

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

エビデンスブック

別冊 2021

令和3年度厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)
独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

はじめに

平均寿命の延伸とともに少子高齢化が進展するわが国では、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数が着実に増加している。また、高齢の夫婦が共に認知症である世帯も、近年では少なからず認められるようになってきている。このような独居認知症高齢者や認知症である夫婦のみ世帯においては、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、家族に代わる生活支援サービスや居住支援サービスの確保など、より広範な社会的支援の統合的利用を可能とする環境整備が求められる。

令和元(2019)年度～令和3(2021)年度の厚生労働科学研究費補助金認知症施策研究事業「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」では、この課題の解決に向けて、これまでの独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する国内外の研究を渉猟し、自治体向け・住民向けに「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための手引き」を作成することにした。本書は、この手引きの作成にあたって現時点での知識ベースを構築するために作成されたものである。

本書によって、独居認知症高齢者等の生活実態及び社会的支援に関する今日の知識水準が明らかにされるとともに、今後進めていかなければならない研究課題が可視化されるであろう。本書が、認知症とともに暮らせる社会の創出に向けた研究の発展に寄与することができればと願っている。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

東京都健康長寿医療センター研究所

副所長 栗田 圭一

目次

はじめに

1. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計と介護保険データから見た生活実態

CQ1-1. わが国の世帯類型別高齢世帯数の将来推計は	01
CQ1-2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は	01
CQ1-3. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか	01
CQ1-4. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか	02
CQ1-5. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいのか	02
CQ1-6. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低いのか	02

2. 独居認知症高齢者等の健康問題、貧困、社会的孤立のリスクとその対応

CQ2-1. 独居認知症高齢者は身体的健康問題のリスクが高いのか	02
CQ2-2. 独居認知症高齢者は精神的健康問題のリスクが高いのか	03
CQ2-3. 独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策はあるか	03
CQ2-4. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクは高いのか	03
CQ2-5. 独居認知症高齢者の口腔機能低下・低栄養リスクを低減させる対策はあるか	04
CQ2-6. 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか	04
CQ2-7. 独居認知症高齢者の貧困リスクを低減させる対策はあるか	04
CQ2-8. 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか	05
CQ2-9. 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか	05

3. 独居認知症高齢者等の行方不明リスクとその対応

CQ3-1. 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか	05
CQ3-2. 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか	06
CQ3-3. 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか	06

4. 独居認知症高齢者等の意思決定支援と権利擁護

CQ4-1. 独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か	07
CQ4-2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は	07
CQ4-3. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か	07
CQ4-4. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援はどうあるべきか	08
CQ4-5. 独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いのか	08
CQ4-6. 経済被害のリスクを低減する対策はあるか, どうあるべきか	09
CQ4-7. 成年後見制度利用促進法はどのような意義と課題をもつか	09

5. 独居認知症高齢者等の生活支援を担う別居家族が直面している課題と支援策

CQ5-1. 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題は何か	09
CQ5-2. 独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか	10

6. 生活支援を担う別居家族がない独居認知症高齢者等が直面している課題と支援策

CQ6-1. 生活支援を担う別居家族がない(身寄りのない)独居認知症高齢者等が 直面している課題は何か	10
CQ6-2. 身寄りがなく, 低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策はあるか	10

7. 地域特性や居住環境に応じた課題と対策

CQ7-1. 大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か	11
CQ7-2. 大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか	11
CQ7-3. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か	11
CQ7-4. 離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか	12
CQ7-5. 中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か	12
CQ7-6. 中山間地域の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか	13
CQ7-7. マンションに暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か	13
CQ7-8. マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策はあるか	13

8. 独居認知症高齢者等に対するケア・コーディネーション

CQ8-1. 認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような 診断後支援が行われているか	14
CQ8-2. かかりつけ医の診療において配慮すべきことは何か	14
CQ8-3. 認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような 支援を行っているか	15
CQ8-4. ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か	15
CQ8-5. 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か	16

9. 独居認知症高齢者等の在宅生活の中断とケアの場の移行

CQ9-1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か	16
CQ9-2. 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか	17
CQ9-3. 在宅から施設等への移行に際して, どのような配慮が必要か	17

10. 独居認知症高齢者等のエンドオブライフケア

CQ10-1. 独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか, 課題は何か, 好事例や支援策はあるか	18
---	----

11. 独居認知症高齢者等のより良い暮らしに向けて

CQ11-1. 独居の認知症のある人のQOLには何らかの特徴がみられるか	18
CQ11-2. 認知症のある人のQOLに参加・交流はどう影響するか	18
CQ11-3. 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか	19
CQ11-4. 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか	19
CQ11-5. 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか	20
CQ11-6. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で, 地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか	20
CQ11-7. 金融ジェロントロジーに関してどのような取組みがなされているか	20
CQ11-8. 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか	21
CQ11-9. 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムは どのように活用されるべきか	21

CQ
1-1

わが国の世帯類型別高齢世帯数の 将来推計は

高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けている。2025年のわが国の65歳以上単独世帯高齢者数は男性で268万人(高齢者人口の16.8%)、女性で483万人(23.2%)であり、2040年には男性で356万人(20.8%)、女性で540万人(24.5%)になるものと推計されている。つまり、男性高齢者の5人に1人、女性高齢者の4人に1人が一人暮らしとなる見込みである。単独世帯高齢者の増加の勢いは85歳以上で特に顕著であり、このことは独居認知症高齢者の増加と深く関係している。

CQ
1-2

わが国の独居認知症高齢者数の 将来推計は

わが国の独居認知症高齢者数は右肩上がりに増加し続けており、2025年には147万人(男性33万人、女性114万人)、2040年には181万人(男性47万人、女性134万人)に達する見込みである。各年齢層の人口に占める独居認知症高齢者の割合は年齢階級とともに大きくなり、2025年では85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になるものと予測される。独居認知症高齢者の増加は85歳以上において特に顕著であり、2015年～2040年の25年間に男性では約3倍、女性では約2倍増加する。認知症高齢者数に占める独居認知症高齢者の割合は、2025の段階で22%、2040年の段階で23%であり、認知症高齢者の4～5人に1人は一人暮らしということになる。

CQ
1-3

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも 要介護度が重度化しやすいのか

認知症の有無が要介護度の重度化に「影響する」とする報告と「影響しない」とする報告がある。ただし、軽度者を対象とした多くの論文では、起居動作や移動能力の低下、外出頻度の低下、買い物の実行状況などが重度化に影響していると指摘されている。移動能力の低下、外出機会の減少、買い物の実行レベルの低下などに認知症が影響しているとすれば、認知症

の有無やその程度が、これら生活障害に関係し、その結果、要介護度の重度化に結びついている可能性が考えられるが、更なる検証が必要である。

CQ
1-4

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも 在宅継続率が低いのか

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。認知症であることが在宅生活継続の阻害要因(施設移行の促進要因)となっている。

CQ
1-5

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者 よりも要介護度が重度化しやすいのか

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも要介護度が重度化しやすいとは言えない。

CQ
1-6

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者 よりも在宅継続率が低いのか

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。女性では、全ての要介護度で独居群の在宅継続率が低い。

CQ
2-1

独居認知症高齢者は 身体的健康問題のリスクが高いのか

独居認知症高齢者の5年前後の生命予後は、同居者ありに比べて不良という結果が大規模コホート研究で示されているが、小規模の研究で1年の生命予後は独居の方が良好という結果や、3年の生命予後は差がないという結果もある。併存する身体疾患や身体機能については多くは横断研究があり結果も一致していない。独居であることが生命予後不良に関連する

可能性はあるが、現在のところ併存する身体的健康問題からそれを説明することはできない。

CQ 2-2 独居認知症高齢者は 精神的健康問題のリスクが高いのか

独居の認知症高齢者で孤独感を感じている人は45%、抑うつ頻度は16～35%、抗うつ薬の内服頻度は15～35%である。同居者がいる認知症高齢者と比較すると、孤独感の頻度や強度は高いが、抑うつ頻度や包括的な精神的well-beingには差がない。また、家族等が評価した精神症状の頻度にも差がない。しかし、独居認知症高齢者の方が、抗うつ薬・抗精神病薬・睡眠薬の処方頻度が高く、この差は認知機能や併存疾患を調整した上でも認められる。これらの向精神薬の処方頻度を併せて考えれば、同居者のいる人に比べて、独居の認知症高齢者の精神的健康問題のリスクは高いと推察される。

CQ 2-3 独居認知症高齢者の健康問題の リスクを低減させる対策はあるか

独居認知症高齢者の健康問題のリスクを低減させる対策について、集団レベルの介入等を科学的に効果検証したエビデンスは認めない。個人レベルの介入の実践報告において、馴染みの支援者が自宅を訪問し、本人の生活状況を確認した上で、自宅生活の安定化を図る支援をしていた。支援内容は、服薬エラー、転倒、清潔保持の困難など生活の中での身体的リスクへの介入や、火事や運転など生活の安全についてのリスク介入があった。支援の特徴として、身体・認知機能、生活状況、本人のこだわりをアセスメントして、本人ができることを尊重しながら支援を個別化すること、医療チームで相談して役割分担することがあった。

CQ 2-4 独居認知症高齢者の 口腔機能低下・低栄養リスクは高いのか

独居認知症高齢者では口腔衛生習慣の低下や受療への障壁があることに加え、他者による

促しや気づきが得られないことによって口腔機能低下リスクが高いと言える。さらに経済的・身体的要因による食料調達の困難、判断力低下による食品衛生の課題、食事療法が必要なケースでの実践困難、服薬アドヒアランス低下による食欲低下など低栄養リスクは高いと考えられる。

CQ 2-5 独居認知症高齢者の口腔機能低下・ 低栄養リスクを低減させる対策はあるか

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や食行動の困難さに気づき、適切な歯科医療や支援機関につなげることで、専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上、定期的な関わりを継続することが対策になる。口腔機能および栄養は介護者への教育も重要であり、同時に専門職が認知症の人に対応する力を高めることが必要である。

CQ 2-6 独居認知症高齢者は 貧困リスクが高いのか

独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になることを示す研究報告はない。縦断研究において、高齢者の認知症・認知機能低下が貧困のリスク因子であることを示す報告もないが、貧困が認知症・認知機能低下のリスク因子になることを示す報告はある。また、横断研究で認知症・認知機能低下と貧困との関連は示されている。方法論上の困難さから、独居でありかつ認知症であることが貧困のリスク因子になるか否かを検証する研究がなされていない可能性がある。尚、若年性認知症の生活実態調査からは、認知症の発症が経済的困窮の要因になることが明らかにされている。

CQ 2-7 独居認知症高齢者の貧困リスクを 低減させる対策はあるか

独居認知症高齢者等の貧困リスクを低減させる対策に関する科学的なエビデンスは見当た

らない。すでに貧困状態にある人の支援に関する報告からは、①住まいの支援、②日常生活の支援、③専門的支援の調整の支援、④成年後見制度の利用支援、⑤司法における福祉的支援、⑥社会の理解の促進が、貧困リスクの低下に寄与するかもしれない。

CQ 2-8 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか

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

CQ 2-9 独居認知症高齢者等の社会的孤立リスクを低減させる対策はあるか

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

CQ 3-1 独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか

「独居認知症高齢者は行方不明のリスクが高いのか」について検証しようとした研究は菊地らが市町村を対象に実施した調査以外にはない。しかし、市町村が独居認知症高齢者の行方不明の発生を把握することができていないため明確な回答を得ることができなかった。独居

認知症高齢者の行方不明リスクが高いかどうか、現状では不明と言わざるを得ない。本CQに回答するには、行方不明の定義を明確化し、調査の方法論から検討する必要がある。

CQ 3-2 独居の行方不明認知症高齢者は死亡リスクが高いのか

国内外を問わず、認知症高齢者の行方不明に関する研究は少ない。しかし、行方不明時に独居であることが、発見時の死亡と有意に関連していることが示されている。また、自動車を使用した行方不明に関する研究でも、行方不明時に独居であることが、発見時の死亡と関連しているとの報告がある。これらのことから独居の行方不明認知症高齢者の死亡リスクは高いと言えるだろう。

CQ 3-3 独居認知症高齢者の行方不明に対する対策はどうあるべきか

これまで市町村(特別区を含む)による様々な行方不明に対する取り組みは行われてきているが、独居に限定すると先行研究はほとんどない。その理由として、独居であっても行方不明対策の一環として対応しており、独居のみに絞った取り組みは行われていないためと思われる。行方不明対策は市町村により進捗状況が大きく異なり、行方不明者数すら把握していない段階の市町村も多い。このような状況に鑑み、①行方不明者の情報収集を行う、②収集した情報を整理し実態を明らかにする、③実態把握の結果を共有し分析する、④行方不明問題への対応策を立案・実施する、⑤独居認知症高齢者の行方不明問題への対応策を講じる、という5段階の体制整備の方策を示した提言が出されている。5段階目に独居認知症高齢者の行方不明対策が来ているのは、行方不明対策を構築した上で、独居固有の問題に取り組む必要があるからである。

CQ
4-1

独居認知症高齢者の 意思決定支援に係る課題は何か

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

CQ
4-2

成年後見制度・日常生活自立支援事業の 利用実態は

成年後見制度の利用は増加傾向にあるが、制度発足当初に期待された利用者数には及ばない。成年後見制度利用の近年の動向としては、申立人となる親族がいない高齢者の、認知症による能力低下を理由とした、後見類型相当の段階での、市区町村長申立てによる、成年後見制度の利用が増えている。総じて、成年後見制度の利用の中心は独居の認知症高齢者になりつつあると考えられる。日常生活自立支援事業の利用者も増加傾向にある。一方で、同事業利用者に占める認知症高齢者の割合は減少傾向にある。同事業の利用には契約能力を有することが要件とされており、そのことが認知症高齢者による利用を難しくしている理由になっている。

CQ
4-3

成年後見制度・日常生活自立支援事業の 課題は何か

成年後見制度の課題は以下の4点に集約される：①利用者数に関する課題、②制度の理念

実現に関する課題、③意思決定、特に医療上の意思決定への関わりに関する課題、④制度の担い手となる成年後見人等への支援体制構築に関する課題。日常生活自立支援事業の課題は以下の2点に集約される：①利用者数に関する課題、②成年後見制度への適時の円滑な移行に関する課題。成年後見制度、日常生活自立支援事業に共通する課題として、制度を利用する本人による同制度の評価がなされていないということがある。

CQ
4-4

成年後見制度・日常生活自立支援事業の 利用支援はどうあるべきか

成年後見制度の利用支援にあたっては、まず、同制度へのアクセシビリティの改善が必要である。具体的には、①制度に関する知識の普及、②申立て手続きの煩雑さの改善、③首長申立てに関する自治体間の格差の是正、④申立て費用および成年後見人等の報酬費用の課題解決、の4点があげられる。課題解決のためには、対象者に対する普及啓発と並んで、専門職を対象とした教育、支援が必要である。日常生活自立支援事業については、契約能力が必要とされる同事業を認知症高齢者が利用することには限界がある。同事業利用にあたっては、認知機能障害の進行により同事業の対象から除外される段階で、どのように次の支援につなぐのかということがあらかじめ検討されている必要がある。

CQ
4-5

独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の 経済被害のリスクは高いのか

独居認知症高齢者・認知機能低下高齢者の経済被害のリスクは高いと考えられる。しかし、実態把握が困難であり、表面化するケースは一部であると考えられるため、被害実態が過小評価されている可能性がある。

CQ
4-6

経済被害のリスクを低減する 対策はあるか、どうあるべきか

被害を低減する対策として、見守りネットワークの構築、成年後見制度の利用等が挙げられる。しかし、被害を低減する方策は、一方で、多少なりとも本人の権利を制限する側面をもつ。支援者によるリスク管理は、被支援者の自由権を制限する性質のものであるという認識を常にもつ必要がある。

CQ
4-7

成年後見制度利用促進法は どのような意義と課題をもつか

成年後見制度利用促進法の意義は、「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し、利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善が必要である」という認識を示し、それに向けた具体的政策を示した点にある。しかし、成年後見制度利用促進法が施行されてからも、成年後見制度の利用が促進されたとは言えない。また、成年後見制度利用促進基本計画への取り組みも速やかに進んでいるとは言えない。さらに、同法が示した「ノーマライゼーションと自己決定権の尊重という成年後見制度の本来の趣旨を実現し、利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善」をどのようにして評価するか、それが利用者本人にもたらすものをどのように評価していくのか、という課題もある。

CQ
5-1

独居認知症高齢者の別居家族が 直面している課題は何か

独居認知症高齢者の家族が直面している課題は多岐にわたり、高齢者の安否や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調の悪化等の緊急時に早急な対応ができないこと、高齢者の元に通うための時間的・経済的・体力的な家族の負担などがあげられる。また、支援体制にも課題があり、別居介護に対する理解が介護スタッフらにないことや、別居介護に特化した情報不足、高齢者と家族の居住地が異なることにより、介護者が支援対象とならないなどの課

題がある。

CQ
5-2

独居認知症高齢者の別居家族を 支援する対策はあるか

別居介護に対する支援は同居介護の場合に比べて、極めて限定的である。別居介護者への支援として報告されるのは、高齢者本人へのサービス提供を中心として、介護者が提供する手段的介護の代替となる介護サービスや、別居介護者自身の私的ネットワークに依拠した近隣に住む親族の助け、他の家族の協力的な介護体制などである。日本だけでなく国外の状況を見ても、別居の介護者を支援するための十分な対策が取られているとは言えず、対策が待たれる。

CQ
6-1

生活支援を担う別居家族がない(身寄りのない) 独居認知症高齢者等が直面している課題は何か

生活支援を担う別居家族がない(身寄りのない)独居認知症高齢者等が直面している課題とは、社会的孤立と経済的困窮の課題に収斂される。

CQ
6-2

身寄りがなく、低所得・低資産の 独居認知症高齢者への支援策はあるか

わが国の社会保障制度の利用手続きは家族がいることを前提に設計されているため、身寄りがなく、低所得・低資産の独居認知症高齢者への支援策は、生活保護の漏給に対して、適切に生活保護を受給することへの支援策が必要である。生活保護水準に次ぐ所得(低年金)者の経済的困窮に対する支援は非常に限定されており、現状では有効な方策がほとんどない。

CQ
7-1

大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

不安、被害妄想、地域住民としてのルールの遵守ができなくなる、などによる近隣との人間関係の悪化が、大都市では住宅が密集しているがゆえに大きな課題となる傾向がある。また、大都市の賃貸物件の多さから、認知症による金銭管理能力の低下による家賃の滞納や、それによる大家との関係の悪化も、一人暮らし継続を阻む要因となる。さらに、医療やその他サービスへのアクセスが良いがゆえに、度を超えた利用によって一人暮らしの継続が難しいと判断されてしまう場合もある。

CQ
7-2

大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援策はあるか

多彩な背景の人が密集して住んでいる大都市においては、対象を狭めずに、間口が広く敷居が低く、さまざまな困りごとに対して相談できる窓口と、心地のよい居場所、健康等についての学びの場、交流の場などを兼ねた、ワンストップでの実用的かつ心理社会的な支援が有効である。また、賃貸住宅を利用する独居認知症高齢者等に対し、安心できる住まいの確保と生活支援、つながりづくりを一手に提供する取り組みも認知症を持ちながらの一人暮らしの継続に功を奏している。

CQ
7-3

離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

離島の独居認知症高齢者の生活課題は、離島の文化や地域社会、社会資源の量や種類が影響し、その背景は離島によって異なっている。医療面では慢性疾患の治療や認知症の鑑別診断などを受けるためには島を離れなければならないといった医療アクセスのハードルの高さがある。日常生活支援の面では、伝統的な地域の互助関係だけでは充足できない生活課題、例えば、認知症に伴う運転免許返納後の移動手段の確保、病態栄養食の確保、日中の居場所の確保などがある。住まいの面では、厳しい自然環境への対応の難しさに島内の介護資源の

乏しさが加わると島内での在宅生活継続が難しくなる。加えて、生活様式が異なるとそれに伴いキーパーソンの特徴も異なるため、キーパーソンの確保の際にはアプローチの仕方に工夫が必要である。

CQ
7-4

離島の特性に合わせた独居認知症高齢者等への支援策はあるか

離島における支援の特徴として、伝統的な地域の互助活動や島民同士のソーシャルネットワークが挙げられる。離島は社会資源が限られているため、生活課題に対する支援策を立てるときはこの互助関係を活用することが重要である。また、様々なセクターの支援者がネットワークを構築して連携することで効率的な支援が可能となり、社会資源の乏しさを補うことが期待できる。

CQ
7-5

中山間地域に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

中山間地域で暮らす高齢者の生活課題について、独居認知症高齢者に限定し、定量的または定性的な研究を行った論文は見当たらない。数例見つかった実践報告から生活課題を中山間地域の特性を踏まえて考察すると、①移動に関わる生活課題、②資源不足に起因する生活課題、③住民の高齢化による生活課題、が挙げられる。また、豪雪地帯では雪による生活の困難さが加わる。なお、別居の家族や親戚、住民の理解が本人の暮らしを左右することもあるため、本人の意思を尊重し、これからの暮らし方を決めていくような意思決定支援が、中山間地域においても、生活課題の根底にあると考えられる。

CQ
7-6

中山間地域の特性に合わせた 独居認知症高齢者等への支援策はあるか

中山間地だからこそその取組・施策・制度に着目すると、以下の7つの視点からの取組みが有効ではないかと考えられる：①本人を重層的に支えるネットワークの構築、②地域を支える人材の育成・確保、③本人の意思決定や自立の支援、④本人のなじみの関係の継続と構築、⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重、⑥全世代的な地域づくりへの取組、⑦トータルにマネジメントする体制。

CQ
7-7

マンションに暮らす 独居認知症高齢者等の生活課題は何か

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は、以下の5つに分類される。①居住者名簿等に居住者の緊急連絡先を記載していない、②住戸までたどりつけない、または、住戸から外出できない、③共同生活する上での迷惑行為(騒音、火の不始末、ゴミ出しのルールを守らない、所定の場所に駐輪・駐車しない、ゴミ屋敷・異臭など)がある、④管理組合の業務に支障を与える、⑤管理員自身に業務の支障がある。

CQ
7-8

マンションにおける 独居認知症高齢者等への支援策はあるか

事例ごとに特有の対応が必要な場合があるが、各事例に共通するポイントは以下の6つである。①居住者が認知症及び対応方法を正しく理解すること、②居住者名簿の緊急連絡先、要配慮者支援のための申告欄、要援護者名簿に記載があり、更新されていること、③管理組合は認知症の相談先として地域包括支援センター等があることを認識し、平時より交流すること、④地域包括支援センターを含めた行政機関は地域包括支援センター等の情報を管理組合に提供し、平時より交流すること、⑤管理組合の理事長は居住者の異変を認識した場合には早期に緊急連絡先か地域包括支援センター等に連絡すること、⑥マンションの居住者も他の居住者の異変を認識した場合には早期に地域包括支援センター等に連絡できるようにすること。

CQ
8-1

認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者等に対してどのような診断後支援が行われているか

認知症疾患医療センターでは、独居または高齢者のみ世帯の認知症高齢者の診断後支援において、以下のことが実践されている。①生活状況のアセスメントと心理的サポート、②社会資源の情報提供と利用支援、③地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携、④別居家族との情報共有と連携、⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働。

CQ
8-2

かかりつけ医の診療において 配慮すべきことは何か

独居認知症高齢者等のかかりつけ医療において配慮すべきことは以下のとおりである。(1)認知症の「気づき」(認知症の初期段階に見られる変化を知り、それが認められた場合には、本人の気持ちを十分に配慮して、認知症の診断と継続医療の確保が可能な体制の構築を図る)、(2)認知症に関する相談の応需(本人・家族・周囲の人々から相談を受けた場合には、早期の支援につながるよう配慮する)、(3)認知症疾患の診断へのアクセス(本人の同意を得て遠方に住む家族に連絡したり、地域包括支援センターと連携したりして、可能な限り認知症疾患の診断につながるようする)、(4)情報共有、認知症疾患に対する継続医療(家族による通院同行が得られない場合には、必要に応じて地域包括支援センター等と連携して、「受療」や「服薬管理」に関する生活支援サービスの導入を考慮する)、(5)日常的な健康管理、身体合併症の治療(同居家族がいる認知症高齢者よりも身体的健康状態が悪化しやすいことに留意して健康管理を行う)、(6)健康管理に必要な生活支援の調整(地域包括支援センターと連携して、生活支援の方法を検討する。金銭管理に支障がある場合には、成年後見制度等の利用も考慮する)、(7)介護保険サービスとの連携(家族による支援が得られない場合には、地域包括支援センターと連携してサービス利用に関する生活支援を確保する。必要な場合には成年後見制度等の利用を考慮する)、(8)急性増悪期および回復期の対応(キーパーソンとなる家族がいない場合には、地域包括支援センター等と連携しながら、受療支援や退院支援を確保する。意思決定支援チームをつくり、本人の意思決定支援を前提に医療・介護・生活支援等を継続的に確保していく必要がある)、(9)本人・家族の心理的サポート(認知症とともに一人で生きる高齢者の不安や孤独感を理解する必要がある。周囲の温かい声がけを受け入

れ、サービス利用につながる場合が多い)、(10)在宅医療、終末期医療(①退院支援、②多職種協働による患者・家族の生活支援という観点からの医療の提供、緩和ケア、家族支援、③病状急変時の緊急往診と入院病床の確保、④自宅や介護施設などでの看取りにおいて、かかりつけ医は中心的な役割を果たす。多職種協働による意思決定支援チームの形成が重要である)。

CQ
8-3

認知症初期集中支援チームは独居認知症高齢者等に対してどのような支援を行っているか

認知症初期集中支援チームとは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるように、本人が暮らす地域の中で認知症の初期支援を包括的・集中的に行う多職種協働チームである。2015年に地域支援事業として制度化され、現在では全国の市町村において事業化されている。全国調査によれば、支援対象者の6割以上が80歳以上高齢者であり、約4割が独居世帯である。近年では、社会的孤立傾向の強い独居の認知症高齢者を対象に、信頼関係を形成し、医療・介護サービスや服薬管理支援などの生活支援サービスの利用を調整することによって、地域生活の継続に成功した事例の報告も蓄積されてきている。しかし、家族のいない人、支援を拒否する人、認知症以外の精神障害がある人などへの対応についての課題も指摘されている。独居認知症高齢者支援には「個別支援の技術」と「組織として対応する技術」が必要である。また、認知症初期集中支援チームの本来業務は「必要な社会的支援を統合的に調整すること」(コーディネーション)であるが、独居認知症高齢者の支援においては、それと同時に「社会的支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること」(ネットワーキング)、すなわち地域づくりを視野に入れることが重要である。

CQ
8-4

ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か

独居認知症高齢者のケアマネジメントにあたっては以下の点に配慮することが推奨される。①本人の視点に立って、なじみのある環境の中で、生きがいや趣味などを大切にした生

活を継続できるようにする、②初期から訪問看護や訪問リハなどの利用を考慮し健康状態や機能状態の悪化を予防する、③金銭管理・服薬管理・家事などの個々の日常生活行為が可能な限り自立的に行えるような生活支援を検討する、④介護保険制度の枠組みを超えて、多様な社会資源や住民組織等を含む地域全体のネットワークを構築する、⑤医療・介護・生活支援サービス等の関係者が連携する、⑥地域の人々と認知症である人が交流できる場をつくり、「認知症とともに生きること」を共に考える機会をつくる、⑦特定の職種や個人に負担が集中しないようにする、⑧本人の生命が確保できるかという視点が独居生活の限界を見極める上で重要である、⑨必要に応じて成年後見制度等の権利擁護のための制度の利用を考慮する。

CQ
8-5

在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か

要介護高齢者が可能な限り自立した地域生活を継続できるようにすることを目的とする介護保険サービスには、居宅介護サービスと地域密着型サービスがある。これらのサービスは、独居認知症高齢者等の地域生活の継続にも寄与することが期待されるが、その有用性を示す科学的エビデンスは極めて不十分である。現時点で渉猟できる事例報告を要約すると、「訪問看護」は拒否傾向のある独居認知症高齢者との信頼関係の構築、健康状態の管理に、「訪問リハビリテーション」や「通所リハビリテーション」は生活リズムの改善、意欲や活動性の回復、身体機能の改善、BPSDの軽減、生活環境の整備に、「訪問食事栄養指導」は低栄養の改善とそれによる慢性疾患の改善に、「訪問薬剤管理指導」は服薬環境整備と服薬支援計画などによる服薬管理支援に、「定期巡回・随時対応型訪問介護・看護」は病院からの退院支援、随時の対応、看取り支援に有用であり、「小規模多機能型居宅介護」は多様な生活支援ニーズをもつ独居認知症高齢者への柔軟な対応に寄与することが示唆されている。

CQ
9-1

独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

「独居」と「認知症」は、それ自体が在宅生活中断のリスク因子である。独居認知症高齢者が在宅生活を中断する要因は、認知機能障害を含む機能低下によって生じる、①社会関係の困

難, ②生命安全確保の困難, ③健康管理の困難, ④日常生活の困難, ⑤お金に関する困難, ⑥インフォーマル・ケアの困難, ⑦本人の支援受入の困難, ⑧尊厳の維持の困難, に分類することができる。

CQ 9-2 在宅生活継続を促進する 有用な支援策はあるか

現段階では, 独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進するための有用な支援の在り方について, 十分なエビデンスは存在しない。これまでに実施されてきた観察研究や記述的研究を踏まえると, 在宅生活中断因子(健康状態の悪化, 社会的孤立など)の低減と在宅生活継続因子(健康状態の保持, 適切な在宅サービスの利用など)の促進にフォーカスをあてた総合的な地域システムを考案することと, 認知症とともに一人で暮らす高齢者の内的体験を理解し, 認知症とともに良き人生を送ることを目標とする心理社会的サポートを確保することが求められるであろう。

CQ 9-3 在宅から施設等への移行に際して, どのような配慮が必要か

現段階では, 独居認知症高齢者等の「ケアの場の移行」に際して配慮すべきことについて, 十分なエビデンスは存在しない。しかし, 認知症高齢者の「ケアの場の移行」に際して一般的に配慮すべきこととして, ①認知症とともに生きる人々は, 自分自身のケアの場を選択する権利を有する個人であると認識すること, ②配慮のないケアの場の移行が, 認知症とともに生きる本人の身体的・精神的な健康状態, QOLやウェルビーイング, 本人の尊厳の保持に重大な影響を及ぼす場合があることを認識すること, ③ケアの場の移行については本人・家族・介護者・関係する保健福祉スタッフで十分な話し合いの場をもつこと, ④判断力の低下が認められる場合には適切な意思決定支援を行うこと, ⑤ケアの場の移行に際しては現在ある疾病や障害の内容, 治療や処方薬の内容などを含む包括的な情報共有を行うこと, ⑥ケアの場の移行後には, 本人のニーズや希望を見直すこと, が挙げられるであろう。

CQ 10-1

独居認知症高齢者のエンドオブライフケアの実態はどうか, 課題は何か, 好事例や支援策はあるか

- 実態: 独居認知症高齢者は低栄養, 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。認知症高齢者が, どのステージまで独居で生活できるかは明らかでない。しかし, 多くの高齢者は認知症になっても自宅で生活することを望んでいる。
- 課題: 認知症高齢者の自立・自律を尊重しながら安全確保とのバランスを保つことが重要である。独居認知症高齢者が自宅で生活するためのサービスコストは, 同居認知症高齢者よりも高く, 認知症の進行とともに上昇する。
- 好事例や支援策: 独居認知症高齢者のニーズの多様性に対応するためには, 多職種連携と社会・地域全体での支援が必要である。支援のポイントとして, ①本人が最期までをどこで過ごしたいかの確認とその尊重, ②多職種連携, ③本人の状態に合わせたサービス利用の実現, ④地域住民の理解と協力等が挙げられる。

CQ 11-1

独居の認知症のある人のQOLには 何らかの特徴がみられるか

独居の認知症のある人は, 孤独を感じやすいという研究があるものの, 心理的健康の維持がliving well「(認知症とともに)良き生活を送ること」につながるとする研究結果があり, 本人の自己肯定感・楽観性・自尊心といった心理的資源を豊かにする関わりや適切な医療・介護サービスの提供が重要である。

CQ 11-2

認知症のある人のQOLに 参加・交流はどう影響するか

施設入居者を対象とした研究では, より多くの社会的交流を持つことと, ポジティブな気分, 良い人間関係が, より高いQOLと低いBPSD発生率に関連することが示された。自宅または介護付き住宅に住む人々に対する心理社会的介入についてのインタビューでは, 地域に根ざした場において他者と交流することを望む声がある一方で, 認知症のある人だけを対象

にしたグループや受動的に作業を行うグループには参加したくないという意見が見られた。参加・交流の内容は、他の人と目を合わせたり話したりする行動から創造的活動への参加まで様々であった。居住形態(独居・非独居)別に参加・交流の違いについて示した研究は見られなかった。

CQ 11-3 在宅の認知症のある人のQOLは施設と比べてどのような特徴がみられるか

認知症のある高齢者のQOLは、施設群に比べ在宅群が良好であると結論づける研究が複数ある。しかし、認知機能のレベル別に検討した研究では、自分で生活を営むことができるごく軽度の時期、そして生活のほぼ全てにおいて他者のサポートを必要とする最重度の時期においては在宅群のQOLは高いが有意な差はなく、その間である中等度から重度となる段階においては施設群のQOLが高いことを示している。一方で、認知症重症度を層別化しても在宅群は施設群よりも高いQOLを示すとした研究もある。なお、在宅群において、代理人回答のQOL尺度を使用した場合は、家族など近い人が回答しているが、家族が同居しているかどうかについての記述はなかった。

CQ 11-4 独居認知症高齢者は診断や認知機能の低下をどのように経験しているか

独居認知症高齢者は、物忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの、時に診断後の適切な支援の調整が不十分なために、治療や支援、生活についてどう対処してよいかわからない感覚を持っている。本人が認知症という診断を認めない場合でも、認知機能や身体機能の衰えやそれによる失敗を自覚しており、これに前向きに工夫・対策している。自分の限界を受け容れつつ、できるだけ自立した生活を送りたいと願いながらも、認知症の進行には不安を抱え、一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると思っている者もいる。

CQ 11-5 独居認知症高齢者は日常の諸問題にどのように対処しているのか

独居認知症高齢者は、自分の認知機能や身体機能の衰えに伴う困難や、一人暮らしに伴う孤独感を自覚しており、自分なりに対策を講じて自立生活を維持する努力をしている。対策には、家事や人と約束して会うなどの日課を確実にこなすこと、日常生活の失敗を予防すること、家族や友人など近い人との直接的・間接的交流を維持及び新たに求めること、不安や相談事を周囲に伝えること、フォーマル・インフォーマルな支援やその提案を受け入れて利用すること等があった。

CQ 11-6 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境をつくる上で、地域づくりや生活支援を推進する地域拠点はどのような意義をもっているか

独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりにおいて、地域づくりや生活支援を推進する地域拠点は、認知症や障害の有無に関わらず、人々に、①くつろいで安心して過ごせる「居場所」を提供し、②健康のことや日々の困りごとを気軽に相談することができ、③認知症になる前から健康の変化や生活の変化に専門職が気づき、④健康情報を含めた生活に必要なさまざまな情報が得られ、⑤社会的交流や社会参加が促進され、⑥地域に暮らす人々の偏見の解消に寄与し、⑦社会資源との連携が促進される場所としての意義があるものと思われる。これらによって、必要な社会的支援の利用や提供を可能とする地域づくりが促進され、独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりに寄与するのではないかとと思われるが、その科学的な検証は今後の課題として残されている。

CQ 11-7 金融ジェロントロジーに関してどのような取組みがなされているか

金融ジェロントロジーとは、個人の資産選択や財産管理といった金融の問題に「老年学」の知見を生かそうとする学際的な研究領域である。わが国における金融ジェロントロジーの歴史は浅いが、近年の知見を集約して、認知機能が低下した高齢者の資産管理への対応につい

て、以下についての具体的な提案と社会実装に向けた取り組みがなされてきている：1)高齢者自身が、認知機能が低下する前に備えておくべきこと、2)金融機関が、認知機能の低下した高齢者向けのきめ細かい金融サービスを拡充すること、3)信託や成年後見制度を適切に利用すること。

分析・分類することが可能となる。災害リスクを可視化することも可能となるので、災害リスクを起点にして、分譲マンションの管理組合や自治会・町内会などの要支援者対応(高齢者の見守り)に繋げることも期待できる。

CQ 11-8 独居認知症高齢者等への災害時の備えと対応はどうあるべきか

先行研究において、認知症高齢者の家族介護者の備えや対応についての研究は若干認められたが、独居に限定すると該当する論文は認められない。

認知症高齢者は、災害時の生活環境の変化によりBPSDが現れる等の症状悪化が報告されている。日常生活でのインフォーマルな介護者を持たない独居の認知症高齢者は、災害後の状況の中で、心身の状態が悪化した時に、必要な対応ができる支援者を得ることはより困難であり、被災後の生活への適応は難しいと考えられる。

独居の認知症高齢者への災害時の影響を少なくするためには、平時からの継続した地域社会からの支援が不可欠である。在宅避難等では、共助での支援が重要となることも鑑みると、平時から、地域住民が認知症高齢者への理解を深め、対応方法を知っておくことは、災害時の認知症高齢者への備えとなるであろう。また、災害後の在宅生活の継続には、医療・介護サービスの継続、住宅の確保が重要となる。

市区町村には、避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられ、名簿対象者の個別計画策定が努力義務となっている。今後は、現状の課題解決と個別計画の有効性の検討が必要である。

CQ 11-9 独居認知症高齢者等の安全・安心な生活に向けて地理情報システムはどのように活用されるべきか

IT技術のひとつである地理情報システムを用いれば、日常生活圏域における地域特性を把握し、それに基づいた地域連携も可能となる。たとえば、地理情報システムを用いて、住居形態(戸建て住宅、分譲マンション、賃貸マンション、アパート)別の高齢者数や独居数などの確度の高い推計値を得ることができ、災害リスクや医療施設との距離などから地域特性を

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)
「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」
エビデンスブック 2021 別冊

発行 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
編集 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
副所長 栗田 圭一

令和4年3月

無断転載, 改訂を禁じます