

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

独居認知症高齢者の権利利益の保護と訪問看護師および在宅医療の役割に関する研究

研究分担者	津田 修治	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
研究協力者	中島 朋子	全国訪問看護事業協会	常務理事
研究協力者	金田 絵美	セコム深川訪問看護ステーション	副所長
研究協力者	中島民恵子	日本福祉大学	教授
研究協力者	久保田真美	神戸在宅医療・介護推進財団	看護師
研究協力者	永野 叙子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
研究協力者	山内由紀子	東京都健康長寿医療センター研究所	看護師

研究要旨

認知症高齢者の在宅ケアでは、健康と安全を確保すると同時に自由と尊厳を尊重する意思決定支援が求められる。しかし、認知機能低下により本人がリスクを認識できない場合や支援を拒否する場合は、意思決定支援が困難となり、「本人同意のない対応」が生じうる。本人の同意なく薬や財布を管理する、家を施錠するなどの対応は、在宅認知症高齢者の約4割に起きていると報告される。本研究は、認知症高齢者の在宅ケアにおける本人同意のない対応の実態を明らかにし、同居者の有無による違いを検討した。

2025年11月から2026年2月にかけて、訪問看護ステーション12事業所で在宅認知症高齢者のケース調査を実施した。研究の実施にあたって東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（R25-067）。

対象となった在宅認知症高齢者198名のうち35.9%が独居だった。同居群との比較で、独居群は経済的困窮者が多く、認知症は軽度であった。また、独居群では訪問介護サービスの利用頻度が高く、日常生活支援ニーズが高いことが示唆された。本人同意のない対応は、身体拘束5.6%、非同意のケア34.8%だった。身体拘束の約半数は職場内で対策や地域包括支援センターへの報告がされていた。独居群では、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する非同意のケアが多くみられた。一方、同居群では、入浴や清拭、与薬、食事や水分摂取など、直接的なケア場面における非同意のケアが多い傾向が認められた。

認知症高齢者の日常生活において行動制限を含む対応は健康・安全の確保のために必要な場合もあるが、同意がないまま、または拒否にも関わらず行われることは、本人の尊厳や権利の侵害につながりうる。独居認知症高齢者に対して、生活支援を充実してい

くとともに、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動について本人の意思を尊重した意思決定支援を丁寧に行うことが重要である。

A. 研究目的

認知症基本法のもと、認知症の在宅ケアでは、健康と安全を確保すると同時に、自由と尊厳を尊重する意思決定支援が求められる。しかし、認知機能の低下により本人がリスクを認識できない場合や、支援を拒否する場合は、意思決定支援が困難となり、「本人同意のない対応」が生じうる¹⁾。「本人同意のない対応」とは、本人が同意しない、または拒否するが、健康や安全のために医療・介護者や家族によって提供される治療・処置・ケアなどの対応を指す。本人同意のない対応の中には、身体拘束や非同意のケアが含まれる。後者は、本人の同意なく薬や財布を管理する、家に鍵をかけて外出を制限するなどの対応を含み、在宅認知症高齢者の約4割に起きていとされる²⁾。

独居認知症高齢者では、同居者がいる場合に比べて本人同意のない対応を受けやすいことが報告されている²⁾。これは、日常生活を共にして支える家族等の支援者が不在の中で、健康や安全を維持することの困難を反映するとともに、自律的な生活が干渉されやすいことを示唆している³⁾。独居認知症高齢者の権利利益を保護しながら在宅生活を支えるためには、訪問看護師をはじめとする医療・介護者が、本人の意思を尊重しつつ、どのように健康・安全の確保と自律性の両立を図るかが重要な課題である。

本研究は、認知症高齢者の在宅ケアにおける本人同意のない対応の実態を明らかにし、同居者の有無による違いを検討した。

B. 研究方法

本研究は訪問看護ステーション12事業所の協力を得て、訪問看護師49名が担当する在宅認知症高齢者198名のケース調査を実施した。調査は2025年11月～2026年2月にかけて実施した。

まず、各訪問看護ステーションにおいて協力訪問看護師に約1時間の説明会を実施し、研究の目的や方法、倫理的配慮、個人情報保護等について説明した。その後、1か月間の調査期間を設け、各訪問看護師が担当する認知症高齢者について、日常の訪問看護業務の中で作成された既存の看護記録をもとに、研究用の調査票へ必要な情報を転記する形でデータを収集した。

調査項目は、対象者の属性（年齢、性別、世帯形態）、家族や友人知人による支援、要介護度、介護保険サービス、認知症の重症度（FAST）、本人同意のない対応、とした。なお、本人同意のない対応は家族によって行われる場合と、医療・介護者によって行われる場合があるが、本研究では実施主体による区別はしていない。

（倫理面への配慮）

調査では、新たな介入や追加的な負担を対象者に求めることはなく、収集する情報は個人が特定されないように匿名化した上で取り扱った。また、認知症高齢者およびその家族に対しては、研究の趣旨や調査内容、個人情報の保護、研究参加を拒否しても不利益を生じないことについて、ホームページまたは書面で周知し、オプトアウト

方式により同意を得た。研究の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（R25-067）。

C. 研究結果

訪問看護ステーション 12 事業所に所属する訪問看護師 49 名が担当する全利用者は 628 名で、認知症ありの利用者（認知症の診断あり、または、認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上に該当）は 225 名だった。そのうち、施設入所 4 名、現在入院中 13 名、終末期 7 名、その他の除外理由 3 名を除いた 198 名を研究対象とした。

対象者は、平均年齢 87.3 歳、女性 69.7%、独居者 35.9%だった。支援状況については、日常的な支援をする家族あり 87.4%、日常的な支援をする友人知人あり 23.2%だった。対象者の要介護度は、要介護 1（23.2%）、要介護 2（22.2%）、要介護 3（20.7%）が多く占めた。認知症重症度（FAST）では、軽度（32.3%）が最多で、次いで中等度（21.7%）、やや高度（20.2%）が続いた（表 1）。

独居群と同居群を比較すると、平均年齢は独居群 86.4 歳、同居群 87.8 歳で大きな差はみられず、女性の割合もそれぞれ 70.4%、69.0%とほぼ同程度だった（表 2）。一方、介護保険利用負担割合の比較では、独居群では生活保護受給者が 18.8%で、同居群の 2.4%を大きく上回っており、全体として独居群の方が負担割合は低かった。また、要介護度と認知症重症度（FAST）には違いがみられた（表 2）。独居群では、要介護 1（32.4%）、要介護 2（32.4%）の割合が高く、FAST でも軽度（45.1%）が多く占めていた。これに対し、同居群では、要介護 1（18.3%）、要介護 2（16.7%）、要介護 3（22.2%）、要

介護 4（18.3%）、要介護 5（19.8%）で比較的均等に分布していた。また、FAST でも軽度（24.6%）、中等度（26.2%）、やや高度（26.2%）が多かった。

次に、独居群と同居群の支援状況・介護サービス利用状況を比較した（表 3）。日常的な支援をする家族ありの割合は独居群 70.4%、同居群 97.6%で有意差を認めた。日常的な支援をする友人知人ありの割合は、独居群の方が有意に高かった（38.0% vs 14.5%）。訪問介護の利用頻度は独居群で有意に高かったが、通所介護・リハや訪問看護の利用頻度には有意な差を認めなかった。

本人同意のない対応を分類すると、身体拘束 11 例（5.6%）、非同意のケア 69 例（34.8%）だった。身体拘束の内訳は、ベッドの四点柵（6 例）、つなぎ型の介護衣（3 例）、ミトン型手袋（2 例）などだった。報告された身体拘束 11 例中 6 例では、職場内で対応が検討され、地域包括支援センターへの報告・相談が行われていた。

非同意のケアの内容について独居群と同居群を比較した（表 4）。本人の同意が得られないまま、または拒否にも関わらずケアが提供される対応は、入浴・清拭、服薬、食事・水分摂取などの場面において、同居群で多い傾向がみられた。一方、キーボックスの設置、家屋の施錠、冷暖房操作の制限、保険証やマイナンバーカードの管理、財布や通帳の管理など、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する本人同意のない対応は、独居群で有意に多かった。

D. 考察

訪問看護ステーション 12 事業所から訪

問看護サービス提供を受ける 198 名の認知症高齢者のケース調査を行った。対象には独居者が 35.9%含まれており、独居者の特徴として、経済的困窮者が多いことや認知症は軽度であることが示された。また、独居群では認知症が軽度にも関わらず、訪問介護サービスの利用頻度が高く、日常生活を支えるための支援ニーズが大きいことが示唆された。このように、独居認知症高齢者は、支援ニーズが高い一方で、それが十分に満たされにくく、より多くの医療・介護資源を必要とすることは、これまでの研究でも指摘されている^{4,5)}。

本人同意のない対応については、認知症の在宅ケアでは非同意のケアが最も多かった。独居の場合には本人同意のない対応が行われやすいことはこれまでも指摘されているが²⁾、本研究で明らかになったのは、その内容の違いである。独居群では、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響することについて、本人同意のない対応がより多く行われていた。認知症高齢者が健康・安全にひとり暮らしをする上では、キーボックスの設置、施錠、冷暖房操作の制限、保険証や通帳の管理などが必要なこともある。しかし問題の本質は、それらが本人の同意が得られないまま、あるいは拒否にも関わらず行われることがある点である。

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」は、本人の尊厳と権利を守るため、認知機能の低下があっても本人の意思を尊重し、意思形成・意思表示・意思実現のプロセスを支援することを強調している⁶⁾。これは、本人が望むことを支援することだけでなく、本人が望ま

ないことを安易に強制しないことも含意している。もっとも、行動・心理症状が顕著でコミュニケーションが困難な場合には、本人の健康・安全を確保するための意思決定支援が困難な場合もある。そのような場合、本人と家族、医療・介護者との関係性の中で、多職種で一定の合意のもと、慎重な対応がとられていることも多いと考えられる。しかし、多忙や負担感、スキル不足、あるいは本人軽視といった要因により、意思決定支援のためのコミュニケーションが十分になされないまま、本人同意のない対応が選択される可能性もある⁷⁾。本研究の結果は、とりわけ独居認知症高齢者において、日常生活の中で本人が一人で過ごす時間や行動について本人の意思を尊重した意思決定支援を丁寧に行う必要性を示唆している。

E. 結論

訪問看護を利用する認知症高齢者において、本人同意のない対応は、身体拘束 5.6%、非同意のケア 34.8%だった。独居認知症高齢者では、施錠やキーボックスの設置、金銭や重要書類の管理など、本人が一人で過ごす時間や行動の自由に影響する本人同意のない対応が多くみられた。これらは健康・安全の確保のために必要な場合もあるが、本人の同意が得られないまま行われることは本人の尊厳や権利の侵害につながりうる。独居認知症高齢者に対して、生活支援を充実させるとともに、本人の意思を尊重した意思決定支援を通じて、本人同意のない対応を最小化することが大切である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Tsuda S, Ono M, Nakajima T, Ito K. Supporting independent living among individuals with dementia who live alone: a qualitative study with home-visit nurses. *J Adv Nurs*. 2026;82(3):2357-2366.

2. 学会発表

Tsuda S, Nakajima T, Ito K, Nakashima T, Nakamura Y, Awata S. Consensus-based practical guide for home-visit nurses to support the independence of people with dementia living alone: a Delphi study. IPA Congress 2025. Kanazawa, Japan. Sep 25-27, 2025.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Reference

1) Hamers JPH, Bleijlevens MHC, Gulpers MJM, Verbeek H. Behind closed doors: involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(2):354-358.

2) Liu M, Wang Y, Zeng Q, Li J, Yang L, Zeng Y. Prevalence of involuntary treatment among community-living older persons with dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*.

2024;127:105574.

3) Portacolone E, Nguyen TT, Bowers BJ, et al. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2329913.

4) Clare L, Martyr A, Caulfield M, et al. Living alone with dementia is a neglected source of inequality: findings from a scoping review of research evidence. *Syst Rev*. 2025;15(1):16.

5) 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.

6) 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (第2版), 2025年.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf>

7) Moermans VRA, Hamers JPH, Verbeek H, et al. District nurses' experiences with involuntary treatment in dementia care at home: a qualitative descriptive study. *BMC Nurs*. 2023;22:394.

表 1. 対象者 198 名の属性

	n	%
年齢 (mean, SD)	87.3	7.1
性別：女性	138	69.7%
世帯形態：独居	71	35.9%
日常的な支援をする家族あり	173	87.4%
日常的な支援をする友人知人あり	46	23.2%
介護保険利用負担割合		
生活保護	16	8.1%
1 割負担	141	71.2%
2 割負担	8	4.0%
3 割負担	29	14.6%
要介護度		
未認定	2	1.0%
要支援 1	3	1.5%
要支援 2	6	3.0%
要介護 1	46	23.2%
要介護 2	44	22.2%
要介護 3	41	20.7%
要介護 4	27	13.6%
要介護 5	29	14.6%
認知症重症度 (FAST)		
1 正常	0	0.0%
2 年相応	14	7.1%
3 境界状態	27	13.6%
4 軽度	64	32.3%
5 中等度	43	21.7%
6 やや高度	40	20.2%
7 高度	10	5.1%

表 2. 独居群と同居群の属性の比較

		独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
		n	%	n	%	
年齢	mean (SD)	86.4	7.0	87.8	7.1	0.18
性別	男性	21	29.6%	39	31.0%	0.84
	女性	50	70.4%	87	69.0%	
介護保険利用負担割合	生活保護	13	18.8%	3	2.4%	<0.001
	1割負担	46	66.7%	95	76.0%	
	2割負担	4	5.8%	4	3.2%	
	3割負担	6	8.7%	23	18.4%	
要介護度	未認定	2	2.8%	0	0.0%	<0.001
	要支援 1	0	0.0%	3	2.4%	
	要支援 2	3	4.2%	3	2.4%	
	要介護 1	23	32.4%	23	18.3%	
	要介護 2	23	32.4%	21	16.7%	
	要介護 3	12	16.9%	28	22.2%	
	要介護 4	4	5.6%	23	18.3%	
	要介護 5	4	5.6%	25	19.8%	
認知症重症度 (FAST)	年相応	5	7.0%	9	7.1%	<0.001
	境界状態	15	21.1%	12	9.5%	
	軽度	32	45.1%	31	24.6%	
	中等度	10	14.1%	33	26.2%	
	やや高度	7	9.9%	33	26.2%	
	高度	2	2.8%	8	6.3%	

*単変量の分析：連続変数はt検定、カテゴリー変数はカイ2乗検定

表 3. 独居群と同居群の支援状況と介護サービスの比較

		独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
		n	%	n	%	
日常的な家族介護者	いる	50	70.4%	122	97.6%	<0.001
	いない	21	29.6%	3	2.4%	
日常的な支援をする友人知人	いる	27	38.0%	18	14.5%	<0.001
	いない	44	62.0%	106	85.5%	
訪問介護	週5回以上	11	20.8%	16	15.0%	0.013
	週2~4回	19	35.8%	21	19.6%	
	週1回	8	15.1%	11	10.2%	
	利用なし	14	26.4%	59	55.1%	
訪問看護	週2回以上	35	52.2%	48	40.7%	0.13
	週1回	32	47.8%	70	59.3%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用あり	9	15.8%	9	9.2%	0.22
	利用なし	48	84.2%	89	90.8%	
通所介護・リハ	週2回以上	19	32.2%	38	34.2%	0.46
	週1回	11	18.6%	16	14.4%	
	利用なし	29	49.2%	57	51.4%	
ショートステイ	利用あり	6	10.9%	26	26.8%	0.021
	利用なし	49	89.1%	71	73.2%	

*単変量の分析：連続変数はt検定、カテゴリー変数はカイ2乗検定

表 4. 独居群と同居群における非同意のケアの比較

本人の同意がない、または、拒否にもかかわらず…	独居 (n=71)		同居 (n=126)		p*
	n	%	n	%	
入浴や清拭をする	7	9.9%	19	15.1%	0.38
キーボックスを設置する	13	18.3%	6	4.8%	0.002
薬効を隠して与薬する	6	8.5%	13	10.3%	0.80
薬を管理する	10	14.1%	8	6.3%	0.078
食事や水分摂取を促す	4	5.6%	10	7.9%	0.77
家を施錠する	7	9.9%	4	3.2%	0.059
冷暖房操作を制限する（リモコンを管理する）	7	9.9%	2	1.6%	0.012
保険証やマイナンバーカードを管理する	8	11.3%	1	0.8%	0.001
財布や通帳を管理する	5	7.0%	1	0.8%	0.024
電子的に監視する	3	4.2%	3	2.4%	0.67
コミュニケーションを制限する（電話や来客など）	2	2.8%	2	1.6%	0.62
ガスや電気を止める	1	1.4%	1	0.8%	1.00
移動手段を制限する（車や自転車など）	1	1.4%	1	0.8%	1.00
洋服などに行方不明予防のタグやコードをつける	0	0%	1	0.8%	1.00
歩行補助具を片付ける	0	0%	0	0%	
インターネットアクセスを制限する	0	0%	0	0%	
オンラインサービスの利用を制限する	0	0%	0	0%	
スマートフォン決済の利用を制限する	0	0%	0	0%	

*単変量の分析：Fisher の正確確率検定