厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

認知症地域包括ケア実現を目指した地域社会創生のための研究

（H28－認知症－一般－003）

平成 29 年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　神崎　恒一

平成 30(2018)年 4 月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告書
認知症地域包括ケア実現を目指した地域社会創生のための研究　・・・・・・・・・・　1
神﨑　恒一

Ⅱ．分担研究報告書
1．介護者の心理支援を行う教育プログラム（CEP）の作成と検証　・・・・・・・　10
櫻井　孝

2．認知症のひと本人、家族介護者に対する介入効果に関する研究　・・・・・　20
木之下　徹

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　30

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総括研究報告書

認知症地域包括ケア実現を目指した地域社会創生のための研究

研究代表者　神﨑 恒一　杏林大学医学部高齢医学　教授

研究要旨　本研究は認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域でできる限り長く暮らしていける社会を実現すること、そのような“認知症高齢者にやさしい地域”を作ることを大目的としているが、今年度は、① 認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人の QOL や家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価、② 認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進、③ 三鷹市ならびに近隣都市での“認知症にやさしいまち”作りの支援、④ 家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価、⑤ 認知機能低下者の運転免許更新に関する地域での具体的対応策の検討等の研究・事業を行った。

①について、地域活動への参加の有無で 2 群に分けた場合、不参加群では Zarit（介護者の負担）が増加したのに対して、参加群では減少した。また、EQ5D 効用値（本人の QOL）は、不参加群では QOL が僅かに低下したのに対して参加群では QOL が僅かに上昇した。このことから、本人が継続的に地域活動に参加することが本人の QOL 改善につながり、ひいては介護者の介護負担軽減につながることが示唆された。②について、平成 28 年度に作成した「知ってあんしん認知症ガイドブック（三鷹市）」を改定した。このなかには、認知症を症状によって軽度、中等度、重度に分けて、それぞれの段階で、相談、家族支援、医療受診、サービス利用などがマップとともに具体的に示されている。③について、平成 29 年は 11 月 18 日に「認知症にやさしいまち三鷹」を開催した。今回は“情動刺激”をテーマとし、第 1 部では「演劇で情動機能を刺激し、認知症を改善～感動豊かな生活を送ろう～」の講演、第 2 部では演劇情動療法の実演を認知症のひとと家族を交えて行った。④について、介護者心理支援プログラム（CEP）への参加によって、介護者の主観的介護負担感は増大したものの、「介護コーピング」や「肯定的介護評価」の改善によって、抑うつ（CES-D）は有意に改善することがわかった。⑤について、平成 29 年 3 月 30 日と 31 日の 2 回、認知機能低下高齢者の運転免許更新に関する対策会議を 6 市を対象に行った。第一部では警視庁運転免許本部の警部と警部補による概要説明と質疑、第二部では各市に分かれて具体策の検討を行った。これに基づいて、平成 29 年度に 6 市において、認知症疾患医療センターとかかりつけ医、もしくはサポート医による対応方法を流れ図で明示するよう具体策を講じた。

来年度は、認知症高齢者にやさしい地域（Age and Dementia Friendly Community）を作るためのガイドラインの作成を目指す。

研究分担者
櫻井　孝　：国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長
木之下　徹：のぞみメモリークリニック　院長

A．研究目的

急増する認知症高齢者への対応策は喫緊の課題であり、新オレンジプランで国策として取り扱われている。そのなかで、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域でできる限り長く暮らしていける社会を実現することが目標と掲げられている。認知症の人をどのように支えるかは“地域”の重要な課題であり、認知症の状態に応じて適切な医療、介護サービスを提供する体制を整える必要がある。

研究代表者は平成 24～26 年度に厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業“病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業（H24－認知症－一般－002）”で、認知症連携組織の構築と協議会の定期的開催、早期診断ツール、情報交換ツールの作成と効果検証、在宅相談機関向け認知症対応マニュアルの作成と効果検証などの成果をあげた。一方、地域のなかでさらに認知症の人と家族を支えるためには、認知症の人や家族の視点に立ったまち作りを進めていく必要性を感じ、これを研究テーマとした。すなわち、「認知症の人やその家族の視点に立った医療・介護等のシステムの構築（認知症地域包括ケア社会の実現を目指した街づくり）と、そのためのガイドラインの作成」を大目的と定めた。

今年度は具体的には以下の①～⑤について実施した。① 認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人の QOL や家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価する。② 認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進。③ 三鷹市ならびに近隣都市での“認知症にやさしいまち”作りの支援。④ 家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価。⑤ 平成 29 年 3 月に行った認知機能低下高齢者の運転免許更新に関する対策会議に基づく 6 市での具体的対応策の検討（認知症疾患医療センターとかかりつけ医、もしくはサポート医の連携）、である。

B．研究方法

<u>1．認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人の QOL や家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価する</u>

研究デザイン： 24 週間の前向き観察研究
対象： のぞみメモリークリニックを受診し、認知症の診断を受けた本人、および同行する介護者 64 組。
介入方法： 介護保険外活動への参加の有無により 2 群に分類
評価項目：認知機能（HDS-R, MMSE）、IADL、

QOL 効用値（EQ-5D）、BPSD（DBD）、介護負担度（Zarit）の初期値、活動参加後の値、変化量により評価

参考：EQ-5D とは健康状態を 5 つの項目（移動、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安／ふさぎ込み）に分け、それぞれについて 3 件法で評価する尺度。効用値は、得られた回答から日本語版効用値換算表により換算される。効用値は完全に健康を 1、死を 0 と規定されている。

調査期間：平成 29 年 5 月 25 日～6 月 30 日（登録期間）、平成 29 年 11 月 25 日～平成 30 年 2 月 1 日（追跡調査期間）

2．認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進

厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業（H24-認知症-一般-002）「病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業」で構築した医師会（かかりつけ医または相談医）、専門医療機関、在宅相談機関（地域包括支援センター他）の 3 者による病・診・介護の連携協議会を基盤として、認知症の病期に基づく適時・適切な生活支援策（ケアパス）を平成 28 年に諸般として作成し、平成 29 年に一部を改定した。その結果を「C．研究結果」に示す。

3．三鷹市における“認知症にやさしいまち”作りの支援

三鷹市では毎年秋に「認知症にやさしいまち三鷹」と題した市ほかが主催のイベントを開催している。平成 29 年は 11 月 18 日に開催した。

4．家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価

国立長寿医療研究センター・もの忘れセンターを受診した認知症の人の介護者 54 名を介護者心理支援プログラム（CEP）と自習群に無作為に割り付けた。介入期間は 3 カ月間。評価項目は本人の MMSE、DBD スケール、介護者の Cognitive Caregiving Appraisal (CCA) scale、Coping Strategies Scale (CSS)、Zarit-Burden-Interview、CES-D ほか

5．認知機能低下者の運転免許更新に関する地域での具体的対応策の検討

平成 29 年 3 月 12 日の改正道路交通法施行開始に伴い、北多摩南部医療圏の三鷹、武蔵野、調布、狛江、小金井、府中の 6 市の認知症疾患医療センターならびに行政、医師会等の関係者を集め、6 市における、認知機能低下高齢者の運転免許更新に関する対策会議を 3 月 30 日と 31 日に 2 回に分けて行った。これに基づいて、6 市で認知症疾患医療センターとかかりつけ医、もしくはサポート医の連携による具体的対応策を検討する。

（倫理面への配慮）研究の実施にあたって厚生労働省が定める「臨床研究に関する倫理指針」を遵守した。アンケート調査は匿名で行い、個人情報保護に努めた。また、認知症のひと本人、家族介護者を対象とする QOL や介護負担度の評価研究に関しては杏林大学医学部倫理委員会で承認を受けた。

C．研究結果

今年度の研究実績を以下に示す。

1．認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人の QOL や家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価する

1）地域活動への参加の有無およびその内容：初回調査においては 22 例（全体の 34.4%）、追跡調査においては 14 例（34.1%）で、何らかの地域活動への参加が報告された。内容は多岐にわたり、水泳、体操、輪投げなどの運動教室、テニスや卓球など人と一緒に行うスポーツ、囲碁、将棋、俳句や短歌、手芸、楽器演奏、シャンソン、謡い、コーラス、仲間とのカラオケ、料理、刺繍などの趣味の教室、友人との集まり、学校などの施設で戦争体験を話す会、地域の行事や町会、同業者の集まりなど、個人的活動といえるものから社会的活動といえるものまでさまざまであった。期間は、初回調査時以前より取り組まれていたものが多く、しかし、なかには追跡期間中に新たに始められたケースもあった。

2）評価項目の変化量：評価項目の変化量に関する分析に先立ち、初回調査のみに参加した群と追跡調査に続けて参加した群との等質性について検討した。その結果、Zarit 平均得点は、初回調査のみに参加した群では 35.0 点（SE=4.816）、追跡調査に続けて参加した群では 24.0 点（SE=2.33）であり、有意な群間差が認められた（t=2.33,p=0.0237）。その他の項目に関しては、有意差はみられなかった。以上より、群の等質性はおおむね保たれたと考えられた。追跡調査時の各評価項目を表 3-1 に示した。ここで、介護保険以外の地域活動への参加の有無によって、各評価項目の変化量が異なるかどうかを検討した（表 3-2）。その結果、Zarit 得点において、地域活動に参加していない群では得点が上昇したのに対して参加している群では得点が低下し、有意な群間差が認められた。また、EQ5D 効用値において、地域活動に参加していない群では値が僅かに低下したのに対して参加している群では値が僅かに上昇し、10%水準の有意傾向ではあるが群間差がみられた。

上記以外の項目に関しては、有意差はみられなかった。

表 3-1　追跡調査時の各評価項目

項目	地域参加なし			地域参加あり		
	N	*mean*	*SE*	*N*	*mean*	*SE*
認知機能						
HDS-R得点	26	15.577	1.689	14	20.357	6.523
MMSE得点	26	18.039	1.432	14	22.571	5.459
日常生活の状態						
IADL得点（女性）	18	4.222	0.645	9	5.889	0.735
IADL得点（男性）	8	2.375	1.996	5	4.000	0.447
EQ5D効用値	26	0.674	0.033	14	0.814	0.044
BPSD#						
DBD得点	26	21.731	2.184	13	19.923	5.738
介護負担#						
Zarit得点	26	29.615	3.100	12	22.000	4.910

#同行する介護者がある場合のみ

表 3-2　各評価項目における変化量（追跡調査時－初回調査時）

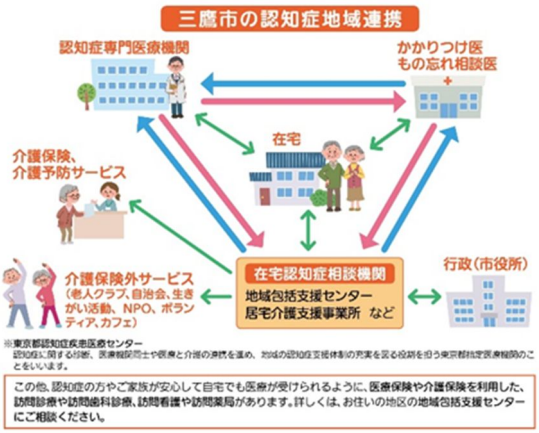
変化量	地域参加なし			地域参加あり			*t*	*p* 値
	N	*mean*	*SE*	*N*	*mean*	*SE*		
認知機能								
HDS-R得点	26	1.077	0.546	14	0.714	0.714	0.40	0.6927
MMSE得点	26	0.731	0.573	14	0.714	0.606	0.02	0.9855
日常生活の状態								
IADL得点†	26	-0.045	0.048	14	0.013	0.060	-0.74	0.4660
EQ5D効用値	26	-0.030	0.036	14	0.068	0.037	-1.77	0.0846
BPSD#								
DBD得点	25	2.240	2.236	11	2.364	3.708	-0.03	0.9765
介護負担#								
Zarit得点	25	7.040	2.765	11	-1.909	2.925	2.22	0.0348

†男女で分母が異なるため各合計点で割った値
#同行する介護者がある場合のみ

2．認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進

三鷹市では認知症の病期に基づく医療・介護・福祉サービスの具体的な提供策を地域資源の明示と併せて冊子の形で示した。

これはいわゆる認知症ケアパスである。このなかには、厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業（H24-認知症-一般-002）「病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業」で構築した医師会（かかりつけ医または相談医）、専門医療機関、在宅相談機関（地域包括支援センター他）の 3 者による病・診・介護の連携体制のことが盛り込まれている。



そのほか、認知症相談窓口、介護者広場、オレンジカフェ、家族交流の場、認知症・介護学習の場などの支援策が、病期に応じて示されているほか、三鷹市地図上でも示されている。

3．三鷹市における“認知症にやさしいまち”作りの支援

平成 29 年は 11 月 18 日に「認知症にやさしいまち三鷹」を開催した。この会のテーマは「認知症の人の情動刺激」であり、第 1 部では「演劇で情動機能を刺激し、認知症を改善～感動豊かな生活を送ろう～」の講演、第 2 部では演劇情動療法の実演を認知症のひとと家族を交えて行った。

4．家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価

介入プログラム（CEP）により、介護者の抑うつ（CES-D）が有意に改善し、対照（自習）群で増悪した。また、CEP により介護者の「介護充足感」、「認知症の人への愛情」、「介護による自己成長感」、コーピング技術(介護をポジティブに受容すること、インフォーマルサポートの活用、フォーマルサポートの活用)が改善した。

5．認知機能低下者の運転免許更新に関する地域での具体的対応策の検討

平成 29 年 3 月 30 日と 31 日の 2 回、認知機能低下高齢者の運転免許更新に関する対策会議を北多摩南部医療圏の三鷹、武蔵野、調布、狛江、小金井、府中の 6 市の認知症疾患医療センターならびに行政、医師会等の関係者を集めて行った。会の最初に警視庁運転免許本部の警部と警部補が参加し、概要の説明があった。その後、質疑応答、各市に分かれて具体策の検討を行った。その後、平成 29 年度に 6 市のそれぞれにおいて、認知症疾患医療センターとかかりつけ医、もしくはサポート医の連携による具体的な対応方法を流れ図を作って明示するよう策を講じた。

D．考察

以下、項目別に考察を加える。

「1．認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人の QOL や家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価する」について

本研究では一定の観察期間ののち、当該観察期間中もしくはその前から開始され継続している介護保険以外の地域活動への参加の有無による、評価項目の変化量の違いについて分析した。その結果、地域活動に参加していない群では Zarit 得点が上昇したのに対して参加をしている群では Zarit 得点が低下し、両群の変化量に有意差が認められた。また、EQ5D 効用値において、地域活動に参加していない群では値が低下したのに対して参加している群では値が上昇し、両群の変化量に有意傾向の差がみられた。以上の結果から、本人が継続的に地域活動に参加することが介護者の介護負担軽減につながることが示唆された。有意傾向ではあるが、地域活動への参加している群では本人の QOL が改善する傾向がみられており、それに伴って介護負担軽減につながった可能性も考えられた。しかしながら、本研究では医療的介入や日常生活に関する統制を一切しておらず、地域活動への参加の内容や期間、頻度もさまざまであったため、その効果を検出するうえで限界があっ

た。また、初回調査の時点で、地域活動に参加している群は参加していない群に比べてHDS-RおよびMMSE得点が高く、女性においてIADL得点が高いなど、認知機能や日常生活の状態が良いことが地域活動への参加を容易にしたと推測される状況にあった。このことから、本研究の調査結果は、より広範な集団における地域活動への参加の効果を検討するうえで十分な結果ということはできない。

2．認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進

東京都三鷹市では隣接する武蔵野市とともに平成20年から三鷹武蔵野認知症連携の会を組織し、医療、介護の連携体制を構築してきた。その活動の中で、かかりつけ医もしくは相談医（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他）の3者間の情報交換シートを用いた連携システムを作った。一方で、認知症にやさしいまち作りのためには、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の７つの柱の中にも謳われている“認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供（地域包括ケア）”、“認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進”、「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」、“認知症の人の介護者への支援”、“認知症の人やその家族の視点の重視”の必要性を感じ、今年度はこれを研究テーマに定めた。

具体的には東京都三鷹市で、認知症の病期に基づく医療・介護・福祉サービスの提供策を具体的に示すこと（認知症ケアパスの作成）、“認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進”、“認知症の人やその家族の視点の重視”家族教室の効用の客観的評価（櫻井担当）を行った。結果に示したように、三鷹市で認知症ケアパス冊子を作成し、その中に、認知症の病期に応じた各地域の医療・介護・福祉支援サービスが具体的に、マップとともに示されている。これによって、市民は各サービスを受けるための具体的な方法がわかるようになった。また、この中には、医師会（かかりつけ医または相談医）、専門医療機関、在宅相談機関（地域包括支援センター他）の3者による病・診・介護の連携体制のことも盛り込まれている。

そのほか、認知症相談窓口、介護者広場、オレンジカフェ、家族交流の場、認知症・介護学習の場など“認知症の人や介護者への支援”策も示されている。今後、このような資源がどの程度活用されていて、それが認知症の人やその家族のためになっているかを検証していく予定である。

3．三鷹市における“認知症にやさしいまち”作りの支援

三鷹市は、市の目標のひとつとして“認知症にやさしいまち”作りを掲げている。これは新オレンジプランの7つの柱のひとつにも掲げられている（「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」）。また、新オレンジプランには「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」も示

されており、これを意識して毎年秋に“認知症にやさしいまち三鷹”のイベントを行っている。平成29年度は“情動刺激”をテーマとした。

認知症のひとは知的機能は低下しているかもしれないが、情動は豊かであり、それを刺激することによって、大脳を賦活化しようとするものである。実際に、演劇情動療法を行うことで、普段言葉を発しなかった認知症者が会話を始めることが経験されている。

今回の演劇情動療法を実演したことで、今後三鷹市でもオレンジカフェなどで実践できる可能性がある。

4．家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価

介護者心理支援プログラム（CEP）参加群において、介護者の主観的介護負担感は増大したものの、抑うつスコア（CES-D）が有意に低下した。その背景には、介護コーピング：「介護をポジティブに受容すること」、「インフォーマル、フォーマルなサポートを活用できるようになったこと」、また、介護面で「介護充足感」，「認知症の人への愛情」，「介護による自己成長感」スコアが有意に上昇したことが関係していると考えられる。すなわち、「介護コーピング」や「肯定的介護評価」の上昇が、ストレス緩衝になり、最終的に介護ストレスを低減させたと考えられる。

5．認知機能低下者の運転免許更新に関する地域での具体的対応策の検討

第一部で警視庁運転免許本部の警部と警部補から概要の説明があった後、質疑応答、各市に分かれて具体策の検討を行った。その際、認知症疾患医療センターとかかりつけ医、もしくはサポート医の対応方法を流れ図を作って明示した。

6市での実際の対応者数は確認できていないが、警察庁の統計値によれば、第1分類と診断された24,816人のうち、自主返納・不更新・取消し等で「運転を断念した者」が60.3%(自主返納44.5%、不更新10.4%、取消し停止5.4%)、6か月後に診断書を提出する「認知症のおそれがあり、医師の診断を受けながら運転を継続する者」が28.7%、認知症ではなく、条件なしの継続（3年後に更新)が10.8%というデータが出ており、認知症のおそれがある第1分類と判定された人は、その6割が運転を止め、認知症ではないと診断された1割を除く、3割が継続的な医師の診断を受けつつ運転をしているという状況がわかった。(診断書を提出した人の割合は、約45%)

自主返納者が多いことがわかり、必ずしも医療機関を受診しなかったひとが相当数いたと推察される。

E．結論

今年度は、① 認知症のひと本人、家族介護者を対象として医療・介護等の介入を行い、その効果を本人のQOLや家族の介護負担度等客観的な指標を用いて評価する。② 認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいた適時・適切な生活支援策（ケアパス）の構築と利用推進。③ 三鷹市ならび

に近隣都市での“認知症にやさしいまち”作りの支援。④ 家族教室の効果測定⇒効用をランダム介入試験で評価。⑤ 認知機能低下者の運転免許更新に関する地域での具体的対応策の検討等の研究・事業を行った。

今年度の成果をふまえて、平成30年度は、①“医療、介護等の介入の実施、ならびに効果を本人のQOL、家族の介護負担度など客観的な方法を用いた評価研究”のデータ解析と追跡調査、② 認知症の病期に基づいた適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策（認知症ケアパス）の利用状況の確認、③ ICTによる多職種協働と在宅医療の推進、④ 三鷹市ならびに近隣都市での“認知症にやさしいまち”作りの推進、⑤“認知症にやさしいいまち”への取り組みの国際比較、⑥ 認知症高齢者にやさしい地域（Age and Dementia Friendly Community）を作るためのガイドラインの作成（尾島班との共同作業）を行うことを予定している。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

1) T Obara, K Nagai, A Hirasawa, S Shibata, H Koshiba, H Hasegawa, T Ebihara, K Kozaki：Relationship between cerebral White Matter Hyperintensities and Sympathetic Nervous Activity in elderly：GGI in press.

2) 神﨑恒一：Ⅷ専門職の養成強化　日本老年医学会専門医．日本臨牀 76(1135)実地医療のための最新認知症学：334-338, 2018.

3) 神﨑恒一：認知的フレイル．THE BONE31(3):41-44, 2017.

2．学会発表

1) 神﨑恒一：（合同シンポジウム）東京都多摩地区における認知症のひとを支える仕組みづくり．第59回日本老年医学会学術集会、第30回日本老年学会総会, 名古屋, 2017年6月14日.

2) 神﨑恒一：認知症診療における地域連携. 第二期TRACC中枢コース集合研修, 東京, 2017年6月19日.

3) Kumiko Nagai, Ai Hirasawa, Hitomi Koshiba, Shigeki Shibata, Taiki Miyazawa, Koichi Kozaki：Relationship between Cerebral Hemodynamics and the Severity of Cerebral White Matter Hyperintensities among the Elderly Patient. The 21th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, USA, July 23-27th, 2017.

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（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

介護者の心理支援を行う教育プログラム（CEP）の作成と検証

研究分担者　櫻井　孝　国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

研究要旨

新オレンジプランの骨格は、認知症の人・家族を中心とした認知症医療・ケアを提供することである。今後、どのように認知症の人や家族をサポートすべきかについて、具体的な方策を明らかにする必要がある。私どもは、これまで認知症疾患センターで認知症の人を介護している家族を対象に家族教室を行ってきた。家族のニーズ調査から始め、個々の課題に対して家族教育を実践し、家族教室で求められるプログラムを抽出してきた。本研究では、作成された介護者心理支援プログラム（CEP：3か月が1コース、6回のセッションから成る）の効果を検証するために、RCTによる検証を行った。

対象はもの忘れセンターに通院する認知症高齢者の介護者54名である。医学（認知症の種類、治療法)、認知症ケア（パーソンセンタードケア・BPSDの種類とケア方法・認知症をもつ人の理解方法)、心理（認知症をもつ人とのコミュニケーション)、社会福祉（介護者を取り巻く環境・社会的支援の利用）からなるCEPの効果を RCT で検証した。BPSD（DBD)、介護負担尺度（J-ZBI)、うつ（CES-D)、介護コーピング（Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale)、介護認知評価（Cognitive Caregiving Appraisal)を評価した。CEP による介入により、うつの指標が改善し、対照（自習）群では増悪した。また、CEP により、「介護充足感」、「認知症の人への愛情」、「介護による自己成長感」と、3つのコーピング技術（介護をポジティブに受容すること、インフォーマルサポートの活用、フォーマルサポートの活用)が改善した。レクチャーと相互交流で提供されるCEPが、介護者の介護コーピングや肯定的介護評価を上昇させること、介護ストレスを低減させることが実証された。

本研究で検証された CEP プログラムは、テキスト化（DVD 含む）した。また、家族教室の企画・運営ガイドブックを作成した。今後は地域での介護者教室での利用について調整したい。

A．研究目的

新オレンジプランでは、本人・家族を中心とした認知症医療・ケアを提供することが明記されている。地域でも介護教室・認知症カフェの設置が進んでいるが、その効果、質についてはいまだ不明なところが多い。どのように本人や家族をサポートすべきかについて、具体的な方策を提示していく必要がある。

私どもは、認知症疾患センターで認知症の人を介護している家族を対象に、家族教室を 5 年以上に渡り実践してきた。「家族のニーズは病期により異なる」、また、「介護負担は家族の受け止め方によっても変わる」と仮説し、まずニーズ調査を行い、個々の課題に対する指導内容を考え指導を実践してきた。教室では必ずアンケートで参加者の評価を調査し、私

どもが提供した教育内容が役立つものかを検証してきた。その結果、作成された介護者心理支援プログラム（CEP）は 3 か月が１コース、6 回の教育セッションから成る。本研究では CEP の効果を、RCT により検証した。

本年度は CEP の有効性を論文化（投稿中）し、家族教室の運営マニュアルを作成し書籍としてまとめた。私どもの家族教室のこころみが、地域でのカフェや介護教室で役立つことを期待している。

B．研究方法

本研究は、ランダム化比較試験（無作為比較試験）である。

Ⅰ．対象の設定

① 研究対象

国立長寿医療研究センター・もの忘れセンターを受診する認知症の人の介護者 54 名である。その臨床特性を表１にまとめた。すでに 2 年以上の介護年数を持つものを対象とした。被介護者の平均年齢は 77.5 歳、アルツハイマー型認知症（AD）が約 80%を占めた。

表１

Characteristics	Initial sample (n = 54) n (%), Mean ± SD	PEP group (n=27) n (%), Mean ± SD	Control group (n=27) n (%), Mean ± SD	P-value [PEP vs Control]
Caregivers				
Male/Female, n (%)	6 (11.1) / 48 (88.9)	3 (11.1)/24 (88.9)	3 (11.1)/24 (88.9)	0.610 ‡
Age group (years), n (%)				0.661 †
20s	1 (1.9)	1 (3.7)	0 (0.0)	
30s	1 (1.9)	1 (3.7)	0 (0.0)	
40s	12 (22.2)	6 (22.2)	6(22.2)	
50s	14 (25.9)	5 (18.5)	9(33.3)	
60s	19 (35.2)	10 (37.0)	9 (33.3)	
70s	7 (12.9)	4 (14.9)	3 (11.2)	
Years of education	13.9 ± 1.9	12.9 ± 2.2	13.2 ± 1.7	0.670 *
Caregiving experience (yes), n (%)	12 (22.2)	5 (18.5)	7 (25.9)	0.745 ‡
	2.6 ± 2.0	2.4 ± 2.0	2.6 ± 1.9	0.965 *
Years of caregiving	4.9 ± 4.2	4.5 ± 3.7	5.2 ± 4.7	0.579 *
Time of caregiving (hours per day)				
Family attributes, n (%)				>0.999 ‡

Spouse	20 (37.0)	10 (37.0)	10 (37.0)	
Daughter or son	21 (38.9)	10 (37.0)	11 (40.6)	
Daughter- or son-in-law	7 (13.0)	4 (14.8)	3 (11.2)	
Other	6 (11.1)	3 (11.2)	3 (11.2)	
Cohabitating with people with dementia (yes), n (%)	47 (87.0)	23 (85.2)	24 (88.9)	>0.999 ‡
Use of long-term care insurance system (yes), n (%)	27 (50.0)	13 (48.1)	14 (51.2)	0.395 ‡
Japanese Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI)	28.8 ± 17.7	32.1 ± 20.0	25.5 ± 14.7	0.182 *

② 参加基準

１：認知症患者が国立長寿医療研究センター外来通院中、２：在宅介護を継続中、３：認知症確定診断がついており、2 年以上が経過している、４：研究への説明同意が得られていること。

③ 介入と期間

CEP/自習はそれぞれ 3 カ月間とした。CEP のプログラムを表 2 に示す。

④ 対象者の割付と盲検化

ブロックランダム化を用いて対象者を無作為に割り付けた。本研究は非薬物的介入であるため、対象者および介入者の盲検化は困難であった。

表２

Number	Lecturer	Topic	Contents	Methods and duration (min)
1	Physician	Medical treatment	Types of dementia, treatment methods (including non-pharmacotherapy)	Lecture, Q&A (90)
2	Nurse	Dementia care 1	Concept of person centered care	Lecture, group work (90)
3	Nurse	Dementia care 2	Methods of coping with dementia	Lecture, group work (90)
4	Nurse	Dementia care 3	Skills for dealing with people with dementia	Lecture, case study (90)
5	Psychologist	Psychology	Skills for listening to people with dementia	Lecture, group work (90)
6	Social worker	Social welfare		

	Caregivers' relationships with people and environment; selecting and using social support	Lecture, group work and practice; my caregiving map (90)

Ⅱ．データ収集方法と解析

① データ収集先と期間

介入開始時および介入開始 3 カ月後にデータ収集のために自記式アンケート調査を行った。同時に、電子カルテに所蔵されている、本研究参加直近の包括的アセスメント評価結果から要介護者の属性データを抽出した。

②評価項目

１：要介護者の状況

認知症の状態：MMSE、認知症の周辺症状の状態：DBD スケール、

身体機能状態：Barthel-Index、身体疾患の有無と種別、要介護度、日常生活自立度

２：介護者の状況

介護年数、性別、教育歴、介護サービス利用状況と経費、介護から離れる時間の確保状況、支援家族の有無、相談相手の有無、要介護者との関係、就労有無、

認知的介護評価：介護に対する肯定的評価と否定的評価の両側面を評価する Cognitive Caregiving Appraisal (CCA) scale を用いた。

介護者の対処方略：介護者の対処方法等を Coping Strategies Scale (CSS)で評価。

介護負担感：日本語版 Zarit-Burden-Interview 等

精神状態： CES-D

（倫理面への配慮）

本研究は疫学研究に該当する。「臨床研究に関する倫理指針」（厚生労働省, 平成 20 年 7 月 31 日全部改正）に則り、研究を遂行した。

対象となる介護者教室参加者に対し、調査主旨について、別に定める同意説明文書に基づいて十分に説明し、参加者が内容をよく理解したことを確認の上で、自由意思による同意を文書で得た。

同意取得日を記入した同意書は、研究実施機関内の施錠が可能な保管庫で一括管理した。本研究で実施するアンケート調査は、倫理・利益相反委員会に諮り、承認後に実施した。

得られたデータは、連結可能な匿名化状態で保存した。匿名化データは、ファイルをパスワード管理した上で、外部記憶装置に保存し、その上で、匿名対応票と共に、研究代表者および研究分担者が、鍵のかかる保管庫（国立長寿医療研究センター臨床研究推進部）にて管理した。

C．研究結果

① 介入プログラム群の効果（表３）

介入プログラムにより、抑うつ（CES-D）の成績が有意に改善した。また、CEP によりポジティブな変化をしたものは、CCA-1: 介護充足感，CCA-2: 認知症の人への愛情，CCA-3: 介護による自己成長感と、3 つのコーピング（CSS-2: 介護をポジティブに受容，CSS-4: インフォーマルサポートの活用、CSS-5: フォーマルサポートの活用)項目であった。一方、両群で J-ZBI は増加し、DBD は CEP 群で増加傾向を示した。

表 3

	PEP intervention (n=23)				Control (n=24)				PEP vs. Control ¶¶¶			
	before¶	after	before vs. after change	P-value (before vs. after)¶¶	before¶	after	before vs. after change	P-value (before vs. after)¶¶	⊿	95%CI	partial η^2	P-value (PEP vs. control)
CES-D	20.6±7.1	13.4±6.1	-7.2±6.4	<0.001**	19.3±10.4	24.6±7.9	5.3±5.4	<0.001**	-12.0	[-14.7, -9.2]	0.63	<0.001**
BI	91.7±15.2	88.9±16.6	-2.8±2.6	0.287	88.8±15.1	84.6±25.1	-4.2±19.0	0.299	1.6	[-8.1, 11.3]	0.00	0.744
DBD	24.0±14.9	28.0±12.5	4.0±7.7	0.020*	24.4±14.8	27.2±15.9	2.8±10.5	0.206	1.2	[-4.0, 6.3]	0.00	0.651
Caregiving times (hour)	4.2±3.5	6.1±5.6	1.9±0.9	0.053	4.9±4.5	5.8±5.0	0.9±3.6	0.288	0.9	[-1.5, 3.2]	0.01	0.467

J-ZBI	29.9±17.7	37.7±14.0	7.6±12.4	0.008**	26.5±14.7	38.3±15.4	11.8 ± 9.7	<0.001**	-3.1	[-9.0, 2.8]	0.02	0.295
CCA§												
CCA-1	15.1±3.1	17.2±2.8	2.1±3.7	0.012*	16.4±3.4	15.5±2.7	-0.9±2.5	0.101	2.2	[0.7, 3.7]	0.17	0.005**
CCA-2	9.8±2.1	11.2±2.1	1.4±1.8	0.001**	10.3±2.3	10.1±2.7	-0.2±2.4	0.681	1.3	[0.5, 2.2]	0.12	0.020*
CCA-3	8.7±2.0	9.3±2.4	0.7±1.5	0.048*	9.1±2.0	8.3±2.0	-0.8±2.1	0.069	1.3	[0.3, 2.4]	0.13	0.012*
CCA-4	13.9±3.2	12.8±2.9	-1.1±2.1	0.017*	14.2±2.5	13.5±2.8	-0.7±1.4	0.032*	-0.5	[-1.5, 0.5]	0.00	0.300
CCA-5	10.9±3.7	10.4±3.9	-0.4±2.9	0.476	12.0±3.0	11.3±3.9	-0.8±2.7	0.162	0.1	[-1.5, 1.8]	0.00	0.858
CCA-6	6.7±2.0	6.4±1.6	-0.3±1.5	0.398	7.4±2.5	7.1±2.4	-0.3±1.8	0.514	-0.3	[-1.1, 0.6]	0.00	0.563
CSS†												
CSS-1	9.1±1.9	10.0±1.8	0.8±1.7	0.031*	9.5±1.6	9.5±1.8	0.0±2.2	0.999	0.6	[-0.4, 1.6]	0.03	0.219
CSS-2	11.4±2.3	12.1±2.0	0.7±1.9	0.096	11.3±2.5	11.0±1.9	-0.3±2.7	0.649	1.0	[0.0, 2.0]	0.08	0.052
CSS-3	6.0±1.0	6.5±1.2	0.5±1.3	0.062	6.3±1.3	6.2±1.8	-0.2±1.6	0.622	0.5	[-0.3, 1.4]	0.04	0.204
CSS-4	7.9±2.2	8.5±1.8	0.6±1.9	0.163	8.2±2.2	7.7±2.4	-0.5±2.0	0.263	0.9	[-0.1, 1.9]	0.07	0.073
CSS-5	9.3±2.9	10.2±2.7	0.8±2.0	0.059	9.3±2.8	8.7±2.2	-0.5±2.0	0.193	1.4	[0.4, 2.4]	0.16	0.006**

D．考察

本研究で用いた CEP は、認知症の病態に関する知識よりも、BPSD への対応方法、認知症を持つ人の思いを聴く方法、介護者の内的・外的状況を把握し対処方法を検討する自己覚知方法など、介護の実践的な内容から構成されていた。これらのコンテンツは、先行研究で実施した家族介護者のニーズに即したものである（Seike, et al. 2016)。また、講義方法も座学だけではなく、グループワークやグループディスカッションを多用し、相互交流を図った。

両群において DBD スコアは両上昇傾向を示し、J-ZBI の成績も上昇を示した。進行性認知症の進行に伴い、J-ZBI で確認される介護負担は上昇した。しかし、主観的介護負担感が増加しても、CEP 参加群の 3 か月変化量につき、「抑うつ」スコアが有意に減少した。その背景には、介護コーピング：「介護をポジティブに受容すること」、「インフォーマル、フォーマルなサポートを活用できるようになったこと」、また、介護評価で「介護充足感」,「認知症の人への愛情」，「介護による自己成長感」スコアが有意に上昇した点があろう。つまり、個の変化は、ストレス反応媒介要因に該当する「介護コーピング」や「肯定的介護評価」の上昇が、ストレス緩衝になり、最終的に介護ストレスを低減させると考えられた。

以上により、レクチャーと相互交流で提供される、CEP が、介護者の介護コーピングや肯定的介護評価を上昇させること、介護ストレスを低減させることが実証された。

E．結論

本研究の結果、プログラム参加前後３か月間の変化で、介入群（CEP プログラム参加群）につき、J-ZBI が上昇しても、介護者の内的状態への対処、外的状態（介護環境）への対処が上昇し、抑うつ（CES-D）が心理的反応が有意に低減する結果が示された。

これまで私どもは、認知症家族教室として、診断直後の家族が困惑している時期の教室、また本研究のように介護を数年経験して新たな悩みを持つ家族への教室を実践してきた。これらは私どもの病院で有効に機能することが実証されたが、この知見を広く周知することが重要であろう。そのために、本研究で検証された CEP プログラムは、テキスト化（DVD 含む）して作成した。また、認知症家族教室の運営マニュアルをまとめた書籍：「認知症会議お教室」企画・運営ガイドブック（中央法規）を作成した。同書籍は平成 30 年 4 月に刊行される予定である。本書が地域での介護教室、カフェなどでも役にたつことができれば幸いである。

F．研究発表

1.論文発表

1. Araki A, Yoshimura Y, Sakurai T, Umegaki H, Kamada C, Iimuro S, Ohashi Y, Ito H, and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Research Group. Low intake of carotene, vitamin B2, and calcium predicts cognitive decline in elderly patients with diabetes mellitus: the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial. Geriatr Gerontol Int. 2017 Aug;17(8):1168-1175.
2. Sugimoto T, Ono R, Murata S, Saji N, Matsui Y, Niida S, Toba K, Sakurai T. Sarcopenia is associated with impairment of activity of daily living in Japanese patients with early-stage Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2017 Jul-Sep;31(3):256-258.
3. Saji N, Murotani K, Shimizu H, Uehara T, Kita Y, Toba K, Sakurai T. Increased pulse wave velocity in patients with acute lacunar infarction doubled a risk of future ischemic stroke. Hypertens Res. 40:371-375,2017
4. Sugimoto T, Yoshida M, Ono R, Murata S, Saji N, Niida S, Toba K, Sakurai T. Frontal Lobe Function Correlates with One-Year Incidence of Urinary Incontinence in Elderly with Alzheimer Disease. J Alzheimers Dis. 56(2):567-574, 2017
5. Tsujimoto M, Yamaoka A, Horibe K, Takeda A, Arahata Y, Sakurai T, Washimi Y. The Validation of the NCGG-4D (National Center for Geriatrics and Gerontology differential diagnostic tool For degenerative Dementia): -a simple and effective tool for diagnosis and longitudinal evaluation. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics in press
6. Saji N, Sakurai T. Is gait speed a risk factor for dementia? Geriatr Gerontol Int. 2017 Suppl 1:75-76.
7. Kamiya M, Osawa A, Kondo I, Sakurai T. Factors associated with cognitive function that affect decline in activities of daily living level in Alzheimer's disease. Geriatr Gerontol Int. 2017 Aug 31. doi: 10.1111/ggi.13135.
8. Fujisawa C, Umegaki H, Nakashima H, Okamoto K, Kuzuya M, Toba K, Sakurai T. Physical Function Differences Between the Stages From Normal Cognition to Moderate Alzheimer Disease. J Am Med Dir Assoc. 18(4):368.e9-e368.e15,2017
9. Nakamura A, Cuesta P, Fernándezc A, Arahata Y, Iwata K, Kuratsubo I, Bundo M, Hattori H, Sakurai T, Fukuda K, Washimi Y, Endo H, Takeda A, Diers K, Bajo R, Maestúc F, Ito K, Kato T. Electromagnetic signatures of the preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease. Brain in press
10. Ogama N, Sakurai T, Nakai T, Niida S, Saji N, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M. Impact of Frontal White Matter Hyperintensity on Instrumental Activities of Daily Living in Elderly Women with Alzheimer Disease and Amnestic Mild Cognitive Impairment. PLoS One Mar 2;12(3):e0172484. doi:

10.1371/journal.pone.0172484. eCollection 2017.
11. Committee Report: Glycemic targets for elderly patients with diabetes: Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee on Improving Care for Elderly Patients with Diabetes. J Diabetes Investig. 2017 Jan;8(1):126-128. doi: 10.1111/jdi.12599.
12. Tamura Y, Kimbara Y, Yamaoka T, Sato K, Tsuboi Y, Kodera Y, Chiba Y, Mori S, Fujiwara Y, Tokumaru AM, Ito H, Sakurai T, Araki A. White matter hyperintensity in elderly patients with diabetes mellitus is sssociated with cognitive impairment, functional disability, and a high glycoalbumin/glycohemoglobin ratio. Front Aging Neurosci, in press doi: 10.3389/fnagi.2017.00220. eCollection 2017
13. Sugimoto T, Nakamura A, Kato T, Iwata K, Saji N, Arahata Y, Hattori H, Bundo M, Ito K, Niida S, Sakurai T: MULNIAD study group. Decreased glucose metabolism in medial prefrontal areas is associated with nutritional status in patients with prodromal and early Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2017;60(1):225-233.
14. Sugimoto T, Toba K, Sakurai T. Status of glycemic control in elderly patients with cognitive impairment treated by general practitioners relative to the glycemic targets recommended for elderly patients by the Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee: a retrospective analysis. J Diabetes Investig. In press
15. Ogama N, Sakurai T, Saji N, Nakai T, Niida S, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M. Frontal White Matter Hyperintensity is Associated with Verbal Aggressiveness in Elderly Women with Alzheimer's Disease and Amnestic Mild Cognitive Impairment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA in press 2018
16. Saji N, Sakuirai T. Cilostazol may decrease plasma inflammatory biomarkers in patients with recent small subcortical infarcts: a pilot study. J Stroke Cerebrovasc Dis in press
17. Sugimoto T, Sakurai T, Ono R, Kimura A, Saji N, Niida S, Toba K, Chen LK, Arai H. Epidemiological and Clinical Significance of Cognitive Frailty: a Mini Review. Ageing Res Rev. in press
18. 清家　理、住垣千恵子、大久保直樹、藤﨑あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、内山詠子、猪口里永子、梶野陽子、佐治直樹、福田耕嗣、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝．家族向けの認知症介護教室とは何かについて教えてください．Geriatric Medicine(老年医学) 55(6): 643-646, 2017.
19. 清家　理、住垣千恵子、大久保直樹、藤﨑あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、佐治直樹、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝．認知症疾患医療センターにおける認知症家族介護教室の効果と課題．医療　71(7):314-319, 2017
20. 清家　理、鳥羽研二、櫻井 孝．認知症家族介護者教室・認知症カフェ等『認知症の人・家族介護者が集う場』の意義を問う．臨床栄養 131(7): 886-888, 2017
21. 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター家族教室プロジェクトチーム．認知症家族介護者教室、認知症カフェ企画・運営者向け　認知症家族介護者のための支援プログラム．監修・編集：猪口里永子、内山詠子、大久保直樹、梶野陽子、川野恵子、小林裕子、櫻井孝、佐治直樹、住垣千恵子、清家理、竹内さやか、鳥羽研二、福田耕嗣、藤崎あかり、水野伸枝、森山智晴、米津綾香．愛知県、国立長寿医療研究センターフルフィル　2017年3月
22. 櫻井　孝．ガイドライン作成委員「高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会」日本老年医学会委員．高齢者糖尿病診療ガイドライ

ン 2017．編集・著者　日本老年医学会・日本糖尿病学会．南江堂 2017 年 5 月
23．櫻井　孝．その他の認知症．すぐに使える　高齢者総合診療ノート改訂版 p 229-236，2017．日本医事新報社 東京
24．櫻井　孝．5.高齢者糖尿病の食事療法．6.高齢者糖尿病の運動療法．高齢者糖尿病治療ガイド2018．編集・著者　日本町尿病学会・日本老年医学会．文光堂
25．櫻井　孝．認知症予防のエビデンス．認知症予防専門士テキストブック　改訂版　p36-46，2017．日本認知症予防学会編集　メディア・ケアプラス　　東京
26．杉本大貴.櫻井　孝．認知症高齢者の睡眠薬の使い方と注意は p49-52．認知症者の転倒予防とリスクマネジメント　病院・施設・在宅でのケア　第3版．監修；日本転倒予防学会、編著；武藤芳照、原田敦、鈴木みずえ　東京．日本医事新報社　2017年10月

2.学会発表
1．第 18 回日本認知症ケア学会大会（2017.5.26-27　沖縄）シンポジウム．栗田主一、櫻井孝．清家理、大久保直樹、梶野陽子、櫻井　孝、佐治直樹、竹内さやか、藤﨑あかり、水野伸枝、森山智晴．『認知症とともに生きる』ために必要な教育的支援と地域活動　―「集う」ことをの意味を問い直す―
2．第 59 回日本老年医学会学術集会（2017.6.14-16．名古屋）．合同シンポジウム 2．清家理、大久保直樹、住垣千恵子、藤崎あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、武田章敬、佐治直樹、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井　孝．「4.認知症の人及び家族介護者に対する心理社会的支援の効果検証-「集う」ことの意義を問いなおす-
3．第 7 回日本認知症予防学会（2017.9.22-24．岡山）．山智晴、清家理、竹内さやか、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、鳥羽研二、櫻井　孝．認知症の人や家族介護者のための集いの場に必要な支援内容の探索研究
4．第 7 回日本認知症予防学会（2017.9.22-24．岡山）．清家理、森山智晴、竹内さやか、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、鳥羽研二、櫻井　孝．集団的家族介護者支援従事者に対する教育的支援プログラム開発研究-持続可能な認知症カフェ・認知症家族介護者教室開催のために-
5．第 7 回日本認知症予防学会（2017.9.22-24．岡山）．竹内さやか、清家理、森山智晴、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井　孝．認知症家族介護者と集団的家族支援運営者の実態調査
6．第 36 回 日本認知症学会学術集会（2017.11.24-26．金沢）．櫻井　孝、清家理、竹内さやか、大久保直樹、森山智晴、梶野陽子、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、鳥羽研二．認知症家族介護者に対する心理社会的教育支援の持続効果
7．第 36 回 日本認知症学会学術集会（2017.11.24-26．金沢）．竹内さやか、清家理、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井　孝．認知症家族介護者のニーズと集団的家族支援の地域展開への課題
8．第 36 回 日本認知症学会学術集会（2017.11.24-26．金沢）．清家理、竹内さやか、森山智晴、梶野陽子、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井　孝．認知症家族介護者教室および認知症カフェの運営者に対する支援方法の妥当性検証

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

① 研究課題名
認知症のひと本人、家族介護者に対する介入効果に関する研究
② 著者名
安田朝子 1、土屋景揮 1、青山聡子 2、本多智子 3、池田博子 3、鹿渡里美 3、中村千由里 3、水谷佳子３、望月謙治 4、田口綾 4、木之下徹 5
③ 所属
1 のぞみメモリークリニック、臨床心理士
2 同精神保健福祉士
3 同看護師
4 同医療事務
5 同院長
④ 和文抄録
目的：地域活動への参加が認知症（もしくは疑い）の人（以下、本人）および介護者の心理社会的アウトカムにもたらす効果を検討した。**研究デザイン**：24 週間の前向き観察研究。**対象**：都内の認知症専門クリニックを新規受診し診断を受けた本人、および同行する介護者がある場合はその者。地域活動への参加の有無により 2 群に分類。**アウトカム**：認知機能（HDS-R,MMSE)、IADL、QOL 効用値（EQ-5D)、BPSD（DBD)、介護負担度（Zarit）の変化量により評価。**結果と考察**：地域活動への参加群において介護負担度が軽減する変化があり不参加群との間に有意な差がみられたほか、QOL 効用値は参加群でわずかに改善方向の変化があり不参加群との間に有意傾向の差がみられた。地域活動への参加が本人および介護者の QOL 向上につながることが示唆された。
⑤ 本文
Ⅰ．問題と目的
我が国における認知症の人の数は、2012 年は 462 万人、65 歳以上の高齢者の 7 人に 1 人（有病率 15.0％）とされ、Mild Cognitive Impairment（以下、MCI）を含めた数は 800 万人以上という現状にある[9)]。2025 年には認知症の人だけで約 700 万人に至り、5 人に 1 人になると見込まれている[13)]。これをふまえ、2015 年には認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が厚生労働省により策定された[9)]。そこでは、医療や介護を含め、地域ぐるみでの認知症の人へのより効果的な支援が目指されている。いまや認知症の人は、これまでの「介護される存在」から、「地域の中で皆とともに主体的に暮らす障害のある人」へと立ち位置を変えてきているともいえる。

認知症に関連する具体的なアプローチのひとつとしては、心身機能・活動・参加の各要素へのアプローチが挙げられており、各地域で認知的および身体的リハビリテーションプログラムやさまざまな取り組みが展開されている[10)]。また、地域の高齢者を対象とした運動機能向上プログラムや自主的活動等と心理社会的健康や生活機能との関連に関する研究も行われている[2),6)]。一方で、これらの取り組みは主に高齢者全般を対象として何らかの予防効果を期待して実施されており、認知症の人が日々の暮らしのなかでどのように地域社会活動に参加しているのか、それがどのような波及効果をもちうるのかについて、多くは知られていない。同時に実行力のある地域活動へ昇華するためには、単に予防という名目で支える形から、認知症との暮らしを主体的に、前向きに取り組む活動へのシフトが暗示されている[9)]。

そこで本研究では、上記のことを勘案し、まず認知症の人々の暮らしを支える活動について、その実態把握を含めた基礎的なデータの集積を目指し、認知症（もしくは疑い）を有する人が取り組む地域活動への参加状況と、心理社会的アウトカムとの関係を検討することを目的とした。これらを通じて、認知症地域包括ケアに必要な支援とその効果測定のための指標づくりへの示唆を得たい。

Ⅱ．方法

1．対象

都内の認知症専門クリニックを新規受診し認知症（もしくは疑い）と診断された連続例で、調査への口頭による同意が得られた者（以下、本人）を対象とした。本人に同行する介護者がある場合には、その介護者も対象とした。調査期間は平成 29 年 5 月 25 日から平成 29 年 6 月 30 日（初回調査）ならびに平成 29 年 11 月 20 日から平成 30 年 1 月 15 日（追跡調査）であった。

2．手続き

本研究は 24 週間の前向き観察研究として実施された。初回調査は、当該施設における初診時に実施された。データ収集は、主治医ならびに施設スタッフ（看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など）による面接にて実施され、必要に応じて診療記録等からも情報を集めた。面接はあらかじめ作成された調査項目にそって行われた。

初回調査においては 64 例の協力が得られた。追跡調査は、この 64 例を対象として初回調査から約半年後の受診時に実施された。最終的に協力が得られたのは 41 例（追跡率 64.1%）であった。

3．調査項目

【本人の基本情報】

年齢、性別、主治医による認知症診断名、服薬内容、介護保険の有無および認定内容について把握した。同行する介護者がある場合は、本人との続柄、居住形態（同居、別居）、本人との時間共有（常に一緒、日中は別、ほとんど一緒ではない）を把握した。

【面接評価項目】

・介護保険以外の地域活動への参加

介護保険以外の地域活動への参加（外へ出かけ、人と交流する機会を伴うもの）の有無とその内容について、本人より聴き取った。同行する介護者がある場合は介護者よりも聴き取った。

・認知機能

通常診療内で実施された HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）[5]および日本語版 MMSE（Mini-Mental State Examination）[12]の得点を記録した。

・本人の日常生活の状態

評価時点の過去 1 か月における本人の日常生活の状態に関して情報を入手し、JABC スケール（寝たきり度判定基準）[7]、認知症高齢者の日常生活自立度[8]、日本語版 IADL（手段的日常生活動作）尺度[4]を用いて評価した。本人による回答が困難である場合は介護者より情報を入手した。

JABC スケールは、日常生活の状態を、移動能力を中心に判定する基準であり、生活自立をランク J、準寝たきりをランク A、寝たきりをランク B もしくはランク C とし、各ランク内においてより自立度が高い場合は 1、より自立度が低い場合は 2 と判定される。

認知症高齢者の日常生活自立度は、日常生活の状態を、通常みられる症状や生活上の支障によってⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ(M)の 7 段階で判定する基準である。数が大きいほどに自立度が低いことを示す。

日本語版 IADL 尺度は、日常生活の状態を、電話の使い方、買い物、食事の準備（女性のみ）、家事（女性のみ）、洗濯（女性のみ）、移動・外出、服薬管理、金銭の管理の 8 項目で評価する尺度であり、回答により各項目は 0 点か 1 点に換算される。得点範囲は、女性は 0～8 点、男性は 0～5 点であり、点が高いほど IADL が保たれていると評価される。

・本人の QOL

評価時点の過去 1 か月における本人の QOL を、日本語版 EQ-5D[3]を用いて評価した。本人による回答が困難である場合は介護者による回答を得た。

日本語版 EQ-5D は、健康状態を 5 つの項目（移動、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安／ふさぎ込み）に分け、それぞれについて 3 件法で評価する尺度である。効用値は、得られた回答から日本語版効用値換算表により換算される。効用値は完全に健康を 1、死を 0 と規定されている。

・BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）

同行する介護者がある場合、評価時点の過去 1 か月における BPSD に関し、介護者の情報により DBD スケール（Dementia Behavior Disturbance Scale）[11]を用いて評価した。

DBD スケールは、BPSD の状態を評価する 28 項目 5 件法からなる尺度である。得点範囲は 0～112 点で、得点が高いほど BPSD の頻度が高いと評価される。

・介護者の介護負担度

同行する介護者がある場合、評価時点の過去 1 か月における介護者の介護負担度に関し、介護者の情報により日本語版 Zarit 介護負担感尺度[1]を用いて評価した。

日本語版 Zarit 介護負担感尺度は、介護によってもたらされる身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括する 22 項目 5 件法からなる尺度である。得点範囲は 0～88 点であり、得点が高いほど負担感が強いと評価される。

4. 分析方法

本研究では、介護保険以外の地域活動への参加の有無により群分けを行い、認知機能、日常生活の状態、QOL、BPSD、介護者の介護負担度における変化について分析した。また、上記の分析に先立ち、初回調査時における地域参加の有無による各評価項目の違いを検討した。統計的手法は t 検定もしくは χ^2 検定（有意な偏りがみられた場合は、5%を棄却率とする残差分析を実施）を用いた。

5. 倫理面への配慮

研究の実施にあたって厚生労働省が定める「臨床研究に関する倫理指針」を遵守した。なお、本研究に関しては杏林大学医学部倫理委員会で承認を受け、実施した。

Ⅲ. 結果

1. 地域活動への参加の有無およびその内容

初回調査においては 22 例（全体の 34.4%）、追跡調査においては 14 例（34.1%）で、何らかの地域活動への参加が報告された。内容は多岐にわたり、水泳、体操、輪投げなどの運動教室、テニスや卓球など人と一緒に行うスポーツ、囲碁、将棋、俳句や短歌、手芸、楽器演奏、シャンソン、謡い、コーラス、仲間とのカラオケ、料理、刺繍などの趣味の教室、友人との集まり、学校などの施設で戦争体験を話す会、地域の行事や町会、同業者の集まりなど、個人的活動といえるものから社会的活動といえるものまでさまざまであった。期間は、初回調査時以前より取り組まれていたものが多く、しかし、なかには追跡期間中に新たに始められたケースもあった。

2. 初回調査時の基本属性ならびに評価項目

初回調査時における基本属性ならびに評価項目について、表１、表２-1 および表２-2 に示した。HDS-R 得点および MMSE 得点は、介護保険以外の地域活動に参加している群において、参加していない群に比べて有意に高かった（表１）。また、女性のみで、IADL 得点は、介護保険以外の地域活動に参加している群において、参加していない群

に比べて有意に高かった。

また、表２のとおり、介護保険以外の地域活動に参加している群と参加していない群とでは、認知症診断名、抗認知症薬服薬の有無、日常生活自立度においてばらつきがみられた。すなわち、介護保険以外の地域活動に参加していない群において、アルツハイマー型認知症（以下、AD)、抗認知症の服薬、日常生活自立度Ⅱb が有意に多い一方で、MCI および AD 疑い、日常生活自立度Ⅰが有意に少なかったのに対し、参加している群においては、AD、抗認知症薬の服薬、日常生活自立度Ⅱb が有意に少ない一方で、MCI および AD 疑い、日常生活自立度Ⅰが有意に多かった。

上記以外の項目に関しては、地域活動への参加の有無による有意差はみられなかった。

表１　初回調査時の本人の基本属性および評価項目

項目	地域参加なし			地域参加あり			*t*	*p*値
	N	*mean*	*SE*	*N*	*mean*	*SE*		
基本属性								
age	42	82.095	1.099	22	78.682	1.771	1.72	0.0906
認知機能								
HDS-R得点	42	14.691	1.168	22	21.409	1.272	-3.61	0.0006
MMSE得点	42	16.952	0.935	22	23.318	0.950	-4.35	<.0001
日常生活での状態								
IADL得点（女性）	28	3.786	0.458	13	7.308	0.308	-4.98	<.0001
IADL得点（男性）	14	2.786	0.422	9	3.667	0.553	-1.28	0.2140
EQ5D効用値	42	0.701	0.022	22	0.747	0.029	-1.26	0.2121
BPSD[a]								
DBD得点	38	24.237	2.269	15	20.933	3.921	0.76	0.4530
介護負担[a]								
Zarit得点	38	28.342	2.385	15	24.800	5.266	0.71	0.4836

[a] 同行する介護者がある場合のみ

表２-1　初回調査時の基本属性および評価項目　その１

項目	地域参加なし N=42 度数	地域参加なし N=42 %	地域参加あり N=22 度数	地域参加あり N=22 %	χ^2 値
本人の基本属性					
性別					0.106 *ns*
女性	28	66.7	13	59.1	
男性	14	33.3	9	40.9	
本人の医療情報					
認知症診断名[b]					22.779 **
AD	29	69.1 [c]	9	40.9 [d]	
DLB	2	4.8	0	0.0	
AD&VaD	7	16.7	2	9.1	
AD&VaD&DLB	1	2.4	0	0.0	
AD&FTLD	2	4.8	0	0.0	
MCI	1	2.4 [d]	7	31.8 [c]	
AD疑い	0	0.0 [d]	4	18.2 [c]	
抗認知症薬の服薬					3.970 *
なし	27	64.3 [d]	20	90.9 [c]	
あり	15	35.7 [c]	2	9.1 [d]	
本人の日常生活の状態					
介護保険・介護度					0.000 *ns*
なし	18	42.9	16	72.7	
要支援１	2	4.8	2	9.1	
要介護１	13	31.1	3	13.6	
要介護２	3	7.2	1	4.6	
要介護３	4	9.5	0	0.0	
要介護４	1	2.4	0	0.0	
要介護５	1	2.4	0	0.0	
JABC					0.000 *ns*
J1	13	31.0	19	86.4	
J2	17	40.5	3	13.6	
A1	9	21.4	0	0.0	
A2	1	2.4	0	0.0	
B2	2	4.7	0	0.0	
認知症高齢者の日常生活自立度					16.712 **
Ⅰ	10	23.8 [d]	16	72.7 [c]	
Ⅱa	9	21.4	4	18.2	
Ⅱb	17	40.5 [c]	1	4.6 [d]	
Ⅲa	4	9.5	1	0.0	
Ⅳ	2	4.7	0	0.0	

*p<.05, **p<.01

[b]AD:アルツハイマー型認知症、VaD:血管性認知症、DLB:レビー小体型認知症、FTLD:前頭側頭葉変性症

[c]残差分析において有意に多い、[d]残差分析において有意に少ない

表２-2　初回調査時の基本属性および評価項目　その２

項目	地域参加なし N=42 度数	地域参加なし N=42 %	地域参加あり N=22 度数	地域参加あり N=22 %	χ^2 値
介護者の情報（同行する介護者があったケースのみ）					
本人との続柄					8.886 *ns*
なし	4	9.5	7	31.8	
配偶者	9	21.4	7	31.8	
娘	15	35.7	5	22.7	
息子	9	21.4	1	4.5	
嫁	4	9.5	1	4.5	
その他	1	2.4	1	4.5	
本人との同別居					0.000 *ns*
同居	21	55.3	9	60.0	
別居	17	44.7	6	40.0	
本人との時間共有					1.742 *ns*
いつも一緒	9	23.7	6	40.0	
日中は別	13	34.2	3	20.0	
ほとんど一緒ではない	16	42.1	6	40.0	

3. 評価項目の変化量

評価項目の変化量に関する分析に先立ち、初回調査のみに参加した群と追跡調査に続けて参加した群との等質性について検討した。その結果、Zarit 平均得点は、初回調査のみに参加した群では 35.0 点（*SE*=4.816）、追跡調査に続けて参加した群では 24.0 点（*SE*=2.33）であり、有意な群間差が認められた（t=2.33, p=0.0237）。その他の項目に関しては、有意差はみられなかった。以上より、群の等質性はおおむね保たれたと考えられた。

追跡調査時の各評価項目を表 3-1 に示した。ここで、介護保険以外の地域活動への参加の有無によって、各評価項目の変化量が異なるかどうかを検討した（表３-2）。その結果、Zarit 得点において、地域活動に参加していない群では得点が上昇したのに対して参加している群では得点が低下し、有意な群間差が認められた。また、EQ5D 効用値において、地域活動に参加していない群では値が僅かに低下したのに対して参加している群では値が僅かに上昇し、10%水準の有意傾向ではあるが群間差がみられた。

上記以外の項目に関しては、有意差はみられなかった。

表３-1　追跡調査時の各評価項目

項目	地域参加なし			地域参加あり		
	N	*mean*	*SE*	*N*	*mean*	*SE*
認知機能						
HDS-R得点	26	15.577	1.689	14	20.357	6.523
MMSE得点	26	18.039	1.432	14	22.571	5.459
日常生活の状態						
IADL得点（女性）	18	4.222	0.645	9	5.889	0.735
IADL得点（男性）	8	2.375	1.996	5	4.000	0.447
EQ5D効用値	26	0.674	0.033	14	0.814	0.044
BPSD[e]						
DBD得点	26	21.731	2.184	13	19.923	5.738
介護負担[e]						
Zarit得点	26	29.615	3.100	12	22.000	4.910

[e]同行する介護者がある場合のみ

表３-2　各評価項目における変化量（追跡調査時－初回調査時）

変化量	地域参加なし			地域参加あり			*t*	*p*値
	N	*mean*	*SE*	*N*	*mean*	*SE*		
認知機能								
HDS-R得点	26	1.077	0.546	14	0.714	0.714	0.40	0.6927
MMSE得点	26	0.731	0.573	14	0.714	0.606	0.02	0.9855
日常生活の状態								
IADL得点[f]	26	-0.045	0.048	14	0.013	0.060	-0.74	0.4660
EQ5D効用値	26	-0.030	0.036	14	0.068	0.037	-1.77	0.0846
BPSD[g]								
DBD得点	25	2.240	2.236	11	2.364	3.708	-0.03	0.9765
介護負担[g]								
Zarit得点	25	7.040	2.765	11	-1.909	2.925	2.22	0.0348

[f]男女で分母が異なるため各合計点で割った値
[g]同行する介護者がある場合のみ

Ⅳ．考察

1．評価項目の変化量における地域活動への参加の効果

本研究では、一定の観察期間ののち、当該観察期間中もしくはその前から開始され継続している介護保険以外の地域活動への参加の有無による、評価項目の変化量の違いについて分析した。その結果、地域活動に参加していない群ではZarit得点が上昇したのに対して参加をしている群ではZarit得点が低下し、両群の変化量に有意差が認められた。また、EQ5D 効用値において、地域活動に参加していない群では値が低下したのに対して参加している群では値が上昇し、両群の変化量に有意傾向の差がみられた。

以上の結果から、本人が継続的に地域活動に参加することが介護者の介護負担軽減につながることが示唆された。有意傾向ではあるが、地域活動への参加している群では本人のQOLが改善する傾向がみられており、それに伴って介護負担軽減につながった可能性も考えられた。

2．本研究の限界と結論

第一に、本研究では医療的介入や日常生活に関する統制を一切しておらず、地域活動への参加の内容や期間、頻度もさまざまであったため、その効果を検出するうえで限界があった。また、初回調査の時点で、地域活動に参加している群は参加していない群に比べてHDS-RおよびMMSE得点が高く、また女性においてはIADL得点が高いなど、認知

機能や日常生活の状態が良いことが地域活動への参加を容易にしたと推測される状況にあった。このことから、本研究の調査結果は、より広範な集団における地域活動への参加の効果を検討するうえで十分とはいえなかった。なお、追跡調査時に受診がなく追跡不可能であった者はZarit得点が高かったことから、状態が良くない場合には地域活動への参加や医療的介入の機会が奪われがちであり、その恩恵に浴することができないことを示唆すると考えられた。第二に、本研究の対象者は認知症専門医による診療を受けていたことから、専門的な医療的介入との複合的な効果が生じていた可能性があった。これらの点について、今後、専門医診療がもたらす効果や、地域活動への参加を促す仕組みづくりをも視野に入れ、より精度を高めた検討が必要であろう。

以上のような限界点は残るものの、地域活動に参加することは、参加しない者に比べて介護者の介護負担軽減につながること、また精神的健康の改善に寄与する可能性があることが示唆された。観察研究である本研究の調査結果は、より現実の状況に近い集団における変化を反映しているものとしてとらえられる利点も挙げられる。

引用文献

1) 荒井由美子：Zarit 介護負担尺度日本語版（J-ZBI)および短縮版（J-ZBI_8）．日本臨床, 62(4): 45-50 (2004).
2) 本田春彦・植木章三・岡田徹・江端真悟ら：地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係．日本公衛誌,11:968-975(2010).
3) 池上直巳・福原俊一・下妻晃二郎・池田俊也: 臨床のためのQOL評価ハンドブック. 第1版,医学書院, 東京 (2001).
4) 鉾石和彦・池田学・牧徳彦・根布昭彦ほか：日本語版Physical Self-Maintenance Scaleならびに Instrumental Activities of Daily Living Scaleの信頼性および妥当性の検討. 日本医師会雑誌,122: 110-114 (1999).
5) 加藤伸二・長谷川和夫ほか：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成. 老年精神医学雑誌,2:1339(1991).
6) 加藤雄一郎・川上治・太田壽城：高齢期における身体活動と健康長寿. 体力科学:55,191-206(2006).
7) 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知：老健第 102 号. 厚生白書, 厚生労働省(1997).
8) 厚生省老人保健福祉局長通知：老健第135号. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準.「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」別添, 厚生労働省(2006).
9) 厚生労働省：認知症施策総合戦略（新オレンジプラン）. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf (2018年1月現在)
10) 厚生労働省：平成28年版厚生労働白書（平成27年度厚生労働行政年次報告）―人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える―. http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf(2018年1月現在)
11) 溝口環ほか：DBDスケールによる老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日老雑誌,30:835-840(1993).
12) 森悦郎・三谷洋子・山鳥重：神経疾患患者における日本語版Mini-Mental Stateテストの有用性. 神経心理学, 1(2): 82-90 (1985).
13) 内閣府：平成 28 年版高齢社会白書第 1 章第 2 節-3(1)高齢者の健康. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/1s2s_3_1.pdf

（2018 年 1 月現在）

⑥ 図表

別添

⑦ 英文研究課題名（課題番号）

Studies for the creation of local communities to provide integrated community care for dementia (H28－Dementia－General－003)

⑧ 英文著者名

Asako Yasuda1, Keiki Tsuchiya1, Satoko Aoyama2, Tomoko Honda3, Hiroko Ikeda3, Satomi Shikawatari3, Chiyuri Nakamura3, Kenji Mochizuki4, Aya Taguchi4, Toru Kinoshita5

⑨ 英文所属

1 Clinical Psychologist, Nozomi Memory Clinic
2 Psychiatric Social Worker, Nozomi Memory Clinic,
3 Nurse, Nozomi Memory Clinic
4 Medical Administrative Assistant, Nozomi Memory Clinic
5 Director, Nozomi Memory Clinic

⑩英文抄録

Objective: To study the effects of participation in community activities on psychosocial outcomes in persons with dementia (or suspected dementia) and their carers.
Methods: The samples for the first survey were 63 persons who visited specialist dementia clinic, and any carers who accompanied them. Twenty-four weeks later, we conducted a follow-up survey to study how participation in community activities influenced psychosocial outcomes. Finally, data from 41 persons were analyzed using t-test.
Results: Of the samples, 22 persons (34.4%) in the first survey and 14 persons (34.1%) in the follow-up survey participated in community activities. Zarit burden scores were lower at follow-up than baseline scores for those who participated in community activities, but were higher for non-participants, showing a significant difference between the groups. We also found a 10% statistics level difference in EQ5D utility scores, which were slightly higher at follow-up than baseline scores for participants, but slightly lower at follow-up in non-participants.
Conclusion: These findings suggest that participation in community activities can lead to the improvement of QOL for both persons with dementia (or suspected dementia) and their carers.

タイトル
地域における初期の認知症の人に向けた介入事業

事業・作成者
水谷佳子[1]、青山聡子[2]、田口綾[3]、寺尾康子[3]、池田博子[1]、本多智子[1]、谷口真理子[4]、安田朝子[5]、木之下徹[6]
（１）のぞみメモリークリニック看護師、（２）同精神保健福祉士、（３）同医療事務、（４）同介護支援専門員、（５）同臨床心理士、（６）同院長
corresponding author:水谷佳子

諸言
　認知症初期集中支援事業など国における認知症施策が時代とともに、介護者のみならず、当事者へと広がってきている。認知症とともに生きる暮らしにおいて、社会の一員であり続けるための方策を敷くことは特に重要な課題である。このような時代背景の中、本事業においては、いわゆる初期の認知症の人々（下記に記す「認知症が気になる人」）の意見や提案等「～したい」という声を元に、初期の認知症の人々が主体的に参画する場のありようを模索し実施した。

活動目的：認知症が気になる人(注)が集まり話し合う場づくり
対象者：認知症が気になる人
期間：2017 年 4 月～（今後も継続）
会の名称：１）くらしの研究会
開催日時：毎月 1 回、約 2 時間程度/回
場所：のぞみメモリークリニック
参加者数：各回約 15 人
内容：参加した人たちが話したいこと・聞きたいことなどをテーマとした話しあい・意見交換・情報交換を行う。

２）これからの暮らしを考える集まり
開催日時：6 月、8 月、10 月各 1 回ずつ、約 3 時間程度/回
場所：三鷹市内　集合住宅の共有スペース
参加者数：各回約 4 人
内容：主に「これからの自分の暮らしをどうつくっていくか」をテーマとした話し合い・意見交換・情報交換を行う。

（注）
軽度認知障害や認知症と診断された人、診断はついていないが認知機能低下が気になる人など。年齢・診断された時期・通院している医療機関・居住地・介護保険利用の有無などはさまざまである。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
国立長寿医療研究センターもの忘れセンター家族教室プロジェクトチーム	認知症家族介護者教室、認知症カフェ企画・運営者向け　認知症家族介護者のための支援プログラム	監修・編集：猪口里永子、内山詠子、大久保直樹、梶野陽子、川野恵子、小林裕子、櫻井孝、佐治直樹、住垣千恵子、清家理、竹内さやか、鳥羽研二、福田耕嗣、藤崎あかり、水野伸枝、森山智晴、米津綾香、愛知県	国立長寿医療研究センター	フルフィル		2017	
櫻井　孝		編集・著者日本老年医学会・日本糖尿病学会	高齢者糖尿病診療ガイドライン2017	南江堂	東京	2017	
櫻井　孝	その他の認知症		すぐに使える　高齢者総合診療ノート改訂版	日本医事新報社	東京	2017	229-236
櫻井　孝	5.高齢者糖尿病の食事療法 6.高齢者糖尿病の運動療法	編集・著者　日本糖尿病学会・日本老年医学会	高齢者糖尿病治療ガイド2018	文光堂	東京		
櫻井　孝	認知症予防のエビデンス	編集：日本認知症予防学会	認知症予防専門士テキストブック　改訂版	メディア・ケアプラス	東京	2017	36-46
杉本大貴、櫻井　孝	認知症高齢者の睡眠薬の使い方と注意は	監修；日本転倒予防学会、編著；武藤芳照、原田敦、鈴木みずえ	認知症者の転倒予防とリスクマネジメント　病院・施設・在宅でのケア　第3版	日本医事新報社	東京	2017	49-52

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
T Obara, K Nagai, A Hirasawa, S Shibata, H Koshiba, H Hasegawa, T Ebihara, K Kozaki	Relationship between cerebral White Matter Hyperintensities and Sympathetic Nervous Activity in elderly	GGI	in press		
神﨑恒一	Ⅷ専門職の養成強化 日本老年医学会専門医	日本臨牀 実地医療のための最新認知症学	76(1135)	334-338	2018
神﨑恒一	認知的フレイル	THE BONE	31(3)	41-44	2017
Araki A, Yoshimura Y, Sakurai T, Umegaki H, Kamada C, Iimuro S, Ohashi Y, Ito H, and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Research Group.	Low intake of carotene, vitamin B2, and calcium predicts cognitive decline in elderly patients with diabetes mellitus: the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial.	Geriatr Gerontol Int.	17(8)	1168-1175	2017
Sugimoto T, Ono R, Murata S, Saji N, Matsui Y, Niida S, Toba K, Sakurai T.	Sarcopenia is associated with impairments of activity of daily living in Japanese patients with early-stage Alzheimer disease.	Alzheimer Dis Assoc Disord.	31(3)	256-258	2017
Saji N, Murotani K, Shimizu H, Uehara T, Kita Y, Toba K, Sakurai T.	Increased pulse wave velocity in patients with acute lacunar infarction doubled a risk of future ischemic stroke.	Hypertens Res.	40	371-375	2017
Sugimoto T, Yoshida M, Ono R, Murata S, Saji N, Niida S, Toba K, Sakurai T.	Frontal Lobe Function Correlates with One-Year Incidence of Urinary Incontinence in Elderly with Alzheimer Disease.	J Alzheimers Dis.	56(2)	567-574	2017
Tsujimoto M, Yamaoka A, Horibe K, Takeda A, Arahata Y, Sakurai T, Washimi Y.	The Validation of the NCGG-4D (National Center for Geriatrics and Gerontology differential diagnostic tool For degenerative Dementia): -a simple and effective tool for diagnosis and longitudinal evaluation.	Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics	in press		

Saji N, Sakurai T.	Is gait speed a risk factor for dementia?	Geriatr Gerontol Int.	17(S1)	75-76	2017
Kamiya M, Osawa A, Kondo I, Sakurai T.	Factors associated with cognitive function that affect decline in activities of daily living level in Alzheimer's disease.	Geriatr Gerontol Int.	18(1)	50-56	2018
Fujisawa C, Umegaki H, Nakashima H, Okamoto K, Kuzuya M, Toba K, Sakurai T.	Physical Function Differences Between the Stages From Normal Cognition to Moderate Alzheimer Disease.	J Am Med Dir Assoc.	18(4)	368.e9-e368.e15	2017
Nakamura A, Cuesta P, Fernández A, Arahata Y, Iwata K, Kuratsubo I, Bundo M, Hattori H, Sakurai T, Fukuda K, Washimi Y, Endo H, Takeda A, Diers K, Bajo R, Maestú F, Ito K, Kato T.	Electromagnetic signatures of the preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease.	Brain		2-16	2018.3
Ogama N, Sakurai T, Nakai T, Niida S, Saji N, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M.	Impact of Frontal White Matter Hyperintensity on Instrumental Activities of Daily Living in Elderly Women with Alzheimer Disease and Amnestic Mild Cognitive Impairment.	PLoS One	12(3)	e0172484	2017
Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee on Improving Care for Elderly Patients with Diabetes.	Committee Report: Glycemic targets for elderly patients with diabetes	J Diabetes Investig.	8(1)	126-128	2017

Tamura Y, Kimbara Y, Yamaoka T, Sato K, Tsuboi Y, Kodera Y, Chiba Y, Mori S, Fujiwara Y, Tokumaru AM, Ito H, Sakurai T, Araki A.	White matter hyperintensity in elderly patients with diabetes mellitus is sssociated with cognitive impairment, functional disability, and a high glycoalbumin/glycohemoglobin ratio.	Front Aging Neuroscience	9		2017
Sugimoto T, Nakamura A, Kato T, Iwata K, Saji N, Arahata Y, Hattori H, Bundo M, Ito K, Niida S, Sakurai T: MULNIAD study group.	Decreased glucose metabolism in medial prefrontal areas is associated with nutritional status in patients with prodromal and early Alzheimer's disease.	J Alzheimers Dis.	60(1)	225-233	2017
Sugimoto T, Toba K, Sakurai T.	Status of glycemic control in elderly patients with cognitive impairment treated by general practitioners relative to the glycemic targets recommended for elderly patients by the Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee: a retrospective analysis.	J Diabetes Investig.	In press		
Ogama N, Sakurai T, Saji N, Nakai T, Niida S, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M.	Frontal White Matter Hyperintensity is Associated with Verbal Aggressiveness in Elderly Women with Alzheimer's Disease and Amnestic Mild Cognitive Impairment.	Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA	in press		
Saji N, Tone S, Kurotani K, Yagita Y, Kimura K, Sakuirai T.	Cilostazol may decrease plasma inflammatory biomarkers in patients with recent small subcortical infarcts: a pilot stud	J Stroke Cerebrovasc Dis	in press		
Sugimoto T, Sakurai T, Ono R, Kimura A, Saji N, Niida S, Toba K, Chen LK, Arai H.	Epidemiological and Clinical Significance of Cognitive Frailty: a Mini Review.	Ageing Res Rev	in press		

清家理、住垣千恵子、大久保直樹、藤﨑あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、内山詠子、猪口里永子、梶野陽子、佐治直樹、福田耕嗣、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝.	家族向けの認知症介護教室とは何かについて教えてください.	Geriatric Medicine(老年医学)	55 (6)	643-646	2017
清家　理、住垣千恵子、大久保直樹、藤﨑あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、佐治直樹、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井　孝.	認知症疾患医療センターにおける認知症家族介護教室の効果と課題	医療	71(7)	314-319	2017
清家 理、鳥羽研二、櫻井 孝.	認知症家族介護者教室・認知症カフェ等『認知症の人・家族介護者が集う場』の意義を問う	臨床栄養	131 (7)	886-888	2017
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる9～ずっとつきあってゆく～	生活書院 Webコラム		http://www.seikatsushoin.com/web/mizutani9.html （現在閲覧できません）	2017
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる8～薬とのつきあい～	生活書院 Webコラム		http://www.seikatsushoin.com/web/mizutani8.html （現在閲覧できません）	2017
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる7～お医者さんとのつきあい～	生活書院 Webコラム		http://www.seikatsushoin.com/web/mizutani7.html （現在閲覧できません）	2017

水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる5～Let ’s dance～	生活書院 Webコラム		http://www.seikatsushoin.com/web/mizutani5.html （現在閲覧できません）	2018