

**Table 3** continued

Independent variables	Recent suicidal ideation/valid response	Univariate analysis		Multivariate analysis	
		Odds ratio	95 % CI	Odds ratio	95 % CI
Certified	1/6	2.73	0.31–24.16		
Physical health-related variables					
Subjective health perception					
Good	10/249	1		1	
Poor	19/160	3.22	1.46–7.12**	2.02	0.87–4.69
Visual impairment					
Absent	11/252	1		1	
Present	18/164	2.70	1.24–5.88*	1.79	0.79–4.06
Hearing impairment					
Absent	25/330	1			
Present	4/89	0.57	0.19–1.70		
Gait disturbance					
Absent	13/256	1			
Present	16/162	2.05	0.96–4.38		
Pain					
Absent	13/292	1		1	
Present	16/123	3.21	1.49–6.90*	2.16	0.96–4.87
Mental health-related variables					
History of mental illness					
Depressive disorder					
Absent	22/324	1			
Present	3/20	2.42	0.66–8.90		
Schizophrenia					
Absent	22/316	1			
Present	3/28	1.60	0.45–5.73		
Alcoholism					
Absent	23/325	1			
Present	2/19	1.55	0.34–7.10		
Anxiety disorder					
Absent	24/322	1			
Present	1/12	1.17	0.14–9.42		
Insomnia					
Absent	18/302	1		1	
Present	7/42	3.16	1.23–8.09*	2.46	0.89–6.79
Dementia					
Absent	25/316				
Present	0/28				
Mental well-being					
Good	4/170	1		1	
Poor	24/223	5.01	1.70–14.71**	2.37	0.74–7.57
Current depression (two-question instrument)					
Negative	7/292	1			
Positive	21/118	8.81	3.64–21.38***		
Orientation to time					
Good	13/229	1			
Impaired	9/76	2.23	0.91–5.45		

Table 3 continued

Independent variables	Recent suicidal ideation/valid response	Univariate analysis		Multivariate analysis	
		Odds ratio	95 % CI	Odds ratio	95 % CI
Calculation					
Good	13/147	1			
Impaired	13/194	0.74	0.33–1.65		
Memory function					
Good	16/158	1			
One or more mistakes	8/152	0.49	0.21–1.19		
Subjective memory impairment					
Absent	19/322	1			
Present	10/94	1.90	0.85–4.24		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

They insisted that an effective strategy should include a broad-based health services package provided in an accessible service delivery setting. Targeting depression and providing mental health services might be effective only when it is provided in the context of a broad-based health services package.

According to the WHO's pyramid model for mental health [31], primary care for mental health must be supported by other levels of care, such as informal community-care services. Japan is in the process of reforming its mental health services from hospital-based mental health services to community-based mental health services [32], but changes have been slower than expected. A decline in hospital beds has been observed since 1994, but the total number of psychiatric care beds is still 2.7 per 1,000 people in Japan, compared with 0.3 beds per 1,000 people in the USA [33]. The development of community service program to prevent suicide among the homeless will contribute to the general reform process because it will provide support to the people who face the most difficult situations in our society.

Our results show that perceived emotional social support is a significant protective factor for recent suicidal ideation. Our results are consistent with those of Hwang et al. [34] showing that lack of perceived emotional social but not instrumental support was associated with poor mental health status among homeless people. Thus, being able to rely on a person who stands by one's side might have special importance for protection from suicidal behavior in homeless individuals.

However, it should also be noted that one of the outstanding features of our study population is social isolation and low accessibility to medical services. More than half of the study population reported that there was no one who could take care of them when they were ill in bed and no one who could take them to the hospital when they did not

feel well. These two items are included as measurements of perceived instrumental social support and directly relate to accessibility to medical services. Low accessibility might be more likely to result in attempted or completed suicide because an individual's mental and physical health may be more likely to be ignored and untreated. To avoid such circumstances, strengthening the social ties in the community might be crucial. Offering a relaxed setting, for example, a welfare café, where people can share their fears and concerns about homelessness and receive help and support from professionals may reduce the barriers to medical services and, moreover, encourage the integration of homeless individuals into a social network.

The present study also indicates that housing assistance, such as a shelter, might be a protective factor against suicidal behavior among street homeless. Glisson et al. [35] reported that a dormitory-style homeless shelter program with a comprehensive set of social services was successful in helping people find permanent housing within the first year after leaving the shelter. Wolf et al. [36] compared the subjective quality of life among three groups (homeless people who remained homeless, those who moved to dependent housing, and those who moved to independent housing) and they pointed out the significance of being independently housed to good quality of life. Although housing assistance may be crucial to preventing suicide among the street homeless, helping the homeless should start with providing a safe place with comprehensive services including social support and mental health services, and then should focus on helping them acquire independent housing.

This study had several limitations. First, our sample population may not have adequately represented the homeless people in Japan because this survey was limited to only two districts of Tokyo. Additionally, the participants involved in this study were those who were willing to

answer the questionnaire. Homeless people who did not respond to our questionnaire might have been more likely to have mental health problems and be isolated. Thus, in the present study, the frequency of suicidal behavior could have in fact been underestimated and the issue of suicidal behavior might be more serious than estimated by this study among homeless people in Japan. Second, we could not confirm a strong relationship between psychiatric diagnosis and suicidal behavior as previously reported because the present survey was based only on self-reported information. Psychiatric diagnostic interviews were not conducted because of difficulty with study design. However, the present findings indicate that brief screening tools such as the two-question assessment for current depressive episode or the WHO-5 for mental well-being could be effective for detection of psychological distress relating to suicidal ideation among homeless people. Third, a cross-sectional design has inherent limitations in determining a causal relationship. However, from an ethical point of view, a prospective longitudinal observational study to determine risk factors for suicidal behavior in such a high-risk population would not be realistic. From a practical point of view, prospective intervention studies are urgently needed to explore effective strategies for suicide prevention among the homeless at risk for suicide.

## Conclusion

Street homelessness, lack of perceived emotional social support, and current depression were significantly associated with recent suicidal ideation among homeless people in Japan.

Comprehensive interventions providing housing assistance, social support, and mental health services might be crucial as effective strategies to prevent homeless people from committing suicide.

**Acknowledgments** We are deeply grateful to the staff of these two nonprofit organizations, TENOHASI and Hurusatonokai, for their extensive cooperation. This study was supported, in part, by Grant-in-Aid for Scientific Research from the Japanese Ministry of Health, Welfare, and Labor.

**Conflict of interest** The authors report no conflicts of interest.

## References

- Chen J, Choi YC, Mori K, Sawada Y, Sugano S (2012) Recession, unemployment, and suicide in Japan. *Jpn Labor Rev* 9:75–92
- Cabinet Office (2012) White paper on suicide prevention in Japan. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/en/w-2012/pdf/chap1-1.pdf>. Accessed 19 June 2013
- World Health Organization (2012) Suicide prevention (SUPRE). Suicide statistics. Country reports and charts available. [http://www.who.int/mental\\_health/media/japa.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/japa.pdf). Accessed 18 Sept 2012
- World Health Organization (2012) Suicide prevention (SUPRE). Suicide statistics. Country reports and charts available. [http://www.who.int/mental\\_health/media/unitstates.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/unitstates.pdf). Accessed 18 Sept 2012
- Inoue K, Tanii H, Fukunaga T, Abe S, Nishimura Y, Kaiya H, Nata M, Okazaki Y (2007) A correlation between increases in suicide rates and increases in male unemployment rates in Mie prefecture, Japan. *Ind Health* 45:177–180. doi:10.2486/indhealth.45.177
- Ministry of Health, Labour, and Welfare (2012) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001f1fbg-att/2r9852000001f1fhr.pdf>. Accessed 18 Sept 2012 (in Japanese)
- Schutt RK, Meschede T, Rierdan J (1994) Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Health Soc Behav* 35:134–142
- Eynan R, Langley J, Tolomiczenko G, Rhodes AE, Links P, Wasylenki D, Goering P (2002) The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey. *Suicide Life Threat Behav* 32:418–427. doi:10.1521/suli.32.4.418.22341
- Schinka JA, Schinka KC, Casey RJ, Kasprow W, Bossarte RM (2012) Suicidal behavior in a national sample of older homeless veterans. *Am J Public Health* 102:S147–S153. doi:10.2105/AJPH.2011.300436
- Desai RA, Liu-Mares W, Dausey DJ, Rosenheck RA (2003) Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 191:365–371
- Morikawa S, Uehara R, Okuda K, Shimizu H, Nakamura Y (2011) Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in one area of Tokyo. *Jpn J Public Health* 58:331–339 (in Japanese)
- US Department of Housing and Urban Development's (2010) Annual Homeless Assessment Report. <http://www.hudhre.info/documents/2010HomelessAssessmentReport.pdf>. Accessed 18 Sept 2012
- Ministry of Health, Labour, and Welfare (2012) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ptf-att/2r98520000027pw4.pdf>. Accessed 18 Sept 2012 (in Japanese)
- Ministry of Internal Affairs and Communications (2013) [http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxselect.cgi?IDX\\_OPT=3&H\\_NAME=&H\\_NAME\\_YOMI=%82%a0&H\\_NO\\_GENGO=H&H\\_NO\\_YEAR=14&H\\_NO\\_TYPE=2&H\\_NO\\_NO=105&H\\_FILE\\_NAME=H14HO105&H\\_RYAKU=1&H\\_CTG=1&H\\_YOMI\\_GUN=1&H\\_CTG\\_GUN=1](http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxselect.cgi?IDX_OPT=3&H_NAME=&H_NAME_YOMI=%82%a0&H_NO_GENGO=H&H_NO_YEAR=14&H_NO_TYPE=2&H_NO_NO=105&H_FILE_NAME=H14HO105&H_RYAKU=1&H_CTG=1&H_YOMI_GUN=1&H_CTG_GUN=1). Accessed 8 Oct 2013 (in Japanese)
- United States Department of Housing and Urban Development “Synopsis of the McKinney–Vento Act”. [http://portal.hud.gov/hudportal/documents/huddoc?id=HAAA\\_HEARTH.pdf](http://portal.hud.gov/hudportal/documents/huddoc?id=HAAA_HEARTH.pdf). Accessed 18 Sept 2012
- Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 56:617–626. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B (1995) Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 142:559–563
- Muraoka Y, Oiji A, Ihara Y (1996) Physical, psychological and social factors of depressed older residents in the community. *Jpn J Geriatr Psychiatry* 7:397–407 (in Japanese)
- Koizumi Y, Awata S, Seki T, Nakaya N, Kuriyama S, Suzuki Y, Ohmori K, Hozawa A, Ebihara S, Arai H, Tsuji I (2004) Association between social support and depression in the elderly Japanese population. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 41:426–433 (in Japanese)

20. Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, Ohmori K, Hozawa A, Seki T, Matsuoka H, Tsuji I (2005) Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:563–569. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01415.x
21. Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, Hozawa A, Omori K, Kuriyama S, Arai H, Nagatomi R, Matsuoka H, Tsuji I (2005) Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:327–336. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01378.x
22. Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Nakaya N, Matsuoka H, Tsuji I (2007) Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr* 19:77–88. doi:10.1017/S1041610206004212
23. US Preventive Services Task Force (2012) Screening for depression. Recommendations and rationale. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/depression/depressr.htm#ref3>. Accessed 18 Sept 2012
24. Arroll B, Khin N, Kerse N (2003) Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross-sectional study. *BMJ* 327:1144–1146. doi:10.1136/bmj.327.7424.1144
25. Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Furukawa TA, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Tajima M, Takeshima T, Kikkawa T (2004) Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 62:442–449. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01823.x
26. Tiet QQ, Finney JW, Moos RH (2006) Recent sexual abuse, physical abuse, and suicide attempts among male veterans seeking psychiatric treatment. *Psychiatr Serv* 57:107–113. doi:10.1176/appi.ps.57.1.107
27. Bertolote JM, Fleischmann A (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 1:181–185
28. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 153:1009–1014
29. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC (1990) An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25:193–199. doi:10.1007/BF00782961
30. Gelberg L, Linn LS, Leake BD (1988) Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry* 145:191–196
31. World Health Organization (2008) Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization, Geneva
32. National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health, Department of Mental Health Policy and Evaluation (2013) Visions in for reform research homepage. [http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index\\_e.html](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index_e.html). Accessed 8 Oct 2013
33. OECD (2013) Key tables from OECD. 35. Psychiatric care beds. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/psychiatric-care-beds\\_pscarebed-table-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/psychiatric-care-beds_pscarebed-table-en). Accessed 8 Oct 2013
34. Hwang SW, Kirst MJ, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L, Levinson W (2009) Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *J Urban Health* 86:791–803. doi:10.1007/s11524-009-9388-x
35. Glisson GM, Thyer BA, Fischer RL (2001) Serving the homeless: evaluating the effectiveness of homeless shelter services. *J Sociol Soc Welf* 28:89–97
36. Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S (2001) Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:391–398. doi:10.1007/s001270170029

## WHO-5 精神健康状態表簡易版 (S-WHO-5-J) の作成および その信頼性・妥当性の検討

イナガキ ヒロキ イトウ カエ サクマナオヨ  
 稲垣 宏樹<sup>\*,2\*</sup> 井藤 佳恵<sup>\*,3\*</sup> 佐久間尚子<sup>\*</sup>  
 スギヤマ ミカ オカムラ ツヨシ アワタ シュイチ  
 杉山 美香<sup>\*</sup> 岡村 毅<sup>4\*,5\*</sup> 粟田 圭一<sup>\*</sup>

**目的** 本来6件法である日本語版 WHO-5 精神健康状態表 (以下, WHO-5-J) を, 4件法で評価する簡易版 (Simplified Japanese version of WHO-Five well-being index, 以下, S-WHO-5-J) を作成し, 信頼性と妥当性を検討した。

**方法** 対象は東京都 C 区在住の65歳以上の高齢者4,439人。平均年齢および SD は74.2±6.6歳で, 女性は2,475人 (55.8%) であった。全員に対し自記式質問紙調査を郵送し, 3,068票が回収された (回収率69.1%), このうち, S-WHO-5-J, GDS-15, 年齢, 性別, 同居者の有無, 介護状況, 主観的健康感, 痛み, 主観的記憶障害, 老研式活動能力指標, ソーシャルサポート, 閉じこもり, 経済状況の項目に欠損値のなかった1,356人 (平均73.2±5.8歳, 女性の比率51.1%) を分析対象とした。補足的分析として他調査における対象者2,034人の WHO-5-J のデータを用いて, 欠損値数の比較を行った。

**結果** S-WHO-5-J は, 1因子構造が確認され, 合計得点と項目との相関 (0.79~0.87), 項目間の相関 (0.52~0.82),  $\alpha$  係数 (0.889) がともに高かった。また, 既存の精神的健康尺度である GDS-15 や精神的健康項目との関連, 精神的健康に影響すると考えられる諸要因, すなわち, 身体機能 (運動器, 転倒, 栄養, 口腔), 主観的記憶障害, 日常生活の自立度, 社会機能 (閉じこもり, 対人交流, ソーシャルサポート) との間に関連が認められた。加えて, 補足的分析から, S-WHO-5-J では WHO-5-J よりも欠損値が少ないことが示された。

**結論** S-WHO-5-J は, 十分な信頼性と妥当性を有していることが確認された。大規模な地域高齢者サンプルを対象に精神的健康を測定する尺度としてより利便性の高い尺度であると考えられた。

**Key words** : WHO-5 精神健康状態表, 簡易版, 信頼性, 妥当性, 地域在住高齢者

### I 緒 言

急速な高齢化により我が国は世界でも有数の長寿大国となった。このことは同時に将来的な社会的負担の増大へと繋がるのが予想されるため, その抑制を目指し, 我が国の健康施策は, 単に寿命を延ばすだけではなく, 予防的な観点で健康の維持・向上へ

重点がシフトしていった。2000年より開始された「健康日本21」<sup>1,2)</sup> では, 健康寿命の延伸をその目標に掲げており, また2006年より開始された新たな介護保険制度<sup>3)</sup> は, 予防重視型のシステムへの転換が図られた。近年のこうした予防的な施策において, 身体的な健康の維持と合わせて, 高齢期における精神的健康の維持, 向上が重視されるようになってきている。「健康日本21」では, 目標の一つとして「休養・こころの健康づくり」が掲げられ<sup>1,2)</sup>, また介護保険制度では, 予防事業の柱のひとつにうつ予防といった高齢者の精神的健康に関する項目が盛り込まれている<sup>4~6)</sup>。

早期予防の観点からは, 大規模な地域サンプルを対象とした調査により地域に暮らす高齢者の精神的健康を評価すること, また潜在的に精神疾患を有する者や今後疾患へ移行するリスクがある者をスク

\* 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム

<sup>2\*</sup> 大阪大学大学院人間科学研究科臨床死生学・老年行動学

<sup>3\*</sup> 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科老化制御学系加齢制御医学血流制御内科学

<sup>4\*</sup> 東京大学医学部付属病院精神神経科

<sup>5\*</sup> 東京都健康長寿医療センター精神科  
 連絡先: 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2  
 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム 稲垣宏樹

リーニングすることが必要となる。このためには、記入しやすく短時間で実施可能な尺度を使用できることが望ましい。この点で、世界保健機関 (WHO) により開発された「WHO-5 精神的健康状態表」(以下、WHO-5-J)<sup>7)</sup>は、そうした目的に適った、非常に簡便な精神的健康測定尺度であると言える。WHO-5-Jを構成するのは、最近2週間における気分状態を尋ねる5つの質問項目だけであり、既存の精神的健康の測定を目的とした代表的尺度に比べ項目数が少ない。また、日本語のみならず様々な言語に翻訳されており、国際比較にも利用しやすい。日本語版に関しては、Awata et al.<sup>8,9)</sup>や岩佐ら<sup>10)</sup>によって標準化作業が完了し、信頼性・妥当性が確認されている。また、井藤ら<sup>11)</sup>は、地域在住高齢者1,954人を用いて、関連要因を報告している。

WHO-5-Jは面接場面での使用を前提として6件法で構成されている。表1に選択肢を示した。選択肢の数が多ければ項目から得られる情報が多くなり、加えて統計手法的にパラメトリックな分析が可能になるなどメリットもあるが、その一方で回答にかかる時間が増えたり、選択肢同士の差異や意味合いが曖昧になりどこに付けていいか判断が困難になるなど、記入者や回答者の負担が増大する可能性が高くなる。WHO-5-Jの場合も、訓練された検査者が面接場面を実施する場合には大きな障害とはならないが、たとえば郵送調査等で高齢者を対象に自記式で記入してもらう場合には、可能な限り選択肢を減らし、簡便に記入できることが望ましい。

そこで、WHO-5-Jをより利便性の高い検査とするために、4件法版 (WHO-5 精神健康状態表簡易版, Simplified Japanese version of WHO-Five Well-being Index, 以下、S-WHO-5-J) を作成し、信頼性と妥当性を検討した。また、WHO-5-Jと欠損値の多寡を比較することでS-WHO-5-Jがより記入し易い尺度になっているかどうかを確認する目的で補足的な分析を行った。

表1 WHO-5-J (6件法) と S-WHO-5-J (4件法) における選択肢

WHO-5-J (6件法)	S-WHO-5-J (4件法)
1 いつも	1 いつもそうだった
2 ほとんどいつも	
3 半分以上の期間を	2 そういう時が多かった
4 半分以下の期間を	3 そういう時は少なかった
5 ほんのたまに	
6 まったくない	4 全くなかった

## II 研究方法

### 1. 調査方法と調査対象

調査は、郵送法による自記式質問紙調査によって行われた。調査票は2011年の4月末から発送され、6月初旬までに回収した。

調査対象は、東京都C区在住の65歳以上の高齢者のうち、生まれ月が10月～3月の者、かつ要介護認定を受けていない者4,439人であった (平均年齢74.2±6.6歳、女性の比率55.8%)。この全員に調査票を郵送し、3,068票が回収された。回収率は69.1%であった。

補足的分析であるWHO-5-Jとの比較では、井藤ら<sup>11)</sup>の対象者のうち、要介護認定を受けていない2,034人 (平均年齢74.6±6.5歳、女性の比率59.9%) のデータを用いた。

### 2. 調査項目

S-WHO-5-Jでは、各質問項目に対して、4件法で回答を求めた。質問項目は6件法のものと同じであった。S-WHO-5-Jの4つの選択肢は、WHO-5の基になったWHO (ten) well-being Questionnaire<sup>16,17)</sup>の4段階の選択肢をもとに、自然な日本語となるように翻訳、改変した。選択肢はそれぞれ「1. 全くなかった、2. そういう時は少なかった、3. そういう時が多かった、4. いつもそうだった」とした。各質問項目について、「1. 全くなかった」を0点、「4. いつもそうだった」を3点とし、粗点の合計をS-WHO-5-J得点として算出した。得点範囲は0点から15点で、得点が高いほど精神的健康状態が良好であることを示している。

また、S-WHO-5-Jの妥当性を検討するための外部基準として、以下の項目を用いた。

精神的健康状態を測定する尺度として、Geriatric Depression Scale 短縮版 (以下、GDS-15とする)<sup>12~15)</sup>を用いた。GDS-15は15項目から構成される。回答は「はい・いいえ」の2件法で尋ねるものである。得点範囲は0～15点で、得点が高いほど精神的健康状態が悪いことを意味している。

教育歴について、学校に通った年数を尋ね、9年以下を初等教育、10年以上を中等教育以上として分類した。

同居者の有無について、1. 一人暮らし、2. 夫婦のみ、3. 配偶者以外の家族も一緒に同居、の3件法で尋ねた。

日常生活の活動度については、老研式活動能力指標<sup>18)</sup>を用いた。13項目から構成され、回答は「はい・いいえ」の2件法で尋ねるものである。得点範囲は0点から13点で、得点が高いほど日常生活の活

動度や自立度が高いことを示している。

主観的な記憶障害に関して、半年前に比べてもの忘れが増えたかどうかを、1. 増えた、2. 少し増えた、3. 変わらない、4. 少し減った、5. 減った、の5件法で尋ねた。また、もの忘れに対する不安があるかどうかを、1. ある、2. 少しある、3. ない、の3件法で尋ねた。

次の項目について、特定高齢者チェックリスト<sup>4)</sup>および日常生活圏域ニーズ調査<sup>19)</sup>と同様の質問項目および選択肢を用いた。うつ<sup>5)</sup>の5項目、運動・閉じこもりのうち6項目、転倒予防の5項目、栄養・口腔のうち4項目、物忘れのうち4項目、社会参加1項目について「はい・いいえ」の2件法で尋ねた。

また、以下の項目については、特定高齢者チェックリストおよび日常生活圏域ニーズ調査と質問項目は同様であったが、選択肢を変更して用いた。地域活動については、まつり・行事、自治会・町内会、サークル・自主グループ、老人クラブ、ボランティア活動、その他の6項目について、それぞれ参加の有無を尋ねた。

ソーシャルサポートの有無に関して、1. 体の具合の悪い時の相談相手はいるか、2. 病院に付き添ってくれる人がいるか、3. 寝込んだ時世話をしてくれる人がいるかの3つの質問項目について、「はい・いいえ」の2件法で尋ねた。

同居家族以外の他者との交流頻度に関して、1. ほぼ毎日、2. 週に2~3回、3. 週に1回程度、4. 月に1~2回程度、5. 月に1回より少ない、の5件法で尋ねた。

その他に、基本属性に関する情報として、以下の項目を尋ねた。主観的健康感について、1. 非常に健康、2. まあ健康、3. あまり健康でない、4. 健康でないの4件法で尋ねた。痛みの有無について、過去1か月間にもっとも強かった痛みの程度を、1. 全然無かった、2. かすかな痛み、3. 軽い痛み、4. 中くらいの痛み、5. 強い痛み、6. 非常に激しい痛み、の6件法で尋ねた。介護状況について、1. 介護・介助の必要はない、2. 必要だが受けていない、3. 現在何らかの介護を受けている、の3件法で尋ねた。経済状況について、1. 苦しい、2. やや苦しい、3. ややゆとりがある、4. ゆとりがある、の4件法で尋ねた。現在の就労状況について、1. 週35時間以上、2. 週35時間未満または不定期、3. 未就労または引退、の3件法で尋ねた。

補足的分析では、WHO-5-Jを用いた。項目はS-WHO-5-Jと同一である。選択肢は表1に示した。

### 3. 分析方法

S-WHO-5-Jの信頼性を検討するために、クロン

バックの $\alpha$ 係数および項目間のPearson積率相関係数を算出し、内的一貫性の確認を行った。さらに因子分析による1因子構造の確認を行った。

また、妥当性を検討するために、先述した外部基準項目のうち連続量の項目については、Pearson積率相関係数による関連性の検討を行った。カットオフ値が設定または報告されている項目についてはカットオフ値に基づいて、また離散量の項目については、2値への置き換えを行い、分析対象者を2群に分類し、2群間のS-WHO-5-J得点の平均値の差をt検定を用いて比較した。

GDS-15は、Schreiner et al.<sup>20)</sup>に基づき6点をカットオフ値とし、「不健康(6点以上)/健康(5点以下)」の2群に分類した。

生活自立度(老研式活動能力指標)は、岩佐ら<sup>10)</sup>の報告と同様、先行研究<sup>21)</sup>を参考に、11点未満の場合「非自立」とし、「非自立(10点以下)/自立(11点以上)」の2群に分類した。

特定高齢者基本チェックリストの項目について、鈴木<sup>4)</sup>に基づき、運動、栄養、口腔、閉じこもり、認知症、うつの各領域の得点と、特定高齢者の候補者選定のための20項目合計得点を算出した。また、特定高齢者の該当、非該当を決定する得点値をカットオフ値として、2群に分類した。各項目のカットオフ値はそれぞれ、20項目の合計得点で10点以上、運動3点以上、栄養2点、口腔2点以上、閉じこもり「週に1回以上は外出していますか」に「いいえ」と回答した場合、認知症1点以上、うつ2点以上で該当と判定された。これらのうち、20項目合計得点、運動、栄養、口腔のいずれか一つでも該当した場合、特定高齢者と判定された。

2件法以外の質問項目の2値への置き換えは、次の通りである。年齢は「前期高齢者(74歳以下)/後期高齢者(75歳以上)」、教育歴は「初等教育(9年以下)/中等教育以上(10年以上)」、同居者の有無は「同居者あり(選択肢2~3)/一人暮らし(選択肢1)」、経済状況は「ゆとりがある(3~4)/苦しい(1~2)」、介護の有無は「受けていない(1)/受けている(2~3)」、主観的健康感は「良い(1~2)/悪い(3~4)」、痛みの有無は「なかった(1)/あった(2~6)」、もの忘れの増加は「増えた(1~2)/変わらない・減った(3~5)」、もの忘れに対する不安は「ある(1~2)/ない(3)」、他者との交流頻度は「週1回以上(1~3)/週1回未満(4~5)」、地域活動への参加について「参加している(1~6)/参加していない(7)」であった。

補足的分析では、1項目以上欠損のあった者を「欠損あり」として、WHO-5-JとS-WHO-5-J間

で人数を比較した。また、一人当たりの欠損値数を平均し、尺度間で比較した。

統計解析には、IBM 社 SPSS statistics19 を用いた。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を受け実施した。また、対象者に対して、調査票に同封した調査協力の依頼状に、調査目的、調査参加の任意性、データの匿名性および個人情報保護等の説明を記載し、調査票への署名および返送をもって本調査への同意とした。

### III 研究結果

#### 1. 分析対象者の基本属性

回収票のうち、S-WHO-5-JおよびGDS-15<sup>(12~15)</sup>、ならびに年齢、性別、同居者の有無、介護状況、主観的健康感、痛み、主観的記憶障害、老研式活動能力指標、ソーシャルサポート、閉じこもり、経済状況の項目に欠損値のなかった1,356人を本研究の分析対象とした。

分析対象者の基本属性を表2に示した。

#### 2. S-WHO-5-Jの得点分布と内的整合性

合計得点の分布を図1に示した。S-WHO-5-Jの平均得点は9.9、標準偏差3.15、中央値10、最頻値10、歪度-0.40、尖度0.20であった。

S-WHO-5-Jの5項目におけるクロンバックの $\alpha$ 係数は0.889であった。

S-WHO-5-J総得点と各項目間の相関係数を表3に示した。その結果、0.793~0.873と有意な相関が示された。また、各項目間での相関をみたところ、0.517~0.816でいずれも有意な相関が示された。主因子法により因子分析を行ったところ、固有値が1を超えた因子は1因子のみであった。固有値3.13、寄与率は62.5%、各項目の因子負荷量はそれぞれ0.87、0.85、0.82、0.71、0.70であった。

#### 3. S-WHO-5-Jと外部基準項目との相関関係の検討

S-WHO-5-Jと、外部基準項目のうち連続量である項目に関して、Pearson積率相関係数による関連性の検討を行った。相関係数はそれぞれ、年齢-0.067 ( $P=0.014$ )、教育年数0.101 ( $P<0.001$ )、GDS-15得点-0.534 ( $P<0.001$ )、半年前に比べてもの忘れが増えたか0.262 ( $P<0.001$ )、もの忘れに対する不安があるか0.278 ( $P<0.001$ )、老研式活動能力指標0.253 ( $P<0.001$ )であった。

#### 4. 外部基準項目ごとのS-WHO-5-J得点の群間比較

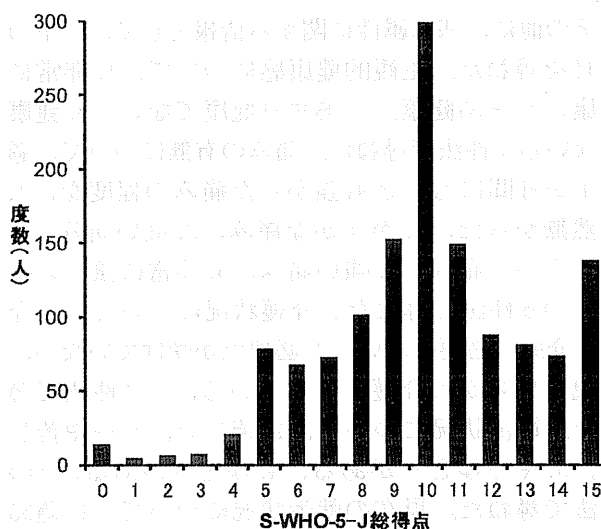
外部基準項目に関して、カットオフ値、または、2値への置き換えにより2群を設定し、

表2 分析対象者の背景情報

N		1,356
年齢	女性	693 51.1%
	平均年齢 $\pm$ SD	73.2 $\pm$ 5.9
GDS-15得点	後期高齢者	514 37.9%
	平均得点 $\pm$ SD	2.5 $\pm$ 2.8
教育歴	平均年数 $\pm$ SD	13.9 $\pm$ 3.1
	初等教育	103 7.6%
同居者の有無	一人暮らし	294 21.7%
老研式活動能力指標	平均得点 $\pm$ SD	11.8 $\pm$ 1.6
主観的記憶愁訴	半年前より増えた	665 49.0%
もの忘れに対する不安	ある	864 63.7%
基本チェックリスト：運動	該当	165 12.2%
基本チェックリスト：栄養	該当	15 1.1%
基本チェックリスト：口腔	該当	231 17.0%
基本チェックリスト：20項目合計	該当	13 1.0%
基本チェックリスト：特定高齢者	該当	345 25.4%
基本チェックリスト：閉じこもり	該当	47 3.5%
基本チェックリスト：認知症	該当	161 11.9%
基本チェックリスト：うつ	該当	347 25.6%
地域活動	参加している	787 58.0%
困った時の相談相手	いない	34 2.5%
具合が悪い時の相談相手	いない	83 6.1%
病院に付き添ってくれる人	いない	161 11.9%
看病してくれる人	いない	250 18.4%
交流頻度	週1回未満	204 15.0%
主観的健康感	悪い	154 11.4%
痛み	あり	946 69.8%
介護状況	受けている	84 6.2%
経済状況	苦しい	396 29.2%
就労状況	働いている	731 53.9%

GDS-15=Geriatric Depression Scale 15項目版。

図1 S-WHO-5-J総得点の分布



S-WHO-5-J得点を群間で比較した。

精神的健康に関連した項目において、2群間のS-WHO-5-J得点の平均値とt検定の結果を表4に示した。抑うつ傾向で「不健康」(GDS-15得点の



表3 S-WHO-5-J 総得点と各項目間の相関

	合計得点	項目 1)	項目 2)	項目 3)	項目 4)
1) 明るく、楽しい気分で過ごした	0.873**				
2) 落ち着いたリラックスした気分で過ごした	0.858**	0.816**			
3) 意欲的で活動的に過ごした	0.858**	0.683**	0.651**		
4) ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた	0.787**	0.571**	0.605**	0.570**	
5) 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	0.793**	0.592**	0.531**	0.655**	0.517**

Pearson 積率相関係数, \*\*  $P < 0.01$

カットオフ値6点以上), 特定高齢者基本チェックリストのうつに「該当」している群で得点が有意に低かった。

性別に関して, 女性で得点が有意に低かった。教育歴(初等教育か中等教育以上か)ならびに同居者の有無では, 得点に有意差はなかった。

生活機能に関して, 非自立(老研式活動能力指標が10点以下)の群で得点が有意に低かった。

認知機能に関して, もの忘れが増えた, もの忘れに対する不安が大きい, また特定高齢者基本チェックリストの認知症関連項目で特定高齢者に「該当」している群で, S-WHO-5-J 得点が有意に低かった。

特定高齢者基本チェックリストの項目に関して, 運動, 栄養, 口腔, 20項目合計得点, 特定高齢者, 認知症, 閉じこもりのすべての項目で, 該当の者は非該当の者よりも, 得点が有意に低かった。

社会機能に関して, 同居家族以外の他者との交流が週1回より少ない群, 地域活動に参加していない群, およびソーシャルサポート関連の4項目それぞれに関して, 相談相手や支援者が「いない」とした群で, 得点が有意に低かった。

#### 5. S-WHO-5-J (4件法) と WHO-5-J (6件法) における欠損値の差

S-WHO-5-J で1項目以上欠損のあった者は159人(5.2%), WHO-5-J で1項目以上欠損のあった者は253人(12.4%)であった。 $\chi^2$  二乗検定の結果, S-WHO-5-J で有意に欠損のあった者が少なかった。また, 欠損値の平均数を両尺度で比較したところ, WHO-5-J (平均  $0.6 \pm 1.5$ ) よりも S-WHO-5-J (平均  $0.3 \pm 1.0$ ) で有意に欠損値の数が少なかった。

## IV 考 察

S-WHO-5-J は, WHO-5-J 同様, 1因子構造が確認され, 合計得点と各項目との相関(0.72~0.87), 項目間の相関(0.52~0.82)も十分に高く,  $\alpha$  係数も0.889と高かった。以上より, S-WHO-5-J は十分な信頼性を有していると考えられた。

既存の精神的健康尺度である GDS-15 との間に中程度の相関が示された。また GDS-15 や特定高齢者基本チェックリストにおいて, 抑うつ傾向が高い, もしくは精神的健康が悪いと回答した群で S-WHO-5-J 得点が有意に低いことが示され, これらの精神的健康に関連する外部基準に対して, 十分な妥当性を有していることが示唆された。

また, 精神的健康に影響すると考えられる諸要因, すなわち, 身体機能(運動器, 転倒, 栄養, 口腔), 主観的記憶障害, 日常生活の自立度, 社会機能(閉じこもり, 対人交流, ソーシャルサポート)との関連に関して, 岩佐ら<sup>10)</sup>の報告同様, S-WHO-5-J においても大多数の項目で関連が認められた。以上より, S-WHO-5-J は, WHO-5-J 同様に, 十分な信頼性と妥当性を有していると考えられた。加えて, 補足的な分析からは, S-WHO-5-J では WHO-5-J よりも欠損値が少ないことが示され, 地域高齢者を対象に精神的健康を測定する尺度としてより利便性の高い尺度であると考えられた。

本研究では, 岩佐ら<sup>10)</sup>の報告と異なり, 性差が示された。また, 岩佐ら<sup>10)</sup>では男性において示された同別居状況との関連が本研究で示されなかった。岩佐らの報告に比べ, 本調査の対象者では男性, 独居者, 生活自立者, 主観的健康感の良い者の割合が高いことが影響したのかもしれない。これらの結果の差異は, 尺度の違いによるものなのか, その他の要因の影響によるものか, 今後検討が必要であるかもしれない。

本研究の分析では, 関連項目に欠損値のなかった対象者のみを分析対象とした。その結果, 比較的健康度の高い対象者のみが選択された可能性は否定できない。しかし, 本研究の目的は, S-WHO-5-J の信頼性, 妥当性の検証であるため, 結果への影響は少ないものと考えられる。

本研究では地域に在住している高齢者を対象に S-WHO-5-J の信頼性, 妥当性を検討したが, 今後はうつ病などの精神疾患を有する対象者に対する有用性, また地域社会に潜在しているうつリスクの高

表4 S-WHO-5-Jと各外部基準項目との関連

分類	変数	区分	S-WHO-5-J (平均±SD)	P値
精神的健康	抑うつ傾向 (GDS-15得点)	不健康 (6点以上) (N=191)	6.8±2.6	<0.001
		健康 (5点以下) (N=1,165)	10.5±2.9	
	基本チェックリスト: うつ	該当 (2点以上) (N=347)	8.0±2.8	<0.001
		非該当 (2点未満) (N=996)	10.6±3.0	
基本的属性	性別	男性 (N=663)	10.1±3.0	0.023
		女性 (N=693)	9.7±3.3	
	教育歴	初等教育 (N=103)	9.4±3.4	0.074
中等教育以上 (N=1,253)	10.0±3.1			
	同居者の有無	同居者あり (N=1,061)	10.0±3.1	0.426
		一人暮らし (N=294)	9.8±3.4	
生活機能	生活自立度 (老研式活動能力指標)	非自立 (10点以下) (N=211)	8.2±3.2	<0.001
		自立 (11点以上) (N=693)	10.3±3.0	
認知機能	半年前よりもの忘れが増えた	増えた (N=665)	9.1±3.0	<0.001
		変わらない・減った (N=691)	10.7±3.1	
	もの忘れに対する不安	ある (N=864)	9.3±2.9	<0.001
		ない (N=492)	11.0±3.2	
基本チェックリスト	運動	該当 (3点以上) (N=165)	8.5±3.3	<0.001
		非該当 (3点未満) (N=1,187)	10.1±3.1	
	栄養	該当 (2点以上) (N=15)	7.5±3.3	0.002
		非該当 (2点未満) (N=1,293)	10.0±3.1	
	口腔	該当 (2点以上) (N=231)	8.1±2.8	<0.001
		非該当 (2点未満) (N=1,114)	10.3±3.1	
	20項目合計得点	該当 (10点以上) (N=13)	5.8±3.3	<0.001
		非該当 (10点未満) (N=1,343)	10.0±3.1	
	特定高齢者	該当 (N=345)	8.5±3.0	<0.001
		非該当 (N=970)	10.4±3.0	
認知症	該当 (1点以上) (N=161)	8.4±3.1	<0.001	
	非該当 (0点) (N=1,183)	10.1±3.1		
閉じこもり	該当 (N=47)	7.8±2.8	<0.001	
	非該当 (N=1,309)	10.0±3.1		
社会機能	地域活動に参加している	はい (N=787)	10.3±3.0	<0.001
		いいえ (N=573)	9.5±3.3	
	困った時の相談相手	いる (N=1,322)	10.0±3.1	0.019
		いない (N=34)	8.7±3.1	
	具合が悪いときの相談相手	いる (N=1,273)	10.1±3.1	<0.001
		いない (N=83)	7.7±3.2	
	病院に付き添ってくれる人	いる (N=1,195)	10.1±3.1	<0.001
		いない (N=161)	8.7±3.1	
寝込んだ時世話してくれる人	いる (N=1,106)	10.3±3.1	<0.001	
	いない (N=250)	8.6±3.2		
家族以外の他者との交流	週1回以上 (N=1,152)	10.2±3.0	<0.001	
	週1回未満 (N=204)	8.7±3.4		

t検定

S-WHO-5-J = Simplified Japanese version of WHO-5 well-being index.

い高齢者をスクリーニングする検査としての利用可能性およびカットオフ値を検討する必要があるだろう。そのことによって、S-WHO-5-Jがより有益な尺度となることが期待できる。

本研究は、平成23年度千代田区研究委託「生活機能チェック未実施者状態把握と介護予防の推進」の一部として実施した。ご協力いただいた千代田区高齢介護課介護予防係ならびに関係者の皆様、またご参加いただいた対象者の方々には厚くお礼申し上げます。

(受付 2011.10.6)  
採用 2013.2.19)

## 文 献

- 1) 健康・体力づくり事業財団. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21). [http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/intro/index\\_menu1.html](http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/intro/index_menu1.html) (2012年12月27日アクセス可能)
- 2) 健康日本21企画検討会, 健康日本21計画策定検討会. 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動について): 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書. 東京: 健康・体力づくり事業財団, 2000.
- 3) 飯島 節. 介護予防の老年医学 介護予防の現状 介護保険の動向. 日本老年医学会雑誌 2008; 45(4): 377-380.
- 4) 「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班(主任研究者 鈴木隆雄). 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル(改訂版). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 5) 「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班(研究班長 大野 裕). うつ予防・支援マニュアル(改訂版). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 6) 粟田主一. 高齢者のこころの健康と地域社会の創造 うつ予防・支援からみた高齢者のこころの健康と地域社会の創造. 老年精神医学雑誌 2009; 20(5): 547-553.
- 7) Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand. WHO-Five Well-being Index (WHO-5). <http://www.who-5.org/> (2012年12月27日アクセス可能)
- 8) Awata S, Bech P, Yoshida S, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61(1): 112-119.
- 9) Awata S, Bech P, Koizumi Y, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr* 2007; 19(1): 77-88.
- 10) 岩佐 一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性: 地域高齢者を対象とした検討. 厚生指標 2007; 54(8): 48-55.
- 11) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村 毅, 他. 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討: 要介護要支援認定群と非認定群との比較. 日本老年医学会雑誌 2012; 49(1): 82-89.
- 12) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1(1): 37-43.
- 13) Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5(1-2): 165-173.
- 14) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin Gerontol* 1991; 10(3): 85-87.
- 15) 杉下守弘, 浅田 隆. 高齢者用うつ尺度短縮版-日本版(Geriatric Depression Scale-Short Version-Japanese, GDS-S-J)の作成について. 認知神経科学 2009; 11(1): 87-90.
- 16) Bech P, Gudex C, Johansen KS. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65(4): 183-190.
- 17) Bech P. The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening: A Twenty Years Update with Reference to DSM-IV and ICD-10 (2nd ed). New York: Springer, 1996.
- 18) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. 日本公衆衛生雑誌 1987; 34(3): 109-114.
- 19) 財団法人長寿社会開発センター. 平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)報告書 地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書. 2010. <http://www.nenrin.or.jp/chiiiki/chousa/index.html> (2013年3月25日アクセス可能)
- 20) Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T, et al. Screening for late life depression: cut-off scores for the Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia among Japanese subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(6): 498-505.
- 21) 古谷野亘, 橋本迪生, 府川哲夫, 他. 地域老人の生活機能: 老研式活動能力指標による測定値の分布. 日本公衆衛生雑誌 1993; 40(6): 468-474.

## Reliability and validity of the simplified Japanese version of the WHO-Five Well-being Index (S-WHO-5-J)

Hiroki INAGAKI<sup>\*.2\*</sup>, Kae ITO<sup>\*.3\*</sup>, Naoko SAKUMA<sup>\*</sup>, Mika SUGIYAMA<sup>\*</sup>,  
Tsuyoshi OKAMURA<sup>4\*.5\*</sup> and Shuichi AWATA<sup>\*</sup>

**Key words** : WHO-Five Well-Being Index, simplified version, reliability, validity, community-dwelling elderly

**Objectives** To examine the reliability and validity of the simplified Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index (S-WHO-5-J), which reduces the original 6-point scale to a 4-point scale.

**Methods** Subjects were selected from 4,439 community-dwelling elderly living in Tokyo. Their mean age  $\pm$  SD was  $74.2 \pm 6.6$  years, and 2,475 (55.8%) were female. We mailed a questionnaire to all potential subjects, and collected 3,068 (69.1%). We analyzed the data from 1,356 questionnaires that had no missing values for the following items: S-WHO-5-J, Geriatric Depression Scale short version (GDS-15), age, gender, persons living together, need of care, subjective rating of health, physical pain, subjective memory impairment, activities of daily living (TMIG Index of Competence), social support, housebound, and subjective feeling of economic affluence. The mean age  $\pm$  SD of the sample was  $73.2 \pm 5.9$  years, and the proportion of females was 51.1%. An additional analysis compared the number of missing values between a simplified version and an original version using the data of 2,034 subjects from another study.

**Results** A factor analysis identified only one factor and showed high correlation coefficients between total score and items (0.79–0.87) and between all items (0.52–0.82) and a high Cronbach's alpha (0.889). The S-WHO-5-J was correlated to the GDS-15, to the item on mental health and to factors that affected mental health, physical health (subjective rating of health, physical pain, illness), physical function (walking, falling, nutritional status, oral health care), memory impairment, activities of daily living, and social function (housebound, interaction with others, social support). Additional analysis showed that there were fewer missing values for the S-WHO-5-J than for the WHO-5-J.

**Conclusion** The S-WHO-5-J is a reliable, valid, and convenient measure of mental health for large samples of community-dwelling elderly persons.

\* Research team for promoting independence of the elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

<sup>2\*</sup> Department of Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science, Graduate School of Human Sciences, Osaka University

<sup>3\*</sup> Department of Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University

<sup>4\*</sup> Department of Psychiatry, Tokyo University Hospital

<sup>5\*</sup> Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital

[原著論文]

# 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴

—— 認知症ステージによる検討 ——

井藤佳恵<sup>\*1,2</sup>・多田満美子<sup>\*3</sup>・櫻井千絵<sup>\*3</sup>・原美由紀<sup>\*3</sup>・水澤佑太<sup>\*3</sup>・山田志保<sup>\*3</sup>  
 小林紀和<sup>\*3</sup>・佐々木由香理<sup>\*4</sup>・松崎尊信<sup>\*5</sup>・下門顯太郎<sup>\*2</sup>・栗田主一<sup>\*1</sup>

\*1 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護学助研究チーム  
 \*2 東京医科歯科大学大学院医学総合研究所老年化制御学系加齢制御医学血流制御内科学  
 \*3 東京都板橋区おとしより保健福祉センター相談支援係、\*4 板橋健康福祉センター保健指導係  
 \*5 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神障害保健課

抄録

地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴を明らかにするために、自治体のアウトリーチ型認知症高齢者支援事業対象となった認知症高齢者困難事例が抱える困難事象の特徴を分析した。79人の相談記録、訪問記録、関係者会議録の分析から、困難事象は「家族介護者にかかわる困難事象」「地域社会との間で生じる困難事象」「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」に類型化された。認知症の臨床ステージ別に困難事象の頻度を分析した結果、「家族介護者にかかわる困難事象」は全ステージを通じて84%以上の頻度で認められた。「地域社会との間で生じる困難事象」はステージによって特徴が異なり、早期には「地域社会に対する攻撃性」、ステージの進行に伴い「地域社会からの排除」の頻度が高くなった。ステージの進展に伴い「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」は増加し、困難事象は重層化した。

Key words : アウトリーチ型認知症高齢者支援事業, 困難事象, 困難事例, 地域在住, 認知症高齢者

老年精神医学雑誌 24 : 1047-1061, 2013

はじめに

平成18年の改正介護保険法施行により、それまで老人保健法や精神保健福祉法を根拠法として保健所や福祉事務所が担ってきた高齢者の困難事例への対応は、多くの自治体で地域包括支援センターに委ねられた<sup>1)</sup>。また、介護保険制度の対象となる困難事例は介護保険制度の枠組みのなかで処遇されることが期待され、居宅介護支援事業所においても、地域包括支援センターから紹介された困難事例に指定居宅介護支援を提供しているこ

とが特定事業所加算の算定基準<sup>10)</sup>として定められた。しかしながら、介護保険制度のみでは認知症高齢者の困難事例に対応しきれないことが指摘されており<sup>4,6,15,18)</sup>、平成24年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが発表した「今後の認知症施策の方向性について」<sup>11)</sup>では、認知症高齢者が困難事例化する前に地域のなかで支援する体制を構築することの重要性が掲げられている。

事例が困難化するのには医学的な疾病性の程度のみによるのではなく、「事例性」すなわち本人または周囲の者が問題にするという社会的・心理的基準の影響を受けること、そしてそのことがいっそう、事例を複雑困難化させることが伊藤<sup>9)</sup>によって指摘されている。困難事例とは、当事者、家族、支援者、そしてそれを取り巻く社会環境との相互作用によって可変的に顕在化する関係概念

(受付日 2013年9月19日 / 受理日 2013年10月4日)

Kae Ito, Mamiko Tada, Chie Sakurai, Miyuki Hara, Yuta Mizusawa, Shuho Yamada, Norikazu Kobayashi, Yukari Sasaki, Takanobu Matsuzaki, Kentaro Shimokado, Shuichi Awata

\*1 〒173-0015 東京都板橋区柴町 35-2

であり、したがって困難事例は一義的には定義されない。困難事例の事例検討は地域保健の専門職によってしばしばなされてきた。地域保健の現場では接近困難、支援困難、処遇困難などさまざまな名称で呼ばれ、「本人やその家族が困難事象を抱えているが、接近が困難で、支援が困難な事例」を指す。岡田<sup>14)</sup>が平成18年に行った地域調査では、人口の0.4%、世帯の0.8%が困難事例であったとされる。和気<sup>15)</sup>が平成15年に行った介護支援専門員を対象とした調査の報告によれば、介護支援専門員が困難と感じる事例は総担当事例の14%と報告されている。

介護保険制度導入以降の高齢者の困難事例を、多数例検討し理論的かつ体系的に考察した先行研究としては、自治体が把握した困難事例194人の分析から困難事例の特徴を類型化した吉澤<sup>16)</sup>の報告、介護支援専門員154人が困難と感じた事例の特性18項目とそれらの事例に対する対応10項目を抽出した和気<sup>15)</sup>の報告、訪問看護師を対象としたインタビューにより在宅ケアサービスを受ける困難事例45人の特徴とそれらの事例に対する対応を分析した武ら<sup>16)</sup>の報告、自治体が把握した困難事例81人の分析から困難事例の類型とそれらの事例に対する対応を報告した小倉ら<sup>13)</sup>の報告、地域包括支援センターの困難事例への対応に関する井上<sup>9)</sup>の報告、公的および私的相談支援機関が把握した支援困難事例564人（うち65歳以上高齢者は164人）を分析した岡田<sup>14)</sup>による報告、地域包括支援センターの職員7人を対象としたインタビューによりセルフ・ネグレクト事例への対応を分析した浜崎ら<sup>2)</sup>の報告がある。岩間<sup>7)</sup>は支援困難事例の発生要因を3カテゴリーに分類し、これら3カテゴリーの組合せから4類型の分析枠組みを提示した。先行研究のいずれにおいても、高齢者の困難事例では生活課題が重層的に存在することが報告されている。しかしながら認知症高齢者を対象とした困難事例の研究はきわめて少ない。理論的かつ体系的な研究としては須貝らによるものがあるのみで<sup>10)</sup>、須貝らは認知症高齢者48事例の分析から、認知症高齢者の処遇困難の要因と

して本人の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）が最多で、次いで家族がサービス提供者によるケアの助言を受け入れないことが多かったことを報告している。

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を基本目標とするわが国の認知症施策において、認知症高齢者が困難事例化する前に地域のなかで支援する体制を構築するためには、生活課題が重層化し困難事例化する認知症高齢者の特徴を把握することが重要な課題であると考えられる。認知症高齢者の困難事象という観点に立てば、認知症疾患のほとんどが進行性の疾患であり、疾患の進行に伴って認知機能障害および生活機能障害が進行することから、認知症高齢者の困難事象は臨床ステージによって特徴が異なる可能性が考えられる。認知症高齢者の困難事象が臨床ステージによって特徴づけられるなら、認知症の進行に伴い将来的に生じうる問題、あるいは生じうる問題の変化に予測的に対応できる可能性があり、こういった観点に立った研究は重要と考えられる。しかしながら地域において困難事例化する認知症高齢者の困難事象の特徴について、臨床ステージとの関係で検討した報告は筆者らの知る限りまだない。

本研究では、アウトリーチ型認知症高齢者支援事業の対象となった地域在住の認知症高齢者困難事例が抱える困難事象について、認知症ステージごとの特徴を検討した。

## I. 対象および方法

東京都板橋区おとしより保健福祉センターが実施する認知症高齢者専門相談事業対象者のうち、平成22年5月～平成25年8月までの40か月間に筆頭筆者が担当した79人を対象とした。

東京都板橋区おとしより保健福祉センターが実施している認知症高齢者専門相談事業は、基幹型在宅介護支援センターによる、困難事例を対象としたアウトリーチ型支援事業である。昭和61年に福祉事務所の認知症専門相談として始まり、平

成3年に東京都板橋区おとしより保健福祉センターが開設されたことに伴って同センターに事業移管され、これを機にアウトリーチ型支援体制が整えられた。本事業は、地域保健・介護・福祉の専門機関と行政機関を主な相談経路とし、困難事例化した認知症疑いの高齢者で、精神科受診が困難な者を対象とする。老年精神医学の臨床経験のある精神科医が同センター所属の保健師に同行して対象者宅を訪問し、包括的なアセスメントを行い、訪問後に関係者による個別会議を開催して認知症高齢者と介護者、支援者に対する支援方針を検討する。専門医療機関の受診が困難な対象者の臨床診断および医学的判断を在宅にて行い、行政機関主導のもとで地域包括支援センター等関係諸機関が連携して適切な医療・介護サービスの導入を図ることを事業の主旨とする。

本研究では、初めに以下のプロセスを経て困難事象の抽出と類型化を行った。第1に、本研究対象者の相談記録、訪問記録、および関係者会議の記録から、困難事象に関する記載を抽出し、「困難事象要旨」として項目化した。第2に、各項目を意味のまとまりごとに整理して「定性的コード」を付した。第3に、これを意味のまとまりごとに整理して「下位カテゴリー」を作成した。第4に、「下位カテゴリー」をさらに抽象度の高い意味のまとまりごとに整理して「カテゴリー」を作成した。「困難事象要旨」「定性的コード」「下位カテゴリー」「カテゴリー」については、該当する事象を有する症例数を提示した。

次に、困難事象の認知症の臨床ステージによる特徴を明らかにするために、上記で類型化された「下位カテゴリー」および「カテゴリー」を用いて、Clinical Dementia Rating (CDR)<sup>3)</sup>別に困難事象の出現頻度を算出した。

倫理的配慮：本研究は東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会の承認を得て行われた。

## II. 結 果

### 1. 対象者の基本属性

対象者79人の平均年齢±標準偏差は78.6 ±

7.4歳(最小値54歳, 最大値91歳, 中央値80.0歳), 男女比は男性28人(35.4%):女性51人(64.6%)で, 世帯形態は独居33人(41.8%), 高齢夫婦世帯19人(24.1%), 非高齢者世帯24人(30.4%), その他(グループホーム, 有料老人ホーム)3人(3.8%)であった。配偶者, 子, 同胞(二親等以内の親族)のいずれもない者は11人(13.9%)であった。

#### 1) 相談経路

相談経路を地域保健・福祉・介護の専門機関(地域包括支援センターおよび居宅介護事業所, 以下, 専門機関), 行政機関(区, 福祉事務所, 健康福祉センター), 家族・本人, その他に分けて内訳をみると, 専門機関45人(57.0%), 行政機関20人(25.3%), 家族・本人10人(12.7%)のうち, 本人からの相談依頼が2人, その他4人(5.1%)であった。その他4人の内訳は, 成年後見人からの相談依頼が2人, 家族が入院している医療機関からの相談依頼が2人であった。行政機関からの相談は, 生活保護課, 福祉事務所, 精神保健の担当部署, 住宅課等で把握されていた者が認知症によって生活破綻をきたした事例の相談依頼と, 高齢者保健福祉の担当部署からの相談依頼であった。

#### 2) 臨床診断

対象者の臨床診断の内訳は, 軽度認知障害4人(5.1%), アルツハイマー型認知症41人(51.9%), 血管性認知症15人(19.0%), その他の認知症が5人(6.3%), その他の精神疾患が14人(17.7%)であった。その他の認知症と診断した5人の診断内訳は, 前頭側頭葉変性症1人, 進行性核上性麻痺1人, アルコール性認知症3人であった。その他の精神疾患と診断した14人の診断内訳は, 統合失調症4人, 妄想性障害2人, 気分障害2人, 精神遅滞1人, 発達障害2人, 人格障害1人, セン妄(認知症に伴わないもの)2人であった。

#### 3) 認知症の臨床ステージ

CDRで定義される認知症の臨床ステージの内訳は, CDR 0が4人(5.1%), CDR 0.5が20人(25.3%), CDR 1が30人(38.0%), CDR 2が21

人 (26.6%)、CDR 3が4人 (5.1%) であった。本研究では、認知症と診断しなかった14人についても生活機能障害に基づき CDR を評価した。

#### 4) 医療受療状況

認知症と診断した61人について、過去に専門医またはかかりつけ医によって認知症の診断を受けていた者は21人 (34.4%) であった。その他の精神疾患14人のうち、精神科受診歴があり何らかの精神疾患の診断を受けていた者は6人 (42.9%) であったが、いずれも未治療もしくは治療を中断していた。

身体疾患について、現在通院中のかかりつけ医がいた者は36人 (45.6%) であった。過去1年間に入院歴のある者は10人 (12.7%) で、いずれも精神病床以外の入院であった。入院診療科の内訳と主訴を以下に示す。救急部の入院は4人で、主訴は各1人ずつ、徘徊中の転倒、脱水、呼吸苦、不定愁訴であった。このうち、救急要請が頻回で他患の診療に支障をきたすとして院内で申し送りなされている者が2人であった。内科の入院は4人で、診断は各1人ずつ、悪性疾患の疑い、蜂窩織炎 (高血糖、せん妄の合併)、慢性閉塞性肺疾患 (せん妄の合併)、頭痛 (侵入妄想を背景とし「だれかが部屋に入ってきて頭を殴られた」と訴え受診) で、うち3人が療養上の指示を守れない等を理由とした退院となっていた。内科療養病床の入院は2人で、診断は各1人ずつ、全身衰弱状態、進行性核上性麻痺で、いずれも虐待者からの分離を目的としたシェルター利用を経由した入院であった。

#### 2. 困難事象の特徴

まず第1に、地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象を「困難事象要旨」として項目化し、63項目を抽出した。第2に、各項目を意味のまとまりごとに整理して30の「定性的コード」を付した。第3に、これを意味のまとまりごとに整理して15の「下位カテゴリー」を作成した。第4に、下位カテゴリーをさらに抽象度の高い意味のまとまりごとに整理して4つの「カテゴリー」を抽出した。抽出した4つのカテ

ゴリーをそれぞれ「A. 家族介護者にかかわる困難事象」(表1)、「B. 地域社会との間で生じる困難事象」(表2)、「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」(表3)、「D. 身体医療にかかわる困難事象」(表4)と命名した。

「A. 家族介護者にかかわる困難事象」(表1)には、家族介護者がいないという困難事象、家族介護者にかかわる困難事象、および、家族介護者と本人の関係にかかわる困難事象を類型化した。

「A1. キーパーソンの不在」には、「キーパーソンになりうる家族がない」ことと、「家族介護者がいるがキーパーソンとして機能しない」こと(「病前より存在する家族関係の問題——本人と家族の共依存あるいは対立」「病前より存在する家族関係の問題——家族間対立」「家族と諸機関とのトラブル」「内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題」)を類型化した。「キーパーソンになりうる家族がない」ことを、「現在かかわっている親族がなく、かつ、二親等以内の親族がないこと」と定義すると、「A1. キーパーソンの不在」が認められる43人のうち、「キーパーソンになりうる家族がない」者は12人 (27.9%)、「家族介護者がいるがそれがキーパーソンとして機能しない者」が31人 (72.1%) であった。「A. 家族介護者にかかわる困難事象」は71人 (89.9%) に認められ、下位カテゴリーでは「キーパーソンの不在」の頻度が最も高く困難事例全体の54.4%で認められ、「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は31.6%、「A3. 家族介護者の精神的健康問題」は29.1%、「A4. BPSDを背景とした家族関係の悪化」は21.5%で認められた。

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」(表2)には、近隣住民とのトラブル、地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業所職員とのトラブル、および、生活保護担当課職員・精神保健担当職員・高齢者福祉担当課職員等の行政職員とのトラブルを類型化した。下位カテゴリーとしては、「B1. 地域社会に対する攻撃」、すなわち BPSDを背景として本人が近隣住民や専門職員を攻撃することから近隣トラブルが生じているかたちの困



表1 認知症高齢者が抱える困難事象のカテゴリー：A. 家族介護者にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数	
A	71	A1	キーパーソンの不在	43	キーパーソンになりうる家族がない	12	現在かかわっている親族がなく、かつ、二親等以内の親族がない(配偶者、子、同胞のいずれもない)	12
					病前より存在する家族関係の問題 ——本人と家族の共依存あるいは対立、もしくは無関心	29	人格障害の妻と夫との共依存(妻が介護者、妻が本人いずれもあり)	3
							アルコール依存症の夫と妻の共依存(夫が介護者、夫が本人いずれもあり)	2
							ドメスティック・バイオレンスがある夫と妻の共依存(夫が介護者、夫が本人いずれもあり)	2
							境界型人格障害の娘と母の共依存(娘が介護者)	6
							支配的な父と無力化された息子(息子が介護者)	2
							介護者と本人がもともと不仲(同胞、親子、嫁姑、本人と娘婿)	10
		複数回の結婚・離婚歴、婚外子の存在により複雑化した家族関係現状に対する家族の無関心、家族と連絡がとれない	5					
		病前より存在する家族関係の問題——家族間対立	4	子どもたちがもともと不仲で、主たる介護者の介護方針を他の子が虐待であると非難、虐待通報	4			
		家族と諸機関とのトラブル	10	家族と諸機関とのトラブル	10			
		内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題	2	内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題	2			
		A2	家族の疾患受容・医療不信の問題	25	家族の疾患に対する理解の不足・疾病否認	21	「勝手な人」「迷惑な人」「恥ずかしい人」「いい加減」「努力不足」「嫌がらせをしている」という認識	16
					「行政機関の対応不足」「介護職員の努力不足」「医師の誤診(認知症でないのにそう診断された)」という認識		5	
					家族の医療に関する情報の不足	1	いつ何科を受診させたらよいのか	1
					家族の医療不信	5	医療は信用できない	3
							主治医から認知症の症状に関する説明がなく信用できない	2
		A3	家族介護者の精神的健康問題	23	主たる家族介護者の認知症	8	主たる家族介護者が認知症	8
主たる家族介護者の認知症以外の精神疾患	15				主たる家族介護者が統合失調症	3		
					主たる家族介護者が気分障害	3		
					主たる家族介護者が発達障害	2		
					主たる家族介護者が精神遅滞	4		
主たる家族介護者が人格障害	3							
A4	BPSDを背景とした家族関係の悪化	17	BPSDによる家族への攻撃を背景とした家族関係の悪化	17	家族を対象とした物盗られ妄想とそれに基づく攻撃性	7		
					易怒性・易刺激性を背景とした家族に対する攻撃性	9		
					退行・依存を背景とした、欲求が満たされないときの家族に対する攻撃性	1		

BPSD：認知症の行動・心理症状

表2 認知症高齢者が抱える困難事象のカテゴリー：B. 地域社会との間で生じる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数
B	42	B1 地域社会に対する攻撃	18	BPSDを背景として本人が近隣住民・専門職員を攻撃することから、近隣トラブルが生じている	18	易怒性・易刺激性を背景とした、近隣住民・介護職員に対する攻撃性	5
						嫉妬妄想を背景とした、介護職員に対する攻撃性	1
						幻聴による“騒音”被害・侵入妄想・物盗られ妄想・被害妄想・嫉妬妄想を背景として、近隣住民・介護職員・関係諸機関に抗議行動、攻撃的行動を繰り返す	12
		B2 地域社会からの排除	28	生活機能障害やBPSDを背景として生じる事象から近隣トラブルが生じ、近隣住民が本人を排除しよう動いている	28	不衛生な住環境 (いわゆるゴミ屋敷、悪臭・ダニ・ハエ・ウジ・ゴキブリ・ネズミの発生、家の中に物があふれており屋内の通行が困難で事故が懸念される)	17
						家の前の側溝に排泄物を流す	1
						野良猫やハトにエサをやることによる近隣の家への糞害	2
						身体や衣類が不潔で気味が悪い	3
						真夏でもセーターを着込んだり、奇妙な格好で出歩いており不気味	3
						ゴミの分別・ゴミの収集日等のゴミ出しのルールが守れなくなり、ベランダからゴミを投げ捨てる、汚した下着類が入ったゴミ袋をごみ集積所ではない場所に放置する、ウジのついたゴミをごみ集積所に出す等のため周辺環境が汚染される	4
						火事を出されるのではないかと心配	5
万引き	3						
近隣住民への頼みごとが多くなり対応できない、行政で対応してほしい	2						

BPSD：認知症の行動・心理症状

表3 認知症高齢者が抱える困難事象の 카테고리：C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数		
C	32	C1	7	身体的虐待 心理的虐待	7	暴力（叩く、蹴る、つねる、突き飛ばす等）	7		
						7	暴言（怒鳴る、罵倒する、威嚇する等）	7	
		C2	6	介護・世話の放棄、放任	6	食事を与えない、極端に少ない量の食事や腐敗した食物など不適切な食事を与える	4		
						明らかに必要な医療を受けさせない	4		
						排泄物の処理をせず、身体・衣類が汚れたまま放置する	2		
		C3	9	経済的虐待	9	本人の口座から勝手に預金を引き出す、執拗な金銭要求	8		
						生活費を与えない	2		
		C4	26	財産管理不能	26	生活費の管理ができない	17	生活費のやりくりができない	12
								公共料金の支払いができず、電気・ガス・水道を止められている	1
								口座預金をおろせず食料が調達できない	2
入院している家族の医療費の支払いができず滞納	2								
財産管理ができない	2					多額の負債があり、かつ複雑な相続関係があるが、必要な処理ができない、処理する必要性を認識しない	2		
経済被害	4	経済被害（リフォーム詐欺、悪質な訪問販売）	4						
成年後見人とのトラブル	3	成年後見人（補助人・保佐人・成年後見人）とのトラブル	3						

表4 認知症高齢者が抱える困難事象の 카테고리：D. 身体医療にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数		
D	42	D1	16	せん妄（身体の基礎疾患の増悪による）	16	糖尿病や高血圧症等生活習慣病のコントロール悪化、慢性閉塞性肺疾患や慢性腎不全等の身体の基礎疾患の増悪によると思われるせん妄	16		
						16	服薬管理ができていない（多量の残薬、薬剤により残薬数が著しく相違、服薬カレンダーの日付と無関係で不規則な服薬状況）	16	
		D2	27	服薬管理困難、身体管理の著しい不良	27	身体管理の著しい不良	15	腐敗した食物の摂取、砂糖を主な食事とする等の著しい偏食、アルコール多飲と摂食不良等、不適切な摂食（介護者の意思による場合は除く）	11
								6	著しいいらい瘦、脱水
		D3	5	身体医療の受療拒否	5	5	本人の受療拒否（介護者の意思による場合は除く）	5	
		D4	7	医療機関とのトラブル	7	医療費未払い	2	本人が医療費の支払いを拒否して滞納（介護者の意思による場合は除く）	2
						担当医との関係悪化	3	本人と主治医との関係悪化（介護者と主治医との関係悪化は除く）	3
						診療応需拒否	4	強制退院（せん妄による異常行動による）、診療応需拒否（攻撃的態度、酩酊状態での頻回の受診による）	4
		D5	3	終末期医療にかかわる問題	3	終末期医療にかかわる意思決定者の不在	1	内縁の夫が積極的医療に同意しないことが問題にされているが、一方で「他人」であるので病状説明を受けられない	1
						看取りの場所が見つからない	2	諸機関と家族とのトラブルのため看取りの場所が見つからない 向精神薬の処方が多いことを理由に看取りの場所が見つからない	1

難事象と、「B2. 地域社会からの排除」、すなわち生活機能障害やBPSDを背景として生じる迷惑行為などから近隣トラブルが発生し、地域社会からの排除が起こっているかたちの困難事象を類型化した。「B. 地域社会との間で生じる困難事象」は42人(53.2%)に認められ、下位カテゴリでは「B1. 地域社会に対する攻撃」が困難事例全体の22.8%で、「B2. 地域社会からの排除」が35.4%で認められ、後者の頻度のほうが高かった。

「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」(表3)は、認知症ケアモデルとしてのストレンクス・モデルでは、高齢者の権利擁護として、成年後見制度の活用と虐待の予防と早期発見が掲げられていることから、虐待と財産管理にかかわる項目を同一のカテゴリとして類型化した。高齢者虐待の定義は厚生労働省の定義<sup>9)</sup>を用いた。虐待と財産管理不能の把握方法としては、行政機関や地域包括支援センター等によりその事実が把握されていた、あるいは疑われていた事例で、訪問時にその事実が明らかである、あるいは疑いがきわめて濃厚であると確認された事例とした。「心理的虐待」を伴わない「身体的虐待」の事例は把握されず、また、「身体的虐待」を伴わない「心理的虐待」を把握することができなかったため、両者をあわせて「C1. 身体的・心理的虐待」に類型化した。「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」は32人(40.5%)に認められ、下位カテゴリでは「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」「C3. 経済的虐待」の合計(22人、困難事例全体の27.8%)よりも「C4. 財産管理不能」(26人、同32.9%)のほうが高い頻度で把握された。

「D. 身体医療にかかわる困難事象」(表4)には、身体管理と身体医療の受療にかかわる困難事象を類型化した。「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」「D3. 身体医療の受療拒否」「D4. 医療機関とのトラブル」については、主体が本人である場合と介護者である場合が区別されるが、ここには主体が本人であるもののみを類型化した。介護者による服薬管理の困難は介護者の認知症に

よるものであったためカテゴリA中の「主たる家族介護者の認知症」に含めた。介護者による身体管理の著しい不良、身体医療の受療拒否、および医療費未払いは、カテゴリC中の「介護・世話の放棄、放任」に含めた。家族と担当医の関係悪化はカテゴリA中の「家族と諸機関とのトラブル」に含めた。また、「D5. 終末期医療にかかわる問題」には家族介護者にかかわる困難事象が反映される側面があるが、身体医療にかかわる問題として「D. 身体医療にかかわる困難事象」に含めた。「D. 身体医療にかかわる困難事象」は42人(53.2%)に認められ、最も頻度が高かったのは「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」で27人に認められ、その頻度は困難事例全体の34.2%であった。次いで「D1. せん妄」が16人(20.3%)で認められた。「D3. 身体医療の受療拒否」は5人(6.3%)、「D4. 医療機関とのトラブル」は7人(8.9%)、「D5. 終末期医療にかかわる問題」は3人(3.8%)に認められた。

### 3. 臨床ステージ別にみる困難事象の特徴

CDRによって定義される認知症のステージと、困難事象の特徴との関連を検討した。認知症の臨床ステージと困難事象の4カテゴリの重層化の関連を分析したところ、CDR $\leq$ 0.5では困難事象が1カテゴリに限られる者が8人、2カテゴリにわたる者が12人、3カテゴリにわたる者が3人、4カテゴリにわたる者が1人で、平均1.9カテゴリの困難事象が認められた。CDR1では困難事象が1カテゴリに限られる者が2人、2カテゴリにわたる者が14人、3カテゴリにわたる者が12人、4カテゴリにわたる者が2人で、平均2.5カテゴリの困難事象が認められた。CDR $\geq$ 2では困難事象が1カテゴリに限られる者が4人、2カテゴリにわたる者が7人、3カテゴリにわたる者が7人、4カテゴリにわたる者が7人で、平均2.7カテゴリの困難事象が認められた。

「A. 家族介護者にかかわる困難事象」はいずれの臨床ステージにおいても84.0%以上の頻度