

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社会参加促進に関する研究

研究分担者 堀田聡子 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授

研究分担者 津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

研究要旨

【目的】認知症があると、豊かな生活に寄与する社会参加の機会が減少することが知られる。本研究は、軽度認知症もしくは認知症が疑われる人の社会参加の状況が、独居の場合と同居者がいる場合とでどのように異なるのかを明らかにした。また、独居の場合に、ひとりで自宅外の活動をする人としいない人とでどのような属性や対処行動等の違いがあるのか検証した。

【方法】インターネット調査会社のモニターを対象に 2021 年 12 月に実施した調査データの二次的分析をした。対象は、初期認知症または認知症の疑いがある 40 歳以上の本人（本人）と同居または 30 分以内の場所に住む成人家族である。本人の属性、認知機能、診断と要介護認定の有無、対処行動等、社会参加の状況、家族の属性の変数を用いた。分析は、①独居または同居者ありによって社会参加ありの割合に差があるか、②独居の場合に、ひとりで社会参加をする人としいない人の本人・家族の属性等に差があるか、t 検定およびカイ 2 乗検定で検証した。

【結果】1322 名のうち、本人の独居は 177 名（13.4%）だった。同居者ありと比較して、独居の本人はやや高齢で、女性の割合が高く、認知機能または ADL の低下を多く認めた。独居の本人は、ひとりで買い物や外食に行く割合は高かったが（36.7% vs 25.7%, $p=0.002$ ）、ひとりで趣味（9.0% vs 16.3%, $p=0.012$ ）、ひとりでスポーツ（4.0% vs 8.3%, $p=0.044$ ）、知人・友人とスポーツ（2.8% vs 7.3%, $p=0.026$ ）、ボランティア・市民活動（5.1% vs 9.8%, $p=0.044$ ）、町内会活動（11.9% vs 19.0%, $p=0.021$ ）を行う割合は低かった。ひとりで行う自宅外の活動があることと有意な関連を認めた本人の対処行動等は、認知症のことを友人・知人に伝えていること（21.5% vs 8.9%, $p=0.041$ ）、携帯・スマホ・タブレットを利用すること（67.8% vs 50.0%, $p=0.023$ ）、認知症のない友人がいること（44.6% vs 25.0%, $p=0.013$ ）だった。

【考察】生活を共にして支える家族等の支援者がいない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、生活に必須の社会参加は多いが、楽しみや役割につながる社会参加は少なかった。認知症があつて、ひとり暮らしであっても、地域で豊かに生活を続けることの支援には、後者の社会参加の継続を助ける支援の必要が示唆された。そのために、本人の対処行動や交友関係に対する直接・間接支援が適切だと考えられる。

A. 研究目的

社会参加することは、人とのつながりから幸福感や満足を得ることや、役割を果たして目的意識や自尊心を持つことで、人のウェルビーイングに寄与する^(1,2)。また、そこで得たつながりはソーシャルサポートの授受を可能にし、困ったときに助け合う資源にもなる⁽³⁾。この社会参加の効用は、認知症のある人たちにも当てはまるとされる⁽⁴⁾。しかし、認知症になって日常の活動に制限が出始めると、その前後から社会参加にも深刻な影響がある⁽⁵⁾。例えば、認知症のない高齢者の87%が維持する日常的な社会的交流は、認知症の診断前後で55%から23%まで低下するという報告がある⁽⁶⁾。

社会参加の減少は、認知症があつて、さらにひとり暮らしをする場合、特に大きな意味を持つ。独居認知症高齢者は、同居者がいる場合よりも、精神的ウェルビーイングが低く、他者からのサポートを得にくいいためである。独居認知症高齢者は心理的なストレス、とりわけ孤独感を抱えやすいこと^(7,8,9)、家事や食事、セルフケアなど生活に必須の活動に関する支援ニーズが満たされにくいことが知られる⁽¹⁰⁾。

同居者不在の影響を補う可能性があるものの一つは、社会参加やそれによって得た人のつながりであろう。しかし、独居認知症高齢者を支えるためのエビデンスの蓄積は少なく、彼らの社会参加の状況はほとんど明らかになっていない。本研究は、認知機能が軽度低下してひとり暮らしをする人の社会参加の状況が、同居者がいる場合とどのように異なるのかを明らかにした。また、独居の場合に、家族を伴わずに、ひと

りで自宅外の活動をする人としらない人の特徴にはどのような差異があるのか検証した。

B. 研究方法

インターネット調査会社のモニターを対象として実施した2021年12月のデータ⁽¹¹⁾の二次的分析を実施した。対象者の適格基準は、1. 現在、家族の中で認知症や軽度認知障害の診断を受けている人、もしくは認知症の疑いがある人が1人以上いる、2. その人が、認知・生活機能質問表(DASC-8)において、カテゴリーI(認知機能正常かつADL自立)もしくはカテゴリーII(軽度認知障害～軽度認知症または手段的ADL低下、基本的ADL自立)、3. その人の現在の住まいが自宅、4. 回答者とその人が同居もしくは普段の交通手段で30分以内、の4つの基準とした。基準を満たした対象者1600名のうち、認知症もしくは認知症の疑いがある人が40歳未満、自宅生活の継続が困難なレベルのBPSDが出現しているケース、家族が20歳未満、のケースを除外した。1600名の有効回答のうち、最終的に1322名分が分析対象となった。

今回の分析で用いた調査項目は、認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性、認知機能、診断と要介護認定の有無、対処行動等、社会参加の状況、家族の属性、である。本研究では、社会参加とは、「他者との相互関係を伴う活動に参加すること」というLevasseurらの定義とその分類を採用した。社会参加の分類を、ひとりで行う(自宅外の)活動(4項目)、他者と一緒に行う(自宅外の)活動(8項目)、人の

ために行う（自宅外の）活動（3項目）の3つとして、それらを日常的に行なっているかどうか調査した⁽¹²⁾。

また、対処行動等として、認知症のことを友人・知人に伝える、困った時に助けを求める、携帯・スマホ・タブレットを利用する、認知症のある友人がいる、認知症のない友人がいる、の5項目を調査した。

分析は変数の種類に応じて、平均・標準偏差または頻度・割合を算出して、t検定またはカイ2乗検定を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（受理番号2021-21）。調査対象者には、インターネット調査会社からメールで案内を送付して、調査画面の冒頭で調査の目的や内容、個人情報の取り扱い等についての説明を文章で提示した。その説明に対して電子的に同意があった場合に回答を得た。

C. 研究結果

1322名の家族は平均年齢52.4（標準偏差12.9）歳、男性66.6%、就労あり80.0%、主観的健康感良好74.5%だった。認知症もしくは認知症の疑いがある人は、平均年齢78.2（標準偏差11.5）歳、女性59.4%、DASC-8 カテゴリーII 67.7%、認知症の診断あり49.8%、要介護認定あり46.0%、独居13.4%だった。

表1で独居と同居者ありのケースで家族および認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性を比較した。独居では、女性の家族が多かった（43.5% vs 31.8%, $p=0.002$ ）が、その他の属性の項目には有意な差を認

めなかった。認知症もしくは認知症の疑いがある人の属性は、独居で有意に高齢

（82.1歳 vs 77.5歳, $p<0.001$ ）、女性の割合が高い（75.7% vs 56.9%, $p<0.001$ ）、DASC-8 カテゴリーIIが多かった（75.7% vs 66.5%, $p=0.014$ ）。BPSDの頻度や介護認定ありの割合は、独居の方が高い傾向を認めた。

表2では、ひとりでまたは家族同伴で、日常的に社会活動を行う人の割合について、独居の場合と同居者ありの場合で比較した。同居者ありの場合と比較して、独居の認知症もしくは認知症の疑いのある人は、ひとりで買い物や外食に行く割合は有意に高かったが（36.7% vs 25.7%, $p=0.002$ ）、趣味（9.0% vs 16.3%, $p=0.012$ ）、スポーツ（4.0% vs 8.3%, $p=0.044$ ）、知人・友人とのスポーツ（2.8% vs 7.3%, $p=0.026$ ）、ボランティア・市民活動（5.1% vs 9.8%, $p=0.044$ ）、町内会活動（11.9% vs 19.0%, $p=0.021$ ）を行う割合は有意に低かった。また、家族と一緒にいる活動は、近所の散歩（27.1% vs 35.6%, $p=0.027$ ）、ピアサポート（0% vs 2.2%, $p=0.047$ ）、ボランティア・市民活動（2.6% vs 13.6%, $p=0.003$ ）の3つの項目で、独居の場合に実施する割合が有意に低かった。

独居・同居者ありの別に関係なく認めた傾向は、本人ミーティングやピアサポート、認知症カフェなど、近年の認知症関連施策で整備された事業やサービスを利用する人の割合はいずれも5%未満と低いことだった。次に、独居の場合に限定して、家族に伴われないで社会活動をする人の割合を、社会参加の3つのカテゴリー毎に比較検討した。家族に伴われずに、ひとりで行う活動が4

項目中1項目以上ある独居の人は121名(68.4%)、同様に、他者と一緒に行う活動が1項目以上ある独居の人は77名(43.5%)、人のために行う活動が1項目以上ある独居の人は50名(28.2%)だった。

これら3つのカテゴリーのうち最も割合が高かった、家族に伴われずにひとりで行う活動に注目した。このカテゴリーの活動がある人とない人の差異について、本人・家族の属性や対処行動等を比較した(表3)。家族に伴われずに、ひとりで行う活動があることと有意な関連を認めたのは、認知症のことを友人・知人に伝えていること(21.5% vs 8.9%, $p=0.041$)、携帯・スマホ・タブレットを利用すること(67.8% vs 50.0%, $p=0.023$)、認知症のない友人がいること(44.6% vs 25.0%, $p=0.013$)だった。一方で、認知症の重症度(DASC-8)、認知症の診断や要介護認定を受けていること、家族の属性については、いずれも有意差を認めなかった。

D. 考察

ひとり暮らしをする初期認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、同居者がいる場合に比べて、ひとりで買い物や外食するなど個人の生活に必須の社会活動は多いが、趣味やスポーツなどひとりでまたは他者と楽しむ社会活動は少なく、町内会活動のように社会の中で役割を果たす活動も少なかった。家族に伴われずにひとりの社会活動をする人は、認知症のことを友人・知人に伝える、携帯・スマホ・タブレットを利用するなど、対処行動と解釈できる行動を多くとっていた。また、認知症のない友人がいる場合にも、家族に伴われずにひと

りで活動しており、交友関係も有意に関連する要因だった。

認知症になると、近所の外出は続けるが、スポーツやレクリエーションのための場所に行くことをやめる傾向があることが先行研究で指摘される⁽¹³⁾。本研究でも同様の結果を認めた。すなわち、同居者の有無に関わらず、近所の散歩は比較的高い割合で実施するが、趣味やスポーツの活動は少なくなるが、さらに本研究が明らかにしたことは、独居の場合にはより顕著に趣味やスポーツの活動が減少することである。スポーツやレクリエーションは、認知症のある人が社会参加だと考える活動の典型であり、楽しみを得たり、人と交流したりする活動である⁽¹⁴⁾。その活動が少ないことは、独居認知症高齢者が心理的ストレスや孤独感を抱えやすいことと関連している可能性がある。

その一方で、独居の場合、ひとりで買い物や外食に行くことが多いという結果を認めた。これは、独居認知症高齢者は、生活に必須の支援ニーズが多く、満たされにくいこと⁽¹⁰⁾と併せて解釈する必要がある。衣食住などの生活に関する社会参加の活動を多く行っていたことは、同居する支援者がいないために自分で実行する、という意味があると考えられる。同時に、貴重な社会参加の機会となっていた。ひとり暮らしの場合に衣食住の支援ニーズは満たされにくいかもしれないが、それでも認知症もしくは認知症の疑いがある本人は工夫して生活しているものである。まずは、本人が普段どのように対処しているのかをしっかりと理解する必要がある。本人が生活の中で自律的に行う活動を尊重した上で、その活動の

何に対して支援ニーズがあるのか判断し、継続を支えたり、不足を補ったりすることが大切であろう。

本研究では、認知症のことを他者に伝えていくこと、スマートフォンなどを使うこと、認知症のある友人がいることが、家族に伴われず、ひとりで自宅外の活動をする事と関連した。認知症があってもスマートフォンを使うなど対処行動をすることで社会参加を続けられることを示した先行研究と一致しており⁽¹⁵⁾、対処行動の大切さは独居の場合にも変わらないことを意味するのだろう。

今回の対象となった認知症もしくは認知症の疑いのある人たちは、独居・同居に関わらず、認知症のある友人を持つ人は非常に少なく、ピアサポートや認知症カフェの利用者もわずかであった。近年、政策的にも当事者同士が出会い、語り合い、助け合うさまざまな活動が推進されているが、実際にはその機会を得られている人は極めて稀という結果である。研究の対象者は、認知機能低下がほとんどないか、軽度認知症が疑われる人だった。認知症の早期診断の体制構築が進み、認知機能低下の初期の段階で、診断を受けた早期から、適切な社会的支援に結びつくことが大切であることが指摘され⁽¹⁶⁾、そのことは政策の掲げる目標の一つでもある⁽¹⁷⁾。社会参加や当事者同士の交流は、そのための手段という側面もある。認知症カフェなど地域の社会的支援の整備は飛躍的に進んだが、その支援にたどり着いていない人が多いという実態を改めて示したものだろう⁽¹⁸⁾。

E. 結論と今後の課題

生活を共にして支える家族等の支援者がいない独居の認知症もしくは認知症の疑いがある高齢者は、生活に必須の社会参加は多いが、趣味やスポーツを楽しんだり、他者と関わって役割を果たしたりする社会参加は少なかった。後者の社会参加は、ウェルビーイングやソーシャルサポートなど、人の健康的な生活を形作るものである。認知症があっても、ひとり暮らしであっても、地域で豊かに生活をするための支援には、このような社会参加の継続を助けることが大切であろう。そのためには、認知症であることを人に伝える、スマートフォンを使うなど、対処行動をとることや、地域に交友関係を持つことに意味がある。そのような行動をとることができるように直接的・間接的に支援することが適切だと考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 堀田聡子, 大村綾香, 津田修治, 大森千尋. 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】認知症とともに一人で暮らす高齢者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. 2022;33(3):224-229.

2) Tsuda S, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Miyamae F, Ura C, et al. Living alone, cognitive function, and well-being of Japanese older men and women: a cross-sectional study. Health Soc Care Community. 2023;7183821

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Reference

- 1) Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*. 2010;31(4):683-712.
- 2) Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL. Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. *Aging Ment Health*. 2007;11(4):384-93.
- 3) Kawachi I, Berkman LF. Social capital, social cohesion, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology*. Second ed. New York: Oxford University Press; 2014.
- 4) Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging and Mental Health*. 2017;21(1):4-17.
- 5) Chaudhury H, Mahal T, Seetharaman K, Nygaard HB. Community participation in activities and places among older adults with and without dementia. *Dementia (London)*. 2021;20(4):1213-33.
- 6) Hackett RA, Steptoe A, Cadar D, Fancourt D. Social engagement before and after dementia diagnosis in the English Longitudinal Study of

Ageing. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220195.

7) Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, et al. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(8):851-8.

8) Clare L, Martyr A, Henderson C, Gamble L, Matthews FE, Quinn C, et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2020;78(3):1207-16.

9) Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, Clark A, Campbell S, Manji K, et al. Its our pleasure, we count cars here: An exploration of the neighbourhood-based connections for people living alone with dementia. *Ageing and Society*. 2021;41(3):645-70.

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

11) 人とまちづくり研究所. 認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業報告書. 2022. Available from: https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/R3_104_report_248.pdf

12) Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9.

13) Thalen L, Malinowsky C, Margot-Cattin I, Gaber SN, Seetharaman K, Chaudhury H, et al. Out-of-home participation among people living

with dementia: A study in four countries. *Dementia (London)*. 2022;21(5):1636-52.

14) Margot-Cattin I, Berchtold A, Gaber S, Kuhne N, Nygard L, Malinowsky C. Associations between community participation and types of places visited among persons living with and without dementia: risks perception and socio-demographic aspects. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):309.

15) Hedman A, Nygard L, Kottorp A. Everyday Technology Use Related to Activity Involvement Among People in Cognitive Decline. *Am J Occup Ther*. 2017;71(5):7105190040p1-p8.

16) Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London, UK: Alzheimer's Disease International; 2022.

17) 認知症施策推進関係閣僚会議. 認知症施策推進大綱. 2019. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>.

18) 認知症介護研究・研修仙台センター. 認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業報告書. 2019. Available from: https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/322/s_h29kazokushienn_doc.pdf.

表 1. 家族および認知症もしくは認知症の疑いがある方の基本属性 (n=1322)

	独居 n=177		同居者あり n=1145		p
家族					
年齢 (mean, SD)	51.3	12.1	52.5	13.0	0.24
女性	77	(43.5%)	364	(31.8%)	0.002
最終学歴：短大・大学・大学院	127	(71.8%)	817	(71.4%)	0.91
主観的経済状況：良い	117	(66.1%)	755	(65.9%)	0.97
主観的健康感：良い	132	(74.6%)	853	(74.5%)	0.98
ソーシャルネットワーク：良好	67	(37.9%)	389	(34.0%)	0.31
仕事：あり	142	(80.2%)	915	(79.9%)	0.92
医療・福祉・介護関係の仕事経験：あり	21	(11.9%)	135	(11.8%)	0.98
認知症関連のボランティア経験：あり	9	(5.1%)	68	(5.9%)	0.65
認知症もしくは認知症の疑いがある方					
年齢 (mean, SD)	82.1	7.7	77.5	11.9	<0.001
女性	134	(75.7%)	651	(56.9%)	<0.001
DASC8：MCI～軽度認知症	134	(75.7%)	761	(66.5%)	0.014
BPSD：軽度あり(ref: なし)	145	(81.9%)	889	(77.6%)	0.20
診断あり	91	(51.4%)	567	(49.5%)	0.64
要介護認定あり	91	(51.4%)	517	(45.2%)	0.12

表 2. 独居または同居者ありの場合で社会活動の割合の比較 (n=1322)

	ひとりで				p	家族同伴で				p
	独居 n=177		同居 n=1145			独居 n=177		同居 n=1145		
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
ひとりで行う活動										
近所の散歩	77	(43.5)	446	(39.0)	0.249	48	(27.1)	408	(35.6)	0.027
買い物や外食	65	(36.7)	294	(25.7)	0.002	73	(41.2)	438	(38.3)	0.447
趣味 (映画、写真、図書館)	16	(9.0)	187	(16.3)	0.012	19	(10.7)	169	(14.8)	0.154
スポーツ (ジョギング、自転車、水泳)	7	(4.0)	95	(8.3)	0.044	9	(5.1)	74	(6.5)	0.482
他者と一緒に行う活動										
友人を訪問	29	(16.4)	209	(18.3)	0.547	35	(19.8)	231	(20.2)	0.902
友人との買い物や外食	41	(23.2)	227	(19.8)	0.304	55	(31.1)	340	(29.7)	0.709
友人・知人と趣味 (囲碁、将棋、コーラス)	22	(12.4)	110	(9.6)	0.244	14	(7.9)	97	(8.5)	0.802
友人・知人とスポーツ (テニス、ゴルフ)	5	(2.8)	84	(7.3)	0.026	6	(3.4)	77	(6.7)	0.089
高齢者学級・社会人講座・市民講座	2	(1.1)	32	(2.8)	0.193	3	(1.7)	27	(2.4)	0.581
本人ミーティング	1	(0.6)	33	(2.9)	0.07	6	(3.4)	40	(3.5)	0.944
ピアサポート	0	(0.0)	21	(1.8)	0.069	0	(0.0)	25	(2.2)	0.047
認知症カフェ	0	(0.0)	15	(1.3)	0.126	0	(0.0)	13	(1.1)	0.154
人のために行う活動										
ボランティア・市民活動	9	(5.1)	112	(9.8)	0.044	10	(5.6)	156	(13.6)	0.003
町内会活動	21	(11.9)	218	(19.0)	0.021	22	(12.4)	207	(18.1)	0.065
老人会・老人クラブ	27	(15.3)	120	(10.5)	0.06	17	(9.6)	89	(7.8)	0.404

表 3. 独居の場合で、家族に伴われずにひとりで行う活動がある人、ない人の比較 (n=177)

家族に伴われずにひとりで行う活動	活動あり n=121		活動なし n=56		p
家族					
年齢 (mean, SD)	50.8	12.2	52.4	11.9	0.44
性別：女性	55	(45.5%)	22	(39.3%)	0.44
最終学歴：短大・大学・大学院	85	(70.2%)	42	(75.0%)	0.51
主観的経済状況：良い	82	(67.8%)	35	(62.5%)	0.49
主観的健康感：良い	92	(76.0%)	40	(71.4%)	0.51
ソーシャルネットワーク：良い	50	(41.3%)	17	(30.4%)	0.16
仕事：あり	98	(81.0%)	44	(78.6%)	0.71
医療・福祉・介護関係の仕事経験：あり	14	(11.6%)	7	(12.5%)	0.86
認知症関連のボランティア経験：あり	7	(5.8%)	2	(3.6%)	0.53
認知症もしくは認知症の疑いがある方					
年齢 (mean, SD)	81.8	7.8	82.9	7.4	0.38
DASC8：MCI~軽度認知症	92	(76.0%)	42	(75.0%)	0.88
BPSD：軽度あり (ref: なし)	103	(85.1%)	42	(75.0%)	0.10
認知症の診断：あり	65	(53.7%)	26	(46.4%)	0.37
要介護認定：あり	58	(47.9%)	33	(58.9%)	0.17
認知症のことを友人・知人：伝えている	26	(21.5%)	5	(8.9%)	0.041
困った時に助けを：求める	73	(60.3%)	29	(51.8%)	0.29
携帯・スマホ・タブレット：使う	82	(67.8%)	28	(50.0%)	0.023
認知症ある友人：いる	9	(7.4%)	1	(1.8%)	0.13
認知症のない友人：いる	54	(44.6%)	14	(25.0%)	0.013