

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総合研究報告書

独居認知症高齢者が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究

研究代表者 栗田主一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

研究目的：本研究の目的は独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりに資するエビデンスを集積し、「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ガイドライン」を作成することにある。

研究方法：1. 既存統計資料等を活用した実態調査、2. 疫学調査、3. 事例調査、4. 地域生活支援等の取組みに関する調査、5. アクション・リサーチを実施することによってエビデンスを集積するとともに、系統的文献レビューを行い、これらを集約してエビデンスブックを作成。これを基礎にしてガイドライ（手引き）を作成した。

研究結果：1. 既存統計資料等を活用した実態調査：認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低く、重度化率が高い。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はさらに低い。2. 疫学調査：独居認知機能低下高齢者は、非独居認知機能低下高齢者よりもソーシャルサポートの不足、精神的健康の悪化、経済的困窮状態にある人が多く、死亡及び転出リスクが高い。独居認知機能低下高齢者の社会的孤立には性差が認められ、女性では、独居であることの代償的行動として社会的交流を増やしていたが、男性ではその傾向を認めない。3. 事例調査：認知症のある人のQOLを改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられる。地域包括支援センター職員が自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びのプロトタイプをつくり、検証し、「やりとり手帳」を作成した。4. 地域生活支援等の取組みに関する調査：分譲マンション、生活困窮者支援（ふるさとの会）、離島、「暮らしの保健室」の取組みを可視化させ、地域システムのモデルを示した。5. アクション・リサーチ：東京都板橋区の「高島平ココからステーション」は、地域包括支援センター等と連携して、コーディネーションとネットワーキングを車の両輪に地域生活支援を実践する地域の拠点である。新型コロナウイルス感染症流行下においても、孤立しがちな独居認知症高齢者等の生活支援を実践した。独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりを進めるための地域モデルである。6. 手引きの作成：55項目のCQについて系統的文献レビューを行い、「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」と「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」を作成した。

結論：本研究で作成された「エビデンスブック」と「手引き」が、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続と安定化に向けた今後の自治体の施策づくりに役立てられることが期待される。

<研究分担者>

川越雅弘：埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学
研究科・教授

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

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

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

堀田聰子：慶應義塾大学大学院 健康マネジメ
ント研究科・教授

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

角田光隆：神奈川大学法学部・教授

菊地和則：地方独立行政法人東京都健康長寿医
療センター研究所 福祉と生活ケア研究チ
ーム・研究員

<研究協力者>

南 拓磨：埼玉県立大学 保健医療福祉学部・
特任助教

大久保豪：立命館大学生存学研究所・客員協
力研究員

涌井智子：東京都健康長寿医療センター研究所
福祉と生活ケア研究チーム・研究員

中山莉子：東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム・非常勤研究員

大村綾香：一般社団法人 人とまちづくり研究
所・研究員

猿渡進平：一般社団法人 人とまちづくり研究
所・理事

神野真実：一般社団法人 人とまちづくり研究
所・研究員

矢野雅代：慶應義塾大学・研究員

津田修治：東京都健康長寿医療センター研究所

／一般社団法人 人とまちづくり研究所・研究
員

大森千尋：筑波大学大学院人間総合科学学術院
博士課程

宇良千秋：東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム・研究員

大口達也：高崎健康福祉大学 健康福祉学部
講師

池内朋子：東京都健康長寿医療センター研究所
福祉と生活ケア研究チーム・研究員

瀧脇 憲：特定非営利活動法人自立支援センタ
ーふるさとの会・代表理事

的場由木：特定非営利活動法人自立支援センタ
ーふるさとの会・理事

田中昌樹：大和ライフネクスト株式会社 マン
ションみらい価値研究所

秋山正子：特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室・室長

神保康子：特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室

米澤純子：特定非営利活動法人白十字在宅ボラ
ンティアの会暮らしの保健室

大塚理加：国立研究開発法人防災科学技術研究
所 災害過程研究部門・研究員

岡崎啓子：足立区福祉部地域包括ケア推進課
認知症施策推進担当・係長

島田千穂：佐久大学 人間福祉学部・教授

田平隆行：国立大学法人鹿児島大学 医学部・
教授

丸田道雄：国立大学法人鹿児島大学 医学部・
客員研究員

枝広あや子：東京都健康長寿医療センター研究
所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員

杉山美香：東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム・研究員

宮前史子：東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム・研究員

小野真由子：東京都健康長寿医療センター研究

所 福祉と生活ケア研究チーム・非常勤研究員
竹下一樹:福岡県大牟田市中央地区地域包括支
援センター・管理者

西上ありさ:株式会社 studio-L・コミュニテ
ィデザイナー

平井正明:まほろば倶楽部 奈良県若年性認知
症・MCI の人々の集い・代表

A. 研究目的

本研究の目的は、1.既存統計資料等を活用した実態調査、2.疫学調査、3.事例調査、4.地域生活支援等の取組みに関する調査、5.アクション・リサーチ、6.系統的文献レビューを行うことによって、独居認知症高齢者等（認知症者のみで構成される単独世帯や夫婦のみ世帯高齢者）が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりに資するエビデンスを収集し、これに基づいて、自治体向け・住民向けの「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」を作成することにある。

B. 方法

1. 既存統計資料を活用した実態調査

1.1. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の比較（横断調査）

2018年9月末時点のA市の要支援・要介護認定者に関する世帯情報（住民基本台帳ベース）、及び認定・給付データを、A市が付与した任意の共通番号をもとに連結した上で、独居認知症高齢者群の特性を非独居認知症高齢者群と比較した。

1.2. 認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率の比較（縦断調査）

2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認定高齢者で、9月中に在宅サービスを受給していた15,761人のうち、2019年9月時点も介護サービスを受給していた12,067人を、認

知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）をもとに「認知症群（ランクII以上）」と「非認知症群（自立～ランクI）」に分類した上で、2年後の療養場所の変化、在宅継続率の差異を要介護度別に分析した。

1.3. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の在宅継続率の比較（縦断調査）

2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認知症高齢者で、同年9月および2019年9月のいずれも介護サービスを受給していた6,424人を、住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居群（n=2,897）」と「非独居（n=3,527）」に分類した上で、2年後の療養場所の変化、在宅継続率の差異を性別要介護度別に分析した。

1.4. 独居認知症高齢者、非独居認知症高齢者、非認知症高齢者の要介護度の変化の比較（縦断調査）

2017年9月末時点のA市の要支援・要介護認知症高齢者で、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）データがあった29,502人のうち、2019年9月末時点の認定データを保有し、かつ、認定有効期間が2年であった15,502人を、認知症自立度及び住民基本台帳の世帯情報をもとに「独居認知症群（n=4,772）」「非独居認知症群（n=4,185）」「非認知症群（n=6,063）」の3群に分類し、2年後の要介護度の変化を3群間で比較した。

2. 疫学調査

2-1. 板橋区高島平地区の疫学調査

東京都板橋区高島平地区に在住する65歳以上高齢者11,198名（悉皆）を対象に、郵送法ならびに郵送留置き法による自記式アンケート調査を実施した。認知機能の評価には自記式認知症チェックリストを用いた。調査項目は、背景情報・人口統計学的情報、生活環境・住居状況、生活習慣、身体機能、歯科口腔機能、食事・栄養、精神的健康、社会的機

能、認知症に関する知識・意識であった。介護保険情報は行政からの提供を受けた。分析には、認知機能低下の有無、世帯状況（同居者の有無）を説明変数、性別・年齢を調整変数とする二項ロジスティック回帰分析を用いた。また、2019年度に実施した郵送自記式アンケート調査のデータならびに自治体より提供を受けた死亡や転出、要介護認定といった転帰情報を用いて、独居認知機能低下高齢者の死亡、転出、要介護認定のリスクを分析した。

2-2. 足立区梅田地区の疫学調査

東京都足立区梅田地区に在住する65歳以上高齢者5,485名（悉皆）を対象に、郵送法と郵送留置き法による自記式アンケート調査を実施した。

また、2015年に東京都足立区で実施した要介護未認定の65歳以上高齢者の郵送悉皆調査のデータから、自記式認知機能チェックリストで認知機能低下ありと判断された4,625名の特性を記述的に分析した。分析では、性別で層化して、独居者と非独居者の基本属性や健康アウトカム、社会的健康の指標を比較した。健康アウトカム指標に基本チェックリストの各領域のスコアを用い、社会的健康指標にはソーシャルサポート、社会的交流、ソーシャルキャピタルを用いた。

3. 事例調査

3.1. 認知症高齢者の生活と支援の実態

認知症のある高齢者の生活とその支援の実態に関する多角的な把握と検討を行うために、在宅高齢認知症独居・高齢認知症夫婦のみ世帯の暮らし、高齢認知症独居・高齢認知症夫婦のみ世帯の住み替えと環境調整に関する2つの事例調査（半構造化面接）とその結果に基づくケース検討、地域住民及び専門職等が立場を超えて「認知症とともによりよく生きる」に向けて考え、学び、対話する教材

等としても活用しうる形態でのとりまとめを行った。

3.2. 認知症とともによりよく生きる

「地域で認知症とともによりよく生きる」とは何かを探索することを目的に以下の研究を実施した。

3.2.1. 地域包括支援センターを要とする認知症とともに創るケアと地域づくりに向けた探索

大牟田市地域包括支援センター職員の協力の下で、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を念頭におき、居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランをつうじて現状の認知症のある方をめぐる支援とその背景にある医療介護福祉専門職の認知症に対するイメージを振り返った。また、これを受けて地域包括支援センター職員が、自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びを重ね、これを助けるアセスメントシートの開発とその改訂に並行して取り組んだ。

3.2.2. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

認知症の人たちが日記等を心理的ストレスや日々の問題への対処に利用可能か、文献調査（非系統的）を行なった。また、認知症の診断後に日記等をつける習慣がある人5名を対象に、個別インタビューで日記等の記載内容や書き方・見返し方について事例調査を行った。録音データから逐語録を作成した上で、コード化してカテゴリーに分類し、事例毎の特徴を分析した。

4. 地域生活支援等の取り組みに関する調査

4.1. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究

分譲マンション等に居住する認知症高齢者等の課題を、①居住者、②管理組合、③管理会社、④行政・司法等、⑤医療・福祉・介護、⑥自治会・町内会その他の公共団体や民

間事業者等の視角から解明するために、調査質問事項を作成してインタビュー調査を行った。また、調査結果を踏まえて、分譲マンション等に居住する認知症高齢者等の生活課題に関連する 54 事例を作成し、①区分所有者その他の居住者からの視角、②管理組合からの視角、③管理会社等からの視角、④医療・福祉・介護の行政・司法等の視角、⑤近隣住民、自治会・町内会その他の公共団体、民間事業者等からの視角から分析した。以上の分析結果を踏まえて、生活課題の解決方法及び生活支援のあり方を示した。

4.2. 生活困窮者支援の取り組み

「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させるために、2019 年度、2020 年度に以下の方法での実態調査、支援事例の分析を行った。2019 年度:1)一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際、一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取り組みの概要を記述する。2)実際にどのような人が住まいを含めた生活基盤を喪失しているのかを明らかにするために、24 時間体制での居住支援・生活支援を利用している生活困窮者の全体像、認知症高齢者の実数や割合等について記述する。3)単身の認知症高齢者の支援事例(複数の事例を組み合わせた典型事例)を記述する。2020 年度:1)NPO 法人自立支援センターふるさとの会(以下、ふるさとの会)の認知症支援の仕組みの概要を記述する。2)単身の認知症高齢者の支援事例を検討する。3)現状の課題点の整理と必要な支援ニーズについて考察する。

4.3. 離島における独居認知症高齢者の地域生活継続のための支援とその課題に関する質的分析

2014 年～2019 年に実施した東京都島嶼部 9 町村(10 島)の認知症支援関係者を対象に実施した「島の認知症支援の体制と現在の課題」をテーマとするフォーカス・グループ・

ディスカッション(FGD)の逐語化したテキストを資料とする質的分析を行い、「離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」を可視化させた。

4.4. 「暮らしの保健室」の取り組み

4.4.1. 東京都新宿区の「暮らしの保健室」の取り組み

東京都新宿区に開設されている NPO 法人白十字在宅ボランティアの会「暮らしの保健室」の活動を可視化するために、「暮らしの保健室」を利用しながら、地域生活を継続している独居認知症高齢者等の事例分析を行った。

4.4.2. 東京都昭島市、広島県福山市の「暮らしの保健室」の取り組み

東京都昭島市及び広島県福山市の「暮らしの保健室」を利用して地域生活を継続している独居認知症高齢者等の事例を分析し、独居認知症高齢者等が地域生活を継続するための支援の要点を検討した。

4.4.3. 地域モデルの可視化

2019 年度および 2020 年度の事例検討を集約し、地域生活の継続を可能にしている条件を全体的に考察し、「暮らしの保健室」を利用する独居認知症高齢者等が安全・安心に暮らし、尊厳のある地域生活を継続するための地域モデルを、図表等を用いて可視化させた。

5. アクション・リサーチ

5.1. 東京都板橋区高島平の地域拠点「高島平ココからステーション」の取り組みと認知機能低下高齢者の 3 年後の転帰

東京都板橋区高島平地区では、「認知症とともに暮らせる社会の創出」を目的に、地域内に生活支援の拠点「ココからステーション」を設置し、コーディネートとネットワークを基本コンセプトとする地域づくりを進めている。2019 年度は、2016 年に実施した 70 歳以上高齢者

7,614名を対象とする生活実態調査によって検出された認知機能低下高齢者（MMSE<24）198名（男性80名、女性118名）を対象に、信頼関係の形成、社会的支援の調整、地域づくりなどを進めながら、3年後の転帰調査を行い、地域生活継続の実態と関連要因を分析した。

5.2. 新型コロナウイルス感染症流行化下における地域拠点の取り組み

2020年度は、新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活と認知症支援のための地域拠点の取り組みを明らかにするために以下の調査（5.2.1., 5.2.2.）を実施した。

5.2.1. 新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活

①先行する縦断研究（疫学研究）で信頼関係を結んでいる認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者、②地域拠点を頻回に利用する46名地域在住高齢者を対象に、専門家が電話による半構造化ヒアリング調査を行い、1)86名の疫学研究対象者（認知機能低下あり）と46名の地域拠点参加者（社会参加の傾向が高い健康高齢者）の比較、2)疫学研究対象者86名の認知機能低下を持つ人のうち、専門家によって診断された認知症をもつ人と持たない人の比較、3)電話で得られたナラティブの分析を行った。

5.2.2. 新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取り組み

都内大規模団地に設置されている認知症支援のための地域拠点の2020年4月から2021年3月までの取り組みを記述した。

5.3. 認知機能低下高齢者の5年後の転帰

2016年の高島平スタディで見出された198名の認知機能低下のある高齢者を対象に、5年にわたって専門家が電話による調査を定期的に行った。また、臨床家・支援者として密接に地域に関わり、地域拠点でのネットワーキングやコーディネーションを行ってきたため、何か事態が起きたときに

は研究者にも情報が入る体制になっている。対象者の5年後の転帰を明らかにし、ベースラインの情報をを用いて死亡、入所、追跡不能という3つの事象の関連要因を調べた。

6. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する研究

独居認知症等高齢者の意思決定支援に係る課題を明らかにするために系統的文献レビューを行った。

7. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

2020年9月に全市町村1,741ヶ所の高齢者福祉主管課を対象として実施した「独居認知症高齢者の行方不明に対する市町村の取り組みに関する研究」において、ヒアリング調査に協力できると回答した140市町村の中から15市町村を対象に、遠隔ビデオ会議システム（ZOOM）あるいは電話を使用して30分～1時間程度のヒアリング調査を実施した。

8. 系統的文献レビューと自治体向け手引きの作成

予備的な文献レビューにおいて、この領域の体系的な研究が著しく少ないことが判明したため、系統的文献レビューを実施するにあたっては、ArkseyとO'Malleyが発案したスコーピング・レビューの方法をPRISMA-ScRガイドラインに示される手順を参考にして活用することにした。すなわち、1)厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」研究班の中にガイドライン作成委員会を設置し、2)同委員会で討議の上55項目のCQを設定し、3)各CQについて担当者を定め、PubMed及び医学中央雑誌を基本データベースとして文献検索式を作成し、文献を特定した。また、4)その他の情報源（特定された文献に引用されている文献、ハンドサーチで検索された文献・資料など）を用いて追加文献を特定し、5)特定されたすべて文献

の適格性を評価した上で、CQ 回答文作成に関連する重要文献を選択し、6) それらを要約して CQ の回答文と解説文を作成した。尚、7) 文献検索の過程において、CQ の内容を部分的に修正する必要が生じた場合には、ガイドライン作成委員会の承認を得てこれを許容した。

以上のプロセスで作成されたエビデンスブックを基礎にして、自治体が独居認知症高齢者への支援策を検討する際に活用するための実践的な手引きを作成した。尚、先述したように、この領域の研究は現段階では極めて未成熟であり、エビデンスレベルの高い介入研究がほとんどなされていないことから、十分な科学的根拠に基づいた推奨文を作成することが困難な場合が多かった。そのために、「ガイドライン」という用語は使用せず、「手引き」と命名することにした。

(倫理面への配慮)

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター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. 既存統計資料を活用した実態調査

1.1. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の比較 (横断調査)

独居認知症群は非独居認知症群に比べて、女性が多く、年齢が高く、要介護度が重度であった。IADL の要介護度別自立度 (介助の有無と程度) は、男女とも独居認知症群の方が高い傾向にあった。ADL の要介護度別自立度は、項目によって 2 群間の有意性の傾向に違いがあった。外出頻度が週 1 回未満 (閉じこもり) の割合をみると、男性の「要支援 2」、女性の「要支援 1~2」では非独居認知症群の方が、それ以外は、独居認知症群の方が相対的に高かった。要支援者の療養場所をみると、男女とも、独居

認知症群において、特定施設の入居率が高かった。また、在宅療養率をみると、すべての要介護度において独居認知症群の方が低かった。

1.2. 認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率の比較 (縦断調査)

在宅からの療養場所別移行率をみると、要支援 1 では「特定施設」「グループホーム (以下、GH)」、要支援 2 では「特定施設」「老人保健施設 (以下、老健)」、要介護 1 では「特定施設」「GH」、要介護 2 では「GH」「老健」「特養」、要介護 3 以上では「特養」への移行率が、認知症群で相対的に高かった。在宅継続率は認知症群が有意に低かった ($p < 0.001$)。これを要介護度別にみると、特に要介護 2・3 で差が大きかった。男性では、特に「要支援 1」「要介護 2 以上」で、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低かった。女性では、要介護 2 から、認知症群の在宅継続率が非認知症群に比べ低くなっていた。また、要介護 3 の在宅継続率が全ての要介護度で最も低かった。

1.3. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の在宅継続率の比較 (縦断調査)

在宅からの療養場所別移行率をみると、要支援 1 では「GH」「特養」、要支援 2 では「特定施設」、要介護 1 では「GH」「老健」、要介護 2 では「GH」「特養」「老健」、要介護 3 以上では「特養」への移行率が、独居群で高かった。在宅継続率は、独居群の方が、非独居群に比べて有意に低かった ($p < 0.001$)。男性では、独居群の在宅継続率が、「要介護 4」で 20.1 ポイント、「要介護 1」で 7.6 ポイント低かった。逆に、「要介護 5」では 7.0 ポイント、「要介護 2」では 0.7 ポイント高かった。女性では、すべての要介護度で独居群の在宅継続率が低かった。両群の差は、「要介護 3」が 10.4 ポイントと最も大きく、次いで「要介護 5」9.8 ポイント、「要介護 4」9.4 ポイントの順であった。中重度で独居群の在宅継続率が相対的に低い

傾向にあった。

1.4. 独居認知症高齢者、非独居認知症高齢者、非認知症高齢者の要介護度の変化の比較(縦断調査)

全ての要介護度において、要介護度の軽度化率は「非認知症群」が最も高く、逆に、重度化率は最も低かった。認知症の2群間で要介護度別重度化率を比較すると、独居群の方が、「要支援1」で9.1ポイント、「要介護4」で6.8ポイント、「要介護1」で4.2ポイント高い一方で、それ以外の要介護度では、非独居群の方が重度化率は高かった。要介護度と軽度化率の関係を見ると、3群とも軽度者で改善率が低い傾向が、他方、重度化率は、3群とも軽度者で高い傾向がみられた(軽度者ほど改善しにくく、かつ重度化しやすい)。

2. 疫学調査

2.1. 板橋区高島平地区の疫学調査

7,801票が回収された(回収率は69.7%)。独居高齢者は、非独居高齢者と比較して、①女性が多い、②後期高齢者が多い、③要介護認定率が高いが、障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度に障害がある者の比率が特に高いというわけではない、④賃貸住宅の比率が高い、⑤配偶者がいない者が多い、⑥低学歴の者が多い、⑦就業していない者が多い、⑧年収100万円未満の者がやや多く、経済的に苦しいと感じている者も多い、という特徴があった。

独居の認知機能低下高齢者は、非独居の認知機能低下高齢者に比べ、生活自立度が高く、友人とのネットワークや交流頻度が高い一方で、経済(低年収)や住まい(賃貸住宅)、道具的サポートが少ないといったリスクがあり、精神的健康度が低く、地域生活の継続可能性については否定的であった。また、認知機能低下がない独居高齢者と比較すると、認知機能のみならず、身体的機能や健康、口腔機能、生活習慣や生活機能、精神的健康で低機能または状態が悪

く、外出頻度、社会参加の機会も少ないことが示された。特に、情緒的サポートや対人ネットワーク、他者との交流頻度が不足し、近隣・地域への信頼感が低く、経済的や食事・栄養的側面での困窮、貧困の状態も示される一方で、認知症発症後には在宅での生活を希望している者が相対的に多かった。

2年間の縦断調査で、独居認知機能低下高齢者は、非独居認知機能低下高齢者に比べ、死亡、転出、要介護認定の出現率が有意に高いことが示された。

2.2. 足立区梅田地区の疫学調査

3,916票が回収された(回収率71.4%)。回収済み対象者のうち独居は866名(22.1%)であった。背景情報や機能状態について分析した結果、独居高齢者は、非独居高齢者と比較して、①女性や後期高齢者の比率は「夫婦のみ」より多く、「その他」世帯より少ないこと、②要介護認定率が高いこと、③低学歴の者、④就業していない者、⑤生活保護の受給者、⑥経済的に苦しいと感じている者が多いことが示された。機能的側面に関して、①身体機能に関わる側面で機能低下の該当者が多いこと、②精神的健康状態が不良であること、③ソーシャル・サポート・ネットワークの規模が小さく、社会的孤立状態にある者が多いことが示された。

2015年に実施した要介護未認定高齢者で検出された認知機能低下高齢者4,625名のうち、男性15.4%、女性25.3%が独居だった。年齢階級別の独居割合は、男性は65-69歳で最も高く、加齢とともに低下したのに対し、女性では加齢とともに増えて80-84歳にピークがあった。健康アウトカムの比較では男女とも独居の方が有意に生活機能は良好だった一方で、抑うつのが該当数が多かった。社会的健康は全体として女性の方が好成績だった。同居者以外と週1回以上直接会う直接的交流は、女性では独居者67.7%、非独居者56.6%であり、独居で有意に

多かった。男性ではこの傾向を認めなかった。

3. 事例調査

3.1. 認知症高齢者の生活と支援の実態

合計 40 人程度のインタビューに基づく認知症のある高齢者 12 人（11 世帯）の事例は、居住環境、住まい方の工夫や暮らしの知恵、認知機能の低下がみられるようになってからの変化と周囲の関わり、生活パターンと支援ネットワークの変化、さらに在宅継続要因と考えられること、在宅限界点や住み替えプロセスとそこでの意思決定のあり方等に係る考察をまとめた。異なる特徴のある地域で暮らす多様な背景を持つ認知症のある高齢者の暮らしとそれをとりまく環境には、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向けた豊かな示唆が含まれており、各ケースの様式の情報は、調査対象者の生活実態を踏まえてよりよい暮らしやそれを支える支援について立場を超えて議論を深める上で概ね有用なものとなっていた。

3.2. 認知症とともによりよく生きる

3.2.1. 地域包括支援センターを要とする認知症とともに創るケアと地域づくりに向けた探索

1)認知症の人にやさしいまちづくりで知られる大牟田市ですら、ケアプランを振り返ると本人の想いや姿が必ずしも見えず、アセスメントにおいても家族の声に頼りがちになっていること、専門職であっても「認知症が進むと本人ではわからない」と時に思い込んでしまったり、できないことや課題に焦点を当てすぎてしまう傾向があることが確認された。2)困りごとを抱えた人とそれを支援する人という関係を越え、ともによりよいケアの形を探究していくうえでも、「共感」が鍵となる。そのために、専門職がその職種や立場の鎧を脱いで自らの「ゆるかわ」ポイントを探り、一人の生活者の視点からまちあるきを通

じてまちを再発見すること、利用者として出会う方についても「ゆるかわ」ポイント探しや肯定のコミュニケーションを念頭に置きながら、一方的に尋ねる、聞き出そうとするのではなく、「やりとり」を重ねることが有効なのではないかと考えられ、本人と専門職の対話に基づき本人が自らつくる「やりとり手帳」が開発された。また、認知症当事者が講師となる認知症サポーター養成講座は、認知症になると何もできなくさせているのは周囲ではないかと気づき、当事者としての経験や知恵に基づいてなにが大切かを問い直し、認知症になっても大丈夫、というメッセージを共有するうえでも重要な機会となることがかがわれた。

3.2.2. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

文献調査からは、日記等の記録は質的研究のデータ収集方法として主に利用されていたが、介入方法としての利用はなかった。インタビュー調査から、日記の内容は主に自分の行動やその日の出来事など生活そのものを客観的事実として率直に記録したものだ。日記をつけることには、忘れることへの不安から開放する備忘録、トラブルから身を守るための行動の証拠作り、その日の心身状態の確認、その日を自分らしく生きたことの記録、といった主観的意味があり、自分らしい自立した生活を送るために役立てていた。日記を読み返すことは、行動の失敗に気づき、自分の心身状態を観察し、生活のための履行確認することに役立つ反面、孤独な自分や愚痴が多くなった現在の自分に気づいて前向きな気持ちを失う副作用があった。

3.2.3. 認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、QOL と社会とのかかわりに関する文献調査

英文 15 件・和文 27 件が選定された。抽出

された文献は、独居認知症高齢者の属性や生活実態、利用している支援の内容、独居ならではのニーズ、アンメットニーズ、そして在宅生活の継続が難しくなる要因等に分類される見通しである。このうち、認知症高齢者の独居生活が困難になる要因については、主に専門職の視点からいくつかの検討がなされており、なじみの環境で、適切な支援のもと、本人の力の発揮が促されれば独居在宅生活継続が可能となっているが、中核症状等による生活や体調管理の乱れ、生命の安全確保の危機、不可解な行動に対する近隣の敬遠、家族やサービス提供者の疲弊や諦め、社会生活における順応性の低下、対人関係の不調和、生活を維持するうえでの経済的危機、人間としての尊厳の崩壊等がこれを難しくさせている。本人の視点からのフィールドワークは1件のみであり、ここでは活動レベルや身体の動きが遅くなること、外界や人とのつながりが失われ、日常生活の管理が難しくなることに加えて、人生の意味を曇らせる孤独、そして存在の「曖昧さ」が一人暮らしを困難にさせることが描かれている。2)英文25件、和文7件が選定された。抽出された文献は、高齢者の認知機能と社会参加、様々なセッティングにおける認知症高齢者のQOLとその評価、認知症高齢者のQOLと交流・参加、在宅認知症高齢者のアンメットニーズ等に分類される見通しである。

4. 地域生活支援等の取り組みに関する調査

4-1. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究

2019年度は、居住者の課題解決を目的とする活動を展開している、①NPO法人「いこいの家夢みん」、②昭島つつじが丘ハイツ北住宅団地管理組合、③仙台市地域包括支援センター、④シャンボール五橋管理組合の調査を行った。①では、県ドリームハイツ(分譲団地)の居住

者を対象に、介護予防、認知症対策、多世代交流、認知症の有無に関わらず誰もが集えるサロン、日常生活支援/移動支援/ドリームSOS(電話・訪問による日常的・定期的見守り、24時間体制の緊急時の駆け付け、申込制による希望者への鍵の預かり、医療センターでの患者サポート等)を事業として展開している。②では、管理組合の活動として、車椅子を使用する家族がいるなどの事情がある人について、災害時の「声掛け希望の有無」と「支援方法」を入居者名簿に記載している。また、孤立死対策を行う民間事業者と見守り協定を締結し、災害対策において高齢者等の支援を行い、コミュニティ活動を展開している。③では、マンションのコミュニティラウンジを利用して近隣の高齢者も参加できるサロンをつくり、民生委員や地域包括支援センターと協働し、介護予防、茶話会での気軽なおしゃべり、声筋トレ、歌などの楽しさを提供している。④では、マンション管理室を借りてマンションの高齢者が集まっておしゃべりをするサロンを地域包括支援センターと共催してつくっている、などの活動が可視化された。

2020年度～2021年度は、54事例の事例分析と文献調査を行い、これに基づいて「マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か」と「マンションにおける独居認知症高齢者への支援策はあるか」に関する問題提起への回答を行った。1)マンションに暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か：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

管理員自身に業務に支障がある。2)マンションにおける独居認知症高齢者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。

4.2. 生活困窮者支援の取り組み

4.2.1. 一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際、一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取り組みの概要

一人暮らしの生活困窮者への地域生活支援として、①賃貸住宅の保証人がいない(賃貸借契約の更新ができない、転居ができない)生活困窮者に対するアパート保証、互助ハウスの提供、②地域生活で孤立しないための居場所(共同リビング)の提供、互助づくり、生活支援員による定期訪問、制度利用のためのコーディネートが実施されている。また、一人暮らしが困難な生活困窮者の地域生活支援として、①共同居住や軽費老人ホーム等の住まいの提供、②24時間体制での日常生活支援・食事の提供、必要な医療や居宅サービスのコーディネート、生活の主体になるための互助づくり等の支援が提供されている。

4.2.2. 24時間体制での居住支援・生活支援を利

用している生活困窮者の全体像、認知症高齢者の実数や割合等

2009年1月から2018年12月までの10年間に24時間体制で生活支援員が常駐している共同居住に入居した65歳以上の利用者数は延べ598人であった。男性が96%、後期高齢者が41.1%、生活保護受給ありが96.7%、入所時点で認知症の診断があった人は16.1%、認知症の診断はないものの、本人の様子等から認知症が疑われる人が15.4%であった。入所時に認知症の診断のあった人は、病院からの入所が最も多く26%、次いで自宅からの入所(20.8%)であった。認知症の疑いのある人の入居直前の居所は、保護施設・宿泊施設(26.7%)、簡易宿泊所・路上(24.4%)の順に多かった。また、認知症のある人の入所時の介護度が「なし・不明」が39.6%で、「要介護1~2」は27.1%、「申請中」が15.6%であった。認知症のある人の入所理由は、「ADL低下・認知症状の悪化」が最も多く60.4%、「退所後・退院後の帰住先なし」が40.6%であった。さらに、認知症のある人の49.0%が「服薬のサポート」が必要であり、46.9%が「金銭管理のサポート」が必要であった。

4.2.3. 単身の認知症高齢者の支援事例①

単身認知症高齢者の支援事例では、「頼れる親族や家族がなく、保護施設からアパート転宅後に保証人や生活の見守りが必要なケース」、「統合失調症で精神障害のグループホームに入所したが、入所後に認知症であることがわかり共同居住に転居したケース」、「同居家族が入院後、生活が不安定となったケース」、「飲酒により栄養状態が悪化してしまったケース」、「認知症による家賃滞納などのトラブルがありながらも、介護保険サービスや生活支援によって在宅生活を継続しているケース」などがあった。一人暮らしを支えるための支援を2年~10年程度継続した後、認知症等の進行により一人暮らしが限界となり、共同居住や高齢者施設に転居となるケースが見られた。

4.2.4. NPO 法人自立支援センターふるさとの会の認知症支援の仕組みの概要

ふるさとの会の居住支援・生活支援の主な利用経緯は、「病院・保護施設・刑事施設などを退所後に帰住先がない」、「住所不定」、「自宅で生活していたが、近隣トラブル、アパート更新困難、認知機能低下等によって生活を継続できない」、「家庭内暴力等からの避難のため緊急保護が必要」など多岐にわたっている。認知症の高齢者を含めた支援の仕組みとして、①株式会社ふるさとによる居住支援(賃貸借保障事業、不動産賃貸管理・サブリース事業)、②ふるさとの会の地域生活支援センターによる独居生活支援(居場所づくり・仲間づくり、訪問による安否確認、相談支援、生活支援)、介護や医療などの福祉サービスのコーディネート、③ふるさとの会の共同居住(居住と生活支援を一体的に提供)による24時間体制の生活支援員による日常生活支援、食事・服薬サポート、在宅サービス等のコーディネート、仲間による支え合いづくりなどがあり、さらに地域の様々な支援機関との連携によって成り立つ仕組みとなっている。

4.2.5. 単身の認知症高齢者の支援事例②

単身の認知症高齢者の支援事例では、「認知症を抱えながら独居生活を継続した事例」、「認知症等を理由に独居生活が困難となった事例」、「共同居住で看取りまでの支援が可能であった事例」、「緊急的に保護が必要であった事例」があった。

4.2.6. 現状の課題点の整理と必要な支援ニーズ

生活困窮の状態にある独居認知症高齢者の地域生活の継続に必要な支援ニーズとして、①家主・大家の悩みや不安に寄りそう支援、②緊急時の生活場所の確保、③生活支援員のサポート体制、④生活困窮者・単身者に必要な地域連携体制と調整などが必要であることが推察された。

4.3. 離島における独居認知症高齢者の地域生活継続のための支援とその課題に関する質的

分析

FGDの結果、「離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」について、79のサブカテゴリと31の小カテゴリ、20の中カテゴリが抽出され、これらは、【早期対応とその課題】(独居の認知症高齢者が困難事例化する前の対応に関する問題)、【在宅継続に必要な支援とその課題】、【島で最期を迎えるための支援とその課題】、【支援を阻害する要因】、【支援を促進する要因】の5つの大カテゴリに集約することができた。

4.4. 「暮らしの保健室」の取り組み

4.4.1. 東京都新宿区の暮らしの保健室の取り組み

「暮らしの保健室」とは、2011年に高齢化が進む新宿区都営戸山ハイツの一面にマギーセンターを参考にして開設した相談室である。誰でも予約なしに無料で、健康や介護や暮らしの中でのさまざまな困りごと相談ができる。敷居の低い居心地の良い雰囲気、看護師をはじめ医療の専門家がいたワンストップの窓口であると同時に、サロンのようにくつろぐことができ、体操、ヨガ、ランチ会、ミニレクチュアなどのアクティビティ(コミュニティ活動)も実施されている。活動を通して、①相談窓口、②市民との学びの場、③安心な居場所、④交流の場、⑤連携の場、⑥育成の場という5つの機能をもつことが可視化されている。また、5事例の分析から、独居認知症高齢者等を支える「暮らしの保健室」の実践は、①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合い(居場所)、②日常の中でのさまざまな身体の変化(出来事への気づき)、③日々のちょっとした困りごとについて一緒に考え、家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整も、④健康不安が強い時に支えになりながら、医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」「予測してつなげる・つながる」、

に整理することができた。

4.4.2. 東京都昭島市、広島県福山市の「暮らしの保健室」の取り組み

昭島市の2事例（74歳女性：レビー小体型認知症、89歳女性：認知症）と福山市の2事例（74歳女性：アルツハイマー型認知症、80歳女性：アルツハイマー型認知症）を分析した。その結果、暮らしの保健室で実践されている地域生活支援のポイントは以下の4点であることが明らかになった：①暮らしの中で認知症になる前からのお付き合いがある（居場所）、②日常の中でのさまざまな身体の変化・出来事に気づく、③日々のちょっとした困り事について一緒に考え、家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整ができる、④健康不安が強い時に支えになりながら、医療も含めた暮らし全般の支えの「組み立て」「予測してつなげる・つながる」が実践できる。

4.4.3 地域モデルの可視化

これまでの事例分析で見えてきたことをまとめると、独居認知症高齢者等が地域で暮らし続けられることに関して、暮らしの保健室が本人や地域に対して行ってきたことは、以下のようなことだといえる。①認知症発症前からのお付き合い、②付かず離れず日常の中での身体の変化・出来事への気づき、③本人が持っている力を発揮できるような後押しと、健康不安が強い時の支え、④専門職が、医療も含めた暮らし全般の支えを組み立て、予測してつなげ、つながる、⑤非専門職ボランティアによる柔軟なサポート、⑥近隣住民や非専門職であるボランティアに対する専門職によるサポート。

こうした活動が、認知症の人だけではなく誰でも利用できる、以下のような6つの基本機能を持った場で行われていることが功を奏していると考えられる。

- 1) 暮らしや健康に関する「相談窓口」
- 2) 在宅医療や病気予防について「市民との学

びの場」

- 3) 受け入れられる「安心な居場所」
- 4) 世代を超えてつながる「交流の場」
- 5) 医療や介護・福祉の「連携の場」
- 6) 地域ボランティアの「育成の場」

6つの機能について、本研究の目的の視点で考えると次のことが言える：1)相談窓口であることで、認知症のことだけでないさまざまな暮らしの中の困りごとを持った人が立ち寄ることができる。本人が気づかなくてもその困りごとが認知症によるものである場合もあり、もしくは、認知症になる前からつながることにもなる。2)地域の人が健康の知識を得られるだけでなく、目的がないと来られないという人も立ち寄ることができる。2)～4)困りごとや相談したいことがなくても立ち寄れることで、認知症になる前からのお付き合いができることもあれば、そこから付かず離れずの継続した関係にも発展する可能性もある。3)無機質さを避け明るく温かみのある居心地のよい物理的環境も、安心の大きな要素である。4)世代にかかわらず交流ができることで、比較的若い世代の人たちも、年をとることや認知症になることについて考え理解につながる。5)地域の専門職にとっても、自身の関わるケースについて気軽に相談ができ、また、定期的な連携の勉強会があることで、専門職の輪ができ、いざという時に声をかけあいやすくなる。6)来室される方の日々の話し相手や、ご近所さんとしてのちょっとしたサポートのできるボランティアがおり、それぞれに力を発揮している。非専門職ならではのご近所さんのようなサポートは、つかず離れずの関係性構築につながっている。最初は利用者だった人もボランティアに参加するなど、ボランティアという形での居場所にもなりうる。

5. アクション・リサーチ

5.1. 東京都板橋区高島平の地域拠点「高島平ココからステーション」の取り組みと認知機能低

下高齢者の3年後の転帰

生活実態調査によって検出された認知機能低下高齢者198名のうち90名(45.5%)が単身世帯であった。198名の3年後の転帰は、地域在住126名(63.6%)、地域在住ではない58名(29.3%)、不明14名(14.1%)であった。地域在住ではない者のうち、死亡は18名(9.1%)、入所は18名(9.1%)、入院は9名(4.5%)、引っ越したことを確認したものは13名(6.6%)であった。世帯状況(独居か否かの2群)によって3年後の転帰(地域在住か否かの2群)の分布に違いがみられるかを検討したところ、統計学的な差はみられなかった。

5.2. 新型コロナウイルス感染症流行化下における地域拠点の取り組み

5.2.1. 新型コロナウイルス感染症流行下における独居認知症高齢者等の生活

認知機能低下を持つ86名の地域在住高齢者のうち77名と、地域拠点を頻回に利用する46名の地域在住高齢者のうち35名と電話調査が成立した。1)疫学研究対象者(認知機能低下あり)と地域拠点参加者(社会参加の傾向が高い健康高齢者)の比較からは、インターネットの利用は両群とも低い、認知機能低下群のほうが閉じこもり傾向が強い、認知機能低下群のほうが新聞等の紙メディア(旧メディア)を好む傾向があることがわかった。一方で主観的健康、運動、食事、不安、困りごとに関しては両群に差はなかった。2)疫学研究対象者のうち認知症をもつ人と持たない人の比較からは、予防行動に関しては認知症をもつ人はできていない、認知症をもつ人のほうが困りごとはないということが分かった。また電話の介入の際に危機に接するエピソードがあり、いずれも保健師主体の多職種による支援によって支援が行われた。

5.2.2. 新型コロナウイルス感染症流行下における認知症支援のための地域拠点の取組み

2017年度から都内の大規模団地内で認知症支援のための地域拠点(以下、拠点)を運営してきたが、2020年4月に第1回目の緊急事態宣言後が出された時期に止む無く一時閉室した。しかし、その後拠点を再開し2021年1月の2回目の緊急事態宣言時には認知症の人や利用者の孤立予防の観点から拠点を閉室せず、感染症予防対策を強化して継続して運営を行った。コロナ禍において拠点の運営は、地域の関係各機関と連携しながら個別相談に応需することで、状態の把握や早期の支援に結び付けることができた。十分な感染症予防対策を行いながら拠点を継続する意義は高いと考えられ

5.3. 認知機能低下高齢者の5年後の転帰

対象者198名のうち155名の転帰は明らかであった。内訳は地域生活継続104名(67%)、死亡25名(16%)、施設入所23名(15%)、入院中3名(2%)であった。追跡不能であった43名の内訳であるが、26名は訪問したらすでにおらず情報がなかった。16名は当該地区外へ引っ越した。1名は認知症が進み電話への対応に自信がないと言われ参加取り下げとした。

追跡不能であったケースと、追跡できたケースの比較では、有意な関連を示したのは、独居かどうかのみであった。死亡の関連要因は、ステップワイズ多変量ロジスティック回帰分析の最終モデルでは、死亡の関連要因は同居、フレイル、生活支援のアンメットニーズ、同権利擁護支援のアンメットニーズであった。入所の関連要因は、介護認定ありであった。

6. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にかかわる課題に関する研究

意思決定支援においては、まず、誰が、どのような選択肢を、どのように提示することが、真に本人の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

分類された。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わる課題が生じる。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関わる課題が生じる。

7. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関する研究

7.1. 独居認知症高齢者の行方不明者数の把握方法について

行方不明者数の把握は警察への行方不明者届の人数が用いられることが多いが、世帯類型に関するデータが無い場合、独居の人数は不明である。また、独居の場合、約3割は届を出していないことも明らかとなっている（菊地ら、2021）。市町村が独自に把握する例もあるが、これらは家族親族、介護支援専門員、サービス担当者などが気づいて報告をあげたものに限られる。このような状況においては独居行方不明者数を把握することは非常に難しい。

A市では行方不明事案の解決後に警察が独自に「情報提供書」を市に提供している。警察では世帯類型も確認しているので、独居であるかどうかの確認もできる。しかも警察が把握した事例は全て情報提供されるので、情報提供書を使用した行方不明者数の把握は、独居認知症高齢者の行方不明者数の把握において有効であると考えられる。これに市町村が把握した情報（警察が把握していない者）を加えれば、さらに行方不明人数の補足率は高まるだろう。なお、情報提供書は県警が主導して行方不明対策を構築する中で使用されるようになったものであり、都道府県警レベルでの取り組みがあれば、全国的にも採用できる可能性がある。

7.2. 行方不明者届の提出について

独居で大きな問題となるのは行方不明になった時、誰が警察に行方不明者届を提出するのか、ということである。先行研究から行方不明

から発見までの時間が長いことが、発見時の死亡と関連していることが明らかとなっている（Kikuchi, et. al. 2019）。届を出せる者については「行方不明者発見活動に関する規則」に規定されている。その中に「福祉事務所の職員その他の行方不明者の福祉に関する事務に従事する者」があり、具体的には「福祉事務所の職員、行政又は社会福祉法人が運営する各種の福祉サービスに従事する者等であって、行方不明者が確かに行方不明となっているかどうかを的確に判断できるものをいう」とされている。

B市では、直営及び委託型地域包括支援センターの職員が届を提出できることが分かった。独居で近隣に家族親族など届を出してくれる人がいない場合であっても、地域包括支援センターが行方不明者届を提出できることにより警察が捜索活動を行うことができる。

なお、別の市町村で警察が行方不明者届の提出無しに捜索活動を行う例も報告されたが、これは届の提出に時間がかかると捜索活動をすぐに始めることができないため、先に捜索活動を始めて、後で届を提出するものであった。このような対応も早期の捜索活動開始に資するだろう。

8. 系統的文献レビューと自治体向け手引きの作成

以下に示す55項目のCQについて系統的文献レビューを行い、回答文と解説文を作成した。回答文と解説文の内容については、資料「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」を参照されたい。また、自治体向け手引きについては、「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」を参照されたい。

8.1. 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

CQ1-2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計は

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

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

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

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

8.2. 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

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

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

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

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

CQ2-6. 独居認知症高齢者は貧困リスクが高いのか

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

CQ2-8. 独居認知症高齢者は社会的孤立リスクが高いのか

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

8.3. 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

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

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

8.4. 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

CQ4-2. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用実態は

CQ4-3. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の課題は何か

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

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

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

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

8.5. 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

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

8.6. 生活支援を担う別居家族がい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いない（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

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

8.7. 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

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

CQ7-3. 離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

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

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

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

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

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

8.8. 独居認知症高齢者等に対するケア・コーディネート

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

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

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

CQ8-4. ケアマネジメントにおいて配慮すべきことは何か

CQ8-5. 在宅生活の継続に有効な介護保険サービスは何か

8.9. 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

CQ9-2. 在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか

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

8.10. 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

8.11. 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

CQ11-2. 認知症のある人の QOL に参加・交流はどう影響するか

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

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

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

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

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

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

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

D. 考察

1. 既存統計資料を活用した実態調査

1.1. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の比較（横断調査）

独居認知症群の「買物」「簡単な調理」の自立度をみると、要支援～軽度要介護状態において有意に高かったが、これは、独居認知症群の場合、買物や簡単な調理をせざるを得ない状況に置かれているため、自立度が高い可能性があり、逆に、非独居認知症群では、同居家族が買物や調理を行うために、認知症高齢者がこれら行為を行う機会が少なく、その結果として自立度が低下している可能性がある。また、独居認知症群の閉じこもり率をみると、要支援状態では相対的に低い一方で、要介護状態では男女とも相対的に高かった。

これは、要介護1から歩行機能低下が生じるため、独居認知症群では外出のしにくさが生じている可能性があり、一方、非独居認知症群では、同様の歩行機能低下は生じているものの、家族等と外出する機会が相対的に確保されているため、閉じこもり率が低い可能性が示唆ある。

1.2. 認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率の比較（縦断調査）

要介護2・3で、認知症高齢者の在宅生活が困難化している状況にあったが、これは、高頻度かつ夜間の対応が求められる「排泄介助」、身体的・精神的負担が大きい「常時の徘徊」「幻視幻聴」「暴言暴行」「大声を出す」「介護に抵抗」などが要介護2・3で増えることが影響している可能性がある。

1.3. 独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の在宅継続率の比較（縦断調査）

認知症高齢者に占める女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群では約8割が女性であった。また、在宅生活継続率を性別要介護度別にみると、女性では、全ての要介護度で独居群の方が低かった。これら結果から、女性の独居認知症高齢者の在宅生活を支える体制及び仕組み作りが重要課題であることが明らかとなった。

1.4. 独居認知症高齢者、非独居認知症高齢者、非認知症高齢者の要介護度の変化の比較（縦断調査）

本研究から、認知症群は、非認知症群に比べ、全要介護度で重度化率が高いことが、また、3群とも軽度要介護度で重度化率が高いことも確認できた。要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究によると、非認知症群に比べ、認知症群で移動動作能力の低下がADL低下に大きく影響していることを明らかにしている。また、こうした移動動作の障害の進行がセルフケアの崩壊に直結してい

るのではないかと推察している。軽度要介護の認知症高齢者の機能低下（特に、移動・歩行能力の低下）を防ぐことが、要介護度の重度化防止、さらには在宅生活の継続性確保につながる重要課題であると考えた。

2. 疫学調査

2.1. 板橋区高島平地区の疫学調査

大都市に暮らす独居高齢者には、住居や経済状況にリスクを抱えている者が多いものと推察された。また、独居の認知機能低下高齢者は、非独居の認知機能低下高齢者よりもソーシャルサポートの不足、精神的健康の悪化、経済的困窮のリスクが高いものと推察された。さらに、縦断調査からは、独居認知機能低下高齢者の死亡及び転出リスクが高いことが示された。一方、認知機能低下は要介護認定率を高める（重症化）リスク因子であるが、独居は重症化リスク因子ではないことが示された。

2.2. 足立区梅田地区の疫学調査

独居高齢者は、身体機能がやや低下し、精神的健康が不良であることが疑われ、ソーシャルネットワークの規模が小さく社会的孤立の傾向があることがうかがわれた。また、独居認知機能低下高齢者の生活や健康については性差が認められた。すなわち、女性では、独居であることの代償的行動として社会的交流を増やしていたが、男性ではその傾向を認めなかった。独居認知症高齢者の社会参加を促し、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の特徴に留意して適切な方法を提案する必要がある。

3. 事例調査

3.1. 認知症高齢者の生活と支援の実態

文献調査の知見を踏まえ、認知症のある高齢者ご本人のQOLや認知症とともによく生きる能力にかかわる調査項目を含めた認知症のある高齢者を対象とする縦断調査の実施可能性を探るとともに、まずは11事例のケースまと

めを手がかりに、地域の関係者が認知症のある方の生活継続のリスクファクターの棚卸と克服に取り組むことができるための対話と学び・アクションのプロトタイプを作ること等を試みたい。

3.2. 認知症とともによりよく生きる

3.2.1. 地域包括支援センターを要とする認知症とともに創るケアと地域づくりに向けた探索

本研究で試みた地域包括支援センター職員が自らを知る／地域を知る／認知症のある方と「出会い直す」学びのプロトタイプ化と検証、「やりとり手帳」について、本人・専門職側からの評価を得て、介護支援専門員の更新研修等で紹介する可能性を探索すること、認知症サポーター養成講座においても認知症当事者の更なる活躍が期待される。

3.2.2. 認知症のある人が日々の記録を書くことの意義に関する探索的研究

日記等を用いた支援介入は、認知症の人たちの問題焦点型及び情動焦点型のコーピングを促して、生活の自立や主体性の維持に役立つ可能性がある。本研究で明らかになった日記等のリスクとベネフィットの両面を踏まえて、介入の対象や方法を慎重に検討することが肝要である。

3.2.3. 認知症のある人の地域居住の実態とそのボトルネック、QOL と社会とのかかわりに関する文献調査

独居認知症高齢者の基本属性や生活状況、利用サービス等については各国で基本的な実態把握が進みつつある。在宅での生活の継続を支えていると考えられることやそれが困難になる要因については、主に専門職からみた検討がなされており、本人からみた検討は不十分である。自宅にかかわらず、広く地域での生活継続が可能となる要因について、本人や生活をともにする人、専門職の視点から多角

的に検討する余地がある。認知症のある人のQOLを改善する要因として人間関係、社会関与、機能的能力があげられ、我が国でも認知症のある人の自立と尊厳を支える支援の一環として社会参加に注目集まっているが、先行研究においてもどういった行動を社会の関わり・社会活動あるいは社会参加とみなすのかは多様であり、認知症のある人のQOLと社会的かかわりの関係をみるうえでは、まず「社会とのかかわり」についての概念整理が求められる。

4. 地域生活支援等の取り組みに関する調査

4-1. マンションにおける独居認知症高齢者等の生活支援の取組みに関する研究

分譲マンションでは、居住者の課題解決に向けて、マンションの管理組合や住民組織が、民生委員や地域包括支援センターと連携しながら、居場所づくりや生活支援を提供するサービスをつくりだしている事例があることが明らかにされた。

マンションにおいて生活課題を持っている独居高齢居住者を発見した場合、独居高齢居住者からアクセスがあった場合に関係者が効率よく連携できる仕組みが求められている。両者の仕組みは共通する側面を持つ場合があるが、生活課題に応じて個別性の高い側面もある。生活課題とこの解決方法及び生活支援は、共通する解決方法及び生活支援があるとともに、個別の事例に則した解決方法及び生活支援がある。これらに対応した数多くの好事例を事前に作っておくと便利である。

認知症の人や障害者への対応方法を情報収集してノウハウを習得し、管理組合は総会で話し合っただけで対応方法の合意を得て、緊急連絡情報の取扱いを明確にしておくことや、理事会がこの合意に基づいて担当者を決めておくことが望ましい。このことは、「管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針」

における居住者名簿等の作成と更新や居住者名簿等の細則案で敷衍した。また、「高齢者・障害者対応マニュアルの指針―総論―」における高齢者と障害者への適切な対応と組織体制で敷衍した。さらに、このことは、「高齢者・障害者対応マニュアルの指針マンションと管理組合」における緊急連絡先の把握、名簿の作成、早期発見・早期対応、認知症その他の障害の疑いのある者か虐待を受けた者の発見と連絡に反映させた。

4.2. 生活困窮者支援の取り組み

4.2.1. 低所得の単身の認知症高齢者の居住の安定化のための支援ニーズ

2019年度の研究結果では、ふるさとの会が提供する共同居住(24時間体制で生活支援が常駐している)に入所した65歳以上の高齢者のうち、約3割が認知症の診断があるか、もしくは認知症が疑われる状態で入所している実態があった。認知症のある人は、病院退院後に帰住先がない、自宅での生活が困難となったなどの理由で共同居住の入所に至っていた。認知症のある人の介護度は要介護1~2が最も多かったが、その理由として、特別養護老人ホームへの入居が困難(2015年4月から原則として要介護3以上の認定を受けている高齢者が対象となっている)であること、養護老人ホームへの入所も困難(身体的に自立している高齢者を主な対象としている)であることが考えられる。要介護1~2の高齢者の住まいには、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などの選択肢もあるが、都市部は地価が高いため利用料が高く、生活保護受給者が入居可能な施設は限られている。そのため、都外の施設で生活する生活保護受給者が増加している(東京都福祉保健局, 2014)と同時に、生活困窮者を対象とした共同居住の利用にも至っていると考えられる。また、認知症の診断があっても介護保険の要介護認定を受けていない人が多く、認知症が疑われる状態で入所した人は、保護施設や宿泊

施設、簡易宿泊所や路上からの入所が多かった。これらのことから、認知症と診断されたり、認知症が疑われたりするような状態でありながらも、必要な支援につながらずに居住が不安定な状態になっている実態があると考えられる。

4.2.2. 認知症になっても住み慣れた地域で生活できるようにするための取組

2019年度と2020年度の事例調査の結果から、身寄りのない単身高齢者が認知症になった際に、家賃や水光熱費の滞納や、近隣トラブル、火の元のトラブルなど、さまざまな生活上の困難が生じる一方で、アパート保証と居場所の提供、訪問支援を組み合わせることで、10年以上の長期にわたって一人暮らしの生活が継続できた事例もあった。また、アパートでの一人暮らしが困難になった後も、同じ地域の共同居住に転居することで、主治医やデイサービス、訪問看護や訪問介護などの居宅サービスを継続でき、人間関係を変えることなく、より手厚い日常生活支援のある住まいでの地域生活の継続が可能となっている事例が見られ、看取りの支援も実践されていた。これらの支援は、多様で重層的なニーズに応えるために、NPOによる自主事業、助成金や委託事業、社会的不動産事業との連携による空き家の活用など、さまざまな地域の資源や制度を組み合わせることによって発展してきたものである。特に「共同リビング」と呼ばれる居場所機能と、「共同居住」と呼ばれる住まいと日常生活支援を一体的に提供する支援形態は、孤立を防ぎ、安心した地域生活を継続するための支援として欠かせないものとなっている。これらの柱となる支援事業は、「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルとなる重要な支援である。

4.2.3. 「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルの事業化の必要性

「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルは、高齢者となった不安定就業者(日雇い労働者など)のためにつくられた経緯がある。しかし、「共

同リビング」や「共同居住」の支援を必要とする人は、高齢化した日雇い労働者だけではなく、預貯金を切り崩しながら生活してきた低年金者、親亡き後のひきこもりの人や、精神疾患を抱えながら生活してきた人など、高齢になるまでは安定した住まいがあった人の割合も増加している。もともと不安定居住・不安定就労だった人たちの高齢化の問題と、高齢期の貧困による住まいの喪失の2つの流れが合流する形で、安定した住まいのない高齢者が増加し、その中で認知症となる人への支援ニーズも増加している実態があると考えられる。特に都市部の高齢者は、賃貸住宅に住んでいる割合が高く、収入が低下する高齢期に家賃の支払いが困難となりやすい。年金だけでは生活できなくなり、預貯金がなくなったことで生活保護を受給する高齢者世帯が増加していることから、今後も低所得の単身の認知症高齢者は増加し、生活困窮者の居住支援と生活支援のニーズはますます高まっていくと考えられる。これらのことから、共同リビングや共同居住などの生活困窮者居住支援・生活支援モデルが、低年金者を含めた多くの高齢者が利用できる形で事業化されることが必要であると考えられる。

4.2.4. 「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルの普及の可能性

ふるさと会の共同居住は、無料低額宿泊所、自立援助ホーム、寄りそい型宿泊所として運営された時期を経て、現在は生活保護制度の中で新たに創設された「日常生活支援住居施設」として運営されている。日常生活支援の提供が制度の中に位置づけられたことで、委託費によって生活支援員を配置することが可能となった。今後は、手厚い支援を必要とする生活保護受給者の生活を支える社会資源のひとつとして活用されていくと考えられる。将来的には、日常生活支援住居施設は、生活保護制度の中で位置づけられた施設であることから、生活保護を受給していない低年金者など、幅広い高齢者が利用可能な新たな「共

同居住」の形も必要であると考えられる。低所得高齢者の居所の選択肢として普及していくためには、単一の制度だけではなく、複数の制度や民間事業としての創意工夫、地域の資源を柔軟に組み合わせることが可能な仕組み求められる。

4.3. 離島における独居認知症高齢者の地域生活継続のための支援とその課題に関する質的分析

離島で実施されたFGDによって、「離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」について、5つのテーマが抽出された。これらは、独居認知症高齢者の生活課題の解決に向けて、早期対応、在宅生活の維持、看取りに至る支援体制作りの構築がカギとなることを示している。どの島も、今回示したいくつかの要因において、順調な面とそうでない面と両面を抱えながら、その地域の実情に即した支援を工夫している。今後は、好事例を取材し積み重ね、実際の体制がどのように構築されているのかを可視化する必要がある。

4.4. 「暮らしの保健室」の取り組み

4.4.1. 東京都新宿区の暮らしの保健室の取り組み

「暮らしの保健室」は、地域の中に、認知症とともに生きる人々が気軽に立ち寄り、何でも相談できる「地域の拠点」としての機能を果たしている。その特徴は、①地域に暮らす人々が、認知症になる以前から地域拠点のスタッフと信頼関係を形成しており、②地域拠点のスタッフは、日常の中でのさまざまなそこに出会う人々のさまざまな変化に気づき、③日々のちょっとした困りごとについて一緒に考え、必要に応じて家族や関係機関と一歩踏み込んだ調整を行い、④健康不安が強い時にはその不安を支えながら、医療も含めた暮らし全般の支援を組み立て、今後の変化を予測して必要な社会的支援につなげる・つながるとのことである。社

会支援の統合的調整（コーディネーション）を
実践しながら、社会的支援を可能とする地域環
境づくり（ネットワーキング）を進める活動と
して理解することができるかと思われる。

4.4.2. 東京都昭島市、広島県福山市の「暮らし の保健室」の取り組み

各地にある「暮らしの保健室」には、①ケア
される人から支え合う人へ（自分力）、②地域
のキーパーソンと速やかにつながり、そこから
地域力をあげていく（ネットワーク）、③安心
している立ち寄れる場所と人、医療・介護・福
祉・近隣など（環境）のすべてに働きかける機
能を見出すことができる。それぞれの地域の特
性を捉えて、それに見合った暮らしの保健室の
ような「拠点」を作っていく必要がある。

4.4.3. 地域モデルの可視化

今年度までの事例の分析および考察では、暮
らしの保健室のような場が、独居認知症高齢者
等が安全・安心に暮らし、尊厳のある地域生活
を継続することに寄与しているエビデンスま
では示し切れていない。

独居認知症高齢者等が地域で暮らし続けた
事例の時系列の図や一つひとつの考察は、2019
年度、2020年度の報告書にある通りである。補
足資料（資料5参照）として、実際に新宿の暮
らしの保健室に寄せられた、独居認知症高齢者
等に関する相談の内容等と簡単な考察を示す。
これらが、他の自治体等で独居認知症高齢者等
が安全・安心に暮らし、尊厳のある地域生活を
継続することを目的に、なんらかの拠点を立ち
上げる際のヒントになればと考える。

5. アクション・リサーチ

5.1. 東京都板橋区高島平の地域拠点「高島平コ コからステーション」の取り組みと認知機能低 下高齢者の3年後の転帰

大都市団地で大規模調査を行い、認知機能低下
とともに生きる高齢者を見出し、3年後に転帰を
調べたところおよそ3割は地域生活が継続できて

いなかった。対照群はないが、彼らは地域生活が
できなくなる高いリスクを持つと考える。世帯状
況による転帰の分布に統計学的な差はみられなか
った。

5.2. 新型コロナウイルス感染症流行化下にお ける地域拠点の取り組み

認知症や独居といった特徴を有する地域在住高
齢者を包摂する共生社会の実現のために、①平時
からのネットワークの重要性、②場の支援の重要
性、③コスト再考の必要性、④専門家の地域ネッ
トワークの重要性、⑤死が前景化した社会への備
え、が示唆された。コロナ禍において拠点の運
営は、地域の関係各機関と連携しながら個別相
談に応需することで、状態の把握や早期の支援
に結び付けることができた。十分な感染症予防
対策を行いながら拠点を継続する意義は高い
と考えられる。

5.3. 認知機能低下高齢者の5年後の転帰

独居で認知機能低下のあるひとは、地域での支
援や介入からこぼれ落ちてしまう可能性があるこ
とを示している。また、生活支援や権利擁護の支
援が命を守るためには必須である。一方で認知症自
体は死亡の関連要因ではなかった。認知症共生社
会の実現には、医学的な介入（診断や投薬）のみ
ならず、適切な医学知識に基づいた社会的な介入
や支援も同じく重要であることを示唆する。地域
にある社会的支援のネットワーク化やコーディネ
ーションが必要である。

6. 独居認知症等高齢者の意思決定支援にか かわる課題に関する研究

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考えられる。

7. 独居認知症高齢者等の行方不明対策に関

する研究

認知症による行方不明は、その最悪の結果が死亡であるという重大性にも関わらず、国内外を見ても系統的な研究は行われていない。独居に限定すると研究はほとんどない。しかし、市町村では行方不明に対応するための取り組みが行われている。

本研究では独居行方不明に固有の問題に焦点を当てて具体的な解決策を示し、もって市町村の独居認知症高齢者の行方不明対策を推進することを目的とした。しかし、市町村の行方不明対策は独居のみに焦点を当てたものではないため、独居に特化した対策を講じているわけではなかった。しかし、ヒアリングの中で独居行方不明への対応が課題として認識されていることが示され、独居行方不明への対応に資する事例があった。

8. 系統的文献レビューと自治体向け手引きの作成

本研究によって、独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続をアウトカムとする研究が国内外を通じてほとんど実施されていないことが明らかにされた。また、独居認知症高齢者等の地域生活を支えるための社会資源も著しく不足している現状も可視化された。そこで、本研究では、今後のこの領域の発展に寄与することをめざしてエビデンスブックを作成するとともに、自治体の施策づくりや社会資源の開発に役立てることができるように、自治体向けの手引きを作成した。

尚、本研究の「地域生活支援等の取り組みに関する調査」及び「アクション・リサーチ」から、必要な社会的支援を統合的に調整（コーディネーション）する仕組みとともに、必要時に社会的支援に容易にアクセスできるようにするための環境づくり（生活支援のネットワーク化＝ネットワーキング）を進めることができる地域拠点を設置すること

が、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は不可欠であることが示唆されている。ただし、本研究で提示された地域システムの有用性に関する科学的な検証はまだ十分に行われていない。また、このような地域システムには、多領域の専門職や非専門職の協働が不可欠である。したがって、独居認知症高齢者等の地域生活の安定化には、多領域の専門職や非専門職の協働を視野に入れたガイドラインの作成が必要になるであろう。これらの諸課題を解決することを目的に、2022年度より新たな研究プロジェクトを立ち上げることにした。

E. 結論

2019年度～2021年度に本研究プロジェクトで実施した研究成果と系統的文献レビューによって、「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりに関する研究：エビデンスブック」と「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ための手引き」を作成した。独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続と安定化に向けた今後の自治体の施策づくりに役立てられることが期待される。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 <英文原著>

- 1) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Eda Hiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study. BMC Geriatrics 20,

- 68 (2020). doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y
- 2) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edahiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatrics & Gerontology International*. 20(6):564-570, 2020. doi: 10.1111/ggi.13924.
 - 3) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Edahiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, Awata S. Living on the edge of the community: Factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):131. doi:10.1186/s12877-021-02084-2
 - 4) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Defending community living for frail older people during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics* 2020; 20: 944-945
 - 5) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita R, Awata S. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics*.21(1) : 140-141,2021
<https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
 - 6) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Awata S. Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. *GGI* 2020; 20: 1245-1248
 - 7) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, Awata S. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 14; 18(22): 11961. doi: 10.3390/ijerph182211961.
 - 8) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, Hayakawa M, Mikami Y, Shirobe M, Inagaki H, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. *PLoS One*. 2021 Nov 23; 16(11): e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412.
 - 9) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022 Jan; 37(1). doi: 10.1002/gps.5635.
 - 10) Okamura T, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sakuma N, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Awata S. Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics*. 2021 Nov;21 (6): 892-901. doi: 10.1111/psyg.12764.
 - 11) Yamamoto H, Sazuka M, Ishibashi M, Nogimori C, Takada K, Hamaya H, Yamada H, Awata S. DASC-21: a novel geriatric assessment for discriminating best supportive care in older patients with inoperable advanced non-small cell lung cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2021 Nov 1; 51 (11):1628-1635. doi:

- 10.1093/jjco/hyab137.
- 12) Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Ito K, Awata S. After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community: A community observational survey: *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Dec; 36(12): 1970-1971. doi: 10.1002/gps.5608.
 - 13) Ito K, Ogisawa F, Furuta K, Awata S, Toba K. Development of a five-item short-form version of the Dementia Behavior Disturbance Scale. *Geriatr Gerontol Int*. 2021 Sep; 21(9): 870-871. doi: 10.1111/ggi.14234.
 - 14) Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, Taga T, Tsuda S, Yamashita M, Miyamae F, Edahiro A, Inagaki H, Ogawa M, Okamura T, Awata S. The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. *Psychogeriatrics*. 2021 Sep; 21(5): 841-843. doi: 10.1111/psyg.12742.
 - 15) Mitsutake S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama A, Sugiyama M, Awata S, Toba K, Ito H. Agreement on dementia severity levels between the 8-item and 21-item Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System. *Geriatr Gerontol Int*. 2021 Aug; 21(8): 748-749. doi: 10.1111/ggi.14205.
 - 16) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Awata S: Everyday lives of community-dwelling older people with dementia during the COVID-19 pandemic in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Sep; 36(9): 1465-1467. doi:10.1002/gps.5553.
 - 17) Hayakawa M, Motokawa K, Mikami Y, Yamamoto K, Shirobe M, Edahiro A, Iwasaki M, Ohara Y, Watanabe Y, Kawai H, Kojima M, Obuchi S, Fujiwara Y, Kim H, Ihara K, Inagaki H, Shinkai S, Awata S, Araki A, Hirano H. Low Dietary Variety and Diabetes Mellitus Are Associated with Frailty among Community-Dwelling Older Japanese Adults: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2021 Feb 16; 13(2): 641. doi:10.3390/nu13020641.
 - 18) Iwasaki M, Watanabe Y, Motokawa K, Shirobe M, Inagaki H, Motohashi Y, Mikami Y, Taniguchi Y, Osuka Y, Seino S, Kim H, Kawai H, Sakurai R, Edahiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, Awata S. Oral frailty and gait performance in community-dwelling older adults: findings from the Takashimadaira study. *J Prosthodont Res*. 2021 Oct 15; 65(4): 467-473. doi: 10.2186/jpr.JPR_D_20_00129.
 - 19) Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, Awata S: Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. *J Social Distress & Homelessness*. Published online: 21 Nov 2021
/doi.org/10.1080/10530789.2021.2002632
 - 20) Iwasaki M, Ohara Y, Motokawa K, Hayakawa M, Shirobe M, Edahiro A, Watanabe Y, Awata S, Okamura T, Inagaki H, Sakuma N, Obuchi S, Kawai H, Ejiri M, Ito K, Fujiwara Y, Kitamura A, Nofuji Y, Abe T, Iijima K, Tanaka T, Son BK, Shinkai S, Hirano H : Population-based reference values for tongue pressure in Japanese older adults: A pooled analysis of over 5,000 participants. *J Prosthodont Res*, (印刷中)
 - 21) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Taga T, Tsuda S, Nakayama R, Ito K, Awata S : Factors associated with inability to attend a follow-up

- assessment, mortality, and institutionalization among community-dwelling older people with cognitive impairment during a 5-year period: evidence from community-based participatory research. *Psychogeriatrics*, 22(3) : 332-342, 2022
- 22) Sakuma N, Inagaki H, Ogawa M, Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Miyamae F, Suzuki H, Watanabe Y, Shinkai S, Okamura T, Awata S. : Cognitive function, daily function and physical and mental health in older adults: A comparison of venue and home-visit community surveys in Metropolitan Tokyo. *Arch Gerontol Geriatr*, 100 : 104617, 2022
- 23) Tsuda S, Inagaki H, Okamura T, Sugiyama M, Ogawa M, Miyamae F, Edahiro A, Ura C, Sakuma N, Awata S. Promoting cultural change towards dementia friendly communities: a multi-level intervention in Japan. *BMC Geriatr*. 2022 Apr 23;22(1):360. doi: 10.1186/s12877-022-03030-6. PMID: 35461211; PMCID: PMC9034585.
- 24) Miyamae F, Taga T, Okamura T, Awata S. Toward a society where people with dementia 'living alone' or 'being a minority group' can live well. *Psychogeriatrics*. 2022 Apr 21. doi: 10.1111/psyg.12836. Epub ahead of print. PMID: 35451143.
- <和文原著>
- 25) 杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 栗田主一. 大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくるーDementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組みー日本認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854
- 26) 岡村毅、杉山美香、小川まどか、稲垣宏樹、宇良千秋、宮前史子、枝広あや子、釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、栗田主一. 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ：地域に拠点を作り医療相談をしてわかったこと. 認知症ケア学会誌 2020; 19(3): 565-572
- 27) 岡村毅、杉山美香、枝広あや子、宮前史子、釘宮由紀子、岡村睦子、栗田主一. 尊厳を守るには：大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る. 日本老年医学雑誌 2020 ; 57 : 467—474
- 28) 山下真理、岡村毅、宇良千秋、杉山美香、中山莉子、宮前史子、小川まどか、稲垣宏樹、枝広あや子、多賀努、津田修治、井藤佳恵、栗田主一. 認知機能低下を抱えた地域在住高齢者のインフォーマル・サポートと精神的健康に関する質的研究. 日本認知症ケア学会誌, 20 (4) : 560-571, 2022
- 29) 菊地和則, 大口達也, 池内朋子, 栗田主一: 独居認知症高齢者の行方不明の実態 : 150 事例からの報告. 老年精神医学雑誌, 32: 469-479, 2021.
- 30) 枝広あや子、岡村毅、杉山美香ら : 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論 : 権利ベースのアプローチという観点から. 日本認知症ケア学会誌, 20(3) : 435-445, 2021
- 31) 宮前史子, 扇澤 史子, 今村 陽子, 畠山 啓, 齋藤 久美子, 岡本 一枝, 白取 絹恵, 古田 光, 栗田 主一: 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは. 認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認知症ケア学会誌 20(4): 532-544. 2022. 01

- <その他>
- 32) 栗田主一：認知症施策の今後への提言—Dementia Friendly Communities と Rights-Based Approach—. 老年精神医学雑誌, 30 増刊号-I : 37-49, 2019.
 - 33) 栗田主一：超高齢期の認知症の疫学と社会状況. 老年精神医学雑誌, 30: 238-244, 2019.
 - 34) 栗田主一：高齢者のメンタルヘルス, 特集にあたって. 精神医学, 61: 3-4, 2019.
 - 35) 栗田主一：認知症や高齢者精神疾患の特徴と地域の特性に応じた総合支援体制. ファルマシア, 55(9): 864-868, 2019.
 - 36) 栗田主一：これからの認知症施策が向かうべき方向性について. 認知症の最新医療. 35: 186-189, 2019.
 - 37) 栗田主一：主治医からの提言. これだけは知りたい認知症画像診断. 臨床画像, 35: 1215-1222, 2019.
 - 38) 栗田主一：認知症とともに暮らせる社会をめざして. 大都市の認知症高齢者生活実態調査を通して. 日本マンション学会誌, マンション学. 64 : 89-91, 2019.
 - 39) 栗田主一：認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして. 日本社会精神医学雑誌, 29:35-41,2020.
 - 40) 栗田主一：認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして. 日本社会精神医学雑誌, 29:35-41,2020.
 - 41) 栗田主一：認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター：コーディネーションとネットワークングという観点から. 日本老年医学雑誌, 57: 22-27, 2020.
 - 42) 栗田主一：住み慣れた街でその人らしく生きる（共生）. 6. 地域ぐるみの取り組み. 2) 東京都板橋区高島平. 老年医学, 58 : 511-513, 2020.
 - 43) 栗田主一：認知症施策推進大綱が目指すものは何か：「共生」と「予防」. 臨床精神医学, 49: 565-572, 2020.
 - 44) 栗田主一：一人暮らし, 認知症, 社会的孤立. 老年精神医学雑誌, 31: 451-459, 2020.
 - 45) 栗田主一：Dementia Friendly Community. 総合リハビリテーション, 48: 951-955, 2020.
 - 46) 栗田主一：権利ベースのアプローチ, 地域をつくる取組み. 老年精神医学雑誌 32: 165-172, 2021.
 - 47) 栗田主一：認知症があってもみんなが集える居場所～地域の拠点としての機能～. 介護福祉, NO.120, 60-65, 2020.
 - 48) 涌井智子：国民生活基礎調査からみる独居認知症高齢者のケアの実態と今後への示唆・老年精神医学雑誌, 31(5):467-473, 2020.
 - 49) 川越雅弘, 南琢磨：一人暮らしの認知症高齢者の出現率および生活状況の実態. 介護保険データより. 老年精神医学雑誌, 31(5):460-466, 2020.
 - 50) 角田光隆：マンションに一人で暮らす認知症高齢者の今日的課題. 老年精神医学雑誌, 31(5):474-486, 2020.
 - 51) 的場由木：社会的に孤立し, 生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援. 老年精神医学雑誌, 31(5):481-486, 2020.
 - 52) 秋山正子：大都市の独居認知症高齢者の暮らしを支える. 団地のなかの「暮らしの保健室」から見えること. 老年精神医学雑誌, 31(5):487-498, 2020.
 - 53) 栗田主一：権利ベースのアプローチ, 地域をつくる取組み. 老年精神医学雑誌 32: 165-172, 2021.
 - 54) 栗田主一：認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究, 精神医学 63:

- 505-514, 2021.
- 55) 栗田主一, 笠貫浩史, 加藤伸司, 川勝忍, 小林清樹, 斎藤正彦, 真田順子, 繁田雅弘, 古田光, 池田学, 日本老年精神医学会新型コロナ感染症影響調査ワーキンググループ. 老年精神医学雑誌, 32: 379-389, 2021.
- 56) 栗田主一: 高島平スタディ. 老年内科, 4: 369-376, 2021.
- 57) 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21). 日本認知症ケア学会誌, 20(3): 360-366, 2021.
- 58) 栗田主一: 認知症の権利擁護と地域生活支援. 医学のあゆみ, 279(5): 420-423, 2021.
- 59) 栗田主一: 若年性認知症の疫学と社会政策. 医学のあゆみ, 278(12): 1015-1022, 2021.
- 60) 栗田主一: 認知症とともに生きる人の社会参加を促進するために. 地域ケアリング, 24(5): 6-11, 2022.
- 61) 栗田主一: 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしをくれる社会環境の創出に向けて. 老年精神医学雑誌, 31(3):211-217, 2022.
- 62) 栗田主一: 認知症とともに生きる人の社会参加を促進するために. 地域ケアリング, 24(5): 6-11, 2022.
- 63) 川越雅弘, 南 拓磨: 一人暮らし在宅認知症高齢者の2年後の転帰, 在宅継続率およびケアの場の移行状況. 老年精神医学雑誌, 33 巻 3 号, 218-223 (2022.3)
- 64) 涌井智子.(2022). 特集「認知症とともに一人で暮らせる社会環境の創出に向けて」認知症の独居高齢者の家族支援を考える. 老年精神医学雑誌, 33, 276-281, 2022.
- 65) 涌井智子.(2021). 在宅介護における家族介護者の負担感規定要因. 社会保障研究, 6(1), 33-44, 2021.
- 66) 井藤佳恵. 認知症とともに一人で暮らす高齢者のエンドオブライフと意思決定支援. 老年精神医学雑誌 33 (3) 270-275, 2022.
- 67) 堀田聡子,大村綾香,津田修治,大村千尋: 認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因. 老年精神医学雑誌, 33 (3) : 224-229 (2022)
- 68) 堀田聡子: 安心して認知症になれる社会環境を当事者とともに創り出す. 老年精神医学雑誌, 33 (3) : 297-302, (2022)
- 69) 堀田聡子: 『認知症』と出会い直す 一経験 専門家／人生の先輩である認知症のある方とともに－. 介護福祉 122: 22-31, (2021)
- 70) 角田光隆: 分譲マンションにおける新型コロナウイルス感染症に対する個人生活および組織活動に関する行動指針. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 68 号 2021 年 2 月 28 日 74 頁－96 頁.
- 71) 角田光隆: 「合理的配慮の義務化と加重な負担－障害者差別解消法とマンション法」神奈川大学法学会 神奈川法学第 53 巻 2 号 2021 年 3 月 129 頁－155 頁.
- 72) 角田光隆: 「孤立した高齢者と障害者のための支援と合理的配慮－新型コロナウイルス感染症－」神奈川大学法学会 神奈川法学第 53 巻 3 号 2021 年 3 月 1 頁－26 頁.
- 73) 角田光隆: 管理適正評価・認定制度と高齢者・障害者対応マニュアルの指針. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 70 号 2021 年 12 月 28 日 47 頁－60 頁.
- 74) 角田光隆: 事例. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 69 頁－73 頁.
- 75) 角田光隆: 高齢者・障害者対応マニュアルの指針－総論－. 日本マンション学会 民

- 事法研究会 マンション学第 71 号
2022 年 4 月 9 日 74 頁-77 頁.
- 76) 角田光隆: マンションと管理組合. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 78 頁-79 頁. (共著、松田昌也)
- 77) 角田光隆: 「マンションと管理会社」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 80 頁-81 頁. (共著、田中昌樹)
- 78) 角田光隆: マンションと行政(高齢者福祉・障害者福祉)」日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 82 頁-84 頁. (共著、赤石澤久子)
- 79) 角田光隆: マンションと地域包括支援センター. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 85 頁-86 頁.
- 80) 角田光隆: マンションと社会福祉協議会. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 87 頁-88 頁.
- 81) 角田光隆・マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活. 日本マンション学会 民事法研究会 マンション学第 71 号 2022 年 4 月 9 日 157 頁-163 頁.
- 82) 岡村毅、杉山美香. 新型コロナウイルス感染症下における大都市の大規模集合住宅に住む高齢者の支援. 老年精神医学雑誌 32(4): 460-467, 2021.
- 83) 菊地和則: 独居認知症高齢者の行方不明の実態とその対策, 老年精神医学雑誌, 33 (3), 282-287, 2022
2. 学会発表
<国際学会>
- 1) Ayako Eda, Mika Sugiyama, Fumiko Miyamae, Tsutomu Taga, Tsuyoshi Okamura, Kazunori Kikuchi, Shuichi Awata. The Incidence of early onset dementia in the Medical Centers for Dementia in Japan. The 11th International Association of Gerontology and Geriatrics Asia/Oceania Regional Congress (2019.10), Taiwan.
- 2) Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Taga T, Eda A, Awata S. What happens to people living in Tokyo metropolitan with cognitive impairment in 5 years? Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto
- 3) Mika Sugiyama, Hiroshi Murayama, Hiroki Inagaki, Tsuyoshi Okamura, Fumiko Miyamae, Ayako Eda, Chiaki Ura, Shuichi Awata. Subjective cognitive decline was related to anxiety about becoming dementia in future : A cross-sectional study in Japan. Regional IPA/JPS Meeting 2021, 16-18 Sept, Kyoto
- 4) <国内学会>
- 5) 栗田主一: 認知症ケアを受ける人の権利について考えたことはありますか. 第20回日本認知症ケア学会, 2019.5.25-5.26, 京都 (教育講演).
- 6) 栗田主一: 希望と尊厳をもって暮らせる社会をめざして. 第34回日本老年精神医学会, 2019.6.6-6.8, 仙台 (大会長講演).
- 7) 徳丸阿耶, 栗田主一, 村山繁雄: 認知症診断における神経画像の意義; 臨床・画像・病理をつなぐ. 第34回日本老年精神医学会, 2019.6.6-6.8, 仙台 (教育講演).
- 8) 栗田主一: 認知症の診断と治療. 第61回日本老年医学会学術集会, 2019.6.6-6.8, 仙台 (高齢者医療研修会).
- 9) 栗田主一: 認知症総論. 第34回JSCRS学術総会, 2019.6.28-6.30, 京都 (シンポジウム).

- 10) 新川祐利, 河野禎之, 山中克夫, 岡村毅, 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 栗田主一: 日本語版 DEMQOL, DEMQOL-PROXY の作成と信頼性・妥当性の検討. 第1回日本在宅医療連合学会, 2019.7.14-7.15, 東京
- 11) 松原ちあき, 白部麻樹, 古屋純一, 小原由紀, 大淵修一, 金憲経, 栗田主一, 平野浩彦, 水口俊介, 渡邊裕: 地域在住高齢者における歯科保健指導による認知機能低下予防効果の検証. 第14回日本歯科衛生学会, 2019.9.14-2019.9.16, 名古屋.
- 12) 栗田主一: 認知症医療における患者中心の医療とは. 第30回日本老年医学会東海地方会, 2019.10.5, 名古屋 (教育講演).
- 13) 河合恒, 谷口優, 大須賀洋祐, 清野諭, 渡邊裕, 金憲経, 栗田主一, 新開省二, 大淵修一: 地域高齢者における足底圧測定装置によって測定した歩行パラメータの基準値. 第6回日本予防理学療法学会, 2019.10.19-10.20, 広島.
- 14) 菊地和則, 中西亜紀, 小長谷陽子, 他, 介護保険第2号被保険者データを用いた若年性認知症の状態像に関する研究, 第34回日本老年精神医学会, 2019.6.6-8, 仙台.
- 15) 枝広あや子, 杉山美香, 多賀努, 山村正子, 宮前史子, 岡村毅, 菊地和則, 栗田主一. 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の年間鑑別診断件数と発生率の検討. 第34回日本老年精神医学会, 2019.6.6-8, 仙台.
- 16) 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 杉山美香, 岡村毅, 小川まどか, 宮前史子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 栗田主一. 高島平スタディ3: 地域拠点における歯科相談 歯の相談から生まれる生活の希望 第20回認知症ケア学会 2019年5月25日~26日 京都
- 17) 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一. 高島平 study における会場健診参加者の2年後の追跡 (2) 認知機能低下と社会的孤立との関連 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 18) 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 栗田主一. 権利ベースのアプローチによる認知症支援の担い手育成の効果の検証. 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 19) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一. 高島平 study における会場健診参加者の2年後の追跡 (1): MMSE-J 得点の変化 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 20) 杉山美香, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 小川まどか, 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一. 地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ. 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 21) 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 岡村毅, 小川まどか, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 栗田主一. 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援. 日本認知症予防学会第9回大会, 名古屋国際会議場. 2019.10.18-20
- 22) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 栗田主一. 高島平スタディ1: 認知症支援のための地域拠点における医療・保健・心理相談 高島平ココからステーションの実践 第20回日本認知症ケア学会 2019年5月25

- 日～26日 京都
- 23) 岡村毅、杉山美香、小川まどか、稲垣宏樹、宇良千秋、宮前史子、枝広あや子、釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、栗田主一 高島平スタディ2：医療を受けるための支援医師が地域相談をして分かったこと 第20回日本認知症ケア学会 2019年5月25日～26日 京都
- 24) 栗田主一：わが国の認知症施策の現状と課題. 第116回日本精神神経学会, 2020.9.28, 福島 (シンポジウム).
- 25) 栗田主一：都市に暮らす認知機能低下高齢者の生活実態と社会的孤立の解消に向けた地域づくり. 第39回日本認知症学会, 2020.11.27, 名古屋 (シンポジウム).
- 26) 栗田主一：Living well with dementia. 第39回日本認知症学会, 2020.11.27, 名古屋 (スポンサードセミナー).
- 27) 栗田主一：認知症の共生と予防を考える. 第35回日本老年精神医学会, 2020.12.20-12.22, 米子 (シンポジウム).
- 28) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 栗田主一 高島平スタディ1：認知症支援のための地域拠点における医療・保健・心理相談 高島平ココからステーションの実践 第20回認知症ケア学会 2019年5月25日～26日 京都
- 29) 岡村毅、杉山美香、小川まどか、稲垣宏樹、宇良千秋、宮前史子、枝広あや子、釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、栗田主一 高島平スタディ2：医療を受けるための支援医師が地域相談をして分かったこと 第20回認知症ケア学会 2019年5月25日～26日 京都認知症ケア学会
- 30) 枝広あや子、釘宮由紀子、森倉三男、岡村睦子、杉山美香、岡村毅、小川まどか、宮前史子、稲垣宏樹、宇良千秋、栗田主一。高島平スタディ3：地域拠点における歯科相談 歯の相談から生まれる生活の希望 第20回認知症ケア学会 2019年5月25日～26日 京都
- 31) 小川まどか、稲垣宏樹、宇良千秋、杉山美香、宮前史子、岡村毅、枝広あや子、釘宮由紀子、森倉三男、岡村睦子、栗田主一。権利ベースのアプローチによる認知症支援の担い手育成の効果の検証。第34回老年精神医学会 2019年6月6日～8日
- 32) 杉山美香 宮前史子 佐久間尚子 稲垣宏樹 宇良千秋 小川まどか 枝広あや子 岡村毅 栗田主一。地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ。第34回老年精神医学会 2019年6月6日～8日
- 33) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一。高島平studyにおける会場健診参加者の2年後の追跡(1)：MMSE-J得点の変化 第34回老年精神医学会 2019年6月6日～8日
- 34) 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一。高島平studyにおける会場健診参加者の2年後の追跡(2) 認知機能低下と社会的孤立との関連 第34回老年精神医学会 2019年6月6日～8日
- 35) 杉山美香、宮前史子、釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男、岡村毅、小川まどか、枝広あや子、宇良千秋、稲垣宏樹、栗田主一 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援 認知症予防学会
- 36) 宇良千秋, 岡村毅, 杉山美香, 中山莉子, 山下真里, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一：大都市団地で

- 認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (1) 生活拠点の変化と属性の違いについて. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 37) 山下真里, 岡村毅, 宇良千秋, 杉山美香, 中山莉子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一: 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (2) 地域生活の体験と主観的QOLの関連. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 38) 岡村毅, 宇良千秋, 杉山美香, 中山莉子, 山下真里, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 栗田主一: 大都市団地で認知機能低下と共に暮らす高齢者の体験世界を知る (3) 本人の語りに基づいた, 本人の生活世界の探求. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 39) 扇澤史子, 古田光, 今村陽子, 岡本一枝, 白取絹恵, 畠山啓, 斎藤久美子, 栗田主一: 認知症本人同士の集い「私たちが話そう会」の意義についての一考察: 心理士3名によるフォーカスグループディスカッションを通して. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 40) 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 見城澄子, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (1). 相談事業を通して地域拠点における多機関との連携を考える. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 41) 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 佐藤恵, 田畑文子, 宮前史子, 杉山美香, 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (2). 巨大団地に孤立して住む高齢者の最期の日々に寄り添って. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 42) 宮前史子, 多賀努, 森倉三男, 岩田裕之, 見城澄子, 杉山美香, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割 (3). 地域拠点で開催する本人ミーティングの実践と参加者の変化. 第21回日本認知症ケア学会, 2020.5.30-5.31, 仙台 (ポスター).
- 43) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 岡村毅, 栗田主一「大都市に暮らす高齢者の健康度: 会場調査と訪問調査の比較から」日本老年医学会2020年8月4日-6日新宿
- 44) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 宇良千秋, 小川まどか, 小久保奈緒美, 山下真理, 稲垣宏樹, 栗田主一. COVID-19影響下で認知症支援のための地域拠点に何ができるのか 公衆衛生学会2020年10月20日(火)~10月22日(木) 京都
- 45) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 岡村毅, 栗田主一: 大都市に暮らす認知機能低下高齢者の健康度の測定. 会場調査と訪問調査の比較から. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (ポスター).
- 46) 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 小川まどか, 枝広あや子, 栗田主一: 認知機能低下のある高齢者は日常生活でどんな支援を求めているか. 地域在住高齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況の違いの分析. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子 (ポスター).
- 47) 稲垣宏樹, 杉山美香, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 多賀努, 宮前史子, 本川佳子, 村山洋史, 栗田主一: 地域に暮らす人々は

- 認知症の人についてどのような意識を持っているのか？「認知症の人に対する態度尺度」を用いた検討. 第35回日本老年精神医学会, 2020,12.20-12.22, 米子(ポスター).
- 48) 岡村毅, 小川有閑, 高瀬顕功, 新名正弥, 問芝志保, 林田康順: 高齢者ケアワーカーは医療をどうみているのか: 僧侶による深掘りインタビュー. 第35回日本老年精神医学会, 2020.12.20-12.22, 米子(ポスター).
- 49) 角田光隆: 2020年度日本マンション学会第4分科会「認知高齢者等の課題と対策」日本マンション学会(オンライン大阪大会) 2020年11月7日
- 50) 栗田主一: 認知症フレンドリー社会の実現をめざした地域疫学研究. 第117回日本精神神経学会, 2021.9.19-9.21, 京都(シンポジウム).
- 51) 稲垣宏樹, 栗田主一, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 杉山美香, 宮前史子, 多賀努, 平野浩彦, 本川佳子, 小原由紀, 横山友里: 大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告～高島平 2019 コホートにおける大規模郵送調査の結果から～. IPA/日本老年精神医学会, 京都/WEB, 2021.9.16-18
- 52) 小原由紀, 枝広あや子, 岩崎正則, 本川佳子, 稲垣宏樹, 横山友里, 栗田主一, 北村明彦, 新開省二, 平野浩彦: 地域在住高齢者における「かかりつけ歯科医」の有無とフレイルとの関連について. 第80回日本公衆衛生学会, 東京+WEB 開催, 2021.12.21-23
- 53) 角田光隆: 認知症高齢者等の事例と対応マニュアルの指針—趣旨説明、事例、高齢者・障害者対応マニュアルの指針—総論—; マンションと地域包括支援センター; マンションと社会福祉協議会. 日本マンション学会. 2022年4月16日
- 54) 角田光隆: マンションにおける一人暮らしの重度身体障害者の住環境と地域生活. 日本マンション学会. 2022年4月17日.
- 55) 枝広あや子, 岡村毅, 本橋佳子, 高橋知佳, 宇良千秋, 宮前史子, 杉山美香, 多賀努, 中山莉子, 山下真里, 栗田主一. 訪問口腔調査で明らかになった都市部在住認知症高齢者の口腔機能低下. 第22回日本認知症ケア学会, 2022年6月5日～10月5日(Web開催).
- 56) 中山莉子, 多賀努, 岡村毅, 杉山美香, 宇良千秋, 山下真里, 宮前史子, 枝広あや子, 栗田主一: 地域において認知症とともに生きる独居高齢者の安心感を醸成するには? 第22回日本認知症ケア学会, 2022年6月5日～10月5日(Web開催).
- 57) 宮前史子, 多賀努, 森倉三男, 岩田裕之, 見城澄子, 杉山美香. 地域住民が集まる本人ミーティングでは何が語られているのか?: DFCs 実現のための基礎的研究. 第22回日本認知症ケア学会, 2022年6月5日～10月5日(Web開催).
- 58) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 中山莉子, 宇良千秋, 小川まどか, 多賀努, 井藤佳恵, 栗田主一. コロナ禍の認知症支援拠点の役割とその実践～第2回目の緊急事態宣言下での地域拠点の取り組み～ 第22回日本認知症ケア学会, 2022年6月5日～10月5日(Web開催).
- 59) 稲垣宏樹, 栗田主一, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 杉山美香, 宮前史子, 多賀努, 平野浩彦, 本川佳子, 小原由紀, 横山友里, 北村明彦, 新開省二: 大都市に一人で暮らす認知機能低下高齢者の対人・社会関係に関する報告 第36回日本老年精神医学会 2021年9月16日-18日, 京都.
- 60) 森倉三男, 井藤佳恵, 宇良千秋, 岡村毅, 見城澄子, 釘宮由紀子, 杉山美香, 多賀努,

永瀬雅子、中山莉子、宮前史子、栗田主一：
「地域の居場所」の利用によるフォーマル
サービスの利用支援. 第36回日本老年精
神医学会 2021年9月16日-18日, 京都.

- 61) 多賀努、井藤佳恵、宇良千秋、枝広あや子、
岡村毅、岡村睦子、釘宮由紀子、見城澄子、
杉山美香、津田修司、中山莉子、宮前史子、
山下真理、栗田主一：心身の機能の低下し
た高齢者の「尊厳」観に関する実証的な研
究：認知機能の低下した高齢者の尊厳観に
立った支援の予備的な調査. 第36回日本
老年精神医学会, 2021年9月16日-18日,
京都.
- 62) 佐久間尚子、鈴木宏幸、稲垣宏樹、小川将、
枝広あや子、杉山美香、宮前史子、宇良千
秋、岡村毅、栗田主一：大都市に暮らす高
齢者の Trail Making Test の成績：TMT-B 完
遂者のエラー1回は健常範囲か？ 第36回
日本老年精神医学会, 2021年9月16日-
18日, 京都.
- 63) 菊地和則、大口達也、池内朋子、栗田主一：
独居認知症高齢者の行方不明発生率に関
する研究, 第63回日本老年医学会学術集
会, 2021.6.11-27, 名古屋 (Web開催).

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