

9)健康度別にみた抑うつ尺度(CES-D), PGCモラールスケールの平均値

		葛飾区			大館・田代		
		度数	平均値	SD	度数	平均値	SD
抑うつ尺度(CES-D) の平均値	健康	140	4.60	3.088	106	4.29	2.476
	あまり健康でない	340	6.80	3.755	169	6.16	3.312
	まったく健康でない	193	9.09	4.319	98	8.00	4.279
	合計	673	7.00	4.110	373	6.11	3.653
		(F=57.595 p<.001)			(F=30.409 p<.001)		
PGCモラールスケール の平均値	健康	139	8.29	2.275	105	8.06	2.244
	あまり健康でない	335	6.58	2.785	169	6.35	2.803
	まったく健康でない	191	5.03	2.663	99	5.48	2.628
	合計	665	6.49	2.881	373	6.60	2.781
		(F=61.055 p<.001)			(F=26.178 p<.001)		

10)家族関係と健康度自己評価との関連(Spearman の順位相関係数)

		葛飾区	大館・田代
同居家族からの孤独感	係数	.080	.047
	N	469	276
介護への自己関与度	係数	.013	-.072
	N	675	375
介護者の負担感を推測	係数	-.161 **	-.198 **
	N	673	376
介護者との関係	係数	.149 **	.064
	N	671	375

** p<.01 * p<.05

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

主介護者の健康度の検討

分担研究者 西田真寿美 岡山大学医学部教授

研究要旨：主介護者の健康度自己評価と蓄積的疲労兆候（身体疲労）について、基本的属性、精神的健康状態、要介護者の要介護度、日常生活動作との関連性を検討した。その結果、介護者の年齢、精神的健康状態、要介護者との関係が共通して関連する項目であることが明らかとなった。今後の課題は、要介護者と主介護者の介護関係、サービス利用状況との関連性を検討し、さらに詳細な解析によって健康度に影響する要因を探索することである。

A. 研究目的

在宅高齢者の介護者の健康状態については、身体的健康、精神的健康、QOLなどの側面から多くの報告がなされているが、介護保険開始以後の状況について、新たな知見を得ることが必要とされている。本研究では、要介護高齢者とともにその介護者を対象として実施した調査から得られたデータに基づき、主介護者の健康度自己評価と蓄積的疲労兆候（身体疲労）に関連する要因を基本的な属性の側面から検討した。今後、同一の対象者を縦断的に追跡していく上で第一段階の情報として位置づけられる。

B. 研究方法

東京都葛飾区で要介護認定を受けた高齢者とその介護者のうち有効回答を得た 653 例、同様に秋田県大館市および田代町の 381 例を対象として、地域別に比較した。主介護者の健康度自己評価と蓄積的疲労兆候（身体疲労の側面から選択した 10 項目）を目的変数として、基本的属性、精神的健康状態、要介護者の要介護度、日常生活動作との関連性を検討した。

C. 研究結果

主要な結果を添付資料に示した。まず、主介護者による健康度自己評価については、60～70%が健康であると回答した。性、続柄、要介護度との関連は認められなかったが、2地域とも介護者の年代が高くなるほど健康不良である割合が増加する傾向があ

った。精神的健康状態との関連性では、抑うつ尺度、PGC モラールスケール、介護負担感、介護の肯定的側面のいずれにおいても正の関係が認められた。ADL の各項目については、東京では食事と排便、秋田では入浴と階段昇降の自立度が低い場合に健康不良と関連していた。

蓄積的疲労兆候において「腰が痛い」「めまいがする」の訴え率および全体得点の平均値は秋田の介護者の方が東京よりも高くなっていた。関連する項目は、女性、子どもの配偶者、要介護度 2～3 以上、東京 65 歳以上、秋田 55 歳以上の年代、低 ADL において得点が高く、抑うつや負担感の強さ、家族協力の困難さ、要介護者との関係不良と関連していた。

D. 考察

健康度自己評価と身体疲労には年代や地域差を考慮する必要がある。今後は要介護者の状態の変化と介護関係の影響、介護保険サービス利用との関連性がどのように変化していくのか、追跡していくことが重要である。

E. 結論

主介護者の年齢、精神的健康状態、要介護者との関係が共通する関連項目であった。今後の課題は、要介護者と主介護者の介護関係、サービス利用状況との関連性を検討し、さらに詳細な解析によって健康度に影響する要因を探索することである。

添付資料

主介護者の健康度

西田真寿美

1. 健康度自己評価

1)健康度自己評価

	葛飾区		大館・田代		合計		検定
非常に健康	122	18.7%	52	13.6%	174	16.8%	p<.05
まあ健康(普通)	337	51.6%	192	50.4%	529	51.2%	
あまり健康でない	157	24.0%	100	26.2%	257	24.9%	
健康でない	37	5.7%	37	9.7%	74	7.2%	
合計	653	100.0%	381	100.0%	1034	100.0%	

2)性別 と 健康度自己評価

			健康度自己評価				合計	検定						
			非常に健康	まあ健康(普通)	あまり健康でない	健康でない								
葛飾区	性別	男性	36	17.6%	98	47.8%	57	27.8%	14	6.8%	205	100.0%	n.s.	
		女性	86	19.2%	239	53.3%	100	22.3%	23	5.1%				448
	合計	122	18.7%	337	51.6%	157	24.0%	37	5.7%	653				100.0%
大館・田代	性別	男性	9	11.8%	41	53.9%	17	22.4%	9	11.8%	76	100.0%	n.s.	
		女性	43	14.1%	151	49.5%	83	27.2%	28	9.2%				305
	合計	52	13.6%	192	50.4%	100	26.2%	37	9.7%	381				100.0%

3)年齢区分 と 健康度自己評価

		健康度自己評価				合計	検定							
		非常に健康	まあ健康(普通)	あまり健康でない	健康でない									
葛飾区	54以下	42	29.6%	80	56.3%	18	12.7%	2	1.4%	142	100.0%	p<.001		
	55-59	24	28.6%	37	44.0%	18	21.4%	5	6.0%				84	100.0%
	60-64	23	22.5%	62	60.8%	14	13.7%	3	2.9%				102	100.0%
	65-69	16	15.7%	59	57.8%	26	25.5%	1	1.0%				102	100.0%
	70-74	11	11.7%	41	43.6%	32	34.0%	10	10.6%				94	100.0%
	75以上	6	4.8%	55	43.7%	49	38.9%	16	12.7%				126	100.0%
	合計	122	18.8%	334	51.4%	157	24.2%	37	5.7%				650	100.0%
大館・田代	54以下	22	30.6%	41	56.9%	8	11.1%	1	1.4%	72	100.0%	p<.001		
	55-59	4	8.0%	32	64.0%	11	22.0%	3	6.0%				50	100.0%
	60-64	8	11.8%	28	41.2%	22	32.4%	10	14.7%				68	100.0%
	65-69	7	10.3%	33	48.5%	17	25.0%	11	16.2%				68	100.0%
	70-74	2	3.5%	31	54.4%	17	29.8%	7	12.3%				57	100.0%
	75以上	6	10.0%	25	41.7%	24	40.0%	5	8.3%				60	100.0%
	合計	49	13.1%	190	50.7%	99	26.4%	37	9.9%				375	100.0%

4) 続柄 と 健康度自己評価

	健康度自己評価								合計	検定		
	非常に健康		まあ健康(普通)		あまり健康でない		健康でない					
葛飾区	配偶者	30	10.0%	142	47.3%	103	34.3%	25	8.3%	300	100.0%	n.s.
	子ども	65	27.9%	132	56.7%	29	12.4%	7	3.0%	233	100.0%	
	子どもの配偶者	21	21.2%	55	55.6%	20	20.2%	3	3.0%	99	100.0%	
	その他	6	28.6%	8	38.1%	5	23.8%	2	9.5%	21	100.0%	
	合計	122	18.7%	337	51.6%	157	24.0%	37	5.7%	653	100.0%	
大館・田代	配偶者	12	8.1%	66	44.3%	53	35.6%	18	12.1%	149	100.0%	n.s.
	子ども	20	20.4%	54	55.1%	14	14.3%	10	10.2%	98	100.0%	
	子どもの配偶者	14	12.0%	67	57.3%	28	23.9%	8	6.8%	117	100.0%	
	その他	6	35.3%	5	29.4%	5	29.4%	1	5.9%	17	100.0%	
	合計	52	13.6%	192	50.4%	100	26.2%	37	9.7%	381	100.0%	

5) 要介護度 と 健康度自己評価

	健康度自己評価								合計	検定		
	非常に健康		まあ健康(普通)		あまり健康でない		健康でない					
葛飾区	要支援	12	21.1%	32	56.1%	10	17.5%	3	5.3%	57	100.0%	n.s.
	要介護1	28	17.7%	87	55.1%	31	19.6%	12	7.6%	158	100.0%	
	要介護2	23	15.8%	83	56.8%	35	24.0%	5	3.4%	146	100.0%	
	要介護3	18	16.1%	57	50.9%	30	26.8%	7	6.3%	112	100.0%	
	要介護4	21	27.3%	33	42.9%	19	24.7%	4	5.2%	77	100.0%	
	要介護5	17	17.9%	41	43.2%	31	32.6%	6	6.3%	95	100.0%	
	合計	119	18.4%	333	51.6%	156	24.2%	37	5.7%	645	100.0%	
大館・田代	要支援	11	31.4%	18	51.4%	3	8.6%	3	8.6%	35	100.0%	n.s.
	要介護1	17	15.5%	61	55.5%	25	22.7%	7	6.4%	110	100.0%	
	要介護2	11	12.5%	38	43.2%	27	30.7%	12	13.6%	88	100.0%	
	要介護3	7	10.9%	34	53.1%	18	28.1%	5	7.8%	64	100.0%	
	要介護4	5	10.9%	23	50.0%	13	28.3%	5	10.9%	46	100.0%	
	要介護5	1	2.9%	17	48.6%	12	34.3%	5	14.3%	35	100.0%	
	合計	52	13.8%	191	50.5%	98	25.9%	37	9.8%	378	100.0%	

6)ADL 各項目 と 健康度自己評価(主介護者)

ADL		葛飾区						大館・田代					
		非常に健康	まあ健康(普通)	あまり健康でない	健康でない	計 度数	検定	非常に健康	まあ健康(普通)	あまり健康でない	健康でない	計 度数	検定
1. 入浴	自立	19.7	53.7	20.9	5.7	244	n.s.	22.5	50.0	18.8	8.7	138	**
	一部介助	17.3	56.4	21.8	4.5	133		8.6	51.7	29.3	10.3	58	
	全面介助	18.5	47.6	27.6	6.2	275		8.6	50.3	30.8	10.3	185	
2. 階段の昇降	自立	16.3	53.9	24.1	5.7	245	n.s.	19.7	53.3	20.4	6.6	137	*
	一部介助	21.6	56.0	17.2	5.2	116		14.7	45.6	26.5	13.2	68	
	全面介助	19.4	48.0	26.5	6.1	279		8.6	50.0	30.5	10.9	174	
3. 着替え	自立	20.1	56.0	19.8	4.2	334	n.s.	16.7	51.2	23.9	8.1	209	n.s.
	一部介助	17.3	47.0	29.2	6.5	133		14.5	44.9	29.0	11.6	69	
	全面介助	17.3	47.0	29.2	6.5	185		6.8	52.4	29.1	11.7	103	
4. 歩行	自立	18.1	56.2	19.9	5.7	281	n.s.	16.0	49.5	25.9	8.5	212	n.s.
	一部介助	20.1	52.3	22.1	5.4	149		14.9	50.7	25.4	9.0	67	
	全面介助	18.0	46.1	30.0	6.0	217		7.8	52.0	27.5	12.7	102	
5. 移動	自立	19.7	52.9	22.3	5.1	412	n.s.	15.5	51.8	24.7	8.0	251	n.s.
	一部介助	13.7	60.3	20.5	5.5	73		15.6	40.0	33.3	11.1	45	
	全面介助	18.2	45.5	29.1	7.3	165		7.1	51.8	27.1	14.1	85	
6. 食事	自立	19.1	53.9	22.0	5.1	492	*	14.0	52.3	25.3	8.4	308	n.s.
	一部介助	10.8	52.3	26.2	10.8	65		23.3	40.0	23.3	13.3	30	
	全面介助	22.1	40.0	32.6	5.3	95		4.7	44.2	34.9	16.3	43	
7. トイレ使用	自立	19.0	55.1	20.8	5.1	432	n.s.	16.5	51.2	24.8	7.5	254	n.s.
	一部介助	16.9	47.7	24.6	10.8	65		5.9	52.9	29.4	11.8	34	
	全面介助	16.9	47.7	24.6	10.8	153		8.7	47.8	29.3	14.1	92	
8. 整容	自立	19.9	53.9	20.6	5.7	423	n.s.	15.8	52.3	24.2	7.7	260	n.s.
	一部介助	13.9	51.9	27.8	6.3	79		8.9	44.4	31.1	15.6	45	
	全面介助	17.9	45.0	31.8	5.3	151		9.5	47.3	31.1	12.2	74	
9. 排尿	自立	18.7	55.5	20.9	4.9	445	n.s.	16.1	52.4	24.0	7.5	254	n.s.
	一部介助	18.2	45.5	27.3	9.1	55		8.8	44.1	32.4	14.7	34	
	全面介助	19.2	43.0	31.1	6.6	151		8.7	47.8	30.4	13.0	92	
10. 排便	自立	19.4	55.0	20.8	4.8	438	*	16.1	52.0	24.4	7.5	254	n.s.
	一部介助	14.8	49.2	26.2	9.8	61		8.3	47.2	30.6	13.9	36	
	全面介助	8.9	47.8	30.0	13.3	153		8.9	47.8	30.0	13.3	90	

**p<.01 *p<.05

7) 健康度自己評価のレベル別にみた平均値の比較

— 抑うつ尺度(CES-D), PGCモラールスケール(PGCM), 介護負担感尺度(ZBI), 介護の肯定的体験(CRS) —

		葛飾区			大館・田代		
		度数	平均値	SD	度数	平均値	SD
CES-D	非常に健康	118	3.85	2.649	52	3.25	1.792
	まあ健康(普通)	335	4.86	3.011	189	4.48	2.549
	あまり健康でない	155	7.35	3.781	98	6.35	3.972
	健康でない	37	10.03	5.320	33	9.27	4.215
	合計	645	5.57	3.700	372	5.22	3.466
		(F=52.824 p<.001)			(F=34.256 p<.001)		
PGCM	非常に健康	121	8.88	2.035	51	9.20	1.709
	まあ健康(普通)	328	8.30	2.459	183	8.00	2.273
	あまり健康でない	141	6.16	2.760	97	6.19	2.852
	健康でない	36	4.17	2.580	35	4.63	2.613
	合計	626	7.69	2.784	366	7.36	2.740
		(F=58.877 p<.001)			(F=36.898 p<.001)		
ZBI	非常に健康	113	20.42	14.487	51	18.98	16.140
	まあ健康(普通)	328	24.77	16.881	182	21.02	16.331
	あまり健康でない	149	29.85	18.121	95	26.24	18.072
	健康でない	37	37.57	20.474	35	32.34	18.883
	合計	627	25.95	17.492	363	23.19	17.408
		(F=12.858 p<.001)			(F=6.414 p<.001)		
CRS	非常に健康	117	17.23	5.150	51	15.82	5.902
	まあ健康(普通)	322	16.05	5.238	182	16.95	5.082
	あまり健康でない	151	15.21	4.935	96	15.75	5.664
	健康でない	36	13.81	4.910	36	15.83	5.532
	合計	626	15.94	5.188	365	16.36	5.411
		(F=5.622 p<.01)			(n.s.)		

2. 蓄積的疲労徴候 (CFSI) —身体疲労—

1) 蓄積的疲労徴候 (CFSI) 各項目の分布

		葛飾区 (n=655)		大館・田代 (n=381)		全体 (n=1036)		検定
		度数	%	度数	%	度数	%	
1.このごろ全身がだるい	ある	255	38.9	148	38.8	403	38.9	n.s.
	ない	400	61.1	233	61.2	633	61.1	
2.腰が痛い	ある	364	55.7	247	64.8	611	59.0	p<.01
	ない	290	44.3	134	35.2	424	41.0	
	無回答	1				1		
3.目が疲れる	ある	409	62.4	245	64.3	654	63.1	n.s.
	ない	246	37.6	136	35.7	382	36.9	
4.よく肩がこる	ある	340	52.0	215	56.4	555	53.6	n.s.
	ない	314	48.0	166	43.6	480	46.4	
	無回答	1				1		
5.胃腸の調子が悪い	ある	190	29.1	106	27.8	296	28.6	n.s.
	ない	464	70.9	275	72.2	739	71.4	
	無回答	1				1		
6.しばしばめまいがする	ある	116	17.7	95	24.9	211	20.4	p<.01
	ない	539	82.3	286	75.1	825	79.6	
7.このところ頭が重い	ある	178	27.2	113	29.7	291	28.1	n.s.
	ない	476	72.8	268	70.3	744	71.9	
	無回答	1				1		
8.かぜをひきやすい	ある	141	21.6	85	22.4	226	21.8	n.s.
	ない	513	78.4	295	77.6	808	78.2	
	無回答	1		1		2		
9.疲れやすい	ある	347	53.1	219	57.5	566	54.6	n.s.
	ない	307	46.9	162	42.5	469	45.4	
	無回答	1				1		
10.このところ寝つきがよくない	ある	198	30.3	105	27.6	303	29.2	n.s.
	ない	455	69.7	276	72.4	731	70.8	
	無回答	2				2		

2)蓄積的疲労徴候 (CFSI) 総スコアの分布 (10点満点)

	度数	%	有効%
.00	110	10.6	10.7
1.00	113	10.9	11.0
2.00	127	12.3	12.4
3.00	131	12.6	12.8
4.00	119	11.5	11.6
5.00	110	10.6	10.7
6.00	106	10.2	10.3
7.00	93	9.0	9.1
8.00	63	6.1	6.1
9.00	36	3.5	3.5
10.00	19	1.8	1.9
合計	1027	99.1	100.0
無回答	9	.9	
合計	1036	100.0	

3)蓄積的疲労兆候(CFSI)の平均値

地域	平均値	度数	標準偏差
東京都葛飾区	3.89	647	2.615
秋田県大館・田代	4.15	380	2.788
合計	3.98	1027	2.682

(t-test n.s.)

4)属性と CFSI平均値

		葛飾区			大館・田代		
		度数	平均値	SD	度数	平均値	SD
性別	男性	202	3.29	2.467	76	3.30	2.623
	女性	445	4.16	2.637	304	4.36	2.792
	合計	647	3.89	2.615	380	4.15	2.788
		(F=15.821 p<.001)			(F=8.904 p<.01)		
続柄	配偶者	298	4.27	2.559	120	2.14	2.005
	子ども	230	3.33	2.576	334	3.58	2.411
	子どもの配偶者	98	4.05	2.570	155	5.43	2.305
	その他	21	3.71	3.117	36	5.94	2.683
	合計	647	3.89	2.615	645	3.89	2.615
		(F=5.859 p<.01)			(F=4.444 p<.01)		
年代	54以下	140	3.24	2.504	72	3.19	2.756
	55-59	84	3.74	2.565	49	4.33	2.868
	60-64	101	3.62	2.716	68	4.59	2.776
	65-69	100	4.16	2.744	68	4.29	2.813
	70-74	95	4.43	2.644	57	4.37	2.490
	75以上	124	4.27	2.424	60	4.52	2.837
	合計	644	3.88	2.617	374	4.19	2.786
		(F=3.611 p<.01)			(F=2.416 p<.05)		

5) 要介護度と CFSI平均値

		葛飾区			大館・田代		
		度数	平均値	SD	度数	平均値	SD
要介護度	要支援	57	3.12	2.413	34	2.53	2.501
	要介護1	157	3.32	2.575	110	3.59	2.662
	要介護2	144	3.76	2.700	88	4.52	2.742
	要介護3	110	4.56	2.518	64	4.47	2.588
	要介護4	76	4.14	2.534	46	4.76	3.100
	要介護5	96	4.56	2.496	35	5.03	2.673
	合計	640	3.90	2.610	377	4.14	2.785
				(F=5.648 p<.001)		(F=5.069 p<.001)	

6) 家族内の人間関係と CFSI平均値

		葛飾区			大館・田代		
		度数	平均値	SD	度数	平均値	SD
家族の協力を得ること	とても難しいと感じる	125	4.58	2.674	63	5.14	2.787
	多少は難しいと感じる	165	4.16	2.726	96	4.50	2.854
	あまり難しいとは感じない	189	3.51	2.319	134	3.77	2.563
	まったく難しいとは感じない	156	3.51	2.668	83	3.59	2.841
	合計	635	3.89	2.617	376	4.15	2.786
				(F=6.137 p<.001)		(F=5.301 p<.01)	
要介護者との関係	とてもうまくいっている	316	3.34	2.442	169	3.76	2.814
	まあうまくいっている	295	4.33	2.682	189	4.32	2.663
	あまりうまくいっていない	26	5.54	2.453	19	5.53	3.255
	まったくうまくいっていない	10	3.90	2.331	3	6.00	2.646
	合計	647	3.89	2.615	380	4.15	2.788
				(F=11.425 p<.001)		(F=5.301 p<.05)	

7) CFSIとの相関(Pearson の相関係数)

		葛飾区	大館・田代
抑うつ尺度(CES-D)	Pearson	.579 **	.597 **
	N	639	371
モラルスケール(PGCM)	Pearson	-.539 **	-.568 **
	N	620	365
介護負担感尺度(ZBI)	Pearson	.376 **	.403 **
	N	621	362
介護の肯定的体験(CRS)	Pearson	-.060	.050
	N	620	364
ADLs	Pearson	-.193 **	-.214 **
	N	634	376
主介護者の年齢	Pearson	.124 **	.175 **
	N	647	380
要介護者の年齢	Pearson	-.025	-.023
	N	647	380
介護年数	Pearson	.110 **	.107 *
	N	639	364

** p<.01 * p<.05

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

認知機能・痴呆症状と介護関係に関する研究

分担研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所参事研究員

研究要旨：痴呆症状や認知機能の低下は後期高齢期に向かって頻度が高まり介護に大きな影響を与える。認知機能の評価として MMSE を測定し、痴呆に関連する 16 項目の有無とともに介護関係との関わりを分析した。全対象者の MMSE 平均点は正常のカットオフ値を下回り、平均 1 つの痴呆関連症状がみられた。これらの地域差はみられなかった。各変数との関連を分析すると、認知機能・痴呆症状は介護負担感に強く関係したが、介護継続意思との関連は乏しかった。地域により、測定した認知機能、出現した痴呆症状と各変数との関連に差異が認められた。また、認知機能・痴呆症状の程度と関係なく、介護関係がうまくいっているかどうかは介護者の介護継続意思に大きな影響を及ぼしていた。

A. 研究目的

痴呆症状や認知機能の低下は加齢とともにその頻度が高くなり、要介護度に影響を与えるとともに、日々の介護関係の相互認知をずれさせる誘因ともなり、在宅での生活継続にも大きく寄与する要因であると考えられている。そこで本研究では、測定した認知機能としての MMSE スコアと出現した痴呆症状の有無の総計を指標として、地域間の比較、各変数との相関、介護関係の規定要因としての位置づけを検討した。

B. 研究方法

東京都葛飾区と秋田県大館市・田代町で要介護認定を受けた被介護高齢者とその主介護者を対象に、被介護高齢者への MMSE 評価、主介護者への被介護者痴呆症状の有無の質問を行い、地域間の比較、他の変数との単相関、偏相関を求めた。

C. 研究結果

痴呆に関連する 16 項目は記憶・見当識症状、言動症状、行動障害に分類でき、総合計スコアを「痴呆症状総合スコア」として以下の分析を行った。全対象者の MMSE 平均点は正常のカットオフ値を下回り、平均 1 つの痴呆関連症状がみられた。これらのスコアに地域差はみられなかったが、痴呆症

状の分類別では地域差を示した。認知機能・痴呆症状と各変数との関連を分析すると、介護者の介護負担感に強く関係したが、介護継続意思との関連は乏しかった。大館・田代では出現した痴呆症状とうつスコア、疲労蓄積度などの各変数との関連が強く、葛飾区では認められなかった。認知機能・痴呆症状の程度と関係なく、介護関係がうまくいっているかどうかは介護者の介護継続意思に大きな影響を及ぼしていた。

D. 考察

葛飾区において、認知機能・痴呆症状とうつスコア、疲労蓄積度との関係がみられなかったことに介護保険サービスの利用が関与しているのかどうか検討することは、今後、地域を問わず重要な課題となるだろう。

E. 結論

知的機能の低下は介護負担感と関連が強いけれども、介護者の介護継続意思は介護関係の良好さが極めて強い影響を与えることが示唆された。

添付資料

認知機能・痴呆症状と介護関係に関する研究

高橋龍太郎

痴呆症状に関する質問項目とその分類

I. 記憶・見当識症状 - 下記 1-7 の「はい」の総計-

1. 自分の年齢がわからない
2. ときどき道を間違える
3. 自分の住んでいる居住地区がわからない
4. 自分の家だとわからないことがある
5. 親族を他人と間違える
6. 食事をしたのに食べていないという
7. 自分の子どもの人数を答えられない

II. 言動症状 - 下記 8-11 の「はい」の総計-

8. 家の中を目的もなく歩き回る
9. 鏡に話しかける
10. 一日中とりとめのない話をする
11. 同じ動作を繰り返す

III. 行動障害 - 下記 12-16 の「はい」の総計-

12. 手当たり次第食事をする
13. 入浴や着替えを嫌がる
14. 洗面所の場所がわからない
15. 夜起きて騒ぐ
16. 食べ物でないものを口に入れる

* 痴呆に関連すると考えられる症状 16 項目について、主介護者にその有無を質問した。1 から 7 は記憶障害や見当識障害に関連する症状で「記憶・見当識症状」と示した。8 から 11 は言動に痴呆出現を疑わせるもので「言動症状」と示した。12 から 16 は行動障害がすでに現れていると考えられ「行動障害」とした。それぞれの総合得点は 7 点、4 点、5 点で、総計で 16 点である。これを痴呆症状総合スコアとした。

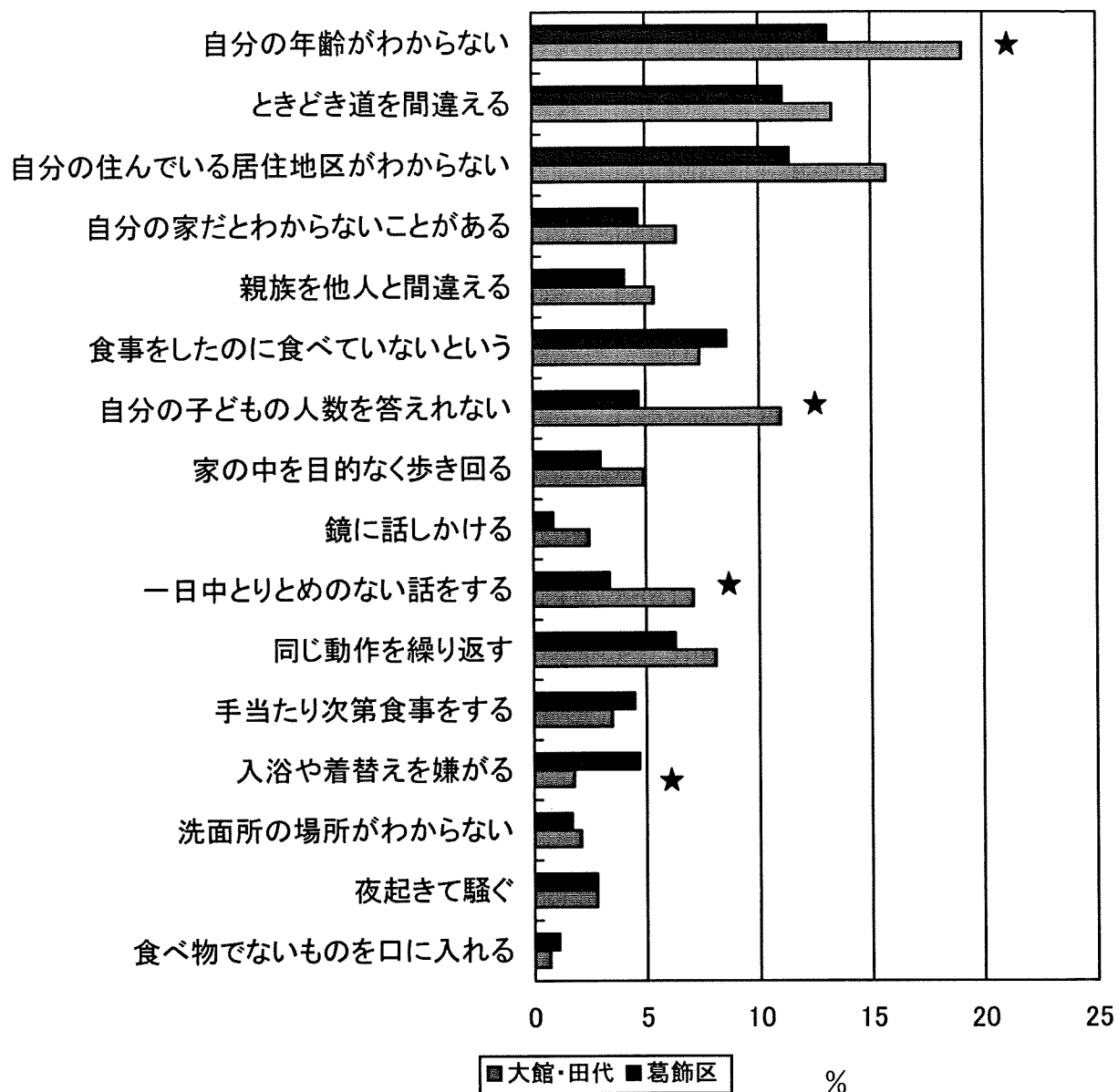
- * 認知機能については簡易機能検査法として広く使われている"Mini-mental state" (MMS あるいは MMSE と略。 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. : J Psychiatr Res. 1975 ;12(3):189-98.)を用いて測定。

表 1. 認知・痴呆に関する項目の 2 地域間比較

		N	平均値	標準偏差	有意確率
認知障害測定尺度 (MMSE)	葛飾区	465	22.17	6.70	N.S.
	大館・田代	283	21.41	7.24	
痴呆症状総合スコア	葛飾区	449	.84	1.95	N.S.
	大館・田代	272	1.09	2.23	
記憶・見当識症状 (1-7)	葛飾区	452	.56	1.30	N.S.
	大館・田代	273	.75	1.50	
言動症状(8-11)	葛飾区	462	.13	.50	.031
	大館・田代	283	.23	.68	
行動障害(12-16)	葛飾区	464	.15	.51	N.S.
	大館・田代	282	.11	.42	

- * 2 地域間で、MMSE、および痴呆に関連する症状の 3 分類である「記憶・見当識症状」「言動症状」「行動障害」の総計(痴呆症状総合スコア)には差を認めなかった。すなわち、被介護高齢者を対象とした今回の調査では、対象者の平均値がすでに MMSE のカットオフ値である 23 点以下の範囲に入っており、平均で約 1 つの痴呆に関連する症状をもっていた。痴呆症状を分類別にみると、「記憶・見当識症状」には差がみられなかったが、「言動症状」は大館・田代で有意に多くみられ、「行動障害」は葛飾区で多い傾向にあった($P=0.083$)。
- * なお、他で触れられているように、認知機能に影響を与える年齢と要介護度について 2 地域間で差を認めた。年齢は大館・田代で有意に高く、要介護度は葛飾区で有意に重かった。

図1. 痴呆に関連する症状別の2地域間の比較



- * 最も出現頻度の高い痴呆関連症状は「自分の年齢がわからない」で、「ときどき道を間違える」「自分の住んでいる居住地区がわからない」など「記憶・見当識症状」の出現頻度が多くみられた。
- * 個々の症状について2地域を比較してみると、大館・田代では「記憶・見当識症状」の「自分の年齢がわからない」「自分の子供の人数を答えられない」の出現頻度が有意に多く、「言動症状」の「一日中とりとめのない話をする」が有意に多くみられた。「行動障害」に含まれる「入浴や着替えを嫌がる」の出現頻度は有意に葛飾区で多かった。

表2. MMSE、痴呆症状総合スコアと各変数との単相関（葛飾区）

	認知障害測定尺度 (MMSE)	痴呆症状総合スコア
年齢	-.253(**)	.134(**)
要介護度	-.288(**)	.174(**)
被介護者		
健康度自己評価	.082	-.094(*)
抑うつ尺度(CES-D)	-.029	-.022
PGCモラールスケール	-.049	.104(*)
ADL10点満点(自立とそれ以外)	.228(**)	-.028
IADL8点満点(している+できる)	.326(**)	-.116(*)
老研式活動指標13点満点	.434(**)	-.163(**)
介護への自己関与度	-.169(**)	.106(*)
介護者の負担	.104(*)	-.044
介護者との関係	-.139(**)	.063
介護者		
健康度自己評価	-.006	-.025
抑うつ尺度(CES-D)	-.070	.078
蓄積的疲労徴候(CFSI)	.066	-.063
PGCモラールスケール	.150(**)	-.162(**)
介護年数	-.132(**)	.098(*)
被介護者との関係	-.150(**)	.106(*)
介護負担感尺度(ZBI)	-.242(**)	.287(**)
被介護者とよく話をしていた	-.083	.138(**)
被介護者と特別な日と一緒に過ごした	.011	-.003
被介護者から経済的支援を受けていた	-.159(**)	.109(*)
被介護者を頼りにしていた	-.107(*)	.148(**)
被介護者は周囲から尊敬されていた	-.238(**)	.236(**)
被介護者とうちとけた関係だった	-.107(*)	.184(**)
公的サービスの利用に対する態度	-.014	.039
家族の高齢者への経済的支援は当然だ	-.030	.056
高齢者介護は必ずしも家族が担わなくてもよい	-.009	-.004
家族は高齢者とともに過ごす時間をもつべきだ	-.066	.041
高齢者を家族で介護することで手本を示すべきだ	-.002	.022
介護のためとはいえ他人が家に入るのはいやだ	-.009	.050
家族での介護継続意思	-.073	.097(*)

** P<0.01 * P<0.05

- * 地域別にMMSE、痴呆症状総合スコアと各変数との相関を検討したところ、葛飾区では以下の結果が得られた。
- * MMSE、痴呆症状総合スコアは、年齢、要介護度と有意の相関がみられ、IADLや老研式活動指標ともかなり強い相関がみられる。一般に、MMSEのほうが強い関連を示した。MMSEの高い方が介護への自己関与度が高く、介護者負担が少ないととらえ、関係も良好だと答えている。
- * MMSE、痴呆症状総合スコアは、介護者の主観的幸福感(PGCモラールスケール)、介護負担感尺度、被介護者との関係に強く関連していた。
- * 意外にも、介護者の抑うつ尺度(CES-D)や蓄積的疲労徴候(CFSI)との関連は認められず、介護継続意思とも関連は薄かった。
- * 一方、被介護者が過去元気だった頃の状況と強い関連を示し、「よく話をした」、「頼りにしていた」、「うちとけた関係だった」、そして「周囲から尊敬されていた」とは特に強い相関が認められた。

表3. MMSE、痴呆症状総合スコアと各変数との単相関（大館・田代）

	認知障害測定尺度 (MMSE)	痴呆症状総合スコア
年齢	-.357(**)	.184(**)
要介護度	-.312(**)	.251(**)
被介護者		
健康度自己評価	.083	-.110
抑うつ尺度(CES-D)	.032	-.132(*)
PGCモラルスケール	-.095	.186(**)
ADL10点満点(自立とそれ以外)	.238(**)	-.050
IADL8点満点(している+できる)	.406(**)	-.301(**)
老研式活動指標13点満点	.517(**)	-.319(**)
介護への自己関与度	-.158(**)	.138(*)
介護者の負担	.217(**)	-.112
介護者との関係	-.096	.010
介護者		
健康度自己評価	-.005	.066
抑うつ尺度(CES-D)	-.099	.218(**)
蓄積的疲労徴候(CFSI)	.130(*)	-.192(**)
PGCモラルスケール	.064	-.140(*)
介護年数	.013	.070
被介護者との関係	-.109	.106
介護負担感尺度(ZBI)	-.189(**)	.298(**)
被介護者とよく話をしていた	-.024	-.012
被介護者と特別な日を一緒に過ごした	.043	-.041
被介護者から経済的支援を受けていた	-.096	.136(*)
被介護者を頼りにしていた	-.183(**)	.192(**)
被介護者は周囲から尊敬されていた	-.092	.091
被介護者とうちとけた関係だった	-.083	.186(**)
公的サービスの利用に対する態度	.034	-.034
家族の高齢者への経済的支援は当然だ	.021	-.021
高齢者介護は必ずしも家族が担わなくてもよい	-.009	-.006
家族は高齢者とともに過ごす時間をもつべきだ	-.014	-.068
高齢者を家族で介護することで手本を示すべきだ	-.010	-.081
介護のためとはいえ他人が家に入るのはいやだ	.093	-.062
家族での介護継続意思	-.048	.053

** P<0.01

* P<0.05

- * 大館・田代では、葛飾区と同様、MMSE、痴呆症状総合スコアは、年齢、要介護度と有意の相関がみられ、IADLや老研式活動指標ともかなり強い相関がみられる。一般に、MMSEのほうが強い関連を示した。MMSEの高いほうが、介護への自己関与度が高く、介護者の負担が少ないととらえていた。ただし、介護者との関係は知的機能レベルと関連を示さなかった。
- * 葛飾区と同様、MMSE、痴呆症状総合スコアは、介護負担感尺度に強く関連していたが、介護者の主観的幸福感や被介護者との関係への影響は乏しかった。
- * 反対に、介護者の抑うつ尺度や蓄積的疲労徴候と痴呆症状総合スコアは強い関連が認められた。

- * 介護継続意思との関連は薄かった。
- * 被介護者が元気だった頃の状況との関連は、「頼りにしていた」、「うちとけた関係だった」(痴呆症状総合スコア)で認められた。有意水準のMMSEと痴呆症状総合スコアとの乖離がめだっていた。

表4. 介護者、被介護者との関係と各変数との単相関

		介護者との関係	被介護者との関係
葛飾区	被介護者		
	健康度自己評価	.196(**)	.027
	抑うつ尺度(CES-D)	.293(**)	.161(**)
	PGCモラールスケール	-.251(**)	-.135(**)
	介護への自己関与度	.177(**)	.095(*)
	介護者の負担	.127(**)	-.004
	介護者との関係	1	.329(**)
	介護者		
	健康度自己評価	.112(*)	.136(**)
	抑うつ尺度(CES-D)	.197(**)	.228(**)
	蓄積的疲労徴候(CFSI)	-.154(**)	-.171(**)
	PGCモラールスケール	-.231(**)	-.255(**)
	被介護者との関係	.329(**)	1
	介護負担感尺度(ZBI)	.199(**)	.360(**)
家族での介護継続意思	.179(**)	.381(**)	
大館・田代	被介護者		
	健康度自己評価	.031	.016
	抑うつ尺度(CES-D)	.060	-.032
	PGCモラールスケール	-.171(**)	-.037
	介護への自己関与度	.037	.052
	介護者の負担	.160(**)	.091
	介護者との関係	1	.392(**)
	介護者		
	健康度自己評価	.004	.030
	抑うつ尺度(CES-D)	-.029	.074
	蓄積的疲労徴候(CFSI)	-.021	-.117(*)
	PGCモラールスケール	-.047	-.135(*)
	被介護者との関係	.392(**)	1
	介護負担感尺度(ZBI)	.033	.237(**)
家族での介護継続意思	.081	.469(**)	

** P<0.01

* P<0.05

- * 他の報告でも述べられているが、被介護者からみた介護者との関係、介護者からみた被介護者との関係を中心に、地域ごとの各変数との相関を検討した。
- * 葛飾区では、ほとんど全ての変数において、相互の介護関係への評価が強い影響を与えていた。例外は、被介護者からみた健康度自己評価、介護者への負担度が介護者からみた被介護者との関係と関連を認めないことであった。

- * 一方、大館・田代では、一般に変数間の相関は弱く、被介護者からみた介護者との関係が、自らの主観的幸福感、介護者の負担度と関連し、介護者からみた被介護者との関係が、介護負担感尺度や介護継続意思、蓄積的疲労徴候、自らの主観的幸福感と関連していた。

表5. 介護者、被介護者との関係と各変数との偏相関(制御変数: 認知障害測定尺度(MMSE))

		介護者との関係	被介護者との関係
葛飾区	被介護者		
	健康度自己評価	.204(**)	.023
	抑うつ尺度(CES-D)	.294(**)	.167(**)
	PGCモラルスケール	-.284(**)	-.152(**)
	介護への自己関与度	.148(**)	.070
	介護者の負担	.100	.032
	介護者との関係	1.000	.351(**)
	介護者		
	健康度自己評価	.126(*)	.128(*)
	抑うつ尺度(CES-D)	.196(**)	.227(**)
	蓄積的疲労徴候(CFSI)	-.113(*)	-.160(**)
	PGCモラルスケール	-.218(**)	-.281(**)
	被介護者との関係	.351(**)	1.000
	介護負担感尺度(ZBI)	.196(**)	.335(**)
家族での介護継続意思	.206(**)	.402(**)	
大館・田代	被介護者		
	健康度自己評価	.027	.023
	抑うつ尺度(CES-D)	.066	-.018
	PGCモラルスケール	-.152(*)	-.036
	介護への自己関与度	.043	.066
	介護者の負担	.186(**)	.098
	介護者との関係	1.000	.356(**)
	介護者		
	健康度自己評価	.005	.036
	抑うつ尺度(CES-D)	-.041	.084
	蓄積的疲労徴候(CFSI)	-.019	-.115
	PGCモラルスケール	-.020	-.127
	被介護者との関係	.356(**)	1.000
	介護負担感尺度(ZBI)	-.006	.177(**)
家族での介護継続意思	.083	.438(**)	

** P<0.01

* P<0.05

- * 表4. の分析を、MMSEスコアをコントロールして行ったところ、葛飾区では、被介護者からみた介護者の負担度と相互の介護関係の評価は関連しなかった。
- * 大館・田代では、介護者・被介護者関係の相互評価が介護負担度と関連し、介護継続意思とも関連していた。

表6. 介護者、被介護者との関係と各変数との偏相関（制御変数：痴呆症状総合スコア）

		介護者との関係	被介護者との関係
葛飾区	被介護者		
	健康度自己評価	.196(**)	.023
	抑うつ尺度 (CES-D)	.297(**)	.189(**)
	PGCモラールスケール	-.292(**)	-.164(**)
	介護への自己関与度	.166(**)	.093
	介護者の負担	.083	.010
	介護者との関係	1.000	.377(**)
	介護者		
	健康度自己評価	.141(**)	.126(*)
	抑うつ尺度 (CES-D)	.197(**)	.236(**)
	蓄積的疲労徴候 (CFSI)	-.118(*)	-.168(**)
	PGCモラールスケール	-.234(**)	-.293(**)
	被介護者との関係	.377(**)	1.000
	介護負担感尺度 (ZBI)	.220(**)	.346(**)
家族での介護継続意思	.228(**)	.409(**)	
大館・田代	被介護者		
	健康度自己評価	.016	.021
	抑うつ尺度 (CES-D)	.071	-.013
	PGCモラールスケール	-.154(*)	-.043
	介護への自己関与度	.049	.060
	介護者の負担	.170(*)	.096
	介護者との関係	1.000	.350(**)
	介護者		
	健康度自己評価	-.001	.028
	抑うつ尺度 (CES-D)	-.037	.082
	蓄積的疲労徴候 (CFSI)	-.024	-.112
	PGCモラールスケール	-.023	-.126
	被介護者との関係	.350(**)	1.000
	介護負担感尺度 (ZBI)	-.013	.169(*)
家族での介護継続意思	.074	.434(**)	

** P<0.01

* P<0.05

- * 表4. の分析を、痴呆症状総合スコアをコントロールして行ったところ、葛飾区では、被介護者からみた介護者の負担度と相互の介護関係の評価は関連しなかった。
- * 大館・田代では、介護者・被介護者関係の相互評価が介護負担度と関連し、介護継続意思とも関連していた。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

低栄養リスクと介護関係に関する研究

分担研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所参事研究員

研究要旨：低栄養状態ハイリスクの高齢者をスクリーニングする NSI (Nutrition Screening Initiative)を用いて地域在住被介護高齢者を調査したところ、全体で 28%が低栄養ハイリスク状態にあり、それは主介護者の有無と属性や家族構成によって差異を認めることが示された。被介護高齢者の食生活機能維持、食健康づくりを進めるにあたっては、介護関係を考慮したフォーマル、インフォーマルサポートを工夫することが必要であると思われる。

A. 研究目的

低栄養状態は生命予後に深く関わり、さまざまな疾病、身体機能、認知機能、心理状態、家族社会環境の影響を受ける。米国では NSI (Nutrition Screening Initiative: Posner BM, et al. Am J Public Health. 83(7): 972-8, 1993)と呼ばれるチェックリストによってハイリスクの高齢者をスクリーニングし、栄養維持・改善を図る試みがなされている。本研究は、この NSI 日本語版を作成して、都市と農村部に居住する被介護高齢者を対象に、介護関係と低栄養リスクとの関係を探ることが目的である。

B. 研究方法

東京都葛飾区と秋田県大館市・田代町で要介護認定を受けた被介護高齢者それぞれ 695 名、390 名を対象とし、主介護者、家族構成などと低栄養リスクとの関係を分析した。NSI10 項目の重み付けとハイリスクの基準は原著の基準を踏襲した。

C. 研究結果

全体で 28%の被介護高齢者が低栄養ハイリスク状態(21 ポイント中 6 ポイント以上)

にあり、葛飾区のほうが 0.9 ポイント上回っていた。葛飾区では主介護者がホームヘルパーである場合と被介護高齢者が一人暮らしである場合リスクがより高く、大館・田代では主介護者が配偶者と子供の配偶者(全員嫁)、および被介護高齢者が既婚子と同居の場合リスクが低値であった。大館・田代でも被介護高齢者が一人暮らしである場合リスクが高値であった。

D. 考察

米国での NSI 調査によると、メデイケア(65 歳以上の高齢者全員を対象としている)被保険者の 24%が低栄養ハイリスクにあるとされている。本調査が、葛飾区、大館・田代の 65 歳以上高齢者全体のそれぞれ 12.3%、13.4%を占める被介護高齢者(要介護認定者)を代表するサンプルであると考ええると、栄養状態は比較的保たれているといえるのかもしれない。

E. 結論

介護関係とその地域差によって低栄養リスク状態が影響を受けること、栄養改善介入の焦点化が考慮されるべきことが示唆された。

添付資料

低栄養リスクと介護関係に関する研究

高橋龍太郎

表 1. NSI 日本語版(試訳)

質問	原著で重み付けされた リスクポイント
1. 最近、病気のために食べる物の種類や量が変わった。	2
2. 一日に 1 食だけ、あるいは、まったく食べないこともある。	3
3. 果物や野菜、乳製品はほとんど食べない。	2
4. ビールやお酒、ワインなどのアルコール類をほとんど毎日 3 杯以上飲む。	2
5. 歯や口の中の具合が悪いために、食べることが困難である。	2
6. お金のことが気になって、食べ物を買うのを控えることがある。	4
7. ひとりで食事をすることが多い。	1
8. 1 日に 3 種類以上の薬を飲んでいる (医師から処方されたものと薬局等で購入した薬の両方を含む)	1
9. そうしようとしたわけでもないのに、この半年で体重が 4 ~ 5kg 以上変わった。	2
10. 体の具合が悪いために、食事のしたくや食事ができないことがある。	2

ポイント総計と判定基準(原著に準拠)

0-2	栄養状態良好
3-5	低栄養状態の可能性あり
6-	低栄養状態ハイリスク

* NSI 原著論文(Posner BM, et al. Am J Public Health. 83(7): 972-8, 1993)に基づき、10 項目のチェック項目を日本語に訳した。翻訳にあたっては、英語に精通している医学、心理学、社会学の研究者がそれぞれの訳をもちよって最終調整を行った。