

- 家事にあたる日常生活関連動作は、半数程度が継続している
- 生活リズムは保たれ、BPSD はないか軽微があげられる。

D.考察

住み慣れた家における独居とは、生きていく上で必須の事は自分でしなければならないが、自分の意図した時に自分のペースで行えばよい。住み慣れた環境であり、家族・介護者による手出しが少なれば家具や道具の配置も変わらない。たぶん、本人に模様替えするほどの気力はない。AD の罹患と進行により、ペースが遅かったり、探し物が多かったりするもの、日中、横にならないために有効であるかもしれない。つまり、「自分流の生活」を続けてもらえる点が有効である可能性がある。

図1に昨年の報告書から、「日常的多段階行為の発現メカニズムとそれに影響を与える要因」を再掲し、自分流で続けることが、必須の日常生活動作と一部の生活関連活動を維持することにつながる要因を追記した。つまり、長年住み慣れた自宅で、必ずしも整理整頓された状態ではなくても、自分の意思で、慣れた環境で、生きていく上で必要な最小限の活動で、自分にできることを、自分のペースで毎日続けることができる一人暮らしの生活は、AD がかなり進行しても生活機能を維持するのに有効と考えられる。

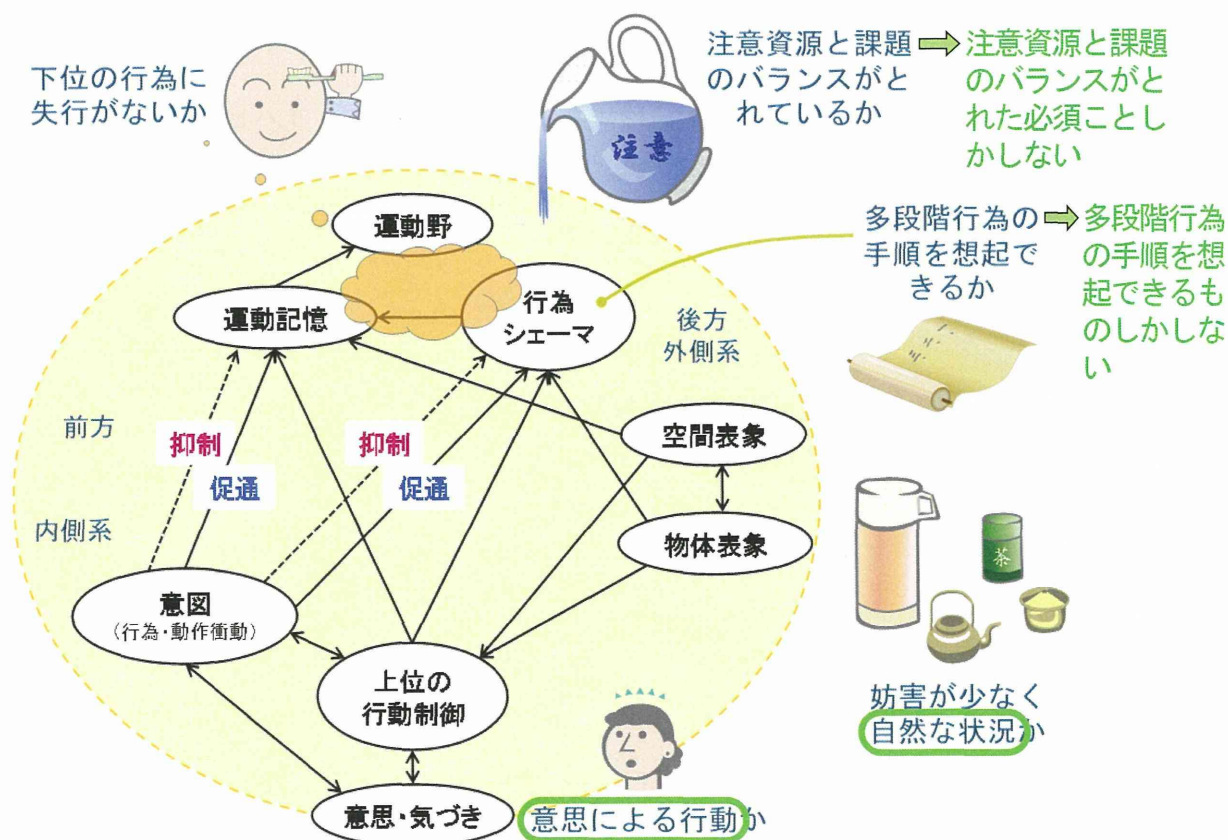


図1 日常的多段階行為の発現メカニズムとそれに影響を与える要因：一人暮らしとは

E.結論

一人暮らしを続けている AD 患者は、認知機能検査得点が低い者でも、生きていく上で必須の事は自立していた。意図した時に自分のペースで行えばよい「自分流の生活」ができる点で、一人暮らしは AD 患者の生活機能維持に有効である可能性がある。「できる」から「している」のか、「している」から「できる」のかという観点で見直す必要があるが、認知症ケアにおいて、一人暮らしの生活からヒントを得るべきところは少なくない。

F.研究発表

1.論文発表

竹田里江, 竹田和良, 池田 望, 松山清治, 石合純夫, 船橋新太郎: 認知症患者に対するコンピュータを用いた認知機能向上訓練の効果—前頭連合野機能を基盤とし個人の能力・興味にテーラーメイド可能な訓練の開発と試行から—。作業療法 31 (5): 452-462, 2012

2.学会発表

1. 石合純夫. 普段の日常的多段階行為を続けるために: 一人暮らしの認知症患者から学ぶ. 第 31 回日本認知症学会学術集会, シンポジウムⅧ「認知症の介護: 生活機能障害へのアプローチ」, 2012 年 10 月 28 日, つくば.
2. 石合純夫. 神経ネットワークからみた高次脳機能障害—言語と空間性注意の神経基盤と障害—. 第 7 回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会, 2012.11.17. 名古屋市.
3. 石合純夫. 認知症への包括対応—生活機能を維持するために—. リハビリテーション・ケア合同研究大会札幌 2012, 2012.10.11, 札幌市.
4. 石合純夫. 認知症の診断と神経心理学. 第 2 回神経再生医療研究会 in Sapporo, 2012.02.08, 札幌市.

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

なし

Ⅱ. 認知症患者に対する日常生活場面を想定した認知機能トレーニングの試行 (研究協力者：竹田里江 札幌医科大学保健医療学部作業療法学科講師)

○研究要旨

日常生活場面を想定し、患者の能力や興味に配慮できる認知機能トレーニングを作成し、認知症者に実施した。その結果、認知機能、情動、生活場面において改善を認めた。個人の能力や興味に配慮しながら、日常生活場面を想定した中で記憶、思考、判断、振り返りなどの認知機能を使っていくことは、認知機能の維持、向上だけではなく、感情の安定化や意欲の向上に寄与することが示唆された。

A.研究目的

認知症患者は症状の進行に伴い、できないことが増えていくだけではなく、自分でやりたい、挑戦したいという能動性も低下していく。しかし、リハビリテーションや日々の関わりの中で能動性を喚起し、可能な範囲を見極めながら遂行を促していくことで、症状がありながらも、物事に挑戦、没頭する様子や、理性的な行動に繋がることもある。さらに、感情が安定し、周囲とのコミュニケーションが円滑になることも見受けられる。今回、1) こうした能動的行動の喚起のきっかけ、2) 実際の行動に向けての認知機能のウォーミングアップと過去の記憶、興味・関心の刺激を目的として、コンピュータを使用したリハビリテーションを開発し、効果を検討するために認知症者に実施した。

B.研究方法

毎回違う目的や予算を記憶しながら必要項目の選択をするというワーキングメモリ課題を作成した。課題の流れは、まずコンピュータの画面上に、患者が行う作業の「目的」と作業のために使用できる「予算」が提示され、その後、患者は記憶している目的と予算をもとに、どれが必要で、予算内で準備できるかを、暗算をしながらタッチパネル式のパソコン画面にタッチすることで選択する。この課題は、遅延反応課題を基盤にしたものであるが、同じ行為の単なる反復訓練ではなく、実生活で現実遭遇する作業を達成するために、作業の目的や作業の実行に必要な予算を一時的に記憶し、必要項目を選択するという行動のシミュレーションを意図した。「目的」や「予算」に示す内容や選択肢、遅延時間、暗算の難易度は個人の遂行能力や興味・関心に合わせてカスタマイズ可能とし、難易度と興味に配慮できる仕様とした。また、正解を一つには限定せず自由な着想やアイディアの創出を促すように設計した。

本課題を認知症患者に3か月間実施した。症例は、80代、女性、アルツハイマー型認知症。物の置き忘れや混乱が多く見られ、些細なことで興奮し、他入所者や介助者に対する暴言や暴力、不平不満が問題となっていた。

課題の効果は、認知(MMSE、前頭葉機能検査、語想起、数唱、Trail Making Test-A、三宅

式記銘力検査，図形の記憶），情動（GDS 高齢者うつ評価尺度短縮版，PGC モラールスケール），日常生活（N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度，N 式老年者用精神状態尺度）の多方面から評価した。

（倫理面への配慮）

対象者に書面と口頭で本説明し，文書で同意を得た。尚，本研究に関して札幌医科大学倫理委員会より承認を得た後，実施した。

C.研究結果

認知機能に関しては，MMSE，前頭葉機能検査，語想起にて得点上昇を認め，症例からは「ぴんと気やすくなった。介護者に言われることも答えるのが早くなった。前なら言いたいと思ってもなかなか言葉が出てこなかった」との感想を得た。情動に関しては，GDS 高齢者うつ評価尺度短縮版，PGC モラールスケールにて正の変化を認め，症例からは，「これをやるようになって他人の言動に腹が立たなくなった，おおらかになった気がする」と感想を得た。日常生活活動に関しては，N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度の得点には変化なく ADL に著変は見られなかったが，N 式老年者用精神状態尺度の記憶，見当識，会話の項目で得点上昇を認めた。介護者からは，「同じ質問，会話の繰り返しが減った。暴言，暴力が減少し，施設内で行われている歩行訓練や，華道，書道などの活動に自発的に表情良く参加することが増えた」との話があった。認知・情動・日常生活の多方面に変化を認め，症例自身の主観的評価においても効果を感じている様子があった。

D.考察

本研究の結果から，個人の能力や興味に配慮しながら，記憶，思考，判断，振り返りなどの認知機能を使っていくことは，認知機能の維持・向上だけではなく，暴言，暴力，感情の不安定化を改善し，意欲の向上に寄与することが示唆された。また，他の活動に興味を抱く，自己の生活を見直すといった日常生活場面の自発性にも向上がみられ，本課題は，生活面における能動性の喚起のきっかけとなり得る可能性が示唆された。

E.結論

能動性の喚起，感情の安定化のためには，直接感情面にアプローチするだけではなく，認知と情動の相互作用の観点から，個人の能力や興味に配慮しながら，記憶，思考，判断，振り返りなどの認知機能に焦点を当てたプログラムを行うことが有効である。

F.研究発表

1.論文発表

竹田里江, 竹田和良, 池田 望, 松山清治, 石合純夫, 船橋新太郎: 認知症患者に対するコンピュータを用いた認知機能向上訓練の効果ー前頭連合野機能を基盤とし個人の能力・興味にテーラーメイド可能な訓練の開発と試行からー. 作業療法 31 (5) : 452-462, 2012

2.学会発表

竹田里江: 認知症のリハビリテーションー生活機能障害への個別アプローチの実際ー. 認知症学会, 筑波, 2012.10.28

G.知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1.特許取得

竹田里江: 前頭連合野リハビリテーションプログラムおよび前頭連合野リハビリテーションシステム, 特許登録第 5066421 号 2012.8.17

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「都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」

分担研究報告書

久山町の地域住民における認知症有病率に関する疫学研究

研究分担者 清原 裕 九州大学大学院医学研究院環境医学分野 教授

○研究要旨

福岡県久山町において 2012 年に 65 歳以上の高齢住民を対象に認知症の有病率調査を行った。本調査には 1,521 名（受診率 74.4%）が受診した。調査では 2 段階方式の調査法を用いた。本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」に基づき研究計画書を作成し、九州大学医学部倫理委員会の承認を得て行われた。断面調査において、253 名に認知症を、172 名に軽度認知障害(mild cognitive impairment: MCI)を認めた。全認知症の粗有病率は 16.6%で、MCI 者を含めると、27.9%の高齢者が何らかの認知機能障害を有していた。認知症の病型別粗有病率をみるとアルツハイマー病は 12.0%、脳血管性認知症は 3.4%、その他の認知症は 1.2%だった。本調査における介護保険の認定率は 11.3%（172 名）であり、申請者の 75.0%に認知症を認めた。一方、認知症者における介護保険の認定率は 51.0%であり、認知症を有する認定者の 89.9%が認知症高齢者の日常生活自立度 I 度以上と診断されていた。

認知症が急増しているわが国では、健全な高齢化社会を迎えるために、認知症対策と効果的な介護行政の実施が急務と考えられる。

A. 研究目的

わが国は超高齢社会を迎え、それに伴い認知症高齢者が急増しており、認知症対策が大きな問題となっている。厚生労働省の試算によれば、わが国における認知症高齢者の数は 2012 年で約 305 万人と推計され、人口の高齢化とともにその数は増加して 2025 年頃には 470 万人に達するとされている。効果的な認知症の予防対策を構築するには、疫学調査によって地域住民における認知症の実態を明らかにする必要がある。そこで、福岡県久山町で継続中の認知症の疫学調査の成績から、2012 年に実施された一般高齢住民における認知症の有病率について検討した。

B. 研究方法

本研究の対象者は、2012年4月1日時点で福岡県久山町に在住する65歳以上の全住民2,083名で、調査終了の同年12月26日までに1,521名（男性：637名、女性：884名）が受診した。受診率は、調査期間中の転出者6名、死亡者27名を除く74.2%だった。調査では2段階方式の調査法を用いた。第1段階のスクリーニング調査では、原則的に医師が各対象者を直接面接し、Mini-Mental State Examination (MMSE)、改訂版 Wechsler memory scale logical memory A、および Clinical Dementia Rating (CDR)を用いて認知機能低下者を抽出した。認知症が疑われる者に対して2次調査を行い、家族あるいは主治医からの病歴聴取、神経・理学的所見、The Psychogeriatric assessment scales (PAS)、および The Geriatric Depression Scale -Short Form - Japanese (GDS-S-J)より、臨床的な認知症の有無、重症度、病型を判定した。アルツハイマー病 (AD)、脳血管性認知症 (VaD) の診断には、それぞれ NINCDS-ADRDA と NINDS-AIREN の基準を用いた。

(倫理面の配慮)

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」に基づき研究計画書を作成し、九州大学医学部倫理委員会の承認を得て行われた。本研究は、すべての対象者または代諾者からインフォームドコンセントを取得したうえで実施した。研究者は、対象者の個人情報への漏洩を防ぐうえで細心の注意を払い、その管理に責任を負っている。

C. 研究結果

久山町の断面調査において、認知症を有する高齢者は253名、軽度認知障害(mild cognitive impairment: MCI)を有する高齢者は172名だった。全認知症の粗有病率は16.6%で、MCI者を含めると、27.9%の高齢者に何らかの認知機能障害を認めた。認知症を病型別にみると、ADは183名、VaDは52名、その他の認知症は18名であり、粗有病率はそれぞれ12.0%、3.4%、1.2%だった。

本調査の受診者における介護保険認定率は11.3% (172名)であり、介護保険認定者の75.0%(129名)に認知症を認めた。一方、認知症を有する253名における介護保険の認定率は51.0%であり、介護認定を受けた認知症者の89.9%(116名)が認知症高齢者の日常生活自立度I度以上と診断されていた。

D. 考察

今回の久山町における断面調査の成績では、認知症の有病率は16.6%と極めて高かった。最近では高齢者の6人に1人が認知症を有すると推定され、この成績を全国に当てはめると、現在では認知症高齢者は510万人に達する可能性がある。久山町で1985

年、1992年、1998年、2005年に行われた認知症有病率調査の成績（Acta Psychiatrica Scand 122:319-325, 2010）では、認知症の粗有病率は1985年の6.7%から1992年の5.7%にかけて一旦減少した後に、1998年の7.1%、2005年の12.5%と一貫して増加傾向にあった。今回の調査で、認知症の有病率はその後もさらに増加傾向にあることがうかがえる。なかでもADの粗有病率は1985年の1.4%から2005年の6.1%まで4倍に増加していたが、今回の2012年には12.0%に大幅に増加していることが明らかとなった。我々は以前に糖尿病を含む糖代謝異常がAD発症の危険因子である事を報告した（Neurology 77:1126-1134, 2011）。人口の高齢化に加えて生活習慣の欧米化に伴う糖代謝異常の急増が、ADの有病率の上昇に強く関与していると思われる。

本調査開始時における65歳以上の久山町全住民の介護保険認定率は13.7%であり、全国平均の17.8%と比べて低い。また、本調査では認知症高齢者の約半数が介護保険を申請していなかった。これらの理由として、久山町では、行政の働きかけもあり、地域の人間が高齢者を支援するという意識とその取り組みが浸透しつつあり、介護事業の必要性に迫られた高齢者の割合が比較的小さい可能性が挙げられる。認知症が社会にもたらす負担は大きいため、早期の段階から効率的に介護保険を導入しつつ、地域全体で認知症高齢者を支える体制の構築が今後の課題と考えられる。

本調査の受診者と未受診者を比べると、女性の頻度（受診者58.1%、未受診者59.9%）と、施設入所または病院入院中の頻度（受診者6.9%、未受診者5.5%）は両群で差を認めなかったが、平均年齢は未受診者の方がやや高齢で（受診者75.7歳、未受診者77.7歳）、介護保険の認定率も未受診者の方が高かった（受診者11.3%、未受診者17.9%）。つまり、未受診者には高齢の在宅介護者が多く存在すると推測され、本研究結果は認知症の実態を過小評価している可能性がある。

E. 結論

認知症の有病率は16.6%と極めて高い。健全な高齢化社会を迎えるために、認知症対策と効果的な介護行政の実施が急務である。

F. 健康危険情報

我が国の認知症有病率は増え続けている。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Yoshida D, Ninomiya T, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, Ikeda F, Mukai N,

- Kiyohara Y: Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama Study. *J Epidemiol* 22:222-229, 2012
2. Ozawa M, Ninomiya T, Ohara T, Hirakawa Y, Doi Y, Hata J, Uchida K, Shirota T, Kitazono T, Kiyohara Y: Self-reported dietary intake of potassium, calcium, and magnesium and risk of dementia in the Japanese: the Hisayama Study. *J Am Geriatr Soc* 60: 1515-1520, 2012
 3. Ohara T, Ninomiya T, Hirakawa Y, Ashikawa K, Monji A, Kiyohara Y, Kanba S and Kubo M: Association study of susceptibility genes for late-onset Alzheimer's disease in the Japanese population. *Psychiatr Genet.* 22: 290-293, 2012
 4. Gotoh S, Doi Y, Hata J, Ninomiya T, Mukai N, Fukuhara M, Kamouchi M, Kitazono T, Kiyohara Y: Insulin resistance and the development of cardiovascular disease in a Japanese community: the Hisayama Study. *J Atheroscler Thromb* 19: 977-985, 2012
 5. Mukai N, Doi Y, Ninomiya T, Hata J, Hirakawa Y, Fukuhara M, Iwase M, Kiyohara Y: Cut-off values of fasting and post-load plasma glucose and HbA1c for predicting type 2 diabetes in community-dwelling Japanese subjects: the Hisayama Study. *Diabetic Med* 29: 99-106, 2012
 6. Fukuhara M, Arima H, Ninomiya T, Hata J, Yonemoto K, Doi Y, Hirakawa Y, Matsumura K, Kitazono T, Kiyohara Y: Impact of lower range of prehypertension on cardiovascular events in a general population: the Hisayama Study. *J Hypertens.* 30: 893-900, 2012
2. 学会発表
1. 清原 裕. <特別講演>変貌する糖尿病合併症：久山町研究. 第4回千葉糖尿病眼合併症研究会、千葉市、2012.1
 2. 清原 裕. <特別講演>脂質異常症と脳卒中：久山町研究. 第18回高知動脈硬化談話会、高知市、2012.2
 3. 清原 裕. <シンポジウム>脳卒中発症予防のための risk 管理～best medical treatment を目指して～. 第37回日本脳卒中学会総会、福岡市、2012.4
 4. 清原 裕. <特別講演>変貌する糖尿病合併症：久山町研究. 第4回青森糖尿病合併症研究会、青森市、2012.6
 5. 二宮利治、小原知之、福原正代、神庭重信、北園孝成、清原 裕. 地域高齢者が生涯に認知症を発症する確率の検討：久山町研究. 第54回日本老年医学会学術集会・総会、東京、2012.6
 6. 小澤未央、小原知之、二宮利治、内田和宏、福原正代、清原 裕. 地域住民にお

ける乳・乳製品の摂取量と認知症発症との関連：久山町研究．第 54 回日本老年医学会学術集会・総会、東京、2012.6

7. 清原 裕.<シンポジウム>糖尿病と認知症：久山町研究．第 2 回日本認知症予防学会学術集会、北九州市、2012.9
8. 清原 裕.<シンポジウム>血管性認知症のオーバービュー：疫学的立場から．第 31 回日本認知症学会学術集会、つくば市、2012.10
9. 小原知之、二宮利治、神庭重信、清原 裕.<シンポジウム>久山町研究-生活習慣病と認知症．第 31 回日本認知症学会学術集会、つくば市、2012.10
- 10.小原知之、清原 裕.<シンポジウム>糖尿病と脳血管性認知症：久山町研究．第 27 回日本糖尿病合併症学会、福岡市、2012.11
- 11.清原 裕.<講演>生活習慣病と認知症：久山町研究．公益財団法人 鈴木謙三記念医科学応用研究財団第 62 回学術講演会、名古屋市、2012.11

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

研究協力者：小原知之（九州大学大学院医学研究院 精神病態医学）

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「都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」

分担研究報告書

認知症高齢者有病率の推定に関する地域疫学調査

研究分担者 池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 教授
(研究協力者 石川智久、松下正輝、丸山貴志)

○研究要旨

全国認知症有病率調査の一翼として都市部の中心部における認知症高齢者有病率を推計するための基礎データを蓄積することを目的に研究を実施した。また、認知症の重症度と家族の介護負担感ならびにその負担ストレスに対するストレス対処能力について検討した。

対象は福岡県大牟田市の大牟田校区在住地域住民から、無作為に 1000 人を抽出し、研究の説明と同意を得られた 511 名である。対象者には地域包括支援センター職員等が日常生活活動、Mini-Mental Examination (MMSE)、論理記憶課題 (ex. Wechsler Memory Scale Revised) を用いて 1 次スクリーニングを行い、2 次スクリーニングとして、Geriatric depression scale (GDS)、老年期精神障害評価スケール (Psychological Association Scale; PAS)、神経内科専門医・老年精神医学の専門医による問診、診察、必要に応じて頭部 MRI を撮影した。また、家族から聞き取りができた場合には、家族から介護負担感について Zarit 介護負担尺度 短縮版 (J-ZBI-8)、ストレス対処能力について Sense of coherence (SOC) を用いて調査した。判定は、これらの結果を総合し複数の医師による合議で、認知症高齢者の判定を行った。その結果、対象 511 人中、認知症高齢者 47 人 であり、認知症高齢者はおよそ 9.2%であった。また、認知症の重症度 (CDR) と介護負担感においては、統計的有意に相関する傾向がみられた。そして、重症度が中等度 (CDR2) になると、著しく介護負担感が増大することが明らかになった。

地域住民を対象とした疫学調査によるごく最近の報告では、認知症高齢者有病率は 10%～15%程度としているものもあるが、これらは農村部・中山間地域などで実施されたケースが多い可能性がある。今回の都市部中心部における認知症高齢者有病率は、それらのデータよりはやや低いものの、従来考えられていたよりも認知症高齢者が多いことが示唆された。また、認知症の重症度が上がるにつれ、介護負担感が増大する傾向がみられ、重症度が中等度になると著明に負担感が増大していることから、都市部においても認知症者が地域で暮らしていくためには、より一層の介護サービスの充実が急がれることが示唆された。

A.研究背景と目的

本邦では急速な少子高齢化が進行し、高齢化率は2000年には17.4%であったが、2010年には23.1%にまで達している(総務省・統計局による推計値)。今後、人口構造の変化に伴い、更に高齢者数が増加することが予想されるが、それに伴って認知症高齢者も増加することが予想される。従前より、65歳以上の認知症高齢者数は2001年に全国でおよそ165万人、2011年には240万人、2021年には309万人に達すると推計されていたが、これらの推計は、1997年の日本の将来推計人口をもとに2001年に政府が推計したものであるため、その後の急激な日本人口構成の変化やライフスタイルの変化などにより、現状を再評価する必要性がでてきている。本研究では、全国認知症患者有病率調査の一環として、地方都市の中心部における認知症高齢者数を調査し、有病率を算出する。また、家族介護負担尺度を用いて家族の介護負担感について、認知症重症度との関連を検討する。

B.研究方法

調査対象は、福岡県大牟田市大牟田校区在住で、平成24年10月01日現在で65歳以上高齢者から1000人無作為に抽出したうち、本研究の説明を受け同意を得られた551名およびその家族である。同校区は、現在の国の高齢化率(23.1%)に近いこと(24.3%)、市役所・JR大牟田駅・西鉄大牟田駅近辺であり、市の中心部に位置し、都市部の認知症高齢者数を推定する今回の研究目的に適していると考えられたことから、同校区が選定された。

調査方法は、対象者が直接調査会場である市役所別館へ来館するか、調査担当者等が自宅訪問し、直接面談形式によりインタビュー、各種神経心理学的検査、および問診・診察等を行った。

調査担当者は、大牟田市包括支援センター職員(看護師・保健師・社会福祉士)、臨床心理士、事前に充分トレーニングされた地域認知症サポートメイトコーディネーター(認知症Co)(社会福祉士、介護相談員(ケアマネージャー)、主任介護士等)、および、神経内科専門医・老年精神医学専門医である。

調査項目は、基本情報として、性別、年齢、生年月日、教育年数、学歴、生活状況、婚姻歴を聴取し、1次スクリーニング項目として、全般的な認知機能評価としてMMSE-J(Mini-mental examination Japanese version)、言語性記憶評価としてWMS-R(Wechsler memory scale revised)から論理記憶課題A(物語の記憶と想起課題)、認知症の重症度評価としてCDR(Clinical dementia rating)を行い、2次調査として抑うつスクリーニングとしてGDS(geriatric depression scale)、老年期精神障害評価スケール(Psychological Association Scale; PAS)(Jorm A J & Mackinnon A,1995)、および、医師による問診や神経学的診察、必要に応じて頭部MRIの撮像をおこなった。論理記憶課題Aは、即時記憶と30分後遅延再生課題をおこなうため、30分の時間調整目的にて、大牟田市保健師が身長体重測定、体力測定などを実施した。調査のながれを別図1、1次スクリーニング判定基準を別表1に示した。同時に、対象者の家族に対して、Zarit介護負担尺度 短縮版

(J-ZBI-8) (荒井ら (2003)) (参考資料 1)、ストレス対処能力について Sense of coherence(SOC) 縮約版 13 項目スケール (東京大学大学院医学系研究科健康社会学・アントノフスキー研究会作成) (参考資料 2) を聴取した。

聴取した調査データおよび、頭部画像を総合判断し、複数の神経内科専門医・老年精神医学の専門医の合議によって、認知症高齢者の割合を算出した。認知症の判定基準は、別表 1 に準じた。介護負担感については、認知症重症度 CDR 別に負担感をまとめた。

(倫理面への配慮)

個人情報保護を徹底し、対象者の人権に配慮した。個人情報はすべて別表による ID 番号照合とし、容易に個人が特定されない形でデータベース化した。本研究計画は熊本大学大学院生命科学研究部倫理委員会にて審査され、倫理第 491 号 承認を得たうえで実施された。

C.研究結果

本調査の参加率は、51.1% (511 名) であった。男性 186 名、女性 325 名、参加者の平均年齢は 75.8 ± 6.87 歳である。そのうち、認知症高齢者は 47 名で、およそ 9.2% であった。

家族介護負担感については、現在データ入力完了した地域住民は 167 名 (男性 54 名、女性 113 名) である。この 167 名のうち、独居や一人で検査会場へ訪れた対象者を除き、調査協力を得られた配偶者及び家族等は 79 名であった (配偶者 50 名、実子 19 名、実子の配偶者 1 名、代理回答者 6 名、その他 3 名)。

対象者 167 名の認知症重症度は CDR-0 が 125 名 (平均 MMSE = 28.6 ± 1.63)、CDR-0.5 が 33 名 (平均 MMSE = 25.1 ± 3.60)、CDR-1 が 3 名 (平均 MMSE = 10.7 ± 9.71)、CDR-2 が 5 名 (平均 MMSE = 14.6 ± 6.07)、CDR-3 が 1 名 (MMSE = 9) であった。各々の群で介護負担感を J-ZBI-8 を用いて評価したところ、CDR-0 では 0.6 点、CDR-0.5 では 3.2 点、CDR-1 では 3.0 点、CDR-2 では 8.3 点であり、認知症の重症度と介護負担感において統計的有意に相関する傾向がみられた (Spearman's $\rho = 0.46$, $P < 0.001$)。

D.考察

地域住民を対象とした疫学調査によるごく最近の報告では、認知症高齢者有病率は 10%~15% 程度としているものもあるが、これらは農村部・中山間地域などで実施されたケースが多い可能性がある。今回の都市部中心部における認知症高齢者有病率は、それらのデータよりはやや低いものの従来考えられていたよりも認知症高齢者が多いことが示唆された。また、認知症の重症度が上がるにつれ、介護負担感が増大する傾向がみられ、重症度が中等度になると著明に負担感が増大していることから、都市部においても認知症者が地域で暮らしていくためには、より一層の介護サービスの充実が急がれることが示唆された。

現在、データを久留米大学解析チームにて解析中であり、今後は家族背景や疾患背景などについて考察を進める予定である。また、介護負担感についても、データの入力を継続し、

交絡要因を調整し、認知症重症度と介護負担感、ストレスへの対処能力との関係を詳細に検討する予定である。

E.結論

都市部中心部における認知症高齢者の疫学調査を行い、無作為 1000 人住民中、511 名の参加があり、うち、認知症高齢者は 47 名、およそ 9.2%であった。最近の地方都市などでの認知症高齢者の有病率調査よりやや低い結果であるが、従来考えられていたよりも認知症高齢者が多いことが示唆された。また、認知症の重症度が中等度になると著明に負担感が増大していることから、都市部においても認知症者が地域で暮らしていくためには、より一層の介護サービスの充実が急がれることが示唆された。

F.研究発表

1.論文発表

- Uetani H, Hirai T, Hashimoto M, Ikeda M, Kitajima M, Sakamoto F, Utsunomiya D, Oda S, Sugiyama S, Matsubara J, Yamashita Y. Prevalence and Topography of Small Hypointense Foci Suggesting Microbleeds on 3T Susceptibility-Weighted Imaging in Various Types of DementiaAJNR Am J Neuroradiol. 2012. [Epub ahead of print]
- Mori E, Ikeda M, Kosaka K. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized, placebo-controlled trial. Ann Neurol 72 : 41-52, 2012
- Ogawa Y, Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, Honda K, Yuuki S, Hirai T, Ikeda M. Association of Cerebral Small-Vessel Disease with Delusions in Alzheimer's Disease Patients . Int J Geriatr Psychiatry 2012. [Epub ahead of print]
- Fukunaga, R, Abe Y, Nakagawa Y, Koyama A, Fujise N, Ikeda M. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. Psychogeriatrics 12 : 179-185, 2012
- Shinagawa S, Yatabe Y, Hashimoto M, Nakayama K, Ikeda M. A comparison of family care infrastructure for demented elderly in inner cities and regional areas in Japan. Psychogeriatrics 12 : 159-64, 2012
- Abe Y, Fujise N, Fukunaga R, Nakagawa Y, Ikeda M. Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. Int Psychogeriatrics 24 : 1235-1241, 2012

2.学会発表

- Ikeda M. Symposium: Dementia from a cross-cultural perspective. The outreach intervention for early-onset dementia by multi-disciplinary staffs in Japan. Biennial meeting of World Federation of Neurology, Research Group of Aphasia & Cognitive

Disorders, Hyderabad, India, December 9-12, 2012

- Ikeda M. Session: Alzheimer's disease. Therapeutic Strategies in Dementia with Lewy bodies. 28th International Kumamoto Medical Bioscience Symposium, Kumamoto, November 15-16, 2012
- Tsuyuguchi A, Hashimoto M, Yatabe Y, Ikeda M. Depression and apathy in the four major dementias Asian Workshop on Geriatric Psychiatry, Tokyo, September 15, 2012
- (Keynote Address) Ikeda M. Older Adults and Mental Health in the Face of Natural Disasters – Tohoku Tsunami Disaster. International Psychiatric Association International Meeting 2012, Cairns, Australia, September 7-11, 2012
- (Poster) Hasegawa N, Koyama A, Hashimoto M, Ishikawa T, Yatabe Y, Kaneda K, Honda K, Yuuki S, Ogawa Y, Araki K, Ikeda M. Depressive state in caregivers of patients with dementia. International Psychiatric Association International Meeting 2012, Cairns, Australia, September 7-11, 2012
- Ikeda M. Symposium: Vascular cognitive impairment. Vascular lesions in neuro-degenerative dementia
- 6th Congress of Asian Society Against Dementia, Kuala Lumpur, June 14-16, 2012
- Ikeda M. Symposium: Psychosocial intervention. Outreach intervention for early-onset dementia by multi-disciplinary staffs. 6th Congress of Asian Society Against Dementia, Kuala Lumpur, June 14-16, 2012

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

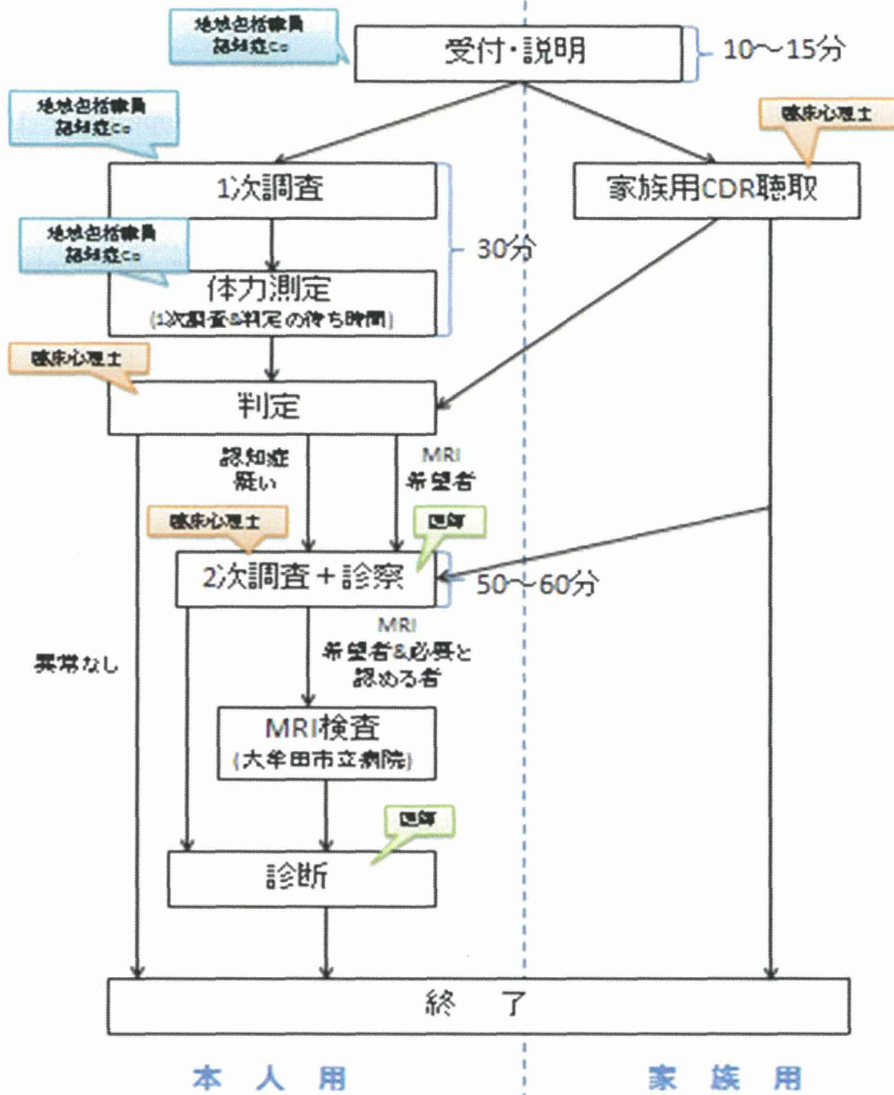
なし

3.その他

なし

<別図 1> 調査実施のフロー図

大牟田市認知症有病率調査「脳の無料健康診断」フロー図



<別表 1> 1次スクリーニング カットオフ

1次スクリーニング cut off point :

MMSE 26/27

CDR 0/0.5

WMS-R 最大スコア 25 点中

教育年数 16 年以上 : 9 点以上

10~15 年 : 5 点以上

9 年以下 : 3 点以上

<別表 2> 認知症高齢者の判定基準

認知症高齢者

- ・ 被験者またはスタディパートナーによる記憶障害の訴えがあり、スタディパートナーがそれを証明する場合。
- ・ WMS-R 論理的記憶 II 下位尺度 (論理記憶の遅延再生課題 : 最大スコア 25) が教育年数別のカットオフ値以下であること。
 - a) 教育年数 16 年以上で 8 以下
 - b) 教育年数 10~15 年以上で 4 以下
 - c) 教育年数 0~9 年で 2 以下
- ・ MMSE-J が 20~26 点 (26 点を含む) もしくはそれ以下 (臨床判定委員会の裁量により、被験者の教育年数が 8 年以下の場合には例外を認める)。
- ・ CDR-J が少なくとも 0.5 以上。
- ・ アルツハイマー病の可能性に対する NINCDS/ADRDA 基準で Probable AD に合致すること (AD 以外の認知症をきたす疾患、原因が除外されていること)。
- ・ AD 以外の認知症をきたす疾患の既往・現在症が確認され、頭部 MRI 等にて確認/推定できる。

85 歳以上の判定基準

- ・ MMSE, CDR, WMS-R がすべて上記の Cut off 以下なら Dementia
- ・ MMSE, CDR, WMS-R がすべて上記の Cut off 以上なら Normal
- 加えて CDR 0 & WMS-R が Cut off 以上の場合は MMSE の点数にかかわらず Normal
- ・ これらに当てはまらないものは MCI

表1 Zarit介護負担尺度短縮版 (J-ZBI_8)

各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を ○で囲んでください	思 わ な い	た ま に 思 う	時 々 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う					
1 [◎] 介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことが ありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
2 [◎] 介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
3 [△] 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると 思いますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
4 [◎] 介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと 思いますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
5 [△] 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことが ありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
6 [△] 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくても よべないと思ったことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
7 [◎] 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
8 [◎] 介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと 思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4

◎: J-ZBI_8 Personal strain, △: J-ZBI_8 Role strain.

<参考資料 2> SOC 縮約版 13項目スケール

2004年8月31日「心の健康」

あなたの人生に対する感じ方について伺います。

下記の13の質問に対して、あなたの感じ方をもっともよく表している段階の番号にひとつだけ○をつけてください。

- ① あなたは、自分の周りで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？
(まったくない) 1 2 3 4 5 6 7 (とてもよくある)
- ② あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？
(まったくなかった) 1 2 3 4 5 6 7 (いつもそうだった)
- ③ あなたは、あてにしていた人にかっかりさせられたことがありますか？
(まったくなかった) 1 2 3 4 5 6 7 (いつもそうだった)
- ④ 今まで、あなたの人生には、明確な目標や目的が、
(まったくなかった) 1 2 3 4 5 6 7 (あった)
- ⑤ あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？
(よくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)
- ⑥ あなたは、不慣れた状況にいると感じ、どうすればよいかわからない、と感じることがありますか？
(とてもよくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)
- ⑦ あなたが毎日していることは、
(喜びと満足を与えてくれる) 1 2 3 4 5 6 7 (つらく退屈である)
- ⑧ あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？
(とてもよくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)
- ⑨ あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか？
(とてもよくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)
- ⑩ どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで、「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？
(まったくなかった) 1 2 3 4 5 6 7 (よくあった)
- ⑪ 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、
(そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた) 1 2 3 4 5 6 7 (適切な見方をしてきた)
- ⑫ あなたは、日々の生活で行なっていることにほとんど意味がなしと感じることがありますか？
(よくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)
- ⑬ あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？
(よくある) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくない)

↓
合計得点(点)

<診断>

SOCとは、Sense of Coherence(首尾一貫感覚)の略称です。SOCは、ストレスにさらされながらも、健康へのダメージを受けないばかりか、ときにはストレスを成長の糧にさえしてしまう対処能力、健康保持能力を測る尺度として開発されたものです。

採点法は、④⑤⑥⑧⑨⑪⑫⑬の質問は回答した数字をそのまま点数にし、①②③⑦⑩の質問では回答した数字を逆にしたものを点数にし(1なら7点、2なら6点…、7なら1点)、すべての点数の合計を求めます。この点数が高いほど、ストレス対処能力が高いとされています。

一般平均は、54～58点あたりにあります。

SOC縮約版13項目スケール(東京大学大学院医学系研究科健康社会学・アントノフスキー研究会作成)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「都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」

分担研究報告書

認知症の生活障害の実態と効果的なケア

研究分担者	諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科 教授
研究協力者	小松泰喜	東京工科大学
	辻村真由子	千葉大学大学院看護学研究科
	島村敦子	千葉大学大学院看護学研究科
	酒井弘美	東京工科大学
	西野由希子	東京工科大学

○研究要旨

平成 23 年度の本研究事業で開発した認知症の生活障害を把握するための生活障害評価表 Ver.1 を用い、認知機能障害が軽度から高度までの認知症の生活障害の詳細な状態像と効果的なケアを明らかにするために、認知症ケアに卓越した全国の認知症ケア実践者 13 名を対象に生活障害評価表 Ver.1 への記入とそのデータを踏まえたグループインタビューを実施した。

その結果、FAST 2～3 ステージにある軽度の認知機能低下のある認知症者では、注意機能や遂行機能の低下、自身への行動のフィードバックの適切性の低下が見られ、そのため自分のやり方にこだわり、臨機応変に修正・変更できない、日常生活用品をしばしば壊す、家事やペットの世話が適切にできないなどが出現するが、認知症者は十分取り繕えるため、丁寧かつ正確に行う必要性のあるもの以外は、見守りというケアで対応しうることが示された。また軽度認知症者では、介護者に影響が及ぶことでない場合、生活障害が放置されていることも明らかになった。

FAST 4 ステージの中等度の認知機能低下のある認知症者では、ADL は維持できているが、それ以外では生活障害が顕著になりはじめ、日常と異なる状況では生活行為の手順がわからなくなり順応できない、二つのことを同時並行で行うことができない、まんべんなく生活行為を行うことができずやり残しが見られることなどが示された。しかし、認知症者本人にとっての新規の事柄を 1～2 カ月程度の時間をかけて学習する能力を有していること、部分的に自分でできる生活機能が多数あるため自己効力感は有しており、認知症者本人の普段のやり方や自尊心を尊重して本人なりの生活の流れを妨げない見守りや言葉がけというケアが提供されていた。特に見守りにおいては、生活障害によって滞っている日常生活が円滑に進むように道具を活用しながら認知症者の生活行為に必要な動きを引き出し、認知症者本人と一緒に動きを作り出すというケアも実施されていた。