

外来件数	533	513	509	593	464	512	552	541
うち鑑別診断件数	55	50	39	52	49	48	65	61

2. 専門医療相談の実施

杏林大学病院もの忘れセンターには専従の精神保健福祉士がおり、認知症に関する相談に対応している。

月別の相談件数（のべ）を表1に示す。電話相談件数と通院患者で直接面接相談した件数はほぼ同数であった。

表1. 月別専門医療相談のべ件数

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
電話	26	30	33	35	61	46	52	58
面接	22	31	43	39	49	48	51	38
訪問	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	6	7	13	3	6	8	8	13

次に、相談元と相談先機関（連携機関）の内訳を示す。表2からわかるように連携機関としては一般病院が最も多く、その他は地域包括支援センター、介護保険施設、ケアマネジャー、精神科病院などが多かった。

表2. 月別連携機関内訳（のべ件数）

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
一般病院	22	19	18	23	22	20	21	17
精神科病院	6	3	3	11	7	7	5	1
認知症サポート医	3	4	4	0	2	0	1	0
かかりつけ医	1	1	1	1	1	0	3	3
訪問看護ステーション	0	1	1	2	1	2	4	1
区市町村（高齢所管部署等）	4	1	1	0	2	1	0	3
地域包括支援センター	10	7	7	4	5	5	7	9
ケアマネジャー	1	4	4	11	7	8	9	7
介護保険施設	3	2	2	10	10	6	8	5
保健所・保健センター	0	0	0	0	0	0	0	2
家族介護者の会	0	0	0	0	0	0	0	0

その他 1 3 3 0 0 0 0 1

次に、相談内容の内訳を表3示す。受診・受療に関わる援助が最も多く、それ以外は関係機関との連絡調整に関わる援助や介護保険に関わる援助、患者・家族の心理的サポートなどが時折ある程度であった。

表3. 月別相談内容別内訳（のべ件数）

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
受診・受療に関わる援助	2	14	33	17	17	18	21	10
関係機関との連絡調整に関わる援助	6	0	2	2	3	5	5	11
介護保険に関わる援助	4	1	3	3	5	2	5	13
患者・家族の心理的サポート	2	1	1	3	7	6	2	8
社会資源の活用に関わる援助	2	0	1	2	0	0	0	1
権利擁護に関わる援助	2	1	2	4	2	1	0	1
経済問題に関わる援助	0	1	1	1	2	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0

3. 身体合併症、行動・心理症状への対応

身体疾患のために杏林大学病院に入院したケースを上段に、行動・心理症状のために連携病院（医療連携の提携書を交わした精神科病院）に入院したケースを下段に示す。身体疾患による入院に比べて行動・心理症状による入院はあまり多くなく、月1件以下であった。

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
認知症疾患医療センター	13	11	7	10	8	7	11	10
連携病院	1	1	1	1	0	0	1	0

4. 地域連携の推進

平成20年12月にかかりつけ医（医師会）、専門医療機関、在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政）の連携組織である“三鷹武蔵野認知症連携の会”を設立し、ワーキンググループ会議（総勢35名）を定期的で開催している。これまで三者間双方向型の情報交換シートを作成し、三者間での円滑な情報交換を図っている。平成24年度は下記に日程で定例会議を開催した。協議内容は以下の通り

第19回：今後の認知症連携の方針について、情報交換シートの運用状況の確認と事例報告、薬剤師会との連携の方向性についての検討、第20回：情報交換シートの運用状況の確認、杏林大学認知症疾患医療センターへ相談状況の報告、情報交換シートの改定案、第21回：新規

ンバーの紹介、情報交換シートの運用状況の確認、情報交換シートの改定案、杏林大学認知症疾患医療センターからの報告、6市協議会開催報告

また、11/5に北多摩南部（調布市、府中市、小金井市、狛江市、武蔵野市、三鷹市）の認知症連携協議会を開催し、“三鷹武蔵野認知症連携の会”になって、今後各市でかかりつけ医（医師会）、専門医療機関、在宅相談機関の連携を進めていく方針が確認された。

日時	場所
H24.4.12	三鷹武蔵野認知症連携協議会（第19回）
H24.7.5	三鷹武蔵野認知症連携協議会（第20回）
H24.10.15	三鷹武蔵野認知症連携協議会（第21回）
H24.11.5	北多摩南部地域認知症連携協議会

5. 専門医療、地域連携を支える人材の育成と認知症に関する正しい知識の情報発信
認知症高齢者に対応する各職種向け、市民向けの講習会を下記の日程で開催した。

日時	開催場所	研修会等内容
H24.4.12	三鷹ネットワーク大学	三鷹市における認知症連携について
H24.6.13	小金井医師会館	認知症日常診療のポイント
H24.9.11	武蔵野市役所	デイサービス・デイケアセンター職員対象講習会
H24.10.12	調布市文化会館	市民向け講演会
H24.10.16	武蔵野市福祉公社	認知症見守り支援ヘルパー養成研修
H24.10.20	三鷹労政会館	世界アルツハイマーデー記念イベント・認知症の診療と地域連携
H24.10.23	武蔵野福祉公社	デイサービス・デイケアセンター職員対象講習会
H24.11.9	あきる野市役所	認知症地域連携講演会
H24.11.20	武蔵野福祉公社	デイサービス・デイケアセンター職員対象講習会
H24.11.22	杏林大学病院	大阪府和泉市認知症連携に関する視察

D. 考察

地域で認知症高齢者を見るためには医療、介護、福祉の連携による地域包括ケアの構築が必要である。その実現を目指して東京都では、平成24年4月に10か所認知症疾患医療センターを設置した。杏林大学病院はそのなかで北多摩南部二次医療圏（調布市、府中市、小金井市、狛江市、武蔵野市、三鷹市）を統括する立場にある。認知症地域包括ケアの目標は「住み慣れた地域で認知症の人が安心して生活できる街づくり」であり、そのために認知症疾患医療センターは医療機関同士、さらには医療と介護が連携できる推進役となることである。

そのために、東京都は具体的に6つの役割を設定した。ひとつは“認知症の診断と対応”であり、これはかかりつけ医が認知症患者を診る上で、認知症疾患医療センター正確な診断と治

療方針を提供する機能である。そのためには、診断ツールとしてMRI やシンチグラムのほか、PET や髄液検査など多種類の検査が実施できることが条件となる。杏林大学病院では月 50～60 件の初診を受けており、それに対して診断、加療方針を決定して紹介医に戻している。しかしながら、初診待ち日数が 60～90 日と長いことが課題である。この待ち日数長期化は恒常的な問題であり、多くの専門医療機関が抱える問題である。

2 つめは“専門医療相談の実施”である。認知症疾患医療センターには、医療相談室の設置が必要であり、ここには認知症に関する専門知識を有する精神保健福祉士等の配置が義務付けられている。医療相談室では、本人、家族、関係機関（地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター、介護保険事業所等）からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、必要に応じて適切な医療機関と連携するよう仲介する。杏林大学病院では多くの認知症相談に対応しているが、なかでも一般病院との連携が最も多く、その他、地域包括支援センター、介護保険施設、ケアマネジャー、精神科病院などが多かった。また相談内容としては受診・受療に関わる援助が最も多く、その他、関係機関との連絡調整に関わる援助や介護保険に関わる援助、患者・家族の心理的サポートなどが時折ある程度であった。

3 つめは“身体合併症、行動・心理症状への対応”である。認知症患者は中核症状の進行とともに日常生活動作に問題が生じ、生活が自立できなくなるが、それと並行して肺炎や転倒・骨折などの身体合併症を起こす。認知症患者の身体合併症に関して、病院の受け入れ拒否が問題視されており、また、早期退院を促されるケースも多い。杏林大学病院は高齢診療科で急性期の身体合併症を管理しており、その実数は月 10 件をやや上回る程度であった。一方、行動・心理症状（BPSD）による入院は杏林大学病院ではなく、医療連携の提携書を交わした地元の精神科病院であり“三鷹武蔵野認知症連携の会”に所属する三鷹市の 2 つの精神科病院に依頼した。その件数は多くなく月 1 件以下であった。しかしながら、そのような急性 BPSD に対応できる入院設備が地域にあることは連携の上で絶対条件と考えられる。

4 つ目は“地域連携の推進”であり、これを最大の目的として“三鷹武蔵野認知症連携の会”活動を継続している。“三鷹武蔵野認知症連携の会”は平成 20 年 12 月に組織された、かかりつけ医（医師会）、専門医療機関（杏林大学病院他）、在宅相談機関（地域包括支援センター、行政他）の三者の連携組織であり、まさに地域包括ケア実現のための組織である。これまで計 22 回連携協議会を重ねており、平成 24 年 4 月～11 月にも合計 3 回の協議会を開催した。協議内容は以前作成し運用中の情報交換シートの運用状況の確認と事例報告が最も多く、その他、今後の連携の在り方に関する方向性の検討などであった。地域連携の推進のためには各職域の人間が実際に顔を合せて共通の課題について討議することが重要と考えられる。さらに、三鷹市、武蔵野市だけでなく北多摩南部全体の認知症連携協議会を開催し、今後の各市での連携体制の構築について具体的に話し合う場が設けられた。4 市で新たな認知症連携体制の芽が出るよう支援できたのは認知症疾患医療センターの職務として重要なものであったと考える。

5 つ目と 6 つ目は“地域連携を支える人材の育成”と“認知症に関する正しい知識の情報発信”であり、これは地域全体で認知症をサポートするための資源作りということができる。支援体制作りは認知症の方本人に最も近い位置にある家族や、さらにその方々を支えるケアマネ

ージャーや他の介護、福祉職など、本人周辺に認知症に関する十分な知識と対応法を伝えることが大切である。そのために杏林大学病院では“三鷹武蔵野認知症連携の会”がカバーするケアマネージャー向け講習会や地域住民を対象とした認知症勉強会などを多数開催した。

以上、東京都の示す6つの柱に対し、それなりの実績を残すことができていることが今回の8カ月間の調査で示された。このような実績報告を日本全国の認知症疾患医療センターに求めることが、認知症疾患医療センターの質の均てん化に必要ではないかと考える。

E. 結論

杏林大学病院もの忘れセンターは東京都が指定した認知症疾患医療センターとして機能していることが、8カ月間の実績調査によって示された。このような実績報告を日本全国の認知症疾患医療センターに求めることが、認知症疾患医療センターの質の均てん化に必要と考えられる。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Atsushi Araki, Kouichi Kozaki, et al and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Study Group : Long-term multiple risk factor interventions in Japanese elderly diabetic patients: The Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial—study design, baseline characteristics and effects of intervention. *Geriatr Gerontol Int* 12 (Suppl.1) . 2012. 7-17 .
- 2) Atsushi Araki, Koichi Kozaki, et al and the Japanese Elderly Intervention Trial Research Group : Non-high-density lipoprotein cholesterol: an important predictor of stroke and diabetes-related mortality in Japanese elderly diabetic patients. *Geriatr Gerontol Int* 12 (Suppl.1) . 2012. 18-28 .
- 3) Kenji Toba, Kumiko Nagai, Sayaka Kimura, Yukiko Yamada, Ayako Machida, Akiko Iwata, Masahiro Akishita and Koichi Kozaki : New dorsiflexion measure device:A simple method to assess fall risks in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 12(3). 2012. 563-564 .
- 4) Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K: Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 60(6). 2012. 1188-9.
- 5) Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K: Priorities of healthcare outcomes for the elderly. *J Am Med Dir Assoc*, in press.

2. 学会発表

- 1) 神崎恒一：高齢者の総合機能評価と多職種連携. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.28.
- 2) 永井久美子, 秋下雅弘, 柴田茂貴, 小林義雄, 山田如子, 木村紗矢香, 町田綾子, 鳥羽研二, 神崎恒一：もの忘れ外来を受診した男性患者におけるテストステロンと認知機能経年変化との関連. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.28.
- 3) 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 柴田茂貴, 杉浦彩子, 鳥羽研二, 神崎恒一：高齢者の耳掃除と認知機能の関係. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.28.
- 4) 山田如子, 木村紗矢香, 小林義雄, 中居龍平, 鳥羽研二, 神崎恒一：認知症高齢者の入浴回数は認知機能の判断基準となり得るか. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.28.
- 5) 永井久美子, 小林義雄, 園原和樹, 須藤紀子, 鳥羽研二, 神崎恒一：脳皮質下虚血病変の局在と老年症候群の関連について. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.29.
- 6) 柴田美帆, 柴田茂貴, 永井久美子, 須藤紀子, 長谷川浩, 神崎恒一：老人保健施設通所利用者の難聴と認知症の実態（簡易聴覚チェッカーの活用）. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012.6.29.
- 7) 神崎恒一：認知症の診断と治療の動向. 「医療保険を考える会」学術講演会, 東京, 2012.7.27.
- 8) 神崎恒一：認知症「老年医学の立場からみた認知症診断」. 健康長寿医療フォーラム in 大阪 2012, 大阪, 2012.8.25.
- 9) 神崎恒一：動脈硬化と認知症. 第 17 回医歯薬連携の会（西東京市・東久留米市）, 西東京, 2012.9.1.
- 10) 神崎恒一：認知症と向き合う. 平成 24 年度ちょうふ市内・近隣大学等公開講座, 調布, 2012.10.12.
- 11) 神崎恒一：認知症診断における地域連携の重要性. 第 2 回認知書診断・治療ネットワーク, 横浜, 2012.12.5.
- 12) 神崎恒一：認知症と転倒. 第 16 回認知症を語る会, 東京, 2013.2.23.

H. 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
なし

23 年度までの研究成果

認知症高齢者の抑うつに対する、家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響に関する研究

研究分担者 神崎 恒一・杏林大学医学部高齢医学（教授）

研究要旨

認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、その実態の評価と対策が必要である。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（平均年齢 79±7 歳）を対象として、うつ傾向を GDS15 で評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いで比較した。その結果、独居者は家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）に比べて GDS が有意に高値であり、この傾向は女性のみで有意であった。また、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の 3 群間で GDS に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群の GDS が高かった。以上の結果より、独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

A. 研究目的

認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、特に独居高齢女性にその傾向が強い。逆に、家族と同居している場合や趣味やボランティア活動を行っている患者は抑うつ傾向が低い。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。

B. 研究方法

対象は杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（男性 107 名、女性 191 名、平均年齢 79±7 歳）とその通院介護者 298 名。日常生活動作として基本的 ADL（Barthel index）、手段的 ADL（Lawton&Brody）、認知機能（MMSE）、抑うつ傾向 GDS15、周辺症状（DBD）、家族の介護負担度（Zarit Burden Interview: ZBI）を評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いによる各評価スケールの違いを統計的に解析した。

（倫理面への配慮）

本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと、実施した。

C. 研究結果

独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の3群でGDSを比較したところ、独居群は家族群、配偶者群に比べてGDSが有意に高値であり（家族群と配偶者群には差なし）、この傾向は女性のみ認められた（図）。

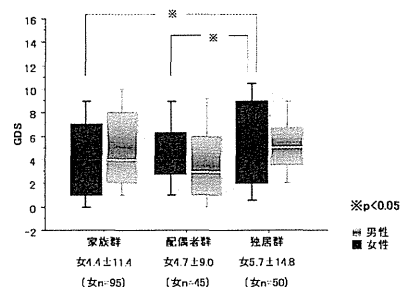
次に、この家族構成という要因に介護保険サービスの利用の有無を加えて検討したところ、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の3群間でGDSに差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群のGDSが高かった（図）。

D. 考察

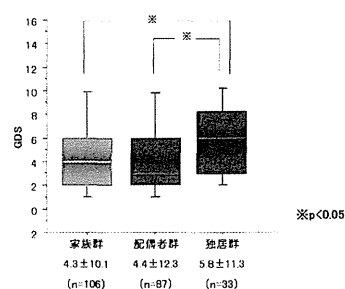
認知症高齢者、特に病識のある初期の高齢認知症女性患者は、抑うつ傾向が強いと言われている。本研究では改めて独居者と同居者、さらに同居者を配偶者との同居者（配偶者群）と配偶者以外の同居者（家族群）に分けて、抑うつ傾向に差があるか否かを調べた。その結果、独居群は家族群、配偶者群よりも抑うつ傾向が強いことが判明した。一方、家族群と配偶者群の間では抑うつ傾向に差は認められなかった。そして、このような傾向はすべて女性にのみあてはまり、男性ではあてはまらなかった。すなわち、独居高齢認知症女性は抑うつ傾向が強い、ということは当院通院患者にもあてはまる結果であった。これを裏付ける報告として、趣味やボランティア活動を実施している場合は抑うつ傾向が低いこと、独居高齢者を対象とした観察研究で、長く独居生活を続けている方が、独居を始める前に配偶者や2,3世代の家族と同居をしていた場合に比べて抑うつ的であったこと、さらに独居生活を長年続けている場合、生活自立機能や認知機能は比較的良好に保たれている一方で抑うつ傾向がみられたこと、また団地居住者の場合、上層階に住んでいるほど社会的交流は減少し、抑うつ傾向が高いこと、などが報告されている。このように、独居であることは、うつリスクとなると考えられる。そして、独居高齢者のうつ傾向は女性に顕著に認められ、男性では同様の傾向は認められるものの、女性ほどの明らかな違いは認められなかった。一般に高齢者に限らず女性の方がうつが多いことが知られている。その理由は明らかでないが一部には内分泌環境の変化が大きいと言われている。更年期障害の代表的な症状のひとつに「うつ」があるのはよく知られている。しかしながら、閉経を遠く過ぎた女性でも、うつが男性よりも多い事実は女性ホルモン以外の要因を考えるべきである。この点は課題である。

一方、独居者であっても同居者であっても介護保険を利用したサービス（訪問介護や通所サ

家族構成3群別のGDS(男女別)
独居の女性は抑うつ傾向が強い。



家族形態3群別のGDS(介護保険サービス未利用群)
介護保険サービスを利用していない一人暮らしの認知症高齢者は、うつ傾向が強い。



ービスなど)は閉じこもり予防や、意欲の向上、うつの予防、認知機能の維持に有効である。そこで、介護保険を利用したサービスの利用状況別に、独居者、家族との同居者(家族群)、配偶者との同居者(配偶者群)の3つの家族形態でのうつ状態について比較を試みた。その結果、介護保険サービスを利用している場合、独居者、家族群、配偶者群でうつ傾向に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していない場合、家族群、配偶者群に比べて独居群のうつ傾向が強かった。本研究は観察研究であり、介護保険サービス利用の有無の違いを比較しただけである。今後介護保険サービスを導入する前後でGDSの変化を調べる必要がある。

E. 結論

独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kenji Toba, Kumiko Nagai, Sayaka Kimura, Yukiko Yamada, Ayako Machida, Akiko Iwata, Masahiro Akishita and Koichi Kozaki: A new dorsiflexion measure device; A simple method to assess fall risks in the elderly. Geriatr Gerontol Int In press.
2. 長谷川浩、神崎恒一: 認知症の地域連携—三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状, 内科 108, 1231-1234, 2011.
3. 神崎恒一: サルコペニアと生活機能障害. Modern Physician 31 : 1323-1328, 2011.
4. 神崎恒一: CGA と包括的ケア. Aging & Health 20 : 8-11, 2011.
5. 神崎恒一: 骨粗鬆症と高齢者の虚弱. Geriatr. Med 49 : 971-975, 2011.
6. Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K : Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr Gerontol Int 11 : 2011.
7. 神崎恒一: 薬剤起因生歩行障害. Geriatr. Med 49 : 473-476, 2011.

2. 学会発表

1. 神崎恒一: (パネルディスカッション 介護予防: 現状・課題と新たな方向性) 虚弱の概念と転倒予防, 第27回日本老年学会総会 2011.6.15. 東京.
2. 神崎恒一: シンポジウム 老年症候群と総合的機能評価, 第53回日本老年医学会学術集会 2011.6.16. 東京.
3. 秋下雅弘、江頭正人、荒井秀典、神崎恒一、葛谷雅文、荒井啓行、高橋龍太郎、江澤和彦、川合秀治、鳥羽研二: 高齢者医療の優先順位に関する意識調査, 第53回日本老年医学会学術集会 2011.6.17. 東京.
4. 田中政道、井上慎一郎、長谷川浩、神崎恒一: 高齢者における虚弱(frailty)の評価, 第

- 53回日本老年医学会学術集会 2011.6.17. 東京.
5. Koichi Kozaki, Hitomi Koshiba, Satoru Mochizuki, Kumiko Nagai : Evidence of the association of arterial stiffness and inflammation with cognitive dysfunction in older adults, 第43回日本動脈硬化学会学術集会 2011.7.16. 札幌.
 6. 神崎恒一 : 高齢患者における筋肉減少症(サルコペニア)と転倒予防, 転倒予防医学研究会「第8回研究集会」 2011.10.2. 東京.
 7. Koichi Kozaki : Current Status of Medical Treatment in Long-term Care Facilities in Japan, 9th Asia/ Oceania Regional Congress of Geriatrics and Gerontology, Melbourne, AUSTRALIA, 2011.10.26.
 8. 中居龍平, 山田如子, 木村紗矢香, 小林義雄, 長谷川浩, 神崎恒一 : ハンカチテスト陽性の認知症患者における機能的近赤外スペクトロスコピー(fNIRS)による脳血流分布の検討, 第30回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
 9. 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 鳥羽研二, 神崎恒一 : もの忘れ教室の効果-周辺症状と介護負担の検討-, 第30回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
 10. 山田如子, 木村紗矢香, 小林義雄, 中居龍平, 鳥羽研二, 神崎恒一 : 認知症高齢者における抑うつ因子として家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響の検討, 第30回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
 11. 神崎恒一 : (シンポジウム)サルコペニアの疫学・予防と対策, 第18回日本未病システム学会学術集会, 2011.11.19. 名古屋.
- H. 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
なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

介護保険サービスに対する不安に関する統計的解析

研究分担者

荒井由美子 独立行政法人国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部長

研究要旨 本研究では、一般生活者の介護保険サービスに対する不安を分類し、介護負担に類する介護感情との関連を明らかにすることを目的とした。本研究では、一般生活者 2,500 名を対象に、自記式質問紙による郵送調査を実施し、有効回答であった 2,161 名を対象に分析を行った。その結果、介護サービスに対する不安について、因子分析を用いて分類を行い、制度利用に対する不安と、サービス内容に対する不安の 2 因子が抽出された。

A. 研究目的

さらなる高齢社会を迎えるわが国において、高齢者を介護する家族の介護負担を軽減することは、喫緊の課題の一つである。近年の調査では、一般生活者の多くは高齢者になることに対して不安を抱いており、介護問題がその不安の構成要素の一つとなっていることが報告されている (Arai et al., 2005; 荒井ら, 2005)。そのため、これらの介護問題に対する不安と、介護負担との関連について、様々な側面から検討することが求められている。しかしながら、介護保険制度やそのサービス内容と、介護負担との関連については、実証的に検討した研究は十分に行われていないのが現状である。特に、一般生活者が介護保険サービスのどのような点に不安を感じているのか、また、それが介護負担とどのように関連しているのか、という点に着目した研究は、ほぼ皆無である。そこで本研究では、一般生活者における介護保険サービスに対する不安と、介護負担との関連について分析を行い、基礎的なデータの蓄積を行うことを目的とする。具体的には、一般生活者における介護保険サービスに対する不安を分類した後に、それらと、介護負担との関連が強いと思われる、一般生活者における介護感情尺度 (柴田ら, 2010) の下位尺度である、「予期された介護負担感」と「介護に対する否定的感情」との関連を検討し、介護負担を軽減するための方略に資する知見を提供することを目的とする。

B. 研究方法

2006 年に行った、(株) 社会情報サービス (SSRI) が管理する一般生活者パネルから抽出

した 2,500 名に対する自記式質問票による郵送調査のデータを分析に使用した。本研究では、有効回答であった 2,161 名（有効回答率 86.4%）を分析対象とした。

本研究では、基本属性として、性別、年齢、学歴、収入を測定した。

介護負担に関連する感情を測定するために、認知症家族の介護に対する感情尺度（柴田ら, 2010）のうち、「予期された介護負担感」と「介護に対する否定的感情」の下位尺度を用いた。それぞれの項目に対し、「非常にそう思う」を 1、「全くそう思わない」を 5 とする 5 件法で回答を求めた。

介護保険サービスに対する不安については、「介護保険制度をどのように利用すればよいかわからない」、「自分が望むサービスを受けられるかどうかわからない」といった項目を設定し、「非常にそう思う」を 1、「全くそう思わない」を 5 とする 5 件法で回答を求めた。

分析は、Windows 版 SPSS version 12.0 を用いて実施した。

C. 研究結果

まず、介護保険サービスに対する不安に関する質問項目に対し、最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、2 因子が抽出されたが、「自己負担が高いため、サービスを受けることをためらう」という項目が双方の因子に対する負荷量が高く、解釈が困難になるため、除外した上で、再度分析を行った。

その結果、第 1 因子は、「介護保険制度をどのようにすれば利用できるかわからない」、「介護保険サービスにどのようなサービスがあるかわからない」等の、制度そのものに対する不安から構成されたため、「制度利用に対する不安」因子と命名した。

第 2 因子は、「介護施設によって、サービスの内容に差があるかもしれない」、「個々の介護スタッフのサービス内容や対応に差があるかもしれない」等の、具体的なサービスの内容に対する不安から構成されたため、「サービス内容に対する不安」因子と命名した。それぞれの因子の信頼性係数は、 $\alpha = 0.933$ および 0.838 であり、信頼性は非常に高いものと判断できる値が得られた（表 1）。

D. 考察

本研究は、一般生活者における介護保険サービスに対する不安について明らかにすることを目的として分析を行った。分析の結果、介護保険サービスに対する不安は、制度そのものに対する不安と、サービス内容に対する不安に分類出来ることが明らかとなった。これは、介護保険制度に対する理解や関心と、サービス内容に対する理解や関心が異なることを示すものであると考えられる。

E. 結論

本研究では、一般生活者の介護保険サービスに対する不安を統計学的に分類した。因子分析の結果、介護サービスに対する不安は、制度利用に対する不安と、サービス内容に対

する不安の2因子から構成されることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 (*を付記した論文は、荒井が Corresponding author である。)

Arai Y*, Zarit SH. Exploring strategies to Alleviate Caregiver Burden: The Effects of the National Long-term Care Insurance Scheme in Japan. Psychogeriatrics 2011; 11(3): 183-189.

Arai A, Mizuno Y, Arai Y*. Implementation of municipal mobility support services for older people who have stopped driving in Japan. Public Health 2011; 125(11): 799-805.

Mizuno Y, Kumamoto K, Arai A, Arai Y*. Mobility support for older people with dementia in Japan: financial resources are an issue but not the deciding factor for municipalities. J Am Geriatr Soc 2011; 59(12): 2388-2390.

Arai Y*, Kumamoto K, Mizuno Y, Arai A. The general public's concern about developing dementia and related factors in Japan. Int J Geriatr Psychiatry (in press).

Washio M, Arai Y, Oura A, Miyabayashi I, Onimaru M, Mori M. Family caregiver burden and the public long-term care insurance system in Japan. IMJ (in press).

Washio M, Yoshida H, Ura N, Ohnishi H, Sakauchi F, Arai Y, Mori M, Shimamoto K. Burden among family caregivers of patients on chronic hemodialysis in Northern Japan. IMJ (in press).

Toyoshima Y, Washio M, Ishibashi Y, Onizuka J, Miyabayashi I, Arai Y. Burden among family caregivers of the psychiatric patients with visiting nursing services in Japan. IMJ (in press).

荒井由美子*. Zarit 介護負担尺度日本語版(J-ZBI). 日本臨床 2011; 69(8): 459-463.

荒井由美子*. 認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方. 月刊福祉 2011; 2: 44 - 45.

荒井由美子*, 水野洋子. 認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル. 公衆衛生 2011 ; 75(4) : 310-312.

工藤啓, 佐々木裕子, 荒井由美子. 加美町第二期健康日本 21 地方計画策定について. 公衆衛生情報みやぎ 2011 ; 412 : 4-7.

工藤啓, 佐々木裕子, 荒井由美子. 管理職としての保健師の組織運営・管理論とは. 保健師ジャーナル 2011 ; 67(6) : 476-480.

水野洋子, 荒井由美子*. 認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための「介護者支援マニュアル」の概要及び社会支援の現況. Geriatric Medicine (印刷中).

2. 学会発表

《招待講演》

Arai Y. Knowledge and attitude towards dementia among the general public in Japan (Symposium). The 3rd World Congress of Asian Psychiatry (WCAP 2011), 2011 July 31-August 4 (Presentation: August 1), Melbourne, Australia.

Arai Y. The impact of downloadable information on dementia and driving, which targets family caregivers and professionals in municipalities (Symposium). The 15th Congress of International Psychogeriatric Association (IPA), 2011 September 6-9 (Presentation: September 9), The Hague, Netherlands.

荒井由美子. 認知症患者の自動車運転：家族の介護負担と社会支援. (特別講演). 第 11 回介護保険に関する懇話会, 2011 年 3 月 5 日, 愛知県豊田市.

荒井由美子. 介護負担および介護者支援マニュアル作成：認知症と自動車運転. (特別講演). 第 19 回山陰認知症ケア研究会, 2011 年 6 月 4 日, 鳥取県米子市.

《一般演題》

Washio M, Toyoshima Y, Takahashi H, Ohkuma K, Arai Y. How novel influenza influences the attitudes on influenza vaccination among elementary and junior high school students. 14th East Asian Forum of Nursing Scholars, 2011 February 11-12 (Presentation: February 11), Seoul, Korea.

水野洋子，荒井由美子．地方自治体における運転免許証の自主返納支援事業に係る実施状況及び今後の方向性．第53回日本老年社会科学会大会，2011年6月15-17日（発表15日），東京都．

水野洋子，荒井由美子．認知症高齢者に対する地方自治体の移動・外出支援に係る検討：支援マニュアルに対する意見及び要望（自由記述回答）に着目して．第26回日本老年精神医学会，2011年6月15-17日（発表16日），東京都．

熊本圭吾，荒井由美子．一般生活者における認知症罹患に対する不安とその関連要因．第26回日本老年精神医学会，2011年6月15-17日（発表16日），東京都．

水野洋子，熊本圭吾，新井明日奈，荒井由美子．地方自治体が必要とする認知症高齢者の自動車運転の中止に関する情報．第70回日本公衆衛生学会総会，2011年10月19-21日（発表19日），秋田市．

熊本圭吾，水野洋子，荒井由美子．要介護認定・障害認定を利用要件とする外出・移動支援事業を実施する市区町村の特徴．第70回日本公衆衛生学会総会，2011年10月19-21日（発表21日），秋田市．

豊島泰子，鷺尾昌一，高橋裕明，大熊和行，荒井由美子．中学生のインフルエンザワクチン接種行動に影響を与える要因の検討．第21回日本疫学会学術総会，2011年1月21-22日（発表21日），札幌市．

鷺尾昌一，豊島豊子，高橋裕明，大熊和行，荒井由美子．小学生のインフルエンザワクチン接種行動に影響を与える要因の検討．第21回日本疫学会学術総会，2011年1月21-22日（発表21日），札幌市．

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし。

表 1 介護保険サービスに対する不安の因子分析結果(最尤法、プロマックス回転)

項目	因子負荷		共通性
	F1	F2	
制度利用に対する不安 ($\alpha = 0.933$)			
介護保険制度をどのようにすれば利用できるかわからない	0.93	-0.04	0.84
介護保険サービスにどのようなサービスがあるのかわからない	0.96	-0.02	0.90
介護サービスを受けるために負担する費用がどの位かかるかわからない	0.83	0.05	0.72
サービス内容に対する不安 ($\alpha =$			
介護施設によって、サービスの内容に差があるかもしれない	-0.063	0.84	0.68
個々の介護スタッフのサービス内容や対応に差があるかもしれない	-0.132	0.88	0.70
質の高い介護施設に入所するために高額な費用がかかってしまう	0.02	0.61	0.38
きちんとした介護認定が受けられるかどうかかわからない	0.23	0.52	0.41
自分が望むサービスを受けられるかどうかかわからない	0.17	0.60	0.47
在宅で介護を受ける場合に、施設よりも家族の身体的・精神的負担が大きくなるかもしれない	-0.026	0.57	0.31
固有値	3.28	2.18	
因子間相関			
F2	0.36		

注)項目 4「自己負担が高いため、サービスを受けることをためらう」は、抽出された因子すべてに対し、0.35以上の因子負荷量が認められたため、分析から除外した。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

（H23-認知症-一般-005）

分担研究報告書

認知症患者の生活障害に関する研究

分担研究者 朝田隆 筑波大学臨床医学系精神医学 教授

研究要旨

ここで言う認知症患者の生活障害とは、認知機能障害に起因して生じる日常生活上の支障を意味する。従来は失行・失認など巣症状、図地知覚障害、視空間障害、注意障害、抽象概念の喪失などと言われたものが含まれる。具体的には、手足は自由に動くのに自力で衣類を着られない、食事の度に食べ物をこぼすなどがある。

こうした障害が介護者の負担因になっているにもかかわらず、それに対する科学的取り組みは稀で、介護者の経験や勘により対応されてきた。それだけに生活障害への対応方法は未だに客観性に乏しく、体系的な技術論も生まれていない。昨年度はこうした生活障害の実態を若年性の患者において調査し、これらを国際生活機能分類(ICF)に基づいて整理した。今年度はこれらについて医療系と介護系の関係者に理解してもらうための課題を明らかにすること、具体的な対応の方向性を明らかにすることを目的に調査と研究を進めた。その結果、アニメーションと記録映像の有用性を確認するに至った。今後は、多くの医療・ケア関係者に生活障害への対応という認識を得てもらい、これへの対応を開発する研修システムの構築を進める。

A. 研究目的

アルツハイマー病などの認知症患者では、運動や感覚障害はなく、手足は自由に動くのに自力で衣類を着られない、食事の度に食べ物をこぼすなどの障害が稀ならずみられる。こうした障害が介護者の主たる負担因になっているのに、これらに対する科学的取り組みは稀で、介護者の経験や勘により対応されてきた。だから生活障害への対応方法は未だに客観性に乏しいばかりか、体系的な技術論も生まれていない。そこで平成22年度研究において、生活障害の実態を若年認知症の患者において調査し、それを国際生活機能分類(ICF)に則って体系化した。23年度はこれをもとに、以下の2点に注目した。まず生活障害につ

いて医療系と介護系の関係者に理解してもらうために必要な課題を明らかにすることである。次にそれに具体的対応の方向性を明らかにすることである。

B.研究方法

1)データの収集

つくば市医師会のメンバーのうち認知症医療に強い関心を持っておられる医師達、および介護保険関連の仕事に従事する人々が2010年から定期的な会合を持っている。2ヶ月に一度のペースで、問題事例を一緒に考えたり、医療・ケアに関わる法的事項を共に学んだりすることが主たる活動内容である。この場に於いて2つの調査を行った。

- ① まず医師を対象に分担研究員である朝田が司会をして、日常臨床における生活障害への注目度、それに関わるアドバイスの実施状況をまず尋ねた。次にこうした問題の実態を学び、患者・家族に指導をしてゆく上で必要なことは何かをオープンクエスチョン形式で尋ねた。
- ② ケアスタッフに対しては、代表的な生活行為である食事、排泄、着脱、衛生・整容、移動、家事その他について障害の基本内容を示した。これを基本にこれまで経験してきた障害の内容を具体的に示してもらう作業をした。またその上で効果的な対応法を模索してゆくために教材等において何が必要かをオープンクエスチョン形式で尋ねた。

2)データの整理

得られた情報を自由筆記の形式で以下にまとめた。

C.研究結果

1)医師における結果

①日常臨床における生活障害への注目度

多くの医師は行動異常と精神症状(BPSD)については関心が高く、治療法についても少なからぬ情報をもっていることがわかった。ところが生活障害については、そもそも聞いたことがない用語だという感想が多かった。

③ アドバイスの実態

上記の現状を反映して適切なアドバイスについても、できると答えた医師は例外的であった。またご家族からのそのような訴えと指導を求める声は少ないという感想も聞かれた。

④ 求められるもの

生活障害と言っても介護現場を見ているわけではないからイメージがわからないという意見が大多数の医師から寄せられた。さらに生活行為といっても普段は注意したり意識したりすることなく見ているから、ある行為が客観的にどう構成され、どのような順番でなされるかがわからないという声も聞かれた。

またできないのはなぜか、認知機能障害の直接的な現れか、それとも感情や対応の仕方

にもよるのかという質問もなされた。そして具体的内容は、認知症の基礎疾患ごとにまたにそれぞれのステージに応じて異なることを意識する必要があるという意見がなされた。

以上のような論議から、画像の利用が最も有効ではないかという意見が出された。すなわち基本的な生活行為を個々の動作に分解して、適切な順番で並べることで再認識するという方法である。これにはアニメーションが適しているという意見が出された。次に生活障害の実際については、主な認知症性疾患の患者さんについてその24時間の生活を全て動画として記録するのはどうかという提案がなされた。

2)介護スタッフにおける結果

①障害内容の具体的呈示

当初用意した基本的な障害パターンが倍増するほどの具体例が示された。

②求められるもの

従来はこのような発想がなかったので、同僚であってもこの述べた観点からの共通言語がないということがまず指摘された。それを補う方法は、医師の場合と同様に基本はアニメーションで、次いで実際の障害を動画で見るのが最も効率的な方法だという意見がだされた。

D.考察

認知症患者の生活障害への対応を考えるに際して基本となるのは、次の2点であることを再認識した。まず認知症の基礎疾患が何であるかということ、次に認知症のステージが初期、中期、進行期のどれかということである。

次に介護スタッフとの話し合いの中では16種類の生活行為が代表的だろうという結論になった。これらについて、生活機能分類(ICF)に基づいて患者の実態に即してより細かく亜分類し、これをアニメーションとして作品化すべきと考えた。

次に代表的な疾患であるアルツハイマー病やレビー小体型認知症について、協力が得られるそれぞれ数名の患者さんにおいて、その24時間を画像として記録しようと考えた。

これらを認知症診療に関わる医師達に適切な解説とともに提供すれば、まず個別機能で分化された生活行為が理解できるはずである。次に記録映像からはトータルな暮らしがわかり、出来る事出来ない事、そして個々の場面における感情への配慮まで、意見交換が出来ることで、今後の生活指導につながると考えられる。

「認知症の人の日常映像を読み解く事で見えてくるケア(医療含む)の方向性」と題して、映像を鑑賞後に話し合いたい。これにより日常診察室から想像するだけだった多くの医師に、認知症の人の暮らしに触れる機会を提供出来ると考えられる。

これは介護スタッフについても同様である。しかもスタッフはこれらの映像からグッドプラクティスを披露し合い、さらなるケア技術の開発につながられる可能性もある。

E.結論

認知症の人における生活障害の実態を、医療系と介護系の関係者に理解してもらうためには、アニメーションと記録映像の作成が有用であると考えた。

F.健康危険情報

特記なし

G.研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

H.知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得
 - 2.実用新案登録
 - 3.その他
- 以上、いずれもなし