

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態に関する文献調査

研究分担者 石崎 達郎 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
研究協力者 池内 朋子 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者 小野真由子 東京都健康長寿医療センター研究所非常勤研究員
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨：独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策を把握するため、文献調査を行った。その結果、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するため、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要性が明らかになった。独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で過ごすことを希望しており、これらの人々が安全に安心して最期を迎えるために必要な支援策について、文献調査から検討を行った。

A. 研究目的

本研究は、在宅、施設、病院におけるエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策を把握するため、独居認知症高齢者を対象とした文献調査を行った。

/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

#2: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 施設/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

B. 研究方法

対象文献の基準を①日本語あるいは英語、②2010年以降に掲載とした。日本語文献は医学中央雑誌 Web（医中誌 Web）と Google Scholar を、英語文献は PubMed を用いて、作成した検索式を基に検索した。

#3: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 病院/AL and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索エンジン：Google Scholar

#4: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 在宅 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索日：2021年4月2日

検索エンジン：医中誌 Web

検索式：

#5: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 施設 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

#1: ((認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 在宅

#6: ((認知症 or 認知症) and (ひとり暮らし or 独居) and 病院 and ((エンドオブライフケア) or (終末期ケア)))

検索エンジン：PubMed

#7: (living alone) and dementia and (end of life)

ヒットした文献のタイトルと抄録から、研究対象者に 65 歳以上の高齢者、認知症、独居を含むもので、エンドオブライフケア（あるいは、終末期ケア）に関する文献を抽出した。その内、会議録等の資料および重複文献は除外した。その後、抽出した文献（日本語：69 件；英語：53 件）の全文を取り寄せて対象文献であるかどうかを判断した。

なお、PubMed での英語文献検索においては、検索式を (end of life) and dementia とした場合は 8,463 件、(living alone) and (end of life) とした場合は 814 件、(living alone) and dementia とした場合は 492 件のヒットがあったが、(living alone) and dementia and (end of life) とした場合は 53 件となった。

(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。

C. 研究結果

独居認知症高齢者等のエンドオブライフケアの実態、課題、好事例や支援策が記されている日本語文献 13 件（表 1）、英語文献 8 件（表 2）を対象文献とした。

C-1. 日本語文献

日本においては、高齢夫婦のみや独居高齢者、認知症高齢者の数が増加している。

しかし、独居の認知症高齢者のエンドオブライフケアに焦点をあてた調査研究は十分に行われていない。本文献調査では、住み慣れた場所、すなわち自宅で最期を迎えたいという独居認知症高齢者への支援策を示した文献 13 件を対象に調査を行った。これらの文献はすべて事例からまとめられた文献であった。施設や病院におけるエンドオブライフケアについては、本文献調査では対象文献が抽出されなかった。抽出された対象文献に示された支援策等を以下にまとめた。

- ・本人が最期までをどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重する。
- ・認知力の低下により意向の推定が難しいときは、これまでの生活や表情言動などから意向を推定する。
- ・医師、看護師、介護士、薬剤師、ケアマネージャーなど、本人にかかわる職種でカンファレンスを行い情報を共有するなど多職種の連携が重要である。
- ・医療職ではないスタッフの看取りに伴う心的負担の軽減のため、医療職とすぐに連絡を取り合える環境を作る。
- ・デイサービスや小規模多機能など本人の状態（身体・認知力）に合わせてサービスをうまく利用できるようにする。
- ・近隣住人の見守りなど、地域の方たちの理解と協力が必要である。

C-2. 英語文献

欧米では高齢者の約 30%が独居認知症（おもに女性、認知症発症初期、機能障害は低い傾向）といわれる。ドイツでは、約 75%の認知症発症初期の高齢者が自宅で一人暮らしをしているが、多くは家族・親類から支援を得ている（Lepper et al., 2020）。独居認知症高齢者は同居認知症高

齢者よりも、低栄養、体重減少、セルフネグレクトによる怪我などのリスクが高い。認知症（とくにアルツハイマー型認知症）患者においては、どのステージまで独居で生活できるかは明らかでない。しかし、多くの高齢者は認知症になっても自分の家で生活することを望んでいる（すなわち、“aging in place”）。一つの課題として安全確保があるが、認知症患者の自立・自律を尊重しながら安全確保（例えばモニタリング）とのバランスを保つことが重要である（Soto et al., 2015）。独居認知症高齢者の医療に関する意思決定については、研究が非常に少ない。

フィンランドの研究によると、独居認知症高齢者が自宅で生活するために使っているサービスコストは同居認知症高齢者よりも約 3 倍多く、認知症が進行するほどコストは上昇していた。独居認知症高齢者の場合、自宅よりも施設で生活した方がコストは低く抑えられる（Pitkala et al., 2020）。一方、ノルウェーでは自宅で亡くなる人は同居認知症高齢者（9.5%）よりも独居認知症高齢者（14.2%）のが多かった。しかし、計画的な在宅死は独居者よりも同居者に多かった。在宅死者数は増加しているものの、認知症高齢者は施設で亡くなるリスクが最も高く、病院で亡くなるリスクは低い傾向であった。他方、米国では独居で疾患が多い人ほど病院で亡くなるリスクが高かった。独居高齢者が自宅で生活するための社会や地域における支援が十分でないことが示唆された（Kelley et al., 2014）。

独居認知症高齢者支援においては、定期的に栄養状態、医療ニーズ、処方薬の見守りを行い、安全確保と Well-being を維持

することが重要である。また、（米国の場合）経済的観点から、低所得の独居認知症高齢者は自宅でできる限り長く生活することを望んでいる（施設でのコストは年 85,000 ドルを超える）。身体機能低下は施設入居リスクを高めるため、身体機能維持を目的としたケアやサービスの提供、その他の必要な支援を提供し、地域で安全に生活してもらうことが重要となる（Soto et al., 2015）。さらに、社会活動（以前からやっていた馴染みのある活動）は独居認知症高齢者の QOL にとくに重要である。また、介護はいつも同じ介護者や看護師から提供され、エンドオブライフケアを含めた重点的支援はケアの専門家が行う。独居認知症高齢者にとって自宅で介護を受けることが最も重要であり、（別居の）家族の提案・意見は本人（意思決定など）にとってそれほど重要ではない（Lepper et al., 2020）。

D. 考察

文献調査より、独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するため、多職種の連携のみならず社会や地域全体で支援する必要性が明らかになった。国内の研究によると、独居認知症高齢者の多くは最期まで自宅で生活することを望んでいるが、その望みを満たすためにはさまざまな職種の人々、別居の家族、地域の人々の協力とチームとしての団結が重要となることが示された。海外の研究では、独居高齢者は所得が低い傾向があり、十分な介護や生活支援サービスを利用しない・できない結果、低栄養やセルフネグレクトのリスクが高いことが指摘されていた。独居は介護施設や病院に入るリスク要因の一つであり、欧

米では独居認知症高齢者が最期まで自宅で過ごすことは容易なことではないという認識が共有されている。介護保険制度がない国々では、経済的理由で十分な介護や支援を受けずに独居生活を続ける高齢者も多いが、本文献調査では画期的な支援策や好事例は見当たらなかった。一方で、近年、とくに先進国では未婚化が進み、「家族」が血縁関係のない友人、知人、ボランティア、教会の関係者や地域の人々などのネットワークによって形成されているケースが増えているといわれる。しかし、調査研究として報告された事例は少ない。今後、これらの血縁関係のない人々が家族として独居高齢者を支えている実態調査研究が求められる。

E. 結論

世界的に独居認知症高齢者の数が増加しており、多くは自宅で生活を続けている（あるいは、続けることを希望している）にもかかわらず、これらの人々のエンドオブライフケアの調査研究が十分に行われていないことが本研究から明らかになった。今後、独居認知症高齢者の多様なニーズに対応した支援策を検討し、具体的な対策を示す必要がある。そのためには、国内外においてさらなる詳細な調査研究が求められる。

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1 日本語対象文献のレビュー結果（13件）

No.	言語	検索エンジン	文献#	対象者 (年齢、性別、認知症有無、状態、家族有無、地域)	ケアの場			ケア提供者 (別居家族、ヘルパー、看護師、医師、保健師、ケアマネ、ボランティア、地域の人)	実態・課題	好事例	支援策	
					在宅	施設 (介護施設、グループホームを含む)	病院					
1	日本語	Google Scholar	#14	90代、女性、若干の認知症、心筋梗塞、会話可能、全介助に近い、独居、福岡市	○			・小規模多機能施設のスタッフ ・在宅介護サービスのスタッフ ・弁当屋 ・近隣住民 ・ホスピスボランティア	多死社会の到来を前にして、終末期ケアのあり方をめぐる課題が注目されており、とりわけ看取りの場所や担い手の多様化が求められ、今後在宅や介護施設等で最期を迎えることの増加が想定される。とはいえ、在宅や福祉施設等の生活の場におけるホスピスケア（終末期ケア）の実現は容易ではない。	最期を自分らしく過ごした。	本人の好み（自宅で過ごす）を尊重し、週の半分は家、半分は小規模多機能施設で過ごせるよう支援。自宅では在宅介護サービス、弁当屋、近隣住民の見守り、ボランティアの支援。（ホスピスボランティアは過去の話の傾聴や、本人の好きだった思い出の食べ物をつくって一緒に食べるなどなどの活動）	論文（種別なし）
2	日本語	医中誌	#83	90歳代、女性、認知症、独居、娘あり、淡路島	○			・訪問看護師 ・ヘルパー ・別居の娘	一般的に認知症・独居患者が終末期を迎えたとき患者の意思に寄り添った形で看取りまで過ごすことは難しい。	患者の意思に添い、在宅のまま永眠。	・退院後、認知症の患者に合わせた症状コントロール ・週5日の訪問看護利用 ・週1回のヘルパー ・別居（島外）の娘の週4で生活援助、その後一時入院を機に、娘が同居	会議録
3	日本語	医中誌	#84	男性、認知症、独居、きょうだいあり	○			・ヘルパー ・訪問看護師	在宅で看取りを支援する体制はかなり整ってきている。呼吸器をつけていても、認知症でも独居でも家で過ごすことが可能である。	自慢の大好きな家で亡くなられる。	・他人と関わることに拒否と暴力があり、認知症のためにゴミ屋敷の状態に対し1日2回ヘルパーの介入と訪問看護師が週3回訪問し最期まで継続的に支援した	解説
4	日本語	医中誌	#85	87歳、女性、認知症、独居、身寄りなし、山梨県	○			・地域包括支援センターのスタッフ ・ヘルパー	高齢者人口が増え続け、高齢世帯や独居の方が増えている。	民生委員、介護関係者など身近な方に見送られて旅立つことができた。本人の希望していた、家族葬ホールでの葬儀を行った。	・身寄りが全くないが、地域包括支援センターの関わりで成年後見制度の申し立てが行われ、補助人が選任されている。 ・家事全般を自分でできる範囲のことはできるようにヘルパーからの支援を受ける ・認知症デイケア利用 ・（サポートセンターの）モニタリング訪問にて、市運用の『想いのノート』を使用し、本人の最期に対する考えや想いを聞いていた訪問して、本人の最期の部分についての意思を確認	会議録
5	日本語	医中誌	#88	93歳女性、認知症、独居、家族あり、千葉県	○			・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・デイサービススタッフ ・薬剤師	訪問薬剤師は患者がなくなる場面に遭遇する。短い時間でも自宅でゆっくり安心して過ごしてもらうためにやれることを精一杯やっている	自宅で老衰による大往生。	・医師による往診 (家族より延命のための処置は一切しないで欲しいという要望があり医師は静かに見守るという指示を出す) ・訪問介護 ・訪問看護 ・ショートステイ ・デイサービス利用 ・薬剤師が最初から最期まで関わり、おしゃべりの好きな女性の話相手になった	解説
6	日本語	医中誌	#91	60歳代、女性、若年性認知症、腎不全終末期、独居、身寄りなし、北海道札幌市	○		○	・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・ケアマネジャー ・デイサービススタッフ	訪問診療看護師は病気が重くても住み慣れた地域でその人らしく安心して療養生活を送ることができるよう支援することを大事に日々取り組んでいる。	在宅生活は4か月継続でき、病状の悪化により本人の希望で入院。「いろいろな人と友達になれた」と語り、その後医師や看護師に見守られる中静かに旅立った。	・どこで亡くなるかではなく、本人がどう生きたいかを引き出し、生活史を知り、帰りたいという要求から出発してかかわった (残された時間を住み慣れた自宅で過ごしたいという願いあり) ・在宅を支える職員の揺れる思いも共有しながら、医療と介護がチームとなり目標や方針を一致させ、チームとして関わった ・医療と介護がお互いにサポートしながらそれぞれの専門性を発揮し、常に起こり得ることを予測した対応を共有し、情報が分断しないよう疑問や不安、困ったことに応える日常的なカンファレンスや情報共有をした (それぞれの職種が患者の情報を共有できるよう情報共有シートも利用)	原著論文/ 事例/特集

No.	言語	検索エンジン	文献#	対象者 (年齢、性別、認知症有無、状態、家族有無、地域)	ケアの場			ケア提供者 (別居家族、ヘルパー、看護師、医師、保健師、ケアマネ、ボランティア、地域の人)	実態・課題	好事例	支援策	
					在宅	施設 (介護施設、グループホームを含む)	病院					
7	日本語	医中誌	#95	85歳、女性、アルツハイマー型認知症、肝臓がん、生活保護受給、独居、身寄りなし、東京都	○			<ul style="list-style-type: none"> ・往診医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・デイサービススタッフ 	終末期、看取り期は認知症でがんを患う、高齢の単身世帯、生活保護受給など様々な課題が併発する事例が増えてきている、そのような状況でも「その人らしきを守り、認知症でも独居でも本人の望む場でささえ、看取っていきたいとかかわる職種は考えている。	長年関わったヘルパーらに支えられ自宅で最期まで過ごせた。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症診断後、訪問介護・デイサービスを利用 ・生活を支えるためのチームに看護師が後から合流した際、長く関わってきたヘルパーたちの意見を十分に聞くことにより信頼関係を築いていった。 ・看護師がヘルパーと一緒に訪問する、看取りのパンフレットを渡すなどのサポートを行ったことが、看取り経験の浅いヘルパーの安心感に繋がった。 ・長年関わったヘルパーが本人の好きだったことを尊重し、短い言葉や表情から本人の意思を汲み取り、その人らしいケアを提供した 	解説
8	日本語	医中誌	#96	90歳、男性、認知症、要介護5、独居、妻（施設入所中）長男、長女、福島県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回サービス事業所のスタッフ ・往診医 ・訪問看護師 	在宅で生活を希望する利用者のニーズは様々。身体介助や生活介助、認知症の人の安否確認服薬管理など多岐にわたっている。	本人の強い希望どおり、自宅での看取りができた。	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で過ごしたいという希望をケアマネに伝えていたこと、またそれまでの経過や本人の様子から自宅での看取りを進めた ・定期巡回サービス事業所は同じ法人の訪問看護事業所と連携しA氏の様子を日常的に共有、何かあればすぐに指示がもらえる環境をつくった ・訪問看護師が訪問日以外も必要に応じて訪問し状況を把握、支持することでスタッフの心理的負担を軽減した 	原著論文/事例
9	日本語	医中誌	#102	高齢女性83～96歳までの経過を辿った、認知機能の低下、独居、娘あり、東京都	○			<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療スタッフ ・訪問看護スタッフ ・ヘルパー ・ご近所の方 	できるだけ住み慣れた場所で医療や介護が受けられるような形をつくってほしいことが高齢社会が対応する仕組みとして必要。	最期は最もよくかかった次女に看取られ穏やかになくなった	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が亡くなってから担当看護師による遺族ケア ・ヘルパーによるバランスの良い食事の提供 ・訪問看護師が全体の健康管理 ・医師、看護、家族、近所の見守り 	解説/特集
10	日本語	医中誌	#105	80代、女性、認知症、末期の肺癌、生活保護、独居、福岡県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師 ・その他、在宅支援チーム 	独居のがん患者の在宅看取り件数は増加している。	在宅で過ごし猫と一緒に自宅で過ごしたいという希望通り、猫、友人、訪問看護師に見守られて亡くなった。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師が中心的に調整役割を担いながら在宅支援。 ・余命が短いことを踏まえ早急に生活支援ができるようケアマネージャー、主治医、友人、ヘルパーとともに担当者会議を行った ・訪問看護師は適宜、状態を医師やヘルパーに報告。伝達し医療的サポートを行った。 ・家で死にたい意思に添い、死亡時の手続きについてケースワーカーと打ち合わせをし、ケアチームで情報を共有 	解説/特集
11	日本語	医中誌	#113	89歳、女性、認知症、卵巣がん、独居（高齢者用集合住宅）、いとこあり、神奈川県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー ・ケアマネージャー ・医師・看護師 ・高齢者用集合住宅の住民 	認知症高齢者が増加する中で、そのケアの中心は生活障害に対する援助・介護であり、医療が果たすべき役割が重要になってきている。その側面の一つがターミナルケアである。	主治医の指示のもとサービス関係者との連携もとれ不安も少なく自宅で看取りまでできた。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴 ・訪問診療・看護（苦痛や不安を軽減するための薬剤投与） ・各種サービス関係者との連携 ・高齢者用集合住宅の住民の理解と協力 	解説
12	日本語	医中誌	#114	89歳、女性、認知症、高血圧、脳出血後、褥瘡、胆のうがん、肝浸潤、黄疸、独居（同じマンションに娘が住んでいる）、千葉県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に住む娘 	服薬に関して途中で変更したりすると混乱し、特に緩和ケアではアドヒアランスが低下するとQOLに直結するためその向上が必要。	内服アドヒアランスが低下せず除痛が図られ数日後に亡くなる。	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に住む娘がほぼ同居のような形でかかわる ・家族が舌下錠の投与 	解説/特集
13	日本語	医中誌	#116	97歳、女性、認知症、独居、甥夫婦、長野県	○			<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー ・デイサービスのスタッフ 	今後、増々増える独居高齢者の希望を叶えるためには「いかに治療するか」ではなく、「いかに生活するか」が大事である。	本人が希望していた自宅から旅立った。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・デイサービス ・生活を支えるヘルパーの精神的負担を軽減（急変時の対応、気になるときはすぐに病院に連絡できる体制） 	解説/特集

表2_英語対象文献のレビュー結果 (8件)

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
1	32741807	all	Systematic Review	Preferences of Cognitively Impaired Patients and Patients Living with Dementia: A Systematic Review of Quantitative Patient Preference Studies	Lepper S, Rädke A, Wehrmann H, Michalowsky B, Hoffmann W.	J Alzheimers Dis	2020	10.3233/JAD-191299	<p>Background: Treatment decisions based on guidelines rather than patients' preferences determine adherence to and compliance with treatment, which, in turn, could improve health-related outcomes.</p> <p>Objectives: To summarize the stated treatment and care preferences of people with dementia (PwD).</p> <p>Methods: A systematic review was conducted to assess the stated preferences of PwD. The inclusion criterion was the use of quantitative methods to elicit stated preferences, enabling a ranking of preferences.</p> <p>Results: Eleven studies revealed preferences for diagnostics, treatment decisions, patient-related outcomes, care services, end-of-life care, leisure activities, and digital life story work. PwDs prefer accurate, pain-free, and comfortable diagnostic procedures without radioactive markers as well as being accompanied by a caregiver. PwD's quality of life (QoL), self-efficacy, and depression were equally most important for PwD and caregivers. However, PwD memory was only important for caregivers but not for PwD, and caregiver QoL was moderately important for PwD but least important for caregivers. Additionally, comfort and family involvement were most important for patients' end-of-life care, whereas caregivers most preferred good communication and pain management. Also, preferences depend on the living situation: Patients living not alone prefer a regular care provider most, whereas those living alone only want to live nearby the caregiver. Preferences for leisure activities did not differ between past and present ratings, indicating that PwD prefer activities that have always been carried out.</p> <p>Conclusion: Only a few studies have applied quantitative methods to elicit the preferences of PwD. More research is needed to capture the stated preferences for the treatment, care, and support of PwD to improve health-related outcomes and the allocation of healthcare resources.</p>	<p>Patients living not alone prefer a regular care provider most, whereas those living alone only want to live nearby the caregiver.</p> <p>ドイツ: In the beginning stages of the diseases, approximately 75% of PwD are living at home, and the majority are supported by their close relatives.</p> <p>オランダ: For patients without a partner, living near the caregiver was the most important attribute (Coeff: 0.498, WTP: 177D), followed by having a regular care provider (Coeff = -0.434, WTP: 154D), time on a waiting list (Coeff = -0.294, WTP: 154D), and transportation services (Coeff = -0.247, WTP: 88D). Social activities were more important for those living alone (Coeff: 0.227 versus 0.144).</p> <p>PwD, their own QoL was most important. Relevant for QoL are the preferred leisure activities. Participants mostly prefer activities that they practiced in their past lifetime.</p> <p>PwD wanted to live as long as possible in their own homes. The preference for receiving care by the same professional caregiver or nurse.</p> <p>PwD prefer very close and intensive support from care professionals. Preferences were similar for end-of-life care. Interpersonal relations such as family contact or involvement as well as comfort and independence were most important.</p> <p>Place of care, i.e., at home was most important, but the recommendation of family plays a minor part.</p>
2	25900483	home setting	独居認知症のリスク	Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study	Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, Gillette-Guyonnet S, Cantet C, Vellas B, Nourhashemi F.	J Am Geriatr Soc	2015	10.1111/jgs.13347	<p>Objectives: To examine whether living alone predicted hospitalizations, nursing home admission, weight loss, and death in individuals with mild to moderate Alzheimer's disease (AD) over 2 years of follow-up.</p> <p>Design: Data are from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer study, a 24-month trial with a cluster randomization of memory clinics in two arms: a multidomain intervention and usual care.</p> <p>Setting: Memory clinics in France (N = 50).</p> <p>Participants: Community-dwelling individuals with AD with a Mini-Mental State Examination score between 12 and 26 and an identified caregiver.</p> <p>Measurements: A neurogeriatric evaluation was conducted twice a year in the intervention group and annually in the control group. Hospitalizations, nursing home admission, weight loss, and death occurring during the past year were recorded. Information on sociodemographic characteristics, clinical conditions, therapy, and physical and cognitive status was recorded.</p> <p>Results: At inclusion, 348 (30.8%) of the 1,131 participants lived alone. Living alone did not increase the risk of mortality or weight loss in individuals with mild to moderate AD, but significant associations with risk of hospitalization (hazard ratio (HR) = 1.33, 95% confidence interval (CI) = 1.01-1.74) and institutionalization (HR = 2.53, 95% CI = 1.84-3.47) were reported. A protective effect of physical function on institutionalization and mortality was found.</p> <p>Conclusion: These results might support clinicians in making decisions about institutionalization of individuals with AD living alone or improving home health care, such as increasing screening and managing functional impairment in this complex population.</p>	<p>Individuals with mild to moderate AD who live alone have twice the risk of being institutionalized as those living at home with others, even though neither mortality nor weight loss differed significantly between the two groups.</p> <p>Regular monitoring of nutritional intake, medical condition, and adherence to prescribed medications seem to be critical for the safety and well-being of individuals with AD, especially those living alone.</p> <p>Thus, the increase in screening for functional impairment in individuals with AD living alone could be a target in planning care and services for this population.</p>
3	33000145		独居認知症の在宅生活	Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective	Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, Raivio MM, Tilvis RS, Strandberg TE, Ohman H.	Age Ageing	2020	10.1093/ageing/afaa196	<p>Background: Dementia is a condition which results in a high cost of care, a significant proportion of which is the cost associated with informal care. In previous studies, informal caregiving has been challenging to assess due to difficulties in estimating the true time spent on caregiving work and how to value caregivers' time. The aim of this study was to compare the costs of dementia among patients living alone and among those living with a caregiver to show the monetary value of informal caregiving from a societal perspective.</p> <p>Methods: Data from our four dementia trials using the same measures were combined, allowing the inclusion of 604 participants. Participants were followed up for 2 years or until death for their use of health and social services. Use of all services was retrieved from medical/social records. We also included the costs of lost productivity of those caregivers who were not retired.</p> <p>Results: The total mean cost of services and lost productivity was €22,068/person-year (pyrs). Participants living alone had a mean cost of €45,156/pyrs, whereas those living with a spouse had a mean cost of €16,416/pyrs (mean cost ratio 2.99, 95% confidence interval 2.64-3.39). Participants living alone and having <15 Mini-Mental State Examination points had higher costs than people with dementia in institutional care.</p> <p>Conclusions: Detailed data of service use and characteristics of people with dementia showed that from a societal perspective, living alone is a very strong determinant of service use in dementia. Informal caregivers do invaluable work for society.</p>	<p>This study aims to compare the total costs of PWD living alone with PWD living with a caregiver.</p> <p>Living alone was a very strong determinant of costs of services. Those living alone used significantly more home care services, day care, subacute hospital care and institutional care than those living with a caregiver. Those living alone used less respite care, specialised care, emergency care and various primary care services, except for family physician's home visits. Those living alone had a caregiver of working age, whereas most of the caregivers living with a person with dementia were aged spouses.</p> <p>The mean costs for services together with those of lost productivity among PW living alone is €49,156/pyrs, whereas the respective figure among those living with a caregiver is €16,416/pyrs. Even after various adjustments, the costs are nearly three times higher among those living alone than among those living with a caregiver. The work that caregivers living with PWD do has a high monetary value, generating considerable savings for society.</p> <p>Our study suggests that care for a person with dementia living alone at home may be more expensive than care for a person with dementia in a nursing home.</p>

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
4	27856694	施設	認知症の介護者の課題	The experiences of family caregivers of people with advanced dementia living in nursing homes, with a specific focus on spouses: A narrative literature review	Hennings J, Froggatt K.	Dementia (London)	2019	10.1177/1471301216671418	Dementia affects individuals, families and their relationships. While there is increasing evidence about the experiences of family caregivers of people with dementia, relatively little is known of their experiences when their relatives are living in nursing homes with dementia. This narrative literature review aimed to synthesise current knowledge about family caregivers' experience of having relatives living in nursing homes with advanced dementia, particularly focussing on community-dwelling spouses. Using a systematic approach, textual narrative synthesis was undertaken. Four themes were identified: changing relationships, the need for companionship, adjusting to new roles and relationships and anticipating death/looking towards the future. Two additional themes were present only for spouses: changing identity - feeling married, being married; and alone but... The review demonstrates that some aspects of spouses' experiences are different from those of other family caregivers. Longitudinal studies are required to better understand spouses' motivations to continue caring in this context and to find ways of supporting them.	The settings of care were, or had been, nursing homes, long-term dementia care units, long-term care homes, care homes, group home, veteran's hospital or hospice (with a long term care element) (Table 2). Several studies included a variety of care settings, reflecting the research design and nature of the disease process. Loss of communication, interaction and recognition resulted in loss of companionship, loss of opportunities for companionship and loneliness. some perceived positive effects as their relatives with dementia expressed their emotions more freely and some reported increased family cohesion There was evidence of distancing of friends and family from the person with dementia and from their caregivers participants had a desire for social support and meaningful relationships. They found empathy and support from their peer group and in support groups. There was evidence of both increased family cohesion and increased family tension.
5	29720154	home setting		Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study	Kjellstadli C, Husebe BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S.	BMC Palliat Care	2018	10.1186/s12904-018-0323-3	Background: There is little research on number of planned home deaths. We need information about factors associated with home deaths, but also differences between planned and unplanned home deaths to improve end-of-life-care at home and make home deaths a feasible alternative. Our aim was to investigate factors associated with home deaths, estimate number of potentially planned home deaths, and differences in individual characteristics between people with and without a potentially planned home death. Methods: A cross-sectional study of all decedents in Norway in 2012 and 2013, using data from the Norwegian Cause of Death Registry and National registry for statistics on municipal health and care services. We defined planned home death by an indirect algorithm-based method using domiciliary care and diagnosis. We used logistic regressions models to evaluate factors associated with home death compared with nursing home and hospital; and to compare unplanned home deaths and potentially planned home deaths. Results: Among 80,908 deaths, 12,156 (15.0%) were home deaths. A home death was most frequent in 'Circulatory diseases' and 'Cancer', and associated with male sex, younger age, receiving domiciliary care and living alone. Only 2.3% of home deaths were from 'Dementia' . In total, 41.9% of home deaths and 6.3% of all deaths were potentially planned home deaths. Potentially planned home deaths were associated with higher age, but declined in ages above 80 years for people who had municipal care. Living together with someone was associated with more potentially planned home deaths for people with municipal care. Conclusion: There are few home deaths in Norway. Our estimations indicate that even fewer people than anticipated have a potentially planned home death.	While 18.1% of all men died at home, only 12.2% of all women died at home, home death was more frequent for younger persons only 2.3% were from Dementia For those who had services at any time, people living alone (14.2%) died at home more often than those living with others (9.5%). People with Dementia had higher relative risk of dying in nursing homes than home, but lower relative risk of dying in hospitals Living alone was more frequent in both potentially planned and unplanned home deaths , but more than half of unplanned home deaths had missing information regarding household, making comparisons uncertain living alone was associated with more home death. municipalities with fewer inhabitants were associated with more home death compared to hospital and also with more potentially planned home deaths
6	30094823	施設に入るリスク = 独居認知症		Long-Term Nursing Home Entry: A Prognostic Model for Older Adults with a Family or Unpaid Caregiver	Wolff JL, Mulcahy J, Roth DL, Cenzer IS, Kasper JD, Huang J, Covinsky KE.	J Am Geriatr Soc	2018	10.1111/jgs.15447	Objectives: To comprehensively examine factors associated with long-term nursing home (NH) entry from 6 domains of older adult and family caregiver risk from nationally representative surveys and develop a prognostic model and a simple scoring system for use in risk stratification. Design: Retrospective observational study. Setting: National Long-Term Care Surveys 1999 and 2004 and National Health and Aging Trends Study 2011 and linked caregiver surveys. Participants: Community-living older adults receiving help with self-care disability and their primary family or unpaid caregiver (N=2,676). Measurements: Prediction of long-term NH entry (>100 days or ending in death) by 24 months follow up, ascertained from Minimum Data Set assessments and dates of death from Medicare enrollment files. Risk factors were measured from survey responses. Results: In total, 16.1% of older adults entered a NH. Our final model and risk scoring system includes 7 independent risk factors: older adult age (1 point/5 years), living alone (5 points), dementia (3 points), 3 or more of 6 self-care activities (2 points), caregiver age (45-64: 1 point, 65-74: 2 points, ≥75: 4 points), caregiver help with money management (2 points), and caregiver report of moderate (2 points) or high (4 points) strain. Using this model, participants were assigned to risk quintiles. Long-term NH entry was 7.0% in the lowest quintile (0-6 points), 20.4% in the middle 3 quintiles (7-14 points), and 30.9% in the highest quintile (15-22 points). The model was well calibrated and demonstrated moderate discrimination (c-statistic=0.670 in the original data, c-statistic=0.647 in bootstrapped samples, c-statistic=0.652 using the point-scoring system). Conclusion: We developed a prognostic model and simple scoring system that may be used to stratify risk of long-term NH entry of community-living older adults. Our model may be useful for population health and policy applications.	Older adults had an average age of 79 and received help with 2 of 6 self-care activities; nearly one-third had dementia (Table 1). Factors that were independently associated with long-term NH entry encompassed each of the 3 identified domains of older adult risk, including age, white race, being unmarried, living alone, having incurred a hospitalization in the prior year, and greater disability severity as measured according to number of self-care activities. factors affecting NH entry extend beyond individual characteristics to their social context including family caregiver demographic characteristics, circumstances, and experiences potentially modifiable through targeted community-based supports: most notably, living alone, functional disability, and caregiving related strain

count	PMID	対象場所	概要	Title	Authors	Journal/Book	Publication Year	DOI	abstract	実態、課題、好事例、支援策
7	22092014	hospital	病院で死ぬリスクの高い人： Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities 病院で死ぬリスクの低い人： Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis	Determinants of death in the hospital among older adults	Kelley AS, Ettner SL, Wenger NS, Sarkisian CA.	J Am Geriatr Soc	2011	10.1111/j.1532-5415.2011.03718.x	<p>Objectives: To investigate patient-level determinants of in-hospital death, adjusting for patient and regional characteristics.</p> <p>Design: Using multivariable regression, the relationship between in-hospital death and participants' social, functional, and health characteristics was investigated, controlling for regional Hospital Care Intensity Index (HCI) from the Dartmouth Atlas of Health Care.</p> <p>Setting: The Health and Retirement Study, a longitudinal nationally representative cohort of older adults.</p> <p>Participants: People aged 67 and older who died between 2,000 and 2,006 (N = 3,539) were sampled.</p> <p>Measurements: In-hospital death.</p> <p>Results: Thirty-nine percent (n = 1,380) of participants died in the hospital (range 34% in Midwest to 45% in Northeast). Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis, among other characteristics, were associated with lower adjusted odds of in-hospital death. Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities were associated with greater adjusted odds, as was higher HCI. Sex, education, net worth, and completion of an advance directive did not correlate with in-hospital death.</p> <p>Conclusion: Black race, Hispanic ethnicity, and other functional and social characteristics are correlates of in-hospital death, even after controlling for the role of HCI. Further work must be done to determine whether preferences, provider characteristics and practice patterns, or differential access to medical and community services drive this difference.</p>	<p>病院で死ぬリスクの高い人： Being black or Hispanic, living alone, and having more medical comorbidities</p> <p>病院で死ぬリスクの低い人： Nursing home residence, functional dependence, and cancer or dementia diagnosis</p> <p>Similarly, those who live alone are more likely to die in the hospital.</p> <p>This may indicate that lack of adequate social and community support are barriers to providing care in a noninstitutional setting</p> <p>participants with more predictable prognoses (diagnosis of cancer or dementia, complete functional dependence, prior hospitalizations) had lower odds of in-hospital death,</p>
8	22608011		緊急入院以降、施設に入るリスクを一人暮らし	Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: the SAFES cohort	Dramé M, Lang PO, Novella JL, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, Somme D, Gauvain JB, Heitz D, Voisin T, de Wazières B, Gonthier R, Ankri J, Saint-Jean O, Jeandel C, Couturier P, Blanchard F, Jolly D.	Rev Epidemiol Sante Publique	2012	10.1016/j.respe.2011.11.004	<p>Background: The objective of the study was to identify factors predictive of 6-month institutionalization or mortality in frail elderly patients after acute hospitalization.</p> <p>Methods: A prospective cohort of elderly subjects 75 years and older was set up in nine French teaching hospitals. Data obtained from a comprehensive geriatric assessment were used in a Cox model to predict 6-month institutionalization or mortality. Institutionalization was defined as incident admission either to a nursing home or other long-term care facility during the follow-up period.</p> <p>Results: Crude institutionalization and death rates after 6 months of follow-up were 18% and 24%, respectively. Independent predictors of institutionalization were: living alone (HR=1.83; 95% CI=1.27-2.62) or a higher number of children (HR=0.86; 95% CI=0.78-0.96), balance problems (HR=1.72; 95% CI=1.19-2.47), malnutrition or risk thereof (HR=1.93; 95% CI=1.24-3.01), and dementia syndrome (HR=1.88; 95% CI=1.32-2.67). Factors found to be independently related to 6-month mortality were exclusively medical factors: malnutrition or risk thereof (HR=1.92; 95% CI=1.17-3.16), delirium (HR=1.80; 95% CI=1.24-2.62), and a high level of comorbidity (HR=1.62; 95% CI=1.09-2.40). Institutionalization (HR=1.92; 95% CI=1.37-2.71) and unplanned readmission (HR=4.47; 95% CI=3.16-2.71) within the follow-up period were also found as independent predictors.</p> <p>Conclusion: The main factors predictive of 6-month outcome identified in this study are modifiable by global and multidisciplinary interventions. Their early identification and management would make it possible to modify frail elderly subjects' prognosis favorably.</p>	<p>独居、バランスに問題（転倒リスク）、低栄養、認知症は施設に入るリスク要因</p> <p>A higher number of children were a protective factor against institutionalization, whereas all the other markers increased risk.</p> <p>living alone did not affect mortality, which seemed more closely related to medical rather than social parameters</p> <p>an informal network for the most part made up of family members, is an essential resource allowing the elderly to remain at home as long as possible</p>