

目次

はじめに

第1章 認知症基礎知識	04
1) 加齢によるもの忘れと認知症のもの忘れ	04
2) 認知症の原因	06
3) 認知症の有病率	08
4) 認知症の初期症状	09
5) 認知症の症状—中核症状と周辺症状(BPSD)—	10
第2章 認知症高齢者の徘徊の実態	11
1) 行方不明高齢者の性別と年齢	13
2) 世帯構成別	14
3) 主な介護者とその年齢	15
4) 認知症との関連について	16
5) 行方不明になった時にいた場所と気付いた人	17
6) 行方不明時の移動手段	18
7) 行方不明に気付いてからの対応	19
8) 行方不明高齢者の発見者と発見場所	20
9) 行方不明高齢者の発見までにかかった時間	21
10) 愛知県警察のデータから見た行方不明者の発見状況	23
11) 愛知県警察データによる死亡発見例の特徴	24
12) 見守りネットワークの利用と発見時間	25
13) 自治体での対応状況	26
第3章 認知症高齢者の徘徊・行方不明の予防対策(提言)	30
第4章 一般市民の方からの問い合わせに対するQ&A	33
資料	
1.豊川市高齢者地域見守りネットワークについて	41
2.小牧市認知症見守りネットワークについて	49
3.愛知県認知症高齢者徘徊SOS広域ネットワーク運営要領	53

はじめに

世界で一番の長寿国の日本。多くの人々が健康長寿を楽しむ一方で、加齢に伴うさまざまな社会問題も明らかになってきました。

そのひとつとして、認知症高齢者の増加とそれに伴う、「外出したまま帰れなくなる帰宅困難（徘徊）」やその結果としての「行方不明」の問題があります。

警視庁によりますと、平成25年度では日本全体で約1万人の認知症高齢者が行方不明となっており、そのなかで約360名の方が亡くなっているということが報告されています。

また愛知県内においても平成26年度一年間で自治体が把握している、認知症によって行方不明になった高齢者は約300名でした。そのうち不幸にして死亡された方は16名であったことが報告されています。

この小冊子では、愛知県の市町村及び愛知県警察のご協力により、県内において認知症高齢者が外出したまま帰宅困難になったり、あるいは行方不明になったりした方々のいわゆる「徘徊」の調査結果を中心に実態を紹介し、今後一人でも行方不明を予防し、安心して暮らせる地域づくりや街づくりを目的としたお役立ち情報をお届けするために作成されました。

第1章

認知症基礎知識

① 加齢によるもの忘れと認知症のもの忘れ

年をとれば誰でももの忘れが多くなります。このような加齢によるもの忘れは、自分でも忘れた事実を理解し、時に後で思い出すこともあります。一方、認知症という大脳に異常(病変)が発生する病気の場合には、記憶障害が明らかとなり、忘れたことを自覚しないことが特徴となります。例えば正常なもの忘れでは昨日の夕食のおかずを忘れることがあっても、夕食を食べたことは覚えています。しかし認知症では食べたこと自体を忘れてしまう。すなわち、一連の行動の記憶がまるごと抜け落ちるのが、特徴です。

認知症によるもの忘れでは、このように一連の記憶されるべき事柄がまるごと抜け落ちてしまうために、日常生活に支障がおきたり、周囲の人たちとのトラブルが起きやすくなるのです。

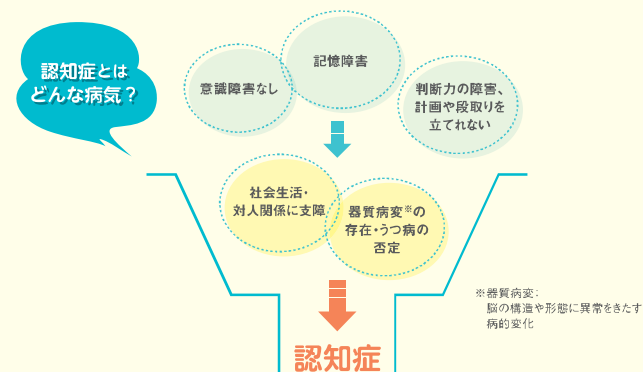


図-1 「認知症」とはどんな病気?

(国立長寿医療研究センター編「認知症サポーター養成研修テキスト」第4版、P.26,2010年改定)

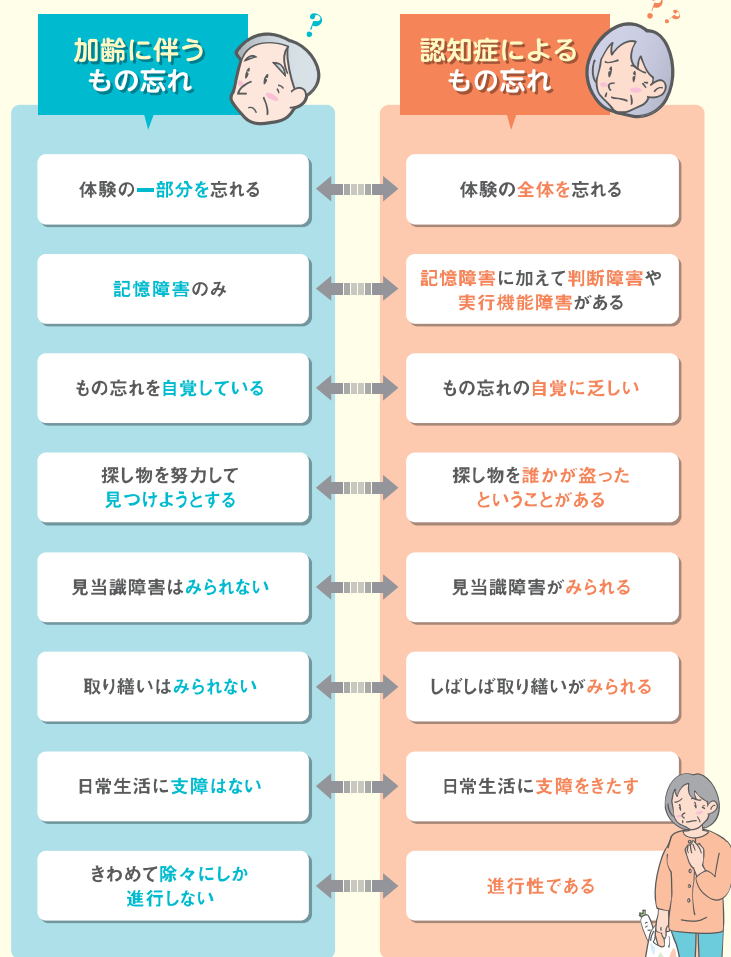


図-2 加齢に伴うもの忘れと認知症によるもの忘れ
(国立長寿医療研究センター編「認知症リポート 区画成研修テキスト第4版、P.36-37,2010,より引用)

2 認知症の原因

認知症の原因となる病気は数多くあり、およそ80種類病気が知られています。なかでも最も多いのがアルツハイマー型認知症でおよそ60～70%を占めています。また脳血管に障害を生じた場合も認知症の症状が出現しますが、このような脳血管性認知症はおよそ20%を占めています。80歳あるいは90歳という高齢での認知症ではアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症が混在することは珍しくありません。また割合は少ないのですが、脳内に特殊なレビー小体という異常物質が出現するレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症(ピック病とも言われます)等が知られています。

認知症の原因

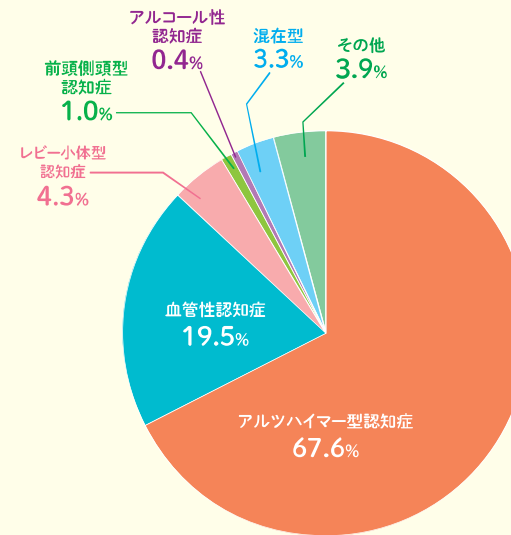


図-3 認知症の原因はいろいろ
(出典：厚生労働省研究「脳市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」)

主な認知症の特徴



アルツハイマー型認知症

- 最も多い認知症でゆっくり進行します。
- もの忘れが初期からあり、主症状です。
- 本人は楽観的で、病気という意識が薄い状態です。
- 臭覚が衰えやすく、腐ったものに気づかないことがあります。
- 事実と異なることを話すことがあります(作り話)。



血管性認知症

- 脳梗塞など、脳の血管の異常で起きます。
- 高血圧など動脈硬化の危険因子を持つ男性がなりやすい。
- 手足のマヒなどの運動障害が起きることがあります。
- 気分落ち込みや意欲の低下が見られやすい。
- 泣きやすくなるなど、感情の抑制がしにくい。
- 初期にはもの忘れの自覚があります。



レビー小体型認知症

- 子どもや動物、昆虫など、生々しい幻視が現れます。
- 睡眠中に大声を上げたり、ばたばたしたりすることがあります。
- 手足の動きがのろくなり、動きが減ります。
- 歩行が小刻みで、転びやすくなります。
- 初期にはもの忘れの自覚があります。



前頭側頭型認知症

- 理性をつかさどる前頭葉が侵されるので幼児のように行動に抑制が利かなくなる事があります。
- 万引きや交通違反など、反社会的行動を取ることがあります。
- 興味・関心がなくなると、話の途中で立ち去ることがあります。
- 同じ行為を繰り返したり、不潔をいとわなくなります。
- 50歳代くらいから発症することがあります。
- 記憶力は比較的保たれることが多いです。

図-4 主な認知症の特徴

(鈴木隆雄監修「認知症知っておきたい7つのこと」東京法経出版2016年より引用・改変)

3 認知症の有病率

いま、世界中で高齢化に伴う認知症の高齢者が増えています。日本での全国調査(厚生労働省/厚生労働科学研究, 2013)の結果では65歳以上の高齢者では15%の方が認知症と推定され、この割合を用いると、全国では462万人となります。また、有病率は加齢に伴って上昇し、90歳以上では6-7割の方が認知症と推定されています。認知症(特にアルツハイマー型認知症)には、その予備軍といわれる軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment:「MCI」)と呼ばれる段階(過程)があります。いわばMCIとは正常と認知症の間の状態で、正常の高齢者に比べて認知症に移行する割合は高く、年に1割程度、5年間で約半数が認知症に移行するとも言われています。一方、MCIから数年後に正常な状態に戻る高齢者も少なくありません。このようなMCIの持つ脳の可塑性から、この時期に運動したり、頭を使ったりというような脳細胞の活性化をもたらし、脳の神経ネットワークを改善し、認知症を遠ざける日常習慣を実践することで、認知症への移行を防ぐことが期待されています。

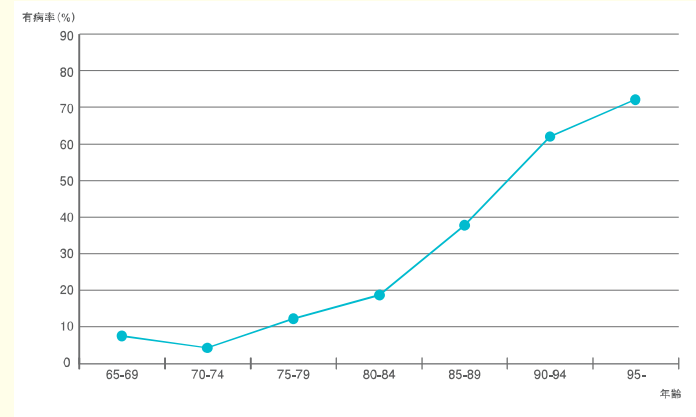


図-5 我が国の年齢階級別認知症有病率

(朝田 隆: 厚生労働科学研究費補助金 認知症総合対策事業 2013)

4 認知症の初期症状

軽度認知障害(MCI)は基本的には日常生活に支障のない状態なのですが、認知症へ移行する割合は正常よりも高く、十分な注意が必要です。また認知症の初期の症状として、記憶障害(もの忘れ)、見当識障害(日にちや場所が分からなくなる)、性格の変化(苛立ちによる疑いや怒り)、などがいくつも、そしてしばしば起きるのが徴候です。もっとも気づきやすいのが、「意欲の低下」で、長年続けていた趣味に興味がなくなり、趣味をやめてしまうなどは認知症の初期の徴候です。

初期の認知症の特徴

1 記憶障害

「隣の部屋のさがしものに行ったら、何をさがしに来たのかどうしても思い出せない」など、今、何をしようとしたのかわからなくなることです。このようなことがしばしば起こります。



2 時間の見当識障害

日付や曜日がわからなくなることです。何かのイベントを思い出そうとしたときも、どのくらい前のことなのかわからなくなるなどがしばしば起こります。



3 性格変化

疑い深くなったり、怒りっぽくなったりします。これは記憶障害などから自分に自信がなくなったり、ちゃんと対応ができない自分にいらだったり不安を感じるためと解釈されます。



4 話の理解困難

「もしこうだったらこうだけど、そうでなかったらこうだよ」といった少し複雑な話の理解が難しくなります。つじつまを合わせようとして作り話をしたり、とんちんかんな応答をすることがあります。



5 意欲の低下

長年の趣味をやめることなどです。何十年もやってきて、生きがいがだったり、友人はだしの人がやめてしまうなどは危険な徴候です。うつ病と誤診されやすいが、治療方法が異なりますので注意が必要です。



図-6 初期の認知症の特徴

(鈴木隆雄監修「認知症知っておきたい7つのこと」東京法規出版2016年より引用・改変)

5 認知症の症状—中核症状と周辺症状 (BPSD)—

認知症、特にアルツハイマー病では、「中核病状」(すなわち、認知症に共通する症状で、脳細胞の障害や死滅によって生ずる基本的症状)と、二次的な症状である「周辺症状」(=行動・心理症状:BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に分けて考えられています。周辺症状は患者によって異なり、家族や介護者などの周囲の対応や環境あるいは本人の発症前の性格など複雑な要因によって出現する二次的な症状といえます。

BPSDは本人の特性や資質を基盤として、家族や介護者の接し方やケアの仕方といった人間関係、あるいはストレスの多い環境などさまざまな原因で発生しますが、BPSDが現れると認知症の本人はもちろん、周囲の人やケアをする人にも辛い思いをすることが多くなります。特に周囲の人の心を傷つけたり、ストレスを与えてしまうことで、BPSDが悪化してしまうことが知られています。

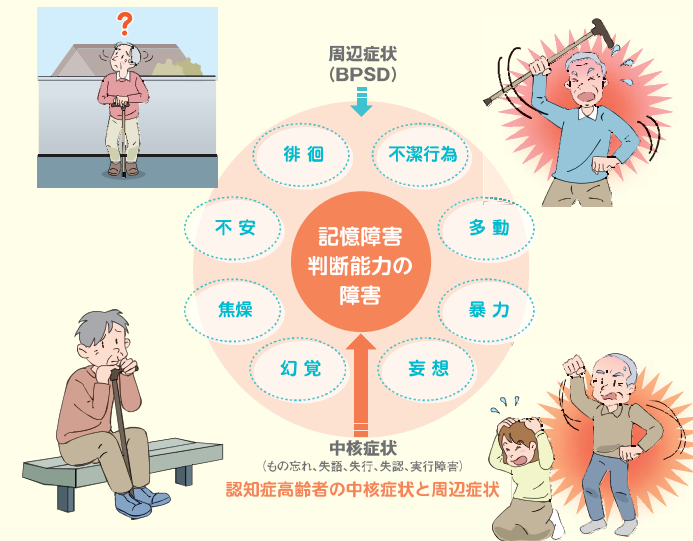


図-7 中核症状と周辺症状

第2章

認知症高齢者の 徘徊の実態

認知症高齢者の問題は、多くの人々が大変な問題だと認識はしていたのですが、実際のところこれまであまり認知症高齢者の実態や科学的な視点からの調査・分析は進んでいませんでした。

平成26年に警察庁が「行方不明者届受理時に届出人から、認知症または認知症の疑いにより行方不明になった旨の申し出があった者」の数を集計し公表しました。この集計によりますと、「平成24年(2012年)中の認知症が疑われる行方不明高齢者数は9,607名であり、そのうち死亡して発見されたものは359名」と報告されました。

このような事態を受け、平成26年4月の第186回通常国会厚生労働委員会で当時の厚生労働大臣は「実態を把握することは大切であると認識。警察及び自治体等と協力しながら、できるだけ調査を行う」と答弁しています。

愛知県におきましても、認知症高齢者の徘徊問題は早急に対応し、予防対策や早期発見対策を講ずる必要性の高いことを認識し、平成27年度の「認知症対策研究・支援事業」の中で「徘徊高齢者の効果的な捜索に関する研究等事業」を開始しました(右ページ参照)。

ここでは、

- 1) 行方不明になった高齢者の特徴(性別や年齢)
- 2) 行方不明になった方の世帯構成(高齢者のみの世帯や独居)
- 3) 行方不明になった時の状況
- 4) 行方不明になった時の連絡先
- 5) 行方不明になった時の移動手段
- 6) 発見場所
- 7) 発見までの時間
- 8) 発見時の状態
- 9) 行方不明時の連絡・協力依頼に用いたツール
- 10) 自治体側での見守り体制の状況

などについて、収集されたデータからわかりやすく紹介したいと思います。

平成27年度徘徊高齢者の効果的な捜索に関する研究等事業の概要

I 目的

認知症高齢者の徘徊による行方不明者が多く発生している状況において、徘徊者の行動分析をすることにより、市町村の捜索ネットワークの効果的な運用が図られるよう支援を行う必要がある。

このため、これまでの認知症高齢者等行方不明の事例を調査・分析し、その成果を基に市町村が実施している捜索ネットワークの効果的な運用が図られるようにマニュアルを作成し、市町村を支援する。

II 事業内容

1. 認知症高齢者等行方不明事例の調査

(1) 市町村調査

- ① 認知症高齢者の行方不明対策に関する調査
- ② 認知症高齢者等で行方不明となった事例の個別調査

(2) 愛知県警察本部調査

行方不明捜索事例の内、認知症高齢者事例について行方不明届出受理票のデータにより調査。

(3) 現地調査

(1)、(2)の認知症高齢者等行方不明事例調査の結果から、特徴的な事例を選定し、市町村及び警察署等関係職員への聞き取り調査。

2. 対応マニュアルの作成

調査分析結果をもとに、効果的な行方不明認知症高齢者の捜索対応方法をマニュアル化。

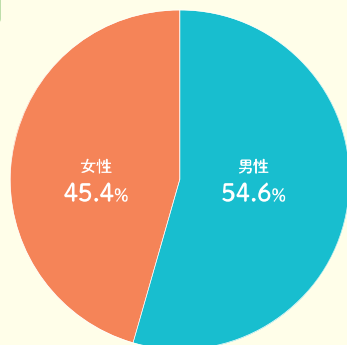


1 行方不明高齢者の性別と年齢

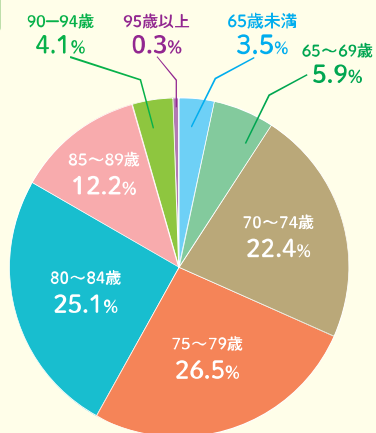
行方不明高齢者の性別ですが、やや男性に多かったようです。

また、年齢分布の図ですが、75歳以上の後期高齢者が約70%、なかでも75歳—84歳が半数以上を占めていることがわかりました。

性別



年齢

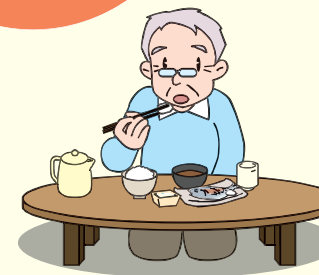
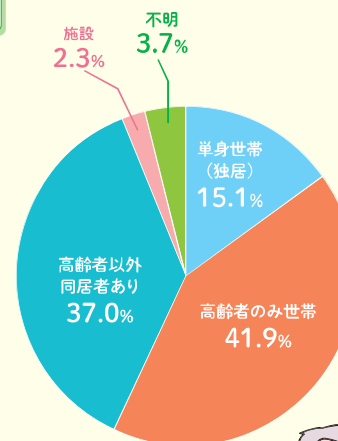


2 世帯構成別

行方不明高齢者の世帯ですが、最も多かったのは「高齢者のみの世帯」で約42%を占めていました。次いで「高齢者以外の同居者のいる世帯」が37%でした。

独居世帯も約15%ですが、(後で述べますが)徘徊の対策としては早期通報・早期捜索が重要なのですが、独居高齢者の場合はその点が困難となる可能性が大きく、今後の課題でもあります。

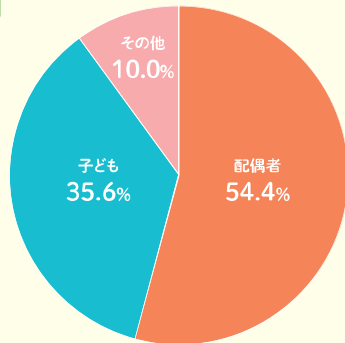
世帯構成



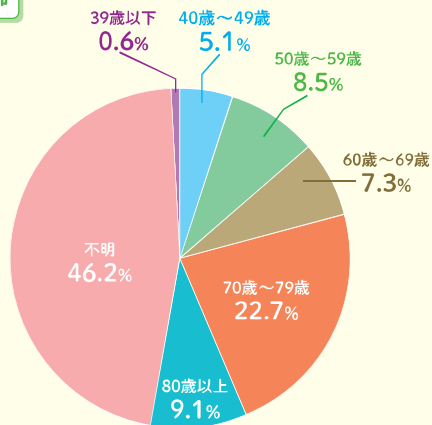
3 主な介護者とその年齢

主な介護者は半数以上が配偶者でその年齢層70歳代が中心でした。

主な介護者



主な介護者の年齢

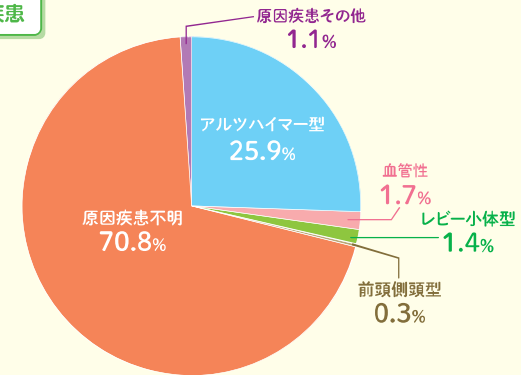


4 認知症との関連について

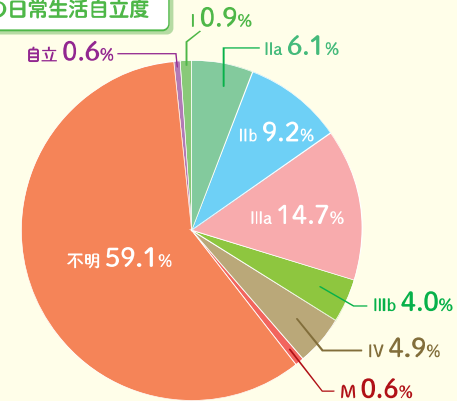
行方不明高齢者での認知症との関連については、原因としてはやはりアルツハイマー型認知症が約26%と多くを占めていましたが、原因疾患不明が約70%を占めており、診断のされていないケースも多かったことがわかりました。

日常生活自立度ではIIIaが多かったようですが、これも不明が約6割を占めており、正確な割合は不明です。

認知症の原因疾患



認知症高齢者の日常生活自立度

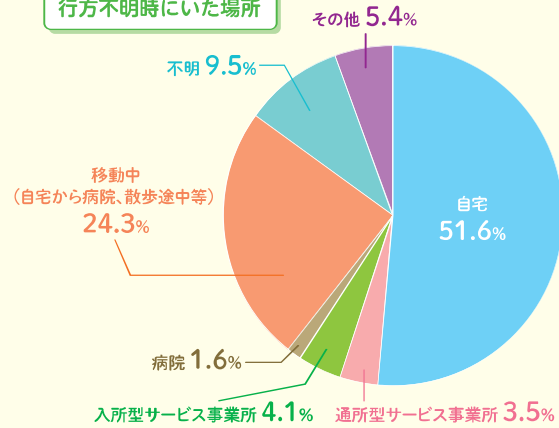


5 行方不明になった時にいた場所と気付いた人

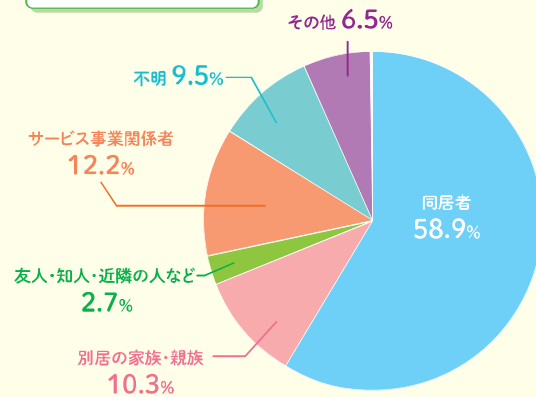
行方不明になった場所では自宅が半数以上でしたが、それ以外にも様々な場所から行方不明になっていることが明らかになりました。

また、行方不明に気付いた人は圧倒的に家族(特に同居家族)でした。

行方不明時にいた場所



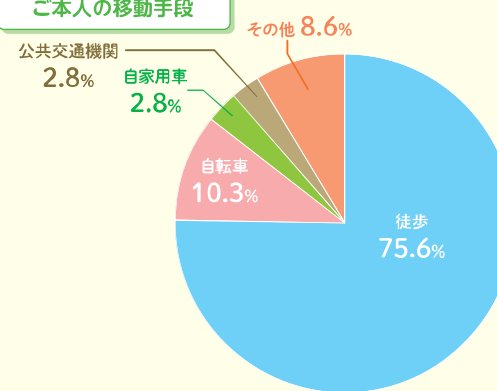
行方不明に気づいた人



6 行方不明時の移動手段

徘徊による行方不明になった時のご本人の移動手段は75%以上が徒歩となっています。しかしそれ以外にも自転車や自動車といった移動手段も報告されました。

ご本人の移動手段



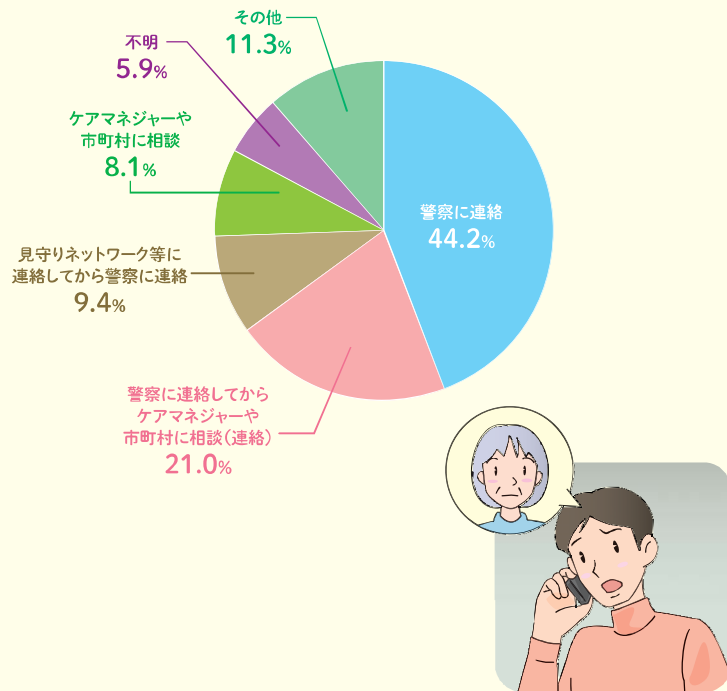
愛知県警の調査(届出に基づくデータ)では、950件の中で、ほとんどが徒歩による行方不明と判断されていましたが、自転車は103件(10.8%)、さらに自動車(車の運転)によると報告された例が67件(約7%)を占めていました。



7 行方不明に気付いてからの対応

行方不明に気付いてからの対応として最も多かったのは警察への連絡・届出でした(約44%)。さらに、警察に通報してからケアマネジャーや市町村の窓口で連絡・相談したケースが21%となっていました。また、最初に「見守りネットワーク」などの地域活動に連絡してから警察に届けた例も約10%に見られています。いずれにしても警察への届出や連絡・通報は合計で75%に達していました。

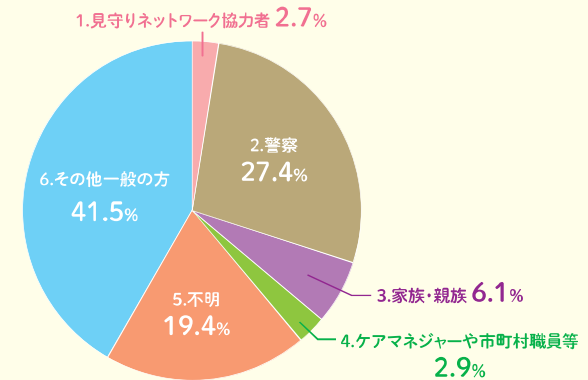
行方不明の気づきからの流れ



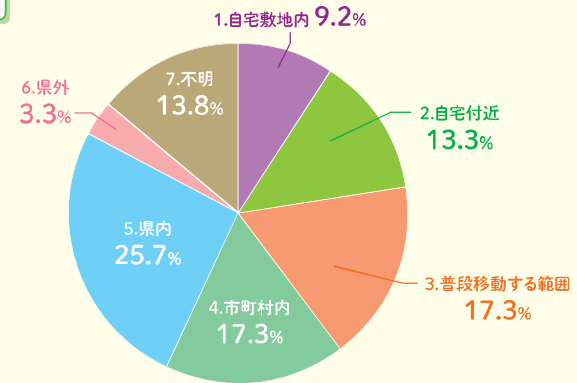
8 行方不明高齢者の発見者と発見場所

行方不明高齢者の発見者で最も多いのが「その他」(約42%)となっています。これはおそらく「一般の方々」と思われます。警察による発見例は約27%でしたが、家族による発見例は約6%と多くはありません。また、発見場所についてはさまざまですが、普段移動できる範囲内はおおよそ40%で、かなり遠くでの発見例もおおよそ45%に上っていました。

発見者



発見場所



また愛知県警のデータでは発見に関与したものとして最も多かったのは警察官(257件)、一般人・通行人(109件)、ついで家族・届出人(61件)となっていました(下表)。

発見者	件数
警察官	257
一般人、通行人	109
家族、届出人	61
タクシーの運転手(タクシー運転手、運転手)	16
施設職員	9
駅員	6
知人、友人	5
救護隊(救急隊員)	4

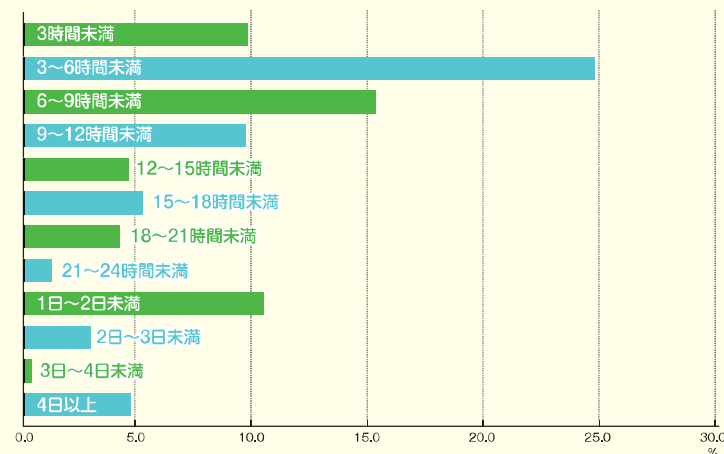
9 行方不明高齢者の発見までにかかった時間

行方不明高齢者の発見までにかかった時間で、最も多かったのは「3～6時間未満」(約25%)、次いで「6～9時間未満」(約15%)でした。

発見までにかかった時間の累積で見ると「9時間未満」でおよそ半数の方が発見されていました。

また年齢が若いほど発見までに時間は長い傾向が見られました。行方不明から9時間以上を経過すると、発見率は徐々に下がっていきます。このことから、徘徊による行方不明が発生した場合に早く気づき、通報し、捜索を開始するかが、非常に重要なポイントになっているようです。

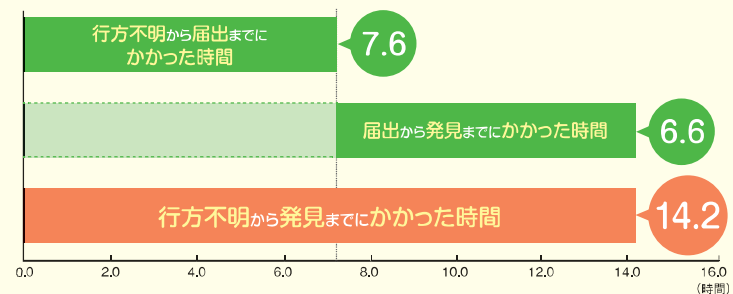
発見までにかかった時間



また、外出・行方不明では、多くの場合まず警察に届けが出されませんが、下の図は愛知県警のとりまとめで、行方不明になってから警察に届け出された時間(不明→届出;平均7.6時間)、警察が届出を受理してから発見されるまでの時間(届出→発見;平均6.6時間)、そしてその合計時間(不明→発見;平均14.2時間)を示しています。

やはり警察への届出は一刻も早い方が、早くに発見される可能性が高いと思われます。

行方不明から発見までにかかった時間



また、愛知県警のデータから、認知症者行方不明の発見までの時間を年齢区別で分析したところ、年齢区分が低くなるにつれて長くなる傾向がみられました。すなわち行方不明になってから発見までの時間をみると、85歳以上は12.0時間(中央値9.3時間)でしたが、75-84歳は13.3時間(中央値9.8時間)、65-74歳は16.5時間(中央値12.4時間)、64歳以下は18.3時間(中央値17.5時間)となっていました。

この結果から、年齢が若いほど徘徊していても周囲から気付かれないか、あるいは、後期高齢者に比べて前期高齢者は身体機能が高いため、遠方まで行ってしまい、発見までの時間がかかってしまっている可能性などが示唆されました。今後は、年齢別の徘徊対策の構築につなげる必要があると思われました。

10 愛知県警察のデータから見た行方不明者の発見状況

行方不明になった認知症者が発見・保護される際の状況は、通報を受けて警察官が対応するケースが359件で最も多かった。次に帰宅するケースが262件、本人のみか他人の助けを借りて警察署に行き保護されるケースが30件、職務質問で発見されるケース24件、病院(入院)で発見されるケースが23件となっており、警察官が発見に対応するケースが多かったとの報告でした(下表)。

発見状況	件数
通報を受けて警察官が対応	359
帰宅	262
本人のみか、他人の助けを借りて警察署に行く	30
職務質問	24
病院(入院)	23

11 愛知県警察データによる死亡発見例の特徴

認知症高齢者で行方不明となり、その後死亡した状態で発見されたのは全体で16例でした。これら死亡発見例のなかから特徴的と考えられる点は以下のようにまとめることができました。

(1) 周囲に危機意識はあったようだが避けられなかった死亡例

衣服に氏名など徘徊を想定した対処が取られたり、夜間も当事者の在宅を確認するなど、周囲の危機意識がうかがわれるなかで避けられなかった死亡例が3例みられました。

(2) 危機意識が薄かったと考えられる死亡例

毎日の散歩を日課としているケースで帰ってこられずに死亡した例、通院のため1人で車で出かけて帰ってこられずに死亡した例がみられました。このように当事者は認知症ではあるが、周囲が「一人で出かけても帰ってこられる」と想定していたところに生じた死亡例と考えられるのが3例ありました。

(3) 介護力不足が考えられる場合の死亡例

独居で週に1回の見守りだった例、介護者の出張中に起こった例、施設入居者で見守りが1日1回だった例、日中独居の間に生じた例、いわゆる「認認介護」で別居の家族が1日1度見守りを行うも、たまたま見守りをしなかった日に生じた例など、介護力が十分でないと考えられる状況において発生した死亡例が5例みられました。

(4) 認知症とうつ等の併発による「自殺企図」が疑われる死亡例

死亡発見例のうち3例は当事者に自殺企図があった可能性が考えられました。前日に海に飛び込むことを仄めかし、翌日に行方不明になった例(河口近くで死亡が確認された)や過去に入水自殺を試み未遂に終わった例(河川にて水死)などがみられました。

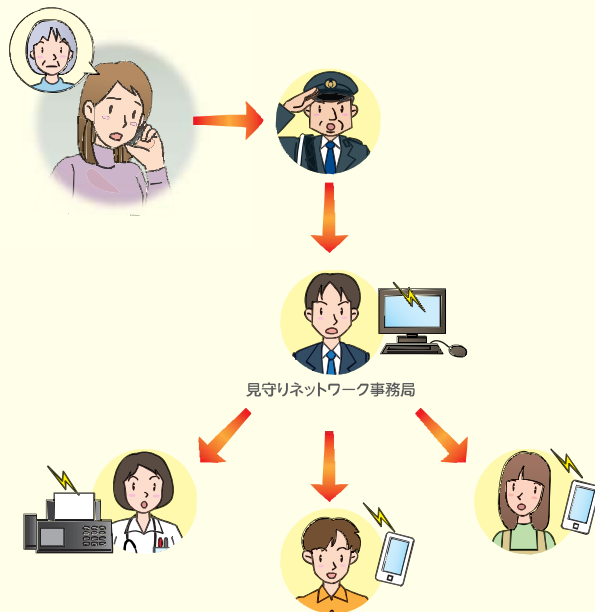
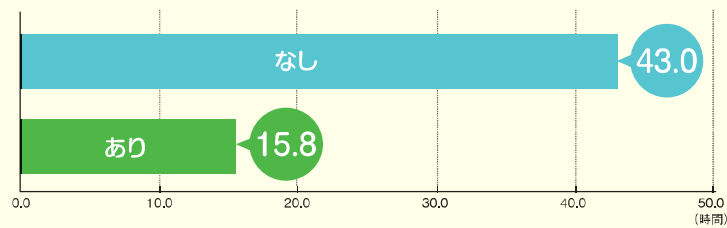
(5) 重篤な疾患を併発する場合の死亡例

糖尿病を併発しており、インシュリン注射が不可欠な者が行方不明となり、死亡した例が1例みられました。

12 見守りネットワークの利用と発見時間

見守りネットワーク利用群は15.8時間、未利用群は43.0時間と大きな開きがあり、見守りネットワークを利用している方が早期発見の可能性が高いといえます。

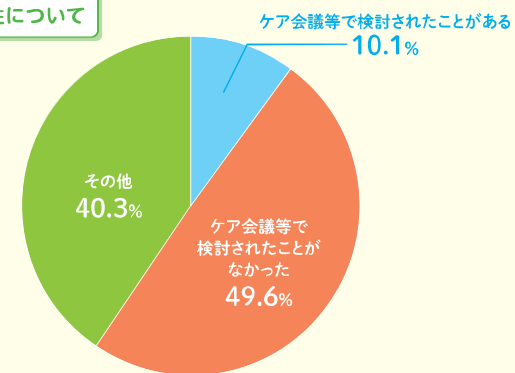
見守りネットワークの利用別の行方不明から発見までの平均時間



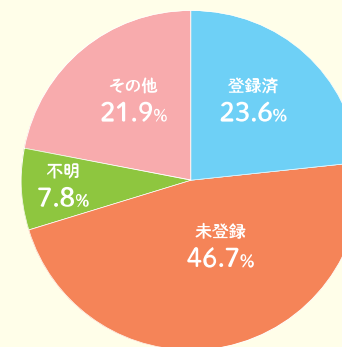
13 自治体での対応状況

見守りの必要性と「見守りネットワーク」への登録状況について分析しました。その結果、自治体として認知症高齢者で徘徊の恐れのあるケースについて、事前に「ケア会議」等で検討されたことのあるのは約10%にとどまっていることが明らかになりました。また、徘徊の可能性のある高齢者を中心として「見守りネットワーク」に登録されている方は約24%と決して十分とは言えない状況でした。

見守りの必要性について



見守りネットワークへの登録状況



以上、平成27年度の愛知県下における自治体・警察調査から見た行方不明高齢者の特徴をまとめてみますと、以下のようになります。

- ✓75歳以上の後期高齢者が約70%を占めていました。
- ✓世帯別では高齢者のみの世帯や独居世帯が6割近くを占めていました。
- ✓身体的には認知機能には問題がありますが、身体機能はしっかりしている方が多かったようです。認知症の程度は徘徊の有無にはあまり関係がありませんでした(軽度の方～中・重度の方いずれにも徘徊は発生していました)。
- ✓行方不明になった場所としては自宅が多いのですが、デイサービスや散歩の途中など多様な場所から行方不明が発生していました。また移動手段としては、徒歩によるものが7—8割を占めていますが、自転車(約10%)、そして自動車の運転も少なからず見受けられます。
- ✓行方不明に気付いてからは、警察に通報・届出が約75%となっていました。その他ケアマネジャーや市町村窓口への連絡も約40%に見られました。
- ✓行方不明高齢者の発見は警察官及び通行人などの一般の方々によるものが多く、時間的には9時間未満、また発見場所は比較的近い場所と遠い場所がほぼ半々でした。行方不明者の発見には「早期届出」、「早期捜索開始」が鉄則となるようなデータが明らかとなっています。
- ✓認知症高齢者の徘徊・行方不明対策としては自治体側も家族などの当事者側も、まだ十分な取り組みがなされていないようでした。今後「地域包括ケアシステム」の具体化や充実が図られるところですが、認知症による徘徊高齢者の地域における安心・安全・見守り体制の整備が重要になります。

参考データ

本マニュアルの冒頭で述べたように、警察庁の発表により、2013(平成25)年に認知症または認知症疑いにより行方不明になった者は全国で10,322名であり、そのうち死亡して発見された者は388名であったことが公表された。平成26年度においてこの警察庁発表のデータをもとに、認知症行方不明高齢者の中から死亡例と生存例における症例対照研究が実施された。

(厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「認知症高齢者の徘徊に関する実態調査 平成26年度 総括・分担研究報告書」 研究代表者 鈴木隆雄 平成27年3月)

本研究では、実際に警察庁からのデータ提供及び厚生労働省での個人情報除外等により、最終的に分析可能であったのは生存117例、死亡87例の合計204例であった。これらのデータによる症例対照研究から、生存例と死亡例に関する関連要因の差異に着目した分析では、多くの興味ある結果が得られている。

すなわち、

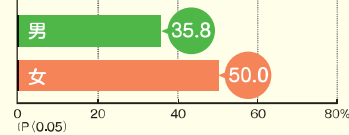
- (1) 性別では、女性に死亡例が多かった。
- (2) 年齢階層では75歳—84歳の方々に死亡例が多かった。
- (3) 行方不明から警察への届け出が翌日以降になった場合には約1.8倍死亡率が高かった。
- (4) 行方不明高齢者に対する地域での捜索活動が翌日以降になった場合には死亡率は約2.1倍と高くなった。
- (5) 行方不明高齢者の発見までの期間では当日発見に比べ、3日以降では死亡率が約4.5倍、さらに6日以降では5.6倍も上昇していることが明らかとなった。
- (6) 発見された場所で分析した場合、遠い場所よりも比較的近い「生活圏」での死亡率が高かった。
- (7) 認知症の診断の有無や認知症の程度、要介護認定の程度などは生存、死亡には関連性が認められなかった。

以上のことから、認知症高齢者の徘徊・行方不明対策として最も重要なことは、「早期通報・早期活動開始」であることが明らかとなっている。

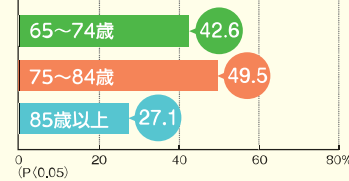
認知症高齢者の徘徊による

行方不明例(男性106例、女性98例、合計204例)のうち
死亡例(87例:22.4%)に関する分析

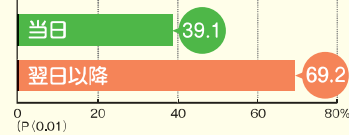
(1) 性別



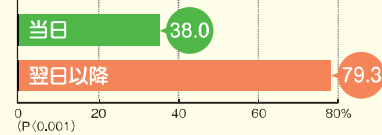
(2) 年齢階層



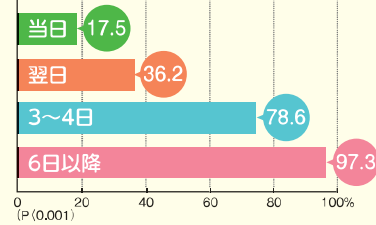
(3) 警察届出



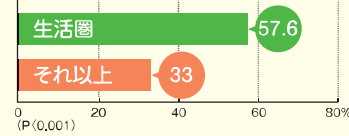
(4) 活動開始(一般)



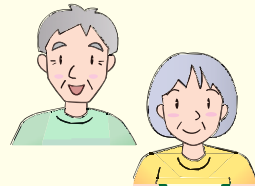
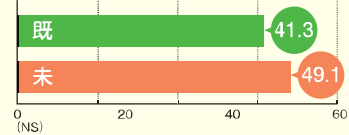
(5) 発見までの期間



(6) 発見された場所



(7) 認知症の診断



(厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「認知症高齢者の徘徊に関する実態調査
平成26年度 総括・分担研究報告書」研究代表者 鈴木隆雄 平成27年3月)

第3章

認知症高齢者の徘徊・行方不明の予防対策(提言)

わが国での認知症高齢者に関する徘徊やそれによる行方不明の原因や予防対策についてはようやくその研究が始まったばかりで、必ずしも十分なデータがあるわけではありません。

しかし平成25年度の全国データや平成26年度の愛知県全県下での市町村の徘徊事例の分析から、以下のようなことが明らかになってきました。

- 1) 認知症高齢者の徘徊は、幅広い年齢で発生しているが、特に70歳代から80歳代にかけて発生している。
- 2) 認知症の基礎疾患は多様で、どのタイプの認知症でも発生する。
- 3) 徘徊をきたした時点での認知機能も様々で、ごく軽度であっても、またある程度認知症が進行していても、徘徊は発生する。
- 4) 認知機能障害の程度よりも移動能力の程度がより徘徊と関連性が高い。すなわち、移動能力(歩行能力)の維持されている例での徘徊が多い。
- 5) 徘徊の多くは繰り返す。
- 6) 徘徊時に要介護認定を受けているものは全体の60%程度にとどまっている。要支援者あるいは介護保険未申請・未利用高齢者にも徘徊が生じている。

したがって、認知症高齢者での徘徊は高齢者本人の認知症の原因や程度と言った個人の特性により発生しているというよりは、本人以外の要因、特に家庭的要因や地域や自治体の徘徊に対するネットワークの準備状況など社会的要因などの、いわば環境要因が大きいと考えられます。

認知症高齢者の徘徊により行方不明となった場合、その発見が重要となりますが、その要因として次のようなことが重要です。

- 1) 認知症高齢者で徘徊のある方は、本人にはさまざまな理由で外出するようです。その場合、過去の生活歴に関係する場所(例えば、以前住んでいた自宅、よく買い物に行っていたスーパー、あるいはかつて勤めていた職場など)に向かおうとする場合が多いようです。捜索の際には本人の行動パターンや生活歴なども考慮することが大切です。
- 2) 認知症高齢者で徘徊のある方は、何度も徘徊を繰り返す可能性が高く、そのような場合には、近隣の方や商店(お店)そして近くの交番(地域安全センター)に写真を示して、一人で歩いているときには、積極的に声掛けをお願いしておく。また外出する時間帯は今回の調査から午後～夕方にかけてが最も多いようでしたので、その時間帯は特に注意が必要です。
- 3) 徘徊の恐れのある高齢者に関する関係機関の情報共有は必須の事柄と思われまます。従いまして、近隣のご近所さんだけでなく、(介護保険申請によるサービス受給の場合には)ケアマネジャー、通所介護(デイサービス; 予防含む)施設担当者、地域包括支援センター、市町村担当窓口、警察等との情報共有がポイントになると思われまます。特に市町村で「徘徊・見守りSOSネットワーク」などの体制がある場合には積極的に事前登録を進める必要があります。このような場合には個人情報保護の観点から、ご本人もしくはご家族からの同意書等が必要となります。
- 4) 徘徊を繰り返す高齢者ではやはり住所・氏名の判るものを衣服などに縫い付けておく、靴用ネームシールを貼っておく、あるいはGPS(貸出制度も含めて)の活用を図るなどの対策を考慮する必要があります。

- 5) 多くの市町村で認知症高齢者を地域で見守る取り組みがなされています。その一つが「徘徊・見守りSOSネットワーク」ですが、認知症高齢者を抱えるご家族の方はもちろんのこと、一般の方々への理解を深める必要があります。行方不明が心配な場合には、SOS見守りネットワークへの事前登録をお願いし、事前に行方不明防止の対策の重要性を周知させることが重要です。また行方不明者の発生時を想定した模擬訓練や、地域ケア会議等での関係者への協力依頼を行い、実際に行方不明者の発生に際してはネットワーク登録者や関係各位への情報配信を行い、早期発見に努めるよう普段からの心構えと対策が必要です。
- 6) 今回の愛知県下市町村あるいは警察の貴重なデータの分析から、認知症高齢者の徘徊・行方不明に対する最も重要な対策は「早期届出(通報)」、「早期捜索開始(初動捜査の重要性)」が明確になったと思われまます。一般市民の方への普及啓発が非常に重要と思われまます。「徘徊・見守りSOSネットワークの構築」や「近隣市町村との情報共有システムの構築」そして「市民参加の模擬訓練」などを通じて予防対策を講ずることが急務と考えられまます。

