

厚生労働科学研究費補助金
認知症政策研究事業

独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田主一
令和8(2026)年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究----- 1
認知症介護研究・研修東京センター 栗田主一

II. 分担研究報告書

1. 全国の独居認知症高齢者数の推定と実態把握に関する研究 -----21
九州大学大学院 小原知之
2. 市町村と協働した独居要介護認知症高齢者の実態把握に関する研究 -----30
認知症介護研究・研修東京センター 川越雅弘
3. 大都市大規模住宅地域における独居認知症高齢者の実態把握に関する研究 -----36
東京都健康長寿医療センター 岡村毅
4. 認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態に関する研究 -----41
国立長寿医療研究センター 武田章敬
5. 複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究 -----44
東京都健康長寿医療センター 井藤佳恵
6. 独居認知症高齢者の新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究 -----49
認知症介護研究・研修東京センター 水島俊彦
7. 身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する
民間事業のあり方に関する研究 -----55
認知症介護研究・研修東京センター 黒澤史津乃
8. 独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究 -----62
認知症介護研究・研修仙台センター 吉川悠貴
9. 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握と対策に関する研究 -----72
認知症介護研究・研修東京センター 齊藤葉子
10. 独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究 -----81
認知症介護研究・研修東京センター 永田久美子
11. 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究 --85
認知症介護研究・東京研修センター 栗田主一
12. 独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師及び在宅医療の役割に関する研究 -98
東京都健康長寿医療センター 津田修治
13. 独居認知症高齢者の権利利益の保護と介護支援専門員の役割に関する研究 ----- 107
国際福祉大学大学院 石山麗子

14. 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究 - 130	
認知症介護研究・研修東京センター 花田健二	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	146
--------------------------	-----

IV. 倫理審査等報告書の写し	
-----------------	--

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

独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究

研究代表者 栗田主一 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究を分野横断的に行い、令和1～3年度厚生労働科学研究／令和4～6年度厚生労働科学研究（いずれも研究代表者：栗田主一）で作成した自治体向け手引きを改訂するとともに、新たに関係機関向けガイドライン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、2025年度は独居認知症高齢者の権利利益の侵害に係る実態を明らかにすることを目的に14の分担研究課題を設定して研究を行った。

【結果と考察】1) 全国の独居認知症高齢者数の推定と実態把握に関する研究（小原知之）では、わが国の4地域で実施された認知症と軽度認知障害（MCI）の悉皆調査の成績を用いて、2022年のわが国における独居認知症高齢者／独居MCI高齢者の有病率を5.08％／14.28％、人数を55.1万人／125.6万人と推計した。2) 市町村と協働した独居認知症高齢者の実態把握に関する研究（川越雅弘）では、市町村が有する各種データ（人口・世帯・認定）をもとに、認知症及び独居認知症高齢者に関する各種指標（人口当たり出現率、要支援・要介護認定を受けた認知症高齢者（以下、要介護認知症高齢者）に占める独居者の割合等）の実態を明らかにした。3) 大都市大規模住宅地域における独居認知症高齢者の実態把握に関する研究（岡村毅）では、地域在住高齢者を対象とする調査の「反応群」と「未反応群」を比較し、未反応群では夫婦のみ世帯、低栄養、うつ状態、フレイル、認知機能低下高齢者が有意に多いことを示した。4) 認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態に関する研究（武田章敬）では、全国の認知症初期集中支援チームを対象に活動状況調査を行い、対象者の3-4割が独居であること、独居の女性は消費者被害に遭いやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことを示し、支援する上での課題として、キーパーソンの不在、金銭面の管理が困難、意思決定支援が困難の順に回答が多いことを示した。5) 複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究（井藤佳恵）では、高齢者の急性期医療を担う大規模総合病院の多職種を対象とするアンケート調査を行い、医療同意に関する法的理解やACPの概念理解にばらつきがあること、特に家族による医療同意が法的に認められているとする誤解やACPを現在の治療方針決定や治療制限の合意と同一視する傾向があることを示した。6) 独居認知症

高齢者の新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究（水島俊彦）では、自治体での現地調査・ヒアリング・研究者会議によって、①フォロワーの「支持者性」と「支援者性」の揺らぎが個人の倫理的問題ではなく社会構造上生じうること、②相互牽制機能を担保する仕組み（フォロワーと独立アドボケイトとの協働、権利擁護支援委員会による調整・介入等）が必要であること、③フォロワーが本人の意思、選好及び価値観の媒介者としての機能を果たし得ること、④自治体の既存評価軸では意思決定支援の成果が見えにくく、普及啓発が不可欠であることを示した。7) 身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業のあり方に関する研究（黒澤史津乃）では、有識者への個別ヒアリング（定性調査）、当事者予備軍へのアンケート（定量調査）、及び有識者検討会を実施し、民間事業者の在り方として、軽微な支援からの伴走や高度な支援へのスムーズな切り替え、支援が必要な時期に備えた情報や意向・希望の健常時からの整理・保存、民間事業の質、信頼性の明確化、民間事業の支援対象の拡大が課題として抽出された。8) 独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究（吉川悠貴）では、ケアマネジャー・訪問介護員を対象とするアンケート調査から、両群とも独居認知症高齢者への虐待（疑い）事例を一定程度経験しており、発見・対応に重要な役割を占めていることが示された。9) 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握と対策に関する研究（齊藤葉子）では、都内全域の介護支援専門員を対象とするアンケート調査の自由記述回答の分析から、訪問販売は新聞・食品・寝具など日常生活に密接に関わる商品を中心に生じており、被害は生活状況の変化や物品の増加を契機として事後的に把握されること、高額商品・複数契約・価格の不透明さといった金銭的特徴があることが確認された。回避事例の分析から、回避は第三者の介入や制度・専門機関の活用といった複数の要素が重なる中で成立していることが示された。10) 独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究（永田久美子）では、有識者レビューを行い、行方不明の発生時期は、診断前から施設入所後まで 5 段階の幅広い時期に渡ること、発生の背景として生活上の危機と心身状態の増悪があることが示された。11) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究（栗田主一）では事例分析を通して認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者は、受診までの経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる多様な課題に直面していることを可視化させた。12) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師及び在宅医療の役割に関する研究（津田修治）では、訪問看護の対象となった在宅認知症高齢者の調査を実施し、独居群には経済的困窮者が多いこと、認知症が軽度であること、訪問介護サービスの利用頻度が高いこと、日常生活支援ニーズが高いことが示された。また、本人同意のない対応として、身体拘束 5.6%、非同意のケア 34.8% が認められ、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する対応の強制が多くみられることを示した。13) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と介護支援専門員の役割に関する研究（石山麗子）では、文献調査、グループインタビューを行い、ケアマネジャーは利用者の不利益の実感から事象を権

利侵害と認識する「帰納的プロセス」によって権利擁護に関与していること、権利侵害は経済的搾取、自己決定権の侵害、プライバシー侵害、健康・行動制限、セルフネグレクト等の構造的課題に類型化できることを示した。14) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究(花田健二)では、全国の認知症地域支援推進員を対象とするオンライン調査を実施し、認知症地域支援推進員の8割が独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関与していること、認知症の診断／精神的・身体的健康問題に対する医療／介護・生活支援／権利擁護支援／経済支援についてのアンメットニーズや、地域社会の中での虐待／消費者被害／行方不明／社会的孤立に直面している独居認知症高齢者の事例を経験していることを示した。

【結論】14の分担研究課題において、わが国の独居認知機能低下(認知症またはMCI)高齢者の有病率と独居認知症高齢者が直面している権利利益の侵害に係る実態が可視化された。

＜研究分担者＞

小原知之：九州大学大学院医学研究院・精神病態医学・准教授

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・研究員

岡村毅：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長

武田章敬：国立研究開発法人国立長寿医療研究センターもの忘れセンター・センター長

井藤佳恵：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長

水島俊彦：社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・研究員

黒澤史津乃：社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・研究員

吉川悠貴：社会福祉法人東北福社会認知症介護研究・研修仙台センター研究部長

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・研修企画主幹

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
津田修治：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム・研究員

石山麗子：国際医療福祉大学大学院・医療福祉学研究科・教授

花田健二：社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・研究企画主幹

＜研究協力者＞

名川勝：一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク・代表理事

延原稚枝：一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク・理事

大瀧英樹：一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク・PJメンバー

岡島正泰：SOMPO インスティテュート・プラス株式会社・上級研究員

成瀬昂：SOMPO インスティテュート・プラス株式会社・上席研究員

月井直哉：社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・研究員

川端敦史：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・協力研究員

小森由美子：社会福祉法人浴風会認知症
介護研究・研修東京センター・客員研究員

那須野勇一：社会福祉法人浴風会認知症
介護研究・研修東京センター・客員研究員

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

中島民恵子：日本福祉大学・教授

久保田真美：神戸在宅医療・介護推進財団・
看護師

永野叙子：東京都健康長寿医療センター研
究所・研究員

山内由紀子：地方独立行政法人東京都健康
長寿医療センター研究所・看護師

鈴木善雄：国際医療福祉大学大学院・助教
稲葉一人：いなば法律事務所・弁護士

池内朋子：高千穂大学・准教授

A. 研究目的

令和 1～3 年度厚生労働科学研究／令和
4～6 年度厚生労働科学研究（いずれも研
究代表者：栗田圭一）によって、独居認知
症高齢者は 2040 年に向けて急増するが、
医療・介護のみならず日常生活支援・居住
支援・権利擁護支援など複合的支援ニーズ
を有するにも関わらず必要な支援につな
がりにくいこと、在宅継続率が低いこと、
行方不明後の死亡率が高いこと、消費者被
害に遭遇するリスクが高いこと、本人不在
でサービス利用が決定されやすいこと、総
じて社会的孤立と権利侵害に直面しやす

く、災害時やパンデミック下においてはそ
れが増幅され生存の危機にも直面しやす
いことを明らかにしてきた。

本研究の目的は、独居認知症高齢者の権
利利益の保護を推進するための調査研究
を分野横断的に行い、令和 1～3 年度厚生
労働科学研究／令和 4～6 年度厚生労働科
学研究で作成した自治体向け手引きを改
訂するとともに、新たに関係機関向けガイ
ドラインを作成することにある。

B. 研究方法

本研究の目的を達成するために、14 領
域の分担研究課題を設定し、2025 年度は
独居認知症高齢者数の将来推計値を疫学
的観点から推定するとともに、各領域に
おいて独居認知症高齢者が直面している
権利侵害に関わる実態を把握することと
した。2026 年度は前年度の研究を踏まえ
て、各領域において権利侵害の構造を分
析し、権利利益の保護の推進に向けた事
業モデルを考案および可視化させ、その
普及に向けた方策を検討することとした。
以上の研究成果を踏まえて、2027 年度
は関係機関向けガイドラインと自治体向
け手引き（改訂版）を作成することとした。
なお、研究の倫理的・学術的・現実的
妥当性を確保するため初年度より認知症
の当事者、家族、サービス提供者、自治
体職員、有識者等で構成されるアドバイ
ザリー委員会を設置し、定期的に助言を
得ることとした。今年度の各分担研究の
研究方法は以下のとおりである。

1) 全国の独居認知症高齢者数の推定と 実態把握に関する研究

わが国の 4 地域で実施された認知症と

軽度認知障害（MCI）の悉皆調査の成績を用いて、2022 年のわが国における独居認知症高齢者および独居 MCI 高齢者数を推計した。対象は福岡県久山町、石川県中島町、島根県海士町、愛媛県中山町の 65 歳以上独居住民計 904 人である。認知症・MCI は標準化された 2 段階調査により診断し、2022 年の全国人口分布で性年齢調整した。また、各地域の性年齢調整後有病率、年齢階級別有病率の統合には変量効果モデルを用いた。

2) 市町村と協働した独居認知症高齢者の実態把握に関する研究

市町村が有する各種データ（人口世帯・認定）をもとに、認知症及び独居認知症高齢者に関する各種指標の実態を明らかにすることを目的に、首都圏 A 市の 2025 年 9 月末時点の、①性別・年齢階級別人口、②要介護認定者等の世帯情報（住民基本台帳ベース）、③認定データを、A 市が付与した任意の共通番号をもとに連結した上で、独居認知症高齢者の人口当たり出現率、要介護認知症高齢者に占める独居者の割合等の各種指標を、性別・年齢階級別に算出した。

3) 大都市大規模住宅地域における独居認知症高齢者の実態把握に関する研究

地域高齢者調査における「未反応者」に着目し、その特性を明らかにすることを目的に以下の分析を行った。2019 年および 2021 年の高島平地域における高齢者調査を基盤とし、2019 年調査には参加したが 2021 年調査に未返送であった者を未反応群とし、未反応群に対して郵送および訪問による調査を実施、複数回調査に継続参加した反応群と比較した。

4) 認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態に関する研究

認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態を把握することを目的に、認知症初期集中支援チームの活動状況および対象となった独居認知症高齢者に関する調査票を作成し、都道府県・市町村を介して全国の認知症初期集中支援チームに送付し調査を行った。

5) 複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究

医療従事者が、(1) 意思決定に関する法的枠組みや倫理的概念に関する知識を測定し、(2) 架空事例を用いて、わが国の臨床現場における「患者の人権の尊重」がどのように実践されているかを検証すること、(3) 患者の人権が尊重される意思決定支援に関連する要因を明らかにすることを目的に、東京都内で高齢者の急性期医療を担う医療機関（550 床、平均在院日数 12.5 日）の医療従事者 749 人を対象に、2025 年 6 月 2 日から 6 月 16 日に、アンケート調査を実施した。対象とする医療従事者は緩和ケアチームを構成する多職種とし、内訳は常勤医師・歯科医師 180 人、看護師 506 人、薬剤師 35 人、臨床心理士/公認心理士 13 人、社会福祉士/精神保健福祉士 15 人であった。

6) 独居認知症高齢者の新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究

独居認知症高齢者をはじめとする地域生活における社会的障壁を有する人（以下「独居認知症高齢者等」という。）の権利利益を実質的に保障するため、新たな

権利擁護支援サービスの構造及び実装プロセスを明らかにし、汎用可能なモデルを地方自治体等に提示することを目的に、アクションリサーチの手法を用い、北海道津別町における集中的な現地調査（フィールドワーク・ヒアリング・アンケート）及び研究者会議（計6回）を実施し、新たな権利擁護支援サービスの1つである「フォロワーシステム」の実態把握と課題の洗い出しを行った。

7) 身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業のあり方に関する研究

身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業の在り方を検討するための基礎資料を得ることを目的に、45名の実践者を対象とするオンライン調査と専門職7名による有識者検討会を実施した。

8) 独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究

専門職従事者による独居認知症高齢者の発見や対応の実態と影響要因・課題を明らかにすることを目的に、ケアマネジャー（CM）及び訪問介護員（HH）を対象に郵送調査を実施、居宅介護支援事業所1,666か所・訪問介護事業所1,655か所へ調査票を送付（各事業所最大3名配布を依頼）した。主な調査項目は、基本属性、虐待防止措置等への関与、過去1年の養護者虐待（独居含む）事例の経験、直近事例の発見・対応状況や課題等であった。

9) 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握と対策に関する研究

独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売の被害事例と回避事例の特徴を明らかにすることを目的に、2024年度に実施した東京都内の在宅系介護サービス事業所等を対象とした悉皆質問紙調査により、介護支援専門員が経験した独居認知症高齢者の消費者被害に関する自由記述の回答を分析した。

10) 独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究

独居認知症高齢者等の行方不明の実態と既存事業の諸課題を可視化させるために、全国規模のウェブ調査及び有識者レビューを実施した。

11) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究

2024年度に作成したガイドの内容を精査して改訂版において検討すべき事項を示すとともに（研究1）、実際に認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者の事例分析を通して、独居認知症高齢者が直面している権利利益の保護に関わる課題を診療録の後方視調査を通して明らかにした（研究2）。

12) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師及び在宅医療の役割に関する研究

認知症高齢者の在宅ケアにおける本人同意のない対応の実態を明らかにすることを目的に、訪問看護ステーション12事業所で在宅認知症高齢者のケース調査を実施した。

13) 独居認知症高齢者の権利利益の保護 と介護支援専門員の役割に関する研究

独居認知症高齢者における権利・利益侵害の実態をケアマネジャーの経験と連携他職種の視点を通じて把握することを目的に、文献調査（研究 1）と、事前整理シート、及び、グループインタビューによる実態把握（研究 2）を実施した。

14) 独居認知症高齢者の権利利益の保護 と認知症地域支援推進員の役割に関する研究

全国の認知症地域支援推進員が経験している独居認知症高齢者の権利利益の保護に関連する諸課題を可視化させるために全国規模のウェブ調査を実施した。対象は全国の市町村に配置されている認知症地域支援推進員 8,867 名である。調査項目には基本情報とともに、独居認知症高齢者の権利利益の保護に関わる 21 項目の課題の経験の有無についての設問を含めた。

（倫理面への配慮）

個人情報を取扱う研究については、研究代表者または研究分担者が所属する機関の倫理委員会の承認を得て実施した。また、本研究に関して開示すべき利益相反状態はない。

C. 研究結果

1) 全国の独居認知症高齢者数の推定と 実態把握に関する研究

わが国の独居認知症の有病率は 5.08%、独居 MCI の有病率は 14.28% であり、その推計数はそれぞれ 55.1 万人、125.6 万人であった。一方、独居 MCI では地域間異質性が認められ、その要因として独居情報調

査率のばらつきが示唆された。

2) 市町村と協働した独居認知症高齢者 の実態把握に関する研究

独居要介護認知症高齢者の出現率は、「65 歳以上」5.1%（男性 2.5%、女性 7.1%）、「75 歳以上」7.7%（男性 3.6%、女性 10.7%）、「85 歳以上」16.7%（男性 7.1%、女性 22.3%）であり、85 歳以上では女性の方が約 3 倍高かった。独居要介護認知症高齢者の出現率を年齢階級別にみると、「65-74 歳」では男性の方が高いものの、75 歳から女性が男性を上回り、年齢が上がるほど男女間の差が拡大していた。要介護高齢者に占める独居認知症高齢者の割合は、「65 歳以上」25.9%（男性 16.7%、女性 30.8%）、「75 歳以上」27.0%（男性 16.2%、女性 32.3%）、「85 歳以上」33.4%（男性 18.0%、女性 39.7%）であり、85 歳以上では女性の方が約 2 倍高かった。要介護認知症高齢者に占める独居者の割合は、「65 歳以上」45.5%（男性 29.7%、女性 53.5%）、「75 歳以上」46.2%（男性 28.3%、女性 54.6%）、「85 歳以上」51.9%（男性 30.2%、女性 60.0%）であり、85 歳以上では女性の方が約 2 倍高かった。

3) 大都市大規模住宅地域における独居 認知症高齢者の実態把握に関する研究

未反応群 162 名、反応群 166 名を分析した結果、未反応群は、低栄養（KCL: $p<0.001$ ）、抑うつ状態（ $p<0.005$ ）、フレイル（ $p<0.001$ ）、認知機能低下（MMSE, $p<0.001$ ）と関連した。また、独居そのものは未反応と関連せず、身寄りのない者はむしろ反応する傾向が示唆された。

4) 認知症初期集中支援推進事業を利用 する独居認知症高齢者の実態に関する研究

対象者のうち 3-4 割が独居であること

が判明した。そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことが示された。また、独居の認知症者を支援する上での課題としては、キーパーソンの不在、金銭面の管理が困難、意思決定支援が困難の順に回答が多かった。

5) 複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究

医療上の意思決定に関する法的枠組み（医療同意権）について、「家族による医療同意（代諾）は法律で認められている」と理解している回答者が 86%にのぼった。「将来の備え」ではなく、「現在の治療方針」の決定を ACP とする理解が広くみられ、ACP と共同意思決定が広く混同されている状況が把握された。回答者の約 4 割は、ACP を「積極的な治療を控える結論に至った話し合い」と理解していた。架空事例を用いたシナリオスタディーでは、患者の意思を尊重しようとする姿勢が広く確認された。倫理的概念に関する正しい知識があること、過少な医療によって QOL (quality of life)/QOD (quality of death) が損なわれたことを目撃した経験が、患者の人権を尊重する意思決定支援の独立の関連要因であることが示された。

6) 独居認知症高齢者の新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究

津別町での調査結果に加え、埼玉県鶴ヶ島市及び神奈川県相模原市における個別の実践状況を踏まえた主な知見としては、①フォロワーの「支持者性」と「支援者性」の揺らぎは個人の資質の問題ではなく、社会構造上、生じうるものであ

ること、②フォロワーの「支持者性」を維持するためには、相互牽制機能を担保する仕組み（フォロワーと独立アドボケイトとの協働、権利擁護支援委員会による調整・介入等）の実装が必要であること、③フォロワーが独居認知症高齢者等と語らい、本人の思いを後押しすることで、周囲が本人の意思、選好及び価値観に着目する契機を与える媒介者としての役割を果たし得ること、④「本人の意思の尊重」が自治体の既存評価軸では成果として見えにくいいため、支援付き意思決定の理念の普及啓発及び自治体と実施主体双方の対話を重ねることが不可欠であること等が挙げられる。

7) 身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業のあり方に関する研究

専門家に対する定性調査では、「身寄りのない・独居・認知症高齢者」という表現は民間事業の支援を要する像を示すわかりやすい用語として用いられることに違和感はないこと、時間経過の中で「身寄りのない」「独居」「認知症」の 3つの要素が重なり深刻化した高齢者に対し、総合的な個別評価に基づき「支援が必要」と評価されやすいことが明らかとなった。一般住民に対する定量調査では、急な病気で入院・手術をすることになった場合、手続きなどをしてくれる人としては「親族・友人」が最も多く、老後・その先の希望を叶えてくれる人や、そのための情報を知っている人を事前に決めておくことについて、すでに決めている者が 9 名 (29.0%) いた。その一方で、必要性は認識しているがまだ決めていな

い者が 21 名（67.7%）と半数以上を占めた。

8) 独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究

CM 群 1,182 件、HH 群 996 件の有効回答が得られた。過去 1 年間に独居高齢者への虐待（疑い）事例の担当経験があるとしたのは CM 群 15.3%、HH 群 8.3%であった。経験事例について 239 例の詳細回答が得られ、「認知症の有無が不明」を除くと全体の 83.9%が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（相当）以上であった。回答者自身による通報率は CM 群 68.9%：HH 群 4.2%であり、HH 群では 59.7%がケアマネジャーへの報告を行っていた。また、17.2%が「いずれの立場からも通報等が行われなかった」事例であった。虐待（疑い）事例経験の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った結果、「外部研修の受講経験があること」「虐待防止措置の取組内容に『養護者による高齢者虐待防止』が含まれていること」「担当ケース数が多いこと」などが、当該事例の経験があることに正の影響を示していた。

9) 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握と対策に関する研究

被害事例の分析の結果、訪問販売は新聞や食品、寝具など日常生活に密接に関わる商品を中心に生じていた。また、勧誘状況や契約内容の理解に関する記述は限られており、被害は契約時点では把握されにくく、その後の生活状況の変化や物品の増加を通じて把握される傾向が見られた。さらに、高額商品や複数契約、価格の不透明さといった金銭的特徴もみられた。回避事例

の分析の結果、回避は本人の対応のみで成立するものではなく、第三者の介入や制度・専門機関の活用といった複数の要素が重なる中で成立していた。

10) 独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究

全国の市町村に配置されている認知症地域支援推進員 8,867 名を対象にウェブ調査（悉皆）を実施した結果、過去 1 年間に独居認知症高齢者の行方不明ケースがあった市町村が 33.0%であった。「未発見ケース」があった市町村が 8.2%であり、人口規模が大きいほど高率であり 30 万人以上の都市では 40.7%であった。認知症行方不明者支援の実績を有する有識者 12 名（本人、家族、自治体担当者、ケア関係者）による有識者レビューを 2 回（計 20 時間）実施し討議内容を分析した結果、行方不明の発生時期は、診断前から施設入所後まで 5 段階の幅広い時期に渡ること、発生の背景として生活上の危機と心身状態の増悪があることが可視化された。行方不明に関する既存事業の課題として【実行システム上の課題（5 項目）】と【基盤整備に関する課題（5 項目）】の 2 領域 10 項目に整理・分類され、2 領域を両輪として課題解決を図っていく必要があること、既存事業は家族がいることが前提になっており実行システムが有効に機能するためには本人の権利利益保護の観点にたつてまずは基盤整備の見直し刷新を図ることの重要性が明らかになった。

11) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究

ガイドの改訂版作成にあたって検討す

べき複数の事項を示した。また、独居認知症高齢者の受診の経緯では、「本人が健忘を自覚し、不安を感じ、自発的に受診するパターン」と「別居の家族・親族が気づき、別居の家族・親族に促されて受診するパターン」があること、消費者被害や特殊詐欺、道順障害による行方不明が受診の経緯に認められる場合があることが可視化された。

12) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師及び在宅医療の役割に関する研究

対象となった在宅認知症高齢者 198 名のうち 35.9%が独居だった。同居群との比較で、独居群は経済的困窮者が多く、認知症は軽度であった。また、独居群では訪問介護サービスの利用頻度が高く、日常生活支援ニーズが高いことが示唆された。本人同意のない対応は、身体拘束 5.6%、非同意のケア 34.8%だった。身体拘束の約半数は職場内で対策や地域包括支援センターへの報告がされていた。独居群では、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する本人同意のない対応が多くみられた。

13) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と介護支援専門員の役割に関する研究

研究 1 では、権利は抽象的・多義的で文脈依存적であり、日常的には不利益の実感を契機に認識されること、演繹的判断の限界が示された。研究 2 では、権利侵害は経済的搾取、自己決定侵害、プライバシー侵害、健康・行動制限、セルフネグレクト等に類型化され、構造的課題と限界が示され

た。

14) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究

認知症地域支援推進員の 8 割以上が独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関与しており、そのうちの 57.9%が「介護サービスが必要と考えられたが、介護サービスの利用につながらなかった」、47.8%が「認知症の診断が必要と考えられたが、診断のための医療サービスの利用につながらなかった」、41.7%が「精神的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」、38.9%が「身体的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」、32.1%が「介護サービスでは対応できない生活支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」、29.0%が「社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった」、28.2%が「権利擁護に関する支援（成年後見制度や日常生活自立支援事業など）が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」、20.4%が「経済的な支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」事例を経験していた。上記以外では、独居認知症高齢者の虐待事例について、身体的虐待事例を 15.9%、経済的虐待事例を 14.5%、精神的虐待事例を 12.7%の認知症地域支援推進員が経験し、独居認知症高齢者の消費者被害の事例について、「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など」の被害事例を 13.5%、回避事例を 11.4%の認知症地域支援推進員が経験し、行方不

明発見事例を 16.2%、未発見事例を 2.1%の
認知症地域支援推進員が経験していた。

D. 考察

1) 全国の独居認知症高齢者数の推定と 実態把握に関する研究

本調査における各地域の独居率は、福岡県久山町 14.0%、愛媛県中山町 20.9%、島根県海士町 19.0%、石川県中島町 17.0%と各地域で明らかな差を認めなかったが、独居情報の調査率は福岡県久山町 80.8%、愛媛県中山町 47.9%、島根県海士町 80.8%、石川県中島町 85.7%と愛媛県中山町のみが低かった。独居認知症の有病率に異質性は認めなかったが、独居 MCI の有病率に異質性を認めた要因として、各サイト間の調査率の違いが影響している可能性がある。現在、愛媛県中山町に独居高齢者情報の追加情報を依頼しており、追加情報が得られ次第、再解析して最終報告としたい。

2) 市町村と協働した独居認知症高齢者の 実態把握に関する研究

要介護独居認知症高齢者の出現率ならびに要介護認知症高齢者に占める独居者割合を性別年齢階級別にみると、65-69 歳では男性の方が、85 歳以上では女性の方が約 2~3 倍高かったが、こうした傾向は、A 市の性別年齢階級別にみた高齢者の独居率（母集団）の傾向を反映している可能性が示唆された。国が市町村に求めていること（地域の実情に即した認知症施策推進計画の策定）と、市町村の現状（認知症に関する実態が十分には把握できていない）のギャップを解消するためには、市町村が有する既存データ（性

別年齢階級別人口、世帯、認定）をもとに、本報告書で示した各種指標（認知症高齢者及び独居認知症高齢者の出現率、要介護高齢者に占める認知症高齢者及び独居認知症高齢者の割合など）をまず確認することから始める必要がある。

3) 大都市大規模住宅地域における独居 認知症高齢者の実態把握に関する研 究

地域高齢者調査において未反応者は、複数の健康リスクを有するハイリスク集団である可能性が示された。従来の調査手法ではこれらの対象者が把握されにくい構造的課題が存在する。今後は、訪問を含むアウトリーチ型の調査・支援手法の構築が求められる。

4) 認知症初期集中支援推進事業を利用 する独居認知症高齢者の実態に関す る研究

虐待や消費者被害にあった者は少なかったが、これらに関する対応は地域包括支援センターが担っている場合が多いことを反映したものと考えられる。消費者被害にあった女性のうち、75%が独居であったことを考えると独居者の消費者被害を防ぐ必要性が示された。支援終了時に自宅での生活を継続できていた独居の男性が少ないことは、独居で認知症または認知症が疑われる男性が自宅での生活を継続する難しさを示しているものと思われる。認知症初期集中支援事業の対象者のうち 3-4 割が独居であることが判明した。そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことが示された。

5) 複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究

わが国における意思決定支援の実践において、政策の進展に比して、医療従事者の法的・倫理的理解が十分に共有されていない現状を明らかにした。患者の意思を尊重しようとする姿勢は広く認められるものの、ACP や医療同意に関する概念の誤解が、意思決定支援を手続き的なものにとどめるリスクが示唆された。患者の人権を基盤とした意思決定支援を実現するためには、法制度の理解、倫理的概念の明確化、そして臨床経験に基づく省察を統合した教育の推進が不可欠である。とりわけ、ACP を単なる治療制限の合意形成の手段としてではなく、患者の価値観に基づく意思決定を支える継続的な対話のプロセスとして位置づけることが重要である。今後、制度的整備と並行して、医療従事者間で共有可能な概念的基盤の確立と、多職種連携による実践的な意思決定支援体制の構築が求められる。これにより、意思決定支援が真に患者の権利を擁護する営みとして機能することが期待される。

6) 独居認知症高齢者の新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究

令和 8 年度には倫理審査申請を経た上で、津別町・鶴ヶ島市等でのアンケート再調査（対極的項目の追加・項目の絞り込みを含む）、ヒアリング、独立アドボケートらの協力による研究シート提出等を通じたデータ収集・分析を行い、フォローの内面の変化と実際の支援行動の変化を組み合わせた統合的分析により課題解決の方策を検討した上で、令和 9 年度に自治体

向けガイドライン・普及マニュアルへの反映作業を行う予定である。

7) 身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業のあり方に関する研究

民間事業の活用を促すためには、健常時から備えの必要性を訴求するとともに、民間事業を活用する費用を確保するための多角的な支援により、民間事業による支援対象を拡大する取り組みも必要である。

8) 独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究

ケアマネジャー及び訪問介護員は、独居認知症高齢者に対し虐待が行われている可能性がある事例を一定程度経験しており、発見・対応に重要な役割を占めていることが示唆された。また、外部研修の受講や虐待防止措置の取組に養護者による虐待に関する内容を明確に含めることなど、適切な対応に資すると思われる要因や課題も抽出された。

9) 独居認知症高齢者の消費者被害の実態把握と対策に関する研究

本研究により、強引な訪問販売による被害は契約時点では把握されにくく事後的に把握される特徴を有すること、また回避は第三者の関与や支援関係の中で成立する特徴を有することが明らかとなった。今後は、他の被害類型についても同様の観点から分析を行い、被害および回避の特徴の比較を進めていく必要がある。

10) 独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究

次年度は、人口規模別の市町村において、発生実態及び既存事業の課題の明確化と解消策に関する実地調査を行い、独居認知

症高齢者等の行方不明の解決を促進する事業モデルの取組事項を明らかにすることを目標とする。

11) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究

独居認知症高齢者 10 例（すべて女性）に限定して、受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名、初診時の同伴者にフォーカスをあてた分析を行ったが、この段階でも権利利益の保護という観点から特筆すべき事項があることを示唆された。

12) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師及び在宅医療の役割に関する研究

認知症高齢者の日常生活において行動制限を含む対応は健康・安全の確保のために必要な場合もあるが、同意がないまま、または拒否にも関わらず行われることは、本人の尊厳や権利の侵害につながりうる。独居認知症高齢者に対して、生活支援を充実していくとともに、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動について本人の意思を尊重した意思決定支援を丁寧に行うことが重要である。

13) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と介護支援専門員の役割に関する研究

ケアマネジャーの実践では具体的事象から権利侵害を把握する帰納的プロセスが中心である。ガイドライン作成にあたっては、初任者も理解し実践可能とするための権利擁護に関する歴史・制度理解等、教育的内容と、それを理解に落とし込む具体的な事例も含めた構成が必要である。

14) 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究

独居認知症高齢者の権利侵害の構造を検討するために、事例の質的分析とヒアリング調査を行うことが次年度の目標である。

E. 結論

- 1) 全国の独居認知症高齢者・MCI 高齢者の推計有病率は 5.08%、14.28%（暫定値）である（独居 MCI 高齢者の有病率には地域間での異質性がある）。
- 2) 地域の実情に即した認知症施策推進計画を策定するためには、市町村が有する既存データをもとに、認知症高齢者及び独居認知症高齢者の出現率、要介護高齢者に占める認知症高齢者及び独居認知症高齢者の割合等を確認する必要がある。
- 3) 地域高齢者調査において未反応者は、複数の健康リスクを有するハイリスク集団である可能性がある。
- 4) 認知症初期集中支援事業の対象者のうち 3-4 割が独居であり、そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しい傾向ある。
- 5) わが国における意思決定支援の実践において、医療従事者の法的・倫理的理解が十分に共有されていない。
- 6) フォロワーシステムにおける「支持者性の維持」は制度設計の問題であり、個人の資質のみに依拠させることは構造的に困難である。
- 7) 民間の高齢者終身サポート事業が支

援する高齢者像は「身寄りのない独居認知症高齢者」である。

- 8) ケアマネジャー及び訪問介護員は、独居認知症高齢者に対して虐待が行われている可能性がある事例を業務の中で一定程度経験しており、その発見や法に基づく通報において重要な役割を果たし得る。
- 9) 独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売被害の取引対象となる商品・サービスは、新聞、食品、寝具、家庭用品など日常生活に関連するものが中心である。被害は一回限りの購入のみならず、複数契約や継続的契約として生じる傾向がある。
- 10) 過去 1 年間に独居認知症高齢者等の行方不明ケースの発見例を市町村の 3 割強、未発見例を市町村の 1 割近くが経験している。
- 11) 認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者は、受診までの経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる多様な課題に直面している。
- 12) 独居認知症高齢者に対する訪問看護の実践では、生活支援の充実とともに、本人の意思を尊重した意思決定支援を通じて、本人同意のない対応を最小化することが大切である。
- 13) ケアマネジャーは具体的事象を通して権利侵害を認識する。独居認知症高齢者の権利侵害に関する具体的事業は、①経済的搾取および財産権の侵害、②自己決定権および尊厳の侵害、③プライバシー及び名誉の侵害、④身体的・精神的健康に関わる権利

侵害と行動・嗜好の制限、⑤セルフネグレクトおよび地域社会・制度の構造的課題による不利益、に類型化される。

- 14) 認知症地域支援推進員は、相談支援・個別支援を通して、認知症の診断／精神的・身体的健康問題に対する医療／介護・生活支援／権利擁護支援／経済支援についてアンメットニーズの状況にある独居認知症高齢者の事例、地域社会の中で虐待／消費者被害／行方不明／社会的孤立に直面している独居認知症高齢者の事例を経験している。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ohara T, Minohara T, Nakazawa T, Oishi E, Furuta Y, Sakata S, Honda T, Shibata M, Hata J, Nakao T, Ninomiya T. Thirty-seven-year trends in the prevalence, incidence, and prognosis of dementia in a Japanese community: the Hisayama study. *Alzheimers Res Ther* 2025; 17:264
- 2) Takabatake K, Ohara T, Minohara T, Nakazawa T, Oishi E, Furuta Y, Sakata S, Shibata M, Nakao T, Ninomiya T. Short-term and long-term reversion rates to normal cognition and their contributing factors among individuals with

- mild cognitive impairment in a Japanese community: the Hisayama Study. *BMC Geriatr* 2025; 25:1042
- 3) Kuzuya A, Ohara T, Akamatsu N. Pathogenesis of comorbid epilepsy in Alzheimer's disease and use of perampanel, an AMPA receptor inhibitor. *Expert Rev Neurother* 2025; 25:1399-1409
 - 4) Meng X, Ohara T, Nishioka K, Shibata M, Katsube M, Tateishi N, Nakamura Y, Oishi E, Sakata S, Furuta Y, Nakao T, Ninomiya T. Serum ergothioneine and risk of dementia in a general older Japanese population: the Hisayama Study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79:808-816
 - 5) Mashima T, Oishi E, Honda T, Hata J, Minohara T, Ohara T, Nakao T, Kitazono T, Yamaura K, Ninomiya T. QT Interval Prolongation and Dementia in a General Japanese Population: the Hisayama Study. *J Atheroscler Thromb* 2025; 32:1601-1612
 - 6) Taira J, Kawatoko K, Takamatsu D, Shiota M, Ogata H, Hata J, Oishi E, Sakata S, Furuta Y, Shibata M, Ohara T, Oda Y, Eto M, Ninomiya T. Secular Trends in the Prevalence of Total and Latent Prostate Cancer over Half a Century According to Consecutive Autopsy Cases in a Japanese community: The Hisayama Study. *Eur Urol Open Sci* 2025; 78:9-15
 - 7) Ishizuka N, Akasaka H, Sato M, Sato Y, Hosokawa K, Takahashi J, Yonezawa H, Terayama Y, Ohara T, Honda T, Shibata M, Hata J, Tatewaki Y, Taki Y, Mikami T, Ono K, Mimura M, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T, Maeda T, Japan Prospective Studies Collaboration for A, Dementia study g. Differential brain volume between obese and underweight cognitively normal older adults with frailty in the JPSC-AD. *Sci Rep* 2025; 15:19702
 - 8) Minohara T, Ohara T, Nakazawa T, Hirabayashi N, Furuta Y, Shibata M, Hata J, Kitazono T, Nakao T, Ninomiya T. Association of impaired olfactory identification with prevalent mild cognitive impairment and regional brain atrophy: the Hisayama Study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79:370-377
 - 9) Shibata S, Noguchi-Shinohara M, Shima A, Ozaki T, Usui Y, Taki Y, Uchida K, Honda T, Hata J, Ohara T, Mikami T, Maeda T, Mimura M, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T, Ono K, Japan Prospective Studies Collaboration for A, Dementia study g. Green tea consumption and cerebral white matter lesions in community-dwelling older adults without

- dementia. NPJ Sci Food 2025; 9:2
- 10) Tajimi T, Hirabayashi N, Furuta Y, Nakazawa T, Honda T, Hata J, Ohara T, Shibata M, Kitazono T, Nakashima Y, Ninomiya T. Association of sarcopenia with regional brain atrophy and white matter lesions in a general older population: the Hisayama Study. *Geroscience* 2025; 47:1187-1198
 - 11) Okamura T, Ura C, Inagaki H, Awata S. Unmet Diagnostic Needs for Dementia as a Marker of Unmet Needs Clustering. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2026 Mar;41(3):e70203. doi: 10.1002/gps.70203. PMID: 41782398.
 - 12) 武田章敬. セミナー 抗A β 抗体薬の登場によって変わるもの・変わらないもの「抗A β 抗体療法時代の専門外来の診療フローとかかりつけ医の役割」. *内科総合誌 Medical Practice* 42(5): 689-693, 2025.
 - 13) 武田章敬. 連載 今から準備 長く働く心身づくりのヒケツ, 第9回「認知症とは～症状や原因, 治療などの基礎知識」. *安全衛生のひろば* 66(9):36-37, 2025, 中央労働災害防止協会.
 - 14) 武田章敬. 「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及. 公益財団法人長寿科学振興財団WEB版機関誌「Aging & Health」 2025年115号10月配信 (第34巻第3号) 秋号, p 16-20
 - 15) 武田章敬. これからの認知症医療の方向性. *The Curator of Neurocognitive Disorders* 3(1):30-35, 2026.
 - 16) Ito K, Okamura T: Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. *Front Psychiatry*.2025. 16:1504753.
 - 17) 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*.2025. 20(1):e0317911.
 - 18) Ito K, Hong N, Wang H: Understanding Autonomy in End-of-Life Dementia Care: Cultural and Ethical Perspectives from Japan. *Asia Pacific Psychiatry*.2026. 18:e70015.
 - 19) 4. Ito K, Tsuda S, Shimizu K, Iwakiri R, Nakajima G, Hida A, et al.: Advance care planning in Japan: Gaps between policy, ethical understanding, and its translation into clinical practice. *Palliat Care Soc Pract*.2026. 20:26323524251413285.
 - 20) 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*. 2025. 43(suppl.):175-80.
 - 21) 井藤佳恵: 老年期の妄想と社会的孤立. *生存科学*. 2025. 35(1):23-33.
 - 22) 井藤佳恵: 認知症のある人を診療する医師が備えておきたい臨床倫理の基礎知識. *精神科治療学*. 2025.

- 40(3):235-40.
- 23) 井藤佳恵：意思決定能力が不十分な人が医療上の意思決定に参加することの意味．法と精神医療.2025. 39:81-93（総説、査読なし）．
 - 24) 井藤佳恵，成本迅：認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題．Dementia Japan.2025. 39(3):377-8.
 - 25) 吉川悠貴：老年精神科医のための知っておきたい社会資源と法令の知識〈14〉虐待防止，老年精神医学雑誌；36(5)：467-474，2025
 - 26) 吉川悠貴：これからの認知症施策を考える〈4〉認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成，Curator of Neurocognitive Disorders；3(1)：36-39，2026
 - 27) 齊藤葉子，松本博成，吉江悟，相田里香，森澤拓，栗田主一：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・特殊詐欺および不適切な取引に焦点をあてて．老年精神医学雑誌.2025. 36（10）:961-971.
 - 28) Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K. Supporting independent living among individuals with dementia who live alone: a qualitative study with home-visit nurses. J Adv Nurs. 2026;82(3):2357-2366.
 - 29) 栗田主一：認知症施策推進基本計画：論点と概要．The Curator of Neurocognitive Disorders2(1)：50-52，2025.
 - 30) 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と認知症施策推進基本計画．社会福祉研究(0286-2980)152号 Page4-11(2025.04)
 - 31) 栗田主一：認知症基本法の制定と共生社会の推進．日本臨床，83(6)，877-883．2025.
 - 32) 栗田主一：共生社会の実現をめざす「認知症施策推進基本計画」．健康づくり．N569，1-6，2025.
 - 33) Kikuchi K, Oguchi 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. 2025May;25(3):e70022. doi:10.1111/psyg.70022.
- ## 2. 学会発表
- 1) 小原知之、二宮利治：地域高齢住民における血漿バイオマーカーおよび脳萎縮や白質病変が認知症発症に与える影響：久山町研究．第66回日本神経学会 シンポジウム，2025.5.24，大阪市
 - 2) 小原知之：どの様な軽度認知障害に気がつけば良いのか．第68回日本糖尿病学会（ランチョンセミナー），2025.5.30，岡山市
 - 3) 小原知之、二宮利治：福岡県久山町における脳ドック検診：久山町研究．第34回日本脳ドック学会 シンポジウム，2025.6.27，東京都
 - 4) 小原知之：安全かつ効果的な抗アミロイドβ抗体薬治療に必要なもの．第67回日本老年医学会（ランチョンセミナー），2025.6.28，千葉市

- 5) 小原知之、二宮利治：高齢者抗 A β 療法における情報提供と医療連携のあり方．第 67 回日本老年医学会 シンポジウム，2025. 6. 29，千葉市
- 6) 小原知之：認知症の発症リスク低減に必要なもの．第 40 回日本老年精神医学会 教育講演，2025. 9. 26，金沢市
- 7) 小原知之：睡眠を通じたウェルビーイング向上に必要なもの．第 40 回日本老年精神医学会 シンポジウム，2025. 9. 26，金沢市
- 8) 小原知之：抗 A β 抗体治療薬治療における共同意思決定の実際と課題．第 40 回日本老年精神医学会 シンポジウム，2025. 9. 27，金沢市
- 9) Tomoyuki Ohara, Kaishi Takabatake, Tomohiro Nakao. Trends in sleep medication prescriptions and the incidence of falls, delirium, and self-removal of drains and tubes over a 3-year period among 15,721 patients at Kyushu University Hospital. World Congress of Psychiatry 2025, Oral presentation, 2025. 10. 7, Prague
- 10) 小原知之：アルツハイマー病に負けない．第 32 回日本未病学会学術集会（ランチョンセミナー），2025. 11. 16，福岡市
- 11) 小原知之：老年期うつ病の治療．第 77 回九州精神神経学会（ランチョンセミナー），2025. 11. 27，佐賀市
- 12) 小原知之：安全性を重視した高齢者不眠症の治療戦略．第 77 回九州精神神経学会（ランチョンセミナー），2025. 11. 28，佐賀市
- 13) 小原知之：認知症者の睡眠問題を考える：ウェルビーイング向上を目指して．第 44 回日本社会精神医学会（ランチョンセミナー），2026. 3. 5，宇都宮市
- 14) 武田章敬他．当センターもの忘れ外来受診から抗アミロイド β 抗体薬治療までの流れ．第 44 回日本認知症学会学術集会，2025 年 11 月 21 日，新潟市．
- 15) 武田章敬：シンポジウム 23，認知症のための保健医療サービス提供体制の整備．第 44 回日本認知症学会学術集会，2025 年 11 月 22 日，新潟市．
- 16) 武田章敬：長寿研特別シンポジウム，認知症の人と家族をどう支えるか．第 49 回日本高次脳機能学会学術総会，2025 年 11 月 15 日，名古屋市．
- 17) Ito K, MAiD, Capacity, and Clinical Ethics in Geriatric Psychiatry: Rethinking Autonomy from a Japanese Perspective. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025. 6. 25; Online.
- 18) Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Navigating Ethical and Cultural Tensions in End-of-Life Care in Japan. 2025 IPA (International Psychogeriatrics Association) International Congress Workshop: Mental Health, Human Rights, and Dignity at the End of Life: Is Now the Time for Global Action?;

- 2025.9.25; Kanazawa.
- 19) Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Ethical and Sociological Dimensions of End-of-Life Care in Japan. PRCP (Pacific Rim College of Psychiatrists) & WACP (World Association of Cultural Psychiatry) Joint Congress 2025 Symposium: Community care for dementia patients; 2025.9.28; Tokyo.
 - 20) Ito K, Changing Perspectives on Long-Term Care: Perspective from Japan. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.11.26; Online.
 - 21) 井藤佳恵, 認知症とともに生きる人の意思決定への関わり. 第34回日本老年学会総会 合同シンポジウム【認知症を再考する・共生と予防を深化させるために】; 2025.6.27; 幕張メッセ.
 - 22) 吉川悠貴: 認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成, 第44回日本認知症学会学術集会 シンポジウム23, 2025.11.26
 - 23) 栗田主一: 認知症施策推進基本計画について, 紐解く. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (認知症ケア賞特別講演).
 - 24) 栗田主一: 「認知症施策推進基本計画」策定過程の議論がもたらすものは何か. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (特別講演).
 - 25) 齊藤葉子, 吉江悟, 松本博成, 相田里香, 森澤拓, 栗田主一: 独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査 強引な訪問販売・リフォーム詐欺, 特殊詐欺やその他不適切な取引. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (ポスター).
 - 26) 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一: 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の取り組み状況の変化. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (ポスター).
 - 27) 扇澤史子, 木村陽子, 岡本一枝, 今村陽子, 佐々木知輝, 畠山啓, 大森佑貴, 古田光, 岩田淳, 栗田主一: 急性期病院の認知症ケアチームの介入頻度および取り組みの充実の効果. 認知症ケア加算対象患者の身体拘束率の推移による検証. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (ポスター).
 - 28) 栗田主一: 認知症基本法と今後の認知症施策の方向性. 第67回日本老年医学会, 2025.6.27-6.29, 千葉幕張 (教育講演).
 - 29) 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と新しい認知症観. 日本老年歯科医学. オンラインLive研修会「認知症と向き合う研修会」, 2025.10.15 (お案ライン)
 - 30) Ikeuchi T, Kikuchi K, Awata S: Incidence of Missing Persons with Dementia Living Alone and Not Living Alone: Findings from a Municipal Survey in Japan. The 2025 International Congress of the International Psychogeriatric

Association (IPA), Kanazawa, Japan.
September 25-27, 2025 (Symposium).

- 31) Kumiko Nagata, Yumiko Komori,
Kenji Hanada, Atsushi Kawabata,
Kazunori Kikuchi, Shuichi Awata :
What are the current challenges
surrounding missing persons with
dementia living alone? ~ An
exploratory research based on an
expert review in Japan~, Global
Conference of Alzheimer' s Disease
International , 37th, 2026 (Lyon).
- 32) Tsuda S, Nakajima T, Ito K,
Nakashima T, Nakamura Y, Awata S.
Consensus-based practical guide
for home-visit nurses to support
the independence of people with
dementia living alone: a Delphi
study. IPA Congress 2025. Kanazawa,
Japan. Sep 25-27, 2025.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

全国の独居認知症高齢者数の推定と実態把握に関する研究

研究分担者 小原知之 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 准教授

研究要旨

わが国の4地域で実施された認知症と軽度認知障害（MCI）の悉皆調査の成績を用いて、2022年のわが国における独居認知症高齢者および独居MCI高齢者数を推計した。対象は福岡県久山町、石川県中島町、島根県海士町、愛媛県中山町の65歳以上独居住民計904人である。認知症・MCIは標準化された2段階調査により診断し、2022年の全国人口分布で性年齢調整した。また、各地域の性年齢調整後有病率、年齢階級別有病率の統合には変量効果モデルを用いた。その結果、独居認知症の有病率は5.08%、独居MCIの有病率は14.28%であり、その推計数はそれぞれ55.1万人、125.6万人であった。一方、独居MCIでは地域間異質性が認められ、その要因として独居情報調査率のばらつきが示唆された。

A. 研究目的

「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究：Japan Prospective Studies Collaboration for Aging and Dementia（JPSC-AD）研究」では、わが国の8地域（福岡県糟屋郡久山町、青森県弘前市、岩手県紫波郡矢巾町、石川県七尾市中島町、東京都荒川区、島根県隠岐郡海士町、愛媛県伊予市中山町、熊本県荒尾市）の地域高齢住民を対象に、予め標準化された調査項目や測定方法、認知症診断を用いた認知症の疫学研究が進行中である。この研究では、2022年から2023年にかけて2022年度に、上述の8地域のうち福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町の4地域の65歳以上の住民を対象に認知症と軽度認知障害（MCI）の有

病率の地域悉皆調査が行われた。これらの成績は2022年におけるわが国の認知症及びMCIの有病率に活用された¹⁾。

本研究では、上述した4地域の悉皆調査の成績を用いて全国の独居認知機能低下高齢者（独居認知症高齢者及び独居MCI高齢者）数を推定する。

B. 研究方法

1) 調査地域と調査対象者

福岡県糟屋郡久山町、石川県七尾市中島町、島根県隠岐郡海士町、愛媛県伊予市中山町の65歳以上で単身生活をしている独居地域住民計904人（久山町261人、中島町351人、海士町140人、中山町152人）。

2) 認知症と MCI の診断方法

① 認知症の診断は 2 段階方式で行った。一次調査では、研究対象者に対して神経心理学的検査を用いた認知機能に関する面接調査を実施した。面接調査はトレーニングを受けた医師・保健師・看護師・心理士等が実施した。

② 一次調査では、Mini-Mental State Examination (MMSE) およびダブルペンダゴンと立方体の模写を用いた調査を実施し、認知機能低下疑いの有無のスクリーニングを実施した。

1 次調査で認知機能低下が疑われる者に対しては、精神科・脳神経内科専門医による 2 次調査を行い、本人の診察、家族・主治医との面接、臨床記録、Logical memory IIa subscale of Wechsler Memory Scale-Revised の結果を通じて認知症および MCI の有無と重症度、病型を評価した。認知症と MCI の診断基準にはそれぞれ DSM-III-R、Petersen の基準 (Petersen RC et al, Neurology, 2001) を用いた¹⁾。

3) 統計解析

① 性年齢調整後の独居認知症と独居 MCI の有病率は 2022 年の日本全国の 65 歳以上の性別、5 歳階級別の人口分布を基準人口とし、直接法を用いて算出した。

② 各地域の性年齢調整後有病率、年齢階級別有病率の統合には変量効果モデル (Dersimonian-Laird 法) を用いた。

③ 調査率と性年齢調整後有病率の関係の検討には、メタ回帰分析 (変量効果) を用いた。

④ 独居認知症と独居 MCI の患者数は、2022 年の統合した性年齢階級別有病率に 2022 年度のわが国の世帯主の男女・5 歳

階級別家族類型別一般世帯数の年齢階級別人口分布 (国立社会保障・人口問題研究所) をかけて算出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、2021 年 3 月 23 日に文部科学省・厚生労働省・経済産業省より公表された「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に則って、九州大学医学部倫理委員会および調査委託先の大学の倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

1) 各地域の調査状況

表 1 に各地域の調査状況を示す。4 地域での調査率に明らかな差は認めなかったが、独居情報の調査率に関しては、愛媛県中山町のみが既存の情報では独居情報調査率が 47.9%とその他の地域と比べ低かった。

2) 独居認知症の有病率

表 2 に各地域の性年齢階級別にみた独居認知症の有病率を示す。各サイトとも人口の高齢化に伴い粗有病率が男女ともに高くなる傾向が認められた。続いて、2022 年のわが国の人口分布を基準人口として用いて、各地域の独居認知症の性年齢調整後有病率を算出した (図 1)。その結果、福岡県久山町 5.41%、愛媛県中山町 6.74%、島根県海士町 9.02%、石川県中島町 3.43%だった。変量効果モデルを用いて各地域の独居認知症有病率 (性年齢調整後) を統合したところ、独居認知症の性年齢調整後有病率は 5.08% (95%CI 3.09-7.06%) であった。4 サイトにおける異質性は認めなかった ($I^2=17.68\%$)。また、性年齢階級別にみた独居認知症の有病率は、加齢に伴い上昇傾向を認めた。男女別にみると、84 歳までは男

女間で明らかな有病率の差を認めなかったが、85歳以上は女性の方が男性より高かった（図2）。

3) 独居 MCI の有病率

表3に各地域の性年齢階級別にみた独居 MCI の有病率を示す。次に、変量効果モデルを用いて統合後の独居 MCI の有病率（性年齢調整後）を算出したところ、14.28% (95% CI 9.31-19.26%) だった、しかし、4地域間で独居 MCI 有病率にバラツキが認められ、 I^2 は68.9%と異質性を認めた（図3）。上述した4地域における性年齢階級別の MCI 有病率は、男性の方が女性より高く、加齢に伴い上昇傾向を認めた（図4）。

4) 独居認知症、および独居 MCI 者推計数

最後に、図2および図4に示した性年齢階級別にみた独居認知症および独居 MCI の有病率と国立社会保障・人口問題研究所により算出された日本の推計人口を用いて、わが国における独居認知症者数および独居 MCI 者数を推計した。その結果、2022年における独居の認知症者数および MCI 者数は、55.1 (95%CI 32.9-80.3) 万人、125.6 (95% CI 81.4-169.9) 万人と推計された。

D. 考察

本調査の結果、2022-2023年度に調査率80%以上の認知症の地域悉皆調査を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において、独居認知症の有病率（性年齢調整後）は5.08%、独居 MCI の有病率（性年齢調整後）は、14.28%であり、独居認知症の患者数は55.1万人、独居 MCI 者数は125.6万人と推計された。

本調査における各地域の独居率は、福岡

県久山町14.0%、愛媛県中山町20.9%、島根県海士町19.0%、石川県中島町17.0%と各地域で明らかな差を認めなかったが、独居情報の調査率は福岡県久山町80.8%、愛媛県中山町47.9%、島根県海士町80.8%、石川県中島町85.7%と愛媛県中山町のみが低かった。独居認知症の有病率に異質性は認めなかったが、独居 MCI の有病率に異質性を認めた要因として、各サイト間の調査率の違いが影響している可能性がある。現在、愛媛県中山町に独居高齢者情報の追加情報を依頼しており、追加情報が得られ次第、再解析して最終報告としたい。

E. 結論

わが国における2022年の独居認知症および独居 MCI の有病率はそれぞれ5.08%、14.28%であり、その推計数は独居認知症者55.1万人、独居 MCI 者125.6万人だった。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ohara T, Minohara T, Nakazawa T, Oishi E, Furuta Y, Sakata S, Honda T, Shibata M, Hata J, Nakao T, Ninomiya T. Thirty-seven-year trends in the prevalence, incidence, and prognosis of dementia in a Japanese community: the Hisayama study. *Alzheimers Res Ther* 2025; 17:264
2. Takabatake K, Ohara T, Minohara T, Nakazawa T, Oishi E, Furuta Y, Sakata S, Shibata M, Nakao T,

- Ninomiya T. Short-term and long-term reversion rates to normal cognition and their contributing factors among individuals with mild cognitive impairment in a Japanese community: the Hisayama Study. *BMC Geriatr* 2025; 25:1042
3. Kuzuya A, Ohara T, Akamatsu N. Pathogenesis of comorbid epilepsy in Alzheimer's disease and use of perampanel, an AMPA receptor inhibitor. *Expert Rev Neurother* 2025; 25:1399-1409
 4. Meng X, Ohara T, Nishioka K, Shibata M, Katsube M, Tateishi N, Nakamura Y, Oishi E, Sakata S, Furuta Y, Nakao T, Ninomiya T. Serum ergothioneine and risk of dementia in a general older Japanese population: the Hisayama Study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79:808-816
 5. Mashima T, Oishi E, Honda T, Hata J, Minohara T, Ohara T, Nakao T, Kitazono T, Yamaura K, Ninomiya T. QT Interval Prolongation and Dementia in a General Japanese Population: the Hisayama Study. *J Atheroscler Thromb* 2025; 32:1601-1612
 6. Taira J, Kawatoko K, Takamatsu D, Shiota M, Ogata H, Hata J, Oishi E, Sakata S, Furuta Y, Shibata M, Ohara T, Oda Y, Eto M, Ninomiya T. Secular Trends in the Prevalence of Total and Latent Prostate Cancer over Half a Century According to Consecutive Autopsy Cases in a Japanese community: The Hisayama Study. *Eur Urol Open Sci* 2025; 78:9-15
 7. Ishizuka N, Akasaka H, Sato M, Sato Y, Hosokawa K, Takahashi J, Yonezawa H, Terayama Y, Ohara T, Honda T, Shibata M, Hata J, Tatewaki Y, Taki Y, Mikami T, Ono K, Mimura M, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T, Maeda T, Japan Prospective Studies Collaboration for A, Dementia study g. Differential brain volume between obese and underweight cognitively normal older adults with frailty in the JPSC-AD. *Sci Rep* 2025; 15:19702
 8. Minohara T, Ohara T, Nakazawa T, Hirabayashi N, Furuta Y, Shibata M, Hata J, Kitazono T, Nakao T, Ninomiya T. Association of impaired olfactory identification with prevalent mild cognitive impairment and regional brain atrophy: the Hisayama Study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79:370-377
 9. Shibata S, Noguchi-Shinohara M, Shima A, Ozaki T, Usui Y, Taki Y, Uchida K, Honda T, Hata J, Ohara T, Mikami T, Maeda T, Mimura M, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T, Ono K, Japan Prospective Studies Collaboration for A, Dementia study g. Green tea consumption and cerebral white matter lesions in community-

- dwelling older adults without dementia. NPJ Sci Food 2025; 9:2
10. Tajimi T, Hirabayashi N, Furuta Y, Nakazawa T, Honda T, Hata J, Ohara T, Shibata M, Kitazono T, Nakashima Y, Ninomiya T. Association of sarcopenia with regional brain atrophy and white matter lesions in a general older population: the Hisayama Study. Geroscience 2025; 47:1187-1198
 2. 学会発表
 1. 小原知之、二宮利治：地域高齢住民における血漿バイオマーカーおよび脳萎縮や白質病変が認知症発症に与える影響：久山町研究. 第 66 回日本神経学会 シンポジウム, 2025. 5. 24, 大阪市
 2. 小原知之： どの様な軽度認知障害に気がつければ良いのか. 第 68 回日本糖尿病学会(ランチョンセミナー), 2025. 5. 30, 岡山市
 3. 小原知之、二宮利治：福岡県久山町における脳ドック検診：久山町研究. 第 34 回日本脳ドック学会 シンポジウム, 2025. 6. 27, 東京都
 4. 小原知之： 安全かつ効果的な抗アミロイドβ抗体薬治療に必要なもの. 第 67 回日本老年医学会(ランチョンセミナー), 2025. 6. 28, 千葉市
 5. 小原知之、二宮利治：高齢者抗 Aβ療法における情報提供と医療連携のあり方. 第 67 回日本老年医学会 シンポジウム, 2025. 6. 29, 千葉市
 6. 小原知之： 認知症の発症リスク低減に必要なもの. 第 40 回日本老年精神医学会 教育講演, 2025. 9. 26, 金沢市
 7. 小原知之： 睡眠を通じたウェルビーイング向上に必要なもの. 第 40 回日本老年精神医学会 シンポジウム, 2025. 9. 26, 金沢市
 8. 小原知之： 抗 Aβ抗体治療薬治療における共同意思決定の実際と課題. 第 40 回日本老年精神医学会 シンポジウム, 2025. 9. 27, 金沢市
 9. Tomoyuki Ohara, Kaishi Takabatake, Tomohiro Nakao. Trends in sleep medication prescriptions and the incidence of falls, delirium, and self-removal of drains and tubes over a 3-year period among 15,721 patients at Kyushu University Hospital. World Congress of Psychiatry 2025, Oral presentation, 2025. 10. 7, Prague
 10. 小原知之： アルツハイマー病に負けない. 第 32 回日本未病学会学術集会 (ランチョンセミナー), 2025. 11. 16, 福岡市
 11. 小原知之： 老年期うつ病の治療. 第 77 回九州精神神経学会(ランチョンセミナー), 2025. 11. 27, 佐賀市
 12. 小原知之： 安全性を重視した高齢者不眠症の治療戦略. 第 77 回九州精神神経学会 (ランチョンセミナー), 2025. 11. 28, 佐賀市
 13. 小原知之： 認知症者の睡眠問題を考える：ウェルビーイング向上を目指して. 第 44 回日本社会精神医学会 (ランチョンセミナー), 2026. 3. 5, 宇都宮市

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) 令和 5 年度 厚生労働省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調査並びに将来推計に関する研究

表1. 各地域の認知症調査状況

地域	福岡県 久山町	石川県 中島町	愛媛県 中山町	島根県 海士町
調査方法	悉皆調査	悉皆調査	悉皆調査	悉皆調査
調査期間(年度)	2022-2023	2022-2023	2022-2023	2022-2023
調査対象者数(人)	2,421	2,360	1,464	898
調査完了者数(人)	2,302	2,060	1,430	883
調査率(%)	95.1	87.3	97.7	98.3
平均年齢(歳)	76.3	77.2	77.7	77.3
女性(%)	57.4	57.4	55.2	55.0
独居情報調査率(%)	80.8	85.7	47.9	80.8

表2: 各地域の性・年齢階級別にみた独居認知症有病率
(2022-2023年度、調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)

年齢階級(歳)	男女			男			女		
	認知症者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)	認知症者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)	認知症者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)
福岡県久山町									
65-69	0	41	0.0	0	22	0.0	0	19	0.0
70-74	2	60	3.3	1	24	4.2	1	36	2.8
75-79	3	59	5.1	0	18	0.0	3	41	7.3
80-84	4	50	8.0	2	12	16.7	2	38	5.3
85-89	5	32	15.6	1	7	14.3	4	25	16.0
90-	5	19	26.3	1	4	25.0	4	15	26.7
愛媛県中山町									
65-69	0	11	0.0	0	9	0.0	0	2	0.0
70-74	0	30	0.0	0	18	0.0	0	12	0.0
75-79	4	21	19.0	0	6	0.0	4	15	26.7
80-84	3	31	9.7	1	11	9.1	2	20	10.0
85-89	9	44	20.5	1	11	9.1	8	33	24.2
90-	3	15	20.0	1	6	16.7	2	9	22.2
島根県海士町									
65-69	0	19	0.0	0	10	0.0	0	9	0.0
70-74	1	37	2.7	1	20	5.0	0	17	0.0
75-79	1	26	3.8	0	7	0.0	1	19	5.3
80-84	2	22	9.1	1	2	50.0	1	20	5.0
85-89	6	21	28.6	2	5	40.0	4	16	25.0
90-	4	15	26.7	2	5	40.0	2	10	20.0
石川県中島町									
65-69	0	70	0.0	0	40	0.0	0	30	0.0
70-74	0	75	0.0	0	31	0.0	0	44	0.0
75-79	2	57	3.5	2	14	14.3	0	43	0.0
80-84	3	66	4.5	0	12	0.0	3	54	5.6
85-89	9	54	16.7	1	13	7.7	8	41	19.5
90-	8	29	27.6	0	6	0.0	8	23	34.8

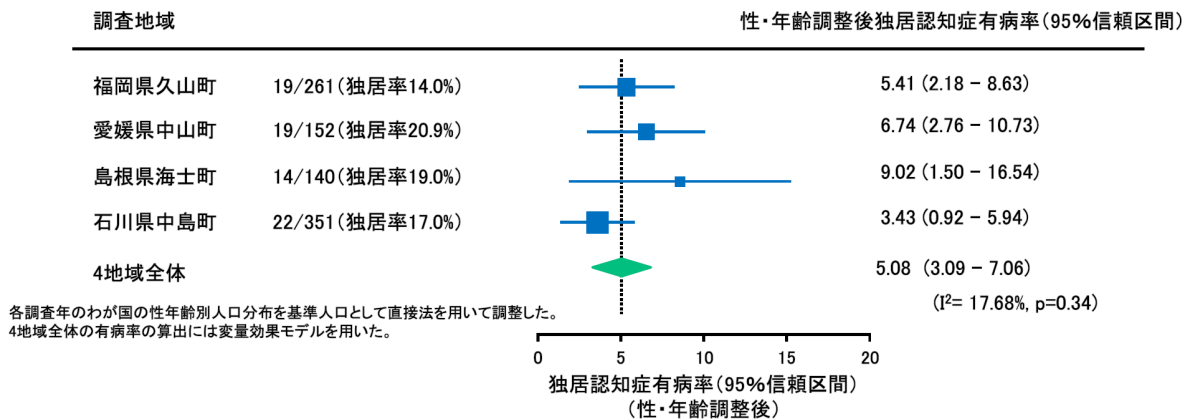
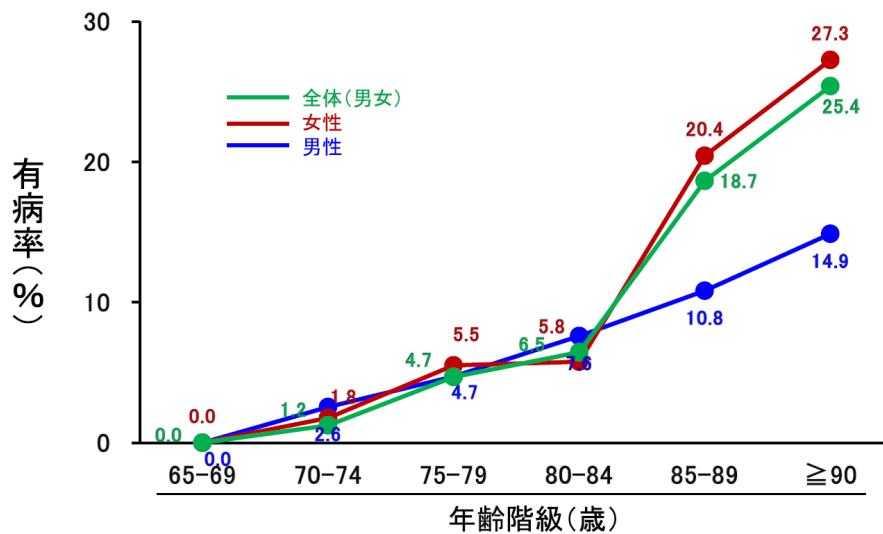


図1: 2022-2023年調査における独居認知症の有病率(性年齢調整後)
(調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)



4地域全体の年齢階級毎の有病率の算出には変量効果モデルを用いた。

図2: 2022-2023年調査における独居認知症の年齢階級別有病率
(調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)

表3: 各地域の性・年齢階級別にみた独居MCIの有病率
(2022-2023年度、調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)

年齢階級(歳)	男女			男			女		
	MCI者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)	MCI者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)	MCI者数(人)	対象者数(人)	粗有病率(%)
福岡県久山町									
65-69	1	41	2.4	0	22	0.0	1	19	5.3
70-74	8	60	13.3	5	24	20.8	3	36	8.3
75-79	12	59	20.3	3	18	16.7	9	41	22.0
80-84	9	50	18.0	4	12	33.3	5	38	13.2
85-89	11	32	34.4	5	7	71.4	6	25	24.0
90-	4	19	21.1	2	4	50.0	2	15	13.3
愛媛県中山町									
65-69	0	11	0.0	0	9	0.0	0	2	0.0
70-74	1	30	3.3	1	18	5.6	0	12	0.0
75-79	2	21	9.5	2	6	33.3	0	15	0.0
80-84	3	31	9.7	1	11	9.1	2	20	10.0
85-89	9	44	20.5	3	11	27.3	6	33	18.2
90-	6	15	40.0	3	6	50.0	3	9	33.3
島根県海士町									
65-69	3	19	15.8	3	10	30.0	0	9	0.0
70-74	9	37	24.3	7	20	35.0	2	17	11.8
75-79	8	26	30.8	3	7	42.9	5	19	26.3
80-84	5	22	22.7	0	2	0.0	5	20	25.0
85-89	7	21	33.3	1	5	20.0	6	16	37.5
90-	7	15	46.7	1	5	20.0	6	10	60.0
石川県中島町									
65-69	1	70	1.4	1	40	2.5	0	30	0.0
70-74	4	75	5.3	2	31	6.5	2	44	4.5
75-79	10	57	17.5	2	14	14.3	8	43	18.6
80-84	13	66	19.7	2	12	16.7	11	54	20.4
85-89	16	54	29.6	4	13	30.8	12	41	29.3
90-	12	29	41.4	5	6	83.3	7	23	30.4

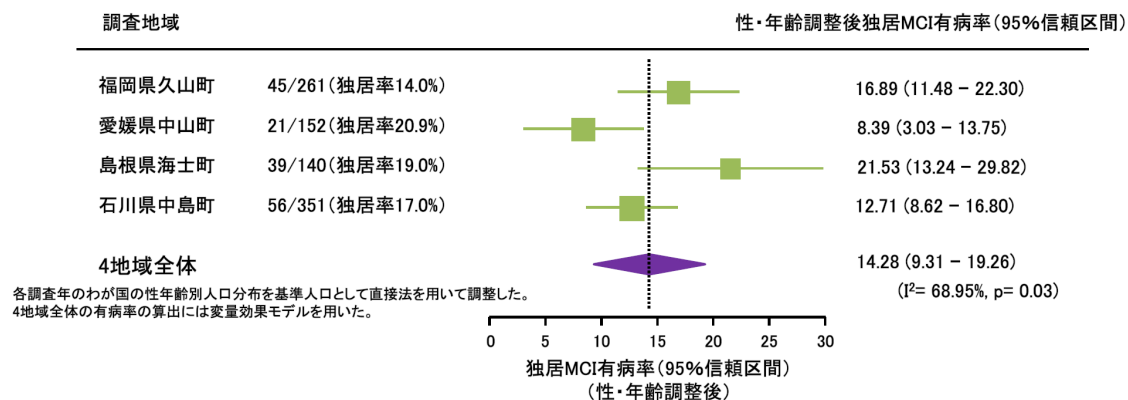
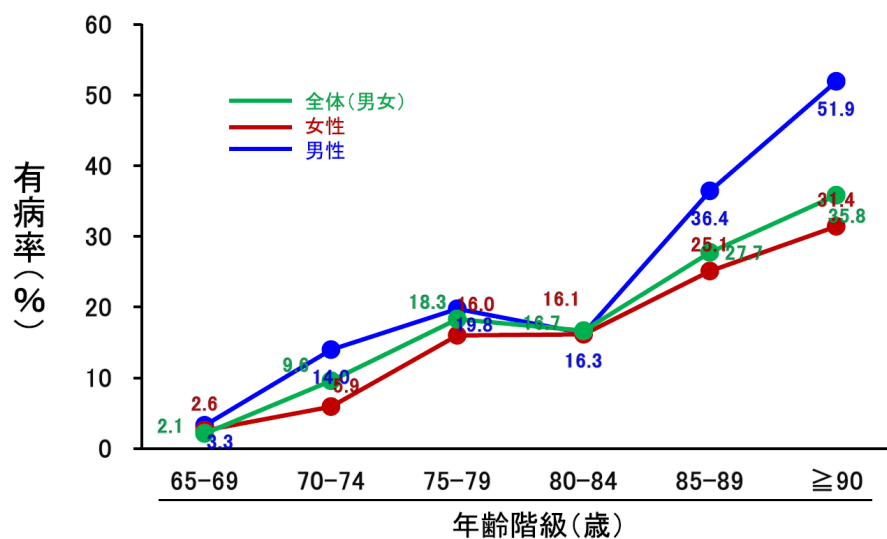


図3: 2022-2023年調査における独居MCIの有病率(性年齢調整後)
(調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)



4地域全体の年齢階級毎の有病率の算出には変量効果モデルを用いた。

図4: 2022-2023年調査における独居MCI者の年齢階級別有病率
(調査地域: 久山町、中山町、海士町、中島町)

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

市町村と協働した独居要介護認知症高齢者の出現率等の実態に関する研究

研究分担者 川越雅弘 認知症介護研究・研修東京センター 研究員

研究要旨

【目的】市町村が有する各種データ（人口・世帯・認定）をもとに、要介護認知症高齢者、独居要介護認知症高齢者に関する各種指標（人口当たり出現率、要介護認知症高齢者に占める独居者の割合などの実態を明らかにすること。

【方法】首都圏 A 市の 2025 年 9 月末時点の、①性別・年齢階級別人口、②要支援・要介護認定者の世帯情報（住民基本台帳ベース）、③認定データを、A 市が付与した任意の共通番号をもとに連結した上で、独居要介護認知症高齢者の人口当たり出現率、要介護認知症高齢者に占める独居者の割合等の各種指標を、性別・年齢階級別に算出した。

【結果】データを分析した結果

- ① 独居要介護認知症高齢者の出現率は、「65 歳以上」5.1%（男性 2.5%、女性 7.1%）、「75 歳以上」7.7%（男性 3.6%、女性 10.7%）、「85 歳以上」16.7%（男性 7.1%、女性 22.3%）と、女性の方が約 3 倍高かった
- ② 独居要介護認知症高齢者の出現率を年齢階級別にみると、「65-74 歳」では男性の方が高いものの、75 歳から女性が男性を上回り、年齢が上がるほど男女間の差が拡大していた
- ③ 要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合は、「65 歳以上」25.9%（男性 16.7%、女性 30.8%）、「75 歳以上」27.0%（男性 16.2%、女性 32.3%）、「85 歳以上」33.4%（男性 18.0%、女性 39.7%）で、女性の方が約 2 倍高かった
- ④ 要介護認知症高齢者に占める独居者の割合は、「65 歳以上」45.5%（男性 29.7%、女性 53.5%）、「75 歳以上」46.2%（男性 28.3%、女性 54.6%）、「85 歳以上」51.9%（男性 30.2%、女性 60.0%）で、女性の方が約 2 倍高かった

などがわかった。

【考察】独居要介護認知症高齢者の出現率ならびに要介護認知症高齢者に占める独居者割合を性別年齢階級別にみると、65-69 歳では男性の方が、85 歳以上では女性の方が約 2～3 倍高かったが、こうした傾向は、A 市の性別年齢階級別にみた高齢者の独居率（母集団）の傾向を反映している可能性が示唆された。

国が市町村に求めていること（地域の実情に即した認知症施策推進計画の策定）と、市町村の現状（認知症に関する実態が十分には把握できていない）のギャップを解消するためには、市町村が有する既存データ（性別年齢階級別人口、世帯、認定）をもとに、本報告書で示した各種指標（要介護認知症高齢者及び独居要介護認知症高齢者の出現率、要介護高齢者に占める要介護認知症高齢者及び独居要介護認知症高齢者の割合など）をまず確認することから始める必要がある。

A. 研究目的

国立社会保障・人口問題研究所の人口推計¹⁾によると、85歳以上高齢者人口は、2025年の707万人から2040年には1,006万人に、世帯推計²⁾によると、世帯主85歳以上の独居世帯数は、2020年の147万世帯から2040年には289万世帯に増加すると見込まれている。認知症有病率が高い85歳以上人口の急増および85歳以上の独居世帯の増加を背景に、今後、独居認知症高齢者は増加していくと予測される。

こうしたなか、認知症施策の推進を担う市町村に対し、国は、地域の実情に即した認知症施策推進計画の策定を努力義務化した（「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(令和5年法律第65号)第13条）。

しかしながら、市町村の第9期介護保険事業計画をみる限り、①一般高齢者を主対象とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は多くの市町村で実施されているが、この調査では、要介護者の約7割を占める要介護認知症高齢者の実態は把握できない、②要介護認知症高齢者の将来推計を実施するためには、性別・年齢階級別にみた認知症の出現率を把握する必要があるが、多くの市町村でこれら実態は把握されていない、③要介護認知症高齢者の実態が把握できていない、把握方法がみえていないなか、さらに「独居」に焦点を当てるという視点を持っていない状況となっている。

国が市町村に求めること（地域の実情に即した認知症施策推進計画の策定）と、市町村の現状（実態が十分には把握できていない）のギャップを解消するためには、まずは現状把握の方法論を市町村に示す必要がある。

そこで、本研究では、首都圏A市が有する各種データ（人口、世帯、認定情報）をもとに、独居要介護認知症高齢者の出現率等の実態を把握することとした。

B. 研究方法

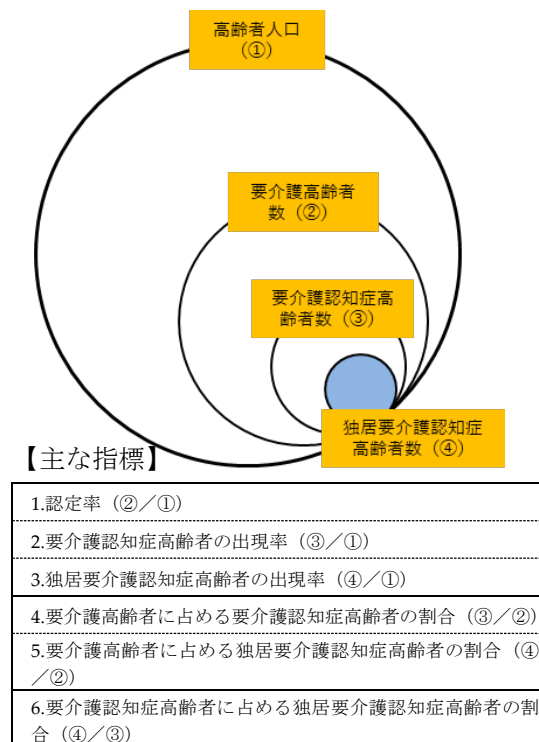
2025年9月末時点のA市の各種データ（人口・世帯情報・認定データ）をA市が付与した任意の共通番号をもとに連結した上で、各種指標（要介護認知症高齢者ならびに独居要介護認知症高齢者の出現率等）を分析した（各種指標のイメージについては図1参照）。このうち、指標2～6について、分析結果を以下に示す。

なお、認定データに基づく分析であるため、本稿では、「認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）がⅡ以上」を認知症とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、A市との間で、①A市の個人情報保護条例に照らして個人が特定される情報を含まないデータを提供すること、②世帯情報と認定データを紐づける番号はA市にて任意に変換した後に提供すること、③対応表はA市のみが保管することなどを明記した覚書を締結した上で実施した。

図1. 高齢者に関する各種指標のイメージ



C. 研究結果

1) 人口及び認定者数

2025 年 9 月末時点の 65 歳以上人口は 95,803 人（男性 42,604 人、女性 53,199 人）、65 歳以上認定者数は 18,696 人（男性 6,431 人、女性 12,265 人）、65 歳以上認定率は 19.5%であった（表 1・2）。

表 1. 性別年齢階級別にみた人口

(単位：人)	総数	男性	女性
65 歳以上	95,803	42,604	53,199
-65-69 歳	17,882	8,888	8,994
-70-74 歳	19,953	9,368	10,585
-75-79 歳	23,671	10,627	13,044
-80-84 歳	18,032	7,691	10,341
-85-89 歳	10,768	4,366	6,402
-90 歳以上	5,497	1,664	3,833

表 2. 性別年齢階級別にみた認定者数(人)

(単位：人)	総数	男性	女性
65 歳以上	18,696	6,431	12,265
-65-69 歳	643	333	310
-70-74 歳	1,491	701	790
-75-79 歳	3,158	1,240	1,918
-80-84 歳	5,280	1,780	3,500
-85-89 歳	4,969	1,605	3,364
-90 歳以上	3,155	772	2,383

2) 要介護認知症高齢者数／独居要介護認知症高齢者数

2025 年 9 月末時点の要介護認知症高齢者は 10,671 人（男性 3,606 人、女性 7,065 人）で、うち独居の要介護認知症高齢者は 4,850 人（男性 1,072 人、女性 3,778 人）であった（表 3・4）。

表 3. 性別年齢階級別にみた要介護認知症高齢者数

(単位：人)	総数	男性	女性
65 歳以上	10,671	3,606	7,065
-65-69 歳	291	163	128
-70-74 歳	680	340	340
-75-79 歳	1,627	670	957
-80-84 歳	2,849	1,013	1,836
-85-89 歳	2,958	929	2,029
-90 歳以上	2,266	491	1,775

表 4. 性別年齢階級別にみた独居要介護認知症高齢者数

(単位：人)	総数	男性	女性
65 歳以上	4,850	1,072	3,778
-40-64 歳	55	37	18
-65-69 歳	126	73	53
-70-74 歳	246	122	124
-75-79 歳	582	188	394
-80-84 歳	1,184	260	924
-85-89 歳	1,444	260	1,184
-90 歳以上	1,268	169	1,099

3) 各種指標の算出結果

① 要介護認知症高齢者の出現率

2025 年 9 月末時点の要介護認知症高齢者の出現率（対人口）は、「65 歳以上」11.1%（男性 8.5%、女性 13.3%）、「75 歳以上」16.7%（男性 12.7%、女性 19.6%）、「85 歳以上」32.1%（男性 23.5%、女性 37.2%）であった（図 2、表 5）。

図 2. 性別年齢階級別にみた要介護認知症高齢者の出現率（対人口）

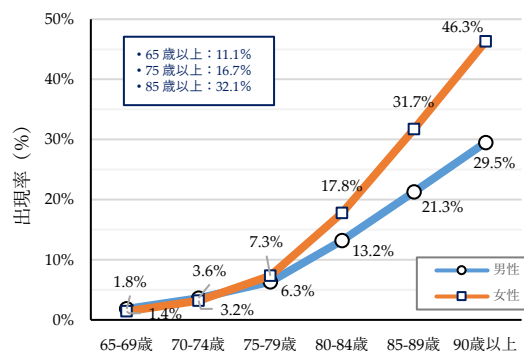


表 5. 性別年齢階級別にみた要介護認知症高齢者の出現率（対人口）

	総数	男性	女性
65 歳以上	11.1%	8.5%	13.3%
-65-69 歳	1.6%	1.8%	1.4%
-70-74 歳	3.4%	3.6%	3.2%
-75-79 歳	6.9%	6.3%	7.3%
-80-84 歳	15.8%	13.2%	17.8%
-85-89 歳	27.5%	21.3%	31.7%
-90 歳以上	41.2%	29.5%	46.3%
再掲)75 歳以上	16.7%	12.7%	19.6%
再掲)85 歳以上	32.1%	23.5%	37.2%

② 独居要介護認知症高齢者の出現率

2025 年 9 月末時点の独居要介護認知症高齢者の出現率(対人口)は、「65 歳以上」5.1% (男性 2.5%、女性 7.1%)、「75 歳以上」7.7% (男性 3.6%、女性 10.7%)、「85 歳以上」16.7% (男性 7.1%、女性 22.3%) であった (図 3、表 6)。

図 3. 性別年齢階級別にみた独居要介護認知症高齢者の出現率 (対人口)

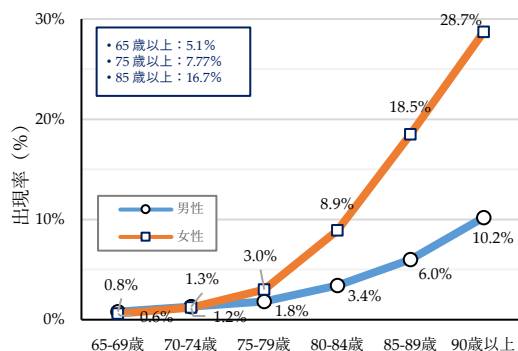


表 6. 性別年齢階級別にみた独居要介護認知症高齢者の出現率 (対人口)

	総数	男性	女性
65 歳以上	5.1%	2.5%	7.1%
-65-69 歳	0.7%	0.8%	0.6%
-70-74 歳	1.2%	1.3%	1.2%
-75-79 歳	2.5%	1.8%	3.0%
-80-84 歳	6.6%	3.4%	8.9%
-85-89 歳	13.4%	6.0%	18.5%
-90 歳以上	23.1%	10.2%	28.7%
再掲)75 歳以上	7.7%	3.6%	10.7%
再掲)85 歳以上	16.7%	7.1%	22.3%

③ 要介護高齢者に占める要介護認知症高齢者の割合

2025 年 9 月末時点の要介護高齢者に占める要介護認知症高齢者の割合は、「65 歳以上」57.1% (男性 56.1%、女性 57.6%)、「75 歳以上」58.6% (男性 57.5%、女性 59.1%)、「85 歳以上」64.3% (男性 59.7%、女性 66.2%) であった (図 4、表 7)。

図 4. 性別年齢階級別にみた要介護高齢者に占める要介護認知症高齢者の割合

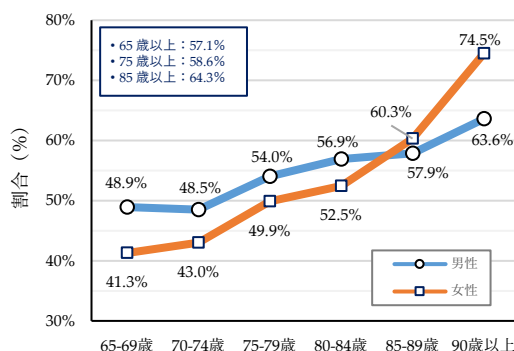


表 7. 性別年齢階級別にみた要介護高齢者に占める要介護認知症高齢者の割合

	総数	男性	女性
65 歳以上	57.1%	56.1%	57.6%
-65-69 歳	45.3%	48.9%	41.3%
-70-74 歳	45.6%	48.5%	43.0%
-75-79 歳	51.5%	54.0%	49.9%
-80-84 歳	54.0%	56.9%	52.5%
-85-89 歳	59.5%	57.9%	60.3%
-90 歳以上	71.8%	63.6%	74.5%
再掲)75 歳以上	58.6%	57.5%	59.1%
再掲)85 歳以上	64.3%	59.7%	66.2%

④ 要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

2025 年 9 月末時点の要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合は、「65 歳以上」25.9% (男性 16.7%、女性 30.8%)、「75 歳以上」27.0% (男性 16.2%、女性 32.3%)、「85 歳以上」33.4% (男性 18.0%、女性 39.7%) であった (図 5、表 8)。

図 5. 性別年齢階級別にみた要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

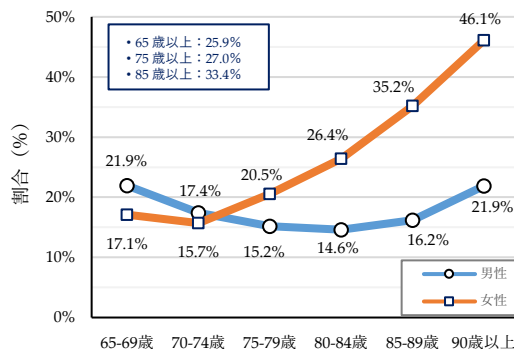


表 8. 性別年齢階級別にみた要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

	総数	男性	女性
65 歳以上	25.9%	16.7%	30.8%
-65-69 歳	19.6%	21.9%	17.1%
-70-74 歳	16.5%	17.4%	15.7%
-75-79 歳	18.4%	15.2%	20.5%
-80-84 歳	22.4%	14.6%	26.4%
-85-89 歳	29.1%	16.2%	35.2%
-90 歳以上	40.2%	21.9%	46.1%
再掲)75 歳以上	27.0%	16.2%	32.3%
再掲)85 歳以上	33.4%	18.0%	39.7%

⑤ 要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

2025 年 9 月末時点の要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合は、「65 歳以上」45.5%（男性 29.7%、女性 53.5%）、「75 歳以上」46.2%（男性 28.3%、女性 54.6%）、「85 歳以上」51.9%（男性 30.2%、女性 60.0%）であった（図 6、表 9）。

図 6. 性別年齢階級別にみた要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

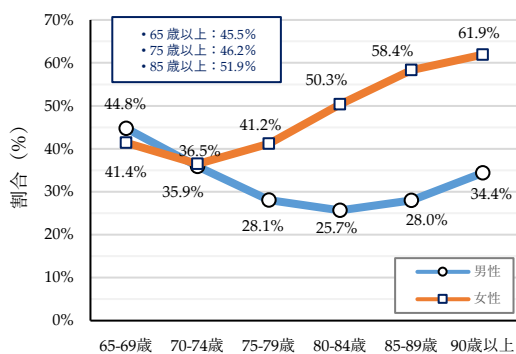


表 9. 性別年齢階級別にみた要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合

(単位: 人)	総数	男性	女性
65 歳以上	45.5%	29.7%	53.5%
-65-69 歳	43.3%	44.8%	41.4%
-70-74 歳	36.2%	35.9%	36.5%
-75-79 歳	35.8%	28.1%	41.2%
-80-84 歳	41.6%	25.7%	50.3%
-85-89 歳	48.8%	28.0%	58.4%
-90 歳以上	56.0%	34.4%	61.9%
再掲)75 歳以上	46.2%	28.3%	54.6%
再掲)85 歳以上	51.9%	30.2%	60.0%

D. 考察

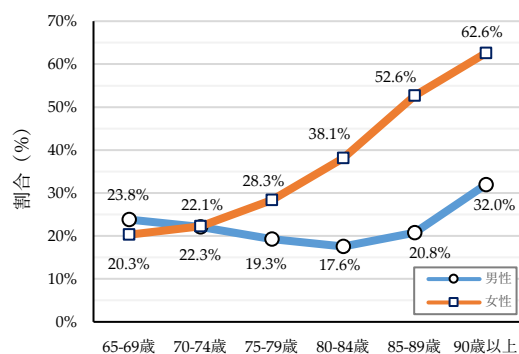
図 7 に、A 市における性別年齢階級別にみた「世帯員数が 1 人 (=独居)」の高齢者の割合を示す³⁾。

ここで、「65-69 歳」の独居率を性別にみると、「男性」23.8%、「女性」20.3%と男性の方が高くなっているが、70 歳を超えると女性の独居率が男性を上回り、年齢が上がるほどその差が大きくなっている。なお、国立社会保障・人口問題研究所の世帯調査²⁾でも同様の結果が示されている。こうした母集団の特徴を反映する形で、

- ① 65-69 歳では、男性の独居要介護認知症高齢者の出現率ならびに要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合が女性を上回っている
- ② 85 歳以降、女性の独居要介護認知症高齢者の出現率ならびに要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合が急増している

といった可能性が示唆された。

図 7. 性別年齢階級別にみた「世帯員数が 1 人」の高齢者の割合 (A 市)



E. 結論

独居要介護認知症高齢者の出現率、要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合などの実態を明らかにすることを目的に、A市の人口・世帯・認定データの分析を実施した。

その結果、①独居要介護認知症高齢者の出現率は、「65歳以上」5.1%、「75歳以上」7.7%、「85歳以上」16.7%であること、②「65-74歳」の出現率は男性の方が高いものの、年齢が上がるほど女性の割合が高くなり、85歳以上では、女性の方が3倍高いこと、③要介護高齢者に占める独居要介護認知症高齢者割合は、「65歳以上」25.9%、「75歳以上」27.0%、「85歳以上」33.4%であること、④要介護認知症高齢者に占める独居要介護認知症高齢者の割合は、「65歳以上」45.5%、「75歳以上」46.2%、「85歳以上」51.9%であること、⑤独居要介護認知症高齢者の出現率や要支援・要介護認定者に占める独居要介護認知症高齢者割合の傾向は、A市の性別年齢階級別にみた高齢者の独居率の影響を受けている可能性があることなどがわかった。

今後、他の市町村のデータも入手し、これから傾向の共通性と相違点について分析を深めていく予定である。

(参考文献)

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（令和5年推計）（2023）。
- 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（2024）年推計（2024）。
- 3) 川越市：令和8年2月10日第6回川越市介護保険事業計画等審議会配布資料
<https://www.city.kawagoe.saitama.jp/saisei/seisaku/1008588/1008763/1008830/1008848/1014086.html>

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（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

大都市大規模住宅地域における独居認知症高齢者の実態把握に関する研究

研究分担者 岡村毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長

研究要旨

【目的】

独居認知症高齢者を含むハイリスク集団の把握は、従来の郵送調査や会場調査では困難である。本研究は、地域高齢者調査における「未反応者」に着目し、その特性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2019 年および 2021 年の高島平地域における高齢者調査を基盤とし、2019 年調査には参加したが 2021 年調査に未返送であった者を未反応群と定義した。未反応群に対しては郵送および訪問による調査を実施し、複数回の調査に継続参加した者を反応群として比較した。

【結果】

未反応群 162 名、反応群 166 名を分析した。未反応群は、低栄養（KCL: $p<0.001$ ）、抑うつ状態（ $p<0.005$ ）、フレイル（ $p<0.001$ ）、認知機能低下（MMSE, $p<0.001$ ）と関連する傾向が認められた。また、独居そのものは未反応と関連せず、身寄りのない者はむしろ反応する傾向が示唆された。

【結論】

地域高齢者調査において未反応者は、複数の健康リスクを有するハイリスク集団である可能性が示された。従来の調査手法ではこれらの対象者が把握されにくい構造的課題が存在する。今後は、訪問を含むアウトリーチ型の調査・支援手法の構築が求められる。

A. 研究目的

独居認知症高齢者の実態を把握することは容易ではない。

地域住民の健康に関する調査は、郵送によるアプローチから始まるが、郵送に返送しないもの（未返送者）については分からない。郵送調査ではないが「健診」の不参加者がハイリスクだということは 2002 年の

A 県の調査において菅らにより示されている(1)。郵送調査未返送者を対象にした研究は構造的に難しいものの、栗田、井藤ら(2)は 2011 年に東京都の A 区の郵送調査における未返送者に対して、地域の訪問看護ステーションと行政の協力を得て、困難事例に対する即時の支援をセットにした調査を行った。その結果課題を抱えた対象者が多

くみられたこと、行政が介入したあとでも公的サービスの導入が困難であったと報告し、未返送者こそがハイリスクであると報告した。

栗田らは2016年に板橋区高島平において高齢住民全員を対象に郵送調査、会場調査、訪問調査の3段階の調査を行い(3,4)、以後、研究員が常駐し、住民や地域の専門職と困難事例対応や地域づくりを共創する研究拠点を構築・維持してきた。これにより板橋区高島平地区においてコミュニティ参加型研究が可能になった。

さらに3年後、2019年に70歳以上の高齢者11198名に悉皆調査として大規模な郵送・留め置き回収調査を行い、7801人

(69.7%)から回答を得た。これは、直後の会場調査、さらに数年おきの調査をするためのベースライン調査であった。しかしその後新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起これ、一旦大規模調査が止まってしまった。研究拠点での支援はパンデミック下でも止まることはなく、拠点の支援対象者で連絡先が分かる高齢者とは電話を用いた調査・支援を行い、パンデミック下で高齢者の孤独、身体・認知機能悪化がみられることを報告した(5-7)。

さて、高島平のキャッチメントエリアでは大規模な疫学調査が行われているが、何らかの困りごとがあるために研究拠点を訪問し、専門家による様々な支援が必要となる重層的課題を抱えた住民(臨床的に「困難事例」と言われるもの)は、疫学調査を受けていないものも多い。

地域保健の領域でも、保健師等の介入に「反応する」ことが最も重要な最初の一步であり、反応してくれれば予後はよくな

る。

これらは現場知としてはよく知られているが、体系的に検証されていない。私たちはこれを検証し、現場で真摯に取り組んでいる臨床家に資する新たな知見を創出したいと考えている。

そこで本研究では、独居認知症高齢者の実態把握のために、そもそも調査自体が難しく、調査に来ない人が多いという前提で、高齢地域住民を対象とした健康に関する調査に返送するもの(反応群)としないもの(未反応群)の比較を行う。

B. 研究方法

はじめからまったく返送しないものにアプローチをすることが原理的に不可能であるため、2019年の自宅訪問を伴う留め置き回収調査に返送したが、2021年の郵送による回収調査に返送しなかったものを操作的に未反応群とする。未反応群に対して郵送・訪問の2段階調査を行う。

反応群は、2019年(郵送)、2021年(郵送)、2021年(会場)、2024年(会場)のすべての調査に参加したものとす。反応群には訪問調査を行う。

これにより学術的には高齢地域住民を対象とした健康に関する調査に返送するものとし、しないものの比較を行う。

厚生労働省による「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル(改訂版)」に準拠して基本チェックリストから運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつ状態、フレイルの有無を判定し、 χ^2 乗検定で比較した。また認知機能についてはMMSEの得点をt検定で比較した。

(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委員会の承認を受けて実施された。

C. 研究結果

未反応群 162 名、反応群 166 名に対して高島平フィールドにおける調査を実施した。

データクリーニングの途中であるが、現在のデータからは、以下のように言えるだろう。社会調査に反応しない人は、夫婦のみ世帯が多い。(p=0.060)、低栄養

(p<0.001)、うつ状態 (p<0.005)、フレイル (p<0.001)、MMSE が低い (p<0.001) という可能性がある (表 1)。

とくに「身寄り」に注目して分析したところ、身寄りが全くいない人は調査に反応する傾向が示唆された。また残薬に注目した分析では、反応群の方が残薬があり薬局では申告しないという傾向があった (表 2)。

D. 考察

独居認知症のひとの臨床においては、従来、「身寄りのある人」と「身寄りのない人」では得られる情報の量や範囲が全く異なり、後者については、情報が十分に得られているのかという臨床的な課題が常にあった。

独居認知症の人の研究においては、従来、社会調査に参加しない人の情報が全く含まれていないことは重大な限界であった。

今回の調査は、独居認知症の人の臨床と研究における不可視の領域をつなげる試みと言える。すなわち社会調査に未反応のも

のへの調査を遂行し、さらに身寄りの有無についても調査した。

今回の結果からは独居者は、むしろ反応する傾向があるが、一方で認知機能が低下すると反応しない傾向がある。「独居認知症のひと」が社会からの介入にどのように反応する傾向があるのかを明らかにすることは容易ではないが、今回得られた基礎データをもとに分析を続ける必要がある。

E. 結論

本研究は、高齢者を対象とした地域調査における「未反応者」に着目し、その特徴を明らかにすることで、独居認知症高齢者を含むハイリスク集団の把握に新たな視点を提供した。

その結果、調査に反応しないものは、低栄養、抑うつ、フレイル、認知機能低下といった複数のリスクを有している可能性が示唆された。すなわち、従来の郵送調査や会場調査に依拠したアプローチでは、最も支援を必要とする層が系統的に把握されないという構造的課題が確認された。

一方で、独居であること自体は必ずしも未反応と関連せず、むしろ「身寄りがないものほど反応する」という傾向が示唆された。このことは、支援の困難さが単純な世帯構造では説明できず、認知機能や生活機能の低下といった要因と複合的に関連していることを示している。

以上より、地域における認知症施策および高齢者支援においては、調査に「反応しないもの」を前提としたアプローチの構築が不可欠である。特に、郵送や会場型調査に加え、訪問やアウトリーチを組み合わせた多層的な把握手法の導入が求められる。

今後は、本研究で得られた知見を基に、未反応者への効果的な介入手法の開発と、その実装可能性の検証を進めることが重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Okamura T, Ura C, Inagaki H, Awata S. Unmet Diagnostic Needs for Dementia as a Marker of Unmet Needs Clustering. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2026 Mar;41(3):e70203. doi: 10.1002/gps.70203. PMID: 41782398.

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. 菅真理ら、縦断的データから見た介護予防健診受診・非受診の要因. 日本公衆衛生雑誌 53 (9), 688-701, 2006
2. 井藤佳恵ら、郵送調査回答未返送の後期高齢者に対する訪問調査 大都市における潜在認知症高齢者の実態把握. 老年精神医学雑誌 26 1 55 - 66, 2015
3. Ura C, 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.

4. Okamura T 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. doi: 10.1186/s12877-020-1470-y. PMID: 32066387; PMCID: PMC7027225.
5. Okamura Tet al. Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 2020; 20: 944-945
6. Eda Hiro A et al. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics* 2021; 21(1):140-141
<https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
7. Ura C et al. Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *GGI* 2020; 20: 1245-1248

		未反応群		反応群		p 値
年齢		80.6±5.5		80.5±5.1		0.851
性別	男性	59	36%	58	35%	0.818
	女性	103	64%	108	65%	
住まい	独居	87	54%	106	67%	0.060
	夫婦のみ	52	32%	37	23%	
	その他	23	10%	16	12%	
仕事	していない	123	76%	124	75%	0.800
地域活動	参加	29	18%	40	24%	0.176
主観的健康観	不良	24	15%	23	14%	0.875
基本チェックリスト	運動機能低下	40	25%	29	18%	0.136
	低栄養	20	12%	0	0%	<0.001
	口腔機能低下	39	24%	40	24%	1.000
	閉じこもり	11	7%	6	4%	0.221
	認知機能低下	62	38%	53	32%	0.248
	うつ状態	64	40%	41	25%	0.005
	フレイル	57	35%	27	16%	<0.001
MMSE		25.1±3.6		27.6±2.4		<0.001
MNA-SF(粗点)		12.2±1.9		12.1±1.6		0.800
MNA-SF(評価)	良好	108	68%	105	70%	0.089
	高リスク	45	29%	45	30%	
	低栄養	5	3%	0	0%	

表 1 基本属性の比較

		未反応群(n=162)		反応群(n=166)		p 値	
身寄り	家族親族がいない	1	1%	8	6%	0.044	
	頼りになる家族親族がいない	10	9%	14	11%	0.672	
	医師の説明を聞いてくれる家族親族がいない	12	11%	15	12%	1.000	
残薬	残薬がある	51	33%	61	45%	0.04	
	残薬への対応	毎回報告している	15	29%	3	5%	<0.001
		時々報告している	11	22%	25	37%	
		一度も報告したことがない	18	35%	37	55%	
		残薬はあるが「ない」と報告	7	14%	2	3%	

表 2 身寄りと残薬に関して比較

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

認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態に関する研究

研究分担者 武田章敬 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

研究要旨

研究目的：全国の認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態把握を行い、認知症初期集中支援チームの独居認知症高齢者への支援のあり方を示しガイドに反映することを目的とした。**研究方法：**認知症初期集中支援チームの活動状況および対象となった独居高齢者に関する調査票を作成し、都道府県・市町村を介して全国の認知症初期集中支援チームに送付し調査を行った。全国の認知症初期集中支援チームを対象としてチームの活動状況や訪問対象者における独居の者の割合や現状を調査した。**研究結果：**対象者のうち3-4割が独居であることが判明した。そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことが示された。また、独居の認知症者を支援する上での課題としては、キーパーソンの不在、金銭面の管理が困難、意思決定支援が困難の順に回答が多かった。**考察：**虐待や消費者被害にあった者は少なかったが、これらに関する対応は地域包括支援センターが担っている場合が多いことを反映したものと考えられる。消費者被害にあった女性のうち、75%が独居であったことを考えると独居者の消費者被害を防ぐ必要性が示された。支援終了時に自宅での生活を継続できていた独居の男性が少ないことは、独居で認知症または認知症が疑われる男性が自宅での生活を継続する難しさを示しているものと思われる。**結論：**認知症初期集中支援事業の対象者のうち3-4割が独居であることが判明した。そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことが示された。

A. 研究目的

2025年度は全国の認知症初期集中支援推進事業を利用する独居認知症高齢者の実態把握を行い、2026～2027年度は認知症初期集中支援チームの独居認知症高齢者への支援のあり方を示しガイドに反映することを目的とした。

B. 研究方法

先行研究および調査を参考として認知症初期集中支援チームの活動状況および対象となった独居高齢者に関する調査票を作成し、都道府県・市町村を介して全国の認知症初期集中支援チームに送付し調査を行った（令和8年2月17日～3月13日）。

(倫理面への配慮)

本調査研究に関して、国立長寿医療研究センター 倫理・利益相反委員会での承認 (No.2015) を得た。

C. 研究結果

全国の認知症初期集中支援チーム 1,091 チームから有効回答を得た。令和 6 年度の初回訪問対象者は 7,234 名であった。そのうち独居の者は男性で 35.7%、女性で 42.9% であった。

対象者のうち虐待や消費者被害にあった者は少なかったが、消費者被害は独居の女性で特に多かった。

支援終了時に自宅で生活を継続していた者の割合は、独居では男性 62.3%、女性 74.2%であり、いずれも独居でない者と比べて低かった。

独居の認知症者を支援する上での課題としては、キーパーソンの不在、金銭面の管理が困難、意思決定支援が困難の順に回答が多かった。

D. 考察

認知症初期集中支援チームの活動状況に関する調査は令和 3 年度を最後に行われていなかったが、今回初回訪問対象者における独居の者の状況も含め調査することができた。初回訪問対象者において独居の者の割合が 3-4 割であり、我が国の状況を反映したものと考えられた。虐待や消費者被害にあった者は少なかったが、これらに関する対応は地域包括支援センターが担っている場合が多いことを反映したものと考えられる。消費者被害にあった女性のうち、75% が独居であったことを考えると独居者の消

費者被害を防ぐ必要性が示された。支援終了時に自宅での生活を継続できていた独居の男性が少ないことは、独居で認知症または認知症が疑われる男性が自宅での生活を継続する難しさを示しているものと思われる。

E. 結論

認知症初期集中支援事業の対象者のうち 3-4 割が独居であることが判明した。そのうち独居の女性は消費者被害にあいやすく、独居の男性は自宅での生活の継続が難しいことが示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

武田章敬. セミナー 抗 A β 抗体薬の登場によって変わるもの・変わらないもの「抗 A β 抗体療法時代の専門外来の診療フローとかかりつけ医の役割」. 内科総合誌 Medical Practice 42(5): 689-693, 2025.

武田章敬. 連載 今から準備 長く働く心身づくりのヒケツ, 第 9 回「認知症とは～症状や原因, 治療などの基礎知識」. 安全衛生のひろば 66(9):36-37, 2025, 中央労働災害防止協会.

武田章敬. 「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及. 公益財団法人長寿科学振興財団 WEB 版機関誌「Aging & Health」 2025 年 115 号 10 月配信 (第 34 巻第 3 号) 秋号, p 16-20

武田章敬. これからの認知症医療の方向性. The Curator of Neurocognitive Disorders 3(1):30-35, 2026.

2. 学会発表

武田章敬他. 当センターもの忘れ外来受診から抗アミロイドβ抗体薬治療までの流れ. 第44回日本認知症学会学術集会, 2025年11月21日, 新潟市.

武田章敬: シンポジウム23, 認知症のための保健医療サービス提供体制の整備. 第44回日本認知症学会学術集会, 2025年11月22日, 新潟市.

武田章敬: 長寿研特別シンポジウム, 認知症の人と家族をどう支えるか. 第49回日本高次脳機能学会学術総会, 2025年11月15日, 名古屋市.

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

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

複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究

患者の権利を意識した医療上の意思決定支援に関する研究

研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究要旨

近年、「独居の高齢者が増え、意思決定支援が大変だ」という声が聞かれる。医療従事者からも同様の意見が出されるが、しかしながら、医療上の意思決定は一身専属的権であり、本来、家族の関りの有無とは無関係に守られるべき人権である。

さらに、2024 年の診療報酬改定を受けて、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が、国の政策としても推進されている。しかし、医療現場で意思決定支援に関わる医療従事者が、ACP をどのように理解しているかについては、十分に明らかにされていない。

本研究では、医療従事者を対象として、意思決定に関する法的枠組みや ACP の背景にある倫理的概念の理解、ならびに臨床事例への対応を調査した。

その結果、医療同意に関する法的枠組みの理解、ACP の概念理解にはばらつきがみられ、倫理的概念に関する知識が、患者の人権を意識した意思決定支援の実践と関連していることが示された。

A. 研究目的

2024 年の診療報酬改定により、入院料通則に「人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進」が新たに盛り込まれた。意思決定支援に関する施設方針を策定していない病院は基本入院料の対象外となることから、現在、各医療機関で ACP を念頭において意思決定ガイドラインの整備が進められている。

ACP は、将来、意思決定を行うことが難しくなった場合に備え、医療やケアに関する希望について、本人を中心に家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスであり、たとえば日本老年医学会は「将来の医

療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義している。

しかし ACP が蘇生措置不要（Do-Not-Attempt-Resuscitation ; DNAR）の意思表示を得ることと同一視されるなど、その理解をめぐる混乱が、国際的に指摘されている。わが国においては、医療従事者が ACP をどのように理解しているのか、また、その理解が実際の意思決定支援にどのように影響しているのかということについて、十分に検討されてこなかった。

そこで本研究では、医療従事者を対象に、

(1) 意思決定に関する法的枠組みや倫理的

概念に関する知識を測定し、(2) 架空事例を用いて、わが国の臨床現場における「患者の人権の尊重」がどのように実践されているかを検証すること、(3) 患者の人権が尊重される意思決定支援に関連する要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を実施した。

B. 研究方法

都内で高齢者の急性期医療を担う医療機関（550 床、平均在院日数 12.5 日）の医療従事者 749 人を対象として、2025 年 6 月 2 日から 6 月 16 日の期間に、アンケート調査を実施した。

対象とする医療従事者は緩和ケアチームを構成する多職種とし、内訳は常勤医師・歯科医師 180 人、看護師 506 人、薬剤師 35 人、臨床心理士/公認心理師 13 人、社会福祉士/精神保健福祉士 15 人であった。

（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得て行った。

C. 研究結果

- ・549 人から有効回答票を得た（有効回収率 73%）。職種による回収率の有意差あり、医師・臨床心理士/公認心理師、社会福祉士/精神保健福祉士で高く、看護師・薬剤師で低かった。また、回答者の 8 割以上が、受け持ち患者の看取りを経験していた。
- ・医療上の意思決定に関する法的枠組み（医療同意権）について、「家族による医療同意（代諾）は法律で認められている」と理解している回答者が 86%にのぼり、医療現場での慣行と法制度との関係が、

必ずしも十分に共有されていない状況がうかがわれた。

- ・「将来の備え」ではなく、「現在の治療方針」の決定を ACP とする理解が、広くみられ、ACP と共同意思決定が広く混同されている状況が把握された。
- ・回答者の約 4 割は、ACP を「積極的な治療を控える結論に至った話し合い」と理解していた。
- ・架空事例を用いたシナリオスタディーでは、患者の意思を尊重しようとする姿勢が広く確認された。
- ・倫理的概念に関する正しい知識があること、過少な医療によって QOL (quality of life)/QOD (quality of death)が損なわれたことを目撃した経験が、患者の人権を尊重する意思決定支援の独立の関連要因であることが示された。

D. 考察

本研究により、わが国における意思決定支援の実践は、政策的には推進されている一方で、その基盤となる法的・倫理的理解が十分に共有されていない可能性が示された。とりわけ、医療同意に関する法的枠組みについて、家族による代諾が法律上認められていると誤認する回答が多数を占めたことは、臨床現場における慣行と制度との乖離を示唆する重要な所見である。また、ACP についても、「将来に備えた意思決定支援のプロセス」ではなく、「現在の治療方針の決定」あるいは「積極的治療を控える結論」として理解されている傾向が広く認められた。これらの結果は、ACP が本来有する倫理的意義から乖離し、手続き的に運用されるリスクを示している。

一方で、架空事例を用いた検討では、多くの医療従事者が患者の意思を尊重しようとする姿勢を示しており、臨床実践において患者の権利を重視する態度自体は一定程度共有されていることが確認された。しかしながら、その判断は必ずしも明確な倫理的原則に基づくものではなく、状況依存的あるいは直感的に行われている可能性がある。特に、認知症の診断が付与されることで患者の意思の重みが低下する傾向が一部にみられたことは、意思決定能力の評価と意思尊重の関係について、なお検討の余地があることを示唆する。

さらに、本研究では、倫理的概念に関する知識および「過少な医療による不利益」を目撃した経験が、患者の人権を尊重する意思決定支援と関連していることが示された。この結果は、単なる経験年数や職種ではなく、倫理的理解と臨床経験の質が意思決定の在り方に影響を与えることを示唆している。特に、これまで我が国では過剰医療への懸念が強調されてきたが、過少医療のリスクへの認識が、患者の権利擁護の視点を強化する可能性がある点は注目に値する。

以上を踏まえると、わが国における意思決定支援の課題は、制度や手続きの整備にとどまらず、その基盤となる概念的理解の共有にあると考えられる。すなわち、ACPやインフォームド・コンセントを「形式的なプロセス」としてではなく、「患者の権利を実現するための倫理的枠組み」として再定位する必要がある。そのためには、法的リテラシー、倫理的推論、そして臨床経験に基づく省察を統合した、多職種横断的な教育の体系化が求められる。

E. 結論

本研究は、わが国における意思決定支援の実践において、政策の進展に比して、医療従事者の法的・倫理的理解が十分に共有されていない現状を明らかにした。患者の意思を尊重しようとする姿勢は広く認められるものの、ACPや医療同意に関する概念の誤解が、意思決定支援を手続き的なものにとどめるリスクが示唆された。

患者の人権を基盤とした意思決定支援を実現するためには、法制度の理解、倫理的概念の明確化、そして臨床経験に基づく省察を統合した教育の推進が不可欠である。とりわけ、ACPを単なる治療制限の合意形成の手段としてではなく、患者の価値観に基づく意思決定を支える継続的な対話のプロセスとして位置づけることが重要である。

今後、制度的整備と並行して、医療従事者間で共有可能な概念的基盤の確立と、多職種連携による実践的な意思決定支援体制の構築が求められる。これにより、意思決定支援が真に患者の権利を擁護する営みとして機能することが期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ito K, Okamura T: Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. *Front Psychiatry*.2025. 16:1504753.
2. 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*.2025. 20(1):e0317911.
3. Ito K, Hong N, Wang H: Understanding

- Autonomy in End-of-Life Dementia Care: Cultural and Ethical Perspectives from Japan. *Asia Pacific Psychiatry*.2026. 18:e70015.
4. Ito K, Tsuda S, Shimizu K, Iwakiri R, Nakajima G, Hida A, et al.: Advance care planning in Japan: Gaps between policy, ethical understanding, and its translation into clinical practice. *Palliat Care Soc Pract*.2026. 20:26323524251413285.
 - 5.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 .2025. 43(suppl.):175–80.
 - 6.井藤佳恵: 老年期の妄想と社会的孤立. 生存科学.2025. 35(1):23–33.
 - 7.井藤佳恵: 認知症のある人を診療する医師が備えておきたい臨床倫理の基礎知識. 精神科治療学.2025. 40(3):235–40.
 - 8.井藤佳恵: 意思決定能力が不十分な人が医療上の意思決定に参加することの意味. 法と精神医療.2025. 39:81–93 (総説、査読なし) .
 - 9.井藤佳恵, 成本迅: 認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題. *Dementia Japan*.2025. 39(3):377–8.
 2. 学会発表
 - 1.Ito K, MAiD, Capacity, and Clinical Ethics in Geriatric Psychiatry: Rethinking Autonomy from a Japanese Perspective. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.6.25; Online.
 2. Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Navigating Ethical and Cultural Tensions in End-of-Life Care in Japan. 2025 IPA (International Psychogeriatrics Association) International Congress Workshop: Mental Health, Human Rights, and Dignity at the End of Life: Is Now the Time for Global Action?; 2025.9.25; Kanazawa.
 3. Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Ethical and Sociological Dimensions of End-of-Life Care in Japan. PRCP (Pacific Rim College of Psychiatrists) & WACP (World Association of Cultural Psychiatry) Joint Congress 2025 Symposium: Community care for dementia patients; 2025.9.28; Tokyo.
 4. Ito K, Changing Perspectives on Long-Term Care: Perspective from Japan. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.11.26; Online.
 5. 井藤佳恵, 認知症とともに生きる人の意思決定への関わり. 第34回日本老年学会総会 合同シンポジウム【認知症を再考する・共生と予防を深化させるために】; 2025.6.27; 幕張メッセ.
 3. 書籍
 1. 井藤佳恵: 老年期の終末期－エンドオブライフ・ケアと well-being. 企画: 日本老年臨床心理学会、監修: 長嶋紀一、統括編集: 山中克夫・松田修・黒川由紀子, 老年臨床心理学ハンドブック第6部, 第1版, p. 540–51, 福村書店, 東京(2025).
 2. 井藤佳恵: 医療・ケアと身体拘束. 安部彰, 小門穂, 児玉聡, 野崎亜紀子, 八代嘉美編. 最強の生命倫理, 株式会社ナカニシヤ出版, 京都(2026) (in press).
 3. 井藤佳恵: 家族支援と高齢者虐待防止. 日本精神神経学会編. 日本精神神経学会認知症診療医テキスト, 新興医学出版社, 東京(2026) (in press).

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

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新たな権利擁護支援サービスの開発と普及に関する研究

研究分担者	水島俊彦	認知症介護研究・研修東京センター	研究員
研究協力者	名川勝	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク	代表理事
研究協力者	延原稚枝	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク	理事
研究協力者	大瀧英樹	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク	PJ メンバー

研究要旨

本研究は、独居認知症高齢者をはじめとする地域生活における社会的障壁を有する人（以下「独居認知症高齢者等」という。）の権利利益を実質的に保障するため、新たな権利擁護支援サービスの構造及び実装プロセスを明らかにし、汎用可能なモデルを地方自治体等に提示することを目的とする。

令和7年度は、アクションリサーチの手法を用い、北海道津別町における集中的な現地調査（フィールドワーク・ヒアリング・アンケート）及び研究者会議（計6回）を通じて、新たな権利擁護支援サービスの1つである「フォロワーシステム」の実態把握と課題の洗い出しを行った。

津別町での調査結果に加え、埼玉県鶴ヶ島市及び神奈川県相模原市における個別の実践状況を踏まえた本年度の主な知見としては、①フォロワーの「支持者性」と「支援者性」の揺らぎは個人の資質の問題ではなく、社会構造上、生じうるものであること、②フォロワーの「支持者性」を維持するためには、相互牽制機能を担保する仕組み（フォロワーと独立アドボケイトとの協働、権利擁護支援委員会による調整・介入等）の実装が必要であること、③フォロワーが独居認知症高齢者等と語らい、本人の思いを後押しすることで、周囲が本人の意思、選好及び価値観に着目する契機を与える媒介者としての役割を果たし得ること、④「本人の意思の尊重」が自治体の既存評価軸では成果として見えにくいため、支援付き意思決定の理念の普及啓発及び自治体と実施主体双方の対話を重ねることが不可欠であること等が挙げられる。

また、フォロワーの「支持者性」「支援者性」を測定する尺度開発に向けた予備調査（n=39）の主成分分析では、伴走・尊重傾向、揺らぎ・不安、調整役・指導性等の6成分が抽出され、内部一貫性は高い値を示したものの、項目間の重複が多く尺度の精緻化が必要であることが明らかとなった。令和8年度には倫理審査申請を経た上で、津別町・鶴ヶ島市等でのアンケート再調査（対極的項目の追加・項目の絞り込みを含む）、ヒアリング、独立アドボケイトらの協力による研究シート提出等を通じたデータ収集・

分析を行い、フォロワーの内面の変化と実際の支援行動の変化を組み合わせた統合的分析により課題解決の方策を検討した上で、令和9年度に自治体向けガイドライン・普及マニュアルへの反映作業を行う予定である。

A. 研究目的

本研究は、独居認知症高齢者をはじめ、地域生活における様々な障壁を有する人の権利利益をいかにして実質的に保障するかとの課題意識の下、新たな権利擁護支援サービスの構造及び実装プロセスを明らかにし、その汎用可能なモデルを地方自治体等に提示することを目的としている。

近年、成年後見制度の見直しや、日常生活自立支援事業を拡充・発展させた新たな事業の制度化が議論されている。本人の自己選択と主導権（チョイス&コントロール）が権利として実質的に保障されるためには、支援付き意思決定の確保（意思決定支援の充実と相互牽制機能の実装）が不可欠である。

しかし実際には、支援者が善意（よかれと思って）、本人の意思及び選好を支援者側の考え方に引きこもうとすることが実態として見られるところであり、これは、意思決定支持者（フォロワー）に対しても例外ではない。結果として、いつの間にかフォロワーが本人よりも支援者との距離感の方が近くなり、本人側に立ち続ける「支持者」としての立場の維持が困難になるといった課題が生じている。

本研究は、こうした課題を地域社会における構造的な問題として捉え直し、どのような条件や仕組みがあればフォロワーが「支持者」としての立場を保ちながら活動を継続し、本人の意思決定が継続的に尊重されうるのかを明らかにしようとするもの

である。令和7年度は、すでに稼働している新たな権利擁護支援サービスのモデルを可視化させ、課題を明らかにすることに重点を置いた（令和8年度は、モデルを普及するための課題解決に向けた方策の検討を行い、令和9年度には、自治体等向けガイドへの反映を予定している）。

B. 研究方法

1 研究手法

本研究は、アクションリサーチ（現地視察・フィールドワーク・ヒアリング・インタビュー・アンケートを組み合わせた参与型調査研究）を主たる手法とする。研究者自身も独立アドボケイト等として実践の現場に参加しながら、調査設計・実施・記録・分析等を一体的に行う形で進める。

2 調査実施地域及び対象

以下の対象地域における対象者への調査を予定している。

地域	実施主体	主な調査対象
北海道津別町	津別町社会福祉協議会・津別町役場	社協職員・行政職員・独立アドボケイト・フォロワー・当事者
埼玉県鶴ヶ島市	鶴ヶ島市社会福祉協議会	同上
東京都文京区（準備中）	文京区社会福祉協議会	社協職員（サービス導入検討段階のため）

表1 調査対象地域における実施主体と調査対象者

3 実施内容（令和7年度）

(1) フィールドワーク・ヒアリング調査

令和8年2月28日から3月3日にかけて、北海道津別町において集中的な現地調査を実施した。津別町的意思決定フォロワーの活動に関するシンポジウム（3月11日）のコーディネーターとして参加し、登壇者のフォロワー及び本人へのインタビューを実施するとともに、シンポジウム参加者及びフォロワーを対象としたアンケート調査（試行）を行った。また、津別町社協職員及び市職員等を対象としたヒアリング（試行）を実施した。

(2) 研究者会議

研究分担者・研究協力者による定期的な研究者会議を計6回（令和8年1月～3月）実施した。研究会においては、リサーチクエスションの検討、調査データの整理・分析方法に関する検討、報告書の素案検討等を行った。

(3) アンケート調査（予備調査）

「支持者性」「支援者性」を測定するための尺度開発を目的として、津別町シンポジウム参加者（フォロワーを含む）を対象に試行的なアンケート調査を実施した（n=39）。得られたデータについて、主成分分析等の統計的手法による傾向分析の可能性について協議し、次年度の研究に際し、評価尺度の妥当性・改善点の検討を開始した。

(4) 倫理審査の準備

今後取得するアンケート、ヒアリングデータ及び独立アドボケイト報告書（研究シート）を正式な研究データとして活用するための倫理審査申請書類の整備を進めており、令和8年度前半の申請・承認を目指す。

（倫理面への配慮）

研究対象者に対しては、調査の目的・方法・データの取扱いについて事前に説明し、同意を得た上で実施している。個人情報の保護については、匿名化処理を徹底し、データは研究目的以外に使用しないこととしている。

C. 研究結果

1 フォロワーシステムの実態と課題

津別町における現地調査・ヒアリング及びこれまでの鶴ヶ島市、相模原市の実践から、フォロワーシステムの実態とその構造的課題について以下の知見が得られた。

(1) 「支持者性」と「支援者性」の揺らぎ

フォロワーは、本人の意思、選好及び価値観に寄り添い本人の側に立ち続ける「支持者」としての立場・役割が求められるが、活動の継続とともに支援者的な視点（本人のためによかれと思つての判断）に引き寄せられる傾向が観察された。この「揺らぎ」は人口規模をはじめ諸条件が異なる上記の3地域いずれも発生しているため、個人の倫理的問題ではなく、構造的に生じうるものであるとみられる。この課題に対しては、独立アドボケイトによる関与（フォロワーとの面談・権利擁護支援委員会又は同様の検討がなされるケース検討会議での報告・協議）が、この揺らぎを早期に把握し軌道修正する上で有効であるとみられる。

(2) 相互牽制機能の現状と構造的課題

津別町、鶴ヶ島市においては、フォロワーとの関わりを通じて、独居認知症高齢者等がこれまで以上に自身の意向や選好及び価値観（趣味・嗜好、これまでの仕事、生

き方、他者との関わり方、お金の使い方等を含む)を表明する機会が多くなる等意思決定支援の充実がみられたほか、それに付随して介護・福祉・生活基盤に関わるサービス等を提供する職員や周囲の支援者による本人への対応・接し方に対する違和感をフォロワー自身が持つことも多く、それが独立アドボケイトとの定期面談で明らかとなることで事務局による介入・調整が行われるきっかけとなっている。このように、権利擁護支援委員会が未だ発足していない地域であっても、フォロワーと独立アドボケイトの協働により、周囲の支援者による本人への不適切行為の是正につながる等、相互牽制機能が一定程度は保たれていることが確認された(ただし、本人と周囲の意見が食い違っているような場面では、権利擁護支援委員会による関与・調整が必要とみられる。)

他方で、福祉サービスの提供を行う実施主体が自らフォロワーシステムを運営することを目指した相模市内の施設において、フォロワーの活動を継続すること自体は良いが、権利擁護支援委員会と同等の機能を有する会議体に独立アドボケイトを含む外部協力者を受け入れることはしない、といった対応がなされることもあった。このように、法人組織単独で相互牽制機能を確保することの難しさが再認識され、外部組織・専門家等の牽制機能の関与に対する拒否感が強いと継続できないことが課題として示された。

(3) 独居認知症高齢者等の意思決定支援をめぐる地域の実態

津別町ヒアリングにおいては、独居認知症高齢者等の「一人で暮らしたい」「自宅

で最期を迎えたい」という意思と、地域や行政の安全確保・見守り重視の視点との間の葛藤が繰り返し語られた。このような葛藤の背景には、本人の意思、選好及び価値観がたとえ狭い地区の中であつたとしても十分に共有、蓄積されていないことが伺われた。この点、フォロワーが本人と語り、本人の思いを後押しすることにより、周囲が本人の意思、選好及び価値観に気づき、支援にも反映されるなど、フォロワーが本人の思いの媒介者としての役割を果たし得ることが示唆された。

(4) 自治体・社協との連携における課題

フォロワーシステムの自治体への定着においては、「本人の意思を尊重した関わり」が行政としての喫緊課題(孤独死防止・見守り強化等)の評価軸では成果として見えにくいという構造的な課題が浮き彫りとなった。フォロワーシステムを含む新たな権利擁護支援サービスが自治体の施策に接続されるためには、独居認知症高齢者等の意思、選好及び価値観を把握し、共有・蓄積・更新されていくことが、緊急事態が生じたときの対応にとっても有益であることを周囲が認識することであろう。そのためにも、まずは自治体向けに支援付き意思決定(意思決定支援)の理念を普及啓発するための方策の検討が必要である。

2 尺度開発に向けた予備調査結果

フォロワーの「支持者性」「支援者性」を測定する尺度開発に向けた予備調査(n=39)の主成分分析では、6成分(第1成分:伴走・尊重傾向、第2成分:揺らぎ・不安、第3成分:調整役・指導性、他)が抽出された。内部一貫性(クロンバック α 値)は全体的に高い値を示した

が、項目間の重複が多く尺度として精緻化が必要とみられる。今年度のデータは「予備調査」として位置づけ、次年度以降に対極的項目の追加・項目の絞り込みを行った上で再調査を実施する方針とした。

D. 考察

本年度の調査から、フォロワーシステムにおける「支持者性の維持」は制度設計の問題であり、個人の資質のみに依拠させることは構造的に困難であることが改めて確認された。生活基盤サービス事業者等に対する相互牽制機能の仕組み（フォロワー・独立アドボケイト・権利擁護支援委員会の三層構造）の実装が、本人の意思尊重を制度的に担保するための核心であるとの認識が、現場の実践データからも支持される。また、独居認知症高齢者等支援における「本人の意思の尊重」と「地域社会・行政の安全確保ニーズ」の葛藤は、フォロワーシステムが克服すべき構造的課題の一つである。フォロワーが本人の意思・選好・価値観を日常的に記録し、緊急時にそれを活用できる仕組みの構築が、自治体や地域との連携においても有効と考えられる。

尺度開発については、「支持者性」「支援者性」という構成概念の理論的整理と、対極的項目を含む測定ツールの再設計が今後の課題である。フォロワーの内面の変化（アンケートで測定）と、実際の支援行動の変化（アドボケイト報告書で測定）を組み合わせた統合的な分析設計が、令和8、9年度の研究の中核を担う。

E. 結論

令和7年度は、探索的・課題発見的フェ

ーズとして、現地での実践からの知見収集と研究基盤の整備を主な成果とした。令和8～9年度に向けた課題と方針を以下のとおり整理する。

課題	令和8～9年度の方針
尺度の精緻化・再調査	対極的項目を追加したアンケートを再設計し、フォロワー・支援者・一般市民を対象とした比較調査を実施
倫理審査の通過とデータ収集	令和8年度前半に倫理審査申請。承認後、アドボケイト報告書（研究シート）を令和4年度遡及分から収集
ヒアリング分析の本格化	津別町・鶴ヶ島市・文京区を対象とした行政・社協・フォロワー・アドボケイトへのヒアリングを継続・分析
ガイドライン・マニュアルの策定	最終年度（令和9年度）に自治体向けガイドライン・普及マニュアルとして成果をとりまとめ

表2 令和8年度・9年度に向けた課題と方針

F. 研究発表

- 論文発表
なし（次年度以降に予定）
- 学会発表
なし（次年度以降に予定）

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

※本報告書は令和7年度分担研究報告書
(速報版)である。倫理審査の進捗及び令和
8年度以降の本格的データ収集・分析を経
て、最終報告書を取りまとめる予定。

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

身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業のあり方に関する研究

研究分担者 黒澤史津乃 認知症介護・研究東京センター 研究員
研究協力者 岡島 正泰 SOMPO インスティテュート・プラス株式会社 上級研究員
研究協力者 成瀬 昂 SOMPO インスティテュート・プラス株式会社 上席研究員

研究要旨

独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するために、身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業の在り方を検討した。

専門家に対する定性調査では、「身寄りのない・独居・認知症高齢者」という表現は民間事業の支援を要する像を示すわかりやすい用語として用いられることに違和感はないこと、時間経過の中で「身寄りのない」「独居」「認知症」の3つの要素が重なり深刻化した高齢者に対し、総合的な個別評価に基づき「支援が必要」と評価されやすいことが明らかとなった。一般住民に対する定量調査では、急な病気で入院・手術をすることになった場合、手続きなどをしてくれる人としては「親族・友人」が最も多く、老後・その先の希望を叶えてくれる人や、そのための情報を知っている人を事前に決めておくことについて、すでに決めている者が9名（29.0%）いた。その一方で、必要性は認識しているがまだ決めていない者が21名（67.7%）と半数以上を占めた。

定性調査および有識者検討会では、民間事業の利用に伴う費用負担により支援が「届かない層」の存在が限界として指摘された。民間事業の活用を促すためには、健常時から備えの必要性を訴求するとともに、民間事業を活用する費用を確保するための多角的な支援により、民間事業による支援対象を拡大する取り組みも必要である。

A. 研究目的

2024年6月に「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が公表、2025年11月には「全国高齢者等終身サポート事業者協会」が設立され、民間事業者の業務体勢の適切性を評価する取り組みが始まっている。そうしたなかで、民間事業の積極的な活用を促す観点を加味して、民間事業者の在り方を検討する必要性が高まってきている。

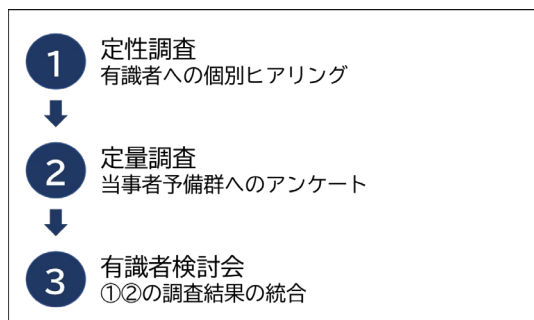
本研究では、独居認知症高齢者の権利利

益の保護を推進するために、身寄りのない独居認知症高齢者の日常生活を支援する民間事業の在り方を以下の観点から検討した。
①いざという時に頼れる身寄りがない人が、認知機能の低下に事前に備えて安心して日常生活を送ることができる民間サービスの在り方
②民間サービスを活用した事前の備えを促進する観点から、高齢者の事前の備えの必要性の認識の度合い、備えの一步を踏み出

せない理由、備えに踏み出すきっかけ
③厚労省の新制度が明らかになってきており、こうした公的な制度との役割分担

B. 研究方法

2025 年度は、下記 3 つの方法で調査を行った。



図表 1 2025 年度の研究の流れ

1) 定性調査

(1) 調査目的

本研究は、「身寄りのない」「独居」「認知症」といった言葉が、実務の現場においてどのような用語、もしくは支援の必要性判断の基準としてどのように用いられているのかを明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。特定の概念定義を先行させるのではなく、実際の支援実践における語りや判断過程から、支援の必要性を判定する際に参照されている側面を帰納的に抽出・整理するアプローチを採用した。

(2) 対象者

調査対象者は、医療・福祉・法務・地域支援などの異なる実践領域において、「身寄りのない・独居・認知症」の高齢者支援に日常的に関与している専門職 7 名とした。内訳は、病院管理者、医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、司法書士、行政書士、生活安心センター

職員であり、いずれも支援判断に直接関与する立場にある者であった。

対象者は研究代表者の機縁に基づきリクルートした。調査期間は 2025 年 11～12 月であった。

(3) データ収集方法

半構造化インタビューにより行った。インタビューの冒頭では、身寄りのない・独居・認知症高齢者に関する研究者の課題意識を 15 分間説明した。その後、①支援を要する像として「身寄りのない・独居・認知症高齢者」に着目することに対する考え、②「身寄りのない・独居・認知症高齢者」に関連して、その他に支援の必要性が高い像、および、当該像であっても支援の必要性が低い像はどのようなものか、③「身寄りのない・独居・認知症高齢者」をどのように把握できるか（観測の仕方・定義）、の 3 問を尋ね、具体的事例や判断に迷った経験に基づき自由に語ってもらった。インタビュー内容は逐語的に記録し、分析対象とした。

インタビュー時間は平均 59.4 分であった。

(4) 分析方法

分析は、質的データの内容分析に基づいて行った。まず、各インタビュー記録を精読し、支援の必要性を判断する際に言及されていた視点や判断根拠を意味単位ごとに抽出した。抽出された意味単位は、事例ごとに整理した。

次に、抽出された意味単位を、「性別」などの基本属性と同程度の抽象度をもつ「支援の必要性判定の際に参照されている側面」として再記述し、重複や類似性を検討しながら統合した。その過程で、複数の事例に共通して現れる側面と、特定の実践領域に特

徹的な側面の双方を保持するよう留意した。

さらにインタビューの中では、本研究の課題に関連して「支援の難しさ」「支援のタイミングとポイント」「民間事業者による支援」の意義・限界に関する意見が多数聞かれた。他研究事業にとっても有意義な情報と考えたため、事前に定めた分析の他、それらが聞かれた部分を追加で抽出し、整理した。

2) 定量調査

(1) 調査目的

民間サービスの利用を検討する対象者の、ライフデザインへの取り組み、備えの状況、備え方の選好の状況を定量的に調査し、後述の有識者検討会における検討の基礎情報として活用することを目的に実施した。

(2) 対象者・データ収集・分析方法

2025 年 9 月、研究者の機縁に基づき 45 名に調査を依頼し、31 名から回答を得た。Google フォームを用いたオンライン調査を行った。各質問項目に対する記述統計量を算出した。

3) 有識者検討会

(1) 検討会の概要

2025 年 2 月、検討会をオンラインで実施した。調査対象者は、医療・福祉・法務・地域支援などの異なる実践領域において、「身寄りのない・独居・認知症」の高齢者支援に日常的に関与している専門職 7 名とした。研究分担者の機縁に基づき収集した。内訳は、病院管理者、医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、司法書士、行政書士、生活安心センター職員であり、いずれも支援判断に直接関与する立場にある者であった。

検討会は約 120 分で、まず研究分担者から定性調査・定量調査の結果について 15 分で報告した。その後、結果に対するフィードバックとして参加者の意見を収集した。会議内の発言はすべて録音し、研究分担者・協力者によって内容の類似性に基づき整理した。

(倫理面への配慮)

定性調査において、説明文書を用いて研究分担者が口頭で説明した後、自由意思による同意を得た。

定量調査において、研究分担者が口頭で説明した後、自由意思に従い、同意する場合のみ回答を求めた。

C. 研究結果

1) 定性調査

(1) 支援を要する像として「身寄りのない・独居・認知症高齢者」に着目することに対する考え

「身寄りのない・独居・認知症高齢者」という表現について、「支援を要する像を示すわかりやすい用語」として用いられることに違和感を示したものはなかった。しかし、それ自体が支援の必要性を直接示す基準として用いられているわけではないことも、全対象者から共通して語られた。

さらに、高齢者自身と彼らを取り巻く状況は日々の時間経過とともに変化するものであり、結果的に「身寄りのない」「独居」「認知症」の3つの要素が重なり深刻化した高齢者が、「支援が必要」と評価されるということが語られた。支援の必要性の評価は、高齢者各人の「生活・困りごとの様子を総合的に」参照した上で判断されるものである。

(2) 「身寄りのない・独居・認知症高齢者」という用語の使われ方

「身寄りのない」「独居」「認知症」という3つの言葉は、特定の属性や状態を直接指し示すラベルとして機能しているのではなく、それぞれが異なるリスク領域を可視化するための観測軸として用いられていた。

支援ニーズの根拠を表す際の、「身寄りのない」「独居」「認知症」という3つの言葉の使われ方＝定義を図表2に、その根拠となった分析結果（それぞれの定義とそれを構成する要素）の表を図表3に、それぞれ示す。

元用語	定義
身寄りがない	生活基盤を整える上で必要な情報を持ち、意思決定と実行を支えるのに十分な人材がいない場合に、「身寄りがないことに関連した支援の必要性が高い」
独居	日常生活に支障が生じた場合の補完支援、および日常動線の中での安否確認を行える十分な人材がいない場合に、「独居に関連した支援の必要性が高い」
認知症	認知機能低下が疑われる、もしくは認知症の診断がある状態で、自身では意思決定が適切に行えず、生活が破綻した・もしくは破綻しそうな状況にある場合に、「認知症に関連した支援の必要性が高い」

図表2 支援ニーズの根拠を表す際の「身寄りのない」「独居」「認知症」の使われ方

(3) 「支援の難しさ」に関する意見

「身寄りのない・独居・認知症高齢者」に対する支援の難しさについて、ヒアリングの中で次の3点が語られた。つまり、①法と心情が常にズレうるという構造的緊張がある、②本人の意思が「見えにくい・変化する・後から否定されうる」、③「小さな困りごと」が制度の対象になりにくい、であった。

定義づけ	サブカテゴリ	コード
「身寄りがない」を理由にした支援が必要な状況	最低限の生活環境を支える実支援者がいない状況	最低限の生活を支える実支援者がいない
	意思決定と権利を支える人と情報が欠如している状況	意思決定を支える人がいない
		人生歴・生活史に関する情報が乏しい
		法的・倫理的判断を正当化する根拠が不足
		支援や制度との接点が本人任せになる
		継続的に関与する責任主体が不在
	血縁者がいないことそのものではない	血縁者がいないことではない
「独居」を理由にした支援が必要な状況	生活破綻・孤独を防ぎにくく、かつ不可視化されやすい状況	日常生活困難を解決する支援者がいない
		生活上の異変に気づく他者がいない
		緊急時の発見・初期対応が遅れやすい
		生活困難・セルフネグレクトが表面化しにくい
	同居者がいないことではない	孤独・孤立の問題が見込まれる
「認知症」を理由にした支援が必要な状況	意思決定が適切に行えず、生活破綻状態にある	生活困難・セルフネグレクト状態にある
		意思決定プロセスの補助・代替が必要
		認知症の診断があることではない

図表3 支援ニーズの根拠を表す際の「身寄りのない」「独居」「認知症」の定義の語りの分析

(4) 「支援のタイミングとポイント」

「身寄りのない・独居・認知症高齢者」に対する支援のタイミングとポイントについて、ヒアリングの中で次の5点が語られた。つまり、①問題が顕在化した時には、すでに手遅れに近い、②「元気そうな独居・身寄りなし」が最も見えにくい、③認知症というラベルが、理解も支援も難しくする、④伴走支援が個人依存になりやすい、⑤「身寄りがない」という言葉が当事者を遠ざける、であった。

(5) 「民間事業者による支援」の意義・限界

支援の難しさ、および支援のタイミング・ポイントを踏まえた上で、民間事業者による支援の意義として、①公的制度では拾いきれない日常生活上の判断・実務を補完できる、ということが語られた。一方で、②民間支援の入りやすさ／入りにくさを踏まえると、民間事業者が有効に機能するのは、認

知症が進行し判断能力が大きく低下した後ではなくその前段階である、ということが語られた。加えて、民間事業者による支援については、③経済条件による限界と「届かない層」の存在がある、④倫理リスクと信頼性に関する懸念がある、⑤公的支援・地域との連携を前提とした位置づけである、の3点が語られた。

2) 定量調査

(1) 回答者の特性

31名の回答を得た。女性が19名(61.3%)、64歳以下が17名(54.8%)、65～79歳が14名(45.2%)、一人暮らしの者が14名(45.2%)であった。

(2) いざというときに頼れる人・頼りたい人について

急な病気で入院・手術をすることになった場合、手続きなどをしてくれる人は誰かと尋ねたところ、親族・友人が15名(48.4%)で最も多かった。

認知症・他の精神上的の障害により財産管理ができなくなった場合、管理してくれる人は誰かと尋ねたところ、仕事として専門家に依頼するという者が13名(41.9%)で最も多かった。

	n	%
急な病気で入院・手術をすることになった場合、手続きなどをしてくれる人		
親族・友人	15	48.4
仕事として専門家に依頼	7	22.6
決まっていない・わからない・考えられない	9	29.0
認知症・他の精神上的の障害により財産管理ができなくなった場合、管理してくれる人		
親族・友人	8	25.8
仕事として専門家に依頼	13	41.9
決まっていない・わからない・考えられない	10	32.2

図表4 いざという時に頼れる人・頼りたい人

(3) いざという時に向けた希望・情報の扱い

老後・その先の希望を叶えてくれる人や、そのための情報を知っている人を事前に決めておくことについて、すでに決めている者が9名(29.0%)いた。その一方で、必要性は認識しているがまだ決めていない者が21名(67.7%)と半数以上を占めた。

病気や認知症になった時・死亡したときの希望や、その希望を叶えるために必要な情報の整理をしているかと尋ねたところ、すでに情報整理が完了した者が4名(12.9%)、整理途中にある者が16名(51.6%)おり、あわせて20名(64.5%)がすでに情報整理に着手していた。

	n	%
老後・その先の希望を叶えてくれる人や、そのための情報を知っている人を、事前に決めておく必要があると思うか		
考えたこともない、わからない	1	3.2
決めておく必要がある・すでに決めている	9	29.0
決めておく必要はあるが、まだ決めていない	21	67.7
病気や認知症になった時・死亡したときの希望や、その希望を叶えるために必要な情報の整理をしているか		
情報を整理した	4	12.9
情報を整理しているが、まだ途中である	16	51.6
情報を整理する必要はない	1	3.2
情報を整理する予定だが、まだ始めていない	10	32.3

図表5 いざという時に向けた希望・情報の扱い

3) 有識者検討会

(1) 民間サービスの在り方に関する意見

民間サービスには全面的支援から軽微な支援まで、利用者のニーズに応じたプラン設計が求められるとの意見があった。また、利用者が民間サービス利用の必要性を自分で判断して民間サービスを契約できるタイミングである軽微な支援からの関わりが必要であること、支援の目的として認知機能低下だけでなく、孤立の防止、コミュニティへのつながりの支援も必要との意見があっ

た。加えて、軽微な支援から支援レベルを引き上げる際に、本人の心変わり、知人や後見人等の意見との競合が阻害要因となるため、スムーズなプラン切り替えを可能とする仕組みの必要性が指摘された。

(2) 高齢者の備えのきっかけに関する意見

現状は何らかのきっかけ（入院、手術等）により備えの必要性を実感するケースが多く、備えの認識が低い利用者の意識向上の必要性に関する意見が多く見られた。そのために、地域包括、ケアマネジャー等が介護サービスのみでは人間らしい暮らしを実現できないケースがあることを訴求し、保険外ニーズの掘り起こしを期待する意見や、備えないことによる困りごとを自分事として捉えなおすための社会的ムーブメントの創出に期待する意見があった。また、信頼できる民間事業者の明確化が備えのきっかけとして必要との指摘があった。

(3) 公的な制度との役割分担に関する意見

厚生労働省が検討中の第二種社会福祉事業は日常生活自立支援事業の拡充により、入院入所手続きと死後事務を含む新たな事業が創設予定であることが報告された。その上で、「入院入所手続き」の実際の支援には膨大な業務が含まれる可能性があり、それを担う社会福祉協議会のリソース不足や社協における新たなシャドーワークの発生を懸念する意見や、支援対象や支援内容の限定が生じる可能性を懸念する意見があった。また、民間サービスにも質の差があるため質に応じた連携先の選定が重要であり、民間サービスとして提供するには最低賃金の3倍程度の利用料の徴収が最低限必要になるとの指摘がなされた。

D. 考察

(1) 民間事業が支援する高齢者像

定性調査において、民間事業による支援を要する者を「身寄りのない独居認知症高齢者」と表現することに全対象者からの同意を得たため、本研究において民間事業の在り方を検討する際の支援対象として、「身寄りのない独居認知症高齢者」を想定することの妥当性を確認できたと考える。

(2) 民間事業による適切な支援タイミング

一方、「身寄りのない」「独居」「認知症」の状況は時間経過とともに変化し、3つの要素が重なり深刻化した高齢者に対して「総合的に」支援の必要性が判断される実態が確認された。

定量調査では認知症等により財産管理等が出来なくなった場合に「仕事として専門家に依頼」したいと考える者が41.9%であった。専門家に支援を依頼する場合は健常時から利用者の意思や希望を整理して伝える必要がある。しかし、認知症等になった場合に希望を叶えるために「情報を整理した」者は12.9%に留まった。また、民間事業は契約に基づき提供されるため、意思能力が確保された健常時に契約手続きを済ませておく必要がある。そのために、定性調査における「問題が顕在化した時には、すでに手遅れに近い」との指摘が生じると考えられる。

有識者検討会において、民間事業者には軽微な支援からの関わりや、認知機能低下だけでなく、孤立の防止、コミュニティへのつながりの支援も必要との意見がみられた。これらの機能は、高齢者が健常なうちに民間事業者が軽微な支援を開始するために必要であると評価できる。

また、有識者検討会で指摘された、軽微な

支援から高度な支援へのスムーズなプラン切り替えを可能とする法的な仕組みの検討は、民間事業者が適切なタイミングで支援を開始するために重要であると考ええる。

更に、実際に支援を行う時期以降では、支援のために必要となる情報を本人から得られないケースが多く、またそもそも情報を提供できる身寄りもないことから、本人の意思に沿った支援を実現するために十分な情報や意向・希望を、本人が健常なうちから整理、保存し、将来の意思決定支援や意思の推定材料として役立てる取り組みも必要であると考ええる。

(3) 民間事業の質、信頼性の明確化

定性調査では、民間事業に対する倫理リスクと信頼性に関する懸念が語られた。また、有識者検討会では、信頼できる民間事業者を明確化し、民間サービスの質の差に応じた連携先の選定の重要性が指摘された。

民間事業の担い手として期待される高齢者等終身サポート事業において、「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」の遵守や、一部事業者団体による評価認証事業の着実な実施が期待される。

(4) 民間事業の支援対象の拡大

最後に、定性調査および有識者検討会では、民間事業の利用に伴う費用負担により支援が「届かない層」の存在が限界として指摘された。

民間事業の活用を促すためには、健常時から備えの必要性を訴求するとともに、民間事業を活用する費用を確保するための多角的な支援により、民間事業による支援対象を拡大する取り組みも必要であると考ええる。

E. 結論

これまでの研究から、民間事業が支援する高齢者像が「身寄りのない独居認知症高齢者」であることを確認した。また、民間事業者の在り方として、軽微な支援からの伴走や高度な支援へのスムーズな切り替え、支援が必要な時期に備えた情報や意向・希望の健常時からの整理・保存、民間事業の質、信頼性の明確化、民間事業の支援対象の拡大が課題として抽出された。

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

(予定を含む。)

3. 特許取得
なし
4. 実用新案登録
なし
5. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

独居認知症高齢者を対象とする虐待の実態把握と対応に関する研究

研究分担者 吉川悠貴 認知症介護研究・研修仙台センター 研究部長

研究要旨

【目的】

国の高齢者虐待防止法に基づく対応状況に関する調査では、2025年度時点で養護者による虐待被害者の8.6%が独居であり、54.6%が認知症自立度Ⅱ以上である。これに対し、独居認知症高齢者に対する虐待事例の特徴や通報以前の発見・対応等の状況は明らかにされていない。そのため、ケアマネジャーと訪問介護員を対象とする調査から、専門職従事者による発見や対応の実態と影響要因・課題を明らかにすることとした。

【方法】

ケアマネジャー（CM）及び訪問介護員（HH）を対象に郵送調査を実施した。居宅介護支援事業所1,666か所・訪問介護事業所1,655か所へ調査票を送付（各事業所最大3名配布を依頼）した。主な調査項目は、基本属性、虐待防止措置等への関与、過去1年の養護者虐待（独居含む）事例の経験、直近事例の発見・対応状況や課題等であった。

【結果】

CM群1,182件、HH群996件の有効回答が得られた。過去1年間に独居高齢者への虐待（疑い）事例の担当経験があったとしたのはCM群15.3%、HH群8.3%であった。経験事例について239例の詳細回答が得られ、「認知症の有無が不明」を除くと全体の83.9%が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（相当）以上であった。回答者自身による通報率はCM群68.9%：HH群4.2%であり、HH群では59.7%がケアマネジャーへの報告を行っていた。また、17.2%が「いずれの立場からでも通報等を行われなかった」事例であった。虐待（疑い）事例経験の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った結果、「外部研修の受講経験があること」「虐待防止措置の取組内容に『養護者による高齢者虐待防止』が含まれていること」「担当ケース数が多いこと」などが、当該事例の経験があることに正の影響を示していた。

【考察】

ケアマネジャー及び訪問介護員は、独居認知症高齢者に対し虐待が行われている可能性がある事例を一定程度経験しており、発見・対応に重要な役割を占めていることが示唆された。また、外部研修の受講や虐待防止措置の取組に養護者による虐待に関する内容を明確に含めることなど、適切な対応に資すると思われる要因や課題も抽出された。

A. 研究目的

高齢者虐待防止法に基づく自治体の対応状況を集約した厚生労働省調査（以下、「法に基づく対応状況等調査」とする）では、2025 年度において 17,133 件（被虐待者 17,472 人）の養護者による虐待事例が確認されており、被虐待者のうち 8.6%が独居高齢者、54.6%が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（相当）以上である¹⁾。ただし、法に基づく対応状況等調査では、独居認知症高齢者に対する虐待の特徴や対応上の課題は詳らかにされていない。また、高齢者虐待事例全体について、同調査に計上されない、すなわち通報に至らない暗数が相当程度あることが想定されている²⁾。このうち独居認知症高齢者への虐待については、その居住形態及び認知症の特性等から特に実態が不明な面があり³⁾、法に基づく対応に至る以前の察知・発見、その後の情報共有・通報等の実態を把握することが必要である。

これらのことを踏まえ、本分担研究全体の目的を独居認知症高齢者等が直面する高齢者虐待の実態と課題を明らかにすることとした上で、2025 年度においては、法に基づく対応に至る以前の実態把握を行うこととした。

この際、予兆察知や未然防止まで見据えた具体的対策の検討を考慮すると、独居認知症高齢者の居所に直接赴いてサービスを行う専門職における発見・対応が極めて重要となる。具体的には、ケアマネジメント及び訪問サービスに従事する専門職が想定される。そのため、ケアマネジャー及び訪問介護員を対象とする調査を行い、独居認知症高齢者に対する虐待事例をこの 2 群がどの程度・どのように発見し、かつ発見した場合

にはどのように情報共有や通報等が行われているのか、また発見や通報等にはどのような要因が寄与するのかを明らかにすることとした。

B. 研究方法

居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に所属するケアマネジャー・訪問介護員を対象とする郵送調査を、2025 年 11 月から 2026 年 1 月にかけて実施した。

対象事業所は、介護サービス情報公表システムオープンデータ(2025 年 6 月末時点)から抽出率 5%を目標に無作為抽出し、最終的に居宅介護支援事業所 1,666 か所・訪問介護事業所 1,655 か所に調査票を送付した。各事業所には、居宅介護支援事業所においてはケアマネジャー、訪問介護事業所においては訪問介護員として従事する職員に対して、職員状況に応じて最大 3 名に調査票を配布するよう依頼した（返送は個別）。

主な調査項目は、回答者・事業所の基本属性、法令上事業所に義務化されている虐待防止措置等への回答者の関与状況、過去 1 年間における養護者による虐待(疑い)事例の経験（養護者による虐待全般及び独居高齢者が被虐待者であるケース）、(独居高齢者事例の経験がある場合)直近 1 例の発見経過・虐待等の状況・発見後の対応・対応に関する課題認識であった。

（倫理面への配慮）

認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：25K02）。

C. 研究結果

1. 回収状況

事業所単位では、居宅介護支援事業所 637 か所（回収率 38.2%）、訪問介護事業所 501 か所（同 30.3%）から回答が得られた。個別回答としては、ケアマネジャー（以下 CM）群 1,182 件、訪問介護員（以下 HH）群 996 件の有効回答が得られた（回答者の基本属性は表 1 のとおり）。

2. 法令上事業所に義務化されている虐待防止措置等への回答者の関与状況

職場内研修の受講率が CM 群 83.9% 対 HH 群 83.1%、外部研修受講率が 55.1% 対 20.1%、委員会参加率が 36.5% 対 35.1%、指針等の確認率が 55.5% 対 62.7% であり、CM 群では外部研修受講率、HH 群では指針等の確認率が相対的に高くなっていた。また、上記いずれかの虐待防止措置の取組に関与経験がある場合に含まれていた内容を確認したところ、養介護施設従事者等による高齢者虐待防止等が含まれていたのは CM 群 74.1% 対 HH 群 82.9%、養護者による高齢者虐待防止等は 70.8% 対 56.5%、セルフ・ネグレクトや消費者被害等は 46.8% 対 43.7% であり、CM 群では養護者による虐待、HH 群では養介護施設従事者等による虐待に関する内容が含まれている割合が相対的に高くなっていた。

3. 過去 1 年間における養護者による虐待（疑い）事例の経験

図 1 に示すように、養護者による虐待（疑い）事例全般について、該当事例の担当経験があると回答した割合は、CM 群で 30.7%（95%信頼区間：28.1%-33.4%）、HH 群で

12.0%（同 10.2%-14.2%）であった。また、独居高齢者に対する虐待（疑い）事例の経験があるとした割合は、CM 群で 15.3%（95%信頼区間：13.4%-17.5%）、HH 群で 8.3%（同 6.8%-10.2%）であった。これらはいずれも CM 群において有意に高い結果であった（ $p<.001$ ）。さらに、養護者による虐待（疑い）事例の経験を有する回答者に限定すると、独居高齢者への虐待（疑い）事例を経験した割合は、CM 群で 49.9%（95%信頼区間：44.7%-55.0%）、HH 群で 69.2%（同 60.4%-76.7%）であり、HH 群の方が有意に高かった（ $p<.001$ ）。

4. 経験事例の内容（独居高齢者事例）

独居高齢者への虐待（疑い）事例の担当経験があったと回答した場合に、直近 1 例に関してその詳細の回答を求めたところ、全体で 239 例の回答があった。虐待を受けた可能性があると考えられた独居高齢者の属性は、女性が 80.3% であり、年齢は 65～74 歳 14.2%・75～84 歳 34.7%・85 歳以上 49.4% であった。また、認知症高齢者の日常生活自立度については、ランク II（相当）以上の割合は 76.5% であった。さらに、選択肢のうち「認知症の有無が不明」を除外して再計算したところ、その割合は 83.9% となった（自立度 I 以上とした場合は 95.9%）（表 2）。一方、虐待を行ったと思われる養護者は、息子が 34.7%・娘が 23.0%・夫が 20.9% であり、59.8% が主たる介護者の役割を担っていた。生じていたと思われる虐待行為の類型（複数回答形式）は、身体的虐待が 46.4%、心理的虐待が 34.3%、ネグレクト（ネグレクトの結果生じたセルフ・ネグレクトを含む）が 31.0%、経済的虐待が 30.5% であった（図

2).

5. 経験事例に対する発見・対応の状況

発見の端緒として割合が高いのは、回答者自身の気づき（38.9%）、他事業所からの情報提供（20.5%）、高齢者本人からの相談や訴え（13.8%）、回答者以外の所属事業所職員からの指摘（10.5%）などであり、両群とも同順であった。発見後の対応については、状況確認においては高齢者本人への確認は両群とも同程度行われていたが、虐待を行ったと思われる養護者への確認は CM 群 65.9%対 HH 群 26.4%、関係事業所・機関等への状況確認は CM 群 51.5%対 HH 群 33.3%であり、いずれも CM 群の実施率が相対的に高かった。

発見後の事業所内及び関係機関等への対応（表 3）においては、事業所内での管理者等への報告（CM 群 84.4%対 HH 群 59.7%）、地域包括支援センターへの報告（51.5%対 15.3%）、市町村への報告（20.4%対 8.3%）などにおいて、CM 群の実施率が相対的に高くなっていた。また HH 群にのみ尋ねた項目として、同群の 59.7%がケアマネジャーへの報告を行っていた。高齢者虐待防止法に基づく通報に関しては、回答者自身による通報率が CM 群 68.9%対 HH 群 4.2%で CM 群が相対的に高く、所属事業所の管理者等による通報が CM 群 14.4%対 HH 群 36.1%で HH 群が高かった。また全体で 17.2%が「いずれの立場からも通報等は行われなかった」とされた。

6. 経験事例への対応の関わる課題

16 項目により課題認識の有無を確認したところ、両群に共通して割合が高かった

のは「虐待かどうかどのように判断すればよいか難しく感じた」（CM 群 49.1%・HH 群 44.4%）であった。その他、「虐待事例として対応することで、これまでの養護者や高齢者本人との関係が悪くなるのではないかと不安になった」や、養護者からの情報の聞き出し困難、高齢者本人・養護者の介入や支援の拒否などについては CM 群が、「情報が少なくどのように判断すればよいかわからなかった」は HH 群が、課題認識があると回答する割合が相対的に高かった。

7. 虐待（疑い）事例発見への影響要因

養護者による虐待（疑い）事例全般の経験の有無、及び独居高齢者への虐待（疑い）事例の経験の有無を「虐待（疑い）事例の発見」と位置付け、これをそれぞれ従属変数として、発見に影響しうる要因を探るための二項ロジスティック回帰分析を、CM 群・HH 群の別に実施した（従属変数の構成比が不均衡であったため、「経験あり」にそれぞれ逆確率による重み付けを実施）。独立変数には、回答者の性別・経験年数（5 年刻み）・担当ケース数（5 件刻み）・職場内研修の受講経験・外部研修の受講経験・委員会参加・指針等の確認・虐待防止措置の取組内容への「養護者による高齢者虐待防止」の包含を用いた（強制投入法）。

養護者による虐待（疑い）事例全般の経験に対しては、両群に共通して、「外部研修の受講経験があること」「虐待防止措置の取組内容に『養護者による高齢者虐待防止』が含まれていること」「担当ケース数が多いこと」が正の影響を示していた（CM 群ではこれらに加えて「指針等の確認経験があること」も正の影響）。

独居高齢者への虐待(疑い)事例の経験に対しては、両群に共通して、「外部研修の受講経験があること」「担当ケース数が多いこと」が正の影響を示していた。加えて HH 群においては、「虐待防止措置の取組内容に『養護者による高齢者虐待防止』が含まれていること」「経験年数が長いこと」も正の影響を示していた。一方、HH 群では、職場内研修の受講・委員会参加・指針等の確認がいずれも負の影響を示していた。

8. 法に基づく通報への影響要因

前述のように、独居高齢者への虐待(疑い)事例として詳細回答があった 239 例において、17.2%が「いずれの立場からも通報等を行われなかった」とされた。そのため、この項目への該当の有無を従属変数として、どのような課題がある場合に通報につながりにくくなるのかを明らかにするために、課題認識の有無で使用した項目を独立変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った(例数が少ないため群分けは行わなかった)。その結果、「虐待かどうかどのように判断すればよいか難しく感じた」「情報が少なくどのように判断すればよいかわからなかった」が正の影響を示し、「通報が行われなかった」ことに寄与していた。一方、本人や養護者からの聞き出し困難や本人による介入や支援の拒否、所属事業所や関係機関との認識の相違、自身の従前の対応等への不安は負の影響を示していた。

D. 考察

法令上事業所に義務化されている虐待防止措置等への回答者の関与状況については、委員会への参加、指針等の確認、及び外部研

修の受講(特に訪問介護)率は両群とも高いとはいえなかった。また、職場内研修の受講率は 8 割を超えていたが、外部研修受講以外は事業所単位では義務化されているものであり、決して高いとはいえない。加えて、国の解釈通知によれば、本調査の対象事業所では、養介護施設従事者等による虐待の防止(自らが虐待を行わないための取組)だけでなく、養護者による虐待の防止やその周辺にある権利侵害の防止・対応の取組も求められている⁴⁾。従って、本調査において取組等の経験内容に「養護者による虐待」「セルフ・ネグレクト等」が含まれる割合が必ずしも高くなかった(特に HH 群)ことは課題といえる。

過去 1 年間における養護者による虐待(疑い)事例の経験については、CM 群の 30.7%、HH 群の 12.0%が虐待の可能性のあるケースを担当内で経験し、うち約半数以上は独居ケースを経験していた。独居高齢者に対して虐待が行われている疑いがある場合、当初の想定通り、ケアマネジャーや訪問介護員のように、直接居所においてサービスを提供する専門職が早期発見に寄与することが示唆された。

本調査の回答者による経験事例として詳細が回答された、独居高齢者に対する虐待事例についてはいくつかの特徴がみられた。特に、「認知症の有無が不明」のケースを除くと、自立度Ⅱ(相当)以上が 83.9%、Ⅰ以上が 95.9%(「不明」を除けば両群に概ね共通)を占めていたことは特筆に値する。ケアマネジャーや訪問介護員は独居高齢者に対する虐待の発見に寄与しうるのは既に述べたが、とりわけ独居かつ認知症がある高齢者に対する虐待事例の発見における役割

は大きいものと考えられる。ただし、今回の調査では、独居であること以上の高齢者の居住形態については確認していない。そのため、例えばサービス付き高齢者向け住宅等に単身で入居しているようなケースも含まれている可能性があることには留意が必要である。

これらの経験事例における発見・対応の実態としては、情報の収集・共有は CM 群の方が多く行っていたこと、HH 群経験ケースの約 6 割でケアマネジャーへの報告が行われていたこと、CM 群では自ら高齢者虐待防止法に基づく通報を行った割合が相対的に高い一方で HH 群では事業所を経由しての通報となる場合が最も多いことなどが示された。ケアマネジャーが発見事例を直接通報している一方、訪問介護員は事業所もしくはケアマネジャーに一旦情報が集約された上で通報に至っている実態が確認された。これらの結果は、国の「法に基づく対応状況等調査」における通報者の傾向から予想される状況を裏付けるものといえる。一方、「いずれの立場からも通報等は行われなかった」場合が一定数みられたことから、法に基づく通報の俎上に載らない暗数の存在が示唆される。

また、これらの経験事例への対応に係る課題としては、判断に迷う状況が半数弱の事例で生じていたほか、CM 群においては当事者からの情報収集や介入・支援拒否への対応、当事者との従前からの関係性維持への不安なども、一定程度課題として存在していることが確認された。関係性維持への不安等については先行研究においては質的な観点から指摘されており⁵⁾、本研究においてはこれが一定程度共通する課題とし

て量的にも確認されたといえる。

以上の結果を踏まえた上で、本研究は虐待(疑い)事例の発見や法に基づく通報等の対応に影響する要因の検討を行った。

発見への影響要因については、担当ケース数の多さ以外では、「外部研修の受講経験があること」「虐待防止措置の取組内容に『養護者による高齢者虐待防止』が含まれていること」などが発見に寄与する要因として抽出された。これらの要因が抽出されたことは、間接的に、事業所単位で義務化されている虐待防止措置(職場内研修・委員会・指針)の取組が必ずしも内容面で十分なものになっていない可能性を示唆している。

また、「虐待かどうかどのように判断すればよいか難しく感じた」「情報が少なくどのように判断すればよいかわからなかった」等の課題がある場合には、結果としてどの立場からも通報が行われない可能性が高まりうることが示された。先行研究においては、虐待の可能性を判断するためのスクリーニングツールや情報集約・通報等の明確なプロトコル、あるいはそれらの使用のためのトレーニングが発見や通報の助けとなることが指摘されている⁶⁾。本研究の結果は、本邦においてもそれらの取組が必要であることを示唆するものといえよう。

E. 結論

ケアマネジャー及び訪問介護員は、独居認知症高齢者に対して虐待が行われている可能性がある事例を、業務の中で一定程度経験していることが明らかになり、発見や法に基づく通報において重要な役割を占めていることが示唆された。また、発見後の通報に至るまでの経路が職種の特性に応じた

形で明らかになるとともに、外部研修受講の有用性や、虐待防止措置の取組内容に養護者による虐待に関するものを明確に含める必要性など、適切な対応に資すると思われる要因も抽出された。一方、間接的な示唆を含めて、現状として課題となり得る事項も複数抽出された。今後は、課題を踏まえて経験事例の質的な分析を行い、事業所単位での取組方法や自治体における支援策を具体化していくことが必要である。

さらに、「法に基づく対応状況等調査」における、高齢者虐待防止法上虐待と判断された独居認知症高齢者の事例との比較を行うことで、必要に応じて法令上の対応に適切に結びつけるための示唆を得ていくことも、今後の重要な課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

吉川悠貴：老年精神科医のための知っておきたい社会資源と法令の知識〈14〉虐待防止，老年精神医学雑誌；36(5)：467-474, 2025

吉川悠貴：これからの認知症施策を考える〈4〉認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成, *Curator of Neurocognitive Disorders*; 3(1): 36-39, 2026

2. 学会発表

吉川悠貴：認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成，第44回日本認知症学会学術集会 シンポジウム23, 2025.11.26

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
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Reference

- 1) 厚生労働省老健局（受託：認知症介護研究・研修仙台センター）：高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業（令和7年度）報告書, 2026
- 2) Shen Y, Sun F, Feng Y, et al.: Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Persons with Dementia in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Gerontology*; 71(5): 400-416, 2025
- 3) 吉川悠貴：これからの認知症施策を考える〈4〉認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成, *Curator of Neurocognitive Disorders*; 3(1): 36-39, 2026
- 4) 厚生労働省：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について（平成11年7月29日老企第22号：令和3年3月改訂分），2021
- 5) 藤江慎二・西尾孝司：介護支援専門員が虐待の有無の判断に迷うプロセス，*介護福祉学*; 20(1): 23-33, 2013
- 6) Van Royen K, Van Royen P, Donder L, et al.: Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment : a Scoping Review, *Clinical Interventions in Aging*; 15: 1793-1807, 2020

表 1 回答者の基本属性

		ケアマネジャー (CM)群	訪問介護員 (HH)群
回答者数		1,182	996
年齢(歳) (±SD)		54.0 (±9.4)	50.9 (±11.3)
性別	男 (%)	212 (17.9%)	158 (15.9%)
	女 (%)	925 (78.3%)	818 (82.1%)
	不明・その他 (%)	45 (3.8%)	20 (2.0%)
経験年数(年) (±SD)		19.2 (±7.1)	14.7 (±7.5)
担当利用者数†		34.1 (±11.1)	19.8 (±14.2)

†CM群においては自身の担当ケース数, HH群においては現在自身が定期的に訪問を担当している利用者の実人数.

図 1 過去 1 年間における養護者による虐待 (疑い) 事例の経験 (「経験あり」の割合)

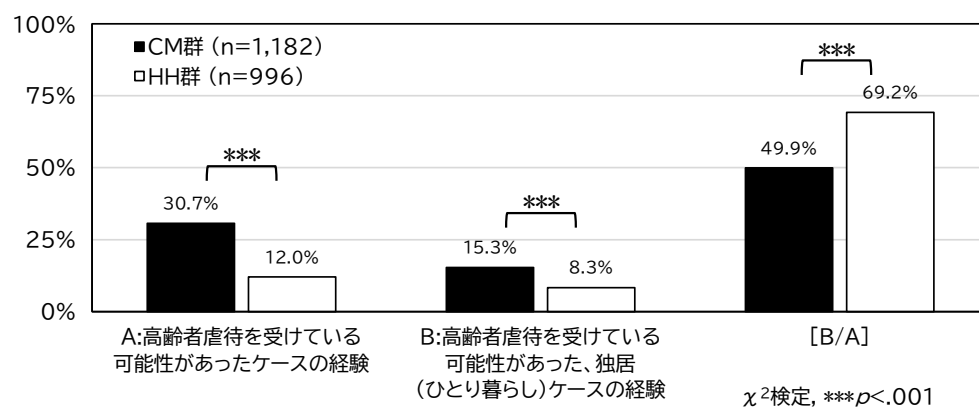


表2 回答事例における虐待を受けた可能性がある高齢者（独居高齢者）の属性

		CM群 (n=167)	HH群 (n=72)	合計(全体) (n=239)
性別	男性	35 (21.0%)	7 (9.7%)	42 (17.6%)
	女性	130 (77.8%)	62 (86.1%)	192 (80.3%)
	不明・その他	2 (1.2%)	3 (4.2%)	5 (2.1%)
年齢階級	65-69歳	15 (9.0%)	3 (4.2%)	18 (7.5%)
	70-74歳	12 (7.2%)	4 (5.6%)	16 (6.7%)
	75-79歳	18 (10.8%)	8 (11.1%)	26 (10.9%)
	80-84歳	42 (25.1%)	15 (20.8%)	57 (23.8%)
	85-89歳	47 (28.1%)	24 (33.3%)	71 (29.7%)
	90-94歳	28 (16.8%)	13 (18.1%)	41 (17.2%)
	95-99歳	3 (1.8%)	2 (2.8%)	5 (2.1%)
	100歳以上	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
	不明	1 (0.6%)	3 (4.2%)	4 (1.7%)
要支援・要介護度	要支援1	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
	要支援2	9 (5.4%)	1 (1.4%)	10 (4.2%)
	要介護1	38 (22.8%)	8 (11.1%)	46 (19.2%)
	要介護2	44 (26.3%)	14 (19.4%)	58 (24.3%)
	要介護3	35 (21.0%)	19 (26.4%)	54 (22.6%)
	要介護4	22 (13.2%)	14 (19.4%)	36 (15.1%)
	要介護5	17 (10.2%)	10 (13.9%)	27 (11.3%)
	総合事業対象者	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
	その他	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立または認知症なし	7 (4.2%)	2 (2.8%)	9 (3.8%)
	自立度Ⅰ	19 (11.4%)	7 (9.7%)	26 (10.9%)
	自立度Ⅱ	59 (35.3%)	10 (13.9%)	69 (28.9%)
	自立度Ⅲ	48 (28.7%)	6 (8.3%)	54 (22.6%)
	自立度Ⅳ	15 (9.0%)	4 (5.6%)	19 (7.9%)
	自立度Ⅴ	8 (4.8%)	4 (5.6%)	12 (5.0%)
	認知症はあるが自立度不明	6 (3.6%)	23 (31.9%)	29 (12.1%)
	認知症の有無が不明	5 (3.0%)	16 (22.2%)	21 (8.8%)
	〔自立度Ⅱ(相当)以上〕†	136 (81.4%)	47 (65.3%)	183 (76.5%)
	〔認知症の有無不明を除いた場合 の自立度Ⅱ(相当)以上〕‡	136 (84.0%)	47 (83.9%)	183 (83.9%)
寝たきり度	自立	20 (12.0%)	21 (29.2%)	41 (17.2%)
	J	31 (18.6%)	4 (5.6%)	35 (14.6%)
	A	54 (32.3%)	1 (1.4%)	55 (23.0%)
	B	46 (27.5%)	13 (18.1%)	59 (24.7%)
	C	13 (7.8%)	8 (11.1%)	21 (8.8%)
	不明	3 (1.8%)	25 (34.7%)	28 (11.7%)
利用している 介護保険サービス (※複数回答)	訪問介護	83 (49.7%)	65 (90.3%)	148 (61.9%)
	訪問入浴介護	5 (3.0%)	4 (5.6%)	9 (3.8%)
	訪問看護	40 (24.0%)	20 (27.8%)	60 (25.1%)
	訪問リハビリテーション	10 (6.0%)	6 (8.3%)	16 (6.7%)
	居宅療養管理・訪問診療	25 (15.0%)	6 (8.3%)	31 (13.0%)
	福祉用具販売・貸与	76 (45.5%)	24 (33.3%)	100 (41.8%)
	デイサービス	105 (62.9%)	35 (48.6%)	140 (58.6%)
	デイケア	23 (13.8%)	5 (6.9%)	28 (11.7%)
	小規模多機能	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
	ショートステイ	35 (21.0%)	9 (12.5%)	44 (18.4%)
	その他	11 (6.6%)	1 (1.4%)	12 (5.0%)
	自事業所以外把握していない	1 (0.6%)	2 (2.8%)	3 (1.3%)
家族・親族等の訪問頻度 (虐待者に関わらない)	ほぼ毎日	69 (41.3%)	25 (34.7%)	94 (39.3%)
	週に1回以上	29 (17.4%)	7 (9.7%)	36 (15.1%)
	月に2～4回	20 (12.0%)	7 (9.7%)	27 (11.3%)
	数か月に1～2回	18 (10.8%)	10 (13.9%)	28 (11.7%)
	ほとんど訪問がない	11 (6.6%)	11 (15.3%)	22 (9.2%)
	不明	20 (12.0%)	12 (16.7%)	32 (13.4%)
家族・親族、介護・医療 サービス機関、及び行政 機関以外の訪問者	いる	46 (27.5%)	10 (13.9%)	56 (23.4%)
	いない	95 (56.9%)	33 (45.8%)	128 (53.6%)
	不明	26 (15.6%)	29 (40.3%)	55 (23.0%)

†自立度Ⅱ～Ⅴ及び「認知症はあるが自立度不明」の合計。

‡「認知症の有無が不明」を除いて割合を再計算したもの。

図 2 回答事例における虐待行為の種類（複数回答形式）

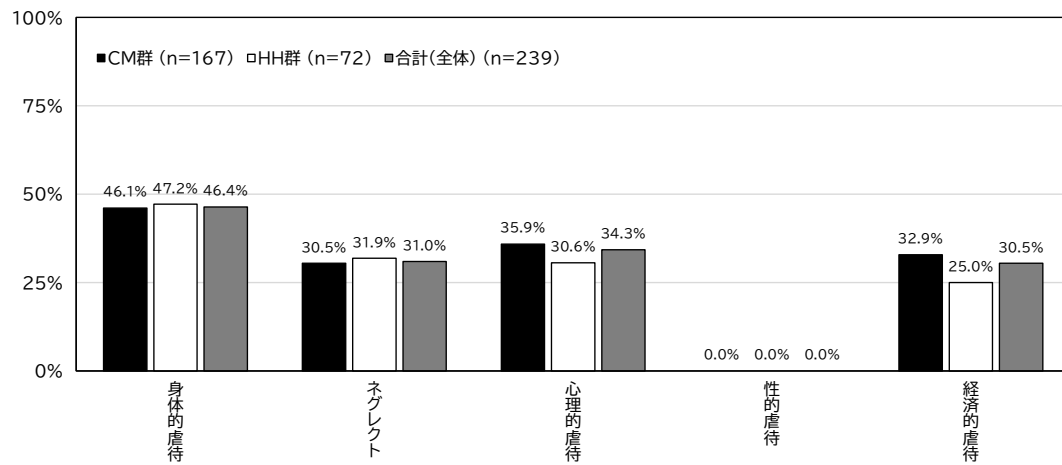


表 3 回答事例における発見後の対応

		CM群 (n=167)	HH群 (n=72)	合計(全体) (n=239)	χ^2
高齢者や養護者等への 確認(複数回答)	高齢者本人に具体的な状況や気持ち等をたずねた	96 (57.5%)	36 (50.0%)	132 (55.2%)	1.140
	高齢者本人の心身状況の確認を行った	97 (58.1%)	37 (51.4%)	134 (56.1%)	.915
	虐待をしたと思われる人(養護者)に話を聞いた	110 (65.9%)	19 (26.4%)	129 (54.0%)	31.565 ***
	情報提供があった事業所・機関等に状況確認等を行なった	86 (51.5%)	24 (33.3%)	110 (46.0%)	6.681 **
	その他	26 (15.6%)	7 (9.7%)	33 (13.8%)	1.445
事業所内、関係機関等への 対応(複数回答)	所属事業所内で、回答者が上司や管理者に報告・相談した	141 (84.4%)	43 (59.7%)	184 (77.0%)	17.337 ***
	所属事業所内で、回答者が同僚に相談した	59 (35.3%)	20 (27.8%)	79 (33.1%)	1.297
	担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所に報告・相談した(同僚・上司・管理者が行った場合を含む)†	—	43 (59.7%)	—	—
	他の介護サービス事業所に報告・相談した(同僚・上司・管理者が行った場合を含む)	31 (18.6%)	4 (5.6%)	35 (14.6%)	6.810 **
	地域包括支援センターに報告・相談した(同僚・上司・管理者が行った場合を含む)	86 (51.5%)	11 (15.3%)	97 (40.6%)	27.369 ***
	市町村の担当部署に報告・相談した(同僚・上司・管理者が行った場合を含む)	34 (20.4%)	6 (8.3%)	40 (16.7%)	5.221 *
	その他	7 (4.2%)	5 (6.9%)	12 (5.0%)	.799
高齢者虐待防止法に基づく 通報(複数回答)	回答者自身が地域包括支援センターもしくは市町村に通報を行った	115 (68.9%)	3 (4.2%)	118 (49.4%)	84.242 ***
	所属事業所の管理者や上司等が通報を行った	24 (14.4%)	26 (36.1%)	50 (20.9%)	14.372 ***
	高齢者自身が虐待を受けたことを届け出た	2 (1.2%)	1 (1.4%)	3 (1.3%)	—
	虐待をした人(養護者)が自ら通報を行った	2 (1.2%)	0 (0.0%)	2 (0.8%)	—
	いずれの立場からも通報等は行われなかった	24 (14.4%)	17 (23.6%)	41 (17.2%)	3.022
	自分以外が通報等を行なったかどうか不明	11 (6.6%)	26 (36.1%)	37 (15.5%)	33.516 ***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

†訪問介護員のみ回答可とした設問。

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と対策に関する研究

研究分担者 齊藤葉子 認知症介護研究・研修東京センター 研究員
研究協力者 月井直哉 認知症介護研究・研修東京センター 研究員
研究協力者 川端敦史 認知症介護研究・研修東京センター 研究員
研究代表者 栗田圭一 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐

研究要旨

【目的】本研究の目的は、独居認知症高齢者に対する消費者被害のうち、強引な訪問販売に焦点をあて、被害事例と回避事例の特徴を明らかにすることである。【方法】2024年度に実施した東京都内の在宅系介護サービス事業所等を対象とした悉皆質問紙調査により、介護支援専門員が経験した独居認知症高齢者の消費者被害に関する自由記述の回答を得た。そのうち、強引な訪問販売に該当する事例を抽出し、分析対象とした。被害事例については、商品・サービスの内容および被害の発生から把握に至る過程に着目して内容分析を行った。回避事例については、「誰のどのような行為によって回避が成立したのか」という観点から整理・分類した。【結果】

被害事例の分析の結果、訪問販売は新聞や食品、寝具など日常生活に密接に関わる商品を中心に生じていた。また、勧誘状況や契約内容の理解に関する記述は限られており、被害は契約時点では把握されにくく、その後の生活状況の変化や物品の増加を通じて把握される傾向が見られた。さらに、高額商品や複数契約、価格の不透明さといった金銭的特徴もみられた。回避事例の分析の結果、回避は本人の対応のみで成立するものではなく、第三者の介入や制度・専門機関の活用といった複数の要素が重なる中で成立していた。【結論】本研究により、強引な訪問販売による被害は契約時点では把握されにくく事後的に把握される特徴を有すること、また回避は第三者の関与や支援関係の中で成立する特徴を有することが明らかとなった。今後は、他の被害類型についても同様の観点から分析を行い、被害および回避の特徴の比較を進めていく必要がある。

A. 研究目的

認知症高齢者に対する消費者被害は、認知機能の低下や生活環境の特性により生じ

やすいことが指摘されている^{1) -4)}。また、これらの被害は、個人の脆弱性のみによって生じるものではなく、環境要因との相互

作用の中で生じるとされている⁵⁾。とりわけ独居である場合、日常的に第三者の関与が得られにくいことから、被害の把握や対応が遅れやすい状況にあると考えられる。筆者らはこれまでに、独居認知症高齢者に対する消費者被害の実態について、介護支援専門員が経験した事例に関する悉皆質問紙調査により量的に把握しており、その結果、過去 1 年間に、強引な訪問販売・リフォーム詐欺は約 5 割、特殊詐欺は約 4 割の事業所で経験されていることを明らかにした⁶⁾。

これらの結果は、独居認知症高齢者における強引な訪問販売をはじめとする消費者被害が重要な課題であることを示すものであるが、同時に、本調査は質問紙による量的分析にとどまるものであり、被害発生の背景や対応、判断の困難さといった文脈的要因を十分にとらえることができないという課題が残されている。また、被害に至らず回避された事例についても、その成立過程や関与要因に関する検討は十分に行われていない。

そこで本研究では、独居認知症高齢者に対する消費者被害のうち、多くの事業所で経験されている被害類型である強引な訪問販売に焦点を当て、自由記述データの質的分析を行う。具体的には、研究Ⅰとして被害事例を対象に、訪問販売で取引されている商品・サービスの内容を整理するとともに、被害の発生から把握に至る過程に着目した内容分析を行い、その特徴を明らかにする。また、研究Ⅱとして回避事例を対象に、「誰のどのような行為によって回避が成立したのか」という観点から整理を行い、回避に関与する要素の特徴を明らかにすることを目

的とする。

B. 研究方法

1. 調査概要

2024 年度に東京都内の在宅系介護サービス事業所等 3,711 か所を対象とする悉皆質問紙調査を実施し、1,296 件の回答を得た（回収率 34.9%）。回答は各事業所に所属する介護支援専門員によるものである。

本調査では、「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」に関して、独居認知症高齢者に対する消費者被害の経験の有無およびその内容について把握することを目的とし、被害類型ごとの事例経験の有無に加え、過去 1 年間に経験した事例について、「実際に被害にあった事例（以下、被害事例）」と「被害を回避できた事例（以下、回避事例）」に分けて自由記述による回答を求めた。

本研究では、この自由記述データを対象として分析を行った。

2. 研究Ⅰ：被害事例の分析

(1) 分析対象

強引な訪問販売・リフォーム詐欺の被害事例に関する自由記述 400 件をもとに、対象外事例の除外および 1 記述内に複数の事例が含まれる場合の分割を行い、506 件の事例を抽出した。このうち、訪問販売に該当する 138 件を分析対象とした。

(2) 分析方法

はじめに、訪問販売に該当する 138 件の被害事例を精読し、訪問販売において取引されている商品・サービスの内容を抽出し、類似する内容ごとに分類したうえで件数を集計した。

次に、被害がどのように生じ、どのように把握されているのかという過程に着目し、「勧誘状況」「契約理解」「金銭的特徴」「支援者関与」の観点から内容分析を行った。これらの観点は、自由記述における記述内容をもとに、被害の発生から契約成立、金銭的負担、事後的な把握に至る過程を整理するために設定したものである。分析単位は 1 事例とし、1 事例に複数の要素が含まれる場合は、それぞれ独立した要素として扱った。各視点に対応するコードは、自由記述の内容に基づき生成し、操作的定義および判断基準を設定した。コードの付与は明示的な記述に基づいて行い、推測による解釈は行わなかった。また、1 事例に複数の要素が含まれる場合は、それぞれ独立してコードを付与した。各コードの定義および判断基準は表 1 に示した。なお、分析の観点およびコードの定義については研究者間で検討し、整理した。

3. 研究Ⅱ：回避事例の分析

(1) 分析対象

強引な訪問販売・リフォーム詐欺の回避事例に関する自由記述 478 件をもとに、対象外事例の除外および 1 記述内に複数の事例が含まれる場合の分割を行い、552 件の事例を抽出した。このうち、訪問販売に該当する 273 件を分析対象とした。

(2) 分析方法

まず、273 件の回避事例を精読し、「誰のどのような行為によって回避が成立したのか」という観点から整理・分類した。分析単位は 1 事例とし、1 事例に複数の行為が含まれる場合は、それぞれ独立した要素として扱った。

(倫理面への配慮)

本研究は認知症介護研究・研修東京センター研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号：2024-6)。

C. 研究結果

(1) 研究Ⅰ：被害事例の分析

被害事例における販売商品・サービスの内容について整理した結果を表 2 に示す。新聞・定期購読契約が 35 件 (25.4%) と最も多く、次いで布団・寝具および食品・果物がそれぞれ 25 件 (18.1%)、家庭用品・機器が 21 件 (15.2%) であった。健康食品・健康器具は 12 件 (8.7%)、浄水器関連は 7 件 (5.1%) であった。また、商品内容の記載がない事例が 6 件 (4.3%)、清掃・剪定サービスが 4 件 (2.9%)、通信サービス契約が 3 件 (2.2%) であった。

取引されている商品・サービスの具体的内容としては、新聞・定期購読では複数紙の契約や契約期間の重複が確認され、食品・果物では果物の大量販売や乳製品の定期配達契約がみられた。布団・寝具では、羽毛布団の購入やメンテナンス名目の契約が確認された。家庭用品・機器では、カーペットやマシン、化粧品、照明器具などが含まれていた。健康食品・健康器具については、サプリメントや栄養補助食品に加え、電磁機器などの健康関連機器が確認された。浄水器関連では、本体販売に加え、フィルター交換や点検名目の契約が確認された。清掃・剪定サービスでは、台所や換気扇の清掃、庭木の剪定などの作業契約がみられた。通信サービス契約では、ケーブルテレビや通信契約に関するトラブルが確認された。商品内容の記載がない事例も一部にみられた。

次に、被害事例を4視点から整理した結果を表3に示す。勧誘状況では、「押し売り・強引勧誘」が43件(31.2%)、「繰り返し訪問」が17件(12.3%)、「商品設置・置き販売」が6件(4.3%)であった。一方で、「勧誘状況不明」が82件(59.4%)と最も多かった。契約理解では、「理解不足」が12件(8.7%)、「契約記憶なし」が4件(2.9%)であった。金銭的特徴では、「高額商品」が18件(13.0%)、「価格不透明」が15件(10.9%)、「複数契約」が11件(8.0%)、「契約内容不明」が4件(2.9%)であった。支援者関与では、「外部機関関与」が16件(11.6%)、「生活状況から発見」が11件(8.0%)、「家族発見」が6件(4.3%)、「ケアマネ発見」が3件(2.2%)であった。

(2) 研究Ⅱ：回避事例の分析

回避事例における行為別の件数を表4に示す。回避に関与した行為としては、「第三者の介入」が199件と最も多く、次いで「制度・専門機関の活用」が94件、「本人の対応」が53件、「事業者側の要因」が11件であった。なお、各事例には複数の行為が含まれる場合がみられた。

D. 考察

まず、訪問販売において取引されている商品・サービスの内容については、新聞・食品・寝具など、日常生活に密接に関わるものが多くみられた。これらは生活の中で継続的に使用されることが想定される商品であり、結果に示したように、食品や乳製品の定期配達契約や新聞購読契約といった継続的な契約、複数契約や契約期間の重複といった事例が確認された。さらに、布団

のメンテナンスや浄水器のフィルター交換など、継続的な関与を伴う契約もみられた。また、家庭用品・機器や健康関連商品、清掃・剪定サービス、通信サービス契約などにおいても同様に、日常生活に関連する多様な商品・サービスが対象となっていた。これらの結果から、訪問販売被害は一回限りの購入にとどまる事例もみられる一方で、複数契約や継続的契約として生じる傾向がみられた。

これらの商品・サービスは日常生活の中で使用されるものであり、必要性が想定されやすく、本人にとって違和感なく受け入れられやすい商品であると考えられる。そのため、訪問という形態と結びつくことで契約への抵抗感が低くなり、契約が成立しやすくなると考えられる。さらに、認知症に伴う判断力の低下により、その必要性や契約内容を十分に吟味することが難しい場合もあり、結果として不要または過剰な契約につながると考えられる。日常生活に密接に関わる商品であることが、被害の成立および認識の遅れの一因となっていると考えられる。

次に、被害事例については、内容分析の結果、勧誘状況が不明な事例が多く、契約内容の理解に関する記述も限られていたことから、勧誘から契約成立に至る過程は第三者に把握されにくいと考えられた。訪問販売は自宅内で行われる対面取引であり、第三者の関与が及びにくいことに加え、認知症により契約時の状況や内容の記憶が保持されにくいことが、このような把握の困難さにつながっていると考えられる。さらに、支援者関与の内容からは、生活状況の変化や物品の増加を通じて被害が把握され

ている事例もみられた。また、このような把握の困難さに関連して、複数契約や高額商品の存在から、金銭的負担が増大しやすい状況が示唆された。

回避事例については、「なぜ回避できたのか」という記述に着目し、「誰のどのような行為によって回避が成立したのか」という観点から整理・分類を行った。その結果、本人の対応に加え、家族や支援者による関与、制度・専門機関の活用といった複数の要素が確認され、特に第三者の介入が多くみられた。これらの結果は、回避が本人による断りやその場での対応といった単一の行為のみで成立するものではなく、複数の関与が重なることで成立していることを示唆している。さらに、多くの事例において、日常的な見守り関係や継続的な支援体制といった背景が確認されており、回避はその場の対応だけでなく、こうした関係や状況のもとで成立していると考えられる。以上の結果から、訪問販売被害は契約時点で完結するものではなく、日常生活の中で繰り返される勧誘や契約の重なりの中で進行し、生活状況の変化として現れる中で把握されると考えられる。

なお、本研究は介護支援専門員による自由記述に基づく分析であり、記述された内容から把握された範囲のものである。また、強引な訪問販売に焦点をあてて分析を行っており、他の被害類型との比較は行っていない。そのため、得られた特徴が他の被害類型にも共通するものかは明らかではない。したがって、今後は他の被害類型についても同様の観点から分析を行い、被害および回避の特徴の比較を進めていく必要がある。

E. 結論

本研究により、独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売被害において、取引の対象となる商品・サービスは、新聞、食品、寝具、家庭用品など、日常生活に関連するものが中心であることが明らかとなった。また、被害は一回限りの購入にとどまる場合に加え、複数契約や継続的契約として生じる傾向がみられた。加えて、強引な訪問販売による被害事例は契約時点では把握されにくく、生活状況の変化を通じて事後的に把握される特徴が確認された。回避事例の分析からは、被害の回避が本人の対応のみによるものではなく、家族や支援者の関与、制度・専門機関の活用といった複数の要素が重なる中で成立する特徴を有することが明らかとなった。

F. 研究発表

1. 論文発表

齊藤葉子,松本博成,吉江悟,相田里香,森澤拓,栗田主一: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・特殊詐欺および不適切な取引に焦点をあてて. 老年精神医学雑誌.2025. 36 (10):961-971.

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) 消費者庁：令和 6 年版消費者白書.
(2024).
- 2) 消費者庁：令和 5 年版消費者白書.
(2023).
- 3) 消費者庁新未来創造戦略本部国際消費者政策研究センター：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
(2023)
https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_230612_002.pdf, 2026.3.22.
- 4) 消費者庁新未来創造戦略本部国際消費者政策研究センター：高齢者の認知機能障害に応じた消費トラブルと対応策の検討に関する研究 (2025)
https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_006/assets/caa_futurer201_250627_1.pdf, 2026.3.22.
- 5) DeLiema M : Elder fraud and financial exploitation: Application of routine activity theory. The Gerontologist, 58 (4) : 706 - 718 (2018).
- 6) 齊藤葉子, 松本博成, 吉江悟ほか：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・特殊詐欺および不適切な取引に焦点をあてて—. 老年精神医学雑誌, 36 (10) : 961 - 971 (2025).

【資料】表 1 強引な訪問販売被害事例のコード定義および判断基準

分類	コード名	定義	判断基準（付与条件）
勧誘状況	押し売り・強引勧誘	断りにくい状況を作る、または断りを無視して契約を迫るなど、販売者による強い働きかけが認められる事例	強く勧める、断れない、居座る等、拒否困難または圧力の存在に関する記述が明示されている場合
	繰り返し訪問	同一または同種の事業者による訪問が複数回行われている事例	何度も来る、再訪、定期的に訪問する等、訪問の反復に関する記述が明示されている場合
	商品設置・置き販売	商品を設置することにより契約を既成事実化する勧誘が行われた事例	商品を置いていく、置き薬等、商品設置行為に関する記述が明示されている場合
	勧誘状況不明	勧誘方法に関する具体的な記述がなく判断が困難な事例	勧誘過程に関する記述が存在しない場合
契約理解	契約記憶なし	本人に契約や購入に関する記憶がない事例	覚えていない、記憶がない等、契約記憶の欠如に関する記述が明示されている場合
	理解不足	契約内容を十分に理解しないまま契約していると判断される事例	契約内容を理解していない、または説明が不十分であった旨の記述が明示されている場合（記憶の有無は問わない）
金銭的特徴	高額商品	一般的な生活用品と比較して高額と判断される契約等の事例。生活必需品の通常の価格水準から著しく乖離している場合を含む	金額または価格評価に関する記述があり、一般的な価格水準と比較して明らかに高額と判断できる場合（価格の妥当性が判断可能である場合に限る）
	価格不透明	価格の内訳や妥当性が不明確であり、その適切性が判断できない契約等の事例（必ずしも高額とは限らない）	価格の内訳が不明である、または価格の妥当性自体が判断できない旨の記述が明示されている場合
	複数契約	同一事例において複数の商品・サービス契約が確認される事例	複数商品、繰り返し契約、次々販売等に関する記述が明示されている場合
	契約内容不明	契約内容を確認できない事例	契約書がない、または契約内容が不明である旨の記述が明示されている場合
支援者関与	ケアマネ発見	ケアマネジャーの関与を契機として被害が把握された事例	ケアマネジャーの訪問や関与が発見の契機として明示されている場合
	生活状況から発見	生活環境や物品状況を手がかりとして被害に気づいた事例	物品の量や状態、生活環境の変化等を根拠として被害に気づいた旨の記述が明示されている場合（発見者は問わない）
	家族発見	家族が被害を把握した事例	家族が気づいた、または対応した旨の記述が明示されている場合
	外部機関関与	消費生活センター、警察、地域包括支援センター等の外部機関が対応に関与した事例	消費生活センター、警察、地域包括支援センター等への相談、助言、解約支援、返金対応等、外部機関の関与に関する記述が明示されている場合

表 2 強引な訪問販売被害事例における販売商品・サービスの分類

カテゴリ名	件数	割合
新聞・定期購読契約	35	25.4 %
布団・寝具	25	18.1
食品・果物	25	18.1
家庭用品・機器	21	15.2
健康食品・健康器具	12	8.7
浄水器関連	7	5.1
商品内容の記載無し	6	4.3
清掃・剪定サービス	4	2.9
通信サービス契約	3	2.2
合計	138	100

表 3 強引な訪問販売被害事例におけるコードの出現件数および割合(n=138)

分類	コード名	件数	割合
勧誘状況	押し売り・強引勧誘	43	31.2 %
	繰り返し訪問	17	12.3
	商品設置・置き販売	6	4.3
	勧誘状況不明	82	59.4
	合計	148	
契約理解	契約記憶なし	4	2.9
	理解不足	12	8.7
	合計	16	
金銭的特徴	高額商品	18	13
	価格不透明	15	10.9
	複数契約	11	8
	契約内容不明	4	2.9
	合計	48	
支援者関与	ケアマネ発見	3	2.2
	生活状況から発見	11	8
	家族発見	6	4.3
	外部機関関与	16	11.6
	合計	36	

※複数該当があるため、合計は100%とならない

表 4 強引な訪問販売回避事例における回避行為別件数及び割合(n=273)

回避行為	件数	割合
第三者の介入	199	72.9 %
制度・専門機関の活用	94	34.4
本人の対応	53	19.4
事業者側の要因	11	4

※複数該当があるため、合計は100%とならない

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

独居認知症高齢者の行方不明の実態把握と対策に関する研究

研究分担者 永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長
研究代表者 栗田 圭一 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐
研究分担者 花田 健二 認知症介護研究・研修東京センター 研究員
研究協力者 菊地 和則 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員
研究協力者 川端 敦史 認知症介護研究・研修東京センター 研究員
研究協力者 小森由美子 認知症介護研究・研修東京センター 客員研究員
研究協力者 那須野勇一 認知症介護研究・研修東京センター 客員研究員

研究要旨

独居認知症高齢者等の行方不明の実態と既存事業の諸課題を可視化させるために、全国規模のウェブ調査及び有識者レビューを実施した。全国の市町村に配置されている認知症地域支援推進員 8,867 名を対象にウェブ調査（悉皆）を実施した結果、過去 1 年間に独居認知症高齢者の行方不明ケースがあった市町村が 33.0%であった。「未発見ケース」があった市町村が 8.2%であり、人口規模が大きいほど高率であり 30 万人以上の都市では 40.7%であった。認知症行方不明者支援の実績を有する有識者 12 名（本人、家族、自治体担当者、ケア関係者）による有識者レビューを 2 回（計 20 時間）実施し討議内容を分析した結果、行方不明の発生時期は、診断前から施設入所後まで 5 段階の幅広い時期に渡ること、発生の背景として生活上の危機と心身状態の増悪があることが可視化された。行方不明に関する既存事業の課題として【実行システム上の課題（5 項目）】と【基盤整備に関する課題（5 項目）】の 2 領域 10 項目に整理・分類され、2 領域を両輪として課題解決を図っていく必要があること、既存事業は家族がいることが前提になっており実行システムが有効に機能するためには本人の権利利益保護の観点にたつてまずは基盤整備の見直し刷新を図ることの重要性が明らかになった。次年度は、人口規模別の市町村において、発生実態及び既存事業の課題の明確化と解消策に関する実地調査を行い、独居認知症高齢者等の行方不明の解決を促進する事業モデルの取組事項を明らかにすることを目標とする。

A. 研究目的

本研究の目的は、独居認知症高齢者等の行方不明の実態と既存事業の諸課題を明ら

かにし、独居認知症高齢者等の権利・利益保護に向けて行方不明の解決のために取組むべき事項を明らかにすることである。令

和 7 年度は、市町村における独居認知症高齢者等の行方不明の実態を全国調査で明らかにすること、発生状況と行方不明対策の諸課題を質的分析を通じて可視化させることを目標とした。

B. 研究方法

実態調査は、「独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究」の他の研究項目「独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究」の一環として実施し、対象は全国の市町村に配置されている認知症地域支援推進員 8,867 名である（悉皆）。調査は、研究機関から都道府県の認知症施策担当部門を通じて市町村の認知症施策担当部門に依頼を送付し、市町村の認知症施策担当部門より、委託組織で働くものを含む全ての認知症地域支援推進員に調査依頼を行った。調査はオンラインで行い（ウェブ調査）、回答単位は個々の推進員とした。調査への協力は任意とし、調査アクセス前に電子同意書による同意を必須要件とした。調査期間は 2025 年 12 月 1 日から 12 月 25 日とした。本研究に関する調査項目は、認知症地域支援推進員が配置されている自治体の基礎情報（自治体名、人口）、過去 1 年間の独居認知症高齢者への相談支援・個別支援の経験が有る認知症地域支援推進員の中で、「行方不明になり、現在も発見されていない人（以下、未発見ケースとする。）の有無」及び「行方不明になったが、発見された人（以下、発見ケースとする。）の有無」である。

発生状況と諸課題の質的検討と分析を行うために、行方不明者の支援に実績を有す

る有識者 12 名（当事者組織メンバーの本人 1 名、家族組織メンバーの家族 1 名、自治体担当者 4 名、推進員 2 名、行方不明に関する地域組織のリーダー役のケア関係者 4 名）による有識者レビューを 2025 年 8 月と 2026 年 3 月に 2 回（各 2 日計 20 時間）実施した。逐語録をもとに、課題を抽出・分類・整理する質的帰納的分析を研究担当者と協力者で行い、研究担当者以外の専門職 2 名による妥当性の確認を行った。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得た（承認番号：2025-4）。

C. 研究結果

1. 回答数と回答率

調査対象となった全国の認知症地域支援推進員 8,867 中 4,491 名より回答が得られた（回答率：50.6%）。認知症地域支援推進員が所属する市町村別では、全国 1,741 市町村中 1,250 市町村（71.8%）、都道府県別では、全国 47 都道府県中 46 都道府県（97.8%）の認知症地域支援推進員より回答が得られた。

市町村における認知症地域支援推進員の配置人数については、単独配置（1 人配置）が 256 人（5.7%）、複数配置（2 人以上）が 4,235 人（94.3%）であった。

2. 市町村における独居認知症高齢者等の行方不明ケースの発生状況

市町村において認知症地域支援推進員が複数配置の場合、同一市町村の推進員の回答における行方不明ケースの重複を避けるため、回答寄せた推進員の配置市町村数 1,250 を母数に、同一市町村内の認知症地域

支援推進員のいずれかが「行方不明ケースあり」と回答した数を1として市町村における行方不明ケースの発生状況を調べた。その結果、「未発見ケースあり」の市町村が103(8.2%)、「発見ケースあり」の市町村が401(32.1%)、いずれかの「行方不明ケースあり」の市町村が413(33.0%)であった。

市町村の人口規模別に「未発見ケースあり」をみると、人口5万人未満では22(2.9%)、5万～30万人未満では35(9.5%)、30万人以上では46(40.7%)であり、市町村の人口規模が大きくなるにつれて「未発見ケースあり」が高率であった。

3. 独居認知症高齢者等の行方不明の発時期と発生時の背景

有識者レビューの逐語記録から独居認知症高齢者の行方不明の発生時期に関する内容を抽出し分析・整理した結果、①診断前の時期、②診断を受けたが支援につながらない時期、③支援につながったが支援の谷間がある時期、④入所を検討中の時期、⑤入所後の時期、以上の5つの時期に分類された。

また行方不明発生時の背景となる状況を抽出し分析・整理した結果、A.生活上の危機(配偶者の死、転居、身内とのトラブル、近隣とのトラブル等)、B.心身状態の増悪(睡眠障害、栄養不良、熱中症、慢性疾患の悪化等)、以上の2つの要素に分類された。

4. 独居認知症行方不明をめぐる対策の諸課題

関連する事業等の対策の課題として、逐語録から49小項目が抽出され、既存の対策が家族がいることを前提に組み立てられているために独居認知症高齢者の場合機能していない課題や独居認知症高齢者の行方不明をめぐる権利・利益が損なわれる事態も

発生している課題が確認された。

それらをもとに以下①～⑩の10中項目と2領域(I、II)に分類・整理された。I. 行方不明対策の実行システムの課題(①社会全体への啓発と情報提供、②本人の力を活かした早期からのIT機器も含めた備えと個別対応、③行方不明発生時の初期対応とフォロー、④発生後の検証、⑤実行システム全体が円滑に進むための警察と行政等との協働)。II. 対策の基盤整備の課題(⑥独居認知症高齢者も含む行方不明の現状把握と統計の整備、⑦行方不明に関する本人の体験と意思の発信と共有、⑧本人の視点にたった既存の取組の見直し(行方不明の概念、事前登録、通報検索システム等)、⑨権利・利益の保護の観点にたった対策方針の明確化と共有、⑩対策を継続的に推進していくための経年的な推進チームの設置。

なお、以上の課題には地域差があること、また、課題に関して自治体が取組みを進めている好事例があることも確認された。

D. 考察

これまで独居認知症高齢者等の行方不明の発生実態は明らかになっていなかったが、本研究により全国の市町村の33.0%が過去1年以内に独居認知症高齢者の「行方不明ケース」があったことが明らかになった。また市町村の8.2%が、「未発見ケース」を有しており、特に人口30万人以上の都市の40.7%が「未発見ケース」を有していることが明らかになった。発生時期としては診断前の時期から入所後まで5つの時期の幅広い範囲に渡ること、発生の背景として生活上の危機と心身状態の増悪があることが明らかになり、時期に応じた対策と背景に関

する日常的・基本的なケアや支援の必要性が示唆された。

独居認知症高齢者等の行方不明対策の課題として、大きくは実行システムの課題と基盤整備の課題が明らかになり、これら課題の 2 領域を車の両輪で推進していく必要性とともに、権利・利益の保護の観点から基盤整備の重要性が明らかにされた。

一方、本研究には以下の限界がある。第 1 に認知症地域支援推進員の回答率が 50%に留まるため、結果の一般化には注意を要する。第 2 に、本研究で把握された認知症独居高齢者の行方不明ケースがあった市町村数は、認知症地域支援推進員が関与したケースに限定して得られた数値であり、推進員が関与していない行方不明ケースの把握がなされていない限界がある。第 3 に、有識者レビューから得られた結果は、レビューア及び研究者の立場性や有する体験や知見等のバイアスの限界がある。

以上の限界を踏まえて、次年度は人口規模の異なる数自治体をフィールドに、独居認知症高齢者等の行方不明の発生実態及び既存事業の課題の明確化と解消策に関する実地調査を行い、独居認知症高齢者等の行方不明の解決を促進する事業モデルの取組事項を明らかにする予定である。

E. 結論

過去 1 年間に独居認知症高齢者等の行方不明ケースがあった市町村が 3 割強、未発見ケースがあった市町村が 1 割近くあり、特に人口 30 万人以上の都市の約 4 割が未発見ケースを有していた。独居認知症高齢者の行方不明の発生時期は診断前から入所後まで広範に渡り、発生の背景には生活上

の危機と心身状態の増悪という 2 側面があることが明らかになった。既存の行方不明対策は、独居認知症高齢者には機能しない点があり、行方不明を解決するために実行システムと基盤整備の両面を進める必要があること、独居認知症高齢者等の権利擁護の観点から特に基盤整備の重要性が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

Kumiko Nagata, Yumiko Komori, Kenji Hanada, Atsushi Kawabata, Kazunori Kikuchi, Shuichi Awata : What are the current challenges surrounding missing persons with dementia living alone? ~An exploratory research based on an expert review in Japan~, Global Conference of Alzheimer's Disease International ,37th, 2026(Lyon).

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

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権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究

研究代表者 栗田主一 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から認知症疾患医療センターが果たすべき役割を示し、それを 2024 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ガイド」（以下、ガイド）に反映させた改訂版ガイドを作成することにある。【研究方法】2024 年度に作成したガイドの内容を精査して改訂版において検討すべき事項を示すとともに（研究 1）、実際に認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者の事例分析を通して、独居認知症高齢者が直面している権利利益の保護に関わる課題を診療録の後方視調査を通して明らかにした（研究 2）。【研究結果】ガイドの改訂版作成にあたって検討すべき複数の事項を示した。また、独居認知症高齢者の受診の経緯では、「本人が健忘を自覚し、不安を感じ、自発的に受診するパターン」と「別居の家族・親族が気づき、別居の家族・親族に促されて受診するパターン」があること、消費者被害や特殊詐欺、道順障害による行方不明が受診の経緯に認められる場合があることが可視化された。【考察】今年度は独居認知症高齢者 10 例（すべて女性）に限定して、受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名、初診時の同伴者にフォーカスをあてた分析を行ったが、この段階でも権利利益の保護という観点から特筆すべき事項があることを示唆された。【結論】2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分である。認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者は、受診までの経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる多様な課題に直面している。

A. 研究目的

2022～2024 年度の厚労科研「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・持続化するための研究」の分担研究課題「認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究」において、全国の認知症疾患医療センターの相談員を対象とする実態調査、事例分析、文献レビューを行い、「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）を作成した。本研究の目的は、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から認知症疾患医療センターが果たすべき役割を示し、それを 2024 年度に作成したガイドに反映させることにある。

B. 研究方法

上記の目的を達成するために、本年度は第一に 2024 年度に作成したガイドの内容を精査した上で改訂版において検討すべき事項を示し（研究 1）、さらに、2022～2024 年度に作成した認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者のデータベースを用いて、認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変更後の診断名）、初診時の同伴者に焦点をあてたデータベースの作成を診療録の後方視的調査を追加して実施した（研究 2）。

（倫理的配慮）

本研究で実施した診療録の後方視的調査は、東京都健康長寿医療センターの日常診療の中で得られたデータを研究活用するものであるが、これについては東京都健康長寿医療センターではオプトアウトによる包括的同意を得ている。

C. 研究結果

研究 1: ガイドの改訂版作成にあたって検討すべき事項を表 1 に示した。以下に要約する。

I. 序論：

- 独居認知症高齢者及び MCI を含めた独居認知症高齢者数の推計値は今回の厚労科研の分担研究のデータを踏まえて修正すべきである。
- 独居認知症高齢者の状況を権利利益侵害のリスクという観点から、より明確に、かつ evidence based に記述する必要がある。認知症疾患医療センターの役割については、実施要綱に示されて

いる内容を記述するだけではなく、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からの役割についても言及すべきである。

- 認知症の診断後支援の考え方について、「5 つの柱の支援モデル」を提案したのはスコットランドアルツハイマー病協会であることを示し、2022 年の ADI レポートの引用元を示した上で、ADI の診断後支援の定義を解説すべきである。
- ### 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パターンについてはここに掲げた①～④以外の類型はないか。認知症疾患医療センター受診例の分析を通して再確認する必要がある。
 - 意思決定支援チームという用語の解説を別記する必要がある。
 - 「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」という文言がわかりにくいかもしれない。「その個人にとって必要な生活支援のネットワーク」の方がよいかもしれない。
 - 「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」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地域レベルのネットワーク」とした方がよい。「このような地域レベルのネットワークづくりが「地域づくり」の本質であることを示すべきである。
 - 独居認知症高齢者では、日常生活を共にしている同居家族が不在であるために、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相対的に大きくなることを強調すべきである。

研究 2: 認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変遷した診断名）、初診時の同伴者に関するデータを表 2 に示す。受診の経緯では、「本人が健忘を自覚し、不安を感じ、自発的に受診するパターン」と「別居の家族・親族が気づき、別居の家族・親族に促されて受診するパターン」がある。また、10 例中 2 例は初診時に本人単独で受診している。さらに、消費者被害に家族が気づいたり、道順障害により行方不明となり警察に保護されたりして受診に至るという場合もある。初診時に SCD（Subjective Cognitive Decline）または MCI の人も認知症に進展し、権利利益の保護という観点からも生活支援ニーズが高まる様子が窺える。

D. 考察

2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分であることが明らかになった。また、事例分析については、今年度は独居認知症高齢者 10 例（すべて女性）に限定して、認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変遷後の診断名）、初診時の同伴者にフォーカスをあてた分析を行ったが、この段階でも権利利益の保護という観点から特筆すべき事項があることを示された。

次年度には、さらに対象数を増やし、長

期経過の中で直面する権利利益の保護に関わる多様な課題に焦点をあてた分析を行う予定である。

E. 結論

- 2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分である。
- 認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者には、受診に至る経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる課題が生じている。

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 栗田主一：認知症施策推進基本計画：論点と概要．The Curator of Neurocognitive Disorders2(1): 50-52, 2025.
 - 2) 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と認知症施策推進基本計画．社会福祉研究(0286-2980)152 号 Page4-11(2025. 04)
 - 3) 栗田主一：認知症基本法の制定と共生社会の推進．日本臨床, 83(6), 877-883. 2025.
 - 4) 栗田主一：共生社会の実現をめざす「認知症施策推進基本計画」．健康づくり. N569, 1-6, 2025.
 - 5) Kikuchi K, Oguchi 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. 2025May;25(3):e

70022. doi:10.1111/psyg.70022.

2. 学会発表

- 1) 栗田主一：認知症施策推進基本計画について，紐解く．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（認知症ケア賞特別講演）．
- 2) 栗田主一：「認知症施策推進基本計画」策定過程の議論がもたらすものは何か．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（特別講演）．
- 3) 齊藤葉子，吉江悟，松本博成，相田里香，森澤拓，栗田主一：独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査 強引な訪問販売・リフォーム詐欺，特殊詐欺やその他不適切な取引．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 4) 枝広あや子，岡村毅，栗田主一：認知症疾患医療センターにおける診断後支援の取り組み状況の変化．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 5) 扇澤史子，木村陽子，岡本一枝，今村陽子，佐々木知輝，畠山啓，大森佑貴，古田光，岩田淳，栗田主一：急性期病院の認知症ケアチームの介入頻度および取り組みの充実の効果．認知症ケア加算対象患者の身体拘束率の推移による検証．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 6) 栗田主一：認知症基本法と今後の認知症施策の方向性．第67回日本老年医学会，2025. 6. 27-6. 29，千葉幕張（教育講演）．

- 7) 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と新しい認知症観．日本老年歯科医学．オンラインLive研修会「認知症と向き合う研修会」，2025. 10. 15（お案ライン）
- 8) Ikeuchi T, Kikuchi K, Awata S: Incidence of Missing Persons with Dementia Living Alone and Not Living Alone: Findings from a Municipal Survey in Japan. The 2025 International Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA), Kanazawa, Japan. September 25-27, 2025 (Symposium).

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

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ガイド」改訂版作成において検討されるべき事項

厚労科研(2022-2024)で作成した「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ガイド」の内容	改訂版において検討されるべき事項
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 年の段階の 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。	独居認知症高齢者及び MCI を含めた独居認知症高齢者数の推計値は今回の厚労科研の分担研究のデータを踏まえて修正すべきである。
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つては，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。	独居認知症高齢者の状況を権利利益侵害のリスクという観点から，より明確に，かつ evidence based な記述が必要である。文献情報も表示すべきである。
○ 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。	認知症疾患医療センターの役割については，実施要綱に示されている内容を記述するのみならず，独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から果たすべき役割について言及すべきである。

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<u>全国調査</u>で明らかにされています。	2019 年度に実施された<u>全国調査</u>（老健事業報告書）については、その引用元を表示すべきである。
○ 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。そのはじめは、<u>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。</u>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、<u>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。</u>	「5つの柱の支援モデル」を提案したのはスコットランドアルツハイマー病協会なので修正が必要である。 2022 年の ADI のレポートの引用元を表示すべきでないか。
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。ここ	独居認知症高齢者の受診パターンについては、ここに掲げた①～④の類型でよいか、認知症疾患医療センター受診例の分析を通して再確認する必要があるのではないか。

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。	
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えます。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提供します。	
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. 本人・家族の生活状況のアセスメントと心理的サポート」とすべきか。
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本人・家族の意向を確認し，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，さま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出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	

避するための助言が必要です（「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。	
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について本人・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（ <u>意思決定支援チーム</u> ）で、そのあり方を検討します（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	• <u>意思決定支援チーム</u>という用語の解説を別記する必要がある。

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した。また、本人、別居家族、多職種が連携して先に述べた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」を参照）。	文言の修正：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。
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：診断後支援に重要な目標は、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。	「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」という文言がわかりにくいかもしれない。「その個人にとって必要な生活支援のネットワーク」の方がよいかもしれない。 「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」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地域レベルのネットワーク」 「このようなネットワークづくりが「地域づくり」は、「このような地域レベルのネットワークづくりが「地域づくり」」
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、<u>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。</u>	「<u>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。</u>」は、「<u>独居認知症高齢者の場合には、日常生活を共にしている同居家族が不在であるために、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相対的に大きくなることに留意する必要があります。</u>」
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。<u>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。</u>	文言の修正:「<u>そのことが信頼関係の醸成し</u>」は「<u>そのことが信頼関係を醸成し</u>」。
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、<u>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。</u>	この部分の文章は、今回の厚労科研での研究成果及び議論を踏まえて、また自治体向けガイド(改訂版)との整合性を踏まえて修文する必要がある。
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。<u>独居の</u>	「<u>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。</u>」は、日本語的には、「<u>認知症疾患医療センターの診断後支援の中で、一人暮らしの認知症高齢者もピア・サポー</u>

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。	トや交流会への参加が可能になるようにしていくためにはどうすればよいか、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。」ということになる。 認知症疾患医療センターにおけるピア・サポートのあり方については、現在進められている老健事業の動きも踏まえて作文する必要がある。
--	--

表 2. 認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者の受診経緯、初診時診断、初診同伴者

事例	受診経緯	初診時診断→診断変遷	初診同伴者
事例 1 初 診 時 64 歳 女性	夫と死別後独居生活を続けていたが、約束を覚えていない、同じ内容の電話をする、被害妄想的な言動があるということで、長女に促され、別居の長女同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=26、診断：MCI (CDR0.5)、妄想状態→3年後：MMSE=19, AD (CDR1)	別居家族
事例 2 初 診 時 85 歳 女性	夫の入院・死亡などの経緯の中で、予定を忘れる、約束事を忘れる、書類の置き場所がわからなくなるなどの健忘を強く自覚するようになり、不安で熟睡できなくなって自らかかりつけ医に相談し、単独受診に至る。一旦通院が途絶えるが、その後記憶障害が進行し、3年後に長男同伴で受診。	初診時：MMSE24, 診断：MCI due to AD (CDR0.5)→3年後：MMSE=23, AD (CDR1)	なし
事例 3 初 診 時 85 歳 女性	未婚で独居生活を続けていたが、近隣に住む姪が本人の健忘に気づき、別居の姪同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=26, 診断：MCI (CDR0.5)→1年後 MMSE に変化は見られないが道順障害のエピソードあり、診断：AD (CDR1)	別居親族
事例 4 初 診 時 84 歳 女性	夫と死別後、携帯が見つからない、役所から送られてくる書類を紛失するなどの健忘が目立つようになり、認知症についての不安も高まり、自ら予約をとって単独受診に至った。	初診時：MMSE=30, 診断：SCD (CDR0)→4年後：MMSE=22, 診断：AD (CDR1)	なし
事例 5 初 診 時 79 歳 女性	夫と死別後独居生活をしていたが、健忘が目立つようになり、料理もなくなり、道順障害のエピソードがあり警察から長女に連絡が入る。長女に促され、かかりつけ医から紹介されて、別居の長女同伴で受診に至った。	初 診 時：MMSE=21、診断：AD (CDR1)	別居家族
事例 6 初 診 時 75 歳 女性	夫と死別後独居生活をしていたが、薬の飲み忘れや会話の内容をすぐに忘れるなどの健忘が目立つようになり、また家族に大金を預けたという記憶錯誤も現れ、別居の妹同伴で受診に至った。	初 診 時：MMSE=17、診断：AD (CDR1)	別居家族
事例 7 初 診 時 82 歳 女性	夫と死別が頻繁に寂しさを訴え、不眠、意欲低下が見られ、同時期より同じ話を繰り返す、鍵を紛失するなどの健忘も目立つようになり、別居家族が支えていたが、かかりつけ医にも勧められ、別居家族同伴で受診に至った。	初診時 MMSE=23、診断：AD with CVD (CDR1)	別居家族

事例 8 初 診 時 92 歳 女性	夫と死別してから独居。その頃から健忘が目立ったが、次第に進行するとともに、身体的愁訴、不安も目立つようになったとのことで、長女に促され、別居の長女同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=28, 診断：MCI	別居家族
事例 9 初 診 時 77 歳 女性	夫と死別後不動産業を営みながら独居生活を続けていたが、10 年ほどして健忘が目立つようになり、仕事にも支障を来すようになり、長男（別居家族）とも相談し、かかりつけ医とも相談の上、別居の家族同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=24, 診断：AD（CDR1）	別居家族
事例 10 初 診 時 84 歳 女性	別居家族が本人の健忘や金銭管理の支障を気にしていたが、知らぬ間にマンションを購入したり、キャッシュカードから 250 万円引き出されるような特殊詐欺に合い、家族がかかりつけ医と相談し、家族同伴で受診に至った。	初診時 MMSE=23, 診断：AD(CDR1)	別居家族

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権利利益の保護と訪問看護師および在宅医療の役割に関する研究

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	全国訪問看護事業協会	常務理事
研究協力者	金田 絵美	セコム深川訪問看護ステーション	副所長
研究協力者	中島民恵子	日本福祉大学	教授
研究協力者	久保田真美	神戸在宅医療・介護推進財団	看護師
研究協力者	永野 叙子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
研究協力者	山内由紀子	東京都健康長寿医療センター研究所	看護師

研究要旨

認知症高齢者の在宅ケアでは、健康と安全を確保すると同時に自由と尊厳を尊重する意思決定支援が求められる。しかし、認知機能低下により本人がリスクを認識できない場合や支援を拒否する場合は、意思決定支援が困難となり、「本人同意のない対応」が生じうる。本人の同意なく薬や財布を管理する、家を施錠するなどの対応は、在宅認知症高齢者の約4割に起きていると報告される。本研究は、認知症高齢者の在宅ケアにおける本人同意のない対応の実態を明らかにし、同居者の有無による違いを検討した。

2025年11月から2026年2月にかけて、訪問看護ステーション12事業所で在宅認知症高齢者のケース調査を実施した。研究の実施にあたって東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（R25-067）。

対象となった在宅認知症高齢者198名のうち35.9%が独居だった。同居群との比較で、独居群は経済的困窮者が多く、認知症は軽度であった。また、独居群では訪問介護サービスの利用頻度が高く、日常生活支援ニーズが高いことが示唆された。本人同意のない対応は、身体拘束5.6%、非同意のケア34.8%だった。身体拘束の約半数は職場内で対策や地域包括支援センターへの報告がされていた。独居群では、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する非同意のケアが多くみられた。一方、同居群では、入浴や清拭、与薬、食事や水分摂取など、直接的なケア場面における非同意のケアが多い傾向が認められた。

認知症高齢者の日常生活において行動制限を含む対応は健康・安全の確保のために必要な場合もあるが、同意がないまま、または拒否にも関わらず行われることは、本人の尊厳や権利の侵害につながりうる。独居認知症高齢者に対して、生活支援を充実してい

くとともに、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動について本人の意思を尊重した意思決定支援を丁寧に行うことが重要である。

A. 研究目的

認知症基本法のもと、認知症の在宅ケアでは、健康と安全を確保すると同時に、自由と尊厳を尊重する意思決定支援が求められる。しかし、認知機能の低下により本人がリスクを認識できない場合や、支援を拒否する場合は、意思決定支援が困難となり、「本人同意のない対応」が生じうる¹⁾。「本人同意のない対応」とは、本人が同意しない、または拒否するが、健康や安全のために医療・介護者や家族によって提供される治療・処置・ケアなどの対応を指す。本人同意のない対応の中には、身体拘束や非同意のケアが含まれる。後者は、本人の同意なく薬や財布を管理する、家に鍵をかけて外出を制限するなどの対応を含み、在宅認知症高齢者の約4割に起きていとされる²⁾。

独居認知症高齢者では、同居者がいる場合に比べて本人同意のない対応を受けやすいことが報告されている²⁾。これは、日常生活を共にして支える家族等の支援者が不在の中で、健康や安全を維持することの困難を反映するとともに、自律的な生活が干渉されやすいことを示唆している³⁾。独居認知症高齢者の権利利益を保護しながら在宅生活を支えるためには、訪問看護師をはじめとする医療・介護者が、本人の意思を尊重しつつ、どのように健康・安全の確保と自律性の両立を図るかが重要な課題である。

本研究は、認知症高齢者の在宅ケアにおける本人同意のない対応の実態を明らかにし、同居者の有無による違いを検討した。

B. 研究方法

本研究は訪問看護ステーション12事業所の協力を得て、訪問看護師49名が担当する在宅認知症高齢者198名のケース調査を実施した。調査は2025年11月～2026年2月にかけて実施した。

まず、各訪問看護ステーションにおいて協力訪問看護師に約1時間の説明会を実施し、研究の目的や方法、倫理的配慮、個人情報保護等について説明した。その後、1か月間の調査期間を設け、各訪問看護師が担当する認知症高齢者について、日常の訪問看護業務の中で作成された既存の看護記録をもとに、研究用の調査票へ必要な情報を転記する形でデータを収集した。

調査項目は、対象者の属性（年齢、性別、世帯形態）、家族や友人知人による支援、要介護度、介護保険サービス、認知症の重症度（FAST）、本人同意のない対応、とした。なお、本人同意のない対応は家族によって行われる場合と、医療・介護者によって行われる場合があるが、本研究では実施主体による区別はしていない。

（倫理面への配慮）

調査では、新たな介入や追加的な負担を対象者に求めることはなく、収集する情報は個人が特定されないように匿名化した上で取り扱った。また、認知症高齢者およびその家族に対しては、研究の趣旨や調査内容、個人情報の保護、研究参加を拒否しても不利益を生じないことについて、ホームページまたは書面で周知し、オプトアウト

方式により同意を得た。研究の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（R25-067）。

C. 研究結果

訪問看護ステーション 12 事業所に所属する訪問看護師 49 名が担当する全利用者は 628 名で、認知症ありの利用者（認知症の診断あり、または、認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上に該当）は 225 名だった。そのうち、施設入所 4 名、現在入院中 13 名、終末期 7 名、その他の除外理由 3 名を除いた 198 名を研究対象とした。

対象者は、平均年齢 87.3 歳、女性 69.7%、独居者 35.9%だった。支援状況については、日常的な支援をする家族あり 87.4%、日常的な支援をする友人知人あり 23.2%だった。対象者の要介護度は、要介護 1（23.2%）、要介護 2（22.2%）、要介護 3（20.7%）が多く占めた。認知症重症度（FAST）では、軽度（32.3%）が最多で、次いで中等度（21.7%）、やや高度（20.2%）が続いた（表 1）。

独居群と同居群を比較すると、平均年齢は独居群 86.4 歳、同居群 87.8 歳で大きな差はみられず、女性の割合もそれぞれ 70.4%、69.0%とほぼ同程度だった（表 2）。一方、介護保険利用負担割合の比較では、独居群では生活保護受給者が 18.8%で、同居群の 2.4%を大きく上回っており、全体として独居群の方が負担割合は低かった。また、要介護度と認知症重症度（FAST）には違いがみられた（表 2）。独居群では、要介護 1（32.4%）、要介護 2（32.4%）の割合が高く、FAST でも軽度（45.1%）が多く占めていた。これに対し、同居群では、要介護 1（18.3%）、要介護 2（16.7%）、要介護 3（22.2%）、要

介護 4（18.3%）、要介護 5（19.8%）で比較的均等に分布していた。また、FAST でも軽度（24.6%）、中等度（26.2%）、やや高度（26.2%）が多かった。

次に、独居群と同居群の支援状況・介護サービス利用状況を比較した（表 3）。日常的な支援をする家族ありの割合は独居群 70.4%、同居群 97.6%で有意差を認めた。日常的な支援をする友人知人ありの割合は、独居群の方が有意に高かった（38.0% vs 14.5%）。訪問介護の利用頻度は独居群で有意に高かったが、通所介護・リハや訪問看護の利用頻度には有意な差を認めなかった。

本人同意のない対応を分類すると、身体拘束 11 例（5.6%）、非同意のケア 69 例（34.8%）だった。身体拘束の内訳は、ベッドの四点柵（6 例）、つなぎ型の介護衣（3 例）、ミトン型手袋（2 例）などだった。報告された身体拘束 11 例中 6 例では、職場内で対応が検討され、地域包括支援センターへの報告・相談が行われていた。

非同意のケアの内容について独居群と同居群を比較した（表 4）。本人の同意が得られないまま、または拒否にも関わらずケアが提供される対応は、入浴・清拭、服薬、食事・水分摂取などの場面において、同居群で多い傾向がみられた。一方、キーボックスの設置、家屋の施錠、冷暖房操作の制限、保険証やマイナンバーカードの管理、財布や通帳の管理など、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する本人同意のない対応は、独居群で有意に多かった。

D. 考察

訪問看護ステーション 12 事業所から訪

問看護サービス提供を受ける 198 名の認知症高齢者のケース調査を行った。対象には独居者が 35.9%含まれており、独居者の特徴として、経済的困窮者が多いことや認知症は軽度であることが示された。また、独居群では認知症が軽度にも関わらず、訪問介護サービスの利用頻度が高く、日常生活を支えるための支援ニーズが大きいことが示唆された。このように、独居認知症高齢者は、支援ニーズが高い一方で、それが十分に満たされにくく、より多くの医療・介護資源を必要とすることは、これまでの研究でも指摘されている^{4,5)}。

本人同意のない対応については、認知症の在宅ケアでは非同意のケアが最も多かった。独居の場合には本人同意のない対応が行われやすいことはこれまでも指摘されているが²⁾、本研究で明らかになったのは、その内容の違いである。独居群では、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響することについて、本人同意のない対応がより多く行われていた。認知症高齢者が健康・安全にひとり暮らしをする上では、キーボックスの設置、施錠、冷暖房操作の制限、保険証や通帳の管理などが必要なこともある。しかし問題の本質は、それらが本人の同意が得られないまま、あるいは拒否にも関わらず行われることがある点である。

「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」は、本人の尊厳と権利を守るため、認知機能の低下があっても本人の意思を尊重し、意思形成・意思表示・意思実現のプロセスを支援することを強調している⁶⁾。これは、本人が望むことを支援することだけでなく、本人が望ま

ないことを安易に強制しないことも含意している。もっとも、行動・心理症状が顕著でコミュニケーションが困難な場合には、本人の健康・安全を確保するための意思決定支援が困難な場合もある。そのような場合、本人と家族、医療・介護者との関係性の中で、多職種で一定の合意のもと、慎重な対応がとられていることも多いと考えられる。しかし、多忙や負担感、スキル不足、あるいは本人軽視といった要因により、意思決定支援のためのコミュニケーションが十分になされないまま、本人同意のない対応が選択される可能性もある⁷⁾。本研究の結果は、とりわけ独居認知症高齢者において、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動について本人の意思を尊重した意思決定支援を丁寧に行う必要性を示唆している。

E. 結論

訪問看護を利用する認知症高齢者において、本人同意のない対応は、身体拘束 5.6%、非同意のケア 34.8%だった。独居認知症高齢者では、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する本人同意のない対応が多くみられた。これらは健康・安全の確保のために必要な場合もあるが、本人の同意が得られないまま行われることは本人の尊厳や権利の侵害につながりうる。独居認知症高齢者に対して、生活支援を充実させるとともに、本人の意思を尊重した意思決定支援を通じて、本人同意のない対応を最小化することが大切である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K. Supporting independent living among individuals with dementia who live alone: a qualitative study with home-visit nurses. *J Adv Nurs*. 2026;82(3):2357-2366.

2. 学会発表

Tsuda S, Nakajima T, Ito K, Nakashima T, Nakamura Y, Awata S. Consensus-based practical guide for home-visit nurses to support the independence of people with dementia living alone: a Delphi study. IPA Congress 2025. Kanazawa, Japan. Sep 25-27, 2025.

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) Hamers JPH, Bleijlevens MHC, Gulpers MJM, Verbeek H. Behind closed doors: involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(2):354-358.

2) Liu M, Wang Y, Zeng Q, Li J, Yang L, Zeng Y. Prevalence of involuntary treatment among community-living older persons with dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*.

2024;127:105574.

3) Portacolone E, Nguyen TT, Bowers BJ, et al. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2329913.

4) Clare L, Martyr A, Caulfield M, et al. Living alone with dementia is a neglected source of inequality: findings from a scoping review of research evidence. *Syst Rev*. 2025;15(1):16.

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

6) 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (第2版), 2025年.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf>

7) Moermans VRA, Hamers JPH, Verbeek H, et al. District nurses' experiences with involuntary treatment in dementia care at home: a qualitative descriptive study. *BMC Nurs*. 2023;22:394.

表 1. 対象者 198 名の属性

	n	%
年齢 (mean, SD)	87.3	7.1
性別：女性	138	69.7%
世帯形態：独居	71	35.9%
日常的な支援をする家族あり	173	87.4%
日常的な支援をする友人知人あり	46	23.2%
介護保険利用負担割合		
生活保護	16	8.1%
1 割負担	141	71.2%
2 割負担	8	4.0%
3 割負担	29	14.6%
要介護度		
未認定	2	1.0%
要支援 1	3	1.5%
要支援 2	6	3.0%
要介護 1	46	23.2%
要介護 2	44	22.2%
要介護 3	41	20.7%
要介護 4	27	13.6%
要介護 5	29	14.6%
認知症重症度 (FAST)		
1 正常	0	0.0%
2 年相応	14	7.1%
3 境界状態	27	13.6%
4 軽度	64	32.3%
5 中等度	43	21.7%
6 やや高度	40	20.2%
7 高度	10	5.1%

表 2. 独居群と同居群の属性の比較

		独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
		n	%	n	%	
年齢	mean (SD)	86.4	7.0	87.8	7.1	0.18
性別	男性	21	29.6%	39	31.0%	0.84
	女性	50	70.4%	87	69.0%	
介護保険利用負担割合	生活保護	13	18.8%	3	2.4%	<0.001
	1割負担	46	66.7%	95	76.0%	
	2割負担	4	5.8%	4	3.2%	
	3割負担	6	8.7%	23	18.4%	
要介護度	未認定	2	2.8%	0	0.0%	<0.001
	要支援 1	0	0.0%	3	2.4%	
	要支援 2	3	4.2%	3	2.4%	
	要介護 1	23	32.4%	23	18.3%	
	要介護 2	23	32.4%	21	16.7%	
	要介護 3	12	16.9%	28	22.2%	
	要介護 4	4	5.6%	23	18.3%	
	要介護 5	4	5.6%	25	19.8%	
認知症重症度 (FAST)	年相応	5	7.0%	9	7.1%	<0.001
	境界状態	15	21.1%	12	9.5%	
	軽度	32	45.1%	31	24.6%	
	中等度	10	14.1%	33	26.2%	
	やや高度	7	9.9%	33	26.2%	
	高度	2	2.8%	8	6.3%	

*単変量の分析：連続変数はt検定、カテゴリー変数はカイ2乗検定

表 3. 独居群と同居群の支援状況と介護サービスの比較

		独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
		n	%	n	%	
日常的な家族介護者	いる	50	70.4%	122	97.6%	<0.001
	いない	21	29.6%	3	2.4%	
日常的な支援をする友人知人	いる	27	38.0%	18	14.5%	<0.001
	いない	44	62.0%	106	85.5%	
訪問介護	週5回以上	11	20.8%	16	15.0%	0.013
	週2~4回	19	35.8%	21	19.6%	
	週1回	8	15.1%	11	10.2%	
	利用なし	14	26.4%	59	55.1%	
訪問看護	週2回以上	35	52.2%	48	40.7%	0.13
	週1回	32	47.8%	70	59.3%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用あり	9	15.8%	9	9.2%	0.22
	利用なし	48	84.2%	89	90.8%	
通所介護・リハ	週2回以上	19	32.2%	38	34.2%	0.46
	週1回	11	18.6%	16	14.4%	
	利用なし	29	49.2%	57	51.4%	
ショートステイ	利用あり	6	10.9%	26	26.8%	0.021
	利用なし	49	89.1%	71	73.2%	

*単変量の分析：連続変数はt検定、カテゴリー変数はカイ2乗検定

表 4. 独居群と同居群における非同意のケアの比較

本人の同意がない、または、拒否にもかかわらず…	独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
	n	%	n	%	
入浴や清拭をする	7	9.9%	19	15.1%	0.38
キーボックスを設置する	13	18.3%	6	4.8%	0.002
薬効を隠して与薬する	6	8.5%	13	10.3%	0.80
薬を管理する	10	14.1%	8	6.3%	0.078
食事や水分摂取を促す	4	5.6%	10	7.9%	0.77
家を施錠する	7	9.9%	4	3.2%	0.059
冷暖房操作を制限する（リモコンを管理する）	7	9.9%	2	1.6%	0.012
保険証やマイナンバーカードを管理する	8	11.3%	1	0.8%	0.001
財布や通帳を管理する	5	7.0%	1	0.8%	0.024
電子的に監視する	3	4.2%	3	2.4%	0.67
コミュニケーションを制限する（電話や来客など）	2	2.8%	2	1.6%	0.62
ガスや電気を止める	1	1.4%	1	0.8%	1.00
移動手段を制限する（車や自転車など）	1	1.4%	1	0.8%	1.00
洋服などに行方不明予防のタグやコードをつける	0	0%	1	0.8%	1.00
歩行補助具を片付ける	0	0%	0	0%	
インターネットアクセスを制限する	0	0%	0	0%	
オンラインサービスの利用を制限する	0	0%	0	0%	
スマートフォン決済の利用を制限する	0	0%	0	0%	

*単変量の分析：Fisher の正確確率検定

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権利利益の保護と介護支援専門員の役割に関する研究
—独居認知症高齢者の権利利益の侵害の実態と介護支援専門員の対応
文献調査とグループインタビューから—

研究分担者 石山麗子 国際医療福祉大学大学院 教授

研究協力者 鈴木善雄 国際医療福祉大学大学院 助教

研究協力者 稲葉一人 いなば法律事務所 弁護士

研究要旨

本研究の目的は、在宅で生活する独居認知症高齢者における権利・利益侵害の実態をケアマネジャーの経験と連携他職種の視点を通じて把握し、ケアマネジャーがどのように関与し貢献できるか検討するための基礎資料を得ることである。研究方法は文献検討による基盤的研究(研究1)と、事前整理シート、及び、グループインタビューによる実態把握(研究2)を実施した。

研究1では、権利は抽象的・多義的で文脈依存的であり、日常的には不利益の実感を契機に認識されること、演繹的判断の限界が示された。研究2では、権利侵害は経済的搾取、自己決定侵害、プライバシー侵害、健康・行動制限、セルフネグレクト等に類型化され、構造的課題と限界が示された。

ケアマネジャーの実践では具体的事象から権利侵害を把握する帰納的プロセスが中心である。ガイドライン作成にあたっては、初任者も理解し実践可能とするための権利擁護に関する歴史・制度理解等、教育的内容と、それを理解に落とし込む具体的な事例も含めた構成が必要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、在宅生活を送る独居認知症高齢者の権利・利益の侵害が問題となるなか、独居認知症高齢者の生活実態に関わる介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)が、このような権利・利益侵害防止に関わることができるのか、それに対してどのような貢献ができるのかを検討することであり、その基礎資料として「権利・利益侵害」についての基盤的な研究と、在宅生活を送る独居認知症高齢者の権利・利益の侵害の実態把握を行うものである。

B. 研究方法

文献検討と、質的調査(グループインタビュー)を組み合わせた混合研究方法である。

1. 研究1の方法

「権利・利益侵害」についての基盤的な研究として、研究協力者(弁護士)により、法学関係の基礎文献を、非系統的に調査をし、権利に関する記述を権利に関する法学文献での記述をまとめた。

2. 研究2の方法

1)目的と研究方法

①目的

本研究は独居認知症高齢者のケアマネジメント経験のあるケアマネジャーと、独居認知症高齢者の支援にケアマネジャーと連携する他職種に対するグループインタビューを通じて、独居認知症高齢者の権利・利益の侵害に該当すると思われるケース、場面等の実態と対応を明らかにすることである。

②研究方法の概要

参加に際して参加者全13名のうち、行政職員以外の参加者12名に事前整理シートの記載を求め、受領した。グループインタビューのインタビューガイドとして事前整理シートの項目を活用し、ディスカッションした。

ディスカッションは同意に基づいて録音、外部業者により逐語録を作成、研究者が分析した。

③参加者

グループインタビューには、主任介護支援専門員(7名)、日常的にケアマネジャーと連携し独居認知症高齢者を支援する他職種(3名)、両方の経験者(3名)の協力を得た。

グループインタビュー参加者の選定では地域、経験、職位等を考慮した。地域分類は2040年を目途とした政府方針¹⁾を参考に大都市部(3名)、中山間・人口減少地域(4名)、一般市等(6名)とした。経験は、ケアマネジャーは主任介護支援専門員であって独居認知症高齢者の経験が5件以上あること、ケアマネジャーと連携する他職種は、認知症初期集中支援チーム(1名)、地域包括支援センター(4名)、社会福祉士事務所(1名)、行政職員(1名)、ケアマネジャーの職能団体役員経験者(8名)とした(*経験の重複あり)。

④事前整理シートによる事例の確認

事例整理シートの項目は「権利・利益の侵害だと思うケースの場面」、「何が権利・利益の侵害だと思ったか」、「どのように対応したか・しなかったか」、「どのように対応するのが最善だったと思うか」、「難しいこと、迷ったことや困ったこと等」から構成されている。

本シートは、12名(行政職員以外)に提供を求めた。

⑤グループインタビューの実施方法、実施日、参加者数、所用時間

グループインタビューは、2026年3月に2回実施し、1回目は対面を基本としたリモートとのハイブリッド形式、2回目はリモート形式で実施した。参加人数は1回目は13人全員、第2回は12名であった。インタビューの所要時間は、第1回は自己紹介や研究の方法の説明を除くグループインタビューの実施時間は2時間20分、第2回は2時間52分であった(表1)。表1.グループインタビューの実施日、参加者数、所要時間

	実施日	参加者数	所要時間
1回目	3/6	13名	2時間20分
2回目	3/15	12名	2時間52分

⑥ファシリテーター、及び、データの分析

グループインタビューのファシリテーター、及び、データの分析はケアマネジメントを専門とする研究者、他職種である研究者(理学療法士)、臨床倫理に詳しい弁護士である研究協力者が協力し複眼的に行った。

⑦分析方法

A.事前整理シートの分析方法

a.事例の分類

12名(行政職員以外)の参加者から提供された43事例について、権利・利益の侵害事象

の性質に基づき分類を行った。

b.最善の方法、問題や葛藤等

次に、(1)事例の分類結果をもとに、ケアマネジャーは「どのように対応するのが最善だったと思うか」、「難しいこと、迷ったことや困ったこと等」実際に対応との乖離、問題や葛藤について分類した。

B.グループインタビューの分析方法

a.事例の分類

第1回、第2回グループインタビューの音声データを逐語録におこし、ケアマネジャー、ケアマネジャーと連携する他職種の語りを逐語録におこし、独居認知症高齢者の権利・利益の侵害と思われる事例の種類を分類した。

b.最善の方法と対応、問題や葛藤等

グループインタビューの分析 A で行った事例の分類結果(5 分類)をもとに、ケアマネジャーは、各場面や事例について何が最善と考えながらも、どのように対応している・していないのか、どのような難しさ・問題や葛藤を覚えているのかを分類した。

(倫理面への配慮)

文献を取り扱う際には、著作権を侵害することがないように配慮した。なお、本研究では個人情報情報は扱っていない。

グループインタビューは、提出事例や語られる事例で個人が特定されることのないよう、また、認知症の人の尊厳が守られるよう配慮した。国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(25-TA-276)。

C. 研究結果

1.研究1の結果

1)介護支援専門員倫理綱領、及び、行動規範 介護保険制度に位置付けられる介護支援

専門員(ケアマネジャー)には、日本介護支援専門員協会が介護支援専門員倫理綱領を公言し、「利用者の権利擁護」が課されている²⁾。

(利用者の権利擁護)

2. 私たち介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

また、日本介護支援専門員協会行動規範にも権利擁護に関する次の記載がある³⁾。

2. 私たち介護支援専門員は、最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

ケアマネジャーが、独居高齢者の生活実態に関わる、介護支援専門員が、利用者の上記のような権利擁護を行うことには一定の正当性が見いだすことができる。

2)権利に関する法学文献での記述

①渡部洋三「法とは何か」新版.岩波新書⁴⁾

法の世界は権利と義務の関係である。AのBに対する義務は、同時にBのAに対する権利であり、権利と義務は表裏一体である。これを表から見れば、法は権利の体系であり、裏から見れば義務の体系である。他の社会規範が義務の体系であるが、法規範のみが、義務に対応する権利概念を持っているという意味で、法は権利の体系といわれる(権利規範)。それゆえ、権利とは何かが分かれなければ、法とはなにかもわからないのである。法と権利と正義は、ほとんど同じ意義を持つものとして使うことができる。英語の right について、明治時代に官僚が翻訳したときに、「権利」という日本語についての意識的な造語ではなかったか?その結果、日本社会では「権利」と「利益」を混同する人が多く、今日でも「利益社会」になったが「権利社会」になっていない。

②基本的人権の事件簿 憲法の世界へ(第5版)有斐閣選書⁵⁾

障害それ自体は、手足が自由に動かないなどの機能障害があるという医学的見地を中心として概念である(医学的モデル)が、障害者は障害がある人を社会が障壁を設けて排除することで生み出される存在である(社会モデル)。

③法学の基礎 法学基礎セミナー2 有斐閣⁶⁾

法には、社会統制機能、階級抑圧機能、人権保障機能がある。国家は法律によってとくに反社会性の強い行為を類型化し、これを殺人、傷害、窃盗などの犯罪として規定し、これに対する刑罰の種類と程度を決めているが、その狙いは行為者の心理に作用を及ぼして反対動機を形成させることによって、これらの行為を予防しようとするところにあると考えられる。

④子どもの法律入門(改訂版) 廣瀬健二 金剛出版⁷⁾

権利:主張や要求を、裁判を通じて実現できる法律上の利益ないし力を意味する。

⑤法律 末川博 岩波新書⁸⁾

われわれは、法律の支配する世の中で生きていて、あるいは法律がなければ生きていけないともいえるのであるが、そんなことは全く意識しないで日々を過ごしている。そして人殺しがあったとか借家を追い立てられて困るとか、差押えをうけるといった、異常なことがあるときにだけ、われわれは、法律の作用する場面にについて意識する。

法律規範に関する知識は・・・慣習を通して得られるといえるのだが、しかし、こうして得られた知識は、実はあいまいで不正確なことが多く、本当に法律規範を知っているといえるかどうか疑わしい場合が少なくない。

⑥法における常識 ヴィノグラドフ 岩波書店⁹⁾

われわれはたいがいのヨーロッパの言語では、法という言葉と権利という言葉が同一である・・・法秩序はある意味で、法秩序によって調整されたすべての権利の総和であるということが出来るであろう。権利とは、法の定める社会秩序のなかで、特定の意思に割り当てられた活動の範囲(range of action assigned to a particular will within the social order established by law)であるという以上に権利を適切に定義することはほとんどできないと思われる。

権利侵害と感じるときには、前記の法学文献からは、次のような分類が有効である。大きくは、利用者自身の権利が脅かされているときと、支援者の権利が軽視されているときがあるが、ここでは前者を検討する。

3)権利侵害を感じる際のイベント

・家族による自己決定の阻害

本人は「自宅で過ごしたい」と願っているのに、家族が本人の意思を無視して施設入所を強行しようとするなど、自己決定権が守られていない状況。

・高齢者虐待の疑い

身体的な暴力だけでなく、必要な介護サービスを受けさせない(ネグレクト)、年金を家族が勝手に使い込む(経済的虐待)、自尊心を傷つける言葉を浴びせるなどの場面。

・不適切な拘束・制限

介護施設や家庭内で、安全のためという名目で車椅子に縛り付けたり、部屋に鍵をかけたままにする「身体拘束」が行われているとき。

・消費者被害

判断能力の低下に乗じて、不要な高額商品を購入させられたり、不利益な契約を結ばされているのを発見したとき。

2.研究2の結果

A.事前整理シートの分析結果

A-a.事例の分類

12名(行政職員以外)の参加者から提供された43事例について、権利・利益の侵害事象の性質に基づき分類を行った結果、以下の5つの主要な類型を見出した。

なお、事前整理シートの分析にかかる文献番号は、本文の末尾にある「文献一覧」ではなく、巻末の資料1に対応する。また文献番号の文字のフォントは本文の文字の大きさと同じで、斜体で示した。

①経済的搾取および財産権の侵害

本類型は、認知機能の低下や独居という生活環境につけ込み、他者が本人の財産を不当に奪う、あるいは不利益な契約を結ばせる事象である 1, 2, 3, 8, 10, 11, 16, 17, 18, 29, 31, 32, 36, 37, 38, 43)。

親族による年金等の金銭搾取が確認される一方で 1, 8)、支援や手伝いの対価として近隣住民や知人が不当な手間賃を受け取る事例が散見される 2, 3, 11, 29)。

また、隣人から借金を申し込まれるケース 36)や、恋愛感情を利用して動産を売却され年金が全額引き出される事象も発生している 37)。

さらに、関係性を利用した事業者による搾取として、馴染みの洋品店による過剰販売 10)、居酒屋店主による他客の飲食代の負担強要 16)、仕出し屋による借金の強要 32)が認められる。

これに加え、悪徳業者による被害は極めて深刻であり、不必要な耐震工事による高額請求 31)、不要な布団等の販売 17)、市場価格を大幅に下回るマンション売却 18)、若年男性スタッフによる投資用マンションの不本意な

契約 43)、海外の宝くじを騙る詐欺被害 38)など、多様な手口による財産権の侵害が発生していた。

②自己決定権および尊厳の侵害

本類型は、本人の生活上の重要な意思決定が、家族や専門職、地域社会の意向によって排除・無効化される事象である 5, 9, 13, 15, 19, 21, 22, 25, 26, 30, 33, 35, 39, 41)。

特に顕著なのが、本人の「自宅で暮らし続けたい」という意向が無視され、家族の介護限界や地域の苦情、リスク回避を理由に、施設入所や入院が半強制的かつ事後報告的に決定される事例である 5, 9, 13, 15, 19, 22, 26, 30, 41)。これには、医師等の医療職の主導によって、本人の意思に反した強制的な搬送・入院が行われるケースも含まれる 39)。

また、介護保険サービスの導入や担当者会議において、「どうせわからないから」という理由で本人が面談から排除され、家族のみで意思決定が進められる事象が確認されており、これは制度の基本理念に反する重大な自己決定権の侵害である 21, 35)。

さらに、施設入所に際して本人の大切な思い出の品が家族の意向で勝手に処分されるなど、個人の歴史やアイデンティティに関わる尊厳の侵害も報告されている 25)。成年後見制度の利用検討時においても、本人の意思が確認されないまま、地域の安全確保や苦情解決を優先した市町村申し立てが進められる事象があり、自己決定権の軽視が制度利用のプロセスにも及んでいる 33)。

③プライバシーおよび名誉の侵害

本類型は、生活の私的領域に対する他者からの過度な介入や監視、個人情報の不適切な取り扱いに関する事象である 20, 27, 34)。

家族の「見守り」という善意や不安に起因し

て、本人の明確な拒否があったにもかかわらず室内に複数の監視カメラが設置され、生活空間が常時録画されるというプライバシーの著しい侵害が起きている 34)。

また、近隣住民が本人の出したゴミを勝手に分別するといった生活空間への無断介入が発生している 20)。

加えて、ゴミ出しルール違反を巡って自治体がケアマネジャーに個人情報(病状等)の開示を求める事例もあり、地域生活の維持と個人情報保護のジレンマが生じている 27)。

④身体的・精神的健康に関わる権利侵害と行動・嗜好の制限

本類型は、本人の健康維持に必要な支援が阻害される事象や、リスク管理を理由とした過度な行動制限の事象である 12, 13, 14, 23, 38)。別居家族が必要な処方薬を廃棄し、自ら採取した民間療法(薬草)を強要することで、適切な医療を受ける健康権が侵害されている事例が存在する 12)。

また、訪問看護師から本人の尊厳を無視したきつい言葉が投げかけられる事象も報告されている 38)。

行動制限の観点では、アルコール依存や過量摂取を防ぐために食器棚に施錠を行う事例 14)や、火災リスクを理由にたばこの喫煙を制限する事例 23)がみられる。

さらに、徘徊を防ぐ目的でレンタルしていた車椅子を引き上げるといった、明確な身体的行動の制限が行われている事例もある 13)。

⑤セルフネグレクトおよび地域社会・制度の構造的課題による不利益

本類型は、認知機能の低下による判断能力の喪失から生じる自己放任状態や、地域環境・社会制度の不備によって不利益を被る事象である 4, 6, 7, 24, 28, 40, 42)。

独居での生活能力が低下し、ゴミ屋敷状態など不衛生な環境に陥るセルフネグレクトの事例が確認される 4, 6)。こうした状態は、多頭飼育崩壊や徘徊行動と結びつき、近隣住民からの苦情や摩擦を引き起こし、結果として本人の地域生活の継続を困難にしている 24, 42)。

また、地理的条件による交通手段の欠如が受診や外出の機会を奪い、実質的に医療アクセスや社会参加を制限しているという環境的・構造的な不利益の事例もみられる 7)。

司法や権利擁護制度へのアクセスという点では、認知症高齢者が窃盗行為に及んだ際、警察において疾患への合理的配慮がないまま調書が作成され、取り消しが認められないという手続的権利の侵害事象がある 28)。

さらには、成年後見制度の申し立てから選任までの期間が長期化し、結果として不適切な後見人が着任するという、保護制度自体の機能不全による不利益の事例も報告されている 40)。

このように事前整理シートを用いた事例の分類では、ケアマネジャーと、ケアマネジャーと連携する他職種の視点にたった独居認知症高齢者を取り巻く事例は、悪意ある他者による経済的搾取に留まらず、家族の過度な不安、地域社会のリスク管理体制、さらには医療・福祉専門職のパターナリズムに起因する複合的な権利侵害として重層的に存在していた。

A-b.最善の方法、問題や葛藤等についての分析

次に『a 事例の分類結果』をもとに、ケアマネジャーは「どのように対応するのが最善だったと思うか」、「難しいこと、迷ったことや困ったこと等」実際の対応との乖離、問題や葛藤について分類した。

①経済的搾取および財産権の侵害における実践的構造

<最善の考え>

ケアマネジャーは、金銭搾取や悪徳商法の疑いがある事案に対し、早期に成年後見制度や日常生活自立支援事業、消費者生活センター、警察等の第三者機関を活用し、客観的な評価のもとで本人の財産を保護することが最善であると考えている 2, 3, 10, 17, 31, 36)。

また、本人を孤立させないための地域ネットワークを通じた見守り体制の構築が必要であると認識している 31, 36)。

<実際の対応と対応していないこと>

悪質な詐欺被害や親族・若年層による明確な搾取に対しては、行政や地域包括支援センターへの通報、成年後見人への引き継ぎ、クーリングオフの支援、弁護士との連携といった制度的介入を実際に行っている 1, 17, 18, 29, 31, 36, 37, 43)。

しかし一方で、認知機能の低下があっても本人に支払い能力があり「それでよい」と納得している場合、それが相場から逸脱した高額請求や過剰販売、不当な手間賃であっても、強く制止したり、被害回復の請求を行えない(介入していない)事象が多数発生している 10, 16, 17, 32)。

<難しさ・問題や葛藤>

支払い能力がある本人の意思決定を「愚行権」としてどこまで尊重すべきかという強い迷いと葛藤が生じている 10, 16, 17, 32)。

さらに、搾取の加害者が、日常の買い物や除雪等を手伝う近隣住民や馴染みの業者であったり、本人が恋愛感情や強い信頼を抱いている相手である場合、正面からの介入は貴重な支援関係の崩壊を招き、結果的に本人が地域で孤立するリスクがあるため、根本的な解決に踏み

込めないという構造的な難しさを抱えている 8, 11, 32, 36, 37)。

②自己決定権および尊厳の侵害における実践的構造

<最善の考え>

ケアマネジャーは、本人の「自宅で暮らし続けたい」という意向を最大限尊重し、日常的にリスクを検証しながら段階的に在宅生活の維持策を講じることが最善であると認識している 5, 26, 30)。

また、サービス担当者会議等の生活に関わる重要な意思決定の場には本人が参加し、理解力に合わせた説明と同意を得ることが介護保険制度の基本理念として不可欠であると考えている 21, 34, 35)。

<実際の対応と対応していないこと>

家族に対して本人参加の意義を説得し対話の場を設けたり、自宅へ戻るための条件(転倒したら施設入所を検討するなど)を本人と話し合って調整を試みている 21, 26, 30, 34, 35)。

しかし、家族の介護負担が限界に達している場合や、賠償責任への不安、地域住民からの強烈な苦情に直面した場合、ケアマネジャーの介入だけでは抗いきれず、結果的に本人の意向が反映されない事後報告的な施設入所や退院調整を実質的に容認せざるを得ない対応となっている 5, 9, 13, 15, 19, 22, 41)。

また、施設入所に際して本人の思い出の品が家族によって処分されるのを最小限の助言に留め、完全には防ぎきれていない 25)。

チーム医療の場においても、医師の判断が優先され、本人の意向を無視した強制搬送に異議を唱えきれなかった対応がみられる 39)。

<難しさ・問題や葛藤>

本人の意向と、家族や地域社会のリスク回避・安全確保の要請との板挟みになり、何を最優先すべきかという深刻な葛藤に直面してい

る 9, 22)。本人が納得していない状況や「身内に見捨てられたくない」という思いを前にしながらも、家族の限界や地域の圧力を前に調整が困難となり、意思決定支援を貰けないことへの無力感を覚えている 19, 24, 25, 41)。

③プライバシーおよび名誉の侵害における実践的構造

<最善の考え>

ケアマネジャーは、本人のプライバシーや尊厳を守るため、過剰な監視を避け、センサーや緊急通報装置の導入など代替的な見守り手段を提案し、本人の同意に基づく支援を行うことが最善であると考えている 34)。

また、地域住民や自治体に対しても、個人情報保護の観点からみだりに情報を開示しないことが原則であると認識している 27)。

<実際の対応と対応していないこと>

家族による監視カメラの無断設置に対し、本人の思いを確認し家族へ代替案を提案するものの、設置自体を強制的に撤去させるには至っていない 34)。

近隣住民によるゴミの無断分別には訪問して事情を聴き公的サービスの利用を検討する対応をとり 20)、自治体からの病状等の個人情報開示要求には事業所として拒否の対応を貫いている 27)。

<難しさ・問題や葛藤>

家族の「心配で見守りたい」という善意や長年の価値観を否定せずに、本人への説明と同意の必要性を納得してもらうことの難しさを抱えている 34)。

また、近隣住民の善意による介入(ゴミの無断分別など)に対し、関係性を壊さずに対応することに苦慮しており 20)、地域生活の維持(ルール遵守)と個人情報保護の狭間でのジレンマに直面している 27)。

④身体的・精神的健康に関わる権利侵害と行動・嗜好の制限における実践的構造

<最善の考え>

ケアマネジャーは、本人の健康維持とリスク軽減を両立させるため、強制的な制限ではなく、環境調整やルールの提案など、対話を通じた解決を図ることが最善であると考えている 14, 23)。

<実際の対応と対応していないこと>

不適切な民間療法を強要し必要な薬を廃棄する家族に対しては、医師を交えて説得を試みるが、最終的に本人が施設入所を選択する結果となっている 12)。過度な飲酒には食器棚の施錠 14)、喫煙には灰皿に水を入れるルールの提案 23)を行い、徘徊に対しては車椅子の引き上げといった物理的な制限を実施している 13)。

<難しさ・問題や葛藤>

嗜好品(酒・タバコ)の摂取制限と本人の楽しみ(依存)とのせめぎ合いがあり、対話や施錠を行っても鼯ごっこになり根本的解決に至らない難しさがある 14, 23)。本人の自己決定を尊重すべきか、健康被害や火災リスクを優先して強制的に制限すべきか常に迷いが生じており、結果として実施した行動制限や施設入所という選択が真に最善であったのかと自問し続けている 12, 13, 14)。

⑤セルフネグレクトおよび地域社会・制度の構造的課題による不利益における実践的構造

<最善の考え>

ケアマネジャーは、より早い段階で意思決定支援や権利擁護支援を開始し、地域全体での見守り体制や後見制度以外の柔軟な支援策を構築しておくことが最善であると位置づけている 6, 7)。また、多機関が連携し、本人の理解と同意を前提とした上で、真に本人の

利益を目的とした適正な制度運用がなされることが求められると考えている 33, 40)。

＜実際の対応と対応していないこと＞

セルフネグレクト状態に対し、本人了承のもと訪問系サービスを導入し部屋の片付けや行政への情報共有を行っている 4, 24)。

また、地域の苦情解決を目的とした安易な成年後見申し立てには、カンファレンスを通じてストップさせ代替サービスで在宅生活を再建したり 33)、警察における認知症への配慮を欠いた対応には異議を申し入れたりする積極的な対応を行っている 28)。

しかし、本人がサービスを明確に拒否する場合や金銭管理を拒む場合は、強制介入ができず経過観察に留まっており 4, 6)、後見制度の申し立てから選任までの長期化や不適切な後見人の着任という事態に対しては有効な対応策を講じられていない 40)。

＜難しさ・問題や葛藤＞

「強制的な介入が本人の権利侵害(パターンリズム)にあたるのではないか」という強い倫理的葛藤を抱えている 6, 24)。本人の自己決定を尊重した結果、介入が遅れ、生命の危機や地域の苦情が限界に達し、不本意な施設入所や死亡に至るケースを経験し、深い無力感と葛藤を抱えている 6, 42)。

また、過疎地における移動手段の欠如や 7)、司法機関の疾患への理解不足 28)、成年後見制度の不備・遅延 40)といった、ケアマネジャー個人の努力や調整力だけでは解決困難な構造的・マクロ的な課題に直面し、支援の限界を感じている。

事前整理シートの分析に関する結果まとめ

以上の分析から、ケアマネジャーは専門職としての倫理的理念に基づく「最善」を常に追

求しているが、実際の支援現場においては、本人の自己決定能力の揺らぎ(愚行権)、家族の介護限界と価値観、地域社会からの同調圧力やリスク排除の要求、そして法制度や他機関連携の構造的限界という多次的な要因の網の目に絡め取られていることが明らかとなった。これらの複雑な要因が交錯する中で、ケアマネジャーは権利侵害の「防止」と「助長」の狭間で深刻な倫理的葛藤を抱えながら、実務的な妥協点を見出さざるを得ない状況に置かれていると言える。

B. グループインタビューの結果

B-a. 事例の分類

第1回、第2回グループインタビューの逐語録から、ケアマネジャーがかかわる独居認知症高齢者の権利・利益の侵害と思われる事例の種類を分類した。分類結果から、被害の性質や関与する人物の関係性、生じている事象の傾向から以下の4つの種類に分類された。

なお、グループインタビューの分析にかかる文献番号は、本文の末尾にある「文献一覧」ではなく、巻末の資料2に対応する。また文献番号の文字のフォントは本文の文字の大きさと同じで、斜体で示した。

①外部の悪徳業者等による詐欺や不当な契約被害

独居で認知症の高齢者は、判断力の低下や社会的孤立につけ込まれ、悪徳業者による詐欺や不当な契約の被害に遭いやすい。業者は親切を装うなどして不安をあおり、本人の信頼を得るため、被害が潜在化しやすい特徴がある。例えば、耐震工事を名目とした訪問販売業者が不安をあおり、実際には工事が行われていないにもかかわらず総額1000万円程度を支払わされたという深刻な詐欺被害の事

例が報告されている 1)。

また、床下換気の工事において、認知症の一人暮らしであることを懸念した公的機関の職員が工事終了まで立ち会うことで不当な契約や被害を防ごうとした事例もある 2)。

さらに、送り付け商法により、本人では調理できないような腐りかけの海産物やメロンなどが届く悪質な事例や 3)、海外の宝くじが当たったと思い込み、お金を送金し続けて生活費が枯渇してしまう事例も確認される 4)。

②家族や親族による経済的搾取や不適切な金銭管理

本人の財産を管理する立場にある家族や親族が、本人のためではなく自身の生活や目的のために金銭を流用する事例群である。これにより、本人が必要な介護サービスを利用できなかったり、生活が困窮したりする事態が生じているが、家族間の問題であるため外部から問題が顕在化しにくい傾向がある。例えば、無職の息子や娘がお母さん・お父さんの年金を使い込み、サービスを使うお金が足りないため訪問回数を制限してほしいと要求する事例が散見される 5)。

また、息子が本人のキャッシュカードを管理し、1週間に2回程度10万円ずつ引き出しており、本人が必要なものを買えないという不適切な金銭管理の事例もある 6)。同居の無職の家族に限らず、別居している家族が孫の学費等のために本人の生活が困窮するほど金銭を使ってしまう事例も存在している 7)。

さらに、成年後見制度の申立て後に、同居していた妹の通帳から300万円がなくなっていることが発覚した事例も報告されている 8)。

③近隣住民や知人による日常的な搾取や利益の乱用

日常的な生活支援(買い物や送迎など)や

親切的な関わりを装いつつ、結果として本人の金銭を不当に得ている事例群である。本人は支援者を頼りにし、感謝していることが多いため、被害の自覚がないことが多い。本人が買い物頼んだ近隣の友人が、お釣りを全て着服(インポケット)していた事例がある 9)。

また、市営住宅において、知的障害のある男性が「買い物をしてくてやる」と言って2000円を受け取り、1000円以下の買い物をして残りを買い物賃として受け取る行為が常態化していた事例も報告されている 10)。移動手段に関しても、善意で車に乗せてくれるが、ガソリン代として毎回2000円や3000円など高額な金銭を要求される事例が度々聞かれる 11)。

さらに、居酒屋の店主がお弁当を届けるなどの支援をしていたが、本人が夜飲みに来た際に「この方のおごり」として他の客の分までおごらされていた事例も生じている 12)。

④本人の認知機能低下や強いこだわり等に起因する生活環境・生命・健康の危機

本人の判断力の低下や、これまでの生活様式、特定の信念への強い固執により、自己の生命や健康、生活環境を著しく悪化させている事例群である。自宅のすり鉢状のごみ屋敷状態を解消しようとする際、必要な支援が進まない事例がある 13)。また、ごみ屋敷や異臭で近隣トラブルになり、成年後見制度の利用も拒否したまま一人暮らしを続け、最終的に自宅の火災で亡くなった痛ましい事例も報告されている 14)。

家族の不適切な判断が本人の健康に影響する例として、夫が山で採ってきた効果のない草を煎じて飲ませ、病院の薬を飲ませないという状況に対し、本人の意向確認が難しい事例が存在する 15)。

さらに、ペットへの配慮が自己の健康を脅か

す事例として、犬や野良猫に自分の食事を与えてしまい、エアコンもつけずに衰弱するが、ペットのために施設入所を拒む事例や 16)、家の至る所にペットの便があり、本人がペットフードを食べてしまっている極めて不衛生、本人の健康、尊厳と自己決定をまもるのに悩ましい事例がある 17)。

最後に、特定の信念に関する事例として、特定の宗教の教えを理由に、血圧が 180 あっても「手を当てれば治る」と言い、服薬や医療の介入を拒否する事例も確認されている 18)。

B-b.最善の方法と対応、問題や葛藤等 グループインタビューの分析

B-a の分類結果(4 分類)をもとに、ケアマネジャーが各事案について「何が最善と考え、どのように対応している(あるいはしていない)のか」「どのような難しさ・問題や葛藤を覚えているのか」を分類した。

①外部の悪徳業者等による詐欺や不当な契約

＜最善と考える対応＞

ケアマネジャーは、不当な契約や被害の拡大を防ぐため、モニタリング時の声かけによる見守りや、行政機関等と連携した契約時の同席、クーリングオフの手続き支援などを行うことが最善の対応と考え実行している 2, 19, 20)。

＜難しさ・問題・葛藤＞

しかし、悪徳業者が親切を装って頻繁に訪問するため、本人は業者に好意を抱き、被害に遭っているという自覚がないことが多く、問題が表面化しにくいという難しさがある 21)。また、専門職が被害に気づいた時点ですでにクーリングオフの期間が過ぎているケースも少なくない 22)。さらに、本人にある程度の支払い

能力があり、自身の意思で納得して購入している場合、それが認知機能の低下による被害なのか、本人の自由な選択の権利なのかを判別することが極めて困難であり、専門職としてどこまで介入すべきかという葛藤が生じている 23)。

②家族や親族による経済的搾取や不適切な金銭管理

＜最善と考える対応＞

本人の生活や必要な介護サービスを保障するため、ケアマネジャーは地域包括支援センターや成年後見制度の受任者などの第三者を交えて複数人で介入したり、社会福祉協議会の権利擁護部門による金銭管理につなげたりすることを最善の対応と考えている 24, 25)。

＜難しさ・問題・葛藤＞

家族が金銭を不当に使用している疑いがあっても、直接的に使い込みを指摘することは容易ではない。同居家族との関係が悪化すれば、結果的に本人が必要な支援すら受けられなくなる恐れがあり、慎重な対応を強いられる 26)。

また、本人が別居している家族や孫の学費等のための出費に納得している場合もあり、家族という関係性のなかに専門職が介入することの限界と葛藤を抱えている 7)。ケアマネジャーは「利用者には利用者の思いがあり、家族には家族の思いがある」との狭間で、単純な悪者探しではない支援の在り方に苦慮している 27)。

③近隣住民や知人による日常的な搾取や利益の乱用

＜最善と考える対応＞

近隣住民や知人による搾取に対しては、日常生活自立支援事業などの制度を利用して金銭管理を公的なものに切り替えたり、疑わしい

支援者以外の見守りの目を増やしたりすることで、被害を抑止することが最善の対応と考えられている 29, 30)。

＜難しさ・問題・葛藤＞

本人がその隣人や知人を「仏のような人」と慕い、物理的・心理的な生活の頼みとしている場合、支援者を不用意に切り離すことは本人の孤立や生活基盤の崩壊を招くリスクがある 30, 31)。本人が自らの意思で感謝とともに金銭を渡している以上、それをあえて不利益な選択をする「愚行権」として尊重すべきか、それとも権利侵害として返還を求めるべきかという判断基準の難しさに専門職は直面し、強いもどかしさを抱えている 32)。

④本人の判断力低下や自己決定の尊重に伴う生活環境・安全面のジレンマ

＜最善と考える対応＞

ケアマネジャーは、本人の「その人らしさ」や意向をまずは傾聴し、自身の価値観を押し付けることなく、本人が最も快適で人間らしい環境で生活できるよう支援を組み立てることを最善と考えている 33)。

＜難しさ・問題・葛藤＞

本人の認知機能の低下により意向確認そのものが困難であったり、本人の意向と家族の意向が対立したりする場面では、調整に難渋している 34)。とりわけ、ごみ屋敷などの事例においては、本人の「今の生活を続けたい」という意思(自立・自由の尊重)と、生命や健康、近隣への悪影響を防がなければならないという義務(安全・権利の保護)との間で、強い倫理的なせめぎ合いと葛藤が生じている 35)。

さらに、本人の意向を尊重しようとしても、介護保険制度の運用(例:「掃除機がないとヘルパーは入れられない」等の解釈)といったケアマネジャーの誤認、あるいはヘルパーへの配

慮が壁となり、具体的な実現支援が進まないという問題も生じている 36)。

また、自己決定を優先した結果、本人が火災等で命を落とす最悪の事態が生じた際には、専門職として「どうしてあげるのがよかったのか」と深い自責の念や葛藤を抱え続けていた 37)。

D. 考察

1)研究1の考察

権利や権利侵害に関する文献検索等の確認は、研究協力者(弁護士)により、法学関係の基礎文献を、非系統的に調査をし、権利に関する記述をまとめた(権利に関する法学文)

権利の意味については、専門用語としても多義的で文脈依存があるが、日常言語使用では概ね、何か「自分も含む誰かが不利益を被っている」という実感があるときに、「権利」ないし「権利侵害」が想起されていると感ずるのではないかと推測された。

これは、ケアマネジャーが、利用者の権利が侵害されていると認知・判断する事例は臨床上多数あるが、それは「権利」ないし「権利侵害」という言葉の定義を正確に下し、それを丁寧にあてはめ、「権利侵害」と分類する(演繹的判断)ことはまれで、ケアマネジャーが、利用者のある不利益を認知した場合に、権利侵害というある種のラベルを張って、その問題を同定し、対応を考えている(対応の印(しるし)付け)のではないかと(あるいは、ある一定の環境下で生ずるものを権利侵害とは必ずしも関係なく権利侵害と呼んでいるのではないかと推測される)。そして、ケアマネジャーが持つ権利意識は、後のインタビュー調査から明らかにように、概ね、次のような場面がある。家族による自己決定の阻害、高齢者虐待の疑い、不適切な拘束・制限、消費者被害が見てとれる場

合である。とすると、独居高齢者の生活支援に携わるケアマネジャーが、このような権利・利益侵害防止に関わることが、十分に考えられる。

2) 研究 2 の考察

事前整理シートによる提供事例とグループインタビューの語りから独居認知症高齢者の権利・利益の侵害と思われる事例の分類が生成された。とりわけ、ケアマネジメントは、さまざまな配慮に基づき社会資源との調整を行うことから、ステークホルダーとの狭間の調整に課題が生じやすい。そこで事例分類をもとに、ケアマネジャー倫理と行動規範に基づき“常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護”するうえでの課題をとりあげる。

1. 権利侵害の重層性と「愚行権」をめぐる倫理的ジレンマ

本事例群の分析から明らかになった第一の課題は、経済的搾取や不当な契約に対する介入において、ケアマネジャーが強い倫理的ジレンマに直面している実態である。ケアマネジャーは早期の制度的介入による財産保護を「最善」と認識しながらも、認知機能が低下していても本人に支払い能力があり「それでよい」と納得している場合、介入を躊躇する傾向が確認された。これは、客観的には不利益な結果を招く自己決定であっても、当事者の選択として尊重すべき「愚行権」と、専門職としてのパターンリスティックな保護介入との間で、支援の境界線が揺らいでいることを示している。さらに複雑なのは、搾取や権利侵害の主体が、日常的な買い物支援や除雪などを担う近隣住民、あるいは本人が信頼を寄せる馴染みの業者である場合である。このようなケースにおいて正面から権利擁護の介入を行うことは、本人の地域における数少ない社会的関係性を破

壊し、結果として社会的孤立を加速させるリスクを伴う。すなわち、独居認知症高齢者の権利擁護は単なる法的な財産保護の枠組みでは完結せず、地域生活の持続可能性とトレードオフの関係に陥りやすいという構造的困難が存在している。

2. リスク管理の要請と自己決定権・プライバシーの相克

第二の課題は、本人の「自宅で暮らし続けたい」という意向やライフスタイルの維持と、家族・地域社会による「安全・安心」の要請とが鋭く対立する構造である。ケアマネジャーは、介護保険制度の理念に基づき本人参加型の意思決定支援を重視している。しかし、家族の介護負担が限界に達した場合や、万が一の事故の際の賠償責任への不安、地域住民からの強烈な苦情や同調圧力が臨界点に達すると、ケアマネジャーの調整力だけでは抗いきれない現実がある。その結果、事後報告的な施設入所の決定や、プライバシーを侵害する監視カメラの無断設置といった、本人の意思や尊厳を軽視した対応を実質的に容認せざるを得ない事態が生じている。

また、徘徊や過度の飲酒、火災リスクを伴う喫煙等の行動に対して、生命・身体を保護を目的とした物理的制限（車椅子の引き上げや施錠等）が選択される場合があるが、これが本人の自由や嗜好を奪う権利侵害に該当するのではないかという倫理的葛藤をケアマネジャーに強いている。

このように、家族や地域社会の「安全志向」やリスク回避の要請が、認知症高齢者の自己決定権やプライバシーを周縁化させている実態は、地域包括ケアシステムにおける権利擁護の重大な死角と言える。

3. 制度運用と多機関連携における構造的限界

第三の課題として、ケアマネジャー個人の倫理観や支援スキルを超えた、マクロな制度的・構造的限界が権利擁護の障壁となっている点が挙げられる。例えば、成年後見制度の申し立てから選任までの長期化や不適切な後見人の着任という制度自体の機能不全が報告されている。

また、成年後見制度が本人の利益のためではなく、地域住民からの苦情解決や支援者の負担軽減といった「周囲の都合」を目的として安易に利用されようとするケースは、制度本来の趣旨からの逸脱を示唆している。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ことは、独居認知症高齢者のエビデンスブック「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」においても指摘されている¹⁰⁾

加えて、医療や司法等の多機関が関わる場面において、警察における疾患への合理的配慮の欠如や、医師等の他職種とのパワーバランスによって本人の意向が軽視され強制的な搬送が行われる事象が確認された。ケアマネジャーはこれらの構造的課題に対して異議を唱えるアドボケート（権利擁護者）としての役割を期待されるが、一介の調整者としての権限には限界があり、深い無力感を抱きながら事態を看過せざるを得ない状況に置かれている。

総合考察

権利は抽象的であり概念の広がりがあるが明確ではない。規範的、つまり演繹的には使いにくい。具体的にいえば、ケアマネジャーが、利用者の権利が保障されており、その権利が侵害さ

れていると考えて行動を起こすことが難しい（権利を守れと言っても直ちには効果が上がりにくい）。

むしろケアマネジメント実践では、あるイベントがありケアマネジャーの正義・道徳観念が刺激されて、これは権利が侵害されているのではないかと評価されることが普通のプロセス（帰納的）であろうと思われる。

もっとも、利用者の権利利益を擁護することを役割と掲げるケアマネジャーとしては、どちらのルートも使えることが望ましい。現実には、この二つのルートはお互いに影響しあって、権利侵害が生じていると気づく。そのため、正義・道徳観念を涵養するためにも、これまでの権利利益の侵害保護の歴史、権利の基礎となる規範の展開、更に、ケアマネジャーが向き合う、具体的なイベントの多様性、知った後の迅速対応が必要かどうかの評価、さまざまな救済支援の仕組みなどへの理解が必要である。加えて関係者との支援のあり方を学ぶ学習が必要である。知ることからそれをどう理解評価して次の活動に、どう結びつけるのかについては、事例に沿った学習も必要である。

特に、権利・利益侵害に関わることは、ケアマネジャーの中立性や公平性を傷つける可能性への配慮が必要であり（家族や親族による経済的搾取や不適切な金銭管理などの事例）、また、介護支援者自身が危険に遭遇することは避けなければならない（例えば外部の悪徳業者等による詐欺や不当な契約など）という多様な配慮が必要となる。

本研究では、経験豊富な地域でも指導クラスの主任介護支援専門員と、連携する他職種から提供された事例と語りの分析結果である。本研究において独居認知症高齢者のケアマネジメントを担うケアマネジャー向けのガイド作

成にあたっては、一定の教育的視点も含めた構成と内容が必要である。

E. 結論

ケアマネジャーには介護支援専門員倫理綱領や行動規範において、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護することが課されている。

ケアマネジャーの実践では規範的視点は当然必要であるが、一般には具体的事象からケアマネジャーの正義・道徳観念が刺激され、権利侵害を把握する帰納的プロセスが中心である。ケアマネジャーが取り扱う権利・利益の保護は、倫理・道徳的観点も踏まえて行う。

ケアマネジャーは、独居認知症高齢者の権利・利益の侵害と思われる場面における介入において、本人、家族、関係者との調整上のジレンマが生じていた。また、制度運用と多機関連携等、構造的課題に対してケアマネジャーは異議を唱えるアドボケート（権利擁護者）としての役割を期待されるが、一介の調整者としての権限には限界があった。

ケアマネジャーのための独居認知症高齢者のケアマネジメントガイドには、初任者も活用できる教育的視点も含めた構成と内容が必要である。

ケアマネジャーの実践では具体的事象から権利侵害を把握する帰納的プロセスが中心であるが、規範的視点との併用が重要である。本研究の結果にある類型化も踏まえたガイドライン作成と、それを初任者も理解し実践可能とするための権利擁護に関する歴史・制度理解、事例提示等が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

Reference

*本文献一覧の文献は、研究結果の引用番号とは別である

- 1) 厚生労働省.2040 年に向けたサービス供体制等のあり方に関するとりまとめ
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001528447.pdf> 20260429
- 2) 日本介護支援専門員協会 介護支援専門員倫理綱領. 平成 19 年 3 月 25 日採択
<https://www.jケアマネジヤ一.or.jp/wpcccontent/uploads/2018/12/rinnrikouryou.pdf>
- 3) 日本介護支援専門員協会 介護支援専門員行動規範. 令和 5 年 6 月 25 日制定
<https://www.jケアマネジャーa.or.jp/wpcontent/uploads/230625koudokihan.pdf>
- 4) 渡部洋三.法とは何か新版.東京:岩波新書,1998:24
- 5) 棟居快行, 松井茂記, 赤坂正浩ら.基本的人権の事件簿 憲法の世界へ(第5版). 東京:有斐閣, 2015

- 6) 片岡昇, 乾昭三, 中山 研一ら編.法学の基礎 法学基礎セミナー2.東京:有斐閣, 1970
- 7) 廣瀬健二.子どもの法律入門〔第3版〕—臨床実務家のための少年法手引き. 東京:金剛出版,2017
- 8) 末川博.法律.東京:岩波新書.東京,1961
- 9) ヴィノグラドフ. 末延三次、伊藤正己訳.法における常識.東京:岩波書店.1972
- 10) 栗田主一. 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.RQ4-5

資料1. 事前整理シート 引用一覧

No.	引用した文献（事例の内容・ケースの場面）
1	包括支援センターに勤務していた時に連絡がある。三男による年金搾取三男が警察に身柄を確保された、と連絡あり訪問。
2	近所の人が送迎や除雪に来てくれる人に金銭を渡しており、その頻度と金額が異常に高額であった。
3	日常生活自立支援事業の担当をしていた時公営住宅に住む男性高齢者Bさんが同じ住宅に住む知人C（50代男性）から「買い物に行ってお金をお金を」と渡し、手間賃として買い物と同じくらいの金額を支払っていた。
4	本人が決められずにセルフネグレクトとなっている方（対象者ではないかもしれませんが）Dさん 生活保護受給中であり公営住宅内の部屋が寝る場所もない状況。サービスや人が関わるのを拒否。
5	80才代、女性。50才代に夫と死別後一人暮らし。同町に住む夫の妹の娘が支援している。本人は2年位前から認知症発症。ADLほぼ自立も物忘れが進み、訪問介護の支援などによりどうにか生活継続出来ている。要介護2。2月のある日、キーパーソンの姪から「ショートステイでもいいので冬の間施設に入居させたい」との電話有り。突然のことで、且ついつもと違う様子が伺えたので、すぐに訪問し状況を確認すると、近隣の人からすごい剣幕で「たまたま、用事があって訪れたら、ガスコンロにやかんが掛けっぱなしで、ずっと音が鳴っているのに気づいてもいない。話も通じないし、これから寒くなればこたつやストーブも使うだろうが、もし火事になったらだれが責任取るのか!直ぐに施設に入れてもらわないと困る」と言われたとのこと。
6	Aさん。元農業に従事するも跡継ぎなく廃業。子は5人いたが関係性不良で支援なし。近隣とも関係性不良。バスを利用して市街地へ用事を足しに来ていたが、尿臭強く乗客からのクレームもあって関与開始。説得して認定申請し、デイサービスで入浴支援を開始。その後も認知症は進行し、契約行為も困難となる。
7	Bさん。元農業に従事するも跡継ぎなく廃業。一人息子は遠方に住む。認知面は年齢相応で自宅内の生活は概ね自立。足腰弱く時折転倒。付近にバス停なく、市街地までは主にハイヤー。地域住民が車に乗せてくれることもあるが、遠慮があり頻繁に頼めない。交通費が負担で、受診や外出を控えていた。支援調整中に自宅で転倒骨折し入院。退院後は施設入所。
8	本人の年金を親族が管理しており、本人のためにお金が使えない。親族が自分のためにお金を使っていた。
9	本人は在宅を希望しているが、別居の家族が施設を希望し入居になってしまう。本人の意向が反映されない。
10	昔から馴染みのある洋品店が高額な衣類を販売していた。本人は納得して買っているものの、頻度が過剰であったため、言いくるめて販売しているのではと感じた。
11	近所の人が送迎や除雪に来てくれる人に金銭を渡しており、その頻度と金額が高額であった。押し付けで手伝いを行い金銭を得ているため不当な搾取に当たるのでは感じた。

No.	引用した文献（事例の内容・ケースの場面）
12	別居の家族が必要な薬を廃棄し、自分が山でとってきた薬草を飲ませ続ける。
13	認知症独居・男性・70歳、要介護2、生活保護。もともと脳性麻痺があった利用者。這って移動、または車いす自操。認知症（確定診断なし。症状からレビー様症状と思われる。徘徊が始まり、這って集合住宅の一回まで降りて動けなくなり、住民が警察に保護。その後も車いす自操で遠方まで行き、通行人が警察に連絡し保護。このようなことが数回続いた。徘徊を防ぐため、車いす（レンタル）を引き上げた。
14	認知症独居、男性、68歳、要介護1、生保。もともとアルコール依存からの神経障害で、網膜に支障があり弱視。歩行不全などがあった。以前は娘と住んでいたが、結婚のためアパートに独居となる。アルコールの量が増え始めたため、訪問介護でお酒を管理することとし、食器棚に鍵を付けて本人が開けられないようにした。
15	認知症独居、女性、85歳、要介護2。以前は統合失調症の娘と住んでいたが、親子間の関係が悪く、娘はグループホームに入居したのち独居となる。そのころから認知症状が進行し、金銭や書類の紛失が目立つようになった。その都度家探しするが、出てこないことが多くなり、金銭管理が課題となった。日常生活自立支援事業などを進めるも、利便性の面から本人は消極的で、ヘルパーとタクシーに乗って銀行窓口でお金をおろす対応を続けたが、歩行不全も出現し、それも難しくなってきたため、最終的には施設入所となった。
16	Aさんが発覚された時は居酒屋店主から「物忘れのある1人暮らしの方が心配。」という相談であった。昼食に弁当を作って届けているということであった。しかし高額な弁当代であった。また、その居酒屋で夕食（晩酌）を毎日食べていたが他の客の分もおごらされて（おごって）いた。
17	Bさんは「床下換気」や「布団の販売」等「悪徳商法」被害にあった。
18	Cさんはマンションを売却して現在は賃貸マンションに居住している。いずれは施設入所が必要な1人暮らしの進行性難病と理解をしていたので売却をしたということであったが、市場価格とは比べものにならない程の安価であった。
19	Dさんは分譲マンションで独居であり、認知症が進んできて、わからないことを何度か管理人に聞きに行く事が多くなり、その様子を理事会にかけられ、Dさん宅に訪問する妹に伝えられた。「何かあったら監督義務者が賠償責任を負う」と言われ、グループホーム入所に至った。
20	Aさんが出したごみを隣人の方が勝手に分別する（本人が見かけて怒った）。
21	Bさんの初回訪問の際に家族（日頃は別居）に「何もわからないので挨拶とかいいですよ」とCMに言われた。本人のことで訪問しているのに、本人抜きで面談が進められようとしたこと。
22	Cさんの家族の意向で本人は施設入居を希望されていなかったが入居となった。
23	本人はたばこが大好きだが周りはやめると反対する（酒よりたばこは失火を心配される）。
24	本人が猫に餌をやり近所から注意された。通常なら猫を飼うのは許されるのではないか。

No.	引用した文献（事例の内容・ケースの場面）
25	本人は施設入居を決めたがその際に自宅の荷物を家族の意向で処分された。本人にとっては、思い出の品などあったと思われる自分の大切なものが大事に扱われなかったこと。
26	Gさんは独身で退院後は施設へ入居して欲しい、という甥の意向で退院時の話が進んでいった。自宅へもどりたい本人の意向が大切にされなかったこと。
27	Aさん 男性 脳血管性認知症。地域でのゴミ出しが規定通り出来なくなった事に伴う地域自治体からの苦情対応。ゴミ出しルールを守っていないのが当人だと証明するための方法、ルールを守るために個人情報（病状等）を住民へ伝えるべきと訴えられた。
28	bさん 男性、アルツハイマー型認知症、馴染みのスーパーで窃盗行為をしてしまい、通報を受け対応した警察、本人、近所に住む連絡を受け駆け付けた家族とのやり取りを含めた対応について。連絡を受けて家族が警察署へ駆け付けた際、既に本人が認めたと調書へ拇印をしていた事に対し 本人が認知症診断を受け、通院もしている旨を説明し配慮を求めたが、本人が認めて押しているのもう取り消しは出来ないとの応対だった事。
29	Cさん 女性 アルツハイマー型認知症 賃貸アパート所有で同アパートで生活している。発病以前から自身で入居者の面接や入居も決定する等していたが、有る時に新しく入居した者から金銭的搾取を受けていた際の対応について。居宅契約して初回のモニタリング訪問時、本人が半年前程に入居させたアパート住人（高齢女性）、の自宅へ居り、住人より「これからも自分がCさんの面倒を観ていくから、ケアマネや他の家族は立ち入らないでくれ」と唐突に話をされた。入居後に住人が本人を買物へ連れて行く等、本人より話も出ており、一見支援している様にも見えたが、本人から「お金は全部私が出している。」や「最近家の物が無くなる」等の言動も有り、搾取の疑いで対応とした。
30	Dさん 男性 アルツハイマー型認知症。アセスメントの結果は施設レベルとの判断。本人は在宅生活を望むが、どこまで本人の意向を尊重し続けるのか、意思決定支援が難しく、安全が十分で無い環境での生活を継続していたが、別居家族の介護の限界の為、保護に近い形で施設入所となった。
31	【財産・経済的】訪問販売で悪質な訪問販売(工務店)の事実を確認するケース。
32	【財産・経済的利益】 本人が仕出し屋に調理品の配達を毎週依頼し、仕出し屋が本人にお金を貸してくれと強要している。本人は、経済的ゆとりのある方で、家族とも疎遠であり、宅配弁当や、お惣菜での調理品、家事支援での調理には不満足で、仕出し屋に配達を頼んでいる。永年（10年）くらいの関係性から配達時に世間話をしたり、金融機関への送迎をしたり、本人は信頼している。本人も40万が限度としてお金を貸してくれということに断れず、関係が継続している。
33	【契約・権利】軽度認知症独居。入浴中に浴室で起きた事象等に伴い、成年後見人制度の利用を検討したケース。
34	【プライバシー・名誉の利益の侵害】【自己決定権】 本人の家の中に複数のカメラが設置され、生活空間が過剰に監視されている。80代男性で、間質性肺炎のため在宅酸素を使用し自宅で療養している。離れて暮らす次男夫婦がアマゾンで購入した室内監視カメラを設置したが、本人は当初から設置を拒否していた。それにもかかわらず、退院の際には、すでに設置が完了していた。日頃の訪問介護職員との会話や、日中・夜間の様子まで録画されており、「見守り」という名目で家族の不安や価値観が過度に優先されている状況である。また、退院後に利用する介護サービスについても本人の同意を得ないまま家族が導入の調整依頼を行っており本人の意思確認や説明のプロセスが欠落していた。

No.	引用した文献（事例の内容・ケースの場面）
35	【自己決定権の侵害】 サービス担当者会議に本人を参加させないという家族の意向がみられた。80代女性。脳梗塞で救急搬送され、治療後はほとんど後遺症もなく退院となった。基礎疾患として糖尿病があり、軽度の認知症があるが、意思疎通は可能である。退院後のサービス担当者会議で家族を含めて自宅で開催した際、長男夫婦から「どうせわからないから、話し合いには参加しなくていい」と言われ、本人が会議に同席できない状況が生じた。
36	訪問すると机の上に領収書があったり、海鮮や果物が送り付けられる。近所の人（世話にはなっている）人にお金を貸してほしいと言われる。300万ほど通帳からなくなっていた。
37	家の中の動産を運び出し、古道具屋に持って行って売られた。年金の引き出し時に一緒について来られて全額引き出しされたためにライフラインが止まった。サラ金から借金の督促が頻繁に来ていた。
38	自営していた店舗の中で猫と生活。上の階からの水もれがあり、猫はどこでも歩く、片付けできておらず不衛生。食事也十分にとれない。訪問看護師からきつい言葉で指示される。本人は猫と暮らしたかったが、認知症の進行、その他の疾病などのため最終的には施設入所となった。海外のくじが当たったという手紙の指示に従い、何度もお金を送っていた。
39	初期集中支援チームによる介入。入院を目的に強制的に搬送した。本人はかかりつけ医を信頼していた。一方で別居の娘が入院を強く希望された。本人の意思を尊重していない。チーム内で対応せざるを得なかった。
40	親族により成年後見の申し立てが行われた。精神科の受診や診断書の作成は地域包括センターで支援したケース。後見人が決まるまで半年以上かかり、結果的に怪しい後見人が着任した。申し立てから後見開始までの期間が長かった。
41	独身女性。若い頃はキャリアウーマン。戸建てに居住。頼りにしていた地方在住の弟は脳梗塞に。手続き支援等が必要となった。弟嫁と甥が、本人を説得しスピード感を持って有料老人ホームに入所させた。本人の納得が得られているとは思えなかった。在宅医療・介護、地域福祉権利擁護など、在宅生活を継続する方法を提案したが、ご家族に押し切られてしまった。
42	要介護の夫が亡くなり、認知症の妻が独居に。元来外出・話好きで毎日のように徘徊。警察保護も徐々に範囲が広がっていった。近隣に住む長男は、毎朝パンを届けるなどするが多忙で連絡がつきづらい。いつ事故に遭ってもおかしくない状況が続いた。カンファレンスも長男の調整がつかず時間がかかる。長期化したため虐待通報を挙げ、区も交えて支援を検討した。経済面もあったため自立支援医療でデイナイトケアに繋げた。最終的には施設入所へ。ただ時間を要したことで近隣からの心配、苦情、報復を受けることがあり、良くない状態が長く続いてしまった。
43	独身女性。分譲マンションに不動産会社の若い男性らが入り込み、投資用マンションを購入。本人は購入した覚え無し。認知症の進行と独居の寂しさに漬け込んで若い男性らの誘いに懐柔されてしまった。老後資金を不本意に使わされてしまった。

資料2. グループインタビュー 語り

No.	語り
1	こうしたような背景の中で、耐震工事を名目とした訪問販売の業者が自宅を訪ねてきたことが数回あったそうです。『工事が必要です。このままでは危険です』と言って、繰り返し不安をおおる形で勧誘されて、最終的には実際に工事が行われてないことに対して、総額 1000 万円ぐらい支払ってしまったという場面です。
2	私の経験は床下換気のもので、認知症の 1 人暮らしの女性の方でした。もしかすると騙されているのかもしれないと感じたので、地域包括支援センターの目線で、役所の高齢者担当部署に連絡を入れました。担当部署の係長が、工事の立ち合いは男性職員の方が良いだろうと判断され、男性のケースワーカーが工事が始まる時から終わるまでその場において確認をしてくださいました。
3	そうしたら、送り付け商法で、北海道から海産物とかメロンとか、ほぼ腐りかけのものが届くという。本人全然調理できない。
4	一人暮らしのご高齢の認知症の方で、お金がない。海外の宝くじが当たったと本人が思い込んで、そこにお金をどんどん送ってしまうので全くお金がないんです。
5	それを聞いている息子さん、娘さんがお仕事をしてなくて、お母さんお父さんの年金を自分も使っていると。で、サービスを使うとなると、ちょっとお金が足りないから訪問回数を制限してほしいということで、本人に必要な支援が入れられないというのを、傾向として非常にパターンとして多い。
6	息子さんが通帳を管理しているんですが、通帳管理じゃないですね、クレジットカード、ご本人のクレジットカードを。あ、キャッシュカード。ごめんなさい。キャッシュカードを持っていて、ご本人の通帳を確認すると、1 週間に 2 回ぐらい 10 万円ずつ引いていたりとか、そういう事実を確認する場面とかがたまにありまして、本人が必要なものが買えなかったりという。
7	あと、家族が金銭搾取というところで行くと、やはり別居の家族が、孫の例えば学費にということで、本人の生活が困窮するほどにやはり使っているなどの例も実際あるかと思います。
8	妹さんの申立てで成年後見の方の申立ても同時にしたんですね。お兄さんの方は後見が付いたんですけども、妹さんは非常に、家裁の調査官が来たときにしっかりしゃべられたので却下ということになったんです。そしたら、お兄さんの付いた後見人から、3 カ月後ぐらいに、妹さんの通帳から 300 万ほどなくなっていますよという報告が上がって、「えっ?』』となって、そこからまた成年後見も申立てをしました。
9	結局毎日毎日買い物に頼むんですけど、1 万円渡しました、これ買ってきてください。お釣り全部インポケットするんです。でも、本人は行けない、マーケットの距離が行けない。
10	やはりちょっと元々知的障害のある男性の方が、何人かの方のところに行って、俺が買い物してきてやるからというふうに言って、2000 円なりもらって、1000 円までいかないような買い物をして、残りは買い物賃としてもらっておく。
11	善意で乗せていってあげるよという話は割とあるんですが、交通費ではないですけども、要求する金額が結構高かったり、タクシーを使った方が安いんじゃないかなというような金額を割と要求されたりというのが度々聞かれます。全く本当に善意で、お金を取らないで乗せてくれる方もいるんですが、一部、やっぱりガソリン代といって 2000 円、3000 円とか要求するようなお話はよく聞きます。
12	居酒屋の店主さんが認知症を気付いて、それで毎日お弁当を作って届けていました。夜は飲みに来る、で、ご飯食べる、それで、今日は『この方のおごり』なんて言っておごられちゃうということも、多分、皆さんこんなのあるんだと思うんですね。

No.	語り
13	娘さんがお帰りになるに当たって、おうちの中がすり鉢状のごみ屋敷になっているので、その片付けをしないと娘さんの寝るスペースも、もうベッドも必要なということで。ただ、ケアマネジャーさんが、ごみ屋敷にヘルパーは介護保険じゃ入れられないというところからなかなか動かなくて、(中略) ケアマネジャーさんに、掃除機がないとヘルパーは入れませんか、その辺でなかなか。
14	だんだん一人で生活が立ち行かなくなって、ごみ屋敷になって、お風呂も入らない、洗濯もしないので、バスに乗ってもバスの運転手さんが臭いとか、タクシーも臭くて乗せたくないとかの苦情が町の方に大変寄せられました。(中略) 成年後見を本人にご提案したんですけれども、結局、通帳だとか財産を開示したくないし、人にお金は預けたくないというところで、市町村長申立も段取りを整えていたんですけれども、結局申立てするところまで行かなくて、最終的には火災で亡くなってしまったのです。
15	旦那さんが山に行き行って薬草を取ってきて。(中略) 奥さまが病院から薬をもらってきてもそれを飲ませずに、『俺が取ってきたこの薬が一番効くん』と言って、煎じて飲ませるんですね。(中略) 奥さまの方にそれをどうしたいかという意味、飲むことについてどう思っているのかという確認をしようと思って、何回もアプローチしているんですけれども、明らかに認知症でもないんですけれども、かといって適切な判断もできない。
16	自分のご飯を食べずに、ヘルパーがご飯を用意して後ろを振り向くと、野良猫がもう既に食べているというような状態で、(中略) その方が猫と犬がいるから施設には入れないというようなことをおっしゃるのです。(中略) エアコンが壊れまして夏場暑いのにエアコンなし。(中略) 冬は食事量がぐっと減ってきてほぼほぼ冬眠するような状態に入ってしまう。
17	家の中にペットの便が至るところにされていて、本人はペットフードをカリカリ食べちゃっているというところで、これも、もう人間らしい生活というのはどうだろうということ。
18	宗教の認知症同居の方で、血圧が常に 180 ぐらいあって、ご本人いわく、その宗教のやり方で、『手を当てれば』と言ってお薬を飲まない。訪問診療も付いていたんですけども飲まないということ。
19	その包括から引き継いだときに、あくどい業者が頻回に訪問していて、耐震工事を狙ってこの地域を何度も訪問しているということを聞いたので、それが継続的にそういったことの訪問であったりとか、そういったことがないかということとかをモニタリングのときに確認するという形で関わりを見ていた。
20	クーリングオフの手続きをいろいろケアマネジャーと一緒にやったりとかしながら
21	本人は、もうすごく工事の人は親切な人、毎日毎日まんじゅう持ってきたり、何や、30 分でも世間話したら、一言も悪い印象はないんですよ。(中略) 逆にうれしいぐらいな感じなんです。そこが何か難しいなという、問題が表に出ないというのはすごく意外だなと思って。
22	私たちが気付いたときにはクーリングオフの期間を過ぎているというようなことが結構多くて。
23	経済力がある方で本人もその場では納得して一応購入したとかいう場合もあるかと思いますが。そうすると、例えば、そのガイドラインで新人のケアマネジャーさんに向けてということになると、これはどうなるんだろうかという判別が非常に難しいだろうなと現場では感じます。
24	包括支援センターにも相談しまして、社会福祉協議会では権利擁護の部門がありますので、ご本人とお話ししながらご本人が最終的に希望されれば社会福祉協議会の方で通帳をお預かりさせてもらって適切に金銭管理していくという事例が何件か今までありました。

No.	語り
25	本人に必要な支援が入れられないというのを、傾向として非常にパターンとして多い（中略）そういうときは大体 1 対 1 じゃなくて、それこそ包括に介入をお願いしたりですとか、成年後見をやられている事務所の方にもちょっとお願いして同席してもらったりとか、何人かで臨むような形にはしています。
26	こっちも決めつけであなたお金使ってますよねとはなかなか言えない（中略）往々にしてそういう家族の方は同居しているので、その人たちとの関係性が悪くなると本人も支援が受けられなくなるし、じゃあもう知らないよとなると、それはそれでちょっと困るので、なるべく本人にというところがまず一番。
27	利用者さんには利用者さんの思いがある。ご家族、息子さん、娘さんにはその方たちの思いがあるということで、みんなの思いをちゃんと見ましようねという話をよくしていました。
29	日常生活自立支援事業を入れたんですね。そうしょっちゅう行けるものでもないですので、1 カ月に 1 回くらいご本人にお渡しして、（中略）ご本人自身がこれで頼むわけじゃないけども、昔からのなじみで、もう買ってくるのが当たり前みたいになっていて。
30	疑っているのですけれども、その人を頼りにしているし、本人、この人のこと大好きやと。仏さんのような人やと言っているのを切り離すのもいかんともしがたいなと思いつつ、もう一人、すぐ目の前に住んでいる方にもちょっと見守りをお願いして、その方も、搾取しているだろうという方も見守りをするメンバーの一人に入れてもらって、何かあったら連絡をちょうだいねという形で、ちょっと圧をかけつつ。
31	本人の生活、これからの生活を見据えたときに、必要な資源として認識しているケースもやっぱりあったりするんですよね。
32	今までの分どうするの。本来だったら、この頃から認知症で、あなたたちがやっていることはどうなのというふうにして、返還を求めるという話も出たんですけども、（中略）ある程度資産があって支払い能力があったら、そこは愚行権。
33	自分の常識というのはいったん横に置いて、相手がどうしたら一番快適なのか、何をしたいのかをまず聞いたのかというのはよく話をします。（中略）できるだけ快適な環境というか、人間らしい環境、私の思う人間らしい環境に近づけたらいいなと思うけど、やっぱり本人が一番というところで、確認はしています。
34	本人の意向と家族の意向をどう調整取るかなというところでよく迷うなというのがあるような気がしています。（中略）本人の自己決定を促すために意向の確認をしたいんですけども、うまくできない。
35	自立と安全のせめぎ合い。歩かせるのか、転倒のリスク重視するのか、車いすなのか。権利と義務のせめぎ合い。われわれは契約を結んだ以上、サービスを適正にルールに基づいて提供する義務がある。利用者には権利があるという中のせめぎ合い。
36	ケアマネジャーさんが、ごみ屋敷にヘルパーは介護保険じゃ入れられないというところからなかなか動かなくて、（中略）ケアマネジャーさんに、掃除機がないとヘルパーは入れませんか、その辺でなかなか。（中略）今ある環境の中で何とか動線上だけ使えるように、保持できるようにヘルパーさんを入れてほしいという（中略）なかなか支援が進まなかったというケースだったんです。
37	結局申立てするところまで行かなくて、最終的には火災で亡くなってしまったのです。ストーブなどの不始末ではなくて、恐らく漏電ではないかなということだったんですが。本人は結局おうちでの生活にすごくこだわってはいたんですが、どうしてあげるのがよかったのかなといまだに思うケース。

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権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究

研究分担者 花田 健二 認知症介護研究 研修東京センター 研究員
研究代表者 栗田 圭一 認知症介護研究 研修東京センター センター長／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長特任補佐
研究分担者 永田久美子 認知症介護研究 研修東京センター 副センター長
研究分担者 齊藤 葉子 認知症介護研究 研修東京センター 研究員
研究協力者 川端 敦史 認知症介護研究 研修東京センター 研究員

研究要旨

全国の認知症地域支援推進員が経験している独居認知症高齢者の権利利益の保護に関連する諸課題を可視化させるために全国規模のウェブ調査を実施した。対象は全国の市町村に配置されている認知症地域支援推進員 8,867 名である。調査項目には基本情報とともに、独居認知症高齢者の権利利益の保護に関わる 21 項目の課題の経験の有無についての設問を含めた。その結果、認知症地域支援推進員の 8 割以上が独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関与しており、認知症の診断／精神的・身体的健康問題に対する医療／介護・生活支援／権利擁護支援／経済支援についてのアンメットニーズや、地域社会の中での虐待／消費者被害／行方不明／社会的孤立に直面している独居認知症高齢者の事例を経験していることが可視化された。独居認知症高齢者の権利侵害の構造を検討するために、事例の質的分析とヒアリング調査を行うことが次年度の目標である。

A. 研究目的

本研究の目的は、市町村自治体に配置されている認知症地域支援推進員が独居認知症高齢者の権利利益の保護に関して経験している諸課題を示し、認知症地域支援推進員が独居認知症高齢者の権利利益保護に向けて取り組むべき事項を明らかにすることにある。令和 7 年度は、全国の認知症地域支援推進員が経験している独居認知症高齢者の権利利益の保護に関連する諸課題を可視化させることを目標とした。

B. 研究方法

対象は全国の市町村に配置されているすべての認知症地域支援推進員 8,867 名である（悉皆）。調査にあたっては、調査依頼を研究機関から都道府県の認知症施策担当部門に送付し、都道府県より市町村の認知症施策担当部門に依頼を転送し、市町村の認知症施策担当部門より、委託組織で働く者を含む全ての認知症地域支援推進員に調査依頼を周知した。調査はオンラインで行い（ウェブ調査）、回答単位は個々の推進

員とし、自治体での集約は行わなかった。調査への協力は任意とし、調査アクセス前に電子同意書による同意を必須要件とした。調査期間は2025年12月1日から12月25日とした。

調査項目には、認知症地域支援推進員が配置されている自治体の基本情報として、自治体名、人口、高齢化率、市町村の認知症地域支援推進員の配置総数、認知症地域支援推進員の基本属性として、年齢、保有資格、推進員としての経験年数、配置組織、市町村認知症施策担当との兼務状況、雇用形態、勤務形態、配置形態（専任・兼任）、兼務役割、行政担当者との連絡会の開催頻度を含めた。また、独居認知症高齢者の支援に関する設問として、「過去1年間の独居認知症高齢者への相談支援・個別支援の経験の有無」を問い、「ある」と回答した者に対しては、独居認知症高齢者の権利利益の保護に関連する21項目の課題について、その経験の有無を問うとともに、その一事例について具体的内容に関する自由記述回答を求めた。さらに、事例に関するヒアリング調査への協力の可否（可の場合は氏名・連絡先）について問うた。（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得た（承認番号：2025-4）。

C. 研究結果

1. 回答数と回答率

調査対象となった全国の認知症地域支援推進員8,867中4,491名より回答が得られた（回答率：50.6%）。認知症地域支援推進員が所属する市町村別では、全国1,741市町

村中1,250市町村（71.8%）、都道府県別では、全国47都道府県中46都道府県（97.8%）の認知症地域支援推進員より回答が得られたことになる。

2. 回答が得られた認知症地域支援推進員が所属する自治体の基本情報

回答が得られた認知症地域支援推進員が所属する市町村の人口規模別、高齢化率別、市町村の認知症地域支援推進員配置数別に見た認知症地域支援推進員の分布を表1～3に示す。人口規模別では1万人以上5万人未満の市町村に所属している認知症地域支援推進員が最も多く、高齢化率別では30%以上40%未満の市町村に所属している認知症地域支援推進員が最も多く、認知症地域支援推進員配置数別では10人以上配置されている市町村に所属している認知症地域支援推進員が最も多かった。

3. 回答が得られた認知症地域支援推進員の基本属性

回答が得られた認知症地域支援推進員の基本属性を表4～13に示す。年齢階級では40代及び50代が多く、保有資格では介護支援専門員、社会福祉士、看護師、介護福祉士、保健師の順で多く、経験年数では1年未満から5年以上までほぼ同じ割合で分布し、配置されている組織としては地域包括支援センターが8割を占め、市町村の認知症施策担当職との兼任の有無についてはほぼ同じ割合であった（但し、無回答が半数を占めた）。また、雇用形態・勤務形態・配置形態については、8割以上が正規雇用、9割以上が常勤、8割以上が兼任であった。認知症地域支援推進員が兼務している役割を見ると、キャラバンメイト、認知症初期集中支援チーム員、チームオレン

ジコーディネーター、生活支援コーディネーターの順に多かった。

4. 独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関する認知症地域支援推進員の経験の有無

過去一年間に一人暮らしの認知症の方の相談支援や個別支援を行った経験について、「ある」と回答した 認知症地域支援推進員は 3,720 名 (82.8%)、「ない」と回答した認知症地域支援推進員は 771 名 (17.2%) であった。

5. 独居認知症高齢者の権利利益の保護に関わる課題についての認知症地域支援推進員の経験

上記の設問で「ある」と回答した認知症地域支援推進員 3,720 に対して、独居認知症高齢者の権利利益の保護に関わる 21 項目の課題に関する過去 1 年間の経験の有無について質問した。その結果、「ある」と回答した認知症地域支援推進員の人数を表 14 に、項目 12 の身体的・精神的・経済的虐待以外の虐待事例の経験に関する自由記述回答の一覧を表 15 に、上記 21 項目以外の権利侵害に関わると考えられる状況についての自由記述回答の一覧を表 16 に示す。

21 項目について、経験ありと回答している認知症地域支援推進員の人数が多いものを列挙すると、「介護サービスが必要と考えられたが、介護サービスの利用につながらなかった」(57.9%)が最も多く、「認知症の診断が必要と考えられたが、診断のための医療サービスの利用につながらなかった」(47.8%)、「精神的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」(41.7%)、「身

体的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」(38.9%)、「介護サービスでは対応できない生活支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」(32.1%)。「社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった」(29.0%)、「権利擁護に関する支援（成年後見制度や日常生活自立支援事業など）が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」(28.2%)、「経済的な支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」(20.4%)がこれに次いだ。上記以外では、独居認知症高齢者の虐待事例について、身体的虐待事例を 15.9%、経済的虐待事例を 14.5%、精神的虐待事例を 12.7% の認知症地域支援推進員が経験し、独居認知症高齢者の消費者被害の事例について、「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など」の被害事例を 13.5%、回避事例を 11.4% の認知症地域支援推進員が経験し、行方不明については、発見事例を 16.2%、発見されていない事例を 2.1% の認知症地域支援推進員が経験していた。

6. 認知症地域支援推進員が所属する市町村単位で見た独居認知症高齢者の相談支援・個別支援の経験の有無について

市町村に所属する認知症地域支援推進員が一人でも経験が「ある」と回答した場合、その市町村が「経験がある」とみなして集計してみた。その結果、過去一年間に一人暮らしの認知症の方の相談支援や個別支援を行った経験が「ある」認知症地域支援推進員がいる市町村は 957 (76.6%)、いない市町村は 293 (23.4%) となった。

7. 市町村単位で見た独居認知症高齢者の 権利利益の保護に関わる 21 の課題に ついての経験

独居認知症高齢者の相談支援・個別支援をしたことが「ある」認知症地域支援推進員がいる市町村 957 について、21 項目の課題ごとに経験ありの市町村数を算出した数値を表 17 に示す。経験ありの市町村が多い項目を列挙すると、「介護サービスが必要と考えられたが、介護サービスの利用につながらなかった」(88.6%)と最も多く、「認知症の診断が必要と考えられたが、診断のための医療サービスの利用につながらなかった」(80.8%)、「精神的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」(73.3%)、「身体的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった」(70.5%)、「介護サービスでは対応できない生活支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」(62.9%)、「社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった」(60.7%)、「権利擁護に関する支援（成年後見制度や日常生活自立支援事業など）が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった」(56.9%)がこれに次いだ。

上記以外では、独居認知症高齢者の虐待事例について、身体的虐待事例を 39.0%、経済的虐待事例を 36.6%、精神的虐待事例を 34.3%の市町村が経験し、独居認知症高齢者の消費者被害の事例について、「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など」の被害事例を 34.0%、回避事例を 31.4%の市町村が経験し、行方不明については、発見

事例を 41.9%、発見されていない事例を 10.7%の市町村が経験していた。

8. 事例に関する自由記述回答

21 項目の課題より 1 項目を選択して、可能な範囲で一事例の状況についての自由記述回答を求めた。その結果、1,024 名から回答を得た。結果の分析結果については別に報告する。

9. ヒアリング調査への協力の可否

約 200 名の認知症地域支援推進員から協力可との回答を得た。詳細は次年度の報告書に示す。

D. 考察

独居認知症高齢者の相談支援・個別支援において認知症地域支援推進員が経験している権利利益の保護に関わる課題を、全国規模の悉皆調査で明らかにした。本研究によって、認知症地域支援推進員の 8 割以上が独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関わっていることが示されるとともに、認知症の診断／精神的・身体的健康問題に対する医療／介護・生活支援／権利擁護支援／経済支援についてアンメットニーズの状況にある事例、地域社会の中で虐待／消費者被害／行方不明／社会的孤立に直面している事例の経験を積み重ねていることが明らかにされた。

本研究の強みは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から、その関連事象の出現頻度を全国規模で代表性のあるサンプルにおいて明らかにした点にある。国内外を通じて過去に類を見ない研究であることを強調しておきたい。

しかし、本研究にはいくつかの限界がある。第 1 に、認知症地域推進員の回答率が

50.6%に留まるため、結果の一般化には注意を要する。第2に、権利利益の課題に関わる21項目は主として研究代表者の臨床経験に基づいて選定されたものであり、独居認知症高齢者が地域で直面している多様な課題を網羅しきれていない可能性がある。第3に、本研究は量的分析に留まるため、権利侵害の構造について詳細な分析が行われていない。

以上の限界を補完するために、次年度は事例の自由記述回答に対する質的分析を行うとともに、ヒアリング調査を実施する予定である。

E. 結論

認知症地域支援推進員の8割以上が、独居認知症高齢者の相談支援・個別支援に関与しており、認知症の診断／精神的・身体的健康問題に対する医療／介護・生活支援／権利擁護支援／経済支援についてアンメットニーズの状況にある独居認知症高齢者の事例、地域社会の中で虐待／消費者被害／行方不明／社会的孤立に直面している独居認知症高齢者の事例を経験している。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

表1. 市町村の人口規模別に見た回答が得られた推進員数

人口規模	推進員数	構成割合 (%)
1万人未満	417	9.3
1万人以上5万人未満	1,179	26.3
5万人以上10万人未満	824	18.3
10万人以上15万人未満	493	11.0
15万人以上30万人未満	570	12.7
30万人以上50万人未満	443	9.9
50万人以上	565	12.6
合計	4,491	100.0

表2. 市町村の高齢化率別に見た回答が得られた推進員数

高齢化率	推進員数	構成割合 (%)
25%未満	586	13.0
25%以上30%未満	1,333	29.7
30%以上40%未満	1,789	39.8
40%以上	783	17.4
合計	4,491	100.0

表 3. 市町村の推進員配置総数別に見た回答が得られた推進員数

推進員配置総数	推進員数	構成割合 (%)
1 人	256	5.7
2 人以上 3 人未満	660	14.7
3 人以上 5 人未満	587	13.1
5 人以上 10 人未満	1,145	25.5
10 人以上	1,843	41.0
合計	4,491	100.0

表 4. 回答が得られた推進員の年齢階級

年齢階級	推進員数	構成割合 (%)
20 代	266	5.9
30 代	804	17.9
40 代	1,516	33.8
50 代	1,376	30.6
60 代以上	529	11.8
合計	4,491	100.0

表 5. 回答が得られた推進員の保有資格 (複数回答)

保有資格	推進員数	割合 (%)
介護支援専門員	2,205	49.1
社会福祉士	1,733	38.6
看護師	1,644	36.6
介護福祉士	1,296	28.9
保健師	1,175	26.2
精神保健福祉士	387	8.6
准看護師	104	2.3
作業療法士	58	1.3
助産師	55	1.2
認知症介護指導者	45	1.0
歯科衛生士	37	0.8
栄養士	35	0.8
理学療法士	30	0.7
薬剤師	5	0.1
あん摩マッサージ指圧師	5	0.1
はり師	5	0.1
柔道整復師	5	0.1
きゅう師	4	0.1
医師	3	0.1
歯科医師	3	0.1
言語聴覚士	3	0.1
その他	276	6.1

表 6. 回答が得られた推進員の推進員としての経験年数

経験年数	推進員数	構成割合 (%)
1 年未満	998	22. 2
1～2 年	1, 063	23. 7
3～5 年	1, 180	26. 3
5 年以上	1, 250	27. 8
合計	4, 491	100. 0

表 7. 回答が得られた推進員が配置されている組織

組織名	推進員数	構成割合 (%)
市町村役所	553	12. 3
市町村直営地域 包括支援センター	1, 070	23. 8
委託型地域包括 支援センター	2, 533	56. 4
社会福祉協議会 (本体)	120	2. 7
認知症疾患医療 センター	10	0. 2
認知症疾患医療 センター以外の 医療機関	27	0. 6
介護事業所	107	2. 4
出向	16	0. 4
その他	55	1. 2

表 8. 回答が得られた推進員における市町村の認知症施策担当職と推進員の兼任状況

兼任の有無	推進員数	構成割合 (%)
兼任	1, 091	24. 3
兼任していない	1, 109	24. 7
無回答	2, 291	51. 0
合計	4, 491	100. 0

表 9. 回答が得られた推進員の雇用形態

雇用形態	推進員数	構成割合 (%)
正規	3, 680	81. 9
非正規（契約/嘱 託/派遣/パート）	647	14. 4
無回答	164	3. 7
合計	4, 491	100. 0

表 10. 回答が得られた推進員の勤務形態

勤務形態	推進員数	構成割合 (%)
常勤	4, 182	93. 1
非常勤	309	6. 9
合計	4, 491	100. 0

表 11. 回答が得られた推進員の配置形態

配置形態	推進員数	構成割合 (%)
専任	612	13. 6
兼任	3, 879	86. 4
合計	4, 491	100. 0

表 12. 回答が得られた推進員の兼務役割
(複数回答)

兼務役割	推進員数	割合 (%)
キャラバンメイト	2,732	60.8
認知症初期集中支援チーム員	1,873	41.7
チームオレンジコーディネーター	994	22.1
生活支援コーディネーター	522	11.6
在宅医療・介護連携推進に関するコーディネーター	220	4.9
相談支援包括化推進員	162	3.6
認知症介護指導者	73	1.6
若年性認知症支援コーディネーター	41	0.9
高齢者の就労的活動のコーディネーター	36	0.8
その他* (地域包括支援センター業務や施策担当の役割以外)	1,450	32.3

*その他の具体的内容:

- ・ オレンジ・チューター
- ・ コミュニティソーシャルワーカー
- ・ 一般介護予防事業
- ・ 介護支援専門員業務
- ・ 高齢者見守り支援事業
- ・ 介護保険課業務
- ・ 高齢者福祉関連業務
- ・ 地域リハビリテーション業務
- ・ 介護老人保健施設支援相談員業務

- ・ 認知症カフェ
- ・ 看護業務
- ・ 高齢者虐待対応
- ・ BCP(感染対策委員、自然災害対策委員)
- ・ 虐待対応
- ・ 成年後見事務
- ・ 健康増進・保健業務
- ・ 自殺対策事業
- ・ 健康増進部門業務
- ・ 権利擁護業務
- ・ 行政事務
- ・ 高齢者のサロン運営
- ・ 生活保護・精神保健
- ・ 重層的支援体制整備事業
- ・ 障害者福祉業務
- ・ 母子保健業務
- ・ 生活困窮者相談支援員業務
- ・ 特別養護老人ホーム業務
- ・ 日常生活自立支援事業
- ・ 認知症サポーター養成
- ・ 認知症高齢者グループホーム業務

表 13. 回答が得られた推進員の行政担当者との連絡会などの開催頻度

開催頻度	推進員数	構成割合 (%)
毎月	1,580	35.2
2～3 カ月に一回	1,242	27.7
年に1～2回	763	17.0
なし	906	20.2
合計	4,491	100.0

表 14. 過去 1 年間に独居認知症高齢者の
権利利益の保護に関わる 21 項目の課題に
ついて経験している推進員数と割合

項目	推進 員数	割合 /3,720
1. 身体的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった。	1,447	38.9%
2. 精神的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった。	1,553	41.7%
3. 認知症の診断が必要と考えられたが、診断のための医療サービスの利用につながらなかった。	1,780	47.8%
4. 介護サービスが必要と考えられたが、介護サービスの利用につながらなかった。	2,153	57.9%
5. 介護サービスでは対応できない生活支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	1,195	32.1%
6. 住まいに関する支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	696	18.7%
7. 経済的な支援が必要と考えられたが、そのよ	758	20.4%

うな支援につながらなかった。		
8. 権利擁護に関する支援（成年後見制度や日常生活自立支援事業など）が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	1,050	28.2%
9. 身体的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	591	15.9%
10. 精神的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	472	12.7%
11. 経済的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	540	14.5%
12. 上記 9・10・11 以外の虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	123	3.3%
13. 消費者被害（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など）を受けた。	502	13.5%
14. 消費者被害を受けそうになったが、回避された。	425	11.4%
15. 行方不明になり、現在も発見されていない。	79	2.1%
16. 行方不明になったが、発見された。	604	16.2%

17. 本人の意思とは無関係に施設に入所することになった.	366	9.8%
18. 本人は自宅で暮らしたいと希望していたが、施設に入ることになった.	722	19.4%
19. 本人の意向を確認しないまま、在宅サービスの利用になった.	105	2.8%
20. 社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった.	1,080	29.0%
21. その他の人権侵害に関わる考えられる状況があった.	59	1.6%

表 15. 身体的・精神的・経済的虐待以外の虐待事例（項目 12）についての自由記述回答（回答内容をすべて転記した）

セルフネグレクト:不適切な生活状況(食事を食べない), 体調管理, 居住環境など.
ネグレクト: 食事が貰えていない, 家族(精神障害のある家族なども)による介護放棄の疑いなど.
本人の医療、介護サービス利用拒否。初期集中支援チームに依頼し、介護保険申請のための受診にのみつながり、介護保険の更新申請はできたが、サービス利用にはつながっていない.
家族からの暴力や暴言, 施設職員からの経済的虐待などに対応した.
家族(配偶者・子・孫など)による(精神的ストレスがある場合も含め) 暴言や暴力・ネグレクト・お金の使い込み・適切な医療や介護を受けさせない(経済的理由含め) など.
家族や主治医と連携をしたが、本人の介護保険に対する抵抗感が非常に強く、介護保険の申請(もしくは介護保険サービスの利用)までつながらなかった.
介護負担の相談にて訪問 訪問時の様子から(暴力によるケガ, 暴言による不安) 通報し医療(医師・看護師・薬剤師), 介護, 行政, 包括, 家族, 推進員と連携し一時保護入院中に環境づくりの準備等行った.
子供からの経済的虐待があり分離を図ったケース. 子供がギャンブル依存の為, 入院させ生活保護の申請の手続き等多機関と連携を図った.
市長申立て中に本人が不動産を売却し, 市長申立てが取下げとなった.

親族や養護者ではない人から金銭の搾取をされていた。
大声や大きな物音が聞こえると近隣からの情報があった。本人は明言はしないが、そんなことはあると答えた。
短期記憶の低下を理解できない家族から嘘をついていると身体的虐待を受けていた。
入院は必要と判断されても同居家族が同意せず医師が緊急保護と虐待通報となった。
認知症（疑い）や精神疾患（疑い）により、生活環境の悪化等、セルフネグレクトのような状態の支援が増えた。
デイサービスの職員から包括に通報があり包括職員と一緒に利用中のデイへご本人に会いに行き状態の確認を行った。顔面に青あざを確認。家族は家で転倒した時に出来た痣だと話された。市の担当課に報告し担当保健師と包括職員で後日改めて訪問したが虐待の認定には至らなかった。担当ケアマネと連携を取り同行訪問し夫の負担感軽減のレスパイトの為にデイサービスの利用回数を増やし、ショートステイの利用も開始となった。
認知症の対応について養護者が理解しておらず、「いうことを聞かない」「家のことをしない」「失敗をする」などと暴力に及ぶ。
被害妄想が強く医療サービスが必要な状態だったが、本人が治療を望まない。
夫婦関係、親子関係から、認知症になってもゴミ捨て等の身体的にギリギリでも役割を継続した。また、年金管理を子どもに任せ買いたいものが自由に買えなかった。

本人の意思が尊重されていない～後回しになっていた。外出を自由になりたい～支援も検討していたが、家族がやっている、と拒否された。支援者が訪問したり、本人の意思を確認しようとするが、家族が先に判断され拒否される。
妄想により金銭管理ができない利用者に対し、銀行が通帳の再々発行を拒否した。 （年金受給ができない状態となった）現在は、公的サービスには繋がらなかったが、地域住民（自治会長）が通帳管理し、生活は安定している。
養護者が精神不安定で、その影響を認知症高齢者が受け、生活に支障をきたす。

表 16. その他の人権侵害に関わると考えられる状況についての自由記述回答(項目 21)

アパートの大家が身の回りの面倒を見てくれていたが、見返りに金銭を要求されていた。同じマンションの住民が、買物や銀行でお金を下ろすなど支援してくれていたが、代わりに金銭を要求されていた。
ゴミ屋敷状態
セルフネグレクトの状況であったため「健康で文化的な生活」を送っていなかった。
医療、介護拒否の方で初期集中支援チームに依頼し、介護保険申請のための受診にのみつながり、介護保険の更新申請はできたが、サービス利用にはつながっていないため、配食サービス等提案しているが、親族が本人の意見を尊重するため、明らかに痩せてきているがサービスにつなげることが難しい。
何事にもこだわりが強く、他者との関係が築けない。
家族の精神状態が悪く(家族は受診なし)、家族ではなく認知症の本人が精神科に入院。
家族同意で医療保護入院になった。
介護認定まで進んだがサービス利用のタイミングをみている現状。
経済的虐待と思われるケースについての対応。負債があり金銭の管理が必要だが身寄りなし。市長申し立てにも時間がかかる。
高額なリフォーム費用を支払った可能性があるが、本人が現金で支払った後に気づいたので確証が得られなかった。
在住のマンション内でのトラブルから、法的な責任を求められていた。

職場の同僚に頼まれて同居し、そのまま通帳とカードを管理されてしまった。
措置入院。
独居の認知症高齢者に対してヘルパーによる金銭搾取が疑われる行為。サービス提供時間外にほぼ毎日男性宅を訪問し、食事や金銭を要求しているようであった。他者の目が行き届かない独居かつ理解力や判断力に課題がある認知症者であるゆえに人権被害に遭った事例。
本人が同居している小中学生の孫に馬乗りになって首をしめてしまったり、寝ている家族を夜中に叩いてしまい精神的に追い詰められた状態。初期集中で話し合うなどするものの、家族は世間体を気にして本人をデイケアやショートステイなどに預けたくないため、状況が改善しない。
認知症状の方を地域から排除しようとする住民(火事になったら誰が責任を取るのか?など)が少なからず存在する。
本人が、住居侵入の被害に遭った。
本人が親族への暴力やモラハラ発言を行っていた。
本人が SOS を出さないで、地域住民が傍観している。
本人に十分に説明がないまま精神科へ受診となり、医療保護入院となった。
本人の了承なしに、家族が認知症があるからと言って、ガスを止めたり、ガス会社に本人から連絡を来てもとりあわないように伝えている。

表 17. 過去 1 年間に独居認知症高齢者の
権利利益の保護に関わる 21 項目の課題に
ついて経験している市町村数と割合

項目	市町 村数	割合 /957
1 身体的な健康問題に対 する医療が必要と考えら れたが、必要な医療サー ビスにつながらなかった。	675	70.5%
2 精神的な健康問題に対 する医療が必要と考えら れたが、必要な医療サー ビスにつながらなかった。	702	73.3%
3 認知症の診断が必要と 考えられたが、診断のた めの医療サービスの利用 につながらなかった。	774	80.8%
4 介護サービスが必要と 考えられたが、介護サー ビスの利用につながらな かった。	848	88.6%
5 介護サービスでは対応 できない生活支援が必要 と考えられたが、そのよ うな支援につながらな かった。	602	62.9%
6 住まいに関する支援が 必要と考えられたが、そ のような支援につなが らなかった。	439	45.7%
7 経済的な支援が必要と 考えられたが、そのよう	448	46.8%

な支援につながらなかつ た。		
8 権利擁護に関する支援 (成年後見制度や日常生 活自立支援事業など) が 必要と考えられたが、そ のような支援につなが らなかった。	545	56.9%
9 身体的虐待を受けてい た、あるいは受けている 可能性があった。	374	39.0%
10 精神的虐待を受けてい た、あるいは受けている 可能性があった。	329	34.3%
11 経済的虐待を受けてい た、あるいは受けている 可能性があった。	351	36.6%
12 上記 9・10・11 以外 の虐待を受けていた、あ るいは受けている可能性 があった。	127	13.2%
13 消費者被害(強引な訪 問販売、リフォーム詐 欺、特殊詐欺、その他の 不適切な取引など)を受 けた。	326	34.0%
14 消費者被害を受けそう になったが、回避され た。	301	31.4%
15 行方不明になり、現在 も発見されていない。	103	10.7%
16 行方不明になったが、 発見された。	401	41.9%

17 本人の意思とは無関係に施設に入所することになった.	293	30.6%
18 本人は自宅で暮らしたいと希望していたが、施設に入るようになった.	463	48.3%
19 本人の意向を確認しないまま、在宅サービスの利用になった.	123	12.8%
20 社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった.	581	60.7%
21 その他の人権侵害に関わる考えられる状況があった.	88	9.1%

【参考資料】 調査票

令和7年度 厚生労働科学研究認知症政策研究事業
 独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究（25GB1001）
 独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症地域支援推進員の役割に関する研究
 【推進員用】 * 認知症地域支援推進員を推進員と表記します

Web 回答が難しい場合、エクセルデータをメールでご送付願います。

メールでのご提出 research.tokyo@dcnet.gr.jp

推進員の基本情報について

【 1. 配置されている市町村(東京23区を含む)について 】 ※数値は2025年12月に最も近い時点の数をご記入ください。

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">① 都道府県名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>② 市町村名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ 人口(市町村全体)</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>⑥ 現在の市町村の推進員の配置総数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>	① 都道府県名		② 市町村名		④ 人口(市町村全体)	人	⑥ 現在の市町村の推進員の配置総数	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">③ ③について：https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>③ 地方公共団体コード（6桁）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 高齢化率 小数点第一位まで</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>	③ ③について： https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html		③ 地方公共団体コード（6桁）		⑤ 高齢化率 小数点第一位まで	%
① 都道府県名															
② 市町村名															
④ 人口(市町村全体)	人														
⑥ 現在の市町村の推進員の配置総数	人														
③ ③について： https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html															
③ 地方公共団体コード（6桁）															
⑤ 高齢化率 小数点第一位まで	%														

【 2. あなたご自身について 】 ※各設問について、該当するものを選び、番号を選択またはチェックを入れてください。

① 年齢	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代以上		
② 所持している資格等 ※あてはまるものをすべてチェックしてください。	☐ 1 医師 ☐ 2 歯科医師 ☐ 3 薬剤師 ☐ 4 歯科衛生士 ☐ 5 栄養士 ☐ 6 保健師 ☐ 7 助産師 ☐ 8 看護師 ☐ 9 准看護師 ☐ 10 理学療法士 ☐ 11 作業療法士 ☐ 12 言語聴覚士 ☐ 13 視能訓練士 ☐ 14 義士装具士 ☐ 15 あん摩マッサージ指圧師 ☐ 16 はり師 ☐ 17 きゅう師 ☐ 18 柔道整復師 ☐ 19 社会福祉士 ☐ 20 精神保健福祉士 ☐ 21 介護福祉士 ☐ 22 介護支援専門員 ☐ 23 認知症介護指導者 ☐ 24 その他		
③ ご自身が推進員としての経験年数	1 1年未満 2 1～2年 3 3～5年 4 5年以上		
④ 配置されているご自身の組織 ※あてはまるものを1つ選択してください。	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 1 市町村 役所 2 市町村 直営地域包括支援センター 3 委託型地域包括支援センター 4 社会福祉協議会(本体) 5 認知症疾患医療センター 6 5 以外の医療機関 7 介護事業所 8 出向 → 右欄に 8 を記入し ④-1 に </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ⑤へお進みください ⑥へお進みください ⑦の組織からどの組織へか、ご記入ください ⑧その他 → 右欄に 9 を記入し ④-1 に 組織 をご記入ください </td> </tr> </table>	1 市町村 役所 2 市町村 直営地域包括支援センター 3 委託型地域包括支援センター 4 社会福祉協議会(本体) 5 認知症疾患医療センター 6 5 以外の医療機関 7 介護事業所 8 出向 → 右欄に 8 を記入し ④-1 に	⑤へお進みください ⑥へお進みください ⑦の組織からどの組織へか、ご記入ください ⑧その他 → 右欄に 9 を記入し ④-1 に 組織 をご記入ください
1 市町村 役所 2 市町村 直営地域包括支援センター 3 委託型地域包括支援センター 4 社会福祉協議会(本体) 5 認知症疾患医療センター 6 5 以外の医療機関 7 介護事業所 8 出向 → 右欄に 8 を記入し ④-1 に	⑤へお進みください ⑥へお進みください ⑦の組織からどの組織へか、ご記入ください ⑧その他 → 右欄に 9 を記入し ④-1 に 組織 をご記入ください		
④-1 8 または 9 の具体的な内容			
⑤ 市町村の認知症施策担当と推進員を兼任	1 している 2 していない		
⑥ 雇用形態	1 正規 2 非正規(契約/嘱託/派遣/パート)		
⑦ 勤務形態	1 常勤 2 非常勤		
⑧ 推進員としての配置形態	1 推進員として専任配置（下記⑨の役割を兼務する場合も含む） 2 他の業務と兼任配置		
⑨ あなたが推進員以外で兼務している役割 ※あてはまるものをすべてチェックしてください。（1と入力）	1 認知症初期集中支援チーム員		
	2 生活支援コーディネーター		
	3 チームオレンジコーディネーター		
	4 相談支援包括化推進員		
	5 高齢者の就労活動のコーディネーター		
	6 在宅医療・介護連携推進に関するコーディネーター		
	7 若年性認知症支援コーディネーター		
	8 キャラバンメイト		
	9 認知症介護指導者		
	10 その他（地域包括支援センター業務や施策担当の役割以外） → ⑨-1 もご記入ください		
⑨-1 その他の兼務			
⑩ 行政担当者との連絡会などの開催頻度	1 毎月 2 2～3カ月に1回 3 年に1～2回 4 なし		

I	過去1年間に、一人暮らしの認知症の方の相談支援や個別支援を行ったことがありますか。 ある方は右欄の「ある」を選択してください。	
I であると回答された方は以下の設問に回答してください。		
II	過去1年間に、以下のような状況にあった一人暮らしの認知症の方の相談支援や個別支援を経験したことはありますか。 あるものを すべて チェックしてください。(1と入力)	
1	身体的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった。	
2	精神的な健康問題に対する医療が必要と考えられたが、必要な医療サービスにつながらなかった。	
3	認知症の診断が必要と考えられたが、診断のための医療サービスの利用につながらなかった。	
4	介護サービスが必要と考えられたが、介護サービスの利用につながらなかった。	
5	介護サービスでは対応できない生活支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	
6	住まいに関する支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	
7	経済的な支援が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	
8	権利擁護に関する支援(成年後見制度や日常生活自立支援事業など)が必要と考えられたが、そのような支援につながらなかった。	
9	身体的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	
10	精神的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	
11	経済的虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	
12	上記 9・10・11 以外の虐待を受けていた、あるいは受けている可能性があった。	
具体的に(12について):		
13	消費者被害(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など)を受けた。	
14	消費者被害を受けそうになったが、回避された。	
15	行方不明になり、現在も発見されていない。	
16	行方不明になったが、発見された。	
17	本人の意思とは無関係に施設に入所することになった。	
18	本人は自宅で暮らしたいと希望していたが、施設に入ることになった。	
19	本人の意向を確認しないまま、在宅サービスの利用になった。	
20	社会的に孤立しており、人との接触がほとんどなかった。	
21	その他の人権侵害に関わる考えられる状況があった。	
具体的に(21について):		
III	上記 II に該当する経験をお持ちの方は、支援された一事例について、II の1～21項目のうちあてはまるもの すべて 選択し、下記にチェックしてください。	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21		
IV	上記 III で選択した一事例について可能な範囲でその状況を以下に記述してください。	
具体的に:		
上記のような状況にある一人暮らしの認知症の方の相談支援や個別支援の在り方を検討するためにインタビュー調査を行いたいと考えております。 インタビュー調査にご協力いただける方は、下記に氏名・所属・e-mailアドレス・電話番号の記載をお願いいたします。		
氏名		
所属		
e-mail		
電話番号		
ご協力いただき誠にありがとうございます。 ご回答〆切: 2025年12月25日(木)		
※ ご回答は全て、下記リンクから、専用webページでご回答ください。 URL: https://form.run/@suishinin		
メールでのご提出 research.tokyo@dcnet.gr.jp		

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
井藤佳恵	老年期の終末期－エンドオブライフ・ケアとwell-being	山中克夫・松田修・黒川由紀子	老年臨床心理学ハンドブック	福村書店	東京	2025	540-551
井藤佳恵	医療・ケアと身体拘束	安部彰, 小門穂, 児玉聡, 野崎重紀子, 八代嘉美	最強の生命倫理	ナカニシヤ出版	京都	2026	In press
井藤佳恵	家族支援と高齢者虐待防止	日本精神神経学会	認知症診療医テキスト	新興医学出版社	東京	2026	In press
吉川悠貴	権利擁護と高齢者虐待の防止	日本認知症ケア学会	認知症ケアにおける倫理	ワールドブランニング	東京	2025	155-170
小原知之	各論23-1, 認知症, 疫学	日本精神神経学会 精神科専門医テキスト作成委員会	日本精神神経学会 精神科専門医テキスト	新興医学出版社	東京	2025	590-596

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
栗田主一	認知症施策推進基本計画：論点と概要	The Curator of Neurocognitive Disorders	2(1)	50-52	2025
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と認知症施策推進基本計画	社会福祉研究	(0286-2980)152号	4-11	2025
栗田主一	認知症基本法の制定と共生社会の推進	日本臨床	83(6)	877-883	2025
栗田主一	共生社会の実現をめざす「認知症施策推進基本計画」	健康づくり	N569	1-6	2025
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
Ito K, Okamura T	Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan	Front Psychiatry	16	1504753	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, Hong N, Wang H	Understanding Autonomy in End-of-Life Dementia Care: Cultural and Ethical Perspectives from Japan	Asia Pacific Psychiatry	18	e70015	2026
Ito K, Tsuda S, Shimizu K, Iwakiri R, Nakajima G, Hidaka A, et al	Advance care planning in Japan: Gaps between policy, ethical understanding, and its translation into clinical practice	Palliat Care Soc Pract	20	26323524251413285	2026
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	43(suppl.)	175-80	2025
井藤佳恵	老年期の妄想と社会的孤立	生存科学	35(1)	23-33	2025
井藤佳恵	認知症のある人を診療する医師が備えておきたい臨床倫理の基礎知識	精神科治療学	40(3)	235-40	2025
井藤佳恵	意思決定能力が不十分な人が医療上の意思決定に参加することの意味	法と精神医療	39	81-93	2025
井藤佳恵、成木迅	認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題	Dementia Japan	39(3)	377-78	2025
永田久美子	介護の質と人材確保の良循環を：介護現場が共生文化の発信地に	月間福祉	109	21 - 23	2026
Okamura T, Ura C, Inagaki H, Awata S.	Diagnostic Needs for Dementia as a Marker of Unmet Needs Clustering.	Int J Geriatr Psychiatry	41	e70203	2026
吉川悠貴	老年精神科医のための知っておきたい社会資源と法令の知識〈14〉虐待防止	老年精神医学雑誌	36	467-474	2025
吉川悠貴	これからの認知症施策を考える〈4〉認知症高齢者に対する虐待防止と介護専門職の人材育成	Curator of Neurocognitive Disorders	3	36-39	2026
小原知之	九州大学病院における抗アミロイドβ抗体治療薬の現状と課題.	老年精神医学雑誌	36	143-146	2025
小原知之、二宮利治	地域高齢住民における血漿バイオマーカーと認知症発症の関係	精神神経学雑誌	127	291-298	2025

小原知之	生活習慣病および生活習慣と認知症	Medical Practice	45	742-746	2025
小原知之	抗Aβ抗体治療における（共同）意思決定のために必要十分な情報提供とは	老年精神医学雑誌	36	519-524	2025
小原知之	認知症の発症リスク低減	老年精神医学雑誌	36	741-747	2025
小原知之	抗Aβ抗体薬による治療で求められる共同意思決定	クリニシアン	72	106-110	2025
水島俊彦	認知症の人の意思決定および権利利益の保護 ―認知症基本法および基本計画の趣旨を踏まえた新たな権利擁護事業の創設に向けて― 特集:認知症施策推進基本計画	老年精神医学雑誌	36(8)	713-721	2025
水島俊彦	実務の視点からみた成年後見法の改正と社会福祉法制の今後のあり方：新たな権利擁護支援事業がめざすものとは？	実践成年後見	121	67-75	2026
Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K.	Supporting independent living among individuals with dementia who live alone: a qualitative study with home-visit nurses.	Journal of Advanced Nursing	82(3)	2357-2366	2026
武田章敬	セミナー 抗Aβ抗体薬の登場によって変わるもの・変わらないもの「抗Aβ抗体療法時代の専門外来の診療フローとかかりつけ医の役割」	内科総合誌 Medical Practice	42(5)	689-693	2025
武田章敬	連載 今から準備 長く働く心身づくりのヒケツ, 第9回「認知症とは～症状や原因, 治療などの基礎知識」	安全衛生のひろば	66(9)	36-37	2025
武田章敬	「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及.	公益財団法人長寿科学振興財団 WEB版機関誌「Aging & Health」	第34巻第3号	16-20	2025
武田章敬	これからの認知症医療の方向性	The Curator of Neurocognitive Disorders	3(1)	30-35	2026
齊藤葉子, 松本博成, 吉江悟, 相田里香, 森澤拓, 栗田主一	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・特殊詐欺および不適切な取引に焦点をあてて	老年精神医学雑誌	36	961-971	2025

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 九州大学大学医学研究院
所属研究機関長 職 名 医学研究院長
氏 名 須藤 信行

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究(25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神病態医学 准教授
(氏名・フリガナ) 小原知之・オハラトモユキ

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)	☒	☐	☒	九州大学医系地区倫理審査係	☐
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 8 年 4 月 20 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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
- 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 特別研究員
(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)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修東京センター	☐
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。

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 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7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム・研究副部長
(氏名・フリガナ) 岡村 毅 (オカムラ ツヨシ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院 もの忘れセンター・センター長
(氏名・フリガナ) 武田 章敬 (タケダ アキノリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立長寿医療研究センター	☐
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。

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 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7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
(氏名・フリガナ) 井藤 佳恵 (イトウ カエ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年4月27日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
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) 水島俊彦・ミズシマトシヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 4月 27日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究(25GB1001)
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) 黒澤 史津乃(クロサワ シズノ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

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

その他(特記事項)

- (※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
- (※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年4月16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 社会福祉法人東北福祉会
所属研究機関長 職 名 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長
氏 名 加藤 伸司

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究(25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 研究部・研究部長
(氏名・フリガナ) 吉川 悠貴 (ヨシカワユウキ)

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)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修仙台センター	☐
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 8 年 4 月 10 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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
- 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 主任研修主幹
(氏名・フリガナ) 齊藤 葉子 (サイトウ ヨウコ)

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)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修東京センター	☐
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 8 年 4 月 17 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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)

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 副センター長

(氏名・フリガナ) 永田 久美子 (ナガタ クミコ)

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)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修東京センター	☐
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 8 年 4 月 6 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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 主一

次の職員の令和7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)

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 センター長

(氏名・フリガナ) 栗田 主一 (アワタ シュイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修東京センター	☐
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。

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 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7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 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
(氏名・フリガナ) 津田 修治 (ツダ シュウジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	東京都健康長寿医療センター 研究倫理委員会 (R25-067)	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
2. 研究課題名 独居認知症高齢者の権利利益の保護を推進するための調査研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）大学院医療福祉経営専攻・先進的ケアネットワーク開発分野・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。

令和 8 年 4 月 13 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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 圭一

次の職員の令和7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。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 独居認知症高齢者権利利益の保護を推進するための調査研究 (25GB1001)
- 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 研究企画主幹
(氏名・フリガナ) 花田 健二 (ハナダ ケンジ)

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)	☒	☐	☒	認知症介護研究・研修東京センター	☐
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。