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６年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　栗田 主一

令和７（2025）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　---------- 1

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／浴風会 認知症介護研究・研修東京センター　粟田主一

（資料 1）『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 エビデンスブック 2024』

（資料 2）自治体向けガイド『独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして』

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　---------- 25

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／浴風会 認知症介護研究・研修東京センター　粟田主一

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　----------44

東京都健康長寿医療センター研究所　岡村 毅

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支える訪問看護の活動チェックリスト作成－　----------52

東京都健康長寿医療センター研究所　津田修治

（資料 3）独居認知症高齢者の自立生活を支える訪問看護の実践ガイド

4. 独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する研究 －独居認知症高齢者ケアマネジメントガイドの作成－　----------60

国際医療福祉大学大学院　石山麗子

（資料 4）独居認知症高齢者ケアマネジンメントガイド

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　----------63

東京都健康長寿医療センター研究所　涌井智子

6. 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　----------72

東京都健康長寿医療センター研究所　井藤佳恵

7. 認知症のある人のスマートフォンの利用と社会活動に関する研究　----------78

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科　堀田聰子

8. 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究 ----------88
国立研究開発法人防災科学技術研究所　大塚理加
（資料 5）分譲マンションにおける 要配慮者災害対応マニュアル

9. 市町村による独居認知症高齢者の行方不明対策に関する研究 ----------118
東京都健康長寿医療センター研究所　菊地和則

10. 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究 ---------- 122
東京都健康長寿医療センター研究所　桜井良太

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 ----------126
東京都健康長寿医療センター研究所　稲垣宏樹

12. 成年後見制度に対する市町村等の取組の現状と課題 ----------139
認知症介護研究・研修東京センター　川越雅弘

13. ごちゃまぜの会を活用した地域資源の把握・ネットワーク化と認知症施策への応用の可能性 ----------152
認知症介護研究・研修東京センター　川越雅弘

14. 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究 ----------161
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／浴風会 認知症介護研究・研修東京センター　栗田主一
（資料 6）独居認知症高齢者の消費者被害に関する研究・調査票等

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----------173

Ⅳ. 倫理審査等報告書の写し ----------177

Ⅴ. その他
（資料 7）分譲マンションにおける独居認知症高齢者のための防災について－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－
神奈川大学法学研究科　角田光隆

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総括研究報告書

独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

研究代表者　粟田主一　東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・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、2024 年度は 13 の分担研究課題を設定して分担研究を実施するとともに,59 項目の Research Question(RQ)を設定してスコーピング・レビューを行い, エビデンスブックと自治体向けガイドラインを作成した.**【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の実態調査, 事例分析, 文献レビューを踏まえ, かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して,「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した. **2)生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究：**大都市住宅地に設置した地域拠点をベースとするチームオレンジ活動の参与研究によって、チームオレンジが独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための重要な方法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：**独居認知症高齢者の訪問看護で「非常に重要」と判断した 18 項目のチェックリストとそれを活用するための手引きを作成した. **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：**独居認知症高齢者に対して想定される支援項目 73 項目をもとに、エキスパートレビューを通じて独居認知症高齢者に対するケアマネジメント・ガイドを作成した。**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：**別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界などが明らかにするとともに, 独居認知症高齢者の家族にとっての地域環境の重要性を示した。これまでの知見を総合して「一人暮らしの認知症高齢者を支える家族のためのガイド」と「支援者のための家族支援のガイド」を作成した。**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：**認知症初期集中支援推進事業と高齢者精神保健事業の対象者を比較分析して、認知症以外の精神疾患をもつ人たちが排除されない仕組みとして、地域精神科コンサルテーション・リエゾン・サービスを提案した。**7)独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究：**軽度認知症の人のスマホ利用割合は 33.8%で、現在のところは連絡手段としての利用が大半であるが、認知機能を

サポートするツールとして活用することによって社会参加をさらに促進するツールとなり得ることを示した。**8)独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究：**分譲マンション管理員を対象とする調査から、災害時要配慮者の名簿作成を行っている分譲マンションは 1 割程度であることを示すとともに，その促進のため、管理組合向けの災害時要配慮者対応マニュアルを作成した。**9)独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究：**全国市町村の悉皆調査によって、独居認知症高齢者の行方不明対策と重要と考えられる事業は、5 領域（連携／事前合意／SOS ネットワーク／ICT による問題解決／行方不明対応の文書化）が類型化されることを示した。**10)見守り支援に資するテクノロジーに関する研究：**独居認知症高齢者を介護する家族に対するインターネット調査から、複数の方法を用いた見守りが介護者の心理的負担を軽減する可能性があること、電気使用量のモニタリングを実施している事例のデータ分析から認知症を早期に発見できる可能性があることが示した。**11)KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究：**市町村自治体では、KDB データと地域調査の連結データを用いることで、双方で不足していた部分を補完して独居認知症高齢者の生活実態の解析が可能になることを示した。**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：**既存の公的資料の分析から、市町村において認知症施策を担う介護部門と成年後見制度利用促進を担う障害・福祉部門が縦割り構造で分断されていること、「地域資源の見える化」と「地域資源の機能別整理」を図ることによって、個別支援に関わるマネジメント担当者、地域づくりに関わる社協担当者、各種相談に対応する地域包括支援センター等の課題解決力の向上が図られること示した。**13)独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究:** 東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の悉皆調査によって，①事業所の約 5 割が過去 1 年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、約 4 割が「特殊詐欺」を経験していること、②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺、キャッシュカード詐欺、還付金詐欺、預貯金詐欺、架空領域詐欺の順で多いこと、③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが示された。**【結論】**これまでの分担研究の成果を統合するとともに、59 項目の Research Questions(RQ)を設定してスコーピングレビューを行い、エビデンスブック 2024 を作成した。また、これを踏まえて、自治体向け手引き「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」を作成した。

＜研究分担者＞
岡村毅　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
津田修治　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
石山麗子　国際医療福祉大学大学院･教授
涌井智子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
井藤佳恵　地方独立行政法人東京都健康

長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
堀田聰子　慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授
大塚理加　防災科学技術研究所　災害過程研究部門・研究員
菊地和則　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
桜井良太　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員
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
川越雅弘　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
＜研究協力者＞
平田匠　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長
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
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
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
山下真理　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
池内朋子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
光武誠吾　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
中山莉子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員
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・協力研究員
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
小野真由子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・協力研究員
深谷太郎　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　健康長寿イノベーションセンター・研究員
石崎達郎　京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室・担当部長
大森千尋　筑波大学人間総合科学学術院博士課程
鈴木善雄　国際医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科博士課程
大久保豪　BMS 横浜・立命館大学・客員
関野明子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研究員
大口達也　埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校　社会福祉士養成科・専任講師
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
田中昌樹：大和ライフネクスト株式会社

マンション未来価値研究所・副所長
角田光隆　神奈川大学法学部・教授
齊藤葉子　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修センター・主任研修主幹
黒澤史津乃　株式会社 OAG ウェルビーR 代表取締役・行政書士
黒田葉月　慶應義塾大学医学部・研究員
永田久美子　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・副センター長兼研究部長
水島俊彦　一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク　副代表・弁護士
南拓磨　埼玉県立大学・特任助教
松本博成　東京都介護支援専門員研究協議会研究委員会・委員
吉江悟　東京都介護支援専門員研究協議会研究委員会・委員長
相田里香　東京都介護支援専門員研究協議会・理事長
多賀努　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
別所あかね　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
山村正子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
柳澤知恵子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
齊藤敦子　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤職員
宇津木忠　社会福祉法人不二健育会　ケアポート板橋・施設長

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：栗田主一）では，この領域のエビデンスを集積するために57項目のResearch Questions(RQ)に対するスコーピングレビューを行い，エビデンスブック 2021 を作成し、それを踏まえた自治体向けの手引きを作成した。また、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 12 の重要領域（令和 6 年度より 1 領域を追加して 13 領域）を設定して分担研究を行った．以下に本年度の各分担研究の目的を示す。

1) 認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究

認知症の診断後支援に関する文献レビュー（研究 1）を行うとともに、これまでの研究成果を統合して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」（以下，ガイド）を作成する（研究 2）ことにある。

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

共生社会の実現をめざすチームオレンジ活動を住民と協働して展開しながら、どのような活動がチームオレンジとして適正しているかを明らかにする。

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

訪問看護師の専門的知見を集約して、コンセンサスに基づいた独居認知症高齢者の訪問看護の支援のチェックリストを作成した。

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

地域包括支援センター職員及び居宅介護支援専門員が独居認知症高齢者に対するケアマネジメントを行う際の独居認知症高齢者ケアマネジメント・ガイドを作成する。

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

家族介護者による介護課題および支援の実態に関する文献レビューを実施し、本課題に関する今後の研究や政策的方向性を見出すとともに、独居認知症高齢者の介護を支える地域環境の影響について検討する。これにより、独居認知症高齢者を支援する「地域」という新たな支援媒体の可能性を探ることを目的とする。

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

認知症初期集中支援推進事業と、高齢者精神保健事業の間にあるギャップを明らかにし、それに対する対策を提示する。

7) 独居認知症高齢者等社会参加の促進に関する研究：

スマートフォン（スマホ）等のデジタル技術を応用・開発して、認知症のある人の対処行動を高め、社会参加を支援する研究が進んでいる。本研究では、認知症の人において、①スマホを利用する人の特徴、②スマホの利用用途、③スマホ利用と社会活動の関連を明らかにする。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

分譲マンションでの災害対策への取り組みの一環として、分譲マンション管理員への調査から、災害時要配慮者の名簿作成の実態と要配慮者の概数を把握するとともに、災害時要配慮者数との関連が認められた分譲マンションの築年数と入居世帯数から、災害時要配慮者の概数把握可能性を検討した。さらに、管理組合向けの要配慮者災害対応マニュアルを作成した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

独居認知症高齢者が行方不明になった時に必要とされる市町村の対応の枠組みを明らかにする.

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究 1：独居認知症高齢者に対する見守りにおいて、見守り満足度に影響を与えるものが何かを明らかにする。研究 2：電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を、認知症を発症した方の電気使用パターンの変化から明らかにする。

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 データと地域調査（千代田区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）の突合データセットを用いて、KDB データで把握した認知症登録病名とすこやかチェックデータで把握した世帯状況（独居か否か）から独居認知症高齢者を抽出し、疾病や生活状況、地域・グループ活動、認知症に対する意識や知識に関

する分析を行った。

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

研究 1：成年後見制度に対する市町村等の取り組み現状・課題を明らかにするとともに、その改善策を提案する。

研究 2：ごちゃまぜの会を通じた地域資源の把握・ネットワーク化の認知症施策への応用の可能性について言及する。

13)　独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、「その他の不適切な取引」に焦点をあてて、独居認知症高齢者の消費者被害の実態を明らかにする。

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

研究 1：文献レビュー：２つの Research Question(RQ)（「RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か」）の下で文献レビューを行った。研究 2：ガイドの作成：2022 年度に作成した「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援プロセスの枠組み案」と 2023 年度に実施した事例分析の結果を踏まえ，さらに 2024 年度の研究 1 で得られた知見を参考にしてガイドを作成した.

2)　生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

都市集合住宅においてチームオレンジ活動を住民と協働して展開し、月に 1 回の運営会議を開催し、出来事を研究ノートに記録した。また、団地内の農園活動に継続的に参加している男性参加者 15 名をスノーボールサンプリングにて選定し、半構造化面接を個別およびフォーカス・グループ形式で実施して農園活動の特徴を明らかにした。

3)　プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

インタビュー調査をもとに作成したチェックリストの素案に対して、デルファイ法を用いて 34 名の専門家パネルの合意を形成した。インタビュー調査をもとにチェックリストの素案を作成した後、オンラインデルファイ調査による専門家パネルの意見収集と、それに対応する修正の過程を 3 回繰り返した。

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

2022 年度研究に実施したスコーピングレビューと、継続的文献レビュー、及び、2023 年度に作成した独居認知症高齢者に対して想定される支援項目 73 項目をもとに、独居認知症高齢者のケアマネジメントガイド（一次版）を作成し、2024 年 9 月にエキスパート 6 人の意見を確認した。ガイドは、あるべき独居認知症高齢者のケアマネジメントとはなにかという観点から整理することとした。

実践編では、独居認知症高齢者に対して想定される支援項目 73 項目をもとに、過去の文献、日本総合研究所の適切なケアマネジメント手法の【基本ケア】、【疾患別ケア認知症】、及び本研究班で既に作成されている「粟田主一.独居認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは？一人暮ら

しが可能な環境をつくるために」との整合性を図る観点から、当該書籍も参照し作成した。

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

(ア)文献レビュー：医中誌、PubMed, Web of Science, PsycINFO, CiNii を用いて，検索式を作成して文献検査を行うとともに，ハンドサーチとして、抽出した文献の引用文献等から 13 件の文献を抽出した。(イ) 地域指標の開発：本研究では、全国の地域在住要介護高齢者（要介護 1～5）の家族介護者 3,256 名を対象としたオンラインコホートに対してフォローアップ調査を実施し、認知症高齢者の介護継続の実態に加え、地域における「認知症家族介護を支える地域環境指標」に関する主観的評価を把握した。

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

令和 4 年度に開発した高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを用いて，東京都板橋区をフィールドに認知症初期集中支援推進事業と高齢者精神保健事業の対象者の特徴を分析した。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

東京都内の 17 の医療機関に定期的に通院している軽度認知症の人とその家族、及び主治医を対象に質問紙調査を行った。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

大和ライフネクスト株式会社が管理受託する分譲マンション管理員 3,230 名を対象に Web によるアンケート調査を実施した。また、先行研究や今回の調査結果をもとに、分譲マンションの管理組合に向けた要配慮者災害対応マニュアルを作成した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

全国の 1741 市町村を対象に郵送調査を 2 実施した．市町村の行方不明対策 22 項目について、独居認知症高齢者が行方不明になった時の対策の必要性を，「必要ではない：１点」～「絶対に必要である：６点」の 6 件法で質問した．

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究 1：要介護 1 以上の 65 歳以上の被介護者の家族介護者 2,000 名を対象に行ったインターネット調査から得られたデータを用いて 2 次解析を行った(サンプル抽出は全国から行い、20 歳以上の介護者を対象とした)。研究 2：2020 年から行っている、電気使用量を用いた見守りシステムを利用している独居高齢者に対する調査で得られたデータを解析した。解析対象者は、健康状態や電気使用量を研究目的に使用することを同意した 67 名とした。同意が得られた方に関しては、定期的に電話連絡によって健康状態の確認を行った。もし研究参加者に認知症の症状が認められた場合、キーパーソンとなる家族から情報を得た．

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と KDB データを個人単位で突合した連結データセットを作成し、KDB データで「認知症病名が登録されている」またはすこやかチェックデ

ータに含まれる要介護認定情報の「認知症高齢者の日常生活自立度判定がⅡ以上」の対象者を「認知症あり」と定義し、世帯状況（一人暮らしか否か）とかけ合わせ4群を設定し、各変数とのクロス集計を行った。検定にはカイ二乗検定を用いた。

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

研究1：成年後見制度において市町村等に期待される役割を把握するため、厚生労働省の公表資料の入手・分析を行った。また、取組の現状を把握するため、①厚生労働省の全国調査資料の分析、②茨城県内44市町村の成年後見制度に関連する各種計画（地域福祉計画、介護保険事業計画、成年後見制度利用促進基本計画（以下、基本計画））の収集・分析を行った。その上で、期待される役割と現状からみた課題の整理を試みた。

研究2：埼玉県内の複数市町村にて、多様な主体が参加する「ごちゃまぜの会」を定期開催し、地域資源の把握を行った。その上で、本会で把握された地域資源の中から、認知症施策に活用可能な資源を抽出するとともに、同会の取組の認知症施策への応用の可能性について考察した。

13）独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

介護支援専門員が勤務する東京都内のすべての在宅系介護サービス事業所3,711ヵ所（居宅介護支援事業所2,939か所、地域包括支援センター473か所、小規模多機能型居宅介護事業所232か所、看護小規模多機能型居宅介護事業所67か所）を対象に、事業所単位で過去1年間の独居認知症高齢者における被害事例の経験について質問紙調査を行った（悉皆調査）。

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

研究1:RQ1についてPubMedで17件、医中誌で5件の文献がヒットした。これらのうち,認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行い,回答文を作成した。RQ2については，いずれのデータベース検索を用いてもRQに関連する論文は見当たらなかった。研究2：これまでに実施してきた認知症疾患医療センターの実態調査，事例分析，文献レビューを踏まえ,かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した.

2） 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

プロセス分析から、1)チームオレンジによる地域活動は分かりやすく容易に実装可能だ。2)農園活動は男性、若者、子供といった従来の集いの場に参加が難しかった層に遡及する。3)認知症支援の専門家等がいない既存の地域ネットワークを中核にしたことが、認知症があるひと・ない人、支援される人・する人、という分断が起きない要因となった可能性がある。4)地域に対して慎重に説明を重ねても、すべての人が同じ意見になるとは限らない、5)参加者への個別の配慮が必要だ、ということが明らかになった。男性へのインタビューから、男性への訴求点は、①自身の趣味の専門知

識を提供できる活動、②運営に関する意思決定に直接関われる活動、③体を動かせる活動、④一人で静かに集中できる活動、であった。

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

37 項目あった素案を集約して、専門家パネルの 70%以上が独居認知症高齢者の訪問看護で「非常に重要」と判断した 18 項目のチェックリスト「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した。各項目が説明する活動の内容から、4 つのカテゴリーに分類して、カテゴリーに名称をつけた。名称はそれぞれ、「コミュニケーションと関係づくり」、「本人理解と生活アセスメント」、「多職種と協働した個別的支援」、「予測的判断と意思決定支援」となった。

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

ガイドは、Ⅰ.独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性と、Ⅱ.独居認知症高齢者のケアマネジメント実践の二部構成とした。

特にⅡ部は、11 の項目から構成した。1.独居認知症高齢者の発見とそれを支える地域づくり、2.認知症かつ独居で生活していることへの理解、3.意思決定支援、4.必要な社会資源の利用支援、5.孤独と精神的健康、6.生活基盤の整備、7.日常生活の連続性と安全の確保、8.権利擁護、9.別居家族への支援、10.在宅の限界点の検討、11.独居認知症高齢者のケアマネジメントである。

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

文献レビューにより、別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界などが明らかとなった。加えて、全国調査により、家族介護者の主観的評価に基づき 20 項目から構成された指標に対して因子分析を行い、「住民理解と相互支援」「地域生活基盤」「制度・行政サービスの充実度」の 3 因子・16 項目からなる「認知症家族介護を支える地域環境指標」を開発した。さらに、独居認知症高齢者の家族介護者(n＝166）を対象に重回帰分析を実施した結果、本指標は BPSD と並んで介護負担感と有意な関連を示した。これまでに得られた知見を総合して「一人暮らしの認知症高齢者を支える家族のためのガイド」と「支援者のための家族支援のガイド」を作成した。

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

認知症初期集中支援推進事業の中核的な対象者は、認知症に集約される困難事象を抱え、介護保険サービスの導入によって QOL の向上が期待される軽度アルツハイマー型認知症者で、高齢者精神保健相談事業の中核的な対象者は、認知症の有無に関わらず、精神症状あるいはパーソナリティの偏りが目立つ高齢者で、困難事象が重層しているためにソーシャルワークの方針が立てられない者であった.

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

151 人の認知症の本人及び家族から回答を得た（回収率 91.5%)。軽度認知症のある高齢者のスマホ利用割合は 33.8%だった。スマホは、若年で認知機能が高い人ほど多く利用しており、認知症になる何年も前から利用していた。スマホ利用

者の半数以上に共通する利用用途は、通話とメール、写真・動画だった。スマホ利用者は、利用しない者よりも、家族や友人との連絡の頻度や、家族や友人と買い物や飲食等に出かける頻度が有意に高かった。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

分譲マンションの災害時要配慮者への対策は、すでに約1割が着手していたが、具体的な対策はほとんど考えられていなかった。また、分譲マンションの築年数と居住世帯数から災害時要配慮者数の推定式を作成した。調査結果から、分譲マンションの災害時要配慮者の災害対応への啓発が重要であることが明らかとなったため、管理組合向けの要配慮者災害対応マニュアルを作成した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

平均点が高かったのは「警察との情報共有や連携」,「地域住民による見守り」,「認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り」,「家族・親族との連絡体制(4.53点)」であった．因子分析の結果、5 因子（第１因子：連携／第２因子：事前合意／第３因子：SOS ネットワーク／第４因子：ICT による問題解決／第５因子：行方不明対応の文書化）が抽出された。

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究 1：独居認知症高齢者の介護者の 233 名が利用している見守り方法を調べたところ、「家族または親族による定期的な訪問」が最も多かった。16.9%は何かしらの見守りを行っていなかった。見守り方法と被介護者への見守り満足度の関連を調べたところ、「ベッドの出入りや転倒を検知するセンサー」、「介護者を連絡先とした緊急通報システム」、「IoT 家電製品による見守り」、「電気使用量の変化による見守り」の利用が見守り満足度の高さと有意に関連していた。3 つ以上の見守り方法を利用していることがより高い見守り満足度と関連していた。

研究 2：追跡調査の結果、1 名の研究参加者が 2023 年にアルツハイマー型認知症と診断された（当時 80 歳、女性)。この対象者の 1 日の平均電力消費量の変化を見ると、2021 年は 2019 年、2020 年よりも夕方早めの時間帯（15:00～17:00）に高い電気消費量が確認されたのに対し、夜間（18:00 以降）の差はかなり分散していた。さらに、朝の電気使用開始時間の遅れが確認され、2021 年では 2019 年に比べて約 1 時間電気使用開始が遅くなっていた。

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

独居の認知症あり群の特徴として、①認知症ありの群ではフレイル判定や認知機能低下、要介護リスクが高いが、特に非独居の認知症群で顕著であった、②情緒的サポート（相談相手）はあるが、道具的サポート（家事援助）が少ない、③不眠症・統合失調症の頻度が高い、④認知症あり群では地域活動参加率が低く、IT 機器の所有率も低い、⑤認知症の症状や接し方の知識が少なく、予防活動への関心も低い傾向、⑥相談窓口を知らない人が多い、生活・医療・介護の不安が強い、サービスとして「地域の見守り」「日常生活の支援」を求める割合が高い、ことが挙げられた。

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

研究１：国の第二期基本計画において、市町村には、「支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動（権利擁護支援）が、また、そのための枠組みとして、協議会や中核機関の整備が求められていることがわかった。他方、全国調査から市町村の取組の現状をみると、協議会は約５割、中核機関は約７割の市町村が整備するなど、体制整備は進んでいるものの、①１中核機関に配置されている資格職は３名程度である、②協議会も既存の合議体を活用している割合が４割を占めているなど、運営体制は十分ではないことがわかった。また、市町村の計画策定状況をみると、基本計画を地域福祉計画に位置付けている市町村が多く、認知症施策を検討する介護保険事業計画と一体的に計画策定している市町村は少なかった（事業が介護部門と福祉部門に分かれてしまっている)。また、茨城県内の市町村の取組をみた結果、水戸市と周辺８市町村では、県央地域連携中枢都市圏を基盤に、権利擁護地域連携ネットワークの構築を図っていた。

研究２：埼玉県内７市で実施しているごちゃまぜの会を通じて、認知症高齢者の在宅生活を支えるための様々な支援団体やネットワーク、具体的には、①消費者被害防止に取り組む特定非営利法人があること。また、同会では、消費者関連団体のネットワークを持っていること、②同会の活動を通じて、消費者被害防止サポーターが養成され、かつ、県内各市町村にいること、③地域貢献のための活動を展開している団体（青年会議所）が県内の複数市町村にあること。熊谷青年会議所では、災害対策のための取組を地域住民と一緒に行っていること、などがわかった。また、こうした地域資源の見える化が進むことで、北本市では、同会の事務局を担っている社協担当者の、支援ニーズと支援者をマッチングする能力の向上が図られていた（担当者の主観的評価として)。

13）独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

1,296 件の回答を得た(回答率 35.0%)。回答結果を集計分析したところ、①東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の約 5 割が過去１年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、約 4 割が「特殊詐欺」を経験していること、②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺、キャッシュカード詐欺、還付金詐欺、預貯金詐欺、架空領域詐欺の順で多いこと、③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが示された。

D. 考察

1） 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

本研究の成果物の名称をガイドに留めたのは,この領域のエビデンスが極めて希薄なためである. しかし, ここで作成されたガイド案は,今日の認知症疾患医療センターで実際に取り組まれている診断後支

援を基礎にし，かつ，具体的な事例検討の中でもリアルワールドでの実現性が確認されたものである．また，2 事例であるが，実践例において，認知症と診断されてから数年間にわたって在宅生活が継続できていることが確認されている．

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

以下のことが明らかになった：1)チームオレンジによる地域活動はその分かりやすさもあり共生社会づくりの実行部隊となる可能性がある。2)農園を使うことで従来の「集いの場」の主たる構成員である社交的な女性に加えて、男性、若者、子供が参加する。3)認知症支援の専門家等がいないところですでに活動していた既存の地域ネットワークを中核にしたことで、認知症があるひと・ない人、支援される人・する人、という分断が起きない。4)慎重に地域に対して説明を重ねても、すべての人が同じ意見になるとは限らない。

3) プライマリケアにおける独居認知症高齢者等への支援に関する研究

先行研究によれば、認知症の訪問看護で高頻度に実践されることは、コミュニケーション、安全や快適の確保、尊厳を守る、アセスメント、支援ネットワークを築く、である。完成したチェックリストは、これらの内容を独居の場合にどのように実践するかを示している。

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する科学的エビデンスの蓄積はまだ不十分である。今後は研究を重ねながらガイドの修正を並行し継続的に行う必要がある。

また、実際の活用場面においては、厚生労働省が発出した居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲との実行上の差異が生じる可能性がある。今後は、あるべき独居認知症高齢者のケアマネジメントとのすり合わせが必要であり、行政、多職種による職能団体との意見交換やガイドの共同作成も考慮する必要がある。

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

文献レビューの結果、独居認知症高齢者を支援する家族介護者には、他の介護形態とは異なる複合的な困難（別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界など）が生じていることが明らかとなった。また、独居認知症高齢者の家族介護における地域の影響評価により、家族介護者が個人的に受領する支援の状況を調整しても地域環境が重要であるという結果が得られた。これらの結果は、従来の個別支援アプローチに加え、地域環境そのものを支援資源として位置づける視点の重要性を示しており、家族介護の持続可能性を高めるための地域政策・インフラ整備の意義を裏付けるものである。

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

地域には今も高齢者精神保健の支援ニーズがあるのだが、とくに認知症初期集中支援推進事業の開始後、精神保健事業が適切に利用されなくなっており、これが精神疾患を持つ人の排除につながっている可能性が把握された。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

軽度認知症の人が社会参加のためにスマホを利用する場面しては、まずは、家族や友人との連絡があり、家族や友人と買い物や飲食などのための外出の際にスマホが連絡手段として役立てられているものと想定される。その上で、ナビゲーションや会計などのアプリ・機能を使うことによって、利用者の認知機能を補助することもできよう。このように、スマホの利用場面や利用方法を想定して、認知症のある人のスマホ利用を促進する支援プログラムを展開したり、スマホアプリや機能を開発・改善したりすることが期待される。通話やメール、写真・ビデオ以外のスマホアプリや機能が利用されない傾向は、認知症の有無によらず高齢者全般に当てはまる。スマホの利用支援は、認知症になる前から、認知症になっても使い続けられるアプリや機能に習熟するような支援が望ましい。この点も支援プログラムやスマホアプリ・機能の開発の際に考慮すべきである。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

分譲マンションの災害時要配慮者数について、分譲マンションの築年数と居住世帯数という入手が容易な情報から推定する方法を検討し、改善の必要性はあるものの一定の推定が可能であることが示された。

現状では、マンションの管理組合では、災害時の要配慮者をごく少数と捉えているむきあるが、本研究からそうではないことが明らかになった。また、管理戸数から検便に災害時要配慮者を推定することによって、各マンションの管理組合が居住者の状況を想像し、把握することが期待される。

なお、分譲マンション向けの災害時のマニュアルは。いくつかの自治体で出されており、災害時要配慮者に関する記載もある。しかしながら、分譲マンションに暮らす災害時要配慮者の推定数に触れ、管理組合の運営を考慮して決定方法などについて詳細に解説しているものは見つけられなかった。そのため、マニュアルは、多様な災害時要配慮者への支援策について説明すると共に、管理組合としての進め方についても丁寧に説明することにつとめた。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

行方不明対策に独居と同居の区別は無いため，独居独自の対策の必要性については明らかになっていなかった．しかし，本研究により，市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策の枠組みが明らかとなった.

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究 1：見守りの目的が明確であることが、介護者の満足度向上に寄与している可能性がある。また、警備会社を介さずに、介護者に直接つながる緊急通報システムと見守り満足度の間に有意な関連が認められることから、警備会社の関与が介護者の満足度と無関係であるという意外な結果が示された。加えて、3 つ以上の見守り方法の利用と見守り満足度に有意な関連が認められた。以上の結果は、日常生活に則した見守り方法、あるいは複数方法の見守りが、独居認知症高

齢者を支える介護者の心理的負担を軽減するのに役立つ可能性がある。

研究 2: 電気使用量をモニタリングすることで、認知症高齢者においてしばしば観察される概日リズムの乱れに代表されるような、生活リズムの変化を早期に特定できる可能性がある。但し、本研究では認知症発症前の 3 年間だけを観察しているのに加え、研究参加者の病状、生活背景を詳細には把握できていないため、結果の解釈には注意が必要である。

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

連結データを用いて、KDB によって把握された認知症と、地域調査によって把握された社会生活状況（独居、経済状況、社会活動、等）との関連の検討が可能になり、双方のデータで不足していた部分を補完しての解析が可能になったことが確認できた。

12）介護保険データを用いたサービス及び地域システムの質の評価に関する研究

研究 1：市町村は、事業から物事を考え、担当者と所管業務を決めて事業を展開するという仕事の仕方をおこなうため、認知症施策に関しては介護部門が、成年後見制度利用促進に関しては障害・福祉部門が担うといった縦割り構造になっている。こうした状況を変えるためには、事業や施策の目的は何か、事業や施策を通じて何を実現したいのかを常に意識させ、その上で、効果的と思われる手段を、現場を知る関係者と一緒に考えるといった仕掛けを設ける必要がある。また、外部有識者が市町村施策の展開支援に入ることで、①関係する多部門が集まりやすくなる、②議論をうまくリードすることで、目的から手段を考える思考を体感することができると考える。こうした役割を、中核機関に配属された専門職（社会福祉士など）が徐々に担えるようになれば、協議会をうまくハンドリングでき、課題解決力は高まると考える。

研究 2：現行のケアプランをみると、医療・介護サービスの組合せが中心で、インフォーマル支援はほとんど組み込まれていない。また、第 1 層生活支援コーディネーターには地域課題の解決への貢献が期待されているが、十分には機能していない。これら事象を引き起こしている共通原因の 1 つが「地域資源を知らないこと／つながっていないこと」にある。認知症高齢者が抱える課題や支援ニーズを知るこれら専門職が、ごちゃまぜの会を通じて様々な地域資源とその機能を知ることができれば、支援ニーズ（入口）と課題解決に貢献できる地域資源（出口）をマッチングし、課題を解決する力が向上すると考えた。

13）独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

独居認知症高齢者の消費者被害を「過去 1 年間」の事業所単位の経験の頻度として調査した本研究において,地域包括支援センターの約半数が独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の「被害事例」(48.7%) 及び「回避事例」(51.9%) を経験していることを示した点は注目に値する. また、独居認知症高齢者に対する特殊詐欺の実態については,本調査が国内外を通じて最初の報告かと思わ

れる.本研究は独居認知症高齢者を標的とする消費者被害の実態をわが国ではじめて代表性のあるサンプルを用いて調査したものである点に重要な意義がある。地域に暮らす独居認知症高齢者の権利利益の侵害の一端を示す,一定の信頼性が担保された貴重な資料と言えるであろう.

E. 結論

1) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援に関する研究

「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した.このガイドは世界で最初に作成された独居認知症高齢者にフォーカスをあてた診断後支援のガイドかと思われる.このガイド案を踏まえて,実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことが今後の課題である.

2) 生活支援ネットワークを構築する地域拠点に関する研究

チームオレンジ活動は独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための重要な方法であり、各地への波及を一層進める必要があることが分かった。

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

訪問看護師の専門家パネルで、独居認知症高齢者の訪問看護で「非常に重要」と判断された 4 領域 18 項目のチェックリストが作成した。4 領域は以下のとおり：①コミュニケーションと関係づくり、②本人理解と生活アセスメント、③多職種と協働した個別的支援、④予測的判断と意思決定支援。

4) 独居認知症高齢者等のケアマネジメントに関する研究

独居認知症高齢者のケアマネジメント・ガイドを作成した。今後は、科学的エビデンスを蓄積しながら継続的にガイドを見直していく必要がある。ガイドの見直しにあたっては、実行可能性を高める観点から、行政や職能団体と共同する必要がある。

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

文献レビューにより、別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界などが明らかとなった。加えて、開発した「認知症家族介護を支える地域環境指標」を基に、独居認知症高齢者の家族にとっての地域環境の重要性が示唆された。これまでのの知見を総合して「一人暮らしの認知症高齢者を支える家族のためのガイド」と「支援者のための家族支援のガイド」を作成した。

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

認知症初期集中支援推進事業が軌道に乗り、認知症の人たちの包摂が進む。けれども、認知症以外の精神疾患をもつ人たちが共生社会から排除される」ということにならないための仕組みとして、地域精神科コンサルテーション・リエゾン・サービスを提案した。

7) 独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究

軽度認知症のある人のスマホ利用割合は 33.8%で、若年で認知機能が高い人ほど多く利用していた。連絡手段としての利用

が大半で、家族や友人に連絡を取ったり、家族や友人と買い物や飲食を共にしたりする社会参加に役立てているようだった。今後は、より多くの認知症のある人がスマホを社会参加のためのツールとして利用できるように支援することが必要である。まずは、誰もがスマホを利用して家族や友人と連絡したり、買い物や飲食を楽しめたりできることが目標である。その上で、ナビゲーションや会計など認知機能の低下を補うスマホアプリや機能を利用して、より便利でより安全に、社会参加が楽しめることに役立てられるとよいだろう。とりわけ重要となる。

8) 独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

災害時要配慮者の名簿作成を行っている分譲マンションは1割程度と、その対応は緒に就いたばかりであることが示された。その促進のため、管理組合向けの災害時要配慮者対応マニュアルを作成した。

9) 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

市町村の対策の進捗状況に合わせて，まだ対策が進んでいない場合は比較的容易なことから，対策が進んでいる場合は，より難易度の高い対策に取り組んでいくことが求められる.

10) 見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

認知症を抱える高齢者の少なくとも5人に1人が独居であり、認知症高齢者の安全で安心な独居生活を支援する必要性の高さが示された。加えて、複数の方法を用いた見守りが独居認知症高齢者を支える介護者の心理的負担を軽減する可能性や、電気使用量のモニタリングを通じた認知症早期発見の可能性が示された。

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

KDB データと地域調査の連結データを用いることで、双方で不足していた部分を補完しての解析が可能になった。来年度以降も引き続き、関係各所と連携して、連結データの活用について検討と分析を継続していく予定である。

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

研究1：認知症基本法の理念、権利擁護支援の考え方を定着させるために、当事者を中心に据えた個別支援(チームによる支援）と、当事者が抱える共通的な地域課題を解決するための地域支援（協議会、市町村、コーディネート機能を担う中核機関の協働による支援)が一体となって展開される仕組みを市町村単位で構築する必要がある。／研究2：ごちゃまぜの会を活用して、「地域資源の見える化」と「地域資源の機能別整理」を行うことで、個別支援に関わるマネジメント担当者、地域づくりに関わる社協担当者、各種相談に対応する地域包括支援センター等の課題解決力の向上が図られる。なお、こうした手法は、テーマを変えるだけで（例：認知症高齢者の在宅生活を如何に支えるか)応用可能と考えた。

13) 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

独居認知症高齢者は強引な訪問販売・リフォーム詐欺や特殊詐欺の標的にされやすい。超高齢社会が進展するわが国おいて

その対策は喫緊の課題である。

14) スコーピングレビューと自治体向け手引きの作成

これまでの分担研究の成果を統合するとともに、59 項目の Research Questions(RQ)を設定してスコーピングレビューを行い、エビデンスブック 2024 を作成した。また、これを踏まえて、自治体向け手引き「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」を作成した。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 粟田主一：特集にあたって．過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援．老年精神医学雑誌，35(1)：5-10，2024.
2) 粟田主一：認知症のリハビリテーション医療．診断と治療 112：694-698，2024.
3) 粟田主一：認知症基本法と自治体における今後の認知症施策の在り方，自治体法務研究 78：49-54，2024.
4) 粟田主一：認知症に対する医療と介護のかかわり：一人暮らしの認知症の人への精神科医療のかかわり．日精診 50(2)：193-209，2024.
5) 粟田主一：認知症と社会保障．医学のあゆみ．287(13)：1100-1105，2024.
6) 粟田主一：人生 100 年時代の認知症とこころの健康問題．日本老年医学会：高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書 2024. p50-59，日本老年学会，2024，東京.
7) 粟田主一：共生社会において個性と能力が発揮できる支援とは何か？作業療法ジャーナル 58(11)：1046-1051，2024.
8) 粟田主一：認知症基本法と認知症診療．「精神科治療学」編集委員会：症状性・器質性精神障害診療ガイド―精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品―．精神科治療学 39 増刊号：129，2024.
9) 粟田主一：第 13 章高齢者の生活と地域社会．日本老年精神医学会編：新訂・老年精神医学講座；総論．ワールドプランニング社，2024，東京．p235-249.
10) 粟田主一：認知症診療の探求，国の方向性を伝達する：共生社会の実現を推進するための認知症基本法．クリニシアン 71(3)：266-271，2024.
11) 粟田主一：【災害と認知症支援】災害と認知症支援　特集にあたって．老年精神医学雑誌 35(10)：975-983，2024.
12) 粟田主一：今後の認知症医療提供体制　抗アミロイドβ抗体薬治療の導入を踏まえて．The Curator of Neurocognitive Disorders1(2)：52-54，2024.
13) 中山莉子，涌井智子，関野明子，大久保豪，粟田主一：認知症の人と家族のコミュニケーションの類型化に関する質的研究．日本認知症ケア学会誌 23(2)：340-353，2024.
14) 粟田主一：新たな認知症医療提供体

制整備と共生社会の実現を推進するために. 老年学・老年医学公開講座 169 回: 33-41, 2024.
15) 栗田主一：共生社会の実現を推進するための認知症基本法. The Curator of Neurocognitive Disorders. 1(1): 50-51, 2024
16) 新美芳樹, 田中稔久, 石井伸弥, 内海久美子, 枝広あや子, 武田章敬, 冨本秀和, 藤本直規, 古田光, 森啓, 栗田主一, 岩坪威, 日本認知症学会社会対応委員会：アルツハイマー病の疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する, 認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告.Dementia Japan38(2): 279-296, 2024.
17) Iizuka A, Ura C, Yamashita M, Ito K, Yamashiro M, Okamura T. "GO" to move toward dementia-friendly communities: A pilot study Brain Behav 14(6) e3581. 2024
18) Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, Awata S, Okamura T. Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story. Psychogeriatrics.24(5): 1173-1175. 2024
19) Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C. Welfare to Meaningful Work. Int J Geriatr Psychiatry 40(1) e70043 2025
20) Okamura T, Ura C. Inter- or intragenerational conflict: Insights from clinical experience. 2025 Feb 15:100053. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100053.. PMID: 39956673. Int Psychogeriatr. Epub ahead of print Epub ahead of print 2025
21) 岡村毅、宇良千秋、髙瀬顕功、小川有閑、島薗進. 高齢化の進むコミュニティにおける臨床宗教師の可能性の検討. 老年精神医学雑誌.35(10): 1043-1048, 2024
22) 見城澄子 ・中山莉子 ・枝広あや子・岡村毅・宇良千秋. 認知症とともに生きる人を含めた地域住民の「認知症本人発：希望のリレーフォーラム」への参加を実現する過程と参加した体験に関する報告；本人たちの声を聞いた人々へと渡された「希望」と「尊厳」そして「自信」のバトン. 認知症ケア事例ジャーナル.16(4): 250-254 2024
23) 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋：高齢期に働く動機の分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい. 老年精神医学雑誌 In Press 2025
24) Ito K. Older people living in the community with delusion. Geriatr Gerontol Int. 202;24(S1):118-22.
25) Ito K, Okamura T. Task-shifting in Dementia Care: A comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. Frontiers in

Psychiatry. 2025 (in press).
26) Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia, PLoS One;20(1):e0317911 2025
27) Ito K, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Okamura T: Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions, Psychogeriatrics;25(2):e70012 2025
28) 井藤佳恵. 「共生」ということば. 心と社会. 2024;195:68-73.
29) 井藤佳恵.エイジズムと精神疾患のスティグマ. 老年精神医学雑誌. 2024;35(4):335-42.
30) 井藤佳恵.精神疾患のある子をもつ認知症高齢者の支援から. こころの科学. 2024;236:39-44.
31) 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理. 日本精神科病院協会雑誌. (印刷中)
32) 井藤佳恵. 老年期の妄想と社会的孤立. 生存科学. ;35(1):23-33 2024
33) 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理：重い精神疾患を抱える人の、身体合併症医療における意思決定. 日本精神科病院協会雑誌. 2024 (総説、査読なし)；(印刷中).
34) 井藤佳恵: 地域におけるフレイル予防事業と認知症対応事業の連携について：社会的包摂や地域における認知症ケアの視点から, 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センターメールマガジン;5 2025
35) 堀田聰子：共生社会の実現を推進するための認知症基本法の意義と自治体への期待.市政.12月号34-36(2024)
36) 堀田聰子：共生社会の実現を推進するための認知症基本法の特徴・意義と自治体への期待. 地方自治. 927, 2-18 (2025)
37) 大塚理加：福祉・医療の現場から 高齢者の災害対応, 地域ケアリング, 26(9), 40-42, 2024
38) 大塚 理加, 粟田 主一：被災後の介護保険サービスの状況と高齢者への影響, 老年精神医学雑誌, 35(10), 1007-1014, 2024
39) Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, Awata S. An exploratory study on municipal measures for preventing and addressing incidents of missing older persons with dementia living alone in Japan, Psychogeriatrics, 25(3), e70022, 2025.
40) 涌井智子. 高齢者介護を支える多様な家族への介護定量化（Care-quantification）の効果と社会実装への示唆. 老年社会科学雑誌. (in press).

2. 学会発表

1) Awata S: Living alone with dementia in Japan: Challenges and

Policies. AAIC2024, 2024.7.28-8.1, Philadelphia (Symposium)

2) Awata S: Creating an inclusive society where people can live well with dementia with hope and dignity -The Japan Model. H.C.R. 2024 International Symposium, 2024.10.3-10.4, Tokyo.

3) 粟田主一：高齢者の社会的孤立と孤独の実態と支援．日本認知症ケア学会・2023年度東海ブロック大会，2024.2.11，名古屋（特別講演）．

4) 粟田主一：今，再考する認知症共生社会とは．第25回日本認知症ケア学会，2024. 6.15-6.16，東京（認知症ケア賞特別講演）．

5) 花田健二，伊藤和江，沼沢満，杉浦綾乃，佐々木努，山田恭平，山北武，作田直人，永田久美子，粟田主一：自治体と自動車学校の協働による高齢者運転支援と認知症の人の免許返納後の相談体制．第25回日本認知症ケア学会，2024.6.15-6.16，東京（口演）．

6) 粟田主一：共生社会の実現を推進するための認知症基本法について．日本認知症ケア学会・2024年度東北ブロック大会，2024.9.8，仙台（基調講演）．

7) 粟田主一：高齢者のアパシー・うつへの治療ストラテジー．第66回日本老年医学会，2024.6.13-6.15，名古屋（教育講演）．

8) 雛倉圭吾，桜井良太，笹井浩行，清野諭，秦俊貴，藤原佳典，粟田主一：高齢者におけるウェラブルアクティビティトラッカーの使用意向とその関連要因．第66回日本老年医学会，2024.6.13-6.15，名古屋（一般演題・ポスター）．

9) 粟田主一：認知機能の低下とともに生きる高齢者が尊厳ある自立生活を送れる社会の実現をめざして．第19回日本応用老年学会，2024.11.9-11.10，横浜（シンポジウム）．

10) 稲垣宏樹，杉山美香，粟田主一：地域在住高齢者の日常生活における支援のニーズの充足度に関する報告：「千代田区こころとからだのすこやかチェック」から．第19回日本応用老年学会，2024.11.9-11.10，横浜（一般演題・ポスター）．

11) 粟田主一：共生社会の実現を推進するための認知症基本法とこれからの認知症施策．第43回日本認知症学会，2024.11.21-11.23，郡山（特別講演）．

12) 粟田主一：認知症の発症リスク低減を社会実装する際の課題：プライマリ・ヘルス・ケアの視点から．第43回日本認知症学会，2024.11.21-11.23，郡山（シンポジウム）．

13) 粟田主一：抗Aβ抗体薬の実臨床への導入を踏まえた認知症医療提供体制の整備について．第43回日本認知症学会，2024.11.21-11.23，郡山（シンポジウム）．

14) 粟田主一：総括：これからの認知症施策が目指す方向性．第43回日本認知症学会，2024.11.21-11.23，郡山（シンポジウム）．

15) 粟田主一：独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続をめざして：取り組むべき課題の整理．第43回日

本認知症学会，2024.11.21-11.23, 郡山（ミニシンポジウム).

16) 高橋佳史, 佐藤研一郎, 畑中翔, 安藤千晶, 大田崇央, 鈴木宏之, 桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 粟田主一, 鳥羽研二, DMCIRC investigators: DEMCIRC(Determinant of MCI Reversion/Conversion)でのMCI判定基準の特徴. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

17) 佐藤研一郎, 高橋佳史, 畑中翔, 安藤千晶, 鈴木宏幸, 桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 粟田主一, 鳥羽研二, DEMCIRC investigators：DEMCIRC studyの参加者の特徴：軽度認知障害における記憶機能低下者の割合. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

18) 扇澤史子, 岡本一枝, 今村陽子, 高岡陽子, 松井仁美, 井原涼子, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 粟田主一：MCIからADへの移行を予測するスクリーニング検査の下位項目の検討. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

19) 岡本一枝, 扇澤史子, 今村陽子, 植田那月, 加藤真衣, 大森祐貴, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 粟田主一：高齢化率の高い地域の医療機関における軽度認知障害（MCI）の推移の実態. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

20) 齊藤葉子, 滝口優子, 中村考一, 川越雅弘, 粟田主一：介護支援専門員が行う一人暮らし認知症高齢者の生活継続支援に関するインタビュー調査. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

21) 滝口優子, 斎藤葉子, 中村考一, 粟田主一：過疎化が進展している離島・中山間地域におけるオンライン研修の状況と介護実践の課題. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

22) 中村考一, 月井直哉, 橋本萌子, 粟田主一：居住系サービスにおいて実施されているケアがBPSDへ及ぼす影響. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

23) 新美芳樹, 田中稔久, 粟田主一, 岩坪威：疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査研究. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

24) 岡村毅、宇良千秋、枝広あや子、高瀬顕功、戸松義晴、東海林良昌、郷堀ヨゼフ（Josef)、ティム・グラフ（Tim Graf)、島薗進、小川有閑　認知症と共に生きる人のスピリチュアルケア：医療者と宗教者の協働における実際的課題の探索　日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13

25) 岡村毅　未来のケアのカタチとしてのケアファーム：エビデンスと実践から　日本フードシステム学会（博多）　2024/6/22-23

26) 岡村毅、宇良千秋、釘宮由紀子、岡村睦子、山村正子、岡戸秀美、金子真由美、山下真里、涌井智子　地域の介護者の実態調査：高齢者本人を起点とした調査から　日本認知症ケア学会（東京）.2024/6/15-16

27) 宮前史子、藤田和子、小森由美子、山梨恵子、粟田主一、岡村毅、永田久美子　認知症の本人からの発信はどのようにして実現するか：市町村担当者から見た本人発信支援事業が抱える課題日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16

28) 飯塚あい 、伊藤晃碧、北郷萌、山城実有子、宇良千秋、岡村毅 、鳥羽研二、鈴木宏幸　　ペア碁を活用した認知機能低下抑制プログラムの開発と評価:認知機能への介入効果.日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13

29) Ai Iizuka, Kristine Ann Mulhorn, Koki Ito, Moe Kitago, Miyuko Yamashiro, Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Kenji Toba, Hiroyuki Suzuki Development and assessment of an intervention program using Pair Go: Results of an exploratory study GSA（シアトル） 2024/111/13-16

30) 岡村毅：本人を支えるための既存地域資源：医療の外部との協働 日本老年医学会

31) 宇良千秋、涌井智子、釘宮由紀子、岡村睦子、山村正子、岡戸秀美、金子真由美、山下真里、岡村毅、粟田主一：認知機能低下をもつ地域在住高齢者の精神的健康に対する相談相手の有無の影響　日本老年精神医学(札幌)2024/7/12-13

32) 宇良千秋, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 岡村毅, 粟田主一：独居高齢者における地域生活継続のセルフ・エフィカシーの関連要因：将来認知症になっても近くに相談相手がいれば大丈夫？ 日本認知症ケア学会(東京)2024/6/15-16

33) 岡村毅：リアルワールドにおけるACP：コミュニティ参加型研究の視座から In シンポジウム 麻酔科領域における advance care planning (ACP)－周術期の DNAR 再考－日本臨床麻酔学会第 44 回　2024/11/21-2024/11/23

34) 杉山美香、宮前史子、稲垣宏樹、宇良千秋、枝広あや子、岡村毅、粟田主一：地域在住の認知機能低下高齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況 日本老年社会科学会　2024/06/01～02

35) 杉山美香, 宮前史子, 中山莉子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 櫻井花, 多賀努, 宇良千秋, 岡村毅, 粟田主一：ポストコロナでの認知症支援のための地域拠点の実践～新型コロナ「5 類」移行後の認知症支援拠点の取り組み～日本認知症ケア学会(東京)2024/6/15-16

36) 中山莉子, 櫻井花, 杉山美香, 見城澄子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 多賀努, 宮前史子, 枝広あや子, 岡村毅, 粟田主：心理職による地域拠点での心理支援活動に関する報告―地域に暮らす高齢者の心理相談の概要と相談経路について―日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16

37) Ito K, Tsuda S. Understanding and reducing social distance

towards people living with dementia. 2024 EASP (East Asian Social Policy) FISS (Foundation for International Studies of Social Security) Joint Conference; Kyoto. 2024.6.14

38) 井藤佳恵. シンポジウム「精神科医療における意思決定支援の意義と限界」精神科医療における意思決定支援の実践. 法と精神医療学会; 専修大学神田キャンパス. 2024.12.21

39) 井藤佳恵. 「認知症の診療体制の確保について、その現状と課題」. 第43回日本認知症学会学術総会 ダイバーシティー推進委員会シンポジウム; 福島. 2024.11.22

40) 井藤佳恵. ワークショップ精神障害・高齢者の医療における倫理的課題とその対応. 第37回日本総合病院精神医学会総会; 熊本城ホール. 2024.10.29

41) 井藤佳恵. 日本老年精神医学会第12回心理士講習会「認知症等高齢者の地域ケア」高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立. 日本老年精神医学会; 配信. 2024.9.26-10.31

42) 井藤佳恵. 共通講習「医療倫理」医学・医療の不確実性と医の倫理. 第13回精神科医学会学術大会 2024.7.26

43) Hotta S, Hiroshige M, Tsuda S. PARTICIPATION, Participation, participation…: what is your focus when you talk about social participation of people with dementia? 36th Global Conference of Alzheimer's Disease International. Krakow, Polrand. April 24-26, 2024.

44) Onzo A, Mogi K, Hotta S. Call me by your name: the nature of involuntary memory in people with dementia. Society for Neuroscience 2024, Chicago, US, Oct 5-9, 2024.

45) Ohtsuka R, Nagamatsu S, Shiozaki Y, Awata S: Study on the Vulnerability of Older Adults in Need of Long-Term Care at Home during Disasters in Japan, 50th Annual Natural Hazards Research and Applications Workshop, July 13-16, 2025. (Poster Presentation)

46) 菊地和則, 池内朋子, 粟田主一, 認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究, 第66回日本老年医学会学術集会, 2024.6.13-15. 名古屋

47) 川越雅弘：ごちゃまぜの会を活用した地域資源の見える化・ネットワーク化と医療・介護・福祉の協働に向けた取組、第 6 回日本地域包括ケア学会、2025 年 1 月 12 日、日本医師会館（東京都文京区).

48) Wakui T. Strategies for Aging in Place with Dementia: Diversifying Living Arrangements and Enhancing Community Environments. West Pacific Rim Consortium on Healthy Aging 2024. Nagoya, Japan, 2024/11/28.

49) 涌井智子. 「ケアとともに生きる

家族」を支える支援とは. 第 83 回日本公衆衛生学会総会. 札幌. 2024 年 10 月 29 日-31 日. 2024 年 10 月 30 日.
50) 関野明子, 涌井智子, 中山莉子, 石崎達郎, 粟田主一. 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.
51) 涌井智子, 粟田主一, 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 回日本老年社会科学会大会. 奈良. 2024 年 6 月 1-2 日.

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

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

エビデンスブック 2024

令和4年度～令和6年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

はじめに

超少子高齢化の進展によって，認知症とともに一人で暮らす高齢者の数は着実に増加している．独居の認知症高齢者では，生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから，しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり，社会的孤立の傾向が強まることが少なくない．また，近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して，私たちは，平時の社会的孤立が緊急時において増幅され，社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験している．こうしたことから，令和元 （2019）年度～令和3 （2021）年度の厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」において，この領域の現時点での知識ベースを構築し，自治体向け手引きを作成するための資料として 「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究　エビデンスブック2021」を作成した．

しかし，その作成プロセスの中で，国内外を通じてこの領域の研究が極めて未開拓の段階にあることが明らかになった．そこで，令和4 （2022）年度～令和6 （2024）年度の厚生労働科学研究 「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」において，独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に関するさまざまな研究を国内において実施するとともに，エビデンスブック2021の改訂版を作成することとした．本書はこれによって作成されたものである．本書の作成作業を通して，過去3年の間に，独居認知症高齢者の地域生活にフォーカスをあてた多様な研究が国内外でも報告されはじめていることが明らかにされている．しかし，それでもなお，独居認知症高齢者の地域生活の安定化や尊厳ある地域生活の継続をアウトカム指標とする体系的研究はまだ見あたらない．

この領域の研究は，世界最高水準の長寿国であり，21世紀前半に認知症とともに一人で暮らす超高齢者が急増することが予測されるわが国が牽引していかなければならないであろう．尚，2024年1月に施行された 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では，認知症だけではなく，軽度の認知機能障害 （MCI等）を含めた認知機能低下高齢者が，尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせるよう政策を総合的に進めることによって，共生社会の実現を推進していこうとするものである．これまでの研究からも，一人暮らしの高齢者では，すでにMCIの段階で精神的・身体的・社会的な生活課題が現れやすいことが明らかにされている．そこで，本エビデンスブックの作成にあたって，MCIまたは認知症のある高齢者を 「認知機能低下高齢者」と呼び，関連領域の研究も網羅できるようにした．本書が，認知症支援に関わる多領域の人々に広く活用され，一人暮らしの認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に寄与することができればと願っている．

厚生労働科学研究 「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」

研究代表者　粟田 主一

令和4年度～令和6年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

研究組織

（五十音順・敬称略）

＜研究代表者＞

粟田 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

＜研究分担者＞

石崎 達郎　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
石山 麗子　国際医療福祉大学大学院・教授
井藤 佳恵　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
稲垣 宏樹　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
大塚 理加　国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・研究員
岡村 毅　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
川越 雅弘　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
菊地 和則　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
桜井 良太　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
津田 修治　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
堀田 聰子　慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授
涌井 智子　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員

＜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　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
宇良 千秋　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
枝広 あや子　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・専門副部長
大口 達也　埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校　社会福祉士養成科・専任講師
大久保 豪　BMS横浜・立命館大学・客員協力研究員
大野 昴紀　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
大森 千尋　筑波大学人間総合科学学術院　博士課程
小野 真由子　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・協力研究員
黒澤 史津乃　株式会社OAGウェルビーR　代表取締役・行政書士
黒田 葉月　慶應義塾大学医学部・研究員
齊藤 葉子　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
杉山 美香　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
鈴木 善雄　国際医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科博士課程

関野 明子　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研究員
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・副所長
角田 光隆　神奈川大学法学部・教授
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
永田 久美子　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・副センター長兼研究部長
中山 莉子　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員
深谷 太郎　東京都健康長寿医療センター研究所　健康長寿イノベーションセンター・研究員
藤原 聡子　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
水島 俊彦　一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク　副代表・弁護士
光武 誠吾　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
南 拓磨　埼玉県立大学・特任助教
宮前 史子　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
山下 真里　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

目　次

1　独居認知症高齢者数の将来推計と現在の生活実態

RQ1-1.　わが国の独居高齢者数の将来推計は ····· 001
RQ1-2.　わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計は ····· 003
RQ1-3.　認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重症化しやすいのか ····· 007
RQ1-4.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が
　　重症化しやすいのか ····· 011
RQ1-5.　認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか ····· 013
RQ1-6.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか ····· 016

2　健康問題，経済的困窮，社会的孤立，行方不明のリスク

RQ2-1.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも身体的健康問題の
　　リスクが高いのか ····· 020
RQ2-2.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも精神的健康問題の
　　リスクが高いのか ····· 022
RQ2-3.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも口腔機能低下の
　　リスクが高いのか ····· 025
RQ2-4.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも低栄養のリスクが高いのか ·· 028
RQ2-5.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮の
　　リスクが高いのか ····· 031
RQ2-6.　独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも社会的孤立の
　　リスクが高いのか ····· 033
RQ2-7.　独居認知症高齢者等の行方不明リスクは高いのか ····· 036
RQ2-8.　独居の行方不明認知症高齢者等は死亡リスクが高いのか ····· 038

3　リスク低減に向けた対策

RQ3-1.　独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか ···· 040
RQ3-2.　独居認知症高齢者の精神的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか ···· 043
RQ3-3.　独居認知症高齢者の口腔機能低下リスクを低減させる方法はあるか ····· 045
RQ3-4.　独居認知症高齢者の低栄養リスクを低減させる方法はあるか ····· 050
RQ3-5.　独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるか ····· 054
RQ3-6.　独居認知症高齢者の社会的孤立リスクを低減させる方法はあるか ····· 056
RQ3-7.　独居認知症高齢者等の行方不明対策はどうあるべきか ····· 059

4　意思決定支援及び権利擁護に関する課題と対策

RQ4-1.　独居認知症高齢者の意思決定支援においてどのような課題が生じているか ·· 062
RQ4-2.　独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際してどのような課題が
　　生じているか ····· 065
RQ4-3.　独居認知症高齢者は詐欺や不適切な取引の被害に遭いやすいのか ····· 068
RQ4-4.　独居認知症高齢者の意思決定支援における課題を克服するための
　　対策はあるか ····· 071

RQ4-5. 独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際しての課題を克服するための対策はあるか ····· 074
RQ4-6. 独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策はあるか ····· 076
コラム 独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割 ····· 079

5 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題と対策

RQ5-1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か ····· 082
RQ5-2. 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか ····· 087

6 身寄りのない独居認知症高齢者の課題と対策

RQ6-1. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している生活課題は何か ····· 092
RQ6-2. 身寄りのない独居認知症高齢者の生活課題を克服する対策はあるか ····· 094

7 地域環境や居住環境に応じた課題と対策

RQ7-1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か ····· 096
RQ7-2. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか ····· 098
RQ7-3. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か ····· 100
RQ7-4. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか ····· 103
RQ7-5. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か ····· 106
RQ7-6. 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか ····· 109
RQ7-7. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は何か ····· 111
RQ7-8. マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか ····· 113

8 ケア・コーディネーション

RQ8-1. 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような診断後支援がなされているか ····· 115
RQ8-2. かかりつけ医は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか ····· 118
RQ8-3. 訪問看護師は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか ····· 121
RQ8-4. 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような支援を行うことが期待されているか ····· 124
RQ8-5. 介護支援専門員は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか ·· 128
RQ8-6. 介護保険サービスは独居認知症高齢者の在宅生活の継続にどのような効果をもたらしているか ····· 131
RQ8-7. 複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための対策はあるか ····· 137

9 在宅生活の中断と施設ケアへの移行

RQ9-1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か ····· 140
RQ9-2. 独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか ····· 143
RQ9-3. 独居認知症高齢者の在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か ····· 146

10 エンド・オブ・ライフケア

RQ10-1. 独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは
何が課題となっているか ····· 149
RQ10-2. 独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは
どのような配慮が必要か ····· 151

11 より良い暮らしに向けて

RQ11-1. 独居認知症高齢者のQOLには何らかの特徴がみられるか ····· 153
RQ11-2. 社会参加や社会的なつながりは独居認知症高齢者のQOLにどう影響するか ·· 157
RQ11-3. 独居認知症高齢者は，診断や認知機能の低下をどのように認識しているか ·· 159
RQ11-4. 独居認知症高齢者は日常生活の困難に対して，どのような
対処行動をとっているのか ····· 161
RQ11-5. 独居認知症高齢者にとって地域の居場所はどのような
意義を持っているのか ····· 163
RQ11-6. 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか ····· 166
RQ11-7. 金融ジェロントロジーではどのような取組みがなされているか ····· 170
RQ11-8. どのようなデジタル・テクノロジーが独居認知症高齢者の
自立生活の促進に寄与するか ····· 174

序

このエビデンスブックは，2021年に作成した「エビデンスブック2021」を改訂したものである．このエビデンスブックが取り扱う領域の研究は総じて未開拓の段階にあり，体系的研究が著しく少ない．そのようなことから，文献レビューの方法はArkseyとO'Malleyが発案したスコーピング研究の方法[1]とPRISMA-ScRガイドラインに示されるスコーピング・レビュー[2]のチェックリストを参考にすることとした（但し，領域によってはナラティブ・レビューの方法を用いることも許容することとした）．また，改訂作業については，英国のNational Institute for Health and Care Excellence（NICE）の「NICEガイドラインの開発・改訂のプロセスと方法」[3]も参考にした．以下に本書の作成手順を要約する．

1.エビデンスブック全体のスコープの作成

1）トピックス：独居の認知機能低下高齢者（MCIや認知症のある高齢者）の尊厳ある地域生活を促進する．
2）目的：独居の認知機能低下高齢者の尊厳ある地域生活の継続に関わる環境づくりを促進するとともに，それに関わる自治体職員及び関係者の活動を支援する．
3）必要性:超少子高齢化の進展とともに独居の高齢者が増加しているが，それとともに，独居でありかつ認知機能低下があることによって社会的孤立が強まり，尊厳ある地域生活の継続が阻まれる高齢者が増加することが予測される．また，近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して，私たちは，平時の社会的孤立が緊急時において増幅され，社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験している．このような問題を克服していくためには，平時から，地域社会の中で，独居の認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続を可能にする社会環境の整備を進める必要がある．
4）カバーする範囲：独居の認知機能低下高齢者等の地域生活の継続に関わる領域横断的な支援と環境づくり．
5）想定される利用者：自治体職員及び認知症支援・研究に関わるすべての関係者．
6）重要臨床課題：①独居の認知機能低下高齢者が直面している課題は何か？ ②独居の認知機能低下高齢者の尊厳ある地域生活の継続に必要とされることは何か？

2.文献検索とエビデンスブックの作成

1）厚生労働科学研究「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」の研究班にエビデンスブック作成委員会を設置し，59項目のResearch and Review Questions (RQ)を設定した．
2）エビデンスの検索：研究班の分担研究者・協力研究者で，各自の研究領域に合わせてRQの担当者を定めた．担当者は，担当したRQについて検索語と選択基準を定め，PubMed及び医学中央雑誌を基本データベースとし，必要に応じてその他のオンラインシステムを活用するとともに，ハンドサーチも追加して文献検索を行った．尚，文献検索の過程でRQの内容を部分的に修正する必要が生じた場合には，エビデンスブック作成委員会の承認を得てこれを許容した．

3）文献及びエビデンスの選択：各担当者は特定されたすべての文献とエビデンスの適格性を評価して回答文作成に必要な重要文献とエビデンスを選択した．研究班の分担研究者が本研究事業の中で実施し，厚生労働科学研究報告書に掲載した研究もエビデンスとして採用できることとした．

4）レビュー結果の報告：各担当者は所定の様式を用いて，各RQに関する文献検索の方法（活用したデータベース，検索式等），選択した文献，RQに対する回答文とその解説文を作成し，エビデンスブック作成委員会に提出した．

5）エビデンスの評価と統合：エビデンスブック作成委員会は各RQに関する回答文と解説文の妥当性を評価した後に，各担当者から提出された回答文とその解説文を集約・統合し，エビデンスブックとしてとりまとめた．

3.自治体向け手引きとその他の関係者向け手引きの作成

このエビデンスブックが扱う領域の研究は総じて未成熟の段階にあることから，科学的根拠に基づくガイドライン作成は今なお厳しい状況にある．そこで，研究班では，このエビデンスブックの内容を踏まえて，自治体向け手引きとその他の関係者向けの手引きを別途作成することとした．

文献

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

2） Tricco AC, Lillie E, Zarub W, et al. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.

3） National Institute for Health and Care Excellence: How we develop NICE guideline. https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/how-we-develop-nice-guidelines

RQ1-1

わが国の独居高齢者数の将来推計は

回答文

わが国の65歳以上独居高齢者数は2025年の段階で816万人（男291万人，女525万人）であるが，2040年には1,041万人（男418万人，女623万人）に増加し，増加率は1.3倍（男1.4倍，女1.2倍）である．85歳以上独居高齢者数は2025年の段階で187万人（男40万人，女148万人）であるが，2040年には289万人（男72万人，女217万人）となり，増加率は1.5倍（男1.8倍，女1.5倍）である．

解説・エビデンス

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（令和6年推計）によれば，わが国の65歳以上独居高齢者数は2025年の段階で816万人（男291万人，女525万人）であるが，2040年には1,041万人（男418万人，女623万人），2050年には1,084万人（男451万人，女633万人）に増加する．65歳以上の独居高齢者の増加率は2025年～2040年で1.3倍（男1.4倍，女1.2倍），2025年～2050年で1.3倍（男1.5倍，女1.2倍）である（表1）．85歳以上独居高齢者数は2025年の段階で187万人（男40万人，女148万人）であるが，2040年には289万人（男72万人，女217万人），2050年には277万人（男76万人，女201万人）に増加する．85歳以上の独居高齢者の増加率は2025年～2040年で1.5倍（男1.8倍，女1.5倍），2025年～2050年で1.5倍（男1.9倍，女1.4倍）である（表1）．

表1. わが国の性・年齢階級別独居高齢者数の将来推計

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050	増加率	
								2025–2040	2025–2050
総数	65～69歳	1,394	1,632	1,956	2,280	1,963	1,767	1.6	1.3
	70～74歳	1,576	1,469	1,698	2,025	2,359	2,032	1.3	1.3
	75～79歳	1,822	1,641	1,508	1,712	2,015	2,337	0.9	1.3
	80～84歳	1,493	1,873	1,659	1,506	1,675	1,934	1.0	1.3
	85～89歳	1,117	1,323	1,655	1,448	1,311	1,435	1.3	1.3
	90～94歳	593	706	850	1,100	965	890	1.9	1.5
	95～99歳	144	199	238	292	399	351	2.0	2.4
	100歳以上	17	28	40	50	64	93	3.0	5.6
	（再掲）								
	65歳以上	8,155	8,870	9,604	10,413	10,751	10,839	1.3	1.3
	75歳以上	5,186	5,770	5,950	6,108	6,428	7,040	1.2	1.4
	85歳以上	1,871	2,256	2,783	2,891	2,739	2,769	1.5	1.5
男	65～69歳	734	860	1,040	1,222	1,053	951	1.7	1.3
	70～74歳	738	708	834	1,016	1,201	1,038	1.4	1.4
	75～79歳	656	642	614	724	885	1,048	1.1	1.6
	80～84歳	382	547	523	498	584	712	1.3	1.9
	85～89歳	242	301	417	386	366	424	1.6	1.8
	90～94歳	121	149	184	257	234	224	2.1	1.9
	95～99歳	30	42	52	65	95	86	2.2	2.9
	100歳以上	3	5	8	10	14	22	3.4	7.2
	（再掲）								
	65歳以上	2,906	3,254	3,672	4,179	4,432	4,505	1.4	1.5
	75歳以上	1,434	1,687	1,799	1,940	2,177	2,516	1.4	1.8
	85歳以上	396	497	661	719	709	756	1.8	1.9
女	65～69歳	660	772	916	1,058	910	816	1.6	1.2
	70～74歳	838	761	864	1,009	1,159	994	1.2	1.2
	75～79歳	1,166	999	894	989	1,130	1,289	0.8	1.1
	80～84歳	1,111	1,325	1,136	1,007	1,090	1,222	0.9	1.1
	85～89歳	875	1,022	1,238	1,061	945	1,011	1.2	1.2
	90～94歳	472	557	666	844	730	666	1.8	1.4
	95～99歳	114	157	186	227	304	265	2.0	2.3
	100歳以上	14	23	32	40	50	71	2.9	5.2
	（再掲）								
	65歳以上	5,249	5,616	5,932	6,234	6,320	6,334	1.2	1.2
	75歳以上	3,752	4,083	4,152	4,168	4,251	4,524	1.1	1.2
	85歳以上	1,475	1,759	2,122	2,172	2,030	2,013	1.5	1.4

国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計），「結果表3. 男女・５歳階級別所属世帯規模別人口」より作成.

文献

1） 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計）. https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp

RQ1-2

わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計は

回答文

わが国の独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人，女96万人）であるが，2050年には171万人（男44万人，女127万人）となる．独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人（男75万人，女175万人）であるが，2050年には349万人（男128万人，女221万人）となる．

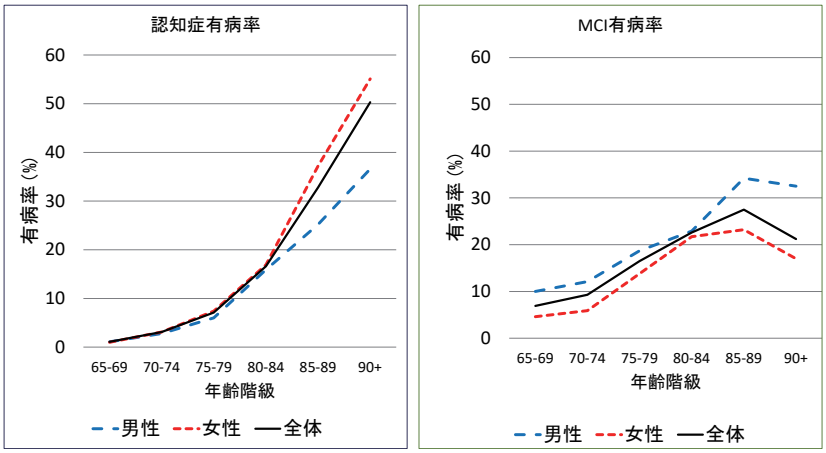
解説・エビデンス

2023年度老人保健健康増進等事業 「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）によれば，2022年のわが国の認知症及び軽度認知障害 （MCI）の性・年齢階級別有病率は表1及び図1の通りである．この数値が今後も一定であり，かつ，この数値が世帯類型によらず一定であると仮定して，国立社会保障・人口問題研究所 「日本の世帯数の将来推計 （全国推計）」（令和6年推計）による性・年齢階級別独居高齢者数と掛け合わせてわが国の独居認知症高齢者数，独居MCI高齢者数，独居認知機能低下 （認知症またはMCI）高齢者数を性・年齢階級別に算出すると表2～4及び図2～図4のようになる．すなわち，わが国の独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人 （男25万人，女96万人）であるが，2050年には171万人 （男44万人，女127万人）となり，独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人 （男75万人，女175万人）であるが，2050年には349万人 （男128万人，女221万人）となる．図2及び図4からわかるように，80歳を超えると男女差が顕著であり，2040年に向けては85歳以上 （特に90歳以上）の女性の独居認知症高齢者が急増する様子が見て取れる．

表1. わが国の認知症及びMCIの有病率

（単位：%）

	認知症		MCI	
	男	女	男	女
65～69歳	1.1	1.0	10.0	4.6
70～74歳	2.8	3.1	12.1	5.9
75～79歳	6.0	7.4	18.7	13.8
80～84歳	15.9	16.9	22.9	21.7
85～89歳	25.2	37.2	34.2	23.2
90歳以上	36.6	55.1	32.5	17.0



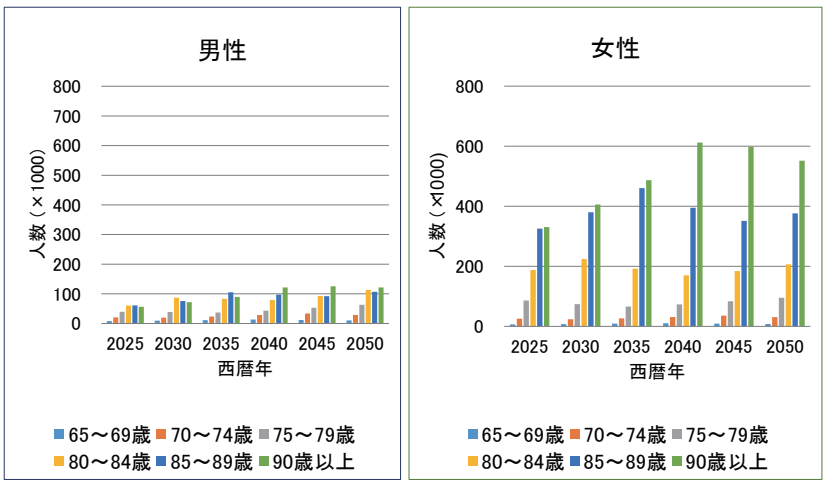
二宮利治：認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究. 令和5年度老人保健健康増進等事業報告書より作成

図1. わが国の認知症及びMCIの有病率

表2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

（単位：千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	8	9	11	13	12	10
	70～74歳	21	20	23	28	34	29
	75～79歳	39	39	37	43	53	63
	80～84歳	61	87	83	79	93	113
	85～89歳	61	76	105	97	92	107
	90歳以上	56	72	89	122	125	122
	計	246	303	349	384	409	444
女	65～69歳	7	8	9	11	9	8
	70～74歳	26	24	27	31	36	31
	75～79歳	86	74	66	73	84	95
	80～84歳	188	224	192	170	184	207
	85～89歳	326	380	460	395	352	376
	90歳以上	330	406	487	612	598	552
	計	963	1,115	1,242	1,292	1,262	1,269
総計		1,209	1,418	1,591	1,676	1,671	1,713



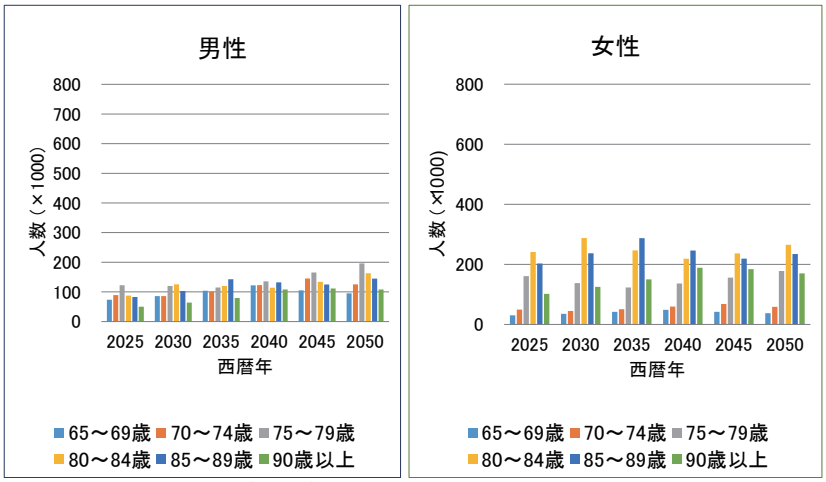
性・年齢階級別認知症有病率 （二宮ら） と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口 （令和6年推計） をかけ合わせて算出

図2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

表3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計

（単位：千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	73	86	104	122	105	95
	70～74歳	89	86	101	123	145	126
	75～79歳	123	120	115	135	165	196
	80～84歳	87	125	120	114	134	163
	85～89歳	83	103	143	132	125	145
	90歳以上	50	64	79	108	111	108
	計	506	584	661	735	786	833
女	65～69歳	30	36	42	49	42	38
	70～74歳	49	45	51	60	68	59
	75～79歳	161	138	123	136	156	178
	80～84歳	241	288	246	219	237	265
	85～89歳	203	237	287	246	219	235
	90歳以上	102	125	150	189	184	170
	計	787	868	900	898	907	944
総計		1,292	1,452	1,562	1,633	1,693	1,777



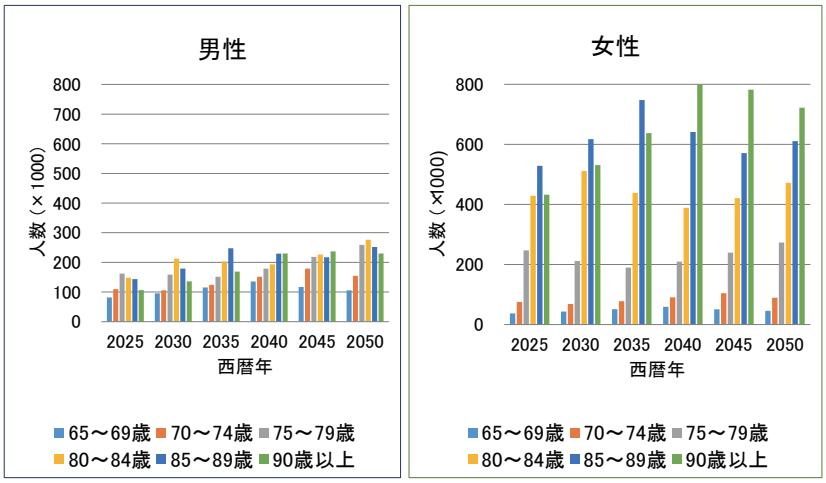
性・年齢階級別MCI有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計

表4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

（単位：千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	82	95	115	136	117	106
	70～74歳	110	105	124	151	179	155
	75～79歳	162	159	152	179	219	259
	80～84歳	148	212	203	193	227	276
	85～89歳	144	179	248	229	217	252
	90歳以上	107	136	169	230	237	230
	計	752	886	1,011	1,118	1,195	1,277
女	65～69歳	37	43	51	59	51	46
	70～74歳	75	68	78	91	104	90
	75～79歳	247	212	189	210	240	273
	80～84歳	429	512	438	389	421	472
	85～89歳	529	617	748	641	571	611
	90歳以上	432	531	637	801	782	722
	計	1,749	1,983	2,142	2,190	2,169	2,213
総計		2,501	2,870	3,153	3,308	3,364	3,490



性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

文献

1） 国立大学法人九州大学. 令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）. https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186

2） 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計）. https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp

RQ1-3

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重症化しやすいのか

回答文

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

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

移動能力の低下，外出機会の減少，買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとした場合，認知症の有無やその程度が，これら生活障害に関係し，その結果，要介護度の重度化に結び付いている可能性は考えられるが，今後，更なる検証が必要である.

解説・エビデンス

1.はじめに

2040年にかけて，介護ニーズの高い85歳以上人口の急増と，医療・介護提供体制を支える15～64歳人口の減少が同時進行する.

介護需要が増加する一方で，人材確保は困難化するため，①要介護者を増やさない，②要支援・要介護者を重度化させないための対策，いわゆる「介護予防」は機能強化されることになる．介護予防が進めば，自立した生活を継続することにもつながり，介護保険の目的とも合致することになる.

介護予防を推進するためには，重度化の実態やメカニズム，関連要因を明らかにし，対象や原因に応じた対策を講じていく必要がある.

2.地域を対象とした要介護者の重度化要因に関する研究

特定のサービス（例：訪問リハ，訪問看護）を利用している要支援・要介護者の重度化の実態とその要因に関する研究はあるが，対象者像に偏りがあり，地域の全体像を示すものにはならない.

そこで，ここでは，地域全体を対象とした調査に限定して，その分析結果から得られた知見を整理する.

1）柳原論文[1)]（対象：要介護2～3）

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

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

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

2）松田論文[2]（対象：要介護1）

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

状態像としては寝返り，起き上がり，座位保持，両足および片足での立位，歩行，移乗，移動といった筋力の低下に関連する項目で自立していない者，その結果として外出の頻度が少なく，買い物に関して他者に依存している者で要介護度が悪化していたと報告している．認知症に関しては，認知症高齢者の日常生活自立度 （認定データ），および認知症の有無（医療レセプト病名）が用いられている．単変量解析では，認知症の有無は有意になっていない．また，自立度に関しては，自立に比べ，Ⅲaでは有意に重度化しやすいが，逆に，Ⅱaでは有意に重度化しにくいという結果が報告されている.

3）石山論文[3]（対象：要介護1～5）

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

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

要介護度の重度化と各要因の単変量解析では，認知症自立度や認知症の有無との関連性は見られなかったと報告している.

4）和泉論文[4]（対象：要支援～要介護1）

在宅の軽度要介護認定高齢者の要介護度の推移の状況とその要因を明らかにし，介護予防対策の示唆を得ることを目的とした論文.

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

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

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

5）林論文[5]（対象：要支援～要介護4）

高齢者が独居又は認知症になった際，要介護度の変化にどのような影響があるかを検証した論文.

2010年10月～2011年9月の間に介護保険サービスを利用していた65歳以上の要支援・要介護1～4の77,159人 （認知症群23,638人，非認知症群53,521人）を2015年3月まで追跡し，Kaplan-Meier生存分析を行い，要介護度の重度化を月単位で検討し，Cox回帰モデルを用いて，要介護度重度化と認知症や独居の関連性を分析している．なお，認知症の有無に関しては，認知症関連サービスや認知症加算記録の有無で，また，独居の有無は独居加算の有無で判断している.

その結果，認知症群は非認知症群より，研究期間中の要介護度重度化のリスクが1.46倍高かったと報告している．

6）A市でのコホート研究

川越ら[6]は，A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに，対象者を「独居認知症群（n=4,772）」「非独居認知症群（n=4,185）」「非認知症群（n=6,063）」の3群に分類した上で，2年後の要介護度の変化を比較した．

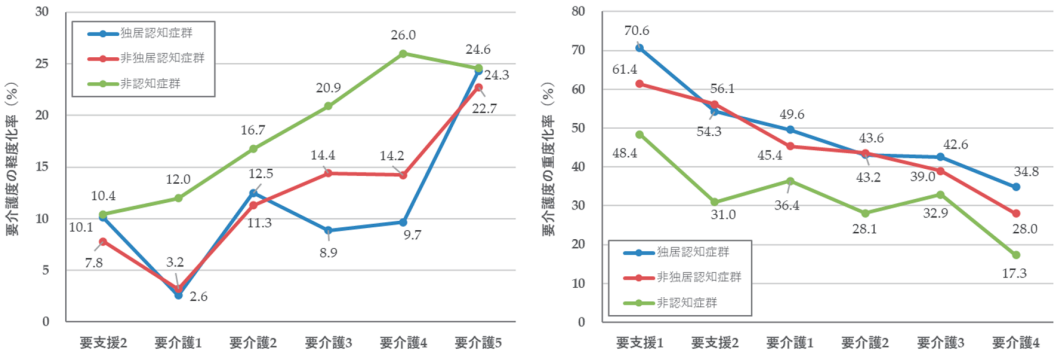
その結果，

①全ての要介護度において，要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く，逆に，重度化率は最も低かった

②要介護度と軽度化率の関係をみると，３群とも要介護度が軽度な者で軽度化率が低い傾向が，他方，重度化率は，３群とも要介護度が軽度な者で高い傾向がみられた（軽度者ほど改善しにくく，かつ重度化しやすい）

などがわかった．

要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究[7]によると，非認知症群に比べ，認知症群で移動動作能力の低下がADL低下に大きく影響していることが明らかとなっている．また，こうした移動動作の障害の進行がセルフケアの崩壊に直結しているのではないかと考察している．



a）軽度化率　　b）重度化率

図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の３群間比較

3.まとめ及び今後の課題

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

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

移動能力の低下，外出機会の減少，買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとした場合，認知症の有無やその程度が，これら生活障害に関係し，その結果，要介護度の重度化に結び付いている可能性は考えられるが，今後，更なる検証が必要である．

文献

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

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

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

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

5） 林慧茹. 要介護度重症化に認知症や独居はどう影響するか. Geriatric Medicine. 2022;60(4):323-327.

6） 川越雅弘, 南拓磨. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係―独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の3群間比較より. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一）. 令和2年度報告書. 2021.3.

7） 佐藤ゆかりほか. 認知症の有無別にみた要支援・要介護1の在宅高齢者におけるADLと移動動作との縦断的な関係. 老年社会科学. 2006;28(3):321-333.

RQ1-4

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重症化しやすいのか

回答文

認知症高齢者の要介護度の重度化に関する論文自体が非常に少ない．さらに，重度化要因をみた論文は見当たらず，筆者らが行った研究が数少ない研究の1つと考えられる。

川越らの研究では，認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが，認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった．

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

解説・エビデンス

1.はじめに

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

独居高齢者が増加していくなか，家族の有無が要介護度の重度化に影響しているのか否かを明らかにし，今後の家族の関わり方や介護サービス，地域住民による支援のあり方を考える上で参考にしていく必要がある．

2.先行研究

1）A市でのコホート研究

川越ら[1)]は，A市の在宅要支援･要介護高齢者を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに，対象者を「独居認知症群（n=4,772）」「非独居認知症群（n=4,185）」「非認知症群（n=6,063）」の3群に分類した上で，2年後の要介護度の変化を比較した．

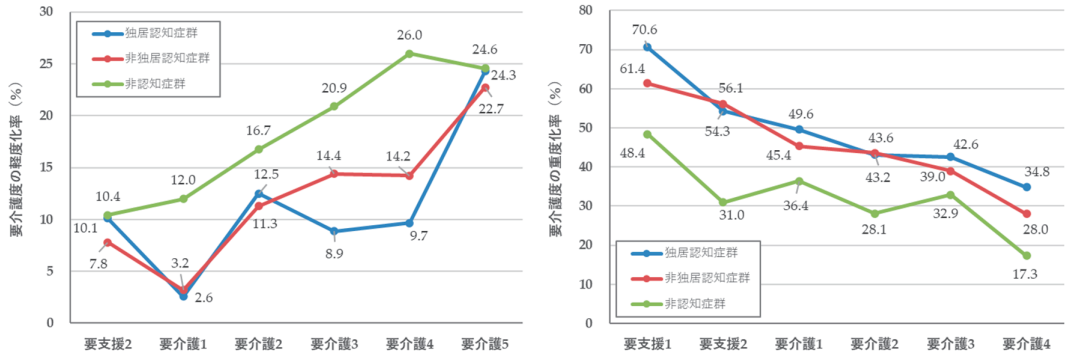
その結果，

①全ての要介護度において，要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く，逆に，重度化率は最も低かった

②認知症の2群間で要介護度別重度化率を比較すると，独居群の方が，「要支援1」で9.1ポイント，「要介護4」で6.8ポイント，「要介護1」で4.2ポイント高い一方で，それ以外の要介護度では，非独居群の方が重度化率は高かった

などがわかった．

要介護度によって，認知症の独居／非独居群間で改善率や重度化率に差は見られたものの，認知症の有無と要介護度の重度化の関係性に比べれば，その影響は小さいことが確認できた．



a）軽度化率　　b）重度化率

図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の３群間比較

3.まとめ及び今後の課題

認知症高齢者の要介護度の重度化に関する論文自体が非常に少ない（独居and認知症高齢者and重度化／悪化で8件のみ）．さらに，重度化要因をみた論文は見当たらず，川越らが行った研究が数少ない研究の1つと考えられる．

川越らの研究では，認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが，認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった．

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

文献

1）　川越雅弘, 南拓磨. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係―独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の３群間比較より. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一）. 令和2年度報告書. 2021.3.

RQ1-5

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

回答文

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

解説・エビデンス

1.はじめに

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

同システムの基本理念は，「在宅生活の継続性確保」にあるが，在宅療養を希望する要支援・要介護高齢者 （以下，要援護高齢者）が，様々な理由により，居住系サービスや介護保険施設への入居・入所 （以下，施設移行）を余儀なくされるケースは多い．こうした状況を出来るだけ防ぐためには，施設移行しやすい要援護高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で，適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる.

2.在宅生活の継続が困難化しやすい要援護高齢者の本人要因とは

1）海外における先行研究

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

Gauglerら[1]は，12の調査をメタ分析し，ナーシングホームへの入所を予測する因子として，①自立していないADL項目が3項目以上ある （OR= 3.25, 95%CI=2.56-4.09），②認知障害がある （OR=2.54, CI=1.44-4.51），③過去に入所経験がある （OR=3.47, CI=1.89-6.37）ことを，Bharuchaら[2]は，①認知症である （HR=5.09, 95%CI=2.92-8.84），②年齢が高い（HR=1.06, 95%CI=1.03-1.10），③IADLの自立度が低い（HR=1.31, 95%CI=1.15-1.50），④社会的サポートが弱い （HR=1.27, 95% CI=1.10-1.46），⑤処方数が多い （HR=1.21, 95%CI=1.11-1.32）ことを，Williamsら[3]は長期療養施設への入所の主要因はアルツハイマー型認知症であることを，また，Tateら[4]は施設への移行の主要因として，年齢，認知機能障害，介護負担の増大を挙げている.

これらの結果から，認知症であることが，ナーシングホーム・長期療養施設入所の強力な予測因子の１つであることがわかる.

2）日本における先行研究

日本では，1980年代後半から，在宅要援護高齢者の施設入所要因に関する研究が行われている．中島ら[5]は，医中誌の原著論文を対象に，「在宅介護 （在宅ケア）」「高齢」を

条件にした上で「継続or困難or連携」をキーワードに検索を行い（2010年7月実施），内容確認の上，79論文をレビューしている．その中で，在宅継続を促進する本人要因として，①ADLの状態が安定していること（特に，排泄介助が不要であること），②認知症があり，かつ，BPSDが生じていることが多くの論文で共通していたと報告している．

また，重度要介護高齢者に限定した調査を行った石附ら[6]は，「在宅で長期介護を受けている重度要介護者325人」と，「在宅から施設入所した重度要介護者102人」の在宅時の状況を比較し，認知症であることや過去１年間の入院歴が，在宅の長期継続を阻害する要因であると報告している．

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

3）A市でのコホート研究

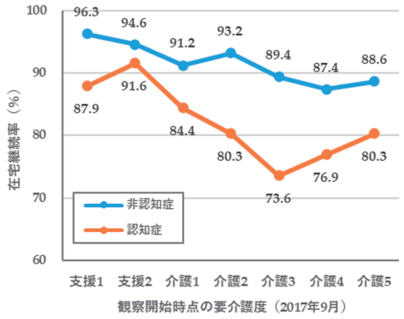
そこで，川越ら[7]は，A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下，認知症自立度）をもとに，対象者を「認知症群」6,424人と「非認知症群」5,643人に分けた上で，2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を，性別要介護度別に比較した．その結果，

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

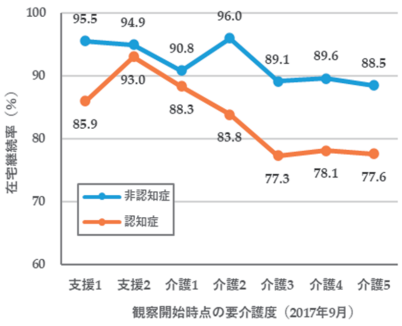
②認知症の有無と2年後の在宅継続の有無の関係性を分析した結果，認知症群で有意に在宅継続率が低かった（χ^2検定，$p<0.001$）

③2群の在宅継続率の差をベースライン時の要介護度別にみると，「要介護3」が最も大きく，次いで「要介護2」「要介護4」「要支援1」の順であった（図1）

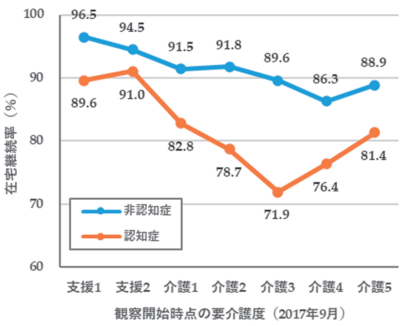
などがわかった．



a）総数



b）男性



c）女性

図1. 性別要介護度別にみた在宅継続率の比較（認知症群vs非認知症群）

3.残された課題

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

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

文献

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

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

3） Williams N, Phillips NA, Wittich W, et al. Hearing and cognitive impairments increase the risk of long-term care admissions. Innov Aging. 2020 Jan 1;4(2):igz053.

4） Tate K, Bailey S, Deschenes S, Grabusic C, Cummings GG. Factors Influencing Older Persons' Transitions to Facility-Based Care Settings: A Scoping Review. Gerontologist. 2023 Aug 24;63(7):1211-1227. doi: 10.1093/geront/gnac091.

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

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

7） 川越雅弘, 南拓磨. 在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究（研究代表者：粟田主一）令和3年度総括・分担研究報告書. 2021;26-31.

RQ1-6

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか

回答文

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

解説・エビデンス

1.はじめに

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

同システムの基本理念は，「在宅生活の継続性確保」にあるが，在宅療養を希望する認知症高齢者が，様々な理由により，居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下，施設移行）を余儀なくされるケースは多い．こうした状況を出来るだけ防ぐためには，施設移行しやすい認知症高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で，適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる．

2.独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の差異について

1）海外における先行研究

松下[4]は，一人暮らし認知症高齢者に関する研究を概観するため，国内外の文献レビューを実施している（2011年2月実施）．なお，英文献に用いられたデータベースは，CINAHL，MEDLINE，PubMed，British Nursing Index，PsycINFOおよびSocINDEXである．

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

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

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

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

2）日本における先行研究

中島ら[5]は，独居認知症高齢者の在宅生活継続を阻害する要因を概観するため，「医中誌Web」および「CiNii Articles」の論文を対象に，「認知症」「高齢者」「独居or一人暮らし」をキーワードに検索を行い（2021年2月），169論文を抽出し，その中の12論文に対してレビューを行っている．その結果，主な要因として，①火の不始末や迷子になる等の「生命の安全確保の危機」，②さらなる介護を要する等の「日常生活に影響する疾患や身体機能の低下」，③衛生管理や服薬管理等の「セルフマネジメント能力の低下」，④利用料支払をめぐるトラブルやサービス拒否等の「サービスの利用困難」，⑤子ども・友人・近隣からの金銭搾取や訪問販売等による消費者被害等の「経済的被害」，⑥近隣住民に対する夜間の訪問やトラブル等の「近隣住民との関係性の悪化」の6つのカテゴリーに分類されたと報告している．

また，岡村ら[3]は，認知症高齢者198例を5年間追跡，そのうち追跡不能となった43例をみると独居の傾向があったと報告している．

海外の論文では，独居と非独居の認知症高齢者を比較したものはあるが，在宅継続率を比較したものはない．日本の論文では，独居認知症高齢者に限定した調査がほとんどで，2群間の属性や特性，ADL等を比較した論文はほとんどない．また，在宅継続率を比較した論文はみられない．

3）A市でのコホート研究

そこで，筆者ら[7]は，A市の在宅の要支援・要介護認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）を対象に，ベースライン（2017年9月時点）時の住民基本台帳に基づく世帯情報をもとに「独居群」2,897人と「非独居群」3,527人に分けた上で，2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を，性別要介護度別に比較した．その結果，

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

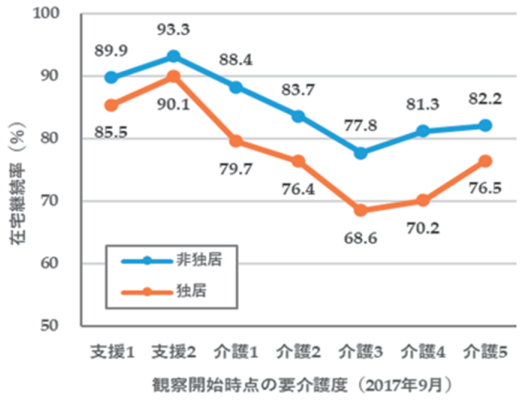
②在宅からの移行率をみると，要支援1では，GH・特養，要支援2では，特定施設，要介護1では，GH・老健，要介護2ではGH・特養・老健，要介護3以上では特養への移行が，独居群で相対的に高かった．

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

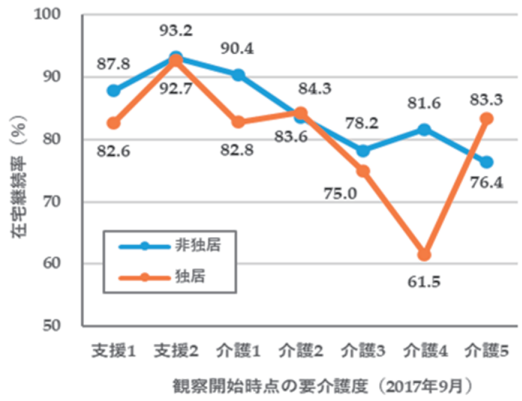
④男性では，独居群の在宅継続率が，「要介護4」で20.1ポイント，「要介護1」で7.6ポイント低かった．逆に，「要介護5」では7.0ポイント，「要介護2」では0.7ポイント高かった．

⑤他方，女性では，すべての要介護度で，独居群の在宅継続率が低かった．両群の差は，「要介護3」が10.4ポイントと最も大きく，次いで「要介護5」9.8ポイント，「要介護4」9.4ポイントの順であった．中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い傾向にあった．

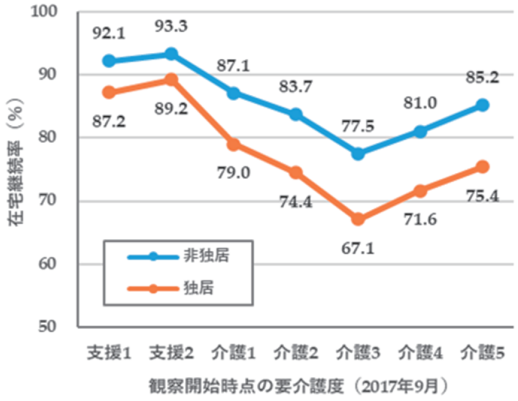
などがわかった．



a）総数



b）男性



c）女性

図1. 性別要介護度別にみた認知症高齢者の在宅継続率の比較 （独居群vs非独居群）

3.残された課題

海外及び川越ら[6]が行った調査から，独居群で女性の割合が高いことが確認できた．

また，コホート研究から，独居であることが，在宅生活継続の阻害要因 （施設移行の促進要因）であることが確認できた．

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

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

文献

1） Webber P, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer’s disease; effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist. 1994;34(1):8-14.

2) Tuokko H, MacCourt P, Heath Y. Home alone with dementia. Aging&Mental Health. 1999;3(1):21-27.

3) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al. Factors associated with inability to attend a follow-up assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research, Psychogeriatrics. 2022;22(3):332-342.

4) 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌. 2012;15(2):25-34.

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

6) 川越雅弘, 南拓磨. 一人暮らし在宅認知症高齢者の2年後の転帰, 在宅継続率およびケアの場の移行状況. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):218-223.

RQ2-1

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも身体的健康問題のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも身体的健康問題のリスクが高い．

独居認知症高齢者が抱える身体的健康問題は非独居認知症高齢者よりも常に多く，独居によってさらに増える可能性がある．独居者は非独居者よりも併存疾患が多いが，経時的な増加は同程度である．体重減少や入院は独居者に有意に多く発生する可能性がある．ただし，入院の増加分は，例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪など，身体的健康問題が真に増えたものか，それとも，自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという，社会的要因を反映したものか判断できない．死亡のアウトカムで比較すると独居と非独居に差がない．

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居は認知症高齢者の身体的健康問題発生のリスクファクターになるのかを検証した．本レビューでは，時間的関係によって因果の方向性が判断できる縦断的研究3件をエビデンスに採用した．その他にも，独居認知症高齢者の身体的健康の特徴を非独居と比較した横断研究は多く認めた（Lehmann et al, 2010; Cermakova et al, 2017; Clare et al, 2020など）．しかし，これらは研究間で結果の一貫性に乏しく，時間的関係から因果の方向性を判断することもできない．つまり，独居（リスク）の結果の健康状態を示すとも言えるし，健康状態（条件）の結果の独居を示すとも言える．そのため，独居が身体的健康問題のリスクになるのかどうかを検討する本レビューでは，エビデンスとして採用しなかった．

2.エビデンス

論文1[1)]は，フランスのメモリークリニック50施設で行われたクラスターランダム化比較試験のデータを二次解析した研究である．アルツハイマー型認知症の対象者1,131名のうち独居者348名（30.8%）だった．研究のアウトカムで身体的健康問題に該当するのは，入院，死亡，体重減少の3つである．

- 入院発生率は，独居認知症高齢者100人年あたり31.2（95%CI 25.5-36.9）人に対し，非独居の場合は25.6（95%CI 22.3-28.8）人だった．交絡因子を調整したcox比例ハザード分析で，独居は有意な入院の予測因子だった（HR 1.33，95%CI 1.01-1.74）．
- 死亡率は，独居の場合100人年あたり2.75（95%CI 1.4-4.1）人，非独居6.2（95%CI 4.9-7.5）人で，非独居の方が多い傾向だった．しかし，多変量のcox比例ハザード分析では有意差を認めなかった（HR 0.60, 95%CI 0.32-1.11）．
- 体重減少（4%以上）は，独居の場合100人年あたり20.3（95%CI 15.9-24.6）人，非独居18.1（95%CI 15.4-20.7）人で，有意差を認めなかった．

論文2[2]は，2014年から続くイギリスのIDEAL研究から縦断分析の報告である．独居281人（18.4%）と非独居1,244人の認知症高齢者の多彩なアウトカムについて，コホート組み入れ時と2年後まで三時点の変化を比較している．身体的健康問題に関連するアウトカムは，併存疾患（Charlson Comorbidity Index）を評価している．

- 併存疾患は，独居の方がベースライン（T1），1年後（T2），2年後（T3）で常に多い（T1, 2.00 vs 1.75; T2, 2.58 vs 2.17; T3, 2.80 vs 2.41）が，非独居と同じペースで増えており，経時的変化の軌跡に差はない（独居と併存疾患の経時変化の交互作用: RR 0.99, 95%CI 0.95-1.01）．

論文3[3]は，スロバキアの一つの医療機関を2011-2014年の間に利用した認知症患者428名のベースラインと12ヶ月後の二時点で評価した縦断分析の報告である．428名のうち80名（19%）が独居，153名（36%）は家族と同居，195名（45%）はナーシングホーム（NH）の入居者だった．以下，独居と家族と同居の比較のみを記載する．ベースラインの基本属性は，独居者は家族と同居者よりも若年（平均年齢, 76.5 vs 79.6）という点で特徴的なコホートだった点は留意すべきである．女性の割合および配偶者との死別の割合は，家族と同居よりも多かった（女性, 59% vs 55%; 死別, 78% vs 57%）．身体的健康問題の指標としてBMIを評価している．

- 対象者のBMIは21以上で，時間と共に減少した．独居の方が家族と同居よりもベースラインのBMIは高かった（29.1 vs 28.3, p<0.01）が，12ヶ月での減少幅は独居の方が大きかった（-2.53 vs -2.19, p=0.01）

3.考察

独居認知症高齢者が抱える身体的健康問題は非独居認知症高齢者よりも常に多く，独居によってさらに増える可能性がある．独居者は非独居者よりも併存疾患が多いが，経時的な増加は同程度である．体重減少や入院は独居者に有意に多く発生する可能性がある．ただし，入院の増加分は，例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪など，身体的健康問題が真に増えたものか，それとも，自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという，社会的要因を反映したものか判断できない．死亡のアウトカムで比較すると独居と非独居に差がない．

独居が認知症高齢者に与える影響は，新たな併存疾患の発症や死亡といった純粋に医学的な身体的健康問題の発生というよりは，体重減少や入院など自宅でのセルフケアや介護力の不足のための社会的な影響を受けた身体的健康問題の増加と解釈することができる．これは，独居認知症高齢者は施設入所という複数の研究が一貫して示す社会的帰結のエビデンスと一致する（論文1; 論文2; Knapp et al, 2016; Lin et al, 2017; Mjørud et al, 2020）．

文献

1） Soto M, Andrieu S, Fares C, et al. Living alone with Alzheimer's disease and the risk of adverse outcomes: results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer study. J Am Geriatr Soc. 2015;63:651-658.

2） Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.

3） Harsányiová M, Prokop P. Living condition, weight loss and cognitive decline among people with dementia. Nursing Open. 2018;5:275-284.

RQ2-2

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも精神的健康問題のリスクが高いのか

回答文

認知症高齢者にとって，独居は孤独感のリスクだと判断できるが，抑うつやBPSDのリスクであるかどうかは判断するためのエビデンスが不足している．

孤独感は独居者の半数近くが感じている可能性があり，非独居者よりも常に多い精神的健康問題である．ただし，独居によって経時的に増えるものではない．抑うつも，独居者の方が有病率は高い可能性がある．焦燥性興奮などのBPSDの症状の出現頻度は，独居者の方が少ない可能性がある．ただし，エビデンスとなった横断データからは，独居が抑うつやBPSDのリスクとなっているのか，抑うつやBPSD（がないこと）が独居の条件となっているのか，因果の方向性を判断することはできない．

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居は認知症高齢者の精神的健康問題発生のリスクファクターになるのか，不安・抑うつ・孤独感・行動・心理症状（BPSD）を中心に検証した．独居と非独居の認知症高齢者の抑うつ，孤独感，BPSD等を比較した縦断研究を1件認めた（論文1）[1]．横断研究2件（Victor et al, 2019; Clare et al, 2020）は，論文1と同じIDEALコホートのデータを用いた研究のため，結果が矛盾しないことを確認するのみにとどめた．また，横断データを用いて，独居と非独居の認知症高齢者の認知機能や心理状態を比較した研究2件を採用した（論文2,3）[2, 3]．ただし，RQ2-1と同様に，横断研究の結果は因果の逆転の可能性が考えられるため，本レビューの中では参考程度の扱いとした．

さらに，独居と非独居の認知症患者に対する向精神薬を含む薬剤処方のパターンを横断的に比較した論文2件を認めた（Cermakova et al, 2017; Zafeiridi et al, 2020）．これらは，健康問題の頻度を検討するために処方薬の頻度を代理指標として利用する研究である．健康問題と処方の間には医療へのアクセスが必ず介在する．独居と非独居の認知症高齢者では医療へのアクセスに差異があるため（論文1-3; Webber et al, 1994: Portacolone et al, 2024），代理指標の妥当性に疑義が生じる．そのため，本レビューのエビデンスとして採用しなかった．

2.エビデンス

論文1[1]は，2014年から続くイギリスのIDEAL研究の縦断データの分析結果の報告である．独居281人と非独居1,244人の認知症高齢者の多彩なアウトカムについて，コホート組み入れ時と2年後までの変化を三時点で比較している．精神的健康問題に関連するアウトカムは，本人の回答による抑うつ（Geriatric Depression Scale-10），孤独感（De Jong-Gierveld Loneliness Scale）と，家族等の介護者の回答によるBPSD（Neuropsychiatric Inventory）を評価している．

- 抑うつのスコアは，非独居よりも独居の方がベースライン（T1）では有意に高い（2.91 vs 2.61, RR 1.12, 95%CI 1.03-1.22）．しかし，1年後（T2），2年後（T3）では有意差を認めない（T2, 2.57 vs 2.40; T3, 2.50 vs 2.40）．また，経時的変化の軌跡に差はない（独居と抑うつの経時的変化の交互作用：RR 0.96, 95%CI 0.91-1.02）．
- 孤独感のスコアは，独居の方がベースラインおよび2年後で有意に高い（T1, 1.85 vs 1.25; T2, 提示なし; T3, 1.75 vs 1.35）．しかし，経時的変化の軌跡に差はない（独居と孤独感の経時的変化の交互作用：RR 0.97, 95%CI 0.92-1.03）．また，同コホートのベースラインデータを用いた横断研究（Victor et al, 2019）によれば，孤独感の頻度は独居44.5%，非独居30.3%，強い孤独感がある頻度はそれぞれ10.2%，3.6%でともに有意差を認めた．
- BPSDの頻度は，独居・非独居の間で差はなく（T1, 3.54 vs 3.58; T2, 3.57 vs 3.78; T3, 4.37 vs 4.14），経時的変化の軌跡に差はない（独居とBPSDの頻度の経時的変化の交互作用：RR 1.03, 95%CI 0.94-1.14）．

論文2[2]は，2003年に実施された米国の地域疫学研究の参加者のうちMMSE24点未満の高齢者（65歳以上）を対象とした横断分析の報告である．対象者349名のうち，独居97名（27.8%）だった．精神的健康問題は，家族等の主介護者が回答した抑うつ（Neuropsychiatry Inventoryの抑うつサブスケール），精神病症状と焦燥性興奮（12-item Behavior Symptom Rating Scale）を評価している．

- 抑うつの発生率は，独居者16.5%に対し，非独居者22.5%で有意差を認めない（p=0.208）．
- 精神病症状の発生率は，独居者20.6%に対し，非独居者26.2%で有意差を認めない（p=0.279）．
- 焦燥性興奮の発生率は，独居者27.8%に対し，非独居者48.8%の方が有意に高い（p<0.001）．

論文3[3]は，2012-14年にドイツで行われた70歳以上の地域在住認知症高齢者を対象としたRCTの参加者516名のベースラインデータの横断分析の報告である．対象者のうち251名（51%）が独居だった．評価した精神的健康の指標は抑うつ（Geriatric Depression Scale）である．

- 抑うつの頻度は独居16.4%，非独居14.6%で，有意差を認めなかった（p=0.619）．

3.考察

認知症高齢者にとって，独居は孤独感のリスクだが，抑うつやBPSDのリスクであるかどうかは判断するにはエビデンスが不足している．孤独感は独居者の半数近くが感じている可能性があり，非独居者よりも常に多い精神的健康問題である．ただし，独居によって経時的に増えるものではない．抑うつも，独居者の方が有病率は高い可能性がある．焦燥性興奮などのBPSDの症状の出現頻度は，独居者の方が少ない可能性がある．ただし，エビデンスとなった横断データからは，独居が抑うつリスクとなっているのか，抑うつやBPSD（がないこと）が独居の条件となっているのか，因果の方向性を判断することはできない．

文献

1） Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.

2) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. Int Psychogeriatrics. 2010;22

3) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimer's Dis. 2016;52(2):619-629.

RQ2-3

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも口腔機能低下のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者では，認知症の進行による口腔衛生習慣やセルフケア能力の低下や問題解決能力等受療への障壁があることに加え，独居であることにより他者による促しや気づきが得られないこと，廃用によって口腔機能低下リスクが高いといえる．

解説・エビデンス

1.はじめに

高齢者の口腔の健康は生活の質に関する指標の一つであり，高齢者の口腔衛生状態の悪化と口腔機能低下，摂食嚥下機能低下は，食事の喜びやコミュニケーションなどを通じて社会性の変化や生活の質に影響を与える[1)]ことが知られている．超高齢者の低咬合力は，同居者の有無に関わらずプロテイン，多価不飽和脂肪酸，食物繊維，ビタミン類，ミネラル類の低摂取につながる[2)]．また主観的な口腔の健康に関連した生活の質は，口腔の健康指標だけでなく認知機能や精神的健康，抑うつをも反映することも指摘されている[3)]．一般的に口腔の健康状態はフレイル発症リスクであるが，それ自体は必ずしも独居認知症高齢者だけにリスクがある状態ではない．すなわち残存歯が少なく咀嚼困難で口腔の健康状態が不良である高齢者は，独居や認知症，抑うつ症状を調整したうえでも1年後のフレイル発症リスクが高いという報告でも示される[4)]．

独居高齢者が認知症を発症すると，認知症の症状に起因した生活の乱れや体調管理の危機が生じることで，口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まることが知られている[5)]．家族と同居している・施設入所している者と比較し，日常的に傍らにいる他者からの支援が提供されにくいため，口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく，さらに廃用症候群を伴う場合は，自宅生活が継続困難になると報告されている[6)]．

2.認知症高齢者の口腔機能低下と歯科受療

本人に言語的コミュニケーション能力の低下があること，あるいは課題を課題として認識する能力の低下があることで，口腔の課題は気づかれずに放置される．特に地域に暮らしている，認知症高齢者の口腔のセルフケア能力の低下には介入がなされにくい．その結果，自分の歯を多く残している地域在住の認知症高齢者は，認知機能低下が軽度である者と比較して有意に歯周病の炎症面積が大きく，口腔内の汚染と歯肉出血が放置され，常に口腔内に炎症を抱えている状態である[7)]．何らかの疾患を契機に入院した際に初めて課題が客観的に認知されることも少なくない[8)]．口腔機能と独居の関係性は数値的に確認しにくい面があるが，臨床的に独居高齢者は口腔の健康が阻害される傾向があることが課題として認識されている[3)]．軽微な口腔機能低下が重複している状態をオーラルフレイルと呼ぶ[9)]が，独居であること，多剤併用，うつ病の既往がオーラルフレイル発症の危険因子であり，さらに後期高齢者に限定すると歩行機能の低下と認知機能低下，う

つ病が危険因子であることが報告されている[10]．多因子を調整したうえでも独居高齢者のうち片足立ちによる行為動作が困難なものは現在歯数が少ないことも示されている[11]．

歯科クリニックに外来通院が困難な高齢者には訪問歯科診療による受療手段があるが，認知症高齢者が自身で口腔疾患を自覚し訪問歯科診療の受診申し込みをする例は極めて少ない．多くは家族や介護者からの申し込みであり，また歯科医師の訪問を受ける際に家族が同席できる例が中心となるため，実際に独居であることと認知症であることは訪問歯科診療の受療を阻む要因であると指摘されている[12]．

3.認知症高齢者の口腔衛生と社会的背景

認知症高齢者に対して行った質的研究からは，毎日の生活の中で他の健康課題（服薬，血圧管理等を忘れないこと等）よりも口腔衛生管理は優先順位が下がり，介護者から催促されなければ口腔衛生習慣を忘れてしまうこと，さらに糖質摂取制限などの口腔疾患の予防行動は考慮されない傾向が顕著になること，が明らかとなっている[13]．毎日の自宅での口腔衛生習慣については，介護者がいる場合であっても，口腔衛生に関する促しや支援が継続されなければ本人も継続ができず，セルフケア能力がさらに損なわれるうえ，口腔の不具合についての本人の言外のメッセージに介護者が気づかないと指摘されている．受診に関しては，通常の社会ケアのパッケージに歯科が含まれていないことで認知症の人が受けられる歯科治療の情報不足，予約の遵守や経済的な制約，外出の困難さを含む歯科医療のアクセシビリティ，本人がリラックスできる関係性の歯科医師とつながることが困難で継続性が確保されないこと，本人が痛みを訴えなければ受診は先延ばしになることが障壁として指摘される[13]．

認知症がより重度で独居であり社会的支援の不足したものにおいては，口腔の健康への支援が一層必要であるにもかかわらず，口腔保健や歯科医療へのアクセスへの障壁が増大する傾向があり，廃用も相まって口腔機能低下のリスクが高いと考えられる．

文献

1) Lyzbeth Beatriz Ortíz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis.BMC Oral Health. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3.PMID: 31291933

2) Inomata C, Ikebe K, Okubo H, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963.PMID: 30931780

3) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman.Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc. 2008 Apr;56(4):711-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631. x. PMID: 18284537

4) Laura Bárbara Velázquez-Olmedo, Socorro Aída Borges-Yáñez, Patricia Andrade Palos, Carmen García-Peña, et al. Oral health condition and development of frailty over a 12-month period in community-dwelling older adults. BMC Oral Health. 2021 Jul 20;21(1):355. doi: 10.1186/s12903-021-01718-6.　PMID34284766

5) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75. ID2018005773

6) 山下奈美, 関根一樹, 大澤かおる, 川合直美ほか. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究. 2012;29:25-28_ID2012347597

7） Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, et al. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961. doi: 10.3390/ijerph182211961.PMID: 34831719

8） 迫田綾子. 口腔ケアを待つ人々　1人暮らしで寝たきりの痴呆高齢者を支える家族の口腔ケア. 訪問看護と介護. 2005;10(1):68-71_ID2005090553

9） 一般社団法人日本老年医学会, 一般社団法人日本老年歯科医学会, 一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. 老年歯学. 2024;38(4) Supplement:86-96. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38_86/_article/-char/en）

10） 田中優成, 坪内美穂子, 栢下淳, 水上勝義.　地域在住高齢者におけるオーラルフレイルの関連要因―前期高齢者と後期高齢者の比較から―. 日本老年医学会雑誌. 2024;61(1):68-79. doi:10.3143/geriatrics.61.68. PMID 38583973.

11） 尚爾華, 野口泰司, 中山佳美. 地域在住女性高齢者における現在歯数20本未満の関連要因～名古屋市体操教室参加者における調査～. 口腔衛生学会誌. 2020;70(1):27-34. 医中誌ID2020153691.

12） Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan.Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):679-683. doi:10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823

13） Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. Dementia. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942. PMID: 33345612

RQ2-4

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも低栄養のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者では，経済的・身体的要因による食料調達の困難，判断力低下による食品衛生や調理の課題，また併存疾患に食事療法が必要なケースでの理解と実践の困難，服薬アドヒアランス低下による食欲低下など低栄養リスクは高いと考えられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

高齢者の口腔の健康は生活の質に関する指標の一つであり，高齢者の口腔衛生状態の悪化と口腔機能低下，摂食嚥下機能低下は，食事の喜びやコミュニケーションなどを通じて社会性の変化や生活の質に影響を与える[1]ことが知られている．超高齢者の低咬合力は，同居者の有無に関わらずプロテイン，多価不飽和脂肪酸，食物繊維，ビタミン類，ミネラル類の低摂取につながる[2]．

独居高齢者が認知症を発症すると，認知症の症状に起因した生活の乱れや体調管理の危機が生じることで，口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まることが知られている[3]．家族と同居している・施設入所している者と比較し，日常的に傍らにいる他者からの支援が提供されにくいため，口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく，さらに廃用症候群を伴う場合は，自宅生活が継続困難になると報告されている[4]．

2.認知症の人の低栄養等，栄養摂取に関連した課題

認知症高齢者の食べることに関する量的研究は，病院や施設入所の者に関する研究が多くを占めるが，地域高齢者を対象にした研究が1篇あった．4g／dl未満の血清アルブミン値と16kg／m^2未満の除脂肪体重を低栄養の基準にしたとき，MMSE23以下の認知機能低下があり独居である者は，認知機能低下がなく同居者がいる者と比較して5.53倍低栄養になりやすい，と報告されている[5]．

また，自宅生活を送る者に関する研究は，生活の一部としての食に焦点を当て，少数を対象にした質的研究が複数あった．

「食べる：摂食」行動自体は一般的に軽度認知症では障害されないことが知られている．一方で，中島[6]は「食事を『する』という食行動は『食物を入手してから調理，配膳して食べるまでの一連の過程をさし，生産，加工，流通，献立，買い物，食品の選択と補充，管理，調理，食卓づくり，後片付け，保存あるいは廃棄，そして食べる時間，共に食べる人数，健康，場所などに応じて量や調理方法，栄養価を考えふさわしい盛り付けをし，味わって食べるまでの一連の行動である』と述べている」[6]．こういった一連の工程の諸処に，認知機能低下が影響を及ぼし生活課題となる．

軽度認知症でも後片付けや食品の保存・廃棄に困難が生じ[7]，食品衛生（あるいは食器の衛生）が確保されないことによる健康障害が引き起こされる．また経済面の心配に

よって食品購入を取りやめる結果，低栄養リスクが潜在する[7]．調理困難になってきた際には惣菜利用が食の中心になるが，本人にとって興味を引く料理や嗜好品に偏り，栄養バランスを欠くだけでなく，咀嚼困難な状態ではやわらかいものだけになるため栄養素密度が低く低栄養になる．さらに近年のスーパーマーケットのDX（デジタルトランスフォーメーション）化によって，認知症高齢者の購買行動の一部が困難になった．例えば自動支払機導入によって独居認知症高齢者が買い物自体に強い不安を覚え，合理的な商品選択をふくめた自立的な購買行動が困難になるケースが報告されている[8]．買い物困難であっても，本人が配食サービス導入に納得できない可能性を念頭に支援体制を構築することが必要である．

2-1.糖尿病で食事療法の必要な独居認知症高齢者の課題

認知症高齢者の咀嚼機能の低下が炭水化物の過剰摂取と蛋白質の摂取不足を招き，味覚閾値低下は過剰な塩分摂取を招く．服薬管理が不十分な状態で，そのうえ食事摂取が不十分であると低栄養どころか低血糖リスクがあり，日々の見守りが必要であるが，独居と認知症は食事療法の最も妨げになる因子である[9]．栄養食事指導が奏功しない例は，長年の生活習慣や嗜好を変えることが難しいこと，本人にとって好きな日常食であっても病態管理上問題がある食品など指導された栄養指導内容を忘却してしまうこと，補食を「おやつ」と誤認識すること，台所に他人を入れたくないなど専門職が確認できる範囲が限られていること，本人が気づかないうちに歯の調子が悪くなり摂取量が減少すること，服薬忘れが起こること，など多岐にわたる[10]．

2-2.腎臓病の食事療法や透析の必要な独居認知症高齢者

透析患者や腎疾患患者の栄養食事療法において，独居高齢者は外来での指導だけでは適切な実践につながらないことが指摘される[11]．介助者がいたとしても，介助者に適切な病態栄養の知識がない為に，咀嚼困難の為安易に粥食にした結果低ナトリウム血症を呈す例や電解質異常，低アルブミン血症を引き起こすこともある[11]．

2-3.服薬管理と消化器症状及び食欲

独居高齢者においては服薬アドヒアランスを支援する者がいない可能性が高く，服薬管理（薬剤自体の管理及び内服指示遵守）が困難で，服薬忘れ及び自己中断による投与量の過不足があることから薬物有害事象が起こりやすい[12]．独居の認知症高齢者の服薬管理困難は，予測しない薬物有害事象を生じやすく，病状の変化から低栄養につながりやすい．服薬忘れだけでなく，手指の巧緻性の低下による開封困難，食事回数の減少に伴う内服頻度減少，多剤の嚥下困難からの拒否等，服薬アドヒアランス低下が生じる[13]．

2-4.孤食，共食と中食，配食

一般的に食品摂取多様性の低下は低栄養リスクとされるが，独居高齢者の食品摂取多様性は，食料品店までの距離及び歩行機能等を包含した主観的な食料品アクセス，親戚や近隣住民からの食品の差し入れや調理習慣に影響される[14]．地域在住高齢者において週4日以上孤食（一人で食べる）である者のうち男性49.5%，女性55.5%が独居者であり，週4日以上の孤食が食品摂取多様性の低下に影響しているが，孤食であっても配食サービス利用者では多様性は多少保たれている可能性も推察されている[15]．

独居認知症高齢者においては，身体的虚弱のみならず認知機能低下によって購買行動が困難になった際の，社会的支援の不足が食品摂取多様性の低下を通じ低栄養リスクがあると考えられる．

文献

1) Lyzbeth Beatriz Ortíz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis.BMC Oral Health. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3.PMID: 31291933

2) Inomata C, Ikebe K, Okubo H, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963.PMID: 30931780

3) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75. ID2018005773

4) 山下奈美, 関根一樹, 大澤かおる, 川合直美ほか. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究. 2012;29:25-28_ID2012347597

5) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, et al. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. eCollection 2021.PMID: 34813604

6) 中島紀恵子. 生活の場から看護を考える―看護概念の転換への提起―. 医学書院. 1994.

7) 鹿内あずさ. 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2004;11:1-11_ID2005165946

8) 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. 2023;16(3):171-176.

9) 荒砂慶子.【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点.食事療法. 糖尿病診療マスター. 2014;12(5):527-531._ID2014262536

10) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529_ID2019123327

11) 田部井薫.【高齢化する透析患者を支える】高齢透析患者の現状.臨床栄養. 2012;120(2):136-140_ID2012121649

12) Fengzhu Ang, Jing En Pau, En Wei Koh, et al.Drug-related problems associated with community-dwelling older persons living alone in Singapore. Int J Clin Pharm. 2019 Jun;41(3):719-727. doi: 10.1007/s11096-019-00813-7.PMID: 30937694

13) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田 一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42 Suppl.I:33-35_ID2016108053

14) 吉葉かおり, 武見ゆかり, 石川みどり, 横山徹爾ほか. 埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62(12):707-718_ID2016124200

15) 田中泉澄, 北村明彦, 清野諭, 西真理子ほか. 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2018;65(12):744-754.

RQ2-5

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮のリスクが高いのかという疑問に対しては報告がないことから現時点では不明である．しかし臨床医学の立場からは，独居認知症高齢者の貧困はすでに課題になっている．

解説・エビデンス

認知症・認知機能低下の危険因子として，認知予備能（低い学歴），生活習慣病，飲酒などはよく知られている．これらの危険因子は貧困と強く関連するため，認知症・認知機能低下と貧困が関連することも知られている．しかし，独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者を比較した論文はない．

また医療の現場においては貧困の課題が頻出するのは独居高齢者であるが，独居，非独居高齢者の主観的困窮感は差がないという報告[5]があり（論文⑤），臨床知と乖離がみられる．したがって安易に結論を出すことはできず，「不明である」としか言いようがない．

その原因であるが，第一にそもそも独居認知症高齢者が研究の対象になることがない点が挙げられる．現在の研究の枠組みでは，認知機能が低下した高齢者の研究参加には，代諾の同意を要求する倫理委員会が多い．しかし独居の人からの代諾の取得は難しい．そもそも非侵襲的な研究に参加するかどうかという決断を認知症の人ができないに違いないとする倫理委員会の主張もまた差別的である．

第二に，より本質的な問題であるが，独居の人がそもそも認知症の診断を受けていない可能性がある点である．日本では報告はないが，米国からは貧困層において独居と認知症と診断されていないことが関連するという報告[1]がある（文献①）．

これについて深掘り調査をするには，ある地域すべての高齢者を対象にして（本人だけの情報では不十分なことがあるので）多面的に，持続的に調査をする必要がある．これには地域住民の協力は必須であり，疫学研究ではなくコミュニティ参加型研究である必要がある．しかしコミュニティ参加型研究は臨床能力を有する研究者が多大なエフォートをかける必要があるためわが国ではほとんど行われていない．

東京都健康長寿医療センターが高島平で行っているコミュニティ参加型研究からは，認知症のある地域住民のうち診断を受けていない人は，受けている人に比べて，身体疾患のケアが中断している傾向，住まいの支援が必要である傾向があるが，独居か否かは関係なかったことを報告している[2]（文献②）．また訪問調査で明らかになった認知機能低下がある高齢者200名を5年間にわたり追跡し，脱落（何らかの理由で追跡ができなくなる）の関連要因が独居のみであったことを報告している[3]（文献③）．このことから，独居認知症高齢者は社会の調査や介入では見つからない可能性が高いことが示唆されたものの，それが貧困と関連するかどうかまでは分からない．

なお単身独居男性を対象としたホームレスシェルターにいる65歳以上の人の80％がMMSEで23点以下であることから，独居男性で認知機能が低下した人と，住まい喪失が何らかの関係があることが示唆されるが因果関係は不明である[4]（文献④）.

文献

1） Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, et al. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. J Am Geriatr Soc. 2007 Nov;55(11):1771-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01417.x. Epub 2007 Oct 3. PMID: 17916120.

2） Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, et al. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. Geriatr Gerontol Int. 2020 Jun;20(6):564-570. doi: 10.1111/ggi.13924. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32291907.

3） Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Inagaki H, et al. Factors associated with inability to attend a follow-up assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research. Psychogeriatrics. 2022 May;22(3):332-342. doi: 10.1111/psyg.12816. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35199417.

4） Okamura T, Awata S, Ito K, Takiwaki K, et al. Elderly men in Tokyo homeless shelters who are suspected of having cognitive impairment. Psychogeriatrics, 2017;17:206-207.

5） 久保温子, 村田伸, 上城憲司. 独居高齢者と非独居高齢者の特徴に関する大規模調査. 厚生の指標 2014;61(11):21-26.

RQ2-6

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも社会的孤立のリスクが高いのか

回答文

独居の認知症高齢者は，非独居の認知症高齢者よりも，社会的孤立のリスクは高い．

独居であるために生活支援の担い手である家族が不在である可能性が高くなる．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることを困難にする可能性が高くなる．これらによって，独居認知症高齢者では社会的孤立のリスクは高くなると考えられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

Townsendは，社会的孤立を「家族やコミュニティとの接触がないこと」と定義した[1]．Meeuwesenはさらに，社会的孤立とは単に「接触がない」ということではなく，「意味のある社会的ネットワークが欠如していること」であり，「意味のある」とは「個人の社会的ニーズの充足」であると論じた[2]．さらに，粟田は，社会的孤立とは，「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」[3]であると述べている．

高齢者は，年齢が高くなるとともに，独居，認知機能低下，身体機能低下，移動能力低下，身体疾患，低所得・低資産になる傾向が高まる．これらの因子は，社会的孤立のリスク因子であるとともに，社会的孤立がこれらの促進因子でもあることが示唆される[4)-10)]．

年齢が高くなるとともに認知症の有病率が高くなることは周知の事実である．我が国の状況をみてみると，高齢者人口は2045年をピークに減少傾向となるが，その後も85歳以上の超高齢者は増加しつづけると予測されている[11)]．そして高齢者がいる世帯の構造は，年齢が高くなるとともに独居率も高くなり，男女ともに85歳以上で独居率が急激に上昇する[12)]．よって，今後，独居の認知症高齢者の増加が見込まれ，独居の認知症高齢者の社会的孤立に対する対策を考えることは重要な課題である．

2.先行研究の要約

独居であることは高齢者の生活にどのような影響を与えるだろうか．認知機能が保持されている独居高齢者では，同居世帯の高齢者と比較して，家族とのつながりが希薄でemotional lonelinessを感じているが，友人づきあいは保たれており，社会活動が保たれていたとする報告や，独居であることは慢性的なとじこもりになるリスクを下げるとする報告がある[13)]．しかし認知症を抱え，認知機能障害やそれによる生活障害が進行してくると，生活支援が必要になる．ところが，独居世帯の高齢者は，生活支援の担い手である家族や親族が不在である可能性が高い[14)]．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすること自体が困難になる可能性が高まる[15)]．独居の認知症高齢者が，独居でない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり，医療その他のサービス利用頻度が低いこと[16)]，ニーズが充足されないこ

と[17]，社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないこと[18]が，諸外国の研究で指摘されている．本邦における疫学研究でも，認知機能低下がある独居高齢者は，認知機能低下がない独居高齢者と比較して，情緒的サポートや対人ネットワーク，他者との交流頻度が少ないこと[19]，認知機能低下がある非独居高齢者との比較では，家族との交流頻度と道具的サポートが少ないこと[19]，また，女性では，独居であることの代償的行為として社会交流が増えている可能性があるが，男性ではこの傾向が認められなかったこと[20]が報告されている．事例研究も散見され[21), 22)]，独居の認知症高齢者では，近隣トラブルで事例化して初めて認知症に気づかれ，その時点ではすでに社会的排除が起こり，社会的孤立が深刻になっているケースがある．

3.結論

独居の認知症高齢者は，非独居の認知症高齢者よりも，社会的孤立のリスクは高い．独居であるために生活支援の担い手である家族が不在である可能性が高くなる．さらに，生活支援を担う家族や親族の不在は，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることを困難にする可能性が高くなる．これらによって，独居認知症高齢者では社会的孤立のリスクは高くなると考えられる．

文献

1) Townsend P. *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London*: Routledge & Kegan Paul;1957.
2) Meeuwesen L. A typology of social contacts. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L, eds. Social Isolation in Modern Society. Abingdon, UK and New York: Routledge. 2006:37-59.
3) 粟田主一.【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって　一人暮らし，認知症，社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):451-459.
4) Aartsen M, van Tilburg T, Smits C, Knioscheer K. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on th personal network in old age. J Soc Pers Relat. 2004;21(2):249-266.
5) Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis. 2019;70(s1):S119-S144.
6) Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, et al. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2020;29(9):2375-2381.
7) Bien B, Bien-Barkowska K. Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. Qual Life Res. 2016;25(12):3047-3056.
8) Chatters LM, Taylor HO, Nicklett EJ, Taylor RJ. Correlates of Objective Social Isolation from Family and Friends among Older Adults. Healthcare (Basel). 2018;6(1).
9) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.
10) Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, et al. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(1):107-113.
11) 国立社会保障・人口問題研究所. 出生中位（死亡中位）推計（平成29年推計）. 2017; http://websv.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html. Accessed 2021.6.18.

12）国立社会保障・人口問題研究所. 世帯主の男女・年齢5歳階級別・家族類型別世帯数--『日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）』（2019年推計）. 2019 http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/setai/shosai.asp. Accessed 2021.6.18.

13）Xiang X, Chen J, Kim M. Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. Gerontologist. 2020;60(1):101-111.

14）粟田主一.【認知症の人のための住まいと生活支援】認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):487-492.

15）粟田主一.【認知症トータルケア】課題と事例　家族構成の変化，独居への対応. 日本医師会雑誌. 2018;147(特別2):S400-S401.

16）Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist. 1994;34(1):8-14.

17）Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? Int Psychogeriatr. 2010;22(4):607-617.

18）Askelson NM, Campo S, Carter KD. Completely isolated? Health information seeking among social isolates. Health Educ Behav. 2011;38(2):116-122.

19）稲垣宏樹. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」（研究代表者：粟田主一）分担研究報告書：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）. 2021.

20）津田修治. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」（研究代表者：粟田主一）分担研究報告書：都市部の独居認知症高齢者の生活と健康. 2021.

21）澤滋.【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学. 2020;35(4):373-378.

22）齊藤春恵.【男性の独居高齢者を地域でどう支えるか-社会的孤立を防ぐには】（事例3）横浜市戸塚区の取り組み　高齢者を見守るまちづくり「みまもりネット」による“気になる人”の早期発見・早期支援. 保健師ジャーナル. 2017;73(5):407-412.

RQ2-7

独居認知症高齢者等の行方不明リスクは高いのか

回答文

独居認知症高齢者の行方不明リスクに言及した研究はほとんど無かった．同居と独居による行方不明発生率の違いに直接言及した研究は1件のみであった．その研究は独居の方が同居よりも行方不明発生率が低いことを示している．千葉県内の全市町村を対象とした郵送調査（回収率27.8%, 15市町村）から, 行方不明発生率は独居高齢者人口10万人対127.67人, 同居高齢者人口10万人対194.30人となっており，独居の方が発生率は低くなっていた．その理由として，①行方不明に気づく人の約6割が同居家族であるため，行方不明になったことが把握されないこと，②独居高齢者の方が同居高齢者より心身の機能が高いことなどが考えられる．しかし引用した研究は千葉県のみを対象としたものであり，一般化には限界がある．今後の更なる研究が必要である．

解説・エビデンス

警察庁の統計によると，認知症（疑いを含む）による行方不明は年々増加し，2023年には19,039人に達している[1)]．これは2012年の集計開始以来，10年でほぼ倍増したことを意味している．しかし警察庁の統計は行方不明者届が出された人のみを集計したものであり，また世帯類型に関するデータが含まれていないため，警察庁の統計から独居認知症高齢者の行方不明発生率を知ることはできない．

それに対して，同居と独居による行方不明発生率の違いに直接言及した研究が1件のみあった．その結果は，行方不明発生率は独居高齢者人口10万人対127.67人，同居高齢者人口10万人対194.30人となっており，独居の方が発生率は低くなっていた[2)]．これは一見すると逆の結果のように思えるが，幾つかの研究はこの結果を支持している．

まず，行方不明に気づくのは同居家族が約6割を占めているため，独居の場合は行方不明になったことに気づかれない可能性がある[3)]．また独居の行方不明者のみを対象とした研究では，150人の行方不明者の内，33人（22.0%）は発見（保護）されてから行方不明になっていたことが分かった[7)]．これらのことから，独居の場合は行方不明を把握すること自体に困難が伴うと考えられ，それが発生率を低下させている可能性がある．

次に，独居高齢者は同居高齢者に比べて心身の機能が高いことが考えられる．複数の研究は独居高齢者の方が同居高齢者より心身の機能が高いことを示している[4),5),6)]．行方不明発生率を高齢者人口10万人当たりで見ると，独居の方が心身の機能が高いのであれば，必然的に認知症による行方不明者は少なくなる．つまり発生率は低くなる．

独居の行方不明発生率が低いのは，これらの理由によるものと思われる．しかし独居と同居の行方不明発生率を直接比較した研究が1件しかなかったこと，さらに千葉県内の15市町村しか対象となっていないため，現状で結論を出すことは難しい．今後の更なる研究が必要である．

文献

1) 警察庁. 令和5年における行方不明者の状況.2024.

2) Kikuchi K, Ikeuchi T, and 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.

3) 鈴木隆雄. 認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. 日本セーフティプロモーション学会誌. 2017;10(1):6-13.

4) Iliffe S, Tai SS, Haines A et al. Are elderly people living alone an at risk group? BMJ. 1992;305:1001-1004.

5) Fujii K, Sato A, Jindo T et al. Comparison of physical and cognitive function and depression between older adults living alone and with others in rural area of Japan: a large-scale mail survey of the Kasama study. J Educ Health Sci. 2019;64:251-259.

6) Kubota T, Sakamoto H, Mutsukura T et al. Comparison of work performance between elderly people living alone and living alone in community. Int J Exerc Sci. 2020;3:1-7.

7) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一. 独居認知症高齢者の行方不明の実態-150事例からの報告-. 2021;32(4):469-479.

RQ2-8

独居の行方不明認知症高齢者等は死亡リスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者の死亡リスクに言及した研究はほとんどない．文献検索及びハンド･サーチの結果，死亡リスクに言及している研究は2件のみであった．1件は行方不明時に独居であること，及び，行方不明から発見までの時間が長いことが発見時の死亡と有意に関連していることを示していた．もう1件は自動車を使用しての行方不明であるが，行方不明時に独居であることが，発見時の死亡と関連していた．行方不明に気づく人の約6割が同居家族であることを考慮すると，独居の場合は行方不明に気づくのが遅くなり，それが初動捜索の遅れ，ひいては発見の遅れにつながり死亡リスクを高める可能性がある．しかし，研究の数が少ないため，更なる研究が必要である．

解説・エビデンス

認知症による行方不明に関する研究を概観すると，独居と同居の違いに焦点を当てた研究はほとんどない．そのため両者の違いによる死亡リスクに言及した研究は2件のみであった．1件は日本国内の研究であり，警察に行方不明者届が出された人を対象としていた[1)]．もう1件は米国の研究であり，自動車を運転して行方不明になった人を対象としていた[2)]．両者は研究対象が異なっているが，共に独居の死亡リスクが高いことを示していた．

その理由として，行方不明に気づくのは同居家族が多く[3)]，発見（保護）されてから行方不明になっていたことが分かるケースも少なからずある[4)]．独居の場合は行方不明になったことに気づかれ難く，それが初動捜索の遅れ，ひいては発見の遅れにつながる．行方不明から発見までの時間が長くなると死亡リスクが高くなることから[1)]，徒歩であろうと自動車であろうと，発見の遅れが死亡リスクを高めている可能性がある．しかし，研究が少ないため，現状で明確なことを言うのは難しい．

我が国では警察庁が毎年，認知症による行方不明者に関する統計を出している[5)]．その中には死亡者も含まれている．しかし世帯類型がないため，独居と同居による死亡リスクの違いは分からない．警察庁の統計は，あくまで行方不明者届が出された人だけであるが，世帯類型のデータも合わせて収集すれば，死亡リスクの研究に資するだろう．今後の更なる研究が必要である．

文献

1） Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int, 2019;19(9):902-906.

2） Rowe MA, Greenblum CA, Boltz M, Galvin JE. Missing drivers with dementia: antecedents and recovery. J Am Geriatr Soc. 2012;60(11):2063-2069.

3） 鈴木隆雄. 認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. 日本セーフティプロモーション学会誌. 2017;10(1):6-13.

4） 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一. 独居認知症高齢者の行方不明の実態－150事例からの報告－. 2021;32(4):469-479.

5） 警察庁. 令和5年における行方不明者の状況. 2024.

RQ3-1

独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減のための支援には，ケアマネジメント，在宅ケア，多職種アプローチが用いられている．これらを組み合わせてプログラム化した介入研究は少数報告されているが，アウトカムも介入も多様なため，効果を結論づけるには不十分である．

訪問看護師による認知症ケアマネジメントは，独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減について，通常ケアに対する優位性を示していない．

入院等の身体的健康問題の発生を防ぐために，薬物治療の適正化や医学的管理に焦点を当てて，在宅ケアや多職種アプローチを用いた介入研究や症例報告を複数認めた．介入効果を定量比較した研究の中では，ビデオ通話による服薬支援の有効性が示されている．

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居認知症高齢者を対象とした支援プログラム等によって身体的健康問題のリスク低減効果を評価した研究を2件認めた．また，独居認知症高齢者のケア提供の症例報告は4件報告されていた．

2.エビデンス

研究1[1)]は，2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である．一般医の単位で介入の有無を割り付けて，認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した．認知症の専門認定をもつ看護師が6ヶ月間にわたって介入し，その後6ヶ月間追跡して効果を評価した．専門認定を持つ看護師は月1回1時間程度，自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い，多職種カンファレンスで検討した上で，診療所の一般医（主治医）と看護師と相談して支援計画を立てた．136の一般医が参加して，70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して，407名が介入後のフォローアップまで完了した．独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%），通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が行われている．介入効果は，行動・心理症状の低減について有意に認めたが，QOLスコアや介護者負担，抗認知症薬の服用，潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムに対しては有意差がなかった．

研究2[2)]は，1998年から米国で行われた独居認知症高齢者に対するビデオ通話または電話による服薬管理支援の効果についての報告である．軽度認知症の独居高齢者14名を対象に，服薬回数に応じて，看護助手がビデオ通話または電話でその都度連絡する場合と，通常ケアの場合でアウトカムを比較した．ビデオ通話2617回または電話1855回の連絡に対して応答なしは10%，15%の割合だった．ビデオ通話の場合，服薬の正確さは支援

開始時80%から終了時82%に上昇したのに対して，電話の場合は85%から80%に低下，通常ケアでは76%から62%に低下した．ビデオ通話による服薬の正確さの変化は，通常ケアと比較して有意差があった．抑うつや行動･心理症状のスコアの変化に有意差は認めなかった．

研究3[3]は，独居認知症の80代後半女性の服薬支援についての症例報告である．訪問介護で服薬エラーを発見して，ケアマネジャーを介して医師・薬剤師に連絡して処方内容を簡素化した．

研究4[4]は，独居認知症高齢者のインスリン治療を含めた糖尿病の在宅管理の症例報告である．本人ができること，できないこと，支援が必要なことを見極めて，医療チームで個別化した対応をした．本人はカレンダーに予定や行動を記録して生活していたため，①時間になったらかかりつけの病院の看護師室に通って注射を受ける，②日々の内服を実施したら本人がカレンダーに書き込み，③カレンダーで内服状況をケアマネジャーが確認した．

研究5[5]は，80代前半の独居認知症女性の健康状態の悪化予防のために多職種連携でケアを工夫した症例報告である．ケアマネジャー・介護職・訪問看護師が，食事・水分摂取や内服についての見守りと支援，入浴を含めた身体の清潔，転倒予防について，討議して連携した．本人の生活状況や身体機能，好みを考慮して，本人ができることを尊重しながら，必要な見守りや支援を提供した．

研究6[6]は，独居認知症の90代男性の生活リズムの乱れ，意欲の低下，活動性の低下に対して訪問リハビリテーションで対処して生活の再建を図った症例報告である．訪問時間を統一し，そのときに食事をするなど生活リズムを整えて日中の活動性の向上を図った．また，日常生活に対する本人の希望に合わせた環境調整（手すりなど）や動作練習を行った．

3.考察

RQ2-1では，独居認知症高齢者に多い可能性がある身体的健康問題として，併存疾患や体重減少，入院が挙がったが，これらをアウトカムとして支援プログラムの効果を科学的に検証した研究は認めなかった．だが，薬物治療の適正化や医学的管理などプロセスに焦点を当てた介入研究や症例報告は複数認めた．中でも有効性を確認できたのはビデオ通話による服薬支援だった．この研究は2000年前後に行われたものであり，それ以降にビデオ通話の技術は飛躍的に発展し，急速に普及したため，現在は同様の支援をより簡便に実装できる可能性がある．他には，訪問介護を含む在宅多職種チームによる服薬管理の支援が報告されていた．

支援には，ケアマネジメント，在宅ケア，多職種アプローチが用いられていた．いずれのアプローチも一般的に認知症ケアに用いられる．例えば，ケアマネジメントの手法の有効性のエビデンスは確立しており（Schiller et al, 2022; Reilly et al, 2015など），日本でも介護保険制度を通してケアマネジャーが担う形で実装されている．しかし，独居に焦点を当てた応用と効果検証はされておらず，独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減に効果があるかどうかを判断するには根拠が不十分だった．

文献

1） Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(10):996-1004.

2） Smith GE, et al. Telehealth home monitoring o solitary persons with mild dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2007;22(1):20-26.

3） 中野真, 飯野智, 利根川美香ほか. 在宅医療における服薬指導の再確認. 応用薬理. 2016;90(3-4):63-67.

4） 安田益恵, 田淵裕子. 物忘れのある独居糖尿病患者の在宅療養支援. 看護実践の科学. 2016;41(13):25-32.

5） 小笹優美. 独居の認知症高齢者の健康状態の悪化予防のための連携とケア. 認知症ケア事例ジャーナル. 2011;4(3):227-239.

6） 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション. 2020;10(3):243-249.

RQ3-2

独居認知症高齢者の精神的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか

回答文

専門職が訪問して1時間程度，直接会って支援する訪問サービスには，独居認知症高齢者の抑うつや行動・心理症状のリスク低減に有効な可能性がある.

参加や交流のためのピアサポートやグループ活動，befriendingサービスなどの支援が，独居認知症高齢者の孤独感を含む精神的健康のリスク低減策として有効かどうかを科学的に検証した研究は見つからなかった.

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居認知症高齢者の健康管理全般や身体的健康に焦点を当てた介入プログラムの効果検証の研究で，精神的健康のアウトカムを評価した研究を3件認めた．しかし，精神的健康に焦点を絞って特異的な介入プログラムを開発して，効果検証をした研究は認めなかった．同様に，独居認知症高齢者の精神的健康に焦点を当てたケア提供の症例報告は認めなかった.

2.エビデンス

研究1[1)]は，2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である．一般医の単位で介入の有無を割り付けて，認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した. 認知症の専門認定をもつ看護師が6ヶ月間にわたって介入し，その後6ヶ月間追跡して効果を評価した．専門認定を持つ看護師は月1回1時間程度，自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い，多職種カンファレンスで検討した上で，診療所の一般医（主治医）と看護師と相談して支援計画を立てた．136の一般医が参加して，70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して，407名が介入後6ヶ月のフォローアップまで完了した．独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%），通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が報告されている．介入の効果は，行動・心理症状（Neuropsychiatric Inventory）のスコアの低減に対して有意に認めた．しかし，QOL（Quality of Life in Alzheimer Disease）や介護者負担（Berlin Inventory of Caregivers’ Burden with Dementia Patients）のスコア，抗認知症薬の服用，潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムでは有意差がなかった.

研究2[2)]は，2016年4月～2019年12月の間に韓国で実施された独居高齢者の認知機能介入プログラム，HCI（home-visiting cognitive intervention）の参加者の健康アウトカムを評価した．HCIは8週間のプログラムで，1人の独居高齢者に2人のパートナー（ボランティアの支援者）を割り当て，独居高齢者の自宅を訪問して週1回1時間の認知機能を刺激するトレーニングと日常の活動支援を実施した．258名の参加者のうちベースライ

ンの認知機能低下を認めた48名の結果を解析した．介入前後の比較で，認知機能（MMSE，介入前16.8，介入後18.6，p<0.01）と抑うつ（Geriatric Depression Scale：介入前13.7，介入後12.2，p=0.01）のスコアは有意に改善した．IADLのスコアは有意な変化を認めなかった．

研究3[3]は，1998年から米国で行われた独居認知症高齢者に対するビデオ通話または電話による服薬管理支援の効果についての報告である．軽度認知症の独居高齢者14名を対象に，服薬回数に応じて，看護助手がビデオ通話または電話でその都度連絡する場合と，通常ケアの場合でアウトカムを比較した．ビデオ通話2617回または電話1855回の連絡に対して応答なしは10%，15%の割合だった．通常ケアと比較してビデオ通話は正確な服薬に効果があった．だが，抑うつ（Geriatric Depression Scale）や行動・心理症状（Neuropsychiatric Inventory）のスコアの変化に有意差は認めなかった．

3.考察

ケアマネジメント，服薬管理支援，認知機能リハの介入プログラムによって，副次的に精神的健康問題のリスク低減効果があるかどうかを評価した研究が3件あった．訪問看護による認知症ケアマネジメントは行動・心理症状の低減に有効性を示し，訪問リハによる介入は抑うつの低減に有効性を示した一方で，ビデオ通話による服薬管理支援の介入は行動・心理症状にも抑うつにも有効性を認めなかった．訪問による支援の2つの研究では，1回あたり1時間程度の時間を対象者と過ごすプログラムだった一方で，ビデオ通話の介入は目的が服薬支援に限定しており，1回あたりのコンタクトの時間は短時間だったものと推測される．RQ2-2で示されたように，独居認知症高齢者の精神的健康問題で最も顕著なのは孤独感である．また，抑うつや不安，行動・心理症状も問題となることが多い．その対策としては，訪問サービスにより，自宅で本人と直接会って1時間程度の支援があることが必要なのかもしれない．

一般に認知症のある人たちへの孤独感を含めた精神的健康の支援として，ピアサポートやグループ活動，befriendingサービスなどが実践されている．しかし，これらが独居認知症高齢者に対して有効かどうかを科学的に検証した研究は見つからなかった．

文献

1) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(10):996-1004.

2) Lee J, Lee AY. Home-visiting cognitive intervention for the community-dwelling elderly living alone. Dement Neurocogn Disord. 2020;19(2):65-73.

3) Smith GE, et al. Telehealth home monitoring o solitary persons with mild dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2007;22(1):20-26.

RQ3-3

独居認知症高齢者の口腔機能低下リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や服薬の困難さに気づき適切な歯科医療や支援機関につなげること，専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりを継続することが対策になる．口腔機能は介護者への指導も重要であり，同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

口腔のセルフケアや食行動は，本来習慣的な自立行動であり，独居認知症高齢者にとっては他者の介入の必要性を自認しにくい．介入を行うにあたって，口腔や食はパーソナルスペースであることに配慮の上，サービス提供者である医療介護専門職が連携を取り合い，拒否されない関係を作る配慮，そしてケアニーズと本人のデマンドのバランスに配慮して本人の満足感を得ることを重視する働きかけを複合的に行うなど，関係の継続を図ることが必要である[1]．在宅における支援は，本人が食べることの喜びを享受し，住み慣れた自宅で生活を続けるための疾病予防，低栄養改善・予防，生活の維持向上という生活の場の視点が重視される．

2.口腔機能低下への対策

認知症の人に良好な口腔保健・歯科医療を提供するためには，個々の特定のニーズを尊重し，口腔の健康と関連する生活の質の特徴に置かれる価値を尊重したケアを提供すべきである[2]．英国では認知症の人の歯科医療へのアクセスが権利として保障されており（Equality Act 2010英国）英国のFaculty of General Dental Practice (2017a)から，comprehensive set of guidelines on dementia-friendly dentistry（ガイドライン）が発行されている[3]．わが国においては日本老年歯科医学会による「認知症の人への歯科治療ガイドライン」が発行された（2019）[4]．

またわが国の介護保険においては口腔咽頭の運動機能を中心とした口腔機能向上サービス（プログラム）がある．しかしながら参加については，機能低下を発見・認識すること，本人や家族が説明を理解し了承すること，個々のケアプランに口腔の課題を盛り込むことが前提であり，とくに独居認知症高齢者に対しての支援は不十分である．

軽微な口腔機能低下が重複している状態で可逆的な状態をオーラルフレイルと呼ぶが[5]，オーラルフレイルの高齢者一般に対しては，保健事業と介護予防の一体的実施の取り組みや後期高齢者医療広域連合が実施する各種歯科保健事業がある[6), 7)]（図1）．しかしながら市町村事業において，いまだ保健事業と介護予防の一体的実施が口腔分野に対して活用されているケースが非常に少なく，さらにこれらの事業が認知症高齢者に対して活用されている例は稀である．独居認知症高齢者に訪問看護師がアセスメントの結果を多職

種・多機関と情報共有し，連携して6年間にわたり支援したことで，オーラルフレイルの悪化予防・改善があったケースが報告されている[8]．地域に暮らす社会的支援の得られにくい認知症高齢者には，自宅を訪問してアセスメントすることが有効であるが[9]，後期高齢者の被保険者対象の訪問歯科健診の実施がなされている市町村は非常に少なく，さらなる普及が期待される．

独居であることと認知症であることは，訪問歯科診療の受療を阻む要因である[10]．独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難にする要因のひとつに“セルフマネジメント能力の低下”や“必要なサービスの直前のキャンセルや拒否”“十分に頼れない家族との関係”などがある[11]．したがって介護保険による日常生活の介護者が，本人の口腔に関する困りごとの様子を確認し受療の意思確認や受療申し込みをすることでのみ，訪問歯科医療へのアクセスが提供されることになる．言い換えれば，独居認知症高齢者に接する介護者が，本人の口腔の状態に関心を寄せていなければ訪問歯科医療へのアクセスは確保されない．したがって，最前線の認知症支援に関わる医療介護専門職に，口腔衛生の実践や口腔機能低下，歯科医療に対する理解を深め，口腔機能にかかわる内容を地域の認知症アクションプランに盛り込むことが必要である[3]．また同時に歯科医療従事者は，認知症対応力を高め，認知機能評価を含む包括的な生活機能評価のトレーニングを行い，認知機能低下のあるものには積極的に定期的・継続的な受診を勧奨することが必要である[12]．歯科医療従事者が訪問歯科診療で訪れた患者の自宅の様子から生活支援ニーズを察知し，地域包括支援センターや自治体の見守り事業，虐待相談窓口等につなぐ連携を行うなどの効果的な地域連携によって，社会的支援の必要な認知症高齢者を地域で支えることが可能になる[13]．また認知症初期集中支援チームに歯科医師が入っているケースでは，対象者の口腔と栄養の課題が発見しやすく，それが介入の糸口の一つになることが報告されている[13]．

3.適切な服薬管理と嚥下機能への支援

独居認知症高齢者の服薬管理支援について，訪問薬剤師，訪問看護師，ヘルパー，介護支援専門員などの協働による支援の事例が報告されている[14), 15]．多職種連携による服薬管理支援では医師の処方がケアプラン上実現可能かをすり合わせて考えることの重要性が指摘されている[16]．服薬カレンダーの設置のみならず，管理方法の異なる薬剤に対し自宅での本人の動作，習慣を踏まえた確認方法の提案，訪問のタイミングの調整，本人の手指巧緻性や食事頻度，摂食嚥下機能に合わせた剤型・包装を考慮した薬剤の適正化を行う必要がある．訪問看護師は薬効や副作用の出現について確認したうえで，独居認知症高齢者本人の望む暮らしが継続できるように配慮しながら，そのほかの支援者の手も借りつつ基礎疾患の病状の緩やかな維持を図っていることが報告されている[17]．近年は従来の連絡ノートだけでなく，医療介護専用SNSの活用により服薬状況を多職種が確認しやすくすることで独居認知症高齢者を支えている例が報告されている[18]．

服薬アドヒアランスがあっても服薬が困難である理由の一つに，薬剤の飲み込み困難もある．かみ砕いての服用や，嚥下しきれなかった薬剤が口腔内に残留する口腔内残薬によって口腔粘膜疾患が生じ摂食困難を引き起こすケースもある．介護保険サービスにおいては指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）[19]において，利用者の薬剤内服や摂食状況等の支援ニーズを発見した際等の対応として，平成30年度改定から「十三の二　介護支援専門員は，指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは，利用者の服薬状況，口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを，利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする．（第三章　運営

に関する基準（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第十三条，第13号の2)」のように医療と介護の連携を求めている．しかしながら全国的には，未だ介護支援専門員と医療専門職の情報共有が図られるまでには至っていないため，今後の普及が課題である[20)]．

4.結論

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下に気づき，適切な歯科医療や支援機関につなげること，専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりを継続することが対策になる．口腔衛生，口腔機能の維持は介護者への教育も重要であり，同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である．

表2―1 ●オーラルフレイル対策におけるレベル別事業例

対　象	対応する主な市町村事業
第１レベル （口の健康リテラシーの低下）	《一般の高齢者を対象に、口腔の健康についての普及啓発が実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】 ●事業概要　歯科衛生士を自主活動グループ等に派遣し、口腔の講話や体操等を実施 ●展開場所　通いの場 ②介護予防・日常生活支援総合事業 【一般介護予防事業〈介護予防普及啓発事業〉】 ●事業概要　口腔機能低下に関する講演会・教室の開催やチラシ作成等の啓発を実施 ●展開場所　市町村による講演会、介護予防教室等
第２レベル （口のささいなトラブル）	《口のささいなトラブルのある高齢者を対象に、集団指導等を実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】 ●事業概要　口腔機能低下の可能性のある高齢者が参加する通いの場において、歯科衛生士を派遣し、複数回の口腔プログラムを実施 ●展開場所　通いの場 ②介護予防・日常生活支援総合事業 【介護予防・生活支援サービス事業〈通所型サービスC〉】 ●事業概要　基本チェックリスト該当者を対象に、歯科衛生士等が３～６か月の短期集中サービスによる口腔機能向上教室等を実施 ●展開場所　市町村による介護予防教室が多いが、歯科医師会に委託し歯科医療機関において個別指導を実施するケースもあり
第３レベル （口の機能低下）	《口腔機能低下のある高齢者に、歯科衛生士が在宅訪問指導を実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【健康課題がある人への医療専門職によるアウトリーチ支援】 ●事業概要　低栄養や誤嚥性肺炎発症のリスクのある在宅高齢者を対象に歯科衛生士が訪問指導を実施 ●展開場所　在宅等
	《口腔機能低下のある高齢者に、歯科医師が訪問歯科健診を実施できる事業》 ②都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【後期高齢者の被保険者に係る訪問歯科健診】 ●事業概要　歯科医療機関に通院が困難な在宅の後期高齢者を対象に、歯科医師が訪問し歯科健診を実施 ●展開場所　在宅等
全ての高齢者	《高齢者を対象に歯科健診を行うことができる事業》 ③都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【後期高齢者の被保険者に係る歯科健診】 ●事業概要　後期高齢者を対象に歯科医療機関等において口腔機能を含む歯科健診を実施 ●展開場所　歯科医療機関 ※市町村ではなく、都道府県後期高齢者医療広域連合が直接実施している地域もある

図1. オーラルフレイル対策におけるレベル別事業例（文献7より引用）

文献

1) 松下由美子. サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ. 日本在宅看護学会誌. 2016;5(1):124-133_ID2017062930

2) Xi Chen, Jennifer J Clark, Hong Chen, Supawadee Naorungroj. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. Gerodontology. 2015 Mar;32(1):53-61. doi: 10.1111/ger.12061. PMID: 23758583.

3) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. Dementia. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942.PMID: 33345612.

4) 日本老年歯科医学会 日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編.認知症の人への歯科治療ガイドライン. 2019年6月10日発行. https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138

5) 一般社団法人日本老年医学会, 一般社団法人日本老年歯科医学会, 一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. 老年歯学. 2024;38(4) Supplement:86-96. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38_86/_article/-char/en.

6) 秋野憲一. 老年歯学を再考する－口を支える視点から－Seminar9. 高齢期の口を支える公的制度～地域住民のオーラルフレイルの改善のために地方自治体が展開できる事業. Geriatric Medicine. 2021;59(8):791-795.

7) 公益社団法人日本歯科医師会. 通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル. 2020年版. https://www.jda.or.jp/oral_flail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf.

8) 安原明美.【看護師に選ばれる訪問看護ステーション】<報告3>認知症のある独居の利用者に対するオーラルフレイル予防. コミュニティケア. 2023;25(10):30-32. ID2023271169

9) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, et al. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961. doi: 10.3390/ijerph182211961.PMID: 34831719

10) Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan.Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):679-683. doi: 10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823

11) 中島民恵子, 大林由美子. 独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究　介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. 高齢者のケアと行動科学. 2022;27:39-49. ID2023075077.

12) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc. 2008 Apr;56(4):711-717. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631. x. PMID: 18284537

13) 東京都健康長寿医療センター. 令和2年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」. 2021;158-167.

14) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42 Suppl.I :33-35_ID2016108053.

15) 高島英滋. 薬局の積極的訪問介入により服薬遵守向上に繋がった認知症患者の1事例. 在宅薬学. 2022;9(1):40-43. ID2022310817

16) 川名三知代.【認知症とともに一人で暮らせる社会環境の創出に向けて】認知症とともに一人で暮らす高齢者の服薬管理支援. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):251-256. ID2022172384.

17) 松下由美子. 認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助.聖路加看護学会誌. 2012;16(2):17-24._ID2013005011

18）田島玲子.【服薬自己管理に向けた支援】<報告3>ICTツールで多職種連携，きめ細かい服薬支援を.コミュニティケア. 2024;26(4):27-29. ID2024148484.

19）指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）.https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=411M50000100038.

20）令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業　利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業.https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_13.pdf.

RQ3-4

独居認知症高齢者の低栄養リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身近な介護者が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげること，また専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続することが対策になる．適切な栄養摂取に加え見守りも含めて配食サービス業者等への指導も重要であり，同時にフォーマル・インフォーマルサービスも応用した地域支援が必要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

食行動は，本来習慣的な自立行動であり，独居認知症高齢者にとっては他者の介入の必要性を自認しにくい．介入を行うにあたって，食は個人的な嗜好や習慣に配慮の上，サービス提供者である医療介護専門職が連携を取り合い，拒否されない関係を作る配慮，そしてケアニーズと本人のデマンドのバランスに配慮して本人の満足感を得ることを重視する働きかけを複合的に行うなど，関係の継続を図ることが必要である[1)]．在宅における支援は，本人が食べることの喜びを享受し，住み慣れた自宅で生活を続けるための疾病予防，低栄養改善・予防，生活の維持向上という生活の場の視点が重視される．

2.低栄養等，安全な栄養摂取への対策

独居期間が長いものにおいては認知機能低下ゆえの困難さが増えたとしても，本人なりの工夫の積み重ねがあり，本人の意向や信念を無視した不適切な介入は善意の強制になりかねない．困難な部分を本人の納得する方法で支援すること（例　判断の部分だけ声掛け等，買い物や運搬は手助け等で支援）が，自立的な食行動の可及的な維持につながる[2)]．通所利用者に対しては，調理や摂取計画について生活や来歴，動作の癖や特徴を観察し，生活をよく知る家族や介護者からの情報を加味したうえで，本人が自立を継続するための工夫を通所介護事業所で行い，練習をする方法も報告される[3)]．（自宅のポットの使用方法が分からなくなった際に，通所に持参し練習をする，自宅で白いまな板では包丁と食材が見えにくくなっている際に，まな板の色を変更して安全に包丁を扱える工夫を通所で行い練習する等）

2-1.糖尿病・腎臓病で食事療法の必要な独居認知症高齢者

糖尿病がある独居認知症高齢者の栄養食事指導は日常生活の支援者への介入が不可欠である．しかしながら訪問介護員や介護職員にとって病態栄養および病態を踏まえた生活支援は教育を受ける機会が非常に少なく，管理栄養士などの専門職が指導をする機会を設ける必要性がある[4)]．本人に指導を行う際でも，本人にとっての食の楽しみを奪わず，それでいて病態の進行を抑制する方法でなければならない．管理栄養士等の専門職が，

在宅に訪問して本人の生活を知り，尊厳に配慮し本人がその訪問を楽しみにできるようなポジティブな関わりを続け，視覚化するなどわかりやすく，無理なく本人が納得できる方法になるまで時間をかけて支援をしていくことが必要である[5]．

2-2.共食と中食，配食

独居高齢者でも親戚や友人との食事（共食）の頻度が高い者は，食品摂取頻度が高く，食事への満足度が高い[6]．食料品の買い物支援，親戚や近隣住民から食品の差し入れを受け取る機会があり，経済状態が安定していることが共食頻度に影響する因子であると報告され，社会的な関係性が食行動と栄養状態に影響を与えることが示唆されている．農林水産省の食育の推進の中でも共食が推奨されている[7]．

共食は通いの場で提供されている例があり，食事のみならず外出機会の確保やその場での会話，社会参加など，感覚刺激や実行機能への賦活効果が日常生活への好影響，介護予防効果も期待される．しかし必ずしも通いの場に管理栄養士の介入がないことから，病態や摂食嚥下機能に配慮した食事は提供されていない[8]．そこで日本栄養士会では都道府県栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士が共食を行う通いの場や配食業者と協力し健康支援型配食サービスを推進している[9),10]．

独居認知症高齢者が食行動の困難を抱えた際に，ケアプランとして配食の活用が一般化している．配食サービスの利用者は80歳以上が大半を占め，独居または高齢者夫婦のみ世帯の利用が9割を占める[11]．「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」では栄養管理のあり方として，献立作成から病態栄養食（栄養素等調整食）への対応，摂食嚥下障害を持つ者に配慮した物性等調整食への対応，調理，衛生管理などを含めた商品管理について示すと同時に，利用者の状況把握や情報提供，専門職との連絡相談を適切に行うことの必要性を強調している[12),13]．特に低栄養が疑われる者や在宅療養者等への配食開始時のアセスメントや継続対応については管理栄養士，かかりつけ医，かかりつけ歯科医との連携が必要である．配食サービス事業者が，配食に関連した重要な気付きを見逃さず，適切に医療介護の専門職と連携関係を築くことができるように，医療介護チームに参加できる仕組みづくり，教育的な情報共有の取り組みが必要である．配食注文時の本人アセスメントと配食継続時のフォローアップの際に本人の健康状態や食事摂取に関する状況把握，情報提供の留意点の例が具体的に示されている[14]（図1）．

中食とは購入した惣菜または配達されたデリバリーの料理を自宅で食べることを指す[15]．惣菜を中心とした食生活をしている独居高齢者では，本人の好みで選択される惣菜のみでは摂取栄養が偏る傾向がある．一方，惣菜の栄養価は成分表示から大きく外れることはなく，また中食市場の拡大により一人用の小分け惣菜の種類も増えていることから，調理意欲の低下した低栄養傾向にある独居認知症高齢者の支援を行う際には，中食を活用したバランスの良い選び方などの栄養指導も行うことが進められており，加えて買い物支援における栄養支援が必要であろう．



図1. 配食サービス事業者向けパンフレット （文献14より引用）

3.結論

独居認知症高齢者の身近な介護者が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげること，また専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上，定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続することが対策になる．適切な栄養摂取に加え見守りも含めて配食サービス業者等への指導も重要であり，同時にフォーマル・インフォーマルサービスも応用した地域支援が必要である．

文献

1) 松下由美子. サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ. 日本在宅看護学会誌. 2016;5(1):124-133_ID2017062930

2) 鹿内あずさ. 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2004;11:1-11_ID2005165946

3) 土路生恵美.【先進活動から学ぶ自立支援の環境づくり】「認知症対応型デイサービス」における自立支援の取り組み. 認知症ケア最前線. 2013;37:49-52._ID2014209101

4) 荒砂慶子.【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点ー食事療法ー. 糖尿病診療マスター. 2014;12(5):527-531._ID2014262536

5) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529._ID2019123327

6) Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, et al. "Eating Together" Is Associated with Food Behaviors and Demographic Factors of Older Japanese People Who Live Alone. J Nutr Health Aging. 2017;21(6):662-672. doi: 10.1007/s12603-016-0805-z. PMID: 28537330

7) 農林水産省ホームページ.「食育」ってどんないいことがあるの？. https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/evidence/index.html.

8） 令和元年度老人保健健康増進等事業.通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業報告書.東京都健康長寿医療センター. 令和2年3月 https://www.tmghig.jp/research/info/05%E6%91%82%E9%A3%9F%E6%A9%9F%E8%83%BD%E9%A3%9F%E4%BA%8B%E9%81%B8%E6%8A%9E%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%EF%BC%9A%E6%9C%AC%E5%B7%9D.pdf.

9） 公益社団法人日本栄養士会.「地域高齢者等の健康な食事のための管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集ー栄養ケア・ステーション活用モデルー　栄養のチカラ, 地域のカタチ.」. https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409_02.pdf.

10） 公益社団法人日本栄養士会. 栄養ケア活動マッチングガイド. https://www.dietitian.or.jp/publications/data/careguide_2023.pdf.

11） 平成24年度老人保健健康増進等事業.地域高齢者の食生活支援の質及び体制に関する調査研究事業報告書. 国立健康・栄養研究所. 平成25年3月. https://www.nibiohn.go.jp/eiken/assets/images/rojin24houkoku.pdf

12） 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf.

13） 厚生労働省健康局健康課栄養指導室.「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」を踏まえた取組の参考事例集. 2019. https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000479596.pdf.

14） 厚生労働省.配食事業者の方へ　配食サービスを通じて高齢者の健康づくりを支えてみませんか（パンフレット）. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku_zigyousya.pdf.

15） 厚生労働省. eーヘルスネット［情報提供］中食の選び方. https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-010.html

RQ3-5

独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるかという疑問に対しては報告がないことから現時点では不明である．しかし臨床医学の立場からは，独居認知症高齢者の貧困に対して現に支援をしている臨床家がおり，様々な報告をしている．

解説・エビデンス

RQ2-5 「独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮のリスクが高いのか」において述べたように，第一にそもそも独居認知症高齢者が研究の対象になることがなく，第二に，独居の人がそもそも認知症の診断を受けていない可能性があり，科学的研究が困難な領域である．実際にPUBMEDや医中誌の検索では適切な論文は見いだせなかった．したがって低減させる方法についても報告はない．

一方で独居・認知症・貧困高齢者は臨床医学においてはハイリスクグループであることは自明であり，すでに彼らを支援している専門職がいる．したがって，実際の支援を調べることで実態を明らかにすることに寄与するだろう．

我が国で単身独居高齢者であり住まいを失ったものの支援をしているNPO法人ふるさとの会からの報告によれば，もともと住み込みで働いていた単身男性が失職とともに住まいを失い，認知症による行動心理症状のために様々な支援場所（高齢者施設，病院，低所得者向け宿泊所など）のいずれにおいても安定せず，ホームレス支援を行うNPO法人ふるさとの会に至るという[1]．したがってふるさとの会では住まいの支援と生活支援を一体的に提供している[2]．また，住み込みではなく賃貸住宅に住んでいた単身男性においては，「家賃滞納，ごみや失禁に伴う居室の損傷による退去要請」，「物盗られ妄想のため更新してもらえない」，「鍵の紛失やボヤ騒ぎなどにより更新してもらえない」などの契機が住まい喪失に至っていると報告されており，認知症の人が相当数含まれていると考えられる[3]．NPO法人ふるさとの会は，住まいの支援・精神的支援に加えてパーソンセンタードケアの理念に沿った支援を提供しているが，彼らの支援を受けた高齢者を縦断的に追った研究では，精神的健康が回復している[5]．このことから対照はないものの住まいの支援，生活支援だけではなく，より個人を尊重したきめ細やかな支援が重要である可能性がある．なおこのNPO法人の支援方法は文献[4]にまとめられている．

ふるさとの会と同じ地域（いわゆる旧山谷地域）で活動している本田は，同地域が単身生活困窮者により限界集落化している現状を報告し，また医療・看護・介護・福祉・宿泊などの事業者・活動者が連携していることを報告している[6]．

独居認知症高齢者の支援システム構築の理論的支柱ともいえる粟田は，ケア・コーディネーションの機能を効果的に発揮できる地域システムを構築するとともに，生活支援のある社会環境を創り出す活動が不可欠であるとしている[7]．

文献

RQとは直接は関係がないが解説で触れたもの

1） 滝脇憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学(0912-0734). 2012.01;(161):86-91.

2） 的場由木. 社会的孤立・貧困の状態にある認知症高齢者の生活支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2022;15(3):177-183.

3） 的場由木. 社会的に孤立し, 生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援. 老年精神医学雑誌(0915-6305). 2020.05;31(5):481-486.

4） 岡村毅, 的場由木. ホームレス支援における当事者中心の支援論. 精神療法. 2016;(6):818-823.

5） Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, et al. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness. 2023;32:179-184 DOI: 10.1080/10530789.2021.2002632

6） 本田徹. 認知症に対する地域の連携体制強化は如何にあるべきか：生活困窮者医療の現場から考える. 成人病と生活習慣病. 2013;43(7):869-873.

7） 粟田主一. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の創出に向けて. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):211-217.

RQ3-6

独居認知症高齢者の社会的孤立リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者等の社会的孤立リスク低減を目的とする有効な対策について，まだ，十分な科学的エビデンスは示されていない．しかしながら，本人に対するアプローチ（本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション）とコミュニティーに対するアプローチ（必要な社会的支援の利用･提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング）の両者が必要と考えられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

社会的孤立とは，必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークが欠如している状態である[1]．本稿では，独居認知症高齢者の社会的孤立へのアプローチを，個人に対するアプローチとコミュニティーに対するアプローチに大別して論じる．

2.先行研究の要約

独居の認知症高齢者では，情報を入手し，援助を希求し，必要なサービスにアクセスすることが困難になる可能性が高い[2]．そのため，本人が窓口にやってくるのを待っているのではなく，アウトリーチを取り入れた，多職種チームによる包括的かつ継続的な関わりが必要になる[3]．

（1）個人に対するアプローチ

Uraら[4]は，認知症高齢者の在宅生活継続中断に，①要支援要介護認定，②居住支援ニーズの未充足，③権利擁護支援ニーズの未充足が関連することを報告している．高齢者の要介護状態の原因として，認知症が最多18.7%を占め，これに脳血管疾患（15.1%），高齢による衰弱（13.8%）が続く[5]．「要支援要介護認定」とは，こうした要因によって生活機能が障害され，介護保険サービスの利用ニーズが生じていることを示している．Uraらの研究結果は，認知症高齢者の在宅生活の継続には，これに加えて居住支援や権利擁護支援が必要であることを示唆している．生活支援の内容は非常に広いが，現行の制度下では，高齢者の生活支援に関わるフォーマルサポートとしては介護保険サービスが，インフォーマルサービスの中心的なものとして家族と資産[6]が想定されている．また，地域における高齢者の権利擁護推進事業としては，高齢者の虐待防止に関わる事業，日常生活自立支援事業，成年後見制度等がある．

独居認知症高齢者では，インフォーマルサポートを提供する家族介護者が不在である．その上，介護保険制度は，ある程度の保護力がある家族の存在を前提としている．そのため，家族介護力の低下と，家族介護を前提とした介護保険制度とのミスマッチが，独居の認知症高齢者の在宅生活の継続を困難にしている[7]．独居認知症高齢者の社会的孤立

の低減の方策として介護保険サービスを位置づけるなら，家族介護を補完するサービスではなく，独居の認知症高齢者を支えるサービスとして改革する必要がある．

権利擁護について，日常生活自立支援事業，成年後見制度についてはRQ4項で解説する．高齢者虐待について厚生労働省が公表している資料[8), 9)]によれば，虐待事案全体に占める独居高齢者の割合は7.5%であった．単独世帯では，全体と比較して身体的虐待，心理的虐待の頻度が低く，経済的虐待が高い傾向にあった．被虐待者の介護保険サービス利用状況と相談･通報者の関係をみると，介護保険サービスを利用している場合には介護支援専門員，介護保険事業所職員の割合が相対的に高く，介護保険サービスを利用していない場合は医療機関従事者の割合が相対的に高かった．すなわち，介護保険サービスを利用している場合はサービス提供者が虐待を早期に発見する見守りネットワークになりうること，介護保険サービスを利用していない場合には医療需要が生じたときにはじめて他者の目が入ることが示唆される．独居認知症高齢者が介護保険サービス等の適切な生活支援サービスを利用することは，社会的孤立のリスク，あるいは社会的孤立の結果生じる，虐待発見の遅延等のリスクの低減に働くと考えられる．

(2) コミュニティーに対するアプローチ

Dementia Friendly Community（DFC）は世界的潮流であり，我が国においても，2015年の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン)」のなかで「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」が掲げられている．

DFCの本質は，認知症とともに生きる人の人権が護られる社会の実現である[10)]．地域社会には，すでに社会的支援の総合的調整を実践するフォーマルな組織や機関が存在する．しかし，現存するフォーマルな組織・機関の強化だけでは，社会的に孤立している人たちのサービスへのアクセシビリティを十分に高めることはできない[11)]．

そこで，地域づくりの実践として地域拠点をつくる試みがなされている．このような地域拠点に求められる機能は，①個人に対するアプローチとして，本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション機能と，②必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング機能である[12)]．

3.結論

現在までのところ，独居認知症高齢者等の社会的孤立の解消をアウトカムとする介入研究は行われていない．すなわち，独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策に関する科学的エビデンスはない．独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策として，個人に対するアプローチ（本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整するコーディネーション）とコミュニティーに対するアプローチ（必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくるネットワーキング）が必要であろう．

文献

1) 粟田主一.【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって　一人暮らし，認知症，社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):451-459.

2) 粟田主一.【認知症トータルケア】課題と事例　家族構成の変化，独居への対応. 日本医師会雑誌. 2018;147(特別2):S400-S401.

3) 澤滋.【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学. 2020;35(4):373-378.

4） Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et al. Living on the edge of the community: factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. BMC Geriatr. 2021;1(1):131.

5） 内閣府. 令和2年版高齢社会白書. 2020 Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_2_2.html. [Accessed 2021.6.25.]

6） 畑亮.【核家族，低所得高齢者のケースワーク】核家族・低所得高齢者のケアマネジメント. 老年精神医学雑誌. 2017;28(3):238-246.

7） 服部万里子.【住民のいのちと健康を守る 「地域主権改革」の落とし穴】今地域で何が必要か ひとり暮らし高齢者の実態と解決の方向性. 保団連. 2011;(1059):17-20.

8） 厚生労働省. 令和元年度「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果. 2019; Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/ 000708459.pdf. [Accessed 2021.6.18.]

9） 厚生労働省老健局. 高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書. 2024.3.

10） 粟田主一. 認知症への社会精神医学的アプローチ Dementia Friendly Communityをめざして. 日本社会精神医学会雑誌. 2017;26(4):332-336.

11） 粟田主一.【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター コーディネーションとネットワーキングという観点から. 日本老年医学会雑誌. 2020;57(1):22-27.

12） 粟田主一.【精神医療に関する疫学のトピック-記述疫学,リスク研究からコホート研究まで】認知症フレンドリー社会の創出を目指した地域疫学研究. 精神医学. 2021;63(4):505-514.

RQ3-7

独居認知症高齢者等の行方不明対策はどうあるべきか

回答文

我が国における行方不明者対策は警察と自治体（都道府県・市町村（特別区を含む，以下同様））の2本柱からなる．警察は「行方不明者発見活動に関する規則」など各種法令に基づいて対応する．それに対して自治体はそれぞれが独自に対策を決めている．よって自治体により行方不明者対策は大きく異なる．自治体が行方不明者対策を進めるには明文化された規定が必要であり，地域福祉計画や認知症施策推進基本計画などに行方不明者対策を位置付ける必要がある．

一方，研究に目を向けると，独居認知症高齢者の行方不明対策に関する研究はほとんどなく，1件のみ見つかった．独居認知症高齢者が行方不明になった時の早期発見に関連する要因として，介護保険サービスの利用があった．本人宅にサービス担当者が行った時，不在で行方不明になっていることに気づいて捜索活動につながると考えられる．

解説・エビデンス

我が国の行方不明者対策は警察と自治体（都道府県・市町村）の2本柱からなる．警察は「行方不明者発見活動に関する規則」[1]など各種法令に基づいて対応する．それに対して自治体はそれぞれが独自に対策を決めている．よって自治体により行方不明者対策は大きく異なる．自治体が行方不明者対策を進めるには明文化された規定が必要であり，地域福祉計画[2]や認知症施策推進基本計画[3]などに行方不明者対策を位置付ける必要がある．

具体的な対策としては表1に示したようなものが想定される．しかし，表1に示した対策は警察との連携のような比較的容易に実施できるものから，模擬捜索訓練（声かけ等）のように，これまでの行方不明者対策の積み重ねがあって初めてできるものまである．そのため自治体ごとに対策の進捗状況を把握し，実施可能なものから取り組むことが求められる．

研究に目を向けると，独居認知症高齢者が行方不明になった場合，介護保険サービスの利用が早期発見につながるとの報告がある[4]．介護保険サービスは，訪問でも通所でも，サービス担当者が本人宅に行く．その際に不在であることにより行方不明になったことが明らかになり捜索活動につながる．このような観点からすると，配食サービスなども同じような役割を果たすことができるだろう．ただし，配食サービスは介護保険サービスではないので，介護支援専門員やサービス担当者との連携が必要になる．ただし，訪問時に本人が不在でサービス担当者も捜索活動に入る場合，大きな負担をかけることになる．よって，行方不明時にサービス担当者がどの程度関わるのかを取り決めておく必要があるだろう．

表１．自治体の体制整備項目（案）

大項目	中項目
関係法令に基づいて策定する計画に行方不明対策を位置付ける（都道府県・市町村）	地域福祉計画、認知症施策推進計画策定など
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
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
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捜索
	SOSネットワーク等の捜索活動
	捜索協力者に対するメール・SNSなどを利用した情報提供・捜索協力依頼
	防災無線・有線放送・ラジオ等による呼びかけ
	ICTを活用した捜索機器の利用
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

市町村：特別区を含む

文献

1） 平成二十一年国家公安委員会規則第十三号：行方不明者発見活動に関する規則

2） 昭和二十六年法律第四十五号：社会福祉法

3） 令和五年法律第六十五号：共生社会の実現を推進するための認知症基本法

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

RQ4-1

独居認知症高齢者の意思決定支援においてどのような課題が生じているか

回答文

独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は以下の2つに分類される：①身寄りのない独居認知症高齢者では，本人をよく知る身近な意思決定支援チームを新たにつくることに関連する課題が生じる．②別居家族がいる独居認知症高齢者では，本人と家族との関係に関わらず，家族の意向が優先されることについて課題が生じる．日本社会では，本人に意思決定能力がある段階から，関わりの濃淡に関わらず，家族が意思決定を代行することが慣習として許容されている．意思決定権がもつ本来の理念の実現を目指す“意思決定支援”を考えるなら，本人の意思と家族の意向について整理することがまず取り組むべき課題であると考える．

解説・エビデンス

1.はじめに

意思決定に参加する権利が尊重され，かつ，決定が尊重されることが，意思決定の中核的要素である[1),2)]．

2.独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か

（1）独居認知症高齢者の意思決定

①身寄りがないか，意思決定に関わる親族がなく，意思決定は本人と意思決定支援者，あるいは代理意思決定者・代行決定者によって行われる．

②意思決定に関わる別居の親族がいるが，当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができない．

③意思決定に関わる別居の親族がいて，当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができる．

このような分類が成立し，別居家族の意向の取り扱いが課題となる背景には，日本社会の慣習として，認知症高齢者の意思決定において，様々なレベルの家族の関与を求めているということがある．②③について，別居家族がいる場合には，本人との関係や関与の過多に関わらず，別居家族の意向が優先される傾向にある[3)]．

（2）認知症の進行と意思決定支援

認知症の進行に伴う生活障害や身体機能障害の進行によって必要なケアが変化し，意思決定を行う課題が変化する．認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式である[4)]．軽度から中等症の認知症者は，意思決定にある程度関わることができることが多くの研究で示されている[4)]．意思決定能力は幅広い連続性の中に広がるもので[5)]，相手との関係性によっても変わる[6)]．

認知症高齢者が家庭のなかで日常生活の事実行為の意思決定をどのように行っているのかということに関して，認知症高齢者とその介護者を対象としたインタビュー調査が行われた[7]．この調査から，何を食べる，何をする，何を着るといった日々の生活のなかの意思決定は，介護者との日常的な会話のなかで行われ，介護者が本人の意思決定能力を用件ごとにすばやく判断していることが示された．そして，こういった意思決定支援は長く連れ添った配偶者がもっとも長けていることが明らかになった．

日常生活の事実行為の意思決定支援に関わる家族がいない独居認知症高齢者について，専門職による支援が本人にとってどのような価値があるのかということに関しては，今後の研究によって明らかにされることが期待される．

認知症の進行にともない，共同意思決定（本人が法的強制力のある意思決定をすることを，第三者が支援すること[8]）から代行意思決定（substituted decision making：代行意思決定者が，本人に代わって意思決定を行うために介入すること）に徐々に移行していくことが報告されている[7), 9)]．2017年に厚生労働省が行った全国調査[10]に，「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について，ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか？」という質問項目がある．この質問に対して，「詳しく話し合っている」（2.7%），「一応話し合っている」（36.8%）と回答した者のうちの94.3%が，その相手として家族をあげている．つまり，多くの国民が，意思決定支援者，意思決定を代理・代行する者として家族を想定していると考えられる．

同居家族だから本人をよく知るわけでないし，別居家族だから本人をよく知らないわけではない．しかしながら，多くの例外があることを前提とした上で，一般的な状況として，独居者の場合，本人をよく知る意思決定支援者，意思決定を代理・代行する者がいないという状況が起こりやすい，ということは言えるだろう．

(3) 意思決定のジレンマ

本人の意思と意思決定支援者が最善と考える選択の間にずれが生じるところに意思決定支援に関わるジレンマが生じる．認知症の進行とともに，本人の現在の意思が明確な言語的表現として表示されにくくなり，意思決定支援に関わるジレンマがさらに大きくなる．

意思の代理・代行決定が必要な状況で，本人をよく知る家族がいる場合，家族から情報を得ることは，本人の希望や意向，意思決定能力，本人の支えになる人を知る助けになるだろう．多くの代行決定者が，判断に迷い，セカンドオピニオンの必要性を感じるときには家族に相談すると答えている．しかしながら，Fetherstonhaugh[11]は，過去にその人が表示した意思を現在のその人に優先することは，認知症者が心変わりする権利を否定することであると論じている．

意思決定支援は，ある方法によって成功する場合もあるし，同じ方法が本人の意思決定を妨げることもある．木口はその論考[12]のなかで，「障害のある人の権利に関する委員会」の専門家のエダ・ワンゲチ・マイナの言葉を紹介している．

> 支援者と支援を受ける人の間の人間関係を構築するには，時間とエネルギーが必要だが，信頼と尊敬のもとで障害をもつ人が彼ら自身を表現し，願いを伝え，その人の願いを反映することを可能にするためには，支援は，必然的に人間関係の発展を含むと理解されるべきだ．

意思決定支援がマニュアルによって成功しないのは，それが人間関係のなかにある動的な営みであるからであろう．

文献

1) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. J Aging Stud. 2013;27(2):143-50.

2) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, et al. “The Red Dress or the Blue?”: How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? J Appl Gerontol. 2016;35(2):209-26.

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

4) Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. BMC Health Serv Res. 2012;12:241.

5) Holm S. Autonomy, authenticity, or best interest: everyday decision-making and persons with dementia. Med Health Care Philos. 2001;4(2):153-9.

6) O'Connor D. Personhood and dementia: toward a relational framework for assessing decisional capacity. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2010;5(3):22-30.

7) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. Int Psychogeriatr. 2013;25(6):949-61.

8) Kohn NA, Blumenthal JA. A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. Disabil Health J. 2014;7(1 Suppl):S40-3.

9) Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M, Shanley C. Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? J Med Ethics. 2017;43(1):35-40.

10) 厚生労働省. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf.]

11) Fetherstonhaugh D. Dementia: Ethical issues: Nuffield Council on Bioethics; 2009 [Available from: https://www.nuffieldfoundation.org/research/nuffield-council-on-bioethics.]

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

RQ4-2

独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際してどのような課題が生じているか

回答文

1. 成年後見制度の課題は以下の5点に集約される.
①制度の少なさ
②制度の理念の実現の不十分さ
③意思決定，特に医療上の意思決定支援への関わり
④成年後見人等に対する支援の不足
⑤被後見人等による評価の欠如

解説・エビデンス

1.はじめに

成年後見制度は，権利擁護に重きをおいた利用者支援が求められ，福祉サービスも利用者本位のサービスへ転換するなかで，2000年に始まった．2016年の成年後見制度利用促進法では，翌2017年の成年後見制度利用促進基本計画[1)]において，それまでの制度運用の実態への反省から，利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善の必要性の認識が示された.

2.成年後見制度の課題

①制度利用者の少なさ

制度発足時に期待されたほどには同制度が利用されていないことは繰り返し指摘されてきた．2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（成年後見制度利用促進法)」が施行されて以降も，利用者が大幅に増える事態には至っていない．最高裁判所が公表しているデータと，認知症高齢者の推計値から推測すると，認知症高齢者のうち成年後見制度を利用しているのは2%程度であり，潜在的な需要と比較して，著しく少ないと考えられる.

②制度の理念の実現の不十分さ

成年後見制度は，自己決定権の尊重，残存能力の尊重，ノーマライゼーションの実現をその理念とする．しかし実際には，自己決定権をもっとも制限する後見類型での利用が3/4を占め，申し立ての動機としては預貯金の解約，施設入所のための介護保険契約が多い[2)]．これらの状況を併せて考えると，現状では，成年後見制度は，認知症等の進行によって在宅生活の継続が困難になり，施設入所等の必要性が切迫した段階で利用されることが比較的多いと推察される.

そういった状況においては，本人の認知機能低下がある程度進行していることが想定され，本人が制度を理解することの困難さが増していること，また，制度利用の切迫した必要性が生じているために，本人の意思が十分に尊重されずに申し立てが行われる傾

向にある．本制度が，本人の自己決定権を尊重し，認知症高齢者の権利侵害に対する予防的対応[3]として積極的に活用されているとは言えない状況にある．

③意思決定，特に医療上の意思決定支援への関わり

現行の日本の法律は，成年に達した者の医療上の代諾権を規定していない．医療上の慣習として，もっとも近しい家族の意向に従うことが多いが，法的には家族に医療上の代諾権が与えられているわけではない．成年後見人も医療上の代諾権をもたない．

成年後見人の医療上の意思決定への関わりの形として，医療方針の決定に関わるカンファレンス（合議体）への参加がある．現状では成年後見人等からの働きかけでカンファレンスが開催されることは少なく，医療者の呼びかけによって開催されることが一般的である．医療同意権がないことを理由に成年後見人がカンファレンスへの参加を断わる場合もあり，医療従事者の側からすると，必ずしも成年後見人の協力が得られるわけではない．反対に，医療従事者側に成年後見制度に関する知識が不足しているために[4]，医療同意を強く求められたり，逆に，重要な決定の際にも成年後見人に連絡がないという報告が成年後見人からなされている[5]．認知症ケアに関わる専門職が，成年後見制度に対する十分な知識を持っていないことが示唆される．

さらに，成年後見人と家族との関係の課題がある．前述の，自己決定能力が不十分であるとされる者の医療上の選択はもっとも近しい家族が行うという医療上の慣習等を背景として，医療者，あるいは成年後見人等が，虐待者である家族の意向をまったく無視することができず，虐待者である家族の意向の取り扱いに苦慮したケースの報告が散見される[6), 7)]．

成年後見人と医療代諾権については慎重かつ十分な議論が必要なことは言うまでもない．そのためにまず，家族が実質上の代諾者になっている現状の整理が必要である．いずれにしても，被後見人の医療上の意思決定に，成年後見人等がどのように関わっていくのかという課題がある．

④成年後見人等に対する支援の不足

終末期医療に関わる意思決定への関わりなど，成年後見業務の広がりがあるなかで，中核機関への相談体制は自治体によりさまざまである．制度の担い手である成年後見人等への支援体制の構築もひとつの課題である．

⑤被後見人等による評価の欠如

成年後見制度は，その発足以来，「本人による同事業・制度の評価」という形の制度評価はなされておらず，また，同事業・制度を利用することによって本人に何がもたらされたのかということに関しても，利用者本人を対象とした評価が行われていない．自己決定権の尊重を理念として掲げる成年後見制度について，本人にとっての制度の意義が本人目線で評価されることを可能にすることは大きな課題である．

文献

1） 厚生労働省. 成年後見制度利用促進基本計画について 2017; Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/keikaku1.pdf.

2） 最高裁判所事務総局家庭局. 成年後見関係事件の概況－令和2年1月～12月－ 2021; Available from: https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyou-r2.pdf.

3） 吉岡譲治.【一人暮らしの認知症高齢者】一人暮らしの認知症高齢者の権利擁護と意思決定支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):506-14.

4） 肥田あゆみ, 井藤佳恵. 臨床現場から考える医療同意権　臨床医を対象としたアンケート調査からの考察. 臨床倫理. 2024;12:52-65.

5） 日本弁護士連合会. 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱 2011;Available from: https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf.

6） Ohno N, Mizuno Y, Kanbara A. Medical team's struggle with financial abuse in the corresponding -Limitation of the adult guardianship system: A case report. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2018;55(4):663-7.

7） 村端祐樹, 福田陽明, 井藤佳恵, 小野正博ほか. モラルチャレンジ　実践・臨床倫理　事例検討　大腸がんが発見された認知症患者　家族による虐待を受けていた一例を通して考察する高齢者医療を取り巻く諸問題. 老年精神医学雑誌. 2018;29(9):991-9.

RQ4-3

独居認知症高齢者は詐欺や不適切な取引の被害に遭いやすいのか

回答文

既存資料には，認知症であることに加え，独居であることや女性であることが詐欺や勧誘の被害に遭いやすい状況であることが示唆されている．また，先行研究の結果からは，独居認知症高齢者は認知機能の低下や社会的孤立が原因で金銭管理が困難になり生活の継続が危うくなる可能性が高いこと，そして実際に強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの被害に遭いやすい傾向があることが報告されている．しかし，調査の地域性やサンプル数などには限界があるため，今後はそれらの課題も踏まえた体系的な実態調査によって被害の現状を確認することが望まれる．

解説・エビデンス

はじめに

詐欺は，相手を欺く明確な意図をもって財産や利益を奪う犯罪行為であり，刑法によって罰せられる．一方，不適切な取引は必ずしも違法ではないが，消費者の無知や不安に付け込み，社会的・倫理的に問題がある行為を指す．不適切な取引の中には詐欺に発展するものもあり，詐欺と不適切な取引は境界が曖昧になることがある．これらの行為は性質が異なるものの，いずれも消費者の権利や利益を侵害する消費者被害の一環である．

1.資料から見る独居認知症高齢者の消費者被害への遭いやすさについて

①警視庁の公表データ[1)]

令和5年に認知された特殊詐欺の件数は19,038件で，前年より1,468件増加した．そのうち高齢者（65歳以上）被害の認知件数は14,895件で，総認知件数に占める割合は78.4％と，被害者の約8割は65歳以上の高齢者であり，そのうち女性の割合は56.1％であった（法人被害を除く）．手口としては，オレオレ詐欺，預貯金詐欺及びキャッシュカード詐欺盗（3類型を「オレオレ型特殊詐欺」と総称）が総認知件数に占める割合が46.9％と最も多かった．警視庁の資料からは，高齢者の世帯類型別での被害状況や認知機能の低下の影響による被害状況のデータは見当たらない．

②国民生活センターの報告書

契約当事者が65歳以上の相談が全体に占める割合は，2019年度には36.9%だったが，2023年度には35.8%となっており，消費生活相談の中で全体の3割以上を占め続けている[2)]．高齢者は自宅にいることが多いため，電話勧誘販売や家庭訪販による被害にあいやすいこと，認知症高齢者は判断能力が不十分な状態にあるために一般の高齢者よりもトラブルや被害に遭いやすく，また，その認識が低いために問題が潜在化しやすいこと，家族等がトラブルや被害に気付いたとしても契約時点で判断能力が不十分であったことの証明ができないために，トラブルの解決が困難になるケースがあることなども指摘さ

れている[3]．これらの指摘からは，認知症を患うことと共に，同居する家族がいない環境である独居認知症高齢者の消費者被害は，ますます増える可能性が高いことを示唆しているとも考えられる．

③消費者庁の報告書[4]

高齢者の消費生活相談のうち判断不十分者契約と判断されているものを全国消費生活情報ネットワークシステム（PIO-NET）から抽出し，自然言語処理（ワードクラウド）を用いて解析している．その結果，2017-2018 年度では「独居高齢女性宅」「単身」という言葉が出現していることから，独居高齢者，特に女性の場合，勧誘や詐欺のターゲットになりやすいこと，また，80代男性では「独居高齢者」，90代女性では「独居老人」の単語が出現しており，これらの群では独居高齢者を対象とした勧誘や詐欺などのトラブルに関する相談の重要度が高いことから，独居の場合，契約トラブルにより遭遇しやすく，かつ周囲から気づかれにくいが故に一層被害が拡大することが懸念され，特に注意が必要であることを指摘している．

2.先行研究から見る独居認知症高齢者の消費者被害への遭いやすさについて

横尾[5]は，専門職として地域で求められる活動を検討するため，独居認知症高齢者の実態について，地域包括支援センターの介護支援専門員60名にアンケート調査を行っている．その結果，日常生活において8割以上のケースで実質上の金銭管理が難しくなっている現状を明らかにした．また，消費者被害については，「強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の被害を受けそうになった（被害は回避された）」が39%，「強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の被害を受けたことがある」が39%と，ともに約4割のケースで発生していることを明らかにした．独居認知症高齢者は，地域の人に支えられながら暮らしが継続できている人も多い一方で，身近に相談のできる人がいない割合も高くなっていた．これらから，身近に相談相手がいない人が認知症高齢者となり日常生活において通帳や印鑑を紛失したり，金銭管理が難しくなり，独居生活が危うくなってきているケースが多くあることが明らかになった．さらに，この現状において日常生活自立支援事業や成年後見制度のサービス利用支援も必要であると思われるが，利用につながっている割合は低く，特に成年後見制度の説明を行っている割合は10%と著しく低くなっていることを明らかにしている．なお，日本における独居認知症高齢者を対象とした消費者被害の研究は他にはない．

結論

既存資料には，認知症であることに加え，独居であることや女性であることが詐欺や勧誘の被害に遭いやすい状況であることが示唆されている．また，先行研究の結果からは，独居認知症高齢者は，認知機能の低下や社会的孤立が原因で金銭管理が困難になり，生活の継続が危うくなる可能性が高いこと，そして実際に，強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの被害に遭いやすい傾向があることが報告されている．しかし，調査の地域性やサンプル数などには限界があるため，今後もそれらの課題を踏まえた体系的な実態調査によって，被害の現状を確認することが望まれる．

文献

1） 警視庁. 令和5年における特殊詐欺の認知・検挙状況等について（確定値版）. https://www.npa.go.jp/bureau/criminal/souni/tokusyusagi/hurikomesagi_toukei2023.pdf (検索日2024.11.27).

2） 独立行政法人国民生活センター. 65歳以上の消費生活相談の状況（2024年9月13日報道発表資料）. https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20240913_1.pdf (検索日2024.11.27).

3） 独立行政法人国民生活センター. 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切―認知症等高齢者の消費者トラブルが過去最高に！！―（報道発表資料）, 2014. https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf (検索日2024.11.27).

4） 加藤佑佳, 泓田正雄, 樋山雅美, 成本迅. 高齢者の判断不十分者契約に関する消費生活相談内容の神経心理学的検討～自然言語処理を用いた解析結果から～. プログレッシブ・レポート. 消費者庁. 2022.7 https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_220728_02.pdf (検索日2024.11.27).

5） 横尾恵美子. 福祉の現場から 認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割. 地域ケアリング. 2018;20(6):54-59.

RQ4-4

独居認知症高齢者の意思決定支援における課題を克服するための対策はあるか

回答文

まず，認知症がある人の意思決定にはpatient-centeredの要因とそうでないものが複合的に影響を与えていることを認識し，その上で，より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要がある．

そして独居認知症高齢者では，同居者がいる場合と比較して，日常生活のなかの安全確保，医療，財産管理，代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い[1]．しかしながら，独居者にとってフォーマルサービスの利用に関連した意思決定は，エンパワメントにも自立に対する脅威にもなり得る[2]．認知症の進行にともなって生じるリスクから保護することと，日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること[3]は同義ではないことを改めて認識する必要がある．

解説・エビデンス

わが国における「独居認知症高齢者の意思決定支援における課題」を克服するための対策を考えるにあたって，まず整理すべきことは個人の意思決定と家族の関わりである．日本社会における個人の責任や意思と家族のそれとの線引きは非常に曖昧で，家族は，意思決定能力を欠く個人と社会との間の緩衝帯として機能してきた[4]．たとえば医療上の意思決定に関して，現行の日本の法律は，成年に達した者の医療上の代諾権を規定していない．しかしながら医療の中の慣習として，意思決定能力が不十分と見なされた患者の治療上の決定は，最も近い近親者の意見に従うことが広く容認されている．

このような慣習を背景として，医療の場における選択，とくに医療上の意思決定をめぐって，「独居の認知症患者が増えてきて，意思決定支援が難しい」という話を聞くようになった[5]．正確には，「家族に代諾を求められない認知症患者では，医療方針の決定をめぐる倫理的ジレンマが生じやすい」ということである．こうした事項も背景となって，多くの医療機関にいわゆる臨床倫理委員会が設置されるようになった[6]．我が国の臨床倫理委員会のひとつの特徴は，その77.6％が医療安全委員会であることである（2022年調査）[7]．患者の権利擁護という歴史的背景から切り離され，医療安全委員会を土台として設置された臨床倫理委員会の議論の重心は「問題が起こらないこと」に置かれる傾向にある[8]．委員会の目的が訴訟の回避であるなら，無危害原則が優位になるだろう．実際，身寄りのない独居認知症高齢者では，医療同意を代行する家族がいないことが，治療の手控えにつながる傾向が指摘されている[9]．

認知症者の意思決定に関するシステマティックレビューでは[10]，認知症がある人の意思決定は複雑であり，認知機能障害だけではない多くの要因の影響を受け，本人の意思決定能力と介護者が意思決定に対してもつ責任とそこに及ぼす影響などのバランスによって，共同意思決定，代理意思決定等の様式によってなされることが指摘されている．身寄りのない者の意思決定をめぐる根本的な課題は，彼らが家族という潜在的な代行決

定者をもたないことではない．家族による代行決定そのものについて整理する必要があり，その前提として，自己決定あるいは自己決定権がもつ本来の意味を一度は正確に理解する必要がある．19世紀中頃，ジョン・スチュアート・ミルは，功利主義の立場から以下のことを述べている[11]：「判断力のある大人なら，自分の生命，身体，財産などのあらゆる自分のものに関して，他人に危害を及ぼさない限り，たとえその決定が本人にとって不利益なものであっても，自己決定の権限をもつ．他者は止めようと説得する権利をもつが，強制する権利はもたない.」こういった個人主義を背景とした生命倫理学が患者のもつ脆弱性への配慮を欠くことへの批判がある[12]ことは，当然ながら知っておく必要がある．しかし現実として，今日の自由主義社会においては，自律尊重は最も重要な原則であり，原則的には，他人に危害を及ぼさない限り本人の自己決定は尊重される．権利擁護という観点においても，従来はその人の権利・利益が不当に侵害されないことに重点があったが，最近では，権利・利益が本人の意向に沿って実現されることの重要性も認識されるようになった[13]．また，国際的には，意思決定能力が十分でないとされる者の意思決定支援において，「最善の利益」よりも「意思と選好の最善の解釈」が強調されるようになってきている．このような考え方は，Dignity of risk（リスクを負う尊厳）にも通じる．Dignity of riskを最初に論じたPerske[14]は，障害がある人に対する過度の保護は，「失敗する権利」を奪い，尊厳を侵害するとした．

とりわけ独居の高齢者では，認知症を発症する以前からすでに安全の確保が大きな課題になる傾向にある[1]．認知症高齢者の支援において，ケア従事者が，認知症高齢者の意思に反して医療福祉制度を適応しようとするときに，しばしば自由権と社会権の対立が生じる．

まず，一般に，認知症がある人の意思決定にはpatient-centeredの要因とそうでないものが複合的に影響を与えていること[15]を認識しなければならない．その上で，より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要がある．

そして，独居認知症高齢者では，同居者がいる場合と比較して，日常生活のなかの安全確保，医療，財産管理，代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い[1]．しかしながら，独居者にとってフォーマルサービスの利用に関連した意思決定は，エンパワメントにも自立に対する脅威にもなり得る[2]．認知症の進行にともなって生じるリスクから保護することと，日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること[3]は同義ではないことを改めて認識する必要がある．

文献

1) Groen-Van De Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, et al. Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: A qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. BMJ Open. 2017;7(11):1-13.

2) Haslbeck J, McCorkle R, Schaeffer D. Chronic Illness Self-Management While Living Alone in Later Life:A Systematic Integrative Review. Research on Aging. 2012;34(5):507-47.

3) de Medeiros K, Berlinger N, Girling L. Not Wanting to Lose the Dignity of Risk: On Living Alone with Dementia. Perspect Biol Med. 2022;65(2):274-82.

4) 齋藤正彦. 日本における医療側から見た成年被後見人の医療同意. in 成年後見人の医療代諾権と法定代理権 田山輝明編. 東京: 三省堂; 2015.

5) 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 一人暮らしの認知症の人への支援. 東京都; 2024.10.（未公開資料）

6) 瀧本禎之.【医療における臨床倫理コンサルテーション】臨床倫理コンサルテーションとは. 精神科治療学. 2020;35(3):231-6.

7） Sato H, Takimoto Y. Clinical ethics problems in psychiatry and the need for clinical ethics consultation in Japan: A cross-sectional study. PCN Rep. 2023;2(2):e86.

8） Tsuboi E. Patient Safety Issues. Challenge of the JMA to Protect Patient Safety. Japan Medical Association Journal. 2001;44(9):382-4.

9） Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, Wongpakaran N, et al. Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. Int Psychogeriatr. 2015;27(6):1029-37.

10） Bhatt J, Walton H, Stoner CR, Scior K, et al. The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review. Aging Ment Health. 2020;24(3):363-73.

11） Mill J. On Liberty. 4 ed. London: Logmans; 1869.

12） 秋葉悦子. 人格主義生命倫理学. 東京: 創文社刊; 2014.

13） 小賀野晶一.【高齢者，特に認知症高齢者の権利擁護】法律家の立場から，法学的立場から. 精神科. 2019;34(4):366-70.

14） Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. Ment Retard. 1972;10(1):24-7.

15） Auriemma CL, Butt MI, McMillan J, Silvestri JA, et al. “What choice do we have?” Reactive and proactive decision-making for aging in place with dementia. J Am Geriatr Soc. 2024;72(11):3398-412.

RQ4-5

独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際しての課題を克服するための対策はあるか

回答文

成年後見制度の利用支援にあたっては，まず，同制度へのアクセシビリティの改善が必要である．具体的には，①制度に関する知識の普及，②申立て手続きの煩雑さの改善，③首長申立てに関する自治体間の格差の是正，④申立て費用および成年後見人等の報酬費用の課題解決，の4点が挙げられる．これらの課題解決のためには，対象者に対する普及啓発と並んで，専門職を対象とした教育，支援が必要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

2016年に成年後見制度利用促進法が施行されたが，その後も利用者の大幅な増加には至らない．背景に，制度が抱える課題があると考えられる．

2.成年後見制度の利用支援の課題

現在，成年後見の開始原因の60％を認知症が占めるが，認知症者等の数に対して成年後見制度の利用者は著しく少ない．独居高齢者が増えており[1)]，独居認知症高齢者の金銭管理の難しさ，経済被害のリスクが報告されている[2)]．これらからは，財産管理という観点からだけ考えても，成年後見制度の潜在的なニーズがあると考えられる．ニーズがあるにも関わらず成年後見制度の利用が進まない背景にある課題として，制度に関する知識が一般に普及していないこと，申立人の課題，申立ておよび後見費用の課題等が挙げられる．

①制度に関する知識の普及

成年後見制度に関する知識をもっていないことに影響を与える因子として，性別，年齢，独居であること，収入・資産状況よりも，金融リテラシーの影響の方が大きいことが報告されている[3)]．よって，判断能力が保持されている段階で，将来同制度の対象となり得る人たちの金融リテラシーを高めること[4)]が利用支援として考えられる．

成年後見制度に関する正しい知識を得る機会を提供することが，本制度の普及，また，補助・保佐相当の段階からの利用など，本人がメリットを感じられる制度利用につながる可能性がある．

②申立てにかかる手続きの煩雑さの改善

次の段階として，申立てにかかる手続きの煩雑さが制度利用の困難さの一因である．日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行ができていない理由[5)]として「申立てのために必要な書類の作成が難しく，準備できない」が6.4%，「成年後見制度について専門職や関係者の知識・経験が十分でなく，準備に時間がかかる」が14.9%のケースで

挙げられている．専門職でさえ対応しきれない現状には，改善が望まれる．

③首長申立てに関する自治体間の格差の是正

首長申立てに関する自治体間の対応の差異も大きい．民法の規定では，申立権者は，本人，配偶者，4親等内の親族，成年後見人等，任意後見人，任意後見受託者，成年後見監督人等，市区町村長，検察官等とされる．他方，老人福祉法32条，知的障害者福祉法28条，精神保健福祉法51条の11の2は，「その福祉を図るため特に必要があると認めるとき」という要件つきで，民法を準用する形で市町村長に申立権限を認めている．申立人となる親族がいない者では，その申立て適否に加え，4親等以内の親族の有無の調査と，調査によって4親等以内の親族がいると判明した場合には，その意向の確認作業に非常に時間をかける自治体が少なくない．このような親族調査の範囲は，2005年に4親等から2親等に縮小されたが，調査範囲は自治体に委ねられており，実施実態は様々である．結果として市区町村長申立てまでにかかる期間の自治体による格差も大きく，1カ月から半年の開きがある．首長申立てをふくむ，成年後見申立てにかかる業務に関する自治体間の格差の是正は課題であろう．

④申立てにかかる費用，成年後見人等の報酬費用の課題解決

申立てにかかる費用，成年後見人等の報酬費用も，とくに低所得者が制度を利用することの阻害因子となっている[6)]．申立てにかかる費用や後見報酬を補助する制度をもつ自治体も多くなっているが，それらは自治体の任意事業であり，予算は様々である．制度利用には自治体ごとの適用基準があり，現実には厳しい適用実態がある．費用の観点から日常生活自立支援事業が選択されるケースもあるが，認知症高齢者では，将来的には認知症の進行により同事業の利用に必要な契約能力が失われることがあらかじめ想定され，課題を先延ばしにしているに過ぎない．

以上より，①成年後見制度に関する正しい知識の普及，②煩雑な申立て手続きの改善，③首長申立てに関する自治体間の格差の是正，④申立て費用，成年後見人等の報酬費用の課題解決に向けた方策を提示し，成年後見制度へのアクセシビリティを改善する必要がある．アクセシビリティを改善し，切迫した状況になる前に本人と制度利用について検討できるようになることが，制度の本来の趣旨である自己決定権の尊重の実現につながると考えられる．

文献

1) 内閣府. 平成30年版高齢社会白書 2019. Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_3.html.

2) 横尾恵美子. 福祉の現場から　認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割. 地域ケアリング. 2018;20(6):54-9.

3) Kadoya Y, Khan MSR, Oba H, Narumoto J. Factors affecting knowledge about the adult guardianship and civil trust systems: evidence from Japan. J Women Aging. 2020:1-15.

4) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, et al. The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5).

5) 社会福祉法人全国社会福祉協議会. 日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護．平成30年度日常生活自立支援事業実態調査報告書 2019. Available from: https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf.

6) 井藤佳恵.【後見人制度の現状と課題】成年後見制度の現状と課題　認知症高齢者困難事例の成年後見制度利用を通じた考察. Dementia Japan. 2018;32(2):234-41.

RQ4-6

独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者に焦点をあてて詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策を取り扱った先行研究は見つからなかった．そのため，独居認知症高齢者の経済被害を防ぐといった観点で事例を扱っている研究をいくつか取り上げた．その知見から，予防的観点から成年後見制度導入を検討することで，独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避できる可能性があるということ，地域での見守りネットワークの重要性とともに，関わる専門職と消費者被害に対応できる専門家や機関との連携の必要性が示唆された．

解説・エビデンス

はじめに

政府は，一層複雑化・巧妙化する詐欺等について，これまでの対策プランを発展的に解消させ，政府が総力を挙げて取り組む施策「国民を詐欺から守るための総合対策（令和6年6月18日）」を策定した[1)]．特殊詐欺，SNS型投資・ロマンス詐欺及びフィッシング詐欺を対象に，1.「被害に遭わせない」ための対策，2.「犯行に加担させない」ための対策取組の推進，3.「犯罪者のツールを奪う」ための対策，4.「犯罪者を逃さない」ための対策の4つの柱を立てている．こうした対策は判断力や注意力が低下し，詐欺に気づきにくいことが多い独居認知症高齢者に向けての対策としても有効だと思われる．長野[2)]は，警察の視点から，高齢者の経済被害の現状を報告しており，そのなかで悪質商法の被害者側から話を聞き「悪質業者の手口を知っていたらだまされなかった」と後悔している人が多いと述べている．自宅に訪問してきたり電話をかけてきたりする業者が悪質業者であるかどうかを見極めるためにも，悪質業者の手口を迅速に把握し，その対策を広く啓発することが重要になる．今回調べた先行研究では，独居認知症高齢者に焦点をあてて詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策を取り扱ったものは見つからなかった．そのため，独居認知症高齢者の経済被害を防ぐといった観点での事例を扱っている研究をいくつか取り上げ概観する．

①鵜浦論文[3)]

認知症高齢者の消費者被害に対する予防的支援としての成年後見制度の活用の可能性に焦点を当てた研究である．認知症高齢者の消費者被害に対する支援では，被害が発生したときに展開する「被害回復支援」，消費者被害の発生前から発生初期にかけて展開する「予防的支援」，基本的ニーズを充足することや，家族や近隣住民，支援者等の周囲との関係のなかで生活を営む環境を整備する「日常生活支援」を不断かつ一体的に遂行することが必要であるとし，成年後見制度は，その一体的支援を推進させる可能性をもつという．具体的に，成年後見人が選任されることで，認知症高齢者が不適切な取引を行うリスクが低減し，地域住民や支援者が安心して見守り支援を提供できた一人暮らし認

知症高齢者の事例を報告している．認知症高齢者の消費者被害に対する一体的支援の推進に向けた成年後見制度の活用の効果として，①支援者の専門的機能が発揮しやすい環境の提供，②支援に要する情報取得・管理・共有の円滑化，③後見人を中心とした支援者の結束性の強化，の3点を明らかにした．この事例は，はっきりとした消費者被害が認められるものではなく，本人の意思によって健康食品の購入や借家の改修が行われ，明確に被害を受けているといえるほどでもなかったという．国民生活センターでは，認知症等高齢者の消費者トラブルでは，家族や周囲の “見守り” と “気づき” が大切であることを報告している[4]．制度を活用しながら独居で認知症を患う高齢者の日常生活に寄り添い，支援者とつながる予防支援の重要性が示唆された．

②西原論文[5]

経済被害の観点から，独居等の認知症高齢者等で，世帯内に適切な意思決定ができる人がいない場合，また虐待やリフォーム詐欺等，他者からの権利侵害が疑われる場合には，地域包括支援センターの役割としての権利擁護業務でのかかわりが必要であるとし，未然に防ぐ方策として，①各専門職や団体，機関との連携強化により被害情報を把握できる体制をつくる．②経済被害情報のある地域の民生委員，介護支援専門員，訪問介護員等へ経済被害の情報を的確に伝達し，その情報をもとにそれらの地域の方々と連携する．③経済被害に遭っている事例を把握した場合は，まず市の関係機関に通報する被害救済や多重債務整理の相談や代理援助による支援を図るために，弁護士，司法書士等との連携の3点を挙げている．

③内田論文[6]

介護支援専門員としての立場から，一人暮らしの高齢で認知症の症状（未診断）のある男性が，次々とリフォーム工事と訪問販売被害にあっている事例を用いて，介護支援専門員の在り方や役割について論じている．一人暮らしの高齢者は，本人が認知症であることの発見が遅れる場合があること，「次々販売（契約）」や「過量販売」が表面化するまでには時間がかかる場合があることから，家族をはじめ，近隣の見守り（ネットワーク）が不可欠であると述べている．また，ネットワークという点から，弁護士などのほかに，消費生活センターや消費生活専門相談員（消費生活相談員）との連携をとると同時に，介護支援専門員の役割として，「消費者基本法」や「特定商取引に関する法律」（特商法）の基礎的理解を持っておき，契約締結時にどの程度意思能力があったかなど，これらの法律を足掛かりに消費者被害を救済できるかどうか検討しなければならないと述べている．

結論

今回調べた知見からは，予防的観点から成年後見制度導入を検討することで，独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避できる可能性があるということ，地域での見守りネットワークの重要性とともに，関わる専門職が消費者被害に対応できる専門家や機関との連携の必要性が示唆された．

文献

1）首相官邸ホームページ.“国民を詐欺から守るための総合対策”https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki31/tokushusagi/oshirase.html (検索日2024.11.27)
2）長野利和. 高齢者の経済被害の現状と課題―警察の視点から―. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):792-798.

3）鵜浦直子. 認知症高齢者の消費者被害に対する成年後見制度の活用　日常生活支援から被害回復支援までの一体的支援の推進に向けて. 日本認知症ケア学会誌. 2011;10(1):20-27.
4）独立行政法人国民生活センター. 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切―認知症等高齢者の消費者トラブルが過去最高に！！― (報道発表資料), 2014.https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf (検索日2024. 11. 27)
5）西原敦子. 経済被害を防ぐための地域包括支援センターの役割. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):799-807.
6）内田幸雄. 経済被害を防ぐための介護支援専門員の役割. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):808-814.

コラム

独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割

一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク
副代表・弁護士　水島俊彦

1.独居認知症高齢者を取り巻く社会情勢と課題

厚生労働省研究班が公表した研究結果[1)]によれば、全国の認知症の高齢者数は2025年には471万6000人、2040年には584万2000人に達すると推計されており、その中には独居認知症高齢者も相当数含まれると推測される。

認知症の進行により、財産管理や介護・福祉サービスの導入が困難になることに加え、消費者被害や適切な医療ケアが遅れる等の様々な生活上のリスクが顕在化する[2)]。特に独居の場合、支援者による発見が遅れることにより問題が複雑化し、成年後見制度やその他の福祉的支援の利用が妨げられる事例も少なくない[3)]。また、本人にとって身近な存在がいないこと等により、本人の過去及び現在の意向、選好や価値観を周囲が把握することが難しく、結果として、住居、医療、財産管理等に関して本人が意に沿わない意思決定を迫られたり、本人の推定意思を反映することが困難となる等の課題が生じている[4)]。

これらの課題を踏まえ、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という）や障害者の権利に関する条約（以下「権利条約」という）の趣旨を踏まえた支援付き意思決定（Supported Decision-Making）の仕組みが着目されている。本稿では、それぞれの理念を比較しながら、地域における実践例として豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組みに焦点を当てる。

2.認知症基本法と障害者権利条約との共通点

2024年に施行された認知症基本法は、その制定過程において、認知症当事者が関与し、その意見を反映して制定された。その基本理念には、2014年に日本が批准した権利条約の理念と共通する「社会モデル」の考え方が反映されている。具体的には、障害を個人の機能障害ではなく、社会的・環境的障壁との相互作用として捉える視点である[5)]。

日本の認知症施策においては、障壁としての社会的制約を「認知症バリアフリー」の観点から減らしていくことを掲げているところや、また、前記理念を踏まえると、権利条約における「合理的調整・配慮（reasonable accommodation）」とも一致する。加えて、本人の自律性及び主導権を保障し、自己選択の機会を確保する（Choice & Control）という点でも両者の理念は共通している[6)]。これらの理念は、医療、司法や福祉を含むあらゆる場面で意思決定支援を適切に確保するための基盤となる考え方であり、認知症基本法と権利条約の理念の類似性も踏まえると、権利条約の各条項及び国連障害者権利委員会（以下「権利委員会」という）の意見は、認知症高齢者の支援においても十分に考慮されるべきものであろう。

3.豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組み

2022年、権利委員会は、日本に成年後見制度を含む民法改正と支援付き意思決定の確立を勧告した[7)]。ほぼ同時期に、厚生労働省は持続可能な権利擁護支援モデル事業を開

始し[8]、愛知県豊田市が、実施自治体の１つとなった。同市は、同モデルの実施に当たり、日本財団及びSDM-Japanと連携し、フォロワーシステムを導入した。このシステムは、意思決定フォロワーと独立アドボケイトが協働し、本人の意向、選好及び価値観を継続的に把握することで、意思決定支援（支援付き意思決定）を確保しようとする仕組みである。

フォロワーシステムの特徴は、意思決定支援の確保を目的とした相互牽制機能[9]を備えている点にある。相互牽制機能の確保のためには、意思決定支援の確保に関して相互に牽制し合う支援チームの形成や、関係性の濫用等が生じた場合に適時・適切に調査・介入できる権限を有する機関が必要とされており、フォロワーシステムでは、従来の支援者とは異なる立場、すなわち、本人の立場を支持し、本人の意向、選好及び価値観に根ざした本人の意思決定に寄り添うアドボケイトの視点を備えた市民やピアサポートが参画し、活動支援を受けることによって、その機能の更なる充実を図ろうとしている[10]。

権利条約第12条第４項の観点からすれば、支援付き意思決定の仕組みの構築に当たっては、本人の法的能力の行使に関する支援に対する濫用防止措置（セーフガード）を備える必要があり、フォロワーシステムは、その重要な構成要素である相互牽制機能を確立、充実させるための仕組みの1つとして、今後ますます重要性を帯びてくるのではないだろうか。

4.今後の展望

フォロワーシステムは、公的資金のみに依存せず、地域社会のネットワークを活用することで柔軟かつ持続的な支援を提供する仕組みである。現在は、主として認知症高齢者、障害者の日常的な金銭管理や身寄り問題、民法改正後の成年後見制度に関わる支援の在り方の検討に当たって進められている取組みではあるものの、今後は、相互牽制機能を活用した教育、医療及び福祉現場における活用可能性も検討されるべきである。そして、全国的な展開に向けて法制度化が進むことで、独居認知症高齢者を含む多くの人々に対する権利擁護支援の強化が期待される。

小さく産んで大きく育てる「フォロワーシステム」の段階的発展イメージ ver.３

自治体の規模、地域連携ネットワークの構築状況、権利擁護支援への取組状況によって、幾つかのパターンが考えられる。



Aプラン「意思決定支援充実モデル」

・認知症サポーター講座・傾聴ボランティア講座等修了者
・市民後見人養成講座修了者（活躍支援の観点）
・障害のある当事者、当事者との協働経験のある者　など

フォロワー候補者

※事業実施主体（事務局）がフォロワーを育成し、フォロワーが独立アドボケイトによる活動継続支援を受けて、支持者の立場を維持しながら活動する。
主として意思決定支援の充実機能に重点を置く。特定の「赤」は想定しない。

Bプラン「権利擁護支援モデル（標準型）」

※本人の意思決定に対する一定の影響力のある支援者を「赤」と想定し、独立アドボケイトによるフォロワー活動継続支援に加えて、権利擁護支援委員会（合議体）が「赤」へ助言・監督する。意思決定支援の充実機能＋相互牽制機能の確立をもって支援付き意思決定（意思決定支援）を確保することに重点を置く（主として日常生活上の意思決定支援に対応）

Cプラン「相互牽制機能強化モデル」

※金銭管理に関わる事業者、高齢者終身サポート事業者等、本人の意思決定に対する影響力が大きい支援者を「赤」と想定し、独立アドボケイトによるフォロワー活動継続支援に加えて、権利擁護支援委員会（合議体＋専門員）が「赤」へ助言・監督する。合議体には法的介入・ADR機能を、専門員には調査権限を付加し、相互牽制機能を強化することをもって支援付き意思決定（意思決定支援）を確保することに重点を置く（日常生活上の意思決定支援に加えて、社会生活上の意思決定支援に対応）

[1] 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 （老人保健健康増進等事業））

[2] 法的側面、生活面のリスクの具体例として、水島俊彦 （2019）「認知症高齢者の意思決定支援と権利擁護：第10章共生社会のリスクガバナンス」『リスク学事典』日本リスク研究学会編,丸善出版を参照

[3] 青森県弁護士会が県内の老人福祉施設、障害福祉サービス事業所、精神科病棟等に対して2018年に行った 「青森県内における成年後見事件の概況調査結果」によれば、判断能力が不十分であり、かつ、現に何らかの生活上の支障 （例えば、現に法律行為や財産管理を行うことに支障がある場合、虐待や財産搾取といった権利侵害に遭っている場合等）が生じている者は青森県内に少なくとも7013人存在し、このうち、身寄りがない等の理由により親族の協力を得るのが難しい状況にある人は1764人 （全体の約25%）いるとの結果であった。これらの者の多くは成年後見制度による支援が必要と解されるところ、2017年における県内の市町村長による成年後見制度申立て件数は119件にとどまっており、実際には成年後見制度が十分に活用されていない実態が明らかとなった。

[4] 例えば、意思決定支援ワーキング・グループ 「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」では、本人の判断能力が低下していることを理由に、本人の意思や希望への配慮や支援者等との接触のないまま、後見人等自身の価値観に基づき権限を行使するなどといった反省すべき実例があったことは否定できない、とガイドラインの制定の背景について触れている。

[5] 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律 （平成25年法律第65号）でも、社会モデルの考え方を踏まえて、社会的障壁について、「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう」（同法第２条第２号）としている。

[6] 認知症基本法では 「全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる」としている。他方、権利条約第19条では 「自立した生活及び地域社会への包摂 （インクルージョン）」の解釈に関する国連権利委員会の一般的意見第５号において「障害のあるすべての人が、自己の人生を選択し、コントロールする自由をもって、自立した生活をし、地域社会に包容される平等の権利を認めている」としている。

[7] 権利条約第12条に関する日本への勧告 （パラグラフ28）を参照。なお、現行の成年後見制度には、①判断能力が回復しない限り終了が困難である点、②本人の自己決定が過度に制限される点、③本人のニーズに応じた柔軟な支援が提供されにくい点、④任意後見監督人の申立てが適切に行われない点、などの課題があると指摘されており、2024年度からは法制審議会民法 （成年後見等関係）部会により、必要な時だけ必要な範囲で成年後見制度が利用でき、必要性が消滅すれば終了する 「スポット型後見」についても議論されている。

[8] 2023年度より、厚生労働省において、「新たな連携・協力体制を構築するモデル事業 （持続可能な権利擁護支援モデル事業）」のテーマ② 「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取組」の募集が開始された。

[9] 第二期成年後見制度利用促進基本計画に係る中間検証報告書では、相互牽制機能について、「意思決定における本人の自律性と主導権を確保するため、意思決定支援に関わる複数の主体がそれぞれ独立した立場から確認、評価し合うことにより、本人の意思決定を支援する枠組みの透明性を確保し、もって本人の意思決定に対する関係性の濫用及び不当な影響力の行使を抑制する機能」と説明されている。

[10] 水島俊彦. 国連勧告から見る日本の障害者の意思決定における課題: 支援付き意思決定の確保と濫用防止の仕組みを備えた 「権利擁護支援モデル (フォロワーシステム)」とは?：特集論文:当事者の意見表明と意思決定の課題. 人間福祉学研究. 2023;16(1):79-96.

RQ5-1

独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か

回答文

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的である．しかしながら，高齢者の安否や機能低下，変化の確認を頻繁に行うことの難しさは，独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題として報告されている．加えて，介護を提供することで，高齢者のもとに通うための時間的・経済的・体力的，そして心理的な負担に家族は直面する．また，これらの特有の状況を支えるべき支援体制にも課題があり，認知症高齢者が独居で生活継続すること，また家族がその状態を継続することへの理解が専門職らにないことや，これらの介護状況に特化した情報不足，高齢者と家族の居住地が異なることにより，介護者が支援対象とならないなどの課題がある．近年は，パンデミックによる介護継続の制限が独居認知症高齢者に影響した課題等の報告も見られるようになっている．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は，世界的に4600万人いると推計される[1)]．日本では，近年別居での介護を選択する高齢者と家族が増えている[2)]．これら別居の介護を続ける背景には，家族形態や生活パターンの変化が挙げられる[3)]．今後も別居での介護は増加することが見込まれる[1)-3)]．独居認知症高齢者の在宅生活継続の阻害要因[4)]が報告されているが，別居家族が直面する特有の課題があると考えられる．これらの背景を踏まえ，独居認知症高齢者等の別居家族が直面している課題を整理した．

2.介護や生活支援提供において直面する課題

2-1.身体・認知・情緒機能変化の確認の困難

まず，別居家族にとって，高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ，体調が悪いなどの緊急時に，家族の対応が遅れてしまうといった課題が挙げられ[3), 5)]，これらの状況について家族が不満を抱いていることが報告されている[5)]．家族が電話等で確認を頻繁に行おうとしても，高齢者本人が不調を隠す[3)]，高齢者本人がサービス利用など他者の支援介入を嫌がることで，見守りの体制を構築できないという課題につながっている[6)]．

背景には，高齢者自身のセルフケアの難しさという課題がある．例えば，本人が認知症を認識しておらず，サービスを受けないためにセルフケアが滞るという課題[7)]，糖尿病患者の場合など自己管理がそもそも難しい[8)]，にもかかわらず「家族に迷惑はかけたくない」という思いがセルフケアを難しくしていた[8)]．また，認知機能の低下した独居高齢者では服薬管理の難しさ[9)]や，歯科受診が滞りやすいことが明らかになっている[10)]．

2-2.日々の生活における安全管理・金銭管理の難しさ

日々の生活管理における課題もある．オーブンやガスの使い方を忘れて，火事になりかけるといった安全管理の問題[11]や，雇用した便利屋や看護師等により物を盗まれたり，お金を引き出されるなど，金銭管理の課題[11)-13)]も報告される．また，認知症に伴う一人歩き（徘かい）のあった高齢者が死亡したケースでは，同居者がいる高齢者よりも独居高齢者のほうが有意に多い[14)]等，家族が直面する安全・金銭管理の課題は多岐にわたる．

2-3.パンデミック時の介護

新型コロナウイルスのような感染症パンデミックが発生した際には，全般的にサービス利用が減少した一方で家族らのインフォーマルケアの提供時間が増加した[15)]．一方，パンデミック時の移動の制限は，家族にとって介護提供の困難が増す可能性がある[16)]．総じて主観的な介護負担感は高くなっていたが，居住形態による差はみられていない[17)]．これらパンデミックの独居認知症高齢者の家族に与えた影響については更なる検討が必要である．

2-4.災害に対する備え

独居認知症高齢者の場合に避難経路の確認ができていない割合が高いことが明らかになっており[18)]，独居認知症高齢者を支える別居家族にとって災害時の避難が課題となりうる可能性は大いにあると考えられる．

3.介護を提供することから生じる課題

3-1.経済的負担・身体的負担・心理的負担

介護のための移動に時間がかかることは大きな負担の一つとなる[3), 19)]．移動に係る負担は身体的負担にとどまらず，移動費用[3)]や状況確認のための電話料金[3)]といった金銭的負担につながっている[19)]．加えて，仕事の調整等により所得へも影響しうる[3)]．一方，高齢者から家族への身体的な危害により，両者の関係が断絶したケースも報告[20)]されており，様々な身体的負担がある．

さらには，家族が不安や当惑，孤立といった感情を抱える[21)]など，心理的負担も報告される．別居の介護では意思決定を担うこと[22)]，専門職とのコミュニケーションや近隣住民との関係構築[23), 24)]に時間を費やす等，手段的介護以外の支援提供も多く，これらの精神的健康への影響も懸念される．また，仕事や育児といった役割を担っている場合，役割過重による心理的ストレス[13)]の報告もあり，虐待を始めとした不適切行為につながることが懸念される[25)]．

同居・別居の違いによる介護者の精神健康・心理的負担の差異については議論が分かれ，別居群のほうが精神的負担感が有意に低い[26)]とされる一方で孤独感[27)]，負担感[28), 29)]においては，統計的な差異が明らかになっておらず，更なる検討が必要である．

3-2.高齢者本人および，介護する親族らとのコンフリクト

生活や介護の方針について，高齢者と介護者の意向のすり合わせの難しさやそこで生じるコンフリクトが挙げられる[8), 30), 31)]．別居介護の場合，高齢者本人の安全確認の難しさは前述のとおりであり，これらが介護者と高齢者本人間の，介護や医療，生活における意向の不一致につながる．またこういった意向の不一致，コンフリクトは，介護を担う家族・親族間においても生じることが報告されている[32)]．

3-3.介護継続の課題

Cottら（2013）のインタビュー調査からは，家族が，許容できるリスク（acceptable risk）と許容できないリスク（unacceptable risk）にわけて対応し，独居認知症高齢者の介護継続を判断していることを明らかにしている[33]．ここで重要なのは，何が許容できて何が許容できないかの区別は絶対的なものではなく，時と場合によりその基準が変化する点である[30]．

4.支援体制に関する課題

支援体制に関する課題には，認知症高齢者が独居で生活継続をすること，その状態での介護状況に対して，同居を前提とした考えを持つ介護スタッフ等専門職からの理解を得られないこと[19]，これらの介護に関する支援や情報の不足[34)-36)]があげられた．また，高齢者と介護者の居住地域が異なることによって，高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れる[3]，支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題が含まれる[37]．

5.まとめ

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的である．しかしながら，高齢者の安否や機能低下，変化の確認を頻繁に行うことの難しさは，独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題と考えられる．また介護を提供することで，時間的・経済的・体力的，そして心理的な家族の負担があること，また，支援体制にも課題があり，認知症高齢者が独居で生活継続することへの理解が介護スタッフらにないことなどの課題が見られた．近年は，パンデミックによる介護継続の制限などの課題も報告されている．Beiら（2021）のシステマティックレビューの試み[38]なども登場しており，独居認知症高齢者の生活支援に資する質の高い研究が求められている．

文献

1) Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.

2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):467-73.

3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb' : An exploratory study of carers'experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health & Social Care in the Community. 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.

4) 中島民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌. 2022;25(2):225-32.

5) Thompsell A, Lovestone S. Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2002;17(9):804-7. doi: 10.1002/gps.692.

6) 川上浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-8.

7) Nabeyama S. Refusal of nursing care as a factor that hinders long-distance care in Japan. Nursing Science Quarterly. 2023;36(4):411-8. doi: 10.1177/08943184231187865.

8) 浜田詩子, 苅谷みどり, 川上理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ　一事例からの考察. 日本看護学会論文集: 在宅看護. 2018; (48):59-62.

9) Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, et al. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2012;27(12):1275-82. doi: 10.1002/gps.3778.

10) Lexomboon D, Gavriilidou NN, Höijer J, Skott P, et al. Discontinued dental care attendance among people with dementia: a register-based longitudinal study. Gerodontology. 2021;38:57-65. doi: 10.1111/ger.12498.

11) Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. Nursing Older People. 2004;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349.

12) 久保田真美. 独居認知症高齢者のケアと家族支援. 臨床老年看護. 2017;24(1):76-82.

13) 鈴木久美子, 石丸美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌. 2022;27(2):1-10. doi: 10.20776/s13448846-27-2-p1.

14) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatrics and Gerontology International. 2019;19:902-6. doi: 10.1111/ggi.13738.

15) Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, et al. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. BMC Health Services Research. 2021;21(1):1003. doi: 10.1186/s12913-021-07041-8.

16) Das A, Padala KP, Bagla P, Padala PR. Stress of overseas long-distance care during COVID-19: potential “CALM” ing strategies. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:734967. doi: 10.3389/fpsyt.2021.734967.

17) Hvalič-Touzery S, Trkman M, Dolničar V. Caregiving Situation as a predictor of subjective caregiver burden: informal caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. Int Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(21):14496. doi: 10.3390/ijerph192114496.

18) Hattori Y, Isowa T, Hiramatsu M, Kitagawa A, et al. Disaster preparedness of persons requiring special care ages 75 years and older living in areas at high risk of earthquake disasters: a cross-sectional study from the Pacific coast region of western Japan. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2021;15(4):469-77. doi: 10.1017/dmp.2020.39.

19) 松本一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.

20) 岩藤魔子, 末光伸世, 豊福恵子, 林益枝ほか. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報. 2013;44(1):70-3.

21) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, et al. Familial caregivers’experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. Psychogeriatrics. 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.

22) Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer’s disease and related dementia: a phenomenological study. British Journal of Occupational Therapy. 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.

23) 中川敦. 遠距離介護の意思決定過程の会話分析：ジレンマへの対処の方法と責任の分散. 年報社会学論集. 2016;29: 56-67. doi: 10.5690/kantoh.2016.56.

24) 北村圭三. ひとり暮らしの高齢者遠距離在宅介護における連携. 神戸海星女子学院大学研究紀要. 2007;45:51-74.

25) 松本一生. 地域における介護家族への支援. Dementia Japan. 2018;32(1):99-105.

26) 関野明子, 矢吹知之, 長田久雄, 森下久美. 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較：別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. 日本認知症ケア学会誌. 2020;19(3):582-90.

27) Menne HL, Pendergrast C. Examining predictors of loneliness among Older Americans Act National Family Caregiver Support Program participants. Frontiers in Public Health. 2024;12:1337838. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337838.

28) Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, et al. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. International Psychogeriatrics. 1999;11(3):235-50. doi: 10.1017/s1041610299005803.

29) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age and Ageing. 2021;50:861-7. doi: 10.1093/ageing/afaa196.

30) Heaton J, Martyr A, Nelis SM, Marková IS, et al. Future outlook of people living alone with early-stage dementia and their non-resident relatives and friends who support them. Ageing and Society. 2021;41(11):2660-80. doi:10.1017/S0144686X20000513.

31) Sanchez LP. Historias y experiencias de atención a distancia, el caso: Israel y México. Research on Ageing and Social Policy. 2022;10(1):21-47. doi: 10.17583/rasp.8436.

32) Roff LL, Martin SS, Jennings LK, Parker MW, et al. Long distance parental caregivers' experiences with siblings: a qualitative study. Qualitative Social Work. 2007;6(3):315-34. doi: 10.1177/1473325007080404.

33) Cott CA, Tierney MC. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. Health, Risk & Society. 2013;15(5):402-15. https://doi.org/10.1080/13698575.2013.801936.

34) 浦上裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病院誌. 2019;24(1):145-7.

35) 木村恵美, 上野幸, 肥田野弘美, 渡邉ルミほか. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要. 2011;31(1):55-6.

36) Gunn KM, Luker J, Ramanathan R, Skrabal Ross X, et al. Choosing and managing aged care services from afar: what matters to Australian long-distance care givers. International Journal Environmental Research and Public Health. 2021;18(24):13000. doi: 10.3390/ijerph182413000.

37) 中川敦. 遠距離介護者は何をしてるのか 提案の判断と離れて暮らす家族の知識. 島根県立大学『総合政策論叢』. 2015;29:29-44.

38) Bei E, Morrison V, Zarzycki M, Vilchinsky N. Barriers, facilitators, and motives to provide distance care, and the consequences for distance caregivers: a mixed-methods systematic review. Social Science and Medicine. 2023;321:115782. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115782.

RQ5-2

独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか

回答文

別居介護に対する支援は同居介護に比べて，極めて限定的である．別居家族への支援として報告されるのは，高齢者本人へのサービス提供が中心であり，家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定される．日本だけでなく国外の状況を見ても，別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず，対策が待たれる．特に，意思決定や専門職，周辺住民とのコミュニケーションがより大きな役割を果たす可能性があり，その点を視野に入れた支援体制を構築していくことが必要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は世界的に4600万人いると推計される[1)]．日本では，要介護になった後も独居で生活する要介護者の割合が増えており，独居での生活継続とそれを支える介護を選択する家族増加の現状がある[2)]．別居介護を続ける背景には家族形態や生活パターンの変化などが挙げられ[3)]，今後も独居の要介護高齢者が増加することが見込まれる[1)-3)]．これらの背景を鑑み，既存の対策を把握し今後の支援対策提供の課題について検討した．なお，独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的である．そのため，ここでは独居認知症高齢者本人への支援を通して，家族への支援となっている対策を含めて報告する．

2.独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策

2-1. 見守り支援

総務省行政評価局 （2023）の 『一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査』報告書によると，「訪問による見守り活動」，「デジタルツールの活用による見守り活動」，「サロンを通じた見守り活動」といった見守り支援が展開されている[4)]．これらは，頻繁に独居認知症高齢者のもとを訪れることができない家族には重要な支援である．特に，訪問介護サービスの利用等は見守りにつながっており，行方不明の早期発見につながる可能性も指摘されている[5)]．

また，デジタルツールの活用による見守りも国内外で行われており[6)-13)]，これらのデジタルツールの利活用の有用性も指摘されている[8), 13)]．これらのデジタルツールを活用したモニタリングは高齢者の見守りを実現する支援となるため，家族の主観的な介護負担感の軽減に寄与する[10)]一方で，高齢者と家族両者のWell-beingの低下が指摘される[10)]など課題はある．モニタリングシステムの導入に際しては倫理的な議論もあり，介護者の多くが映像を用いたモニタリングにおいて，支援としての必要性を認めているものの，認知症高齢者のAutonomy (自律) やFreedom (自主性) の欠如，プライバシーの侵害といった課題がある[11)]．

2-2. 緊急事態を知らせるサービス

高齢者自身が能動的に緊急事態を知らせるペンダント型のアラーム等も有用な支援となりうる[14]．特に独居の場合は，そうでない場合と比べてこれらの利活用が多いという報告もあり，独居高齢者への支援としての重要性が示唆される[14]．

2-3. 生活支援

独居認知症高齢者が介護サービスを利用することで生活支援をインフォーマル以外のサービスで賄っている現状が報告されており，公的／民間サービスは独居認知症高齢者の家族にとっての重要な支援の一つである．たとえば，ノルウェーの認知症介護者では全般的に介護サービスの利用が多く[15]，スウェーデンに住む独居高齢者ではホームヘルプサービスの利用がより多いことが報告されている[16]．イングランド，米国，フィンランドの調査でも同様の結果が得られ[17)-19)]，日本ではショートステイの長期利用者に独居高齢者が多いとされている[20]．さらに，生活支援のみならず，高齢者本人の日常的な話し相手の確保等も，家族にとっては重要な代替支援として挙げられる[3), 21)]．

しかしながら，Edwardsら（2020）はU.S. Health and Retirement Studyのデータを用いて，認知機能に課題を抱える独居高齢者4,666名の調査を行い，人種・民族や性別によってIADL・ADLの困難，そしてサポートの状況が異なることを明らかにしており[22]，認知症独居高齢者の機能低下や支援ニーズには大きな違いがあることに留意しておく必要がある．

2-4. 専門職の関わりによる支援

訪問看護師を始めとした介護スタッフ等の専門職が高齢者と介護者の間に入り，家族の関係構築を支える支援の可能性が報告されている[21), 23)-31)]．これらは主に家族への介入を目的とした支援である．例えば，担当者会議の開催により，家族，専門職を含めた支援者全員の支援の方向性のすり合わせが実現すること，専門職が仲介役となって主介護者以外の家族からの支援を引き出し，独居での生活を継続できる支援体制の構築が実現可能となる．ここでは，専門職が家族の思いをくみ取り，介護力を見極める[32]とともに，家族が理解できるような説明が行われることによって，家族の不安や悩みが軽減されるといった支援も含まれる[33)-35)]．このような働きかけは介護者自身の負担や不安の軽減につながるだけでなく，高齢者側の不安軽減につながる効果を持つ[36)-37)]．

3.支援提供の課題と今後期待される支援

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策が総じて限定的であることを既述したが，最後に既存支援の課題に触れておく．支援者側に，独居認知症高齢者に対して別居で介護を提供することに対する理解がないことや[38]，これらの介護状況に関する支援情報の不足[27), 39)]などが課題として挙げられる．既存の見守り支援として機能する民生委員やボランティアにおいてもなり手の確保が課題[4]となっており，今後増加が予測される独居認知症高齢者の家族支援対策は急務の課題である．

また，独居認知症高齢者の意思決定に別居家族が関わる課題も指摘[40]されているため，意思決定支援も期待される．これらの支援は，家族が介護を提供するようになる前から，例えばサービス開始前など，途切れることのない継続的な支援提供が必要である[21]．その一助として，イギリスのアルツハイマー病協会（Alzheimer's Society）は独居認知症高齢者に知っておいてほしいことや相談先をまとめた資料をウェブサイト上で公開している[41]．さらには，独居認知症高齢者本人だけでなく，その別居介護者自身をサポートする身体的・心理的支援プログラムの開発が期待される[42]．

4.まとめ

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的である．既存の対策は，高齢者本人へのサービス提供を通した家族への支援対策が中心であり，家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定される．日本だけでなく国外の状況を見ても，別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず，対策および更なる研究が期待される．

文献

1) Gibson AK, Richardson VE. Living Alone With Cognitive Impairment. American Journal of Alzheimer's Diseases and Other Dementias. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.

2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):467-73.

3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers'experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health & Social Care in the Community. 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.

4) 総務省行政評価局. 一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査　結果報告書. 2023. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/hyouka_000164233.html

5) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一. 独居認知症高齢者の行方不明の実態　150事例からの報告. 老年精神医学雑誌. 2021;32(4):469-79.

6) 纐纈朋弥, 石原多佳子, 西本裕, 小林和成ほか. IT機器を介した高齢者地域見守りモデル事業導入時の課題. 日本早期認知症学会誌. 2016;9(2):43-8.

7) 飯生信子. 独居高齢者見守り機器動向. 電子情報通信学会誌. 2021;104(9):975-80.

8) White C, Whitfield C, Wray J. Providing help, support and care from a distance: summary of findings from an exploratory study of 'distance carers' in the UK. 2018. University of Hull.

9) Chou HC. Remote monitoring and control smart floor for detecting falls and wandering patterns in people with dementia. Journal of Intelligent & Fuzzy Systems. 2019;36(2):1323-31.

10) Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J, Curtis D. Potential for digital monitoring to enhance wellbeing at home for people with mild dementia and their family carers. Journal of Alzheimers Disease. 2020;73(3):867-72. doi: 10.3233/JAD-190844.

11) Mulvenna M, Hutton A, Coates V, Martin S, et al. Views of caregivers on the ethics of assistive technology used for home surveillance of people living with dementia. Neuroethics. 2017;10(2):255-66. doi: 10.1007/s12152-017-9305-z.

12) 藤原佳典. 認知機能が低下した独居の高齢者への地域包括ケアシステム. ケアマネジメント学. 2013;(12):18-24.

13) 杉坂淳, 下田学, 長田俊佑.久冨木原健二ほか. Alzheimer型認知症患者の服薬アドヒアランス改善にネットワークカメラと服薬カレンダーを用いた症例. 神経治療学. 2015;32(6):949-52.

14) Puaschitz 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. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.

15) Moholt JM, Friborg O, Blix BH, Henriksen N. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: a survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. Dementia (London). 2020;19(5):1712-31. doi: 10.1177/1471301218804981.

16）Larsson K, Silverstein M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. Journal of Aging Studies. 2004;18(2):231-44. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.

17）Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.

18）Gage H, Cheynel J, Williams P, Mitchell K, et al. Service utilisation and family support of people with dementia: a cohort study in England. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2015;30(2):166-77. doi: 10.1002/gps.4118.

19）Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age and Ageing. 2021;50:861-7.

20）Hagiwara C, Sasaki H. Conditions and characteristics of older adults and primary caregivers who use short-stay services: a comparison between long-term and short-term service groups by service type. Journal of Rural Medicine. 2022;17(4):196-204. doi: 10.2185/jrm.2022-013.

21）川上浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-8.

22）Edwards RD, Brenowitz WD, Portacolone E, Covinsky KE, et al. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. Alzheimer's and Dementia. 2020;16(8):1125-33. doi: 10.1002/alz.12102.

23）渡辺美由紀, 藪中朋子, 増子芳枝, 上村康子ほか. 医療依存度の高い独居高齢者のサポートと課題. 癌と化学療法. 1998;25(suppl-4):661-4.

24）長谷川幹. 事例検討道場　物盗られ妄想のあるおばの面倒をみる別居の甥. どこまで頼れるか？悩む地域包括の主任ケアマネ. 月刊ケアマネジメント. 2012;23(2):46-51.

25）安藤繁, 野中方式事例検討会. 新・事例検討道場　事例検討の技術向上めざして　幻視・錯視の訴えが多い独居の女性　ケアマネ, ヘルパー, 民生委員が対応に苦慮. 認知症疾患センター受診に, 県外の家族は慎重. どう対応したらいいか？ 月刊ケアマネジメント. 2013;24(11):42-7.

26）岩藤魔子, 末光伸世, 豊福恵子, 林益枝ほか. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報. 2013;44(1):70-3.

27）木村恵美, 上野幸, 肥田野弘美, 渡邉ルミほか. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要. 2011;31(1):55-6.

28）安藤こずえ, 水野敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学. 2015;20(1):88-96. doi: 10.20696/jagn.20.1_88.

29）黒沢一美, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し　前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学. 2020;112:77-82.

30）鈴木久美子. 地域包括支援センター看護職による認知症高齢者と家族への支援の特徴　個別支援から認知症とともに安心して暮らせる地域づくりまで. 認知症ケア事例ジャーナル. 2024;17(1):35-42.

31）角田光隆. 分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活上の課題と支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2022;15(3):170-6.

32）林純子, 林裕栄, 善生まり子, 張平平. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援　地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌. 2022;25(2):13-22.

33）社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター. 一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査：介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から. 2023.

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

35）鈴木久美子, 石丸美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌. 2022;27(2):1-10.

36）渡邉菜保子, 松本美江, 山口智晴, 高玉真光ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;(118):177-80.

37）Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. British Journal of Occupational Therapy. 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.

38）松本一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.

39）浦上裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病院誌. 2019;24(1):145-7.

40）井藤佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):270-5.

41）Alzheimer's Society. Living alone as a person with dementia. Available from: https://www.alzheimers.org.uk/get-support/staying-independent/living-alone.

42）Watari K, Wetherell JL, Gatz M, Delaney J, et al. Long distance caregivers: characteristics, service needs, and use of a long distance caregiver program. Clinical Gerontologist. 2006;29(4):61-77. https://doi.org/10.1300/J018v29n04_05.

RQ6-1

身寄りのない独居認知症高齢者が直面している生活課題は何か

回答文

日常生活の営みは大なり小なり意思決定の連続であるにもかかわらず，頼れる身寄りがない独居認知症高齢者には，本人に関する情報を保有し，その情報を活かしながら死亡後を含めた終身にわたって切れ目なく本人に寄り添う意思決定支援を行う人がいないことが最大の課題となる．具体的には，①適切な医療，介護又は財産管理の支援を受ける時期，場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいないこと，②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいないこと，③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいないこと等が挙げられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

戦時中などの例外を除いて，一貫して右肩上がりで増え続けてきた我が国の総人口は，2004年をピークに緩やかな減少傾向に転じている一方で，単身や夫婦二人で構成される世帯数は依然として増え続けている．地方部では著しく人口が減少し，都市部では単身者が急増するなど，血縁と地縁の希薄化が同時に進展し，社会全体で身寄りのない独居高齢者が増加している傾向が見て取れる．

他方，現在の我が国における高齢者施策は，2000年の介護保険制度の導入による措置から契約へという流れの中で契約による制度利用が中心となり，実際には高齢者本人の契約行為を家族が支援する，つまり家族が当然に高齢者本人の意思決定を支援することが想定されている．

このように，本人による適切な判断が困難な状況に陥った場合，当然に家族が本人に代わって意思決定を行うことが前提となっている社会制度のもとでは，頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の考え方の癖や嗜好，将来への希望も含めた詳細な情報を得て，それらを活かしながら死亡後までの終身にわたる意思決定を，誰がどんな権限で，誰がコストを負担して担うべきなのかという仕組みが，認知症高齢者の財産管理を業務の中心とする成年後見制度以外に整えられていないことが最大の課題である．

以下，身寄りのない独居認知症高齢者の終身にわたる意思決定支援を取りまとめる役割を果たす人がいないことによって生じる具体的な生活上の課題を挙げることとする．

2.具体的な生活上の課題

①適切な医療，介護又は財産管理の支援を受ける時期，場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいない：身寄りのない独居認知症高齢者が医療や介護を受ける必要が生じたときに，その時期，場所及び方法についての選択肢を収集し，本人の状況によって事前に本人から得ていた情報を活かしながら意思決定の支援を行うキーパーソンが不在となる．こうした状況下では，医療機関や在宅介護等それぞれの場面における身寄り

のない高齢者に対応するためのガイドラインは存在するものの，守るべき本人の尊厳や希望がどこにあるのかを現場の医療介護スタッフが推定することは困難であり，真の意味での権利擁護には繋がりにくい．また，主に財産管理の役割を担う成年後見人の利用を促す意思決定支援も主体的に行う仕組みがなく，申立人となる4親等以内の親族もいない．

②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいない：病院への入院の際に求められることが多い身元保証人には，①支払債務の連帯保証機能とともに，②医療同意の機能，③入院に必要な物品の準備の機能，④転院・退院先の決定や環境調整の機能，⑤死後事務の機能があるとされている[1)]．身元保証人がいないことを理由に入院や入居を拒否すべきではないという論調も根強くある一方で，単に金銭的な保証人というだけでなく，認知症高齢者本人が自ら行えないことを代わりに行ってくれる人は必要で，それらをすべて入院中の病院や入居中施設が決定権を持って行えることとなれば，不適切な利益相反関係が生じてしまうことにもなりかねない．

③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいない：死亡したときに，遺体を引き取って火葬及び納骨といった祭祀を主宰してくれる権限を有している人，相続人に代わって賃貸住宅の解約及び家財処分をする権限を有している人がいないことで，身寄りのない独居認知症高齢者の入院や施設入居の受け入れ先を見つけられない問題，賃貸住宅を借りられない問題が生じている．さらに，すでに認知症を発症していると，こうした死後の権限を第三者に委任する契約を締結することができないため，課題の根本的解決が難しい．

文献

1) 八杖友一. 身寄りのない人の医療の現場と課題～医療機関での身元保証問題を考える～ 実践　成年後見. 2023.11;107:11-14.

RQ6-2

身寄りのない独居認知症高齢者の生活課題を克服する対策はあるか

回答文

介護保険制度や成年後見制度等公的制度の狭間に陥ることが多く，現在までのところ，身寄りのない独居認知症高齢者の死亡後まで含めた終身にわたる生活課題を解決する制度や仕組みが整備されているとは言えない．具体的には，高齢者等終身サポート事業者による民間サービスを事前に契約しておく方法の他，行政による相談・コーディネート窓口の設置や，社会福祉協議会等による身元保証等のパッケージサービス提供等が検討されはじめたところである．今後，日本全体の人口が減少していく中でも，身寄りのない独居認知症高齢者はその割合も実数も増加がつづくことが予想されており，認知症を発症する前から誰もが当事者意識を持って，それぞれの生活環境や資産状況に応じて，安心して自分の情報や将来の意思決定支援を託すことができる備えの選択肢を整える施策が急務である．

解説・エビデンス

1.はじめに

2024年4月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』によれば，2050年には男性の独居高齢者のうち未婚者の割合は59.7%にも達するという．男女合わせても同割合は42.4%にものぼる．日本総合研究所の調査によると，未婚者・離別者は子がいない割合が高く，子を持たない夫婦も増加傾向にあることから，性別・年齢・配偶関係に着目して子の有無を試算すると，2050年には子のいない高齢者は現在の1.9倍にあたる1,049万人へと増加する見通しだという[1)]．

また，2024年5月8日に開催された政府の認知症施策推進関係者会議で示された，厚生労働省の調査（九州大学大学院二宮利治教授）による推計によると，65歳以上の認知症患者は2025年の471万6,000人から，2040年には584万2,000人へと増加し，高齢者の約15%に達するという．さらに2040年には軽度認知障害（MCI）の患者は612万8,000人と推計され，認知症と軽度認知障害（MCI）を合わせた高齢者は1,180万人にも上ることとなる[2)]．

つまり，頼れる身寄りのない独居認知症高齢者は，我が国の総人口が既に減少に転じている中でも2050年にかけてその割合も実数も増加の一途を辿ることが見込まれている．

しかしその生活上の課題を克服するための有効な対策については，現在までのところ整備されているとは言えない．

2.身寄りのない独居認知症高齢者の生活上の課題への対策

これまで，頼れる身寄りのない独居認知症高齢者に生活上の課題が浮上したときは，医療や介護の現場において各種ガイドラインに沿った多職種連携により本人の意思を推定するなどして本人の権利擁護を行うという対策が中心であった．

しかし今後，頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の増加が見込まれる中，多職種連携による例外的対応が常態化すれば，医療介護の現場が機能不全に陥ってしまうリスクは避けられない．

そこで必要となる対策は，認知症により判断力が低下する前の時期に，頼れる身寄りのない独居高齢者が，将来にわたりその尊厳を守り希望を実現してもらうために，意思決定の材料となる情報の管理及び意思決定の支援とその実行の手助け又は代行を信頼する人に託すことができる制度の確立である．こうした制度は，地域ごとの特性や資産階層別に検討されることが必要となり，具体的には下記が挙げられる．

①高齢者等終身サポート事業者の整備と健全な発展：身寄りのない高齢者等の生活上の課題を支援するために，契約により「身元保証等」「日常生活支援」及び「死後事務」を受託する事業を行う民間事業者は，社会的ニーズが増大する一方でこれまで何等の規制も監督官庁も業界団体もない状況で消費者問題化するケースも多くあったところ，令和6年6月，内閣官房身元保証等高齢者サポート調整チームを中心に関係各省庁横断で「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が発表された．今後，民間サービスとして安心して選択できる事業に発展していくことができるかどうかが重要となる．

②厚生労働省令和6年度身寄りのない高齢者等が抱える生活上の課題に対応するためのモデル事業：(1) 包括的な相談・コーディネート窓口，(2) 社協によるパッケージ提供が全国9自治体において実施されており，持続可能な仕組みづくり実現のためにその検証が待たれる．

3.今後，急がれる対応

前述の対策は，いずれも身寄りのない独居認知症高齢者が，認知症の症状が出現する前の時期に当事者意識を持って備えておくことが必要とされる．令和5年12月「認知症と向き合う幸齢社会実現会議」のとりまとめにおいて「家族だけが介護の担い手であるという介護負担意識の改革が必要」[3]と明言され，今後は，社会の最小単位が家族から個人へと移行する時代を迎えることとなる．そこで，誰もが将来頼れる身寄りのない状況の独居認知症高齢者となるリスクがあるという当事者意識を持って自立期から事前の備えをすべきだという新しい価値観の醸成と，前述の地域ごと資産階層ごとの特性を踏まえた多様な安心できる選択肢の整備を，同時進行で進めていくことが急務である．

文献

1) 岡元真希子. 頼れる親族がいない高齢者が今後急増～支援のあり方の見直しが急務～ Research Eye. 2024;No.2024-007, 日本総合研究所.
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/research/pdf/14941.pdf

2) 二宮利治.「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」内閣官房，認知症施策推進関係者会議（第2回）議事次第. 2024;1-18.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf

3) 首相官邸. 認知症と向き合う幸齢社会実現会議とりまとめ. 2023;1-16,
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho/pdf/torimatome.pdf

RQ7-1

大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

大都市は人口規模が大きく住宅が密集しているため，独居認知症高齢者が体験する不安や被害妄想，地域住民としてルールが守れなくなることなどによる近隣との人間関係の悪化が，生活課題となる場合が少なくない．また，大都市では賃貸物件が多いことから，認知症による日常的な金銭管理能力の低下による家賃の滞納や，それによる大家との関係の悪化も，一人暮らしの継続を阻む要因となりやすい．さらに，医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに，度を超えた利用によって一人暮らしの継続が難しいと判断されてしまう場合もある．

解説・エビデンス

1.はじめに

大都市の特徴として，近所の人について心配はしているが，一歩踏み込んだアプローチがなかなかされにくいということがある[1)]．また，大都市に出稼ぎでやってきた世代の人たちが，貧困に陥り帰郷もできずに社会的に孤立し，そのまま独居認知症高齢者となっているケースも見られる[2), 5)]．さらに，医療資源やフォーマルサービスは比較的豊富な地域であっても，それらにアプローチがしにくいさまざまな理由を抱えている人[2), 5)]，複合的な課題を抱えておりどこに相談に行けばいいかわからない，もしくは相談窓口ショッピング状態となり，結果としてどこにもつながらないケースも見られる[1)]．

文献で大都市として取り上げられているのは，新宿区[1), 4)]，台東区[2), 5)]，世田谷区[3), 4)]，練馬区[4)]，板橋区[4)]，堺市[4)]，大都市圏の特別区[4)]である．これらの地域の独居認知症高齢者が抱える生活課題とはどのようなものがあるのかを文献から抽出した．

2.大都市の独居認知症高齢者の生活課題

（1）近所の人間関係

被害妄想や不安などがあった場合に，大声を出してしまったり，夜中に近隣の知り合いの家を訪ねて行ってしまったりすることが起き，住宅が密集しているがゆえに近所の人間関係が悪化してしまう[1), 2), 3)]．それがきっかけでさらに本人の状態が悪化してしまう悪循環が見られる[1), 3)]．賃貸住宅の場合は，大家との人間関係という課題も見られた[2)]．

（2）金銭管理

ATMでお金が下ろせない，通帳が見つからない，誰かに盗られた，生活保護費や年金の受給を忘れてしまう，などがよく見られる[1)-3), 5)]．金銭の管理以外にも，お金にかかわる課題では，買い物や光熱費・家賃の支払いができなくなってしまうケースもある[2), 3), 5)]．これらは，大都市特有の課題というわけではないが，大都市では賃貸住宅が多いため，家賃の支払いについては大都市に多い課題とも考えられる．また，貨幣を介した経済活

動がほとんどであるため，金銭管理の課題は相対的に多いと考えられる．しかし，これに関するエビデンスは本レビューでは見出せてはいない．

(3) 健康・衛生，安全

光熱費の支払いが難しくなると，ライフラインが止まってしまうなどにより健康を維持するのが難しくなる[2]．ゴミ出しや生活環境の整備，火の元の安全確保についての課題も見られる[2]．本人のADL自立度や認知症自立度が高い人の方が一人暮らしを継続しやすいが[4]，これらは大都市特有の課題というわけではない．しかし，住宅が密集しているがゆえに，ゴミのにおいやボヤ騒ぎがより大きな課題となり，それによって周囲との関係が悪くなったり，心配されたりするなどして，一人暮らしの継続が難しくなる傾向がある[2),3),5)]．また，医療へのアクセスがよいがゆえに，頻回に救急車を呼んでしまい，一人暮らしは無理と判断される場合もある[1),2)]．

(4) 離れて住む家族との関係

一人暮らしを継続している人の方が家族による介護の頻度が低いが，一方，家族介護の頻度が高い方が一人暮らしが継続できなくなる傾向がある[4]．しかし，大都市以外との比較は行われてはいない．

(5) いわゆる 「迷惑行為」

内海ら[6]は，大都市と地方都市の認知症初期集中支援チームが対応しているいわゆる 「迷惑行為」のある事例を比較し，「迷惑行為」は独居認知症高齢者に多く，大都市では 「他者の心身の安全を脅かす行為」や 「物や金銭の奪取」などの直接的被害が多いと報告している．

文献

1) 秋山正子.【一人暮らしの認知症高齢者】大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.
2) 的場由木.【一人暮らしの認知症高齢者】社会的に孤立し，生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.
3) 菊地ひろみ.【一人暮らしで迎える認知症ー超高齢社会のなかで】認知症疾患医療センターの視点から. 認知症の最新医療. 2017;7(1):6-11.
4) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邊大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設移行に関する要因. 厚生の指標. 2015;62(12):15-21.
5) 滝脇憲.【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):498-508.
6) 内海久美子, 福田智子. 認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴. 老年精神医学雑誌. 2022;33:793-799.

RQ7-2

大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者の地域生活の継続をめざした支援では，独居認知症高齢者が必要としている生活支援にアクセスできる社会的ネットワークを地域社会の中に創り出すことが肝要であるが，多彩な人々が密集して暮らす大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者の支援では，(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止めること，(2) 必要に応じて，安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保すること，(3) 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成すること，などを考慮すべきかと思われる．

解説・エビデンス

1.はじめに

大都市は人が密集して生活しており，公共交通機関も発達していることから，移動の観点からは人が集まりやすく，場所と人さえ確保できれば居場所や交流の場といった支援は実施しやすい[1)]．大都市における独居認知症高齢者等への支援には，人とのつながりを途切れさせない地域の居場所づくり，不安を解消するための敷居の低い相談支援[1),2),3)]，民間団体による生活支援を含めた住まいの確保への支援等が見られる[2),3)]．また，大都市には賃貸住宅で認知症を持ちつつ一人暮らしをしている人も多いが，そこでの生活に欠かせない，家賃の支払いや地域生活のルール・役割に対する支援も行われ，功を奏している[3)]．さらに，住宅が密集している地域のため，つながるきっかけとなる支援があれば，住民相互の助け合いが生まれ好循環になっていく展開も見られる[1),2),3)]．

文献で大都市として取り上げられているのは，新宿区[1)]，台東区[2)-4)]，ほか詳細な場所は伏せられているが東京都の23区内の特定地域である．

2.大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援

多彩な人々が密集して暮らす大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援では，(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める，(2) 安心できる住まいの確保と日常生活支援を同時に提供する，(3) 支援を受けた側が支える側となれる相互の助け合いを醸成する，といった特徴が認められるようである．

(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める

事例の一つとして，「暮らしの保健室」では，どこに相談したらよいかわからないでいるうちに状態が悪化していくのを防ぐ意味でも，課題ごとに窓口を分けずにワンストップで受け止められる機能がある[1)]．また，その場は相談窓口だけでなく，安心できる居場所，交流の場，医療や健康に関する学びの場でもあり[1)]，認知症になる前からの付き合いが生まれ，その後の体調変化等に対して継続的な支援が可能である．

(2) 安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保する

医療や福祉などさまざまなサービスへのアクセスが比較的よい大都市に暮らしていても，非常に多彩で複合的な事情があるために安心して暮らせる住まいがなく，社会から孤立している人もいる．自立支援センターふるさとの会では，安心できる住まいの確保を入り口にしつつ，生活を継続することを主眼とし，生活トラブルや事故の予防・対応などの支援も含む日常生活支援を提供する事業を展開している[2)-4)]．

(3) 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成

上記の活動を展開する場は，同時にボランティア育成の場[1)]や就労支援の場[2)]にもなっているため，利用者は役割を得て社会の一員としての自覚を取り戻すことができる．こうした精神面だけでなく，相互支援が生まれることで，支援の担い手不足の解消にも役立っている[1)-4)]．

支援を展開していく上で，とかく個別の課題に目が向きがちだが，これらの支援の特徴は，本人の持っている力や長所にも着目し，それを伸ばし活かしていくことで，独居であっても認知症であっても，社会生活を継続できるように本人と地域を力づける役割を果たしているものと思われる．大都市の特徴というわけではないが，地域のフォーマルな支援とインフォーマルな支援をつないでいくことで，地域全体の理解と支援力を高めているようである[1), 2)]．

文献

1) 秋山正子.【一人暮らしの認知症高齢者】大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.

2) 的場由木.【一人暮らしの認知症高齢者】社会的に孤立し，生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.

3) 滝脇憲.【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):498-508.

4) 瀧脇憲，的場由木，NPO法人ふるさとの会. 生活困窮者居住支援・生活支援の取組み. 令和2年度厚生労働科学研究報告書（研究代表者：栗田主一）. 2021:155-167. Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202017004A-sonota5.pdf.

RQ7-3

離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

離島の独居認知症高齢者の生活課題は，離島の文化や地域社会，社会資源の量や種類が影響し，その背景は離島によって異なっている．医療面では慢性疾患の治療や認知症の鑑別診断などを受けるためには島を離れなければならないといった医療アクセスのハードルの高さがある．日常生活支援の面では，伝統的な地域の互助関係だけでは充足できない生活課題，例えば，認知症に伴う運転免許返納後の移動手段の確保，病態栄養食の確保，日中の居場所の確保などがある．住まいの面では，厳しい自然環境への対応の難しさに島内の介護資源の乏しさが加わると島内での在宅生活継続が難しくなる．加えて，生活様式が異なるとそれに伴いキーパーソンの特徴も異なるため，キーパーソンの確保の際にはアプローチの仕方に工夫が必要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

日本には14,125の島がある[1)]．国勢調査に基づく有人島は2020年では306島あり，離島の高齢化率は38.8%であった[2)]．これは，2055年における全国の高齢化率の推計38.0%を超えており，離島地域は高齢社会を先取りする地域である．離島の生活は立地条件や人口規模で，社会資源の多さや本土との交流が変わる．さらにそこで暮らす独居認知症高齢者も生活様式が異なるため，抱えるニーズもさまざまである．

本稿では，独居の認知症高齢者が離島に暮らし続けるための生活課題について，医療のニーズ，日常生活支援のニーズ，住まいのニーズ，キーパーソンの確保の4つの面から解説する．

2.離島の独居認知症高齢者の生活課題

（1）医療面のニーズ

離島地域で20床以上の入院設備を持つ医療機関のない島は9割以上，医師が常駐していない島も4割以上と，医療資源が十分にない現状にある[3)]ため，入院が必要な病気や終末期になると島外に出なければならなくなる[4)]．本土と直接の交通手段のない2次離島ではより医療へのアクセスは厳しくなる[6)]．独居認知症高齢者が糖尿病などの慢性疾患を抱えるとコンプライアンスが悪くなり，島外家族に引き取られる，入院や施設入所をせざるを得なくなる[5)]．島内の医療機関への受診であっても，自発的な受診が難しいことから，通院送迎や同行者を手配するのに苦慮する[7), 8), 9)]．認知症の診断は島内に認知症専門医がいることはまれであることから鑑別診断のために島外に受診しなければならず，診断までのハードルが高い[9)]．

(2) 日常生活支援ニーズ

他地域と同様に，離島でも介護保険サービスで提供できない生活面でのニーズが課題となっている．例えば，離島は公共交通機関が整備されていないため，認知症にともなう免許返納後の移動手段が課題となりやすい[8), 10), 11)]．自動車での移動が困難になると外出や社会参加も難しくなる．

また，食事をどのように確保するかも課題として挙がりやすい．離島は飲食店が限られており，配食サービスのニーズは高い[2), 10), 11), 12)]．しかし，配食サービスまたは食事がボランティア活動で運営されていたり近隣住民の善意などで賄われている場合は，病態栄養食などの特別なニーズに対応できない場合がある[10), 13)]．認知症が進むと日中の居場所としてデイサービスに通う場合，介護保険サービスや認知症に対する偏見に昔ながらの人間関係が影響し，高齢者が行きたがらないという課題が出てくることがある[8), 10), 14), 15)]．都市部のようにデイサービスを自由に選ぶことができない離島ならではの課題であると言える．

(3) 住まいのニーズ

離島は認知症の進行や身体機能の低下だけでなく，台風や豪雪など厳しい自然環境などによって一人暮らしが困難になることがある．しかし，入所施設やショートステイなど泊りのサービスがない地域の場合は，島外に出なければならず，在宅生活継続が難しくなる[4)]．

(4) キーパーソンの確保

離島の独居認知症高齢者の生活様式と家族関係の持ち方は様々である．竹井[16)]の3類型に沿ってキーパーソン確保の課題について述べる．

天涯孤独型は出稼ぎやIターンなどで島に定住した者である．離島では移住者が多い島もあり，高齢化している．その影響としては，本土の家族との関係性の希薄さといった，家族や周囲との関係性が支援の課題となる場合がある[6)]．具体的には，島内の友人や知人からの日常生活支援のサポートは受けていても，いざ支援が必要になりアプローチすると，本土の家族と連絡が取れない，以前の居住地から住民票を移していない[14)]，介護保険サービスの契約や医療同意が必要になった際，行政や公的機関がその人間関係を把握することが難しく，キーパーソン探しに難航する，といった問題が起こりうる[8), 14), 15)]．

島外別居型は，キーパーソンとなる家族が島外に暮らしている．島外家族は本人の状況を把握していないことがあり，本人の意向に沿わないサービス利用を勧めたり島で暮らすことをあきらめ本土に引き取ったり入所を促すことがある．島内の支援者とのコミュニケーションに関する問題や直接的な支援が必要な際に問題が起こりやすいと言える[6), 9), 13)]．

島内別居型は，キーパーソンとなる家族が同じ島の別の場所に住んでいるタイプである．他の2つのタイプよりは支援を受けやすいと言えるが，家族関係によっては高齢者の変化が把握できておらず，問題が顕在化してから気づくこともあり注意が必要である[16)]．

キーパーソンが島外にいる場合，退院時カンファレンスを医療職ではなくケアマネジャーが行う，本土への入院の際，ケアマネジャーが付き添わねばならない等，ケアマネジャーのキーパーソン化も課題である[8)]．

文献

1) 国土地理院. 日本の島の数. 2023. https://www.gsi.go.jp/kihonjohochousa/islands_index.html.
2) 2022離島統計年報CD-ROM版. 公益財団法人日本離島センター.
3) 国土交通省国土政策局. 離島振興計画フォローアップ 令和3年6月. 2021. https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102_ritou01.html.

4) 宮本恭子. 島根県の離島における地域居住要件を考える. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2017;40(1):52-57.

5) 椙山美千代. 高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整. 糖尿病ケア. 2011;8(10):1015-1019.

6) 吉川直人. 離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点を当てて. 京都女子大学養護・福祉教育学研究. 2024;(2):39-48.

7) 美底恭子, 大湾明美, 伊牟田ゆかり, 佐久川政吉. 小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検：H島診療所の看護実践から. 沖縄県立看護大学紀要. 2016;(17):127-136.

8) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）. 2018.

9) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成26年度事業実施状況報告書）. 2015.

10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓ほか. 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認知症ケア学会誌.（印刷中）.

11) 下地幸子, 安仁屋優子, 長嶺絵里子, 佐久川政吉. 認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み（第1報）介入準備期におけるZ区の強みと課題. 名桜大学総合研究. 2019;(28):69-78. http://ci.nii.ac.jp/naid/120006949873/ja/.（参照 2021-05-28）.

12) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会. 離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書. 2019. https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547.

13) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成28年度事業実施状況報告書）. 2017.

14) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成27年度事業実施状況報告書）. 2016.

15) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）. 2020.

16) 竹井太. ひとり暮らしの認知症の人の地域ケア 離島に於ける独居認知症の人のケア. 日本認知症ケア学会誌. 2017;16(1):59.

RQ7-4

離島に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか

回答文

離島における支援の特徴として，伝統的な地域の互助活動や島民同士のソーシャルネットワークが挙げられる．離島は社会資源が限られているため，生活課題に対する支援策を立てるときはこの互助関係を活用することが重要である．また，様々なセクターの支援者がネットワークを構築して連携することで効率的な支援が可能となり，社会資源の乏しさを補うことが期待できる．

解説・エビデンス

1.はじめに

離島における支援の特徴として，伝統的な地域の互助活動，島民同士のソーシャルネットワークがあることは多くの研究で指摘されている[1)-3)]．また，離島は行政含めた支援者と住民との繋がりが強く顔の見える関係がある[4), 5)]．離島における独居認知症高齢者への支援で大きな助けとなるのは近隣との相互扶助関係であると言える．

一方で，高齢化と人口減少は深刻で，独居認知症高齢者の生活を支える公的／私的なサポートに影響を及ぼしている．若年層の流出は地域の支援者不足やサービスの担い手不足を生じさせ[5), 6)]，介護保険サービスの提供や地域の相互扶助関係を縮小・希薄化[2), 6)]させている．高齢人口が減り始めている地域では，介護保険サービスの利用ニーズが少なくなり，採算が取れなくなっている[7)]．日本では，ケア供給の合理化や外国人労働者の導入が進められているが，台湾の離島地域では共働き家庭が増えたため，女性に代わり外国人介護労働者が住み込み，介護や生活支援の担い手となっている[8)]．伝統的な互助に支えられてきた離島地域は，高齢化と人口減少の影響がその姿を変えつつあり，台湾の例のように，グローバルな動きが我が国の離島にどのような影響を及ぼしていくのか，今後の推移を見守るべきだろう．

2.生活課題に対する支援策

（1）医療面の支援

離島は医療資源が限られており，独居認知症高齢者は慢性疾患を抱えると島内での治療が困難になりがちであるが，島内の支援者ネットワークを整え，段階的に自宅療養に移行することで支援する側も納得しながら受け入れ態勢を整えたという報告がある[9)]．

また彼らは，定期的な受診や予約も自力では困難であり，健康状態を悪化させやすい．この課題を解決するため，認知症高齢者の優先診療時間を設定し，診療所，ケアマネジャー，社会福祉協議会などが連携して，時間に合わせて通院送迎を行っている地域がある[9), 11)]．

認知症の診断や治療の質を高めるためには人材育成も必要である．島内での認知症診断を可能にするため，東京都では離島の保健・医療・介護の関係者に対し，本土の認知症疾患医療センターが定期的に事例検討会を行っている[12)]．

(2) 日常生活の支援

島内の地域住民の交流を活かし，地域の見守り活動や支援ネットワークを作る[3), 14)]取り組みを行う地域は多い．住民主体のNPO法人を設立し，介護保険で提供できない配食や移送などの生活支援サービスを提供している地域もある[15)]．住民の自助・互助の力を引き出すには支援をつなぐリーダーやコーディネーターの役割の重要性が指摘されている[1), 16)]．

(3) 社会参加の支援

高齢者向けのサロンやミニデイを住民が主体となり提供する取り組みが行われている[3), 11)]．また，自然発生的にできた地域のたまり場が高齢者同士の交流や情報交換の場となっており[1), 16)]，重要な社会資源となっている．そのような場所に住民たちが集まる機会を活かし，保健師が出向いて保健活動を行うといった柔軟な取り組みを行う地域もある[11)]．

(4) 支援者との信頼関係構築

診療所が認知症の高齢者にとって「良い対応をしてくれる場所」という印象になるよう，どんな理由でいつ来ても歓迎するという方針をとり，平時より信頼関係を作るという取り組みがある[10), 16)]．離島ならではの裁量性の高さを活かし，信頼関係構築の重要性をよく理解した対応であると言える．

(5) 住まいの支援

厳しい自然環境により一人暮らしが困難になる場合がある．冬場自宅において日常生活を送ることに不安がある者が期間限定で「生活支援ハウス」に入居し，一時的に自宅を離れて支援を受けながら暮らすという制度がある．しかし，近年，高齢化と入所施設の不足から，グループホームのような役割を新しく担いつつあるとの報告がある[17)]．また，認知機能の低下により独居で暮らすことが難しくなっても，施設入所の前段階として生活支援ハウスを設置している地域がある．住まいとケアをシームレスに提供し，できるだけ長く島内で暮らせるよう体制を整えている例である[16)]．

(6) 支援者間の連携，ネットワーク構築

社会資源が乏しい離島での認知症高齢者支援は，多様な支援関係者がネットワークを構築し連携を行い，補っていく必要がある[2)]．しかし，離島は，①医療介護連携のための会議，②地域ケア会議，③近隣自治体との協議や会議に参加しない傾向という報告がある[7)]．具体的には，関係機関の連携の弱さ[3), 18)]や住民との連携，特に民生委員との連携の際の個人情報の壁[6)]がある．東京都では，本土の認知症疾患医療センターの専門職が定期的に離島を巡回し，地域ケア会議や個別支援の事例検討会に参加しているが，この機会が島内の認知症支援のネットワーク構築を促進しているという報告がある[12), 16)]．

文献

1) 荒川泰士．離島在住の高齢者が在宅生活を維持していくための支援と課題 ―介護に関する情報・人的ネットワークの実態から―．高知女子大学紀要. 2018:27-40.

2) 宮本恭子．島根県の離島における地域居住要件を考える．日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2017;40(1):52-57.

3) 下地幸子，安仁屋優子，長嶺絵里子，佐久川政吉．認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み（第1報）介入準備期におけるZ区の強みと課題．名桜大学総合研究．2019;(28):69-78.

4) 富川亜紀子. 生活の支え合いにみる「助」のエスノグラフィー--インフォーマルなサポートの変化とその要因. 地域研究. 2011;(8):29-43.

5) 吉川直人. 離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点をあてて. 京都女子大学養護・福祉教育学研究. 2024;(2):39-48.

6) 波名城翔. 離島における地域支援の現状と課題. 長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要. 2019;18(1):31-37.

7) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会. 離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究報告書. 2019. https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547.

8) 中村努. 台湾緑島のケア供給における重層的ローカル・ガバナンス. 人文地理. 2021;73(1):55-74.

9) 椙山美千代. 高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整. 糖尿病ケア. 2011;8(10):1015-1019.

10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓ほか. 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認知症ケア学会誌. (印刷中).

11) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）. 2017.

12) 古田光. 東京都における島しょ地域の認知症支援について. 島しょ医療研究会誌. 2020;12:16-19.

13) 中島民恵子, 沢村香苗, 山岡淳. 単身要介護高齢者に対するケアマネジャーによる在宅継続支援の実態と課題. 社会保障研究. 2016;1(1):183-191.

14) 林真二, 吉田いつこ, 堀井利江, 永井眞由美. 地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題. 安田女子大學紀要. 2019;(47):301-310.

15) 神吉優美. 高齢者の暮らしを支える自助・互助・共助・公助：住民が主体となり構築した地域ケアサービスに焦点を当てて. 福祉のまちづくり研究. 2018;20(3):9-20.

16) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）. 2019.

17) 浅井秀子, 熊谷昌彦. 島嶼における高齢者の冬期居住施設「生活支援ハウス」の利用実態と課題 ー島根県の事例ー. 日本建築学会技術報告集. 2015;(48):783.

18) 波名城翔, 岩永秀徳. 島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究：長崎県新上五島町の調査から. 長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要. 2020;18(1):25-34.

RQ7-5

中山間地域に暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か

回答文

中山間地域で暮らす高齢者の生活課題について，独居認知症高齢者に限定し，定量的または定性的な研究を行った論文は見当たらない．数例見つかった実践報告から生活課題を中山間地域の特性を踏まえて考察すると，①移動に関わる生活課題，②資源不足に起因する生活課題，③住民の高齢化による生活課題，が挙げられる．また，豪雪地帯では雪による生活の困難さが加わる．なお，別居の家族や親戚，住民の理解が本人の暮らしを左右することもあるため，本人の意思を尊重し，これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が，中山間地域においても，生活課題の根底にあると考えられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

中山間地域は，高齢化率が高く，専門職も限られ，さまざまな資源が都市部に比べて少ない．また，面積が広く，人口密度も少ないため，住民の生活圏が集落に限定されることもある[5]．介護保険制度では中山間地域加算が設けられ，地域での介護サービス展開の困難さに対する特別手当も支給されている状況にある．そのような地域での独居認知症高齢者の生活課題の特徴について整理する．

2.中山間地域で暮らす独居認知症高齢者の生活課題

（1）移動に関わる生活課題

中山間地域での暮らしでは，買い物や通院など生活に必要な外出において，徒歩で移動することが困難な場合がある．加えて，公共交通機関の運行数が少なく，独居のため家族・親族等による移動支援も期待することができないことがある[1]．独居で見守る人がいない場合には，徒歩での移動を試みて行方不明になることや，自動車の危険運転を繰り返して交通事故になるリスクもある[4]．散歩やゴミ出し，散髪などの日常生活での外出においても，リスクを抱えながら行うことになる[1), 3)]．中山間地域では豪雪地帯も多く，雪によって移動の困難さも高まり，また自宅内外問わず，寒さに対する適切な判断ができないと，生死に関わる事態が発生するリスクが高まる．

これらのことから，中山間地域での暮らしが長い独居認知症高齢者にとっては「ふつう」の暮らしではあっても，一方では，近隣住民や別居の家族や親戚には，ハイリスクな生活だと映ってしまう可能性がある[3]．そのため，近隣住民が見かけた時には「施設に入るしかない」と感じ，また問題が発生して別居の家族・親戚が状況を把握した時には「迷惑をかけてはいけない」と思いを抱く構図になりやすいと考えられる[4]．

(2) 資源不足に起因する生活課題

中山間地域の資源は限られており，介護サービスや医療，生活に関わる商業施設等の資源が少なく[2]，長時間の移動が必要な遠方の資源へのアクセスを余儀なくされる[1]．また，それらの担い手も不足しているため，認知症がかなり進行した独居認知症高齢者の場合，相当量の生活支援が求められ[1]，本人にとって必要な支援が十分に提供できないこともある．

加えて，面積の広さや地形の関係から，移動手段の乏しい独居認知症高齢者の訪問や送迎等に係る関係者の移動負担も多いため，資源があっても一日に対応できる人数が限られてしまう[1]．特に，豪雪地帯では，雪の影響により，高齢者の見守りの需要が高まる一方で，周囲の資源が対応できる範囲や頻度が縮小されてしまう可能性もある．

そのため，独居認知症高齢者が「ふつう」に暮らしたいと考えても，その暮らしを支えるためには，限られた資源と生活上のさまざまなニーズをマネジメントする必要があり[3]，専門職が少ない状況下において[2]，そのマネジメントを誰が行うかが課題になる．また，一方では，資源が少ない中山間地域で長年暮らしてきた場合には，交通機関の不便さから生活に必要な支援も含めて，資源が少ないことが「ふつう」であることもある．関係者が思い描く生活と，本人が思い描く「ふつう」の生活が異なる可能性を加味しつつ，マネジメントを行うことが求められると考えられる．

(3) 住民の高齢化による生活課題

都市部と比較して，中山間地域は高齢化率が高い．そのため，住民も高齢化しており，住民の支え合い活動を推進することも課題になっている[2]．高齢化率が非常に高い地域では，集落の住民が徐々に減り[5]，集落外からの移住も少なく，集落そのものが消滅してしまうようなターミナル状態を迎えることもある．

人が支え合う活動が少なくなり，人が集う場が消え，人口が減少する中山間地域[5]においては，認知症高齢者の「なじみの関係」や「なじみの場」が喪失し，今までの「ふつう」の暮らしが崩れていくことにもつながる．

また，独居認知症高齢者の場合，独居であることから「寂しさ」を感じるケースもあり[4]，孤立化防止も生活課題になると考えられる．特に，豪雪地帯では，雪の影響により外出機会が減り，人と交流する機会の減少も著しく，孤立が深まり，フレイルや閉じこもり防止が生活課題に挙がりやすくなると考えられる．

3.生活課題の根底にある意思決定支援の問題

上述の通り，中山間地域における独居認知症高齢者の生活課題の特徴を整理したが，それぞれの生活課題において共通する問題が存在する．意思決定支援の問題である．

中山間地域に居住する独居認知症高齢者にとって，別居の家族や親戚，ご近所の理解が本人の暮らしを左右することがある[2]．「親族がいなければ，施設に入所するのが当たり前ではないか」，「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」といった住民意識の存在や，家族や親戚の心情として「他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが根底にあるという指摘もある[4]．

また，同様に，医師の診断が暮らしを左右し[2]，在宅生活の継続につながる場合もあれば，施設入所等の方向性につながる場合もある．従って，中山間地域において在宅で暮らす独居認知症高齢者は，本人の意思とは別の意思や判断によって，在宅生活の中断を余儀なくされるリスクを常に抱えている．

これらのことから，中山間地域で独居認知症高齢者が自分らしく暮らすことを支えるためには，本人の意思を尊重し，これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が重要であり，生活課題の根底にある問題となっていると考えられる．ただし，実際には，意思決定支援の問題は中山間地域に限定されるものではなく，都市部も含めた様々な地域において共通する問題になるとも考えられる．しかしながら，独居認知症高齢者の生活課題は地域特性の影響を受けている実態もあるため，今後は，意思決定支援のあり方においても，地域特性を踏まえて論じる試みは有効ではないかと考える．

文献

1） 宮﨑和加子. 中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):499-505.

2） 池田昌弘. 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):493-497.

3） 石川裕子, 中谷文美. 独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―. 老年人文研究. 2021;(2):1-20.

4） 篠本耕二, 二塚綾. 認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて. 西武文理大学サービス経営学部研究紀要. 2015;(26):153-161.

5） 内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室. 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～. 2019. https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf

6） 菊地和則, 池田直樹, 池田恵理子 ほか. 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書.東京都健康長寿医療センター研究所. 2019. https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/e110e97bfdba1024170a92c0b0c985d2_1.pdf

RQ7-6

中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

回答文

中山間地だからこその取組・施策・制度に着目すると，以下の7つの視点からの取組が有効ではないかと考えられる：①本人を重層的に支えるネットワークの構築，②地域を支える人材の育成・確保，③本人の意思決定や自立の支援，④本人のなじみの関係の継続と構築，⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重，⑥全世代的な地域づくりへの取組，⑦トータルにマネジメントする体制

解説・エビデンス

1.はじめに

移動が困難で，生活や介護，医療等に関わる資源も限られ，過疎高齢化により集落の存続も危うさがある中山間地域ではあるが，独居認知症高齢者の支援策を考えるにあたり，中山間地域だからこそ取り組めることがあり[2]，中山間地域が有する「残存能力」に着目することが重要になる．また，資源が限られているとはいえ，定期巡回・随時対応サービス[1]や小規模多機能型居宅介護のサテライト[5]など，移動困難や資源へのアクセスにも対応した中山間地域にも有効な介護サービスも制度上では創出されており，近年では多機能型シェアハウス[1]や生活支援ハウス[1]などの「住まい」に関わる資源も登場している．

加えて，市町村や地域包括支援センターを中心とした認知症施策の推進や成年後見制度の利用促進[6]，社会福祉協議会による日常生活自立支援事業や小地域ネットワーク事業を通じたコミュニティソーシャルワークの展開[4]など，個別ケースの対応から地域課題を検討し，住民の認知症に対する理解と地域づくりを進める機運も高まっている．

制度・政策的には，介護保険制度に限らず，都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され，内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められている[6]．

2.中山間地域の特性に合わせた支援策の視点

上述の中山間地域における独居認知症高齢者の各種取組を総合的に考え，支援策の展開に共通する視点を抽出すると以下の7点の視点が析出される．

①本人を重層的に支えるネットワークの構築：「みつける」「つなげる」「支える」「知らせる」「介入する」など，ネットワークの役割を明確化すること．

②地域を支える人材の育成・確保：介護・看護等の専門職確保と同時に，地域の支え合い活動やボランティア等に着目すること．

③本人の意思決定や自立の支援：本人が地域での暮らしをどのように考えているのかを把握し，意思決定や自立の支援をしていくこと．

④本人のなじみの関係の継続と構築：本人の環境の変化に着目し，なじみの関係を継続できるように，なじみの関係をつくれるようにすること.
⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重：本人の意向や状況に応じた住まいや暮らしの選択肢を提示できるようにすること.
⑥全世代的な地域づくりへの取組：地域共生社会や地域創生の取組から発展させ，地域での伴走的な支援を推進すること.
⑦（上記①～⑥を）トータルにマネジメントする体制：地域包括支援センターが推進する「地域包括ケアシステム」と社会福祉協議会が推進する「地域福祉」の取組の融合．本人のこれまでの暮らし方を支えるような社会づくりにも取り組むケアマネジメントの確立.

文献

1） 宮﨑和加子. 中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):499-505.
2） 池田昌弘. 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):493-497.
3） 石川裕子, 中谷文美. 独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―. 老年人文研究. 2021;(2):1-20.
4） 篠本耕二，二塚綾. 認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて. 西武文理大学サービス経営学部研究紀要. 2015;(26):153-161.
5） 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会. 小規模多機能型居宅介護における地域でのセーフティネット機能に関する調査研究報告書. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 2011;61-68.
https://www.shoukibo.net/roken_jigyo/pdf/H23_01_houkoku.pdf
6） 菊地和則, 池田直樹, 池田恵理子 他. 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書. 東京都健康長寿医療センター研究所. 2019. https://www.tmghig.jp/research/
7） 内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室. 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～. 2019. https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf

RQ7-7

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は何か

回答文

我が国の分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活課題について言及した研究はほとんどなく，個別のエピソードを紹介している文章が，日本マンション学会や自治体発行のケーススタディなどに見られるにとどまる．今後，調査研究を要する分野と言える．ハンドサーチでは，マンションみらい価値研究所のレポートが二つみつかった．このレポートでは，居住者の認知症に伴う課題として，「指定日以外のゴミ出し，ゴミの散乱」，「自分の部屋に帰れない」，「オートロックが開錠できない」，「警報を鳴らす」などが分譲マンションの課題としてあげられている[1)]．

また，日本認知症官民協議会発行の複数の業界の手引き[3)]から，課題の違いなどを考察している．分譲マンションでは，「ゴミを分別し，収集日に出すこと」や「鍵を出してオートロックを開錠し，部屋に帰宅する」といった日常生活でも，見当識や記憶力などの一部の能力の低下から，（他の能力は衰えていなくても）日常生活上の行動ができなくなることが述べられている[2)]．

解説・エビデンス

我が国の分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活課題について言及した研究はほとんどなく，個別のエピソードを紹介している論文が，日本マンション学会などに見られるにとどまる．

ハンドサーチでは，マンションみらい価値研究所のレポート「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員，フロント社員1700人アンケート～」がみつかった．このレポートは，マンション管理会社に勤務する管理員やフロント社員を対象にしたアンケートにもとづいており，1700名が回答している．認知症に伴って生じている事項は，多い順に，①同じ話を何度も繰り返す，②いわゆる徘徊，③指定日以外のゴミ出し，ゴミの散乱，④自分の部屋に戻れない，⑤被害妄想，（以下略）となっている．ここから分譲マンションに特有のものを選ぶと，「指定日以外のゴミ出し，ゴミの散乱」，「自分の部屋に帰れない」，「オートロックが開錠できない」，「警報を鳴らす」などがあげられている[1)]．

また，日本認知症官民協議会は，参加している企業や団体の協力のもとに，業界ごとに手引き（呼称：認知症バリアフリー社会実現のための手引き）を作成しており，「金融編」「小売編」「住宅編」「レジャー・生活関連編」「薬局・ドラッグストア編」「配食等編」「運動施設編」「図書館編」が公表されており，業界ごとに特有の課題をあげて解説を行っている[3)]．この中の「住宅編」は主に分譲マンションを想定しているが，「住宅編」では，代表的な事例として，「マンションの玄関やエレベーター前で立ち往生している」，「廊下を行ったり来たりしている」，「ゴミの管理ができない」，「ポストに配達物やチラシがたまっている」，「突然怒り出す」があげられており，簡便な解説などが添えられている[3)]．ただし，手引きも独居の高齢者を想定したものではない．

分譲マンションに住む認知症の方の課題について，2021年3月当時に発表されていた前述の手引きの4業種，❶レジャー・生活関連，❷金融，❸小売り，そして❹住宅（主に分譲マンション）を比較したレポートがマンションみらい価値研究所から出されている[2)]．

このレポートでは，分譲マンションの課題の特徴として，外部からうかがえる状況は同じであったとしても，その原因は多様であって，認知症の方がお困りになっている原因が様々であることが述べられている．例えば，「ゴミの管理ができない」では，「記憶力の低下のために，ゴミの種類によって細かく決められた回収日が覚えられない．または忘れてしまう」「見当識の低下のために，回収の時間に合わせてゴミを出すことができないことが推測される」「理解・判断力の低下や実行機能の低下により，分別の仕方がわからない」ことがあげられており，「ゴミを出す」といった日常生活においても，複数の能力を用いており，そのうちの一部が失われると，結果として，その居住者は日常生活上の行動ができなくなることが解説されている[2)]．

分譲マンションは，主に都市部において主要な住居形態となっているが，地域コミュニティとの関係が希薄になりがちであることや，外部から居住者の生活をうかがうことが難しいなど，特有の課題があげられることが多い．分譲マンションに暮らす独居高齢者等の生活課題に関する調査研究が望まれる．

文献

1） マンションみらい価値研究所「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員，フロント社員1700人アンケート～」（2021年10月29日公開）
https://www.miraikachiken.com/report/211029_report_01

2） マンションみらい価値研究所「認知症バリアフリー社会の実現に向け，管理会社に求められていること」（2022年2月28日公開）
https://www.miraikachiken.com/report/220228_report_01

3） 日本認知症官民協議会.「認知症バリアフリー社会実現のための手引き」住宅編. 2021.3.
https://ninchisho-kanmin.or.jp/guidance.html

RQ7-8

マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか

回答文

分譲マンションは，戸建てなど他の住居形態に比べて，介護保険の認定率が低く，支援が届いていないことが推測される[1), 2)]．しかし，分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく，個別のエピソードに基づくケース紹介が，日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまる．分譲マンションは，RQ7-7で述べたように，「指定日以外のゴミ出し，ゴミの散乱」，「自分の部屋に帰れない」，「オートロックが開錠できない」，「警報を鳴らす」などの特有の課題がある．マンションの課題には，区分所有法上で当然に構成される団体（≒管理組合）や管理組合の役員，マンション管理会社，管理員なども関わる[3) 4)]．また，防災や見守りなどの自治的な活動については，マンションによって異なり，様々な形式で行われている[5), 6), 7), 8)]．そのため，これらマンション特有の現状を前提とした支援策の調査研究が求められている．

解説・エビデンス

分譲マンションは外部から見えづらく，接触にはオートロックの開錠を要し，支援策が届きづらいという意見が広く見られる．分譲マンションにも相当数の支援を要する人が居住していると想定されるが[8)]，戸建てや団地などの他の住居の形態に比べて，介護保険の認定率が低く，支援策が届いていないことが推測されている[1), 2)]．

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく，個別のエピソードに基づく事例分析が日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまる．しかも，分譲マンションは，区分所有者から構成される団体（≒管理組合）があり，コミュニティの在り方も多様であること[5), 6), 7), 8)]，多くのマンションでは管理会社と契約していること，管理員が派遣されていることなどは，戸建てなどの他の居住形態には見られない特徴であり，課題の解決のためには，本人と家族だけでなく，管理組合や他の区分所有者，管理会社などの立場からの検討も要する[3), 4)]．なお，マンションの管理員は，高い割合で，高齢者のみの世帯や高齢者独居世帯を（実質的には）把握している．認知症などに気付く場合もあり，契約上の業務ではないものの，見守りやゴミ出しの補助などを行っている場合がある[7)]．

分譲マンションは，RQ7-7で述べたように，「指定日以外のゴミ出し，ゴミの散乱」，「自分の部屋に帰れない」，「オートロックが開錠できない」，「警報を鳴らす」などの特有の課題がある．そのため，これらマンション特有の現状を前提とした支援策の調査研究が求められている．

文献

1) 田中昌樹. 令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究に関する分析の委託. マンションみらい価値研究所（2021年3月1日発行）.
https://www.miraikachiken.com/research/210727_research_01

2) 斉藤雅茂. 認知症の人と家族にやさしいマンションにむけた諸課題. マンション学. 2019;64:92-96.

3) マンション管理業協会. マンションにおける認知症の事例と対応策. 2016. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 https://www.kanrikyo.or.jp/

4) マンション管理業協会. マンションと認知症高齢者・障がい者. 2023. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 https://www.kanrikyo.or.jp/

5) 村田明子, 山田哲弥. 分譲マンションにおけるコミュニティ組織. 日本建築学会計画系論文集. 2014;79:2181-2189.

6) 田中昌樹. マンションの防災組織はどうあるべきか. マンションみらい価値研究所（2022年8月16日公表）.
https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01

7) 大塚理加, 田中昌樹, 王尾和寿, 塩崎由人. 分譲マンションに居住する災害時要配慮者への支援に関する調査研究. 地域安全学会論文集. 2023.11;No.43. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jisss/43/0/43_125/_pdf/-char/ja

8) 王尾和寿, 田中昌樹, 藤原広行, 水井良暢ほか. 災害レジリエンス向上のための分譲マンションの課題発見と準公共財としての活用方法の検討. 2023.3.

RQ8-1

認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような診断後支援がなされているか

回答文

認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者の診断後支援として，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領域の実践が行われている．また，その基底には，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擁護支援，4）ピアサポートとエンパワメント，という4つの基本的な考え方がある．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症疾患医療センターは国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスであり，その目的は「保健医療・介護機関等と連携を図りながら，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている（厚生労働省）．

独居認知症高齢者の増加に伴い，認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者も増加しており[1), 2)]，認知症疾患医療センターの地域連携機能は，独居認知症高齢者の地域生活の継続において重要な役割を果している[1), 3), 4), 5)]．また，交通の便の悪い過疎地域の認知症疾患医療センターでは，独居・老老世帯の認知症高齢者の受診困難に対して，訪問による支援が実施されている[3)]．一方，大都市の認知症疾患医療センターでは，認知症専門病棟に入院する独居認知症高齢者について，1）行政・介護保険関係機関・成年後見など家族以外の者の介入を経て入院につながるケース，2）BPSDによる地域社会の中でのトラブルや生活破綻（例：食事がつくれない，買い物ができない，ATMでお金が下ろせない，電気やガスなどライフラインが止まる，生命の危機）が契機となり，別居家族も困り果てて入院に至るケース，が増えており，3）自宅退院率は同居者がいる場合に比べて著しく低いことが指摘されており，精神保健福祉士によるケースワークの重要性が今後ますます高くなるものと予測されている[2)]．

2.認知症疾患医療センターにおいて実施することが推奨される独居認知症高齢者等に対する診断後支援

2018年度の老人保健健康増進等事業において全国の認知症疾患医療センターを対象に，独居または夫婦のみ世帯の認知症高齢者に対して実施されている診断後支援の実態調査を実施した[6)]．自由記述回答の質的分析の結果，診断後支援の内容について，①生活状況のアセスメントと心理的サポート，②社会資源の情報提供と利用支援，③地域包

括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携，④別居家族との情報提供と連携，⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働，という5つのカテゴリーが生成された．さらに，この5つのカテゴリーを踏まえた実臨床での事例分析によって，表1のような6領域で構成される診断後支援の実践があり，その基底には，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擁護支援，4）ピアサポートとエンパワメント，という4つの基本的考え方があることが示されている[7]．

表1. 認知症疾患医療センターにおいて独居認知症高齢者に対して実践される診断後支援

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，今後の治療と尊厳ある暮らしの継続が可能であること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・地域の多様な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生活支援に関する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たり，地域包括支援センターの利用について情報を提供する．
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・多職種で話し合う．
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，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を継続的に実践する．

表2. 独居認知症高齢者の診断後支援の基本的考え方

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擁護支援
4）ピアサポートとエンパワメント

文献

1） 小林直人. 認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1099- 1105.

2） 菊地ひろみ. 特集・一人暮らしで迎える認知症, 認知症疾患医療センターの視点から. 認知症の最新医療. 2017;7(1):6-11.

3） 田中志子. 認知症患者を支える地域をつくるために老年科医として何ができるか. Cognition and Dementia. 2011;10(3):238-241.

4） 和泉唯信. 認知症患者に対する医療・福祉施設の試み. 日本早期認知症学会誌. 2018;11(1):57-65.

5） 村瀬智明, 長屋千鶴子, 犬塚貴. 急性期総合病院の認知症疾患医療センターにおける独居高齢者に関する医療・福祉相談の実態. 日本早期認知症学会誌. 2021;14(1):66-69.

6） 認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査ワーキンググループ. 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援. 令和元年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」（研究代表者：粟田主一）2020年3月. 2020:263-272.

7） 粟田主一. 認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（認知症施策研究事業）分担研究報告書. 令和5年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」（研究代表者：粟田主一）. 2024:22-38.

RQ8-2

かかりつけ医は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか

回答文

かかりつけ医にとって，独居者の認知症は見落としやすい．本人の話に耳を傾け，家族などの支援者からの情報を得て，注意深く評価する．認知症を疑った場合でも，独居者は認知機能の評価や，専門医の医療サービスの利用に応じない傾向がある．本人の気持ちに十分に配慮して丁寧に話し合いながら，診断や支援体制の構築への道筋を作ることが大切である．

独居認知症高齢者の健康と生活の安全を支えるために，かかりつけ医は積極的に地域包括支援センターや介護保険サービスと連携をとる必要がある．独居認知症高齢者は，同居者による支援がないため，訪問介護や内服管理の支援，配食などを多くの介護サービスが必要となる．包括的なケアプランを立てて，多職種で生活支援ニーズを満たすアプローチで対応する．入院や本人が希望しないまま介護施設に入所となることを防ぐことを目標に対応する．

解説・エビデンス

かかりつけ医やかかりつけ診療所が提供する認知症医療について，実証データを含む研究論文は多く認めるが，独居認知症に焦点を絞った研究は見つからなかった．そのため，文献の選定基準は，タイトルまたは抄録から，かかりつけ医やかかりつけ診療所における認知症医療に関する実証データを分析した研究の中で，独居を取り出した分析結果が確認できることとした．ただし，このような研究の中心的な関心は必ずしも独居ではないため，独居の影響について体系的に分析したものではない．また，タイトルや抄録に独居と言及されるとは限らないため，今回用いた検索式やスクリーニング方法だけで全て抽出することは困難である．このような点で，本レビューの結果にはバイアスが残る可能性がある．

研究1[1)]は，ドイツの6都市にある138の一般診療所で，75歳以上の認知症のない外来患者を3年間追跡した前向きコホート研究である．2003年から2007年の間に3,327名を組み入れて，18ヶ月後に2,402名，36ヶ月後に2,177名を追跡した．追跡期間中に新たに認知症と診断された120名のうち，かかりつけ医が認知症を疑ったのは28名で，感度51.4%だった．一方，認知症を発症しなかったケース2,294名のうち，かかりつけ医が認知症なしと判断したのは2,147名で，特異度95.9%だった．かかりつけ医が認知症を見落とした割合が有意に高いのは，独居と軽度認知症のケースだった．独居で見落としが多い理由として，同居者等からの情報がないことや，患者自身が症状に気づかないこと，気づいても隠すことがあると考察している．

研究2[2)]は，2007年に米国で，地域にある大学の関連診療所11施設に通院する65歳以上の患者554名を対象に実施した，認知症のスクリーニングから診断，診断後初期支援のプログラムの報告である．診療所で実施したMMSEによるスクリーニング検査が24点

以下の対象者には，専門医療機関でのアセスメント及び初期支援を推奨し，本人の希望を確認した．スクリーニング陽性者63名（12.7%）のうち，21名が高度医療機関での精査に進んだが，残る42名は推奨に応じなかった．推奨に応じない対象者は，認知症に対するスティグマが強いことや，独居であることと関連した．考察では，介護者となる人がいない独居の患者は，認知機能の評価に応じない傾向があり，同時に認知症に対するスティグマを持ちやすいのではないかとしている．

研究3[3]は，プライマリケアにおける認知症患者の予後因子を調べた系統的レビューである．2022年6月までに発表された縦断研究46件を対象に，介護施設への入所と認知機能低下に関連する予後因子を明らかにした．介護施設への入所に対して，独居は独立した予後因子だった．他の予後因子には，高齢，貧困でないこと，白人，都市部の居住，低い認知機能，抗認知症薬の服用，抑うつ，精神症状，徘徊，介護者の希望があった．認知機能の低下には，長期の認知症罹患歴，興奮／攻撃性，精神症状，高脂血症が関連したが，独居は関連がなかった．

研究4[4]は，2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である．一般医の単位で介入の有無を割り付けて，認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した．認知症の専門認定を持つ看護師が6ヶ月にわたり月1回1時間程度，自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い，多職種カンファレンスで検討した上で，診療所の一般医（主治医）と看護師と相談してケアプランを立てた．136の一般医が参加して，70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して，407名が介入後6ヶ月間の追跡まで完了した．独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%），通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が行われている．介入効果は，行動・心理症状の低減について有意に認めたが，QOLスコアや介護者負担，抗認知症薬の服用，潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムに対しては有意差がなかった．

研究5[5]は，研究4のベースラインのデータを記述的に分析して，独居認知症患者に対する支援の特徴を同居者ありの場合と比較している．独居認知症患者は，配偶者やパートナーがおらず（独居10.6% vs 同居67.5%, p<0.001），インフォーマルな支援が不足し（独居90.8% vs 同居99.2%, p<0.001），緊急時のサポートが不足しやすい（独居83.4% vs 同居94.0%, p<0.001）．それを補うように介護サービスは多く利用する．例えば，訪問介護（独居33.9% vs 同居13.6%, p<0.001），内服管理の支援サービス（独居36.1% vs 同居8.3%, p<0.001），配食サービス（独居26.5% vs 同居12.4%, p<0.001）の利用が有意に多い．だが，医療サービスの利用状況は，一般医以外の医療を使わない．神経内科／精神科の外来受診（独居21.3% vs 同居29.7%, p=0.032），病院への入院歴（独居23.5% vs 同居33.1%, p=0.022）などの利用が有意に少なかった．

文献

1） Pentzek M, Wolny A, Wiese B, et al. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17(11):965-975.

2） Fowler NR, Frame A, Perkins A, et al. Traits of patients who screen positive for dementia and refuse diagnostic assessment. Alzheimers Dement. 2015;1(2):236-241.

3) Marshall M, Jordan J, Bajpai R, et al. Systematic reviwe o prognostic factors for poor outcome in people living with dementia that can be determined from primary care medical records. BMC Geriatrics. 2024;24:801.

4) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(10):996-1004.

5) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living alone with dementia: prevalence, correlates and the utilization of health and nursing care services. J Alzhermers Dis. 2016;52(2):619-629.

RQ8-3

訪問看護師は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか

回答文

訪問看護師の独居認知症高齢者に対する支援業務の中核は，身体状態のアセスメントと病状変化の早期発見，医療的ケアの調整・管理などの健康管理である．また，生活の安全を含めた生活支援や社会活動の状況について，多職種と協働してアセスメントと支援に取り組む必要がある．生活の安全は，火元の管理などの自宅内だけでなく，外出時の環境など自宅外についても確認と対策をする．生活支援は，財産管理や見守り・安否確認などである．社会活動については，友人・知人や近所との交流などを確認して支援する．

支援提供の際，パーソンセンタード・ケアのアプローチが欠かせない．こだわりを尊重し，心配事に対策するなど利用者の感情・意思・ニーズを中心に扱うことや，利用者のペースに合わせ，馴染みの方法を選ぶなどケア方法を個別化することである．

このように提供された訪問看護サービスは，独居認知症高齢者の認知機能の維持改善や家族の不安の軽減に効果がある可能性がある．

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

訪問看護師を対象とした研究論文で，独居認知症高齢者に対する訪問看護の業務内容や工夫，困難を記述した研究，効果検証の研究を選択した．地域包括支援センターの看護師の支援業務を記述した論文（林ら，2022）や独居生活の継続困難要因を検討した論文（久保田ら，2019; 中島ら，2023）なども文献検索では見つかったが，研究の対象や関心が訪問看護師の活動ではないため除外した．

2.エビデンス

論文1[1)]は，独居認知症高齢者の支援経験がある日本の訪問看護師17名を対象に，独居認知症高齢者の身体的・精神的症状の安定化のために実施している支援をインタビュー調査した報告である．①日頃の関わりで養われる観察眼で，その人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く（身体状態のアセスメント），②必要な医療を確実に整備して，慢性疾患の悪化を予防・改善し，その人なりの体調を維持する（医療ケアの簡素化と管理），③一人でも自宅で落ち着いて過ごせるように整える（個別化した支援），というテーマがあった．

論文2[2)]は，認知症ケア専門士328名（看護師37.8%）からの意見をDelphi法によって集約し，認知症高齢者の独居生活継続アセスメント指標を開発した研究である．完成した35項目の指標は，①健康管理（11項目），②環境・安全（13項目），③対人・地域支援（7項目），④思いの表出（4項目），の4つのカテゴリーに分類された．①健康管理には，服薬や医療処置と同時に，食事・水分摂取，排泄，室温調整，支援の受け入れなどに関

するアセスメント項目があった．②環境・安全には，火元の管理，外出時の安全や援助希求の行動，緊急連絡先の確保などが挙がった．③対人・地域支援には，財産管理，見守り・安否確認，友人・知人との交流などが含まれた．④思いの表出は，感情や意思を伝えることなどだった．

論文3[3]は，カナダのオンタリオの医療者15名（看護師9名，医師2名，社会福祉士2名，聴覚カウンセラー2名）を対象に，独居認知症高齢者のケアの経験についてインタビューした研究である．自分にできる支援を提供する（Doing the best we can do for them）という考えのもとで，次の6つの経験があった．①生活に支援が必要なことや，車の運転が困難になっていること，一人暮らしに限界が訪れることなど，現実を慎重に優しく伝える（Gentle realism）．②リスクと隣り合わせでも自分の生活を主体的に送る権利を尊重することと，生活の安全を確保することのバランスの困難（Walking the tightrope）．③家族への連絡や医療サービスへのアクセスを本人が許可しないことや，独居生活継続のためのケアやシステムに柔軟性がないことなど，必要なサービスを提供することに対する制約があるため医療者として限界を感じる（My hands are tied）．④支援を受け入れたり，決断したりするのは本人や家族であるため，専門家としての役割に徹する（It's not my job, it's not my decision）．⑤施設入所などの意思決定に関連した倫理面における心理的葛藤（Emotion struggle）．⑥本人の生活における危険を避けるという意図は医療者自身の行動を正当化し，心理的葛藤を小さくする（Believing I did the right thing）．

論文4[4]は，独居認知症高齢者の病状，認知機能，生活状況，家族の不安に，訪問看護の利用の有無によって違いがあるかどうかを，介護支援専門員が評価した量的研究である．訪問看護を利用することで，認知機能と家族の不安は有意に維持改善があった．訪問看護によって認知機能が維持改善するという結果について，利用者のペースや今までのやり方を尊重する，強みを活かす，シンプルで効果の上がるケア方法を探すなどの看護実践の効果だと考察している．

3.考察

得られたエビデンスから，訪問看護師の独居認知症高齢者に対する支援業務の中核は，身体状態のアセスメントと病状変化の早期発見，医療的ケアの調整・管理などの健康管理と言える．だが，独居認知症高齢者にとって，生活の安全を含めた生活支援や社会活動に関する支援も大切で，これらの領域は多職種と協働してアセスメントと支援に取り組む必要がある．生活の安全には，火元の管理などの自宅内だけでなく，外出時の環境など自宅外も含まれる．生活支援は，財産管理や見守り・安否確認などである．社会活動については，友人・知人や近所との交流などが大切である．

支援提供の際，パーソンセンタード・ケアのアプローチが欠かせない．こだわりを尊重し，心配事に対策するなど利用者の感情・意思・ニーズを中心に扱うことや，利用者のペースに合わせ，馴染みの方法を選ぶなどケア方法を個別化することである．

このような訪問看護サービスは，独居認知症高齢者の認知機能の維持改善や家族の不安の軽減に効果がある可能性がある．だが同時に，独居認知症高齢者への支援では，リスクを伝えることや，利用者の主体的生活とリスクのバランス，サービス提供上の制約，意思決定支援における葛藤など，訪問看護師が困難や限界を感じやすいことに注意が必要である．

文献

1） 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者の身体的, 精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ. 大阪府立大学看護学雑誌. 2016;22(1):35-44.

2） 久保田真美, 谷垣靜子. 認知症高齢者の独居生活継続アセスメント指標の開発. 日本認知症ケア学会誌. 2022;20(4):545-558.

3） de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals' experiences. Dementia. 2016;15(2):221-238.

4） 落合佳子, 桑野美夏子, 秋葉喜美子, 王麗華. 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしへの訪問看護利用の効果. 厚生の指標. 2023;70(4):28-33.

RQ8-4

認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような支援を行うことが期待されているか

回答文

今日の認知症初期集中支援チームの主たる役割は「困難事例への対応」が最も多く，「早期発見・早期対応」がそれに次いでいる．支援対象者の約4割が独居であり，困難事例では5割以上が独居である．社会的孤立傾向の強い独居認知症高齢者を対象に，信頼関係を形成し，医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用につなげ地域生活の継続に成功した事例の報告も蓄積されてきているが，「本人の意向を尊重すること」と「本人の生命・健康・安全を守ること」という2つの価値観の間で倫理的問題を生じることも少なくない．認知症初期集中支援チームの本来業務は個別支援であるが，独居認知症高齢者の支援においては，地域づくりの視点が不可欠である．地域の特性に応じた個別支援と地域づくりのあり方を，倫理的観点を踏まえて深化させていくことが期待されている．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症初期集中支援チームとは，認知症になっても本人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように，本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームである[1]．2015年に地域支援事業として制度化され，現在では全国の市町村において事業化されている[2]．

2.活動状況

2021年度に実施された全国調査[3]によれば，チームが設置されている機関は地域包括支援センター（61%）が最も多い．またチームの主たる役割は困難事例への対応（36%）が最も多く，早期発見・早期対応（26%）がそれに次ぐ結果となっている．支援対象者の属性では，女性（62%），80～84歳（30%）が最も多く，80%にBPSDが見られ，70%は認知症未診断であったとのことであるが，独居者の割合については報告されていなかった．一方，2018年度の全国調査[4]では独居者が約4割を占めること，対象者の約4割が困難事例であったと報告されており，池田ら[5]が2021年に実施した認知症初期集中支援チームが対応した困難事例の調査では，独居者が5割以上を占めているという結果が報告されている．前田ら[6), 7)]は，神戸市における認知症初期集中支援チームの活動状況の経時的変化の分析から，対象者がより高齢化していること，夫婦のみ世帯が増えていること，認知症症状が出現してから支援が開始されるまでの期間が長いこと，家族のいない独居高齢者への支援，地域包括支援センターの負担，認知症の診断につなげることの難しさ，かかりつけ医との連携などに課題があることを指摘している．また，内海ら[8]は，大都市では他者に直接被害を及ぼすような迷惑行為を認める事例が相対的に多いこと，西ら[9]は，人口減少と高齢化が進展する地方都市では，別居家族が気づかないうちに病状が進行して事例化し，居宅サービス事業所の不足も関連して施設入所や長期入院に至る場合が多いことを指摘している．

3.独居認知症高齢者等への支援

近年，社会的孤立傾向の強い独居認知症高齢者を対象とする認知症初期集中支援チームの介入事例の報告が蓄積されてきている．

福田[10]は，家族からの受診勧奨を拒否していた80代女性の独居認知症高齢者に対し，認知症初期集中支援チームが信頼関係の構築と生活状況の把握に努めながら支援することによって，本人の了解を得て，本人の希望に沿って医療・介護サービスを導入し，独居生活を継続させることができた事例を報告している．黒沢ら[11]は，もの盗られ妄想がある70代男性の独居認知症高齢者に対し，認知症初期集中支援チームが本人の意思を尊重しながら医療や介護サービスの利用勧奨を行うとともに，本人の激しい行動化に恐怖を感じ断絶していた家族に対して具体的な関わり方を提案することによって，本人同意のもとで医療・介護サービスの導入に成功し在宅生活継続につながった事例を報告している．小山ら[12]は，認知症初期集中支援チームが独居認知症高齢者の服薬管理支援に成功した事例，渡邉ら[13]は，不安が強い独居のMCI高齢者に対して認知症初期集中支援チームがかかりつけ医と連携して本人及び別居家族の不安軽減に成功した事例，松岡ら[14]は，定期通院が中断した妄想を伴う独居の認知機能低下高齢者を再度定期通院につなげることができた事例を報告している．

小林[15]は診断につなげる際の医師が果たすべき役割の重要性を指摘しており，中西[16]は，生活支援へのつなぎを同時に行いながら受診につなげることができるので，医療機関側にも安心感があり，連携も速やかであると述べている．澤[17]は，1）独居または家族の関わりがない認知症高齢者，2）認知症の有無は不明だが精神疾患があるため関わりを拒否している事例，3）身体疾患があり認知症の有無について評価困難な事例を紹介し，社会的に孤立せず住みなれた地域での生活の実現にはアウトリーチを取り入れた包括的・継続的な関わりが重要であり，鑑別診断や生活への対応が求められることから多職種チームの存在は大きいと述べている．

4.独居認知症高齢者支援に求められるスキルと倫理的問題

平林ら[18]は，認知症初期集中支援チームに関与する地域包括支援センター看護師を対象に，独居認知症高齢者へのアウトリーチ・スキルについて半構造化インタビューと質的分析を行い，「認知症が疑われる独居高齢者や孤立している状態にある一人暮らしの認知症高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキルは，高齢者が認知している世界観や主観に沿った対応技術，職員のリスク管理と心理的負担を軽減する技術など，重層的かつ包括的な性質をもつ」と結論している．認知症初期集中支援チームによる独居認知症高齢者への支援では，本人の意向を尊重することと，本人の生命・健康・安全を守ることの2つの価値観の間で倫理的問題を生じることが少なくない[8), 19), 20), 21)]．倫理的観点を踏まえて事業のあり方やチーム員研修のあり方を見直していくことが今後の課題として残されている．

5. 認知症初期集中支援チームに期待される今後の方向性

粟田[2), 22)]は，「本人の視点に立って必要な社会的支援を統合的に調整すること」をコーディネーション，「社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること」をネットワーキングと呼び，認知症初期集中支援チームの業務内容はコーディネーションにあたると説明している．また，コーディネーションには，①信頼関係の形成（本人との間で信頼できるパートナーシップを築くこと，意思決定支援の前提），②総合的アセスメント

（認知症に関する深い理解を背景に，本人の希望・生活課題・社会的支援ニーズを総合的に把握すること），③情報共有 （本人，家族，多職種間で情報を共有すること），④課題解決に向けた多職種協働 （本人の主体性を尊重しながら，可能性のある課題解決に向けて，本人とともに歩んでゆこうとするアプローチ），⑤本人の意思を尊重した社会的支援の調整（意思決定支援のプロセスを踏まえて，必要とされる社会的支援の利用と提供を調整すること）という5つのプロセスの重層的・反復的実践が必要であるとしている．一方，ネットワーキングには，現存する医療・介護・居住支援・生活支援・家族支援・経済支援・権利擁護支援へのアクセシビリティーの確保，“顔の見える”連携体制の構築，不足している資源の開発や新たなサービス （特に生活支援に関するサービス）のイノベーションなどが含まれる．

認知症初期集中支援チームの本来業務はコーディネーション （個別支援）であるが，独居認知症高齢者の支援においては，ネットワーキング（地域づくり）の視点が不可欠である．地域の特性に応じた個別支援と地域づくりのあり方を，倫理的観点を踏まえて深化させていくことが，認知症初期集中支援チームに期待される今後の方向性であろう．

文献

1） 粟田主一. 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック. 中央法規. 2015年, 東京.

2） 粟田主一. 認知症初期集中支援チームとは何か. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):749-755.

3） 国立長寿医療研究センター. 認知症初期集中支援チームのあり方と効果的な活動に関する調査研究事業（研究代表者：鷲見幸彦）. 令和3年度老人保健健康増進等事業報告書. https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3-4Report.pdf

4） 国立長寿医療研究センター. 認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業（研究代表者：鷲見幸彦）. 平成30年度老人保健健康増進等事業報告書. https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf

5） 池田学, 垰本大喜, 佐竹祐人, 橋本衛. 認知症初期集中支援チームの活動状況. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):756-766.

6） 前田潔, 梶田博之. 認知症初期集中支援チーム　神戸市における活動の現状と今後の課題　活動1年目と2年目の比較. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1131-1136.

7） 前田潔, 梶田博之. 認知症初期集中支援チームの課題　神戸市における経験. 精神神経学雑誌. 2016;118(2):84-90.

8） 内海久美子, 福田智子. 認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):793-799.

9） 西孝弘, 森村安史. 地方都市における認知症初期集中支援チームが8年間に経験した対応困難事例. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):1049-1057.

10） 福田智子. 認知症初期集中支援チームの取り組み. 独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例. 砂川市立病院医学雑誌. 2020;33(1):79-85.

11） 黒沢一美, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保ほか. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し. 前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学. 2020;112:77-82.

12） 小山晶子, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保ほか. 認知症初期集中支援チームによる認知症を有する独居高齢者への服薬管理支援. 群馬医学. 2018;108:51-53.

13） 渡邉菜保子, 松本美江, 山口智晴, 高玉真光ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;118:177-180.

14） 松岡照之, 西村伊三男, 川瀬美奈子, 増本恵子ほか. 認知症初期集中支援チームが介入したことにより精神科外来受診につながった2症例. 老年精神医学雑誌. 2023;34(3):261-266.

15） 小林直人. 認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1099-1105.

16）中西亜紀. 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1106-1113.

17）澤滋. 認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学. 2020;35(4):373-378.

18）平林瑠美, 尾崎章子, 西崎未和, 苛原志保ほか. 認知症が疑われる独居高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキル. 初期段階におけるかかわりを中心に. 日本在宅看護学会誌. 2021;10(1):2-10.

19）柏木一恵. 地域において支援チームが直面する困難事例. 支援拒否事例を通じて困難事例の背景にある問題や多職種の役割などを考える. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):826-831.

20）石川智久. 支援チーム内での精神科医の役割：地方都市での活動. 熊本県荒尾市における認知症初期集中支援チームの活動概要. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):775-780.

21）宮本礼子, 川岸聡美, 平井奈津子. 認知症初期集中支援チーム活動で人権が侵害された在宅高齢者の1例. 老年精神医学雑誌. 2023;34(8):769-774.

22）粟田主一. 認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター：コーディネーションとネットワーキングという観点から. 日本老年医学会誌. 2020;57(1):22-27.

RQ8-5

介護支援専門員は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか

回答文

独居認知症高齢者に対して介護支援専門員が行うべき支援として次のことが提案される．①本人の視点にたつ，②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有，利害と価値の調整，③なじみの環境や人との関わり，価値観や趣味等を大切にした生活の継続，④介護保険制度を超えたネットワークづくり，⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション，⑥分野横断，時間縦断の共同ケアマネジメント

解説・エビデンス

1.はじめに

介護支援専門員は介護保険サービス利用者のケアコーディネーション[1]を担うが，業務範囲は制度の規定に則る[2]．介護支援専門員は本人と別居家族の意向を踏まえ[3]，現在の生活課題の充足，及び将来のQOL低下を防止する[4] ソーシャルネットワークを構成し[5]，未充足のニーズ解決に向けた活動に協力する[6]．しかし，現時点において介護支援専門員が行う独居認知症高齢者に対する支援の有用性を示す科学的エビデンスは不十分である[7]．

2.行う支援

①本人の視点にたつ

丹野[8]は，認知症当事者の視点から「奪われる自立」，「諦めさせられる環境や依存を生み出す環境」は，自分で決めることができなくなる状況をつくると指摘している．粟田ら[1]は，本人がケアの決定に関与できるようにすることが基本原則であると記述している．

②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有，利害と価値の調整

厚生労働省[9]は居宅サービス計画に本人と家族の意向を踏まえた総合的な援助の方針，具体的サービス内容の記述を求めている．三浦ら[10]は「意向」には，本人の言語表現はもとより，非言語の微弱なサインも含まれること，医療・ケア従事者は家族等との相談のみで決めないことを示している． 久保田ら[11]は，介護支援専門員へのインタビュー調査から，周囲との関係性も重視し，本人の安全確保に努める支援の必要性を，石山[12]は本人の意向実現には社会資源へ繋ぐ調整はもとより，利用者，家族，多職種間の関係，価値や利害の対立を調整する必要性を記述している．

③なじみの環境や人との関わり，価値観や趣味等を大切にした生活の継続

犬山ら[13]は，介護支援専門員を対象とした半構造化面接から，独居認知症高齢者の在宅生活の継続に影響する要因は「意思の伝達とコミュニケーションが出来る」，「地域のひとや家族に対する関わり方が継続している」，「趣味や嗜好，対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある」ことを報告した．

④介護保険制度を超えたネットワークづくり

山根ら[14]は，6年の実践経過から「途切れないケアを多職種で支援」，「介護保険サービスだけで支えられないこと」，「多様な社会資源・民生委員・町内会長など地域全体のネットワークづくり」を，翠川ら[15]は先行研究から「心を許せる人や場所の存在」，「趣味や生き甲斐をもつこと」の必要性を記述した．中島[16]は独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活課題の一つに【脆弱な近隣･友人との関係】をあげ，安藤ら[17]はインタビュー調査から，他職種やご近所などの【支援の輪を広げて一人暮らしの限界を乗り越えていく】，【本人が支援を受け入れられるように配慮する】実践を記述した．酒井ら[18]は，経済的被害について，ケアマネジャーと家族，近隣住民，福祉事業者や行政機関等との連携に加え，制度的支援や消費者保護による支援の必要性を述べている．羽田[19]は，認知症になっても住み慣れた地域で一人暮らしを続けるための支援をうまくできるかどうかは，地域ケア力とケアマネジメント力によることや，地域ケア力の強化を図ることがケアマネジメントの役割の一つであると述べている．

⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション

金谷ら[20]は，独居認知症高齢者への訪問リハビリテーションにより環境整備，生活リズムの改善，意欲や活動性の向上等多角的な介入により地域生活の再建を可能にした事例を，木下ら[21]は，介護予防ケアマネジメントにより，在宅生活の継続性を困難とする認知症症状に対して早期に対応し，なじみの環境で意欲を引き出して自信の回復と心身状況を改善した事例を，落合ら[22]は，軽度認知機能低下を認める者への訪問看護利用の効果を報告している．

⑥分野横断，時間縦断の共同ケアマネジメント

独居認知症高齢者の在宅生活の継続には，分野横断，時間縦断の共同マネジメントの必要性が報告されている．渡邉ら[23]は，かかりつけ医と認知症初期集中支援チームによる介入事例を，林ら[24]は地域包括支援センターの職員による認知症症状の進行段階に合わせた支援を，久保田ら[25]は，介護支援専門員へのインタビュー調査から在宅生活の限界までの過程の支援を，田部ら[26]は成年被後見人をめぐるソーシャルワーカーと司法書士との共同支援による本人の権利擁護を，町田ら[27]は身寄りのない本人の死後も含めたケアプランへの配慮があることを記述した．

結論

以上の報告を集約して，介護支援専門員が独居認知症高齢者に対して行うべき支援を以下に列挙した．①本人の視点にたつ，②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有，利害と価値の調整，③なじみの環境や人との関わり，価値観や趣味等を大切にした生活の継続，④介護保険制度を超えたネットワークづくり，⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション，⑥分野横断，時間縦断の共同ケアマネジメント

文献

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

2） 厚生労働省．ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 中間整理 令和6年12月12日 別添

3） 介護保険法第一条

4) 日本総合研究所. 令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版. 2020.03
5) 介護支援専門員実務研修ガイドライン　自立支援のためのケアマネジメントの基本：6
6) 厚生労働省令第38号 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条第27項
7) 石山麗子, 鈴木善雄. 独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー 独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か. 厚生労働科学研究費補助金 認知症政策研究事業 令和4年度総括・分担研究報告書. 2022:41-45.
8) 丹野智文. 当事者からの視点. 医師看護師のための認知症プライマリケアまるごとガイド最新知識に基づくステージアプローチ. 内田直樹ら編. 東京：中央法規出版；2024:88-91.
9) 厚生労働省. 老認発0331第6号 令和3年3月31日, 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領
10) 三浦久幸. 療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフ・ケア充実に向けての調査研究ーCOVID19流行の影響も踏まえて研究班：認知症支援ガイド, 日経BP. 2024.02
11) 久保田真美, 高山成子. 認知症高齢者の独居生活　認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から. 関西国際大学研究紀要. 2017;18:23-35.
12) 宮脇美保子, 石山麗子. 身近な事例で学ぶケアマネジャーの倫理. 東京：中央法規出版；2019:71.
13) 犬山彩乃, 諏訪さゆり. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. 千葉看護学会会誌. 2019;25(1):37-46.
14) 山根樹美, 渡辺淳子. 地域包括ケアを進める看護チームー固定チームナーシング鳥取地方会での取り組み 独居高齢者の在宅生活を多職種で支えるチーム活動　介護支援専門員の役割と業務. 看護実践の科学. 2016;41(13):39-45.
15) 翠川郁代, 東條美恵, 滝澤春香. 要介護独居高齢者が在宅生活を継続できる要因を困難事例に活用した一事例の報告. 老年看護. 2013;43:98-101.
16) 中島民恵子. 独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究　介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. 高齢者のケアと行動科学. 2022;27:39-49.
17) 安藤こずえ, 水野敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学. 2015;20(1):88-96.
18) 酒井恵美子, 小平めぐみ. 要支援・要介護高齢者の経済的被害とケアマネジャーの支援に関する研究　居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの質的調査から. 自立支援介護・パワーリハ学. 2020;14(1):20-29.
19) 羽田三紀子. 認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について. 認知症ケア事例ジャーナル. 2011;4(2):141-150.
20) 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二ほか. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション. 2020;10(3):243-249.
21) 木下ゆかり. 早期に認知症の兆しを発見し対応したことで, 独居生活が維持できている事例. 認知症ケア事例ジャーナル. 2009;2(2):115-122.
22) 落合佳子, 桑野美夏子, 秋葉喜美ほか. 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしへの訪問看護利用の効果. 厚生の指標. 2023;70(4):28-33.
23) 渡邉菜保子, 松本美江, 山口智晴ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;118:177-180.
24) 林純子, 林裕栄, 善生まり子ほか. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援　地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌. 2022;25(2):13-22.
25) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75.
26) 田部宏行. 成年被後見人等の多問題生活に対するソーシャルワーカーと司法書士の共同支援　成年後見計画等の検討を通して. 司法福祉学研究. 2011;11:23-38.
27) 町田のり子, 斎川英文, 高梨葉子. 新時代を迎えた医療と福祉の連携 ケーススタディ 在宅介護を望む, 身体合併症を伴う高齢独居老人. 老年精神医学雑誌. 2001;12(7):774-779.

RQ8-6

介護保険サービスは独居認知症高齢者の在宅生活の継続にどのような効果をもたらしているか

回答文

居宅介護サービス及び地域密着型サービスは独居認知症高齢者等の地域生活の継続に寄与するものと期待されるが，その有用性を示す科学的エビデンスは不十分である．しかし，その有用性を示唆する事例報告は増えている．「訪問看護」は拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築と健康状態の管理に，「通所介護」や「訪問・通所リハビリテーション」は生活リズムの改善，意欲や活動性の回復，身体機能の改善，BPSDの軽減，生活環境の整備に，「訪問食事栄養指導」は低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に，「訪問薬剤管理指導」は服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に，「定期巡回・随時対応型訪問介護・看護」は病院からの退院支援・随時対応・看取り支援に，「小規模多機能型居宅介護」は多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に寄与することが示唆されている．

解説・エビデンス

1.はじめに

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには，居宅介護サービス（表1）と地域密着型サービス（表2）がある．これらのサービスは，独居認知症高齢者の地域生活の継続に寄与することが期待されるが，その有用性を示す科学的エビデンスは今なお不十分である．しかし，近年，その有用性を示唆する事例報告は増えている．

表1. 居宅介護サービス

1）	**訪問介護**：介護福祉士が，要介護者の居宅を訪問して，入浴，排せつ，食事等の介護（身体介護），調理・洗濯・掃除等の家事（生活援助），生活等に関する相談・助言，その他の必要な日常生活上の世話を行うサービス．通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もある．同居家族がいる場合の生活援助については，その同居家族が対応することが基本となり，原則保険給付対象として算定できないことになっている．しかし，個別性を勘案し「やむを得ない事情により，家事ができる状況でない」場合は算定することも可能である．生活援助の算定が可能な状態像としては，1）単身世帯，2）家族等が障害・疾病等，3）その他：①家族の介護放棄のため支障が生じている場合，②家族が高齢であるため介護負担がきわめて高い場合，③本人が認知症であり，一人で食事の準備ができないため，家族不在の時間帯に食事の配膳等が必要な場合，があげられている．
2）	**訪問入浴介護**：入浴車等により要介護者の居宅を訪問し，浴槽を提供して入浴の介護を行う．

3） **訪問看護**：病状が安定期にあり，主治医が必要と認めた居宅の要介護者について，病院，診療所または訪問看護ステーションの看護師，准看護師，保健師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士が，主治医の指示に基づいて居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス．病状に応じて，血圧・脈拍・体温などの測定，病状のチェック，排せつ・入浴の介助，清拭，洗髪，在宅酸素，カテーテルやドレーンチューブの管理，褥瘡の処理，リハビリテーション，在宅での看取りなどのサービスを提供することができる．

4） **訪問リハビリテーション**：病状が安定期にあり，計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者について，病院，診療所または介護老人保健施設の理学療法士または作業療法士が居宅を訪問して，心身の機能の維持回復を図り，日常生活の自立を助けるために，理学療法，作業療法等の必要なリハビリテーションを行うサービス．

5） **居宅療養管理指導**：通院が困難な居宅の要介護者について，病院，診療所または薬局の医師，歯科医師，薬剤師等が，居宅を訪問して，心身の状況や環境等を把握し，それらを踏まえて療養上の管理および指導を行うサービス．

6） **通所介護（デイサービス）**：居宅の要介護者を老人デイサービスセンター等に通所させ，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談・助言，健康状態の確認，その他の必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス．

7） **通所リハビリテーション（デイ・ケア）**：病状が安定期にあり，計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた居宅の要介護者について，介護老人保健施設，病院または診療所に通所させ，心身の機能の維持回復を図り，日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行うサービス．

8） **短期入所生活介護（ショートステイ）**：居宅の要介護者を老人短期入所施設，特別養護老人ホーム等に短期間入所させ，その施設で，入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス．尚，緊急時の円滑な受け入れを促進するために，2012（平成24）年の介護報酬改定において，一定割合の空床を確保している事業所の体制に対する緊急短期入所体制確保加算，緊急時の受け入れに対する緊急短期入所受入加算が設けられている．

9） **短期入所療養介護（ショートステイ）**：病状が安定期にあり，短期入所による医療を要すると判断される居宅の要介護者を，介護老人保健施設，介護療養型医療施設等に短期間入所させ，その施設で，看護，医学的管理下における介護，機能訓練，その他必要な医療や日常生活上の世話を行うサービス．尚，緊急時の円滑な受け入れを促進するために，2012（平成24）年の介護報酬改定において，緊急時の受け入れに対する緊急短期入所受入加算が設けられている．

10） **特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）**：特定施設（有料老人ホーム，軽費老人ホーム，厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届けられている高齢者専用賃貸住宅）に入所している要介護者等について，その施設で提供するサービスの内容，担当者，要介護者の健康上及び生活上の問題点，解決すべき課題，提供するサービスの目標及びその達成時期，サービスを提供する上での留意事項を記載したサービス計画に基づき，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談・助言，その他の日常生活上の世話，機能訓練および療養上の世話を行うサービス．

11）**福祉用具貸与居宅**：居宅の要介護者に対して，福祉用具（心身の機能が低下し，日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって，要介護者等の日常生活の自立を助けるためのもの）のうち厚生労働大臣が定めるものを貸与するサービス.

12）**特定福祉用具販売**：前記の福祉用具のうち，入浴や排せつのための福祉用具，その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の販売を行うサービス.

表2. 地域密着型サービス

1） **定期巡回・随時対応型訪問介護・看護**：日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的にまたは密接に連携しながら提供する．利用者の介護・看護ニーズに24時間対応することによって中重度者の在宅生活を支える役割を果たすことが期待されている．以下の２つの類型が定義されている：①1つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」，②事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する「連携型事業所」

2） **夜間対応型訪問介護**：夜間において，定期的な巡回訪問や通報により利用者の居宅を訪問し，介護福祉士等が，入浴，排せつ，食事等の介護や，その他の日常生活上の世話を行うサービス.

3） **地域密着型通所介護（小規模デイサービス）**：利用定員19人未満のデイサービスセンターにおいて，居宅の要介護者が，可能な限りその居宅において，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう，生活機能の維持又は向上を目指し，必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより，社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的介護負担の軽減を図ることを目的とするサービス.

4） **認知症対応型通所介護**：認知症である居宅の要介護者に対し，特別養護老人ホームまたは老人デイサービスセンターに通所させ，当該施設において入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話，機能訓練を行うサービス.

5） **小規模多機能型居宅介護**：居宅の要介護者に対し，その人の心身の状況やその人が置かれている環境等に応じて，その人の選択に基づいて，居宅または事業所で，入浴，排せつ，食事等の介護，その他の日常生活上の世話，機能訓練を行うサービス．利用者は「通い」を中心にして，容態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることができるので，中重度になっても在宅での生活が継続できる．事業所においても，人員配置は固定にせず，柔軟な業務遂行が可能になるように配慮されているため，どのサービスを利用しても馴染みの職員によるサービスを受けることができる．また，グループホーム，小規模の介護専用型特定施設（有料老人ホーム），小規模介護老人福祉施設，有床診療所（介護療養型医療施設）を併設することによって，居住系のサービスと連続的一体的なサービス提供も可能となる.

6） **複合型（看護小規模多機能型居宅介護）**：小規模多機能型居宅介護で提供されるサービスに看護師などによる「訪問看護」が組み合わされたサービス．認知症ではエンド・オブ・ライフケアを目的とした利用が考えられる.

2. 訪問看護

木下ら[1]は，生活のこだわりや拒絶反応があって，生活が乱れ，治療や支援を受け入れられない状態にあった糖尿病を併存する認知症高齢者において，訪問看護師が患者に寄り添い，週1回の注射による治療と看護を継続する中で，次第に訪問看護師を受け入れるようになり，さらに，自分の状況を理解し，介護サービスも受け入れ，HbA1cが安定し，在宅生活の継続につながった事例を報告している．小西ら[2]は，糖尿病があり下肢潰瘍の自己管理が困難な独居の認知症疑い高齢者に対して，創傷ケアセンターの外来看護師がチーム医療のコーディネーターとなって，自宅での創傷ケアが適切に継続できるようにするための「創傷ケアセンター情報提供書」を作成し，訪問看護・デイサービス・ヘルパー等による多職種連携で適切なケアを継続し，創部を治癒し得た事例を報告している．糖尿病を併存する独居認知症高齢者の支援の有効性を示唆する報告は複数散見される[3), 4), 5)]．

安原[6]は，摂食・嚥下障害看護認定看護師による訪問看護によってオーラルフレイルの重症化予防，食事量の確保，口腔機能維持を実現できた独居認知症高齢者の事例を報告し，西田ら[7]は，同居者の入院によって突然一人暮らしになった90歳代の認知症高齢者に対し，看護師が多職種と協働しながら外来・訪問看護で支援した結果，小規模多機能型居宅介護の利用につながり，地域での単身生活が可能となった事例を報告している．今野[8]は，大腿骨頸部骨折後に長年にわたって医療を拒否していた独居認知症高齢者の事例に対して，段階的にアセスメントしながら“今できるケア”を組み立てていくことによって，必要な医療的サポートを受け入れられるようになった事例を報告している．本間[9]は，認知症では，訪問介護や通所介護の利用を拒否する状況が見られることがしばしばあるが，そのような場合であっても，訪問看護は受け入れられやすいことがある，と述べている．

3.通所介護

加茂らは，独居生活の不安や閉じこもりが課題になっていたが通所介護の利用を拒否していた認知症高齢者に対して，本人に農業経験があることを踏まえて，通所介護において農作業の手伝いをしてもらうようにしたところ，サービス利用が定着した事例を報告している[10]．

4.訪問リハビリテーション

金谷ら[11]は，「生活リズムの乱れ」，「生活意欲の低下」，「活動性の低下」を認めた90歳代の独居認知症高齢者に対して，訪問リハの観点から，①「生活リズムの乱れ」に対しては，訪問時間を統一し，定時に食事を摂る機会をつくることによって，起床時間が整い，日中の活動性が向上し，夜間徘徊がなくなり，②「生活意欲の低下」に対しては，活動時間に合わせて希望の想起を行い，以前の日課に興味がわく機会をつくることによって，本人の自発的な発言や外出意欲を引き出すことができ，③「活動性の低下」に対しては，環境を整え，必要な動作練習をセラピスト以外も適宜行うことによって，居室内の移動は手すりでの伝い歩きが安定し，毎朝新聞を取りに玄関まで行くまでになった，と報告している。西田ら[12]は，80歳代女性の独居認知症高齢者とその娘に対して，週1回8週間の訪問作業療法（本人が興味をもつ活動に娘と取り組み，その援助方法を娘に学んでもらう，娘の困りごとを解決する取り組みを行う）を行ったところ，妄想，興奮，うつ，入浴拒否等のBPSDが改善し，本人も他者と交流し活動的な生活を送れるようになり，娘も介護に対する自己効力感が高まり介護負担感が軽減し前向きに介護を行えるようになったと報告している．谷川[13]は，ゴミ屋敷で生活する独居認知症高齢者に対して生活行為向上マネジメン

トを実施したところ，ゴミ屋敷が改善し，住民による見守り支援の継続が可能になったと報告している．

5.通所リハビリテーション

和泉[14]は，右足踵と外側部の鶏眼が悪化し，腫脹・疼痛・発赤を伴い，独居生活への不安や意欲低下を認めた認知症高齢者に対して，通所リハビリテーションと訪問介護を利用して，利用者の足に負担がかからないような環境的なアプローチを継続したところ，創傷が改善し，利用者の気持ちを変化させ，要介護2から要支援1に生活機能が改善したと報告している．

6.訪問栄養食事指導

三浦[15]は，回復期リハビリテーション病棟からの退院後に，在宅での栄養管理を支援するために，低栄養の予防や嚥下食の指導を目的とする「訪問栄養食事指導」を導入したところ，栄養が改善された状態を維持することができたと報告している．田村ら[16]は，糖尿病性腎症，心疾患，高血圧，脂質異常症など多疾患を有する88歳女性の独居認知症高齢者において，実践的な訪問栄養指導と訪問診療のチーム連携で支援を展開したところ，腎機能が改善し，在宅生活を維持することができたと報告している．小牧[17]は，訪問栄養指導によって独居の重度認知症高齢者の水分と栄養管理を行い在宅生活を継続することができた事例を報告している．

7.訪問薬剤管理指導

川名ら[18]は，独居高齢者に対する訪問薬剤管理指導の意義は，患者に残された身体能力と認知能力を最大限に活用し，限られたケアプランのなかで最適な解（服薬環境整備・服薬支援計画）を導きだすことであると述べている．

8.定期巡回・随時対応型訪問介護・看護

森[19), 20)]は，事例を通して，このサービスが病院からの退院支援や在宅での看取り支援に有用であること，民生委員を通じて隣家の住民に本サービスを周知し，必要時に隣家住民からテレビ電話で事業所へ通報してもらえるような体制を築いておくことで，随時対応が可能になり，独居生活の継続に対応できることを指摘している．

9.小規模多機能型居宅介護

松浦ら[21]は，もの盗られ妄想のために住民とトラブルが生じている独居認知症高齢者に対して小規模多機能型居宅介護の利用が有用であった一例を報告している．清水ら[22]は，透析治療を受けている血管性認知症の高齢者において，在宅での自立生活を継続したいという本人の意思を尊重して，小規模多機能型居宅介護を利用しながら自立生活に向けた環境整備を進めた一例を報告している．信田[5]は，脱水症状で動けなくなった独居認知症高齢者において，体調回復と生活環境の改善を目的に小規模多機能型居宅介護の緊急入所を利用したところ，その後再び在宅生活の継続が可能であった一例を報告している．

文献

1） 木下真由美, 坂本正美, 高森真弓, 町田久子ほか. 高齢糖尿病療養者の在宅療養を支援する GPL-1製剤注射をきっかけに, 訪問看護師が介入する. 公立能登総合病院医療雑誌. 2020;30:27-29.

2） 小西倫世, 上山雅子.【今日の外来看護を考えるーその専門性と実際】外来看護における糖尿病合併症指導と多職種連携が奏効した1例. 看護実践の科学. 2018;43(12):20-25.

3） 臼井玲華. 訪看びより　在宅で出会った糖尿病患者さんのはなし.「お姉ちゃん, あめちゃんちょうだい」認知症高齢療養者さんの一人暮らし, 糖尿病ケア. 2022;19(5):704-705.

4） 秋山正子. 認知症とともに一人で暮らす高齢者の訪問看護. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):247-250.

5） 信田千恵. 高齢患者の変化に寄り添って　見守りから介護連携へ. 北海道勤労者医療協会看護雑誌：看護と介護. 2024;50:34-35.

6） 安原明美. 認知症のある独居の利用者に対するオーラルフレイル予防. コミュニティケア. 2023;25(10):30-32.

7） 西田順子, 上野三保, 池田順子, 石坂美恵子ほか. 単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して. 日本精神科看護学術集会誌. 2015;58(1):390-391.

8） 今野好江. 医療を拒否する認知症高齢者に対して“今できるケア”を組み立てていくアセスメント. コミュニティケア. 2024;26(5):25-28.

9） 本間昭. 介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス. 精神科治療学. 2018;33(10):1205-1210.

10） 加茂永梨佳, 四本かやの, 田中美和, 古和久朋. 通所介護の利用を拒否した認知症高齢者に対する新しい環境への適応支援. 作業歴から考察した事例報告. 兵庫県作業療法士会機関誌. 2024;13:18-23.

11） 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション. 2020;10(3): 243-249.

12） 西田征治, 高木雅之, 近藤敏, 上城憲司ほか. 興味ある活動との結びつきを促す訪問作業療法により娘とともに元気を取り戻した認知症の女性例. 認知症ケア事例ジャーナル. 2014;7(1)：5-15.

13） 谷川良博. 生活行為向上マネジメントの展開　多分野からのMTDLP実践報告　単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント　ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程. 日本作業療法士協会誌. 2015;45:16-18.

14） 和泉知華.（第1章）外来治療・ケア及び施設ケア　臨床研究・報告　通所リハビリテーション認知症『もう死んだほうがええ』失った意欲を取り戻すために. 正光会医療研究会誌. 2018;15(1):22-24.

15） 三浦栄子. 回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から, 在宅訪問栄養食事指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」. 健生病院医報. 2018;41:41-42.

16） 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529.

17） 小牧弘江. アルツハイマー型認知症発症4年目の調理指導. 日本在宅栄養管理学会誌. 2023;9(3):210-212.

18） 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42(Suppl.I):33-35.

19） 森重勝. 独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援. 病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に. 認知症ケア事例ジャーナル. 2016;9(3):272-279.

20） 森重勝. 認知症高齢者の在宅生活を支える定期巡回サービス事業所の取り組み. 認知症ケア事例ジャーナル. 2021;13(4):295-298.

21） 松浦弘典, 國光登志子. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み　地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所Aホームの役割. 認知症ケア事例ジャーナル. 2014;7(2):133-143.

22） 清水新, 西沢美香, 上原和美, 塚田富枝ほか. 在宅生活が困難な患者に対し, 積極的介入を試みた症例. 長野県透析研究会誌. 2014;37(1):46-49.

RQ8-7

複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための対策はあるか

回答文

認知症等精神的健康の課題に加え，身体的健康の課題，家族の課題や近隣トラブル等が重畳する高齢者困難事例への対応に，多職種チームの関りが必要なことは，国内外で繰り返し指摘されてきた[13), 14)]が，具体的な方策の提示にはまだ達していない．背景には複雑困難を一般化することの困難さがあると考えられ，高齢者精神保健相談や初期集中支援チームにおける症例検討の蓄積から困難事例の分析的枠組みの開発が行われている[12), 15), 16)]．これらの試みは，複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための，より一般化された支援方策を打ち出すことを目的としているが，一般化され，応用可能な支援方策の提示は今後の課題として残されている．

解説・エビデンス

「複雑困難状況」にあたる英語complexityの，欧米社会における第一義は医療的複雑困難状況であることが，文献検索から把握される．医療的複雑困難状況にある高齢者では緊急入院と入院の長期化が課題とされる．しかしながら彼らが社会的課題をもつという認識も一部あり，2015年に公表されたダブリンのレポートでは[1)]，的確なアセスメント，救急医療と高齢者医療の連携といった医療内連携に加えて，地域保健福祉の専門職と医療機関の連携の重要性が示されている．また，最近では赤外線センサー等の電子機器によって認知機能低下のある独居高齢者の生活をモニタリングすることで健康状態の変化をとらえ，入院を減らすことも期待される．しかしこのような方策に関しては，費用対効果，責任の所在，利用の適格性，医療関係者の巻き込み，機器の技術の担保など，クリアすべき課題も多い[2)]．

本邦における複雑困難状況にある高齢者（以下，高齢者困難事例）への対応は，以前は老人保健法や精神保健福祉法を根拠法として保健所や福祉事務所が担ってきた．学術誌に発表されているものばかりでなく，機関のなかで多くの事例検討が重ねられたと想像される．2000年になり介護保険制度が開始されると，独居認知症高齢者の在宅生活支援に新たな課題が生じた．たとえば関は[3)]，在宅サービスの利用が措置から契約に移行したことで行政の権限が縮小され，その結果，近隣住民の干渉が本人の自由権を侵害することへの介入が難しくなったと報告している．

2006年の改正介護保険法施行によって行政の役割はさらに変化した．高齢者困難事例への対応は，多くの自治体で地域包括支援センターに委ねられ[4)]，介護保険制度の対象となる困難事例は介護保険制度の枠組みの中で処遇されることが期待されるようになった．しかしながら，介護保険制度のみでは認知症高齢者の困難事例に対応しきれないことが指摘されていた[5)-8)]．そのような流れのなかで，2012年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが発表した「今後の認知症施策の方向性について」では[9)]，「認知症高齢者が困難事例化する前に地域の中で支援する体制を構築することの重要性」が掲げら

れ，そのような文脈において，認知症初期集中支援推進事業が提案された[10]．2021年度（令和3年度）の老健事業で行われた調査では[11]，認知症初期集中支援推進チームの37％が主たる役割を「困難事例対応」と回答している．認知症初期集中支援推進チームがその名の通り認知症等が疑われる者を対象とすること，チームが扱った困難事象のうち，家族に関連する困難が最も多かったこと[11]，独居そのものが困難事象としてラベリングされていることからは[12]，複雑困難状況にある独居認知症高齢者も，同チームの対象となっていることが示唆される．

認知症等精神的健康の課題に加え，身体的健康の課題，家族の課題や近隣トラブル等が重畳する高齢者困難事例への対応に，多職種チームの関りが必要なことは，国内外で繰り返し指摘されてきた[13), 14)]が，具体的な方策の提示にはまだ達していない．背景には複雑困難を一般化することの困難さがあると考えられ，高齢者精神保健相談や初期集中支援チームにおける症例検討の蓄積から困難事例の分析的枠組みの開発が行われている[12), 15), 16)]．これらの試みは，複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための，より一般化された支援方策を打ち出すことを目的としているが，一般化され，応用可能な支援方策の提示は今後の課題として残されている．

文献

1） Department of Health. Emergency Department Task Force report: Department of Health. 2015. Available from: https://www.gov.ie/en/publication/5f2080-emergency-department-task-force-report/.

2） Braspenning A, Cranen K, Liselore J. A. E. Snaphaan, Wouters E. A Multiple Stakeholder Perspective on the Drivers and Barriers for the Implementation of Lifestyle Monitoring Using Infrared Sensors to Record Movements for Vulnerable Older Adults Living Alone at Home: A Qualitative Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19:570.

3） 関なおみ，大越扶貴．単身痴呆性高齢者の在宅生活支援に行政援助職が苦慮した事例の分析．保健医療社会学論集．2002;13(2):55-65.

4） 粟田主一，島袋仁，小泉弥生，進藤克博ほか．認知症を地域で支える；宮城県栗原市の実践．老年精神医学雑誌．2006;17(5):490-5.

5） 吉澤みどり．援助困難ケースの全体像～実態把握票作成とその集計分析より～．地域保健．2003;34(3):81-9.

6） 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター（代表：須貝佑一）．認知症（痴呆症）の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究（代表：須貝佑一）；報告書．2005.

7） 井上信宏．地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応：地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために．信州大学経済学論集．2007;57:15-47.

8） 岩間伸之．介護保険制度と支援困難事例．支援困難事例へのアプローチ第1版．東京：メディカルレビュー；2008:7-8.

9） 厚生労働省．今後の認知症施策の方向性について．2012. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf.

10） 粟田主一．【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター　コーディネーションとネットワーキングという観点から．日本老年医学会雑誌．2020;57(1):22-7.

11） 国立長寿医療センター．令和3年老健事業　初期集中支援チームの在り方と効果的な活動に関する調査研究事業報告書．国立長寿医療センター；2021.

12） 西孝弘，森村安史．地方都市における認知症初期集中支援チームが8年間に経験した対応困難事例．老年精神医学雑誌．2024;35(10):1049-57.

13) Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. Br Med J. 1966;2(5521):1032-7.

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

15) 井藤佳恵, 多田満美子, 櫻井千絵, 原美由紀ほか. 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴：認知症ステージによる検討. 老年精神医学雑誌. 2013;24(10):1047-61.

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

RQ9-1

独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

回答文

「独居」と「認知症」は，それ自体が在宅生活中断のリスク因子である．独居認知症高齢者が在宅生活を中断する要因は，認知機能障害を含む機能低下によって生じる，①社会関係の困難，②生命安全確保の困難，③健康管理の困難，④日常生活の困難，⑤お金に関する困難，⑥インフォーマル･ケアの困難，⑦本人の支援受入の困難，⑧尊厳の維持の困難，に分類することができる．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症高齢者の人口および高齢者全体の独居者の人口はともに増加傾向[1), 2)]にあり，今後独居認知症高齢者の数はさらに増えていくと推察される．独居認知症高齢者の社会属性的な特徴としては，海外における非独居認知症高齢者との比較研究[3), 4), 5)]から，①女性が多い，②高齢である，③低収入である等が確認されている．また，在宅生活中断要因（以下，中断要因）に関しては，地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究[6), 7), 8)]から，「ADLの低下」「認知機能の低下」等に加え「独居であること」があげられ，独居高齢者全体を対象とする研究[9), 10)]からは，「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」「要介護者が男性であること」「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか，「認知症による生活機能の低下」等があげられている．また，居住形態（独居vs非独居）と入所等のアウトカムの相関を調査した海外の研究[5)]では，2年後の施設入所率について独居は30.5%である一方，非独居は15.1%と独居認知症者は非独居と比べ2倍のリスクがあるという結果も明らかになっている．これらの結果から，「独居であること」と「認知症であること」はともに在宅生活中断のハイリスク因子ということができる．

2.独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

海外の研究では，独居vs非独居の比較縦断研究によって中断要因を抽出している研究はあるものの，独居認知症高齢者に限定し，さらに中断要因を掘り下げた研究は少ない．その中で，Eblyら[3)]は，在宅認知症高齢者（非独居含む，65歳以上）の施設入所要因を明らかにすることを目的に，約300人の属性／ADL／認知機能等に関わるデータを2年後の居住状況を含め分析している．結果，独居では，「機能障害の増大」のみが施設入所に対する重要な説明変数としてあげられ，独居の主介護者にとって「行動上の問題」や「介護者のストレス」は，「機能障害の増大」よりも重要性が低いことが明らかにされている．他方，非独居では，「主介護者が施設入所を考えたことがあるか」のみがあげられた．さらに，独居の主介護者（本人が主介護者と認識している人，または意思決定等に責任をもつ家族）が施設入所を検討する予測因子として，「認知症進行度」，「要介護者との関係が子供である」，「行動上の問題」等があげられている[4)]が，非独居では，「行動上の問題」

のみであり，独居では認知症が進行した際のケアやサービスの拡充にアンメットニーズがあるとも考えられる．

国内の研究では，独居群vs非独居群で中断要因を比較研究したものは少なく，対象を独居認知症高齢者に限定し，本人および／または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査から中断要因を明らかにした研究[11), 12), 13), 14)]がほとんどだった．各文献から中断要因に関わる具体的事象を抽出し分類した結果，中断要因は表1のように分類された．

そのほか，非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として，寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が充分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されている[14)]．

表1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断要因

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

3.今後の課題

認知症高齢者の在宅生活中断要因について，国内の研究では，在宅継続に焦点をおいた独居群vs非独居群の比較研究は少なく量的に中断要因を探索する余地があるといえる．また，国内研究の調査対象は，介護保険サービス利用中の人を対象としているが，独居の場合，診断や支援等へのアクセシビリティの低下からサービス利用に至っていない群が一定数いることにも留意が必要だ．

在宅生活中断の経緯は，実際には個々のケースによって，本人の性格，これまでの歩み，家族・地域との関係等，個人／環境要因が複雑に絡み合っているといえる．しかしながら，今回整理した中断要因は，独居認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためにどのような施策・支援が必要なのかを整理・検討する際の一つの視座となりうると考えられる．

文献

1) 内閣府. 令和6年版高齢社会白書（全体版）. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html

2) 粟田主一. 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. 東京：ワールドプランニング. 2023;12-16.

3) Ebly, E M et al. “Living alone with dementia.” Dementia and geriatric cognitive disorders. 1999;10(6):541-8.

4) Nourhashemi, F et al. “Living alone with Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR Study.” The journal of nutrition, health & aging. 2005;9(2):117-20.

5） Soto, Maria et al. “Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study.” Journal of the American Geriatrics Society. 2015;63(4):651-8.

6） Knapp, Martin et al. “Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register.” BMJ open. 18 Nov. 2016;vol.6,11:e013591.

7） Sibley, A et al. “The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis.” Dementia and geriatric cognitive disorders. 2002;13(1):40-5.

8） Yaffe, Kristine et al. “Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia.” JAMA. 2002;287(16):2090-7.

9） 中島民恵子ほか. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標. 2015;62(12):15-21.

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

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

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

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

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

RQ9-2

独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか

回答文

現段階では，独居認知症高齢者等の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しない．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案すること，認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保が求められるであろう．

解説・エビデンス

1.はじめに

PubMed及び医学中央雑誌で検索した限りでは，独居認知症高齢者を対象に在宅生活継続をアウトカムとする介入研究は行われていない．したがって，このRQに回答するための十分なエビデンスは現在のところ見あたらない．

2.独居認知症高齢者の在宅生活継続の促進要因に関する研究

Greinerら[1]は，「コネチカット高齢者在宅ケアプログラム」で年次評価を実施している10,975人のデータを分析し，アルツハイマー病であること，金銭管理に支援が必要であること，独居であること，ショートステイの利用回数が多いことが1年以内の施設入所のリスクを高めるが，「個別ケア支援サービス」の利用によって施設入所のリスクは46%低減すると報告している．

Sebbanら[2]は，急性期病院を退院した60歳以上の独居高齢者389人への調査によって，独居であったとしても，認知症であったとしても，それまでに理学療法を受けていたということが退院後の在宅生活中断リスクを低下させると報告している．

犬山ら[3]は，独居認知症高齢者の在宅生活継続の要因（本人の要因）を明らかにするために，独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー11名に半構造化面接を行い，得られたデータについて，国際生活機能分類（ICF）を分析枠組みとして質的帰納的分析を行った．その結果，①健康状態に関する2テーマ（【認知症の診断が確認されている】等），心身機能・身体構造に関する4テーマ（【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等），活動に関する5テーマ（【意思の伝達とコミュニケーションができる】等），参加に関する3テーマ（【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等），個人因子に関する3テーマ（【趣味や嗜好，対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等）が抽出された．認知症高齢者は，日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続を可能にしていること，入院や一時的な体調の変化によって機能低下が生じた場合でも，住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用

具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていることが示された．著者らは，独居認知症高齢者の在宅生活継続には様々な要因が相互に影響しあっており，ICFの視点を用いてこれらの情報を整理することが有効であると述べている．

3.独居認知症高齢者のニーズの把握に関する研究

Svanströmら[4]は，認知症とともに一人で暮らすという現象と彼らのニーズを明らかにすることを目的に，6人の独居の認知症者を対象に32回の訪問記録と11の録音記録を分析した．その結果，一人で暮らすことを困難にするような漠然とした存在に至る経過を明らかにした．すなわち，活動が次第に緩慢になり，日常生活の管理が次第に困難になり，周囲との関係が次第に希薄になり，やがて孤独感と健忘があらわれ，それが生きる意味をぼやかしていく．介護者やサービス提供機関が独居認知症者のニーズを理解するためには，このような独居認知症者の内的世界を理解することが重要であると述べている．

Clareら[5]は，独居認知症者のニーズを理解するために，IDEALスタディに参加した英国の軽度～中等度認知症1,541人と1,277人の介護者のデータを分析した．その結果，独居認知症者は，同居者がいる認知症者に比して，認知機能，生活機能，社会的交流は高いが，より孤独であり，生活に対する満足度は低く，在宅サービスや福祉用具を利用している頻度が高い．しかし，症状，QOL，ウェルビーイングには差がないと報告している．この所見は，軽度～中等度の認知症者は独居であってもそれなりに暮らすことができるが，どのようにサポートをすれば生活に対する満足度が向上するか，どのような保健福祉サービスが彼らのニーズに最もよく対応できるのかを考える必要があると結論している．

4.独居認知症高齢者のサービス利用に関する研究

Rosenwohl-Mackら[6]は，32の研究について系統的文献レビューを行い，独居認知症者では，同居者のいる認知症者に比して，保健サービスの利用は少ないかほぼ同等であるが，福祉サービスの利用は多いと報告している．Eichlerら[7]は，ドイツの地域在住認知症高齢者511人のベースライン調査において，独居認知症者は，同居者のいる認知症者よりも，在宅ケア，服薬管理，配食，訪問介護などの専門職によるサービス利用が多いと報告している．

5.結論

現段階では，独居認知症高齢者等の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しない．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案すること，認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保が求められるであろう．

文献

1） Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, et al. Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. Am J Manag Care. 2014 Dec 1;20(12):e535-6.

2） Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, et al. Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. Aging Clin Exp Res. 2020;32(7):1271-1277.

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

4) Svanström R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold--a fragmented existence when living alone with dementia. Dementia (London). 2015;14(2):145-63.

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

6) Rosenwohl-Mack A, Dubbin L, Chodos A, et al. Use of Services by People Living Alone With Cognitive Impairment: A Systematic Review. Innov Aging. 2021Jan 18;5(1):igab004.

7) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimers Dis. 2016;52(2):619-29.

RQ9-3

独居認知症高齢者の在宅から施設等への移行に際して，どのような配慮が必要か

回答文

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しない．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられる．

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症とともに一人で暮らすライフコースの中で，在宅から施設への入所など，「ケアの場の移行」（care setting transition）を経験する可能性は非常に高い[1)]．また，配慮のない「ケアの場の移行」が認知症高齢者の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることは，認知症ケアに携わる専門職であれば，日々の業務の中で繰り返し経験していることであろう．しかし，このテーマを扱っている研究は極めて少ない．PubMedでcare transitionとdementiaをキーワードにして文献検索したところ38件の論文が同定できたが，living aloneをキーワードに加えると1件のみになった（検索日：2025年3月23日）．また，医学中央雑誌で，「ケアの場の移行」をキーワードにして検索したところ，同定された文献は2件のみであった（検索日：2025年3月23日）．そのうちの1件が独居認知症高齢者の「在宅継続率」と「ケアの場の移行の状況」に関するものであり，要支援要介護度別に移行する施設類型が異なることを示すもので，本RQの回答に関する情報は得られなかった．したがって，本稿では，PubMedで検索された1件の論文と，英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）のガイドラインに記されている推奨事項を解説し，独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」について配慮すべきことを考察することにした．

2.認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究

Cloutierら[1)]は，カナダのブリティッシュコロンビア州で長期ケアを受けている3,717人の女性の認知症高齢者の経過を，ライフコースという観点から，行政データを用いて追跡した．その結果，「在宅ケアから施設ケアへの移行群」は，「在宅ケア継続群」「施設

ケア継続群」よりも，郊外に住む人が多く，未亡人または独居が多く，健康状態は「在宅ケア継続群」と「施設ケア継続群」の中間にあり，抑うつレベルは最も高く，施設入所のタイミングではADL障害，認知機能障害，失禁，攻撃性が目立つようになっていると報告している．また，2事例の詳細なレポートを通して，「在宅ケアから施設ケアへの移行」は決して単純な経路ではないこと，その間に数多くの複雑な問題が生じること，それが本人の健康状態，QOL，identity，personhoodに影響を及ぼすこと（例：施設ケアへの移行が認知症高齢者の不安，焦燥，興奮，転倒リスク，徘徊のレベルを高め，それによって「問題高齢者」のレッテルが貼られ，それによって行動が制限され，それによって孤立を強いられるようになる）などを報告し，それにもかかわらず，この問題にフォーカスをあてた研究はほとんど見当たらないと指摘している．

3.NICEガイドライン

2018年に，NICEは，ガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価，管理，支援」（Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE Guideline 97. Methods, evidence and recommendations. June 2018）[2), 3)]を刊行している．ここには，「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行することを管理すること」（Managing the transition between different settings for people living with dementia）というセクションが設けられている．しかし，そこでは，現段階では十分なエビデンスがないことが強調されており，「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行する際には，『福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行』[4)]や『精神病院入院と在宅との間での移行』[5)]に関するガイドラインを参照すること．また，いずれの移行においても，移行後には本人のニーズや希望について見直しを行え」とのみ記されている．

4.「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーションと情報共有」

「福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行」[4)]には，主に在宅から病院に入院する際に留意すべきことが記載されている．したがって，在宅から施設入所という「ケアの場の移行」には必ずしもそぐわない内容である．また，認知症に特化したものではなく，独居者に特化したものでもない．しかし，その冒頭にある「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーションと情報共有」に関する記載は，在宅から施設ケアへの移行の際にも共通する内容であるので，以下にその内容を要約して紹介する．

（1）パーソンセンタードケア

①ケアを受けるすべての人は，自分自身のケアを選択できる個人であり，対等なパートナーであると認識されねばならない．

②好ましくない治療やケアを受けている可能性がある人，コミュニケーションの障害や薬物・アルコール乱用のためにサービスへのアクセスが難しくなっている人については，それが同定され，適切に支援されねばならない．

③本人から同意を得る場合には，家族や介護者も提供されるケアについての話し合いに関与してもらうようにすべきであり，本人の同意能力に疑いがある場合には，精神保健法（Mental Health Act）の原則を遵守せねばならない．

(2) コミュニケーションと情報共有

①病院と在宅の間の移動に関与する本人・介護者・すべての保健福祉専門職は，定期的に話し合いの場をもつ必要がある．これによってケアの場の移行が円滑に調整され，すべての調整を同時に行うことができる．

②病院と在宅（施設も含む）の間を移動する場合には，診断及び治療・すべての処方薬についての情報を提供する．必要な場合には家族や介護者にそれを渡す必要がある．

③情報提供を行う上で，様式としては，通常の文字で書かれた書式の他に，視覚障害がある人には点字の書式など，本人が理解しやすい様式の情報提供が必要である．

5.結論

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しない．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOLやウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられるであろう．

文献

1) Cloutier DS, Penning MJ: Janus at the crossroads: Perspective on long-term care trajectories for older women with dementia in a Canadian context. Gerontological Society of America. 2017;57(1): 68-81.

2) National Institute of Health and Care Excellence: Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published date: June 2018. https://www.nice.org.uk/guidance/ng97.

3) 粟田主一. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). 精神医学. 2020;62(5):683-688.

4) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adult with social care needs. NICE guideline [NG27] Published date: December 2015. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27.

5) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng53.

RQ10-1

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは何が課題となっているか

回答文

多くの高齢者は認知症になっても自宅で生活することを望んでいるが，認知症高齢者がどのステージまで独居で生活できるかは明らかではない．独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいては，1）本人の意思を尊重し，意思決定を支援するにはどうすべきか，2）本人の自立・自律を尊重しながら安全確保とのバランスを保つにはどうすべきか，3）本人が暮らしている地域社会にエンド・オブ・ライフケアを実現できる社会資源は存在するのか，といった課題がある．

解説・エビデンス

1.はじめに

エンド・オブ・ライフケアについてはさまざまな定義があるが，Izumiら[1), 2)]は，看護実践における倫理的観点から，「健康状態，疾患名，年齢にかかわらず差し迫った死あるいは，いつか来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義している．また，実践において重要な視点として「患者とその家族と専門職との合意形成のプロセスである」と付記し，このプロセスでは，①その人のライフ（生活や人生）に焦点を当てる，②患者・家族・医療スタッフが死を意識したときから始まる，③患者・家族・医療スタッフが共に治療の選択に関わる，④患者・家族・医療スタッフが多様な療養･看取りの場の選択を考える，⑤QOLを最期まで最大限に保ち，その人において良い死を迎えられるようにすることを家族とともに目標とする，という5つの視座を強調している[2)]．

2.独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアの課題

多くの高齢者は認知症になっても自宅で生活することを望んでいるが，どのステージまで独居で生活できるかについては明らかでない[3), 4)]．独居認知症高齢者が自宅で生活するためのサービスコストは，同居認知症高齢者よりも高く，認知症の進行とともに上昇する[5)]が，独居高齢者は一般に所得が低い傾向にあり，十分な介護や生活支援サービスを利用しない（あるいは，利用できない）結果，低栄養やセルフネグレクトのリスクが高まること，介護保険制度がない国々では経済的理由で十分な介護や支援を受けずに独居生活を続ける高齢者も多いこと[6)]が指摘されている．

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいては，本人の意思を尊重し，意思決定を支援するにはどうすべきかという課題がある．島田ら[7)]は，ケアマネジャーを対象とする大規模調査を行い，人生の終盤に向けて6割以上の利用者本人と事前対話を行っているのは25.7%，6割以上の利用者家族と事前対話を行っているのは36.2%であったと報告している．また，「家族が看取りにかかわるべき」と考える人ほど本人との対話が少ないと述べている．独居・同居に関わらず，認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケ

アでは本人の意思がケアに反映されにくい．いかにして意味のある意思決定支援を行うかが最初の課題となる[8]．また，意思表明が困難な重度の認知症では，本人と長く関わってきた人々によってどのようにして意思を推定するかが課題となる[9]．それと同時に，認知症高齢者の自立・自律を尊重しながら安全確保（例えば，モニタリング）とのバランスをどう保つかも課題となる[4]．

エンド･オブ･ライフケアを実践するための資源不足を指摘する報告もある．宮前ら[10]は，東京都島しょ部の認知症支援に関わる多様なスタッフを対象に実施したフォーカス･グループ・ディスカッションから，終末期から看取りのケアを阻害する要因には，①看取りのための社会資源が不十分であること，②家族介護力が看取りの可不可に影響すること，③住民に島で最期を迎えるイメージがないこと，があると報告している．一方，倉持[11]は，80代の肝臓がん末期の独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいて，看取り経験の少ないヘルパー等のケアスタッフを看護師等の医療スタッフが支えることが大切であると指摘している．

文献

1） Izumi S, Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from the perspective of nursing ethics. Nursing Ethics. 2012;19(5):608-618.

2） 長江弘子. エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社会学論集. 2014;25(1):17-23.

3） Lepper S, Rädke A, Wehrmann H, Michalowsky B, et al. Preferences of Cognitively Impaired Patients and Patients Living with Dementia: A Systematic Review of Quantitative Patient Preference Studies. J Alzheimers Dis. 2020;77(2):885-901.

4） Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, et al. Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study. J Am Geriatr Soc. 2015 Apr;63(4):651-8.

5） Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age Ageing. 2020 Oct 1:afaa196.

6） Kelley AS, Ettner SL, Wenger NS, Sarkisian CA. Determinants of death in the hospital among older adults. J Am Geriatr Soc. 2011 Dec;59(12):2321-5.

7） 島田千穂, 伊藤美緒, 児玉寛子. 人生の終盤に向かう過程の事前準備支援に関する対話へのケアマネジャーの関与. 厚生の指標. 2020;67(7):40-48.

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

9） 倉持雅代. 独居認知症高齢者が最期まで自宅で過ごすということ. コミュニティケア. 2024;26(5):25-28.

10） 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓ほか. 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは. 日本認知症ケア学会誌. 2022;20(4):532-544.

11） 倉持雅代. 看取り経験の少ないケアスタッフを支える. コミュニティケア. 2023;23(6):21-23.

RQ10-2

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアではどのような配慮が必要か

回答文

わが国のエンド・オブ・ライフケアの事例報告から，以下の7つの配慮事項を抽出することができる：(1) 本人と信頼関係を築くこと，(2) 本人がどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重すること，(3) 意思の確認が難しいときは，これまでの生活や表情言動などから意思を推定すること，(4) 多職種の連携体制を確保すること，(5) 看取りの経験が少ないケアスタッフを医療スタッフが支援すること，(6) 介護保険サービスを本人の状態に合わせてうまく利用すること，(7) 地域住民の理解と協力を得ること．

解説・エビデンス

1.はじめに

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアの方法について，その有用性を検証した研究は見あたらない．しかし，近年，数多くの事例報告がなされてきており，配慮すべきさまざまなことが指摘されてきている．

2.独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアで配慮すべきこと

わが国の独居認知症高齢者を対象とするエンド・オブ・ライフケアの事例報告から，以下の7つの配慮事項を抽出することができる：(1) 本人と信頼関係を築くこと[1]，(2) 本人が最期までの時間をどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重すること[1)-5)]，(3) 意思の確認が難しいときは，これまでの生活や表情言動などから意思を推定すること[6]，(4) 医師，看護師，介護士，薬剤師，介護支援専門員など，本人にかかわる多職種でカンファレンスを行い，情報を共有するなど多職種の連携体制を確保すること[1), 7)-9)]，(5) 看取りの経験が少ないケアスタッフを医療スタッフが支援すること （医療職ではないスタッフの看取りに伴う心的負担の軽減のため，医療職とすぐに連絡を取り合える環境をつくること）[5)-7), 10)]，(6) 介護保険サービス （通所介護や小規模多機能型居宅介護）などを，本人の状態 （身体・認知力）に合わせてうまく利用できるようにすること[2), 3), 6), 10), 11)]，(7) 近隣の住人による見守りなど，地域住民の理解と協力を得ること[2), 9)]．

文献

1) 望月多恵子. 在宅看取りにおける6つのポイント. コミュニティケア. 2021;23(6):18-20.
2) 孔英珠. 在宅ホスピスケアにおけるボランティア活動の諸相―インタビュー調査のデータ分析から―. 西日本社会学会年報. 2018;16:95-110.
3) 原昌彦. 最期について一緒に考える支援. ホスピスケアと在宅ケア. 2019;27(2):180.
4) 黒澤理穂. 腎不全　終末期A氏の在宅生活を支えた医療と介護のチーム連携. 北海道勤労者医療協会看護雑誌 看護と介護. 2017;43:18-20.

5） 森重勝. 独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に. 認知症ケア事例ジャーナル. 2016;9(3):272-279.

6） 倉持雅代. 在宅がん看護のあり方と魅力　事例から読み解く　在宅がん看護のレシピ集（第1回） 認知症のがん, 独居でも家で死ねます. 在宅新療. 2017;2(1):61-65.

7） 倉持雅代. 看取り経験の少ないケアスタッフを支える. コミュニティケア. 2023;23(6):21-23.

8） 小野原智香子, 前田静子, 石橋一代, 尾ノ上美香ほか. 独居の末期がん患者への在宅支援　事例を通して学んだこと. 福岡赤十字看護研究会集録. 2014;52(28):56-59.

9） 中村徹, 鹿島健, 杉山孝博, 渡邊幹彦ほか. ～疾患別・臨床事例の全診療行為～カルテ・レセプトの原風景（カルテ126）認知症, 末期癌, 慢性腎不全［在宅］認知症とターミナルケア. 保険診療. 2011;66(4):100-103.

10） 北澤彰浩. ささやかな希望をかなえたい　最期まで寄り添ったヘルパーさんたち. ふれあいケア. 2010;16(2):26-27.

11） 高橋眞生. 地域と歩む訪問薬剤師　認知症の独居女性を在宅で看取った. 医療と介護. 2018;4(6):526-527.

RQ11-1

独居認知症高齢者のQOLには何らかの特徴がみられるか

回答文

独居の認知症のある人は，孤独を感じやすいという研究があるものの，心理的健康の維持がliving well「（認知症とともに）良き生活（人生）を送ること」につながるとする研究結果があり，本人の自己肯定感・楽観性・自尊心といった心理的資源を豊かにする関わりや適切な医療・介護サービスの提供が重要である．

解説・エビデンス

1.はじめに

今後，認知症とともに生きる人が増加していくなかで，よりよく生きることに向けた支援の充実や社会環境の整備が喫緊の課題となっており，生活の質（QOL）についての主観的認識の評価とその活用が求められている．そこで，認知症のある人のQOLの把握，これに関連する要因について，特に独居の認知症のある人の特徴に焦点をあてて先行研究を探索した．

2.エビデンス

（1）認知症のある人のQOLの把握と課題

認知症関連のQOL測定尺度は数多く開発されているが，主観性に重きを置くQOLという概念の性質上，疾患の進行に従って意思表出が困難になる傾向がある認知症の場合，本人からのデータ収集がどこまで可能なのかは長きにわたり課題とされてきた[1),2)]．

わが国において使用されている尺度としては，AD-HRQL-J，QLDJ，DHC，改変ARS，DQOL，QOL-AD，QOL-D，DEMQOLがあり，DQOL，QOL-AD，DEMQOLは客観的評価のみならず主観的QOL評価に対応している．主観的QOL尺度と客観的QOL尺度による評価結果の乖離については，BPSDの影響が大きいと客観的QOLが主観的QOLよりも有意に低くなることが，認知症のある人のQOLに関する複数の観察研究のメタ解析により明らかになっている[3)]．また，客観的QOL尺度であるshort QOL-Dに関する竹之下らによる回帰分析の結果においては，short QOL-Dの陽性領域は主観的QOL（WHO QOL26を使用）とBPSDを反映し，陰性領域はBPSDの中でも本人が自覚しにくい症状（易刺激性，興奮）を反映することが判明したことから，主観的QOLに加えて客観的QOLを評価することに積極的な意味があると結論づけている[4)]．

ところで，英国政府は2009年に『Living well with dementia（認知症とともに良き生活（人生）を送る）』と題した認知症国家戦略を発表した．認知症のある人と介護者（主に家族）が良き生活を送ることを理念とする政策を背景に，認知症とともによく生きるとはどういうことか，それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを主たる目的として，エクセター大学を中心にIDEAL（IMPROVING THE EXPERIENCE OF DEMENTIA AND ENHANCING ACTIVE LIFE）プログラムと称する大規模な縦断的コホート研究が

行われている（2014年から2022年末までの予定）．ここでは，living wellをQOLよりも広い概念と捉え，QOL-AD：Quality of Life in Alzheimer Disease scale（QOL），SwLS：Satisfaction with Life Scale（生活満足尺度），WHO-5：World Health Organization-Five Well-Being Index（ウェルビーイング）の3つの観点からliving wellの能力(capability)の測定を行っている．

（2）認知症のある人のQOLとその関連要因

1）認知症のある人全般

①ClareらはIDEALの一環で，英国に住む軽度から中等度の認知症のある人1,547人のインタビューから得られた横断データをもとに「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に関する要因を検討した[5]．システマティックレビューとメタアナリシス[3]により分類した5領域（1. 心理的特徴と心理的健康　2.体力と身体的健康　3.ソーシャル・キャピタル，資産，資源　4.認知症のある日常生活の管理　5.ソーシャル・ロケーション）全てが「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に個々に影響を及ぼすことが判明し，特に，1の心理的特徴と心理的健康は，唯一の独立した要因となり，他の4領域よりもエフェクトサイズが大きいことがわかった．また，自己肯定感・楽観性・自尊心といった3つの心理的資源の全てにおいて，「良き生活を送る」能力との間に明確かつ独立した関連が見出された．認知症とともに生活する上での困難に直面した時に，これら3要素がそれぞれ合致した時はより強固な回復力となるため，潜在的に修正可能なこれら3要素のレベルを改善する介入が望まれる．

なお，認知症のある人のQOL，生活満足度，ウェルビーイングについての本人評価と代理人評価の比較については，それぞれから示された各項目の評価自体は異なることがあるものの，本人評価・代理人評価双方から示唆される日常行動の他の側面と類似した関連を持つことから，どちらの評価も適切な情報源となり得ると結論づけた．

②Victorらは，①で認知症とともに良き生活（人生）を送る能力に関連する要因の一つであることが明らかにされた「孤独」に焦点をあて，IDEALにおける軽度から中等度の認知症のある人（①と同じ）を対象に，孤独を感じている人の割合とその要因を検討した[6]．対象者の約30％が中等度の孤独を感じ，約5％が深刻な孤独を感じており，中等度・深刻な孤独ともに抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連が見られた．独居の人及びQOLが低いと報告している人は深刻な孤独を経験する可能性が高かった．年齢・性，学歴，婚姻状況，ウェルビーイング，認知症の診断や認知機能と孤独との関連は見られなかった．これらの関連の方向性の決定には，今後の縦断研究が必要であると結論づけている．

2）独居の認知症のある人の特徴

①Miranda-Castilloらは，非独居の人と比較した独居の認知症のある人の「満たされないニーズ」を検討することを目的として，英国に居住する60歳以上の認知症のある人152人（うち50人が独居・102人が非独居）と128人のインフォーマル介護者に対してインタビュー調査を行った[7]．インタビュー項目は，認知症のある人に対しては，満たされている／満たされていないニーズ（CANE），QOL（QOL-AD），ソーシャルネットワーク（PANT），行動・心理症状（NPI），認知機能（MMSE），ADL-IADL，利用サービス等，インフォーマル介護者については，抑うつ，不安，負担，満足感等である．

独居の認知症のある人は，非独居の人と比べて満たされないニーズがより多く，特に家事，食料の調達，セルフケア及び偶発的な自傷行為においては有意差があった．最も頻度

の高い満たされないニーズは，日中の活動，同伴者 （company），心理的苦痛，視力･聴力，偶発的な自傷行為であった．

他方，QOL-ADの値を独居・非独居で比較すると，本人評価・代理人評価ともに統計的な有意差は確認できなかった．

②Portacoloneらは，米国において独居高齢者は不確かさ・不安定感 （precarity）を持つことが多いことを明らかにした研究を踏まえ，独居で認知機能障害を持つ高齢者のニーズや心配事を検討することを目的として，アルツハイマー型認知症 （6人）とMCI（6人）の診断を受けた65歳以上の独居高齢者にインタビューを行った[8]．認知機能障害の自覚，認知機能の障害によって引き起こされる困りごと等のセルフマネジメント，適切なサービスの不足という3つのテーマが見出され，予測不可能な認知機能障害からくるプレッシャー，自立していると感じたいが一人暮らしに適したサービスがないことなどの「累積的な効果」が不安定感をもたらすとの考察があり，今後の課題の一つとしてこれらを踏まえたQOL改善につながるサービスの検討があげられた．

③Clareらは，IDEALの一環として，英国の軽度から中等度の認知症のある独居者の特徴とニーズを検討する目的で，認知症のある人1,541人（うち285人が独居，1,256人が非独居）と1,277人の介護者を対象とするインタビューから得られた横断データを分析した[9]．独居群は，非独居群より年齢が高い，女性が多い，認知能力と自己申告による機能的能力が高い，他世帯との社会的接触が多い傾向にあった．また，孤独，生活満足度が低い，在宅サービスをより多く利用する特徴がみられた．症状，気分，QOL（QOL-AD），ウェルビーイングに差異はなかった．これらを受け，在宅ケアや機器等を含む適切なサポートがあれば軽度から中等度の認知症があっても独居で「よく生きる」ことはできるが，より満足のいく生活のためにどのような支援が必要で，医療・介護サービスがどのようにニーズに対応すればよいかを検討することが重要と結論づけている．この結果を踏まえて同研究グループにより実施された，認知症のある人1,525人 （うち281人が独居，1,244人が非独居）と1,127人の家族介護者を対象とした2年間の縦断研究においては，独居者はより高い認知機能と機能的能力を持ち，より頻繁に在宅ケアを利用していたが，身体的・社会的・心理的健康はより悪く，QOL・生活満足・ウェルビーイングは低下した．これらの変化は時間の経過に沿って持続し，施設入居の移行率は非独居者と比較し高くなった．独居生活の継続のためには機能的能力と社会心理的ニーズへの対応が必要であるとしている[10]．

文献

1） 粟田主一. 認知症のある人のQOLを再考する　特集にあたって，老年精神医学雑誌. 2012;23:1403-1405.

2） 岩佐一. 認知症の人のQOLをどう評価するか. 老年精神医学雑誌. 2012;23:1406-1415.

3） Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, et al. Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol Med. 2018 Oct;48(13):2130-2139.

4） 竹之下慎太郎ほか. 認知症患者の客観的QOL評価は，主観的QOLをどのように反映しているのか. 認知症ケア研究誌. 2019;3:38-44.

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) Christina R Victor, Isla Rippon, Sharon M Nelis et al. 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.

7) Claudia Miranda-Castillo, Bob Woods, Martin Orrell. 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.

8) Elena Portacolone, Robert L Rubinstein, Kenneth E Covinsky, Jodi Halpern, Julene K Johnson. The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. Gerontologist. 2019 Mar 14;59(2):271-280.

9) Linda Clare, Anthony Martyr, Catherine Henderson et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimers Dis. 2020;78(3):1207-1216.

10) Linda Clare, Laura D Gamble, Anthony Martyr, Catherine Henderson, Martin Knapp, Fiona E Matthews; IDEAL study team. Living Alone With Mild-to-Moderate Dementia Over a Two-Year Period: Longitudinal Findings From the IDEAL Cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024 Nov;32(11):1309-1321.

RQ11-2

社会参加や社会的なつながりは独居認知症高齢者のQOLにどう影響するか

回答文

社会参加や社会的なつながりが認知症の人のQOLに与える影響について，とくに独居の人に焦点を当てた研究は見られない．ただし，認知症の人のQOLの改善に，社会参加や人間関係の支援の必要性が示唆されるなか，独居の人は社会的健康が低い傾向があり，その心理社会的ニーズの充足はとりわけ重要となる．

地域在住の認知症の人の外出・交流・参加の状況を見ると，認知症になると生活環境が社会的に奪われていることがわかっている．認知症の人が出かけることを諦めている場を特定したうえで，本人の視点に立って対策を講じる必要がある．その際，安全な移動とアクセスの確保が不可欠であり，外出準備や道案内のためのスマホ利用は，参加の維持・促進の手段にもなる．

なお，主介護者の社会参加や支援サービスの利用は，本人の社会参加にプラスの関連があり，本人と介護者を一体的に支援することが求められる．

解説・エビデンス

社会参加や社会的なつながりが，独居認知症高齢者のQOLに与える影響にかかわる研究は見られなかった．そこで，まず認知症の人のQOLに影響を及ぼす要因に関連する系統的レビューをとりあげたのち[1)]，独居の認知症の人の社会参加[2)]，認知症の人の家の外での参加[3)]の実態，認知症の人の参加に関連する要因[4), 5)]にかかわる知見を，以下に記述する．

近年の政策は，認知症とともによく生きる（living well）ことの重要性を強調しているが，認知症の人のQOL，主観的幸福感や生活満足度に関連する要因を包括的に組み合わせることは未だできていない．論文1[1)]は，系統的レビューとメタ解析によって，利用可能なエビデンスを検討している．量的データを提供し，種類や重症度を問わず75%以上認知症の人を含む198のQOL研究をメタ解析に組み入れた．37,639人の認知症の人に関して，十分なデータのある43の因子に焦点を当てて解析した結果，全体としてこれらの因子はQOLと有意な関連が見られたものの，その効果量はしばしば小さいか無視できる程度だった．こうしたなか，社会参加，ケアラーとの現在の関係性等は中程度の関連があり，認知症の人のQOLの改善には，社会参加や人間関係の支援が重要となることが示唆される．

論文2[2)]は，軽度から中度の認知症の人で，独居の人と同居の人の主観的経験を，英国のIDEALコホートにおいて，自宅での面接調査により比較，それが2年間でどのように変化するかを検討している．ベースラインで独居281人・同居1,244人，1年後200人・965人，2年後144人・696人が対象となった．独居の人は，認知機能，機能的能力が高いが，身体的健康・心理的健康・社会的健康（社会的ネットワーク，社会的接触，社会参加等を

含む），QOL・生活満足度・ウェルビーイングが低い傾向があり，この傾向は時間の経過の中でも持続，入所ケアへの移行率が高くなっていた．独居の認知症の人の住み慣れた場での生活の継続には，機能的な能力の支援に加え，心理社会的ニーズの充足が不可欠となる．

論文3[3]は，家の外での社会参加の現状について，4か国（カナダ・スウェーデン・スイス・英国）で軽度から中度の認知症の診断を受け，自宅で暮らす163人（うち独居59人）を対象として，ACT-OUT（Participation in ACTivities and places OUTside the Home for older adults）調査票に基づく本人ヒアリングによって把握している．本論文で検討しているのは，買い物・事務・セルフケア，医療，社会的・文化的・スピリチュアル，娯楽・スポーツにかかわる24種類の場への過去・現在の外出状況であり，参加者の多くは近所，レストラン，友人や家族の家，モール，クリニック等を訪れているが，スポーツ施設，コテージ，銀行，森等に出かけることを断念している．家の外での参加の継続を促すには，認知症の人が参加を諦めている場を特定したうえで，自然・地域社会における自立した安全な移動とアクセスを含め，認知症の本人の視点に立ち，対策を講じる必要がある．

論文4[4]は，社会参加と日常生活のなかでのテクノロジー活用等との関連を，英国で55歳以上の軽度認知症の人64人（うち独居35人）と認知症のない人64人（うち独居24人）を対象として，ACT-OUT調査票，日常のテクノロジー利用に関する調査票（ETUQ）等4種のツールに基づく本人ヒアリング等によって調査・分析した．外出の計画を立てたり，行き方を調べる等の準備に関するテクノロジーの利用は，認知症の有無にかかわらず社会参加の維持・促進の手段のひとつとなる．とくに認知症の人において，生活環境（外出範囲）が社会的に奪われることを考慮することが重要となる．

論文5[5]は，認知症の本人の社会参加に影響を及ぼす主介護者の特徴を，米国のメディケア受給者のうち認知症の可能性がある人1,060人（独居含む）とその主介護者1,060人を対象として，検討したものである．認知症の本人の参加については，過去1カ月間の友人や別居の家族の訪問，礼拝等の参加，クラブや教室・その他の活動，娯楽のための外出，ボランティアの5種への参加とその重要性を把握しており，全体として約7割が意義ある社会活動に参加している．主介護者の属性は独立した関連がなく，主介護者の社会参加，支援サービスの利用が認知症の本人の参加の増加と関連がある．

文献

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

2) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living Alone With Mild-to-Moderate Dementia Over a Two-Year Period: Longitudinal Findings From the IDEAL Cohort. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.

3) Thalén L, Malinowsky C, Margot-Cattin I, et al. Out-of-home participation among people living with dementia: A study in four countries. Dementia. 2022;21(5):1636-1652.

4) Gaber SN, Nygård L, Brorsson A, et al. Social Participation in Relation to Technology Use and Social Deprivation: A Mixed Methods Study Among Older People with and without Dementia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(11):4022.

5) Palaza A, Bouldin ED, Miyawaki CE, et al. Characteristics of Informal Caregivers and Social Participation of People With Dementia. Gerontologist. 2024;64(10):gnae096.

RQ11-3

独居認知症高齢者は，診断や認知機能の低下をどのように認識しているか

回答文

独居認知症高齢者は，もの忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの，時に診断後の支援の調整が不十分なために，診断を受けたことを忘れたり，診断をどう受け止めてよいかわからないという感覚を持ったりする．そのため，認知症の診断を受容している場合も否認している場合もある．ただし，否認している場合でも，記憶力や身体機能の衰えやそれによる失敗への自覚がある．

認知症が時間とともに進行したり，体力が低下したりすることに不安を感じ，一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると考える者もいる．

解説・エビデンス

独居認知症高齢者が認知症の診断を受けたことや，認知症であることをどのように認識しているのか，当事者の一人称の語りを分析した質的研究を系統的に収集した．5篇（英文4篇，和文1篇）の原著論文を採用し，関連する知見を以下に記述した．

論文1[1]は，米国で一人暮らしをするアルツハイマー型認知症もしくは軽度認知障害の高齢者29名（65～92歳）を対象に，合計114回のエスノグラフィック・インタビューと参与観察から，診断を受けたことの影響と意味を明らかにした研究である．対象者は，診断がついた直後には，侵襲的治療が必要ない病気だとわかったこと，もの忘れの理由がわかったこと，疾患についての知識を得て支援を受けられることに安堵した．しかし，診断のための検査や診断後の情報提供が不十分だったことや，診断後ほとんど説明なく運転を止めなければならなくなったことなどに苦悩した．診断を受けたことの記憶が曖昧なケースも多く認めた．一人暮らしではさまざまな決断を一人でしなければならないことも多いが，診断をどう受け止めて対処すればよいかわからないという感覚も強かった．

論文2[2]は，米国で一人暮らしをするアルツハイマー型認知症または軽度認知障害の高齢者12名（71～85歳）を対象に，合計40回のエスノグラフィック・インタビューと参与観察から彼らのニーズや心配事を検討した研究である．対象者は，自分の考えがまとまらないことや認知機能が急に変動するために不安やパニック，怒りなどを感じることに気づいており，今後の経過について心配していた．一人ひとりにあうサービスの不足，自立の実感を得たい欲求が重なり，不安定感を生み出している．

論文3[3]は，オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用する軽度認知障害の診断を受けた，もしくは認知機能が低下した高齢者19名（69～93歳）を対象にインタビューを行った研究である．対象者は，自分が認知症であることを否認している場合でも，

記憶力や身体機能の低下は認め，その状態で一人暮らしをすることに伴う健康や安全のリスクに対する認識があった．

論文4[4]は，日本で一人暮らしをする軽度から中等度認知症高齢者6名（81～95歳）を対象にインタビューを行った研究である．認知症の受け止め方はさまざまだが，対象者はもの忘れを自覚しており，道迷いや騙されるなど苦い経験をしながらも，家族や友人に話して対策しながら前向きに生活していた．ただし，服薬管理や火の管理などに対して本人の危機意識は低く，支援者が対応していた．

論文5[5]は，カナダのオンタリオで一人暮らしをする軽度から中等度認知症のある女性8名（58～87歳）を対象にインタビューを行った研究である．対象者は，家族に迷惑をかけたり，状態が悪化したりすると施設入所が必要だと考えていた．そのため，一人で過ごすことができる時間が限られていると考え，時間が過ぎることに恐怖を感じる人もいた．また，今すべきことを選んだり，思うように過ごしたり，今の時間を大切にしていた．抗認知症薬の服用は，自立生活の時間を引き延ばす手段ととらえている人もあった．

文献

1） Portacolone E, Johnson JK, Covinsky KE, et al. The effects and meaning of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or Alzheimer's disease when one lives alone. J Alzheimers Dis. 2018;61(4):1517-29.

2） Portacolone E, et al. The precarity of older adults living alone with cognitive impairment. Gerontologist. 2019;59(2):271-280.

3） Duane F, et al. Living alone with dementia. Dementia. 2011;12(1):123-136.

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

5） de Witt L, et al. Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. J Adv Nurs. 2010;66(8):1698-707.

RQ11-4

独居認知症高齢者は日常生活の困難に対して，どのような対処行動をとっているのか

回答文

記憶力の低下に対して認識があるため，日常的にメモや取り繕い，自分の感覚に従って行動するなど，自分なりの対処をしている．一方で，日常の出来事に対する認識はあいまいで，認知機能低下によって生じる安全や健康のリスクへの危機意識は低い．状況を確認した支援者によってリスクが対策されることもある．

外出や他者との交流の機会が減るため，日常的に退屈や孤独感を感じている．家族等の支援者や通所系サービスなどを通して，友人や近所とのつながりを維持しようと試みている．だが，在宅サービスがタスク中心の場合や，通所系サービスが退屈で配慮がないと感じられる場合には，そこで他者との交流があったとしても，サービスに対する不満が勝るようである．

解説・エビデンス

独居認知症高齢者は，日常生活の中でどのようなことに困難を感じ，どのような対処行動をとっているのか，当事者の一人称の語りを分析した質的研究を系統的に収集した．各研究論文で主要なテーマとして説明されている概念を，本文中では太字で示した．

論文1[1]は，スウェーデンでデイサービスを利用する80代の独居認知症高齢者6名を対象とした参与観察とインタビューを用いた質的研究である．独居認知症高齢者は，日常的に介護サービスを利用していても，他には人との接触がほとんどなく，強い**孤独感**を感じていた．直接目にしているもの以外のことを考えたり，自分がケアを受ける理由を考えたりすることが難しいため，**あいまいな認識**の中に生きていた．家族や友人が来訪して交流することを**待ち望む**一方で，タスク中心の介護サービスのケア提供者に対しては同様の期待を抱くことはなかった．自分から積極的に外出することはなく，変化のない日常を**退屈**に感じていた．

論文2[2]は，アメリカで一人暮らしをするアルツハイマー型認知症または軽度認知症の高齢者12名（71～85歳）を対象にインタビューを実施した研究報告である．対象者は，自分の考えがまとまらないことや認知機能が急に変動するために不安やパニック，怒りなどを感じることに**気づいており**，今後の経過について心配していた．何度も確認してメモをとることで記憶を補完する，分かったふりをして隠す，自分の感覚に従って行動する，など，**認知機能低下による困難に自分なりの対処**をしていた．バスの利用のためのシステムが覚えられない，サポートグループで子供扱いされる，制度が複雑かつ高価など，**自分に適した生活支援や介護のサービスがない**ことに不満を感じ，利用を中止することもあった．

論文3[3]は，オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用する軽度認知症の診断を受けた，もしくは認知機能が低下した高齢者19名（69～93歳）を対象にインタビュー調査を行った研究である．対象者は，家族や友人，医療介護のスタッフ，近所のお店の店主，隣人，知人などの**社会的ネットワーク**を維持しており，日常的に感じる**孤独感**を解消する助けになっていた．自分の限界を認めつつ，自立生活をできる限り続けることを**目標**に，家事や趣味などで自分ができることに取り組んでいた．例えば，一人で転倒した際の助けがないことなど，健康状態や身体機能の低下に伴う健康や安全の**リスク**を認め，その対策をしていた．これらのリスクを認知機能低下や認知症によるものとは考えていない．介護**サービス**に対しては，ケア提供者が対象者のニーズよりもタスクを優先することや，グループ活動が退屈で配慮が足りないことなどに不満を感じていた．

論文4[4]は，イングランド・スコットランド・スウェーデンで，14名の独居認知症高齢者（62～88歳）を対象に，歩きながら／在宅でのインタビューやネットワークマッピングなど組み合わせた調査の報告である．診断後は友人や，時に家族との連絡も途絶えがちだが，**つながりを保つ努力**をしている．彼らの交流は，親しい家族や病前から特に仲の良い友人に限定され，近所の顔見知りとの交流はないか，あってもわずかのことが多い．家族，とくに子どもからの支援が友人・知人との関係の継続を助けるが，子どもがいない場合には，1～2人のキーパーソンとの関係がそれに代わることもある．おしゃべりができ，気にかけてくれる人がいることが大切で，定期的に近所の公園やカフェなどに外出して話し相手を探す人もあった．**非営利団体や公的サービス**が主催する地域の当事者が集まる場を利用して，当事者や支援者と親しくなった．窓から見える人々の往来を通して近所とのつながりを感じたり，寂しさが紛れたりする一方で，日中に地域の人がいない静かな時間帯や，若い人が出ていって**活気を失った地域に不安や寂しさ**を感じた．

論文5[5]は，日本で一人暮らしをする軽度から中等度認知症高齢者6名（81～95歳）を対象に，独居のきっかけや生活で起こっていること・困っていること，もの忘れの自覚，今後の生活への思い等をインタビューした．**もの忘れを自覚**しており，道迷いや騙されるなど**苦い経験**をしながらも，家族や友人に話して対策しながら**前向きに**生活していた．**さびしさや不安**を感じながら，同時に**自由で自立した生活の継続を望んで**いた．服薬管理や火の管理などに対して本人の認識や**危機意識は低く**，状況を確認した**支援者が対応**していた．

文献

1) Svanström R and Sundler AJ. Gradually losing one's foothold: a fragmented existence when living alone with dementia. Dementia. 2015;14(2):145-163.
2) Portacolone E, et al. The precarity of older adults wliving alone with cognitive impairment. Gerontologist. 2019;59(2):271-280.
3) Duane F, et al. Living alone with dementia. Dementia. 2011;12(1):123-136.
4) Odzakovic E, Kullberg A, Hellstrröm I, et al. 'It's our pleasure, we count cars here' : an exploration of the 'neighbourhood-based connections' for people living alone with dementia. Ageing & Society. 2021;41:645-70.
5) 久保田真美, 高山成子. 認知症高齢者の独居生活ー認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険からー. 関西国際大学研究紀要. 2017;18:23-35.

RQ11-5

独居認知症高齢者にとって地域の居場所はどのような意義を持っているのか

回答文

臨床や実践の報告から，独居認知症高齢者にとって地域の居場所は，社会とつながり続けること，孤立孤独を解消すること，日常生活支援をうけること，健康を維持すること，そして在宅で看取られることを可能にする場所である．独居認知症高齢者という枠組みを早くから提唱している粟田は，居場所には①居場所機能に加えて，②相談応需，③差別偏見解消・互助創出，④連携推進，⑤人材育成の機能が必要であるとしている．しかし定量的，実証的な研究は少なく今後研究が進むことが期待される．

解説・エビデンス

一人暮らしの認知症の人は，研究に参加することがそもそも難しいという問題がある．一人暮らしの認知症の人が後世の人の為に研究に参加したいと願うような研究（例えば生活上の困難や工夫の聞き取りなど）であっても，認知症の研究に慣れていない機関の倫理委員会が「本人の同意は無効である」「代諾者が必要だ」と主張して研究すら参加させてもらえないという話はしばしば聞く．つまり代諾者がいない人は，研究からも排除されているのである．いずれにしても一人暮らしの認知症の人においては，詳細な記録を得るだけでも苦労がある．

英語の文献では，一人暮らしの認知症の人に関する論文が極めて少なく，その上，居場所に言及しているものもない．ClarkやWardは「近所の良い関係・環境が重要だ」というある意味で当たり前のことを述べている．同時に「このような議論が全くされていない」とも述べている．Darlingtonは人々が認知症にやさしい街と感じることは，コミュニティデイセンターなどの通う場があることと関連しているとしている．論文ではないが，英国のアルツハイマー協会のHPには，コミュニティセンターに通って孤独が癒されたと語る当事者が登場する．OkamuraおよびUraは東京都の独居認知症の人が多い団地で居場所を作ってハイリスク者の支援するプロセスを通じて，医療介護だけではなく日常生活を居場所で支援することの効果を記述している．

日本語の文献からは，一人暮らしに注目しているものがいくつかある．東京都の団地の居場所でアクションリサーチをした中山は一人暮らしの認知症の人には，不安，意思の揺らぎ，家事・買い物・金銭管理の困難などがあり，本人と行動や時間を共にすることが重要であるとしている．同じ居場所の機能をまとめた岡村は，居場所は「細くても繋がり続けることが大事」としている．別の団地の居場所（暮らしの保健室）を運営する秋山は，居場所があることで①認知症になる前からの繋がり②異変に早期に気づく③当事者と一緒に考える④看護師による相談支援が可能になるとしている．東京都でホームレス等の住まいを失った人を支援するNPO法人で働く的場は，一人暮らしの認知症の人が紹介されてくることがもはや一般的であると述べ，住まいと生活支援を一体的に提供する共同居住（居場所を含む）が必要だとしている．横浜の寿町で在宅看取りを行う

山中らは，独居認知症の人の看取りには安心できる居場所が必須であるとしている．

独居認知症の人の支援は粟田が「今後の我が国の大きな課題になる」と提示してきたものである．粟田は東京都の団地に地域疫学拠点を設置し，東京都と協力して長期縦断研究とアクションリサーチを並行している（粟田2018）．そして独居認知症の人を支えるには本人の視点に立って，生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整する「コーディネーション」と，本人，家族，地域に暮らす人々，地域を構成する多様な組織・団体が連携・協働して，未来に向けて地域社会を創出しようとする「ネットワーキング」が必要であり（粟田2019），そのための居場所には①居場所機能に加えて，②相談応需，③差別偏見解消・互助創出，④連携推進，⑤人材育成の機能が必要だとしている．

文献

1) Clark A, Campbell S, Keady J, Kullberg A, et al. Neighbourhoods as relational places for people living with dementia. Soc SciMed. 2020 May;252:112927. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112927. Epub 2020 Mar17. PMID: 32251967.

2) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, et al. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: a community-based participatory study. BMC Geriatr. 2020 Feb 17; 20(1):68.2020 Feb. doi: 10.1186/s12877-020-1470-y. PMID:32066387; PMCID: PMC7027225.

3) Ward R, Clark A, Campbell S, Graham B, et al. The lived neighborhood: understanding how people with dementia engage with their local environment. Int Psychogeriatr. 2018 Jun;30(6):867-880. doi:10.1017/S1041610217000631. Epub 2017 May 2. PMID: 28462764; PMCID: PMC6088530.

4) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, et al. Living on the edge of the community:factors associated with discontinuation of community living among people withcognitive impairment. BMC Geriatr. 19;21(1):131. 2021 Feb. doi:10.1186/s12877-021-02084-2. PMID: 33607947; PMCID: PMC7893898.

5) Darlington N, Arthur A, Woodward M, Buckner S, et al. A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community. Dementia (London). 2021 Jul;20(5):1711-1722. doi: 10.1177/1471301220965552. Epub 2020 Oct 8. PMID:33031000; PMCID: PMC8216308.

6) 中山莉子. ひとり暮らしの認知症とともに生きる人の在宅生活上の困難とインフォーマルな地域拠点における支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2022;15(3);184-189.

7) 岡村毅. 認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活を支える地域拠点　リアルワールドエビデンスのまとめ. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):263-269.

8) 山中修，中尾裕太，島村香也子，田中和郎. 孤独死防止の対策：横浜市寿地区から2025年問題への提言. 日本医師会雑誌. 2019.02;147(11):2285-2288.

9) 秋山正子. 大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える：団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-498.

10) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所（2018）「平成28・29年度認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/pdf/houkokusyo.pdf

11) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(2018)「認知症とともに暮らせる社会に向けて:コーディネーションとネットワーキングの手引き」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/pdf/tebiki.pdf

12) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（2020）「認知症とともに暮らせる社会に向けて：地域作りの手引き　2020年度改訂版」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/chiiki_tebiki.pdf

13) Alzheimer's Society. Community Support - for people with dementia. Available from:https://www.alzheimers.org.uk/get-support/your-support-services/community-support-people-dementia (2025年1月19日閲覧)

RQ11-6

独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか

回答文

先行研究において，認知症高齢者の家族介護者の備えや対応についての研究は，ここ数年増加しているが，独居に限定すると該当する論文は認められない．しかし，災害時の認知症高齢者の対応についての研究の蓄積が進んできており，独居高齢者の災害対策への示唆は得られてきた．

認知症高齢者は，災害時の生活環境の変化によりBPSDが現れる等の症状悪化が報告されている．インフォーマルな介護者を持たない独居の認知症高齢者は，災害時に必要な対応ができる支援を得ることは困難であり，平時からの対策が必要である．

独居の認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには，平時からの継続した地域社会からの支援が不可欠である．個別避難計画の策定や災害ケースマネジメントの推進，在宅避難者支援方法の模索等，災害時に支援が必要な人への体制も整いつつあるが，独居認知症高齢者や認知症高齢者とその家族への支援については，今後の検討が必要である．

解説・エビデンス

1.背景

災害後には，住居の損壊やライフラインの停止等，生活環境が変化する．このような状況は，認知症の高齢者にとって，BPSDを招くのみではなく，他の疾患の発症や悪化，せん妄の引き金になったことが報告されている[1)]．また，東日本大震災後に認知症高齢者と避難した家族介護者が，避難所生活を継続できる限界として，「1日」から「3日」との回答が7割を占めており[2)]，認知症高齢者やその家族にとって，避難所の環境が困難であることが示されている．その一方で，災害時に支援が必要な人への支援としては，2021年には避難行動要支援者への個別避難計画作成が基礎自治体の努力義務とされ，2023年には災害ケースマネジメント実施の手引き[3)]が出された．さらに，2024年には避難所避難が困難な避難者および被災者を想定した在宅・車中泊避難者等の支援の手引き[4)]も出されているが，独居認知症高齢者，認知症高齢者やその家族への具体的な支援策については触れられていない．

2.災害の在宅高齢者への影響

令和元年台風15号は，千葉県を中心として，建物被害とともに，ライフライン被害をもたらした．特に停電は1か月近く続いた地域もあり，在宅生活へ大きな影響をもたらした．地域高齢者の被災状況と災害対応の課題を明らかにすることを目的として，千葉県内の地域包括支援センター215施設（悉皆）を対象に質問紙調査を行った（回収率46.5%）ところ，ライフライン被害（特に停電），継続して医療介護サービスが受けられないこと等による，疾患や心身の機能低下や家族の介護能力への影響が示された[5)]．東日本大震災後の東京都の介護サービス事業所への調査による災害時の対応事例452事例

から，災害時，あるいは災害後に対応が必要となった高齢者において，独居であるか否かに関わらず，「抑うつ・不安の増大」，「認知症」，「医療機器の利用」がリスク要因となっていた[6]（表1）．

令和6年能登半島地震では，独居認知症高齢者が全壊の家屋に避難所から帰宅して生活していた事例や，被災による急激な環境変化により，軽度の認知症高齢者のせん妄状態，徘徊，食欲不振が急激に広がったという活動記録等から，災害時には要介護度が低くかつ独居の高齢者のリスクが高いことが示されている[7]．また，避難所や仮設住宅等の環境が変化することによる認知症高齢者のリロケーションダメージについても指摘されている[8]．

表1．災害時の対応におけるリスク要因

リスク要因 / 家族状況		高齢者の問題				介護者の問題	住環境の問題	
		抑うつ・不安の増大	認知症	ADLが低い	医療機器の利用	家族介護者の状態の悪化	住居の倒壊	家具の転倒などによるけが
独居		○	○	○	○		○	○
家族と同居	日中独居			○				
	高齢者世帯				○	○		
	家族介護者に問題					○		
	家族状況との関連なし	○	○		○			

文献6）p.95表6-1を一部改変

3.認知症高齢者の災害への備え

Wakuiらは，福井県の17市町村の952名の家族介護者調査から，75%の家族介護者は避難計画を立てていないこと，特に認知症高齢者の介護者は，そうでない介護者に比べて，計画を立てていない介護者が36%多いことを報告している．また，災害への備えには，介護者の支援，地域の支援，高齢者の支援ニーズが影響していることを示し，家族や地域社会が高齢者の災害への備えに重要な役割があることを指摘した[9]．

また，ChristensenとCastañedaは，ハリケーンを経験した家族介護者へのインタビュー調査から，認知症の初期には準備や計画のプロセスに関わることができるが，家族介護者が避難の必要性を感じても抵抗を示すことがある一方で，認知症が進行してくると，家族介護者の災害に関する決定に対する反対が少ないことを報告した．そして，被災による認知症の高齢者のストレスを緩和する準備の必要性や，公共的な支援体制の整備の重要性を指摘している[10]．

4.認知症高齢者の災害対応の現状と課題

災害時要配慮者への災害時の支援として，2013年に災害対策基本法によって避難行動要支援者名簿の市区町村での作成が義務づけられた（作成率100%）[11]．この名簿の課題として，真に避難支援を要する者を正確に把握できているかが論じられている[12]．2021年4月より，その名簿をもとに個別避難計画の策定が努力義務化された．現在，1,722市町村（令和6年能登半島地震の影響に鑑み石川県管内19市町を含まない）のうち，庁内連携（94.3%），庁外連携（91.1%），福祉専門職の参画への取組（81.2%），個別避難計画に係る訓練への取組（83.3%）が進められている[11]．個別避難計画の有効性については，今後の検証となるが，独居認知症高齢者の個別避難計画を災害時に実効性のあるものとする

ためには，認知症への地域の理解を促進することが必要であり，平時から支援が受けられる地域づくりが重要となると考えられる．

災害時に支援が必要な人への支援として，2023年には災害ケースマネジメント実施の手引きが出され，被災者の生活再建に向けて必要な支援につなぐための体制が構築された．また，2024年には避難所避難が困難な避難者および被災者を想定した在宅・車中泊避難者等の支援の手引きが出された．認知症高齢者は在宅避難となる可能性も高いことから，在宅避難者への支援には認知症高齢者への支援も必要となると考えられる．現状の災害対応は，多くの自治体では避難所避難者支援を主に実施しており，在宅避難者への支援は後手に回っている．今後は，地域で暮らす認知症高齢者が増加すると考えられ，支援が必要な在宅避難者への災害対応を具体的に検討する必要があると考えられる．

東日本大震災の認知症高齢者の分析から，粟田は，平時からの災害時の備えとして，①認知症高齢者や虚弱高齢者の緊急支援計画を地域の防災計画に含めること，②地域の急性期医療機関や認知症疾患医療センターは，精神症状と身体疾患が併存する高齢者の急性期医療に対応できる医療体制を整備すること，③居住系・施設系の事業所は，災害時に認知症高齢者や要援護高齢者の福祉避難所として機能できるように体制を整備すること，④顔の見える地域の社会支援ネットワークを構築し，多職種協働による統合的支援の調整システムを稼働させることを提言している[13]．①の地域防災計画には，受援体制も含め，具体的な支援体制の構築を考える必要がある．また，③については，支援学校が福祉避難所として有効に機能した事例もあり[14]，介護施設のみでは収容人数も限られることから，介護施設以外の機関でも転用できそうなところで福祉避難所の設置を検討する必要がある．そして，認知症高齢者は平時から地域の中で孤立しやすく，地域の支援にもつながりにくく，そのような「社会的孤立」は災害時に増幅され，それが重大な人的被害の要因となること[15]から，④顔の見える地域の社会支援ネットワークの構築の重要性が指摘された．

5.まとめ

独居認知症高齢者についての災害への備えと対応についての先行研究はほぼなかったが，認知症高齢者の災害への備えや対応についての研究は蓄積されてきており，避難所での課題，リロケーションダメージが指摘された．そして，地域の認知症の理解や社会的支援の構築やアクセスの重要性が指摘されていた．

文献

1） 冲永壯治, 古川勝敏, 石木愛子, 冨田尚希ほか. 災害時における高齢者の救済ー東日本大震災の時系列と今後の課題ー. 日本老年医学会雑誌. 2017;54(2):136-142.

2） 認知症介護研究・研修仙台センター：避難所を支援した621事例から作った避難所での認知症の人と家族支援ガイド. 2013.

3） 内閣府（防災担当）. 災害ケースマネジメント実施の手引き. 2023. https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/case/pdf/r5zenpen.pdf

4） 内閣府（防災担当）. 在宅・車中泊避難者等の支援の手引き. 2024. https://www.bousai.go.jp/taisaku/shien/pdf/tebiki.pdf

5） 大塚理加, 永松伸吾. 千葉県における令和元年台風15号による地域高齢者の被災状況と災害対応の課題. 地域安全学会論文集. 2021;39:1-9.

6） 東京都健康長寿医療センター研究所. 東日本大震災　高齢者支援プロジェクト　東京都内における在宅サービスの災害対応に関する調査報告書. 2012.

7） 江湖山さおり, 新井哲明. 災害派遣精神医療チームDPATの活動と被災地における認知症支援の現状と課題. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):990-995.

8） 渡邊美保. 災害と認知症高齢者のリロケーションダメージ. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):1002-1006.

9） Wakui T, Agree, E. M, Saito, T, Kai, I. Disaster Preparedness Among Older Japanese Adults With Long-Term Care Needs and Their Family Caregivers. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2017;11(1):31-38.

10） Christensen J. J. and Castañeda H. Danger and Dementia: Caregiver Experiences and Shifting Social Roles During a Highly Active Hurricane Season. Journal of Gerontological Social Work. 2014;57(8):825-844.

11） 内閣府, 消防庁. 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取り組み状況の調査結果. 2024. https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/r6chosa1.pdf

12） 令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難に関するサブワーキンググループ. 令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）. 2020.

13） 粟田主一. 災害精神医学　復興期における精神科支援の重要性　災害後の認知症高齢者支援とDementia Friendly Community. 日本社会精神医学会雑誌. 2017;26(3):220-225.

14） 内閣府. 平成28年度避難所における被災者支援に関する事例等報告書. 2017.

15） 粟田主一. 災害と認知症支援：特集にあたって. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):975-983.

RQ11-7

金融ジェロントロジーでは どのような取組みがなされているか

回答文

金融ジェロントロジーとは，個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域である．わが国における金融ジェロントロジーの歴史は浅いが，近年の知見を集約して，認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応について，以下についての具体的な提案と社会実装に向けた取り組みがなされてきている：1）高齢者自身が，認知機能が低下する前に備えておくべきこと，2）金融機関が，認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること，3）信託や成年後見制度を適切に利用すること．

解説・エビデンス

1.金融ジェロントロジーとは何か

金融ジェロントロジーとは，個人の資産選択や資金管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な学問領域である[1)]．もともとは，米国において，主に高齢の富裕層に対する個人向け金融アドバイスから始まった用語であるが[1)]，寿命の延伸によって認知症高齢者人口が急速に増加している今日の社会では，認知機能低下に起因する高齢者のfinancial capacity（金融資産管理能力，財産管理能力，金銭管理能力）の低下に対処できる社会システムの構築をめざす研究領域[1),2)]として注目されている．

2.financial capacityの定義

自立生活を送るには，自分の財産を適切に管理する能力が必要である．欧米ではこの能力のことをfinancial capacity（FC）と呼び，日本では財産管理能力と呼ぶことが多い[3)]．この財産管理能力には，金銭を実際に取り扱う能力（金銭管理能力）と，自分の財産をどのように扱うかを決める能力（意思決定能力）が含まれる[3)]．

3.financial capacityの評価

金銭管理能力を評価するツールには，Financial capacity instrument (FCI)[4)]，Financial competency questions[5)]，Prior financial capacity form[6)]，Current financial capacity form[6)]，Semi structured clinical interview for financial capacity[7)]，Financial competence assessment inventory[8)]などがあり，わが国においてもFCIを参考にして日本の状況に合わせて作成された Financial competency assessment tool (FCAT)[9)]がある．FCATでは，6つの下位項目（①基本的金銭スキル，②金銭概念，③金融機関の利用，④物品購入，⑤金銭的判断，⑥収支の把握）を評価するように設計されている．認知機能低下者に関わる者が，財産管理能力に関する知識を身に着け評価に関して精通することは意義のあることである[3)]．

一方，個人の財産に関する意思決定能力については，医療同意能力の評価で使用されているAppelbaum and Grisso[10]の4つの能力評価の方法を参考に，さらに本人の社会的背景や心理的特性などを考慮して作成されたLichtenberg financial decision-making rating scale[11]がある．

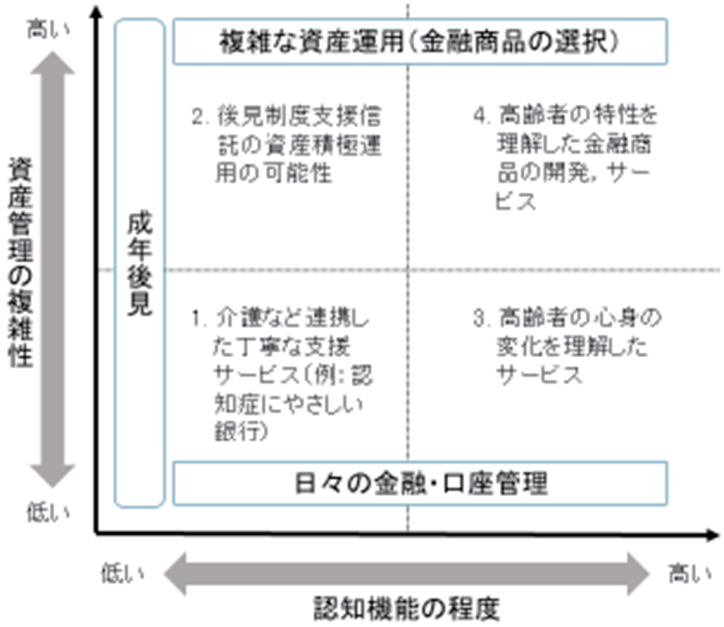
4.認知機能障害がある高齢者の経済活動の実態

最近，Obaら[12]が，認知症のような認知機能障害が高齢者の経済活動にどのような影響を及ぼしているかについて調査し報告している．調査ではアルツハイマー病の高齢者と介護者の105ペアを対象に，認知症者のMMSEとFAST評価を行うとともに，介護者に，世帯の経済状態と認知症の人々が利用できる金融支援システムの利用状況を質問した．その結果，認知症者には金銭管理問題（買い物のし過ぎ，不要な買い物など）が生じており，介護者がインフォーマルに金銭管理をしていても状況は同じであり，成年後見制度や信託などの金融支援システムについてはほとんど知られていず，利用されることも稀であるという結果であった．著者らは，成年後見制度と信託システムの普及と認知症の人を含む高齢消費者の契約ガイドラインの開発を提案している．

Bangma ら[13]は，神経変性疾患（NDD）がある人の財産管理能力をパフォーマンス・ベースで評価し，健常者と比較した研究のメタアナリシスを行っている．それによれば，採用された47件のすべての論文で，健常者に比してNDD者（アルツハイマー病，軽度認知障害，前頭側頭葉変性症，パーキンソン病，多発性硬化症，ハンチントン病を含む）の財産管理能力テストの成績は低下しており，認知機能との関連では，全般性認知機能とともに，特にワーキングメモリ，情報処理速度，計算能力の低下が関連すると報告している．

5.金融ジェロントロジーの役割と社会実装に向けた取り組み

わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅い．駒村[1]は，図1のように「認知機能の程度」／「資産管理の複雑性」の組み合わせによる4領域を設定して，領域1及び領域2における金融ジェロントローの役割について以下のように解説している．すなわち，領域1は，「認知機能が低い人」が「比較的易しい金融資産管理」（たとえばATMの利用などの日々の取引，口座管理）を行う場合であり，ここでは，1）高齢者自身が認知機能が低下する前段階から，多数ある口座や金融資産の記録を1箇所にまとめて「見える化」し，信頼できる家族などが資産の状況を簡単に理解しやすいようにしておくこと，2）金融機関は，個人の記憶に頼ったセキュリティーでは不十分であることを理解し，認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること，具体的には，①認知機能低下のある顧客への対応責任者や部署の明確化といった組織面の対応，②スタッフの教育・研修，確保，③対応，情報管理などに関する共通ガイドラインの開発，④IoTやフィンテックといった先端技術を活用したサービスの開発，⑤介護・医療，公的機関，非金融サービス事業者などの地域の外部機関との連携が求められる．領域2は，「認知機能が低い人」が「複雑な資産管理」を行う場合であり，ここでは，最終的には信託や成年後見制度を利用する必要が出てくるが，1）高齢者自身が，認知機能が低下する以前から，自分の意思決定を支援できる人や信用できる金融機関，アドバイザーを選んで，自分の意思を伝えておくこと，2）成年後見制度を利用する場合には，基本的には金融資産は現金・預貯金という元本保証の金融資産で保持され，積極的資産運用は難しくなること，と指摘している．このような提案とともに，金融ジェロントロジーの知見を社会に実装するための取り組みも徐々にはじめられつつある[14]．



駒村（2019）の図を引用（一部改変して簡略化した）

図1. 金融ジェロントロジー

文献

1） 駒村康平. 認知機能の低下が経済活動に与える影響. Cognitive Agingの時代と金融ジェロントロジーの可能性. 日社精医誌. 2019;28(3):257-264.

2） 野村亜紀子. 認知機能低下と金融資産管理の課題. 月刊地域医学. 2020;34(7):537-541.

3） 江口洋子. 認知機能低下者の経済活動における意思決定の評価と支援. 日社精医誌. 2019;28(3):271-275.

4） Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, McInturff B, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. Arch Neurol. 2000 Jun;57(6):877-84. doi: 10.1001/archneur.57.6.877. PMID: 10867786.

5） Bassett SS: Attention: Neuropsychological predictor of competency in Alzheimer's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 1999;12(4):200-205.

6） Wadley VG, Harrell LE, Marson DC. Self- and informant report of financial abilities on patients with Alzheimer's disease: reliable and valid? J Am Geriatr Soc 2003;51(11):1621-1626.

7） Marson DC, Martin RC, Wadley V, Griffith HR, et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):806-14. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02202.x. Epub 2009 Apr 21. PMID: 19453308; PMCID: PMC2714907.

8） Pachana NA, Byrne GJ, Wilson J, Tilse C, et al. Predictors of financial capacity performance in older adults using the Financial Competence Assessment Inventory. Int Psychogeriatr. 2014 Jun;26(6):921-7. doi: 10.1017/S1041610214000209. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24571738.

9） 櫻庭幸恵, 熊沢佳子, 松田修. Financial Competency Assessment Tool (FCAT) の作成と検討：信頼性と妥当性の検討. 東京学芸大学紀要, 第1部門, 教育科学. 2004;55:131-139.

10） Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. Law Hum Bahav 1995;19(2):105-126.

11） Lichtenberg PA, Ocepek-Welikinson K, Ficker LJ, et al. Conceptural and empirical approachs to financial decision-making rating scale. Clin Gerontl 2018;41(1):42-65.

12) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, et al. The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 8;18(5):2717. doi: 10.3390/ijerph18052717. PMID: 33800246; PMCID: PMC7967439.

13) Bangma DF, Tucha O, Tucha L, De Deyn PP, et al. How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. Neurosci Biobehav Rev. 2021 Aug;127:709-739. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.05.021. Epub 2021 May 28. PMID: 34058557.

14) 樋山雅美, 大庭輝, 成本迅. 高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について. 高齢者のケアの行動科学. 2020;25:25-34.

RQ11-8

どのようなデジタル・テクノロジーが独居認知症高齢者の自立生活の促進に寄与するか

回答文

独居認知症高齢者が安心した自立生活を送るためのテクノロジーとして，日常生活のモニタリングを可能とする見守りシステムが挙げられる．数少ない研究から，独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件として，①IADLや既往歴に応じて，能動的見守り（自身で緊急通報を行うシステム）と受動的見守り（非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム）を使い分ける，②状況に応じて，電気，ガス，水回りの使用をサポートするような環境センサ型見守りシステムの導入を考慮する，③早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守りシステムの開発の必要性の3点が抽出された．以上を踏まえて，独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守りシステムを運用する必要があると推察される．

解説・エビデンス

本レビューでは9件の論文を採用した．このうち，1つの研究[1]は能動的見守りシステムを，5つの研究[2)-6)]は受動的見守りシステムを，3つの研究[7)-9)]は両システムを組み合わせたハイブリッド型見守りシステムを使用していた．

能動的見守りシステムを用いた研究では，警報装置が内蔵されたペンダントやリストバンドの形をした通報ボタン[1]を用いている．通報ボタンは緊急事態発生時に利用者がボタンを作動させ，家族や医療機関への連絡が可能なオペレーターに自ら信号を送ることができる．

受動的見守りシステムを用いた5件の研究のうち2件は，徘徊行動が緊急通報のトリガーとなっている．位置情報を利用したiCarusシステム[2]では，徘徊が検出されると被介護者と介護者の両者に警告通知が送られ，両者が連絡を取り合うように促される．もし被介護者が介護者と連絡がとれない場合，被介護者から自動的に緊急対応サービスにメッセージを送る仕様となっている．最大7カ所に設置した赤外線センサを用いた研究では，被介護者の動きが長時間ないことを異常と見なし，発報するシステムを利用している[3]．屋内センサ型の見守りシステムを用いた研究では[4]，機械学習を用いて徘徊イベントの予測・検知を行い，その状態を即時に介護者に通知する．力覚センサを埋め込んだスマートカーペットを用いた研究[5]では，被介護者が転倒することによりアラームシステムが作動し，介護者に通知が送られる．統合型健康管理システムを用いた予備的研究では，複数の環境センサ（加速度や力覚センサ）が日常の異常な活動パターンを検出した場合，介護者に加え，情報を管理している医療従事者に即時に通知が送られ，必要に応じて医療的な対応を行う[6]．

ハイブリッド型見守りシステムを対象とした3つの研究のうち，2つは日常活動パターンの変化の検知を対象としている．環境センサを用いた研究[7]では，設定された平時の行動パターンからの逸脱がトリガーとなり介護者に緊急通報が発報される．同時に，被介護者が装着しているリストバンドが本人の状態を監視するとともに，緊急時の際は介護

者との連絡を可能とする．他の研究[8]では，6種類のセンサ（流体検知センサ，温湿度センサ，光センサ，ガスセンサ，力覚センサ，加速度センサ）のデータを分析するアルゴリズムを用いて，リアルタイムの異常な活動パターンの検出を試みている．遠隔支援サービス付き在宅[9]を対象としたハイブリッド警報システムでは，転倒発生が監視センターへの発報のトリガーとなり，監視センターが被介護者に電話連絡を行う仕組みとなっている．

期待されるデジタル・テクノロジー

今回は，独居認知症高齢者が安心した自立生活を送るためのテクノロジーとして，見守り機器に焦点を当て，システマティックレビューを行った．検証がされている見守り機器は極めて少ないものの，各研究の結果から，独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件として，以下の3点が明らかとなった．

①IADLや既往歴に応じた見守り方法

IADLが十分に保たれている独居認知症高齢者では，外出が多く，過度な見守りを避ける者も多い．そのため，問題が生じた際に自身で緊急通報を行うことができる能動的な見守り方法であるスマートフォンや腕時計式の緊急通報システムが好まれる[1]．他方で，認知症症状が進行し，IADLが低下してきた者では自宅中心の生活となり，ADLが低下してくると自身での緊急通報が難しくなる．このような者では，受動的な見守りである非接触型のセンサシステムによる見守りが必要となる．また，病状が急変しやすい既往歴を有する独居認知症高齢者においても受動的な見守りが推奨される．

②異変を検出するセンサと緊急通報の種類

多くのセンサは移動や空間的位置に起因する問題（例えば，徘徊や転倒）を検出するものであり，認知症高齢者が直面する生活上の問題点を検出するセンサはほとんど見当たらない．安心した自立生活の延長を考えると，電気，ガス，水回りの使用をサポートし，問題発生時の早期検出，早期通報を可能にするようなシステム（例えば家電センサが連動したスマートホーム）の使用が望まれる[7), 8), 9)]．

また，欧米で用いられている緊急通報サービスでは，介護者のみならず，医療機関への受診窓口となるオペレーターへの通報も設定されており，対象者の傷害・発作等のリスクに応じて緊急通報先を設定する必要がある[2), 6), 9)]．

③健康状態のモニタリング

負担の少ない受動的な見守り方法によって，見守り対象者の健康状態を管理する方法が現在までに確立されていない．しかしながら機械学習による生活パターンの変化の早期検出などの試みは進んでいる[6), 8)]．今後，健康情報を含めた解析から，早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守り方法の開発が期待される．

文献

1） Puaschitz 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) 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-1806-124.3.

3) 亀井智子, 藤原佳典, 細井孝之, 深谷太郎ほか. 独居認知症高齢者へのSmart Home利用の包括的アセスメント・評価枠組みの開発 ―文献レビューと介入研究事例の統合から― 聖路加看護大学紀要. 2013;39:10-19.

4) 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.

5) 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.

6) Enshaeifar S, Zoha A, Markides A, Skillman S, 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.

7) 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

8) Mitchell LL, Peterson CM, Rud SR, Jutkowitz E, 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.

9) Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, 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.

執筆者一覧

（五十音順・敬称略）

粟田 主一	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長
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
井藤 佳恵	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・専門副部長
大口 達也	埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校 社会福祉士養成科・専任講師
大塚 理加	国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・研究員
大森 千尋	筑波大学人間総合科学学術院 博士課程
岡村 毅	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
川越 雅弘	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
菊地 和則	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員
黒澤 史津乃	株式会社OAGウェルビーR 代表取締役・行政書士
齊藤 葉子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
桜井 良太	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
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・副所長
津田修治	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
堀田 聰子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科・教授
水島 俊彦	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク 副代表・弁護士
宮前 史子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
涌井 智子	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究員

令和4年度～令和6年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」

エビデンスブック 2024

発　行　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
編　集　　地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
　　認知症未来社会創造センター
　　センター長　粟田主一

令和7年3月

無断転載，改訂を禁じます

自治体向けガイド
独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして

令和 4 年度～令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)
「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」

はじめに

超少子高齢化の進展によって，認知症とともに一人で暮らす高齢者の数は着実に増加しています.独居の認知症高齢者では,生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから，しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり，社会的孤立の傾向が強まることが少なくありません．また，近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して，私たちは，平時の社会的孤立が緊急時において増幅され，社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験しています.

こうしたことから，令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度の厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」において，この領域の現時点での知識ベースを「エビデンスブック 2021」としてまとめるとともに，それを基礎にして自治体向け手引き「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりをめざして」を作成しました.

しかし，その作成プロセスの中で，国内外を通じてこの領域の研究が極めて未開拓の段階にあることが明らかになりました．そこで，令和 4（2022）年度～令和 6（2024）年度の厚生労働科学研究「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」において，独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に関するさまざまな研究を国内において実施するとともに，「エビデンスブック 2021」の改訂版として「エビデンスブック 2024」を作成しました．本書はこれに基づいて作成された自治体向け手引きの改訂版「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」です.

2024 年 1 月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」は，認知症だけではなく，軽度の認知機能障害（MCI 等）を含めた認知機能低下高齢者等が，尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせるように認知症政策を総合的に進めること，それによって共生社会の実現を推進することを目的としています.すでにこれまでの私たちの研究からも,一人暮らしの高齢者では,MCI の段階で精神的・身体的・社会的な生活課題が現れることを明らかにしています．そこで，改訂版の手引きでは，MCI または認知症のある高齢者を「認知機能低下高齢者」と呼び，認知機能の低下を経験するすべての高齢者が尊厳をもって、かつ安全・安心に暮らすことができる環境づくりめざすことにいたしました．本手引きが，高齢者支援に関わる多領域の人々に広く活用され，一人暮らしの認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に寄与することを願っています。

令和６年度厚生労働科学研究
「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」
研究代表者　粟田 主一

目　次

序章　本書の目的と構成
第 1 章　独居の認知機能低下高齢者数の将来推計と在宅継続率
1.1. わが国の独居高齢者数の将来推計
1.2. わが国の独居の認知機能低下高齢者数の将来推計
1.3. 独居の認知症高齢者の在宅継続率
第 2 章　独居の認知機能低下高齢者が直面している生活課題とその対応
2.1. 身体的健康問題
2.2. 孤独と精神的健康問題
2.3. 口腔機能低下
2.4. 低栄養
2.5. 行方不明
2.6. 経済的困窮と住まいの喪失
2.7. 社会的孤立
第 3 章　意思決定支援と権利擁護に関する課題と対応
3.1. 意思決定支援に関する課題とその対応
3.2. 成年後見制度の利用に関する課題とその対応
3.3. 成年後見制度に関する市町村の取組
3.4. 消費者被害の実態とその対応
コラム：独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割
第 4 章 地域環境や居住環境に応じた課題と対応
4.1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
4.2. マンションに暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
4.3. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
4.4. 離島に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応
第 5 章 別居家族が直面している課題とその対応
5.1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題
5.2. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題への対応
第 6 章 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題と対応
6.1. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題
6.2. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題への対応
第 7 章 在宅生活の中断と施設ケアへの移行
7.1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因
7.2. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進する支援
7.3. 独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきこと
第 8 章 社会的支援のコーディネーション

8.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること
8.2. 意思決定支援の基本原則、留意点、プロセス
8.3. コーディネーションの基本プロセス
8.3.1. 信頼関係の形成
8.3.2. 総合的アセスメント
8.3.3. 情報の共有
8.3.4. 課題解決に向けた多職種協働
8.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整
第 9 章　社会的支援ニーズの把握とその対応
9.1. 医療支援ニーズ
9.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価
9.1.2. 身体的健康問題の医学的評価
9.1.3. 継続医療の確保
9.2. 居住支援ニーズ
9.2.1. 現在の居住環境の整備
9.2.2. 新たな住まいの確保
9.3. 経済支援ニーズ
9.4. 生活支援ニーズ
9.4.1. 見守りと信頼関係をつくる生活支援
9.4.2. 参加・交流に関する生活支援
9.4.3. 受療に関する生活支援
9.4.4. 服薬管理に関する生活支援
9.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援
9.4.6. 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
9.4.7. 移動に関する生活支援
9.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
9.6. 権利擁護支援ニーズ
9.6.1. 日常生活自立支援事業
9.6.2. 成年後見制度
9.6.3. 虐待への対応
9.6.4. 消費者被害への対応
9.7. 別居家族の支援ニーズ
9.7.1. 別居家族への一般的な支援
9.7.2. 別居家族への特別な支援
9.7.3. 別居家族が仕事をしている場合の支援
第 10 章　コーディネーションに関係するさまざまな社会資源
10.1. 認知症疾患医療センター

10.2. かかりつけ医
10.3. 認知症サポート医
10.4. 地域包括支援センター
10.5. 認知症初期集中支援チーム
10.6. 介護支援専門員
10.7. 介護保険サービス
10.8. その他のサービス
10.8.1. 高齢者の見守りサービス
10.8.2. 地域たすけあいネットワーク
10.8.3. SOS ネットワーク
10.8.4. GPS 探索サービス
10.8.5. 配食サービス
10.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付
第 11 章 社会的支援のアクセシビリティを高める地域づくり―ネットワーキング
11.1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点
11.1.1. 高島平ココからステーション
11.1.2. 暮らしの保健室
11.1.3. ふるさとの会
11.2. 金融ジェロントロジー
11.3. IT 技術の活用
11.4. 災害時の備え
11.5. 地域資源の把握とネットワーク化
終章　共生社会の実現と新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして
厚生労働科学研究班メンバー一覧

序章　本書の目的と構成

本書は、自治体や、さまざまな専門職や関係機関、地域に暮らす人々が、一人暮らしの認知機能低下高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりを進めるためのヒントが得られるようにすることを目的に作成しています。

全体は 12 の章で構成されています。第 1 章～第 7 章では独居の認知機能低下高齢者または認知症高齢者の実態や課題、課題解決に向けたこれまでの対応を、既存の統計資料や科学的な調査研究のエビデンス等に基づいて解説しています。第 8 章～第 10 章では多職種協働で実践される社会的支援のコーディネーションという観点から「個別支援」の方法について解説し、第 11 章では,そのような「個別支援」を可能にしていくための「地域づくり」をネットワーキングという観点から解説しています。また、終章では、「共生社会の実現を推進するための新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして」というタイトルで今後の自治体政策の全般的な方向性について言及しました。

独居認知症高齢者等が、地域生活の継続が困難な状況に陥りやすいのは、通常であれば同居する家族によって確保されている日常生活支援が独居であるために確保されにくくなっていること、そのために、尊厳ある暮らしを継続するために必要な社会的支援につながれないというアンメット・ニーズが発生しているためと考えることもできます。これは独居認知症高齢者の「市民としての権利」が確保されていない状況とも言えます。この問題を解決するために、「権利ベースのアプローチ」という観点からの政策づくりや実践的活動が不可欠です。

本手引きでは、第 8 章以降に、社会的支援のコーディネーションとネットワーキングという観点から、「個別支援」と「地域づくり」の実践的な取り組みについて解説しています。時間があまりないときには、はじめに第 8 章以降を読み、時間のあるときに他の章を読み進めていただくのがよろしいかと思います。

第1章　独居認知症高齢者数の将来推計と在宅継続率

1.1. わが国の独居高齢者数の将来推計

わが国の 65 歳以上の独居高齢者数は，2025 年の段階で 816 万人（男 291 万人，女 525 万人）ですが，2040 年には 1,041 万人（男 418 万人，女 623 万人）に増加し，その増加率は 1.3 倍（男 1.4 倍，女 1.2 倍）で，65 歳以上高齢者の 4 人に 1 人が独居高齢者になるものと推計されています．特に 85 歳以上の独居高齢者数の増加が顕著であり，その数は 2025 年の段階で 187 万人（男 40 万人，女 148 万人）ですが，2040 年には 289 万人（男 72 万人，女 217 万人）となり，その増加率は 1.5 倍（男 1.8 倍，女 1.5 倍），85 歳以上高齢者の約 3 割が独居高齢者ということになります[1)]．

文献

1)　国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和 6 年推計）．https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp

1.2. わが国の独居の認知機能低下高齢者数の将来推計

2023 年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）[1)] によれば，2022 年のわが国の認知症及び軽度認知障害(MCI)の性・年齢階級別有病率は表 1 及び図 1 の通りです．この数値が今後も一定であり，かつ，この数値が世帯類型によらず一定であると仮定して，国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（令和 6 年推計）[2)] による性・年齢階級別独居高齢者数と掛け合わせてわが国の独居認知症高齢者数，独居 MCI 高齢者数，独居認知機能低下（認知症または MCI）高齢者数を性・年齢階級別に算出すると表 2～4 及び図 2～図 4 のようになります．すなわち，わが国の独居認知症高齢者数は 2025 年の段階で 121 万人（男 25 万人，女 96 万人）ですが，2040 年には 168 万人（男 38 万人，女 130 万人）に増加します．また，独居認知症高齢者と独居 MCI 高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は 2025 年の段階で 250 万人（男 75 万人，女 175 万人）ですが，2040 年には 330 万人（男 110 万人，女 220 万人）に増加します．図 2 及び図 4 からわかるように，80 歳を超えると男女差が顕著であり，2040 年に向けては 85 歳以上（特に 90 歳以上）の女性の独居認知症高齢者が急増する様子が見て取れます．

文献

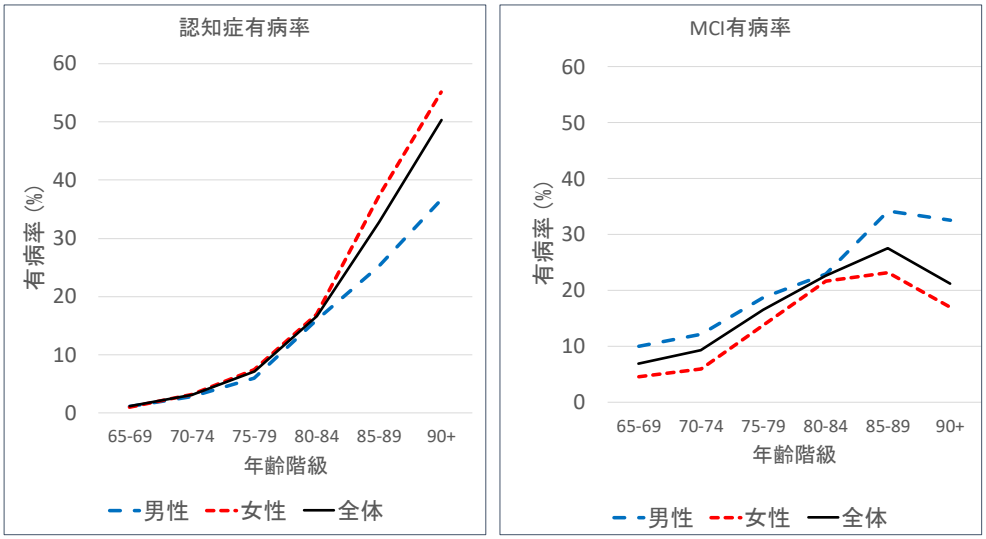
1)　国立大学法人九州大学：令和 5 年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）．https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186

2)　国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和 6 年推計）．

https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp

表1. わが国の認知症及びMCIの有病率　（単位%）

	認知症		MCI	
	男	女	男	女
65～69歳	1.1	1.0	10.0	4.6
70～74歳	2.8	3.1	12.1	5.9
75～79歳	6.0	7.4	18.7	13.8
80～84歳	15.9	16.9	22.9	21.7
85～89歳	25.2	37.2	34.2	23.2
90歳以上	36.6	55.1	32.5	17.0

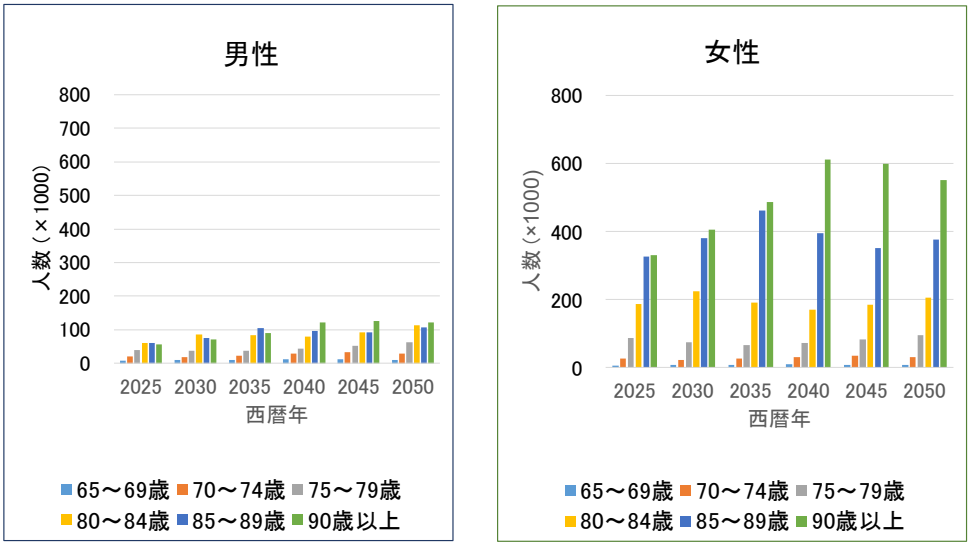


二宮利治：認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究．令和5年度老人保健健康増進等事業報告書より作成

図 1. わが国の認知症及び MCI の有病率

表2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計　　（単位千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	8	9	11	13	12	10
	70～74歳	21	20	23	28	34	29
	75～79歳	39	39	37	43	53	63
	80～84歳	61	87	83	79	93	113
	85～89歳	61	76	105	97	92	107
	90歳以上	56	72	89	122	125	122
	計	246	303	349	384	409	444
女	65～69歳	7	8	9	11	9	8
	70～74歳	26	24	27	31	36	31
	75～79歳	86	74	66	73	84	95
	80～84歳	188	224	192	170	184	207
	85～89歳	326	380	460	395	352	376
	90歳以上	330	406	487	612	598	552
	計	963	1,115	1,242	1,292	1,262	1,269
総計		1,209	1,418	1,591	1,676	1,671	1,713

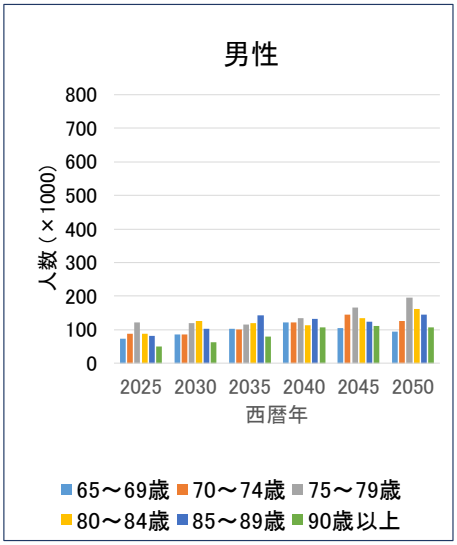


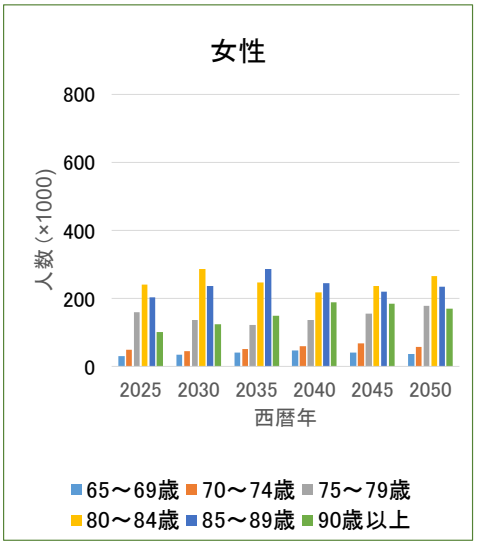
性・年齢階級別認知症有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図 2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

表3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計　　（単位千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	73	86	104	122	105	95
	70～74歳	89	86	101	123	145	126
	75～79歳	123	120	115	135	165	196
	80～84歳	87	125	120	114	134	163
	85～89歳	83	103	143	132	125	145
	90歳以上	50	64	79	108	111	108
	計	506	584	661	735	786	833
女	65～69歳	30	36	42	49	42	38
	70～74歳	49	45	51	60	68	59
	75～79歳	161	138	123	136	156	178
	80～84歳	241	288	246	219	237	265
	85～89歳	203	237	287	246	219	235
	90歳以上	102	125	150	189	184	170
	計	787	868	900	898	907	944
総計		1,292	1,452	1,562	1,633	1,693	1,777



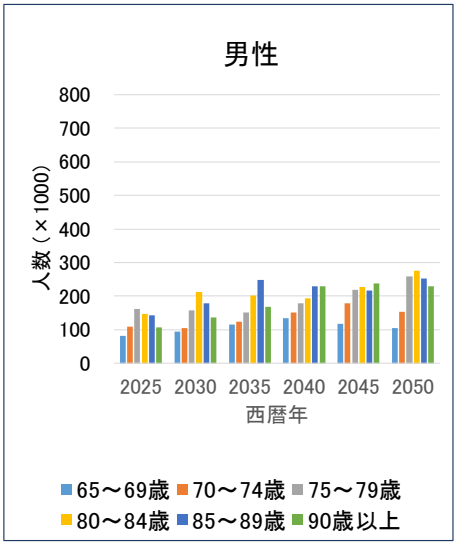


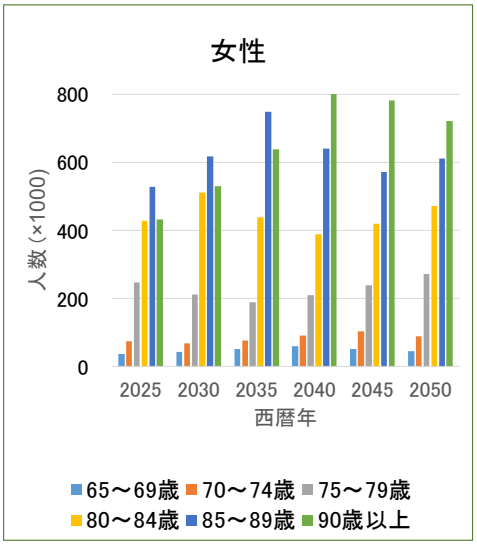
性・年齢階級別MCI有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図 3. わが国の独居 MCI 高齢者数の将来推計

表4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計　　（単位千人）

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	82	95	115	136	117	106
	70～74歳	110	105	124	151	179	155
	75～79歳	162	159	152	179	219	259
	80～84歳	148	212	203	193	227	276
	85～89歳	144	179	248	229	217	252
	90歳以上	107	136	169	230	237	230
	計	752	886	1,011	1,118	1,195	1,277
女	65～69歳	37	43	51	59	51	46
	70～74歳	75	68	78	91	104	90
	75～79歳	247	212	189	210	240	273
	80～84歳	429	512	438	389	421	472
	85～89歳	529	617	748	641	571	611
	90歳以上	432	531	637	801	782	722
	計	1,749	1,983	2,142	2,190	2,169	2,213
総計		2,501	2,870	3,153	3,308	3,364	3,490





性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）をかけ合わせて算出

図 4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

1.3. 独居の認知症高齢者の在宅継続率

認知症であることが在宅から施設への移行を促進する要因であることは，すでに国内外の数多くの研究[1-7]で明らかにされています．川越ら[7]は令和3年度厚生労働科学研究において特定自治体の介護保険データベースを用いた2年間の前向きのコホート調査を実施し，①認知症高齢者は非認知症高齢者より在宅継続率が有意に低いこと，②独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いことを明らかにしています。

文献

1) Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, et al.: Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics, 7: 13, 2007.
2) Bharucha AJ, Pandav R Shen C, et al.: Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society, 52 (3): 434-439, 2004.
3) Williams N, Phillips NA, Wittich W, et al.: Hearing and cognitive impairments increase the risk of long-term care admissions. Innov Aging. 2020 Jan 1;4(2):igz053.
4) Tate K, Bailey S, Deschenes S, Grabusic C, Cummings GG: Factors Influencing Older Persons' Transitions to Facility-Based Care Settings: A Scoping Review. Gerontologist. 2023 Aug 24;63(7):1211-1227. doi: 10.1093/geront/gnac091.
5) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗：大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書. 医療経済研究機構 2012.
6) 石附 敬, 和気純子, 遠藤英俊：重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因, 老年社会科学 31(3)；359-365, 2009.
7) 川越雅弘, 南 拓磨：在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異. 令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」（研究代表者：粟田主一）総括・分担研究報告書. 26頁-31頁, 2021年3月.

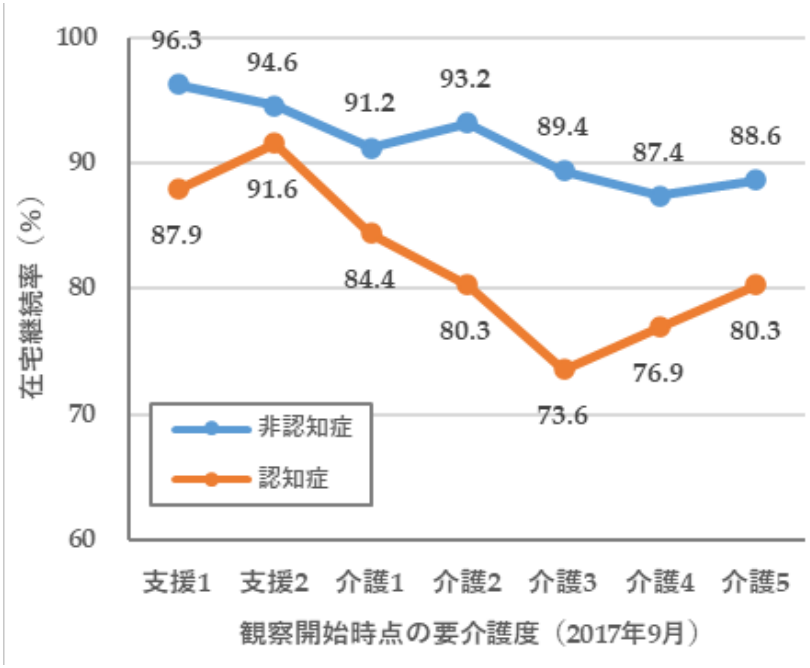


図 5. 要介護度別に見た 2 年間の在宅継続率：認知症高齢者と非認知症高齢者の比較

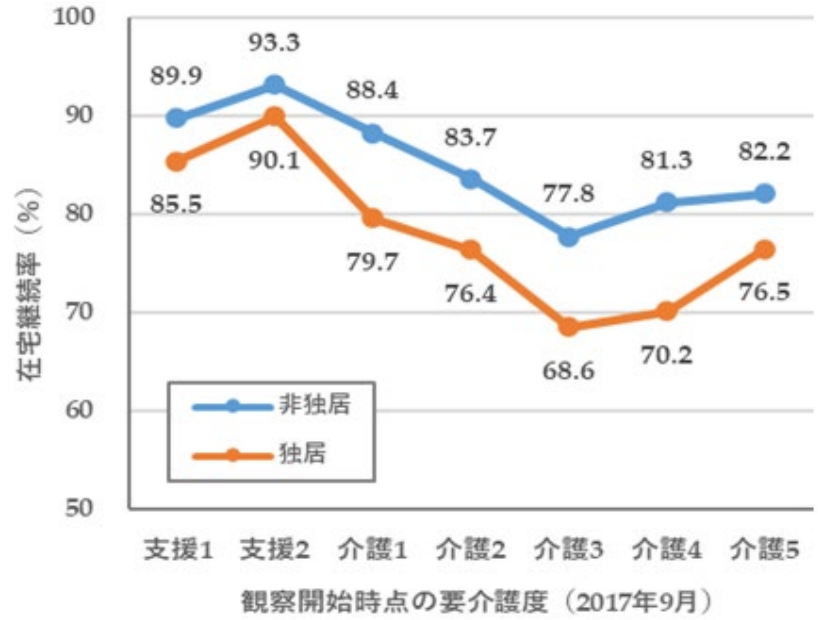


図 6. 要介護度別に見た 2 年間の在宅継続率：独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の比較

第2章　独居認知機能低下高齢者が直面している生活課題とその対応

2.1.　身体的健康問題

2.1.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で比較した身体的な健康状態を比較した横断研究は複数ありますが，結果は一致しています．横断研究であるために，因果関係がはっきりしないということもあります．たとえば，独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも健康状態がよいという結果も報告されていますが，それは独居であることが健康状態を良くしているのか，健康状態が良いから独居生活が継続できているのかがはっきりしません。

しかし，縦断研究の結果は，独居であることが認知症高齢者の身体的健康問題の発生を増加させる要因になることを示しているようです．フランスの 50 施設のメモリークリニックで実施されたクラスターランダム化試験[1]の二次分析によれば，独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも入院発生率が高いと報告されています．英国で実施された IDEAL 研究[2]でも，独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも併存疾患が多いこと，スロバキアの一医療機関で実施された調査[3]でも，独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも BMI の減少幅が大きいと報告しています．後述するように，わが国で実施された前向きのコホート調査でも，独居の認知機能低下高齢者の低栄養の出現頻度が同居者のいる認知機能低下高齢者よりも高いことが示されています[4]．

フランスの研究で示された入院リスク増大という結果については、例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪などによって身体的健康問題が実際に発生したり増悪したりして入院に至ったのか、それとも自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという社会的状況があったのか，そのあたりははっきりしません。しかし，私たちの日々の実践的な経験からは，例えば栄養管理，服薬管理，通院などのセルフケアが困難になり，それによって糖尿病や高血圧症などの慢性疾患が悪化し，それに対する家族等による生活支援が不足しているために，入院や施設入所によらざる得ないという状況がしばしば発生しているのではないかと推察されます．

2.1.2. 対応について

独居認知症高齢者の健康問題のリスク低減をアウトカムの指標とした研究は非常に限られています．米国の研究[5]では，ビデオによる服薬管理支援が通常ケアによるそれよりも有意に服薬の正確さが高まったと報告しておりますが，わが国では独居認知症高齢者を対象に健康問題のリスク低減に対する効果検証がなされた研究は見当たりません．

しかし，事例報告は少なくありません．中野ら[6]は，訪問介護士-介護支援専門員-医師・薬剤師の連携で処方内容を簡素化させた事例を報告しており，安田ら[7]は，医療チームによる個別対応で糖尿病の在宅管理をサポートした事例を報告しています．また，小笹ら[8]は，介護支援専門員・介護専門職・訪問看護師が連携して栄養・水分・服薬管理，身体の清潔、転倒予防について

検討し，本人ができることを尊重しながら必要な見守りや支援を提供した事例を報告しています.

私たちの日々の経験からは，医療・介護を含む地域レベルでの多職種連携によるケアコーディネーションとネットワークづくりが独居認知症高齢者の社会的支援へのアクセシビリティーを高め，健康状態の維持・改善に効果があるものと考えられますが，独居認知症高齢者の多数例においてその効果を検証した報告はまだ見当たりません.

文献

1) Soto M, Andrieu S, Fares C, et al. Living alone with Alzheimer's disease and the risk of adverse outcomes: results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer study. J Am Geriatr Soc. 2015; 63: 651-658.
2) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.
3) Harsányiová M, Prokop P. Living condition, weight loss and cognitive decline among people with dementia. Nursing Open. 2018; 5: 275-284.
4) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, et al. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. eCollection 2021.PMID: 34813604
5) Smith GE. Et al. Telehealth home monitoring o solitary persons with mild dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2007;22(1):20-26.
6) 中野真，飯野智，利根川美香，他．在宅医療における服薬指導の再確認．応用薬理. 2016;90(3-4):63-67.
7) 安田益恵，田淵裕子．物忘れのある独居糖尿病患者の在宅療養支援．看護実践の科学. 2016;41(13):25-32.
8) 小笹優美．独居の認知症高齢者の健康状態の悪化予防のための連携とケア．認知症ケア事例ジャーナル．2011;4(3):227-239.

2.2. 孤独と精神的健康問題

2.2.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で，精神的な健康状態を比較した研究についても縦断研究は限られています．英国の IDAEL 研究[1)]では，独居の認知症高齢者の方が同居者のいる認知症高齢者よりも抑うつ症状と孤独の頻度が高いと報告しておりますが，BPSD の出現頻度には変わりはないとしています．米国の地域疫学調査[2)]でも，MMSE24 点未満の認知機能低下高齢者における精神病症状の出現頻度は独居者と同居者のいる者との間で差はなく，焦燥性興

奮の出現頻度は同居者のいる者の方が高いと報告しています．焦燥性興奮が独居者で少ないとされているのは，独居であるから少ないのか，焦燥性興奮が少ないから独居が可能なのか，はっきりしません．

令和 2 年度の厚生労働科学研究において実施された 65 歳以上の地域在住高齢者約 1 万人を対象とする調査では，①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも，生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが，年収が低く，賃貸住居の居住率が高く，精神的健康度が低いこと，また，②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも，年収が低く，認知機能・身体機能・口腔機能・精神的健康度が低く，社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いことが明らかにされています[3]．この結果は，「独居であること」と「認知機能低下があること」のいずれもが，「精神的健康度の低下」に関連していることを示唆しています．

日々の実践的な経験からは，独居でありかつ認知機能が低下していることは，抑うつ，不安，孤独のリスクを高め，不安と孤独は妄想様体験の形成を促進しているように思われ，抑うつと不安が高じて焦燥性興奮のレベルに達すると在宅での生活が困難になり，施設ケアに移行するリスクが高まるのではないかと推察されます．

2.2.2. 対応について

独居認知症高齢者に焦点をあてて，精神的健康の維持・改善の有効性を検証しようとした介入研究は限られています．ドイツの研究[4]では，独居認知症高齢者を対象に認定看護師が月 1 回自宅を訪問し，系統的なニーズアセスメントと多職種カンファレンスを行い，主治医と相談して支援計画を立てる認知症ケアマネジメントの実践が独居認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）を有意に改善した報告しています．また，韓国の研究[5]では，独居認知症高齢者を対象とする訪問による認知刺激療法が，介入前後の比較で認知機能と抑うつに改善効果を認めたと報告しています．

このような独居認知症高齢者の精神的健康に焦点をあてた介入研究はわが国では見当たりませんが，事例報告は散見されます．例えば金谷[6]は，意欲や活動性の低下に対して訪問リハビリテーションを行い生活の再建を図った事例を報告しています．

独居認知症高齢者では，同居者がいる場合よりも，抑うつ，不安，孤独が高まりやすいことは先述したとおりですが，日々の実践的な経験からは，ピアサポート，グループ活動，信頼できる人と人とのつながりをつくる取り組み，仲間をつくること活動が，このような精神的健康問題の改善に役立つであろうと推察されます．しかし，それを多数例で実証した研究はまだ見当たりません．

文献

1) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.

2) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. Int Psychogeriatrics. 2010;22
3) 稲垣宏樹，栗田主一：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）．令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」(研究代表者:栗田主一) 分担研究報告書. 45 頁～68 頁. 2021 年 3 月.
4) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(10):996-1004.
5) Lee J, Lee AY. Home-visiting cognitive intervention for the community-dwelling elderly living alone. *Dement Neurocogn Disord.* 2020;19(2):65-73.
6) 金谷親好，金丸真由美，池田耕二，久松憲明．単身世帯の認知症高齢者 1 症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション. 2020;10(3):243-249.

2.3. 口腔機能低下

2.3.1. 実態について

高齢者の口腔の健康は生活の質に関連する重要な指標の一つであり、口腔衛生状態の悪化・口腔機能低下・摂食嚥下機能低下が、食事の喜びやコミュニケーションの機能などと関連して社会性の変化や生活の質に悪影響を及ぼすことが知られています 1)。特に超高齢者の低咬合力低下は、プロテイン、多価不飽和脂肪酸、食物繊維、ビタミン類、ミネラル類の低摂取につながり [2)]，口腔の健康に関連した生活の質の低下が認知機能や精神的健康にも影響することが指摘されています [3)]。

独居の認知症高齢者では，口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まること [4)]，日常的に傍らにいる他者からの支援を受けにくいために口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく、さらに廃用症候群を伴う場合は自宅生活が継続困難になる場合があると報告されています [5)]。

しかし，地域に暮らす認知症高齢者の口腔のセルフケア能力の低下は気づかれにくく，介入されにくいために，認知機能低下の進行とともに歯周病が悪化し，口腔内の汚染と歯肉出血が放置され，常に口腔内に炎症を抱えている状態になりがちです [6)]。何らかの疾患を契機に入院してから初めて口腔内の問題に気づかれることも少なくありません [7)]。軽微な口腔機能低下が重複している状態をオーラルフレイル [8)] と呼びますが、独居、多剤併用、うつ病の既往がオーラルフレイル発症の危険因子であり、さらに後期高齢者に限定すると歩行機能低下，認知機能低下、うつ病が危険因子であると報告されています [9)]。

訪問歯科診療は通常家族が同席できる場合が中心となるので，独居であることは訪問診療の受療を阻む要因になっています [10)]。また，認知症の人が受けられる歯科治療の情報不足、予約の遵

守の困難，経済的な制約、外出の困難，本人がリラックスできる関係性を保持できる歯科医師とつながることが難しいこと、本人が痛みを訴えなければ受診は先延ばしになることなどが，歯科受診の障壁になると指摘されています[11]。独居認知症高齢者では，上記のような障壁がさらに大きくなるために，口腔機能低下のリスクがより高くなると考えられます。

2.3.2. 対応について

英国では認知症の人の歯科医療へのアクセスが権利として保障されており(Equality Act 2010 英国)，認知症フレンドリーな歯科医療ガイドラインが刊行されています[11]。わが国においては日本老年歯科医学会が「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を発行しています（2019）[12]。また，わが国の研究で，訪問による口腔衛生の管理による定期的な介入が，認知機能低下高齢者の口腔機能と認知機能の改善に有効であったとする介入研究の結果も報告されています[13]．しかし，独居認知症高齢者に焦点を当てた介入研究の報告やガイドラインは今のところ見当たりません．

独居認知症高齢者では，①身近な介護者が口腔機能低下に気づき適切な歯科医療や支援機関につなげること、②歯科医療の専門職が認知症についての理解を深めるとともに定期的な関わりを継続できるようにすること，③介護者が口腔ケアについての指導を受けられるようにすることが特に重要かと思われますが，それが独居認知症高齢者の口腔機能にどのような影響を及ぼすかについての検証は今なお為されておりません．

文献

1) Lyzbeth Beatriz Ortíz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis.BMC Oral Health. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3.PMID: 31291933
2) C Inomata, K Ikebe, H Okubo, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963.PMID: 30931780
3) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman.Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc. 2008 Apr;56(4):711-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631. x. PMID: 18284537
4) 久保田 真美，堀口 和子.介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より.日本在宅ケア学会誌 2017;21(1) :67-75. ID2018005773
5) 山下 奈美，関根 一樹，大澤 かおる，川合 直美，金子 操，関矢 仁. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究 2012;29:25-28_ID2012347597
6) Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Yoshiko Motohashi, et al. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of

People with Cognitive Decline Living in the Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 14;18(22):11961. doi: 10.3390/ijerph182211961.PMID: 34831719
7) 迫田 綾子.口腔ケアを待つ人々　1人暮らしで寝たきりの痴呆高齢者を支える家族の口腔ケア.訪問看護と介護 2005; 10(1):68-71_ID2005090553
8) 一般社団法人日本老年医学会・一般社団法人日本老年歯科医学会・一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. 老年歯学.2024;第38巻第4号Supplement:86-96. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38_86/_article/-char/en)
9) 田中優成, 坪内美穂子, 栢下淳, 水上勝義. 地域在住高齢者におけるオーラルフレイルの関連要因―前期高齢者と後期高齢者の比較から―.日本老年医学会雑誌.2024; 61(1):68-79. doi: 10.3143/geriatrics.61.68. PMID 38583973.
10) Miho Ishimaru, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga.Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan.Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):679-683. doi: 10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823
11) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. Dementia. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942.PMID: 33345612
12) 日本老年歯科医学会・日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編.認知症の人への歯科治療ガイドライン.2019年6月10日発行 https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138
13) Matsubara C, et al. Effect of oral health intervention on cognitive decline in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. 2021 Jan-Feb;92:104267. doi:10.1016/j.archger.2020.104267

2.4.　低栄養

2.4.1. 実態について

地域に暮らす独居認知症高齢者の低栄養のリスクを明らかにした量的研究は限られています.岩崎らは, 4g/dl未満の血清アルブミン値と16kg/m^{2}未満の除脂肪体重を低栄養の基準にして, 認知機能低下がありかつ独居である高齢者は、認知機能低下がなく同居者がいる高齢者と比較して5.53倍低栄養になりやすいと報告しています[1)]。

一方, 独居の認知機能低下高齢者の低栄養の問題を指摘する事例研究は少なくありません. 鹿内[2)]は, 軽度認知症でも後片付けや食品の保存・廃棄に困難が生じ、食品衛生が確保されないことによる健康障害が引き起こされること, 経済面の心配によって食品購入を取りやめる結果、低

栄養になる場合があることを指摘しています．中山[3]は，近年のスーパーマーケットのDX化によって認知症高齢者の購買行動の一部が困難になる場合（例：自動支払機導入によって独居認知症高齢者が買い物自体に強い不安を覚え自立的な購買行動が抑制される）があることを報告しています。

また，糖尿病を併存する事例では，咀嚼機能の低下が炭水化物の過剰摂取と蛋白質の摂取不足につながり、味覚閾値低下が過剰な塩分摂取につながる場合があること，食事摂取が不十分のために低血糖になる場合があること[4]，長年の生活習慣や嗜好を変えることが難しいこと、栄養指導の内容を忘却してしまうこと、捕食を「おやつ」と誤認識すること、台所に他人を入れたくないといった思いから専門職が確認できる範囲が限られること、本人が気づかないうちに歯の調子が悪くなり摂取量が減少すること[5]，腎疾患が併存する事例では，栄養食事療法において外来での指導だけでは適切な実践につながらないこと，介助者がいたとしても介助者に適切な病態栄養の知識がない為に、咀嚼困難のため安易に粥食にした結果低ナトリウム血症を起こすなど，電解質異常、低アルブミン血症を引き起こす場合があること[6]等が指摘されています。また，服薬管理を支援する者がいないことから薬物の有害事象が生じやすく[7]，それが低栄養につながる場合があることも指摘されています[8]。

一般に食品摂取多様性の低下は低栄養のリスクになることが知られていますが，独居高齢者では食品摂取多様性が低下しやすいこと[9]，孤食が食品摂取多様性の低下に影響するが，配食サービスを利用すれば多様性は多少保たれる可能性があることも報告されています[10]。しかし，独居認知症高齢者では，そのようなサービスへのアクセスも不足するために低栄養リスクがさらに高まるものと推察されます。

2.4.2. 対応について

一般に，独居高齢者の低栄養リスクを軽減する方法として，共食，配食，中食の活用が考えられます.

共食とは，孤食ではなく，家族や仲間など誰かと一緒に食事をすることを言います．通いの場などで提供されている共食は、食事のみならず外出機会の確保やその場での会話、社会参加など、感覚刺激や実行機能への賦活効果などもあって，介護予防の効果も期待されます。しかし，必ずしも通いの場には管理栄養士がいないことから、病態や摂食嚥下機能に配慮した食事は提供されません[11]。そこで日本栄養士会では都道府県栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士が，共食を行う通いの場や配食業者と協力し，健康支援型配食サービスの提供を推進しています[12,13]。

独居の高齢者が食行動の困難を抱えた際には、配食を活用するのが一般的です．実際，配食サービスの利用者は80歳以上が大半であり、独居または高齢者夫婦のみ世帯の利用が9割を占めています[14]。「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」では，献立作成から病態栄養食（栄養素等調整食）への対応、摂食嚥下障害を持つ者に配慮した物性等調整食（嚥下困難がある人向けの食事として，硬さ，粘着性，凝集性などを調整して食べやすくしたもの）への対応、調理、衛生管理などを含めた商品管理についての在り方を示すと同時

に、利用者の状況把握や情報提供、専門職との連絡相談を適切に行うことの必要性が強調されています[15,16]。特に低栄養が疑われる者や在宅療養者等への配食開始時のアセスメントや継続対応については管理栄養士、かかりつけ医、かかりつけ歯科医との連携が必要です。配食サービス事業者は、配食に関連した重要な気付きを見逃さず、適切に医療介護の専門職と連携関係を築くことが出来るように、医療・介護チームに参加できる仕組みづくり、教育的な情報共有の取り組みが必要になります．配食注文時の本人アセスメントと配食継続時のフォローアップの際に本人の健康状態や食事摂取に関する状況把握､情報提供の留意点については具体例も示されています[17]。

中食とは,購入した惣菜または配達されたデリバリーの料理を自宅で食べることを指します[18]。惣菜を中心とした食生活をしている独居高齢者では、本人の好みで選択される惣菜のみでは摂取栄養が偏る傾向があります。しかし、惣菜の栄養価は成分表示から大きく外れることはなく、また中食市場の拡大により一人用の小分け惣菜の種類も増えていることから、調理意欲の低下した低栄養傾向にある独居高齢者の支援を行う際には、中食を活用したバランスの良い選び方などの栄養指導も行うことが進められています．これに加えて買い物支援における栄養支援が必要でしょう。

しかし，上記の対応は独居認知症高齢者に特化して検討された対策ではありません．独居認知症高齢者が上記のような支援につながり，継続的に支援を受けることができるかといった点で課題が残されます．独居の認知症高齢者の低栄養リスクの軽減には，①身近な人が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげること、②専門職が認知症についてよく理解するとともに定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続できるようにすること，③配食サービス業者等への指導体制を確保すること、④フォーマルとインフォーマルのサービスを連結させた地域支援を可能にすることなどが必要かと思われます。しかし，それらが独居認知症高齢者の栄養状態にどのような影響を及ぼすかについては今のところ検証されていません．

文献

1) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, et al. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. PLoS One. 2021 Nov 23;16(11):e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. eCollection 2021.PMID: 34813604
2) 鹿内あずさ.独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」　安全を保つ観点から.北海道医療大学看護福祉学部紀要.2004;11:1-11_ID2005165946
3) 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.2023；16(3)：171-176.
4) 荒砂慶子.【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点.食事療法.糖尿病診療マスター.2014;12(5):527-531._ID2014262536
5) 田村里織，下村賀代子，植地綾子，横山美希子，宮地千尋.糖尿病腎症 4 期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例.日本病態栄養学会誌.2018;21(4):521-529_ID2019123327

6) 田部井薫. 【高齢化する透析患者を支える】高齢透析患者の現状.臨床栄養.2012;120(2):136-140_ID2012121649
7) Fengzhu Ang, Jing En Pau, En Wei Koh, et al. Drug-related problems associated with community-dwelling older persons living alone in Singapore. Int J Clin Pharm. 2019 Jun;41(3):719-727. doi: 10.1007/s11096-019-00813-7.PMID: 30937694
8) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田 一樹.独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方.癌と化学療法.2015;42 Suppl.Ⅰ :33-35_ID2016108053
9) 吉葉かおり, 武見ゆかり, 石川みどり, 横山徹爾, 中谷友樹, 村山伸子.埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連.日本公衆衛生雑誌.2015;62(12):707-718_ID2016124200
10) 田中泉澄,北村明彦,清野諭,西真理子,遠峰結衣,谷口優,横山友里,成田美紀,新開省二. 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連.日本公衆衛生雑誌.2018 ; 65(12) : 744-754.
11) 東京都健康長寿医療センター：令和元年度老人保健健康増進等事業.通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業報告書. 令和 2 年 3 月
https://www.tmghig.jp/research/info/05%E6%91%82%E9%A3%9F%E6%A9%9F%E8%83%BD%E9%A3%9F%E4%BA%8B%E9%81%B8%E6%8A%9E%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%EF%BC%9A%E6%9C%AC%E5%B7%9D.pdf
12) 公益社団法人日本栄養士会：地域高齢者等の健康な食事のための管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集-栄養ケア・ステーション活用モデル. 栄養のチカラ、地域のカタチ.
https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409_02.pdf
13) 公益社団法人日本栄養士会：栄養ケア活動マッチングガイド.
https://www.dietitian.or.jp/publications/data/careguide_2023.pdf
14) 国立健康・栄養研究所：平成 24 年度老人保健健康増進等事業.地域高齢者の食生活支援の質及び体制に関する調査研究事業報告書.平成 25 年 3 月
（https://www.nibiohn.go.jp/eiken/assets/images/rojin24houkoku.pdf）
15) 厚生労働省：地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン
（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf）
16) 厚生労働省健康局健康課栄養指導室：「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」を踏まえた取組の参考事例集, 2019
（https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000479596.pdf）
17) 厚生労働省：配食事業者の方へ. 配食サービスを通じて高齢者の健康づくりを支えてみませんか（パンフレット）（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku_zigyousya.pdf）

18) 厚生労働省：e-ヘルスネット［情報提供］中食の選び方，https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-010.html

2.5. 行方不明

2.5.1. 実態について

警察庁の統計によると、認知症（疑いを含む）による行方不明者の数は年々増加し、2023 年には 19,039 人に達しています[1)]。これは 2012 年の集計開始以来、10 年でほぼ倍増したことを意味しています。しかし警察庁の統計は行方不明者届が出された人のみを集計したものであり、また世帯類型に関するデータが含まれていないため、独居認知症高齢者の行方不明発生率を算出することはできません.

そこで令和 4 年度の厚生労働科学研究[2,3)]において千葉県内の市町村自治体の協力を得て、自治体で把握された世帯類型別の行方不明高齢者数の実態を調査しました。それによると行方不明発生率は独居世帯高齢者人口 10 万人対 127.67 人、同居世帯高齢者人口 10 万人対 194.30 人となり、同居世帯の方が発生率は高いという結果になりました。これは一見すると独居認知症高齢者の方が行方不明になりにくいという結果に見えますが、この結果については少し考察が必要です。まず、行方不明に気づくのは同居家族が約 6 割であるということが明らかにされているので[4)]、独居の場合は行方不明になったことに気づかれない可能性が高くなります。また，独居の行方不明者のみを対象とした研究では、150 人の行方不明者の内、33 人（22.0%）は発見（保護）されてから行方不明になっていたことに気付かれていいます[5)]．これらのことから、独居の場合は行方不明を把握すること自体に困難が伴うと考えられ、それが発生率を相対的に低下させているものと推測されます． しかし，一方で，独居高齢者は同居高齢者に比べて心身の機能が高いことが示唆されていますので[6-8)]、心身の機能の高さが行方不明の発生を抑制している場合もあるかもしれません．独居認知症高齢者の行方不明発生率が非独居の場合と比べて高いか低いかについては，現段階では不明と言わざる得ません。

しかし，行方不明になった後に死亡するリスクは独居認知症高齢者の場合の方が有意に高いことが日本の研究[9)]と米国の研究[10)]で明らかにされています．行方不明になってから発見されるまでの時間が長くなると死亡リスクが高くなることが明らかにされていいますので[9)]、独居の場合は行方不明になったことに気づかれにくいため，それが初動捜索の遅れ、ひいては発見の遅れにつながり，死亡リスクを高めている可能性があります。

2.5.2. 対応について

独居認知症高齢者の行方不明の発生や行方不明後の死亡リスクを低減するには，認知症の人が道に迷ったり，仮に行方不明になったとしても，身近な人がそのことに早期に気づき，必要な支援を提供することができるような社会環境の整備が必要かと思われます．現在，わが国では，自治体と警察の２つの部門で，認知症高齢者に対する行方不明対策が講じられています．警察は「行方不明者発見活動に関する規則」[11)]など各種法令に基づいた対応を行っており，自治体はそれぞ

れの自治体で多様な対策が講じられておりますが，それらは独居であるか否かに関わらずに講じられてきた対策です。

そこで、令和 6 年度厚生労働科学研究では先行研究で作成した 20 項目の自治体における認知症高齢者行方不明対策のリストを用いて、それらが独居認知症高齢者の行方不明対策としてどの程度重要であるか 5 段階で点数化するアンケート調査を全国の市町村自治体を対象にして実施しました（悉皆調査)。その結果、最も重要であるとされたのは「警察との情報共有や連携」であり、「地域住民による見守り」，「認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り」，「家族・親族との連絡体制」がこれに次ぎました。

また、各項目の点数を因子分析したところ、これらの対策は 5 つの領域に分類されることが明らかになりました（表 1)。第 1 領域は「連携」に関するものでした。ここには，「行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催」など，地域包括支援センターの地域ケア会議や介護支援専門員のサービス担当者会議で対応できるものと、「行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施」など，住民と協働した地域活動が含まれていました。第 2 領域は「事前合意」に関するでした。先述したとおり、行方不明から発見までの時間が長くなるほど死亡するリスクが高くなることから、関係機関・関係者と行方不明時にどのように行動するかを事前に決めておくことは重要です。第 3 領域は「SOS ネットワーク」でした。行方不明対応には地域の様々な機関・関係者の協力が必要になることから、多くの市町村で SOS ネットワーク（名称は市町村により様々である）という形で行方不明対策が講じられています。これは地域の関係機関・関係者によるネットワーク構築の必要性を示しています。第 4 領域は「ICT による問題解決」でした．わが国は少子高齢化により地域で見守りをする人も高齢化しています。ICT の活用は今後ますます重要になっていく可能性があります．しかし，ICT 機器を上手く使いこなせるかという課題もあります。独居の認知症高齢者にとって使い勝手の良い ICT 機器の開発が期待されます。第 5 領域は行方不明対応の文書化でした。市町村が施策を実施するためには文書化された根拠が必要になります。しかし、これは独居か否かに関わらず必要なことなので、独居認知症高齢者の行方不明対策にとって特に重要ということではありません。

Ｋｉｋｕｃｈｉらの報告[12)]によれば、介護保険サービスの利用が行方不明の早期発見を促進することを示唆しています．独居認知症高齢者がさまざまな社会的支援につながっていること、すなわち社会的孤立が解消され、社会参加が促進されていることが，行方不明の発生リスクと行方不明後の死亡率を低下させることにつながるのではないかと推察されます。

文献

1) 警察庁：令和５年における行方不明者の状況. 2024.

2) 菊地和則，池内朋子，粟田主一：独居認知症高齢者の行方不明発生率に関する研究．令和 4 年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」（研究代表者：粟田主一）総括・分担研究報告書．168 頁～171 頁．2023 年 3 月.

3) 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.
4) 鈴木隆雄：認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. 日本セーフティプロモーション学会誌.,10(1), 6-13. 2017.
5) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 粟田主一: 独居認知症高齢者の行方不明の実態-150 事例からの報告-. 32(4), 469-479. 2021.
6) Iliffe S, Tai SS, Haines A et al.: Are elderly people living alone an at risk group? BMJ. 305., 1001-1004. 1992.
7) Fujii K, Sato A, Jindo T et al.: Comparison of physical and cognitive function and depression between older adults living alone and with others in rural area of Japan: a large-scale mail survey of the Kasama study. J Educ Health Sci., 64, 251-259. 2019.
8) Kubota T, Sakamoto H, Mutsukura T et al.: Comparison of work performance between elderly people living alone and living alone in community. Int J Exerc Sci., 3, 1-7. 2020
9) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T：Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatr Gerontol Int,19(9),902-906,2019.
10) Rowe MA, Greenblum CA, Boltz M, Galvin JE: Missing drivers with dementia: antecedents and recovery. J Am Geriatr Soc, 60(11),:2063-2069,2012.
11) 国家公安委員会規則第十三号：行方不明者発見活動に関する規則.
12) Kikuchi K., Ooguchi T., Ikeuchi T., Awata S.: Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. Geriatr Gerontol Int.,23(5), 362-365. 2023

表 1. 「市町村における独居認知症高齢者の行方不明対策」のリスト

第 1 領域：連携
行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施
行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催
マンションなどの管理組合との連携
町内会・自治会などとの連携
行方不明対策に認知症高齢者本人の参画を得ること
認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り
他自治体との広域連携
誰が警察に行方不明者届を出すか決めておくこと
成年後見人等の選任
第 2 領域：事前合意
関係機関との間で個人情報の授受を円滑に行える仕組み
行方不明の恐れのある高齢者の把握
家族・親族との連絡体制
行方不明になって発見された時の対応を決めておくこと
警察との情報共有や連携
第 3 領域：SS ネットワーク
SOS ネットワーク等による見守り
SOS ネットワーク等を機能するようにすること
SOS ネットワーク等への本人の登録
地域住民による見守り
第 4 領域：ICT による問題解決
行方不明になった時に居場所を確認するための ICT を活用した捜索機器の開発
行方不明になったことを早期に把握するための ICT を活用した見守り機器の開発
第 5 領域：行方不明対応の文書化
認知症による行方不明に関する要綱・要領の制定
認知症による行方不明に関する条例の制定

2.6.　経済的困窮と住まいの喪失

2.6.1. 実態について

独居の認知症高齢者と同居者のいる認知症高齢者の間で経済状況を比較した研究は限られています．海外の研究では，Webber ら[1)]が，独居の認知症高齢者は独居ではない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり，医療その他のサービス利用頻度が低いと報告しています．わが国では，令和 2 年度の厚生労働科学研究において実施された 65 歳以上の地域在住高齢者約 1 万人を対象とする調査において，①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも，生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが，年収が低く，賃貸住居の居住率が高く，精神的健康度が低いこと，また，②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも，年収が低く，認知機能・身体機能・口腔機能・精神的健康度が低く，社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いことを明らかにしています[2)]．このことは，独居であることと，認知機能低下のあることが，それぞれ独立して年収が低くなることに関連していることを示唆しています．また，経済的困窮は，特に家賃が相対的に高い大都市の賃貸住宅に居住している認知機能低下高齢者にとっては住まいの喪失に直結する問題であることも指摘しておかなければなりません．

2.6.2. 対応について

「認知症」でありかつ「独居」であることは、①日常的な金銭管理に支障が生じている場合がある、②家族による家計管理の支援が得られない場合がある、③年金や生活保護など必要な社会保障制度の利用につながれていない場合がある，④消費者被害や虐待等による経済被害のリスクがあることなどから、経済的困窮と住まいの喪失のリスクが高まることが予想されます。これらの問題を克服していくためには，後述するように，独居認知症高齢者の社会的孤立の克服に向けた総合的な対策が不可欠でしょう．

尚，住まいの喪失について，経済的支援，居住支援，生活支援を一体的に提供する活動が MPO 法人等によって展開されています[3,4)]．NPO 法人ふるさとの会によれば，賃貸住宅に住んでいた単身男性では、家賃滞納・ごみや失禁に伴う居室の損傷による退去要請や、物盗られ妄想・鍵の紛失・ボヤ騒ぎなどにより契約更新の拒否が契機になって住まい喪失する人が少なく，そこには認知症の人が相当数含まれていると考えられています[5)]。そこで実践されている当事者中心の支援[6)]が利用者の精神的健康の回復に寄与することが縦断的研究によって報告されています[7)]。

文献

1)　Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist.34(1):8-14 (1994)

2) 稲垣宏樹，粟田主一：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）．令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」（研究代表者：粟田主一）分担研究報告書．45 頁～68 頁．2021 年 3 月．
3) 滝脇 憲．大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える．こころの科学(0912-0734)161 号 Page86-91(2012.01)
4) 的場由木．社会的孤立・貧困の状態にある認知症高齢者の生活支援．認知症ケア事例ジャーナル 2022 年 15 巻 3 号 Page177-183
5) 的場 由木．社会的に孤立し、生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援．老年精神医学雑誌(0915-6305)31 巻 5 号 Page481-486(2020.05)
6) 岡村毅、的場由木．　ホームレス支援における当事者中心の支援論　精神療法 2016 年第 6 号，818-823
7) Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness 2023;32:179-184 DOI: 10.1080/10530789.2021.2002632

2.7. 社会的孤立

2.7.1. 実態について

社会的孤立とは，一般的には「家族やコミュニティと接触がないこと」[1)]を意味しますが，その本質的な意味は，「意味のある社会的ネットワークが欠如していること」[2)]であり、「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」[3)] であると理解する必要があります．

高齢者は、年齢が高くなるとともに、独居、認知機能低下、身体機能低下、移動能力低下、身体疾患、低所得・低資産になる傾向が高まりますが，これらの因子はすべて社会的孤立のリスク因子であるとともに、社会的孤立がこれらを促進する因子でもあることが明らかにされています[4-9)]．令和 2 年度の厚生労働科学研究[10)]によって明らかにされた，①独居の認知機能低下高齢者は同居者のいる認知機能低下高齢者よりも，生活自立度や社会的ネットワーク・社会的交流の頻度は高いが，②独居の認知機能低下高齢者は独居の非認知機能低下高齢者よりも社会的ネットワーク・社会的交流の頻度が低いという結果は，独居の高齢者は同居者のいる高齢者よりも友人づきあいや社会活動が保たれている[11)]が，しかし，そこに認知機能低下が加わると社会的孤立の傾向が認められるようになること，また，その際には生活支援のニーズが生じる可能性が高まるが，独居高齢者では生活支援の担い手となれる家族や親族が不在である可能性が高くなり[12)]，情報を入手し、援助を希求し、必要なサービスにアクセスすること自体が困難になる可能性が高まることを意味しています[13)]．実際，先述したように，独居の認知症高齢者が、同居者のいる認知症高齢者よりも経済的に貧困であり、医療その他のサービス利用頻度が低いこと[14)]、ニーズが充足されないこと[15)]、社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないこと[16)]が数多

くの研究で指摘されています．また，わが国の事例研究[17,18]においても，独居の認知症高齢者では、近隣トラブルで事例化して初めて認知症に気づかれ、その時点ではすでに社会的排除が起こり,社会的孤立が深刻になっているケースがあることが示されています。

以上のような調査結果から,「独居であり」かつ「認知機能低下がある」ことが社会的孤立を促進する要因となり，それが身体的健康問題，精神的健康的健康問題，口腔機能低下，低栄養，行方不明後の死亡，消費者被害，経済的困窮等の問題を複合的に生じさせるリスクを高め，認知症機能低下のある独居高齢者の尊厳ある自立生活を阻む状況をつくりだしていることがわかります.

2.7.2. 対応

先に述べたように，社会的孤立とは、必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークが欠如している状態を意味しています[3]，実践的な経験から，この問題にアプローチしていくためには，個別支援のレベルで社会的支援を統合的に調整する仕組みを確保するとともに，独居の認知機能低下高齢者がそのような仕組みにつながりやすくするための社会環境の整備が不可欠です，前者は一般的にはケアコーディネーションまたはケアマネジメントと呼ばれ，後者の仕組みはネットワーキングまたは地域づくりと呼ばれています[19]．どのようなケアコーディネーションとネットワーキングの組み合わせが，独居認知症高齢者の尊厳ある地域生活の継続に役立つのかについては，まだ科学的な検証がなされていません．しかし，そのような検証を行う前に，現実に行われているケアコーディネーションとネットワーキングの取り組みを可視化させ，体系化しておく必要があります[20]．このテーマについては，後程改めて詳しく説明いたします.

文献

1) Townsend P. The Family Life of Old People: An Inquiry in East London. Routledge & Kegan Paul, London; 1957.
2) Meeuwesen L. A typology of social contacts. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L, eds. Social Isolation in Modern Society. Abingdon, UK and New York: Routledge. 37-59 (2006)
3) 栗田主一. 【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって　一人暮らし、認知症、社会的孤立. 老年精神医学雑誌.31(5):451-459 (2020)
4) Aartsen M, van Tilburg T, Smits C, Knioscheer K. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on th personal network in old age. J Soc Pers Relat.21(2):249-266 (2004)
5) Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis.70(s1):S119-S144 (2019)
6) Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, Chan YH. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Qual Life Res.29(9):2375-2381 (2020)

7) Bien B, Bien-Barkowska K. Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. Qual Life Res.25(12):3047-3056 (2016)
8) Chatters LM, Taylor HO, Nicklett EJ, Taylor RJ. Correlates of Objective Social Isolation from Family and Friends among Older Adults. Healthcare (Basel).6(1). (2018)
9) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health.11:647 (2011)
10) 稲垣宏樹. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」（研究代表者：粟田主一）分担研究報告書：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）. 2021.
11) Xiang X, Chen J, Kim M. Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. Gerontologist.60(1):101-111 (2020)
12) 粟田主一. 【認知症の人のための住まいと生活支援】認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか. 老年精神医学雑誌.26(5):487-492 (2015)
13) 粟田主一. 【認知症トータルケア】課題と事例　家族構成の変化、独居への対応. 日本医師会雑誌.;147(特別 2):S400-S401. (2018)
14) Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist.34(1):8-14 (1994)
15) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? Int Psychogeriatr.22(4):607-617 (2010)
16) Askelson NM, Campo S, Carter KD. Completely isolated? Health information seeking among social isolates. Health Educ Behav.38(2):116-122 (2011)
17) 澤滋. 【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学.35(4):373-378 (2020)
18) 齊藤春恵. 【男性の独居高齢者を地域でどう支えるか-社会的孤立を防ぐには】(事例 3)横浜市戸塚区の取り組み　高齢者を見守るまちづくり　「みまもりネット」による"気になる人"の早期発見・早期支援. 保健師ジャーナル.73(5):407-412 (2017)
19) 粟田主一:【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター　コーディネーションとネットワーキングという観点から. 日本老年医学会雑誌. 57(1):22-27 (2020)
20) 粟田主一：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, 2023, 東京.

第3章　意思決定支援と権利擁護に関する課題とその対応

3.1. 意思決定支援に関する課題とその対応

3.1.1. 課題について

意思決定に参加する権利が尊重され、かつ、その決定が尊重されることが、意思決定の中核的要素です[1,2]。以下に、独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題を整理して解説します。

(1) 意思決定に関わる別居親族の有無による分類

意思決定に関わる別居親族の有無によって、以下のような場合分けが可能です。

① 身寄りがないか、意思決定に関わる親族がいない場合。意思決定は本人と意思決定支援者、あるいは代理意思決定者・代行決定者によって行われる。

② 意思決定に関わる別居の親族がいるが、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができない場合。

③ 意思決定に関わる別居の親族がいて、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができる場合。

別居親族の意向の取り扱いが課題となる背景には、日本社会の慣習として、認知症高齢者の意思決定の際に様々なレベルの家族の関与を求めているとうことがあります。②③について、別居家族がいる場合には、本人との関係や関与の過多に関わらず、別居家族の意向が優先される傾向があります[3]。

(2) 認知症の進行と意思決定支援

認知症の進行に伴う生活障害や身体機能障害の進行によって必要なケアが変化し、意思決定を行う課題も変化します。認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式です[4]。軽度から中等症の認知症者は、意思決定にある程度関わることができることが多くの研究で示されています[4]。意思決定能力は幅広い連続性の中に広がるもので[5]、相手との関係性によっても変化します[6]。認知症高齢者が家庭のなかで日常生活の事実行為の意思決定をどのように行っているのかということに関して、認知症高齢者とその介護者を対象としたインタビュー調査が行われています[7]。この調査では、何を食べる、何をする、何を着るといった日々の生活のなかの意思決定は、介護者との日常的な会話の中で行われ、介護者が本人の意思決定能力を用件ごとにすばやく判断していることが示されています。そして、こういった意思決定支援は長く連れ添った配偶者が最も長けていることが明らかにされています。日常生活の事実行為の意思決定支援に関わる家族がいない独居認知症高齢者において、専門職等による支援が本人にとってどのような価値をもたらしているかについては、今後の研究の課題となるでしょう。

認知症の進行にともない、共同意思決定(本人が法的強制力のある意思決定をすることを、第三者が支援すること)[8] から代行意思決定（substituted decision making：代行意思決定者が、本人に代わって意思決定を行うために介入すること）に徐々に移行していくことが報告されています[7,9]。2017 年に厚生労働省が行った全国調査[10] に、「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったこと

がありますか？」という質問項目があります。この質問に対して、「詳しく話し合っている」(2.7%)、「一応話し合っている」(36.8%) と回答した者のうちの 94.3%が、その相手として家族をあげています。つまり、多くの国民が、意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者として家族を想定していると考えることができます。同居家族だからいって本人をよく知っているとは限らないし、別居家族だからといって本人をよく知らないとは限りません。しかし、多くの例外はあるものの、一般的な状況として、独居者の場合、本人をよく知る意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者がいないという状況が起こりやすい、と言えるでしょう。

(3) 意思決定のジレンマ

本人の意思と意思決定支援者が最善と考える選択の間にずれが生じるところに意思決定支援に関わるジレンマが生じます。認知症の進行とともに、本人の現在の意思が明確な言語的表現として表示されにくくなり、意思決定支援に関わるジレンマがさらに大きくなります。意思の代理・代行決定が必要な状況で、本人をよく知る家族がいる場合、家族から情報を得ることは、本人の希望や意向、意思決定能力、本人の支えになる人を知る助けになるでしょう。多くの代行決定者が、判断に迷い、セカンドオピニオンの必要性を感じるときには家族に相談すると答えています。しかし、Fetherstonhaugh [11] は、過去にその人が表示した意思を現在のその人に優先することは、認知症者が心変わりする権利を否定することであると述べています。

意思決定支援は、ある方法によって成功する場合もあるし、同じ方法が本人の意思決定を妨げることもあります。木口はその論考 [12] のなかで、「障害のある人の権利に関する委員会」の専門家であるエダ・ワンゲチ・マイナの以下の言葉を紹介しています：「支援者と支援を受ける人の間の人間関係を構築するには、時間とエネルギーが必要だが、信頼と尊敬のもとで障害をもつ人が彼ら自身を表現し、願いを伝え、その人の願いを反映することを可能にするためには、支援は、必然的に人間関係の発展を含むと理解されるべきだ」。意思決定支援がマニュアルによって成功しないのは、それが人間関係のなかにある動的な営みであるからでしょう。

3.1.2. 対応について

「独居認知症高齢者の意思決定支援における課題」を克服するための対策を考えるにあたって、まず整理すべきことは個人の意思決定と家族の関わりでしょう。日本社会における個人の責任や意思と家族のそれとの線引きは非常に曖昧で、家族は、意思決定能力を欠く個人と社会との間の緩衝帯として機能してきました [13]。たとえば医療上の意思決定に関して、現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していません。しかし、医療の中の慣習として、意思決定能力が不十分と見なされた患者の治療上の決定は、最も近い近親者の意見に従うことが広く容認されています。

このような慣習を背景として、医療の場における選択、とくに医療上の意思決定をめぐって、「独居の認知症患者が増えてきて、意思決定支援が難しい」という話を聞くようになりました [14]。正確には、「家族に代諾を求められない認知症患者では、医療方針の決定をめぐる倫理的ジレンマが生じやすい」ということです。こうした事項も背景となって、多くの医療機関にいわゆる臨床倫理委員会が設置されるようになっています [15]。わが国の臨床倫理委員会のひとつの特徴は、そ

の 77.6%が医療安全委員会であることです（2022 年調査）[16]。患者の権利擁護という歴史的背景から切り離され、医療安全委員会を土台として設置された臨床倫理委員会の議論の重心は「問題が起こらないこと」に置かれる傾向にあります[17]。委員会の目的が訴訟の回避であるなら、無危害原則が優位になるでしょう。実際、身寄りのない独居認知症高齢者では、医療同意を代行する家族がいないことが、治療の手控えにつながる傾向が指摘されています[18]。

認知症者の意思決定に関するシステマティックレビュー[19]では，認知症がある人の意思決定は複雑であり、認知機能障害だけではない多くの要因の影響を受け、本人の意思決定能力と介護者が意思決定に対してもつ責任とそこに及ぼす影響などのバランスによって、共同意思決定、代理意思決定等の様式によってなされることが指摘されています。身寄りのない者の意思決定をめぐる根本的な課題は、彼らが家族という潜在的な代行決定者をもたないことではありません。家族による代行決定そのものについて整理する必要があり、その前提として、自己決定あるいは自己決定権がもつ本来の意味を一度は正確に理解する必要があります。19 世紀中頃、ジョン・スチュアート・ミルは、功利主義の立場から以下のことを述べています[20]：「判断力のある大人なら、自分の生命、身体、財産などのあらゆる自分のものに関して、他人に危害を及ぼさない限り、たとえその決定が本人にとって不利益なものであっても、自己決定の権限をもつ。他者は止めようと説得する権利をもつが、強制する権利はもたない」。こういった個人主義を背景とした生命倫理学が患者のもつ脆弱性への配慮を欠くことへの批判[21]があることは当然知っておく必要があります。しかし、現実として、今日の自由主義社会においては、自律尊重は最も重要な原則であり、原則的には、他人に危害を及ぼさないかぎり本人の自己決定は尊重されます。権利擁護という観点においても、従来はその人の権利・利益が不当に侵害されないことに重点がおかれていましたが、最近では、権利・利益が本人の意向に沿って実現されることの重要性も認識されるようになっています[22]。また、国際的には、意思決定能力が十分でないとされる者の意思決定支援において、「最善の利益」よりも「意思と選好の最善の解釈」が強調されるようになってきています。このような考え方は、Dignity of risk（リスクを負う尊厳）にも通じています。Dignity of risk を最初に論じた Perske[23]は、障害がある人に対する過度の保護は、「失敗する権利」を奪い、尊厳を侵害するとしています。

とりわけ独居の高齢者では、認知症を発症する以前からすでに安全の確保が大きな課題になる傾向があります[24]。認知症高齢者の支援において、ケア従事者が、認知症高齢者の意思に反して医療福祉制度を適応しようとするときに、しばしば自由権と社会権の対立が生じます。

まず、一般に、認知症がある人の意思決定には patient-centered の要因とそうでないものが複合的に影響を与えていること[25]を認識しなければなりません。その上で、より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要があります。独居認知症高齢者では、同居者がいる場合と比較して、日常生活のなかの安全確保、医療、財産管理、代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い[24]のは確かですが、フォーマルサービスの利用に関連した意思決定が、エンパワメントと自立に対する脅威になり得る[26]こと。認知症の進行にともなって生じるリスクから保護することと日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること[27]は同義ではないということを認識しておく必要があります。

文献

1) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. J Aging Stud. 2013;27(2):143-50.
2) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, Beattie E. "The Red Dress or the Blue?": How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? J Appl Gerontol. 2016;35(2):209-26.
3) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邉大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標. 2015;62(12):15-21.
4) Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. BMC Health Serv Res. 2012;12:241.
5) Holm S. Autonomy, authenticity, or best interest: everyday decision-making and persons with dementia. Med Health Care Philos. 2001;4(2):153-9.
6) O'Connor D. Personhood and dementia: toward a relational framework for assessing decisional capacity. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2010;5(3):22-30.
7) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. Int Psychogeriatr. 2013;25(6):949-61.
8) Kohn NA, Blumenthal JA. A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. Disabil Health J. 2014;7(1 Suppl):S40-3.
9) Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M, Shanley C. Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? J Med Ethics. 2017;43(1):35-40.
10) 厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf.
11) Fetherstonhaugh D. Dementia: Ethical issues: Nuffield Council on Bioethics; 2009 [Available from: https://www.nuffieldfoundation.org/research/nuffield-council-on-bioethics.
12) 木口恵美子. 自己決定支援と意思決定支援―国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」―. 福祉社会開発研究. 2014;６:25-33.
13) 齋藤正彦. 日本における医療側から見た成年被後見人の医療同意. 田山輝明, editor. 東京: 三省堂; 2015.

14) 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 一人暮らしの認知症の人への支援. 東京都; 2024.10. (未公開資料)
15) 瀧本禎之. 【医療における臨床倫理コンサルテーション】臨床倫理コンサルテーションとは. 精神科治療学. 2020;35(3):231-6.
16) Sato H, Takimoto Y. Clinical ethics problems in psychiatry and the need for clinical ethics consultation in Japan: A cross-sectional study. PCN Rep. 2023;2(2):e86.
17) Tsuboi E. Patient Safety Issues. Challenge of the JMA to Protect Patient Safety. Japan Medical Association Journal 2001;44(9):382-4.
18) Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, Wongpakaran N, Wongpakaran T, O'Neill N, et al. Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. Int Psychogeriatr. 2015;27(6):1029-37.
19) Bhatt J, Walton H, Stoner CR, Scior K, Charlesworth G. The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review. Aging Ment Health. 2020;24(3):363-73.
20) Mill J. On Liberty. 4 ed. London: Logmans; 1869.
21) 秋葉悦子. 人格主義生命倫理学. 東京: 創文社刊; 2014.
22) 小賀野晶一. 【高齢者、特に認知症高齢者の権利擁護】法律家の立場から、法学的立場から. 精神科. 2019;34(4):366-70.
23) Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. Ment Retard. 1972;10(1):24-7.
24) Groen-Van De Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, Eefsting J, Jukema J, et al. Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: A qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. BMJ Open. 2017;7(11):1-13.
25) Auriemma CL, Butt MI, McMillan J, Silvestri JA, Chow C, Bahti M, et al. ″What choice do we have?″ Reactive and proactive decision-making for aging in place with dementia. J Am Geriatr Soc. 2024;72(11):3398-412.
26) Haslbeck J, McCorkle R, Schaeffer D. Chronic Illness Self-Management While Living Alone in Later Life:A Systematic Integrative Review. Research on Aging. 2012;34(5):507-47.
27) de Medeiros K, Berlinger N, Girling L. Not Wanting to Lose the Dignity of Risk: On Living Alone with Dementia. Perspect Biol Med. 2022;65(2):274-82.

3.2. 成年後見制度の利用に関する課題とその対応

3.2.1. 課題について

成年後見制度の利用については、以下のような課題が指摘されています。

(1) 制度利用者の少なさ

制度発足時に期待されたほどには同制度が利用されていないことは繰り返し指摘されてきました。2016 年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（成年後見制度利用促進法)」が施行されて以降も、利用者が大幅に増える事態には至っていません。最高裁判所が公表しているデータ[1)]と、認知症高齢者の推計値から推測すると、認知症高齢者のうち成年後見制度を利用しているのは 2%程度です。潜在的な需要と比較して、著しく少ないことがわかります。

(2) 制度の理念の実現の不十分さ

成年後見制度では、自己決定権の尊重、残存能力の尊重、ノーマライゼーションの実現がその理念とされています。しかし実際には、自己決定権をもっとも制限する後見類型での利用が 3/4 を占め、申し立ての動機としては預貯金の解約、施設入所のための介護保険契約が多いことが明らかにされています 1)。現状では、認知症等の進行によって在宅生活の継続が困難になり、施設入所等の必要性が切迫した段階で利用されることが比較的多いものと推察されます。そうした状況では、認知機能低下の進行のために本人が制度を理解することの困難性が増しており、また、制度利用の必要性が切迫しているために本人の意思が十分に尊重されずに申立が行われる傾向があります。本制度が、本人の自己決定権を尊重し、認知症高齢者の権利侵害に対する予防的対応[2)]して積極的に活用されているとは言えないでしょう。

(3) 意思決定、とくに医療上の意思決定への関わり

現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していません。医療上の慣習として、もっとも近しい家族の意向に従うことが多いのですが、法的には家族に医療上の代諾権が与えられているわけではありません。そして、成年後見人にも医療上の代諾権はありません。

成年後見人の医療上の意思決定への関わりの形としては、医療方針の決定に関わるカンファレンス（合議体）への参加があります。しかし、現状では成年後見人等からの働きかけでカンファレンスが開催されることは少なく、医療者の呼びかけによって開催されるのが一般的です。医療同意権がないことを理由に成年後見人がカンファレンスへの参加を断わる場合もあります。医療側からすると、必ずしも成年後見人の協力が得られるわけではないという背景もあります。それとは反対に、医療従事者側に成年後見制度に関する知識が不足しているために[3)]、後見人が医療同意を強く求められたり、重要な決定の際にも成年後見人に連絡がないという報告が後見人からなされています[4)]。認知症ケアに関わる専門職が、成年後見制度に対する十分な知識を持っていないことが示唆されます。

さらに、成年後見人と家族との関係の課題もあります。前述の、自己決定能力が不十分であるとされる者の医療上の選択はもっとも近しい家族が行うという医療上の慣習等を背景として、医療者、あるいは成年後見人等が、虐待者である家族の意向をまったく無視することができず、虐待者である家族の意向の取り扱いに苦慮したケースも報告されています[5,6)]。

成年後見人と医療代諾権については慎重かつ十分な議論が必要なことは言うまでもありませんが、そのためには、家族が実質上の代諾者になっている現状の整理が必要です。その上で、被後見人の医療上の意思決定に、成年後見人等がどのように関わっていくのかという課題を検討する必要があります。

(4) 成年後見人等に対する支援の不足

終末期医療に関わる意思決定への関わりなど、成年後見業務の広がりがあるなかで、中核機関への相談体制は自治体によりさまざまです。制度の担い手である成年後見人等への支援体制の構築もひとつの課題です。

(5) 被後見人等による評価の欠如

成年後見制度は、その発足以来、「本人による同事業・制度の評価」という形の制度評価はなされておらず、また、同事業・制度を利用することによって本人に何がもたらされたのかということに関しても、利用者本人を対象とした評価が行われていません。自己決定権の尊重を理念として掲げる成年後見制度について、本人にとっての制度の意義が本人目線で評価されることを可能にすることは大きな課題です。

3.2.2. 対応につてい

成年後見制度へのアクセシビリティを改善し、切迫した状況になる前に本人と制度利用について検討できるようにすることが、制度の本来の趣旨である自己決定権の尊重の実現につながります。課題解決に向けて以下のような対応が考えられます。

(1) 制度に関する知識の普及

成年後見制度に関する知識の欠如に影響を及ぼす要因として、金融リテラシーの影響が大きいことが報告されています [7]。したがって、判断能力が保持されている段階で、将来同制度の対象となり得る人たちの金融リテラシーを高めることが [8] 利用を促進するものと考えられています。成年後見制度に関する正しい知識を得る機会を提供することが、本制度の普及とともに、補助・保佐相当の段階からの利用など、本人がメリットを感じられる制度利用につながる可能性があります。

(2) 申立てにかかる手続きの煩雑さの改善

申立てにかかる手続きの煩雑さも制度利用の困難さの一因です。日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行ができていない理由 [9] として「申立のために必要な書類の作成が難しく、準備できない」が 6.4%、「成年後見制度について専門職や関係者の知識・経験が十分でなく、準備に時間がかかる」が 14.9%と報告されています。専門職でさえ対応しきれない現状には、改善が望まれます。

(3) 首長申立てに関する自治体間の格差の是正

首長申立てに関する自治体間の対応の差が大きいという問題があります。民法の規定では、申立権者は、本人、配偶者、４親等内の親族、成年後見人等、任意後見人、任意後見受託者、成年後見監督人等、市区町村長、検察官等とされてます。他方，老人福祉法 32 条、知的障害者福祉法 28 条、精神保健福祉法 51 条の 11 の 2 は、「その福祉を図るため特に必要があると認めるとき」とい

う要件つきで、民法を準用する形で市町村長に申立権限を認めています。申立人となる親族がいない者では、その申立て適否に加え、4 親等以内の親族の有無の調査と、調査によって 4 親等以内の親族がいると判明した場合には、その意向の確認作業に非常に時間をかける自治体が少なくありません。このような親族調査の範囲は、2005 年に 4 親等から 2 親等に縮小されましたが、調査範囲は自治体に委ねられており、実施実態は様々です。結果として市区町村長申立てまでにかかる期間の自治体による格差も大きくなり、1 カ月から半年の開きがあります。首長申立てを含め成年後見申立てにかかる業務に関する自治体間の格差の是正が必要です。

(4) 申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用に関する課題の解決

申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用も、とくに低所得者が制度を利用することの阻害因子となっています[10]。申し立てにかかる費用や後見報酬を補助する制度をもつ自治体も多くなっていますが、それらは自治体の任意事業であり、予算はさまざまです。制度利用には自治体ごとの適用基準があり、現実には厳しい適用実態があります。費用の観点から日常生活自立支援事業が選択されるケースもありますが、認知症高齢者では、将来的には認知症の進行により同事業の利用に必要な契約能力が失われることがあらかじめ想定され、課題を先延ばしにしているに過ぎないという見方もあります。

文献

1) 最高裁判所事務総局家庭局. 成年後見関係事件の概況―令和２年１月～１２月― 2021 [Available from: https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyou-r2.pdf.
2) 吉岡譲治. 【一人暮らしの認知症高齢者】一人暮らしの認知症高齢者の権利擁護と意思決定支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):506-14.
3) 肥田あゆみ, 井藤佳恵. 臨床現場から考える医療同意権。臨床現場から考える医療同意権 臨床医を対象としたアンケート調査からの考察. 臨床倫理. 2024(12):52-65
4) 日本弁護士連合会. 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱 2011 [Available from: https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf.
5) Ohno N, Mizuno Y, Kanbara A. [Medical team's struggle with financial abuse in the corresponding -Limitation of the adult guardianship system: A case report]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2018;55(4):663-7.
6) 村端祐樹, 福田陽明, 井藤佳恵, 小野正博, 木村亜希子, 齋藤正彦. モラルチャレンジ 実践・臨床倫理 事例検討 大腸がんが発見された認知症患者 家族による虐待を受けていた一例を通して考察する高齢者医療を取り巻く諸問題. 老年精神医学雑誌. 2018;29(9):991-9
7) Kadoya Y, Khan MSR, Oba H, Narumoto J. Factors affecting knowledge about the adult guardianship and civil trust systems: evidence from Japan. J Women Aging. 2020:1-15.
8) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, Abe Y, Shibata K, et al. The Economic Burden

of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5).
9) 社会福祉法人全国社会福祉協議会. 日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護。平成 30 年度日常生活自立支援事業実態調査報告書 2019 [Available from: https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf.
10) 井藤佳恵. 【後見人制度の現状と課題】成年後見制度の現状と課題　認知症高齢者困難事例の成年後見制

3.3. 成年後見制度に関する市町村の取組

令和 6 年度厚生労働科学研究において、成年後見制度に関する市町村の取組の現状・課題を明らかにするとともに、課題解決に向けた改善策を提案しました。

3.3.1. 実態について

第二期成年後見制度利用促進基本計画では、市町村には、「権利擁護支援」（地域共生社会の実現を目指す包括的な支援体制における本人を中心とした支援・活動の共通基盤であり、意思決定支援等による権利行使の支援や、虐待対応や財産上の不当取引への対応における権利侵害からの回復支援を主要な手段として、支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動）を実施することと、そのための枠組みとして協議会や中核機関の整備が求められていいます。他方、全国の実態調査からは、市町村において協議会を設置しているのは約５割、中核機関を設置しているのは約７割であり、整備は一定程度進んでいるものの、①一中核機関に配置されている資格職は３名程度であること、②協議会も既存の合議体を活用している割合が４割を占めていることなど、運営体制は十分ではないことが明らかにされています。また、市町村の計画策定状況をみると、基本計画を地域福祉計画に位置付けている市町村が多く、認知症施策を検討する介護保険事業計画と一体的に計画策定している市町村は少ない（事業が介護部門と福祉部門に分かれてしまっている）ことも明らかにされています。一方、茨城県内の市町村の取組をみたところ、水戸市と周辺８市町村では、県央地域連携中枢都市圏を基盤に、権利擁護地域連携ネットワークの構築を図っていることもわかりました。

3.3.2. 対応について

市町村は、事業から物事を考え、担当者と所管業務を決めて事業を展開するという仕事の仕方をおこなうため、認知症施策に関しては介護部門が、成年後見制度利用促進に関しては障害・福祉部門が担うといった縦割り構造になっています。こうした状況を変えるためには、事業や施策の目的は何か、事業や施策を通じて何を実現したいのかを常に意識させ、その上で、効果的と思われる手段を、現場を知る関係者と一緒に考えるといった仕掛けを設ける必要があります。また、外部有識者が市町村施策の展開支援に入ることで、①関係する多部門が集まりやすくなる、②議

論をうまくリードすることで、目的から手段を考える思考を体感することができると考えます。こうした役割を、中核機関に配属された専門職（社会福祉士など）が徐々に担えるようになれば、協議会をうまくハンドリングでき、課題解決力は高まるものと思われます。

認知症基本法の理念、権利擁護支援の考え方を定着させるために、当事者を中心に据えた個別支援（チームによる支援）と、当事者が抱える共通的な地域課題を解決するための地域支援（協議会、市町村、コーディネート機能を担う中核機関の協働による支援）が一体となって展開される仕組みを市町村単位で構築する必要があります。

3.4. 消費者被害の実態とその対応について

3.4.1. 実態について

警察庁の報告[1]によれば，令和6年の特殊詐欺の認知件数は2万件を超えており、その数は近年増加傾向にあります。被害の認知件数の約8割が65歳以上高齢者で占められており、その手口としては、オレオレ詐欺、預貯金詐欺、キャッシュカード詐欺（「オレオレ型特殊詐欺」と総称）が多いことが明らかにされています。また、消費者白書[2]によれば、認知症等高齢者の消費者生活相談の中では「訪問販売」の形態が最も多く、強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの対面勧誘による不適切な取引による被害が目立っています。さらに、認知症高齢者に関する消費者相談の約8割は本人以外の第三者から寄せられているという報告[3]もあり、これは本人が認知機能の低下のために被害に気づきにくい状況にあることを示唆しています。

独居の認知症高齢者ではそのような傾向がさらに強まり、詐欺や不適切な取引の被害をより受けやすくなるものと推測されます。実際、全国消費生活情報ネットワークシステム（PIO-NET）の相談事例の分析[4]では、独居の女性が被害に遭いやすいこと、特に90代が標的にされやすいことが浮き彫りにされています。しかし、これまでに独居認知症高齢者の被害の実態把握については極めて限定的な調査[5]しか行われていませんでした。

そこで令和6年度厚生労働科学研究[6]では、「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、「その他の不適切な取引」に焦点をあてて、独居認知症高齢者の消費者被害の実態調査を、介護支援専門員が勤務する東京都内のすべての在宅系介護サービス事業所3,711ヵ所（居宅介護支援事業所2,939か所、地域包括支援センター473か所、小規模多機能型居宅介護事業所232か所、看護小規模多機能型居宅介護事業所67か所）を対象に実施しました。その結果、①東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の約5割が過去1年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、約4割が「特殊詐欺」を経験していること、②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺、キャッシュカード詐欺、還付金詐欺、預貯金詐欺、架空領域詐欺の順で多いこと、③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが明らかにされています。独居認知症高齢者は「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」や「特殊詐欺」の標的にされやすく、その対策は超高齢化が進展するわが国の喫緊の課題と考えられます。

3.4.2. 対応について

政府は、一層複雑化・巧妙化する詐欺等に対する施策として「国民を詐欺から守るための総合

対策（令和 6 年 6 月 18 日)」を策定しています[7]。そこでは、①「被害に遭わせない」、②「犯行に加担させない」、③「犯罪者のツールを奪う」、④「犯罪者を逃さない」という 4 つの対策の柱が示されています。また、長野[8]は、悪質商法の被害者には「悪質業者の手口を知っていたらだまされなかった」と後悔している人が多いことから、悪質業者の手口を広く啓発することの重要性を指摘しています。これらは独居認知症高齢者にとっても意味のある大切な取り組みですが、特に独居認知症高齢者に焦点をあてて有用性が検証されているものはまだありません。

それでも、いくつかの実践知の集積があり、そこから対策へのヒントを得ることができます。鵜浦[9]は、認知症高齢者の消費者被害に対する支援では、 被害が発生したときに展開する「被害回復支援」、消費者被害の発生前から発生初期にかけて展開する「予防的支援」、基本的ニーズの充足とともに家族・近隣住民・支援者等の周囲との関係のなかで生活を営む環境を整備する「日常生活支援」にわたる支援を不断かつ一体的に遂行することが重要であるとし、成年後見制度の利用がその一体的支援を推進させる可能性をもつと述べています。西原[10]は、地域包括支援センターの権利擁護支援業務としての経済被害防止策として、 ①各専門職・団体・機関との連携強化により被害情報を把握できる体制をつくること、②被害情報のある地域の民生委員・介護支援専門員・訪問介護員等へ情報を的確に伝達し、その情報をもとに地域の人々と連携すること、③経済被害に遭っている事例を把握した場合は市の関係機関に通報し被害救済を図るとともに、多重債務整理の相談や代理援助による支援を図るために弁護士・司法書士等と連携することの 3 点を挙げています。内田[11]は、介護支援専門員の役割として、一人暮らしの高齢者は被害が表面化するまでには時間がかかる場合があることから、家族をはじめ近隣の見守りが不可欠であること、見守りネットワークという点からは弁護士、消費生活センター、消費生活専門相談員(消費生活相談員と連携をとると同時に、介護支援専門員の役割として、「消費者基本法」や「特定商取引に関する法律」(特商法)の基礎的知識をもっておくこと、これらの法律を足掛かりに消費者被害をどの程度救済できるか（契約締結時にどの程度意思能力があったかなど）を検討できるようにしておくことが重要である述べています。

文献

1) 警察庁：令和 6 年 12 月末の特殊詐欺・検挙状況等について. https://www.npa.go.jp/news/release/2024/20240226001.html
2) 消費者庁：令和 5 年版 消費者白書. (2023) .https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_research/white_paper/2023（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）
3) 独立行政法人国民生活センター (2014). 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切. 報道発表資料. https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf (閲覧日：2025 年 4 月 13 日)
4) 加藤佑佳,泓田正雄,岩田美奈子他:高齢者の消費者トラブルにおける認知機能障害の影響と対応策.リサーチ・ディスカッション・ペーパーRESEARCH DISCUSSION PAPER,消費者庁,2023,https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_230612_002.pdf(検索日 2024.11.27)
5) 横尾惠美子:福祉の現場から 認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門

員の役割. 地域ケアリング, 20(6), 54-59, 2018.
6) 栗田主一, 斉藤葉子, 松本博成, 吉江悟, 相田里香：独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究. 令和 6 年度厚生労働科学研究（認知症施策研究事業)「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」(研究代表者：栗田主一).
7) 首相官邸ホームページ. “国民を詐欺から守るための総合対策” https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki31/tokushusagi/oshirase.html（検索日 2024.11.27)
8) 長野利和：高齢者の経済被害の現状と課題―警察の視点から―. 老年精神医学雑誌, 22(7), 792～798, 2011.
9) 鵜浦直子：認知症高齢者の消費者被害に対する成年後見制度の活用　日常生活支援から被害回復支援までの一体的支援の推進に向けて, 日本認知症ケア学会誌, 10(1), 20-27, 2011.
10) 西原敦子：経済被害を防ぐための地域包括支援センターの役割. 老年精神医学雑誌, 22(7), 799-807, 2011.
11) 内田幸雄：経済被害を防ぐための介護支援専門員の役割. 老年精神医学雑誌, 22(7) , 808-814, 2011.

コラム： 独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割

一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク　副代表・弁護士　水島俊彦

1　独居認知症高齢者を取り巻く社会情勢と課題

厚生労働省研究班が公表した研究結果[1]によれば、全国の認知症の高齢者数は 2025 年には 471 万 6000 人、2040 年には 584 万 2000 人に達すると推計されており、その中には独居認知症高齢者も相当数含まれると推測される。

認知症の進行により、財産管理や介護・福祉サービスの導入が困難になることに加え、消費者被害や適切な医療ケアが遅れる等の様々な生活上のリスクが顕在化する[2]。特に独居の場合、支援者による発見が遅れることにより問題が複雑化し、成年後見制度やその他の福祉的支援の利用が妨げられる事例も少なくない[3]。また、本人にとって身近な存在がいないこと等により、本人の過去及び現在の意向、選好や価値観を周囲が把握することが難しく、結果として、住居、医療、財産管理等に関して本人が意に沿わない意思決定を迫られたり、本人の推定意思を反映することが困難となる等の課題が生じている[4]。

これらの課題を踏まえ、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という。）や障害者の権利に関する条約（以下「権利条約」という。）の趣旨を踏まえた支援付き意思決定（Supported Decision-Making）の仕組みが着目されている。本稿では、それぞれの理念を比較しながら、地域における実践例として豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組みに焦点を当てる。

2　認知症基本法と障害者権利条約との共通点

2024 年に施行された認知症基本法は、その制定過程において、認知症当事者が関与し、その意

---

[1] 認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保険健康増進等事業））

[2] 法的側面、生活面のリスクの具体例として、水島俊彦（2019）「認知症高齢者の意思決定支援と権利擁護：第 10 章共生社会のリスクガバナンス」『リスク学辞典』日本リスク研究学会編,丸善出版を参照

[3] 青森県弁護士会が県内の老人福祉施設、障害福祉サービス事業所、精神科病棟等に対して 2018 年行った「青森県内における成年後見事件の概況調査結果」によれば、判断能力が不十分であり、かつ、現に何らかの生活上の支障（例えば、現に法律行為や財産管理を行うことに支障がある場合、虐待や財産搾取といった権利侵害に遭っている場合等）が生じている者」は青森県内に少なくとも 7013 人存在し、このうち、身寄りがない等の理由により親族の協力を得るのが難しい状況にある人は 1764 人（全体の約 25%）いるとの結果であった。これらの者の多くは成年後見制度による支援が必要と解されるところ、平成 29 年における県内の市町村長による成年後見制度申立て件数は 119 件にとどまっており、実際には成年後見制度が十分に活用されていない実態が明らかとなった。

[4]例えば、意思決定支援ワーキング・グループ「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」では、本人の判断能力が低下していることを理由に、本人の意思や希望への配慮や支援者等との接触のないまま後見人等自身の価値観に基づき権限を行使するなどといった反省すべき実例があったことは否定できない、とガイドラインの制定の背景について触れている。

見を反映して制定された。その基本理念には、2014 年に日本が批准した権利条約の理念と共通する「社会モデル」の考え方が反映されている。具体的には、障害を個人の機能障害ではなく、社会的・環境的障壁との相互作用として捉える視点である[5]。

日本の認知症施策においては、障壁としての社会的制約を「認知症バリアフリー」の観点から減らしていくこと掲げているところ、前記理念を踏まえると、権利条約における「合理的調整・配慮(reasonable accommodation)」とも一致する。加えて、本人の自律性及び主導権を保障し、自己選択の機会を確保する（Choice&Control）という点でも両者の理念は共通している[6]。これらの理念は、医療、司法や福祉を含むあらゆる場面で意思決定支援を適切に確保するための基盤となる考え方であり、認知症基本法と権利条約の理念の類似性も踏まえると、権利条約の各条項及び国連障害者権利委員会（以下「権利委員会」という。）の意見は、認知症高齢者の支援においても十分に考慮されるべきものであろう。

3　豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組み

2022 年、権利委員会は、日本に成年後見制度を含む民法改正と支援付き意思決定の確立を勧告した[7]。ほぼ同時期に、厚生労働省は持続可能な権利擁護支援モデル事業を開始し[8]、愛知県豊田市が、実施自治体の１つとなった。同市は、同モデルの実施に当たり、日本財団及び SDM-Japan と連携し、フォロワーシステムを導入した。このシステムは、意思決定フォロワーと独立アドボケイトが協働し、本人の意向、選好及び価値観を継続的に把握することで、意思決定支援（支援付き意思決定）を確保しようとする仕組みである。

---

[5] 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成 25 年法律第 65 号）でも、社会モデルの考え方を踏まえて、社会的障壁について、「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。」（同法第２条第２号）としている。

[6] 認知症基本法では「全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。」としている。他方、権利条約第 19 条では「自立した生活及び地域社会への包摂（インクルージョン）」の解釈に関する国連権利委員会の一般的意見第５号において「障害のあるすべての人が、自己の人生を選択し、コントロールする自由をもって、自立した生活をし、地域社会に包容される平等の権利を認めている。」としている。

[7] 権利条約第 12 条に関する日本への勧告（パラグラフ 28）を参照。なお、現行の成年後見制度には、①判断能力が回復しない限り終了が困難である点、②本人の自己決定が過度に制限される点、③本人のニーズに応じた柔軟な支援が提供されにくい点、④任意後見監督人の申立てが適切に行われない点、などの課題があると指摘されており、2024 年度からは法制審議会民法（成年後見等関係）部会により、必要な時だけ必要な範囲で成年後見制度が利用でき、必要性が消滅すれば終了する「スポット型後見」についても議論されている。

[8] 2023 年度より、厚生労働省において、「新たな連携・協力体制を構築するモデル事業（持続可能な権利擁護支援モデル事業）」のテーマ②「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取組」の募集が開始された。

フォロワーシステムの特徴は、意思決定支援の確保を目的とした相互牽制機能[9]を備えている点にある。相互牽制機能の確保のためには、意思決定支援の確保に関して相互に牽制し合う支援チームの形成や関係性の濫用等が生じた場合に適時・適切に調査・介入できる権限を有する機関が必要とされており、フォロワーシステムでは、従来の支援者とは異なる立場、すなわち、本人の立場を支持し、本人の意向、選好及び価値観に根ざした本人の意思決定に寄り添うアドボケイトの視点を備えた市民やピアサポートが参画し、活動支援を受けることによって、その機能の更なる充実を図ろうとしている[10]。

権利条約第12条第4項の観点からすれば、支援付き意思決定の仕組みの構築に当たっては、本人の法的能力の行使に関する支援に対する濫用防止措置（セーフガード）を備える必要があり、フォロワーシステムは、その重要な構成要素である相互牽制機能を確立、充実させるための仕組みの1つとして、今後ますます重要性を帯びてくるのではないだろうか。

4　今後の展望

フォロワーシステムは、公的資金のみに依存せず、地域社会のネットワークを活用することで柔軟かつ持続的な支援を提供する仕組みである。現在は、主として認知症高齢者、障害者の日常的な金銭管理や身寄り問題、民法改正後の成年後見制度に関わる支援の在り方の検討に当たって進められている取組みではあるものの、今後は、相互牽制機能を活用した教育、医療及び福祉現場における活用可能性も検討されるべきである。そして、全国的な展開に向けて法制度化が進むことで、独居認知症高齢者を含む多くの人々に対する権利擁護支援の強化が期待される。

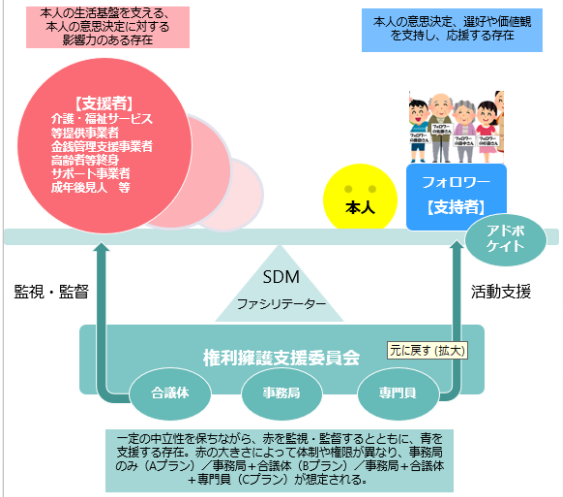
---

[9] 第二期成年後見制度利用促進基本計画に係る中間検証報告書では、相互牽制機能について、「意思決定における本人の自律性と主導権を確保するため、意思決定支援に関わる複数の主体がそれぞれ独立した立場から確認、評価し合うことにより、本人の意思決定を支援する枠組みの透明性を確保し、もって本人の意思決定に対する関係性の濫用及び不当な影響力の行使を抑制する機能」と説明されている。

[10] 水島俊彦，(2023)，国連勧告から見る日本の障害者の意思決定における課題: 支援付き意思決定の確保と濫用防止の仕組みを備えた「権利擁護支援モデル（フォロワーシステム）」 とは?：特集論文:当事者の意見表明と意思決定の課題．人間福祉学研究，16(1)，79-96.

小さく産んで大きく育てる「フォロワーシステム」の段階的発展イメージ ver.2

自治体の規模、地域連携ネットワークの構築状況、権利擁護支援への取組状況によって、幾つかのパターンが考えられる。



Aプラン 「意思決定支援モデル」

・認知症サポーター講座・傾聴ボランティア講座等修了者
・市民後見人養成講座修了者（活躍支援の観点）
・障害のある当事者、当事者との協働経験のある者　など

フォロワー候補者

※事業実施主体（事務局）がフォロワーを育成し、フォロワーがアドボケイトによる支援を受けて、支持者の立場を維持しながら活動する。
主として意思決定支援の充実機能に重点を置く。特定の「赤」は想定しない。

Bプラン 「権利擁護支援モデル（標準型）」

※本人の意思決定に対する一定の影響力のある支援者を「赤」と想定し、アドボケイトによるフォロワー活動支援に加えて、権利擁護支援委員会（合議体）が「赤」を監視・監督する。意思決定支援の充実＋関係性の濫用に対するけん制（併せて「意思決定支援の確保機能」という。）に重点を置く（主として日常生活上の意思決定支援に対応）

Cプラン 「権利擁護支援モデル（充実型）」

※金銭管理事業者、高齢者終身サポート事業者等、本人の意思決定に対する影響力が大きい支援者を「赤」と想定し、アドボケイトによるフォロワー支援に加えて、権利擁護支援委員会（合議体＋専門員）が「赤」を監視・監督する。合議体には法的介入・ADR機能を、専門員には独自調査機能を付加し、「意思決定支援の確保機能」を充実させることに重点を置く（日常生活上の意思決定支援に加えて、社会生活上の課題にも対応）

第4章　地域環境や居住環境に応じた課題とその対応

4.1.　大都市に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

4.1.1. 課題について

大都市では，近所の人について心配はしているが、一歩踏み込んだアプローチがなかなかされにくいという傾向があります[1)]。また、大都市に出稼ぎでやってきた世代の人たちが、貧困に陥り帰郷もできずに社会的に孤立し、そのまま独居認知症高齢者となっているケースも散見されます[2,3)]。さらに、医療資源やフォーマルなサービスは比較的豊富な地域であっても、それらにアプローチがしにくいさまざまな理由を抱えている人[2,3)]、複合的な課題を抱えておりどこに相談に行けばいいかわからない人、もしくは相談窓口ショッピング状態となり、結果としてどこにもつながらない人も少なからず認められます[1)]。文献からは以下のような生活課題が抽出されました[1,2,4,5)].

① 近所の人間関係：被害妄想や不安などがあった場合に、大声を出してしまったり、夜中に近隣の知り合いの家を訪ねて行ってしったりすることが起き、住宅が密集しているがゆえに近所の人間関係が悪化してしまうことがあり[1,2,4)]，それがきかっけでさらに本人の状態が悪化してしまう悪循環が見られることがあります[1,4)]。賃貸住宅の場合は、大家との人間関係という課題も見られます[2)]。

② 金銭管理：ATM でお金が下ろせない、通帳が見つからない、誰かに盗られた、生活保護費や年金の受給を忘れてしまうといったことがよく見られます[1,2,3,4)]。金銭の管理以外にも、お金にかかわる課題では、買い物や光熱費・家賃の支払いができなくなってしまうケースも少なくありません[2,3.4)]。

③ 健康・衛生、安全：光熱費の支払いが難しくなると、ライフラインが止まってしまうなどにより健康を維持することが難しくなります[2)]。ゴミ出しや生活環境の整備、火の元の安全確保についての課題も見られます[2)]。本人の ADL 自立度や認知症自立度が高い人の方が一人暮らしを継続しやすいのですが[5)]、大都市では住宅が密集しているがゆえに、ゴミのにおいやボヤ騒ぎが大きな課題となって、それによって周囲との関係が悪くなったり、心配されたりするなどして、一人暮らしの継続が難しくなる傾向があります[2,3,4)]。医療へのアクセスが容易であるがゆえに、頻回に救急車を呼んでしまい、一人暮らしは無理と判断される場合もあります[1,2)]。

④ 離れて住む家族との関係：一人暮らしを継続している人の方が家族による介護の頻度は少ないのですが、一方、家族介護の頻度が多い方が一人暮らしが継続できなくなる傾向もあります[5)]。

⑤ いわゆる「迷惑行為」:「迷惑行為」は独居認知症高齢者に多く，大都市では「他者の心身の安全を脅かす行為」や「物や金銭の奪取」などの直接的被害が多い傾向があります[6)].

4.1.2. 対応について

大都市における独居認知症高齢者等への支援には、人とのつながりを途切れさせない地域の居場所づくり、不安を解消するための敷居の低い相談支援[1,2,3]、家賃の支払いや地域生活のルール・役割に対する支援を含めた生活支援と住まいの確保への支援[2,3]が有効かと思われます。さらに、住宅が密集している地域のため、つながるきっかけとなる支援があれば、住民相互の助け合いが生まれ好循環が展開される可能性もあります[1,2,3]. 文献からは以下のような実践例が抽出されました.

① 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める:「暮らしの保健室[1]」では、どこに相談したらよいかわからないでいるうちに状態が悪化していくのを防ぐ意味でも、課題ごとに窓口を分けずにワンストップで受け止められる機能を備えています。同時に，その場は相談窓口だけではなく、安心できる居場所、交流の場、医療や健康に関する学びの場として機能しており、認知症になる前からの付き合いが生まれ、その後の体調変化等に対しも継続的な支援が可能です。

② 安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保する：医療や福祉さまざまなサービスへのアクセスが比較的よい大都市に暮らしていても、非常に多彩で複合的な事情があるために安心して暮らせる住まいがなく、社会から孤立している人もいます。NPO 法人ふるさとの会では、安心できる住まいの確保を入り口にしつつ、生活を継続することを主眼とし、生活トラブルや事故の予防・対応などの支援も含む日常生活支援を提供する事業を展開しています[2,3,7]。

③ 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成：上記の活動を展開する場は、同時にボランティア育成の場[1]や就労支援の場[2]にもなっているため、利用者は役割を得て社会の一員としての自覚を取り戻すことができます。こうした精神面だけでなく、相互支援が生まれることで、支援の担い手不足の解消にも役立っています[1,2,3,7]。

支援を展開していく上で、とかく個別の課題に目が向きがちですが、これらの支援の特徴は、本人の持っている力や長所にも着目し、それを伸ばし活かしていくことで、独居であっても認知症であっても、社会生活を継続できるように本人と地域を力づける役割を果たしている点かと思われます。地域のフォーマルな支援とインフォーマルな支援をつないでいくことが地域全体の理解と支援力を高めていくことにつながります[1,2]。

文献

1) 秋山正子：【一人暮らしの認知症高齢者】大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌 31(5)；487-497，2020.

2) 的場由木：【一人暮らしの認知症高齢者】社会的に孤立し、生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援．老年精神医学雑誌 31(5)；487-497，2020.

3) 滝脇憲：【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌 26(5)；498-508，2015.

4) 菊地ひろみ：【一人暮らしで迎える認知症－超高齢社会のなかで】認知症疾患医療センターの視点から．認知症の最新医療 7(1)；6-11，2017.
5) 中島民恵子，中西三春，沢村香苗，渡邊大輔：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設移行に関する要因．厚生の指標 62(12)；15-21，2015.
6) 内海久美子，福田智子：認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴．老年精神医学雑誌 33:793-799，2022.
7) 瀧脇憲、的場由木：NPO 法人ふるさとの会．生活困窮者居住支援・生活支援の取組み．令和 2 年度厚生労働科学研究報告書（研究代表者：栗田主一）．p.155-p.167，2021. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202017004A-sonota5.pdf

4.2. マンションに暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

4.2.1. 課題について

マンション管理会社に勤務する管理員やフロント社員約 1700 名が回答したアンケート調査 1)によれば、認知症に伴って生じている事項は、多い順に、①同じ話を何度も繰り返す、②いわゆる徘徊、③指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱、④自分の部屋に戻れない、⑤被害妄想となっています。分譲マンションに特有のものを選ぶと、「指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などがあげられます。

また、日本認知症官民協議会は、参加している企業や団体の協力のもとに、業界ごとに手引き（認知症バリアフリー社会実現のための手引き）を作成しておりますが、この中の「住宅編」では、代表的な事例として、「マンションの玄関やエレベーター前で立ち往生している」、「廊下を行ったり来たりしている」、「ゴミの管理ができない」、「ポストに配達物やチラシがたまっている」、「突然怒り出す」があげられています [2)]。ただし。これらは独居の認知症高齢者を想定して作成されたものではありません。

分譲マンションに暮らす認知症高齢者の生活課題は、外から伺える状況が同じであったとしても、その原因はさまざまです 3)。例えば、「ゴミの管理ができない」では、「記憶力の低下のために、ゴミの種類によって細かく決められた回収日が覚えられない。または忘れてしまう。」「見当識の低下のために、回収の時間に合わせてゴミを出すことができない。」「理解・判断力の低下や実行機能の低下により、分別の仕方がわからない」といったことがあげられており、「ゴミを出す」といった日常生活においても、複数の能力を用いており、そのうちの一部が失われると、結果として、その居住者は日常生活上の行動が出来なくなることが解説されていいます。

分譲マンションは、主に都市部において主要な住居形態となっていますが、地域コミュニティとの関係が希薄になりがちであることや、外部から居住者の生活をうかがうことが難しいなど、特有の課題があげられることが少なくありません。分譲マンションに暮らす独居高齢者等の生活課題に関する調査研究が望まれます。

4.2.2. 対応について

分譲マンションは外部から見えづらく、接触にはオートロックの開錠を要し、支援策が届きづらいという意見が広く認められます。分譲マンションにも相当数の支援を要する人が居住していると想定されますが[4]、戸建てや団地などの他の住居の形態に比べて、介護保険の認定率が低く、支援策が届いていないことが推測されています[5,6]。

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく、個別のエピソードに基づく事例分析が日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまります。しかも、分譲マンションには、区分所有者から構成される団体（≒管理組合）があり、コミュニティの在り方も多様であること[4,7,8,9]、多くのマンションは管理会社と契約していること、管理員が派遣されていることなどは、戸建てなどの他の居住形態には見られない特徴です。課題の解決のためには、本人と家族だけでなく、管理組合や他の区分所有者、管理会社などの立場からの検討が不可欠です[10,11]。なお、マンションの管理員は、高い割合で、高齢者のみの世帯や高齢者独居世帯を（実質的には）把握しています。認知症などに気付く場合もあり、契約上の業務ではないものの、見守りやゴミ出しの補助などを行っている場合があります[9]。先述したように、「指定日以外のゴミ出し・ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などの特有の課題がありますので、マンション特有の実態を前提とした支援策の調査研究が求められています。

文献

1) マンションみらい価値研究所 「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員、フロント社員 1700 人アンケート～」（2021 年 10 月 29 日公開）https://www.miraikachiken.com/report/211029_report_01
2) 日本認知症官民協議会.「認知症バリアフリー社会実現のための手引」住宅編.2021.3. https://ninchisho-kanmin.or.jp/guidance.html
3) マンションみらい価値研究所「認知症バリアフリー社会の実現に向け、管理会社に求められていること」（2022 年 02 月 28 日公開）https://www.miraikachiken.com/report/220228_report_01
4) 王尾和寿,田中昌樹,藤原広行,水井良暢,大塚理加,東宏樹,小嶋 淳.災害レジリエンス向上のための分譲マンションの課題発見と準公共財としての活用方法の検討.2023.03.
5) 田中昌樹.令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業） 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究に関する分析の委託. マンションみらい価値研究所（2021 年 03 月 1 日発行）. https://www.miraikachiken.com/research/210727_research_01
6) 斉藤雅茂.認知症の人と家族にやさしいマンションにむけた諸課題.マンション学.2019;64:92-96.
7) 村田明子, 山田哲弥.分譲マンションにおけるコミュニティ 組織.日本建築学会計画系論文集.2014;79:2181-2189.
8) 田中昌樹.マンションの防災組織はどうあるべきか. マンションみらい価値研究所.（2022 年

8 月 16 日公表） https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01
9） 大塚理加，田中昌樹，王尾和寿，塩崎由人.分譲マンションに居住する災害時要配慮者への支援に関する調査研究．地域安全学会論文集.2023.11； No.43. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jisss/43/0/43_125/_pdf/-char/ja
10） マンション管理業協会.マンションにおける認知症の事例と対応策.2016. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 https://www.kanrikyo.or.jp/
11） マンション管理業協会.マンションと認知症高齢者・障がい者.2023. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 https://www.kanrikyo.or.jp/

4.3. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

4.3.1. 課題について

中山間地域は、高齢化率が高く，専門職も限られ、さまざまな資源が都市部に比べて少ないこと，面積が広く人口密度も少ないため、住民の生活圏が集落に限定されることなどの特徴があります [1]。一方，介護保険制度では中山間地域加算が設けられ、地域での介護サービス展開の困難さに対する特別手当も支給されています。そのような地域での独居認知症高齢者の生活には以下のような課題があります.

(1) 移動に関わる生活課題

買い物や通院などの外出では移動距離が長いため、徒歩で移動が困難な場合があります．加えて、公共交通機関の運行数が少ないために家族・親族等による移動支援が必要ですが，独居の場合にはそれを期待することができない場合があります [2]。また，見守る人がいない場合には、徒歩での移動を試みて行方不明になることや、自動車の危険運転を繰り返して交通事故になるリスクが高まることもあります [3]。散歩やゴミ出し、散髪などでも、リスクを抱えながら外出することになります [2,4]。豪雪地帯では、雪によって移動の困難さがさらに高まり、その上，寒さに対する適切な判断ができないと、生死に関わる事態が発生する可能性があります．中山間地域での暮らしが長い独居認知症高齢者にとっては「ふつう」の暮らしであっても、近隣住民や別居家族からハイリスクな生活と思われ [4]，その結果，別居家族や親戚は「施設に入るしかない」と感じたり，「迷惑をかけてはいけない」と思う傾向が高まります [3]。

(2) 資源不足に起因する生活課題

医療・介護・生活に関わる商業施設等の資源が少ないため [5]、長時間の移動が必要な遠方の資源へのアクセスが必要になりますが [2]，そのために認知症の進行とともに生活支援サービスの必要量も著しく高まります [2]．しかし，その担い手も不足しているので、結局，必要な支援が十分に得られないという状況が生じます。さらに，面積の広さや地形の関係から独居認知症高齢者の訪問や送迎等に係る関係者の移動負担も大きく，仮に資源があっても一日に対応できる人数が限られてしまいます [2]。特に、豪雪地帯では、雪の影響により、高齢者の見守りの需要が高まる一方で、周囲が対応できる範囲や頻度が縮小されます。また，専門職が少ないために，ケアマネジメントを誰が行うのかという問題も生じます。一方、資源が少ない中で長年暮らしてきた本人にと

っては、交通機関の不便さも含めて資源が少ないことが「ふつう」なので，本人が思い描く生活と関係者が思い描く生活との間にギャップが生じやすいという問題もあります。

(3) 住民の高齢化に関わる生活課題

住民も高齢化しており、住民の支え合い活動を推進することも課題になっています[5]。高齢化率が非常に高い地域では、集落の住民が徐々に減り[1]、集落外からの移住も少なく、集落そのものが消滅してしまうリスクもあります。また，それによって認知症高齢者にとっての「なじみの関係」や「なじみの場」が喪失し、「ふつう」の暮らしが崩れてしまうことにつながる可能性があります．独居であることから「寂しさ」を感じる場合もあり[3]、特に、豪雪地帯では雪の影響により外出機会が著し減少し、人と交流する機会の減少によって社会的孤立のリスクが高まります．

(4) 意思決定支援に関わる生活課題

以上のような状況の中で，本人の暮らしは，別居家族・親戚・近所の人々の理解の影響を受けやすい[5]。「親族がいなければ、施設に入所するのが当たり前ではないか」、「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」といった住民意識や、家族・親戚の心情として「他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが本人の暮らしに大きく影響する[3]。同様に，医師の診断が暮らしを左右する[5]．中山間地域において在宅で暮らす独居認知症高齢者は、本人の意思とは異なるところで在宅生活の中断を余儀なくされるリスクが高まる傾向があることに留意する必要があろう．

4.3.2. 対応について

一方，中山間地域だからこそ取り組めることがあることにも注目する必要があります[5]．中山間地域では，資源が限られているとはいえ、定期巡回・随時対応サービス[5]や小規模多機能型居宅介護のサテライト[1]など、移動困難や資源へのアクセスにも対応した中山間地域にも有効な介護サービスも制度上では創出されており、近年では多機能型シェアハウスや生活支援ハウスなどの「住まい」に関わる資源も存在します。加えて、市町村や地域包括支援センターを中心とした認知症施策の推進や成年後見制度の利用促進[1]社会福祉協議会による日常生活自立支援事業や小地域ネットワーク事業を通じたコミュニティソーシャルワークの展開[3]など、個別ケースの対応から地域課題を検討し、住民の認知症に対する理解と地域づくりを進める機運も高まっています。制度・政策的には、介護保険制度に限らず、都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され、内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められています[1]

以上を踏まえて，支援の展開には以下の 7 つの視点が重要かと思われます。

① 本人を重層的に支えるネットワークの構築：「みつける」「つなげる」「支える」「知らせる」「介入する」など、ネットワークの役割を明確化すること。
② 地域を支える人材の育成・確保：介護・看護等の専門職確保と同時に、地域の支え合い活動やボランティア等に着目すること。
③ 本人の意思決定や自立の支援：本人が地域での暮らしをどのように考えているのかを把握し、意思決定や自立の支援をしていくこと。
④ 本人のなじみの関係の継続と構築：本人の環境の変化に着目し、なじみの関係を継続できるように、なじみの関係をつくれるようにすること。

⑤ 本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重：本人の意向や状況に応じた住まいや暮らしの選択肢を提示できるようにすること。
⑥ 全世代的な地域づくりへの取組：地域共生社会や地域創生の取組を発展させ、地域での伴走的な支援を推進すること。
⑦ （上記①～⑥を）トータルにマネジメントする体制：地域包括支援センターが推進する「地域包括ケアシステム」と社会福祉協議会が推進する「地域福祉」の取組の融合。本人のこれまでの暮らし方を支えるような社会づくりにも取り組むケアマネジメントの確立。

文献

1) 内閣府地方創生推進室：住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～，内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局(2019).
https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf
2) 宮﨑和加子，中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える．老年精神医学雑誌 31(5)：499-505(2020)
3) 篠本耕二・二塚綾，認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて．西武文理大学サービス経営学部研究紀要(26)：153-161(2015)
4) 石川裕子・中谷文美，独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ―福山市鞆町平地区を事例として―，老年人文研究(2)：1-20(2021)
5) 池田昌弘，過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌 26(5)：493-497(2015)
6) 菊地和則、池田直樹、池田恵理子、他.平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書.東京都健康長寿医療センター研究所.2019.
https://www.tmghig.jp/research/

4.4. 離島に暮らす独居認知症高齢者の課題とその対応

4.4.1. 課題について

日本には 14,125 の島があり 1),そのうちの有人島は 2020 年の段階で 306 島,高齢化率は 38.8%です 2)．この数値は 2055 年における全国の高齢化率の推計 38.0%を超えており、わが国の超高齢社会を先取りする地域とも言えます。離島はその立地条件や人口規模で社会資源の量や本土との交流のあり方も異なり，そこで暮らす独居認知症高齢者の暮らしのニーズもさまざまです。ここでは，独居認知症高齢者が離島に暮らし続けるための生活課題について、医療のニーズ、日常生活支援のニーズ、住まいのニーズ、キーパーソンの確保の 4 つの面から解説します。

(1) 医療のニーズ

離島地域で 20 床以上の入院設備を持つ医療機関のない島が 9 割以上、医師が常駐していない島も 4 割以上と、医療資源が十分ではありません[3]。そのため、入院が必要な病気や終末期になると島外に出なければならなくなる場合が少なくありません[4]。また、本土と直接の交通手段のない 2 次離島では医療へのアクセスがさらに厳しくなります[5]。独居認知症高齢者が糖尿病などの慢性疾患を抱えると治療のアドヒアランスも悪くなるために、島外家族に引き取られたり、入院や施設入所をせざるを得なくなったりします[6]。島内の医療機関への受診であっても、自発的な受診が難しいことから、通院送迎や同行者を手配するのに苦慮することがあります[7-9]。認知症の診断についても、島内に認知症専門医がいることはまれであることから島外の医療機関を受診しなければならず、診断までのハードルが高くなります[7]。

(2) 日常生活支援ニーズ

他地域と同様に、離島でも介護保険サービスで提供できない生活面でのニーズが課題となっています。例えば、離島は公共交通機関が整備されていないため、認知症にともなう免許返上後の移動手段が課題となり[9-11]、外出や社会参加も難しくなります。また、離島では飲食店が限られており、配食サービスのニーズが高い[2,10,11,12]のですが、配食サービスや食事がボランティア活動や近隣住民の善意に依存している場合は、病態栄養食などの特別なニーズに対応できない場合があります[10,13]。認知症が進行して日中の居場所としてデイサービスを利用する際には、介護保険サービスや認知症に対する偏見があり、それに昔ながらの人間関係も影響して、そこには行きたがらないという課題が出てくることもあります[9,10,14,15]。都市部のようにデイサービスを自由に選ぶことができない離島ならではの課題であると言えます。

(3) 住まいのニーズ

離島は認知症の進行や身体機能の低下だけでなく、台風や豪雪など厳しい自然環境などによって一人暮らしが困難になることがあります。しかし、入所施設やショートステイなど泊りのサービスがない場合は、島外に出なければならず、在宅生活継続が難しくなります[4]。

(4) キーパーソンの確保

離島の独居認知症高齢者の生活様式と家族関係の持ち方は様々であり、竹井[16]は 3 つに類型化している。第 1 の類型は「天涯孤独型」で、これは出稼ぎ等やＩターンなどで島に定住した人です。移住者が多い島では、本土の家族との関係性も希薄になっているため、家族や周囲との関係性の構築が支援の課題となる場合があります[5]。具体的には、島内の友人や知人からの日常生活支援のサポートは受けていても、いざというときに本土の家族と連絡が取れない、以前の居住地から住民票を移していない[14]、介護保険サービスの契約や医療同意等の際に行政や公的機関がその人間関係を把握することが難しく、キーパーソン探しに難航する、といった問題が生じます[9,14,15]。第 2 の類型は「島外別居型」で、これはキーパーソンとなる家族が島外に暮らしている人です。島外家族は本人の状況を把握していないことがあり、本人の意向に沿わないサービス利用を進めたり、島で暮らすことをあきらめ本土に引き取ったり、入所を促すことがあります。島内の支援者とのコミュニケーションに関する問題や直接的な支援が必要な際に問題が起こりやすいと言えます[5,9,13]。また、退院時カンファレンスをケアマネジャーが行ったり、本土への入院の際にはケアマネジャーが付き添わねばならないなど、ケアマネジャーのキーパーソン化という課題

も生じています[9]。第 3 の類型の「島内別居型」は、キーパーソンとなる家族が同じ島の別の場所に住んでいるタイプです。他の二つのタイプよりは支援を受けやすいと言えますが、家族関係によっては高齢者の変化が把握できておらず、問題が顕在化してから気づくこともあり注意が必要です[16]。

4.4.2. 対応について

離島には、伝統的な地域の互助活動、島民同士のソーシャルネットワーク[4,11,17]、行政含めた支援者と住民との繋がりが強く顔の見える関係があることから[5,18]。独居認知症高齢者への支援においても近隣との相互扶助関係が大きな助けとなります。一方、高齢化と人口減少は深刻で、それが公的／私的なサポートに影響を及ぼしています。若年層の流失は地域の支援者不足やサービスの担い手不足を生じさせ[5,19]、介護保険サービスの提供や地域の相互扶助関係を縮小・希薄化[4,19]させており、高齢人口が減り始めている地域では、介護保険サービスの利用ニーズが少なくなり、採算が取れなくなっています[12]。台湾の離島地域では共働き家庭が増えたため、女性に代わり外国人介護労働者が住み込み、介護や生活支援の担い手となっておりますが[20]、日本でもケア供給の合理化や外国人労働者の導入が進められています。伝統的な互助に支えられてきた離島地域は少子高齢化によってその姿を変えつつあります。以下に、現在進められているいくつかの対応策を解説します。

(1) 医療面の支援

島内の支援者ネットワークを整えて、慢性疾患のある独居認知症高齢者を段階的に自宅療養に移行することで、支援する側も納得しながら受け入れ態勢を整えたという事例が報告されています[6]。また、定期的な受診や予約が自力では困難であり、健康状態を悪化させやすいという問題を解決するために、認知症高齢者の優先診療時間を設定し、診療所、ケアマネジャー、社会福祉協議会などが連携して、時間に合わせて通院送迎を行っている地域もあります[6,13]。認知症の診断や治療の質を高めるためには人材育成も必要ですが、東京都では、本土の認知症疾患医療センターのスタッフが離島の保健・医療・介護の関係者と協働して定期的な事例検討会を行なっています[21]。

(2) 日常生活の支援

島内の地域住民の交流を活かし、地域の見守り活動や支援ネットワークを作る取り組みを進めて地域は少なくありません[11,22]。住民主体の NPO 法人を設立し、介護保険で提供できない配食や移送などの生活支援サービスを提供している地域もあります[23]。住民の自助・互助の力を引き出すには支援をつなぐリーダーやコーディネーターの役割の重要性が指摘されています[17,24]。

(3) 社会参加の支援

高齢者向けのサロンやミニデイを住民が主体となり提供する取り組み[11,13]や、自然発生的にできた地域のたまり場が高齢者同士の交流や情報交換の場となっており（荒若、浅井)、それが重要な社会資源となっている島もあります。そのような場所に住民たちが集まる機会を活かし、保健師が出向いて保健活動を行うといった柔軟な取り組みを行う地域もあります[13]。

(4) 支援者との信頼関係構築

診療所が認知症の高齢者にとって「良い対応をしてくれる場所」という印象になるよう、どんな理由でいつ来ても歓迎するという方針をとり、平時より信頼関係を作るという取り組みもあります[10,23]。離島ならではの裁量性の高さを活かし、信頼関係構築の重要性をよく理解した対応であると言えます。

(5) 住まいの支援

厳しい自然環境により一人暮らしが困難になる場合がありますが、冬場自宅で日常生活を送ることに不安がある人が期間限定で「生活支援ハウス」に入居し、一時的に自宅を離れて支援を受けながら暮らすという制度もあります。しかし、近年、高齢化と入所施設の不足から、グループホームのような役割を新しく担いつつあるとの報告もあります[24]。また、認知機能の低下により独居で暮らすことが難しくなっても、施設入所の前段階として生活支援ハウスを設置している地域もあります。住まいとケアをシームレスに提供し、できるだけ長く島内で暮らせるよう体制を整えている例もあります[23]。

(6) 支援者間の連携、ネットワーク構築

社会資源が乏しい離島での認知症高齢者支援は、多様な支援関係者がネットワークを構築し連携を行い、補っていく必要があります[4]．しかし、離島は，①医療介護連携のための会議、②地域ケア会議、③近隣自治体との協議や会議　に参加しない傾向という報告もあります[12]。具体的には、関係機関の連携の弱さ[11,25]や住民との連携、特に民生委員との連携の際の個人情報の壁[19]があるようです。東京都では、本土の認知症疾患医療センターの専門職が定期的に離島を巡回し、地域ケア会議や個別支援の事例検討会に参加しており、この機会が島内の認知症支援のネットワーク構築を促進しているという報告があります[21,23]。

文献

1) 国土地理院：日本の島の数．2023. https://www.gsi.go.jp/kihonjohochousa/islands_index.html
2) 公益財団法人日本離島センター：2022 離島統計年報 CD-ROM 版
3) 国土交通省国土政策局：離島振興計画フォローアップ　令和 3 年 6 月．2021. https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102_ritou01.html.
4) 宮本恭子：島根県の離島における地域居住要件を考える．日本プライマリ・ケア連合学会誌．2017，vol．40，no．1，p．52-57.
5) 吉川直人：離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点を当てて．京都女子大学養護・福祉教育学研究．2024，no.2，p.39-48.
6) 椙山美千代： 高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整．糖尿病ケア．2011，vol．8，no．10，p．1015-1019.
7) 美底恭子，大湾明美，伊牟田ゆかり，佐久川政吉：小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検：H 島診療所の看護実践から．沖縄県立看護大学紀要．2016，no．17，p．127-136.

8) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター： 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成 26 年度事業実施状況報告書 ）. 2015.
9) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター： 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業 （平成 29 年度事業実施状況報告書 ）. 2018.
10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓, 齋藤久美子, 岡本和江, 古田光, 栗田主一： 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは：認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認知症ケア学会誌, 20(4): 532-544, 2022.
11) 下地幸子, 安仁屋優子, 長嶺絵里子, 佐久川政吉：認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み(第 1 報)介入準備期における Z 区の強みと課題. 名桜大学総合研究. 2019, no. 28, p. 69-78. http://ci.nii.ac.jp/naid/120006949873/ja/, (参照 2021-05-28).
12) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会：離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書. 2019. https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547.
13) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成 28 年度事業実施状況報告書)）. 2017.
14) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成 27 年度事業実施状況報告書 ）. 2016.
15) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター：島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書 ）. 2020.
16) 竹井太：ひとり暮らしの認知症の人の地域ケア 離島に於ける独居認知症の人のケア. 日本認知症ケア学会誌. 16(1);59, 2017.
17) 荒川泰士. 離島在住の高齢者が在宅生活を維持していくための支援と課題 -介護に関する情報・人的ネットワークの実態から-. 高知女子大学紀要, 2018, 27-40p.
18) 富川亜紀子. 生活の支え合いにみる「助」のエスノグラフィー--インフォーマルなサポートの変化とその要因. 地域研究. 2011, no. 8, p. 29-43.
19) 波名城翔. 離島における地域支援の現状と課題： . 長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要. 2019, vol. 18, no. 1, p. 31-37.
20) 中村努. 台湾緑島のケア供給における重層的ローカル・ガバナンス. 人文地理. 2021, vol.73, no.1, p.55-74.
21) 古田光. 東京都における島しょ地域の認知症支援について. 島しょ医療研究会誌. 2020, vol. 12, p. 16-19.
22) 林真二, 吉田いつこ, 堀井利江, 永井眞由美. 地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題. 安田女子大學紀要. 2019, no. 47, p. 301-310. 神吉優美. 高齢者の暮らしを支える自助・互助・共助・公助:住民が主体となり構築した地域ケアサービスに焦点を当てて.

福祉のまちづくり研究. 2018, vol. 20, no. 3, p. 9-20.
23) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書 ）. 2019.
24) 浅井秀子, 熊谷昌彦. 島嶼における高齢者の冬期居住施設「生活支援ハウス」の利用実態と課題 -島根県の事例-. 日本建築学会技術報告集. 2015, no. 48, p. 783.
25) 波名城翔, 岩永秀徳. 島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究： 長崎県新上五島町の調査から. 長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要. 2020, vol. 18, no. 1, p. 25-34.

第5章　別居家族が直面している課題とその対応

5.1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題

認知機能障害とともに独居で生活をしている人は、世界に 4600 万人いると推計されています[1)]。日本では、近年別居での介護を選択する高齢者と家族が増えていますが[2)]、その背景には家族形態や生活パターンの変化があり[3)]、今後も別居での介護は増加することが見込まれます[1-3)]。独居認知症高齢者の在宅生活継続の阻害要因[4)]が報告されていますが、そこには別居家族が直面する特有の課題があると考えられます。これらの背景を踏まえ、独居認知症高齢者等の別居家族が直面している課題を以下に整理しました。

(1) 介護や生活支援提供において直面する課題

①　身体・認知・情緒機能変化の確認の困難

まず、別居家族にとって、高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調が悪いなどの緊急時に、家族の対応が遅れてしまうといった課題があげられ[3, 5)]、これらの状況について家族が不満を抱いていることが報告されています[5)]。家族が電話等で確認を頻繁に行おうとしても、高齢者本人が不調を隠す[3)]、高齢者本人がサービス利用など他者の支援介入を嫌がることで、見守りの体制を構築できないという課題につながっています[6)]。

背景には、高齢者自身のセルフケアの難しさという課題があります。例えば、本人が認知症を認識しておらず、サービスを受けないためにセルフケアが滞るという課題[7)]、糖尿病患者の場合など自己管理がそもそも難しい[8)]、にもかかわらず「家族に迷惑はかけたくない」という思いがセルフケアを難しくしていたということがあります[8)]。また、認知機能の低下した独居高齢者では服薬管理の難しさ[9)]や、歯科受診が滞りやすいことが明らかになっています[10)]。

②　日々の生活における安全管理・金銭管理の難しさ

日々の生活管理における課題もあります。オーブンやガスの使い方を忘れて、火事になりかけるといった安全管理の問題[11)]や、雇用した便利屋や看護師等により物を盗まれたり、お金を引き出されるなど、金銭管理の課題[11-13)]も報告されています。また、認知症に伴う一人歩き（徘かい）のあった高齢者が死亡したケースでは、同居者がいる高齢者よりも独居高齢者のほうが有意に多い[14)]等、家族が直面する安全・金銭管理の課題は多岐にわたります。

③　パンデミック時の介護

新型コロナウイルスのような感染症パンデミックが発生した際には、全般的にサービス利用が減少した一方で家族らのインフォーマルケアの提供時間が増加しました[15)]。一方、パンデミック時の移動の制限は、家族にとって介護提供の困難が増す可能性があります[16)]。総じて主観的な介護負担感は高くなっていましたが、居住形態による差はみられていませんでした[17)]。これらパンデミックの独居認知症高齢者の家族に与えた影響については更なる検討が必要です。

④　災害に対する備え

独居認知症高齢者の場合に避難経路の確認ができていない割合が高いことが明らかになっており[18)]、独居認知症高齢者を支える別居家族にとって災害時の避難が課題となりうる可能性は大い

にあると考えられます。

(2) 介護を提供することから生じる課題

① 経済的負担・身体的負担・心理的負担

介護のための移動に時間がかかることは大きな負担の一つです[3) 19)]。移動に係る負担は身体的負担にとどまらず、移動費用[3)]や状況確認のための電話料金[3)]といった金銭的負担につながっています[19)]。加えて、仕事の調整等により所得へも影響します[3)]。一方、高齢者から家族への身体的な危害により、両者の関係が断絶したケースも報告[20)]されており、様々な身体的負担があります。

さらには、家族が不安や当惑、孤立といった感情を抱える[21)]など、心理的負担も報告されています。別居の介護では意思決定を担うこと[22)]、専門職とのコミュニケーションや近隣住民との関係構築[23, 24)]に時間を費やす等、手段的介護以外の支援提供も多く、これらの精神的健康への影響も懸念されます。また、仕事や育児といった役割を担っている場合、役割過重による心理的ストレス[13)]の報告もあり、虐待を始めとした不適切行為につながることが懸念される[25)]。

同居・別居の違いによる介護者の精神健康・心理的負担の差異については議論が分かれ、別居群のほうが精神的負担感が有意に低い[26)]とされる一方で、孤独感[27)]、負担感[28,29)]においては、統計的な差異が明らかになっておらず、更なる検討が必要です。

② 高齢者本人および、介護する親族らとのコンフリクト

生活や介護の方針について、高齢者と介護者の意向のすり合わせの難しさやそこで生じるコンフリクトがあげられます[8,30,31)]。別居介護の場合、高齢者本人の安全確認の難しさは前述のとおりであり、これらが介護者と高齢者本人間の、介護や医療、生活における意向の不一致につながる場合があります。またこういった意向の不一致、コンフリクトは、介護を担う家族・親族間においても生じることが報告されています[32)]。

③ 介護継続の課題

Cott ら（2013）のインタビュー調査からは、家族が、許容できるリスク（acceptable risk）と許容できないリスク（unacceptable risk）にわけて対応し、独居認知症高齢者の介護継続を判断していることを明らかにしています[33)]。ここで重要なのは、何が許容できて何が許容できないかの区別は絶対的なものではなく、時と場合によりその基準が変化する点です[30)]。

(3) 支援体制に関する課題

支援体制に関する課題には、認知症高齢者が独居で生活継続をすること、その状態での介護状況に対して､同居を前提とした考えを持つ介護スタッフ等専門職からの理解を得られないこと[19)]、これらの介護に関する支援や情報の不足[34-36)]があげられています。また、高齢者と介護者の居住地域が異なることによって、高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れる[3)]、支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題もあります[37)]。

(4) 以上のまとめ

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的です。しかしながら、高齢者の安否や機能低下、変化の確認を頻繁に行うことの難しさは、独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題と考えられます。また介護を提供することで、時間的・経済的・体力的、そして心理的な家

族の負担があること、また、支援体制にも課題があり、認知症高齢者が独居で生活継続することへの理解が介護スタッフらにないことなどの課題が見られました。近年は、パンデミックによる介護継続の制限などの課題も報告されています。Bei ら (2021) のシステマティックレビューの試み[38]なども登場しており、独居認知症高齢者の生活支援に資する質の高い研究が求められています。

文献

1) Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. 老年精神医学雑誌 2020;31(5):467-73.
3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health & Social Care in the Community 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
4) 中島 民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌 2022;25(2):225-32.
5) Thompsell A, Lovestone S. Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2002;17(9):804-7. doi: 10.1002/gps.692.
6) 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-8.
7) Nabeyama S. Refusal of nursing care as a factor that hinders long-distance care in Japan. Nursing Science Quarterly 2023;36(4):411-8. doi: 10.1177/08943184231187865.
8) 浜田 詩子, 苅谷 みどり, 川上 理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ一事例からの考察. 日本看護学会論文集: 在宅看護. 2018; (48):59-62.
9) Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, Snow W, Tierney MC. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. International Journal of Geriatric Psychiatry 2012;27(12):1275-82. doi: 10.1002/gps.3778.
10) Lexomboon D, Gavriilidou NN, Höijer J, Skott P, Religa D, Eriksdotter M, Sandborgh-Englund G. Discontinued dental care attendance among people with dementia: a register-based longitudinal study. Gerodontology 2021;38:57-65. doi: 10.1111/ger.12498.
11) Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. Nursing Older People 2004;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349.

12) 久保田 真美. 独居認知症高齢者のケアと家族支援. 臨床老年看護 2017;24(1):76-82.
13) 鈴木 久美子, 石丸 美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌 2022;27(2):1-10. doi: 10.20776/s13448846-27-2-p1.
14) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatrics and Gerontology International 2019;19:902-6. doi: 10.1111/ggi.13738.
15) Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, Gedde MH, Husebo BS. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. BMC Health Services Research 2021;21(1):1003. doi: 10.1186/s12913-021-07041-8.
16) Das A, Padala KP, Bagla P, Padala PR. Stress of overseas long-distance care during COVID-19: potential "CALM"ing strategies. Frontiers in Psychiatry 2021;12:734967. doi: 10.3389/fpsyt.2021.734967.
17) Hvalič-Touzery S, Trkman M, Dolničar V. Caregiving Situation as a predictor of subjective caregiver burden: informal caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. Int Journal of Environmental Research and Public Health 2022;19(21):14496. doi: 10.3390/ijerph192114496.
18) Hattori Y, Isowa T, Hiramatsu M, Kitagawa A, Tsujikawa M. Disaster preparedness of persons requiring special care ages 75 years and older living in areas at high risk of earthquake disasters: a cross-sectional study from the Pacific coast region of western Japan. Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2021;15(4):469-77. doi: 10.1017/dmp.2020.39.
19) 松本 一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.
20) 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み 認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報 2013;44(1):70-3.
21) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. Psychogeriatrics 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
22) Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. British Journal of Occupational Therapy 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
23) 中川 敦. 遠距離介護の意思決定過程の会話分析:ジレンマへの対処の方法と責任の分散. 年報社会学論集 2016;29: 56-67. doi: 10.5690/kantoh.2016.56.
24) 北村 圭三. ひとり暮らしの高齢者遠距離在宅介護における連携. 神戸海星女子学院大学研究紀要 2007;45: 51-74.

25) 松本 一生. 地域における介護家族への支援. Dementia Japan 2018;32(1):99-105.
26) 関野 明子, 矢吹 知之, 長田 久雄, 森下 久美. 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較：別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. 日本認知症ケア学会誌 2020;19(3):582-90.
27) Menne HL, Pendergrast C. Examining predictors of loneliness among Older Americans Act National Family Caregiver Support Program participants. Frontiers in Public Health 2024;12:1337838. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337838.
28) Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. International Psychogeriatrics 1999;11(3):235-50. doi: 10.1017/s1041610299005803.
29) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age and Ageing 2021; 50: 861-7. doi: 10.1093/ageing/afaa196.
30) Heaton J, Martyr A, Nelis SM, Marková IS, Morris RG, Roth I, Woods RT, Clare L. Future outlook of people living alone with early-stage dementia and their non-resident relatives and friends who support them. Ageing and Society. 2021;41(11):2660-80. doi:10.1017/S0144686X20000513.
31) Sanchez LP. Historias y experiencias de atención a distancia, el caso: Israel y México. Research on Ageing and Social Policy 2022;10(1):21-47. doi: 10.17583/rasp.8436.
32) Roff LL, Martin SS, Jennings LK, Parker MW, Harmon DK. Long distance parental caregivers' experiences with siblings: a qualitative study. Qualitative Social Work 2007;6(3): 315-34. doi: 10.1177/1473325007080404.
33) Cott CA, Tierney MC. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. Health, Risk & Society 2013;15(5), 402-15. https://doi.org/10.1080/13698575.2013.801936.
34) 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病院誌 2019;24(1):145-7.
35) 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邉 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要 2011;31(1):55-6.
36) Gunn KM, Luker J, Ramanathan R, Skrabal Ross X, Hutchinson A, Huynh E, Olver I. Choosing and managing aged care services from afar: what matters to Australian long-distance care givers. International Journal Environmental Research and Public Health 2021;18(24):13000. doi: 10.3390/ijerph182413000.
37) 中川 敦. 遠距離介護者は何をしてるのか 提案の判断と離れて暮らす家族の知識. 島根県立大学『総合政策論叢』. 2015;29:29-44.
38) Bei E, Morrison V, Zarzycki M, Vilchinsky N. Barriers, facilitators, and motives to

provide distance care, and the consequences for distance caregivers: a mixed-methods systematic review. Social Science and Medicine 2023;321:115782. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115782

5.2. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題への対応

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的です。そのため、ここでは独居認知症高齢者本人への支援を通して、家族への支援となっている対策を含めて解説します。

独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策

① 見守り支援

総務省行政評価局（2023）の『一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査』報告書によると、「訪問による見守り活動」、「デジタルツールの活用による見守り活動」、「サロンを通じた見守り活動」といった見守り支援が展開されています[1)]。これらは、頻繁に独居認知症高齢者のもとを訪れることができない家族には重要な支援です。特に、訪問介護サービスの利用等は見守りにつながっており、行方不明の早期発見につながる可能性も指摘されています[2)]。

また、デジタルツールの活用による見守りも国内外で行われており[3-10)]、これらのデジタルツールの利活用の有用性も指摘されています[3,10)]。これらのデジタルツールを活用したモニタリングは高齢者の見守りを実現する支援となるため、家族の主観的な介護負担感の軽減に寄与する[7)]一方で、高齢者と家族両者の Well-being の低下が指摘される[7)]など課題もあります。モニタリングシステムの導入に際しては倫理的な議論もあり、介護者の多くが映像を用いたモニタリングにおいて、支援としての必要性を認めているものの、認知症高齢者の Autonomy（自律）や Freedom（自主性）の欠如、プライバシーの侵害といった課題があります[8)]。

② 緊急事態を知らせるサービス

高齢者自身が能動的に緊急事態を知らせるペンダント型のアラーム等も有用な支援となり得ます[11)]。特に独居の場合は、そうでない場合と比べてこれらの利活用が多いという報告もあり、独居高齢者への支援としての重要性が示唆されます[11)]。

③ 生活支援

独居認知症高齢者が介護サービスを利用することで生活支援をインフォーマル以外のサービスで賄っている現状が報告されており、公的/民間サービスは独居認知症高齢者の家族にとっての重要な支援の一つです。たとえば、ノルウェーの認知症介護者では全般的に介護サービスの利用が多く[12)]、スウェーデンに住む独居高齢者ではホームヘルプサービスの利用がより多いことが報告されています[13)]。イングランド、米国、フィンランドの調査でも同様の結果が得られ[14-16)]、日本ではショートステイの長期利用者に独居高齢者が多いとされています[17)]。さらに、生活支援のみならず、高齢者本人の日常的な話し相手の確保等も、家族にとっては重要な代替支援として挙げられます[18.19)]。

しかし、Edwards ら[20)]は U.S. Health and Retirement Study のデータを用いて、認知機能に課題を抱える独居高齢者 4,666 名の調査を行い、人種・民族や性別によって IADL・ADL の困難、

そしてサポートの状況が異なることを明らかにしており[22]、認知症のある独居高齢者の機能低下や支援ニーズには大きな違いがあることに留意しておく必要があるとしています。

④ 専門職の関わりによる支援

訪問看護師を始めとした介護スタッフ等の専門職が高齢者と介護者の間に入り、家族の関係構築を支える支援の可能性が報告されています[19,21-29]。これらは主に家族への介入を目的とした支援です。例えば、担当者会議の開催により、家族、専門職を含めた支援者全員の支援の方向性のすり合わせが実現すること、専門職が仲介役となって主介護者以外の家族からの支援を引き出し、独居での生活を継続できる支援体制の構築が実現可能となることなど。ここでは、専門職が家族の思いをくみ取り、介護力を見極める[30]とともに、家族が理解できるような説明が行われることによって、家族の不安や悩みが軽減されるといった支援も含まれます[31-33]。このような働きかけは介護者自身の負担や不安の軽減につながるだけでなく、高齢者側の不安軽減につながる効果も有しています[34-35]。

(1) 支援提供の課題と今後期待される支援

支援者側に、認知症のある独居高齢者に対して別居で介護を提供することに対する理解がないこと[36]、これらの介護状況に関する支援情報が不足していること[25,37]、既存の見守り支援として機能する民生委員やボランティアにおいてもなり手が不足していること[1]が課題なっており、今後増加が予測される独居認知症高齢者の家族支援対策は急務の課題です。さらに、独居認知症高齢者の意思決定に別居家族が関わることについての課題も指摘されており[38]、家族による意思決定支援への支援も期待されます。これらの支援は、家族が介護を提供するようになる前から、例えばサービス開始前などからの途切れることのない継続的支援提供が求められます[19]。その一助として、イギリスのアルツハイマー病協会（Alzheimer’s Society）は独居認知症高齢者に知っておいてほしいことや相談先をまとめた資料をウェブサイト上で公開しておりますが[39]、さらに、独居認知症高齢者の本人だけでなく、その別居介護者自身をサポートする身体的・心理的支援プログラムの開発が期待されています[40]。

(2) 以上のまとめ

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的です。既存の対策は、高齢者本人へのサービス提供を通した家族への支援対策が中心であり、家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定されます。日本だけでなく国外の状況を見ても、別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えません。別居家族を支援する対策に関する検討はこれからの重要な課題です。

文献

1. 総務省行政評価局. 一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査　結果報告書. 2023. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/hyouka_000164233.html
2. 菊地 和則, 大口 達也, 池内 朋子, 粟田 主一. 独居認知症高齢者の行方不明の実態　150事例からの報告. 老年精神医学雑誌 2021;32(4):469-79.
3. 纐纈 朋弥, 石原 多佳子, 西本 裕, 小林 和成, 山崎 仁朗, 高木 和美, 大野 ゆう子. IT

機器を介した高齢者地域見守りモデル事業導入時の課題. 日本早期認知症学会誌 2016;9(2):43-8.
4. 飯生 信子. 独居高齢者見守り機器動向. 電子情報通信学会誌 2021;104(9):975-80.
5. White C, Whitfield C, Wray J. Providing help, support and care from a distance: summary of findings from an exploratory study of 'distance carers' in the UK. 2018. University of Hull.
6. Chou HC. Remote monitoring and control smart floor for detecting falls and wandering patterns in people with dementia. Journal of Intelligent & Fuzzy Systems 2019;36(2):1323-31.
7. Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J, Curtis D. Potential for digital monitoring to enhance wellbeing at home for people with mild dementia and their family carers. Journal of Alzheimers Disease 2020;73(3):867-72. doi: 10.3233/JAD-190844.
8. Mulvenna M, Hutton A, Coates V, Martin S, Todd S, Bond R, Moorhead A. Views of caregivers on the ethics of assistive technology used for home surveillance of people living with dementia. Neuroethics 2017;10(2):255-66. doi: 10.1007/s12152-017-9305-z.
9. 藤原 佳典. 認知機能が低下した独居の高齢者への地域包括ケアシステム. ケアマネジメント学 2013;12 号:18-24.
10. 杉坂 淳, 下田 学, 長田 俊佑, 久冨木原 健二, 吉井 康裕. Alzheimer 型認知症患者の服薬アドヒアランス改善にネットワークカメラと服薬カレンダーを用いた症例. 神経治療学 2015;32(6):949-52.
11. Puaschitz 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. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.
12. Moholt JM, Friborg O, Blix BH, Henriksen N. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: a survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. Dementia (London) 2020;19(5):1712-31. doi: 10.1177/1471301218804981.
13. Larsson K, Silverstein M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. Journal of Aging Studies 2004;18(2):231-44. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.
14. Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
15. Gage H, Cheynel J, Williams P, Mitchell K, Stinton C, Katz J, Holland C, Sheehan B. Service utilisation and family support of people with dementia: a cohort study in

England. International Journal of Geriatric Psychiatry 2015;30(2):166-77. doi: 10.1002/gps.4118.
16. Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age and Ageing 2021; 50: 861-7.
17. Hagiwara C, Sasaki H. Conditions and characteristics of older adults and primary caregivers who use short-stay services: a comparison between long-term and short-term service groups by service type. Journal of Rural Medicine 2022;17(4):196-204. doi: 10.2185/jrm.2022-013.
18. White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health & Social Care in the Community 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
19. 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル 2010; 3(1): 55-8.
20. Edwards RD, Brenowitz WD, Portacolone E, Covinsky KE, Bindman A, Glymour MM, Torres JM. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. Alzheimer's and Dementia 2020;16(8):1125-33. doi: 10.1002/alz.12102.
21. 渡辺美由紀, 藪中朋子, 増子芳枝, 上村康子, 佐々木政子, 小林三希子, 渡辺睦子, 濱口恵子. 医療依存度の高い独居高齢者のサポートと課題. 癌と化学療法 1998;25 (suppl-4):661-4.
22. 長谷川 幹. 事例検討道場　物盗られ妄想のあるおばの面倒をみる別居の甥。どこまで頼れるか?悩む地域包括の主任ケアマネ. 月刊ケアマネジメント 2012;23(2):46-51.
23. 安藤 繁, 野中方式事例検討会. 新・事例検討道場　事例検討の技術向上めざして　幻視・錯視の訴えが多い独居の女性　ケアマネ、ヘルパー、民生委員が対応に苦慮。認知症疾患センター受診に、県外の家族は慎重。どう対応したらいいか?月刊ケアマネジメント 2013;24(11):42-7.
24. 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報. 2013;44(1):70-3.
25. 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邉 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要 2011;31(1):55-6.
26. 安藤 こずえ, 水野 敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学 2015;20(1):88-96. doi: 10.20696/jagn.20.1_88.
27. 黒沢 一美, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し　前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学

2020;112:77-82.
28. 鈴木 久美子. 地域包括支援センター看護職による認知症高齢者と家族への支援の特徴　個別支援から認知症とともに安心して暮らせる地域づくりまで. 認知症ケア事例ジャーナル 2024;17(1):35-42.
29. 角田 光隆. 分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活上の課題と支援. 認知症ケア事例ジャーナル 2022;15(3):170-6.
30. 林 純子, 林 裕栄, 善生 まり子, 張 平平. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援　地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌 2022; 25(2): 13-22.
31. 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター. 一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査：介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から. 2023.
32. Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. Psychogeriatrics 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
33. 鈴木 久美子, 石丸 美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌 2022; 27(2): 1-10.
34. 渡邉 菜保子, 松本 美江, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学 2024;118 号:177-80.
35. Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. British Journal of Occupational Therapy 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
36. 松本 一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究 2003;20(3):203-6.
37. 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病院誌 2019;24(1):145-7.
38. 井藤 佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援. 老年精神医学雑誌 2022;33(3):270-5
39. Alzheimer's Society. Living alone as a person with dementia. https://www.alzheimers.org.uk/get-support/staying-independent/living-alone.
40. Watari K, Wetherell JL, Gatz M, Delaney J, Ladd C, Cherry D. Long distance caregivers: characteristics, service needs, and use of a long distance caregiver program. Clinical Gerontologist 2006;29(4):61-77. https://doi.org/10.1300/J018v29n04_05.

第6章　身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題と対応

6.1. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題

戦時中などの例外を除いて、一貫して右肩上がりで増えつづけてきたわが国の総人口は、2004年をピークに緩やかな減少傾向に転じている一方で、単身や夫婦二人で構成される世帯数は依然として増え続けています。地方部では著しく人口が減少し、都市部では単身者が急増するなど、血縁と地縁の希薄化が同時に進展し、社会全体で身寄りのない独居高齢者が増加している傾向が見て取れます。

他方、現在のわが国における高齢者施策は、2000年の介護保険制度の導入による措置から契約へという流れの中で契約による制度利用が中心となり、実際には高齢者本人の契約行為を家族が支援する、つまり家族が当然に高齢者本人の意思決定を支援することが想定されている状況です。

このように、本人による適切な判断が困難な状況に陥った際には家族が本人に代わって意思決定を行うことが前提となっている社会制度の下では、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の考えや嗜好、将来への希望も含めた詳細な情報を得て、それらを活かしながら終身にわたる意思決定を、誰がどんな権限で、誰がコストを負担して担うべきなのか。その仕組みを如何にしてつくるかということが、財産管理を業務の中心とする成年後見制度以外に整えられていない今日の状況下での最大の課題となっています。

以下に、身寄りのない独居認知症高齢者の終身にわたる意思決定支援を取りまとめる役割を果たす人がいないことによって生じる具体的な生活上の課題を整理して解説します。

(1) 適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいない

身寄りのない独居認知症高齢者が医療や介護を受ける必要が生じたときに、その時期、場所及び方法についての選択肢を収集し、本人の状況によって事前に本人から得ていた情報を活かしながら意思決定の支援を行うキーパーソンが不在となる。こうした状況下では、医療機関や在宅介護等それぞれの場面における身寄りのない高齢者に対応するためのガイドラインは存在するものの、守るべき本人の尊厳や希望がどこにあるのかを現場の医療介護スタッフが推定することは困難であり、真の意味での権利擁護には繋がりにくいという問題が生じます。また、主に財産管理の役割を担う成年後見人の利用を促す意思決定支援も主体的に行う仕組みがなく、申立人となる4親等以内の親族もおりません。

(2) 入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいない

病院への入院の際に求められることが多い身元保証人には、①支払債務の連帯保証機能とともに、②医療同意の機能、③入院に必要な物品の準備の機能、④転院・退院先の決定や環境調整の機能、⑤死後事務の機能があるとされている [1)]。身元保証人がいないことを理由に入院や入居を拒否すべきではないという論調も根強くある一方で、単に金銭的な保証人というだけでなく、認知症高齢者本人が自ら行えないことを代わりに行ってくれる人が必要です。それらをすべて入院中の病院や入居中施設が決定権を持って行えば、不適切な利益相反関係が生じてしまうことにも

なりかねません。

(3) 死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいない

死亡したときに、遺体を引き取って火葬及び納骨といった祭祀を主宰してくれる権限を有している人、相続人に代わって賃貸住宅の解約及び家財処分をする権限を有している人がいないことで、身寄りのない独居認知症高齢者の入院や施設入居の受け入れ先を見つけられない問題、賃貸住宅を借りられない問題が生じています。さらに、すでに認知症を発症していると、こうした死後の権限を第三者に委任する契約を締結することも困難になる可能性があります。

(4) 以上のまとめ

日常生活の営みは大なり小なり意思決定の連続であるにもかかわらず、頼れる身寄りがない独居認知症高齢者には、本人に関する情報を保有し、その情報を活かしながら死亡後を含めた終身にわたって切れ目なく本人に寄り添う意思決定支援を行う人がいないことが最大の課題となっています。具体的には、①適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいないこと、②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいないこと、③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいないこと等が挙げられます。

文献

1) 八杖友一「身寄りのない人の医療の現場と課題～医療機関での身元保証問題を考える～」『実践　成年後見』, No.107, 2023年11月号, 11-14, 2023.

6.2. 身寄りのない独居認知症高齢者が直面している課題への対応

これまで、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者に生活上の課題が浮上したときは、医療や介護の現場において各種ガイドラインに沿った多職種連携により本人の意思を推定するなどして本人の権利擁護を行うという対策が中心でした。しかし、今後、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の増加が見込まれる中、多職種連携による例外的対応が常態化すれば、医療介護の現場が機能不全に陥ってしまうリスクがあります。

そこで必要となる対策は、認知症により判断力が低下する前の時期に、頼れる身寄りのない独居高齢者が、将来にわたりその尊厳を守り希望をもって暮らすことができるように、意思決定の材料となる情報の管理及び意思決定の支援とその実行の手助け又は代行を信頼する人に託すことができる制度の確立することが求められます。こうした制度は、地域ごとの特性や資産階層別に検討される必要があります。具体的には下記のような対策があげられます。

(1) 高齢者等終身サポート事業者の整備と健全な発展

身寄りのない高齢者等の生活上の課題を支援するために、契約により「身元保証等」「日常生活支援」及び「死後事務」を受託する事業を行う民間事業者は、社会的ニーズが増大する一方でこれまで何等の規制も監督官庁も業界団体もない状況で消費者問題化するケースも多くありました。この問題に対応するために、令和6年6月、内閣官房身元保証等高齢者サポート調整チームを中

心に関係各省庁横断で「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が発表されました。今後、民間サービスとして、安心して選択できる事業に発展していくことができるかどうかが重要な課題となります。

(2) 厚生労働省「令和 6 年度身寄りのない高齢者等が抱える生活上の課題に対応するためのモデル事業」

このプロジェクトでは、①包括的な相談・コーディネート窓口、②社協によるパッケージ提供、という 2 つの事業が全国 9 自治体で実施されています。持続可能な仕組みづくりを実現するための検証が待たれます。

(3) 上記の 2 事業に共通すること

上記の対策は、いずれも身寄りのない独居認知症高齢者が、認知症の症状が出現する前の時期に当事者意識を持って備えておくことが必要とされています。令和 5 年 12 月「認知症と向き合う幸齢社会実現会議」のとりまとめにおいて「家族だけが介護の担い手であるという介護負担意識の改革が必要」[1] と明言されていますが、今後は、社会の最小単位が家族から個人へと移行する時代を迎えることになるでしょう。そこでは、誰もが将来頼れる身寄りのない状況の独居認知症高齢者となるリスクがあるという当事者意識を持って、自立期から事前の備えをすべきだという新しい価値観の醸成と、地域ごと資産階層ごとの特性を踏まえた多様な安心できる選択肢の整備を、同時進行で進めていく必要があります。

(4) 以上のまとめ

身寄りのない独居認知症高齢者は、介護保険制度や成年後見制度などの公的制度の狭間に陥ることが多く、現在までのところ、死亡後まで含めた終身にわたる生活課題を解決する制度や仕組みが整備されているとは言えません。具体的には、高齢者等終身サポート事業者による民間サービスを事前に契約しておく方法の他、行政による相談・コーディネート窓口の設置や、社会福祉協議会等による身元保証等のパッケージサービス提供等が検討されはじめたばかりです。今後、日本全体の人口が減少していく中でも、身寄りのない独居認知症高齢者はその割合も実数も増加していくことが予想されます。認知症を発症する前から誰もが当事者意識を持って、それぞれの生活環境や資産状況に応じて、安心して自分の情報や将来の意思決定支援を託すことができる備えの選択肢を整える施策が急務でしょう。

文献

1) 首相官邸「認知症と向き合う幸齢社会実現会議とりまとめ」, 1-16, 2023.
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho/pdf/torimatome.pdf

第7章　在宅生活の中断と施設ケアへの移行

7.1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因

独居認知症高齢者の社会属性的な特徴としては，海外における非独居認知症高齢者との比較研究[1-3]から，①女性が多い，②高齢である，③低収入である等が確認されています．また，在宅生活中断要因（以下，中断要因）に関しては，地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究[4-6]から，「ADL の低下」、「認知機能の低下」に加え「独居であること」があげられており、独居高齢者全体を対象とする研究[7,8]からは，「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」、「要介護者が男性であること」、「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか，「認知症による生活機能の低下」等があげられています．また，居住形態（独居 vs 非独居）と入所等のアウトカムの相関を調査した海外の研究[3]では，2 年後の施設入所率について独居は 30.5%である一方，非独居は 15.1%と独居認知症者は非独居と比べ 2 倍のリスクがあるという結果も明らかになっています．これらの結果から，「独居であること」と「認知症であること」はともに在宅生活中断のハイリスク因子と言うことができます．

(1) 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因

海外の研究では，独居 vs 非独居の比較縦断研究によって中断要因を抽出している研究はあるものの，独居認知症高齢者に限定し，さらに中断要因を掘り下げた研究はあまりありません．その中で，Ebly ら[1]は，在宅認知症高齢者（非独居含む，65 歳以上）の施設入所要因を明らかにすることを目的に，約 300 人の属性/ADL/認知機能等に関わるデータを 2 年後の居住状況を含め分析しています．その結果，独居では，「機能障害の増大」のみが施設入所に対する重要な説明変数としてあげられ，独居の主介護者にとって「行動上の問題」や「介護者のストレス」は，「機能障害の増大」よりも重要性が低いことが明らかにされています．他方，非独居では，「主介護者が施設入所を考えたことがあるか」のみが要因としてあげられています．さらに，独居認知症高齢者の主介護者（本人が主介護者と認識している人，または意思決定等に責任をもつ家族）が施設入所を検討する予測因子として，「認知症進行度」，「要介護者との関係が子供である」，「行動上の問題」等があげられています[2]が，非独居では，「行動上の問題」のみであり，独居では認知症が進行した際のケアやサービスの拡充にアンメット・ニーズがあるとも考えられます．

国内の研究では，独居群 vs 非独居群で中断要因を比較研究したものは少なく，対象を独居認知症高齢者に限定し，本人および/または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査から中断要因を明らかにした研究[9-12]がほとんどです．各文献から中断要因に関わる具体的事象を抽出し分類した結果，中断要因は表 1 のように分類されました．

そのほか、非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として，寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が充分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されています[12]．

(2) 今後の課題

認知症高齢者の在宅継続中断要因について，国内の研究では，在宅継続に焦点をおいた独居群 vs 非独居群の比較研究は少なく、量的に中断要因を探索する調査も必要かと思われます．また，

国内研究の調査対象は，介護保険サービス利用中の人を対象としていますが，独居の場合，診断や支援等へのアクセシビリティの低下からサービス利用に至っていない群が一定数いることにも留意が必要です。また、在宅生活中断の経緯は，実際には個々のケースによって，本人の性格，これまでの歩み，家族・地域との関係等，個人/環境要因が複雑に絡み合っている点にも留意する必要があるでしょう。しかし、今回整理した在宅継続中断要因は，独居認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためにどのような施策・支援が必要なのかを考えるための一つの視座を与えるものとなるでしょう.

文献

1) Ebly, E M et al. “Living alone with dementia.” Dementia and geriatric cognitive disorders vol. 10,6 (1999): 541-8.
2) Nourhashemi, F et al. “Living alone with Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR Study.” The journal of nutrition, health & aging vol. 9,2 (2005): 117-20.
3) Soto, Maria et al. “Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study.” Journal of the American Geriatrics Society vol. 63,4 (2015): 651-8.
4) Knapp, Martin et al. “Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register.” BMJ open vol. 6,11 e013591. 18 Nov. 2016
5) Sibley, A et al. “The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis.” Dementia and geriatric cognitive disorders vol. 13,1 (2002): 40-5.
6) Yaffe, Kristine et al. “Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia.” JAMA vol. 287,16 (2002): 2090-7.
7) 中島民恵子ほか：大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生の指標 62.12 (2015): 15-21.
8) 柄澤邦江ほか：“独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究. 飯田女子短期大学紀要 25 (2008): 21-33.
9) 久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界　独居生活開始から施設入所までの過程より.日本在宅ケア学会誌 21.1 (2017): 67-75.
10) 久保田真美，堀口和子：認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因　介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより.日本認知症ケア学会誌 18.3 (2019): 688-696.
11) 犬山彩乃，諏訪さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因.千葉看護学会会誌 25.1 (2019): 37-46.
12) 神波幸子ほか：過疎農村地域に暮らす独居の認知症高齢者のケアについて　福井県Ｉ町の訪問調査から. 医療福祉研究 6 (2010): 37-68.

表 1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断要因

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

7.2. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進する支援

現在のところ、どのような支援が独居認知症高齢者の在宅生活の継続を促進するかについては明らかにされていません。しかし、支援のヒントとなるいくつかの研究結果がでておりますので、それについて紹介します。

(1) 独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する要因に関する研究

Greiner ら[1]は，「コネチカット高齢者在宅ケアプログラム」で年次評価を実施している 10,975 人のデータを分析し，アルツハイマー病であること，金銭管理に支援が必要であること，独居であること，ショートステイの利用回数が多いことが 1 年以内の施設入所のリスクを高めるが，「個別ケア支援サービス」の利用は施設入所のリスクは 46%低減すると報告しています．Sebban ら[2]は，急性期病院を退院した 60 歳以上の独居高齢者 389 人に調査によって，独居であったとしても，認知症であったとしても，それまでに理学療法を受けていたということが退院後の在宅生活中断リスクを低下させると報告しています．犬山ら[3]は，独居認知症高齢者の在宅活継続の要因（本人の要因）を明らかにするために，独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー 11 名に半構造化面接を行い，得られたデータについて，国際生活機能分類(ICF)を分析枠組みとした質的帰納的分析を行っています．その結果，①健康状態に関する 2 テーマ（【認知症の診断が確認されている】等），心身機能・身体構造に関する 4 テーマ（【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等），活動に関する 5 テーマ（【意思の伝達とコミュニケーションが出来る】等），参加に関する 3 テーマ（【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等），個人因子に関する 3 テーマ（【趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等）が抽出されました．認知症高齢者は，日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続を可能にしていること，入院や一時的な体調の変化によって機能低下が生じた場合でも，住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていることが示されています．著者らは，独

居認知症高齢者の在宅生活継続には様々な要因が相互に影響しあっており，ICF の視点を用いてこれらの情報を整理することが有効であると述べています.

(2) 独居認知症高齢者のニーズの把握の関する研究

Svanstroem ら[4]は，認知症とともに一人で暮らすという現象と彼らのニーズを明らかにすることを目的に，6 人の独居の認知症者を対象に 32 回の訪問記録と 11 の録音記録を分析しました. その結果，一人で暮らすことを困難にするような漠然として存在するに至る経過を明らかにした．すなわち，活動が次第に緩慢になり，日常生活の管理が次第に困難になり，周囲との関係が次第に希薄になり，やがて孤独感と健忘があらわれ，それが生きる意味をぼやかしていく．介護者やサービス提供機関が独居認知症者のニーズを理解するためには，このような独居認知症者の内的世界を理解することが重要であると述べています．Clare ら[5]は，独居認知症者のニーズを理解するために，IDAL スタディに参加した英国の軽度～中等度認知症 1,541 人と 1,277 人の介護者のデータを分析しています．その結果，独居認知症者は，同居者がいる認知症者に比して，認知機能，生活機能，社会的交流は高いが，より孤独であり，生活に対する満足度は低く，在宅サービスや福祉用具を利用している頻度が高い．しかし，症状，QOL，ウェルビーイングには差がないと報告しています．この所見は，軽度～中等度の認知症者は独居であってもそれなりに暮らすことができるが，どのようにサポートをすれば生活に対する満足度が向上するか，どのような保健福祉サービスが彼らのニーズに最もよく対応できるのかを考える必要があると結論しています.

(3) 独居認知症高齢者のサービス利用に関する研究

Rosenwhol-Mack ら[6]は，32 の研究について系統的文献レビューを行い，独居認知症者では，同居者のいる認知症者に比して，保健サービスの利用は少ないかほぼ同等であるが，福祉サービスの利用は多いと報告しています．Eichler ら[7]は，ドイツの地域在住認知症高齢者 511 人のベースライン調査において，独居認知症者は，同居者のいる認知症者よりも，在宅ケア，服薬管理，配食，訪問介護などの専門職によるサービス利用が多いと報告しています.

(4) 以上のまとめ

現段階では，独居認知症高齢者等の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について，十分なエビデンスは存在しません．これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると，①在宅生活中断因子（健康状態の悪化，社会的孤立など）の低減と在宅生活継続因子（健康状態の保持，適切な在宅サービスの利用など）の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案すること，②認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し，認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保することが重要かと思われます.

文献

1) Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, et al.: Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. Am J Manag Care. 2014 Dec 1;20(12):e535-6.

2) Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, et al.: Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. Aging Clin Exp Res. 32(7): 1271-1277, 2020.
3) 犬山彩乃, 諏訪 さゆり：独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. 千葉看護学会会誌 25(1):37-46, 2019.
4) Svanström R, Sundler AJ: Gradually losing one's foothold--a fragmented existence when living alone with dementia. Dementia (London). 14(2):145-63, 2015.
5) Clare L, Martyr A, Henderson C, et al.: Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. J Alzheimers Dis. 78(3): 1207-1216, 2020.
6) Rosenwohl-Mack A, Dubbin L, Chodos A, et al.: Use of Services by People Living Alone With Cognitive Impairment: A Systematic Review. Innov Aging. 2021 18;5(1):igab004, 2021.
7) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al.: Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. J Alzheimers Dis. 2016; 52(2):619-29, 2016.

7.3. 独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきこと

認知症とともに一人で暮らすライフコースに中で，在宅から施設への入所など，「ケアの場の移行」(care setting transition) を経験する可能性は非常に高くなるのは事実です[1)]．また，配慮のない「ケアの場の移行」が認知症高齢者の身体的・精神的な健康状態，QOL やウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることも，認知症ケアに携わる専門職であれば，日々の業務の中で繰り返し経験していることかと思われます．したがって，ここでは，認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究を紹介した上で、英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) のガイドラインに記されている推奨事項を解説し，独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」について配慮すべきことを考察することにしました．

(1) 認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究

Cloutier ら[1)]は，カナダのブリティッシュコロンビア州で長期ケアを受けている 3,717 人の女性の認知症高齢者の経過を，ライフコースという観点から，行政データを用いて追跡しました．その結果，「在宅ケアから施設ケアへの移行群」は，「在宅ケア継続群」「施設ケア継続群」よりも，郊外に住む人が多く，未亡人または独居が多く，健康状態は「在宅ケア継続群」と「施設ケア継続群」の中間にあり，抑うつレベルは最も高く，施設入所のタイミングでは ADL 障害，認知機能障害，失禁，攻撃性が目立つようになっていると報告しています．また，2 事例の詳細なレポートを通して，「在宅ケアから施設ケアへの移行」は決して単純な経路ではないこと，その間に数多くの複雑な問題が生じること，それが本人の健康状態，QOL，identity， personhood に

影響を及ぼすこと（例：施設ケアへの移行が認知症高齢者の不安，焦燥，興奮，転倒リスク，徘徊のレベルを高め，それによって「問題高齢者」のレッテルが貼られ，それによって行動が制限され，それによって孤立を強いられるようになる)、しかし，この問題にフォーカスをあてた研究はほとんど見当たらないと指摘しています.

(2) NICE ガイドライン

2018 年に，NICE は，ガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価，管理，支援」(Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Nice Guidline 97. Methods, evidence and recommendations. June 2018) [2, 3]を刊行しています．ここには，「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行することを管理すること」(Managing the transition between different settings for people living with dementia) というセクションが設けられています．しかし，そこでは，現段階では十分なエビデンスがないことが強調されており，「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行する際には，『福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行』[4]や『精神病院入院と在宅との間での移行』[5]に関するガイドラインを参照すること．また，いずれの移行においても，移行後には本人のニーズや希望について見直しを行え」とのみ記されています.

(3) パーソンセンタードケアとコミュニケーション・情報共有

上記で紹介されている「福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行」[4] には，主に在宅から病院に入院する際に留意すべきことが記載されています．したがって，在宅から施設入所という「ケアの場の移行」には必ずしもそぐわない内容でした．また，認知症に特化したものではなく，独居者に特化したものでもありませんでした．しかし，その冒頭にある「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーション及び情報共有」に関する記載は，在宅から施設ケアへの移行の際にも共通する内容であるので，以下にその内容を要約して紹介しておきます.

① パーソンセンタードケア

- ケアを受けるすべての人は，自分自身のケアを選択できる個人であり，対等なパートナーであると認識されねばならない.
- 好ましくない治療やケアを受けている可能性がある人，コミュニケーションの障害や薬物・アルコール乱用のためにサービスへのアクセスが難しくなっている人については，それが同定され，適切に支援されねばならない.
- 本人から同意を得る場合には，家族や介護者も提供されるケアについての話し合いに関与してもらうようにすべきであり，本人の同意能力に疑いがある場合には，精神保健法（Mental Health Act）の原則を遵守せねばならない.

② コミュニケーションと情報共有

- 病院と在宅の間の移動に関与する本人・介護者・すべての保健福祉専門職は，定期的に話し合いの場をもつ必要がある．これによってケアの場の移行が円滑に調整され，すべての調整を同時に行うことができる.
- 病院と在宅（施設も含む）の間を移動する場合には，診断及び治療・すべての処方薬についての情報を提供する，必要な場合には家族や介護者にそれを渡す必要がある.

- 情報提供を行うには様式としては，通常の文字で書かれた書式の他に，視覚障害がある人には点字の書式など，本人が理解しやすい様式の情報提供が必要である．

(4) 以上のまとめ

現段階では，独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて，十分なエビデンスは存在しません．しかし，認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして，①認知症とともに生きる人々は，自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること，②配慮のないケアの場の移行が，認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態，QOL やウェルビーイング，本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること，③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと，④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと，⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容，治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと，⑥ケアの場の移行後には，本人のニーズや希望を見直すこと，が挙げられるでしょう．

文献

1) Cloutier DS, Penning MJ: Janus at the crossroads: Perspective on long-term care trajectories for older women with dementia in a Canadian context. Gerontological Society of America. 57(1): 68-81, 2017.
2) National Institute of Health and Care Excellence: Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published date: June 2018. https://www.nice.org.uk/guidance/ng97
3) 粟田主一：Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). 精神医学, 62: 683-688, 2020.
4) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng53
5) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng53

第 8 章　社会的支援のコーディネーション

認知症や障害などによって地域生活の継続が困難な状況に直面しているときに、地域生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整することをケアコーディネーションと呼んでいます。国際的には、ケアコーディネーションはケースマネジメント [11]またはケアマネジメントとほぼ同義語として使用されています。しかし、ケアマネジメントという用語は、わが国では介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う業務として使用される場合が多いので、ここではより広い意味をもつ言葉としてケアコーディネーションまたはコーディネーションという用語を使用することにいたしました。

コーディネーションの役割を担う専門職は一般的にはコーディネーターと呼ばれます。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所はコーディネーションを実践する事業所であり、そのスタッフ（社会福祉士、保健師、介護支援専門員等）はコーディネーターとしての役割を果たす専門職です。また、認知症サポート医にはコーディネート医としての役割が期待されており、認知症初期集中支援チームは多職種協働によってコーディネーションを実践する専門職チームにほかなりません。

8.1. 基本原則：認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること

コーディネーションの基本原則は,「認知症とともに生きる本人がケアの決定に関与できるようにすること」です。認知症とともに尊厳ある地域生活を継続するには、認知症とともに生きる本人が、必要な社会的支援の決定に関与できるようにしなければなりません [12]。そのためには、認知症支援に関わるすべての人が、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第 2 版）」[13]に示される意思決定支援の「基本原則」を踏まえて、「適切な意思決定のプロセス」を確保できるように努める必要があります。

8.2. 意思決定支援の基本原則，留意点，プロセス

厚生労働省が作成した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン第 2 版（以下，ガイドライン）」[13]によれば，認知症者の意思決定支援とは,「認知症になっても，その能力を最大限活かして，日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う，意思決定支援者による支援」であり,「支援する側ではなく，本人の視点に立って行われるもの」と定義されています. ガイドラインでは，これを行うためには，意思決定支援の基本原則（「本人の意思の表出」「本人の意思の尊重」,「本人の意思決定能力への

11 日本で最初にケースマネジメントの著書を著した白澤は、「対象者の社会生活上でのニーズを充足させることで、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義している。

12 日本国憲法第 13 条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

13 https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o_r6_guide02_20250320.pdf

配慮」,「チームによる早期からの継続的支援」）を踏まえて，意思決定支援の人的・物的環境の整備（「意思決定支援者の姿勢」,「意思決定支援者との信頼関係，意思表明の相手方との関係性への配慮」,「意思決定支援と環境」）に留意しながら，①意思形成支援，②意思表明支援，③意思実現支援というプロセスを確保することの重要性を指摘しています（表 1).

また，ガイドラインでは，家族も本人の意思決定支援者であり，意思決定支援者である専門職や行政職等は，意思決定支援者としての家族を支援する必要があること，特に，本人と家族の間で意見が分かれたり、本人が過去に表明した見解について、本人と家族が異なる記憶であったり、社会資源等を受け入れる必要性の判断について見解が異なる場合には、意思決定支援者（主として専門職や行政職員等）が、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族が不安を抱かないように支援をすることも必要である，とされています。

さらに，本人の意思決定能力の評価や支援方法に困難や疑問を感じたり、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合，本人のできること・やりたいことの実現に向けてチームで情報を共有し検討するとしています。このような意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合いを「意思決定支援会議」と呼んでいます。

意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることも可能です。会議では、情報を共有した上で、多職種のそれぞれの視点を尊重し、根拠を明確にしながら進めていく必要があり，話し合った内容は、その都度文書として残す必要があります。意思決定支援会議に参加する専門職や行政職員等には、適切な意思決定支援プロセスを踏まえているか確認をするとともに、プロセスごとの内容や結果を記録し、適切に評価を行い、質の向上につなげる役割もあります．本人の意思は変化することもあるので、意思決定支援チームでの事後の振り返り（例えば、本人が体験等を通して、意思が変わる場合がある）や、意思を複数回確認することが求められます。

表 1. 意思決定支援の基本原則，留意点，プロセス

1. 基本原則	
① 本人の意思の表出	○ 年齢や性別、病気の有無等に関わらず、誰もが日々の生活の中で多くの意思決定をしながら生活をしており、人生は意思決定の連続といえる。日常生活・社会生活の中では、何を食べるか、どのような服装にするかなどの身の回りの些細なことから、どこに誰と出かけるか、何を買うか、どのサービスを利用するかなど、1 日の中でも多くの意思決定をする場面がある。 ○ 意思が決まる過程には、すぐに決められるものもあれば、十分な情報や時間が必要な場合もある。また、あまり多くの人に知られたくないことや、反対に、周囲の意見を聞いて決めたいこともある。 ○ また、自分の思いをうまく伝えることができない場合、自分をよく知り、信頼できる相手の支えが必要になる時もある。日々の生活の中で、自分自身が大切にしていることや好きな場所、今後も続けたいことやこれから挑戦したいこと、心配事や不安に感じていることなど、日頃から「自分の意志」を周囲に伝えることも大切である。
② 本人の意思の尊重	○ 意思決定支援者は、認知症の人が、一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。 ○ 認知症の人への支援は、本人の意思を尊重するために行う。したがって、本人の意思を尊重するために、本人の認知能力に応じて理解しやすいように説明しなければならない。 ○ 意思決定支援は、本人の意思（脚注 v）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、日々の暮らしの中で、本人自身がどのような意思をもっているのかについて、まずは本人の表明した意思選好を確認し、本人の意思の確認がどうしても難しい場合には、推定意思・選好を確認する。 ○ なお、自ら意思決定できる早期の段階で、本人の意思を確認し、できる限り具体的な内容を記録として残しておくことも考えられる。 ○ 認知症の人は、言語による意思表示がうまくできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。 ○ 本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重

	される。
③ 本人の意思決定能力への配慮	○ 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする。 ○ 本人のその時々の意思決定能力の状況に応じて支援する。 ○ 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の保たれている認知能力等を引き出す働きかけを行う。 ○ 本人の意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、またそれを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によって構成される。これらの存否を判断する意思決定能力の評価判定と、本人の保たれている認知能力等を引き出す働きかけは、Ⅳ．p. 12 で後述するプロセスに応じた意思決定支援活動と一体をなす。 ○ 意思決定能力の評価は、本人の認知機能や身体及び精神の状態と本人の生活状況等をその都度十分に把握したうえで、意思決定する行為内容に照らし合わせ、適切に判断されることが必要である。 ○ 本人の意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、意思決定支援者の支援力によって変化することに注意する。 ○ さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化することがあるため、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。
④ チームによる早期からの継続的支援	○ 意思決定支援に当たっては、本人の意思を踏まえて、本人及び身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制（以下、「意思決定支援チーム」という）が必要である。 ○ 本人が意思を表明しやすくなるよう、チームの中に本人が意思決定をすることを支えるパートナーや伴走者を入れる。 ○ 本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後の生活等について、本人や家族、関係者等の意思決定支援チームで話し合い、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要であり、その際、本人の語りや表情なども含め、できる限り具体的な記録を残しておくと良い。 ○ 意思決定支援チームは、本人の視点に立つことが重要であり、意思決定支援をチームで検討する場合にも、本人が参画できるように配慮することが必要である。なお、本人を交えた意思決定支援のミーティングや会議に先立ち、支援チームのメンバーが、ミーティン

	グの趣旨や留意点を理解しておく必要がある。また、本人にとってどのような形で開催することが適切であるかについても検討をしておくことが望ましい。 ○ 本人の意思決定能力の評価や支援方法に困難や疑問を感じた場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、再度本人の意思決定支援の方法について話し合う。また、生活する地域で本人の見守りをしている方や日頃から本人と接している方など、日常生活において本人を良く知る人から情報を収集することで、本人を理解し、支援していくことが重要である。 ○ さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化することがあるため、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。意思決定支援者は、本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認し、支援の質の向上を図ることが必要である。 ○ 本人のその後の生活に影響を与えるような意思決定支援を行った場合には、その都度、記録を残しておくことが必要である。 ○ 本人の意思決定後、その選択肢を選んだことから生じるリスクなどについても、チームであらかじめ共有し、それぞれの立場で必要な対応について備え、必要時に連携する。
2. 意思決定支援の人的・物的環境の整備：意思決定支援は、意思決定支援者の姿勢や意思決定支援者との信頼関係、意思表明の相手方との関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、以下に留意する。	
① 意思決定支援者の姿勢	○ 意思決定支援者は、本人の意思を尊重する姿勢で接することが必要である。 ○ 意思決定支援者は、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような姿勢で接することが必要である。 ○ 意思決定支援者は、本人のこれまでの生活史について家族関係も含めて理解することが必要である。 ○ 意思決定支援者は、支援の際は、その都度丁寧に本人の意思を確認する ○ 支援を必要としない人への介入、本人が自身で意思決定できる事項への介入等、過剰な意思決定支援を行うことがないように留意する。 ○ 認知症が重度であること等、症状の度合いによって、意思決定支援を行わないことがないようにする。
② 意思決定支援者との信頼関係と意思表明	○ 意思決定支援者は、本人との信頼関係に配慮する。意思決定支援者と本人との信頼関係が構築されている場合、本人が安心して自ら

の相手方との関係性への配慮	の意思を表明しやすくなる。 ○ 本人は、意思決定の内容によっては、意思表明の相手方との関係性から、遠慮などにより、自らの意思を十分に表明ができない場合もある。必要な場合は、事前に本人と意思決定支援者との間で本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。
③ 意思決定支援の環境	○ 初めての場所や慣れない場所では、本人は緊張したり混乱するなど、本人の意思を十分に表明できない場合があることから、なるべく本人が慣れた場所で意思決定支援を行うことが望ましい。 ○ 初めての場所や慣れない場所で意思決定支援を行う場合には、意思決定支援者は、本人ができる限り安心できる環境となるように配慮するとともに、本人の状況を見ながら、いつも以上に時間をかけた意思決定支援を行うなどの配慮が必要である。 ○ 本人は、大勢の人に囲まれると圧倒されてしまい、安心して意思決定ができなくなる場合があることに注意すべきである。 ○ 本人が急いで意思決定を行うことがないよう支援の時期についても配慮し、本人が集中できる時間帯を選ぶことや、疲れている時を避けることなどにも注意が必要である。本人には意思決定をしない自由もあるので、意思決定を強制することにならないように注意すべきである。 ○ 専門職種や行政職員等は、意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援の時に用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることが必要である。
3. 意思決定支援のプロセス：意思決定支援者は、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下のプロセスを踏むことが重要である。	
① 意思形成支援	○ まずは、以下の点を確認する。 • 本人が意思を形成するのに必要な情報について説明しているか。 • 本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字に変えて、ゆっくりと説明しているか。 • 本人が理解していることと、意思決定支援者らの理解に相違はないか。 • 本人が自発的に意思を形成するのに障害となる環境等はないか。 ○ 本人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。 ○ 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。 ○ 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かを分かりやすく示したり、話して説明するだけではなく、文字にして確認できるようにしたり、図や

	表、ホワイトボードなどを活用することが有効な場合がある。 ○　本人が理解しているという反応をしていても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。
②　意思表明支援	○　本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。 ○　本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。 ○　複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理して分かりやすく選択肢を提示することなどが有効である。 ○　本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、本人の状況を確認し、本人の意思として示された内容について、必要に応じて再度確認することが必要である。 ○　重要な意思決定の場合には、表明した意思について、時間をおき、再度確認することや、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。 ○　本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。
③　意思実現支援	○　自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映することを支援する。 ○　自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映することを支援する。 ○　実現を支援するに当たっては、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。 ○　本人が実際の経験（例えば、ショートステイ体験利用）をすると、本人の意思が変化することがあることから、本人にとって無理のないよう留意しつつ、実際の体験を提案することも有効な場合がある。

8.3. コーディネーションの基本プロセス

「意志決定支援の基本原則」と「適切な意思決定のプロセス」を確保して、本人のニーズに合った質の高いコーディネーションを行うためには，(1)信頼関係の形成、(2)総合的アセメント、(3)情報共有、(4)課題解決に向けた多職種協働、(5)社会的支援ニーズの把握とサービスの調整，という 5 つのプロセスの重層的・反復的な実践が必要です。

8.3.1. 信頼関係の形成

信頼関係の形成、すなわち、“信頼できるパートナーシップを築くこと”は、コーディネーションの最初の一歩です。なぜならば、「本人の視点に立った社会的支援の調整」を行うには、本人の思い、希望、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたこと，大切にしていることを理解することからはじめなければなりませんが、そのためには２人の間に信頼関係が形成されていなければなりません。しかし、信頼関係は、通常は短い時間で形成されるものではありません。日々の語り合いや、体験の共有など、“生き生きしたかかわりあい”[14]の積み重ねの中で形成されるものです。そのような時間の流れの中で、コーディネーターは、“本人の視点に立って考える”“本人の立場に身を置いて考える”姿勢を持つことが可能になります。

何をもって信頼関係が形成されているかを判断することは簡単ではありませんが、たとえば，表 1 に掲げられているような本人の体験が、“信頼”を意味するものなのかもしれません。決して急ぐことなく、根気よく、“信頼関係を築く”ための時間をつくりだしていきましょう。

表 2. 信頼という体験について

• 私の思いを語ることができる
• 私の話に耳を傾けてくれる
• 私の困りごとの相談にのってくれる
• 私の不安や心配を理解してくれる
• 私の立場に立って考えてくれる
• 私がわからないことを一緒に考えてくれる
• 私の人生の歴史を理解してくれている
• 私の希望を語ることができる
• 私の希望を理解してくれている

[14] 精神分析学者である E. H. Erikson は、人生の各段階へ新たに進展していくためには”生き生きしたかかわりあい” (vital involvement) が不可欠である述べている。E. H. Erikson, J. M. Erikson, H. Q. Kivnick: Vital involvement in old age. W. W. Norton & Company, N. Y., 1986. 朝長正徳、朝長梨枝子訳：老年期、生き生きしたかかわりあい（第 3 版)。みすず書房、東京、1992、31-32 頁。

8.3.2. 総合的アセスメント

コーディネーションを行うには、本人の声に耳を傾け、本人の思いや希望を理解するとともに、現在の生活状況全般を客観的に評価し、その上で「必要な社会的支援」（社会的支援ニーズ）は何かを検討していく必要があります。そのようなプロセス全体を総合的アセスメントと呼びます。

認知症とともに生きる人の現在の生活状況全般を評価するためには、認知症の一般的特性に関する知識が不可欠です。すなわち、認知症とは、何らかの脳の病的変化によって、認知機能が障害され、それによって生活に支障が現れた状態ですが、それと同時に、さまざまな身体的健康問題，精神的健康問題，社会的な生活課題が現れ、それら全体によって生活の継続が困難になるリスクが高まるという特徴があります（図 1)。したがって、現時点で、どのような認知機能に障害が認められるか、生活面ではどのようなことに支障があるのか、身体的健康状態はどうか、精神的健康状態はどうか、社会的にはどのような状況におかれているのかということを，総合的に把握する必要があります。その上で，尊厳ある地域生活を継続していくために必要とされる社会的支援ニーズを検討する必要があります。

このような多面的なアセスメントを行うには、コーディネーターの知識・技術も重要ですが、それだけではなく、後述する多職種協働のプロセスがとても重要な意味をもっています。

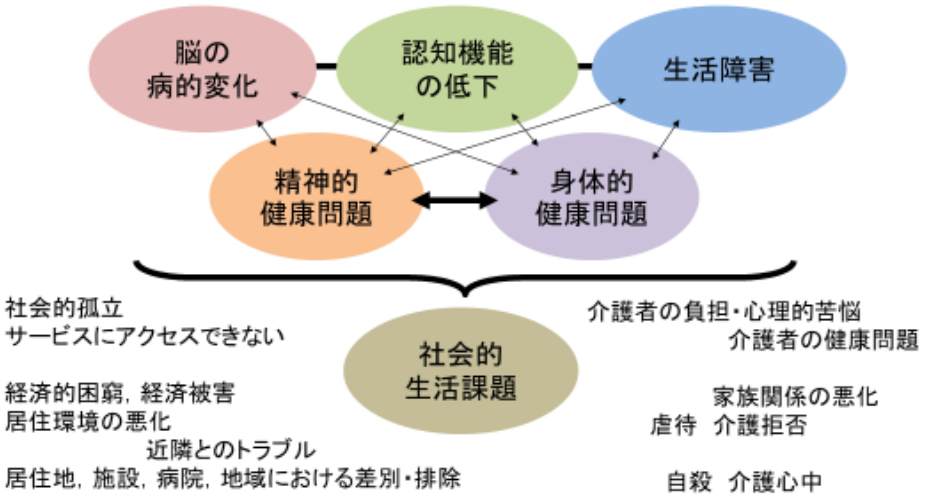


図 1.　認知症の特徴

8.3.3. 情報の共有

本人の視点に立って、生活の継続に必要な社会的支援のあり方を考えるためには、第一に、本人や家族と情報を共有する必要があり、第二に多職種間で情報を共有する必要があります。

認知症である本人や家族に情報を提供するにあたっては、よく配慮された、質の高い情報を、

わかりやすく、正確に伝える必要があります。たとえば、近時記憶，ワーキングメモリ、聴覚性言語理解などの認知機能に低下が認められる場合には、複雑な情報や長い話は理解しにくく、情報共有が困難になりがちです。そのような場合には、大切な情報を選択し、短い言葉で、わかりやすく伝えることが大切です。パンフレットを利用したり、メモを書いたりするなどの工夫も必要でしょう。

また、本人や家族の不安が強い場合には、安心感を与えられるような配慮も必要です。ただ単に、認知症であることを伝えたり、診断名を伝えたり、障害の性質を伝えることよりも、本人が心配していることや、希望していることに対して、役に立つ情報を提供することからはじめることが大切な場合もあります。

8.3.4. 課題解決に向けた多職種協働

課題解決に向けた多職種協働とは、多職種協働チームが、本人の視点に立って、本人の主体性を尊重しながら、実現性のある課題解決に向けて、本人とともに歩んで行こうとするアプローチです。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面し、不安を感じている人も、寄る辺なさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を回復し、その人なりの課題解決に向けて歩みだすことが可能になります。課題解決に向けた検討を行うには、多職種協働会議を開催する必要があります。その際には、①会議の設営、②司会進行と記録、③支援対象者の確認、④情報共有、⑤課題の明確化、⑥解決目標の設定、⑦解決策の案出と社会的支援ニーズの明確化、⑧支援方針の決定、⑨支援計画の策定、⑩支援の実施後のモニタリング、などが行われます。

8.3.5. 社会的支援ニーズの把握とサービスの調整

多職種でのディスカッションを通して、多様な課題と社会的支援ニーズが明確化され、そのニーズに応じたサービスの調整が行われます。認知症とともに地域で暮らす高齢者にしばしば認められる社会的支援ニーズを表 4 に示します。第 9 章では、地域に暮らす認知症高齢者にしばしば認められる社会的支援ニーズとその対応について解説します。

表 3. 地域に暮らす認知症高齢者の社会的支援ニーズ

1. 医療支援ニーズ
1) 認知症や精神的健康問題の医学的評価
2) 身体的健康問題の医学的評価
3) 継続医療の確保
2. 居住支援ニーズ
1) 現在の居住環境の整備
2) 新たな住まいの確保
3. 経済支援ニーズ
4. 生活支援ニーズ
1) 見守りに関する生活支援
2) 参加・交流に関する生活支援
3) 受療に関する生活支援
4) 服薬管理に関する生活支援
5) 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援
6) 水分・栄養確保・家事・環境調整に関する生活支援
7) 移動に関する生活支援
5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ
6. 権利擁護支援ニーズ
1) 日常生活自立支援事業の利用支援
2) 成年後見制度の利用支援
3) 虐待への対応
4) 消費者被害への対応
7. 家族介護者の支援ニーズ
1) 家族介護者への一般的支援
2) 別居介護者への支援
3) 介護者が仕事をしている場合の支援

第 9 章　社会的支援ニーズの把握とその対応

この章で解説する社会的支援ニーズは、地域に暮らす認知症高齢者全般に関わるものですが、独居認知症高齢者等では、これらのニーズが満たされていない場合（アンメット・ニーズ）が多くなることから、そのことに言及しながら個々のニーズについて解説します。

9.1. 医療支援ニーズ

9.1.1. 認知症や精神的健康問題の医学的評価

認知症が疑われる場合には、それが「認知症の状態か否か？」、「背景にある要因は何か？」という２段階の医学的な評価が必要となります。また、抑うつ、不安、妄想、幻覚などの精神的健康問題が把握される場合には、「その背景にある要因は何か」、「認知症に関連するものか、その他の精神疾患に関連するものか」を検討する必要があります。

医学的評価や診断のためには、通常はかかりつけ医と連携して医療サービスを調整します。かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの医療機関への受診を勧奨します。いずれの場合も、支援するコーディネーターは、①認知症やその他の精神的な健康問題が疑われること、②医学的評価や診断が必要であること、③受診可能な医療機関や相談機関はどこであるか、について，本人や家族にわかりやすく説明する必要があります。また、本人が診断を受けたくないと希望される場合には、まずは、それ以外に優先される社会的支援ニーズへの対応からはじめます。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行に関する生活支援（後述）の調整が必要な場合もあります。

9.1.2. 身体的健康問題の医学的評価

認知症では、①高齢である場合が多いこと、②背景にある脳の病的変化（認知症疾患）が運動麻痺やパーキンソニズムなどの身体症状をもたらす場合があること、③服薬管理や栄養管理に支障があること、④自分自身で医療機関に受診することができない場合があること、などによって、身体的健康状態を悪化させている場合が少なくありません。そのような場合には、身体的健康問題の医学的評価が必要です。

通常は、かかりつけ医が身体的健康状態の評価を行いますが、かかりつけ医がいても、受診そのものが途絶えていたり、服薬管理に支障があったりするために、持病である高血圧症や糖尿病などの慢性疾患が悪化している場合があります。また、かかりつけ医がいない場合には、身体的健康状態を評価してもらう機会そのものがまったくない場合もあります。さらに，買い物や食事の準備に支障があったり、口腔機能が低下していたり、経済的困窮などがあると、低栄養や貧血のリスクが高まります。独居であり、家族による生活支援が十分に得られない場合には、こうした健康問題のリスクがさらに高まることに留意する必要があります。

身体的健康状態を医学的に評価する必要がある場合には、通常は、かかりつけ医と情報を共有したり、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等への受診を勧奨したりして、医療サービ

スへのアクセスを確保します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、身体的健康状態を評価する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受けるという選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、後述するような受診同行の生活支援についても検討します。

9.1.3. 継続医療の確保

医学的な評価によって認知症疾患や精神疾患、身体疾患が認められ、かつ継続医療が必要と判断される場合には、通常、かかりつけ医と連携して必要な継続医療を確保します。また、かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センター等と連携して、継続医療が確保されるように調整します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、継続医療を確保する方法もあります。歯科医師による歯科訪問診療、薬剤師の訪問薬剤管理指導や栄養ケア・ステーション等からの管理栄養士の支援を受ける選択肢もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援（後述）についても検討します。

9.2. 居住支援ニーズ

住まいは地域生活を継続するための基盤です。しかし、認知機能障害や生活障害によって、住み慣れた「住まい」を失う状況に直面する場合は少なくありません。生活を継続するための「住まい」を安定的に確保するための支援を「居住支援」と呼びます。ここには、「現在の居住環境を整備する支援」と「新たな住まいを確保する支援」が含まれます。

9.2.1. 現在の居住環境の整備

現在の居住環境（建物の構造、段差、室温、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓、衛生状態など）をアセスメントし、支援が必要な場合には、助言したり、利用できる社会的支援サービスの情報を提供したりします。清潔保持の困難や、いわゆる「ゴミ屋敷」[15]などでは、それによって近隣とのトラブルが生じ、それが「住まい」の喪失につながる可能性を高めます。そのような場合には、十分な時間をかけて本人の思いを聴き、信頼関係を形成し、多職種協働チームで課題解決に向けた検討を行う必要があります。

9.2.2. 新たな住まいの確保

居宅系サービスなどを利用しても在宅生活の継続が困難な状況にあるときは、本人や家族とともに、生活支援のある住まいの確保を検討します。ここには、サービス付き高齢者向け住宅、有

[15] いわゆる「ゴミ屋敷」状態のことをディオゲネス症候群と呼びます。ディオゲネス症候群は、一人暮らしであり、認知症の進展とともに基本的 ADL が低下してきているにも関わらず、必要な支援につながっていないこと（社会的孤立状態にあること）がしばしば重大な要因になることが明らかにされています。Ito K, et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Jan; 37(1). doi: 10.1002/gps.5635.

料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、軽費老人ホーム（ケアハウス）などがあります。

しかし、その人がおかれている状況（例：経済状況、家族や身寄りがいない、医療ニーズが高いなど）によって、利用できるサービスが限定される場合があります。特に経済状況は重要です。2020 年 10 月より、居宅で日常生活を送ることが困難であるが、社会福祉施設の入所対象にならない生活保護受給者が、必要な支援を受けながら生活を送る場として「日常生活支援住居施設（日住）」の制度がはじまりました（生活保護法第 30 条）。支援内容は、利用者個別の状況に応じた健康管理支援、金銭管理支援、生活課題に関する相談支援などで、日住の職員が利用者ごとに個別支援計画を策定することとなっています（但し、この制度は生活保護受給者が対象であり、生活保護を受給していない低年金者等は利用できないなどの課題があります）。

尚、新たな住まいを決めて、生活の場を移行する際には、第 7 章で解説したような「ケアの場の移行に際して配慮すべきこと」に留意する必要があります。

9.3. 経済的支援ニーズ

経済的な理由から本来必要なサービスの利用が困難な状況にある場合には、経済的支援のための諸制度に関する情報を提供し、サービスの利用を調整する必要があります。本人が自分でサービス利用のための諸手続きができない場合、通常は別居家族がこれを支援しますが、支援できる別居家族がいない場合には、10.4.5.で解説するような「金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援」が必要となります。

医療サービスや介護サービスの利用費を減額する制度としては、高額療養費制度や高額介護サービス費制度があります。また、疾病や障害の状況によっては、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金などの制度を利用できる場合があります。さらに、経済的な理由から、日常生活の継続そのものが困難な場合には、生活保護制度の利用が必要です。生活保護水準に次ぐ所得（低年金）者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており、この問題への対策は、個別に検討していかなければならないのが現状です。

高額療養費制度の申請は加入している医療保険によって異なるため、加入している医療保険の窓口に相談します。高額介護サービス費、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金制度，生活保護は市区町村の担当窓口に申請します。

9.4. 生活支援ニーズ

生活支援とは、広い意味では、尊厳ある自立生活を営むために必要とされる多様な支援のすべてを含みます。したがって、介護保険法の下で整備されてきた給付サービスも広い意味では生活支援に含まれます。しかし、これらのサービスは、家族や地域が果たしてきた生活支援の役割の

一部を補完する形で開発されてきたという背景があります。近年の高齢化の進展、人口減少、独居認知症高齢者等の増加は、現行の介護保険給付サービスではカバーされにくい「生活支援」のニーズをクローズアップさせています。そのようなことから、今日では、介護保険給付サービスではカバーされにくい日常生活の支援（通常は家族によって提供されている支援）のことを（狭義の）「生活支援」と呼んでいます。ここには以下のような支援が含まれます。

9.4.1. 見守りに関する生活支援

定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたりすることなどによって、本人の安否を確認したり、必要なときに対応できる体制を整えておく支援を「見守り支援」(10.8.1.と 10.8.2.を参照）と呼んでいます。この支援は、単に見守るだけでなく、そのような支援を通して、信頼できる人と人とのつながりをつくるという意味ももっており、情緒的サポート（例：困っているときに相談にのる、具合が悪いときに相談にのる）や情報的サポート（例：生活に必要なことを教えてくれる）の基盤がつくられます。それが社会的孤立（2.7)，行方不明(2.5)，消費者被害（3.4）のリスクの低減、災害時の備え（11.4）にもつながります。

9.4.2. 参加・交流に関する生活支援

地域で開催されるさまざまなイベント、サロン、認知症カフェ、食事会、趣味・娯楽・スポーツの会、健康教室、文化活動、社会活動、講演会、仕事、ボランティア活動、選挙、本人ミーティングなどへの参加や、人と人との交流を支援することを「参加・交流の支援」と呼んでいます。社会福祉協議会などで実施されている外出支援サービスも「参加・交流の支援」の一つと言えます。認知症では、社会生活の障害によって社会とのつながりが希薄になり、参加・交流の機会が減ってしまうリスクが高まります。参加・交流は、認知症とともに生きる本人の生き甲斐、精神的健康、生活の質に深く関連しており、その支援は生活支援の中核と考えることもできます。

9.4.3. 受療に関する生活支援

病気に気がついたり、医療機関に同行したり、受診の手続きを手伝ったり、医師の説明を一緒に聞いたり、入院の手伝いをしたりする支援を「受療支援」と言います。通常は家族が行っていますが、そのような身近な人がいない場合、これに対応できる生活支援を検討する必要があります。要介護認定を受けている場合には、介護支援専門員や事業所のスタッフがこれに対応している場合があり、未認定の場合には地域包括支援センターのスタッフが対応している場合があります。そのような支援を誰が担うかを検討する必要があります.

9.4.4. 服薬管理に関する生活支援

決まった時間に、必要な薬を、必要な量だけ服用できるようにするための支援です。要介護認定を受けている場合には、医師、介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師等の支援を得て服薬管理支援のためのプランをつくる必要があります。一般的には、別居家族による服薬管理のサポート、医師による処方の単純化（一包化、単剤化、1 日 1 回処方など)、服薬管理支援ツールの導入（服

薬カレンダー、服薬トレイ、服薬管理マシン等)、居宅系介護サービス利用時の服薬支援などを組み合わせた体制づくりが検討されます。地域の多様なサービス（サロン、認知症カフェ、ボランティア、民生委員、知人・友人等）を利用して服薬管理支援のためのネットワークをつくる試みもあります。最近では IT を活用した服薬管理支援なども試みられています。

9.4.5. 金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援

財産や年金の管理、預貯金の出し入れ、書類の内容確認、重要書類の保管、サービス利用の契約手続きなどは、通常は別居家族によって支援されていますが、そのような身近な人がいない場合には日常生活自立支援事業を利用することができます(「9.6.権利擁護の支援」参照)。しかし、この事業は福祉サービスの利用援助が前提なので、原則として金銭管理支援のサービスのみを利用することはできません。また、買い物など日常生活に要する細かな金銭管理には対応できません。日常的な金銭管理の支援は、利用できるサービスがない場合には、信頼できる親族や知人に頼らざる得ない部分があります[16]。

9.4.6. 水分・栄養確保・買い物・環境調整に関する生活支援

水分や栄養の確保、食事の準備、買い物、整理整頓、ゴミ出し、草取り、電球の交換、エアコン等による温熱環境の調整、壊れた物の修復など、給付サービスにはのりにくい日常生活の支援は数多くあります。要介護認定を受けている場合には、介護サービスの中である程度カバーできるように工夫されますが、認定を受けていない場合は、介護保険制度外の配食サービス、地域の中で展開されている食事会、住民参加型の在宅福祉サービス、民間事業者による生活支援サービスなどの利用も検討されます。

9.4.7. 移動に関する生活支援

公共交通機関が少ない中山間地域（4.3）や離島(4.4)などでは、これまで自分で自動車を運転して移動していた方が運転免許の返納によって自動車運転ができなくなった場合など、移動に関する生活支援が必要になることがあります。移動の目的は多様であり、買い物、通院、趣味で通っていたスポーツクラブ、楽しみにしていた映画館や図書館など、日常生活、健康、生きがいなど広い範囲に及びます。その人の状況に応じて、現実に可能な移動に関する生活支援を検討する必要があります。

9.5. 介護保険サービスの利用支援ニーズ

介護保険サービスの利用が有用であると考えられる場合には、地域包括支援センターと連携し

16 第 2 期成年後見制度利用促進基本計画では、成年後見制度（民法）の見直しの検討に対応して、同制度以外の権利擁護支援策（意思決定支援によって本人の金銭管理を支える方策など）の検討が進められている（例：「持続可能な権利擁護支援モデル事業」における「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取り組み」→介護保険サービス事業者等の協力を得て日常的金銭管理サービスを提供するとともに、意思決定サポーターによる社会生活上意思決定支援を行おうとするもの)。

て、要支援要介護認定の申請とサービス利用に向けた支援を行います。また、実際にサービスを利用する際には、介護支援専門員の協力を得て、本人の希望を尊重しながら、トータルな支援計画（ケアプラン）を立てることができます。本人が自分でサービス利用のための諸手続きができない場合、通常は家族がこれを支援しますが、家族がいない場合には、9.4.5.で解説したような「金銭管理やサービスの利用手続きに関する生活支援」が必要となる場合があります。

介護保険給付サービスには、サービスの利用形態によって以下のようなものがあります（「10.7. 介護保険サービス」参照）。

(1) 自宅で受けるサービス：訪問介護（身体介護・生活援助・通院等乗降介助[17]）、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
(2) 通所により受けるサービス：通所介護（デイサービス）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
(3) 短期入所による受けるサービス：短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護（医療型ショートステイ）
(4) 居住の場を確保して受けるサービス：特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム），介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院
(5) 生活環境を整えるサービス：福祉用具貸与（レンタル）、特定福祉用具購入、居宅介護住宅改修

9.6. 権利擁護支援ニーズ

判断能力の低下等のために権利が侵害されやすい状況にある人の権利を護るための支援を権利擁護支援と呼んでいます。独居である場合には、「判断能力の低下」と「社会的孤立」という２つの要因によって、権利侵害のリスクがさらに高まります。ここでは、判断能力が十分ではなく、財産管理や福祉サービス等の利用契約が困難なときに利用できる日常生活自立支援事業と成年後見制度、虐待が疑われる場合の対応、消費者被害への対応について要約します。

9.6.1. 日常生活自立支援事業の利用支援

日常生活自立支援事業とは、認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力が十分ではなく、自分ひとりで福祉サービスの利用契約が困難な場合に、本人との契約に基づいて、①福祉サービスの利用援助、②日常的な金銭管理、③書類等の預かりサービスや行政手続きに関する援助などを行う事業です。事業の実施主体は都道府県・指定都市社会福祉協議会ですが、利用者の利便性を考慮して、窓口業務は市区町村の社会福祉協議会が実施しています。

[17] 要介護者である利用者に対して、通院等のため、訪問介護員等が、自ら運転する車両への乗車又は後者の介助、乗車前または降車後の屋内外における移動等の介助、通院先や外出先での受診等の手続き、移動等の介助などを行うサービス。

但し、この事業を利用する際の条件である「本人が本事業の内容を理解し、契約を締結する能力があること」が、認知症高齢者の利用を難しくしている側面もあります。また、認知症高齢者の場合には、認知機能障害の進行によって上記の条件が満たされなくなった場合に、どのようにして成年後見制度等の次の支援につなげるかについての検討が必要です。さらに、この制度の中で雇用されている生活支援員のみでは、独居認知症高齢者等の日常的金銭管理を行うにはしばしば限界があるという問題があります。この問題を克服するためには、権利擁護センター等の市区町村中核機関や生活支援員らが起点になって、意思決定支援チームの形成や生活支援ネットワークの構築を検討していく必要があります（第 11 章参照)。

9.6.2. 成年後見制度の利用支援

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を護る援助者を選任し、財産管理や身上監護（身の回りの世話）に関する契約等の法律行為全般を支援する制度です。

法定後見制度と任意後見制度があります。法定後見制度は、家庭裁判所によって選任された成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が、本人の利益を考えながら、本人に代わって契約などの法律行為をしたり（代理権)、本人が自分で法律行為を行うときに同意を与えたり（同意権)、本人が成年後見人等の同意を得ないで行った不利益な法律行為を後から取り消したり（取消権）することによって、本人を保護・支援する制度です。任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、予め自ら選んだ代理人（任意後見人）に、自分の財産管理・身上監護に係る法律行為の代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結しておく制度です（本人、後見人、公証人がそれぞれ公正証書に署名して任意後見契約が成立します)。

法定後見には、後見、保佐、補助の 3 類型があり、「判断能力を欠くのが通常の状態の場合（自己の財産を管理・処分できない、日常的に必要な買い物も自分でできない)」には後見人を立て、後見人は包括的な代理権と取消権を行使することができます。「判断能力が著しく不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要)」には保佐人を立て、保佐人は特定の事項（民法 13 条 1 項に掲げる借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・増改築等）について同意権と取消権を行使することができます。また、当事者の申し立てにより、特定の法律行為（預金の管理、財産管理、介護契約、入院契約など）について、保佐人に代理権を与えることができます。「判断能力が不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合がある)」には補助人を立て、補助人は当事者の申し立てにより、特定の行為の一部について同意権と取消権を行使することができます。

法定後見制度を利用する際には、本人、配偶者、4 親等内の親族、検察官、（身寄りがない場合は）市区町村長が申し立てを行い、申立書及び関係書類一式を家庭裁判所に提出します。任意後見制度では、本人の判断能力が低下したときに、本人の同意を得て、本人・家族・親族・後見人のうちの誰かが家庭裁判所に任意後見監督人選任の申立を行い、法定後見の後見開始に準じて関係書類一式を家庭裁判所に提出します。

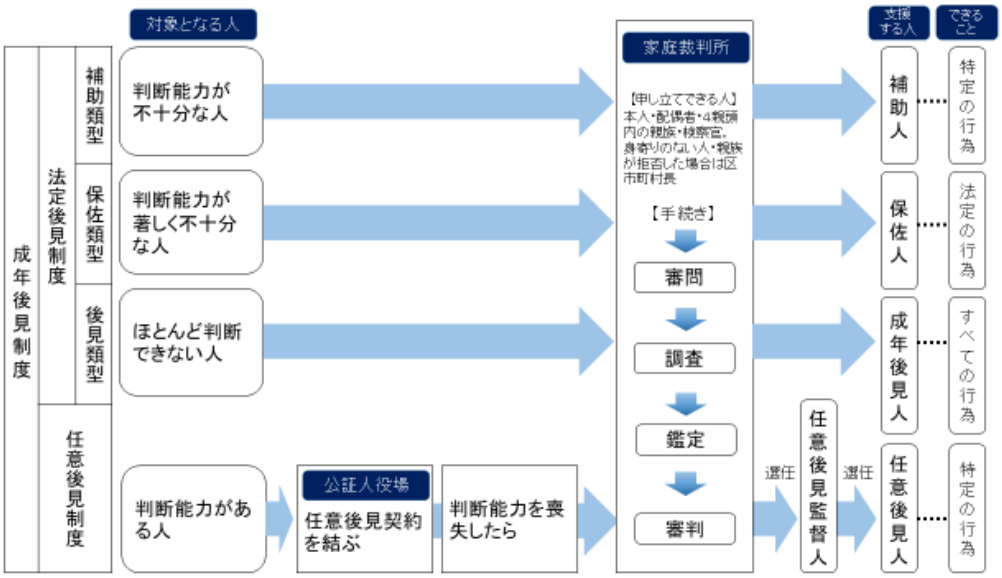


図 1. 成年後見制度の仕組み

9.6.3. 虐待への対応

高齢者が身近な人から人権侵害や尊厳を奪う行いなど不当な扱いを受けることを高齢者虐待と呼んでいます。「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）では、以下の 5 つの行為を虐待と定義しています。

1) 身体的虐待：身体に外傷が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること
2) 介護・世話の放棄：身体を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置など
3) 心理的虐待：著しい暴言または拒絶的な対応などによって心理的外傷を与えること
4) 性的虐待：わいせつな行為をすること、わいせつな行為をさせること
5) 経済的虐待：本人の財産を不当に処分したり、不当に財産上の利益を得ること

実態は明らかにされていませんが、独居認知症高齢者等では、これらの中では経済的虐待の頻度が高いものと推測されます。高齢者虐待防止法によって、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合には市区町村（地域包括支援センター等）に通報するように努めることとされており、市区町村は事実確認と本人の保護のための措置を講じることとされています。しかし、経済的虐待については、別居家族が本人のために財産管理を行っている場合もあり、虐待か否かの判断が難しい場合もあります。このような場合には、成年後見制度の利用を視野に入れて、本人・家族の権利が護られるような意思決定支援チームをつくる必要があります。

9.6.4. 消費者被害への対応

振り込め詐欺（オレオレ詐欺、還付金詐欺、架空請求詐欺、融資保証金詐欺）に遭遇した場合には警察に届ける必要があります。また、悪質商法によって不本意な契約を締結した場合には消費生活センターなどに相談します。事業者による違法・悪質な勧誘行為等を防止し、消費者の利

益を守ることを目的とする特定商取引法では、以下のようなルールが定められています。

1) クーリング・オフ：申込みまたは契約の後に、法律で決められた書面を受け取ってから一定の期間内に無条件で解約することができる（表 5)。
2) 意思表示の取消し：事業者が不実告知や故意の不告知を行った結果、消費者が誤認し、契約の申込みまたはその承諾の意思表示をしたときには、消費者はその意思表示を取り消すことができる。
3) 損害賠償等の額の制限：消費者が中途解約する際等、事業者が請求できる損害賠償額に上限が設定されている。

詐欺や悪質商法などの経済被害のリスクを減じるためには、社会的孤立の解消が重要です。地域の中で、信頼できるつながりをつくることや、生活支援のネットワークをつくることが肝要であり、状況によって日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用も検討する必要がある場合もあります。

表 5. 取引の類型とクーリング・オフの期間

取引の類型	内容	期間
訪問販売	消費者の自宅を訪問して商品の販売または役務の提供を行う取引。	8 日間
通信販売	新聞・雑誌、インターネット等で広告し、郵便・電話などの通信手段により申込みを受ける取引。	規定なし
電話勧誘販売	電話で勧誘を行い、申込みを受ける取引。	8 日間
連鎖販売取引	個人を販売員として勧誘し、更にその個人に次の販売員を勧誘させる形で、販売組織を連鎖的に拡大して行う商品・役務の取引。	20 日間
特定継続的役務提供	長期・継続的や役務の提供と、これに対する高額な対価を約する取引。	8 日間
業務提供誘引販売	「仕事を提供するので収入が得られる」という口実で消費者を誘引し、仕事に必要であるとして、商品等を売って金銭負担を負わせる取引。	20 日間
訪問購入	消費者の自宅を訪問して、物品の購入を行う取引。	8 日

9.7. 別居家族の支援ニーズ

独居の認知症高齢者は、いわゆる”別居家族”が本人宅を通いながら介護や生活支援を提供している場合があります（別居の子供がその役割を果たしている場合が多い)。一方、独居の認知症高齢者の”キーパーソン”として、介護は行わないものの、医療や介護サービスの選択や契約の際に「鍵」となる家族や親族もいます。兄弟姉妹、姪・甥などを含む血縁親族がその役割を担うことが多くなっています。

9.7.1. 別居家族への一般的な支援

同居・別居を問わず、一般的に、家族は、認知症高齢者の生活支援の大切な担い手になっています。しかし、生活支援の領域は広範であり、それらを担う家族の負担は並大抵のものではありません。家族自身も高齢であったり、病気や障害がある場合には、その負担はさらに大きくなり、精神的に苦悩したり、健康を害したり、社会的に孤立したり、経済的に困窮したり、困難状況に陥ってしまう場合も少なくありません。家族の状況をアセスメントし、家族自身も人生の主人公として生きることができるように、家族に対する社会的支援の調整を行うことは、コーディネーターの重要な役割です。

家族に対する社会的支援の基本は、①評価的サポート（ねぎらうこと）、②情緒的なサポート（困りごとや心配事の相談にのること）、③情報的サポート（必要な情報を提供すること）、④手段的サポート（実際にサービスの利用を調整したり、介護サービスを利用したり、経済支援に係る諸制度を利用したりすること）の 4 本柱に整理することができます。この中では、特に，情緒的サポートと情報的サポートが家族支援の根幹をつくります。

情緒的・情報的サポートには、専門職による支援（個別相談、心理教育、家族教室など）、家族同士の相互支援（家族会など）、専門職・家族・市民を含む相互支援（ケアラーズカフェなど）などがあります。コーディネーターは、自らが情緒的・情報的サポートの提供者であると同時に、家族がこれらの社会的支援につながることができるように調整する必要があります。

9.7.2. 別居家族への特別な支援

独居認知症高齢者の別居介護者が直面している課題は多岐にわたります。そこには、高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと、高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担、近隣住民との間でトラブルが生じたときの対応などが含まれます。また、支援体制にも課題があり、同居家族による介護が比較的一般的であったわが国においては、別居家族に対する理解が介護スタッフに少ないことや、別居家族に特化した支援情報の不足、高齢者と家族の居住地が異なるために別居家族が要介護高齢者の地域において支援対象にならない、といったことがあります。しかし、別居家族への支援についての研究は極めて少なく、日本だけでなく国外の状況を見ても、別居家族を支援するための対策が十分にとられているとは言えません。

9.7.3. 別居家族が仕事をしている場合の支援

別居家族が仕事をしている場合、しばしば介護のために仕事の継続が困難となり、離職を考えることがあります。介護離職は別居家族自身の将来にわたる経済状況にも重大な影響を及ぼします。仕事をしている別居家族には、「職場と家庭の両立支援」に関する情報を早めに提供することも重要です[18]。

[18] 厚生労働省が作成したパンフレットを以下の URL から入手することができます。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000130583.html

第 10 章　コーディネーションに関係するさまざまな社会資源

10.1. 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスです。その目的は、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」[19]とされています.

独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者に対しては、地域生活の継続に向けた診断後の支援として，以下のことを行うことが推奨されています[20]。

(1) 生活状況のアセスメントと心理的サポート：相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに、地域の支援者からも日常の様子を聴取し、現在の生活状況や利用しているサービスを把握する。必要に応じて相談員が診察に同席して情報を把握する。その際に，本人に不安がある場合には，対話を通して心理的なサポートを行う。火の不始末や独り歩きの際の危険がある場合など、必要に応じて危険を回避するための助言を行う。必要に応じて、継続的に本人や別居家族に電話をして、生活状況を確認する。

(2) 社会資源の情報提供と利用支援：本人・家族の生活上の困りごとを聴取したり、生活状況や意向を確認したりしながら、地域包括支援センターを案内したり、介護保険制度を説明したり、サービスを利用するための支援を実施する。必要に応じて、認知症カフェ、家族教室、地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行う。

(3) 地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携：本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり、見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり、介護保険サービス利用支援の調整を依頼する。

(4) 別居家族との情報提供と連携：独居の場合には、キーパーソンになり得る家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族に連絡し、家族と情報共有を行ない、受診同行などの生活支援について協力を依頼する。また、相談員は、面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら、継続的に情報共有を図ったり、服薬管理等の生活支援について相談したりする。

(5) 生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働：相談員は、本人・家族の他、地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり、関係者会議を開催したりしながら、本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践する。

10.2. かかりつけ医

---

19 厚生労働省「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（令和 6 年 3 月 19 日一部改訂）

20 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター．令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」報告書，266 頁.

独居認知症高齢者に対するかかりつけ医療では、以下の点に配慮することが望まれます[21]。

(1) 認知症の「気づき」：認知症の初期段階に見られる変化を知り，それが認められた場合には，本人の気持ちを十分に配慮して、認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る。

(2) 認知症に関する相談の応需：本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には，早期の支援につながれるように配慮する。

(3) 認知症疾患の診断へのアクセス：本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり、地域包括支援センターと連携したりして、可能な限り認知症疾患の診断につながるように支援する。

(4) 情報共有、認知症疾患に対する継続医療：家族による通院同行が得られない場合には、必要に応じて地域包括支援センター等と連携して、「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する。

(5) 日常的な健康管理、身体合併症の治療：同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う。

(6) 健康管理に必要な生活支援の調整：地域包括支援センターと連携して、生活支援の方法を検討する。金銭管理に支障がある場合には、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用も考慮する。

(7) 介護保険サービスとの連携：家族による支援が得られない場合には、地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する。必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する。

(8) 急性増悪期および回復期の対応：キーパーソンとなる家族がいない場合には、地域包括支援センター等と連携しながら、受療支援や退院支援を確保する。意思決定支援チームをつくり、本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある。

(9) 本人・家族の心理的サポート：認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある。はじめはサービスの利用に抵抗がある場合でも、周囲の温かい声がけをむしろ受け入れ、サービス利用につながる場合が多い。

(10) 在宅医療、終末期医療：①退院支援、②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供、緩和ケア、家族支援、③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保、④自宅や介護施設などでの看取りにおいて、かかりつけ医は中心的な役割を果たす。多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である。

10.3. 認知症サポート医

[21]栗田主一：認知症ケアにおけるかかりつけ医の役割．西村周三監修：医療白書 2016-2017 版，新しい地域医療への挑戦．日本医療企画，東京，p55-p61, 2016.；栗田主一，北川泰久，鳥羽研二ほか監修：認知症トータルケア．日本医師会雑誌，147 特別号(2)，日本医師会，東京, 2018.；A Collaborative Project of the Family Medicine Community: Health is primary. Family medicine for America’s health. Ann Fam Med 12 (suppl.): s1-s12, 2014.

認知症サポート医とは、かかりつけ医の認知症対応力の向上と地域連携の推進役を担うことができる医師を養成することを目的とする「認知症サポート医養成研修」を受講した医師のこと言います。具体的には、①かかりつけ医の認知症対応力向上研修を企画立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー、③地域医師会や地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、④認知症医療に係る正しい知識の普及の推進等の役割を担うことが期待されています。しかし、今日では、そのような役割以上に、後述する認知症初期集中支援チームの一員として、多職種と協働して、認知症高齢者に必要な社会的支援の調整を行うことができるコーディネート医としての役割が期待されています。また、市区町村によっては、そのような役割とともに、後述する地域づくり（12.1.を参照）に参加するなど、認知症とともに安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための活動も期待されています。

10.4. 地域包括支援センター

地域包括支援センターとは、40 歳以上の地域住民の「保健医療の向上及び福祉の増進」「相談業務」「介護予防ケアマネジメント」「人権擁護・虐待防止」などを総合的に行うことを目的に設置された機関です。日常生活圏域（概ね中学校区）に 1 箇所設置されており、今日では地域包括ケアシステムを実現するための実践的な調整機関としての役割を担っています。地域包括支援センターは、独居認知症高齢者が生活課題に直面した際に、最も高い頻度でアクセスされる地域の最前線の相談機関であると考えられます。実際、日常診療においても、独居認知症高齢者の社会的支援ニーズの把握や調整を行うために連携する機関は地域包括支援センターであり、認知症サポート医や認知症疾患医療センターがその機能を発揮するためにも地域包括支援センターとの連携が不可欠になっています。後述する認知症初期集中支援チームも、その 6 割は地域包括支援センターに設置されています。地域の中で、社会的支援サービスの調整（コーディネーション）を総合的に行う実践機関としての役割を果たしています。

10.5. 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームとは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように、本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームです。2015 年に地域支援事業として制度化され、現在では全国の市区町村において事業化されています。全国調査[22]によれば、支援対象者の 6 割以上が 80 歳以上高齢者であり、約 4 割が独居世帯であることが明らかにされています。近年で

[22]国立長寿医療研究センター：認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業（研究代表者：鷲見幸彦）. 平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）報告書. https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf

は、社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に、信頼関係を形成し、医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって、地域生活の継続に成功した事例の報告もなされてきています[23]。

しかし、家族のいない人、支援を拒否する人、認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されています[24]。独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要であると指摘されています[25]。認知症初期集中支援チームの本来業務は、多職種で必要な社会的支援を統合的に調整すること（コーディネーション）にありますが、独居認知症高齢者の支援にあたっては、それと同時に、社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること（ネットワーキング）、すなわち地域づくりを視野に入れることが重要であると指摘されています[26]（第 7 章を参照）.

10.6. 介護支援専門員

[23]福田智子：認知症初期集中支援チームの取り組み．独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた 1 事例．砂川市立病院医学雑誌 33(1):79-85 (2020)；黒沢 一美, 山口 智晴, 高玉 真光, 山口 晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム：もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し．前橋市認知症初期集中支援チームの連携．群馬医学 112：77-82 (2020)；小山晶子, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム：認知症初期集中支援チームによる認知症を有する独居高齢者への服薬管理支援．群馬医学 108: 51-53 (2018)；小林直人：認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割：老年精神医学雑誌 26(10):1099-1105 (2015)

[24]中西 亜紀：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割．老年精神医学雑誌 26(10):1106-1113 (2015)；澤滋：認知症の人たちの社会的孤立．精神科治療学 35(4):373-378 (2020)

[25]平林 瑠美, 尾崎 章子, 西崎 未和, 苛原 志保, 大橋 由基：認知症が疑われる独居高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキル．初期段階におけるかかわりを中心に．日本在宅看護学会誌 10(1):2-10, (2021)

[26]粟田主一：認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター：コーディネーションとネットワーキングという観点から．日本老年医学会誌 57(1):22-27, 2020.

独居の認知症高齢者は、介護支援専門員がケアマネジメントに困難を感じる事例の代表とされています[27]。しかし，独居の認知症高齢者のケアマネジメントのあり方に関する研究は極めて少なく、今後の大きな課題となっています。これまでの調査研究[28]や事例報告[29]からは以下のことが推奨されています。

(1) 本人の視点に立って、なじみのある環境の中で、生きがいや趣味などを大切にした生活を継続できるようにする。
(2) 初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する。
(3) 金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する。
(4) 介護保険制度の枠組みを超えて、多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する。
(5) 医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する。
(6) 地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり、「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる。
(7) 特定の職種や個人に負担が集中しないようにする。
(8) 本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である。
(9) 必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する。

10.7. 介護保険サービス

---

[27]斎藤智子，佐藤由美：介護支援専門医のケアマネジメントにおける対応困難の実態．千葉看会誌 12(2):8-14, 2006.；吉江悟，斎藤民，高橋都，甲斐一郎：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因．日本公衆衛生学雑誌 53(1): 29-39, 2006.

[28]斎藤智子，佐藤由美：介護支援専門医のケアマネジメントにおける対応困難の実態．千葉看会誌 12(2):8-14, 2006.；吉江悟，斎藤民，高橋都，甲斐一郎：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因．日本公衆衛生学雑誌 53(1): 29-39, 2006.；羽田三紀子：認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について．認知症ケア事例ジャーナル，4:141-148, 2011.；久保田真美，堀口和子：介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界．日本在宅ケア学会誌 21:67-75, 2017.

[29]木下ゆかり：早期に認知症の兆しを発見し対応したことで，独居生活が維持できている事例．認知症ケア事例ジャーナル, 2(2):115-120, 2009.；金谷親好，金丸真由美，池田耕二，久松憲明：単身世帯の認知症高齢者 1 症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション 10(3): 243-249, 2020.；山根樹美、渡辺淳子：独居高齢者の在宅生活を多職種で支えるチーム活動―介護支援専門員の役割と業務．看護実践の科学，41:39-45, 2016.；翠川郁代，東條美恵，滝澤春香：要介護独居高齢者が在宅生活を継続できる要因を困難事例に活用した一事例の報告．老年看護．43:98-101, 2013.；真柄明子：頭部外傷を負った独居の認知症高齢者への支援―行政，近隣を巻き込んだケアマネジメントを通して―．社会福祉士 15:157-165, 2008.

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには、居宅介護サービスと地域密着型サービスがあります。これらのサービスは、独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されますが、その有用性を示す研究は現在のところ事例報告に限られています。以下のことが指摘されています。

(1) 訪問看護は、拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築，健康状態の管理に有用である[30]。

(2) 訪問リハビリテーション[31]や通所リハビリテーション[32]は、生活リズムの改善、意欲や活動性の回復、身体機能の改善、BPSD の軽減、生活環境の整備に有用である。

(3) 管理栄養士の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問栄養食事指導に相当）は、低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に有用である[33]。

(4) 薬剤師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における訪問薬剤管理指導に相当）は、服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に有用である[34]。

(5) 歯科医師の訪問による居宅療養管理指導（医療保険における歯科疾患在宅療養管理指導に相当）、歯科衛生士による居宅療養管理指導（医療保険における訪問歯科衛生指導に相当）

---

[30]木下真由美, 坂本正美, 高森真弓, 町田久子, 田中美春, 若木千恵：高齢糖尿病療養者の在宅療養を支援する GPL-1 製剤注射をきっかけに、訪問看護師が介入する．公立能登総合病院医療雑誌 30:27-29,2020.；西田順子, 上野三保, 池田順子, 石坂美恵子, 平川静美：単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して．日本精神科看護学術集会誌 58(1): 390-391, 2015.；小西倫世, 上山雅子：【今日の外来看護を考える-その専門性と実際】外来看護における糖尿病合併症指導と多職種連携が奏効した 1 例．看護実践の科学 43(12):20-25, 2018.；本間昭：介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス．精神科治療学 33(10):1205-1210, 2018.

[31]金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明：単身世帯の認知症高齢者 1 症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践．訪問リハビリテーション 10(3): 243-249, 2020.；西田征治，高木雅之, 近藤敏, 上城憲司, 坂本千晶：興味ある活動との結びつきを促す訪問作業療法により娘とともに元気を取り戻した認知症の女性例．認知症ケア事例ジャーナル 7(1)：5-15, 2014.；谷川良博：生活行為向上マネジメントの展開　多分野からの MTDLP 実践報告　単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント　ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程．日本作業療法士協会誌 45：16-18, 2015.

[32]和泉知華：(第 1 章)外来治療・ケア及び施設ケア　臨床研究・報告　通所リハビリテーション認知症『もう死んだほうがええ』失った意欲を取り戻すために．正光会医療研究会誌 15(巻 1):22-24, 2018.

[33]三浦栄子：回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から、在宅訪問栄養食事指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」．健生病院医報 41:41-42, 2018.；田村里織，下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子, 宮地千尋：糖尿病腎症 4 期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例．日本病態栄養学会誌 21(4):521-529, 2018.

[34]川名三知代，初田稔, 廣原正宜, 串田一樹：独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方．癌と化学療法 42(Suppl.I):33-35, 2015.

は、口腔機能・口腔衛生を維持し、それによる口腔疾患の改善・摂食嚥下機能の維持に有用である。

(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、病院からの退院支援、随時の対応、看取り支援に有用である[35]。

(7) 小規模多機能型居宅介護は、多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に役立つ[36]。

10.8. その他の社会資源

10.8.1. 高齢者の見守りサービス

孤立傾向のある高齢者の安心・安全を目的とするサービスであり、緊急通報（急病やけがなどの緊急時に、ボタンを押して通報し、助けを求めるサービス)、緊急連絡先登録（意識不明や道に迷い身元不明で保護されたときなど、家族の連絡先等がわかるように個人情報を登録しておくサービス)、人的見守り（電話や訪問で定期的に安否状況を確認するサービス)、センサ見守り（赤外線センサなどの機器によって、常時安否状況を確認するサービス）などがあります。最近ではスマートフォンやビデオカメラを用いたオンラインの見守りサービスもあります。サービスの提供主体は自治体、企業、NPO などさまざまです。

10.8.2. 地域たすけあいネットワーク、消費者安全確保地域協議会

地域たすけあいネットワークとは、地域住民の互助によって一人暮らしの高齢者や障がい者の見守りを行うネットワークです[37]。登録者台帳を作成して災害時の安否確認に活用したり、自力で避難できない人を地域の互助によって救援したりするなど、災害時に備える地域ネットワークという意味合いをもっています。自治体や NPO などが実施主体になっています。また、高齢者、障がい者、認知症等により判断力が不十分になった方の消費者被害を防ぐため、地方公共団体及び地域の関係者が連携して見守り活動を行う「消費者安全確保地域協議会」[38]も通称「見守りネットワーク」と呼ばれています。

---

[35]森重勝：独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援．病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に．認知症ケア事例ジャーナル 9(3):272-279, 2016.；森重勝：認知症高齢者の在宅生活を支える定期巡回サービス事業所の取り組み．認知症ケア事例ジャーナル 13(4):295-298, 2021.

[36]松浦弘典, 國光登志子：独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み　地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所 A ホームの役割．認知症ケア事例ジャーナル 7(2):133-143, 2014.；清水新, 西沢美香, 上原和美, 塚田富枝, 深宮真, 山田和彦：在宅生活が困難な患者に対し、積極的介入を試みた症例．長野県透析研究会誌 37(1)：46-49. 2014.

[37] たとえば東京都杉並区では、災害時に自力では避難が困難な方を「地域の方々のささえあいで、たすけあうしくみ」として希望する区民に登録してもらう制度になっています。登録者台帳は、地域の震災救援所運営連絡会、民生児童委員、警察署、消防署、消防団に平常時から提供され、災害時の安否確認に活用されます。また、登録いただいた方を民生児童委員等が訪問して、一人一人について「個別避難支援プラン」を作成し、災害時に活用します。さらに、震災救援所ごとに要配慮者の受け入れ態勢を整えるための「避難支援計画」を策定して、災害に備える地域ネットワークを作っていきます。

[38] 消費者庁：超飛車安全確保地域協議会（見守りネットワーク）総合情報サイト

10.8.3. SOS ネットワーク

高齢者が行方不明になった時に、警察だけではなく、地域の関連団体等が協力して行方不明者をすみやかに発見・保護するための仕組みです。全国各地の自治体や、警察、支援団体が連携して構築しているネットワークであり、タクシー会社、郵便局、ガソリンスタンド、コンビニ、銀行、宅配業者、コミュニティ FM 放送局、町内会、老人クラブ、介護サービス事業者などが参加して捜索に協力します。

10.8.4. GPS 探索サービス

認知症の症状によって行方不明になるおそれのある高齢者等を介護している人を支援するために、GPS 通信網を利用した位置情報探索サービスの利用を支援するサービスです。対象者が専用端末をもつことにより、行方不明が生じた際に介護者へ現在位置を探索することができ、協定事業者のコールセンターが 24 時間体制で受付・対応するなどして、すみやかな発見・保護が可能となります。福祉サービスとして提供している自治体もあります。

10.8.5. 配食サービス

食事の調理が困難な高齢者に対し、栄養のバランスのとれた食事を居宅に訪問して提供することにより、高齢者の栄養管理や健康維持を支援するサービスです。自治体の福祉サービスとして、配食業者と連携してサービスが提供されています。

10.8.6. 火災安全器具や火災安全システムの給付

認知機能低下などのために防火等の配慮が必要な高齢者に対して、自動消火装置（室内の煙を感知して警報ブザーと消化液発泡を同時に行う装置等）、火災安全システム機器（自動的に消防書に通報される火災報知器等）、電磁調理器（ガスを使わないコンロ型調理器等）など火災安全器具を貸与また給付するサービスです。福祉サービスとして提供している自治体もあります。

第 11 章 社会的支援のアクセシビリティを高める地域づくり―ネットワーキング

独居認知症高齢者等が尊厳ある地域生活を継続することができる環境をつくりだすためには、第 9 章や第 10 章で述べたようなコーディネーションの仕組みやそれに関連する社会資源を確保するとともに、たとえ認知症であったとしても、一人暮らしであったとしても、必要な社会的支援につながりやすい地域社会の構造をつくりだす必要があります。そのような地域社会の構造を創り出す活動は社会的支援や生活支援のネットワークをつくることを意味していますので、ここでは「ネットワーキング」と呼称しておきます。

しかし、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に有効であることを科学的に検証した研究は今なおきわめて限られています。そのような中で、令和元年度～令和 6 年度に実施された厚生労働科学研究において、「生活支援のネットワークをつくる地域拠点」が、独居認知症高齢者等の地域生活の継続において重要な役割を果たしていることを、事例報告などを通して可視化させてまいりました。また、こうした取り組みとともに、独居認知症高齢者の自立生活支援を視野に入れて，金融ジェロントロジー、IT 技術の活用、防災対策などについての取り組みも進められるようになってきています。ここでは、これらのテーマに関する今日の状況を解説いたします。

11.1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくるにあたって，生活支援のある地域づくりを進めることは不可欠の課題です。このような地域づくりは、「必要な社会的支援の利用・提供を可能とする地域環境をつくること」、すなわち「社会的支援のアクセシビリティを高める地域をつくること」に他なりません。こうした活動は、今日では、多様な組織・機関・地域の人々によって，「居場所」、「通いの場」、「認知症カフェ」、「暮らしの保健室」、「地域リビング」など多様な名称で呼ばれる「地域の拠点」を基盤にして展開されています。これまでの実践報告から、このような「地域の拠点」には、表 6 に示すような機能が備わっていることが示されています [39]。また、このような特徴をもった地域の拠点は、さまざまな生活支援を提供するとともに、生活支援のネットワークをつくりだす機能をもつことも明らかにされてきています [40] [41]。ここではいくつかの例を紹介します。

[39] 栗田主一：独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の創出に向けて．老年精神医学雑誌 33(3)： 211-217，2022.
[40] 秋山正子：秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える．団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌 31(5)：487-498，2020.
[41] 岡村毅：認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活を支える地域拠点．老年精神医学雑誌 33(3)： 263-269，2022.

表 1. 生活支援のネットワークをつくる地域拠点の特徴

1) くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供することができる
2) 健康のことや日々の困りごとの相談に応需できる
3) 認知症になる前から健康の変化や生活の変化に気づくことができる
4) 健康情報を含め、生活に必要なさまざまな情報を提供することができる
5) 社会への参加や人々の交流を促進することができる
6) 地域に暮らす人々の偏見や差別の解消に寄与している
7) 地域の社会資源との連携を促進する場として機能している

注）サービス提供者側の視点で記載しています。

11.1.1. 高島平ココからステーション

高島平ココからステーションは、大都市の大規模住宅地内に設置された地域の拠点です。ここには、①居場所としての機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが居心地よく自由に過ごすことができる)、②相談に応需できる機能（認知症サポート医や定年退職した専門職などの協力も得て、多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談することができる)，③差別・偏見を解消し、社会参加を促進する機能（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、共に学び、共に活動し、共に楽しむことができる)、④連携を推進する機能（生活支援に関わる多様な組織が情報を共有し、連携して活動できる)、⑤生活支援の担い手を育成する機能（生活支援に関わる多様な人々が研修会などを通して、認知症と人権についての意識を高めることができる）といった 5 つの機能があり、それによって認知症高齢者を含む多様な人々に利用され，多様な相談に応じ，多様な人々の社会参加を促進し，多様な組織・機関との連携と人材育成に寄与しています[42]。また、フォーマルなサービス利用以前の相談に応じることができること[43]，社会的に孤立している独居高齢者の意思決定支援とエンド・オブ・ライフケアが実践できること[44]，認知症高齢者の口腔ケアへのアクセシビリティが確保されること[45]，認知症当事者の会（本人ミーティング）を定例的に開催することによって認知症当事者をエンパワーし，地域拠点に集う人々の差別・偏見の解消を促進すること[46]が示されています。さらに、新型コロナウイルス感染症流行下にあっては，電話・訪問による調査によって，認知機能低下高齢者の社会的孤立リスク，健康リ

[42] 杉山美香，岡村毅，小川まどか，他：大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくり：Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み．日本認知症ケア学会誌 18: 847-853, 2020

[43] 岡村毅，杉山美香，小川まどか，他：地域在住高齢者の医療の手前のニーズ．地域に拠点をつくり医療相談をしてわかったこと．日本認知症ケア学会誌 19: 565-572, 2020.

[44] 岡村毅，杉山美香，枝広あや子，他：尊厳を守るには：大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る．日老医誌 57: 467-474, 2020.

[45] 枝広あや子，岡村毅，杉山美香ほか：認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論．権利ベースのアプローチという観点から．日本認知症ケア学会誌 20(3)：435-445, 2021

[46] 宮前史子：居場所と仲間はどんな効果をもたらしたか？東京都内団地での取り組み例．認知症ケア事例ジャーナル，13:107-112, 2020

スク, 本人や家族の不安が確認され[47] [48], 地域に暮らす認知機能低下高齢者の社会的孤立の解消, 感染対策に関する情報提供，不安軽減を目的とする電話，訪問，パンフレットなどを活用した新たな生活支援の開発を可能にしていること[49]なども示されています．このような「地域の拠点」をつくるガイドブックは東京都福祉保健局のホームページから入手することができます[50]。

11.1.2. 暮らしの保健室

「暮らしの保健室」とは、訪問看護活動を展開していた秋山正子氏が中心になって，2011 年に高齢化が進む新宿区都営戸山ハイツの一画にマギーセンターを参考に開設された相談室です。誰でも予約なしに無料で健康や介護や暮らしの中での困りごとの相談ができる敷居の低いワンストップ窓口であると同時に、サロンのようにくつろぐことができる居場所であり、体操、ヨガ、ランチ会、ミニレクチュアなどのコミュニティ活動も実施されています。現在では、6 つの機能（①相談窓口、②市民との学びの場、③安心な居場所、④交流の場、⑤連携の場、⑥育成の場）をもつ地域の拠点として、全国的な広がりを見せています[51] [52]。令和元年度厚生労働科学研究では、同事業所を利用する独居認知症高齢者 5 事例の分析から、「暮らしの保健室」は、①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いができる居場所であり、②日常の中でのさまざまな変化に気づき、③日々のちょっとした困りごとについて一緒に考え、家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整を行い、④健康不安が強い時に支えになりながら、医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」「予測してつなげる・つながる」ことを可能にする場所であることを明らかにしています[53]。また、令和 2 年度厚生労働科学研究では、昭島市と福山市の「暮らしの保健室」の 4 事例の分析から、先に述べた 4 つの機能が発揮されていることを再確認しています[54]。以上の結果から、それぞれの地域の特性を捉えて、それに見合った暮らしの保健室のような「地域の拠点」を作っていく必要があると結論しています。「暮らしの保健室」をつくるためのガイドブックも刊行されています[55]。

---

[47] Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et al:. Call for telephone outreach to older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. Geriatr Gerontol Int 20(12):1245-1248, 2020

[48] Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al: Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics 20(6):944-945, 2020

[49] 杉山美香：認知症支援のために地域の居場所ができること：COVID-19 影響下の高島平ココからステーションの取り組み．認知症ケアジャーナル誌 13: 220-230, 2020

[50] 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けて．地域づくりの手引き（2020 年度改訂版）．東京都，2021.
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/index.html

[51] 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック．日本看護協会出版会，東京，2021.

[52] 秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える．団地のなかの「暮らしの保健室」からみえること．老年精神医学雑誌 31(5):487-498, 2020.

[53] 秋山正子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和元年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），p151-181, 2020.

[54] 秋山正子，神保康子：「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者の事例の分析．令和 2 年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」総括・分担研究報告書（研究代表者粟田主一），p168-183, 2021.

[55] 秋山正子編：「暮らしの保健室」ガイドブック．日本看護協会出版会，東京，2021.

11.1.3. ふるさとの会

「ふるさとの会」は、1990 年に東京の山谷地域で、日雇い労働者が高齢により働くことが難しくなったときに孤立しないように、居場所の提供や安否確認などをするボランティア団体として発足したものです。1998 年頃には、居場所は、気軽に集まって自由にのんびり過ごすことができる「共同リビング」として毎日稼動するようになり、昼食を提供したり、相談に応じたり、イベントを開催したり、来所できなくなったメンバーには夕方訪問して安否確認をするなども活動が行われるようになりました[56]. その後、「ふるさとの会」では、空き家を活用した共同居住のための住まいを確保し、居住支援と生活支援を一体的に提供し、低所得の認知症高齢者のような人々が住み続けられる地域をつくる「寄りそい地域事業」をはじめています[57]。この活動は、2018 年の社会福祉法及び生活保護法の改正によって導入された「日常生活支援住居施設」のモデルになっています（9.2.2.参照)。

11.2. 金融ジェロントロジー

金融ジェロントロジーとは、個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域を示す言葉です[58]。わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅いのですが、認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応については、①高齢者自身が、認知機能が低下する前に備えておくべきこと、②金融機関が、認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること、③信託や成年後見制度を適切に利用すること、などの具体的な提案がなされ[59]、社会実装に向けた取り組みも進められてきています[60]。

11.3. IT 技術の活用

独居認知症高齢者が自立生活を送るためのテクノロジーとして、日常生活のモニタリングを可能とする見守りシステムがあります。見守りシステムには、能動的見守りシステム（自身で緊急通報を行うシステム）と受動的見守りシステム（非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム）があります。

能動的見守りシステムの例としては、警報装置が内蔵されたペンダントやリストバンドの形をした通報ボタンなどがあります。通報ボタンでは、緊急事態発生時に利用者がボタンを作動させ、

---

[56] 的場由木：社会的に孤立し，生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援．老年精神医学雑誌 31(5): 481-486, 2020.

[57] 滝脇憲：大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」．老年精神医学雑誌 26(5): 498-508, 2015.

[58] 駒村康平：認知機能の低下が経済活動に与える影響．Cognitive Aging の時代と金融ジェロントロジーの可能性．日社精医誌 28:257-264,2019.

[59] 駒村康平：みんなの金融。良い人生と善い社会のための金融論．新泉社，2021 年，東京

[60] 樋山雅美，大庭輝，成本迅：高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について．高齢者のケアの行動科学 25: 25-34, 2020.

家族や医療機関への連絡が可能なオペレーターに自ら信号を送ることができます。

受動的見守りシステムの例としては、位置情報を利用したシステムやセンサを用いたシステムがあります。位置情報を利用したシステムでは、徘徊が検出されると被介護者と介護者の両者に警告通知が送られ、両者が連絡を取り合うように促されます。被介護者が介護者と連絡がとれない場合には、被介護者から自動的に緊急対応サービスにメッセージが送られる仕様となっています。最大 7 カ所に設置した赤外線センサを用いて、介護者の動きが長時間ないことを異常と見なし、発報するシステムも研究されています。屋内センサ型の見守りシステムでは、機械学習を用いて徘徊イベントの予測・検知を行い、その状態を即時に介護者に通知する、力覚センサを埋め込んだスマートカーペットでは、被介護者が転倒することによりアラームシステムが作動し、介護者に通知が送られる、統合型健康管理システムを用いたものでは、複数の環境センサ（加速度や力覚センサ）が日常の異常な活動パターンを検出した場合、介護者に加え、情報を管理している医療従事者に即時に通知が送られ、必要に応じて医療的な対応を行うようになっています。

ハイブリッド型警報システムは、日常活動パターンの変化の検知するものとして、環境センサと同時に被介護者が装着しているリストバンドが本人の状態を監視し、緊急時の際は介護者との連絡を可能とするものや、6 種類のセンサ（流体検知センサ、温湿度センサ 、光センサ、ガスセンサ、力覚センサ、加速度センサ）のデータを分析するアルゴリズムを用いて、リアルタイムの異常な活動パターンの検出をするものがあります。また、遠隔支援サービス付きのシステムでは、転倒発生が監視センターへの発報のトリガーとなり、監視センターは被介護者に電話連絡を行う仕様となっています。

独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件としては、①IADL や既往歴に応じて、能動的見守り（自身で緊急通報を行うシステム）と受動的見守り（非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム）を使い分ける、②状況に応じて、電気、ガス、水回りの使用をサポートするような環境センサ型見守りシステムの導入を考慮する、③早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守りシステムの開発の必要性の 3 点が考えられます。以上を踏まえて、独居認知症高齢者の見守りを支援する見守りシステムを運用する必要があると推察されます。

本人の生活支援とは別に，IT 技術を用いた地理情報システムを開発して，日常生活圏域における地域特性を把握し、それに基づいた地域連携を可能性を検討している研究があります [61]。たとえば、地理情報システムを用いて、住居形態（戸建て住宅、分譲マンション、賃貸マンション、アパート）別の高齢者数や独居者数などの確度の高い推計値を得ることができ、災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を分析・分類することが可能になります。災害リスクを可視化することも可能となるので、災害リスクを起点にして、分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応（高齢者の見守り）に繋げることも期待できます。しかし，このような領域の研究には，個人情報を如何にして守るかとという問題が残されています.

[61] 田中昌樹：認知症とともに一人で暮らす高齢者の防災対策に向けて。老年精神医学雑誌 33(3): 288-296, 2022.

11.4. 災害への備えと対応

認知症高齢者は、災害時の避難行動に困難を来したり、生活環境の変化によって認知症の症状が顕在化したり、悪化したりするということが報告されています[62]。身近な家族介護者がいない独居の認知症高齢者では、災害後の状況の中で心身の状態変化への対応や必要な支援へのアクセスに支障を来す場合があり、そのことが被災後の生活をさらに困難にする可能性があります。

独居認知症高齢者等への災害時の影響を少なくするためには、平時から継続した地域社会における支援が重要です。在宅避難等では、インフォーマルな互助・共助による支援が重要となることから、平時から、地域住民が認知症高齢者への理解を深めるとともに、顔の見える生活支援のネットワークを構築しておくことが災害への備えにつながります。また、災害後の在宅生活の継続にあたっては、医療・介護サービスの継続と住宅の確保が特に重要な課題となります。市区町村には、避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ、名簿対象者の個別避難計画策定が努力義務となっています[63]。しかし、地域の中で独居認知症高齢者等を把握し、障害の状況や地域の実情に応じた避難計画を作成するには、平時より本人の支援に関わっている地域の住民や専門職との連携が欠かせません。1)独居認知症高齢者等の災害時支援の問題点を明確化させ、解決策を検討し、防災計画に反映させること、2)地域の住民や専門職との連携体制をつくり、避難行動要支援者名簿と個別避難計画を策定し、その実現性や有効性を検討することが、これからの課題として残されています。

11.5. 地域資源の把握とネットワーク化

認知症高齢者の在宅生活を支えるためには、医療・介護サービス（共助）と、多様な主体による生活支援（互助）が融合した包括的支援体制の構築が必要ですが、様々な要因（本人要因、家族要因、環境要因など）により在宅生活が困難化しやすい認知症高齢者の場合、後者の「生活支援体制の整備」が特に重要です。

生活支援体制の整備に関しては、市町村主体の各種事業（生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業など）が創設され、実務を担う地域包括支援センター、社会福祉協議会（以下、社協）、生活支援コーディネーターなどが様々な活動を行っているものの、市町村・実務を担う専門職・地域住民が協働しながら、地域課題解決を目指した生活支援体制を整備する動きはあまり見られていません。そもそも、組織風土、価値観、関心領域、得意とする手法が異なる多様な主体（自治会、民生委員、NPO 法人、民間企業、地域住民など）を交えて、地域課題を共有し、課題解決に向けて協働するといった地域マネジメントを展開することは容易ではなく、その展開

62 東京都健康長寿医療センター：地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業．平成 23 年度老人保健健康像人等事業報告書（平成 24 年 3 月）.

63 2013 年の災害対策基本法の改正によって避難行動要支援者名簿の作成が市町村の義務とされ、2021 年の同法の改正によって避難行動要支援者の個別避難計画の作成が市町村の努力義務とされた。

方法も明確にはなっていません。

埼玉県内の複数の市町村では、多様な主体が参加するプラットフォーム「ごちゃまぜの会」[64]が立ち上げられており、定期講演会を開催しながら、地域資源の把握・ネットワーク化と地域課題解決に向けた手法の開発が試みられています。講演会では、独居認知症高齢者の生活支援にも深く関係する、①消費者被害防止に取り組む特定非営利法人があること、また、同会では、消費者関連団体のネットワークを持っていること、②同会の活動を通じて、消費者被害防止サポーターが養成され、かつ、県内各市町村にいること、③地域貢献のための活動を展開している団体（青年会議所）が県内の複数市町村にあること、熊谷青年会議所では、災害対策のための取組を地域住民と一緒に行っていることなど、が共有され、地域資源の見える化が進められています。この会の事務局を担っている社協担当者の「支援ニーズと支援者をマッチングする能力の向上」が図られている市町村もあります。

現行のケアプランをみると、医療・介護サービスの組合せが中心で、インフォーマル支援はほとんど組み込まれていません。また、第１層生活支援コーディネーターには地域課題の解決への貢献が期待されていますが、十分には機能していません。これら事象を引き起こしている共通原因の１つが「地域資源を知らないこと／つながっていないこと」にあります。個別支援を通して独居認知症高齢者等が直面している課題や支援ニーズを把握している専門職が、「ごちゃまぜの会」を通じて様々な地域資源とその機能を知ることができれば、支援ニーズ（入口）と課題解決に貢献できる地域資源（出口）をマッチングし、課題を解決する力を向上させることができるでしょう。

[64] 令和６年度厚生労働科学研究「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）。分担研究報告「ごちゃませの会を活用した地域支援の把握・ネットワーク化と認知症施策への応用の可能性：（研究分担者：川越雅弘）。

終章：共生社会の実現を推進するための新たな地域包括ケアシステムの構築をめざして

超少子高齢化に対応していくために，地域包括ケアシステムをさらに深化させた「地域共生社会」の実現を推進していこうという動きがあります．これは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会である、とされています。また、そのような社会をめざす背景として、1)高齢化や人口減少が進み、地域・家庭・職場という人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まってきていること、2)人口減少によって、多くの地域社会で社会経済の担い手の減少を招き、それを背景に、耕作放棄地や、空き家、商店街の空き店舗など、様々な課題が顕在化し、地域社会の存続への危機感が生じていること、3)様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱えるなど、複合的な支援を必要とするといった状況がみられ、従来の対象者別・機能別に整備された公的支援では対応困難なケースが浮き彫りとなっていること、などがあげられています。

このような今日的な時代を反映した問題意識に異論はありませんが、より本質的な意味では、地域共生社会とは、認知症や障害の有無に関わらず、すべての人の「市民として権利」がまもられ、尊厳ある自立生活を営むことができる社会であり、それは時代を超えた，私たちの社会がめざすべき普遍的な方向性なのではないか，と考えます。2024 年 1 月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では，そのような考え方に沿って，「共生社会」を「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」と定義しています．

しかし、そのような社会を実現するためには、認知症や障害をもって生きる一人ひとりのニーズを理解し、そのニーズに対応できるような社会環境をつくりだしていくことからはじめなければなりません。そのためには，今日の社会環境において，そのようなニーズの充足を阻む要因が何であるかを徹底的に調査･分析し､その構造を変革していくための試行錯誤を積み重ねながら，新たな地域社会の構造をつくりだしていく必要があります。このような歩みは権利ベースのアプローチと呼ばれる方法論と一致しています．

地域包括ケアシステムとは，一般的には，「障害の有無に関わらず，すべての人が，尊厳ある地域生活を継続していくことができるように，それぞれの地域の特性に応じて，必要な保健・医療・介護･住まい･生活支援等のサービスを統合的に提供するサービス提供体制」を意味しています．しかし，独居認知症高齢者に焦点をあてた場合には，このシステムの中に，本人の権利・利益を保護すると同時に，システムへのアクセシビリティを高めていく仕組みを組み込まなければなりません．そのような仕組みは「権利擁護支援と生活支援のネットワーク」と呼び得るものかと思われます．それぞれの地域の特性に応じた「権利擁護支援と生活支援のネットワーク」を含む新たな地域包括ケアシステムの構築が，これからの市区町村の政策づくりの課題となるでしょう．

令和４年度～６年度厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業
「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」研究班メンバー

＜研究代表者＞
粟田主一：東京都健康長寿医療センター研究所・認知症未来社会創造センター・センター長
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長

＜研究分担者＞（あいうえお順）
石崎達郎：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
石山麗子：国際医療福祉大学大学院・教授
井藤佳恵：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
稲垣宏樹：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
大塚理加：国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・研究員
岡村 毅：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
川越雅弘：社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
菊地和則：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
桜井良太：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
津田修治：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
堀田聰子：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授
涌井智子：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員

＜研究協力者＞（あいうえお順）
池内朋子：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
宇良千秋：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
枝広あや子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・専門副部長
大口達也：埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校　社会福祉士養成科・専任講師
大久保 豪：BMS 横浜・立命館大学・客員協力研究員
大野昴紀：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
大森千尋：筑波大学人間総合科学学術院　博士課程
小野真由子：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・協力研究員

黒澤史津乃：株式会社 OAG ウェルビーR　代表取締役・行政書士
黒田葉月：慶應義塾大学医学部・研究員
齊藤葉子：社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
杉山美香：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
鈴木善雄：国際医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科博士課程
関野明子：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研究員
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・副所長
角田光隆：神奈川大学法学部・教授
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
永田久美子：社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター・副センター長兼研究部長
中山莉子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員
深谷太郎：東京都健康長寿医療センター研究所　健康長寿イノベーションセンター・研究員
藤原聡子：東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム・研究員
水島俊彦：一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク　副代表・弁護士
光武誠吾：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
南 拓磨：埼玉県立大学・特任助教
宮前史子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム・研究員
山下真里：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

＜事務局＞（あいうえお順）
海野尚子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究
下島久美子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究
續木宜子：東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究
平出麗紗：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
藤田かんな：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

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／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター・センター長

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、認知症の診断後支援に関する文献レビュー（研究 1）を行うとともに、これまでの研究成果を統合して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」（以下，ガイド）を作成する（研究 2）ことにある。**【研究方法】**研究 1：文献レビュー：２つの Research Question(RQ)（「RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か」）の下で文献レビューを行った。研究 2：ガイドの作成：2022 年度に作成した「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援プロセスの枠組み案」と 2023 年度に実施した事例分析の結果を踏まえ，さらに 2024 年度の研究 1 で得られた知見を参考にしてガイドを作成した.**【研究結果】**研究 1:RQ1 について PubMed で 17 件、医中誌で 5 件の文献がヒットした。これらのうち，認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文 12 報を採用して文献レビューを行い，回答文を作成した。RQ2 については，いずれのデータベース検索を用いても RQ に関連する論文は見当たらなかった。研究 2：これまでに実施してきた認知症疾患医療センターの実態調査，事例分析，文献レビューを踏まえ，かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した.**【考察】**本研究の成果物の名称をガイドに留めたのは，この領域のエビデンスが極めて希薄なためである．しかし，ここで作成されたガイドは，今日の認知症疾患医療センターで実際に取り組まれている診断後支援を基礎にし，かつ，具体的な事例検討の中でもリアルワールドでの実現性が確認されたものである．また，2 事例であるが，実践例において，認知症と診断されてから数年間にわたって在宅生活が継続できていることが確認されている.**【結論】**認知症疾患医療センターの実態調査，事例分析，文献レビューを踏まえ，かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した．このガイドは世界で最初に作成された独居認知症高齢者にフォーカスをあてた診断後支援のガイドかと思われる．このガイドを踏まえて，実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことが今後の課題である．

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，2022 年度は、全国の認知症疾患医療センターの相談員を対象とする「独居または高齢者世帯の認知症の診断後支援」の実態調査を踏まえて作成した「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援プロセスの枠組み案」（以下，枠組み案）を基礎にして独居認知症高齢者の初診例における実用性を検討し、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．2024 年度の研究目的は、認知症の診断後支援に関する文献レビュー（研究 1）を行うとともに、これまでの研究成果を統合して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者診断後支援ガイド」（以下，ガイド）を作成する（研究 2）ことにある。

B. 研究方法

研究 1：文献レビュー

以下の２つの Research Question(RQ)の下で文献レビューを行った。

RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMed と医学中央雑誌（医中誌）を用いて以下の検索式で文献検索を行い、RQ1 に関連する論文を選定した。文献スタイルから、ケースレポートと会議録は除外し，和文論文は原著論文に限定した。論文の出版期間は限定しなかった.

- (("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND "post-diagnostic support"[All Fields]) AND ((classicalarticle[Filter] OR clinicalstudy[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) （最終検索日：2025 年 3 月 31 日）
- 医中誌：((((認知症/TH or 認知症/AL) and (診断後支援/AL)) and (PT=会議録除く))) and (PT=原著論文)) （最終検索日：2025 年 3 月 31 日）

RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMed と医中誌を用いて以下の検索式で文献検索を行い、RQ2 に関連する論文を選定した。文献スタイルから、会議録は除外した。論文の出版期間は限定しなかった。

- ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND "living alone"[All Fields] AND ("post-diagnostic support"[All Fields] OR "post diagnosis"[All Fields]) (最終検索日：2025 年 3 月 31 日）

- （認知症/TH or 認知症/AL）and（ひとり暮らし/TH or 独居/AL）and 診断後支援/A（最終検索日：2025 年 3 月 31 日）

研究 2：ガイドの作成

2022 年度に作成した「枠組み案」及び 2023 年度に実施した事例検討を踏まえ，さらに 2024 年度の研究 1 で得られた知見を参考にして，ガイドを作成した.

（倫理的配慮）

本研究では文献レビューとこれまでの研究成果を踏まえてガイドの作成を行うものであり、個人情報を取り扱う研究は実施しない。尚，本研究では，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の事例分析結果を参考にしているが,東京都健康長寿医療センターでは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

RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMed で 17 件、医中誌で 5 件の文献がヒットした。これらのうち，認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文 12 報を採用して文献レビューを行った。採用論文から得られた RQ に対する回答は以下のとおりである。

「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語である。その嚆矢は、スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5 つの柱の支援モデル」であろう[1)]。このモデルは、認知症と診断された直後から少なくとも 1 年間、リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピア・サポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供するものである。スコットランド政府は 2013 年よりその実施率をスコットランド認知症国家戦略のアウトカム指標として採用している。

その後、「認知症の診断後支援」のあり方は、診断後の本人・家族の不安・抑うつ・社会的孤立・絶望等への支援[2,3)]を含むより統合的で包括的な支援に発展した[4-6)]。Bamford ら[5)]は、英国のイングランドとウェールズの認知症者、介護者、事業所管理者、支援スタッフを対象にインタビュー調査を実施し、認知症の診断後支援の good practice の構造を図 1 のように整理している。すなわち、認知症とともに生きる道のりは疾患や生活状況によって多様であることから、認知症者及び家族の両者に対して、「現在及び将来のニーズを適切なタイミングで同定しマネジメントすること」を前提に、「認知症の理解とマネジメント」（認知症者と家族の両者に、病気についての情報、今後起こり得ることに関する情報、できる限り良い状態で暮らすための方法に関する情報を提供すること)、「心理的・情緒的ウェルビーイング」（不安や抑うつなどの心理的症状に対する支援を行うとともに、ピア・サポート、社会的活動、レジャー、対人関係の支援を通して、その人のアイデンティティや生きがいを維持すること)、「プラクティカルな支援」（認知症者及びケアラーが可能な限り自立的にかつ安全に暮らせるようにすること)に関

する支援を、疾病の全経過にわたって統合的に提供すること（「支援の統合」：そのためのメカニズムとして「相談窓口や専門職の設置」「ケア・コーディネーション」「ケアの場の移動のためのマネジメント」がある）であるとしている。2022 年に国際アルツハイマー病協会[7]は、「認知症の診断後支援とは、認知症と診断された後の、認知症者と家族の身体的・社会的・心理的なウェルビーイングの促進を目的とする、さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情報提供を含む包括的な用語である」と定義している。

認知症者を対象に「認知症の診断後支援」の効果を検証した研究は少ない。英文誌では RCT が 1 件報告されており、それによれば、リカバリーにフォーカスをあてた 6 か月間の精神医学的介入が WHO 精神健康状態表（WHO-5）で評価されたウェルビーイングを有意に改善させたと報告している[8]。和文誌では、認知症の診断後支援に関する原著論文が 5 件[9-13]抽出されたが、いずれも認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する調査であった。

RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か。

文献のヒット数は PubMed で 1 件、医中誌で 0 件であった。PubMed でヒットした 1 件の文献は、がん患者の診断後のアウトカムに及ぼす要因を探索するコホート研究であり、ベースラインで認知機能障害または認知症があることがその後の ADL 低下に有意に関連するというものであった．RQ2 には関連しないので不採用とした。

研究 2：ガイドの作成

○　文献レビューの結果

本研究において渉猟した範囲では，現時点で独居認知症高齢者にフォーカスをあてて診断後支援のあり方を検討しようとした研究は見当たらない。しかし，本研究班で作成したエビデンスブック 2024 にまとめられているように，独居認知症高齢者の実態や支援のあり方等に関する研究はさまざまな観点から実施されてきている．このことを踏まえて，本研究班では，自治体向けの手引きとして「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」を作成している．

○　事例分析の結果

2023 年度に実施した 2 事例の分析によって，2022 年度に作成した 6 つの枠組みが，認知症疾患医療センターの実臨床に反映されていることが示された（表 1）．尚，この 2 事例については，その後も在宅生活を継続している．

○　ガイド作成の方針

以上を踏まえて，本研究班では，これまでに実施してきた，①認知症疾患医療センターの実態調査の結果，②事例分析の結果，③文献レビューの結果を踏まえ，さらに，③自治体向け手引き「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」との整合性を考慮して，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した．以下にその概要を記載する。

I.　序論

○　今日の状況

超少子高齢化の進展によって，認知症とともに一人で暮らす高齢者の人口は着実

に増加しています.独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人，女96万人）ですが,2040年には168万人（男38万人，女130万人）に増加します．また,認知症とMCIを合わせた独居の認知機能低下高齢者数も,2025年の段階では250万人（男75万人，女175万人）ですが，2040年には330万人（男110万人，女220万人）に増加します．特に85歳以上の女性の独居認知症高齢者が急増するものと予測されています.

独居認知症高齢者は,生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから,しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり,社会的孤立の傾向が強まること､それとともに身体的健康状態が悪化するリスクが高まること,精神的にも孤独，不安，抑うつ，妄想などが現れやすい傾向があることが示唆されています．さらに，自然災害やパンデミック下にあっては,平時の社会的孤立が増幅され,健康被害や生命のリスクが著しく高まることも経験的に認識されています.

○　認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは都道府県･指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスです｡その目的は､「保健医療・介護機関等と連携を図りながら,地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされています.

2019年度より，認知症疾患医療センターの事業内容に診断後等支援機能が追加されましたが，その背景には，「認知症と診断された後,薬物治療が行われるだけで心理社会的な支援が十分に行われていない」という意見や，その反対に「認知症疾患医療センターでは,さまざまな診断後支援を行われているにも関わらず,それが適正に評価されていない」という意見がありました．特に，急速に増加している独居の認知症高齢者に対して,認知症疾患医療センターでは相談室が中心になって,多様な支援をおこなっていることが，2019年度に実施された全国調査で明らかにされています.

○　認知症の診断後支援とは何か

「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語です．そのはじまりは、スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5つの柱の支援モデル」とされています。このモデルでは､認知症と診断された直後から少なくとも1年間、リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピア・サポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供することとされています.その後,診断後支援のあり方やモデルについての報告も数多くなされるようになり,2022年に国際アルツハイマー病協会が,「認知症の診断後支援とは､認知症と診断された後の、認知症者と家族の身体的･社会的･心理的なウェルビーイングの促進を目的とする､さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情報提供を含む包括的な用語である」と定義しています.

Ⅱ．認知症疾患医療センターに求められる独居認知症高齢者の診断後支援

独居認知症高齢者の受診については,①別居家族が本人の変化に気づき,別居家族に促されて,別居家族が同伴して受診される場合が多いかと思います.それ以外にも,②本人が変化に気づき,本人が心配して自分一人で受診する場合や,③本人が変化に気づき，本人が心配して，別居家族が同伴して受診する場合，もあります．さらに，④身寄りがいない場合や別居家族がいても本人と疎遠な場合に，保健・福祉の専門職や民生委員・地域住民等に促されて受診する場合もあります.それぞれの状況によって配慮されねばならないことがありますが，ここでは，診断後支援として共通に実施すべきことを簡単に要約します.

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：**検査所見を供覧したり，必要に応じてパンフレットなどを活用したりしながら，わかりやすく，丁寧に説明します．認知症という診断名のこと、背景にある疾患のこと、症状や背景にある疾患とどのようにつきあっていくかということについては、家族だけではなく、本人にわかりやすく、丁寧に説明することが重要です。それは、本人が、認知症になってからも、尊厳を保持し希望をもって生きていくための大切な要件です。

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：**受診に至るまでに，本人・家族ともに，日々の暮らしの変化に当惑している場合が少なくありません．また，認知症の診断それ自体も，病気に対する不安とともに，これらからの生活が変化することについての不安を感じていることが多いかと思います．そのことに配慮して，今後の治療，病気との付き合い方，今後の暮らし方のことなどについて，対話をしながら情報を共有できるように努めます.

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：**認知症の医療の前提には，包括的な総合アセスメントがあります．しかし，本人が一人暮らしである場合には，日々の暮らしやこれまでの生活史などについて十分な情報が確保できない可能性があります．それを補完するためにも，本人だけではなく，本人の同意を得た上で，家族や地域の支援者等からも情報を収集する必要があります.

2.2. **今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する：**総合アセスメントの結果を本人・家族等と共有した上で、これからどのような暮らしをしていきたいか、どのような困難に直面しているか、どのような支援が必要なのか、まずは本人・家族の意向を確認し，それを尊重しながら今後の治療やケアの方針を立てます.

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：このような本人・家族の意向を確認する中で，さなざまな不安や心配事も聴取されます．一人暮らしの場合には，特に家族から，金銭管理，服薬管理，健康管理，火の不始末，行方不明，消費者被害など，さまざまなリスクに関する心配ごとも聴取されるでしょう．このような心配事をまずは積極的に傾聴することが信頼関係をつくりだすためには不可欠です．特に，火の不始末や独り歩きによる行方不明の心配がある場合には，危険を回避するために利用できるサービスなども含めて助言が必要です（「自治体向け手引き」を参照）

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：**上記のような不安や心配事を含めた総合アセスメントの結果を踏まえ，尊厳ある暮らしを継続するために必要な生活支援に関わるフォーマルなサービスやインフォーマルなサービスについての情報の提供と利用支援を行います．独居の方で、家族からの支援が十分に受けられない方では、そもそも介護保険サービスや地域サービスのことも知らないということは少なくありません。どのようなサービスが利用できるか、その概略をまずはわかりやすく説明します。

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：**特に，介護保険サービスの利用にあたっては，要介護認定の申請手続きと地域包括支援センターの利用が不可欠になりますので，手続きの流れや住所地を管轄している地域包括支援センターの場所等に関する情報を提供します．独居認知症高齢者が一人で受診され，別居家族によるサポートが受けられない場合には，本人の同意を得た上で，医療機関の方から地域包括支援センターに連絡して，要介護認定の手続きが円滑に進むようにサポートします．

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：**認知症の継続医療にはチームケアが不可欠でありますので，本人・家族の同意を得て，実際に日々の暮らしを支援してくれる地域包括支援センターのスタッフや居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と情報共有を図り，チーム（意思決定支援チーム）を作りだしていきます（「自治体向けガイド」を参照）．

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ついて本人・家族・多職種で検討する：**一人暮らしの認知症の方の尊厳ある暮ら

しの継続は，介護保険給付サービスのみでは不十分な場合が少なくありません．介護保険給付サービスではカバーしきれない生活支援も含めて，本人・家族・多職種がチーム（意思決定支援チーム）を形成して，どのようにして利用できるサービスを調整していくが、あるいは利用できるサポートをつくりだしいくかについて検討します（地域包括支援センターの地域ケア会議，居宅介護支援事業所のサービス担当者会議が，このチームに該当する場合もあります)．

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：**キーパーソンになり得る別居家族の有無は，今後の医療・ケアのあり方を考える上で不可欠の情報になります．キーパーソンとなる別居家族がいる場合には，本人の同意を得て，別居家族と情報を共有します．また，本人，別居家族，多職種が連携して先に述べた意思決定支援チームを結成します．その際，別居家族には，同居家族とは異なる様々な支援ニーズが存在することについても留意する必要があります（「自治体向けガイド」「一人暮らしの認知症高齢者の家族支援ガイド」も参照)．

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：**認知症疾患医療センターの相談員が，別居家族と継続的な関係を保持しておくことは，本人の暮らしの変化に関する情報を入手するだけでなく，別居家族を心理社会的に支援する上でも重要な意味をもっています．

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：**診断後支援の重要な目標は，認知症の本人にとってのパーソナルな生活支援ネットワークを構築し，それを継続していくための体制を確保していくことです．また，それを実現するために，それを可能とするような地域環境が不可欠です．そのような地域環境をつくるには，関連する組織や機関が必要に応じていつでもつながり合うことができるようなネットワークを形成している必要があります．このようなネットワークづくりが「地域づくり」といわれる活動の本質かと思われます．認知症疾患医療センターにおける「個別支援」は「地域づくり」と連動していることを認識しておくことが重要です．

7.　全体を通しての共通事項

7.1. 多職種協働によるコミュニティ・ソーシャルワーク

診断後支援として実施されている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」です．これは，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コミュニティ・ソーシャルワーク」に他なりません。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ります。

7.2. 独居生活の孤独・不安・抑うつ・妄想に対する精神療法的アプローチ

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ともあります。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、多職種の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す．そのことが信頼関係の醸成し、不安をもちながらも本人なりの自立生活の継続に繋がることに留意する必要があります．

7.3. 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）

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りません。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もあります．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、チーム員には認知症とともに生きる当事者のアドボケイトとして機能することが求められています。

7.4. 本人の声の発信とエンパワメント

認知症である本人の声の発信、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ます。そのようなことから、認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱の「診断後等支援機能」には，その具体的内容としてピア・サポートや当事者交流会の開催が掲げられています．独居の認知症高齢者を認知症疾患医療センターの診断後支援の中で，どうすればピア・サポートや交流会へのアクセシビリティを確保することができるか，これからの認知症疾患医療センターに課せられた重要な課題でしょう。

D. 考察

本研究の成果物の名称は，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」とした．名称を「ガイド」に留めた第一の理由は，この領域のエビデンスが極めて希薄なためである．し

かし，ここで作成されたガイドは，今日の認知症疾患医療センターで実際に取り組まれている診断後支援を基礎にし，かつ，事例分析を通してリアルワールドでの実現性が確認されたものである．また，2 事例はであるが，認知症と診断されてからの数年間にわたるプロセス評価を通して，在宅生活の継続に寄与していることも確認されている．

今後の課題は，第一に，このガイドを踏まえて，実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことであり，第二に，関係する実践家でコンセンサス・パネルをつくり，内容的な妥当性を確認していくことであろう．

E. 結論

認知症疾患医療センターの実態調査，事例分析，文献レビューを踏まえ，かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して，「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した．このガイドは世界で最初に作成された独居認知症高齢者にフォーカスをあてた診断後支援のガイドかと思われる．このガイドを踏まえて，実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことが今後の課題である．

F. 研究発表

１．論文発表

1) 粟田主一：特集にあたって．過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援．老年精神医学雑誌，35(1)：5-10, 2024.
2) 粟田主一：認知症のリハビリテーション医療． 診断と治療 112： 694-698, 2024.
3) 粟田主一：認知症基本法と自治体における今後の認知症施策の在り方，自治体法務研究 78：49-54，2024.
4) 粟田主一：認知症に対する医療と介護のかかわり：一人暮らしの認知症の人への精神科医療のかかわり． 日精診 50(2)：193-209，2024.
5) 粟田主一：認知症と社会保障．医学のあゆみ．287(13)：1100-1105，2024.
6) 粟田主一：人生 100 年時代の認知症とこころの健康問題．日本老年医学会：高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書 2024. p50-59，日本老年学会，2024，東京．
7) 粟田主一：共生社会において個性と能力が発揮できる支援とは何か？作業療法ジャーナル 58(11)： 1046-1051, 2024.
8) 粟田主一：認知症基本法と認知症診療．「精神科治療学」編集委員会：症状性・器質性精神障害診療ガイド―精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品―．精神科治療学 39 増刊号：129, 2024.
9) 粟田主一：第 13 章高齢者の生活と地域社会．日本老年精神医学会編：新訂・老年精神医学講座；総論．ワールドプランニング社，2024，東京．p235-249.
10) 粟田主一：認知症診療の探求，国の方向性を伝達する：共生社会の実現を推進するための認知症基本法．クリニシアン 71(3)： 266-271，2024.
11) 粟田主一：【災害と認知症支援】災害と

認知症支援　特集にあたって. 老年精神医学雑誌 35(10)： 975-983, 2024.
12) 大塚理加, 粟田主一：被災後の介護保険サービスの状況と高齢者への影響. 老年精神医学雑誌 35(10)： 1007-1014, 2024
13) 粟田主一：今後の認知症医療提供体制 抗アミロイドβ抗体薬治療の導入を踏まえて. The Curator of Neurocognitive Disorders1(2)： 52-54, 2024.
14) 中山莉子, 涌井智子, 関野明子, 大久保豪, 粟田主一：認知症の人と家族のコミュニケーションの類型化に関する質的研究. 日本認知症ケア学会誌 23(2)： 340-353, 2024.
15) 粟田主一：新たな認知症医療提供体制整備と共生社会の実現を推進するために. 老年学・老年医学公開講座 169回: 33-41, 2024.
16) 粟田主一：共生社会の実現を推進するための認知症基本法. The Curator of Neurocognitive Disorders. 1(1)： 50-51, 2024
17) 新美芳樹, 田中稔久, 石井伸弥, 内海久美子, 枝広あや子, 武田章敬, 冨本秀和, 藤本直規, 古田光, 森啓, 粟田主一, 岩坪威, 日本認知症学会社会対応委員会：アルツハイマー病の疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する，認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告. Dementia Japan38(2)： 279-296, 2024.

1.　学会発表

1) Awata S: Living alone with dementia in Japan: Challenges and Policies. AAIC2024, 2024.7.28-8.1, Philadelphia (Symposium)
2) Awata S: Creating an inclusive society where people can live well with dementia with hope and dignity -The Japan Model. H.C.R. 2024 International Symposium, 2024.10.3-10.4, Tokyo.
3) 粟田主一:高齢者の社会的孤立と孤独の実態と支援. 日本認知症ケア学会・2023年度東海ブロック大会，2024.2.11, 名古屋（特別講演).
4) 粟田主一：今，再考する認知症共生社会とは. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6.15-6.16, 東京（認知症ケア賞特別講演).
5) 宇良千秋, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 岡村毅, 粟田主一:独居高齢者における地域生活継続のセルフ・エフィカシーの関連要因. 将来認知症になっても近くに相談相手がいれば大丈夫？第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6.15-6.16, 東京（ポスター).
6) 杉山美香, 宮前史子, 中山莉子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 櫻井花, 多賀努, 宇良千秋, 岡村毅, 粟田主一：ポストコロナでの認知症支援のための地域拠点の実践. 新型コロナ「5類」移行後の認知症支援拠点の取り組み. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6.15-6.16, 東京（ポスター).
7) 宮前史子, 藤田和子, 小森由美子, 山梨恵子, 粟田主一, 岡村毅, 永田久美

子:認知症の本人からの発信はどのようにして実現するか.市町村担当者から見た本人発信支援事業が抱える課題.第25回日本認知症ケア学会,2024.6.15-6.16, 東京（ポスター).

8) 中山莉子, 櫻井花, 杉山美香, 見城澄子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 多賀努, 宮前史子, 岡村毅, 粟田主一:認知症支援のための地域拠点における心理職による臨床心理学的地域援助に関する報告.心理相談の概要と相談経路について.第25回日本認知症ケア学会,2024. 6.15-6.16, 東京（ポスター).

9) 花田健二, 伊藤和江, 沼沢満, 杉浦綾乃, 佐々木努, 山田恭平, 山北武, 作田直人, 永田久美子, 粟田主一:自治体と自動車学校の協働による高齢者運転支援と認知症の人の免許返納後の相談体制.第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6.15-6.16, 東京（口演).

10) 涌井智子, 藤原聡子, 中川威, 森山葉子, 甲斐一郎, 大渕修一, 粟田主一:認知症介護を支える日常介護記録.記録・振り返り・受容の質的効果評価.第25回日本認知症ケア学会, 2024.6.15-6.16, 東京（ポスター).

11) 粟田主一:共生社会の実現を推進するための認知症基本法について.日本認知症ケア学会・2024年度東北ブロック大会, 2024.9.8, 仙台（基調講演).

12) 粟田主一:高齢者のアパシー・うつへの治療ストラテジー.第66回日本老年医学会, 2024.6.13-6.15, 名古屋(教育講演).

13) 大丸香,畑中翔,太田崇央,大渕修一, 石崎達郎, 鈴木宏幸, 藤原佳典, 粟田主一, 鳥羽研二, IRIDEコホート研究チーム.地域在住高齢者における糖尿病とダイナペニアの横断的関係:IRIDEコホート研究. 第66回日本老年医学会, 2024.6.13-6.15, 名古屋(一般演題・講演).

14) 菊地和則, 池内朋子, 粟田主一:認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究. 第66回日本老年医学会, 2024.6.13-6.15, 名古屋（一般演題・ポスター).

15) 雛倉圭吾, 桜井良太, 笹井浩行, 清野諭, 秦俊貴, 藤原佳典, 粟田主一:高齢者におけるウェラブルアクティビティトラッカーの使用意向とその関連要因. 第66回日本老年医学会, 2024.6.13-6.15, 名古屋（一般演題・ポスター).

16) 粟田主一:認知機能の低下とともに生きる高齢者が尊厳ある自立生活を送れる社会の実現をめざして.第19回日本応用老年学会, 2024.11.9-11.10, 横浜（シンポジウム).

17) 稲垣宏樹, 杉山美香, 粟田主一:地域在住高齢者の日常生活における支援のニーズの充足度に関する報告:「千代田区こころとからだのすこやかチェック」から. 第19回日本応用老年学会, 2024.11.9-11.10, 横浜（一般演題・ポスター).

18) 粟田主一:共生社会の実現を推進するための認知症基本法とこれからの認知症施策. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山(特別講演).

19) 粟田主一:認知症の発症リスク低減を社会実装する際の課題:プライマリ・

ヘルス・ケアの視点から. 第43回日本認知症学会,2024.11.21-11.23, 郡山（シンポジウム).

20) 粟田主一：抗Aβ抗体薬の実臨床への導入を踏まえた認知症医療提供体制の整備について.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山 (シンポジウム).

21) 粟田主一：総括：これからの認知症施策が目指す方向性.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山 (シンポジウム).

22) 粟田主一:独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続をめざして:取り組むべき課題の整理.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山 (ミニシンポジウム).

23) 高橋佳史, 佐藤研一郎, 畑中翔, 安藤千晶,大田崇央,鈴木宏之,桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 粟田主一,鳥羽研二,DMCIRC investigators: DEMCIRC(Determinant of MCI Reversion/Conversion)でのMCI判定基準の特徴. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山(ポスター).

24) 佐藤研一郎, 高橋佳史, 畑中翔, 安藤千晶, 鈴木宏幸, 桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 粟田主一, 鳥羽研二, DEMCIRC investigators：DEMCIRC studyの参加者の特徴：軽度認知障害における記憶機能低下者の割合. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山(ポスター).

25) 扇澤史子, 岡本一枝, 今村陽子, 高岡陽子, 松井仁美, 井原涼子, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 粟田主一：MCIからADへの移行を予測するスクリーニング検査の下位項目の検討.第43回日本認知症学会,2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

26) 岡本一枝, 扇澤史子, 今村陽子, 植田那月, 加藤真衣, 大森祐貴, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 粟田主一：高齢化率の高い地域の医療機関における軽度認知障害（MCI）の推移の実態. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

27) 齊藤葉子, 滝口優子, 中村考一, 川越雅弘, 粟田主一：介護支援専門員が行う一人暮らし認知症高齢者の生活継続支援に関するインタビュー調査.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

28) 滝口優子, 斎藤葉子, 中村考一, 粟田主一：過疎化が進展している離島・中山間地域におけるオンライン研修の状況と介護実践の課題.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

29) 中村考一, 月井直哉, 橋本萌子, 粟田主一:居住系サービスにおいて実施されているケアがBPSDへ及ぼす影響.第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山（ポスター).

30) 新美芳樹, 田中稔久, 粟田主一, 岩坪威:疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査研究. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 郡山(ポスター).

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

References

1) Alzheimer’s Scotland. The 5 Pillars Model of Post Diagnostic Dementia Support 2011. Available from: http://www.alzscot.org/campaigning/five_pillars.
2) Low LF, Swaffer K, McGrath M, Brodaty H. Do people with early stage dementia experience Prescribed Disengagement®? A systematic review of qualitative studies. Int Psychogeriatr. 2018 Jun;30(6):807-831.
3) Morgan A. A review of policy and provision of emotional support for people living with early-stage dementia in the Republic of Ireland and call for specialist counselling and psychotherapy services. Dementia (London). 2021 Aug;20(6):1958-1970.
4) Alzheimer’s Scotland. Delivering Integrated Dementia Care: the 8 Pillars of Community Support 2015. Available from: http://www.alzscot.org/campaigning/eight_pillars_model_of_community_support.
5) Bamford C, Wheatley A, Brunskill G, Booi L, Allan L, Banerjee S, Harrison Dening K, Manthorpe J, Robinson L; PriDem study team. Key components of post-diagnostic support for people with dementia and their carers: A qualitative study. PLoS One. 2021 Dec 20;16(12):e0260506.
6) Low LF, Gresham M, Phillipson L. Further development needed: models of post-diagnostic support for people with dementia. Curr Opin Psychiatry. 2023 Mar 1;36(2):104-111.
7) Alzheimer’s Disease International. World Alzheimer Report 2022. Life after diagnosis, Navigating treatment, care and support. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf
8) Jha A, Jan F, Gale T, Newman C. Effectiveness of a recovery-orientated psychiatric intervention package on the wellbeing of people with early dementia: a preliminary randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Jun;28(6):589-96. doi: 10.1002/gps.3863. Epub 2012 Jul 30. PMID: 22847712.
9) 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，柏木一惠，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(0915-6305)34巻5号 Page477-486(2023.05)
10) 山口智晴，河合晶子，村井千賀，遠藤千冬，村島久美子，北村立：認知症疾患医療センター併設医療機関における作業療法実態調査．老年精神医学雑誌(0915-6305)33巻6号 Page595-601(2022.06)
11) 齊藤千晶、朝岡義博，太田崇，伊藤篤史，岩丸陽彦：認知症疾患医療センターにおける作業療法士の関与の実態　愛知県作業療法士会会員へのアンケート調査から．愛知作業療法(1342-274X)30巻 Page67-72(2022.03)
12) 柳渡彩香，内海久美子，福田智子，大辻誠司，姫野大作，石田智隆，江本雄泰，藤本純，野呂孝徳，安村修一：軽度認知障害(MCI)および認知症の診断告知直後における本人・家族の心理的変化と満足度調査．老年精神医学雑誌，31(11)：1211-1224，2020.
13) 吉武亜紀，保野孝弘：もの忘れ外来における診断後支援の探索的検討 DASC-21を用いた患者とその家族の評価の違いを活かして．川崎医療福祉学会誌，32(2)：375-383，2023.

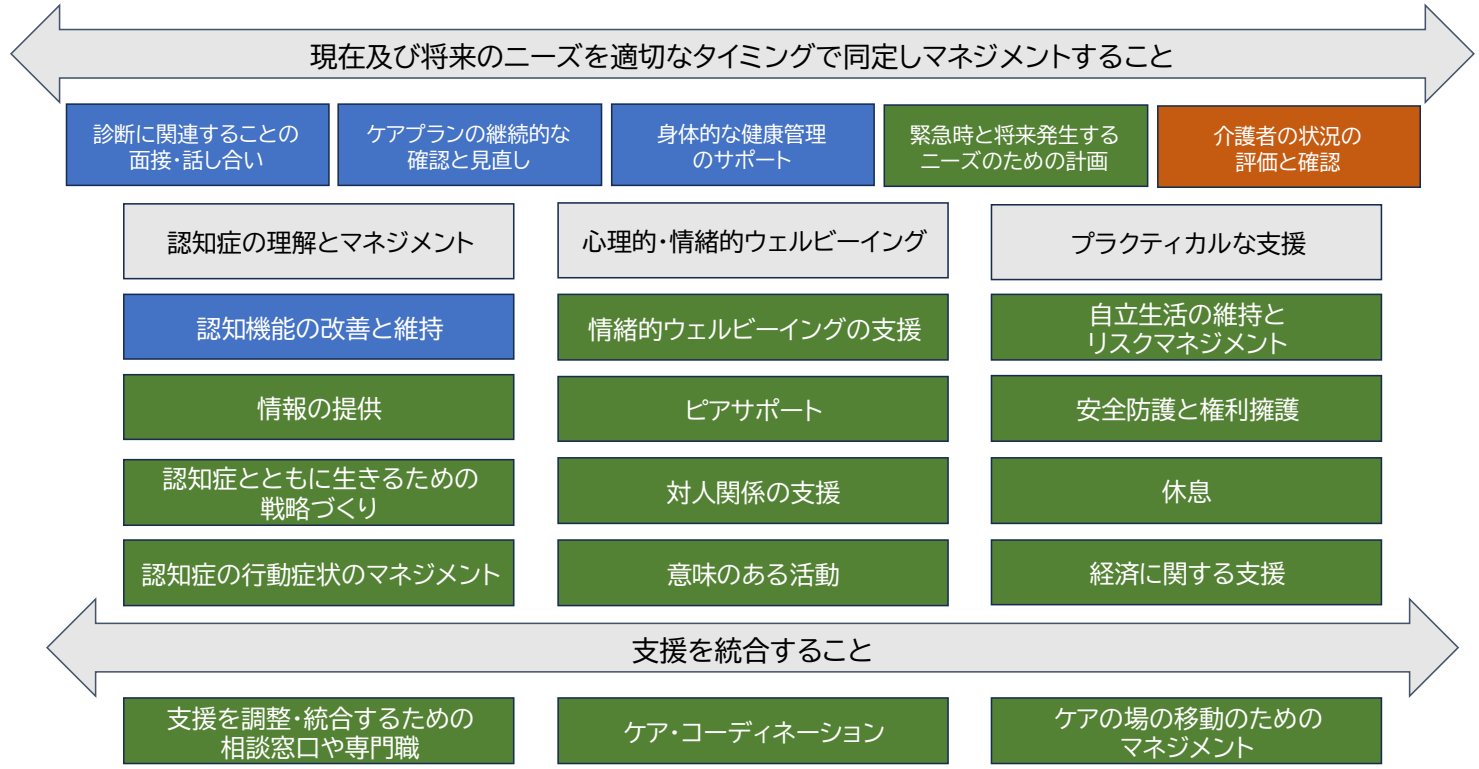


図 1. 認知症の診断後支援の構造

表 1. 認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援の事例分析

	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	**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**
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	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）に医師・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。	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が、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。また併存する身体疾患の問題について説明をしている。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	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なサポートが継続されている。	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	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、本人や家族の意向を聴取し，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。	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。

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	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。	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を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。	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	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は、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

	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。	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。

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
研究協力者　宇良千秋　　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　多賀　努　　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　別所あかね　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　山村正子　　東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
研究協力者　柳澤知恵子　東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤研究員
研究協力者　齊藤敦子　　東京都健康長寿医療センター研究所・非常勤職員
研究協力者　宇津木　忠　社会福祉法人不二健育会 ケアポート板橋・施設長

研究要旨

独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するためには、地域住民の主体的活動が必須である。住民主体の実行組織として、我々はチームオレンジ（認知症サポーターが１千万人を超えている一方で、継続的に活動しているサポーターが少ないことを踏まえて、認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み）に注目した。本研究の主目的は、高齢、無縁等の課題を持つ都市集合住宅（高島平２丁目）を活動場所に、コミュニティ参加型研究の方法論に基づきチームオレンジ活動を住民と共に展開し、参与観察・記述・分析することである。既存の高齢者支援 NPO 法人の人的ネットワークを発展させてチームオレンジが始動した。活動内容はレイズドベッドを用いた農園活動及び周辺活動であり、６か月の間に 91 回の活動が行われた、プロセス分析から、１）チームオレンジによる地域活動は分かりやすく容易に実装可能だ、２）農園活動は男性、若者、子供といった従来の集いの場に参加が難しかった層に遡及する、３）認知症支援の専門家等がいない既存の地域ネットワークを中核にしたことが、認知症があるひと・ない人、支援される人・する人、という分断が起きない要因となった可能性がある。４）地域に対して慎重に説明を重ねても、すべての人が同じ意見になるとは限らない、５）参加者への個別の配慮が必要だ、が明らかになった。また男性へのインタビューから、男性への訴求点は①自身の趣味の専門知識を提供できる活動、②運営に関する意思決定に直接関われる活動、③体を動かせる活動、④一人で静かに集中できる活動であった。チームオレンジ活動は独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための効果的な方法である。今後は各地での波及、一般化のための要件を明らかにする必要がある。

A)　研究目的

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、地域住民が主体となって弱い立場の人を包摂するための共生社会つくりを行うことが必須である。そのための受け皿として「チームオレンジ」に注目した。

チームオレンジとは認知症サポーターが１千万人を超えている一方で、継続的に活動しているサポーターが少ないことを踏まえて、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みのことである。しかしどのような活動がチームオレンジとして適正しているかは不明である。

B)　研究方法

高齢化、無縁化が進む都市集合住宅である高島平２丁目を中心に、認知症共生社会を作るためのチームオレンジ活動を住民と協働して展開する。

Community-based participatory research の方法論に則り研究者と住民が対等の立場で対話と同意に基づいて意思決定することにした。

具体的には、意思決定は月に１回の運営会議での合議とし、初期は研究者が司会をしたが徐々に住民が行うことにした。すなわち研究者はなるべく一歩引いた立場から参与研究する。出来事は研究ノートに記録する。

さらに副次的研究として男性参加者が多く参加していることに注目し、男性参加者の活躍を促す農園活動の特徴を明らかにした。そのために、農園活動に継続的に参加している男性参加者 15 名をスノーボールサンプリングにて選定し、半構造化面接を個別およびフォーカス・グループ形式で実施する。

（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

高島平地域の３地域包括合同のステップアップ講座を開催した。高島平にはすでに認知症人のための様々な事業を行っている NPO 法人ゆずりは（代表斎藤氏）があり、①通所 B、②認知症カフェ、③福祉の森サロンを区の認定を受けて行っている。この活動の参加者は、支援する側とされる側が明確ではなく、代表のまわりには、数名のスタッフ的な支援者がおり、主に支援される側の高齢者がいるが、さらにその家族や、時に支援されるが時に支援する人もいる。

メンバーがステップアップ講座を受講し、チームオレンジを結成した。リーダーは地域包括の母体である社会福祉法人のセンター長が、サブリーダーには斎藤氏が就任した。

話し合いの結果、みんなで体を動かせて、さらに収穫の喜びがあり、食べる楽しみがある農園活動を中核においた。UR の協力もあり、団地の一角を耕してもよいことになったが、地下にはコンクリート塊（ガラ）が多数埋まっていた。団地の建設された 1970 年代は廃棄物等をそのまま埋めていたと思われ、耕作には適さないことが判明した。

そこでレイズドベッド（地面よりも高く盛り上げた枠状の栽培スペースで、「立ち上げ花壇」とも呼ばれる。木材やレンガ、ブロック、樹脂などの素材で枠を作り、その中に土や堆肥を入れて植物を育てる。都市部のガーデニングではしばしば使われる）を使った農園を作ることになった。

チームオレンジの活動記録を表１に示す。６か月の間に 91 回の活動をしており、極めて活発であった（月あたり 15 回、週当たり 3〜4 回）。また活動の写真（１～１５）を添付する。農園活動は、農園作業に通じた住民の支援もあり極めて順調に推移した。

通常の活動は、主に①農園の活動の準備、②農園活動自体、③農園活動の後のミーティング、から構成される。これに加えて季節のイベントを打った。

中核的なメンバーとして①地域の福祉事業所の所長（リーダー）、②地域で NPO 活動をしてきた人（サブリーダー）、③大家（ここでは UR のスタッフ）、④区のスタッフ、⑤農作業に通じた住民、の５名が常に関与する中核的な人員であった。

活動場所は、研究所のもつ研究拠点と、UR の集会所（連携協定があるので優先的に借りることができる）であった。

一方で課題が全くなかったわけではない。チームオレンジ活動においては参加者の居住地の制限は設けていないため高島平の 2 丁目以外や、さらに外部からも参加者は来た。一方で活動場所は２丁目団地であった。従って、一部の住民から「外から人が来て何かしているのではないか」という問い合わせがあった。また自治会には事前に説明をしたうえで会長からの同意を得て進めたが、会長が病気療養に入った際に、改めに役員に一から説明をしなければならなかった。いずれも話し合いで解決に向かっているが、慎重さが必要である反面、すべての人の同意を前提にしていては何も活動ができないという面もある。

男性参加者の参加に関する研究では、対象者の年代は 20 代から 80 代で、対象者のライフコース（職業歴など）、農園活動参加前後の地域参加、農園における活動内容、これまでの活動で課題に感じた出来事についての意識について聞き取りを行った。その結果、インタビュー内容の質的分析

から、活動内容は年代により傾向が異なっており、活躍できると感じる活動の特徴については①自身の趣味の専門知識を提供できる活動、②運営に関する意思決定に直接関われる活動、③体を動かせる活動、④一人で静かに集中できる活動が重視されることがわかった。

またpost hocに、スムーズに展開した秘訣（臨床知）を関係者にヒアリングしたところ、「中心的な活動をしてほしくて特に声をかけた人のうち、男性は、この地域が好きな人に特に声をかけた」「会議等は出られる人が出ればよいという文化を醸成し、負担感がないようにした」「出られないメンバーは、事前準備や、車だしなどの仕事をオファーして仲間意識を醸成した」「副代表はもっとも早く来て、最も遅くまでいて、あらゆることに気を配っている」といった言説があった。

D) 考察

第一にチームオレンジを器にした地域活動は共生社会つくりの実行部隊となる可能性があることが分かった。

第二に農園を使うことで男性参加者が多く来た。またイベントには若者や子供も参加した。従来の「集いの場を実装しても社交的な女性が集う場になってしまい、本当に孤立孤独を抱えた人が来ない」という課題の解決において前進があった。

第三に認知症の人を「助けよう」とすると、ややもすると代わりにやってあげる、代わりに決めてあげる、するべきこととするべきでないことを押し付ける、といった事態もしばしば生じる。今回の活動では認知症当事者も自然と参加し、そのような現象は見られなかった。この原因として、この活動の器となったNPOの参加者は、支援する側とされる側が明確ではなく、代表のまわりには、数名のスタッフ的な支援者がおり、主に支援される側の高齢者がいるが、さらにその家族や、時に支援されるが時に支援する人もいる。多様なメンバーがいたことがよい雰囲気を醸成したのではないか。

第四に住民の総意を得ることの難しさである。一方で通りすがりに声をかけてくれる人などはすべて好意的であり、この活動はいわゆるサイレントマジョリティーには支援されている可能性が高い。地域活動において全員一致を待っていては何もできないという古くて新しい問題が顕在化した。

第五に、post hocの言説からは、非常に細やかな配慮がされていることが分かった。研究や行政は「ポンチ絵」や「枠組」から事業を考えるが、ここではあくまで個別性が重要であるようだ。男性が友人を作る場所としてスナックが一時注目されたが、今回の言説が示唆することは、ポンチ絵や枠組みもさることながら「参加者が自分が忘れられていないと感じられること」「褒められること」「活躍の場があること」「無理がないこと」といった、土着の地域活動では当たり前のことが必要だということかもしれない。

E) 結論

チームオレンジ活動は独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための重要な方法であり、各地への波及を一層進める必要がある。今後は参加者へのインデプスインタビューを行い、住民への効果的なアウトリーチの方法を検討する。

F) 研究発表

1. 論文発表

1. Iizuka A, Ura C, Yamashita M, Ito K, Yamashiro M, Okamura T. "GO" to move toward dementia-friendly communities: A pilot study Brain Behav 14(6) e3581. 2024
2. Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, Awata S, Okamura T. Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story. Psychogeriatrics.24(5) 1173-1175. 2024
3. Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C. Welfare to Meaningful Work Int J Geriatr Psychiatry 40(1) e70043 2025
4. Okamura T, Ura C. Inter- or intragenerational conflict: Insights from clinical experience. 2025 Feb 15:100053. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100053.. PMID: 39956673. Int Psychogeriatr. Epub ahead of print Epub ahead of print 2025
5. 岡村毅、宇良千秋、髙瀬顕功、小川有閑、島薗進. 高齢化の進むコミュニティにおける臨床宗教師の可能性の検討老年精神医学雑誌 35(10) 1043-1048 2024
6. 見城澄子 ・中山莉子 ・枝広あや子・岡村毅・宇良千秋. 認知症とともに生きる人を含めた地域住民の「認知症本人発:希望のリレーフォーラム」への参加を実現する過程と参加した体験に関する報告；本人たちの声を聞いた人々へと渡された「希望」と「尊厳」そして「自信」のバトン. 認知症ケア事例ジャーナル 16(4) 250-254 2024
7. 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋 高齢期に働く動機の分析：高齢期に働く

多様な場があることがのぞましい. 老年精神医学雑誌 In Press 2025

2. 学会発表

1. 岡村毅、宇良千秋、枝広あや子、高瀬顕功、戸松義晴、東海林良昌、郷堀ヨゼフ(Josef)、ティム・グラフ (Tim Graf)、島薗進、小川有閑 認知症と共に生きる人のスピリチュアルケア：医療者と宗教者の協働における実際的課題の探索 日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13
2. 岡村毅 未来のケアのカタチとしてのケアファーム：エビデンスと実践から 日本フードシステム学会（博多）2024/6/22-23
3. 岡村毅、宇良千秋、釘宮由紀子、岡村睦子、山村正子、岡戸秀美、金子真由美、山下真里、涌井智子 地域の介護者の実態調査：高齢者本人を起点とした調査から 日本認知症ケア学会（東京） 2024/6/15-16
4. 宮前史子、藤田和子、小森由美子、山梨恵子、粟田主一、岡村毅、永田久美子 認知症の本人からの発信はどのようにして実現するか：市町村担当者から見た本人発信支援事業が抱える課題日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
5. 飯塚あい 、伊藤晃碧、北郷萌、山城実有子、宇良千秋、岡村毅 、鳥羽研二、鈴木宏幸 ペア碁を活用した認知機能低下抑制プログラムの開発と評価:認知機能への介入効果 日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13
6. Ai Iizuka, Kristine Ann Mulhorn, Koki Ito, Moe Kitago, Miyuko Yamashiro, Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Kenji Toba, Hiroyuki Suzuki Development and assessment of an intervention program using Pair Go: Results of an exploratory study GSA（シアトル） 2024/111/13-16
7. 岡村毅 本人を支えるための既存地域資源：医療の外部との協働 日本老年医学会
8. 宇良千秋 1) 涌井智子 1) 釘宮由紀子 1) 岡村睦子 1) 山村正子 1) 岡戸秀美 1) 金子真由美 1) 山下真里 1) 岡村毅 1) 粟田主一 2) 認知機能低下をもつ地域在住高齢者の精神的健康に対する相談相手の有無の影響 日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13
9. 宇良千秋１), 稲垣宏樹１), 杉山美香１), 宮前史子１), 枝広あや子１), 井藤佳恵１), 岡村毅１), 粟田主一２) 独居高齢者における地域生活継続のセルフ・エフィカシーの関連要因：将来認知症になっても近くに相談相手がいれば大丈夫？ 日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
10. 岡村毅 リアルワールドにおける ACP：コミュニティ参加型研究の視座から In シンポジウム 麻酔科領域における advance care planning (ACP)－周術期の DNAR 再考－日本臨床麻酔学会第 44 回 2024/11/21-2024/11/23
11. 杉山美香 宮前史子 稲垣宏樹 宇良千秋 枝広あや子 岡村毅 粟田主一地域在住の認知機能低下高齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況 日本老年社会科学会 2024/06/01～02
12. 杉山美香, 宮前史子, 中山莉子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 櫻井花, 多賀努, 宇良千秋, 岡村毅, 粟田主一 ポストコロナでの認知症支援のための地域拠点の実践～新型コロナ「5 類」移行後の認知症支援拠点の取り組み～日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
13. 中山莉子, 櫻井花, 杉山美香, 見城澄子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 多賀努, 宮前史子, 枝広あや子, 岡村毅, 粟田主
心理職による地域拠点での心理支援活動に関する報告―地域に暮らす高齢者の心理相談の概要と相談経路について― 日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
14. 櫻井花, 中山莉子 〝地域在住高齢者への心理支援において心理職に求められた対応と知識―地域拠点における心理相談の実践報告を通した検討―日本心理臨床学会第 43 回大会 2024/8/23-25

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

日付	参加者	活動場所	活動内容
2024/10/8	13	分室 集会所	体操 脳トレ ランチ 調理器具の整理
2024/10/12	30	農園	スイトン食べて笑顔になりました
2024/10/12	20	集会所	別所先生による看板作り
2024/10/15	28	分室 集会所 農園	体操ランチ認知症カフェ農園脳トレ
2024/10/16	1	農園	水やり
2024/10/19	4	農園	じゃがいも土寄せ芽かき
2024/10/20	19	高島平駅前から農園まで	ゴミ拾い 農園水やり コーヒータイム
2024/10/21	14	集会所 農園	体操 ランチ 脳トレ
2024/10/22	19	分室 集会所 農園	体操 ランチ 箸遊び 脳トレ 農園
2024/10/28	8	集会所　農園	体操 ランチ 脳トレ 農園
2024/10/24	3	プール内 農園	ちょこっとワークより物置移動　寄贈される
2024/10/29	11	分室 集会所 農園	体操 ランチ 脳トレ 手作業
2024/11/1	3	ゆずり葉	途中＊＊氏　終わり＊＊氏　通りかかる
2024/11/5	19	分室 集会所 農園	筋トレ 脳トレ ランチ 箸遊び 農園 掃除
2024/11/9	9	プール内 農園	物置タンク補修 作物処理種まき手入れ
2024/11/11	10	集会所 農園	筋トレ 脳トレ ランチ 翌日の流れ説明打合せ
2024/11/12	24	分室 集会所 農園	筋トレ脳トレ ランチ 農園 箸遊び おやつ作成
2024/11/14	1	農園	茎ブロッコリーが 2 日間天気の為急成長収穫となる
2024/11/18	14	集会所 4 集会所 1	筋トレ ランチ ココからミュージック参加
2024/11/18	2	居酒屋	収穫状況 今後の植える野菜検討 福島について
2024/11/7	3	ケアポート	定例会議の為の打合せ
2024/11/25	15	集会所 分室	筋トレ 脳トレ ランチ コースター飾り付け
2024/11/26	17	分室 集会所	筋トレ ランチ 認知症カフェ
2024/11/26	5	倉庫 物置 農園	倉庫→物置荷物移動 農園プレート完成
2024/11/29	10	福島霊山里山学校	NPO 里山学校に行き代表達と交流会
2024/11/30	170	農村 RMO 推進協議会	大根収穫体験 65 本抜き　第 2 会場にてアクシデントが有り＊＊君が助っ人をする
2024/12/1	1	倉庫	収穫した大根の整理　車代精算
2024/12/2	17	集会所	筋トレ脳トレ大根葉っぱ切り
2024/12/2	18	集会所	別紙　豚汁祭の打合せ
2024/12/3	19	農園 集会所倉庫 分室	脳トレ 筋トレ 認知症カフェ コースター配り
2024/12/3	4	集会所 分室	4 日発行資料作り各テーブルに監督２名付ける案
2024/12/6	6	倉庫 物置 分室	大根洗い 足りない買い物
2024/12/7	90	農園　集会所	収穫豚汁作りマジックサンタによる大根プレゼント
2024/12/9	14	倉庫 集会所 物置	筋トレ脳トレランチ　土曜日の片付け
2024/12/10	18	分室集会所倉庫物置	筋トレランチ認知症カフェで可愛い帽子作り
2024/12/11	1	農園	水やり
2024/12/15	4	倉庫	クリスマス会の買い物　管理
2024/12/16	26	分室物置倉庫集会所	クリスマス会　準備　片付け

2024/12/16	4	農園	水やり
2024/12/17	6	集会所	DIY 別所研究費の打合せ
2024/12/17	15	分室　集会所	筋トレランチ脳トレ
2024/12/17	45	集会所	クリスマスコンサートライブ中継を観る
2024/12/17	2	農園	作物管理　食用菊翌日収穫連絡しました
2024/12/17	3	分室	M さんと担当ケアマネと私の三者で今後について話し合いしました
2024/12/18	1	農園	食用菊の咲いている菊もぎ取り 水やり
2025/1/5	1	農園	水タンク　満タン作業　水やり
2025/1/6	2	ココステ 103	チームオレンジ高島平のカレンダーの相談
2025/1/6	5	ケアポート	チームオレンジ高島平のカレンダーの考え方
2025/1/7	19	ココステ 103 通路	新年スタート 筋トレ 脳トレ 七草粥
2025/1/14	16	農園　103　集会所	脳トレ 筋トレ 水やり 認知症カフェ
2025/1/20	12	ココステ 103 集会所	脳トレ 筋トレ 箸遊び
2025/1/20	10	集会所別棟	農園ファニチャー
2025/1/20	16	集会所別棟	定例会議
2025/1/21	15	103 集会所 農園	筋トレ 認知症カフェ＊＊さんに協力 水やり
2025/1/27	13	集会所 農園 プール	筋トレ プールランチ 落ち葉清掃 農園作物片付け
2025/1/28	17	103 農園 集会所	水やり 筋トレ ビンゴゲームの練習
2025/1/25	1	各地域新年会会場	3 3 4 5 7 8 町会新河岸町会 チームオレンジのご挨拶
2025/2/2	2	1 丁目餅つき大会会場	８時半より 13 時まで洗い物もち加工手伝い
2025/2/3	14	集会所 農園	筋トレ脳トレランチ農園土壌改良①
2025/2/3	50	集会所	2 ヶ月に一回のココからミュージック生演奏に参加
2025/2/3	10	集会所	農園ファニチャーから木工クラブに名称変更
2025/2/3	15	集会所	共に生きる AGORA CAFE 第一回開催
2025/2/4	11	103 集会所 農園	水やり脳トレ筋トレ着物の裏地外し
2028/2/7	9	リモート会議	＊＊の件について話し合い
2025/2/9	3	3 丁目自治会事務所	スタートからのお礼　居場所作りの話し
2025/2/10	15	集会所 ココステ 103	筋トレ脳トレロッカー片付け
2025/2/10	3	物置	肥料等購入＊＊氏の車で運搬倉庫に搬入
2025/2/17	14	集会所	筋トレ脳トレランチロッカー片付け
2025/2/17	21	農園 集会所	土壌作り のらぼう菜収穫料理 お茶会
2025/2/17	5	けやき保育園	＊＊園長に挨拶説明しにいく
2025/2/17	5	２丁目自治会事務所	電話内容に対して挨拶説明しにいく
2025/2/17	18	集会所	チームオレンジ高島平定例会
2025/2/17	9	集会所	第 2 部会議
2025/2/21	2	けやき保育園	けやき保育園＊＊園長と見学電話連絡
2025/2/25	2	２丁目自治会事務所	２丁目自治会に案内届け

2025/2/25	2	農園	水やり
2025/2/25	17	103 集会所農園	筋トレ 脳トレ ランチ 試食 １日の案内配り
2025/2/25	2	ホームセンター	透明マルチシート購入
2025/3/1	65	農園 プール内	じゃが芋種芋植え カレーうどんランチ
2025/3/3	13	集会所	脳トレ筋トレランチ
2025/3/4	14	集会所　２号室	筋トレ 脳トレ ランチ 認知症カフェ
2025/3/5	7	ホームセンター	木工クラブの資材購入
2025/3/17	20	集会所 農園	脳トレ筋トレランチ納豆菌イースト菌作り
2025/3/17	19	集会所	定例会
2025/3/17	8	集会所	第２部会議
2025/3/18	15	２号室 集会所	筋トレ脳トレランチ箸遊び自分を語る
2025/3/24	23	集会所 農園	農園土おこし納豆菌イースト菌をジョーロでまく
2025/3/25	18	２号室 集会所	脳トレ筋トレランチ認知症カフェ
2025/3/29	10	３丁目自治会	桜祭　雨天決行　ザーザー降り
2025/3/31	16	集会所	筋トレ脳トレランチ農園

表１　チームオレンジの活動記録



写真１　ステップアップ研修



写真２　レイズドベッド作り



写真３　土入れ



写真４　完成した農園全景



写真５　農園と関係者



写真６　農園作業



写真７　春の収穫祭（ジャガイモ）



写真８　春の収穫祭（記念写真）



写真９　ジャガイモ仕分け



写真１０　その他食糧



写真１１　春の収穫祭（ジャガイモ蒸し）



写真１２　春の収穫祭（会食）



写真１３　秋の豚汁祭り



写真１４　収穫準備



写真１５　秋の豚汁祭り（会食）

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支える訪問看護の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

独居認知症高齢者に対する訪問看護には、同居者による見守りや支援、情報、擁護が得られないため、サービス提供に多くの困難を伴う。しかし、現場の訪問看護師が参考にできる資料は非常に少なく、支援の方法や工夫は個々の経験に大きく依存する。本研究は、熟練した訪問看護師の専門的知見を集約して、コンセンサスに基づいた独居認知症高齢者の訪問看護の支援チェックリストを作成した。研究はデルファイ法を用いて 34 名の専門家パネルの合意を形成した。インタビュー調査をもとにチェックリストの素案を作成した後、オンラインデルファイ調査による専門家パネルの意見収集と、それに対応する修正の過程を 3 回繰り返した。37 項目あった素案を集約して、専門家パネルの 70%以上が独居認知症高齢者の訪問看護で「非常に重要」と判断した 18 項目のチェックリストが完成した。各項目は、独居認知症高齢者を支える訪問看護の活動について「何をどのようにする」という形で活動内容とその方法・工夫を説明する。各項目が示す活動内容を分類して、「コミュニケーションと関係づくり（4 項目）」、「本人理解と生活アセスメント（6 項目）」、「多職種と協働した個別的支援（5 項目）」、「予測的判断と意思決定支援（3 項目）」の見出しをつけた。専門家の合意に基づいて独居認知症高齢者の訪問看護の支援チェックリストを作成した。チェックリストを活用することで、独居認知症高齢者の訪問看護の質向上に寄与することが期待される。

A. 研究目的

独居認知症高齢者に対する在宅ケアは、同居者による見守りや支援、情報、擁護が得られないため、医療介護サービス提供者にとって困難が多い[1)]。本人が認知症に伴う生活課題に気づいていない、または否定するため、助言や支援を受け入れないこと、本人が希望することと客観的に必要な支援が一致しないため両立が難しいこと、意思決定が必要な場面で擁護する人がいないこと、などが支援の難しさであり、しばしば医療介護サービス提供者の中に葛藤を

生む[1,2]。とりわけ、生活（介護）と健康（医療）の両面に責任を持つ訪問看護師は、このような難しさや葛藤を強く感じている[2]。しかし、訪問看護師が支援において参考にできる資料は非常に少なく、支援方法は個々の経験に依存している[3]。本研究は、訪問看護師の専門的知見を集約して、コンセンサスに基づいた独居認知症高齢者の訪問看護の支援のチェックリストを作成した。

B. 研究方法

インタビュー調査をもとに作成したチェックリストの素案に対して、デルファイ法を用いて専門家パネルの意見を集めた。意見に対応して、修正を繰り返し、チェックリストを完成した。

専門家パネルへの参加依頼の基準は、認知症の訪問看護に 10 年以上携わる現場職や管理職の訪問看護師、または、認知症の在宅看護や地域看護の研究者とした。関係組織や関係者からの紹介によって、いずれかの基準を満たす看護師資格者 40 名に依頼して、34 名が専門家パネルに参加した。

まず、チェックリストの素案を作成した。前年度（R5 年度）の本プロジェクトで実施した 14 名の訪問看護師に対するインタビューデータの内容を分析した。インタビュー対象者が独居認知症高齢者に対して行なっている訪問看護を分類し、支援の内容と独居の場合の工夫をまとめた説明文を 37 項目作成した。

次に、その素案に対する専門家パネルの評価と意見を求めて、オンラインデルファイ調査を実施した。専門家パネルの各メンバーはメールでリンクを受け取り、調査画面上で、チェックリストの各項目に対する重要度の評価（5 件法）と意見（自由記載）を回答した。メンバー間の議論は実施していない。得られた評価と意見に基づき、以下の手順でチェックリストの各項目を修正した。

重要度の評価の合意基準は 70%とした。すなわち、専門家パネルの 70%以上が「非常に重要である」と評価した項目は合意が得られたものと判断した。その場合でも自由記載の意見を確認にして、必要な場合は表現等の修正を行なった。70%の合意が得られなかった項目は、自由記載の意見をもとに項目の削除、修正、または複数の項目を結合した修正、のいずれかを施した。削除対象以外の項目は、その後に続くデルファイ調査の中で専門家パネルの評価と意見を求めた。

デルファイ調査とチェックリストの修正は合計 3 回実施した。1 回目の調査と修正の目的は、チェックリストがカバーする範囲を定め、重要な要素を選択することとした。2 回目の調査と修正は、各項目の内容を精査して、内容と表現の調整に重きを置いた。最後の 3 回目の調査と修正は、表現の微調整と最終的な重要度の確定をするために実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の研究倫理委員会の許可を得て実施した（R23-024）。専門家パネルのメンバーには、研究の目的や方法、個人情報の取り扱いなどについて文章で説明して、電子的に同意を得た。

C. 研究結果

専門家パネルに参加した 34 名の看護師は、4 名（11.8%）が男性で、年齢は 50 代が 14 名（41.2%）と最も多かった（表 1）。現在の職務は訪問看護師の現場職 12 名（35.3%）、管理職 13 名（38.2%）、行政職 4 名（11.8%）、研究者 4 名（11.8%）だった。約 7 割は看護師や研究者として 20 年以上の経験年数があり、6 割は介護支援専門員の資格や、認知症看護や訪問看護の認定看護師資格、地域看護や在宅看護の専門看護師資格など、関連する臨床資格を有していた。

デルファイ調査の回答者数は、1 回目 34 名（100%）だった。1 回目の調査では、37 項目中 9 項目が 70%の合意基準を満たした。その他の 28 項目については、自由記載の内容を参考に 11 項目を修正し、13 項目は他の項目に結合して集約し、4 項目は削除した。削除対象の項目は、説明する活動の内容が曖昧な項目や、訪問看護師の役割として適切でないと判断された項目だった。結果、21 項目が 2 回目のデルファイ調査の評価対象項目となった。

2 回目のデルファイ調査には 29 名（85.3%）が参加した。21 項目中 16 項目が合意基準に達した。残りの 5 項目のうち 2 項目は修正して、3 項目は削除した。その 3 項目は、友人や隣人を支援に巻き込む活動の 2 項目と、介護支援専門員に対して医学的観点からアドバイスする活動の 1 項目だった。独居認知症高齢者の支援で大切だが、訪問看護師の役割とは言えないため削除対象となった。

3 回目のデルファイ調査には 31 名（91.2%）が回答した。評価した 18 項目のうち 9 項目は、専門家パネルの 90%が「非常に重要である」とし、さらに 8 項目は 70%の合意基準を満たした。合意基準を満たさなかった 1 項目に対しても専門家パネルの 67.7%が「非常に重要」としており、自由記載には、重要だが表現に馴染みがないため修正が必要という意見が多かった。そのため、意見に従って修正した上でチェックリストに残した。

最終的に 18 項目からなる「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した（表 2）。各項目が説明する活動の内容から、4 つのカテゴリーに分類して、カテゴリーに名称をつけた。名称はそれぞれ、「コミュニケーションと関係づくり」、「本人理解と生活アセスメント」、「多職種と協働した個別的支援」、「予測的判断と意思決定支援」となった。

D. 考察

領域に精通する専門家のコンセンサスを形成しながら、4 カテゴリー18 項目からなる「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した。チェックリストの各項目は、認知症の訪問看護の実践を反映しながら、独居の場合の課題に対応した工夫を盛り込んだ。

先行研究によれば、認知症の訪問看護で高頻度で実践することは、コミュニケーション、安全や快適の確保、尊厳を守る、アセスメント、支援ネットワークを築く、である[4]。完成したチェックリストは、これらの内容を独居の場合にどのように実践するかを示している。例えば、コミュニケーションに関連する項目 1 や項目 4 は、仲介役を果たす同居家族がいない時には個々に

応じて適切な方法を探す必要があることを説明する。また、アセスメントは項目 5 から 10 が該当する。同居家族からの詳細な情報が得られない場合の包括的アセスメントでは、本人とのコミュニケーションだけでなく、本人と生活の観察を丁寧に観察し、多職種で情報共有する必要が強調される。尊厳を守るための活動は、項目 13 が説明する本人の意向を中心とした看護計画の立案や、項目 17 が説明する本人中心の意思決定支援に強く反映される。また、支援ネットワークを築くことは、項目 11 の多職種で支援方針を一致させる活動、項目 15 の家族を支えつつ支援に巻き込む活動が該当する。

一方で、チェックリストの作成プロセスでは、支援ネットワークに友人や隣人を巻き込む活動は削除対象となった。専門家パネルは、これらの活動が独居認知症高齢者の支援に必要としながら、訪問看護師の役割に必ずしも一致しないという判断が多かった。同居者がいる場合に比べて、独居認知症高齢者の支援ニーズはより多領域にまたがり、満たされにくい[5]。その支援ニーズに対応するには、医療介護サービスだけでは限界があり、友人や隣人による支援も貴重である[2]。支援ネットワークに友人や隣人を巻き込み、独居認知症高齢者の自立生活の支えに厚みを持たせるために、多職種チームの中で誰がどのような活動をするのか、整理する必要が示唆された。

E. 結論

専門家の合意に基づいて「独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト」を作成した。チェックリストを活用することは、独居認知症高齢者の訪問看護の質向上に寄与するだろう。一方で、支援ネットワークに友人や隣人を巻き込む活動は、訪問看護の支援枠組みだけでは対応しにくいことが示唆された。今後は、チェックリストを活用して独居認知症高齢者の訪問看護の実践の質を高めると同時に、必要が把握されるものの現在の枠組みでは対応しにくい支援を地域包括ケアシステムの中で誰がどのように提供していくかを検討すべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K. Enhancing independence for people living alone with dementia: Insights from home-visit nurses. 36th Conference of Alzheimer's Disease International, Krakow, Poland, April, 2024.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Reference

1) Portacolone E, Nguyen TT, Bowers BJ, et al. Perceptions of the role of living alone in providing services to patients with cognitive impairment. JAMA Netw Open

2023;6(8):e2329913.
2) de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals' experiences. Dementia (London) 2016;15(2):221-238.
3) Polack S, Bell G, Silarova B, et al. Non-pharmacological interventions for people with dementia who live alone: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2025;40:e70059.
4) 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 Syst Reform 2017;3(3):203-213.
5) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? Int Psychogeriatr 2010;22(4):607-617.

表１．専門家パネルの基本属性

		n	%
年齢	30-39 歳	2	5.9%
	40-49 歳	10	29.4%
	50-59 歳	14	41.2%
	60-69 歳	8	23.5%
性別	女性	30	88.2%
	男性	4	11.8%
現在の職務	訪問看護の実践職・現場臨床	12	35.3%
	訪問看護の実践職・管理的立場	13	38.2%
	認知症看護の研究職	4	11.8%
	認知症や訪問看護に関する行政職	4	11.8%
	その他	1	2.9%
看護職として実践・研究・行政に携わった年数	1-10 年	1	2.9%
	11-20 年	9	26.5%
	21-30 年	11	32.4%
	31-40 年	11	32.4%
	41-50 年	2	5.9%
臨床資格等（看護師免許以外）	介護支援専門員	11	32.4%
	認知症看護認定看護師	7	20.6%
	訪問看護認定看護師	7	20.6%
	在宅看護専門看護師	5	14.7%
	地域看護専門看護師	2	5.9%
	認知症ケア専門士	4	11.8%
	いずれも該当しない	8	23.5%

表2. 独居認知症高齢者の生活を支える訪問看護の活動チェックリスト

	コミュニケーションと関係性づくり	合意割合
1	本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す	93.5%
2	支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する	93.5%
3	本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く	77.4%
4	本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る	67.7%
	本人理解と生活アセスメント	
5	表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく	96.8%
6	支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する	93.5%
7	生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	93.5%
8	認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する	90.3%
9	生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する	90.3%
10	本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	83.9%
	多職種と協働した個別的支援	
11	医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する	93.5%
12	日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える	87.1%
13	日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる	77.4%
14	心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する	77.4%
15	ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する	77.4%
	予測的判断と意思決定支援	

16	本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する	90.3%
17	今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う	77.4%
18	本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する	74.2%

R6年度　厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業
独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

独居認知症高齢者の自立生活を支える訪問看護の実践ガイド

［編著者］
津田 修治　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム　研究員
中島 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
金田 絵美　セコム深川訪問看護ステーション　副所長



発行：東京都健康長寿医療センター
協力：全国訪問看護事業協会

独居認知症高齢者の自立生活を支える訪問看護の実践ガイド

編著者

津田　修治　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム　研究員

中島　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

金田　絵美　セコム深川訪問看護ステーション　副所長

チェックリスト作成委員会

津田　修治　東京都健康長寿医療センター研究所　福祉と生活ケア研究チーム　研究員

中島　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

中村　順子　NPO法人ホームホスピス秋田　理事長

中島民恵子　日本福祉大学福祉経営学部　医療・福祉マネジメント学科　准教授

井藤　佳恵　東京都健康長寿医療センター　認知症支援推進センター　センター長
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

粟田　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
認知症介護研究・研修東京センター　センター長

チェックリスト作成協力者（五十音順）

阿部　智子　植原　誠　岡田　まり　尾山　直子　河西　由貴
金田　絵美　國居　早苗　国京真理子　久保田真美　坂詰　大輔
佐藤　美雪　新藤真由美　住井　明子　諏訪部高江　竹熊　千晶
武谷　靜香　谷　美幸　田村　智美　徳江　幸代　中村　洋子
濱野　希　堀井　直美　堀口　和子　松本　博成　三橋　馨
矢野　和枝　山口　智子　山田　雅子　横山　浩子　六角　僚子
渡邊　美香

研究助成　R6年度　厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業　独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究（研究代表者:粟田主一）

校正・校閲　金田直子

発　行　地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
東京都板橋区栄町35番2号　03-3964-1141

協　力　一般社団法人　全国訪問看護事業協会
東京都新宿区新宿1-3-12　壱丁目参番館401　03-3351-5898

制　作　株式会社 社会保険出版社

無断転載・複製を禁ず

独居認知症高齢者の自立生活を支える
訪問看護の実践ガイド

はじめに

独居認知症高齢者に対する訪問看護の支援アプローチ

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
津田　修治

確かな知識と技術で支援をするために

女性の社会進出や、労働者の流動性、家族形態の変化、若年人口の相対的減少など、人の生活が変化する中で、認知症があってひとり暮らしをする人が増えています。近年の日本の統計データからは、認知症の診断を受けた人の20%以上がひとり暮らしをしていると推算されます。ひとり暮らしといっても、身寄りのない人もいれば、家族がいる場合もあります。近くに住む家族が適度な距離を保ちながら介護を続けているケース、あるいは、離れて暮らしながらも強い絆で結ばれている家族など、背景は実に多様です。いずれの場合でも、訪問看護師等のケア提供者には、確かな知識と技術をもって、利用者とコミュニケーションをとり、多職種で連携し、できれば家族や近所の支援者の協力も得ながら、認知症のある人の生活を支えることが求められます。

認知症があってひとり暮らしをするということ

これまでの認知症ケアは、多くの場合で同居家族による有形無形の支えを前提としてきました。生活を共にする家族の愛情によって成り立つ支えは、日常的な生活支援や身体介護だけでなく、心理的な安定や他者との交流、意思決定の支援など、多岐にわたります。一連の行動をひとりで実行するには、記憶や見当識、注意、判断、遂行などの認知機能を必要とします。例えば、食事をするためには買い物に行って、料理をして、食べた後には食器を洗って片付け、ゴミをまとめて、所定の日に所定の場所まで捨てに行かねばなりません。もし同居家族がいれば、買い物の支払いを見守り、料理を手伝い、火の元を確認し、また、一緒に食事をして、会話を楽しむことができるかもしれません。望んで選んだひとり暮らしであっても、同居家族がいない中で認知症をもって暮らすことは、多くの困難を伴い、多岐にわたる支援ニーズが生じます。

2つの支援アプローチ

認知症のある人が困難を乗り越えながら、豊かなひとり暮らしを送るために、ケア提供者は多岐にわたる支援ニーズに対応します。この時、最も大切なのは**「本人中心のケア（パーソンセンタード・ケア）」**によるアプローチです。危険であると決めつけたり、安全への配慮ばかりを重視したりして、自分でできることをさせない管理的な方法は、利用者の楽しみや希望、尊厳を奪い、有害無益な介入になりかねません。利用者とよく対話して、持てる力を引き出し、生活環境を整えて、利用者が大切にする生活の実現を目指します。

二つ目に大切なのは、**多職種協働**のアプローチです。生活を共にする同居家族であれば、その人の生活を「面」で支えることができるかもしれません。一方、限られた訪問時間という「点」で支える専門職には工夫ときめ細かな配慮を求められます。地域の多職種で知恵を出し合い、協力し合って点と点をつなぎ、多職種チームで「線」を作って、生活という「面」を支えます。

本人中心のケア

認知症ケアの基本である本人中心のケアとは、認知症のある人の尊厳を守り、その人らしさを大切にするケアです。人として尊重するケア、その人が人生をかけて培ってきた経験や価値観、人間関係、習慣、思い出など、人の個性を大切にするケア、と言い換えることができます。認知症疾患は、記憶や注意など、人の認知機能を低下させます。しかし、認知機能が低下しても、人は尊厳とその人らしさを維持します。出来合いのケアをあてがうだけでは、人にとって大切な尊厳とその人らしさを支えることはできません。コミュニケーションを重視し、思いを理解し、希望がかなえられるように、個々に応じた支援を工夫します。

多職種協働

地域包括ケアシステムでは、多職種協働が地域におけるケア提供の前提とされています。多職種協働とは、利用者のニーズに総合的に対応するために、異なる専門性を持つ職種が連携して支援を行う取り組みです。例えば、転倒リスクが高まったことに対して、生活パターンや日常生活動作（ADL）を把握した上で自宅内の環境を整える対策をしたにもかかわらず、病院からは睡眠薬や抗不安薬が複数処方され続けている場合、医療と介護が効果的に提供されているといえるでしょうか。多職種協働はサービス提供を効率化します。同時に、利用者が持つニーズに幅広く対応して、利用者が安心して豊かに暮らすことを実現するために効果的な支援アプローチです。

「チェックリスト」と「実践のためのヒント」で、2つの支援アプローチを完璧に

チェックリストと実践解説（Part2）では、本人中心のケアと多職種協働を、独居認知症高齢者に対する訪問看護に通底する支援の土台としています。この2つが認知症のあるひとり暮らしの人にとって、真に暮らしの安心や豊かさをもたらすために不可欠だからです。チェックリストは、訪問看護師へのインタビューを重ねて原案を練り、さらに、独居認知症高齢者の支援に精通する訪問看護師の意見を集約し、修正を繰り返して作成しました。最終的には、利用者の暮らしに入り込んで対話を重ねながら関係性を築くSTEP1の4項目、利用者のことを全人的に理解して心身状態や生活状況をアセスメントするSTEP2の6項目、多職種と協働しながら個別性のある支援をするSTEP3の5項目、経過を見通した判断と意思決定支援をするSTEP4の3項目、合計18項目に集約されました。これらの18項目を一つずつ実践することは、多職種で協働して本人中心のケアを提供し、ひとり暮らしをする認知症高齢者の支援ニーズを満たすことになります。また、チェックリストの各項目の解説では、2つのアプローチから支援していくためのヒントをまとめました。現場で利用者と向き合って、生活を支える訪問看護師の皆さんにとって、この実践ガイドが独居認知症高齢者の支援の一助となることを願っています。

目　次

はじめに …… P2

Part1 4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト …… P5

STEP 1 コミュニケーションと関係づくり …… P6

STEP 2 本人理解と生活アセスメント …… P6

STEP 3 多職種と協働した個別的支援 …… P7

STEP 4 予測的判断と意思決定支援 …… P7

4つの支援ステップで進んでいくために …… P8

Part2 18項目実践解説 …… P9

STEP 1 コミュニケーションと関係づくり

1. コミュニケーションの工夫 …… P10
2. 本人の了承 …… P12
3. 相互の信頼関係 …… P14
4. 支援方法の工夫 …… P16

STEP 2 本人理解と生活アセスメント

5. 価値観・好み・考え方 …… P18
6. 本人の考え …… P20
7. 生活の様子 …… P22
8. リスクアセスメント …… P24
9. 心身の機能 …… P26
10. 状態の変化 …… P28

STEP 3 多職種と協働した個別的支援

11. 家族の関わり方の相談 …… P30
12. 多職種の合意形成 …… P32
13. 看護計画 …… P34
14. 医療の調整 …… P36
15. 本人の対応力 …… P38

STEP 4 予測的判断と意思決定支援

16. リスク対策の優先順位 …… P40
17. 安全と健康維持の評価 …… P42
18. 本人・家族との話し合い …… P44

18項目振り返りメモ …… P46

【ミニ版】18 項目チェックリスト …… P49

Part1

4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

独居認知症高齢者の支援は、訪問看護師の考えやペースで、良かれと思って進めてもうまくいきません。利用者に合わせてコミュニケーションをとり、信頼関係を築いて、利用者と一緒に支援を考えていくことが大切です。以下の4つの支援ステップをていねいに踏むことが、利用者の自立生活を支える近道です。

[4つの支援ステップとは]

STEP 1 コミュニケーションと関係づくり

初回訪問の出会いの時から、話題や声掛けを工夫して、この人となら話してもいいな、と思ってもらえる関係を作ります。そして、支援方法の提案ができる信頼関係へと深めます。

STEP 2 本人理解と生活アセスメント

すっかり顔見知りになれたら、利用者を全人的に理解する段階に進みます。若い時からどんな暮らしをしてきて、何を大切にしているのか、利用者の人となりを幅広く理解しながら、現在のニーズやリスク、心身の状態をアセスメントします。

STEP 3 多職種と協働した個別的支援

家族とも連絡をとりながら、多職種連携で関わる段階です。利用者の意向を第一に、本人の持てる力を引き出しつつ、関係者で合意を図って医療や介護の支えを提供します。

STEP 4 予測的判断と意思決定支援

認知症は時間の経過とともにさまざまな機能が低下していく病気です。安全と健康を見守りながら、介入の必要性や暮らしの継続について、利用者・家族と話し合っていきます。

4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

4つのステップのそれぞれの項目をクリアしながら、より良いケアの実現に向けて、訪問看護が進行しているでしょうか。クリアできたと思う項目にチェックを入れながら支援を進めてください。

チェックを入れてください。☑

STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり

1	コミュニケーションの工夫	本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す	☐
2	本人の了承	本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る	☐
3	相互の信頼関係	本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く	☐
4	支援方法の工夫	支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する	☐

STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント

5	価値観・好み・考え方	支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する	☐
6	本人の考え	生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する	☐
7	生活の様子	本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	☐
8	リスクアセスメント	生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	☐
9	心身の機能	認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する	☐
10	状態の変化	表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく	☐

STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援

11	家族の関わり方の相談	ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する	☐
12	多職種の合意形成	医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する	☐
13	看護計画	日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる	☐
14	医療の調整	心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する	☐
15	本人の対応力	日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える	☐



STEP 3 まで進んだ頃に・・・

STEP1、2、3と順調に進んでいるつもりでも、ご本人の心身状態や環境的変化などで、後戻りしたり、ステップの順番を行ったり来たりすることもあります。その都度、焦らずもう一度、来た道をたどりましょう。

STEP 4 ■ 予測的判断と意思決定支援

16	リスク対策の優先順位	本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する	☐
17	安全と健康維持の評価	本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する	☐
18	本人・家族との話し合い	今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う	☐

4つの支援ステップで進んでいくために

次へ急がないで…、一歩ずつ。

「認知症の人の話をよく聴いてほしい。
聴くということは待つということ。その人に
時間を差し上げること」と長谷川さんは言った。

出典：「ボクはやっと認知症のことがわかった 自らも認知症になった専門医が、日本人に伝えたい遺言」
長谷川和夫 猪熊律子／著、KADOKAWA(2019)より

STEP 1
コミュニケーション と関係づくり

お互いに初めての出会いですから、相手も警戒したり、どぎまぎしたりしています。次々と質問を畳みかけないで。



STEP 2
本人理解と 生活アセスメント

ケアのことだけでなく、暮らしのこんなことには助けがほしいなど、開示を促しながらゆっくりと生活の観察を。



STEP 3
多職種と協働した 個別的支援

ケアマネジャー、薬剤師、訪問ヘルパー、etc. 多職種が次々と来るというより、みんなで見守っていることを伝えて。



STEP 4
予測的判断と 意思決定支援

心身機能や認知機能が低下してきても、「何でも聴いてくれる人たちがいる」と、思ってもらえるケアを目指して。



Part2

18項目実践解説

実践解説は、すべての項目が以下の見出し内容で構成されています。なぜ、このような構成になっているのか、それを認識した上で読んでいくと、より深く理解できます。

事例 (Scene)

よくある事例(Scene)を冒頭に入れました。事例を通じて、ああこんなこと「あるある」と思い起こすと、その項目の趣旨がすぐに理解できるようにしています。

項目の説明

項目の趣旨をここで説明し、その趣旨を訪問看護ケアの実践として展開するにあたり、重要なポイントをまとめて整理してあります。

この項目がなぜ大切か

独居認知症高齢者に対する支援アプローチにおいて、その項目の持つ役割が、このパートで明確に理解できるように説明しました。

実践のためのヒント

より良い実践をするために知っておきたいこと、注意しておきたいことを、アドバイスとして多角的にまとめてあります。

期待される効果

実践のためのヒントを参考に支援をしていくと、目指すケアが良いタイミングで提供でき、結果となってくるはずです。

課題と注意事項

支援がうまくいっているように見えても、必ず潜在するリスクや、さらなる課題があるのが人相手の仕事です。それを認識しておくことが、支援の向上につながります。

1 コミュニケーションの工夫

「本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す」


80歳女性
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるAさん(80歳・女性・軽度認知症)の訪問看護が始まりました。これまで2回の訪問では、玄関でAさんは表情を硬くして「頼んだ覚えがない」と言うばかりで、それ以上の様子を聞いたり、話を進めたりすることができませんでした。玄関はきれいに片付いているのですが、玄関から様子を窺うと家の中は散らかっているようでした。今回、3回目の訪問にあたって、どうにか会話のきっかけをつかみたいと考えています。契約の時に手伝った息子は、仕事のため同席できませんが、電話で連絡すると協力的です。



項目の説明

認知症があるからコミュニケーションを取れない、気持ちが通じないということはありません。ケア提供者のコミュニケーションの方法が不適切なために、利用者と分かり合えていないのかもしれません。まずは、利用者が話してみてもよいかなと思えるように、心を開いてもらう必要があります。そのためには、利用者の表情や態度も含め、言動を注意深く観察します。そして、利用者が経験している感情や認識を尊重して、理解しようとしていることを示し(バリデーション)、その利用者とつながることができるコミュニケーションの方法を見つけます。

この項目がなぜ大切か

支援の申し出に対して、独居認知症高齢者は好意的でない反応を示すことがあります。背景には、認知症によって自分の考えをうまく表現できないことや、自分の状態に気づいていないために支援が必要ないと考えていることなどがあります。また、自分の慣れた生活スタイルに安心感やこだわりを持っていて、干渉されることを嫌がっているのかもしれません。気難しい様子が見られても、必ずしも人との関わりを拒んでいるわけではなく、心の中の葛藤が表出しているケースが多いです。根気強く取り組んでコミュニケーションの糸口を見つけることによって、本人中心のケアを始めることができます。

利用者の反応を確認しながら、座る場所を選んだり、視線を合わせ適度に逸らしたり、はっきりした愛情のこもった声で話したりするなど、非言語的コミュニケーションを選びます。また、利用者の関心事を探りながら話題を選んだり、共感を伝えたりするなど、言語的コミュニケーションに注意を払います。

実践のためのヒント

1 共感と傾聴

利用者の言語・非言語的な表現を受け止めて、根気強く向き合います。利用者の立場になって、利用者の気持ちや考えを理解しようと真摯な姿勢で聞く、積極的な傾聴が大切です。

2 言語的コミュニケーション

シンプルで明確な言葉遣いを選んだり、必要に応じて相手が話したことを繰り返したり、別の言葉で言い換えたり(パラフレーズ)、選択肢を提示したり、利用者にとって分かりやすい言語的コミュニケーションを選びます。

3 非言語的コミュニケーション

視線や声のトーン、表情、しぐさなどに注意して、温かさや理解を伝えます。また、背中・足・手などに優しく触れることで気持ちが落ち着き、関係性が縮まるなどの効果が期待できます。ただし、触れるタイミングや触れ方には配慮が必要です。触れてもよいか確認しながら行うこともあります。「あなたの味方ですよ」という思いを込めて触れます。

4 利用者に合わせる

利用者の動作や表情を観察して合わせたり(ミラーリング)、感情を観察して合わせたり(キャリブレーション)します。また、利用者の思い出話やなじみのあるトピックを取り入れることも有効です。

5 環境への配慮

視覚的・聴覚的なノイズが少ない、静かで落ち着いた環境を整えます。



期待される効果

効果的なコミュニケーションは、利用者の安心感を高め、信頼を得ることにつながります。また、肯定的なやり取りは孤独感を和らげることにもなるでしょう。訪問看護師にとっても、支援の基盤となるコミュニケーションが円滑になるため、ケアを提供する時に利用者からの協力を得やすくなる効果があります。

課題と注意事項



高度な失語や難聴がある場合には、より簡潔な言葉や表現を選んだり、筆談や補聴器を利用したりするなど、コミュニケーション手段に工夫が必要なことがあります。言葉の想起が困難になっている場合などでは、利用者が言わんとしていることを推測しながらヒントになる言葉かけをすることで会話が進むこともあります。

2 本人の了承

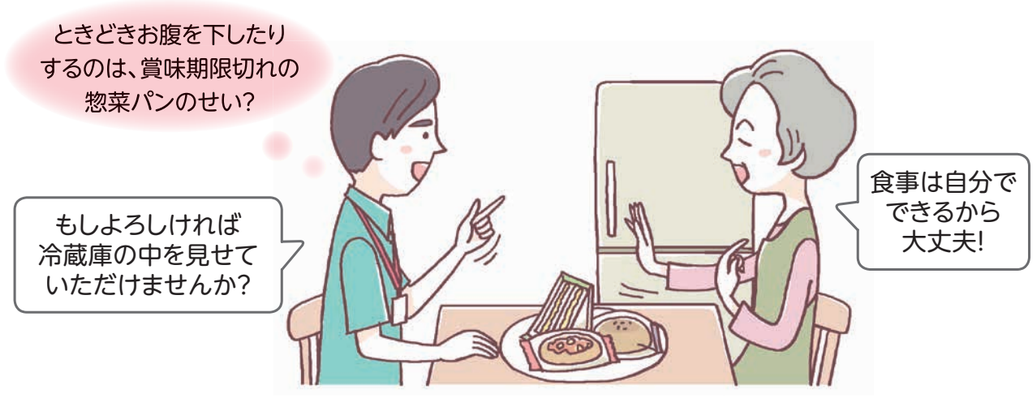
「本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る」



80歳女性
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしのAさん(80歳・女性・軽度認知症)の家には週1回訪問しています。薬の飲み忘れがありましたが、服薬カレンダーを導入することで、Aさんと一緒に確認しながら管理できるようになりました。Aさんは、近所のスーパーで買い物をして簡単な料理をしていると言うのですが、食卓の上にはいつも同じ惣菜パンが置いてあり、時に賞味期限切れになっています。また、下痢をすることが時々ありますが、Aさんは「便秘の薬を飲んだから」と言います。冷蔵庫の中の食品が気になるのですが、「食事は自分でできるから大丈夫」と言って、冷蔵庫を開けられることを嫌がります。



項目の説明

ケア提供者が利用者の生活空間に入ったり、私的な生活の様子を観察したりする際の倫理的配慮と、信頼関係構築の重要性を示しています。個人の自立性を尊重しつつ、効果的なケアを提供するための基本的な姿勢です。

この項目がなぜ大切か

個人の自宅は私的空間であり、その尊重は基本的人権の一部です。ケア提供者として自宅に上がらせてもらったとしても、冷蔵庫の中や浴室、寝室など、利用者としてはプライバシーを守りたい部分は多くあるものです。一方、そういった部分に健康や安全のリスクが隠れていることがあります。例えば、冷蔵庫内の賞味期限切れの食品、滑りやすい浴室の床、不衛生な衣類や寝具などです。同居者から情報は得られないため、利用者本人からの情報や直接観察によって確認する必要があります。

特に独居認知症高齢者は、自分から進んで支援を受けようとしない傾向や、支援の提案を断る傾向があります。本人にとって、自宅は安心と自立を象徴するものなので慎重なアプローチが必要です。

プライベートな空間にアクセスしたり、そこでの生活の様子を観察したりする時には、利用者に確認します。了承を得ることは、利用者の自己決定権と尊厳を守る具体的な行動ですし、信頼関係を構築することにつながります。

実践のためのヒント

1 適切な説明

訪問の際には、自己紹介や挨拶をした上で、訪問の目的と予定を伝えます。利用者の認知機能障害の程度や性格などに応じて、説明の仕方に配慮します。詳細な説明がかえって混乱につながり、了承を得ることが難しい場合は、端的に説明する方が伝わりやすいこともあります。

2 ペースを合わせる

利用者のペースに合わせます。急がせないこと、時間を使うことが効果的な場合もありますし、逆に、あまり時間をかけず短時間で退出する方が好感を得られる場合もあります。

3 注意深い観察

意思表示は言葉によるものとは限りません。表情や態度などの非言語的サインに注意を払います。

4 距離感

プライバシーやパーソナルスペースの許容範囲は人によって異なります。また、その時の気分にも影響されるでしょうし、互いの関係性に左右されます。言葉で確認するだけでなく、利用者の表情や態度、関係性などを意識して、適切な距離を保ちます。

5 ルーティン化

可能な限り訪問のルーティンを確立して、利用者も訪問看護師も慣れた手順や方法にします。互いに次を予測して接することができて、安心が得られます。例えば、利用者が訪問看護の利用に慣れるまでは、同じ訪問看護師が訪問してなじみの関係や、いつもの流れ(支援の手順)を作ります。



期待される効果

了承を得ることは利用者の自尊心や自己決定権を守り、信頼関係の構築と強化につながります。その繰り返しによって、ケアをさらに受け入れてもらいやすくなります。自宅の中のプライベートな空間や生活の様子を観察することによって、より正確な生活状況や環境のアセスメントが可能になります。

課題と注意事項



緊急時や安全確保が必要な場合には、対応が急がれるため、本人の了承を得ることがおろそかになりがちです。しかし、そのような場合でも、利用者の意向を尊重しながら迅速に対応できるように、普段から意思疎通を図って、信頼関係を作っておくことが大切です。また、利用者と一対一では会話が手詰まりになり、進展しにくいこともあります。家族や他のケア提供者から情報を聞いて対応のヒントを得たり、可能ならば同席を依頼したり、工夫します。第三者が加わることで、それまで気が付かなかったアプローチが見つかることがあるでしょう。

3 相互の信頼関係

「本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く」



84歳男性
(軽度認知症)

Scene

真夏のある日、ひとり暮らしをするBさん(84歳・男性・軽度認知症)宅を訪れると、Bさんがぐったりしていて救急搬送となりました。暑い日にクーラーをつけていなかったため熱中症になったのです。普段から食事や水分の摂取量が少ないことも影響していると考えられました。遠方に住む家族と連絡を取って、宅配弁当を開始しました。その後、訪問すると、テーブルの上には手をつけていない宅配弁当がいくつも並んでいます。「なぜ食べないのですか」と聞くと、Bさんは「こんなものはいらない」と怒っています。



項目の説明

提供したケアが受け入れられないときこそ、認知症の有無に関わらず、一人の人間として対等な関係を築くことが大切です。利用者の思いや言葉を受け止め、尊重することを心がけ、それを積み重ねることで関係が深まります。すると、利用者はケア提供者を身近な相談者として認め、今のふとした気持ちを表出したり、ちょっと聞いてもらいたいことを話してくれたりするものです。

この項目がなぜ大切か

信頼関係は本人中心のケアの基礎です。信頼関係のもとで率直なコミュニケーションを取ることによって、ニーズの早期発見と適切な対応を可能にします。独居認知症高齢者の場合、訪問看護師と一対一で接することが多いため、特に慎重な対応が必要です。家族等の同居者が、利用者の状態やニーズを身近に把握して代弁したり、訪問看護師との関係構築を仲介したりすることがないためです。また、社会で孤立しやすく、孤独感を感じやすい傾向のある独居認知症高齢者にとって、訪問看護師は数少ない支援者の一人であり、要となる存在です。利用者が安心感を得ることができる信頼関係を訪問看護師と持てることが大切です。

実践のためのヒント

1 思いの表出にアンテナを張る

利用者の思いの表出は、例えば、明るい表情で孫の話をしたり、好きな食べ物の話をしたり、日常の会話の中にあります。また、思いは言葉だけで表現されるものではありません。表情や態度の変化を察知して、その原因を考えることで、利用者の思いが理解できることがあります。

2 社会人としての基本姿勢

一貫性のある態度・行動や、約束を必ず守ること、相手の求めに誠実に対応することで、社会人として信頼に足る人物であることを示します。

3 敬意を示す

利用者との関係性や場面に合った適切な言葉遣いや、利用者の価値観と選択を尊重することで、敬意を示します。

4 言葉にして共有する

ケアの場面などでうまくできたこと、利用者の協力が得られたことなど、小さな成功体験を言葉にして共有し、前向きな関係を構築します。

5 利用者の期待に応える

利用者は孤独感を感じて、人との交流を待ち望んでいることが少なくありません。ですが、そのニーズはケア提供者本位のサービスでは満たされません。思いの表出を受け止め、じっくりとコミュニケーションをとることによって満たされます。利用者の期待に応えることで、信頼関係の構築を進めます。



期待される効果

利用者にとって信頼できる訪問看護師がいることは、不安を軽減し、心理的安定につながります。また、孤独感を軽減して社会的つながりを実感できる効果もあります。

訪問看護師にとって、より正確なニーズアセスメントと個別化したケアのために、利用者との信頼関係は必須です。ひいては、緊急時や困難な状況でも、信頼関係に基づいて円滑な対応が可能になります。

課題と注意事項



認知機能低下による意思疎通の困難さは信頼関係の構築を難しいものにします。認知症ケアやコミュニケーションについて継続的な学習の機会を持つことが大切です。

短時間の忙しい訪問の中でもポイントを押さえて信頼関係を構築していくことが大切です。例えば、サービスを開始して間もない時期には、訪問看護師の都合で無理に業務を完遂させることよりも、関係構築を優先するなど、メリハリをつけて対応します。

利用者と一対一の関係性を築き、維持することは、感情労働の負担を伴うため、燃え尽き症候群のリスクになります。そのため、専門職としての境界線を維持することが大切な場合もあります。職場の内外で、定期的なスーパービジョンやピアサポートなどの機会を設けて対策します。

4 支援方法の工夫

「支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する」



80歳女性
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるAさん(80歳・女性・軽度認知症)の訪問看護が始まって半年経過しています。Aさんは、月に数回入浴する生活を送っていることがわかりました。夏場には清潔に暮らすための支援が必要だと感じたので、入浴回数を増やすことを提案しました。ですが、入浴の話になると、Aさんは途端に表情を硬くして、「毎日入っているから必要ない」と繰り返します。あなたは、Aさんの望む暮らしを守りながら清潔を維持するためにはどうすればよいか考えています。



項目の説明

この事例のように、「できていない」ように見えるために提案した支援でも、認知症のある利用者から「できているから大丈夫」と断られることは頻繁にあります。提案が必ずしも利用者の望むことと一致しなかったか、あるいは干渉されたくないことなのかもしれません。利用者の思いに耳を傾けながら、その人にとって最善の形になるような支援方法を工夫します。

この項目がなぜ大切か

利用者が支援を希望しない理由や干渉されたくない理由には、その人が大切にすること、プライバシーや自尊心を傷つけられたくないことなど、価値観や尊厳が関わります。その理由を理解しようと努めながら相談するプロセスは、利用者の価値観や尊厳を大切にする行動そのものです。

実践のためのヒント

1 利用者のペースに合わせる

訪問看護師のペースで「してあげる」ケアではなく、利用者のペースに合わせて「一緒にする」、「利用者が行うことを支える」という姿勢で取り組むことから始めます。

2 理由を探る

利用者が希望しないこと、嫌がることには理由があります。利用者に直接尋ねるだけでなく、普段の様子や、家族や他のケア提供者からの情報なども考慮して、利用者の視点から理由を探ります。例えば、入浴を嫌がる理由には、恥ずかしさや自分でできるという思いがあるかもしれません。昨日入浴したという記憶違いや、心不全の影響で倦怠感が出るためなど、認知・身体機能の影響もありえます。

3 意識させないアプローチ

気分や妄想などで何かに固執し、拒否しているような場合は、一度話題を変え、気持ちがほぐれるのを見計らって再度切り出す、ルーティンの流れに沿って進めるなど、利用者に意識させないアプローチを試みます。

4 段階的なアプローチ

嫌がる理由がわかったら、受け入れられやすいところから始めて、少しずつ核心に迫るような、段階的なアプローチが有効な場合があります。例えば入浴の支援ならば、会話の中で体に触れることから始めて、浴室を見せてもらったり、更衣を手伝ったり、訪問を重ねながら順に進めます。

5 気持ちの変化を待つ

健康や安全のアセスメントをした上で、待てることであれば利用者の気持ちが変わるまで根気強く待つことも有効です。支援が必要なことに気づいたり、そのことを受容したりするには、誰もが時間を要します。訪問看護師は受け身でいるのではなく、注意深く見守り、一緒に考え、積極的に寄り添う姿勢でタイミングを待ちます。

6 ヘルプサインを見逃さない

普段は気丈に振る舞っていても、不安や痛みなど不快な状態があると、言動に表れます。それを察知したら、理由を尋ね、状態をアセスメントします。

期待される効果

支援に対する利用者の抵抗感が軽減して、受け入れてもらいやすくなります。また、信頼関係を構築し、強化することにつながります。

課題と注意事項



認知機能の低下が進行すると、できることが減り、支援の必要が増えます。その変化が顕在化している時期には、利用者の中で葛藤が生じます。新たな支援が必要と判断される場合、その都度、受け入れてもらえるように提案したり、支援方法を工夫したりすることが大切です。

支援方法の工夫と言っても、一人の訪問看護師が持つ経験と引き出しには限りがあります。多職種チームでケースカンファレンスを開催して、その利用者に合った支援方法を相談することで、より良い方法が見つけられることがあります。また、ケアの経験値を蓄積してスキルの引き出しを増やすことができます。

5 価値観・好み・考え方

「支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する」



90歳女性
（中等度認知症）

Scene

ひとり暮らしをするCさん（90歳・女性・中等度認知症）は、いつも自宅の玄関のスペースに布団を敷いて寝ています。足腰が弱っているので、布団から起きて立ち上がるのに苦労しています。夜中にトイレに立つときの転倒リスクも心配です。また、冬に冷え込んだ玄関で就寝することの健康面の影響も気になります。そのため、散らかっていた寝室を片付けて、電動ベッドをレンタルして搬入しました。しかし、Cさんは電動ベッドを使うことなく、玄関スペースに敷いた布団で寝る生活を続けています。



項目の説明

不可解な行動には、必ず考えやわけがあります。利用者の価値観や好み、考え方を知ることで理解できることがあります。支援する中で利用者とのたわいない会話から、生活の様子や人生観・価値観などが見えてくることは少なくありません。話を聞く間、ケアの手を止めたり、注意が逸れたりすることもあるので、本来の支援から外れていると感じるかもしれませんが、より深く利用者を知ることは、今後のよりよい支援につながります。

この項目がなぜ大切か

利用者の価値観や好み、考え方を理解することで、利用者が納得できる支援方法を選択し、ニーズに適切に対応することができます。Cさんの場合、玄関で寝る生活を続けるのは、何か考えや意味があるのでしょう。その人なりの行動の意味は、生活歴や価値観、好み、考え方を知って、その人の視点に立つと腑に落ちることがあります。また、生活歴や価値観、好み、考え方など利用者のことを深く理解することは信頼関係の構築になり、意思決定支援などケアのさまざまな場面で活きてきます。

実践のためのヒント

1 傾聴の姿勢

支援を提供する時には、そのタスクに意識が集中しがちですが、会話して心地よい雰囲気作りを心がけることも大切です。生活歴や価値観などに関わる話題に及んだ際には、少し時間を取って利用者の話に耳を傾けます。

2 生活歴シートの利用

生活歴の聴取項目を決めたシートを作成し、段階的に情報を集めることは、利用者を理解することを助けます。シートには、事実関係の記載欄だけでなく、価値観や好み、考え方について訪問看護師が理解している範囲で記載する欄があるとよいでしょう。

3 積極的な傾聴

利用者が話すままに受け身で聞くのではなくて、詳しく知りたいことを質問しながら積極的に聴き取ります。価値観や好み、考え方を理解して支援に役立てるため、訪問看護師として知っておきたいことを質問します。「なぜそうしたのですか」「どうしてそう思ったのですか」のようなオープンクエスチョンが効果的です。

4 他の支援者からの情報収集

利用者の家族や友人、他のケア提供者などから話を聞いて情報を補完します。



期待される効果

生活歴、価値観、好み、考え方を理解することによって、ケアや意思決定支援などをより個別化・最適化することができます。その結果、利用者の満足度や生活の質の向上、訪問看護師と利用者の間のコミュニケーションの円滑化、不適切なケアや誤解によるトラブルの減少、利用者の自己決定の促進、などが期待できます。

課題と注意事項



限られた時間での訪問看護では、確認すべき事項や提供すべきケアなどのタスクに追われがちです。しかし、利用者が発する情報にはよりよい支援提供に通じるヒントがあります。時間の使い方にメリハリをつけ、ときにじっくり向き合って利用者の話をじっくりと聴きます。

プライバシーに関わる内容の場合、詳しく話すことを不安に感じたり、嫌がったりすることもあります。情報収集の目的を説明し、反応を確認しつつ、慎重に聴き取ります。また、情報を他の支援者と共有する場合には、本人に承諾を得ること、守秘義務を守ることを約束します。

6 本人の考え

「生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する」



90歳女性
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるCさん(90歳・女性・中等度認知症)は、自宅にこもりきり、日々何をするでもなく臥床がちに過ごしているようです。近所に住む家族が毎日のように食事を届けて、様子を確認しています。服薬管理や掃除・洗濯などの生活援助のため、他者との交流のため、そして、家族の負担軽減のために、サービスを増やした方が良いと考えています。そのことを相談しようと考え「困りごとはないですか」と聞くと、Cさんは「ひとりがいいから来てほしくない、心配なんかない」と言います。



項目の説明

ニーズアセスメントは、利用者本人の言葉で語られる考えや気持ちを直接聞くことが基本ですが、この事例のように、利用者からニーズの表出が得難い独居認知症高齢者の場合、特別な対応が必要になります。利用者本人の声を中心にしながら、他の支援者からの情報で補うという多角的なアプローチを取ります。また、困りごとだけでなく、望むことも含めて意識的にアセスメントをします。

この項目がなぜ大切か

利用者本人の声を最優先してニーズを把握することは、真のニーズに応え、意思を尊重して自己決定を支援する、パーソンセンタード・ケアの基本です。利用者本人がうまく伝えられないことがあることを前提に、工夫して情報を補いながら、ニーズの全体像を把握することが大切です。

実践のためのヒント

1 望むことを聞く

ケア提供者は困りごとに意識が向きがちです。しかし、利用者は困りごとを感じていない場合や、困っていても認めない場合もあります。むしろ望むことを質問することで、ニーズを的確に把握することができます。例えば、ひとり暮らしを続けることに対する不安を尋ねて否定された場合でも、望むことを聞けば、「不安はあるけど今の暮らしを続けたい」と本音がのぞくかもしれません。すると、望むことを実現するための障壁(不安)を相談することができます。



2 無意識の思い込み

利用者の生活に触れたとき、自分の経験や知識、価値観や信念から、「こうあるべき」と無意識に解釈していませんか。自分の解釈の癖を認識したニーズアセスメントに取り組むことで、思い込みではない、利用者の立場で真のニーズを把握することができます。

3 多角的アプローチ

利用者から直接聴き取ったニーズは、他の支援者が把握しているニーズと同じでしょうか、それとも、異なる点があるでしょうか。多職種カンファレンスなどの場で比較検討して、その利用者の真のニーズや、ニーズの全体像の理解に努めます。

期待される効果

利用者の真のニーズを把握して対応策を考えることによって、本人中心のケアを提供するための看護計画を立てることができます。また、ニーズの全体像を把握することによって、潜在的な問題を早期発見して、予防的アプローチも含めた包括的な対策を看護計画に反映することができます。

課題と注意事項



利用者の望むことや困りごとと、客観的に必要なケアが一致しないことは、よくある課題です。利用者の主張だけで進めると健康や安全を維持できず、結果として本人が望む生活の継続が困難になります。逆に、必要なケアを押し付けると、利用者の主体性を奪い、感情的な衝突と関係の破綻につながります。その不一致がなぜ生じているのか、理由を考えることが大切です。利用者側の要因として、困りごととして感じていない「無関心」や、認知機能低下によって自身の状態・状況をよく理解できない「無認識」、できないことを認めたくない「否認」、干渉されずに自立した生活をしたい「希望」などがあるでしょう。訪問看護師側の要因として、自分の判断に基づく正しさの押し付け、予想されるリスクに対する過剰な不安、利用者ができることの過小評価、などがあります。利用者の望むことを聞くこと、訪問看護師自身の無意識の思い込みに気づくことは特に大切です(実践のためのヒント)。

7 生活の様子

「本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する」



86歳男性
（軽度認知症）

Scene

ひとり暮らしを続けるBさん（86歳・男性・軽度認知症）の希望により、午後に訪問をしています。時折、少し早めに訪問すると不在にしていることがあります。近所を捜すと、決まってどこかから帰宅するBさんに出くわします。昼食を食べに出かける行きつけのそば屋さんがあるそうです。Bさんと一緒に歩きながら、何曜日に行くのか、お店では何を食べるのか、いつもひとりで行くのか、などと会話が弾みます。



項目の説明

独居生活を送る認知症のある利用者が、普段どのように暮らしているのか、特にひとりでいる時間帯を含めた生活パターンや、活動範囲、習慣的な行動を把握する重要性を示した事例です。訪問看護師が持つ情報は限られるため、他の支援者からの情報を集約して、利用者の生活についてなるべく広範にわたり把握するように努め、より確かな理解につなげます。

この項目がなぜ大切か

利用者にとって、自分ができることを自分で行い、欲しい時に欲しい支援を利用することができる生活が理想的です。しかし、ひとりで過ごす時間が長い認知症高齢者の生活は見えにくく、様々な生活支援ニーズが見逃されやすいことが知られます。訪問看護師は、利用者の普段の暮らしのパターンを具体的に把握します。これによって、自立生活を見守りながら、適切なタイミングや方法で支援を提供することが可能になります。

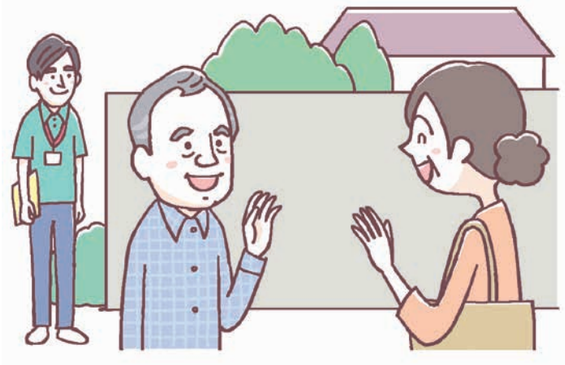
実践のためのヒント

1 複数の情報源を用いる

定期訪問での直接観察や本人からの聞き取りだけでなく、家族や近所の人から聞き取ったり、ケアマネジャーや介護職と定期的に情報共有をしたり、より多くの情報を多角的に集めます。また、買い物のレシート（の時間）やゴミ箱に入っている食べ物の袋など、生活の中に意図せず残された記録が貴重な情報源になることがあります。

2 重点的な観察項目

睡眠や起床、食事、入浴など、基本的な生活リズムに加えて、買い物や外食などのために決まって行く場所と時間帯、そのための移動手段など、暮らしを構成する自宅内外での習慣的な活動を把握します。また、来訪者や近所との交流の様子も分かると、支援のヒントが得られます。



期待される効果

普段の生活の様子を把握することは、利用者の自立生活を尊重すること、生活に合わせて適切な支援のタイミングや方法を選定すること、事故やトラブルを予防することにつながります。それらは独居生活をより長く続けるための支援になります。

課題と注意事項



プライバシーへの配慮と情報収集のバランスには注意する必要があります。特に近所の人や友人などから情報を得る場合には、本人の同意を得た範囲内で情報収集します。利用者と家族との関係性によっては、家族からの情報収集も本人の同意を得る必要があるでしょう。チェックリストの項目2・3にある本人の了承や相互の信頼関係を常に意識して、取り組むことが大切です。

例えば夜にひとりで自宅にいる時間など、24時間の生活を全て把握することは不可能です。家族の協力が得られるなど、把握する手段があれば、安全や健康維持に必要な情報に焦点を絞って確認します。

8 リスクアセスメント

「生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する」



82歳男性
（軽度認知症）

Scene

ひとり暮らしをするBさん（82歳・男性・軽度認知症）は、昼食によく近所の定食屋に通います。お店までは徒歩5分ほどで、車通りを避けて安全な道を歩くそうです。ある日、いつもより帰宅の遅いBさんをお店まで迎えに行って、店主と二人で立ち話をする機会がありました。店主は、いつも昼時の混雑が終わる頃に来るBさんをよいお客さんだと話しますが、汚れた服装で来ることがあるので、飲食店として困ることがあるそうです。食後にお金を払わないで帰りそうになり、慌てて引き留めたこともあったようです。事情を簡単に話し、注意して見ていただくようお願いしました。さらに、Bさんと一緒の帰り道では、信号のない交差点で周囲の確認をしないまま横断し始めて驚かされました。



項目の説明

認知症高齢者の独居生活における安全・健康上のリスクおよび、外的脅威についてアセスメントしてみると、このようなことがわかります。同居者による情報がないため、利用者の生活状況を観察したり、他の支援者からの情報を集めながら、予防的な対策や支援体制の構築に役立てます。

この項目がなぜ大切か

同居者のいない認知症高齢者の生活は、自己管理や安全・健康の支援が行き届きにくく、経済被害や虐待、差別などの外的脅威に対しても弱い立場に置かれやすいです。日常生活の中に潜む安全・健康のリスクや外的脅威を早期に見つけて、未然に対策することで、重大な事故や健康問題に直面することを予防します。利用者が望む暮らしを安全に続けるために大切な支援です。

実践のためのヒント

1 室内環境のリスク評価
転倒する恐れがある危険箇所、火気使用、室温管理、衛生状態を確認します。

2 生活行動に関するリスク評価
調理の安全、入浴時の事故リスク、夜間の外出行動、交通事故のリスクを確認します。

3 健康管理に関するリスク評価
基礎疾患の管理、服薬管理、食事・水分摂取の状況、通院の状況を確認します。

4 経済被害のリスク評価
金銭管理の状況、詐欺・悪質商法の被害歴、不適切な契約のリスク、経済的虐待の可能性を確認します。

5 権利侵害のリスク評価
虐待（身体的・心理的）の兆候、近隣トラブル、プライバシー侵害の可能性を確認します。

6 他の支援者との情報共有
安全・健康のリスクや外的脅威は多岐にわたるため、ケアマネジャーや介護職、主治医、民生委員、家族などと情報共有して把握します。また、近所の住民からの情報が得られると有用なこともあります。



期待される効果

このアセスメントによって、重大な健康問題や事故の予防、被害の早期発見・早期対応につながります。他の支援者と情報共有をすることで、支援者間の連携を強化し、協力して予防的対策を講じることができます。

課題と注意事項



リスクアセスメントには訪問看護師の尺度が入りやすく、「危険だから禁止」という短絡的な考えに陥りがちです。支援者中心のケア（の押し付け）になってしまい、利用者に拒絶されたり、利用者との関係性の破綻につながりかねないばかりか、利用者が望む暮らしを続けるという支援目標からも逸脱してしまいます。

アセスメントは、チェックリストの項目5・6にある価値観・好み・考え方やニーズと合わせて、そのリスクを本人がどう感じているのか、困っているのか、という点でも検討する必要があります。また、できないことだけに注目するのではなく、どうすればできるか、という視点も大切です。小さな手助けや環境を整えることによってうまくできることはたくさんあります。他の支援者からの情報を合わせて多角的にアセスメントすることで、よい解決策が見つかることでしょう。

9 心身の機能

「認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する」



75歳女性
(軽度認知症)

Scene

Cさん(75歳・女性・軽度認知症)はひとり暮らしをしています。訪問看護が始まって半年ほど経ち、お互いに慣れてきたこともあり、信頼関係を築くことができました。ある日、Cさんの普段の生活を聞いていたところ、趣味でパン作りを長年続けていることが分かり、教えてもらう約束をしました。訪問時間を調整して、一緒にパン作りの作業をする中で、Cさんの認知機能をアセスメントしようと思います。分量を量って材料を準備できるか(計算)、順序よく進められるか(遂行機能)、生地を作りながらオーブンを予熱するか(注意の分散)、焼いている間に焼いていることを忘れないか(記憶)を観察します。また、作業の中で忘れたり、間違えたりしないように工夫していることがあるかどうかも気になります。



項目の説明

ただ観察するだけではなく、一緒に行動してみると多くのことがわかります。認知機能やADL(日常生活動作)、IADL(手段的日常生活動作)を総合的に評価して、自立支援に活用します。利用者はひとり暮らしのため、日常の活動をひとりでできるかどうか、どこまでならひとりでできるか、どのような見守りや支援が必要か、という視点が大切です。

この項目がなぜ大切か

一般に独居認知症高齢者は、同居者がいる場合と比較して、ADLやIADLは同等またはやや高い傾向があります。ですが、同居者による見守りや支援がない分、生活支援のニーズは多く、かつ満たされにくく、自分で実行しなければならないことが多くなります。そのため、利用者が持つ心身機能や強みを把握して支援に生かすことや、低下した心身機能や弱みを把握して補うことが大切です。心身の機能を一つずつ丁寧にアセスメントします。

実践のためのヒント

1 認知機能の評価

基本的な認知機能(時間・場所・人の見当識、近時・遠隔記憶、注意と集中、実行機能)や、行動・心理症状(不安・焦燥、興奮・不穏、徘徊傾向、幻想・幻覚、不眠、昼夜逆転など)を評価します。さらに、行動・心理症状がある場合、なぜ起きているかを評価し、対策を検討します。例えば、便秘や不眠、痛み、精神的ストレスなどが、行動・心理症状を引き起こすことは多く認めます。

2 基本的ADLの評価

食事、排泄、入浴、整容、移動、歩行、更衣、移乗などの動作について、安全に実施できるか、確実に実施できるか、所要時間や疲労度はどうかを評価します。

3 IADLの評価

金銭管理や服薬管理、買い物、食事準備、掃除・洗濯、交通機関の利用、通信機器の利用など、生活管理能力を評価します。特に、安全に実施できるか、確実に実施できるかを評価します。

4 観察による評価

会話の中で日付を確認したり、その日の行動を尋ねたりすることで、見当識や記憶の認知機能を評価します。基本的ADLやIADLの評価は、その行動を見守り・支援しながら観察します。訪問看護師のペースで介助するのではなく、利用者が自分のペースで行うことを観察します。その際、行動を細分化して、どの要素は自分でできるのか、どの要素はできないのか、分析的に観察します。

5 アセスメントツールの利用

認知機能障害と生活障害を総合的に評価する地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)が標準的かつ有用です。定期的に評価することで変化を確認することもできます。



期待される効果

アセスメントの結果から、その利用者が自分ひとりでできることと支援が必要なことを明確にすることができます。また、支援が必要な場合でも、どこまでひとりでできて、何を補えばよいか、支援内容を具体化することができます。これにより、利用者が主体的に生活することを支えることができます。

課題と注意事項



検査や治療を日常的に行う病院とは異なり、自宅では検査やテストに対する受け取られ方が大きく違います。根掘り葉掘り質問したり、話題に関係のない質問を唐突にしたり、利用者に「試されている」と感じさせてプライドを傷つけることがないように注意します。

10 状態の変化

「表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく」



80歳女性
(中等度認知症)

Scene

Dさん(80歳・女性・中等度認知症)のひとり暮らしを支援するため、訪問看護を1年以上続けています。訪問時にはいつも笑顔のDさんが、先週も今週も笑顔があまり見られず、会話に身が入らない印象です。また、部屋は古い手紙などが散らかっています。何かあったのかと尋ねても明確な答えが得られません。先日、訪問介護のスタッフが訪れた際には、滅多に外出しないDさんが自宅から離れた場所で道に迷って歩けなくなっていました。家族に連絡して尋ねたところ、1か月前にDさんの姉が他界したことを伝えたことがわかりました。その影響かどうか不確かですが、多職種で協力しながら訪問の時にはDさんの気持ちが落ち着くようなコミュニケーションの時間を増やすようにして経過を追うことにしました。



項目の説明

認知症の進行に伴い、利用者は自分の体調や不快感をうまく伝えられなくなることが多いです。同居者がいない場合は利用者の変化を察知しづらいため注意が必要です。表情や行動、日常的な動作などの観察を通して利用者の心身の変化を見つけます。事例のように普段の様子からの逸脱が手掛かりです。

この項目がなぜ大切か

表情や行動の変化は、痛みや不安、身体疾患、認知症の進行などのサインである可能性があります。心身の変化を早期に発見して適切に対処することで、問題が深刻化・複雑化することを未然に防ぐことは、健康で安全なひとり暮らしの維持や生活の質を保つために不可欠です。

同居者がいる場合に比べて、独居認知症高齢者は入院の転帰をたどりやすく、また、施設入所が早期化する傾向があります。このような重大な転帰を防ぐために、利用者の心身に起きた小さな変化を見つけて、早期に対応することが大切です。

実践のためのヒント

1 観察のポイント

身体的側面:バイタルサイン、覚醒レベル、体重変化、食事摂取量、排泄の状況、睡眠リズム、皮膚の状態、姿勢、動作、歩行パターン、不自然な身体の傾き、疲労感の表出、返答の速度や会話の途切れなどのコミュニケーション

心理的側面:感情の起伏や不安定さ、無気力、抑うつ、興奮、混乱、焦燥感

社会的側面:他者との関わり方の変化、社会活動への参加状況、孤立や引きこもりの兆候

2 語りを引き出す

「お困りのことがあるなら、一緒に考えますよ」など、利用者に寄り添ったコミュニケーションで、語りを引き出します。この時、あくまで利用者本人が話したいことを話せるように支援することが大切です。言葉の想起が難しく、伝えたいことをうまく表現できない様子があれば、コミュニケーションの中で利用者が言いたいことを推測して、時に言葉を一緒に探しつつ確認します。

3 多角的な解釈

表情や行動の変化を観察した後、その意味や理由を解釈しなければなりません。本人の語りが得にくい場合、独断的な解釈にならないように注意が必要です。家族や他のケア提供者等と話し合うなど、多角的に検討してより確からしい解釈を導きます。



期待される効果

表情や行動の変化から、体調不良や心の問題を早期に発見して、迅速な対応が可能になります。また、小さな変化に気づくことで、適切な支援や介入につなげることができます。さらに、心身の変化に早期に対応をすることで、利用者は安心感を得られます。

課題と注意事項



認知症のある人は、平常時でも認知機能に変動があり、日によって表情や行動が違って見える場合があります。「実践のためのヒント」に示した「観察のポイント」を参考に、定期的なモニタリングを実施し、多角的な解釈をした上で、正常な範囲の変動なのか、あるいは異常な変化なのか、判断します。また、「なんとなくおかしい」という直感に従って、自分がなぜそう感じているのか、具体的な理由を探しながら利用者の状態をアセスメントすることも有用です。

11 家族の関わり方の相談

「ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する」



80歳女性
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするAさん(80歳・女性・軽度認知症)には、県外に住む一人息子がいます。二人は電話でやり取りをすることはあるようですが、直接会うのは年に1回程度です。訪問看護の契約の時に一度会い、それ以降は何か変化があった時に電話で伝えるようにしています。息子はいつも楽観的で、Aさんの生活を心配している様子は感じられません。しかし、Aさんの認知機能低下は進行しており、自宅は散らかり、食事はいつも同じ惣菜パンです。そのことを伝えたところ「大丈夫です」と返答したきりで、具体的に動かないため、状況が改善することはありません。あなたは、息子と一度しっかり話をする必要があると考えています。



項目の説明

ケアマネジャーと協力して家族支援にあたります。利用者とは同居していない家族に対する支援は、まず利用者のことを家族によく理解してもらうことが大切です。家族の認識を確認しながら説明し、家族の関わり方について話し合います。

この項目がなぜ大切か

ひとり暮らしといっても、身寄りのない人、近所に住む家族と頻繁に行き来がある人・ない人、遠方に住む家族と毎日連絡をとる人など、利用者と家族の関係は多様です。どのような関係であれ、何らかの関わりを家族に依頼することがあります。協力的な家族であれば、食事や見守りなど日常的な支援を依頼できるかもしれませんし、疎遠な家族であっても、例えば入院等の意思決定が必要な際には相談することがあります。そのため、家族は利用者の状態や生活状況などをよく理解しておくことが大切です。ケアマネジャーと協力して家族支援をすることで、日ごろから家族の理解を得て、相談をしておきます。

実践のためのヒント

1 ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーと定期的に情報共有し、利用者の生活状況や心身の状態に関する情報を家族に提供します。

2 家族との定期的なコミュニケーション

家族との面談や電話でのやり取りを通じて、利用者の生活状況や心身の状態、それらの変化について、家族の認識を確認しながら説明します。同時に、家族自身の状況や利用者との関係性なども把握しておくと、その後の相談がスムーズです。

3 家族の心理支援

中には、愛する人に起きた認知症による変化を受け入れられない家族もいます。利用者の状況を理解していながら、向き合うことを避けようとして、介護から距離をとる家族もいます。家族の思いを聞き、気持ちに寄り添う心理支援を行います。

4 家族の役割の明確化

家族がどのような形で利用者と関わることができるか、家族と話し合いながら明確にします。日常的なサポート(例えば、見守りや買い物、受診の付き添い)や、定期的な連絡・面会ができるか、施設入所や入院など重要な意思決定にどのように関わることができるかを話し合います。また、家族の負担がある場合、軽減するために必要な支援がないか確認します。

5 教育とサポートの提供

家族が認知症に関する知識を深められるように、情報提供したり、介護教室や家族会などを案内したりすることが有効です。家族が利用者の行動やニーズに適切に対応できるようになります。

期待される効果

家族が利用者の生活状況や心身の状態を正確に理解できるようになり、適切な対応ができるようになります。また、家族による支援があれば、利用者に対するサポートは手厚くなります。家族と歩調を合わせることで、支援がより一貫性のあるものとなり、利用者の生活の質が向上します。

家族は、認知症があってひとり暮らしをする利用者を心配したり、同居介護をしていないことに罪悪感を抱えていたりすることがあります。家族とのコミュニケーションは不安や罪悪感などのストレスを緩和する支援になります。

課題と注意事項



遠方に住む家族などの場合、利用者と長く会っていなくて、口頭で説明しても想像することができず、理解が進まないことがあります。また、認知症に関する基礎知識を持っていたとしても、利用者の現状を見てみないと腑に落ちないこともあります。利用者と直接会ってもらい、家の様子を確認してもらってから説明するなど工夫します。

家族間での認識のズレが生じることはよくあります。キーパーソンとなる家族と話した課題は、その都度家族内で共有し、意見交換してもらいます。また、ケアマネジャーに調整役を依頼して、家族全員が参加するミーティングを設けることも大切です。

12 多職種の合意形成

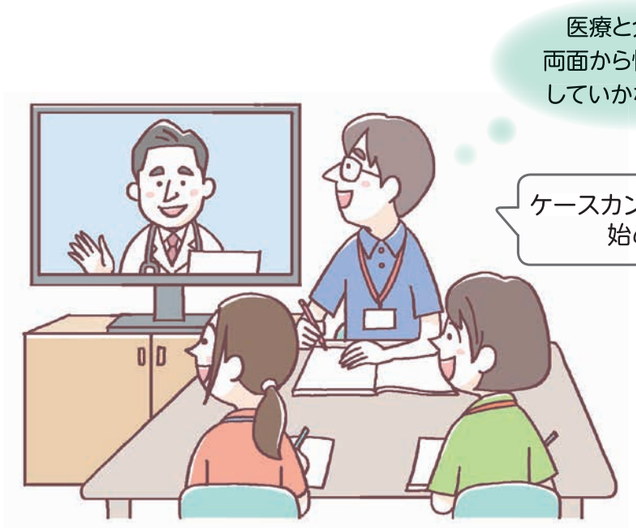
「医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する」



75歳男性
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするEさん(75歳・男性・中等度認知症)は、糖尿病のためにインスリン治療をしています。自己注射を忘れることが増えており、1日3回欠かさず行うことは現実的に難しくなっています。訪問看護だけで毎日の自己注射を確認することは困難ですが、訪問介護やデイサービスの介護職は自己注射の見守りをすることに消極的です。外来の主治医は、Eさんの生活の様子を見たことがないため、想像することが難しいようです。ケアマネジャーと相談して、関係する多職種が集まってインスリン管理の方法などを検討するケースカンファレンスを企画することにしました。



項目の説明

独居認知症高齢者のケアには、医療・介護・福祉の複数の専門職が関わります。関係者で適時適切に情報共有して、一つの支援方針のもとで連携してケアにあたることが大切です。訪問看護師は、多職種チームの中で医療と介護の両面に専門性があるため、中心的な役割を果たすことが期待されます。

この項目がなぜ大切か

独居認知症高齢者のケアには、多職種連携が欠かせません。そのために、各職種が持つ情報や考えている支援方針を一致させます。認知症高齢者がひとり暮らしを続けることに懐疑的なケア提供者がいると、健康や安全の確保が難しくなり、入院や施設入所の転帰が早まってしまうことがあります。情報や支援方針を共有することで、ケアを効率化し、ケアの継続性や質を確保します。

実践のためのヒント

1 定期的なケースカンファレンス

利用者の状況を報告し、本人・家族と確認した支援方針を共有するために、多職種カンファレンスを開催します。ケアマネジャーと協力して、サービス担当者会議の場を充てることが現実的です。連携する事業所が集まる定例会議を開いて、多数のケースを一度に検討する方法も有効です。

2 情報共有ツールの活用

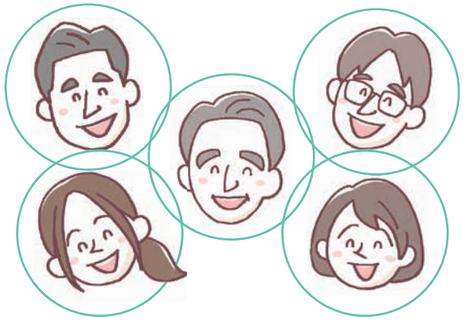
電話やファクスを用いてこまめに連絡することは有用です。また、一度に複数の事業所や専門職と情報を共有するためには、ICTツールを用いた記録システムを活用すると効率が上がります。連絡ノートを利用者宅に設置し、都度記録し、回覧する方法も即座に確認できる点で効果的です。多施設・多職種で、最新情報を迅速に共有できる環境を整備します。

3 役割分担の明確化

誰が何をするのかを明確にして、責任の所在をはっきりさせることで、連携がより効果的になります。

4 利用者と家族を含めた合意形成

多職種間だけでなく、利用者やその家族を含めた形で支援方針を検討・説明します。訪問看護師は、サービス担当者会議に参加するだけでなく、より積極的に関わることによって、会議は効果的になります。例えば、会議の開催を提案したり、開催後に利用者や家族の理解や考えを確認したりします。



期待される効果

多職種チームが首尾一貫したケアを提供することができます。それにより、利用者の支援ニーズに的確に対応でき、生活の質の向上や、健康や安全の向上が期待されます。また、チーム内での不調和が解消され、明確な役割分担の下でケアが効率的に提供できると、ケア提供者のストレスも軽減します。

課題と注意事項



職種や事業所が異なると、働き方の違いにより、連絡やケースカンファレンスの時間の設定が難しいことがあります。定例会議を設けたり、ICTツールを導入したり、情報共有や相談のために効率的な仕組みを構築して対策します。

医療・介護・福祉の専門職は、それぞれの専門教育を受けており、異なる視点や考え方を持って自律的に働いています。そのため、職種間の認識や目標にずれが生じるのは特別なことではありません。一つひとつのケースを大切にして、その都度、丁寧に議論を進めることで、学び合い、互いの理解に努め、良好な関係性のチームを築きます。また、共通の教育機会を設けて、独居認知症高齢者の支援に対する共通理解を深めることも有効です。

13 看護計画

「日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる」



80歳女性
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするDさん(80歳・女性・中等度認知症)は、浴室で滑って尻もちをつき、痛みで動けなくなっていたところ、うめき声に気づいた近所の人が見つけて救急搬送されました。腰椎圧迫骨折との診断で、入院中にコルセットを作り、リハビリをして自宅に退院しました。入浴が好きなDさんは、夏でも毎日湯船に浸かりたいと言います。しかし、自宅の浴室は床が滑りやすく、浴槽は深く、いかにも転びやすい環境です。ケアマネジャーを中心に手すり設置等の家屋改修を進めることにしました。同時に、入浴の回数や時間、方法、その際の支援について検討し、Dさんが入浴を安全に楽しみながら、清潔を維持するための看護計画を検討することにしました。



項目の説明

この事例が示すように、認知症のある人への訪問看護の目標は、利用者が望む自宅での生活を、可能な限り自立した形で維持できるように支えることです。そのために、利用者の意向に沿って、自立性を尊重しつつ、体調管理や生活の安全など生活全般にわたって、支援の目標や方法を体系的に整理します。認知症が進行して自己管理が困難になった部分を特定して、安全かつ効果的な方法で対応する看護計画です。この時、支援者本位になって、利用者の希望やできることをないがしろにしてしまわないように、常に目標に立ち戻って考えます。

この項目がなぜ大切か

利用者の情報収集→アセスメント→支援目標を立案→支援の提供→効果の評価、という看護計画のプロセスは、支援を効率的かつ効果的に提供するために大切です。適切な看護計画は、認知症によって生じた健康と生活の個別のニーズに対応します。同時に、利用者に残された力を発揮して、能力に応じた自立生活を送ることを支えます。

実践のためのヒント

1 暮らしを言葉にする

利用者が生活の中で大切にすることは何でしょうか。大切にすることには、生きるための日課や、日常に安定をもたらす生活習慣などを含みます。利用者が当たり前と感じている活動も多く、それをあえて「大切にしている」と言葉にしないことも多いです。ですが、例えば、湯船に浸かってリラックスする時間のように、当たり前の習慣を失うことはつらいですし、シャワーを浴びて清潔を維持することでは必ずしも代替手段になりません。包括的なアセスメント(項目5〜10参照)を通して、利用者が望む暮らしを具体的に把握します。

2 能力に応じた自立の支援計画

利用者自身が持っている力を生かし、引き出す方法を検討します(項目15参照)。

3 包括的な看護計画

看護計画には、①自宅での生活支援や自立支援、②病状の管理と健康維持、③家族や介護者への支援、④生活環境の安全確保、⑤社会生活の支援、⑥精神的・心理的な支援、⑦地域の医療介護サービスの活用、⑧緊急時の対応が含まれます。

4 評価と見直し

看護計画に沿って支援を進めた後に、目標を達成できているか評価して、必要ならば計画を修正します。例えば、「入浴を安全に実施して、利用者が楽しみ、清潔を維持する」という目標に対して、現在の入浴の頻度や時間帯、方法、支援で達成できているでしょうか。利用者の反応や希望を確認して検討します。また、認知症が進行すれば、必要な支援も変わります。認知・身体機能を再評価して、計画を見直すことが大切です。

期待される効果

利用者の状況や希望を反映させて、具体的かつ実践可能な看護計画を作成して実施することによって、個別性の高い支援を提供することができます。その結果、利用者の健康状態を維持・改善し、安全な生活環境を確保し、QOLを高めます。また、利用者の自立を支えることで、利用者が自尊心を保持できる効果が期待されます。

課題と注意事項



認知症のある人の支援の難しさは、料理と火事のように、自立支援と健康・安全のリスク対策が対立しやすいことにあります。リスク対策に傾くと、できることを「取り上げる」ことになりかねません。同居者による見守りがない場合は、特に両者のバランスを取ることが難しくなります。利用者の状況や希望に合わせて、多職種チームで知恵を出し合って、利用者に合った個別の工夫を盛り込んで支援を計画します。また、支援目標に立ち戻って、自立支援と健康・安全のリスク対策のバランスが取れているか、支援中の気づきを生かして新たな工夫ができないか、看護計画を検証することが大切です。

14 医療の調整

「心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する」


80歳男性
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするDさん(80歳・男性・中等度認知症)は、排泄や更衣に見守りや介助が必要になったため、毎週訪問して生活の様子を確認しています。前回訪問した際に風邪を引いて鼻水が出ていたので、今週の予定を早めて、4日後の今日、経過観察のために訪問しました。せき・鼻水に加えて38.3度の発熱もありますが、呼吸状態は異常ありません。訪問介護士からの情報によれば、食事量は普段の半分程度とのこと。経口補水液の摂取を促して、さらに2日後に訪問したところ、わずかしか摂取できておらず、38度台の発熱も続いていました。受診を勧めましたが、Dさんはただの風邪だから必要ないと言います。かかりつけ医とも連絡を取り、外来受診を促すか、または、これを機に訪問診療を依頼してみるか、迷っています。



項目の説明

訪問看護師には、利用者の心身状態を多面的に評価し、受診や入院などの医療サービスを調整する役割があります。調整には、心身状態に適した医療サービスの手配という側面だけでなく、心身状態と利用者の意向の間の調整という側面もあります。健康と安全を確保する上で全面的には希望に沿えなくても、長期的には本人の理想に近い生活を継続できるようにする調整が求められます。

この項目がなぜ大切か

利用者は認知機能の低下により、健康状態を的確に伝えたり、適切な医療を選んだりすることが難しい場合があります。そのため、心身状態を丁寧にアセスメントしつつ、利用者の意向を確認します。医師とも相談しながら、利用者が望む結果を得るために最適な方法を選択できるように支援します。利用者の健康維持に必要な医療を選び、過剰な医療を避けることが、生活の質の維持につながります。

実践のためのヒント

1 心身状態のアセスメント

心身状態を丁寧にアセスメントすることが支援の基本です(詳細は項目8〜10を参照)。

2 利用者の意向の確認

利用者の価値観や考え方をくみ(詳細は項目5・6を参照)、今後の生活や医療についての意向を折に触れて確認していることが(詳細は項目18を参照)、支援に役立ちます。認知症が進行している場合でも、利用者本人が理解できるように説明して、できる範囲で意思確認を行います。また、家族からの情報や同席を得られれば、大きな助けになるでしょう。

3 医療の継続の支援

医療サービスを利用していても、予約を忘れてしまう、移動手段がないなどの理由で途切れてしまうことがあります。継続的に医療を受けるため、かかりつけ医を近所に変更する、訪問診療を導入するなども視野に入れて、利用者と相談します。

4 医師との連携、長期的な見通し

健康や安全を確保するために推奨した医療サービスが必ずしも利用者の希望に沿わない場合があります。また、希望に応じた医療サービスであったとしても、むしろ副作用のために利用者の望む結果を遠ざけてしまう場合もあります。例えば、軽度の肺炎で入院を選択したものの、せん妄を起こして入院が長引き、その間にフレイルが進行し、退院がかなわず、自宅でのひとり暮らしに戻ることができなくなる場合です。医師と共に、医療サービスの利益とリスクを検討した上で、医学的見通しに基づき、利用者にとって望ましい生活を長期的に得られるように支援することが大切です。

5 その他の連携

外来受診や入院、訪問診療などの医療サービスの調整に際し、家族の協力や受診時の同行、他の在宅サービスとの調整が必要になるでしょう。家族や成年後見人、関係する専門職に連絡して連携を図ります。

期待される効果

利用者本人の意向を尊重した医療サービスの提供は、満足度を向上させ、医療への信頼を深めるとともに、訪問看護師との信頼関係を強固にします。また、心身状態に応じた適切な医療を調整することは、不必要な入院や検査を避けられ、ひいては利用者の体や心の負担を軽減することにつながります。

課題と注意事項



医師と効果的に連携するためには普段から相談できる体制や良好な関係を築いておくことが大切です。地域の医療ネットワークの中で、こまめに連絡を取ったり、地域のカンファレンス等で相談したり、互いの顔が見える関係を作る努力が大きく作用します。

長期的な見通しを持つためには知識と経験が必要です。疾患管理のガイドラインなどに目を通して、疾患の知識を身につけておくことが大切です。また、経験を積むには年月がかかるものです。経験を頼れない場合は、医師や同僚に相談して助言を得るとよいでしょう。

15 本人の対応力

「日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える」



75歳女性
（軽度認知症）

Scene

ひとり暮らしをするCさん（75歳・女性・軽度認知症）は、現役の頃はレストランで料理を作っていました。軽度認知症になって、以前のように凝った料理は作れませんが、料理にはこだわりがあり、夕食は自分で作ると決めています。冷蔵庫の中を見せてもらうと、奥の方に数カ月前に賞味期限が切れた納豆や、使いかけのバターとマヨネーズが3つずつあります。料理の様子を観察したところ、冷蔵庫の手前にあるものばかり手に取っていて、奥にあるものには気が付きません。そのことを声掛けしても認識できず、空間認知に問題がありそうです。Cさんと相談して、冷蔵庫の奥のスペースは空き箱で埋めて、手前だけを使うように工夫しました。



項目の説明

これは、利用者が日常生活を安全に、かつ自立して過ごすことができるように支援するための事例です。ひとりで過ごす時間を含めて、自宅内外での活動を安全に実施するために、利用者本人の持つ力を最大限に引き出す支援を工夫します。

この項目がなぜ大切か

同居者のいない認知症高齢者は多くの時間をひとりで過ごしており、ひとりでいる時間にも不安や混乱を感じたり、事故やけがに見舞われたりしないような支援が必要です。同時に、過度に介入することなく、自立した行動を促進することが精神的安定を保つ上で重要です。利用者本人ができることをアセスメントし、持てる力を信じて引き出すことで、ひとりでいる時間の健康や安全が維持できるようにします。このような関わり方は、利用者の自己肯定感を向上させます。そして、安全な環境を整備することで、生活の自立を支援します。

実践のためのヒント

1 アセスメントを基本にする

独居認知症高齢者は、日々の暮らしの中で認知機能の低下による困難に気づき、自分なりに対処を試みていることが多いとされます。ただし、どの程度はっきりと気づいているか、どこまで適切に対処できるかは、人によって異なります。丁寧にアセスメントして、利用者ができることとできないことをしっかり見極めます（詳細は項目8・9を参照）。

2 活動の調整

アセスメントを基に利用者ができることを確認しながら、途中でわからなくなったり混乱したりしないように、行動をシンプルにします。鍵や財布などの貴重品を置く場所を決めて大きく目印を付けたり、薬を一包化して服薬カレンダーを利用したり、支援ツールを使って行動をパターン化する工夫です。自宅外の活動についても、例えばいつものスーパーやコンビニまでの道のりや支払いの様子を確認して、安全な道や利用しやすい支払い方法を選択するなど、行動を調整します。

3 適切な支援ツールの導入

目印や服薬カレンダーだけでなく、配薬ロボット、見やすい時計、スマートフォンのアラーム機能の活用、センサーライト、滑り止めマット、緊急呼び出しボタン、GPSなど、認知機能を補助したり、安全を確保したりするためのツールを導入します。利用者が使いやすいツールを個々の認知機能に応じて導入することで、活動を制限することなく、利用者の自立を助けます。

4 環境の調整

室内外の環境も安全で使いやすいように整えます。障害物を取り除いたり、不要なものを片付けて、物の配置をシンプルにしたり、十分な照明や配色の工夫で物を識別しやすくするなど、さまざまに工夫できます。ただし、利用者が暮らしの中で最適化した環境には、他者には一見不要に思えても利用者の生活に役立っている場合があります。例えば、ベッド周りの障害物に見える棚が手すりの代わりになっているなどです。余計なお節介にならないように、利用者の行動パターンを注意深く観察して環境調整します。

期待される効果

利用者が自分でできることを続けることで、日々の生活の充実や自信を得ることができます。また、支援ツールを導入したり環境を整備したりすることで、事故やけがのリスクを下げ、ひとり暮らしの健康と安全を高めることにつながります。

課題と注意事項



認知症が進行すると、利用者の能力や環境整備だけでは不十分なこともあります。家族やケア提供者が定期的に確認するなど、他者による見守りや支援を調整します。その場合でも、ケア提供者が過度に介入してしまって、できることを取り上げないように注意します。利用者が自立できる範囲を見極め、その能力を尊重しつつ、最小限の支援にとどめることが大切です。ケア提供者の役割は、必要な時に適切なサポートを提供することに重点を置きます。

16 リスク対策の優先順位

「本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する」


75歳女性
（軽度認知症）

Scene

ひとり暮らしをするCさん（75歳・女性・軽度認知症）は料理にこだわりがあります。今は凝ったものは作りませんが一汁一菜を合言葉に毎日自炊しています。しかし、先日訪問した時、Cさんはガスコンロを消し忘れたままリビングルームに戻っていました。また、会話中に言葉が見つからないことが増え、認知機能低下が進行しています。Cさんは「大丈夫」と指摘を軽く受け流しますが、やはり気がかりです。次の訪問までにケアマネジャーや介護職からも情報を集めて状況を確認した上で、Cさんとガスコンロの使用と安全管理について話し合いを持とうと考えています。



項目の説明

独居認知症高齢者の訪問看護では、利用者が望む生活を支えると同時に安全性や健康リスクを考慮して介入を行うことが必要です。時には、利用者本人が認識していないリスクへの対策や、やむを得ず本人が望まない介入をする場合もあります。利用者の意向を尊重することを基本に状況を見守りながらも、安全や健康を脅かす緊急性の高いリスクがないか、慎重かつ適時の判断が求められます。

この項目がなぜ大切か

認知機能が低下すると、自分の健康状態や安全性を完全に把握できない場合が増えるため、適切なサポートが欠かせません。訪問看護師は、利用者の希望する生活を支えながら、危険な状態が発生する前に予防的に介入します。利用者の自尊心や生活の質を維持しながら、事故や健康問題のリスクを最小限に抑えることが大切です。

実践のためのヒント

1 注意深く見守る

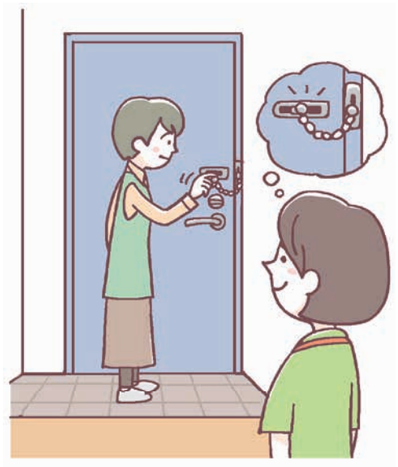
利用者の普段の生活パターンや、そこに潜む安全や健康のリスクを観察して把握します（項目7・8参照）。定期訪問では、利用者の心身の状態を確認して変化の兆候を早期に発見します（項目10参照）。

2 緊急性の見極め

例えば、布団にタバコの焦げ跡が複数ある場合や糖尿病のコントロール不良にもかかわらず大量の菓子パンを買い込んでいる場合などは、すぐに介入が必要です。放置すると事故や疾患が起きる可能性がどの程度あるか考えて、緊急性を見極めます。

3 利用者の視点から判断

居室からトイレへの動線上にある棚が、他者には障害物に見えても、そこで座って一休みするために置いてあることもあります。また、支援者の判断で片付けたり、独断でポータブルトイレを導入したり、環境を変えてしまうと、利用者が混乱して、逆に安全が損なわれる場合もあります。どうすれば安全が維持できるか、利用者と相談しながら、利用者の視点に立って介入の必要性を判断します。



期待される効果

利用者が望む生活を自立的に送ることは、精神的な安定につながります。同時に、安全・健康のリスクを予防的に対策することで、事故や健康問題の発生を防ぎ、ひとり暮らしを継続することができます。

課題と注意事項



介入の判断基準は訪問看護師によって違いが出ますし、介入が必要なタイミングは状況によっても異なります。訪問看護師同士で相談して看護計画を見直したり、多職種チームで情報共有したりして、より適切な判断基準を持てるよう努めます。支援者が心配に思うあまり、不必要に介入し、有害無益な結果になってしまわないために、利用者と一緒に考え、調整していくことが大切です。

17 安全と健康維持の評価

「本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する」



85歳男性
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするBさん(85歳・男性・軽度認知症)は、昼食に行きつけのラーメン店に通います。そのことを担当のケアマネジャーと話したところ、行き帰りに信号のない交差点で周囲の確認をしないまま横断し、あわや交通事故、という出来事がありました。どこまで安全な行動ができているのか、安全な行動が今後続けられるか、他の訪問看護師や介護職も交えて検討することにしました。



項目の説明

利用者自身の対応力や周囲の支援により、健康で安全な生活を維持できるかを検討するため、多職種で情報を持ち寄って協議します。訪問看護師は、医療、介護、福祉の多職種チームの一員として参加し、利用者の意思を擁護するとともに、利用者の能力や生活状況および、サービス等の支援を俯瞰して、議論を促します。

この項目がなぜ大切か

ケア提供者は、安全と健康を重視するあまり、利用者の意向を十分に確認しないまま、介入を決めてしまうことがあります。一方、利用者の意向が絶対で現実を直視しないと、利用者を危険にさらすこともあります。多職種チームで利用者の対応力や支援の状況を多角的に検討することで、利用者の意思を尊重しながら、安全と健康を確保します。

実践のためのヒント

1 多職種で協議する仕組み作り

訪問看護師、ケアマネジャー、介護職、医師などが参加するケースカンファレンスやサービス担当者会議を開催します(項目12参照)。

2 評価項目の明確化

利用者の健康や安全を維持するために鍵になっていることが、重要な評価項目です。心不全の管理のための水分摂取量と体重変化のチェックや、道に迷いやすい人が外出時に住所氏名の確認書類や携帯電話などを携帯すること、などです。その項目に対して、利用者が自分で管理できていること・できていないこと、支援の手が届いていること・届いていないことをアセスメントします。

3 評価基準の明確化

評価基準が曖昧だと、心配が先立ち、判断が場当たり的になってしまいます。例えば心不全のある人で、利尿薬の調整などの医療介入が必要な基準は何でしょうか。労作時呼吸困難、浮腫、酸素飽和度、体重などの指標が、その利用者の場合、どこまで変化したら介入が必要でしょうか。評価基準を明確にすることが、適切な判断につながります。

4 予測的判断

認知症は進行するため、予防的な視点からの評価も大切です。今はギリギリのところで生活できていても、今後は安全の確保が難しくなることを専門職の知識や経験に基づいて予測、判断します。



期待される効果

利用者に対するアセスメントを多職種で共有し、協議することで、安全と健康の維持のために最適なケアを選ぶことが可能になります。また、医学介入や利用者の行動制限につながる判断を慎重に行うことによって、不必要な介入や行動制限を予防し、利用者の生活の質を維持します。

課題と注意事項



専門職はそれぞれの専門の視点からアセスメントや判断をするため、多職種間で意見の不一致が起きることがあります。利用者にとって何が最善か、慎重かつ根気強く話し合います。利用者本人や家族の意向と、専門職の判断が一致しないこともあります。普段から利用者や家族と話し合いの時間を持つことで、情報共有と意思疎通を図り、合意形成の基盤を作っていきます(項目18参照)。

18 本人・家族との話し合い

「今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う」


75歳女性
（軽度認知症）

Scene

ひとり暮らしをするCさん（75歳・女性・軽度認知症）は、自分で料理をすることが難しくなり、コンビニの惣菜パンを食べる生活になっています。Cさんは、「自分が食べるだけなのに作るのは面倒になった」と言いますが、料理の腕前を生き生きと話すことがなくなりました。遠方に住む息子に電話で報告すると、「施設への入所を考えている」と相談を受けました。Cさんと息子に面談を実施し、現在の認知症の状況や今後の見通しを伝えた上で、ひとり暮らしを続ける場合の課題や施設入所の選択肢について説明しました。Cさんは、「不安はあるけれど、気兼ねなく暮らせる今の生活を続けたい。自分のことができなくなったら施設に入る」と話します。在宅サービスを使って今の生活を維持しながら、話し合いを定期的に持つことを確認しました。



項目の説明

利用者がひとり暮らしの生活を続けるのか、または家族との同居や介護施設への入所など新たな生活環境へ移行するのか、暮らしの場についての意思決定を継続的に支援します。利用者から、可能な場合は家族からも意向を丁寧に聞き取って、生活を取り巻く課題や選択肢について共通理解を深めます。

この項目がなぜ大切か

独居認知症高齢者は、同居者がいる場合よりも早期に介護施設等に入所しています。自ら選んで施設入所するケースもありますが、一方で、本人は望まないにもかかわらず、心配した家族が早々に決断してしまうケース、さらに、ケア提供者が無意識のうちに家族の独断を後押ししているケースもあります。訪問看護師は、利用者・家族と継続的に話し合い、利用者や家族が納得して意思決定ができるように支援します。

実践のためのヒント

1 初期の話し合いを大切にする

利用者の中には、今の暮らしを続けたいと願いつつ、認知症が進行すると継続が困難になると将来を見越している人もいます。また、事故や入院などアクシデントが起こってから相談を始めると、不安や時間的制約の中で、利用者にとって不本意な選択をせざるを得ないことがあります。訪問看護が始まって、利用者や家族と信頼関係を築いたら、今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について話し合いを始めます。

2 気持ちに寄り添う

どこで誰と生活するかという決断は人生を左右する重大なことです。利用者にとって、生活の場を変えることは、認知症の進行に伴う転居という実質的な意味とともに、思い出の詰まった家を離れ、慣れ親しんだ暮らしや自立した生活を手放すという象徴的な意味があります。環境の変化に対する利用者の不安はもちろん、今の暮らしに対する思いを受け止めます。

3 機会を見つける

改まった場を設けて話し合うことばかりでなく、日々の訪問の中で利用者が口にした言葉をキャッチして、思いを聞き、話し合うことで、本音に近づける場合があります。機会を見つけて、継続的に話し合います。

4 見通しと選択肢を共有する

訪問看護師の専門的な視点から、認知症の進行や健康状態に関する今後の見通しや、それに伴い生活がどのように変化するか、予想されることを伝えます。また、自宅での生活支援や利用可能な施設の選択肢を具体的に示し、それぞれの利点や課題を説明します。利用者や家族が現実的な選択をするための支援です。

期待される効果

大切なことを訪問看護師と話し合い、理解してもらえたと感じることで、利用者は安心感を得て、生活を安定させることができます。また、継続的な話し合いによって、利用者やその家族は納得した上で意思決定ができるようになります。さらに、意思決定が成功することによって、施設入所に伴う利用者のリロケーションダメージ（環境変化によって精神的不安定や行動・心理症状が出現すること）や、不本意な選択に対する家族の後悔など、意思決定後の負の心理的影響を予防します。

課題と注意事項



利用者や家族の気持ちや考えは変化します。定期的に話し合いを行い、今の暮らしの継続や暮らしの場の移行についての意向に変化がないか確認します。

認知機能による意思決定能力の制限があるため、意思決定支援には特有の難しさがあります。厚生労働省がまとめた「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（2018年）」を参考に、「意思形成支援」「意思表明支援」「意思実現支援」の段階に分けて、利用者の意思決定能力を適切に評価しながら支援します。

18項目振り返りメモ

※コピーしてお使いください。

STEP1～4に沿って実践を進めながら、とくに大変だったことや、いい会話ができてうまくいったこと、リスクを見逃さずに済んだことなどをここにメモしておきましょう。貴重な実践記録になります。

STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり

1. コミュニケーションの工夫

memo

2. 本人の了承

memo

3. 相互の信頼関係

memo

4. 支援方法の工夫

memo

STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント

5. 価値観・好み・考え方

memo

6. 本人の考え

memo

7. 生活の様子

memo

8. リスクアセスメント

memo

9. 心身の機能

memo

10. 状態の変化

memo

STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援

11. 家族の関わり方の相談

memo

12. 多職種の合意形成

memo

18項目振り返りメモ

※コピーしてお使いください。

13. 看護計画

memo

14. 医療の調整

memo

15. 本人の対応力

memo

STEP 4 ■ 予測的判断と意思決定支援

16. リスク対策の優先順位

memo

17. 安全と健康維持の評価

memo

18. 本人・家族との話し合い

memo

キ リ ト リ 線

4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

4つのステップのそれぞれの項目をクリアしながら、より良いケアの実現に向けて、訪問看護が進行しているでしょうか。クリアできたと思う項目にチェックを入れながら支援を進めてください。

チェックを入れてください。☑

STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり

1	コミュニケーションの工夫	本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す	☐
2	本人の了承	本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る	☐
3	相互の信頼関係	本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く	☐
4	支援方法の工夫	支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する	☐

STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント

5	価値観・好み・考え方	支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する	☐
6	本人の考え	生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する	☐
7	生活の様子	本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	☐
8	リスクアセスメント	生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する	☐
9	心身の機能	認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する	☐
10	状態の変化	表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく	☐

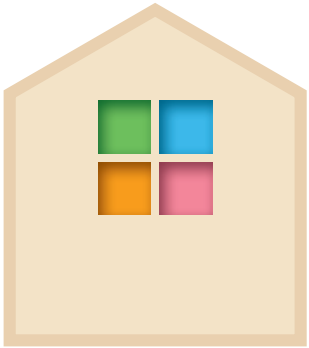
STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援

11	家族の関わり方の相談	ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する	☐
12	多職種の合意形成	医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する	☐
13	看護計画	日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる	☐
14	医療の調整	心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する	☐
15	本人の対応力	日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える	☐

STEP 4 ■ 予測的判断と意思決定支援

16	リスク対策の優先順位	本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する	☐
17	安全と健康維持の評価	本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する	☐
18	本人・家族との話し合い	今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う	☐

独居認知症高齢者の
自立生活を支える
訪問看護の実践ガイド



TOYO INK
nonVOC
リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する研究
－独居認知症高齢者ケアマネジメントガイドの作成－

研究分担者　石山麗子　国際医療福祉大学大学院・教授

研究要旨

独居認知症高齢者ケアマネジメントに関する文献レビュー、本研究班の過去の研究結果、地域包括職員と居宅介護支援事業所の指導経験のある主任介護支援専門員に対するエキスパートレビューを踏まえ、独居認知症ケアマネジメントガイドの作成を目的とした。

ガイドはⅠ.独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性、Ⅱ.独居認知症高齢者のケアマネジメント実践の二部構成とした。Ⅱ部は1.独居認知症高齢者の発見とそれを支える地域づくり、2.認知症かつ独居で生活していることへの理解、3.意思決定支援、4.必要な社会資源の利用支援、5.孤独と精神的健康、6.生活基盤の整備、7.日常生活の連続性と安全の確保、8.権利擁護、9.別居家族への支援、10.在宅の限界点の検討、11.独居認知症高齢者のケアマネジメントより構成した。今後は更に科学的エビデンスを蓄積し、行政、職能団体等との協議を重ね、継続的にガイドを見直す必要がある。

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が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。しかし、独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か、具体を示すガイドは整備されていなかった[6)]。

本研究の目的は、包括職員、及び居宅ケアマネが独居認知症高齢者に対するケアマネジメントを行う際の独居認知症高齢者ケアマネジメントガイドを作成することである。

B. 研究方法

2022年度研究に実施したスコーピングレビューと、継続的文献レビュー、及び、2023年度に作成した独居認知症高齢者に対して想定される支援項目73項目をもとに、独居認知症高齢者のケアマネジメントガイド（一次版）を作成し、2024年9月にエキスパート6人の意見を確認した。

エキスパートは、地域包括支援センター職員、及び、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員で基礎資格の異なる者とした。いずれも独居認知症高齢者のケアマネジメント実践、及び指導経験を有する者とした。

2024年12月12日に厚生労働省介護保険部会において居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲が明示された。これは介護保険制度施行以来初めてのことであり、介護保険サービスの給付管理対象外の活動は法定外業務とされた。これを踏まえて2025年2月に再度エキスパートの意見を確認した。「本ガイドは、独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何かを問う意味を持つものである。したがって、ガイドは業務範囲から規程するのではなく、本来あるべき独居認知症高齢者のケアマネジメントから検討すべき」との見解で合意した。また、日本総合研究所の適切なケアマネジメント手法が2024年4月から介護支援専門員の法定研修に導入されたことを踏まえ、一次版の解説に、適切なケアマネジメント手法の【基本ケア】及び【疾患別ケア 認知症】の内容を含めるべきとの意見もあがった。

ガイドの作成にあたっては、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員の活用を想定した独居認知症ケアマネジメントガイドという位置づけで、あるべき独居認知症高齢者のケアマネジメントとはなにかという観点から整理することとした。

実践編では、独居認知症高齢者に対して想定される支援項目73項目をもとに、過去の文献、日本総合研究所の適切なケアマネジメント手法の【基本ケア】、【疾患別ケア認知症】、及び本研究班で既に作成されている「粟田主一.独居認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは？一人暮らしが可能な環境をつくるために」との整合性を図る観点から、当該書籍も参照し作成した。

（倫理面への配慮）

国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した（24-TA-171）。

C. 研究結果

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員の活用を想定した独居認知症ケアマネジメントガイドを作成した（※ガイドは別紙参照）。ガイドは、Ⅰ.独居認知症高齢者に対する社会的支援

のケアコーディネーションの必要性と、Ⅱ.独居認知症高齢者のケアマネジメント実践の二部構成とした。

特にⅡ部は、11の項目から構成した。1.独居認知症高齢者の発見とそれを支える地域づくり、2.認知症かつ独居で生活していることへの理解、3.意思決定支援、4.必要な社会資源の利用支援、5.孤独と精神的健康、6.生活基盤の整備、7.日常生活の連続性と安全の確保、8.権利擁護、9.別居家族への支援、10.在宅の限界点の検討、11.独居認知症高齢者のケアマネジメントである。

D.考察

独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する科学的エビデンスの蓄積はまだ不十分である。今後は研究を重ねながらガイドの修正を並行し継続的に行う必要がある。

また、実際の活用場面においては、厚生労働省が発出した居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲との実行上の差異が生じる可能性がある。今後は、あるべき独居認知症高齢者のケアマネジメントとのすり合わせが必要であり、行政、多職種による職能団体との意見交換やガイドの共同作成も考慮する必要がある。

E. 結論

・独居認知症高齢者のケアマネジメントガイドを作成した。

・今後は、科学的エビデンスを蓄積しながら継続的にガイドを見直していく必要がある。

・ガイドの見直しにあたっては、実行可能性を高める観点から、行政や職能団体と共同する必要がある。

This study was supported by the Health LabourSciences Research Grant by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (No. 22GB1003)

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

第43回日本認知症学会学術集会

G. 知的財産権の出願・登録状況　該当なし

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

Reference

1) 介護保険法第2条第4項
2) 粟田主一.2021.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.CQ1-6https://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) 石山麗子,鈴木善雄.独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー　独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か.2022. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202217009A-buntan4.pdf

独居認知症高齢者ケアマネジンメントガイド

令和 6 年度厚生労働科学研究費（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
独居認知症高齢者のケアマネジメントに関する研究

研究分担者　石山　麗子　国際医療福祉大学大学院

目 次

Ⅰ．独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

1.本ガイド作成の経緯と目的・・・ 1

2.独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性・・・・・・・・・・・ 2

3.独居認知症高齢者のケアマネジメントの原則・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

Ⅱ．独居認知症高齢者のケアマネジメント実践

1．独居認知症高齢者の発見と、それを支える地域づくり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

2．認知症かつ独居で生活していることへの理解・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

3．意思決定支援・・ 8

4．必要な社会資源の利用支援・・ 10

5．孤独と精神的健康・・ 11

6．生活基盤の整備・・ 12

7．日常生活の連続性と安全の確保・・ 14

8．権利擁護・・・ 17

9.別居家族（別居介護者）への支援・・ 22

10.在宅の限界点の検討・・・ 24

11.独居認知症高齢者のケアマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

Ⅰ.独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

1.本ガイド作成の経緯と目的

病気や障害などにより地域での生活が継続困難な状況になったとき、その人がこれまでの生活を継続するために必要な社会的支援を統合的に調整することを「ケアコーディネーション」といいます。我が国では、2000 年に介護保険制度が施行され、その中核的な手法としてケアマネジメントが導入されました。この役割を中心的に担ってきたのは、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員です。

今日の日本では、国民の平均寿命の延伸と少子高齢化の進展を背景に、独居で認知症を抱える人が増加しており、今後もこの傾向が続くことが見込まれています。独居認知症高齢者が地域生活を継続するためには、健康や生活ニーズを充足する保健医療福祉サービスはもちろん、経済的安定、良好な対人関係の維持、経済被害や事故、行方不明など生命や財産に対する深刻な危機の回避も重要です。

また、孤立や孤独を防ぎ、いきいきと楽しみを持ちながら暮らすためには、課題や危機対応だけでなく、趣味や社会活動を継続できる環境の確保も欠かせません。独居認知症高齢者が、認知症を抱えながらも、一市民として安心して安全に地域生活を送る権利を行使できれば、その人らしく、楽しみのある生活を住み慣れた地域で継続することができます。そのためには、多様なニーズを満たす包括的な支援が求められます。制度を活用する場合でも、一つの制度だけでは対応できないことが多く、制度の枠を超えた支援や関係者との連携が必要になります。つまり、横断的なケアコーディネーションを実現することが、独居認知症高齢者の地域生活の維持に不可欠です。

我が国における認知症の人のケアコーディネーションは、介護保険制度のもとで地域包括支援センターや介護支援専門員がケアマネジメントとして担っています。しかし、これまで国内外ともに科学的エビデンスは十分に蓄積されておらず、独居認知症高齢者向けのケアマネジメントガイドも存在しませんでした[1)]。

本ガイドは、厚生労働科学研究費（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」において、2022 年度から 2025 年度までの 3 年間の研究を通じて、地域包括支援センター、及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員が独居認知症高齢者のケアマネジメントを行う際の考え方と実施項目を整理したものです。

ただし、本研究の実施期間中に、厚生労働省より介護保険制度施行後初めて居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務が示され、法定内業務とそれ以外が区別されました。本ガイドは、業務範囲の内外を問わず、試行的に整理したものであり、今後も検討を重ねながら修正していく必要があります。

2.独居認知症高齢者に対する社会的支援のケアコーディネーションの必要性

独居認知症高齢者が社会的支援のケアコーディネーションを必要とする背景には次のことがあります。

1)独居認知症高齢者と在宅継続率の関連

我が国では、平均寿命の延伸と少子高齢化の進展に伴い、認知症を抱えながら一人で暮らす高齢者の数が着実に増加しています。これまでの国内外の研究により、認知症高齢者は非認知症高齢者と比べて在宅継続率が低いことが示されており、さらに「認知症」であり「独居」である場合、その在宅継続率がより低くなることも明らかになっています[2)]。

2)生活基盤整備の重要性

地域包括ケアシステムの概念図において、住まいの選択はすべての支援の基盤として位置づけられています。独居認知症高齢者が地域で安心して生活を続けるためには、安定した住まいの確保が不可欠であり、地域の一員として安心して暮らし続けられる見通しを持てることが重要です。

賃貸住宅では契約の継続性、持ち家では家屋の老朽化といった課題が生じることがあります。また、要介護期の住まいの選択には、心身の状態に応じた活動性や安全性を確保できる居住環境や設備の整備も求められます。住まいの確保に関する支援が介護保険制度のケアマネジメントに直接関連するかどうかは議論の分かれるところですが、在宅生活の実現は住まいの安定があってこそです。状況に応じて、地域の居住支援協議会などの相談機関に繋げることも必要です。

3)日常生活の連続性と安全性の確保

生活は時間の流れとともに途切れることなく続いていくため、その人の生活習慣に応じた日々の行動が重要になります。しかし、認知症になると適切な判断が難しくなることがあり、特に独居の場合、家族の支援がないことで水分・食事摂取、排泄、清潔、更衣などの日常生活行為に支障が生じる可能性があります。これらの課題は、身体的健康問題にも深く関係していきます。こうした状況への対応は、主に介護保険や生活支援サービスの範囲となります。

4)身体的健康問題のリスクを低減すること

認知機能が低下した高齢者や認知症の方を対象とした疫学調査の結果によれば、独居の認知症者と同居家族がいる認知症者の間で、身体的健康問題に有意な差は認められていません[3)]。しかし、認知症のケアマネジメントの実践や事例検討では、水分不足や室温管理の不備による脱水症や熱中症、栄養確保の困難による低栄養、消費期限管理の課題、過度に濃い味付けや偏った食事の問題などがしばしば確認されています。

5)口腔保健活動の重要性

地域在住高齢者を対象とした調査では、「認知機能が低下しており、かつ独居である高齢者」は、低栄養の頻度が顕著に高まることが明らかになっています[4]。また、独居認知症高齢者では、もともと治療を受けていた慢性疾患の通院や歯科受診が中断したり、不調が見逃される可能性もあります。

在宅で定期的な面談が可能なケアマネジメントでは、口腔の状況に関するアセスメントが義務付けられて います。しかし、認知症の人の口腔内を確認すること自体が難しい場合があるほか、口腔内を確認できたとしても、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした調査では、「利用者の口の中の何を見て、どのように判断すればいいのかわからない」という実態が明らかにされています[5]。口腔保健活動の重要性が高まるなか、口腔ケアの自立度を確認することだけでなく、口腔内の状況を適切に把握できる環境を整えることが求められています。

6)独居認知症高齢者にとっての社会的孤立

社会的孤立について、タウンゼント（Townsend）は「社会的孤立（social isolation）とは、『家族やコミュニティとはほとんど接触がない』という客観的な状態である」と定義しています。この状態は社会的ネットワークが不足していることを意味し、特に独居認知症高齢者にとっては、必要な情報を得ることが難しくなるほか、支援の必要性に気づいてもらえないなど、社会的支援につながること自体が困難になる要因となっています。

7)孤独と精神的健康問題

孤独とは、仲間づきあいの欠如や喪失による好ましくない感情（主観）を意味する **loneliness** の状態です。独居の場合、家族との軋轢がない一方で、同居家族がいる場合よりも孤独を感じる人が多く、その程度も強いことが指摘されています。また、睡眠薬をはじめとする精神科の処方頻度が高いことも明らかになっています[6]。

独居認知症高齢者の置かれた状況は、社会的孤立に陥りやすく、孤独を経験するリスクが高いため、環境要因によって精神的健康問題を生じやすいといえます。

8)社会参加と余暇の充実

認知症の人へのインタビュー調査の二次分析により、「他者の存在を感じること、人とのつながり、他者とともに過ごすこと、会話や活動の機会が、日々の生活の楽しみにつながっている」ことが明らかになっています[7]。一方、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所を対象とした意識調査では、独居認知症高齢者の支援の実態として、活動や趣味・娯楽、仕事などへの参加率がいずれも低いことが示されました[8]。

介護保険制度におけるケアマネジメントは、日常生活上の課題（ニーズ）、特に保険給付に関連するニーズの充足に重点が置かれがちですが、独居認知症高齢者のニーズには、他者の存在を感じ、人とつながる活動や趣味、娯楽なども、その他の生活支援と同様に重要であることが分かります。

9)経済的困窮

認知症であり、かつ独居であることは金銭管理を困難にします。別居家族が行う介助では、排泄などの身体介護の頻度は低い一方で、金銭管理の支援が多いことが示されている[9]）。このことからも、独居認知症高齢者には金銭管理のニーズがあることが分かります。

都市部の認知機能低下が疑われる一人暮らし（独居）高齢者の生活実態調査では、「独居群は同居群と比較して年収が低く、住まいは賃貸が多い」と報告されています[10]）。年収が低く、家賃を払い続ける生活のなかでは金銭管理が難しく、経済的困窮に陥るリスクが高まります

10) 経済的被害

近年、テレビやインターネットの通信販売が増え、自宅にいても買い物ができる環境が整いました。また、サブスクリプション契約の増加により、本人が認識しないまま料金が引き落とされるケースもあります。

さらに、還付金詐欺、架空料金詐欺、預貯金詐欺などの特殊詐欺はますます巧妙化し、高齢者の被害が増加しています。介護支援専門員を対象とした調査によると、担当した独居認知症高齢者のうち、経済被害に遭った人、または遭いそうになった人の割合は 8 割を超えていたと報告されています。特に、独居で認知症を抱える場合には、権利擁護の視点が欠かせません。

11)行方不明

警察庁の統計によれば、認知症またはその疑いがあり、はいかいなどによって行方不明になったとして、2024 年に届け出があったのは延べ 1 万 9039 人で、前年より 330 人増加しました。この数は、統計を取り始めた 2012 年以降、最も多い数値となっています[12]）。

独居認知症高齢者の場合、同居家族がいないため、届け出がされないケースもあると考えられます。自治体では、行方不明への対応としてさまざまな取り組みを実施しています。高齢者の見守りサービスには、緊急通報、緊急連絡先登録、人的見守り、センサーやカメラを使用したオンライン見守りサービスなどがあります。また、GPS 探索サービスを利用することで位置情報の把握が可能です。さらに、地域住民の助け合いや SOS ネットワークなどの仕組みも活用されています。

12)自ら助けを求めるケースの少なさ

地域包括支援センター職員を対象とした調査によると、相談の経路には医療機関、民生委員、別居家族、マンション管理人、近隣住民などが含まれていました。一方で、相談経路として本人からの直接の相談はほぼ存在しないことが明らかになっています。そのため、外部から認識できる状況になって初めて支援につながるケースがほとんどであり、本人が自ら助けを求める機会が少ないことが課題となっています。

13)生活の質の確保

独居で認知症の症状が進行すると、自分でできる （手段的） 日常生活動作や他者との関わりが減少し、生活ニーズを十分に満たせないまま社会的孤立が進み、支援につながらない状況となることで、生活の質が低下します。

本人にとっては、人とのつながりを実感できる安定した生活が必要であり、独居認知症高齢者に限らず、誰もが主体的に活動できる地域づくりが重要です。生活の質の向上には、個別の支援と地域全体の環境整備の両方に目を向けたケアマネジメントが求められます。

3.独居認知症高齢者のケアマネジメントの原則

1)本人参加と本人の視点に立つこと

すべての人は個人として尊重されます。認知症基本法では、「すべての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」と定められています。また、厚生省令第 38 号では、ケアマネジメントを行う際には「常に本人の立場に立って」行うことが規定されています。つまり、ケアマネジメントの原則は、本人の参加と支援者が本人の視点に立つことにあります。

本人がケアの決定に関与できるようにすることが基本原則です。特に、認知症で独居の場合、意思決定に関わる家族がいるケースと、身寄りのないケースが考えられます。どちらの場合であっても、本人の意思表出能力や周囲の人間関係にかかわらず、その時点における本人が表出可能な状況をつくることが重要です。

2)現在と将来の準備としての意思決定支援

本人の認知症の症状と意思決定能力を尊重しながら、適切な意思決定支援を行うことが原則です。意思決定には、日常的なものと非日常的なものがあります。例えば、起床時間、服装の選択、食事の内容といった日々の生活に関わる小さな決定は日常的な意思決定に該当します。本人がこれまで築いてきた生活を尊重し（アセスメント）、その継続を希望する場合は、支援を通じて実現を促します。

一方で、非日常的な意思決定には、重要な治療に関する選択や住まいの決定などがあります。意思決定には、現在の生活に関するものと、将来の準備として行うものが含まれます。専門職が関与することで、将来を見据えた意思決定支援が可能となります。独居認知症高齢者の場合、家族の関与がないケースも想定されますが、その場合でも専門職が意思決定を先導したり誘導したりすることのないよう留意しなければなりません。

意思表明の方法には、本人の言語表現だけでなく、非言語による微細なサインも含まれます。医療・ケア従事者は、家族などとの相談のみに依存して意思決定を行わないことが求められています。そのため、意思決定支援の重要性について本人や家族などの理解を深める必要があり、ケアマネジメントにはこうした体制の整備も含まれます

3)本人の意思を捉えるためのエピソードの把握

意思決定支援は会議などで確認されることもありますが、特に生活に関わる場面では、日常の何気ない会話や関わりの中から、本人の意思を反映したエピソードを把握できることがあります。独居認知症高齢者の場合、同居家族からの情報が得られないほか、別居家族がいても長く離れて暮らしているため、本人の状況や気持ちを十分に理解できる情報が不足しているケースが考えられます。そのため、関わりを開始した後に、本人の意思を捉えるためのエピソードを把握し、蓄積することが重要となります。関わる専門職チーム間で、本人の言葉や習慣、しぐさ、表情などを日々把握できる体制を整備するとともに、近隣住民から得られる情報を確認することも必要です。

4)個別支援のネットワーキング

ケアマネジメントは、利用者ごとの個別ニーズを社会資源を活用して充足していく手法です。独居認知症高齢者の在宅生活を継続するために必要な社会資源には、介護保険や医療保険などの公的サービスの利用、多職種連携に加え、民生委員や町内会長などの地域資源も含まれます。これらを地域全体のネットワークとして構築していく視点の重要性が指摘されています。

独居認知症高齢者の在宅生活の継続を支えるためには、社会保障サービスによる切れ目のない多職種支援に加え、本人がこれまで築いてきた人間関係を活かし、その人らしく生活できるよう新たなつながりを形成するなど、地域の多様な社会資源を活用したネットワーキングが求められます。

5)認知症があっても独居で生活できる地域づくり

認知症があっても家族が同居していれば、見守りや声掛けによって日常生活の安全が確保されますが、独居の場合、それが難しくなります。さらに、認知症で独居の場合、必要な情報を収集・活用しにくく、支援につながることが困難になり、アンメット・ニーズの発生が懸念されます。必要な支援が地域に存在し、適切なコーディネーションを通じてネットワーキングが進むことで、在宅生活の継続性は向上します。独居認知症高齢者が安心して在宅生活を送れる地域こそ、地域包括ケアシステムのネットワークが強化され、地域共生社会の実現に近づいている状態といえます。

独居認知症高齢者のケアマネジメントにおいては、特に発見されにくいアンメット・ニーズを生じさせないための視点と知識を持つ相談支援の実施が重要です。また、ニーズの充足を目指した個別ネットワーキングと地域づくりの両輪を効果的に進めていく必要があります。

Ⅱ．独居認知症高齢者のケアマネジメント実践

1．独居認知症高齢者の発見と、それを支える地域づくり

1-1．支援を必要とする独居認知症高齢者の発見

独居認知症高齢者が、地域包括支援センターなどの専門職に対して直接支援を求めることは稀です。ただ待っているだけでは、支援を必要とする人を見つけることはできません。支援を必要とする独居認知症高齢者を発見することから支援は始まります。

1-2．緊急性の判断

初めての在宅訪問や本人との初めての接触時には、緊急性の有無を判断します。緊急性には、何らかの病気やケガなどの身体的問題、ライフラインの断絶、食料調達の困難などの経済的困窮、災害や居住環境の危険性、人的トラブルなど、さまざまな要因が考えられます。
初回から関わる支援プロセスの中で、緊急介入が必要となる状況が発生していないかを確認していきます。

1-3．本人に受け入れられ、信頼してもらうための関係づくり

本人が自ら求めた支援ではないため、初対面の際の接し方を工夫する必要があります。本人が自宅にいるとは限らないため、適切な出会いの場を設定し、その人やその時の状況に応じて、どのような言葉をかければ受け入れてもらいやすいかを考慮することが重要です。

場合によっては認知症初期集中支援チームと連携して対応することもあります。本人がどのような状況で支援者と出会い、どのような印象を持つかは、信頼関係の構築とその後の支援過程に大きく影響を与えます。この段階で本人に受け入れられ、信頼してもらうための関係づくりを慎重に進めることが重要です。

1-4．独居や認知症の人に関心を持ち、協力する人を増やすこと

本人が自ら支援を求めることが難しい状況では、周囲による発見が支援への重要な入り口となります。そのため、日頃から地域の独居高齢者や認知症の人に関心を持ち、協力する人を増やす活動が求められます。

民生委員や関係機関はもちろん、地域住民、マンション管理人、地域で働く人、子どもや学生などが認知症の人に関心を持ち、必要だと感じた際には地域包括支援センターなどへ相談できるよう、地域の理解者を増やしていく活動を推進していくことが重要です。

2．認知症かつ独居で生活していることへの理解

2-1．認知症があり、かつ、一人暮らしをしていることの尊重

独居認知症高齢者を単に支援が必要な人と捉えるのではなく、むしろ、これまで独居でありながら認知症とともに生活してこられたことを尊重する姿勢が求められます。

2-2．独居になった経緯の確認

現在「独居」であるといっても、その経緯はさまざまです。若い頃から独居だったのか、育った家庭（定位家族）の家族が亡くなったことで独居になったのか、結婚し生殖家族を築いたが結果的に独居になったのか、独居となった経緯を確認することは、その人の人生史を理解する上で重要であり、生き方や困難の乗り越え方を知る手がかりになります。また、支援者となり得る人に関する情報の把握にもつながります。

3．意思決定支援

3-1．本人が望む暮らしを思い描けること

本人は、どのような生活を送りたいのかを考える機会を持つことが重要です。他者からの問いかけを通じて、その思いを整理することができます。

3-2．本人が望む暮らしについて表出できること

本人が望む暮らしを自由に話せる場を提供するとともに、そこで関わる人々や本人にとって表出しやすいタイミング、場所、メンバーなどの環境を整えます。

3-3．本人と共に考えること

どのような暮らしを望むのかを問われても、考えたり、それを他者の前で表明することは、認知症の有無にかかわらず容易ではありません。しかし、本人と共に考える経験は、独居で認知症があっても、今後のことを親身に一緒に考えてくれる人がいるという安心感をもたらす可能性があります。

3-4．本人の意思を捉えるためのエピソードの把握と共有

本人の言葉だけでなく、何気ない動作、表情、しぐさなどを通じて表出された意思を捉えるようにします。認知症の進行に伴い意思を把握することが難しくなるため、支援開始の段階から以下の取り組みを行います。

・本人の言葉を日々捉えられる体制の整備
・本人の認知症発症以前の生活の経緯や考えの把握
・現在の生活における本人の嗜好、苦手なことや苦痛などを把握

こうしたエピソードに基づいたケアを適切に実施するため、契約の範囲内で関係者と情報を共有し、将来担当する支援者にも継続的に伝達できるようにします。

将来的に本人の意思表出が困難になった際でも、本人が過去に表出した意思に基づき、日常生活や非日常生活に関する意思決定が行われるよう支援体制を整えます。

3-5．日常生活における嗜好、快・不快の把握と共有

日常生活の中で、本人が好んで行うことや習慣的に続けていること、心地よく感じること、不快に思うことを確認します。その際、言語表出だけでなく、生活行動、しぐさ、表情などの非言語的な要素も考慮し、情報を蓄積して関係者間で共有します。これにより、本人の嗜好に沿ったケアを提供できるようになります。また、別居家族がいる場合は、家族から過去の生活に関する情報を収集し、より適切なケアの参考とします。

3-6．進行を見据えた中長期的な生活の将来予測

認知症の原因疾患や合併症、家族の支援状況、経済状況、家屋の状態、支援の受け入れ状況、近隣住民や知人による支援体制などを総合的に勘案し、生活の将来予測を立てます。

どのようなイベントやターニングポイントが概ねいつ頃訪れるかを予測し、その予測を踏まえて、将来の生活に向けた準備として意思決定支援の必要性を検討し、必要となった場合の支援体制を整えることが重要です。また、状況の変化に応じて意思決定支援の必要性や内容も変化するため、支援体制も適宜調整していく必要があります。

3-7．本人が最期までどこで過ごしたいかを知り、支援すること

本人がどこで、どのように暮らしたいと考えているのかを確認することが重要です。専門職の視点から可能かどうかを判断するのではなく、まずは本人の意向を尊重します。改まって尋ねることで分かることもありますが、日常生活の様子から読み取れる意思もあります。また、異なる人が異なる場面で確認すると、別の答えが返ってくることも珍しくありません。これまでのエピソードや現在の意向を踏まえ、別居家族がいる場合には家族の意向も確認し、望む場所での生活の可能性や想定されるリスクを検討します。その上で、別の選択肢も含め、話し合いの場を必要な時点で設定し、本人の意思に基づく支援を進めていきます。

4．必要な社会資源の利用支援

4-1．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

1-1 のとおり、独居認知症高齢者が自ら地域包括支援センターの窓口に相談する事例は稀です。本人が自分に支援の必要性があると認識していない場合、まず相談支援を主とする地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員が自宅などを訪問することについて、同意を得ることから支援を開始します。

介入のきっかけは、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、主治医からの紹介、近隣住民などさまざまですが、本人に受け入れてもらうまで何度も訪問し、時間をかけて信頼関係を構築していく場合があります。

4-2．本人の状況に応じた機関や事業所の紹介

本人の状況に応じた機関を紹介するとともに、本人だけでは手続きが難しい場合には、別居の家族や成年後見人とともに進めていきます。介護保険サービスのほか、健康状態が懸念される中で未受診や受診中断の状況がある場合には、かつてのかかりつけ医やかかりつけ歯科医へつなぎます。かかりつけ医がいない場合には、必要とされる診療科の病院を紹介します。

また、年金手続き、障害福祉サービス、生活保護、難病など、それぞれの必要に応じた支援へとつなげていきます。

4-3．受診継続のための体制整備

一度受診できても、継続的な医学管理を維持するために、受診を継続できる体制を整えます。
通院の場合、本人が通院日を認識できるよう前日や当日に声かけを行い、受診当日の外出準備、通院の移動の付き添い、院内での付き添い、薬の受け取り、自宅までの移動など、一連の流れを通院予定日に合わせて計画的に支援します。

併せて、日頃の生活状況や心身の状態を把握し、受診時に医師が指導した内容が日常生活に適切に反映されるよう、医療・介護の情報連携を進めます。

4-4．必要なサービス利用や受診を望まない場合の対応

医療機関への受診や介護サービスの利用が必要だと周囲が認識していても、本人がそのニーズを理解していない場合があります。また、いったん同意しても、受診日やサービス利用日になると忘れてしまい、同意前の状況に戻ってしまうこともあります。

本人がいったん同意した場合でも、その後も電話や対面で他職種の支援者が繰り返し声かけを行うなど、受診やサービス利用を促す工夫が必要です。
どうしても本人が受診やサービス利用を望まない場合は、緊急時を除き、強制することはできません。

5．孤独と精神的健康

5-1．本人が頼りにしている人の把握

本人がこれまで頼りにしてきた人、現在頼りにしている人、そして今後も頼りにしたい人を把握します。その人を本当に頼ることができるかどうかは、直接確認できる場合もあれば、そうでない場合もあります。支援の過程でさまざまな出来事が生じる中で、本人と関わるプロセスを通じて慎重に見極めていくことが重要です。

5-2．本人が関わりを望まない人の把握

支援者にとって、本人を支えてくれる人が多いほど良いと考えがちです。また、家族や親族の中には民法上、扶養義務を負う続柄の人もいます。しかし、認知症の独居高齢者の中には、困難な状況にあってもあえて家族や親族との関係を持たない人がいることも想定されます。

本人が関わりを望まない場合もあり、この点は「2-1．認知症があり、かつ、一人暮らしをしていることの尊重」や「2-2．独居になった経緯の確認」と関連する可能性があります。

5-3．緊急性の把握と対応

本人の病気やケガ、徘徊など、緊急性の高い状況をいち早く発見できる体制が必要です。介護保険や医療保険の利用をはじめ、市町村が実施する緊急通報システム、見守り支援サービス、SOS ネットワーク、民間の有料見守りサービスなどを活用することが想定されます。

近年では、自治体や家族が設置したセンサーやカメラなどによって状況を確認する方法もありますが、倫理的観点からの慎重な対応が求められます。

5-4．緊急連絡先の確認

本人の体調不良、医療同意、契約行為が必要な場合には、家族または成年後見人による対応が求められます。そのため、支援開始と同時に緊急時の連絡先を確認します。生活保護受給者については、生活保護ケースワーカーと連携し、緊急連絡先を把握します。

緊急時に連絡すべき家族やかかりつけ医などの連絡体制について、本人や家族と事前に確認し、連絡先と連絡方法を共有します。緊急連絡先が見つからない場合には、地域包括支援センターや行政とあらかじめ情報を共有します。また、関係機関から介護支援専門員や専門職に対し、医療同意や契約手続きを依頼された場合でも、本人に代わって手続きを行うことはできません。

5-5．孤独感の低減

独居で認知症を抱えている場合、人との関わりを持つことや必要な情報にアクセスしにくく、社会的孤立に陥りやすくなります。ケアマネジメントをはじめとする専門職の関与は、必要な情報や支援へアクセスできるよう、情報提供や手続きを共に行ったり、代行するなどの支援を提供することが可能です。

しかし、本人は地域の中で生活しているため、単に支援を受ける立場ではなく、地域の一員として参画しているという実感を持つことが重要です。そのため、認知症と診断される前の家庭や地域における役

割を把握し、現在の生活での実行状況を確認することが求められます。

5-6．本人の理解者を増やすこと

認知症のある人が近隣に住んでいる場合、住民は失火や漏水、ゴミの適切な処理、病気になった際の対応などについて不安を感じることがあります。

家族がいる場合には、

・家族が担える責任の範囲を明確にする

・支援者が関与していることを周囲に示す

これらの取り組みを行うことで、近隣住民や関わる人々が認知症のある人への理解を深め、場合によっては協力してくれる人が出てくることもあります。

本人の周囲に理解者を増やすことは、本人が地域の一員として安心して暮らせる環境の整備につながります。

5-7．趣味、娯楽、スポーツや文化活動、仕事等への参加支援

独居認知症の人にとって、他者の存在を感じること、会話や活動する機会は、日々の生活の楽しみとなることが研究結果から明らかになっています。一方、ケアマネジメントの実践においては、日常生活の維持に不可欠なサービス利用が優先され、趣味や娯楽などの楽しみの実現支援に対する重要度が低く認識される傾向も示されています。独居認知症の人のニーズとして、他者との交流を介護保険サービスで完結させる場合、本人の望む形でのニーズ充足には至らない可能性があります。この項目では、保険外の社会資源の活用が想定されます。

支援の範囲を制度内に限定してアセスメントを行うのか、本人の望む生活を実現するためのアセスメントと支援を行うのかは、担当者の価値観によって左右される側面があります。

5-8．喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

本人の尊厳を尊重した生活を実現するためには、支援内容の個別化が重要です。その過程で、本人の強みを生かせる支援方法を工夫する必要があり、その前提として、まず本人の強みを引き出すための情報収集を行います。

5-9．必要な場所への移動支援

本人が他者と交流したり活動に参加する際に、移動の問題が障壁となることがあります。活動を共にする仲間による送り迎えや送迎ボランティアの活用など、地域の資源を活用することで、本人が望む活動に参加できるよう支援します。

6．生活基盤の整備

6-1．現在の居住環境の整備

日常生活を送るために不可欠な電気・水道・ガスなどのライフラインが、本人の現在の能力に適しているかを随時確認し、適宜見直す必要があります。一方、使い慣れていない設備や機器については、使用方法を覚えることが難しい側面もあるため、工夫を凝らしながら、状況に応じてリスクと安全性のバランスを考慮し判断します。

整理整頓や掃除など、衛生状態を保つための支援は、本人の対応力や希望に応じて介護保険制度や民間の自費サービスを活用することが可能です。すでに物屋敷となっている場合は、本人や別居家族の同意を得た上で、ボランティアや業者に依頼することも検討します。

また、認知機能の低下への配慮や転倒予防、失火リスクの低減なども重要な視点となります。

6-2．住まいの確保

住宅の老朽化や賃貸住宅の契約更新などにより、現在の住まいに住み続けることが難しくなる場合があります。別居家族がいる場合は、まず家族に相談します。しかし、別居家族がいても対応が難しい場合や、そもそも家族がいない場合には、地域包括支援センターや地域の居住支援協議会などの相談窓口を活用することができます。

6-3．心身状態に応じた住まいの確保

心身状態の変化により、現在の住居が福祉用具の導入や住宅改修を行っても対応できない場合には、新たな住まいの確保について検討が必要です。それは時に、住み替えや在宅生活の限界を判断することにもつながります。

7．日常生活の連続性と安全の確保

7-1．本人の 24 時間の活動状況、ADL/IADL の確認

独居認知症の人の生活状況を把握することは容易ではありませんが、知ろうとしなければ見えてこないものです。本人の 1 日、一週間の生活リズムや、季節による生活行動の変化について、本人の話や他の専門職・関係者の情報、室内の状況や行動の事実を照らし合わせながら類推し、少しずつでも把握していきます。

まだ事例は少ないものの、センサーやカメラ、通電状況の確認によって行動を把握する方法もあります。ただし、本人の尊厳を保持するという倫理的観点から慎重に対応する必要があります。

本人の生活実態を把握することで、本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整え、乱れやすい睡眠・覚醒リズムが安定するよう調整していきます。

7-2．家事・環境整備

一人で過ごす時間が多いため、本人が現在持っている能力を最大限発揮し、快適で安全な生活環境を整えることが求められます。

例えば、物の場所が分かりやすいように、引き出しに収納されているものの名称を貼り出すなどの工夫を行います。また、大切なものの保管場所については、本人や別居家族などと相談し、事前に決めておきます。

7-3．水分・食事内容の確認

食事の時間、回数、内容や量、食欲などを記録し、体重の増減や BMI 値によって栄養状態を把握するよう努めます。低栄養やフレイル予防の観点も含め、関係者が協力して情報を共有し、適切な支援を行います。

食事の確保には、訪問介護、通所サービス、配食サービスなどが考えられますが、自宅に食物を置いておく場合には、腐敗など食品管理の課題に十分留意する必要があります。

7-4.身体の清潔保持

「認知症」かつ「独居」であることにより、入浴や整髪、爪切りなどの清潔保持が難しくなることが想定されます。入浴の有無は、皮膚の汚れや頭髪の状態、臭いのほか、自宅に入室できる場合には浴室の使用状況を確認することで類推します。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣、生活歴、背景、住環境、経済状況によって異なるため、可能な限り本人や家族の特徴や要望を把握し、柔軟に対応します。

本人の健康状態や、長期間爪切りや耳掃除を行っていない場合には、医師や看護師と相談し、安全に実施できるよう配慮します。清潔保持は定期的に行う必要があるため、介護保険サービスなどの定期利用を通じて衛生状態の確保を図ります。

7-5．清潔・安全で季節に応じた衣服や靴を身に着けること

服は、清潔で季節に適したものであることに加え、本人の心身の状態や好みに合ったものであることが重要です。心身の状態に合わせた衣服の選択には、例えば、歩行状況に応じたズボン裾の長さの調整、排泄時に脱ぎ着しやすい服、コンロ使用時に袖が燃え移らないデザイン、パーキンソン症状がある場合は踵が高めの靴等さまざまです。

認知症の進行により、他者が衣服の購入や選択を代行することが増えることで、久しぶりに会った家族や以前から本人を知る人が「本人らしさを失った」と感じることがあります。こうしたことを完璧に管理することは難しいですが、たんすの中の衣服を見ることで、本人が好んでいた衣服のタイプを知ることができます。衣服には本人らしさが表れるため、この点も考慮しながらアセスメントを行い、関係者間で情報を共有します。こうした支援は独居認知症の人の本人支援だけでなく、家族への情緒的支援にもつながります。

7-6．排泄状況の確認と自己排泄継続の支援

独居認知症高齢者の排泄状況、特に排便の確認は容易ではありません。しかし、排泄は健康維持において重要な機能であり、その自立を保つことは本人の自尊心にもつながります。何が排泄の障害となっているのかを見極め、それを取り除く支援を検討します。また、排泄の間隔を把握することで、必要な支援や使用する排泄用具を工夫し、失敗を減らすよう努めます。医療や介護をはじめ、福祉用具専門相談員等と連携を図ります。独居認知症高齢者の在宅限界点を検討する要因は複数ありますが、その一つに排泄が挙げられます。

7-7.口腔清潔・口腔機能を保つこと

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整えます。口腔内を確認することが難しい場合や、確認できても何が異常か判断でき兼ねる場合には歯科医師や歯科衛生士の評価を受ける体制を整備します。

また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整えます。

7-8.医師の指示に基づく適切な服薬

併発疾患の再発防止あるいは重度化防止には医師の指示に基づくてきせつな服薬が欠かせません。そのことを可能な限り本人が理解できるように支援します。独居認知症高齢者の場合には、誰かと一緒にいる時間帯に服薬する体制を整えることで、確実な服薬に繋がります。かかりつけ医に在宅での生活状況を伝え、服薬タイミングや回数を調整してもらえるよう相談し、併せて介護保険サービス等の対応時間を調整します。 残薬、落薬、誤飲等がないか、環境整備等のタイミングでわかる範囲で確認したり、薬の内容や心身状態によっては訪問看護等に服薬指導を依頼するなど、状況に応じて対応します。

7-9．医師の指導を取り入れた日常生活

かかりつけ医やかかりつけ歯科医などからの指導内容を、医療・介護の連携によって情報共有し、それをもとにケアプランへ反映します。また、必要なサービスや担当者に情報を共有することで、医師の指導を取り入れた日常生活を実現し、本人のセルフケアを促進します。

7-10．体調変化の把握と医療との連携

独居認知症高齢者の場合、体調不良があっても自ら発信することが難しく、また周囲に気づく人がいないため、発見が遅れる可能性があります。

疾患ごとに再発時の症状を関係者間で共有し、できるだけ早く適切な対応ができるよう準備します。例えば、ケアプランの 1 表に記載したり、本人の自宅に症状の一覧を掲示するなどの工夫を行います。

7-11．年末年始や祝日など、公的サービスの確保が難しい時期の生活継続

独居認知症高齢者の多くは、介護保険サービス、医療保険サービス、自治体独自のサービスなど、公的・民間サービスを組み合わせて生活しています。しかし、年末年始や祝日、大型連休などには通常のサービス提供が制限されることがあり、とりわけ近年の人材不足により、休暇期間中のサービス確保が課題となっています。優先度の高いサービスについては、早めに担当者に相談したり、該当期間にはショートステイを利用するなど、日常生活と安全を確保できるよう計画的に準備を進めておくことが重要です。

一方、普段は独居であっても、年末年始などに家族が本人宅を訪れる場合があります。普段接する機会の少ない家族との交流は良い影響をもたらすこともありますが、家族が本人の現在の認知機能や生活遂行能力を十分に理解しておらず、混乱する場合もあります。

特に医療処置を伴う場合には、必要に応じて事前に医師や看護師などから説明や指導を受ける機会を確保することが望ましいです。

7-12．多様な生活ニーズの充足

個別の日常生活のニーズは多様であり、保険サービスでは対応できない場合には、民間サービスの利用が想定されます。しかし、独居で認知症のある人が、そのサービスの信頼性を判断し、適切な選択をすることは困難を伴います。

厚生労働省は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる民間サービスの紹介を法定外業務として区分しています。対応範囲は地域や居宅介護支援事業所の判断によりますが、民間サービスのガイドラインや認証制度が設けられ、認可する団体も設立されています。認可基準は、介護保険サービスの指定基準に類似しており、どのようにサービスを探すか、どこが信頼できるかなどの不安を軽減する役割を担っています。

一方、民間サービスの利用開始後の経過を評価する第三者機関は存在していません。そのため、公的領域のケアマネジメントがどのように関与するかは、今後整理すべき重要な課題となっています。

8．権利擁護

権利擁護支援とは、判断能力の低下などにより権利侵害が生じやすい状況にある人の権利を守るための支援です。「認知症」かつ「独居」という状況は、権利侵害のリスクがより高まります。
「3．意思決定支援」で既に意思決定支援について触れましたので、ここでは虐待、財産管理、消費者被害について説明します。

8-1．高齢者虐待の防止

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号、以下「高齢者虐待防止法」）で定義される虐待には、以下の項目が含まれます。

表.養護者による高齢者虐待

ⅰ身体的虐待	身体に外相が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること。
ⅱ介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による 虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
ⅲ心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える 言動を行うこと。
ⅳ性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
ⅴ 経済的虐待	養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に 財産上の利益を得ること。

表．養介護施設従事者等による高齢者虐待

ⅰ身体的虐待	身体に外相が生じるような、または生じる恐れのある暴行を加えること。
ⅱ介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき 職務上の義務を著しく怠ること。
ⅲ心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える 言動を行うこと。
ⅳ性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
ⅴ 経済的虐待	高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

厚生労働省．高齢者虐待防止の基本．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/1.pdf

8-2．権利擁護とケアマネジメントにおけるサービス品質の管理

ケアマネジメントには、対象者の権利擁護とともに、サービスの品質管理を行う視点が求められます。養護者による虐待の確認に加え、養介護施設従事者などによる虐待の疑いも併せて確認する必要があります。

独居認知症高齢者の場合、同居家族がいないため家族からの虐待の可能性が低いと考えられがちですが、必ずしも否定できるわけではありません。例えば、別居家族が金銭管理を行っている場合、どこからが虐待に該当するのか判断が難しいケースもあります。

ま た、本人が金銭や財産管理を行っている場合、特殊詐欺や消費者被害に遭っても発覚しづらい状況にあります。そのため、違和感のある行動や状況を見逃さないよう注意深く観察することが重要です。こうした場合には、成年後見制度の利用を視野に入れ、本人や家族の権利が適切に保護されるよう、意思決定支援チームの構成を検討します。

8-3．虐待発見時の通報義務

高齢者虐待の発見に関する通報義務は、以下のように定められています。

- 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合
  ➢その高齢者の生命や身体に重大な危険が生じている場合、速やかに市町村（地域包括支援センター）へ通報しなければなりません。
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者
  ➢速やかに市町村（地域）へ通報するよう努めることが求められます。

【コラム】セルフネグレクト

セルフ・ネグレクトとは、介護・医療サービスの利用を拒否することで社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持が困難になる状態を指します。この状態は高齢者虐待防止法の対象外ですが、「支援してほしくない」「困っていない」などの理由で、他者の関与や支援を受け入れないケースが多く、支援には困難が伴います。

セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の中には、認知症や精神疾患・障害、アルコール関連の問題を抱える人がいるとされています。特に認知症かつ独居の場合、社会的孤立が進みやすく、併存疾患の影響もあり、生命・身体に重大な危険が生じる恐れや、孤立死のリスクが高まる可能性があります。

このような状況に対応するため、高齢者の見守りネットワークや地域ケア会議を活用し、セルフ・ネグレクト状態にある独居認知症高齢者を支援できるよう、地域包括支援センターや市町村の高齢福祉部局に相談します。さらに、これらの窓口を通じ、必要に応じて高齢者虐待に準じた対応が行えるよう、関係機関と連携した支援体制を構築することが求められます。

8-4. 日常生活自立支援事業

日常生活自立支援事業とは、都道府県・指定都市社会福祉協議会（窓口業務は市町村の社会福祉協議会などで実施）が運営する事業です。対象者は、次のいずれにも該当する方です。

- 判断能力が不十分な方
  （認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで、日常生活を営むために必要なサービスの利用に際し、情報の入手・理解・判断・意思表示を適切に行うことが困難な方）
- 本事業の契約内容について判断できる能力を有していると認められる方

独居認知症高齢者の場合、後者の条件を満たすことが難しい場合があります。また、仮に利用していたとしても、認知機能の低下によって成年後見制度への移行が必要となる可能性があるため、適切なタイミングを見極めることが求められます。

8-5. 成年後見制度

成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などにより十分な判断能力を持たない人（本人）について、本人の権利を守る後見人などを選定し、法律的に支援する制度です。

成年後見制度には、次の種類があります。

表.成年後見制度

<table>
<tr><td>区分</td><td>対象となる方</td><td colspan="2">本人の権利を守る人</td></tr>
<tr><td>補助</td><td>判断能力が不十分な方</td><td>補助人</td><td rowspan="3">監督人を選任することがある</td></tr>
<tr><td>保佐</td><td>判断能力が著しく不十分な方</td><td>保佐人</td></tr>
<tr><td>後見</td><td>判断能力が欠けているのが通常の状態の方</td><td>成年後見人</td></tr>
<tr><td>任意後見</td><td colspan="3">本人の判断能力が不十分になったときに，本人があらかじめ結んでおいた任意後見契約にしたがって任意後見人が本人を援助する制度である。家庭裁判所が任意後見監督人を選任したときから，その契約の効力が生じる。</td></tr>
</table>

出典：裁判所． https://www.courts.go.jp/saiban/qa/qa_kazi/index.html#qa_kazi53

成年後見制度は「法定後見」と「任意後見」の 2 種類があります。法定後見には、本人の判断能力の低下具合等を考慮し、さらに後見・保佐・補助の 3 つの類型に分かれます。家庭裁判所は、それぞれ「成年後見人」「保佐人」「補助人」（以下、「成年後見人等」）を選任し、本人を法律的に保護し支援します。

一方で任意後見は、自分の判断能力が衰えてきた時に備えて、本人があらかじめ後見人を選んで、その後見人にお願いする仕事内容を決めておくことのできる制度です。

独居認知症高齢者の人の判断能力が低下して困っている状況であっても、成年後見制度が即

時利用できるわけではありません。申請手続きには、家庭裁判所への申し立てと多くの書類の準備が必要となります。申立書作成や必要書類を準備する時間と費用がかかります。弁護士等の専門家に依頼することもありますが、身よりのない独居認知症高齢者の場合には市長申し立てとして申請する場合があります。これらについても地域包括支援センターや市町村の高齢福祉に係る窓口に相談することです。一旦、後見制度が始まると、ほとんどのケースでは、本人が死亡するまで続きます。本人や親族の都合のみでは制度利用を止めることはできませんので、申請にあたって家族がいる場合には十分に相談のうえ行う必要があります。

8-6.特殊詐欺被害

警察庁によれば、特殊詐欺とは「犯人が電話やハガキ（封書）等で親族や公共機関の職員等を名乗って被害者を信じ込ませ、現金やキャッシュカードをだまし取ったり、医療費の還付金が受け取れるなどと言って ATM を操作させ、犯人の口座に送金させる犯罪（現金等を脅し取る恐喝や隙を見てキャッシュカード等をすり替えて盗み取る詐欺盗（窃盗）を含む。）のこと」定義され、特殊詐欺は、10 種類に分類されています。こうした詐欺にあった場合には速やかに警察に連絡してください。

① オレオレ詐欺　②預貯金詐欺　③架空料金請求詐欺　④還付金詐欺
⑤融資保証金詐欺　⑥金融商品詐欺　⑦ギャンブル詐欺　⑧交際あっせん詐欺
⑨上記に該当しないその他の特殊詐欺　⑩キャッシュカード詐欺盗（窃盗）

出典：警察庁.特殊詐欺とは　https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/kurashi/tokushu/furikome/furikome.html

8-7.消費者被害

不本意な契約締結した場合には、消費者生活センターなどへの消費生活相談窓口へ相談できます。事業者による違法・悪質な勧誘行為等を防止し、消費者の利益を守ることを目的とする法律に特定商取引法があります。 具体的には、訪問販売や通信販売等の消費者トラブルを生じやすい取引類型を対象に、事業者が守るべきルールと、クーリング・オフ等の消費者を守るルール等を定めている法律です。

訪問販売、電話勧誘販売、訪問購入その他の方法があり、独居認知症高齢者は自宅にいることや、社会的に孤立し他者との会話も少なくなるため、悪質な訪問販売が訪問して話し相手になってくれるといったところから被害に遭うケースがあります。

次のような対応方法がありますが、訪問販売などによるクーリングオフ期間は、訪問販売・電話勧誘販売・特定継続的役務提供・訪問購入においては 8 日以内ですので、発見から対応まで迅速

な対応が求められます。何よりも、独居認知症の人をこうした被害から守るためには社会的孤立の解消や、生活支援のネットワークをつくることが重要です。

表．特定商取引法の概要.民事ルール.

クーリング・オフ
特定商取引法は、「クーリング・オフ」を認めています。クーリング・オフとは、契約の申込み又は締結の後に、法律で決められた書面を受け取ってから一定の期間内(※)に、無条件で解約することです。(※) 訪問販売・電話勧誘販売・特定継続的役務提供・訪問購入においては 8 日以内、連鎖販売取引・業務提供誘引販売取引においては 20 日以内。通信販売には、クーリング・オフに関する規定はありません。
意思表示の取消し
特定商取引法は、事業者が不実告知や故意の不告知等を行った結果、消費者が誤認し、契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときには、消費者が、その意思表示を取り消すことができる旨を規定しています。
損害賠償等の額の制限
特定商取引法は、消費者が中途解約する際等、事業者が請求できる損害賠償額に上限を設定しています。

出典：消費者庁.特定商取引法の概要.民事ルール.https://www.no-trouble.caa.go.jp/what/

9.別居家族（別居介護者）への支援

9-1.別居家族の意向の確認

厚生労働省は介護支援専門員が行う課題分析において、家族を最初から「介護者」として捉えなくなりました。つまり、家族であっても「介護者」となるかは家族の意向によります。家族は日常生活や意思決定に関わる者として、本人の介護への参加の意思確認を行ったうえで、具体的にどのような関わりが可能であるかを確認することとなりました。つまり、ここでいう別居家族の意向とは、本人の介護への参加の意向、本人の今後の生活に対する家族としての意向という複数の意味を持ちます。したがって本稿では「別居家族」と表記します。

9-2. 独居認知症高齢者の家族としての役割

9-1 では、家族の本人への介護参加の意向を確認することにしましたが、一方で医療同意や認知機能が低下した本人のサービス利用契約に関しては、成年後見制度が申請されていない場合、家族がサポート役を担います。独居認知症高齢者の近隣住民は、一人暮らしが本当に安全かどうか不安を抱くことがあります。こうした心理を考慮すると、別居していても本人を支援する家族の存在が見えることで近隣住民の安心感は高まります。また、近隣住民への協力の挨拶やお願いごと、さらに万一本人と近隣住民との間でトラブルが発生した場合の対応についても、介入初期の段階で家族が担うべき役割を確認しておく必要があります。この点についての説明は、地域包括支援センターや介護支援専門員が行います。十分に説明がなされなければ、近隣住民は「誰かが対応してくれる」といった誤った期待を抱くおそれがあります。

9-3. 家族アセスメントに基づく支援

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所で使用するアセスメントは、要介護者である独居認知症高齢者を対象としたものです。別居家族の構成、関係、生活状況、社会的役割、他の家族成員の育児や介護の有無、就労の有無などは、今後の本人支援を行う上で必要かつ重要な情報となります。

9-4. 家族間の意向の相違をすり合わせる側面的支援

家族は、これまでの関係の中で暗黙のルールに基づいて物事を進めることが多く、他人とは異なり、敢えて言葉にしなくても理解し合える部分があります。しかし、介護という新たな家族の課題に直面すると、気持ちや状況を言葉にしなければ理解し合えない場面が出てきます。それぞれの意向や意見の相違を調整するため、相談援助の専門職が立ち会うことで、専門的な情報を得ながらより冷静に話し合うことができる可能性が高まります。

9-5．別居家族の支援方法

家族に対する社会的支援の基本には、評価的サポート（ねぎらうこと）、情緒的サポート（困りごとや心配ごとの相談に応じること）、情報的サポート（必要な情報を提供すること）、手段的サポート（サービス利用や制度の利用を支援すること）があります。

地域包括支援センターや介護支援専門員が面談を通じてこれらの支援を行うことができますが、臨床心理士による心理相談や、家族会などのピア活動も重要な役割を担います。ケアマネジメントの実践においては、意図的な家族支援として、家族が社会的支援につながるよう促すことが求められます。

認知症への理解を深めることや、遠方に住んでいることで情報を得られず不安を抱いている家族への支援も大切です。一方で、介護への関与を拒む家族もいます。家族が積み重ねてきた時間と出来事のうえに、現在の関係が構築されていることを理解しつつ、独居認知症高齢者には家族にしかできない判断や支援があることも伝え、そのうえで家族の総合的な判断を尊重する場面もあります。

10．在宅の限界点の検討

10-1．尊厳ある生活の検討

本人が在宅生活を望んでいたとしても、独居で認知症の重度となると、日常生活のほとんどに介護が必要となります。自費サービスや別居家族・知人による手厚いサポートを受けながら 24 時間の生活を維持できれば、在宅生活を続けることは可能ですが、多くの場合、在宅の限界点について検討しなければならない時期を迎えます。

その際、過去に本人が表明した意向や（3-7．本人が最期までどこで過ごしたいかを知り、支援すること）、これまでの生活に関するエピソードを踏まえ、現状や今後生じ得るリスク、経済状況などのバランスを考慮し、別居家族の意向も確認したうえで共同意思決定支援を行います。

在宅の限界点には一律の基準があるわけではなく、本人にとって何が尊厳ある生活なのかを個別に考慮することが重要です。そのため、これまでのケアマネジメントの経過を振り返りながら、慎重に検討を進めることが求められます。

10-2．その人らしく笑顔になる引継ぎ

施設などへの入居が決定した場合、本人がこれまで大切にしてきた生活習慣や、「3-5．日常生活における嗜好、快・不快の把握と共有」に基づく情報を引き継ぎます。季節ごとの飲み物や食べ物の好み、好きな服や色、名前の呼ばれ方（姓か名かなど）、笑顔が出る言葉、大切にしている人の名前やエピソードなどを共有することで、環境が変わっても本人らしい生活を可能な限り維持できるようにします。

この引継ぎの目的は、生活の場や関わる人が変わっても、本人が培ってきた習慣を尊重し、心が穏やかになるような声かけや対応を、新たな担当者が実践できるようにすることです。

認知症が進行し、本人の言葉の発話や理解が難しくなっていたとしても、本人が何もわからなくなったわけではありません。本人の心に響く固有の言葉、音楽、エピソードなどを伝えることで、笑顔を引き出すことができる可能性があります。

11．独居認知症高齢者のケアマネジメント

介護保険制度に基づくケアマネジメントは、制度の枠を越えた包括的な支援を行うことには限界があるかもしれません。しかし、チームケアによって個人の生活に深く寄り添い、長期間にわたって支援を続けることができる強みがあります。支援を通じて得られた本人の情報を適切に引き継ぐことができるのも、ケアマネジメントの重要な役割のひとつです。

本ガイドは地域包括支援センターの職員と、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が行うケアマネジメントを想定したものですが、独居認知症高齢者のケアマネジメントは、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医等との総合ケアマネジメントにより成立します。その位置づけを理解した実践が、独居認知症高齢者の地域生活をよりよく支援することに繋がります。

文献一覧

1) 石山麗子,鈴木善雄: 独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー 独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か.厚生労働科学研究費補助金 認知症政策研究事業 令和４年度総括・分担研究報告書,41-45(2022)
2) 川越雅弘 et al.一人暮らし在宅高齢者の２年後の転帰.在宅継続率およびケアの場の移行状況.老年精神医学雑誌,33(3):218-223(2022)
3) 津田修二.認知症とともに一人で暮らす高齢者の健康問題と支援ニーズ.老年精神医学雑誌.33(3):230-234(2022)
4) Iwasaki.M,et al.National Status and body composition in cognitively impaired older persons living alone:The Takashimadaira study.PLoS One,16(11)2021 Nov23:e0260412.
5) 大森七,石山麗子,酒井恵美子.居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施する口腔アセスメントのための情報収集の実態.日本自立支援介護・パワーリハ学会誌.17(1):38-45(2023)
6) 粟田主一.一人暮らし,認知症,社会的孤立.老年精神医学雑誌.31(5):451-459(2020)
7) 堀田聰子. 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. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）総括・分担研究報告書,73-80(2023)
8) 石山麗子. 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. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）総括・分担研究報告書,49-60(2023)
9) 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. 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業） 総括・分担研究報告書,61-68(2023)
10) 稲垣宏樹. 新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）総括・分担研究報告書,45-68(2021)
11) 酒井恵美子,小平めぐみ:要支援・要介護高齢者の経済的被害とケアマネジャーの支援に関する研究 居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの質的調査から.自立支援介護・パワーリハ学,14(1):20-29(2020)
12) 警察庁生活安全局人身安全・少年課. 令和５年における行方不明者の状況. 認知症に係る行方不明者の状況;6（2024）
https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/R05yukuefumeisha.pdf

Ⅱ. 独居認知症高齢者のケアマネジメント実践での参照文献

・粟田主一.認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは？一人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)
・日本総合研究所.適切なケアマネジメント手法.概要版 項目一覧【基本ケア】及び【疾患別ケア 認知症】

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
研究代表者　粟田主一　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／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長

研究要旨
本研究は、①独居認知症高齢者を支える家族介護者の支援実態と課題を明らかにすること、②「認知症家族介護を支える地域環境指標」の開発とその有効性の検討を目的とした。文献レビューにより、別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界などが明らかとなった。加えて、全国調査により、家族介護者の主観的評価に基づき 20 項目から構成された指標に対して因子分析を行い、「住民理解と相互支援」「地域生活基盤」「制度・行政サービスの充実度」の 3 因子・16 項目からなる「認知症家族介護を支える地域環境指標」を開発した。さらに、独居認知症高齢者の家族介護者（n＝166）を対象に重回帰分析を実施した結果、本指標は BPSD と並んで介護負担感と有意な関連を示した。これらの成果は、支援資源としての地域環境の意義を示している。これらの研究成果は、家族介護者および介護職向け支援ガイドとして取りまとめている。

A. 研究目的

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は、世界的に 4600 万人いると推計される[1)]。日本では 2000 年の介護保険制度導入以降、ケアを必要とする独居高齢者の増加が顕著となっている。制度開始当初は、介護が必要な独居高齢者の多くが身寄りのない人々であり、生活支援を担う親族も存在しないケースが大半を占めていた。しかしその後は、介護が必要となっても独居を継続する高齢者に対し、別居の家族が介護を提供する割合が増加している[2)]。

こうした社会的変化を背景に、認知症を発症し支援が必要となった高齢者に対し、家族がどのような支援を行っているのか、またその支援にどのような課題があるのかを明らかにすることは、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題を目前に控える日本においてきわめて重要な意義を持つ。

本厚生労働科学研究では、このような背景を踏まえ、独居の認知症高齢者を支える家族が直面する課題や支援の実態について、量的・質的手法を用いて明らかにしてきた。最終年度となる本年度は、家族介護者による介護課題および支援の実態に関する文献レビューを実施し、本課題に関する今後の研究や政策的方向性を見出すととも

に、独居認知症高齢者の介護を支える地域環境の影響について検討を行う。これにより、独居認知症高齢者を支援する「地域」という新たな支援媒体の可能性を探ることを本研究の目的とする。

B. 研究方法

（ア）文献レビュー

検索媒体は、医中誌、PubMed, Web of Science, PsycINFO, CiNii とした。各検索式および検索件数は、表１の通りとした。なお検索日はすべて 2024 年 9 月 12 日である。　またハンドサーチとして、抽出した文献の引用文献等から 13 件の文献を抽出した。

（イ）地域指標の開発

本研究では、全国の地域在住要介護高齢者（要介護 1〜5）の家族介護者 3,256 名を対象としたオンラインコホートに対してフォローアップ調査を実施し、認知症高齢者の介護継続の実態に加え、地域における「認知症家族介護を支える地域環境指標」に関する主観的評価を把握した。

測度：調査では、介護者の基本属性（性別、年齢、就業状況、婚姻状況など）および介護関連項目（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状況など）を収集した。地域の介護しやすさについては、既存の地域支援尺度や家族介護者へのインタビュー結果を基に構成した 20 項目を用い、「1：そう思う」から「5：まったくそう思わない」の 5 件法で回答を求めた（調査項目は表２参照）。

解析方法：分析にあたっては、認知症家族介護を支える地域環境指標に関する 20 項目を対象に主成分分析および探索的因子分析を行い、因子構造を検討した。因子抽出には最尤法を用い、因子間の相関を前提としたプロマックス回転を実施した。因子数の決定は、固有値 1.0 以上、スクリープロットの形状、および因子の理論的妥当性を総合的に判断した。作成した認知症家族介護を支える地域環境指標を基に、独居認知症高齢者を支える家族における地域指標の負担感軽減との関連を検討するために重回帰分析を実施した。モデルには、介護者および要介護者の基本属性や介護関連要因を共変量として投入し、多変量調整モデルにより地域環境が介護負担感に及ぼす影響を評価した。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。

表１**医中誌検索式および検索件数**

論文検索サービス	検索式	検索件数
PubMed	(“distance care” OR ((“live-out” OR “non-coresident”) AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family)	250
Web of Science	(“distance care” OR ((“live-out” OR “non-coresident”) AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive	275

	impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family)	
PsycINFO	(“distance care” OR ((“live-out” OR “non-coresident”) AND care)) OR ((Dementia OR “cognitive impairment”) AND (“living alone” OR solitary) AND family)	147
医中誌	(認知症/TH or 認知症/AL) and (家族/TH or 家族/AL) and ((ひとり暮らし/TH or 独居/AL) or (ひとり暮らし/TH or 一人暮らし/AL) or 単身/AL or 別居介護/AL or 遠距離介護/AL or 通い介護/AL) and (PT=会議録除く)	746
CiNii	認知症 and 家族 and (独居 OR 一人暮らし OR 単身 OR 別居介護 OR 遠距離介護 OR 通い介護)	51
ハンドサーチ	データベース検索から抽出した文献の引用文献等	13

C. 研究結果

(ア) 文献レビューによる独居認知症高齢者の家族が抱える課題

1. 身体・認知・情緒機能変化の確認の困難

まず、別居家族にとって、高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調が悪いなどの緊急時に、家族の対応が遅れてしまうといった課題があげられ[3, 5]、これらの状況について家族が不満を抱いていることが報告されている[5]。家族が電話等で確認を頻繁に行おうとしても、高齢者本人が不調を隠す[3]、高齢者本人がサービス利用など他者の支援介入を嫌がることで、見守りの体制を構築できないという課題につながっている[6]。

背景には、高齢者自身のセルフケアの難しさという課題がある。例えば、本人が認知症を認識しておらず、サービスを受けないためにセルフケアが滞るという課題[7]、糖尿病患者の場合など自己管理がそもそも難しい[8]、にもかかわらず「家族に迷惑はかけたくない」という思いがセルフケアを難しくしていた[8]。また、認知機能の低下した独居高齢者では服薬管理の難しさ[9]や、歯科受診が滞りやすいことが明らかになっている[10]。

2. 日々の生活における安全管理・金銭管理の難しさ

日々の生活管理における課題もある。オーブンやガスの使い方を忘れて、火事になりかけるといった安全管理の問題[11]や、雇用した便利屋や看護師等により物を盗まれたり、お金を引き出されるなど、金銭管理の課題[11-13]も報告される。また、認知症に伴う一人歩き（徘かい）のあった高齢者が死亡したケースでは、同居者がいる高齢者よりも独居高齢者のほうが有意に多い[14]等、家族が直面する安全・金銭管理の課題は多岐にわたる。

3. パンデミック時の介護

新型コロナウイルスのような感染症パンデミックが発生した際には、全般的にサービス利用が減少した一方で家族らのインフォーマルケアの提供時間が増加し

た[15]。一方、パンデミック時の移動の制限は、家族にとって介護提供の困難が増す可能性がある[16]。総じて主観的な介護負担感は高くなっていたが、居住形態による差はみられていない[17]。これらパンデミックの独居認知症高齢者の家族に与えた影響については更なる検討が必要である。

4. 災害に対する備え

独居認知症高齢者の場合に避難経路の確認ができていない割合が高いことが明らかになっており[18]、独居認知症高齢者を支える別居家族にとって災害時の避難が課題となりうる可能性は大いにあると考えられる。

5－1. 介護を提供することから生じる課題：経済的負担・身体的負担・心理的負担

介護のための移動に時間がかかることは大きな負担の一つとなる[3) 19)]。移動に係る負担は身体的負担にとどまらず、移動費用[3)]や状況確認のための電話料金[3)]といった金銭的負担につながっている[19)]。加えて、仕事の調整等により所得へも影響しうる[3)]。一方、高齢者から家族への身体的な危害により、両者の関係が断絶したケースも報告[20)]されており、様々な身体的負担がある。

さらには、家族が不安や当惑、孤立といった感情を抱える[21)]など、心理的負担も報告される。別居の介護では意思決定を担うこと、[22)]、専門職とのコミュニケーションや近隣住民との関係構築[23, 24)]に時間を費やす等、手段的介護以外の支援提供も多く、これらの精神的健康への影響も懸念される。また、仕事や育児といった役割を担っている場合、役割過重による心理的ストレス[13)]の報告もあり、虐待を始めとした不適切行為につながることが懸念される[25)]。

同居・別居の違いによる介護者の精神健康・心理的負担の差異については議論が分かれ、別居群のほうが精神的負担感が有意に低い[26)]とされる一方で孤独感[27)]、負担感[28,29)]においては、統計的な差異が明らかになっておらず、更なる検討が必要である。

5-2. 高齢者本人および、介護する親族らとのコンフリクト

生活や介護の方針について、高齢者と介護者の意向のすり合わせの難しさやそこで生じるコンフリクトがあげられる[8,30,31)]。別居介護の場合、高齢者本人の安全確認の難しさは前述のとおりであり、これらが介護者と高齢者本人間の、介護や医療、生活における意向の不一致につながる。またこういった意向の不一致、コンフリクトは、介護を担う家族・親族間においても生じることが報告されている[32)]。

6. 介護継続の課題

Cott ら（2013）のインタビュー調査からは、家族が、許容できるリスク（acceptable risk）と許容できないリスク（unacceptable risk）にわけて対応し、独居認知症高齢者の介護継続を判断していることを明らかにしている[33)]。ここで重要なのは、何が許容できて何が許容できないかの区別は絶対的なものではなく、時と場合によりその基準が変化する点である[30)]。

7. 支援体制に関する課題

支援体制に関する課題には、認知症高齢者が独居で生活継続をすること、その状態での介護状況に対して、同居を前提とした考えを持つ介護スタッフ等専門職からの理解を得られないこと[19]、これらの介護に関する支援や情報の不足[34-36]があげられた。また、高齢者と介護者の居住地域が異なることによって、高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れる[3]、支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題が含まれる[37]。

(イ) 地域指標の開発

基本属性、介護状況

調査に回答した家族介護者のうち、解析対象測度に回答した 1484 名を本研究の解析対象とした。

女性介護者 44.8%、介護者の平均年齢は 56.6 歳であった。未婚者が 29.9%、同居の介護者が 63.4%となっていた。

尺度開発

因子分析の結果、想定していた 20 項目のうち 16 項目が有効と判断され、3 つの下位尺度から構成される地域指標が抽出された。抽出された下位尺度は、①住民理解と相互支援に関する認識（α = .890)、②地域生活基盤（α = .877)、③制度・行政サービスの充実度（α = .935）であり、いずれも高い内部整合性を示した（表 2 参照)。

認知症家族介護を支える地域環境が独居認知症高齢者の家族介護者の負担感に与える影響

表 3 は、認知症で独居で生活する高齢者を介護する家族介護者（n＝166）に限定し、地域指標の介護負担感への関連を検討した重回帰分析の結果を示している。

分析の結果、BPSD（行動・心理症状）の有無（β = 0.337, p < .001）と地域指標（β = -0.290, p = .019）が介護負担感と有意に関連していた。すなわち、要介護者に BPSD がみられる場合、介護者の負担感が有意に高くなる一方で、地域環境が良好であるほど、介護負担感は有意に低い傾向がみられた。

一方、介護者の年齢、性別、婚姻状況、介護期間、要介護者の ADL、ならびに手段

表 2 認知症家族介護を支える地域環境指標: Dementia Family Care Friendly Community Index (DFCFCI)

		Mean	SD	F1	F2	F3
Supportive Environments：住民理解と相互支援に関する認識						
1	近隣や地域の方は、認知症や高齢者の介護に対する理解があると思いますか。	3.23	1.00	0.74		
10	支援の協力を得るために、近隣の人に認知症であることや症状を知っておいてほしいと思いますか。	3.34	1.23	0.647		
13	あなたがお世話をしている方は、地域の人々から大切にされ、地域の一員となっていると感じますか。	3.01	1.07	--		
20	あなたがお世話をしている地域は、認知症の方や介護をしている家族にとって優しい地域ですか。	3.03	1.06	--		
2	あなたの家族に認知症の周辺症状・行動（暴言や大声、徘徊など）があった際に、近隣の人に迷惑をかけていると思いますか。	2.95	1.17	--		
3	近隣・地域の方は、認知症の周辺症状・行動（暴言や大声、徘徊など）を見かけた際に、見守ってくれると思いますか。	2.86	1.12	0.774		
4	近隣、地域の方は、認知症の周辺症状・行動（暴言や大声、徘徊など）を見かけた際に、手助けしてくれると思いますか。	2.95	1.05	0.791		
9	何か困ったことがあった際に、地域や近隣の方に助けを求めることができますか。	2.79	1.10	0.807		
11	近隣や地域の人に助けてもらいながら、今後も生活を続けていけると思いますか。	2.87	1.08	0.729		
Infrastructure Support：地域生活基盤						
5	地域には、認知症の方や支援が必要な方が散歩をしやすい公園や歩道がありますか。	3.25	1.10		0.695	
6	あなたがお世話をしている地域は、認知症の方や支援が必要な方にとって、買い物などの日常生活がしやすいと思いますか。	3.09	1.06		0.823	
7	あなたがお世話をしている地域は、買物や金銭管理、薬の管理等の日常生活の支援をしやすいと思いますか。	2.87	1.00		0.841	
8	あなたがお世話をしている地域は、車いす・杖・歩行器などを利用される方にとって、歩行しやすい環境になっていますか。	2.90	1.03		0.756	
12	あなたがお世話をしている地域は、認知症の方や介護をしている人に対する政策が充実していますか。	3.24	1.06			--
Policies and Formal Services:　制度・行政サービスの充実度						
14	あなたがお世話をしている地域は、あなたのご家族が急に医療を必要とした際に、すぐにアクセスできる等、医療サービスが充実していますか。	3.19	1.01			0.772
15	あなたのご家族の日常生活や健康のために必要なことは、行政や民間のサービスによって概ね提供されている地域だと思いますか。	3.01	1.01			0.845
16	あなたが悩みがあるときやストレスを感じたときに、相談できる行政や民間サービスが概ね提供されている地域だと思いますか。	2.86	0.96			0.859
17	認知症や高齢者の介護に対する講演会やセミナーなどが十分に提供されている地域ですか。	2.99	0.99			0.833
18	認知症や介護のこと等について情報を収集しやすい地域ですか。	3.03	0.99			0.875
19	あなたがお世話をしている地域の行政機関やサービス等は、認知症や高齢者の介護に関して困ったときに相談しやすいですか。	3.05	0.97			0.875

的支援・情緒的支援・情報支援については、いずれも介護負担感との有意な関連はみられなかった（いずれもｐ＞.05）。

表３ 重回帰分析の結果

	Caregiving Burden	
	Coefficient	有意確率
介護者の年齢	-0.251	0.175
介護者女性(vs男性)	-1.570	0.591
介護者既婚（vs未婚）	-0.023	0.996
介護期間	-1.108	0.379
ADL	-0.379	0.117
BPSD	0.337	<.001
手段的支援	1.390	0.441
情緒的支援	-1.875	0.183
情報支援	0.838	0.571
地域指標	-0.290	0.019

D. 考察

本研究では、まず、独居の認知症高齢者に対して別居で介護を担う家族の支援実態と課題に焦点を当て、文献レビューを通じて現状の整理と課題の抽出を行った。その結果、独居認知症高齢者を支援する家族介護者には、他の介護形態とは異なる複合的な困難が生じていることが明らかとなった。

例えば、独居であるがゆえに、家族は離れて暮らす高齢者の安否確認や認知機能・身体機能の変化にいち早く気づくことが困難であり、状態悪化への対応が遅れる可能性が高い。このような確認の不確実性は、日常的な接触がない別居介護に特有の課題である。また、定期的な訪問や通院付き添い、生活支援を行うための移動・調整には時間的・経済的・身体的、そして心理的な負担が大きく、これらが継続的な介護実践に対する大きな障壁となっている。

さらに、こうした家族介護者に対して提供される支援制度や専門職の理解が十分とはいえず、支援の制度的・構造的限界も浮かび上がった。たとえば、支援の対象が「要介護者本人」に限定されることにより、別居の家族が制度的支援から排除されているケースが報告された。また、地域包括支援センター等の専門職においても、独居認知症高齢者を支える家族の支援ニーズが適切に把握されていない場合がある。これにより、介護の実態と支援のミスマッチが生じ、介護者の孤立や支援遅延につながる恐れがある。

加えて、近年のパンデミックはこうした構造的課題を一層顕在化させた。感染予防を理由とした訪問控えや移動制限により、家族が高齢者のもとに通うことが困難となり、支援継続が一時的に困難になる事例も多数報告された。これらは、制度外の「家族」というリソースに依存した支援モデルの限界ともいえる。

一方で、独居認知症高齢者の家族介護における地域の影響評価により、家族介護者が個人的に受領する手段的支援、情緒的支援、情報支援の状況を調整しても地域環境が重要であるという、有用な結果が得られた。認知症に対する地域の理解や支援の受けやすさといった構造的・文化的要因が、家族介護者にとって心理的な安心感や社会的支えの感覚を高め、結果として介護負担を和らげる可能性が示唆される。

一方で、手段的支援（買い物や金銭管理の代行など）や情緒的・情報的支援については、今回のモデルにおいては有意な関連は認められなかったものの、地域の支援環境という包括的な要素がそれらを間接的に包含している可能性も考えられ、更なる検討が必要である。

これらの結果は、従来の個別支援アプロ

ーチに加え、地域環境そのものを支援資源として位置づける視点の重要性を示しており、家族介護の持続可能性を高めるための地域政策・インフラ整備の意義を裏付けるものである。



図１　研究内容をまとめたガイドブック

E.　結論

本研究は、①独居認知症高齢者を支える家族介護者の支援実態と課題を明らかにすること、②「認知症家族介護を支える地域環境指標」の開発とその有効性の検討を目的とした。文献レビューにより、別居介護における安否確認や生活管理の困難性、災害・パンデミック時の脆弱性、制度的支援の限界などが明らかとなった。加えて、開発した「認知症家族介護を支える地域環境指標」を基に、独居認知症高齢者の家族にとっての地域環境の重要性が示唆された。

F.　研究発表

1.　論文発表

1. 中山莉子，涌井智子，関野明子，大久保豪，栗田主一．認知症の人と家族のコミュニケーションの類型化に関する質的研究．日本認知症ケア学会誌 2024；23：340-353.
2. 涌井智子．高齢者介護を支える多様な家族への介護定量化（Care-quantification）の効果と社会実装への示唆．老年社会科学雑誌．（in press）.

2.　学会発表

1. Wakui T. Strategies for Aging in Place with Dementia: Diversifying Living Arrangements and Enhancing Community Environments. West Pacific Rim Consortium on Healthy Aging 2024. Nagoya, Japan, 2024/11/28.
2. 涌井智子．「ケアとともに生きる家族」を支える支援とは．第83回日本公衆衛生学会総会．札幌．2024年10月29日-31日．2024年10月30日．
3. 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．
4. 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回日本老年社会科学会大会．奈良．2024年6月1-2日．

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

参考文献

1. Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
2. 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. 老年精神医学雑誌 2020;31(5):467-73.
3. White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. Health & Social Care in the Community 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
4. 中島 民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌 2022;25(2):225-32.
5. Thompsell A, Lovestone S. Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2002;17(9):804-7. doi: 10.1002/gps.692.
6. 川上 浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-8.
7. Nabeyama S. Refusal of nursing care as a factor that hinders long-distance care in Japan. Nursing Science Quarterly 2023;36(4):411-8. doi: 10.1177/08943184231187865.
8. 浜田 詩子, 苅谷 みどり, 川上 理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ　一事例からの考察. 日本看護学会論文集: 在宅看護. 2018; (48):59-62.
9. Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, Snow W, Tierney MC. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. International Journal of Geriatric Psychiatry 2012;27(12):1275-82. doi: 10.1002/gps.3778.
10. Lexomboon D, Gavriilidou NN, Höijer J, Skott P, Religa D, Eriksdotter M, Sandborgh-Englund G. Discontinued dental care attendance among people with dementia: a register-based longitudinal study. Gerodontology 2021;38:57-65. doi: 10.1111/ger.12498.
11. Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. Nursing Older People 2004;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349.
12. 久保田 真美. 独居認知症高齢者のケアと家族支援. 臨床老年看護 2017;24(1):76-82.
13. 鈴木 久美子, 石丸 美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌 2022;27(2):1-10. doi: 10.20776/s13448846-27-2-p1.
14. Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. Geriatrics and Gerontology International 2019;19:902‐6. doi: 10.1111/ggi.13738.
15. Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, Gedde MH, Husebo BS. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. BMC Health Services Research 2021;21(1):1003. doi: 10.1186/s12913-021-07041-8.
16. Das A, Padala KP, Bagla P, Padala PR. Stress of overseas long-distance care during COVID-19: potential "CALM"ing strategies. Frontiers in Psychiatry 2021;12:734967. doi: 10.3389/fpsyt.2021.734967.
17. Hvalič-Touzery S, Trkman M, Dolničar V. Caregiving Situation as a predictor of subjective caregiver burden: informal caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. Int Journal of Environmental Research and Public Health 2022;19(21):14496. doi: 10.3390/ijerph192114496.
18. Hattori Y, Isowa T, Hiramatsu M, Kitagawa A, Tsujikawa M. Disaster preparedness of persons requiring special care ages 75 years and older living in areas at high risk of earthquake disasters: a cross-sectional study from the Pacific coast region of western Japan. Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2021;15(4):469-77. doi: 10.1017/dmp.2020.39.
19. 松本 一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.
20. 岩藤 魔子, 末光 伸世, 豊福 恵子, 林 益枝, 村下 志保子, 神宝 誠子. 包括的サポー

ト体制の構築に向けた取り組み　認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報 2013;44(1):70-3.
21. Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. Psychogeriatrics 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
22. Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer’s disease and related dementia: a phenomenological study. British Journal of Occupational Therapy 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
23. 中川 敦. 遠距離介護の意思決定過程の会話分析：ジレンマへの対処の方法と責任の分散. 年報社会学論集 2016;29: 56-67. doi: 10.5690/kantoh.2016.56.
24. 北村 圭三. ひとり暮らしの高齢者遠距離在宅介護における連携. 神戸海星女子学院大学研究紀要 2007;45: 51-74.
25. 松本 一生. 地域における介護家族への支援. Dementia Japan 2018;32(1):99-105.
26. 関野 明子, 矢吹 知之, 長田 久雄, 森下 久美. 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較：別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. 日本認知症ケア学会誌 2020;19(3):582-90.
27. Menne HL, Pendergrast C. Examining predictors of loneliness among Older Americans Act National Family Caregiver Support Program participants. Frontiers in Public Health 2024;12:1337838. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337838.
28. Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. International Psychogeriatrics 1999;11(3):235-50. doi: 10.1017/s1041610299005803.
29. Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. Age and Ageing 2021; 50: 861‑7. doi: 10.1093/ageing/afaa196.
30. Heaton J, Martyr A, Nelis SM, Marková IS, Morris RG, Roth I, Woods RT, Clare L. Future outlook of people living alone with early-stage dementia and their non-resident relatives and friends who support them. Ageing and Society. 2021;41(11):2660-80. doi:10.1017/S0144686X20000513.
31. Sanchez LP. Historias y experiencias de atención a distancia, el caso: Israel y México. Research on Ageing and Social Policy 2022;10(1):21-47. doi: 10.17583/rasp.8436.
32. Roff LL, Martin SS, Jennings LK, Parker MW, Harmon DK. Long distance parental caregivers’ experiences with siblings: a qualitative study. Qualitative Social Work 2007;6(3): 315-34. doi: 10.1177/1473325007080404.
33. Cott CA, Tierney MC. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. Health, Risk & Society 2013;15(5), 402‑15. https://doi.org/10.1080/13698575.2013.801936.
34. 浦上 裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援　地域で支える. みつぎ総合病院誌 2019;24(1):145-7.
35. 木村 恵美, 上野 幸, 肥田野 弘美, 渡邉 ルミ, 和田 博直, 野村 美子. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要 2011;31(1):55-6.
36. Gunn KM, Luker J, Ramanathan R, Skrabal Ross X, Hutchinson A, Huynh E, Olver I. Choosing and managing aged care services from afar: what matters to Australian long-distance care givers. International Journal Environmental Research and Public Health 2021;18(24):13000. doi: 10.3390/ijerph182413000.
37. 中川 敦. 遠距離介護者は何をしてるのか提案の判断と離れて暮らす家族の知識. 島根県立大学『総合政策論叢』. 2015;29:29-44.
38. Bei E, Morrison V, Zarzycki M, Vilchinsky N. Barriers, facilitators, and motives to provide distance care, and the consequences for distance caregivers: a mixed-methods systematic review. Social Science and Medicine 2023;321:115782. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115782.

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

高齢者を対象とするアウトリーチ型相談事業の歴史を概観すると、従来、精神疾患をもつ人に対するアウトリーチ型相談は、精神保健事業が担っていた。人口の高齢化を背景として、この精神保健事業から高齢者精神保健事業が独立し、そこからさらに認知症を取り出したのが認知症初期集中支援推進事業であると考えることができる。アウトリーチ型相談事業の対象には、種々の事情によって自ら相談窓口に足を運ぶことが困難な者が含まれるため、いわゆる支援困難事例を扱うことも求められる。実際、令和3年度老健事業で行われた調査では、認知症初期集中支援チームの 37%が、主たる役割を「困難事例対応」と回答している。

本研究の目的は、「認知症初期集中支援推進事業と、高齢者精神保健事業の間にあるギャップを明らかにし、それに対する対策を提示することである。

まず令和4年度に高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを開発した。翌令和5年度に、東京都板橋区をフィールドとして、上記分析的枠組みを用いて認知症初期集中支援推進事業と高齢者精神保健事業の対象者の特徴を分析した。その結果、地域には今も高齢者精神保健の支援ニーズがあるのだが、とくに認知症初期集中支援推進事業の開始後、精神保健事業が適切に利用されなくなっており、これが精神疾患を持つ人の、共生社会からの排除につながっている可能性が把握された。

この結果を受け、「認知症初期集中支援推進事業が軌道に乗り、認知症の人たちの包摂が進む。けれども、認知症以外の精神疾患をもつ人たちが共生社会から排除される」ということにならないための仕組みとして、地域精神科コンサルテーション・リエゾン・サービスを提案した。

A. 研究目的

本研究の目的は、「認知症初期集中支援推進事業と、高齢者精神保健事業の間にあるギャップを明らかにし、それに対する対策を提示することである。

B. 研究方法

まず、東京都板橋区をフィールドとして、

認知症初期集中支援推進事業の対象者 213 人、および、高齢者精神保健相談の対象者 121 人の相談記録を用いて、両事業の対象者の特徴を抽出した。次に、各事業に関わる専門職に対するインタビューおよびフォーカス・グループ・ディスカッションを実施し、事業に関わる専門職が、同事業の利用が不適当と感じるケースの特徴を抽出した。

（倫理面への配慮）

本研究は、東京都健康長寿医療センターの倫理審査委員会により承認を受けた。

C. 研究結果

認知症初期集中支援推進事業の中核的な対象者は、認知症に集約される困難事象を抱え、介護保険サービスの導入によって QOL の向上が期待される、軽度アルツハイマー型認知症者で、平均年齢は 81.6±6.2 歳であった。これに対して高齢者精神保健相談事業の中核的な対象者は、認知症の有無に関わらず、精神症状あるいはパーソナリティの偏りが目立つ高齢者で、困難事象が重層しているためにソーシャルワークの方針が立てられない者で、平均年齢は 79±7.4 歳であった。

現行のアウトリーチ型相談事業の運営の下で生じている課題として、以下のことが挙げられた。

・受診や介護保険サービスの導入に困難がある者のうち、強い BPSD がない軽度認知症ケースは認知症初期集中支援事業の良い適応である。
・一方、認知症初期集中支援事業では、以下のようなケースへの対応が困難であった：
1）認知症以外の精神疾患の併存
2）長年継続している家族の問題や虐待
3）事態がすでに切迫している近隣とのトラブルや詐欺被害といった、比較的大きな社会的困難
・ここに上げた 1）2）3）の特徴は、高齢者精神保健相談事業ではしばしば扱うものであった。

D. 考察

板橋区の認知症初期集中支援チームは、精神科領域の専門職をまったく含まない、いわば、プライマリケアへのタスクシフトモデルである。認知症のプライマリケアへのタスクシフトは世界的な潮流であり、資源配分を見れば非常に現実的、かつ、身体疾患を持つことが多い高齢者への対応として、多くのメリットがある。

板橋モデルとしての提案は、タスクシフトモデルに、すでに総合病院では当たり前になっている精神科 CLS を組み合わせることである。それによって、認知症以外の精神疾患をもつ高齢者を排除することなく、認知症初期集中支援推進事業の、より有効かつ効率的な運用が可能になると考える。

E. 結論

認知症アウトリーチ支援のタスク・シフティングは一定の効果を示す一方で、従来精神保健・精神医療が担ってきた複雑困難事例への対応には限界がある。プライマリケア医主導の認知症初期集中支援推進事業と、精神科医主導の高齢者精

神保健相談事業間で協働体制を整備することで、持続可能で包括的な認知症ケアが可能となる。

なお、両事業の適切な利用を促進する目的で、事業利用のためのチャートを作成し、自治体の事業担当者および両事業に関わる専門職に配布した。資料として提示する。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ito K. Older people living in the community with delusion. Geriatr Gerontol Int. 202;24(S1):118-22.
2. Ito K, Okamura T. Task-shifting in Dementia Care: A comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. Frontiers in Psychiatry. 2025 (in press).
3. Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia, PLoS One;20(1):e0317911 2025
4. Ito K, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Okamura T: Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions, Psychogeriatrics;25(2):e70012 2025
5. 井藤佳恵.「共生」ということば. 心と社会. 2024;195:68-73.
6. 井藤佳恵.エイジズムと精神疾患のスティグマ. 老年精神医学雑誌. 2024;35(4):335-42.
7. 井藤佳恵.精神疾患のある子をもつ認知症高齢者の支援から. こころの科学. 2024;236:39-44.
8. 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理. 日本精神科病院協会雑誌. (印刷中)
9. 井藤佳恵. 老年期の妄想と社会的孤立. 生存科学. ;35(1):23-33 2024
10. 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理：重い精神疾患を抱える人の、身体合併症医療における意思決定. 日本精神科病院協会雑誌. 2024（総説、査読なし）;（印刷中）.
11. 井藤佳恵: 地域におけるフレイル予防事業と認知症対応事業の連携について：社会的包摂や地域における認知症ケアの視点から, 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター　メールマガジン;5 2025

2. 学会発表

1. Ito K, Tsuda S. Understanding and reducing social distance　towards people living with dementia. 2024 EASP (East Asian Social Policy) FISS (Foundation for International Studies of Social Security) Joint Conference; Kyoto. 2024.6.14
2. 井藤佳恵. シンポジウム「精神科医療における意思決定支援の意義と限界」精神科医療における意思決定支援の実践. 法と精神医療学会; 専修大学神田キャンパス. 2024.12.21
3. 井藤佳恵. 「認知症の診療体制の確保について、その現状と課題」. 第 43 回日本認知症学会学術総会　ダイバーシティー推進委員会シンポジウム; 福島. 2024.11.22
4. 井藤佳恵. ワークショップ精神障害・高齢者の医療における倫理的課題とその対応. 第 37 回日本総合病院精神医学会総

会; 熊本城ホール. 2024.10.29

5. 井藤佳恵. 日本老年精神医学会第 12 回心理士講習会「認知症等高齢者の地域ケア」高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立. 日本老年精神医学会; 配信. 2024.9.26-10.31

6. 井藤佳恵. 共通講習「医療倫理」医学・医療の不確実性と医の倫理. 第 13 回精神科医学会学術大会 2024.7.26

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

例）該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

例）該当なし

3.その他

該当なし

例）該当なし

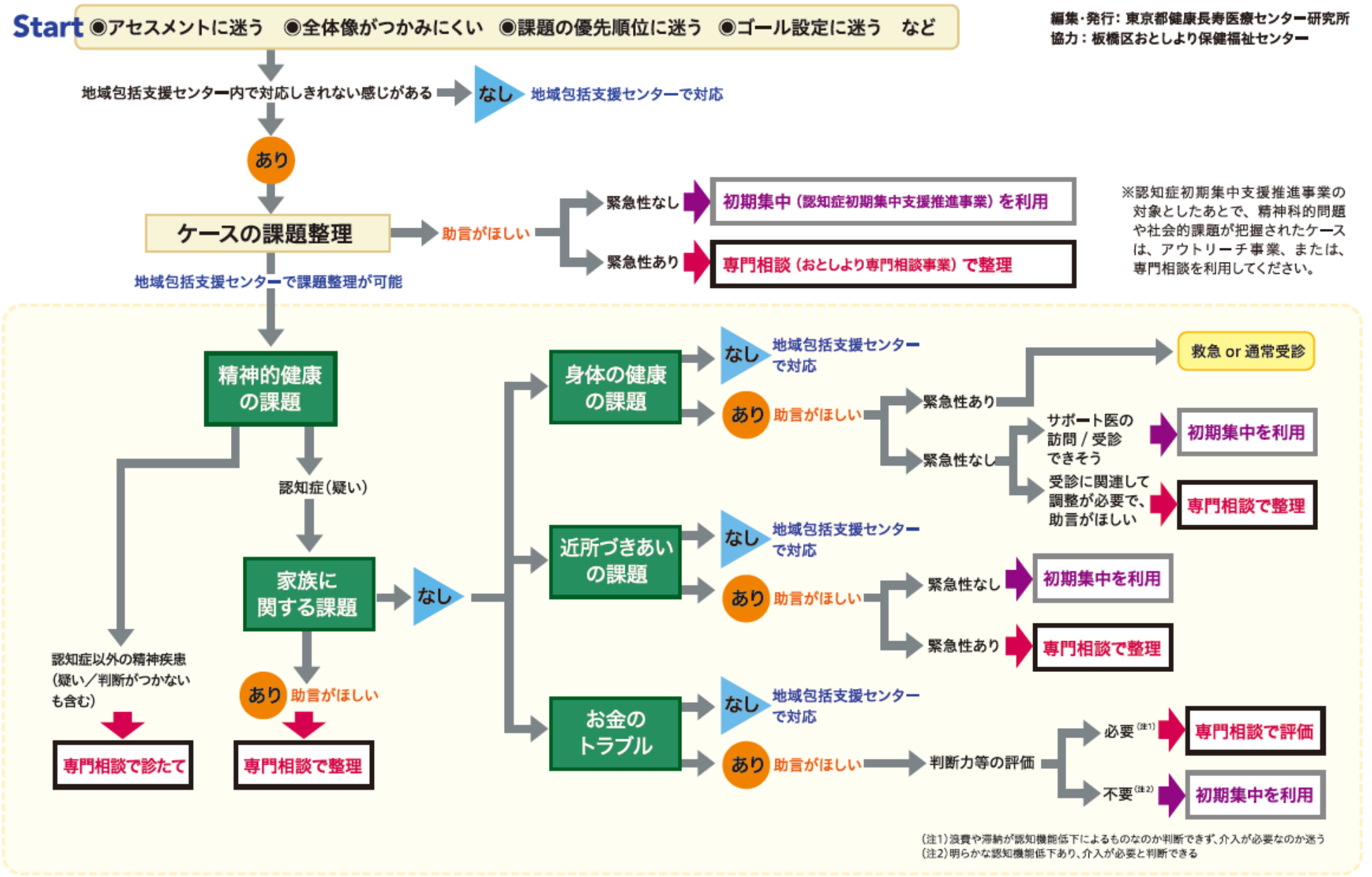
Reference

なし

板橋区・高齢者を対象としたアウトリーチ型相談事業利用のためのアセスメントシート

2025 年 3 月

編集・発行：東京都健康長寿医療センター研究所
協力：板橋区おとしより保健福祉センター



複雑困難状況にある高齢者 ――いわゆる高齢者困難事例 ――と言われる人たちが抱える困難事象は、以下の 5 つのカテゴリーに分類されます。

課題の種類	どんなこと？	例えば？	具体的にはどんなこと？
精神的健康	認知症やその他の精神疾患（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●未診断の認知症	認知症を疑うが、未診断で、受診に対する同意が得られない。 診断がつけば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●未治療のBPSD（認知症の行動・心理症状）	BPSD を疑う症状があるが、未診断未治療で、受診に対する同意が得られない。 本人の言動が BPSD によるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●未診断の精神疾患（認知症を除く）	認知症以外の精神疾患を疑うが、未診断で、精神科受診に対する同意が得られない／精神科診断があるが、治療を中断しており、精神科受診に対する同意が得られない。 診断や治療可能性を知ることで、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●精神疾患の急性期	入院適応ではないかと考える精神症状があるが、精神科受診に対する同意が得られない。 診断や治療可能性がわかれば、適切な支援方針の立案や、医療を含めた適切なサービス導入につなげられる可能性がある。
身体の健康	身体疾患（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●身体状態に対する無関心	治療が必要な身体疾患が疑われる症状があるが、受診に対する同意が得られない。 身体状態に対する無関心さや受診しないことが、精神症状によるものか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●せん妄	せん妄を疑う症状があるが、受診に対する同意が得られない。 診断や対応方法への助言があれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●医療機関とのトラブル	医療費未払い、暴言暴力、妄想にもとづく行動等によって医療機関との間にトラブルがあり、必要な受診ができない。 本人の言動が精神症状によるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●終末期医療の課題	看取りの時期が近いと想定されるが、必要な医療介護サービスの導入に対する同意が得られない。 本人の言動が精神症状によるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
家族	家族に関する課題（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●身寄りなし	契約を代行する人が必要だが、現時点で定まっていない。 契約等の法律行為を行う人を適切に定めることによって、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●家族介護者の精神的健康の課題	家族に認知症その他の精神疾患があり、要支援者（支援が必要な者）が世帯に複数いる状態で、世帯全体の課題を扱う必要がある。 誰にどのような支援が必要なのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●家族がサービス利用の阻害因子	虐待とは言えないが、家族の理解不足により利用が望ましいサービスを導入できない等、家族がサービス利用の阻害因子になっている。 家族の意向の取り扱いや家族への対応について整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●虐待	親族による虐待（疑い）。
近所づきあい	近隣トラブル（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●近隣住民に対する攻撃	近隣住民や諸機関に対する執拗な苦情、威嚇等の言動がある。 本人の言動が精神症状を背景とするものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●地域社会からの排除	近隣住民、自治会、管理組合等からの苦情、退去勧告、訴訟等により、地域生活の継続が脅かされている。 トラブルの原因となっている本人の言動が精神症状を背景とするものか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●いわゆるごみ屋敷	住環境が著しく散らかり不衛生な状況で、近隣苦情が生じていたり、健康への深刻な影響が懸念される。 このような状況に対する精神機能の影響が整理できれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
お金	お金のトラブル（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●借金、滞納	滞納による退去勧告、ライフライン停止、医療・介護保険の使用不能や、借金による実質生活保護水準以下の生活。 借金滞納の背景に認知機能低下があるのか判断ができれば、適切な支援方針の立案や、制度利用、サービス導入につなげられる可能性がある。
		●経済被害	経済被害（疑い）。経済被害の背景に認知機能低下があるのかどうか判断ができれば、適切な支援方針の立案や、制度利用、サービス導入につなげられる可能性がある。

*板橋区の高齢者支援事業では、周囲の人たちとの関係の悪化等、必要なサービスにアクセスできない等によって、本人の地域生活の継続がおびやかされている状態を「生活が困難になっている」状況と定義します。
適切な介入によって本人にとって不利な状況が解消され、認知症や障害の有無によらず、誰もが地域社会に包摂されることを目指します。

令和6年度厚労科研「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」

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症のある人のスマートフォンの利用と社会活動に関する研究

研究分担者　堀田聰子　慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授
研究分担者　津田修治　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨
スマートフォン（スマホ）は認知症のある人の対処行動を高め、社会参加を支えるツールとして期待される。本研究は、認知症があってスマホを利用する人の特徴と利用用途、およびスマホ利用と社会活動の関連を明らかにした。東京都の医療機関 17 施設で、軽度認知症のある人とその家族が回答する質問票と、主治医が記入する臨床調査票を用いた横断調査を実施した。軽度認知症のある高齢者のスマホ利用割合は 33.8%だった。若年で認知機能が高い人ほど多く利用しており、認知症になる何年も前からの利用者だった。スマホ利用者の半数以上に共通する利用用途は、通話とメール、写真・動画だった。スマホ利用者は、利用しない者よりも、家族や友人との連絡の頻度や、家族や友人と買い物や飲食等に出かける頻度が有意に高かった。今後、より多くの認知症のある人が社会参加を続けるために、まずは誰もがスマホを利用して家族や友人と連絡したり、買い物や飲食を楽しめたりできることが大切である。

A. 研究目的

社会参加は、認知症がある人の well-being の維持・向上に資する。しかし、認知症の診断前後で社会参加の機会は減少するため[1)]、支援が必要となる。スマートフォン（スマホ）等のデジタル技術を応用・開発して、認知症のある人の対処行動を高め、社会参加を支援する研究が進む。認知症のある人が、スマホ等の使い方を習得して[2)]、記憶や遂行機能などの認知機能の低下を補い[3)]、社会参加に活用できることは[4)]、基礎的研究を中心に知見が蓄積されている。実社会での調査も始まっており、2021 年に行われた国内の実態調査では、認知症のある人がスマホを利用することと、ひとりで買い物や外食などの自宅外の活動をすることの間に、関連が示唆された[5)]。この結果は独居の場合でも同様に認めた。スマホを利用した支援に関する基礎的研究の知見を社会実装していくために、認知症のある人がどの程度、どのようにスマホを利用しているのか、実態をより詳細に分析していく必要がある。

【研究目的】

1. 認知症があってスマホを利用する人の特徴を記述する
2. 認知症のある人のスマホの利用用途を記述する

3. 認知症がある人のスマホ利用と社会活動の関連を明らかにする

B. 研究方法

1. デザイン

2024 年 2〜8 月に東京都の医療機関 17 施設(診療所 13、病院 4)で、軽度認知症のある人とその家族が回答する質問票と、主治医が記入する臨床調査票を用いた横断調査を実施した。

2. 対象者

上記 17 の医療機関に定期通院する軽度認知症のある人を対象とした。取り込み基準は、①半年以上にわたって定期通院していること、②認知症の診断があること、③主治医の評価による FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)のスケールで 3.境界状態、4.軽度、5.中等度のアルツハイマー型認知症の該当者、④診察時に家族が同伴していること、⑤口頭での調査説明を理解して同意できること、とした。除外基準は、併存疾患等のために主治医が終末期にあると判断していることとした。

3. 調査項目

認知症のある人（対象者）に対する質問票では、基本属性（年齢、性別、教育歴、婚姻歴、世帯形態、主観的経済状況）と、スマホ・携帯の利用の有無や用途について質問した。家族に対する質問票では、対象者の認知・身体機能（DASC-8)、心理・行動症状（DBD-5）および、普段の社会活動の様子を質問した。主治医に対する臨床調査票では、認知症の診断時期と認知機能（MMSE）の評価を調査した。

4. 分析

スマホを月 1 回以上使うスマホ利用者、携帯を月 1 回以上使う携帯利用者、両方とも利用しない者、の三群に分類した。三群で度数・割合、平均・標準偏差（SD）を集計して、カイ二乗検定や ANOVA で比較した。また、スマホ利用者を取り出した集計で、利用年数や利用用途を分析した。さらに、三群で、社会活動の頻度に違いがあるかカイ二乗検定で分析した。

（倫理面への配慮）

東京都健康長寿医療センター研究倫理委員会の承認（R23-090）を得た。対象者及び家族から同意を得て調査を実施した。

C. 研究結果

調査は 165 名に依頼して、151 名の対象者・家族から回答を得た（回収率 91.5%)。対象者は平均年齢 82.9 歳（SD 6.6)、女性 62.9%、MMSE 平均スコア 20.9（SD 4.6）だった。151 名の対象者のうち、スマホ利用者は 51 名（33.8%)、携帯利用者は 43 名（28.5%)、スマホ・携帯を利用しない者は 57 名（37.7%）だった。

1. スマホ利用者の特徴

(1) 三群の比較

スマホ利用者、携帯利用者、利用なしの三群の比較を表 1 に示した。スマホ利用者は、利用なしと比較して、若年で、教育歴が長く、MMSE で評価した認知機能が高く、DASC-8 で評価した認知・身体機能が高かった。また、スマホ利用者は、主観的経済状況にゆとりがある傾向だった。同居者の有無によってスマホの利用には差がなかったが、独居の場合にも外出時にスマホ・携帯による連絡手段を持たない利用な

しが 9 名（28.1%）あった。

(2) 年齢階級別スマホ利用割合

65 歳から 80 歳までは約半数がスマホ利用者だったが、80 歳以上では利用者が急減した（図 1)。参考として、内閣府による令和 5 年度世論調査のデータ [6]と比較した。75~79 歳の年齢階級を除いて、認知症のある人のスマホ利用割合（本調査）は、一般のスマホ利用割合（内閣府調査）を下回った。また、本調査の 65 歳以上の認知症のある人のスマホ利用割合 33.8%に対して、内閣府調査の 65 歳以上の高齢者全体のスマホ利用割合は 54.5%だった。

(3) 認知・身体機能とスマホ利用

DASC-8 のスコア別にスマホ・携帯の利用割合を図 2 に示した。認知機能正常・ADL 自立の場合（DASC-8 ≤10 点)、スマホ利用割合が 22.2%と低かったが、この層はサンプル数が極端に少ないため（n=9）注意を要する。MCI~軽度認知症・IADL 低下の場合（DASC-8 11-16 点）に、スマホ利用割合が 57.8%と高かった。

(4) スマホの利用年数

スマホ利用者 51 名の 78.4%は、スマホの利用年数が 5 年程度（32.1%）または 10 年程度（46.4%）だった（図 3)。これに対して、スマホ利用者の 78.4%が認知症の診断を受けて 3 年未満だった。本調査では、診断後の経過年数とスマホ利用年数の質問に対する選択肢の形が揃っていないため、診断とスマホ利用のどちらが何年前か、正確に計算することができない。だが、図 3 の結果から類推すると、大半のスマホ利用者は認知症の診断よりも何年も前からスマホを利用している。

2. スマホの利用用途

スマホ利用者 51 名が利用する機能やアプリについて、週 1 回以上利用するか、たまに利用するか、または利用しないか、を図 4 で一覧した。スマホ利用者の半数以上に共通する利用用途は、通話とメール、写真・動画だった。それについで、天気やニュース、ネット検索、辞書、電卓、カレンダーは、3 割以上のスマホ利用者が使っていた。しかし、ナビゲーションなどの外出支援、服薬や睡眠などの健康管理、メモやボイスメモなどの記録、電子マネーの支払いなど、外出や自己管理、社会活動を支援する機能の利用は 1~2 割だった。

3. スマホの利用と社会活動

スマホ・携帯の利用と、家族や友人との社会活動の関連を検証した（図 5)。スマホ・携帯の利用者は、家族や友人との連絡の頻度が有意に高かった（$p<0.001$)。また、スマホ利用者は、使わない人よりも家族や友人と買い物に出かける頻度や、喫茶店・レストラン・飲み屋・趣味の集まりに参加する頻度が有意に高かった（ともに $p<0.01$)。しかし、家族や友人を訪問する頻度、家族や友人と旅行・映画・公園に出かける頻度、家族や友人と体操・ウォーキング・スポーツをする頻度は、スマホ利用の有無によって差がなかった。

D. 考察

軽度認知症のある高齢者のスマホ利用割合は 33.8%で、同年代の一般高齢者と比べると 20%程度低かった。若年で認知機能が高い人ほど多く利用しており、認知症になる何年も前からの利用者だった。認知症になって、認知機能低下が進行すると、スマホの利用を中止する、または、携帯からス

マホへの切り替えを控えるなどの行動があるのだろう。ただし、スマホと携帯を合わせると、軽度認知症のある人の 6 割以上がいずれかを利用していた。本調査が高齢者における携帯からスマホへ移行の過渡期を見ているならば、今後は軽度認知症のある人の 6 割程度までがスマホ利用者になる可能性がある。軽度認知症のある人の社会活動を支援するツールとしてスマホの将来性が示唆される。

スマホ利用者は家族や友人に連絡を取ったり、家族や友人と買い物や飲食を共にしたりする頻度が高かった。先行研究によれば、軽度認知症のある人の社会参加の中で、買い物や外食の頻度が最も高く、約 35%の人は家族と一緒に、約 25%はひとりでも行っている[5]。買い物や外食の場面で、家族や友人と電話やメールで予定を合わせたり、道に迷った時に連絡をしたり、スマホは主に連絡手段として社会参加に役立っていると考えられる。

本研究の結果から、軽度認知症がある人が社会参加のためにスマホを利用する道筋を考察する。買い物や飲食などの場面を想定して、その時にスマホは連絡手段として役立てることが最初であろう。その上で、ナビゲーションや会計などのアプリ・機能を使うことによって、利用者の認知機能を補助することもできる。このように、スマホの利用場面や利用方法を想定して、認知症のある人のスマホ利用を促進する支援プログラムを展開したり、スマホアプリや機能を開発・改善したりすることが期待される。

通話やメール、写真・ビデオ以外のスマホアプリや機能を利用しない傾向は、認知症の有無によらず高齢者全般に当てはまる[6]。スマホの利用支援は、認知症になる前から、認知症になっても使い続けられるアプリや機能に習熟するような支援が望ましい。この点も支援プログラムやスマホアプリ・機能の開発の際に考慮すべきである。

E. 結論

軽度度認知症のある人のスマホ利用割合は 33.8%で、若年で認知機能が高い人ほど多く利用していた。連絡手段としての利用が大半で、家族や友人に連絡を取ったり、家族や友人と買い物や飲食を共にしたりする社会参加に役立てているようだった。今後は、より多くの認知症のある人がスマホを社会参加のためのツールとして利用できるように支援することが必要である。まずは、誰もがスマホを利用して家族や友人と連絡したり、買い物や飲食を楽しめたりできることが目標である。その上で、ナビゲーションや会計など認知機能の低下を補うスマホアプリや機能を利用して、より便利でより安全に、社会参加が楽しめることに役立てられるとよいだろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 堀田聰子：共生社会の実現を推進するための認知症基本法の意義と自治体への期待. 市政. 12 月号 34–36（2024）

2) 堀田聰子：共生社会の実現を推進するための認知症基本法の特徴・意義と自治体への期待. 地方自治. 927, 2-18（2025）

2. 学会発表

1) Hotta S, Hiroshige M, Tsuda S. PARTICIPATION, Participation,

participation…: what is your focus when you talk about social participation of people with dementia? 36th Global Conference of Alzheimer's Disease International. Krakow, Polrand. April 24-26, 2024.

2) Onzo A, Mogi K, Hotta S. Call me by your name: the nature of involuntary memory in people with dementia. Society for Neuroscience 2024, Chicago, US, Oct 5-9, 2024.

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) Hackett RA, et al. Social engagement before and after dementia diagnosis in the English Longitudinal Study of Ageing. PLoS One. 2019;14(8):e0220195.

2) Kerkhof YJF, et al. Are people with mild dementia able to (re)learn how to use technology? A literature review. Int Psychogeriatr. 2022;34(2):113-128.

3) Wilson SA, et al. A systematic review of smartphone and tablet use by older adults with and without cognitive impairment. Innov Aging. 2022;6(2):igac002.

4) Niemiec SLS, et al. Technology for activity participation in older people with mild cognitive impairment or dementia: expert perspectives and a scoping review. Disabil Rehabil Assist Technol. 2023;18(8):1555-1576.

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

6) 内閣府. 情報通信機器の利活用に関する世論調査（令和 5 年 7 月調査）. https://survey.gov-online.go.jp/hutai/r05/r05-it_kiki/

表 1. スマホ・携帯利用者の特徴

		スマホ利用 (n=51; 33.8%)		携帯利用 (n=43; 28.5%)		利用なし (n=57; 37.7%)		p
年齢	≤74 歳	11	52.4%	5	23.8%	5	23.8%	<0.001
	75~84 歳	32	43.2%	22	29.7%	20	27.0%	
	85 歳≤	8	14.3%	16	28.6%	32	57.1%	
性別	男性	22	39.3%	18	32.1%	16	28.6%	0.20
	女性	29	30.5%	25	26.3%	41	43.2%	
教育歴	≤9 年	5	11.9%	14	33.3%	23	54.8%	0.001
	10~12 年	18	34.0%	16	30.2%	19	35.8%	
	13 年≤	28	51.9%	13	24.1%	13	24.1%	
婚姻状態	配偶者あり	33	41.3%	21	26.3%	26	32.5%	0.11
	死別/離別/未婚	18	25.4%	22	31.0%	31	43.7%	
世帯形態	同居者あり	38	31.9%	33	27.7%	48	40.3%	0.43
	独居	13	40.6%	10	31.3%	9	28.1%	
主観的経	ゆとり	24	47.1%	14	27.5%	13	25.5%	0.066
済状況	ふつう	25	29.4%	26	30.6%	34	40.0%	
	苦しい	2	15.4%	3	23.1%	8	61.5%	
MMSE	8~19	12	22.6%	14	26.4%	27	50.9%	0.031
	20~23	17	32.7%	16	30.8%	19	36.5%	
	24~30	22	50.0%	12	27.3%	10	22.7%	
DASC8	≤10	2	22.2%	5	55.6%	2	22.2%	<0.001
	11~16	26	57.8%	10	22.2%	9	20.0%	
	17≤	23	24.0%	27	28.1%	46	47.9%	
DBD5	5~9	24	42.1%	17	29.8%	16	28.1%	0.19
	10~12	12	23.5%	16	31.4%	23	45.1%	
	13~25	15	35.7%	9	21.4%	18	42.9%	

図 1. 年齢階級別スマホ・携帯の利用割合（n=151）

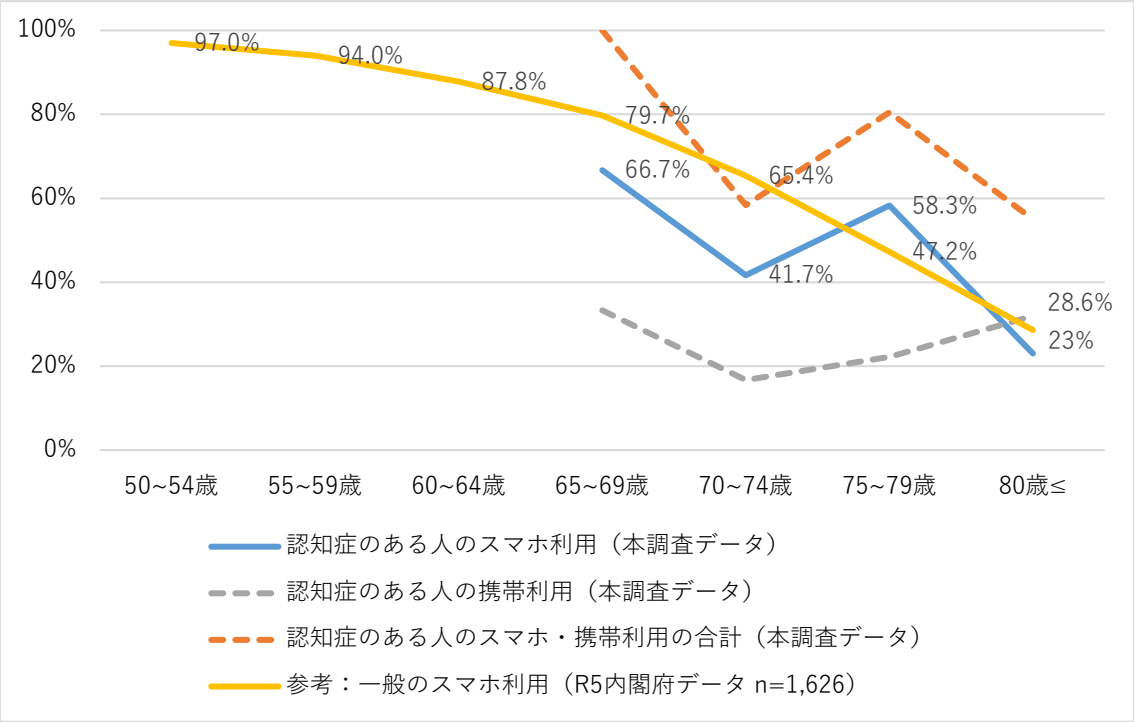


図 2. DASC 得点別スマホ・携帯の利用割合（n=151）

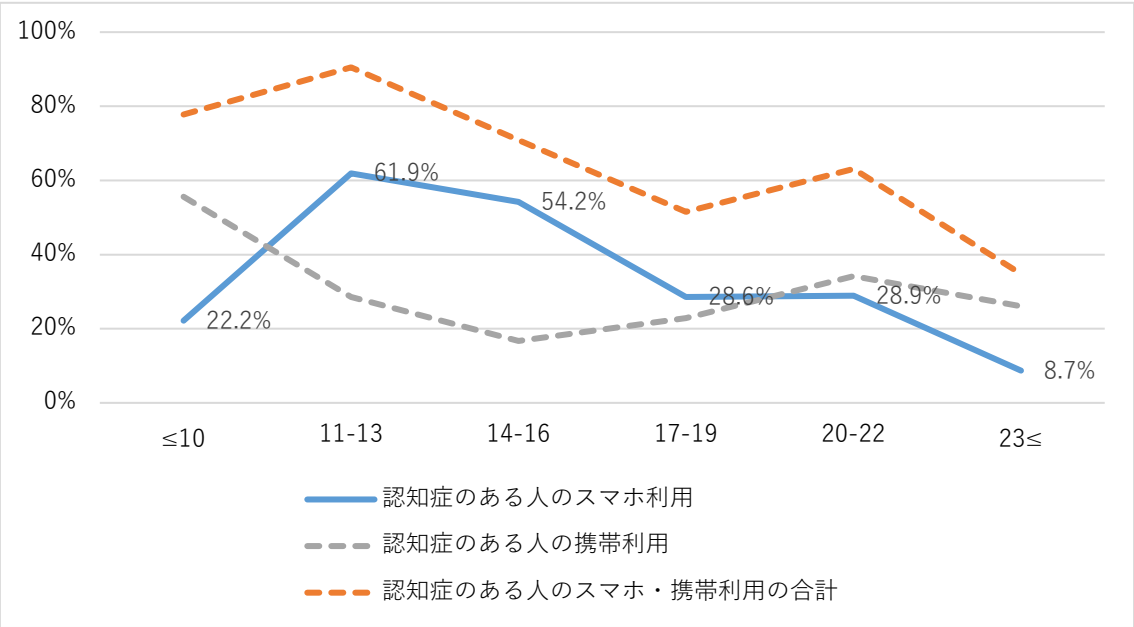


図 3. 診断後年数とスマホ利用年数（n=51）

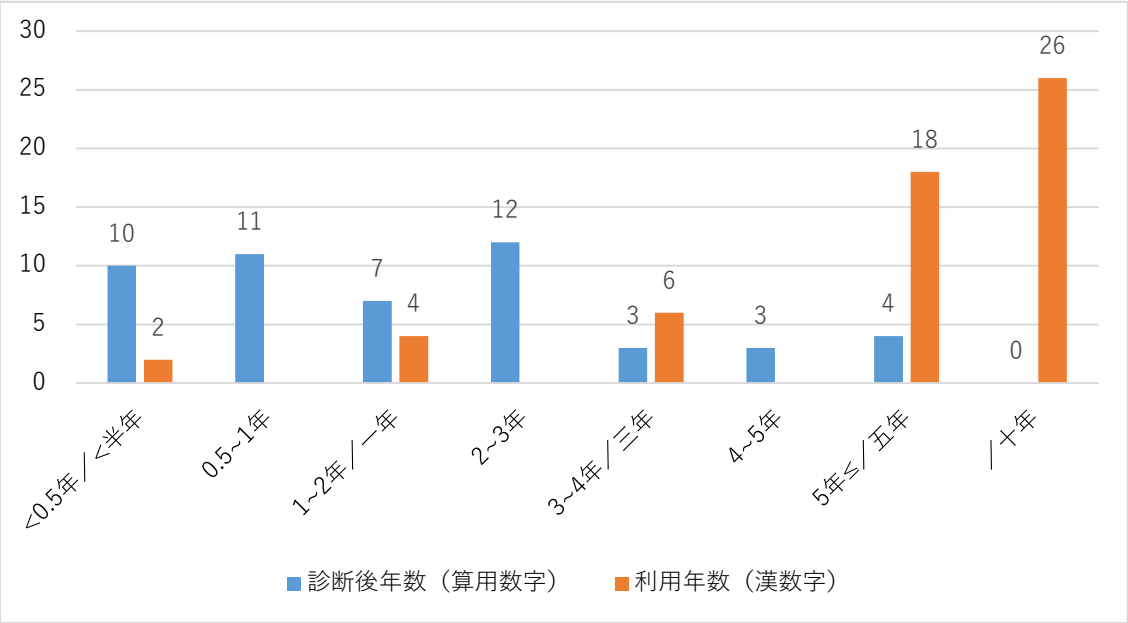


図 4. スマホの利用用途（n=51）

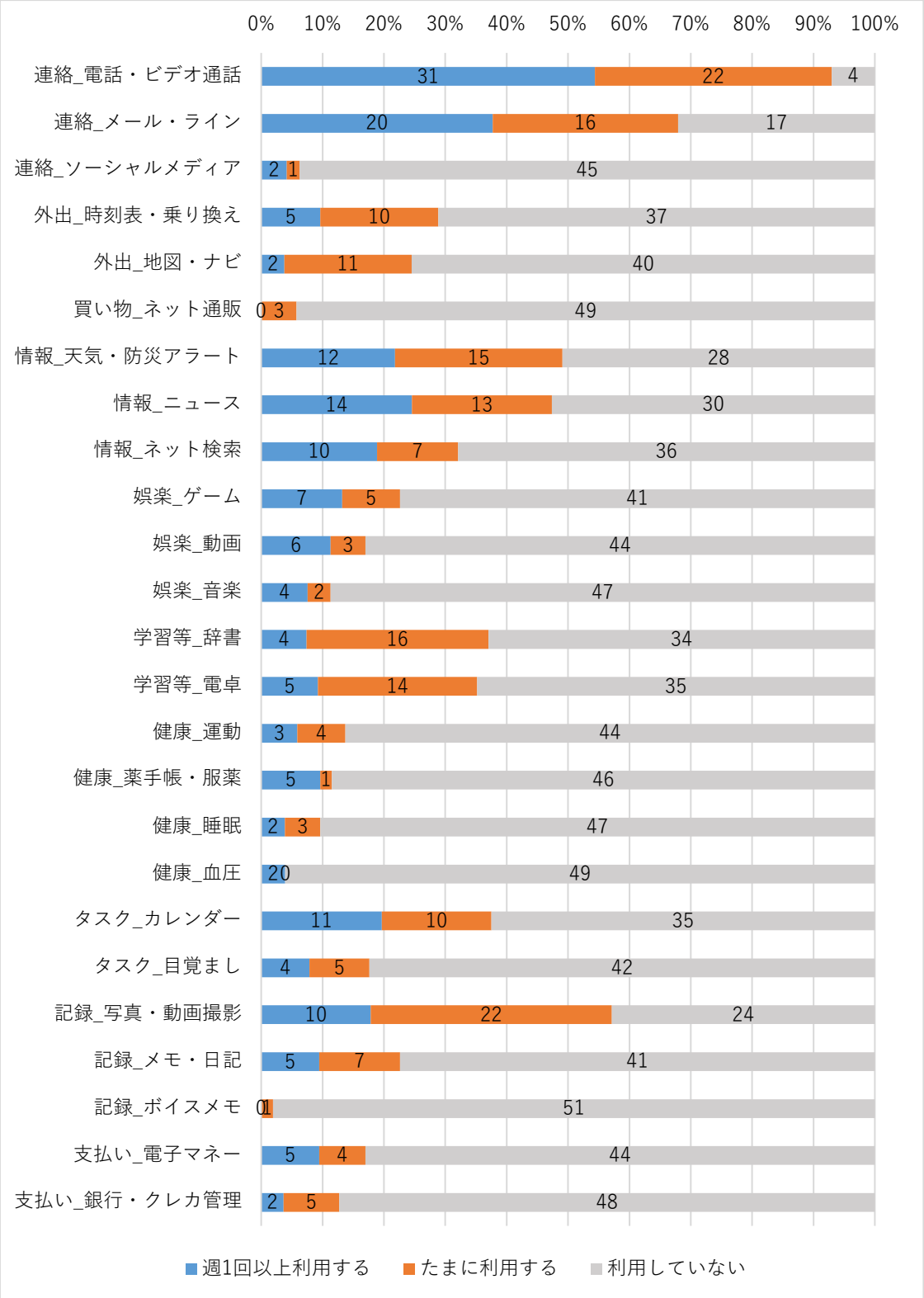
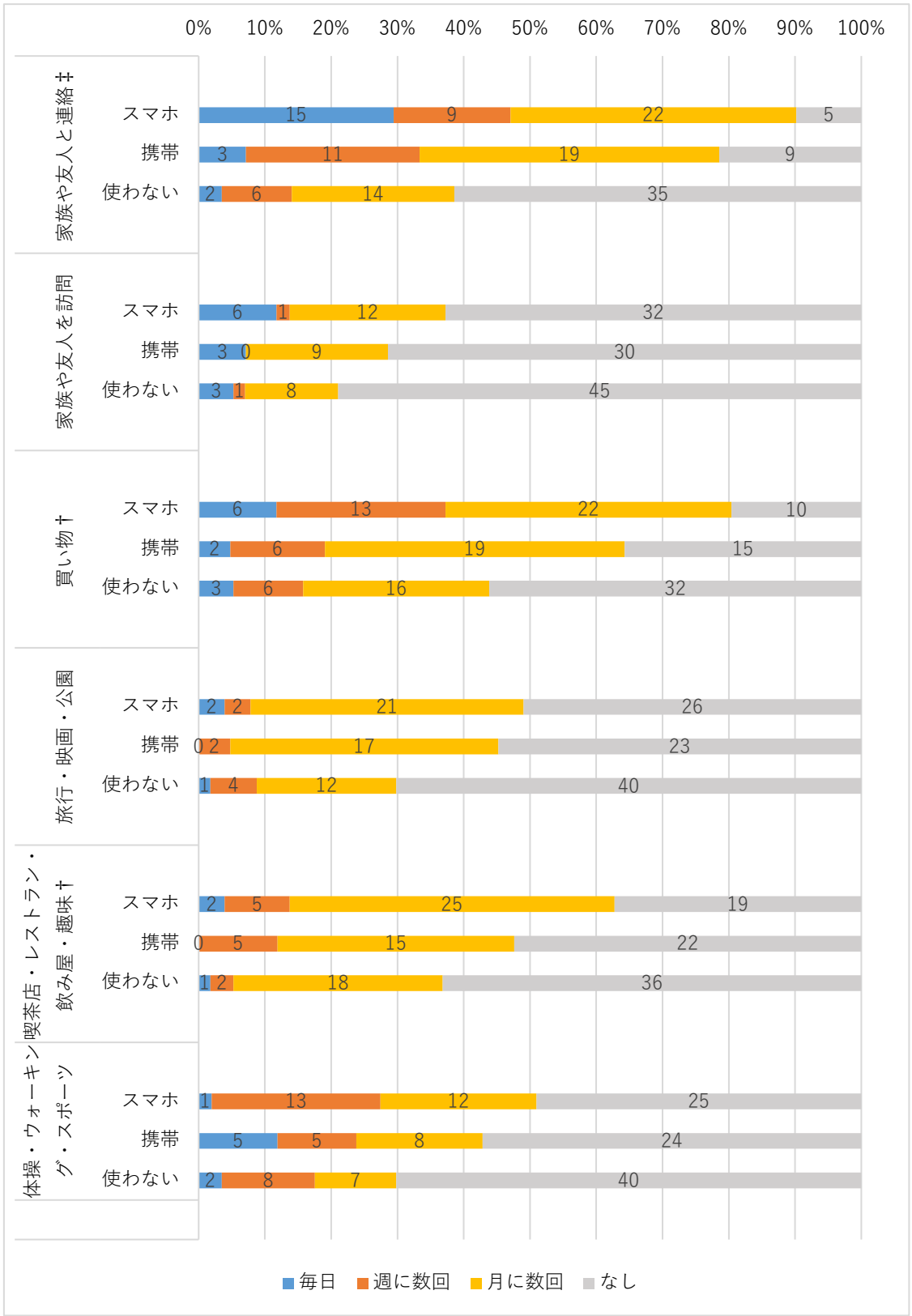


図 5. スマホ・携帯の利用と家族や友人との社会活動（n=151）



厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者等の災害対策に関する研究

研究分担者　大塚理加　国立研究開発法人防災科学技術研究所・研究員
研究協力者　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
・副所長

研究要旨
分譲マンションにおける災害時要配慮者の災害対策を促進するために、分譲マンション管理員への調査から、災害時要配慮者への対応や人数を把握するとともに、築年数と居住世帯数から災害時要配慮者数が算出できる推定式を作成した。また、災害時要配慮者の災害対応を促進するためのマニュアルを作成した。

A. 研究目的

分譲マンションは、外部から室内が見えない等、個人のプライバシーが尊重される一方で、認知症の悪化等、外部からの支援が必要な状況になっても気づかれにくいという側面がある。また、区分所有者として居住している場合は家賃の発生はなく、外部から孤立しやすい状況と相まって、経済的な困窮が気づかれにくい。さらに、オートロック等のセキュリティにより、地域包括支援センターや自治体等、外部からの確認は困難となっており、これまでも、社会福祉制度へ結びつきにくいという課題が指摘されてきた。

このような状況から、分譲マンションでの在宅療養者は外部からは見えづらい。そのため、分譲マンションでは、在宅療養者や家族介護者に急な体調悪化等の異変があっても、周囲に助けを求めにくく、支援が受けにくいと考えられる。特に、災害等でライフラインが止まった際には、福祉や医療に関わっている多くの機関が機能不全となる。そのような事態では、近隣居住者等からの支援がなければ、緊急性が気付かれず、救助が遅れる可能性がある。さらに、自治体における分譲マンションの災害対策では、東京都での「東京とどまるマンション」のように、災害対策に一定の基準を設け、認定制度を制定する等、安全な在宅避難を促進する取組が進められている。

このようなことから、分譲マンションにおいて、災害時に特別な支援が必要となる居住者の把握は重要である。そして、そのためには、平時からの災害対策として、災害時要配慮者への配慮をしていくことが重要となる。

そこで、本研究では、分譲マンションでの災害対策への取り組みの一環として、分譲

マンション管理員への調査から、災害時要配慮者の名簿作成の実態と要配慮者の概数を把握するとともに、災害時要配慮者数との関連が認められた分譲マンションの築年数と入居世帯数[1)]から、災害時要配慮者の概数把握可能性を検討した。さらに、管理組合向けの要配慮者災害対応マニュアルを作成した。

B. 研究方法

１．分譲マンション管理員調査

①対象者

大和ライフネクスト株式会社が管理受託する分譲マンション管理員 3,230 名

②実施期間

2024 年 12 月 5 日～12 月 24 日

③回答者数

1,802 名（回収率　55.8%）

④調査方法

Web によるアンケート調査

調査の実施について、メールにより周知した。

⑤調査内容

管理員が担当している各マンションについて、下記の内容について回答を依頼した。

i. 基本属性

ii. 下記に一つ以上該当する居住者の人数（要配慮者数）

- 要支援・要介護高齢者、訪問医療・看護・介護を受けている方、医療機器を利用している方、寝たきりの方
- 歩行機能に障害がある方、目の不自由な方、聴覚に障害がある方
- 知的障害がある方、精神疾患がある（と思われる）方、意思疎通が難しい方、認知症と思われる方
- 妊娠中の方、乳幼児の養育者、乳幼児・児童、外国人で日本語の理解が困難な方
- 独居高齢者、高齢者のみでお住まいの方

iii. 避難に配慮を要する居住者数

iv. 災害時要配慮者名簿の有無

v. 管理員の上記の名簿の閲覧可否

vi. 管理員の上記の名簿作成への協力の有無

vii. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる方の人数

⑥分析用データベース作成

同一マンションについて、複数の管理員が回答している場合、あるいは同一管理員が複数回回答している場合は、回答時期の最も遅いものを回答として採用し、代表者 1 人での回答とした。その結果、分析データ数は 1,683 名（有効回答率　52.1%）となった。

２．分譲マンションにおける災害時要配慮者数の概数把握の検討

調査結果から、目的変数にあたるものとして、「要配慮者数」、「避難時に配慮を要する方の人数」、「災害時や避難生活で支援が必要と思われる方の人数」を選定した。また説明変数としては、一般的にどのようなマンションでも簡単に入手できる数値として「管理総戸数」および「築年数」を採用した。そこで、上記 3 種類の目的変数に対して、それぞれ管理総戸数および築年数を説明変数とした場合の推計について検討を行った。その妥当性を検討した。

３．分譲マンションにおける要配慮者災害

時対応マニュアル作成

先行研究や今回の調査結果をもとに、分譲マンションの管理組合に向けた要配慮者災害対応マニュアルを作成した。

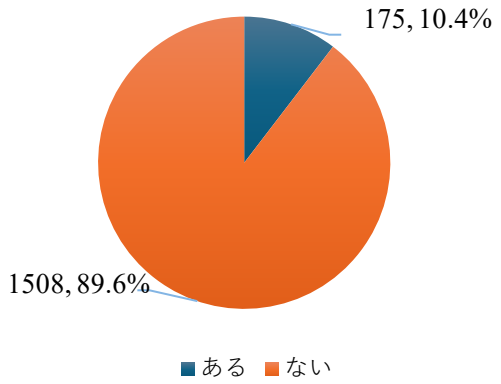
（倫理面への配慮）

本研究実施にあたり、国立研究開発法人防災科学技術研究所倫理委員会の審査を受けた。

C. 研究結果

１．分譲マンション管理員調査

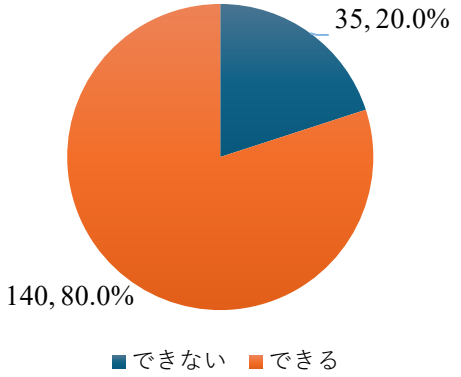
本調査から、災害時要配慮者の名簿がある分譲マンションは 10.4%であることが示された。災害時要配慮者名簿は、分譲マンションの要配慮者の災害対応に取り組む際に必要となる。本調査結果からは、既に約 1 割の分譲マンションが要配慮者の災害対応に取り組んでいると考えられる。



N=1683

図１．災害時要配慮者名簿の有無

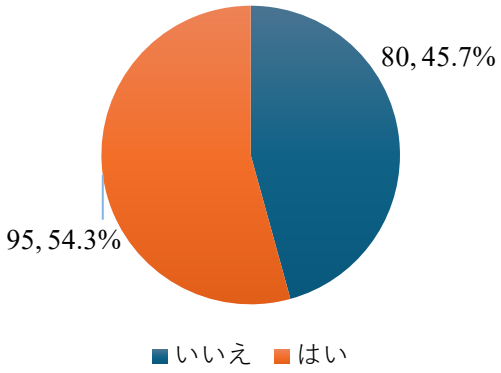
名簿があると回答した管理員 175 名中、閲覧ができると回答した管理員は 8 割であった。



N=175

図２．災害時要配慮者名簿の閲覧の可否

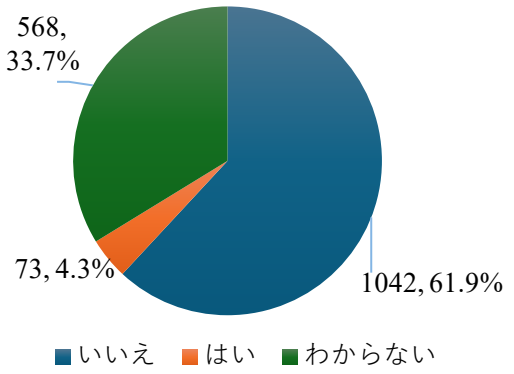
災害時要配慮者名簿作成に協力した管理員は 54.2%であった。



N=175

図３．管理員の名簿作成協力の有無

避難時要支援者への支援内容が決まっていると回答した管理員は 4.3%であった。要配慮者への支援内容について、具体的に考えられている分譲マンションは、未だ少ないことが推察された。



N=1683

図４．避難時要配慮者への支援内容の決定

調査票は別紙１、調査結果の詳細は別紙２に掲載した。

２．分譲マンションにおける災害時要配慮者数の概数把握の検討

調査結果から、目的変数にあたるものとして、「要配慮者数（問 10）」、「避難時に配慮を要する居住者数（問 12）」、「災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）」を選定した。

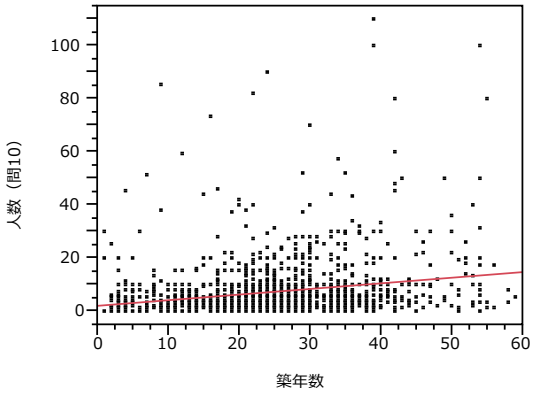
また説明変数としては、一般的にどのようなマンションでも簡単に入手できる数値として「管理総戸数（居住世帯数）」および「築年数」を採用した。

そこで、上記３種類の目的変数に対して、それぞれ管理総戸数および築年数を説明変数とした場合の推計について検討した。

（１）変数間の相関関係について

a. 要配慮者数（問 10）

要配慮者数と築年数、管理総戸数の間の関係は次のとおりである。



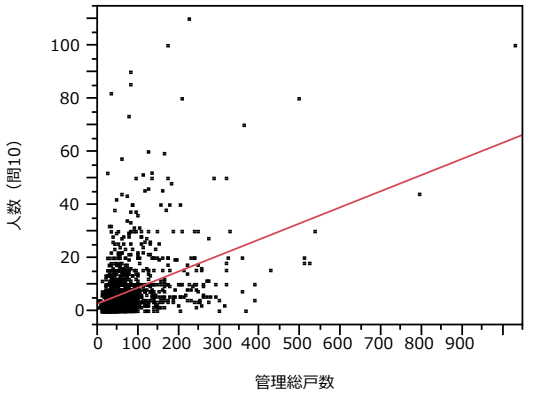


図５．要配慮者数（問 10）と築年数･管理総戸数の相関

表１．要配慮者数（問 10）と築年数･管理総戸数の相関係数

	人数（問10）	築年数	管理総戸数
人数（問10）	1		
築年数	0.209601463	1	
管理総戸数	0.398406438	0.03391129	1

要配慮者数と築年数および管理総戸数の間には、直線関係（正の相関 p 値＜0.0001）が認められた。

b. 避難時に配慮を要する居住者数（問 12）

避難時に配慮を要する居住者数と築年数、管理総戸数の間の関係は次のとおりである。

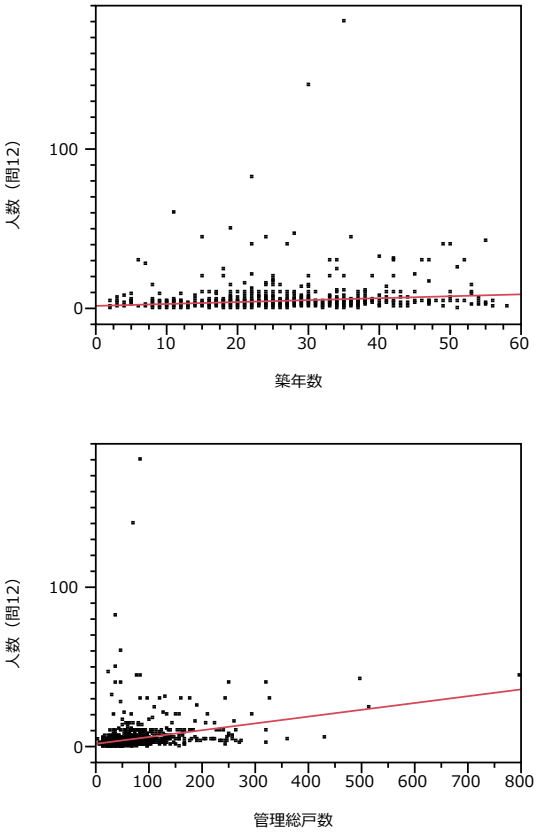


図６．避難時に配慮を要する居住者数（問 12）と築年数･管理総戸数の相関

表２．避難時に配慮を要する居住者数（問 12）と築年数･管理総戸数の相関係数

	人数（問12）	築年数	管理総戸数
人数（問12）	1		
築年数	0.123045566	1	
管理総戸数	0.260793146	0.05951187	1

避難時に配慮を要する居住者数と築年数および管理総戸数の間には、直線関係（正の相関 p 値＜0.0001）が認められた。

c. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）

災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数と築年数、管理総戸数の間の関係は次のとおりである。

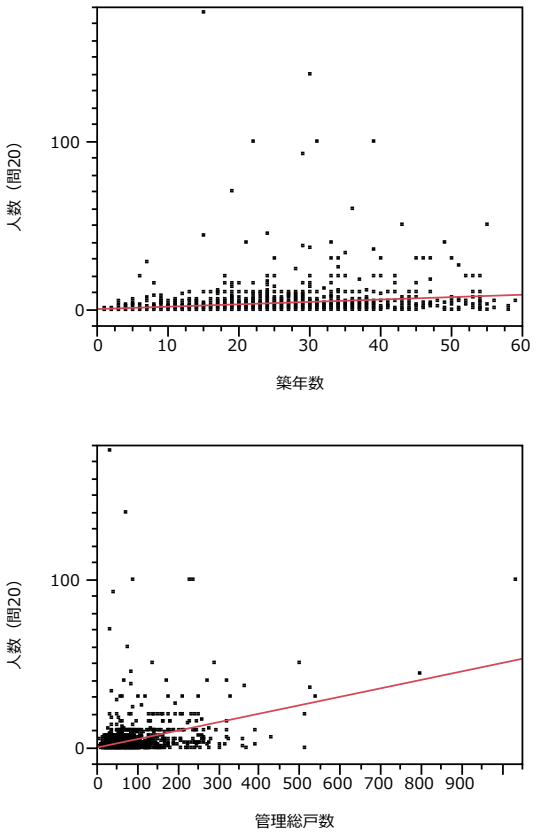


図７．災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）と築年数･管理総戸数の相関

表３．災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）と築年数･管理総戸数の相関係数

	人数（問20）	築年数	管理総戸数
人数（問20）	1		
築年数	0.151447501	1	
管理総戸数	0.355927606	0.03391129	1

災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数と築年数および管理総戸数の間には、直線関係（正の相関 p 値＜0.0001）が認められた。

（２）重回帰分析（線形モデル）による災害時要配慮者数の推計

a～c と、分譲マンションの築年数および

管理総戸数の間には、有意な線形関係が見られたため、重回帰分析による線形モデルを適用し、以下のような回帰式を求める。

要配慮者等の人数 ＝ a×築年数 ＋ b×管理総戸数 ＋ c

a. 要配慮者数（問 10）

目的変数として要配慮者、説明変数として築年数および管理総戸数を採用し重回帰分析を行った。F 検定により、重回帰式の予測能力を判断した。

表４．要配慮者数（問 10）と管理総戸数の F 検定

回帰統計	
重相関 R	0.444098677
重決定 R2	0.197223635
補正 R2	0.196267949
標準誤差	9.087971005
観測数	1683

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	34088.47145	17044.23572	206.368623	7.23511E-81
残差	1680	138753.2445	82.59121699		
合計	1682	172841.716			

F 値が帰無仮説の下で生起する p 値は 0.05 以下であり、予測能力を有すると判断できる。また、回帰の偏差平方和（変動）を全体の偏差平方和（変動）で割った値である決定係数（R2）は 0.196 であることから、全体の偏差平方和の約 20%をこの回帰式で説明できると考えられた。

切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数は以下の通りであった。

表５．切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-2.051541188	0.630925434	-3.251638113	0.001170156	-3.289023855	-0.8140585
築年数	0.198326433	0.022096107	8.975627941	7.35293E-19	0.154987636	0.2416652
管理総戸数	0.059549604	0.003324784	17.91082062	8.60059E-66	0.053028449	0.06607075

また t 値に関する p 値は、いずれも 0.05 以下で有意となり、目的変数を説明する際の要因（説明変数）として扱うことができる。 t 値は各要因の影響度を示し、一般的に、その絶対値が 2 より大きい場合は影響力があると判断できる。

分析の結果得られた回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.1983×築年数 ＋ 0.0595×管理総戸数 － 2.052

また回帰式による予測値と実データとの差（残差）を次に示す。

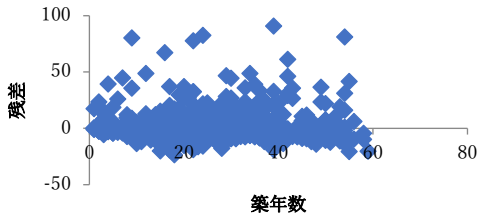


図８．要配慮者数（問 10）の回帰式による築年数予測値と実データとの差（残差）

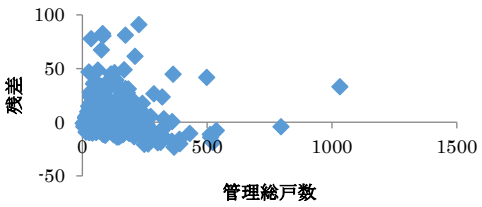


図９．要配慮者数（問 10）の回帰式による管理総戸数予測値と実データとの差（残差）

より精度を上げるために、外れ値を除外し、同様の計算を行った。外れ値は、標準残差（残差を標準偏差で割り基準化した値）の絶対値が 2.5 を超えているものとした。

表６．外れ値を除外したＦ検定（要配慮者）

回帰統計	
重相関 R	0.439347324
重決定 R2	0.193026071
補正 R2	0.192040153
標準誤差	5.488321333
観測数	1640

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	11794.62693	5897.313466	195.7830778	5.81439E-77
残差	1637	49309.17551	30.12167105		
合計	1639	61103.80244			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-0.275040499	0.399222465	-0.688940437	0.490958381	-1.05808111	0.508000111
築年数	0.146814803	0.01372736	10.69505042	7.49566E-26	0.119889765	0.173739841
管理総戸数	0.037756609	0.002251368	16.77051785	2.24445E-58	0.033340744	0.042172474

決定係数（R２）は、0.192 と外れ値の処理を行わなかった場合とほぼ同じ結果となった。

回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.1468×築年数 ＋ 0.0378×管理総戸数 － 0.275

予測値と実データとの関係を次図に示す。

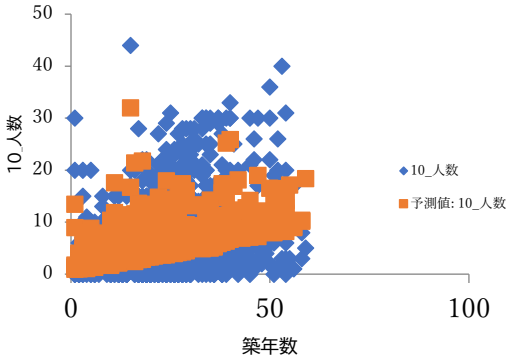


図 10．要配慮者数の予測値と実データとの関係（築年数）

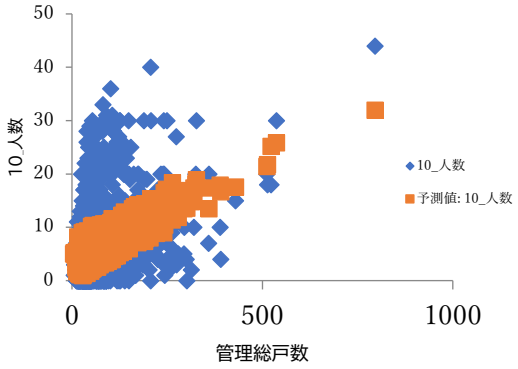


図 11．要配慮者数の予測値と実データとの関係（管理総戸数）

b. 避難時に配慮を要する居住者数（問 12）

目的変数として避難時に配慮を要する居住者数、説明変数として築年数および管理総戸数を採用し重回帰分析を行った。Ｆ検定により、重回帰式の予測能力を判断した。

表７．避難時に配慮を要する居住者数（問 12）と管理総戸数のＦ検定

回帰統計	
重相関 R	0.282162796
重決定 R2	0.079615844
補正 R2	0.077835603
標準誤差	9.090971749
観測数	1037

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	7392.162785	3696.081392	44.72196837	0
残差	1034	85455.72343	82.64576734		
合計	1036	92847.88621			

Ｆ 値が帰無仮説の下で生起する p 値は 0.05 以下であり、予測能力を有すると判断できる。また決定係数（R2）は、0.078 であることから、全体の偏差平方和の約 8%をこの回帰式で説明できると考えられた。

切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数は以下の通りであった。

表８．切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-0.917820086	0.855237959	-1.073175104	0.283442947	-2.596020087	0.760379915
築年数	0.106144712	0.029399616	3.610411496	0.000320377	0.048454995	0.163834429
管理総戸数	0.041625996	0.004890926	8.51086119	6.00133E-17	0.032028723	0.05122327

また t 値に関する p 値は、築年数と管理総戸数では 0.05 以下で有意となり、目的変数を説明する際の要因（説明変数）として扱うことができるが、切片では 0.05 を上回っている。t 値は各要因の影響度を示し、一般的にその絶対値が 2 より大きい場合は影響力があると判断できる。

分析の結果得られた回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.1061×築年数 ＋ 0.0416×管理総戸数 － 0.9178

また回帰式による予測値と実データとの差（残差）を次に示す。

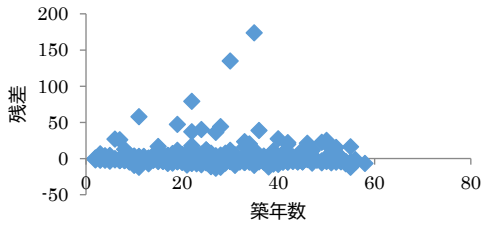


図 12．避難時に配慮を要する居住者数（問 12）の回帰式による築年数予測値と実データとの差（残差）

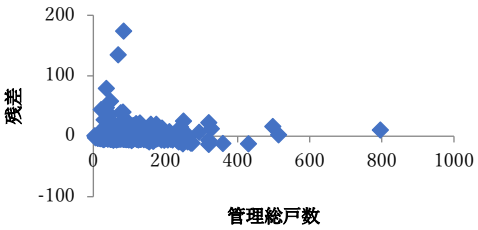


図 13．要配慮者数（問 10）の回帰式による管理総戸数予測値と実データとの差（残差）

より精度を上げるために、外れ値を除外し、同様の計算を行った。外れ値は、標準残差（残差を標準偏差で割り基準化した値）の絶対値が 2.5 を超えているものとした。

表９．外れ値を除外した F 検定（避難時に配慮を要する居住者）

回帰統計	
重相関 R	0.588740005
重決定 R2	0.346614794
補正 R2	0.345332389
標準誤差	3.640900284
観測数	1022

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	7165.880335	3582.940167	270.2850262	6.7415E-95
残差	1019	13508.02182	13.25615488		
合計	1021	20673.90215			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-1.411107502	0.346690571	-4.070221753	5.06019E-05	-2.091416587	-0.730798418
築年数	0.092270072	0.011900019	7.753775332	2.15445E-14	0.068918728	0.115621416
管理総戸数	0.042334059	0.001970087	21.48841785	8.99156E-85	0.038468167	0.046199951

決定係数（R２）は 0.345 であり、最初のものと比べて上昇している。十分ではないが参考程度の予測能力は認められた。
回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.0923×築年数 ＋ 0.0423×管理総戸数 － 1.4111

予測値と実データとの関係を次図に示す。

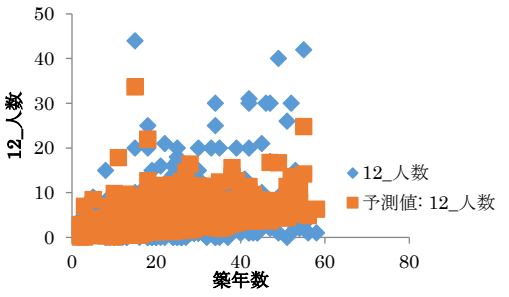


図 14．避難時に配慮を要する居住者数の予測値と実データとの関係（築年数）

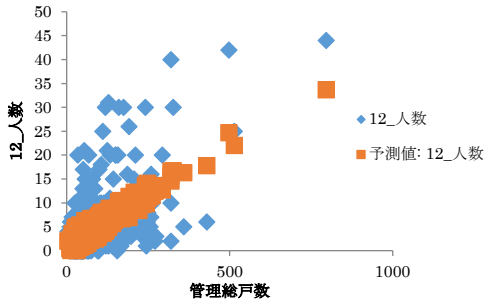


図 15. 避難時に配慮を要する居住者数の予測値と実データとの関係（管理総戸数）

c. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）

目的変数として災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数、説明変数として築年数および管理総戸数を採用し重回帰分析を行った。F 検定により、重回帰式の予測能力を判断した。

表 10. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）と管理総戸数の F 検定

回帰統計	
重相関 R	0.382273363
重決定 R2	0.146132924
補正 R2	0.145116416
標準誤差	8.730729369
観測数	1683

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	21916.34561	10958.17281	143.7596782	2.33252E-58
残差	1680	128059.0673	76.22563532		
合計	1682	149975.413			

F 値が帰無仮説の下で生起する p 値は 0.05 以下であり、予測能力を有すると判断できる。また定係数（R2）は、0.145 であることから、全体の偏差平方和の約 15%をこの回帰式で説明できることになる。

切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数は以下の通りであった。

表 11. 切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-3.252393409	0.606124207	-5.365886022	9.17684E-08	-4.441231519	-2.0635553
築年数	0.131311119	0.021227525	6.185889397	7.73951E-10	0.08967594	0.172946299
管理総戸数	0.049728552	0.003194089	15.56893228	3.71309E-51	0.04346374	0.055993365

また t 値に関する p 値は、各変数とも 0.05 以下で有意となり、目的変数を説明する際の要因（説明変数）として扱うことができる。t 値は各要因の影響度を示し、一般的にその絶対値が 2 より大きい場合は影響力があると判断できる。

分析の結果得られた回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.1313×築年数 ＋ 0.0497×管理総戸数 － 3.2524

回帰式による予測値と実データとの差（残差）を次に示す。

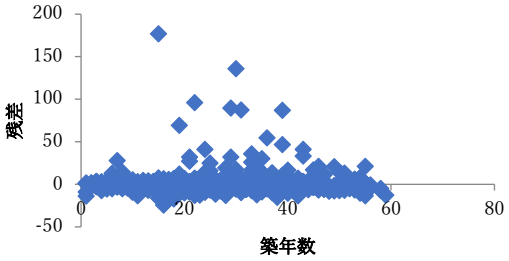


図 16. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）の回帰式による築年数予測値と実データとの差（残差）

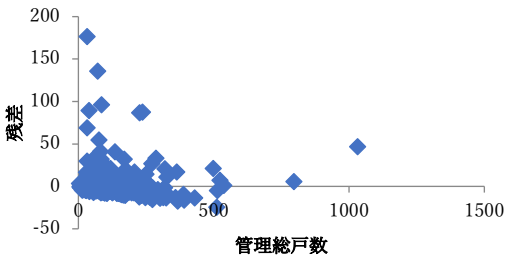


図 17. 災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数（問 20）の回帰式による管理総戸数予測値と実データとの差（残差）

より精度を上げるために、外れ値を除外し、同様の計算を行った。外れ値は、標準残差（残差を標準偏差で割り基準化した値）の絶対値が 2.5 を超えているものとした。

表 12．外れ値を除外した F 検定（災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者）

回帰統計	
重相関 R	0.590176291
重決定 R2	0.348308055
補正 R2	0.347521937
標準誤差	3.605636445
観測数	1661

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	11520.4531	5760.226552	443.0734175	6.936E-155
残差	1658	21555.0183	13.00061417		
合計	1660	33075.4714			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-2.654102771	0.255242378	-10.39836249	1.4103E-24	-3.154734104	-2.153471439
築年数	0.109710902	0.008820513	12.4381541	5.07666E-34	0.092410384	0.12701142
管理総戸数	0.038772941	0.001447546	26.78528934	1.24E-131	0.03593373	0.041612152

決定係数（R２）は 0.347 であり、最初のものと比べて上昇している。

回帰式は次のとおりである。

人数 ＝ 0.1097×築年数 ＋ 0.0388×管理総戸数 － 2.6541

予測値と実データとの関係を次図に示す。

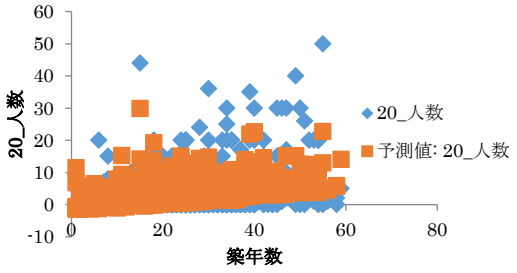


図 18．災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数の予測値と実データとの関係（築年数）

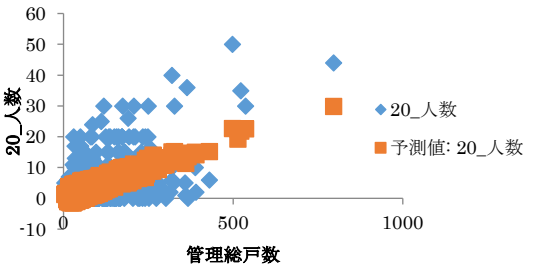


図 19．災害時や避難生活で支援が必要と思われる居住者数の予測値と実データとの関係（管理総戸数）

以上の結果において、当てはまりの良かった避難時に配慮を要する居住者数（問 12）について、以下の分析を行った。

（３）避難時に配慮を要する居住者数の対数変換を用いた重回帰分析による推計

避難時に配慮を要する居住者数に対して対数変換し、重回帰分析を行った。

避難時に配慮を要する居住者数、および築年数、管理総戸数について、分布型を調べた。標準残差が 2.5 を超えているものは外れ値とみなし除外した。

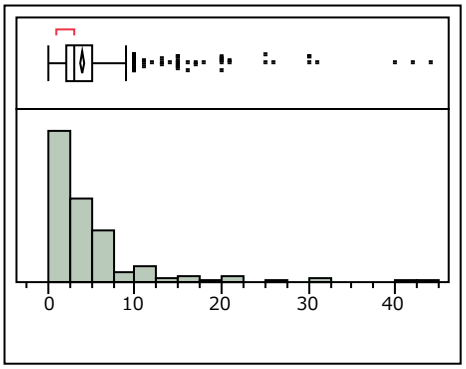


図 20．避難時に配慮を要する居住者数の分布

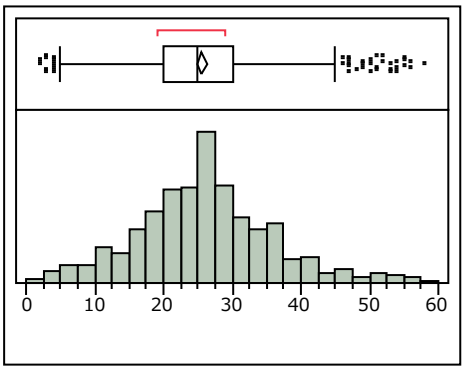


図 21．築年数の分布

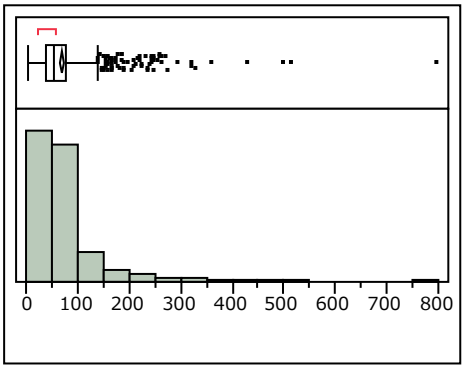


図 22．管理総戸数の分布

避難時に配慮を要する居住者数および管理総戸数は右に長く尾をひく分布型であるため、対数変化をおこない正規分布に近づける操作を行った。ただし避難時に配慮を要する居住者数については、０の場合が存在するため各データに１を加えた上で対数変換する。結果は次のとおりである。

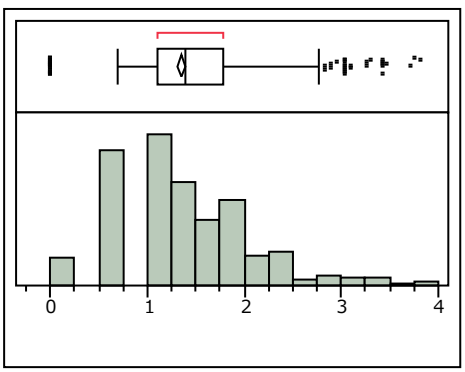


図 23．対数（避難時に配慮を要する居住者数＋１）

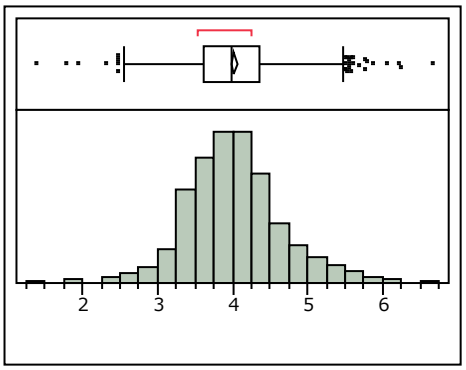


図 24．対数（管理総戸数）

対数変換後の変数間の相関係数を示す。

表 13．対数変換後の変数間の相関係数

	対数（人数+1）	築年数	対数（戸数）
対数（人数+1）	1		
築年数	0.229792747	1	
対数（戸数）	0.450417848	0.027792052	1

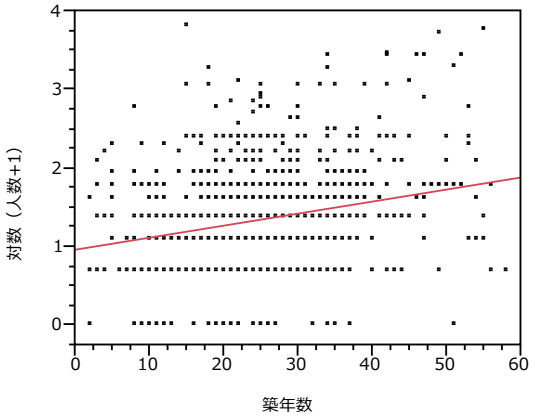


図 25．対数変換後の変数間の相関（築年数）

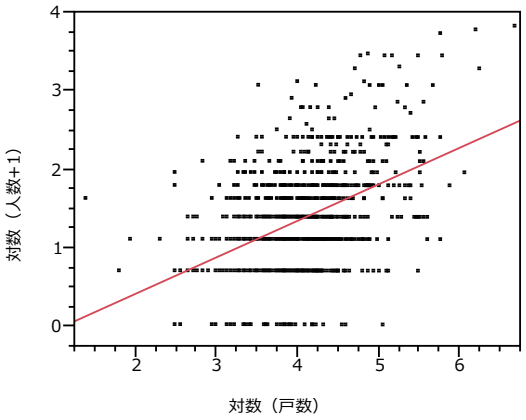


図 26．対数変換後の変数間の相関（戸数）

次に目的変数として対数変換した避難時に配慮を要する居住者数、説明変数として築年数および対数変換した管理総戸数を採用し重回帰分析を行った。

得られた分散分析表により、重回帰式の予測能力を判断した。

表 14．避難時に配慮を要する居住者数と総戸数（対数）の F 検定

回帰統計	
重相関 R	0.500121015
重決定 R2	0.25012103
補正 R2	0.248649236
標準誤差	0.553844581
観測数	1022

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	104.2579158	52.12895788	169.9429771	2.03237E-64
残差	1019	312.5719521	0.30674382		
合計	1021	416.8298678			

F 値が帰無仮説の下で生起する p 値は 0.05 以下であり、予測能力を有すると判断できる。また決定係数（R2）は、0.249 であることから、全体の偏差平方和の約 25%をこの回帰式で説明できると考えられる。

切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数は以下のとおりである。

表 15．切片、築年数、管理総戸数についての回帰式の係数

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-0.866417352	0.121715665	-7.118371738	2.05843E-12	-1.105259362	-0.627575341
築年数	0.014490403	0.001808473	8.012507952	3.05813E-15	0.010941646	0.01803916
対数（戸数）	0.458245277	0.027984979	16.37468718	1.11904E-53	0.4033305	0.513160055

また t 値に関する p 値は、各変数とも 0.05 以下で有意となり、目的変数を説明する際の要因（説明変数）として扱うことができる。t 値は各要因の影響度を示し、一般的にその絶対値が 2 より大きい場合は影響力があると判断できる。

分析の結果得られた回帰式は次のとおりである。

$$\ln(\text{人数}+1) = 0.0145 \times \text{築年数} + 0.4582 \times \ln(\text{管理総戸数}) - 0.8664$$

回帰式による予測値と実データとの差（残差）を次に示す。

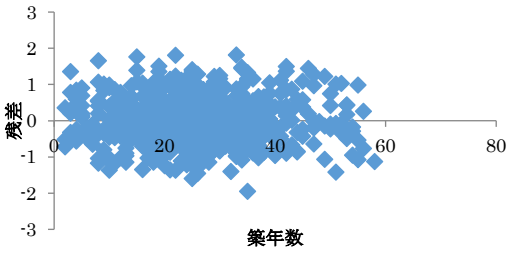


図 27．避難時に配慮を要する居住者数の回帰式による築年数予測値と実データとの差（残差）

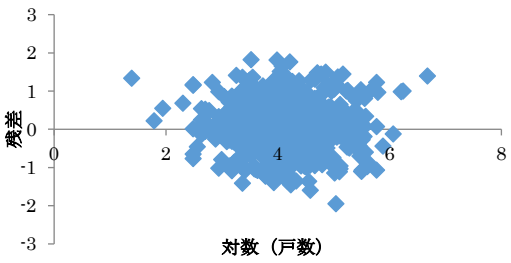


図 28．避難時に配慮を要する居住者数の回帰式による管理総戸数予測値と実データとの差（残差）

予測値と実データとの関係を以下に示す。

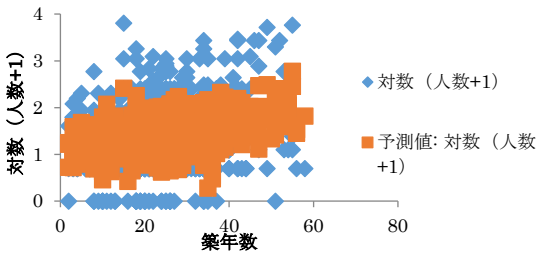


図 29．避難時に配慮を要する居住者数の予測値と実データとの関係（築年数）

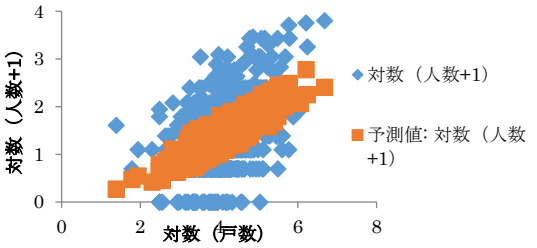


図 30．避難時に配慮を要する居住者数の予測値と実データとの関係（戸数）

（4）層別による分析

さらに、築年数および管理総戸数を層別に分割し、重回帰分析を行った。

① 築年数 20 年以下の場合

築年数を 20 年以下とした場合、次のような結果が得られた。

表 16．変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.027148916	1	
管理総戸数	0.681360756	-0.055413481	1

表 17． F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.684454658
重決定 R2	0.468478178
補正 R2	0.46470852
標準誤差	2.873415609
観測数	285

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	2052.174413	1026.087207	124.2760324	1.98827E-39
残差	282	2328.337867	8.25651726		
合計	284	4380.512281			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-0.39346269	0.578858976	-0.679721151	0.497238615	-1.532895587	0.745970208
築年数	0.052762347	0.03523797	1.497315192	0.13542969	-0.016600492	0.122125187
管理総戸数	0.038185239	0.002423978	15.75312712	1.52466E-40	0.033413851	0.042956627

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

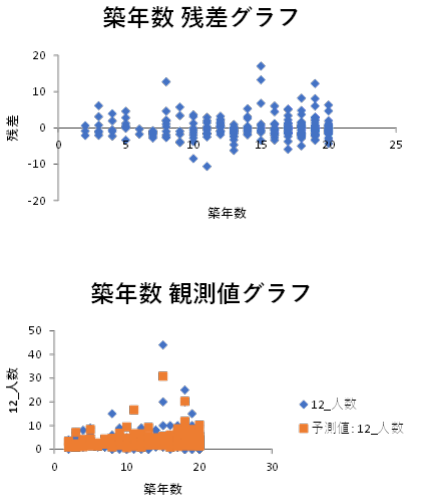


図 31．築年数における残差と観測値の分布

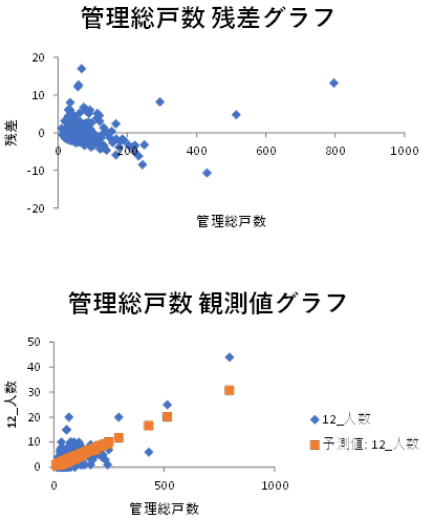


図 32．管理総戸数における残差と観測値の分布

築年数を 20 年以下に限定した場合、人数と築年数との関係はほとんどみられず、人数と管理総戸数との間に明確な相関関係がみられた。したがって築年数を２０年以下に限定すると、推定される人数はほぼ管理総戸数により決まることが示された。

② 築年数 21～40 年の場合

築年数を 21～40 年とした場合、次のような結果が得られた。

表 18. 変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.054706111	1	
管理総戸数	0.386771385	0.004044459	1

表 19. F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.39040518
重決定 R2	0.152416205
補正 R2	0.149886104
標準誤差	3.184315645
観測数	673

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散	有意 F
回帰	2	1221.674538	610.8372689	60.24115715	8.73345E-25
残差	670	6793.710306	10.13986613		
合計	672	8015.384844			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	0.797817706	0.731904276	1.090057446	0.276079723	-0.639284379	2.23491979
築年数	0.037126208	0.024848173	1.49412227	0.135614453	-0.011663452	0.085915868
管理総戸数	0.028707294	0.002641416	10.86814573	1.88165E-25	0.023520845	0.033893744

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

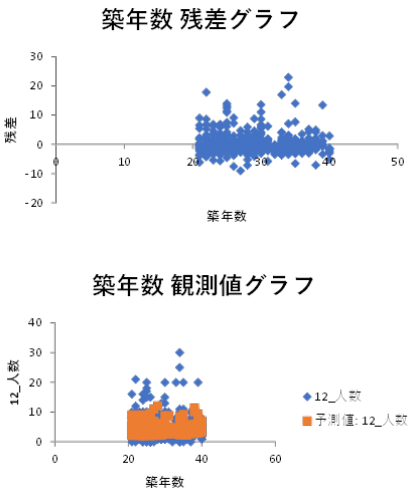


図 33. 築年数における残差と観測値の分布

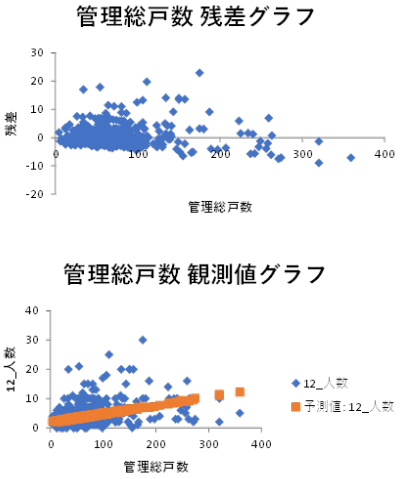


図 34. 管理総戸数における残差と観測値の分布

築年数を 20～40 年以下とした場合、人数と築年数との関係はほとんどみられず、人数と管理総戸数との間には相関関係がみられた。したがって推定される人数は、ほぼ管理総戸数により決まることが示された。

③ 築年数 41 年以上の場合

築年数を 41 年以上とした場合、次のような結果が得られた。

表 20．変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.007655595	1	
管理総戸数	0.750749751	0.194995558	1

表 21． F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.763959436
重決定 R2	0.58363402
補正 R2	0.569982676
標準誤差	6.598945349
観測数	64

分散分析表

	自由度	変動	分散	測された分散	有意 F
回帰	2	3723.439137	1861.719569	42.75286274	2.47739E-12
残差	61	2656.310863	43.54607971		
合計	63	6379.75			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	13.31350644	8.028235993	1.658335212	0.102383918	-2.739943599	29.36695647
築年数	-0.294260782	0.171867682	-1.71213563	0.091951582	-0.637931453	0.049409889
管理総戸数	0.092057559	0.009955972	9.246466301	3.269E-13	0.072149363	0.111965756

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

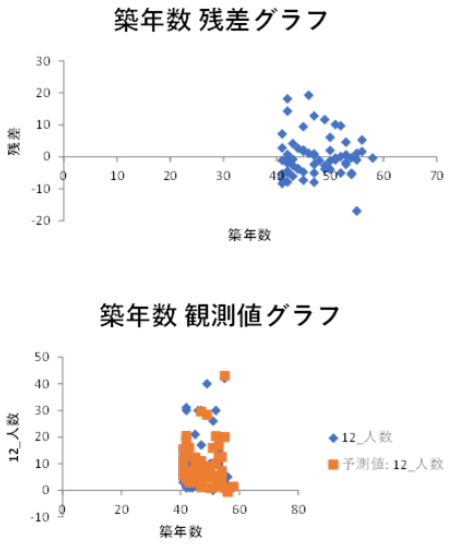


図 35．築年数における残差と観測値の分布

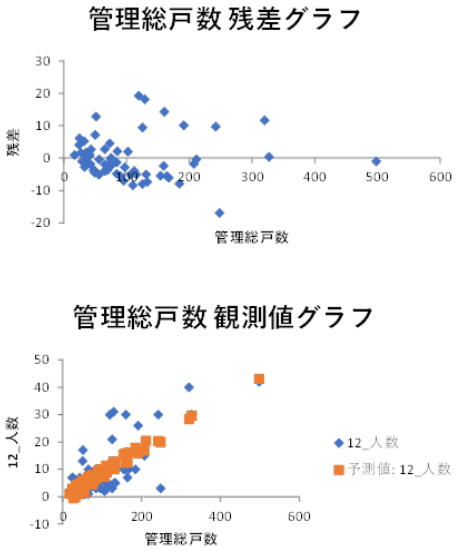


図 36．管理総戸数における残差と観測値の分布

築年数を 41 年以上にした場合、人数と築年数との関係はほとんどみられず、人数と管理総戸数との間に明確な相関関係がみられた。したがって推定される人数は、ほぼ管理総戸数により決まることが示された。

④ 管理総戸数 50 戸以下の場合

管理総戸数を 50 戸以下とした場合、次のような結果が得られた。

表 22．変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.153705012	1	
管理総戸数	0.099243993	-0.088480467	1

表 23.　F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.190943577
重決定 R2	0.036459449
補正 R2	0.032324082
標準誤差	1.971153568
観測数	469

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	68.51204751	34.25602376	8.816496315	0.000174465
残差	466	1810.618016	3.885446387		
合計	468	1879.130064			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	0.659048432	0.460465526	1.431265523	0.153024414	-0.245797509	1.563894373
築年数	0.039178837	0.010921203	3.587410242	0.000369306	0.017717933	0.060639742
管理総戸数	0.023430808	0.009404692	2.491395513	0.013071026	0.004949951	0.041911666

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

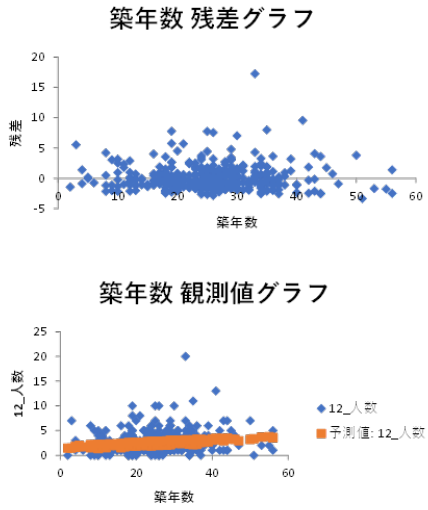


図 37.　築年数における残差と観測値の分布

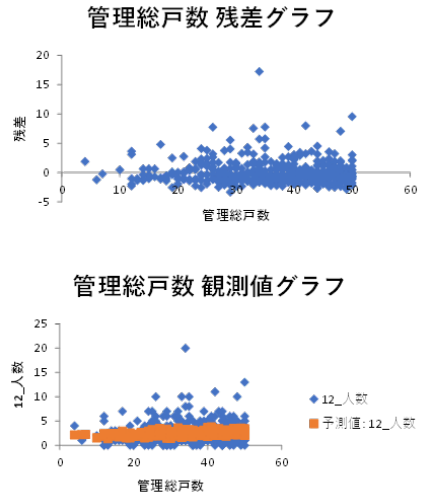


図 38.　管理総戸数における残差と観測値の分布

管理総戸数を 50 戸以下にした場合、人数と築年数との間には相関関係が認められ、人数と管理総戸数との間にもある程度の相関関係がみられた。しかし回帰式の決定係数は 0.03 と低く、予測能力は極めて低かった。

⑤　管理総戸数 51 戸～100 戸の場合

管理総戸数を 51 戸～100 戸とした場合、次のような結果が得られた。

表 24.　変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.128772788	1	
管理総戸数	0.133437206	0.011735722	1

表 25.　F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.184361841
重決定 R2	0.033989288
補正 R2	0.029134963
標準誤差	3.14960141
観測数	401

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	138.9166798	69.45833989	7.001856512	0.001026612
残差	398	3948.155639	9.919989044		
合計	400	4087.072319			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	0.600173132	0.916644692	0.654750022	0.513006916	-1.201897463	2.402243727
築年数	0.041627578	0.016120939	2.582205619	0.010173519	0.009934743	0.073320414
管理総戸数	0.031382572	0.011718655	2.678001107	0.007712995	0.008344371	0.054420772

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

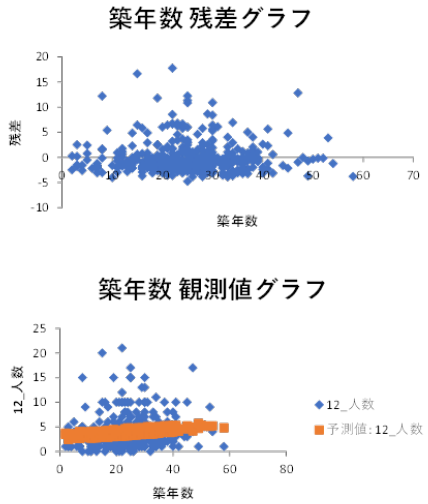


図 39．築年数における残差と観測値の分布

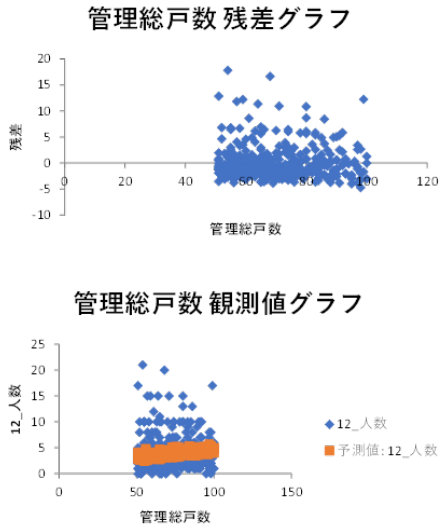


図 40．管理総戸数における残差と観測値の分布

管理総戸数を 51 戸～100 戸にした場合、人数と築年数および管理総戸数との間には弱い相関関係がみられた。しかし回帰式の決定係数は 0.03 と低く、予測能力は極めて低い。

⑥　管理総戸数 101 戸以上の場合

管理総戸数を 101 戸以上とした場合、次のような結果が得られた。

表 26．変数間の相関係数

	12_人数	築年数	管理総戸数
12_人数	1		
築年数	0.372736625	1	
管理総戸数	0.478846744	0.014657961	1

表 27．　F 検定結果

回帰統計	
重相関 R	0.602554884
重決定 R2	0.363072388
補正 R2	0.354523025
標準誤差	6.820028317
観測数	152

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	2	3950.58827	1975.294135	42.46776628	2.53928E-15
残差	149	6930.405151	46.51278625		
合計	151	10880.99342			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-6.488877634	1.725965399	-3.759564147	0.000243883	-9.899408007	-3.078347261
築年数	0.255774824	0.04572114	5.594235505	1.03184E-07	0.165429249	0.346120399
管理総戸数	0.045216046	0.006244318	7.241150654	2.20544E-11	0.032877191	0.0575549

残差および予測値と実データとの関係は以下の通りであった。

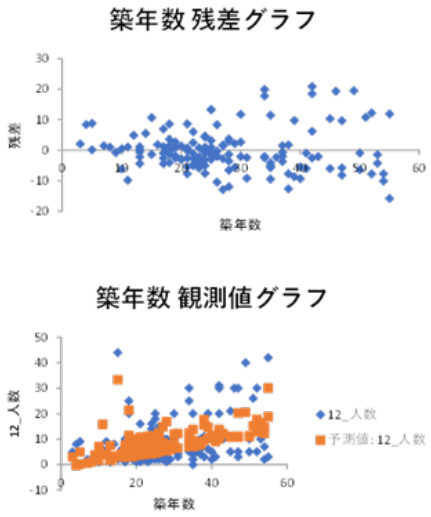


図 41．築年数における残差と観測値の分布

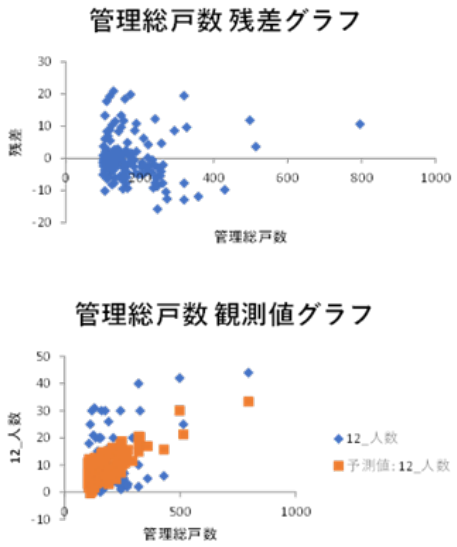


図 42．管理総戸数における残差と観測値の分布

管理総戸数を 101 戸以上にした場合、人数と築年数および管理総戸数との間には相関関係がみられた。回帰式の決定係数は 0.35 であり、参考程度の予測能力はあると考えられる。

（５）災害時要配慮者数推計値の検証

大阪市北区での分譲マンションの高齢者数の推定からの検証をおこなった。

471 棟の調査対象マンションの高齢居住者数（65 歳以上）を推定するため、入居率を 90%と仮定し、当該マンションが立地する 250m メッシュ単位の戸当たり人口と 65 歳以上人口割合を用いて、次式により算出した。

【高齢者数の推定に用いた計算式】

65 歳以上居住者数（人）＝戸数×0.9×戸当たり人口×65 歳以上割合

（入居率を 90%と想定。戸当たり人口と 65 歳以上割合は、2015 年国勢調査によるメッシュごとの値を使用。）

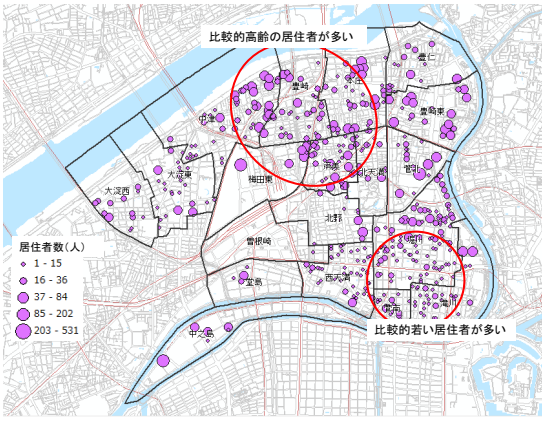


図 43．高齢居住者数の推定結果

65 歳以上の居住者数、築年数、戸数との関係を次に示す。

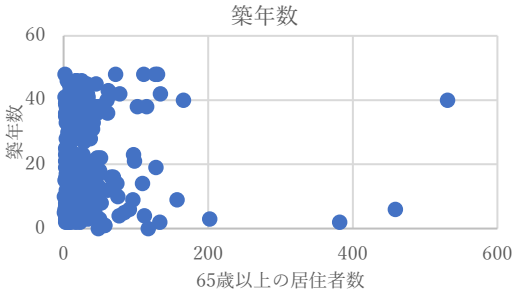


図 44．65 歳以上の居住者数と築年数の関係

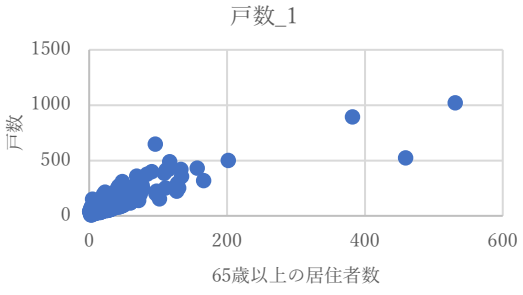


図 45．65 歳以上の居住者数と戸数の関係

（２）高齢者数推定値と要配慮者数推定値の関係による検証

大阪市北区でのマンションの築年数および戸数から要配慮者数を推定し、前述の高齢者数推定値との関係を把握した。

要配慮者数推定にあたっては、問 10、問 12、問 20 の要配慮者数を目的変数として重回帰分析により得られた式を用いた。

■人数（問 10 の要配慮者）＝0.19833×築年数＋0.05955×管理総戸数-2.05154
上記式で得られた要配慮者数と 65 歳以上居住者の関係は次のとおり。

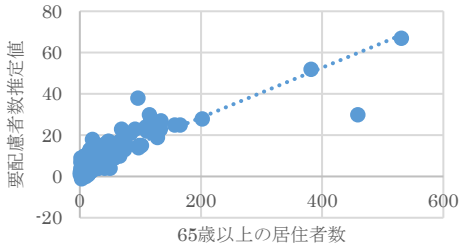


図 46．要配慮者（問 10）推定値と 65 歳以上の居住者数の関係

■人数（問 12 の要配慮者）＝0.09227×築年数＋0.04233×管理総戸数-1.41111
上記式で得られた要配慮者数と 65 歳以上居住者の関係は次のとおり。

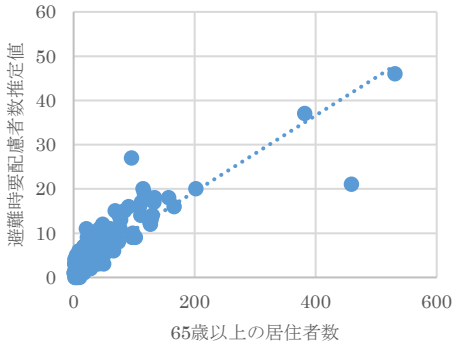


図 47．避難時要配慮者（問 12）推定値と 65 歳以上の居住者数の関係

■人数（問 20 の要配慮者） ＝ 0.10971×築年数 ＋ 0.03877×管理総戸数－2.6541
上記式で得られた要配慮者数と 65 歳以上居住者の関係は次のとおり。

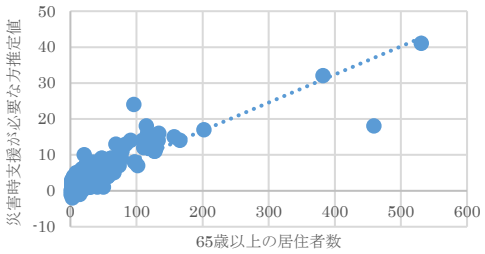


図 48．災害時支援が櫃お湯な方の推定値（問 20）推定値と 65 歳以上の居住者数の関係

表 28．変数間の相関係数

	65歳以上居住者数	問10 推定値	問12推定値	問20 推定値
65歳以上居住者数	1			
問10 推定値	0.840497828	1		
問12推定値	0.868305999	0.986722389	1	
問20 推定値	0.850354053	0.994222777	0.992176994	1

いずれの推定式を用いた場合も、65 歳以上の居住者数と要配慮者数の推定値の間には高い正の相関関係がみられた。一般的に高齢者が増加すれば、要配慮者数も増加することが予想されることから、これらの推定式は、ある程度要配慮者数を推定する能力を有すると考えられる。

３．分譲マンションにおける要配慮者災害時対応マニュアル作成

管理員への調査結果から、分譲マンションの約 1 割で要配慮者名簿作成が行われているものの、具体的な対策はほとんど決められていないことが明らかになった。このことから、災害時要配慮者への災害対応の促進するために、管理組合向けの災害時要配慮者対応マニュアルを作成した。作成に

あたっては、マンションの管理組合が主な担い手になるものとし、管理組合としての進め方についても詳細に説明した。さらに、管理組合で支援を行う人などのリスクにも配慮した。

D. 考察

分譲マンションの災害時要配慮者への対策は、すでに約 1 割が着手していると考えられた。ただし、災害時要配慮者の具体的な対策が定められていなかった。これらのことから、分譲マンションの災害時要配慮者への対応への理解は進んでいないと考えられ、これを促進するための啓発活動等を積極的に行う必要があると考えられる。

多くの自治体は、災害時にも、分譲マンションの構造体への被害が少ない場合は、分譲マンション居住者に在宅避難を推奨している。このことから、被災直後の命を守る対策のみではなく、避難生活を過ごすための準備をすることも必要となる。そのためには、分譲マンションの災害時要配慮者は、電力等のライフライン被害があった場合、水や物資の配給の運搬や移動に困難がある等、在宅生活を継続するための支援が必要な居住者も含めて考える必要がある。そのため、居住者の状況のみではなく、独居等の生活環境も合わせて、災害時の支援内容を考える必要がある。

今回の調査から得られた知見を生かし、分譲マンションの災害時要配慮者への災害対応について、管理組合向けのマニュアルを作成した。このマニュアルは、管理組合での取組促進に向けたものであり、今後、対応事例が蓄積された場合は、さらに具体例等を追加する必要があると考える。

分譲マンションの災害時要配慮者数について、推定力は低いものの、築年数と居住世帯数で推定可能であることが示された。今後は、説明変数に高齢化率等の関連が考えられる地域の指標を追加した検討し、より推定力の高めるための改良を行いたい。また、従属変数とした分譲マンションの要配慮者数について、管理員調査から得られた数値であったため、実際の分譲マンションでの確認する必要がある。

E. 結論

災害時要配慮者の名簿作成を行っている分譲マンションは 1 割程度と、その対応は緒に就いたばかりであることが示された。その促進のため、管理組合向けの災害時要配慮者対応マニュアルを作成した。

分譲マンションの災害時要配慮者数について、分譲マンションの築年数と居住世帯数という入手が容易な情報から推定する方法を検討し、改善の必要性はあるものの一定の推定が可能であることが示された。

現状では、マンションの管理組合では、災害時の要配慮者をごく少数と捉えているむきがあるが、本研究からそうではないことが明らかになった。また、管理戸数から簡便に災害時要配慮者を推定することによって、各マンションの管理組合が居住者の状況を想像し、把握することが期待される。

なお、分譲マンション向けの災害時のマニュアルは、いくつかの自治体で出されており、災害時要配慮者に関する記載もある。しかしながら、分譲マンションに暮らす災害時要配慮者の推定数に触れ、管理組合の運営を考慮して決定方法などについて

詳細に解説しているものは見つけられなかった。そのため、マニュアルは、多様な災害時要配慮者への支援策について説明すると共に、管理組合としての進め方についても丁寧に説明することにつとめた。

F. 研究発表

1. 論文発表

大塚理加：福祉・医療の現場から 高齢者の災害対応，地域ケアリング，26(9)，40-42，2024

大塚 理加，粟田 主一：被災後の介護保険サービスの状況と高齢者への影響，老年精神医学雑誌，35(10)，1007-1014，2024

2. 学会発表

Rika Ohtsuka, Shingo Nagamatsu, Yuto Shiozaki, Shuichi Awata: Study on the Vulnerability of Older Adults in Need of Long-Term Care at Home during Disasters in Japan, 50th Annual Natural Hazards Research and Applications Workshop, July 13-16, 2025. (Poster Presentation)

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む.）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Reference

1） 大塚 理加，田中 昌樹，王尾 和寿，塩崎 由人：分譲マンションに居住する 災害時要配慮者への支援に関する調査研究，地域安全学会論文集，43，125-135，2023

別紙１

アンケート画面



災害時における要配慮者に関するアンケート

分譲マンションは、プライバシーが守られる一方で、生活上の困りごとが見えにくいと言われています。この調査は、分譲マンションにお住まいの方で、生活上の困りごとが発生しやすく、配慮が必要となる可能性が高い方を把握し、災害等における緊急時の支援の在り様を検討するものです。
お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご協力の程、よろしくお願いいたします。
なお、複数のマンションに勤務されている場合は、マンションごとに、複数のアンケートへのご回答をお願いいたします。また、複数のFMが勤務のマンションの場合は、メインFMの方がご回答ください。（このアンケート回答後に画面に出てくる「別の回答を送信」で別のマンションについての回答が可能です。）

セクション 1

はじめにあなた（アンケートの回答者）についてお尋ねします。

4. 性別 *

- ○ 男
- ○ 女

5. 年齢（半角数字。「才、歳」の記載は不要です。） *

値は数値にする必要があります

6. 勤続年数（半角数字。「年」の記載は不要です。） *

値は数値にする必要があります

9. ご勤務のマンションに、下記のいずれかに当てはまる方はいらっしゃいますか？把握されている範囲でかまいません。 *

	いる	いない	わからない
要支援・要介護高齢者、訪問医療・看護・介護を受けている方、医療機器を利用している方、寝たきりの方	○	○	○
歩行機能に障害がある方（歩行器を利用／つかまって歩く／階段や段差での上り下りが困難等）、目の不自由な方、聴覚に障害がある方	○	○	○
知的障害がある方 精神疾患のある（と思われる）方、意思疎通が難しい方、認知症と思われる方	○	○	○
妊娠中の方、乳幼児の養育者、乳幼児・児童、外国人で日本語の理解が困難な方	○	○	○
独居高齢者、高齢者のみでお住まいの世帯	○	○	○

10. 上記の質問で、1つ以上に当てはまる方は、全部で何人ですか。現状で把握されている範囲でお答えください。
人数の数え方はを下記をご参考お願い致します。
・複数の事項にあてはまる人がいる場合は「1名（ひとり）」としてカウント。（例「高齢者」で「認知症』乳幼児養育者」は、「1名（ひとり）」としてカウント。
・高齢者夫婦のみの世帯は、「2名（ふたり）」でカウント。
＊いない場合は0と記入。（半角数字。「人」の記載は不要です） *

値は数値にする必要があります

11. ご勤務のマンションで、避難時に配慮を要する方のおおよその人数を把握していますか？ *

- ○ はい　移動　12. 「はい」と回答した方にお尋ねします。何人ですか？おおよそ...
- ○ いいえ　移動　13. 災害発生時に配慮を要する方の名簿はありますか。 ※この...

12. 「はい」と回答した方にお尋ねします。何人ですか？おおよその数でも構いません。（半角数字。「人」の記載は不要です） *

値は数値にする必要があります

13. 災害発生時に配慮を要する方の名簿はありますか。
※この場合の名簿とは、区分所有者名簿とは別に、災害発生時に配慮の必要な方を把握するための居住者名簿を指します。 *

- ○ ある　移動　14.「ある」と回答した方に伺います。管理員は「避難時要支援者名簿」を...
- ○ ない　移動　17. 避難時要配慮者への支援内容は決まっていますか。

14.「ある」と回答した方に伺います。管理員は「避難時要支援者名簿」を見ることができますか？ *

- ○ できる　移動　15. 管理員は「避難時要支援者名簿」作成に協力しましたか？
- ○ できない　移動　15. 管理員は「避難時要支援者名簿」作成に協力しましたか？

15. 管理員は「避難時要支援者名簿」作成に協力しましたか？ *

- ○ はい　移動　16. 避難時要支援者名簿はどのように作成したものですか？（複数回答...
- ○ いいえ　移動　16. 避難時要支援者名簿はどのように作成したものですか？（複数回答...

16. 避難時要支援者名簿はどのように作成したものですか？（複数回答可） *

- ☐ 管理組合がアンケートなどで把握して作成した。
- ☐ マンションの防災組織（自治会や自主防災組織など）がアンケートなどで把握して作成した。
- ☐ 自治会が行政から提供を受けた。
- ☐ 配慮を要する本人から提出を受けた。
- ☐ 配慮を要する方との会話で把握した。
- ☐ 配慮を要する方の家族から提出を受けた。

17. 避難時要配慮者への支援内容は決まっていますか。 *

- ○ はい　移動　18.「はい」と回答した方に伺います。決められている支援内容をお書きくだ...
- ○ いいえ　移動　19.「個別避難計画」を聞いたことがありますか？
- ○ わからない　移動　19.「個別避難計画」を聞いたことがありますか？

18.「はい」と回答した方に伺います。決められている支援内容をお書きください。管理員がすることになっているもののみに限定せずにお答えください。（複数回答可） *

- ☐ 安否確認
- ☐ 避難誘導
- ☐ その他

19. 「個別避難計画」を聞いたことがありますか？ *

- ◯ はい
- ◯ いいえ

20. ご勤務のマンションに「災害時や避難生活で支援が必要と思われる方」は何人いますか？近隣住民やNPO等からの支援も含みます。ご自身の判断でお書きください。＊いない場合は0と記入 （半角数字。「人」の記載は不要です） *

値は数値にする必要があります

21. マンションの災害時に、お住まいで配慮を要する方への支援について、あなたのお考えをお書きください。具体的な支援内容についても、あわせてお教えください。 *

回答を入力してください

22. マンションは、災害時に避難所に行かず、災害の発生から自宅（マンション内）で被災生活を送る「在宅避難」が求められています。マンションにお住まいの方が「在宅避難」をするには、どのような準備が必要だと思いますか？ *

回答を入力してください

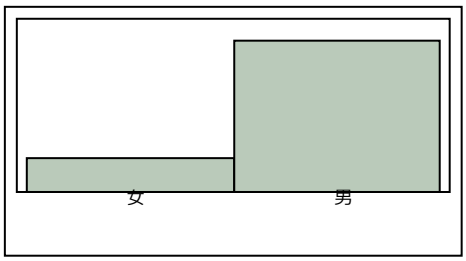
23. 回答いただいた情報は統計的に処理し、報告書や学会発表等に活用いたします。マンション名、管理員氏名などの個別情報が公開されることはありません。 *

- ◯ 了解した

別紙２

単純集計

【４．回答者性別】



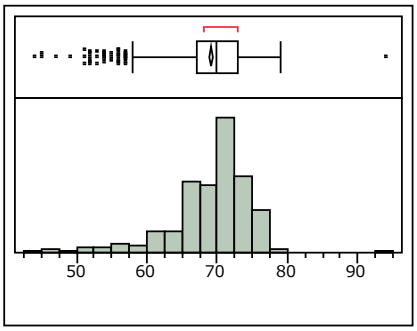
度数

水準	度数	割合
女	300	0.18018
男	1365	0.81982
合計	1665	1.00000

欠測値N 18

2 水準

【５．回答者年齢】



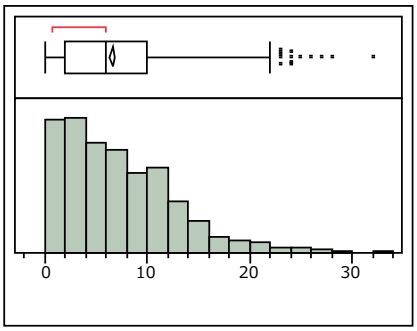
分位点

100.0%	最大値	94
99.5%		77.67
97.5%		76
90.0%		74
75.0%	4分位点	73
50.0%	中央値	70
25.0%	4分位点	67
10.0%		63
2.5%		56
0.5%		51
0.0%	最小値	44

モーメント

平均	69.239039
標準偏差	5.0359801
平均の標準誤差	0.1234175
平均の上側95%信頼限界	69.481109
平均の下側95%信頼限界	68.996969
N	1665

【６．回答者勤続年数】



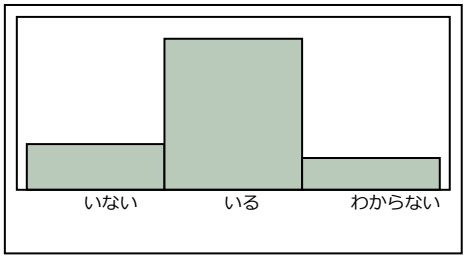
分位点

100.0%	最大値	32
99.5%		24
97.5%		19
90.0%		13
75.0%	4分位点	10
50.0%	中央値	6
25.0%	4分位点	2
10.0%		1
2.5%		0.3
0.5%		0
0.0%	最小値	0

モーメント

平均	6.611239
標準偏差	5.0592582
平均の標準誤差	0.123988
平均の上側95%信頼限界	6.854428
平均の下側95%信頼限界	6.3680501
N	1665

【９．要支援者等の有無】



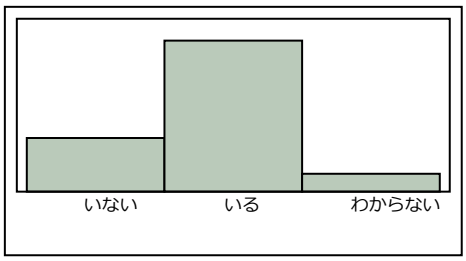
度数

水準	度数	割合
いない	337	0.20024
いる	1122	0.66667
わからない	224	0.13310
合計	1683	1.00000

欠測値N 0

3 水準

【９．歩行機能障害等の有無】



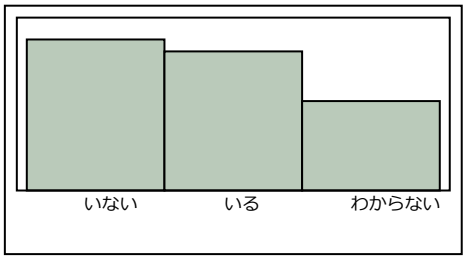
度数

水準	度数	割合
いない	402	0.23886
いる	1152	0.68449
わからない	129	0.07665
合計	1683	1.00000

欠測値N 0

3 水準

【９．知的障がい者等の有無】



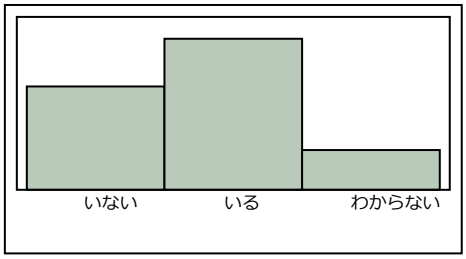
度数

水準	度数	割合
いない	672	0.39929
いる	618	0.36720
わからない	393	0.23351
合計	1683	1.00000

欠測値N 0

3 水準

【９．妊娠中の方等の有無】



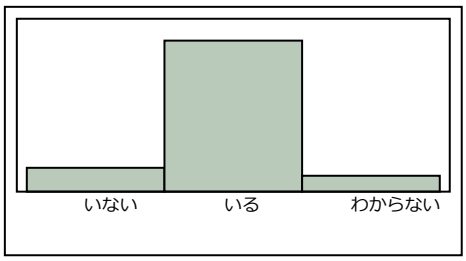
度数

水準	度数	割合
いない	599	0.35591
いる	868	0.51575
わからない	216	0.12834
合計	1683	1.00000

欠測値N　0

3 水準

【９．独居高齢者等の有無】



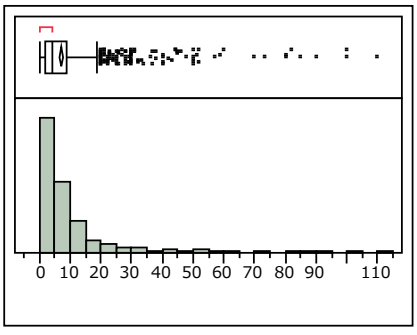
度数

水準	度数	割合
いない	195	0.11586
いる	1354	0.80452
わからない	134	0.07962
合計	1683	1.00000

欠測値N　0

3 水準

【10.前記９に該当する方の人数】



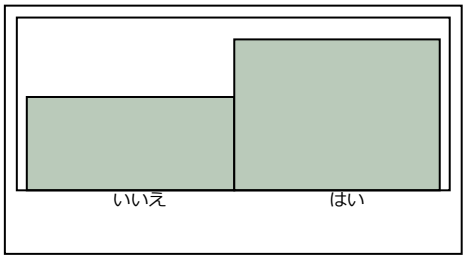
分位点

100.0%	最大値	110
99.5%		77.06
97.5%		32
90.0%		15
75.0%	4分位点	9
50.0%	中央値	4
25.0%	4分位点	2
10.0%		1
2.5%		0
0.5%		0
0.0%	最小値	0

モーメント

平均	7.1984551
標準偏差	10.137043
平均の標準誤差	0.247098
平均の上側95%信頼限界	7.6831071
平均の下側95%信頼限界	6.7138032
N	1683

【11.避難時に配慮を要する方のおおよその人数把握】

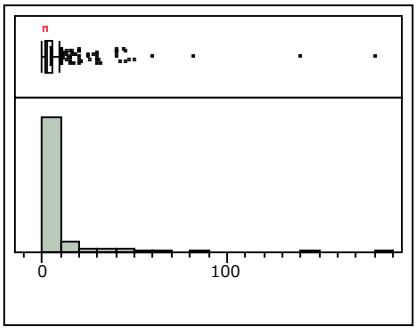


度数

水準	度数	割合
いいえ	646	0.38384
はい	1037	0.61616
合計	1683	1.00000
欠測値N	0	

2 水準

【12.前記 11 のおおよその人数】



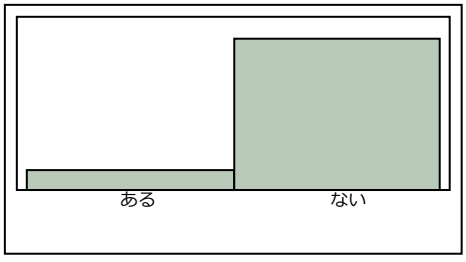
分位点

100.0%	最大値	180
99.5%		49.43
97.5%		25.05
90.0%		9
75.0%	4分位点	5
50.0%	中央値	3
25.0%	4分位点	2
10.0%		1
2.5%		0
0.5%		0
0.0%	最小値	0

モーメント

平均	4.6682739
標準偏差	9.4668639
平均の標準誤差	0.2939793
平均の上側95%信頼限界	5.2451366
平均の下側95%信頼限界	4.0914111
N	1037

【13.災害時要配慮者名簿の有無】

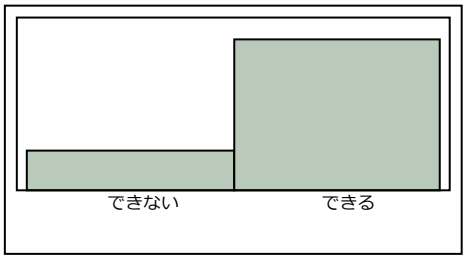


度数

水準	度数	割合
ある	175	0.10398
ない	1508	0.89602
合計	1683	1.00000
欠測値N	0	

2 水準

【14.管理員の避難時要支援者名簿の閲覧】



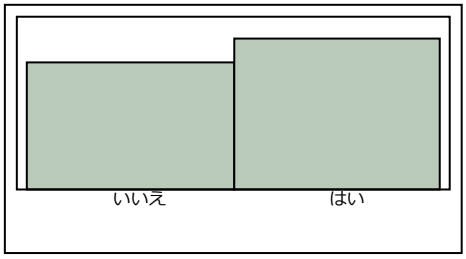
度数

水準	度数	割合
できない	35	0.20000
できる	140	0.80000
合計	175	1.00000

欠測値N 1508

2 水準

【15. 管理員の要支援者名簿作成への協力】



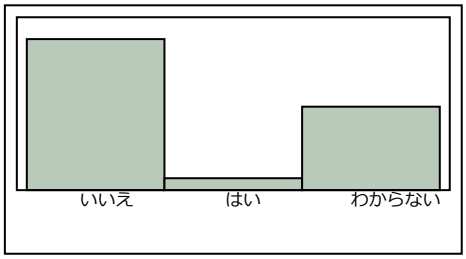
度数

水準	度数	割合
いいえ	80	0.45714
はい	95	0.54286
合計	175	1.00000

欠測値N 1508

2 水準

【17.避難時要配慮者への支援内容は決まっていますか】



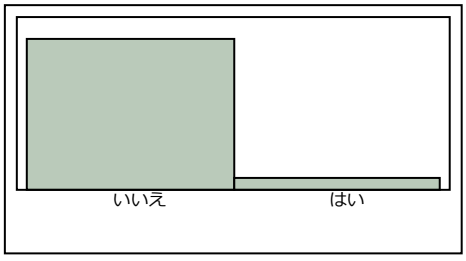
度数

水準	度数	割合
いいえ	1042	0.61913
はい	73	0.04337
わからない	568	0.33749
合計	1683	1.00000

欠測値N 0

3 水準

【19.個別避難計画を聞いたことがあるか】



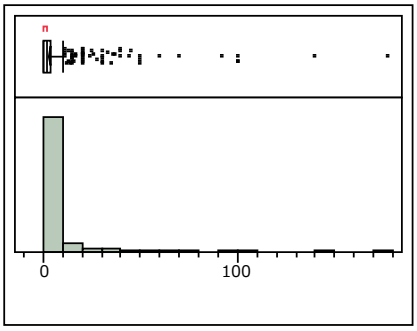
度数

水準	度数	割合
いいえ	1576	0.93642
はい	107	0.06358
合計	1683	1.00000

欠測値N 0

2 水準

【20.災害時や避難生活で支援が必要な人の人数】



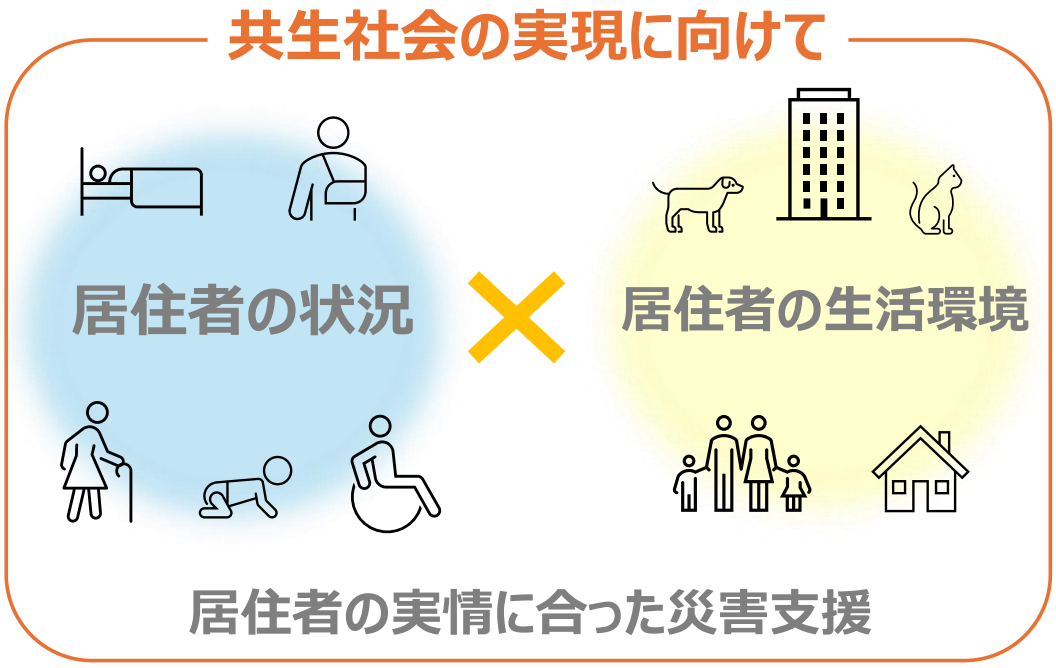
分位点

100.0%	最大値	177
99.5%		65.8
97.5%		20
90.0%		7
75.0%	4分位点	4
50.0%	中央値	2
25.0%	4分位点	0
10.0%		0
2.5%		0
0.5%		0
0.0%	最小値	0

モーメント

平均	3.6226976
標準偏差	9.4427184
平均の標準誤差	0.2301733
平均の上側95%信頼限界	4.0741538
平均の下側95%信頼限界	3.1712413
N	1683

分譲マンションにおける
要配慮者災害対応マニュアル



令和７年３月

国立研究開発法人防災科学技術研究所

はじめに

本マニュアルは、分譲マンションに住む要配慮者が、災害時に迅速かつ安全に避難あるいは在宅避難し、必要な支援を受けられるようにするためのものです。

災害時に配慮を要する人といっても、高齢者や障がい者、妊婦、乳幼児のいる家庭、慢性疾患を持つ方、外国人居住者など様々です。

本マニュアルは、分譲マンションにお住いの方々が、各マンションの実態に応じて具体的な避難手順や支援方法を検討する場合の参考となることを目的としています。

いうまでもないことですが、災害時には、自助・共助・公助の連携が求められており、それは、マンションでも同じです。居住者が日頃から防災意識を高めて、災害に備えることに加え、要配慮者支援の体制を確立することで、迅速な避難行動や在宅避難の選択が可能になります。

なお、分譲マンションの防災体制には、いくつかのパターンがありますが、本マニュアルは、管理組合が主体となって行うことを前提とし、支援を行う方への負担やリスクも常識的な範囲内とすることを想定しています。

本マニュアルは、「厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）（課題番号 22GB1003）独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究（研究代表者：粟田主一）」の一環として作成したものです。

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）
研究協力者　田中 昌樹（マンションみらい価値研究所）
作成協力　王尾 和寿（株式会社 中央地学）

～目　次～

第１章 分譲マンションにおける防災・・・3
1. 分譲マンションで災害時の要配慮者を考える理由・・・3
2. 災害時に配慮を要する方とは・・・4
3. マンションの防災組織とは・・・5

第２章 災害発生前の準備・・・8
1. 要配慮者等の居住者情報の把握・・・8
2. 防災計画およびマニュアルの作成・・・9
3. 防災備品の整備・・・11
4. 防災連絡体制の構築・・・11
5. 要配慮者を考慮した防災訓練と周知活動・・・11

第３章 災害発生時の対応・・・12
1. 緊急時の初動体制・・・12
2. 要配慮者の避難支援・・・12
3. 緊急物資の配布・・・13

第４章 在宅避難における対応・・・14
1. 在宅避難の基本方針・・・14
2. 要配慮者の在宅環境の整備・・・14
3. 支援を提供する方の役割・・・16

第５章 近隣居住者との協力体制・・・17
1. 支援を提供するネットワークの構築・・・17
2. 地域防災訓練への参加促進・・・17
3. 日常的な支援のルール作り・・・17

第６章 災害後の対応・・・18
1. 要配慮者への心理的ケア・・・18
2. 支援物資やサービスの提供・・・18
3. 災害対応マニュアル内容の見直しと改善・・・19

第７章 付録・・・20
1. 災害時の連絡先一覧・・・20
2. 必要備品チェックリスト・・・20
3. アンケートの実施と活用・・・20

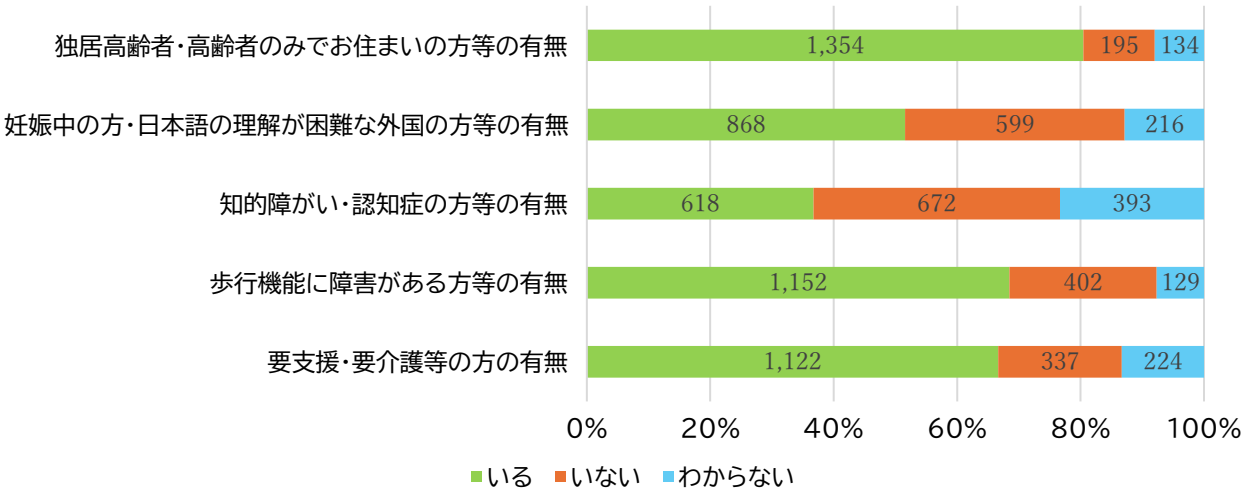
第１章　分譲マンションにおける防災

１．分譲マンションで災害時の要配慮者を考える理由

自然災害は、その発生を完全に防ぐことはできませんが、効果的な災害対策や、地域あるいは一人ひとりの備えにより、その被害を軽減し、早期の復興を目指すことができます。分譲マンションが被災した場合には、被災時の災害対応でも、その後の復興においても、居住者や区分所有者の連携が重要となります。災害時に被害を最小限とし、速やかな復興を目指すためには、平時から災害に備えた災害マニュアル、災害計画の策定や、災害時の体制づくりが必要となります。

分譲マンションは、セキュリティが高く、プライバシーが守られ、バリアフリーという暮らしやすさは、高齢者や障害がある方も快適な生活が可能であり、実際に多くの方が生活しています。このような方の中には、災害時には避難や避難生活での困難が生じるため、特別な支援が必要となる方もいます。

防災科学技術研究所では、2024 年にマンションみらい価値研究所の協力のもとにマンションの管理員に対するアンケート調査を実施し、災害時に支援が必要となりそうな方として挙げられた方の有無を尋ねたところ、以下の回答を得ました。意外と人数が多いことに驚かれたのではないでしょうか。



n=1,683 人（アンケート協力：マンションみらい価値研究所）

また上記アンケートでは、10.4%のマンションで災害時の要配慮者の名簿が整備されていました。名簿作りは、災害時要配慮者への災害対策を進める第一歩と考えられますから、既に約１割のマンションでは、要配慮者への災害対策への取組みに着手していると考えられます。

２．災害時に配慮を要する方とは

マンションには様々な方が居住しています。その中には、災害が発生した際には、配慮を要する方もいます。以下は、そうした配慮を要する方の例となります。

（１）高齢者（避難時の行動に配慮を要する場合）
（２）高齢者（認知機能の衰えが見られ、配慮を要する場合）
（３）肢体不自由の人（障害のある方）
（４）目の不自由な人（障害のある方）
（５）聴覚・音声言語障害のある人（障害のある方）
（６）知的障害のある人（障害のある方）
（７）内部障害のある人・難病患者・医療機器を使用中の人（障害のある方）
（８）妊娠中の人（出産後からまもなく避難行動が困難な場合を含む）
（９）乳幼児・児童
（10）外国人で日本語に不慣れなど避難行動が困難な方
（11）その他

これらの方々は、避難の際に移動が困難だったり、情報を適切に受け取れなかったりする可能性があるため、事前に支援策を整備し、災害時には迅速なサポートを提供することが重要です。そのためには、マンション内で支援対象者を把握し、対象者に必要な支援体制を整えるとともに、マンション全体で安否確認の方法や避難経路を共有することが求められます。

災害時の支援については、配慮を要する方の状況とお住まいの環境があわさって、求められる内容が決まります。例えば、移動が困難な方であっても、１階にお住まいの方と高層階にお住まいの方では求められる支援も異なりますし、同じ１階にお住まいの方でも、エントランスの段差が課題となる場合もあれば、専用庭などから容易に移動をはかれる場合もあります。



また、寝たきりや乳児、車いすの利用、日本語がわからない、目が不自由等、災害時に配慮が必要な状況は様々です。このような居住者の状況だけではなく、居住者の環境によっても必要な支援は変わります。さらに、ペット飼育や日中独居、高齢者世帯、独居等の生活環境も災害時の支援に影響します。居住者の状況と生活環境を合わせて、居住者の実情に合った災害時の支援を考えていくことが重要となります。

【コラム】障害者差別解消法

障害者差別解消法では、役所・会社・お店などの事業者が、障害のある人に対して正当な理由なく、障害を理由として差別することを禁止しています。「事業者」には、会社やお店はもちろんのこと、ボランティア活動をするグループや管理組合なども含まれます。この法律では、役所や事業者に対して、障害のある人から社会の中にあるバリアを取り除くために、何らかの対応を必要としていると意思を伝えられたときに、負担が重すぎない範囲で対応すること、いわゆる合理的配慮を求めています。

例えば管理組合の活動においても障害者や介助者等からの意思の表明に応じて、ゆっくり話す、筆談を使う、分かりやすい表現に書き換える、IT 機器の活用（タブレット等による図や絵）、相手に合わせた方法での会話を行う、などの配慮が求められる場合があります。

3．マンションの防災組織とは

マンションには、法律上で定められ、区分所有者で構成される管理組合があります。自治会などの地域住民で構成される団体も防災に取組むことがありますが、こちらは任意の団体です。

近年は、管理組合と自治会との関係からトラブルが生じることが増えてきていますが、防災活動についても、係争（裁判例）が生じています。これは、マンションの災害対策を進めるにあたり、留意する必要があります。

マンションで防災に取組む際には、防災マニュアルの策定や災害時の共助など、さまざまな活動を進めるための組織が必要となります。マンションの状況により、どのような組織で防災活動を進めていけばよいのかは異なります。ここではマンションの防災組織について、その形式を４つのパターンに大別し、それぞれの特徴をご説明します。

次ページに示すとおり、各防災組織（パターン）の割合を調べますと、①管理組合内在型と②専門委員会型が多く、管理組合が担うことが一般的と言えます。なお、管理組合が防災活動を行う場合は、管理組合の業務としてどの程度の範囲が許容されるのかが問題となります。一方自治会で行う場合は、業務の範囲や親睦の活動などを比較的自由に決めることができるほか、防災訓練の参加者を増やす目的で、懇親会やバーベキューなどの催し等を開催しやすい面があります。そういった観点では、④管理組合・自治会協働型が理想的とも考えられますが、割合は少ないとされます。

資料：マンションみらい価値研究所（2022 年）「マンションの防災組織はどうあるべきか」　https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01

パターン1【管理組合内在型】

管理組合内部の組織であり
区分所有者が組織を担う

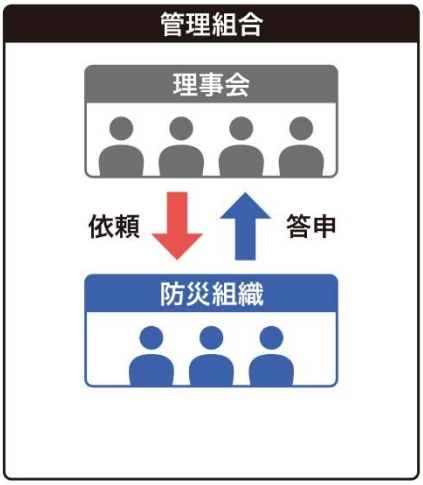


〈概要〉
管理組合内部の組織であるので、別に自治会を組成する必要がない。構成する者は区分所有者及びその同居人となる。業務の範囲は、管理組合にふさわしい内容とされ、懇親会の開催などは適さない。行政から災害時の要支援者名簿の提供を受けられない。

〈主な活動〉
- 防災マニュアルの作成
- 災害時のマンション居住者の避難補助
- 行政が進める地域の防災組織に管理組合として参加

パターン2【専門委員会型】

総会等で設立できる専門委員会として
防災組織を管理組合内に設置する

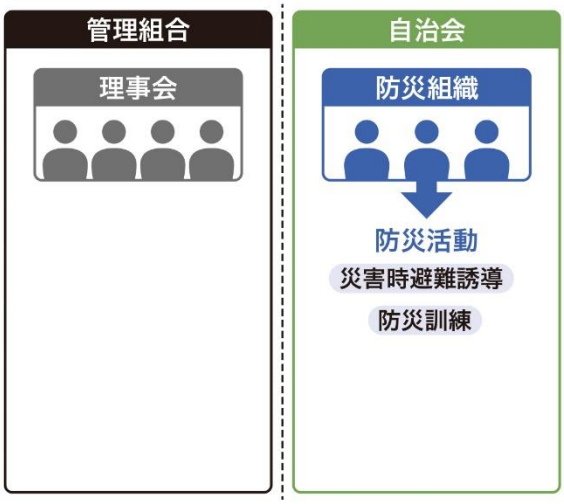


〈概要〉
管理組合内部の組織であるので、別に自治会を組成する必要がない。構成する者は区分所有者及びその同居人となる。業務は、理事会からの諮問に基づき、答申を行う場合が多い。行政から災害時の要支援者名簿の提供を受けられない。

〈主な活動〉
- 理事会の諮問に応じて、防災マニュアルの作成や防災備蓄品の購入案などを理事会へ答申するほか、素案の作成を行う
- 水災などの対策工事の検討を行い、理事会へ提案を行う

パターン3【自治会型】

管理組合とは独立した自治会が
防災活動を担う

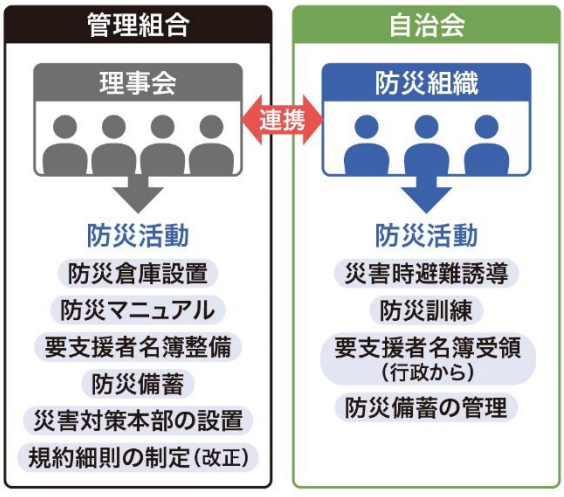


〈概要〉
管理組合とは別の組織である。行政から災害時の要支援者名簿の提供を受けられる。マンション独自の要支援者名簿の作成には管理組合の了解を要する。

〈主な活動〉
- 災害発生時に避難誘導を行う
- 防災訓練や消防訓練を行う

パターン4【管理組合・自治会協働型】

管理組合と自治会が互いの役割を補完しながら
協働で防災対策や活動を行う



〈概要〉
両団体の特質を生かした活動を行う。自治会は、行政から災害時の要支援者名簿の提供を受けられる。独自の要支援者名簿の整備を、総会決議を得て行うことができる。行政の要支援者名簿とマンション独自の名簿を合わせ、精度の高い名簿作成が期待できる。

〈主な活動〉
- 防災マニュアルの作成を行う
- 災害発生時に避難誘導を行う。危険な状態が過ぎた後には、災害対策本部を設置し、情報を収集し居住者に伝える。

第２章 災害発生前の準備

1．要配慮者等の居住者情報の把握

災害時に適切な支援を行うためには、マンション内の要配慮者の状況を把握し、名簿を作成することが有用です。名簿には、高齢者、障がい者、妊婦、乳幼児を持つ家庭、持病のある人、日本語が十分に理解できない外国人などを明らかにし、前述の通り居住の状況を加味した上で、支援内容を明確にしておく必要があります。その際には、発生から比較的短期間の支援と、在宅避難を含むそれ以降の避難生活の支援を分けて考えましょう。

名簿は適宜更新し、居住者の状況の変化に対応できるようにすることが求められます。また、災害時に迅速に活用できるよう、名簿の保管場所や情報共有の方法を明確にしておくことが重要です。

マンションみらい価値研究所の調査では、災害発生時に配慮を要する方の名簿がある、と回答された割合は 10.4%でした。

名簿は、配慮を要する本人が、自主的に申し入れることが原則となります。各地方自治体で整備した名簿をいただく方法もありますが、本人の思いや実状が反映されていない場合があります。要配慮者の状況が変化しやすいことも考慮して、マンションの災害対応に合わせて、災害時要配慮者名簿を整備することを考えてみてはいかがでしょうか。

以下に要配慮者名簿に記載が望まれる事項を示します。

【要配慮者名簿に記載が望まれる事項】

項　目	内　容	備　考
居住者代表の氏名	世帯主など代表者の氏名	
居住者代表の連絡先	電話番号、メールアドレス、SNS など	
要配慮者氏名	配慮を必要とする方の氏名	
性別	配慮を必要とする方の性別	
年齢（生年月日）	配慮を必要とする方の年齢	
緊急連絡先	居住者代表の携帯電話、勤務先、別居する親族など	
連絡方法	電話番号、メールアドレス、SNS など	
支援が必要な理由	「判断能力（認知機能）の低下の程度」「災害時に不安に感じていること」「歩行の困難度」「難聴」「乳幼児がいる」「日本語に不慣れ」等々を選択肢で用意し、本人の申し出や聞き取りにて明らかにする。発災時から短期間のみではなく、その後の被災生活（在宅避難を含む）も想定して支援理由を明らかにする。	支援を要する方については 4 ページ参照のこと。

２．防災計画およびマニュアルの作成

以降に述べる内容について定める防災計画およびマニュアルの策定は、マンション管理組合の総会で決議する必要があります。

ここで防災計画とは、そのマンションの防災に関する基本的な計画を想定しており、防災マニュアルは、防災計画にもとづいた具体的な支援活動などを想定しています。規定については、法律的な知識を要するものが多く、間違った判断はトラブルが生じることもあります。必要に応じて弁護士等の法律の専門家にご相談ください。

※防災計画と防災マニュアルについて・・・ここでは管理規約や細則などに規定をおく必要がある（規定が望まれる）ものを防災計画とし、総会決議で決定するのみで足りると解されるものを、防災マニュアルとしています。マンション法（建物の区分所有等に関する法律）では、管理規約に定めないと効力が生じない事項があります。例えば、災害時に管理組合理事長の権限を広げることは管理規約に規定すべきことと考えられ、防災マニュアルだけに記載しても、効力が否定される恐れがあります。

策定の流れとしては以下のとおりとなります

①防災計画およびマニュアルを作成することを決議する（総会決議）
②防災計画およびマニュアルの素案を検討する専門委員会を組成する
（総会決議もしくは理事会決議）
③理事会において専門委員会に検討範囲等を決めた上で専門委員会に諮問（理事会決議）
③専門委員会より理事会に対して素案を答申
④答申を受けた案を理事会で確認した上で修正を加えて総会上程案を作成（理事会決議）
⑤防災計画及びマニュアルを決定（総会決議。規約や細則の制定を含む）

次に防災計画及び防災マニュアルに定めることが望まれる事項を示します。

【防災計画に定めることが望まれる事項】

項　目	内　容	備　考
災害対策本部の設置	大規模災害発生時に設置される、対策本部	規約にも規定を置く
管理者（理事会）の権限	緊急時の費用支出や緊急工事の実施	規約にも規定を置く
在宅避難の決定	災害時に、被災状況を確認し、在宅避難をなすことを提示	規約にも規定を置く
在宅避難（災害時の緊急事態）の終了	窮迫の事態が過ぎて、それ以降は通常の管理組合運営に戻ることを規定	規約にも規定を置く
防災マニュアルをおくこと	マンションとして防災マニュアルを策定することを規定	規約にも規定を置く
要配慮者名簿の策定	要配慮者名簿を策定することを規定	規約にも規定を置く
名簿の取り扱い規定（個人情報取り扱い規定）	詳細を決める	規約に根拠規定を置いて上で、使用細則で規定

【防災マニュアルに定めることが望まれる事項】

項　目	内　容
災害時の役割分担と活動内容について	大規模災害発生時に設置される、対策本部、情報班、救護班、安全班、物資班などの役割分担とその活動内容について定めます。例えば対策本部では全体把握と指揮など、情報班では居住者や要配慮者の安否確認と情報収集伝達など、救護班ではエレベータ閉じ込めの確認と救出および負傷者の搬送など、安全班では火災発生時の初期消火や建物設備の被害確認など、物資班では避難物資の配給や炊き出しの準備などが考えられます。
居住者名簿および要配慮者名簿の作成と取り扱い	一般的には管理組合としての名簿がありますが、区分所有者だけではなく、同居の家族構成や名前、年齢、要配慮者の名前、緊急連絡先、賃借人の名前などがあれば、災害時の安否確認、要配慮者の支援に役立ちます。ただし個人情報にあたるため取り扱いには十分注意を払い保管や使用のルールを定める必要があります。
安否確認の方法とルール	例えば、居住者は安否確認カードを玄関扉に掲示し、情報班の担当者がそれらを確認し、掲示が無い住戸へは呼びかけを行うなど、特に要配慮者が取り残されないような体制をつくります。
マンションとしての防災用備品	水や食料品、医薬品など各家庭で備えることが望ましいものの他に、個人では準備することが難しい物品（発電機、ハンドマイク、投光器、油圧ジャッキ、バール、担架、リヤカーなど）は、管理組合で購入・備蓄することを検討します。
避難および在宅避難のルール	大規模災害時には地域の避難所は大勢の住民であふれかえり、良好な環境を維持することが困難で、乳幼児や高齢者など要配慮者がおられる家庭には向いていない場合があります。そのような時に災害発生後も住み慣れた自宅で暮らし続ける「在宅避難」は有効です。ただし建物の構造体が致命的なダメージを受けていないかの確認、避難生活のための十分な備蓄品、共有スペースの避難スペースとしての活用など住民同士の共助体制を含めてルール作りが必要です。
防災訓練の計画・実施	災害時の役割分担を理解し円滑な活動を進めるため、マンション内での防災訓練の実施が望まれます。また防災訓練の実施後は計画の見直しや情報の更新などを行います。
地域との連携・協力体制	管理組合等は災害時に地域の町会・自治会等と連携し、協力体制を確立することにより被害を低減できる可能性が有ります。そのために平時から町会・自治会等が行う防災訓練やイベント等に参加し地域住民との関係を構築することが望まれます。

資料：平成 28 年度 国土交通省「マンション管理適正化・再生推進事業」 激甚災害に物理的・心理的に被害をうけた実例
https://www.miraikachiken.com/research/191202_research_01

３．防災備品の整備

マンションの実状に応じて備えておくことが大切ですので、定期的な見直し時期も含め、具体的に防災計画に定めておきましょう。

居住者向けの備品では、各世帯に最低３日分（推奨は１週間分）の水や食料、衛生用品、医薬品を備蓄するよう促し、防災マニュアルと一緒に（もしくは防災マニュアルに掲載して）備蓄品リストを配付しましょう。

要配慮者向けは、介護用品（おむつ、車椅子用クッション）、医療機器用バッテリー、補助具、アレルギー対応食品などが考えられますが、マンションの実状を把握したうえで備えておくことが大切です。

なお、停電時の電力供給を考慮しますと、ポータブル電源や発電機の準備も重要です。マンション内に発電設備がない場合には、ＥＶ充電設備の設置を含めて、電力供給の方法を検討しましょう。ＥＶ車やハイブリッド車は、災害時には電力の供給元として利用することが出来ますが、分譲マンションの多くには充電設備がないため、所有している居住者は少ないとされます。ついては、災害時の活用を含めて、充電設備の設置を検討することが考えられます。

管理組合は、定期的に防災倉庫の在庫を確認し、賞味期限や使用期限の管理を行い、必要な際に迅速に提供できる体制を整えます。

４．防災連絡体制の構築

災害時の情報伝達を迅速かつ的確に行うため、体制を定めることが必要です。要配慮者の家族や支援を提供する方などとも連携することが重要です。特に支援が必要な要配慮者には、具体に支援を提供する方を割り当てることが考えられます。さらに安否確認の方法として、連絡網や安否確認カードの活用を検討し、避難時に要配慮者が取り残されないよう対策を講じます。

通信手段としては、様々であり、SNS やＥメール、安否確認アプリなどがありますが、停電時も使えることから、マンションでは拡声器が有用な場合があります。また、防災マニュアルには、緊急時の優先支援ルールを定めることも考えられます。

５．要配慮者を考慮した防災訓練と周知活動

災害時の対応については、資料の配付だけでなく、説明会の開催や具体的な防災訓練が有用です。管理組合として、要配慮者が参加しやすい防災訓練を定期的に実施しましょう。車椅子利用者や歩行補助が必要な人向けの避難支援訓練、視覚・聴覚障がい者向けの情報伝達訓練、外国人向けの多言語対応訓練な

ど具体的なケースを想定した訓練を行うと、意外な抜けに気付くことが多いといいます。

さらに、マンション外の地域防災訓練にも参加し、自治体や近隣居住者との連携を深めることで、広範な支援体制を築くことができます。

第３章 災害発生時の対応

1．緊急時の初動体制

災害発生直後は、状況を把握し、適切な対応を行うことが求められます。まず、居住者の安否確認を実施し、特に要配慮者の確認を行います。安否確認の方法として、事前に決めた合図（ドアノブへのタオル掲示、安否カードの提示など）や居住者同士の声かけを活用します。

次に、避難経路の安全確保を行い、エレベータの停止や階段の損傷が発生している場合は、要配慮者の移動手段を確保する必要があります。対応方針を決定し、居住者へ正確な情報を伝達しながら、避難誘導や支援活動を実施することが重要です。

2．要配慮者の避難支援

マンションから一時避難所などに移動する場合には、要配慮者が迅速かつ安全に避難できるよう、協力して誘導を行います。歩行が困難な高齢者や障がい者には、支援を提供する方が付き添いながら階段を利用するか、担架や昇降機などを活用します。視覚障がい者には手引きを行いながら避難し、聴覚障がい者には筆談やジェスチャーを用いて情報を伝えます。パニック状態に陥りやすい要配慮者には、落ち着いた声かけを行いながら誘導します。

外国人居住者には、多言語の対応を検討する必要がありますが、多くの言語に対応したマニュアルや案内文の作成は容易ではありません。そこで、平易な日本語でマニュアルや案内文を配付し、外国人居住者が自ら翻訳ソフト等で母国語に訳すことをできるようにします。その際には、日本語で多用しがちな「言わざるを得ない」や「可能性が否定できない」といった翻訳時に間違われることが多い表現を避けましょう。また、英語を併記することも有用です。英語併記の際には、不動産用語の和英辞典を活用して、「管理組合」や「区分所有者」といった翻訳ソフトでは誤訳しがちな用語を正しく伝えることにつとめましょう。

3. 緊急物資の配布

災害発生後、必要な備品を配布し、要配慮者向けの物資（医療品、補助具、特殊食など）があれば優先的に確保します。

混乱を避けるため、配布ルールを事前に決めておくことも重要です。居住者全体で協力しながら物資を適正に管理し、中期的な避難生活に備えることが求められます。

【コラム】安否確認で応答がない場合の対応

安否がわからない時の対応は、事前に決めておく必要があります。地震時に室内でけがをしている等の可能性があるときに、ドアを壊しての救出を検討する場合があります。旅行中で連絡がつかず、ドアを壊してしまった等でトラブルになるケースがあるため、ドアを破壊しての救出条件についても、安否確認後の対応として決めておく必要があります。また、この内容については居住者で共有しておきましょう。

第４章 在宅避難における対応

1．在宅避難の基本方針

被災後に倒壊の恐れがあるマンションに在宅避難するわけにはいきませんので、在宅避難の判断基準や判断者を事前に決めておくことが望まれます。判断基準としては、①構造体への損傷具合、②給水管や排水管、ガス管、電気設備などの損傷具合、③生活必需品の備蓄や供給体制（マンションには避難物資は届けられないことが通常）があげられます。要配慮者の中には、避難所での生活が困難な人が多く、安全が確保できる場合は在宅避難が適切な場合もあります。特に、高齢者や障がい者、医療機器を使用する方は、福祉避難所を含めた避難所が良いか、マンション内の在宅避難が良いか、判断が難しくなりますので、事前にある程度想定しておくことが求められます。

【コラム】ローリングストックでの備蓄

過去の災害では、災害発生からライフライン復旧まで１週間以上を要しています。また、道路被害等の状況によっては、災害支援物資も３日以上到着しないことや、物流機能の停止によって、１週間以上の長期間にわたり、スーパーマーケットやコンビニなどで食品が手に入らないことが想定されます。このため、最低３日分～1 週間分×人数分の食品の家庭備蓄が望ましいといわれています。

そのため、普段食べている日持ちする食品を少し多めに買い置きし、賞味期限を考慮して、古いものから消費し、消費した分を買い足していく、という方法で、一定量の食品を家庭で備蓄していく方法をローリングストックといい、フェーズフリーの災害対策として推奨されています。

2．要配慮者の在宅環境の整備

要配慮者が在宅避難を選択する場合、特に注意を要します。例えば、医療機器（酸素濃縮器、人工呼吸器、透析機器など）を使用する方は、停電時の対応としてポータブル電源や発電機の確保が不可欠ですが、それを管理組合として準備できるマンションは稀でしょう。また、飲料水・食料（最低３日分、推奨１週間分）、衛生用品（おむつ、介護用品）、医薬品（常備薬、消毒液）、通信手段（携帯ラジオ、モバイルバッテリー）などは、通常の居住者が各自で準備するものとなりますが、ご自分で準備が難しい要配慮者のために（無理のない範囲で）一定程度を管理組合として準備しておくことが考えられます。

そのためには、マンションの共用部などに備蓄を行うスペースを確保したり、防災備蓄の倉庫等を設置することが考えられます。そうした備蓄品は、事前に定めたルールに則って、緊急時に提供することになります。

また、要配慮者の避難生活に必要な支援については、平時からご家族や生活の支援をしている事業所等との連携が必要となる場合もあります。個別避難計画（避難行動要支援者の避難時の支援等についての計画）等、災害時要配慮者への対策も進んできていることから、今後は関係機関との連携の重要性が増してくると考えられます。

【コラム】個別避難計画

災害時に自力で避難することが難しい方の情報をまとめた、避難行動要支援者名簿（平成 25 年に作成義務化）は、全市町村において作成済み（令和 6 年 4 月 1 日現在）となるなど普及が進みましたが、いまだ災害により多くの高齢者が被害を受けています。

例えば近年の災害における犠牲者のうち高齢者（65 歳以上）が占める割合は、令和元年東日本台風（台風第 19 号）で約 65%、令和 2 年 7 月豪雨で約 79%にのぼります。そこで令和 3 年 5 月に災害対策基本法が改正され、市町村に避難行動要支援者ごとの個別避難計画の作成が努力義務化されました。

個別避難計画は、災害時に自力で避難することが困難な避難行動要支援者ごとの状況に合わせた避難方法や必要な支援などを具体的に記載した計画で、市町村が作成するほか、本人や家族、福祉・医療関係者等が作成する場合もあります。

3. 支援を提供する方の役割

在宅避難中の要配慮者を支援するために、継続的なサポートが求められる場合があります。支援の主な内容は、①定期的な安否確認、②必要な物資の提供、③医療機関や自治体との連携などとなりますが、そのうちの一部を行うのか、全部を行うのかは齟齬が生じないようにあらかじめ確認しておくことが大切です。

在宅避難が長期化する場合は、あらためて在宅避難を続けるのか、福祉避難所を含めた避難所を利用するのかの判断が求められることがあります。要配慮者の中には、こうした判断が自らできないこともありますので、自治体や民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどとの連携を考えておきましょう。

在宅避難を継続する場合は、見守りの実施頻度などを検討し、要配慮者の変化に対応できるようにしましょう。

【コラム】地域包括支援センター

地域包括支援センターは、2005 年に介護保険法に基づき制定された、高齢者の方のための総合相談窓口です。高齢者が住み慣れた地域で長く安心して暮らしていけるよう、高齢者の総合的な相談や支援、必要なサービスの調整を行います。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の専門の職員が配置されており、高齢者に関する地域住民からの相談も受け付けています。介護が必要となったり、生活が心配な高齢者に気づいたら、地域包括支援センターに相談してみましょう。

第5章 近隣居住者との協力体制

1. 支援を提供するネットワークの構築

要配慮者の避難支援や在宅避難のサポートを円滑に行うため、マンション内外の居住者同士が協力し合う体制の構築が望まれます。具体的には、要配慮者と支援を提供する方のマッチングを行います。事前に支援を提供する方の役割を決め、災害発生時には迅速に行動できるよう、名簿を作成し活用します。活用に際しては、名簿を活用する状況や範囲について、個人情報保護の順守やプライバシーに配慮してルールを定めておきましょう。

また災害時に連携のために、自治会・町内会や地域包括支援センター、行政の福祉部門、民生委員、社会福祉協議会に相談をしておくことは有用です。地域コミュニティには、地域差が大きく防災の取組みも様々ですが、上記の団体にあたることで、マンションと地域との連携がはかれることが期待できます。

2. 地域防災訓練への参加促進

自治体や地域の防災訓練に積極的に参加し近隣居住者と連携を深めることも重要です。地域の防災訓練では実際の避難行動や支援活動を実践することで、災害時の動きを身につけることができます。特に要配慮者向けの訓練として、車椅子利用者の避難支援、視覚・聴覚障がい者への情報伝達方法、外国人向けの多言語対応などを組み込むことで、より実践的な訓練が可能になります。

また、マンションの居住者が地域の防災組織に参加し、コミュニケーションを取ることで、災害時の連携も期待できます。自治体の防災担当者や消防署と協力し、実際の避難経路の確認や、避難所の受け入れ体制を事前に把握することも重要です。

3. 日常的な支援のルール作り

日常的に要配慮者を支援する仕組みを整えることで、災害時の対応がよりスムーズになります。例えば、日常的な見守り活動を居住者間で実施することで、要配慮者の状況を把握しやすくなります。

支援の方法として、①定期的な訪問や声かけ、②緊急時の対応マニュアルの作成、③支援物資の事前配布などを検討します。特に、高齢者や障がい者、外国人居住者が孤立しないように日常的に交流を深め、支援を受けやすい環境を作ることが重要です。さらに、災害時に支援を行うためのルールを明確にし、周知することで、スムーズに支援体制が構築できます。

第6章 災害後の対応

1. 要配慮者への心理的ケア

災害後は、要配慮者の心身への影響が大きく、不安やストレスのケアが不可欠です。特に高齢者や障がい者、災害に対する経験が少ない外国人居住者などは、避難生活の環境変化により、心的外傷（PTSD）や身体的な不調を引き起こす可能性があります。そのため、居住者同士が声をかけ合い、必要に応じて心理的なサポートを行う機関に繋ぐことが重要です。

マンションとしては、以下のような対応が考えられます。

・リラックスできる共有スペースの設置
・安心して過ごせる環境の整備
・自治体や専門機関と相談（例：日本語に不慣れな方のサポート、認知機能の衰えへのケア 等）
・医療機関と連携し、専門的なケアをサポート

2. 支援物資やサービスの提供

災害後の生活を安定させるため、要配慮者に対する支援物資やサービスを迅速に提供することが重要です。特に、高齢者や障がい者、乳幼児を抱える家庭には、通常の備蓄品だけでなく、特別なニーズに応じた物資（介護用品、医薬品、特別食、乳児用ミルクなど）を優先的に確保します。マンション内の防災備蓄を活用しつつ、自治体や支援団体と連携し追加の物資提供を要請します。

災害時に必要となる物資には、以下のようなものがあります。容易に手配が出来ないものが多いので、事前に地域の行政などと相談し、提供の可能性を含めて検討しておきましょう。

・停電や断水が続いた場合のポータブル電源や給水車
・移動困難者のための訪問診療や介護サービス
・外国人居住者向けの支援窓口の設置

3. 災害対応マニュアル内容の見直しと改善

災害対応が終息した後は、発生時の対応を振り返り、マニュアルの改善を行います。以下は、要配慮者への支援が適切に行われたかどうかを検証し、居住者アンケートやヒアリングを通じて確認する課題点の例となります。

・避難誘導の方法や情報伝達の手段が適切だったか
・要配慮者のニーズに合った物資の供給ができたか
・支援を提供した方の負担が適正だったか

その結果をもとに、次回の災害に備えて防災計画やマニュアルの改定をおこないましょう。マンションの防災体制をアップデートし、居住者全体の防災力を向上させることが重要です。

第7章 付録

1. 災害時の連絡先一覧

災害発生時に迅速な対応を行うため、重要な連絡先を一覧にまとめ、居住者がすぐに確認できるようにします。具体的には、マンションの防災担当者、自治体の防災課、消防署、警察署、最寄りの医療機関、電気・ガス・水道会社などの連絡先を記載します。、これらの連絡先をマンションの掲示板やエレベータ内に掲示するほか、各世帯に配布することで、居住者全員がすぐにアクセスできるようにします。また、通信手段の確保として、安否確認アプリや SNS の活用方法を居住者に周知し、災害時の情報共有を円滑に進められる体制を整えます。

要配慮者は各自が避難生活に備えるための連絡先をまとめておくなど、支援が必要な際にスムーズに対応できるようにします。

2. 必要備品チェックリスト

災害に備えて、各世帯およびマンション共用部に備蓄すべき防災備品をリスト化し、居住者が日頃から準備できるようにします。基本的な備蓄品として、飲料水（1 人あたり 1 日 3 リットル）、非常食（最低 3 日分）、簡易トイレ、懐中電灯、ラジオ、モバイルバッテリー、医薬品などが必要です。要配慮者向けには、介護用品（おむつ、車椅子用クッション）、医療機器用の予備バッテリー、特殊食（アレルギー対応食品、ミルクなど）も準備します。

チェックリストには、備蓄品の推奨数量や使用期限の管理方法を記載し、居住者が定期的に見直せるようにします。また、マンションの防災倉庫の備品リストを管理組合が把握し、必要な際にすぐに取り出せるように管理体制を整えます。

3. アンケートの実施と活用

要配慮者支援の実効性を高めるため、マンション居住者を対象に定期的な防災アンケートを実施し、課題や改善点を明確にします。アンケートでは、①要配慮者の人数と状況、②支援を必要とする内容（移動支援、医療支援、情報伝達など）、③災害時の不安点、④防災訓練や備蓄状況、⑤支援を提供する側としての協力意向などを調査します。

収集したデータをもとに、支援体制の強化や備蓄品の見直しを行い、居住者のニーズに即した防災対策を講じます。また、アンケート結果を防災会議や居住者説明会で共有し、マンション全体で支援の意識を高めることが重要です。

特に、要配慮者が安心して生活できるよう、個別避難計画の作成や避難訓練の実施方法の改善を進め、防災対策を継続的に向上させます。

主な参考資料

- 分譲マンション防災マニュアル作成の手引き　平成 31 年 1 月　仙台市
- 分譲マンションの防災マニュアル作成ガイドライン　（一社）千葉県マンション管理士会
- 分譲マンション防災減災マニュアル作成の手引き　令和 5 年 5 月　大阪府分譲マンショ管理・建替えサポートシステム推進協議会
- マンション防災セミナー　小冊子「マンション防災の参考事例」　東京都
- 高層マンション防災対策の手引き　平成 25 年 3 月　品川区
- 北区マンション防災マニュアル　令和 6 年 3 月　東京都北区
- 災害時要援護者支援マニュアル　平成 19 年 7 月　石狩市
- 災害時における要配慮者支援マニュアル作成指針　令和 5 年 3 月　神奈川県
- 市町村災害時高齢者・障害者支援マニュアル作成の手引き（改訂版）　平成 19 年 3 月　埼玉県福祉部　高齢介護課・障害者福祉推進課
- 災害時における要配慮者支援マニュアル　令和 5 年 3 月　習志野市
- 災害時要配慮者支援マニュアル　平成 31 年 1 月改定　さいたま市
- マンションみらい価値研究所（2022 年）「マンションの防災組織はどうあるべきか」https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01
- 平成 28 年度 国土交通省「マンション管理適正化・再生推進事業」 激甚災害に物理的・心理的に被害をうけた実例
  https://www.miraikachiken.com/research/191202_research_01

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

市町村による独居認知症高齢者の行方不明対策に関する研究

研究分担者　菊地和則　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　池内朋子　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究代表者　粟田主一　東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長

研究要旨
我が国の認知症による行方不明者数は年々増加し，2023 年には 19, 039 人に達している．行方不明対策は警察と市町村が両輪となっているが，前者が関係法令に則って対応しているのに対して，後者は独自に対策を講じている．そのため，市町村により行方不明対策には大きな差がある．しかし，行方不明対策に独居と同居による区別があるわけではない．そのため独居独自の対策の必要性については明らかになっていない．そこで 487 市町村に 22 項目の行方不明対策を提示し，独居の場合の必要性を聞いた．因子分析の結果，連携，事前合意，SOS ネットワーク，ICT による問題解決，行方不明対応の文書化の 5 因子が抽出され，独居認知症高齢者の行方不明対策の枠組みが明らかとなった．

A. 研究目的

我が国の認知症による行方不明者数は年々増加し，2023 年には 19, 039 人に達している[1)]．行方不明対策は警察と市町村が両輪となって行われているが，前者が関係法令に則って対応しているのに対して，後者は独自に対策を講じている．そのため，市町村により行方不明対策には大きな差がある．しかし，行方不明対策に独居と同居による区別があるわけではない．そのため独居独自の対策の必要性については明らかになっていない．本研究は独居認知症高齢者が行方不明になった時に必要とされる市町村の対応の枠組みを明らかにすることを目的とする．

B. 研究方法

全市町村 1741 カ所（特別区を含む）を対象とした郵送調査を 2020 年 9 月に実施した．先行研究で使用された市町村の行方不明対策 20 項目を参考に[2)]，22 項目を作成した（表 1 参照）．そして独居認知症高齢者が行方不明になった時，その対策の必要性について，「必要ではない：1 点」～「絶対に必要である：6 点」の 6 件法で聞いた．分析に用いた変数に欠損値の無い

487 市町村を対象として記述統計及び因子分析を行った.

（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を受けて実施した(R21-39).

C. 研究結果

１）記述統計（表１参照）

平均点が高かったのは「警察との情報共有や連携（5.01 点)」,「地域住民による見守り（4.90 点)」,「認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り（4.73 点)」,「家族・親族との連絡体制（4.53 点)」であった.

平均点が低かったのは「認知症による行方不明に関する条例の制定 （2.76 点)」,「認知症による行方不明に関する要綱・要領の制定（3.15 点)」,「行方不明になったことを早期に把握するための ICT を活用した見守り機器の開発（3.35 点)」,「行方不明になった時に居場所を確認するための ICT を活用した捜索機器の開発（3.42 点)」であった.

２）因子分析（表１参照）

因子分析の結果，下記の５因子が抽出され，次のように命名した.

第１因子：連携
第２因子：事前合意
第３因子：SOS ネットワーク
第４因子： ICT による問題解決
第５因子：行方不明対応の文書化

D. 考察

記述統計で点数が最も高かったのは「警察との情報共有や連携」であったが，行方不明対応においては警察との連携が前提となるため妥当な結果といえる．以下,「地域住民による見守り」,「認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り」の点数が高かったが，これらは市町村・地域包括支援センターなどによる見守りには限界があり，地域全体で対応する必要があることを示している．また独居であっても別居の家族・親族がいる場合があり,「家族・親族との連絡体制」の構築の必要があると判断したのだろう.

逆に得点が低かったのは「認知症による行方不明に関する条例の制定 」と「認知症による行方不明に関する要綱・要領の制定」であった．本項目では独居の場合の必要性を聞いているが，これらについては独居と同居を区別する意味が無いため，得点が低かったと考えられる.

次に得点が低かったのは「行方不明になったことを早期に把握するための ICT を活用した見守り機器の開発」,「行方不明になった時に居場所を確認するための ICT を活用した捜索機器の開発」であった.
ICT を活用した行方不明対応は今後，益々重要になってくると考えられるが，独居の場合，ICT 機器を使いこなせないと考えたため，得点が低くなったと思われる.

因子分析において５因子が抽出された.
第１因子の連携には９項目が含まれたが，その内容を見ると実施が比較的容易なものから難しいものが含まれている．例えば,「行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催」などはケアマネジャーやサービス担当者，地域包括支援センターなどに開催する意思があれば比較的容

易に実施できるだろう．それに対して「行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施」は，長年に渡る地域住民への働きかけや理解があって初めて実施できるものであり，一朝一夕にできるものではない．

第２因子は事前合意であった．先行研究から行方不明対応は初動捜索が重要であり，行方不明から発見までの時間が長くなるほど死亡するリスクが高くなることがしめされている．そのため，行方不明が確認された場合は遅滞なく捜索を開始する必要がある．そのためにも関係機関・関係者と行方不明時にどのように行動するかを事前に決めておくことは重要である．

第３因子は SOS ネットワークであった．行方不明対応は地域の様々な機関・関係者の協力が必要になる．多くの市町村のでは SOS ネットワーク（名称は市町村により様々である）という形で行方不明対策が講じられる．これは地域の関係機関・関係者によるネットワークの必要性を示していると考えられる．

第４因子は ICT による問題解決であった．我が国は少子高齢化により，地域で見守りをする人も高齢化してくる．そのため ICT の活用は今後，重要になっていくだろう．しかし，記述統計では，その必要性は低いと判断されていた．それは独居の認知症の場合，ICT 機器を上手く使えないという判断があるのだろう．しかし ICT 機器は日進月歩であり，遠からず独居でも使用できる ICT 機器が開発されるだろう．

第５因子は行方不明対応の文書化であった．市町村が施策を実施するためには，文書化された根拠が必要になる．しかし，文書化された根拠に独居と同居の区別は必要ないため，記述統計では点数が低かったのだろう．

E. 結論

行方不明対策に独居と同居の区別は無いため，独居独自の対策の必要性については明らかになっていなかった．しかし，本研究により，市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策の枠組みが明らかとなった．

市町村の対策の進捗状況に合わせて，まだ対策が進んでいない場合は比較的容易なことから，対策が進んでいる場合は，より難易度の高い対策に取り組んでいくことが求められる．

F. 研究発表

1. 論文発表

Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, Awata S. An exploratory study on municipal measures for preventing and addressing incidents of missing older persons with dementia living alone in Japan, Psychogeriatrics, 25(3), e70022, 2025.

2. 学会発表

菊地和則，池内朋子，粟田主一，認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究，第 66 回日本老年医学会学術集会，2024.6.13-15. 名古屋.

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） 警察庁生活安全局人身安全・少年課, 令和５年における行方不明者の状況, 2024. URL : https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/R05yukuefumeisha.pdf

２）地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター, 高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書 , 2019. URL : https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/e110e97bfdba1024170a92c0b0c985d2_1.pdf

表１．平均値，標準偏差，因子分析の結果

			第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
	平均値	標準偏差	連携	事前合意	SOSネットワーク	ICTによる問題解決	行方不明対応の文書化
行方不明かもしれない高齢者への住民による声掛け訓練等の実施	3.79	0.97	.594	.116	.201	.076	.223
行方不明の恐れのある独居認知症高齢者の事例検討会等の開催	3.65	0.85	.571	.212	.179	.049	.239
マンションなどの管理組合との連携	3.57	1.17	.530	.154	.193	.117	.211
町内会・自治会などとの連携	4.46	0.90	.505	.473	.250	.089	-.013
行方不明対策に認知症高齢者本人の参画を得ること	3.65	0.94	.470	.213	.163	.154	.302
認知症の人が暮らしやすい（外出しやすい）まち作り	4.73	0.91	.461	.326	.341	.102	-.013
他自治体との広域連携	3.97	1.02	.457	.183	.226	.149	.214
誰が警察に行方不明者届を出すか決めておくこと	3.57	1.02	.435	.275	.088	.078	.429
成年後見人等の選任	3.72	0.89	.434	.234	.047	.101	.221
関係機関との間で個人情報の授受を円滑に行える仕組み	4.30	0.88	.162	.694	.211	.148	.253
行方不明の恐れのある高齢者の把握	4.32	0.86	.234	.606	.215	.084	.200
家族・親族との連絡体制	4.53	0.96	.354	.531	.153	.112	.097
行方不明になって発見された時の対応を決めておくこと	4.00	0.94	.247	.529	.170	.057	.452
警察との情報共有や連携	5.01	0.86	.184	.482	.396	.079	-.008
SOSネットワーク等による見守り	4.36	0.96	.238	.199	.838	.104	.185
SOSネットワーク等を機能するようにすること	4.44	0.96	.208	.256	.781	.135	.193
SOSネットワーク等への本人の登録	4.17	1.04	.219	.219	.624	.061	.251
地域住民による見守り	4.90	0.87	.322	.396	.416	.064	-.177
行方不明になった時に居場所を確認するためのICTを活用した捜索機器の開発	3.42	1.18	.150	.156	.115	.934	.117
行方不明になったことを早期に把握するためのICTを活用した見守り機器の開発	3.35	1.17	.176	.111	.119	.915	.109
認知症による行方不明に関する要綱・要領の制定	3.15	1.00	.188	.081	.187	.109	.627
認知症による行方不明に関する条例の制定	2.76	0.94	.263	.078	.067	.065	.597
固有値			8.275	1.699	1.536	1.220	1.094
寄与率 (%)			13.390	11.928	11.901	8.702	8.088
累積寄与率 (%)			13.390	25.318	37.219	45.921	54.009

1：必要ではない, 2：どちらかというと必要ではない, 3：どちらかというと必要である, 4：必要である, 5：とても必要である, 6：絶対に必要である

ICT: Information and communication technology

因子抽出法: 主因子法

回転法: カイザー正規化によるバリマックス回転

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

見守り支援に資するテクノロジーに関する研究

研究分担者　桜井良太　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨

本年度は、①独居認知症高齢者に対する見守り満足度に影響を与える見守り方法を明らかにすることに加えて、②電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を、認知症を発症した方の電気使用パターンの変化から明らかにすることを目的とした。①の調査の結果、「ベッドの出入りや転倒を検知するセンサー」、「介護者を連絡先とした緊急通報システム」、「IoT 家電製品による見守り」、「電気使用量の変化による見守り」の利用が、見守り満足度の高さと有意に関連していた。また、利用している見守り方法の数と見守り満足度の関連を検討した結果、種類を問わず 3 つ以上の見守り方法を利用していることがより高い見守り満足度と関連していた。以上の結果は、日常生活に則した見守り方法、あるいは複数方法の見守りが、独居認知症高齢者を支える介護者の心理的負担を軽減するのに役立つ可能性を示唆している。②の調査では、電気使用量を用いた見守りシステムを利用している研究参加独居高齢者のうち、1 名の参加者が 2023 年に認知症を発症していることがわかった。2019 年からの電気使用パターンの変化を調べたところ、朝の電気使用開始時間において大きな電気使用量の変化が認められ、2021 年では 2019 年に比べて約 1 時間電気使用開始が遅くなっていた。この結果は、電気使用量をモニタリングすることで、認知症高齢者においてしばしば観察される概日リズムの乱れに代表されるような、生活リズムの変化を早期に特定できる可能性を示唆している。

A. 研究目的

本研究では、独居認知症高齢者の見守り支援に資するテクノロジーの使用状況から問題点までを明らかにし、社会実装可能なシステムの提案を大きな目的とする。本年度は、①独居認知症高齢者に対する見守り満足度に影響を与える見守り方法を明らかにするとともに、②電気使用量を用いた見守りシステムの実用可能性を、認知症を発症した方の電気使用パターンの変化から検討することを目的とした。

B. 研究方法

【① 見守り方法と見守り満足度】

当該研究では、2022 年に行った調査結果に対して新たな観点から追加解析を行った。

本研究は、要介護 1 以上の 65 歳以上の被介護者の家族介護者 2000 名を対象として

行ったインターネット調査から得られたデータを用いた。サンプル抽出は全国から行い、20 歳以上の介護者を対象とした。

（倫理面への配慮）

調査においては、1) 本調査は学術的研究を目的に行うこと、2) 調査への参加はすべて自由意思に基づいていること、3)回答内容は全て ID 管理され、個人情報は保有しないこと、4)調査結果では個人が特定されないこと、について調査時に説明を行い、同意を得られた上で調査を行った。研究計画は事前に東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会にて審査され、承認を受けている。

【② 電気使用量を用いた見守り研究】

2020 年から行っている、電気使用量を用いた見守りシステムを利用している独居高齢者に対する調査で得られたデータを解析した。解析対象者は、健康状態や電気使用量を研究目的に使用することを同意した 67 名とした。同意が得られた方に関しては、定期的に電話連絡によって健康状態の確認を行った。もし研究参加者に認知症の症状が認められた場合、キーパーソンとなる家族から情報を得た。

（倫理面への配慮）

調査においては、A) 本調査は学術的研究を目的に行うこと、B) 調査への参加はすべて自由意思に基づいていること、C)回答内容は全て ID 管理され、個人情報は保有しないこと、D)調査結果では個人が特定されないこと、について調査時に説明を行い、同意を得られた上で調査を行った。研究内容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。なお個人情報の取り扱いが必要となる調査においては、利用している見守りシステムを運用している事業者（株式会社エッセンシャルエナジー）が担当した。

C. 研究結果

【① 見守り方法と見守り満足度】

調査回答者のうち、1,359 人（68.6%）の介護者が認知症または認知症の可能性がある高齢者を介護しており、そのうち 17.6%の被介護者が独居であった（239 名）。独居認知症高齢者の介護者のうち、回答に欠損のない 233 名が利用している見守り方法を調べたところ、「家族または親族による定期的な訪問」が最も採用されている見守り方法であった。他方で、回答者の 16.9%は何かしらの見守りを行っていないことが分かった。見守り方法と被介護者への見守り満足度の関連を調べたところ、「ベッドの出入りや転倒を検知するセンサー」、「介護者を連絡先とした緊急通報システム」、「IoT 家電製品による見守り」、「電気使用量の変化による見守り」の利用が見守り満足度の高さと有意に関連していた。次に、利用している見守り方法の数と見守り満足度の関連を検討した結果、3 つ以上の見守り方法を利用していることがより高い見守り満足度と関連していた。

【② 電気使用量を用いた見守り研究】

追跡調査の結果、1 名の研究参加者が 2023 年に認知症を発症していることがわかった（当時 80 歳、女性）。この研究参加者は 2018 年と 2019 年に健忘症の訴えから神経内科を受診したが、神経心理学的検査と脳画像検査では異常は見られなかった。2021 年には健忘症が悪化し、服薬を忘れた

り、重要な物品・書類を無造作に捨てたりするなど、日常生活に支障をきたすようになった。独居生活が困難となったことから2022年末に家族との同居を開始し、2023年2月に海馬の顕著な萎縮を伴うアルツハイマー型認知症と診断された。

図1は、この研究参加者の2019年から2021年にかけての1日の平均電力消費量の変化を示している。時間経過に伴い、朝、夕方、夜において大きな電気使用量の変化が認められた。2021年は2019年、2020年よりも夕方早めの時間帯（15:00～17:00）に高い電気消費量が確認されたのに対し、夜間（18:00以降）の差はかなり分散していた。さらに、朝の電気使用開始時間の遅れが確認され、2021年では2019年に比べて約1時間電気使用開始が遅くなっていた。

D. 考察

【① 見守り方法と見守り満足度】

介護者が利用している見守り方法では、多くの介護者は対面での見守りを行っており、警備会社やカメラを用いた緊急通報システムを利用している介護者は15%程度であった。以上から、機器を用いた見守りシステムを導入している介護者は驚くほど少ないことが明らかとなった。

本研究から、4つの見守り方法と介護者の見守り満足度との間に有意な関連が認められた。これらの見守り方法の内容を踏まえると、「何を見守るか」といった見守りの目的が明確であることが、介護者の満足度向上に寄与している可能性が推察される。また、警備会社を介さずに、介護者に直接つながる緊急通報システムと見守り満足度の間に有意な関連が認められ、警備会社の関与が介護者の満足度と無関係であるという意外な結果が示された。加えて、採用している見守り方法の数と見守り満足度の関連を調べたところ、3つ以上の見守り方法の利用と高い見守り満足度の有意な関連が認められた。以上の結果は、日常生活に則した見守り方法、あるいは複数方法の見守りが、独居認知症高齢者を支える介護者の心理的負担を軽減するのに役立つ可能性を示唆している。

【② 電気使用量を用いた見守り研究】

概日リズムの乱れは、軽度認知障害や認知症のリスクを高めることが知られてお

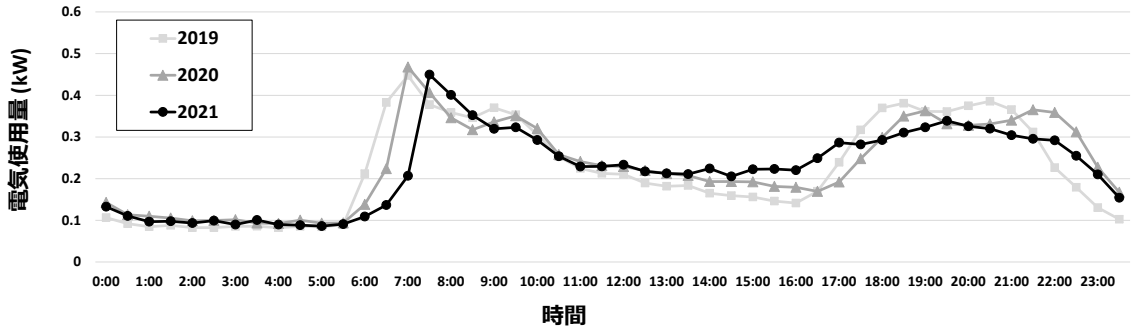


図1. 認知症を発症した独居高齢者の電気使用量パターンの変化

2021年では、それ以前に比べて朝の電気使用開始が遅くなっていることが分かる

り、認知症高齢者においても概日リズムから生じる睡眠障害がしばしば観察されている[1), 2)]。11,247 人を対象とした研究では、起床時刻の遅れが認知症リスクの上昇と関連したことを報告している[3)]。本研究の結果はこの研究結果と一致するものであり、電気使用開始時刻が経時的に遅れていった背景には、認知症発症に関連するライフスタイルの変化（概日リズムの乱れの可能性）を反映している可能性がある。

他方、夕方の電力消費量が多い理由や、夜間の電力使用量のばらつきが生じた理由については不明である。認知機能低下に伴う行動変化が、これらの電気使用パターンの変化に関連している可能性はあるが、因果関係を立証するにはさらなる研究が必要である。

本研究の結果は、電気使用量をモニタリングすることで、認知症高齢者においてしばしば観察される概日リズムの乱れに代表されるような、生活リズムの変化を早期に特定できる可能性を示唆している。しかしながら、本研究では認知症発症前の 3 年間だけを観察しているのに加え、研究参加者の病状、生活背景を詳細には把握できていないため、結果の解釈には注意が必要である。

E. 結論

今年度の調査から、認知症を抱える高齢者の少なくとも 5 人に 1 人が独居であり、認知症高齢者の安全で安心な独居生活を支援する必要性の高さが示された。加えて、複数の方法を用いた見守りが独居認知症高齢者を支える介護者の心理的負担を軽減する可能性や、電気使用量のモニタリングを通じた認知症早期発見の可能性が示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む.）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Reference

1）Leng Y, Musiek ES, Hu K, Cappuccio FP, Yaffe K. Association between circadian rhythms and neurodegenerative diseases. Lancet Neurol. Mar 2019;18(3):307-318. doi:10.1016/s1474-4422(18)30461-7

2） Shi L, Chen S-J, Ma M-Y, et al. Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews. 2018/08/01/ 2018;40:4-16. doi:https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.010

3）Bokenberger K, Ström P, Dahl Aslan AK, et al. Association Between Sleep Characteristics and Incident Dementia Accounting for Baseline Cognitive Status: A Prospective Population-Based Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. Jan 2017;72(1):134-139. doi:10.1093/gerona/glw127

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価に関する研究

研究分担者　稲垣宏樹　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　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　平田　匠　東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長
研究協力者　光武誠吾　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　大野昴紀　東京都健康長寿医療センター研究所・研究員
研究協力者　石崎達郎　京都市保健福祉局健康長寿のまち 京都推進室・担当部長
研究代表者　粟田主一　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／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長

研究要旨

令和 5 年度までに KDB データと地域調査（千代田区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）の突合データセットの作成が完了し、本年度は、構築された突合データを活用して KDB データで把握した認知症登録病名とすこやかチェックデータで把握した世帯状況（独居か否か）から独居認知症高齢者を抽出し、疾病や生活状況、地域・グループ活動、認知症に対する意識や知識に関する分析を行った。

認知症ありは 121 名（9.9%）、独居の認知症者は 40 名（3.3%）だった。独居の認知症あり群の特徴として、①認知症ありの群ではフレイル判定や認知機能低下、要介護リスクが高いが、特に非独居の認知症群で顕著であった、②情緒的サポート（相談相手）はあるが、道具的サポート（家事援助）が少ない、③不眠症・統合失調症の頻度が高い、④認知症あり群では地域活動参加率が低く、IT 機器の所有率も低い、⑤認知症の症状や接し方の知識が少なく、予防活動への関心も低い傾向、⑥相談窓口を知らない人が多い、生活・医療・介護の不安が強い、サービスとして「地域の見守り」「日常生活の支援」を求める割合が高い、ことが挙げられた。

以上のように、KDB データと地域調査によって把握された社会生活状況の連結データを用いることで、双方で不足していた部分を補完しての解析が可能になった。当初の目的であった KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価については達成できず、データを整備し実施できる体制が構築できるところまでにとどまったが、来年度以降も引き続き、千代田区高齢介護課や当研究所の福祉と生活ケアチームと連携して、連結データの活用について検討と分析を継続していく予定である。

A. 研究目的

国保データベース（KDB）システムは、保険者によるデータヘルス計画の策定・実施等を支援するため、国民健康保険団体中央会（国保中央会）が開発したデータベースシステムである。このシステムは、医療・介護保険レセプトや健康診査の各種データが登録されており、保険者等に統計情報や個人の健康に関するデータを作成・提供している。KDB に登録されているデータを分析することで、療養中の傷病や処方薬名、健診データの中の血液検査情報などを把握することが可能である。他方、健診情報や外来レセプト情報には日常生活動作（ADL）の自立度や認知機能の状況等は含まれていないため、脳梗塞や認知症の病名が登録されている患者群における心身機能の状況は把握できない。

一方、当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、千代田区との協働事業「千代田区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、65 歳以上で要介護未認定の千代田区民を対象に、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。この調査は郵送法調査ということもあり、対象者の受療中の傷病や処方薬剤情報について詳細な情報は収集できていない。そこで、すこやかチェック回答者のデータを KDB データと突合できれば、すこやかチェック回答者の受療状況を詳細に把握することが可能となる。

令和 5 年度までに KDB データとすこやかチェックのデータとの突合データセットの作成が完了した。本年度は、構築された突合データを活用し、KDB データで把握した認知症登録病名とすこやかチェックデータで把握した世帯状況（一人暮らしか否か）から独居認知症高齢者を抽出し、疾病や生活状況、地域・グループ活動、認知症に対する意識や知識に関する分析を行った。

B. 研究方法

すこやかチェックデータと KDB データ台帳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。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、「生年月日」・「性別」・「郵便番号」に重複の無かった者はすこやかチェック（10,003 名）、KDB データ（10,874 名）であった。ふたつのデータ間で「生年月日」・「性別」・「郵便番号」が一致した者は 5,877 名（すこやかチェック全回答者の 58.8%）であった（**図 1**）。この 5,877 名の中から 2022 年実施のすこやかチェック回答者（1,526 名：女性 59.5%、平均年齢 81.3 歳）を抽出し、KDB データ（診療年月が 2021 年 11 月から 2022 年 4 月まで）とクロス集計することで、すこやかチェック回答者の傷病、処方薬剤種類を把握した。その結果、分析対象者は傷病に関する分析は 1,418 名（女性 59.7%、平均年齢 82.2 歳）、処方薬剤種類では 1,409 名（女性 59.5%、平均年齢 82.2 歳）で実施可能だった。

この突合データにおいて、KDB データで「認知症病名が登録されている」、または、すこやかチェックデータに含まれる要介護

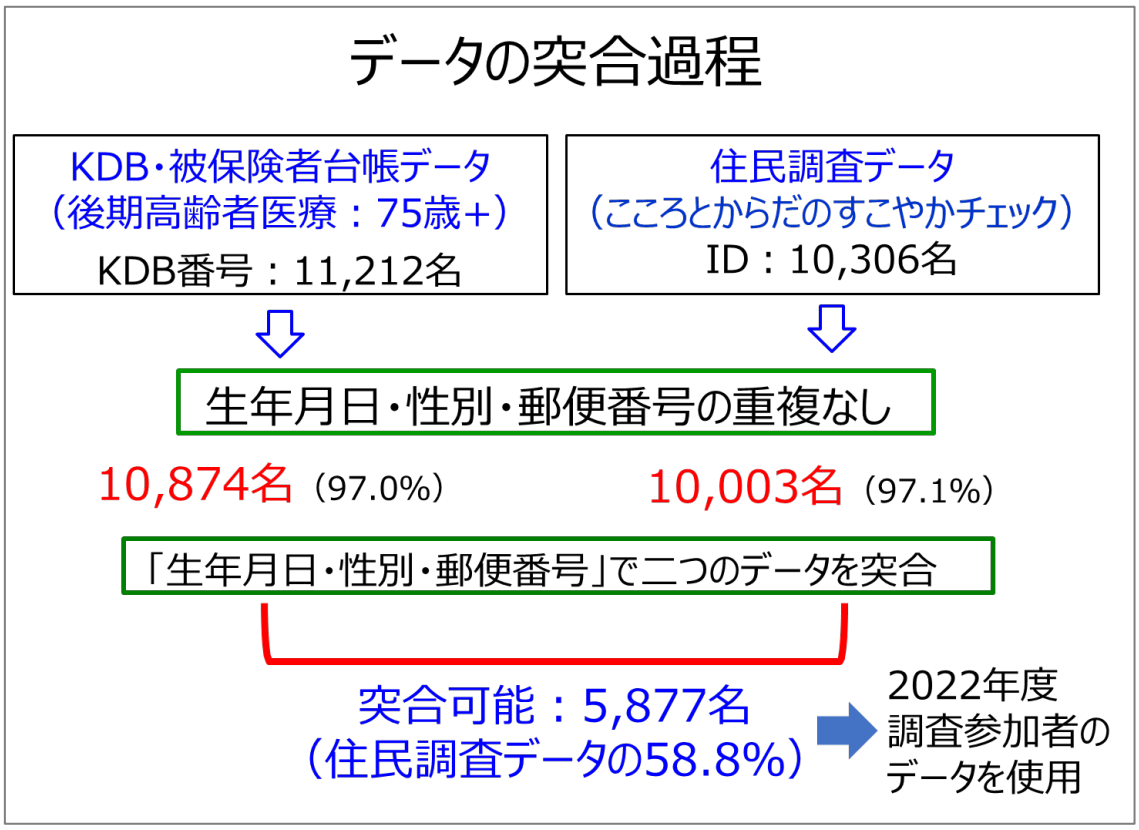


図 1　KDB データと住民調査データの突合過程

認定情報の「認知症高齢者の日常生活自立度判定がⅡ以上」の対象者を「認知症あり」と定義した。世帯状況（一人暮らしか否か）とかけ合わせ 4 群を設定し、各変数とのクロス集計を行った。検定にはカイ二乗検定を用いた。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

表 1 には、すこやかチェックで把握された、性別、年齢、世帯状況、心身の機能状態の評価（基本チェックリストによるフレイル判定、自記式認知症チェックリストによる認知機能の低下、千代田式包括的健康評価票による要介護リスク）、ソーシャルサポートの有無に関するクロス集計の結果を示した。

認知症ありは 121 名（全体の 9.9%）、そのうち独居は 40 名（3.3%）だった。認知症ありの 2 群で、平均年齢が高かった。

自己申告による病歴の報告で「認知症」があると報告していたのは、独居の認知症あり群で 40 名中 7 名（19.4%）、非独居の認知症あり群では 81 名中 23 名（29.5%）であった。自己申告による病歴の把握では正確な診断の情報が得られない懸念があったが、データを結合することで認知症の診断に関して正確なデータを得ることが可能になった。

心身の機能状態の評価に関して、基本チェックリストによるフレイル判定や自記式

認知症チェックリストによる認知機能の低下、千代田式包括的健康評価票における要介護リスク判定では、認知症ありの 2 群で機能が低下している、またはリスクがあると判定される対象者が多くなっていたが、特に独居群よりも非独居群で多くなっていた。

ソーシャルサポートは、独居の認知症なし群で「いない」との回答が多くなっていた。独居の認知症あり群は、非独居認知症あり群に比べ、情緒的サポート（相談相手）は得られているが、道具的サポート（家事援助）は少ないことが示された。

表 2 には，KDB データで把握された傷病名に関するクロス集計の結果を示した。カイ二乗検定では、糖尿病、うつ病、不眠症、統合失調症で有意な関連が示され、このうち独居の認知症あり群では、不眠症、統合失調症の出現頻度が高くなっていた。

表 3 には、地域・グループ活動の参加状況、IT 機器の所持状況に関するクロス集計の結果を示した。認知症ありの 2 群では「いずれも参加していない」の頻度が高かった。また、独居の認知症あり群で「参加している」頻度が高い地域・グループ活動は，介護サービスであるデーサービスやショートステイを除けば、趣味活動、介護予防、老人クラブ、町内会・自治会だった。

携帯電話やスマホ、PC といった IT 機器の所持状況に関しては、認知症ありの 2 群で「持っていない」の頻度が高く、独居で 40.5%、同居者ありの 49.3%だった.

表 4 には、介護経験、認知症に関する知識、認知症予防活動への関心や取り組みに関するクロス集計の結果を示した。認知症患者の介護経験では各群間で差はなかった。認知症に関する知識では、「認知症の症状を知っているか」「認知症の人との接し方を知っているか」について尋ねているが、認知症ありの 2 群では「知っている」の頻度が低くなっていた。また、認知症予防に関する情報の収集や予防活動に関心があるか、また予防活動に取り組んでいるかに関する質問に対しては、認知症ありの 2 群で「情報収集をしている」「予防への関心がある」「予防に取り組んでいる・意識している」の頻度が低い傾向にあり、独居認知症あり群では特に、同居者がいる認知症群に比べ、予防への関心や取り組みの頻度が低くなっていた。

表 5 には、相談窓口を知っているか、認知症に関する不安、この地域で暮らし続けられるか、認知症になったら住みたい場所に関するクロス集計の結果を示した。相談窓口については、独居の 2 群で「知らない」の頻度が高くなっていた。

認知症に関連する不安については、独居認知症群では、日常生活や医療・介護に関する不安が高くなっていたが、これらは独居だが認知症がない群でも高い傾向にあった。

「自分や家族が認知症になってもこの地域で暮らしていけると思うか」では，独居認知症高齢で「思わない／わからない」との回答が多くなっていた。これは、上記「不安」に関する結果と同様、独居だが認知症がない群でも高い傾向にあった.

「認知症になったらどこに住みたいですか」の質問に対し、独居の認知症群は 51.5%が自宅と回答していて、認知症がない独居群の 62.8%が「施設」と回答するのと、異なる傾向が示された。

表 6 には、認知症になったらどのような支援が必要かを尋ねた結果について示した。

独居の認知症あり群では,「地域の見守り」や「日常生活の支援」の頻度が高い一方、「相談窓口」「医療機関(認知症サポート医、かかりつけ医)」との回答は低くかった。

表 7 には、認知症共生社会に関する意識に関する項目についての結果を示した。本調査で尋ねたのは権利擁護に関わる項目である、「医療や支援に関する自己決定権」に関する質問、自身が認知症になったときに地域に周知するか、または近隣の人が認知症になったら知らせてほしいかについてである。4 群間で統計上有意な関連は示されなかったが、独居の認知症なし群で、自己決定権を持つことや地域社会への周知について肯定的な回答が多かった。独居の認知症あり群では、自己決定権に関してはむしろ他の群より肯定的回答が少なく、地域社会への周知に関しては「わからない」という回答が多い傾向にあった。

D. 考察

連結データを用いて、KDB によって把握された認知症と、地域調査によって把握された社会生活状況(独居、経済状況、社会活動、等)との関連の検討が可能になり、双方のデータで不足していた部分を補完しての解析が可能になったことが確認できた。

当初の目的であった KDB システム等を用いた自治体事業の質の評価については達成できず、データを整備し実施できる体制が構築できるところまでにとどまったが、来年度以降も引き続き、千代田区高齢介護課や当研究所の福祉と生活ケアチームと連携して、連結データの活用について検討と分析を継続していく予定である。

E. 結論

本年度は KDB データと地域調査から構築された突合データを活用し分析を行った。独居の認知症者は 40 名(3.3%)で、その特徴として、①認知症ありの群ではフレイル判定や認知機能低下、要介護リスクが高いが、独居群では非独居群ほど低下していない、②情緒的サポート(相談相手)はあるが、道具的サポート(家事援助)が少ない、③不眠症・統合失調症の頻度が高い、④認知症あり群では独居も非独居も地域活動参加率が低く、IT 機器の所有率も低い、⑤認知症の症状や接し方の知識が少なく、予防活動への関心も低い傾向、⑥相談窓口を知らない人が多い、生活・医療・介護の不安が強い、サービスとして地域の見守り」「日常生活の支援」を求める割合が高い、ことが挙げられた。

KDB データと地域調査の連結データを用いることで、双方で不足していた部分を補完しての解析が可能になった。来年度以降も引き続き、関係各所と連携して、連結データの活用について検討と分析を継続していく予定である。

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
(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。

表 1　世帯状況および認知機能の状態別の、性別、年齢、世帯状況、心身の機能状態、ソーシャルサポートの有無

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
	N	1224	40	81	366	737	
		100.0%	3.3%	6.6%	29.9%	60.2%	
性別(名簿)	女性	715	**32**	47	277	359	**<0.001**
		58.4%	**80.0%**	58.0%	75.7%	48.7%	
年齢（名簿）	平均±標準偏差	82.1±5.2	**86.6±5.8**	**86.5±5.8**	82.5±5.2	81.2±4.7	**<0.001**
問54同居者の有無（独居）	一人暮らし	406	40	0	366	0	**<0.001**
		33.2%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	
	夫婦のみ	412	0	28	0	384	
		33.7%	0.0%	34.6%	0.0%	52.1%	
	その他	406	0	53	0	353	
		33.2%	0.0%	65.4%	0.0%	47.9%	
問4_M_8病気の有無_認知症	あり	43	7	**23**	5	8	**<0.001**
		3.7%	19.4%	**29.5%**	1.4%	1.1%	
基本チェックリストフレイル判定	フレイル（8点以上）	325	20	**53**	85	167	**<0.001**
		26.6%	50.0%	**65.4%**	23.2%	22.7%	
自記式認知症チェックリスト	該当（20点以上）	151	14	**45**	36	56	**<0.001**
		12.6%	35.0%	**57.0%**	10.1%	7.8%	
カットオフ_包括的健康チェック（28項目）	0-22点	478	29	**62**	163	224	**<0.001**
		46.0%	74.4%	**79.5%**	49.7%	37.6%	
問24_1サポート_相談相手	いいえ	90	1	4	**40**	45	**0.015**
		7.5%	2.6%	4.9%	**11.1%**	6.2%	
問24_5サポート_家事援助	いいえ	292	12	7	**184**	89	**<0.001**
		24.7%	31.6%	8.6%	**52.6%**	12.5%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表 2　世帯状況および認知機能の状態別の傷病名（KDB データ）

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
2022_高血圧	あり	864	27	**60**	252	525	0.720
		70.6%	67.5%	**74.1%**	68.9%	71.2%	
2022_脂質異常症	あり	774	**30**	46	232	466	0.280
		63.2%	**75.0%**	56.8%	63.4%	63.2%	
2022_糖尿病	あり	505	15	32	129	**329**	**0.026**
		41.3%	37.5%	39.5%	35.2%	**44.6%**	
2022_悪性新生物	あり	240	6	**19**	73	142	0.710
		19.6%	15.0%	**23.5%**	19.9%	19.3%	
2022_うつ病	あり	63	6	**17**	16	24	**<0.001**
		5.1%	15.0%	**21.0%**	4.4%	3.3%	
2022_不安/気分障害	あり	80	3	**11**	23	43	0.064
		6.5%	7.5%	**13.6%**	6.3%	5.8%	
2022_不眠症	あり	464	**22**	40	140	262	**0.010**
		37.9%	**55.0%**	49.4%	38.3%	35.5%	
2022_栄養失調	あり	75	**5**	8	24	38	0.105
		6.1%	**12.5%**	9.9%	6.6%	5.2%	
2022_低アルブミン	あり	12	**1**	1	7	3	0.079
		1.0%	**2.5%**	1.2%	1.9%	0.4%	
2022_骨折	あり	5	0	0	1	**4**	0.804
		0.4%	0.0%	0.0%	0.3%	**0.5%**	
2022_統合失調症	あり	19	**6**	7	2	4	**<0.001**
		1.6%	**15.0%**	8.6%	0.5%	0.5%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表３　世帯状況および認知機能の状態別の地域･グループ活動の参加状況，IT 機器の所持状況

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
グループ活動（ｸ_仕事を含まない）_いずれも参加していない	参加していない	461	20	**42**	136	263	**0.013**
		37.7%	50.0%	**51.9%**	37.2%	35.7%	
問27_ｱグループ活動_ボランティア	参加	188	6	13	46	**123**	0.488
		16.3%	15.8%	17.1%	13.7%	**17.5%**	
問27_ｲグループ活動_スポーツ関係	参加	317	6	14	**100**	197	0.098
		27.3%	15.8%	18.4%	**29.2%**	27.9%	
問27_ｳグループ活動_趣味	参加	381	10	14	**120**	237	**0.043**
		32.8%	26.3%	18.9%	**35.1%**	33.5%	
問27_ｴグループ活動_学習・教養関係	参加	185	3	8	**58**	116	0.264
		16.1%	7.9%	10.7%	**17.2%**	16.6%	
問27_ｵグループ活動_介護予防	参加	90	**7**	8	31	44	**0.016**
		7.8%	**18.9%**	10.8%	9.1%	6.3%	
問27_ｶグループ活動_老人クラブ	参加	106	**9**	6	28	63	**0.018**
		9.2%	**23.7%**	8.2%	8.3%	8.9%	
問27_ｷグループ活動_町内会・自治会	参加	336	9	13	79	**235**	**0.002**
		29.2%	23.7%	18.8%	23.6%	**33.2%**	
問27_ｹグループ活動_デイサービス	参加	77	**13**	26	20	18	**<0.001**
		6.6%	**35.1%**	34.2%	5.9%	2.5%	
問27_ｺグループ活動_ショートステイ	参加	27	**7**	11	5	4	**<0.001**
		2.3%	**18.4%**	14.9%	1.5%	0.6%	
問28IT機器_所持	持っていない	242	15	**37**	71	119	**<0.001**
		20.2%	40.5%	**49.3%**	20.1%	16.3%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表４　世帯状況および認知機能の状態別の介護経験、認知症に関する知識、認知症予防活動への関心や取り組み

		合計	認知症あり		認知症なし		p値
			独居	非独居	独居	非独居	
問30認知症患者との接触経験（介護経験）_私的	経験あり	346	8	15	104	**219**	0.093
		28.9%	20.0%	18.8%	29.1%	**30.5%**	
問31認知症患者との接触経験（介護経験）_仕事	経験あり	103	3	6	**35**	59	0.808
		8.6%	7.5%	7.6%	**9.8%**	8.2%	
問32認知症の知識_症状	知っている	847	24	45	**257**	521	**0.011**
		71.1%	60.0%	57.0%	**73.0%**	72.3%	
問33認知症の知識_接し方	知っている	499	16	21	**157**	305	**0.04**
		41.9%	41.0%	26.9%	**44.6%**	42.3%	
問34認知症_情報収集	している	363	7	15	**128**	213	**0.003**
		30.4%	17.5%	19.0%	**36.1%**	29.5%	
問35認知症_予防への関心	ある	775	18	40	239	478	**<0.001**
		64.7%	45.0%	50.6%	67.3%	66.0%	
	ない	117	**9**	13	23	72	
		9.8%	**22.5%**	16.5%	6.5%	9.9%	
	どちらともいえない	306	13	26	93	174	
		25.5%	32.5%	32.9%	26.2%	24.0%	
問36認知症_予防の取り組み	実行している	213	5	16	71	121	**<0.001**
		18.0%	12.5%	20.3%	20.5%	16.8%	
	意識している	688	18	33	209	428	
		58.1%	45.0%	41.8%	60.4%	59.4%	
	意識も実行もなし	284	**17**	**30**	66	171	
		24.0%	**42.5%**	**38.0%**	19.1%	23.8%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表５　世帯状況および認知機能の状態別の相談窓口を知っているか、認知症に関する不安、この地域で暮らし続けられるか、認知症になったら住みたい場所

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
問37_M_5知っている相談窓口_5.知らない	知らない	698	24	41	**232**	401	**0.009**
		61.6%	64.9%	53.9%	**68.6%**	58.7%	
問38認知症に関する不安_将来認知症になること	とても／まあまあ思う	630	20	**48**	200	362	**0.046**
		54.5%	55.6%	**65.8%**	58.1%	51.6%	
問39_1認知症に関する不安_日常生活	とても／まあまあ思う	927	30	50	**286**	561	**0.044**
		81.7%	83.3%	70.4%	**84.6%**	81.3%	
問39_2認知症に関する不安_医療・介護	とても／まあまあ思う	878	**30**	47	277	524	**0.019**
		78.4%	**83.3%**	67.1%	82.7%	77.2%	
問39_3認知症に関する不安_楽しみ・生きがい	とても／まあまあ思う	823	24	46	**263**	490	**0.029**
		73.5%	66.7%	65.7%	**79.0%**	72.0%	
問40自分や家族が認知症になっても暮していける	思わない／わからない	503	**21**	20	186	276	**<0.001**
		43.5%	**58.3%**	27.8%	53.6%	39.4%	
問41認知症になったら住みたい場所	在宅	596	17	**58**	124	397	**<0.001**
		53.5%	51.5%	**79.5%**	37.2%	58.7%	
	施設	519	16	15	**209**	279	
		46.5%	48.5%	20.5%	**62.8%**	41.3%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表 6　世帯状況および認知機能の状態別の認知症になったらどのような支援が必要か

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
問42_M_1認知症になったら必要1_相談窓口	必要	702	18	35	**218**	431	**0.028**
		63.4%	51.4%	50.0%	**66.7%**	63.8%	
問42_M_2認知症になったら必要2_地域の見守り	必要	270	**14**	20	93	143	**0.007**
		24.4%	**40.0%**	28.6%	28.4%	21.2%	
問42_M_3認知症になったら必要3_居場所（認知症カフェ，本人MTG）	必要	183	**7**	6	60	110	0.227
		16.5%	**20.0%**	8.6%	18.3%	16.3%	
問42_M_4認知症になったら必要4_医療機関（認知症サポート医，かかりつけ医）	必要	794	20	41	**239**	**494**	**0.015**
		71.7%	57.1%	58.6%	**73.1%**	**73.1%**	
問42_M_5認知症になったら必要5_介護保険サービス	必要	691	**24**	45	200	422	0.829
		62.4%	**68.6%**	64.3%	61.2%	62.4%	
問42_M_6認知症になったら必要6_日常生活支援	必要	255	10	6	**101**	138	**<0.001**
		23.0%	28.6%	8.6%	**30.9%**	20.4%	
問42_M_7認知症になったら必要7_その他	必要	23	**1**	1	4	17	0.560
		2.1%	**2.9%**	1.4%	1.2%	2.5%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

表 7　世帯状況および認知機能の状態別の認知症共生社会に関する意識

		合計	認知症あり		認知症なし		
			独居	非独居	独居	非独居	p値
問43_16意思決定1_介護・医療	思う	862	23	52	**257**	530	0.155
		80.0%	69.7%	76.5%	**83.4%**	79.2%	
問43_17意思決定2_支援	思う	878	25	54	**266**	533	0.091
		80.9%	75.8%	77.1%	**85.5%**	79.4%	
問44見守り1_地域に知らせる	知らせる	677	21	32	**214**	410	0.053
		58.9%	58.3%	42.1%	**62.8%**	58.9%	
	知らせない	55	3	6	13	33	
		4.8%	8.3%	7.9%	3.8%	4.7%	
	わからない	417	12	**38**	114	253	
		36.3%	33.3%	**50.0%**	33.4%	36.4%	
問45見守り2_知らせてほしい	知らせてほしい	673	21	39	**206**	407	0.088
		58.6%	58.3%	52.0%	**60.6%**	58.4%	
	知らせなくてよい	44	1	**8**	10	25	
		3.8%	2.8%	**10.7%**	2.9%	3.6%	
	わからない	431	14	28	124	265	
		37.5%	38.9%	37.3%	36.5%	38.0%	

※認知症の有無：認知症病名あり，または，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
※非独居：夫婦のみ世帯，または，その他の同居者あり世帯
※p値：年齢以外はχ二乗検定，年齢はANOVAによる4群の比較

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

成年後見制度に対する市町村等の取組の現状と課題

研究分担者　川越雅弘　社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・
特別研究員

研究要旨

【目的】成年後見制度に対する市町村等の取組の現状・課題を明らかにするとともに、その改善策を提案すること。

【方法】成年後見制度において市町村等に期待される役割を把握するため、厚生労働省の公表資料の入手・分析を行った。また、取組の現状を把握するため、①厚生労働省の全国調査資料の分析、②茨城県内 44 市町村の成年後見制度に関連する各種計画（地域福祉計画、介護保険事業計画、成年後見制度利用促進基本計画（以下、基本計画））の収集・分析を行った。その上で、期待される役割と現状からみた課題の整理を試みた。

【結果】国の第二期基本計画において、市町村には、「支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動（権利擁護支援）が、また、そのための枠組みとして、協議会や中核機関の整備が求められていることがわかった。他方、全国調査から市町村の取組の現状をみると、協議会は約５割、中核機関は約７割の市町村が整備するなど、体制整備は進んでいるものの、①１中核機関に配置されている資格職は３名程度である、②協議会も既存の合議体を活用している割合が４割を占めているなど、運営体制は十分ではないことがわかった。

また、市町村の計画策定状況をみると、基本計画を地域福祉計画に位置付けている市町村が多く、認知症施策を検討する介護保険事業計画と一体的に計画策定している市町村は少なかった（事業が介護部門と福祉部門に分かれてしまっている）。

また、茨城県内の市町村の取組をみた結果、水戸市と周辺８市町村では、県央地域連携中枢都市圏を基盤に、権利擁護地域連携ネットワークの構築を図っていた。

【考察】市町村は、事業から物事を考え、担当者と所管業務を決めて事業を展開するという仕事の仕方をおこなうため、認知症施策に関しては介護部門が、成年後見制度利用促進に関しては障害・福祉部門が担うといった縦割り構造になっている。こうした状況を変えるためには、事業や施策の目的は何か、事業や施策を通じて何を実現したいのかを常に意識させ、その上で、効果的と思われる手段を、現場を知る関係者と一緒に考えるといった仕掛けを設ける必要がある。また、外部有識者が市町村施策の展開支援に入ることで、①関係する多部門が集まりやすくなる、②議論をうまくリードすることで、目的から手段を考える思考を体感することができると考える。こうした役割を、中核機関に配属された専門職（社会福祉士など）が徐々に担えるようになれば、協議会をうまくハンドリングでき、課題解決力は高まると考える。

【結論】認知症基本法の理念、権利擁護支援の考え方を定着させるために、当事者を中心に据えた個別支援（チームによる支援）と、当事者が抱える共通的な地域課題を解決するための地域支援（協議会、市町村、コーディネート機能を担う中核機関の協働による支援）が一体となって展開される仕組みを市町村単位で構築する必要がある。

A. 研究目的

「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすこと」の実現を目指した認知症基本法が令和6年1月1日に施行された。同法の根幹となる理念が「権利擁護」であり、これを支えるための制度の1つとして成年後見制度がある。

さて、同制度の利用者数は、2000年の制度創設以降、年々増加しているものの、今後の認知症高齢者の増加を鑑みると、その利用は十分とは言えない状況であった。

そこで、国は、利用促進を図るべく、2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（以下、「促進法」）」を施行、翌年3月及び2020年3月に、それぞれ第一期・第二期成年後見制度利用促進基本計画（以下、「基本計画」）を閣議決定した。

第一期基本計画では、成年後見制度の広報や相談等を担う体制整備など、成年後見制度の利用促進に関する施策を定め、計画的に取り組みを推進することとされた。

第二期基本計画では、「地域共生社会の実現」という目的達成に向け、本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実を図りながら、「制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制を目指す」とされた。

こうしたなか、同制度の実務を担う市町村には、利用促進と併せて、庁内の関係部門ならびに委託先との連携を通じて、地域連携ネットワークの構築および連携強化を果たしていく役割が期待されているが、取組や連携の実態は明らかではない。

そこで、本研究では、成年後見制度に関する国の施策動向及び市町村に期待される役割を整理した上で、国の公表資料及び市町村の各種計画（地域福祉計画、介護保険事業計画）の内容分析を通じて、成年後見制度への市町村及び社協の関与の現状と課題を明らかにすることとした。

B. 研究方法

1. 成年後見制度に関する国の施策動向及び市町村に期待されている役割の整理

成年後見制度に関しては、国が方向性や取組内容を決め、それをもとに市町村は各種計画を立て、実行していくことになる。

そこで、厚生労働省の公表資料をもとに、同制度に関する国の施策動向及び市町村に期待されている役割を整理した[1)]。

2. 成年後見制度に対する市町村の取組の現状把握（全国調査より）

厚生労働省は、毎年、「成年後見制度利用促進施策に係る取組状況調査」を実施し、その結果を公表している（社会・援護局地域福祉課および障害保健福祉部障害福祉課、老健局認知症施策・地域介護推進課の合同調査という位置づけ）。

そこで、国の最新調査結果をもとに、市町村の取組状況を把握した[2)]。

3. 市町村における基本計画の位置づけ、中核機関の運営体制、参考となる地域連携に向けた取組の実態把握（対象：茨城県内の44市町村）

成年後見制度に関連する市町村計画としては、基本計画以外に、「地域福祉計画」「介護保険事業計画」などがある。

そこで、茨城県の44市町村を対象に、上記計画及び社協の活動状況に関する情報を入手し、①基本計画の位置づけ、②中核

機関の運営体制、③参考となる地域連携の取組の把握を行った。

（倫理面への配慮）

本分析は、国や市町村の公開資料をもとに行ったものである。これら資料には、個人情報も、個人が特定される可能性のある情報も含まれておらず、倫理的問題は生じないと考える。ただし、分析結果が調査地域に不利益（社会的偏見の助長など）をもたらす可能性はあることから、こうしたことが起こらないよう、分析ならびに報告書の記載内容には十分配慮した。

C. 研究結果

1. 成年後見制度に関する国の施策動向及び市町村に期待されている役割の整理

厚生労働省の公表資料をもとに、成年後見制度に関する国の施策動向と、その中で市町村に期待されている役割について把握・整理した。主なポイントを以下に示す。

1） 第一期基本計画（平成 29 年度～令和 3 年度）策定の背景と見直しのポイント

(1)見直しの背景

成年後見制度は、ノーマライゼーションや自己決定権の尊重等の理念と、本人保護の理念との調和の観点から導入された制度であり、国民にとって利用しやすいものとすることを目指していた。しかしながら、同制度の利用状況をみると、

- 利用者数は、年々増加しているが、認知症高齢者等の増加に比べ著しく少ない
- 申立動機をみると、「預貯金の解約等」が最多となるなど、財産の保全の観点が重視されている
- 申立の内訳（後見・保佐・補助・任意後見監督人選任）をみると、後見の利用者割合が全体の 7-8 割を占める一方で、任意後見は 2%程度にとどまっている

など、①生活上に大きな支障が生じない限り同制度があまり利用されていない、②任意後見がほとんど利用されていないなどの実態が明らかとなった。

また、支援の質の観点からも、

- 第三者が後見人になるケースの中には、意思決定支援や身上保護等の福祉的な視点に乏しい運用がなされているものがある（後見人の質の問題）
- 後見等の開始後に、後見人を監督する家庭裁判所が事実上対応しているが、家庭裁判所では、福祉的な観点から本人の最善の利益を図るために必要な助言を行うことは困難である

などの課題も指摘されていた。

こうした状況を受け、成年後見制度の趣旨（ノーマライゼーション、自己決定権の尊重）に沿った運用のあり方の見直しが図られることになった。

(2)今後の施策の目標

第一期基本計画では、以下の 4 点を目標に制度見直しが図られた。

【目標 1】利用者がメリットを実感できる制度・運用へ改善を進める

① 利用者に寄り添った運用

② 保佐・補助及び任意後見の利用促進

【目標 2】全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を図る

① 権利擁護支援の地域連携ネットワーク及び中核機関の整備

② 担い手の育成

【目標 3】利用しやすさとの調和を図り、安心して成年後見制度を利用できる環境を整備する

① 不正事案の発生を未然に抑止する仕組みの充実

② 地域連携ネットワークの整備による不正防止効果

【目標 4】成年被後見人等の権利制限に係る措置を見直す

(3)権利擁護支援の地域連携ネットワークの役割・仕組み

厚生労働省は、従来の保健・医療・福祉の連携に、新たに司法も含めた連携の仕組み（＝権利擁護支援の地域連携ネットワーク）の構築が必要とした上で、同ネットワークの３つの役割と、有すべき３つの基本的仕組みを示している。

【地域連携ネットワークの役割】

① 権利擁護支援の必要な人の発見･支援

② 早期の段階からの相談･対応体制の整備

③ 意思決定支援･身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築

【地域連携ネットワークの基本的仕組み】

① 本人を後見人とともに支える「チーム」による対応

② 地域における「協議会」の体制づくり

③ 地域連携ネットワークを整備し、協議会等を適切に運営するための中核機関の設置（直営ないし委託）

(4)地域連携ネットワークおよび中核機関が担うべき具体的機能

厚生労働省は、地域連携ネットワークおよび中核機関が担うべき機能として、以下の５点を挙げている。

① 広報機能

② 相談機能

③ 成年後見制度利用促進機能

・受任者調整等の支援

・担い手の育成・活動の促進

・日常生活自立支援事業等関連制度からのスムーズな移行

④ 後見人支援機能

⑤ 不正防止機能

2) 第二期基本計画（令和 4～8 年度）の背景と見直しのポイント

(1)新たな基本計画が必要となった背景

第一期計画により、①利用者がメリットを実感できる成年後見制度の運用改善、②権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、③安心して成年後見制度を利用できる環境の整備などが進められてきた。しかしながら、

・ 後見人が意思決定支援や身上保護を重視しない場合があり、利用者の不安や不満につながっている

・ 成年後見制度や相談先等の周知が未だ十分でない

・ 地域連携ネットワークなどの体制整備は、特に小規模の町村などで進んでいない

などの課題があった。また、認知症高齢者や独居高齢者の増加による権利擁護支援ニーズの増大や多様化が見込まれるなか、これら状況に適切に対応する必要性も高まっていた。このような背景を受けて、第二期基本計画が令和 4 年 3 月 25 日に閣議決定された。

(2)基本的考え方

第二期基本計画では、「地域共生社会の実現という目的達成に向け、本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの成年後見制度利用促進の取組をさらに進める」とした。

【権利擁護支援の定義】

権利擁護支援とは、地域共生社会の実現を目指す包括的な支援体制における本人を中心とした支援・活動の共通基盤であり、意思決定支援等による権利行使の支援や、虐待対応や財産上の不当取引への対応における権利侵害からの回復支援を主要な手段として、支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動のこと。

(3)優先して取り組む事項

国は、第二期基本計画で優先して取り組む事項として以下の 5 点を挙げている。

① 任意後見制度の利用促進
② 担い手の確保・育成の推進
（市民後見人・法人後見の担い手・専門職後見人・親族後見人）
③ 市町村長申立ての適切な実施と成年後見制度利用支援事業の推進
④ 地方公共団体による行政計画等の策定
⑤ 都道府県の機能強化による権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりの推進

(4)市町村計画に盛り込む内容について

国は、「市町村は、促進法第 14 条第 1 項に基づき、取組方針として、市町村計画を定めるものとする」とした上で、同計画に盛り込むことが望ましい内容として以下の 6 点を挙げている。

① 目的として、地域共生社会の実現に向け、尊厳のある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるようにすること
② 目標として、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築すること
③ 中核機関及び協議会の整備・運営の方針
④ 地域連携ネットワークの支援機能の段階的・計画的な整備
⑤ 地域連携ネットワークの機能を強化するための取組の推進の方針
⑥ 市町村長申立ての適切な実施と成年後見制度利用支援事業の推進の方針

現在、市町村は、これら基本指針に沿って、基本計画を策定することになっている（ただし、努力義務という位置づけ）。

2. 成年後見制度に対する市町村の取組の現状把握（全国調査より）

厚生労働省が公表している「令和 6 年度成年後見制度利用促進施策に係る取組状況調査（詳細版）」の結果をもとに、市町村の取組状況を把握した。主な結果を以下に示す（調査時点：令和 6 年 8 月）。

(1) 市町村計画の策定状況

・ 調査時点で、計画策定済みの市町村は 1,358 か所（78.0%）であった。
・ 計画の位置づけとしては、「地域福祉計画と一体的に策定」68.7%、「他の法定計画と一体的に策定（介護保険事業計画など）」19.1%、「単体で策定」12.2%であった。

(2) 中核機関の整備状況

・「整備済み」は 68.2%であった。
・中核機関の運営主体は、「委託」53.7%、「直営」29.0%、「直営＋委託」17.4%で、委託先の約 9 割は「社協」であった。
・整備圏域は、「市町村圏域」75.6%、「広域圏域（広域連合・一部事務組合）」6.7%、「広域圏域（定住自立圏構想）」5.8%、「広域圏域（連携中枢都市）」3.4%の順であった。
・中核機関の有資格者 3,913 人の内訳をみると、「社会福祉士」70.5%、「精神保健福祉士」9.1%の順であった。
・アドバイザーとして関わっている職種をみると、「弁護士」63.1%、「司法書士」55.3%の順であった。

(3) 中核機関の機能別取組状況
・相談支援への取組状況をみると、「窓口での各種相談対応」98.3%、「各種ケース会議等への出席」79.0%、「施設等への出張相談」50.9%、「専門職による相談」44.0%の順で、「未実施」は 0.6%あった。
・権利擁護支援チーム形成支援への取組状況をみると、「権利擁護支援の方針の検討」75.7%、「適切な申立ての調整」74.3%、「受任者調整を含むチーム体制づくり」62.8%の順で、「未実施」は 15.2%であった。
・権利擁護支援チームの自立支援機能への取組状況をみると、「後見人等やチーム関係者からの各種相談への対応」71.2%、「チームへの必要に応じたバックアップ」59.4%、「チーム開始の支援」57.8%の順で、「未実施」は 23.8%であった。
・中核機関の整備上の課題をみると、「自治体内部での調整が必要であるため」63.3%、「受任者調整など権利擁護支援チームの形成支援に係るしくみが整えられないため」53.6%、「後見人等からの相談対応など権利擁護支援チームの自立支援のしくみが整えられないため」44.5%の順であった。

(4) 協議会等の設置状況
・協議会の設置状況をみると、「設置済み」51.1%、「未定」23.3%、「行政内部で検討中」13.2%の順であった。
・設置形態をみると、「新たに設置」56.3%、「既存の合議体を活用」43.7%であった。活用されている既存の合議体をみると、「成年後見センター・権利擁護センターの運営委員会、組織委員会など」55.0%、「権利擁護や虐待防止などに関するネットワーク会議」23.7%の順であった。
・協議会の事務局は、「直営」44.6%、「委託」42.8%で、委託先の約 8 割は社会福祉法人（社協等）であった。

(5) 市民後見人の養成・活動支援の状況
・市民後見人等の養成状況をみると、「未実施」72.8%であった。
・未実施の理由は、「市民後見人の実態を把握していないため」41.3%、「市民後見人等の養成等を実施する必要性が感じられないため」23.0%、「その他」44.1%であった。
・養成の実施主体は「委託先」が 93.2%であった。
・市民後見人の受任に当たっての課題としては、「市民後見人の受任が適当であるケースが少ない」61.6%、「市民

後見人本人が受任への不安を感じている」50.5%、「市民後見人養成講座の受講人数が伸び悩んでいる」31.1%の順であった。

・ 市民後見人の受任調整や支援体制をみると、「フォローアップ研修の実施」92.3%、「養成機関による助言の機会や支援体制の確保」82.4%、「適切な市民後見人候補者を決定するための受任調整会議の開催」80.9%であった。

(6) 法人後見の実施状況

・ 法人後見の実施状況をみると、「市町村圏内の法人で実施」51.0%、「なし（近隣市町村を含む）」20.9%、「近隣市町村の法人で対応」10.5%の順であった。

・ 実施法人は、「社協」60.1%、「NPO法人」16.6%、「一般社団法人」10.3%の順であった。

3. 市町村における基本計画の位置づけ、中核機関の運営体制、参考となる地域連携に向けた取組の実態把握（対象：茨城県内の 44 市町村）

茨城県内の 44 市町村を対象に、成年後見制度に関連する市町村計画（「地域福祉計画」「基本計画」「介護保険事業計画」）ならびに社協の活動状況に関する情報を入手し、①基本計画の位置づけ、②中核機関の運営体制、③参考となる地域連携の取組を把握した。主な結果を以下に示す。

1） 基本計画の位置づけ

第９期介護保険事業計画と基本計画を一体の計画として策定していたのは 13 市町（29.5%）で、それ以外は地域福祉計画と一体の計画として策定していた（図表１）。

このうち、守谷市では、第８期から介護保険事業計画と基本計画を一体的に策定するとともに、基本計画を章として取り上げていた（図表２）。

2） 中核機関の運営体制

全国調査をみると、令和５年度末時点で中核機関の整備が済んでいるのは 35 市町村であった（整備率：79.5%）。

整備している 35 市町村の運営体制をみると、「市町村直営」12 市町村（34.3%）、「直営＋委託」12 市町村（34.3%）、「委託」11 市町村（31.4%）であった。なお、委託先の多くは市町村社協であった。

3） 参考となる地域連携の取組の把握

全国調査によると、中核機関の整備圏域は、「市町村圏域」が約８割を占め、残り２割を広域連合・一部事務組合、定住自立圏構想、連携中枢都市による広域連携となっていたが、茨城県では、２つの広域での取組が展開されていた。以下、その概要を紹介する。

(1) 県央地域連携中枢都市圏を基盤とした権利擁護地域連携ネットワークの構築（水戸市及び周辺８市町村）

県央地域全体の更なる発展を目指し、魅力と活力ある圏域づくりを進めていくという考えのもと、2022 年２月、水戸市と周辺８市町村（笠間市、ひたちなか市、那珂市、小美玉市、茨城町、大洗町、城里町及び東海村）の間で連携協約を締結、「いばらき県央地域連携中枢都市圏ビジョン」に基づき、①地域経済の活性化、②都市機能の向上、③生活環境の充実（地域医療・福祉・教育・地域振興・災害対策・環境・交通・人材育成など）に取り組んでいる

（https://www.city.mito.lg.jp/uploaded/attachment/27908.pdf）

その中の１事業が、「成年後見制度利用促進事業」である。同事業では、成年後見制度の利用促進を図るため、権利擁護に係る地域連携ネットワーク構築の中心的な役割を担う広域中核機関（水戸市・水戸市社協）と市町村中核機関の連携のもと、学習会・相談会を開催するほか、市民後見人等の担い手を育成し、成年後見人等の受任者の調整や親族後見人等の支援を実施するとしている。

図表３に、広域中核機関と８市町村の中核機関の連携による権利擁護地域連携ネットワークの概念図を示す。

８市町村の中核機関は、中間機関に求められる４つの機能（①広報機能、②相談機能、③利用促進機能、④後見人支援機能）を、広域中核機関（水戸市・水戸市社協）では、これら４機能に加え、協議会の設置・運営、地域ネットワークの形成・体制の整備・運営を担っている。

(2) 近隣３町による地域連携ネットワークの構築（八千代町・境町・五霞町）

八千代町では、権利擁護支援・成年後見制度利用促進機能を強化するため、八千代町保健福祉部内に中核機関を、また、本人や、本人を支える親族等に必要な支援を行えるよう、法律・福祉の専門職団体や関係機関が相互に連携し、協議していく場である協議会を、近隣の境町・五霞町と連携し、「境・八千代・五霞権利擁護地域連携ネットワーク協議会」を設置している。

中核機関では、４つの機能のうち、「広報」、「相談」の機能を優先的に整備しながら、「受任者調整（マッチング）支援」や「後見人支援」を、地域連携ネットワークの中で協議しながら進めることとしている。

図表４にその概念図を示す。

D. 考察

1） 地域連携体制整備の現状と課題

全国調査によると、令和６年度中の中核機関の整備率は74.5%、協議会の設置率は58.0%となっている。

このように、権利擁護地域連携ネットワークの核となる「協議体」「中核機関」はかなり整備されてきたと評価はできる。

ただし、①1中核機関当たりの有資格者の職員数をみると、「社会福祉士」2.3人、「その他」0.6人、「精神保健福祉士」0.3人と、１機関あたり３名程度で運営している、②協議会も、既存の合議体（権利擁護センター運営委員会、権利擁護や虐待防止などに関するネットワーク会議など）を活用したものが約４割を占めているなど、運営体制は十分とは言えない状況にある。

そもそも、地域連携ネットワーク構築の目的は、第二期基本計画で強調された「権利擁護支援（支援を必要とする人が地域社会に参加し、共に自立した生活を送るという目的を実現するための支援活動）」を実現することであって、ネットワーク自体をつくることが目的ではない。

市町村は、国の指針に沿って、これまで「協議体」「中核機関」などの枠組みを作ること（手段）に注力してきたが、権利擁護支援が目指していることをどうやって実現するかの視点で、体制のあり方、連携のあり方、現場で起こっている実態の把握・共有方法などを見直す必要がある。

ところで、「協議会（意思決定機関）」「市町村（実施主体）」「コーディネーター／コーディネート機関」が連携して地域課

題を解決するという枠組みは、生活支援体制整備事業や在宅医療・介護連携推進事業でもみられるものであるが、これら事業においても、①現場の声（当事者の声、支援者の声など）をどうやって拾うか、②拾った声を地域課題にどうやって展開するか、③地域課題の解決策をどこで検討するか、④現場を知るコーディネーターと施策に関わる市町村の連携を如何に高めていくかが共通課題となっている。

在宅医療・介護連携推進事業をうまく展開している事例（東京都豊島区など）をみると、地域課題のテーマ（ACP の推進など）ごとに作業部会を設け、そこに現場を知る関係者を入れて、地域課題の具体化ととるべき対策案を検討し、その検討内容を協議会に諮るといった運営をしている。

こうした事例も参考にしながら、権利擁護のための地域連携ネットワークのあり方を見直していく必要があると考える。

2） 庁内連携及び市町村と中核機関の連携について

全国調査によると、基本計画を地域福祉計画と一体的に策定している市町村は約 7 割で、介護保険事業計画（高齢者福祉計画を含む）などと一体的に策定している市町村は 2 割程度にとどまっている。

認知症施策と成年後見制度利用促進事業は、関係者を交えて、現状把握～課題抽出～対策の検討を行うべきであるが、認知症施策は介護保険部門が、成年後見制度利用促進事業は主に障害部門や福祉部門が担っていて、縦割り構造となっている。

市町村は、事業という手段から物事を考え、担当者を割り振り、担当者の所管業務の内容を決めて事業を展開するという仕事の仕方に慣れており、他部門と一緒に事業を展開することに慣れていない（心理的な抵抗感を持つ人も多い）。

このように、手段から物事を考えるから、多くの事業（類似した事業も多くみられる）が乱立し、仕事量が増える一方となる。目的は何か、事業や施策を通じて何を実現したいのかを常に意識し、その上で、効果的と思われる手段を考えるといった思考を身に付けさせる必要がある。

国は、総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、介護人材確保など、様々なテーマに対し、外部有識者を派遣し、市町村の事業展開を伴走支援する取組を試行している。

筆者も伴走支援者として事業に参加しているが、外部有識者が入ることで、①関係する多部門が集まりやすくなる、②議論をうまくリードすることで、目的から手段を考える思考を体感することができると感じている。

中核機関に配属された専門職（社会福祉士など）と外部有識者が連携しながら、テーマ別作業部会および協議会をうまく展開できるようになれば課題解決力は高まると考える。キーとなるのは、中核機関のコーディネート力の向上であり、ここがうまくいけば、庁内連携も結果的に進むと考える。

3） 広域支援について

小規模自治体では、人口減少、生産年齢人口の減少が今後顕著となる。市町村職員数も限られており、増大する業務に対応することが一層困難になると予想される。

したがって、茨城県の県央圏域で行っているような、広域での取組の枠組みを使って、核となる市町村及び社協が、周辺市町

村を伴走支援する形で支援するなどの取組を今後より一層進めていく必要がある。要は、市町村レベルのコーディネート機関と、広域レベルのコーディネート機関の重層的支援体制を進めていくのである。

介護保険でも、広域連合・一部事務組合などが、それ以外でも、連携中枢都市や定住自立圏構想など、複数の市町村が一緒になって取り組む枠組みがある。こうした枠組みを持つ市町村から、まずは権利擁護地域連携ネットワーク構築を共同で進めていくところから始める（その枠組みに近隣市町村も徐々に参加していく）とよいのではないかと考える。

E. 結論

認知症基本法の理念、権利擁護支援の考え方に沿って、当事者を中心に据えた個別支援（チームによる支援）と、当事者が抱える共通的な地域課題を解決するための地域支援（協議会、市町村、コーディネート機能を担う中核機関の協働による支援）が一体となって展開される仕組みを市町村単位で構築する必要がある。

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（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） 厚生労働省：成年後見制度の現状、令和6年4月.
https://www.mhlw.go.jp/content/00110213
2） 厚生労働省：令和6年度成年後見制度利用促進施策に係る取組状況調査結果（詳細版）、令和7年4月.
https://www.mhlw.go.jp/content/000973040.pdf

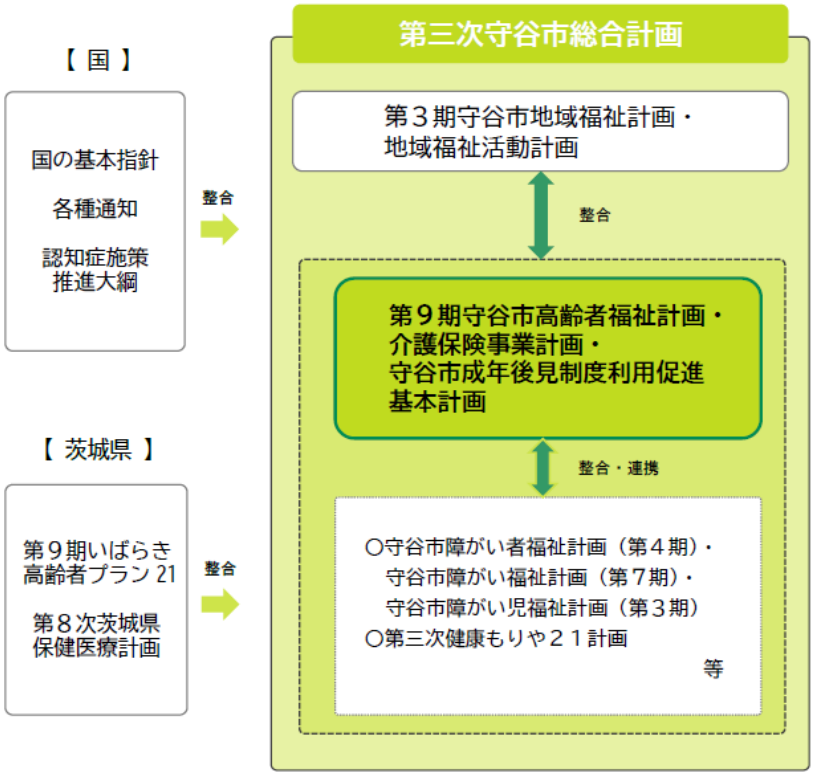
表 1. 基本計画の位置づけ及び中核機関の運営体制（茨城県 44 市町村）

No	市町村名	基本計画の位置づけ	中核機関		備考（広域での取組）
			形態	委託先	
1	水戸市	介護保険事業計画	直営＋委託	市社協	県央地域成年後見支援事業の運営を水戸市社協が担当
2	日立市	介護保険事業計画	委託	市社協	
3	土浦市	地域福祉計画	委託	市社協	
4	古河市	地域福祉計画	委託	市社協	
5	石岡市	地域福祉計画	委託	市社協	
6	結城市	地域福祉計画	直営	-	
7	龍ケ崎市	地域福祉計画	直営	-	
8	下妻市	地域福祉計画	直営＋委託	市社協	
9	常総市	地域福祉計画	未整備		
10	常総太田市	地域福祉計画	未整備		
11	高萩市	地域福祉計画	直営	-	
12	北茨城市	地域福祉計画	直営＋委託	市社協	
13	笠間市	介護保険事業計画	直営	-	県央地域の事業に参加
14	取手市	介護保険事業計画	直営＋委託	市社協	
15	牛久市	地域福祉計画	委託	市社協	
16	つくば市	介護保険事業計画	直営＋委託	市社協	
17	ひたちなか市	介護保険事業計画	委託	市社協	県央地域の事業に参加
18	鹿嶋市	地域福祉計画	直営＋委託	社会福祉法人 医療法人	
19	潮来市	地域福祉計画	未整備		
20	守谷市	介護保険事業計画	直営	-	
21	常総大宮市	地域福祉計画	未整備	-	
22	那珂市	地域福祉計画	直営＋委託	市・水戸市社協 社会福祉法人 医療法人	県央地域の事業に参加
23	筑西市	地域福祉計画	直営	-	
24	坂東市	地域福祉計画	未整備		
25	稲敷市	介護保険事業計画	直営＋委託	市社協	
26	かすみがうら市	介護保険事業計画	委託	市社協	
27	桜川市	介護保険事業計画	直営	-	
28	神栖市	地域福祉計画	未整備		
29	行方市	地域福祉計画	委託	市社協	
30	鉾田市	地域福祉計画	未整備		
31	つくばみらい市	介護保険事業計画	直営＋委託	市社協	
32	小美玉市	地域福祉計画	直営＋委託	水戸市社協	県央地域の事業に参加
33	茨城町	地域福祉計画	委託	町・水戸市社協 社会福祉法人	県央地域の事業に参加

34	大洗町	地域福祉計画	直営＋委託	水戸市社協	県央地域の事業に参加
35	城里町	介護保険事業計画	直営＋委託	水戸市社協	県央地域の事業に参加
36	東海村	地域福祉計画	委託	村社協	県央地域の事業に参加
37	大子町	地域福祉計画	直営	-	
38	美浦村	地域福祉計画	委託	村社協	
39	阿見町	地域福祉計画	未整備		
40	河内町	地域福祉計画	未整備		
41	八千代町	介護保険事業計画	直営	-	
42	五霞町	地域福祉計画	直営	-	
43	境町	地域福祉計画	直営	-	
44	利根町	地域福祉計画	直営	-	

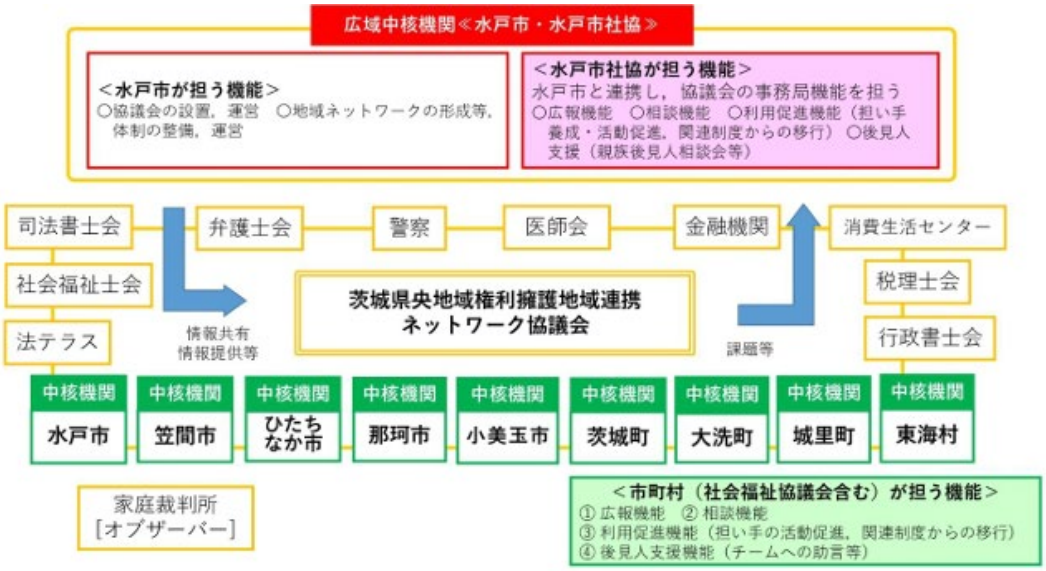
注 1.中核機関の委託先については、厚生労働省「令和 6 年度_成年後見制度利用促進施策に係る取組状況調査結果」を元に整理した。

図 1. 介護保険事業計画と基本計画の位置づけ（茨城県守谷市）



出所）守谷市：第 9 期守谷市高齢者福祉計画・介護保険事業計画・守谷市成年後見制度利用促進基本計画（令和 6 年 3 月）より引用
https://www.city.moriya.ibaraki.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/004/593/dai9ki.pdf

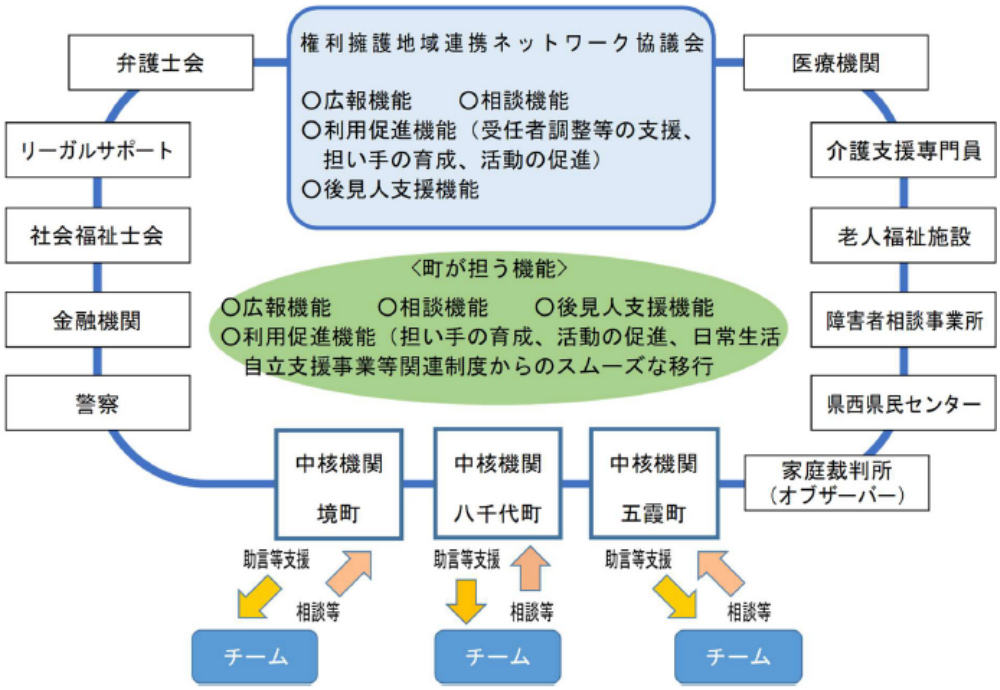
図 2. 広域中核機関と市町村中核機関の連携による権利擁護地域連携ネットワーク（いばらき県央地域連携中枢都市圏、５市３町１村）



注.市町村中核機関では、①広報機能、②相談機能、③利用促進機能、④後見人支援機能を、広域中核機関では、①～④に加え、協議会の設置・運営、地域ネットワークの形成・体制の整備・運営を担っている。

出所）社会福祉法人水戸市社会福祉協議会 HP より引用
https://www.mito-syakyo.or.jp/soudan/daily-life/protection/initiative

図 3. 近隣３町による権利擁護地域連携ネットワーク協議会の体制図
（茨城県八千代町・境町・五霞町）



出所）茨城県八千代町：やちよはつらつプランより引用
https://www.town.ibaraki-yachiyo.lg.jp/data/doc/1619417914_doc_119_0.pdf

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

ごちゃまぜの会を活用した地域資源の把握・ネットワーク化と認知症施策への応用の可能性

研究分担者　川越雅弘　社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員

研究要旨

【目的】ごちゃまぜの会を通じた地域資源の把握・ネットワーク化の、認知症施策への応用の可能性について言及すること。

【方法】埼玉県内の複数市町村にて、多様な主体が参加する「ごちゃまぜの会」を定期開催し、地域資源の把握を行った。その上で、本会で把握された地域資源の中から、認知症施策に活用可能な資源を抽出するとともに、同会の取組の認知症施策への応用の可能性について考察した。

【結果】埼玉県内 7 市で実施しているごちゃまぜの会を通じて、認知症高齢者の在宅生活を支えるための様々な支援団体やネットワーク、具体的には

① 消費者被害防止に取り組む特定非営利法人があること。また、同会では、消費者関連団体のネットワークを持っていること
② 同会の活動を通じて、消費者被害防止サポーターが養成され、かつ、県内各市町村にいること
③ 地域貢献のための活動を展開している団体（青年会議所）が県内の複数市町村にあること。熊谷青年会議所では、災害対策のための取組を地域住民と一緒に行っていること

などがわかった。また、こうした地域資源の見える化が進むことで、北本市では、同会の事務局を担っている社協担当者の、支援ニーズと支援者をマッチングする能力の向上が図られていた（担当者の主観的評価として）。

【考察】現行のケアプランをみると、医療・介護サービスの組合せが中心で、インフォーマル支援はほとんど組み込まれていない。また、第１層生活支援コーディネーターには地域課題の解決への貢献が期待されているが、十分には機能していない。これら事象を引き起こしている共通原因の１つが「地域資源を知らないこと／つながっていないこと」にある。

認知症高齢者が抱える課題や支援ニーズを知るこれら専門職が、ごちゃまぜの会を通じて様々な地域資源とその機能を知ることができれば、支援ニーズ（入口）と課題解決に貢献できる地域資源（出口）をマッチングし、課題を解決する力が向上すると考えた。

【結論】ごちゃまぜの会を活用して、「地域資源の見える化」と「地域資源の機能別整理」を行うことで、個別支援に関わるマネジメント担当者、地域づくりに関わる社協担当者、各種相談に対応する地域包括支援センター等の課題解決力の向上が図られる。なお、こうした手法は、テーマを変えるだけで（例：認知症高齢者の在宅生活を如何に支えるか）応用可能と考えた。

A. 研究目的

認知症高齢者の在宅生活を支えるためには、医療・介護サービス（共助）と、多様な主体による生活支援（互助）が融合した包括的支援体制が必須となるが、様々な要因（本人要因、家族要因、環境要因など）により在宅生活が困難化しやすい認知症高齢者の場合、後者の「生活支援体制の整備」が特に重要となる。

生活支援体制の整備に関しては、市町村主体の各種事業（生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業など）が創設され、実務を担う地域包括支援センター、社会福祉協議会（以下、社協）、生活支援コーディネーターなどが様々な活動を行っているものの、個々の高齢者の生活を支えるための支援（個別支援）が中心であり、市町村・実務を担う専門職・地域住民が協働しながら、地域課題解決を目指した生活支援体制を整備する動きはあまり見られない。

そもそも、組織風土、価値観、関心領域、得意とする手法が異なる多様な主体（自治会、民生委員、NPO 法人、民間企業、地域住民など）を交えて、地域課題を共有し、課題解決に向けて協働するといった地域マネジメントを展開することは容易ではなく、その展開方法も明確にはなっていない。

そこで、埼玉県内の複数の市町村をフィールドに、多様な主体が参加するプラットフォーム「ごちゃまぜの会」を立ち上げ、定期開催しながら、地域資源の把握・ネットワーク化と地域課題解決に向けた手法の開発を試みた。

本研究では、同会で把握された地域資源の認知症施策への活用の可能性などについて検討する。

B. 研究方法

1. ごちゃまぜの会の定期開催による地域資源の把握

埼玉県内 7 市（北本市、さいたま市、越谷市、川越市、鴻巣市、熊谷市）で立ち上げた「ごちゃまぜの会」にて定期講演会を開催し、地域資源の把握を行った（本会の概要については図表 1 参照）。

因みに、各講演者には、①活動を始めた動機や思い、②支援者からみた対象者が抱えている課題、③活動内容、④活動をする上で困っていることや課題などについての報告を依頼している（支援ニーズと支援内容・活動の両方を把握し、参加者と共有するため）。

図表 2 に、最初に立ちあげた北本市の第 1 回案内を示す。

（倫理面への配慮）

本分析は、小職の取組から得られた知見を整理したものである。本報告のなかには、一部団体の概要や取組を紹介する部分があるが、団体のホームページで公表されている内容をもとに作成するなど、倫理的問題が生じないよう十分配慮を行った。

C. 研究結果

ごちゃまぜの会では、認知症施策に直接関係する団体・組織（認知症の人と家族の会、市町村の認知症施策担当者など）の発表も行っているが、ここでは、認知症施策の周辺領域（消費者被害、災害対策）に関係する団体等の取組を紹介する。

1. 消費者被害をなくす会の取組

1）　団体の概要

1992 年に「消費者のためのＰＬ法制定

を求める埼玉連絡会」として発足後、2004年に「特定非営利活動法人消費者被害をなくす会（略称：なくす会)」を設立。2009年に適格消費者団体に、2018年に特定適格消費者団体に認定される。

定款の中で定めた下記の事業

① 各種消費者被害の未然防止・拡大防止のための不当条項・不当勧誘行為・不当表示等の是正を進める事業
② 消費者契約法に定められた差止請求関係業務に係る事業
③ 消費者の財産的被害等の集団的な回復のための民事の裁判手続きの特例に関する法律に定められた被害回復関係業務に係る事業
④ 各種消費者問題の調査・研究、被害の相談・防止・救済・支援事業
⑤ 各種消費者問題に関する社会制度の改善事業
⑥ 講演会・講座等の企画・運営事業
⑦ 情報提供事業
⑧ 消費者団体・関係諸機関とのネットワーク事業

を推進するとともに、埼玉県から２つの事業（①高齢者等見守り促進事業、②インターネット適正広告推進事業）を現在受託し、事業を展開している。

なお、理事長は池本誠司氏（弁護士）で、団体正会員として、埼玉県消費生活コンサルタントの会、埼玉県地域婦人会連合会、埼玉県生活協同組合連合会、埼玉県消費者団体連絡会、生協関係団体（コープみらい、生活クラブ生協埼玉、パスシステム埼玉、医療生協さいたまなど）など17団体が参加している。

2)　主な取組（県受託事業を中心に）

(1) 高齢者等見守り促進事業

市町村の消費生活センターは、これまでも独自の消費者向け啓発活動や高齢者福祉部門の「高齢者見守りネットワーク」関係者への情報提供活動に取り組んでいるが、こうした取組をさらに充実するため、なくす会に「推進員」5名を配置して、①消費者被害防止サポーターが地元の消費生活センターの啓発活動に参加できるようコーディネートする、②高齢者福祉部門と消費者行政部門の関係者を交えた「消費者安全確保地域協議会」の設置を促すなど、市町村への働きかけを進めている（図表3)。

同事業における主な活動は以下の通り。

① 消費者被害防止サポーター養成講座・フォローアップ講座の開催
② 交流会や報告会等を通じたサポーターの活動支援（図表4）
③ 市町村訪問（消費者安全確保地域協議会の設置の推進）
④ サポーターと市町村との連携支援
⑤ 消費者のグループ作り支援
⑥ サポーターニュースの発行（年２回）

(2) インターネット適正広告推進事業

インターネット上に次々と現れるサイト業者の虚偽誇大広告を巡るトラブルを防止するためには、①消費者自身が不当な広告表示を見極める眼を養う、②消費者の眼で虚偽誇大広告を絶えず監視し迅速に是正を求める活動が必要となる。

そこで、なくす会では、景品表示法に詳しい弁護士４名を配置し、消費者向けの景品表示法啓発講座を県内数カ所で開催するとともに、その受講者にもボランティアの調査員となってもらい、消費者の眼と専門家の眼でサイトの広告表示を常時チェック

し、不当表示の疑いがある問題事案を集約して埼玉県の景品表示法担当部署に情報提供するといった活動を展開している。

2. 熊谷青年会議所

1)　団体の概要

青年会議所とは、次代の担い手たる責任感と情熱をもった青年有志（20～39 歳）が、「修練」「奉仕」「友情」の三つの信条のもと、よりよい社会づくりをめざし、ボランティアや行政改革等の社会的課題に積極的に取り組んでいる団体のことで、国内に 691 か所（埼玉県内 29 カ所)、約 3 万人の会員が所属している。ちなみに、役員の任期は 1 年となっている。

2)　熊谷青年会議所の取組

熊谷青年会議所では、令和 7 年のテーマを「優」とした上で、4 つの委員会、

① 未来創造委員会（防災・減災）
② 文化創造委員会（新たな文化構築）
③ 組織戦略委員会
④ 組織運営委員会

をベースに、熊谷市における地域貢献活動を展開している。図表 5 に、市内の公民館で実施した避難所体験の様子を示す。なお、避難所体験を企画した狙いは、実際に災害が起きた際に必要になる近隣にお住いの方同士での助け合う関係のきっかけになることである。

D. 考察

1） 地域資源の見える化はなぜ必要か ーケースマネジメントの視点からー

認知症高齢者の在宅生活継続を阻む要因は多岐にわたる（本人要因、家族要因、サービス要因、環境要因など)。

したがって、認知症高齢者の在宅生活を支えるためには、医療・介護保険サービス（フォーマルサービス）を組み合わせるだけでなく、インフォーマルな支援を含めた総合的な支援策をケアプランに組み込んでいく必要がある。

これを実現するためには、マネジメントを担う専門職（居役介護支援事業所及び地域包括支援センターのケアマネジャー）が、地域資源と有する機能（何ができるか）を把握しているとともに、必要に応じてつながれる状況にあることが必要となるが、現状を見ると、フォーマルサービスを組み合わせたケアプランが多い。

こうした状況を改善するためには、

① インフォーマルな地域資源（人・団体）を見える化し、機能別に資源を整理すること（買い物、通院、災害対応など）
② 地域資源とマネジメント担当者が必要に応じてつながれる状況を作ること（顔の見える関係づくり）

が必要であり、このうち、①に関する対策の 1 つが「ごちゃまぜの会」である。

まずは、「ごちゃまぜの会」のような手法を使って、地域資源の見える化から取り組むべきと考える。

支援ニーズや課題を知っている専門職が、課題解決に寄与できるインフォーマルな地域資源を知ることができれば、在宅生活をより効果的に支えるマネジメントが展開できると考える。

2） 地域資源の見える化はなぜ必要か ー地域づくりの視点からー

ケースマネジメントの視点から、マネジメント担当者が地域資源を知る・つながることの重要性について前述したが、

このことは、地域づくりに関わるコーディネーターにおいても同様である。

きたもとごちゃまぜの会では、事務局を北本市社協の生活支援コーディネーターが担っているが、同会での発表を通じて支援者と蜜につながり、支援ニーズと支援者をマッチングする力（課題解決する力）が高まってきている。

全世代を対象とした地域福祉に関わる市町村社協の担当者が、地域の様々な支援者（直接支援者、直接支援者を支援する間接支援者）を知ることで、入口（支援ニーズ）と出口（解決者）をマッチングする力が高まるのである。

3） ごちゃまぜの会を効果的に運営するために必要なこと

ごちゃまぜの会を立ち上げるには、立ち上げ方や立ち上げた後の運営のイメージを持つ者が支援に関わる必要がある。

現在展開している7市のごちゃまぜの会では、毎回筆者が参加し、全体の動きをチェックし、事前打合せやメールなどで修正を掛けたりしている。なぜかというと、会を重ねるごとに、何のための会なのかという目的意識が薄れ、どうやるかなどの手段の議論が中心になる場合が多いからである。

こうした会を継続運営するためには、方法論を定着させるための伴走だけでなく、目的意識の継続と目的に応じた運営支援のための伴走支援（コーディネーターに対するコーディネート機能）を用意する必要がある。こうした伴走支援を繰り返すことで、事務局を担う社協関係者の会議の運営能力も高まると実感している（地域人材の育成機能として）。

E. 結論

個別支援や地域づくりに関わる専門職の課題解決力／マッチング力を高めるためには、「支援ニーズ・課題」と「課題解決に貢献してくれるフォーマル及びインフォーマル支援者」の両方を知る必要がある。

ごちゃまぜの会は、後者の見える化を進めるための手法である。こうした手法を活用して、地域資源の見える化と地域資源の機能別整理を行うことで、個別支援に関わるマネジメント担当者、地域づくりに関わる社協担当者、各種相談に対応する地域包括支援センター等の対応力の向上が図られると考える。

F. 研究発表

1．論文発表：なし

2．学会発表

1） 川越雅弘：ごちゃまぜの会を活用した地域資源の見える化・ネットワーク化と医療・介護・福祉の協働に向けた取組、第6回日本地域包括ケア学会、2025年1月12日、日本医師会館（東京都文京区）.

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） 川越雅弘：地域課題解決に向けた当大学の取組－互助の見える化／ネットワーク化を中心に、地域ケアリング、26(4)、2024.

表１．ごちゃまぜの会の概要

==========

１．背景と目指していること

・ 我が国は、人生における様々なリスクや課題を想定し、その解決を目的として、属性や対象者のリスク別の縦割りの社会保障制度を整備してきた。これにより、生活保障やセーフティネットの機能は大きく進展したものの、その一方で、昨今、個人・世帯が抱える課題の複雑化・多様化が顕著となっており、現行の縦割りの仕組みだけでは対応困難な状況が生じている。

・ 複合課題を解決するためには、何等かの地域貢献をしたいという思いを持った者、多様な解決手段を持つ者が、地域課題を共有し、それぞれができることを出し合っていく必要がある。

・ ごちゃまぜの会は、①領域が異なる支援者（子ども・障害・高齢者など)、②領域は同じでも分野などが異なる支援者（子ども領域であれば、食支援、学習支援、体験支援、児童養護施設退所者への支援など)、③地域に何等かの貢献をしたいと思っている地域住民（支援者に協力してくれる人)、④地域づくりが業務に位置付けられており、地域ニーズ・地域資源を把握したいと思っている市町村や市町村社協の職員などをごちゃまぜにして、支援ニーズを知る人と解決手段をもつ多様な人がつながる状況を作りながら、課題解決を図っていくことを目指している。

２．運営方針

・ 参加者が参加したいと思える場にする（参加者の反応や意見を聞きながら運営）

・ 企画はコアメンバーで検討する（コアメンバーの推薦により、徐々にメンバーは増やしていく)。事務局はコアメンバー内で決定する。

・ 講演者による講演を一方的に聞くだけでなく、参加者からも一言もらう（近況報告、参加した動機など）

・ 講演内容も、領域・分野などをごちゃまぜにする

・ 年３回程度開催する（年１回ではイベントになってしまう）

・ 事務局の負担を出来るだけ増やさない（オンライン中心。対面希望があった場合は年１回程度対面開催とする）

・ お金をかけない（講演者も無料）

・ 最初は講演中心になるが、徐々に、つながった事例の報告やディスカッションの場も設けていく（同じスタイルではなく、徐々に課題解決に向かってステップアップする）

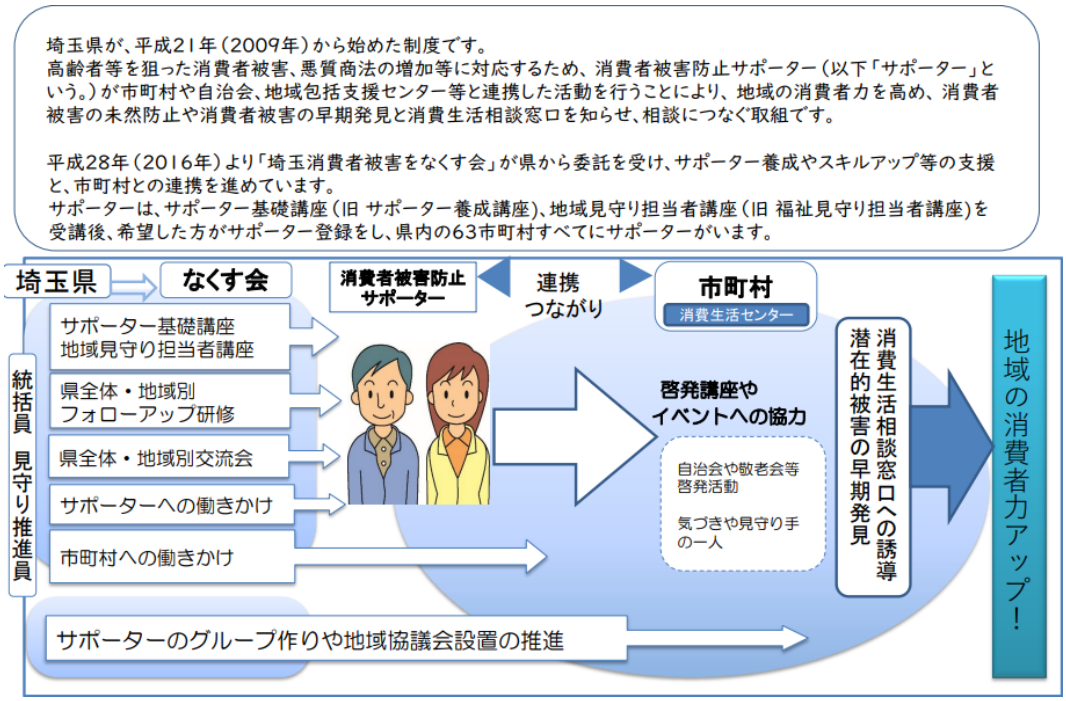
==========

図 1. 第 1 回きたもとごちゃまぜの会の案内チラシ（埼玉県北本市）



出所）きたもとごちゃまぜの会 HP より引用
https://sites.google.com/view/gochamazekitamoto/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0

図 2. 埼玉県の消費者被害防止サポーター制度の概要



出所）特定非営利法人埼玉消費者被害をなくす会ホームページより引用
https://saitama-higainakusukai.or.jp/supporter/pdf/top_img_20240604_b.pdf

図 3. 令和 4 年度消費者被害防止サポーターの活動状況



伊奈町　令和4年5月

伊奈町サロン「いってもみよう会」と社会福祉協議会で、悪資商法の3事例を、

- 訪問購入
- 火災保険で修理ができます・・
- 送り付け商法

寸劇を行い、消費者被害を伝えました。



春日部市　令和4年7月

地元スーパーの前で、防犯協会、自治会等のみなさんとともに防犯、啓発活動を行い、悪質商法に気をつけましょうと呼びかけました。

出所）特定非営利法人埼玉消費者被害をなくす会ホームページより引用
https://saitama-higainakusukai.or.jp/supporter/report/index.html

図 4. 熊谷青年会議所が行った避難所訓練の様子

名　称	第３回例会～平時の備え！避難所体験～
日　時	２０２５年　２月１６日（日）　９：００～１２：５０
場　所	荒川公民館２階研修室、３階ホール、宮前公園





出所）熊谷青年会議所ホームページより引用
https://kumagaya-jc.or.jp/2025/03/14/%e4%be%8b%e4%bc%9a%e5%a0%b1%e5%91%8a%ef%bc%bb%e7%ac%ac3%e4%be%8b%e4%bc%9a%e3%83%bb%ef%bd%9e%e5%b9%b3%e6%99%82%e3%81%ae%e5%82%99%e3%81%88%ef%bc%81%e9%81%bf%e9%9b%a3%e6%89%80%e4%bd%93%e9%a8%93%ef%bd%9e/

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握に関する研究

研究代表者　粟田主一　東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・センター長
研究協力者　齊藤葉子　認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
研究協力者　松本博成　東京都介護支援専門員研究協議会・研究委員
研究協力者　吉江　悟　東京都介護支援専門員研究協議会・研究委員
研究協力者　相田里香　東京都介護支援専門員研究協議会・理事長

研究要旨
【目的】本研究の目的は、「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、「その他の不適切な取引」に焦点をあてて、独居認知症高齢者の消費者被害の実態を明らかにすることにある.【方法】介護支援専門員が勤務する東京都内のすべての在宅系介護サービス事業所 3,711 ヵ所（居宅介護支援事業所 2,939 か所、地域包括支援センター473 か所、小規模多機能型居宅介護事業所 232 か所、看護小規模多機能型居宅介護事業所 67 か所）を対象に、事業所単位で過去 1 年間の独居認知症高齢者における被害事例の経験について質問紙調査を行った（悉皆調査）。【結果】1,296 件の回答を得た（回答率 35.0%）。回答結果を集計分析したところ、①東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の約 5 割が過去 1 年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、約 4 割が「特殊詐欺」を経験していること、②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺、キャッシュカード詐欺、還付金詐欺、預貯金詐欺、架空領域詐欺の順で多いこと、③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが示された。【結論】独居認知症高齢者は強引な訪問販売・リフォーム詐欺や特殊詐欺の標的にされやすい。超高齢社会が進展するわが国おいてその対策は喫緊の課題である。

A. 研究目的

超高齢社会の進展とともに高齢者を対象とする強引な訪問販売・リフォーム詐欺，特殊詐欺等の消費者被害が深刻化している[2-5]. 特に，認知症のある高齢者は判断力低下のために被害を受けやすく，また，被害を自覚しづらいために発見や対応が遅れやすい[6]. 同居家族がいない独居認知症高齢者では，そのリスクがさらに高まるものと推測される.

警察庁の報告[4]によれば，令和 6 年の特殊詐欺の認知件数は 20,987 件であり，その

数は近年増加傾向にある.被害の手口については,電話や SNS 等を用いた非対面型のものに加え,キャッシュカードの受け取りを伴う特殊詐欺や,強引な訪問販売,リフォーム詐欺といった対面型のものも少なくない.消費者白書では [7],認知症等高齢者の消費者生活相談の中では「訪問販売」が最も多い販売形態であることが示されており、認知症高齢者の対面勧誘への脆弱性がうかがえる.また,認知症高齢者に関する消費者相談の約 8 割は,本人以外の第三者から寄せられているという報告もある [6].これは,本人が被害に気づきにくいこと,家族や地域住民,支援者による発見が重要であることを示唆している.

21 世紀の前半に独居認知症高齢者が急速に増加することが予測されている [1]. 独居認知症高齢者では, 本人による相談や被害申告が期待されにくいことから, 消費者被害の実態把握には困難を伴う.わが国では横尾 (2018) [8]が地域包括支援センターの介護支援専門員を対象に,独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売やリフォーム詐欺の事例経験の有無を調査しているが,それ以外に独居認知症高齢者に焦点をあてて消費者被害の実態を調査した研究は見当たらない.

本研究の目的は,「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」,「特殊詐欺」,「その他の不適切な取引」に焦点をあてて,独居認知症高齢者の消費者被害の実態を明らかにすることにある.

B. 研究方法

1. 調査対象

本研究では介護支援専門員に対する調査を通して独居認知症高齢者の消費者被害の実態を明らかにすることとした。認知症高齢者本人に対する調査が困難であること、また、独居の場合は家族も消費者被害の実態を把握していない可能性があるためである。調査対象は,介護支援専門員が勤務する東京都内のすべての在宅系介護サービス事業所とした（悉皆調査）.すなわち, 対象事業所は,居宅介護支援事業所 (2,939 か所),地域包括支援センター（473 か所）,小規模多機能型居宅介護事業所（232 か所）,看護小規模多機能型居宅介護事業所（67 か所）の合計 3,711 か所である.

事業所名簿の作成にあたっては,地域包括支援センターについては東京都福祉局の「地域包括支援センター及び在宅介護支援センター一覧」および「東京都介護サービス情報公表システム」を参照し,研究者によりデータの統合・整理を行い,網羅性を確保した.その他の事業所については,厚生労働省「介護サービス情報の公表システム」オープンデータ (2024 年 10 月 4 日時点) を活用した.

2. 調査票の配布と調査期間

調査票は各事業所に 1 部ずつ郵送し, 各事業所に勤務する介護支援専門員のうちの 1 名が代表して回答するように依頼した.回答者の選定は各事業所の判断に委ねた.調査票の回収は, 紙媒体の調査票を郵便で返送するか, Web フォームで回答するか, いずれの方法も自由に選択できるように調査票に QR コードを同封して配布した.調査の実施にあたっては,調査の趣旨と協力依頼を周知するとともに,調査票には調査目的,無記名であること,自由意思に基づく参加であること,途中での辞退が可能であること

などを記載した説明文書を添付した.調査期間は2024年10月31日～2024年11月28日とした.

3. 調査項目

調査票には以下の6領域に関する設問を設けた.

1) 回答者の基本属性(勤務形態,事業所種別,介護支援専門員としての経験年数,主任介護支援専門員資格の有無,介護支援専門員以外の保有資格).
2) 独居認知症高齢者への支援経験の有無.
3) 独居認知症高齢者を対象とする「強引な訪問販売やリフォーム詐欺」の過去1年間の経験.
4) 独居認知症高齢者を対象とする「特殊詐欺」についての過去1年間の経験.
5) 独居認知症高齢者を対象とする「その他の不適切な取引」についての過去1年間の経験.
6) 被害を未然に防ぐために実際に有効であった対応,検討した対応,今後有効と考えられる対応（自由記述）.

なお,3)～5)については,「実際に被害にあった事例（被害事例)」と「被害を回避できた事例（回避事例)」に分けて回答を求めた.また,回答した介護支援専門員の個人の経験ではなく,事業所全体としての経験について回答を求めた.さらに,それぞれの経験事例については,可能な範囲で事例の具体的な内容についての記述も求めた.

4. 用語の定義と回答方法への指示

本研究における「独居」とは,住民票上の単身世帯に限らず,同一建物に同居者がいない状態,かつ同一敷地内に家族等の居住者がない場合も含むものとした.

また,「被害事例」とは,介護支援専門員が支援業務の中で認識した「独居認知症高齢者が実際に被害に遭った事例」を意味しており,「回避事例」とは,「被害が生じる可能性があったものの何らかの理由で未然に回避された事例」を意味している.いずれも,介護支援専門員が把握した範囲での実際の事例に基づいて回答を求めた.

「特殊詐欺」とは,警視庁によれば「犯人が電話やハガキ(封書)等で親族や公共機関の職員等を名乗って被害者を信じ込ませ,現金やキャッシュカードをだまし取ったり,医療費の還付金が受け取れるなどと言ってATMを操作させ,犯人の口座に送金させる犯罪（現金等を脅し取る恐喝や隙を見てキャッシュカード等をすり替えて盗み取る詐欺盗（窃盗）を含む.)」と定義し,10種類に分類しているが[5],ここでは警察庁が毎年実態調査の結果を公表している6種類の詐欺（①オレオレ詐欺,②預貯金詐欺,③キャッシュカード詐欺盗,④架空料金請求詐欺,⑤還付金詐欺,⑥その他の詐欺）[4]を意味するものとした.また,「⑥その他」に該当する場合はその具体的内容について自由記述による回答を求めた.尚,調査票には参考資料として「特殊詐欺の種類と手口」の説明一覧を調査票の末頁に掲げた.「その他の不適切な取引」には,「訪問販売・リフォーム詐欺」や「特殊詐欺」のいずれにも該当しないが,独居認知症高齢者の権利利益の侵害が想定されるあらゆる取引とした.該当事例がどれに当てはまるか迷った際には,一番近いと思うもので回答するように指示した.

5. 分析方法

単純集計,クロス集計,カイ二乗検定を用いて実態を記述・分析した.統計解析にはIBM SPSS Statistics version 27.0を使用

し,有意水準はすべて両側検定で5%未満とした.なお,自由記述による回答の分析結果については別に報告する.

本研究の実施にあたっては,調査対象者に対して研究の目的と趣旨,回答が無記名であること,参加は自由意思に基づき,いつでも中止が可能であり,中止によって不利益を被ることはない旨を記載した説明文書を配布した.調査票の返送をもって研究への同意を得ることとした.また,自由記述欄において個人や事業所が特定されるおそれがある記載については,記号化または匿名化を行い,プライバシー保護に十分配慮した.本研究は,社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究倫理審査委員会の承認(承認番号:2024-6)を得たうえで実施した.

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、調査対象者に対して研究の目的と趣旨、回答が無記名であること、参加は自由意思に基づき、いつでも中止が可能であり、中止によって不利益を被ることはない旨を記載した説明文書を配布した。調査票の返送をもって研究への同意を得ることとした。また、自由記述欄において個人や事業所が特定されるおそれがある記載については、記号化または匿名化を行い、プライバシー保護に十分配慮した。本研究は、社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究倫理審査委員会の承認(承認番号:2024-6)を得たうえで実施した。

C. 研究結果

1. 回答状況

1,296件の回答を得た(回答率35.0%).このうち,郵送による回答が962件(74.2%),Webによる回答が334件(25.8%)であった.すべての回答を分析対象とした.

2. 回答者の属性と独居認知症高齢者の支援経験の有無

回答者の属性を表1に示す.年間を通じて勤務している者が98.6%を占めていた.事業所種別は居宅介護支援事業所が78.0%と最も多く,次いで,地域包括支援センター12.6%,小規模多機能型居宅介護事業所6.3%,看護小規模多機能型居宅介護事業所2.1%,その他(認知症対応型共同生活介護,サービス付き高齢者向け住宅,診療所,認知症疾患医療センターなど)が0.8%であった.介護支援専門員としての経験年数は「15年以上〜20年未満」が最多であり,主任介護支援専門員資格の保有率は67.4%であった.なお,介護支援専門員以外の保有資格については,社会福祉士,介護福祉士,看護師,保健師などが挙げられ,複数の専門資格を保有する者も多く見られた.回答者のうち,独居認知症高齢者の支援経験が「ある」と回答した者は1,230人(94.9%)であった(表1).

3. 被害類型別の事例経験

強引な訪問販売・リフォーム詐欺について,「被害事例」の経験ありは有効回答者1,247人中413人(33.1%),「回避事例」の経験ありは1,223人中494人(40.4%),「被害事例」または「回避事例」のいずれかの経験ありは1,215人中607人(50.0%)であった(表2).

特殊詐欺については,「被害事例」の経験ありは1,248人中266人(21.3%),「回避事例」の経験ありは1,202人中333人(27.7%),「被害事例」または「回避事例」のいずれかの経験ありは1,194人中450人(37.7%)

であった（表 3）.

特殊詐欺の手口別の「被害事例」の経験については,オレオレ詐欺（47.7%）が最も多く,キャッシュカード詐欺盗(29.7%),還付金詐欺（13.9%）,預貯金詐欺（10.5%）,架空料金請求詐欺（10.2%）の順で多かった.その他には,ロマンス詐欺,不動産詐欺,宝くじ詐欺などの記述が見られた.「回避事例」については,オレオレ詐欺（64.0%）が最多であり,還付金詐欺(17.1%),架空料金請求詐欺（15.3%）,預貯金詐欺およびキャッシュカード詐欺盗（ともに 9.9%）の順で多かった.その他には,当選詐欺（宝くじ,高級カニ,芸能人名義など)の記述があった(表 4).

その他の不適切な取引に関しては,「被害事例」の経験ありが 1,220 人中 259 人（21.2%）に認められた.主な事例を表 5 に示す.（表 5）

4. 事業所種別に見た事例経験の比較

事業所種別に関する集計にあたっては、サンプル数の少なさおよびサービス内容の共通性を考慮し,「小規模多機能型居宅介護事業所」と「看護小規模多機能型居宅介護事業所」を統合し、「多機能型居宅介護事業所」として扱った。また、「その他」に分類された事業所は分析対象から除外した。

強引な訪問販売・リフォーム詐欺については,すでに「被害事例」の経験ありの割合が最も高いのは地域包括支援センター(48.7%)で,居宅介護支援事業所(32.1%)がこれに次いだ. 最も低いのが多機能型居宅介護事業所（17.6%）であった. また,「回避事例」については,経験ありの割合が最も高いのは地域包括支援センター(51.9%),居宅介護支援事業所（40.3%）がこれに次いだ.最も低いのは多機能型居宅介護事業所（24.0%）であった。であった.「被害事例」「回避事例」のいずれについても,経験ありの割合には事業所種別に有意な違いが見られた。(表 6).

特殊詐欺については,「被害事例」の経験ありの割合が最も高いのは地域包括支援センター（35.9%）であり, 居宅介護支援事業所（20.0%）がこれに次いだ. 最も低いのは多機能型居宅介護事業所（10.8%）であった.「回避事例」の経験ありの割合が最も高いのは地域包括支援センター（31.8%）であり, 居宅介護支援事業所(28.1%)がこれに次いだ. 最も低いのは多機能型居宅介護事業所（15.8%）であった.「被害事例」「回避事例」のいずれについても,経験ありの割合には事業所種別に有意な違いが見られた（表 6).

その他の不適切な取引について,「被害事例」の経験ありの割合が最も高いのは地域包括支援センター（30.3%）であり, 多機能型居宅介護事業所(22.2%)がこれに次いだ.最も低いのは居宅介護支援事業所(19.8%)であった.「被害事例」の経験ありの割合には事業所種別で有意な違いが認められた（表 6).

D. 考察

本研究によって,東京都内の介護支援専門員が勤務する事業所において,過去 1 年間に, 独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売･リフォーム詐欺の経験が 50.0%(「被害事例」33.1%,「回避事例」40.4%),特殊詐欺の経験が 37.7%（「被害事例」21.3%,「回避事例」27.7%),その他の不適切な取引の経験が 21.2%（すべて「被害事例」）に認められることが明らかになった. また,独居認知

症高齢者の消費者被害を経験している事業所の割合を事業所種別に見ると，いずれの被害類型においても地域包括支援センターが最も多いこと，強引な訪問販売・リフォーム詐欺，特殊詐欺については居宅介護支援事業所がこれに次ぐことが示された．

独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売・リフォーム詐欺の実態について，横尾（2018）[8]は，一基礎的自治体の地域包括支援センターに勤務する居宅介護支援専門員60人を対象に質問紙調査を実施し，「強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの被害を受けたことがある」事例経験が39%，「強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の被害を受けそうになった（被害は回避された）」事例経験が39%に認められたと報告している．この数値は一定期間の事象の出現頻度を調査したものではなく，また，介護支援専門員個人の経験の有無を問うたものであるため，本研究とは方法論が異なる．そのため結果を単純に比較することはできないが，本研究の結果はそれを上回る数値であり，「過去1年間」に，地域包括支援センターの約半数が独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の「被害事例」（48.7%）及び「回避事例」（51.9%）を経験していることを示した点は注目に値する．

一方，独居認知症高齢者に対する特殊詐欺の実態については，本調査が国内外を通じて最初の報告かと思われる．本調査では，独居認知症高齢者に対する特殊詐欺について，「被害事例」または「回避事例」のいずれかを経験している事業所が37.7%，手口別の「被害事例」の経験ではオレオレ詐欺が最も多く，キャッシュカード詐欺盗がそれに次ぐことを明らかにしている．警察庁の報告[4]によれば，令和6年の特殊詐欺の手口別認知件数はオレオレ詐欺が最も多く6,671件となっている．一方，被害者のうち65歳以上高齢者の占める割合を見ると，キャッシュカード詐欺盗及び預貯金詐欺はいずれも99%が高齢者であるが，オレオレ詐欺は46%と報告されている．キャッシュカード詐欺盗や預貯金詐欺は標的を高齢者に絞った手口であり，オレオレ詐欺はより広範な年齢層を標的にした手口かと思われる．しかし，これらの手口は，いずれも電話・ハガキ封書・訪問等によって親族や公的機関を名乗る者が被害者を信じ込ませ現金やキャッシュカードをだまし取るものであり，独居で認知機能が低下している高齢者の心理的・社会的な状況（孤独や社会的孤立など）につけこんだ手口と推察される．近年の特殊詐欺の増加傾向は，そのような心理的・社会的状況におかれやすい独居認知症高齢者の増加と関連している可能性がある．

独居認知症高齢者を対象とするその他の不適切な取引については，約2割の事業所が「被害事例」の経験があると回答している．ここには，法的には違法とは言い切れないものの実質的に高齢者に不利益をもたらす契約等が含まれている（表5）．それらに対する予防的対応の検討は容易ではない．しかし，本研究はその端緒を切り開くための実態を示す基礎資料を提供するものである．事例の深堀調査を行い，手口を類型化して対策を講じることが今後の課題となろう．

本研究では，すべての被害類型において，最も経験の頻度が高い事業所が地域包括支援センターであることが明らかにされた．地域包括支援センターは地域に暮らす高齢者の総合相談支援及び権利擁護支援を行う

窓口としての機能を担っている．このことが独居認知症高齢者の消費者被害を経験する頻度の高さと関係しているのであろう．また，居宅介護支援事業所もケアマネジメント業務を通して地域に暮らす要介護認定高齢者の消費者被害を経験しやすい立場にあるものと考えられる．いずれも独居認知症高齢者の消費者被害を早期に発見し個別な対応を行い得る重要な地域資源であろう．

一方，多機能型居宅介護事業所では，相対的に消費者被害の経験の割合が低かった．これは，その役割が地域包括支援センターや居宅介護支援事業所とは異なるためと考えられるが，しかし，これらの事業所は「通い」「訪問」「泊まり」という複合的なサービスの提供を通して，日常的な見守り体制や密な関係性を構築することを可能にする社会資源である．そのことが消費者被害に対する防護的機能を果たしている可能性もある．独居認知症高齢者に対する消費者被害の予防対策におけるこれらの事業所の意義を考慮することは重要であろう．

本研究にはいくつかの限界がある．第 1 に，本研究の調査対象は，介護支援専門員が勤務する在宅系介護サービス事業所に限定されていることである．したがってそのような事業所につながっていない独居認知症高齢者の被害状況は把握できない．第 2 に，調査フィールドが東京都内に限定されていることである．消費者被害の実態には地域性が存在する可能性があり，大都市部，一般都市，中山間地域では差異が生じる可能性がある．第 3 に，回答率が 35.0%に留まっている点である．第 4 に，本調査は介護支援専門員の経験から実態を把握しようとしたものであり，被害事例そのものの出現頻度を示したものではない．したがって，想起バイアスの問題が必然的に生じる．以上より，本調査の結果を一般化するには限界がある．第 5 に，本調査は質問紙による量的調査の分析にとどまるものであり，被害発生の背景，対応，判断の難しさなど文脈的要因を十分に捉えることはできない．個別事例の深掘り調査を通して，その実態をより詳細に把握するめの質的調査が今後の課題である．

以上のような方法論上の限界はあるものの，本研究は独居認知症高齢者を標的とする消費者被害の実態をわが国ではじめて代表性のあるサンプルを用いて調査したものである点に重要な意義がある．地域に暮らす独居認知症高齢者の権利利益の侵害の実態を示す，一定の信頼性が担保された貴重な資料と言えるであろう．

E. 結語

本研究により，①東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所の約 5 割が過去 1 年間に独居認知症高齢者に対する「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」，約 4 割が「特殊詐欺」を経験していること，②「特殊詐欺」の手口ではオレオレ詐欺，キャッシュカード詐欺，還付金詐欺，預貯金詐欺，架空領域詐欺の順で「被害事例」の経験が多いこと，③事業所種別では地域包括支援センターが最も高い頻度で事例を経験していることが明らかにされた．独居認知症高齢者は強引な訪問販売・リフォーム詐欺や特殊詐欺の標的にされやすい．その対策，21 世紀前半に独居認知症高齢者が急増するわが国の認知症施策の喫緊の課題である．

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

Reference

1) 栗田主一：一人暮らし，認知症，社会的孤立．老年精神医学雑誌，31(5)：451-459，2020.

2) 加藤佑佳,泓田正雄,岩田美奈子,江口洋子ほか：高齢者の消費者トラブルにおける認知機能障害の影響と対応策．消費者庁リサーチ・ディスカッション・ペーパー（2023）.https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_230612_002.pdf（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）

3) 加藤佑佳,泓田正雄,樋山雅美,成本迅：判断不十分者契約に関する消費生活相談内容の神経心理学的検討～自然言語処理を用いた解析結果から～．消費者庁プログレッシブ・レポート（2022）.https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_220728_02.pdf（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）

4) 警察庁：令和 6 年 12 月末の特殊詐欺・検挙状況等について．https://www.npa.go.jp/news/release/2024/20240226001.html（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）

5) 警視庁：特殊詐欺．https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/kurashi/tokushu/furikome/index.html（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）

6) 国民生活センター（2014）．家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切．報道発表資料．https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf（閲覧日：2025 年 4 月 13 日）

7) 消費者庁：令和 5 年版 消費者白書．（2023）.https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_research/white_paper/2023（閲覧日：2025 年 4 月 10 日）

8) 横尾恵美子：認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割．地域ケアリング，20（6）：54-59（2018）

表1.　回答者の基本属性

属性		人数	割合(%)
勤務状況	年間を通じて勤務	1,278	98.6
	年間を通じて勤務していないが、勤務している期間はある	11	0.8
	年間を通じて勤務していない	5	0.4
	無回答	2	0.2
	合計	1,296	100.0
所属事業所	居宅介護支援事業所	1,011	78.0
	地域包括支援センター	163	12.6
	小規模多機能型居宅介護事業所	82	6.3
	看護小規模多機能型居宅介護事業所	27	2.1
	その他	11	0.8
	無回答	2	0.2
	合計	1,296	100.0
介護支援専門員としての経験年数	1年未満	29	2.2
	1年以上～5年未満	76	5.9
	5年以上～10年未満	308	23.8
	10年以上～15年未満	345	26.6
	15年以上～20年未満	354	27.3
	20年以上	178	13.7
	無回答	6	0.5
	合計	1,296	100.0
介護支援専門員以外の保有資格（複数回答）	医師	0	0.0
	歯科医師	1	0.1
	薬剤師	5	0.4
	保健師	9	0.7
	助産師	1	0.1
	看護師	80	6.2
	准看護師	11	0.8
	理学療法士	7	0.5
	作業療法士	4	0.3
	社会福祉士	322	24.8
	介護福祉士	956	73.8
	視能訓練士	1	0.1
	義肢装具士	0	0.0
	歯科衛生士	19	1.5
	言語聴覚士	1	0.1
	あん摩マッサージ指圧師	19	1.5
	はり師・きゅう師	27	2.1
	柔道整復師	11	0.8
	栄養士（管理栄養士含む）	20	1.5
	精神保健福祉士	71	5.5
	その他	118	9.1
主任介護支援専門員の取得状況	取得済み	874	67.4
	取得していない	412	31.8
	無回答	10	0.8
	合計	1,296	100.0
独居認知症高齢者の支援経験	ある	1,230	94.9
	ない	47	3.6
	無回答	19	1.5
	合計	1,296	100.0

表2　強引な訪問販売・リフォーム詐欺の事例経験

経験内容	経験あり	
	件数	割合(%)
「被害事例」の経験(n=1,247)	413	33.1
「回避事例」の経験(n=1,223)	494	40.4
「被害事例」または「回避事例」のいずれかの経験(n=1,215)	607	50.0

表3　特殊詐欺の事例経験

経験内容	経験あり	
	件数	割合(%)
「被害事例」の経験(n=1,248)	266	21.3
「回避事例」の経験(n=1,202)	333	27.7
「被害事例」または「回避事例」のいずれかの経験(n=1,194)	450	37.7

表4　特殊詐欺の手口別の経験件数および割合

	被害事例（n=266）		回避事例(n=333)	
特殊詐欺の手口	件数	割合(%)	件数	割合(%)
オレオレ詐欺	127	47.7	213	64.0
預貯金詐欺	28	10.5	33	9.9
キャッシュカード詐欺盗	79	29.7	33	9.9
架空料金請求詐欺	27	10.2	51	15.3
還付金詐欺	37	13.9	57	17.1
その他	46	17.3	73	21.9

表5　その他の不適切な取引における主な事例の概要と特徴

事例の特徴	主な事例概要
訪問業者が不意に訪れ，貴金属等を不当に安価で買い取ったり，強引に持ち去る	・洋服買取と連絡があったが，実際には貴金属を強引に言い値で買い取られた． ・買取品がないと伝えてもしつこく迫られ，ネックレス等3品を引き取られた． ・リサイクル業者が訪問し，出す物がないと伝えても玄関に足を挟んで居座り，強引に金目の物を安く持って行った．
本人の了承なく商品が送られ，代金の支払いや受取を迫られる	・頼んでいない商品が代金引換で届いたが，本人が宅配業者に頼んでいないと伝えて持ち帰らせた． ・注文していない食料品が着払いで送られてくる通販の押し売り事例． ・給湯器の交換などに関連し，勝手に商品が定期的に送られてくるようになった．
会場などで雰囲気を作り，高額商品を継続的に購入させる	・催眠商法の場で同一商品を複数購入，高額な出費につながった． ・友人に誘われた健康食品販売会で，9万円超の商品を後払いで購入。未開封であったため後に気づいた． ・100円で健康食品を安く買えると人を集め，講座参加を条件に追加購入を促される形式の勧誘．
宗教・募金・支援名目などで，寄付や購入を強く求められる	・募金団体を名乗る訪問者が，毎月の引き落としによる募金契約を結ばせた． ・宗教の集会に連れていかれ，その後金銭を請求されたが，認知症のため本人は内容を理解できていなかった． ・宗教に深く関わり，生活費を寄付して食べるものにも困る状態になっていた．
インターネット経由で契約し，解約困難や未承諾送付などの問題が発生する	・広告から年間契約を結び，不要な食材が毎月送られてきていた． ・通信販売の解約ができず，電話もつながらないため継続的に商品が届いていた． ・通販で未払い状態にもかかわらず定期便が届き続け，督促状が複数届いた．
電話・テレビ・郵送などで契約が成立し，継続購入や返品困難が生じる	・産地直送の電話勧誘があり，購入後内容が価格に見合わないと感じた． ・TVショッピングで購入した商品が自動継続となり，解約が難しかった． ・テレビで初回が安い商品を購入後，定期的に送られてきたが，断り方がわからなかった．
高齢者を対象に不動産の売買や契約を不当に勧誘し，不利益が生じる	・突然訪ねてきた不動産業者の話を信じ，土地を相場の半額以下で契約してしまった． ・原野商法に近い形で地方の価値不明な土地を購入し，入金後連絡が取れなくなった． ・マンション契約が家族の関与なく進み，後の解約にも困難が生じた．
家族・知人・近隣者が信頼関係を利用して金銭や物品を取得する	・別居中の兄弟が“家賃”や“寄付”を名目に金銭を要求し，高齢者は疑わずに支払い続けていた． ・近隣住民が買い物代行をする中でお釣りを返さず，本人は気づいていなかった． ・訪問してくる友人に感謝のつもりでお金を渡していたが，頻度と金額の多さが問題となっていた．

表6　事業所種別にみた「被害事例」と「回避事例」の経験有無

被害類型	経験の内容	事業所種別	経験あり	経験なし	統計的検定結果
			件数(%)	件数 (%)	
強引な訪問販売・リフォーム詐欺	「被害事例」	居宅介護支援事業所	314 (32.1)	665 (67.9)	χ^2=28.94, df=2, p=<0.001
		地域包括支援センター	77 (48.7)	81 (51.3)	
		多機能型居宅介護事業所	18 (17.6)	84 (82.4)	
	「回避事例」	居宅介護支援事業所	386 (40.3)	573 (59.7)	χ^2=19.78, df=2, p=<0.001
		地域包括支援センター	81 (51.9)	75 (48.1)	
		多機能型居宅介護事業所	24 (24.0)	76 (76.0)	
特殊詐欺	「被害事例」	居宅介護支援事業所	196 (20.0)	786 (80.0)	χ^2=27.69, df=2, p=<0.001
		地域包括支援センター	56 (35.9)	100 (64.1)	
		多機能型居宅介護事業所	11 (10.8)	91 (89.2)	
	「回避事例」	居宅介護支援事業所	266 (28.1)	679 (71.9)	χ^2=8.14, df=2, p=0.017
		地域包括支援センター	49 (31.8)	105 (68.2)	
		多機能型居宅介護事業所	15 (15.8)	80 (84.2)	
その他の不適切な取引	「被害事例」	居宅介護支援事業所	190 (19.8)	768 (80.2)	χ^2＝8.78, df＝2, p＝0.012
		地域包括支援センター	47 (30.3)	108 (69.7)	
		多機能型居宅介護事業所	22 (22.2)	77 (77.8)	

注）%は有効回答者に対する割合．事業所種別と経験との関連についてχ^2検定を実施．「多機能型居宅介護事業所」は，「小規模多機能型居宅介護事業所」と「看護小規模多機能型居宅介護事業所」を統合して集計したものである．また，「その他」は分析対象から除外した．

資料

独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査ご協力のお願い

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
小規模多機能型居宅介護支援事業所
看護小規模多機能型居宅介護支援事業所　に勤務されている
　介護支援専門員の皆様

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
社会福祉法人浴風会　認知症介護研究･研修東京センター
センター長　粟田主一
特定非営利活動法人　東京都介護支援専門員研究協議会
理事長　相田里香
研究担当理事　吉江悟

拝啓　ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」（研究代表者粟田主一）において、独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査を実施することとなりました。特に、強引な訪問販売、リフォーム詐欺、特殊詐欺等に焦点を当てた実態調査を行います。

世界最高水準の長寿国であるわが国では、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が急速に増加しています。国民生活センターの報告によれば、認知症高齢者は判断力低下のために消費者被害に遭いやすく、またその認識が低いために問題が潜在化しやすいこと、家族等がトラブルや被害に気づいたとしても、契約時点で判断能力が不十分であったことの証明が難しく、トラブルの解決が困難になるケースがあることが指摘されています。また、最近では、一人暮らしの認知症高齢者を標的とする不正な取引きに関する報道も増えてきています。しかし、独居認知症高齢者の消費者被害の実態に関する大規模調査は実施されておらず、その状況は不明のままです。

そこで、本調査では、一人暮らしの認知症高齢者の消費者被害を防ぎ、人権を守るための施策を検討するための基礎資料を得ることを目的に、在宅での支援を行っている介護支援専門員の皆様から、独居認知症高齢者の消費者被害の状況についてお教えいただければと考えております。ご多用のところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

裏面もご覧ください。

【研究概要】

本調査は、独居認知症高齢者が直面する消費者被害の実態を明らかにすることを目的としています。特に、強引な訪問販売、リフォーム詐欺、特殊詐欺、またその他の不正な取引きについての状況を把握し、効果的な対策を講じるための基礎資料とすることを目指しています。調査対象者は在宅支援を行っている介護支援専門員の皆様であり、その視点から得られる情報が大変貴重であると考えております。

【個人情報の取り扱い】

調査結果は統計的に処理を行うことと併せて、自由記述においては、個人情報が特定される恐れのある回答がないかに十分注意を払い、万が一あった場合は該当の記述を記号化もしくは匿名化します。記号化もしくは匿名化が難しい場合は、データとして扱いません。質問紙の ID ナンバー、また Web 回答でのパスワード登録手続きは、回答重複を除外するための手続きであり、これによって個人や個人の回答が特定されることはありません。

また、本調査のデータは研究目的以外には使用いたしません。調査結果は学術的な報告や論文として公表される予定ですが、いずれも記号化もしくは匿名化された形で行います。

【倫理的配慮】

本調査は、研究倫理に基づき実施されます。調査に参加するかどうかは完全に自由です。ご回答いただいた内容は、参加者の自由意思に基づくものとし、途中での辞退も可能です。また、調査に参加しなかった場合でも、いかなる不利益も生じません。

【回答期日】

■質問紙での回答の場合

令和 6 年 11 月 21 日（木）まで（当日消印有効）

同封の質問紙にご回答の上、同封の返信用封筒にてご返送ください。

■Web での回答の場合

令和 6 年 11 月 21 日（木）17：00 までにご回答をお願いします。

お忙しい中恐縮ですが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ご不明な点やご質問がございましたら、下記の事務局連絡先まで、お問い合わせください。

何卒、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

＜事務局連絡先＞

社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071　東京都杉並区高井戸西 1-12-1

電話　03-3334-2173（代表）/ E-mail　dokkyo@dcnet.gr.jp

担当　齊藤葉子

ID：＊

独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査

特に「強引な訪問販売」「リフォーム詐欺」「特殊詐欺」と、その他の「不適切な取引き」について

＜回答にあたって＞

■質問紙を１部（１名分）同封します。１事業所につき１名が質問紙か Web 回答（下記 QR コードから回答）の どちらか１つを選んで回答してください。質問紙と Web 両方での回答はしないようお願いいたします。

■介護支援専門員として勤務されている方が回答してください。 回答者は管理者でなくても構いません。なお、自由記述は、所属事業所としての経験を回答してください。

■この質問紙は、Ⅰ～Ⅵで構成されています。

・Ⅰは、回答者ご自身について、回答してください。

・Ⅱ～Ⅴは、直近１年間の事業所単位での経験について回答してください。

内容		設問数
Ⅰ	回答者の基本情報	５問
Ⅱ	独居認知症高齢者への支援の経験について	１問
Ⅲ	「強引な訪問販売やリフォーム詐欺」による被害について	２問
Ⅳ	「特殊詐欺」による被害について	６問
Ⅴ	その他の「不適切な取引き」による被害について	２問
Ⅵ	被害を回避するための対策について	１問

■事例の状況を記述する設問で、その事例が「強引な訪問販売やリフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、その他の「不適切な取引き」のどれに当てはまるか迷った際には、一番近いと思うもので回答してください。

■この調査における「独居」とは、住民票上の１人世帯ということのみではなく、同じ家屋に同居するものがいない状態で、同一敷地内に家族が住んでいない方も含みます。

■特殊詐欺の種類と手口については、最終頁（P.8）にまとめていますのでご参照ください。

＜Web 回答を選択の方は、下記の QR コードまたは URL からお願いします。＞

https://dokkyo.echo.jp/

【回答期日】

＜質問紙での回答＞　令和６年１１月２１日（木）まで （当日消印有効）

＜Web での回答＞　令和６年１１月２１日（木）１７:００までに登録（入力）

Ⅰ.基本情報

＊回答者ご自身について、お伺いします。

問1．あなたの直近1年間の勤務状況について、当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。

1．年間を通じて勤務
2．年間を通じて勤務していないが、勤務している期間はある
3．年間を通じて勤務していない

問2．あなたの勤務先を1つ選んで○をつけてください。その他を選択した方は詳細をお書きください。

1．居宅介護支援事業所	2．地域包括支援センター
3．小規模多機能型居宅介護事業所	4．看護小規模多機能型居宅介護事業所
5．その他（　　）	

問3．これまでの介護支援専門員としての経験年数について、当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。

1．1年未満	2．1年～5年未満	3．5年～10年未
4．10年以上～15年未満	5．15年以上～20年未満	6．20年以上

問4．主任介護支援専門員の取得状況について、当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。

1．取得済み	2．取得していない

問5．介護支援専門員以外の保有資格すべてに○をしてください。

1．医師	2．歯科医師	3．薬剤師	4．保健師	5．助産師
6．看護師	7．准看護師	8．理学療法士	9．作業療法士	10．社会福祉士
11．介護福祉士	12．視能訓練士	13．義肢装具士	14．歯科衛生士	15．言語聴覚士
16．あん摩マッサージ指圧師		17．はり師・きゅう師		18．柔道整復師
19．栄養士（管理栄養士含む）		20．精神保健福祉士		
21．その他（　　）				

＊「Ⅰ.基本情報」の問 1 で「3．年間を通じて勤務していない」を選択した方は、以下の問 6～問 9 の設問を飛ばして、問 10 を回答してください。

Ⅱ.独居認知症高齢者への支援の経験について、お伺いします。

＊ **直近1年間の事業所単位**での経験について回答してください

問 6. 独居認知症高齢者の支援の経験はありますか。1つ選んで○をつけてください。

1. ある	2. ない

➡「1. ある」に○をつけた方は次の問 7 に進んでください。

➡「2. ない」に○をつけた方は、以下の問 7～問 9 の設問を飛ばして、問 10 を回答してください。

Ⅲ.「強引な訪問販売やリフォーム詐欺」による被害について、お伺いします。

＊**直近1年間の事業所単位**での経験について回答してください

問 7-1. 「『強引な訪問販売やリフォーム詐欺』による被害を受けた」独居認知症高齢者の事例の経験はありますか。

1. ある	2. ない

➡「2. ない」に○をつけた方は次の問 7－2 に進んでください。

➡「1. ある」に○をつけた方は可能な範囲で具体的な状況を記述してください。

問 7-2.「『強引な訪問販売やリフォーム詐欺』による被害を受けそうになったが被害を回避できた」独居認知症高齢者の事例の経験はありますか。

1．ある　　2．ない

➡「2．ない」に○をつけた方は次の問 8-1 に進んでください。

➡「1．ある」に○をつけた方は可能な範囲で具体的な状況を記述してください。

Ⅳ.「特殊詐欺」による被害について、お伺いします。

＊直近1年間の事業所単位での経験について回答してください

問 8-1．「『特殊詐欺』による被害を受けた」独居認知症高齢者の事例の経験はありますか。
（『特殊詐欺』の種類と手口については、8 ページをご参照ください）

1．ある　　2．ない

➡「1．ある」に○をつけた方は問 8-2 に進んでください。

➡「2．ない」を選択した場合は問 8-2、8-3 を飛ばして、問 8-4 に進んでください。

問 8-2．被害を受けた「特殊詐欺」の種類に○をつけてください。（当てはまるものすべてに○）

1．オレオレ詐欺　　2．預貯金詐欺　　3．キャッシュカード詐欺盗　　4．架空料金請求詐欺
5．還付金詐欺　　6．その他の特殊詐欺（　　）

問 8-3. 「『特殊詐欺』による被害を受けた」独居認知症高齢者の事例の状況を可能な範囲で具体的に記述してください。

問 8-4. 「『特殊詐欺』による被害を受けそうになったが被害を回避できた」独居認知症高齢者の事例の経験はありますか。
(「特殊詐欺の種類と手口」については、8 ページをご参照ください)

1. ある　　2. ない

➡「1. ある」に○をつけた方は問 8-5 に進んでください。
➡「2. ない」を選択した場合は問 8-5、8-6 を飛ばして、問 9-1 に進んでください。

問 8-5. 被害を受けそうになったが回避できた「特殊詐欺」の種類に○をつけてください。
(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. オレオレ詐欺　2. 預貯金詐欺　3. キャッシュカード詐欺盗　4. 架空料金請求詐欺
5. 還付金詐欺　6. その他の特殊詐欺(　　)

問 8-6. 「『特殊詐欺』による被害を受けそうになったが回避できた」独居認知症高齢者の事例の状況を可能な範囲で具体的に記述してください。

Ⅴ.これまでの設問にあった「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」にあてはまらない、その他の「不適切な取引き」についてお聞きします。

＊直近1年間の事業所単位での経験について回答してください。

問 9-1. これまでの設問にあった「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」にあてはまらないその他の「不適切な取引き」で被害を受けた独居認知症高齢者の事例の経験はありますか。

1. ある　　2. ない

➡「1. ある」に○をつけた方は問 9-2 に進んでください。
➡「2. ない」を選択した場合は問 9-2 を飛ばして、問 10 に進んでください。

問 9-2. その他の「不適切な取引き」で被害を受けた独居認知症高齢者の事例の状況を可能な範囲で具体的に記述してください。

Ⅵ. 独居認知症高齢者が「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、「特殊詐欺」、その他の「不適切な取引き」などの被害を回避するための対策についてお伺いします。

問 10. 独居認知症高齢者が「強引な訪問販売・リフォーム詐欺」、また「特殊詐欺」、その他の「不適切な取引き」などの被害を回避するための対策について、検討したこと、実際に有効だったこと、また有効だと思われることなどを自由に記述してください。直近 1 年間でなくても結構です。

ご協力いただきありがとうございました。

＊次のページには主な「特殊詐欺の種類と手口」について、参考資料を掲載しています。

主な「特殊詐欺の種類と手口」一覧

1. オレオレ詐欺

親族、警察官、弁護士等を装い、親族が起こした事件・事故に対する示談金等を名目に金銭等をだまし取る（脅し取る）手口です。

2. 預貯金詐欺

県や市区町村などの自治体や税務署の職員などと名乗り、医療費などの払い戻しがあるからと、キャッシュカードの確認や取替の必要があるなどの口実で自宅を訪れ、キャッシュカードをだまし取る詐欺です。

3. キャッシュカード詐欺盗

警察官などと偽って電話をかけ「キャッシュカード(銀行口座)が不正に利用されている」「預金を保護する手続をする」などとして、嘘の手続きを説明した上で、キャッシュカードをすり替えるなどして盗み取る手口です。

4. 架空料金請求詐欺

未払いの料金があるなど架空の事実を口実とし金銭等をだまし取る（脅し取る）手口です。

5. 還付金詐欺

税金還付等に必要な手続きを装って被害者に ATM を操作させ、口座間送金により財産上の不法の利益を得る手口です。

6. その他の特殊詐欺の手口

融資保証金詐欺、金融商品詐欺、ギャンブル詐欺、交際あっせん詐欺など。

特に最近増えているものとしては、「ロマンス詐欺」、「SNS 型投資詐欺」**など**があります。

・ロマンス詐欺： SNS 等の連絡手段を用いて被害者と複数回やり取りすることで恋愛感情や親近感を抱かせ、金銭等をだまし取る詐欺です（特殊詐欺に該当するものは除く）。

・SNS 型投資詐欺： ネット広告等で著名人の名前・写真を悪用するなどしたり、必ずもうかるなどと言い SNS に誘導し、投資を勧め、投資名目で金銭等をだまし取る詐欺です（特殊詐欺、ロマンス詐欺に該当するものは除く）。

（参考・引用）警視庁・SOS47 特殊詐欺対策ページ:
https://www.npa.go.jp/bureau/safetylife/sos47/case/20240527

Ⅲ．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
粟田主一	第13章高齢者の生活と地域社会	日本老年精神医学会	新訂・老年精神医学講座；総論	ワールドプランニング社	東京	2024	235-249

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
粟田主一	特集にあたって．過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援.	老年精神医学雑誌	35(1)	5-10	2024
粟田主一	認知症のリハビリテーション医療	診断と治療	112	694-698	2024
粟田主一	認知症基本法と自治体における今後の認知症施策の在り方	自治体法務研究	78	49-54	2024
粟田主一	認知症に対する医療と介護のかかわり：一人暮らしの認知症の人への精神科医療のかかわり	日精診ジャーナル	50(2)	193-209	2024
粟田主一	認知症と社会保障	医学のあゆみ	287(13)	1100-1105	2024
粟田主一	人生100年時代の認知症とこころの健康問題．日本老年医学会：高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書2024	日本老年医学会		50-59	2024
粟田主一	共生社会において個性と能力が発揮できる支援とは何か？	作業療法ジャーナル	58(11)	1046-1051	2024
粟田主一	認知症基本法と認知症診療.「精神科治療学」編集委員会：症状性・器質性精神障害診療ガイド―精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品―	精神科治療学	39 増刊号	129	2024
粟田主一	認知症診療の探求，国の方向性を伝達する：共生社会の実現を推進するための認知症基本法	クリニシアン	71(3)	266-271	2024

栗田主一	【災害と認知症支援】災害と認知症支援　特集にあたって	老年精神医学雑誌	35(10)	975-983	2024
栗田主一	今後の認知症医療提供体制　抗アミロイドβ抗体薬治療の導入を踏まえて	The Curator of Neurocognitive Disorders	(2)	52-54	2024
栗田主一	新たな認知症医療提供体制整備と共生社会の実現を推進するために. 老年学・老年医学公開講座	東京都健康長寿医療センター	169回	33-41	2024
栗田主一	共生社会の実現を推進するための認知症基本法	The Curator of Neurocognitive Disorders	1(1)	50-51	2024
新美芳樹，田中稔久，石井伸弥，内海久美子，枝広あや子，武田章敬，冨本秀和，藤本直規，古田光，森啓，栗田主一，岩坪威，日本認知症学会社会対応委員会	アルツハイマー病の疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する，認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告	Dementia Japan	38(2)	279-296	2024
Iizuka A, Ura C, Yamashita M, Ito K, Yamashiro M, Okamura T.	"GO" to move toward dementia-friendly communities: A pilot study	Brain Behav	14(6)	e3581.	2024
Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, Awata S, Okamura T.	Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story.	Psychogeriatrics.	24(5)	1173-1175.	2024
Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C.	Welfare to Meaningful Work	Int J Geriatr Psychiatry	40(1)	e70043	2025
Okamura T, Ura C.	Inter- or intragenerational conflict: Insights from clinical experience. 2025 Feb 15:100053. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100053.. PMID: 39956673.	Int Psychogeriatr.	Epub ahead of print	Epub ahead of print	2025
岡村毅、宇良千秋、髙瀬顕功、小川有閑、島薗進.	高齢化の進むコミュニティにおける臨床宗教師の可能性の検討	老年精神医学雑誌	35(10)	1043-1048	2024

見城澄子 ・中山莉子・枝広あや子・岡村毅・宇良千秋.	認知症とともに生きる人を含めた地域住民の「認知症本人発：希望のリレーフォーラム」への参加を実現する過程と参加した体験に関する報告；本人たちの声を聞いた人々へと渡された「希望」と「尊厳」そして「自信」のバトン.	認知症ケア事例ジャーナル	16(4)	250-254	2024
岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋	高齢期に働く動機の分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい.	老年精神医学雑誌	InPress	InPress	2025
中山莉子， 涌井智子，関野明子，大久保豪，粟田主一.	認知症の人と家族のコミュニケーションの類型化に関する質的研究.	日本認知症ケア学会誌	23	340－353	2024
涌井智子	高齢者介護を支える多様な家族への介護定量化（Care-quantification)の効果と社会実装への示唆.	老年社会科学雑誌	In press	In press	2025
Ito K	Older people living in the community with delusion	Geriatr Gerontol Int	24(S1)	118-122	2025
Ito K, Okamura T	Task-shifting in Dementia Care: A comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan	Frontiers in Psychiatry		In press	2025
Ito K, Tsuda S	Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia	PLoS One	20(1)	e0317911	2025
Ito K, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Okamura T	Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions	Psychogeriatrics	25(2)	e70012	2025
井藤佳恵	「共生」ということば	心と社会	195	68-73	2024
井藤佳恵	エイジズムと精神疾患のスティグマ	老年精神医学雑誌	35(4)	335-342	2024
井藤佳恵	精神疾患のある子をもつ認知症高齢者の支援から	こころの科学	236	39-44	2024
井藤佳恵	医学・医療の不確実性と医の倫理	日本精神科病院協会雑誌		印刷中	2024

井藤佳恵	老年期の妄想と社会的孤立	生存科学	35(1)	23-33	2024
井藤佳恵	医学・医療の不確実性と医の倫理:重い精神疾患を抱える人の、身体合併症医療における意思決定	日本精神科病院協会雑誌		印刷中	2024
井藤佳恵	地域におけるフレイル予防事業と認知症対応事業の連携について：社会的包摂や地域における認知症ケアの視点から	東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター メールマガジン	5		2025
堀田聰子	共生社会の実現を推進するための認知症基本法の意義と自治体への期待	市政	12	34-36	2024
堀田聰子	共生社会の実現を推進するための認知症基本法の特徴・意義と自治体への期待	地方自治	927	2-18	2025
大塚理加	福祉･医療の現場から 高齢者の災害対応	地域ケアリング	26(9)	40-42	2024
大塚理加, 栗田主一	被災後の介護保険サービスの状況と高齢者への影響	老年精神医学雑誌	35(10)	1007-1014	2024
Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, Awata S.	An exploratory study on municipal measures for preventing and addressing incidents of missing older persons with dementia living alone in Japan	Psychogeriatrics	25(3)	e70022	2025

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　認知症施策研究事業

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）　粟田主一・アワタ　シュイチ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　認知症施策研究事業

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　ツヨシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　認知症施策研究事業

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）	■	□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　認知症施策研究事業

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・ワクイ　トモコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　　認知症施策研究事業

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・イトウ　カエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　　認知症施策研究事業

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）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　認知症施策研究事業

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）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月３１日

厚生労働大臣殿

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　　秋下　雅弘

次の職員の令和６年度厚生労働行政推進調査事業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　　認知症施策研究事業

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）　稲垣宏樹・イナガキ　ヒロキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年　3月　31日

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

機関名 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６年度度厚生労働科学研究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　令和６年度厚生労働科学研究費補助金（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）国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科・教授

（氏名・フリガナ）石山　麗子・イシヤマ　レイコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国際医療福祉大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□	■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

報告日：　令和7年1月28日

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

機関名　慶應義塾大学
所属研究機関長 職 名　学長
氏 名　伊藤 公平

次の職員の令和6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）大学院健康マネジメント研究科・教授

（氏 名・フリガナ）堀田 聰子(ホッタ サトコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☐	☑	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☑	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☑	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:　)	☐	☑	☐		☐

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

その他(特記事項)

(※2)未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3)廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講　☑　未受講　☐

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有　☑　無　☐　(無の場合はその理由:　)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有　☑　無　☐　(無の場合は委託先機関:　)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有　☑　無　☐　(無の場合はその理由:　)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有　☐　無　☑　(有の場合はその理由:　)

(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。

厚労-KEIOSFC-20250128倫理(分担)-005

7防災研共第１３３－５号
令和7年4月３０日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立研究開発法人防災科学技術研究所

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　寶　馨

次の職員の（令和）６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）　国立研究開発法人 防災科学技術研究所 災害過程研究部門

（氏名・フリガナ）　大塚 理加　オオツカ リカ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人防災科学技術研究所倫理審査委員会（指針に準じた審査）	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 □　無 ■（無の場合はその理由：経済的な利益相関係がないため　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

報告日：　令和7年5月21日

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

機関名　社会福祉法人浴風会
所属研究機関長 職 名　認知症介護研究・研修東京センター センター長
氏 名　粟田 主一

次の職員の令和6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）認知症介護研究・研修東京センター・研究員

（氏 名・フ リ ガ ナ）川越 雅弘(カワゴエ マサヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☑	☐	☑		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☑	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☑	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:　)	☐	☑	☐		☐

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講　☑　未受講　☐

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有　☑　無　☐　(無の場合はその理由:　)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有　☑　無　☐　(無の場合は委託先機関:　)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有　☐　無　☑　(無の場合はその理由:今後実施する　)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有　☐　無　☑　(有の場合はその理由:　)

(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。

分譲マンションにおける独居認知症高齢者のための防災について
－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－

研究協力者　角田光隆　神奈川大学法学研究科・法学部教授

要旨

前年度に実施したアンケート調査およびインタビュー調査の分析を行い、これに関連して、よこはまマンション防災ネットワークの取組、各マンションの取組事例、小規模マンションの事例、インクルーシブ防災の重要な視点について論じた日本マンション学会の学会誌第 80 号「特集　インクルーシブ防災」について、独居認知症高齢者に焦点を当てて分析し直した。

この分析の内容は、独居認知症高齢者と管理組合・自治会に対するアンケート調査、独居認知症高齢者と管理組合・自治会に対する訪問調査と行政等の取組、独居認知症高齢者とよこはまマンション防災ネットワークの取組、独居認知症高齢者と各マンションの取組事例・小規模マンションの事例、独居認知症高齢者とインクルーシブ防災の重要な視点において記載した。

今まで独居認知症高齢者が強く意識されてこなかったことがアンケート調査およびインタビュー調査から分かった。しかし、このことは独居認知症高齢者のための取組を実施していないということではなく、要配慮者のことは意識されてきており、相応の対策が採られてきた。すなわち、個別に独居認知症高齢者を意識した施策が十分になされてこなかったのである。

今後は、独居高齢者が増加し、しかも認知症をなる人も増加することを考慮して、独居認知症高齢者を意識した対策を講ずるのが良いと思う。このためのきっかけとなる視点を論じておいた。この視点は、前述した分析の内容の各所で論じている。

独居認知症高齢者のデータを得られている別のアンケート調査およびインタビュー調査と防災庁設置準備アドバイザー会議の結果なども考慮して、日本マンション学会の学会誌第 80 号「特集　インクルーシブ防災」の内容を修正して単行本として出版する。これによって独居認知症高齢者を意識した防災対策を示すことができると思う。この防災対策の波及効果も示す予定である。

1. はじめに

前年度において、「NPO 法人かながわマンションネットワーク」の仲介によって神奈川県全域の管理組合・自治会に対するアンケート調査およびインタビュー調査を行い、調査内容を概観した。

今年度は、日本マンション学会の学会誌第 80 号「特集　インクルーシブ防災」において、アンケート調査およびインタビュー調査の分析を行い、よこはまマンション防災ネットワ

ークの取組、各マンションの取組事例、小規模マンションの事例、インクルーシブ防災の重要な視点について論じた。なお、本報告書で述べる論文と文献は、日本マンション学会の学会誌第 80 号「特集　インクルーシブ防災」に掲載されている。

本稿は、諸般の事情により独居認知症高齢者に限定できなかった公表済みの「特集　インクルーシブ防災」の内容の単なる要約ではなく、その内容を主に独居認知症高齢者に焦点を当てて分析し直すことを目的としたものである。しかし、アンケート調査およびインタビュー調査においては、独居認知症高齢者の存在自体を明確に確認できた部分は非常に少なかったことをお断りしておく。

別のアンケート調査およびインタビュー調査を実施中であり、これは独居認知症高齢者のデータを得ることができているが、調査自体は完了していない。また、防災庁の設置に関連した施策を検討する防災庁設置準備アドバイザー会議が進行中である。

これらの成果を踏まえて、日本マンション学会の学会誌第 80 号「特集　インクルーシブ防災」の内容を修正して単行本として出版する。この出版が独居認知症高齢者に関する施策の一助になれば良いと考えている。この施策は、分譲マンションにおける他の取組に良い影響を与える可能性がある。出版計画のある単行本において、この可能性についても論じておく予定である。

２．独居認知症高齢者と管理組合・自治会に対するアンケート調査

アンケート調査の結果の全体の傾向から、独居認知症高齢者のための管理組合・自治会の取組を検討する。その際に、アンケート調査事項の一部だけに限定して行うことにする。

要配慮者名簿の作成・更新について回答者の約 65%が行っていない。したがって、独居認知症高齢者がいるのか否かを把握していないマンションが多いことを示している。

要配慮者名簿を作成・更新して初めて、これを防災マニュアルに反映した対策を講ずることができる。したがって、要配慮者名簿を作成・更新が行われていることが少なければ、独居認知症高齢者に関する防災マニュアルにおける対策も行われていないという推測が成り立つ。

要配慮者名簿を兼ねた居住者名簿の回収率が 96%のマンションがある。このマンションは要配慮者に対する良い防災対策を講じているので、要配慮者の情報収集をすることがしっかりとした防災対策を講ずる上で不可欠であるが分かる。したがって、独居認知症高齢者を示した要配慮者名簿の作成・更新が必要である。

福祉避難所の知っているのか否かについて回答者の約 80%が知らないとする。したがって、このことは、在宅避難ではなくて他の場所に移すのが適している場合に、独居認知症高齢者を把握して適切な場所に移動させる取組ができないことを意味する。福祉避難所の存在を知ってもらうために、自治体はしっかりした情報提供をする必要がある。福祉避難所の存在を知って初めて要配慮者に対する認識も深まる場合がある。

災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通の取組について回答者の約 47%が実施して

いない。通常時の居住者間の意思疎通の場において、交流の相手がどんな人でどんな状態であるのかを知ることができる。たとえ要配慮者名簿への記載がなくても独居認知症高齢者であるのか否かを推測できる。もし独居認知症高齢者であることが推測できれば、防災マニュアルにおいて対策を講ずる余地がある。したがって、災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通の取組が半分ほどに過ぎないことは、独居認知症高齢者の存在に気付かず、防災マニュアルにおいて対策を講ずることが少なくなることを意味する。したがって、通常時の居住者間の意思疎通を増やすことが望ましい。

自治体の要配慮者名簿を踏まえた個別避難計画について回答者の約 77%が協力をしていないとする。この結果については、自治体が個別避難計画を実施していないか、あるいは、個別避難計画を実施していたとしても、個別避難計画の対象となっていない場合がありうる。したがって、その結果は、マンションの個別の行為の結果だけではない。自治体の取組も考慮して、要配慮者名簿を踏まえた個別避難計画が消極的であると推測できる。

要配慮者名簿を踏まえた個別避難計画について、一人暮らし高齢者を対象としている自治体がある。この場合は独居認知症高齢者を含むことになろう。自治体は一人暮らし高齢者を対象とする施策を講じ、マンションはこの施策に協力するのが良い。

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回答者の約 74%は知らないとする。したがって、独居認知症高齢者の接し方などの対応方法を知らない者が多いと推測できる。独居認知症高齢者を示した要配慮者名簿の作成・更新、独居認知症高齢者に福祉避難所を紹介すること、災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通、自治体の要配慮者名簿を踏まえた個別避難計画への協力に関連して、独居認知症高齢者の接し方などの対応方法を知っておくことが必要である。したがって、独居認知症高齢者の接し方などの対応方法を知る取組を実施することが望ましい。

３．独居認知症高齢者と管理組合・自治会に対する訪問調査と行政等の取組

訪問調査事項の一部に限定して、訪問調査の結果から独居認知症高齢者のための管理組合・自治会の取組を検討する。これに伴って行政等の取組にも言及しておく。

３．１　防災対策、防災マニュアルの作成、要配慮者名簿の作成・更新

訪問調査したマンションの多くは、災害時行動計画や防災マニュアルなどに要配慮者の支援を記載し、この取組みに関連して要配慮者名簿を作成し更新している。独居認知症高齢者という特定はないが、要配慮者の中に独居認知症高齢者が入っていると推測する。要配慮者という大きな枠組みの中で個別に特定して個別の対応をする方向性が正しいと考える。したがって、独居認知症高齢者を特定化し支援できるようにしておくのが望ましい。

マンション独自の要配慮者名簿のほかに、自治体の避難行動要支援者名簿がある。情報不足を補うという理由などから両方を利用するのが良いとする意見は妥当である。マンション独自の要配慮者名簿の作成・更新がなされない場合も考慮して、自治体の避難行動要支援

者名簿は、独居認知症高齢者に対応できるようにしておいた方が良い。

３．２　災害時の避難場所・ハザードマップなどの周知、福祉避難所の認識

訪問調査をしたマンションは、災害時の避難場所・ハザードマップなどの周知を行い、福祉避難所も知っていた。しかし、福祉避難所の収容人数から福祉避難所を利用できないと述べたマンションや高齢者等に福祉避難所の情報を提供していないマンションがあった。

したがって、重度の要配慮者に限定せず、軽度の独居認知症高齢者も利用できる福祉避難所のスペースを確保できるように工夫し、独居認知症高齢者の在宅避難者が福祉避難所を利用する際の手続を知らせることが必要であると考える。この手続きが分からない場合は、適切な支援をするのが望ましい。

福祉避難所に行けない場合や行かない場合に備えて、在宅の独居認知症高齢者への医療・福祉体制を整えておくのが望ましい。

３．３　災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通の取組

訪問調査をしたマンションは、災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通を行っている。通常時の居住者間の意思疎通が全員参加の形式で行われる以上は、独居認知症高齢者も参加していると推測する。独居認知症高齢者は人との交流をせずに自宅に引きこもる性質があるので、独居認知症高齢者に配慮した災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通が行われることが望ましい。

３．４　高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等のための災害時の集会室等の利用

訪問調査をしたマンションの多くは、災害時に集会室等の利用を認めている。集会室等に移動する必要がある場合には、集会室等では独居認知症高齢者に配慮した対応が望ましい。

災害時に集会室が災害対策本部になるために利用できない場合があるが、この場合には独居認知症高齢者に配慮した代替手段を講じるのがよいであろう。

３．５　自治体の要配慮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

訪問調査をしたマンションは、個別避難計画への協力はないとする。ただし、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場合があるとする。

前述したように、個別避難計画への協力がないのは、自治体が個別避難計画を実施していない場合、自治体が個別避難計画を実施していても個別避難計画の対象としていない場合、高齢者等の要配慮者が自治体の要配慮者名簿に登録をしていない場合が考えられる。

独居認知症高齢者の場合は、これらのいずれの場合にも当てはまる可能性がある。前述したように、一人暮らし高齢者も、管理組合・自治会が自治体の要配慮者名簿の作成を踏まえた個別避難計画に協力する対象者とするのが望ましい。また、独居認知症高齢者が自治体の

要配慮者名簿に登録をするように支援するのが良い。

このような段階に至るまでは、マンション内で独居認知症高齢者を対象とした自発的な計画に基づく避難訓練をしておくのが望ましい。

３．６　高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の対応方法

訪問調査をしたマンションは、高齢者等の対応方法を知っている場合と知らない場合に分かれていた。前者の場合は、居住者の中に看護職・福祉職の人や防災士がいる場合であり、これらの人たちから情報を得ていることが理由となっている。

しかし、認知症に関する一般的な対応方法を知っているが、認知症の種類と接し方を十分に知らず、認知症に関する知識はまだ普及していない。このような状態であるので、独居認知症高齢者の対応方法に関する知識を十分に持っているとは言えないと推測する。

また、居住者の中の看護職・福祉職の人のリスト化と組織化も十分になされていない。ただし、自治会が防災士の資格取得の費用を支出している場合は、よい事例である。

認知症の種類と接し方を知るために、管理組合・自治会は、高齢者等の対応方法に関する情報を収集することが望ましい。自治体は、高齢者等の対応方法に関する情報を管理組合・自治会にしっかりと伝わるように工夫して提供する必要がある。高齢者等の対応方法に関する情報を得ることによって、管理組合・自治会は、防災対策を円滑に行うことができると考える。

これらを支援するしくみとして、地域包括支援センター、社会福祉協議会、NPO 法人等が関与することが考えられる。これらの組織に独居認知症高齢者の対応方法に関する知識を提供することも必要なことである。

３．７　高齢者（認知症の人を含む）・障がい者等の支援策

訪問調査をしたマンションは、高齢者等の支援策を実施している場合と実施していない場合に分かれていた。

前者の場合は、手すりの設置などのバリアフリーやエレベーター故障時に利用される障がい者等のための階段移動用の補助用具を常備することなどである。この措置は、独居認知症高齢者にも役立つと思う。また、「みずほサポートクラブ」という名の高齢者支援組織があるマンションがあった。この取組も、後述するように、独居認知症高齢者に役立つと思う。

後者の場合に、高齢者等の居住者の独自の情報網がないことを理由としている場合があった。この場合は、独居認知症高齢者を含めた要配慮者名簿の作成・更新やコミュニティ活動などを実施して情報取集するのが良いと思う。

３．８　在宅避難者等の支援と連携

マンションの居住者の多くは、災害時に在宅避難をする。独居認知症高齢者を含めた要配慮者は福祉避難所に避難するのが良いが、在宅避難を選択するかそうせざるを得ない場合

がある。したがって、独居認知症高齢者は在宅避難への備えをしておくのが望ましい。

在宅避難者については、内閣府の「在宅避難・車中泊避難者等の支援の手引き」に基づき、在宅避難の要配慮者に適切な支援が行われるようにすべきであると考える。ただし、同手引きは独居認知症高齢者について具体的な対応を書いていないので、補充されるべきであると考える。

在宅避難の要配慮者の支援は、要配慮者が居住する自治体によってだけでなく、地域、民間の支援団体等によってもなされる。要配慮者は、従来の避難所以外の支援拠点から、水・食事・物資などの提供を受ける。支援拠点は、団地やマンショ ン内に作ることもできる。支援拠点を作るのは、自治体、自治会、自主防災組織などである。

以上のことは、独居認知症高齢者に配慮した方法でなされるべきである。

３．９　災害ケースマネジメント

内閣府の「災害ケースマネジメント実施の手引き」によれば、災害ケースマネジメントは、発災直後から、自治体が社会福祉協議会、NPO 法人、自治会や自主防災組織などと連携して、被災者となった在宅避難の要配慮者などの被災状況や生活状況の課題を個別の相談などにより把握し、避難者の対応、災害関連死の防止、被災者の生活再建等の早期実現などの課題の解決に向けて継続的に支援する被災者の自立や生活再建を進めるものである。

被災者の中には、独居認知症高齢者も含まれる。したがって、独居認知症高齢者の被災状況や生活状況の課題を個別の相談などにより把握し、課題の解決に向けて継続的に支援する被災者の自立や生活再建を進めるのが望ましい。

４．独居認知症高齢者とよこはまマンション防災ネットワークの取組

よこはまマンション防災ネットワークの取組は、インクルーシブ防災の意義を理解しているが、必ずしも直接的に独居認知症高齢者を対象とした取組を行っているわけではない。しかし、同ネットワークの取組は、独居認知症高齢者を対象とした取組の前段階の一般的な取組として意義を持っていると思う。同ネットワークの取組の中で注目しておきたい視点を紹介して、独居認知症高齢者の対策に寄与できる側面に言及しておくことにする。

よこはまマンション防災ネットワークは四つの団体から成り立っているが、特色のある二つの団体の取組を紹介して、独居認知症高齢者との関連に言及する。

NPO 法人かながわ 311 ネットワークは、インクルーシブ防災を①発災時の安全確保、②マンションで過ごす被災生活、③早期の住宅復旧を分けて考えている。①の場合は、家具や家財の整理、固定などの室内の安全確保、特に寝室の安全確保を挙げる。②の場合は、見守りが効果的であるとする。

さらに大規模災害に備えた今やっておくべきことを指摘する。たとえば、自宅の耐震対策と物資の備蓄、初動対応が採れる分かりやすい手順書の作成と訓練、安否確認訓練と災害対策本部の立ち上げ訓練、管理会社以外にも災害時の相談に乗ってくれる組織と情報交換し

ておくこと、居住者の中の専門家の協力、災害時要援護者を含め災害時の助け合いのために日頃から声をかけやすい関係性を作っておくことなどである。

これらの①②③と大規模災害に備えた今やっておくべきことは、独居認知症高齢者自身に当てはまること、独居認知症高齢者も対象とする事項である。独居認知症高齢者自身に当てはまることであって一人でできない場合は独居認知症高齢者を支援するのが良いであろう。

特定非営利活動法人横浜マンション管理組合ネットワークは、小冊子「大地震が起きたら管理組合はどうする？」を発行した。この小冊子の内容を概観し、独居認知症高齢者との関連性を指摘する。

備え編の「人」の準備として、「居住者名簿」および「要援護名簿」を備えること、非常時に対応できるリーダーの育成等をすること、「人材」探しを積極的に行うことを挙げる。その他に、「もの」の準備、「情報取得・発信」の準備、「エレベーター閉じ込め」の備えを挙げている。

「居住者名簿」および「要援護名簿」は独居認知症高齢者を把握するために必要であること、独居認知症高齢者のことを理解できる非常時に対応できるリーダーの育成等をすることが必要であること、「人材」探しに関して採り上げられている任期のない常設の防災組織が継続的に独居認知症高齢者に関わることができるので必要であることを指摘しておきたい。

在宅被災生活編として、「在宅避難」を勧めること、「長期にわたる在宅被災生活」を工夫することを挙げる。「長期にわたる在宅被災生活」において、「とにかく水は運びにくい」、「食べ物はない」、「ガスはなくなる」、「着替えがない」、「足場は悪くなる／埃は舞う」、「気持が弱ってしまう」ことを挙げている。

災害があってもマンションに住めれば「在宅避難」を勧めることが良いが、独居認知症高齢者が住戸内で孤立しないように配慮することが望ましい。「長期にわたる在宅被災生活」の中の「食べ物はない」に対しては個人で食料の備蓄、「着替えがない」に対しては個人で着替えの備蓄、「足場は悪くなる／埃は舞う」に対しては個人で厚手の靴の準備、雨除け、風除け、埃除けのためのレインコートの準備はしておく必要がある。独居認知症高齢者がこれらの準備ができない場合は支援するのが良い。「気持が弱ってしまう」に関連して、住宅被災計画を作成して独居認知症高齢者とともに被災生活ができるように準備をしておくことが望ましい。

復旧編として、「応急修理制度」の活用、自治体が認定する「り災証明」、建物被害の判定方法を挙げる。

これらの内で、「応急修理制度」の活用と自治体が認定する「り災証明」は、個別世帯を対象としている。独居認知症高齢者が自分自身で手続きをすることになるが、自分自身でできない場合は、独居認知症高齢者を支援するのが望ましい。

合意形成・意思決定編として、復旧、建替え、マンション敷地売却制度、政令指定災害に

おける再建等を挙げる。

独居認知症高齢者がこのような決議に参加する場合がある。独居認知症高齢者が一人でできない場合には、独居認知症高齢者を支援するのが望ましい。

５．独居認知症高齢者と各マンションの取組事例・小規模マンションの事例

各マンションの取組事例・小規模マンションの事例の中で特色のある取組事例を紹介して、独居認知症高齢者との関連に言及する。

レイディアントシティ本郷台の事例は、論文の中のマンション防災活動の実務課題で述べられた範囲内で独居認知症高齢者の対応に言及する。

居住者名簿に関して、居住者名簿の取得状況が全世帯の 80%であり、この内の 3.5%が高齢（要支援・要介護、1 人暮らし）や障がい等を持っている者であるとする。この情報に基づいて、要援護者の自宅を巡回して避難誘導やストレッチャー操作を確認する訓練を行っているとする。独居認知症高齢者に合った避難誘導等が望ましい。

要配慮者を正確に把握するためには、居住者名簿の取得状況を 100%に近づける必要がある。レイディアントシティは法改正により居住者の届出義務を定めるべきであるとするが、よこすか海辺ニュータウンソフィアステイシアの居住者台帳の回収率が 96%である。居住者の届出義務の法制化ができない場合は、ソフィアステイシアの試みを参照するのが良い。前述したように、独居認知症高齢者の十分な対応をするためには、居住者名簿・要配慮者名簿によって正確な情報取集をしておくことが必要である。

また、レイディアントシティは、管轄行政が認定したマンション群で避難所ネットワークを形成する新システムを主張している。これは前述した在宅避難者等の支援と連携で指摘した従来の避難所以外の支援拠点を指している。このシステムの中で独居認知症高齢者の対応を図るのが良い。

県ドリームハイツは、防災マニュアルー１において、地震が起こる前に備えをしておくこと、地震が起きた時の対処の仕方を知ること、地震が起きたあとの対応の仕方と行動を定めている。これらの内容は、独居認知症高齢者にも当てはまるものである。一人でできない場合は独居認知症高齢者を支援するのが望ましい。要援護者及び支援者の事前登録も定めている。この中には独居認知症高齢者も入ると推測する。

また、防災マニュアルー2（ライフライン欠如対応）において、停電対応、水道断水対応、ガス供給遮断対応、電話不通対応、汚水下水管の破断対応、汚水排水管破損なしの確認方法も独居認知症高齢者に当てはまる。一人でできない場合は独居認知症高齢者を支援するのが望ましい。

災害時要援護者（要配慮者）への取り組みマニュアルは、直接的に要配慮者に関するものである。このマニュアルは、 要援護者自らの取組と災害対策本部及び県ドリームハイツにおける取組から成っている。この要援護者の中には独居認知症高齢者も含まれると推測する。

ただし、災害時要援護者への取組みにおいて、支援ボランティアによる事前把握の不足という課題が指摘されている。このために、支援者を地域住民から募集して、保健・医療・介護・福祉等の経験者をデータ化したいという。これに伴って、災害時要援護者名簿と照合して、所在やニーズをマッチングさせる作業が必要であるとする。この作業にはかなり労力が必要であるとする。これらのことは、独居認知症高齢者の場合にも当てはまることである。

よこすか海辺ニュータウンソフィアステイシアは、分譲マンションで初めて地域防災計画をつくり、防災の取組が全国的なモデルとなったマンションである。

ソフィアステイシアの防災の取組の核となるものは、要援護者名簿を兼ねている居住者台帳である。この回収率が 96%であり、定期的に更新されている。居住者台帳には、氏名、性別、生年月日、血液型、自力避難に支障のある事項、常用薬、禁忌薬、かかりつけ病院名、病院等の所在地および電話番号、担当医師、診療科目・既往症、残存障害等、災害時帰宅困難者になる可能性の有無、緊急連絡先、困りごと情報に関する記載欄がある。この中に独居認知症高齢者という文言はないが、独居認知症高齢者も対象としていると考える。

居住者台帳の十分な整備があってこそ、災害時要援護者の避難支援、災害時の居住者の安否確認体制、要援護者の避難計画と訓練が十分にできる。その際に、要配慮者の対応方法・接し方や災害時の集会室等の利用が関係してくる。

また、居住者台帳の十分な整備は、災害時以外の要配慮者の支援も可能になる。居住者台帳の整備にあたっては、災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通の試みが重要である。

これらの場合において、独居認知症高齢者という文言は出てこないが、要援護者の中に独居認知症高齢者も入る。

災害時要援護者の避難支援が、「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」、「わが家の防災ハンドブッ ク」、「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）」に記載されている。これらの中に独居認知症高齢者という文言は出てこないが、要援護者の中に独居認知症高齢者も入る。「わが家の防災ハンドブッ ク」は、要援護者の時系列の発災後の避難支援を記載しているので非常に参考になる。

「令和 5 年度総合防災訓練出席・欠席回答書」 には、災害時要援護者に該当する人の氏名・年齢のほかに、一人暮らしの高齢者・高齢者だけの世帯などの一斉避難訓練への参加に不安がある人の申告欄がある。これは、一人暮らしの高齢者への対応を考えている証拠となる。ここに認知症という文言は出てこないが、独居認知症高齢者も入ると考える。

災害時の居住者の安否確認体制については、「わが家の防災ハンドブッ ク」と「令和 5 年度総合防災訓練実施案内及び実施要領」に記載されている。前述したように、これらの場合において、独居認知症高齢者という文言は出てこないが、要援護者の中に独居認知症高齢者も入る。

要援護者の避難計画と訓練について、自治体の要援護者名簿の作成を踏まえた要援護者の個別避難計画 への協力依頼はないとするが、しかし、視覚障がい者や身体障がい者などの人のために自発的に計画して訓練をしているとする。独居認知症高齢者は例示されてい

ないが、独居認知症高齢者がいれば自発的に計画して訓練することが可能であろう。

要配慮者の対応方法・接し方について、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、独居認知症高齢者の対応方法・接し方を知っていると推測する。

災害時の集会室等の利用について、災害時に集会室、13 階のゲストルーム、スカイラウンジを利用できる。独居認知症高齢者を排除していないので、独居認知症高齢者もこれらの施設を利用できると考える。

災害時以外の要配慮者の支援についても、独居認知症高齢者を排除していないので、独居認知症高齢者も支援の対象となるであろう。

災害時に備えた通常時の居住者間の意思疎通の試みとして、住民交流会、あいさつ運動、夏祭り、桜祭りなどがある。自治会の附置機関として長寿会は、会員相互が日常的な見守りや買物支援などを行っているとする。独居認知症高齢者も支援の対象となるであろう。

海老名みずほハイツ住宅の高齢者支援組織「みずほサポートクラブ」の主な活動は、洋服の直し・縫製、車いすの貸出し、病医院への送迎介助、生ごみや資源ごみの運搬、散歩の同行などの日常生活依頼事業である。しかし、同クラブは、避難所への送迎、会員宅に訪問して安否確認をすることなどの防災活動をしているとする。この場合に、独居認知症高齢者を排除していないので、独居認知症高齢者も支援の対象となるであろう。

６．独居認知症高齢者とインクルーシブ防災の重要な視点

インクルーシブ防災の重要な視点とは、①高齢者（認知症の人を含む）と障がい者の範囲・対応方法・支援内容と情報収集、②高齢者（認知症の人を含む）と障がい者の自助、③要配慮者名簿の登録と整備、④コミュニティ活動と地域との連携、⑤高齢者（認知症の人を含む）と障がい者に配慮した防災マニュアルの作成、⑥高齢者（認知症の人を含む）と障がい者に配慮した防災訓練の実施と地域との連携、⑦防災士・民生委員等の専門家の関与と組織化、⑧合理的配慮・バリアフリーその他の環境整備、⑨福祉避難所の認識と周知、⑩高齢者（認知症の人を含む）・障がい者の ための災害時の集会室等の利用、⑪災害時にエレベーターが利用できなくなった場合などの高齢者（認知症の人を含む）・ 障がい者の支援、⑫自治体の要配慮者名簿（避難行動要援護者 名簿）の作成を踏まえた高齢者（認知症の人 を含む）・障がい者の個別避難計画への協力、⑬避難所とは異なる在宅避難者の支援拠点、⑭災害ケースマネジメントへの協力、⑮自治体の災害の取組みへの協力、⑯外部の団体などの活動の情報収集と支援、⑰自治体、管理組合の団体その他の団体の支援制度の活用と研究機関の研究者との連携である。

これらはすべて独居認知症高齢者も考慮して述べているものである。