

独居認知症高齢者等の地域での
暮らしを安定化・永続化するための研究

エビデンスブック 2024

令和4年度～令和6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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究

はじめに

超少子高齢化の進展によって、認知症とともに一人で暮らす高齢者の数は着実に増加している。独居の認知症高齢者では、生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから、しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり、社会的孤立の傾向が強まることが少なくない。また、近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して、私たちは、平時の社会的孤立が緊急時において増幅され、社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験している。こうしたことから、令和元（2019）年度～令和3（2021）年度の厚生労働科学研究「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」において、この領域の現時点での知識ベースを構築し、自治体向け手引きを作成するための資料として「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のための研究 エビデンスブック2021」を作成した。

しかし、その作成プロセスの中で、国内外を通じてこの領域の研究が極めて未開拓の段階にあることが明らかになった。そこで、令和4（2022）年度～令和6（2024）年度の厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」において、独居認知症高齢者等の地域生活の安定化に関するさまざまな研究を国内において実施するとともに、エビデンスブック2021の改訂版を作成することとした。本書はこれによって作成されたものである。本書の作成作業を通して、過去3年の間に、独居認知症高齢者の地域生活にフォーカスをあてた多様な研究が国内外でも報告されはじめていることが明らかにされている。しかし、それでもなお、独居認知症高齢者の地域生活の安定化や尊厳ある地域生活の継続をアウトカム指標とする体系的研究はまだ見あたらない。

この領域の研究は、世界最高水準の長寿国であり、21世紀前半に認知症とともに一人で暮らす超高齢者が急増することが予測されるわが国が牽引していかなければならないであろう。尚、2024年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症だけではなく、軽度の認知機能障害（MCI等）を含めた認知機能低下高齢者が、尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせるよう政策を総合的に進めることによって、共生社会の実現を推進していこうとするものである。これまでの研究からも、一人暮らしの高齢者では、すでにMCIの段階で精神的・身体的・社会的な生活課題が現れやすいことが明らかにされている。そこで、本エビデンスブックの作成にあたって、MCIまたは認知症のある高齢者を「認知機能低下高齢者」と呼び、関連領域の研究も網羅できるようにした。本書が、認知症支援に関わる多領域の人々に広く活用され、一人暮らしの認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続に寄与することができればと願っている。

厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」

研究代表者 栗田 圭一

令和4年度～令和6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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究
研究組織

（五十音順・敬称略）

<研究代表者>

栗田 主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長

<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 福祉と生活ケア研究チーム・研究部長
石山 麗子 国際医療福祉大学大学院・教授
井藤 佳恵 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
稲垣 宏樹 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
大塚 理加 国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・研究員
岡村 毅 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
川越 雅弘 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
菊地 和則 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
桜井 良太 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員
津田 修治 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
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
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

<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 福祉と生活ケア研究チーム・研究員
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
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・専門副部長
大口 達也 埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校 社会福祉士養成科・専任講師
大久保 豪 BMS横浜・立命館大学・客員協力研究員
大野 昂紀 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
大森 千尋 筑波大学人間総合科学学術院 博士課程
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・協力研究員
黒澤 史津乃 株式会社OAGウェルビーR 代表取締役・行政書士
黒田 葉月 慶應義塾大学医学部・研究員
齊藤 葉子 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
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
鈴木 善雄 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程

関野 明子	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
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・副所長
角田 光隆	神奈川大学法学部・教授
中島 朋子	東久留米白十字訪問看護ステーション・所長／全国訪問看護事業協会・常務理事
永田 久美子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・副センター長兼研究部長
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
深谷 太郎	東京都健康長寿医療センター研究所 健康長寿イノベーションセンター・研究員
藤原 聡子	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
水島 俊彦	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク 副代表・弁護士
光武 誠吾	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
南 拓磨	埼玉県立大学・特任助教
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
山下 真里	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

目 次

1 独居認知症高齢者数の将来推計と現在の生活実態

RQ1-1. わが国の独居高齢者数の将来推計は	001
RQ1-2. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計は	003
RQ1-3. 認知症高齢者は非認知症高齢者よりも要介護度が重症化しやすいのか	007
RQ1-4. 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 重症化しやすいのか	011
RQ1-5. 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	013
RQ1-6. 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	016

2 健康問題、経済的困窮、社会的孤立、行方不明のリスク

RQ2-1. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも身体的健康問題の リスクが高いのか	020
RQ2-2. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも精神的健康問題の リスクが高いのか	022
RQ2-3. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも口腔機能低下の リスクが高いのか	025
RQ2-4. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも低栄養のリスクが高いのか	028
RQ2-5. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮の リスクが高いのか	031
RQ2-6. 独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも社会的孤立の リスクが高いのか	033
RQ2-7. 独居認知症高齢者等の行方不明リスクは高いのか	036
RQ2-8. 独居の行方不明認知症高齢者等は死亡リスクが高いのか	038

3 リスク低減に向けた対策

RQ3-1. 独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか	040
RQ3-2. 独居認知症高齢者の精神的健康問題のリスクを低減させる方法はあるか	043
RQ3-3. 独居認知症高齢者の口腔機能低下リスクを低減させる方法はあるか	045
RQ3-4. 独居認知症高齢者の低栄養リスクを低減させる方法はあるか	050
RQ3-5. 独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるか	054
RQ3-6. 独居認知症高齢者の社会的孤立リスクを低減させる方法はあるか	056
RQ3-7. 独居認知症高齢者等の行方不明対策はどうあるべきか	059

4 意思決定支援及び権利擁護に関する課題と対策

RQ4-1. 独居認知症高齢者の意思決定支援においてどのような課題が生じているか	062
RQ4-2. 独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際してどのような課題が 生じているか	065
RQ4-3. 独居認知症高齢者は詐欺や不適切な取引の被害に遭いやすいのか	068
RQ4-4. 独居認知症高齢者の意思決定支援における課題を克服するための 対策はあるか	071

RQ4-5.	独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際しての課題を 克服するための対策はあるか	074
RQ4-6.	独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を 回避するための対策はあるか	076
コラム	独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割	079

5 独居認知症高齢者の別居家族が直面している課題と対策

RQ5-1.	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	082
RQ5-2.	独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策はあるか	087

6 身寄りのない独居認知症高齢者の課題と対策

RQ6-1.	身寄りのない独居認知症高齢者が直面している生活課題は何か	092
RQ6-2.	身寄りのない独居認知症高齢者の生活課題を克服する対策はあるか	094

7 地域環境や居住環境に応じた課題と対策

RQ7-1.	大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か	096
RQ7-2.	大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか	098
RQ7-3.	離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か	100
RQ7-4.	離島に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか	103
RQ7-5.	中山間地域に暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か	106
RQ7-6.	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	109
RQ7-7.	マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は何か	111
RQ7-8.	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	113

8 ケア・コーディネーション

RQ8-1.	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なされているか	115
RQ8-2.	かかりつけ医は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか	118
RQ8-3.	訪問看護師は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか	121
RQ8-4.	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うことが期待されているか	124
RQ8-5.	介護支援専門員は独居認知症高齢者に対してどのような支援を行うべきか	128
RQ8-6.	介護保険サービスは独居認知症高齢者の在宅生活の継続に どのような効果をもたらしているか	131
RQ8-7.	複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための対策はあるか	137

9 在宅生活の中断と施設ケアへの移行

RQ9-1.	独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か	140
RQ9-2.	独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する有用な支援策はあるか	143
RQ9-3.	独居認知症高齢者の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	146

10 エンド・オブ・ライフケア

RQ10-1. 独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは 何が課題となっているか	149
RQ10-2. 独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは どのような配慮が必要か	151

11 より良い暮らしに向けて

RQ11-1. 独居認知症高齢者のQOLには何らかの特徴がみられるか	153
RQ11-2. 社会参加や社会的なつながりは独居認知症高齢者のQOLにどう影響するか ..	157
RQ11-3. 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認識しているか ..	159
RQ11-4. 独居認知症高齢者は日常生活の困難に対して、どのような 対処行動をとっているのか	161
RQ11-5. 独居認知症高齢者にとって地域の居場所はどのような 意義を持っているのか	163
RQ11-6. 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	166
RQ11-7. 金融ジェロントロジーではどのような取組みがなされているか	170
RQ11-8. どのようなデジタル・テクノロジーが独居認知症高齢者の 自立生活の促進に寄与するか	174

序

このエビデンスブックは、2021年に作成した「エビデンスブック2021」を改訂したものである。このエビデンスブックが取り扱う領域の研究は総じて未開拓の段階にあり、体系的な研究が著しく少ない。そのようなことから、文献レビューの方法はArkseyとO'Malleyが発案したスコーピング研究の方法¹⁾とPRISMA-ScRガイドラインに示されるスコーピング・レビュー²⁾のチェックリストを参考にすることとした（但し、領域によってはナラティブ・レビューの方法を用いることも許容することとした）。また、改訂作業については、英国のNational Institute for Health and Care Excellence (NICE) の「NICEガイドラインの開発・改訂のプロセスと方法」³⁾も参考にした。以下に本書の作成手順を要約する。

1.エビデンスブック全体のスコープの作成

- 1) トピックス：独居の認知機能低下高齢者（MCIや認知症のある高齢者）の尊厳ある地域生活を促進する。
- 2) 目的：独居の認知機能低下高齢者の尊厳ある地域生活の継続に関わる環境づくりを促進するとともに、それに関わる自治体職員及び関係者の活動を支援する。
- 3) 必要性：超少子高齢化の進展とともに独居の高齢者が増加しているが、それとともに、独居でありかつ認知機能低下があることによって社会的孤立が強まり、尊厳ある地域生活の継続が阻まれる高齢者が増加することが予測される。また、近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して、私たちは、平時の社会的孤立が緊急時において増幅され、社会的孤立状況にある人々の健康及び生命のリスクが著しく高まることを繰り返し経験している。このような問題を克服していくためには、平時から、地域社会の中で、独居の認知機能低下高齢者等の尊厳ある地域生活の継続を可能にする社会環境の整備を進める必要がある。
- 4) カバーする範囲：独居の認知機能低下高齢者等の地域生活の継続に関わる領域横断的な支援と環境づくり。
- 5) 想定される利用者：自治体職員及び認知症支援・研究に関わるすべての関係者。
- 6) 重要臨床課題：①独居の認知機能低下高齢者が直面している課題は何か？ ②独居の認知機能低下高齢者の尊厳ある地域生活の継続に必要とされることは何か？

2.文献検索とエビデンスブックの作成

- 1) 厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」の研究班にエビデンスブック作成委員会を設置し、59項目のResearch and Review Questions (RQ)を設定した。
 - 2) エビデンスの検索：研究班の分担研究者・協力研究者で、各自の研究領域に合わせてRQの担当者を定めた。担当者は、担当したRQについて検索語と選択基準を定め、PubMed及び医学中央雑誌を基本データベースとし、必要に応じてその他のオンラインシステムを活用するとともに、ハンドサーチも追加して文献検索を行った。尚、文献検索の過程でRQの内容を部分的に修正する必要性が生じた場合には、エビデンスブック作成委員会の承認を得てこれを許容した。
-

-
- 3) 文献及びエビデンスの選択：各担当者は特定されたすべての文献とエビデンスの適格性を評価して回答文作成に必要な重要文献とエビデンスを選択した。研究班の分担研究者が本研究事業の中で実施し、厚生労働科学研究報告書に掲載した研究もエビデンスとして採用できることとした。
 - 4) レビュー結果の報告：各担当者は所定の様式を用いて、各RQに関する文献検索の方法（活用したデータベース、検索式等）、選択した文献、RQに対する回答文とその解説文を作成し、エビデンスブック作成委員会に提出した。
 - 5) エビデンスの評価と統合：エビデンスブック作成委員会は各RQに関する回答文と解説文の妥当性を評価した後に、各担当者から提出された回答文とその解説文を集約・統合し、エビデンスブックとしてとりまとめた。

3.自治体向け手引きとその他の関係者向け手引きの作成

このエビデンスブックが扱う領域の研究は総じて未成熟の段階にあることから、科学的根拠に基づくガイドライン作成は今なお厳しい状況にある。そこで、研究班では、このエビデンスブックの内容を踏まえて、自治体向け手引きとその他の関係者向けの手引きを別途作成することとした。

文献

- 1) Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice. 2005;8(1):19-32.
 - 2) Tricco AC, Lillie E, Zarub W, et al. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.
 - 3) National Institute for Health and Care Excellence: How we develop NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/how-we-develop-nice-guidelines>
-

回答文

わが国の65歳以上独居高齢者数は2025年の段階で816万人（男291万人，女525万人）であるが，2040年には1,041万人（男418万人，女623万人）に増加し，増加率は1.3倍（男1.4倍，女1.2倍）である．85歳以上独居高齢者数は2025年の段階で187万人（男40万人，女148万人）であるが，2040年には289万人（男72万人，女217万人）となり，増加率は1.5倍（男1.8倍，女1.5倍）である．

解説・エビデンス

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（令和6年推計）によれば，わが国の65歳以上独居高齢者数は2025年の段階で816万人（男291万人，女525万人）であるが，2040年には1,041万人（男418万人，女623万人），2050年には1,084万人（男451万人，女633万人）に増加する．65歳以上の独居高齢者の増加率は2025年～2040年で1.3倍（男1.4倍，女1.2倍），2025年～2050年で1.3倍（男1.5倍，女1.2倍）である（表1）．85歳以上独居高齢者数は2025年の段階で187万人（男40万人，女148万人）であるが，2040年には289万人（男72万人，女217万人），2050年には277万人（男76万人，女201万人）に増加する．85歳以上の独居高齢者の増加率は2025年～2040年で1.5倍（男1.8倍，女1.5倍），2025年～2050年で1.5倍（男1.9倍，女1.4倍）である（表1）．

表1. わが国の性・年齢階級別独居高齢者数の将来推計

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050	増加率	
								2025-2040	2025-2050
総数	65～69歳	1,394	1,632	1,956	2,280	1,963	1,767	1.6	1.3
	70～74歳	1,576	1,469	1,698	2,025	2,359	2,032	1.3	1.3
	75～79歳	1,822	1,641	1,508	1,712	2,015	2,337	0.9	1.3
	80～84歳	1,493	1,873	1,659	1,506	1,675	1,934	1.0	1.3
	85～89歳	1,117	1,323	1,655	1,448	1,311	1,435	1.3	1.3
	90～94歳	593	706	850	1,100	965	890	1.9	1.5
	95～99歳	144	199	238	292	399	351	2.0	2.4
	100歳以上	17	28	40	50	64	93	3.0	5.6
	(再掲)								
	65歳以上	8,155	8,870	9,604	10,413	10,751	10,839	1.3	1.3
	75歳以上	5,186	5,770	5,950	6,108	6,428	7,040	1.2	1.4
	85歳以上	1,871	2,256	2,783	2,891	2,739	2,769	1.5	1.5
男	65～69歳	734	860	1,040	1,222	1,053	951	1.7	1.3
	70～74歳	738	708	834	1,016	1,201	1,038	1.4	1.4
	75～79歳	656	642	614	724	885	1,048	1.1	1.6
	80～84歳	382	547	523	498	584	712	1.3	1.9
	85～89歳	242	301	417	386	366	424	1.6	1.8
	90～94歳	121	149	184	257	234	224	2.1	1.9
	95～99歳	30	42	52	65	95	86	2.2	2.9
	100歳以上	3	5	8	10	14	22	3.4	7.2
	(再掲)								
	65歳以上	2,906	3,254	3,672	4,179	4,432	4,505	1.4	1.5
	75歳以上	1,434	1,687	1,799	1,940	2,177	2,516	1.4	1.8
	85歳以上	396	497	661	719	709	756	1.8	1.9
女	65～69歳	660	772	916	1,058	910	816	1.6	1.2
	70～74歳	838	761	864	1,009	1,159	994	1.2	1.2
	75～79歳	1,166	999	894	989	1,130	1,289	0.8	1.1
	80～84歳	1,111	1,325	1,136	1,007	1,090	1,222	0.9	1.1
	85～89歳	875	1,022	1,238	1,061	945	1,011	1.2	1.2
	90～94歳	472	557	666	844	730	666	1.8	1.4
	95～99歳	114	157	186	227	304	265	2.0	2.3
	100歳以上	14	23	32	40	50	71	2.9	5.2
	(再掲)								
	65歳以上	5,249	5,616	5,932	6,234	6,320	6,334	1.2	1.2
	75歳以上	3,752	4,083	4,152	4,168	4,251	4,524	1.1	1.2
	85歳以上	1,475	1,759	2,122	2,172	2,030	2,013	1.5	1.4

国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計），「結果表3. 男女・5歳階級別所属世帯規模別人口」より作成。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計）. <https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>

わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計は

回答文

わが国の独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人，女96万人）であるが，2050年には171万人（男44万人，女127万人）となる．独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人（男75万人，女175万人）であるが，2050年には349万人（男128万人，女221万人）となる．

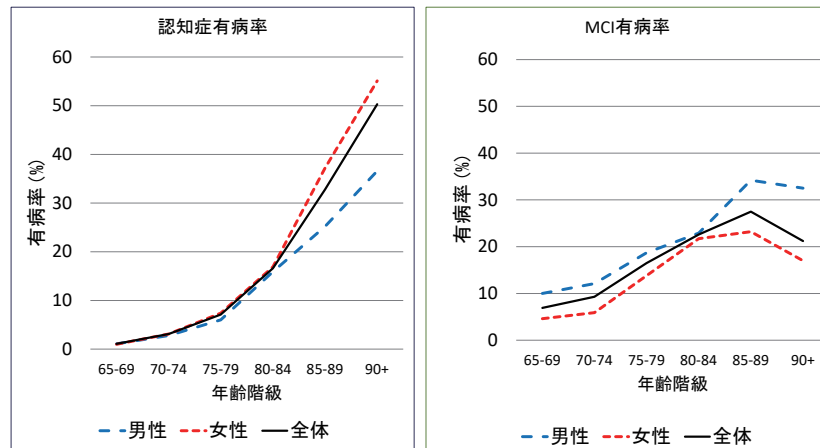
解説・エビデンス

2023年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）によれば，2022年のわが国の認知症及び軽度認知障害（MCI）の性・年齢階級別有病率は表1及び図1の通りである．この数値が今後も一定であり，かつ，この数値が世帯類型によらず一定であると仮定して，国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（令和6年推計）による性・年齢階級別独居高齢者数と掛け合わせてわが国の独居認知症高齢者数，独居MCI高齢者数，独居認知機能低下（認知症またはMCI）高齢者数を性・年齢階級別に算出すると表2～4及び図2～図4のようになる．すなわち，わが国の独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人，女96万人）であるが，2050年には171万人（男44万人，女127万人）となり，独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人（男75万人，女175万人）であるが，2050年には349万人（男128万人，女221万人）となる．図2及び図4からわかるように，80歳を超えると男女差が顕著であり，2040年に向けては85歳以上（特に90歳以上）の女性の独居認知症高齢者が急増する様子が見て取れる．

表1. わが国の認知症及びMCIの有病率

（単位：％）

	認知症		MCI	
	男	女	男	女
65～69歳	1.1	1.0	10.0	4.6
70～74歳	2.8	3.1	12.1	5.9
75～79歳	6.0	7.4	18.7	13.8
80～84歳	15.9	16.9	22.9	21.7
85～89歳	25.2	37.2	34.2	23.2
90歳以上	36.6	55.1	32.5	17.0



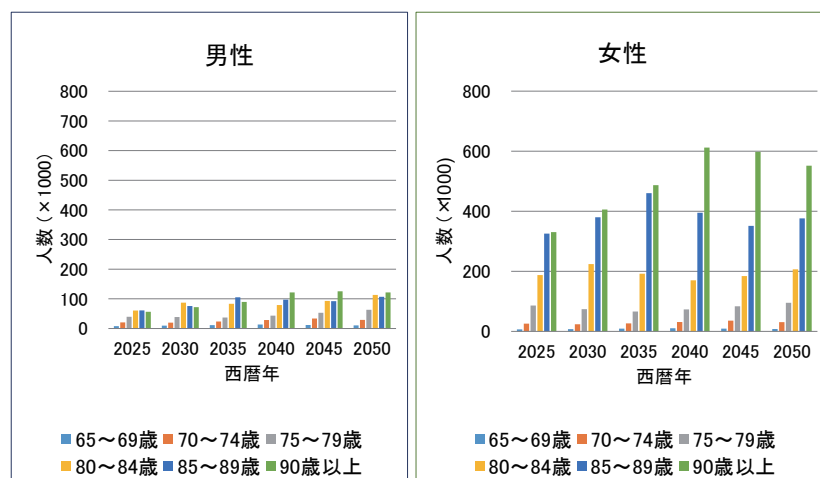
二宮利治：認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究. 令和5年度老人保健健康増進等事業報告書より作成

図1. わが国の認知症及びMCIの有病率

表2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

(単位：千人)

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	8	9	11	13	12	10
	70～74歳	21	20	23	28	34	29
	75～79歳	39	39	37	43	53	63
	80～84歳	61	87	83	79	93	113
	85～89歳	61	76	105	97	92	107
	90歳以上	56	72	89	122	125	122
	計	246	303	349	384	409	444
女	65～69歳	7	8	9	11	9	8
	70～74歳	26	24	27	31	36	31
	75～79歳	86	74	66	73	84	95
	80～84歳	188	224	192	170	184	207
	85～89歳	326	380	460	395	352	376
	90歳以上	330	406	487	612	598	552
	計	963	1,115	1,242	1,292	1,262	1,269
総計		1,209	1,418	1,591	1,676	1,671	1,713



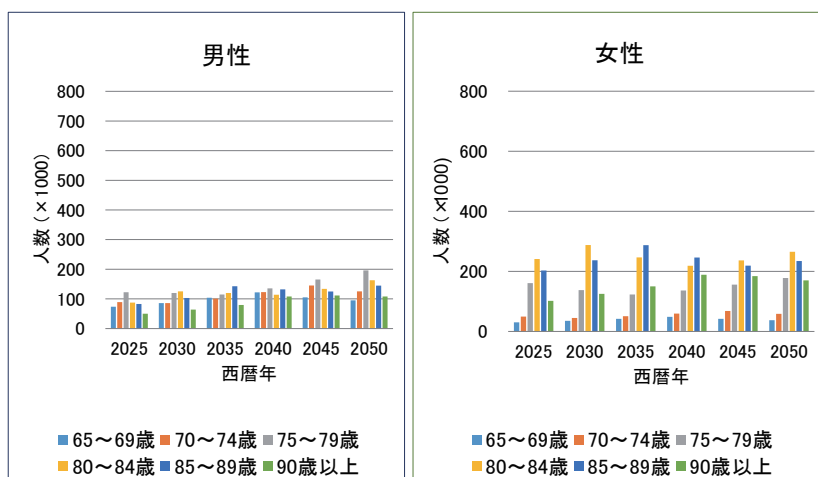
性・年齢階級別認知症有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）を掛け合わせて算出

図2. わが国の独居認知症高齢者数の将来推計

表3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計

(単位：千人)

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	73	86	104	122	105	95
	70～74歳	89	86	101	123	145	126
	75～79歳	123	120	115	135	165	196
	80～84歳	87	125	120	114	134	163
	85～89歳	83	103	143	132	125	145
	90歳以上	50	64	79	108	111	108
	計	506	584	661	735	786	833
女	65～69歳	30	36	42	49	42	38
	70～74歳	49	45	51	60	68	59
	75～79歳	161	138	123	136	156	178
	80～84歳	241	288	246	219	237	265
	85～89歳	203	237	287	246	219	235
	90歳以上	102	125	150	189	184	170
	計	787	868	900	898	907	944
総計		1,292	1,452	1,562	1,633	1,693	1,777



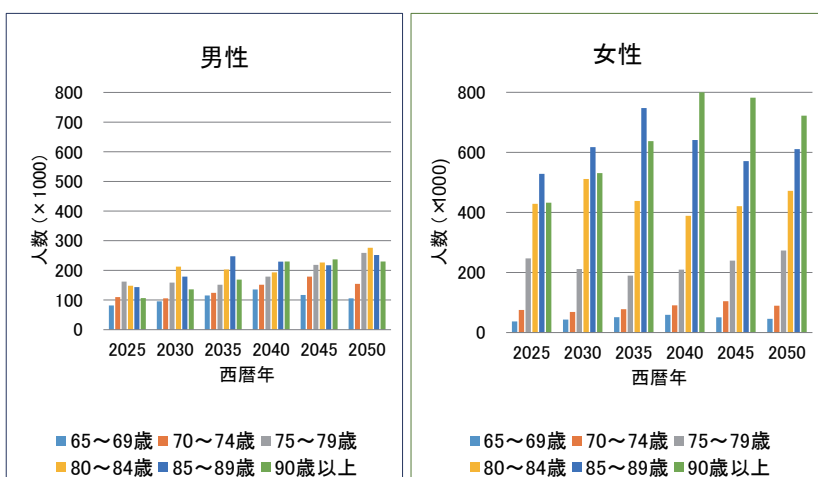
性・年齢階級別MCI有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）を掛け合わせて算出

図3. わが国の独居MCI高齢者数の将来推計

表4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

(単位：千人)

西暦年		2025	2030	2035	2040	2045	2050
男	65～69歳	82	95	115	136	117	106
	70～74歳	110	105	124	151	179	155
	75～79歳	162	159	152	179	219	259
	80～84歳	148	212	203	193	227	276
	85～89歳	144	179	248	229	217	252
	90歳以上	107	136	169	230	237	230
	計	752	886	1,011	1,118	1,195	1,277
女	65～69歳	37	43	51	59	51	46
	70～74歳	75	68	78	91	104	90
	75～79歳	247	212	189	210	240	273
	80～84歳	429	512	438	389	421	472
	85～89歳	529	617	748	641	571	611
	90歳以上	432	531	637	801	782	722
	計	1,749	1,983	2,142	2,190	2,169	2,213
総計		2,501	2,870	3,153	3,308	3,364	3,490



性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）を掛け合わせて算出

図4. わが国の独居認知機能低下高齢者数の将来推計

文献

- 1) 国立大学法人九州大学. 令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率並びに将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治）. <https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186>
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計）. <https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>

認知症高齢者は非認知症高齢者よりも 要介護度が重症化しやすいのか

回答文

要介護度の重度化とその要因に関する先行研究をみる限り、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方があった。

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た。

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した場合、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付いている可能性は考えられるが、今後、更なる検証が必要である。

解説・エビデンス

1.はじめに

2040年にかけて、介護ニーズの高い85歳以上人口の急増と、医療・介護提供体制を支える15～64歳人口の減少が同時進行する。

介護需要が増加する一方で、人材確保は困難化するため、①要介護者を増やさない、②要支援・要介護者を重度化させないための対策、いわゆる「介護予防」は機能強化されることになる。介護予防が進めば、自立した生活を継続することにもつながり、介護保険の目的とも合致することになる。

介護予防を推進するためには、重度化の実態やメカニズム、関連要因を明らかにし、対象や原因に応じた対策を講じていく必要がある。

2.地域を対象とした要介護者の重度化要因に関する研究

特定のサービス（例：訪問リハ、訪問看護）を利用している要支援・要介護者の重度化の実態とその要因に関する研究はあるが、対象者像に偏りがあり、地域の全体像を示すものにはならない。

そこで、ここでは、地域全体を対象とした調査に限定して、その分析結果から得られた知見を整理する。

1) 柳原論文¹⁾（対象：要介護2～3）

地方の中規模A市の後期高齢者医療データベース（KDB）を使って、介護度の維持／悪化の経年的変化と介護サービス、疾病との関連を検討した論文。

後期KDBの2012年と2015年の3年分を結合し、要介護度2と3の878人を対象に、3年後の維持群と悪化群で関連要因との関係を分析している。

その結果、介護度悪化と疾病との関連では、3年後の群に呼吸器系、脳血管系、精神認知系疾患が増えていたが、ロジスティック回帰分析では、疾病と維持／悪化に有意な関連はみられなかったと報告している。

2) 松田論文²⁾ (対象：要介護1)

東日本の一自治体における介護保険の認定調査データと介護レセプト、医科レセプトを個人単位で連結したデータベース (DB) を作成、本DBから 2014年度の要介護認定で要介護1と認定された在宅の対象者11,658 人を抽出して2017年まで追跡し、DBで把握できる状態像や傷病に関する変数を用いて、要介護度の悪化に関連する要因をロジスティック回帰分析によって検討した論文。

状態像としては寝返り、起き上がり、座位保持、両足および片足での立位、歩行、移乗、移動といった筋力の低下に関連する項目で自立していない者、その結果として外出の頻度が少なく、買い物に関して他者に依存している者で要介護度が悪化していたと報告している。認知症に関しては、認知症高齢者の日常生活自立度 (認定データ)、および認知症の有無 (医療レセプト病名) が用いられている。単変量解析では、認知症の有無は有意になっていない。また、自立度に関しては、自立に比べ、Ⅲaでは有意に重度化しやすいが、逆に、Ⅱaでは有意に重度化しにくいという結果が報告されている。

3) 石山論文³⁾ (対象：要介護1～5)

居宅の介護保険利用者の要介護度の変化に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした論文。

関東地方の居宅介護支援事業所15ヶ所のケアマネジャー14名が担当する260名分の、初回から更新3回目のケアプラン836件を対象に調査が行われている。

要介護度の重度化と各要因の単変量解析では、認知症自立度や認知症の有無との関連性は見られなかったと報告している。

4) 和泉論文⁴⁾ (対象：要支援～要介護1)

在宅の軽度要介護認定高齢者の要介護度の推移の状況とその要因を明らかにし、介護予防対策の示唆を得ることを目的とした論文。

2004年度の「要支援」1,555人と「要介護1」1,357人の計2,912人について、基本属性、身体・心理・社会的項目に関する単変量解析、および1年後の要介護度と有意であった項目を用いた多重ロジスティック回帰分析を行っている。

その結果、要支援者および要介護1ともに、「老研式活動能力指標得点の1点あがるごと」のみが悪化を抑制する因子として抽出された。要支援者では、「外出頻度の1週間に1回未満」「過去1年間の転倒経験あり」「うつ傾向」、要介護1では、「歩行の介助」、「排泄の失敗あり」が悪化を促進する因子として有意に関連していたと報告している。

認知症に関しては、認知症早期発見スクリーニング得点を用いられている。単変量解析では同得点は有意であったが、ロジスティック解析では有意な項目とはなっていない。

5) 林論文⁵⁾ (対象：要支援～要介護4)

高齢者が独居又は認知症になった際、要介護度の変化にどのような影響があるかを検証した論文。

2010年10月～2011年9月の間に介護保険サービスを利用していた65歳以上の要支援・要介護1～4の77,159人 (認知症群23,638人、非認知症群53,521人) を2015年3月まで追跡し、Kaplan-Meier生存分析を行い、要介護度の重度化を月単位で検討し、Cox回帰モデルを用いて、要介護度重度化と認知症や独居の関連性を分析している。なお、認知症の有無に関しては、認知症関連サービスや認知症加算記録の有無で、また、独居の有無は独居加算の有無で判断している。

その結果、認知症群は非認知症群より、研究期間中の要介護度重度化のリスクが1.46倍高かったと報告している。

6) A市でのコホート研究

川越ら⁶⁾は、A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに、対象者を「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群に分類した上で、2年後の要介護度の変化を比較した。

その結果、

- ①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
- ②要介護度と軽度化率の関係をみると、3群とも要介護度が軽度な者で軽度化率が低い傾向が、他方、重度化率は、3群とも要介護度が軽度な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）

などがわかった。

要支援・要介護1の在宅高齢者を対象とした先行研究⁷⁾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が明らかとなっている。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考察している。

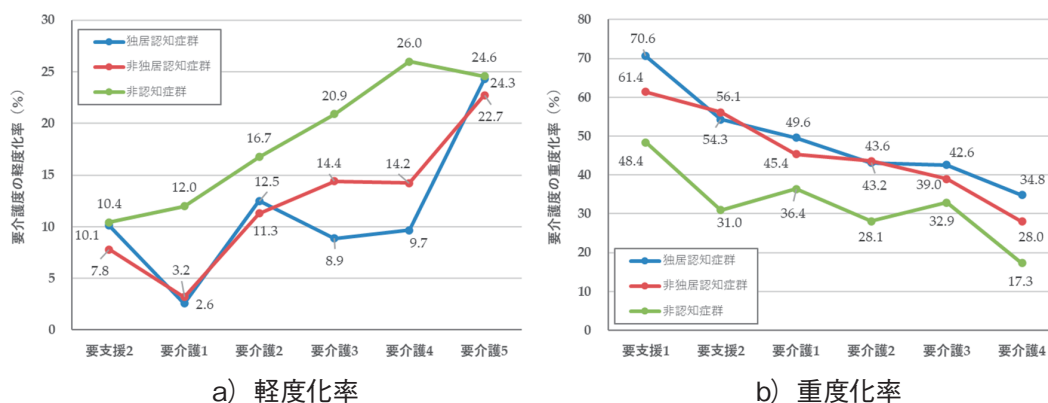


図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の3群間比較

3.まとめ及び今後の課題

要介護度の重度化とその要因に関する先行研究をみる限り、認知症の有無が要介護度の重度化に影響するとする論文と、有意ではないとする論文の両方があった。

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た。

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した場合、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付いている可能性は考えられるが、今後、更なる検証が必要である。

文献

- 1) Yanagisawa K, Fujiu M et al. Analysis of Changes in Elderly People's Levels of Long-Term Care Needs and Related Factors With a Focus on Care Levels II and III, Journal of Wellness and Health Care. 2018;41(2):93-103.
- 2) 松田晋哉, 村松圭司ほか. 認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析. 日本ヘルスサポート学会年報. 2021;6:1-14.
- 3) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪. 「軽度要介護認定」高齢者の要介護度の推移の状況とその要因. 老年社会科学. 2008;29(4):471-484.
- 4) 石山麗子, 井上善行. 居宅の介護保険利用者における要介護度の変化に影響を及ぼす要因. 自立支援介護学. 2011;4(2):140-148.
- 5) 林慧茹. 要介護度重症化に認知症や独居はどう影響するか. Geriatric Medicine. 2022;60(4):323-327.
- 6) 川越雅弘, 南拓磨. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係—独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の3群間比較より. 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（研究代表者：栗田主一）. 令和2年度報告書. 2021.3.
- 7) 佐藤ゆかりほか. 認知症の有無別にみた要支援・要介護1の在宅高齢者におけるADLと移動動作との縦断的な関係. 老年社会科学. 2006;28(3):321-333.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも 要介護度が重症化しやすいのか

回答文

認知症高齢者の要介護度の重度化に関する論文自体が非常に少ない。さらに、重度化要因をみた論文は見当たらず、筆者らが行った研究が数少ない研究の1つと考えられる。

川越らの研究では、認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが、認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった。

認知機能障害が様々な生活機能障害を引き起こし、その結果として要介護度の重度化が起こるとした場合、生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与がどのように関係しているのか、介護サービスは何をどのように代替しているのかなど、総合的にみていく必要があると考える。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症高齢者の場合、認知機能障害に伴って、様々な生活障害を引き起こす。その結果、活動性が低下したり、活動内容が制限されたりする場合もある。こうした日常生活の活動低下を引き起こす要因の1つが家族の有無や家族の関わり方である。

独居高齢者が増加していくなか、家族の有無が要介護度の重度化に影響しているのか否かを明らかにし、今後の家族の関わり方や介護サービス、地域住民による支援のあり方を考える上で参考にしていく必要がある。

2.先行研究

1) A市でのコホート研究

川越ら¹⁾は、A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017年9月時点）時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）及び住民基本台帳の世帯情報をもとに、対象者を「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群に分類した上で、2年後の要介護度の変化を比較した。

その結果、

- ①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
- ②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

などがわかった。

要介護度によって、認知症の独居／非独居群間で改善率や重度化率に差は見られたものの、認知症の有無と要介護度の重度化の関係性に比べれば、その影響は小さいことが確認できた。

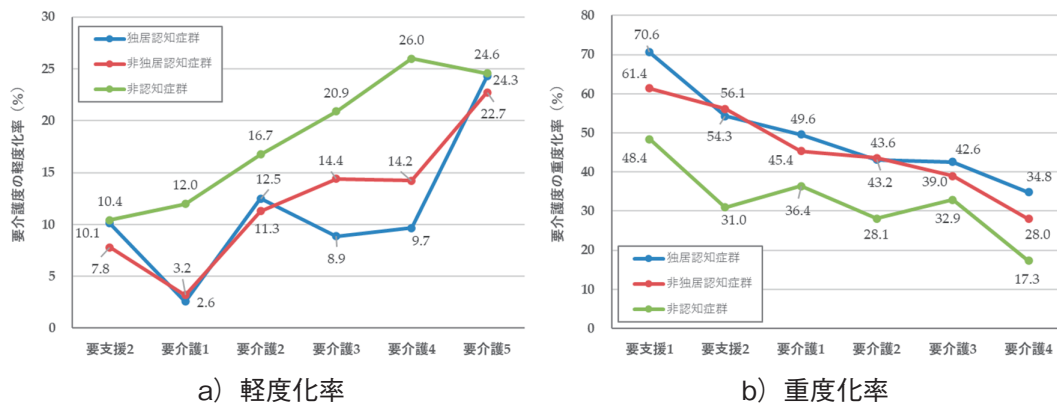


図1. 要介護度の二年後の軽度化率／重度化率の3群間比較

3.まとめ及び今後の課題

認知症高齢者の要介護度の重度化に関する論文自体が非常に少ない（独居and認知症高齢者and重度化／悪化で8件のみ）。さらに，重度化要因をみた論文は見当たらず，川越らが行った研究が数少ない研究の1つと考えられる。

川越らの研究では，認知症群と非認知症群では要介護度の重度化に関連がみられたが，認知症高齢者の中の独居群と非独居群間では有意差はみられなかった。

認知機能障害が様々な生活機能障害を引き起こし，その結果として要介護度の重度化が起こるとした場合，生活障害や生活行為の実行レベルに家族の有無や関与，介護サービスによる代替性などがどのように関係しているのか，また，どのような関わり方が良いのか，こうした視点での分析が今後必要と考える。

文献

- 1) 川越雅弘, 南拓磨. 要介護高齢者の要介護度の変化と認知症の有無及び独居／非独居の関係—独居認知症群／非独居認知症群／非認知症群の3群間比較より. 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（研究代表者：栗田主一）. 令和2年度報告書. 2021.3.

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

回答文

海外及び川越らが行ったコホート研究から、①認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が有意に低いこと（特に、要介護2～3で）、②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）であることが確認できた。

解説・エビデンス

1.はじめに

厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している。

同システムの基本理念は、「在宅生活の継続性確保」にあるが、在宅療養を希望する要支援・要介護高齢者（以下、要援護高齢者）が、様々な理由により、居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下、施設移行）を余儀なくされるケースは多い。こうした状況を出来るだけ防ぐためには、施設移行しやすい要援護高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で、適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる。

2.在宅生活の継続が困難化しやすい要援護高齢者の本人要因とは

1) 海外における先行研究

海外では、ナーシングホームへの入所要因に関する縦断調査が多数報告されている。

Gauglerら¹⁾は、12の調査をメタ分析し、ナーシングホームへの入所を予測する因子として、①自立していないADL項目が3項目以上ある（OR= 3.25, 95%CI=2.56-4.09）、②認知障害がある（OR=2.54, CI=1.44-4.51）、③過去に入所経験がある（OR=3.47, CI=1.89-6.37）ことを、Bharuchaら²⁾は、①認知症である（HR=5.09, 95%CI=2.92-8.84）、②年齢が高い（HR=1.06, 95%CI=1.03-1.10）、③IADLの自立度が低い（HR=1.31, 95%CI=1.15-1.50）、④社会的サポートが弱い（HR=1.27, 95% CI=1.10-1.46）、⑤処方数が多い（HR=1.21, 95%CI=1.11-1.32）ことを、Williamsら³⁾は長期療養施設への入所の主要因はアルツハイマー型認知症であることを、また、Tateら⁴⁾は施設への移行の主要因として、年齢、認知機能障害、介護負担の増大を挙げている。

これらの結果から、認知症であることが、ナーシングホーム・長期療養施設入所の強力な予測因子の1つであることがわかる。

2) 日本における先行研究

日本では、1980年代後半から、在宅要援護高齢者の施設入所要因に関する研究が行われている。中島ら⁵⁾は、医中誌の原著論文を対象に、「在宅介護（在宅ケア）」「高齢」を

条件にした上で「継続or困難or連携」をキーワードに検索を行い（2010年7月実施）、内容確認の上、79論文をレビューしている。その中で、在宅継続を促進する本人要因として、①ADLの状態が安定していること（特に、排泄介助が不要であること）、②認知症があり、かつ、BPSDが生じていることが多くの論文で共通していたと報告している。

また、重度要介護高齢者に限定した調査を行った石附ら⁶⁾は、「在宅で長期介護を受けている重度要介護者325人」と、「在宅から施設入所した重度要介護者102人」の在宅時の状況を比較し、認知症であることや過去1年間の入院歴が、在宅の長期継続を阻害する要因であると報告している。

ただし、これらの多くは、ケアマネジャーを対象とした横断調査であり、同じ対象者を追跡したコホート研究ではない。

3) A市でのコホート研究

そこで、川越ら⁷⁾は、A市の在宅要支援・要介護高齢者を対象に、ベースライン（2017年9月時点）時の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、対象者を「認知症群」6,424人と「非認知症群」5,643人に分けた上で、2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、性別要介護度別に比較した。その結果、

- ①在宅からの移行率をみると、要支援1では、特定施設・GH、要支援2では、特定施設・老健への移行率が、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が、認知症群で相対的に高かった
- ②認知症の有無と2年後の在宅継続の有無の関係性を分析した結果、認知症群で有意に在宅継続率が低かった（ χ^2 検定、 $p<0.001$ ）
- ③2群の在宅継続率の差をベースライン時の要介護度別にみると、「要介護3」が最も大きく、次いで「要介護2」「要介護4」「要支援1」の順であった（図1）

などがわかった。

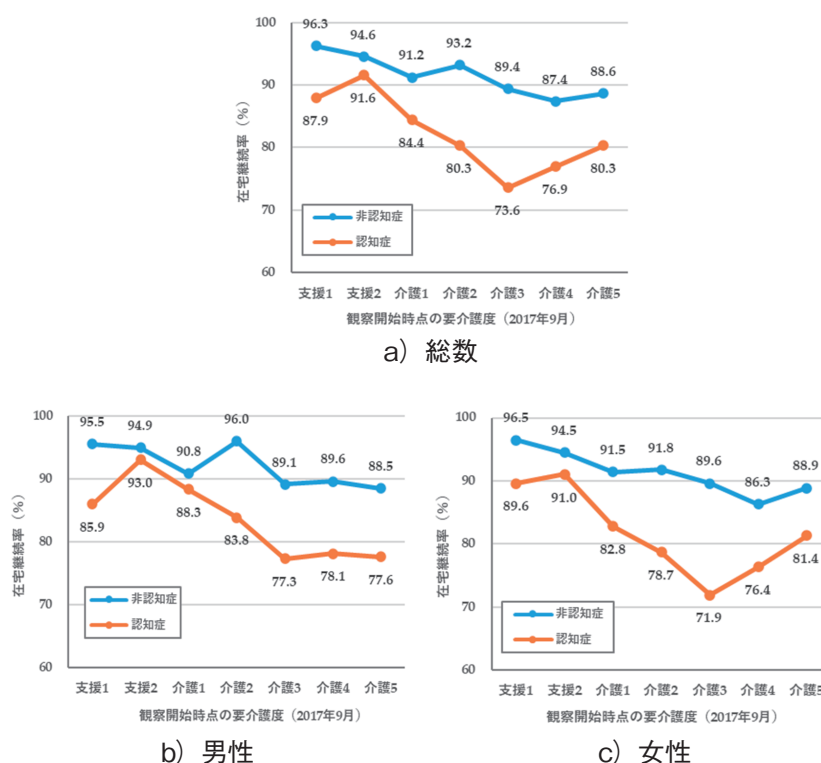


図1. 性別要介護度別にみた在宅継続率の比較（認知症群vs非認知症群）

3.残された課題

海外及び筆者が行ったコホート研究から、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）であることが確認できた。

ただし、在宅生活の継続性を困難化させる要因には、認知症以外の本人要因や家族・介護者要因、サービス要因なども複雑に関係している。認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における要介護高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

文献

- 1) Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, et al. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics. 2007;7:13.
- 2) Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, et al. Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society. 2004;52(3):434-439.
- 3) Williams N, Phillips NA, Wittich W, et al. Hearing and cognitive impairments increase the risk of long-term care admissions. Innov Aging. 2020 Jan 1;4(2):igz053.
- 4) Tate K, Bailey S, Deschenes S, Grabusic C, Cummings GG. Factors Influencing Older Persons' Transitions to Facility-Based Care Settings: A Scoping Review. Gerontologist. 2023 Aug 24;63(7):1211-1227. doi: 10.1093/geront/gnac091.
- 5) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗. 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書. 医療経済研究機構 2012.
- 6) 石附敬, 和気純子, 遠藤英俊. 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学. 2009;31(3):359-365.
- 7) 川越雅弘, 南拓磨. 在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異. 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（研究代表者：栗田主一）令和3年度総括・分担研究報告書. 2021;26-31.

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

回答文

川越らが行ったコホート研究から、①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有意に低いこと、②女性は全ての要介護度で、独居群の在宅継続率が低いことが確認できた。

解説・エビデンス

1.はじめに

厚生労働省は、重度な要介護状態あるいは認知症になったとしても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援で構成される地域包括ケアシステムの構築を推進している。

同システムの基本理念は、「在宅生活の継続性確保」にあるが、在宅療養を希望する認知症高齢者が、様々な理由により、居住系サービスや介護保険施設への入居・入所（以下、施設移行）を余儀なくされるケースは多い。こうした状況を出来るだけ防ぐためには、施設移行しやすい認知症高齢者の特徴をケアマネジメント担当者やサービス提供者が理解した上で、適切なケアマネジメントおよびケアを展開していくことが必要となる。

2.独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の差異について

1) 海外における先行研究

松下⁴⁾は、一人暮らし認知症高齢者に関する研究を概観するため、国内外の文献レビューを実施している（2011年2月実施）。なお、英文献に用いられたデータベースは、CINAHL、MEDLINE、PubMed、British Nursing Index、PsycINFOおよびSocINDEXである。

このうち、独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性（性・年齢・教育背景・収入など）を比較した論文をみると、独居群は非独居群に比べ、①女性が多い¹⁾、②年齢は同程度ないし高い、③教育背景には差がない¹⁾、④収入は有意に低いなどが報告されている。

また、ADL/IADLを比較した論文をみると、独居群の方が、非独居群に比べ、ADL/IADLは同程度かそれより良好と報告されている一方で、着替え、食事、清掃、服薬や金銭管理の能力は高いが、身繕い、洗濯、電話、公共交通機関の利用については低かったとする報告もあり、ADL/IADLはまとめて評価できず、項目によって自立度に偏りがあると考えられた。

両群のリスク要因を比較した論文²⁾では、独居群で、①栄養障害、②転倒、③小火、④金銭・服薬・衛生管理などのリスクが高いと報告されている。

このように、独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の属性・特性、ADL/IADL、リスク要因、サービス利用状況などを比較した論文はあるものの、在宅継続率を2群間で比較した論文は見当たらない。

2) 日本における先行研究

中島ら⁵⁾は、独居認知症高齢者の在宅生活継続を阻害する要因を概観するため、「医中誌Web」および「CiNii Articles」の論文を対象に、「認知症」「高齢者」「独居or一人暮らし」をキーワードに検索を行い（2021年2月）、169論文を抽出し、その中の12論文に対してレビューを行っている。その結果、主な要因として、①火の不始末や迷子になる等の「生命の安全確保の危機」、②さらなる介護を要する等の「日常生活に影響する疾患や身体機能の低下」、③衛生管理や服薬管理等の「セルフマネジメント能力の低下」、④利用料支払をめぐるトラブルやサービス拒否等の「サービスの利用困難」、⑤子ども・友人・近隣からの金銭搾取や訪問販売等による消費者被害等の「経済的被害」、⑥近隣住民に対する夜間の訪問やトラブル等の「近隣住民との関係性の悪化」の6つのカテゴリーに分類されたと報告している。

また、岡村ら³⁾は、認知症高齢者198例を5年間追跡、そのうち追跡不能となった43例をみると独居の傾向があったと報告している。

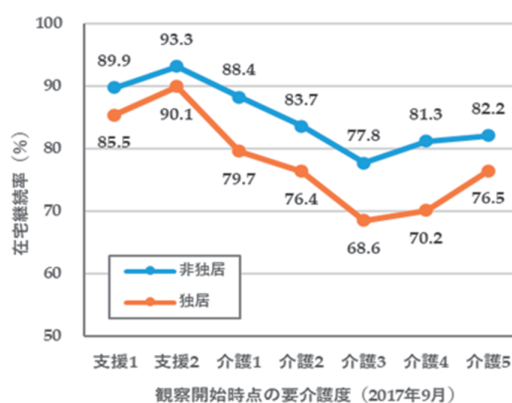
海外の論文では、独居と非独居の認知症高齢者を比較したものはあるが、在宅継続率を比較したものはない。日本の論文では、独居認知症高齢者に限定した調査がほとんどで、2群間の属性や特性、ADL等を比較した論文はほとんどない。また、在宅継続率を比較した論文はみられない。

3) A市でのコホート研究

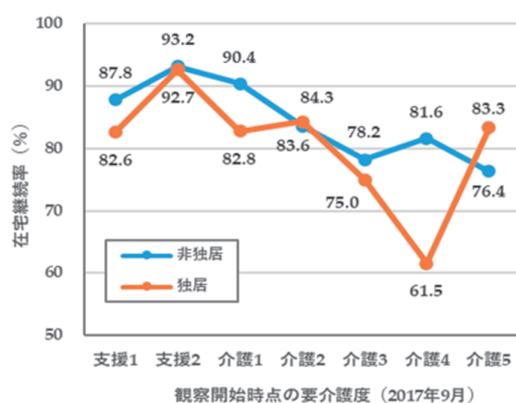
そこで、筆者ら⁷⁾は、A市の在宅の要支援・要介護認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）を対象に、ベースライン（2017年9月時点）時の住民基本台帳に基づく世帯情報をもとに「独居群」2,897人と「非独居群」3,527人に分けた上で、2年後の療養場所の変化及び在宅継続率を、性別要介護度別に比較した。その結果、

- ①女性の割合をみると、「独居群」79.9%、「非独居群」59.8%と、独居群で女性の割合が高かった。
- ②在宅からの移行率をみると、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が、独居群で相対的に高かった。
- ③世帯構成（独居・非独居）と2年後の在宅継続の有無の関係性を分析した結果、独居群で有意に在宅継続率が低かった（ χ^2 検定、 $p<0.001$ ）。
- ④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。
- ⑤他方、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。

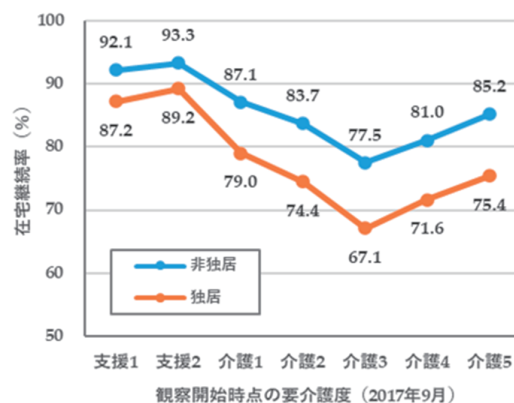
などがわかった。



a) 総数



b) 男性



c) 女性

図1. 性別要介護度別にみた認知症高齢者の在宅継続率の比較 (独居群vs非独居群)

3.残された課題

海外及び川越ら⁶⁾が行った調査から、独居群で女性の割合が高いことが確認できた。

また、コホート研究から、独居であることが、在宅生活継続の阻害要因（施設移行の促進要因）であることが確認できた。

ただし、認知症高齢者の在宅生活の継続性を困難化させる要因には、本人要因や家族・介護者要因、サービス要因（アクセスを含む）、リスク要因なども複雑に関係している。家族がいる場合、本人ができない部分を代替している、ないし何らかの対応策を講じている可能性があり、その結果、在宅生活が継続できている可能性がある。こうした分析も今後必要となろう。

いずれにしろ、認知症施策を推進する立場にある市区町村は、自地域における認知症高齢者の療養場所の移行の実態を把握するとともに、独自調査や専門職・本人・家族へのヒアリング等を通じて要因を分析し、独居の認知症高齢者の在宅療養の継続性を高めるための効果的な対策を検討し、関係者を巻き込んで対策を実行し、その効果を確認するといったマネジメントを適切に展開することが求められる。

文献

- 1) Webber P, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease; effects on health and social service utilization patterns. Gerontologist. 1994;34(1):8-14.

- 2) Tuokko H, MacCourt P, Heath Y. Home alone with dementia. *Aging&Mental Health*. 1999;3(1):21-27.
- 3) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, et al. 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*. 2022;22(3):332-342.
- 4) 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー. *日本在宅ケア学会誌*. 2012;15(2):25-34.
- 5) 中島民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. *日本在宅ケア学会誌*. 2022;25(2):225-232.
- 6) 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*. 2022;33(3):218-223.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも 身体的健康問題のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも身体的健康問題のリスクが高い。

独居認知症高齢者が抱える身体的健康問題は非独居認知症高齢者よりも常に多く、独居によってさらに増える可能性がある。独居者は非独居者よりも併存疾患が多いが、経時的な増加は同程度である。体重減少や入院は独居者に有意に多く発生する可能性がある。ただし、入院の増加分は、例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪など、身体的健康問題が真に増えたものか、それとも、自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという、社会的要因を反映したものか判断できない。死亡のアウトカムで比較すると独居と非独居に差がない。

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居は認知症高齢者の身体的健康問題発生リスクのリスクファクターになるのかを検証した。本レビューでは、時間的關係によって因果の方向性が判断できる縦断的研究3件をエビデンスに採用した。その他にも、独居認知症高齢者の身体的健康の特徴を非独居と比較した横断研究は多く認めた（Lehmann et al, 2010; Cermakova et al, 2017; Clare et al, 2020など）。しかし、これらは研究間で結果の一貫性に乏しく、時間的關係から因果の方向性を判断することもできない。つまり、独居（リスク）の結果の健康状態を示すとも言えるし、健康状態（条件）の結果の独居を示すとも言える。そのため、独居が身体的健康問題のリスクになるのかどうかを検討する本レビューでは、エビデンスとして採用しなかった。

2.エビデンス

論文¹⁾は、フランスのメモリークリニック50施設で行われたクラスターランダム化比較試験のデータを二次解析した研究である。アルツハイマー型認知症の対象者1,131名のうち独居者348名（30.8%）だった。研究のアウトカムで身体的健康問題に該当するのは、入院、死亡、体重減少の3つである。

- 入院発生率は、独居認知症高齢者100人年あたり31.2（95%CI 25.5-36.9）人に対し、非独居の場合は25.6（95%CI 22.3-28.8）人だった。交絡因子を調整したcox比例ハザード分析で、独居は有意な入院の予測因子だった（HR 1.33, 95%CI 1.01-1.74）。
- 死亡率は、独居の場合100人年あたり2.75（95%CI 1.4-4.1）人、非独居6.2（95%CI 4.9-7.5）人で、非独居の方が多い傾向だった。しかし、多変量のcox比例ハザード分析では有意差を認めなかった（HR 0.60, 95%CI 0.32-1.11）。
- 体重減少（4%以上）は、独居の場合100人年あたり20.3（95%CI 15.9-24.6）人、非独居18.1（95%CI 15.4-20.7）人で、有意差を認めなかった。

論文2²⁾は、2014年から続くイギリスのIDEAL研究から縦断分析の報告である。独居281人（18.4%）と非独居1,244人の認知症高齢者の多彩なアウトカムについて、コホート組み入れ時と2年後まで三時点の変化を比較している。身体的健康問題に関連するアウトカムは、併存疾患（Charlson Comorbidity Index）を評価している。

- 併存疾患は、独居の方がベースライン（T1）、1年後（T2）、2年後（T3）で常に多い（T1, 2.00 vs 1.75; T2, 2.58 vs 2.17; T3, 2.80 vs 2.41）が、非独居と同じペースで増えており、経時的変化の軌跡に差はない（独居と併存疾患の経時変化の交互作用: RR 0.99, 95%CI 0.95-1.01）。

論文3³⁾は、スロバキアの一つの医療機関を2011-2014年の間に利用した認知症患者428名のベースラインと12ヶ月後の二時点で評価した縦断分析の報告である。428名のうち80名（19%）が独居、153名（36%）は家族と同居、195名（45%）はナーシングホーム（NH）の入居者だった。以下、独居と家族と同居の比較のみを記載する。ベースラインの基本属性は、独居者は家族と同居者よりも若年（平均年齢, 76.5 vs 79.6）という点で特徴的なコホートだった点は留意すべきである。女性の割合および配偶者との死別の割合は、家族と同居よりも多かった（女性, 59% vs 55%; 死別, 78% vs 57%）。身体的健康問題の指標としてBMIを評価している。

- 対象者のBMIは21以上で、時間と共に減少した。独居の方が家族と同居よりもベースラインのBMIは高かった（29.1 vs 28.3, $p < 0.01$ ）が、12ヶ月での減少幅は独居の方が大きかった（-2.53 vs -2.19, $p = 0.01$ ）

3.考察

独居認知症高齢者が抱える身体的健康問題は非独居認知症高齢者よりも常に多く、独居によってさらに増える可能性がある。独居者は非独居者よりも併存疾患が多いが、経時的な増加は同程度である。体重減少や入院は独居者に有意に多く発生する可能性がある。ただし、入院の増加は、例えば肺炎等の感染症や心不全等の慢性臓器不全の急性増悪など、身体的健康問題が真に増えたものか、それとも、自宅でのセルフケアや介護力の不足のため入院せざるを得ないという、社会的要因を反映したものか判断できない。死亡のアウトカムで比較すると独居と非独居に差がない。

独居が認知症高齢者に与える影響は、新たな併存疾患の発症や死亡といった純粋に医学的な身体的健康問題の発生というよりは、体重減少や入院など自宅でのセルフケアや介護力の不足のための社会的な影響を受けた身体的健康問題の増加と解釈することができる。これは、独居認知症高齢者は施設入所という複数の研究が一貫して示す社会的帰結のエビデンスと一致する（論文1; 論文2; Knapp et al, 2016; Lin et al, 2017; Mjørud et al, 2020）。

文献

- 1) Soto M, Andrieu S, Fares C, et al. 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. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:651-658.
- 2) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2024;32(11):1309-1321.
- 3) Harsányiová M, Prokop P. Living condition, weight loss and cognitive decline among people with dementia. *Nursing Open*. 2018;5:275-284.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも 精神的健康問題のリスクが高いのか

回答文

認知症高齢者にとって、独居は孤独感のリスクだと判断できるが、抑うつやBPSDのリスクであるかどうかは判断するためのエビデンスが不足している。

孤独感は独居者の半数近くが感じている可能性があり、非独居者よりも常に多い精神的健康問題である。ただし、独居によって経時的に増えるものではない。抑うつも、独居の方が有病率は高い可能性がある。焦燥性興奮などのBPSDの症状の出現頻度は、独居の方が少ない可能性がある。ただし、エビデンスとなった横断データからは、独居が抑うつやBPSDのリスクとなっているのか、抑うつやBPSD（がないこと）が独居の条件となっているのか、因果の方向性を判断することはできない。

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居は認知症高齢者の精神的健康問題発生のリスクファクターになるのか、不安・抑うつ・孤独感・行動・心理症状（BPSD）を中心に検証した。独居と非独居の認知症高齢者の抑うつ、孤独感、BPSD等を比較した縦断研究を1件認めた（論文1）¹⁾。横断研究2件（Victor et al, 2019; Clare et al, 2020）は、論文1と同じIDEALコホートのデータを用いた研究のため、結果が矛盾しないことを確認するのみにとどめた。また、横断データを用いて、独居と非独居の認知症高齢者の認知機能や心理状態を比較した研究2件を採用した（論文2,3）^{2), 3)}。ただし、RQ2-1と同様に、横断研究の結果は因果の逆転の可能性が考えられるため、本レビューの中では参考程度の扱いとした。

さらに、独居と非独居の認知症患者に対する向精神薬を含む薬剤処方のパターンを横断的に比較した論文2件を認めた（Cermakova et al, 2017; Zafeiridi et al, 2020）。これらは、健康問題の頻度を検討するために処方薬の頻度を代理指標として利用する研究である。健康問題と処方の間には医療へのアクセスが必ず介在する。独居と非独居の認知症高齢者では医療へのアクセスに差異があるため（論文1-3; Webber et al, 1994; Portacolone et al, 2024）、代理指標の妥当性に疑義が生じる。そのため、本レビューのエビデンスとして採用しなかった。

2.エビデンス

論文1¹⁾は、2014年から続くイギリスのIDEAL研究の縦断データの分析結果の報告である。独居281人と非独居1,244人の認知症高齢者の多彩なアウトカムについて、コホート組み入れ時と2年後までの変化を三時点と比較している。精神的健康問題に関連するアウトカムは、本人の回答による抑うつ（Geriatric Depression Scale-10）、孤独感（De Jong-Gierveld Loneliness Scale）と、家族等の介護者の回答によるBPSD（Neuropsychiatric Inventory）を評価している。

- 抑うつスコアは、非独居よりも独居の方がベースライン（T1）では有意に高い（2.91 vs 2.61, RR 1.12, 95%CI 1.03-1.22）。しかし、1年後（T2）、2年後（T3）では有意差を認めない（T2, 2.57 vs 2.40; T3, 2.50 vs 2.40）。また、経時的変化の軌跡に差はない（独居と抑うつの経時的変化の交互作用：RR 0.96, 95%CI 0.91-1.02）。
- 孤独感スコアは、独居の方がベースラインおよび2年後で有意に高い（T1, 1.85 vs 1.25; T2, 提示なし; T3, 1.75 vs 1.35）。しかし、経時的変化の軌跡に差はない（独居と孤独感の経時的変化の交互作用：RR 0.97, 95%CI 0.92-1.03）。また、同コホートのベースラインデータを用いた横断研究（Victor et al, 2019）によれば、孤独感の頻度は独居44.5%、非独居30.3%、強い孤独感がある頻度はそれぞれ10.2%、3.6%でともに有意差を認めた。
- BPSDの頻度は、独居・非独居の間で差はなく（T1, 3.54 vs 3.58; T2, 3.57 vs 3.78; T3, 4.37 vs 4.14）、経時的変化の軌跡に差はない（独居とBPSDの頻度の経時的変化の交互作用：RR 1.03, 95%CI 0.94-1.14）。

論文2²⁾は、2003年に実施された米国の地域疫学研究の参加者のうちMMSE24点未満の高齢者（65歳以上）を対象とした横断分析の報告である。対象者349名のうち、独居97名（27.8%）だった。精神的健康問題は、家族等の主介護者が回答した抑うつ（Neuropsychiatry Inventoryの抑うつサブスケール）、精神病症状と焦燥性興奮（12-item Behavior Symptom Rating Scale）を評価している。

- 抑うつの発生率は、独居者16.5%に対し、非独居者22.5%で有意差を認めない（ $p=0.208$ ）。
- 精神病症状の発生率は、独居者20.6%に対し、非独居者26.2%で有意差を認めない（ $p=0.279$ ）。
- 焦燥性興奮の発生率は、独居者27.8%に対し、非独居者48.8%の方が有意に高い（ $p<0.001$ ）。

論文3³⁾は、2012-14年にドイツで行われた70歳以上の地域在住認知症高齢者を対象としたRCTの参加者516名のベースラインデータの横断分析の報告である。対象者のうち251名（51%）が独居だった。評価した精神的健康の指標は抑うつ（Geriatric Depression Scale）である。

- 抑うつの頻度は独居16.4%、非独居14.6%で、有意差を認めなかった（ $p=0.619$ ）。

3.考察

認知症高齢者にとって、独居は孤独感のリスクだが、抑うつやBPSDのリスクであるかどうかは判断するにはエビデンスが不足している。孤独感は独居者の半数近くが感じている可能性があり、非独居者よりも常に多い精神的健康問題である。ただし、独居によって経時的に増えるものではない。抑うつも、独居の方が有病率は高い可能性がある。焦燥性興奮などのBPSDの症状の出現頻度は、独居の方が少ない可能性がある。ただし、エビデンスとなった横断データからは、独居が抑うつリスクとなっているのか、抑うつやBPSD（がないこと）が独居の条件となっているのか、因果の方向性を判断することはできない。

文献

- 1) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia over a two year period: longitudinal findings from the IDEAL cohort. Am J Geriatr Psychiatry. 2024;32(11):1309-1321.

- 2) Lehmann SW, Black BS, Shore A, et al. Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. *Int Psychogeriatrics*. 2010;22
- 3) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. *J Alzheimer's Dis*. 2016;52(2):619-629.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも 口腔機能低下のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者では、認知症の進行による口腔衛生習慣やセルフケア能力の低下や問題解決能力等受療への障壁があることに加え、独居であることにより他者による促しや気づきが得られないこと、廃用によって口腔機能低下リスクが高いといえる。

解説・エビデンス

1.はじめに

高齢者の口腔の健康は生活の質に関する指標の一つであり、高齢者の口腔衛生状態の悪化と口腔機能低下、摂食嚥下機能低下は、食事の喜びやコミュニケーションなどを通じて社会性の変化や生活の質に影響を与える¹⁾ことが知られている。超高齢者の低咬合力は、同居者の有無に関わらずプロテイン、多価不飽和脂肪酸、食物繊維、ビタミン類、ミネラル類の低摂取につながる²⁾。また主観的な口腔の健康に関連した生活の質は、口腔の健康指標だけでなく認知機能や精神的健康、抑うつをも反映することも指摘されている³⁾。一般的に口腔の健康状態はフレイル発症リスクであるが、それ自体は必ずしも独居認知症高齢者だけにリスクがある状態ではない。すなわち残存歯が少なく咀嚼困難で口腔の健康状態が不良である高齢者は、独居や認知症、抑うつ症状を調整したうえでも1年後のフレイル発症リスクが高いという報告でも示される⁴⁾。

独居高齢者が認知症を発症すると、認知症の症状に起因した生活の乱れや体調管理の危機が生じることで、口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まることが知られている⁵⁾。家族と同居している・施設入所している者と比較し、日常的に傍らにいた他者からの支援が提供されにくいいため、口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく、さらに廃用症候群を伴う場合は、自宅生活が継続困難になると報告されている⁶⁾。

2.認知症高齢者の口腔機能低下と歯科受療

本人に言語的コミュニケーション能力の低下があること、あるいは課題を課題として認識する能力の低下があることで、口腔の課題は気づかれずに放置される。特に地域に暮らしている、認知症高齢者の口腔のセルフケア能力の低下には介入がなされにくい。その結果、自分の歯を多く残している地域在住の認知症高齢者は、認知機能低下が軽度である者と比較して有意に歯周病の炎症面積が大きく、口腔内の汚染と歯肉出血が放置され、常に口腔内に炎症を抱えている状態である⁷⁾。何らかの疾患を契機に入院した際に初めて課題が客観的に認知されることも少なくない⁸⁾。口腔機能と独居の関係性は数値的に確認しにくい面があるが、臨床的に独居高齢者は口腔の健康が阻害される傾向があることが課題として認識されている³⁾。軽微な口腔機能低下が重複している状態をオーラルフレイルと呼ぶ⁹⁾が、独居であること、多剤併用、うつ病の既往がオーラルフレイル発症の危険因子であり、さらに後期高齢者に限定すると歩行機能の低下と認知機能低下、う

つ病が危険因子であることが報告されている¹⁰⁾。多因子を調整したうえでも独居高齢者のうち片足立ちによる行為動作が困難なものは現在歯数が少ないことも示されている¹¹⁾。

歯科クリニックに外来通院が困難な高齢者には訪問歯科診療による受療手段があるが、認知症高齢者が自身で口腔疾患を自覚し訪問歯科診療の受診申し込みをする例は極めて少ない。多くは家族や介護者からの申し込みであり、また歯科医師の訪問を受ける際に家族が同席できる例が中心となるため、実際に独居であることと認知症であることは訪問歯科診療の受療を阻む要因であると指摘されている¹²⁾。

3. 認知症高齢者の口腔衛生と社会的背景

認知症高齢者に対して行った質的研究からは、毎日の生活の中で他の健康課題（服薬、血圧管理等を忘れないこと等）よりも口腔衛生管理は優先順位が下がり、介護者から催促されなければ口腔衛生習慣を忘れてしまうこと、さらに糖質摂取制限などの口腔疾患の予防行動は考慮されない傾向が顕著になること、が明らかとなっている¹³⁾。毎日の自宅での口腔衛生習慣については、介護者がいる場合であっても、口腔衛生に関する促しや支援が継続されなければ本人も継続ができず、セルフケア能力がさらに損なわれるうえ、口腔の不具合についての本人の言外のメッセージに介護者が気づかないと指摘されている。受診に関しては、通常の社会ケアのパッケージに歯科が含まれていないことで認知症の人が受けられる歯科治療の情報不足、予約の遵守や経済的な制約、外出の困難さを含む歯科医療のアクセシビリティ、本人がリラックスできる関係性の歯科医師とつながることが困難で継続性が確保されないこと、本人が痛みを訴えなければ受診は先延ばしになることが障壁として指摘される¹³⁾。

認知症がより重度で独居であり社会的支援の不足したものにおいては、口腔の健康への支援が一層必要であるにもかかわらず、口腔保健や歯科医療へのアクセスへの障壁が増大する傾向があり、廃用も相まって口腔機能低下のリスクが高いと考えられる。

文献

- 1) Lyzbeth Beatriz Ortiz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. BMC Oral Health. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3. PMID: 31291933
- 2) Inomata C, Ikebe K, Okubo H, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963. PMID: 30931780
- 3) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. J Am Geriatr Soc. 2008 Apr;56(4):711-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631.x. PMID: 18284537
- 4) Laura Bárbara Velázquez-Olmedo, Socorro Aída Borges-Yáñez, Patricia Andrade Palos, Carmen García-Peña, et al. Oral health condition and development of frailty over a 12-month period in community-dwelling older adults. BMC Oral Health. 2021 Jul 20;21(1):355. doi: 10.1186/s12903-021-01718-6. PMID: 34284766
- 5) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75. ID2018005773
- 6) 山下奈美, 関根一樹, 大澤かおる, 川合直美ほか. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究. 2012;29:25-28_ID2012347597

- 7) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, et al. 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.PMID: 34831719
- 8) 迫田綾子. 口腔ケアを待つ人々 一人暮らしで寝たきりの痴呆高齢者を支える家族の口腔ケア. 訪問看護と介護. 2005;10(1):68-71_ID2005090553
- 9) 一般社団法人日本老年医学会, 一般社団法人日本老年歯科医学会, 一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. *老年歯学*. 2024;38(4) Supplement:86-96. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsjg/38/supplement/38_86/_article/-char/en
- 10) 田中優成, 坪内美穂子, 栢下淳, 水上勝義. 地域在住高齢者におけるオーラルフレイルの関連要因—前期高齢者と後期高齢者の比較から—. *日本老年医学会雑誌*. 2024;61(1):68-79. doi:10.3143/geriatrics.61.68. PMID 38583973.
- 11) 尚爾華, 野口泰司, 中山佳美. 地域在住女性高齢者における現在歯数20本未満の関連要因～名古屋市体操教室参加者における調査～. *口腔衛生学会誌*. 2020;70(1):27-34. 医中誌ID2020153691.
- 12) Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Jul;19(7):679-683. doi:10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823
- 13) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. *Dementia*. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942. PMID: 33345612

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも低栄養のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者では、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や調理の課題、また併存疾患に食事療法が必要なケースでの理解と実践の困難、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。

解説・エビデンス

1.はじめに

高齢者の口腔の健康は生活の質に関する指標の一つであり、高齢者の口腔衛生状態の悪化と口腔機能低下、摂食嚥下機能低下は、食事の喜びやコミュニケーションなどを通じて社会性の変化や生活の質に影響を与える¹⁾ことが知られている。超高齢者の低咬合力は、同居者の有無に関わらずプロテイン、多価不飽和脂肪酸、食物繊維、ビタミン類、ミネラル類の低摂取につながる²⁾。

独居高齢者が認知症を発症すると、認知症の症状に起因した生活の乱れや体調管理の危機が生じることで、口腔・栄養管理を含めた健康と生活両面の支援ニーズが高まる³⁾ことが知られている。家族と同居している・施設入所している者と比較し、日常的に傍らにいる他者からの支援が提供されにくいいため、口腔や栄養状態を含めた病状悪化を招きやすく、さらに廃用症候群を伴う場合は、自宅生活が継続困難になると報告されている⁴⁾。

2.認知症の人の低栄養等、栄養摂取に関連した課題

認知症高齢者の食べることに関する量的研究は、病院や施設入所の者に関する研究が多くを占めるが、地域高齢者を対象にした研究が1篇あった。4g/dl未満の血清アルブミン値と16kg/m²未満の除脂肪体重を低栄養の基準にしたとき、MMSE23以下の認知機能低下があり独居である者は、認知機能低下がなく同居者がいる者と比較して5.53倍低栄養になりやすい、と報告されている⁵⁾。

また、自宅生活を送る者に関する研究は、生活の一部としての食に焦点を当て、少数を対象にした質的研究が複数あった。

「食べる：摂食」行動自体は一般的に軽度認知症では障害されないことが知られている。一方で、中島⁶⁾は「食事を『する』という食行動は『食物を入手してから調理、配膳して食べるまでの一連の過程をさし、生産、加工、流通、献立、買い物、食品の選択と補充、管理、調理、食卓づくり、後片付け、保存あるいは廃棄、そして食べる時間、共に食べる人数、健康、場所などに応じて量や調理方法、栄養価を考えふさわしい盛り付けをし、味わって食べるまでの一連の行動である』と述べている」⁶⁾。こういった一連の工程の諸処に、認知機能低下が影響を及ぼし生活課題となる。

軽度認知症でも後片付けや食品の保存・廃棄に困難が生じ⁷⁾、食品衛生（あるいは食器の衛生）が確保されないことによる健康障害が引き起こされる。また経済面の心配に

よって食品購入を取りやめる結果、低栄養リスクが潜在する⁷⁾。調理困難になってきた際には惣菜利用が食の中心になるが、本人にとって興味を引く料理や嗜好品に偏り、栄養バランスを欠くだけでなく、咀嚼困難な状態ではやわらかいものだけになるため栄養素密度が低く低栄養になる。さらに近年のスーパーマーケットのDX（デジタルトランスフォーメーション）化によって、認知症高齢者の購買行動の一部が困難になった。例えば自動支払機導入によって独居認知症高齢者が買い物自体に強い不安を覚え、合理的な商品選択をふくめた自立的な購買行動が困難になるケースが報告されている⁸⁾。買い物困難であっても、本人が配食サービス導入に納得できない可能性を念頭に支援体制を構築することが必要である。

2-1.糖尿病で食事療法の必要な独居認知症高齢者の課題

認知症高齢者の咀嚼機能の低下が炭水化物の過剰摂取と蛋白質の摂取不足を招き、味覚閾値低下は過剰な塩分摂取を招く。服薬管理が不十分な状態で、そのうえ食事摂取が不十分であると低栄養どころか低血糖リスクがあり、日々の見守りが必要であるが、独居と認知症は食事療法の最も妨げになる因子である⁹⁾。栄養食事指導が奏功しない例は、長年の生活習慣や嗜好を変えることが難しいこと、本人にとって好きな日常食であっても病態管理上問題がある食品など指導された栄養指導内容を忘却してしまうこと、補食を「おやつ」と誤認識すること、台所に他人を入れたくないなど専門職が確認できる範囲が限られていること、本人が気づかないうちに歯の調子が悪くなり摂取量が減少すること、服薬忘れが起こること、など多岐にわたる¹⁰⁾。

2-2.腎臓病の食事療法や透析の必要な独居認知症高齢者

透析患者や腎疾患患者の栄養食事療法において、独居高齢者は外来での指導だけでは適切な実践につながらないことが指摘される¹¹⁾。介助者がいたとしても、介助者に適切な病態栄養の知識がない為に、咀嚼困難の為に安易に粥食にした結果低ナトリウム血症を呈す例や電解質異常、低アルブミン血症を引き起こすこともある¹¹⁾。

2-3.服薬管理と消化器症状及び食欲

独居高齢者においては服薬アドヒアランスを支援する者がいない可能性が高く、服薬管理（薬剤自体の管理及び内服指示遵守）が困難で、服薬忘れ及び自己中断による投与量の過不足があることから薬物有害事象が起こりやすい¹²⁾。独居の認知症高齢者の服薬管理困難は、予測しない薬物有害事象を生じやすく、病状の変化から低栄養につながりやすい。服薬忘れだけでなく、手指の巧緻性の低下による開封困難、食事回数の減少に伴う内服頻度減少、多剤の嚥下困難からの拒否等、服薬アドヒアランス低下が生じる¹³⁾。

2-4.孤食、共食と中食、配食

一般的に食品摂取多様性の低下は低栄養リスクとされるが、独居高齢者の食品摂取多様性は、食料品店までの距離及び歩行機能等を包含した主観的な食料品アクセス、親戚や近隣住民からの食品の差し入れや調理習慣に影響される¹⁴⁾。地域在住高齢者において週4日以上孤食（一人で食べる）である者のうち男性49.5%、女性55.5%が独居者であり、週4日以上以上の孤食が食品摂取多様性の低下に影響しているが、孤食であっても配食サービス利用者では多様性は多少保たれている可能性も推察されている¹⁵⁾。

独居認知症高齢者においては、身体的虚弱のみならず認知機能低下によって購買行動が困難になった際の、社会的支援の不足が食品摂取多様性の低下を通じ低栄養リスクがあると考えられる。

文献

- 1) Lyzbeth Beatriz Ortiz-Barrios, Víctor Granados-García, Pablo Cruz-Hervert, et al. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. BMC Oral Health. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3. PMID: 31291933
- 2) Inomata C, Ikebe K, Okubo H, et al. Dietary Intake Is Associated with Occlusal Force Rather Than Number of Teeth in 80-y-Old Japanese. JDR Clin Trans Res. 2017 Apr;2(2):187-197. doi: 10.1177/2380084416673963. PMID: 30931780
- 3) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75. ID2018005773
- 4) 山下奈美, 関根一樹, 大澤おる, 川合直美ほか. 廃用症候群患者の転帰に影響を与える因子. 臨床理学療法研究. 2012;29:25-28_ID2012347597
- 5) Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, et al. 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. eCollection 2021. PMID: 34813604
- 6) 中島紀恵子. 生活の場から看護を考える—看護概念の転換への提起—. 医学書院. 1994.
- 7) 鹿内あずさ. 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2004;11:1-11_ID2005165946
- 8) 中山莉子, 枝広あや子, 岡村毅. ひとり暮らしの認知症高齢者の買い物支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2023;16(3):171-176.
- 9) 荒砂慶子. 【高齢者糖尿病診療のピットフォール】 高齢者糖尿病治療の注意点. 食事療法. 糖尿病診療マスター. 2014;12(5):527-531_ID2014262536
- 10) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529_ID2019123327
- 11) 田部井薫. 【高齢化する透析患者を支える】 高齢透析患者の現状. 臨床栄養. 2012;120(2):136-140_ID2012121649
- 12) Fengzhu Ang, Jing En Pau, En Wei Koh, et al. Drug-related problems associated with community-dwelling older persons living alone in Singapore. Int J Clin Pharm. 2019 Jun;41(3):719-727. doi: 10.1007/s11096-019-00813-7. PMID: 30937694
- 13) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田 一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42 Suppl.I:33-35_ID2016108053
- 14) 吉葉おかり, 武見ゆかり, 石川みどり, 横山徹爾ほか. 埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62(12):707-718_ID2016124200
- 15) 田中泉澄, 北村明彦, 清野諭, 西真理子ほか. 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2018;65(12):744-754.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも 経済的困窮のリスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮のリスクが高いのかという疑問に対しては報告がないことから現時点では不明である。しかし臨床医学の立場からは、独居認知症高齢者の貧困はすでに課題になっている。

解説・エビデンス

認知症・認知機能低下の危険因子として、認知予備能（低い学歴）、生活習慣病、飲酒などはよく知られている。これらの危険因子は貧困と強く関連するため、認知症・認知機能低下と貧困が関連することも知られている。しかし、独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者を比較した論文はない。

また医療の現場においては貧困の課題が頻出するのは独居高齢者であるが、独居、非独居高齢者の主観的困窮感は差がないという報告⁵⁾があり（論文⑤）、臨床知と乖離がみられる。したがって安易に結論を出すことはできず、「不明である」としか言いようがない。

その原因であるが、第一にそもそも独居認知症高齢者が研究の対象になることがない点が挙げられる。現在の研究の枠組みでは、認知機能が低下した高齢者の研究参加には、代諾の同意を要求する倫理委員会が多い。しかし独居の人からの代諾の取得は難しい。そもそも非侵襲的な研究に参加するかどうかという決断を認知症の人ができないに違いないとする倫理委員会の主張もまた差別的である。

第二に、より本質的な問題であるが、独居の人がそもそも認知症の診断を受けていない可能性がある点である。日本では報告はないが、米国からは貧困層において独居と認知症と診断されていないことが関連するという報告¹⁾がある（文献①）。

これについて深掘り調査をするには、ある地域すべての高齢者を対象にして（本人だけの情報では不十分なことがあるので）多面的に、持続的に調査をする必要がある。これには地域住民の協力は必須であり、疫学研究ではなくコミュニティ参加型研究である必要がある。しかしコミュニティ参加型研究は臨床能力を有する研究者が多大なエフォートをかける必要があるためわが国ではほとんど行われていない。

東京都健康長寿医療センターが高島平で行っているコミュニティ参加型研究からは、認知症のある地域住民のうち診断を受けていない人は、受けている人に比べて、身体疾患のケアが中断している傾向、住まいの支援が必要である傾向があるが、独居か否かは関係なかったことを報告している²⁾（文献②）。また訪問調査で明らかになった認知機能低下がある高齢者200名を5年間にわたり追跡し、脱落（何らかの理由で追跡ができなくなる）の関連要因が独居のみであったことを報告している³⁾（文献③）。このことから、独居認知症高齢者は社会の調査や介入では見つからない可能性が高いことが示唆されたものの、それが貧困と関連するかどうかまでは分らない。

なお単身独居男性を対象としたホームレスシェルターにいる65歳以上の人の80%がMMSEで23点以下であることから、独居男性で認知機能が低下した人と、住まい喪失が何らかの関係があることが示唆されるが因果関係は不明である⁴⁾(文献④)。

文献

- 1) Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, et al. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Nov;55(11):1771-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01417.x. Epub 2007 Oct 3. PMID: 17916120.
- 2) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, et al. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatr Gerontol Int.* 2020 Jun;20(6):564-570. doi: 10.1111/ggi.13924. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32291907.
- 3) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Inagaki H, et al. 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.* 2022 May;22(3):332-342. doi: 10.1111/psyg.12816. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35199417.
- 4) Okamura T, Awata S, Ito K, Takiwaki K, et al. Elderly men in Tokyo homeless shelters who are suspected of having cognitive impairment. *Psychogeriatrics*, 2017;17:206-207.
- 5) 久保温子, 村田伸, 上城憲司. 独居高齢者と非独居高齢者の特徴に関する大規模調査. *厚生指標* 2014;61(11):21-26.

独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも社会的孤立のリスクが高いのか

回答文

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。

解説・エビデンス

1.はじめに

Townsendは、社会的孤立を「家族やコミュニティとの接触がないこと」と定義した¹⁾。Meeuwesenはさらに、社会的孤立とは単に「接触がない」ということではなく、「意味のある社会的ネットワークが欠如していること」であり、「意味のある」とは「個人の社会的ニーズの充足」であると論じた²⁾。さらに、栗田は、社会的孤立とは、「必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークの欠如」³⁾であると述べている。

高齢者は、年齢が高くなるとともに、独居、認知機能低下、身体機能低下、移動能力低下、身体疾患、低所得・低資産になる傾向が高まる。これらの因子は、社会的孤立のリスク因子であるとともに、社会的孤立がこれらの促進因子でもあることが示唆される⁴⁾⁻¹⁰⁾。

年齢が高くなるとともに認知症の有病率が高くなることは周知の事実である。我が国の状況をみてみると、高齢者人口は2045年をピークに減少傾向となるが、その後も85歳以上の超高齢者は増加しつづけると予測されている¹¹⁾。そして高齢者がいる世帯の構造は、年齢が高くなるとともに独居率も高くなり、男女ともに85歳以上で独居率が急激に上昇する¹²⁾。よって、今後、独居の認知症高齢者の増加が見込まれ、独居の認知症高齢者の社会的孤立に対する対策を考えることは重要な課題である。

2.先行研究の要約

独居であることは高齢者の生活にどのような影響を与えるだろうか。認知機能が保持されている独居高齢者では、同居世帯の高齢者と比較して、家族とのつながりが希薄で emotional lonelinessを感じているが、友人づきあいは保たれており、社会活動が保たれていたとする報告や、独居であることは慢性的なとじこもりになるリスクを下げるとする報告がある¹³⁾。しかし認知症を抱え、認知機能障害やそれによる生活障害が進行してくると、生活支援が必要になる。ところが、独居世帯の高齢者は、生活支援の担い手である家族や親族が不在である可能性が高い¹⁴⁾。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自体が困難になる可能性が高まる¹⁵⁾。独居の認知症高齢者が、独居でない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり、医療その他のサービス利用頻度が低いこと¹⁶⁾、ニーズが充足されないこ

と¹⁷⁾、社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないこと¹⁸⁾が、諸外国の研究で指摘されている。本邦における疫学研究でも、認知機能低下がある独居高齢者は、認知機能低下がない独居高齢者と比較して、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少ないこと¹⁹⁾、認知機能低下がある非独居高齢者との比較では、家族との交流頻度と道具的サポートが少ないこと¹⁹⁾、また、女性では、独居であることの代償的行為として社会交流が増えている可能性があるが、男性ではこの傾向が認められなかったこと²⁰⁾が報告されている。事例研究も散見され^{21), 22)}、独居の認知症高齢者では、近隣トラブルで事例化して初めて認知症に気づかれ、その時点ですでに社会的排除が起こり、社会的孤立が深刻になっているケースがある。

3. 結論

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。

文献

- 1) Townsend P. *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London*: Routledge & Kegan Paul;1957.
- 2) Meeuwesen L. A typology of social contacts. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L, eds. *Social Isolation in Modern Society*. Abingdon, UK and New York: Routledge. 2006:37-59.
- 3) 栗田主一. 【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって 一人暮らし、認知症、社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):451-459.
- 4) Aartsen M, van Tilburg T, Smits C, Knipscheer K. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *J Soc Pers Relat*. 2004;21(2):249-266.
- 5) Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S119-S144.
- 6) Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, et al. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2020;29(9):2375-2381.
- 7) Bien B, Bien-Barkowska K. Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. *Qual Life Res*. 2016;25(12):3047-3056.
- 8) Chatters LM, Taylor HO, Nicklett EJ, Taylor RJ. Correlates of Objective Social Isolation from Family and Friends among Older Adults. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(1).
- 9) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:647.
- 10) Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, et al. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(1):107-113.
- 11) 国立社会保障・人口問題研究所. 出生中位（死亡中位）推計（平成29年推計）. 2017; http://websv.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html. Accessed 2021.6.18.

- 12) 国立社会保障・人口問題研究所. 世帯主の男女・年齢5歳階級別・家族類型別世帯数--『日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）』（2019年推計）. 2019 <http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/setai/shosai.asp>. Accessed 2021.6.18.
- 13) Xiang X, Chen J, Kim M. Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. *Gerontologist*. 2020;60(1):101-111.
- 14) 栗田主一. 【認知症の人のための住まいと生活支援】認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか. *老年精神医学雑誌*. 2015;26(5):487-492.
- 15) 栗田主一. 【認知症トータルケア】課題と事例 家族構成の変化, 独居への対応. *日本医師会雑誌*. 2018;147(特別2):S400-S401.
- 16) Webber PA, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist*. 1994;34(1):8-14.
- 17) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr*. 2010;22(4):607-617.
- 18) Askelson NM, Campo S, Carter KD. Completely isolated? Health information seeking among social isolates. *Health Educ Behav*. 2011;38(2):116-122.
- 19) 稲垣宏樹. 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」（研究代表者：栗田主一）分担研究報告書：新コホートを対象とした疫学的調査（板橋区高島平地区）. 2021.
- 20) 津田修治. 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」（研究代表者：栗田主一）分担研究報告書：都市部の独居認知症高齢者の生活と健康. 2021.
- 21) 澤滋. 【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. *精神科治療学*. 2020;35(4):373-378.
- 22) 齊藤春恵. 【男性の独居高齢者を地域でどう支えるか-社会的孤立を防ぐには】（事例3）横浜市戸塚区の取り組み 高齢者を見守るまちづくり「みまもりネット」による“気になる人”の早期発見・早期支援. *保健師ジャーナル*. 2017;73(5):407-412.

回答文

独居認知症高齢者の行方不明リスクに言及した研究はほとんど無かった。同居と独居による行方不明発生率の違いに直接言及した研究は1件のみであった。その研究は独居の方が同居よりも行方不明発生率が低いことを示している。千葉県内の全市町村を対象とした郵送調査（回収率27.8%, 15市町村）から、行方不明発生率は独居高齢者人口10万人対127.67人、同居高齢者人口10万人対194.30人となっており、独居の方が発生率は低くなっていた。その理由として、①行方不明に気づく人の約6割が同居家族であるため、行方不明になったことが把握されないこと、②独居高齢者の方が同居高齢者より心身の機能が高いことなどが考えられる。しかし引用した研究は千葉県のみを対象としたものであり、一般化には限界がある。今後の更なる研究が必要である。

解説・エビデンス

警察庁の統計によると、認知症（疑いを含む）による行方不明は年々増加し、2023年には19,039人に達している¹⁾。これは2012年の集計開始以来、10年でほぼ倍増したことを意味している。しかし警察庁の統計は行方不明者届が出された人のみを集計したものであり、また世帯類型に関するデータが含まれていないため、警察庁の統計から独居認知症高齢者の行方不明発生率を知ることはできない。

それに対して、同居と独居による行方不明発生率の違いに直接言及した研究が1件のみであった。その結果は、行方不明発生率は独居高齢者人口10万人対127.67人、同居高齢者人口10万人対194.30人となっており、独居の方が発生率は低くなっていた²⁾。これは一見すると逆の結果のように思えるが、幾つかの研究はこの結果を支持している。

まず、行方不明に気づくのは同居家族が約6割を占めているため、独居の場合は行方不明になったことに気づかれない可能性がある³⁾。また独居の行方不明者のみを対象とした研究では、150人の行方不明者の内、33人（22.0%）は発見（保護）されてから行方不明になっていたことが分かった⁷⁾。これらのことから、独居の場合は行方不明を把握すること自体に困難が伴うと考えられ、それが発生率を低下させている可能性がある。

次に、独居高齢者は同居高齢者に比べて心身の機能が高いことが考えられる。複数の研究は独居高齢者の方が同居高齢者より心身の機能が高いことを示している^{4),5),6)}。行方不明発生率を高齢者人口10万人当たりで見ると、独居の方が心身の機能が高いのであれば、必然的に認知症による行方不明者は少なくなる。つまり発生率は低くなる。

独居の行方不明発生率が低いのは、これらの理由によるものと思われる。しかし独居と同居の行方不明発生率を直接比較した研究が1件しかなかったこと、さらに千葉県内の15市町村しか対象となっていないため、現状で結論を出すことは難しい。今後の更なる研究が必要である。

文献

- 1) 警察庁. 令和5年における行方不明者の状況.2024.
- 2) Kikuchi K, Ikeuchi T, and Awata S. A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba Prefecture, Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2023;23(11):890-891.
- 3) 鈴木隆雄. 認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. *日本セーフティプロモーション学会誌.* 2017;10(1):6-13.
- 4) Iliffe S, Tai SS, Haines A et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ.* 1992;305:1001-1004.
- 5) Fujii K, Sato A, Jindo T et al. Comparison of physical and cognitive function and depression between older adults living alone and with others in rural area of Japan: a large-scale mail survey of the Kasama study. *J Educ Health Sci.* 2019;64:251-259.
- 6) Kubota T, Sakamoto H, Mutsukura T et al. Comparison of work performance between elderly people living alone and living alone in community. *Int J Exerc Sci.* 2020;3:1-7.
- 7) 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-. 2021;32(4):469-479.

独居の行方不明認知症高齢者等は 死亡リスクが高いのか

回答文

独居認知症高齢者の死亡リスクに言及した研究はほとんどない。文献検索及びハンド・サーチの結果、死亡リスクに言及している研究は2件のみであった。1件は行方不明時に独居であること、及び、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有意に関連していることを示していた。もう1件は自動車を使用しての行方不明であるが、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た。行方不明に気づく人の約6割が同居家族であることを考慮すると、独居の場合は行方不明に気づくのが遅くなり、それが初動捜索の遅れ、ひいては発見の遅れにつながり死亡リスクを高める可能性がある。しかし、研究の数が少ないため、更なる研究が必要である。

解説・エビデンス

認知症による行方不明に関する研究を概観すると、独居と同居の違いに焦点を当てた研究はほとんどない。そのため両者の違いによる死亡リスクに言及した研究は2件のみであった。1件は日本国内の研究であり、警察に行方不明者届が出された人を対象としていた¹⁾。もう1件は米国の研究であり、自動車を運転して行方不明になった人を対象としていた²⁾。両者は研究対象が異なっているが、共に独居の死亡リスクが高いことを示していた。

その理由として、行方不明に気づくのは同居家族が多く³⁾、発見（保護）されてから行方不明になっていたことが分かるケースも少なからずある⁴⁾。独居の場合は行方不明になったことに気づかれ難く、それが初動捜索の遅れ、ひいては発見の遅れにつながる。行方不明から発見までの時間が長くなると死亡リスクが高くなることから¹⁾、徒歩であろうと自動車であろうと、発見の遅れが死亡リスクを高めている可能性がある。しかし、研究が少ないため、現状で明確なことを言うのは難しい。

我が国では警察庁が毎年、認知症による行方不明者に関する統計を出している⁵⁾。その中には死亡者も含まれている。しかし世帯類型がないため、独居と同居による死亡リスクの違いは分からない。警察庁の統計は、あくまで行方不明者届が出された人だけであるが、世帯類型のデータも合わせて収集すれば、死亡リスクの研究に資するだろう。今後の更なる研究が必要である。

文献

- 1) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(9):902-906.
- 2) Rowe MA, Greenblum CA, Boltz M, Galvin JE. Missing drivers with dementia: antecedents and recovery. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(11):2063-2069.

- 3) 鈴木隆雄. 認知症高齢者の徘徊・行方不明・死亡に関する研究. 日本セーフティプロモーション学会誌. 2017;10(1):6-13.
- 4) 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—. 2021;32(4):469-479.
- 5) 警察庁. 令和5年における行方不明者の状況. 2024.

独居認知症高齢者の身体的健康問題の リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減のための支援には、ケアマネジメント、在宅ケア、多職種アプローチが用いられている。これらを組み合わせてプログラム化した介入研究は少数報告されているが、アウトカムも介入も多様なため、効果を結論づけるには不十分である。

訪問看護師による認知症ケアマネジメントは、独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減について、通常ケアに対する優位性を示していない。

入院等の身体的健康問題の発生を防ぐために、薬物治療の適正化や医学的管理に焦点を当て、在宅ケアや多職種アプローチを用いた介入研究や症例報告を複数認めた。介入効果を定量比較した研究の中では、ビデオ通話による服薬支援の有効性が示されている。

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居認知症高齢者を対象とした支援プログラム等によって身体的健康問題のリスク低減効果を評価した研究を2件認めた。また、独居認知症高齢者のケア提供の症例報告は4件報告されていた。

2.エビデンス

研究¹⁾は、2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である。一般医の単位で介入の有無を割り付けて、認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した。認知症の専門認定をもつ看護師が6ヶ月間にわたって介入し、その後6ヶ月間追跡して効果を評価した。専門認定を持つ看護師は月1回1時間程度、自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い、多職種カンファレンスで検討した上で、診療所の一般医（主治医）と看護師と相談して支援計画を立てた。136の一般医が参加して、70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して、407名が介入後のフォローアップまで完了した。独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%）、通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が行われている。介入効果は、行動・心理症状の低減について有意に認めたが、QOLスコアや介護者負担、抗認知症薬の服用、潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムに対しては有意差がなかった。

研究²⁾は、1998年から米国で行われた独居認知症高齢者に対するビデオ通話または電話による服薬管理支援の効果についての報告である。軽度認知症の独居高齢者14名を対象に、服薬回数に応じて、看護助手がビデオ通話または電話でその都度連絡する場合と、通常ケアの場合でアウトカムを比較した。ビデオ通話2617回または電話1855回の連絡に対して応答なしは10%、15%の割合だった。ビデオ通話の場合、服薬の正確さは支援

開始時80%から終了時82%に上昇したのに対して、電話の場合は85%から80%に低下、通常ケアでは76%から62%に低下した。ビデオ通話による服薬の正確さの変化は、通常ケアと比較して有意差があった。抑うつや行動・心理症状のスコアの変化に有意差は認めなかった。

研究3³⁾は、独居認知症の80代後半女性の服薬支援についての症例報告である。訪問介護で服薬エラーを発見して、ケアマネジャーを介して医師・薬剤師に連絡して処方内容を簡素化した。

研究4⁴⁾は、独居認知症高齢者のインスリン治療を含めた糖尿病の在宅管理の症例報告である。本人ができること、できないこと、支援が必要なことを見極めて、医療チームで個別化した対応をした。本人はカレンダーに予定や行動を記録して生活していたため、①時間になったらかかりつけの病院の看護師室に通って注射を受ける、②日々の内服を実施したら本人がカレンダーに書き込み、③カレンダーで内服状況をケアマネジャーが確認した。

研究5⁵⁾は、80代前半の独居認知症女性の健康状態の悪化予防のために多職種連携でケアを工夫した症例報告である。ケアマネジャー・介護職・訪問看護師が、食事・水分摂取や内服についての見守りと支援、入浴を含めた身体の清潔、転倒予防について、討議して連携した。本人の生活状況や身体機能、好みを考慮して、本人ができることを尊重しながら、必要な見守りや支援を提供した。

研究6⁶⁾は、独居認知症の90代男性の生活リズムの乱れ、意欲の低下、活動性の低下に対して訪問リハビリテーションで対処して生活の再建を図った症例報告である。訪問時間を統一し、そのときに食事をするなど生活リズムを整えて日中の活動性の向上を図った。また、日常生活に対する本人の希望に合わせた環境調整（手すりなど）や動作練習を行った。

3.考察

RQ2-1では、独居認知症高齢者に多い可能性がある身体的健康問題として、併存疾患や体重減少、入院が挙げだったが、これらをアウトカムとして支援プログラムの効果を科学的に検証した研究は認めなかった。だが、薬物治療の適正化や医学的管理などプロセスに焦点を当てた介入研究や症例報告は複数認めた。中でも有効性を確認できたのはビデオ通話による服薬支援だった。この研究は2000年前後に行われたものであり、それ以降にビデオ通話の技術は飛躍的に発展し、急速に普及したため、現在は同様の支援をより簡便に実装できる可能性がある。他には、訪問介護を含む在宅多職種チームによる服薬管理の支援が報告されていた。

支援には、ケアマネジメント、在宅ケア、多職種アプローチが用いられていた。いずれのアプローチも一般的に認知症ケアに用いられる。例えば、ケアマネジメントの手法の有効性のエビデンスは確立しており（Schiller et al, 2022; Reilly et al, 2015など）、日本でも介護保険制度を通してケアマネジャーが担う形で実装されている。しかし、独居に焦点を当てた応用と効果検証はされておらず、独居認知症高齢者の身体的健康問題のリスク低減に効果があるかどうかを判断するには根拠が不十分だった。

文献

- 1) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):996-1004.
- 2) Smith GE, et al. Telehealth home monitoring of solitary persons with mild dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2007;22(1):20-26.
- 3) 中野真, 飯野智, 利根川美香ほか. 在宅医療における服薬指導の再確認. *応用薬理*. 2016;90(3-4):63-67.
- 4) 安田益恵, 田淵裕子. 物忘れのある独居糖尿病患者の在宅療養支援. *看護実践の科学*. 2016;41(13):25-32.
- 5) 小笹優美. 独居の認知症高齢者の健康状態の悪化予防のための連携とケア. *認知症ケア事例ジャーナル*. 2011;4(3):227-239.
- 6) 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. *訪問リハビリテーション*. 2020;10(3):243-249.

独居認知症高齢者の精神的健康問題の リスクを低減させる方法はあるか

回答文

専門職が訪問して1時間程度、直接会って支援する訪問サービスには、独居認知症高齢者の抑うつや行動・心理症状のリスク低減に有効な可能性がある。

参加や交流のためのピアサポートやグループ活動、befriendingサービスなどの支援が、独居認知症高齢者の孤独感を含む精神的健康のリスク低減策として有効かどうかを科学的に検証した研究は見つからなかった。

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

独居認知症高齢者の健康管理全般や身体的健康に焦点を当てた介入プログラムの効果検証の研究で、精神的健康のアウトカムを評価した研究を3件認めた。しかし、精神的健康に焦点を絞って特異的な介入プログラムを開発して、効果検証をした研究は認めなかった。同様に、独居認知症高齢者の精神的健康に焦点を当てたケア提供の症例報告は認めなかった。

2.エビデンス

研究1¹⁾は、2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である。一般医の単位で介入の有無を割り付けて、認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した。認知症の専門認定をもつ看護師が6ヶ月間にわたって介入し、その後6ヶ月間追跡して効果を評価した。専門認定を持つ看護師は月1回1時間程度、自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い、多職種カンファレンスで検討した上で、診療所の一般医（主治医）と看護師と相談して支援計画を立てた。136の一般医が参加して、70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して、407名が介入後6ヶ月のフォローアップまで完了した。独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%）、通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が報告されている。介入の効果は、行動・心理症状（Neuropsychiatric Inventory）のスコアの低減に対して有意に認めた。しかし、QOL（Quality of Life in Alzheimer Disease）や介護者負担（Berlin Inventory of Caregivers' Burden with Dementia Patients）のスコア、抗認知症薬の服用、潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムでは有意差がなかった。

研究2²⁾は、2016年4月～2019年12月の間に韓国で実施された独居高齢者の認知機能介入プログラム、HCI（home-visiting cognitive intervention）の参加者の健康アウトカムを評価した。HCIは8週間のプログラムで、1人の独居高齢者に2人のパートナー（ボランティアの支援者）を割り当て、独居高齢者の自宅を訪問して週1回1時間の認知機能を刺激するトレーニングと日常の活動支援を実施した。258名の参加者のうちベースライ

ンの認知機能低下を認めた48名の結果を解析した。介入前後の比較で、認知機能（MMSE, 介入前16.8, 介入後18.6, $p<0.01$ ）と抑うつ（Geriatric Depression Scale: 介入前13.7, 介入後12.2, $p=0.01$ ）のスコアは有意に改善した。IADLのスコアは有意な変化を認めなかった。

研究3³⁾は、1998年から米国で行われた独居認知症高齢者に対するビデオ通話または電話による服薬管理支援の効果についての報告である。軽度認知症の独居高齢者14名を対象に、服薬回数に応じて、看護助手がビデオ通話または電話でその都度連絡する場合と、通常ケアの場合でアウトカムを比較した。ビデオ通話2617回または電話1855回の連絡に対して応答なしは10%、15%の割合だった。通常ケアと比較してビデオ通話は正確な服薬に効果があった。だが、抑うつ（Geriatric Depression Scale）や行動・心理症状（Neuropsychiatric Inventory）のスコアの変化に有意差は認めなかった。

3.考察

ケアマネジメント、服薬管理支援、認知機能リハの介入プログラムによって、副次的に精神的健康問題のリスク低減効果があるかどうかを評価した研究が3件あった。訪問看護による認知症ケアマネジメントは行動・心理症状の低減に有効性を示し、訪問リハによる介入は抑うつの低減に有効性を示した一方で、ビデオ通話による服薬管理支援の介入は行動・心理症状にも抑うつにも有効性を認めなかった。訪問による支援の2つの研究では、1回あたり1時間程度の時間を対象者と過ごすプログラムだった一方で、ビデオ通話の介入は目的が服薬支援に限定しており、1回あたりのコンタクトの時間は短時間だったものと推測される。RQ2-2で示されたように、独居認知症高齢者の精神的健康問題で最も顕著なのは孤独感である。また、抑うつや不安、行動・心理症状も問題となることが多い。その対策としては、訪問サービスにより、自宅で本人と直接会って1時間程度の支援があることが必要なのかもしれない。

一般に認知症のある人たちへの孤独感を含めた精神的健康の支援として、ピアサポートやグループ活動、befriendingサービスなどが実践されている。しかし、これらが独居認知症高齢者に対して有効かどうかを科学的に検証した研究は見つからなかった。

文献

- 1) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):996-1004.
- 2) Lee J, Lee AY. Home-visiting cognitive intervention for the community-dwelling elderly living alone. *Dement Neurocogn Disord*. 2020;19(2):65-73.
- 3) Smith GE, et al. Telehealth home monitoring of solitary persons with mild dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2007;22(1):20-26.

独居認知症高齢者の口腔機能低下リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下や服薬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。口腔機能は介護者への指導も重要であり、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。

解説・エビデンス

1.はじめに

口腔のセルフケアや食行動は、本来習慣的な自立行動であり、独居認知症高齢者にとっては他者の介入の必要性を自認しにくい。介入を行うにあたって、口腔や食はパーソナルスペースであることに配慮の上、サービス提供者である医療介護専門職が連携を取り合い、拒否されない関係を作る配慮、そしてケアニーズと本人のデマンドのバランスに配慮して本人の満足感を得ることを重視する働きかけを複合的に行うなど、関係の継続を図ることが必要である¹⁾。在宅における支援は、本人が食べることの喜びを享受し、住み慣れた自宅で生活するための疾病予防、低栄養改善・予防、生活の維持向上という生活の場の視点が重視される。

2.口腔機能低下への対策

認知症の人に良好な口腔保健・歯科医療を提供するためには、個々の特定のニーズを尊重し、口腔の健康と関連する生活の質の特徴に置かれる価値を尊重したケアを提供すべきである²⁾。英国では認知症の人の歯科医療へのアクセスが権利として保障されており（Equality Act 2010英国）英国のFaculty of General Dental Practice (2017a)から、comprehensive set of guidelines on dementia-friendly dentistry（ガイドライン）が発行されている³⁾。わが国においては日本老年歯科医学会による「認知症の人への歯科治療ガイドライン」が発行された（2019）⁴⁾。

またわが国の介護保険においては口腔咽頭の運動機能を中心とした口腔機能向上サービス（プログラム）がある。しかしながら参加については、機能低下を発見・認識すること、本人や家族が説明を理解し了承すること、個々のケアプランに口腔の課題を盛り込むことが前提であり、とくに独居認知症高齢者に対しての支援は不十分である。

軽微な口腔機能低下が重複している状態で可逆的な状態をオーラルフレイルと呼ぶが⁵⁾、オーラルフレイルの高齢者一般に対しては、保健事業と介護予防の一体的実施の取り組みや後期高齢者医療広域連合が実施する各種歯科保健事業がある^{6), 7)}（図1）。しかしながら市町村事業において、いまだ保健事業と介護予防の一体的実施が口腔分野に対して活用されているケースが非常に少なく、さらにこれらの事業が認知症高齢者に対して活用されている例は稀である。独居認知症高齢者に訪問看護師がアセスメントの結果を多職

種・多機関と情報共有し、連携して6年間にわたり支援したことで、オーラルフレイルの悪化予防・改善があったケースが報告されている⁸⁾。地域に暮らす社会的支援の得られにくい認知症高齢者には、自宅を訪問してアセスメントすることが有効であるが⁹⁾、後期高齢者の被保険者対象の訪問歯科健診の実施がなされている市町村は非常に少なく、さらなる普及が期待される。

独居であることと認知症であることは、訪問歯科診療の受療を阻む要因である¹⁰⁾。独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難にする要因のひとつに“セルフマネジメント能力の低下”や“必要なサービスの直前のキャンセルや拒否”“十分に頼れない家族との関係”などがある¹¹⁾。したがって介護保険による日常生活の介護者が、本人の口腔に関する困りごとの様子を確認し受療の意思確認や受療申し込みをすることでのみ、訪問歯科医療へのアクセスが提供されることになる。言い換えれば、独居認知症高齢者に接する介護者が、本人の口腔の状態に関心を寄せていなければ訪問歯科医療へのアクセスは確保されない。したがって、最前線の認知症支援に関わる医療介護専門職に、口腔衛生の実践や口腔機能低下、歯科医療に対する理解を深め、口腔機能にかかわる内容を地域の認知症アクションプランに盛り込むことが必要である³⁾。また同時に歯科医療従事者は、認知症対応力を高め、認知機能評価を含む包括的な生活機能評価のトレーニングを行い、認知機能低下のあるものには積極的に定期的・継続的な受診を勧奨することが必要である¹²⁾。歯科医療従事者が訪問歯科診療で訪れた患者の自宅の様子から生活支援ニーズを察知し、地域包括支援センターや自治体の見守り事業、虐待相談窓口等につなぐ連携を行うなどの効果的な地域連携によって、社会的支援の必要な認知症高齢者を地域で支えることが可能になる¹³⁾。また認知症初期集中支援チームに歯科医師が入っているケースでは、対象者の口腔と栄養の課題が発見しやすく、それが介入の糸口の一つになることが報告されている¹³⁾。

3.適切な服薬管理と嚥下機能への支援

独居認知症高齢者の服薬管理支援について、訪問薬剤師、訪問看護師、ヘルパー、介護支援専門員などの協働による支援の事例が報告されている^{14), 15)}。多職種連携による服薬管理支援では医師の処方ケアプラン上実現可能かをすり合わせて考えることの重要性が指摘されている¹⁶⁾。服薬カレンダーの設置のみならず、管理方法の異なる薬剤に対し自宅での本人の動作、習慣を踏まえた確認方法の提案、訪問のタイミングの調整、本人の手指巧緻性や食事頻度、摂食嚥下機能に合わせた剤型・包装を考慮した薬剤の適正化を行う必要がある。訪問看護師は薬効や副作用の出現について確認したうえで、独居認知症高齢者本人の望む暮らしが継続できるように配慮しながら、そのほかの支援者の手も借りつつ基礎疾患の病状の緩やかな維持を図っていることが報告されている¹⁷⁾。近年は従来の連絡ノートだけでなく、医療介護専用SNSの活用により服薬状況を多職種が確認しやすくすることで独居認知症高齢者を支えている例が報告されている¹⁸⁾。

服薬アドヒアランスがあっても服薬が困難である理由の一つに、薬剤の飲み込み困難もある。かみ砕いての服用や、嚥下しきれなかった薬剤が口腔内に残留する口腔内残薬によって口腔粘膜疾患が生じ摂食困難を引き起こすケースもある。介護保険サービスにおいては指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）¹⁹⁾において、利用者の薬剤内服や摂食状況等の支援ニーズを発見した際等の対応として、平成30年度改定から「十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。（第三章 運営

に関する基準（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第十三条、第13号の2）」のように医療と介護の連携を求めている。しかしながら全国的には、未だ介護支援専門員と医療専門職の情報共有が図られるまでには至っていないため、今後の普及が課題である²⁰⁾。

4.結論

独居の認知症高齢者の身近な介護者が口腔機能低下に気づき、適切な歯科医療や支援機関につなげること、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。口腔衛生、口腔機能の維持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。

表2－1 ●オーラルフレイル対策におけるレベル別事業例

対 象	対応する主な市町村事業
第1レベル (口の健康リテラシーの低下)	《一般の高齢者を対象に、口腔の健康についての普及啓発が実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】 ●事業概要 歯科衛生士を自主活動グループ等に派遣し、口腔の講話や体操等を実施 ●展開場所 通いの場 ②介護予防・日常生活支援総合事業 【一般介護予防事業〈介護予防普及啓発事業〉】 ●事業概要 口腔機能低下に関する講演会・教室の開催やチラシ作成等の啓発を実施 ●展開場所 市町村による講演会、介護予防教室等
第2レベル (口のささいなトラブル)	《口のささいなトラブルのある高齢者を対象に、集団指導等を実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【通いの場等を活用したフレイル予防の普及促進】 ●事業概要 口腔機能低下の可能性のある高齢者が参加する通いの場において、歯科衛生士を派遣し、複数回の口腔プログラムを実施 ●展開場所 通いの場 ②介護予防・日常生活支援総合事業 【介護予防・生活支援サービス事業〈通所型サービスC〉】 ●事業概要 基本チェックリスト該当者を対象に、歯科衛生士等が3～6か月の短期集中サービスによる口腔機能向上教室等を実施 ●展開場所 市町村による介護予防教室が多いが、歯科医師会に委託し歯科医療機関において個別指導を実施するケースもあり
第3レベル (口の機能低下)	《口腔機能低下のある高齢者に、歯科衛生士が在宅訪問指導を実施できる事業》 ①都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【健康課題がある人への医療専門職によるアウトリーチ支援】 ●事業概要 低栄養や誤嚥性肺炎発症のリスクのある在宅高齢者を対象に歯科衛生士が訪問指導を実施 ●展開場所 在宅等 《口腔機能低下のある高齢者に、歯科医師が訪問歯科健診を実施できる事業》 ②都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【後期高齢者の被保険者に係る訪問歯科健診】 ●事業概要 歯科医療機関に通院が困難な在宅の後期高齢者を対象に、歯科医師が訪問し歯科健診を実施 ●展開場所 在宅等
全ての高齢者	《高齢者を対象に歯科健診を行うことができる事業》 ③都道府県後期高齢者医療広域連合からの委託による保健事業 【後期高齢者の被保険者に係る歯科健診】 ●事業概要 後期高齢者を対象に歯科医療機関等において口腔機能を含む歯科健診を実施 ●展開場所 歯科医療機関 ※市町村ではなく、都道府県後期高齢者医療広域連合が直接実施している地域もある

図1. オーラルフレイル対策におけるレベル別事業例（文献7より引用）

文献

- 1) 松下由美子. サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ. 日本在宅看護学会誌. 2016;5(1):124-133_ID2017062930
- 2) Xi Chen, Jennifer J Clark, Hong Chen, Supawadee Naorungroj. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. *Gerodontology*. 2015 Mar;32(1):53-61. doi: 10.1111/ger.12061. PMID: 23758583.
- 3) Sarah A Curtis, Sasha Scambler, Jill Manthorpe, et al. Everyday experiences of people living with dementia and their carers relating to oral health and dental care. *Dementia*. 2021 Aug;20(6):1925-1939. doi: 10.1177/1471301220975942.PMID: 33345612.
- 4) 日本老年歯科医学会 日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編.認知症の人への歯科治療ガイドライン. 2019年6月10日発行. <https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138>
- 5) 一般社団法人日本老年医学会, 一般社団法人日本老年歯科医学会, 一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会. オラルフレイルに関する3学会合同ステートメント. 老年歯学. 2024;38(4) Supplement:86-96. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsjg/38/supplement/38_86/_article/-char/en.
- 6) 秋野憲一. 老年歯学を再考するー口を支える視点からーSeminar9. 高齢期の口を支える公的制度～地域住民のオラルフレイルの改善のために地方自治体が展開できる事業. *Geriatric Medicine*. 2021;59(8):791-795.
- 7) 公益社団法人日本歯科医師会. 通いの場で活かすオラルフレイル対応マニュアル. 2020年版. https://www.jda.or.jp/oral_flail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf.
- 8) 安原明美. 【看護師に選ばれる訪問看護ステーション】<報告3>認知症のある独居の利用者に対するオラルフレイル予防. コミュニティケア. 2023;25(10):30-32. ID2023271169
- 9) Edahiro A, Okamura T, Motohashi Y, et al. 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.PMID: 34831719
- 10) Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan.*Geriatr Gerontol Int*. 2019 Jul;19(7):679-683. doi: 10.1111/ggi.13676. PMID: 31037823
- 11) 中島民恵子, 大林由美子. 独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究 介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. 高齢者のケアと行動科学. 2022;27:39-49. ID2023075077.
- 12) Peter M Jensen 1, Ralph L Saunders, Todd Thierer, Bruce Friedman. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Apr;56(4):711-717. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01631.x. PMID: 18284537
- 13) 東京都健康長寿医療センター. 令和2年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」. 2021;158-167.
- 14) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42 Suppl.I :33-35_ID2016108053.
- 15) 高島英滋. 薬局の積極的訪問介入により服薬遵守向上に繋がった認知症患者の1事例. 在宅薬学. 2022;9(1):40-43. ID2022310817
- 16) 川名三知代. 【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服薬管理支援. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):251-256. ID2022172384.
- 17) 松下由美子. 認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助.聖路加看護学会誌. 2012;16(2):17-24._ID2013005011

- 18) 田島玲子.【服薬自己管理に向けた支援】＜報告3＞ICTツールで多職種連携, きめ細かい服薬支援を. コミュニティケア. 2024;26(4):27-29. ID2024148484.
- 19) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=411M50000100038>.
- 20) 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_13.pdf.

独居認知症高齢者の低栄養リスクを低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の身近な介護者が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげることで、また専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上、定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続することが対策になる。適切な栄養摂取に加え見守りも含めて配食サービス業者等への指導も重要であり、同時にフォーマル・インフォーマルサービスも応用した地域支援が必要である。

解説・エビデンス

1.はじめに

食行動は、本来習慣的な自立行動であり、独居認知症高齢者にとっては他者の介入の必要性を自認しにくい。介入を行うにあたって、食は個人的な嗜好や習慣に配慮の上、サービス提供者である医療介護専門職が連携を取り合い、拒否されない関係を作る配慮、そしてケアニーズと本人のデマンドのバランスに配慮して本人の満足感を得ることを重視する働きかけを複合的に行うなど、関係の継続を図ることが必要である¹⁾。在宅における支援は、本人が食べることの喜びを享受し、住み慣れた自宅で生活するための疾病予防、低栄養改善・予防、生活の維持向上という生活の場の視点が重視される。

2.低栄養等、安全な栄養摂取への対策

独居期間が長いものにおいては認知機能低下ゆえの困難さが増えたとしても、本人なりの工夫の積み重ねがあり、本人の意向や信念を無視した不適切な介入は善意の強制になりかねない。困難な部分を本人の納得する方法で支援すること（例 判断の部分だけ声掛け等、買い物や運搬は手助け等で支援）が、自立的な食行動の可及的な維持につながる²⁾。通所利用者に対しては、調理や摂取計画について生活や来歴、動作の癖や特徴を観察し、生活をよく知る家族や介護者からの情報を加味したうえで、本人が自立を継続するための工夫を通所介護事業所で行い、練習をする方法も報告される³⁾。（自宅のポットの使用方法が分からなくなった際に、通所に持参し練習をする、自宅で白いまな板では包丁と食材が見えにくくなっている際に、まな板の色を変更して安全に包丁を扱える工夫を通所で行い練習する等）

2-1.糖尿病・腎臓病で食事療法の必要な独居認知症高齢者

糖尿病がある独居認知症高齢者の栄養食事指導は日常生活の支援者への介入が不可欠である。しかしながら訪問介護員や介護職員にとって病態栄養および病態を踏まえた生活支援は教育を受ける機会が非常に少なく、管理栄養士などの専門職が指導をする機会を設ける必要性がある⁴⁾。本人に指導を行う際でも、本人にとっての食の楽しみを奪わず、それでいて病態の進行を抑制する方法でなければならない。管理栄養士等の専門職が、

在宅に訪問して本人の生活を知り、尊厳に配慮し本人がその訪問を楽しみにできるようなポジティブな関わりを続け、視覚化するなどわかりやすく、無理なく本人が納得できる方法になるまで時間をかけて支援をしていくことが必要である⁵⁾。

2-2. 共食と中食、配食

独居高齢者でも親戚や友人との食事（共食）の頻度が高い者は、食品摂取頻度が高く、食事への満足度が高い⁶⁾。食料品の買い物支援、親戚や近隣住民から食品の差し入れを受け取る機会があり、経済状態が安定していることが共食頻度に影響する因子であると報告され、社会的な関係性が食行動と栄養状態に影響を与えることが示唆されている。農林水産省の食育の推進の中でも共食が推奨されている⁷⁾。

共食は通いの場で提供されている例があり、食事のみならず外出機会の確保やその場での会話、社会参加など、感覚刺激や実行機能への賦活効果が日常生活への好影響、介護予防効果も期待される。しかし必ずしも通いの場に管理栄養士の介入がないことから、病態や摂食嚥下機能に配慮した食事は提供されていない⁸⁾。そこで日本栄養士会では都道府県栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士が共食を行う通いの場や配食業者と協力し健康支援型配食サービスを推進している^{9),10)}。

独居認知症高齢者が食行動の困難を抱えた際に、ケアプランとして配食の活用が一般化している。配食サービスの利用者は80歳以上が大半を占め、独居または高齢者夫婦のみ世帯の利用が9割を占める¹¹⁾。「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」では栄養管理のあり方として、献立作成から病態栄養食（栄養素等調整食）への対応、摂食嚥下障害を持つ者に配慮した物性等調整食への対応、調理、衛生管理などを含めた商品管理について示すと同時に、利用者の状況把握や情報提供、専門職との連絡相談を適切に行うことの必要性を強調している^{12),13)}。特に低栄養が疑われる者や在宅療養者等への配食開始時のアセスメントや継続対応については管理栄養士、かかりつけ医、かかりつけ歯科医との連携が必要である。配食サービス事業者が、配食に関連した重要な気付きを見逃さず、適切に医療介護の専門職と連携関係を築くことができるように、医療介護チームに参加できる仕組みづくり、教育的な情報共有の取り組みが必要である。配食注文時の本人アセスメントと配食継続時のフォローアップの際に本人の健康状態や食事摂取に関する状況把握、情報提供の留意点の例が具体的に示されている¹⁴⁾（図1）。

中食とは購入した惣菜または配達されたデリバリーの料理を自宅で食べることを指す¹⁵⁾。惣菜を中心とした食生活をしている独居高齢者では、本人の好みで選択される惣菜のみでは摂取栄養が偏る傾向がある。一方、惣菜の栄養価は成分表示から大きく外れることはなく、また中食市場の拡大により一人用の小分け惣菜の種類も増えていることから、調理意欲の低下した低栄養傾向にある独居認知症高齢者の支援を行う際には、中食を活用したバランスの良い選び方などの栄養指導も行うことが進められており、加えて買い物支援における栄養支援が必要であろう。



図1. 配食サービス事業者向けパンフレット（文献14より引用）

3. 結論

独居認知症高齢者の身近な介護者が食行動の困難さに気づき適切な支援機関につなげることで、また専門職は本人の習慣や喜びに配慮の上、定期的な関わりや社会参加とあわせた健康的な食の支援を継続することが対策になる。適切な栄養摂取に加え見守りも含めて配食サービス業者等への指導も重要であり、同時にフォーマル・インフォーマルサービスも応用した地域支援が必要である。

文献

- 1) 松下由美子. サービス開始時における一人暮らし認知症高齢者への訪問の継続を図る看護師の働きかけ. 日本在宅看護学会誌. 2016;5(1):124-133_ID2017062930
- 2) 鹿内あずさ. 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」安全を保つ観点から. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2004;11:1-11_ID2005165946
- 3) 土路生恵美. 【先進活動から学ぶ自立支援の環境づくり】「認知症対応型デイサービス」における自立支援の取り組み. 認知症ケア最前線. 2013;37:49-52_ID2014209101
- 4) 荒砂慶子. 【高齢者糖尿病診療のピットフォール】高齢者糖尿病治療の注意点—食事療法—. 糖尿病診療マスター. 2014;12(5):527-531_ID2014262536
- 5) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529_ID2019123327
- 6) Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, et al. "Eating Together" Is Associated with Food Behaviors and Demographic Factors of Older Japanese People Who Live Alone. J Nutr Health Aging. 2017;21(6):662-672. doi: 10.1007/s12603-016-0805-z. PMID: 28537330
- 7) 農林水産省ホームページ. 「食育」ってどんないいことがあるの?. <https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/evidence/index.html>.

- 8) 令和元年度老人保健健康増進等事業.通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業報告書.東京都健康長寿医療センター. 令和2年3月 <https://www.tnmgig.jp/research/info/05%E6%91%82%E9%A3%9F%E6%A9%9F%E8%83%BD%E9%A3%9F%E4%BA%8B%E9%81%B8%E6%8A%9E%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%E4%BC%9A%E6%9C%AC%E5%B7%9D.pdf>.
- 9) 公益社団法人日本栄養士会.「地域高齢者等の健康な食事のための管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集ー栄養ケア・ステーション活用モデルー 栄養のチカラ, 地域のカタチ.」. https://www.dietitian.or.jp/features/upload/images/20200409_02.pdf.
- 10) 公益社団法人日本栄養士会. 栄養ケア活動マッチングガイド. https://www.dietitian.or.jp/publications/data/careguide_2023.pdf.
- 11) 平成24年度老人保健健康増進等事業.地域高齢者の食生活支援の質及び体制に関する調査研究事業報告書. 国立健康・栄養研究所. 平成25年3月. <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/assets/images/rojin24houkoku.pdf>
- 12) 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf.
- 13) 厚生労働省健康局健康課栄養指導室.「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」を踏まえた取組の参考事例集. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000479596.pdf>.
- 14) 厚生労働省.配食事業者の方へ 配食サービスを通じて高齢者の健康づくりを支えてみませんか (パンフレット). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/haisyoku_zigyousya.pdf.
- 15) 厚生労働省. eーヘルスネット [情報提供] 中食の選び方. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-010.html>

独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるか

回答文

独居認知症高齢者の経済的困窮を低減させる方法はあるかという疑問に対しては報告がないことから現時点では不明である。しかし臨床医学の立場からは、独居認知症高齢者の貧困に対して現に支援をしている臨床家があり、様々な報告をしている。

解説・エビデンス

RQ2-5 「独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも経済的困窮のリスクが高いのか」において述べたように、第一にそもそも独居認知症高齢者が研究の対象になることがなく、第二に、独居の人がそもそも認知症の診断を受けていない可能性があり、科学的研究が困難な領域である。実際にPUBMEDや医中誌の検索では適切な論文は見いだせなかった。したがって低減させる方法についても報告はない。

一方で独居・認知症・貧困高齢者は臨床医学においてはハイリスクグループであることは自明であり、すでに彼らを支援している専門職がいる。したがって、実際の支援を調べることで実態を明らかにすることに寄与するだろう。

我が国で単身独居高齢者であり住まいを失ったものの支援をしているNPO法人ふるさとの会からの報告によれば、もともと住み込みで働いていた単身男性が失職とともに住まいを失い、認知症による行動心理症状のために様々な支援場所（高齢者施設、病院、低所得者向け宿泊所など）のいずれにおいても安定せず、ホームレス支援を行うNPO法人ふるさとの会に至るという¹⁾。したがってふるさとの会では住まいの支援と生活支援を一体的に提供している²⁾。また、住み込みではなく賃貸住宅に住んでいた単身男性においては、「家賃滞納、ごみや失禁に伴う居室の損傷による退去要請」、「物盗られ妄想のため更新してもらえない」、「鍵の紛失やボヤ騒ぎなどにより更新してもらえない」などの契機が住まい喪失に至っていると報告されており、認知症の人が相当数含まれていると考えられる³⁾。NPO法人ふるさとの会は、住まいの支援・精神的支援に加えてパーソンセンタードケアの理念に沿った支援を提供しているが、彼らの支援を受けた高齢者を縦断的に追った研究では、精神的健康が回復している⁵⁾。このことから対照はないものの住まいの支援、生活支援だけではなく、より個人を尊重したきめ細やかな支援が重要である可能性がある。なおこのNPO法人の支援方法は文献⁴⁾にまとめられている。

ふるさとの会と同じ地域（いわゆる旧山谷地域）で活動している本田は、同地域が単身生活困窮者により限界集落化している現状を報告し、また医療・看護・介護・福祉・宿泊などの事業者・活動者が連携していることを報告している⁶⁾。

独居認知症高齢者の支援システム構築の理論的支柱ともいえる栗田は、ケア・コーディネーションの機能を効果的に発揮できる地域システムを構築するとともに、生活支援のある社会環境を創り出す活動が不可欠であるとしている⁷⁾。

文献

RQとは直接は関係がないが解説で触れたもの

- 1) 滝脇憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学(0912-0734). 2012.01;(161):86-91.
- 2) 的場由木. 社会的孤立・貧困の状態にある認知症高齢者の生活支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2022;15(3):177-183.
- 3) 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 (0915-6305). 2020.05;31(5):481-486.
- 4) 岡村毅, 的場由木. ホームレス支援における当事者中心の支援論. 精神療法. 2016;(6):818-823.
- 5) Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M, et al. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. J Social Distress & Homelessness. 2023;32:179-184 DOI: 10.1080/10530789.2021.2002632
- 6) 本田徹. 認知症に対する地域の連携体制強化は如何にあるべきか: 生活困窮者医療の現場から考える. 成人病と生活習慣病. 2013;43(7):869-873.
- 7) 栗田主一. 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる社会環境の創出に向けて. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):211-217.

独居認知症高齢者の社会的孤立リスクを低減させる方法はあるか

回答文

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。しかしながら、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る。

解説・エビデンス

1.はじめに

社会的孤立とは、必要な社会的支援の利用を可能にする社会的ネットワークが欠如している状態である¹⁾。本稿では、独居認知症高齢者の社会的孤立へのアプローチを、個人に対するアプローチとコミュニティに対するアプローチに大別して論じる。

2.先行研究の要約

独居の認知症高齢者では、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が困難になる可能性が高い²⁾。そのため、本人が窓口にやってくるのを待っているのではなく、アウトリーチを取り入れた、多職種チームによる包括的かつ継続的な関わりが必要になる³⁾。

(1) 個人に対するアプローチ

Uraら⁴⁾は、認知症高齢者の在宅生活継続中断に、①要支援要介護認定、②居住支援ニーズの未充足、③権利擁護支援ニーズの未充足が関連することを報告している。高齢者の要介護状態の原因として、認知症が最多18.7%を占め、これに脳血管疾患（15.1%）、高齢による衰弱（13.8%）が続く⁵⁾。「要支援要介護認定」とは、こうした要因によって生活機能が障害され、介護保険サービスの利用ニーズが生じていることを示している。Uraらの研究結果は、認知症高齢者の在宅生活の継続には、これに加えて居住支援や権利擁護支援が必要であることを示唆している。生活支援の内容は非常に広いが、現行の制度下では、高齢者の生活支援に関わるフォーマルサポートとしては介護保険サービスが、インフォーマルサービスの中心的なものとして家族と資産⁶⁾が想定されている。また、地域における高齢者の権利擁護推進事業としては、高齢者の虐待防止に関わる事業、日常生活自立支援事業、成年後見制度等がある。

独居認知症高齢者では、インフォーマルサポートを提供する家族介護者が不在である。その上、介護保険制度は、ある程度の保護力がある家族の存在を前提としている。そのため、家族介護力の低下と、家族介護を前提とした介護保険制度とのミスマッチが、独居の認知症高齢者の在宅生活の継続を困難にしている⁷⁾。独居認知症高齢者の社会的孤立

の低減の方策として介護保険サービスを位置づけるなら、家族介護を補完するサービスではなく、独居の認知症高齢者を支えるサービスとして改革する必要がある。

権利擁護について、日常生活自立支援事業、成年後見制度についてはRQ4項で解説する。高齢者虐待について厚生労働省が公表している資料^{8), 9)}によれば、虐待事案全体に占める独居高齢者の割合は7.5%であった。単独世帯では、全体と比較して身体的虐待、心理的虐待の頻度が低く、経済的虐待が高い傾向にあった。被虐待者の介護保険サービス利用状況と相談・通報者の関係をみると、介護保険サービスを利用している場合には介護支援専門員、介護保険事業所職員の割合が相対的に高く、介護保険サービスを利用していない場合は医療機関従事者の割合が相対的に高かった。すなわち、介護保険サービスを利用している場合はサービス提供者が虐待を早期に発見する見守りネットワークになりうることで、介護保険サービスを利用していない場合には医療需要が生じたときにはじめて他者の目が入ることが示唆される。独居認知症高齢者が介護保険サービス等の適切な生活支援サービスを利用することは、社会的孤立のリスク、あるいは社会的孤立の結果生じる、虐待発見の遅延等のリスクの低減に働くと考えられる。

(2) コミュニティーに対するアプローチ

Dementia Friendly Community (DFC) は世界的潮流であり、我が国においても、2015年の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」のなかで「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」が掲げられている。

DFCの本質は、認知症とともに生きる人の人権が護られる社会の実現である¹⁰⁾。地域社会には、すでに社会的支援の総合的調整を実践するフォーマルな組織や機関が存在する。しかし、現存するフォーマルな組織・機関の強化だけでは、社会的に孤立している人たちのサービスへのアクセシビリティを十分に高めることはできない¹¹⁾。

そこで、地域づくりの実践として地域拠点をつくる試みがなされている。このような地域拠点に求められる機能は、①個人に対するアプローチとして、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機能と、②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キング機能である¹²⁾。

3. 結論

現在までのところ、独居認知症高齢者等の社会的孤立の解消をアウトカムとする介入研究は行われていない。すなわち、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に関する科学的エビデンスはない。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として、個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キング）が必要であろう。

文献

- 1) 栗田主一. 【一人暮らしの認知症高齢者】特集にあたって 一人暮らし、認知症、社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):451-459.
- 2) 栗田主一. 【認知症トータルケア】課題と事例 家族構成の変化、独居への対応. 日本医師会雑誌. 2018;147(特別2):S400-S401.
- 3) 澤滋. 【大人のひきこもりや社会的に孤立しがちな人の精神医学】認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学. 2020;35(4):373-378.

- 4) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, et al. Living on the edge of the community: factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatr*. 2021;1(1):131.
- 5) 内閣府. 令和2年版高齢社会白書. 2020 Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_2_2.html. [Accessed 2021.6.25.]
- 6) 畑亮. 【核家族, 低所得高齢者のケースワーク】 核家族・低所得高齢者のケアマネジメント. *老年精神医学雑誌*. 2017;28(3):238-246.
- 7) 服部万里子. 【住民のいのちと健康を守る 「地域主権改革」の落とし穴】 今地域で何が必要か ひとり暮らし高齢者の実態と解決の方向性. *保団連*. 2011;(1059):17-20.
- 8) 厚生労働省. 令和元年度「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果. 2019; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000708459.pdf>. [Accessed 2021.6.18.]
- 9) 厚生労働省老健局. 高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書. 2024.3.
- 10) 栗田主一. 認知症への社会精神医学的アプローチ Dementia Friendly Communityをめざして. *日本社会精神医学会雑誌*. 2017;26(4):332-336.
- 11) 栗田主一. 【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】 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キングという観点から. *日本老年医学会雑誌*. 2020;57(1):22-27.
- 12) 栗田主一. 【精神医療に関する疫学のトピック-記述疫学, リスク研究からコホート研究まで】 認知症フレンドリー社会の創出を目指した地域疫学研究. *精神医学*. 2021;63(4):505-514.

独居認知症高齢者等の行方不明対策は どうあるべきか

回答文

我が国における行方不明者対策は警察と自治体（都道府県・市町村（特別区を含む、以下同様））の2本柱からなる。警察は「行方不明者発見活動に関する規則」など各種法令に基づいて対応する。それに対して自治体はそれぞれが独自に対策を決めている。よって自治体により行方不明者対策は大きく異なる。自治体が行方不明者対策を進めるには明文化された規定が必要であり、地域福祉計画や認知症施策推進基本計画などに行方不明者対策を位置付ける必要がある。

一方、研究に目を向けると、独居認知症高齢者の行方不明対策に関する研究はほとんどなく、1件のみ見つかった。独居認知症高齢者が行方不明になった時の早期発見に関連する要因として、介護保険サービスの利用があった。本人宅にサービス担当者が行った時、不在で行方不明になっていることに気づいて捜索活動につながると考えられる。

解説・エビデンス

我が国の行方不明者対策は警察と自治体（都道府県・市町村）の2本柱からなる。警察は「行方不明者発見活動に関する規則」¹⁾など各種法令に基づいて対応する。それに対して自治体はそれぞれが独自に対策を決めている。よって自治体により行方不明者対策は大きく異なる。自治体が行方不明者対策を進めるには明文化された規定が必要であり、地域福祉計画²⁾や認知症施策推進基本計画³⁾などに行方不明者対策を位置付ける必要がある。

具体的な対策としては表1に示したようなものが想定される。しかし、表1に示した対策は警察との連携のような比較的容易に実施できるものから、模擬捜索訓練（声かけ等）のように、これまでの行方不明者対策の積み重ねがあって初めてできるものまでである。そのため自治体ごとに対策の進捗状況を把握し、実施可能なものから取り組むことが求められる。

研究に目を向けると、独居認知症高齢者が行方不明になった場合、介護保険サービスの利用が早期発見につながるとの報告がある⁴⁾。介護保険サービスは、訪問でも通所でも、サービス担当者が本人宅に行く。その際に不在であることにより行方不明になったことが明らかになり捜索活動につながる。このような観点からすると、配食サービスなども同じような役割を果たすことができるだろう。ただし、配食サービスは介護保険サービスではないので、介護支援専門員やサービス担当者との連携が必要になる。ただし、訪問時に本人が不在でサービス担当者も捜索活動に入る場合、大きな負担をかけることになる。よって、行方不明時にサービス担当者がどの程度関わるのかを取り決めておく必要があるだろう。

表1. 自治体の体制整備項目（案）

大項目	中項目
関係法令に基づいて策定する計画に行方不明対策を位置付ける（都道府県・市町村）	地域福祉計画、認知症施策推進計画策定など
文書化された行方不明対応の根拠	認知症の一人歩きによる行方不明に関する条例を制定（認知症に関する条例の中での言及を含む） 認知症の一人歩きによる行方不明に関する要綱・要領を制定
SOSネットワーク等（ある場合）	市町村徘徊・見守りSOSネットワーク推進会議等の設置 徘徊・見守りSOSネットワーク広域（市町村）連絡会議等への参加 都道府県徘徊・見守りSOSネットワーク推進会議との連携 各種機関・住民のSOSネットワーク等への参加促進
その他ネットワーク活用	SOSネットワーク等以外のネットワーク等で行方不明に対応できるもの
広域連携	他都道府県との広域連携の促進 行方不明者等の情報共有サイトへの参加・活用
住民の理解促進	地域住民への行方不明問題への理解促進 徘徊・見守り協力員等の育成 認知症サポーターの養成 模範搜索訓練（声かけ等）の実施 認知症の人が暮らしやすいまち作り
事前準備（個人レベル）	行方不明のリスクのある高齢者の把握 行方不明のリスクのある高齢者に対する支援体制構築・強化（介護保険サービス利用/ケアプラン・医療の見直しを含む） SOSネットワーク等への登録促進 行方不明に気づいたら直ぐに警察に行方不明者届を出すように関係機関・者に周知 認知症高齢者本人の行方不明対策への参加 地域住民による見守り SOSネットワーク等による見守り ICTを活用した見守り機器/徘徊感知器の導入 身元確認用シール・キーホルダー等の配布（ICTを活用したものを含む） 行方不明になった時の対応方法を決めている 行方不明になった時、誰が警察に行方不明者届を出すか決めている 地域包括支援センター等による定期的訪問 家族・親族との連絡体制構築 徘徊高齢者個人賠償責任保険事業への加入 市町村長による成年後見申立の活用 家族に対する行方不明対応の教育
事前準備（市町村/地域レベル）	市町村における行方不明者数の把握 市町村における行方不明施策の検討・実施（認知症高齢者本人の参加を含む） 行方不明対応マニュアル等の準備 徘徊高齢者個人賠償責任保険事業の実施 警察との情報共有や連携の促進 高齢者見守り相談窓口・拠点の設置 権利擁護支援センター・成年後見中核機関の設置

	成年後見制度利用促進法の基本計画策定
	市町村・専門職を対象とした行方不明対応に関する研修
	地域の関係機関等への協力依頼（SOSネットワーク等が無い場合）
行方不明発生時	警察への行方不明者届の即時提出
	市町村、サービス担当者等による捜索
	SOSネットワーク等の捜索活動
	捜索協力者に対するメール・SNSなどを利用した情報提供・捜索協力依頼
	防災無線・有線放送・ラジオ等による呼びかけ
	ICTを活用した捜索機器の利用
事案終了後	生存発見後の高齢者に対する支援体制構築・強化（介護保険サービス利用/ケアプラン・医療の見直しを含む）
	死亡発見・行方不明継続の家族に対する支援体制構築・強化
	市町村・専門職による行方不明事例の検証・事例検討
	市町村の行方不明施策の課題の明確化と改善（広域連携・警察との連携等を含む）

ICT:Information and Communication Technology

市町村：特別区を含む

文献

- 1) 平成二十一年国家公安委員会規則第十三号：行方不明者発見活動に関する規則
- 2) 昭和二十六年法律第四十五号：社会福祉法
- 3) 令和五年法律第六十五号：共生社会の実現を推進するための認知症基本法
- 4) Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, and Awata S. Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2023;23(5):362-365.

独居認知症高齢者の意思決定支援において どのような課題が生じているか

回答文

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。意思決定権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。

解説・エビデンス

1.はじめに

意思決定に参加する権利が尊重され、かつ、決定が尊重されることが、意思決定の中核的要素である^{1), 2)}。

2.独居認知症高齢者の意思決定支援に係る課題は何か

(1) 独居認知症高齢者の意思決定

- ①身寄りがなく、意思決定に関わる親族がなく、意思決定は本人と意思決定支援者、あるいは代理意思決定者・代行決定者によって行われる。
- ②意思決定に関わる別居の親族がいるが、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができない。
- ③意思決定に関わる別居の親族がいて、当該親族は本人の最善の利益を検討する者とみなすことができる。

このような分類が成立し、別居家族の意向の取り扱いが課題となる背景には、日本社会の慣習として、認知症高齢者の意思決定において、様々なレベルの家族の関与を求めているということがある。②③について、別居家族がいる場合には、本人との関係や関与の過多に関わらず、別居家族の意向が優先される傾向にある³⁾。

(2) 認知症の進行と意思決定支援

認知症の進行に伴う生活障害や身体機能障害の進行によって必要なケアが変化し、意思決定を行う課題が変化する。認知症高齢者では共同意思決定がもっとも典型的な意思決定支援の形式である⁴⁾。軽度から中等症の認知症者は、意思決定にある程度関与することができることが多くの研究で示されている⁴⁾。意思決定能力は幅広い連続性の中に広がるもので⁵⁾、相手との関係性によっても変わる⁶⁾。

認知症高齢者が家庭のなかで日常生活の事実行為の意思決定をどのように行っているのかということに関して、認知症高齢者とその介護者を対象としたインタビュー調査が行われた⁷⁾。この調査から、何を食べる、何をやる、何を着るといった日々の生活のなかの意思決定は、介護者との日常的な会話のなかで行われ、介護者が本人の意思決定能力を要件ごとにすばやく判断していることが示された。そして、こういった意思決定支援は長く連れ添った配偶者がもっとも長けていることが明らかになった。

日常生活の事実行為の意思決定支援に関わる家族がいない独居認知症高齢者について、専門職による支援が本人にとってどのような価値があるのかということに関しては、今後の研究によって明らかにされることが期待される。

認知症の進行にともない、共同意思決定（本人が法的強制力のある意思決定をすることを、第三者が支援すること⁸⁾）から代行意思決定（substituted decision making：代行意思決定者が、本人に代わって意思決定を行うために介入すること）に徐々に移行していくことが報告されている^{7), 9)}。2017年に厚生労働省が行った全国調査¹⁰⁾に、「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか？」という質問項目がある。この質問に対して、「詳しく話し合っている」(2.7%)、「一応話し合っている」(36.8%)と回答した者のうちの94.3%が、その相手として家族をあげている。つまり、多くの国民が、意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者として家族を想定していると考えられる。

同居家族だから本人をよく知るわけでないし、別居家族だから本人をよく知らないわけではない。しかしながら、多くの例外があることを前提とした上で、一般的な状況として、独居者の場合、本人をよく知る意思決定支援者、意思決定を代理・代行する者がいないという状況が起こりやすい、ということと言えるだろう。

(3) 意思決定のジレンマ

本人の意思と意思決定支援者が最善と考える選択の間にずれが生じるところに意思決定支援に関わるジレンマが生じる。認知症の進行とともに、本人の現在の意思が明確な言語的表現として表示されにくくなり、意思決定支援に関わるジレンマがさらに大きくなる。

意思の代理・代行決定が必要な状況で、本人をよく知る家族がいる場合、家族から情報を得ることは、本人の希望や意向、意思決定能力、本人の支えになる人を知る助けになるだろう。多くの代行決定者が、判断に迷い、セカンドオピニオンの必要性を感じる時には家族に相談すると答えている。しかしながら、Fetherstonhaugh¹¹⁾は、過去にその人が表示した意思を現在のその人に優先することは、認知症者が心変わりする権利を否定することであると論じている。

意思決定支援は、ある方法によって成功する場合もあるし、同じ方法が本人の意思決定を妨げることもある。木口はその論考¹²⁾のなかで、「障害のある人の権利に関する委員会」の専門家のエダ・ワンゲチ・マイナの言葉を紹介している。

支援者と支援を受ける人の間の人間関係を構築するには、時間とエネルギーが必要だが、信頼と尊敬のもとで障害をもつ人が彼ら自身を表現し、願いを伝え、その人の願いを反映することを可能にするためには、支援は、必然的に人間関係の発展を含むと理解されるべきだ。

意思決定支援がマニュアルによって成功しないのは、それが人間関係のなかにある動的な営みであるからであろう。

文献

- 1) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. *J Aging Stud.* 2013;27(2):143-50.
- 2) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, et al. "The Red Dress or the Blue?" : How Do Staff Perceive That They Support Decision Making for People With Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? *J Appl Gerontol.* 2016;35(2):209-26.
- 3) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邊大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. 厚生指標. 2015;62(12):15-21.
- 4) Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:241.
- 5) Holm S. Autonomy, authenticity, or best interest: everyday decision-making and persons with dementia. *Med Health Care Philos.* 2001;4(2):153-9.
- 6) O'Connor D. Personhood and dementia: toward a relational framework for assessing decisional capacity. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice.* 2010;5(3):22-30.
- 7) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(6):949-61.
- 8) Kohn NA, Blumenthal JA. A critical assessment of supported decision-making for persons aging with intellectual disabilities. *Disabil Health J.* 2014;7(1 Suppl):S40-3.
- 9) Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Bauer M, Shanley C. Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? *J Med Ethics.* 2017;43(1):35-40.
- 10) 厚生労働省. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 2017 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf.]
- 11) Fetherstonhaugh D. Dementia: Ethical issues: Nuffield Council on Bioethics; 2009 [Available from: <https://www.nuffieldfoundation.org/research/nuffield-council-on-bioethics>.]
- 12) 木口恵美子. 自己決定支援と意思決定支援—国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」—. 福祉社会開発研究. 2014;6:25-33.

独居認知症高齢者の成年後見制度の利用に際して どのような課題が生じているか

回答文

1. 成年後見制度の課題は以下の5点に集約される。
 - ①制度の少なさ
 - ②制度の理念の実現の不十分さ
 - ③意思決定、特に医療上の意思決定支援への関わり
 - ④成年後見人等に対する支援の不足
 - ⑤被後見人等による評価の欠如

解説・エビデンス

1.はじめに

成年後見制度は、権利擁護に重きをおいた利用者支援が求められ、福祉サービスも利用者本位のサービスへ転換するなかで、2000年に始まった。2016年の成年後見制度利用促進法では、翌2017年の成年後見制度利用促進基本計画¹⁾において、それまでの制度運用の実態への反省から、利用者がメリットを実感できる柔軟な制度・運用への改善の必要性の認識が示された。

2.成年後見制度の課題

①制度利用者の少なさ

制度発足時に期待されたほどには同制度が利用されていないことは繰り返し指摘されてきた。2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（成年後見制度利用促進法）」が施行されて以降も、利用者が大幅に増える事態には至っていない。最高裁判所が公表しているデータと、認知症高齢者の推計値から推測すると、認知症高齢者のうち成年後見制度を利用しているのは2%程度であり、潜在的な需要と比較して、著しく少ないと考えられる。

②制度の理念の実現の不十分さ

成年後見制度は、自己決定権の尊重、残存能力の尊重、ノーマライゼーションの実現をその理念とする。しかし実際には、自己決定権をもっとも制限する後見類型での利用が3/4を占め、申し立ての動機としては預貯金の解約、施設入所のための介護保険契約が多い²⁾。これらの状況を併せて考えると、現状では、成年後見制度は、認知症等の進行によって在宅生活の継続が困難になり、施設入所等の必要性が切迫した段階で利用されることが比較的多いと推察される。

そういった状況においては、本人の認知機能低下がある程度進行していることが想定され、本人が制度を理解することの困難さが増していること、また、制度利用の切迫した必要性が生じているために、本人の意思が十分に尊重されずに申し立てが行われる傾

向にある。本制度が、本人の自己決定権を尊重し、認知症高齢者の権利侵害に対する予防的対応³⁾として積極的に活用されているとは言えない状況にある。

③意思決定、特に医療上の意思決定支援への関わり

現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していない。医療上の慣習として、もっとも近い家族の意向に従うことが多いが、法的には家族に医療上の代諾権が与えられているわけではない。成年後見人も医療上の代諾権をもたない。

成年後見人の医療上の意思決定への関わりの方針として、医療方針の決定に関わるカンファレンス（合議体）への参加がある。現状では成年後見人等からの働きかけでカンファレンスが開催されることは少なく、医療者の呼びかけによって開催されることが一般的である。医療同意権がないことを理由に成年後見人がカンファレンスへの参加を断わる場合もあり、医療従事者の側からすると、必ずしも成年後見人の協力が得られるわけではない。反対に、医療従事者側に成年後見制度に関する知識が不足しているために⁴⁾、医療同意を強く求められたり、逆に、重要な決定の際にも成年後見人に連絡がないという報告が成年後見人からなされている⁵⁾。認知症ケアに関わる専門職が、成年後見制度に対する十分な知識を持っていないことが示唆される。

さらに、成年後見人と家族との関係の課題がある。前述の、自己決定能力が不十分であるとされる者の医療上の選択はもっとも近い家族が行うという医療上の慣習等を背景として、医療者、あるいは成年後見人等が、虐待者である家族の意向をまったく無視することができず、虐待者である家族の意向の取り扱いに苦慮したケースの報告が散見される^{6), 7)}。

成年後見人と医療代諾権については慎重かつ十分な議論が必要なことは言うまでもない。そのためにまず、家族が実質上の代諾者になっている現状の整理が必要である。いずれにしても、被後見人の医療上の意思決定に、成年後見人等がどのように関わっていくのかという課題がある。

④成年後見人等に対する支援の不足

終末期医療に関わる意思決定への関わりなど、成年後見業務の広がりがあるなかで、中核機関への相談体制は自治体によりさまざまである。制度の担い手である成年後見人等への支援体制の構築もひとつの課題である。

⑤被後見人等による評価の欠如

成年後見制度は、その発足以来、「本人による同事業・制度の評価」という形の制度評価はなされておらず、また、同事業・制度を利用することによって本人に何がもたらされたのかということに関しても、利用者本人を対象とした評価が行われていない。自己決定権の尊重を理念として掲げる成年後見制度について、本人にとっての制度の意義が本人目線で評価されることを可能にすることは大きな課題である。

文献

- 1) 厚生労働省. 成年後見制度利用促進基本計画について 2017; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/keikaku1.pdf>.
- 2) 最高裁判所事務総局家庭局. 成年後見関係事件の概況—令和2年1月～12月— 2021; Available from: <https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20210312koukengaikyoku-r2.pdf>.
- 3) 吉岡譲治. 【一人暮らしの認知症高齢者】一人暮らしの認知症高齢者の権利擁護と意思決定支援. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):506-14.

- 4) 肥田あゆみ, 井藤佳恵. 臨床現場から考える医療同意権 臨床医を対象としたアンケート調査からの考察. 臨床倫理. 2024;12:52-65.
- 5) 日本弁護士連合会. 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱 2011;Available from: https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf.
- 6) Ohno N, Mizuno Y, Kanbara A. Medical team's struggle with financial abuse in the corresponding -Limitation of the adult guardianship system: A case report. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2018;55(4):663-7.
- 7) 村端祐樹, 福田陽明, 井藤佳恵, 小野正博ほか. モラルチャレンジ 実践・臨床倫理 事例検討 大腸がんが発見された認知症患者 家族による虐待を受けていた一例を通して考察する高齢者医療を取り巻く諸問題. 老年精神医学雑誌. 2018;29(9):991-9.

独居認知症高齢者は詐欺や不適切な取引の被害に遭いやすいのか

回答文

既存資料には、認知症であることに加え、独居であることや女性であることが詐欺や勧誘の被害に遭いやすい状況であることが示唆されている。また、先行研究の結果からは、独居認知症高齢者は認知機能の低下や社会的孤立が原因で金銭管理が困難になり生活の継続が危うくなる可能性が高いこと、そして実際に強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの被害に遭いやすい傾向があることが報告されている。しかし、調査の地域性やサンプル数などには限界があるため、今後はそれらの課題も踏まえた体系的な実態調査によって被害の現状を確認することが望まれる。

解説・エビデンス

はじめに

詐欺は、相手を欺く明確な意図をもって財産や利益を奪う犯罪行為であり、刑法によって罰せられる。一方、不適切な取引は必ずしも違法ではないが、消費者の無知や不安に付け込み、社会的・倫理的に問題がある行為を指す。不適切な取引の中には詐欺に発展するものもあり、詐欺と不適切な取引は境界が曖昧になることがある。これらの行為は性質が異なるものの、いずれも消費者の権利や利益を侵害する消費者被害の一環である。

1. 資料から見る独居認知症高齢者の消費者被害への遭いやすさについて

①警視庁の公表データ¹⁾

令和5年に認知された特殊詐欺の件数は19,038件で、前年より1,468件増加した。そのうち高齢者（65歳以上）被害の認知件数は14,895件で、総認知件数に占める割合は78.4%と、被害者の約8割は65歳以上の高齢者であり、そのうち女性の割合は56.1%であった（法人被害を除く）。手口としては、オレオレ詐欺、預貯金詐欺及びキャッシュカード詐欺盗（3類型を「オレオレ型特殊詐欺」と総称）が総認知件数に占める割合が46.9%と最も多かった。警視庁の資料からは、高齢者の世帯類型別での被害状況や認知機能の低下の影響による被害状況のデータは見当たらない。

②国民生活センターの報告書

契約当事者が65歳以上の相談が全体に占める割合は、2019年度には36.9%だったが、2023年度には35.8%となっており、消費生活相談の中で全体の3割以上を占め続けている²⁾。高齢者は自宅にいたことが多いため、電話勧誘販売や家庭訪問による被害にあいやすいこと、認知症高齢者は判断能力が不十分な状態にあるために一般の高齢者よりもトラブルや被害に遭いやすく、また、その認識が低いために問題が潜在化しやすいこと、家族等がトラブルや被害に気付いたとしても契約時点で判断能力が不十分であったことの証明ができないために、トラブルの解決が困難になるケースがあることなども指摘さ

れている³⁾。これらの指摘からは、認知症を患うことと共に、同居する家族がいない環境である独居認知症高齢者の消費者被害は、ますます増える可能性が高いことを示唆しているとも考えられる。

③消費者庁の報告書⁴⁾

高齢者の消費生活相談のうち判断不十分者契約と判断されているものを全国消費生活情報ネットワークシステム（PIO-NET）から抽出し、自然言語処理（ワードクラウド）を用いて解析している。その結果、2017-2018 年度では「独居高齢女性宅」「単身」という言葉が出現していることから、独居高齢者、特に女性の場合、勧誘や詐欺のターゲットになりやすいこと、また、80代男性では「独居高齢者」、90代女性では「独居老人」の単語が出現しており、これらの群では独居高齢者を対象とした勧誘や詐欺などのトラブルに関する相談の重要度が高いことから、独居の場合、契約トラブルにより遭遇しやすく、かつ周囲から気づかれにくい故に一層被害が拡大することが懸念され、特に注意が必要であることを指摘している。

2.先行研究から見る独居認知症高齢者の消費者被害への遭いやすさについて

横尾⁵⁾は、専門職として地域で求められる活動を検討するため、独居認知症高齢者の実態について、地域包括支援センターの介護支援専門員60名にアンケート調査を行っている。その結果、日常生活において8割以上のケースで実質上の金銭管理が難しくなっている現状を明らかにした。また、消費者被害については、「強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の被害を受けそうになった（被害は回避された）」が39%、「強引な訪問販売やリフォーム詐欺等の被害を受けたことがある」が39%と、ともに約4割のケースで発生していることを明らかにした。独居認知症高齢者は、地域の人に支えられながら暮らしが継続できている人も多い一方で、身近に相談のできる人がいない割合も高くなっていた。これらから、身近に相談相手がない人が認知症高齢者となり日常生活において通帳や印鑑を紛失したり、金銭管理が難しくなり、独居生活が危うくなってきているケースが多くあることが明らかになった。さらに、この現状において日常生活自立支援事業や成年後見制度のサービス利用支援も必要であると思われるが、利用につながっている割合は低く、特に成年後見制度の説明を行っている割合は10%と著しく低くなっていることを明らかにしている。なお、日本における独居認知症高齢者を対象とした消費者被害の研究は他にはない。

結論

既存資料には、認知症であることに加え、独居であることや女性であることが詐欺や勧誘の被害に遭いやすい状況であることが示唆されている。また、先行研究の結果からは、独居認知症高齢者は、認知機能の低下や社会的孤立が原因で金銭管理が困難になり、生活の継続が危うくなる可能性が高いこと、そして実際に、強引な訪問販売やリフォーム詐欺などの被害に遭いやすい傾向があることが報告されている。しかし、調査の地域性やサンプル数などには限界があるため、今後もそれらの課題を踏まえた体系的な実態調査によって、被害の現状を確認することが望まれる。

文献

- 1) 警視庁. 令和5年における特殊詐欺の認知・検挙状況等について（確定値版）. https://www.npa.go.jp/bureau/criminal/souni/tokusyusagi/hurikomesagi_toukei2023.pdf (検索日2024.11.27).

- 2) 独立行政法人国民生活センター. 65歳以上の消費生活相談の状況 (2024年9月13日報道発表資料). https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20240913_1.pdf (検索日2024.11.27).
- 3) 独立行政法人国民生活センター. 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切—認知症等高齢者の消費者トラブルが過去最高に!!— (報道発表資料), 2014. https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf (検索日2024.11.27).
- 4) 加藤佑佳, 泓田正雄, 樋山雅美, 成本迅. 高齢者の判断不十分者契約に関する消費生活相談内容の神経心理学的検討～自然言語処理を用いた解析結果から～. プログレッシブ・レポート. 消費者庁. 2022.7 https://www.caa.go.jp/policies/future/icprc/research_003/assets/future_caa_cms201_220728_02.pdf (検索日2024.11.27).
- 5) 横尾恵美子. 福祉の現場から 認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割. 地域ケアリング. 2018;20(6):54-59.

独居認知症高齢者の意思決定支援における課題を克服するための対策はあるか

回答文

まず、認知症がある人の意思決定にはpatient-centeredの要因とそうでないものが複合的に影響を与えていることを認識し、その上で、より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要がある。

そして独居認知症高齢者では、同居者がいる場合と比較して、日常生活のなかの安全確保、医療、財産管理、代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い¹⁾。しかしながら、独居者にとってフォーマルサービスの利用に関連した意思決定は、エンパワメントにも自立に対する脅威にもなり得る²⁾。認知症の進行にともなう生じるリスクから保護することと、日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること³⁾は同義ではないことを改めて認識する必要がある。

解説・エビデンス

わが国における「独居認知症高齢者の意思決定支援における課題」を克服するための対策を考えるにあたって、まず整理すべきことは個人の意思決定と家族の関わりである。日本社会における個人の責任や意思と家族のそれとの線引きは非常に曖昧で、家族は、意思決定能力を欠く個人と社会との間の緩衝帯として機能してきた⁴⁾。たとえば医療上の意思決定に関して、現行の日本の法律は、成年に達した者の医療上の代諾権を規定していない。しかしながら医療の中の慣習として、意思決定能力が不十分と見なされた患者の治療上の決定は、最も近い近親者の意見に従うことが広く容認されている。

このような慣習を背景として、医療の場における選択、とくに医療上の意思決定をめぐる、「独居の認知症患者が増えてきて、意思決定支援が難しい」という話を聞くようになった⁵⁾。正確には、「家族に代諾を求められない認知症患者では、医療方針の決定をめぐる倫理的ジレンマが生じやすい」ということである。こうした事項も背景となって、多くの医療機関にいわゆる臨床倫理委員会が設置されるようになった⁶⁾。我が国の臨床倫理委員会のひとつの特徴は、その77.6%が医療安全委員会であることである（2022年調査）⁷⁾。患者の権利擁護という歴史的背景から切り離され、医療安全委員会を土台として設置された臨床倫理委員会の議論の重心は「問題が起こらないこと」に置かれる傾向にある⁸⁾。委員会の目的が訴訟の回避であるなら、無危害原則が優位になるだろう。実際、身寄りのない独居認知症高齢者では、医療同意を代行する家族がいないことが、治療の手控えにつながる傾向が指摘されている⁹⁾。

認知症者の意思決定に関するシステマティックレビューでは¹⁰⁾、認知症がある人の意思決定は複雑であり、認知機能障害だけではない多くの要因の影響を受け、本人の意思決定能力と介護者が意思決定に対してもつ責任とそこに及ぼす影響などのバランスによって、共同意思決定、代理意思決定等の様式によってなされることが指摘されている。身寄りのない者の意思決定をめぐる根本的な課題は、彼らが家族という潜在的な代行決

定者をもたないことではない。家族による代行決定そのものについて整理する必要がある。その前提として、自己決定あるいは自己決定権がもつ本来の意味を一度は正確に理解する必要がある。19世紀中頃、ジョン・スチュアート・ミルは、功利主義の立場から以下のことを述べている¹¹⁾：「判断力のある大人なら、自分の生命、身体、財産などのあらゆる自分のものに関して、他人に危害を及ぼさない限り、たとえその決定が本人にとって不利益なものであっても、自己決定の権限をもつ。他者は止めようと説得する権利をもつが、強制する権利はもたない。」こういった個人主義を背景とした生命倫理学が患者のもつ脆弱性への配慮を欠くことへの批判がある¹²⁾ことは、当然ながら知っておく必要がある。しかし現実として、今日の自由主義社会においては、自律尊重は最も重要な原則であり、原則的には、他人に危害を及ぼさない限り本人の自己決定は尊重される。権利擁護という観点においても、従来はその人の権利・利益が不当に侵害されないことに重点があったが、最近では、権利・利益が本人の意向に沿って実現されることの重要性も認識されるようになった¹³⁾。また、国際的には、意思決定能力が十分でないといわれる者の意思決定支援において、「最善の利益」よりも「意思と選好の最善の解釈」が強調されるようになってきている。このような考え方は、Dignity of risk（リスクを負う尊厳）にも通じる。Dignity of riskを最初に論じたPerske¹⁴⁾は、障害がある人に対する過度の保護は、「失敗する権利」を奪い、尊厳を侵害するとした。

とりわけ独居の高齢者では、認知症を発症する以前からすでに安全の確保が大きな課題になる傾向にある¹⁾。認知症高齢者の支援において、ケア従事者が、認知症高齢者の意思に反して医療福祉制度を適応しようとするときに、しばしば自由権と社会権の対立が生じる。

まず、一般に、認知症がある人の意思決定にはpatient-centeredの要因とそうでないものが複合的に影響を与えていること¹⁵⁾を認識しなければならない。その上で、より多くの情報にもとづいた公平な意思決定を促進する必要がある。

そして、独居認知症高齢者では、同居者がいる場合と比較して、日常生活のなかの安全確保、医療、財産管理、代理意思決定者の選択等の事項の決定が必要な場合が多い¹⁾。しかしながら、独居者にとってフォーマルサービスの利用に関連した意思決定は、エンパワメントにも自立に対する脅威にもなり得る²⁾。認知症の進行にともなって生じるリスクから保護することと、日常生活のなかに当然存在するリスクを負うことを否定すること³⁾は同義ではないことを改めて認識する必要がある。

文献

- 1) Groen-Van De Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, et al. Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: A qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. *BMJ Open*. 2017;7(11):1-13.
- 2) Haslbeck J, McCorkle R, Schaeffer D. Chronic Illness Self-Management While Living Alone in Later Life: A Systematic Integrative Review. *Research on Aging*. 2012;34(5):507-47.
- 3) de Medeiros K, Berlinger N, Girling L. Not Wanting to Lose the Dignity of Risk: On Living Alone with Dementia. *Perspect Biol Med*. 2022;65(2):274-82.
- 4) 齋藤正彦. 日本における医療側から見た成年被後見人の医療同意. in 成年後見人の医療代諾権と法定代理権 田山輝明編. 東京: 三省堂; 2015.
- 5) 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 一人暮らしの認知症の人への支援. 東京都; 2024.10. (未公開資料)
- 6) 瀧本禎之. 【医療における臨床倫理コンサルテーション】臨床倫理コンサルテーションとは. *精神科治療学*. 2020;35(3):231-6.

- 7) Sato H, Takimoto Y. Clinical ethics problems in psychiatry and the need for clinical ethics consultation in Japan: A cross-sectional study. *PCN Rep.* 2023;2(2):e86.
- 8) Tsuboi E. Patient Safety Issues. Challenge of the JMA to Protect Patient Safety. *Japan Medical Association Journal.* 2001;44(9):382-4.
- 9) Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, Wongpakaran N, et al. Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. *Int Psychogeriatr.* 2015;27(6):1029-37.
- 10) Bhatt J, Walton H, Stoner CR, Scior K, et al. The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health.* 2020;24(3):363-73.
- 11) Mill J. *On Liberty.* 4 ed. London: Logmans; 1869.
- 12) 秋葉悦子. 人格主義生命倫理学. 東京: 創文社刊; 2014.
- 13) 小賀野晶一. 【高齢者, 特に認知症高齢者の権利擁護】法律家の立場から, 法学的立場から. *精神科.* 2019;34(4):366-70.
- 14) Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. *Ment Retard.* 1972;10(1):24-7.
- 15) Auriemma CL, Butt MI, McMillan J, Silvestri JA, et al. "What choice do we have?" Reactive and proactive decision-making for aging in place with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(11):3398-412.

独居認知症高齢者の成年後見制度の 利用に際しての課題を克服するための対策はあるか

回答文

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点が挙げられる。これらの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。

解説・エビデンス

1.はじめに

2016年に成年後見制度利用促進法が施行されたが、その後も利用者の大幅な増加には至らない。背景に、制度が抱える課題があると考えられる。

2.成年後見制度の利用支援の課題

現在、成年後見の開始原因の60%を認知症が占めるが、認知症者等の数に対して成年後見制度の利用者は著しく少ない。独居高齢者が増えており¹⁾、独居認知症高齢者の金銭管理の難しさ、経済被害のリスクが報告されている²⁾。これらからは、財産管理という観点からだけ考えても、成年後見制度の潜在的なニーズがあると考えられる。ニーズがあるにも関わらず成年後見制度の利用が進まない背景にある課題として、制度に関する知識が一般に普及していないこと、申立人の課題、申立ておよび後見費用の課題等が挙げられる。

①制度に関する知識の普及

成年後見制度に関する知識をもっていないことに影響を与える因子として、性別、年齢、独居であること、収入・資産状況よりも、金融リテラシーの影響の方が大きいことが報告されている³⁾。よって、判断能力が保持されている段階で、将来同制度の対象となり得る人たちの金融リテラシーを高めること⁴⁾が利用支援として考えられる。

成年後見制度に関する正しい知識を得る機会を提供することが、本制度の普及、また、補助・保佐相当の段階からの利用など、本人がメリットを感じられる制度利用につながる可能性がある。

②申立てにかかる手続きの煩雑さの改善

次の段階として、申立てにかかる手続きの煩雑さが制度利用の困難さの一因である。日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行ができていない理由⁵⁾として「申立てのために必要な書類の作成が難しく、準備できない」が6.4%、「成年後見制度について専門職や関係者の知識・経験が十分でなく、準備に時間がかかる」が14.9%のケースで

挙げられている。専門職でさえ対応しきれない現状には、改善が望まれる。

③首長申立てに関する自治体間の格差の是正

首長申立てに関する自治体間の対応の差異も大きい。民法の規定では、申立権者は、本人、配偶者、4親等内の親族、成年後見人等、任意後見人、任意後見受託者、成年後見監督人等、市区町村長、検察官等とされる。他方、老人福祉法32条、知的障害者福祉法28条、精神保健福祉法51条の11の2は、「その福祉を図るため特に必要があると認めるとき」という要件つきで、民法を準用する形で市区町村長に申立権限を認めている。申立人となる親族がいない者では、その申立て適否に加え、4親等以内の親族の有無の調査と、調査によって4親等以内の親族がいると判明した場合には、その意向の確認作業に非常に時間をかける自治体が少なくない。このような親族調査の範囲は、2005年に4親等から2親等に縮小されたが、調査範囲は自治体に委ねられており、実施実態は様々である。結果として市区町村長申立てまでにかかる期間の自治体による格差も大きく、1カ月から半年の開きがある。首長申立てをふくむ、成年後見申立てにかかる業務に関する自治体間の格差の是正は課題であろう。

④申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用の課題解決

申立てにかかる費用、成年後見人等の報酬費用も、とくに低所得者が制度を利用することの阻害因子となっている⁶⁾。申立てにかかる費用や後見報酬を補助する制度をもつ自治体も多くなっているが、それらは自治体の任意事業であり、予算は様々である。制度利用には自治体ごとの適用基準があり、現実には厳しい適用実態がある。費用の観点から日常生活自立支援事業が選択されるケースもあるが、認知症高齢者では、将来的には認知症の進行により同事業の利用に必要な契約能力が失われることがあらかじめ想定され、課題を先延ばしにしているに過ぎない。

以上より、①成年後見制度に関する正しい知識の普及、②煩雑な申立て手続きの改善、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、成年後見人等の報酬費用の課題解決に向けた方策を提示し、成年後見制度へのアクセシビリティを改善する必要がある。アクセシビリティを改善し、切迫した状況になる前に本人と制度利用について検討できるようにすることが、制度の本来の趣旨である自己決定権の尊重の実現につながると考えられる。

文献

- 1) 内閣府. 平成30年版高齢社会白書 2019. Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_3.html.
- 2) 横尾恵美子. 福祉の現場から 認知症高齢者が地域で豊かに暮らしていくための介護支援専門員の役割. 地域ケアリング. 2018;20(6):54-9.
- 3) Kadoya Y, Khan MSR, Oba H, Narumoto J. Factors affecting knowledge about the adult guardianship and civil trust systems: evidence from Japan. J Women Aging. 2020;1-15.
- 4) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, et al. The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5).
- 5) 社会福祉法人全国社会福祉協議会. 日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護. 平成30年度日常生活自立支援事業実態調査報告書 2019. Available from: https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf.
- 6) 井藤佳恵. 【後見人制度の現状と課題】成年後見制度の現状と課題 認知症高齢者困難事例の成年後見制度利用を通じた考察. Dementia Japan. 2018;32(2):234-41.

独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者に焦点をあてて詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策を取り扱った先行研究は見つからなかった。そのため、独居認知症高齢者の経済被害を防ぐといった観点で事例を扱っている研究をいくつか取り上げた。その知見から、予防的観点から成年後見制度導入を検討することで、独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避できる可能性があるということ、地域での見守りネットワークの重要性とともに、関わる専門職と消費者被害に対応できる専門家や機関との連携の必要性が示唆された。

解説・エビデンス

はじめに

政府は、一層複雑化・巧妙化する詐欺等について、これまでの対策プランを発展的に解消させ、政府が総力を挙げて取り組む施策「国民を詐欺から守るための総合対策（令和6年6月18日）」を策定した¹⁾。特殊詐欺、SNS型投資・ロマンス詐欺及びフィッシング詐欺を対象に、1.「被害に遭わせない」ための対策、2.「犯行に加担させない」ための対策取組の推進、3.「犯罪者のツールを奪う」ための対策、4.「犯罪者を逃さない」ための対策の4つの柱を立てている。こうした対策は判断力や注意力が低下し、詐欺に気づきにくいことが多い独居認知症高齢者に向けての対策としても有効だと思われる。長野²⁾は、警察の視点から、高齢者の経済被害の現状を報告しており、そのなかで悪質商法の被害者側から話を聞き「悪質業者の手口を知っていたらだまされなかった」と後悔している人が多いと述べている。自宅に訪問してきたり電話をかけてきたりする業者が悪質業者であるかどうかを見極めるためにも、悪質業者の手口を迅速に把握し、その対策を広く啓発することが重要になる。今回調べた先行研究では、独居認知症高齢者に焦点をあてて詐欺や不適切な取引による被害を回避するための対策を取り扱ったものは見つからなかった。そのため、独居認知症高齢者の経済被害を防ぐといった観点での事例を扱っている研究をいくつか取り上げ概観する。

① 鵜浦論文³⁾

認知症高齢者の消費者被害に対する予防的支援としての成年後見制度の活用の可能性に焦点を当てた研究である。認知症高齢者の消費者被害に対する支援では、被害が発生したときに展開する「被害回復支援」、消費者被害の発生前から発生初期にかけて展開する「予防的支援」、基本的ニーズを充足することや、家族や近隣住民、支援者等の周囲との関係のなかで生活を営む環境を整備する「日常生活支援」を不断かつ一体的に遂行することが必要であるとし、成年後見制度は、その一体的支援を推進させる可能性をもつという。具体的に、成年後見人が選任されることで、認知症高齢者が不適切な取引を行うリスクが低減し、地域住民や支援者が安心して見守り支援を提供できた一人暮らし認

知症高齢者の事例を報告している。認知症高齢者の消費者被害に対する一体的支援の推進に向けた成年後見制度の活用の効果として、①支援者の専門的機能が発揮しやすい環境の提供、②支援に要する情報取得・管理・共有の円滑化、③後見人を中心とした支援者の結束性の強化、の3点を明らかにした。この事例は、はっきりとした消費者被害が認められるものではなく、本人の意思によって健康食品の購入や借家の改修が行われ、明確に被害を受けているといえるほどでもなかったという。国民生活センターでは、認知症等高齢者の消費者トラブルでは、家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切であることを報告している⁴⁾。制度を活用しながら独居で認知症を患う高齢者の日常生活に寄り添い、支援者につながる予防支援の重要性が示唆された。

②西原論文⁵⁾

経済被害の観点から、独居等の認知症高齢者等で、世帯内に適切な意思決定ができる人がいない場合、また虐待やリフォーム詐欺等、他者からの権利侵害が疑われる場合には、地域包括支援センターの役割としての権利擁護業務でのかかわりが必要であるとし、未然に防ぐ方策として、①各専門職や団体、機関との連携強化により被害情報を把握できる体制をつくる。②経済被害情報のある地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等へ経済被害の情報を的確に伝達し、その情報をもとにそれらの地域の方々と連携する。③経済被害に遭っている事例を把握した場合は、まず市の関係機関に通報する被害救済や多重債務整理の相談や代理援助による支援を図るために、弁護士、司法書士等との連携の3点を挙げている。

③内田論文⁶⁾

介護支援専門員としての立場から、一人暮らしの高齢で認知症の症状（未診断）のある男性が、次々とリフォーム工事と訪問販売被害にあっている事例を用いて、介護支援専門員の在り方や役割について論じている。一人暮らしの高齢者は、本人が認知症であることの発見が遅れる場合があること、「次々販売（契約）」や「過量販売」が表面化するまでには時間がかかる場合があることから、家族をはじめ、近隣の見守り（ネットワーク）が不可欠であると述べている。また、ネットワークという点から、弁護士などのほかに、消費生活センターや消費生活専門相談員（消費生活相談員）との連携をとると同時に、介護支援専門員の役割として、「消費者基本法」や「特定商取引に関する法律」（特商法）の基礎的理解を持っておき、契約締結時にどの程度意思能力があったかなど、これらの法律を足掛かりに消費者被害を救済できるかどうか検討しなければならないと述べている。

結論

今回調べた知見からは、予防的観点から成年後見制度導入を検討することで、独居認知症高齢者が詐欺や不適切な取引による被害を回避できる可能性があるということ、地域で見守りネットワークの重要性とともに、関わる専門職が消費者被害に対応できる専門家や機関との連携の必要性が示唆された。

文献

- 1) 首相官邸ホームページ“国民を詐欺から守るための総合対策” <https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki31/tokushusagi/oshirase.html> (検索日2024.11.27)
- 2) 長野利和. 高齢者の経済被害の現状と課題—警察の視点から—. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):792-798.

- 3) 鵜浦直子. 認知症高齢者の消費者被害に対する成年後見制度の活用 日常生活支援から被害回復支援までの一体的支援の推進に向けて. 日本認知症ケア学会誌. 2011;10(1):20-27.
- 4) 独立行政法人国民生活センター. 家族や周囲の“見守り”と“気づき”が大切—認知症等高齢者の消費者トラブルが過去最高に!!— (報道発表資料), 2014.https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20140911_1.pdf (検索日2024. 11. 27)
- 5) 西原敦子. 経済被害を防ぐための地域包括支援センターの役割. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):799-807.
- 6) 内田幸雄. 経済被害を防ぐための介護支援専門員の役割. 老年精神医学雑誌. 2011;22(7):808-814.

独居認知症高齢者の意思決定支援と社会の役割

一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク

副代表・弁護士 水島俊彦

1. 独居認知症高齢者を取り巻く社会情勢と課題

厚生労働省研究班が公表した研究結果¹⁾によれば、全国の認知症の高齢者数は2025年には471万6000人、2040年には584万2000人に達すると推計されており、その中には独居認知症高齢者も相当数含まれると推測される。

認知症の進行により、財産管理や介護・福祉サービスの導入が困難になることに加え、消費者被害や適切な医療ケアが遅れる等の様々な生活上のリスクが顕在化する²⁾。特に独居の場合、支援者による発見が遅れることにより問題が複雑化し、成年後見制度やその他の福祉的支援の利用が妨げられる事例も少なくない³⁾。また、本人にとって身近な存在がいないこと等により、本人の過去及び現在の意向、選好や価値観を周囲が把握することが難しく、結果として、住居、医療、財産管理等に関して本人が意に沿わない意思決定を迫られたり、本人の推定意思を反映することが困難となる等の課題が生じている⁴⁾。

これらの課題を踏まえ、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という）や障害者の権利に関する条約（以下「権利条約」という）の趣旨を踏まえた支援付き意思決定（Supported Decision-Making）の仕組みが着目されている。本稿では、それぞれの理念を比較しながら、地域における実践例として豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組みに焦点を当てる。

2. 認知症基本法と障害者権利条約との共通点

2024年に施行された認知症基本法は、その制定過程において、認知症当事者が関与し、その意見を反映して制定された。その基本理念には、2014年に日本が批准した権利条約の理念と共通する「社会モデル」の考え方が反映されている。具体的には、障害を個人の機能障害ではなく、社会的・環境的障壁との相互作用として捉える視点である⁵⁾。

日本の認知症施策においては、障壁としての社会的制約を「認知症バリアフリー」の観点から減らしていくことを掲げているところや、また、前記理念を踏まえると、権利条約における「合理的調整・配慮（reasonable accommodation）」とも一致する。加えて、本人の自律性及び主導権を保障し、自己選択の機会を確保する（Choice & Control）という点でも両者の理念は共通している⁶⁾。これらの理念は、医療、司法や福祉を含むあらゆる場面で意思決定支援を適切に確保するための基盤となる考え方であり、認知症基本法と権利条約の理念の類似性も踏まえると、権利条約の各条項及び国連障害者権利委員会（以下「権利委員会」という）の意見は、認知症高齢者の支援においても十分に考慮されるべきものであろう。

3. 豊田市における「フォロワーシステム」を実装した権利擁護支援モデルの取組み

2022年、権利委員会は、日本に成年後見制度を含む民法改正と支援付き意思決定の確立を勧告した⁷⁾。ほぼ同時期に、厚生労働省は持続可能な権利擁護支援モデル事業を開

- 1) 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業））
- 2) 法的側面、生活面のリスクの具体例として、水島俊彦（2019）「認知症高齢者の意思決定支援と権利擁護：第10章共生社会のリスクガバナンス」『リスク学事典』日本リスク研究学会編、丸善出版を参照
- 3) 青森県弁護士会が県内の老人福祉施設、障害福祉サービス事業所、精神科病棟等に対して2018年に行った「青森県内における成年後見事件の概況調査結果」によれば、判断能力が不十分であり、かつ、現に何らかの生活上の支障（例えば、現に法律行為や財産管理を行うことに支障がある場合、虐待や財産搾取といった権利侵害に遭っている場合等）が生じている者は青森県内に少なくとも7013人存在し、このうち、身寄りが無い等の理由により親族の協力を得るのが難しい状況にある人は1764人（全体の約25%）いるとの結果であった。これらの者の多くは成年後見制度による支援が必要と解されるところ、2017年における県内の市町村長による成年後見制度申立て件数は119件にとどまっており、実際には成年後見制度が十分に活用されていない実態が明らかとなった。
- 4) 例えば、意思決定支援ワーキング・グループ「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」では、本人の判断能力が低下していることを理由に、本人の意思や希望への配慮や支援者等との接触のないまま、後見人等自身の価値観に基づき権限を行使するなどといった反省すべき実例があったことは否定できない、とガイドラインの制定の背景について触れている。
- 5) 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号）でも、社会モデルの考え方を踏まえて、社会的障壁について、「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう」（同法第2条第2号）としている。
- 6) 認知症基本法では「全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる」としている。他方、権利条約第19条では「自立した生活及び地域社会への包摂（インクルージョン）」の解釈に関する国連権利委員会の一般的意見第5号において「障害のあるすべての人が、自己の人生を選択し、コントロールする自由をもって、自立した生活をし、地域社会に包容される平等の権利を認めている」としている。
- 7) 権利条約第12条に関する日本への勧告（パラグラフ28）を参照。なお、現行の成年後見制度には、①判断能力が回復しない限り終了が困難である点、②本人の自己決定が過度に制限される点、③本人のニーズに応じた柔軟な支援が提供されにくい点、④任意後見監督人の申立てが適切に行われない点、などの課題があると指摘されており、2024年度からは法制審議会民法（成年後見等関係）部会により、必要な時だけ必要な範囲で成年後見制度が利用でき、必要性が消滅すれば終了する「スポット型後見」についても議論されている。
- 8) 2023年度より、厚生労働省において、「新たな連携・協力体制を構築するモデル事業（持続可能な権利擁護支援モデル事業）」のテーマ②「簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取組」の募集が開始された。
- 9) 第二期成年後見制度利用促進基本計画に係る中間検証報告書では、相互牽制機能について、「意思決定における本人の自律性と主導権を確保するため、意思決定支援に関わる複数の主体がそれぞれ独立した立場から確認、評価し合うことにより、本人の意思決定を支援する枠組みの透明性を確保し、もって本人の意思決定に対する関係性の濫用及び不当な影響力の行使を抑制する機能」と説明されている。
- 10) 水島俊彦、国連勧告から見る日本の障害者の意思決定における課題：支援付き意思決定の確保と濫用防止の仕組みを備えた「権利擁護支援モデル（フォロワーシステム）」とは？：特集論文：当事者の意見表明と意思決定の課題、人間福祉学研究、2023;16(1):79-96。

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

回答文

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的である。しかしながら、高齢者の安否や機能低下、変化の確認を頻繁に行うことの難しさは、独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題として報告されている。加えて、介護を提供することで、高齢者のもとに通うための時間的・経済的・体力的、そして心理的な負担に家族は直面する。また、これらの特有の状況を支えるべき支援体制にも課題があり、認知症高齢者が独居で生活継続すること、また家族がその状態を継続することへの理解が専門職らにないことや、これらの介護状況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。近年は、パンデミックによる介護継続の制限が独居認知症高齢者に影響した課題等の報告も見られるようになっている。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は、世界的に4600万人いると推計される¹⁾。日本では、近年別居での介護を選択する高齢者と家族が増えている²⁾。これら別居の介護を続ける背景には、家族形態や生活パターンの変化が挙げられる³⁾。今後も別居での介護は増加することが見込まれる¹⁾⁻³⁾。独居認知症高齢者の在宅生活継続の阻害要因⁴⁾が報告されているが、別居家族が直面する特有の課題があると考えられる。これらの背景を踏まえ、独居認知症高齢者等の別居家族が直面している課題を整理した。

2.介護や生活支援提供において直面する課題

2-1.身体・認知・情緒機能変化の確認の困難

まず、別居家族にとって、高齢者本人の安全や状況の確認を頻繁に行うことの難しさ、体調が悪いなどの緊急時に、家族の対応が遅れてしまうといった課題が挙げられ^{3), 5)}、これらの状況について家族が不満を抱いていることが報告されている⁵⁾。家族が電話等で確認を頻繁に行おうとしても、高齢者本人が不調を隠す³⁾、高齢者本人がサービス利用など他者の支援介入を嫌がることで、見守りの体制を構築できないという課題につながっている⁶⁾。

背景には、高齢者自身のセルフケアの難しさという課題がある。例えば、本人が認知症を認識しておらず、サービスを受けないためにセルフケアが滞るという課題⁷⁾、糖尿病患者の場合など自己管理がそもそも難しい⁸⁾、にもかかわらず「家族に迷惑はかけたくない」という思いがセルフケアを難しくしていた⁸⁾。また、認知機能の低下した独居高齢者では服薬管理の難しさ⁹⁾や、歯科受診が滞りやすいことが明らかになっている¹⁰⁾。

2-2.日々の生活における安全管理・金銭管理の難しさ

日々の生活管理における課題もある。オーブンやガスの使い方を忘れて、火事になりかけるといった安全管理の問題¹¹⁾や、雇用した便利屋や看護師等により物を盗まれたり、お金を引き出されるなど、金銭管理の課題^{11)・13)}も報告される。また、認知症に伴う一人歩き（徘徊）のあった高齢者が死亡したケースでは、同居者がいる高齢者よりも独居高齢者のほうが有意に多い¹⁴⁾等、家族が直面する安全・金銭管理の課題は多岐にわたる。

2-3.パンデミック時の介護

新型コロナウイルスのような感染症パンデミックが発生した際には、全般的にサービス利用が減少した一方で家族らのインフォーマルケアの提供時間が増加した¹⁵⁾。一方、パンデミック時の移動の制限は、家族にとって介護提供の困難が増す可能性がある¹⁶⁾。総じて主観的な介護負担感が高くなっていたが、居住形態による差はみられていない¹⁷⁾。これらパンデミックの独居認知症高齢者の家族に与えた影響については更なる検討が必要である。

2-4.災害に対する備え

独居認知症高齢者の場合に避難経路の確認ができていない割合が高いことが明らかになっており¹⁸⁾、独居認知症高齢者を支える別居家族にとって災害時の避難が課題となりうる可能性は大いにあると考えられる。

3.介護を提供することから生じる課題

3-1.経済的負担・身体的負担・心理的負担

介護のための移動に時間がかかることは大きな負担の一つとなる^{3), 19)}。移動に係る負担は身体的負担にとどまらず、移動費用³⁾や状況確認のための電話料金³⁾といった金銭的負担につながっている¹⁹⁾。加えて、仕事の調整等により所得へも影響しうる³⁾。一方、高齢者から家族への身体的な危害により、両者の関係が断絶したケースも報告²⁰⁾されており、様々な身体的負担がある。

さらには、家族が不安や当惑、孤立といった感情を抱える²¹⁾など、心理的負担も報告される。別居の介護では意思決定を担うこと²²⁾、専門職とのコミュニケーションや近隣住民との関係構築^{23), 24)}に時間を費やす等、手段的介護以外の支援提供も多く、これらの精神的健康への影響も懸念される。また、仕事や育児といった役割を担っている場合、役割過重による心理的ストレス¹³⁾の報告もあり、虐待を始めとした不適切行為につながるものが懸念される²⁵⁾。

同居・別居の違いによる介護者の精神健康・心理的負担の差異については議論が分かれ、別居群のほうが精神的負担感が有意に低い²⁶⁾とされる一方で孤独感²⁷⁾、負担感^{28), 29)}においては、統計的な差異が明らかになっておらず、更なる検討が必要である。

3-2.高齢者本人および、介護する親族らとのコンフリクト

生活や介護の方針について、高齢者と介護者の意向のすり合わせの難しさやそこで生じるコンフリクトが挙げられる^{8), 30), 31)}。別居介護の場合、高齢者本人の安全確認の難しさは前述のとおりであり、これらが介護者と高齢者本人間の、介護や医療、生活における意向の不一致につながる。またこういった意向の不一致、コンフリクトは、介護を担う家族・親族間においても生じることが報告されている³²⁾。

3-3.介護継続の課題

Cottら（2013）のインタビュー調査からは、家族が、許容できるリスク（acceptable risk）と許容できないリスク（unacceptable risk）にわけて対応し、独居認知症高齢者の介護継続を判断していることを明らかにしている³³⁾。ここで重要なのは、何が許容できて何が許容できないかの区別は絶対的なものではなく、時と場合によりその基準が変化する点である³⁰⁾。

4.支援体制に関する課題

支援体制に関する課題には、認知症高齢者が独居で生活継続をすること、その状態での介護状況に対して、同居を前提とした考えを持つ介護スタッフ等専門職からの理解を得られないこと¹⁹⁾、これらの介護に関する支援や情報の不足³⁴⁾⁻³⁶⁾があげられた。また、高齢者と介護者の居住地域が異なることによって、高齢者の居住地域で提供される家族向けの支援対象から外れる³⁾、支援者と家族との間で高齢者本人についての知識の競合が生じるなどの課題が含まれる³⁷⁾。

5.まとめ

独居認知症高齢者らの家族に特化した研究は限定的である。しかしながら、高齢者の安否や機能低下、変化の確認を頻繁に行うことの難しさは、独居認知症高齢者に介護を提供する家族特有の課題と考えられる。また介護を提供することで、時間的・経済的・体力的、そして心理的な家族の負担があること、また、支援体制にも課題があり、認知症高齢者が独居で生活継続することへの理解が介護スタッフらにないことなどの課題が見られた。近年は、パンデミックによる介護継続の制限などの課題も報告されている。Beiら（2021）のシステマティックレビューの試み³⁸⁾なども登場しており、独居認知症高齢者の生活支援に資する質の高い研究が求められている。

文献

- 1) Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
- 2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. *老年精神医学雑誌*. 2020;31(5):467-73.
- 3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. *Health & Social Care in the Community*. 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
- 4) 中島民恵子. 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. *日本在宅ケア学会誌*. 2022;25(2):225-32.
- 5) Thompsell A, Lovestone S. Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17(9):804-7. doi: 10.1002/gps.692.
- 6) 川上浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. *認知症ケア事例ジャーナル*. 2010;3(1):55-8.
- 7) Nabeyama S. Refusal of nursing care as a factor that hinders long-distance care in Japan. *Nursing Science Quarterly*. 2023;36(4):411-8. doi: 10.1177/08943184231187865.
- 8) 浜田詩子, 荻谷みどり, 川上理子. 認知症をもつ糖尿病独居高齢者の自己管理の困難さ ―事例からの考察. *日本看護学会論文集: 在宅看護*. 2018; (48):59-62.

- 9) Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, et al. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(12):1275-82. doi: 10.1002/gps.3778.
- 10) Lexomboon D, Gavrilidou NN, Höjjer J, Skott P, et al. Discontinued dental care attendance among people with dementia: a register-based longitudinal study. *Gerodontology*. 2021;38:57-65. doi: 10.1111/ger.12498.
- 11) Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. *Nursing Older People*. 2004;16(9):20-4. doi: 10.7748/nop2004.12.16.9.20.c2349.
- 12) 久保田真美. 独居認知症高齢者のケアと家族支援. *臨床老年看護*. 2017;24(1):76-82.
- 13) 鈴木久美子, 石丸美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. *千葉看護学会誌*. 2022;27(2):1-10. doi: 10.20776/s13448846-27-2-p1.
- 14) Kikuchi K, Ijuin M, Awata S, Suzuki T. Exploratory research on outcomes for individuals missing through dementia wandering in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 2019;19:902-6. doi: 10.1111/ggi.13738.
- 15) Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, et al. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):1003. doi: 10.1186/s12913-021-07041-8.
- 16) Das A, Padala KP, Bagla P, Padala PR. Stress of overseas long-distance care during COVID-19: potential “CALM” ing strategies. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:734967. doi: 10.3389/fpsy.2021.734967.
- 17) Hvalič-Touzery S, Trkman M, Dolničar V. Caregiving Situation as a predictor of subjective caregiver burden: informal caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. *Int Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):14496. doi: 10.3390/ijerph192114496.
- 18) Hattori Y, Isowa T, Hiramatsu M, Kitagawa A, et al. Disaster preparedness of persons requiring special care ages 75 years and older living in areas at high risk of earthquake disasters: a cross-sectional study from the Pacific coast region of western Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2021;15(4):469-77. doi: 10.1017/dmp.2020.39.
- 19) 松本一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. *家族療法研究*. 2003;20(3):203-6.
- 20) 岩藤魔子, 末光伸世, 豊福恵子, 林益枝ほか. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み 認知症のある独居高齢者の支援. *旭川荘研究年報*. 2013;44(1):70-3.
- 21) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, et al. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics*. 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psy.12352.
- 22) Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
- 23) 中川敦. 遠距離介護の意思決定過程の会話分析：ジレンマへの対処の方法と責任の分散. *年報社会学論集*. 2016;29: 56-67. doi: 10.5690/kantoh.2016.56.
- 24) 北村圭三. ひとり暮らしの高齢者遠距離在宅介護における連携. *神戸海星女子学院大学研究紀要*. 2007;45:51-74.
- 25) 松本一生. 地域における介護家族への支援. *Dementia Japan*. 2018;32(1):99-105.
- 26) 関野明子, 矢吹知之, 長田久雄, 森下久美. 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較：別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. *日本認知症ケア学会誌*. 2020;19(3):582-90.

- 27) Menne HL, Pendergrast C. Examining predictors of loneliness among Older Americans Act National Family Caregiver Support Program participants. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1337838. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337838.
- 28) Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, et al. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. *International Psychogeriatrics*. 1999;11(3):235-50. doi: 10.1017/s1041610299005803.
- 29) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age and Ageing*. 2021;50:861-7. doi: 10.1093/ageing/afaa196.
- 30) Heaton J, Martyr A, Nelis SM, Marková IS, et al. Future outlook of people living alone with early-stage dementia and their non-resident relatives and friends who support them. *Ageing and Society*. 2021;41(11):2660-80. doi:10.1017/S0144686X20000513.
- 31) Sanchez LP. Historias y experiencias de atención a distancia, el caso: Israel y México. *Research on Ageing and Social Policy*. 2022;10(1):21-47. doi: 10.17583/rasp.8436.
- 32) Roff LL, Martin SS, Jennings LK, Parker MW, et al. Long distance parental caregivers' experiences with siblings: a qualitative study. *Qualitative Social Work*. 2007;6(3):315-34. doi: 10.1177/1473325007080404.
- 33) Cott CA, Tierney MC. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. *Health, Risk & Society*. 2013;15(5):402-15. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.801936>.
- 34) 浦上裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援 地域で支える. *みつぎ総合病院誌*. 2019;24(1):145-7.
- 35) 木村恵美, 上野幸, 肥田野弘美, 渡邊ルミほか. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. *八千代病院紀要*. 2011;31(1):55-6.
- 36) Gunn KM, Luker J, Ramanathan R, Skrabal Ross X, et al. Choosing and managing aged care services from afar: what matters to Australian long-distance care givers. *International Journal Environmental Research and Public Health*. 2021;18(24):13000. doi: 10.3390/ijerph182413000.
- 37) 中川敦. 遠距離介護者は何をしてるのか 提案の判断と離れて暮らす家族の知識. 島根県立大学『総合政策論叢』. 2015;29:29-44.
- 38) Bei E, Morrison V, Zarzycki M, Vilchinsky N. Barriers, facilitators, and motives to provide distance care, and the consequences for distance caregivers: a mixed-methods systematic review. *Social Science and Medicine*. 2023;321:115782. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115782.

独居認知症高齢者の別居家族を支援する 対策はあるか

回答文

別居介護に対する支援は同居介護に比べて、極めて限定的である。別居家族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が中心であり、家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定される。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。特に、意思決定や専門職、周辺住民とのコミュニケーションがより大きな役割を果たす可能性があり、その点を視野に入れた支援体制を構築していくことが必要である。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知機能の障がいとともに独居で生活をしている人は世界的に4600万人いると推計される¹⁾。日本では、要介護になった後も独居で生活する要介護者の割合が増えており、独居での生活継続とそれを支える介護を選択する家族増加の現状がある²⁾。別居介護を続ける背景には家族形態や生活パターンの変化などが挙げられ³⁾、今後も独居の要介護高齢者が増加することが見込まれる¹⁾⁻³⁾。これらの背景を鑑み、既存の対策を把握し今後の支援対策提供の課題について検討した。なお、独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的である。そのため、ここでは独居認知症高齢者本人への支援を通して、家族への支援となっている対策を含めて報告する。

2.独居認知症高齢者の別居家族を支援する対策

2-1. 見守り支援

総務省行政評価局（2023）の『一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査』報告書によると、「訪問による見守り活動」、「デジタルツールの活用による見守り活動」、「サロンを通じた見守り活動」といった見守り支援が展開されている⁴⁾。これらは、頻繁に独居認知症高齢者のもとを訪れることができない家族には重要な支援である。特に、訪問介護サービスの利用等は見守りにつながっており、行方不明の早期発見につながる可能性も指摘されている⁵⁾。

また、デジタルツールの活用による見守りも国内外で行われており⁶⁾⁻¹³⁾、これらのデジタルツールの利活用の有用性も指摘されている^{8), 13)}。これらのデジタルツールを活用したモニタリングは高齢者の見守りを実現する支援となるため、家族の主観的な介護負担感の軽減に寄与する¹⁰⁾一方で、高齢者と家族両者のWell-beingの低下が指摘される¹⁰⁾など課題はある。モニタリングシステムの導入に際しては倫理的な議論もあり、介護者の多くが映像を用いたモニタリングにおいて、支援としての必要性を認めているものの、認知症高齢者のAutonomy（自律）やFreedom（自主性）の欠如、プライバシーの侵害といった課題がある¹¹⁾。

2-2. 緊急事態を知らせるサービス

高齢者自身が能動的に緊急事態を知らせるペンダント型のアラーム等も有用な支援となりうる¹⁴⁾。特に独居の場合は、そうでない場合と比べてこれらの利活用が多いという報告もあり、独居高齢者への支援としての重要性が示唆される¹⁴⁾。

2-3. 生活支援

独居認知症高齢者が介護サービスを利用することで生活支援をインフォーマル以外のサービスで賄っている現状が報告されており、公的／民間サービスは独居認知症高齢者の家族にとっての重要な支援の一つである。たとえば、ノルウェーの認知症介護者では全般的に介護サービスの利用が多く¹⁵⁾、スウェーデンに住む独居高齢者ではホームヘルプサービスの利用がより多いことが報告されている¹⁶⁾。イングランド、米国、フィンランドの調査でも同様の結果が得られ¹⁷⁾⁻¹⁹⁾、日本ではショートステイの長期利用者に独居高齢者が多いとされている²⁰⁾。さらに、生活支援のみならず、高齢者本人の日常的な話し相手の確保等も、家族にとっては重要な代替支援として挙げられる^{3), 21)}。

しかしながら、Edwardsら（2020）はU.S. Health and Retirement Studyのデータを用いて、認知機能に課題を抱える独居高齢者4,666名の調査を行い、人種・民族や性別によってIADL・ADLの困難、そしてサポートの状況が異なることを明らかにしており²²⁾、認知症独居高齢者の機能低下や支援ニーズには大きな違いがあることに留意しておく必要がある。

2-4. 専門職の関わりによる支援

訪問看護師を始めとした介護スタッフ等の専門職が高齢者と介護者の間に入り、家族の関係構築を支える支援の可能性が報告されている^{21), 23)-31)}。これらは主に家族への介入を目的とした支援である。例えば、担当者会議の開催により、家族、専門職を含めた支援者全員の支援の方向性のすり合わせが実現すること、専門職が仲介役となって主介護者以外の家族からの支援を引き出し、独居での生活を継続できる支援体制の構築が実現可能となる。ここでは、専門職が家族の思いをくみ取り、介護力を見極める³²⁾とともに、家族が理解できるような説明が行われることによって、家族の不安や悩みが軽減されるといった支援も含まれる³³⁾⁻³⁵⁾。このような働きかけは介護者自身の負担や不安の軽減につながるだけでなく、高齢者側の不安軽減につながる効果を持つ³⁶⁾⁻³⁷⁾。

3. 支援提供の課題と今後期待される支援

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策が総じて限定的であることを既述したが、最後に既存支援の課題に触れておく。支援者側に、独居認知症高齢者に対して別居で介護を提供することに対する理解がないことや³⁸⁾、これらの介護状況に関する支援情報の不足^{27), 39)}などが課題として挙げられる。既存の見守り支援として機能する民生委員やボランティアにおいてもなり手の確保が課題⁴⁾となっており、今後増加が予測される独居認知症高齢者の家族支援対策は急務の課題である。

また、独居認知症高齢者の意思決定に別居家族が関わる課題も指摘⁴⁰⁾されているため、意思決定支援も期待される。これらの支援は、家族が介護を提供するようになる前から、例えばサービス開始前など、途切れることのない継続的な支援提供が必要である²¹⁾。その一助として、イギリスのアルツハイマー病協会（Alzheimer's Society）は独居認知症高齢者に知っておいてほしいことや相談先をまとめた資料をウェブサイト上で公開している⁴¹⁾。さらには、独居認知症高齢者本人だけでなく、その別居介護者自身をサポートする身体的・心理的支援プログラムの開発が期待される⁴²⁾。

4.まとめ

独居認知症高齢者の家族を対象とした対策は極めて限定的である。既存の対策は、高齢者本人へのサービス提供を通じた家族への支援対策が中心であり、家族が提供する手段的介護の代替となるサービス等に限定される。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、対策および更なる研究が期待される。

文献

- 1) Gibson AK, Richardson VE. Living Alone With Cognitive Impairment. *American Journal of Alzheimer's Diseases and Other Dementias*. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
- 2) 涌井智子. 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆. *老年精神医学雑誌*. 2020;31(5):467-73.
- 3) White C, Wray J, Whitfield C. 'A fifty mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. *Health & Social Care in the Community*. 2020;28(5):1632-42. doi: 10.1111/hsc.12988.
- 4) 総務省行政評価局. 一人暮らしの高齢者に対する見守り活動に関する調査 結果報告書. 2023. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/hyouka_000164233.html
- 5) 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*. 2021;32(4):469-79.
- 6) 瀬瀬朋弥, 石原多佳子, 西本裕, 小林和成ほか. IT機器を介した高齢者地域見守りモデル事業導入時の課題. *日本早期認知症学会誌*. 2016;9(2):43-8.
- 7) 飯生信子. 独居高齢者見守り機器動向. *電子情報通信学会誌*. 2021;104(9):975-80.
- 8) White C, Whitfield C, Wray J. Providing help, support and care from a distance: summary of findings from an exploratory study of 'distance carers' in the UK. 2018. University of Hull.
- 9) Chou HC. Remote monitoring and control smart floor for detecting falls and wandering patterns in people with dementia. *Journal of Intelligent & Fuzzy Systems*. 2019;36(2):1323-31.
- 10) Fowler-Davis S, Barnett D, Kelley J, Curtis D. Potential for digital monitoring to enhance wellbeing at home for people with mild dementia and their family carers. *Journal of Alzheimers Disease*. 2020;73(3):867-72. doi: 10.3233/JAD-190844.
- 11) Mulvenna M, Hutton A, Coates V, Martin S, et al. Views of caregivers on the ethics of assistive technology used for home surveillance of people living with dementia. *Neuroethics*. 2017;10(2):255-66. doi: 10.1007/s12152-017-9305-z.
- 12) 藤原佳典. 認知機能が低下した独居の高齢者への地域包括ケアシステム. *ケアマネジメント学*. 2013;(12):18-24.
- 13) 杉坂淳, 下田学, 長田俊佑, 久富木原健二ほか. Alzheimer型認知症患者の服薬アドヒアランス改善にネットワークカメラと服薬カレンダーを用いた症例. *神経治療学*. 2015;32(6):949-52.
- 14) Puaschitz NGS, Jacobsen FF, Berge LI, Husebo BS. Access to, use of, and experiences with social alarms in home-living people with dementia: results from the LIVE@Home.Path trial. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2023;15:1167616. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.
- 15) Moholt JM, Friberg O, Blix BH, Henriksen N. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: a survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia (London)*. 2020;19(5):1712-31. doi: 10.1177/1471301218804981.

- 16) Larsson K, Silverstein M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies*. 2004;18(2):231-44. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.
- 17) Gibson AK, Richardson VE. Living alone with cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2017;32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.
- 18) Gage H, Cheynel J, Williams P, Mitchell K, et al. Service utilisation and family support of people with dementia: a cohort study in England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015;30(2):166-77. doi: 10.1002/gps.4118.
- 19) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age and Ageing*. 2021;50:861-7.
- 20) Hagiwara C, Sasaki H. Conditions and characteristics of older adults and primary caregivers who use short-stay services: a comparison between long-term and short-term service groups by service type. *Journal of Rural Medicine*. 2022;17(4):196-204. doi: 10.2185/jrm.2022-013.
- 21) 川上浩美. 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル. 2010;3(1):55-8.
- 22) Edwards RD, Brenowitz WD, Portacolone E, Covinsky KE, et al. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. *Alzheimer's and Dementia*. 2020;16(8):1125-33. doi: 10.1002/alz.12102.
- 23) 渡辺美由紀, 藪中朋子, 増子芳枝, 上村康子ほか. 医療依存度の高い独居高齢者のサポートと課題. 癌と化学療法. 1998;25(suppl-4):661-4.
- 24) 長谷川幹. 事例検討道場 物盗られ妄想のあるおばの面倒をみる別居の甥. どこまで頼れるか? 悩む地域包括の主任ケアマネ. 月刊ケアマネジメント. 2012;23(2):46-51.
- 25) 安藤繁, 野中方式事例検討会. 新・事例検討道場 事例検討の技術向上めざして 幻視・錯視の訴えが多い独居の女性 ケアマネ, ヘルパー, 民生委員が対応に苦慮. 認知症疾患センター受診に, 県外の家族は慎重. どう対応したらいいか? 月刊ケアマネジメント. 2013;24(11):42-7.
- 26) 岩藤魔子, 末光伸世, 豊福恵子, 林益枝ほか. 包括的サポート体制の構築に向けた取り組み 認知症のある独居高齢者の支援. 旭川荘研究年報. 2013;44(1):70-3.
- 27) 木村恵美, 上野幸, 肥田野弘美, 渡邊ルミほか. 認知症のある独居高齢者に対する多職種連携の一事例. 八千代病院紀要. 2011;31(1):55-6.
- 28) 安藤こずえ, 水野敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学. 2015;20(1):88-96. doi: 10.20696/jagn.20.1_88.
- 29) 黒沢一美, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保, 前橋市認知症初期集中支援チーム. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し 前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学. 2020;112:77-82.
- 30) 鈴木久美子. 地域包括支援センター看護職による認知症高齢者と家族への支援の特徴 個別支援から認知症とともに安心して暮らせる地域づくりまで. 認知症ケア事例ジャーナル. 2024;17(1):35-42.
- 31) 角田光隆. 分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活上の課題と支援. 認知症ケア事例ジャーナル. 2022;15(3):170-6.
- 32) 林純子, 林裕栄, 善生まり子, 張平平. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援 地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌. 2022;25(2):13-22.
- 33) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター. 一人暮らし認知症高齢者の生活継続に関わる実態調査: 介護支援専門員が行う支援についてのインタビュー調査から. 2023.
- 34) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, et al. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics*. 2019;19(1):3-9. doi: 10.1111/psyg.12352.
- 35) 鈴木久美子, 石丸美奈. 独居認知症高齢者のコミュニティでの生活継続を目指した地域包括支援センター看護職の支援方針. 千葉看護学会会誌. 2022;27(2):1-10.

- 36) 渡邊菜保子, 松本美江, 山口智晴, 高玉真光ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;(118):177-80.
- 37) Edwards M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: a phenomenological study. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014;77(4):174-80. doi:10.4276/030802214X13968769798719.
- 38) 松本一生. 痴呆の遠距離介護と家族援助の課題. 家族療法研究. 2003;20(3):203-6.
- 39) 浦上裕純. 様々な生活課題を抱える認知症独居高齢者への支援 地域で支える. みつぎ総合病院誌. 2019;24(1):145-7.
- 40) 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. 2022;33(3):270-5.
- 41) Alzheimer's Society. Living alone as a person with dementia. Available from: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/staying-independent/living-alone>.
- 42) Watari K, Wetherell JL, Gatz M, Delaney J, et al. Long distance caregivers: characteristics, service needs, and use of a long distance caregiver program. *Clinical Gerontologist*. 2006;29(4):61-77. https://doi.org/10.1300/J018v29n04_05.

身寄りのない独居認知症高齢者が直面している生活課題は何か

回答文

日常生活の営みは大なり小なり意思決定の連続であるにもかかわらず、頼れる身寄りがない独居認知症高齢者には、本人に関する情報を保有し、その情報を活かしながら死亡後を含めた終身にわたって切れ目なく本人に寄り添う意思決定支援を行う人がいないことが最大の課題となる。具体的には、①適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいないこと、②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいないこと、③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいないこと等が挙げられる。

解説・エビデンス

1.はじめに

戦時中などの例外を除いて、一貫して右肩上がりが増え続けてきた我が国の総人口は、2004年をピークに緩やかな減少傾向に転じている一方で、単身や夫婦二人で構成される世帯数は依然として増え続けている。地方部では著しく人口が減少し、都市部では単身者が急増するなど、血縁と地縁の希薄化が同時に進展し、社会全体で身寄りのない独居高齢者が増加している傾向が見て取れる。

他方、現在の我が国における高齢者施策は、2000年の介護保険制度の導入による措置から契約へという流れの中で契約による制度利用が中心となり、実際には高齢者本人の契約行為を家族が支援する、つまり家族が当然に高齢者本人の意思決定を支援することが想定されている。

このように、本人による適切な判断が困難な状況に陥った場合、当然に家族が本人に代わって意思決定を行うことが前提となっている社会制度のもとでは、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の考え方の癖や嗜好、将来への希望も含めた詳細な情報を得て、それらを活かしながら死亡後までの終身にわたる意思決定を、誰がどんな権限で、誰がコストを負担して担うべきなのかという仕組みが、認知症高齢者の財産管理を業務の中心とする成年後見制度以外に整えられていないことが最大の課題である。

以下、身寄りのない独居認知症高齢者の終身にわたる意思決定支援を取りまとめる役割を果たす人がいないことによって生じる具体的な生活上の課題を挙げることとする。

2.具体的な生活上の課題

- ①適切な医療、介護又は財産管理の支援を受ける時期、場所及び方法の選択・決定に関するキーパーソンがいない：身寄りのない独居認知症高齢者が医療や介護を受ける必要が生じたときに、その時期、場所及び方法についての選択肢を収集し、本人の状況によって事前に本人から得ていた情報を活かしながら意思決定の支援を行うキーパーソンが不在となる。こうした状況下では、医療機関や在宅介護等それぞれの場面における身寄り

のない高齢者に対応するためのガイドラインは存在するものの、守るべき本人の尊厳や希望がどこにあるのかを現場の医療介護スタッフが推定することは困難であり、真の意味での権利擁護には繋がりにくい。また、主に財産管理の役割を担う成年後見人の利用を促す意思決定支援も主体的に行う仕組みがなく、申立人となる4親等以内の親族もいない。

- ②入院・入所時に求められることが多い身元保証人がいない：病院への入院の際に求められることが多い身元保証人には、①支払債務の連帯保証機能とともに、②医療同意の機能、③入院に必要な物品の準備の機能、④転院・退院先の決定や環境調整の機能、⑤死後事務の機能があるとされている¹⁾。身元保証人がいないことを理由に入院や入居を拒否すべきではないという論調も根強くある一方で、単に金銭的な保証人というだけでなく、認知症高齢者本人が自ら行えないことを代わりに行ってくれる人は必要で、それらをすべて入院中の病院や入居中施設が決定権を持って行えることとなれば、不適切な利益相反関係が生じてしまうことにもなりかねない。
- ③死亡時の遺体の引き取りや賃貸住宅の解約・家財処分をしてくれる人がいない：死亡したときに、遺体を引き取って火葬及び納骨といった祭祀を主宰してくれる権限を有している人、相続人に代わって賃貸住宅の解約及び家財処分をする権限を有している人がいないことで、身寄りのない独居認知症高齢者の入院や施設入居の受け入れ先を見つけられない問題、賃貸住宅を借りられない問題が生じている。さらに、すでに認知症を発症していると、こうした死後の権限を第三者に委任する契約を締結することができないため、課題の根本的解決が難しい。

文献

- 1) 八杖友一. 身寄りのない人の医療の現場と課題～医療機関での身元保証問題を考える～ 実践 成年後見. 2023.11;107:11-14.

身寄りのない独居認知症高齢者の生活課題を克服する対策はあるか

回答文

介護保険制度や成年後見制度等公的制度の狭間に陥ることが多く、現在までのところ、身寄りのない独居認知症高齢者の死亡後まで含めた終身にわたる生活課題を解決する制度や仕組みが整備されているとは言えない。具体的には、高齢者等終身サポート事業者による民間サービスを事前に契約しておく方法の他、行政による相談・コーディネート窓口の設置や、社会福祉協議会等による身元保証等のパッケージサービス提供等が検討されはじめたところである。今後、日本全体の人口が減少していく中でも、身寄りのない独居認知症高齢者はその割合も実数も増加がづくことが予想されており、認知症を発症する前から誰もが当事者意識を持って、それぞれの生活環境や資産状況に応じて、安心して自分の情報や将来の意思決定支援を託すことができる備えの選択肢を整える施策が急務である。

解説・エビデンス

1.はじめに

2024年4月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』によれば、2050年には男性の独居高齢者のうち未婚者の割合は59.7%にも達するという。男女合わせても同割合は42.4%にもなる。日本総合研究所の調査によると、未婚者・離別者は子がない割合が高く、子を持たない夫婦も増加傾向にあることから、性別・年齢・配偶関係に着目して子の有無を試算すると、2050年には子のいない高齢者は現在の1.9倍にあたる1,049万人へと増加する見通しだという¹⁾。

また、2024年5月8日に開催された政府の認知症施策推進関係者会議で示された、厚生労働省の調査（九州大学大学院二宮利治教授）による推計によると、65歳以上の認知症患者は2025年の471万6,000人から、2040年には584万2,000人へと増加し、高齢者の約15%に達するという。さらに2040年には軽度認知障害(MCI)の患者は612万8,000人と推計され、認知症と軽度認知障害(MCI)を合わせた高齢者は1,180万人にも上ることとなる²⁾。

つまり、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者は、我が国の総人口が既に減少に転じている中でも2050年にかけてその割合も実数も増加の一途を辿ることが見込まれている。

しかしその生活上の課題を克服するための有効な対策については、現在までのところ整備されているとは言えない。

2.身寄りのない独居認知症高齢者の生活上の課題への対策

これまで、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者に生活上の課題が浮上したときは、医療や介護の現場において各種ガイドラインに沿った多職種連携により本人の意思を推定するなどして本人の権利擁護を行うという対策が中心であった。

しかし今後、頼れる身寄りのない独居認知症高齢者の増加が見込まれる中、多職種連携による例外的対応が常態化すれば、医療介護の現場が機能不全に陥ってしまうリスクは避けられない。

そこで必要となる対策は、認知症により判断力が低下する前の時期に、頼れる身寄りのない独居高齢者が、将来にわたりその尊厳を守り希望を実現してもらうために、意思決定の材料となる情報の管理及び意思決定の支援とその実行の手助け又は代行を信頼する人に託すことができる制度の確立である。こうした制度は、地域ごとの特性や資産階層別に検討されることが必要となり、具体的には下記が挙げられる。

- ①高齢者等終身サポート事業者の整備と健全な発展：身寄りのない高齢者等の生活上の課題を支援するために、契約により「身元保証等」「日常生活支援」及び「死後事務」を受託する事業を行う民間事業者は、社会的ニーズが増大する一方でこれまで何等の規制も監督官庁も業界団体もない状況で消費者問題化するケースも多くあったところ、令和6年6月、内閣官房身元保証等高齢者サポート調整チームを中心に関係各省庁横断で「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が発表された。今後、民間サービスとして安心して選択できる事業に発展していくことができるかが重要となる。
- ②厚生労働省令和6年度身寄りのない高齢者等が抱える生活上の課題に対応するためのモデル事業：(1) 包括的な相談・コーディネート窓口、(2) 社協によるパッケージ提供が全国9自治体において実施されており、持続可能な仕組みづくり実現のためにその検証が待たれる。

3.今後、急がれる対応

前述の対策は、いずれも身寄りのない独居認知症高齢者が、認知症の症状が出現する前の時期に当事者意識を持って備えておくことが必要とされる。令和5年12月「認知症と向き合う幸齢社会実現会議」のとりまとめにおいて「家族だけが介護の担い手であるという介護負担意識の改革が必要」³⁾と明言され、今後は、社会の最小単位が家族から個人へと移行する時代を迎えることとなる。そこで、誰もが将来頼れる身寄りのない状況の独居認知症高齢者となるリスクがあるという当事者意識を持って自立期から事前の備えをすべきだという新しい価値観の醸成と、前述の地域ごと資産階層ごとの特性を踏まえた多様な安心できる選択肢の整備を、同時進行で進めていくことが急務である。

文献

- 1) 岡元真希子. 頼れる親族がいない高齢者が今後急増～支援のあり方の見直しが急務～ Research Eye. 2024;No.2024-007, 日本総合研究所.
<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/research/pdf/14941.pdf>
- 2) 二宮利治. 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」内閣官房, 認知症施策推進関係者会議（第2回）議事次第. 2024;1-18.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf
- 3) 首相官邸. 認知症と向き合う幸齢社会実現会議とりまとめ. 2023;1-16,
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho/pdf/torimatome.pdf>

大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

大都市は人口規模が大きく住宅が密集しているため、独居認知症高齢者が体験する不安や被害妄想、地域住民としてルールが守れなくなることなどによる近隣との人間関係の悪化が、生活課題となる場合が少なくない。また、大都市では賃貸物件が多いことから、認知症による日常的な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、一人暮らしの継続を阻む要因となりやすい。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。

解説・エビデンス

1.はじめに

大都市の特徴として、近所の人について心配はしているが、一步踏み込んだアプローチがなかなかされにくいということがある¹⁾。また、大都市に出稼ぎでやってきた世代の人たちが、貧困に陥り帰郷もできずに社会的に孤立し、そのまま独居認知症高齢者となっているケースも見られる^{2), 5)}。さらに、医療資源やフォーマルサービスは比較的豊富な地域であっても、それらにアプローチがしにくいさまざまな理由を抱えている人^{2), 5)}、複合的な課題を抱えておりどこに相談に行けばいいかわからない、もしくは相談窓口ショッピング状態となり、結果としてどこにもつながらないケースも見られる¹⁾。

文献で大都市として取り上げられているのは、新宿区^{1), 4)}、台東区^{2), 5)}、世田谷区^{3), 4)}、練馬区⁴⁾、板橋区⁴⁾、堺市⁴⁾、大都市圏の特別区⁴⁾である。これらの地域の独居認知症高齢者が抱える生活課題とはどのようなものがあるのかを文献から抽出した。

2.大都市の独居認知症高齢者の生活課題

(1) 近所の人間関係

被害妄想や不安などがあった場合に、大声を出してしまったり、夜中に近隣の知り合いの家を訪ねて行ってしまったりすることが起き、住宅が密集しているがゆえに近所の人間関係が悪化してしまう^{1), 2), 3)}。それがきっかけでさらに本人の状態が悪化してしまう悪循環が見られる^{1), 3)}。賃貸住宅の場合は、大家との人間関係という課題も見られた²⁾。

(2) 金銭管理

ATMでお金が入らせない、通帳が見つからない、誰かに盗られた、生活保護費や年金の受給を忘れてしまう、などがよく見られる^{1), 3), 5)}。金銭の管理以外にも、お金にかかわる課題では、買い物や光熱費・家賃の支払いができなくなってしまうケースもある^{2), 3), 5)}。これらは、大都市特有の課題というわけではないが、大都市では賃貸住宅が多いため、家賃の支払いについては大都市に多い課題とも考えられる。また、貨幣を介した経済活

動がほとんどであるため、金銭管理の課題は相対的に多いと考えられる。しかし、これに関するエビデンスは本レビューでは見出せてはいない。

(3) 健康・衛生、安全

光熱費の支払いが難しくなると、ライフラインが止まってしまうなどにより健康を維持するのが難しくなる²⁾。ゴミ出しや生活環境の整備、火の元の安全確保についての課題も見られる²⁾。本人のADL自立度や認知症自立度が高い人の方が一人暮らしを継続しやすいが⁴⁾、これらは大都市特有の課題というわけではない。しかし、住宅が密集しているがゆえに、ゴミのにおいやボヤ騒ぎがより大きな課題となり、それによって周囲との関係が悪くなったり、心配されたりするなどして、一人暮らしの継続が難しくなる傾向がある^{2), 3), 5)}。また、医療へのアクセスがよいがゆえに、頻回に救急車を呼んでしまい、一人暮らしは無理と判断される場合もある^{1), 2)}。

(4) 離れて住む家族との関係

一人暮らしを継続している人の方が家族による介護の頻度が低い⁴⁾が、一方、家族介護の頻度が高い方が一人暮らしが継続できなくなる傾向がある⁴⁾。しかし、大都市以外との比較は行われてはいない。

(5) いわゆる「迷惑行為」

内海ら⁶⁾は、大都市と地方都市の認知症初期集中支援チームが対応しているいわゆる「迷惑行為」のある事例を比較し、「迷惑行為」は独居認知症高齢者に多く、大都市では「他者の心身の安全を脅かす行為」や「物や金銭の奪取」などの直接的被害が多いと報告している。

文献

- 1) 秋山正子.【一人暮らしの認知症高齢者】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」からみえること. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.
- 2) 的場由木.【一人暮らしの認知症高齢者】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. 2020;31(5):487-497.
- 3) 菊地ひろみ.【一人暮らしで迎える認知症—超高齢社会のなかで】認知症疾患医療センターの視点から. 認知症の最新医療. 2017;7(1):6-11.
- 4) 中島民恵子, 中西三春, 沢村香苗, 渡邊大輔. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設移行に関する要因. 厚生指標. 2015;62(12):15-21.
- 5) 滝脇憲.【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):498-508.
- 6) 内海久美子, 福田智子. 認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴. 老年精神医学雑誌. 2022;33:793-799.

大都市に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する対策はあるか

回答文

独居認知症高齢者の地域生活の継続をめざした支援では、独居認知症高齢者が必要としている生活支援にアクセスできる社会的ネットワークを地域社会の中に創り出すことが肝要であるが、多彩な人々が密集して暮らす大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者の支援では、(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止めること、(2) 必要に応じて、安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保すること、(3) 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成すること、などを考慮すべきかと思われる。

解説・エビデンス

1.はじめに

大都市は人が密集して生活しており、公共交通機関も発達していることから、移動の観点からは人が集まりやすく、場所と人さえ確保できれば居場所や交流の場といった支援は実施しやすい¹⁾。大都市における独居認知症高齢者等への支援には、人とのつながりを途切れさせない地域の居場所づくり、不安を解消するための敷居の低い相談支援^{1), 2), 3)}、民間団体による生活支援を含めた住まいの確保への支援等が見られる^{2), 3)}。また、大都市には賃貸住宅で認知症を持ちつつ一人暮らしをしている人も多いが、そこでの生活に欠かせない、家賃の支払いや地域生活のルール・役割に対する支援も行われ、功を奏している³⁾。さらに、住宅が密集している地域のため、つながるきっかけとなる支援があれば、住民相互の助け合いが生まれ好循環になっていく展開も見られる^{1), 2), 3)}。

文献で大都市として取り上げられているのは、新宿区¹⁾、台東区²⁾⁻⁴⁾、ほか詳細な場所は伏せられているが東京都の23区内の特定地域である。

2.大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援

多彩な人々が密集して暮らす大都市の特性に合わせた独居認知症高齢者への支援では、(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める、(2) 安心できる住まいの確保と日常生活支援を同時に提供する、(3) 支援を受けた側が支える側となれる相互の助け合いを醸成する、といった特徴が認められるようである。

(1) 複合的な課題をまずはワンストップで受け止める

事例の一つとして、「暮らしの保健室」では、どこに相談したらよいかわからないでいるうちに状態が悪化していくのを防ぐ意味でも、課題ごとに窓口を分けずにワンストップで受け止められる機能がある¹⁾。また、その場は相談窓口だけでなく、安心できる居場所、交流の場、医療や健康に関する学びの場でもあり¹⁾、認知症になる前からの付き合いが生まれ、その後の体調変化等に対して継続的な支援が可能である。

(2) 安心できる住まいの確保を入り口にして日常生活支援を確保する

医療や福祉などさまざまなサービスへのアクセスが比較的良好な大都市に暮らしていても、非常に多彩で複合的な事情があるために安心して暮らせる住まいがなく、社会から孤立している人もいる。自立支援センターふるさとの会では、安心できる住まいの確保を入り口にしつつ、生活を継続することを主眼とし、生活トラブルや事故の予防・対応などの支援も含む日常生活支援を提供する事業を展開している²⁾⁻⁴⁾。

(3) 支援を受けた側が支える側になれる相互の助け合いを醸成

上記の活動を展開する場合は、同時にボランティア育成の場¹⁾や就労支援の場²⁾にもなっているため、利用者は役割を得て社会の一員としての自覚を取り戻すことができる。こうした精神面だけでなく、相互支援が生まれることで、支援の担い手不足の解消にも役立っている¹⁾⁻⁴⁾。

支援を展開していく上で、とくに個別の課題に目が向きがちだが、これらの支援の特徴は、本人の持っている力や長所にも着目し、それを伸ばし活かしていくことで、独居であっても認知症であっても、社会生活を継続できるように本人と地域を力づける役割を果たしているものと思われる。大都市の特徴というわけではないが、地域のフォーマルな支援とインフォーマルな支援をつないでいくことで、地域全体の理解と支援力を高めているようである^{1), 2)}。

文献

- 1) 秋山正子.【一人暮らしの認知症高齢者】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」からみえること. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5):487-497.
- 2) 的場由木.【一人暮らしの認知症高齢者】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. 2020;31(5):487-497.
- 3) 滝脇憲.【認知症の人のための住まいと生活支援】大都市に暮らす単身・低所得認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):498-508.
- 4) 滝脇憲, 的場由木, NPO法人ふるさとの会. 生活困窮者居住支援・生活支援の取組み. 令和2年度厚生労働科学研究報告書（研究代表者：栗田圭一）. 2021:155-167. Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202017004A-sonota5.pdf.

離島に暮らす独居認知症高齢者の生活課題は何か

回答文

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。

解説・エビデンス

1.はじめに

日本には14,125の島がある¹⁾。国勢調査に基づく有人島は2020年では306島あり、離島の高齢化率は38.8%であった²⁾。これは、2055年における全国の高齢化率の推計38.0%を超えており、離島地域は高齢社会を先取りする地域である。離島の生活は立地条件や人口規模で、社会資源の多さや本土との交流が変わる。さらにそこで暮らす独居認知症高齢者も生活様式が異なるため、抱えるニーズもさまざまである。

本稿では、独居の認知症高齢者が離島に暮らし続けるための生活課題について、医療のニーズ、日常生活支援のニーズ、住まいのニーズ、キーパーソンの確保の4つの面から解説する。

2.離島の独居認知症高齢者の生活課題

(1) 医療面のニーズ

離島地域で20床以上の入院設備を持つ医療機関のない島は9割以上、医師が常駐していない島も4割以上と、医療資源が十分でない現状にある³⁾ため、入院が必要な病気や終末期になると島外に出なければならなくなる⁴⁾。本土と直接の交通手段のない2次離島ではより医療へのアクセスは厳しくなる⁶⁾。独居認知症高齢者が糖尿病などの慢性疾患を抱えるとコンプライアンスが悪くなり、島外家族に引き取られる、入院や施設入所をせざるを得なくなる⁵⁾。島内の医療機関への受診であっても、自発的な受診が難しいことから、通院送迎や同行者を手配するのに苦慮する^{7), 8), 9)}。認知症の診断は島内に認知症専門医がいることはまれであることから鑑別診断のために島外に受診しなければならず、診断までのハードルが高い⁹⁾。

(2) 日常生活支援ニーズ

他地域と同様に、離島でも介護保険サービスで提供できない生活面でのニーズが課題となっている。例えば、離島は公共交通機関が整備されていないため、認知症にともなう免許返納後の移動手段が課題となりやすい^{8), 10), 11)}。自動車での移動が困難になると外出や社会参加も難しくなる。

また、食事をどのように確保するかも課題として挙げやすい。離島は飲食店が限られており、配食サービスのニーズは高い^{2), 10), 11), 12)}。しかし、配食サービスまたは食事がボランティア活動で運営されていたり近隣住民の善意などで賄われている場合は、病態栄養食などの特別なニーズに対応できない場合がある^{10), 13)}。認知症が進むと日中の居場所としてデイサービスに通う場合、介護保険サービスや認知症に対する偏見に昔ながらの人間関係が影響し、高齢者が行きたがらないという課題が出てくることがある^{8), 10), 14), 15)}。都市部のようにデイサービスを自由に選ぶことができない離島ならではの課題であると言える。

(3) 住まいのニーズ

離島は認知症の進行や身体機能の低下だけでなく、台風や豪雪など厳しい自然環境などによって一人暮らしが困難になることがある。しかし、入所施設やショートステイなど泊りのサービスがない地域の場合は、島外に出なければならず、在宅生活継続が難しくなる⁴⁾。

(4) キーパーソンの確保

離島の独居認知症高齢者の生活様式と家族関係の持ち方は様々である。竹井¹⁶⁾の3類型に沿ってキーパーソン確保の課題について述べる。

天涯孤独型は出稼ぎやIターンなどで島に定住した者である。離島では移住者が多い島もあり、高齢化している。その影響としては、本土の家族との関係性の希薄さといった、家族や周囲との関係性が支援の課題となる場合がある⁶⁾。具体的には、島内の友人や知人からの日常生活支援のサポートは受けていても、いざ支援が必要になりアプローチすると、本土の家族と連絡が取れない、以前の居住地から住民票を移していない¹⁴⁾、介護保険サービスの契約や医療同意が必要になった際、行政や公的機関がその人間関係を把握することが難しく、キーパーソン探しに難航する、といった問題が起こりうる^{8), 14), 15)}。

島外別居型は、キーパーソンとなる家族が島外に暮らしている。島外家族は本人の状況を把握していないことがあり、本人の意向に沿わないサービス利用を勧めたり島で暮らすことをあきらめ本土に引き取ったり入所を促すことがある。島内の支援者とのコミュニケーションに関する問題や直接的な支援が必要な際に問題が起こりやすいと言える^{6), 9), 13)}。

島内別居型は、キーパーソンとなる家族が同じ島の別の場所に住んでいるタイプである。他の2つのタイプよりは支援を受けやすいと言えるが、家族関係によっては高齢者の変化が把握できておらず、問題が顕在化してから気づくこともあり注意が必要である¹⁶⁾。

キーパーソンが島外にいる場合、退院時カンファレンスを医療職ではなくケアマネジャーが行う、本土への入院の際、ケアマネジャーが付き添わねばならない等、ケアマネジャーのキーパーソン化も課題である⁸⁾。

文献

- 1) 国土地理院. 日本の島の数. 2023. https://www.gsi.go.jp/kihonjohochousa/islands_index.html.
- 2) 2022離島統計年報CD-ROM版. 公益財団法人日本離島センター.
- 3) 国土交通省国土政策局. 離島振興計画フォローアップ 令和3年6月. 2021. https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/s102_ritou01.html.

- 4) 宮本恭子. 島根県の離島における地域居住要件を考える. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2017;40(1):52-57.
- 5) 梶山美千代. 高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整. 糖尿病ケア. 2011;8(10):1015-1019.
- 6) 吉川直人. 離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点を当てて. 京都女子大学養護・福祉教育学研究. 2024;(2):39-48.
- 7) 美底恭子, 大湾明美, 伊牟田ゆかり, 佐久川政吉. 小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検：H島診療所の看護実践から. 沖縄県立看護大学紀要. 2016;(17):127-136.
- 8) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）. 2018.
- 9) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成26年度事業実施状況報告書）. 2015.
- 10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓ほか. 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. (印刷中).
- 11) 下地幸子, 安仁屋優子, 長嶺絵里子, 佐久川政吉. 認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み（第1報）介入準備期におけるZ区の強みと課題. 名城大学総合研究. 2019;(28):69-78. <http://ci.nii.ac.jp/naid/120006949873/ja/>. (参照 2021-05-28).
- 12) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会. 離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究 報告書. 2019. <https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547>.
- 13) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成28年度事業実施状況報告書）. 2017.
- 14) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成27年度事業実施状況報告書）. 2016.
- 15) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）. 2020.
- 16) 竹井太. ひとり暮らしの認知症の人の地域ケア 離島に於ける独居認知症の人のケア. 日本認知症ケア学会誌. 2017;16(1):59.

離島に暮らす独居認知症高齢者の生活を支援する 対策はあるか

回答文

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。

解説・エビデンス

1.はじめに

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、島民同士のソーシャルネットワークがあることは多くの研究で指摘されている¹⁾⁻³⁾。また、離島は行政含めた支援者と住民との繋がりが強く顔の見える関係がある^{4), 5)}。離島における独居認知症高齢者への支援で大きな助けとなるのは近隣との相互扶助関係であると言える。

一方で、高齢化と人口減少は深刻で、独居認知症高齢者の生活を支える公的／私的なサポートに影響を及ぼしている。若年層の流出は地域の支援者不足やサービスの担い手不足を生じさせ^{5), 6)}、介護保険サービスの提供や地域の相互扶助関係を縮小・希薄化^{2), 6)}させている。高齢人口が減り始めている地域では、介護保険サービスの利用ニーズが少なくなり、採算が取れなくなっている⁷⁾。日本では、ケア供給の合理化や外国人労働者の導入が進められているが、台湾の離島地域では共働き家庭が増えたため、女性に代わり外国人介護労働者が住み込み、介護や生活支援の担い手となっている⁸⁾。伝統的な互助に支えられてきた離島地域は、高齢化と人口減少の影響がその姿を変えつつあり、台湾の例のように、グローバルな動きが我が国の離島にどのような影響を及ぼしていくのか、今後の推移を見守るべきだろう。

2.生活課題に対する支援策

(1) 医療面の支援

離島は医療資源が限られており、独居認知症高齢者は慢性疾患を抱えると島内での治療が困難になりがちであるが、島内の支援者ネットワークを整え、段階的に自宅療養に移行することで支援する側も納得しながら受け入れ態勢を整えたという報告がある⁹⁾。

また彼らは、定期的な受診や予約も自力では困難であり、健康状態を悪化させやすい。この課題を解決するため、認知症高齢者の優先診療時間を設定し、診療所、ケアマネジャー、社会福祉協議会などが連携して、時間に合わせて通院送迎を行っている地域がある^{9), 11)}。

認知症の診断や治療の質を高めるためには人材育成も必要である。島内での認知症診断を可能にするため、東京都では離島の保健・医療・介護の関係者に対し、本土の認知症疾患医療センターが定期的に事例検討会を行っている¹²⁾。

(2) 日常生活の支援

島内の地域住民の交流を活かし、地域の見守り活動や支援ネットワークを作る^{3), 14)}取り組みを行う地域は多い。住民主体のNPO法人を設立し、介護保険で提供できない配食や移送などの生活支援サービスを提供している地域もある¹⁵⁾。住民の自助・互助の力を引き出すには支援をつなぐリーダーやコーディネーターの役割の重要性が指摘されている^{1), 16)}。

(3) 社会参加の支援

高齢者向けのサロンやミニデイを住民が主体となり提供する取り組みが行われている^{3), 11)}。また、自然発生的にできた地域のたまり場が高齢者同士の交流や情報交換の場となっており^{1), 16)}、重要な社会資源となっている。そのような場所に住民たちが集まる機会を活かし、保健師が出向いて保健活動を行うといった柔軟な取り組みを行う地域もある¹¹⁾。

(4) 支援者との信頼関係構築

診療所が認知症の高齢者にとって「良い対応をしてくれる場所」という印象になるよう、どんな理由でいつ来ても歓迎するという方針をとり、平時より信頼関係を作るという取り組みがある^{10), 16)}。離島ならではの裁量性の高さを活かし、信頼関係構築の重要性をよく理解した対応であると言える。

(5) 住まいの支援

厳しい自然環境により一人暮らしが困難になる場合がある。冬場自宅において日常生活を送ることに不安がある者が期間限定で「生活支援ハウス」に入居し、一時的に自宅を離れて支援を受けながら暮らすという制度がある。しかし、近年、高齢化と入所施設の不足から、グループホームのような役割を新しく担いつつあるとの報告がある¹⁷⁾。また、認知機能の低下により独居で暮らすことが難しくなっても、施設入所の前段階として生活支援ハウスを設置している地域がある。住まいとケアをシームレスに提供し、できるだけ長く島内で暮らせるよう体制を整えている例である¹⁶⁾。

(6) 支援者間の連携、ネットワーク構築

社会資源が乏しい離島での認知症高齢者支援は、多様な支援関係者がネットワークを構築し連携を行い、補っていく必要がある²⁾。しかし、離島は、①医療介護連携のための会議、②地域ケア会議、③近隣自治体との協議や会議に参加しない傾向という報告がある⁷⁾。具体的には、関係機関の連携の弱さ^{3), 18)}や住民との連携、特に民生委員との連携の際の個人情報⁶⁾の壁がある。東京都では、本土の認知症疾患医療センターの専門職が定期的に離島を巡回し、地域ケア会議や個別支援の事例検討会に参加しているが、この機会が島内の認知症支援のネットワーク構築を促進しているという報告がある^{12), 16)}。

文献

- 1) 荒川泰士. 離島在住の高齢者が在宅生活を維持していくための支援と課題 ―介護に関する情報・人的ネットワークの実態から―. 高知女子大学紀要. 2018;27-40.
- 2) 宮本恭子. 島根県の離島における地域居住要件を考える. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2017;40(1):52-57.
- 3) 下地幸子, 安仁屋優子, 長嶺絵里子, 佐久川政吉. 認知症支援事例から始まる小地域と大学との協働による地域包括ケアシステム構築の試み(第1報) 介入準備期におけるZ区の強みと課題. 名桜大学総合研究. 2019;(28):69-78.

- 4) 富川亜紀子. 生活の支え合いにみる「助」のエスノグラフィー--インフォーマルなサポートの変化とその要因. 地域研究. 2011;(8):29-43.
- 5) 吉川直人. 離島における地域包括支援センター職員の業務意識：福祉課題と業務における工夫に焦点をあてて. 京都女子大学養護・福祉教育学研究. 2024;(2):39-48.
- 6) 波名城翔. 離島における地域支援の現状と課題. 長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要. 2019;18(1):31-37.
- 7) 公益社団法人全国国民健康保健診療施設協議会. 離島等における介護サービスの提供状況の実態把握及び推進方策に関する調査研究報告書. 2019. <https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=719&dispmid=1547>.
- 8) 中村努. 台湾緑島のケア供給における重層的ローカル・ガバナンス. 人文地理. 2021;73(1):55-74.
- 9) 梶山美千代. 高齢糖尿病患者の「島に帰りたい」願いを支援して--社会資源の乏しい離島での独り暮らしへの調整. 糖尿病ケア. 2011;8(10):1015-1019.
- 10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓ほか. 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. (印刷中).
- 11) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（平成29年度事業実施状況報告書）. 2017.
- 12) 古田光. 東京都における島しょ地域の認知症支援について. 島しょ医療研究会誌. 2020;12:16-19.
- 13) 中島民恵子, 沢村香苗, 山岡淳. 単身要介護高齢者に対するケアマネジャーによる在宅継続支援の実態と課題. 社会保障研究. 2016;1(1):183-191.
- 14) 林真二, 吉田いつこ, 堀井利江, 永井眞由美. 地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題. 安田女子大学紀要. 2019;(47):301-310.
- 15) 神吉優美. 高齢者の暮らしを支える自助・互助・共助・公助：住民が主体となり構築した地域ケアサービスに焦点を当てて. 福祉のまちづくり研究. 2018;20(3):9-20.
- 16) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター. 島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業（令和元年度事業実施状況報告書）. 2019.
- 17) 浅井秀子, 熊谷昌彦. 島嶼における高齢者の冬期居住施設「生活支援ハウス」の利用実態と課題 ―島根県の事例―. 日本建築学会技術報告集. 2015;(48):783.
- 18) 波名城翔, 岩永秀徳. 島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究：長崎県新上五島町の調査から. 長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要. 2020;18(1):25-34.

中山間地域に暮らす独居認知症高齢者等の生活課題は何か

回答文

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。

解説・エビデンス

1.はじめに

中山間地域は、高齢化率が高く、専門職も限られ、さまざまな資源が都市部に比べて少ない。また、面積が広く、人口密度も少ないため、住民の生活圏が集落に限定されることもある⁵⁾。介護保険制度では中山間地域加算が設けられ、地域での介護サービス展開の困難さに対する特別手当も支給されている状況にある。そのような地域での独居認知症高齢者の生活課題の特徴について整理する。

2.中山間地域で暮らす独居認知症高齢者の生活課題

(1) 移動に関わる生活課題

中山間地域での暮らしでは、買い物や通院など生活に必要な外出において、徒歩で移動することが困難な場合がある。加えて、公共交通機関の運行数が少なく、独居のため家族・親族等による移動支援も期待することができないことがある¹⁾。独居で見守る人がいない場合には、徒歩での移動を試みて行方不明になることや、自動車の危険運転を繰り返して交通事故になるリスクもある⁴⁾。散歩やゴミ出し、散髪などの日常生活での外出においても、リスクを抱えながら行うことになる^{1), 3)}。中山間地域では豪雪地帯も多く、雪によって移動の困難さも高まり、また自宅内外問わず、寒さに対する適切な判断ができないと、生死に関わる事態が発生するリスクが高まる。

これらのことから、中山間地域での暮らしが長い独居認知症高齢者にとっては「ふつう」の暮らしではあっても、一方では、近隣住民や別居の家族や親戚には、ハイリスクな生活だと映ってしまう可能性がある³⁾。そのため、近隣住民が見かけた時には「施設に入るしかない」と感じ、また問題が発生して別居の家族・親戚が状況を把握した時には「迷惑をかけてはいけない」と思いを抱く構図になりやすいと考えられる⁴⁾。

(2) 資源不足に起因する生活課題

中山間地域の資源は限られており、介護サービスや医療、生活に関わる商業施設等の資源が少なく²⁾、長時間の移動が必要な遠方の資源へのアクセスを余儀なくされる¹⁾。また、それらの担い手も不足しているため、認知症がかなり進行した独居認知症高齢者の場合、相当量の生活支援が求められ¹⁾、本人にとって必要な支援が十分に提供できないこともある。

加えて、面積の広さや地形の関係から、移動手段の乏しい独居認知症高齢者の訪問や送迎等に係る関係者の移動負担も多いため、資源があっても一日に対応できる人数が限られてしまう¹⁾。特に、豪雪地帯では、雪の影響により、高齢者の見守りの需要が高まる一方で、周囲の資源が対応できる範囲や頻度が縮小されてしまう可能性もある。

そのため、独居認知症高齢者が「ふつう」に暮らしたいと考えても、その暮らしを支えるためには、限られた資源と生活上のさまざまなニーズをマネジメントする必要がある³⁾、専門職が少ない状況下において²⁾、そのマネジメントを誰が行うかが課題になる。また、一方では、資源が少ない中山間地域で長年暮らしてきた場合には、交通機関の不便さから生活に必要な支援も含めて、資源が少ないことが「ふつう」であることもある。関係者が思い描く生活と、本人が思い描く「ふつう」の生活が異なる可能性を加味しつつ、マネジメントを行うことが求められると考えられる。

(3) 住民の高齢化による生活課題

都市部と比較して、中山間地域は高齢化率が高い。そのため、住民も高齢化しており、住民の支え合い活動を推進することも課題になっている²⁾。高齢化率が非常に高い地域では、集落の住民が徐々に減り⁵⁾、集落外からの移住も少なく、集落そのものが消滅してしまうようなターミナル状態を迎えることもある。

人が支え合う活動が少なくなり、人が集う場が消え、人口が減少する中山間地域⁵⁾においては、認知症高齢者の「なじみの関係」や「なじみの場」が喪失し、今までの「ふつう」の暮らしが崩れていくことにもつながる。

また、独居認知症高齢者の場合、独居であることから「寂しさ」を感じるケースもあり⁴⁾、孤立化防止も生活課題になると考えられる。特に、豪雪地帯では、雪の影響により外出機会が減り、人と交流する機会の減少も著しく、孤立が深まり、フレイルや閉じこもり防止が生活課題に挙がりやすくなると考えられる。

3.生活課題の根底にある意思決定支援の問題

上述の通り、中山間地域における独居認知症高齢者の生活課題の特徴を整理したが、それぞれの生活課題において共通する問題が存在する。意思決定支援の問題である。

中山間地域に居住する独居認知症高齢者にとって、別居の家族や親戚、ご近所の理解が本人の暮らしを左右することがある²⁾。「親族がいなければ、施設に入所するのが当たり前ではないか」、「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」といった住民意識の存在や、家族や親戚の心情として「他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが根底にあるという指摘もある⁴⁾。

また、同様に、医師の診断が暮らしを左右し²⁾、在宅生活の継続につながる場合もあれば、施設入所等の方向性につながる場合もある。従って、中山間地域において在宅で暮らす独居認知症高齢者は、本人の意思とは別の意思や判断によって、在宅生活の中断を余儀なくされるリスクを常に抱えている。

これらのことから、中山間地域で独居認知症高齢者が自分らしく暮らすことを支えるためには、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重要であり、生活課題の根底にある問題となっていると考えられる。ただし、実際には、意思決定支援の問題は中山間地域に限定されるものではなく、都市部も含めた様々な地域において共通する問題になるとも考えられる。しかしながら、独居認知症高齢者の生活課題は地域特性の影響を受けている実態もあるため、今後は、意思決定支援のあり方においても、地域特性を踏まえて論じる試みは有効ではないかと考える。

文献

- 1) 宮崎和加子. 中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5): 499-505.
- 2) 池田昌弘. 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):493-497.
- 3) 石川裕子, 中谷文美. 独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということ—福山市鞆町平地区を事例として—. 老年人文研究. 2021;(2):1-20.
- 4) 篠本耕二, 二塚綾. 認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて. 西武文理大学サービス経営学部研究紀要. 2015;(26):153-161.
- 5) 内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室. 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～. 2019.
<https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf>
- 6) 菊地和則, 池田直樹, 池田恵理子 ほか. 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書. 東京都健康長寿医療センター研究所. 2019. https://www.tmg Hig.jp/research/info/cms_upload/e110e97bfdba1024170a92c0b0c985d2_1.pdf

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

回答文

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

解説・エビデンス

1.はじめに

移動が困難で、生活や介護、医療等に関わる資源も限られ、過疎高齢化により集落の存続も危うさがある中山間地域ではあるが、独居認知症高齢者の支援策を考えるにあたり、中山間地域だからこそ取り組めることがあり²⁾、中山間地域が有する「残存能力」に着目することが重要になる。また、資源が限られているとはいえ、定期巡回・随時対応サービス¹⁾や小規模多機能型居宅介護のサテライト⁵⁾など、移動困難や資源へのアクセスにも対応した中山間地域にも有効な介護サービスも制度上では創出されており、近年では多機能型シェアハウス¹⁾や生活支援ハウス¹⁾などの「住まい」に関わる資源も登場している。

加えて、市町村や地域包括支援センターを中心とした認知症施策の推進や成年後見制度の利用促進⁶⁾、社会福祉協議会による日常生活自立支援事業や小地域ネットワーク事業を通じたコミュニティソーシャルワークの展開⁴⁾など、個別ケースの対応から地域課題を検討し、住民の認知症に対する理解と地域づくりを進める機運も高まっている。

制度・政策的には、介護保険制度に限らず、都道府県および市町村では中山間地域活性化計画が策定され、内閣府では地域創生を目指した「小さな拠点」づくりも進められている⁶⁾。

2.中山間地域の特性に合わせた支援策の視点

上述の中山間地域における独居認知症高齢者の各種取組を総合的に考え、支援策の展開に共通する視点を抽出すると以下の7点の視点が析出される。

- ①本人を重層的に支えるネットワークの構築：「みつける」「つなげる」「支える」「知らせる」「介入する」など、ネットワークの役割を明確化すること。
- ②地域を支える人材の育成・確保：介護・看護等の専門職確保と同時に、地域の支え合い活動やボランティア等に注目すること。
- ③本人の意思決定や自立の支援：本人が地域での暮らしをどのように考えているのかを把握し、意思決定や自立の支援をしていくこと。

- ④本人のなじみの関係の継続と構築：本人の環境の変化に着目し、なじみの関係を継続できるように、なじみの関係をつくれるようにすること。
- ⑤本人に適した生活場所の確保と暮らし方の尊重：本人の意向や状況に応じた住まいや暮らしの選択肢を提示できるようにすること。
- ⑥全世代的な地域づくりへの取組：地域共生社会や地域創生の取組から発展させ、地域の伴走的な支援を推進すること。
- ⑦（上記①～⑥を）トータルにマネジメントする体制：地域包括支援センターが推進する「地域包括ケアシステム」と社会福祉協議会が推進する「地域福祉」の取組の融合。本人のこれまでの暮らし方を支えるような社会づくりにも取り組むケアマネジメントの確立。

文献

- 1) 宮崎和加子. 中山間地域の独居認知症高齢者の暮らしを考える. 老年精神医学雑誌. 2020;31(5): 499-505.
- 2) 池田昌弘. 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌. 2015;26(5):493-497.
- 3) 石川裕子, 中谷文美. 独居の認知症高齢者が地域で暮らし続けるということー福山市鞆町平地区を事例としてー. 老年人文研究. 2021;(2):1-20.
- 4) 篠本耕二, 二塚綾. 認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて. 西武文理大学サービス経営学部研究紀要. 2015;(26):153-161.
- 5) 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会. 小規模多機能型居宅介護における地域でのセーフティネット機能に関する調査研究報告書. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 2011;61-68.
https://www.shoukibo.net/roken_jigyo/pdf/H23_01_houkoku.pdf
- 6) 菊地和則, 池田直樹, 池田恵理子 他. 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業高齢者の権利擁護における基礎自治体での相談体制・事後対応の実態把握等に関する調査研究事業報告書. 東京都健康長寿医療センター研究所. 2019. <https://www.tmghig.jp/research/>
- 7) 内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局 内閣府地方創生推進室. 住み慣れた地域で暮らし続けるために～地域生活を支える「小さな拠点」づくりの手引き～. 2019. <https://www.chisou.go.jp/sousei/about/chiisanakyoten/chiisanakyoten-tebiki.pdf>

マンションにおける独居認知症高齢者等の生活課題は何か

回答文

我が国の分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活課題について言及した研究はほとんどなく、個別のエピソードを紹介している文章が、日本マンション学会や自治体発行のケーススタディなどに見られるにとどまる。今後、調査研究を要する分野と言える。ハンドサーチでは、マンションみらい価値研究所のレポートが二つみつかった。このレポートでは、居住者の認知症に伴う課題として、「指定日以外のゴミ出し、ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などが分譲マンションの課題としてあげられている¹⁾。

また、日本認知症官民協議会発行の複数の業界の手引き³⁾から、課題の違いなどを考察している。分譲マンションでは、「ゴミを分別し、収集日に出すこと」や「鍵を出してオートロックを開錠し、部屋に帰宅する」といった日常生活でも、見当識や記憶力などの一部の能力の低下から、(他の能力は衰えていなくても)日常生活上の行動ができなくなることが述べられている²⁾。

解説・エビデンス

我が国の分譲マンションにおける独居認知症高齢者の生活課題について言及した研究はほとんどなく、個別のエピソードを紹介している論文が、日本マンション学会などに見られるにとどまる。

ハンドサーチでは、マンションみらい価値研究所のレポート「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員、フロント社員1700人アンケート～」がみつかった。このレポートは、マンション管理会社に勤務する管理員やフロント社員を対象にしたアンケートにもとづいており、1700名が回答している。認知症に伴って生じている事項は、多い順に、①同じ話を何度も繰り返す、②いわゆる徘徊、③指定日以外のゴミ出し、ゴミの散乱、④自分の部屋に戻れない、⑤被害妄想、(以下略)となっている。ここから分譲マンションに特有のものを選ぶと、「指定日以外のゴミ出し、ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などがあげられている¹⁾。

また、日本認知症官民協議会は、参加している企業や団体の協力のもとに、業界ごとに手引き(呼称:認知症バリアフリー社会実現のための手引き)を作成しており、「金融編」「小売編」「住宅編」「レジャー・生活関連編」「薬局・ドラッグストア編」「配食等編」「運動施設編」「図書館編」が公表されており、業界ごとに特有の課題をあげて解説を行っている³⁾。この中の「住宅編」は主に分譲マンションを想定しているが、「住宅編」では、代表的な事例として、「マンションの玄関やエレベーター前で立ち往生している」、「廊下を行ったり来たりしている」、「ゴミの管理ができない」、「ポストに配達物やチラシがたまっている」、「突然怒り出す」があげられており、簡便な解説などが添えられている³⁾。ただし、手引きも独居の高齢者を想定したものではない。

分譲マンションに住む認知症の方の課題について、2021年3月当時に発表されていた前述の手引きの4業種、①レジャー・生活関連、②金融、③小売り、そして④住宅（主に分譲マンション）を比較したレポートがマンションみらい価値研究所から出されている²⁾。

このレポートでは、分譲マンションの課題の特徴として、外部からうかがえる状況は同じであったとしても、その原因は多様であって、認知症の方がお困りになっている原因が様々であることが述べられている。例えば、「ゴミの管理ができない」では、「記憶力の低下のために、ゴミの種類によって細かく決められた回収日が覚えられない。または忘れてしまう」「見当識の低下のために、回収の時間に合わせてゴミを出すことができないことが推測される」「理解・判断力の低下や実行機能の低下により、分別の仕方がわからない」ことがあげられており、「ゴミを出す」といった日常生活においても、複数の能力を用いており、そのうちの一部が失われると、結果として、その居住者は日常生活上の行動ができなくなることが解説されている²⁾。

分譲マンションは、主に都市部において主要な住居形態となっているが、地域コミュニティとの関係が希薄になりがちであることや、外部から居住者の生活をうかがうことが難しいなど、特有の課題があげられることが多い。分譲マンションに暮らす独居高齢者等の生活課題に関する調査研究が望まれる。

文献

- 1) マンションみらい価値研究所「マンションにおける認知症対応事例 ～管理員、フロント社員1700人アンケート～」(2021年10月29日公開)
https://www.miraiachiken.com/report/211029_report_01
- 2) マンションみらい価値研究所「認知症バリアフリー社会の実現に向け、管理会社に求められていること」(2022年2月28日公開)
https://www.miraiachiken.com/report/220228_report_01
- 3) 日本認知症官民協議会、「認知症バリアフリー社会実現のための手引き」住宅編. 2021.3.
<https://ninchisho-kanmin.or.jp/guidance.html>

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

回答文

分譲マンションは、戸建てなど他の住居形態に比べて、介護保険の認定率が低く、支援が届いていないことが推測される^{1), 2)}。しかし、分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく、個別のエピソードに基づくケース紹介が、日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまる。分譲マンションは、RQ7-7で述べたように、「指定日以外のゴミ出し、ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などの特有の課題がある。マンションの課題には、区分所有法上で当然に構成される団体（≡管理組合）や管理組合の役員、マンション管理会社、管理員なども関わる^{3), 4)}。また、防災や見守りなどの自治的な活動については、マンションによって異なり、様々な形式で行われている^{5), 6), 7), 8)}。そのため、これらマンション特有の現状を前提とした支援策の調査研究が求められている。

解説・エビデンス

分譲マンションは外部から見えずらく、接触にはオートロックの開錠を要し、支援が届きづらいという意見が広く見られる。分譲マンションにも相当数の支援を要する人が居住していると想定されるが⁸⁾、戸建てや団地などの他の住居の形態に比べて、介護保険の認定率が低く、支援策が届いていないことが推測されている^{1), 2)}。

分譲マンションにおける独居認知症高齢者等への支援策についての調査研究はほとんどなく、個別のエピソードに基づく事例分析が日本マンション学会や自治体の事例研究などに見られるにとどまる。しかも、分譲マンションは、区分所有者から構成される団体（≡管理組合）があり、コミュニティの在り方も多様であること^{5), 6), 7), 8)}、多くのマンションでは管理会社と契約していること、管理員が派遣されていることなどは、戸建てなどの他の居住形態には見られない特徴であり、課題の解決のためには、本人と家族だけでなく、管理組合や他の区分所有者、管理会社などの立場からの検討も要する^{3), 4)}。なお、マンションの管理員は、高い割合で、高齢者のみの世帯や高齢者独居世帯を（実質的には）把握している。認知症などに気付く場合もあり、契約上の業務ではないものの、見守りやゴミ出しの補助などを行っている場合がある⁷⁾。

分譲マンションは、RQ7-7で述べたように、「指定日以外のゴミ出し、ゴミの散乱」、「自分の部屋に帰れない」、「オートロックが開錠できない」、「警報を鳴らす」などの特有の課題がある。そのため、これらマンション特有の現状を前提とした支援策の調査研究が求められている。

文献

- 1) 田中昌樹. 令和2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に関する分析の委託. マンションみらい価値研究所（2021年3月1日発行）.
https://www.miraikachiken.com/research/210727_research_01
- 2) 斉藤雅茂. 認知症の人と家族にやさしいマンションにむけた諸課題. マンション学. 2019;64:92-96.
- 3) マンション管理業協会. マンションにおける認知症の事例と対応策. 2016. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 <https://www.kanrikyo.or.jp/>
- 4) マンション管理業協会. マンションと認知症高齢者・障がい者. 2023. 問合せ先 一般社団法人マンション管理業協会 <https://www.kanrikyo.or.jp/>
- 5) 村田明子, 山田哲弥. 分譲マンションにおけるコミュニティ組織. 日本建築学会計画系論文集. 2014;79:2181-2189.
- 6) 田中昌樹. マンションの防災組織はどうあるべきか. マンションみらい価値研究所（2022年8月16日公表）.
https://www.miraikachiken.com/report/220816_report_01
- 7) 大塚理加, 田中昌樹, 王尾和寿, 塩崎由人. 分譲マンションに居住する災害時要配慮者への支援に関する調査研究. 地域安全学会論文集. 2023.11;No.43. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jisss/43/0/43_125/_pdf/-char/ja
- 8) 王尾和寿, 田中昌樹, 藤原広行, 水井良暢ほか. 災害レジリエンス向上のための分譲マンションの課題発見と準公共財としての活用方法の検討. 2023.3.

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なされているか

回答文

認知症疾患医療センターでは独居認知症高齢者の診断後支援として、①診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供、②本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント、③生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援、④地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携、⑤別居家族との情報共有と連携、⑥パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働、という6領域の実践が行われている。また、その基底には、1) 多職種協働によるソーシャルワーク、2) 独居生活の不安に対する精神療法的アプローチ、3) 意思決定支援チームの結成と権利擁護支援、4) ピアサポートとエンパワメント、という4つの基本的な考え方がある。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症疾患医療センターは国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスであり、その目的は「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている（厚生労働省）。

独居認知症高齢者の増加に伴い、認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者も増加しており^{1), 2)}、認知症疾患医療センターの地域連携機能は、独居認知症高齢者の地域生活の継続において重要な役割を果たしている^{1), 3), 4), 5)}。また、交通の便の悪い過疎地域の認知症疾患医療センターでは、独居・老老世帯の認知症高齢者の受診困難に対して、訪問による支援が実施されている³⁾。一方、大都市の認知症疾患医療センターでは、認知症専門病棟に入院する独居認知症高齢者について、1) 行政・介護保険関係機関・成年後見など家族以外の者の介入を経て入院につながるケース、2) BPSDによる地域社会の中でのトラブルや生活破綻（例：食事がつけれない、買い物ができない、ATMでお金が下ろせない、電気やガスなどライフラインが止まる、生命の危機）が契機となり、別居家族も困り果てて入院に至るケース、が増えており、3) 自宅退院率は同居者がいる場合に比べて著しく低いことが指摘されており、精神保健福祉士によるケースワークの重要性が今後ますます高くなるものと予測されている²⁾。

2.認知症疾患医療センターにおいて実施することが推奨される独居認知症高齢者等に対する診断後支援

2018年度の老人保健健康増進等事業において全国の認知症疾患医療センターを対象に、独居または夫婦のみ世帯の認知症高齢者に対して実施されている診断後支援の実態調査を実施した⁶⁾。自由記述回答の質的分析の結果、診断後支援の内容について、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別居家族との情報提供と連携、⑤生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働、という5つのカテゴリーが生成された。さらに、この5つのカテゴリーを踏まえた実臨床での事例分析によって、表1のような6領域で構成される診断後支援の実践があり、その基底には、1) 多職種協働によるソーシャルワーク、2) 独居生活の不安に対する精神療法的アプローチ、3) 意思決定支援チームの結成と権利擁護支援、4) ピアサポートとエンパワメント、という4つの基本的考え方があることが示されている⁷⁾。

表1. 認知症疾患医療センターにおいて独居認知症高齢者に対して実践される診断後支援

1.診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供
1.1.医師が本人・家族等に認知症の診断名やその他の医学的評価の結果を説明する。 1.2.診断名に対する不安に配慮し、今後の治療と尊厳ある暮らしの継続が可能であることなどについて情報提供する。
2.本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント
2.1.本人・家族・地域の多様な支援者等から生活の様子を聴取するとともに、現在利用しているサービスを把握する。 2.2.今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する。 2.3.本人や家族に不安がある場合には、対話を通して心理的なサポートを行う（火の不始末や独り歩きの際の心配がある場合には、危険を回避するための助言を行う）。
3.生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援
3.1.本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら、介護保険サービスやその他の生活支援に関する地域サービスについての情報を提供する。 3.2.サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明したり、地域包括支援センターの利用について情報を提供する。
4.地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携
4.1.必要に応じて、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行う。 4.2.必要に応じて、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、受診同行などの生活支援のあり方について本人・家族・多職種で話し合う。
5.別居家族との情報共有と連携
5.1.独居の場合は、キーパーソンになり得る別居家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族と情報共有し連携する。 5.2.相談員等は、電話や面接等を通して、別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合には情報を共有して対応できるようにする。
6.パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働
6.1.相談員等は、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、事業所職員、地域の関係者等と必要に応じて関係者会議を開催するなどして、パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践する。

表2. 独居認知症高齢者の診断後支援の基本的考え方

- 1) 多職種協働によるソーシャルワーク
- 2) 独居生活の不安に対する精神療法的アプローチ
- 3) 意思決定支援チームの結成と権利擁護支援
- 4) ピアサポートとエンパワメント

文献

- 1) 小林直人. 認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割. 老年精神医学雑誌. 2015; 26(10):1099-1105.
- 2) 菊地ひろみ. 特集・一人暮らしで迎える認知症, 認知症疾患医療センターの視点から. 認知症の最新医療. 2017;7(1):6-11.
- 3) 田中志子. 認知症患者を支える地域をつくるために老年科医として何ができるか. Cognition and Dementia. 2011;10(3):238-241.
- 4) 和泉唯信. 認知症患者に対する医療・福祉施設の試み. 日本早期認知症学会誌. 2018;11(1):57-65.
- 5) 村瀬智明, 長屋千鶴子, 犬塚貴. 急性期総合病院の認知症疾患医療センターにおける独居高齢者に関する医療・福祉相談の実態. 日本早期認知症学会誌. 2021;14(1):66-69.
- 6) 認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査ワーキンググループ. 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援. 令和元年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」(研究代表者: 栗田主一) 2020年3月. 2020:263-272.
- 7) 栗田主一. 認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(認知症施策研究事業) 分担研究報告書. 令和5年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」(研究代表者: 栗田主一). 2024:22-38.

かかりつけ医は独居認知症高齢者に対して どのような支援を行うべきか

回答文

かかりつけ医にとって、独居者の認知症は見落としやすい。本人の話に耳を傾け、家族などの支援者からの情報を得て、注意深く評価する。認知症を疑った場合でも、独居者は認知機能の評価や、専門医の医療サービスの利用に応じない傾向がある。本人の気持ちに十分に配慮して丁寧に話し合いながら、診断や支援体制の構築への道筋を作ることが大切である。

独居認知症高齢者の健康と生活の安全を支えるために、かかりつけ医は積極的に地域包括支援センターや介護保険サービスと連携をとる必要がある。独居認知症高齢者は、同居者による支援がないため、訪問介護や内服管理の支援、配食などを多くの介護サービスが必要となる。包括的なケアプランを立てて、多職種で生活支援ニーズを満たすアプローチで対応する。入院や本人が希望しないまま介護施設に入所となることを防ぐことを目標に対応する。

解説・エビデンス

かかりつけ医やかかりつけ診療所が提供する認知症医療について、実証データを含む研究論文は多く認めるが、独居認知症に焦点を絞った研究は見つからなかった。そのため、文献の選定基準は、タイトルまたは抄録から、かかりつけ医やかかりつけ診療所における認知症医療に関する実証データを分析した研究の中で、独居を取り出した分析結果が確認できることとした。ただし、このような研究の中心的な関心は必ずしも独居ではないため、独居の影響について体系的に分析したものではない。また、タイトルや抄録に独居と言及されるとは限らないため、今回用いた検索式やスクリーニング方法だけで全て抽出することは困難である。このような点で、本レビューの結果にはバイアスが残る可能性がある。

研究1¹⁾は、ドイツの6都市にある138の一般診療所で、75歳以上の認知症のない外来患者を3年間追跡した前向きコホート研究である。2003年から2007年の間に3,327名を組み入れて、18ヶ月後に2,402名、36ヶ月後に2,177名を追跡した。追跡期間中に新たに認知症と診断された120名のうち、かかりつけ医が認知症を疑ったのは28名で、感度51.4%だった。一方、認知症を発症しなかったケース2,294名のうち、かかりつけ医が認知症なしと判断したのは2,147名で、特異度95.9%だった。かかりつけ医が認知症を見落としした割合が有意に高いのは、独居と軽度認知症のケースだった。独居で見落としが多い理由として、同居者等からの情報がないことや、患者自身が症状に気づかないこと、気づいても隠すことがあると考察している。

研究2²⁾は、2007年に米国で、地域にある大学の関連診療所11施設に通院する65歳以上の患者554名を対象に実施した、認知症のスクリーニングから診断、診断後初期支援のプログラムの報告である。診療所で実施したMMSEによるスクリーニング検査が24点

以下の対象者には、専門医療機関でのアセスメント及び初期支援を推奨し、本人の希望を確認した。スクリーニング陽性者63名（12.7%）のうち、21名が高度医療機関での精査に進んだが、残る42名は推奨に応じなかった。推奨に応じない対象者は、認知症に対するスティグマが強いことや、独居であることと関連した。考察では、介護者となる人がいない独居の患者は、認知機能の評価に応じない傾向があり、同時に認知症に対するスティグマを持ちやすいのではないかとしている。

研究3³⁾は、プライマリケアにおける認知症患者の予後因子を調べた系統的レビューである。2022年6月までに発表された縦断研究46件を対象に、介護施設への入所と認知機能低下に関連する予後因子を明らかにした。介護施設への入所に対して、独居は独立した予後因子だった。他の予後因子には、高齢、貧困でないこと、白人、都市部の居住、低い認知機能、抗認知症薬の服用、抑うつ、精神症状、徘徊、介護者の希望があった。認知機能の低下には、長期の認知症罹患歴、興奮／攻撃性、精神症状、高脂血症が関連したが、独居は関連がなかった。

研究4⁴⁾は、2012年1月～2016年3月にかけてドイツで行われたクラスターランダム化比較試験の報告である。一般医の単位で介入の有無を割り付けて、認知症ケアマネジメントの介入効果を検証した。認知症の専門認定を持つ看護師が6ヶ月にわたり月1回1時間程度、自宅を訪問して系統的なニーズアセスメントを行い、多職種カンファレンスで検討した上で、診療所の一般医（主治医）と看護師と相談してケアプランを立てた。136の一般医が参加して、70歳以上の地域在住認知症高齢者634名が参加に同意して、407名が介入後6ヶ月間の追跡まで完了した。独居認知症高齢者204名（介入群151名（51.9%）、通常ケア群53名（45.7%））を取り出したサブ解析が行われている。介入効果は、行動・心理症状の低減について有意に認めたが、QOLスコアや介護者負担、抗認知症薬の服用、潜在的に不適切な薬剤の服用のアウトカムに対しては有意差がなかった。

研究5⁵⁾は、研究4のベースラインのデータを記述的に分析して、独居認知症患者に対する支援の特徴を同居者ありの場合と比較している。独居認知症患者は、配偶者やパートナーがおらず（独居10.6% vs 同居67.5%, $p<0.001$ ）、インフォーマルな支援が不足し（独居90.8% vs 同居99.2%, $p<0.001$ ）、緊急時のサポートが不足しやすい（独居83.4% vs 同居94.0%, $p<0.001$ ）。それを補うように介護サービスは多く利用する。例えば、訪問介護（独居33.9% vs 同居13.6%, $p<0.001$ ）、内服管理の支援サービス（独居36.1% vs 同居8.3%, $p<0.001$ ）、配食サービス（独居26.5% vs 同居12.4%, $p<0.001$ ）の利用が有意に多い。だが、医療サービスの利用状況は、一般医以外の医療を使わない。神経内科／精神科の外来受診（独居21.3% vs 同居29.7%, $p=0.032$ ）、病院への入院歴（独居23.5% vs 同居33.1%, $p=0.022$ ）などの利用が有意に少なかった。

文献

- 1) Pentzek M, Wolny A, Wiese B, et al. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(11):965-975.
- 2) Fowler NR, Frame A, Perkins A, et al. Traits of patients who screen positive for dementia and refuse diagnostic assessment. *Alzheimers Dement*. 2015;1(2):236-241.

- 3) Marshall M, Jordan J, Bajpai R, et al. Systematic review of prognostic factors for poor outcome in people living with dementia that can be determined from primary care medical records. *BMC Geriatrics*. 2024;24:801.
- 4) Thyrian JR, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):996-1004.
- 5) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living alone with dementia: prevalence, correlates and the utilization of health and nursing care services. *J Alzheimers Dis*. 2016;52(2):619-629.

訪問看護師は独居認知症高齢者に対して どのような支援を行うべきか

回答文

訪問看護師の独居認知症高齢者に対する支援業務の中核は、身体状態のアセスメントと病状変化の早期発見、医療的ケアの調整・管理などの健康管理である。また、生活の安全を含めた生活支援や社会活動の状況について、多職種と協働してアセスメントと支援に取り組む必要がある。生活の安全は、火元の管理などの自宅内だけでなく、外出時の環境など自宅外についても確認と対策をする。生活支援は、財産管理や見守り・安否確認などである。社会活動については、友人・知人や近所との交流などを確認して支援する。

支援提供の際、パーソンセンタード・ケアのアプローチが欠かせない。こだわりを尊重し、心配事に対策するなど利用者の感情・意思・ニーズを中心に扱うことや、利用者のペースに合わせ、馴染みの方法を選ぶなどケア方法を個別化することである。

このように提供された訪問看護サービスは、独居認知症高齢者の認知機能の維持改善や家族の不安の軽減に効果がある可能性がある。

解説・エビデンス

1.エビデンスの選定

訪問看護師を対象とした研究論文で、独居認知症高齢者に対する訪問看護の業務内容や工夫、困難を記述した研究、効果検証の研究を選択した。地域包括支援センターの看護師の支援業務を記述した論文（林ら、2022）や独居生活の継続困難要因を検討した論文（久保田ら、2019; 中島ら、2023）なども文献検索では見つかったが、研究の対象や関心が訪問看護師の活動ではないため除外した。

2.エビデンス

論文1¹⁾は、独居認知症高齢者の支援経験がある日本の訪問看護師17名を対象に、独居認知症高齢者の身体的・精神的症状の安定化のために実施している支援をインタビュー調査した報告である。①日頃の関わりで養われる観察眼で、その人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く（身体状態のアセスメント）、②必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防・改善し、その人なりの体調を維持する（医療ケアの簡素化と管理）、③一人でも自宅で落ち着いて過ごせるように整える（個別化した支援）、というテーマがあった。

論文2²⁾は、認知症ケア専門士328名（看護師37.8%）からの意見をDelphi法によって集約し、認知症高齢者の独居生活継続アセスメント指標を開発した研究である。完成した35項目の指標は、①健康管理（11項目）、②環境・安全（13項目）、③対人・地域支援（7項目）、④思いの表出（4項目）、の4つのカテゴリーに分類された。①健康管理には、服薬や医療処置と同時に、食事・水分摂取、排泄、室温調整、支援の受け入れなどに関

するアセスメント項目があった。②環境・安全には、火元の管理、外出時の安全や援助希求の行動、緊急連絡先の確保などが挙げられた。③対人・地域支援には、財産管理、見守り・安否確認、友人・知人との交流などが含まれた。④思いの表出は、感情や意思を伝えることなどだった。

論文3³⁾は、カナダのオンタリオの医療者15名（看護師9名、医師2名、社会福祉士2名、聴覚カウンセラー2名）を対象に、独居認知症高齢者のケアの経験についてインタビューした研究である。自分にできる支援を提供する（Doing the best we can do for them）という考えのもとで、次の6つの経験があった。①生活に支援が必要なことや、車の運転が困難になっていること、一人暮らしに限界が訪れることなど、現実を慎重に優しく伝える（Gentle realism）。②リスクと隣り合わせでも自分の生活を主体的に送る権利を尊重することと、生活の安全を確保することのバランスの困難（Walking the tightrope）。③家族への連絡や医療サービスへのアクセスを本人が許可しないことや、独居生活継続のためのケアやシステムに柔軟性がないことなど、必要なサービスを提供することに対する制約があるため医療者として限界を感じる（My hands are tied）。④支援を受け入れたり、決断したりするのは本人や家族であるため、専門家としての役割に徹する（It's not my job, it's not my decision）。⑤施設入所などの意思決定に関連した倫理面における心理的葛藤（Emotion struggle）。⑥本人の生活における危険を避けるという意図は医療者自身の行動を正当化し、心理的葛藤を小さくする（Believing I did the right thing）。

論文4⁴⁾は、独居認知症高齢者の病状、認知機能、生活状況、家族の不安に、訪問看護の利用の有無によって違いがあるかどうかを、介護支援専門員が評価した量的研究である。訪問看護を利用することで、認知機能と家族の不安は有意に維持改善があった。訪問看護によって認知機能が維持改善するという結果について、利用者のペースや今までのやり方を尊重する、強みを活かす、シンプルで効果の上がるケア方法を探すなどの看護実践の効果だと考察している。

3.考察

得られたエビデンスから、訪問看護師の独居認知症高齢者に対する支援業務の中核は、身体状態のアセスメントと病状変化の早期発見、医療的ケアの調整・管理などの健康管理と言える。だが、独居認知症高齢者にとって、生活の安全を含めた生活支援や社会活動に関する支援も大切で、これらの領域は多職種と協働してアセスメントと支援に取り組む必要がある。生活の安全には、火元の管理などの自宅内だけでなく、外出時の環境など自宅外も含まれる。生活支援は、財産管理や見守り・安否確認などである。社会活動については、友人・知人や近所との交流などが大切である。

支援提供の際、パーソンセンタード・ケアのアプローチが欠かせない。こだわりを尊重し、心配事に対策するなど利用者の感情・意思・ニーズを中心に扱うことや、利用者のペースに合わせ、馴染みの方法を選ぶなどケア方法を個別化することである。

このような訪問看護サービスは、独居認知症高齢者の認知機能の維持改善や家族の不安の軽減に効果がある可能性がある。だが同時に、独居認知症高齢者への支援では、リスクを伝えることや、利用者の主体的生活とリスクのバランス、サービス提供上の制約、意思決定支援における葛藤など、訪問看護師が困難や限界を感じやすいことに注意が必要である。

文献

- 1) 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者の身体的, 精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ. 大阪府立大学看護学雑誌. 2016;22(1):35-44.
- 2) 久保田真美, 谷垣静子. 認知症高齢者の独居生活継続アセスメント指標の開発. 日本認知症ケア学会誌. 2022;20(4):545-558.
- 3) de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals' experiences. Dementia. 2016;15(2):221-238.
- 4) 落合佳子, 桑野美夏子, 秋葉喜美子, 王麗華. 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしへの訪問看護利用の効果. 厚生指標. 2023;70(4):28-33.

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うことが期待されているか

回答文

今日の認知症初期集中支援チームの主たる役割は「困難事例への対応」が最も多く、「早期発見・早期対応」がそれに次いでいる。支援対象者の約4割が独居であり、困難事例では5割以上が独居である。社会的孤立傾向の強い独居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につなげ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が、「本人の意向を尊重すること」と「本人の生命・健康・安全を守ること」という2つの価値観の間で倫理的問題を生じることも少なくない。認知症初期集中支援チームの本来業務は個別支援であるが、独居認知症高齢者の支援においては、地域づくりの視点が不可欠である。地域の特性に応じた個別支援と地域づくりのあり方を、倫理的観点を踏まえて深化させていくことが期待されている。

解説・エビデンス

1.はじめに

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¹⁾。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²⁾。

2.活動状況

2021年度に実施された全国調査³⁾によれば、チームが設置されている機関は地域包括支援センター（61%）が最も多い。またチームの主たる役割は困難事例への対応（36%）が最も多く、早期発見・早期対応（26%）がそれに次ぐ結果となっている。支援対象者の属性では、女性（62%）、80～84歳（30%）が最も多く、80%にBPSDが見られ、70%は認知症未診断であったとのことであるが、独居者の割合については報告されていなかった。一方、2018年度の全国調査⁴⁾では独居者が約4割を占めること、対象者の約4割が困難事例であったと報告されており、池田ら⁵⁾が2021年に実施した認知症初期集中支援チームが対応した困難事例の調査では、独居者が5割以上を占めているという結果が報告されている。前田ら^{6), 7)}は、神戸市における認知症初期集中支援チームの活動状況の経時的変化の分析から、対象者がより高齢化していること、夫婦のみ世帯が増えていること、認知症症状が出現してから支援が開始されるまでの期間が長いこと、家族のいない独居高齢者への支援、地域包括支援センターの負担、認知症の診断につなげることの難しさ、かかりつけ医との連携などに課題があることを指摘している。また、内海ら⁸⁾は、大都市では他者に直接被害を及ぼすような迷惑行為を認める事例が相対的に多いこと、西ら⁹⁾は、人口減少と高齢化が進展する地方都市では、別居家族が気づかないうちに病状が進行して事例化し、居宅サービス事業所の不足も関連して施設入所や長期入院に至る場合が多いことを指摘している。

3. 独居認知症高齢者等への支援

近年、社会的孤立傾向の強い独居認知症高齢者を対象とする認知症初期集中支援チームの介入事例の報告が蓄積されてきている。

福田¹⁰⁾は、家族からの受診勧奨を拒否していた80代女性の独居認知症高齢者に対し、認知症初期集中支援チームが信頼関係の構築と生活状況の把握に努めながら支援することによって、本人の了解を得て、本人の希望に沿って医療・介護サービスを導入し、独居生活を継続させることができた事例を報告している。黒沢ら¹¹⁾は、もの盗られ妄想がある70代男性の独居認知症高齢者に対し、認知症初期集中支援チームが本人の意思を尊重しながら医療や介護サービスの利用勧奨を行うとともに、本人の激しい行動化に恐怖を感じ断絶していた家族に対して具体的な関わり方を提案することによって、本人同意のもとで医療・介護サービスの導入に成功し在宅生活継続につながった事例を報告している。小山ら¹²⁾は、認知症初期集中支援チームが独居認知症高齢者の服薬管理支援に成功した事例、渡邊ら¹³⁾は、不安が強い独居のMCI高齢者に対して認知症初期集中支援チームがかかりつけ医と連携して本人及び別居家族の不安軽減に成功した事例、松岡ら¹⁴⁾は、定期通院が中断した妄想を伴う独居の認知機能低下高齢者を再度定期通院につなげることができた事例を報告している。

小林¹⁵⁾は診断につなげる際の医師が果たすべき役割の重要性を指摘しており、中西¹⁶⁾は、生活支援へのつながりを同時に行いながら受診につなげることができるので、医療機関側にも安心感があり、連携も速やかであると述べている。澤¹⁷⁾は、1) 独居または家族の関わりがない認知症高齢者、2) 認知症の有無は不明だが精神疾患があるため関わりを拒否している事例、3) 身体疾患があり認知症の有無について評価困難な事例を紹介し、社会的に孤立せず住みなれた地域での生活の実現にはアウトリーチを取り入れた包括的・継続的な関わりが重要であり、鑑別診断や生活への対応が求められることから多職種チームの存在は大きいと述べている。

4. 独居認知症高齢者支援に求められるスキルと倫理的問題

平林ら¹⁸⁾は、認知症初期集中支援チームに関与する地域包括支援センター看護師を対象に、独居認知症高齢者へのアウトリーチ・スキルについて半構造化インタビューと質的分析を行い、「認知症が疑われる独居高齢者や孤立している状態にある一人暮らしの認知症高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキルは、高齢者が認知している世界観や主観に沿った対応技術、職員のリスク管理と心理的負担を軽減する技術など、重層的かつ包括的な性質をもつ」と結論している。認知症初期集中支援チームによる独居認知症高齢者への支援では、本人の意向を尊重することと、本人の生命・健康・安全を守ることの2つの価値観の間で倫理的問題を生じることが少なくない^{8), 19), 20), 21)}。倫理的観点を踏まえて事業のあり方やチーム員研修のあり方を見直していくことが今後の課題として残されている。

5. 認知症初期集中支援チームに期待される今後の方向性

栗田^{2), 22)}は、「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こと」をコーディネーション、「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」をネットワーキングと呼び、認知症初期集中支援チームの業務内容はコーディネーションにあたりと説明している。また、コーディネーションには、①信頼関係の形成（本人との間で信頼できるパートナーシップを築くこと、意思決定支援の前提）、②総合的アセスメント

(認知症に関する深い理解を背景に、本人の希望・生活課題・社会的支援ニーズを総合的に把握すること), ③情報共有 (本人, 家族, 多職種間で情報を共有すること), ④課題解決に向けた多職種協働 (本人の主体性を尊重しながら, 可能性のある課題解決に向けて, 本人とともに歩んでゆこうとするアプローチ), ⑤本人の意思を尊重した社会的支援の調整 (意思決定支援のプロセスを踏まえて, 必要とされる社会的支援の利用と提供を調整すること) という5つのプロセスの重層的・反復的实践が必要であるとしている。一方, ネットワーキングには, 現存する医療・介護・居住支援・生活支援・家族支援・経済支援・権利擁護支援へのアクセシビリティの確保, “顔の見える” 連携体制の構築, 不足している資源の開発や新たなサービス (特に生活支援に関するサービス) のイノベーションなどが含まれる。

認知症初期集中支援チームの本来業務はコーディネーション (個別支援) であるが, 独居認知症高齢者の支援においては, ネットワーキング (地域づくり) の視点が不可欠である。地域の特性に応じた個別支援と地域づくりのあり方を, 倫理的観点を踏まえて深化させていくことが, 認知症初期集中支援チームに期待される今後の方向性であろう。

文献

- 1) 栗田主一. 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック. 中央法規. 2015年, 東京.
- 2) 栗田主一. 認知症初期集中支援チームとは何か. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):749-755.
- 3) 国立長寿医療研究センター. 認知症初期集中支援チームのあり方と効果的な活動に関する調査研究事業 (研究代表者: 鷺見幸彦). 令和3年度老人保健健康増進等事業報告書. <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3-4Report.pdf>
- 4) 国立長寿医療研究センター. 認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業 (研究代表者: 鷺見幸彦). 平成30年度老人保健健康増進等事業報告書. <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf>
- 5) 池田学, 埴本大喜, 佐竹祐人, 橋本衛. 認知症初期集中支援チームの活動状況. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):756-766.
- 6) 前田潔, 梶田博之. 認知症初期集中支援チーム 神戸市における活動の現状と今後の課題 活動1年目と2年目の比較. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1131-1136.
- 7) 前田潔, 梶田博之. 認知症初期集中支援チームの課題 神戸市における経験. 精神神経学雑誌. 2016;118(2):84-90.
- 8) 内海久美子, 福田智子. 認知症初期集中支援チームが関与した迷惑行為の特徴. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):793-799.
- 9) 西孝弘, 森村安史. 地方都市における認知症初期集中支援チームが8年間に経験した対応困難事例. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):1049-1057.
- 10) 福田智子. 認知症初期集中支援チームの取り組み. 独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例. 砂川市立病院医学雑誌. 2020;33(1):79-85.
- 11) 黒沢一美, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保ほか. もの盗られ妄想のある症例と家族の橋渡し. 前橋市認知症初期集中支援チームの連携. 群馬医学. 2020;112:77-82.
- 12) 小山晶子, 山口智晴, 高玉真光, 山口晴保ほか. 認知症初期集中支援チームによる認知症を有する独居高齢者への服薬管理支援. 群馬医学. 2018;108:51-53.
- 13) 渡邊菜保子, 松本美江, 山口智晴, 高玉真光ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;118:177-180.
- 14) 松岡照之, 西村伊三男, 川瀬美奈子, 増本恵子ほか. 認知症初期集中支援チームが介入したことにより精神科外来受診につながった2症例. 老年精神医学雑誌. 2023;34(3):261-266.
- 15) 小林直人. 認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1099-1105.

- 16) 中西亜紀. 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割. 老年精神医学雑誌. 2015;26(10):1106-1113.
- 17) 澤滋. 認知症の人たちの社会的孤立. 精神科治療学. 2020;35(4):373-378.
- 18) 平林瑠美, 尾崎章子, 西崎未和, 苛原志保ほか. 認知症が疑われる独居高齢者に対する地域包括支援センター看護職のアウトリーチ・スキル. 初期段階におけるかかわりを中心に. 日本在宅看護学会誌. 2021;10(1):2-10.
- 19) 柏木一恵. 地域において支援チームが直面する困難事例. 支援拒否事例を通じて困難事例の背景にある問題や多職種役割などを考える. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):826-831.
- 20) 石川智久. 支援チーム内での精神科医の役割: 地方都市での活動. 熊本県荒尾市における認知症初期集中支援チームの活動概要. 老年精神医学雑誌. 2022;33(8):775-780.
- 21) 宮本礼子, 川岸聡美, 平井奈津子. 認知症初期集中支援チーム活動で人権が侵害された在宅高齢者の1例. 老年精神医学雑誌. 2023;34(8):769-774.
- 22) 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キングという観点から. 日本老年医学会誌. 2020;57(1):22-27.

介護支援専門員は独居認知症高齢者に対して どのような支援を行うべきか

回答文

独居認知症高齢者に対して介護支援専門員が行うべき支援として次のことが提案される。
①本人の視点にたつ，②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有，利害と価値の調整，③なじみの環境や人との関わり，価値観や趣味等を大切に生活の継続，④介護保険制度を超えたネットワークづくり，⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション，⑥分野横断，時間縦断の共同ケアマネジメント

解説・エビデンス

1.はじめに

介護支援専門員は介護保険サービス利用者のケアコーディネーション¹⁾を担うが，業務範囲は制度の規定に則る²⁾。介護支援専門員は本人と別居家族の意向を踏まえ³⁾，現在の生活課題の充足，及び将来のQOL低下を防止する⁴⁾ ソーシャルネットワークを構成し⁵⁾，未充足のニーズ解決に向けた活動に協力する⁶⁾。しかし，現時点において介護支援専門員が行う独居認知症高齢者に対する支援の有用性を示す科学的エビデンスは不十分である⁷⁾。

2.行う支援

①本人の視点にたつ

丹野⁸⁾は，認知症当事者の視点から「奪われる自立」，「諦めさせられる環境や依存を生み出す環境」は，自分で決めることができなくなる状況をつくると指摘している。栗田ら¹⁾は，本人がケアの決定に関与できるようにすることが基本原則であると記述している。

②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有，利害と価値の調整

厚生労働省⁹⁾は居宅サービス計画に本人と家族の意向を踏まえた総合的な援助の方針，具体的サービス内容の記述を求めている。三浦ら¹⁰⁾は「意向」には，本人の言語表現はもとより，非言語の微弱なサインも含まれること，医療・ケア従事者は家族等との相談のみで決めないことを示している。久保田ら¹¹⁾は，介護支援専門員へのインタビュー調査から，周囲との関係性も重視し，本人の安全確保に努める支援の必要性を，石山¹²⁾は本人の意向実現には社会資源へ繋ぐ調整はもとより，利用者，家族，多職種間の関係，価値や利害の対立を調整する必要性を記述している。

③なじみの環境や人との関わり，価値観や趣味等を大切に生活の継続

犬山ら¹³⁾は，介護支援専門員を対象とした半構造化面接から，独居認知症高齢者の在宅生活の継続に影響する要因は「意思の伝達とコミュニケーションが出来る」，「地域のひとや家族に対する関わり方が継続している」，「趣味や嗜好，対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある」ことを報告した。

④介護保険制度を超えたネットワークづくり

山根ら¹⁴⁾は、6年の実践経過から「途切れないケアを多職種で支援」、「介護保険サービスだけで支えられないこと」、「多様な社会資源・民生委員・町内会長など地域全体のネットワークづくり」を、翠川ら¹⁵⁾は先行研究から「心を許せる人や場所の存在」、「趣味や生き甲斐をもつこと」の必要性を記述した。中島¹⁶⁾は独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活課題の一つに【脆弱な近隣・友人との関係】をあげ、安藤ら¹⁷⁾はインタビュー調査から、他職種やご近所などの【支援の輪を広げて一人暮らしの限界を乗り越えていく】、【本人が支援を受け入れられるように配慮する】実践を記述した。酒井ら¹⁸⁾は、経済的被害について、ケアマネジャーと家族、近隣住民、福祉事業者や行政機関等との連携に加え、制度的支援や消費者保護による支援の必要性を述べている。羽田¹⁹⁾は、認知症になっても住み慣れた地域で一人暮らしを続けるための支援をうまくできるかどうかは、地域ケア力とケアマネジメント力によることや、地域ケア力の強化を図ることがケアマネジメントの役割の一つであると述べている。

⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション

金谷ら²⁰⁾は、独居認知症高齢者への訪問リハビリテーションにより環境整備、生活リズムの改善、意欲や活動性の向上等多角的な介入により地域生活の再建を可能にした事例を、木下ら²¹⁾は、介護予防ケアマネジメントにより、在宅生活の継続性を困難とする認知症症状に対して早期に対応し、なじみの環境で意欲を引き出して自信の回復と心身状況を改善した事例を、落合ら²²⁾は、軽度認知機能低下を認める者への訪問看護利用の効果を報告している。

⑥分野横断、時間縦断の共同ケアマネジメント

独居認知症高齢者の在宅生活の継続には、分野横断、時間縦断の共同マネジメントの必要性が報告されている。渡邊ら²³⁾は、かかりつけ医と認知症初期集中支援チームによる介入事例を、林ら²⁴⁾は地域包括支援センターの職員による認知症症状の進行段階に合わせた支援を、久保田ら²⁵⁾は、介護支援専門員へのインタビュー調査から在宅生活の限界までの過程の支援を、田部ら²⁶⁾は成年被後見人をめぐるソーシャルワーカーと司法書士との共同支援による本人の権利擁護を、町田ら²⁷⁾は身寄りのない本人の死後も含めたケアプランへの配慮があることを記述した。

結論

以上の報告を集約して、介護支援専門員が独居認知症高齢者に対して行うべき支援を以下に列挙した。①本人の視点にたつ、②本人の意向の実現を目指した関係者との方針の共有、利害と価値の調整、③なじみの環境や人との関わり、価値観や趣味等を大切に生活の継続、④介護保険制度を超えたネットワークづくり、⑤初期段階からの介護予防やリハビリテーション、⑥分野横断、時間縦断の共同ケアマネジメント

文献

- 1) 栗田主一. 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, 2019～2021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
- 2) 厚生労働省. ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 中間整理 令和6年12月12日 別添
- 3) 介護保険法第一条

- 4) 日本総合研究所. 令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版. 2020.03
- 5) 介護支援専門員実務研修ガイドライン 自立支援のためのケアマネジメントの基本:6
- 6) 厚生労働省令第38号 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条第27項
- 7) 石山麗子, 鈴木善雄. 独居認知症高齢者の地域生活を安定化させるケアマネジメントに関する文献レビュー 独居認知症高齢者のケアマネジメントとは何か. 厚生労働科学研究費補助金 認知症政策研究事業 令和4年度総括・分担研究報告書. 2022:41-45.
- 8) 丹野智文. 当事者からの視点. 医師看護師のための認知症プライマリケアまるごとガイド最新知識に基づくステージアプローチ. 内田直樹ら編. 東京:中央法規出版;2024:88-91.
- 9) 厚生労働省. 老認発0331第6号 令和3年3月31日, 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領
- 10) 三浦久幸. 療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフ・ケア充実に向けての調査研究ーCOVID19流行の影響も踏まえて研究班:認知症支援ガイド, 日経BP. 2024.02
- 11) 久保田真美, 高山成子. 認知症高齢者の独居生活 認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から. 関西国際大学研究紀要. 2017;18:23-35.
- 12) 宮脇美保子, 石山麗子. 身近な事例で学ぶケアマネジャーの倫理. 東京:中央法規出版;2019:71.
- 13) 犬山彩乃, 諏訪さゆり. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. 千葉看護学会誌. 2019;25(1):37-46.
- 14) 山根樹美, 渡辺淳子. 地域包括ケアを進める看護チームー固定チームナーシング鳥取地方会での取り組み 独居高齢者の在宅生活を多職種で支えるチーム活動 介護支援専門員の役割と業務. 看護実践の科学. 2016;41(13):39-45.
- 15) 翠川郁代, 東條美恵, 滝澤春香. 要介護独居高齢者が在宅生活を継続できる要因を困難事例に活用した一事例の報告. 老年看護. 2013;43:98-101.
- 16) 中島民恵子. 独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究 介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. 高齢者のケアと行動科学. 2022;27:39-49.
- 17) 安藤こずえ, 水野敏子. 家族が近隣に居住しているひとり暮らし中程度認知症高齢者への介護支援専門員の支援. 老年看護学. 2015;20(1):88-96.
- 18) 酒井恵美子, 小平めぐみ. 要支援・要介護高齢者の経済的被害とケアマネジャーの支援に関する研究 居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの質的調査から. 自立支援介護・パワーリハ学. 2020;14(1):20-29.
- 19) 羽田三紀子. 認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について. 認知症ケア事例ジャーナル. 2011;4(2):141-150.
- 20) 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二ほか. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション. 2020;10(3):243-249.
- 21) 木下ゆかり. 早期に認知症の兆しを発見し対応したことで, 独居生活が維持できている事例. 認知症ケア事例ジャーナル. 2009;2(2):115-122.
- 22) 落合佳子, 桑野美夏子, 秋葉喜美ほか. 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしへの訪問看護利用の効果. 厚生指標. 2023;70(4):28-33.
- 23) 渡邊菜保子, 松本美江, 山口智晴ほか. 不安が強い高齢女性に対するかかりつけ医と認知症初期集中支援チームの連携支援. 群馬医学. 2024;118:177-180.
- 24) 林純子, 林裕栄, 善生まり子ほか. 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援 地域包括支援センター看護職のインタビューより. 日本地域看護学会誌. 2022;25(2):13-22.
- 25) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌. 2017;21(1):67-75.
- 26) 田部宏行. 成年被後見人等の多問題生活に対するソーシャルワーカーと司法書士の共同支援 成年被後見計画等の検討を通して. 司法福祉学研究. 2011;11:23-38.
- 27) 町田のり子, 斎川英文, 高梨葉子. 新時代を迎えた医療と福祉の連携 ケーススタディ 在宅介護を望む, 身体合併症を伴う高齢独居老人. 老年精神医学雑誌. 2001;12(7):774-779.

介護保険サービスは独居認知症高齢者の 在宅生活の継続にどのような効果をもたらしているか

回答文

居宅介護サービス及び地域密着型サービスは独居認知症高齢者等の地域生活の継続に寄与するものと期待されるが、その有用性を示す科学的エビデンスは不十分である。しかし、その有用性を示唆する事例報告は増えている。「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と健康状態の管理に、「通所介護」や「訪問・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・随時対応・看取り支援に、「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。

解説・エビデンス

1.はじめに

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（表1）と地域密着型サービス（表2）がある。これらのサービスは、独居認知症高齢者の地域生活の継続に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今なお不十分である。しかし、近年、その有用性を示唆する事例報告は増えている。

表1. 居宅介護サービス

- | |
|--|
| <p>1) 訪問介護：介護福祉士が、要介護者の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護（身体介護）、調理・洗濯・掃除等の家事（生活援助）、生活等に関する相談・助言、その他の必要な日常生活上の世話をを行うサービス。通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もある。同居家族がいる場合の生活援助については、その同居家族が対応することが基本となり、原則保険給付対象として算定できないことになっている。しかし、個別性を勘案し「やむを得ない事情により、家事ができる状況でない」場合は算定することも可能である。生活援助の算定が可能な状態像としては、1) 単身世帯、2) 家族等が障害・疾病等、3) その他：①家族の介護放棄のため支障が生じている場合、②家族が高齢であるため介護負担がきわめて高い場合、③本人が認知症であり、一人で食事の準備ができないため、家族不在の時間帯に食事の配膳等が必要な場合、があげられている。</p> <p>2) 訪問入浴介護：入浴車等により要介護者の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う。</p> |
|--|

- 3) 訪問看護：病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた居宅の要介護者について、病院、診療所または訪問看護ステーションの看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、主治医の指示に基づいて居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス。病状に応じて、血圧・脈拍・体温などの測定、病状のチェック、排せつ・入浴の介助、清拭、洗髪、在宅酸素、カテーテルやドレインチューブの管理、褥瘡の処理、リハビリテーション、在宅での看取りなどのサービスを提供することができる。
- 4) 訪問リハビリテーション：病状が安定期にあり、計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者について、病院、診療所または介護老人保健施設の理学療法士または作業療法士が居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法等の必要なリハビリテーションを行うサービス。
- 5) 居宅療養管理指導：通院が困難な居宅の要介護者について、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等が、居宅を訪問して、心身の状況や環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行うサービス。
- 6) 通所介護（デイサービス）：居宅の要介護者を老人デイサービスセンター等に通所させ、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他の必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス。
- 7) 通所リハビリテーション（デイ・ケア）：病状が安定期にあり、計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた居宅の要介護者について、介護老人保健施設、病院または診療所に通所させ、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行うサービス。
- 8) 短期入所生活介護（ショートステイ）：居宅の要介護者を老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所させ、その施設で、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うサービス。尚、緊急時の円滑な受け入れを促進するために、2012（平成24）年の介護報酬改定において、一定割合の空床を確保している事業所の体制に対する緊急短期入所体制確保加算、緊急時の受け入れに対する緊急短期入所受入加算が設けられている。
- 9) 短期入所療養介護（ショートステイ）：病状が安定期にあり、短期入所による医療を要すると判断される居宅の要介護者を、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に短期間入所させ、その施設で、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話を行うサービス。尚、緊急時の円滑な受け入れを促進するために、2012（平成24）年の介護報酬改定において、緊急時の受け入れに対する緊急短期入所受入加算が設けられている。
- 10) 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）：特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届けられている高齢者専用賃貸住宅）に入所している要介護者等について、その施設で提供するサービスの内容、担当者、要介護者の健康上及び生活上の問題点、解決すべき課題、提供するサービスの目標及びその達成時期、サービスを提供する上での留意事項を記載したサービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談・助言、その他の日常生活上の世話、機能訓練および療養上の世話を行うサービス。

- 11) 福祉用具貸与居宅：居宅の要介護者に対して、福祉用具（心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのもの）のうち厚生労働大臣が定めるものを貸与するサービス。
- 12) 特定福祉用具販売：前記の福祉用具のうち、入浴や排せつのための福祉用具、その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の販売を行うサービス。

表2. 地域密着型サービス

- 1) 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護：日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的にまたは密接に連携しながら提供する。利用者の介護・看護ニーズに24時間対応することによって中重度者の在宅生活を支える役割を果たすことが期待されている。以下の2つの類型が定義されている：①1つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」、②事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する「連携型事業所」
- 2) 夜間対応型訪問介護：夜間において、定期的な巡回訪問や通報により利用者の居宅を訪問し、介護福祉士等が、入浴、排せつ、食事等の介護や、その他の日常生活上の世話をを行うサービス。
- 3) 地域密着型通所介護（小規模デイサービス）：利用定員19人未満のデイサービスセンターにおいて、居宅の要介護者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的介護負担の軽減を図ることを目的とするサービス。
- 4) 認知症対応型通所介護：認知症である居宅の要介護者に対し、特別養護老人ホームまたは老人デイサービスセンターに通所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービス。
- 5) 小規模多機能型居宅介護：居宅の要介護者に対し、その人の心身の状況やその人が置かれている環境等に応じて、その人の選択に基づいて、居宅または事業所で、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービス。利用者は「通い」を中心にして、容態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることができるので、中重度になっても在宅での生活が継続できる。事業所においても、人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行が可能になるように配慮されているため、どのサービスを利用しても馴染みの職員によるサービスを受けることができる。また、グループホーム、小規模の介護専用型特定施設（有料老人ホーム）、小規模介護老人福祉施設、有床診療所（介護療養型医療施設）を併設することによって、居住系のサービスと連続的一体的なサービス提供も可能となる。
- 6) 複合型（看護小規模多機能型居宅介護）：小規模多機能型居宅介護で提供されるサービスに看護師などによる「訪問看護」が組み合わされたサービス。認知症ではエンド・オブ・ライフケアを目的とした利用が考えられる。

2. 訪問看護

木下ら¹⁾は、生活のこだわりや拒絶反応があって、生活が乱れ、治療や支援を受け入れられない状態にあった糖尿病を併存する認知症高齢者において、訪問看護師が患者に寄り添い、週1回の注射による治療と看護を継続する中で、次第に訪問看護師を受け入れるようになり、さらに、自分の状況を理解し、介護サービスも受け入れ、HbA1cが安定し、在宅生活の継続につながった事例を報告している。小西ら²⁾は、糖尿病があり下肢潰瘍の自己管理が困難な独居の認知症疑い高齢者に対して、創傷ケアセンターの外来看護師がチーム医療のコーディネーターとなって、自宅での創傷ケアが適切に継続できるようにするための「創傷ケアセンター情報提供書」を作成し、訪問看護・デイサービス・ヘルパー等による多職種連携で適切なケアを継続し、創部を治癒し得た事例を報告している。糖尿病を併存する独居認知症高齢者の支援の有効性を示唆する報告は複数散見される^{3), 4), 5)}。

安原⁶⁾は、摂食・嚥下障害看護認定看護師による訪問看護によってオーラルフレイルの重症化予防、食事量の確保、口腔機能維持を実現できた独居認知症高齢者の事例を報告し、西田ら⁷⁾は、同居者の入院によって突然一人暮らしになった90歳代の認知症高齢者に対し、看護師が多職種と協働しながら外来・訪問看護で支援した結果、小規模多機能型居宅介護の利用につながり、地域での単身生活が可能となった事例を報告している。今野⁸⁾は、大腿骨頸部骨折後に長年にわたって医療を拒否していた独居認知症高齢者の事例に対して、段階的にアセスメントしながら“今できるケア”を組み立てていくことによって、必要な医療的サポートを受け入れられるようになった事例を報告している。本間⁹⁾は、認知症では、訪問介護や通所介護の利用を拒否する状況が見られることがしばしばあるが、そのような場合であっても、訪問看護は受け入れられやすいことがある、と述べている。

3. 通所介護

加茂らは、独居生活の不安や閉じこもりが課題になっていたが通所介護の利用を拒否していた認知症高齢者に対して、本人に農業経験があることを踏まえて、通所介護において農作業の手伝いをしてもらうようにしたところ、サービス利用が定着した事例を報告している¹⁰⁾。

4. 訪問リハビリテーション

金谷ら¹¹⁾は、「生活リズムの乱れ」、「生活意欲の低下」、「活動性の低下」を認めた90歳代の独居認知症高齢者に対して、訪問リハの観点から、①「生活リズムの乱れ」に対しては、訪問時間を統一し、定時に食事を摂る機会をつくることによって、起床時間が整い、日中の活動性が向上し、夜間徘徊がなくなり、②「生活意欲の低下」に対しては、活動時間に合わせて希望の想起を行い、以前の日課に興味をわく機会をつくることによって、本人の自発的な発言や外出意欲を引き出すことができ、③「活動性の低下」に対しては、環境を整え、必要な動作練習をセラピスト以外も適宜行うことによって、居室内の移動は手すりでの伝い歩きが安定し、毎朝新聞を取りに玄関まで行くまでになった、と報告している。西田ら¹²⁾は、80歳代女性の独居認知症高齢者とその娘に対して、週1回8週間の訪問作業療法（本人が興味をもつ活動に娘と取り組み、その援助方法を娘に学んでもらう、娘の困りごとを解決する取り組みを行う）を行ったところ、妄想、興奮、うつ、入浴拒否等のBPSDが改善し、本人も他者と交流し活動的な生活を送れるようになり、娘も介護に対する自己効力感が高まり介護負担感が軽減し前向きに介護を行えるようになったと報告している。谷川¹³⁾は、ゴミ屋敷で生活する独居認知症高齢者に対して生活行為向上マネジメン

トを実施したところ、ゴミ屋敷が改善し、住民による見守り支援の継続が可能になったと報告している。

5.通所リハビリテーション

和泉¹⁴⁾は、右足踵と外側部の鶏眼が悪化し、腫脹・疼痛・発赤を伴い、独居生活への不安や意欲低下を認めた認知症高齢者に対して、通所リハビリテーションと訪問介護を利用して、利用者の足に負担がかからないような環境的なアプローチを継続したところ、創傷が改善し、利用者の気持ちを変化させ、要介護2から要支援1に生活機能が改善したと報告している。

6.訪問栄養食事指導

三浦¹⁵⁾は、回復期リハビリテーション病棟からの退院後に、在宅での栄養管理を支援するために、低栄養の予防や嚥下食の指導を目的とする「訪問栄養食事指導」を導入したところ、栄養が改善された状態を維持することができたと報告している。田村ら¹⁶⁾は、糖尿病性腎症、心疾患、高血圧、脂質異常症など多疾患を有する88歳女性の独居認知症高齢者において、実践的な訪問栄養指導と訪問診療のチーム連携で支援を展開したところ、腎機能が改善し、在宅生活を維持することができたと報告している。小牧¹⁷⁾は、訪問栄養指導によって独居の重度認知症高齢者の水分と栄養管理を行い在宅生活を継続することができた事例を報告している。

7.訪問薬剤管理指導

川名ら¹⁸⁾は、独居高齢者に対する訪問薬剤管理指導の意義は、患者に残された身体能力と認知能力を最大限に活用し、限られたケアプランのなかで最適な解（服薬環境整備・服薬支援計画）を導き出すことであると述べている。

8.定期巡回・随時対応型訪問介護・看護

森^{19), 20)}は、事例を通して、このサービスが病院からの退院支援や在宅での看取り支援に有用であること、民生委員を通じて隣家の住民に本サービスを周知し、必要時に隣家住民からテレビ電話で事業所へ通報してもらえるような体制を築いておくことで、随時対応が可能になり、独居生活の継続に対応できることを指摘している。

9.小規模多機能型居宅介護

松浦ら²¹⁾は、もの盗られ妄想のために住民とトラブルが生じている独居認知症高齢者に対して小規模多機能型居宅介護の利用が有用であった一例を報告している。清水ら²²⁾は、透析治療を受けている血管性認知症の高齢者において、在宅での自立生活を継続したいという本人の意思を尊重して、小規模多機能型居宅介護を利用しながら自立生活に向けた環境整備を進めた一例を報告している。信田⁵⁾は、脱水症状で動けなくなった独居認知症高齢者において、体調回復と生活環境の改善を目的に小規模多機能型居宅介護の緊急入所を利用したところ、その後再び在宅生活の継続が可能であった一例を報告している。

文献

- 1) 木下真由美, 坂本正美, 高森真弓, 町田久子ほか. 高齢糖尿病療養者の在宅療養を支援する GPL-1 製剤注射をきっかけに、訪問看護師が介入する. 公立能登総合病院医療雑誌. 2020;30:27-29.

- 2) 小西倫世, 上山雅子. 【今日の外来看護を考えるーその専門性と実際】 外来看護における糖尿病合併症指導と多職種連携が奏効した1例. 看護実践の科学. 2018;43(12):20-25.
- 3) 臼井玲華. 訪看びより 在宅で出会った糖尿病患者さんのはなし. 「お姉ちゃん, あめちゃんちょうだい」 認知症高齢療養者さんの一人暮らし, 糖尿病ケア. 2022;19(5):704-705.
- 4) 秋山正子. 認知症とともに一人で暮らす高齢者の訪問看護. 老年精神医学雑誌. 2022;33(3):247-250.
- 5) 信田千恵. 高齢患者の変化に寄り添って 見守りから介護連携へ. 北海道勤労者医療協会看護雑誌: 看護と介護. 2024;50:34-35.
- 6) 安原明美. 認知症のある独居の利用者に対するオーラルフレイル予防. コミュニティケア. 2023;25(10):30-32.
- 7) 西田順子, 上野三保, 池田順子, 石坂美恵子ほか. 単身生活が困難になった認知症高齢者へのかかわりを通して. 日本精神科看護学術集会誌. 2015;58(1):390-391.
- 8) 今野好江. 医療を拒否する認知症高齢者に対して “今できるケア” を組み立てていくアセスメント. コミュニティケア. 2024;26(5):25-28.
- 9) 本間昭. 介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス. 精神科治療学. 2018;33(10):1205-1210.
- 10) 加茂永梨佳, 四本かやの, 田中美和, 古和久朋. 通所介護の利用を拒否した認知症高齢者に対する新しい環境への適応支援. 作業歴から考察した事例報告. 兵庫県作業療法士会機関誌. 2024;13:18-23.
- 11) 金谷親好, 金丸真由美, 池田耕二, 久松憲明. 単身世帯の認知症高齢者1症例の地域生活の再建を可能にした訪問リハビリテーションの実践. 訪問リハビリテーション. 2020;10(3): 243-249.
- 12) 西田征治, 高木雅之, 近藤敏, 上城憲司ほか. 興味ある活動との結びつきを促す訪問作業療法により娘とともに元気を取り戻した認知症の女性例. 認知症ケア事例ジャーナル. 2014;7(1): 5-15.
- 13) 谷川良博. 生活行為向上マネジメントの展開 多分野からのMTDLP実践報告 単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程. 日本作業療法士協会誌. 2015;45:16-18.
- 14) 和泉知華. (第1章) 外来治療・ケア及び施設ケア 臨床研究・報告 通所リハビリテーション認知症『もう死んだほうがええ』失った意欲を取り戻すために. 正光会医療研究会誌. 2018;15(1):22-24.
- 15) 三浦栄子. 回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から, 在宅訪問栄養食事指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」. 健生病院医報. 2018;41:41-42.
- 16) 田村里織, 下村賀代子, 植地綾子, 横山美希子ほか. 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例. 日本病態栄養学会誌. 2018;21(4):521-529.
- 17) 小牧弘江. アルツハイマー型認知症発症4年目の調理指導. 日本在宅栄養管理学会誌. 2023;9(3):210-212.
- 18) 川名三知代, 初田稔, 廣原正宜, 串田一樹. 独居かつ認知機能が低下した高齢者に対する服薬支援の在り方. 癌と化学療法. 2015;42(Suppl.I):33-35.
- 19) 森重勝. 独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援. 病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に. 認知症ケア事例ジャーナル. 2016;9(3):272-279.
- 20) 森重勝. 認知症高齢者の在宅生活を支える定期巡回サービス事業所の取り組み. 認知症ケア事例ジャーナル. 2021;13(4):295-298.
- 21) 松浦弘典, 國光登志子. 独居認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた取り組み 地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所Aホームの役割. 認知症ケア事例ジャーナル. 2014;7(2):133-143.
- 22) 清水新, 西沢美香, 上原和美, 塚田富枝ほか. 在宅生活が困難な患者に対し, 積極的介入を試みた症例. 長野県透析研究会誌. 2014;37(1):46-49.

複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための対策はあるか

回答文

認知症等精神的健康の課題に加え、身体的健康の課題、家族の課題や近隣トラブル等が重畳する高齢者困難事例への対応に、多職種チームの関りが必要なことは、国内外で繰り返し指摘されてきた^{13), 14)}が、具体的な方策の提示にはまだ達していない。背景には複雑困難を一般化することの困難さがあると考えられ、高齢者精神保健相談や初期集中支援チームにおける症例検討の蓄積から困難事例の分析的枠組みの開発が行われている^{12), 15), 16)}。これらの試みは、複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための、より一般化された支援方策を打ち出すことを目的としているが、一般化され、応用可能な支援方策の提示は今後の課題として残されている。

解説・エビデンス

「複雑困難状況」にあたる英語complexityの、欧米社会における第一義は医療的複雑困難状況であることが、文献検索から把握される。医療的複雑困難状況にある高齢者では緊急入院と入院の長期化が課題とされる。しかしながら彼らが社会的課題をもつという認識も一部あり、2015年に公表されたダブリンのレポートでは¹⁾、的確なアセスメント、救急医療と高齢者医療の連携といった医療内連携に加えて、地域保健福祉の専門職と医療機関の連携の重要性が示されている。また、最近では赤外線センサー等の電子機器によって認知機能低下のある独居高齢者の生活をモニタリングすることで健康状態の変化をとらえ、入院を減らすことも期待される。しかしこのような方策に関しては、費用対効果、責任の所在、利用の適格性、医療関係者の巻き込み、機器の技術の担保など、クリアすべき課題も多い²⁾。

本邦における複雑困難状況にある高齢者（以下、高齢者困難事例）への対応は、以前は老人保健法や精神保健福祉法を根拠法として保健所や福祉事務所が担ってきた。学術誌に発表されているものばかりでなく、機関のなかで多くの事例検討が重ねられたと想像される。2000年になり介護保険制度が開始されると、独居認知症高齢者の在宅生活支援に新たな課題が生じた。たとえば関は³⁾、在宅サービスの利用が措置から契約に移行したことで行政の権限が縮小され、その結果、近隣住民の干渉が本人の自由権を侵害することへの介入が難しくなったと報告している。

2006年の改正介護保険法施行によって行政の役割はさらに変化した。高齢者困難事例への対応は、多くの自治体で地域包括支援センターに委ねられ⁴⁾、介護保険制度の対象となる困難事例は介護保険制度の枠組みの中で処遇されることが期待されるようになった。しかしながら、介護保険制度のみでは認知症高齢者の困難事例に対応しきれないことが指摘されていた⁵⁾⁻⁸⁾。そのような流れのなかで、2012年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが発表した「今後の認知症施策の方向性について」では⁹⁾、「認知症高齢者が困難事例化する前に地域の中で支援する体制を構築することの重要性」が掲げら

れ,そのような文脈において,認知症初期集中支援推進事業が提案された¹⁰⁾。2021年度(令和3年度)の老健事業で行われた調査では¹¹⁾, 認知症初期集中支援推進チームの37%が主たる役割を「困難事例対応」と回答している。認知症初期集中支援推進チームがその名の通り認知症等が疑われる者を対象とすること, チームが扱った困難事象のうち, 家族に関連する困難が最も多かったこと¹¹⁾, 独居そのものが困難事象としてラベリングされていることから¹²⁾, 複雑困難状況にある独居認知症高齢者も, 同チームの対象となっていることが示唆される。

認知症等精神的健康の課題に加え, 身体的健康の課題, 家族の課題や近隣トラブル等が重畳する高齢者困難事例への対応に, 多職種チームの関りが必要なことは, 国内外で繰り返し指摘されてきた^{13), 14)}が, 具体的な方策の提示にはまだ達していない。背景には複雑困難を一般化することの困難さがあると考えられ, 高齢者精神保健相談や初期集中支援チームにおける症例検討の蓄積から困難事例の分析的枠組みの開発が行われている^{12), 15), 16)}。これらの試みは, 複雑困難状況にある独居認知症高齢者を支援するための, より一般化された支援方策を打ち出すことを目的としているが, 一般化され, 応用可能な支援方策の提示は今後の課題として残されている。

文献

- 1) Department of Health. Emergency Department Task Force report: Department of Health. 2015. Available from: <https://www.gov.ie/en/publication/5f2080-emergency-department-task-force-report/>.
- 2) Braspenning A, Cranen K, Liselore J. A. E. Snaphaan, Wouters E. A Multiple Stakeholder Perspective on the Drivers and Barriers for the Implementation of Lifestyle Monitoring Using Infrared Sensors to Record Movements for Vulnerable Older Adults Living Alone at Home: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19:570.
- 3) 関なおみ, 大越扶貴. 単身痴呆性高齢者の在宅生活支援に行政援助職が苦慮した事例の分析. *保健医療社会学論集*. 2002;13(2):55-65.
- 4) 栗田主一, 島袋仁, 小泉弥生, 進藤克博ほか. 認知症を地域で支える;宮城県栗原市の実践. *老年精神医学雑誌*. 2006;17(5):490-5.
- 5) 吉澤みどり. 援助困難ケースの全体像～実態把握票作成とその集計分析より～. *地域保健*. 2003;34(3):81-9.
- 6) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター(代表:須貝佑一). 認知症(痴呆症)の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究(代表:須貝佑一);報告書. 2005.
- 7) 井上信宏. 地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応:地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために. *信州大学経済学論集*. 2007;57:15-47.
- 8) 岩間伸之. 介護保険制度と支援困難事例. 支援困難事例へのアプローチ第1版. 東京:メディカルレビュー;2008:7-8.
- 9) 厚生労働省. 今後の認知症施策の方向性について. 2012. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>.
- 10) 栗田主一. 【認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線】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キングという観点から. *日本老年医学会雑誌*. 2020;57(1):22-7.
- 11) 国立長寿医療センター. 令和3年老健事業 初期集中支援チームの在り方と効果的な活動に関する調査研究事業報告書. 国立長寿医療センター;2021.
- 12) 西孝弘, 森村安史. 地方都市における認知症初期集中支援チームが8年間に経験した対応困難事例. *老年精神医学雑誌*. 2024;35(10):1049-57.

- 13) Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J*. 1966;2(5521):1032-7.
- 14) 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;37(1).
- 15) 井藤佳恵, 多田満美子, 櫻井千絵, 原美由紀ほか. 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴: 認知症ステージによる検討. *老年精神医学雑誌*. 2013;24(10):1047-61.
- 16) Ito K, Okamura T, Tsuda S, Ogisawa F, et al. Characteristics of complex cases of community-dwelling older people with cognitive impairment: A classification and its relationships to clinical stages of dementia. *Geriatr Gerontol Int*. 2022;22(12):997-1004.

独居認知症高齢者の在宅生活中断の 要因は何か

回答文

「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。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症高齢者の人口および高齢者全体の独居者の人口はともに増加傾向^{1), 2)}にあり、今後独居認知症高齢者の数はさらに増えていくと推察される。独居認知症高齢者の社会属性的な特徴としては、海外における非独居認知症高齢者との比較研究^{3), 4), 5)}から、①女性が多い、②高齢である、③低収入である等が確認されている。また、在宅生活中断要因（以下、中断要因）に関しては、地域居住の認知症高齢者全体を対象とする研究^{6), 7), 8)}から、「ADLの低下」「認知機能の低下」等に加え「独居であること」があげられ、独居高齢者全体を対象とする研究^{9), 10)}からは、「本人・家族の在宅継続意思が低いこと」「要介護者が男性であること」「持病の悪化や怪我による生活機能の低下」のほか、「認知症による生活機能の低下」等があげられている。また、居住形態（独居vs非独居）と入所等のアウトカムの相関を調査した海外の研究⁵⁾では、2年後の施設入所率について独居は30.5%である一方、非独居は15.1%と独居認知症者は非独居と比べ2倍のリスクがあるという結果も明らかになっている。これらの結果から、「独居であること」と「認知症であること」はともに在宅生活中断のハイリスク因子といえることができる。

2.独居認知症高齢者の在宅生活中断の要因は何か

海外の研究では、独居vs非独居の比較縦断研究によって中断要因を抽出している研究はあるものの、独居認知症高齢者に限定し、さらに中断要因を掘り下げた研究は少ない。その中で、Eblyら³⁾は、在宅認知症高齢者（非独居含む、65歳以上）の施設入所要因を明らかにすることを目的に、約300人の属性／ADL／認知機能等に関わるデータを2年後の居住状況を含め分析している。結果、独居では、「機能障害の増大」のみが施設入所に対する重要な説明変数としてあげられ、独居の主介護者にとって「行動上の問題」や「介護者のストレス」は、「機能障害の増大」よりも重要性が低いことが明らかにされている。他方、非独居では、「主介護者が施設入所を考えたことがあるか」のみがあげられた。さらに、独居の主介護者（本人が主介護者と認識している人、または意思決定等に責任をもつ家族）が施設入所を検討する予測因子として、「認知症進行度」、「要介護者との関係が子供である」、「行動上の問題」等があげられている⁴⁾が、非独居では、「行動上の問題」

のみであり、独居では認知症が進行した際のケアやサービスの拡充にアンメットニーズがあるとも考えられる。

国内の研究では、独居群vs非独居群で中断要因を比較研究したものは少なく、対象を独居認知症高齢者に限定し、本人および／または介護支援専門員等の専門職へのインタビュー調査から中断要因を明らかにした研究^{11), 12), 13), 14)}がほとんどだった。各文献から中断要因に関わる具体的事象を抽出し分類した結果、中断要因は表1のように分類された。

そのほか、非都市部在住である独居認知症高齢者の特徴的な中断要因として、寒冷地域においては「冬季の介護サービス提供が充分に行えないこと」から施設入所となるケースも確認されている¹⁴⁾。

表1. 独居認知症高齢者の在宅生活中断要因

- | | |
|---|--|
| ① | 社会関係の困難（公衆の場での騒動、近所トラブル・関係の希薄化など） |
| ② | 生命安全確保の困難（火元不注意、SOS発信できない、外出時の帰宅困難など） |
| ③ | 健康管理の困難（既往症の健康管理、適切な飲食摂取、室温・衣服調整など） |
| ④ | 日常生活の困難（ADL/IADLの低下、意欲・体力の低下など） |
| ⑤ | お金に関する困難（金銭管理困難、介護保険の限度額超過と資金不足など） |
| ⑥ | インフォーマル・ケアの困難（家族の疲弊、支援者であった知人との疎遠など） |
| ⑦ | 本人の支援受入の困難（介護保険サービスの拒否、認知症の症状による支援者とのすれ違いなど） |
| ⑧ | 尊厳の維持の困難（薄れていく自分らしさ、不衛生・不健康な生活空間など） |

3.今後の課題

認知症高齢者の在宅生活中断要因について、国内の研究では、在宅継続に焦点をおいた独居群vs非独居群の比較研究は少なく量的に中断要因を探索する余地があるといえる。また、国内研究の調査対象は、介護保険サービス利用中の人を対象としているが、独居の場合、診断や支援等へのアクセシビリティの低下からサービス利用に至っていない群が一定数いることにも留意が必要だ。

在宅生活中断の経緯は、実際には個々のケースによって、本人の性格、これまでの歩み、家族・地域との関係等、個人／環境要因が複雑に絡み合っているといえる。しかしながら、今回整理した中断要因は、独居認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためにどのような施策・支援が必要なのかを整理・検討する際の一つの視座となりうると考えられる。

文献

- 1) 内閣府. 令和6年版高齢社会白書（全体版）. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html
- 2) 栗田主一. 認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは. ひとり暮らしが可能な環境をつくるために. 東京：ワールドプランニング. 2023;12-16.
- 3) Ebly, E M et al. "Living alone with dementia." Dementia and geriatric cognitive disorders. 1999;10(6):541-8.
- 4) Nourhashemi, F et al. "Living alone with Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR Study." The journal of nutrition, health & aging. 2005;9(2):117-20.

- 5) Soto, Maria et al. "Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soin et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study." *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(4):651-8.
- 6) Knapp, Martin et al. "Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register." *BMJ open*. 18 Nov. 2016;vol.6,11:e013591.
- 7) Sibley, A et al. "The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis." *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2002;13(1):40-5.
- 8) Yaffe, Kristine et al. "Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia." *JAMA*. 2002;287(16):2090-7.
- 9) 中島民恵子ほか. 大都市圏の高齢単身世帯における要介護高齢者の施設等移行に関する要因. *厚生*の指標. 2015;62(12):15-21.
- 10) 柄澤邦江ほか. 独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究. *飯田女子短期大学* 紀要. 2008;25:21-33.
- 11) 久保田真美, 堀口和子. 介護支援専門員がとらえた認知症高齢者の独居生活の限界 独居生活開始から施設入所までの過程より. *日本在宅ケア学会誌*. 2017;21(1):67-75.
- 12) 久保田真美, 堀口和子. 認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因 介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより. *日本認知症ケア学会誌*. 2019;18(3):688-696.
- 13) 犬山彩乃, 諏訪さゆり. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. *千葉看護学会* 会誌. 2019;25(1):37-46.
- 14) 神波幸子ほか. 過疎農村地域に暮らす独居の認知症高齢者のケアについて 福井県I町の訪問調査から. *医療福祉研究*. 2010;6:37-68.

独居認知症高齢者の在宅生活継続を促進する 有用な支援策はあるか

回答文

現段階では、独居認知症高齢者等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、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、認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保が求められるであろう。

解説・エビデンス

1.はじめに

PubMed及び医学中央雑誌で検索した限りでは、独居認知症高齢者を対象に在宅生活継続をアウトカムとする介入研究は行われていない。したがって、このRQに回答するための十分なエビデンスは現在のところ見あたらない。

2.独居認知症高齢者の在宅生活継続の促進要因に関する研究

Greinerら¹⁾は、「コネチカット高齢者在宅ケアプログラム」で年次評価を実施している10,975人のデータを分析し、アルツハイマー病であること、金銭管理に支援が必要であること、独居であること、ショートステイの利用回数が多いことが1年以内の施設入所のリスクを高めるが、「個別ケア支援サービス」の利用によって施設入所のリスクは46%低減すると報告している。

Sebbanら²⁾は、急性期病院を退院した60歳以上の独居高齢者389人への調査によって、独居であったとしても、認知症であったとしても、それまでに理学療法を受けていたということが退院後の在宅生活中断リスクを低下させると報告している。

犬山ら³⁾は、独居認知症高齢者の在宅生活継続の要因（本人の要因）を明らかにするために、独居認知症高齢者の担当ケアマネジャー11名に半構造化面接を行い、得られたデータについて、国際生活機能分類（ICF）を分析枠組みとして質的帰納的分析を行った。その結果、①健康状態に関する2テーマ（【認知症の診断が確認されている】等）、心身機能・身体構造に関する4テーマ（【介護用品の利用によって保たれている心身機能がある】等）、活動に関する5テーマ（【意思の伝達とコミュニケーションができる】等）、参加に関する3テーマ（【地域のひとや家族に対する関わり方が継続している】等）、個人因子に関する3テーマ（【趣味や嗜好、対人関係から分かる変化していない本人の価値観がある】等）が抽出された。認知症高齢者は、日常生活の中で促進要因にある自らの力の発揮によって独居の在宅生活継続を可能にしていること、入院や一時的な体調の変化によって機能低下が生じた場合でも、住み慣れた自宅という環境に戻ることや福祉用

具の利用を含めた適切な支援を受けることで機能の維持や回復につながっていることが示された。著者らは、独居認知症高齢者の在宅生活継続には様々な要因が相互に影響しており、ICFの視点を用いてこれらの情報を整理することが有効であると述べている。

3.独居認知症高齢者のニーズの把握に関する研究

Svanströmら⁴⁾は、認知症とともに一人で暮らすという現象と彼らのニーズを明らかにすることを目的に、6人の独居の認知症者を対象に32回の訪問記録と11の録音記録を分析した。その結果、一人で暮らすことを困難にするような漠然とした存在に至る経過を明らかにした。すなわち、活動が次第に緩慢になり、日常生活の管理が次第に困難になり、周囲との関係が次第に希薄になり、やがて孤独感と健忘があらわれ、それが生きる意味をぼやかしていく。介護者やサービス提供機関が独居認知症者のニーズを理解するためには、このような独居認知症者の内的世界を理解することが重要であると述べている。

Clareら⁵⁾は、独居認知症者のニーズを理解するために、IDEALスタディに参加した英国の軽度～中等度認知症1,541人と1,277人の介護者のデータを分析した。その結果、独居認知症者は、同居者がいる認知症者に比して、認知機能、生活機能、社会的交流は高いが、より孤独であり、生活に対する満足度は低く、在宅サービスや福祉用具を利用している頻度が高い。しかし、症状、QOL、ウェルビーイングには差がないと報告している。この所見は、軽度～中等度の認知症者は独居であってもそれなりに暮らすことができるが、どのようにサポートをすれば生活に対する満足度が向上するか、どのような保健福祉サービスを彼らのニーズに最もよく対応できるのかを考える必要があると結論している。

4.独居認知症高齢者のサービス利用に関する研究

Rosenwohl-Mackら⁶⁾は、32の研究について系統的文献レビューを行い、独居認知症者では、同居者のいる認知症者に比して、保健サービスの利用は少ないかほぼ同等であるが、福祉サービスの利用は多いと報告している。Eichlerら⁷⁾は、ドイツの地域在住認知症高齢者511人のベースライン調査において、独居認知症者は、同居者のいる認知症者よりも、在宅ケア、服薬管理、配食、訪問介護などの専門職によるサービス利用が多いと報告している。

5.結論

現段階では、独居認知症高齢者等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、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、認知症とともによき人生を送ることを目標とする心理社会的サポートの確保が求められるであろう。

文献

- 1) Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, et al. Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. *Am J Manag Care*. 2014 Dec 1;20(12):e535-6.
- 2) Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, et al. Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(7):1271-1277.

- 3) 犬山彩乃, 諏訪さゆり. 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. 千葉看護学会会誌. 2019;25(1):37-46.
- 4) Svanström R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold--a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia (London)*. 2015;14(2):145-63.
- 5) Clare L, Martyr A, Henderson C, et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Dis*. 2020;78(3):1207-1216.
- 6) Rosenwohl-Mack A, Dubbin L, Chodos A, et al. Use of Services by People Living Alone With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Innov Aging*. 2021Jan 18;5(1):igab004.
- 7) Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. *J Alzheimers Dis*. 2016;52(2):619-29.

独居認知症高齢者の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

回答文

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。

解説・エビデンス

1.はじめに

認知症とともに一人で暮らすライフコースの中で、在宅から施設への入所など、「ケアの場の移行」(care setting transition)を経験する可能性は非常に高い¹⁾。また、配慮のない「ケアの場の移行」が認知症高齢者の身体的・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は、認知症ケアに携わる専門職であれば、日々の業務の中で繰り返し経験していることであろう。しかし、このテーマを扱っている研究は極めて少ない。PubMedでcare transitionとdementiaをキーワードにして文献検索したところ38件の論文が同定できたが、living aloneをキーワードに加えると1件のみになった(検索日:2025年3月23日)。また、医学中央雑誌で、「ケアの場の移行」をキーワードにして検索したところ、同定された文献は2件のみであった(検索日:2025年3月23日)。そのうちの1件が独居認知症高齢者の「在宅継続率」と「ケアの場の移行の状況」に関するものであり、要支援要介護度別に移行する施設類型が異なることを示すもので、本RQの回答に関する情報は得られなかった。したがって、本稿では、PubMedで検索された1件の論文と、英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)のガイドラインに記されている推奨事項を解説し、独居認知症高齢者の「ケアの場の移行」について配慮すべきことを考察することにした。

2.認知症である高齢女性のケアの場の移行に関する研究

Cloutierら¹⁾は、カナダのブリティッシュコロンビア州で長期ケアを受けている3,717人の女性の認知症高齢者の経過を、ライフコースという観点から、行政データを用いて追跡した。その結果、「在宅ケアから施設ケアへの移行群」は、「在宅ケア継続群」「施設

ケア継続群」よりも、郊外に住む人が多く、未亡人または独居が多く、健康状態は「在宅ケア継続群」と「施設ケア継続群」の中間にあり、抑うつレベルは最も高く、施設入所のタイミングではADL障害、認知機能障害、失禁、攻撃性が目立つようになっていると報告している。また、2事例の詳細なレポートを通して、「在宅ケアから施設ケアへの移行」は決して単純な経路ではないこと、その間に数多くの複雑な問題が生じること、それが本人の健康状態、QOL、identity、personhoodに影響を及ぼすこと（例：施設ケアへの移行が認知症高齢者の不安、焦燥、興奮、転倒リスク、徘徊のレベルを高め、それによって「問題高齢者」のレッテルが貼られ、それによって行動が制限され、それによって孤立を強いられるようになる）などを報告し、それにもかかわらず、この問題にフォーカスをあてた研究はほとんど見当たらないと指摘している。

3.NICEガイドライン

2018年に、NICEは、ガイドライン「認知症：認知症とともに生きる人々とケアラーのための評価、管理、支援」(Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE Guideline 97. Methods, evidence and recommendations. June 2018)^{2), 3)}を刊行している。ここには、「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行することを管理すること」(Managing the transition between different settings for people living with dementia)というセクションが設けられている。しかし、そこでは、現段階では十分なエビデンスがないことが強調されており、「認知症とともに生きる人々が異なるケアの場に移行する際には、『福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行』⁴⁾や『精神病院入院と在宅との間での移行』⁵⁾に関するガイドラインを参照すること。また、いずれの移行においても、移行後には本人のニーズや希望について見直しを行え」とのみに記されている。

4.「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーションと情報共有」

「福祉ケアニーズがある成人の入院・在宅間の移行」⁴⁾には、主に在宅から病院に入院する際に留意すべきことが記載されている。したがって、在宅から施設入所という「ケアの場の移行」には必ずしもそぐわない内容である。また、認知症に特化したものではなく、独居者に特化したものでもない。しかし、その冒頭にある「パーソンセンタードケア」と「コミュニケーションと情報共有」に関する記載は、在宅から施設ケアへの移行の際にも共通する内容であるので、以下にその内容を要約して紹介する。

(1) パーソンセンタードケア

- ①ケアを受けるすべての人は、自分自身のケアを選択できる個人であり、対等なパートナーであると認識されねばならない。
- ②好ましくない治療やケアを受けている可能性がある人、コミュニケーションの障害や薬物・アルコール乱用のためにサービスへのアクセスが難しくなっている人については、それが同定され、適切に支援されねばならない。
- ③本人から同意を得る場合には、家族や介護者も提供されるケアについての話し合いに関与してもらうようにすべきであり、本人の同意能力に疑いがある場合には、精神保健法(Mental Health Act)の原則を遵守せねばならない。

(2) コミュニケーションと情報共有

- ①病院と在宅の間の移動に関与する本人・介護者・すべての保健福祉専門職は、定期的な話し合いの場をもつ必要がある。これによってケアの場の移行が円滑に調整され、すべての調整を同時に行うことができる。
- ②病院と在宅（施設も含む）の間を移動する場合には、診断及び治療・すべての処方薬についての情報を提供する。必要な場合には家族や介護者にそれを渡す必要がある。
- ③情報提供を行う上で、様式としては、通常の文字で書かれた書式の他に、視覚障害がある人には点字の書式など、本人が理解しやすい様式の情報提供が必要である。

5.結論

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。

文献

- 1) Cloutier DS, Penning MJ: Janus at the crossroads: Perspective on long-term care trajectories for older women with dementia in a Canadian context. *Gerontological Society of America*. 2017;57(1): 68-81.
- 2) National Institute of Health and Care Excellence: Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published date: June 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>.
- 3) 栗田主一. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). *精神医学*. 2020;62(5):683-688.
- 4) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adult with social care needs. NICE guideline [NG27] Published date: December 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>.
- 5) National Institute of Health and Care Excellence: Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NICE guideline [NG53] Published date: August 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>.

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは何が課題となっているか

回答文

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が、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はない。独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいては、1) 本人の意思を尊重し、意思決定を支援するにはどうすべきか、2) 本人の自立・自律を尊重しながら安全確保とのバランスを保つにはどうすべきか、3) 本人が暮らしている地域社会にエンド・オブ・ライフケアを実現できる社会資源は存在するのか、といった課題がある。

解説・エビデンス

1.はじめに

エンド・オブ・ライフケアについてはさまざまな定義があるが、Izumiら^{1), 2)}は、看護実践における倫理的観点から、「健康状態、疾患名、年齢にかかわらず差し迫った死あるいは、いつか来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義している。また、実践において重要な視点として「患者とその家族と専門職との合意形成のプロセスである」と付記し、このプロセスでは、①その人のライフ（生活や人生）に焦点を当てる、②患者・家族・医療スタッフが死を意識したときから始まる、③患者・家族・医療スタッフが共に治療の選択に関わる、④患者・家族・医療スタッフが多様な療養・看取りの場の選択を考える、⑤QOLを最期まで最大限に保ち、その人において良い死を迎えられるようにすることを家族とともに目標とする、という5つの視座を強調している²⁾。

2.独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアの課題

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が、どのステージまで独居で生活できるかについては明らかでない^{3), 4)}。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⁵⁾が、独居高齢者は一般に所得が低い傾向にあり、十分な介護や生活支援サービスを利用しない（あるいは、利用できない）結果、低栄養やセルフネグレクトのリスクが高まること、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こと⁶⁾が指摘されている。

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいては、本人の意思を尊重し、意思決定を支援するにはどうすべきかという課題がある。島田ら⁷⁾は、ケアマネジャーを対象とする大規模調査を行い、人生の終盤に向けて6割以上の利用者本人と事前対話を行っているのは25.7%、6割以上の利用者家族と事前対話を行っているのは36.2%であったと報告している。また、「家族が看取りにかかわるべき」と考える人ほど本人との対話が少ないと述べている。独居・同居に関わらず、認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケ

アでは本人の意思がケアに反映されにくい。いかにして意味のある意思決定支援を行うかが最初の課題となる⁸⁾。また、意思表示が困難な重度の認知症では、本人と長く関わってきた人々によってどのようにして意思を推定するかが課題となる⁹⁾。それと同時に、認知症高齢者の自立・自律を尊重しながら安全確保（例えば、モニタリング）とのバランスをどう保つかも課題となる⁴⁾。

エンド・オブ・ライフケアを実践するための資源不足を指摘する報告もある。宮前ら¹⁰⁾は、東京都島しょ部の認知症支援に関わる多様なスタッフを対象に実施したフォーカス・グループ・ディスカッションから、終末期から看取りのケアを阻害する要因には、①看取りのための社会資源が不十分であること、②家族介護力が看取りの可不可に影響すること、③住民に島で最期を迎えるイメージがないこと、があると報告している。一方、倉持¹¹⁾は、80代の肝臓がん末期の独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおいて、看取り経験の少ないヘルパー等のケアスタッフを看護師等の医療スタッフが支えることが大切であると指摘している。

文献

- 1) Izumi S, Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from the perspective of nursing ethics. *Nursing Ethics*. 2012;19(5):608-618.
- 2) 長江弘子. エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. *保健医療社会学論集*. 2014;25(1):17-23.
- 3) Lepper S, Rädke A, Wehrmann H, Michalowsky B, et al. Preferences of Cognitively Impaired Patients and Patients Living with Dementia: A Systematic Review of Quantitative Patient Preference Studies. *J Alzheimers Dis*. 2020;77(2):885-901.
- 4) Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, et al. 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. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Apr;63(4):651-8.
- 5) Pitkala KH, Laakkonen ML, Kallio EL, Kautiainen H, et al. Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age Ageing*. 2020 Oct 1:afaa196.
- 6) Kelley AS, Ettner SL, Wenger NS, Sarkisian CA. Determinants of death in the hospital among older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Dec;59(12):2321-5.
- 7) 島田千穂, 伊藤美緒, 児玉寛子. 人生の終盤に向かう過程の事前準備支援に関する対話へのケアマネジャーの関与. *厚生指標*. 2020;67(7):40-48.
- 8) 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ケアと意思決定支援. *老年精神医学雑誌*. 2022;33(3):270-275.
- 9) 倉持雅代. 独居認知症高齢者が最期まで自宅で過ごすということ. *コミュニティケア*. 2024;26(5):25-28.
- 10) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, 島山啓ほか. 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. *日本認知症ケア学会誌*. 2022;20(4):532-544.
- 11) 倉持雅代. 看取り経験の少ないケアスタッフを支える. *コミュニティケア*. 2023;23(6):21-23.

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアでは どのような配慮が必要か

回答文

わが国のエンド・オブ・ライフケアの事例報告から、以下の7つの配慮事項を抽出することができる：(1) 本人と信頼関係を築くこと、(2) 本人がどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重すること、(3) 意思の確認が難しいときは、これまでの生活や表情言動などから意思を推定すること、(4) 多職種の連携体制を確保すること、(5) 看取りの経験が少ないケアスタッフを医療スタッフが支援すること、(6) 介護保険サービスを本人の状態に合わせてうまく利用すること、(7) 地域住民の理解と協力を得ること。

解説・エビデンス

1.はじめに

独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアの方法について、その有用性を検証した研究は見あたらない。しかし、近年、数多くの事例報告がなされてきており、配慮すべきさまざまなことが指摘されてきている。

2.独居認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアで配慮すべきこと

わが国の独居認知症高齢者を対象とするエンド・オブ・ライフケアの事例報告から、以下の7つの配慮事項を抽出することができる：(1) 本人と信頼関係を築くこと¹⁾、(2) 本人が最期までの時間をどこで過ごしたいかを確認しそれを尊重すること¹⁾⁻⁵⁾、(3) 意思の確認が難しいときは、これまでの生活や表情言動などから意思を推定すること⁶⁾、(4) 医師、看護師、介護士、薬剤師、介護支援専門員など、本人にかかわる多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体制を確保すること^{1), 7)-9)}、(5) 看取りの経験が少ないケアスタッフを医療スタッフが支援すること（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つくること^{5)-7), 10)}、(6) 介護保険サービス（通所介護や小規模多機能型居宅介護）などを、本人の状態（身体・認知力）に合わせてうまく利用できるようにすること^{2), 3), 6), 10), 11)}、(7) 近隣の住人による見守りなど、地域住民の理解と協力を得ること^{2), 9)}。

文献

- 1) 望月多恵子. 在宅看取りにおける6つのポイント. コミュニティケア. 2021;23(6):18-20.
- 2) 孔英珠. 在宅ホスピスケアにおけるボランティア活動の諸相—インタビュー調査のデータ分析から—, 西日本社会学会年報. 2018;16:95-110.
- 3) 原昌彦. 最期について一緒に考える支援. ホスピスケアと在宅ケア. 2019;27(2):180.
- 4) 黒澤理穂. 腎不全 終末期A氏の在宅生活を支えた医療と介護のチーム連携. 北海道勤労者医療協会看護雑誌 看護と介護. 2017;43:18-20.

- 5) 森重勝. 独居となった認知症高齢者への定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における支援病院からの在宅移行と看取りの支援を中心に. 認知症ケア事例ジャーナル. 2016;9(3):272-279.
- 6) 倉持雅代. 在宅がん看護のあり方と魅力 事例から読み解く 在宅がん看護のレシピ集 (第1回) 認知症のがん, 独居でも家で死ねます. 在宅新療. 2017;2(1):61-65.
- 7) 倉持雅代. 看取り経験の少ないケアスタッフを支える. コミュニティケア. 2023;23(6):21-23.
- 8) 小野原智香子, 前田静子, 石橋一代, 尾ノ上美香ほか. 独居の末期がん患者への在宅支援 事例を通して学んだこと. 福岡赤十字看護研究会集録. 2014;52(28):56-59.
- 9) 中村徹, 鹿島健, 杉山孝博, 渡邊幹彦ほか. ～疾患別・臨床事例の全診療行為～カルテ・レセプトの原風景 (カルテ126) 認知症, 末期癌, 慢性腎不全 [在宅] 認知症とターミナルケア. 保険診療. 2011;66(4):100-103.
- 10) 北澤彰浩. ささやかな希望をかなえたい 最期まで寄り添ったヘルパーさんたち. ふれあいケア. 2010;16(2):26-27.
- 11) 高橋眞生. 地域と歩む訪問薬剤師 認知症の独居女性を在宅で看取った. 医療と介護. 2018;4(6):526-527.

独居認知症高齢者のQOLには 何らかの特徴がみられるか

回答文

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(人生)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。

解説・エビデンス

1.はじめに

今後、認知症とともに生きる人が増加していくなかで、よりよく生きることに向けた支援の充実や社会環境の整備が喫緊の課題となっており、生活の質(QOL)についての主観的認識の評価とその活用が求められている。そこで、認知症のある人のQOLの把握、これに関連する要因について、特に独居の認知症のある人の特徴に焦点をあてて先行研究を探索した。

2.エビデンス

(1) 認知症のある人のQOLの把握と課題

認知症関連のQOL測定尺度は数多く開発されているが、主観性に重きを置くQOLという概念の性質上、疾患の進行に従って意思表出が困難になる傾向がある認知症の場合、本人からのデータ収集がどこまで可能なかは長きにわたり課題とされてきた^{1), 2)}。

わが国において使用されている尺度としては、AD-HRQL-J、QLDJ、DHC、改変ARS、DQOL、QOL-AD、QOL-D、DEMQOLがあり、DQOL、QOL-AD、DEMQOLは客観的評価のみならず主観的QOL評価に対応している。主観的QOL尺度と客観的QOL尺度による評価結果の乖離については、BPSDの影響が大きいと客観的QOLが主観的QOLよりも有意に低くなることが、認知症のある人のQOLに関する複数の観察研究のメタ解析により明らかになっている³⁾。また、客観的QOL尺度であるshort QOL-Dに関する竹之下らによる回帰分析の結果においては、short QOL-Dの陽性領域は主観的QOL(WHO QOL26を使用)とBPSDを反映し、陰性領域はBPSDの中でも本人が自覚しにくい症状(易刺激性、興奮)を反映することが判明したことから、主観的QOLに加えて客観的QOLを評価することに積極的な意味があると結論づけている⁴⁾。

ところで、英国政府は2009年に『Living well with dementia(認知症とともに良き生活(人生)を送る)』と題した認知症国家戦略を発表した。認知症のある人と介護者(主に家族)が良き生活を送ることを理念とする政策を背景に、認知症とともによく生きるとはどういうことか、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを主たる目的として、エクセター大学を中心にIDEAL(IMPROVING THE EXPERIENCE OF DEMENTIA AND ENHANCING ACTIVE LIFE)プログラムと称する大規模な縦断的コホート研究が

行われている（2014年から2022年末までの予定）。ここでは、living wellをQOLよりも広い概念と捉え、QOL-AD：Quality of Life in Alzheimer Disease scale（QOL）、SwLS：Satisfaction with Life Scale（生活満足尺度）、WHO-5：World Health Organization-Five Well-Being Index（ウェルビーイング）の3つの観点からliving wellの能力(capability)の測定を行っている。

（2）認知症のある人のQOLとその関連要因

1）認知症のある人全般

①ClareらはIDEALの一環で、英国に住む軽度から中等度の認知症のある人1,547人のインタビューから得られた横断データをもとに「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に関する要因を検討した⁵⁾。システマティックレビューとメタアナリシス³⁾により分類した5領域（1. 心理的特徴と心理的健康 2. 体力と身体的健康 3. ソーシャル・キャピタル、資産、資源 4. 認知症のある日常生活の管理 5. ソーシャル・ロケーション）全てが「認知症とともに良き生活（人生）を送る」主観的認識に個々に影響を及ぼすことが判明し、特に、1の心理的特徴と心理的健康は、唯一の独立した要因となり、他の4領域よりもエフェクトサイズが大きいことがわかった。また、自己肯定感・楽観性・自尊心といった3つの心理的資源の全てにおいて、「良き生活を送る」能力との間に明確かつ独立した関連が見出された。認知症とともに生活する上での困難に直面した時に、これら3要素がそれぞれ合致した時はより強固な回復力となるため、潜在的に修正可能なこれら3要素のレベルを改善する介入が望まれる。

なお、認知症のある人のQOL、生活満足度、ウェルビーイングについての本人評価と代理人評価の比較については、それぞれから示された各項目の評価自体は異なることがあるものの、本人評価・代理人評価双方から示唆される日常行動の他の側面と類似した関連を持つことから、どちらの評価も適切な情報源となり得ると結論づけた。

②Victorらは、①で認知症とともに良き生活（人生）を送る能力に関連する要因の一つであることが明らかにされた「孤独」に焦点をあて、IDEALにおける軽度から中等度の認知症のある人（①と同じ）を対象に、孤独を感じている人の割合とその要因を検討した⁶⁾。対象者の約30%が中等度の孤独を感じ、約5%が深刻な孤独を感じており、中等度・深刻な孤独ともに抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連が見られた。独居の人及びQOLが低いと報告している人は深刻な孤独を経験する可能性が高かった。年齢・性、学歴、婚姻状況、ウェルビーイング、認知症の診断や認知機能と孤独との関連は見られなかった。これらの関連の方向性の決定には、今後の縦断研究が必要であると結論づけている。

2）独居の認知症のある人の特徴

①Miranda-Castilloらは、非独居の人と比較した独居の認知症のある人の「満たされないニーズ」を検討することを目的として、英国に居住する60歳以上の認知症のある人152人（うち50人が独居・102人が非独居）と128人のインフォーマル介護者に対してインタビュー調査を行った⁷⁾。インタビュー項目は、認知症のある人に対しては、満たされている／満たされていないニーズ（CANE）、QOL（QOL-AD）、ソーシャルネットワーク（PANT）、行動・心理症状（NPI）、認知機能（MMSE）、ADL-IADL、利用サービス等、インフォーマル介護者については、抑うつ、不安、負担、満足感等である。

独居の認知症のある人は、非独居の人と比べて満たされないニーズがより多く、特に家事、食料の調達、セルフケア及び偶発的な自傷行為においては有意差があった。最も頻度

の高い満たされないニーズは、日中の活動、同伴者（company）、心理的苦痛、視力・聴力、偶発的な自傷行為であった。

他方、QOL-ADの値を独居・非独居で比較すると、本人評価・代理人評価ともに統計的な有意差は確認できなかった。

②Portacoloneらは、米国において独居高齢者は不確かさ・不安定感（precarity）を持つことが多いことを明らかにした研究を踏まえ、独居で認知機能障害を持つ高齢者のニーズや心配事を検討することを目的として、アルツハイマー型認知症（6人）とMCI（6人）の診断を受けた65歳以上の独居高齢者にインタビューを行った⁸⁾。認知機能障害の自覚、認知機能の障害によって引き起こされる困りごと等のセルフマネジメント、適切なサービスの不足という3つのテーマが見出され、予測不可能な認知機能障害からくるプレッシャー、自立していると感じたいが一人暮らしに適したサービスがないことなどの「累積的な効果」が不安定感をもたらすとの考察があり、今後の課題の一つとしてこれらを踏まえたQOL改善につながるサービスの検討があげられた。

③Clareらは、IDEALの一環として、英国の軽度から中等度の認知症のある独居者の特徴とニーズを検討する目的で、認知症のある人1,541人（うち285人が独居、1,256人が非独居）と1,277人の介護者を対象とするインタビューから得られた横断データを分析した⁹⁾。独居群は、非独居群より年齢が高い、女性が多い、認知能力と自己申告による機能的能力が高い、他世帯との社会的接触が多い傾向にあった。また、孤独、生活満足度が低い、在宅サービスをより多く利用する特徴がみられた。症状、気分、QOL（QOL-AD）、ウェルビーイングに差異はなかった。これらを受け、在宅ケアや機器等を含む適切なサポートがあれば軽度から中等度の認知症があっても独居で「よく生きる」ことはできるが、より満足のいく生活のためにどのような支援が必要で、医療・介護サービスがどのようにニーズに対応すればよいかを検討することが重要と結論づけている。この結果を踏まえて同研究グループにより実施された、認知症のある人1,525人（うち281人が独居、1,244人が非独居）と1,127人の家族介護者を対象とした2年間の縦断研究においては、独居者はより高い認知機能と機能的能力を持ち、より頻繁に在宅ケアを利用していたが、身体的・社会的・心理的健康はより悪く、QOL・生活満足・ウェルビーイングは低下した。これらの変化は時間の経過に沿って持続し、施設入居の移行率は非独居者と比較し高くなった。独居生活の継続のためには機能的能力と社会心理的ニーズへの対応が必要であるとしている¹⁰⁾。

文献

- 1) 栗田主一. 認知症のある人のQOLを再考する 特集にあたって, 老年精神医学雑誌. 2012;23:1403-1405.
- 2) 岩佐一. 認知症の人のQOLをどう評価するか. 老年精神医学雑誌. 2012;23:1406-1415.
- 3) Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, et al. Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol Med. 2018 Oct;48(13):2130-2139.
- 4) 竹之下慎太郎ほか. 認知症患者の客観的QOL評価は、主観的QOLをどのように反映しているのか. 認知症ケア研究誌. 2019;3:38-44.
- 5) Clare, L., Wu, Y.-T., Jones, I.R., et al. A comprehensive model of factors associated with subjective perceptions of “living well” with dementia: findings from the IDEAL study. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2019;33:36-41.

- 6) Christina R Victor, Isla Rippon, Sharon M Nelis et al. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Aug;35(8):851-858.
- 7) Claudia Miranda-Castillo, Bob Woods, Martin Orrell. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr*. 2010 Jun;22(4):607-17.
- 8) Elena Portacolone, Robert L Rubinstein, Kenneth E Covinsky, Jodi Halpern, Julene K Johnson. The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. *Gerontologist*. 2019 Mar 14;59(2):271-280.
- 9) Linda Clare, Anthony Martyr, Catherine Henderson et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Dis*. 2020;78(3):1207-1216.
- 10) Linda Clare, Laura D Gamble, Anthony Martyr, Catherine Henderson, Martin Knapp, Fiona E Matthews; IDEAL study team. Living Alone With Mild-to-Moderate Dementia Over a Two-Year Period: Longitudinal Findings From the IDEAL Cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2024 Nov;32(11):1309-1321.

社会参加や社会的なつながりは 独居認知症高齢者のQOLにどう影響するか

回答文

社会参加や社会的なつながりが認知症の人のQOLに与える影響について、とくに独居の人に焦点を当てた研究は見られない。ただし、認知症の人のQOLの改善に、社会参加や人間関係の支援の必要性が示唆されるなか、独居の人は社会的健康が低い傾向があり、その心理社会的ニーズの充足はとりわけ重要となる。

地域在住の認知症の人の外出・交流・参加の状況を見ると、認知症になると生活環境が社会的に奪われていることがわかっている。認知症の人が出かけることを諦めている場を特定したうえで、本人の視点に立って対策を講じる必要がある。その際、安全な移動とアクセスの確保が不可欠であり、外出準備や道案内のためのスマホ利用は、参加の維持・促進の手段にもなる。

なお、主介護者の社会参加や支援サービスの利用は、本人の社会参加にプラスの関連があり、本人と介護者を一体的に支援することが求められる。

解説・エビデンス

社会参加や社会的なつながりが、独居認知症高齢者のQOLに与える影響にかかわる研究は見られなかった。そこで、まず認知症の人のQOLに影響を及ぼす要因に関連する系統的レビューをとりあげたのち¹⁾、独居の認知症の人の社会参加²⁾、認知症の人の家の外での参加³⁾の実態、認知症の人の参加に関連する要因^{4), 5)}にかかわる知見を、以下に記述する。

近年の政策は、認知症とともによく生きる（living well）ことの重要性を強調しているが、認知症の人のQOL、主観的幸福感や生活満足度に関連する要因を包括的に組み合わせることは未だできていない。論文1¹⁾は、系統的レビューとメタ解析によって、利用可能なエビデンスを検討している。量的データを提供し、種類や重症度を問わず75%以上認知症の人を含む198のQOL研究をメタ解析に組み入れた。37,639人の認知症の人に関して、十分なデータのある43の因子に焦点を当てて解析した結果、全体としてこれらの因子はQOLと有意な関連が見られたものの、その効果量はしばしば小さいか無視できる程度だった。こうしたなか、社会参加、ケアラーとの現在の関係性等は中程度の関連があり、認知症の人のQOLの改善には、社会参加や人間関係の支援が重要となることが示唆される。

論文2²⁾は、軽度から中度の認知症の人で、独居の人と同居の人の主観的経験を、英国のIDEALコホートにおいて、自宅での面接調査により比較、それが2年間でどのように変化するかを検討している。ベースラインで独居281人・同居1,244人、1年後200人・965人、2年後144人・696人が対象となった。独居の人は、認知機能、機能的能力が高いが、身体的健康・心理的健康・社会的健康（社会的ネットワーク、社会的接触、社会参加等を

含む), QOL・生活満足度・ウェルビーイングが低い傾向があり, この傾向は時間の経過の中でも持続, 入所ケアへの移行率が高くなっていった。独居の認知症の人の住み慣れた場での生活の継続には, 機能的な能力の支援に加え, 心理社会的ニーズの充足が不可欠となる。

論文3³⁾は, 家の外での社会参加の現状について, 4か国 (カナダ・スウェーデン・スイス・英国) で軽度から中度の認知症の診断を受け, 自宅で暮らす163人 (うち独居59人) を対象として, ACT-OUT (Participation in ACTivities and places OUTside the Home for older adults) 調査票に基づく本人ヒアリングによって把握している。本論文で検討しているのは, 買い物・事務・セルフケア, 医療, 社会的・文化的・スピリチュアル, 娯楽・スポーツにかかわる24種類の場への過去・現在の外出状況であり, 参加者の多くは近所, レストラン, 友人や家族の家, モール, クリニック等を訪れているが, スポーツ施設, コテージ, 銀行, 森等に出かけることを断念している。家の外での参加の継続を促すには, 認知症の人が参加を諦めている場を特定したうえで, 自然・地域社会における自立した安全な移動とアクセスを含め, 認知症の本人の視点に立ち, 対策を講じる必要がある。

論文4⁴⁾は, 社会参加と日常生活のなかでのテクノロジー活用等との関連を, 英国で55歳以上の軽度認知症の人64人 (うち独居35人) と認知症のない人64人 (うち独居24人) を対象として, ACT-OUT調査票, 日常のテクノロジー利用に関する調査票 (ETUQ) 等4種のツールに基づく本人ヒアリング等によって調査・分析した。外出の計画を立てたり, 行き方を調べる等の準備に関するテクノロジーの利用は, 認知症の有無にかかわらず社会参加の維持・促進の手段のひとつとなる。とくに認知症の人において, 生活環境 (外出範囲) が社会的に奪われることを考慮することが重要となる。

論文5⁵⁾は, 認知症の本人の社会参加に影響を及ぼす主介護者の特徴を, 米国のメディケア受給者のうち認知症の可能性のある人1,060人 (独居含む) とその主介護者1,060人を対象として, 検討したものである。認知症の本人の参加については, 過去1カ月間の友人や別居の家族の訪問, 礼拝等の参加, クラブや教室・その他の活動, 娯楽のための外出, ボランティアの5種への参加とその重要性を把握しており, 全体として約7割が意義ある社会活動に参加している。主介護者の属性は独立した関連がなく, 主介護者の社会参加, 支援サービスの利用が認知症の本人の参加の増加と関連がある。

文献

- 1) Martyr A, Nelis SM, Quinn C, et al. Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*. 2018;48(13):2130-2139.
- 2) Clare L, Gamble LD, Martyr A, et al. Living Alone With Mild-to-Moderate Dementia Over a Two-Year Period: Longitudinal Findings From the IDEAL Cohort. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2024;32(11):1309-1321.
- 3) Thalén L, Malinowsky C, Margot-Cattin I, et al. Out-of-home participation among people living with dementia: A study in four countries. *Dementia*. 2022;21(5):1636-1652.
- 4) Gaber SN, Nygård L, Brorsson A, et al. Social Participation in Relation to Technology Use and Social Deprivation: A Mixed Methods Study Among Older People with and without Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(11):4022.
- 5) Palaza A, Bouldin ED, Miyawaki CE, et al. Characteristics of Informal Caregivers and Social Participation of People With Dementia. *Gerontologist*. 2024;64(10):gnae096.

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認識しているか

回答文

独居認知症高齢者は、ものの忘れに診断がついたことに一度は安堵するものの、時に診断後の支援の調整が不十分なために、診断を受けたことを忘れたり、診断をどう受け止めてよいかわからないという感覚を持ったりする。そのため、認知症の診断を受容している場合も否認している場合もある。ただし、否認している場合でも、記憶力や身体機能の衰えやそれによる失敗への自覚がある。

認知症が時間とともに進行したり、体力が低下したりすることに不安を感じ、一人暮らしにはいずれ終わりがやってくると考える者もいる。

解説・エビデンス

独居認知症高齢者が認知症の診断を受けたことや、認知症であることをどのように認識しているのか、当事者の一人称の語りを分析した質的研究を系統的に収集した。5篇（英文4篇、和文1篇）の原著論文を採用し、関連する知見を以下に記述した。

論文1¹⁾は、米国で一人暮らしをするアルツハイマー型認知症もしくは軽度認知障害の高齢者29名（65～92歳）を対象に、合計114回のエスノグラフィック・インタビューと参与観察から、診断を受けたことの影響と意味を明らかにした研究である。対象者は、診断がついた直後には、侵襲的治療が必要ない病気だとわかったこと、ものの忘れの理由がわかったこと、疾患についての知識を得て支援を受けられることに安堵した。しかし、診断のための検査や診断後の情報提供が不十分だったことや、診断後ほとんど説明なく運転を止めなければならなくなったことなどに苦悩した。診断を受けたことの記憶が曖昧なケースも多く認めた。一人暮らしではさまざまな決断を一人でしなければならないことも多いが、診断をどう受け止めて対処すればよいかわからないという感覚も強かった。

論文2²⁾は、米国で一人暮らしをするアルツハイマー型認知症または軽度認知障害の高齢者12名（71～85歳）を対象に、合計40回のエスノグラフィック・インタビューと参与観察から彼らのニーズや心配事を検討した研究である。対象者は、自分の考えがまとまらないことや認知機能が急に変動するために不安やパニック、怒りなどを感じることに気づいており、今後の経過について心配していた。一人ひとりにあうサービスの不足、自立の実感を得たい欲求が重なり、不安定感を生み出している。

論文3³⁾は、オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用する軽度認知障害の診断を受けた、もしくは認知機能が低下した高齢者19名（69～93歳）を対象にインタビューを行った研究である。対象者は、自分が認知症であることを否認している場合でも、

記憶力や身体機能の低下は認め、その状態で一人暮らしをすることに伴う健康や安全のリスクに対する認識があった。

論文4⁴⁾は、日本で一人暮らしをする軽度から中等度認知症高齢者6名（81～95歳）を対象にインタビューを行った研究である。認知症の受け止め方はさまざまだが、対象者はもの忘れを自覚しており、道迷いや騙されるなど苦い経験をしながらも、家族や友人に話して対策しながら前向きに生活していた。ただし、服薬管理や火の管理などに対して本人の危機意識は低く、支援者が対応していた。

論文5⁵⁾は、カナダのオンタリオで一人暮らしをする軽度から中等度認知症のある女性8名（58～87歳）を対象にインタビューを行った研究である。対象者は、家族に迷惑をかけたり、状態が悪化したりすると施設入所が必要だと考えていた。そのため、一人で過ごすことができる時間が限られていると考え、時間が過ぎることに恐怖を感じる人もいた。また、今すべきことを選んだり、思うように過ごしたり、今の時間を大切にしていた。抗認知症薬の服用は、自立生活の時間を引き延ばす手段ととらえている人もあった。

文献

- 1) Portacolone E, Johnson JK, Covinsky KE, et al. The effects and meaning of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or Alzheimer's disease when one lives alone. *J Alzheimers Dis.* 2018;61(4):1517-29.
- 2) Portacolone E, et al. The precarity of older adults living alone with cognitive impairment. *Gerontologist.* 2019;59(2):271-280.
- 3) Duane F, et al. Living alone with dementia. *Dementia.* 2011;12(1):123-136.
- 4) 久保田真美, 高山成子. 認知症高齢者の独居生活—認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から—. *関西国際大学研究紀要.* 2017;18:23-35.
- 5) de Witt L, et al. Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. *J Adv Nurs.* 2010;66(8):1698-707.

独居認知症高齢者は日常生活の困難に対して、 どのような対処行動をとっているのか

回答文

記憶力の低下に対して認識があるため、日常的にメモや取り繕い、自分の感覚に従って行動するなど、自分なりの対処をしている。一方で、日常の出来事に対する認識はあいまいで、認知機能低下によって生じる安全や健康のリスクへの危機意識は低い。状況を確認した支援者によってリスクが対策されることもある。

外出や他者との交流の機会が減るため、日常的に退屈や孤独感を感じている。家族等の支援者や通所系サービスなどを通して、友人や近所とのつながりを維持しようと試みている。だが、在宅サービスがタスク中心の場合や、通所系サービスが退屈で配慮がないと感じられる場合には、そこで他者との交流があったとしても、サービスに対する不満が勝るようである。

解説・エビデンス

独居認知症高齢者は、日常生活の中でどのようなことに困難を感じ、どのような対処行動をとっているのか、当事者の一人称の語りを分析した質的研究を系統的に収集した。各研究論文で主要なテーマとして説明されている概念を、本文中では太字で示した。

論文1¹⁾は、スウェーデンでデイサービスを利用する80代の独居認知症高齢者6名を対象とした参与観察とインタビューを用いた質的研究である。独居認知症高齢者は、日常的に介護サービスを利用していても、他には人との接触がほとんどなく、強い孤独感を感じていた。直接目にしているもの以外のことを考えたり、自分がケアを受ける理由を考えたりすることが難しいため、あいまいな認識の中に生きていた。家族や友人が来訪して交流することを待ち望む一方で、タスク中心の介護サービスのケア提供者に対しては同様の期待を抱くことはなかった。自分から積極的に外出することはなく、変化のない日常を退屈に感じていた。

論文2²⁾は、アメリカで一人暮らしをするアルツハイマー型認知症または軽度認知症の高齢者12名（71～85歳）を対象にインタビューを実施した研究報告である。対象者は、自分の考えがまとまらないことや認知機能が急に変動するために不安やパニック、怒りなどを感じることに気づいており、今後の経過について心配していた。何度も確認してメモをとることで記憶を補完する、分かったふりをして隠す、自分の感覚に従って行動する、など、認知機能低下による困難に自分なりの対処をしていた。バスの利用のためのシステムが覚えられない、サポートグループで子供扱いされる、制度が複雑かつ高価など、自分に適した生活支援や介護のサービスがないことに不満を感じ、利用を中止することもあった。

論文3³⁾は、オーストラリアの一人暮らしで在宅サービスを利用する軽度認知症の診断を受けた、もしくは認知機能が低下した高齢者19名（69～93歳）を対象にインタビュー調査を行った研究である。対象者は、家族や友人、医療介護のスタッフ、近所のお店の店主、隣人、知人などの社会的ネットワークを維持しており、日常的に感じる孤独感を解消する助けになっていた。自分の限界を認めつつ、自立生活をできる限り続けることを目標に、家事や趣味などで自分ができることに取り組んでいた。例えば、一人で転倒した際の助けがないことなど、健康状態や身体機能の低下に伴う健康や安全のリスクを認め、その対策をしていた。これらのリスクを認知機能低下や認知症によるものとは考えていない。介護サービスに対しては、ケア提供者が対象者のニーズよりもタスクを優先することや、グループ活動が退屈で配慮が足りないことなどに不満を感じていた。

論文4⁴⁾は、イングランド・スコットランド・スウェーデンで、14名の独居認知症高齢者（62～88歳）を対象に、歩きながら／在宅でのインタビューやネットワークマッピングなど組み合わせた調査の報告である。診断後は友人や、時に家族との連絡も途絶えがちだが、つながりを保つ努力をしている。彼らの交流は、親しい家族や病前から特に仲の良い友人に限定され、近所の顔見知りとの交流はないか、あってもわずかのことが多い。家族、とくに子どもからの支援が友人・知人との関係の継続を助けるが、子どもがいない場合には、1～2人のキーパーソンとの関係がそれに代わることもある。おしゃべりができ、気にかけてくれる人がいることが大切で、定期的に近所の公園やカフェなどに外出して話し相手を探す人もあった。非営利団体や公的サービスが主催する地域の当事者が集まる場を利用して、当事者や支援者と親しくなった。窓から見える人々の往来を通して近所とのつながりを感じたり、寂しさが紛れたりする一方で、日中に地域の人がいらない静かな時間帯や、若い人が出ていって活気を失った地域に不安や寂しさを感じた。

論文5⁵⁾は、日本で一人暮らしをする軽度から中等度認知症高齢者6名（81～95歳）を対象に、独居のきっかけや生活で起きていること・困っていること、もの忘れの自覚、今後の生活への思い等をインタビューした。もの忘れを自覚しており、道迷いや騙されるなど苦い経験をしながらも、家族や友人に話して対策しながら前向きに生活していた。さびしさや不安を感じながら、同時に自由で自立した生活の継続を望んでいた。服薬管理や火の管理などに対して本人の認識や危機意識は低く、状況を確認した支援者が対応していた。

文献

- 1) Svanström R and Sundler AJ. Gradually losing one's foothold: a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia*. 2015;14(2):145-163.
- 2) Portacolone E, et al. The precarity of older adults wliving alone with cognitive impairment. *Gerontologist*. 2019;59(2):271-280.
- 3) Duane F, et al. Living alone with dementia. *Dementia*. 2011;12(1):123-136.
- 4) Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, et al. 'It's our pleasure, we count cars here' : an exploration of the 'neighbourhood-based connections' for people living alone with dementia. *Ageing & Society*. 2021;41:645-70.
- 5) 久保田真美, 高山成子. 認知症高齢者の独居生活—認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から—. 関西国際大学研究紀要. 2017;18:23-35.

独居認知症高齢者にとって地域の居場所は どのような意義を持っているのか

回答文

臨床や実践の報告から、独居認知症高齢者にとって地域の居場所は、社会とつながり続けること、孤立孤独を解消すること、日常生活支援を受けること、健康を維持すること、そして在宅で看取られることを可能にする場所である。独居認知症高齢者という枠組みを早くから提唱している栗田は、居場所には①居場所機能に加えて、②相談応需、③差別偏見解消・互助創出、④連携推進、⑤人材育成の機能が必要であるとしている。しかし定量的、実証的な研究は少なく今後研究が進むことが期待される。

解説・エビデンス

一人暮らしの認知症の人は、研究に参加することがそもそも難しいという問題がある。一人暮らしの認知症の人が後世の人の為に研究に参加したいと願うような研究（例えば生活上の困難や工夫の聞き取りなど）であっても、認知症の研究に慣れていない機関の倫理委員会が「本人の同意は無効である」「代諾者が必要だ」と主張して研究すら参加させてもらえないという話はしばしば聞く。つまり代諾者がいない人は、研究からも排除されているのである。いずれにしても一人暮らしの認知症の人においては、詳細な記録を得るだけでも苦労がある。

英語の文献では、一人暮らしの認知症の人に関する論文が極めて少なく、その上、居場所に言及しているものもない。ClarkやWardは「近所の良い関係・環境が重要だ」というある意味で当たり前のことを述べている。同時に「このような議論が全くされていない」とも述べている。Darlingtonは人々が認知症にやさしい街と感ずることは、コミュニティセンターなどの通う場があることと関連しているとしている。論文ではないが、英国のアルツハイマー協会のHPには、コミュニティセンターに通って孤独が癒されたと語る当事者が登場する。OkamuraおよびUraは東京都の独居認知症の人が多い団地で居場所を作ってハイリスク者の支援するプロセスを通じて、医療介護だけではなく日常生活を居場所で支援することの効果を実証している。

日本語の文献からは、一人暮らしに注目しているものがいくつかある。東京都の団地の居場所でアクションリサーチをした中山は一人暮らしの認知症の人には、不安、意思の揺らぎ、家事・買い物・金銭管理の困難などがあり、本人と行動や時間を共にすることが重要であるとしている。同じ居場所の機能をまとめた岡村は、居場所は「細くても繋がり続けることが大事」としている。別の団地の居場所（暮らしの保健室）を運営する秋山は、居場所があることで①認知症になる前からの繋がり②異変に早期に気づく③当事者と一緒に考える④看護師による相談支援が可能になるとしている。東京都でホームレス等の住まいを失った人を支援するNPO法人で働く場合は、一人暮らしの認知症の人が紹介されてくることもはや一般的であると述べ、住まいと生活支援を一体的に提供する共同居住（居場所を含む）が必要だとしている。横浜の寿町で在宅看取りを行う

山中らは、独居認知症の人の看取りには安心できる居場所が必須であるとしている。

独居認知症の人の支援は栗田が「今後の我が国の大きな課題になる」と提示してきたものである。栗田は東京都の団地に地域疫学拠点を設置し、東京都と協力して長期縦断研究とアクションリサーチを並行している（栗田2018）。そして独居認知症の人を支えるには本人の視点に立って、生活の継続に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、本人、家族、地域に暮らす人々、地域を構成する多様な組織・団体が連携・協働して、未来に向けて地域社会を創出しようとする「ネットワーキング」が必要であり（栗田2019）、そのための居場所には①居場所機能に加えて、②相談応需、③差別偏見解消・互助創出、④連携推進、⑤人材育成の機能が必要だとしている。

文献

- 1) Clark A, Campbell S, Keady J, Kullberg A, et al. Neighbourhoods as relational places for people living with dementia. *Soc SciMed*. 2020 May;252:112927. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112927. Epub 2020 Mar17. PMID: 32251967.
- 2) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, et al. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: a community-based participatory study. *BMC Geriatr*. 2020 Feb 17; 20(1):68.2020 Feb. doi: 10.1186/s12877-020-1470-y. PMID:32066387; PMCID: PMC7027225.
- 3) Ward R, Clark A, Campbell S, Graham B, et al. The lived neighborhood: understanding how people with dementia engage with their local environment. *Int Psychogeriatr*. 2018 Jun;30(6):867-880. doi:10.1017/S1041610217000631. Epub 2017 May 2. PMID: 28462764; PMCID: PMC6088530.
- 4) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, et al. Living on the edge of the community:factors associated with discontinuation of community living among people withcognitive impairment. *BMC Geriatr*. 19;21(1):131. 2021 Feb. doi:10.1186/s12877-021-02084-2. PMID: 33607947; PMCID: PMC7893898.
- 5) Darlington N, Arthur A, Woodward M, Buckner S, et al. A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community. *Dementia (London)*. 2021 Jul;20(5):1711-1722. doi: 10.1177/1471301220965552. Epub 2020 Oct 8. PMID:33031000; PMCID: PMC8216308.
- 6) 中山莉子. ひとり暮らしの認知症とともに生きる人の在宅生活上の困難とインフォーマルな地域拠点における支援. *認知症ケア事例ジャーナル*. 2022;15(3):184-189.
- 7) 岡村毅. 認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活を支える地域拠点 リアルワールドエビデンスのまとめ. *老年精神医学雑誌*. 2022;33(3):263-269.
- 8) 山中修, 中尾裕太, 島村香也子, 田中和郎. 孤独死防止の対策：横浜市寿地区から2025年問題への提言. *日本医師会雑誌*. 2019.02;147(11):2285-2288.
- 9) 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」からみえること. *老年精神医学雑誌*. 2020;31(5):487-498.
- 10) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所（2018）「平成28・29年度認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyuu/caremodel/pdf/houkokusyo.pdf
- 11) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（2018）「認知症とともに暮らせる社会に向けて：コーディネーションとネットワーキングの手引き」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyuu/caremodel/pdf/tebiki.pdf
- 12) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（2020）「認知症とともに暮らせる社会に向けて：地域作りの手引き 2020年度改訂版」東京都福祉保健局 https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/chiiki_tebiki.pdf

- 13) Alzheimer's Society. Community Support - for people with dementia. Available from:<https://www.alzheimers.org.uk/get-support/your-support-services/community-support-people-dementia> (2025年1月19日閲覧)

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

回答文

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、ここ数年増加しているが、独居に限定すると該当する論文は認められない。しかし、災害時の認知症高齢者の対応についての研究の蓄積が進んできており、独居高齢者の災害対策への示唆は得られてきた。

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。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、災害時に必要な対応ができる支援を得ることは困難であり、平時からの対策が必要である。

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。個別避難計画の策定や災害ケースマネジメントの推進、在宅避難者支援方法の模索等、災害時に支援が必要な人への体制も整いつつあるが、独居認知症高齢者や認知症高齢者とその家族への支援については、今後の検討が必要である。

解説・エビデンス

1.背景

災害後には、住居の損壊やライフラインの停止等、生活環境が変化する。このような状況は、認知症の高齢者にとって、BPSDを招くのみではなく、他の疾患の発症や悪化、せん妄の引き金になったことが報告されている¹⁾。また、東日本大震災後に認知症高齢者と避難した家族介護者が、避難所生活を継続できる限界として、「1日」から「3日」との回答が7割を占めており²⁾、認知症高齢者やその家族にとって、避難所の環境が困難であることが示されている。その一方で、災害時に支援が必要な人への支援としては、2021年には避難行動要支援者への個別避難計画作成が基礎自治体の努力義務とされ、2023年には災害ケースマネジメント実施の手引き³⁾が出された。さらに、2024年には避難所避難が困難な避難者および被災者を想定した在宅・車中泊避難者等の支援の手引き⁴⁾も出されているが、独居認知症高齢者、認知症高齢者やその家族への具体的な支援策については触れられていない。

2.災害の在宅高齢者への影響

令和元年台風15号は、千葉県を中心として、建物被害とともに、ライフライン被害をもたらした。特に停電は1か月近く続いた地域もあり、在宅生活へ大きな影響をもたらした。地域高齢者の被災状況と災害対応の課題を明らかにすることを目的として、千葉県内の地域包括支援センター215施設（悉皆）を対象に質問紙調査を行った（回収率46.5%）ところ、ライフライン被害（特に停電）、継続して医療介護サービスが受けられないこと等による、疾患や心身の機能低下や家族の介護能力への影響が示された⁵⁾。東日本大震災後の東京都の介護サービス事業所への調査による災害時の対応事例452事例

から、災害時、あるいは災害後に対応が必要となった高齢者において、独居であるか否かに関わらず、「抑うつ・不安の増大」、「認知症」、「医療機器の利用」がリスク要因となっていた⁶⁾ (表1)。

令和6年能登半島地震では、独居認知症高齢者が全壊の家屋に避難所から帰宅して生活していた事例や、被災による急激な環境変化により、軽度の認知症高齢者のせん妄状態、徘徊、食欲不振が急激に広がったという活動記録等から、災害時には要介護度が低くかつ独居の高齢者のリスクが高いことが示されている⁷⁾。また、避難所や仮設住宅等の環境が変化することによる認知症高齢者のリロケーションダメージについても指摘されている⁸⁾。

表1. 災害時の対応におけるリスク要因

家族状況	リスク要因	高齢者の問題				介護者の問題	住環境の問題	
		抑うつ・不安の増大	認知症	ADLが低い	医療機器の利用	家族介護者の状態の悪化	住居の倒壊	家具の転倒などによるけが
独居		○	○	○	○		○	○
家族と同居	日中独居			○				
	高齢者世帯				○	○		
	家族介護者に問題					○		
	家族状況との関連なし	○	○		○			

文献6) p.95表6-1 を一部改変

3. 認知症高齢者の災害への備え

Wakuiらは、福井県の17市町村の952名の家族介護者調査から、75%の家族介護者は避難計画を立てていないこと、特に認知症高齢者の介護者は、そうでない介護者に比べて、計画を立てていない介護者が36%多いことを報告している。また、災害への備えには、介護者の支援、地域の支援、高齢者の支援ニーズが影響していることを示し、家族や地域社会が高齢者の災害への備えに重要な役割があることを指摘した⁹⁾。

また、ChristensenとCastañedaは、ハリケーンを経験した家族介護者へのインタビュー調査から、認知症の初期には準備や計画のプロセスに関わることができるが、家族介護者が避難の必要性を感じても抵抗を示すことがある一方で、認知症が進行してくると、家族介護者の災害に関する決定に対する反対が少ないことを報告した。そして、被災による認知症の高齢者のストレスを緩和する準備の必要性や、公共的な支援体制の整備の重要性を指摘している¹⁰⁾。

4. 認知症高齢者の災害対応の現状と課題

災害時要配慮者への災害時の支援として、2013年に災害対策基本法によって避難行動要支援者名簿の市区町村での作成が義務づけられた（作成率100%）¹¹⁾。この名簿の課題として、真に避難支援を要する者を正確に把握できているかが論じられている¹²⁾。2021年4月より、その名簿をもとに個別避難計画の策定が努力義務化された。現在、1,722市町村（令和6年能登半島地震の影響に鑑み石川県管内19市町を含まない）のうち、庁内連携（94.3%）、庁外連携（91.1%）、福祉専門職の参画への取組（81.2%）、個別避難計画に係る訓練への取組（83.3%）が進められている¹¹⁾。個別避難計画の有効性については、今後の検証となるが、独居認知症高齢者の個別避難計画を災害時に実効性のあるものとする

ためには、認知症への地域の理解を促進することが必要であり、平時から支援が受けられる地域づくりが重要となると考えられる。

災害時に支援が必要な人への支援として、2023年には災害ケースマネジメント実施の手引きが出され、被災者の生活再建に向けて必要な支援につなぐための体制が構築された。また、2024年には避難所避難が困難な避難者および被災者を想定した在宅・車中泊避難者等の支援の手引きが出された。認知症高齢者は在宅避難となる可能性も高いことから、在宅避難者への支援には認知症高齢者への支援も必要となると考えられる。現状の災害対応は、多くの自治体では避難所避難者支援を主に実施しており、在宅避難者への支援は後手に回っている。今後は、地域で暮らす認知症高齢者が増加すると考えられ、支援が必要な在宅避難者への災害対応を具体的に検討する必要があると考えられる。

東日本大震災の認知症高齢者の分析から、栗田は、平時からの災害時の備えとして、①認知症高齢者や虚弱高齢者の緊急支援計画を地域の防災計画に含めること、②地域の急性期医療機関や認知症疾患医療センターは、精神症状と身体疾患が併存する高齢者の急性期医療に対応できる医療体制を整備すること、③居住系・施設系の事業所は、災害時に認知症高齢者や要介護高齢者の福祉避難所として機能できるように体制を整備すること、④顔の見える地域の社会支援ネットワークを構築し、多職種協働による統合的支援の調整システムを稼働させることを提言している¹³⁾。①の地域防災計画には、受援体制も含め、具体的な支援体制の構築を考える必要がある。また、③については、支援学校が福祉避難所として有効に機能した事例もあり¹⁴⁾、介護施設のみでは収容人数も限られることから、介護施設以外の機関でも転用できそうなところで福祉避難所の設置を検討する必要がある。そして、認知症高齢者は平時から地域の中で孤立しやすく、地域の支援にもつながりにくく、そのような「社会的孤立」は災害時に増幅され、それが重大な人的被害の要因となること¹⁵⁾から、④顔の見える地域の社会支援ネットワークの構築の重要性が指摘された。

5.まとめ

独居認知症高齢者についての災害への備えと対応についての先行研究はほぼなかったが、認知症高齢者の災害への備えや対応についての研究は蓄積されてきており、避難所での課題、リロケーションダメージが指摘された。そして、地域の認知症の理解や社会的支援の構築やアクセスの重要性が指摘されていた。

文献

- 1) 冲永壮治, 古川勝敏, 石木愛子, 富田尚希ほか. 災害時における高齢者の救済—東日本大震災の時系列と今後の課題—. 日本老年医学会雑誌. 2017;54(2):136-142.
- 2) 認知症介護研究・研修仙台センター: 避難所を支援した621事例から作った避難所での認知症の人と家族支援ガイド. 2013.
- 3) 内閣府 (防災担当). 災害ケースマネジメント実施の手引き. 2023.
<https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/case/pdf/r5zenpen.pdf>
- 4) 内閣府 (防災担当). 在宅・車中泊避難者等の支援の手引き. 2024.
<https://www.bousai.go.jp/taisaku/shien/pdf/tebiki.pdf>
- 5) 大塚理加, 永松伸吾. 千葉県における令和元年台風15号による地域高齢者の被災状況と災害対応の課題. 地域安全学会論文集. 2021;39:1-9.
- 6) 東京都健康長寿医療センター研究所. 東日本大震災 高齢者支援プロジェクト 東京都内における在宅サービスの災害対応に関する調査報告書. 2012.
- 7) 江湖山さおり, 新井哲明. 災害派遣精神医療チームDPATの活動と被災地における認知症支援の現状と課題. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):990-995.

- 8) 渡邊美保. 災害と認知症高齢者のリロケーションダメージ. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):1002-1006.
- 9) Wakui T, Agree, E. M, Saito, T, Kai, I. Disaster Preparedness Among Older Japanese Adults With Long-Term Care Needs and Their Family Caregivers. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2017;11(1):31-38.
- 10) Christensen J. J. and Castañeda H. Danger and Dementia: Caregiver Experiences and Shifting Social Roles During a Highly Active Hurricane Season. Journal of Gerontological Social Work. 2014;57(8):825-844.
- 11) 内閣府, 消防庁. 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取り組み状況の調査結果. 2024. <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/r6chosa1.pdf>
- 12) 令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難に関するサブワーキンググループ. 令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）. 2020.
- 13) 栗田主一. 災害精神医学 復興期における精神科支援の重要性 災害後の認知症高齢者支援と Dementia Friendly Community. 日本社会精神医学会雑誌. 2017;26(3):220-225.
- 14) 内閣府. 平成28年度避難所における被災者支援に関する事例等報告書. 2017.
- 15) 栗田主一. 災害と認知症支援：特集にあたって. 老年精神医学雑誌. 2024;35(10):975-983.

金融ジェロントロジーでは どのような取組みがなされているか

回答文

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。

解説・エビデンス

1.金融ジェロントロジーとは何か

金融ジェロントロジーとは、個人の資産選択や資金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学問領域である¹⁾。もともとは、米国において、主に高齢の富裕層に対する個人向け金融アドバイスから始まった用語であるが¹⁾、寿命の延伸によって認知症高齢者人口が急速に増加している今日の社会では、認知機能低下に起因する高齢者のfinancial capacity（金融資産管理能力、財産管理能力、金銭管理能力）の低下に対処できる社会システムの構築をめざす研究領域^{1), 2)}として注目されている。

2.financial capacityの定義

自立生活を送るには、自分の財産を適切に管理する能力が必要である。欧米ではこの能力のことをfinancial capacity (FC) と呼び、日本では財産管理能力と呼ぶことが多い³⁾。この財産管理能力には、金銭を実際に取り扱う能力（金銭管理能力）と、自分の財産をどのように扱うかを決める能力（意思決定能力）が含まれる³⁾。

3.financial capacityの評価

金銭管理能力を評価するツールには、Financial capacity instrument (FCI)⁴⁾、Financial competency questions⁵⁾、Prior financial capacity form⁶⁾、Current financial capacity form⁶⁾、Semi structured clinical interview for financial capacity⁷⁾、Financial competence assessment inventory⁸⁾などがあり、わが国においてもFCIを参考にして日本の状況に合わせて作成された Financial competency assessment tool (FCAT)⁹⁾がある。FCATでは、6つの下位項目（①基本的金銭スキル、②金銭概念、③金融機関の利用、④物品購入、⑤金銭的判断、⑥収支の把握）を評価するように設計されている。認知機能低下者に関わる者が、財産管理能力に関する知識を身に着け評価に関して精通することは意義のあることである³⁾。

一方、個人の財産に関する意思決定能力については、医療同意能力の評価で使用されているAppelbaum and Grisso¹⁰⁾の4つの能力評価の方法を参考に、さらに本人の社会的背景や心理的特性などを考慮して作成されたLichtenberg financial decision-making rating scale¹¹⁾がある。

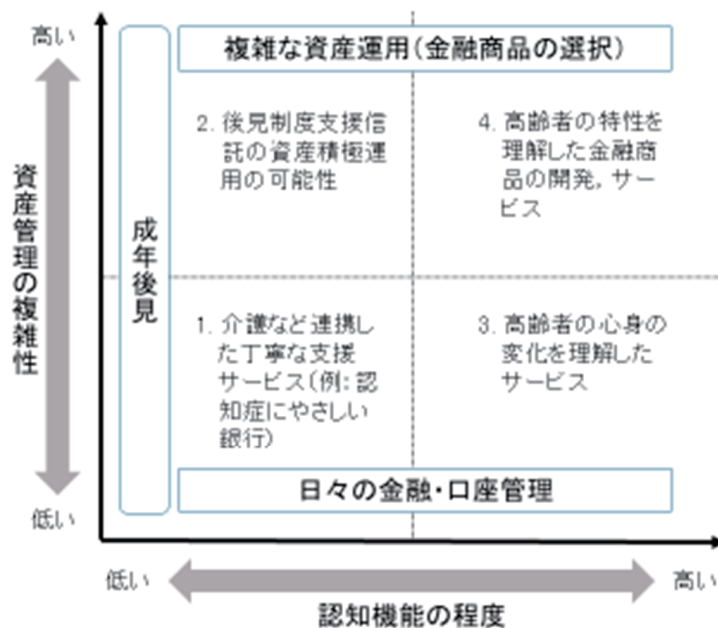
4. 認知機能障害がある高齢者の経済活動の実態

最近、Obaら¹²⁾が、認知症のような認知機能障害が高齢者の経済活動にどのような影響を及ぼしているかについて調査し報告している。調査ではアルツハイマー病の高齢者と介護者の105ペアを対象に、認知症者のMMSEとFAST評価を行うとともに、介護者に、世帯の経済状態と認知症の人々が利用できる金融支援システムの利用状況を質問した。その結果、認知症者には金銭管理問題（買い物のし過ぎ、不要な買い物など）が生じており、介護者がインフォーマルに金銭管理をしていても状況は同じであり、成年後見制度や信託などの金融支援システムについてはほとんど知られていず、利用されることも稀であるという結果であった。著者らは、成年後見制度と信託システムの普及と認知症の人を含む高齢消費者の契約ガイドラインの開発を提案している。

Bangma ら¹³⁾は、神経変性疾患（NDD）がある人の財産管理能力をパフォーマンス・ベースで評価し、健常者と比較した研究のメタアナリシスを行っている。それによれば、採用された47件のすべての論文で、健常者に比してNDD者（アルツハイマー病、軽度認知障害、前頭側頭葉変性症、パーキンソン病、多発性硬化症、ハンチントン病を含む）の財産管理能力テストの成績は低下しており、認知機能との関連では、全般的認知機能とともに、特にワーキングメモリ、情報処理速度、計算能力の低下が関連すると報告している。

5. 金融ジェロントロジーの役割と社会実装に向けた取り組み

わが国における金融ジェロントロジーの歴史はまだ浅い。駒村¹⁾は、図1のように「認知機能の程度」／「資産管理の複雑性」の組み合わせによる4領域を設定して、領域1及び領域2における金融ジェロントローの役割について以下のように解説している。すなわち、領域1は、「認知機能が低い人」が「比較的易しい金融資産管理」（たとえばATMの利用などの日々の取引、口座管理）を行う場合であり、ここでは、1) 高齢者自身が認知機能が低下する前段階から、多数ある口座や金融資産の記録を1箇所にまとめて「見える化」し、信頼できる家族などが資産の状況を簡単に理解しやすいようにしておくこと、2) 金融機関は、個人の記憶に頼ったセキュリティでは不十分であることを理解し、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、具体的には、①認知機能低下のある顧客への対応責任者や部署の明確化といった組織面の対応、②スタッフの教育・研修、確保、③対応、情報管理などに関する共通ガイドラインの開発、④IoTやフィンテックといった先端技術を活用したサービスの開発、⑤介護・医療、公的機関、非金融サービス事業者などの地域の外部機関との連携が求められる。領域2は、「認知機能が低い人」が「複雑な資産管理」を行う場合であり、ここでは、最終的には信託や成年後見制度を利用する必要が出てくるが、1) 高齢者自身が、認知機能が低下する以前から、自分の意思決定を支援できる人や信用できる金融機関、アドバイザーを選んで、自分の意思を伝えておくこと、2) 成年後見制度を利用する場合には、基本的には金融資産は現金・預貯金という元本保証の金融資産で保持され、積極的資産運用は難しくなること、と指摘している。このような提案とともに、金融ジェロントロジーの知見を社会に実装するための取り組みも徐々に始められつつある¹⁴⁾。



駒村(2019)の図を引用(一部改変して簡略化した)

図1. 金融ジェロントロジー

文献

- 1) 駒村康平. 認知機能の低下が経済活動に与える影響. Cognitive Agingの時代と金融ジェロントロジーの可能性. 日社精医誌. 2019;28(3):257-264.
- 2) 野村亜紀子. 認知機能低下と金融資産管理の課題. 月刊地域医学. 2020;34(7):537-541.
- 3) 江口洋子. 認知機能低下者の経済活動における意思決定の評価と支援. 日社精医誌. 2019;28(3):271-275.
- 4) Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, McInturff B, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. Arch Neurol. 2000 Jun;57(6):877-84. doi: 10.1001/archneur.57.6.877. PMID: 10867786.
- 5) Bassett SS: Attention: Neuropsychological predictor of competency in Alzheimer's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 1999;12(4):200-205.
- 6) Wadley VG, Harrell LE, Marson DC. Self- and informant report of financial abilities on patients with Alzheimer's disease: reliable and valid? J Am Geriatr Soc 2003;51(11):1621-1626.
- 7) Marson DC, Martin RC, Wadley V, Griffith HR, et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):806-14. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02202.x. Epub 2009 Apr 21. PMID: 19453308; PMCID: PMC2714907.
- 8) Pachana NA, Byrne GJ, Wilson J, Tilse C, et al. Predictors of financial capacity performance in older adults using the Financial Competence Assessment Inventory. Int Psychogeriatr. 2014 Jun;26(6):921-7. doi: 10.1017/S1041610214000209. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24571738.
- 9) 櫻庭幸恵, 熊沢佳子, 松田修. Financial Competency Assessment Tool (FCAT) の作成と検討: 信頼性と妥当性の検討. 東京学芸大学紀要, 第1部門, 教育科学. 2004;55:131-139.
- 10) Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. Law Hum Behav 1995;19(2):105-126.
- 11) Lichtenberg PA, O'cepek-Welkinson K, Ficker LJ, et al. Conceptual and empirical approaches to financial decision-making rating scale. Clin Gerontol 2018;41(1):42-65.

- 12) Oba H, Kadoya Y, Okamoto H, Matsuoka T, et al. The Economic Burden of Dementia: Evidence from a Survey of Households of People with Dementia and Their Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 8;18(5):2717. doi: 10.3390/ijerph18052717. PMID: 33800246; PMCID: PMC7967439.
- 13) Bangma DF, Tucha O, Tucha L, De Deyn PP, et al. How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Aug;127:709-739. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.05.021. Epub 2021 May 28. PMID: 34058557.
- 14) 樋山雅美, 大庭輝, 成木迅. 高齢者の生活に役立つイノベーションを創出するための産業界との連携について. *高齢者のケアの行動科学*. 2020;25:25-34.

どのようなデジタル・テクノロジーが 独居認知症高齢者の自立生活の促進に寄与するか

回答文

独居認知症高齢者が安心した自立生活を送るためのテクノロジーとして、日常生活のモニタリングを可能とする見守りシステムが挙げられる。数少ない研究から、独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件として、①IADLや既往歴に応じて、能動の見守り（自身で緊急通報を行うシステム）と受動の見守り（非接触型の見守りによって自動的に緊急通報を行うシステム）を使い分ける、②状況に応じて、電気、ガス、水回りの使用をサポートするような環境センサ型見守りシステムの導入を考慮する、③早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守りシステムの開発の必要性の3点が抽出された。以上を踏まえて、独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守りシステムを運用する必要があると推察される。

解説・エビデンス

本レビューでは9件の論文を採用した。このうち、1つの研究¹⁾は能動の見守りシステムを、5つの研究²⁾⁻⁶⁾は受動の見守りシステムを、3つの研究⁷⁾⁻⁹⁾は両システムを組み合わせたハイブリッド型見守りシステムを使用していた。

能動の見守りシステムを用いた研究では、警報装置が内蔵されたペンダントやリストバンドの形をした通報ボタン¹⁾を用いている。通報ボタンは緊急事態発生時に利用者がボタンを作動させ、家族や医療機関への連絡が可能なオペレーターに自ら信号を送ることができる。

受動の見守りシステムを用いた5件の研究のうち2件は、徘徊行動が緊急通報のトリガーとなっている。位置情報を利用したiCarusシステム²⁾では、徘徊が検出されると被介護者と介護者の両者に警告通知が送られ、両者が連絡を取り合うように促される。もし被介護者が介護者と連絡がとれない場合、被介護者から自動的に緊急対応サービスにメッセージを送る仕様となっている。最大7カ所に設置した赤外線センサを用いた研究では、被介護者の動きが長時間ないことを異常と見なし、発報するシステムを利用している³⁾。屋内センサ型の見守りシステムを用いた研究では⁴⁾、機械学習を用いて徘徊イベントの予測・検知を行い、その状態を即時に介護者に通知する。力覚センサを埋め込んだスマートカーペットを用いた研究⁵⁾では、被介護者が転倒することによりアラームシステムが作動し、介護者に通知が送られる。統合型健康管理システムを用いた予備的研究では、複数の環境センサ（加速度や力覚センサ）が日常の異常な活動パターンを検出した場合、介護者に加え、情報を管理している医療従事者に即時に通知が送られ、必要に応じて医療的な対応を行う⁶⁾。

ハイブリッド型見守りシステムを対象とした3つの研究のうち、2つは日常活動パターンの変化の検知を対象としている。環境センサを用いた研究⁷⁾では、設定された平時の行動パターンからの逸脱がトリガーとなり介護者に緊急通報が発報される。同時に、被介護者が装着しているリストバンドが本人の状態を監視するとともに、緊急時の際は介護

者との連絡を可能とする。他の研究⁸⁾では、6種類のセンサ（流体検知センサ、温湿度センサ、光センサ、ガスセンサ、力覚センサ、加速度センサ）のデータを分析するアルゴリズムを用いて、リアルタイムの異常な活動パターンの検出を試みている。遠隔支援サービス付き在宅⁹⁾を対象としたハイブリッド警報システムでは、転倒発生が監視センターへの発報のトリガーとなり、監視センターが被介護者に電話連絡を行う仕組みとなっている。

期待されるデジタル・テクノロジー

今回は、独居認知症高齢者が安心した自立生活を送るためのテクノロジーとして、見守り機器に焦点を当て、システムティックレビューを行った。検証がされている見守り機器は極めて少ないものの、各研究の結果から、独居認知症高齢者の自立生活を支援する見守り機器を開発・導入する際に考えるべき要件として、以下の3点が明らかとなった。

①IADLや既往歴に応じた見守り方法

IADLが十分に保たれている独居認知症高齢者では、外出が多く、過度な見守りを避ける者も多い。そのため、問題が生じた際に自身で緊急通報を行うことができる能動的な見守り方法であるスマートフォンや腕時計式の緊急通報システムが好まれる¹⁾。他方で、認知症症状が進行し、IADLが低下してきた者では自宅中心の生活となり、ADLが低下してくると自身での緊急通報が難しくなる。このような者では、受動的な見守りである非接触型のセンサシステムによる見守りが必要となる。また、病状が急変しやすい既往歴を有する独居認知症高齢者においても受動的な見守りが推奨される。

②異変を検出するセンサと緊急通報の種類

多くのセンサは移動や空間的位置に起因する問題（例えば、徘徊や転倒）を検出するものであり、認知症高齢者が直面する生活上の問題点を検出するセンサはほとんど見当たらない。安心した自立生活の延長を考えると、電気、ガス、水回りの使用をサポートし、問題発生時の早期検出、早期通報を可能にするようなシステム（例えば家電センサが連動したスマートホーム）の使用が望まれる^{7), 8), 9)}。

また、欧米で用いられている緊急通報サービスでは、介護者のみならず、医療機関への受診窓口となるオペレーターへの通報も設定されており、対象者の傷害・発作等のリスクに応じて緊急通報先を設定する必要がある^{2), 6), 9)}。

③健康状態のモニタリング

負担の少ない受動的な見守り方法によって、見守り対象者の健康状態を管理する方法が現在までに確立されていない。しかしながら機械学習による生活パターンの変化の早期検出などの試みは進んでいる^{6), 8)}。今後、健康情報を含めた解析から、早期に健康状態の変調を読み取る受動的な見守り方法の開発が期待される。

文献

- 1) Puaschitz NGS, Jacobsen FF, Berge LI, Husebo BS. Access to, Use of, and Experiences with Social Alarms in Home-Living People with Dementia: Results from the Live@Home.Path Trial. *Frontiers in aging neuroscience* (2023) 15:1167616. Epub 2023/06/07. doi: 10.3389/fnagi.2023.1167616.

- 2) Yilmaz Ö. An Ambient Assisted Living System for Dementia Patients. *TURKISH JOURNAL OF ELECTRICAL ENGINEERING & COMPUTER SCIENCES*. 2019;27:2361-78. doi: 10.3906/elk-1806-124.3.
- 3) 亀井智子, 藤原佳典, 細井孝之, 深谷太郎ほか. 独居認知症高齢者へのSmart Home利用の包括的アセスメント・評価枠組みの開発 ―文献レビューと介入研究事例の統合から― 聖路加看護大学紀要. 2013;39:10-19.
- 4) Oliveira R, Feres R, Barreto F, Abreu R. Cnn for Elderly Wandering Prediction in Indoor Scenarios. *SN computer science*. 2022;3(3):230. Epub 2022/04/26. doi: 10.1007/s42979-022-01091-3.
- 5) Muheidat F, Tawalbeh L. In-Home Floor Based Sensor System-Smart Carpet- to Facilitate Healthy Aging in Place (Aip). *IEEE Access* 2020;8:178627-38. doi: 10.1109/ACCESS.2020.3027535.
- 6) Enshaeifar S, Zoha A, Markides A, Skillman S, et al. Health Management and Pattern Analysis of Daily Living Activities of People with Dementia Using in-Home Sensors and Machine Learning Techniques. *PloS one* 2018;13(5):e0195605. Epub 2018/05/04. doi: 10.1371/journal.pone.0195605.
- 7) Sokullu R, Akkaş MA, Demir E. Iot Supported Smart Home for the Elderly. *Internet of Things* 2020;11:100239. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iot.2020.100239>
- 8) Mitchell LL, Peterson CM, Rud SR, Jutkowitz E, et al. "It's Like a Cyber-Security Blanket" : The Utility of Remote Activity Monitoring in Family Dementia Care. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*. 2020;39(1):86-98. Epub 2018/03/06. doi: 10.1177/0733464818760238.
- 9) Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, et al. Preventing and Managing Indoor Falls with Home-Based Technologies in Mild and Moderate Alzheimer's Disease Patients: Pilot Study in a Community Dwelling. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2013;36(3-4):251-61. Epub 2013/08/21. doi: 10.1159/000351863.

執筆者一覧

(五十音順・敬称略)

栗田 主一	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・センター長
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科・教授
井藤 佳恵	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
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・専門副部長
大口 達也	埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校 社会福祉士養成科・専任講師
大塚 理加	国立研究開発法人防災科学技術研究所 社会防災研究領域災害過程研究部門・研究員
大森 千尋	筑波大学人間総合科学学術院 博士課程
岡村 毅	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
川越 雅弘	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・特別研究員
菊地 和則	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
黒澤 史津乃	株式会社OAGウェルビーR 代表取締役・行政書士
齊藤 葉子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター・主任研修主幹
桜井 良太	東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員
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・副所長
津田修治	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
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
水島 俊彦	一般社団法人日本意思決定支援ネットワーク 副代表・弁護士
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
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

令和4年度～令和6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の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究」
エビデンスブック 2024

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
認知症未来社会創造センター
センター長 栗田 主一

令和7年3月

無断転載，改訂を禁じます

