機能低下あり
- 在宅生活利用者との連絡、訪問など、ｸﾗｽﾀｰでいつ自分がかかるか分からない状況での対応が厳しかった。
- 散歩が行えなくなった利用者が発生した。
- 自宅での入浴が困難な方への対応
- 自宅ではなかなか自分でできる運動などを行う事は難しく、下肢筋力が低下し歩行が不安定となった。
- 自宅でﾍﾞｯﾄﾞ臥床が増えたことにより、下肢筋力低下がみられた。
- 自宅で一人で留守番したり、他の事業所と調整したりした。
- 自宅で過ごす時間が増えたため、家族の負担が増えた。本人の活動量が減少。
- 自宅で過ごす日が増え、家族の介護負担が増えた。
- 自宅で入浴困難な利用者が、清拭等での対応となり、心身のﾘﾌﾚｯｼｭができない人もあった。
- 十分なﾘﾊﾋﾞﾘや運動ができず、身体機能の低下が見られた。
- 食事、入浴支援が止まる。また他者との交流が出来ない事で鬱傾向になる利用者も居た。
- 心身機能の低下（3）
- 心身機能の低下、交流の機会の減少。
- 心身共に低下傾向がある
- 身体機能の低下（5）
- 身体機能の低下、意欲の低下があった。
- 身体機能の低下、活動意欲の低下
- 身体機能の低下、入浴できない
- 身体機能の低下、歩行器歩行から車いす使用になって、身体機能の回復まで時間がかかった
- 身体機能の低下が著明に見られた。また、病状面の進行が見られたように感じる。
- 身体機能低下、入浴が困難。
- 身体機能低下、認知機能低下
- 身体機能低下や意欲の低下あり
- 身体的な低下は歩行状態の不安定さが増し、昼間一人の時間が多いことでもの忘れが著明に出てきた。
- 進行性疾患の方がﾘﾊﾋﾞﾘが受けられず病状が進行した。

- 数日だったため、大きな変化はなかった。
- 前記と同じ
- 足の力が落ちた 記憶力が低下した
- 他サービスへの代替え
- 他のサービス事業所の紹介をしたが、水俣病医療手帳が使えないため断られ、他のサービスを受けられなかったため下肢筋力が低下した
- 他の事業所へ移動した
- 他の通所リハ利用へ繋いだ
- 他事業所への調整を緊急で行うことが大変だった
- 体力の低下、家族の介護負担が増した
- 代替えの事業所探しが難しかった。
- 短い期間だったので、大きな影響はなかった
- 短期間であったので身体面への影響は少なかったと思う。利用者自身も何度か抗原検査をしており、ご本人が罹患するのではとの思いがあった。
- 短期間の停止のため、問題はなかった。
- 長期間、入浴ができなかった。転倒、骨折、入院となった利用者がいた。
- 長期間のお休みではなかったので機能面の低下が著しい方は少なかったがその間は閉じ籠りがちな生活で過ごされていた。
- 通所介護と同じ
- 通所系サービスの代替え
- 停止期間が短く、特に影響はなかった。
- 転びやすいと言われた。
- 転倒、入浴できず清潔保持が難しい状況
- 動作が不安定になっていた
- 特になし
- 特に思い当たらない
- 日常生活動作、能力低下あり
- 入浴、食事
- 入浴、昼食提供等の別サービス調整が必要となった。身体機能が低下した。
- 入浴・食事・安否確認が難しくなった
- 入浴ができず保清に制限があった。停止した通所事業所の利用者は他のサービスが数日、利用できなかった。
- 入浴ができない（4）
- 入浴ができない。家族が仕事に行けない。
- 入浴ができない。家族の介護負担増大(仕事に行けない)
- 入浴ができない。活動量の低下。交流の場の減少。
- 入浴ができなかった
- 入浴ができなかった。下肢筋力が低下した。昼間独居となり食事や水分摂取が不十分となった。
- 入浴ができなかった。認知面の低下が見られた。
- 入浴ができなくて、利用者さんが困っていました
- 入浴ができなく精神面でも不安あり
- 入浴が出来ない、運動の機会が無くなった為ストレスが増えた
- 入浴が出来ない事で家族が清拭をしたり、無理をしてシャワー浴をさせた。寝ている時間が増えて、下肢筋力や体力が低下して、その後の膝や腰の痛みにつながった。
- 入浴が出来なくなった。歩行機能が特に悪化した。
- 入浴できない。運動能力低下。
- 入浴の介助の代替の調整
- 入浴の問題や日中の見守り、昼食の問題が発生した
- 入浴回数の減少
- 入浴出来ないため、事業所を変更した
- 入浴調整
- 認知、身体機能が低下 入浴できず家族の負担が増えた
- 認知症進行、体力・筋力低下、気持ちの落ち込み
- 認知面の低下が進行した。
- 廃用性の僅かな進行
- 閉じこもりがちな暮らしに拍車がかかり、運動機会がなくなったことで転倒が増えた。
- 別事業所への利用先変更を行う必要があった。
- 歩行状態が悪くなった。活気がなくなった。引きこもり傾向が強くなった。
- 歩行状態の不安定や、認知症の進行が見られた。
- 歩行能力が低下し、転倒が多くなった。
- 歩行能力の低下(3)
- 訪問看護や訪問リハあるいはショートステイなどで対応するよう調整した
- 本人の身体機能の低下と家族の負担が大きくなった。
- 要介護状態になった
- 利用を休むことが多くなった。
- 徘徊出現 夜間身柄確保された

コロナ禍が理由で停止した訪問介護は 111 名（38.3%）の介護支援専門員から報

告された。

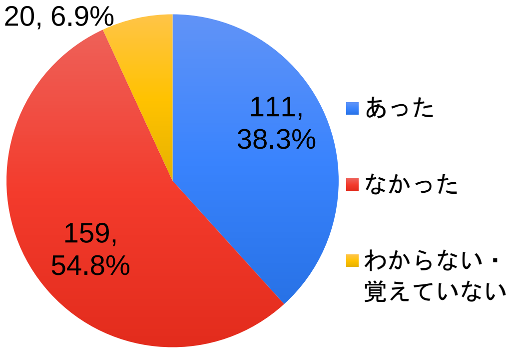


図 47. 停止した訪問介護の有無

訪問介護の停止を報告した介護支援専門員 111 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、35 名（31.5%）から報告された。

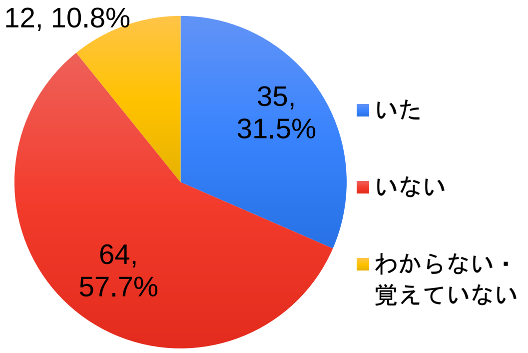


図 48. 訪問介護の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

訪問介護の停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- サービスの代替えがなく困った
- 安否確認
- 一人暮らしのかたの食事が困った。
- 栄養面、清潔保持が悪くなった、
- 衛生面、清潔面が行き届かなかった
- 下肢筋力など
- 家事援助が受けられなくなった。
- 家事支援（掃除洗濯など）が出来ずｽﾀｯﾌｶが代替えしたがｽﾀｯﾌの負担になった
- 家族が仕事を休み介護されていた為、負担があった。
- 家族での支援の調整やショートステイの調整をした
- 家族の介護負担が増した。(7)
- 家族対応
- 家族対応しか手段がなくなり、介護力が頼みの綱となった。
- 軽度者の支援なので、そこまで困った事はなかった。
- 股関節の拘縮
- 最終的には、家族が対応された。
- 在宅支援が難しかった。代替サービスが見つからない。利用者も新しい事業所を受け入れに時間がかかる
- 在宅支援人の支援が停滞した
- 支援が滞った
- 事業所内で感染者が出てサービスが休止した。買い物以外の生活支援がストップしたことがあった。
- 自宅での入浴、調理を家族対応で依頼した
- 室内衛生面の悪化
- 住宅型有料老人ホーム入居者だったので大きな影響はなかった。
- 食の確保ができなかった。
- 食事
- 食事ができなくなった
- 食事が滞る為、近くに住む親族に差し入れを依頼した。
- 食事の確保が難しいなど
- 食事の対応が困難となり独居の方の対応は困った
- 食事の提供ができなかったり、服薬確認、安否確認、入浴出来なかった。
- 食事の提供が困難となった方に対しては、店から弁当を配達してもらった。
- 食事や掃除等が滞る
- 食事や入浴確保が出来ずに困っていた
- 食事や買い物の支援が受けられなかった。本人の不安が大きくなった。代替サービスを探さなければいけなかった。
- 食事入浴などですができるだけ対応していただきました
- 食事面
- 心身機能低下

- 身体保清
- 清潔保持等できなくなり家族の負担増
- 生活そのものに困りケアマネが訪問して対応したりした
- 生活環境の不衛生さが数日持続
- 生活支援が頼めない。
- 掃除をできる範囲で行ってもらったが、転倒の危険性もあり身の回り程度になった
- 他のサービスや支援の調整が難しい
- 他の事業所で対応でき、大きな影響はありませんでした。
- 代替えサービスの利用
- 代替サービスがなかった
- 調理が出来ずにお弁当等で対応した
- 通常の生活より制限された生活、我慢する面があったように感じる。
- 停止期間が短く、特に影響はなかった。
- 適切な介護が行われない
- 転倒の増加、褥瘡発症
- 独居のため、生活困難（買い物、食事など）
- 独居者の調理が困難
- 日中の見守りが困った。家族の介護負担が増えた
- 入浴介助は訪問看護で対応、食事の確保は配食サービスで対応
- 入浴支援、買い物支援、食事支援が困難となりました
- 認知症の進行、身体機能の低下
- 排泄の支援等の代替えに時間を要した
- 配食サービスや家族、デイ利用等でのフォローアップができていた。
- 買い物ができなかった。（2）
- 買い物などで利用者している方の支援
- 必要な支援が受けられない時があった。
- 病院に入院となった
- 頻回な安否確認、食事提供などの調整が必要となった。
- 複数の利用者の生活援助が停止した
- 利用控えにより部屋が汚くなった
- 利用者がコロナに感染したことにより訪問が制限され、食事の確保が出来なくなる人がいた

コロナ禍が理由で停止した訪問看護は 44 名（15.2％）の介護支援専門員から報告された。

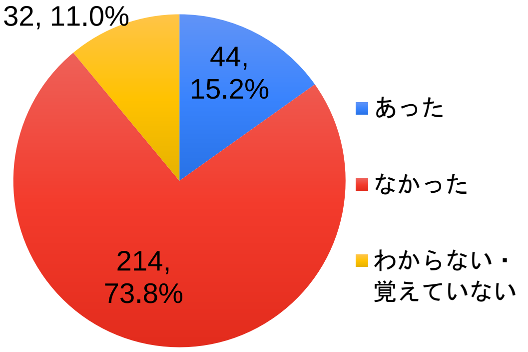


図 49．停止した訪問看護の有無

訪問看護の停止を報告した介護支援専門員 44 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、10 名（22.7％）から報告された。

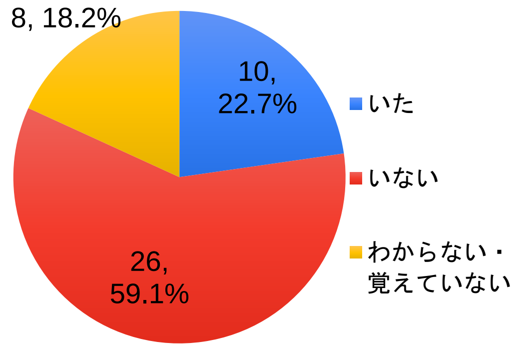


図 50．訪問看護の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

訪問看護の停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- リハビリや身体状況が確認出来ずに全身の筋力低下が見られた。
- 家族との支援連携が難しかった
- 家族の不安増
- 介護保険ではなく対応した
- 回復までに 1 月ぐらいかかった

- 健康管理が出来なくなった。
- 処置
- 体調面でのアドバイスがもらえない。直接看てもらえない事で不安に感じる方が居た。
- 代替えサービスの利用
- 同事業所同士の協力体制をとっていたため大事には至らなかった。
- 内服管理をｽﾀｯﾌが行った、ｽﾀｯﾌの負担になった
- 排便処置などが定期的にできなくなったことがある
- 必要時に利用が出来なかった。
- 病状の観察が出来ず、不安な思いをした
- 保清や処置が困難となった
- 保清や内服ができない、処置ができない
- 要介護５の利用者でバルーンカテーテル留置をしていましたが、カテーテル交換時に訪問看護の訪問ができず、急遽、医療機関へ受診へ変更し対応したケースがありました。

コロナ禍が理由で停止したショートステイは 44 名（15.2%）の介護支援専門員から報告された。

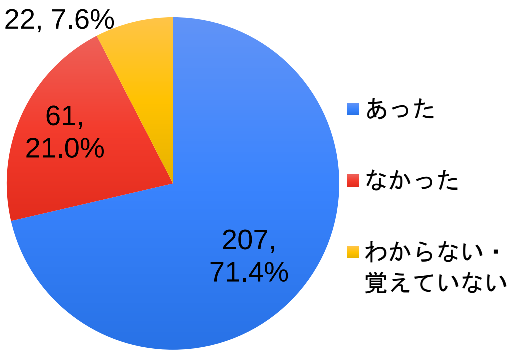


図 51．停止したショートステイの有無

ショートステイの停止を報告した介護支援専門員 44 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、10 名（22.7%）から報告された。

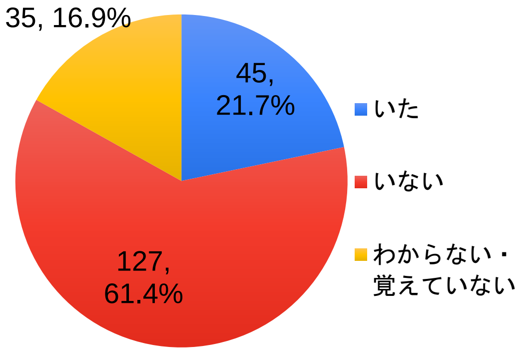


図 52．ショートステイの停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

ショートステイの停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- 家族の負担が増えた。(7)
- 受け入れる施設が減った
- ①自宅に戻れない方があり料金がかさんだ。②利用出来ない事で他サービスを探す必要あり。
- SS 中に施設でコロナ発生し、帰宅できなかった。
- 前から予約していたが、急に SS 利用出来ず、家族も困られた。
- ご家族が予定していた外泊等中止をせざるを得ない状況であった。
- ご家族の介護負担軽減での利用が、デイ中止と重なった事で、入浴もできず、ご家族のストレスが増した。
- ご家族の負担軽減や数日間家を空けるためにショートの利用を希望されていた方にとっては、予定をキャンセルされたりし、不便な思いをされたご家族もいた。どうしても利用をと言う方へは他の事業所契約を交わし、利用していただいたが、他の事業所も受け入れ中止になっているところが多く、受け入れできる事業所探しに苦労した。また、利用された本人も慣れない環境のため、混乱された方もいた。
- ご家族の予定は変更できないため、急遽利用できるショートステイを探すことになった。
- サービスが利用できない
- ショートステイから自宅に帰れず、思ったより料金がかかった。
- 本人の心身には影響なかった。
- ショートステイが利用できないことで、介護者が自宅

で看なければならなかったり、用事も済ませられないなどの影響が出た
- ショートステイの利用ができず本人・家族に負担が掛かった。他事業所の利用調整等に時間が掛かり業務の負担となった。
- ショートステイ利用中に出入りが出来なくなり、自宅に帰れなくなったことで認知機能、意欲低下がみられた人あり。また、定期的に利用していた人が出来なくなり、家族の負担が大きくなった。
- ショート事業所クラスター発生で利用期間が長くなったり利用できなかったりと調整が必要でした
- その間、他のサービスを調整した。家族の負担が増えた。
- ベッドに寝て過ごす時間が多くなり、身体機能が低下しほぼ全介助となった。
- 介護が大変な方を介護する家族の休む時間がなく、介護負担が増大した。
- 仕事に出ている間にベッドから転落し骨折された。
- よその事業所を紹介した。
- レスパイト目的であったため、別日にお願いしたため、特に影響はなし。
- 違うサービスや他のショートを探す必要があった。
- 一時的で問題は無かった
- 下肢筋力の低下、家族の介護負担がかなり増大し、最終的に入院となった。
- 家で家族が仕事を休んで介護する必要が生じた。
- 家族が介護に疲れていた。
- 家族が介護をしなければいけなく、負担が大きくなった。
- 家族が休息できなかった(2)
- 家族が困った
- 家族が仕事の調整が必要など、影響あり
- 家族が仕事を休むなどで対応された。
- 家族が大変だった。ヘルパーで穴埋めした。
- 家族が泊りがけで外出予定であったが、出かけられなくなった。ショートステイの利用予定日だったが利用できなかった日に、自宅で転倒して骨折、入院した。
- 家族が予定を変更しなければならなくなった。
- 家族のレスパイトが出来なかった
- 家族の介護時間の増強。家族の疲労増強。
- 家族の介護負担、精神的負担が増した。
- 家族の介護負担がおおきかった
- 家族の介護負担が一時的にあった
- 家族の介護負担が軽減できなかった
- 家族の介護負担が増えた（14）
- 家族の介護負担が増えたり、本人も自宅にずっといることでストレスになった
- 家族の介護負担が増した。家族はコロナ感染に怯えながら高齢者をケアし、リフレッシュの機会を持つこともできず疲弊されていった印象を受ける。
- 家族の介護負担が増大した。家族の仕事への影響が出て、収入が減った。
- 家族の介護負担の増加、医療機関での入院で調整できたケースもあった
- 家族の介護負担の増大、息抜きの減少
- 家族の介護負担軽減ができず、疲弊さていた
- 家族の介護負担軽減の機会が設けられなかった。
- 家族の介護負担増大のため、デイサービスや別施設利用へ切り替え
- 家族の介助や介護の負担が増えた
- 家族の疲弊増加
- 家族の疲労
- 家族の負担、家族のストレスが増した
- 家族の負担が増えた、通所サービスを増やした
- 家族の負担が増加、独居の方の日常生活全般の支援が、不充分。
- 家族の負担が大きくストレスを抱えた
- 家族の負担が大きくなった。ショート利用中に罹患した方もいた。
- 家族の負担軽減ができずに、家族が疲労した。
- 家族の負担軽減で活用していたが、負担が増大した部分がある。
- 家族の負担増、家族の予定変更
- 家族の予定がキャンセルになった。
- 家族の予定をキャンセルして、在宅で対応してもらった。
- 家族の予定変更や仕事に行けない等の家族の心身の介護負担の増大。活動性の低下により歩行レベルの低下。転倒リスクの増大。
- 家族の用事で何度もお願いしていたが、度々停止になり利用出来ずに亡くなった。
- 家族の利用できない期間の介護負担が増大した
- 家族支援の増大
- 家族不在の為、他事業所探しに苦慮した
- 家族様の仕事に支障が出たため、他のショートステイと急遽変更を行った
- 介護者(同居家族)の負担、ストレスが増した。

- 介護者が仕事を休まないといけなかった。
- 介護者の介護負担が増した（9）
- 介護者の負担が重篤化し、利用者にも悪影響を及ぼした
- 介護者の負担軽減ができず、介護者の疲れが心配された。
- 介護者の負担軽減へと繋がらず。
- 介護負担軽減
- 介護負担軽減ができなかった
- 介護負担増し、家族関係か疲弊
- 外出の機会の減少により、筋力低下が進み介助量が増えた
- 慣れていない初めての施設にショート利用をしてもらった
- 急遽、別の事業所を調整する事になり、更に業務が忙しくなった
- 緊急避難ができない、お風呂に入れない
- 交流の機会の減少、入浴支援、レスパイト支援が困難となりました
- 高齢者世帯で、介護者が高齢でベッド離床が出来ず、横になっている時間が長く下肢筋力が低下した。
- 自宅に帰れない、部屋に拘束される事の不満
- 主介護者（妻）仕事を休むと事で収入に影響が出た
- 受け入れ先がなく、新たな受け入れ先を探すのが大変だった
- 受け入れ先に困った
- 身体機能が低下した
- 精神的に不安定なご利用者であったため、家で寝ている生活になってしまい、精神的落ち込みもみられた。
- 他のショートステイ利用先を探す必要があった。なかなかみつからなかった。
- 他の市町村のショート利用へ繋いだ
- 他の施設で調整しなければならなかった
- 他の事業所を探した
- 他の事業所を当たるがコロナ差別で受け入れ無い。退院してもショートも受け入れ出来ず、リハも進まかかった。レベル低下が多かった
- 他の代替通所サービスを調整。1/月の泊りが利用できず家族の負担が増加した。
- 他施設を利用したため影響なかった
- 他事業所を探すことに苦慮した　自宅で介護者の負担が増えたことや予定ができなくなった方もいた
- 退所できなくなったり数日ショートの延長したこと。入所できず断ってしまったこと
- 代わりにサービスを組んだり、短期で病院に入院してもらったりした。
- ケアマネが大変だった。
- 代替えサービスの利用
- 代替え受け入れ先が見つからない。
- 直前の受け入れ拒否となり調整や利用しない等あった
- 通所介護や通所リハビリに切り替える事ができました。また、家族の理解もあり、その間は、家族にも頑張ってもらいました。
- 通所系のサービスを増やし対応した
- 定期的なレスパイト目的のショートステイができなかった
- 定期的にショート利用している利用者が、機能低下ではないが、コロナ禍での事業所停止の理解が難しく、いつもの週間利用のリズムが崩れた。
- 定期的に入れて在宅生活ができていたのが、リズムが崩れた
- 定期的に利用をされていたが停止したことにより、家族の介護負担が増えた
- 定期利用している家族の介護負担が増えた、家族の精神面のストレス
- 入所予定が何度もキャンセルになり、在宅で過ごしてもらう時間が長くなり、家族の介護負担が過度になった
- 入浴出来ない。家族の負担増加。
- 認知機能低下
- 別のサービス事業所を探した
- 別の事業所を探して紹介した。
- 本人というよりも家族の負担が増大し、生活環境が悪化した
- 予定変更
- 預け先がなく困った
- 利用ができないため、家族が仕事を休まれて自宅で介護された。他の事業者へ紹介したが、慣れない環境のため利用には結びつかなかった。
- 利用したい時に使えずに、家族の介護負担が増大した
- 利用希望されている方の調整がなかなかできなかった
- 利用先に困った。

- 利用調整に手間取った
- 老老介護の方や認知症状がひどい方など家族の負担増加がみられた。
- 褥瘡の症状悪化（家族が適切な処置を行っていなかった）

コロナ禍が理由で停止した配食サービスは 11 名（3.8%）の介護支援専門員から報告された。

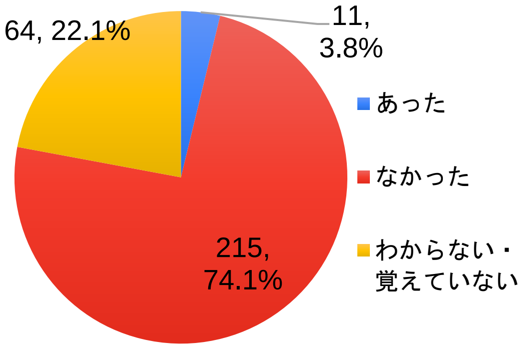


図 53．停止した配食サービスの有無

配食サービスの停止を報告した介護支援専門員 11 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、3 名（27.3%）から報告された。

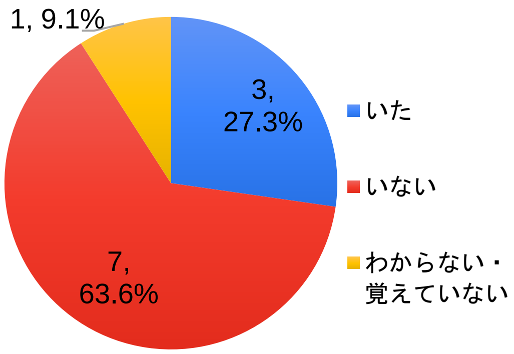


図 54．配食サービスの停止により

身体・認知機能が低下した高齢者の有無

配食サービスの停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- バランスの取れた食事が食べられず、栄養が偏っているが、本人は我慢強いので、辛抱している。
- 栄養のバランスを考えた食事がとれない
- 家族に影響した
- 自宅で生活できなくなった
- 状態確認や食事支援が困難となりました
- 他で購入しケアマネが届けた
- 代替サービスが利用できず、ケアマネが食事を届けた。
- 配食の代わりのお弁当を購入し届けてもらった。

コロナ禍が理由で停止した医療機関は 105 名（36.2%）の介護支援専門員から報告された。

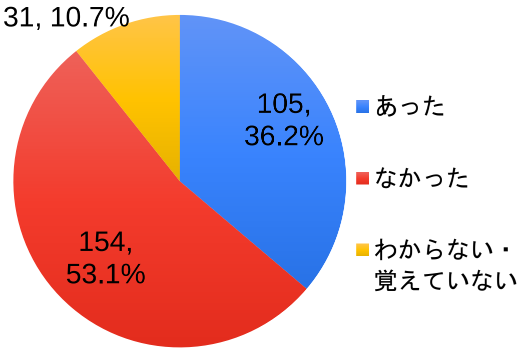


図 55．停止した医療機関の有無

停止した医療機関は、病院・クリニックは 103 名から報告された。

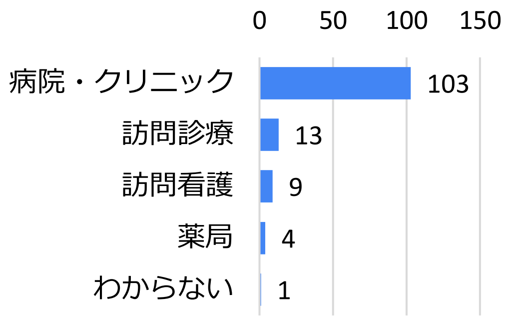


図 56. 停止した医療機関の種類

医療機関の停止を報告した介護支援専門員 105 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、12 名（11.4%）から報告された。

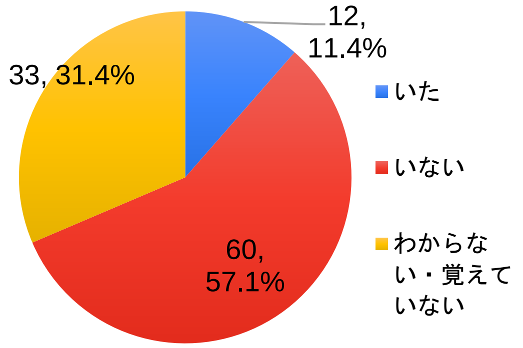


図 57. 医療機関の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

医療機関の停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- オンラインや内服処方で対応されてました。さかし急性期医療機関が同じタイミングで受け入れできなかった時は救急対応が困難で数件目にやっと受け入れ可能となられたようです
- かかりつけの患者の急変で別病院へ受診が必要となるも、受け入れに時間を要した。
- コロナ感染により何もできない状況
- 医療機関から老健に入所される予定の方が、医療機関のクラスターにより老健に移れず、体調を崩され亡くなられた方がいる
- 外来診察は、屋外や処方のみ対応してくださり特に影響はなかった。
- 急を要する人はいなかった為電話対応で薬の処方は出来た
- 救急搬送時に受け入れに時間かかった
- 血糖値の検査が出来なかった
- 治療が受けられない
- 自宅で転倒したり、診察してもらえず、再開待ってる間に状態が悪化した。
- 受診ができず、服薬処方のみで対応。
- 受診ができない、病院をかえたほうがいいかなどの相談が増えた。
- 受診せず電話で服薬を出してもらっていた
- 受診せず薬のみ処方
- 受診できるところがなく診察してもらえる医療機関を探さないといけなかった
- 受診の延期
- 受診困難になった
- 受診出来る医療機関の相談が多かった。
- 状態の悪化
- 診察ができない（2）
- 診察なしで薬が処方された。
- 診察に行けない。
- 診察を受けることができなくなり、薬のみ処方された。
- 診察日程がズレ、服薬処方のみとなった。
- 数日だったので影響はなかった
- 他の病院と連携を取られた為、混乱はなかった。
- 体調が悪くなっても診察できず、高齢者の精神的不安があった。定期受診に行かなくなった
- 体調不良時に入院が出来なかった
- 代替が困難
- 担当利用者の臨時、受診がスムーズにできない。
- 中核病院の外来休止により、服薬の処方に、担当ケアマネが動いた。
- 通常なら地域の医療を受けた人が遠距離の医療受診することになった
- 定期受診、入退院の機能がストップした。
- 定期受診が出来なかった
- 定期受診の日時変更で服薬管理がうまくできないケースがあった。（薬が足りない）
- 定期受診日ではなかったので特に支障はなかった。
- 電話診療等で対応してもらったが、その後診察が中断してしまった方がいる。

- 内服だけ別にもらわれていた
- 内服処方飲みしてもらった。利用者に体調不良はなかったので問題はなかった。
- 内服切れ
- 内服薬の処方のみで、体調に不安を感じた利用者がいた
- 入院ができず、他医療機関への入院となったり、退院が延期になった方がいました
- 入院ができずに在宅で様子を見るしかなかった。
- 入院できなくなった。
- 入院の受け入れが延期になり治療が遅れた。精神科受診ができず認知機能面の低下が家族の精神的負担になっていた。
- 入院加療が出来ず、必要な医療が受けれず、入院してからは退院が出来なくなった。
- 入院受け入れをしている病院でコロナ患者が出たため、新規の入院がストップになった。家族が自宅で看れるレベルの疾患だったが、家族の負担があった。また本人の認知機能も低下した。、
- 病院に行けないことによる精神的不安を訴えられた。
- 病院に通院できなく、お薬とりにいくのみの対応であった　利用者さんは、先生と話がしたいと希望されていました
- 病院の方で処方の調整など行われた。短期間なのであまり影響はなかった
- 服薬の確保ができなかった
- 別の病院に入院した
- 訪問看護や薬局が対応していたので、問題はなかった。
- 訪問診療が受けれない
- 薬のみ家族が取りに行く
- 薬だけ取りにいかれた

コロナ禍が理由で停止した「通いの場」は 200 名（69.0%）の介護支援専門員から報告された。

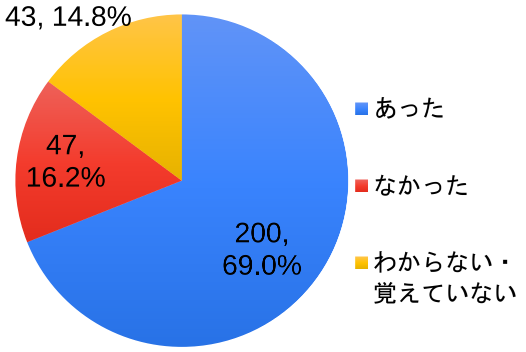


図 58. 停止した「通いの場」の有無

配食サービスの停止を報告した介護支援専門員 200 名のうち、身体・認知機能の低下があった高齢者は、90 名（45.0%）から報告された。

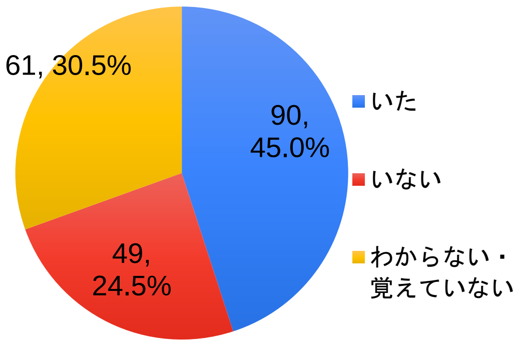


図 59. 「通いの場」の停止により
身体・認知機能が低下した高齢者の有無

「通いの場」の停止による高齢者への影響は、以下が挙げられた。

- ①活動性の低下あり②会話する機会が減った
- お互いの安否確認ができなかった。
- カラオケ、習字等の習い事に行けない。
- ここ数年通いの場がなく閉じこもり意欲低下有
- コミュニケーションの場がなく　身体機能　認知機能の低下
- デイサービス利用を追加予定した
- どこにも行くところがなく、自宅に閉じこもっていた。認

知機能の低下が見られた。

- フレイルやコミュニケーション喪失
- 意欲の減退、体力、身体機能の低下
- 意欲低下
- 意欲低下、閉じこもり
- 引きこもり、安否確認できない
- 引きこもり、運動不足
- 引きこもりになった。
- 引きこもりになり物忘れも進んだ。
- 引きこもりの方が増えた。
- 運動の機会減、楽しみの減
- 下肢筋力の低下、認知症の進行
- 下肢筋力低下が見られ、介護保険を申請される方々の増加
- 家に閉じこもることが増えた
- 介護保険の申請を行いサービスの利用を開始した
- 介護保険の利用者は通いの場に行けない人がほとんど。家族の通いの場がなくなり、ストレスを感じていた感じがあった。
- 介護保険を利用することになった
- 会話が減少、活動低下していた
- 会話する機会減り、閉じこもることが増えた。
- 外に出る機会が減り閉じこもり傾向となった
- 外出が減り、自宅にこもりがちになり、認知機能低下あり
- 外出しなくなった　通いの場が中止になった地区があった　体力が落ちて入院される方がいた
- 外出する機会が減った（4）
- 外出や人との交流が減り活動性低下した
- 楽しみがなかった。近所の方との交流がストップし、情報交換ができなかった。
- 楽しみがなくなり、認知機能が低下した
- 楽しみがなくなり意欲低下につながった
- 楽しみが減ったと聞かれた。
- 楽しみが減り、意欲低下や家族関係が難しくなった例あり。
- 楽しみが減り生きがいづくりが困難だった。
- 楽しみが少なくなり、家に閉じこもることが増えた
- 楽しみにしていた活動の場に行けなくて活気が減っていった
- 楽しめる場所が減り閉じこもりとなった
- 活気、意欲低下
- 活動と交流が不足して、体調を崩される高齢者が多く出た。区分変更申請して、要支援から要介護になられる高齢者が増えた。その傾向は今も続いている。
- 活動の場が減る
- 活動の低下、引きこもり状態
- 活動性、交流減
- 近隣や他者との交流、閉じこもりにつながったように思う
- 元気高齢者の居場所がない
- 元々通いの場が少ない地域なので、影響はそこまでなかった。
- 交流が無くなった。
- 交流の機会の減少
- 交流の減少や外出のきっかけが減ったことにより、活動性が低下。気分の落ち込みがあった
- 交流の場の減少。
- 高齢者は更に閉じこもり傾向になる。交流機会が制限されることで楽しみも減り、認知面や運動面に影響があったと思われる。地域との関係性が薄れる。
- 再開の要望が強かった。
- 自宅で過ごされるため、近所の方との交流も全くなくなった。
- 自宅に閉じこもりになった。
- 自宅中心の生活で閉じこもり傾向が強くなった。
- 社会交流の減少
- 社会参加への低下
- 受け持ち担当高齢者に参加していた人はいなかった
- 集まる場所もなく、交流が減り、会話も減り、閉じこもりがちとなった。
- 心身機能の低下、家族の負担増加
- 心身機能の低下。
- 心身機能低下
- 身体機能の低下
- 身体機能や認知症のしんこう
- 身体機能低下、社会的交流機会の減少
- 人との交流の機会が減りました。また、地域活動がなくなり、地域の人達の交流が減少しました。
- 人と会う機会が減った
- 人と会う機会が減り、認知機能の低下が見られた。
- 人と会わなくなっての認知機能低下と思われる症状
- 生活リズムや生きがい、生活意欲の低下、認知面悪化など
- 生活意欲の低下、身体機能の低下、外出頻度の

減少。

- 全く人と会話がなく寂しかったと言われた
- 他者との交流の機会がなくなった
- 体力・筋力低下、活気低下
- 対人交流が減少して、認知機能が低下（物忘れ症状がひどくなった）した。
- 短期間の停止で、幸い、大きな影響はありませんでした。
- 地域での関わりが減り、孤立感を感じた人がいた
- 地域との関わりが少なくなり閉じこもり傾向となった
- 地域のサロンが長い間中止となり、楽しみの減少から生活意欲が低下した。
- 地域のサロンなど中止になり、行く場所がなくなった
- 地域のサロンなど長い期間開催されなかった
- 地域のサロンはお休みがあったが、担当の方は、もう利用していなかったため、不都合はなかった
- 地域の集まりが無くなった事で、認知症の進行があった
- 地域の人との交流の場が無くなり、人付き合いが減った
- 地域者との関わりが少くなったです
- 通いの場がなくなり、介護者の負担が増え、介護者のストレスが増えた
- 通いの場まで歩いていけていた人がフレイルで歩いていけなくなったので、再開後に通えなくなった
- 通える場所と時間がなく、地域との交流がなくなった
- 通所希望の介護保険申請が増えた
- 同じ利用者から、電話では会話が難しい方の様子がわからないという話は聞きました。
- 特にない。仕方がないと割り切っていた。
- 独居者の閉じこもり
- 馴染みの場所に行くことができずストレスがたまった
- 認知機能が低下した（5）
- 認知機能低下、生きがいが無くなった。生きる希望がなくなった、楽しみがない
- 認知症が進んだり、閉じこもり傾向になり要介護認定を受けられた。
- 認知症の進行、意欲低下
- 認知症の進行や体調悪化により介護申請に至り、当事業所のサービスが始まった方もいた
- 認知症悪化、閉じこもり、下肢筋力低下
- 必要なコミュニティが無くなった事で、孤立化や、体力の低下が見られた。
- 普段は近所の友達と集う場所に行けないことでのストレスがあった
- 閉じこもり、以降開催されても参加しない。滞ったまま。コロナ対応に翻弄され、利用者も交流を控えてしまった
- 閉じこもり、認知面が低下した
- 閉じこもりがちで鬱傾向になった　認知機能面の低下が進行した
- 閉じこもりがちになり、物忘れの進行がみられた
- 閉じこもりとなった（3）
- 閉じこもりになり、それが普通になった。何も変わらないようだったが、転倒骨折したので、影響があったと思う。
- 閉じこもりになる高齢者がふえた
- 閉じこもり傾向が強くなった（3）
- 閉じこもり傾向になったが、問題はなかった。
- 閉じこもり状態となり筋力低下や認知面の低下がみられた方がいた。
- 歩行の低下
- 歩行状態が悪くなり、再開後も参加されなくなった。
- 本人様の楽しみである交流が出来なくなり、外出頻度が減少した。
- 毎月あっていたデイサロンが休止になり開始になっても行かれなくなった。
- 友人との趣味活動などができなくなった。
- 老人会、婦人会などの停止により、停止期間が長引くにつれておのおののライフスタイルに変化が出た結果、つながりが希薄になった。

コロナ禍でのケアマネジメントにおいて、困難だったこと、特に課題になったこととして、以下が挙げられた。

- 歩けないから来てと言われ、行ってからコロナの濃厚接触者だと言われた。結局コロナ陽性だった。体調不良時の連絡先を確認しておく必要があった。
- デイサービス・デイケア利用者が、濃厚接触者になった際のサービスの調整
- 家族様と本人様が、コロナに感染された際の対応
- 電話でのモニタリングを行なったが、実際合わないと状況が分かりづらいこともあった。
- 認知のある利用者はケアマネの存在や顔を忘れている。
- 本人、家族含めて陽性者になった際の介護困難に

対する余地がない(サービスが使えない)
- 本人家族によっては、感染への認識、理解が乏しい(予防策や協力体制など)
- モニタリングが十分にできない。
- 1.各居宅サービス事業所が、県外や市外の家族等の帰省や接触があった場合、利用の自粛や数日間の体調確認を求めること。2.利用者に状態の変化があった場合、家族に状態を確認してもらえない。
- アセスメント、モニタリングが以前に比べ訪問できなかったので電話での対応だったので状況把握をうまくできなかった。
- アセスメントやモニタリングの訪問時間が長くならないように気を使うことが増えた。独居宅にも家族が訪問して支援する回数が極端に少なくなり、その間の認知症の進行などの状況が家族に伝わり辛くなっている。
- オンラインでの面会が多くなり、意思疎通がしにくかった。
- カンファレンスが出来なかった。訪問を拒否され、本人と会えず、評価がしづらかった
- クラスターでの利用中止などあり、サービスの調整が大変だった。
- ケアマネがコロナに羅漢した際、一人 CM なので、代行者がいなかった。ヘルパー事業所のスタッフも、羅漢し、コロナ感染した利用者のサービスが出来ず、遠方から、家族が帰省された。
- コロナに介護者がなった場合の要介護者をどうするかの相談。
- コロナに感染していなくても、直接人と会うことを拒否される利用者や家族が居て、閉じこもりがちになってしまった
- コロナに罹られ訪問できない状況があり、家族の介護負担があった。通所にも行けないため
- コロナに罹患した際、全てのサービスがストップした為、利用者の支援が著しく困難になった。受診が必要でも、通院が出来ない状況に至った。
- コロナのため(職員の人数制限があり)新規の相談は受け入れが難しいとの事業所が多くサービス提供ができなかった。
- コロナの検査に同行する人がいない。タクシーの乗車拒否。
- コロナの治療を受ける為の医療機関が見つかり難かった。
- コロナ感染が理由のサービス停止が突然なので対応に振り回された。
- コロナ感染した方への支援、サービス事業所の拒否
- コロナ感染中の個室療養中の支援の計画立案実行
- コロナ陽性者で自宅待機の方の安否確認等ほとんど居宅や関係サービス事業所で行った。保健所ともう少し連携取れればと思います。
- サービスが使えなかった。
- サービスの調整や本人との面会の調整。会えないことが多々あった。
- サービスの停止等があり、代替サービスを探さなければいけなかった。訪問も短時間や電話での確認になり、利用者の体調確認や相談支援が十分に出来なかった。
- サービス事業所がコロナにて提供ができなくなった場合の支援体制の構築について
- サービス事業所ごとに決まり事があり調整が大変だった
- サービス担当者会議の開催ができず、照会内容で依頼したり、施設や病院への立ち入りができず、アセスメントを実施すること自体が困難で、時間を要しました。
- サービス担当者会議の開催ができなかった
- サービス担当者会議を断られ、課題に対しての解決が不十分になったと感じます。
- サービス調整が困難だった。重度の認知症の方は通所が停止になると家族の負担が多くなったり、清潔保持ができないなど課題があった。その他受診同行する方がいない人や、薬を確実に飲ませることができない方の、支援が困難だった
- サービス停止が長くなると入浴できない、外出できないなどの問題が生じてくる。ケアマネの訪問もできなくなり、自宅での状況がわからないことがあった
- サービス停止による調整や連絡と自身が罹患したため他ケアマネに負担が増えた
- サービス提供に制限あった
- ショートステイが利用出来ない
- 骨折で入院した先でコロナ感染し、退院延期となり、ＡＤＬの低下となった
- ショートステイの休止
- ショートステイの利用ができなく、何ヵ所かあたった事
- デイサービスで受けていたインスリン注射が、デイ休止になり、代替えのサービスの調整が大変でした。

- デイサービス等の事業所が停止すると支援内容の遂行が難しいと感じました
- デイなど事業所立ち入り出来なくなった
- デイの休止により家族の負担が増えた
- デイやショートは閉鎖できるが、それができない訪問介護に集中した
- デイやヘルパーなら休止によりサービス量が不足した
- デイ利用で本人や家族の生活が成り立っている方もおり、戸惑いがある方もいたと思う。
- ヘルパーなどの代替えサービスの利用を希望されても緊急対応できず、困った
- ホームに入所されている方の、状態がスタッフからの聞き取りのみだったので不安だった
- マスクをしているのでこちらの声が伝わりにくい・顔を覚えて貰うのに時間がかかり、しばらく警戒された・本人の表情、顔色が分かりにくい
- 家族が感染した場合、本人が陰性でもサービス利用を断られた
- 新規受け入れを中止したショートステイやデイがあり、ADL が落ちてきた方のサービス調整が希望通りに行かなかった"
- モニタリングての自宅訪問や担当者会議の開催
- モニタリングなどで、本人様との会話が、マスク同士なので、会話や表情がよくつかめなかったこと。
- モニタリングの実施が困難になった
- モニタリング訪問やサービス担当者会議の調整する際に、自宅に他人が来るのを拒否される
- リスクレベル低い時や行動制限が解除された時、事業所の対応とご家族の認識に差ができること
- ワクチンを打ってないと利用ができない。
- 安否確認に行くにしても、防護服などでの対応となったり、疑わしい方は度々の抗原検査で利用者自身を不安にさせる場面が多々あり、とても苦労した。
- 医療との連携が取りにくくなった
- 医療機関が多忙で連携が困難
- 医療機関との連携が薄くなった。
- 一人ケアマネなので自分が感染したら多くの人に迷惑をかけてしまいます。
- 一人暮らしの方のサービス
- 一人暮らしの利用者の家族の負担が大きくなった。
- 家族が、担当者会議などを怖がったり、ショートステイの利用先の施設の感染で利用中止になり調整が大変だった
- 家族からの苦情
- 家族の介護負担が大きくなった
- 家族や周りとの面会が減り、精神的に不安定になられた方がいた。外出制限を続ける事にやるせなさを感じていた。
- 家族介護負担の訴えがあってもどうにもできなかった。
- 家族交流
- 家庭訪問ができない月があった。
- 介護サービスの受け入れ、本人及び家族の理解（なぜ休まないといけないのか、代替サービスはないのか、マスクもされない、PCR・抗原検査などの手配や調整ほか）ケアマネジャーの感染リスクとその対策
- 介護サービスの代替え
- 介護サ―ビスの利用が出来なくなり家族負担が大きくなった。
- 介護サービスを利用して、在宅生活ができていたのがサービスが利用できずにどうして支えようかと思った。ケアマネも所属する施設に迷惑がかかれば行けないとの思いもあり、身動きが取れなかった。自分がコロナの陽性者になれば、他に迷惑がかかると思いもあり、利用者の方の支援ができなかった。１人暮らしで、親戚がいない人はどうすればいいかと悩みました。
- 外出の要望に応えられることが難しく施設内での閉じこもりによる活動性の低下が見られていた。
- 各事業所の休みや人員不足等あり利用者の意欲低下，認知機能低下，身体機能低下が増加。対応支援が難しい時があった。
- 活動不足と交流不足の傾向が改善出来ていない。通い場所の影響の他、高齢者自身が他者と接触して感染することに不安がある。
- 感染したり濃厚接触者でサービス利用ができなくなり、清潔面の支援が出来なかった。他サービスへの振り替えは、感染リスクがあるので受け入れてもらえない。
- 感染拡大には注意を図った
- 感染者が出て停止した事業所の利用者を受け入れる代替えサービスが見つからない
- 感染者家族等の把握・2 次感染
- 感染対策で、利用者や家族との面談が十分に出来なかった。新規利用者のアセスメントが取りづらかった。
- 感染防止のため、有料老人ホームや病院で直接利用者に会えない。新規なのに顔も見ずに退院日にあってその日に在宅サービス調整することが数件あった

- 感染予防（２）
- 休業した事業所に代わるサービスの調整。
- 休止になった事業所の代替えを模索するのが大変だった。代替えだが、新規利用と同じ仕事量だった。
- 急なサービスの停止により、別事業所等を探したが、空きがなかったり、新規の受け入れが困難だったため、家族介護の時間が増えたことにより家族の疲労が増え、利用者の転倒なども増えたこと。
- 居宅へ訪問することへの不安が大きかった。
- 強い不安や心配から訪問の拒否があったこと
- 業務負担が増えた（管理上で把握が難しくなった）家族がいるところは代替えが聞くが、独居の場合には支援できる手段を検討しなければならなかった。サービス停止する事業所から本人、家族への説明が必要だと認識していたが、ケアマネが停止する説明、家族への協力依頼まで実施したケースもあり、事業所毎に対応が違った。（某事業所では、事業所から本人、家族への説明にて、その結果がケアマネに報告されている所もあり、負担が少なかった）
- 緊急的な代替サービスの利用ができなかった。コロナ感染が確認された通所事業所に通われていた方は、無症状、抗原検査陰性であっても他事業所が受入れを拒まれた。
- 計画をたててサービス利用している利用者に対し、サービスが一つストップした場合の他サービスとの連携や調整をする場合の相談場所がない。
- 困って行政や包括に相談しても、自分達も困ってると助けてもらえない。
- 交流の場の確保ができなかった
- 高齢者世帯で、訪問サービスショートステイが利用できず、夫婦 2 人で生活する事になり妻の負担が大きく、妻が不安症と診断された。
- 在宅の方のモニタリングは実施出来ていたが、有料老人ホームに入居されている方への面会が困難であり、施設スタッフからのモニタリングになることが多くなった
- 在宅生活の方がコロナに罹患した際の対応
- 清潔保持、食事など
- 施設に入居されている方に面会できず、モニタリングやアセスメントが出来ないケースがあった。
- 施設の場合、マニュアル通り対応しても感染が拡大するため、統一性や感染拡大防止対策法について。
- 施設や病院で面会出来ない
- 施設や病院に訪問・面会することが制限され、会議もしばらくは実施できなかった。
- 施設入居者のモニタリングを含め、新規で入居される方の施設の状況（部屋等も）がわからないまま（アセスメントが不十分）プランの作成が必要だったこと
- 施設入所者の面会ができずスタッフより聞き取りのみとなったので現状把握が難しかった
- 事業所が休みになったとき代替サービスをみつけるのが大変。濃厚接触者でなくても受け入れを断られることもあった。
- 事業所が停止となった場合の事業所変更や代替サービスの検討など。要支援者は早急なサービス介入の必要性はそこまでなかったが、要介護者のサービス調整が大変で、地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの相談もあった。
- 事業所のサービス停止や縮小で、新規の受け入れが難しく、利用開始が遅くなった。
- 事業所の休止に伴い代替サービスを探すのが大変だった
- 事業所の代替えの調整が大変だった
- 事業所や組織間で感染予防に対する考え方や取り組みが違い、連携に支障をきたした。
- 事業所や利用者が感染した場合の対応が早急に必要となったこと
- 事業所探しに苦労した。ほとんどの事業所でコロナ感染が見られており、利用できる事業所が極限られるため、今後同じような状況になった場合にどのように対応するかが求められるのではないかと思う。
- 耳の遠い方の電話や短時間訪問によるアセスメントが難しかった
- 自宅から出れないことの精神的負担・身体的負担が徐々に表れてきた。
- 自宅でのモニタリング
- 自宅での体調確認のための訪問が増えた。
- 防護服着用し訪問した。
- 自宅の訪問方法や会議方法など
- 自宅へ訪問することが困難となり利用者の状態把握が難しく電話での連絡調整を行った
- 自宅や施設を訪ねて直接会うことを躊躇した。会うことで知りうる情報を拾えなかった。
- 自宅訪問ができず、現所の把握が電話対応になって、本当の情報が入らないことがあった。
- 自宅訪問や施設、事業所訪問ができなくなる或いは迷う（お互い）ことがかなりあった

- 自宅療養中介護するご家族の相談窓口がない。
- 受け入れ可能なサービス事業所がほとんどなかった。
- 終末期の利用者で家族がコロナ感染者になり、訪問ができなかった。一人ケアマネなので、感染した場合の利用者対応に不安があった。
- 少ない資源しかない中でサービス調整するのが大変、心身機能低下
- 新規の短期入所や入所の相談が受け付けてくれるところがなかった。家族が冠婚葬祭で県外に出る必要があり、感染が収まっていても、受け入れ先が無く、県内だが、いつもと違う介護者に遠方から来てもらい自宅で過ごした。家族が帰宅後、数日間は、通所サービスを休まざるをえなかった。
- 身体機能の低下や事業所が動かないので、入浴が出来ない。
- 人集まる機会を減らしており、一度で行えたはずの申し送り等に時間がかかった
- 絶対感染しないという保証を求められた
- 他者との交流の機会が減り、コロナウイルスの予防はできたが身体機能の低下や不安の増強がありサービス量が増えた。
- 他者との接触　他市他県　など
- 対面での安否が確認出来なかった
- 退院間近の方で ZOOM などで院内カンファレンスには参加できるが、本人を直接面会、面談に行けず心身状態の把握に苦慮した。
- 退院支援で入院してる人の情報収集が出来なかった
- 退院支援の場においての情報共有が、難しかった。書面やオンラインでいただいた情報とご本人の状態状況に、乖離が見られることがあった。
- 退院時のマネジメント、発熱者への対応、コロナ陽性になった方のマネジメント、職員がコロナ陽性になった時の対応
- 退院時の調整。会えないので状態がわからない
- 退院調整やサービス調整の時に利用者さんとの面会ができなかった事。
- 代わりのサービスを探すことが大変でした。
- 代替えサービスがない・人で不足（近隣には訪問介護（1 件）・通所サービス事業所（2 件）
- 代替えサービス調整、訪問調整
- 代替えのサービスがなかなか見つからず特に濃厚接触者などになれば余計敬遠されることも多かった
- 代替サービス
- 代替のサービス調整
- 担当者会議が、開催出来なかった。
- 担当者会議が対面で開催できなかった事や施設入居されている利用者のモニタリングが出来なかった
- 担当者会議の実施について
- 短時間での訪問により、しっかりアセスメントができていなかった。ケアマネが自宅待機になったときに、担当ご利用者の対応が疎かになった。フォローしてくれる人がいなかった。
- 地域コミュニティの減少で近所の方とのおしゃべり、楽しみがなくなりましたが、介護事業所の受け入れも難しい状況でしたのでそこが課題かなと。家族の訪問も減少しこまりました
- 地域での活動や人との交流の場が極端に減ったこと。
- 地域交流の減少。
- 調整しても、サービスが使えない
- 県外の息子さんが食材を数時間かけ届けるなど
- 調整困難
- 直接本人に合えない・状況の把握ができない
- 直接面会出来ない
- 通所ｻｰﾋﾞｽ、ショートステイ等のｻｰﾋﾞｽの不足。サービス事業所からの一方的な利用制限等。利用制限をされたために必要な方へのｻｰﾋﾞｽが提供できない事例等があった。サービス事業所からはスタッフを守る為と言われ、あゆみよりも話合いの場も持ってもらえず、利用者に支援が提供できない事があった。
- 通所等で行われていた「カラオケ」が出来なくなったり、マスクや他者との感覚をおくことで難聴の方などコミニュケーションがとりずらくなっていた。訪問も、玄関先で簡単に話す等情報収集がしずらかった
- 通常利用している事業所が利用できず他事業所を探すが受け入れ困難が多く利用に繋げることが困難となり家族の負担が多くなってしまった
- 停止された通所系サービスの代替えサービスを調整する事が大変であった。停止中の訪問系サービス調整
- 提供事業所が受け入れできない期間の代替えサービスの受け入れ事業所が無かった。
- 電話やメールでのモニタリング、アセスメントが難しい。家族の視点と専門職の視点は異なり、要領を得ない。本人の意向確認ができない。
- 当日は施設ケアマネであったため、わからない
- 同居の家族感染で泊りの希望があったが、濃厚接

触者のため利用を断らざるを得なかった

- 同居家族が感染し濃厚接触となったときのサービス停止中の対応
- 特に一人暮らしの利用者の安全面、生活機能維持の難しさや全体的に虚弱化の進行が課題
- 特養での、感染拡大でショートステイが利用できないことが一番大変だった。
- 独居で認知症の方が家族がおらず、熱発や湿性咳嗽など、コロナ感染疑いの症状があった場合の病院受診やコロナ感染陽性になった場合の服薬管理(サービスが入れず)が困難だった。
- 独居で熱発し、タクシーも利用できず、担当ケアマネも感染の不安を抱きながら受診同行した。
- 独居のかたが発熱したときの対応
- 独居のかたは、サービスが停止すると、制限のある生活が強いられる。
- 私は、包括で担当少ないが、買物や調理の必要な方がサービス休止したり、通所が休止となり在宅生活の支援の調整が必要になる人の調整は、大変な状況を感じた。
- 独居の高齢者、認知低下がありコロナになってしまった。入院できなくホテルにもいけなかった。包括や保健所に相談しどうにか乗り切った。配食、安否確認、服薬の指示を朝昼夕と電話した。
- 独居の方や高齢者のコロナ感染時モニタリング、病院受診の対応方法が、難しかった、
- 独居や夫婦 2 人暮しの場合、1 人が罹患すると必ずもう 1 人も罹患する。医療機関を受診するにも移送手段がなかった。
- 独居高齢者がコロナにかかった場合のサービスの調整。
- モニタリングを対面で行うことが怖いと話す利用者は電話になるので、自宅の様子が伺い辛いことがあったこと。
- 施設入居者の担当者会議の開催が困難であること。
- 独居高齢者がコロナ感染になった際の対応が大変でした。感染対策と共に濃厚接触者となり、出勤が出来ず、在宅ワークを行った。
- 入院、入所の方の状況確認が出来なかった
- 入院していた利用者で、状態確認ができないままでの退院は困った。
- 入院の必要性があっても受けてもらえず施設も困難であった
- 入院後の利用者の把握がしづらく、退院時に情報が得にくかった。
- 入院時の様子わからず退院調整困難。自宅に戻ってから調整を何度も行った。
- 入院中のケースの状態確認が出来なくて退院後の調整が難しかった
- 入院中の新規利用者(退院後の支援)の十分なアセスメントができなかった
- 入院中の面会ができない為退院調整困難
- 入院中の利用者への面会が出来ず、退院時のカンファレンス出席が難しかった。
- 入所制限や入院制限があり、必要と思われる方が入院、入所ができなかった。
- 入退院調整、緊急時の受け入れ、搬送しても受けてもらえなかった。コロナ感染後の転院調整の困難さ、サービス事業所の受け入れが快く無く 事業所があまりにも保守的だった。コロナ差別は今もある。感染しても受け入れる施設が有れば、認知機能が進行し家族も感染し対応への不満や苦情も多かった。
- 入浴面での支援や精神的支援
- 濃厚接触者ではなくても停止したデイを利用してただけでショートも利用出来なくなったこと
- 発熱した時に受診の移送手段
- 必要なサービスが提供できず、代替えサービスの提供もできず、利用者、家族の負担が大きくなっても解決出来なかった
- 病院面会出来ずアセスメントできない
- 退院カンファレンスが出来ず見通しできない
- 訪問、面会、直接顔を合わせることが憚られるような世の中の風潮でまともに話を聞けなかった
- 訪問がストップされた為利用者家族ｻｰﾋﾞｽ事業者など電話での聞き取りを行った。幸いにも急を要する人はいなかったが、施設の場合スタッフとのやり取り情報交換及び共有が大事と感じた。ｽﾀｯﾌも緊張の連続で休む暇なく、又罹患し対応出来る人数が減るなど本当に大変だった
- 訪問ができないので観察で判断できる事がわからない。対面で観察や感知できることができなくなった
- 訪問ができない事
- 訪問ができなかったこと、担当者会議ができなかったこと、入院、入所者に面談できなかったこと
- 訪問ができなかったこと、担当者会議が対面で開けなかったこと
- 訪問ができなかったため、アセスメントや担当者会

議の開催が思うようにできなかった

- 訪問がなかなか出来ない
- 訪問が困難になった
- 訪問が思うようにできなかった
- 訪問が出来ず状態把握が困難だった
- 訪問が出来ない方がいた
- 訪問が制限され状態確認が困難だったことがありました。
- 訪問することを控えたので、モニタリングが難しかった
- 訪問するのもされるのも、気を遣って出来ない事があった。アセスメントが不十分になった。
- 訪問する際、自分自身が感染源とならないよう非常に気をつかいながら訪問しました。また、発熱時がある為、訪問前に体調を確認するなど、自分自身も感染しないよう訪問時は特に感染対策に気をつけていました。
- 訪問で、玄関先であまりモニタリングてまきなかった
- 訪問とサービス停止したサービス調整
- 訪問についてどのようにしたらいいのか悩んだ
- 訪問の制限(本人家族の不安)で、居室内環境の確認等難しくなった。特に施設内立ち入りが困難となり、状態確認が困った。
- 訪問も短時間で距離を置いて行うためアセスメントやモニタリングが十分に出来ない。
- 訪問をすることが難しく、電話では表情が見えないこともあり、把握が難しかった。
- 訪問を控え電話などで情報収集を行うも、実際目で見てのアセスメントができず、対応が遅れたことがあった。事業所の消極的な受入れ時期があったため（感染発生のため）、調整困難であった。
- 訪問を受け入れてもらえない。実際に転倒、骨折や状態悪化等していても、家の中に入れてもらえず、確認できないことがあった。
- 訪問を断られたり、中々面会することもできなかった。
- 訪問介護事業所は一事業所しかないし、他の通所事業所にお願いしようとしても人手不足などもあり受け入れが難しかった。
- 訪問拒否、デイ利用拒否、コロナ罹患者への利用中止
- 訪問拒否あり
- 訪問時間を短縮、もしくは電話連絡で状況把握となった
- 訪問時間制限や玄関先までの訪問で十分にアセスメントやモニタリングができなかった。
- 本人ではなく、同居の主介護者の感染時に、本人を受け入れてくれる医療機関・介護保険の施設等がなく、家族から隔離できなかった。その為、感染してしまった。
- 本人との面会ができなかった
- 本人と面談ができなかった
- 本人に会えず、状態が見えないため具体的な内容にはならない
- 本人へ会えず、状態確認が難しかった。
- 本人や家族がコロナになった情報が入らず、訪問すると本人は濃厚接触者であったと後に聞くことなどがあった。
- 面会ができない
- 面会ができないから把握ができない
- 面会が制限されアセスメント、モニタリングに支障を来した。
- 面会を断られ様子がわかりづらかった。
- 面談ができない
- 面談が行いにくかった
- 面談時間が確保しずらいこと。自宅内の環境の変化に築くのが遅れた事。
- 面談制限がかかり、ご本人の不安等に寄り添えなかった
- 有料におられる利用者に面会ができず、課題把握が遅れる場合があった。
- 有料に入居している方のアセスメント、面談ができなかった
- 有料施設や病院で、直接利用者に会えなかった。
- 有料施設入所の方の外出が制限され、外出ができなくなったことで一気に認知症状が悪化し介護度が上がった。 退院時の面会・カンファレンスがなかったことで退院後のサービス調整が困難だった。
- 有料老人ホームで面会が出来ず、モニタリングが充分できなくなった。
- 有料老人ホームに入居されている方は、ホーム方針で直接面談する事ができず本人状態確認が長年にわたり職員からの聞き取り中心となってしまった。
- 有料老人ホームの方と面会が出来ず困った。
- 有料老人ホームやサービス事業所の自粛や利用制限への考え方にバラツキがあり、感染が軽減した時期についても思うようにサービス利用ができなかった。
- 有料老人ホーム等施設にいた人に直接面談ができないことや外部サービスが利用させてもらえなかっ

た。また、同施設内でのサービスも利用できず個室に一人でいる時間を余儀なくされ身体機能の低下もあった。

- 有料老人ホーム入居者で外部通所をしばらく停止したりで外に出られない状況が聞かれた。
- 有料老人ホーム入居者の方に訪問出来なかったので、サービス変更の意思確認が難しかった、
- 陽性とならずとも、濃厚接触等での接触疑いで通常のサービスが受けれなくなってしまう。代替サービスも受けれない。生活の不活発に繋がる危険性が大いにあった。
- 陽性者の自宅療養でサービスが止まったため
- 家族は日中仕事で対応ができずケアマネが PPE 着用し通い、体調の報告など医療機関との連携を行った。訪問看護ステーションからも新患の受け入れは拒否された。
- 利用者、家族に陽性者が出た場合等、サービスの利用を休止または受け入れを断られた。
- 家族（県外）が事前の連絡なく帰省されていた為、当日サービスの利用が急遽休止となった。
- コロナ蔓延初期段階は訪問サービス事業所も訪問を中止するところもあった。
- 数日間サービスの利用が出来なかったため、代替えサービスの調整が大変だった。
- 利用者もしくは家族に明らかに疑わしい症状があるにも関わらず、いつも通り利用させられたりとその家庭によって感染拡大への認識や考え方に開きがあった。
- 利用者が通所の利用を控えられ、閉じ籠りとなられた。
- 利用者と会えない時が、ある
- 利用者と会えなかったこと
- 利用者に直接会えないこと、モニタリングやアセスメントの際など
- 利用者の状態がわからない
- 利用者の利用拒否が見られた
- 利用者訪問に制限があった
- 利用者様に会えないこと、特に施設利用者様
- 老健併設な居宅事業所があるため、施設がクラスターになった場合、感染拡大の観点から、利用者と接触が難しくなる

コロナ禍で家族との交流が減った高齢者への影響として、以下が挙げられた。

- 有料施設に入所されている方は、不穏になることが多かったようです。しばらくするとリモートやガラス越しに面会をされてましたが、手も握ることも出来ず、お互いに寂しくさがあったようです。在宅の方では、家族が県外の方は帰省する回数が減り、電話でやり取りをされてました。一緒に出かけたり、外食することもなくなり閉じこもっている方もいました。
- 3 年間、一度も家族が帰省していないケースが数件ある
- お互いの不安感が増大した
- コロナ禍で家族との交流が減少した利用者はいない。
- コロナ感染してしまった。サービス利用の待機等の期間が発生してしまった。
- ストレスからイライラされ、言葉がきつくなったり、不満が多くなった。家族の顔がわからなくなった
- ターミナル期などは家族に会えないまま亡くなられたケースは幾つかあった。また、県をまたいでの訪問時などは通所系サービスの利用制限をかけられたりした。
- 利用者の同居家族に毎週末に他県から帰省される息子がいて、息子の帰省を止めるか、通所サービスの利用を中止するか選択が必要になった方がいて、結果、通所事業所を変更した。
- やむなく仕事を休むので、サービス事業所での感染のときは、お叱りいただいた家族もいました。
- 以外に、コロナなので仕方ないと言われるかたが多かった
- 意欲の低下（5）
- 意欲の低下、身体機能低下
- 意欲の低下、認知機能の低下が見られました
- 意欲の低下、認知機能の低下に影響がある
- 意欲や認知機能の低下。生活の状況の把握が希薄になった。入院、入所時の面会の制限がある為に、不安感、寂しさが強く落ち着かない状況がみられた。
- 一人でご飯を食べたりして、さらに発語等が減りコミュニケーションが取れなくなっていた。
- 一人暮らしの方は、生活の不安が大きかった
- 引きこもり（2）
- 遠方にいる家族との交流が減ったことにより、自宅

内の家族間だけになった為精神的にも孤立感があった

- 遠方にすむ家族に長く会えない
- 遠方に住む家族に用事があり、来て欲しいと何度も言われた利用者がいたが、居宅サービス利用が途切れると生活していけないため、帰省を控えてもらっていた。利用者自身は、コロナ禍で帰省できないことに対し、理解が難しく、家族への不満が溜まってしまった。zoom を活用したこともあったが、弱視で難聴のため、娘との会話も不成立であった。ようやく、ことし 2 月帰省ができ、その用事が済んだケースがあった。
- 遠方に住んでいる家族に会えないので寂しいと話される。
- 遠方の家族と会うことがなくなり、寂しいと気持ちが滅入り活気が無くなったり、不安感が強くなり鬱状態になったり、物忘れの進行もみられた。
- 遠方の家族と合えずストレスを訴える方が多かった。いつもなら協力してもらえることも出来ずに介護負担が増大。
- 家族がコロナ感染や濃厚接触者となった事で、利用者が厄介者扱いにされたことで、家族関係が悪化した。
- 家族が玄関越しで様子を見に行かれていた為、その様な事は殆ど無かった。
- 家族が電話をかけてもよく聞こえず、気落ちしていた
- 毎年帰省していた家族がしばらく帰省できず、数年振りに本人に会って状態低下に驚き、介護申請されるケースが増えた
- 家族との会話ができない事で認知症の低下があった
- 家族との交流が減ることで、高齢者のメンタル（意欲の欠如や無気力な状況）への影響が大きかった印象を受ける。
- 家族との面会制限でのストレス
- 家族と会えないことでの心的ストレスが大きく出てくる事例もあった
- 家族のほうが会えない事に忘れるのではないかと心配されていたが、高齢者の方はいつもの生活ができていたので、特に変化はなかった、
- 家族のみならず、他者との交流機会が減って、心身共に影響を与えた。
- 家族の帰省が減ったり、訪問が減った
- 家族の事を忘れるなどの認知面の低下がみられた。
- 家族の負担が増えてきている
- 家族の訪問時間がごく短時間となった
- 家族関係が希薄になった。施設の利用者は刺激が少なくなり、家族がわからない方がいる
- 家族交流は減っていない
- 家族面会に来ないため、認知症が進行した
- 介護支援専門員への相談が増えた。
- 会えないさみしさから不安定になっておられた
- 会話が少なくなり、閉じこもり気味になられた
- 外出する機会が減った
- 外出制限や面会制限により、直接逢うことが困難となった事で、精神的に不安になる利用者がいました
- 該当される方がいない為、分かりません。
- 楽しみ、生きがいがなく、寝てばかりの生活となられた方がいた。テレビを見るのみで、体力、認知力の低下があった。食欲の低下があった。
- 楽しみがなくなった。意欲低下につながった。
- 楽しみや笑顔、やる気の低下
- 帰省が出来なかった
- 帰省される家族が減って、寂しそうだった
- 帰宅願望が、強く出る、不穏が増す
- 気分の落ち込みなど意欲低下
- 気力の低下
- 県外からの家族の訪問が減った
- 県外からの接触制限で家族支援が望めなくなり、生活が激変。ヘルパー導入し対応となった。疎遠となり、認知が進んだり、外出頻度が減り活動機会が減った。
- 県外から帰ってくる家族には何度も通知したり連絡して、帰郷を制限した。また入院したら会えなくなるからと在宅での最期を希望される方も増えた。
- 県外に住んでいる子供さんの面会機会が減ったり、面会したことでサービス利用がしばらくできない対応がとられた。
- 県外のご家族の帰省がない事で寂しいとは言われていたが、みんな同じだからと納得されている様子に思えた。
- 県外の家族が会えない機会が多かった。
- 県外の家族が帰省してくれない寂しさはあったと思うが。
- 県外の家族が来れない不満、不安。家族が定期的に帰省された時に依頼されていた色々な手続きや銀行からのお金の引き出しなど頼れる親戚が近

隣にいない場合の悩み

- 県外の家族との接触がしばらく出来ず、担当の方は気落ちしていた。精神的な苦痛強かった。
- 県外の家族の場合帰省できず施設入所になった
- 県外の家族の訪問が殆どなくなった
- 県内外の家族と会う機会が制限されてしまい、気持ちの落ち込みが見られていた。
- 孤独を感じていた
- 孤独感による生活意欲の低下。支援者不足
- 孤独感の高まりや認知機能の低下
- 交流が制限されたことで、生きる楽しみや意欲が低下した。
- 今振り返ると、皆さんその状況を受け入れて、問題となる事はなかった。
- 三年ほど、県外の家族の訪問がなく、寂しがられ、また、入院などの時、手続きがたいへんだった。施設の方は認知症がすすんだようだった。
- 子供たちの帰省がなくなり、楽しみの時間を奪われた。子どもや孫に会いたいと言われていた。
- 市外の家族の訪問がなくなり支援が減ったこと、精神的な不安が多くなった
- 施設での面会制限や県外家族の帰省制限への協力要請で不安や心配が増え、楽しみが減ったと思われる。認知機能低下にも多少は影響が出たと思われる。
- 施設入居されている方の精神的不安が大きくなったと感じた
- 施設入居者などで面会が出来ない方の、認知症レベルの低下
- 施設入所の方は面会が出来ませんでした。
- 施設利用者や入院患者の方が、家族に会えない事で、不穏状態が悪化する方も数名おられました。
- 自宅での生活の継続ができなくなった。
- 自宅での入浴が出来ず、衛生面での懸念があった。
- 自分で出来ることが少ない人は大変だったと思う
- 自分の担当の方には特になかった。
- 寂しいと言われ、精神的な落ち込みや無気力状態になられる方もいた。
- 寂しい思いをした（4）
- 寂しそうであり、認知能力も低下。
- 寂寥感を感じる方が居た
- 少なからず不安が強かったり悲観的になったり、不穏症状が出る高齢者もおり、慣れるまでの時間も要したと思います。
- 少々鬱傾向にあった方もいた
- 状況を理解しつつも、面会出来ない不安があった
- 状態が低下したことが早期に把握できずサービス調整が難しかった
- 食事掃除買い物など、外出の減少
- 信頼関係築きにくい
- 心身機能の低下（3）
- 身体、精神機能低下（2）
- 身体機能、認知機能低下が進んだように思う。認定率の上昇からもわかる。
- 身体的機能低下、認知機能低下
- 人によっては ADL の低下がみられる
- 生きがいや楽しみが減り精神面へ影響
- 生活意欲の減退や認知症の進行。軽度のうつ症状がみられた。
- 生活意欲低下、楽しみの減少、抑うつ気分増大
- "生活環境悪化、ADL 悪化、認知症悪化。
- 自宅に閉じこもりになったため。"
- 精神的なさみしさ
- 精神的な不安や不穏
- 精神的な負担が多くなった　寂しい思いが強くなった
- 精神的に、不安定になる（2）
- 精神的に落ち込んだ。外泊できなくなった。
- 精神的低下
- 精神面が不安定になる方もいたり、遠方にお住まいのご家族はたびたび県をまたいで訪問し、感染させてはいけないとご家族の住む地域にご利用者が転居されるケースもありました。
- 精神面でふあんあり
- 精神面で気持ちの落ち込み、心配が大きいと思った。
- 精神面や食欲低下、認知症悪化
- 他の地区から家族が帰省すると、デイを一週間休まないと行けない等あり、家族の支援が難しかった。その際は郵送で食料品や日用品を郵送され、経済的な負担も大きくなった。
- 他県に住む家族がなかなか帰省が出来なくなった
- 他県の家族の帰省が無くなって関わりが少くなった。施設の入所が多くなっている。
- 体を動かしたり、話したりする機会が減っている。運動機能低下と認知機能低下を招いている。
- 大きな影響はなかったが、看取り期の工夫が必要だった

- 担当利用者で特に影響はなかった
- 直接面会が少なくなったことで、孤独感や寂しさなどの訴えが増え、ストレスの増加が見られた。
- 通所サービスは通いができると、安定が図れたが、入院や入所の方は、家族との交流が減り、不安感が増した。
- 定期で帰ってきていた家族の支援が受けられなくなった
- 電話での連絡は来るが「もう 2 年息子達が帰らない」「孫が遊びに来れない」など、寂しさを訴える方が多かった。精神面の落ち込みが見られた。
- 電話では声が聞き取り辛い方の対応
- 電話も聞き取りにくいし、楽しみが減ったといわれた。
- 電話や TV 電話等を利用して、交流できるご利用者が増えた。
- 同居家族以外は訪問できないので体調悪化しても対応が大変だった
- 特に通所系サービス利用中の方は日中の活動量の減少があり、事業所内で感染発生した場合には別の事業所への変更も効かないため、家族負担が大きい。
- 特に入院や入所中の高齢者の不安が強くなり意欲の低下を招いた。
- リモート面談では満足は得られなかった。
- 家族側も直接、顔を見たり触れたりできなかったため不安や心配の声が多く聞かれた。
- 特に有料施設入所の方は面会の制限にて家族も面会ができない状況になり精神的不安が認知症状の悪化につながったケースがあった。
- 独居の方で家族が遠方に住んでおられる方は、コロナ前は毎月帰ってこられていたが、コロナ後長い間帰ってこられず、本人の用事を済ませたり、頼み事ができず生活に支障が出たり、気分の落ち込みも見られた
- 独居の方への支援が増えた
- 独居の利用者様で遠方の家族が帰省できないことで、認知症の進行がみられたり生活意欲の低下がおこった。
- 独居や高齢者の二人暮らしの方達への定期的な支援が得にくくなり、家族が心配し、介護サービスの利用が増えた。
- 独居や高齢者夫婦のみの世帯の方の家族が状況を把握できにくかった。
- 独居高齢者は孤独になっていた
- 入院されていた方は不穏症状が出ていた。
- 認知が進んで、会話数が減った。家族が分からなくなった。
- 認知機能の進行や混乱が見られ、活気や楽しみがなくなったなど聞かれた。
- 認知機能の低下（7）
- 認知機能の低下（物忘れが増えて、怒りっぽくなった）などあった。
- 認知機能の低下、フラストレーション
- 認知機能の低下、外出活動の低下
- 認知機能の低下、進んだのはあったと思う
- 認知機能の低下。寂しさ、不安、混乱の悪化。
- 認知機能の低下や精神的な気分の落ち込みなど
- 認知機能低下　介護サービス増
- 認知機能低下，意欲低下の利用者が増加した。
- 認知機能低下、生活機能低下
- 認知機能低下が進んで行った。
- 認知機能低下が著明になった
- 認知症から交流が減った理由の理解に困られていた。
- 認知症が進行し、訪問してくれていた子供のことも忘れるようになった。
- 認知症が進行した（7）
- 認知症の進行、精神不安定
- 認知症の進行および精神的な不安が増大した
- 認知症の進行があり、家族の顔、名前を忘れて始めた
- 認知症の方など、家族を忘れてしまわれた方があった
- 認知症の方の不穏が増えた。
- 認知症症状の悪化（3）
- 認知症状の進行が見られる方もいた。
- 認知面の低下、寂しい気持ちが増えた
- 認知面の低下されている方は、捨てられたという言葉を出され方が数人いらした
- 認知面の低下と身体状態の低下が見られた。
- 年末やお盆での帰省がなくなり、掃除や料理への意欲低下。
- 廃用性症候群
- 比較はできないが、交流が少なくなったことで認知症の進行スピードに影響があったように思わる。
- 表情がかたく、認知症が進行した方もいらっしゃいました
- 表情が乏しくなった

- 頻回に来られていたご家族に、長期間会えなくなり不安定になる方、生活自体が出来なくなった方もおられた。
- 不安な状態（2）
- 不穏が増す方が多かった
- 物取られ妄想の悪化
- 物忘れの進行と疎外感、孤独感を感じ、不安を抱えてしまうことで精神的なストレスが身体の動きを悪くするケースがあった。
- 閉じこもり
- うつ
- 閉じこもり、うつ傾向が増えた
- 閉じこもり傾向。（3）
- 閉じこもり傾向となり、身体機能が低下した。
- 訪問モニタリングで維持していた状態把握が、大まかなものになる傾向があった。
- 本人よりむしろ家族が心配していた
- 面会が出来ないため、精神面による心理的な負担。
- 面会できず、お互いに不安が、増大
- 面会や訪問を控える事が多くなり、繋がりが希薄になり、利用者の気分の落ち込みや、精神的不安定など見受けられた。
- 目標が無く、活動への意欲低下が見られた。認知症の進行。
- 夜間不眠や食欲低下
- 約 3 年余り、交流の場所が減り、開催できるようになっても億劫で参加しないようになった。
- 有料老人ホームなどに入れず状態ながわからない
- 有料老人ホームに入居中の方は居室に籠もりがちになった（面会ができないため）
- 落ち込みがみられたり、閉じこもりがちになられ、認知症の進行があった。
- 理由が理解できる方は、これまでの支援に対しての感謝を改めて感じたと言われる人もあったが、不安や不便を訴える人もあった。
- 料理などしたくないなど意欲の低下があった。
- 淋しいとの言葉が聞かれた。
- 淋しさは感じられていたようだが、特に影響は感じられなかった。

認定調査の自動延長が令和 5 年 3 月で終了によるサービス利用等への影響は、以下が挙げられた。

- Dr によっては主治医意見書提出が遅く、予定が立てにくい。
- クラスターが起こっている施設での認定調査が遅れる
- このままの方が良い
- コロナが治まってきているので、現状では問題ないと思う
- コロナが蔓延した際に、調査や審査会がなかなか進まず、認定が遅くなるのではないか
- サービス利用への影響は特にない。認定調査が遅れてしまう。すでに 3 月の調査日が埋まってしまい 4 月末の有効期限の方の調査が 4 月になってからという状態。
- サービス量の低下
- できるだけ自動延長はせずに更新申請をしてきたが、保険者側の理由で自動更新になった方がおり、必要なサービスを増やすことができない。
- 引き続き集団活動の中止や利用の短縮等も考えられると思われます。
- 影響はない。自動延長したのは 2 人のみです。その時は保険者に自動延長にしてほしいと勧められました。
- 影響は無いと思います。通常の調査で適切な認定が出るのが一番だと思います。"
- 延長されたことがなかったのでわからない。
- 延長だとアセスメントが薄くなるため、定期的な更新という経緯は必要と感じる。
- 延長はしていない
- 介護度が軽くなり、現在のサービスが利用できなくなる。認定結果の遅れ。
- 介護保険介護区分が認定されるまでの期間が長くなっている自治体が増えている。自動延長が中止した後にどうなるかが心配される。
- 介護保険更新や変更申請時の認定結果の遅れ
- 完全にコロナが消失しない限り、認定調査の実施で今後も新たな感染の危険性がある。
- 感染に対しては個人差があり、不安が強い人に関しては苦痛だと思います
- 感染の心配が増える
- 調査後に調査員が感染していた場合、サービス利用できない
- 感染拡大
- 感染拡大していなければ、訪問調査ができる状態

が望ましいと思います。

- 感染状況により、調査及び審査会の遅れ
- 業務的な影響はあるも、利用者への影響はないのではと思われる。
- 区によって自動延長の受付状態が違った。特に南区では、新規申請も区分変更申請も認定がおりるまでに２～３ヵ月かかっている状況で、利用者や家族、行政との板挟み状態となった。暫定利用はリスクもあるので、控えたく、サービス導入までに時間がかかる。調査員を増やすなど、確実に３０日以内に結果を出せる様に準備をお願いしたい。
- 現在においても、介護施設・介護保険事業所でのクラスターも見受けられるので、自動延長を希望される本人・家族がいる。
- 現在の状態と介護度との差異があり、見直しが必要な方が居る。
- 現段階でも心身の状態に応じて必要があれば区分変更申請を行っていたこともあり直接的な影響は無いと思われる。調査件数が多くなることで調査時に対応する職員の手間や時間が増え、判定結果が遅れる可能性もある。判定結果が遅れることで居宅業務にも多少の支障は出ると思う。
- 更新時期が重なっている人が多く、今後は、調査の立会いも増えるので、益々、仕事量が増加する事が予測できる。
- 更新時期が重なり認定調査等の予定が大幅に遅れて行くのではと思われます
- 更新時期と感染が重なった場合、認定が遅れる。
- 今後、コロナが増えたときが懸念されます
- 今後、入居施設がコロナ感染予防の為の立ち入り禁止措置がおこれば認定が遅れる。暫定プランの作成や担当者会議などでケアマネジャーやサービス事業所の負担が増える
- 今後は個人的に継続する予定
- 今後も、継続認定の制度はのこしてよいようにおもう。状態の変化がない方の調査や、経費を考えると、ケアマネの判断で、継続を一年はしてもいいのではないかとおもう。軽減されたり、悪化したときには、調査するくらいでもいいのではー介護保険費用も負担が少ないと思う。主治医の意見書は、何年も、コピーで出てる名を見かける。
- 再度、感染拡大があった際の、利用者様の感染リスクの増大
- 市町村の介護認定が間に合わず、介護度が決まらず、介護難民が増える利用者との
- 市町村の判断でできないときもあったので、都度理解していただくしかない
- 私の住む田舎(地域)では大きな影響は感じられない。
- 私の担当ご利用者には、大きな影響はない
- 自動延長から、介護サービスを利用開始された方は、訪問調査や担当者会議についての理解が説明してもできず、苦情になったことがあった
- "自動延長が終了しても構いませんが、認定調査の遅れがプラン作成やサービス（暫定では出来ない物もあるので）等が、決定できない事
- また、何度も会議をしなくてはならないので手間暇（時間のロス）がある"
- 自動延長じたい利用者への周知は薄いと思う。終了してもさほど影響はないと思う。
- 自動延長とは言うものの、通知にて更新は出していた。
- 自動延長の期間に状態変化（悪化）見られた方も多数おられた。従来の認定ができれば望ましいと感じている。
- 自動延長の終了は特に問題はない。
- 自動延長の対象利用者がいなかった為わからないが、認定調査はどのような形であれ、実施出来るようにしてもらいたい。
- 自動延長はしたことがないのでよくわかりません。
- 自動延長はない
- 自動延長はなかった
- 自動延長を利用した方は数人であったため、今後の影響も特にないと考える。
- 自動延長中に更新の際に、調査員から自動延長可能との対応されて、訪問調査を変更した利用者もあり、更新の際の調査が追い付かない事が想定される。特に、現在のサービスの利用が継続できるのであれば問題ないが、介護度の変更（特に有効期間中に認定結果が出ない場合が大変迷惑する）
- 自動更新は暫定のプラン作成に追われた。
- "疾患を持っている高齢者は多い。
- コロナワクチン接種の意味も今となっては不明な事が多い。
- そんな中に、マスク外して訪問で認定調査するならば、高齢者は感染するのではという不安が大きいと思う。"
- 状況によっては、調査日が遅れ、認定期間中に認

定結果が出ない事も予想されます。サービス調整にも苦労すると思います。

- 状態が変わらなければ特に影響はない
- 状態悪化している方は、認定調査してほしいと思った
- 審査会の遅れ、介護度が出るまで時間がかかり計画書作成が遅くなる
- 審査会の遅延・暫定サービスが増え、本人家人への説明と理解が困難となる。仕事が増える。
- 審査結果の遅れ
- 身体状況の悪化が懸念されサービスは調整が必要。
- 精神面で
- 前回の認定結果より介護度が軽く出る利用者が多く、サービスの調整が難しい。サービス量が減ることで、外出の機会が少なくなり、社会交流が減る。
- 他所にいる家族が帰省して、制限等なく同席出来れば良いと思う。
- 第９波が来た時、どう対応するか。
- 担当市町村で自動延長はは無かった。
- 調査がある事は、状況に応じた介護度が出る為、良い事だと思う。
- 調査が遅れなければ問題ないと思う
- 調査の遅れ。介護度の悪化。
- 調査の遅れや、認定審査会等の遅れが出るのではないか。はないか？
- 調査の必要がない人も毎回更新しないといけない。マスクをつけての訪問調査は利用者にとってわかりづらい。
- 調査や認定結果が出るまでに有効期間が切れてしまうような事態は避けていただきたい。サービスの利用や料金面もなど様々なことに影響が出るので、有効期間が切れる前には必ず認定が降りた状態でお願いしたい。また、暫定プランも支援や介護の 2 パターンを作らなければならず、余計に仕事が増えてしまう為、期間内であればその必要もない為、合わせてそのような事態にならないようお願いいたします。
- 調査を受けることに抵抗を感じている方もおり、今後も期間延長を望んでいるように見受けられる
- 調査件数が増えて、すでに認定審査会が遅れている状況。結果が出るのが遅い。
- 調査件数が増えて、遅れが心配
- 調査時の感染予防にはきちんと対応すべきである。しかし、きちんとした本人状態の調査、認定結果は必要。
- 調査時期の重なりが出てきて、調査遅れが気になります。また再びコロナが拡大した時に延長対応がない為、双方にリスクがあることが懸念されます。
- 当地区では、令和 4 年 12 月いっぱいで延長申請ができなくなっていたので、認定調査の認定基準が厳しくなったのか、介護度が軽くなるご利用者が増えて、現状のサービスの継続ができない状況も多々起きている。
- "特にない。当市は来年度まで延長された。
- 利用者等で、本当にコロナで調査を受けたくない人の数は少ない。"
- 特にないが、更新の結果が遅くならないようにお願いしたい。
- 特になし。訪問調査は行うべきと考える。
- 特に影響はありません。通常に戻してもらった方が助かります。
- 特に調査、審査会が遅い南区の認定情報が分からない期間が増えること。3 か月程度介護度が不明であることもあり、その際の自己負担が発生する場合は利用者が負担することになるためサービスの利用控えが発生し身体機能・認知機能の低下が起こりうること。
- 特に目だった混乱はなかったが区分変更等で明らかにサービスの追加が必要な方には認定がおりるまで回数等を考慮した
- 認定が出るまでに時間がかかる。介護度の変更あればサービスが変更となるので迅速に対応してもらいたい。
- 認定が遅くなる
- 認定の変化が大きく出る事で調整しているサービスや頻度を変える必要が出てくると思います。
- 認定結果が期間内(早めに) 出ればサービス利用には問題ないと思われます。
- 認定結果が遅れ、暫定プランによるケアプランとなると考えます
- 認定結果の差異がある。結果が軽くなる可能性。
- 認定結果の遅延
- 認定調査が集中し遅くなると思われる
- 認定調査が遅れて介護結果が出ないまま暫定サービスが増える
- 認定調査の集中が増加し、認定結果がでるまでに時間がかかる。
- 認定調査の遅れ、それに伴い認定結果も遅れる。
- 認定調査の遅れ。地元紙に取り上げられ問題とな

った。

- 認定調査の遅れ審査会の遅れで非常に困ってます
- 認定調査を行うことにより、適合した介護度、必要なサービスに繋がるとおもう。
- 訪問調査に時間がかかっている。今のところは、認定期間内に結果が出ているが、今後認定期間を超えて結果が出ないか心配している。
- 訪問調査の規制も緩和しないとこまる、島外の人と会えば調査入れないようであれば、介護で週末市外からこられる家族が来れないので。
- 訪問調査の条件も緩和してもられるのであれば、影響はないと思われる（2 週間以内に他県の方、他県に行っていないか）
- 訪問調査や認定結果がかなり遅れており、プラン作成やサービス変更に多大なる影響があった。
- 本人や家族が罹患している場合、認定が遅れる
- 本人様のアセスメントが、おおまかになった。認定調査をすることにより、今後はしっかりしたアセスメントができる。ただ、認定調査が混み、早めの予約が必要。
- 面会制限はまだ解けていないのにどのように認定調査をするのですか。
- 要介護認定の増悪

(6) 災害による入所高齢者への影響

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨で被災した高齢者を担当した介護支援専門員は 16 名（21.3%）であった。

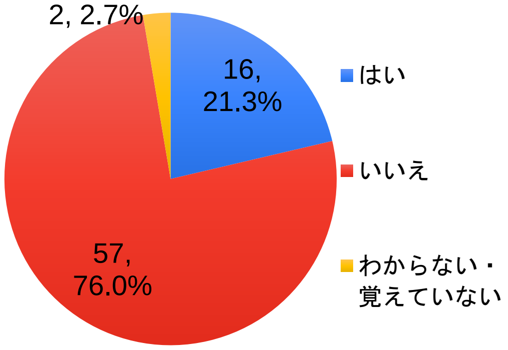


図 60. 担当した被災高齢者の有無（施設）

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨で被災した高齢者の入所後の様子は、以下の通りであった。

- 80 台女性 独居生活で家屋は床上浸水し介護が必要なため施設入所となった。
- とても不安が強かった
- 概ね心身状態安定していた。
- 環境が変わり、非常に不安定で帰宅願望や不穏が続きました。
- "帰宅要求や家や家具などの心配で、何度も一緒に帰宅しました。
- ご家族の面会は頻回でした。"
- 元気に過ごされていました
- 自宅で生活できず入所されたが、美味しいものが食べられると言って喜ばれた。
- 笑顔がみられたが、雨が降ると不安になった。
- 精神的な落ち込み、鬱、認知症の進行、食欲不振
- 他の入居者と馴染みの関係が少しづつ出来ていかれた。
- 当日私は一人で夜勤をしており、全員を何とか二階に避難誘導しました。皆さんずぶ濡れになりましたが、風邪もひかず皮膚病にもならないなど特に体調を崩す事はなかったです。施設は半壊で修復に半年かかり、その間、当施設の母体である医院の 3 階にて生活介護を行ってました。利用者にストレスがかからないよう、職員は一生懸命対応しておりました。
- 入所前の状況と変化ないと思われる
- 落ち着いた生活を送られていた
- 利用期間中、水害後の片づけ等で大変な中に、家族が面会に来られたこともあり、目立った精神的な不安定さは見られなかった。

施設の介護支援専門員への設問

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨によって停止した医療機関は、6 名（37.5%）から報告された。

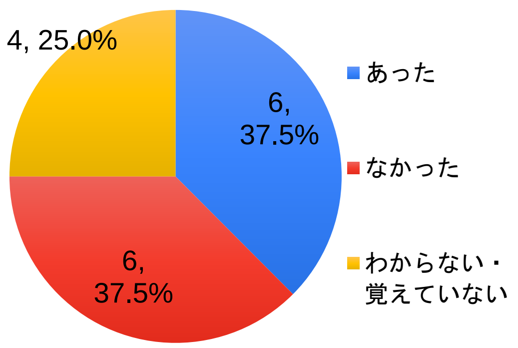


図 61．災害による医療機関の停止（施設）

停止した医療機関で最も多かったのは、病院・クリニックであった。また、薬局の停止も報告された。

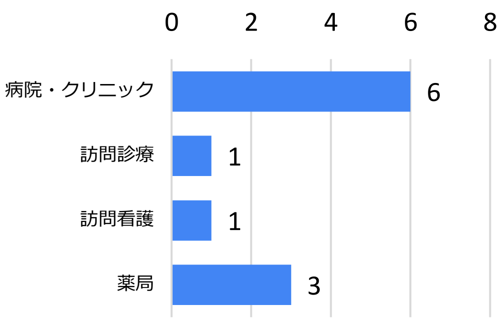


図 62．災害時に停止した医療機関（施設）

通常の医療が受けられるまでの期間は、5～60 日が報告された。

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨により医療機関が停止したことで、身体・認知機能が低下した高齢者がいたという報告は 2 名（33.3%）であった。

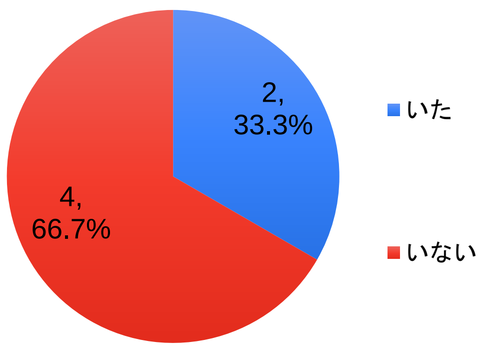


図 63．医療機関の停止による身体・認知機能の低下した高齢者の有無（施設）

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨により医療機関が停止した影響について、以下が挙げられた。

- かかりつけ医が震災により機能停止し、体調悪化した利用者は近くの病院へ搬送し入院した。数ヶ月後、診療所ができ、医療診察が出来るようになった。
- カルテがなく、薬のみの処方になり薬の在庫も無いこともあり大変困った。
- ショートステイの受け入れ依頼があった。
- 口腔ケアでの協力病院が被災し、定期的な口腔診察、指導や訪問診療がしばらくできなかった。協力病院が被災し、そこの療養病棟に入院されていた患者を、当施設の会議室にベッドを用意し、受け入れた。
- 施設のため特に影響はなかった。
- 他の病院で、人か込み合って時間がかかった。
- 担当していた利用者に対して直接的な影響は受けていない
- 内服処方が受けられなかった高齢者や受診できず身体機能の低下をきたした方などがいた。
- 薬の処方ができず、医療機関が開始になるまで待つ必要があった。混乱があり、いつ開けられるか分からず不安であった。

(7) コロナ禍による入所高齢者への影響

コロナ禍の環境の変化により、機能低下

したと思われる高齢者は、63 名（84.0%）の介護支援専門員から報告された。

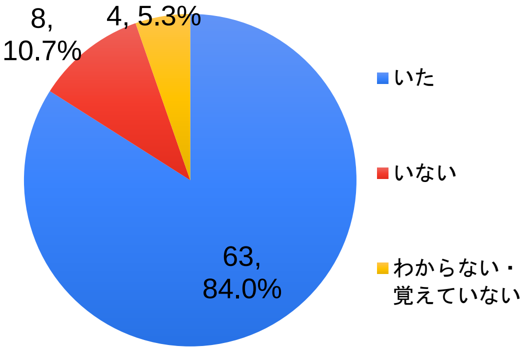


図 64．コロナ禍による機能低下した高齢者の有無（施設）

低下した機能低下の種類としては、認知機能が最も多く、次いで、歩行機能、生活機能が報告された。

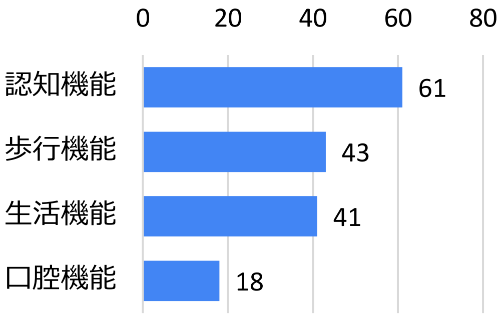


図 65．コロナ禍により低下した機能（施設）

施設において、コロナのクラスターが生じた回数を以下に示す。

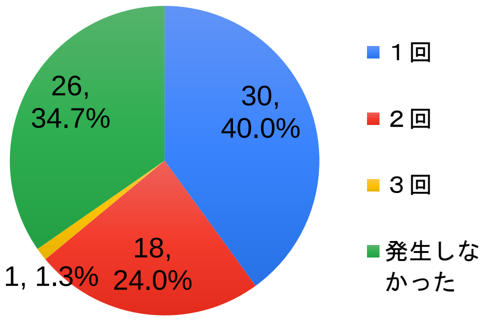


図 66．コロナのクラスター発生回数（施設）

コロナ禍でのケアマネジメントにおいて、不安に感じたこと、心配していることでは、「施設でクラスターが発生すること」「行動が制限されることで対象者の認知機能が低下すること」「自分から対象者に感染させてしまうかもしれないこと」等が挙げられていた。

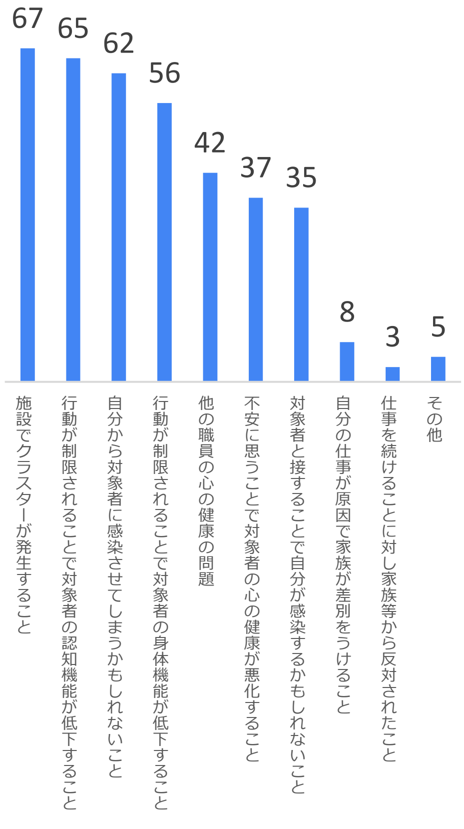


図 67．コロナ禍において不安・心配だったこと（施設）

「その他」の内容は、以下の通りであった。

- もし自分が感染したら職場はどうなるまろうか。という心配や恐怖があった。
- 家族との面会が制限されて利用者の状態を理解できずにいた事
- 事業所の存続や入居者の家族との関係性
- 人材不足も重なって、職員がつぶれてしまう
- 長期間面会などご家族との関わりができないかったため、状態変化時のご家族の受け入れに対しこれまで以上に気をつけていた。
- 目に見えないので、対応しても感染する不安。

利用者の家族との面会に関するルールでは、何らかの制限をかけているものがほとんどであった。

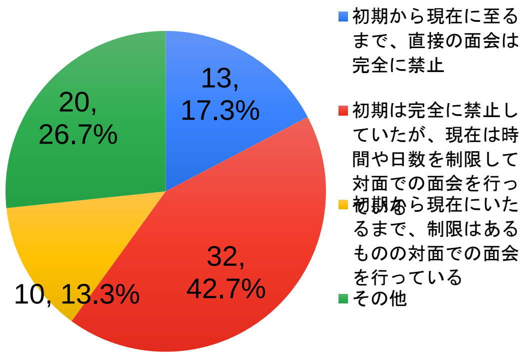


図 68．施設での家族との面会ルール

その他の面会は、以下のものが挙げられた。

- オンラインかガラス窓越しの面会を行なった
- コロナの感染レベルに応じて禁止したり、窓越しやフェイスタイムなどで対応したり、条件を設けて、面会場所を決めて対応している
- コロナの状況に応じて禁止、窓越し面会、対面で実施。ライン面会は随時対応。現在は対面及びライン面会実施中。
- コロナ禍では窓越しでの面会を基本としていた
- ターミナル期の方については市内在住の家族のみ面会が許可された。
- リスクレベル等に応じて、時間・人数を制限しての面会を行なっている。
- リモート面会、窓越し面会
- リモート面会やガラス越しの面会をしており、病院受診は家族が行うのでその時にあっている。
- 一時緩和した時は、対面での面会も行ったがすぐに窓越し面会になり、現在に至っている。
- 熊本市の感染者数に応じて面会禁止（途中数ヶ月予約、アクリル板越しの面会を行ったことあり）、洗濯物の入れ替えでの入館の禁止（途中数ヶ月許可していた。）の対応を行っていた。現在はどちらも禁止している。
- 県のリスクレベルに応じて面会方法を変えて対応していた。（禁止や特定の場所での面会、居室での面会等）
- 施設の玄関先のガラス戸を閉めて、面会して頂いている。受診時は、マスクを着用してもらいご家族にも同行していただき、医師の診断結果を理解して頂き、治療方針を了解して頂くように説明している。
- 初期は完全に禁止していたが、現在は時間や曜日を制限してガラス越しで面会を行なっている。
- 初期は面会禁止で対応していたが、現在は窓越しでの面会を行なっている。
- 窓ガラス越しでの面会を行っている。
- 窓越しでの面会を実施。
- 窓越しに、お部屋の外と中での面会
- 多い時は完全、他の時は制限した上で対面
- 平日 14 時～16 時で予約制、1 回 2 名まで、1 5 分以内、一人につき 1 週間に 1 回、風除室にてガラス越し
- 面会はオンライン又はパーテーション越し。事前予約制。ワクチン接種済みを確認。但し、終末期ケア対象者の面会は、他の利用者との接触を避けられる出入り口を確保、ビニールキャップやエプロン、マスク、フェースガードの着用し、手指消毒、時間制限をした上で、対面の面会を実施していた。

コロナの第 5 類への移行のケアマネジメントの不安として、以下が挙げられた。

- 感染対応が迅速に出来るよう検査結果が早く出るようにしてもらいたい。施設内で感染者が出た場合

はクラスターにならない様に入院受け入れが出来るよう配慮してほしい。

- 5 類になっても予防薬等がないため、感染のリスクは下がらず、いつクラスターになるか心配である
- クラスターが再度発生するのではないか
- クラスターの発生
- クラスターや感染症の蔓延が増加することで、家族等の来荘も制限されるため、利用者方の現在の様子などを知ってもらう機会が減少すること
- クラスター発生が起きやすくなるのではと気になっている
- コロナウイルスが消滅するわけではないので、私達のような医療福祉従事者は、いつまで感染対策をしないといけないのか？実際にクラスターを経験しコロナウイルスはインフルエンザとは比べ物にならないほど感染力が高く、持病悪化のトリガーになりやすいと感じました。実際に他の職種の方との温度差を感じます。
- コロナに対する認識の低下
- コロナの感染力が下がって第 5 類になるわけではないので、今後もクラスターのリクスはある。マスク装着も個人の判断に任せることとなり、高齢者の感染については今まで以上に警戒感を持って対応しないといけないと感じている。
- ご家族や業者等来客の方のワクチン接種が減る事での感染リスクが高くなることに対する対応。
- マスク着用が緩和されると、職員の感染が発生する確率が上がるかも‥との不安がある
- やはり感染力は 0 ではないので、マスクなしや面会制限がなくなると、もし感染したらという不安がある。
- 以前感染力はあるので、外出など外部との関わり方に不安がある。
- 医療費の負担が心配である。持ち込みの有無確認のための検査を職員や利用者さんに負担させられない。
- 一人でも感染者がでれば隔離での対応やクラスター発生への不安がある。
- 世間と施設内での感染の危機感が違うと感じる。
- 家族の意向確認、アフターコロナの利用者の治療態勢
- 感染が拡大することで行動が制限される事
- 感染に対する予防や認識が薄れることで感染拡大するのではとの不安
- 感染の再拡大の恐れとそれに伴う体調の悪化
- 感染意識が低下し、対策が不十分となってしまうこと。
- 感染者の増加。感染者数の公表がなくなるかもしれないこと。外出支援や一時帰宅が可能かどうか。
- 感染状況は個人差があり重症化した場合の対応やケアマネジメントの注意すべき点が心配。
- 感染対策（消毒、マスク）、または施設独自の感染対策ルールをも、軽減すべきか、引き続きルールを継続すべきか迷っている。始めた感染ルールを施設独自で解除するのが、抵抗がある。まだ感染が終了しているわけでもなく、またクラスターになれば大変なことになると経験があるため、緩めるのを躊躇する。
- 感染対策が緩和されることで、入居者へも感染リスクが上がってしまうこと
- 感染対策をどうしていくか。
- 感染予防に対する意識の低下。それにより感染が拡大しないか心配
- 現在、面会は、玄関先にしているが、施設内に入ってこられると、感染が、広がるのではないか、不安。
- 個々人の感染予防意識の希薄化。
- 高齢者の前でマスクを外しても大丈夫なのか？
- 高齢者施設なので、マスク着用はまだ必要と思い今まで通り接している。今後のコロナの拡大状況など見極めて、方針を立てる予定である。
- 再度のコロナ罹患
- 施設では、引き続き感染対策を行っていきますが、その点についてのご家族との認識の差が生じる恐れを危惧している。
- 施設にクラスター発生時の対応が不明瞭。
- 施設の場合、ご家族とのコミュニケーションや外出を楽しみにされている入居者の方も多いため、以前のように外出や外泊ができるようになるのか心配である。スタッフのマスク使用についても当面は継続となっているが、コミュニケーションが取りづらいと思いつつも入居者の方に感染させてしまうのではという不安がある。
- 施設内での活動・行事、また施設外での活動・行事、面会など５類になるとはいえ、高齢者施設での対応はすぐには変わらないと思われるので、入所者の特に認知面への影響の心配がある。
- 施設内で感染者が出る不安。クラスターが怒らないか不安。薬が出来るまでマスク着用をして欲しい。コロナ感染の影響は高齢者には大きい。職員の定

着にも不安が増える。

- 事業所ごとの判断に委ねられるので制限にばらつきがある。
- 対面での面会も考えているが、また増えてきてクラスターにならないか、加えて費用面でも心配である。
- 地域の連携の方法
- 面会の制限をどこまでするのか、出来るのか。制限をしなかった時の感染リスク等。

コロナ禍が理由で停止した医療機関は、32 名（42.7%）から報告された。

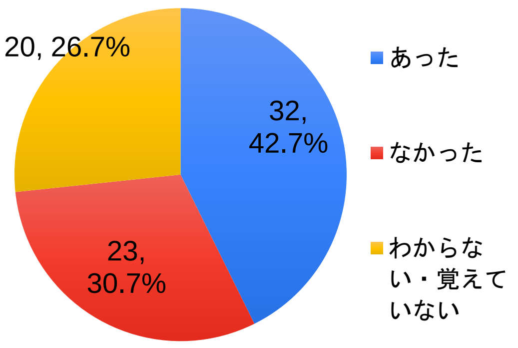


図 69．コロナ禍で停止した医療機関の有無（施設）

コロナ禍で停止した医療機関の種別は以下の通りであった。

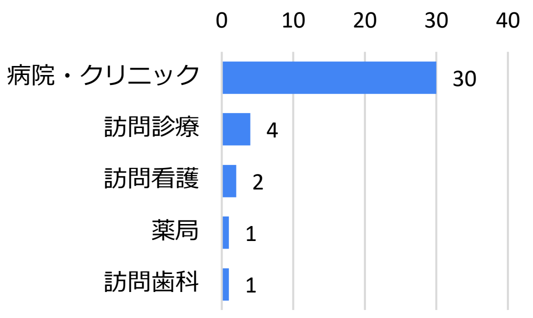


図 70．コロナ禍で停止した医療機関（施設）

コロナ禍の医療機関の停止により、身体・認知機能が低下した高齢者は 5 名（15.6%）から報告された。

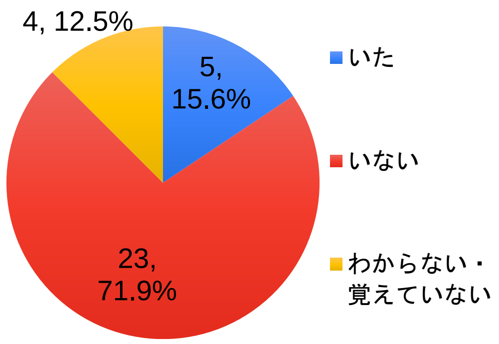


図 71．コロナ禍の医療機関の停止により身体・認知機能が低下した高齢者（施設）

コロナ禍での医療機関の停止の影響は、具体的には下記の通り報告された。

- あまり影響はなかったが、熱発などないように気を配った。
- 救急搬送の受け入れ中止。外来診療の中止。
- 協力医療機関に診察、相談が出来なくなった。
- 骨折した利用者が以前かかった病気に入院できなかった
- 施設でコロナ感染症者を直接対応する事になった。
- 歯科往診ができず義歯の調整遅れがあり、食事形態の変更を実施した。
- 受けられる医療処置の制限
- 救急医療処置の遅れ
- 受診ができなかった。
- 受診が遅れて病状が悪化した。
- 受診や入院の変更。
- 受診出来ず、診てもらえない
- 他の医療機関で診てもらい影響はなかった
- 短い期間だったので特に問題なかった。
- 定期の診療が受けられずに、適切な処置が受けられなかったこと。
- 定期受診が出来なかった
- 定期受診が出来なかったことがあったが、薬の処方はあり特に影響はなかった。
- 定期処方の日数の調整
- 定期的な受診中止や入所予定者の利用キャンセ

ル。

- 同法人の医療機関の為、自施設から応援職員を派遣し、施設の職員やり繰りが大変だった
- 入院が必要であるが、新規で入院できる病床がなく、内服など施設でできることをしながら様子観察を行う場合もあり、利用者の容態の変化を心配する時期などもあった
- 入院の受け入れをしてもらえず搬送に時間がかかった。
- 入院受け入れ先が決まるまでに時間要したが、数カ所病院を当たり入院ができ治療を受けることができた

コロナ禍による環境変化による入居高齢者への影響としては、以下が挙げられた。

- ADL 低下、認知機能低下
- ご家族との関わりが現象
- 外出機会の減少
- 外部の方との関わり減少
- ご家族との面会や自宅帰省等が出来ず、家族や知人等の交流が薄くなってきている
- ご家族の認識が薄れた
- ご家族様と会えないのが認知面、精神面への影響、またそこからリハビリへの影響あったと思われる。特に家族に会えないと訴え続けられ、説明しても理解が難しくなられたり、物忘れが増えたりされる方が増えた印象がある。オンライン面会を行っていたが、職員の勤務状況から時間の制限があり、なかなかご家族からの希望者が少ない現状があったことから、全員の方が利用できていない状況があった。またオンライン面会には限界があり、画面をみて話すということ自体理解が難しい方も多かった。
- とじこもり
- やはり、頻回に家族同伴で外出されていた利用者はとてもストレスが溜まっている。その影響で職員や他利用者に暴言や悪口を吹聴するなどマイナスな面が出て来ている。
- ワクチン接種でＡＤＬが低下した利用者がおられた。ご本人より、ご家族が、面会出来ても、触れ合う事が出来ないので、寂しいと言われていました。
- 家族との面会が出来なくなり精神的不穏や認知機能の低下が目立った。
- 家族との面会ぎままならず精神的に不安があった
- 家族との面会や外出が出来ず、不自由な生活であったと感じている。
- 家族との面会等が実施出来ない為、不安に感じている利用者がいる
- 家族と過ごす時間が減り認知機能の低下等精神状態の変化が見られた。
- 家族と会えない、外出できないストレス、スタッフにコロナが出たときは、入浴中止したが立腹された方もいた。
- 家族と会えない。一人でも感染者が発生すると、隔離対策を取ったため、居室から出られず、精神的苦痛や不安が増大、転倒、入浴出来ないことでの衛生面の問題、身体機能の低下がありました。また少なくとも、感染した利用者への、その後のダメージをもたらした可能性は大です。食欲不振や認知症の悪化。
- 家族と会えないことや、職員ともマスク越しでの対話で言葉や誰が話しているかの理解が出来ず、言葉数が減り表情の暗さが目立った。また、消毒の徹底や外部慰問の楽しみもなく毎日が退屈に過ぎていっていた。
- 家族と会えない不安。
- 家族と対面で面会できないことで、精神的面に影響があった。
- 家族と直接の面会や外出ができなくなったり、慰問や行事がなくなったことにより刺激や楽しみが少なくなった。かといって、認知機能が著名に低下した利用者は少ないと思われた。
- "家族に会えないことや外出できないのでストレスを感じられていたようです。
- 認知症の進行は、コロナ禍のためか、当たり前の進行なのかは不明だと思います"
- 会いたい時に会えず、お互いに触れることが出来なかった。認知症のため、コロナ禍の理解が難しく言葉では表現されなかったが、ご本人やご家族共大変寂しい想いをされた。
- 外出、散歩等が出来なかったからか、下肢筋力の低下は見られたと思う。
- 外出できず体力の低下、認知機能の低下
- 外出できなくなったが、ドライブ等利用者にストレスが溜まらないように、施設では対応してきた。
- 外出の減少、家族との面会制限
- 家族を忘れる

- 外部との関係がなくなった
- 外出やイベント、趣味活動や家族の面会ができず、入居者の望むことが制限された。
- 外出や外泊など外に出ることに対しての制限
- 外出制限や面会制限等により、認知症状進行等心身の多方面に影響があったと思う
- 隔離時の不穏状態や身体機能低下。
- 活動、交流頻度の制限、減少に伴い心身機能が低下しやすい状況となった
- 活動の制限　外出の楽しみ提供が出来なかった
- 感染状況によっては、他利用者との交流などもパネルを設置したり、外出頻度をさげる、活動開催頻度を減らすなどの対応が必要であったことから、認知機能の低下が見られる利用者もおられた
- 感染対策を行うなかで、表情が見えないことや家族と会えないことで、精神的に落ち込み、認知機能の低下や身体機能にえいきょうが出ていたのではないかと思われる方が数名いた。
- 感染予防対策で面会をはじめ外部との接触や外出できないこともあり認知機能低下や意欲の低下があった。また施設内においても各催事の中止や縮小で活動力の低下があった。クラスター時においては感染拡大防止として各居室対応となり居室内、ベッド上での生活で運動機能低下や嚥下機能低下もあり自立でできていた動作ができなくなるなどの影響があった。
- 個室に隔離により交流、活動が低下したことで身体機能、認知機能、意欲低下
- 行事参加や日常生活への行動制限がかかる事での機能低下
- 行動の制限や発語の制限、食事においては紙食器や各自居室での食事となり制限された環境でストレスを感じておられる高齢者もおられた。
- 行動制限にて、認知機能や生活機能が低下した
- 施設や地域の行事が縮小や中止になり、外出や面会も制限され楽しみが減った。スタッフのマスク着用に顔（口元）が見えず、コミュニケーションが取りづらい場面があり不安な表情をされていた。
- 自由に外に出たり、家族と対面で話したり外出したりが出来ない為、精神的に不安定で帰宅欲が強まった方がおられた。
- 社会との関わりがなくなった事で認知機能が低下した
- 身体機能及び認知機能の低下に影響があったと思う。また、外出や催し物の開催も減り、生活の中での楽しみも減少したと感じる。
- 身体低下、心理面での不安
- 人との関わりがへり、ほぼ居室で単独の生活になった。中には食欲不振や認知機能の低下が見られる利用者もいた。
- 生活エリアが限定、リハビリの中止、利用者同士間の交流機会の減少により、身体機能、認知機能低下。
- 精神的、身体的低下、認知低下。落ち着かない。居室から出られない事に対する不満。
- 精神面においての意欲低下
- 他利用者との交流が制限されるなどで認知面の低下がみられた
- 地域の行事やイベントが中止となり地域との繋がりがなくなった。一時帰宅や外出支援が出来なくなった。
- 地域や家族とのつながりが少なくなった。
- 地域や家族との関係性
- 直接、家族に会うことが出来なかった
- 入居者個別隔離で行動制限実施。認知症の進行・歩行機能の低下・精神的交流低下不安
- 入居者同士の接触を極力避けるよう、個室での生活が主になったことで、活動量の低下や会話の減少によって認知機能の低下につながった気がします
- 入所者同士の交流、行事等が減ったことで楽しみも減った。
- 認知や体力的に低下
- 認知機能の低下
- 認知症症状の悪化や身体機能の低下を引き起こした。特に集団感染が起きた後は著明であった。職員もストレスがあり、対応力が下がった可能性も考えらえれる。
- 認知症進行、家族を認識できなかった。意欲の低下、食事量が減った。言葉が少なくなった
- 認知面や ADL、耐久性の低下
- 廃用の進行、認知症の進行、鬱
- 面会は制限がある中でも実施しているが、在宅への外出や外泊は禁止のままとなっている。利用者と家族が一緒に過ごして頂く時間もなくなっており、利用者の帰宅欲求や認知面の低下につながっていると危惧している。老健施設に勤務しているが、在宅復帰に関して具体的な目標を利用者に提示することができず、意欲低下につながっていると感じる。

● 面会制限により、家族との交流が希薄となり、心身の低下に影響があった。
● 面会制限による表情や感情の平坦化
● 約 3 年間に及ぶ面会禁止は、いくらガラス戸越しに会えるにしても寂しいものがあったと思います。100 歳を迎えた入居者も、ご家族無しのお祝いを致しました。本人は喜んでおられましたが、ご家族も参加してお祝いして欲しいと職員一同本当に思いました。短時間でも声を聴き、体に触る。それだけで体が反応すると思います。

認定調査の自動延長が令和 5 年 3 月で終了することによる影響については、以下が挙げられた。（影響がない、わからないという記述を除いて掲載。）

● ADL の低下
● クラスター発生時などに影響が出るのではないかと思うが具体的には想像がつかない
● それはやらざるを得ない。延長ばかりではない。コロナ禍での高齢者の影響によりきちんと見直しが必要。
● より適切なサ―ビス利用が可能になる
● 影響はないと思う。必要なサービスを受けるために、認定調査は必要。
● 介護度の重度化
● 現在、新聞でも調査員の不足が取り立たされている。訪問調査外来追いつかず、介護認定が遅れて、サービススタートが遅くなる可能性がある
● 現在でも認定調査が有効期限ぎりぎりになり、結果が出るのに時間がかかっているのに自動延長できないとなるとさらに認定結果がでるのに時間がかかりその後のサービスの調整に影響が出てくると思われる。
● 更新認定後の要支援要介護確定までの確定に時間を要する懸念がある
● 調査が行ってもらえるのであれば、特に問題ない
● 特に影響はないが、感染リスクが高まる。
● 認定調査が若干遅れることがあっても、認定自体は特に遅れたりといった状況は無かった為、大きな影響はないと考える。
● 認定調査の延長は必要ない。
● 認定調査は全て受けており、必要時は区分変更も行なっているため、影響はない。
● 本来の形に早期に戻して蔑ろにされていた高齢者への対応をすることは大変でも今やらなければいけないこと。
● 未知数だと思う。状況に応じて対応したい。
● 要介護となる利用者が増える。次に流行した際、当初のような思いきった対応ができるのか判断が難しくなる。

(8)　個別避難計画について

担当高齢者の個別避難計画策定に関わっている介護支援専門員は 54 名（18.6%）であった。

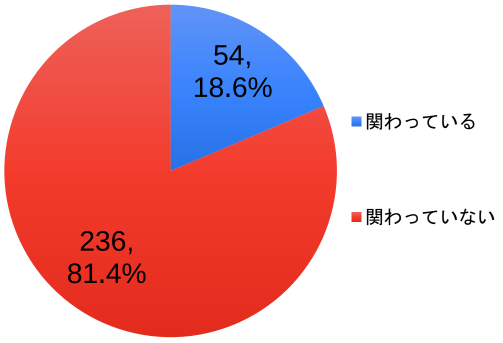


図 72．担当高齢者の個別避難計画策定の有無

個別避難計画策定に関わっている高齢者の人数は、1～5 名が最も多かった。

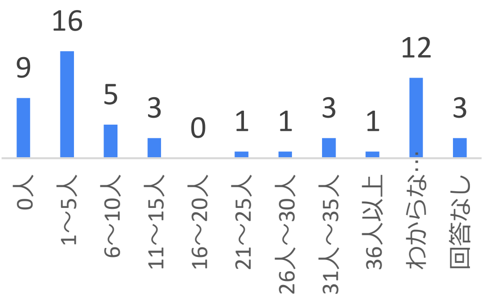


図 73．担当高齢者の個別避難計画策定人数

優先して個別避難計画を策定している高齢者として、独居や高齢者世帯、次いで、日中独居が挙げられていた。

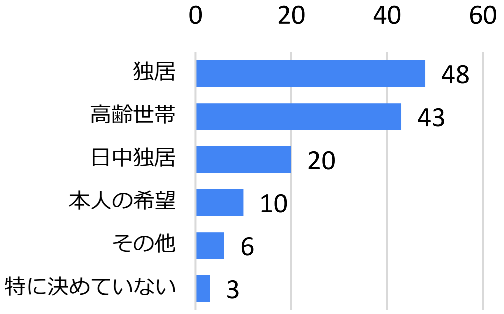


図 74. 個別避難計画を策定する高齢者

介護支援専門員に個別避難計画についての考えを尋ねたところ、「とても重要だと思う」が 149 名（51.4%）、「まあ重要だと思う」121 名（41.7%）であった。

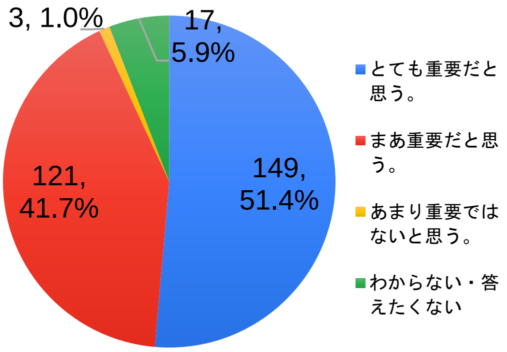


図 75. 個別避難計画の重要性

個別避難計画がどの程度役立てられるかについて、5 段階で評価してもらったところ、3、4 が多く、次いで 5 の評価であり（高い数字が高評価）、役立つと考えている介護支援専門員が多いことが示された。

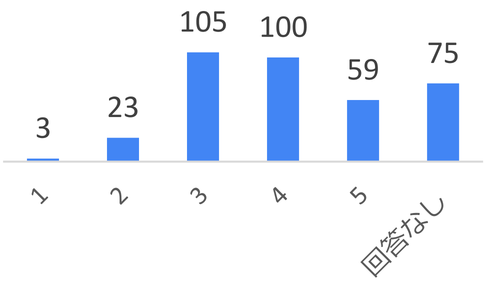


図 76. 個別避難計画の評価

個別避難計画策定の負担感ついて、5 段階で評価してもらったところ、3 が最も多く、次いで 4、5 の評価であった（高い数字が高評価）。このことから、介護支援専門員がどちらかというと負担と感じている人が多いことが分かった。

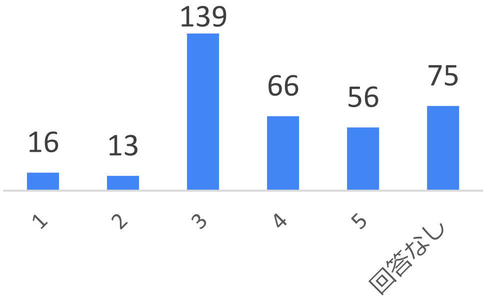


図 77. 個別避難計画の負担感

個別避難計画の策定時に難しいと感じることについて尋ねたところ、以下のことが挙げられた。

- 被災想定を行った際の、想定を超えた被害が出た際にどうするのか
- 個人情報の保護の観点での、協力体制の依頼
- 1 人なのでどこまでできるかわからない。
- 1 人のケアマネジャーが、担当ケースの数や状況から全ての担当ケースに対応することは難しい。
- いろんなシチュエーションが想定され、具体的な想像が難しい
- ケアマネジャーが避難の手伝いが出来ず、避難支援

する人を探す事

- ケアマネとして、個別計画は必要だか、ハード面、ソフト面の不足、コロナ感染拡大もあり、難しかった。
- コミュニティや地域住民が同じ意識がいないと計画が進まない。特にマイタイムラインなどの活用が浸透しないと上手くいかない（実践に活かせない）
- ご利用者の地域のハザードマップの把握と、避難所までの避難経路の把握が難しい。
- すみません、計画策定したことが無くわかりません。
- その時の状況で予定していても変更したり計画通りに行かないのではと感じる。
- その地域の情報を細かく得るのが困難。
- どのようにしたらいいのかさえ分からない
- どのレベルまで福祉避難所で対応できるのかその状況となってみなければはっきりしたことがわからない
- どの程度の災害予測で避難を実行するのか。その判断は誰がするのか。
- どんな災害を想定するかによって対応も変わる為
- ひとりひとり調べるのが大変
- まだ作成していないのでわからない
- まだ策定迄至っていない為、わかりません。
- まだ取り組んでいない
- マンパワーの確保
- やってないですが、難しいと思いました。
- 移動や排泄の問題
- 移動方法
- 移動面
- 一人で考えている感じがする
- 一人暮らしで近くに身寄りがない高齢者の計画策定
- 一人暮らしの避難場所
- 遠方の家族との関わり
- 家族がいない高齢者の避難計画は、地域ケア会議でもしなければ、立てられないと思う。それを、自治体は、ケアマネに丸投げして、何もかも、ケアマネが、マニュアルを来年までに作るよう、指示する。本来なら、自治体が、地域の首長を中心に、個別の地域ごとに作るべきものだと思う。介護保険の支援だけでも、大変なのに、命の保障まで、ケアマネに押しつけて、指導、指導と、上から、言うばかり。ケアマネは、疲弊して、辞めていく人が多い。やっていられない仕事だと思う。
- 市役所の職員は、土、日休んでいるが、ケアマネには、24 時間体制で高齢者、の世話を押し付けている。印鑑漏れなどの指摘が仕事か、と言いたい。コロナや災害の時、先頭に立って、地域のために、働いてもらいたい。
- 家族がどこまで介入できるか把握が難しい
- 家族の意向も大事だと思う
- 家族の協力や、本人の意思確認（理解）
- 家族を巻き込んで計画していただけるか不明（説明力や確認する継続性が大事）
- 家族単位で非難する方も居られ、家族との連携も必要になる。地域との調整も必要。
- 介護保険関連の情報収集しかしない立場なので背景が詳しくわからない
- 関りがないので、具体的にはわからない
- 関わっていない
- 関係機関の連携が取れていない。
- 守秘義務を理由に担当している利用者さんのことを尋ねても教えてもらえない。
- 協力者の確保
- 協力体制
- 業務に時間が取られる
- 業務継続計画を作成して活用していけたらと考えている
- 勤務先が自分の生活圏と違うため、地域に詳しくない。
- 近所の方などわからないし、お互い高齢で自分のことで精一杯である。
- 近所や地域の方の理解が難しいと思います。また現在大きな災害が無い事もあり、実際の災害時に計画通りいくか、難しい部分は感じています。
- 近隣の協力
- 具体的に行く場所で、避難の期間を安全に安心して生活できるのか？
- 携わっていないので回答できません。
- 計画策定していない。
- 計画策定しても、予行訓練が行い難く、現実的に策定通り行えるか不安。
- 計画策定にかかわっていないためわからないです
- 計画通りに行かない事が多い
- 計画通りに行くかどうか
- 計画通り行かずに、情報が錯綜する。
- 個々の避難所の把握
- 個人で色んな環境がちがう。
- 個人情報の共有
- 個人情報をどこまで公開するのか

- 個別性、個人情報の取り扱い、平時からの情報共有
- 個別避難計画策定には関わっていない。
- 行政との連携
- 行政の理解
- 項目が多くて大変。
- 根拠的に具体的な対策について。
- 災害が起きると、身の安全が優先になり、周りを気遣えるのは体力のある若い世代です。
- 災害の時は、必ずと言って良いほど計画通りにいかない。
- 災害の種類により避難方法、時期が違う
- 災害発生の種類や規模、家族からの支援など想定しないといけないので避難計画が多岐に渡る。
- 作成したことがないこと
- 作成したことはないが、避難先の確保が難しいと思う。市の避難所では環境が合わない高齢者も多い。福祉避難所は開設実績なし。今後デイなどの活用が言われているが、まだ実際検討されているか全く情報ない。
- 策定がゴールではなく、どう活かすかまで考えて理解することが難しい
- 策定していないので判りません。
- 策定に関わっていないので、どこが難しいか分からない。
- 策定に参加できない
- 山の中や、田舎に住んでいる方の避難場所がわからないし、山の中にいけない
- 山間部の方や独居の方の計画策定
- 支援者の協力
- 支援者の選定、避難先の確保
- 事業所が診療所と併設しており施設もあるので避難時は施設の対応で追われると思われるので
- 事前の計画立案は問題ない
- 時間、タイミング
- 時間がかかる
- 時間がとられてしまう。
- 自分も被害を受けるので、はたして対応可能か？
- 自分も被災している可能性あるので 計画通り行えるか自信がない
- 自分や家族の身の安全を確保したのち本当に活動することができるのか、どれだけ地域の人が動いてもらえるのか確認が困難。
- 実際に行動できるのか不安である
- 手本やひな形がほしい。どこから手をつけて作成すべきなのか悩む　作成する時間を作ることが辛い
- 周りの環境の把握
- 重度者の施設の確保。
- 詳細にまとめること。
- 情報共有。
- 状況が都度変わるため
- 色んな災害を想定して計画を立てることは難しい。
- 身寄りのいない独居高齢者の対応。誰が責任を負うのか
- 身寄りのない高齢者の個別避難計画作成について難しいと思われる
- 身体能力及び知的能力の低下
- 身内の支援者の拡大
- 推測の上で立案する事で、纏まりがつかなくなった
- 生命に関わることだから、慎重に考えている。
- 全く身よりがない利用者
- 想像がつかずどうしてよいかわからない
- 想定することと、できることのズレ
- 想定で話をしても理解できない、想定外の動きをされる予想がある方の対応
- 他事業所との連携が難しい
- 対象者と地域との関りについて個人差が多くスムーズに策定ができにくい
- 誰が支援するかなどを決めることが難しいと思う
- 地域での支援者不足
- 地域との連携
- 地域の協力
- 地域の災害の時は助かる側も被災していること
- 地域の自治会との連携
- 地域の把握(地理、人、家族)に時間がかかる。
- 地域の避難受け入れ先の確保
- 地域の避難所の把握
- 地域の方々の情報収集など初期的な調査から始めなければならない
- 地域性の把握
- 地域毎の作成、家族構成、避難方法等解決しにくい問題がある。
- 地元でない為、地理的に把握が難しく感じる。
- 通常の業務で精一杯で考える余裕がない
- 通常業務以外で色々と確認、調整しないといけないこと
- 独居の方の支援等に介護支援専門員の負担が増加する為地域で対応困難時ケアマネジャーだけでは

難しい。

- 独居の方の場合、協力者との連携
- 独居の方は避難先に避難してもサポートがなければ、過ごせない方が多いと思う
- 独居の方へは自身が対応するしかないのか、近所の方などの支援がどれくらい見込まれるのか、がよくわからない
- 独居や高齢世帯の方で、近くに支援してくれる方がいない。
- 山間部では、道路が遮断された際の対応が難しい。
- 独居や高齢夫婦への説明や理解力
- 独居高齢者の避難。
- 避難先の選定。
- 避難時のサービス利用。
- 被害状況の想定。
- 独居老人の対応
- 日頃から、家族等に確認が必要と思われるが、起きないと出来ない事もある。
- 認知症なので本人の理解が出来るか？
- 認知症の独居世帯
- 認知症の方、寝たきりの方の避難方法や受け入れ先を決めるのが難しい。
- 認知症の方の避難所受け入れ
- 認知症高齢者の対応
- 発災を想定して計画を立てるが、実際にその通りに物事が動くのか不明。現実的なものになっているのか確かめられない。
- 発災時の状況により、対応が異なるため、あらゆる状況を想定しておく必要がある
- 判断基準がわからない
- 避難することに対して、本人の同意が得られない。
- 避難する際の手段がない方、避難先の環境、他者へ迷惑をかけるとの心配
- 避難を支援してくれる方の選定や方法、声かけのタイミング
- 避難経路と協力者
- 避難経路の理解
- 避難所の情報が少ない
- 避難所の状況が分からない。
- 避難所毎にどのレベルの利用者まで対応できるかが分かりづらい
- 避難場に行く手段がない　介護が必要な者が受け入れ場所が少ない。　施設のショ―トの受け入れが少ない。
- 避難場所が遠い　　人が多くておちつかない　トイレが使い難い　家にいたいと思っている方が多い
- 避難場所が遠いため、移動が困難　家族の関わりがない（他県に住んでいるため）
- 避難場所の把握
- 避難先の確保
- 避難方法の確認等必要
- 必要項目が多くなる
- 歩けない人に対しての対応が難しい
- 本人、家族の理解がえられるか、作成に時間がかかる、
- 本人が避難したいとの意思がどのくらいあり、希望するようなことが出来るか。
- 本人と家族の意見を合致される事
- 本人に合った避難所の選定
- 本人の状態変化
- 本人の身体状況・自宅環境・周囲の環境の把握をしたうえで、避難所の選定することが難しい
- 本人の同意、実際の災害の種類や規模によって動きが想定しにくい。
- 本人や家族理解
- 本当に避難できるのだろうか。安心安全の確保や、実現的なものであるか。
- 夜間や休日の対応など
- 予定どおりにはいかない可能性がある
- 擁護者の選定
- 様々な想定が必要
- 要介護が高い方の避難場所、
- 利用者のご理解を得ることが困難。
- 利用者への周知
- 利用者一人ひとりの生活の場や環境で計画策定に違いがでてくる。あまりにも多すぎる。
- 利用者本人が避難を拒否するケース。避難場所の受け入れ体制（認知症高齢者等）

災害時に役立つ個別避難計画を立てるために大切なことでは、以下のことが挙げられた。

- いろんな災害があると思われるので、災害の状況による対策、計画が必要
- ケアマネジャーも自分の担当している高齢者については計画策定に参加するべきだと思う。行政もその

認識を持つべきでは？

- ｹｱﾏﾈの負担を減らして欲しい
- これから他の自治体の実践例等を学び活かしたいと考えます
- すみません、計画策定したことが無くわかりません。
- "その規模や災害の種類にも変わるが、災害が起こった時に冷静に避難計画通りの対応ができるのか。
- ライフラインが寸断した場合、寸断していない場合で対応や対処が異なる。"
- その人その人で対応方法や支援に必要な条件も違うため負担はあるものの今後の災害対策には十分活用できるかと思います。
- その人と地域の繋がりを確認する
- ないより、あった方がいい。状況しだいで変わる。自身も被災者であればなお、不安。
- ハザードマップ等で、危険個所の確認はできるが、実際に支援者が被災した際の協力体制の強化は必要だが、被災時に離れた地域から支援に駆け付ける事は難しいと考えられるため、地域の中での協力体制が必要だと思う。しかし、個人情報保護の観点や田舎での地域のつながりが希薄になってきている今、協力体制がどの程度取れるかが課題と思う
- 以前の熊本地震の時よりはスマートフォンなどのツールの普及で安否確認他の情報は得やすくなったので良かった。ケアマネジャーだけでなく行政、地域との関わりが重要。通常業務に追われてそこまでの余裕は正直ない。
- 医師との連携
- 家族がいるところは家族に依頼していいと思うが独居の方がだれがいつ安否確認し避難所まで連れていくのか。連れて行ってからはどうするのか。その際に決められた避難所が使用できるのか。認知のある方の対応をどうするのか。障害のある方は避難所で生活できるのか。ケアマネだけで検討するには難しい。
- 家族と共に共通理解が必要
- 各個人ごとのシミュレーションを描いておくと対応も迅速と思える。
- 確認、調整内容が多岐に渡り、先に進まない
- 関わるもの全てが自分事として関与すること
- 共有
- 協力と連携
- 協力を得られる近隣住民の確保
- 協力者を見つける事。避難の重要性を利用者が自覚してもらうこと
- 協力者確保
- 緊急時になにを優先するか
- 緊急時の対策法について。
- 近年災害が多発しているため必要ではあるが、地域性や本人の環境により計画を立てるのが難しい
- 近隣の地域との連携など
- 具体的にはわからない
- 熊本豪雨災害は地域で関係は無かったが、熊本地震の際、思ったより地域の方々の力が発揮された。
- 計画の定期的な見直しが必要となると思います。関わる人達への周知徹底も課題と思う。
- 計画をしても実際行動できるのか？避難先に要介護者が休めるベッド・車がつかえるがつかえる洋式トイレがあるのか？その人に合った食事（粥やミキサー食・軟菜：腎臓病食や減塩食・飲み込みの悪い人のためのトロミ）があるのか？大人数からすると、こういった方々は少人数かもしれないが、この少人数の方々が使いやすい物は、健常者も使いやすい。この小さな課題を克服すると、大きな課題克服へ繋がるのだと思う。
- 見直し時期
- 現在 BCP を策定中です。それに向け現在『感染や災害の視点から』個々のケースのアセスメントに取組んでおります。ケース個々の家族や地域の強みや課題を把握しておくことが前提だと思います。
- 個別に立てるには、時間を要す。
- 個別避難計画の理解や認知
- 個別避難計画はじめて聞きました。
- 行政の避難計画に、要介護状態の方の対応が充分ではない。行政との連携を図り、要介護状態の方の避難受け入れ先等の検討や開発が必要であると考える。
- 高齢者の思いと一致しているのか。
- 災害については実際に移動してみたり、施設での暮らしを経験したりと仮の個別避難計画を経験する事での修正が必要だと思います。
- 災害に合ってないと家族や本人、周りの人の理解が難しい
- 災害の種類、規模により、計画通りにいかないこともあるが、地域ぐるみでの取り組みが不十分と感じます
- 作って終わりではなく、見直しが必要。

- 市全体が高齢化が進んでおり、自分も含め、区長さんや民生委員さん、近隣の方が関わる必要がある方が何人もいるため、実際災害時に全員に関わることは困難なのではないか
- 支援者の確保、町民全体の理解等。
- 施設の受け入れ、避難先の環境
- 私が勤めている事業所は橋でつながっていますが小さな島です。事業所も居宅介護支援と通所事業しかありません。公共の交通機関もタクシーくらいです。そんな島です。台風や高潮、地震、津波など様々な自然災害があります。また橋も風速 20m で通行止めになったりします。個別ではなく一般的な避難計画を立てること自体様々な問題があります。
- 時間が足りない。
- 実行可能なものができ周知できるか
- 実際に役に立つのか疑問
- 社会資源の把握。
- 住民の災害危機意識を、実感してもらうには、どういったアプローチが必要なのか、官民一体となる定期的な確認と啓発が必要と考える。
- 重度の方の介護代替え
- 重要
- 重要な事とは承知しているが、実際災害発生した時にケアマネジャーとして対応できるか不安がある。また責務が大きく自信がない。とどのつまり、そこまで望まれる職務は出来ないのではないか。私個人の意見です。
- 詳細にまとめること。
- 情報がない。誰も対応できない方への行き先がない。
- 寝たきりの高齢者や、車椅子などの高齢者を高齢者世帯などでどうやって避難させるか？避難場所迄遠いところはどうすればよいか？など
- 他者に本人理解が困難
- 他人事の感覚を排除した、行政、地域との一体となった意識改革
- 体調や病状は常に変化するため、その時の状態に対する優先度が課題に感じる
- 待機職員の確保、避難物資の確保
- 地域で、高齢者世帯をはあく
- 地域によっては、互いに助ける習慣があるが、以前より孤立化が進んでいる。
- 地域の協力体制が必要不可欠
- 地域の協力体制の構築
- 地域の災害時は支援する側も被災しており予定通りの支援ができるのか
- 地域の地理的な把握。
- 地域の方にも要援護者の情報を詳しく提供しておいたり、確認しておく必要がある
- 地域住民も高齢となりつつあり支援者の不足
- 地域全体で個別避難計画を考えることが大切。
- 地域全体で支え合える避難体制
- 定期的な更新
- 当事者との温度差
- 独居で地域との交流が少ない人の対応支援可能な人員不足。
- 独居の高齢者の避難を助けてくれる人を数人、明確にしておきたいが当てがない方もいて、早めに避難誘導をしている。頼れる人がはっきりしていたらいいと思うが実現できていない
- 独居の方は地区などでまとめて避難誘導したり、避難の周知を徹底してほしい。避難拒否の方も多くいるのが現状
- 内容を本人に認識してもらうこと
- 難しい。
- 日頃から、利用者家族、地域、ケアマネ、事業所どの繋がりをもっていることが必要と思う。
- 日常業務が多く計画のための時間がとりずらい
- 日常的に住民自身が考えてくださるようになればと思う
- 認知症、寝たきり、医療的ケアが必要なケースの受け入れ先に悩む。
- 認知症の方の避難先の受け入れ
- 認知症の利用者への説明が難しく、時間がかかる。
- 認知症高齢者への対応方法や、どこまで行政が関与できるかが重要だと感じます。
- 認知低下の方の誘導や麻痺など身体的に不利な方の誘導など
- 認知不足
- 避難することに、本人の同意が得られず、進まない。
- 避難に対して拒否の場合、助けに来た方の２次災害の心配。
- ケアマネに各個人の避難計画が通知される訳ではないので実際災害が起こった場合、ケアマネは何も情報が無い中で利用者の安否確認を行う。日頃、行政もケアマネとの交流をはかり各方面の職種が一緒に計画策定を作っていくなど繋がりなどが必要だと思う。

- 避難の手段をどうするのか、現実的にはかなり難しいと思う
- 避難拒否者の安全確保対策
- 避難後の生活の充実
- 避難者本人だけでなく、遠方にいる家族にもその状況や近隣との関わりを持ってもらう事で、より避難や日常生活においても安心に繋がると思いますが、家族の理解が難しいケースがある。
- 避難手段が心配。重度者の。
- 避難所が何処にあるのか、設備はどうか
- 避難所の環境が高齢者に向かない
- 避難所へどうやって行くか
- 避難先でのベッドの問題
- 福祉避難所の具体的運用方法を知りたい
- 分からない。
- 本人が避難を拒否すること
- 本人に、避難を伝えても、計画の時から、避難をしない、地域には、知らせないでといわれていれば、てのうちようもなく、責任だけが、重くのしかかります。秘密の保持、個人の尊重、命の重さ、ケアマネに背負わせすぎだとおもう。避難計画は、その地域の首長のけいかくであってほしい。その後のケアが必要なときに、私達は働いていいのでは？市役所が、もっと、しっかり計画をたてるべきです。地域の住民の命を守るのに、丸投げしすぎです。
- 本人にわかりやすく避難できる場所
- 本人の意志の尊重
- 役場、社協、消防団などの組織同士の連携
- 予行訓練ができないことが課題。
- 余計な作業を増やしてほしくない。暇ではない。
- 様々な場面に対応できるように作成したいと思う
- 要介護者でも生活できる避難先の整備
- 要支援者を含め 40 名ほどの個別避難計画を作成するのは大変だと感じる
- 利用者に理解できる説明。
- 立てた計画の周知はどこまで行い、本人、家族の理解を得られるのか？
- 行政が、避難の通達等ＴＶや消防署等も本人の自宅まで行って誘導しても、自分たちは行かないと、言っている方をどうするのか？見殺しには出来ないのに…
- 二次災害も心配で、住民の理解を得ることが必要だと思います

その他、個別避難計画について自由な意見としては、以下の通りであった。

- いろんな災害があると思われるので、災害の状況による対策、計画が必要
- ケアマネジャーも自分の担当している高齢者については計画策定に参加するべきだと思う。行政もその認識を持つべきでは？
- ｹｱﾏﾈの負担を減らして欲しい
- これから他の自治体の実践例等を学び活かしたいと考えます
- すみません、計画策定したことが無くわかりません。
- その規模や災害の種類にも変わるが、災害が起こった時に冷静に避難計画通りの対応ができるのか。
- ライフラインが寸断した場合、寸断していない場合で対応や対処が異なる。
- その人その人で対応方法や支援に必要な条件も違うため負担はあるものの今後の災害対策には十分活用できるかと思います。
- その人と地域の繋がりを確認する
- ないより、あった方がいい。状況しだいで変わる。自身も被災者であればなお、不安。
- ハザードマップ等で、危険個所の確認はできるが、実際に支援者が被災した際の協力体制の強化は必要だが、被災時に離れた地域から支援に駆け付ける事は難しいと考えられるため、地域の中での協力体制が必要だと思う。しかし、個人情報保護の観点や田舎での地域のつながりが希薄になってきている今、協力体制がどの程度取れるかが課題と思う
- 以前の熊本地震の時よりはスマートフォンなどのツールの普及で安否確認他の情報は得やすくなったので良かった。ケアマネジャーだけでなく行政、地域との関わりが重要。通常業務に追われてそこまでの余裕は正直ない。
- 医師との連携
- 家族がいるところは家族に依頼していいと思うが独居の方がだれがいつ安否確認し避難所まで連れていくのか。連れて行ってからはどうするのか。その際に決められた避難所が使用できるのか。認知のある方の対応をどうするのか。障害のある方は避難所で生活できるのか。ケアマネだけで検討するには難しい。
- 家族と共に共通理解が必要

- 各個人ごとのシミュレーションを描いておくと対応も迅速と思える。
- 確認、調整内容が多岐に渡り、先に進まない
- 関わるもの全てが自分事として関与すること
- 共有
- 協力と連携
- 協力を得られる近隣住民の確保
- 協力者を見つける事。避難の重要性を利用者が自覚してもらうこと
- 協力者確保
- 緊急時になにを優先するか
- 緊急時の対策法について。
- 近年災害が多発しているため必要ではあるが、地域性や本人の環境により計画を立てるのが難しい
- 近隣の地域との連携など
- 具体的にはわからない
- 熊本豪雨災害は地域で関係は無かったが、熊本地震の際、思ったより地域の方々の力が発揮された。
- 携わっていない為、回答が難しいです。
- 計画の定期的な見直しが必要となると思います。関わる人達への周知徹底も課題と思う。
- 計画をしても実際行動できるのか？避難先に要介護者が休めるベッド・車がつかえるがつかえる洋式トイレがあるのか？その人に合った食事（粥やミキサー食・軟菜：腎臓病食や減塩食・飲み込みの悪い人のためのトロミ）があるのか？大人数からすると、こういった方々は少人数かもしれないが、この少人数の方々が使いやすい物は、健常者も使いやすい。この小さな課題を克服すると、大きな課題克服へ繋がるのだと思う。
- 見直し時期
- 現在 BCP を策定中です。それに向け現在『感染や災害の視点から』個々のケースのアセスメントに取組んでおります。ケース個々の家族や地域の強みや課題を把握しておくことが前提だと思います。
- 個別に立てるには、時間を要す。
- 個別避難計画の理解や認知
- 個別避難計画はじめて聞きました。
- 行政の避難計画に、要介護状態の方の対応が充分ではない。行政との連携を図り、要介護状態の方の避難受け入れ先等の検討や開発が必要であると考える。
- 高齢者の思いと一致しているのか。
- 災害については実際に移動してみたり、施設での暮らしを経験したりと仮の個別避難計画を経験する事での修正が必要だと思います。
- 災害に合ってないと家族や本人、周りの人の理解が難しい
- 災害の種類、規模により、計画通りにいかないこともあるが、地域ぐるみでの取り組みが不十分と感じます
- 作って終わりではなく、見直しが必要。
- 市全体が高齢化が進んでおり、自分も含め、区長さんや民生委員さん、近隣の方が関わる必要がある方が何人もいるため、実際災害時に全員に関わることは困難なのではないか
- 支援者の確保、町民全体の理解等。
- 施設の受け入れ、避難先の環境
- 私が勤めている事業所は橋でつながっていますが小さな島です。事業所も居宅介護支援と通所事業しかありません。公共の交通機関もタクシーくらいです。そんな島です。台風や高潮、地震、津波など様々な自然災害があります。また橋も風速 20m で通行止めになったりします。個別ではなく一般的な避難計画を立てること自体様々な問題があります。
- 時間が足りない。
- 実行可能なものができ周知できるか
- 実際に役に立つのか疑問
- 社会資源の把握。
- 住民の災害危機意識を、実感してもらうには、どういったアプローチが必要なのか、官民一体となる定期的な確認と啓発が必要と考える。
- 重度の方の介護代替え
- 重要
- 重要な事とは承知しているが、実際災害発生した時にケアマネジャーとして対応できるか不安がある。また責務が大きく自信がない。とどのつまり、そこまで望まれる職務は出来ないのではないか。私個人の意見です。
- 詳細にまとめること。
- 情報がない。誰も対応できない方への行き先がない。
- 寝たきりの高齢者や、車椅子などの高齢者を高齢者世帯などでどうやって避難させるか？避難場所迄遠いところはどうすればよいか？など
- 他者に本人理解が困難

- 他人事の感覚を排除した、行政、地域との一体となった意識改革
- 体調や病状は常に変化するため、その時の状態に対する優先度が課題に感じる
- 待機職員の確保、避難物資の確保
- 地域で、高齢者世帯をはあく
- 地域によっては、互いに助ける習慣があるが、以前より孤立化が進んでいる。
- 地域の協力体制が必要不可欠
- 地域の協力体制の構築
- 地域の災害時は支援する側も被災しており予定通りの支援ができるのか
- 地域の地理的な把握。
- 地域の方にも要援護者の情報を詳しく提供しておいたり、確認しておく必要がある
- 地域住民も高齢となりつつあり支援者の不足
- 地域全体で個別避難計画を考えることが大切。
- 地域全体で支え合える避難体制
- 定期的な更新
- 当事者との温度差
- 特になし
- 独居で地域との交流が少ない人の対応支援可能な人員不足。
- 独居の高齢者の避難を助けてくれる人を数人、明確にしておきたいが当てがない方もいて、早めに避難誘導をしている。頼れる人がはっきりしていたらいいと思うが実現できていない
- 独居の方は地区などでまとめて避難誘導したり、避難の周知を徹底してほしい。避難拒否の方も多くいるのが現状
- 内容を本人に認識してもらうこと
- 難しい。
- 日頃から、利用者家族、地域、ケアマネ、事業所どの繋がりをもっていることが必要と思う。
- 日常業務が多く計画のための時間がとりずらい
- 日常的に住民自身が考えてくださるようになればと思う
- 認知症、寝たきり、医療的ケアが必要なケースの受け入れ先に悩む。
- 認知症の方の避難先の受け入れ
- 認知症の利用者への説明が難しく、時間がかかる。
- 認知症高齢者への対応方法や、どこまで行政が関与できるかが重要だと感じます。
- 認知低下の方の誘導や麻痺など身体的に不利な方の誘導など
- 認知不足
- 避難することに、本人の同意が得られず、進まない。
- 避難に対して拒否の場合、助けに来た方の２次災害の心配。ケアマネに各個人の避難計画が通知される訳ではないので実際災害が起こった場合、ケアマネは何も情報が無い中で利用者の安否確認を行う。日頃、行政もケアマネとの交流をはかり各方面の職種が一緒に計画策定を作っていくなど繋がりなどが必要だと思う。
- 避難の手段をどうするのか、現実的にはかなり難しいと思う
- 避難拒否者の安全確保対策
- 避難後の生活の充実
- 避難者本人だけでなく、遠方にいる家族にもその状況や近隣との関わりを持ってもらう事で、より避難や日常生活においても安心に繋がると思いますが、家族の理解が難しいケースがある。
- 避難手段が心配。重度者の。
- 避難所が何処にあるのか、設備はどうか
- 避難所の環境が高齢者に向かない
- 避難所へどうやって行くか
- 避難先でのベッドの問題
- 福祉避難所の具体的運用方法を知りたい
- 分からない。
- 本人が避難を拒否すること
- 本人に、避難を伝えても、計画の時から、避難をしない、地域には、知らせないでといわれていれば、てのうちようもなく、責任だけが、重くのしかかります。秘密の保持、個人の尊重、命の重さ、ケアマネに背負わせすぎだとおもう。避難計画は、その地域の首長のけいかくであってほしい。その後のケアが必要なときに、私達は働いていいのでは？市役所が、もっと、しっかり計画をたてるべきです。地域の住民の命を守るのに、丸投げしすぎです。
- 本人にわかりやすく避難できる場所
- 本人の意志の尊重
- 役場、社協、消防団などの組織同士の連携
- 予行訓練ができないことが課題。
- 余計な作業を増やしてほしくない。暇ではない。
- 様々な場面に対応できるように作成したいと思う
- 要介護者でも生活できる避難先の整備
- 要支援者を含め 40 名ほどの個別避難計画を作成するのは大変だと感じる

- 利用者に理解できる説明。
- 立てた計画の周知はどこまで行い、本人、家族の理解を得られるのか？
- 行政が、避難の通達等ＴＶや消防署等も本人の自宅まで行って誘導しても、自分たちは行かないと、言っている方をどうするのか？見殺しには出来ないのに…
- 二次災害も心配で、住民の理解を得ることが必要だと思います

D. 考察

(1) 災害の影響について

令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨による被災では、鉄道の停止や道路が不通になる等の交通障害による影響が多数報告された。別居家族の訪問が難しかったり、買い物が困難になったり、外出ができなくなったりといったことが生じており、交通障害が少なからず影響していると考えられた。また、これらは食環境の悪化にもつながっていた。球磨村では交通機関、特に鉄道は復旧しておらず、バスによる振替輸送が行われており、商店等の一部は復旧していなかった（2022 年 11 月時点)。交通障害による移動の困難は、ケアマネジメントにおいても訪問の難しさや、サービス利用に影響すると考えられる。

通所サービスの停止は、身体機能、認知機能の低下や入浴困難につながったことが報告された。家族の介護負担の増加も報告された。

訪問介護では、生活支援ができなくなったことで、食事についての支援を介護支援専門員が行った事例も報告された。また、新たなサービスの提供も難しく、介護サービスの事業所不足も考えられた。

ショートステイの休止は、家族の介護負担を増大させ、被災者家族の復旧作業への影響も報告された。

医療機関の休止は、往診や受診ができなくなり、一時的に入院が必要となる事例もみられた。

これらのことから、令和 2 年(2020 年)7 月熊本豪雨では、長期に渡る移動の困難が生じており、その影響は高齢者本人のみならず、家族介護者へも影響していた。そして、介護サービスの提供や利用にも影響していた。介護サービスの利用ができないことは、要支援・要介護高齢者の身体機能、認知機能、生活機能、精神機能の低下と関連していた。特に、災害直後のサービス利用ができない時期には、入浴ができない高齢者が多くいたと考えられる。水害が多い時期は夏場でもあり、被災後の在宅高齢者向けのサービスの早期復旧必要であると考えられる。

(2) コロナ禍の影響について

コロナ禍では、コロナ罹患者が利用者やサービス提供者に発生すると、直ちにサービス提供が停止となった。災害では、被災地では大きな混乱が生じるが、被災地域外の事業所は通常通りとなるため、どうしても在宅生活が難しい場合は、被災地外の事業所を利用することが可能である。しかし、コロナ禍では、その影響は全国的であり、サービスの不足に対応するすべはなく、外部からの支援も期待できない。このことは、ケアマネジメントでの困難を増強すると考えられる。

通所サービスの休止は、身体機能や認知機能の低下や意欲低下を招いていた。ショ

ートステイ利用中のクラスター発生で帰宅できなくなって利用料がかさんだり、利用できないことにより家族の介護負担が増したりしたことが報告された。また、医療機関が多忙となったことで、連携がとりにくくなったり、受診が困難であったりしたことも指摘された。

介護支援専門員が苦慮した対応として、独居高齢者の発熱時の対応が挙げられた。介護支援専門員が付き添い、検査で陽性であった場合は、介護支援専門員も濃厚接触者となり、訪問等はできなくなる。また、入院時の引継ぎができないため、調整が困難になったり、訪問できなかったりしたため、アセスメントが困難であったことが報告された。

これらのコロナ禍におけるケアマネジメントの課題は、全国で生じていたと考えられる。人との接触が限定されることは、高齢者の認知機能や身体機能の低下につながっていた。このことから、期せずして、高齢者の社会参加、人との交流の重要性が再確認されたと言えよう。また、今後の生活制限の緩和には、介護支援専門員からは、歓迎される意見と共に、さらなる感染拡大の懸念も挙げられていた。これらを踏まえると、今後の介護サービスの提供では、感染予防をしつつ、社会参加や人との交流の機会を確保するという困難な課題に取り組む必要性が生じている。これらの対策には人手がかかるため、人員の確保等がより一層重要になると考えられる。

(3) 施設入所高齢者について

コロナ禍により、家族との面会ができなくなったり、制限をつけられたりといった外部との接触がなくなったたことで、入所高齢者の認知や身体機能等の低下が認められた。

(4) 個人避難計画について

個人避難計画について、介護支援専門員の多くは必要であり、有効であると考えていたが、実際の策定に当たっては、支援者の確保や避難先の環境を危惧する意見もあった。

E. 結論と今後の課題

本研究から、災害による高齢者への影響は大きく、被災直後の介護サービスが利用できないこと、このことが機能低下を招いていると考えられた。入所施設はBCPを策定しているが、その際に在宅高齢者向けの介護サービスを停止することになっており、このことが在宅高齢者の機能低下につながると考えられる。入所施設においてこのような対応をすることは、入所者保護のためには、災害後の人員不足を想定すると仕方のない対応であると考えられる。在宅高齢者への生活支援をどのように継続するか、あるいは、早期に再開するかは、事業所ごと、被災自治体ごとで考えられる問題ではなく、都道府県や国レベルからの支援が必要であると考えられ、そのための体制づくりが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 大塚理加：地域高齢者の災害準備の現状と課題 JAGES2019 による検討. 地域安全学会論文集, 41：73-81, 2022

2. 学会発表

第82回日本公衆衛生学会での発表を検討中

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む.）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Reference

1）内閣府. 2021a. 災害関連死事例集. https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/jirei_00.pdf.（閲覧日：2022年11月12日）

2）厚生労働省. 2012. "人口動態統計からみた東日本大震災による死亡の状況について（平成23年（2011）人口動態統計（確定数）の概況 参考１）."
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/dl/14_x34.pdf.（閲覧日：2022年5月27日）

3）熊本県. 2019. 熊本災害アーカイブ. https://www.kumamoto-archive.jp/about.（閲覧日：2022年6月15日）

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行方不明発生率に関する研究

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　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

警察庁が毎年出している認知症（疑いを含む）による行方不明者数のデータを使用した先行研究によると，行方不明の発生率は人口 10 万人当たり 21.72 人であった．しかし，このデータは世帯類型が無いため，独居認知症高齢者の行方不明発生率は不明である．
そこで独居認知症高齢者の行方不明発生率を明らかにするため，千葉県内の市町村を対象とした郵送調査を 2022 年 10 月から 11 月にかけて実施した．その結果，65 歳以上高齢者の行方不明発生率は人口 10 万人あたり 177.02 人、独居高齢者は人口 10 万対 127.67 人、同居高齢者は人口 10 万対 194.30 人となった。
これらの結果を踏まえると、警察庁データは過小評価である可能性が高い。また独居高齢者の行方不明者発生率が同居高齢者行方不明者の発生率より小さいのは、独居高齢者では行方不明に気づかれない場合が多いためと推察される。

A. 研究目的

警察庁が毎年出している認知症（疑いを含む）による行方不明のデータを使用した先行研究によると，行方不明の発生率は 40 歳以上の人口 10 万人当たり 21.72 人であった（Murata et al. , 2021）[1]．なお，警察庁のデータは警察に行方不明者届（以下、届）が提出された者に限られる。しかし警察庁の統計は世帯類型が無いため，独居認知症高齢者の行方不明発生率は不明である．また独居の場合，約 3 割は行方不明者届を出していないことが分かっている（菊地ら,2021）[2]．

しかし，今後，独居認知症高齢者の増加と共に行方不明者数も増加すると考えられる．先行研究によると，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ことが明らかになっている（Kikuchi et al. , 2021）[3]．

本研究は，独居認知症高齢者（認知症の疑いを含む，以下同様）の行方不明発生率を明らかにし，市町村の行方不明対策の促進に資することを目的としている．

B. 研究方法

千葉県内の全市町村 54 カ所の高齢者福祉主管課を対象とした郵送調査を 2022 年 10 月から 11 月にかけて実施した．調査項目は 2022 年 3 月現在の①市町村人口，② 65 歳以上人口，③上記②の中の 65 歳以上

の独居人口，④2021 年 4 月から 2022 年 3 月までの 65 歳以上の行方不明者数，⑤上記④の中の独居行方不明者数であった．

千葉県内の市町村を調査対象として選定したのは事前の調査により，警察に届が出された者だけでなく，届無しで保護された人も含めて，警察署がその情報を市町村に提供していることが明らかとなった．さらにこの情報の中には世帯類型も含まれており，独居の行方不明者数を明らかにすることができると分かった．

（倫理面への配慮）

本研究の実施に当たっては東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得ている（R22-055）．

C．研究結果

郵送調査の結果，26 市町村（48.1%）から調査票の返送があった．その中から分析に用いた変数に欠損値が無い 15 市町村（27.8%）を分析対象とした．人口は 6 千人台から 60 万人以上の範囲に分布していた. 15 市町村の人口は 2,366,019 人であり，千葉県の人口 6,265,781 人（2022 年 3 月現在）の内，37.76%を占めていた．65 歳以上の独居者人口は 154,307 人であり，独居の行方不明者数は 197 人であった．

その結果，行方不明者発生率は独居高齢者人口 10 万人当たり 127.67 人となった．

また 65 歳以上人口 10 万人当たりの行方不明発生率は 177.02 人，65 歳以上の同居者ありの行方不明発生率は人口 10 万人当たり 194.30 人であった．

D．考察

これまで明らかになっていなかった独居認知症高齢者の行方不明発生率が明らかとなった．しかし，独居と同居を比較すると 127.67 人対 194.30 人となり，同居の方が発生率は高くなっていた．

しかし，この結果から同居の方が発生率は高いと結論を出すことは早計である．認知症高齢者が行方不明になった時，独居と比べると同居は警察あるいは自治体に通報することが当然多くなると考えられる．

事実，愛知県における調査によると行方不明に気づいた人の約 6 割は同居者であった．また別居家族・親族とサービス事業関係者がそれぞれ約 1 割を占めており[4]，別居家族・親族と疎遠であったり，サービスを利用していなかったりする独居の場合，さらに行方不明に気づく人が少なくなる．行方不明発生率が同居の方が高かったのは，行方不明になった時に警察や自治体に通報する同居家族等の有無が関係していると思われる．

また独居認知症高齢者の行方不明 150 例を分析した報告によると，22%が「発見されてから行方不明が判明した」と回答している[2]．つまり発見後に行方不明になっていたことが分かったため，発見前に警察や自治体に通報されていなかった．もし彼らが発見されていなかった場合，22%は行方不明件数としては計上されない．

これらのことから同居に比べて独居の行方不明発生率は過小評価とならざるを得ない．それがどの程度の割合であるかは不明であるが，独居の行方不明発生率に影響を与えているのは確かだろう．そのため本研究の結果をもって独居の行方不明発生率は同居よりも低いと結論づけることはできないと考える．

E. 結論と今後の課題

市町村が行方不明対策の体制整備を進める際，最初にその実態を把握することが必要となる．実態の把握無くして体制整備は進まない．しかし，先行研究から市町村の半数近くは行方不明者数を把握していないことが示されている[5)].

そのため，市町村は行方不明者数の実態把握を進める必要がある．これには警察との連携により情報を得ることや，地域包括支援センターや介護支援専門員などからの情報収集が含まれる．

行方不明者数を把握するもう一つの方法は行方不明者数を推計することである．本研究により，65 歳以上に限定されるが，行方不明発生率が明らかとなったことにより，発生率から行方不明者数を推計する方法も選択肢として選ぶことができるようになった．

最後に本研究の限界について述べたい．本研究の対象となったのは千葉県内の 15 市町村という限られた地域である．そのため，本研究により明らかとなった行方不明発生率を一般化することには限界がある．しかし分析対象となった市町村人口は 6 千人台から 60 万人以上と小規模の市町村から大規模な市町村まで含まれており，分析対象となった市町村の人口の偏りは少ないと考える．

また行方不明発生率の調査を実施するには，独居認知症高齢者の行方不明者数を把握しているという条件が必須である．

我々の事前の調査で条件を満たしていたのは千葉県内の市町村のみであった．しかし，条件を満たしている地域が他にもある可能性がある．今後の更なる研究が必要である．

F. 研究発表

1. 論文発表

Kikuchi,K., Ooguchi,T., Ikeuchi,T. and Awata,S.,: Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. Geriatr Gerontol Int. 23(5) : 362-365 ,2023

2. 学会発表

菊地和則，大口達也，池内朋子，粟田主一：独居認知症高齢者行方不明の早期発見に関連する要因, 第 64 回日本老年医学会学術集会，2022.6.2-4，大阪.

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

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

Reference

1） Murata S, Takegami M, Onozuka D, Nakaoku Y, Hagihara A,.: Nishimura K. Incidence and mortality of dementia-related missing and their associated factors: an ecological study in Japan. J Epidemiol 2021; 31: 361–368. https://doi.org/10.2188/jea.JE20200113.

2） 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，469-479，2021.

3） 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.

4） 鈴木隆雄, 他 : 平成 27 年度愛知県委託事業 徘徊高齢者の効果的な捜索に関する研究等事業報告書，国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター, 1-77, 2016.

5） 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に対する市町村の取り組みに関する研究報告書，東京都健康長寿医療センター研究所，1-182，2021.

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

見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究分担者　桜井良太　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨
本年度は、①介護者が存在する独居の要介護高齢者の把握と介護状況の実情を明らかにするとともに、②生活者の負担が少ない電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を熱中症リスク判定の面から検討することを目的とした。介護者に対し介護状況に関するインターネット調査を行った結果、有効回答者の 18.1%（353 名）が独居の高齢者を介護しており、6.8%（136 名）が独居の認知症高齢者を介護していることが分かった。独居の高齢者を介護している者のうち、「何らかの見守り機器」を使用している者の割合は 28%であり、利用率の低さが明らかとなった。13 名を対象とした電気使用量を用いた見守りシステム研究では、猛暑日の電気使用のパターンからエアコンの未使用者を抽出することに成功し、電気使用量を用いた熱中症リスクの同定は実用可能性が高いことが示された。

A. 研究目的

本研究では、見守り支援に資するテクノロジーの使用状況から問題点までを明らかにし、社会実装可能なシステムの提案を大きな目的とする。本年度は、①介護者が存在する独居の要介護高齢者（以後、被介護者）の把握と介護状況の実情を明らかにするとともに、②生活者の負担が少ない電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を、熱中症リスク判定の面から検討することを目的とした。

B. 研究方法

【①見守り機器使用状況調査】

要介護 1 以上の 65 歳以上の介護が必要な高齢者の介護を担う家族介護者 2000 名を対象としてインターネット調査を行った。その際のサンプル抽出は全国から行い、20 歳以上の介護者を対象とした。

（倫理面への配慮）

調査においては、A) 本調査は学術的研究を目的に行うこと、B) 調査への参加はすべて自由意思に基づいていること、C)回答内容は全て ID 管理され、個人情報は保有しないこと、D)調査結果では個人が特定されないこと、について調査時に説明を行い、同意を得られた上で調査を行った。研究計画は事前に東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会にて審査され、承認を受けている。

【②電気使用量を用いた見守り研究】

東京都健康長寿医療センター研究所が実施する調査健診に参加した高齢者を対象に研究参加者の募集を行った。この際、認知症の診断を受けていない 70 歳以上の一人暮らしの高齢者を研究対象者とした。研究参加者にはスマートメーターを活用した見守りシステムに加入してもらうため、当該システムを運用している株式会社アイキューフォーメーションに電気使用契約を切り替えることをお願いした。当研究で利用した見守りシステムは、スマートメーターを利用して平時の電気使用量を機械学習によりパターン化し、逸脱したパターンが生じた際にアラームが発出される。このシステムを応用し、外気温が猛暑日（35℃）にもかかわらずエアコンの使用が認められない者の抽出を試みた。

（倫理面への配慮）

研究実施に際しては、事前に電気使用契約を切り替えることよる手間が生じることに加え、個人情報の取り扱い等について調査時に説明を行い、同意を得られた上で調査を行った。研究計画は事前に東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会にて審査され、承認を受けている。

C. 研究結果

【①見守り機器使用状況調査】

有効回答者 2002 名うち 18.1%（353 名）が独居の高齢者を介護しており、6.8%（136 名）が独居の認知症高齢者を介護していることが分かった（認知症と思われる未診断者を含めると 11.9%)。独居の高齢者を介護している介護者に対して見守り方法について質問したところ、「家族、親族が定期的に連絡・訪問」による見守りが 56%と一番多く、「何らかの見守り機器」を使用している者の割合は 28%であった。また、66.6%が現在の被介護者に対する見守りが不十分であると回答しており、独居の認知症高齢者を介護している介護者に限定すると 73.9%が不十分であると回答した。

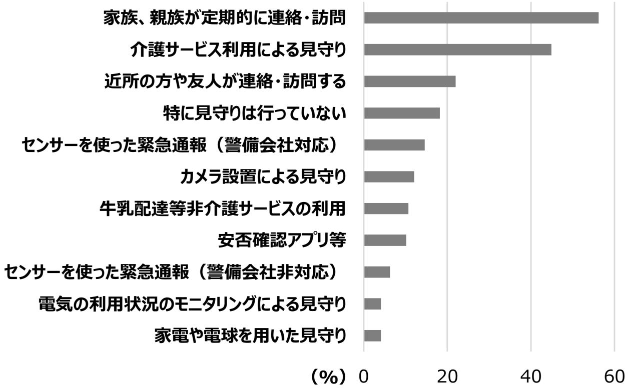


図 1. 独居被介護者の見守り方法（136 名）

【②電気使用量を用いた見守り研究】

研究には 13 名（全員エアコン保有者）の地域在住高齢者が参加した。研究を開始して最初に発生した猛暑日は 6 月 25 日であった（最高気温 36.8℃：東京都練馬区 [1]）。この日を解析対象日として電気使用パターンの解析からエアコンの使用の有無を判断し、未使用者を抽出できるか検討した。その結果、3 名のエアコンの未使用者が抽出された。翌日、他の参加者も含めて電話にてエアコンの使用の有無を確認したところ、当該者らは実際もエアコンを使用していなかったことが確認された。電話連絡によってエアコンの使用が確認されたものは 5 名で、8 名中 3 名が猛暑日であってもエアコンの使用を控えていたことが明らかとなった。

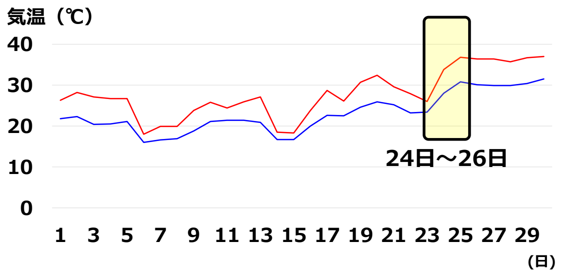


図 2. 東京都練馬区の 6 月の気温

25 日から急激に気温が上昇していることが分かる。赤線は最高気温、青線は最低気温を示す。

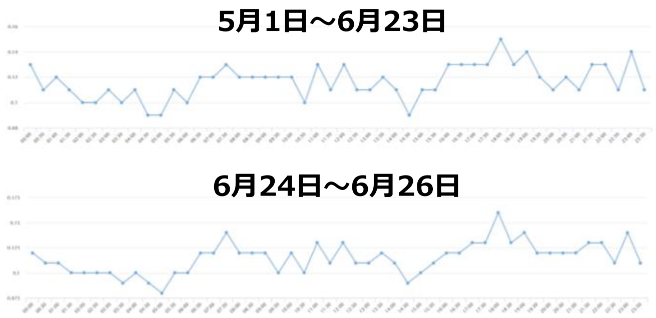


図 3. 研究参加者の電気使用パターンの一例

気温上昇前（5 月 1 日から 6 月 23 日：上図）と気温上昇時（6 月 24 日～6 月 26 日：下図）の電気使用パターンを示している（縦軸は電気使用量、横軸は時間軸を示す）。気温上昇前後で電気の使用パターンに変化がないことが分かる。

D. 考察

【①見守り機器使用状況調査】

本研究から独居の被介護高齢者が 18.1%いることが明らかとなった。また 6.8%～11.9%は認知症の独居被介護高齢者であった。本研究は介護者が存在する被介護者を対象とした研究であるため、実際の数値はこの数より多くなるものと予想される。

見守りの体制に関しては 6 割以上の介護者が不安を抱えているにもかかわらず、見守り機器の使用は 3 割程度であり、介護者にとって有用な見守り機器が流通していないことが示唆された。

【②電気使用量を用いた見守り研究】

本研究から電気使用量を用いた熱中症リスクの同定は実用可能性が高いことが示された。限られたサンプルではあるが、本研究参加者では 4 割近い高齢者が猛暑日であるにもかかわらず、エアコンを使用していないことが明らかとなった。高齢者は若年者に比べて熱中症が重症化しやすいため、事前注意喚起が重要となる。そのため本研究で得られた知見は自宅での熱中症予防の一時スクリーニングとして有用なシステムであるといえる。

E. 結論と今後の課題

独居被介護者に対する十分な見守りを提供するシステムが流通していないことが明らかとなり、生活者および監視者の負担が少ない見守りシステムの実装が喫緊の課題であることが明らかとなった。

今後の研究では、電気使用量を用いた見守りシステムの実証を進め、実用的な見守り方法となり得るか否かについて検証を進める。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む.）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Reference

1）気象庁データベース
（https://www.jma.go.jp/jma/index.html）閲覧日：2022 年 8 月 10 日

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

KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究：「突合データ（CSV)」ファイルのデータベース開発

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　光武誠吾　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　深谷太郎　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　杉山美香　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨
国保データベース（KDB）システムに格納されている要介護認定情報や介護サービスの利用状況、受療状況等に関する情報を活用することで、独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするためのサービス提供の検討や地域システムの質評価に有用な情報を創出することが可能となることから、令和４年度は特定自治体から提供を受けたKDB システム「突合データ（CSV)」を用いて研究所内にて独自にデータベースを開発し、KDB システムを用いた自治体事業の質の評価を可能とする基盤の構築を目的とした。KDB システム「突合データ（CSV)」に含まれる CSV 形式データの文字コード処理を施したのちに、マイクロソフト社 SQL Server を使って 12 種類のファイルごとにデータベースを構築した。データ提供元の自治体担当職員と「突合データ（CSV)」の提供方法について意見交換を行ったことに加え、CSV 形式データの文字コード処理方法について東京都国保連合会への照会を重ねながら、最終的にデータベースを構築することができた。今後は、独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするためのサービス提供や地域システムの質評価に有用な情報の抽出方法を検討する。

A. 研究目的

国保データベース（KDB）システムは、保険者によるデータヘルス計画の策定・実施等を支援するために、国民健康保険団体中央会（国保中央会）によって開発されたデータベースシステムである。このシステムには健康診査、医療・介護保険レセプトの各種データが突合・加工され、専用のシステムを介して、全国の市町村や保険者等に統計情報や個人の健康に関するデータが提供されている。

この KDB システムに格納されている要介護認定情報や介護サービスの利用状況、受療状況等に関する情報を活用することで、独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするためのサービス提供の検討や地域システムの質評価に有用な情報を創出することが可能となる。そこで令和４年度は、特定自治体から提供を受けた KDB システム「突合データ（CSV)」を用いて

研究所内で独自にデータベースを開発し、KDBシステムを用いた自治体事業の質の評価を可能とする基盤構築を目的とする。

B. 研究方法

１. 使用データ（ファイル）

東京都内の某自治体から提供を受けたKDBシステムの「突合データ（CSV）」に含まれる以下のデータをデータベース開発に使用した。

１）KDB被保険者台帳（国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険）：KDB個人番号、性別、氏名（削除）、住所（削除）、生年月日、郵便番号、通番、国保取得年月日、国保喪失年月日、後期取得年月日、後期喪失年月日、介護保険初回認定日、初回要介護度、直近の要介護度、国保喪失事由、後期喪失事由等

２）健診結果（国民健康保険・後期高齢者医療）：KDB個人番号、保険者番号、測定値・検査値（身長、体重、BMI、血圧、血清脂質、肝機能、空腹時血糖、HbA1c、尿糖、尿たんぱく、貧血検査、尿酸、血清クレアチニン、eGFR等）、服薬状況、既往歴、喫煙、質問票（標準的な質問票、後期高齢者の質問票）等

３）医療レセプト管理（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科）：KDB個人番号、診療年月、受付番号、医療機関コード、レセプト種別、入外区分、診療実日数、入院年月日、決定点数、診断群分類番号、DPC転帰区分コード、郡市区コード

４）医療傷病名（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科）：KDB個人番号、審査年月、受付番号、医療機関コード、診療開始年月日、傷病名、傷病名コード、修飾語コード、疑い病名区分、ICD10コード等

５）医療摘要（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科）：KDB個人番号、診療年月、受付番号、適用コード（診療行為、薬剤等）、単位コード、数量、回数、点数、薬効分類等

６）医療最大医療資源傷病名コード別点数（国民健康保険・後期高齢者医療）：KDB個人番号、審査年月、受付番号、医療機関コード、傷病名コード（ICD10）、診療開始年月日、合計点数等

７）介護給付基本実績（介護保険）：KDB個人番号、審査年月、サービス提供年月、事業所番号、要介護状態区分コード、サービス種類コード、サービス点数、保険請求額等

８）介護給付実績明細（介護レコード種別ごとに11種類）：KDB個人番号、審査年月、サービス提供年月、要介護状態区分コード、サービス種類コード、サービス項目コード、日数回数、サービス点数、適用情報、緊急時傷病名、往診日数、往診医療機関名、通院日数、通院医療機関名、緊急時治療管理点数、緊急時治療日数、サービス実日数、点数合計、保険請求額等

９）医療受診日等（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科）：KDB個人番号、診療年月、受付番号、医療機関コード、レセプト種別区分、受診等区分（01日～31日）

１０）医療摘要回数（国民健康保険・後期高齢者医療、医科・歯科）：KDB個人番号、診療年月、受付番号、医療機関コード、レセプト種別区分、診療識別、回数（01日～31日）等

１１）介護受給者認定情報（介護保険）

２．使用したパソコンソフト

テキストエディターは、2GBを超えるファイルにも対応可能なテキストエディターとしてEmurasoft社のEmEditorを使用した。リレーショナルデータベース（RDB）の構築にはマイクロソフト社SQL Serverを使用し、データベースは2GBを超えるため有償版を購入した。

（倫理面への配慮）

東京都健康長寿医療センター研究倫理委員審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

１.「突合データ（CSV)」の入手

「突合データ（CSV)」(KDB被保険者台帳ファイルを除く）は自治体で使用されているKDBシステム端末からダウンロードすることができないため、本研究でデータ提供を受けた東京都内某自治体が東京都国民健康保険団体連合会（東京都国保連）に「突合データ（CSV)」の全ファイルの提供を依頼することで、データを入手することができた。

「KDB被保険者台帳」ファイルだけが氏名や住所等の個人を識別可能な情報が含まれ、それ以外の「突合データ（CSV)」のファイルには氏名や住所等の情報は含まれていない。その代わりに個人を識別する「KDB個人番号」がすべてのファイルに含まれている。そこでこの「KDB個人番号」を各ファイルの連結キー情報として使用することで、各ファイルに含まれる情報を統合した分析用ファイルを作成することが可能となる。

なお本研究でデータベースを構築する際、当該自治体の庁舎内で「KDB被保険者台帳」ファイルに含まれる氏名、住所、電話番号等の削除処理を施した後に、この台帳データの提供を受けた。

「突合データ（CSV)」に含まれるデータは、2016年6月から2022年6月までのデータで、被保険者台帳は2022年12月時点でのデータであった。

２．CSVファイルの前処理

東京都国保連合会から提供された「突合データ（CSV)」に含まれるファイルは、その名の通りすべてCSV形式で、文字コードは「UTF-16LE」が使用されていた。また、これらのファイルは、そのテキスト先頭にバイト順マーク（Byte Order Mark、BOM）がついていない「BOMなし」形式であったため、このままではテキストエディターやエクセル等でファイルを開いても、全角文字は文字化けしてしまい、データベース構築に移ることができなかった。文字コード処理方法についてデータ提供元の東京都国保連のKDBデータ担当者に照会を重ねながら、最終的に「BOMなし」形式を「BOMあり」形式に変換する必要のあることが分かった。そこでデータベース構築前の処理として、すべてのファイルを「UTF-16LE（BOMなし)」から「UTF-16LE（BOMあり)」に変換した。

テキストエディターを使えば、手作業で一つ一つのファイルを「UTF-16LE（BOMあり)」へ変換して保存することは可能ではあるが、この作業の対象となるフ

ァイルは約 2000 種類あるため、一つ一つを手作業で処理することは現実的ではなかった。そこで、Windows のバッチファイルを独自に作成し、すべてのファイルを一括処理して「UTF-16LE（BOM なし）」から「UTF-16LE（BOM あり）」に変換した。具体的には、次の BOM をテキストファイルの先頭に付加するバッチファイルを作成した。

UTF-16LE の場合 `0xFF 0xFE`
（BOM の内容は、バイナリエディタを使用しないと目視できない）

CSV ファイルを「UTF-16LE（BOM あり）」に変換したことで、テキストエディターを使ってファイルの中身を目視で確認できるようになった。その過程で、医療費情報はデータ中に千単位でカンマが含まれていることがわかった。また、スペース等が含まれる列のデータは、データがダブルクォーテーション（"）で囲まれていることもわかった。そこでデータベースにファイルを取り込む前に、テキストエディターを使って、医療費のカンマとダブルクォーテーションを削除することで、データベースに取り込む CSV ファイルを完成させた。

３．ファイルレイアウトの変更

今回、当該自治体から提供を受けた突合データ CSV は、2016 年 6 月から 2022 年６月までの 73 か月間のデータであった。この間、ファイルレイアウトが変更されていたものがあったため、表１に示す通り、ファイルレイアウトの変更履歴を把握した後に、同じレイアウト毎にファイルを統合してから、データベースに組み入れた。

４．データベースの構築

マイクロソフト社 SQL Server によるデータベース構築は、次の二種類のクエリを使用した。まず、「CREATE TABLE」クエリを使用して各 CSV データを流し込むデータレイアウトを作成した。次に作成されたテーブルに CSV データを流し込むために、「BULK INSERT」クエリを使用した。

D. 考察

独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするためのサービス提供や地域システムの質評価に有用な情報を創出するために、本研究の対象自治体から提供を受けた KDB システムの「突合データ（CSV)」を用いて研究所内にて独自にデータベースを開発し、KDB システムを用いた自治体事業の質の評価を可能とする基盤を構築した。「突合データ（CSV)」（KDB 被保険者台帳ファイルを除く）は自治体で使用されている KDB システム端末からダウンロードすることができないため、本研究を実施した東京都内某自治体から東京都国保連に「突合データ（CSV)」全ファイルの提供を依頼し、東京都国保連から自治体に提供されたデータを我々が入手した。東京都国保連から「突合データ（CSV)」のデータレイアウト一覧も入手した。このレイアウト一覧には、突合データ CSV の各ファイルの情報の属性（9:数字、X:英数字、N:全角文字）と長さ（単位：バイト）が示されており、データベースに格納するテーブルを作成際は、このデ

ータレイアウト一覧が有用である。ただし実際のファイルの中には、データレイアウトに記されているバイト数よりも大きなバイト数を必要とするデータが存在していた。例えば、表2に示すように、健診結果ファイルには、「体重」や「検査値_血清クレアチニン」は、データレイアウトではデータ長は「4バイト」（小数点を入れて4ケタ）と示されているが、体重100キロ超の者、透析患者で血清クレアチニンが10を超える者では「5バイト」（小数点を入れて5ケタ）が必要となる（例：体重「100.3」、クレアチニン「10.24」）。このような外れ値を有するデータが含まれるファイル項目については、データレイアウトに記されているバイト数よりも大きな値を任意に再設定することで、「BULK INSERT」クエリをエラー無く完了させることができた。

E. 結論と今後の課題

東京都内の某自治体から提供を受けたKDBシステム「突合データ（CSV）」を用いて、研究所内において独自にRDBを開発し、KDBシステムデータを用いて、独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするための自治体事業の質の評価を可能とする基盤を構築した。「突合データ（CSV）」のデータレイアウトは全国共通ではあるが、CSVファイルの文字コード（UTF-16LE）やBOM付与対応等、国保連合会からのデータ提供時に確認・依頼すべきポイントが明らかとなった。来年度は開発されたデータベースを用いて、独居認知症高齢者等が地域での生活継続を可能とするためのサービス提供や地域システムの質評価に有用な情報の抽出方法を検討する。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

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

表１.KDB システム「突合データ（CSV)」に含まれるファイル種類とデータレイアウトの変更履歴

ファイル種類	保険種類、医科・歯科	入手データ期間（処理年月）とレイアウト変更の有無
KDB 被保険者台帳	国保・後期・介護保険	2022 年 6 月(全ての被保険者の履歴を含む)[ファイル数：3]
医療レセプト管理	国保・後期、医科・歯科	2015 年 6 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：340]
医療傷病名	国保・後期、医科・歯科	2015 年 6 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：340]
医療摘要	国保・後期、医科・歯科	2015 年 6 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：340]
健診結果	国保・後期、医科・歯科	2015 年 6 月～2018 年 5 月[ファイル数:144]
	国保・後期、医科・歯科	2018 年 6 月～2020 年 5 月（「基本チェックリスト」追加）[ファイル数：96]
	国保・後期、医科・歯科	2020 年 6 月～2022 年 6 月（「後期高齢者の質問票」追加）[ファイル数：100]
医療受診日等	国保・後期、医科・歯科	2022 年 3 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：16]
医療摘要回数	国保・後期、医科・歯科	2022 年 3 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：16]
医療最大医療資源 ICD 別点数	国保・後期、医科のみ	2015 年 6 月～2018 年 5 月[ファイル数：72]
	国保・後期、医科のみ	2018 年 6 月～2022 年 6 月（「ICD-10 関連項目」追加）[ファイル数：98]
介護給付実績		2015 年 6 月～2022 年 6 月（変更なし）[ファイル数：85]
介護受給者認定情報		KDB 処理年月 2022 年 6 月[ファイル数：1]
介護給付実績明細	介護レコード種別「13 種類」でレイアウト異なる	2021 年 6 月～2022 年 6 月[ファイル数:143]
介護総合事業実績	介護レコード種別「3 種類」でレイアウト異なる	2021 年 6 月～2022 年 6 月[ファイル数：39]

表２．「突合データ（CSV)」のファイルレイアウト例：データ種類～健診結果（抜粋）

データ種類	②健診結果			
No.	項目名	属性	長さ	精度
1	KDB個人番号	X	11	0
2	保険者番号	X	8	0
3	年度	9	4	0
4	データ管理番号1	X	10	0
5	受診券整理番号	X	22	0
6	健診実施年月日	9	8	0
7	健診機関コード	X	10	0
8	検査値_身長	9	4	1
9	検査値_体重	9	4	1
10	検査値_BMI	9	4	1
11	検査値_内臓脂肪面積	9	4	1

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

一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴

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

研究要旨

【目的】在宅の一人暮らし（以下、独居）認知症高齢者の介護サービス受給の現状および特徴を、性別要介護度別ならびに他群との比較を通じて明らかにする。

【方法】2020 年 12 月の A 市の在宅療養者 6,404 人を、認知症高齢者の日常生活自立度および住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居認知症群」「非独居認知症群」「独居非認知症群」「非独居非認知症群」の 4 群に分けた上で、性別要介護度別にみた種類別サービス受給状況やサービスの組み合わせ状況を比較した。

【結果】データ分析から、以下のことがわかった。

① 在宅療養者の 38.0%が独居であった
② 独居認知症群の 78.2%が女性、62.3%が要介護 1・2 であった
③ 独居認知症群は、非独居認知症群に比べ、訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高かった。また、要介護度が高くなると、通所介護や短期入所生活介護（女性）の受給率が高くなる一方で、訪問看護や通所リハの受給率が低くなっていた
④ 独居認知症群は、独居非認知症群に比べ、男女とも居宅療養管理指導の受給率が高かった。また、要介護度が高くなると、通所介護／地域密着型デイの受給率が高くなる一方で、福祉用具貸与や通所リハ、訪問看護の受給率が低くなっていた

【考察】

独居認知症群は、非独居認知症群に比べ、訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高かったが、これは、①家族がいないために、家事援助に対する支援ニーズが高い（非独居の場合、家族が家事援助を担っている）、②通院が難しく、かつ、医学的管理に対するニーズが高い結果と考えられた。また、要介護度が高くなると、通所介護や短期入所生活介護（女性の場合）の受給率が高くなっていたが、これは、訪問系サービスだけでは生活維持が難しくなったためと考えられた。また、男女とも、訪問看護や通所リハなどの医療系サービスの受給率が相対的に低くなっていたが、これは支給限度額が影響している可能性が示唆された。

【結論と今後の課題】

一人暮らし認知症高齢者の在宅生活の継続を図るためには、どのようなサービスや支援が必要かの観点から、制度のあり方（支給限度額のあり方など）やサービス／支援のあり方を再検討すべきと考える。

A. 研究目的

介護保険では、第 2 条第 4 項において、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」とされている。このことは認知症高齢者においても同様であるが、様々な理由で在宅生活が継続できない人は多い。

さて、認知症高齢者の在宅生活継続を困難化させる要因としては、先行研究により、本人･家族･サービス／支援体制などが挙げられている[1-2]。また、世帯構成（独居／非独居）もその要因の１つであるとの指摘もあるが、一人暮らし認知症高齢者の介護サービス受給の実態やその特徴を明らかにした研究は少ない。

そこで、本研究では、A 市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、性別要介護度別、ならびに認知症の有無及び世帯構成（独居／非独居）による 4 群で比較しながら、介護サービスの受給の実態と特徴を明らかにすることとした。

B. 研究方法

A 市の要支援・要介護認知症高齢者のうち、2020 年 12 月に認定を受けていた在宅療養者 6,404 人を分析対象とした。なお、ここでの在宅療養者とは、12 月中に、居住系または施設系サービスの受給がなかった者のことで、一部サービス未受給者を含んでいる。

これら対象者を、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、「独居認知症群」「非独居認知症群」「独居非認知症群」「非独居非認知症群」の 4 群に分けた上で、性別要介護度別にみた種類別サービス受給状況やサービスの組み合わせ状況を比較した。

なお、要介護度は、n 数の関係もあり、本研究では 3 区分（要支援 1・2、要介護 1・2、要介護 3～5）とした。また、厚生労働省の過去の分析例を参考に、認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上を認知症ありとした。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1） 対象者数

4 群の対象者数は、「独居認知症群」1,302 人（20.3%）、「非独居認知症群」2,221 人（34.7％）、「独居非認知症群」1,134 人（17.7%）、「非独居非認知症群」1,747 人（27.3%）で、独居率は 38.0%であった（表１）。

2） 基本特性

男性比をみると、「独居認知症群」21.8%、「非独居認知症群」43.3%、「独居非認知症群」19.8%、「非独居非認知症群」40.5%であった。

平均年齢をみると、「独居認知症群」82.7±6.0 歳、「非独居認知症群」82.2±6.0 歳、「独居非認知症群」82.1±5.9 歳、「非独居非認知症群」81.3±6.1 歳であった。

要介護度をみると、要支援者の割合は、「独居認知症群」7.0%、「非独居認知症群」4.1%、「独居非認知症群」59.6%、「非独居非認知症群」42.1%、要介護３～５の割合は、

「独居認知症群」29.7%、「非独居認知症群」39.1%、「独居非認知症群」6.8%、「非独居非認知症群」15.3%であった。

独居群は、認知症の有無にかかわらず、非独居群に比べて女性の割合が高かった。また、認知症群は、要支援者の割合が低く、要介護 3～5 の割合が高かった（表１）。

３） 独居認知症群のサービス受給状況

独居認知症群の、種類別にみた在宅介護サービス受給率を、性別要介護度別にみた。

まず、男性をみると、要支援 1・2 では、「福祉用具貸与」35.0%、「通所リハ」15.0%、「居宅療養管理指導」10.0%、「小規模多機能型居宅介護」5.0%の順、要介護 1・2 では、「訪問介護」58.8%、「福祉用具貸与」50.3%、「通所介護」45.8%、「居宅療養管理指導」35.6%の順、要介護 3～5 では、「福祉用具貸与」75.9%、「居宅療養管理指導」66.7%、「通所介護」63.2%、「訪問介護」54.0%の順であった。

次に、女性をみると、要支援 1・2 では、「福祉用具貸与」33.8%、「訪問看護」11.3%、「居宅療養管理指導」9.9%、「通所リハ」5.6%の順、要介護 1・2 では、「福祉用具貸与」56.7%、「通所介護」48.5%、「訪問介護」43.6%、「居宅療養管理指導」36.6%の順、要介護 3～5 では、「福祉用具貸与」71.3%、「居宅療養管理指導」67.7%、「通所介護」47.3%、「訪問介護」35.3%の順であった（表2）。

４） 独居認知症群のサービス受給の特徴

独居認知症群の、種類別にみた在宅介護サービス受給率を、性別要介護度別に、他の 3 群と比較した。

まず、要支援 1・2 をみる。

男性では、4 群のなかで、独居認知症群の導入率が最も高かったのが「小規模多機能型居宅介護」、最も低かったのが「訪問介護」「訪問看護」「通所介護」「短期入所生活介護」で、いずれのサービスも導入されていなかった。また、女性では、4 群のなかで最も導入率が高かったのが「訪問介護」「訪問リハ」「短期入所生活介護」、最も導入率が低かったのが「通所リハ」「福祉用具貸与」であった（図 1）。

次に、要介護 1・2 をみる。

男性では、4 群のなかで、独居認知症群の導入率が最も高かったのが「居宅療養管理指導」「小規模多機能型居宅介護」、最も導入率が低かったのが「通所リハ」「地域密着型デイ」であった。また、女性では、4 群のなかで最も導入率が高かったのが「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」「居宅療養管理指導」「認知症デイ」「定期巡回随時対応型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」「地域密着型デイ」、最も低かったのが「訪問リハ」であった（図 2）。

最後に、要介護 3～5 をみる。

男性では、4 群のなかで、独居認知症群の導入率が最も高かったのが「訪問介護」「通所介護」「居宅療養管理指導」「看護小規模多機能型居宅介護」、最も低かったのが「訪問リハ」「通所リハ」「福祉用具貸与」であった。また、女性では、4 群のなかで最も導入率が高かったのが「通所介護」「短期入所生活介護」「居宅療養管理指導」「定期巡回随時対応型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」「小規模多機能型居宅介護」、最も導入率が低かったのが「訪問入浴介護」「訪問看護」「訪問リハ」「福祉用具貸与」であった（図 3）。

5） サービス組合せの実態と特徴

独居認知症群の、サービスの組合せ状況を、性別要介護度別にみた。

まず、要支援 1・2 をみる。

男性では、「通所のみ」35.0%、「訪問のみ」30.0%、「訪問＋通所」25.0%の順、女性では、「通所のみ」57.7%、「訪問のみ」22.5%、「訪問＋通所」14.1%の順であった。男性では「訪問＋通所」の割合が、女性では「通所のみ」「短期入所のみ」の割合が、他の 3 群に比べ、最も高かった（図 4）。

次に、要介護 1・2 をみる。

男性では、「訪問＋通所」40.1%、「訪問のみ」29.9%、「通所のみ」20.3%の順、女性では、「通所のみ」34.3%、「訪問＋通所」32.8%、「訪問のみ」20.4%の順であった。

男性では「訪問＋通所」「訪問＋短期入所」の割合が、女性では「短期入所のみ」「訪問＋通所」「訪問＋通所＋短期入所」の割合が、他の 3 群に比べ、最も高かった（図 5）。

最後に、要介護 3〜5 をみる。

男性では、「訪問＋通所」51.7%、「通所のみ」19.5%、「訪問のみ」13.8%の順、女性では、「訪問＋通所」28.7%、「通所のみ」18.7%、「訪問のみ」14.0%の順であった。

男性では「短期入所のみ」「訪問＋通所」の割合が、女性では「短期入所のみ」「訪問＋短期入所」「通所＋短期入所」の割合が、他の 3 群に比べ、最も高かった（図 6）。

D. 考察

1） 要介護認知症高齢者における世帯構成とサービス受給の関係

要介護者認知症高齢者のサービス受給状況を、独居群と非独居群間で比較すると、

① 男性の要介護 1・2 の受給率をみると、「訪問介護」が 42.2 ポイント、「居宅療養管理指導」が 18.8 ポイント、「訪問看護」が 8.5 ポイント高かったのに対し、「地域密着型デイ」が 5.9 ポイント、「短期入所生活介護」が 4.8 ポイント、「通所介護」が 3.3 ポイント低かった。

② 女性の要介護 1・2 の受給率をみると、「訪問介護」が 24.4 ポイント、「居宅療養管理指導」が 16.9 ポイント、「福祉用具貸与」が 3.1 ポイント高かったのに対し、「通所介護」が 1.2 ポイント、「小規模多機能型居宅介護」が 1.0 ポイント低かった。

③ 男性の要介護 3〜5 の受給率をみると、「居宅療養管理指導」が 34.3 ポイント、「訪問介護」が 33.5 ポイント、「通所介護」が 17.4 ポイント高かったのに対し、「通所リハ」が 12.2 ポイント、「短期入所生活介護」が 7.8 ポイント、「訪問看護」が 7.5 ポイント低かった。

④ 女性の要介護 3〜5 の受給率をみると、「居宅療養管理指導」が 23.8 ポイント、「短期入所生活介護」が 10.0 ポイント、「訪問介護」が 5.8 ポイント高かったのに対し、「訪問看護」が 9.7 ポイント、「福祉用具貸与」が 7.5 ポイント、「通所リハ」が 5.2 ポイント低かった。

などであった。

独居認知症群は、非独居認知症群に比べ、男女とも訪問介護や居宅療養管理指導の受給率が高かったが、これは、①家族がいないために、家事援助に対する支援ニーズが高い（非独居の場合、家族が家事援助を担っている）、②通院が難しく、かつ、医学的管理に対するニーズが高い結果と考えられた。

また、要介護度が高くなると、通所介護や

短期入所生活介護（女性の場合）の受給率が高くなっていたが、これは、訪問系サービスだけでは生活維持が難しくなったためと考えられた。また、男女とも、訪問看護や通所リハなどの医療系サービスの受給率が相対的に低くなっていたが、これは支給限度額が影響している可能性が示唆された。

2） 独居要介護高齢者における認知症の有無とサービス受給の関係

独居要介護高齢者のサービス受給状況を、認知症の有無で比較すると、

① 男性の要介護 1・2 の受給率をみると、独居認知症群は、独居非認知症群に比べ、「通所介護」が 14.1 ポイント、「居宅療養管理指導」が 13.6 ポイント高かったのに対し、「福祉用具貸与」が 18.0 ポイント、「訪問介護」が 8.3 ポイント、「通所リハ」が 4.4 ポイント低かった。

② 女性の要介護 1・2 の受給率をみると、「居宅療養管理指導」が 20.2 ポイント「通所介護」が 16.4 ポイント高いのに対し、「福祉用具貸与」が 18.2 ポイント、「通所リハ」が 7.2 ポイント、「訪問看護」が 2.9 ポイント低かった。

③ 男性の要介護 3～5 の受給率をみると、「居宅療養管理指導」が 16.7 ポイント、「地域密着型デイ」が 12.6 ポイント、「訪問介護」が 4.0 ポイント高かったのに対し、「通所リハ」が 15.3 ポイント、「福祉用具貸与」が 7.5 ポイント、「訪問リハ」が 4.4 ポイント低かった。

④ 女性の要介護 3～5 の受給率をみると、「居宅療養管理指導」が 32.1 ポイント、「短期入所生活介護」が 21.2 ポイント、「通所介護」が 10.0 ポイント高かったのに対し、「福祉用具貸与」が 16.8 ポイント、「訪問介護」が 8.7 ポイント、「訪問看護」が 5.8 ポイント低かった。

などであった。

独居認知症群は、独居非認知症群に比べ、男女とも居宅療養管理指導の受給率が高かったが、これは、通院が難しく、かつ、医学的管理に対するニーズが高い結果と考えられた。また、訪問系だけでは在宅生活が困難なため、通所介護／地域密着型デイの受給率が高まり、逆に、支給限度額の関係から、福祉用具貸与や通所リハ、訪問看護の受給に制限が生じている可能性が示唆された。

E. 結論と今後の課題

先行研究から、独居認知症群は、非独居認知症群に比べ、在宅継続率が低いことが示されている[3)]。

本研究から、独居認知症群は、非独居認知症群に比べ、要介護 1・2 では居宅療養管理指導や訪問介護が、要介護 3～5 では居宅療養管理指導、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護（女性の場合）の受給率が高い一方で、通所リハや訪問看護などの医療系サービスの受給率が低い状況にあった。

在宅生活の継続を図るためにはどのような内容のサービスや支援が必要かの観点から、制度のあり方（支給限度額のあり方）やサービス／支援のあり方を再検討すべきと考える。

F. 研究発表

1．論文発表：なし

2．学会発表

1） 川越雅弘：市町村の事業マネジメントの現状・課題と機能強化に向けて～既存データを活用した現状分析支援例

の紹介～、第 47 回医療・福祉フォーラム_認知症対策と地域包括ケアシステム（2022 年 11 月 1 日）

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1．特許取得：なし
2．実用新案登録：なし
3．その他：なし

Reference

1） 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続に影響するリスク尺度開発に向けた文献レビュー．日本認知症ケア学会誌, 18(1)：188（2019）．
2） 中島民恵子：独居認知症高齢者の在宅生活継続のリスクに関する研究－介護支援専門員へのインタビュー調査を通してー．日本認知症ケア学会誌, 19(1)：254（2020）．
3） 川越雅弘：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．令和 4 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）報告書（2022）．

表 1. 基本特性

		独居認知症	非独居認知症	独居非認知症	非独居非認知症
合計	人	1,302	2,221	1,134	1,747
年齢(mean±SD)	歳	82.7±6.0	82.2±6.0	82.1±5.9	81.3±6.1
男性	人	284	961	224	708
女性	人	1,018	1,260	910	1,039
男性	%	21.8	43.3	19.8	40.5
女性	%	78.2	56.7	80.2	59.5
要支援1・2	人	91	91	676	735
要介護1・2	人	824	1,262	381	745
要介護3～5	人	387	868	77	267
要支援1・2	%	7.0	4.1	59.6	42.1
要介護1・2	%	63.3	56.8	33.6	42.6
要介護3～5	%	29.7	39.1	6.8	15.3
男性	人	284	961	224	708
年齢(mean±SD)	歳	82.7±6.0	82.2±6.0	82.1±5.9	81.3±6.1
要支援1・2	人	20	42	124	263
要介護1・2	人	177	548	82	319
要介護3～5	人	87	371	18	126
要支援1・2	%	7.0	4.4	55.4	37.1
要介護1・2	%	62.3	57.0	36.6	45.1
要介護3～5	%	30.6	38.6	8.0	17.8
女性	人	1,018	1,260	910	1,039
年齢(mean±SD)	歳	85.2±5.6	83.8±6.7	83.4±5.2	81.5±6.5
要支援1・2	人	71	49	552	472
要介護1・2	人	647	714	299	426
要介護3～5	人	300	497	59	141
要支援1・2	%	7.0	3.9	60.7	45.4
要介護1・2	%	63.6	56.7	32.9	41.0
要介護3～5	%	29.5	39.4	6.5	13.6

表２.性別要介護度別にみたサービス種類別受給率
（対象：独居認知症群）

a）男性

	要支援1・2	要介護1・2	要介護3～5
	n=20	n=177	n=87
訪問介護	0.0	58.8	54.0
訪問入浴介護	0.0	0.0	1.1
訪問看護	0.0	25.4	23.0
訪問リハ	0.0	2.8	1.1
通所介護	0.0	45.8	63.2
通所リハ	15.0	9.0	6.9
福祉用具貸与	35.0	50.3	75.9
短期入所生活	0.0	2.8	12.6
短期入所療養	0.0	0.0	1.1
居宅療養管理指導	10.0	35.6	66.7
認知症デイ	0.0	1.1	2.3
定期巡回随時対応	0.0	0.6	0.0
看護小規模多機能	0.0	0.6	1.1
地域密着型デイ	0.0	11.3	12.6
小規模多機能型	5.0	1.7	0.0

b）女性

	要支援1・2	要介護1・2	要介護3～5
	n=71	n=647	n=300
訪問介護	2.8	43.6	35.3
訪問入浴介護	0.0	0.2	3.7
訪問看護	11.3	16.8	19.7
訪問リハ	2.8	1.5	3.0
通所介護	1.4	48.5	47.3
通所リハ	5.6	10.2	8.7
福祉用具貸与	33.8	56.7	71.3
短期入所生活	1.4	7.7	31.3
短期入所療養	0.0	0.5	0.7
居宅療養管理指導	9.9	36.6	67.7
認知症デイ	0.0	0.5	2.3
定期巡回随時対応	0.0	0.8	1.0
看護小規模多機能	0.0	0.6	2.3
地域密着型デイ	0.0	18.4	11.7
小規模多機能型	0.0	1.7	4.3

図１．性別にみたサービス種類別受給率の４群間比較（要支援１・2）

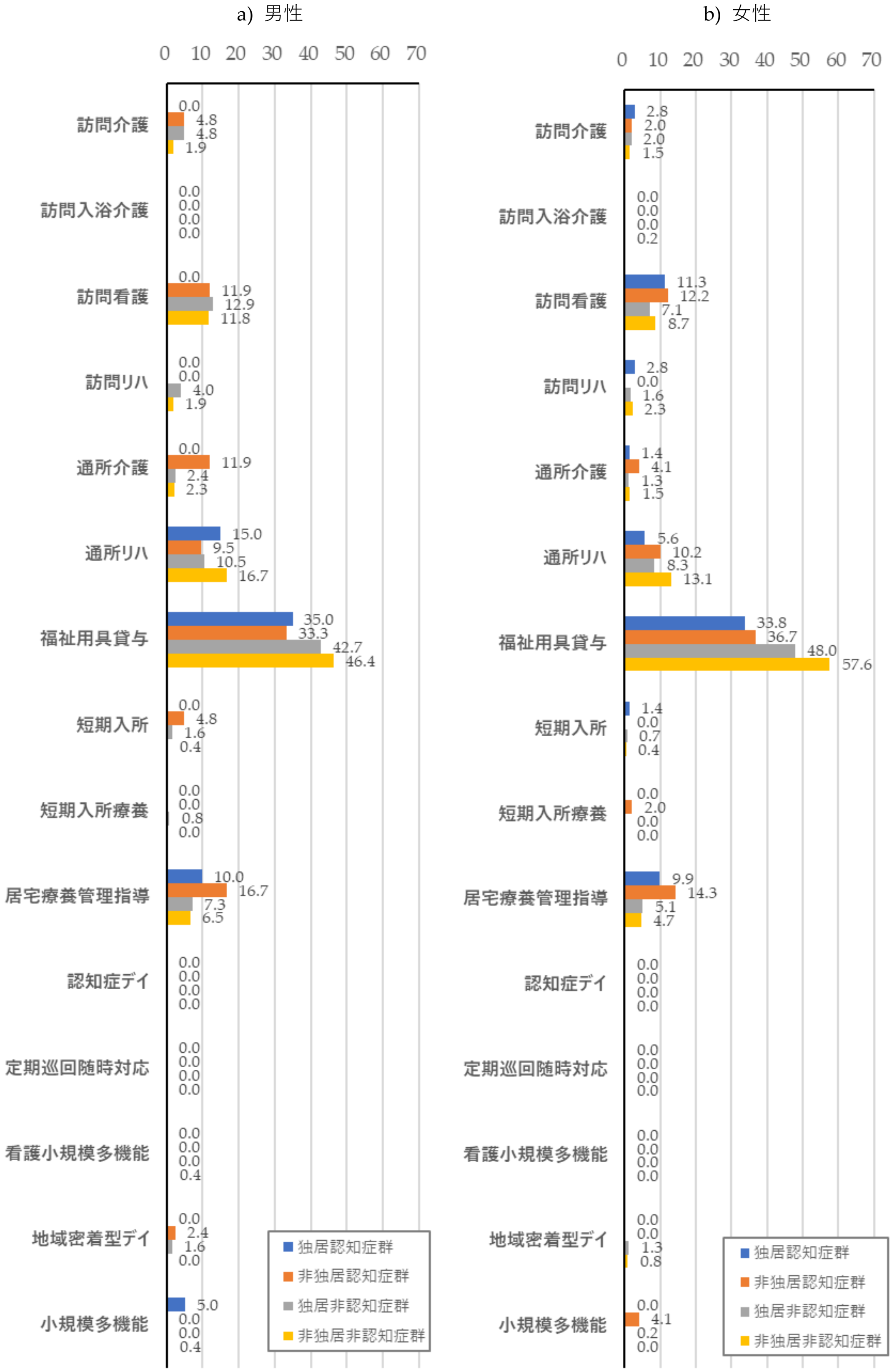
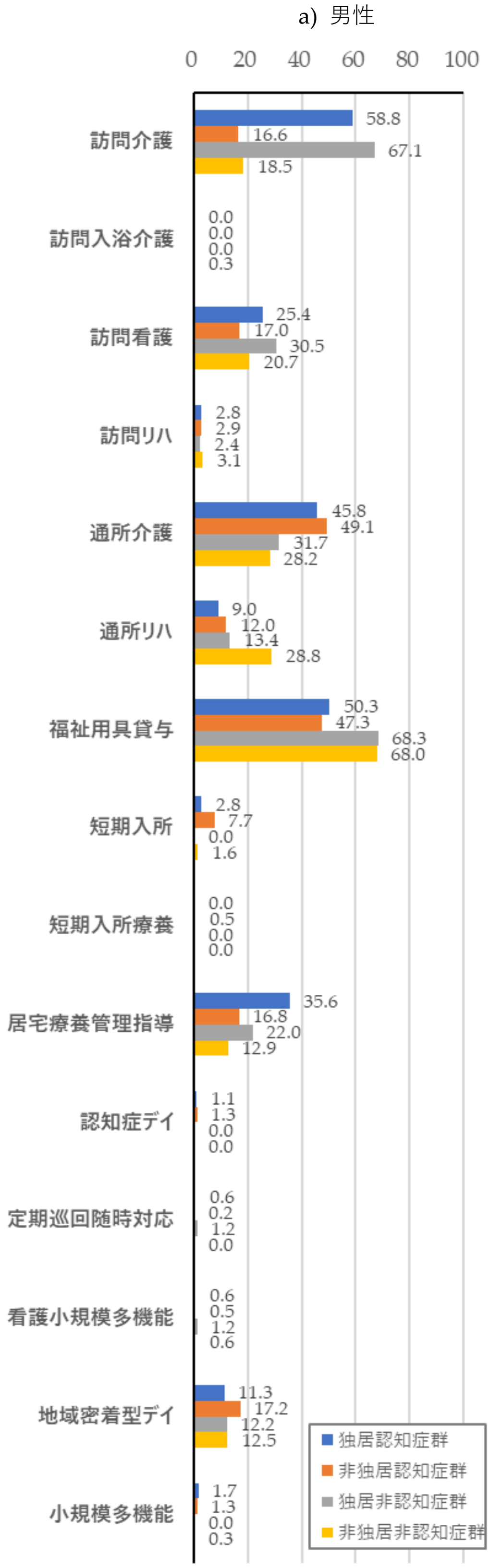


図２．性別にみたサービス種類別受給率の４群間比較（要介護１・2）



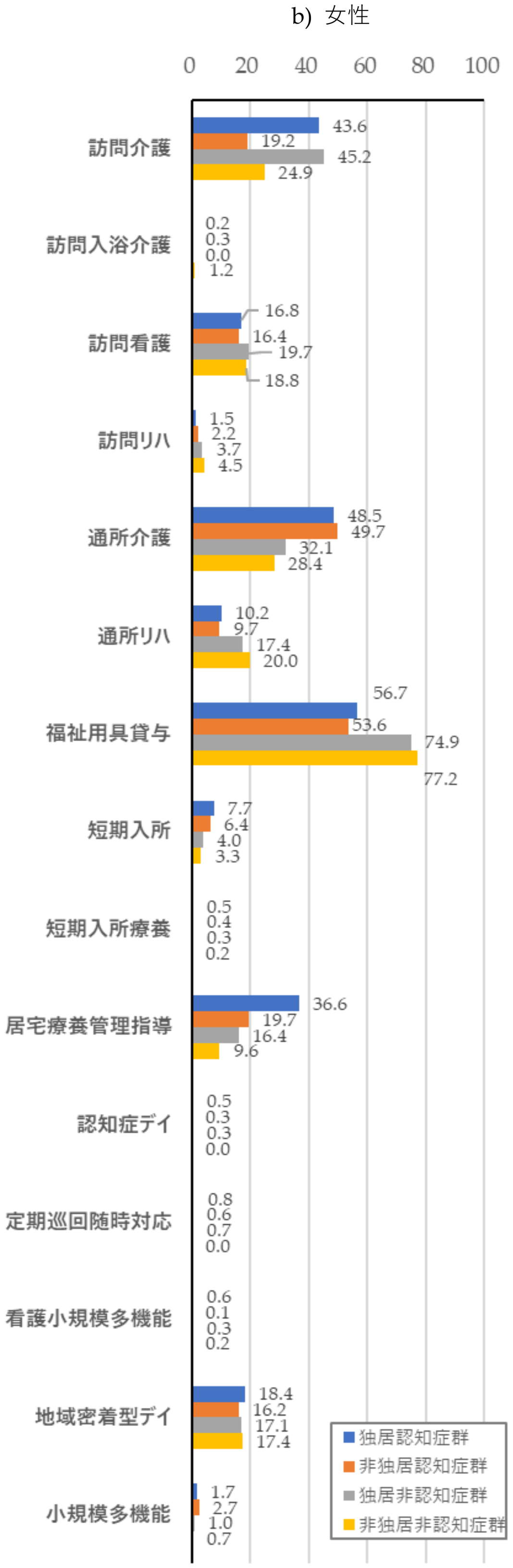


図３．性別にみたサービス種類別受給率の４群間比較（要介護 3～5）

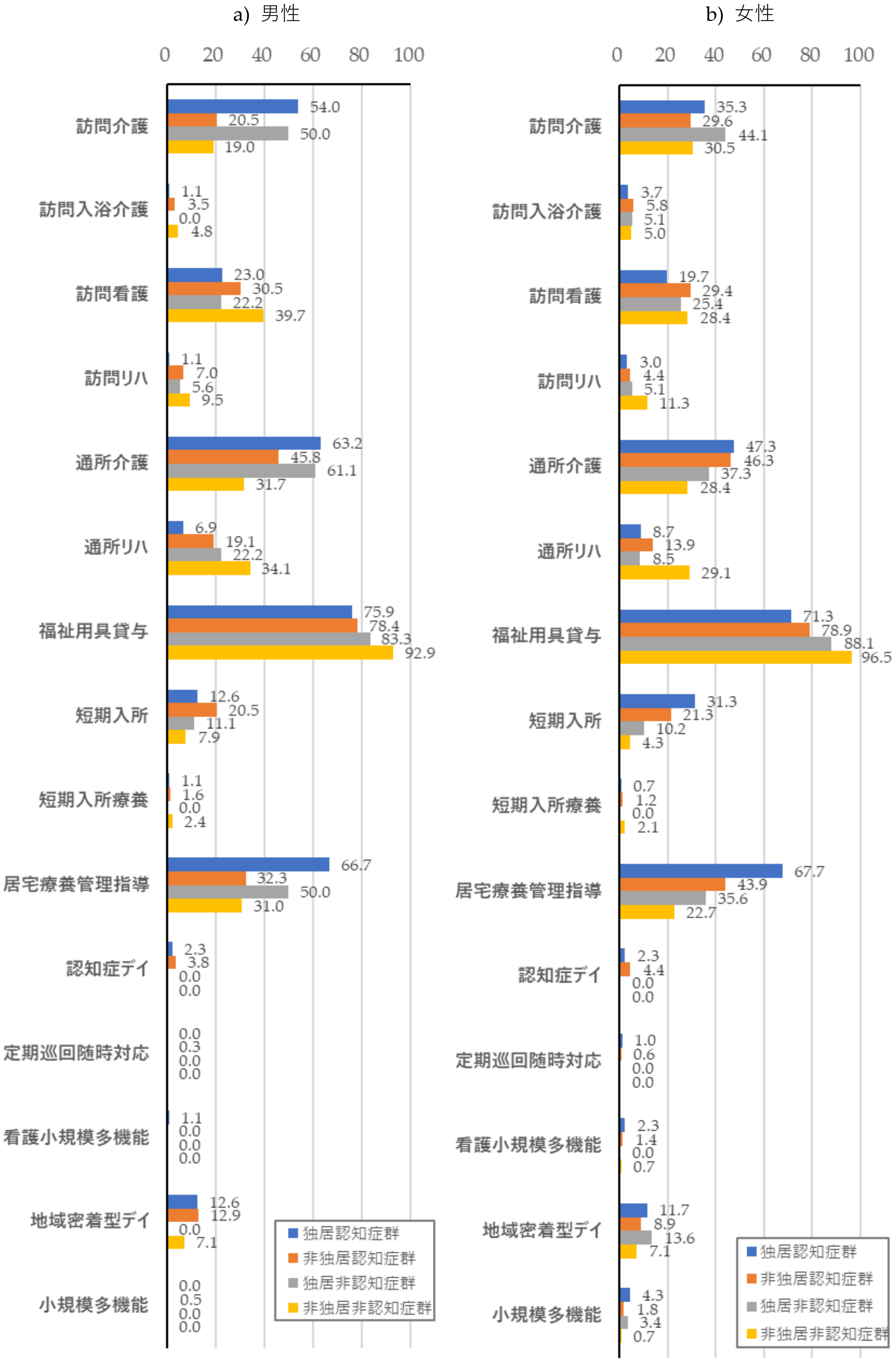


図４．性別にみたサービス組合せ状況の４群間比較（要支援１・2）

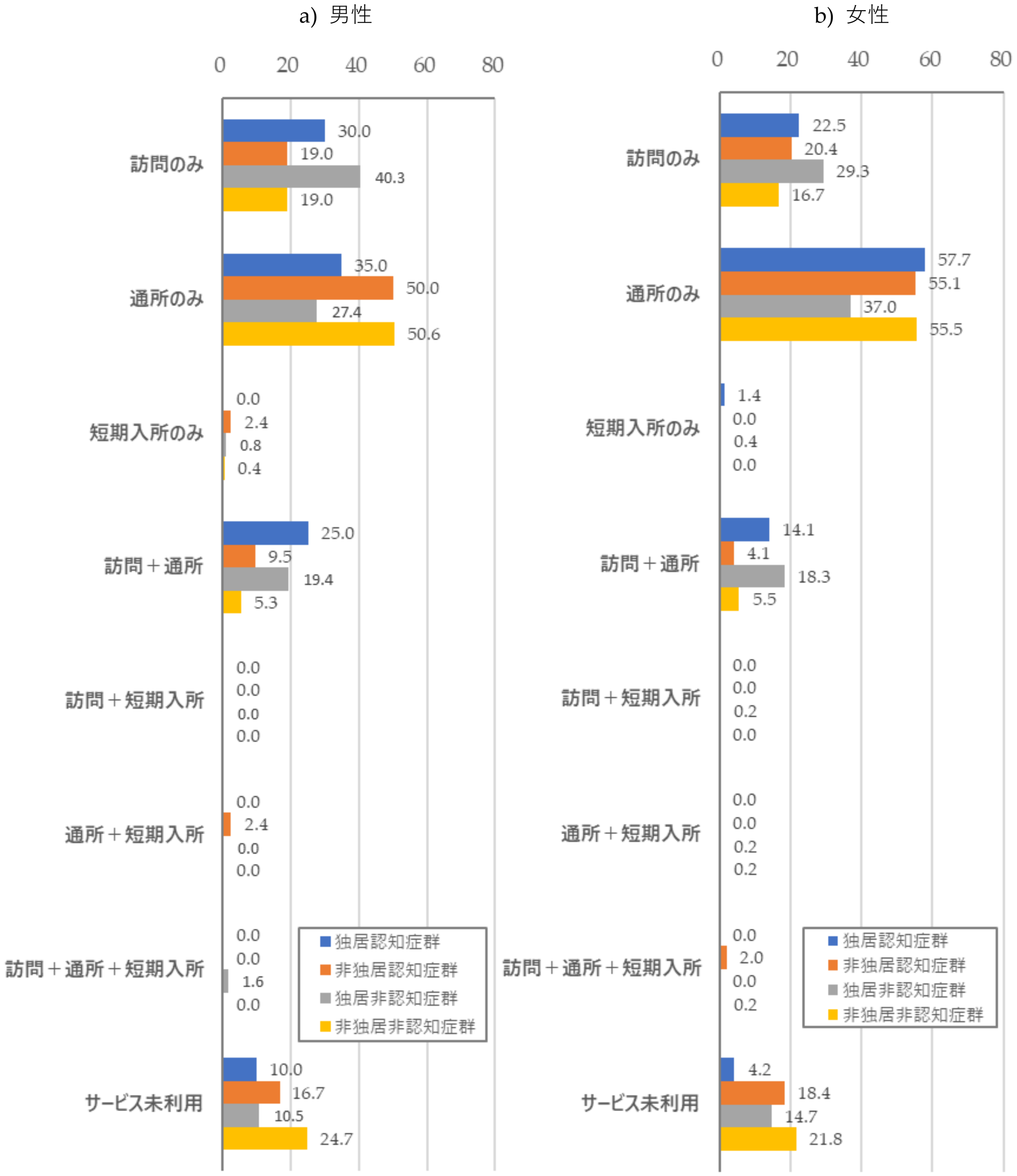


図５．性別にみたサービス組合せ状況の４群間比較（要介護１・2）

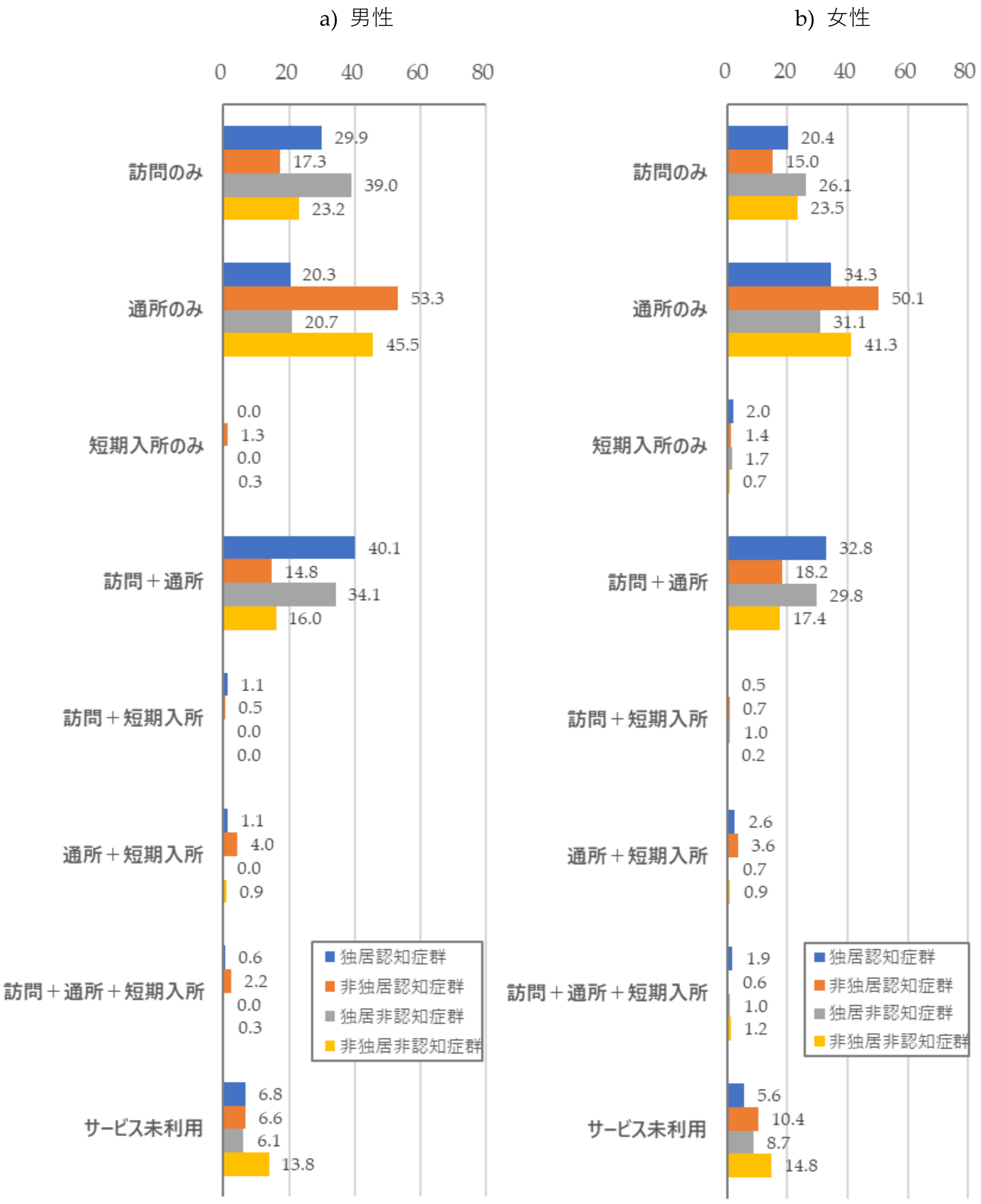
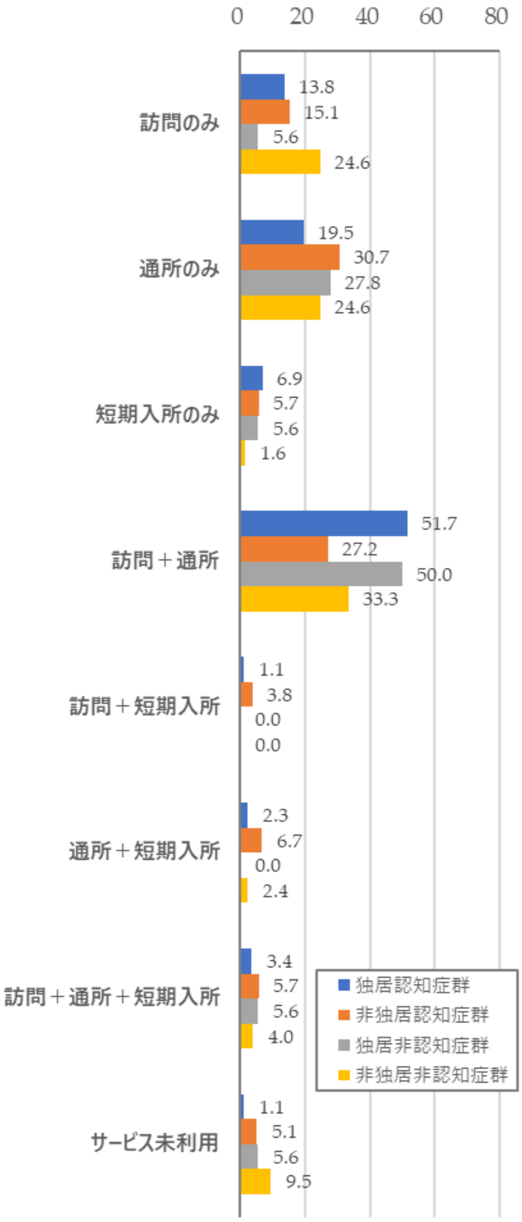
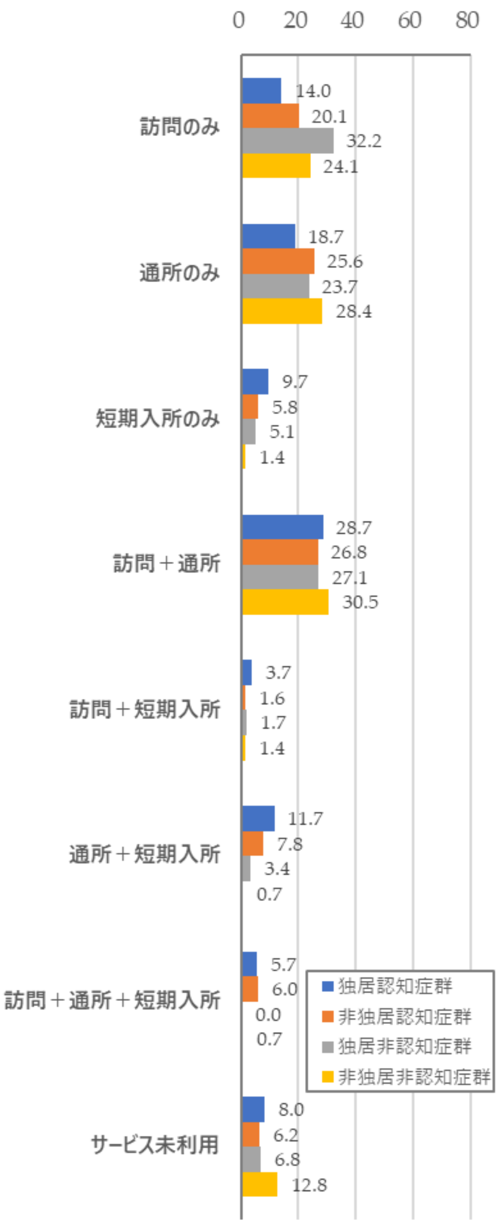


図６．性別にみたサービス組合せ状況の４群間比較（要介護 3～5）

a) 男性



b) 女性



Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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
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
粟田主一	もの忘れを自覚するようになった．Ⅲ.ヒントとなる症状と鑑別診断．精神疾患診療	日本医師会雑誌	151特別号(2)	S82-S83	2022.
粟田主一	認知症とともに生きる社会の実現に向けて．特集：認知症とともに生きる	作業療法ジャーナル	56(12)	1229-1233	2022
粟田主一	地域生活の継続に必要な社会的支援につなぐコーディネーションとネットワーキング．「高島平ココからステーション」/東京都板橋区．近藤尚巳，五十嵐歩編	認知症plus地域共生社会		146-149	2022
粟田主一	【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】認知症初期集中支援チームとは	老年精神医学雑誌	33(8)	749-755	2022
粟田主一	若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性	公衆衛生	86(10)	852-859	2022
粟田主一	【認知症対策と地域包括ケアシステム】地域包括ケアシステムの深化と認知症対策　地域包括ケアシステムのさらなる深化に向けて　認知症とともに暮らせる社会環境をつくる	地域ケアリング	24(13)	38-48	2022
粟田主一	【認知症　レジデントが知っておきたい診断や治療のコツ!】(Vignette 3)さまざまな対応　さまざまな施設との連携　認知症疾患医療センター	精神科Resident	3(4)	284-285	2022

杉山美香，岡村毅，井藤佳恵，山下真里，粟田主一	妄想性障害をもつ高齢女性への地域におけるインフォーマルな医療外の支援の実際	老年精神医学雑誌	33(5)	497-506	2022
岡村毅，杉山美香，稲垣宏樹，井藤佳恵，粟田主一	基礎自治体と研究者が協働するための臨床知　東京都X区での高齢住民の10年間の調査研究から	日本認知症ケア学会誌	21(2)	343-350	2022
稲垣宏樹，杉山美香，井藤佳恵，佐久間尚子，宇良千秋，宮前史子，岡村毅，粟田主一	郵送法による地域在住高齢者の包括的な健康評価と将来的な要介護・認知症状態への移行との関連	日本公衆衛生雑誌	69(6)	459-472	2022
岡村毅，的場由木，佐藤幹夫，水田恵，粟田主一	住まいと生活支援が生活困窮高齢者の身体的健康、精神的健康、社会的関係に及ぼす効果	日本老年医学会雑誌	59(3)	381-383	2022
古田光，田中稔久，扇澤史子，松井仁美，大森佑貴，粟田主一，鳥羽 研二	日本語版Dementia Behavior Disturbance Scale短縮版(DBD13)の用語の変更と等価性の検討	日本老年医学会雑誌	59(3)	384-387	2022
粟田主一	【高齢者の社会的孤立・孤独とメンタルヘルス】社会的孤立・孤独の概念と今日的課題(解説).	老年精神医学雑誌	34(2)	109-116,	2023
Miyamae F, Taga T, Okamura T, Awata S.	Toward a society where people with dementia 'living alone' or 'being a minority group' can live well	Psychogeriatric	22(4)	586-587	2022
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	Psychogeriatric	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
Tsuda S, Inagaki H, Okamura T, Sugiyama M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Ura C, Sakuma N, Awata S.	Promoting cultural change towards dementia friendly communities: a multi-level intervention in Japan.	BMC Geriatr	22(1)	360	2022
Ura C, Okamura T, Taga T, yanagisawa C, Yamazaki S, Shimmei M.	Living for the city: Feasibility study of a dementia-friendly care farm in an urban area.	Int J Geriatr Psychiatry	37(9)	5794	2022
Takase A, Matoba Y, Taga T, Ito K, Okamura T.	Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system.	BMC Health Serv Res.	22(1)	1400	2022
Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, Edahiro A, Awata S.	Living alone, cognitive function, and well-being of Japanese older men and women: a cross-sectional study.	Health & Social Care in the Community		7183821	2023
津田修治	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(3)	230-234	2022
Ito K, Okamura T, Tsuda S, Ogisawa F, Awata S	Ito K, Okamura T, Tsuda S, Ogisawa F, Awata S. Characteristics of complex cases of community-dwelling older people with cognitive impairment: A classification and its relationships to clinical stages of dementia	Geriatr Gerontol Int	22(12)	997-1004	2022

井藤佳恵	特集【認知症の人の地域生活継続を支えるために】独居認知症高齢者は地域生活の継続が困難なのか？	認知症ケア事例ジャーナル	15(2)	162-9	2022
井藤佳恵	特集【精神科臨床ライブ】地域精神保健・アウトリーチ　不動産を買いすぎて貯金が底をつきました	精神科治療学	37増刊号	376-80	2022
井藤佳恵，池本正平、，木村亜希子	終末期にある統合失調症患者の意思決定への関わり	こころの科学	226	113-8	2022
井藤佳恵	特集【"認知症 併存疾患" アプローチの最前線】認知症診療の一般方針　終末期医療	内科	129(6)	1299-301	2022
井藤佳恵	特集【老年精神医療と臨床倫理】特集にあたって　老年精神医療の臨床における倫理的課題	老年精神医学雑誌	33(6)	539-44	2022
井藤佳恵	【認知症初期集中支援チームの現状と精神科医の役割】困難事例　ためこみ症/いわゆる「ごみ屋敷」	老年精神医学雑誌	33(8)	806-10	2022
井藤佳恵	「認知症の人の口を支えるために」　認知症医療・ケアにおける医科歯科連携と多職種連携	老年歯科医学	36(4)	300-3	2022
井藤佳恵	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)	270-5	2022
井藤佳恵	特集【高齢者の精神科コンサルテーション・リエゾン（CLP）】意思決定支援のあり方についてー精神医学的立場からー	老年精神医学雑誌	33(1)	64-70	2022

堀田聰子，大村綾香，津田修治，大森千尋.	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】認知症とともに一人で暮らす高齢者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
大塚理加	地域高齢者の災害準備の現状と課題 JAGES2019による検討	地域安全学会論文集	41	73-81	2022
Kikuchi,K., Ooguchi,T., Ikeuchi,T. and Awata,S.	Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan.	Geriatr Gerontol Int.	23(5)	362-365	2023

資料：分譲マンションにおける独居認知症高齢者等に関する対応マニュアルの指針－分譲マンションにおける独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に関する研究

研究協力者　角田光隆　神奈川大学法学部・教授

研究要旨

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等の対応マニュアルの指針の一つとして、独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に焦点を当てた。これを明らかにするために、多角的な視点から考察した。多角的な視点とは、①区分所有者その他の居住者等からの視角、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・司法等からの視角、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である。各視角は法律的な観点だけでなく、分野横断的な観点を考慮する。分譲マンションの区分所有者の団体である管理組合の独居認知症高齢者等の対応マニュアルを作成するので、これらの視角の中で②管理組合からの視角を中心に置いた。

独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成を考察するために、マンション管理計画認定基準の一般的な基準および自治体独自の基準、建物の区分所有等に関する法律の改正で提案されている管理不全専有部分管理制度を考慮した。

その上で、多角的な視点から捉えた管理組合の独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成のために、名簿の作成と更新・確認、災害への備えおよびリスク管理、コミュニティづくり、認知症高齢者とコミュニティづくり、自治体等による避難行動要支援者に対する支援、災害時における認知症高齢者の配慮に関する事項を考慮した。

１．はじめに

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等の対応マニュアルの内容は多方面の分野に及ぶ。本研究は、この中の重要な部分である独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に焦点を当てる。

災害対策が実際に十分に効果を上げるためには、良好なコミュニティが形成できていることが寄与する。良好なコミュニティの形成をするためには、防災が最も良い動機づけとなる。両者は、相互依存の関係にある。

コミュニティの形成は防災の分野だけに留まらず、防災以外のマンション内の活動に好影響を与える。

独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成を明らかにするために、多角的な視点から考察する。

多角的な視点とは、①区分所有者その他の居住者等からの視角、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・司法等からの視角、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である。各視角は法律的な観点だけでなく、分野横断的な観点を考慮する。

分譲マンションの区分所有者の団体であ

る管理組合の独居認知症高齢者等の対応マニュアルを作成するので、これらの視角の中で②管理組合からの視角を中心に置く。管理組合を中心に置いて、区分所有者その他の居住者等、管理会社等、医療・福祉・介護の行政・司法等、近隣住民・自治会・町内会その他の公共団体・民間事業者等とのつながりを考慮する。

この考察において、2022 年 4 月から実施されたマンション管理計画認定制度と現在進行中である建物の区分所有等に関する法律の改正を参考にする。

２．マンション管理計画認定基準

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に関する管理組合の独居認知症高齢者等の対応マニュアルの作成において、マンション管理計画認定基準を考慮する。

マンション管理計画認定制度における認定基準は、一般的な基準と自治体独自の基準がある。

２．１　一般的な基準

一般的な基準の中で参考となる事項は、次のとおりである。

「マンションの適切な管理のため、管理規約において災害等の緊急時や管理上必要なときの専有部の立ち入り、修繕等の履歴情報の管理等について定められていること」の中の災害等の緊急時に専有部に立ち入ること。

「管理組合がマンションの区分所有者等への平常時における連絡に加え、災害等の緊急時に迅速な対応を行うため、組合員名簿、居住者名簿を備えているとともに、一年に一回以上は内容の確認を行っていること」である。(1)

２．２　自治体独自の基準

一般的な基準の追加事項となる自治体独自の基準の中で参考となる事項は、次のとおりである。

福岡県北九州市と福岡県福岡市の「防災計画の作成や防災訓練等、防災に向けた取組みを実施していること」(2)

愛知県と愛知県豊田市の「防災に関する以下の取組のうち一つ以上を管理組合として実施していること。ア 自主防災組織を組織　イ 災害時の対応マニュアルを作成　ウ 防災用品や医療品・医薬品を備蓄　エ 非常食や飲料水を備蓄　オ 防災用名簿を作成　カ 定期的に防災訓練を実施　キ その他管理組合として実施する防災に関する取組」(3)

広島県の「・土砂災害に対する擁壁の整備等の土砂災害対策の実施について，管理組合の総会等において検討が行われていること（土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の推進に関する法律（平成 12 年法律第 57 号）第９条第１項の規定による土砂災害特別警戒区域の指定前に建築基準法に基づく確認済証の交付及び着工されたマンションに限る。）

・ハザードマップ等により，マンションが立地している場所の災害リスク（洪水・土砂災害リスク等）を周知していること

・災害の種類に応じた避難場所及び避難経路を周知していること

・県や市町が行う防災の取組（マイ・タイムラインの作成等）を周知していること」(4)

大阪府堺市の「マンションの防災上の特色や管理組合等が行う防災対策等について『防災アクションプラン』として明文化し、これを管理規約等に定めること。」(5)

兵庫県の「年１回以上の防災訓練の実施に加え、災害対応マニュアル等の作成・配布や災害時に必要となる道具・備品・非常食類の備蓄等の災害対策が講じられていること」(6)

東京都板橋区の「管理組合がマンションの区分所有者等への平常時における連絡に加え、災害等の緊急時に迅速な対応を行うため、区分所有者名簿（組合員名簿)、居住者名簿、要援護者名簿等を備えており、１年に１回以上は内容の確認を行っていること」の中の要援護者名簿等を備えており、一年に一回以上は内容の確認を行っていること

「地震、火災等の災害への備え及びリスク管理を行っており、自主防災組織（災害対策基本法第２条の２第２号に規定する自主防災組織をいう。）の結成又は防災訓練の実施、防災資機材及び備蓄物資の整備、要援護者等の把握等を行っていること」

「マンションの状況及び環境に応じた必要な危機管理マニュアルが整備等されていること」

「マンション内で組織する自治会を設置していること又は自治会の設置について計画していること若しくは当該マンションの所在する地域の町会・自治会等へ区分所有者及び居住者等が加入していること

上記に該当しない場合は、マンション内でコミュニティが形成される活動を行っていること」(7)

福岡県北九州市の「地域活動への積極的参画又は協力や、孤独・孤立の防止に向けた見守り・声かけ等の活動により、周辺地域又はマンションの居住環境の維持・向上に努めていること」である。(8)

３．建物の区分所有等に関する法律の改正

法制審議会区分所有法制部会第 1 回会議における区分所有法制の見直しに当たっての検討課題において、区分所有建物の管理に特化した財産管理制度を設ける利点として、「区分所有者が専有部分や共用部分の適切な管理をせず、管理不全状態となって他の区分所有者や近隣の住民等に被害を及ぼす場合に、財産管理人を選任することができれば、継続的で柔軟な管理を行うことが可能になる」とする。(9)

法制審議会区分所有法制部会第 5 回会議において、管理不全専有部分管理制度が採り上げられている。(10) この提案のきっかけとなっている事態は、専有部分にゴミが集積されたり、専有部分の配管が腐食したまま放置されて、共用部分、他の区分所有者の専有部分、区分所有建物の近隣住民に不利益が及ぶ場合である。ゴミが集積される場合には、認知症の影響により専有部分がゴミ屋敷となる場合も含まれていると考えられる。ゴミが集積すると、火災になる可能性があるので、区分所有建物の管理に特化した財産管理制度は、火災の防止に役立つ制度である。

この手続きの請求権者には、管理不全状態によって被害を受ける可能性のある他の区分所有者、区分所有建物の近隣住民、管理者、管理組合法人などが考えられている。(11) 管理組合が請求権者に入っていることが明らかである。

４．多角的な視点から捉えた管理組合の独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成

前記２と３から管理組合の役割が防災とコミュニティの形成の場合にあることが分かる。したがって、分譲マンションにおける管理組合の独居認知症高齢者等の対応マニュアルを作成するためには、防災とコミュニティの形成に関連するマンション管理計画認定基準と区分所有建物の管理に特化した財産管理制度を踏まえて行う必要がある。

４．１　名簿の作成と更新・確認

マンション管理計画認定基準における一般的な基準によれば、平常時における連絡に加え、災害等の緊急時に迅速な対応を行うため、組合員名簿、居住者名簿を備えているとともに、一年に一回以上は内容の確認を行っていることが求められている。この基準に加えて、自治体独自の基準によれば、愛知県と愛知県豊田市の防災用名簿を作成することや東京都板橋区の要援護者名簿等を備えることが求められている。東京都板橋区では、名簿の取扱いに関する規定を定め、名簿を適正に管理組合が保管および利用していることが求められている。

したがって、区分所有者名簿（組合員名簿）、居住者名簿、要援護者名簿等を備えて、一年に一回以上は内容の確認を行っていること、名簿の取扱いに関する規定を定め、名簿を適正に管理組合が保管および利用していることが望ましい基準であると言うことができる。

４．２　災害への備えおよびリスク管理

東京都板橋区では、地震、火災等の災害への備えおよびリスク管理を行っており、自主防災組織（災害対策基本法第２条の２第２号に規定する自主防災組織をいう。）の結成または防災訓練の実施、防災資機材および備蓄物資の整備、要援護者等の把握等を行っていることが求められている。この基準に関連して、マンションの状況および環境に応じた必要な危機管理マニュアルの整備等がされていることが求められている。

したがって、災害への備えおよびリスク管理を行っていること、自主防災組織の結成、防災訓練の実施、防災資機材および備蓄物資の整備、要援護者等の把握等を行っていること、危機管理マニュアルが整備等されていることが望ましい基準であると言うことができる。

危機管理マニュアルの作成においては、東京都板橋区の「マンション防災マニュアル作成の手引き」(12)、東京都荒川区の「マンションですすめる防災対策の手引き」(13)、東京都目黒区の「マンション防災マニュアルの手引き」(14)、東京都江戸川区の「みんなで取り組むマンション防災」(15)などが参考になる。

東京都板橋区の「マンション防災マニュアル作成の手引き」は、防災活動とコミュニティづくりに関連して、防災専門の態勢と人員の確保、自主防災組織の設置、居住者名簿の作成、　災害時要援護者の把握と支援、防災訓練等の計画と実施、マンション内のコミュニティづくり、地域との連携、地域の行事、祭への参加と協力を指摘している。(16)

４．１名簿の作成と更新・確認は、この「マンション防災マニュアル作成の手引き」に含まれており、災害への備えおよびリス

ク管理にとって意義がある。

４．３　コミュニティづくり

東京都板橋区では、マンション内で組織する自治会を設置していること、または、自治会の設置について計画していること、もしくは、当該マンションの所在する地域の町会・自治会等へ区分所有者及び居住者等が加入していることが求められ、これらに該当しない場合は、マンション内でコミュニティが形成される活動を行っていることが求められている。

前述した東京都板橋区の「マンション防災マニュアル作成の手引き」は、防災活動とコミュニティづくりの重要性を指摘している。

たとえば、マンション内のコミュニティづくり、地域との連携、地域の行事・祭への参加と協力を挙げている。マンション内のコミュニティづくりのために、防災訓練後の懇親会、日頃からの声掛けや挨拶を挙げる。地域との連携として、地域の住民防災組織（町会・自治会を母体とした防災組織など）、近隣の避難所・避難場所との連携、地域の住民防災組織の防災訓練に参加したり、逆にマンションの防災訓練に参加してもらうことを挙げる。地域の行事・祭への参加と協力として、地域の町会・自治会名や地域で実施される行事・祭事を把握すること、地域の行事・祭事をマンション内の居住者に知らせること、地域住民に対してマンションが行う行事に参加するように促すことを挙げる。(17) これらの点に多角的な視点が入っている。

また、愛知県豊橋市は、防災訓練・防災コミュニティに熱心に取り組んでいる。防災コミュニティの推進～地域の絆づくり～を提案し、防災コミュニティマップ作成の手引きを作成している。(18) この場合にも多角的な視点が入っている。

東京都板橋区と同様の方向は、福岡県北九州市の認定基準である地域活動への積極的参画または協力や、孤独・孤立の防止に向けた見守り・声かけ等の活動により、周辺地域またはマンションの居住環境の維持・向上に努めていることに見られる。

この条件に、防災計画の作成や防災訓練等、防災に向けた取組みを実施していることを加えた福岡県北九州市独自のマンション管理計画認定制度の認定事例が令和 5 年 3 月に現れている。(19)

したがって、災害への備えおよびリスク管理とコミュニティづくりは密接に結び付いていると言える。

東京都板橋区のコミュニティづくりに関するマンション管理計画認定制度の認定基準は、東京都板橋区良質なマンションの管理等の推進に関する条例第 25 条に裏付けられる。

東京都板橋区良質なマンションの管理等の推進に関する条例と類似の条例には、江戸川区住宅等整備事業における基準等に関する条例第 36 条、東京都台東区集合住宅の建築及び管理に関する条例第 19 条の 2、東京都北区集合住宅の建築及び管理に関する条例第 16 条、豊島区中高層集合住宅建築物の建築に関する条例第 21 条、荒川区住宅等の建築に係る住環境の整備に関する条例第 21 条、墨田区分譲マンションの適正管理に関する条例第 22 条、亀岡市宅地開発等に関する条例第 14 条、足立区集合住宅の建築及び管理に関する条例第 29 条、松江市中高層

建築物の建築に係る手続に関する条例第 3 条、川口市マンション管理適正化推進条例第 17 条・第 18 条がある。これらの自治体の条例も、コミュニティづくりに配慮している。

福岡県北九州市の認定基準の一つである孤独・孤立の防止に向けた見守り・声かけ等の活動には、平成 18 年・19 年に発生した孤立死などを受けて平成 20 年度から開始した「いのちをつなぐネットワーク」が背景にあると考えられる。この事業は「見つける」「つなげる」「見守る」をキーワードに、「支援を必要とする人に対して適切なサービスを提供すること（個別支援）と「必要なサービスにつなげるまでの気づきや見守りなどの仕組みを確立すること（地域福祉ネットワークの充実・強化）」を柱としている。（20）

福岡県北九州市の「いのちをつなぐネットワーク」のような取組みは、他の自治体の孤立・孤独を防止する条例などに見られる。

たとえば、足立区孤立ゼロプロジェクト推進に関する条例、河内長野市孤立死防止条例、鳥取県孤独・孤立を防ぐ温もりのある支え愛社会づくり推進条例、中野区地域支えあい活動の推進に関する条例、由仁町地域支え合い活動の推進に関する条例、栃木市地域支え合い活動推進条例、黒石市高齢者の見守り活動の推進に関する条例、いきいきこだいら高齢者見守りの輪条例、横浜市地域の絆をはぐくみ、地域で支え合う社会の構築を促進する条例、新潟県人と人との絆づくり条例、湯河原町人と地域の絆を育む条例、徳島県人と人との絆を紡ぐ条例、大和市おひとりさま支援条例が制定されている。これらの自治体も、人と人とのつながりの形成に配慮している。

４．４　認知症高齢者とコミュニティづくり

４．２防災活動とコミュニティづくりや４．３孤独・孤立の防止に向けた見守り・声かけ等の活動の対象となる人には、認知症高齢者なども含まれる。

東京都の世田谷区認知症とともに生きる希望条例第 10 条は、区民が認知症になってからも孤立せず、社会参加ならびに健康の保持および増進の機会および権利が守られるような施策を実施するとする。本条例は、認知症の人の孤立に着目し施策を実施している。

この第 10 条を含めた施策は、世田谷区認知症とともに生きる希望計画において具体化されている。主な取組みは、希望条例の考え方・理解を深める取組み、本人発信・社会参加の推進、「備え」の推進：「私の希望ファイル」、地域づくりの推進、暮らしと支えあいの継続の推進である。（21）

世田谷区認知症とともに生きる希望条例と類似の条例には、大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例、神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例、設楽町認知症の人にやさしい地域づくり基本条例、愛知県認知症施策推進条例、御坊市認知症の人とともに築く総活躍のまち条例、浜田市認知症の人にやさしいまちづくり条例、知多市認知症施策推進条例、名古屋市認知症の人と家族が安心して暮らせるまちづくり条例、東浦町認知症にやさしいまちづくり推進条例、草津市認知症があっても安心なまちづくり条例、河内長野市認知症と共に生きるまちづくり条例、大和市認知症１

万人時代条例、臼杵市みんなで取り組む認知症条例、渋川市認知症とともに生きる地域ふれあい条例、浦安市認知症とともに生きる基本条例、京丹後市認知症とともに生きるまちづくり条例、明石市認知症あんしんまちづくり条例、三田市認知症の人と共に生き支え合うまちづくり条例、富田林市認知症と伴にあゆむ笑顔のまち条例がある。これらの自治体も、認知症高齢者などのコミュニティづくりに配慮している。

４．５　自治体等による避難行動要支援者に対する支援

東京都千代田区は、高齢者等の災害弱者などのための救援を行っている。このために千代田区安心生活見守り台帳を作成している。これは、一人暮らしや高齢者だけで暮らす世帯などを対象としている。安心生活見守り台帳に登録した者のうち災害発生時に自力で避難することが難しい者を対象とした避難行動要支援者名簿がある。この名簿を活用した平常時の見守り活動や災害時の避難行動要支援者の安否確認、避難所誘導、救出救援活動が行われている。(22) これとともに、緊急時・災害時の避難に関する個別避難計画が実施されている。(23)

兵庫県は、令和 3 年の災害対策基本法の改正に伴い、ひょうご防災減災推進条例第 3 条において、市町の取組みとして災害対策基本法第 49 条の 14 第 1 項に規定する個別避難計画の作成等の災害対策基本法第 49 条の 10 第 1 項に規定する避難行動要支援者その他の特に配慮を要する者を支援する事業を定めている。

また、兵庫県は、ひょうご防災減災推進条例第 5 条 2 項において、自主防災組織等が個別避難計画の作成への参画および当該計画に基づく防災訓練等に取り組むことを定めている。

したがって、マンションに自主防災組織ができれば、市町が個別避難計画の作成等の事業を行う際には、自主防災組織は、個別避難計画の作成への参画および当該計画に基づく防災訓練等に取り組むことになる。

兵庫県は、従来の災害時要援護者支援指針を改定し、令和 4 年 3 月に災害時における要配慮者支援指針を策定した。(24) 本指針は、市町等における要配慮者支援のための日頃の備えと災害時の迅速かつ的確な取組みのためのガイドラインであり、全ての市町等において優先度の高い避難行動要支援者の個別避難計画の作成ができることを考慮しているとする。(25)

本指針における要配慮者とは、高齢者、身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者、妊産婦、乳幼児・児童、日本語に不慣れな外国人等であり、この中に認知症の人が含まれ、認知症高齢者の特徴的なニーズが指摘されている。(26)

本指針は、防災と福祉の連携を考慮しつつ地域との連携を重視し、平常時、災害発生前、災害発生後を通じた切れ目のない要配慮者支援を行う体制づくりを考えている。本指針は、要配慮者対策における各主体の主な役割や地域における避難支援体制の整備も指摘している。(27) これらの点に多角的な視点が入っている。

本指針は、個別避難計画において心身の状況、情報取得や判断への支援の必要な程度、独居等の居住の実態と社会的孤立の状況などを考慮し、避難情報の伝達において要配慮者への配慮に言及している。(28)

本指針は、避難所における要配慮者への配慮や要配慮者に対する生活支援に関する説明を行っている。(29)

本人・地域（自主防災組織や自治会等）で個別避難計画を作成する際の手引として避難行動要支援者のための個別避難計画作成の手引きがある。(30) ここに多角的な視点が入っている。

４．６　災害時における認知症高齢者の配慮

４．５で述べた自治体等による避難行動要支援者に対する支援においては、災害時における認知症高齢者の配慮について具体的なことが書かれていなかった。したがって、他の取組みを参照しておくことにする。

たとえば、日本認知症学会 被災者支援マニュアル作成ワーキンググループ編の『被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜介護用＞ 2 版』がある。(31)

介護家族や介護職が提供する本人への支援として、不安への対応、興奮・暴言・暴力への対応、幻覚・妄想への対応、徘徊への対応、無為無欲や抑うつへの対応、不眠への対応、排泄の問題への対応の場合を指摘し、認知症の人の環境調整として、ストレスをなくす、混乱をなくす、徘徊への対策の場合を論じている。家族介護者への支援として、家族介護者の不安、相談役の場合を論じている。その他に、ケアスタッフへの支援、情報提供やサポート体制の場合を論じている。

また、認知症ケア学会の『認知症の人と家族のための避難所での支援ガイド』がある。(32) これは、環境づくり、周りの人の理解とかかわり方、二次避難所である福祉避難所への移動準備を論じている。

NHK の「災害時障害者のためのサイト」は、(33)「避難する時の持ちもの」、「普段からの備え」、「災害が起きたら」、「支援する方に」に分類して、高齢者への対応方法を論じている。

これらの内容を分譲マンションの場合において具体的に明らかにしておくことが求められる。

５．今後の方針

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に関する管理組合の独居認知症高齢者等の対応マニュアルの作成のために、分譲マンションの場において、マンション管理計画認定基準の一般的な基準と自治体独自の基準、建物の区分所有等に関する法律の改正の内容、名簿の作成と更新・確認、災害への備えおよびリスク管理、コミュニティづくり、認知症高齢者とコミュニティづくり、自治体等による避難行動要支援者に対する支援、災害時における認知症高齢者の配慮を実現するために、これらの事項を整理し相互関係を明らかにしてより具体的に考察をしたいと思う。

コミュニティの形成は防災の分野だけに留まらず、防災以外のマンション内の活動に好影響を与えるので、防災以外のマンション内の活動の分野も明らかにしたいと思う。

注

(1)国土交通省『マンションの管理の適正化の推進に関する法律第５条の３に基づくマンションの管理計画認定に関する事務ガイドライン』令和３年 11 月　令和５年４月

【追補版】、21 頁。23 頁。
(https://2021mansionkan-web.com/wp-content/upload/2022/07/881d5223daead375ff8ef372338d5401-1.pdf)

(2)北九州市「北九州市マンション管理計画認定制度」
（ https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ken-to/07400203.html）(2023 年 4 月 21 日）

福岡市「福岡市マンション管理計画認定制度」
（ https://www.city.fukuoka.lg.jp/jutaku-toshi/jigyochosei/life/soudan/kanri_nintei.html）(2022 年 6 月 30 日）

(3)愛知県『愛知県マンション管理適正化推進計画』令和 4 年 3 月、22 頁以下。
（ https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/413143.pdf）

豊田市『豊田市マンション管理適正化推進計画』2022 年 9 月、24 頁。
（https://www.city.toyota.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/051/328/01.pdf）

(4)広島県「マンション管理計画認定制度」
（https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/108/kannrikeikakunintei.html）(2022 年 7 月 1 日）

(5)堺市「マンション管理計画認定制度」
（ https://www.city.sakai.lg.jp/kurashi/jutaku/jutaku/manshon/manshonnintei.html）(2023 年 4 月 1 日）

(6)兵庫県「マンション管理計画認定制度について」
（ https://web.pref.hyogo.lg.jp/ks26/mansion/ninteiseido.html）(2023 年 2 月 10 日）

(7)板橋区「板橋区マンション管理計画認定制度（国の制度）」
（ https://www.city.itabashi.tokyo.jp/tetsuduki/sumai/apartment/1038593/1038463.html）(2022 年 10 月 24 日）

(8)北九州市、前掲注（2)

(9)法制審議会区分所有法制部会第 1 回会議「区分所有法制の見直しに当たっての検討課題」3 頁。
（ https://www.moj.go.jp/content/001383076.pdf）

(10)法制審議会区分所有法制部会第 5 回会議「区分所有建物の管理の円滑化に係る方策（2）」11 頁以下。
（ https://www.moj.go.jp/content/001390588.pdf）

(11)法制審議会区分所有法制部会第 5 回会議、前掲注（10）13 頁。

(12)板橋区「マンション防災マニュアル作成の手引き」
（ https://www.city.itabashi.tokyo.jp/bousai/bousai/sonae/1005665.html）（2020 年 1 月 25 日）
（https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.city.itabashi.tokyo.jp%2F_res%2Fprojects%2F

default_project%2F_page_%2F0012F005%2F665%2Fattach_68451_1.doc&wdOrigin=BROESELINK

(13)荒川区「マンションですすめる防災対策の手引き」（https://www.city.arakawa.tokyo.jp/documents/592/hp.pdf）

(14)目黒区「マンション防災マニュアルの手引き」（https://www.city.meguro.tokyo.jp/kurashi/anzen/bousai/plan/manshonbosai.fles/mannsyonn_bosai_manyuaru.pdf）

(15)江戸川区「みんなで取り組むマンション防災」（https://www.city.edogawa.tokyo.jp/documents/24297/2209mansyonpanhuretto/pdf）

(16)板橋区、前掲注（12）8 頁以下。

(17)板橋区、前掲注（12）8 頁以下。

(18)愛知県豊橋市「防災訓練・防災コミュニティ」（https://www.city.toyohashi.lg.jp/5276.html）

(19)北九州市「マンション管理計画認定制度認定マンション一覧」（https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ken-to/07400214.html）（2023 年 4 月 21 日）

(20)北九州市「いのちをつなぐネットワーク」（https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/file_0471.html）（2022 年 2 月 9 日）

(21)世田谷区『世田谷区認知症とともに生きる希望計画　令和 3 年度～令和 5 年度』令和 3 年 3 月、24 頁以下。(https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/fukushi/006/003/d00190791_d/fil/kibou-keikaku-honnpenn.pdf）

(22)千代田区「高齢者・障害者など災害弱者などへの救援」（https://www.city.chiyoda.lg.jp/koho/kenko/koresha/sasaeai/mimamoridaicho.html）（2018 年 6 月 4 日）

(23)千代田区「緊急時・災害時の避難に関する個別避難計画」（https://www.city.chiyoda.lg.jp/koho/kenko/koresha/sasaeai/kobetsuhinan.html）(2022 年 7 月 1 日）

(24)兵庫県『兵庫県災害時における要配慮者支援指針』令和 4 年 3 月（https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk41/documents/shishin0329.pdf）

(25)兵庫県、前掲注（24）1 頁。

(26)兵庫県、前掲注（24）2 頁以下。

(27)兵庫県、前掲注（24）7 頁以下。

(28)兵庫県、前掲注（24）27 頁、29 頁以下。

(29)兵庫県、前掲注（24）56 頁以下。

(30)兵庫県『避難行動要支援者のための個別避難計画作成の手引』
（ https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk41/documents/r4_z.pdf）

(31)日本認知症学会 被災者支援マニュアル作成ワーキンググループ編『被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜介護用＞ 2 版』
（ https://square.umin.ac.jp/dementia/kaigo419.pdf）

(32)認知症ケア学会『認知症の人と家族のための避難所での支援ガイド』
（ https://ninchisyoucare/pdf/ 災害支援 0908-2.pdf）

(33)NHK「災害時障害者のためのサイト」
(https://www.nhk.or.jp/heart-net/saigai/index.html）

E. 結論と今後の課題

管理組合が行う独居認知症高齢者等のための防災の効果的な実施のために分譲マンション内や地域とのコミュニティの形成が必要である。このために、マンション管理計画認定基準の一般的な基準と自治体独自の基準、建物の区分所有等に関する法律の改正の内容、名簿の作成と更新・確認、災害への備えおよびリスク管理、コミュニティづくり、認知症高齢者とコミュニティづくり、自治体等による避難行動要支援者に対する支援、災害時における認知症高齢者の配慮の事項を整理し相互関係を明らかにしてより具体的に考察することにする。

＜研究発表＞

1. 論文等発表

1)「高齢者の建物賃貸借」法学教室（有斐閣）2022 年 7 月　第 502 号 16 頁－21 頁

2)「分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活上の課題と支援」認知症ケア事例ジャーナル（一般社団法人日本認知症ケア学会　株式会社ワールドプランニング）2022 年 12 月　第 15 巻第 3 号 170 頁－176 頁

3)「マンションのバリアフリー　趣旨説明」マンション学（日本マンション学会　民事法研究会）2023 年 2 月　第 73 号 3 頁

4)「ハードおよびソフトのバリアフリーの法制度について－分譲・賃貸マンション－」マンション学（日本マンション学会　民事法研究会）2023 年 2 月　第 73 号 4 頁－12 頁

5)「障がい者団体のバリアフリーに関する取組みについて」マンション学（日本マンション学会　民事法研究会）2023 年 2 月　第 73 号 25 頁－32 頁

6)「マンションのバリアフリーの総合的な視点」マンション学（日本マンション学会民事法研究会）2023 年 2 月　第 73 号 99 頁－103 頁

7)「マンションのバリアフリー、管理士等の活用、孤立死対策一趣旨説明」マンション学（日本マンション学会民事法研究会）2023 年 4 月　第 74 号 50 頁

8)「マンションにおける高齢者の孤立死対策」マンション学（日本マンション学会民事法研究会）2023 年 4 月　第 74 号 61 頁－70 頁

＜学会発表＞

1) 2023年度日本マンション学会第2分科会「マンションのバリアフリー、管理士等の活用、孤立死対策－趣旨説明」、「マンションにおける高齢者の孤立死対策」 日本マンション学会　2023年4月22日

Reference

1)　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。

2)　日本マンション学会2022年度特集「マンションのバリアフリー」マンション学第73号3頁—103頁。

目　　次

Ⅰ．総括研究報告書
独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究
東京都健康長寿医療センター研究所　粟田主一 --1

Ⅱ．分担研究報告書
1. 認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　粟田主一 --23
2. 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　岡村毅 --28
3. プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究
—独居認知症高齢者の生活支援：訪問看護の視点から—
東京都健康長寿医療センター研究所　津田修治 --37
4. 独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー
—独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か—
国際医療福祉大学大学院　石山麗子 ---41
5. 独居認知症高齢者に対するケアマネジメントにおいて必要とされる配慮に関する研究
国際医療福祉大学大学院　石山麗子 ---46
6. 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　涌井智子 --72
7. 複雑困難状況にある独居認知症等高齢者への支援に関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　井藤佳恵 --85
8. 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科　堀田聰子 ------------------------------------93
9. 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究
防災科学技術研究所 災害過程研究部門　大塚理加 ---------------------------------------103
10. 独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　菊地和則 --168
11. 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究
東京都健康長寿医療センター研究所　桜井良太 --172
12. KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究：
「突合データ（CSV）」ファイルのデータベース開発
東京都健康長寿医療センター研究所　石崎達郎 --176
13. 一人暮らし認知症高齢者の介護サービス利用の実態と特徴
埼玉県立大学大学院　川越雅弘 --183

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 --196

Ⅳ. その他
資料：分譲マンションにおける独居認知症高齢者等に関する対応マニュアルの指針－分譲マンションにおける独居認知症高齢者等のための防災とコミュニティの形成に関する研究
神奈川大学法学部 角田光隆 --201

Ⅴ. 倫理審査等報告書の写し --213

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・副所長

（氏名・フリガナ）粟田　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。

令和５年３月３１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 地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名 （所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・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）	■	□	■	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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

（氏名・フリガナ）津田　修治・ツダ　シュウジ

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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

（氏名・フリガナ）涌井　智子・ワクイ　トモコ

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）	■	□	■	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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

（氏名・フリガナ）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）	■	□	■	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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

（氏名・フリガナ）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）	■	□	■	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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・副所長

（氏名・フリガナ）桜井　良太・サクライ　リョウタ

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。

令和５年３月３１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　地方独立行政法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）４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

（氏名・フリガナ）石崎　達郎・イシザキ　タツロウ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
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。

2023年 4月 26日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長）

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の（令和）４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 長寿科学政策研究事業

２．研究課題名 独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名 （所属部署・職名） 医療福祉経営専攻・教授

（氏名・フリガナ） 石山 麗子 ・ イシヤマ レイコ

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）	■	□	■	国際医療福祉大学	□
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。

2023年　1月　27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４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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究（22GB1003）

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 有	該当性の有無 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1） 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。

厚労-KEIO-SFC-20230127 倫理(分担)-004

令和５年３月３０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　国立研究開発法人防災科学技術研究所

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　林　春男

次の職員の（令和）４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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題　独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　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

（氏名・フリガナ）　大塚 理加　　オオツカ　リカ

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）	■	□	■	国立研究開発法人防災科学技術研究所倫理審査委員会	□
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：経済的な利益祖関係がないため　）
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　5　年　3　月　31　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　　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）４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　　長寿科学政策研究事業

２．研究課題名　　独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

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。