

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
分担研究報告書

大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズ

研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究協力者 宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究代表者 粟田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

東京のような大都市では、高齢者は社会的に孤立し、様々な社会的サービスへのアクセスが困難になり、身体的、精神的、社会的に複雑な課題をより抱えやすくなると推測される。昨年度の研究では、大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態を明らかにし、都会で認知症とともに暮らす上で必要とされる社会的ニーズを検証した。

今年度は、昨年までに大規模疫学研究によって見出されたハイリスク高齢者（MMSEで23点以下、専門家による自宅訪問調査によって社会支援ニーズがあると判定され、さらに専門家パネルにより生活破綻リスクが高いと判断された66名）を、当該地域に開設した地域づくりの拠点（高島平ココからステーション）を用いて6か月にわたりフォローアップした経過を解析した。

その結果49名が地域生活を継続できており、12名が入院入所となった（5名は追跡ができなかった）。地域生活できないことに関連した項目は、生活支援ニーズを持つこと、居住支援ニーズを持つこと、家族の介護負担が高いことであった。一方で認知症にかかわる項目、すなわち認知症を持つこと、認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目、身体健康関連の項目、コミュニティ関連の項目、社会経済状況も関連しなかった。

認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが、社会の共有目標となっている。しかし、そのための実証データは少なく、認知症を持つ人の疫学研究では「1年後の死亡率」などの知見はあるが、地域生活を継続できていた割合などのデータはない。

本研究は、大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズと、地域生活の継続の関連を探索した初めての研究である。当初は認知症を持つことや進行度が地域生活継続を困難にするのではと仮説を立てたが、今回の結果はむしろ生活や住まいの課題を持つことが決定的である可能性を示唆している。本研究の限界として、社会支援ニーズが外部から評価されたものであり本人の視点が反映されていない可能性がある。客観的支援ニーズと主観的支援ニーズのずれは常にあるが、幸い我々は当該地域に拠点を作るなど深く関わっているので、今後は支援ニーズに関して深掘りをするべきであろう。

## A. 研究目的

東京のような大都市では、高齢者が社会的に孤立しやすいといわれるが、認知症の人はさらに孤立しやすくなると考えられる。また、単身世帯や夫婦のみ世帯の増加に伴って、様々な社会的なサービスへのアクセスが困難になり、身体的、精神的、社会的に複雑な課題をより抱えやすくなると推測される。本研究では、平成 29 年度に大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態を明らかにし、都会で認知症とともに暮らす上で必要とされる社会支援ニーズを検証したことを踏まえて、認知症をもち、さらに生活破綻のリスクが高いと判断された高齢者を 6 か月にわたりフォローアップした。本研究の目的は、大都市で認知症を持つ人に何が起きるのかということ明らかにすることである。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

東京都板橋区高島平地区在住の 70 歳以上高齢者 7,614 名に実施した一次調査（郵送調査）に回答し、その後の二次調査（会場調査、訪問調査）で MMSE-J が 23 点以下であった 335 名を同定した。このうち 198 名に対して、医師による認知症の有無の判定、重症度の判定、満たされていない社会支援ニーズの判定などを含む詳細な三次調査（訪問調査）を行った。

この中から、少なくとも一つの社会支援ニーズを持ち、精神科医、心理士、保健師によるパネルによって生活破綻リスクが高いと判断された 66 名（ハイリスク高齢者とよぶ）が対象である。

なお、社会支援ニーズの下位カテゴリーは以下の通りである。

- a. 認知症等の診断
- b. 身体的健康状態の医学的評価
- c. 継続医療の確保
- d. 生活支援
- e. 家族支援
- f. 居住支援
- g. 介護保険サービス利用の支援
- h. 経済的支援
- i. 権利擁護の支援
- j. その他

### 2) 調査期間

フォローアップ期間は、平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 1 月 31 日まで。

### 3) フォローアップの方法

それぞれの対象者に専任のコーディネータを配置した。地域看護の実務に精通し、看護学校教官歴もある保健師 3 名および医師、歯科医師、心理士、公衆衛生学者などからなる研究所の専従研究員 7 名が担当した。各自は職業倫理に基づいて対象者と接触し、訪問、電話、あるいは地域拠点（高島平ココからステーション）での面会などを計画・実行した。同時に対象者の同意を得たうえで、対象者の利益にかなうと判断した場合は地域の公的支援組織（地域包括支援センター、民生委員など）とも必要な協働を行った。支援方法に悩んだ場合や不明な点は週に 1 回の研究所会議（毎週木曜日 14 時から 17 時）で報告し、多職種で検討した。ここには研究部長が参加し統括マネジメントを行った。

### 4) フォローアップの拠点

高島平プロジェクトでは平成 29 年 4 月より東京都板橋区高島平 2 丁目にコーディネー

ションとネットワーキングの地域拠点を設置している。これは「高島平ココからステーション」という名前の地域拠点であり、週平均3日午前11時～16時（月・水・金曜日、第2・4土曜日）開所し、精神科医1名、歯科医師1名、保健師2名、看護師1名、心理専門職5名、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士兼任1名、その他4名からなる運営スタッフが3名以上常駐している。地域の人誰でも使うことができる場所であり、地域の支援者たちのネットワーキングの場としても構想されていた。

本研究においては、ここからステーション閉所時にもフォローアップ調査の準備やデータの整理のために使うことが可能であった。

#### 5) 解析方法

主要アウトカムは、地域での生活が継続できたかどうかとした。

一次調査から三次調査で得られた以下の項目との関連を連続変数についてはt検定で、カテゴリー変数については $\chi^2$ 二乗検定で解析した。Nの数が限定されているため、多変量解析は行わなかった。

#### I.基礎的項目：

性，年齢，教育歴，婚姻，居住形態

II.認知症関連の項目：DSM5を用いた専門医による認知症診断，臨床的認知症尺度（CDR），認知機能スクリーニング検査得点（MMSE），Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版（J-ZBI8），日本語版NPI（NPI）

III.精神的健康関連の項目：老年期うつ病評価尺度（GDS），WHO5 精神的健康状態表（WHO5）

IV.身体的健康関連の項目：基本チェックリストで測定したフレイル，かかりつけ医の有無

V.コミュニティ関連の項目：近所の人との関係，近所の人への信頼

VI.社会経済状況：主観的経済的困窮，収入

VII.介護保険関連の項目：介護保険のサービス利用の有無

VIII.社会支援ニーズ：前述の10カテゴリー（倫理面への配慮）

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

#### C. 研究結果

##### 1) 主要アウトカム

調査対象者66名のうち、49名が地域生活を継続できていた。12名が入院または入所となった。5名は追跡ができなかった。

##### 2) 地域生活できないことの関連要因

地域生活できないことに関連した項目は、生活支援ニーズを持つこと、居住支援ニーズを持つこと、家族の介護負担が高いこと、であった。一方で認知症にかかわる項目、すなわち認知症を持つこと、認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目、身体健康関連の項目、コミュニティ関連の項目、社会経済状況も関連しなかった。結果を表1にまとめた。

#### D. 考察

本研究では、昨年度の大規模疫学調査に続いて、見出されたハイリスク者66名に対して6か月にわたるフォローアップ調査を行った。すなわち、まず一次・二次調査で地域在住高齢者のうち認知機能が低下している人を見出し、専門家からなるチームが認

知機能低下者の全例に対して自宅への訪問調査を行い社会支援ニーズの評価を行い、専門家パネルの評価による「ハイリスク群」を同定した。そして、6か月後に地域生活を継続している群と、できていない群を比較した。その結果、生活支援や居住支援のニーズ、さらに家族の負担が地域生活の可能性を規定することが示された。一方で認知症の有無や重症度は関連しなかった。

認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが、社会の共有目標となっている。しかし、そのための実証データは少ない。例えば、認知症を持つ人の疫学研究では「1年後の死亡率」などの知見はあるが、地域生活を継続できていた割合などのデータはない。加えて、認知症があっても地域で暮らせるかどうかは、本人の生活特性やその地域の特性にも大きく影響されるものと思われる。これらに関する先行研究はなく、本研究の結果は重要な知見であると考えられる。

本研究の結果からわかることは、認知症があっても地域生活が可能かどうかという思考には、医学モデル(認知症診断、認知症重症度判定)だけでは不十分であり、生活支援(住まいの支援や家族の支援を含む)が必要なのかもしれないということである。幸いわが国では、一般的には医療へのアクセス障害が少ないとされ、認知症医療の領域においても認知症疾患利用センターが整備されていることは強みである。今後は診断を伝える際に、生活支援の視点からも本人や家族を支えるような仕組みが一層強まることで、認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるという社会の目標に近づけるであろう。

## E. 結論

ハイリスク高齢者を6か月にわたりフォローアップした。本研究は、大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズと、地域生活の継続の関連を探索した初めての研究である。当初は認知症を持つことや進行度が地域生活継続を困難にするのではと仮説を立てたが、今回の結果はむしろ生活や住まいの課題を持つことが決定的である可能性を示唆している。客観的支援ニーズと主観的支援ニーズのずれは常にあるが、幸い我々は当該地域に拠点を作るなど深く関わっているため、今後は支援ニーズに関して深掘りをするべきであろう。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

- 1) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edahiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Awata S : Lessons of The Takashimadaira On-site Study: Challenging Toward Living Well with Dementia in Tokyo. The 24rd Nordic Congress of Gerontology, Oslo, Norway, 2018.5.2-4.
- 2) 稲垣宏樹, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 小川まどか, 佐久間尚子, 杉山美香, 新川祐利, 宮前史子, 栗田主一. 大都市に暮らす高齢者を対象とする生活実態調査の参加状況: 高島平スタディ. 心身機能との関連について. 第32回日本老年精神医学会, 福島, 2018年6月29日 30日

- 3) 新川祐利,岡村毅,宇良千秋,宮前史子,佐久間尚子,稲垣宏樹,杉山美香,小川まどか,枝広あや子,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の多剤併用の実態と認知機能障害との関連:高島平スタディ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 4) 枝広あや子,岡村毅,稲垣宏樹,宇良千秋,小川まどか,佐久間尚子,杉山美香,宮前史子,釘宮由紀子,新川祐利,岡村睦子,森倉三男,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の認知機能低下と身体・口腔機能低下との関連:高島平スタディ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 5) 宮前史子,杉山美香,稲垣宏樹,小川まどか,宇良千秋,岡村毅,枝広あや子,佐久間尚子,新川祐利,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズリストの作成:高島平スタディ.因子的妥当性と信頼性の検討.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 6) 宇良千秋,岡村毅,稲垣宏樹,小川まどか,新川祐利,枝広あや子,杉山美香,宮前史子,佐久間尚子,古田光,畠山啓,扇澤史子,金野倫子,鈴木貴浩,栗田主一.大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その1):高島平スタディ.診断へのアクセスと社会支援ニーズ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 7) 岡村毅,稲垣,宇良,枝広,岡村睦子,小川,加藤,釘宮,杉山,新川,宮前,栗田主一.大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その2):高島平スタディ.ハイリスク者の縦断研究.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 8) 杉山美香,岡村毅,釘宮由紀子,宮前史子,小川まどか,枝広あや子,稲垣宏樹,宇良千秋,森倉三男,新川祐利,岡村睦子,佐久間尚子,栗田主一.大都市における認知症支援のための地域づくり(その1):高島平スタディ.認知症支援のための地域活動拠点と社会支援ネットワークの構築.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 9) 小川まどか,稲垣宏樹,宇良千秋,杉山美香,宮前史子,釘宮由紀子,枝広あや子,岡村毅,佐久間尚子,栗田主一.大都市における認知症支援のための地域づくり(その2):高島平スタディ.権利ベースのアプローチによる支援の担い手育成の方法論の探索.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
- G. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む.)  
該当なし

表1 地域生活を継続できたものとできなかったものの比較

		地域で住み続けることが…		統計値
		できた	できない	
		49	12	
<b>基礎的項目</b>				
性	男性	24	4	p=0.343
	女性	25	8	
年齢	65-74	81.9 ± 5.8	82.8 ± 4.7	p=0.657
教育	9年以上	13	3	p=0.979
	9年未満	34	8	
居住形態	独居	21	7	p=0.356
	共居	28	5	
婚姻形態	既婚	29	6	p=0.745
	非婚	19	5	
<b>認知症関連項目</b>				
認知症(DSM5)	あり	12	3	p=0.971
	なし	37	9	
CDR	0	5	1	
	0.5	19	1	
	1	22	6	
	2	2	3	
	3	1	1	
MMSE-J 得点		20.2 ± 2.5	19.0 ± 3.0	p=0.17
NPI-Q 得点		0.9 ± 1.9	1.6 ± 2.2	p=0.504
J-ZBI_8 得点		7.9+7.5	19.7+3.8 *	p=0.018
<b>精神的健康関連項目</b>				
GDS	うつなし	17	4	p=0.615
	軽度うつ	22	5	
	重度うつ	6	3	
WHO5-J-S		8.1+4.0	6.2 ± 5.6	p=0.183
<b>身体的健康関連尺度</b>				
フレイル	健康	12	2	p=0.846
	プレフレイル	12	4	
	フレイル	22	6	
かかりつけ医	あり	42	10	p=0.655
	なし	6	2	

コミュニティ関連の項目				
	月1回より少			
近所との交流	ない	28	8	p=0.846
	それ以上	16	4	
近所への信頼	なし	6	4	p=0.088
	あり	40	11	
社会経済状況				
主観的経済困窮	あり	19	6	p=0.74
	なし	28	6	
収入	年100万以下	9	2	P=0.893
	それ以上	32	8	
介護保険関連の項目				
介護保険サービス利用あり		7	4	p=0.124
なし		42	8	
社会支援ニーズ				
認知症等の診断		31	8	p=0.826
身体的健康状態の医学的評価		8	4	p=0.184
継続医療の確保		8	4	p=0.184
生活支援		18	9 *	p=0.017
家族支援		23	8	p=0.221
居住支援		2	4 **	p=0.002
介護保険サービス利用の支援		26	7	p=0.743
経済的支援		7	2	p=0.744
権利擁護の支援		8	4	p=0.184

\* p<0.05, \*\*p<0.01