



図1 転倒スコア 21 項目の陽性数の合計点 (21 点満点) と転倒率 (過去 1 年)

(鳥羽研二他：日老医誌 2005；42：346-352 より引用)

なお、 p 値が 0.05 未満を統計学的に有意とし、有意な傾向として、 $p < 0.1$ の項目も記載した。

Ⅲ. 主要な結果

各項目の出現頻度：過去 1 年の転倒例は 708 名 (男性 229 名, 女性 479 名, 平均年齢 77.5 ± 7.4 歳), 転倒率は 29.6%, 観察期間中は 25% であった。骨折は 1.8% にみられた。質問項目と、過去 1 年の転倒者と非転倒者における下位項目を危険と判断する「陽性頻度」を表 2 に示す。

転倒スコア 2)~22) 項目の陽性数の合計点と転倒率を図 1 に示す。スコアが大きくなるほど転倒率が高くなることが示された。

観察期間中の転倒を評価しえた 1,378 症例で、観察期間中の転倒を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、独立した危険因子として抽出された下位項目の転倒危険度 (オッズ比) を算出した⁴⁾。

独立した有意な危険因子として、過去 1 年の転倒歴 ($p < 0.0001$)、歩く速度が遅くなってき

表 3 簡易式の「転倒チェック」シート

該当項目に✓を付ける		
<input type="checkbox"/>	過去 1 年に転んだことがある	5 点
<input type="checkbox"/>	背中が丸くなってきた	2 点
<input type="checkbox"/>	歩く速度が遅くなってきたと思う	2 点
<input type="checkbox"/>	杖を使っている	2 点
<input type="checkbox"/>	毎日 5 種類以上の薬を飲んでいる	2 点
合計		点

※ 7 点以上は「要注意」

(鳥羽研二他：日老医誌 2005；42：346-352 より引用)

た ($p = 0.04$)、杖の使用 ($p = 0.02$)、背中が丸くなってきた ($p = 0.02$)、5 種類以上の服薬 ($p = 0.03$) が抽出された。ロジスティック回帰分析におけるオッズ比は、過去 1 年の転倒が 4.5 倍と最も高く、次いで、歩く速度が遅くなってきた (1.9 倍)、杖の使用 (1.8 倍)、背中が丸くなってきた (1.8 倍)、5 種類以上の服薬 (1.7 倍) であった。

これらのオッズ比を四捨五入して整数倍にし、重み付けした簡易式の「転倒チェック」シート (表 3) の合計点を用い、観察期間中の転倒予測の有用性を検討したところ、カットオフポイント 6/7 点において、感度 68%, 特異度 71% の実用性に足る成績が得られた。

IV. 考察

転倒は、多数の内的要因、外的要因による多危険因子の重層的な症候群 (multiple risk factor syndrome) の1つである¹⁾。

Rubenstein は、転倒に関する大規模研究のレビューを行ったところ、筋力低下、バランス欠如、歩行障害、移動障害、ADL 障害はほとんどすべての研究で一致した危険因子であるが、視力障害、認知機能障害は半数の研究では危険因子として有意でなく、起立性低血圧は7研究中2つのみ有意であった⁹⁾。このように、人種や地域の差異が比較的大きくないと予測される内的要因においても、危険因子としての重みは、対象によって異なる成績となる。

転倒の危険評価表の開発は、主として介護施設⁶⁾や病院⁷⁻⁹⁾で行われ、過去の転倒、認知機能、感覚機能、運動・歩行機能、薬剤、立ちくらみ、慢性疾患が危険因子として挙げられている。ところが、転倒の大部分は家庭内で、過半数は居間などの室内で起きるとされているが、外的要因に関して、危険因子を標準化する試みはほとんどない。地域における転倒危険因子の抽出は多く行われているが¹⁰⁻¹⁴⁾、機能評価は質問表のみで完了せず、測定に人手を要するものがほとんどである。また、内的要因と外的要因を公平に並べて、転倒の危険因子としての意味を調査した研究はなく、外的要因を加えた地域での簡易な危険因子評価表は見当たらない。

転倒スコアでは、過去の成績^{1,2,4)}、および転倒評価表ワーキンググループの研究成績から、内的要因の選択を行った。外的要因に関しては、筋力低下、バランス欠如、歩行障害、移動障害、ADL 障害と関連する外的因子に焦点を絞り、バリアフリーの観点から、障害物、段差、階段、坂道など多様な因子を下位項目に挙げた。視力障害と関連して、「部屋が暗く感じるか」も加えた。

転倒者と非転倒者を比較すると、転倒スコア

のほとんどの項目に有意差があったが、段差、階段、坂道に有意差はなかった。「転倒といえればバリアフリー」という短絡的な反応が間違っていることが初めて判明した。

転倒スコアは陽性点が高くなるほど転倒率が増した。また、本スコアの実用性に関し、松林らは転倒スコアを用い、北海道浦臼町で他の検査方法との比較を施行した。転倒を従属変数として、転倒危険を察知するカットオフポイントは、転倒スコア10点以上で、感度、特異度とも70%以上の結果であった。また、従来のTimed up & go testや、歩行速度、Functional Reachよりも転倒予測の感度、特異度に優れているという結果を得ている [松林公蔵：平成18年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「効率的転倒予測技術の開発と転倒予防介入による生活機能の持続的改善効果に関する縦断研究」(主任研究者：鳥羽研二) 報告書]。菊地らは、もの忘れ外来において、将来の転倒予測に関し、片足立ち、タンDEM歩行、Timed up & go test、Functional Reach、握力などと比較し、多変量解析で、転倒スコアのみが独立した危険予測因子となる成績を得ている (投稿中)。

今回多変量解析で抽出された「転倒スコア」の下位項目は、筋力低下(歩行速度遅延)、骨粗鬆症(円背)、筋力低下と骨粗鬆症および転倒不安(杖の使用)、多病(5種類以上の服薬)であった。これらに含まれない転倒危険因子は過去の転倒歴に含有されていると考える。

重要な点は、地域住民においては、環境要因よりも内的因子である虚弱、多病が転倒に重要であるという知見である。転倒リスクになる薬剤をいかに減らすかは、「安全な医療」の観点から、医師にとって今後重要な課題となろう。

おわりに

転倒予防事業で、今後の転倒危険者を抽出する検査を考える場合、従来のように、環境要因

の間診表と下肢筋力検査（歩行速度、片足立ち時間）などに時間を費やすより、過去の転倒回数を十分聴取し、身体的側面（骨粗鬆症、筋力低下）の情報を得るため、「転倒スコア」を活用することが簡易で、有用であることが示唆された。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業の助成によって行われた。

..... 文 献

- 1) 鈴木隆雄：転倒の疫学。日老医誌 2003；40：85-94。
- 2) 平成14年度厚生労働科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業「寝たきりプロセスの解明と主たる因子に対する介入効果に関する研究」(主任研究者：鳥羽研二) 報告書。
- 3) 鳥羽研二、大河内二郎、高橋 泰他：転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証。日老医誌 2005；42：346-352。
- 4) Okochi J, Toba K, Takahashi T, *et al* : Simple screening test for risk of falls in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2006；6：223-227。
- 5) Rubenstein LZ : Falls. eds Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K, In *Ambulatory Geriatric Care*, Mosby-Year Book, St. Louis, 1993；296-304。
- 6) Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R : Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986；80：429-434。
- 7) Nyberg L, Gustafson Y : Using the Downton index to predict those prone to falls in stroke rehabilitation. *Stroke* 1996；27：1821-1824。
- 8) Morse JM, Morse RM, Tytko SJ : Development of a scale to identify the fall-prone patients. *Can J Aging* 1989；8：366-377。
- 9) Brians LK, Alexander K, Grota P, *et al* : The development of the RISK tool for fall prevention. *Rehabil Nurs* 1991；16：67-69。
- 10) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF : Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988；319：1701-1707。
- 11) O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, *et al* : Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol* 1993；137：342-354。
- 12) Davis JW, Ross PD, Nevitt MC, *et al* : Risk factors for falls and for serious injuries on falling among older Japanese women in Hawaii. *J Am Geriatr Soc* 1999；47：792-798。
- 13) Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF : Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *J Gerontol* 1989；44：M112-M117。
- 14) Tromp AM, Pluijms SM, Smit JH, *et al* : Fall-risk screening test : a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 2001；54：837-844。

分担研究報告書

認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究
－身体合併症発症時の一般病院での認知症対応システムの確立－
（ H19-長寿 - 一般 - 023 ）

分担研究者 鷺見 幸彦 国立長寿医療センター外来診療部部長

研究要旨： 認知症患者は高齢者が多く経過中に身体合併症を生じ、一般の急性期病院へ受診を余儀なくされることがあるが、入院直後のせん妄、回復期での離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。このような状況下での急性期病院の現状を把握するために、愛知県下の臨床研修指定病院 81 施設における認知症への対応の実態調査をおこなうためのアンケート調査を行い 21 施設から回答を得た。

A. 研究目的

認知症患者の増加は著しく、今後も増加していくことが予想されるが、認知症患者は高齢者が多く、その経過中に骨折、肺炎、脳血管障害といった様々な身体合併症を併発する危険性がある。さらに入院直後はせん妄が起りやすく、回復期には離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。このような状況下で一般病院（ことに急性期病院）においていかに認知症患者に対応していくかその指針づくりは急務である。

B. 研究方法

平成 20 年度は昨年度作成したアンケート調査を愛知県下の臨床研修指定病院 81 施設に郵送し、調査を行った。

C. 結果

回答は 21 施設（回答率 26%）内訳は大学病院 2、名古屋市内の病院 9、公的病院 2、私立病院 7、県内他地域の病院 10、公的病院 5、私立病院 5。ベッド数は 100～1505、医師数は 17～426 であった。認知症を専門としている医師が所属しているかについては所属している

12 していない 9 であり、専門病棟の有無については有している施設はなかった。一方専門外来は 8 施設でありという回答であった。専門として対応しているのは、これらの病院ではほとんどが神経内科医であった。救急外来に認知症患者が受診したときの主たる対応では、身体合併症に対してのみ対応し、認知症症状については対応しない 6、身体合併症に対して対応し、認知症症状については重症度症状に応じて対応する 11、身体合併症と認知症症状についても対応する 3 であった。最も困難を感じる点は診察時に指示がまもれないので身体診察および処置ができないであった。積極的に受け入れていない理由としては、徘徊や興奮で周囲の患者さんに迷惑がかかる多数を占めたが、入院するとなかなか退院できず、経営上影響が大きいという回答も見られた。入院してきた患者に、必要とされている検査や治療を行うことができない時の対応や入院をしてきた患者さんに徘徊や興奮がみられ、周囲に迷惑がかかる時の対応ではいずれも院内で対応を検討するがほとんどであった。入院の原因となった、身体合併症としては内科系では感染症、脳血管障害、外科系では当

該科の手術に関連した合併症が多かった。管理困難となる理由としては患者本人の身体面で危険が多いこと、患者に手をとられて他患の看護が不十分となることがあげられた。対応が困難となる原因は陽性症状（徘徊、興奮、夜間の不穏）が圧倒的に多く、それに対しては鎮静剤投与が多かった。理想的な診療体制としては認知症性高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニットが求められている。

D. 考察

アンケート結果からはそれぞれの病院内で何とか対応しようと努力している姿がうかがえた、認知症の専門外来を有する施設はある程度存在するが専門病棟を有する施設はない。そのような環境で徘徊、興奮、夜間の不穏がおこると対応が困難になり不本意ながら鎮静剤投与が行われていた。今後陽性症状に対してどのような治療や対処法が望まれるのか。精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニットをいかにして構築するかが課題として考えられた。

E. 結論

長寿医療センターとして、院内に認知症専用ユニットを有するが、このユニットをさらに一般の施設でも運用可能な形にするため、ハード面、人員配置といったソフト面をふくめた検討が必要である、

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

第50回神経学会総会で発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

研究趣旨：認知機能に対する非薬物療法の期待は大きく、実際多くの場所で実践されている。しかしながらその有用性を示すエビデンスは十分ではない。本研究では認知症予防に関し2種類（音読と計算を中心とするプログラムとレクリエーション群）の非薬物療法の介入を行っている。対象はデイサービス利用者で週2回、6ヶ月のプログラムに参加する。次の6ヶ月は他方のプログラムに参加する（クロスオーバー法）。性別、年齢、教育年数、MMSEをマッチングさせ、施設内毎に無作為に介入を割りつけた。6か月の介入が終了し集計と解析を始めている。

A 研究目的

高齢者や認知症に対する非薬物療法への注目が集まっている。実際デイサービス施設等でも何らかの活動を行っているところは多い。しかしながらその効果は立証されていない。そこで我々は認知症予防に関しより有効性の高い非薬物的介入プログラムの確立を目指した。

B 研究方法

デイサービス利用者を音読と計算を中心とする活動群（認トレ群）と塗り絵、切り絵や工作などのレクリエーション群（創作群）にMMSE、性別、年齢、教育歴をマッチングさせながら無作為に割り付ける。参加基準は週2回以上デイサービスを利用し介入プログラムに参加できる、介入プログラム参加が困難となるような心身の支障がない、MMSE 15点以上である。プログラム開始前に採血、活動や趣味への好み、服薬、同居状況、合併・既往疾患を調べる。2種類のプログラムは6ヶ月後に交代するクロスオーバー法である。6ヶ月の前後でMMSE、ADAS、FAB、MOSES、FIM、GDS、Zaritを採取する。評価者をブラインド化するため、前の3スケールはプログラム施行とは別で通常のデイサービスにも従事しない外部の専従スタッフが行う。残りについては、施設職員および家族が行う。施設職員に

ついて、どの参加者がどのプログラムに参加しているか知らさないようにし、プログラムもデイサービス通常職員の目に触れない別室で行う。週2回行われるプログラムは毎回TORS、満足度（VAS）で参加状況をモニターする。音読と計算を中心とする活動群は参加者の能力に合わせた複数の教材を用意している。買い物、旅行などをシュミレーションし、かかったお金の計算を促す。マス計算、参加者の世代が若かったころに使用されていた教科書の音読を行う。レクリエーション群は塗り絵、ちぎり絵などを行う。両プログラムとも1回30分で週2回。またコミュニケーションの量も両プログラムとも同量にするため参加者1~3名に指導者が1名と、両プログラムとも同じ割合でつく。

研究計画はUMIN Clinical trialに登録した(受付番号R000000878)。

なお本研究は厚生科研以外の研究費、研究者や協力者の支援も加えて行われている。

(倫理面への配慮)

施設利用者および家族に対する説明会を3回開催し、研究参加の任意性、内容を説明。研究に関与する現場スタッフに対しても勉強会を頻りに開催し、倫理面の理解を深めるようにしている。

研究計画は大阪大学医学部倫理委員会で承認された。

C 研究結果

2007年にリクルートした114人の前半の6か月の介入が2008年に終了し結果の解析に入っている。114人は施設ごとに2群に無作為割り付けされた。

認知トレーニング群に割りつけられた57人のうち2人が介入プログラムに参加せず、8人が6か月の介入期間中にドロップアウトした。8人のうち5人が身体的理由によるドロップアウトであった。創作群に割りつけられた57人のうち3人が介入プログラムに参加せず、13人が6か月の介入期間中にドロップアウトした。13人のうち9人が身体的理由によるドロップアウトであった。6か月のプログラム継続率は82.5%であった。身体以外の理由によるドロップアウト率は6.1%と低かった。各介入プログラムの忍容性は十分高いと思われた。

ドロップアウト率は2群間で有意差を認めなかった。また6ヶ月間のプログラムへの参加回数も2群間で有意差はなかった。

プライマリーアウトカムのADAS-cogは介入前のベースラインに比べ2群全体では $p=0.0006$ で認知トレーニング群では $p=0.002$ と有意に改善した。改善値は認知トレーニング群の方が大きかったが、群間有意差はなかった。これらの解析は割り付けに関する情報を盲検下で行っている。

D 考察

ドロップアウト率が低いことが確認できた。このことはデータの信頼性の確保と、介入プログラムの忍容性の高さが示されたことになる。その理由について考察する。

研究をデザインするにあたって、デイサービス利用者の過去のサービス継続状況を調べた。年間1割強のサービス利用中断があり、主な理由は入院など身体疾患そして転居によるものであった。そのため信頼性の高い研究のためには介入期間は最長6か月と考えた。

認知トレーニングは長期介入が可能か忍容性も問題になる。本研究に先立って認知トレーニングプログラムの試行を小グループの高齢者に対し行い、楽しみながら継続できるプログラムを開発した。現場スタッフからも、認知トレーニングでも創作活動においても参加者の満足そうな様子が多く報告されている。このことが身体以外の理由による6か月間のドロップアウト率が6.1%という低値になった理由の一つと考える。

メインアウトカムのADAS-cogが両群で改善していた。今後はどのようなサブグループがどちらの介入プログラムで特に有効であったか検討していく。

E 結論

非薬物療法について多施設無作為割り付け単盲検介入研究を行った。6か月の介入後の変化について解析を行っている。低いドロップアウト率、高い忍容性が確認できた。ベースラインに比べ2群全体および認知トレーニング群でADAS-cogが有意に改善していた。

F 健康危険情報

なし。

G 研究発表

1 論文発表

1: Kamagata E, Kudo T, Kimura R, Tanimukai H, Morihara T, Sadik MG, Kamino K, Takeda M.

Decrease of dynamin 2 levels in late-onset Alzheimer's disease alters Abeta metabolism.

Biochem Biophys Res Commun. 2009 Feb 13;379(3):691-5. Epub 2009 Jan 4.

PMID: 19126407 [PubMed - in process]

2: Sadik G, Tanaka T, Kato K, Yamamori H, Nessa BN, Morihara T, Takeda M.

Phosphorylation of tau at Ser214 mediates its interaction with 14-3-3 protein:

implications for the mechanism of tau aggregation.

J Neurochem. 2009 Jan;108(1):33-43. Epub 2008 Nov 10.

PMID: 19014373 [PubMed - in process]

3: Kurimoto R, Ishii R, Canuet L, Ikezawa K, Azechi M, Iwase M, Yoshida T, Kazui H, Yoshimine T, Takeda M.

Event-related synchronization of alpha activity in early Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: an MEG study combining beamformer and group comparison.

Neurosci Lett. 2008 Oct 3;443(2):86-9. Epub 2008 Jul 10.

PMID: 18634854 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4: Tagami S, Okochi M, Fukumori A, Jiang J, Yanagida K, Nakayama T, Morihara T, Tanaka T, Kudo T, Takeda M.

Processes of beta-amyloid and intracellular cytoplasmic domain generation by presenilin/gamma-secretase.

Neurodegener Dis. 2008;5(3-4):160-2. Epub 2008 Mar 6. Review.

PMID: 18322378 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5: Kazui H, Harada K, Eguchi YS, Tokunaga H, Endo H, Takeda M.

Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers.

J Geriatr Psychiatry Neurol. 2008 Mar;21(1):72-8.

PMID: 18287173 [PubMed - indexed for

MEDLINE]

6: Aidaraliev NJ, Kamino K, Kimura R, Yamamoto M, Morihara T, Kazui H, Hashimoto R, Tanaka T, Kudo T, Kida T, Okuda J, Uema T, Yamagata H, Miki T, Akatsu H, Kosaka K, Takeda M.

Dynamin 2 gene is a novel susceptibility gene for late-onset Alzheimer disease in non-APOE-epsilon4 carriers.

J Hum Genet. 2008;53(4):296-302. Epub 2008 Jan 31.

PMID: 18236001 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7: Kudo T, Kanemoto S, Hara H, Morimoto N, Morihara T, Kimura R, Tabira T, Imaizumi K, Takeda M.

A molecular chaperone inducer protects neurons from ER stress.

Cell Death Differ. 2008 Feb;15(2):364-75. Epub 2007 Nov 30.

PMID: 18049481 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: Kubo Y, Kazui H, Yoshida T, Kito Y, Kimura N, Tokunaga H, Ogino A, Miyake H, Ishikawa M, Takeda M.

Validation of grading scale for evaluating symptoms of idiopathic normal-pressure hydrocephalus.

Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;25(1):37-45. Epub 2007 Nov 20.

PMID: 18025828 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9: Tagami S, Okochi M, Yanagida K, Ikuta A, Fukumori A, Matsumoto N, Ishizuka-Katsura Y, Nakayama T, Itoh N, Jiang J, Nishitomi K, Kamino K, Morihara

T, Hashimoto R, Tanaka T, Kudo T, Chiba S, Takeda M.

Regulation of Notch signaling by dynamic changes in the precision of S3 cleavage of Notch-1.

Mol Cell Biol. 2008 Jan;28(1):165-76. Epub 2007 Oct 29.

PMID: 17967888 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2 学会発表

Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease (ICAD) Effects Of Learning Therapy On Elderly Japanese In Osaka: A Randomized

Controlled Single-blind Multi-center Trial

Noriyuki Hayashi, Hiroaki Kazui, Ayumi Kono, Takashi Morihara, Takahiro Higashi, Yaeko Hata, Hiromi Yoshida, Kousuke Masuda, Naoya Kuwata, Masuhiro Okuda, Masatoshi Takeda
Chicago USA 2008 7/26-31

日本認知症学会2008

デイサービス施設での非薬物療法～認知トレーニング（計算・音読）と創作活動（図画・工作）による無作為割付単盲検多施設研究
林紀行、森原剛史、数井裕光、河野あゆみ、奥田益弘、畑八重子、吉田浩美、増田康介、桑田直弥、武田雅俊

前橋 2008 10/10-12

（総括・分担）研究年度終了報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

（治療・行動精神症状）

研究要旨

A. 研究目的 認知症の予防・治療・介護における戦略的・総合的対策、とくに精神症状・行動異常を示す認知症例に対する対策としての地域協力体制を確立する方法を検討する。

認知症における精神症状・行動異常はBPSDとも呼ばれ、常に出現するものではないが介護負担を著しく増大させる原因となる厄介な症状群である。医師が作成する介護意見書においても認知症の日常生活自立度判定基準の中で認知症の重症度とは独立してランクMとして項目をもうけられている。平成18年度の診療報酬改定において重度認知症デイケアおよび精神病棟入院基本料の算定にランクMであるかどうか重要な基準とみなされており、ランクMの介護診療が重要な位置づけにおかれるようになって来た。

しかしながら、BPSDあるいは認知症ランクMの診療介護のための地域連携構築は十分にすすんでいるとは言えず、症状のために介護困難となった症例の紹介先をみつけるための情報が容易には得られないことが多い。そのため、BPSDを示す患者さん・家族が享受すべき医療提供ができないという状況は改善されなければならない。

認知症BPSD例の介護診療上の問題点として、精神症状・行動異常自体が治療介護困難であること、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。また、BPSDの何に焦点をあてた介護診療を行うかで担当すべき医療機関、施設が適切に選択できるかが重要になる。すなわち、

症状自体の治療、管理が目的か、合併身体症状の治療のための管理かといった問題である。目的に沿って総合病院、単科精神病院、老人保健施設などがニーズの合った形で有機的に連携できることが望ましいが、そのための情報が決定的に不足している。どの病院が精神症状をみることができるのか、合併症状を治療するためのスタッフ、BPSD管理の専門家がいるのかなどの情報が本当に必要な場面で利用できない状況がみられる。

2年目となる本年度は昨年度に施行した愛知県知多半島地域において精神科診療を行っている医療機関を対象として認知症BPSDの診療の現況アンケート調査の結果に基づいて地域連携を具体化することを目指す。

B. 研究方法

昨年のアンケートの結果から知多地域において認知症BPSDの診療を行っている病院、クリニックのドクターが望む連携には以下のようなものがあることがわかった。

1 認知症BPSD診療の研修

ドクター：薬物療法

看護：アプローチ法

SWその他：認知症の知識習得

現在、認知症入院・外来治療をおこなっている施設間での小規模勉強会。

2 合併症とくに神経症状の研修

3 施設間の情報公開

それに基づいて次の3つの会を今年度中に立ち上げた。

イ. 知多地域精神医療懇話会認知症作業部会・・・知多地域の精神科単科病院、総

合病院精神科、精神科クリニックのドクターが全員参加している病診連携の会の下部組織として立ち上げ。第1回は認知症入院治療可能な医療機関のみで会合。

ロ. 知多地域介護看護研修会・・・知多地域の認知症入院治療を行っている医療・介護施設に所属する、看護師、介護士を対象にした研修会

ハ. 知多医療・介護連携強化会議・・・介護施設と精神科医療機関との連携を目的とする。認知症のみを対象としないが老人保健施設、グループホームなどのケアマネジャー、ソーシャルワーカーが参加するためテーマはほぼ認知症に限定される。

それぞれ、第1回の会議が行われた段階である。

(倫理面への配慮) 当然のことながら、精神症状、行動異常の治療は本人の日常生活動作能力の向上、QOLの向上を目指すものであり、社会からの排除を目的とするものではない。治療施設の選択や紹介に当たってもこの点を十分に配慮し、可能な限り本人の了承を得るようにする必要がある。

C. 研究結果

1. 第1回知多地域精神医療懇話会認知症作業部会を平成20年末に開催した。その結果を報告する。

認知症患者の入院治療を行っているのは単科精神科病院4病院のうち3病院。全く受け付けていない病院もある。

認知症BPSDの治療に関してはそれぞれノウハウをお持ちで自信をもって治療にあたっておられ、治療成績も上がっている。入院が必要なBPSD症例のほとんどは通常の薬物治療で1ヶ月以内にコントロール可能。

ただし、看護体制、病棟の体制などで認知症のみに力を入れるというわけには行かない。他の介護施設や総合病院との連携では受け入れ、紹介などで困難な事例がおおい。

受け入れでは身体疾患がある症例の治療環境について総合病院との間に認識のずれがある。退院先は紹介元に戻したいが医学的に見て、退院可能でも以前の介護困難の印象から受け入れを拒まれることが多い。

2. 知多地域介護看護研修会

第1回の研修会は認知症の精神症状に関する知識習得をテーマとした。今後は事例研究を中心に介護、看護職の認知症知識レベル向上を目標として継続していく予定である。

3. 知多医療・介護連携強化会議

現在は少数の医療施設と周辺の介護施設との相互紹介の場としているが今後は範囲を広げて、各医療施設の特性紹介、紹介方法のマニュアル化などをめざす。さらに事例研究をとおして介護施設での認知症知識レベル向上をめざす。

D. 考察 研究課題として、認知症BPSDの治療介護ネットワーク確立の必要性が明確になった。具体的には、患者の状態評価方法の作成、地域における認知症治療可能施設のリスト作成、医療、介護、福祉、行政を包含する研究会の立ち上げ、地域の医師会などとの連携などが考えられる。地道な活動を通して地域連携を深めていくことが求められる。

E. 結論 認知症患者の社会的サポート体制は徐々にすすんでおり、とくに早期発見、診断の面では認知症サポート医養成の全国的展開があるなど一定の成果がある。しかしながら、重度の認知症や精神症状を有する例のサポート体制確立はいまだ不十分である。地域における認知症ランクM治療・介護のネットワーク作りによって認知症患者サポートがより充実したものになることが期待できる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

服部英幸、加藤隆司：高齢者うつ病(大うつ病)とアルツハイマー病に伴ううつ状態の比較検討。第50回日本老年医学会学術集会、幕

張メッセ、平成20年6月21日

服部英幸、榎本和：認知症BPSDび病診連携へ向けての試み。第23回日本老年精神医学会、神戸、平成20年6月27日

森明子、小長谷陽子、相原喜子、鈴木亮子、服部英幸、菊池利衣子、井上豊子、川村陽一：通所サービスにおける高齢者のうつ状態と介入の効果。第23回日本老年精神医学会、神戸、平成20年6月27日

服部英幸、吉山顕次、三浦利奈：高齢者うつ病とアルツハイマー病に伴ううつ状態の比較

検討。第5回日本うつ病学会、福岡、平成20年7月25日

著書

服部英幸：高齢者うつ病。日本老年医学会雑誌。45, 451-461, 2008

服部英幸：うつ病。大内尉義監修、高齢者を診療する研修カリキュラム(財)長寿科学振興財団、愛知、239-244, 2008

服部英幸：うつ病。大内尉義編著、実地医家のため的高齢者診療ガイド。同人社、東京、189-188, 2008

分担 研究報告書

認知症家族支援プログラムの開発と評価に関する研究

研究分担者 遠藤英俊（国立長寿医療センター 包括診療部長）

研究要旨：認知症の家族支援プログラムの開発と評価に関する研究を行った。認知症の介護は大きく在宅介護と施設介護に分けられる。在宅介護の最大の課題は認知症の介護である。家族の介護負担軽減のための最大の解決方法は家族支援とレスパイトケアを中心とする介護サービスの利用である。本研究では家族支援や家族教育に重点をおき、行政と協力して介入を行うことで、認知症の介護の質の向上に向けて必要なシステムの課題を抽出した。家族支援プログラムでは6回のシリーズで地域包括支援センターを中心に介護者をつくり、プログラムを提供し、その後にプログラムの効果について検証した。その結果良好な結果を得た。今後は家族支援プログラムを標準化し、継続するシステムの構築が重要である。

A. 研究目的

認知症の包括的ケア提供体制の確立を考える上で、在宅ケアと施設ケアと中間型ケアがある。中間型ケアとは地域密着型ケアに代表されるように在宅を中心にしながらショートステイを利用しつつ、一日も長く地域で住みつづけることを目的としたものである。

本分担研究では昨年度に引き続き、家族支援をテーマに、教育支援プログラムの開発を行うことを目的にした。そのために地域行政と地域包括支援センターと協力して、行政的な視点から、すなわち地域づくりやネットワークの構築を前提にしたテキストの作成と認知症の家族教室を開催した。

B. 研究方法

家族支援プログラムの開発を目的に、一大都市の29に及ぶ地域包括支援センターが中心となり関与して、行政の枠組みの中で家族支援・相談事業を行うために、本研究事業とタイアップした。また具体的に家族への関与の

方法として、6回の家族教室の開催(表1)、テキストの作成により認知症の家族支援を行った。研究としてはテキスト作成への支援とプログラム開発へのアドバイス、そしてアンケートの解析と分析、そしてフィードバックを行った。家族教室の開催にあたっては地区の行政や地域包括支援センターを中心に認知症の介護を行っている家族を集め、各地区で数名から10名程度のグループをつくり、週1回程度のペースで6回の家族教室を開催した。その後家族を対象に参加状況や介護状況、介護保険の認定状況、要介護度について分析した。(倫理面への配慮)

本研究の参加者は行政によって同意を得られた家族を対象としており、アンケートの分析にあたっては名前が特定できないデータとして処理したため、個人を特定することは困難であり、またその必要もなかった。

C. 研究結果

地域包括支援センターと行政が協力して、

認知症支援プログラムを開発した。6回のコースで、テキストを作成し、参加者は認知症や、介護方法、介護保険に関する知識を得る座学を行うこととし、家族同士の連携や仲間作りを行った。テキストは今回独自に作成したものであり、コースの全体を通じて利用することができる。その後参加者へのアンケート調査を行った。その結果を表2、表3に示した。

家族教室では平成19年度は174回延べ1307人で、平均参加人数は7.5人であった。平成20年度は89回で延べ470人参加し、参加者は210名で、平均参加者は5.2人であった。結果としては男性24名、女性165名で、参加介護者の属性は娘が28%、妻が29%、嫁が17%、夫が8%で息子が3%であった。同居は71%であり、通いの介護は27%であった。介護保険を利用している家族は80%であり、対象としては認知症の軽度か中等度に相当する方の参加が多かった。表2に参加者の満足度を示した。参加者の85%が満足か概ね満足を表明した。内容は表3に示したが、認知症の病気の話や交流会、体験談に満足度が高いという結果を得た。さらに認知症介護に余裕ができたり、孤独感の解消等の効果が得られた。

D. 考察

認知症の家族介護負担は精神的介護と身体的介護負担に分類されるが、特に認知症の行動障害に対する負担が大きく、どの研究報告でも同様の結果を得ている。これまでも認知症の人と家族の会においても地道な活動が継続されてきた。家族会や電話相談による活動であるが、行政が積極的にこれに関わることはあまりなかった。しかしながら今回は大都市の29に及ぶ地域包括支援センターが関与して、行政の枠組みの中で家族支援・相談事業を動かしたことは大きな意義がある。また具体的に家族への関与の方法として、6回の家族教室の開催、テキストの作成、人集め、ならびに場所の確保を含め、家族支援を行った意義は大きい、研究としてはテキスト作成への支援とプログラム開発へのアドバイス、そしてアンケ

ートの解析と分析、そしてフィードバックを行った。しかしながら参加者は妻や娘、嫁などの女性が多く、男性への介入が必要と思われた。なぜなら名古屋市の高齢者虐待の調査では加害者としては息子が約3分の1を占め、データでは男性の介護者の支援が必要であり、介護負担を軽減する対策や施策が必要であるものと思われる。さらに最大の効果は地域包括支援センターの地域住民への周知徹底したこと、またその機能を強化できたことである。本研究の意義と役割は大きかったものと思われる。

最後に認知症ケアの主な課題としては若年性認知症対策、早期診断後のケア、施設ケアにおける個別ケアの進展、家族介護における虐待、介護殺人、認知症などが大きな課題となっている。

E. 結論

認知症の包括的ケア提供を行うために、在宅の家族への教育支援プログラムの開発を行った。まず始めに家族向けの認知症のテキストの作成を行い、アンケート調査を行った。その結果参加家族より、プログラムに肯定的な反応があり、認知症の家族介護にとり有用なプログラムである可能性が示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kazui H, Harada K, Eguchi YS, Tokunaga H, Endo H, Takeda M : Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. J Geriatr Psychiatry Neurol. 21(1):72-8, 2008
- 2) Yukiko Tanaka, Kumiko Nagata, Tomoe Tanaka, Koichi Kuwano, Hidetoshi Endo, Tetsuya otani, Minato Nakazawa, Hiroshi Koyama: Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary

- incontinence(UI) among nursing home residents?. Archives of Gerontology and Geriatrics (in press)
- 3) 遠藤英俊、梅本充子、佐竹昭介、松山善次郎、三浦久幸：認知症高齢者におけるクリクトン高齢者行動評価尺度と介護負担尺度に関する研究. 老年精神医学雑誌. 19(5):569-576. 2008
 - 4) 遠藤英俊、洪 英在、佐竹昭介、三浦久幸：高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断. 老年精神医学雑誌. 19(7):756-761. 2008
 - 5) 遠藤英俊：さらなる高齢者虐待防止のために. 高齢者虐待防止研究. 4(1):6-7, 2008
 - 6) 遠藤英俊、大島治子：介護保険制度. 臨床精神医学. 37(5):723-729. 2008
 - 7) 遠藤英俊：インタビュー①日本のどこに住んでいても認知症になっても安心な社会を創るために. 介護保険情報. 9(6):8-13. 2008. 9
 - 8) 遠藤英俊：高齢者ケアと在宅医療 第20章 認知症ケアと非薬物療法. 明日の在宅医療. 4:410-425. 2008. 9
 - 9) 遠藤英俊：アルツハイマー病—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム—. 日本臨牀. 66(1):457-461, 2008.
 - 10) 遠藤英俊、鳥羽研二：認知症の非薬物療法. Annual Review 神経 2008. :83-90, 2008.
 - 11) 遠藤英俊：特集：かかりつけ医が認知症を診るとき 認知症の長期ケア—認知症サポート医と病診連携の役割—. 日本医事新報. 4410:78-82, 2008
 - 12) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：認知症の進展予防—認知症リハビリテーション. 医学のあゆみ. 227(3):175-180, 2008
 - 13) 遠藤英俊：アルツハイマー病のケアと介護. 診断と治療. 96(11):139-144, 2008

2. 書籍
 - 1) 遠藤英俊：高齢者医療総合診療ガイド 担当医必携 Q&A. ㈱じほう
 - 2) 遠藤英俊(共著)：B. 成人～老年. からだの年齢事典. :107-110, 2008. 5
 - 3) 遠藤英俊(共著)：B. 神経難病 3. 脳血管疾患患者の在宅医療. 在宅医療ガイドブック. :219-224, 2008
2. 学会発表
 - なし
- G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
 1. 特許取得
 - なし
 2. 実用新案登録
 - なし
 3. その他
 - 特になし

表1. 家族支援プログラム

	講話:主なテーマ
1日目	ようこそ家族教室へ
2日目	認知症について正しく理解しよう
3日目	介護保険サービスなどについて知ろう
4日目	認知症の方へのかかわりかたについて学ぼう
5日目	介護体験を聞こう
6日目	今後の仲間づくり

表2. 参加者の満足度

満足	概ね満足	どちらとも言えない	やや不満	不満	不明	計(人)
66	98	19	1	2	5	191

表3. 家族支援プログラム参加者の反応

	そう思う	どちらとも 言えない	思わない	不明	計(人)
気が楽になった	70.7%	17.8%	1.0%	10.5%	100%
相談できる仲間が増えた	31.9%	43.5%	9.9%	14.7%	100%
認知症本人の気持ちがわかるようになった	52.9%	34.0%	3.1%	9.9%	100%
精神的に余裕ができた	56.0%	30.4%	3.1%	10.5%	100%
周囲に手助けを求めることができるようになった	47.6%	34.6%	6.8%	11.0%	100%
つらいのは自分だけではないと思えるようになった	78.5%	10.5%	1.0%	9.9%	100%

分担研究報告書

一般生活者を対象とした認知症の症状に対する援助希求行動尺度の作成と
その信頼性及び妥当性の検討

研究分担者

荒井由美子 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部長

研究要旨 本研究では、認知症の症状に対する家族の認識や、進行段階に応じた適切な援助について検討するため、認知症の症状に対応した援助希求行動尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とした。一般生活者を対象に、自記式質問紙による郵送調査を行い、有効回答であった1951名のデータを元に分析を行った。まず、認知症の症状に対する援助希求行動について因子分析を行った結果、「ごく初期の症状」、「初期の症状」、「中期の症状」、「進行期の症状」のそれぞれに対応した援助希求行動が4因子抽出され、それらの内的一貫性は非常に高いことが明らかとなった。また、認知症患者との接触経験、介護経験、専門医志向との関連を分析した結果、本研究で作成した援助希求行動と有意な関連が認められた。本研究データにおける信頼性と妥当性が示されたことから、認知症に対する受診や治療に関する行動を把握するために、本研究で作成した尺度の高い有用性が示唆された。

A. 研究目的

近年、認知症に関する問題は、人口の高齢化とともにますます大きくなりつつある。現在、わが国では、全高齢者の7.2%が認知症に罹患しており、2035年には10.5%まで罹患率が上がるという。それら多くの認知症患者は、地域に在住しており、家族、親族によってケアを提供されていることが多い。認知症による精神的症状（幻覚、妄想、攻撃、無気力、抑うつ、興奮）は、患者に共通してみられる症状であり、家族の介護負担や抑うつ感情を引き起こし、結果として施設への入所の原因となっている。そのような認知症の症状が介護者に否定的な影響を及ぼすことを予防するためには、症状に対する適切な理解と、早期の鑑別診断が非常に重要である。しかしながら、患者自身や家族が気づかなかつたり、病名を否定したりすることによって、

診断と治療が遅延してしまうことがいくつか報告されている。Rossらは、191名の地域在住の男性認知症患者を対象とした研究において、60%以上の家族が患者に記憶障害があることを認識しておらず、その問題に関する医学的評価を受けていないことを報告している。このような疾患に対する認識や診断の遅延が発生する原因としては、家族の認知症に対する知識が不足しており、記憶の低下や軽い精神症状を正常な老化の過程であると見なしてしまうことが考えられよう。

これまでに、認知症の症状を段階的に捉える評価手法や、周辺症状を主に捉えるための尺度はいくつか開発されているが、認知症に特化した症状と、正常な老化によって生じた症状との区別について着目した研究は少ない。また、認知症の症状と診断に至る過程に着目した研究もいくつか行われているが、一般生

活者を対象として、認知症の症状と、それに応じて診断や治療などの援助を求める行動との関連を検討した研究は、極めて限られている。最近では、品川らが、一般市民調査の結果、家族に認知症の疑いがある場合、専門医やかかりつけ医をすぐに受診させたいという意見が7割を占めたことを報告しているが、認知症の症状と援助を求める行動との直接的な関連については、これまで報告されていない。

そこで本研究では、認知症の症状に応じて同居家族が診断および治療を求める行動を「認知症の症状に対する援助希求行動」として定義し、検討する。本研究の目的は、1) 一般生活者を対象とした、認知症の症状に対する援助希求行動尺度を作成し、2) その尺度の信頼性と妥当性について検討することである。

B. 研究方法

本研究では、社会情報サービス (Social Survey Research Information; SSRI) が管理する一般生活者パネル (52,748名より構成) から、割付法を用いて抽出した2,224名を対象として調査を行った。この2,224名に対し、自記式質問票を郵送したところ、回収数は2,031であった。このうち、本研究では有効回答であった1,951名を分析の対象とした。本研究の分析対象者の特徴としては、年齢層別に割付し、対象者を抽出したため、国民全体の世帯所得平均と比較して、やや所得が低い者が多い。しかしながら、平成16年度の国民生活基礎調査の結果と同じく、約8割の対象者の所得は800万円以下であったため、ある程度の代表性は確保されていると見なし分析を試みた。

本研究では、認知症の症状に対する援助希求行動について検討するために、以下の設問を用いた。

(1) 基本的属性

本研究では、基本的属性として、対象者の年齢、性別、教育歴、収入を測定した (表1)。年齢は、20歳以下から75歳以上まで、5歳ずつ12の選択肢を設け、あてはまる箇所を選択するよう求めた。教育歴の測定には、最終学歴として、中学校、高等学校、短期大学、専門学校、大学、の6つの選択肢を設けた。収入は、年収が200万以下から1,200万円まで200万ごとに8つの選択肢を設け、あてはまる箇所を選択するよう求めた。

(2) 認知症の症状に対する援助希求行動

本研究では、認知症の症状に対する援助希求行動尺度の項目を、先行研究をもとにして作成した。具体的には、まず、認知症特有の症状を簡潔に表現している項目を先行研究から収集した。そして、認知症の症状を段階別に把握する尺度であるReisbergらのGlobal Deterioration Scale (GDS) を参考に、症状が段階別になるよう項目の整理を行った。次に、老年精神科の専門医によって、その内容的妥当性を検討し、一般生活者にも理解を得やすい表現になるよう編集を行った。

本研究では、収集した認知症の症状に対し、「もしあなたの家族のうち、どなたかにこれらの症状が認められた場合、どうしますか」という教示を行った。回答は、「気にしない」「気になるが、様子を見る」「誰かに相談する」「病院を受診する」から一つを選択するよう求め、それぞれに1から4点を与えた (表2)。

(3) 認知症の人との接触経験、介護経験、専門医志向

本研究では、上記の尺度の妥当性について検討するために、認知症の人との接触経験、介護経験、そして専門医志向を測定した。

認知症の人との接触経験は「あなたは、これまで「認知症の人」に関わったことがあり

ますか」という質問を用いて測定した。回答は、「家族・親類・知人など身近な人が認知症になった」「認知症の人とボランティアなどで関わったことがある、または認知症の人の話を聞いたり、勉強したりしたことがある」「全く関わったことがない」の3つから1つを選択するよう求めた。

介護経験は、「あなたは、これまで「介護（何らかの障害がある人の身の回りの世話）」に関わったことがありますか」という質問を用いて測定した。回答は、「認知症あるいは障害を持った家族の介護を現在している、または過去にしたことがある」「ボランティアなどで介護をした経験がある。または介護について勉強したことがある」「全く関わったことがない」の3つから1つを選択するよう求めた。

専門医志向については、「家族が認知症になった場合、どのような病院や医院に通いますか」という質問を用いて測定した。回答は、「かかりつけの医院・病院に通う」「地元の診療所・医院・病院に通う」「認知症の専門医がいる病院に通う」「特に通うことはない」の4つから1つを選択するよう求めた。

C. 研究結果

(1) 探索的因子分析の結果

主因子法プロマックス回転による探索的因子分析の結果、4因子が抽出された(表3)。第1因子は「周囲の人にはよくわからない理由で歩き回る」「誰もいないのに、誰かが見えているような行動をする」などの7項目から構成されたため、認知症における中期の症状に対する援助希求行動因子と名付けた。

第2因子は「言葉話すことができなくなる」「食べ物や飲み物が美味しくなくなる」など、4項目から構成されたため、認知症における進行期の症状に対する援助希求行動因子と名付けた。

第3因子は、「作り慣れている料理がうまく

作れないようになる」「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」など、6項目から構成されたため、認知症における初期の症状に対する援助希求行動因子と名付けた。

第4因子は、「以前よりも落ち着きがなくなる」「ちょっとしたことで興奮しやすい」など、比較的軽度の症状を示す3項目から構成されたため、認知症におけるごく初期の症状に対する援助希求行動因子と名付けた。

尺度の信頼性を検討するために、全体および各下位尺度の内の一貫性を示す α 係数を算出した。その結果、全体では $\alpha = 0.90$ 、各下位尺度では、中期の症状が $\alpha = 0.89$ 、進行期の症状が $\alpha = 0.81$ 、末期の症状が $\alpha = 0.82$ 、ごく初期の症状が $\alpha = 0.79$ であった。

(2) 認知症の人との接触経験と認知症の症状に対する援助希求行動

表4に、認知症の人との接触経験と認知症の症状に対する援助希求行動との関連を検討した結果を示す。本研究では、尺度の内の一貫性が高いことが認められたため、項目得点を下位尺度ごとに単純化した尺度得点を用いて検討した。分析の結果、すべての援助希求行動において、接触経験による有意差が認められた。加えて、事後分析の結果、ごく初期の症状に対する援助行動では、「家族・親類・知人など身近な人が認知症になった」群と「全く関わったことがない」と回答した群、「認知症の人とボランティアなどで関わったことがある、または認知症の人の話を聞いたり、勉強したりしたことがある」群と「全く関わったことがない」群との間に有意差が認められた。初期の症状に対する援助行動では、「家族・親類・知人など身近な人が認知症になった」群が「全く関わったことがない」と回答した群より有意に得点が高いことが認められた。

中期の症状に対する援助行動では、初期の

症状に対する援助行動と同じ結果が得られた。しかしながら、進行期の症状に対する援助行動では、事後分析において群間の有意な差は認められなかった。

(3) 介護経験と認知症の症状に対する援助希求行動

表5に介護に関する経験と認知症の症状に対する援助希求行動との関連を分析した結果を示す。分散分析の結果、ごく初期の症状、中期の症状、進行期の症状に対する援助希求行動においては有意差が認められた。しかしながら、初期の症状に対する援助希求行動においては、介護に関する経験による有意差は認められなかった。

次に、認知症に対する接触経験と同じく、事後分析による群間差について検討した。まず、ごく初期の症状においては、「認知症あるいは障害を持った家族の介護を現在している、または過去にしたことがある」群と「全く関わったことがない」と回答した群、「ボランティアなどで介護をした経験がある。または介護について勉強したことがある」群と「全く関わったことがない」と回答した群との間に有意差が認められた。

初期の症状では群間に有意差が認められなかったが、中期の症状においては、「ボランティアなどで介護をした経験がある。または介護について勉強したことがある」群と「全く関わったことがない」と回答した群との間に有意差が認められた。進行期の症状においては、「認知症あるいは障害を持った家族の介護を現在している、または過去にしたことがある」群と「全く関わったことがない」と回答した群との間に有意差が認められた。

(4) 専門医志向と認知症の症状に対する援助希求行動

最後に、専門医志向と認知症の症状に対する援助希求行動との関連を検討した(表6)。

本分析においては、欠測値を除外した結果、他の分析と比較すると若干対象者数が減少している(N = 1,898)。まず、分散分析を行った結果、すべての援助希求行動因子において、専門医志向によって有意差があることが認められた。

次に、事後分析により群間差について検討したところ、ごく初期の症状因子においては、「認知症の専門医がいる病院に通う」と回答した群の得点が他のグループに比較して有意に高いことが明らかとなった。また、「かかりつけの医院・病院に通う」と回答した群と、「特に通うことはない」と回答した群との間に有意差があることも認められた。初期の症状因子においても、ごく初期の症状因子と同じく、「認知症の専門医がいる病院に通う」と回答した群の得点が他のグループより有意に高いことが認められた。また、「かかりつけの医院・病院に通う」と回答した群と「地域の診療所・医院・病院に通う」と回答した群の得点が双方とも「特に通うことはない」と回答した群より高い得点であることも認められた。中期の症状因子は、初期の症状因子と同じ結果が得られた。進行期の症状因子においては、「認知症の専門医がいる病院に通う」と回答した群の得点が「かかりつけの医院・病院に通う」と回答した群および「特に通うことはない」と回答した群よりも有意に高いことが認められた。加えて、「かかりつけの医院・病院に通う」と回答した群と「地域の診療所・医院・病院に通う」と回答した群の得点は「特に通うことはない」と回答した群よりも高いことが認められた。

D. 考察

本研究の目的は、認知症の症状に対する家族の援助希求行動尺度を作成し、その信頼性と妥当性について検討することであった。まず、本研究では因子分析の結果、「ごく初期の症状」「初期の症状」「中期の症状」「進行