

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5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田 圭一

令和6（2024）年3月

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 認知症未来社会創造センター 栗田圭一 ----- 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 認知症未来社会創造センター 栗田圭一 ----- 22

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 ----- 39

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を維持するための訪問看護の支援活動チェックリスト作成

東京都健康長寿医療センター研究所 津田修治 ----- 45

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

— 地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員における独居認知症高齢者の支援の実態と重要性の意識に関する研究

国際医療福祉大学大学院 石山麗子 ----- 49

5. 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 ----- 61

6. 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

— 複雑困難状況にある高齢者を対象としたアウトリーチ型相談事業のあり方の検討に関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所 井藤佳恵 ----- 69

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日々の楽しみ・喜びの探索 - インタビューの二次分析から

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 堀田聡子 ----- 73

8. 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 ----- 81

9. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

— 認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所 菊地和則 ----- 93

10. 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 ----- 103

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

— すこやかチェックデータと KDB データの突合分析

東京都健康長寿医療センター研究所 石崎達郎 ----- 117

| | |
|----------------------------------------|-----------|
| 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 | |
| — 認知症施策の現状・課題と事業マネジメント力強化に向けた対応策 | |
| 埼玉県立大学大学院 川越雅弘 | ----- 122 |
| III. 研究成果の刊行に関する一覧表 | ----- 136 |
| IV. その他 | |
| 資料：独居認知症高齢者等に関する対応マニュアルの指針に関する研究 | |
| — 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 | |
| 神奈川大学法学部 角田光隆 | ----- 139 |
| V. 倫理審査等報告書の写し | ----- 154 |

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 栗田主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続と安定化をめざして多様なステークホルダー向けのガイドラインと自治体向けガイドライン（改訂版）を作成することにある。**【研究方法】**上記の目的を達成するために、2023年度は12の分担研究課題を設定して、各分担研究課題の目的達成に向けて事例調査、系統的文献レビュー、インターネット検索、アンケート調査、ヒアリング調査、既存資料の調査等を実施した。**【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では独居認知症高齢者に対して6つのカテゴリーに分類される診断後支援のプロセスが多職種協働で実践されており、その実践の前提には4つの視点があることを示した。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とするアンケート調査から、一人暮らしの高齢者が認知症になってもこの地域で暮らしていけるというエフィカシーを高めるためには、「生活圏に相談相手がいること」、「地域の集いの場を利用していること」が重要であることを示した。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**：経験豊富な訪問看護師の専門家パネルでDelphi調査を行い、独居認知症高齢者の本人が望む生活を支えるための訪問看護師の活動のチェックリストを作成した。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**：地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所の介護支援専門員にアンケート調査を行い、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員に共通して支援実施度と重要度がともに低かったのは、活動、趣味・娯楽や仕事等への参加と別居家族の支援に関することであることを示した。5) **地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究**：何らかの認知症症状がある高齢者の介護者を対象にオンライン調査を行い、独居認知症高齢の別居介護では、同居介護とは質の異なる介護状況と介護負担があることを明らかにした。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**：特定自治体で実施されている高齢者を対象としたアウトリーチ型相談事業の関係者を対象にヒアリング調査を行い、同事業の実践には3つの課題があることを示し、課題克服に向けたモデルを考案した。7) **独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究**：認知症当事者のインタビュー調査の記録の分析から、とりわけ独居認知症者においては、他者との交流の機会があることが支えと喜びになっていることが示唆された。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、被災後及びパンデミック下での介護サービス停止が要介護高齢者の機能低下、高齢者のQOL低下、家族の介護負担に影響すること（研究1、研究2）、インタビュー調査から高齢者の災害対応に関する他部署との連携の重要性を示すとともに、平時は支援を受けずに生活していても、災害時に支援が必要となる「グレーゾーン」の高齢者の存在することを明らかにした。9)独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究：2022年度の研究で示した認知症による高齢者行方不明発生率を用いて全国の認知症による行方不明高齢者の数は、毎年警察庁が公表している数値の3.73倍に及ぶことを示した。10)見守り支援に資するテクノロジーに関する研究：系統的文献レビュー及び社会実装されている見守り機器の検索から、科学的検証がなされた独居高齢者に対する見守り機器はほとんど社会実装されていないこと、AIを用いたシステムは技術的に社会実装のレベルには至っていないこと、電気使用料を用いた見守りサービス利用者の質問紙調査から、利用している独居高齢者には社会的孤立者が多く、抑うつ、主観的物忘れを訴える者が多い傾向が認められた。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：特定自治体においてKDBシステム「突合データ(CSV)」と地域在住高齢者を対象とするアンケート調査のデータを突合し、KDBデータで把握した認知症の病名登録や抗認知症薬処方の有無を把握するなどの基盤構築を進めた。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：第9期介護保険事業計画の記載内容の分析、市町村認知症施策担当者へのヒアリング、事業マネジメント研修会参加者へのアンケートによって認知症施策の現状・課題を把握し、市町村における事業マネジメント力強化に向けた対応策を提案した。【結論】本年度の研究成果に基づき、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続と安定化をめざして多様なステークホルダー向けのガイドラインと自治体向けガイドラインを作成することが次年度の目標である。

<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 医
療福祉学研究科・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
堀田聡子 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 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・特別研究員
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 保健医
療福祉学研究科・教授

<研究協力者>

宇良千秋 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

枝広あや子 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・研究員

宮前史子 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・研究員

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

大久保豪 BMS 横浜・立命館大学・客員
協力研究員

藤原聡子 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

黒田葉月 慶應義塾大学医学部・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

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

稲垣宏樹 地方独立行政法人東京都健康
長寿医療センター研究所 自立促進と精
神保健研究チーム・研究員

大野昴紀 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

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

田中昌樹 大和ライフネクスト株式会社
マンションみらい価値研究所

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:栗田圭一)では、57 項目の CQ を設
定してスコوپ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多
面的に検証する。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。2023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ガイドを作成するために、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、登録されている事例の分析を行うことによってガイド作成のための基礎資料を得る。

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

認知症になってもこの地域で暮らしていけると本人が思うこと(エフィカシー)は、認知症共生社会をつくるための基盤である。本研究では一人暮らしの高齢者の認知症になってもこの地域で暮らしていけるというエフィカシーの関連要因を調べる。

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本人が望む生活を支えるための訪問看護師の活動のチェックリストを作成する。

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

地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所のケアマネジャーの、独居認知症高齢者の支援の実態と重要性に関する意識を量的に明らかにする。

5) 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

独居認知症高齢者の家族介護者の支援提供実態を量的に把握するとともに、独居認知症高齢者を支える家族の介護負担感に影響する支援提供を明らかにし、独居認知症高齢者の家族への支援の可能性を検討する。

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

周縁化されやすい認知症等高齢者を包摂する地域包括支援体制を構築するために必要なアウトリーチ型事業のあり方を検討する。

7) 独居認知症高齢者等社会参加の促進に関する研究：

社会的孤立リスクの高い独居の認知症の人が、認知症とともによき生活を送る環境整備が喫緊の課題となるなか、独居認知症の本人の楽しみや幸せを具体的に把握することにより、求められる社会的支援を検討するうえでの基礎資料とする。

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」に被災した熊本県の介護支援専門員を対象に2022年度に実施したアンケート調査の分析から、「研究1：豪雨災害における介護保険サービス休止の実態と在宅要支援・要介護高齢者への影響」「研究2：コロナ禍による介護サービス停止の実態と要支援・介護高齢者への影響」を記述し、今年度実施したインタビュー調査から「研究3：在宅高齢者の災害対応における多機関連携の重要性について」記述する。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

警察庁が毎年公表している認知症による行方不明者数は、警察に行方不明者届が出された人のみであり、実際に認知症で行方不明になった人数とは大きな乖離がある。行方不明者対策の促進に資するよう、より実態に近い行方不明者数を推計した。

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、科学的に検証が行われているモニタリングシステムの同定を目的に、独居高齢者に対するモニタリングシステムに関するシステムティックレビューを行い

(①-1)、現在社会実装されている見守り機器を調べた(①-2)。加えて、電気使用量を用いた見守りシステム研究のさらなるデータ収集のため、参加者募集を兼ねた独居者の特性を探るための郵送調査を行った(②)。

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

2022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)」を用いて独自のデータベースを作成した。2023年度は同自治体で毎年実施している地域在住高齢者を対象とするアンケート調査「すこやかチェック」のデータとKDBデータを突合し、突合可能だった者を対象に、「すこやかチェック」で把握した認知機能の状況と、KDBデータで把握した認知症の病名登録や抗認知症薬処

方の有無を把握し、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

市町村における認知症施策の現状・課題と事業マネジメント力強化に向けた対応策として、認知症施策の現状・課題を明らかにするとともに、当事者の声を踏まえた効果的な施策を展開するための改善策を提案する。

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

データベースに登録されている事例から 2 事例を選択して診療録を詳細に閲覧し、初診時から調査時点に至るまでの経過を要約的に記述した。次に、2022 年度に作成した 6 つのカテゴリーで構成される「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」を活用しながら、初診後から調査時点に至るまでの経過の中で実践されている診断後支援のプロセスを演繹的に分析するとともに、プロセスを進める上での前提となる視点を考察した。

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

研究拠点(高島平ココからステーション)がある板橋区高島平 2 丁目の 65 歳以上の高齢者 4,523 人を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、地域生活継続のための自己効力感に関連する要因を二項ロジスティック分析を用いて解析した。

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

訪問看護師を対象に 2022 年に実施したインタビュー調査に基づいて、チェックリストの原案を作成した。原案に対して、2023 年 9 月から 2024 年 3 月にかけて 2 回の Delphi 調査を実施して専門家パネルから意見を聴取した。専門家パネルには、独居認知症高齢者の支援や研究の経験が豊富な訪問看護師 34 名が参加した。専門家パネルの意見に基づいてチェックリストの修正を繰り返した。

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

独居認知症高齢者に対して想定される支援 72 項目に関し、東京都に所在する地域包括支援センター 462 機関の職員(社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員)と、居宅介護支援事業所 2954 事業所のうち無作為抽出した 600 事業所に所属する介護支援専門員(居宅ケアマネ)を対象にアンケート調査を実施した。

5) 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

全国の第 1 号被保険者の要介護認定者割合をエリア別に算出し、その割合に基づいてオンライン調査モニターから地域在住要介護高齢者の家族介護者を抽出した。何らかの認知症症状がある高齢者の介護者 2,030 名を本研究の解析対象とし、認知症高齢者の生活形態別に介護の実態を分析した。

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

都内 X 区で実施されている、高齢者を対象とした 3 つのアウトリーチ型相談事

業の関係者を対象とした、個別インタビュー調査を実施した。3事業とは、認知症初期集中支援推進事業（国事業）、アウトリーチ事業（東京都事業）、高齢者精神保健相談事業（自治体事業）である。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

2018年から2020年にかけて認知症未来共創ハブで実施した認知症の人のインタビュー88人分の文字起こしを13人の研究者・専門職により読み込み、「生活の中でのちょっとした楽しみ・こだわり／日々の生活で感じた小さな幸せ」に焦点を当て、エピソードを抽出した。抽出されたエピソードを11の生活領域別に分類のうえ、独居者20人の特徴に留意して内容分析した。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

研究1、研究2：本研究は、熊本県の介護支援専門員2803名を対象とし、令和2年7月熊本豪雨の被災高齢者の担当経験について、アンケート調査を実施した。調査の周知は、2022年に登録があり、熊本県内にある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ヶ所に郵送で依頼状を配布し、web経由での回答を依頼した。熊本県居宅支援専門員協会からも周知した。実施期間は2023年3月6日から4月25日であった。

研究3では、熊本水害の被災地区3ヶ所の地域包括支援センターの介護支援専門員を対象にグループインタビュー調査を実施し、インタビュー調査で得られた音声データをテキストデータ化し、グラウン

デッド・セオリー・アプローチを用いて、質的に分析した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

2022年度の研究で明らかにした行方不明発生率、つまり独居高齢者人口10万対127.67人、同居高齢者人口10万対194.30人に基づき、2022年度に実施された国勢調査のデータを利用して行方不明者数を推計した。推計は都道府県毎に、独居・同居別に行った。

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

検索式を作成し、PubMed、IEEE Xplore、MEDLINE、Web of Scienceを用いて文献の検索を行った(①-1)。高齢者の見守りに精通した2名の研究者が複数の検索エンジンを用いて機器の検索を行った(①-2)。電気使用量を用いた見守りサービスを利用している独居高齢者120名に対して研究協力依頼書とともに質問紙を郵送し、研究参加を依頼した(②)。

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

すこやかチェックデータとKDBデータ台帳情報のそれぞれに含まれる属性情報を合成し、二つのデータ突合のための連結キーを作成した。そしてこの連結キーを使って、すこやかチェックデータとKDBデータを個人単位で突合した。

突合後、2022年度に実施したすこやかチェックの75歳以上の回答者を対象に、認知症高齢者の日常生活自立度の状況別に、KDBデータで把握した傷病名から認知症が登録されている者の割合や、抗認知症薬処方者の割合を把握した。さらに、KDB

データの認知症の登録病名や抗認知症薬の処方情報から、どの程度の精度で認知症の疑い（自立度Ⅱ以上）を判別できるか検討した。

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

第9期介護保険事業計画の記載内容の分析、市町村の認知症施策担当者へのヒアリング、認知症に関する事業マネジメント研修会参加者（市町村及び認知症地域支援推進員）へのアンケートから、認知症施策の現状・課題を把握した。さらに、事業マネジメント力を強化するための方策に関する知見を得るため、2回シリーズの研修会を試行した。

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

MCIの診断から4年間、認知症の診断から1.2年間独居生活を継続している調査時68歳の女性（事例1）と、MCIの診断から4年間、認知症の診断から3年間独居生活を継続している調査時89歳の女性（事例2）の経過を分析したところ、6カテゴリーの診断後支援の枠組みが多職種協働で実践されていることが確認された。

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

1,237人から調査票を回収（回収率27.3%）。一人暮らし652人のうち、欠落項目のない483人（女性64.6%、平均年齢78.7±5.9歳）のデータを分析したところ、単変量解析では「生活圏に相談相手がいる」、「高島平ココからステーションを利

用したことがある、または知っている」、「他の集いの場を利用している」が、多変量解析で「生活圏における相談相手の存在」がエフィカシーと有意に関連していた。

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

Delphi調査1には34名が、Delphi調査2には29名が回答した。Delphi調査2とその後の修正まで進めた段階で、チェックリストの原案37項目から、再修正したチェックリストは18項目となった。その内訳は、コミュニケーションと関係性（4項目）、本人理解と生活アセスメント（6項目）、多職種と協働した支援（5項目）、判断と意思決定支援（3項目）である。

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

地域包括支援センター職員122人、居宅介護支援事業所ケアマネジャー225人から有効回答を得た。地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所ケアマネジャーに共通して実施度が高かった支援項目は、医療保険や介護保険、既存の機関等を紹介することと受け入れに関する同意を得ることであった。実施度が低かったのは、賃貸住宅の場合の住まいの継続的な確保に関することと、ごみ出し、気にかけて見守る人を増やすこと等、生活の基盤や地域とのかかわりに関することであった。地域包括支援センター職員と居宅介護支援専門員ケアマネジャーに共通して、実施度と重要度ともに低かったのは、活動、趣味・娯楽や仕事等への参加と別居家族の支援に関することであった。

5) 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

独居介護の高齢者は同居介護の場合と比較して、女性が多く、ADLは高いが、要介護度も高かった。認知症診断や周辺症状に差は見られなかった。介護提供内容については、同居介護と比較してトイレ介助は少なく、環境づくりや認知症高齢者の親戚や友人との連絡といった支援は多かった。同居者のいる別居介護と比較するとトイレ介助は少なく、金銭管理、掃除、洗濯などの手段的日常生活動作の支援提供は多かった。基本属性や介護状況、提供する介護タスクを調整したうえで、介護形態と介護タスクの交互作用を投入したところ、認知症独居介護における介護負担感への交互作用は介護記録、掃除や洗濯でみられ、介護形態によって負担感への影響が異なることが示唆された。

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

以下の3つの課題が抽出された：1) もっとも複雑化したケースは事業利用ができない、2) 認知症をもつ高齢者の包摂が進む一方で、認知症以外の精神疾患を持つ人の排除が鮮明になる傾向がある。3) 認知症初期集中支援推進事業だけで精神症状やそれを背景とした社会的要因にアプローチすることに限界がある。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

88人の認知症の本人の日々の生活のなかでの楽しみや幸せを領域別にみると、エピソード数・発言者数ともに、人との交わりが最も多く、次いで遊ぶ、その他の順となった。独居の20人に絞ると、うち19人が「交」にまつわるエピソードを

語っている。具体的なエピソードの内容を検討すると、サブカテゴリー〈みんなでお話をしたり時間を共有したりすること〉、〈人とのつながりその人の存在感〉、〈家族とのつながり、折々のサポート〉、〈デイサービスなどを通じた社会参加〉、〈気にかけてくれる人がいることへの喜び〉が多くあげられ、趣味、サロン、デイサービス等の場に出かけておしゃべりや活動を楽しんでおり、デイサービスが居場所となっている方もいる。つながりの意義を理解して、昔からの縁を維持するだけでなく、積極的に新たなつながりもつくっている。さまざまな家族とのかかわり、その存在が支えとなり、家族や親族、友人や近所の人など気にかけてくれる人がいることが喜びとなっている。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

研究1：回答者419名（回収率14.9%）のうち、熊本豪雨の被災高齢者を担当した53名を本調査の分析対象とした。地域高齢者の生活への影響については、分析対象者の17.0%が「食環境が悪化した高齢者を担当した経験を有しており、入浴ができずQOLが悪化したとの報告もあった。ケアマネジメントの影響とそれによる高齢者の機能低下については、被災によりケアマネジメントが妨げられたと回答した介護支援専門員は56.6%、被災による機能低下がみられた高齢者の経験37.7%、デイサービス停止の経験47.2%、その中で機能低下がみられた高齢者の経験は48.0%であった。

研究2：回答者419名（回収率14.9%）

のうち、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所に所属する 320 名（男性 95 名、女性 225 名）を分析対象とした。デイサービス中止の経験 86.3%（そのうち停止による機能低下の経験 69.2%）、通所リハビリテーション停止 75.3%（機能低下の経験 61.8%）、訪問介護停止の経験 37.2%（機能低下の経験 31.9%）、訪問看護の停止 14.1%（機能低下の経験 22.2%）、短期入所停止の経験 71.3%（機能低下の経験 21.5%）であった。

研究 3：分析から抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーについて、Strauss ら¹や戈木の方法に従い、状況、行為／相互行為、帰結に分類した。状況として『高齢者の災害対応・対策における課題』が、行為／相互行為として『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』がカテゴリーとして抽出され、帰結は『高齢者の生活に配慮した災害対応の実施困難』と『高齢者の状態に配慮した災害対策・対応の改善』にカテゴリー化された。これらについて、プロパティとディメンションに留意しながら、『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』についての関連図を作成した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

分析の結果、認知症による独居行方不明者数は 8,575 人、同居行方不明者数は 56,954 人となり、合計で 65,529 人となった。都道府県別／独居・同居別の認知症による行方不明者数については、分担研究報告書を参照されたい。

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

システムティックレビューの結果、8 つのモニタリングシステムの有効性を検証した先行研究が検出されたが、そのほとんどがプロトタイプの機器であり、有効性が実証されたモニタリングシステムは全く社会実装されていないことが明らかになった（①-1）。また国内外では室内での移動を感知するセンサー型のモニタリングシステムが多く流通していることが確認された（①-2）。61 名から回答を得た郵送調査から、電気使用量を用いた見守りサービスを利用している高齢者では他者との交流頻度が週 1 回未満の者（すなわち社会的孤立者）が約半数を占めていた。また、7 割近くが自身の健康不安を抱えており、健康リスクが高い集団である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

すこやかチェックデータ（10,003 名）、KDB データ（10,874 名）の間で突合できた者はすこやかチェックデータ全体の 58.8%であった。この中から 2022 年度実施のすこやかチェックに限定して、KDB データの傷病情報や処方薬情報を使用可能な 1,418 名（処方薬の集計では 1,409 名）を本研究の分析対象者とした（平均年齢 82.2（標準偏差 5.3）歳、女性 59.7%）。認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ以上」の群で認知症の病名登録があった者は 48%、アルツハイマー病では 37%で、自立度「未認定/自立/Ⅰ」群ではそれぞれ 3.1%、2.4%であった。認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ以上」群のドネペジル処方割合は 25%、4 種類のいずれかの抗認知症薬（ドネペジル、メマンチン、ガラン

タミン、リバスチグミン) の処方割合は 29%で、「未認定/自立/I」群ではそれぞれ 1.2%、1.4%であった。認知症の病名登録や抗認知症薬処方による認知症高齢者の日常生活自立度(Ⅱ以上)の判別能は低かった(認知症病名登録:感度 0.48、特異度 0.9;ドネペジル処方:感度 0.25、特異度 0.99)。

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

介護保険事業計画における認知症施策の記載内容を分析した結果、①国から示される各施策を実施すること自体が目的化している、②当事者の声を把握するための取組は一部市町村で実施されているものの、その声をもとに施策を展開している事例は少ないことなどがわかった。

また、市町村担当者へのヒアリングや研修会参加者へのアンケートから、①国から示される認知症施策数は、他の事業に比べて多く、かつ、ステークホルダーも多岐に亘るため、施策を展開することが難しい、②市町村担当者は、認知症地域支援推進員に具体的に何をやってもらうのがイメージできていない、③地域課題をきちんと言語化し、市町村担当者に伝えられる認知症地域支援推進員も少ないなどがわかった。

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

認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCI や認知症と診断した後に、多職種協働チームで診断

後支援が行われている。そのプロセスには、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、という 6 つのカテゴリーに分類される診断後支援が含まれている。一方、事例の詳細な分析から、独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進める上で、その前提となる重要な 4 つの視点があることが推察された。

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

一人暮らしの高齢者が認知症になってもこの地域で暮らしていけるというエフィカシーを高めるためには、1)生活圏に相談相手がいること、2)地域の集いの場を利用していること、が重要である。専門職に出会い、権利ベースの支援が保証されている「高島平ココからステーション」のような地域拠点があることが重要である。

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

専門家パネルの意見を反映した訪問看護師の活動のチェックリストには、ひとり暮らしをする認知症高齢者が望む自立生活を支えることと、健康や安全を確保することの間のバランスをとりながら支援をする技術が集約されつつある。今後、Delphi 調査 3 を実施してチェックリストを完成させる。

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

支援実施度、重要度がともに平均を下回る項目は活動、趣味・娯楽や仕事等への参加に関することと、別居家族への支援であった。活動はQOLにも影響する。令和6年度から介護支援専門員法定研修に導入された適切なケアマネジメント手法の基本ケアの基本方針では「これまでの生活の尊重と継続の支援」が重視されているが、地域包括支援センター職員は三職種から構成されるため、すべての職員が受講できるわけではない。独居認知症高齢者はセルフマネジメントの低下がみられ、自ら表出しない課題が潜んでいる。独居認知症高齢者に特有の想定される支援に基づくケアマネジメント機能が発揮されるには、特に重要度が低かった項目を含めた地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所ケアマネジャーの両者に共通したガイドの作成と教育の機会の確保が必要である。

5) 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

地域在住の独居認知症高齢者の家族の介護状況とどのような支援提供において負担を感じているかが明らかとなった。特に、別居介護の状況であるからと言って負担感が低いとは限らず、同居介護とは質の異なる介護状況、負担を抱えていることが明らかとなっている。独居認知症高齢者への介護提供の場合、距離がつくる介護の困難さや、要介護者が認知症であるが故の負担・不安の状況がみられ、それぞれの介護状況に見合った支援や情報提供が重要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等への支援に関する研究

課題1に関しては、ケースが「経過観察」という名目で放置されないよう、誰がどのような枠組みで支援するのか検討する必要がある。課題2に関しては、認知症初期集中支援推進事業が軌道に乗り、認知症者の包摂が進むことが、認知症以外の精神疾患をもつ人の排除につながらないようにするための仕組みが必要である。課題3に関しては、認知症初期集中支援推進事業だけで精神症状やそれを背景とした社会的要因にアプローチすることの限界もあり、他事業と併用され円滑な支援ができるよう、行政機関が調整する必要がある。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

独居の認知症の人は、深刻な孤独を経験する可能性が高く、深刻な孤独は、抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連がみられるという。また、独居の認知症の人の満たされないニーズの上位は日中活動、友だち・仲間(company)であることが報告されている。こうしたなか、本研究では独居認知症の人20人のうち19人が、「生活の中でのちょっとした楽しみ・こだわり／日々の生活で感じた小さな幸せ」として人との交流にかかわるエピソードをあげており、とりわけ独居の人にとって、他者との交流の機会があることは、支えと喜びとなっていることがうかがえた。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

研究1：被災地で在宅生活を送っている要介護高齢者は、災害後に適切な介護

サービスを受けられず、機能低下が生じている可能性が考えられた。被災による介護サービスの休止は被災後の高齢者の健康被害の一因であることが示唆された。介護サービスの提供を維持することができれば、要介護高齢者の機能低下や健康の悪化を減少させる可能性がある。介護サービスの継続や早期復旧、つなぎとなる支援の提供等「災害対応による改善の可能性」がある。

研究2：介護サービスの停止は、①高齢者の身体機能、認知機能の低下に関連している可能性があり、長期にわたる孤立により、高齢者の社会性の維持が課題となった。②家族の生活にも影響し、介護負担の増大のみならず、仕事に行けない等の影響も生じ、家計への影響も推測される。③介護家族の孤立が生じやすく、家族介護者への支援も重要となる。④居宅介護支援専門員の業務負担の増大が顕著であり、被災地の居宅介護支援専門員の人材不足にも関連し、業務負担の軽減への配慮や業務支援体制の構築が必要である。

研究3：以下のことが明らかにされた。①避難所の環境整備が必要である。例えば、床からの立ち上がりが困難な高齢者がいる。高齢者福祉の担当者や災害担当の危機管理の部門等の連携がないと、高齢者における災害対応の課題が明らかにされず、改善に向けた取り組みが困難となる。②地域には介護サービスを利用していないが「グレーゾーン」の高齢者がおり、現状の災害対応の高齢者支援の対象からは外れている。このような「グレーゾーン」の高齢者は、平時から

地域の中で孤立しないようにすることが重要である。その情報が地域包括支援センターと共有されれば、災害時の安否確認や必要な支援につなげることが可能となる。③「グレーゾーン」の高齢者の中には、独居認知症高齢者も含まれている。また、災害時に避難しない／できない高齢者の中には、認知症高齢者やその家族介護者もいる。在宅避難している高齢者には課題がないわけではなく、より大きな課題がある場合もあり、在宅避難の高齢者への対応は必要である。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

警察庁による2022年の認知症による行方不明者数は17,565人であり、推計値とは47,964人の差があった。これは警察庁の公表値の約3.73倍であり、推計値と大きな乖離があった。このことは行方不明者の7割以上が警察に行方不明者届を出していないことを意味している。

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

システムティックレビュー(①-1)からは、科学的に検証がなされた独居高齢者に対する見守り機器はほとんど社会実装されていないことが明らかになり、社会実装されている見守り機器の検索(①-2)からは、国内流通の多くは移動を感知するシステムによるものであり、AIを用いたシステムはそれほど多くは確認されず、技術的に社会実装のレベルには至っていないことが確認された。家電を用いた見守りシステムは本邦の製品しか確認できなかった。電気使用量を用いた見守りサービスを利用している独居高齢者を

対象に行った郵送調査（②）から、回答者は「健康状態の悪化時の不安」といった独居特有の生活不安を抱えている者が多く、社会的孤立者が多く、抑うつ、主観的物忘れを訴える者の割合が多い傾向が認められた。

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

認知症の病名登録や抗認知症薬処方による認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅱ以上）の判別能は低かったが、このことはすこやかチェックの対象者が介護認定を受けていない者に限定されていることの影響と考えられる。介護受給者認定情報が2022年度分から新たにKDBシステムに登録されるようになった。今後数年の間で介護受給者認定情報がデータベースに蓄積されれば、多くの要介護認定者を対象にKDBデータのレセプト情報との突合が可能となり、本研究で対象とした高齢者よりも更に多くの高齢者を対象に認知症の状況と医療・介護サービスの利用状況を把握することが可能となる。

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

市町村担当者の事業マネジメント力が低い原因としては、①異動が多く、事業導入の背景や目的、経緯を理解することが難しい、②マネジメントの考え方や手法を学ぶ機会が少ない／理解できていない、③通常業務において、上司などからマネジメントの考え方や手法を学ぶ環境が整っていない、④内外の人や組織を動かす経験が少ない、⑤委託先の専門職との協働の仕方がわからない／成功体験が

ないなどが考えられた。

したがって、市町村担当者の事業マネジメント力を強化するためには、「学ぶための環境を整える」「考える力を強化する」「関係者との連携協働の方法を学ぶ／体感する」を強化する必要があると考えた。

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

独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進めるにあたっては、支援チームは以下の4つの視点を前提としてもつことが重要である：1)多職種協働によるソーシャルワーク、2)独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ、3)意思決定支援チームの結成と権利実現支援(アドボカシー)、4)ピアサポートとエンパワメント。このうち、第4の視点の実践は現在のところ不十分であり、その普及と強化が今後の課題として残されている。

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

地域に相談相手がいることが重要であるが、高齢期に新たに地域に相談相手を作ることは容易ではない。今後は、自然に助け合える関係を構築できる仕組みや工夫が求められる。

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

今後は、Delph ラウンド3を実施して、チェックリストを完成する。その上で、チェックリストの各項目を解説して、独居認知症高齢者を支える訪問看護の手引きを作成する予定である。

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

今後の課題は、独居認知症高齢者の相談支援、ケアマネジメントを担う包括職員と居宅ケアマネの両者に共通した教育の機会と表出されにくいニーズを取りこぼさないためのガイドの作成である。

5) 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究

別居介護には、同居介護とは質の異なる介護状況と負担があり、それぞれの介護状況に見合った支援や情報提供が重要である。今後は、認知症独居高齢者への介護の課題や必要とされる支援ニーズを家族介護者や支援者に向けて情報を提供するとともに、認知症独居高齢者の家族が支援提供の際に課題としている内容(介護記録やその共有等)についての具体的支援策の検討を行う予定である。

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

地域で暮らす認知症等高齢者が抱える課題はとても複雑である。ひとつのモデルとして、認知症初期集中支援チームがジェネラリストチームとして伴走型支援を提供し、高齢者精神保健相談チームが精神保健の専門チームとしてピンポイントの支援を提供する体制を考えたい。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

とりわけ独居の認知症の人にとって、他者の存在を感じる、人とのつながり、他者とともに過ごし、会話や活動する機会は、日々の生活の楽しみともなっている。本人にとって楽しみとなる交流や、本人によるつながりの維持・拡大の手立てを、独

居認知症の人の支援にも活かすことが求められる。孤独感は退屈によって強調されるともいわれ、今後広く独居の認知症の人の日中活動及びそのなかでの楽しみや喜びについて、日常のテクノロジー活用状況とあわせて実態把握をすることも重要となる。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

研究1：被災による介護サービスの停止は、要介護高齢者の身体機能や認知機能や、高齢者の食生活や入浴等に影響し、QOLの低下が生じる。これらのことは災害対応において留意し改善していく必要がある。

研究2より、緊急時下での介護サービスの継続は、高齢者の社会性を維持、家族介護の継続、労働力の安定といった社会的側面からも重要である。

研究3より、高齢者の災害対応に関する他部署との連携の重要性が示された。また、平時は支援を受けずに生活していても、災害時に支援が必要となる「グレーゾーン」の高齢者の存在が明らかになった。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

警察に行方不明者届が出されていない認知症による行方不明者が多数いることが示された。行方不明者届が出されていない者を含めた実際の行方不明者数を把握することが、今後の行方不明者対策を考えていくために必要とされている。

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

科学的に検証された見守りシステムの社会実装は進んでおらず、AIをもちいた

見守りも期待が大きいものの、社会実装まで至っていない現状がある。今後は健康リスクが高いと考えられる高齢独居者の集団に対し、電気使用量パターンの変化をAIによって観察し、その変化と健康状態の関連を明らかにすることにより、AIを用いた見守りシステムの進展に貢献していく。

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

介護受給者認定情報は2022年度分から新たにKDBシステムに登録されるようになった。この情報には、主治医意見書に記載された診断名や障害高齢者日常生活自立度区分、短期記憶・伝達能力・食事行為・認知症高齢者日常生活自立度区分・認知症行動心理症状配列コード、認知症自立度Ⅱ以上蓋然性区分等が含まれている。今後数年間でこの情報が蓄積され、当該自治体の要介護高齢者全員についてこの情報が活用可能となり、認定調査時の認知機能や生活機能の状況を把握できるようになれば、本研究で対象とした高齢者よりも更に多くの高齢者を対象に、認知症の状況と医療・介護サービスの利用状況を把握することが可能となる。今後もKDBシステムのデータ更新を継続し、自治体における認知症関連事業の質の評価をより実効性をもって可能とする基盤構築を継続することが重要である。

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

認知症当事者の意向を踏まえた効果的な認知症施策を展開するためには、施策を展開する市町村担当者と、現場を知る認知

症地域支援推進員の協働を促す必要がある。こうした両者の連携・協働を促すためには、まず、お互いの視点（マクロとミクロ）、価値観、仕事の仕方などが違うことを認識する必要があるが、そのためには「一緒に地域課題を考えてみる」などの協働作業の場、協働を促す仕掛けが必要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表：

- 1) 栗田主一：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの役割と課題. 臨床精神医学 52(9):1081-1087, 2023.
- 2) 栗田主一：社会医学・政策 認知症と社会保障. 医学のあゆみ, 287(13):1100-1105, 2023.
- 3) 栗田主一：認知症とともに暮らせる社会という潮流. 精神科治療学 38(10):1129-1134, 2023.
- 4) Ura C, Iizuka A, Yamashita M, Ito K, Okamura T. Use of the telephone, a universally implemented communication tool, in building peer support networks for people with cognitive decline. Geriatr Gerontol Int. 2023 Jun;23(6):457-458. doi: 10.1111/ggi.14590. Epub 2023 May 3. PMID: 37132533.
- 5) Okamura T, Taga T, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Shirobe M, Motokawa K,

- Kojima N, Osuka Y, Iwasaki M, Sasai H, Hirano H, Awata S. Barrier to sharing a dementia diagnosis with neighbors in Tokyo. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Oct;23(10):761-763. doi: 10.1111/ggi.14662. Epub 2023 Sep 11. PMID: 37691496.
- 6) Miyamae, F., Sugiyama, M., Taga, T. Okamura, T. Peer support meeting of people with dementia: a qualitative descriptive analysis of the discussions. *BMC Geriatr* 23, 637 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04329-8>
- 7) Okamura T, Ura C, Wakui T. Achievements and challenges of family associations for caregivers of people with dementia. *GGI* in press
- 8) Chiaki Ura 1, Hiroki Inagaki 1, Mika Sugiyama 1, Fumiko Miyamae 1, Ayako Edahiro 1, Kae Ito 2, Masanori Iwasaki 1,3, Hiroyuki Sasai 1, Tsuyoshi Okamura 1, Hirohiko Hirano 1, Shuichi Awata 4. A neighbour to consult with is important in dementia-friendly communities: Associated factors of self-efficacy allowing older adults to continue living alone in community settings. *Psychogeriatrics* in press
- 9) Tsuyoshi Okamura, Chiaki Ura, Yukiko Kugimiya, Mutsuko Okamura, Masako Yamamura, Hidemi Okado, Mayumi Kaneko, Mari Yamashita, Tomoko Wakui. Inaccessibility, unresponsiveness, inconsistency, and invisibility of informal caregivers of older persons with cognitive impairment: community-based participatory research. *BMC geriatrics*
- 10) 中山莉子, 枝広あや子, 岡村毅. ひとり暮らしの認知症高齢者の買い物支援 認知症ケア事例ジャーナル
- 11) 井藤佳恵, 津田修治, 山下真理, 菊地和和則, 畠山啓, 扇澤史子, 古田光, 栗田主一: 認知症サポート医が困難事例対応 において期待される役割, *日本老年医学雑誌* ;60(3):251-60 2023(査読あり) (IF: NA)
- 12) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援, *老年精神医学雑誌* ;34(5):477-86 2023(査読あり) (IF: NA)
- 13) 井藤佳恵: 認知機能が低下した人の医療ケアにおける意思決定, *Aging and Health*;32(3):11-5 2023
- 14) 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”について考えるー, *環境福祉学会誌*;8(1):65-72 2023
- 15) 井藤佳恵: 高齢者の精神疾患といわゆる「ごみ屋敷」, *日本老年医学雑誌*;60(3):232-6 2023
- 16) 井藤佳恵: 認知症保健・医療・介護連携体制のなかの多職種協働, *東京内*

- 科医会会誌;39(2):97-101 2023
- 17) 井藤佳恵:高齢者の社会的孤立と地域精神保健の課題, 老年精神医学雑誌;34(4):154-60 2023
 - 18) 堀田聡子. 認知症未来共創ハブと「認知症世界の歩き方」プロジェクト. 老年精神医学雑誌, 2024;35 (1):108-114.
 - 19) Matsumoto H, Tsuda S, Takehara S, Yabuki T, Hotta S. Association between Support after Dementia Diagnosis and Subsequent Decrease in Social Participation. *Ann Geriatr Med Res.* 2023 Sep;27(3):274-276.
 - 20) Kikuchi K., Ikeuchi T., Awata S., A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan, *Geriatr Gerontol Int*, 23(11), 2023, 890-891. <https://doi.org/10.1111/ggi.14695>
2. 学会発表
- 1) 栗田主一:日本の認知症研究の方向性. 認知症の社会的研究の今後. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良 (シンポジウム)
 - 2) 栗田主一:認知症疾患医療センターの現状と今後の方向性. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良 (教育講演)
 - 3) 古田光, 扇澤史子, 土屋大樹, 大森佑貴, 片岡宗子, 松井仁美, 岡本一枝, 今村陽子, 青島 希, 上田那月, 加藤真衣, 畠山啓, 齋藤久美子, 栗田主一:大都市の認知症疾患医療センター10年間の初診患者の動向. 第38回日本老年精神医学会 (秋季大会), 2023. 10. 13-10. 14, 東京 (ポスター)
 - 4) 関野明子, 涌井智子, 中山莉子, 大久保豪, 石崎達郎, 栗田主一:地域在住高齢者を支える別居介護者が抱える介護負担感 別居介護者と同居介護者へのインタビュー調査から. 第65回老年社会科学会, 2023. 6. 17-6. 18, 横浜.
 - 5) Fumiko Miyamae. Dementia meeting / Real-world Gerontology (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 - 6) Mika Sugiyama, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Kae Ito, Ayako Edahiro, Hiroki Inagaki, Chiaki Ura, Riko Nakayama, Thutomu Taga, Shuichi Awata. What activities did the community space for supporting residents living with dementia do during the COVID-19 pandemic? (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 - 7) Miyamae F, Sugiyama M, Taga M, Okamura T. Peer support meeting of people with dementia: A qualitative descriptive analysis of the discussions (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 - 8) Nakayama R, Ura C, Miyamae F, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T,

- Edahiro A, Awata S. Discrepancy between subjective and objective daily life ability lowers one's psychological well-being (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
- 9) Nakayama R, Wakui T, Sekino A, Okubo S, Awata S. The communication between a person living with dementia and family (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
- 10) Okamura Tsuyoshi. Community-based participatory research in Tokyo: Toward dementia-friendly community (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
- 11) Ura Chiaki. Care farms for inclusion of the people living with dementia in the super-aged community (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
- 12) Ura C, Iizuka A, Yamashita M, Okamura T. Pilot study of telephone peer support for inclusion of people living with cognitive decline in urban areas (Poster) IPA 2023/06/29 - 2023/7/2 Lisbon Portugal
- 13) Miyamae F, Sugiyama M, Taga M, Okamura T. Development of a participant-driven dementia learning program by people living with dementia (Poster) IPA 2023/06/29 - 2023/7/2 Lisbon Portugal
- 14) 杉山美香 認知症があってもなくても～認知症を地域で支えるためのコミュニティ参加型研究 (Community-based participatory research) (教育講演) 第12回日本認知症予防学会 2023.9.15-17 新潟
- 15) 岡村毅 都市部で認知症の人を介護する家族の実態調査からわかったこと (シンポジウム) 認知症ケア学会関東ブロック大会 2023年11月12日 幕張
- 16) 岡村毅、多賀努、稲垣宏樹、宮前史子、宇良千秋、杉山美香、枝広あや子、笹井浩行、平野浩彦、栗田主一 認知症であることを地域の人に知らせるか: 一般論としてはどうか、そして自分事としてはどうか(ポスター) 認知症ケア学会 2023年6月3-4日 京都
- 17) 宇良千秋、飯塚あい、山下真里、伊藤晃碧、岡村毅 認知機能低下のある都市高齢者を包摂するピアサポートの効果—電話によるピアサポートの試み—(ポスター) 認知症ケア学会 2023年6月3-4日 京都
- 18) 宮前史子、杉山美香、多賀努、見城澄子、森倉三男、岩田裕之、岡村毅 認知症の人を含む高齢者が認知症に関して能動的な学習をするための方法とその課題—大都市の団地で開催した「認知症ゼミナール」— (ポスター) 認知症ケア学会 2023年6月3-4日 京都
- 19) Ito K. Older people with

- delusional disorder. IAGG Asia/Oceania Regional Congress June 12-15, 2023 (IAGG2023) Symposium Dementia 10
 “Community-based participatory research in Tokyo: Toward dementia-friendly community” ; パシフィコ横浜. 2023. 6. 12 2023. 6. 12
- 20) 井藤佳恵. 認知症医療・ケアの臨床倫理. 2023 年度認知症ケア学会関東ブロック大会 教育講演; 幕張メッセ国際会議場. 2023. 11. 12
- 21) 井藤佳恵. 福祉ネットワークからこぼれる人の支援—高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立. 第 38 回日本老年精神医学会【秋季大会】教育講演; 日本教育会館 (千代田区). 2023. 10. 14
- 22) 井藤佳恵. 精神医療と臨床倫理・エンドオブライフケア. 日本エンドオブライフケア学会第 6 回学術集会 指定講演; 前橋市民文化会館. 2023. 9. 17
- 23) 井藤佳恵. 認知症の人と成年後見制度. 第 119 回 日本精神神経学会委員会シンポジウム「認知症の人の経済的支援」; パシフィコ横浜. 2023. 6. 22 2023. 6. 23
- 24) 井藤佳恵. 認知症とともに独りで暮らす高齢者のエンドオブライフの意思決定への関わり. 第 33 回日本老年医学会総会 合同シンポジウム 10 「エンドオブライフの医療とケア」; パシフィコ横浜. 2023. 6. 17 2023. 6. 17
- 25) 井藤佳恵. 認知症の保健・医療・介護連携体制のなかの多職種協働. 東京内科医会第 36 回医学会 教育講演; お茶の水トライエッジカンファレンス. 2023. 3. 18
- 26) 堀田聡子. 安心して認知症になれる社会を目指して～認知症未来共創ハブとポジティブヘルス～. 第 82 回日本公衆衛生学会総会, 2023 年 11 月 1 日, つくば (シンポジウム).
- 27) Rika Ohtsuka Status and challenges of disaster preparedness among community-dwelling older adults in Japan IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 2023 年 6 月 12 日
- 28) Ohtsuka R, Wakui T, Chiba Y, Awata S A Mechanism of Disaster-related Deaths: Implications of a torrential rain disaster for long-term care management of vulnerable older adults IDRim2023 Virtual Conference 2023 年 9 月 30 日
- 29) 大塚理加, 涌井智子, 栗田主一 コロナ禍による介護サービス停止の実態と 要支援・介護高齢者への影響 : 熊本県内のケアマネジャーへの調査から 第 18 回日本応用老年学会大会 2023 年 10 月 29 日
- 30) 大塚理加, 涌井智子, 栗田主一 豪雨災害における介護保険サービス休止の実態と 在宅要支援・要介護高齢者への影響 第 82 回日本公衆衛生学会 2023 年 10 月 31 日
- 31) 菊地和則, 池内朋子, 栗田主一: 千葉県における独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究, 第 65 回日本老年医学会学術集会, 2023. 6. 18,

横浜.

- 32) Kobayashi-Cuya K and Sakurai R:
Surveillance technology for older
adults with and without dementia.
IAGG Asia/Oceania Regional
Congress 2023. Yokohama, 2023.
7.12-15.

3. 書籍

- 1) 栗田主一: 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. 株式会社ワ
ールドプランニング, 2023年, 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 栗田主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

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ガイドを作成することにある。この目的を達成するために、2023年度は、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、このデータベースに登録されている事例の分析を行うことによって、ガイドを作成するための基礎資料を得た。**研究方法：**データベースに登録されている事例の診療録を詳細に閲覧し、初診時から調査時点に至るまでの経過を要約的に記述した。次に、2022年度に作成した6つのカテゴリーで構成される「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」を活用しながら、初診後から調査時点に至るまでの経過の中で実践されている診断後支援のプロセスを演繹的に分析した。本報告書では2事例の経過の要約と分析結果を示す。**研究結果：**MCIの診断から4年間、認知症の診断から1.2年間独居生活を継続している調査時68歳の女性（事例1）と、MCIの診断から4年間、認知症の診断から3年間独居生活を継続している調査時89歳の女性（事例2）の経過を分析したところ、多職種で6カテゴリーの診断後支援の枠組みが踏襲されていることが確認された。**考察：**認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後に、多職種協働チームで診断後支援が行われている。そのプロセスには、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、という6つのカテゴリーに分類される診断後支援が含まれている。一方、事例の詳細な分析から、独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進める上で、その前提となる重要な4つの視点があることが推察された。**結論と今後の課題：**独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進めるにあたっては、支援チームは以下の4つの視点を前提としてもつことが重要である：1)多職種協働によるソーシャルワーク、2)独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ、3)意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）、4)ピア・サポートとエンパワメント。このうち、第4の視点の実践は現在のところ不十分であり、その普及と強化が今後の課題として残されている。

A. 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ガイドを作成することにある。この目的を達成するために、2023年度は、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、このデータベースに登録されている事例の分析を行うことによって、ガイドを作成するための基礎資料を得た。

B. 研究方法

データベースに登録されている事例の診療録を詳細に閲覧し、初診時から調査時点に至るまでの経過を要約的に記述した。次に、2022年度に作成した6つのカテゴリで構成される「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」を活用しながら、初診後から調査時点に至るまでの経過の中で実践されている診断後支援のプロセスを演繹的に分析した。本報告書では2事例の経過の要約と分析結果を示す。尚、2022年度に作成した「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」は以下のとおりである。

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

- 1.1. 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する。
- 1.2. 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する。

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

- 2.1. 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。

- 2.2. 今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する。
- 2.3. 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）。

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

- 3.1. 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。
- 3.2. 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。

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

- 4.1. 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。
- 4.2. 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について本人・家族・多職種で検討する。

5. 別居家族との情報共有と連携

- 5.1. 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。
- 5.2. 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。

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

6.1. 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。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報を取り扱わない。また研究の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターの受診者に対して、日常診療の中で得られたデータを研究活用すること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

本研究では、データベースに登録されている事例の中から、MCIの段階から認知症への進展を経て、4年以上にわたって独居生活が継続されている2事例を以下に提示し、診断後支援のプロセスを記述的に分析した。

事例1 MCIの診断から4年間、認知症の診断から1.2年間独居生活を継続している調査時68歳の女性

【調査時の診断名】

アルツハイマー型認知症

【世帯状況】

独居、別居家族（長女）は遠方に居住

【現病歴】

X-1年頃より約束を覚えられないと自覚するようになり、X年春ごろから、同じ内容の電話を何度もする、「皆から無視さ

れている」「兄弟が何かこそこそ私の話をしている」と被害的なことを言う、といったエピソードが見られるようになった。また、長女が本人宅を訪問した際、冷蔵庫の中に期限切れの食材がたくさんあった。同時期、施設に入所していた母が他界、その際には書類を紛失したり、長女が書類の説明をしても理解出来ないということがあった。X年10月に長女が地域包括支援センターに相談し、12月に認知症疾患医療センターを受診。本人によれば、「急に記憶が切れちゃったような感じがする。聞いたことを覚えられない」「よく眠れない。なかなか寝付けない」とのことであった。

【初診時所見】

MMSE=26で、減点は主としてケアレスミスによるものであり、注意力低下に起因するものと思われた。頭部MRIでは頭頂葉の脳溝の軽度拡大を認め、脳血流SPECT検査では両側前頭葉・頭頂葉の血流低下を認めた。心理検査及び画像検査上はアルツハイマー病などの何らかの変性疾患による軽度認知障害(MCI)も疑われるが、母との死別というライフイベントが不安や不眠の出現に関連する可能性もあり、本人・家族には認知症疾患医療センターの外来にしばらく通院することを提案した。

【X年～X+2年の経過】

★MCIの診断と本人・家族への説明、不安に対する精神療法的アプローチ

その後は外来での支持的な精神療法的アプローチを通して不安や不眠が軽快し、家事や金銭管理などの日常生活にも概ね支障なく暮らせていた。しかし、本人自身は記憶力低下の進行を自覚しており、X+1年12月のMMSEは21点で心理検査上も明

らかな近時記憶障害を認めるようになった。また、X+2年2月の脳血流 SPECT 検査では両側頭頂側頭連合野の血流低下パターンが明確に認められるようになり、アルツハイマー病による MCI と診断。本人・家族にその旨を説明するとともに、当科で継続医療を続けるように助言した。

その後も、本人は受診時に「思い出せないものが結構ある。なんだっけと思うことがある。でも、そのような自分の頭になれてきた感じもする」と述べ、金銭管理についても「どこにおいたかなとか。支払いなので間違えたかもしれないと思うことがある」と言いながらも、比較的穏やかな自立生活が続けられていた。本人としては「通院しているということで安心感がある」ということであった。

【X+3年の経過】

★MCI から認知症への進展、本人・家族への説明、不安・不眠・妄想への精神医学的な対応、介護保険サービスの利用支援

しかし、認知機能低下はその後も進行し、X+3年2月には MMSE が 19 点となり、らかな近時記憶障害と時間失見当識が見られるようになった。MCI からアルツハイマー型認知症への進展と説明し、本人・家族にもその旨を説明してコリンエステラーゼ阻害薬の内服を開始した。また、同時期より不安や混乱が目立つようになり、本人は以下のような体験について語るようになった。「(家に居ると)心細くなったり、こわくなったりするのです。家には(誰かに)はいられている。それが続いている。勝手口からかな。それで娘のところへ避難したりしています。本当にこわくて泣きました。(娘のところにいると)安心です。

交番にも行ったんですが、交番の前でおまわりさんが男の人と話しているの見たらこわくなってそのまま娘のところに行きました。(誰かが)家の中のものを移動したりしています。ここに無かったものがあったりするのです。おまわりさんも来てくれて見てくださいました」。長女によれば、本人が近隣に住んでいる人をいきなり捕まえて警察に連れて行こうとする行動も見られたという。

医師は本人の病状と今後の方針について本人・長女に以下の趣旨を説明した：①独居、認知機能障害、社会的孤立が妄想成立の状況付置を構成している、②孤立を解消する方向での生活環境の調整が妄想の解消に役立つ可能性がある、③現在は要支援 1 なので区分変更をしてサービスのさらなる利用を考慮する。

さらに、X+3年7月より不安、不眠、妄想を標的にクエチアピン 12.5mg を就眠持薬として処方した。また、病院の精神保健福祉士を通じて、地域包括支援センターの担当者に連絡し、本人・家族の意向を確認した上で、在宅サービス(服薬管理を目的とする訪問看護など)の利用を調整することとした。

その後、本人は、自宅と長女宅を行ったり来たりしながら暮らす生活をするようになった。本人によれば、若い男の人が家に入ってきて、家においてあった億単位の現金を盗んだ。若い男の子の声が上と下で聞こえたのでわかった。娘にそのことを話したが金額が大きいので信じてもらえなかった。人が家に入ってくるのがこわい。それで娘の家の方に避難したりしている、ということであった。

★認知機能障害・生活障害の進展、支援チームでの情報共有と生活状況のアセスメント

また、記憶力低下に伴い日常生活の中での失敗が目立つようになった。ある日、携帯電話がないということで、本人が公衆電話で地域包括支援センターに連絡し、地域包括支援センター職員が本人宅を訪問した。そのことで長女に連絡したところ、長女がGPS機能を使って携帯を捜索し、本人の鞆の中にあることを発見した。本人は誰かがそこに入れたと主張した。

ある日、受診後に薬局に行って処方箋を渡したが、そのあとコーヒーを飲んでいる間にそのことを忘れてしまい、薬をもらわずに帰宅してしまった。そのことで本人から病院の精神保健福祉士に電話があり、精神保健福祉士から地域包括支援センターの職員に電話を入れ、地域包括支援センターの職員が薬局に行って薬を受け取り、本人宅で訪問看護師がそれを受け取り、薬をセットするというエピソードがあった。室内には過去に処方されている薬がバラバラに置いてあったという。

★要介護1への区分変更、新たな意思決定支援チームの結成、チームによる服薬管理支援体制の構築、不安の軽減

X+3年8月には要支援1から要介護1に区分変更され、訪問看護を週2回利用することになった。また、X+3年9月には地域包括支援センター職員と居宅介護支援専門員の2人が同伴して受診し、本人・地域包括支援センター職員・居宅介護支援専門員・精神保健福祉士・医師で情報共有しながら、新たな意思決定支援チームに円滑に移行できるように調整がなされた。

服薬管理について、地域包括支援センター職員によれば、薬はカレンダーに貼ってあり大体飲めているようだとのことであった。また、本人も「物がなくなったときはパニックになる。夜の薬はやはりあった方がよい」ということであった。そこで、通院時には訪問介護を利用し、訪問看護師が受診から薬局に処方箋を出すまで同伴し、その後、訪問看護師が薬局で薬を受け取り、自宅で薬をセットするという流れが作られるようになった。X+3年10月には居宅介護支援専門員に誘われてデイサービスに見学に行くが、「まだ自分には早いようだ」と言って利用は辞退される。

このような経過の中で、本人の不安も幾分軽快し、生活も比較的安定してきた。X+3年11月の受診時に、本人は、「なんか急にすごい不安がでてきたり、あつという間にそれが治まったり、なんで落ち着いたのかもわからないし、なんでこわかったのかもわからない。なんかスイッチがあるんです。きっとたわいないことだと思いますが。それでも普通の方が多い。一時期はあんなに不安だったのに、それは治まっています」と自分自身の体験を述べている。

その後は長女宅と自宅を月に1回程度行ったり来たりしながら暮らすようになった(この頃から長女宅の近隣にアパートを借り、長女宅に行くときはそこで独居生活を継続するようになる)。本人に自宅での暮らしの様子を聞くと、「ちょっと寂しい。結構、今も物がなくなって。天袋のところの物がなくなって。今でも、ときどきそのことを思い出すところわいです。でも、何をもっていったのかということが、その日はわかるが次の日はわからない。だから

あまり気にしない。外で男の子にあっついでこられると、その人がついてくるつもりなのかどうかわからないけれど、なんとなくこわい」という。

【X+4年の経過】

★認知機能障害・生活障害の進展、妄想に対する本人なりのコーピングと自立生活の工夫、独居生活の不安の持続、別居家族の生活支援を得ながらの新たな暮らし方・暮らしの場の模索

X+4年1月、それまでは病院で訪問介護士と待ち合わせをして同行受診をしていたが、数回うまくいかないことがあり、1月からは訪問介護士が自宅まで迎えに行き同行受診することになった。一方、侵入妄想と物盗られ妄想についてはその後も続き、「多分、隣の子が家に入ってくる」

「いろいろなものがなくなった」と本人は述べるが、診察室では比較的落ち着いており、部屋の中がすっきりしてよい、などと冗談も言えるようになった。訪問介護士によれば外出もよくしているとのこと、本人に「道に迷うことはないか」と聞いたところ、「迷ったらすぐ人に聞くことにしている。親切な人が多い」と答え、本人なりの自立生活の工夫がなされている様子が伺えた。

しかし、診察室での本人の発言と別に、本人にとっては、侵入妄想や物盗られ妄想の体験とそれに伴う不安感は決して容易なものではなかった。「泥棒が入るので一人だと不安」ということで、X+4年2月より本人は長女宅の近隣のアパートに継続的に滞在するようになった。長女によれば、長女宅の近隣のアパートであれば比較的落ち着いて過ごせており、一人で家のまわ

りを散策したり、孫たちと虫取りに行ったりしている、ということであった。また、内服はほとんどしていないとのことであった。本人としては「物がなくなるのがとてもこわい。それで娘の家に逃げた。だって物の場所が変わっているんだもの」「(そのことを)話すとこわくなる。物がなくなっていたり、次に見たら戻っていたり。一人していると自分がばかになっているみたいで。こんなことあり得ないと。たぶん、嫌な人がいるのだろうなと思う」とのことであった。

【事例1の診断後支援の分析】

1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮ある情報提供

この事例では、初診時(MCI疑い、不安・不眠症状の併存)、X+1年(アルツハイマー病によるMCI疑い)、X+3年(アルツハイマー型認知症、妄想の併存)に本人・家族に認知症の診断名やその他の医学的評価について説明し、不安への対応や、今後の尊厳ある自立生活に向けた情報提供が行われている。

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

上記と並行して、診察場面のみならず、日々の生活を通して、本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取し、現在利用しているサービスを把握するとともに、今後の生活に関する本人・家族の意向を確認している。また、本人や家族の不安に対しては、対話を通して心理的サポートが継続されている。

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

上記を通して、認知症疾患医療センター

の医師と精神保健福祉士は、本人・家族の生活上の困りごとやニーズ、意向を聴取し、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している。また、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説明している。

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

上記に関連して、この事例では、初診の段階で、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターに連絡を入れて介護保険サービスの利用調整を開始している。また、X+3年には、認知機能障害と生活障害の進展に合わせて、地域包括支援センターと連携して区分変更を進め、要介護1になってからは、さらに居宅介護支援専門員とも情報を共有して、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が検討され、実践されている。

5. 別居家族との情報共有と連携

この事例では、初診時からキーパーソンとなる長女が同伴しており、初診時から一貫して、本人と長女と医師を含む支援者の間で情報共有していく作業が継続的に実践されている。また、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して、長女と継続的な関係を保ち、変化がある場合には適宜情報を共有しながら対応しているのがわかる。

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

以上のプロセス全体を通して、本人、家族、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員

(訪問看護師、訪問介護士)、認知症疾患医療センターの担当医師と精神保健福祉士が、意思決定支援チームを結成し、必要に応じて関係者会議を開催しながら、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されているのを確認することができる。

事例2 MCIの診断から4年間、認知症の診断から3年間独居生活を継続している調査時89歳の女性

【調査時の診断名】

脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症、高血圧症

【世帯状況】

独居、別居家族（長男）は遠方に居住

【現病歴】

X年5月頃より健忘を強く自覚するようになり、同年6月に夫が緊急入院したのを契機に不安が強まり、かかりつけ医より認知症疾患医療センターに紹介された。本人によれば「急にもの忘れが始まり、約束を忘れるようになった」「夫が入院してから、寝付きが悪く熟睡できなくなった」「眼鏡や書類を置いたところがわからなくなることが頻繁になりパニックになることがあった」「明日の予定をメモしてもそれをなくしたり、書いたメモの内容がわからなくなったりした」「もの忘れが日々ひどくなっているように感じ不安が増している」とのことであった。

【初診時所見】

MMSE=24で、近時記憶障害と軽度の注意障害を認め、頭部MRIで右基底核のラクナ梗塞、左優位海馬近傍萎縮、脳血流SPECTで左頭頂側頭葉・後部帯状回・両

側前頭葉の血流低下を認めた。脳血管障害を伴うアルツハイマー病または嗜銀顆粒病による軽度認知障害（MCI）疑いと診断し、かかりつけ医との併診で認知症疾患医療センターの外来で通院加療することとした。尚、かかりつけ医からは高血圧症に対して降圧剤が処方されていた。

【X年～X+1年の経過】

★MCIについての本人・家族への説明、不安に対する心理的なサポート

初診時には本人・家族にMCIの状態であること、背景にアルツハイマー病があることを説明し、かかりつけ医と連携して認知症疾患医療センターの外来で継続診療することを提案した。その後、通院時には本人の日々の体験や不安について傾聴するようにしたところ、本人の不安も次第に軽快していった。長男によれば、一人暮らしに慣れてきたようだとのことであった。本人によれば、月曜以外は毎日朝～昼までスポーツジムで過ごしているということであった。

★生活状況に関する別居家族からの情報、認知機能障害・生活障害の進展、併存する身体疾患の悪化、MCIから認知症への進展、本人・家族への説明、要介護認定

しかし、X+1年9月、長男によれば「ここ半年でもの忘れはひどくなった。前はメモをとっていればなんとか大丈夫だったが、最近ではメモをとったことも忘れてる」という。同日のMMSEは23点で、明らかな近時記憶障害、軽度の視空間構成障害を認めた。また、本人によれば、毎日スポーツジムで血圧を測っているがそこではそんなに高くなかったため、かかりつけ医の通院もやめたといい、同日に診察室で測定し

た血圧は219-88mmHgであった。以上より、①MCIから脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症へ進展した状態であること、②かかりつけ医への通院が中断していることから、高血圧症に対しては当科で降圧剤を処方し血圧管理を行うこと、③要介護認定を受けて服薬管理支援のためのサービス利用が必要であることを説明した。

★介護保険サービスを活用した服薬管理と健康管理のための支援体制の構築、夫との死別、地域包括支援センターによる心理的サポート、社会生活の中での失敗

その後、要支援2の認定を受け、訪問看護を隔週で入れ、診察場面では血圧も次第に安定してきた。また、本人も、自宅では自動血圧計で1日2回血圧を測定するようになった。しかし、測定記録を見ると、血圧の変動が大きく、服薬アドヒアランスが不安定な様子がうかがえた。X+1年11月に入院中の夫が死亡。本人の精神的動揺は目立たなかったが、地域包括支援センター職員が本人宅を訪問して本人をサポートした。地域包括支援センター職員によれば、本人の希望は施設入所であるが、故郷のA町の施設に入所したいということであった。一方、家族は自宅近くの有料老人ホームをすでに検討しており、本人とも見学もしているとのことだった。ひとまず施設入所までは訪問看護を利用しながら在宅生活を継続することにしたが、その後、郵便局より地域包括支援センターに電話があり、「本人が印鑑を探しており、郵便局にあると聞いたと主張して毎日郵便局に来訪している。郵便局でいくら説明しても、途中で怒りだしてしまうので、地域包括支援センターに連絡した」とのことであ

った。区分変更を行い、要介護1となり、訪問看護を利用しながら、同時に介護付き有料老人ホームの入所を検討する方針とした。

【X+2年の経過】

★意思決定支援チームの形成と別居家族による生活支援と在宅支援の体制整備

しかし、その後、施設入所については、本人の気持ちが揺れ動いた。X+2年6月に本人、長男、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、医師で話し合いの場を設けた。長男によれば「在宅を継続するには訪問看護と訪問介護が不可欠だと思う。さもなければ入所しれないと考えている。本日も郵便受けをみると重要な書類がそのままになっていた。郵便受けを定期的にチェックしてくれるような支援が必要である」と述べた。医師から金銭管理を家族がサポートすることは可能かと問うと、長男は「それは無理。私に電話がかかってきて犯人扱いされたりした。職場に突然電話がかかってきたりする」とのことであった。

上記の話し合いを契機に、本人、長男、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、認知症疾患医療センターの医師・精神保健福祉士の間で情報が共有され、それによって一定の信頼関係も形成され、本人の意向を尊重しながら本人の在宅生活の支援していくための基盤が作られはじめた。その後、長男は金銭管理・書類整理をサポートし、ジムのない月曜日に訪問看護が入り、通院受診時には居宅介護支援専門員が可能な限り同伴することになった。訪問看護の記録上の血圧も収縮期圧 130～140 台で安定するようになってきた。

★本人なりの自立生活の継続に向けた工夫

本人によれば「午前中はジムに通って、昼にはもどって家で昼食を食べている。家にいると会話することがないが、ジムにいる間は結構楽しくやっている。血圧はジムで時間のあいているときに測っており、家でも測っている。薬はときどき看護師さんが来てくれて確認してくれている。日にちを書いて、飲んだ薬の殻はそのままそこに入れてある。飲んだかどうか忘れてしまうので」とのことである。精神的には落ち着かれている様子で、訪問看護が来てくれていることもよく認識されている。また、「息子たちに迷惑はかけられないので、いざという時のために有料老人ホームを自分で申し込んでおいた方がいいでしょうか。でも、お金が途中でなくなってしまっただけで追い出されたりすると困るし」と問うので、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、別居の長男で連絡をとりあっており、そのための準備もしているので安心して今の暮らしを続けてください、と伝える。

★居宅介護支援専門員の通院同行、訪問看護師による健康管理

外来もほぼ時間通りに単独で通院し、病院で居宅介護支援専門員と待ち合わせして受診している。居宅介護支援専門員から見ても落ち着いている印象だとのことである。訪問看護は週1回利用が継続されており、部屋には入れないがスムーズに玄関に入れてもらい話が出来ているとのことである。但し、部屋に入りたいということに対しては拒否的な雰囲気があるとのこと。それでも、玄関先の様子では落ち着いている感じがあり、以前は、メモが山のよ

うに貼ってあり、乱雑でありメモの用をなしていない状態だったが、今は、メモが減っていて、綺麗に貼ってあり機能しているという。請求書や重要書類などは全て長男に送付することとし、金銭管理も息子が支援するようになって、その点で不安要素が減ったようだという。

★再び服薬アドヒアランスの低下、物盗られ妄想が目立つようになる

しかし、居宅介護支援専門員からの報告によれば、X+2年9月頃から血圧が高いことが多くなり、物盗られ妄想も頻繁に見られるようになった。また、訪問看護からの報告では、「訪問は玄関のみ。訪問時の血圧が先月くらいから160台のことが続き、200のこともあった。服薬管理が出来ていない可能性が考えられるが、確認ができない状態が続いている」、「10月末から、『人の良さそうな身なりの良い、字も綺麗な男性に鞆を盗られた、カードも見つからない』という訴えがあり、財布が庭から紙幣のない状態で見つかったとも話している。事実なのかどうかは不明だが、被害届を出したと言っている」とのことであった。

【X+3年の経過】

★服薬アドヒアランスが不安定ながらも、本人なりに自立生活を工夫

その後も、診察室で測定する血圧は収縮期圧130～140台で比較的安定していたが、訪問看護の記録によれば150～180台であり、「飲んだのを忘れてまた飲もうとしたり、一包化の袋に日付を書き直した痕跡がある」と記載され、服薬アドヒアランスが不安定な状態が続いた。一方、日常生活では、食事は近隣のスーパーマーケットで総菜や弁当を買って食べており（血液検査上

も栄養状態は良好である）、金銭管理は長男が年金を下して本人に渡していた。本人は、最近では自覚症状が出てきており、「ぼけてるんだなーって思う。前は自覚がなかったけど。前は買い物をするときに買うものを2、3文字で書いておけばわかったけど、今は細かく書かないと買い忘れる。自分であー情けないなあと思ったりする」という。

★スポーツジムの退会とそれによる社会的交流の減少、在宅サービスの利用については拒否感が目立つ、銭湯を社会的交流の場として活用

居宅介護支援専門員によれば、長年通っていたスポーツジムをX+3年4月に退会したとのこと。本人によれば、書類を書かされるのが煩わしいので辞めた、という。その場で居宅介護支援専門員がデイサービスの利用を勧めたところ、本人は乗り気で、その場ですぐに問い合わせをして見学の予約をとった。しかし、X+3年5月に見学したところ、年寄が多いので行きたくないとのことであった。その頃から訪問看護への拒否感も強まってきた。本人には支払いについての不安があり、看護師に対する不満もあるようであった。看護師が訪問しても、インターホン越しで帰ってほしいと訴え、血圧も自分で測定できると言って拒否するようになった。また、訪問看護の指定の時間に不在のことも多くなった。一方、入浴はそれまではスポーツジムでしていたが、ジムをやめてからは自宅近くの銭湯に通うようになった。本人によれば、銭湯は会話ができるからよい、時間によってはすいている、ということであった。

★在宅と施設入所との間で本人の気持ち

は揺れ動く、意思決定支援チームで今後の暮らし方について再度検討する

ほぼ1年以上、自宅の様子を誰も見ていないということなので、長男と居宅介護支援専門員で自宅の様子を見てくることにした。また、今後のことについて、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、医師で以下のような検討を行った「本人にはサービス利用について説得すればするほど反感が募る可能性がある。そうやって生きていきたいという本人の意向も尊重する必要がある。給付サービス以外の生活支援でどこまで在宅生活が継続できるかということになるが、在宅が限界になるタイミングがアクシデントである場合もある。本人の意向を尊重しながらも、アクシデントが起こるリスクを関係者で共有し、可能な範囲で見守り支援を検討する必要がある。これに対応するために、①通院頻度は月1回から月2回とし、②訪問看護については、本人が拒否するから終了するというのではなく、上記の考え方に基づいて、可能な範囲で継続する。③長男に自宅の様子を見て頂き、生活が破綻しているようならば緊急対応等を検討する。万全ではないながらも本人なりに生活が送れている様子であれば、関係者で情報共有しながら、現在の支援を継続する」。

★独居生活に関する本人の不安、別居家族による金銭管理支援の継続

X+3年7月、診察室で本人は以下のような不安を訴えた「一人で一軒家に居るのはこわい。できれば寮のようなところに入りたい。ピンポンとなって、男の人だとこわいので2階からのぞいてから出るようにしている。買い物袋からお財布の中身だけ

とって、庭にポツと投げている。そんなことが2回あった。駐在さんにもそのことを言った。息子は遠方に転勤になって、仕事も忙しくて連絡がつかない。息子と関係なく、こちらの方で（寮に入ることを）決めていただいでかまいません」。そこで、精神保健福祉士より長男に電話をして本人が寮に入りたいと希望していることから、長男に施設サービスの利用について再度打診してみた。長男によれば「本人はしっかり生活できていると話しているが、公共料金の支払いなども一切できない。去年は電気が止まったりしていた。不動産屋が変わったが、振込先の変更もできなかった。本人が納得するのであれば入所はやぶさかではない。しかし、1年前の時点では、コストを心配して公的のところじゃないと納得しないと話していた。そうは言ってもしんどくなっているのは事実なのだから入所を考えた方がよいと本人に伝えていた。以前に有料老人ホームを見学に行ったが、本人はそのことすら覚えていない」とのことであった。一方、同月には、本人の希望も受けて訪問看護師を変更した。訪問看護師が来る時間に事前に長男が本人に電話を入れるようにしたところ、訪問時にはスムーズに玄関を開けてもらい、にこやかに対応してくれたという。訪問看護は隔週で利用することを再確認した。

★侵入妄想に関する不安、施設入所と在宅生活継続の間で揺れ動く本人の気持ち

X+3年8月に居宅介護支援専門員が同伴して自宅近くの有料老人ホームに見学に行ったところ、現在満室であり空き待ちであるとのことであった。本人には、逆にまだ自宅で過ごせるという気持ちが出てき

たようであったが、一方、自宅に見知らぬ怪しい人が家に入ってきたことがあるという不安もあり、揺れ動いているようだとのことであった。精神保健福祉士から長男に電話を入れ、本人は揺れ動いているようだが、順番待ちに並んでいた方がよいのではないかと伝えたところ、長男によれば、先日本人宅を訪問したところ、本人は「満室だし、無理に入らなくてもよいのでは」と言ったという。そこで、申し込みだけしておいて、その間、そこでやっているデイサービスに通所していたら、と水を向けたところ、「デイサービスはお金がかかるから必要ない、施設にもそれほど入りたいわけじゃない」と答えたという。入所しても「嫌だ」と言ってすぐ出てきてしまう可能性が高い。薬も半分も飲んでいないようだし、血圧計もきれいなカバーがかけられており、血圧測定はしていないようだ。本人は医師から血圧は測定しなくてよいと言われた、などと言っている。

★本人自身の一人暮らしの不安、物の紛失、物盗られ妄想、被害妄想、それらによる社会生活の中で対人トラブルが頻繁に生じるようになる

X+3年9月の受診時には、本人は自宅近くの有料老人ホームを見学に行ったことも覚えていなかった。また、家の中に人が入ってくるという不安についても「鍵をかけているから大丈夫」と言い、寮に入りたいと言っていたことについても「離れたところでなくて家の近所ならよいが」と述べた。一方、この時期には、通院の際に病院や薬局の窓口で、財布を忘れたり、保険証を忘れたり、薬を日数分もらえていないと言って薬局に抗議するなどの社会生活の

中でのトラブルが目立った。X+3年10月には再び一人暮らしの不安を訴え、入院したいと言うようになった。「一人きりだから。子供も遠くに住んでおり、近くに誰もいない。できたら（生まれ故郷の）A町の施設に入りたい。A町なら親戚もいると思うし。もの忘れもあるし。わたくしはこれからどうなるんだろうなど、心配になっている」と言う。また、X+3年11月には保険証が見あたらないというエピソードがあり、本人は「なんか本当に、最近ぼーっとしているのを自覚している。なんかちょっとしたことでコロっと忘れるんです。前はメモをしておけば、わかったが。メモはしょっちゅう。買い物に行くのも、今は、これはここで買う、これはここで買うと書かないとわからない。最後まで書かないと、このメモなんだっけかなという感じになる」と述べた。さらに、最近是人と話すことも少ないので、「だんだん言葉もわすれそうです。最近は何に行っても話をすることもないし。お風呂に行っても、時間によっては年代が違うので、まったく話さないことがある」と述べている。

一人暮らしの不安、物の紛失、物盗られ妄想、被害妄想、社会生活の中で対人トラブルが頻繁に生じている様子である。ある日の診察時の会話の一場面を以下に素描する。尚、括弧内は医師の言葉である。

（調子はどうですか）

本人：5月にスポーツジムやめてから“今日は会話したかな？”という感じです。近所の人はみんなおつとめだし。

（寂しい感じですか）

本人：寂しいという感覚もない。ぼーっとして過ごしているから。会話しないから言

薬をわすれるんじゃないかと。〈自宅の〉車庫の中の傘をもっていかれました。玄関の横においてあった靴べらもっていかれました。いつも 50 歳前後の女の人。

(怖いと感じることは)

本人：鍵はしっかりとかけている。映像は映ってますよ。上から見てとられちゃったという感じ。狙っているんですよ。

居宅介護支援専門員：看護師さんのことかな。月曜の午後に訪問看護師が行っていきませんが会えていないようです。

本人：訪問看護は来なくていいです。来てもしょうがないし。

居宅介護支援専門員：血圧とか、お薬確認してもらったり。

本人：薬局でお薬手帳を返してくれないんです。薬が 13 日分しかなかったとか、いろいろメモしていたので〈返してくれないんだと思う〉。診察券も盗られてしまい、再発行しました。

【X+4 年の経過】

★さまざまなリスクを抱えながらも本人なりの自立生活の継続

X+4 年の冬、本人は、「以前は頭が痛くなることもあったが今はそのようなこともなく体調はよい、もうこのままぼっくりいかないかと考えている、自分の母も 97 歳まで台所の仕事をしていた」という。長男としては安否確認のために訪問看護師を入れたいと考えているが、本人は通院しているので必要ないという。居宅介護支援専門員よれば、部屋にエアコンはあるが使用していないという。また、診察時は毎回のように「今、飲んでいるお薬は何ですか」と医師に質問する。その都度、医師は本人に説明するが、本人はそのことをすぐに忘

れてしまう。それでも、再来予約日にはほぼ時間通りに単独で受診し、居宅介護支援専門員の都合がつくときには病院で待ち合わせをして同伴で診察を受けている。

本人としては日常生活の中で特に困りごとはないという。これまで通り、食事は自宅近くのスーパーマーケットで総菜や弁当を買っており、入浴は近隣の銭湯に定期的に通っている。一包化されて処方されている薬（降圧剤を含む）は、いつもテーブルの上において、自分で服用している。診察時に測定する血圧は収縮期圧が 130～140 台で比較的安定しているときもあるが、収縮期圧が 150～160 台で高めに推移することもある。服薬管理や健康管理を支援するために訪問看護サービスを継続しているが、本人としては自宅に他人を入れたくないらしく、看護師が来ても不在であったり、家にいたとしても玄関先で会うのみであったりする。家では、することがないのでテレビばかり見ているが、テレビも面白くないというのでデイサービスを勧めてみるが、年寄ばかりで印象がよくなかったと本人は言う。

★長男に対する被害妄想、家族による日常的金銭管理支援の破綻、成年後見制度利用についての検討

居宅介護支援専門員によれば、最近、遠方に住む長男との関係が悪化してきたという。長男によれば、本人から「通帳を返せ」との電話が繰り返しあり、あまりにも頻繁にあるので長男が本人に通帳を返したが、それでも同じような電話が繰り返しあるので着信拒否にしたという。日常的な金銭管理やサービス利用にも支障を来す可能性が高まったため、居宅介護支援専門

員、精神保健福祉士、医師で相談し、成年後見制度の利用を視野に入れる必要があると判断し、診察日に医師から本人に「法律の下で財産を守る公的な制度がある」ことを説明し、成年後見制度の利用を勧めた。また、居宅介護支援専門員より長男に成年後見制度の利用について提案し、利用の意向がある場合には長男より申請してもらうこととし、申請方法については精神保健福祉士からも情報提供する旨を伝えてもらうことにした。

【事例2の診断後支援の分析】

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

夫の入院を契機とする健忘への強い自覚と不安を契機に認知症疾患医療センターを受診し、MCIと診断され、その後の経過の中で認知症へ進展している。医師は通院診療の中で、本人・家族等にMCIやMCIから認知症への進展について説明し、また併存する身体疾患の問題についても説明をしている。また、本人の独居に関する不安に配慮して、今後の暮らし方についても継続的な情報提供を行っている。

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

日々の生活状況については、本人、家族、地域包括支援センター職員等から絶えず情報を収集し、現在のサービスの利用状況や、本人・家族の意向を確認しながら、今後の暮らしのあり方が検討されている。また、本人の独居生活に関する不安については、本人の体験を積極的に傾聴しながら、心理的なサポートが継続されており、それによって本人・家族ともに精神的に落ち着いてきている様子も

うかがわれる。

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したり、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たり、地域包括支援センターの利用について情報提供したりするなどの支援がなされている。本事例で特に注目しておきたいことは、併存する血圧コントロールの不良と服薬アドヒアランスの不良という医学的評価の下で、服薬管理および健康管理の支援体制の再構築がなされている点である。独居の認知症高齢者ではしばしば身体的健康状態が悪化しており、その評価と管理体制を構築することが診断後支援の重要なポイントになっている。

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

上記のプロセスの中で、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い、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、通院同行などの生活支援について本人・家族・多職種で検討されている。特に注目しておきたいことは、本人・家族・多職種の間で情報共有を行いながら、信頼関係が形成され、意思決定支援チームが結成されていることである。今後の暮らしについて本人の意思決定が揺らいでいたり、猜疑心や被害妄想などを背景にサービス利用に拒否感を感じていたりするときなどは、信頼関係が

形成されている意思決定支援チームが、本人の意思を尊重し、安全性を確保しつつ、本人に伴走しながら協働で意思決定できるようにしていくことが、本人の在宅生活の継続に寄与しているものと思われる。

5. 別居家族との情報共有と連携

初診時よりキーパーソンである長男との間で情報共有と連携がなされている。その際には、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合に情報を共有して対応できるようにしている点がポイントである。しかし、本事例では、長男が遠方に暮らしており、かつ勤務もされているということから、本人とのコミュニケーションや生活支援には明らかに限界があった。そのようなことも背景にあって、やがて本人は長男に対して被害妄想をもつようになり、別居家族による金銭管理支援が困難になり、それを契機に成年後見制度の利用という選択肢が支援チームの間で検討されるようになっていく。

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

このように、全経過を通じて、認知症疾患医療センターの医師及び精神保健福祉士が、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員と必要に応じて関係者会議を開催するなどしながら、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が継続的に実践されている。そして、この事例では、初診後4年目に成年後見制度の利用

が検討されるようになったが、後見人が選任された場合には、後見人も意思決定支援チームに加わり、本人の意思の尊重を原則にしながら、本人の安全性の確保を考慮に入れて生活支援ネットワークの構築を進めていけるように多職種協働を維持していく必要がある。

D. 考察

2事例の記述的分析を通して、認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後、多職種協働チームで「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」が踏襲されていることを確認することができた。また、いずれの事例も調査時点まで本人の意思が尊重された尊厳ある自立生活が継続されており、上記の「診断後支援のプロセス」がそれに貢献しているものと推察された。

さらにここでは、事例の詳細な分析から、独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進める上で、その前提となる重要な4つの視点があることが推察される。

1. 多職種協働によるソーシャルワーク

この2事例で実践されてきたことは、多職種協働による「総合アセスメント」と「必要な社会的支援の統合的調整」であり、独居であるか否かに関わらず、複合的生活課題をもつ認知症高齢者に対して実践されている多職種チームによるソーシャルワークに他ならない。しかし、独居認知症高齢者の場合には、いわゆる日常生活を共にしている家族が不在であるという点において、生活状況の評価や本人のニーズの把握について多職種チームが果たす役割が

大きくなることに留意する必要がある。

2. 独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ

特に、上記の2事例においても明らかのように、認知機能障害をもって独居で暮らすことに関する不安は大きく、しばしば妄想に発展する。これに対しては、認知症疾患医療センターのスタッフのみならず、多職種チームで本人の体験を積極的に傾聴し、受容し、共感するという精神療法的アプローチが肝要であり、そのことが信頼関係の醸成と、不安をもちながらも本人なりの自立生活を継続していくことを助けている。上記2事例からもわかるように、さまざまな生活上のリスクに直面しながらも、本人なりの自立生活の工夫が継続されている様子が伺える。

3. 意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）

このような本人なりの自立生活の工夫を尊重し、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を継続できるようにしていくことは、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念（第3条第1項）にも掲げられている基本的人権の実現に他ならない。同時に、可能な範囲で本人が健康で安全な生活を維持できるようにすることは憲法第25条に定められる基本的人権の実現支援であり、それは国家の責務でもある。意思決定支援チームは、そのような自由権と社会権の両者の実現に向けて機能する役割を担っており、チーム員は認知症とともに生きる当事者のアドボカイトとして機能することが求められている。

4. ピア・サポートとエンパワメントに

ついて

わが国では2014年に認知症当事者の組織である日本認知症本人ワーキンググループが発足し、その後、認知症である当事者の発信、本人同士の出会い、ピア・サポートが、認知症とともに生きる人々を力づけ、それが尊厳ある自立生活の継続に大きな役割を果たしていることが示されてきている。そのようなことから、2018年には認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱に「診断後等支援機能」が掲げられ、そこでピア・サポートや当事者交流会の開催などが推奨されるようになった。上記に示した2事例については、診断後支援の中でそのような支援にはつながっていない。こうした事例を、当事者のピア・サポートにどのようにつなげていくかが、これからの課題として残されている。

E. 結論と今後の課題

認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後に、多職種協働チームで診断後支援が行われている。そのプロセスには、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、という6つのカテゴリーに分類される支援が含まれている。また、このプロセスを実践していく上での重要な視点として、以下の4点を挙げるができる：1)多職種協働によるソーシャルワーク、

2) 独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ、3) 意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）、4) ピア・サポートとエンパワメント。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの役割と課題. 臨床精神医学 52(9):1081-1087, 2023.
 - 2) 栗田主一：社会医学・政策 認知症と社会保障. 医学のあゆみ, 287(13):1100-1105, 2023.
 - 3) 栗田主一：認知症とともに暮らせる社会という潮流. 精神科治療学 38(10):1129-1134, 2023.
 - 4) 井藤佳恵, 津田修治, 山下真理, 菊地和則, 畠山啓, 扇澤史子, 古田光, 栗田主一：認知症サポート医が困難事例対応において期待される役割. 日本老年医学雑誌 60(3):251-260, 2023.
 - 5) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援. 老年精神医学雑誌 34(5):477-486, 2023.
- ### 2. 学会発表
- 1) 栗田主一：日本の認知症研究の方向性. 認知症の社会的研究の今後. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良（シンポジウム）

- 2) 栗田主一：認知症疾患医療センターの現状と今後の方向性. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良（教育講演）
- 3) 古田光, 扇澤史子, 土屋大樹, 大森佑貴, 片岡宗子, 松井仁美, 岡本一枝, 今村陽子, 青島 希, 上田那月, 加藤真衣, 畠山啓, 齋藤久美子, 栗田主一：大都市の認知症疾患医療センター10年間の初診患者の動向. 第38回日本老年精神医学会（秋季大会）, 2023. 10. 13-10. 14, 東京（ポスター）
- 4) 関野明子, 涌井智子, 中山莉子, 大久保豪, 石崎達郎, 栗田主一：地域在住高齢者を支える別居介護者が抱える介護負担感 別居介護者と同居介護者へのインタビュー調査から. 第65回老年社会科学会, 2023. 6. 17-6. 18, 横浜.

3. 書籍

- 1) 栗田主一：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は環境をつくるために. 株式会社ワールドプランニング, 2023年, 東京.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

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

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

認知症になってもこの地域で暮らしていけると本人が思うこと（エフィカシー）の関連要因を調べた。2022年12月に、研究拠点（高島平ココからステーション）がある板橋区高島平2丁目の65歳以上の高齢者4523人を対象に調査票を配布し、1237人から回収した（回収率27.3%）。一人暮らし652人のうち、欠落項目のない483人（女性64.6%、平均年齢78.7±5.9歳）のデータを分析した。地域生活継続のための自己効力感（エフィカシー）については、「そう思う」「ややそう思う」と答えた人が44.3%、「そう思わない」「ややそう思わない」と答えた人が55.7%であった。単変量解析では「生活圏に相談相手がいる」、「高島平ココからステーションを利用したことがある、または知っている」、「他の集いの場を利用している」が、エフィカシーと有意に関連していた。次に相談相手がいることについて深掘りするために、一般論としての相談相手（遠くの友人）あるいは生活圏域の相談相手（近くの友人）の存在を含む、2つの二項ロジスティックモデルを作成した。「生活圏における相談相手の存在」が有意に関連したが、一般論としての相談相手は関連しなかった。地域に相談相手がいることが重要であるが、高齢期に新たに地域に相談相手を作ることは容易ではない。今後は、自然に助け合える関係を構築できる仕組みや工夫が求められる。

A. 研究目的

これまでの栗田班の研究から、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年はこの地域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。

認知症になってもこの地域で暮らしてい

けると本人が思うこと（エフィカシー）

は、認知症共生社会をつくるための基盤である。本研究の目的は一人暮らしの高齢者の認知症になってもこの地域で暮らしていけるというエフィカシーの関連要因を調べることである。

B. 研究方法

2022年12月に、研究拠点（高島平ココからステーション）がある板橋区高島平2丁

目の 65 歳以上の高齢者 4523 人を対象に調査票を配布し、1237 人から回収した（回収率 27.3%）。

（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

一人暮らし 652 人のうち、欠落項目のない 483 人（女性 64.6%、平均年齢 78.7±5.9 歳）のデータを分析した。地域生活継続のための自己効力感については、「そう思う」「ややそう思う」と答えた人が 44.3%、「そう思わない」「ややそう思わない」と答えた人が 55.7%であった。

すべての変数を 2 値化し、地域生活継続の自己効力感を従属変数としてカイ 2 乗検定を行った。その結果、「生活圏に相談相手がいる」（ $\chi^2(1)=12.056$ 、 $P<0.001$ ）、「高島平ココからステーションを利用したことがある、または知っている」（ $\chi^2(1)=5.102$ 、 $P=0.024$ ）、「他の集いの場を利用している」（ $\chi^2(1)=4.154$ 、 $P=0.042$ ）が、地域生活継続の自己効力感と有意に関連していた。

次に、一般論としての相談相手（遠くの友人）と、生活圏域の相談相手（近くの友人）の存在が地域生活継続の自己効力感に及ぼす影響の違いを検討するために、2 つの二項ロジスティックモデルを作成した。年齢、性別、教育達成度、主観的経済状況、身体的健康関連指標、主観的認知機能、高島平ココからステーションの利用または知っていること、その他の集いの場の利用に加え、モデル 1 とモデル 2 にはそれぞれ「一般的な相談相手の存在」と「生活圏における相談相手の存在」を含めた。その結果「生活圏におけ

る相談相手の存在」が有意に関連した（Odds 比 1.69、 $p=0.010$ ）。

D. 考察

一人暮らしの高齢者の認知症になってもこの地域で暮らしていけるというエフィカシーを高めるためには、1) 生活圏に相談相手がいること、2) 地域の集いの場を利用していること、が重要であった。また地域拠点を利用したことがある人はエフィカシーが高かった。

さらに相談相手の詳細を深掘りしたところ、その地域の外にいる相談相手ではなく、その地域にいる相談相手が重要であることが分かった。

これらの結果からは、専門職に会い、権利ベースの支援が保証されている我々の研究拠点のような地域拠点があることは重要だといえる。一方で社会資源は、すべての地域に我々の研究拠点のような支援の場を実装することが可能であるほど潤沢ではないかもしれない。「生活圏に相談相手を作ること」を現実的な目標とした戦略が重要だろう。

集いの場に来る人は、もともと社会的で集っている人たちだという指摘がなされて久しい。今後はもともと孤立孤独に陥りやすい人に相談相手を作るような場を提供するような仕掛けを重層的に準備することが必要だろう。

E. 結論と今後の課題

地域に相談相手がいることが重要であるが、高齢期に新たに地域に相談相手を作ることは容易ではない。今後は、自然に助け合える関係を構築できる仕組みや工夫が求め

られる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ura C, Iizuka A, Yamashita M, Ito K, Okamura T. Use of the telephone, a universally implemented communication tool, in building peer support networks for people with cognitive decline. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Jun;23(6):457-458. doi: 10.1111/ggi.14590. Epub 2023 May 3. PMID: 37132533.
2. Okamura T, Taga T, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Shirobe M, Motokawa K, Kojima N, Osuka Y, Iwasaki M, Sasai H, Hirano H, Awata S. Barrier to sharing a dementia diagnosis with neighbors in Tokyo. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Oct;23(10):761-763. doi: 10.1111/ggi.14662. Epub 2023 Sep 11. PMID: 37691496.
3. Miyamae, F., Sugiyama, M., Taga, T., Okamura, T. Peer support meeting of people with dementia: a qualitative descriptive analysis of the discussions. *BMC Geriatr* 23, 637 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04329-8>
4. Okamura T, Ura C, Wakui T. Achievements and challenges of family associations for caregivers of people with dementia. *GGI* in press
5. Chiaki Ura 1, Hiroki Inagaki 1, Mika

- Sugiyama 1, Fumiko Miyamae 1, Ayako Edahiro 1, Kae Ito 2, Masanori Iwasaki 1,3, Hiroyuki Sasai 1, Tsuyoshi Okamura 1, Hirohiko Hirano 1, Shuichi Awata 4. A neighbour to consult with is important in dementia-friendly communities: Associated factors of self-efficacy allowing older adults to continue living alone in community settings. *Psychogeriatrics* in press
6. Tsuyoshi Okamura, Chiaki Ura, Yukiko Kugimiya, Mutsuko Okamura, Masako Yamamura, Hidemi Okado, Mayumi Kaneko, Mari Yamashita, Tomoko Wakui. Inaccessibility, unresponsiveness, inconsistency, and invisibility of informal caregivers of older persons with cognitive impairment: community-based participatory research. *BMC geriatrics*
7. 中山莉子, 枝広あや子, 岡村毅. ひとり暮らしの認知症高齢者の買い物支援 認知症ケア事例ジャーナル
2. 学会発表
1. Fumiko Miyamae. Dementia meeting / Real-world Gerontology (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
2. Mika Sugiyama, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Kae Ito, Ayako Edahiro, Hiroki Inagaki, Chiaki Ura, Riko Nakayama, Thutomu Taga, Shuichi Awata. What activities did

- the community space for supporting residents living with dementia do during the COVID-19 pandemic? (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
3. Miyamae F, Sugiyama M, Taga M, Okamura T. Peer support meeting of people with dementia: A qualitative descriptive analysis of the discussions (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 4. Nakayama R 1,2 , Ura C 2 , Miyamae F 2 , Inagaki H 2 , Sugiyama M 2 , Okamura T 2 , Edahiro A 2 , Awata S 2. Discrepancy between subjective and objective daily life ability lowers one's psychological well-being (Poster) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 5. Nakayama R, Wakui T, Sekino A, Okubo S, Awata S. The communication between a person living with dementia and family (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 6. Okamura Tsuyoshi. Community-based participatory research in Tokyo: Toward dementia-friendly community (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 7. Ura Chiaki. Care farms for inclusion of the people living with dementia in the super-aged community (Symposium) IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 June 12-14 Yokohama JAPAN
 8. Ura C, Iizuka A, Yamashita M, Okamura T. Pilot study of telephone peer support for inclusion of people living with cognitive decline in urban areas (Poster) IPA 2023/06/29 - 2023/7/2 Lisbon Portugal"
 9. Miyamae F, Sugiyama M, Taga M, Okamura T. Development of a participant-driven dementia learning program by people living with dementia (Poster) IPA 2023/06/29 - 2023/7/2 Lisbon Portugal
 10. 杉山美香 認知症があってもなくても～認知症を地域で支えるためのコミュニティ参加型研究 (Community-based participatory research) (教育講演) 第 12 回日本認知症予防学会 2023.9.15-17 新潟
 11. 岡村毅 都市部で認知症の人を介護する家族の実態調査からわかったこと (シンポジウム) 認知症ケア学会関東ブロック大会 2023 年 11 月 12 日幕張
 12. 岡村毅、多賀努、稲垣宏樹、宮前史子、宇良千秋、杉山美香、枝広あや子、笹井浩行、平野浩彦、栗田主一 認知症であることを地域の人に知らせるか：一般論としてはどうか、そして自分事としてはどうか(ポスター) 認知症ケア学会 2023 年 6 月 3-4 日京都
 13. 宇良千秋, 飯塚あい, 山下真里, 伊藤

晃碧、岡村毅 認知機能低下のある都市高齢者を包摂するピアサポートの効果—電話によるピアサポートの試み—(ポスター) 認知症ケア学会 2023年6月3-4日京都"

14. 宮前史子、杉山美香、多賀努、見城澄子、森倉三男、岩田裕之、岡村毅 認知症の人を含む高齢者が認知症に関して能動的な学習をするための方法とその課題—大都市の団地で開催した「認知症ゼミナール」— (ポスター) 認知症ケア学

会 2023年6月3-4日京都

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

Table 1 Factors associated with self-efficacy of continuing community living

| Variables | Model 1 | | | Model 2 | | |
|--------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|---------|------------|-------------------------|---------|
| | Odds ratio | 95% confidence interval | P-value | Odds ratio | 95% confidence interval | P-value |
| Having a general consultation partner: yes | 0.754 | 0.437-1.300 | 0.310 | 1.685 | 1.130-2.512 | 0.010 |
| Sex: female | 1.307 | 0.868-1.967 | 0.199 | 1.123 | 0.744-1.693 | 0.582 |
| Age: 75 years old and more | 0.762 | 0.494-1.174 | 0.217 | 0.759 | 0.491-1.173 | 0.215 |
| Educational level: above college or technical school | 0.991 | 0.666-1.474 | 0.965 | 1.016 | 0.681-1.516 | 0.937 |
| Subjective economic situation: above average | 1.166 | 0.797-1.705 | 0.430 | 1.165 | 0.795-1.708 | 0.433 |
| Auditory impairment: no disability | 1.359 | 0.701-2.635 | 0.364 | 1.316 | 0.675-2.567 | 0.420 |
| Visual impairment: no disability | 1.131 | 0.417-3.069 | 0.809 | 1.151 | 0.422-3.141 | 0.783 |
| Walking disability: no disability | 1.258 | 0.276-5.736 | 0.767 | 1.659 | 0.365-7.548 | 0.512 |
| Frailty: non-frailty | 1.198 | 0.620-2.318 | 0.591 | 1.153 | 0.596-2.230 | 0.672 |
| Subjective cognitive functions: having high risk of dementia | 2.731 | 1.019-7.317 | 0.046 | 2.709 | 1.014-7.236 | 0.047 |
| Having used or knowing the community centre: yes | 1.484 | 0.996-2.211 | 0.052 | 1.385 | 0.925-2.075 | 0.114 |
| Using other places of interaction: yes | 1.445 | 0.941-2.221 | 0.093 | 1.251 | 0.806-1.941 | 0.317 |

表. 一般論としての相談相手(遠くの友人)あるいは生活圏域の相談相手(近くの友人)の存在を含む、2つの多変量ロジスティック解析の結果

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を維持するための訪問看護の支援活動チェックリスト作成

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

研究要旨

【目的】認知症高齢者のひとり暮らしには、生活を共にして支える支援者が不在のため特有の困難がある。医療面と生活面に渡ってそれを支える訪問看護師は、支援の難しさや葛藤を抱えやすい。本研究は、独居認知症高齢者の本人が望む生活を支えるための訪問看護師の活動のチェックリストを作成している。

【方法】訪問看護師を対象に2022年に実施したインタビュー調査に基づいて、チェックリストの原案を作成した。原案に対して、2023年9月から2024年3月にかけて2回のDelphi調査を実施して専門家パネルから意見を聴取した。専門家パネルには、独居認知症高齢者の支援や研究の経験が豊富な訪問看護師34名が参加した。専門家パネルの意見に基づいてチェックリストの修正を繰り返した。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】Delphi調査1には34名が、Delphi調査2には29名が回答した。Delphi調査2とその後の修正まで進めた段階で、チェックリストの原案37項目から、再修正したチェックリストは18項目となった。その内訳は、コミュニケーションと関係性（4項目）、本人理解と生活アセスメント（6項目）、多職種と協働した支援（5項目）、判断と意思決定支援（3項目）である。

【考察】専門家パネルの意見を反映した訪問看護師の活動のチェックリストには、ひとり暮らしをする認知症高齢者が望む自立生活を支えることと、健康や安全を確保することの間のバランスをとりながら支援をする技術が集約されつつある。今後、Delphi調査3を実施してチェックリストを完成させる。

A. 研究目的

ひとり暮らしをする認知症高齢者の支援には、本人が望む自立した生活を支えることと、健康や安全を確保することの間のバ

ランスに難しさがある¹⁻³。本人は、自分自身の行動や生活の変化を認知していなかったり、長年続ける生活や習慣の維持にこだわるあまり固執したりするが⁴⁻⁶、その結果

生じる健康や安全のリスクに対応できず、生活を共にして支える家族等からの支援が得られないためである。

訪問看護師は在宅生活をする認知症高齢者の医療と生活（介護）の両面にわたって専門性を有し、多職種チームにおける連携の要の存在である⁷。しかし、認知症のある人がひとり暮らしをする時、見守りなどの支援リソースが不足し、意思決定では代弁者がいないため、支援者として過剰な責任に直面するなど、要の支援者であるが故に困難や葛藤を抱えやすい⁸。ひとり暮らしをする認知症高齢者の支援にあたって、訪問看護師がどのような役割を担い、どのように支援をすればよいか、適切なガイドが必要である。

本研究は、独居認知症高齢者の生活を現場で支える訪問看護師が支援活動のガイドとして用いることができるチェックリストを、専門家の合意に基づいて作成している。

B. 研究方法

1) ワーキンググループ、専門家パネル

まず、看護師・社会福祉士・医師のいずれかのバックグラウンドを持つ合計6名のメンバーによるワーキンググループを立ち上げた。ワーキンググループで検討して、独居認知症高齢者の支援経験の豊富な訪問看護師と、認知症支援を専門とする看護研究者からなる専門家パネルを選定した。40名に依頼して、合計34名の承諾を得た。

2) チェックリストの作成

チェックリストの原案は、2022年に報告者が訪問看護師に実施したインタビュー調査に基づいて作成した。合計37項目の

独居認知症高齢者の生活を支えるための訪問看護の活動チェックリスト原案となった。以下のDelphiラウンドを開始する前に、ワーキンググループでチェックリストの項目や構成を検討して修正した。

3) Delphi ラウンド

2023年9月から2024年3月にかけて、専門家パネルからチェックリストに対する意見の収集（Delphi調査）と、ワーキンググループによるチェックリスト修正を行うDelphiラウンドを2巡実施した。2024年5月に最終3巡目を予定する。

Delphi調査はオンラインで実施した。チェックリスト案の1項目ずつに対して、その項目が独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動としてどの程度重要だと考えるか、5段階リッカートスケールで質問した上で、その重要度を選んだ理由やその項目に対する自由意見を尋ねた。

4) チェックリストの修正

専門家パネルの70%以上の重要度の評価が一致した場合に合意と見なした。合意が得られた項目は、適宜自由意見に対応して修正して、チェックリストに残した。合意が得られなかった項目は、自由意見に基づいて、修正または他の項目との統合、または削除した。これらの判断はワーキンググループで行った。

（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（R23-024）を得て実施した。調査対象者には、研究について書面で提示して、電子的に同意を得た。

C. 結果

Delphi調査1には34名のパネル全員が

回答した。回答を受けて、チェックリスト原案の37項目から、9項目は修正なしで残り、11項目は修正して、13項目は他の項目と統合し、4項目は削除した。結果、修正チェックリストは21項目となった。削除対象となったのは、内容が不明瞭（例えば、「本人の言葉や態度から、本人との関係性を把握し、どこまでプライベートな空間や事柄に立ち入ることが適切か、支援の範囲を調節する」という項目）や、訪問看護師の役割ではないという意見が集中した項目（例えば、「本人のサポートネットワークの中の支援者が、本人の利益に努め、害悪や危害を及ぼさないように観察し、働きかける」という項目）だった。

Delphi 調査 2 には 29 名の専門家パネルのメンバーが回答した。修正チェックリスト 21 項目のうち 16 項目が重要度の合意基準である 70%を超えた。残り 5 項目のうち、3 項目は重要度の一致 55%程度であり削除対象とし、65%程度の一致を認めた 2 項目は修正対象とした。削除した 3 項目は、いずれも、近所や友人に見守りを依頼するなどのインフォーマルなサポートネットワークを築くことに関する項目だった。主な削除理由は、独居認知症高齢者の支援としては大切な項目だが、訪問看護師の役割としての重要度は下がる、というものだった。

Delphi ラウンド 3 開始前の段階で、再修正したチェックリストは 18 項目となった。その内訳は、コミュニケーションと関係性（4 項目）、本人理解と生活アセスメント（6 項目）、多職種と協働した支援（5 項目）、判断と意思決定支援（3 項目）である。

D. 考察

独居認知症高齢者に対する訪問看護師の支援活動のチェックリストを、専門家の合意に基づいて作成している。Delphi ラウンド 2 回を通して、重要な項目 18 項目を選択することができた。また、ひとり暮らしをする認知症高齢者が望む自立生活を支えることと、健康や安全を確保することの間のバランスをとりながら支援をする技術が、より鮮明で具体的に表現されたチェックリストになりつつある。

E. 結論と今後の課題

今後は、Delphi ラウンド 3 を実施して、チェックリストを完成する。その上で、チェックリストの各項目を解説して、独居認知症高齢者を支える訪問看護の手引きを作成する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Reference

1. Gilmour H, Gibson F, & Campbell J. Living Alone with Dementia. *Dementia*. 2003;2(3),

- 403-420. (London). 2016;15(2):221-38.
2. Leverton M, Burton A, Beresford-Dent J, et al. Supporting independence at home for people living with dementia: a qualitative ethnographic study of homecare. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;56(12), 2323-2336.
 3. Waugh F. Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone? *Dementia*. 2009;8(2), 205-222.
 4. Portacolone E, Rubinstein RL, Covinsky KE, et al. The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. *Gerontologist*. 2019;59(2):271-80.
 5. 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.
 6. Rapaport P, Burton A, Leverton M, et al. "I just keep thinking that I don't want to rely on people." a qualitative study of how people living with dementia achieve and maintain independence at home: stakeholder perspectives. *BMC Geriatr*. 2020;20(1), 5.
 7. Doyle C, Setoya N, Goeman D, et al. The Role of Home Nursing Visits in Supporting People Living with Dementia in Japan and Australia: Cross-National Learnings and Future System Reform. *Health Systems & Reform*. 2017;3(3), 203-213.
 8. de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia*

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へのケアマネジメントに関する研究

地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員における
独居認知症高齢者の支援の実態と重要性の意識に関する研究

研究分担者 石山麗子 国際医療福祉大学大学院・教授

研究代表者 栗田圭一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

研究要旨

包括職員と居宅ケアマネの独居認知症高齢者の支援の実態と重要性に関する意識を明らかにするために独居認知症高齢者に対して想定される支援 72 項目に関し、東京都に所在する地域包括支援センターの職員、及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員にアンケート調査を実施し、包括職員 122 人、居宅ケアマネ 225 人から有効回答を得た。包括職員と居宅ケアマネに共通して支援実施度が高かった支援項目は、既存の制度やサービスの紹介とその同意を得ること、低かったのは住まいの継続的な確保等生活の基盤の確保と地域とのかかわりに関することであった。包括職員とケアマネに共通して支援実施度と重要度ともに低かったのは活動、趣味・娯楽や仕事等への参加と別居家族の支援に関することであった。今後の課題として独居認知症高齢者の相談、ケアマネジメントを担う包括職員と居宅ケアマネに共通した教育の確保と独居認知症ケアマネジメント・ガイドの作成が示された。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムの基本理念は、地域生活の継続性確保にあり、高齢者介護を担う介護保険制度の理念は、被保険者の居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を送ることである¹⁾。独居認知症高齢者は、非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低く²⁾、在宅生活を送るうえでのリスクには「生命の安全確保の危機」、「セルフマネジメント低下」、「ソーシャルサポートの不足・困難さ」

等によって生じるリスクがあることが報告されている³⁾。

ケアマネジメントは対象者のニーズの充足を成果とし⁴⁾、介護保険制度の居宅サービス計画は生活全般の課題（以下、ニーズ）に対して支援を展開する構造⁵⁾である。つまり適切なケアマネジメントには的確なニーズ抽出が欠かせないが、制度上、その役割の中心を地域包括支援センター職員（以下、包括職員）と居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以

下、居宅ケアマネ)が担っている。ニーズは利用者・家族と専門職の合意に基づくものであるが、独居認知症高齢者は、セルフマネジメントが低下している。そのため、独居認知症高齢者が適切な支援を受けられるかは、包括職員と居宅ケアマネが生活上起きていることからの重要性を認識し、ニーズを見落とさないことが重要となる。

ケアマネジメントでは個々人のニーズが既存の資源で充足できない場合、資源の充実や開発も担う機能がある。個々の独居認知症高齢者のニーズを的確に捉えることは、個別のケアマネジメントと地域全体の独居認知症高齢者の在宅継続を高める環境づくりの両方に影響する。

本研究では、包括職員と居宅ケアマネの、独居認知症高齢者の支援の実態と重要性に関する意識を量的に明らかにする。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

アンケート調査を用いた横断調査

2. 調査対象及び調査期間

調査対象は東京都に所在するすべての地域包括支援センター⁶⁾462機関に勤務する職員(社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員)と、東京都に所在する居宅介護支援事業所2,954事業所⁷⁾のうち無作為抽出法で抽出した600事業所に所属するすべての介護支援専門員とした。いずれも島しょ部は除外した。

3. 調査及び分析の方法

調査項目は、調査対象者の基本属性等(10項目)と、独居認知症高齢者に対して想定される支援(72項目)の支援実施度と重要度を4

件法で確認した。支援実施度は、「4いつも行っている」、「3時々行っている」、「2あまり行っていない」、「1全く行っていない」とし、重要度は「4非常に重要である」、「3やや重要である」、「2あまり重要ではない」、「1全く重要ではない」とした。

項目設定は、2024年度より介護支援専門員の法定研修に導入される適切なケアマネジメント手法⁸⁾と先行研究⁹⁾を採用し、ケアマネジメントのエキスパートにより確認した。

調査期間は2024年3月、調査票は郵送、回答はWebを通じて行った。分析は包括職員、居宅ケアマネの基本情報を確認のうえ、それぞれの支援実施度と重要度の意識を比較した。SPSS statistics.Ver28を使用、有意水準は5%未満とした。

4. 本研究における用語の定義

本研究において使用する用語を次のように定義した。

- ・高齢者：65歳以上の者
- ・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)に一人で生活している者とする。シニアマンションの一室、家族と同一敷地内、同一マンション内に居住する者は、本研究では独居としない。

(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：23-Ig-240)。

C. 研究結果

1. 基本情報

1) 回答者の属性

(1) 有効回答数の内訳

地域包括職員は 122 件、居宅介護ケアマネジャーは 225 件をすべての調査項目の分析対象とした。

なお、回収した回答のうち同意なし、調査対象外の所属、設問の回答数が半分に満たない 7 件は除外した。(表 1)

(2) 地域包括職員の属性

地域包括職員の職種及び役職は、主任介護支援専門員(41.0%)、社会福祉士(32.0%)、保健師又は看護師(25.4%) (表 5)、うち地域包括支援センター長は 42.6 だった。(表 7)

保有資格は社会福祉士(52.5%)、保健師・看護師(28.7%)、介護福祉士(13.1%)で、地域包括支援センターに必置である三職種以外ではリハビリテーション職(2.5%)であった。(表 4) 主任介護支援専門員の資格保有は 50.0%であった。(表 6)

現職の経験年数は、5 年以上 10 年未満(36.9%)が最も多く、10 年以上は 38.6%であった。(表 2) 現在の地域における経験年数は 5 年以上 10 年未満(28.7%)が最も多く、10 年以上は 51.7%であった。(表 3)

(3) 居宅ケアマネの属性

居宅ケアマネ保有基礎資格は多い順に介護福祉士(65.8%)、社会福祉士(14.2%)、保健師・看護師(5.3%)で(表 4)、主任介護支援専門員は 73.3%、うち管理者は 60.0%だった。(表 8)

居宅ケアマネジャーとしての経験年数は最も多かったのは 15 年以上 20 年未満(26.7%)、10 年以上は 61.0%だった。(表 2)

現在の地域での経験年数は最も多かったのは 5 年以上 10 年未満(32.0%)、10 年以上は

47.6%だった。(表 3)

(4) 認知症高齢者とのかかわり

① 認知症初期集中支援チームの経験

認知症初期集中支援チームの経験について包括職員は経験あり(31.1%)、過去にそうだった(10.7%)、居宅ケアマネは経験あり(0.9%)、過去にそうだった(0.9%)であった。(表 9)

② 独居認知症高齢者の担当件数

2023 年 4 月～2024 年 3 月の一年間に担当した独居認知症高齢者の件数は、包括職員 16.7 ± 2.58 件で、居宅ケアマネは 7.5 ± 7.63 件であった。(表 8)

2) 独居認知症高齢者に対する支援実施度と重要度

(1) 支援実施度

包括職員において支援実施度が高かったのは同じ値で 5 項目「緊急性の把握、対応」、「ご本人が頼りにしている人の把握」、「必要時には本人の状況に適した機関・事業所を紹介すること」、「必要時の医療保険・介護保険の利用手続き」、「必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること」で、低かったのは「ごみの分別・ごみ出し」、「活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加」、「賃貸住宅の場合、契約継続等住まいの確保に関する支援」であった。

居宅ケアマネの支援実施度が高かった支援項目はいずれも同じ値で 3 項目「高齢で認知症とともに一人で暮らしている現状への尊重」、「必要時には本人の状況に適した機関・事業所を紹介すること」、「必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること」であった。低かったのは順に「独居認知症の人を発見すること」、「気にかけて見守る人を増やす取り組み」、「賃貸住宅の場合、契約継続等住まいの確保に

関する支援」であった。

(2) 両職のそれぞれの支援実施度、重要度全体の平均をともに下回る支援項目

想定される支援 72 項目全体の平均値は、包括職員においては支援実施(3.34)、重要度(3.70)、居宅ケアマネは支援実施(3.25)、重要度(3.68)であった。

両職の支援実施度と重要度について、それぞれの平均の両方を下回った支援項目は包括職員では 10 項目、居宅ケアマネでは 8 項目であった。

うち、両職に共通する支援項目は 4 つで「活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加」、「別居家族の家族間の意向の相違を家族間ですり合わせる側面的支援」、「本人の意向と別居家族の意向をすり合わせる事」、「別居家族をねぎらう評価的支持」であった。

3) 支援実施度と重要度の比較

① 支援実施度が重要度を上回った支援項目

支援項目 72 項目の各項目の平均値で、支援実施度が重要度を上回ったのは、包括職員で 2 項目「高齢で認知症とともに一人で暮らしている現状への尊重」、「独居になった経緯の確認」であり、居宅ケアマネは 1 項目「独居になった経緯の確認」であった。

② 支援実施度と重要度の差

包括職員、居宅ケアマネそれぞれの支援実施度と重要度を対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定で確認した。なお、地域包括支援センターと居宅介護支援の対象者への支援範囲は異なる⁹⁾ ため、両者の差は求めないこととした。

支援実施度と重要度に有意差が認められなかったのは包括職員で 4 項目「高齢で認知症

とともに一人で暮らしている現状への尊重」、「ご本人が頼りにしている人の把握」、「必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること」、「必要時には本人の状況に適した機関・事業所を紹介すること」であった。居宅ケアマネは 3 項目で「高齢で認知症とともに一人で暮らしている現状への尊重」、「必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること」、「家事・生活環境整備」だった。

D. 考察

支援実施度の高い項目や支援実施度と重要度の差の結果から、包括職員と居宅ケアマネに共通したことは、必要時には本人の状況に適した支援、機関等を紹介すること、受け入れに関する同意を得ることであった。これは必要時にニーズを充足するための資源活用へつなげるケアマネジメント機能の現れと考えられる。しかし「必要時」とは、包括職員と居宅ケアマネが独居認知症高齢者のニーズとして認識している状況を指す。包括職員で支援実施度が高かったのは「医療保険・介護保険の利用手続き」、包括職員と居宅ケアマネに共通して「機関・事業所を紹介すること」と、そこに続く「同意を得ること」であった。

他方、支援実施度が低かったのは「賃貸住宅の場合の住まいの確保、ごみ出し、気にかけて見守る人を増やすこと」等、生活の基盤や地域とのかかわりに関することだった。独居認知症高齢者はゴミをめぐる近隣住民とのトラブルや、それを回避するための理解者を増やすことが欠かせないが、これらへの取り組みは今後も課題となる。

さらに支援実施度、重要度全体の平均をともに下回る支援項目は活動、趣味・娯楽や仕事等への参加に関することと別居家族への支援で

あった。活動はQOLにも影響する。令和6年度から介護支援専門員法定研修に導入された適切なケアマネジメント手法の基本ケアの基本方針には「これまでの生活の尊重と継続の支援⁸⁾」を重視している。しかし、包括職員は三職種から構成されるため、すべての職員が受講できるわけではない。高齢者の相談支援を担う包括職員と居宅ケアマネに共通する教育は存在しない。特に独居認知症高齢者はセルフマネジメントの低下がみられ、自ら表出しない課題が潜んでいる。独居認知症高齢者に特有の想定される支援に基づくケアマネジメント機能が発揮されるには、特に重要度が低かった項目を含めた包括職員と居宅ケアマネに両者に共通したガイドの作成と教育の機会の確保が必要である。

独居認知症高齢者の別居家族に関する先行研究では特有の状況として「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」が報告されている¹⁰⁾。介護支援専門員が行うアセスメント項目（課題分析標準項目）は意思決定支援も踏まえ改正¹¹⁾されており、家族に関する項目「介護力」から「日常生活や意思決定にかかわる家族」へ改定された。本調査における重要度の結果から、実践上未対応である状況と改正の主旨の理解不足がうかがえた。課題分析標準項目の改正について周知するとともに、要介護高齢者全般を対象としているため、特に認知症であり独居であることを考慮すれば、その特徴に応じたガイドや教育の仕組みも必要である。

支援実施度と重要度の比較で有意差が認められなかったのは1~2項目、支援実施度よりも重要度の平均が上回ったのは両職ともに1~2項目にとどまった。その理由として、重要性はあるがアセスメントを含めたニーズ抽出

を取りこぼしていた、課題として認識されているが本人の同意を得られずに支援が導入に至っていない、ニーズとして抽出されたが対応可能な資源が見つからない、また包括職員や居宅ケアマネ自身も対応できていない等が想定される。個別のニーズを取りこぼさないこと、資源の開発は行政をはじめ地域のあらゆる関係者と協働することは継続して取り組むべき課題である。

E. 結論と今後の課題

- ・包括職員と居宅ケアマネに共通して実施度が高かった支援項目は、医療保険や介護保険、既存の機関等を紹介することと受け入れに関する同意を得ることであった。

- ・実施度が低かったのは、賃貸住宅の場合の住まいの継続的な確保に関することと、ごみ出し、気にかけて見守る人を増やすこと等、生活の基盤や地域とのかかわりに関することであった。

- ・包括職員とケアマネに共通して、支援実施度と重要度ともに低かったのは、活動、趣味・娯楽や仕事等への参加と別居家族の支援に関することであった。

- ・今後の課題は、独居認知症高齢者の相談支援、ケアマネジメントを担う包括職員と居宅ケアマネの両者に共通した教育の機会と表出されにくいニーズを取りこぼさないためのガイドの作成である。

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

grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202217009A-buntan6.pdf. 2023. 11. 30

- 11) 厚生労働省. 老認発 1016 第 1 号
<https://www.mhlw.go.jp/content/001157205.pdf>. 2024 年 03 月 31 日

Reference

- 1) 介護保険法第 2 条第 4 項
- 2) 栗田主一. 2021. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究エビデンスブック 2021. CQ1-6
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202117001A-sonota7.pdf 2023. 12. 15
- 3) 中島民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の疎外要因に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌 25 (2), 225-332, 2022-03
- 4) 白澤政和. ケアマネジメントの本質. 東京. 中央法規. 2018:19
- 5) 厚生労働省老健局. 老認発 0331 第 6 号
- 6) 東京都福祉保健局ホームページ. 2023. 11. 01
- 7) 厚生労働省. 介護情報オープンデータ. 2023. 11. 01
- 8) 厚生労働省老健局. 老発 0417 第 2 号
- 9) 石山麗子. 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.
https://mhlwgrants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202217009A-buntan5.pdf
- 10) 涌井智子. 地域在住の独居認知症高齢者の家族支援に関する研究. <https://mhlw->

【資料】

表 1. 回収数と有効回答数

| | 地域包括（件） | 居宅介護（件） | 合計（件） |
|------------------|---------|---------|-------|
| 回収数 | 125 | 229 | 354 |
| 除外（回答数1/3未満、施設系） | 3 | 4 | 7 |
| 有効回答数 | 122 | 225 | 347 |

表 2. 現職の経験年数

| 経験年数区分 | 地域包括（%） | 居宅介護（%） |
|-------------|---------|---------|
| 1年未満 | 2.5 | 3.1 |
| 1年以上、3年未満 | 9 | 3.6 |
| 3年以上、5年未満 | 13.1 | 6.7 |
| 5年以上、10年未満 | 36.9 | 25.8 |
| 10年以上、15年未満 | 16.4 | 23.6 |
| 15年以上、20年未満 | 15.6 | 26.7 |
| 20年以上 | 6.6 | 10.7 |

表 3. 現在の地域での経験年数

| 経験年数区分 | 地域包括（%） | 居宅介護（%） |
|-------------|---------|---------|
| 1年未満 | 3.3 | 4.0 |
| 1年以上、3年未満 | 9.8 | 8.0 |
| 3年以上、5年未満 | 6.6 | 8.4 |
| 5年以上、10年未満 | 28.7 | 32.0 |
| 10年以上、15年未満 | 17.2 | 24.0 |
| 15年以上、20年未満 | 18.9 | 16.0 |
| 20年以上 | 15.6 | 7.6 |

表 4. 保有資格

| 資格 | 地域包括 (%) | 居宅介護 (%) |
|------------|----------|----------|
| 介護福祉士 | 13.1 | 65.8 |
| 社会福祉士 | 52.5 | 14.2 |
| 保健師・看護師 | 28.7 | 5.3 |
| 訪問介護員 | - | 3.1 |
| 栄養士 | - | 1.3 |
| 歯科衛生士 | - | 1.3 |
| リハビリテーション職 | 2.5 | 0.9 |
| 薬剤師 | - | 0.4 |
| その他 | 3 | 7.6 |

表 6. 主任介護支援専門員の資格保有状況

| 主任資格の有無 | あり (%) | なし (%) |
|---------|--------|--------|
| 地域包括 | 50.0 | 50.0 |
| 居宅介護 | 73.3 | 26.7 |

表 8. あなたが 2023 年 4 月～2024 年 3 月迄に担当した独居認知症高齢者の件数

| | 平均値 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 | n |
|------|------|------|-----|-----|-----|
| 地域包括 | 16.7 | 2.58 | 0 | 140 | 122 |
| 居宅介護 | 7.5 | 7.63 | 0 | 50 | 225 |

表 9. 認知症初期集中支援チームの構成か

| | はい (%) | 過去そうだった (%) | いいえ (%) |
|------|--------|-------------|---------|
| 地域包括 | 31.1 | 10.7 | 58.2 |
| 居宅介護 | 0.9 | 0.9 | 98.2 |

表 5.

※地域包括支援センター職員のみ
の設問
地域包括支援センターにおける職種

| 地域包括での職種 | 度数 (人) | 割合 (%) |
|-----------|--------|--------|
| 主任介護支援専門員 | 50 | 41.0% |
| 社会福祉士 | 39 | 32.0% |
| 保健師又は看護師 | 31 | 25.4% |
| 無回答 | 2 | 1.6% |

表 7. 地域包括支援センターの管理者又は居宅介護支援事業所の管理者であるか

| | はい (%) | 過去そうだった (%) | いいえ (%) |
|------|--------|-------------|---------|
| 地域包括 | 42.6 | 5.7 | 42.6 |
| 居宅介護 | 60.0 | 7.6 | 32.4 |

表 10.

包括職員と居宅ケアマネにおいて支援実施と重要度の各項目のいずれの平均値も全体の平均値を下回った項目

| No. | 項目 | 包括職員 | | 居宅ケアマネ | |
|-----|---------------------------------|------|-----|--------|-----|
| | | 支援実施 | 重要度 | 支援実施 | 重要度 |
| 38 | 活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加 | 2.8 | 3.4 | 2.6 | 3.5 |
| 63 | 別居家族の家族間の意向の相違を、家族間ですり合わせる側面的支援 | 3.0 | 3.5 | 2.9 | 3.5 |
| 64 | 本人の意向と別居家族の意向をすり合わせる事 | 3.1 | 3.5 | 3.0 | 3.5 |
| 66 | 別居家族をねぎらう評価的サポート | 3.2 | 3.5 | 3.0 | 3.5 |

表 11.

包括職員において支援実施と重要度の各項目のいずれの平均値も全体の平均値を下回った項目

| No. | 項目 | 支援実施 | 重要度 |
|-----|---------------------------------|------|-----|
| 28 | 医師の指導を取り入れた日常生活を送ること | 3.1 | 3.5 |
| 30 | 口腔清潔・口腔機能を保つこと | 2.5 | 3.5 |
| 32 | 身体の清潔を保つこと | 3.0 | 3.5 |
| 33 | 清潔・安全で季節に応じた衣服を身に着けること | 2.9 | 3.5 |
| 37 | 必要な場所に移動すること | 3.2 | 3.5 |
| 38 | 活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加 | 2.8 | 3.4 |
| 41 | ごみの分別・ごみ出し | 2.6 | 3.5 |
| 63 | 別居家族の家族間の意向の相違を、家族間ですり合わせる側面的支援 | 3.0 | 3.5 |
| 64 | 本人の意向と別居家族の意向をすり合わせる事 | 3.1 | 3.5 |
| 66 | 別居家族をねぎらう評価的サポート | 3.2 | 3.5 |

表 12.

居宅ケアマネにおいて支援実施と重要度の各項目のいずれの平均値も全体の平均値を下回った項目

| No. 項目 | 支援実施 | 重要度 |
|--------------------------------------------------|------|-----|
| 38 活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加 | 2.6 | 3.2 |
| 43 公的サービスではカバーできないニーズを解決すること | 3.0 | 3.5 |
| 63 別居家族の家族間の意向の相違を、家族間ですり合わせる側面的支援 | 2.9 | 3.5 |
| 64 本人の意向と別居家族の意向をすり合わせる事 | 3.0 | 3.5 |
| 66 別居家族をねぎらう評価的サポート | 3.0 | 3.5 |
| 67 別居家族の困りごとや心配事の相談にのる等の情緒的サポート | 3.0 | 3.4 |
| 69 別居家族の意向や状況に配慮したサービス利用調整、経済支援等諸制度を利用する等手段的サポート | 2.9 | 3.4 |
| 70 別居家族に対する仕事と介護の両立支援の必要性の確認と支援 | 2.9 | 3.4 |

表 13. 包括職員、居宅ケアマネの独居認知症高齢者に対する支援の実施と重要性に関する意識の比較

| No | 項目 | 平均値 | 中央値 | | |
|----|---------------------------|-----|----------|-----|-----|
| 1 | 独居認知症の人を発見すること | 居宅 | 支援実施 2.2 | 2.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.5 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 2 | 気にかけて見守る人を増やす取り組み | 居宅 | 支援実施 2.3 | 2.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.2 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 3 | ご本人に受け容れられ信頼される関係づくり | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.6 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.9 | 4.0 | |
| 4 | 高齢で認知症とともに一人で暮らしている現状への尊重 | 居宅 | 支援実施 3.7 | 4.0 | NS |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.7 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| 5 | 独居になった経緯の確認 | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.7 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.4 | 4.0 | |
| 6 | 望む暮らしについて表出できるように支援すること | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.7 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 7 | 望む暮らしについてご本人と一緒に考えること | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.7 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 8 | ご本人が頼りにしている人の把握 | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.8 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 9 | ご本人がかかわりを望まない人、望まないことの把握 | 居宅 | 支援実施 3.3 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.4 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 10 | 最期までどこで暮らしたいかを知ること | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.9 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.5 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 11 | 孤独感を感じない用にする | 居宅 | 支援実施 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.3 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 12 | 本人の理解者を増やすこと | 居宅 | 支援実施 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.4 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 13 | 緊急性の把握、対応 | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.9 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.8 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.9 | 4.0 | |
| 14 | 24時間の活動状況の類推 | 居宅 | 支援実施 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.4 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |

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

| No | 項目 | 平均値 | 中央値 | | |
|----|-------------------------------|-----|----------|-----|-----|
| 15 | 日常生活における嗜好、心地良いと感じることの把握 | 居宅 | 支援実施 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.4 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| 16 | 不快と感じることの把握 | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.5 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 17 | 舌痛が何であるかや、程度を確認すること | 居宅 | 支援実施 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.3 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 18 | 進行を見据えた中長期的な生活の将来予測 | 居宅 | 支援実施 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.6 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 19 | 必要な支援やサービスの受け入れに関する同意を得ること | 居宅 | 支援実施 3.7 | 4.0 | NS |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.8 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 20 | 居住環境整備〔電気・水道・ガス等、温度、室温、衛生状態等〕 | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.5 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 21 | 必要時には本人の状況に適した機関・事業所を紹介すること | 居宅 | 支援実施 3.7 | 4.0 | * |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.8 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 22 | 必要時の医療保険・介護保険の利用手続き | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.8 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.9 | 4.0 | |
| 23 | 必要時は医療・介護以外の社会保障制度に係る申請等 | 居宅 | 支援実施 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.4 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 24 | 未受診・受診中断の場合には医療につなぐこと | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.7 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 25 | 受診を継続すること | 居宅 | 支援実施 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.6 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 26 | 受診を拒む場合の対応 | 居宅 | 支援実施 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.5 | 4.0 | |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| 27 | 適切に服薬すること | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.3 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 28 | 医師の指導を取り入れた日常生活を送ること | 居宅 | 支援実施 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.1 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.5 | 4.0 | |
| 29 | 体調の変化を随時確認すること | 居宅 | 支援実施 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.2 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |
| 30 | 口腔清潔・口腔機能を保つこと | 居宅 | 支援実施 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 2.5 | 2.0 | |
| | | | 重要度 3.5 | 4.0 | |
| 31 | 水分・栄養確保に関する | 居宅 | 支援実施 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 3.1 | 3.0 | |
| | | | 重要度 3.7 | 4.0 | |

| No | 項目 | | 平均値 | 中央値 | | |
|----|---------------------------------|----|------|-----|-----|-----|
| 32 | 身体の清潔を保つこと | 居宅 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 33 | 清潔・安全で季節に応じた衣服を身に着けること | 居宅 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 34 | 家事・生活環境整備 | 居宅 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | NS |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| 35 | 認知機能や店頭に配慮した住環境整備 | 居宅 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 36 | 年末年始や祝日等、公的サービスの確保が難しい時期の生活継続 | 居宅 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 37 | 必要な場所へ移動すること | 居宅 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 38 | 活動・イベント、趣味、娯楽、スポーツ、文化活動、仕事等への参加 | 居宅 | 支援実施 | 2.6 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.2 | 3.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.8 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.4 | 3.0 | |
| 39 | 緊急時の連絡体制の確保 | 居宅 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.9 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.9 | 4.0 | |
| 40 | 突如の救急搬送や入院に備えた日頃の準備 | 居宅 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 41 | ごみの分別・ごみ出し | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.6 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 42 | 漏水・火の不始末の予防 | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 43 | 公的サービスでは対応できない問題を解決すること | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| 44 | 見守り支援（訪問、電話、安否確認等） | 居宅 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 45 | 行方不明予防のための事前策を講じること | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 46 | 行方不明時の対応 | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |

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

| No | 項目 | | 平均値 | 中央値 | | |
|----|----------------------------------|----|------|-----|-----|-----|
| 47 | 金銭管理 | 居宅 | 支援実施 | 2.5 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.5 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 48 | 財産保全・管理の支援が必要な倍の利用手続き支援 | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.5 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 49 | 経済困窮にある場合には対応策を講じること | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 50 | 悪質商法や年金・財産の横領等の経済被害を回避する支援 | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 51 | 必要な場合には日常生活自立支援事業の利用の検討と利用手続き支援 | 居宅 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 52 | 必要な場合には成年後見制度の利用の検討と利用手続き支援 | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 53 | 虐待（疑い）の発見、通報又は対応 | 居宅 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.9 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.8 | 4.0 | * |
| | | | 重要度 | 3.9 | 4.0 | |
| 54 | 賃貸住宅の場合、契約継続等住まいの確保に関する支援 | 居宅 | 支援実施 | 2.5 | 2.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| 55 | 新たな住まいが必要な場合の住まいの確保(心身状態に応じた住まい) | 居宅 | 支援実施 | 2.7 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 56 | 在宅生活の限界点の検討 | 居宅 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 57 | 現状、対応できない課題に関する行政への報告や共有 | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | * |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| 58 | 死に対する本人の考えや意向をくみ取ること | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 3.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 59 | 心身状態の変化の評価 | 居宅 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.8 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 60 | 別居家族の意向の確認 | 居宅 | 支援実施 | 3.4 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.4 | 3.0 | * |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 61 | 本人と別居家族の関係性の把握 | 居宅 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | * |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.6 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 62 | 別居家族からみた本人像の把握 | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 63 | 別居家族の家族間の意向の相違を、家族間ですり合わせる側面的支援 | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |

| No | 項目 | | 平均値 | 中央値 | | |
|----|-----------------------------------------------|----|------|-----|-----|-----|
| 64 | 本人の意向と別居家族の意向をすり合わせる事 | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.1 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 65 | 本人をよく知って支援してくれる人を把握すること | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 66 | 別居家族をねぎらう評価的サポート | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 67 | 別居家族の困りごとや心配事の相談にのる等の情緒的サポート | 居宅 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.4 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 68 | 別居家族へ必要な情報を提供する情報的サポート | 居宅 | 支援実施 | 3.2 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.6 | 4.0 | |
| 69 | 別居家族の意向や状況に配慮したサービス利用調整、経済支援等諸制度を利用する等手段的サポート | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.4 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.4 | 4.0 | |
| 70 | 別居家族に対する仕事と介護の両立支援の必要性の確認と支援 | 居宅 | 支援実施 | 2.9 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.4 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.0 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.5 | 4.0 | |
| 71 | 家族の認知症に関する理解状況と、本人の認知症の捉え方の確認 | 居宅 | 支援実施 | 3.3 | 3.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | ** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| 72 | 専門職が担える範囲を家族に理解してもらうこと | 居宅 | 支援実施 | 3.4 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |
| | | 包括 | 支援実施 | 3.5 | 4.0 | *** |
| | | | 重要度 | 3.7 | 4.0 | |

*** 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

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 藤原聡子 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究代表者 栗田圭一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

研究要旨

本研究の目的は 1.独居認知症高齢者の家族介護者の介護状況および、支援提供実態を量的に把握すること、2.独居認知症高齢者を支える家族の介護負担感に影響する支援提供を明らかにし、独居認知症高齢者の介護を担う家族への支援を検討することとした。全国の第1号被保険者の要介護認定者割合をエリア別に算出し、その割合に基づいてオンライン調査モニターから地域在住要介護高齢者の家族介護者を抽出した。何らかの認知症症状がある高齢者の介護者 2030 名を本研究の解析対象とし、認知症高齢者の生活形態別に介護の実態を明らかにし、独居認知症高齢者の家族支援の可能性を検討した。

介護形態別に介護状況は異なり、独居認知症高齢者の介護では、要介護高齢者が女性で、ADLは高い（依存度低い）が、要介護度も高くなっていた。独居介護では、トイレ介助は少ないものの、金銭管理等日常生活動作の支援が多くなっていた。独居認知症高齢者の介護は、別居であるがゆえに介護負担感が低いと考えられたが介護状況などの要因を調整すると、負担感に差はなく、別居であるがゆえの別の不安や介護の負担がある可能性が示唆された。

A. 研究目的

2000年の介護保険導入以降、ケアが必要な独居高齢者が増加している。介護保険導入当初、ケアが必要な独居高齢者の多くには身寄りがなく、生活を支援する親族のいないものがほとんどであった。しかしながら介護保険導入以降は、ケアが必要になった後も独居での生活を続ける高齢者に対して、別居による介護を提供する家族が増加している(涌井, 2020)。このような社会的背景を受けて、認知症となりケアが必要になった高齢者を支える家族が、どのよう

な支援を提供しており、また、どのような支援提供が課題となっているかを明らかにすることは、団塊の世代が75歳を迎える2025年問題を直前に控える日本においては極めて意義の大きなことである。

そこで本研究は、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ことを目的とした。昨年度実施した、独居高齢者の家族の介護に関する文献調査、および、認知症高齢者の家族を対象にしたインタビュー調査の結果を受けて、特に本年は、1.独居認知症高齢者の家族介護者の支

援提供実態を量的に把握すること、2.独居認知症高齢者を支える家族の介護負担感に影響する支援提供を明らかにし、独居認知症高齢者の家族への支援の可能性を検討することを本研究の目的とした。

B. 研究方法

国内 8 エリア（北海道、東北、関東、中部、関西、中国、四国、沖縄）別に第 1 号被保険者の要介護認定者割合を算出し、その割合に基づいてオンライン調査モニターから、全国の地域在住要介護高齢者の家族介護者 3256 名を抽出した。これらの家族介護者に対し、オンラインアンケート調査を実施し、独居認知症高齢者の家族が担う支援提供内容に加えて、生活形態別の介護支援提供内容による介護負担感への影響を明らかにし、独居認知症高齢者の家族支援につながる要因を検討した。

測度

介護者の基本属性（性、年齢、就業・婚姻状況等）、介護関連項目（要介護者の性別、年齢、ADL/IADL、認知症診断・周辺症状の有無、介護期間、介護頻度、介護保険サービス利用等）を把握した。さらには、高齢者の ADL/IADL だけでなく、その機能低下に対して、家族が提供する支援内容を 25 項目設定し、支援の有無を尋ねた。また家族介護者の精神的健康には、主観的健康感、介護負担感（J-ZBI）（荒井由美子 & 細川徹, 1997; 荒井由美子 et al., 1999）、抑うつ尺度（島悟 et al., 1985）を用いた。

オンライン調査に回答した家族介護者のうち、認知症症状を持つ高齢者の介護を担う介護者 2030 名を本研究の解析対象とした。これらの対象者の中には、3 つの介護

形態（同居介護(61.7%)、独居高齢者の別居介護（以後、独居介護）(18.7%)、別居同居者有介護(19.6%)）が含まれており、これらの介護形態別の介護関連項目や支援提供内容を比較することで、独居認知症高齢者の生活を支える家族への支援を明らかにすることとした。

解析方法

まず介護形態別の基本属性、介護状況を比較するため、測度に応じて χ^2 検定および t 検定を用いて群間比較を行った。続いて、多項ロジスティック回帰分析を用いて、他要因を調整した場合の、認知症独居介護特有の介護状況を特定した。さらには、独居認知症高齢者の介護形態別の介護支援の困難さを明らかにするため、介護負担感を従属変数とする重回帰分析を用いて、介護提供の内容および介護形態の交互作用項を投入した。なお、欠損のある解析測度は多重代入法により補完した。統計解析は SPSS Ver.29.0 を使用した。

（倫理面への配慮）

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

介護形態別の基本属性、介護状況の比較

全国の地域在住要介護高齢者（要介護認定 1~5）の家族介護者 3256 名のうち、何らかの認知症症状があると回答したのは 2030 名（62.3%）であり、これらの家族介護者が本研究の解析対象である。

2030 名の認知症家族介護者の基本属性を介護形態別（同居介護、独居介護、別居同居者有介護）に表 1~4 に示す。

独居認知症高齢者の家族介護者は女性が

多く ($p<.001$)、介護者の年齢が高く ($p<.001$)、既婚者が多く ($p<.001$) になっていた。

介護形態別の認知症高齢者の基本属性および介護状況を表 2 に示す。独居認知症高齢者の状況としては、年齢が高く

($p<.001$)、母親が要介護者となっている割合が高い ($p<.001$) が、要介護度は 1 や 2 等の比較的低いものが多くなっていた

($p=.005$)。認知症独居介護における介護頻度は同居に比べれば少ないものが多い一方で、同居者がいる場合の別居介護と比べて多い傾向にあった ($p<.001$)。認知症診断の有無や認知症の診断内容については、介護形態別の違いは見られなかった。

介護形態別の認知症高齢者のサービス利用の実態を表 3 に示す。介護形態別のサービス利用においては、訪問系サービス、ショートステイサービス、福祉用具の利用において統計的に有意な差がみられ、独居認

知症高齢者の訪問系サービス利用は多い ($p<.001$) 一方で、ショートステイサービスや福祉用具の利用は同居介護と比較して少ない傾向となっていた ($p=.015$ 、および $p=.013$)。

介護形態別の介護者の精神的健康を表 4 に示す。介護負担感や抑うつ尺度得点は、同居介護において、統計的に有意に高くなっていた ($p<.001$)。

他要因を調整した場合の認知症独居介護特有の介護状況

多項ロジスティック回帰分析の結果からは、他要因を調整すると、独居介護の高齢者は同居介護の場合と比較して、女性が多く ($OR=1.58$ ($p=.021$))、ADL は高い ($OR=1.06$ ($p=.006$)) が、要介護度も高くなっていた ($OR=1.18$ ($p=.028$))。一方で、認知症診断や周辺症状に変化は見られなかった。

表1 認知症介護を担う介護者の介護形態別の基本属性

| | | | 同居 n=1253 | 独居 n=379 | 別居同居者有 n=398 | 全体 n=2030 | p |
|------|-----------|-----------|--------------|-------------|-----------------|--------------|------|
| 介護者 | エリア | 北海道 | 3.9% | 5.0% | 5.8% | 4.5% | n.s. |
| | | 東北 | 9.2% | 5.3% | 8.0% | 8.2% | |
| | | 関東 | 26.8% | 31.4% | 26.6% | 27.6% | |
| | | 東海 | 19.8% | 14.2% | 17.8% | 18.4% | |
| | | 近畿 | 16.4% | 22.4% | 19.6% | 18.1% | |
| | | 中国 | 7.3% | 7.7% | 6.8% | 7.2% | |
| | | 四国 | 3.8% | 3.4% | 3.5% | 3.7% | |
| | | 九州 | 12.8% | 10.6% | 11.8% | 12.2% | |
| | | 性別 | 女性 | 47.4% | 51.5% | 62.8% | |
| 男性 | 52.0% | | 48.0% | 36.4% | 48.2% | | |
| その他 | 0.4% | | | | 0.2% | | |
| DK | 0.2% | | 0.5% | 0.8% | 0.4% | | |
| 年齢 | | 55.8±11.5 | 57.7±8.9 | 52.3±9.6 | 55.5±10.8 | <.001 | |
| 職業 | 無職/専業主婦・夫 | 35.0% | 29.0% | 25.9% | 32.1% | <.001 | |
| | 有職 | 49.9% | 47.5% | 51.8% | 49.8% | | |
| | パート | 13.6% | 21.1% | 19.6% | 16.2% | | |
| | その他 | 1.5% | 2.4% | 2.8% | 1.9% | | |
| 婚姻状況 | 未婚 | 39.2% | 12.4% | 16.3% | 29.7% | <.001 | |
| | 既婚 | 51.9% | 76.0% | 75.6% | 61.0% | | |
| | 離別・死別 | 8.9% | 11.6% | 8.0% | 9.3% | | |

表2 介護形態別の認知症高齢者の基本属性

| | | 同居 n=1253 | 独居 n=379 | 別居同居者有 n=398 | 全体 n=2030 | p |
|------|--------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|-------|
| 要介護者 | 年齢 | 85.7±7.7 | 86.9±5.8 | 84.3±7.0 | 85.6±7.3 | <.001 |
| | 続柄 | | | | | |
| | 配偶者 | 6.1% | | | 3.8% | |
| | 母親 | 52.4% | 60.4% | 46.7% | 52.8% | |
| | 父親 | 18.4% | 13.7% | 27.4% | 19.3% | <.001 |
| | 義理母 | 11.3% | 14.5% | 9.3% | 11.5% | |
| | 義理父 | 3.2% | 2.4% | 7.5% | 3.9% | |
| | その他 | 8.7% | 9.0% | 9.0% | 8.8% | |
| | 要介護度 | | | | | |
| | 要介護1 | 25.5% | 29.8% | 30.2% | 27.2% | |
| | 要介護2 | 29.1% | 35.4% | 27.9% | 30.0% | |
| | 要介護3 | 21.5% | 19.5% | 20.9% | 21.0% | 0.005 |
| | 要介護4 | 13.4% | 10.0% | 13.6% | 12.8% | |
| | 要介護5 | 10.6% | 5.3% | 7.5% | 9.0% | |
| | ADL高い(依存度低い) | 8.3±5.7 | 11.3±5.9 | 9.4±6.1 | 9.1±5.9 | <.001 |
| | BPSD多い | 10.7±6.5 | 9.8±6.3 | 10.6±6.4 | 10.5±6.4 | n.s. |
| | 認知症診断 | | | | | |
| | なし | 26.2% | 26.3% | 24.4% | 25.9% | |
| | 軽度認知障害 | 19.3% | 21.2% | 20.1% | 19.8% | |
| | アルツハイマー型 | 27.4% | 28.2% | 27.0% | 27.5% | |
| | レビー小体型 | 4.2% | 3.5% | 5.3% | 4.3% | |
| | 血管性認知症 | 4.0% | 3.8% | 2.3% | 3.6% | n.s. |
| | 前頭側頭型 | 1.3% | 1.6% | 1.5% | 1.4% | |
| | 詳細は不明だが認知 | 15.3% | 14.2% | 17.8% | 15.6% | |
| | その他 | 2.3% | 1.1% | 1.5% | 1.9% | |
| | 介護頻度 | | | | | |
| | 毎日 | 76.6% | 21.1% | 10.6% | 53.3% | |
| | 週に5-6日 | 6.7% | 9.0% | 9.8% | 7.7% | |
| | 週に2-4日 | 10.9% | 33.0% | 34.2% | 19.6% | <.001 |
| | 週に1日 | 3.0% | 21.9% | 23.4% | 10.5% | |
| | 週に1日より少ない | 2.7% | 15.0% | 22.1% | 8.8% | |
| | 介護期間 | | | | | |
| | 1年未満 | 8.2% | 10.8% | 11.8% | 9.4% | |
| | 1-3年未満 | 25.3% | 25.4% | 30.7% | 26.4% | |
| | 3-5年未満 | 25.0% | 31.5% | 31.2% | 27.4% | |
| | 5-10年未満 | 26.8% | 23.8% | 19.1% | 24.7% | <.001 |
| | 10年以上 | 14.3% | 7.7% | 6.8% | 11.6% | |
| | DK | 0.5% | 0.8% | 0.3% | 0.5% | |
| | 他の介護者 | | | | | |
| | あり | 75.2% | 79.6% | 96.2% | 80.1% | <.001 |
| | なし | 24.8% | 20.4% | 3.8% | 19.9% | |

表3 介護形態別の認知症高齢者のサービス利用の実態

| | | 同居 n=1253 | 独居 n=379 | 別居同居者有 n=398 | 全体 n=2030 | p |
|----------|------|--------------|-------------|-----------------|--------------|-------|
| 通所サービス | 利用あり | 74.1% | 74.7% | 68.8% | 73.2% | n.s. |
| 訪問系サービス | 利用あり | 25.9% | 41.1% | 34.5% | 30.4% | <.001 |
| 訪問看護サービス | 利用あり | 26.1% | 28.1% | 30.2% | 27.3% | n.s. |
| 入浴サービス | 利用あり | 51.3% | 50.3% | 45.2% | 49.9% | n.s. |
| ショートステイ | 利用あり | 49.0% | 44.6% | 42.1% | 46.8% | 0.015 |
| 訪問医療 | 利用あり | 21.0% | 16.2% | 21.3% | 20.2% | n.s. |
| 福祉用具 | 利用あり | 60.0% | 53.4% | 53.2% | 57.4% | 0.013 |
| その他 | 利用あり | 12.9% | 10.1% | 9.6% | 11.7% | n.s. |

表 4 介護形態別の介護者の精神的健康

| | | 同居 | 独居 | 別居同居者有 | 全体 | p |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| 主観的健康感 | 非常に健康 | 5.8% | 5.0% | 5.8% | 5.7% | n.s. |
| | まあ健康 | 43.6% | 51.7% | 47.7% | 46.0% | |
| | どちらともいえない | 18.7% | 19.5% | 18.3% | 18.8% | |
| | あまり健康ではない | 24.3% | 17.9% | 21.9% | 22.6% | |
| | 全く健康ではない | 7.6% | 5.8% | 6.3% | 7.0% | |
| ZBI | | 40.7±21.2 | 36.3±20.5 | 35.2±20.5 | 38.8±21.1 | <.001 |
| 抑うつ | | 19.7±11.5 | 17.3±10.6 | 18.6±10.8 | 19.1±11.2 | <.001 |

表 5 認知症高齢者への介護タスク提供の実態(他要因を調整済)

| | 独居 (Ref. 同居) | | 独居 (Ref. 別居(同居者有)) | |
|----------------|-----------------|------|-----------------------|------|
| | OR | p | OR | p |
| 入浴(清拭、シャワー) | 1.26 | n.s. | 1.18 | n.s. |
| 身支度(着替え) | 1.22 | n.s. | 1.16 | n.s. |
| トイレ介助 | 0.57 | 0.03 | 0.43 | 0.01 |
| 移動 | 1.33 | n.s. | 1.38 | n.s. |
| 排泄コントロール | 0.72 | n.s. | 0.78 | n.s. |
| 食事の準備 | 0.99 | n.s. | 0.91 | n.s. |
| 食べるときの介助 | 0.94 | n.s. | 0.78 | n.s. |
| 買い物 | 1.00 | n.s. | 1.13 | n.s. |
| 掃除や洗濯 | 0.98 | n.s. | 1.72 | 0.03 |
| 外出の付き添い | 0.95 | n.s. | 0.81 | n.s. |
| 服薬の管理 | 1.09 | n.s. | 1.11 | n.s. |
| お金の管理 | 1.39 | n.s. | 1.86 | 0.02 |
| 通院時の付添い | 1.59 | n.s. | 1.12 | n.s. |
| 介護サービスの選択や調整 | 0.83 | n.s. | 0.98 | n.s. |
| 通所サービスのための荷物準備 | 0.90 | n.s. | 0.84 | n.s. |
| 安全な生活環境づくり | 2.37 | 0.01 | 1.80 | 0.07 |
| 認知症予防のための脳トレ | 1.01 | n.s. | 0.83 | n.s. |
| 散歩やリハビリへの付添い | 0.88 | n.s. | 0.75 | n.s. |
| 親戚や友人への連絡 | 1.56 | 0.05 | 1.45 | n.s. |
| 歯磨きや入れ歯の掃除・管理 | 0.80 | n.s. | 1.24 | n.s. |
| 体調管理 | 0.82 | n.s. | 0.71 | n.s. |
| 介護の記録をつける | 1.04 | n.s. | 1.01 | n.s. |
| 認知症の周辺症状への対応 | 1.31 | n.s. | 0.88 | n.s. |
| 見守り | 1.03 | n.s. | 1.61 | 0.09 |
| コミュニケーション支援 | 1.01 | n.s. | 0.79 | n.s. |

介護提供内容については、同居介護と比較して独居介護は、トイレ介助が少なくなっていた (OR=0.57 (p=.031))。一方で、環境づくり (OR=2.37 (p=.006)) や、認知症高齢者の親戚や友人との連絡といった支援 (OR=1.56 (p=.046)) は、同居介護者よりも多く行っていた。独居介護と同居者のいる別居介護と比較すると独居介護は、トイレ介助は少ない (OR=0.43 (p=.007)) が、金銭管理 (OR=1.86 (p=.016)) や掃除や洗濯 (OR=1.72 (p=.028)) などの手段的日常生活動作の支援提供は多くなっていた(表 5 参照)。

認知症独居介護の困難

介護形態別には、同居介護を担う家族の介護負担感は統計的に有意に高くなっていたが、基本属性や介護状況を調整した重回帰分析の結果は、同居介護と独居介護には差が認められなかった。また、同居者のいる別居介護の方が有意に負担感は低くなっていた (B=-2.61 (p=.043))。基本属性や介護状況、提供する介護タスクを調整したうえで、介護形態と介護タスクの交互作用を投入したところ、認知症独居介護における介護負担感への交互作用は介護記録 (B=3.71 (p=.046))、掃除や洗濯 (B=3.80 (p=.043)) でみられ、介護形態によって負担感への影響が異なる可能性が示唆された (表は割愛)。

D. 考察

本研究は、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ことを目的とし、1.独居認知症高齢者の家族介護者の支援提供実態を量的に把握すること、2.独居認知症高齢者を支える家族の介護負

担感に影響する支援提供を明らかにすることとした。独居認知症高齢者の介護の多くは女性で、要介護高齢者の年齢も高く、ADL は高い一方で、他要因を調整しても要介護度も比較的高いことが明らかとなった。介護形態が異なることにより、介護者の属性、要介護高齢者の属性が異なることを考慮した支援提供が必須である。

また、ADL や要介護度を始めとした要介護高齢者の介護必要度を始め、家族の基本属性、介護提供状況を調整した後、介護形態によって提供する介護タスクも異なることが明らかとなった。特に、トイレ介助は少ない一方で、掃除や洗濯、また安全な生活環境づくり、(認知症高齢者の) 親せきや友人への連絡といった介護タスクが、独居認知症高齢者特有の介護タスクであることが明らかとなった。これらが独居認知症高齢者の支援タスクとして行われていることは興味深い。安全な生活環境づくりとは、機能低下や季節の変化に伴って必要となる冷暖房の管理や洋服の衣替えなどが想定されるが、現状こういったタスクへの代替サービスは提供されていない。このようなタスクが、定期的に代替されることにより、独居認知症高齢者の在宅での生活継続につながることを期待される。

なお、独居介護において介護タスク従事が少ないという本研究結果からは、認知症高齢者のトイレ機能が維持される限りにおいて、認知症独居介護での生活維持が可能であるとも考えられる一方で、訪問サービスにおけるサービス導入により、家族の介助提供が少なくなっていた可能性も考えられる。訪問サービス利用の有無については、モデルにおいて調整されたものの、訪問サ

ービス内で実際に提供されている介助内容については十分に検討されておらず、この件については更なる検討が必要である。

また、認知症独居介護を提供するに際して、家族が抱える負担感に寄与する支援タスクと介護形態の相互作用の検討によって、介護形態による介護負担感への寄与が異なる介護タスクが明らかとなった。掃除や洗濯、介護記録における負担感への寄与が異なっており、特に認知症独居介護においては、介護情報を介護職らと共有するための介護記録が負担となっていた。同居介護においては、認知症高齢者の日常を意図せず確認できる介護状況である一方で、認知症独居介護の場合には、十分な認知症高齢者の日常を把握しているとはいえず、そういった背景が認知症独居介護の負担につながっている可能性が考えられた。

最後に、本研究の限界に触れておく。本調査の解析対象であった家族介護者は、オンラインモニターを通して抽出されたため、比較的若い介護者が抽出された可能性がある。国民生活基礎調査(厚生労働省)を基にしたいくつかの介護者の年齢と比較すると、平均年齢がわずかに低く、息子や娘、嫁世代の介護者が対象として含まれる傾向にあったことが推察される。またオンラインモニターとして登録される等、日頃からITリテラシーが高いことも想定され、結果の一般化には注意を要する。

E. 結論と今後の課題

本研究の実施により、地域在住の独居認知症高齢者の家族の介護状況が明らかとなり、さらにどのような支援提供において負担を感じているかが明らかとなった。特に、

別居介護の状況であるからと言って負担感が低いとは限らず、同居介護とは質の異なる介護状況、負担を抱えていることが明らかとなっている。独居認知症高齢者への介護提供の場合、距離がつくる介護の困難さや、要介護者が認知症であるが故の負担・不安の状況がみられ、それぞれの介護状況に見合った支援や情報提供が重要であると考えられた。

今後は、独居認知症高齢者への介護の課題や必要とされる支援ニーズを家族介護者や支援者に向けて情報を提供するとともに、独居認知症高齢者の家族が支援提供の際に課題としている内容(介護記録やその共有等)についての具体的支援策の検討を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 涌井智子, 栗田主一, 藤原聡子, 森山葉子, 中川威, 大久保豪, 甲斐一郎. 独居認知症高齢者を支える介護～介護形態別のタスク比較による在宅生活支援継続の検討～. 第66回日本老年社会学会大会. 奈良. 2024年6月1-2日. (予定)
- 2) 関野明子, 涌井智子, 中山莉子, 石崎達郎, 栗田主一. 認知症高齢者の家族介護者における「認知症に関する情報」の重要性-家族介護者の意味付けから情報支援の視点を探る-. 第25回日本認知症ケア学会. 東京. 2024年6月15-16日. (予定)
- 3) 涌井智子. ケアをとりまく家族の多様

化の現状とテーラーメイド支援の可能性. 第 82 回日本公衆衛生学会総会. つくば. 2023 年 10 月 31 日-11 月 2 日. (シンポジウム). 2023 年 11 月 1 日.

- 4) 中山莉子, 涌井智子, 大久保豪, 藤原聡子, 関野明子. 認知症高齢者の家族介護者のコミュニケーション尺度の作成. 第 18 回日本応用老年学会. 大阪. 2023 年 10 月 28-29 日.

[9268091](#)

- 4) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, & 浅井昌弘. (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学*, 27, 717-723.

- 5) 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. *老年精神医学雑誌*, 31(5), 467-473.

<https://cir.nii.ac.jp/crid/1523388079>

[576079360](#)

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) 厚生労働省. *国民生活基礎調査*. Retrieved 12.24 from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>
- 2) 荒井由美子, & 細川徹. (1997). 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感 日本語版評価尺度の作成. *健康文化研究助成論文集* (3), 1-6. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/1997191874>
- 3) 荒井由美子, 鷺尾昌一, 三浦宏子, 工藤啓, & 佐直信彦. (1999). 【脳とこころの老年学】 障害高齢者を介護する者の負担感 脳卒中患者介護者の負担感を中心として. *精神保健研究*(12), 31-35. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/1997191874>

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高齢者等への支援に関する研究

複雑困難状況にある高齢者を対象とした
アウトリーチ型相談事業のあり方の検討に関する研究

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

高齢者が抱えやすい状態として、経済的困窮、身体機能低下、認知機能低下、社会的孤立といったことがあり、これらが重畳するほど制度横断的な支援が必要になる。多職種他機関連携の必要性が認識されるようになって、制度を横断することはいまだ難しく、現実には、多様な支援ニーズが重なるほどアンメットニーズになりやすいため、複雑困難状況にある高齢者は周縁化されやすい。

そこで本研究では、周縁化されやすい認知症等高齢者を包摂する地域包括支援体制を構築するために必要なアウトリーチ型事業のあり方を検討した。その結果、以下の3つの課題が抽出された：課題1) もっとも複雑化したケースは事業利用ができない、課題2) 認知症をもつ高齢者の包摂が進む一方で、認知症以外の精神疾患を持つ人の排除が鮮明になる傾向、課題3) 認知症初期集中支援推進事業だけで精神症状やそれを背景とした社会的要因にアプローチすることの限界。

地域で暮らす認知症等高齢者が抱える課題はとても複雑である。ひとつのモデルとして、認知症初期集中支援チームがジェネラリストチームとして伴走型支援を提供し、高齢者精神保健相談チームが精神保健の専門チームとしてピンポイントの支援を提供する体制を考えたい。

A. 研究目的

周縁化されやすい認知症等高齢者を包摂する地域包括支援体制を構築するために必要なアウトリーチ型事業のあり方を検討すること。

B. 研究方法

都内 X 区で実施されている、高齢者を対

象とした3つのアウトリーチ型相談事業の関係者を対象とした、個別インタビュー調査を実施した。

3事業とは、認知症初期集中支援推進事業（国事業）、アウトリーチ事業（東京都事業）、高齢者精神保健相談事業（自治体事業）である。

X区には19か所の地域包括支援センタ

一があり、すべて委託である。また、X区
の認知症初期集中支援チームは地域包括支
援センターに置かれ、各チームにひとりの
認知症サポート医がチーム員医師として配
置されている。チーム員医師の診療科内訳
は、内科 16 人、神経内科 1 人、整形外科
2 人である。

(倫理面への配慮)

インタビューにあたっては研究の主旨を
説明し、研究協力に対する同意を得た。

C. 研究結果

インタビュー

1) 高齢者精神保健事業

行政担当係保健師 3/3 人

嘱託医 2/3 人

2) 認知症初期集中支援推進事業

地域包括支援センター 17/19 か所

認知症サポート医 11/19 人

行政担当係保健師 3/3 人

認知症初期集中支援チーム員会議オブ
ザーブ参加 6/19 か所

3) アウトリーチ事業

医師 1/1 人

臨床心理士(公認心理師) 1/3 人

精神保健福祉士 2/2 人

その結果、3つの課題が抽出された。

課題 1

もっとも複雑化したケースは事業利用が
できない

課題 2

認知症をもつ高齢者の包摂が進む一方で、
認知症以外の精神疾患を持つ人の排除が鮮
明になる傾向

課題 3

認知症初期集中支援推進事業だけで精神
症状やそれを背景とした社会的要因にアプ
ローチすることの限界

D. 考察

課題 1 に関して、地域包括支援センター
が介入してもなお、課題が複雑でケース概
要がつかめない、そのために事業の利用台
帳を作成できないということがある。そう
いったケースが「経過観察」という名目で放
置されないよう、誰がどのような枠組みで
支援するのか検討する必要がある。

課題 2 について、認知症初期集中支援推
進事業開始当初の、BPSD とその他の精神
症状の区別がつかず、とりまとめて「精神の
人」と扱われていた時代は過去のものとな
った。しかしながら、BPSD までは地域で
みる、「それ以外の、精神の人」は精神科病
院へという線引きがかえって鮮明になって
きている。認知症初期集中支援推進事業が
軌道に乗り、認知症者の包摂が進むことが、
認知症以外の精神疾患をもつ人の排除につ
ながらないための仕組みが必要である。

課題 3 について、認知症初期集中支援推
進事業は確かに有用であり、また、この 10
年の間に事業として周知され、地域保健の
なかに根付いたと言える。しかしながら、認
知症初期集中支援推進事業だけで精神症状
やそれを背景とした社会的要因にアプロ
ーチすることの限界もあり、他事業と併用さ
れ円滑な支援ができるよう、行政機関が調
整する必要がある。

E. 結論と今後の課題

地域で暮らす認知症等高齢者が抱える課
題はとても複雑である。ひとつのモデルと

して、認知症初期集中支援チームがジェネラリストチームとして伴走型支援を提供し、アウトリーチチームが病院の精神科チームのアウトリーチとして、そして高齢者精神保健相談チームが精神保健の専門チームとしてピンポイントの支援を提供する体制を考えたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 井藤佳恵, 津田修治, 山下真理, 菊地和則, 畠山啓, 扇澤史子, 古田光, 栗田主一: 認知症サポート医が困難事例対応 において期待される役割, 日本老年医学雑誌;60(3):251-60 2023(査読あり)(IF: NA)
- 2) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援, 老年精神医学雑誌;34(5):477-86 2023(査読あり)(IF: NA)
- 3) 井藤佳恵: 認知機能が低下した人の医療ケアにおける意思決定, Aging and Health;32(3):11-5 2023
- 4) 井藤佳恵: 高齢者の住環境と福祉—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—, 環境福祉学会誌;8(1):65-72 2023
- 5) 井藤佳恵: 高齢者の精神疾患といわゆる「ごみ屋敷」, 日本老年医学雑誌;60(3):232-6 2023
- 6) 井藤佳恵: 認知症保健・医療・介護連携体制のなかの多職種協働, 東京内科医会会誌;39(2):97-101 2023
- 7) 井藤佳恵: 高齢者の社会的孤立と地域精神保健の課題, 老年精神医学雑誌;34(4):154-

60 2023

2. 学会発表

- 1) Ito K. Older people with delusional disorder. IAGG Asia/Oceania Regional Congress June 12-15, 2023 (IAGG2023) Symposium Dementia 10 “Community-based participatory research in Tokyo: Toward dementia-friendly community”; パシフィコ横浜. 2023.6.12 2023.6.12
- 2) 井藤佳恵. 認知症医療・ケアの臨床倫理. 2023 年度認知症ケア学会関東ブロック大会 教育講演; 幕張メッセ国際会議場. 2023.11.12
- 3) 井藤佳恵. 福祉ネットワークからこぼれる人の支援—高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立. 第 38 回日本老年精神医学会【秋季大会】教育講演; 日本教育会館(千代田区). 2023.10.14
- 4) 井藤佳恵. 精神医療と臨床倫理・エンドオブライフケア. 日本エンドオブライフケア学会第 6 回学術集会 指定講演; 前橋市民文化会館. 2023.9.17
- 5) 井藤佳恵. 認知症の人と成年後見制度. 第 119 回 日本精神神経学会 委員会シンポジウム「認知症の人の経済的支援」; パシフィコ横浜. 2023.6.22 2023.6.23
- 6) 井藤佳恵. 認知症とともに独りで暮らす高齢者のエンドオブライフの意思決定への関わり. 第 33 回日本老年医学会総会 合同シンポジウム 10「エンドオブライフの医療とケア」; パシフィコ横浜. 2023.6.17 2023.6.17
- 7) 井藤佳恵. 認知症の保健・医療・介護連携体制のなかの多職種協働. 東京内科医会 第 36 回医学会 教育講演; お茶の水トラ

イエッジカンファレンス. 2023.3.18

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

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日々の楽しみ・喜びの探索—インタビューの二次分析から

研究分担者 堀田聡子 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授

研究協力者 黒田葉月 慶應義塾大学医学部・研究員

研究要旨

【目的】社会的孤立リスクの高い独居の認知症の人が、認知症とともによき生活を送る環境整備が喫緊の課題となるなか、独居認知症の本人の楽しみや幸せを具体的に把握することにより、求められる社会的支援を検討するうえでの基礎資料とする。

【方法】2018年から2020年にかけて認知症未来共創ハブで実施した認知症の人のインタビュー88人分の文字起こしを13人の研究者・専門職により読み込み、「生活の中でのちょっとした楽しみ・こだわり／日々の生活で感じた小さな幸せ」に焦点を当て、エピソードを抽出した。抽出されたエピソードを11の生活領域別に分類のうえ、独居者20人の特徴に留意して内容分析した。

【結果と考察】88人の認知症の本人の日々の生活のなかでの楽しみや幸せを領域別にみると、エピソード数・発言者数ともに、人との交わりが最も多く、次いで遊ぶ、その他の順となった。独居の20人に絞ると、うち19人が「交」にまつわるエピソードを語っている。具体的なエピソードの内容を検討すると、サブカテゴリー〈みんなでお話をしたり時間を共有したりすること〉、〈人とのつながりその人の存在感〉、〈家族とのつながり、折々のサポート〉、〈デイサービスなどを通じた社会参加〉、〈気にかけてくれる人がいることへの喜び〉が多くあげられ、趣味、サロン、デイサービス等の場に出かけておしゃべりや活動を楽しんでおり、デイサービスが居場所となっている方もいる。つながりの意義を理解して、昔からの縁を維持するだけでなく、積極的に新たなつながりもつくっている。さまざまな家族とのかかわり、その存在が支えとなり、家族や親族、友人や近所の人など気にかけてくれる人がいることが喜びとなっている。

【結論と今後の課題】とりわけ独居の認知症の人にとって、他者の存在を感じることで、人とのつながり、他者とともに過ごし、会話や活動する機会は、日々の生活の楽しみともなっている。本人にとって楽しみとなる交流や、本人によるつながりの維持・拡大の手立てを、独居認知症の人の支援にも活かすことが求められる。孤独感は退屈によって強調されるともいわれ、今後広く独居の認知症の人の日中活動及びそのなかでの楽しみや喜びについて、日常のテクノロジー活用の状況とあわせて実態把握をすることも重要となる。

A. 研究目的

独居の認知症の人は、日々の生活のマネジメント、外出等が難しくなるにつれ、孤独と孤立、生きる意味の喪失を経験しやすいことが明らかになっている (1、2、3)。

他方、独居と非独居で QOL やウェルビーイングに差異はないという報告もあり

(4)、心理的健康が認知症とともによき生活を送る主観的認識に影響を及ぼすことが見出されている (5)。

社会的孤立リスクの高い独居の認知症の人が年々増加し (6)、その Living well with dementia に向けて心理的資源を豊かにする関わりが重要となるなか、本稿は、独居認知症の本人の日々の楽しみや幸せを具体的に把握することにより、求められる環境整備を検討する上での基礎資料とすることを目的とする。

B. 研究方法

2018 年から 2020 年にかけて認知症未来共創ハブで実施した当事者インタビュー

(7) の参加者 109 人のうち、データ収集を完了、かつインタビュー録音の同意が得られた 88 人分のデータの二次分析を行った。

研究参加者は、認知症未来共創ハブの運営メンバーと関係がある本人・家族や支援者を通して全国各地の認知症のある方 (原則的に診断を受けた方) に協力を依頼、同意が得られた方であり、本人の自宅や生活の場、もしくは希望する場所に、主に対人支援専門職のバックグラウンドを持つインタビュアー1-2 人が赴き、1 回あたり概ね 60 分~90 分の半構造化インタビューを実施、データ収集が完了するまで、必要に応

じて複数回の訪問を行った。本人の希望があれば、他の認知症の本人、家族や支援者が同席した。

インタビュー項目は、これまでのあゆみと認知症の発症経緯、日常生活の喜びや生きがい、やってみたいこと、日常生活上の困りごと・その背景と考えられること、困りごとを切り抜ける工夫や知恵、社会へのメッセージである。本人の同意が得られた場合には、家族もしくは支援者から、性・生年・現居住地・居住場所・同居家族・認知症の発症年・診断年・診断名・MMSE もしくは HDS-R・要介護度・障害者等級・介護保険サービス等利用状況に関するデータの補足を行った。

インタビューデータの二次分析は、2023 年 5 月~2024 年 3 月にかけて実施した。

まず、2023 年 5 月~6 月にかけて、多様な専門分野の研究者及び認知症ケアに従事する専門職等 13 人の協力を得て、2-3 人が 1 グループとなり、各グループ 14~15 人分のインタビューの文字起こしを読み、いくつかのテーマで語りのデータを抽出して縮約・検討した。

本研究は、テーマのうち「生活の中でのちょっとした楽しみ・こだわり/日々の生活で感じた小さな幸せ」に焦点を当て、13 人が本テーマで抽出した語りのデータ (以下、エピソード) を、黒田を中心に著者らが分析したものである。はじめに、認知症未来共創ハブの「認知症当事者ナレッジライブラリー (8)」にならい、11 の生活領域 (衣 (着る)・食 (食べる)・住 (住む)・金 (お金をまかなう)・買 (買い物をする)・健 (心身をケアする)・移 (移動する)・交 (交流する)・遊 (遊ぶ)・学 (学

ぶ)・働(働く))及びその他に分類した。次に、領域別のエピソード数及び発言者数を数えた。さらに、各領域のエピソードの内容分析を行い、類似するエピソードをサブカテゴリー、カテゴリーとして集約した。本稿では、領域別のエピソード数及び発言者数、エピソードの内容分析の結果の一部を、独居者の特徴に留意して紹介する。

(倫理面への配慮)

本研究で分析したインタビューは、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(「認知症のある方の生活のしづらさと工夫、生きがいと喜びー認知症とともによりよく生きる未来の共創に向けて(受理番号2019-20)」)。

C. 研究結果

研究参加者のうち分析対象とした88人の属性は、性別は男女各44人、年代(インタビュー初回実施時点)は40~50歳代12人・60歳代12人・70歳代14人・80歳代43人・90歳代7人、居住地は東京都47人・千葉県12人・群馬県7人・埼玉県5人のほか愛知県・宮城県・神奈川県・福岡県・茨城県・鳥取県・富山県(各4人~1人)、居住形態と同居家族については家族と同居52人・独居20人・入所もしくは居住系施設16人、要介護度は要介護度1が42人で最も多く要介護2が16人・要介護3が8人・自立が7人・要支援1が3人・要介護4と5が各1人・不明が10人、認知症の診断名はアルツハイマー型58人・レビー小体型7人・脳血管性と前頭側頭型が各5人・混合が1人・不詳が

12人であった。

このうち独居の20人についてみると、性別は女性14人・男性6人、年代は40~50歳代3人・70歳代2人・80歳代14人・90歳代1人、居住地は東京都11人・千葉県・群馬県・宮城県・福岡県各2人・神奈川県1人、要介護度は要介護1が10人で最も多く次いで要介護2が4人・要支援1と自立が各1人・不明が4人、認知症の診断名はアルツハイマー型11人・レビー小体型3人・前頭側頭型2人・混合1人・不詳3人であった。

88人のインタビューの文字起こしから「生活の中でのちょっとした楽しみ・こだわり/日々の生活で感じた小さな幸せ」というテーマで13人の協力者が抽出したエピソード(表1)は、合計1,274件であった。領域別の分布をみると、「交」が415件と全体の32.6%を占め、次いで「遊」(216件・17.0%)、「その他」(214件・16.8%)、「食」(191件・15.0%)となった。発言者数についても、「交」が88人のうち70人(79.5%)と最も多く、次いで「遊」(68人・77.3%)、「その他」(59人・67.0%)、「食」(55人・62.5%)となった。独居の20人についてみると、「交」19人、「遊」18人、「食」14人、「その他」14人、「健」13人等となっていた。

表1 各領域のエピソード数と発言者数

| 領域 | エピソード数 | 発言者数 (全体) | 発言者数 (独居) |
|-----|-------------|------------|------------|
| 働 | 64 (5.0%) | 27 (30.7%) | 5 (25.0%) |
| 学 | 93 (7.3%) | 38 (43.2%) | 8 (40.0%) |
| 遊 | 216 (17.0%) | 68 (77.3%) | 18 (90.0%) |
| 交 | 415 (32.6%) | 70 (79.5%) | 19 (95.0%) |
| 移 | 43 (3.4%) | 25 (28.4%) | 6 (30.0%) |
| 健 | 95 (7.5%) | 42 (47.7%) | 13 (65.0%) |
| 買 | 25 (2.0%) | 17 (19.3%) | 7 (35.0%) |
| 金 | 22 (1.7%) | 13 (14.8%) | 4 (20.0%) |
| 住 | 52 (4.1%) | 32 (36.4%) | 9 (45.0%) |
| 食 | 191 (15.0%) | 55 (62.5%) | 14 (70.0%) |
| 衣 | 56 (4.4%) | 24 (27.3%) | 6 (30.0%) |
| その他 | 214 (16.8%) | 59 (67.0%) | 14 (70.0%) |

注) エピソード数、発言者数 (全体)、発言者数 (独居) の%の母数はそれぞれ 1,274 件、88 人、20 人 (参考)。

エピソード数及び発言者数ともに最も多く、とくに独居者 20 人のうち 19 人が発言した「交」の領域をとりあげ、当該領域に分類した 415 件のエピソードの内容分析を行った結果を示す (表 2)。サブカテゴリーは 18、カテゴリーは 5 となった。サブカテゴリー別にエピソード数の分布をみると、サブカテゴリーでは「家族とのつながり、折々のサポート」が最も多く、次いで「デイサービスなどを通じた社会参加」、「みんなで話をしたり時間を共有したりすること」、「人とつながりその人の存在感」、「できることを探しながら貢献すること」となった。発言者数でみると、全体では「家族とのつながり、折々のサポート」が最も多く、次いで「みんなで話をしたり時間を共有したりすること」、「人とつながりその人の存在感」、「デイサービスなどを通じた社会参加」となった。独居の 20 人についてみると、「みんなで話をしたり時間を共有したりすること」、「人とつながりその人の存在感」、「家族とのつながり、折々のサポート」、「デイサービ

スなどを通じた社会参加」、「気にかけてくれる人がいることへの喜び」の順となった。

独居の 20 人のエピソードを具体的にみると、「みんなで話をしたり時間を共有したりすること」では、「1 人でお部屋に閉じこもっていたら、気も狂うでしょう (ID84)。ここはね。みんな一緒に踊ったり歌ったりするのが楽しい (ID15)。いろんな人が来て、いろんなことやるから、おもしろいし、知恵にもなる (ID30)。いまここで、しゃべってられるから、ほんとにね。幸せです (ID33)。3-4 人でもね、いればね。話ができるもんね (ID37) など、団地や趣味の集い、サロンやデイサービスといった場に出かけて会話や活動を楽しむ様子が見てとれる。

「人とつながりその人の存在感」では、「だっていま一生懸命友だちを作っていれば、年取ってからあまり孤立することがないから (ID83)。結局は人と人とのつながりになっちゃうけど、人類、みんな仲良く助け合っかな (ID33) など、人とつながりの重要性を自覚し、「デイでおわかれするときお互い電話番号を交換して、夜はお互い電話し合っ。けっこう楽しい (ID58)。毎週 1 回スポーツクラブとゴルフに行っ、挨拶してくる人とぼつりぼつりと話してると共通の部分も出てくる (ID42) など、同窓会、近所、趣味のつながりを維持、デイサービス等新たな出会いも活かしている。

「家族とのつながり、折々のサポート」では、時節家の外で会うきょうだいとの昔話、日々食事を届けたりおしゃべりにくる家族や親族、孫の手伝い等に出かけられることへの感謝や喜びのほか、そばにいる義

理の妹・弟と十分信頼しあって助け合える関係性を作っている (ID83)。子どもたちが元気であることが一番喜びと、みんなうちを持って、きちっとしていることは、ほんとうにうれしい (ID95) など、直接会っていないときにも家族の存在が支えや誇りになっている。

<デイサービスなどを通じた社会参加>では、出て行くっていいね (ID57) と、外出そのもの、さまざまなそこでの活動の喜びに加え、ふつうのどこより干渉しないね。好きにやらせてくれる (ID83)。一番私に合ってるし、いつでも行きたい。素直にいられる感じがして、居場所だよ。自分ちみたいな感じする (ID33) と、デイサービスが居心地よい場になっていることもうかがえる。

<気にかけてくれる人がいることへの喜び>では、年賀状が来ること、旧友や親族が声をかけたり電話をかけてくること、民生委員が「今日はどこに行くの?」とか「寒いから気をつけてくださいね (ID10)。知人が「今日はおかしくない?」と尋ねると「大丈夫だよ」とか「これを間違えていたよ」と言ってくれたりして、たまにごはんにつきあってくれる (ID47) といった語りがあった。

D. 考察

88人の認知症の本人の日々の生活のなかでの楽しみや幸せを領域別にみると、エピソード数・発言者数ともに、人との交わりが最も多く、次いで遊ぶ、その他の順となった。独居の20人に絞ると、うち19人が「交」、18人が「食」にまつわるエピソードを語っている。独居の20人の「交」領域の具体的なエピソードの内容を検討すると、趣味、サロン、デイサービス等の場

に出かけておしゃべりや活動を楽しんでおり、デイサービスが居場所となっている方もいる。つながりの意義を理解して、昔からの縁を維持するだけでなく、積極的に新たなつながりもつくっている。さまざまな家族とのかかわり、その存在が支えとなり、家族や親族、友人や近所の人など気にかけてくれる人がいることが喜びとなっている。

独居の認知症の人は、深刻な孤独を経験する可能性が高く、深刻な孤独は、抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連がみられるという (3)。また、独居の認知症の人の満たされないニーズの上位は日中活動、友だち・仲間(company)であることが報告されている (9)。

こうしたなか、本研究では独居認知症の人20人のうち19人が、「生活の中でのちよっとした楽しみ・こだわり/日々の生活で感じた小さな幸せ」として人との交流にかかわるエピソードをあげており、とりわけ独居の人にとって、他者との交流の機会があることは、支えと喜びとなっていることがうかがえた。独居の認知症の人が、つながりの意義・重要性を認識して、他者の存在を感じることで、つながりの維持や拡大に努めていることは、先行研究においても明らかになっている (10、11)。認知症の本人からみて楽しみとなっている交流の特徴、本人によるつながりの維持・拡大の工夫を独居認知症の人の社会的支援を検討するにあたって活かしていくことが期待される。

E. 結論と今後の課題

とりわけ独居の認知症の人にとって、他

者の存在を感じることに、人とつながり、他者とともに過ごし、会話や活動する機会は、日々の生活の楽しみともなっている。本人にとって楽しみとなる交流や、本人によるつながりの維持・拡大の手立てを社会的孤立のリスクが高いとされる独居認知症の人の支援にも活かすことが求められる。

孤独感は退屈によって強調されるとの指摘もあり (2)、本稿で分析対象とした独居認知症の人は 20 人であるが、広く独居の認知症の人の日中活動及びそのなかでの楽しみや喜びについて、実態把握をすることも重要となる (12)。日常のテクノロジーの活用と活動・参加についての研究も蓄積されつつあり、その際テクノロジー活用に関するデータもあわせて収集することが望ましい。本研究はインタビューの二次分析だが、実態把握にあたっては、写真を組み合わせるなど (13)、言語・会話のみに頼るのではないデータ収集方法の検討も課題となる。

F. 研究発表

1. 論文発表

堀田聡子. 認知症未来共創ハブと「認知症世界の歩き方」プロジェクト. 老年精神医学雑誌, 2024; 35 (1): 108-114.

Matsumoto H, Tsuda S, Takehara S, Yabuki T, Hotta S. Association between Support after Dementia Diagnosis and Subsequent Decrease in Social Participation. *Ann Geriatr Med Res.* 2023 Sep; 27(3): 274-276.

2. 学会発表

堀田聡子. 安心して認知症になれる社会を目指して～認知症未来共創ハブとポジティブヘルス～. 第 82 回日本公衆衛生

学会総会, 2023 年 11 月 1 日, つくば, シンポジウム 30 ポジティブ心理を用いた疾病予防・健康増進の社会実装.

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

Reference

- 1) Duane F, Brasher K, Koch S. Living alone with dementia. *Dementia.* 2013;12(1):123-136.
- 2) Svanström R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold – A fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia.* 2015;14(2):145-163.
- 3) Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, Hart N, Henley J, Matthews F, Clare L; IDEAL programme team. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020 Aug; 35(8): 851-858.
- 4) Clare L, Martyr A, Henderson C, Gamble L, Matthews FE, Quinn C, Nelis SM, Rusted J, Thom J, Knapp M, Hart N, Victor C. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Dis.* 2020; 78(3): 1207-1216.
- 5) Clare, L., Wu, Y.-T., Jones, I.R., et al. A comprehensive model of factors associated with subjective perceptions of "living well" with dementia:

- findings from the IDEAL study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2019;33:36-41.
- 6) 栗田主一.一人暮らし、認知症、社会的孤立. *老年精神医学雑誌*.2020;31(5):451-459
 - 7) 認知症未来共創ハブの当事者インタビューとは <https://designing-for-dementia.jp/database/about/> (2024年4月29日最終アクセス)
 - 8) 認知症当事者ナレッジライブラリー <https://designing-for-dementia.jp/database/> (2024年4月29日最終アクセス)
 - 9) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr*. 2010 Jun;22(4):607-17.
 - 10) Duane F, Brasher K, Koch S. Living alone with dementia. *Dementia*. 2013;12(1):123-136.
 - 11) Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, et al. 'It's our pleasure, we count cars here': an exploration of the 'neighbourhood-based connections' for people living alone with dementia. *Ageing and Society*. 2021;41(3):645-670.
 - 12) Mendoza-Holgado C, García-González I, López-Espuela F. Digitalization of Activities of Daily Living and Its Influence on Social Participation for Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024 Feb 20;12(5):504.
 - 13) Shell L. The picture of happiness in Alzheimer's disease: living a life congruent with personal values. *Geriatr Nurs*. 2015 Mar-Apr;36(2 Suppl):S26-32.

表2 「交」領域のエピソードの内容分析の結果

| カテゴリー | サブカテゴリー | エピソード数 | 発言者数(全体) | 発言者数(独居) |
|--------------------|----------------------------|------------|------------|-----------|
| 集団に属する 喜びネットワーク | デイサービスなどを通じた社会参加 | 45 (10.8%) | 20 (22.7%) | 5 (25.0%) |
| | みんなでお話をしたり 時間を共有したりすること | 44 (10.6%) | 23 (26.1%) | 9 (45.0%) |
| ゆるやかな 結びつき | 人とのつながりその人の存在感 | 38 (9.2%) | 23 (26.1%) | 8 (40.0%) |
| | 気にかけてくれる人がいることへの喜び | 19 (4.6%) | 9 (10.2%) | 5 (25.0%) |
| | たまたま食事やお酒を楽しめること | 14 (3.4%) | 12 (13.6%) | 4 (20.0%) |
| | 誰かと一緒に活動を楽しむこと | 10 (2.4%) | 9 (10.2%) | 1 (5.0%) |
| | SNSを通じたやり取り | 9 (2.2%) | 4 (4.5%) | 1 (5.0%) |
| | 故人への愛, 感謝 | 7 (1.7%) | 5 (5.7%) | 1 (5.0%) |
| 精神的な支え となる繋がり | 家族とのつながり, 折々のサポート | 68 (16.4%) | 36 (40.9%) | 7 (35.0%) |
| | 人生の基盤となる幼馴染・仲間 | 17 (4.1%) | 9 (10.2%) | 3 (15.0%) |
| | 同病者や同じ境遇の人との出会い | 17 (4.1%) | 8 (9.1%) | 2 (10.0%) |
| | ここぞというときに協力してくれる人 | 17 (4.1%) | 10 (11.4%) | 4 (20.0%) |
| | 他者からの承認 | 13 (3.1%) | 10 (11.4%) | 2 (10.0%) |
| 寛容さがある 関係性 | 付き合いやすい関係性・距離感 | 33 (8.0%) | 17 (19.3%) | 4 (20.0%) |
| | 意思決定に裁量権があること | 10 (2.4%) | 7 (8.0%) | 4 (20.0%) |
| | 失敗を責められずに受け入れられること | 7 (1.7%) | 4 (4.5%) | 0 (0%) |
| 人のために 役に立つこと | できることを探しながら貢献すること | 36 (8.7%) | 16 (18.2%) | 4 (20.0%) |
| | 自分がしたことが感謝されたり喜ばれること | 11 (2.7%) | 7 (8.0%) | 2 (10.0%) |

注) エピソード数、発言者数(全体)、発言者数(独居)の%の母数はそれぞれ415件、88人、20人(参考)。

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 国立研究開発法人防災科学技術研究所・特別研究員
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 栗田圭一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

研究要旨

熊本県の居宅介護支援専門員を対象として実施した熊本水害とコロナ禍の在宅高齢者への影響についてのアンケート調査の分析から、災害やコロナ禍での介護サービスの中断が在宅高齢者の機能低下につながることを示された。また、熊本水害の被災地の地域包括支援センターの居宅介護支援専門員を対象としたインタビュー調査からは、在宅高齢者の状況に合わせた災害対応や災害対策の実施には、地域包括支援センターを含む多機関での連携が重要であること、平時の生活では支援は必要ないが、災害時に支援が必要となる高齢者が存在し、その中には独居認知症高齢者が含まれること等が示された。また、安否確認への対応においても異なる災害を想定した対象者リストの作成、安否確認の想定の可能性が示された。

A. 研究目的

近年、自然災害による地域での被害が増加している。また、災害関連死に高齢者の占める割合は多く、被災による高齢者への被害は看過できないものとなっている。しかしながら、被災が高齢者の身体的・精神的な健康にどのようなメカニズムで影響しているのかは、あまり明らかになっていない。

被災による長期の介護サービスの休止は、要支援・要介護高齢者の在宅生活が脅かされると考えられる。災害時の要配慮者の災害対応は、昨年度から避難行動要支援者の個別避難計画策定が努力義務化等の動きは

あるが、在宅で避難生活を送る要支援・要介護高齢者への支援の取組みは、未だ十分ではない。その一因として、被災による介護サービスへの影響や、その要支援・要介護高齢者への影響が明らかになっていないことが考えられる。地域高齢者への影響や災害対応や対策での課題について検討した。

特に、研究1. 豪雨災害における介護保険サービス休止の実態と在宅要支援・要介護高齢者への影響、研究2. コロナ禍による介護サービス停止の実態と要支援・要介護高齢者への影響について、被災地の介護支援専門員へのアンケート調査を行い、被災に

よるサービスの休止の状況と、要支援・要介護高齢者への影響について明らかにし、在宅の要支援・要介護高齢者の災害対応についての課題を検討することを目的とした。

続いて、研究 3. 在宅高齢者の災害対応における多機関連携の重要性、および研究 4. 地域在住の独居認知症高齢者への水害時安否確認の課題について、熊本水害の経験を基に、地域包括支援センターの職員らへのフォーカスグループインタビュー調査を基に検討することを本研究の目的とした。

B. 研究方法

研究 1 および 2 においては、熊本県の介護支援専門員 2803 名を対象とし、令和 2 年 7 月熊本豪雨の被災高齢者の担当経験について、アンケート調査を実施した。調査の周知は、2022 年に登録があり、熊本県内にある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 ヶ所に郵送で依頼状を配布し、web 経由での回答を依頼した。調査の周知に際しては、熊本県居宅支援専門員協会からも周知した。実施期間は 2023 年 3 月 6 日から 4 月 25 日であった。

研究 3 および 4 については、熊本水害の被災地区 3 か所の地域包括支援センターの介護支援専門員を対象とし、グループインタビュー調査を実施した。調査実施の概要は下記の通りであった。

調査実施期間：2023 年 8 月 30～31 日

調査実施場所：

1. 芦北町社会福祉協議会 地域包括支援センター
2. 社会福祉法人球磨村社会福祉協議会 (地域包括支援センター)

3. 人吉市地域包括支援センター

調査方法：半構造化インタビュー

調査内容：

1. 発災時（安否確認）/避難時の行動支援上の課題
2. 発災後の支援課題
3. 災害準備における支援課題

インタビュー調査で得られた音声データをテキストデータ化し、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（研究 3）、およびコンテンツ分析（研究 4）を用いて、質的に分析した。

（倫理面への配慮）

本調査の実施は、国立研究開発法人防災科学技術研究所の倫理審査を受けた。

C. 研究結果

研究 1：豪雨災害における介護保険サービス休止の実態と要支援者・要介護高齢者への影響の検討

熊本県の介護支援専門員 2803 名を対象にしたアンケート調査では、回答者 419 名（回収率 14.9%）から回答を得られた。研究 1 においては、熊本豪雨の被災高齢者を担当したと回答した 53 名を分析対象とした。分析対象者の概要を図 1～3 に示す。

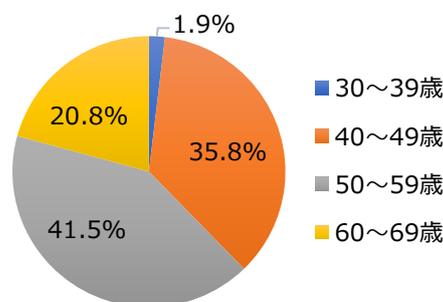


図 1. 分析対象者年齢 (N=53)

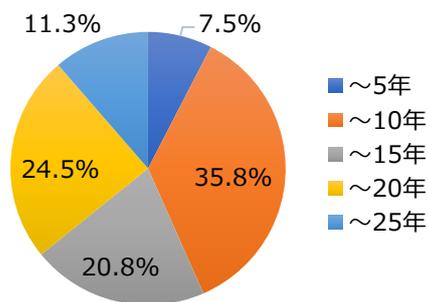


図 2. 分析対象者経験年数 (N=53)



図 3. 担当地域別分析対象者数 (N=53)

① 地域高齢者の生活への影響

分析対象者の 17.0%が「食環境が悪化した高齢者を担当した経験を有しており、その理由は、「身体機能の低下により買い物に行けない」「家族介護者や介護サービス提供者の訪問が減少した」「スーパー等の商店の休業」「営業している食料品店が遠い」等であった。普段から入浴施設を利用していた高齢者はサービス休止により入浴ができず QOL が悪化したとの報告もあり、介護サービス休止による高齢者の生活の質の低下の実態が報告された。

② ケアマネジメントへの影響とそれによる高齢者の機能低下

被災によりケアマネジメントが妨げられたと回答した介護支援専門員は 56.6%であった。その内容としては、被災による道路の

遮断があり訪問ができなかったこと、交通障害や電話の不通等により高齢者の安否確認ができなかったこと、被災地域における介護サービスが停止したことが挙げられた。

また、被災による機能低下がみられた高齢者を担当する経験を有する者は 37.7%であった。デイサービスの停止は 47.2%が経験していた。その中で機能低下がみられた高齢者がいたとの回答は 48.0%であった。

介護支援専門員の 18.9%が居宅介護サービスの中止を報告し、その半数が高齢者に機能低下があったことを報告した。

研究 2：コロナ禍による介護サービス停止の実態と要支援・要介護高齢者への影響の検討

ここでは、当該調査のうち、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所に所属する 320 名（男性 95 名、女性 225 名）を分析対象とした。分析対象者の概要を図 4～6 に示す。

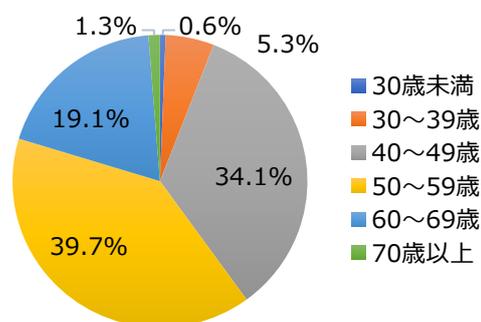


図 4. 分析対象者年齢 (N=320)

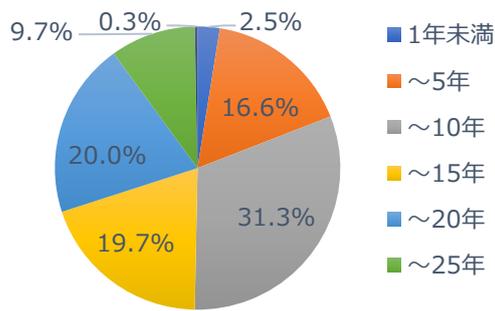


図 5. 分析対象者経験年数 (N = 320)

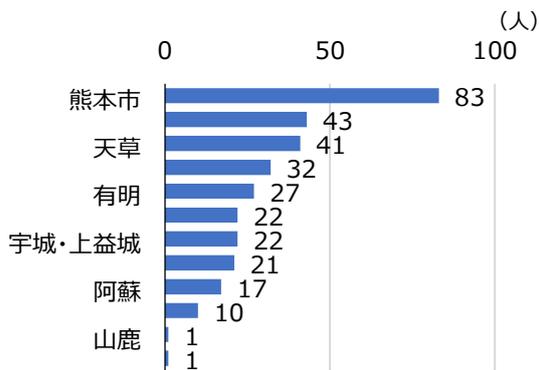


図 6. 担当地域別分析対象者数 (N = 53)

a. デイサービスの停止とその影響

担当高齢者において、デイサービスの中止を経験した居宅介護支援専門員は 86.3%、そのうち停止により機能低下した高齢者の担当経験は 69.2%であった。

高齢者への影響は、自由記述から以下のように整理された。

①身体機能への影響

- ADL の低下
- 1 人暮らしや日中独居高齢者の見守りができない
- 摂食障害
- リハビリの中断
- 下肢機能の低下
- 筋力の低下

②認知機能への影響

- 物忘れ症状の悪化
- 不穏になった

- 活動性の低下

- 会話の減少

③精神面への影響

- 意欲の低下
- 気持ちの落ち込み
- サービス利用できないことによる精神的不安

④社会的側面への影響

- 閉じこもり・孤立化
- 社会的な生活空間の範囲が狭くなった
- デイに来なくなった
- 外出拒否

⑤生活的側面への影響

- 入浴困難
- 1 人暮らしや日中独居高齢者の見守りができない

また、利用者の家族には、

- 家族の介護負担の増加
- 家族が仕事に行けなくなった

ということが挙げられた。

居宅介護支援専門員やサービス事業所への影響としては、

- サービスの代替え困難
- ヘルパー導入の増加
- 見守りのための訪問の増加
- 連絡調整に時間がかかった

が報告されており、これらのことから業務負担が増加したと考えられた。

b. 通所リハビリテーションの停止とその影響

通所リハビリテーションの停止は 75.3% の回答者から、それによる機能低下は 61.8% から報告された。

自由記述は、デイサービスの記述と同様であったが、下記のような身体機能低下の

記述が多くみられた。

- 家族の介護負担の増加
- ふらつき・転倒の増加
- 身体機能の低下
- 心身機能の低下
- 筋力低下
- 下肢筋力の低下
- 歩行が不安定・歩行能力の低下
- 介護負担の増大
- 活気の低下
- 感染対策への適応困難→サービス拒否
- 昼食への影響

c. 訪問介護の停止とその影響

訪問介護の停止は 37.2%、それによる機能低下は 31.9%から報告された。

自由記述について、下記に示す。高齢者への記述のバリエーションが多かった。

①高齢者の影響

- 安否確認
- 食事の提供・確保
- 栄養面が困った
- 清潔保持が困難
- 股関節の拘縮
- 服薬確認ができない
- 入浴
- 掃除
- 買い物ができない
- 本人の不安の増大
- 利用控えにより部屋が汚くなった

②家族への影響

- 家族の介護負担の増加
- 家族の DV

③居宅介護支援専門員への影響

- サービスの代替えがなく困った

- 支援が滞った

d. 訪問看護の停止とその影響

訪問看護の停止は 14.1%、それによる機能低下は 22.2%から報告された。

自由記述は以下の通りであった。

①高齢者や家族への影響

- 全身の筋力低下
- 家族との支援連携が困難
- 家族の不安が増大
- 健康管理ができない
- 直接見てもらえない不安
- 排便処理等が定期的にできない

②対応策

- 介護保険ではなく対応
- 代替サービスの利用
- 同事業所同士の協力体制
- 服薬管理をスタッフが行った
- カテーテル交換時に訪問看護が確保できず、医療機関の受診に変更

e. 短期入所の停止とその影響

短期入所の停止は 71.3%、それによる機能低下は 21.5%から報告された。

自由記述では、コロナ禍ならではの事態が報告された。

- 利用困難による家族の介護負担の増加
- 利用中にクラスタが発生し、帰宅できなくなったため、利用料金がかかった
- 自宅に戻れなかったことで、認知機能、意欲低下がみられた
- 利用予定の施設にクラスタが発生したため、急に利用できなくなった
- いつもの施設が利用できず、慣れな

- 寝たきりの状態が続いたことによる影響として、筋力低下で骨折／入院／褥瘡悪化 が報告された
 - 利用調整に時間がかかり、業務負担となった
- 居宅介護支援専門員への影響としては、
- が報告された。

通所介護と通所リハビリテーションといった通所系サービスの停止は、身体機能、精神機能、精神、社会、生活機能、家族の負担への影響が報告された。しかし、訪問サービスや短期入所では、身体機能や家族負担の増加が報告された（表1）。

表1. 機能低下報告とその内容のまとめ

| | 機能低下% | 身体 | 認知 | 精神 | 社会 | 生活 | 家族の負担 |
|------|-------|----|----|----|----|----|-------|
| 通所介護 | 69.2% | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 通所リハ | 61.8% | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 訪問介護 | 31.9% | ○ | | | | ○ | ○ |
| 訪問看護 | 22.2% | ○ | | | | | ○ |
| 短期入所 | 21.5% | ○ | | | | ○ | ○ |

研究 3：在宅高齢者の災害対応における多機関連携の重要性

今回の分析から抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーについて、Strauss ら¹⁾や戈木^{2),3)}の方法に従い、状況、行為／相互行為、帰結に分類した。状況として『高齢者の災害対応・対策における課題』のサブカテゴリーが、行為／相互行為として、『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』がカテゴリーとして抽出された。また、帰結は『高齢者の生活に配慮した災害対応の実施困難』と『高齢者の状態に配慮した災害対策・対応の改善』のサブカテゴリーであった。これらについて、プロパティとディメンションに

留意しながら、『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』についての関連図を作成した（図7）。

次に、それぞれのカテゴリーについて、その具体的な内容を説明する。『』はカテゴリーを示し、〈〉は各カテゴリーを構成するラベルを示している。また、「」内の文章と言葉は、自由記述から得られたものである。文章中の（）内の記述は、省略された言葉であり、文章を損なわないように補足として付け加えた。

① 状況：高齢者の災害対応・対策における課題

『高齢者の災害対応・対策における課題』について、地域包括支援センターの居宅介護支援専門員は多くの気づきを得ていた。

多くの被災高齢者は〈防災無線の連絡〉が聞こえなかった。職員自身や家族の被災、被災による交通機関の停止や道路の不通等により、職員の通勤ができない、通信手段が途絶すること等により、〈介護事業所のサービス継続可能性〉が低いことが認められた。このことは、安否確認の困難にも関連していた。

また、身体機能や認知機能が低下して避難所への移動ができないけれども、自宅での生活はできている場合は要支援・要介護認定を受けていない高齢者は、災害時の支援が受けにくいことも明らかになった。つまり、機能低下があるにもかかわらず、介護サービスを使わず、自立した生活を送っており、平時は支援の必要がないけれども、災害時には支援が必要となる「グレーゾーン」高齢者である。避難時、避難生活への支援において、居宅介護支援専門員は〈グレーゾー

ンの高齢者への気づき)があった。

避難生活においては、汁物がないため(お弁当の食べにくさ)があることや、同じようなお弁当が続くことによる食欲の低下等が指摘された。また、避難所のベッドはダンボールベッドが置かれていたため、(ダンボールベッドの利用)は、身体機能の低下があると困難で、「1回(寝たら)もうこりこり」ということで、在宅避難を選択した高齢者もいた。

福祉避難所の課題も報告された。協定を結んでいる福祉避難所の事業所自体が被災してしまい、機能が果たせなかった。また、福祉避難所として立ち上げて「普段からショートステイなんかで利用がある方に限って受け入れますよと。そうしないと、その方の病気のこととか薬のこととか分からないんで、避難してきましたっていても受け入れはなかなか難しいです」といった受け入れ状況で、現実的には、福祉避難所は機能を果たせなかったと報告された。その自治体では、被災後しばらくはショートステイ等の介護サービスも満床で調整がつかず、デイサービスに併設されている一般避難所にベッドを置いて対応した。その際も、「ダンボールベッドはちょっと硬くてとてもじゃない、寝れない」ということで、レンタル事業所からの無償での貸し出しを受けた。

「普通の避難所は、避難してほしい人が行ける環境では(ない)」という指摘もあった。

②行為/相互行為：高齢者の災害対応に関する他部署との連携

本分析では、『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』がカテゴリとして抽出され、地域包括支援センターと他部署の連

携での災害対応の重要性が明らかになった。

地域包括支援センターと他部署との連携があるところは、(高齢者の災害対策の重要性)(組織内での高齢者の災害対策必要性の理解)が共有されていた。そして、(他部署の地域包括の業務の理解)があり、(他部署との役割分担)ができていた。このようなことを通じて、(高齢者の状況に関しての情報共有)が可能となっていた。連携できている場合は、(地域包括の居宅介護支援専門員の自治体への信頼)は高く、(地域包括と自治体との連携)は良好であった。

③-1 帰結：高齢者の生活に配慮した災害対応の実施困難

『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』が取れない場合は、『高齢者の生活に配慮した災害対応の実施困難』が生じていた。

(仮設住宅入居高齢者の生活支援の必要性)は高く、連携がないため(地域包括で気づいた改善点が活かされる可能性)が低く、(個別避難計画の作成状況)がわからず、(高齢者に適した避難所への改善)も困難である状況が認められた。『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』が取れる場合は『高齢者の状態に配慮した災害対策・対応の改善』の実施を進められる状況となっていた。(被災経験を活かした災害対策の実施)として、高齢者が避難しやすいように福祉避難所予定の施設に介護ベッドを設置し、(独自の避難計画の作成)も行っていた。また、(今後の災害対応の改善への意欲)もあった。

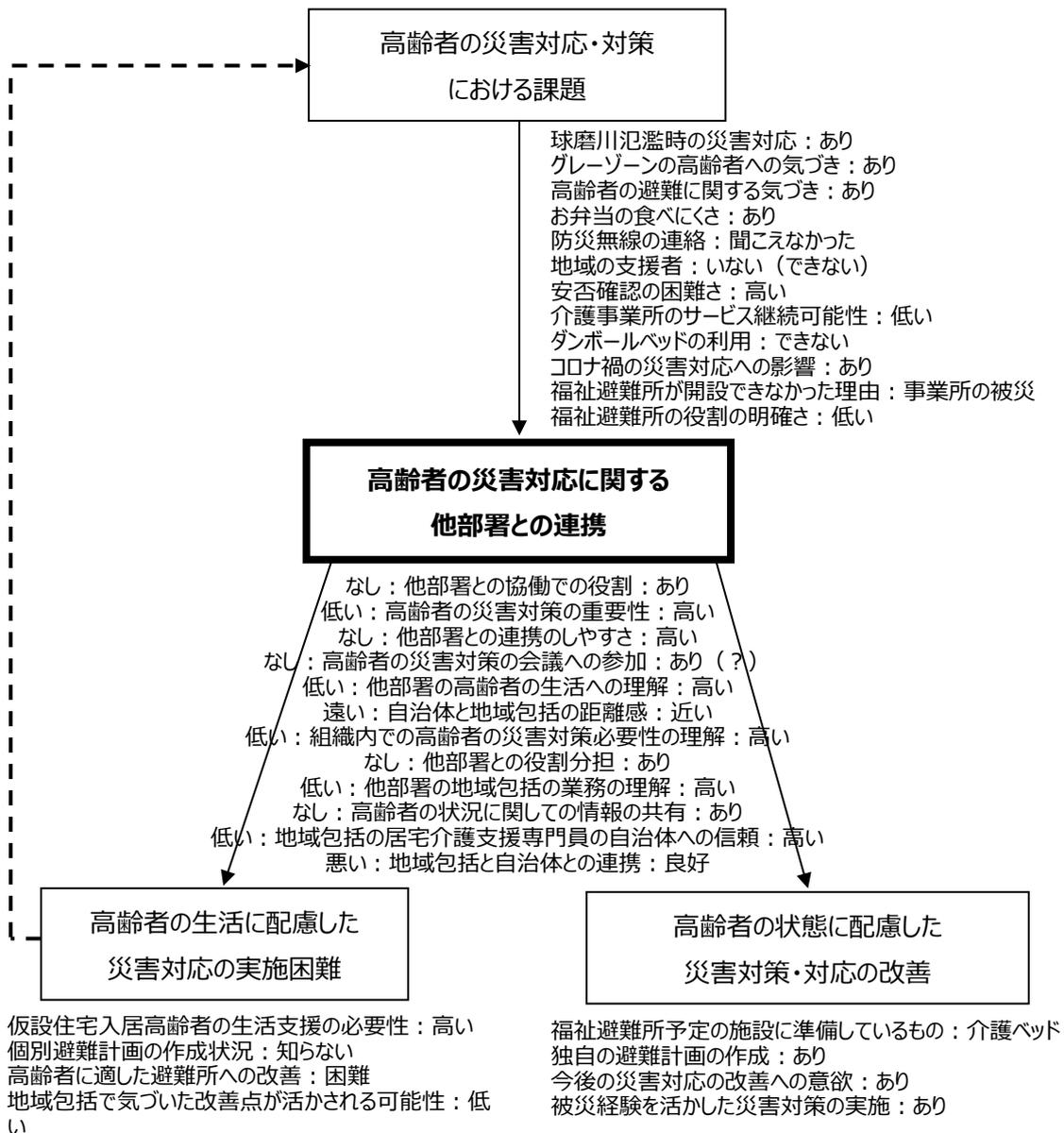


図 7. 『高齢者の災害対応に関する他部署との連携』についての関連図

**研究 4：地域在住の独居認知症高齢者への
水害時安否確認の課題**

水害を経験した 3 か所の異なる地域包括支援センター職員に対するフォーカスグループインタビューの内容分析からは、独居認知症高齢者の安否確認の課題として 3 つの課題と、2 つの鍵となるテーマが抽出された。結果においては、3 つの課題について

報告し、これらを基にした 2 テーマについて考察で述べる。

一つ目の課題としては、「安否確認の対象となる地域住民高齢者リスト」の問題であった。地域包括支援センターの通常支援の業務を通して、ケアマネジャーや保健師らは、通常支援の相談内容や対象者の記録リストを作成しており、これらの記録が災害

時の連絡先や安否確認の優先度の検討に有用となった一方で、通常業務の支援の関わりを持っていなかった地域住民（これらの多くが独居の認知症高齢者であった）が、初期の安否確認リストから漏れていたことにより、安否確認が遅くなったことが報告された。また同様に、これらのリストは通常の支援業務の記録であったため、必ずしも防災向けの情報更新がなされていたわけではなかったため、情報が古いことなどが安否確認の課題であったと報告された。

二つ目の課題として、支援格差が報告された。自立した高齢者や近親者のいる人、介護保険などのサービスを通常から利用している人らは、迅速に避難し安否の確認が早い段階でとられた。しかし、通常はサービスを受けておらず、地域住民によって支えられているような独居の高齢者、認知機能低下の傾向にある高齢者、また通常は高齢夫婦がお互いに支えあって生活しており、特に介護保険サービスや地域包括支援センターの支援を日頃受けていない人々であるが脆弱な人々への安否確認、支援の提供が遅れ、避難や発災後のサービスへのつながりが遅れたことが報告された。

三つ目の課題としては、水害特有の安否確認の難しさが挙げられた。洪水被害は局所的な被害をもたらすため、台風や地震のような全域的被害とは異なり、道路の冠水や泥による通行止めは局所的で、それらの情報がリアルタイムで共有されないことが被災エリアの把握、被災対象の特定、安否確認対象および支援対象の特定を難しくしていた。

D. 考察

研究1の結果から被災地で在宅生活を送っている要介護高齢者は、災害後に適切な介護サービスを受けられず、機能低下が生じている可能性が考えられた。そして、被災による介護サービスの休止は被災後の高齢者の健康被害の一因であることが示唆された。

このことから、介護サービスの提供を維持することができれば、要介護高齢者の機能低下や健康の悪化を減少させる可能性が示唆された。つまり、被災後の介護サービスの継続や早期復旧は人的被害の減少が期待できる。介護サービスの継続や早期復旧、つなぎとなる支援の提供等「災害対応による改善の可能性」があると考えられる。

また、研究2のコロナ禍による介護サービスの停止は、高齢者の身体機能、認知機能の低下に関連している可能性が示唆された。また、コロナ禍により長期にわたって高齢者が孤立したことにより、閉じこもり等が報告され、高齢者の社会性の維持が課題となった。

介護サービスの停止は家族の生活にも影響し、介護負担の増大のみならず、仕事に行けない等の影響も生じていた。このことは家計への影響もあると推測される。さらに、介護家族の孤立が生じやすいことが示されたことから、家族介護者への支援も重要となることが示された。

居宅介護支援専門員の業務負担の増大が顕著であった。このことは、被災地の居宅介護支援専門員の人材不足にも関連すると考えられ、業務負担の軽減への配慮や業務支援体制の構築が必要である。

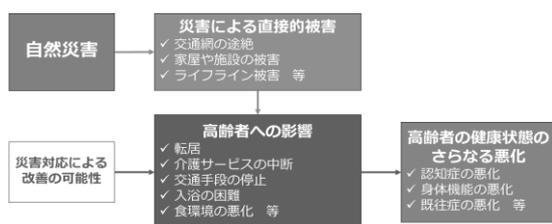


図 8. 介護サービス継続による高齢者の健康被害減少のメカニズム

研究 3 の分析で示された被災当時の高齢者の状況とその対応から、今後の災害対応への示唆を得ることができた。

まず、避難所避難を高齢者が行うためには、避難所の環境整備の必要性が挙げられる。例えば、床からの立ち上がりが困難であったり、床での就寝から起き上がれなかったりといった身体機能の低下がある場合、ベッドがない体育館や立ち上がりにつかまるところがない畳敷きの避難所には避難できない。このような状況は、現在の避難所では想定されていない。また、ダンボールベッドでは対応できない地域高齢者の存在も明らかになったことから、要支援・要介護認定を受けていない高齢者であっても、一般避難所では対応できない場合があるということである。自立した生活を送っている高齢者でも、一般の避難所での生活は困難な場合があり、避難所の環境整備により、福祉避難所に行かなくてもすむ高齢者が存在する。このことは、災害対応の課題として、取り組む必要があるにも関わらず、高齢者福祉の担当者と災害担当の危機管理の部門等の連携がないと、高齢者における災害対応の課題が明らかにされず、改善に向けた取り組みが困難となる。高齢者へ配慮した避難所は、より若い世代においても過ごしやすい場所となると考えられる。多部署、多機関、

多職種で災害対応に関わり、改善していくことが必要であると考えられる。

次に、上述したように、介護サービスを利用していない地域高齢者でも、避難所生活が困難な高齢者の存在が明らかになったことである。これらの高齢者は、避難行動要支援者の名簿の対象にもなっておらず、安否確認の対象にもなっていない。いわゆる「グレーゾーン」の高齢者であり、現状の災害対応の高齢者支援の対象からは外れている。これらの高齢者が、在宅での避難生活を送っている場合は、訪問調査等で支援対象となることもあるが、被災直後は困難である。このような「グレーゾーン」の高齢者を、平時から地域の中で孤立させないことは重要であり、それは災害対策としても有効である。地域で把握され、その情報が地域包括支援センターと共有されれば、災害時の安否確認や必要な支援につなげることが可能となる。

さらに、今回の調査では、独居の認知症高齢者は、地域住民も大きな心配事が生じたり、迷惑がかかったりしないと地域包括支援センターへの連絡はしないことが報告された。つまり、「グレーゾーン」の高齢者の中には、独居認知症高齢者も含まれている。また、災害時に避難しない／できない高齢者の中には、認知症高齢者やその家族介護者もいる。在宅避難している高齢者には課題がないわけではなく、より大きな課題がある場合もあり、在宅避難の高齢者への対応は必要である。

これらの課題は、「住み慣れた地域で最期まで生活する」高齢者が増加している現状を考えると、より切実であり、早期に高齢者の現状に配慮した災害対応への改善を進め

の必要がある。そのためには、地域包括支援センター等の高齢者福祉担当が他部署と連携した災害対応を実施したり、災害対策を検討したりすることが重要である。

研究4の独居認知症高齢者の安否確認の課題については、本研究で明らかになった2つの課題からは、通常支援における網の目となる支援リストの有用性と同時に、平時において公的支援を必要としていない人たちの中にこそ、災害時に最も脆弱となる人たちがおり、それらが独居や認知症の高齢者、高齢の夫婦世帯であることを示唆していた。通常支援リストの防災のための安否確認リストへの汎用は必要であるものの、やはり災害を念頭においた安否確認リストの作成、定期的な情報の更新、年齢や世帯構造といった属性からのリスト作成が重要であると考えられた。また、水害が局所的な被害であったことが安否確認に影響したことが報告され、このことは安否確認においても、異なる災害には、異なるアプローチが必要であることが示唆された。災害準備の基本は、そのエリアの起こりうる災害の情報を学ぶことから始まるが、安否確認への対応においても異なる災害を想定した対象者リストの作成、安否確認の想定が必要である。

尚、これらの分析は地域包括支援センター3か所へのインタビュー調査の分析であり、この結果がすべての被災高齢者の災害対応に当てはまるとは限らず、結果の解釈には注意する必要がある。今後、別の災害での事例の追加等により、より詳細が明らかになるよう検討していきたい。

E. 結論と今後の課題

本研究の結果から、地域で介護サービスを利用している高齢者にとって、被災による介護サービスの停止は、高齢者の身体機能や認知機能の低下をもたらすことが報告された。また、被災地域では、高齢者の食生活や入浴等に影響し、QOLの低下が生じていた。また、コロナ禍による介護サービスの停止では、利用高齢者のみならず、介護家族への介護負担の増大や就労の継続への影響等、社会的側面への影響が認められた。介護サービスの継続は、高齢者の社会性を維持するためにも、また家族介護を継続させるためにも、また労働力の安定といった社会的側面からも重要であることが示された。

また、特に認知症独居および、高齢の夫婦世帯等、平時は支援対応となっていない人たちが、災害時には最も脆弱な対象となる可能性が示唆され、現時点では、安否確認を始めとした発災時の支援から、避難所での支援に至るまで、脆弱である可能性が示唆された。今後、具体的な支援策に向けて、更なる検討を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) Rika Ohtsuka Status and challenges of disaster preparedness among community-dwelling older adults in Japan IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 2023年6月12日
- 2) Ohtsuka R, Wakui T, Chiba Y, Awata S A Mechanism of Disaster-related

Deaths: Implications of a torrential rain disaster for long-term care management of vulnerable older adults IDReM2023 Virtual Conference 2023年9月30日

- 3) Tomoko Wakui, Rika Ohtsuka, Shuichi Awata. Issues of safety confirmation for community-dwelling older adults: Experience of a flood disaster in Kumamoto, Japan. Society for Disaster Medicine and Public Health 10 Year Anniversary Conference & Annual Meeting, Washington, DC, December 4-6, 2023 (Online).
- 4) 大塚理加, 涌井智子, 栗田主一 コロナ禍による介護サービス停止の実態と要支援・介護高齢者への影響 : 熊本県内のケアマネジャーへの調査から 第18回日本応用老年学会大会 2023年10月29日
- 5) 大塚理加, 涌井智子, 栗田主一 豪雨災害における介護保険サービス休止の実態と在宅要支援・要介護高齢者への影響 第82回日本公衆衛生学会 2023年10月31日

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) Strauss, Anselm, L. and Corbin, Juliet (1998) Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, Sage Publications.
- 2) 戈木クレイグヒル滋子(2006)「グラウンデッド・セオリー・アプローチ理論を生み出すまで」新曜社.
- 3) 戈木クレイグヒル滋子(2008)「グラウンデッド・セオリー・アプローチ現象をとらえる」新曜社.

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究
認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究

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 栗田圭一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

警察庁が毎年公表している認知症による行方不明者数は、警察に行方不明者届が出された人のみであり、実際に認知症で行方不明になった人数とは大きな乖離があると考えられる。そこで令和4年度の研究で明らかにした行方不明発生率、つまり独居高齢者人口10万対127.67人、同居高齢者人口10万対194.30人に基づき、令和2年度に実施された国勢調査のデータを利用して行方不明者数を推計した。その結果、独居行方不明者は8,575人、同居行方不明者は56,954人となり、合計で65,529人となった。警察庁による令和2年の行方不明者数は17,565人であることから、推計値とは47,964人の差があり、警察庁の公表値の約3.73倍となった。警察庁の公表値と推計値には大きな乖離があり、警察に行方不明者届が出されていない行方不明者が多数いることが示された。行方不明者届が出されていない者を含めた、実際の行方不明者数を把握することが、今後の行方不明者対策を考えていくために必要とされている。

A. 研究目的

我が国において認知症による行方不明者数は、警察庁が毎年公表する人数と認識されている。しかし、この人数は警察に行方不明者届（以下、届）が出された者だけであり、実際には届が出されていないために、行方不明者数に含まれない者が少なからず存在すると考えられる。先行研究でも警察に届けが出されていない者が多くいることが指摘されている¹⁻⁶。

より実態に近い行方不明者数の把握は、

行方不明者対策を立案する上での重要な前提条件である。

本研究は、より実態に近い行方不明者数を推計することにより、行方不明者対策の促進に資することを目的とする。

B. 研究方法

令和4年度の研究で明らかにした行方不明発生率、つまり独居高齢者人口10万対127.67人、同居高齢者人口10万対194.30人に基づき、令和2年度に実施された国勢

調査のデータを利用して行方不明者数を推計した。推計は都道府県毎に、独居・同居別に行った。

(続き)

(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

分析の結果、独居行方不明者は 8,575 人、同居行方不明者は 56,954 人となり、合計で 65,529 人となった。全国/都道府県毎、独居・同居別の推計値を表 1 に示す。

表 1. 行方不明者数の推計値

| | 独居 行方不明者数 | 同居 行方不明者数 | 合計 |
|---------|--------------|--------------|--------|
| 00_全国 | 8,575 | 56,954 | 65,529 |
| 01_北海道 | 462 | 2,560 | 3,022 |
| 02_青森県 | 92 | 672 | 764 |
| 03_岩手県 | 80 | 670 | 750 |
| 04_宮城県 | 124 | 1,069 | 1,193 |
| 05_秋田県 | 71 | 591 | 662 |
| 06_山形県 | 55 | 617 | 672 |
| 07_福島県 | 111 | 958 | 1,069 |
| 08_茨城県 | 160 | 1,409 | 1,569 |
| 09_栃木県 | 109 | 927 | 1,036 |
| 10_群馬県 | 120 | 954 | 1,074 |
| 11_埼玉県 | 425 | 3,208 | 3,633 |
| 12_千葉県 | 383 | 2,786 | 3,169 |
| 13_東京都 | 1,036 | 4,631 | 5,667 |
| 14_神奈川県 | 587 | 3,694 | 4,281 |
| 15_新潟県 | 126 | 1,210 | 1,336 |
| 16_富山県 | 59 | 565 | 624 |
| 17_石川県 | 67 | 554 | 621 |
| 18_福井県 | 40 | 396 | 436 |
| 19_山梨県 | 54 | 404 | 458 |
| 20_長野県 | 123 | 1,085 | 1,208 |
| 21_岐阜県 | 109 | 1,005 | 1,114 |
| 22_静岡県 | 212 | 1,801 | 2,013 |

(続く)

| | 独居 行方不明者数 | 同居 行方不明者数 | 合計 |
|---------|--------------|--------------|-------|
| 23_愛知県 | 413 | 3,077 | 3,490 |
| 24_三重県 | 113 | 857 | 970 |
| 25_滋賀県 | 68 | 618 | 686 |
| 26_京都府 | 196 | 1,171 | 1,367 |
| 27_大阪府 | 724 | 3,642 | 4,366 |
| 28_兵庫県 | 401 | 2,502 | 2,903 |
| 29_奈良県 | 90 | 679 | 769 |
| 30_和歌山県 | 82 | 473 | 555 |
| 31_鳥取県 | 35 | 294 | 329 |
| 32_島根県 | 45 | 377 | 422 |
| 33_岡山県 | 120 | 930 | 1,050 |
| 34_広島県 | 201 | 1,294 | 1,495 |
| 35_山口県 | 120 | 720 | 840 |
| 36_徳島県 | 54 | 396 | 450 |
| 37_香川県 | 68 | 483 | 551 |
| 38_愛媛県 | 115 | 687 | 802 |
| 39_高知県 | 71 | 368 | 439 |
| 40_福岡県 | 363 | 2,232 | 2,595 |
| 41_佐賀県 | 47 | 412 | 459 |
| 42_長崎県 | 107 | 678 | 785 |
| 43_熊本県 | 118 | 882 | 1,000 |
| 44_大分県 | 89 | 591 | 680 |
| 45_宮崎県 | 90 | 541 | 631 |
| 46_鹿児島県 | 152 | 773 | 925 |
| 47_沖縄県 | 88 | 511 | 599 |

D. 考察

警察庁による令和 2 年の認知症による行方不明者数は 17,565 人であり、推計値とは 47,964 人の差があった。これは警察庁の公表値の約 3.73 倍であり、推計値と大きな乖離があった。このことは行方不明者の 7 割以上が警察に行方不明者届を出していないことを意味している。

E. 結論と今後の課題

行方不明者数を正しく把握することは、行方不明対策を立案する上で必須である。しかし、現状では行方不明者数が大幅に過小評価されている可能性がある。このことは行方不明者対策を考える上で、大きな障害となる。

今後の課題として、行方不明者数の適切な把握と、それに基づく具体的な施策の実施が求められる。行方不明者数をより実態に近い数値で推計する方法を、先行研究に基づき資料1に示した。また、市町村で実施できる可能性のある施策の一覧(案)を、先行研究、都道府県及び市区町村ホームページから収集し資料2に示した。これらが活用され、より良い行方不明対策が行われれば幸いである。

F. 研究発表

1. 論文発表

Kikuchi K., Ikeuchi T., Awata S., A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan, *Geriatr Gerontol Int*, 23(11), 2023, 890-891. <https://doi.org/10.1111/ggi.14695>

2. 学会発表

菊地和則, 池内朋子, 栗田主一: 千葉県における独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究, 第65回日本老年医学会学術集会, 2023.6.18, 横浜.

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) Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, Awata S. Missing older adults with dementia living alone-reports of 150 cases-. *Jpn J Geriatr Psychiatry* 2021; 32: 469-479. (In Japanese).
- 2) Furumiya J and Hashimoto Y. A Descriptive Study of Elderly Patients With Dementia Who Died Wandering Outdoors in Kochi Prefecture, Japan. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2015; 30(3): 307-312. <https://doi.org/10.1177/1533317514545826>.
- 3) The Alzheimer's Association Japan. Report on "Survey on the Actual Conditions Related to Missing, Wandering, and Driving of People with Dementia". Tokyo: Alzheimer's Association Japan; 2018; 1-76. [Cited 1 Dec. 2023.] Available from URL: <https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/haikai-jidousyauntentyousa2018.pdf> (In Japanese).
- 4) McShane, R., Gedling, K., Keene, J., Fairburn, C., Jacoby, R. & Hope, T. Getting lost in dementia. A longitudinal study of a behavioral symptom, *Int Psychogeriatr* 1998; 10(3): 253-260. <https://doi.org/10.1017/S1041610298>

005365.

- 5) Rowe M, Glover J. Antecedents, descriptions and consequences of wandering in cognitively impaired adults and the Safe Return (SR) program. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2001; 16(6): 344-352. <https://doi.org/10.1177/153331750101600610>.
- 6) Green KS, Clarke CL, Pakes F, Holmes L. People with Dementia who go Missing: A Qualitative Study of Family Caregivers Decision to Report Incidents to the Police. *Policing: A Journal of Policy and Practice.* 2019; 13(2): 241–253. <https://doi.org/10.1093/police/paz007>.

市町村が認知症によって行方不明になる高齢者の人数を把握する方法

1. 認知症によって行方不明になる高齢者の実態

2012年から警察に行方不明者届（以下、届）が出された時、認知症（疑いを含む、以下同様）であるかどうかのチェックが行われるようになりました。その結果、認知症を原因とする行方不明者数が明らかとなり、警察庁から毎年人数が公表されるようになりました。2012年の認知症によって行方不明になる高齢者は9,607人であり、当時は「認知症による行方不明者1万人」とマスコミでも大きく取り上げられました。その後も年々、認知症によって行方不明になる高齢者は増加し、2022年には18,709人に達しています¹⁾。

しかし、この人数は警察に届が出された人数であり、届が出されていない人は含まれていません。そのため、図1のように警察庁の公表した人数（実線）と、実際に行方不明になった人数（点線）には乖離があります。しかし、この乖離がどの程度であるのかは分からないままでした。ただ、先行研究によると行方不明者の内、3割～7割が届を出していないことが指摘されています²⁾⁻⁶⁾。研究により割合が大きく異なりますが、かなりの人数が届を出していないことが分かります。

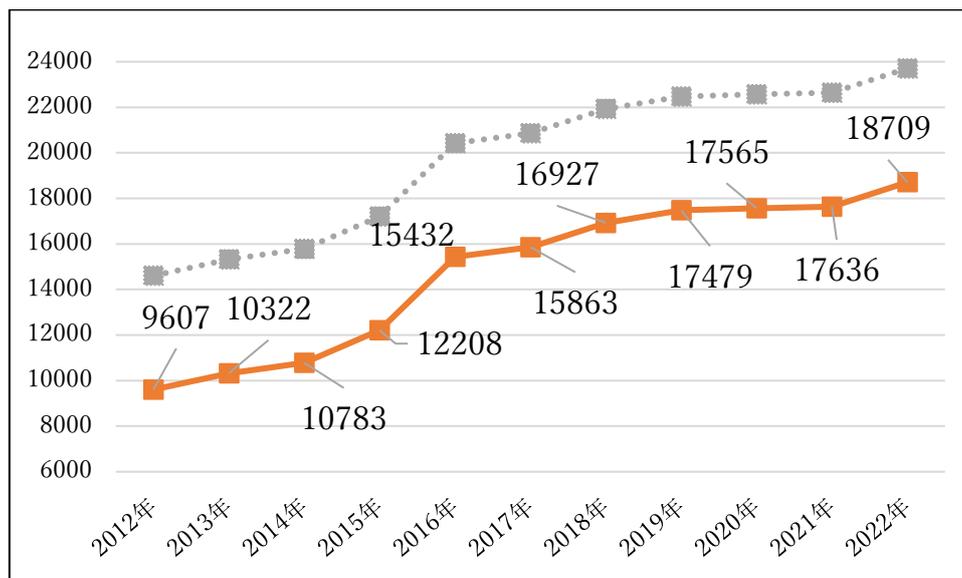


図1. 認知症によって行方不明になる高齢者数の経年推移

しかも、これまでの研究から市町村（特別区を含む、以下同様）の約半数は行方不明者数を把握していないことが分かっています。つまり警察に届を出している人数も把握していないことになります。市町村が行方不明対策を立案・実施するに当たって、正確な行方不明者数を知ることは、対策を講じる上での基本的かつ重要な情報です。そのためにはより実態に近い行方不明者数を知る必要があります。本稿では市町村がより実態に近い行方不明者数を把握する方法について説明します。

2. 行方不明者数はどのように把握されるのか

この問題を考える前提として、そもそも行方不明者数とはどのように数えられるのでしょうか。この点について説明したいと思います。

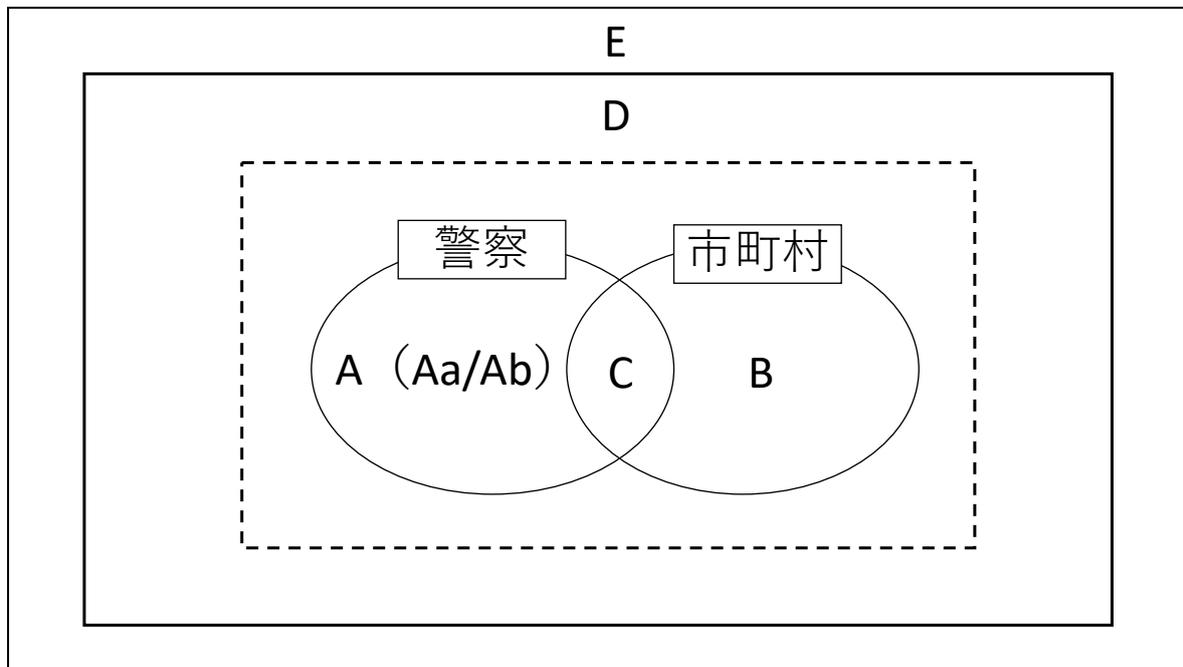


図2. 行方不明者数の考え方

図2は行方不明者数をどのように考えるかを示しています。図中のA～Eの意味は下記の通りとなります。

- A：警察が把握した人
 - Aa：警察に届が出された人
 - Ab：警察に届は出されなかったが、警察が把握した人
- B：市町村が把握した人
- C：警察と市町村の両者が把握した人
- D：警察も市町村も把握しなかったが、家族・親族、近隣の人、サービス担当者などが把握した人
- E：誰にも把握されなかった人

まずAですが、これは警察が把握した人になります。しかし、その内訳は2つに分類されます。Aaは警察に届が出された人で、これに該当する人が毎年、警察庁から公表される人数になります。それに対してAbは届が出されずに警察が把握した人になります。例えば、パトロール中の警察官が様子のおかしい高齢者を保護したら認知症で行方不明になっていた、善意の市民が様子のおかしい高齢者を見つけて警

察に通報したら認知症による行方不明だった、などが考えられます。この場合は届が出されていないため、警察庁の統計には含まれません。

次にBですが、これは市町村が把握した人になります。例えば、警察に届は出されていませんが、地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス担当者などからの連絡で把握している場合などが考えられます。しかし、市町村によっては地域包括支援センターなどからの連絡体制を整えておらず、市町村として行方不明者を把握していない場合もあります。なお、届は警察に提出するものであるため、市町村の場合は届の有無で区別をしていません。

Cですが、これは警察と市町村の両者に把握された人です。この中には届が出されている人と出されていない人が混在しています。

Dですが、家族・親族、近隣の人、サービス担当者などが行方不明に気づきましたが、警察と市町村は把握しなかった人になります。行方不明になった時に警察や市町村に通報せず、家族・親族や近隣の人、サービス担当者だけで探した場合などが該当します。

そしてEですが、これは行方不明になったことを誰にも把握されなかった人です。例えば、独居認知症高齢者が行方不明になっても誰も気づかなかったような場合です。

このように整理すると、市町村が把握できる可能性があるのは、点線で囲んだA (Aa/Ab) ~Cまでになります。そのため、A (Aa/Ab) ~Cに該当する行方不明者をどれだけ把握できるのかが問題となります。なお図2には、行方不明になって発見されていない事例が含まれ、また発見時の生存・死亡を区別していません⁷⁾。

3. 行方不明者数の把握方法

行方不明者数の考え方を説明しましたので、次に行方不明者数の把握方法について説明します。ここでは2つの方法を紹介します。

1 : 行方不明者数を実際に数える

一つ目は行方不明者数を実際に数える方法です。そのためには警察からAaとAbの情報提供を受け、かつ、市町村も情報収集(C)する必要があります。つまり、A~Cの人数を実際に調べて合計することで行方不明者数を把握します。しかし、この方法では警察がAaとAbの両方の情報を市町村に提供する必要があり、警察の協力が前提となります。また市町村も情報収集の体制構築が必要になります。なお、実際に人数を数える場合、A~Cの人数を正しく知るために、Dについては行方不明が生じた際には警察に通報する、市町村に通報するなどの広報活動も必要になります。また、独居認知症高齢者等についてはEにならないように、介護サービスの利用や見守り体制の構築など行方不明に早期に気づける体制づくりが必要になります。つまり、DとEを減らし、A~Cに入るような取り組みを行うことが、より実態に近い人数の把握につながります。

2 : 行方不明者数を推計する

二つ目ですが、実際に数えることが出来ない場合は、人数を推計する方法があります⁷⁾。これまで

の研究から行方不明の発生率が明らかになっています。ただし、発生率は65歳以上を対象としているため、65歳未満の若年性認知症者の行方不明は含まれていません。また図2のDとEに該当する人も含まれていません。そして推計の場合、前述のようなDとEを減らし、A～Cに入るような取り組みを行うことで人数が変わることはありません。

①独居高齢者人口10万人当たりの行方不明者数：127.67人

②同居高齢者人口10万人当たりの行方不明者数：194.30人

独居高齢者より同居高齢者の方が発生率は高くなっています。この点に違和感を覚えるかもしれません。その理由として、行方不明に気づくのは同居家族が多いこと、同居高齢者より独居高齢者の方が健康であることなどが考えられますが、詳細な理由については今後の研究が待たれます。

市町村は65歳以上の独居高齢者人口、65歳以上の同居高齢者人口を確認すれば、上記の発生率から行方不明者数を推計することができます。なお、人口規模が小さく、推計値が1人未満になる場合、最低1人はいると考えるべきでしょう。

4. まとめ

ここまで市町村が行方不明者数を把握する方法を説明してきました。どちらの方法が良いかは一概には言えません。市町村の状況に合わせて方法を選択する必要があります。しかし実際に人数を数えても、推計をしても、図2のDとEに該当する人数は含まれません。つまり、どちらの方法を用いても行方不明者数は過小評価にならざるを得ません。しかし、少なくともこれだけの行方不明者がいる、ということは分かります。

市町村は実態に近い行方不明者数を把握することにより、行方不明対策を講じることが求められます。

以上.

- 1 警察庁生活安全局人身安全・少年課:令和4年における行方不明者の状況: 2023.1-5.
- 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-150事例からの報告-.老年精神医学雑誌.32(4) 2021. 469-479.
- 3 Furumiya J and Hashimoto Y. A Descriptive Study of Elderly Patients With Dementia Who Died Wandering Outdoors in Kochi Prefecture, Japan. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2015; 30(3): 307-312.
- 4 認知症の人と家族の会. 「認知症の人の行方不明や徘徊、自動車運転にかかわる実態調査」報告: 2018. 1-76.
- 5 McShane, R., Gedling, K., Keene, J., Fairburn, C., Jacoby, R. & Hope, T. Getting lost in dementia. A longitudinal study of a behavioral symptom, Int Psychogeriatr 1998; 10(3): 253-260.
- 6 Rowe M, Glover J. Antecedents, descriptions and consequences of wandering in cognitively impaired adults and the Safe Return (SR) program. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2001; 16(6): 344-352.
- 7 Kikuchi K, Ikeuchi T, Awata S. A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan. Geriatr Gerontol Int. 2023; 23(11): 890-891.

市町村の体制整備項目（案）

| 大項目 | 中項目 |
|------------------|---------------------------------------------------------|
| 文書化された行方不明対応の根拠 | 認知症の一人歩きによる行方不明に関する条例を制定（認知症に関する条例の中での言及を含む） |
| | 認知症の一人歩きによる行方不明に関する要綱・要領を制定 |
| SOSネットワーク等（ある場合） | 市町村徘徊・見守りSOSネットワーク推進会議等の設置 |
| | 徘徊・見守りSOSネットワーク広域（市町村）連絡会議等への参加 |
| | 都道府県徘徊・見守りSOSネットワーク推進会議との連携 |
| | 各種機関・住民のSOSネットワーク等への参加促進 |
| その他ネットワーク活用 | SOSネットワーク等以外のネットワーク等で行方不明に対応できるもの（例.わんわんパトロール） |
| 広域連携 | 他都道府県との広域連携の促進 |
| | 行方不明者等の情報共有サイトへの参加・活用 |
| 住民の理解促進 | 地域住民への行方不明問題への理解促進 |
| | 徘徊・見守り協力員等の育成 |
| | 認知症サポーターの養成 |
| | 模擬捜索訓練（声かけ等）の実施 |
| | 認知症の人が暮らしやすいまち作り |
| 事前準備（個人レベル） | 行方不明のリスクのある高齢者の把握 |
| | 行方不明のリスクのある高齢者に対する支援体制構築・強化（介護保険サービス利用/ケアプラン・医療の見直しを含む） |
| | SOSネットワーク等への登録促進 |
| | 行方不明に気づいたら直ぐに警察に行方不明者届を出すように関係機関・者に周知 |
| | 認知症高齢者本人の行方不明対策への参加 |
| | 地域住民による見守り |
| | SOSネットワーク等による見守り |
| | ICTを活用した見守り機器/徘徊感知器の導入 |
| | 身元確認用シール・キーホルダー等の配布（ICTを活用したものを含む） |
| | 行方不明になった時の対応方法を決めている |
| | 行方不明になった時、誰が警察に行方不明者届を出すか決めている |
| | 地域包括支援センター等による定期的訪問 |
| | 家族・親族との連絡体制構築 |
| | 徘徊高齢者個人賠償責任保険事業への加入 |
| | 市町村長による成年後見申立の活用 |
| 家族に対する行方不明対応の教育 | |

（続く）

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------|
| 事前準備（市町村/地域レベル） | 市町村における行方不明者数の把握 |
| | 市町村における行方不明施策の検討・実施（認知症高齢者本人の参加を含む） |
| | 行方不明対応マニュアル等の準備 |
| | 徘徊高齢者個人賠償責任保険事業の実施 |
| | 警察との情報共有や連携の促進 |
| | 高齢者見守り相談窓口・拠点の設置 |
| | 権利擁護支援センター・成年後見中核機関の設置 |
| | 成年後見制度利用促進法の基本計画策定 |
| | 市町村・専門職を対象とした行方不明対応に関する研修 |
| | 地域の関係機関等への協力依頼（SOSネットワーク等が無い場合） |
| 行方不明発生時 | 警察への行方不明者届の即時提出 |
| | 市町村、サービス担当者等による搜索 |
| | SOSネットワーク等の搜索活動 |
| | 搜索協力者に対するメール・SNSなどを利用した情報提供・搜索協力依頼 |
| | 防災無線・有線放送・ラジオ等による呼びかけ |
| | ICTを活用した搜索機器の利用 |
| 事案終了後 | 生存発見後の高齢者に対する支援体制構築・強化（介護保険サービス利用/ケアプラン・医療の見直しを含む） |
| | 死亡発見・行方不明継続の家族に対する支援体制構築・強化 |
| | 市町村・専門職による行方不明事例の検証・事例検討 |
| | 市町村の行方不明施策の課題の明確化と改善（広域連携・警察との連携等を含む） |

ICT:Information and Communication Technology

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、科学的に検証が行われているモニタリングシステムを同定するため、モニタリングシステムに関するシステムティックレビューを行い（①-1）、現在、社会実装されている見守り機器を調べた（①-2）。加えて、電気使用量を用いた見守りサービスを利用している独居高齢者特性を探るため郵送調査を行った（②）。システムティックレビューの結果、8つのモニタリングシステムの有効性を検証した先行研究が検出されたが、そのほとんどがプロトタイプのものであり、有効性が実証されたモニタリングシステムは全く社会実装されていないことが明らかになった（①-1）。また国内外では室内での移動を感知するセンサー型のモニタリングシステムが多く流通していることが確認された（①-2）。61名から回答を得た郵送調査から、電気使用量を用いた見守りサービスを利用している高齢者では他者との交流頻度が週1回未満の者（すなわち社会的孤立者）が約半数を占めていた。また、7割近くが自身の健康不安を抱えており、健康リスクが高い集団であることが明らかとなった。

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、科学的に検証が行われているモニタリングシステムを同定するため、独居高齢者に対するモニタリングシステムに関するシステムティックレビューを行い（①-1）、現在社会実装されている見守り機器を調べる（①-2）。加えて、電気使用量を用いた見守りシステム研究のさらなるデータ収集のため、参加者募集を兼ねた独居者の特性を探るための郵送

調査を行った（②）。

B. 研究方法

【①-1 モニタリングシステムに関するシステムティックレビュー】

PubMed、IEEE Xplore、MEDLINE、Web of Science を用いて文献の検索を行った。検索は 2023 年 10 月に以下の式を用いて行った(検索式：older dementia patients) AND (remote monitoring OR home monitoring OR gerontechnology OR smart home technology OR surveillance technology OR living alone)。

検索は 2010 年以降に出版された独居高齢者を対象とした研究論文を対象に行い、施設入居者を対象としている研究や同居者がいる場合を想定している研究論文は除いた。また、単純に生活機能をモニタリングする研究、認知機能が低下した高齢者をスクリーニングするための比較研究、認知機能の低下進行を予測することを目的とした研究、リアルタイムのアラート生成をもたらさない技術を用いた研究(緊急通報に繋がらない研究)は除外した。

研究で用いられている機器の種類別に TRL (Technological Readiness Level: 技術の成熟度) を示した。TRL は技術の成熟度を報告することを一つの目的として、米国会計検査院が定義している指標である。米国会計検査院の基準に従い、機器の TRL をレベル 1 (運用に関する基本的な観察と報告がされているレベル) からレベル 9 (想定される使用条件が全範囲にわたって運用・実装されているレベル) に判定した。

【①-2 社会実装されている見守り機器】

高齢者の見守りに精通した 2 名の研究者が複数の検索エンジンを用いて機器の検索を行った。この際、高齢者向け／在宅／認知症患者向けモニタリング機器／技術／システムといったキーワードを用いて検索を行った。

【②電気使用量を用いた見守り研究対象者に対する郵送調査】

電気使用量を用いた見守りサービスを利

用している独居高齢者 120 名に対して研究協力依頼書とともに質問紙を郵送し、研究参加を依頼した。質問紙では、主観的健康感、主観的な物忘れ、主観的抑うつ傾向 (基本チェックリストにおける抑うつ 5 項目: 2 項目以上該当者を抑うつ者と定義)、他者との交流頻度 (同居者以外との交流頻度が週 1 回未満の場合、社会的孤立と定義)、外出頻度、エアコンの使用、生活不安等について調査した。

(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、個人情報には保有しないこと、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。ヒトを対象とした②の研究計画は、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

【①-1 モニタリングシステムに関するシステムティックレビュー】

論文検索をした結果、PubMed で 263 編、IEEE Xplore で 9 編、MEDLINE で 322 編、Web of science で 312 編、ハンドサーチで 11 編 (灰色論文含む) の論文がヒットした。重複論文等を除いた 701 編が一次の対象となった。アブストラクトおよび本文を精査した結果、最終的に 8 編の英文論文が組み入れとなった。論文検索にかかる PRISMA Flow Diagram を図 1 に示す。

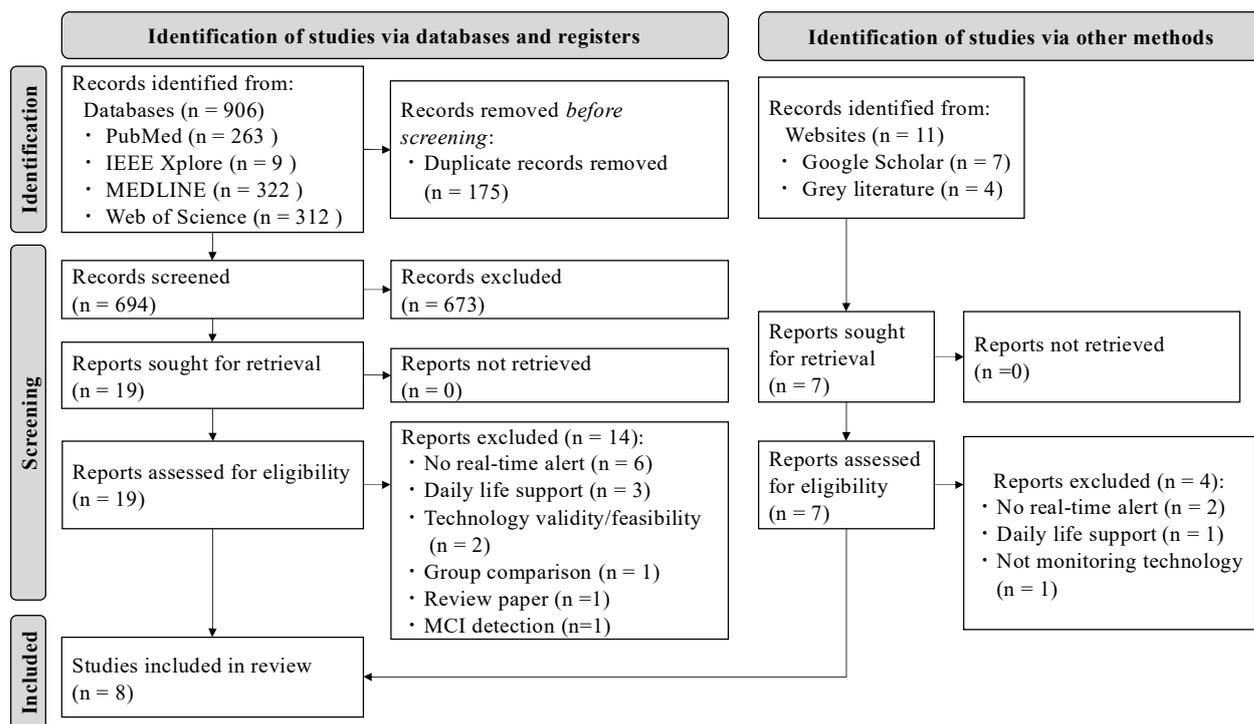


図 1. 論文検索にかかる PRISMA Flow Diagram

表 1. システムティックレビューのエビデンステーブル

| 著者 (年) 国 | 見守り機器 | TRL | モニタリング内容 | 検証方法・デザイン | 結果 |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Puaschitz et al. (1) (2023) Norway | 【ソーシャルアラーム (SA)】 アラームボタンを内蔵したウェアラブルアクティブ センサーデバイス (ペンダントまたはリストバンド) | 9 (自治体が提供) | ユーザーがアラームボタン を押すと、モニタリングセン ターとの通信が始まる | RCT (24ヶ月) SAを利用する介入群51名 SAを利用しない対照群31名 目的: 利用者の特性を検討 | 高齢および一人暮らしであることがSA の利用に関連していたが、認知症の重 症度とは関連していなかった。SAの認 知度は極めて低かった。 |
| Mitchell et al. (2) (2020) USA | 【RAMシステム】 6つの家庭内モーション・センサーと緊急通報ペン ダントの組み合わせ (アルゴリズムによって基本行動パターンを同定) | 7 (一般に流通) | 異常な活動パターンが検出 されると介護者・サービス提 供者にアラートが送信される | Single arm trial (18ヶ月) 利用する介入群30名 目的: 有用性と受容性を評価 | 認知症中期から後期の患者では、介護 者のストレスを軽減するが、それ以前の 段階に対してはあまり役に立たないと介 護者は感じている。 |
| Tchallaet al. (3) (2013) France | 【HB Tec-TSシステム】 有線センサー付きナイトライトバス & テレアシスタ ンスサービス付き電子プレスレット | 6 (一般に流通なし) | 転倒等が検知されたらア ラート送信され、管理者から 介護者に連絡が送信される | RCT (12ヶ月) 利用する介入群49名 利用しない対照群47名 目的: 有効性と受容性を評価 | システムの利用は屋内での転倒の発生 率を有意に減少させた。 |
| Sokullu et al. (4) (2020) Turkey | 【7つのセンサーと緊急通報システム (リストバン ド) による Ambient IoT システム】 | 6 (センサーは入手可能) | 異常行動パターンが検出さ れると介護者にアラートが送 信される | 実験室的な研究 目的: プロトタイプのテスト | システムは容易に設置することができ、 正確に活動を検出することができた。 |
| Yilmaz (5) (2019) Turkey | 【iCarus】Ambient 生活支援システム | 6 (一般に流通なし) | 徘徊らしき行動を検出する | 実験室的な研究 目的: プロトタイプのテスト | システムに対する高いユーザー満足度 が得られた。 |
| Muheidat & Tawalbeh (6) (2020) USA | 【スマートカーベット】 カーベットによって転倒検知、歩行計測、来客数 などを検知 | 6 (一般に流通なし) | 転倒の発生をリアルタイム で検出する | 実験室的な研究 目的: システムの性能評価 | 転倒検知、歩行速度把握、来客数の予 測が可能となり、活動パターンや活動の 変化を検出することができた。 |
| Oliveira et al. (7) (2021) Brazil | 【非侵入型モニタリングシステム】 | 6 (一般に流通なし) | 徘徊らしき行動を検出する | 実験室的な研究 目的: 予測モデルの検証 | 予測モデルはある程度徘徊を同定する ことが可能となり、特定の動きに対する 機械学習を強化することができた。 |
| Enshaeifar et al. (8) (2018) UK | 【家庭内センサーによる総合健康管理システム】 | 6 (一般に流通なし) | データのモニタリングから患 者や介護者のニーズに対応 する | Single arm trial (3ヶ月) 目的: システムの検証 | システムにより、リアルタイムの活動分 類が可能となり、活動パターンや活動の 変化を検出することができた。 |

表1に組み入れられた論文のエビデンステーブルを示す。全ての研究はTRLレベル6（専門家による関連環境での検証状態の段階）以上であった。

ウェアラブル端末のみの見守りシステムを対象とした研究は1件であった(1)。その他の研究(2~8)は家庭内センサーを含んでいるものであり、その多くはプロトタイプで一般流通していないものであった。研究は、米国からの報告が2件(2、6)、トルコが2件(4、5)、ノルウェー(1)、フランス(3)、ブラジル(7)、英国(8)がそれぞれ1件であった。このうち4件はシステムの有用性や利用者の満足度に焦点をあてたもので、ほか4件は異常行動検出のための機械学習アルゴリズムの開発と検証を目的とした実験的研究であった。

【①-2 社会実装されている見守り機器】

国内外で社会実装されている見守りシステム調べたところ、国外20件、国内15件のシステムが見つかった(資料1参照)。国外では、ウェアラブル端末(9件)や室内での移動を感知するセンサー(5件)での利用者の移動を把握するシステムが多く流通していた。一方国内では室内センサーでの見守りシステムが多く流通しており(6件)、次いで見守り用カメラが多く流通していた(5件)。

【②電気使用量を用いた見守り研究対象者に対する郵送調査】

調査票を郵送した120名のうち、回答を返信した者は61名(50.8%、女性26名、平均年齢75歳)であり、全員が電気使用量を用いた見守り研究への参加に同意した。

返信者の属性を見ると、抑うつ傾向を示すものが多く、47.5%が抑うつ傾向を有していた。また、社会的孤立者も多いことが確認された(42.6%)。加えて、約半数の回答者(45.8%)は主観的な物忘れを訴えているものの、主観的健康は概ね良好であった(健康ではないと回答した者は10.7%)。また、51%が暑く感じてもエアコンをつけないと回答した。回答者の生活不安に関する回答では、69%の回答者が寝たきりや認知症の発症にともない他者に迷惑をかけることに不安を感じていることが明らかとなった。

D. 考察

【①-1 モニタリングシステムに関するシステムティックレビュー】

本システムティックレビューから、科学的に検証がなされた独居高齢者に対する見守り機器はほとんど社会実装されていないことが明らかになった。これは本研究で抽出された8つの研究のうち、6つがTRL6レベル（専門家による関連環境での検証状態の段階）であることから明白である。また、今回レビューした研究のすべてが小規模サンプルを対象としており、イベント発生率も少ないことから、レビュー対象の機器に関しても社会実装に向けた有用性をきちんと検証できているとはいえない。

本研究で抽出された研究の多くは、機械学習やディープラーニングを用いて、緊急事態をより早く、正確に検知・予測を行い、事前・早期の緊急通報に繋げることを目的としている機器が多かった。これらの機器は認知症によく見られる日常生活パターンの変化、徘徊行動、興奮行動、転倒の察知を主に目的としているものが多く含ま

れていた。これらの機械学習を利用したシステムの将来性は高く、その有用性から今後の発展が大きく望める。そのためより早い大規模検証を経た社会実装が期待される。

【①-2 社会実装されている見守り機器】

本調査では国外 20 件、国内 15 件の実際に商業利用がなされている見守りシステムが抽出された。限られたキーワードを用いた検索による検索漏れの可能性があるため、解釈には注意が必要であるが、国内流通の多くは移動を感知するシステムによるものであった。他方で海外ではウェアラブル端末での見守りシステム（位置センサーや緊急通報が簡易にできる機器）が多く流通しており、傾向の違いが確認された。

システムティックレビューで多く散見された AI を用いたシステムはそれほど多くは確認されず、技術的に社会実装のレベルには至っていないことが改めて確認された。また、家電を用いた見守りシステムは本邦の製品しか確認されず、生活用品を通じた見守りといった観点は世界的ではないことが明らかとなった。

極めて少ないが、ロボット型の見守りシステムも確認された。最近では話し相手としてのチャットボットも注目されており、今後は孤立予防も含めた緊急通報の手段として、ロボット型システムの普及も進むのかもしれない。

【②電気使用量を用いた見守り研究対象者に対する郵送調査】

電気使用量を用いた見守りサービスを利用している独居高齢者を対象に行った郵送

調査から、回答者は「健康状態の悪化時の不安」といった独居特有の生活不安を抱えている者が多いことが明らかとなった。これは研究対象者が電気使用量を用いた見守りサービス利用者（電気使用のパターンが平常時と逸脱した場合、利用者に不慮な事故・健康状態の急変があったとみなし、緊急通報がなされるサービス）であることから自明な結果であるといえる。

また本調査では社会的孤立者が多く、抑うつ、主観的物忘れを訴える者の割合が多い傾向が認められた。電気使用量を用いた見守り研究では、熱中症の早期発見に加え、抑うつや認知機能の低下に伴う生活パターンの変化の同定も目的としている。今後は健康リスクが比較的高いと考えられる本集団を対象に電気使用パターンの観察を続け、その変化と健康状態の関連を明らかにしていく予定である。また本調査では半数の回答者が暑くてもエアコンを付けないと回答しており、高齢者の熱中症リスクの高さが明らかとなった。この点についても引き続き観察を行い、電気使用量から熱中症リスクを軽減できるかについて検討を行っていく。

E. 結論と今後の課題

今年度の調査から、科学的に検証された見守りシステムの社会実装は進んでおらず、AI をもちいた見守りも期待が大きいものの、社会実装まで至っていない現状が明らかとなった。今後は健康リスクが高いと考えられる高齢独居者の集団に対し、電気使用量パターンの変化を AI によって観察し、その変化と健康状態の関連を明らかにすることにより、AI を用いた見守りシ

システムの進展に貢献していく。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

Kobayashi-Cuya K and Sakurai R: Surveillance technology for older adults with and without dementia. IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023. Yokohama, 2023. 7.12-15.

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) Puauschitz NGS, Jacobsen FF, Berge LI, Husebo BS. Access to, Use of, and Experiences with Social Alarms in Home-Living People with Dementia: Results from the Live@Home. Path Trial. *Frontiers in aging neuroscience* (2023) 15:1167616. Epub 2023/06/07. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.

(2) Mitchell LL, Peterson CM, Rud SR, Jutkowitz E, Sarkinen A, Trost S, et al. "It's Like a Cyber-Security Blanket": The Utility of Remote Activity Monitoring in Family Dementia Care. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* (2020) 39(1):86-98. Epub 2018/03/06. doi: 10.1177/0733464818760238.

(3) Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, Rialle V, Preux PM, et al. Preventing and Managing Indoor Falls with Home-Based Technologies in Mild and Moderate Alzheimer's Disease Patients: Pilot Study in a Community Dwelling. *Dementia and geriatric cognitive disorders* (2013) 36(3-4):251-61. Epub 2013/08/21. doi: 10.1159/000351863.

(4) Sokullu R, Akkaş MA, Demir E. Iot Supported Smart Home for the Elderly. *Internet of Things* (2020) 11:100239. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iot.2020.100239>.

(5) Yilmaz Ö. An Ambient Assisted Living System for Dementia Patients. *TURKISH JOURNAL OF ELECTRICAL ENGINEERING & COMPUTER SCIENCES* (2019) 27:2361-78. doi: 10.3906/elk-1806-124.

(6) Muheidat F, Tawalbeh L. In-Home Floor Based Sensor System-Smart Carpet- to Facilitate Healthy Aging in Place (Aip). *IEEE Access* (2020) 8:178627-38. doi: 10.1109/ACCESS.2020.3027535.

(7) Oliveira R, Feres R, Barreto F, Abreu R. Cnn for Elderly Wandering Prediction in Indoor Scenarios. *SN computer science* (2022) 3(3):230. Epub 2022/04/26. doi: 10.1007/s42979-022-01091-3.

(8) Enshaeifar S, Zoha A, Markides A, Skillman S, Acton ST, Elsaleh T, et al. Health Management and Pattern Analysis of Daily Living Activities of People with Dementia Using in-Home Sensors and Machine Learning Techniques. *PloS one* (2018) 13(5):e0195605. Epub 2018/05/04. doi: 10.1371/journal.pone.0195605.

資料 1. 一般流通している国内外の見守りシステム

○ウェアラブル型

| 商品名 | 国 | 値段 | 特徴 |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| MG Move Smartwatch (New) | アメリカ | \$494/年 | 位置情報の把握やメッセージのやり取り可能。 |
| Lively Mobile Plus | アメリカ | 機器代: \$37.49 + emergency response only: \$24.99/月 or link to a family member: \$29.99 /月 or urgent care & fall detection: \$39.99 /月 | 位置トラッカー。介護者に通知を送信。 |
| Classic Guardian (Medical Guardian) | アメリカ | \$329.45/年 or \$29.95/月 | 緊急時ボタン通知。 |
| Out-and-About Classic GPS Alarm | イギリス | 初期費用: £102.00 + £21.24 /月 or £254.88 /年 | スピーカーマイク内蔵。位置トラッカー。 |
| Digital Fall Alarm | イギリス | £28.79/月 | 転倒検知時自動警告。緊急時ボタン。 |
| Apple Watch Ultra [GPS + Cellular 49mm] | アメリカ | 124,800 円 | アラーム機能、体温、血圧、activity tracker、テキストメッセージ、電話など。 |
| Mini Guardian | アメリカ | \$494/年 | 位置トラッカー。1.38inches と小型。 |
| Aloe Care Health system | アメリカ | ①For Essentials (hardware cost of \$149.99 (Smart Hub & Care button) +\$29.99/月) ②Essentials Plus (機器代: \$249.00+\$39.99 /月) ③Total Care: \$49.99 and \$349.99 for the Smart Hub, Care | ウェアラブル型&センサー型。 通話用音声起動スマートハブ、位置トラッカー、 モーションセンサー、温度・空気品質モニター、 ウェアラブルヘルプボタン。 |

| | | | |
|------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| | | Button, Mobile Companion, Smart Fall sensor & 2 motion sensors. Just the Mobile Companion (\$99.99 for the device and \$24.99 /月 for monitoring). | |
| 4G ウェアラブル ウォッチ (mSafety) | 日本 | Not specified | 脈拍、GPS、温湿度センサー、メッセージ受信機能 |
| Bay Alarm Medical's SOS Home | アメリカ | landline,equipment use &24/7 operator service: \$24.95/月 LTE cellular, +faster connection speed, easy installation: \$29.95/月 LTE cellular, +auto fall detection-+\$30 fall device: \$39.95/月 | 位置トラッカー。ウェアラブルヘルプボタン。両方向の会話可能。 |



(Classic Guardian)



(Mini Guardian)



(Apple Watch Ultra)



(Digital Fall Alarm)

○カメラ型

| 商品名 | 国 | 値段 | 特徴 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------|-----------------------------------|
| みてるちゃん | 日本 | 機器代: 6,888 円 | 簡易的な双方向会話、動作を検知しスマートフォンへ連絡、録画 |
| HOME ALSOK アルボ eye | 日本 | 2,750 円/月 | 簡易的な双方向会話、録画、スマートフォンからカメラの遠隔操作可能 |
| みまもり CUBE | 日本 | 5,390～7,920/月 | ライブ映像、録画映像、簡易的な双方向会話、介護保険適用 |
| Lorex 2K Indoor Wi-Fi Security Camera (Lorex Elderly Care Solutions) | アメリカ | \$39.99/台 or \$269.99/8 台 | スマートフォンにて映像確認可能。 |
| Lorex 4K Spotlight Indoor/Outdoor Wi-Fi Security Camera (Lorex Elderly Care Solutions) | アメリカ | \$179.99/台 or \$579.99/4 台 | スマートフォンにて映像確認可能。ビデオ録画可能。視野角 140 度 |
| ユーコとヨーコ | 日本 | 4,500 円/月(10GB)、6,000 円/月(30GB) | ライブ映像、録画映像、簡易的な双方向会話 |
| Tapo C210/A | 日本 | 機器代: 4,390 円 | 簡易的な双方向会話、動作を検知しスマートフォンへ連絡、録画 |



(Lorex 4K Spotlight Indoor/Outdoor Wi-Fi Security Camera)



(Lorex 2K Indoor Wi-Fi Security Camera)



(HOME ALSOK アルボ eye)



(ユ-コとヨ-コ)

○センサー型

| 商品名 | 国 | 値段 | 特徴 |
|-----------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| leafee | 日本 | 1,628 円/月 | 人感センサー。カメラタイプもあり。 |
| LASHIC (ラシク) room | 日本 | 2,178 円/月 | 温湿度、明るさ、起床就寝時間、部屋の様子を AI が認知。アプリ連動。 |
| いまイルモ | 日本 | 3,980 円/月 | 温湿度、明るさ、動きの様子を検知 |
| Taking Care Safe Home Alert | イギリス | 初期費用: £239.99 + £47.99 /月 or £575.85 /年 | 台所などに設置し、そこから検出された活動量や温度異常など、介護者に週 1 回メールを送信。 |
| StackCare | イギリス | 初期費用: £599 + £299 /年 別途追加: additional sensors (£49.95), help button (£49.95) | ウェアラブル型の機器もついており緊急時に知らせることが可能。 |
| Aeyesafe Monitoring Alert System (AI sensors) | アメリカ | Not specified | AI による音熱センサーやレーダーセンサー、睡眠センサー。 |
| Taking Care Sense | イギリス | 初期費用: £11.99 + £13.79 /月 or £165.46/年 | 介護者に週 1 回メール。 |
| envoyathome (sensors) | アメリカ | 8 sensors: \$399 (追加: \$35/1sensors) + monitoring fee: \$99/月 | 危険な行動の警告と記録、介護保険適用あり |
| 高齢者見守り支援サービス あなたの安心 | 日本 | 3,278 円/月 | 人感、温度、照度センサー。これらの情報から生活リズムをグラフにて確認可能。 |
| みるモニ mirumoni | 日本 | 2,600 円/月 | TV の電源状態の検出、緊急ボタン、心拍数 (applewatch 所有者のみ) |

| | | | |
|--------------------|----|-----------------------------------|--------------------------|
| スマ@ホーム システム 人感センサー | 日本 | 機器代: 4,420 円(※別途ホームユニット、無線ルーター必要) | 熱センサー型。長時間センサー無反応時の場合も通知 |
|--------------------|----|-----------------------------------|--------------------------|



(LASHIC-room)



(envoyathome)



(スマ@ホーム システム)



(Taking Care Sense)

・ロボット型

| 商品名 | 国 | 値段 | 特徴 |
|--------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Amazon Astro Household robot for home monitoring | アメリカ | \$1,599.99 | ライブ映像、両方向の会話可能。ビデオ機能、アラート機能ありなど。 |
| BOCCOemo | 日本 | ①レンタルプラン; 2,970 円/月 ②購入プラン; 1,540 円/月+本体代; 50,600 円 | リマインダー機能や介護者からのテキストデータの読み上げ。 |



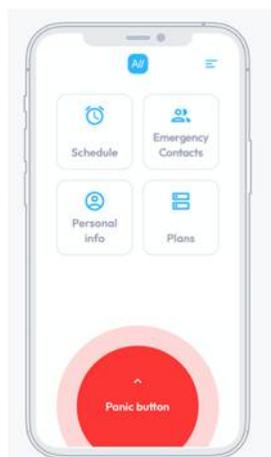
(Amazon Astro Household robot for home monitoring)



(BOCCOemo)

・その他

| 商品名 | 国 | 値段 | 特徴 |
|------------------|------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Sentai | アンギラ | 機器代: £49.99 + £9.99 /月, 別売り: Alexa and the motion sensors (£9.99) | smart voice companion。モーションセンサーやアレクサ(別売り)と連携させることでリマインダーやAIとの会話が可能。 |
| GrandCARE system | アメリカ | システム利用代: \$899 + \$99/月 | テレヘルス、活動センサー、医療機器接続、ビデオ通話&エンターテイメント |
| AllsWell App | アメリカ | \$9.99/月 or \$99.99/年 | スマートフォンアプリ。緊急時ボタン、位置トラッカー。 |
| Hello Light | 日本 | 495 円/月 | 電気の使用状況から異常を感知しメールで通知。電球内に SIM を内蔵。Wi-fi 等不要。 |
| みまもりホットライン iポット | 日本 | 3,300 円/月 | ポット使用時の情報が介護者側にメールで送られてくる |



(AllsWell App)



(GrandCARE system)



116 (みまもりホットライン iポット)



(Hello Light)

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

— すこやかチェックデータと KDB データの突合分析 —

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 杉山美香 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者 稲垣宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者 大野昴紀 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 光武誠吾 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨

今年度の研究目的は、すこやかチェックのデータと KDB データを突合し、突合可能だった者を対象に、すこやかチェックで把握した認知機能の状況と、KDB データで把握した認知症の病名登録や抗認知症薬処方の有無を把握することで、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である。すこやかチェックデータ（10,003 名）、KDB データ（10,874 名）の間で突合できた者はすこやかチェックデータ全体の 58.8%であった。この中から 2022 年度実施のすこやかチェックに限定して、KDB データの傷病情報や処方薬情報を使用可能な 1,418 名（処方薬の集計では 1,409 名）を本研究の分析対象者とした（平均年齢 82.2（標準偏差 5.3）歳、女性 59.7%）。認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ以上」の群で認知症の病名登録があった者は 48%、アルツハイマー病では 37%で、自立度「未認定/自立/Ⅰ」群ではそれぞれ 3.1%、2.4%であった。認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ以上」群のドネペジル処方割合は 25%、4 種類のいずれかの抗認知症薬（ドネペジル、メマンチン、ガランタミン、リバスチグミン）の処方割合は 29%で、「未認定/自立/Ⅰ」群ではそれぞれ 1.2%、1.4%であった。認知症の病名登録や抗認知症薬処方による認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅱ以上）の判別能は低かった（認知症病名登録：感度 0.48、特異度 0.9；ドネペジル処方：感度 0.25、特異度 0.99）が、このことはすこやかチェックの対象者が介護認定を受けていない者に限定されていることの影響と考えられる。介護受給者認定情報が 2022 年度分から新たに KDB システムに登録されるようになった。今後数年の間で介護受給者認定情報がデータベースに蓄積されれば、多くの要介護認定者を対象に KDB データのレセプト情報との突合が可能となり、本研究で対象とした高齢者よりも更に多くの高齢者を対象に認知症の状況と医療・介護サービスの利用状況を把握することが可能となる。

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・実施等を支援することを目的として、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可能な形式で格納されており、全国の市町村や保険者等は専用システムを介して、統計情報や個人の健康に関するデータの利活用が可能となっている。

2022年度、われわれは某自治体からKDBシステム「突合データ（CSV）」の提供を受け、研究所内で独自にデータベースを開発した。このKDBデータに含まれるレセプト情報（受療状況や要介護認定情報、介護サービスの利用状況等）を分析することで、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になると考えられる。

一方、KDBデータに含まれるレセプト情報には、「認知症」等の登録傷病名や抗認知症薬等の処方情報は含まれているが、身体機能や認知機能の自立度に関する情報は含まれていない。介護認定調査で 사용되는情報（介護受給者認定情報）には、生活機能や認知機能に関する情報が含まれるが、KDBデータの提供を受けた自治体において、介護受給者認定情報が格納され始めたのは2022年度分からであった。そのため本研究では、「認知症」の病名が登録された者について介護受給者認定情報を使って認知症の状況を把握することができな

かった。

東京都健康長寿医療センター研究所の自立促進と精神保健研究チームは、KDBデータの提供を受けた自治体と協働で2010年度から「こころとからだのすこやかチェック」（以下、すこやかチェック）を実施している。すこやかチェックは、要介護未認定の65歳以上の住民を対象に、郵送調査にて心身機能の健康状態を包括的に評価している。そこで今年度は、すこやかチェックのデータとKDBデータを突合し、突合可能だった者を対象に、すこやかチェックで把握した認知機能の状況と、KDBデータで把握した認知症の病名登録や抗認知症薬処方の有無を把握することで、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

すこやかチェックデータとKDBデータ台帳情報のそれぞれに含まれる属性情報を合成し、二つのデータ突合のための連結キーを作成した。そしてこの連結キーを使って、すこやかチェックデータとKDBデータを個人単位で突合した。

突合後、2022年度に実施したすこやかチェックの75歳以上の回答者を対象に、認知症高齢者の日常生活自立度の状況別に、KDBデータで把握した傷病名から認知症が登録されている者の割合や、抗認知症薬処方者の割合を把握した。さらに、KDBデータの認知症の登録病名や抗認知症薬（ドネペジル、メマンチン、ガランタミン、リバスチグミン）の処方情報から、どの程度の精度で認知症の疑い（自立度Ⅱ以上）を判別できるか検討した。

(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. 突合過程

2010年度から2022年度のすこやかチェック回答者(10,306名)、KDBデータの75歳以上の登録者(11,212名)について、連結キーとなる合成情報に重複が無かった者は、すこやかチェックデータ(10,003名)、KDBデータ(10,874名)のうち、突合が可能だった者は5,877名(すこやかチェック全回答者の58.8%)であった。この中から、2022年度実施のすこやかチェックに回答し、更にKDBデータの傷病情報や処方薬情報を使用可能な1,418名(処方薬の集計では1,409名)を、本研究の分析対象者とした。

分析対象者は平均年齢82.2(標準偏差5.3)歳、女性59.7%であった。

認知症の病名が登録されていた者は全体の6.7%で、その他の慢性疾患は高血圧が最も多く(70.7%)、次いで脂質異常症(62.8%)、潰瘍性疾患(56.8%)、関節症(46.9%)、糖尿病(41.3%)、睡眠障害(37.3%)、骨粗鬆症(34.1%)、眼科疾患(30.5%)、脳血管疾患(22.4%)、悪性新生物(19.8%)であった。

薬剤処方は、抗認知症薬は全体の3.6%であったが、もっとも処方割合が高かった薬剤は高血圧治療薬(60.3%)で、次いで脂質降下薬(46.3%)、解熱鎮痛消炎薬(33.8%)、胃酸分泌抑制薬(32.4%)、睡眠薬・抗不安薬(27.2%)の順であった。

認知症高齢者の日常生活自立度区分の状況は、未認定が78.3%で、自立8.2%、I 5.4%、IIa 2.3%、IIb 4.9%、IIIa 0.8%、IIIb 0.1%であった。

2. 認知症高齢者の日常生活自立度の状況別にみた認知症病名登録・抗認知症薬処方の割合

表1に示す通り、認知症高齢者の日常生活自立度を「未認定/自立/I」と「II以上」の二値に分割したところ、認知症高齢者の日常生活自立度が「II以上」の群で認知症の病名登録があった者は48%、アルツハイマー病では37%で、自立度「未認定/自立/I」群ではそれぞれ3.1%、2.4%であった。

表1. 認知症高齢者の日常生活自立度の状況別にみた認知症病名の登録者割合

| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 病名登録(あり) | |
|----------------------|----------|----------|
| | 認知症 | アルツハイマー病 |
| 未認定/自立/I (n=1303) | 3.1% | 2.4% |
| II以上 (n=115) | 47.8% | 36.5% |

抗認知症薬の処方については、認知症高齢者の日常生活自立度が「II以上」群のドネペジル処方割合(表2)は25%、4種類のいずれかの抗認知症薬(ドネペジル、メマンチン、ガランタミン、リバスチグミン)の処方割合は29%で、「未認定/自立/I」群ではそれぞれ1.2%、1.4%であった。

表2. 認知症高齢者の日常生活自立度の状況別にみた抗認知症薬の処方割合

| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 抗認知症薬(処方あり) | |
|-----------------------|-------------|-----------------|
| | ドネペジル | 抗認知症薬(4種類のいずれか) |
| 未認定/自立/ I (n=1295) | 1.2% | 1.4% |
| II 以上 (n=114) | 25.4% | 28.9% |

3. レセプト登録病名「認知症」、抗認知症薬処方情報による認知症高齢者の日常生活自立度の判別能

レセプト情報に認知症（認知症、アルツハイマー病）の病名が登録されていることがどの程度の精度で認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）を判別できるか検討した。

その結果（表3）、「認知症」、「アルツハイマー病」のいずれにおいても、病名登録ありによる認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）の感度はそれぞれ0.48、0.37と低く、特異度は0.97、0.98と高かった。

表3. 認知症病名の登録による認知症高齢者の日常生活自立度(自立度II以上)の判別能

| | 認知症 | アルツハイマー病 |
|---------|------|----------|
| 感度 | 0.48 | 0.37 |
| 特異度 | 0.97 | 0.98 |
| 陽性反応的中度 | 0.58 | 0.58 |
| 陰性反応的中度 | 0.95 | 0.95 |

次に、抗認知症薬処方による認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）の判別能を検討した。

表4. 抗認知症薬処方による認知症高齢者の日常生活自立度(自立度II以上)の判別能

| | ドネペジル | 抗認知症薬4種類のいずれか |
|---------|-------|---------------|
| 感度 | 0.25 | 0.29 |
| 特異度 | 0.99 | 0.99 |
| 陽性反応的中度 | 0.66 | 0.65 |
| 陰性反応的中度 | 0.94 | 0.94 |

表4に示す通り、抗認知症薬処方（ドネペジル、いずれかの抗認知症薬）のいずれにおいても、病名登録ありによる認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）の感度はそれぞれ0.25、0.29と低かったが、特異度はいずれも0.99と高かった。

D. 考察

すこやかチェックデータとKDBデータの突合の際、それぞれの属性情報から合成変数を作成して連結キーとしたが、どちらのデータにおいても重複が3%で認められた。また、自治体内で転居した場合、同一人物であっても別の連結キーが発生する可能性があることから、今後、より適切な連結キーの作成方法を検討する必要がある。

すこやかチェックデータとKDBデータの突合が可能だったものは、すこやかチェックデータの58.8%であった。突合できなかった者については、その背景要因を探る

ことで、今後のデータ突合の際の突合割合を高めることにつながる可能性が考えられる。

認知症高齢者の日常生活自立度が「未認定/自立/I」の者と比べて、「II以上」の者で、認知症の病名が登録されていた者の割合が高いのは予想通りであったが、すこやかチェックの対象者は介護認定を受けていない者が対象となっているため、認知症で医療を受けている者は選択的に除外されることから、自立度が「II以上」であっても、その全員が認知症の治療を受けているとは限らなかった。このことは、抗認知症薬の処方割合においても同様であった。

KDB データのレセプト情報から得られた認知症の病名登録や抗認知症薬の処方情報のみによる認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）の判別能は低かった。このことは、すこやかチェックの対象者が介護認定を受けていない者に限定されていることが影響していると考えられる。一方、認知症の病名登録が無い場合や、抗認知症薬の処方がない場合では、認知症高齢者の日常生活自立度（自立度II以上）を高い確率で除外できており、このことは対象地域において認知症を抱える高齢者の対応が充実していることを反映している可能性が考えられる。

E. 結論と今後の課題

介護受給者認定情報は 2022 年度分から新たに KDB システムに登録されるようになった。この情報には、主治医意見書に記載された診断名や障害高齢者日常生活自立度区分、短期記憶・伝達能力・食事行為・認知症高齢者日常生活自立度区分・認知症行動

心理症状配列コード、認知症自立度II以上蓋然性区分等が含まれている。今後数年間でこの情報が蓄積され、当該自治体の要介護高齢者全員についてこの情報が活用可能となり、認定調査時の認知機能や生活機能の状況を把握できるようになれば、本研究で対象とした高齢者よりも更に多くの高齢者を対象に、認知症の状況と医療・介護サービスの利用状況を把握することが可能となる。今後も KDB システムのデータ更新を継続し、自治体における認知症関連事業の質の評価をより実効性をもって可能とする基盤構築を継続することが重要である。

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

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

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
認知症施策の現状・課題と事業マネジメント力強化に向けた対応策

研究分担者 川越雅弘 埼玉県立大学大学院・教授

研究要旨

【目的】認知症施策の現状・課題を明らかにするとともに、当事者の声を踏まえた効果的な施策を展開するための改善策を提案すること。

【方法】第9期介護保険事業計画の記載内容の分析、市町村の認知症施策担当者へのヒアリング、認知症に関する事業マネジメント研修会参加者（市町村及び認知症地域支援推進員）へのアンケートから、認知症施策の現状・課題を把握した。さらに、事業マネジメント力を強化するための方策に関する知見を得るため、2回シリーズの研修会を試行した。

【結果】介護保険事業計画における認知症施策の記載内容を分析した結果、①国から示される各施策を実施すること自体が目的化している、②当事者の声を把握するための取組は一部市町村で実施されているものの、その声をもとに施策を展開している事例は少ないなどがわかった。

また、市町村担当者へのヒアリングや研修会参加者へのアンケートから、①国から示される認知症施策数は、他の事業に比べて多く、かつ、ステークホルダーも多岐に亘るため、施策を展開することが難しい、②市町村担当者は、推進員に具体的に何をやってもらうのかがイメージできていない、③地域課題をきちんと言語化し、市町村担当者に伝えられる推進員も少ないなどがわかった。

【考察】市町村担当者の事業マネジメント力が低い原因としては、①異動が多く、事業導入の背景や目的、経緯を理解することが難しい、②マネジメントの考え方や手法を学ぶ機会が少ない／理解できていない、③通常業務において、上司などからマネジメントの考え方や手法を学ぶ環境が整っていない、④内外の人や組織を動かす経験が少ない、⑤委託先の専門職との協働の仕方がわからない／成功体験がないなどが考えられた。

したがって、市町村担当者の事業マネジメント力を強化するためには、「学ぶための環境を整える」「考える力を強化する」「関係者との連携協働の方法を学ぶ／体感する」を強化する必要があると考えた。

【結論】認知症当事者の意向を踏まえた効果的な認知症施策を展開するためには、施策を展開する市町村担当者と、現場を知る推進員の協働を促す必要がある。

こうした両者の連携・協働を促すためには、まず、お互いの視点（マクロとミクロ）、価値観、仕事の仕方などが違うことを認識する必要があるが、そのためには「一緒に地域課題を考えてみる」などの協働作業の場、協働を促す仕掛けが必要である。

A. 研究目的

認知症基本法の施行に伴い、市町村には、当事者の意向・課題・支援ニーズを知る認知症地域支援推進員（以下、推進員）と協働しながら、当事者の声を踏まえた効果的な施策を展開することが求められている。

しかしながら、市町村担当者からは「当事者・家族のニーズや課題がわからない」「国から示された個々の施策を実行することで手一杯になっている」「推進員との連携がうまくいっていない」などの声が、他方、推進員からは「市町村担当者との連携がうまくいかない」などの声が挙がっており、両者の協働を促しながら、事業マネジメント力向上を図る必要がある。

そこで、本研究では、①第9期介護保険事業計画の記載内容の分析、②市町村担当者へのヒアリング、③研修会参加者（市町村及び推進員）へのアンケートを通じて、認知症施策の現状・課題、現状を引き起こしている原因を明らかにするとともに、事業マネジメント力強化のための研修会を試行し、その反応も参考にしながら、効果的な認知症施策を展開するための改善策を提案することとした。

B. 研究方法

1) 第9期介護保険事業計画の内容分析

市町村のホームページから、2024年4月末時点で公開されている第9期介護保険事業計画書を入手し、その内容を分析した。

2) 市町村へのヒアリング

認知症施策を担当している市町村担当者に対し、現状・課題・現状を引き起こしている原因についてヒアリングした。

3) 研修会参加者へのアンケート

認知症に関する事業マネジメント研修会に参加した市町村担当者および推進員に対し、認知症施策を展開する上での課題に関するアンケートを実施した。

（倫理面への配慮）

アンケート実施に当たっては、利用目的を明示した上で回答をいただいた。また、個人に関する設問は回答者属性のみとし、個人が特定される情報は入手しないよう配慮した。

4) 事業マネジメント力強化を図るための研修会の試行

事業マネジメント力強化方法の知見を得るため、2回シリーズの研修会を開催した。

C. 研究結果

1) 第9期介護保険事業計画の内容分析

2024年4月末時点で、計画書（確定版）を公開していたのは、1,589保険者のうち813保険者であった。

公開されている計画書のうち、「施策体系」および「認知症施策部分の記載内容」を分析した結果、

- ・国から示される各施策（本人ミーティングの開催など）を実施すること自体が目的化している
- ・当事者の声を把握するための取組（本人ミーティングの開催など）は一部市町村で実施されているものの、その声をもとに施策を展開している事例は少ない
- ・推進員も配置すること自体が目的化しており、市町村が一緒になって課題解決を目指すといった協働の形になっていない

などが明らかとなった。図表1に、よくある記載例を示す。

2) 市町村へのヒアリング

認知症施策を担当している市町村職員に対し、現状・課題・現状を引き起こしている原因についてヒアリングした。その結果、
(認知症施策特有の課題)

- ・国から示される認知症施策数は、他の事業に比べても多い。そのため、各施策を実施することで手一杯になっている。
- ・認知症施策には、医療・介護だけでなく、生活支援や地域住民・団体等による支援体制構築も含まれるため、他の事業に比べ、ステークホルダーが多岐に亘ることになる。そのため、施策を展開することがより難しくなる。

(当事者の声の把握に関する課題)

- ・基本法が施行され、当事者や家族の声を聴くことが強く求められているが、当事者と関わってきた経験を有する市町村職員はほとんどいない。また、当事者の声を聴かなくても、国が示す各施策を行うといった計画は作れてしまうので、特に問題だとは思っていない。
- ・本人ミーティングなどで、当事者に「困っていることはなんですか？」と聞いても、「特にない」などと回答されて終わりがちになる。また、話が聞けても、その意味を言語化し、施策に展開していく力が弱い。

(推進員との協働に関する課題)

- ・市町村担当者には、推進員との協働が求められているが、推進員に具体的に何をやってもらうのかのイメージが弱い。
- ・推進員と協働し、一緒に課題を解決したという経験もない。

(推進員が有する課題)

- ・推進員に地域課題を聞いても、きちんと

言語化して伝えてくれる人は少ない。
などが明らかとなった。

3) 研修会参加者へのアンケート

認知症施策を進める上での課題を聞いたところ、以下のような意見があった(主なものを列挙)。

(地域にとっての課題)

- ・空白期間における重症化とその対策をどうすればよいか。
- ・独居や認知介護世帯など、状況が複雑化してから把握されるケースが多く、支援が困難になっている。

(回答者自身の課題)

- ・事業を企画してもなかなか人が集まらない(移動手段の問題など)。
- ・本人発信の取組みやチームオレンジの組織体制をどう作っていけばよいか。
- ・認知症と診断された初期の本人と出会うことがなかなかできない。
- ・直営包括のため、複数事業を抱えており、効果的な施策展開が難しい。
- ・地域の現状分析。既存データの探し方がよくわからない。
- ・何から行動すればよいのかまだ具体的にイメージできていない。
- ・必要な支援が多岐に渡るので、対応に困る事がある。
- ・民間企業等と連携したいが、日ごろ企業等との接点がなくどのようにきっかけを作っていくと良いか悩んでいる。

(施策展開/協働上の課題)

- ・他市が行っているから行っているという感じの施策が多く、目標や対象も明確でないまま動きだしている活動が多い。そのため、やらされている感を抱いている方も多いと思う。

- ・市担当と連携が取れない。
- ・各施策はたくさん進んでいるが、目標と評価があいまいな部分が多いように感じる。
- ・地域包括支援センターの業務との兼務により、推進員業務に対して、十分な時間をとってもらうことが難しい。
- ・推進員がすることは推進員自身で考えろと市町村から言われていること。自治体にはビジョンや目標を明確に提示して欲しい。
- ・自治体のビジョンの提示と当事者や家族とのすり合わせが難しい。
- ・若年性認知症の本人・家族の集いの場はあるのに参加者がいないこと。にもかかわらず更に新しい集まりの場を作ろうとする動きがあること。
- ・国から求められている内容を実行することが市の目的になっていて、施策が当事者や家族、市民が求めるものになっているか不明。
- ・施策の評価が出来ていない。
- ・地域全体での情報共有の不足を感じます。町会や住民主体型の活動など、認知症施策以外にも取り組みは様々ありますが、その情報が専門職団体や市民に伝わっていない。
- ・チームオレンジの活動、空白の期間の具体的な支援が展開できていない。
- ・地域住民の認知症に対する正しい知識や理解の啓発がまだ進んでいない。
- ・基本法の基本理念に基づいた事業だけではなく、従来どおりの事業も継続しているため、施策推進が中途半端になっている。
- ・地域において何が必要かを本人の意見

を中心に検討し、必要であれば先進事例を模して事業展開することも可能くらいであったほうが自由でフットワーク軽く事業展開できるのではないか。

- ・ステップアップ講座を受けた認知症サポーターによるチームオレンジが必要なのではなく、自助互助を前提とした小さい単位の支え合い組織が有効でありその中に認知症サポーターのような理解者がいるといいね、ということではないかと思う。

4) 事業マネジメント力強化を図るための研修会の試行

事業マネジメント力強化方法を検討するために、2回シリーズの研修会を開催した。図表2に研修会のプログラムを、図表3、図表4に第2回目研修会（実践編）の詳細プログラム及び研修で用いた演習シートを示す。

第2回参加者は60名で、その内訳は、「市区町村」27名、「地域包括支援センター」25名、「県・厚生局」2名、「その他」6名であった。

また、研修会プログラムに対するアンケート（回答者31名）では、「非常に良かった」14名(45.2%)、「良かった」16名(51.6%)であった。以下、主な自由記載を紹介する。

（市町村担当者）

- ・すぐに手段を考えてしまうが目的意識を共有することが大事ということが分かった。
- ・仕事に役立つ話し合いができた。包括支援センターと基本的な方針について検討することができた。目的と手段は違うことが理解できた。
- ・各自治体の認知症に対する取り組みを

聞くことができたのでよかった。

- ・ 考え方のポイントや順を追っての説明
使用できる様式がありよかった。
- ・ 演習がたくさんあったので、気づき
につながった。

(推進員)

- ・ 事業展開プロセスを学び、モヤモヤの
原因に気づきました。自身の捉え方、
目指すものの共有、共有時の言葉選び
等、自身の変容からと思い至りまし
た。
- ・ 推進員1年目で、前任者のやってきた
ことの延長でやっていたが、何のため
にそれをやるのか問いながら整理して
いきたいと思いました。行政担当との
関係も、視点が違うが目的を共有しな
がら、相手の強みを生かすとの考え
方を教えていただき大変参考になり
ました。
- ・ 目的と手段で分ける考えは理解でき
るが、実際に地域住民に実施してもら
う為には相応の対価が必要になると感
じる。
- ・ 日々の業務は手段に囚われやすいた
め目的を持って活動することが重要と
改めて意識できた。
- ・ 課題の捉え方について理解が深ま
った
- ・ 同じ方向で見えていても、目標を
一致させることは難しいと思いま
した。
- ・ 国や市の認知症施策と包括の推進
員としての役割について、分けるの
ではなく同じ目標へ向かいどのよう
に考え動いていくかが重要なことが
分かりました。
- ・ オンラインも含めて、行政・地域
包括

支援センター・認知症コーディネーター・家族会のメンバー等、多くの方と参加し取組め、意見交換が出来た事は非常に有意義な時間だったと思います。

D. 考察

1) 市町村職員のマネジメント力の現状・課題と対策について

市町村の事業マネジメント力強化に向け、国は、様々な対策（①各種手引きの作成、②データの利活用の促進、③財政的インセンティブの付与、④都道府県による伴走型支援の強化など）を展開してきたが、認知症施策の担当者からは、「当事者の声が拾えない」「現状や課題がよくわからない」といった現場の実態把握に関する悩み、「委託先とうまく連携がとれない」「庁内連携が図れない」といった庁内外の組織との連携に関する悩み、「事業をどう評価したらよいかわからない」といったマネジメントの考え方や手法に関する悩みをよく聞く。

では、なぜ、こうした状況になっているのか。その原因としては、①異動が多く、事業導入の背景や目的、経緯を理解することが難しい、②マネジメントの考え方や手法を学ぶ機会が少ない／理解できていない、③通常業務において、上司などからマネジメントの考え方や手法を学ぶ環境が整っていない、④内外の人や組織を動かす経験が少ない、⑤委託先の専門職との協働の仕方がわからないなどが考えられる。

したがって、とるべき対策は、「①学ぶための環境を整える」「②考える力を強化する」「③関係者との連携協働の方法を学

ぶ／体感する」である。

対策①「学ぶための環境を整える」に関しては、異動が多く、かつ、業務時間内に学ぶ時間を確保することが難しい市区町村職員にとって、時間外でも学ぶことができる教材が必要と考える。本事業では、研修会で使用した講演資料や動画を公開しているが、こうしたものとは別に、短時間で学べる動画なども今後必要と考える。

対策②「考える力を強化する」ために、本事業では、研修会の試行を行った。研修会参加者のアンケートをみても、演習を通じて、①事業や施策の目的を関係者で共有することの重要性、②目的から手段を考える必要があること、③1つ1つの施策を作りこむのではなく、目標達成に向けたシナリオを考える中で各施策を位置付ける必要があることはある程度イメージできたと思うが、一部参加者からは、「演習に落とし込む際に悩むことも多く、現場で実際に取り組めるかどうか、自信がない」という意見もあった。考える力は、繰り返し実施しないと身につかない。国が進めている厚生局や都道府県による伴走型支援の枠組みを使って、考える力を高める取組を継続的に進めていく必要がある。

対策③「関係者との連携協働の方法を学ぶ／体感する」に関しては、まず、推進員との連携・協働から始めるべきである。今回の研修会で、同じ市区町村の担当者と推進員が、今までの認知症施策を振り返ったり、演習内容を一緒に考えたりする機会を設けたが、総じて好評であった。協働を促す研修会の開催（Off-JT）、協働の場に第三者が入った指導・助言（OJT）などの取組を今後も継続する必要があるのではない

かと考えた。

現場を知る推進員との協働は、市町村職員が現場を知る機会にも、また、現場に即した効果的な施策展開にもなるため、市町村担当者の事業マネジメント力向上における必須要素であると考えられる。

2) 推進員の地域マネジメント力の現状・課題と対策について

推進員は、医療・介護専門職が多く、個々の利用者を支援することには慣れているが（ミクロの視点は強い）、必ずしも、「地域課題を具体化すること」「地域課題を言語化すること」には慣れていない。すなわち、ミクロの視点が強い人が、マクロの視点も併せ持つことは難しいのである。

また、課題に関する認識も間違っている場合が意外と多い。多くは「地域で解決しないといけない課題」ではなく、「自分にとっての課題」を意識している。日常生活圏域内の様々な関係者を巻き込んで地域課題を解決するためには、推進員自身のマネジメントの考え方やスキルの向上を図る必要がある。

「自分が動く」場合と、「相手に動いてもらう」場合では、必要なスキルが違う。後者では、「相手を理解する力」「関係者の意見を集約する力（ファシリテーション力）」「課題解決のシナリオを考える力」などが必要となる。推進員には、これら力を高めるための、実践的研修を行う必要がある。

3) 市町村担当者と推進員の協働について

推進員の言動や行動をみると、市区町村の担当者の仕事の仕方、物事の考え方、価値観なども理解できていないように見受けられる。そのため、「市区町村に〇〇をやってほしい」「現場のことを理解してほしい」な

ど、相手に変わることを求める傾向にある。

市町村職員は、仕事の仕方として、「委託すること」イコール「すべてを任せること」に近い。一緒に進めるという感覚はそもそも弱いのである（自分らには物理的・能力的にできないから委託しているという思考）。また、「推進員にはもっとこうしてほしい」など、推進員同様、相手に変わることを求める傾向にある。

こうした両者の連携・協働を促すためには、まず、お互いの視点（マクロとミクロ）、価値観、仕事の仕方などが違うことを認識する必要があるが、そのためには「一緒に地域課題を考えてみる」などの協働作業の場（相互理解を深める場）が必要である。

そこで、今回行った研修会では、市町村担当者と推進員と一緒に参加することを促した。そして、両者の相互理解と協働を促すために、同じテーマについて一緒に考える演習を多く取り入れた。これは、「お互いの関心領域、考え方が違うこと」を認識するとともに（相互理解の促進）、「異なる意見を出し合った方が、よりよい意見につながることを体感するため（成功体験の獲得）である。

今回の研修に対する評価（自由記載）をみると、相互理解や協働のメリットを感じていると思われる。まずは、こうした「一緒に考える場」を用意することから始めればよいのではないかと考える。

研修以外にも、交付金の評価指標の中に、「推進員と一緒に地域課題を検討している」といった指標を入れるなど、協働を促す仕掛けを国の方でも検討してよいのではないかと考える。

E. 結論

認知症当事者の意向を踏まえた効果的な認知症施策を展開するためには、施策を展開する市町村担当者と、現場を知る推進員の協働を促す必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表：

1) 韓侑熙, 佐賀里昭, 下木原俊, 岡部拓大, 磯直樹, 田中浩二, 南拓磨, 川越雅弘. 介護認定調査から得られる認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の認知症高齢者における行動心理症状の特徴；老年精神医学雑誌（印刷中）

2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

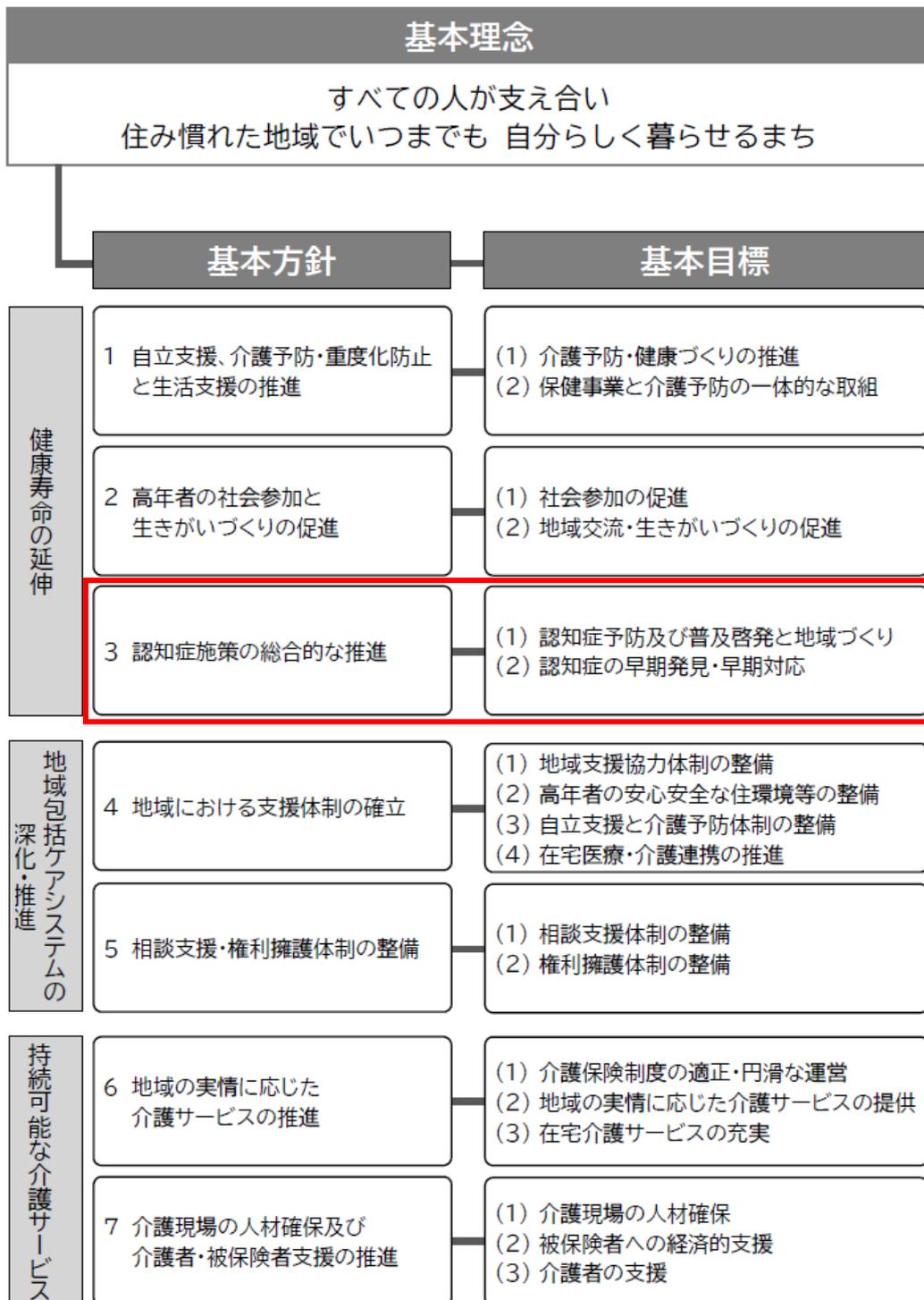
3. その他

Reference

- 1) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター：認知症地域支援推進員の配置形態や活動実態に応じた機能強化に関する調査研究報告書（令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2023年3月）。

図表 1. 事業計画に記載されている施策体系と認知症施策の内容 (A 市)

ア) 施策体系



出所) A 市の第 9 期介護保険事業計画書より引用

イ) 認知症施策の内容

基本目標(1)：認知症予防及び普及啓発と地域づくりへの取組

| 事業等名称 | 内容 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①意識啓発活動の推進 (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 認知症の症状及び発症遅延や発症リスクの低減、重度化防止のための意識啓発を行います。 |
| ②認知症予防教室 (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 認知症予防の取組として、音楽回想療法等を取り入れた認知症予防教室を開催します。 また、認知症予防に資する効果的な手法について、情報収集等を行いながら、必要な認知症予防に関する取組を展開します。 |
| ③認知症サポーターの養成 (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する正しい知識の普及啓発を図るために、認知症サポーター養成講座を一般向け、小学生向け、企業向けなどに開催します。 また、認知症サポーターのうち、地域での活動に参加を希望する人には、認知症サポーターステップアップ講座の受講を促し、実際の活動につなげていきます。 |

基本目標(2)：認知症の早期発見・早期対応への取組

| 事業等名称 | 内容 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①認知症検診事業 (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 認知症の早期発見と状態に応じて適切な治療につなげるための検診を実施します。 |
| ②認知症地域支援推進員 (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 市役所・地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人やその家族等への相談支援や医療・介護等の認知症に係る支援ネットワークの構築等を行います。 また、認知症の「予防」と「共生」を両輪として、それぞれの施策等について検討・実施を行います。 |
| ③認知症初期集中支援チーム (地域介護課 地域支援室) | <ul style="list-style-type: none"> 認知症サポート医、看護師等の医療職、社会福祉士等の福祉職で構成されるチームが、認知症の人や疑いのある人及び家族に早期に関わることで、早期診断、早期対応に向けた支援を行います。 |

図表 2. 研修会のプログラム（2回シリーズ）

市区
町村の

認知症対策担当課ご担当者様、認知症地域支援推進員の皆さまへ

認知症に関する事業マネジメント研修会 当事者・家族の声を踏まえた 効果的な認知症施策の展開に向けて

第1回 開催のご案内

現在、市区町村には、認知症の当事者・家族の声を踏まえた効果的な事業展開が求められていますが、「当事者・家族のニーズや課題がわからない」「国から示された個々の施策を実行することで手一杯」「認知症地域支援推進員との連携がうまくいっていない」などの声が聞かれます。しかし、まさにここが事業展開上の課題なのです。

本研修会は2回シリーズになっています。第1回に「当事者・家族の支援ニーズを把握しながら施策を展開している実践例」を、第2回に「効果的な事業を展開するための方法論」を学びます。これらの研修を通じて、当事者・家族の支援ニーズに沿った事業展開の考え方を高めることを目指します。

| | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 公開方法 | WEB シンポジウム |
| 日時 | 2024年1月11日（木）9:15～12:00 |
| テーマ/ プログラム | —当事者・家族の声を踏まえた施策の展開方法を学ぼう— |
| | 第1部 講演 認知症当事者や家族の意向や支援ニーズを知ろう（仮称） 認知症介護研究・研修東京センター センター長 粟田圭一 氏 公益社団法人 認知症の人と家族の会 副代表理事・埼玉県支部代表 花俣ふみ代 氏 |
| | 第2部 講演 認知症高齢者の実態を既存データから知ろう（仮称） 埼玉県立大学大学院/研究開発センター 教授 川越雅弘 |
| | 第3部 講演 当事者や家族の声をもとに施策を展開している実例から学ぼう（仮称） さいたま市いきいき長寿推進課介護予防係 主査 松尾貞二 氏 稲城市高齢福祉課地域支援係 係長 飯野雄治 氏 |
| | 第4部 シンポジウム 認知症当事者・家族の支援ニーズに沿った事業を展開するために 第4部は、第1部から第3部の登壇者を中心に、議論を深めます（司会：川越雅弘） |
| 申込方法 | セミナー事務局のホームページへアクセスし、参加登録してください。 登録期限は、2024年1月10日（水）正午12:00です。 セミナー事務局 https://www.tkhs.co.jp/seminar/2024spu/ |



本研修会は、令和5年度老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分）「自治体職員の仕事マネジメント力強化のための教材およびツールの開発—認知症施策に焦点を当てて—」及び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・持続化するための研究（研究代表者：粟田圭一）」の一環として実施するものです。

問い合わせ

株式会社 東京法規出版 オンラインセミナー事務局
☎03-5977-0350（平日9:00～17:00） ✉ seminar@tkhs.co.jp

主催 埼玉県立大学 研究開発センター

市区
町村の

認知症対策担当課ご担当者様、認知症地域支援推進員の皆さまへ

認知症に関する事業マネジメント研修会 当事者・家族の声を踏まえた 効果的な認知症施策の展開に向けて

第2回 開催のご案内

現在、市区町村には、認知症の当事者・家族の声を踏まえた効果的な事業展開が求められています。『当事者・家族のニーズや課題がわからない』『国から示された個々の施策を実行することで手一杯』『認知症地域支援推進員との連携がうまくいっていない』などの声が聞かれます。しかし、まさにここが事業展開上の課題なのです。

本研修会は2回シリーズになっています。第1回では『当事者・家族の支援ニーズを把握しながら施策を展開している実践例』を学びました。今回（第2回）は『効果的な事業を展開するための方法論』を学びます。これらの研修を通じて、当事者・家族の支援ニーズに沿った事業展開の考え方を高めることを目指します。

| | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 公開方法 | Zoom ミーティング | 定員 | 150人（先着順） |
| 日時 | 2024年3月6日（水）9:30～16:00 | | |
| プログラム | 市区町村担当者と認知症地域支援推進員が協働しながら施策を考える方法を身に付けよう！ 午前の部 （9:30～12:00） 【講義1】 前回の振り返り 【意見交換1】 ・テーマ1：本人の意向の把握方法について ・テーマ2：認知症サポーターの養成・活用方法について 【講義2】 事業はどのように展開すべきなのか 【演習1】 事例から現状・課題と対策を考えてみよう 午後の部 （13:00～16:00） 【演習2】 施策の目的を考えよう 【演習3】 解決すべき具体的なテーマを挙げてみよう 【演習4】 事業を連動させながらゴール達成を目指そう 【意見交換2】 認知症施策の今後のすすめ方を考えよう 【講義3】 まとめ | | |
| 申込方法 | セミナー事務局のホームページへアクセスし、参加登録してください。 登録期限は、2024年2月29日（木）正午12:00です。 セミナー事務局 https://www.tkhs.co.jp/seminar/2024spu/ ※本研修は、第1回研修会に参加していない方でもご参加いただけます。 | |  |

本研修会は、令和5年度老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分）「自治体職員の仕事マネジメント力強化のための教材およびツールの開発—認知症施策に焦点を当てて—」及び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・永續化するための研究（研究代表者：栗田圭一）」の一環として実施するものです。

問い合わせ

株式会社 東京法規出版 オンラインセミナー事務局
☎03-5977-0350（平日9:00～17:00） ✉ seminar@tkhs.co.jp

主催 埼玉県立大学 研究開発センター

図表 3. 第 2 回研修会（実践編）のプログラム

| 内容 | 時間（目安） |
|--------------------------------------|------------------|
| ■ 本日の流れ | 9:30～9:32（2分） |
| ■【講義1】本研修の狙いと前回／本日のプログラムについて | 9:32～9:50（18分） |
| ■【意見交換1】認知症への取組を共有しよう！（発表時間を含む） | 9:50～10:40（50分） |
| ■【講義2】事業マネジメントの基本的考え方・進め方と本日の演習について | 10:40～11:05（25分） |
| ■【演習1】事例から、原因と地域課題、そして対策を考えてみよう！ | 11:05～12:00（55分） |
| 昼休憩 | |
| ■【演習2】施策の目的を考えよう！（発表時間を含む） | 13:00～13:45（45分） |
| ■【演習3】地域課題を挙げてみよう！（発表時間を含む） | 13:45～14:30（45分） |
| ■【演習4】施策を連動させながらゴール達成を目指そう！（発表時間を含む） | 14:30～15:15（45分） |
| ■【意見交換2】認知症施策の今後の進め方を考えよう！ | 15:15～15:40（25分） |
| ■【講義3】まとめ | 15:40～15:55（15分） |
| ■ 事務連絡 | 15:55～16:00（5分） |

図表 4. 研修で使用した演習シート

【演習1】事例から、原因と地域課題、そして対策を考えてみよう。

<設定>

- 60代女性のアルツハイマー型認知症のAさん。Aさんは以前から買い物が好きで、自宅近くのスーパー（300m先）に、週3回買い物に行かれていました。ところが、最近は、週に1回程度に減ってきています。
- 担当のあなたは、Aさんが、以前と同じように、週3回買い物に行けるようになればいいなと思っています。

【問1】Aさんの買い物に行く頻度が減った原因として何が考えられますか。挙げてみて下さい。

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 原因1 | | 原因4 | |
| 原因2 | | 原因5 | |
| 原因3 | | 原因6 | |

【問2】問1のうち、他の認知症の人にもよく起こっていることで、地域で解決を図っていくべきことはありましたか？あれば挙げてみて下さい。

| | |
|-------------|--|
| 地域で解決すべきこと1 | |
| 地域で解決すべきこと2 | |

【問3】問2で挙げた「解決すべきこと1」を解決するためにはどうしたらよいでしょうか？ いろんなアイデアを出してみてください。

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | | 4 | |
| 2 | | 5 | |
| 3 | | 6 | |

【演習2】施策の目的を考えよう

【問1】チームオレンジは何のために作るのでしょうか。あなたが考える目的を記載ください。その上で、各自が考えた目的をグループ内で共有した上で、グループとして考えた目的を記載ください。

| | |
|-----------|---|
| あなたが考える目的 | . |
|-----------|---|



| | |
|------------|---|
| グループで考えた目的 | . |
|------------|---|

【問2】認知症サポーターを養成する目的は何でしょうか。その目的を意識した上で、養成したサポーターに、具体的に何をやってもらいますか？ 何をやってもらいたいですか？

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 目的 | . |
| サポーターにやってもらうこと ／やってもらいたいこと | |

【演習3】地域で起こっている「認知症当事者にとって不利益なこと」をいくつか挙げてみよう。そして、その中から解決したいテーマを1つ絞ってみよう。

<テーマの設定例>

| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 地域で起こっていること | ・大変な状態・状況になってから、地域包括支援センターに相談に来るケースが多い。もっと早い段階から相談してもらえれば、いろんな対応が考えられたのに。 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|



| | |
|----------|------------------------------|
| 解決したいテーマ | ・早い段階から相談される状況を作るにはどうしたらよいか？ |
|----------|------------------------------|

【演習2】設定例を参考に、地域で起こっている「認知症の当事者にとって不利益なこと」をいくつか挙げてみよう。その上で、解決したいテーマを1つ選んでみよう。

| | |
|----------|---|
| 起こっていること | . |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| 起こっていること | . |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| 起こっていること | . |
|----------|---|



| | |
|----------|---|
| 解決したいテーマ | . |
|----------|---|

【演習4】施策を連動させながらゴール達成を目指そう

【問1】あなたは、①認知機能の低下及び機能低下による生活障害に早めに気づく→②気づいた人が関係機関につなぐ→③関係機関が関係者を集まる→④ケア方針を考える→⑤それぞれの役割を実行するよう一連の取り組みを進めたいと思っています。そのための要素を以下に例示していますが、このうち、要素a～cについて、グループ内で検討してみてください。

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的 (ゴール) | ・認知機能の低下とそれに伴う生活障害に早期に気づき、関係者につなぎ、関係者が集まってケア方針を立て、それぞれが対策を実行することで、当事者が送りたい生活の維持を図ること。 |
| 目的を達成するために必要な要素 | a. 早期に気づくための場や人がいる b. 早期に気づいた人が、つなぎ先（地域包括支援センターなど）を知っている c. つなぎ先の担当者が、関係者を招集する d. 担当者と関係者でケア方針を検討する e. それぞれが役割を実行する f. 担当者が経過観察、モニタリングを行いながら、必要に応じて関係者を再度招集する。 |
| 要素a 誰が/どこで 早めに気づく？ | ・ ・ ・ |
| 要素b どこ/誰に つなぐ？ | ・ ・ ・ |
| 要素c 誰が誰をどうやって招集する？ | ・ ・ ・ |

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|----------------------------------------|-----------|----------------------------------------|------------|-----|------|------|
| 栗田主一 | 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 | 栗田主一 | 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 | 東京 | 2023 | 1-95 |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|------|
| 栗田主一 | 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの役割と課題 | 臨床精神医学 | 52(9) | 1081-1087 | 2023 |
| 栗田主一 | 認知症と社会保障 | 医学のあゆみ | 287(13) | 1100-1105 | 2023 |
| 栗田主一 | 認知症とともに暮らせる社会という潮流 | 精神科治療学 | 38(10) | 1129-1134 | 2023 |
| Tsuyoshi Okamura, Chiaki Ura, Yukiko Kugimiya, Mutsuko Okamura, Masako Yamamura, Hidemi Okado, Mayumi Kaneko, Mari Yamashita, Tomoko Wakui | Inaccessibility, unresponsiveness, inconsistency, and invisibility of informal caregivers of older persons with cognitive impairment: community-based participatory research | BMC geriatrics | 23 | 812 | 2023 |
| Okamura T, Taga T, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sugiyama M, Eda Hiro A, Shirobe M, Motokawa K, Kojima N, Osuka Y, Iwasaki M, Sasai H, Hirano H, Awata S | Barrier to sharing a dementia diagnosis with neighbors in Tokyo | Geriatr Gerontol Int | 23 | 761-763 | 2023 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|------|
| Okamura T, Ura C, Wakui T | Achievements and challenges of family associations for caregivers of people with dementia. | Geriatr Gerontol Int | 23 | 978-980 | 2023 |
| Ura C, Iizuka A, Yamashita M, Ito K, Okamura T | Use of the telephone, a universally implemented communication tool, in building peer support networks for people with cognitive decline | Geriatr Gerontol Int | 23 | 457-458 | 2023 |
| Chiaki Ura, Hiroki Inagaki, Mika Sugiyama, Fumiko Miyamae, Ayako Eda Hiro, Kae Ito, Masanori Iwasaki, Hiroyuki Sasai, Tsuyoshi Okamura, Hirohiko Hirano, Shuichi Awata | A neighbour to consult with is important in dementia-friendly communities: Associated factors of self-efficacy allowing older adults to continue living alone in community settings | Psychogeriatrics | 24 | 518-520 | 2023 |
| Miyamae, F., Sugiyama, M., Taga, T. Okamura, T | Peer support meeting of people with dementia: a qualitative descriptive analysis of the discussions. | BMC Geriatr | 23 | 637 | 2023 |
| 中山莉子, 枝広あや子, 岡村毅 | ひとり暮らしの認知症高齢者の買い物支援 | 認知症ケア事例ジャーナル | 16 | 171-176 | 2023 |
| 井藤佳恵, 津田修治, 山下真理, 菊地和則, 畠山啓, 扇澤史子, 古田光, 栗田圭一 | 認知症サポート医が困難事例対応において期待される役割 | 日本老年医学雑誌 | 60(3) | 251-60 | 2023 |
| 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田圭一 | 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援 | 老年精神医学雑誌 | 34(5) | 477-86 | 2023 |
| 井藤佳恵 | 認知機能が低下した人の医療ケアにおける意思決定 | Aging and Health | 32(3) | 11-5 | 2023 |
| 井藤佳恵 | 高齢者の住環境と福祉－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－ | 環境福祉学会誌 | 8(1) | 65-72 | 2023 |
| 井藤佳恵 | 高齢者の精神疾患といわゆる「ごみ屋敷」 | 日本老年医学雑誌 | 60(3) | 232-6 | 2023 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|---------|------|
| 井藤佳恵 | 認知症保健・医療・介護連携体制のなかの多職種協働 | 東京内科医会会誌 | 39(2) | 97-101 | 2023 |
| 井藤佳恵 | 高齢者の社会的孤立と地域精神保健の課題 | 老年精神医学雑誌 | 34(4) | 154-60 | 2023 |
| 堀田聰子 | 認知症未来共創ハブと「認知症世界の歩き方」プロジェクト | 老年精神医学雑誌 | 35(1) | 108-114 | 2024 |
| Matsumoto H, Tsuda S, Takehara S, Yabuki T, Hotta S. | Association between Support after Dementia Diagnosis and Subsequent Decrease in Social Participation | Ann Geriatr Med Res | 27(3) | 274-276 | 2023 |
| Kikuchi K., Ikeuchi T., Awata S. | A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan | Geriatr Gerontol Int | 23(11) | 890-891 | 2023 |
| 韓侑熙, 佐賀里昭, 下木原俊, 岡部拓大, 磯直樹, 田中浩二, 南拓磨, 川越雅弘 | 介護認定調査から得られる認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の認知症高齢者における行動心理症状の特徴 | 老年精神医学雑誌 | 印刷中 | | |

独居認知症高齢者等に関する対応マニュアルの指針に関する研究
—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—

研究協力者 角田光隆 神奈川大学法学部・教授

研究要旨

防災対策における要援護者名簿の作成・更新、一人暮らしの認知症高齢者等のための災害時の集会室等の利用、自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた一人暮らしの認知症高齢者等の個別避難計画の協力関係、福祉避難所の認識、一人暮らしの認知症高齢者等の対応方法の認識、一人暮らしの認知症高齢者等の支援策の実施状況に関する神奈川県内の分譲マンションに対するアンケート調査・インタビュー調査から判断して、まだ一人暮らしの認知症高齢者等の支援の対応が不十分であることが判明した。

次年度においては、この調査を踏まえて、全国的な視点から一人暮らしの認知症高齢者などの置かれた状態を考慮した指針・支援策を提案したいと考えている。

1. はじめに

前年度において、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について文献等を参照して論じた。

今年度は、前年度の研究を踏まえて実態調査を行った。神奈川県内の分譲マンションの管理組合の団体である「NPO 法人かながわマンションネットワーク」にアンケート調査の協力を依頼し、アンケート結果から判断して良好な取組を行っているマンションにインタビュー調査を行った。

「NPO 法人かながわマンションネットワーク」は、「NPO 法人かながわ県央マンシ

ョン管理組合ネットワーク」、「NPO 法人湘南マンション管理組合ネットワーク」、「NPO 法人かわさきマンション管理組合ネットワーク」、「NPO 法人横浜マンション管理組合ネットワーク」、「NPO 法人よこすかマンション管理組合ネットワーク」から成っている。令和5年9月30日現在で252組合が会員であり、49,778戸の住戸が所属している。

アンケート調査は「NPO 法人かながわマンションネットワーク」を通して神奈川県全域の管理組合・自治会に対して実施され、約2割の回答を得た。この回答の中から8個の管理組合・自治会に対してインタビュー調査を行った。

アンケート調査は質問を限定し概括的な事項に回答するものであり、全体の傾向を知ることができる。しかし、これだけでは具体的な取組が分からないので、インタビュー調査でアンケート調査の事項について取組資料を閲覧しまたは提供してもらい詳しい内容を確認した。その他の関連事項も聞いた。

これらの内容について以下において論ず

ることとする。その上で、課題を指摘し若干の分析をすることとする。

2. アンケート調査

アンケート調査の事項は、マンションの属性、被災の経験、防災対策、地域との連携、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援に関するものである。

一人暮らしの認知症高齢者を中心に据えているが、マンションの日常生活では一人暮らしの認知症高齢者とその他の高齢者・障がい者と必ずしもはっきりと分けて対応しているわけではないので、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援という質問事項とした。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援の状況を知るために、この前提として防災対策、地域との連携についてもアンケートをしておいた。

2.1 高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援に関する質問事項

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援に関する質問事項の中で、「要援護者名簿を作成し、更新していますか」という質問事項に対して、約65%が「いいえ」であり、約35%が「はい」である。この数字から要援護者名簿を作成し、更新していないことが多いことが分かる。

管理組合・自治会には要援護者名簿を作成し更新することを求めたい。

また、「高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時に集会室等を利用できますか」という質問事項に対して、約47%が「いいえ」であり、約53%が「はい」である。この結果から災害時の集会室等の利用がまだ進んでいないことが分かる。

また、「自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画に協力していますか」という質問事項に対して、約77%が

「いいえ」であり、約23%が「はい」である。この数字から個別避難計画に協力していないことが多いことが分かる。

ただし、自治体がそもそも個別避難計画を実施していない場合であれば、協力ができない場合があるし、自治体が個別避難計画を実施しているが、個別避難計画の対象となっていない場合がある。前者の場合は、自治体に個別避難計画を策定することを求めたい。さらに、自治体が個別避難計画を実施しており、個別避難計画の対象となっているが協力していない場合がある。この場合は、管理組合・自治会に個別避難計画の策定の協力を求めたい。

「福祉避難所を知っていますか」という質問事項に対して、約80%が「はい」であり、約20%が「いいえ」である。この数字から福祉避難所を知っていることが多いことが分かる。

「高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知っていますか」という質問事項に対して、約76%が「いいえ」であり、約25%が「はい」である。この数字から高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知らないことが多いことが分かる。

この場合を前述した質問事項と関連付けて分析する。要援護者名簿を作成し更新していなければ、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知らないことになる。

しかし、その逆に、要援護者名簿を作成し更新していれば、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知っている場合がある。

ところが、要援護者名簿を作成し更新していても、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知らない場合がある。この場合が意外と存在し、放置されているのが現状である。

管理組合・自治会には要援護者名簿を作成・更新すること、その後に高齢者（認知

症の人を含む)・障がい者等の対応方法を学び、適切な行動を取ることを求めたい。

「高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等の支援策を講じましたか」という質問事項に対して、約88%が「いいえ」であり、約12%が「はい」である。この数字から高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等の支援策を講じていない場合が多いことが分かる。

この場合は、「高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等の対応方法を知っていますか」という質問事項と同様の分析をすることができる。

また、高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等の具体的な支援策を問うた質問事項に対して、具体例があまり指摘されていなかった。

2.2 防災対策に関する質問事項及び地域との連携に関する質問事項

高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等の支援に関する質問事項に関連して、防災対策に関する質問事項の回答及び地域との連携に関する質問事項の回答の全体の傾向を指摘しておく。

「防災対策をしていますか」という質問事項に対して、約77%が「はい」であり、約23%が「いいえ」である。この数字から防災対策をしていることが分かる。

しかし、「防災マニュアルを作成していますか」という質問事項に対して、約61%が「はい」であり、約40%が「いいえ」である。この数字から防災対策はするが、防災マニュアルまでは作成しない場合があることが分かる。防災対策をするうえで、防災マニュアルを作成することが重要であるので、その作成を求めたい。

「災害時に備えて通常時に居住者間の意思疎通の取組をしていますか」という質問事項に対して、約47%が「はい」であり、約53%が「いいえ」である。この数字から、災害時の助け合いにとって通常時

に居住者間の意思疎通の取組が重要であるにもかかわらず、この取組が進んでいないことが分かる。この取組は、特に高齢者(認知症の人を含む)・障がい者等にとって意義があるので、この取組を行うことを求めたい。

他方で、「自治体との災害時の連絡体制などがありますか」という質問事項に対して、64%が「はい」であり、36%が「いいえ」である。

「自治体の地域防災(避難所開設・運営等)に参加していますか」という質問事項に対して、約55%が「はい」であり、約45%が「いいえ」である。

「マンション以外の自治会・町内会の防災活動に参加したことがありますか」という質問事項に対して、約60%が「はい」であり、約40%が「いいえ」である。

これらの数字から6割ほどが地域と何らかの連携をしていることが分かる。

2.3 インタビュー調査

アンケート調査の回答の中から8個の管理組合・自治会に対してインタビュー調査を行った。この結果をそれぞれの管理組合・自治会ごとに解説する。

2.3.1 すずき野団地

すずき野団地は、神奈川県横浜市青葉区の住宅地の中にある団地である。

すずき野団地は、防災対策の一環として、2019年6月に「すずき野団地 災害時行動計画」を策定し、「すずき野団地 防災マニュアル」も作成した。2021年から「団地再生まちづくりプラン」の策定に向けて未来会議を開催し、災害に強い団地をミッションの一つとしている。

「すずき野団地 災害時行動計画」において、避難行動要支援者(高齢者・要配慮者)への対応に関する説明があり、救護班の役割の中に避難行動要支援者誘導・搬送・救護が書かれている。「すずき野団地

防災マニュアル」においては、近隣住民の安否確認と助け合いが書かれている。

防災対策の主体は管理組合と自治会からなる自主防災協議会である。2024年6月から防火・防災委員会に改組される。

定期的な防災訓練について、年1回防災訓練を行い安否確認訓練も行っている。これは、アナウンスがあったら棟北側の窓に黄色いタオルを出し、棟委員が階段下にある安否確認表に記載して災害対策本部（集会所）に提出するものである。

災害時の家庭の備えについて、広報誌で注意喚起している。

災害時の避難場所・ハザードマップを集会所前に貼り付け、土砂災害の危険区域も周知している。

災害時の対宅避難を推奨し、三日分の食料・水の確保を促している。

災害時に使用する道具や備品を七か所の防災倉庫に入れて備えている。太陽光発電の計画をしている。

災害時の居住者の安否確認の体制は出来ている。防災訓練で安否確認訓練を行っている。

耐震診断は予備診断を平成11年に行ったが本診断は実施していない。耐震改修はしていない。

災害時に備えて通常時の居住者間の意思疎通の取組は特にしておらず、月1回の一斉清掃がそれに当たるのではないかとする。ただし、すすき野団地における「個・弧の時代の人生ケアシステム」に関する実証実験が行われていた。

防災意識の向上を広報誌によって実施している。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制について、震度5以上の場合に自治会の役員が防災拠点を開設することになっており、防災拠点を通して自治体と連絡を行う。

自治体の地域防災の活動には、年1回の防災拠点の訓練（防災フェア）に参加して

いる。

自治会が自治体から防災の補助金を受けている。

マンション以外の連合自治会の防災活動に参加している。

被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等から求められていないとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿の作成・更新に関連して、青葉区の支えあいカードを採り上げ、民生委員が訪問して随時更新しているとする。

災害時に集会所は災害対策本部になるために高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために利用できず、医療拠点の小学校に行ってもらおうとする。

支えあいカードはあるが、支援や避難の手伝いをまだ具体化をしていないとする。

地域ケアプラザが福祉避難所であると認識しているとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法について、居住者の中に看護職・福祉職の人がおり、この人からその対応方法の情報を得ている。しかし、看護職・福祉職などの人をリスト化し、共同の話合いの場を設けてはいないとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の居住者の独自の情報網がなく、個人情報保護との関係で民生委員との情報共有が出来ていない。月1回の一斉清掃以外にコミュニティ活動がなく、情報を得ることに限界があるとする。

2.3.2 県ドリームハイツ

県ドリームハイツは、神奈川県横浜市戸塚区の高台にある団地である。

防災対策について、管理組合・自治会・自主防災隊が防災対策の実施主体となっており、県ハイツ災害対策連絡会議を開催し防災対策を行っている。この会議は2ヶ月に1回の間隔で開催されるが、自主防災隊は

月1回の間隔で開催されている。これらの組織が災害対策本部を構成している。

新型コロナウイルス感染症及び地域高齢化に沿った防災マニュアルを作成している。この中で、高齢者は「いつとき避難所」に行けない人について自宅での安否確認の対象となっている。要援護者及び支援者は事前登録し、災害対策本部へ連絡することになっている。

防災訓練は年2回の春と秋に定期的を実施している。防災訓練では、安否確認、消防署が参加した消火訓練、ライフライン欠如訓練などを行っている。

災害時の家庭の備え（1週間分）についての注意喚起を防災通信と防災訓練で実施している。

災害時の避難場所・ハザードマップを周知している。ハザードマップは、各棟や各棟以外の広場の掲示板に掲載している。地域防災拠点は横浜深谷台小学校であり、広域避難所は俣野公園である。災害時の在宅避難を推奨している。

災害時に使用する道具や備品等は防災倉庫に入れて準備している。

災害時の居住者の安否確認は、前述したように防災訓練のメニューになっている。

耐震診断で強度が弱いことが分かったので、耐震改修の予定である。

班ごとに月1回の掃除を行っている。これは災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通になるとする。防災訓練もそうであるとする。

防災意識の向上については、防災訓練や防災通信を通して実施している。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制を、自治会は横浜市（戸塚区役所）、消防署、警察署と有する。自主防災隊は消防署と有する。

地域防災拠点・避難所の横浜深谷台小学校の運営に自治会長や自主防災隊長がかかわることによって、自治体の防災活動に参加している。

マンション以外の自治会・町内会の防災活動には参加したことがなく、被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等からも求められていない。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿の作成と更新に関連して、安否確認シートにより要援護者のチェックを行っており、自治会は安否確認シートの全棟分を集計して災害要援護名簿を作成しているとする。これは、要援護者の所在の確認だけに利用されている。

災害時要援護者（要配慮者）への取り組みマニュアルがあるが、現在活用されていないとする。この中の本人情報シートを全自治会員に配布したが、医療情報の部分为中心であり本人が保管するものであるとする。本情報シートの中の家族知人連絡先の部分は、緊急連絡先メモとして孤独死防止対策等に役立っているとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時の集会所等の利用に関連して、火災の時に集会所の利用ができるとする。

自治会が自治体から要援護者名簿をもらっているが、要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。

福祉避難所は知っているが、入居者が多く実際上利用できないのが現状であるとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知っている。民生委員からケアプラザに連絡することがある。「ボランティアバンク・えん」から支援を受けている人もいる。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策を講じていない。安否確認シートで要援護者の所在は分かっているが、それ以上のことはしていないとする。

2.3.3 京急シティ追浜L-ウィング

京急シティ追浜L-ウィングは、神奈川県横須賀市夏島町の海・河川の近くにあるマンションである。

防災対策について、管理組合と自治会を中心にL-ウィング自主防災会を組織し、防災対策の実施主体となっている。

災害時活動の手引きと東京防災読本を各戸に配布している。前者は震度5強以上の首都直下型地震が起きた場合の自助・共助の手引きであるとする。災害対策本部開設手順も作成している。

災害対策本部開設手順の中に情報班の役割として、各世帯の安否確認、要救援者情報、医療機関の把握がある。救出救護班の役割として、傷病者の応急手当を行い、自立可能であれば医療機関の紹介、自立不可であれば消防に連絡し、マンション外への搬送も対応するとする。その他に、消火班、避難誘導班、給食給水班、警備班の4班が役割分担をしているとする。

定期的な防災訓練を年1回実施している。震度5強以上を想定して安否確認シートを使って救護救助が必要か無事かを確認する。エレベータの救出訓練や中学校の避難所開設訓練も実施している。

災害時の家庭の備えについて注意喚起しており、食料・水は5.6日分の備えが必要であることを伝えている。2024年3月に非常用簡易トイレについて全戸に周知し、4月と5月に斡旋募集を行うこととした。

中学校が広域避難所となっていることを周知している。ここは火災の時に役立つとする。自治体が作成したハザードマップ（津波マップ）を全戸に配布している。

津波・地震対策として災害時の在宅避難を推奨している。

防災倉庫に災害時に使用する道具や備品などを備えている。AEDは2か所に備えており公表している。

災害時の居住者の安否確認は、居住者台帳を参考にした安否確認シートによって実

施している。

2006年に完成した建物のために耐震診断・耐震改修は行っていない。

災害時に備えて通常時に居住者間の意思疎通について、65歳以上の人を対象に民生委員と自治会が月1回の「いきいきサロン」を開催している。夏祭りや新年会も実施している。

災害時活動の手引きや防災訓練によって防災意識の向上に努めている。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制は、津波・消防訓練において確認している。

前述したように自治体の地域防災（避難所開設・運営等）に参加している。

防災の備品について自治体から防災の補助金を受けている。

マンション以外の自治会・町内会の防災活動について、避難所開設を共同で行っている意味で参加している。

被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等からも求められていない。しかし、津波の時に一時の避難所として提供できる。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿の作成と更新に関連して、居住者台帳の一部が要援護者名簿になっており、2年に1回更新をしているとする。記載内容に変更があればその都度提出をしてもらっているとする。居住者台帳を70歳以上のホルダー、要援護者のホルダー、階層ごとのホルダーに分けているとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時に集会室や和室が利用できるとする。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。

福祉避難所が中学校の広域避難所に併設されることを承知しているとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者

等の対応方法について、マンションにいる民生委員や看護師が知っているとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策を講じていない。今後の課題とする。

2.3.4 海老名みずほハイツ住宅

海老名みずほハイツ住宅は、神奈川県海老名市にある住宅地と田畑の間にあるマンションである。

防災対策について、自治会が主体となり管理組合と共同で防災対策を実施する自主防災組織を作っている。

令和3年に海老名みずほハイツ自治会が作成した「海老名市 地区防災計画 海老名みずほハイツ」は、計画の推進体制において、要配慮者に対する効果的な避難支援活動を行うために自主防災組織と民生委員等との連携を指摘する。したがって、自主防災組織の役割は、地区の民生委員や消防団などと連携し、避難行動要支援者を把握し避難支援体制の確立をすることを指摘する。その際に、地区のイベント、防災訓練、日常生活の場面を通じて「顔の見える関係」を作ることに努めるとする。避難の場合には、情報班が避難行動要支援者の状況把握を行い、救出救護班と民生委員が安否確認をできていない避難行動要支援者の避難支援を行うとする。避難誘導班は在宅避難を断念した場合の避難行動要支援者の優先避難を支援するとする。情報班等の役割が「みずほハイツ自主防災マニュアル」にも記載されている。

定期的な防災訓練を年1回実施している。昨年は避難所開設、防災本部の立上げ、防災訓練の合計3回実施した。防災訓練の参加者は少なく安否確認のフラッグを出した人は25%である。

災害時の家庭の備えについて、団地生活のしおりの中で防災の備えを周知し、みずほサポートクラブの「すまいる」会報や自治会の「歩み」でも防災の備えを周知して

いる。

災害時の避難場所やハザードマップを周知している。避難場所は、一時避難所の大谷第一児童公園、避難所の勝瀬文化センターである。

災害時の在宅避難を推奨している。ドアの改修でドアが開かなくなることはなくなった。

災害時に使用する道具や備品などは、各戸や防災倉庫で備蓄されている。

災害時の居住者の安否確認は、安否確認用のフラッグを出すことによって行っている。2024年3月10日に特別に安否確認訓練を行った。黄色フラッグを出すと「無事です」という合図である。

耐震診断を1号棟と5号棟のみ実施した。その他の棟は実施していない。

災害時に備えて通常時の意思疎通に関連して、みずほサポートクラブが高齢者の助け合いを行っている。「喫茶すまいる」、健康教室、病院への送迎介助などを行っている。災害時の安否確認をする計画がある。

防災意識の向上にも努めている。

地域との連携について、自主防災組織の隊長に自治体から連絡が来るなどの自治体との災害時の連絡体制がある。

定期的な防災訓練で述べたように、自治体の地域防災の活動（避難所開設・運営等）に参加している。

自治体から備品購入のために防災の補助金を受領している。

他の自治会と連携しているという意味でマンション以外の自治会・町内会の防災活動に参加している。

被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等からも求められているかに関連して、自治体と集会所を避難所とする協定を締結している。被災者を実際に受け入れるのは難しいが、近くの戸建てに居住している人を受け入れても良いとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿を作成し更新しているのかに関連して、自治会は避難行動要支援者名簿を自治体から受領している。この名簿の情報と今まで自治会が得た情報を合わせて海老名みずほハイツ自治会避難支援対象者を決めている。高齢者・障がい者の部屋番号を黒字にして、自治会の役員はこれを安否確認に役立てる。居住者名簿はあるが同居の者の情報が最新化されていない。要配慮個人情報のとり方や第三者への公表のあり方が課題となっている。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時の集会室等を利用できる。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。避難行動要支援者名簿を具体的にどのように生かすのかは決まっていない。

わかば会館という名の福祉避難所があることは知っている。これは200メートル先にある。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法について、一般的に認知症の対応方法を知っているが、障がいごとの接し方は知らない。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策について、手すりを平成25年に設置した。みずほサポートクラブが病院への送迎・介助、駅・スーパーへの送迎・介助、洋服の直し・縫製、散歩・買物の同行などを行っている。高齢者の一人暮らしの人が多いため、みずほサポートクラブが会員に対して声掛けをしようと考えている。

2.3.5 メイフェアパークス溝の口

メイフェアパークス溝の口は、神奈川県川崎市高津区の住宅地にあるマンションである。

防災対策について、管理組合と自治会が防災主体となる防災協議会が行っている。

防災協議会会則によれば、情報連絡班が安否確認を行い、救出救護班が負傷者・要援護者等の救出・応急手当を行い、避難誘導班が災害時要援護者対応を行うことになっている。

メイフェアパークス溝の口防災マニュアルを作成し、全戸に配布している。

防災マニュアルによれば、自助の家族防災会議の中で幼児や老人の避難を誰が見守るのかについての指摘がある。

共助の自主防災組織の活動の中で情報連絡班による安否確認、救出・救護班等による災害時要援護者の誘導と救助に関する指摘がある。

公助の中で川崎市の災害時要援護者避難支援制度を紹介し登録を促している。

定期的な防災訓練を年2回、5月と11月に実施している。防災訓練の内容は防災協議会でその都度決めている。防災訓練には、高津消防署（消火訓練）と赤十字奉仕団（AED操作訓練、三角巾使用訓練）も参加している。

災害時の家庭の備えについて、防災協議会の発行する「防災かわら版」と自治会のメイフェアクラブ通信で注意喚起を行っている。

災害時の避難場所である久本小学校等や一時避難所である久本鴨居町公園（提供公園・敷地外）を周知している。ハザードマップを全戸に配布している。

災害時の在宅避難を推奨している。上階に居住し地震による大きな揺れに不安のある人は1階にある共用施設等で寝泊まりができるとする。

災害時に使用する道具や備品などを準備している。ソーラーシステムの充電器、高齢者・身体障がい者のための非常用階段避難車も備えている。

災害時の居住者の安否確認について、年2回行う防災訓練において安否確認を実施

している。各棟ブロックの委員が一人で10戸～20戸を担当する。各戸のドアの外側にはった安否確認カードを確認してブロック別安否情報シートに記入し、「救助求む」表示住戸へ声掛けを行う。安否確認カードを出していない住戸にはブロック委員やその他の居住者が協力する。各棟エントランスで待つ棟隊長にブロック別安否情報シートを渡して安否確認の結果を伝える方法を採用している。

新耐震基準以降の建物であるので耐震診断をしていない。

災害時に備えて通常時の意思疎通に関連して、自治会のメイフェアクラブがサマーフェスティバル、クリスマス、ハロウィーンなどの季節ごとのイベントを行って親睦を図っている。

防災意識の向上を防災協議会の発行する「防災かわら版」と自治会のメイフェアクラブ通信を活用して実施している。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制がある。高津・マンションネットワーク協議会が設立される。

自治体の地域防災の活動（避難所開設・運営等）の参加について、年1回10月に実施される高津区の防災訓練や避難所運営会議・開設訓練に参加している。

自治体からの防災の補助金について、防災訓練や備品の補助金を受けている。

マンション以外の自治会・町内会の防災活動の参加について、ザ・タワー&パーク田園都市溝の口や日商岩井溝の口マンションの防災活動に参加したことがある。

被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等からは求められていない。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、非常災害時における要援護者届を提出してもらい、これを元に要援護者名簿を作成し、更新している。これには、氏名、性別、年齢のほかに、高齢、病弱、障害、幼児・年少、その他の援護を

要する理由、川崎市要援護者の登録の有無、安否の確認、緊急連絡先への連絡、水・食料等の運搬、必要な医療・看護・介助、その他の希望する援護、援護時の留意事項を記載してもらった内容となっている。これらの事項のデータが整理されている。全体の居住者のうち災害時要援護者届を提出している居住者の割合は12.6%である。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時の集会室等を利用できる。C棟の元託児施設が利用できるようにする予定である。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。

福祉避難所について、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等に情報提供を実施したことがない。また、高齢者等の在宅避難者が福祉避難所を利用する際の手続きを知らないとする。また、高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知らないとする。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策について、エレベータ故障時の障がい者等の階段移動用の補助用具を常備したとする。

2.3.6 よこすか海辺ニュータウンソフィアステイシア

よこすか海辺ニュータウンソフィアステイシアは、神奈川県横須賀市平成町にある海の近くにあるマンションである。

防災対策について、管理組合と自治会が防災主体となるソフィアステイシア自主防災会が行っている。

平成27年にソフィアステイシア自主防災会が作成した「よこすか海辺ニュータウンソフィアステイシア地区防災計画」は、横須賀市の災害時要援護者対策と災害時要援護者の避難対策を指摘している。その上で、災害対策本部の設置後の避難誘導班の

役割として班内の負傷者及び災害時要援護者の避難援助を指摘している。

平成 27 年に作成した「わが家の防災対策ハンドブック」は、災害対策本部が避難指示を発出した場合に関連して、災害時要援護者に登録された人と重度の要援護者に登録された人の救助班員による避難支援に言及する。このハンドブックの災害対応マニュアルに関連して、大地震発生から 1 時間以内の対応の中の津波警報等がない場合において、居住者が隣近所に声を掛け合って要援護者を引率して一緒に避難すること、避難誘導班が班内の健常者を指揮して、要援護者の避難支援を行うこと、津波警報等が発表された場合において 1 階から 5 階の居住者が要援護者の避難支援に協力すること、6 階以上の居住者が 1 階から 5 階の要援護者の避難支援を行うこと、各棟の臨時指導部及び避難誘導班が要援護者の避難支援を行うことを指摘する。

また、大地震発生後の 1 時間後～15 時間後の対応の中の津波被害が無い場合において、健常な居住者が要援護者の救護を行うこと、対策本部が要援護者の対応を協議すること、津波被害を受けた場合において 1 階から 5 階の要援護者が班長を通じて対策本部と相談すること、6 階以上の要援護者が班長を通じて対策本部と相談すること、健常な居住者が要援護者の救護を行うこと、対策本部が要援護者の対応を協議することを指摘する。

また、大地震発生から 2 日目の対応の中の津波被害が無い場合において、避難誘導班が班内住戸の要援護者の状況を本部へ報告すること、津波被害を受けた場合において、避難誘導班が班内住戸の要援護者の状況を本部へ報告することを指摘する。

また、大地震発生から 3 日目以降 7 日目まで対応の中の津波被害が無い場合において、居住者が要援護者のいる世帯のために物資運搬や買物代行などの生活支援を行うこと、対策本部がジュニアレスキュー隊を

指揮し要援護者のいる世帯のために物資運搬や買物代行などの生活支援を行うこと、要援護者の心身のケアを行うこと、津波被害を受けた場合において、居住者が要援護者のいる世帯のために物資運搬や買物代行などの生活支援を行うこと、対策本部がジュニアレスキュー隊を指揮し要援護者のいる世帯のために物資運搬や買物代行などの生活支援を行うこと、要援護者の心身のケアを行うことを指摘する。

「住民共助の防災読本 ソフィアステイシア危機管理マニュアル（2011 年改訂版）」は、棟別ブロックの避難誘導リーダーには災害時要援護者情報が開示されること、災害時要援護者の救助または避難支援を行うこと、ブロック内の居住者の交流を図り災害発生時に円滑な住民共助できるように年 1 回以上住民交流会を開催すること、非常時における災害時要援護者と重度の要援護者に登録された人が行う救助の準備を指摘している。

防災訓練を年 1 回実施している。令和 5 年度総合防災訓練実施案内及び実施要領によれば、防災訓練において、安否確認訓練、災害時要援護者の避難支援訓練が行われている。時系列に、たとえば、1 階～5 階の居住者が隣近所に声を掛け、班内の災害時要援護者を引率して一緒に避難すること、6 階以上の居住者も隣近所に声を掛け、班内の災害時要援護者を引率して一緒に避難すること、班長の指示を受けて 1 階～5 階の災害時要援護者の避難支援を行なうこと、副班長または避難支援者が災害時要援護者を補助して一緒に避難すること、居住者が班別避難場所に集合したら、班長は災害時要援護者の避難状況など、班内の指揮をとること、本部長が防災用無線機で班長に対し要配慮者の避難支援などの確認を指示することを挙げている。

令和 5 年総合防災訓練出席・欠席回答書には、災害時要援護者に該当する人の氏

名・年齢、一人暮らしの高齢者・高齢者だけの世帯、身体に障がい等を有する人の内で一斉避難訓練への参加に不安がある人の申告欄がある。

なお、緊急時の人命救助のために住戸の立入権を管理規約で定めている。マスターキー制度があると望ましい。

災害時の家庭の備えについて、防災ハンドブック、年2回の防災講習会及び住民交流会、掲示板によって注意喚起している。

災害時の避難所は行政的には山崎小学校である。マンション内では、火災の場合は地上避難で南側の公園に集合するが、地震と津波の場合は6階以上の班別指定避難集合場所に集合する。津波のハザードマップは掲示したり、防災講習会の時に説明を行っている。

災害時の在宅避難を推奨している。

災害時に使用する道具や備品は四つの防災倉庫で準備している。

災害時の居住者の安否確認体制ができています。安否確認について、「わが家の防災対策ハンドブック」に中の災害対応マニュアルにおいて時系列で居住者、避難誘導班、対策本部ごとに記載されている。このことは令和5年度総合防災訓練実施案内及び実施要領においても記載されている。

耐震診断・耐震改修はしていない。構造計算上問題がない。

災害時に備えて通常時の居住者間の意思疎通について、住民交流会、挨拶運動、夏祭り、桜祭りなどを行っている。長寿会という組織があり、原則として65歳以上の人が会員であるが賛助会員として65歳未満の人も参加している。この組織は会員が日常的な見守りや買物支援などを行い、見守りの対象者も会員になっている。買物で重い物は自治会の役員も手伝っている。

防災意識の向上について、防災訓練、防災講習会などによって働きかけている。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制がある。

自治体の地域防災の活動（避難所開設・運営等）に参加している。山崎小学校に避難所が設置される。全体訓練が年1回実施される。

自治体からの補助金を受けたことがある。

マンション以外の自治会・町内会の防災活動に参加している。七つのマンションで連自治会を構成している。近隣の6町内会とともに避難所運営委員会を設置し、委員会が年5回実施されている。地域の大規模商業施設群（大型スーパー、県立大学など）との間で地域運営協議会を設置し、定期的に防災に関する打合せなどを行っている。

被災者の受け入れ先として津波避難ビル協定書を自治体に提出したが停止していて取組みが進んでいない。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿を兼ねている居住者台帳（回収率96%）を作成し更新をしている。

居住者台帳には、氏名、性別、生年月日、血液型のほかに、自力避難の支障のある事項、常用薬、禁忌薬、かかりつけ病院名、病院等の電話番号、病院などの所在地、担当医師、診療科目・既往症、帰宅困難者の有無、緊急連絡先に関する記載欄がある。この台帳に中にお困りごと情報の例示として災害発生時の避難援助も入っている。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時の集会室等を利用できる。集会室のほかにゲストルーム、会議室、13階パーティールームもある。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。しかし、視覚障がい者や身体障がい者などの人を念頭に自発的に計画して訓練をしている。

福祉避難所を知っている。山崎小学校が

一時福祉避難所となる。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を知っている。横須賀共済病院を退職した看護師、救急救命士、防災士がいるので、その対応方法の知識を持っている。自治会が防災士の資格取得の費用を支出している。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策をしている。避難の担架を貸したり、おんぶ紐を貸している。自治会役員のほかに近隣住民と日頃からコミュニケーションをとっており、要援護者名簿に基づいて支援をしている。

2.3.7 レイディアントシティ本郷台

レイディアントシティ本郷台は、神奈川県横浜市栄区にある駅・繁華街にあるマンションである。レイディアントシティ本郷台は、2022年9月によこはま防災力向上マンション認定（ハード、ソフト）、2023年12月によこはま防災力向上マンション認定（ソフト+）、2023年2月に横浜市マンション管理計画認定（市内5番目、全国25番目）を受けている横浜市では数少ないマンションである。

防災対策について、管理組合が防災対策の実施主体となって行っている。

危機管理教育研究所のファースト・ミッション・ボックス®（FMB）を取り入れて被災直後の初動対応を行っている。また、マンション地震対応支援協会の地震対応箱（MEAS）を購入し導入を検討している。さらに2022年12月に横浜市マンション初となる「公的避難所の協定締結」を横浜市と締結し、地域防災への協力を行っている。

レイディアントシティ本郷台防災マニュアル（震災編）は、要援護者について、火災が発生した場合における火災の延焼阻止を試みる際に要援護者の避難を確認すること、災害発生後の復旧作業の場合における高齢者・障がい者などの災害時要配慮者に

配慮することを指摘している。

自衛防衛隊の編成と任務において、安否確認班が災害時の任務として要援護者リストを確認し、要援護者宅の訪問を行い、警戒宣言発令時の任務として災害時要援護者を中心とした居住者の状況調査を行うとする。

定期的な防災訓練を年1回実施している。VRの防災訓練を含めると年2回になる。自衛防衛隊の2022年秋期防災訓練行動マニュアル（案）は、自衛消防隊による避難の要援護者宅への訪問の指示、物資・生活班による要援護者宅への訪問と避難誘導対応、消火・救護班による要援護者宅への訪問と避難誘導対応、安全確認班による要援護者宅の訪問を指摘している。発災後に行うべき初動行動を示したファースト・ミッション・ボックスを利用する。

災害時の家庭の備えについて、ちらしを配布したり、エレベータに掲示して注意喚起している。

災害時の避難場所・ハザードマップについて、栄区の避難場所である本郷台小学校を周知し、ハザードマップを配布している。

災害時の在宅避難を自助努力として推奨している。

災害時に使用する道具や備品などを準備している。

災害時の居住者の安否確認は、ファースト・ミッション・ボックスを利用して行っている。要援護者宅を訪問し動ける人は一緒に公園に行き、動けない人はストレッチャーを利用する。ストレッチャーを2個所有している。

耐震診断・耐震改修はしていない。

災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通について、祭りやイベントを行っている。サークルが2団体ある。

ちらしの配布や掲示によって防災意識の向上を行っている。

地域との連携について、平時はあるが自

自治体との災害時の連絡体制はない。町内会で企画されていないので自治体の地域防災の活動（避難所開設・運営等）に参加していない。自治体から防災の補助金を受けたことはない。町内会で企画されていないのでマンション以外の自治会・町内会の防災活動に参加したことがない。提案したが断られたので被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等から求められていない。

マンションというハコモノを活かした地域の防災力向上について、政官民で協議中である。地域交流活動として、本郷台駅前祭りにマンション管理組合として協賛して、駅前商店会や3自治会と共に実行委員会に参画している。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿を兼ねた居住者名簿を作成し、年1回更新している。居住者名簿には、災害時要援護者の欄があり丸印の記入ができること、備考欄には要介護1というようなその事由を記載できること、特記事項欄には有事の際の要援護の依頼を書くことができるように作られている。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時に集会所等を利用できる。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。

福祉避難所を知っている。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法を具体的に知らない。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策を講じていない。

2.3.8 グランフォーレ戸塚ヒルブリーズ

グランフォーレ戸塚ヒルブリーズは、神奈川県横浜市戸塚区にある住宅地の高台にあるマンションである。

防災対策について、管理組合と自治会が

防災対策の実施主体である。自治会の中に防災委員会がある。

グランフォーレ戸塚ヒルブリーズ災害時対応マニュアルには、災害時対応内容として本部機能の実施の中に要援護者の安否確認が含まれている。要援護者の確認は、自治会が75歳以上の人に贈る敬老の日のプレゼント案内を出して申請書を提出してもらうことによって行っている。さらに、民生委員に申請書の内容を確認してもらっている。その他に、自治会が高齢者か否かが分かる管理組合の居住者名簿を閲覧することもできる。

居住者向け災害時対応マニュアルには、要援護者のことは書かれていないが、安否確認のルールが記載されている。居住者向け災害時対応マニュアルは、防災訓練のチラシの裏側に記載して年2回配布している。

災害時の家庭の備えについて、居住者向け災害時対応マニュアルによって注意喚起している。

災害時の避難場所・ハザードマップについて、集会所で公開している。

災害時の在宅避難を自治会だよりや防災訓練などで推奨している。

災害時に使用する道具や備品などを防災倉庫で準備している。年1回棚卸しをしている。

災害時の居住者の安否確認は、居住者各人が集会所に来て安否確認ボードに居住者数を分母にして、居住者安否確認数プラス来訪者安否確認数を分子にして数字を記載する方法によって行っている。要援護者には防災委員会が訪問し、返事がなければ不在か倒れている場合がある。理事長がドアを強制的に開けることができる管理規約を定めた。

免震構造であるために耐震診断・耐震改修はしていない。

災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通について、3月のグランフォーレ桜祭

りなどを行っている。

防災訓練や桜祭りの防災委員会のブースによって防災意識の向上を行っている。

地域との連携について、自治体との災害時の連絡体制がある。

自治体の地域防災の活動（避難所開設・運営等）に参加している。自治会長が運営委員長になり、それ以外の5人の防災委員会の委員も参加している。管理組合の理事も参加している。

物品の購入のために自治体からの補助金を受けたことがある。

地域防災拠点の訓練に参加しているという意味でマンション以外の自治会・町内会の防災活動に参加している。

被災者の受け入れ先として自治体やマンション以外の自治会・町内会等から求められていない。しかし、被災者の一時的な受け入れは可能である。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援について、要援護者名簿を作成し更新をしていない。前述した安否確認の方法によって要援護者を確認する。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のために災害時に集会室等を利用できる。

自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の個別避難計画への協力依頼はない。しかし、要援護者宅を防災委員会が訪問し、返事がなければ不在か倒れている場合があり、理事長がドアを開けて立入る。その時の状態に対応をする。怪我をしていれば、医療機関に連れていくこともある。リアカーなどの準備をしている。

福祉避難所を知っている。その他、民生委員がいるので相談する。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法について、防災士が認知症研修を受けているので知っている。認知症の疑いのある人がいないので、マンションで認知症サポーター養成講座を開催していな

い。

高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策について、基本的に自助であり、支援策は今後の課題である。

3. 結び

2.1と2.2において、アンケート調査の全体の傾向を検討した。2.3において、アンケート調査に応じてもらったマンションの中から比較的良い取組をしているマンションを抽出してインタビュー調査を行った。このインタビュー調査の詳しい分析はまだしていない。

今後の課題として、2024年度に行う研究は、2023年度に実施したアンケート調査及びインタビュー調査の詳しい分析をしながら、神奈川県以外の地域の対策を比較し、マンションで実施可能な対策を示すことである。この結果として、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に関する対応マニュアルの指針を提案することである。

その際に、災害が与える独居認知症高齢者等への影響を仮定し、医療・福祉分野の関与を検討し、平時からの取組を明らかにすることなどが研究のポイントになる。

防災をきっかけにして平時から住民交流会等のようなマンション内にコミュニティが形成され、このことがマンションの防災以外の取組に良い影響を与えると推測できる。この分析もできれば実施したいと考えている。

さらに、独居認知症高齢者等の支援のためには、災害救助法を改正し「福祉」を明確に位置付けて、平時から社会福祉協議会等の福祉団体・機関等がかかわる体制を作るのが良いと考える。

これらに伴って、一人暮らしの認知症高齢者などの支援策の実効性を高めるために、これを実施するマンションに公的な認証と特典を与えることも考えてよいであろう。

2024年度においては、これらの調査と提案を踏まえて、全国的な視点から一人暮らしの認知症高齢者などの置かれた状態を考慮した分譲マンションにおける指針・支援策を提案したいと考えている。

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 認知症未来社会創造センター・センター長

(氏名・フリガナ) 栗田 主一(アタシユイチ)

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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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 ユウシ)

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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

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5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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 国際医療福祉大学 | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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(ウキイトモコ)

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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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(イワカエ)

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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> | (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> | (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> | (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input checked="" type="checkbox"/> | (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5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 聡子 (ホッタ サトコ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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 寶 馨 _____

次の職員の(令和)5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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 国立研究開発法人防災科学技術研究所倫理審査委員会 | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5年度厚生労働科学研究費補助金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) 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) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東京都健康長寿医療センター | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> | 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------------------------|------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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

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5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) 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) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。