

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 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 神崎 恒一

平成 31(2019)年 4 月

目 次

・ 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
神崎 恒一	
・ 分担研究報告書	
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	10
木之下 徹	
・ 研究成果の刊行に関する一覧表	19

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 神崎 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、認知症のひと本人、家族介護者を対象として、家族教室、認知症カフ
ェ、サロン、介護者広場、家族の会等を通じて、主として介護面から介入を行い、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こと、認知症の病期分
類（軽度、中等度、重度）に基づいて適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援
策（ケアパス）構築し普及すること、三鷹市における“認知症にやさしいまち作り”の支
援、最後に、尾島班との共同作業による「認知症にやさしい地域作り手引き」の作成を行
った。

について、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）の診断
を受けた本人、および家族/介護者 111 例に対して、本人の地域活動への参加の有無によっ
て 2 群に分け、24 週間の観察期間前後での本人の認知機能、IADL、QOL 効用値（EQ-5D）、BPSD、
家族/介護者の負担度（Zarit）を測定し、変化量の差異について検討した。その結果、地域
活動参加群において QOL 効用値の改善ならびに家族/介護者の負担度の軽減がみられ、不参加
群との間に有意な差が認められた。すなわち、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を示された。また、QALY 評価で経済効果にもつながることが示された。

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）」を今
年度も改定し、市内関係機関に配布した。について、平成 30 年 11 月 17 日に「認知症にや
さしいまち三鷹」を開催した。今回は“認知症になる前に知っておくと得すること”をテー
マに講演会を開催した。について、尾島班との共同作業で「認知症の人・高齢者等にやさ
しい地域作り手引き～指標の利活用とともに～」を作成し、このなかで「まちづくりの実践
例 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり- 東京都三鷹市の例-」の項目を担当し
た。

以上、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総括的研究成果を挙げる
ことができた。

研究分担者

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を講じることが喫緊の課題であり、新オレンジプランで国策として示されている。そのなかで、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で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、地域で取り組むべき重要な課題であり、ケアパスを用いた認知症の状態に応じた適切なサービス提供体制を地域の実情に合わせて構築する必要がある。

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）”）で研究事業を行い、認知症連携組織の構築ならびに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、地域のなかで今後さらに認知症の人と家族を支えるためには、両者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定めた。具体的には“研究計画・方法”に記載した方法で研究を行い、最終成果をガイドラインとしてまとめ、厚生労働行政の施策に反映させることを目標としている。

今年度は、昨年から継続して、認知症のひと本人、家族介護者を対象として、家族教室、認知症カフェ、サロン、介護者広

場、家族の会等を通じて、主として介護面から介入を行い、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こと、認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づいて適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策（ケアパス）構築し普及すること、三鷹市における“認知症にやさしいまち作り”の支援、最後に、尾島班との共同作業による「認知症にやさしい地域作り手引き」の作成を行った。

B．研究方法

1. 認知症のひと本人が地域活動に参加することによる本人の QOL と家族介護者の介護負担度等に与える影響の客観的評価

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新規受診し、認知症（もしくは疑い）の診断を受けた本人、および同行する介護者 111 組（平成 29 年度報告分は 64 例、本年度新規調査分は 47 例を併せて評価）。

介入方法：地域活動（家族教室、認知症カフェ、サロン、介護者広場、家族の会等）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 30 年 7 月 2 日～7 月 30 日（登録期間）平成 30 年 12 月 7 日～平成 31 年 1 月 31 日（追跡調査期間）

分析方法：地域活動への参加の有無によると群分けを行い、認知機能、日常生活の状態、QOL、BPSD、家族/介護者の介護負担度の変化について分析した。統計的手法は paired-t 検定もしくは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。いずれも有意水準を 5%とした。

2. 認知症の病期分類（軽度、中等度、重度）に基づく適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策（ケアパス）構築ならびに普及

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 年に初版として作成し、平成 29 年と 30 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するイベントを開催している。平成 30 年は 11 月 17 日に開催した。

4. 「認知症にやさしい地域作り手引き」の作成

尾島班との共同作業で「認知症の人・高齢者等にやさしい地域作り手引き～指標の利活用とともに～」を作成した。

（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. 認知症のひと本人が地域活動に参加することによる本人の QOL と家族介護者の介護負担度等に与える影響の客観的評価

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 111 例（平成 29 年度報告分は 64 例、本年度新規調査分は 47 例）の協力が得られた。追跡調査は初回調査から約半年後に実施した。初回調査および追跡調査の双方で協力が得られたのは 59 例（平成 29 年度報告分は

41 例、本年度新規調査分は 18 例)であり、追跡率 53.2%であった。

初回調査においては 37 例(全体の 33.3%)、追跡調査においては 21 例(35.6%)で、何らかの地域活動への参加が報告された。内容は水泳、体操、ヨガ、輪投げなどの運動教室、ビリヤード、グランドゴルフ、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、ギター演奏、カラオケ、料理、刺繍など趣味の教室、友人との集まり、戦争体験を話す会、地域の行事や町会、教会活動、地域の同業者の集まり、認知症の人の集まり、地域を支えるボランティア活動など、個人的活動から社会的活動までさまざまであった。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は次の表の通り

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	74	83.527	0.784	37	75.838	1.839	3.85	0.0003
認知機能								
HDS-R 得点	74	14.770	0.783	36	21.972	1.072	-5.34	<0.0001
MMSE 得点	74	17.230	0.660	36	23.528	0.844	-5.65	<0.0001
日常生活での状態								
IADL 得点 (女性)	50	4.040	0.370	22	7.136	0.266	-6.79	<0.0001
IADL 得点 (男性)	24	2.667	0.305	15	4.067	0.371	-2.89	0.0064
EQ5D (効用値)	74	0.692	0.017	37	0.784	0.024	-3.08	0.0026
BPSD ^a								
DBD 得点	68	35.603	2.311	25	29.640	3.385	1.38	0.1719
介護負担 ^b								
Zarit 得点	67	38.642	2.325	25	32.600	4.173	1.32	0.1904

^a 同行する家族/介護者がある場合のみ

地域活動参加群は、不参加群比べ、年齢が低く、HDS-R 得点および MMSE 得点が高く、IADL 得点が高く、EQ-5D 効用値が高かった。また、地域活動参加群において、MCI および AD 疑い、介護保険

の利用なし、ランク J1、日常生活自立度 b、同行者なし(一人で来院)が有意に多く、アルツハイマー型認知症、要介護 3、ランク J2 および A2、日常生活自立度 b が有意に少なかった。

3) 評価項目の変化量：追跡調査時の各評価項目の得点(表 3-1)ならびに変化量(表 3-2)を示す。

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	33	15.000	1.465	20	19.400	1.466
MMSE 得点	33	17.455	1.259	20	21.300	1.330
日常生活の状態						
IADL 得点 (女性)	24	3.875	0.5145	15	5.600	0.576
IADL 得点 (男性)	13	2.000	0.467	6	3.833	0.401
QOL 効用値	37	0.654	0.027	21	0.795	0.030
BPSD ^a						
DBD 得点	37	31.297	3.272	19	30.053	5.404
介護負担 ^b						
Zarit 得点	36	37.278	3.335	18	29.111	4.263

^a 同行する家族/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	33	0.576	0.584	20	0.200	0.627	0.42	0.6765
MMSE 得点	33	0.303	0.536	20	0.450	0.526	-0.18	0.8552
日常生活の状態								
IADL 得点 ^c	37	-0.104	0.042	21	-0.023	0.049	-1.22	0.2289
QOL 効用値	37	-0.049	0.031	21	0.046	0.029	-2.06	0.0438
BPSD ^a								
DBD 得点	36	1.611	1.76	17	2.882	2.481	-0.41	0.6812
介護負担 ^b								
Zarit 得点	34	5.412	2.336	17	-2.941	3.236	2.08	0.0429

^c 男女で母が異なるため各合計点で割った値
^a 同行する家族/介護者がある場合のみ

QOL 効用値および Zarit 得点において有意な群間差が認められた。すなわち、地域活動に参加していない群では QOL 効用値が低下し、Zarit 得点が上昇したのに対し、参加している群では QOL 効用値が上昇し、Zarit 得点が低下した。上記以外の項目に関しては、有意差はみられなかった。

2. 認知症の病期分類(軽度、中等度、重度)に基づく適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策(ケアパス)構築ならびに普及

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とともに冊子を作成し、地域の関係機関に配布した。



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（毎年度情報を刷新）。



同様のケアパスは、三鷹市以外に武蔵野市、狛江市、調布市、小金井市、府中市でも作成した。

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30年は11月17日に「認知症にやさしいまち三鷹」を開催した。



今回のテーマは「認知症になる前に知っておくと得すること」であり、講師に東京慈恵会医科大学（のぞみメモリークリニック非常勤医師）の繁田雅弘氏を招いて講演会を開催した。内容は、認知症は誰もがなる可能性があること、もしなったとしても三鷹が認知症を受け入れることができるようなまちになることが大切である、というものであり、本研究テーマに合致するもので

あった。また、認知症への取り組みや地域活動の展示やタブレット端末を利用した認知症予防体験、成年後見制度についての無料相談なども行った。また会終了後、JCOM三鷹武蔵野というローカルテレビチャンネルの取材を受け、三鷹市の認知症啓発活動に協力した。

4. 「認知症にやさしい地域作り手引き」の作成

尾島班との共同作業で「認知症の人・高齢者等にやさしい地域作り手引き～指標の利活用とともに～」を作成した。同冊子のなかで40～44ページの「まちづくりの実践例 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり- 東京都三鷹市の例-」の項目を執筆した。



D. 考察

以下、項目別に考察を加える。

1. 認知症のひと本人が地域活動に参加することによる本人のQOLと家族介護者の介護負担度等に与える影響の客観的評価について

昨年度の64例に加えて、今年度47例を加えて、計111例で調査を行った。一定の観察期間のち、当該観察期間中新

規に、もしくはそれ以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、評価項目の変化量について分析した。その結果、地域活動不参加群では本人のQOL効用値が低下し、家族の介護負担度が増加した。これに対し、地域活動参加群では、QOL効用値が上昇し、介護負担度が軽減し、両群間の変化量に有意な差が検出された。

地域活動参加群に見られたQOL効用値0.046向上は、24週での変化であるが、この変化量が仮に1年間維持されたと仮定すると、年間のQALY (Quality adjusted life) 変化量を同じく0.046と仮定して、地域活動への参加による推定QALYの効果は約30万円に相当すると考えられる(1QALYに対する支払い意思額約650万円)。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向上および家族/介護者の介護負担軽減につながるのみならず経済効果にも波及することが示された。

2. 認知症の病期分類(軽度、中等度、重度)に基づく適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策(ケアパス)構築ならびに普及

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、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)”、も必要である。そこで、今年度もケアパスを用いて認知症の病期分類(軽度、中等度、重度)に応じた生活支援を推進した。

具体的には三鷹市認知症ケアパス冊子の中に、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資源マップとともに示されている。これによって、市民は各種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。

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、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、この目的を達成するため毎年秋に“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30年度は“認知症になる前に知っておくと得すること”をテーマとした。認知症は誰もがなる可能性があること、もしなつたとしても三鷹市が認知症の人を受け入れることができるようなまちになることが大切である、という内容であり、本研究テーマに合致するものであった。

4. 「認知症にやさしい地域作り手引き」の作成

本研究の成果物として、尾島班との共同作業で「認知症の人・高齢者等にやさしい地域作り手引き～指標の利活用とともに～」の作成を行った。製本をご担当いただいた浜松医科大学医学部健康社会医学講座の尾島俊之教授に深謝いたします。

E. 結論

今年度は、「認知症のひと本人が地域活動に参加することによる本人のQOLと家族介護者の介護負担度等に与える影響の客観的評価」において、認知症のひとが地域活動に参加することによって、本人のQOLと家族/介護者の負担度の軽減に結びつき、経済効果にもつながることが示された。

その他、三鷹市を中心に、認知症の病期分類(軽度、中等度、重度)に基づいた適時・適切な医療・介護等を提供するための生活支援策(ケアパス)構築ならびに普及に努め、三鷹市の“認知症にやさしいまち作り”に支援した。

また最終的に、尾島班との共同作業で「認知症の人・高齢者等にやさしい地域作り手引き～指標の利活用とともに～」を作成し

た。

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 Koshiha , H Hasegawa , T Ebihara , K Kozaki : Relationship between cerebral White Matter Hyperintensities and Sympathetic Nervous Activity in elderly : Geriatr Gerontol Int . 18(4) : 569-575 , 2018 .
- 2) Shimada H, Lee S, Akishita M, Kozaki K, Iijima K, Nagai K, Ishii S, Tanaka M, Koshiha H, Tanaka T, Toba K. : Effects of golf training on cognition in older adults: a randomised controlled trial . J Epidemiol Community Health 72(10) : 944-950, 2018 .
- 3) 神崎恒一 : サルコペニアの科学と臨床 2) 認知症とサルコペニア・フレイル . 日本内科学会雑誌 107(9) : 1702-1707 2018 .
- 4) Toyoshima K , Araki A , Tamura Y , Iritani O , Ogawa S , Kozaki K , Ebihara S , Hanyu H , Arai H , Kuzuya M , Iijima K , Sakurai T , Suzuki T , Toba K , Arai H , Akishita M , Rakugi H , Yokote K , Ito H , Awata S : Development of the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items, a

short version of the Dementia

Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21-items, for the assessment of cognitive and daily functions . Geriatr Gerontol Int . Oct;18(10) : 1458-1462 , 2018 .

- 5) 神崎恒一 : 加齢に伴う認知機能の低下と認知症 . 日本内科学会雑誌 107(12) ; 2461-2468 , 2018 .

2. 学会発表

- 1) Koichi Kozaki : Long term care insurance system in Japan . Taiwan Association of Gerontology and Geriatrics 2018 , Taiwan , June 10th , 2018 .
- 2) 園原和樹, 松塚翔司, 佐藤理恵, 須田広樹, 平林亜美, 長谷川浩, 神崎恒一 : 高齢入院患者における運転再開の現状について . 第 60 回日本老年医学会学術集会, 京都, 2018 年 6 月 14 日 .
- 3) 宮本孝英, 海老原孝枝, 山田如子, 神崎恒一 : 誤嚥性肺炎関連モジュールからみた、認知症と高齢者肺炎 . 第 60 回日本老年医学会学術集会, 京都, 2018 年 6 月 15 日 .
- 4) 山田如子, 永井久美子, 神崎恒一 : 認知症患者の不安感の質的分析 . 第 60 回日本老年医学会学術集会, 京都, 2018 年 6 月 16 日 .
- 5) Katsuya Iijima , Tomoki Tanaka , Kenji Toba , Koichi Kozaki , Masahiro Akishita : (Poster) Cognitive Frailty

- | | |
|---|---|
| <p>and Adverse Health Outcomes in
Community-Dwelling Elderly Adults:
Comparison with Physical Frail
Individuals without Cognitive
Impairment . Alzheimer's Association
International Conference 2018 , USA ,
July 22th , 2018 .</p> | <p>第 37 回日本認知症学会学術集会 , 札幌 ,
2018 年 10 月 13 日 .</p> |
| <p>6) 神崎恒一 : 三鷹武蔵野エリアの認知症に
おける地域連携のかたち . 平成 30 年度
地域精神医療フォーラム , 東京 , 2018
年 8 月 3 日 .</p> | <p>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</p> |
| <p>7) 山田如子 , 永井久美子 , 神崎恒一 : (ポ
スター) 認知症患者の不安感の質的分析 .</p> | <p>3 . その他
なし</p> |

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

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, 吉田ありさ 3, 西岡淑恵 3, 水谷佳子 3, 望月謙治 4, 田口綾 4, 寺尾康子 4, 徳富真理子 4, 木之下徹 5

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

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)および家族/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, および同行する家族/介護者がある場合はその者。**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した。**結果と考察:** 対象を, 地域活動への参加の有無により 2 群にわけて検討した。その結果, 地域活動に参加している群において QOL 効用値の改善ならびに介護負担の軽減がみられ, 地域活動に参加していない群との間に変化量の有意な差が検出された。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を示された。(366 文字)

本文

．問題と目的

我が国における認知症の人の数は, 2012 年は 462 万人で 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 人の割合になると見込まれている¹⁴⁾。このことをふまえ, 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, 地域ぐるみの認知症の人へのより効果的な支援が目指されている。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。

認知症に関連する具体的なアプローチのひとつとして, 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。

以上を踏まえて筆者らは, 平成 28 年度の報告¹¹⁾において, 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した。その結果, 地域活動への参加が介護者の介護負担軽減につながることを示唆されたが, 本人のベネフィットについては明瞭な結果が得られなかった。本研究は, 介護者のベネフィットは勿論のことであるが, まずは認知症(もしくは疑い)の人本人のベネ

フィットをもたらす取り組みがいかにできるかの追究を目指すものであり、その点で先の報告における結果は不十分であった。そこで本稿では、対象者の数を増やしたうえで再度検討を行うこととする。

認知症の人々の暮らしを支える活動を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⁾。本研究での取り組みを通じて、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。

・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。本人に同行する家族/介護者がある場合には、その者も対象とした。本稿では、筆者らの平成28年度の報告¹¹⁾におけるデータに、対象者を新たに加えて検討を行った。その調査期間は平成30年7月2日から平成30年7月30日(初回調査)ならびに平成30年12月7日から平成31年1月31日(追跡調査)であった。

・方法

1. 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111例(平成28年度報告分は64例、本年度新規調査分は47例)の協力が得られた。追跡調査は、この111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。初回調査および追跡調査の双方で協力が得られたのは59例(平成28年度報告分は41例、本年度新規調査分は18例)であり、追跡率53.2%であった。

2. 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、抗認知症薬の服薬状況、介護保険利用の有無および認定内容について把握した。同行する家族/介護者がある場合は、本人との続柄、居住形態(同居、別居)、本人との時間共有の状況(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。同行する家族/介護者がある場合はその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)¹³⁾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家族/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, a, b, a, b, , (M) の 7 段階で判定する基準である。数が大きいほど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-5D³⁾ を用いて評価した。本人による回答が困難である場合は家族/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)

同行する家族/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, 家族/介護者の情報により DBD スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale)¹²⁾ 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。

・介護負担度

同行する家族/介護者がある場合, 評価時点の過去 1 か月における介護負担度に関し, 家族/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。

3. 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ると群分けを行い, 認知機能, 日常生活の状態, QOL, BPSD, 家族/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活動への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 paired-t 検定もしくは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。いずれも有意水準を 5% とした。

・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 37 例 (全体の 33.3%), 追跡調査においては 21 例 (35.6%) で, 何らかの地域活動への参加が報告された。内容は, 水泳, 体操, ヨガ, 輪投げなどの運動教室, ビリヤード対戦, グランドゴルフ, 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, ギター弾き語り, 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, 教会の活動, 地域の同業者の集まり, 認

知症の人の集まり，地域を支えるボランティアなど，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かったが，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。

介護保険以外の地域活動に参加している群は，参加していない群に比べ，年齢が低く，HDS-R 得点および MMSE 得点が高く，IADL 得点が高く，EQ-5D 効用値が高かった（表1）。また，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，介護保険の認定内容，JABC のランク，日常生活自立度においてばらつきがみられた（表2-1，表2-2）。すなわち，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，要介護3，ランク J2 および A1，日常生活自立度 b が有意に多い一方で，MCI およびアルツハイマー型認知症疑い，介護保険の利用なし，ランク J1，日常生活自立度 ，同行者なし（一人で来院）が有意に少なかった。地域活動に参加している群におけるばらつきはこれとは逆の傾向であり，MCI および AD 疑い，介護保険の利用なし，ランク J1，日常生活自立度 ，同行者なし（一人で来院）が有意に多い一方で，アルツハイマー型認知症，要介護3，ランク J2 および A2，日常生活自立度 b が有意に少なかった。

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=74			N=37				
	N	mean	SE	N	mean	SE		
基本属性								
age	74	83.527	0.784	37	75.838	1.839	3.85	0.0003
認知機能								
HDS-R得点	74	14.770	0.783	36	21.972	1.072	-5.34	<0.0001
MMSE得点	74	17.230	0.660	36	23.528	0.844	-5.65	<0.0001
日常生活での状態								
IADL得点（女性）	50	4.040	0.370	22	7.136	0.266	-6.79	<0.0001
IADL得点（男性）	24	2.667	0.305	15	4.067	0.371	-2.89	0.0064
EQ5D（効用値）	74	0.692	0.017	37	0.784	0.024	-3.08	0.0026
BPSD ^a								
DBD得点	68	35.603	2.311	25	29.640	3.385	1.38	0.1719
介護負担 ^a								
Zarit得点	67	38.642	2.325	25	32.600	4.173	1.32	0.1904

^a 同行する家族/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		地域参加あり		χ ² 値
	N=74		N=37		
	度数	%	度数	%	
本人の基本属性					
性別					0.712 ns
女性	50	67.6	22	59.5	
男性	24	32.4	15	40.5	
本人の医療情報					
認知症診断名 ^b					32.807 **
AD	50	67.6 ^c	14	38.9 ^d	
DLB	2	2.7	0	0.0	
AD&VaD	15	20.3	5	13.9	
AD&VaD&DLB	2	2.7	0	0.0	
AD&FTLD	2	2.7	0	0.0	
MCI	3	4.1 ^d	10	27.8 ^c	
AD疑い	0	0.0 ^d	7	18.9 ^c	
抗認知症薬の服薬					
なし	53	71.6	32	6.5	3.039 ns
あり	21	28.4	5	13.5	
本人の日常生活の状態					
介護保険・介護度					15.248 *
なし	31	41.9 ^d	27	73.0 ^c	
要支援1	4	5.4	4	10.8	
要支援2	1	1.4	0	0.0	
要介護1	19	25.7	5	13.5	
要介護2	8	10.8	1	2.7	
要介護3	8	10.8 ^c	0	0.0 ^d	
要介護4	2	2.7	0	0.0	
要介護5	1	1.4	0	0.0	
JABC					
J1	17	23.3 ^d	29	80.6 ^c	36.201 **
J2	28	38.4 ^c	6	16.7 ^d	
A1	18	24.7 ^c	1	2.8 ^d	
A2	3	4.1	0	0.0	
B1	4	5.5	0	0.0	
B2	3	4.1	0	0.0	
認知症高齢者の日常生活自立度					
	14	18.9 ^d	25	7.6 ^c	30.073 **
a	17	23.0	6	16.2	
b	27	36.5 ^c	5	13.5 ^d	
a	9	12.2	1	2.7	
b	3	4.1	0	0.0	
	3	4.1	0	0.0	
M	1	1.4	0	0.0	
	74		37		

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

^bAD: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		地域参加あり		χ ² 値
	N=74		N=37		
	度数	%	度数	%	
家族/介護者の情報					
本人との続柄					14.848 *
同行者なし	6	8.1 ^d	12	32.4 ^c	
配偶者	16	21.6	11	14.9	
娘	25	33.8	8	21.6	
息子	14	18.9	3	8.1	
嫁	8	10.8	1	2.7	
その他	5	6.8	2	5.4	
本人との同別居					0.069 ns
同居	36	48.6	14	37.8	
別居	32	43.2	11	29.7	
本人との時間共有					1.154 ns
いつも一緒	20	27	10	27.0	
日中は別	16	21.6	4	10.8	
ほとんど一緒ではない	32	43.2	11	29.7	

* $p < .05$

^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

3. 評価項目の変化量

追跡調査時の各評価項目の得点を表 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、QOL 効用値および Zarit 得点において有意な群間差が検出された。すなわち、地域活動に参加していない群では QOL 効用値が低下し、Zarit 得点が上昇したのに対し、参加している群では QOL 効用値が上昇し、Zarit 得点が低下した。

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=38			N=21		
	N	mean	SE	N	mean	SE
認知機能						
HDS-R得点	33	15.000	1.465	20	19.400	1.466
MMSE得点	33	17.455	1.259	20	21.300	1.330
日常生活の状態						
IADL得点(女性)	24	3.875	0.5145	15	5.600	0.576
IADL得点(男性)	13	2.000	0.467	6	3.833	0.401
QOL効用値	37	0.654	0.027	21	0.795	0.030
BPSD ^e						
DBD得点	37	31.297	3.272	19	30.053	5.404
介護負担 ^e						
Zarit得点	36	37.278	3.335	18	29.111	4.263

^e同行する家族/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=38			N=21				
	N	mean	SE	N	mean	SE		
認知機能								
HDS-R得点	33	0.576	0.584	20	0.200	0.627	0.42	0.6765
MMSE得点	33	0.303	0.536	20	0.450	0.526	-0.18	0.8552
日常生活の状態								
IADL得点 ^f	37	-0.104	0.042	21	-0.023	0.049	-1.22	0.2289
QOL効用値	37	-0.049	0.031	21	0.046	0.029	-2.06	0.0438
BPSD ^g								
DBD得点	36	1.611	1.76	17	2.882	2.481	-0.41	0.6812
介護負担 ^g								
Zarit得点	34	5.412	2.336	17	-2.941	3.236	2.08	0.0429

^f男女で分母が異なるため各合計点で割った値

^g同行する家族/介護者がある場合のみ

・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、当該観察期間中新規に、もしくはそれ以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、QOL 効用値が低下し、介護負担度が増加した。これに対し、地域活動に参加している群では、QOL 効用値が上昇し、介護負担度が軽減した。両群の変化量の間には有意な差が検出された。

地域活動に参加している群において見出された QOL 効用値 0.046 向上は、コストの上で次のような意味をもつ。これは観察期間である 24 週（約半年）における変化であるが、この変化量が仮に 1 年間維持された場合、年間の QALY（Quality adjusted life years）変化量を 0.046 と推定することができる。QALY は医療経済学的指標として主に費用対効果分析に広く利用されている指標である³⁾。我が国における 1QALY（完全な健康状態で生存する 1 年）に対する支払い意思額（WTP：Willingness-to-pay）は約 650 万円とされ^{15),16)}、その場合には、地域活動への参加による推定 QALY の効果は約 30 万円に相当する。

以上から、本人が継続的に地域活動に参加することが、本人の QOL 向上および家族/介護者の介護負担軽減につながることを示された。筆者らの平成 28 年度報告¹¹⁾においては QOL 効用値における改善について有意な差は検出できなかったが、本稿においては QOL 効用値が有意に向上することが見出された。

2. 本研究の限界と結論

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年齢が低い、HDS-R および MMSE 得点が高い、IADL 得点および QOL 効用値が高いなど、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という点で十分とはいえなかった。

さらに、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。

以上のような限界点は残るが、本研究は、日常診療の自然な流れのなかで行われたものであり、より現状に近い形で集団における変化を反映したものと考えられた。そのう

えで、地域活動に参加し関わっていくことが、本人の QOL を高め、また家族/介護者の介護負担軽減につながることを数値として示すことができた点で意義があったと考える。

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・江端真悟ほか：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) 銚石和彦・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：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) 神崎恒一：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 . 厚生労働科学研究費補助金 (疾病・障害対策研究分野 認知症政策研究) 平成 28 年度研究報告書, (2018) .
- 12) 溝口環・飯島節・江藤文夫・石塚 彰映ほか：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).
- 13) 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).
- 14) 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)
- 15) 大日康史：QALY あたりの社会負担の上限に関する調査研究 . 医療と社会, 13(3): 121-130 (2003).
- 16) 大日康史, 菅原民枝: 1QALY 獲得に対する最大支払い意思額に関する研究 . 医療と社会, 13(2): 157-165 (2006).

図表

別添

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 (H29 - Dementia - General - 003)

英文著者名

Asako Yasuda¹, Keiki Tsuchiya¹, Satoko Aoyama², Tomoko Honda³, Hiroko Ikeda³, Satomi Shikawatari³, Chiyuri Nakamura³, Arisa Yoshida³, Yoshie Nishioka³, Yoshiko Mizutani³, Kenji Mochizuki⁴, Aya Taguchi⁴, Yasuko Terao⁴, Mariko Tokutomi⁴, Toru Kinoshita⁵

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

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 111 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 59 persons were analyzed using paired t-test or chi-squared test.

Results: Of the samples, 37 persons (33.3%) in the first survey and 21 persons (35.6%) in the follow-up survey participated in community activities. For those who participated in community activities, utility QOL scores improved and Zarit burden scores were reduced at follow-up from baseline, but the former worsened and the latter increased for non-participants, showing significant differences between the groups.

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.

(162 words)

研究成果の刊行に関する一覧表

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	Geriatr Gerontol Int	18(4)	569-575	2018
Shimada H, Lee S, Akishita M, Kozaki K, Iijima K, Nagai K, Iwashii S, Tanaka M, Koshiba H, Tanaka T, Toba K .	Effects of golf training on cognition in older adults: a randomized controlled trial	J Epidemiol Community Health	72(10)	944-950	2018
神崎恒一	サルコペニアの科学と臨床 2) 認知症とサルコペニア・フレイル	日本内科学会雑誌	107(9)	1702-1707	2018
Toyoshima K, Araki A, Tamura Y, Iritani O, Ogawa S, Kozaki K, Ebihara S, Hanyu H, Arai H, Kuzuyama M, Iijima K, Sakurai T, Suzuki T, Toba K, Arai H, Akishita M, Rakugi H, Yokote K, Ito H, Awata S .	Development of the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items, a short version of the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21-items, for the assessment of cognitive and daily functions	Geriatr Gerontol Int	18(10)	1458-1462	2018
神崎恒一	加齢に伴う認知機能の低下と認知症	日本内科学会雑誌	107(12)	2461-2468	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症ケアを再考する 認知症当事者の声から	日本認知症ケア学会誌	第17巻 第2号	395-402	2018
水谷佳子 木之下徹	さまざまな視点から考える認知症 第3回 美穂さんと透子さんのお話	月刊 社会保険	816	26	2018

水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる10～裕さんの場合～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/ (現在閲覧できません)	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる11～ある日の診察室～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/ (現在閲覧できません)	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる12～トンネルの中で～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/ (現在閲覧できません)	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる13～楽しみを見つけに～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/ (現在閲覧できません)	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる14～裕さんの場合 その2～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/ (現在閲覧できません)	2018
水谷佳子 木之下徹	認知症とともに、よりよく生きる15～ミナミさんの場合～	生活書院 Webコラム	https://seikatsushoin.com/web-books/	2019

2019年 4月 5日

厚生労働大臣 殿

機関名 **杏林大学**

所属研究機関長 職名 **学長**

氏名 **大瀧 純一** 印

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 認知症政策研究事業
- 2. 研究課題名 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
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部高齢医学 教授
(氏名・フリガナ) 神崎 恒一 (コウザキ コウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	杏林大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 のぞみメモリークリニック

所属研究機関長 職名 院長

氏名 木之下 徹 印

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 院長
(氏名・フリガナ) 木之下 徹 (キノシタ トオル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	杏林大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 杏林大学に委託)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 杏林大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。