

平成16年度老人保健健康増進等事業報告書
(高齢者の自立支援及び元気高齢者づくりの
ための調査研究事業)

認知症(痴呆)の早期発見と早期対応が及ぼす
認知症介護のあり方の変容に関する研究
報 告 書

平成 17 年 3 月

社会福祉法人 浴 風 会
認知症介護研究・研修東京センター
(旧 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)

はじめに

「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護のあり方の変容に関する研究」は厚生労働省の平成 16 年度老人健康増進等事業の中の高齢者の自立支援及び元気高齢者づくりのための調査研究等事業による研究費助成を得て実施したものである。また、平成 16 年度に社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センターが実施した調査研究の一つであり、平成 15 年度より単年度事業として開始し、以後継続的に取り組んでいる事業である。

この調査研究は単年度ごとに実施しているものの、初年度（平成 15 年度）の研究目的を継承するように取り組んだ。すなわち、高齢者が自宅や施設で過ごす生活の中で、認知症がどのように発症しどのような経過をたどるのか、及び、認知症高齢者および家族への介護・看護ケアの質が、認知症の早期発見・対応にどのような影響を与えるのかという観点から調査を実施した。なお、本調査は、先行の「痴呆性高齢者の予後追跡調査」（平成 12-14 年度）を基盤に実施されていることを申し添えておきたい。

調査委員会は前年度と同様に、医学・疫学・介護・看護学などの多分野の研究者および実践家によって構成し、機能的な活動のため医学・疫学部会と介護・看護学部会の 2 部会を設けた。多職種の協働から成り立つ認知症介護の課題に取り組む体制を整えることができた。

全体委員会は、平成 16 年 7 月 23 日と平成 17 年 1 月 17 日の 2 回開催した。医学・疫学部会は、平成 16 年 8 月、9 月、平成 17 年 3 月に部会を実施した。介護・看護学部会は平成 16 年 9 月に部会を、10 月にアドバイザーを招いての打ち合わせ会議を実施した。

医学・疫学部会では、第一回の会合で、在宅高齢者の認知レベルの測定をいかに行うか、知的レベルとの関連では、生活習慣などの項目に絞って、いくつかの議論が行われた。部会の検討を経て、得られたデータの分析方法、結果の解釈を行うとともに報告書の分担執筆について検討した。

介護・看護学部会では、施設入所中のアルツハイマー型痴呆症高齢者とケアスタッフとのコミュニケーション場面の観察により効果的な言語的コミュニケーションの特性を明らかにし、施設高齢者の家族へのフォーカス・グループ・インタビューにより家族の経験を把握することを試みた。また、認知症（痴呆）高齢者への適切な対応についての示唆を得る目的で、身体拘束の廃止などで名高い特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘（東京都北区）を訪問した。

委員各位には、本調査・研究の計画・実施・分析・まとめに際し、多大なご尽力をいただき、ここに平成 16 年度の報告書が完成した。委員・研究協力者各位の努力に心から敬意を表したい。本報告書が認知症（痴呆）高齢者の方々およびそのご家族、ならびに認知症（痴呆）ケアに携わる専門職の方々への一助となることを切に望むものである。

平成 17 年 3 月

「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす

認知症介護のあり方の変容に関する研究」

委員長 杉下 知子

「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護のあり方の変容に関する研究」

委員一覧

◇ 委員長

杉下 知子（三重県立看護大学 教授 / 東京大学 名誉教授）

◇ 委員

丸井 英二（順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授）

松村 康弘（独立行政法人 国立健康・栄養研究所 健康栄養情報・教育研究部部長）

林 邦彦（群馬大学医学部 保健学科医療基礎学 教授）

山路 義生（長岡リハビリテーション病院 部長）

山本 精一郎（国立がんセンター情報研究部 予防・検診情報評価室 室長）

須貝 佑一（社会福祉法人 浴風会浴風会病院 診療部長）

吉田 亮一（社会福祉法人 浴風会浴風会病院 副院長）

山本 里美（社会福祉法人 浴風会南陽園 副園長）

成原 律子（社会福祉法人 浴風会第二南陽園 副園長）

橋谷 トミ（社会福祉法人 浴風会第三南陽園 副園長）

島村 淑子（社会福祉法人 浴風会グループホームひまわり ホーム長）

山本 則子（千葉大学看護学部 訪問看護学教育研究分野 助教授）

田近 松枝（社会福祉法人 浴風会第三南陽園 医務室長）

深堀 浩樹（三重県立看護大学 助手）

◇ アドバイザー

山野邊 邦子（社会福祉法人 浴風会南陽園 園長）

古荘 喜一（社会福祉法人 浴風会第二南陽園 園長）

島崎 隆太郎（社会福祉法人 浴風会第三南陽園 園長）

◇ オブザーバー

高山 充代（大正大学人間学研究科）

杉山 智子（東京大学大学院医学系研究科 大学院生）

ペ スッキ（東京大学大学院医学系研究科 大学院生）

梁 春玉（順天堂大学大学院医学系研究科 大学院生）

「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護のあり方の変容に関する研究」

部会構成員

◇医学・疫学部会

丸井 英二（順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授）
松村 康弘（独立行政法人 国立健康・栄養研究所 健康栄養情報・教育研究部部長）
林 邦彦（群馬大学医学部 保健学科医療基礎学 教授）
山路 義生（長岡リハビリテーション病院 部長）
山本 精一郎（国立がんセンター情報研究部 予防・検診情報評価室 室長）
須貝 佑一（社会福祉法人 浴風会浴風会病院 診療部長）
吉田 亮一（社会福祉法人 浴風会浴風会病院 副院長）

◇介護・看護学部会

山本 里美（社会福祉法人 浴風会南陽園 副園長）
成原 律子（社会福祉法人 浴風会第二南陽園 副園長）
橋谷 トミ（社会福祉法人 浴風会第三南陽園 副園長）
島村 淑子（社会福祉法人 浴風会グループホームひまわり ホーム長）
杉下 知子（三重県立看護大学 教授 / 東京大学 名誉教授）
山本 則子（千葉大学看護学部 訪問看護学教育研究分野 助教授）
田近 松枝（社会福祉法人 浴風会第三南陽園 医務室長）
深堀 浩樹（三重県立看護大学 助手）

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	i
「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす 認知症介護のあり方の変容に関する研究」委員一覧	ii
「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす 認知症介護のあり方の変容に関する研究」部会構成員	iii
I. 医学・疫学部会による調査研究	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 特養入所者の知的機能の3年間変化と在宅高齢者の知的機能3年変化	3
3. 認知症早期発見のための集団検診における知的機能検査と 頭部 X 線 CT 所見の活用について	9
4. 高年者健診時に実施した頭部 CT 所見の経年変化と血液検査	14
5. 在宅高齢者の生活習慣調査	23
6. 在宅高齢者の生活習慣と知的機能の関連	50
7. 生年月日と年齢を自己回答できる知的レベルと MMSE 得点との関係	137
II. 介護・看護部会による調査研究	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	140
2. 認知症高齢者を対象とした早期対応法の確立	141
3. 施設高齢者の家族介護者のアセスメント尺度の開発	164
4. 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘訪問報告	177
5. 平成 15 年度「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方 の変容に関する研究」および先行の平成 14 年度「痴呆性高齢者の予後追跡調査」 に関する原著論文・研究発表予定	191

I. 医学・疫学部会による調査研究

1. はじめに

認知症の早期診断の重要性が強調されるようになったのはつい最近のことである。その背景にはいくつかの要因があげられよう。その第一は認知症高齢者の増加傾向がますます顕著になり、認知症高齢者のケアが社会全体の負荷になりつつあることである。その傾向に対する根本的対応を迫られていることが第一の要因だろう。

第二に認知症疾患の多くは治療が困難で、早期発見や早期診断にあまり意義がなかったこれまでの事情が一変しつつあることである。とくに難治であるアルツハイマー病に対していくつかの治療薬が登場し始めたことが大きなインパクトになっている。これまで発売された治療薬の対象が軽度から中等度のアルツハイマー病に対してであり、とくに軽度の段階で使うことが効果を高めるとされる。このために認知症の早期発見と早期診断が重要な意義を持つようになった。

第三は認知症の早期診断技術が飛躍的に進歩したことがあげられる。頭部 X 線 CT 装置や核磁気断層撮影装置 (MRI) は多くの医療施設に普及するようになった。これらの診断装置や場合によっては脳血流や脳代謝を画像化できるポジトロン断層撮影などを駆使して早期診断がより正確に行える。こうして認知症の早期診断が直接治療に結びつき、さらには認知症の進行を遅らせることで介護予防へつながっていくという可能性が見えてきている。

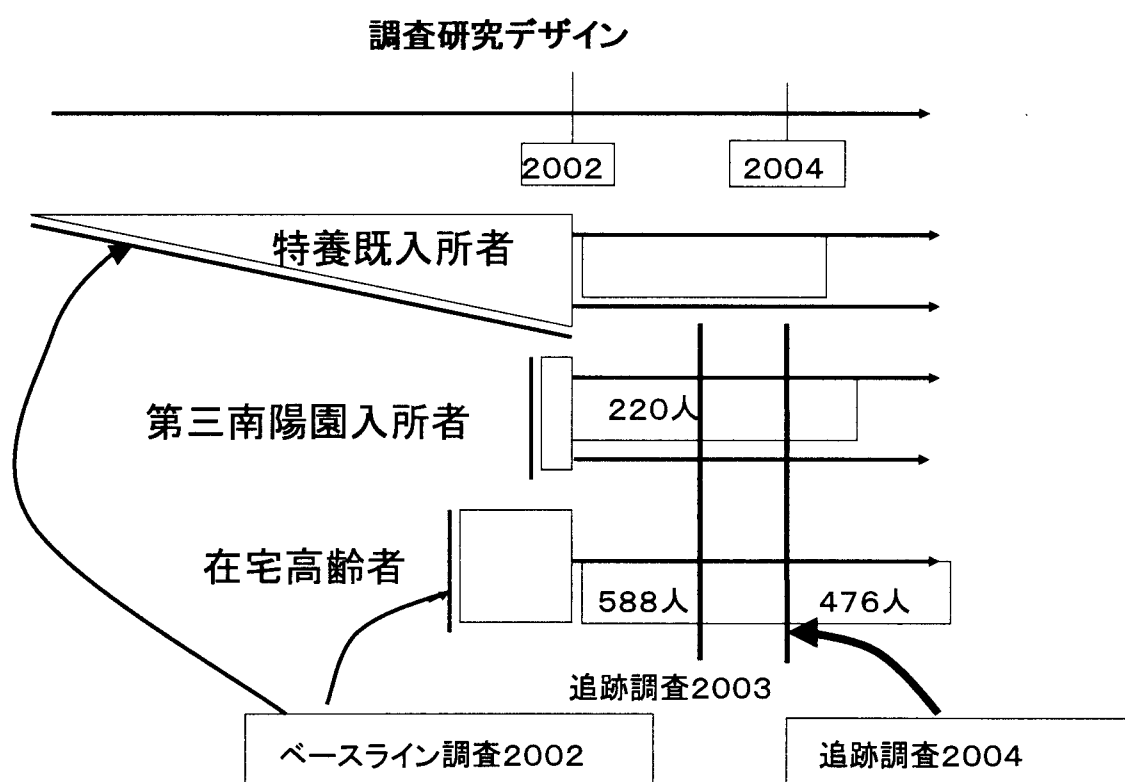
しかし、実際には認知症の早期発見についてはまだ系統だった方法は確立していない。ましてやがんの早期発見のような集団検診プログラムや人間ドック方式は確立していない。まだ暗中模索の段階といえる。さらに、早期発見の次の早期対応についてはなおさら不明のことが多い。そうこしているうちに認知症が進み、周囲が気づいたときにはある程度進行していて認知症に伴う様々な精神や行動の異常に悩まされている。逆な見方をすると精神や行動の異常が出てはじめて気がつくという場合が多い。認知症とくにアルツハイマー病について治療薬が登場したとはいえ発病してある程度進行した段階では薬は無力である。介護対応も後手後手に回りやすい。

そこで医学・疫学部会の調査研究では、在宅で生活している高齢者の毎年の健康診断の機会を捉え、健康状態や知的機能、生活状況を調べる調査研究を始めた。比較として要介護に至り、特別養護老人ホームに入所中の高齢者の健康状態と知的機能も調べることにした。在宅の高齢者を 1 年、2 年と経過を観察していく中で認知症を早く発見するためにはどのような集団検診が可能か、認知症に進んでいく要因は何かを明らかにすることを調査の目標とした。特別養護老人ホームの入所者については入所後の認知症の発症、入所後の認知症の進行に影響を及ぼしている要因は何かをあわせて検討していった。

調査は平成 14 年の開始から 3 年目を迎える。調査研究の中で在宅高齢者の中で認知症予備軍といえる正常ではないが、異常とも言い切れない知的レベルにある高齢者が約 20% から 30% いることがわかった。生活習慣と知的レベルに関連が見いだせるものもみつかった。特別養護老人ホームに入所中の高齢者の認知症の進行に影響を及ぼす要因も明らかになりつつある。こうした結果をふまえて早期対応のあり方を提言することが今後の課題でもある。

<調査研究の概要>

調査の対象は社会福祉法人浴風会病院の杉並区民高齢者検診に訪れ、本研究の参加に文書で同意した588人と平成14年4月に開所した特別養護老人ホーム第三南陽園入所者220人である。入所者にあつては本人または家族の代諾を得て調査を実施した。区民検診に訪れ、調査に参加をしている群を在宅高齢者とした。平成14年には頭部X線CT、MMSE、自覚症状調査を実施、平成15年、16年にはこれに加えて高齢者の生活習慣を調べた。途中参加の高齢者も若干加わっている。調査の概要を下図に示すので参照してほしい。



2. 特養入所者の知的機能の3年間変化と在宅高齢者の知的機能の3年間変化

特養入所者および在宅高齢者の知的機能の変化を、MMSE 得点によって分析した。調査研究対象者のうち、平成 14 年度調査、平成 15 年度調査、平成 16 年度調査の 3 時点で MMSE が測定された、特養入所者 120 例、在宅高齢者 166 例を解析対象とした。特養入所者の MMSE 得点の平均値±標準偏差は、平成 14 年度の 11.4 ± 7.74 から平成 15 年度 10.5 ± 8.51 、平成 16 年度 8.1 ± 8.72 と年々減少し、いずれも統計学的に有意な減少であった（対応のある t 検定で、平成 15 年度 $p=0.0183$ 、平成 16 年度 $p<0.0001$ ）。また、平成 14 年度調査での MMSE 得点から、6 点以上減少した例は、平成 15 年度で 13 例（10.8%）、平成 16 年度で 36 例（30.0%）で認められた。一方、6 点以上の増加は、平成 15 年度で 5 例（4.2%）、平成 16 年度で 3 例（2.5%）でのみ認められた。

特養入所者における MMSE 得点減少の程度を男女別にみると、男性では平成 15 年度で平均 1.5 点の減少、平成 16 年度で平均 2.9 点の減少であり、女性では平成 15 年度で平均 0.7 点の減少、平成 16 年度で平均 3.4 点の減少と、いずれの性においても年々 MMSE 得点は減少し、その減少程度も両性で同程度のものといえる。平成 14 年度調査 MMSE 得点からの 6 点以上減少の例は、いずれの性でも平成 15 年度で約 1 割、平成 16 年度で約 3 割と、男女とも同様に増えている。図に、3 年度間の変化を男女別に示した。横軸に平成 14 年度 MMSE 得点を、縦軸に平成 15 年度および平成 16 年度の MMSE 得点を示す。また、平成 15 年度から平成 16 年度への動きを→で示した。男女とも特養入所者では、左下から右上への 45 度の線（線上の点は平成 14 年度 MMSE 得点と同じ得点を示す）の下方に点が多くあり、平成 14 年度 MMSE 得点から減少していることがわかる。また、→も下向きのものが多く、平成 15 年度、平成 16 年度と徐々に減少している例が多いことがわかる。

また、平成 14 年度 MMSE 得点を 23 点以下の障害例群と 24 点以上群に分けて変化を見たところ、23 点以下障害例群では MMSE 得点の平均値±標準偏差は、平成 14 年度で 10.1 ± 6.65 、平成 15 年度 9.1 ± 7.35 、平成 16 年度 6.6 ± 7.25 と有意な減少が認められた（対応のある t 検定で、平成 15 年度 $p=0.0314$ 、平成 16 年度 $p<0.0001$ ）。平成 14 年度 MMSE 測定時年齢と MMSE 得点変化の関係をみると、いずれの年齢層でも年々減少しており、減少の程度も年齢層間に大きな差は認めなかった。

一方、在宅高齢者での MMSE 得点は、平成 14 年度の 28.0 ± 2.29 から平成 15 年度の 28.2 ± 2.49 、平成 16 年度の 28.2 ± 2.937 と、ほとんど平均値に変化はみられなかった。平成 14 年度から 6 点以上の減少した例も、平成 15 年度 1 例（0.6%）、平成 16 年度 3 例（1.8%）のみと、特養入所者に比べると極めて少ないものであった。性別、平成 14 年度 MMSE 得点、年齢群別にも、MMSE 得点の変化を検討したが、いずれのサブ・グループにおいても、有意な変化はみられなかった。なお、平成 14 年度 MMSE 24 点以上群における平成 16 年度 MMSE 得点は、対応のある t 検定で $p=0.0413$ 、符号付順位検定で $p=0.0307$ 、また、平成 14 年度 MMSE 測定時年齢 79 歳以下群における平成 16 年度 MMSE 得点は、対応のある t 検定で $p=0.0374$ と、統計学的に有意な変化であったが、いずれも得点の減少ではなく増加を示すものであった。

特養入所者および在宅高齢者の平成 14～16 年度調査における MMSE 得点

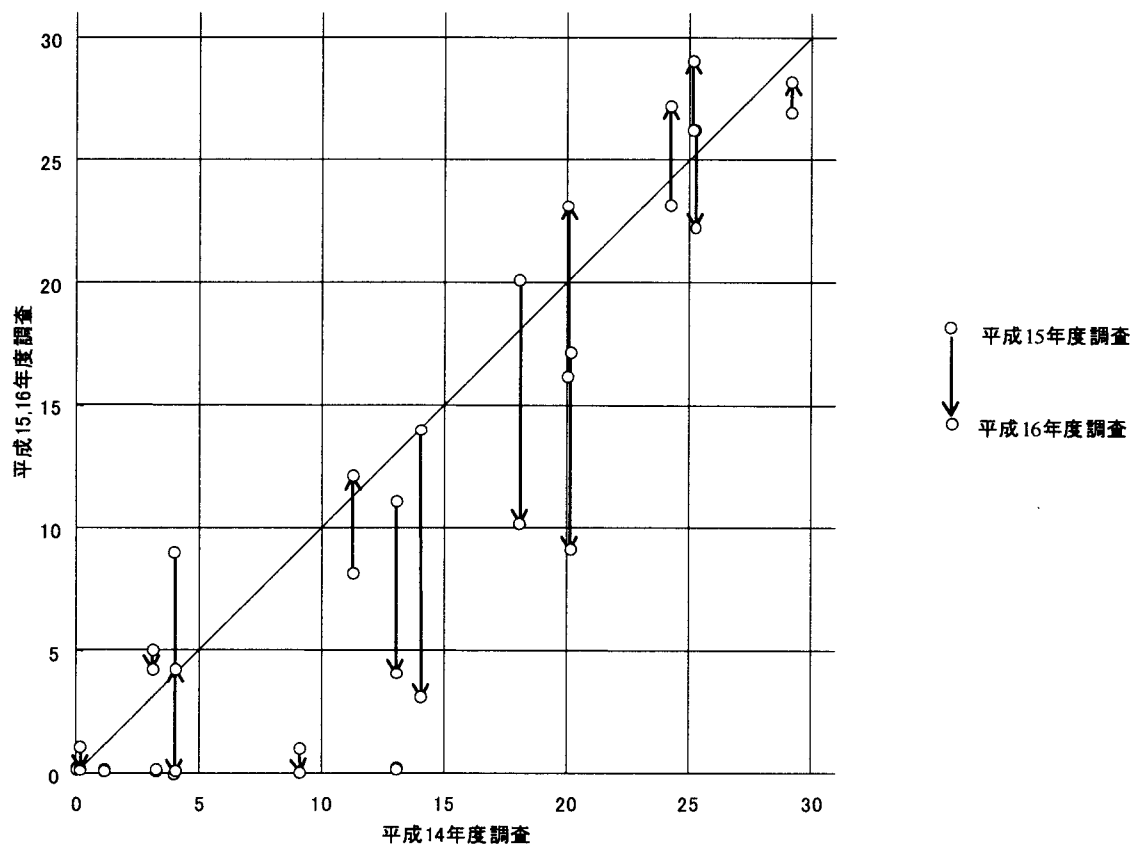
		N	調査年度	MMSE総得点			変化 (平成14年からの差) 標準			対応のある t検定	符号付 順位検定
				中央値	平均値	標準 偏差	中央値	平均値	偏差		
施設入所者	全例	120	平成14年度	12.0	11.4	7.74					
			平成15年度	10.0	10.5	8.51	0.0	-0.9	4.0	t=-2.392, p=0.0183	p=0.0459
			平成16年度	6.5	8.1	8.72	-2.0	-3.3	5.2	t=-6.996, p<0.0001	p<0.0001
	(性別)										
	男	21	平成14年度	11.0	11.2	9.81					
			平成15年度	8.0	9.7	10.15	-1.0	-1.5	3.8	t=-1.836, p=0.0812	p=0.0759
			平成16年度	4.0	8.3	10.70	-1.0	-2.9	5.2	t=-2.581, p=0.0178	p=0.0345
	女	99	平成14年度	12.0	11.4	7.29					
			平成15年度	11.0	10.7	8.16	0.0	-0.7	4.1	t=-1.809, p=0.0734	p=0.1688
			平成16年度	7.0	8.0	8.30	-2.0	-3.4	5.2	t=-6.485, p<0.0001	p<0.0001
	(平成14年MMSE別)										
	MMSE(H14) ≤23	110	平成14年度	11.0	10.1	6.65					
			平成15年度	9.0	9.1	7.35	0.0	-1.0	4.1	t=-2.505, p=0.0137	p=0.0314
			平成16年度	4.0	6.6	7.25	-2.0	-3.4	4.9	t=-7.303, p<0.0001	p<0.0001
	MMSE(H14) ≥24	10	平成14年度	25.0	25.8	1.93					
			平成15年度	26.5	26.1	2.81	1.0	0.3	2.5	t=0.387, p=0.7078	p=0.7109
			平成16年度	26.0	23.7	8.53	-1.0	-2.1	7.8	t=-0.849, p=0.4180	p=0.8398
	(平成14年年齢別)										
	～79歳	36	平成14年度	9.0	10.7	9.82					
			平成15年度	3.5	9.0	10.40	-1.0	-1.7	3.9	t=-2.609, p=0.0133	p=0.0057
			平成16年度	1.5	7.6	10.30	-1.0	-3.1	5.8	t=-3.166, p=0.0032	p=0.0020
	80歳代	54	平成14年度	11.0	11.3	7.55					
			平成15年度	11.0	11.1	8.35	0.0	-0.2	3.8	t=-0.326, p=0.7456	p=0.7469
			平成16年度	8.0	8.8	8.36	-2.0	-2.5	4.3	t=-4.305, p<0.0001	p<0.0001
	90歳以上	30	平成14年度	12.0	12.3	4.87					
			平成15年度	11.0	11.2	5.94	0.0	-1.2	4.5	t=-1.431, p=0.1631	p=0.3534
			平成16年度	6.0	7.3	7.41	-4.5	-5.0	5.6	t=-4.921, p<0.0001	p<0.0001
在宅高齢者	全例	166	平成14年度	29.0	28.0	2.29					
			平成15年度	29.0	28.2	2.49	0.0	0.2	2.2	t=0.974, p=0.3314	p=0.3376
			平成16年度	29.5	28.2	2.93	0.0	0.2	2.2	t=1.403, p=0.1626	p=0.0957
	(性別)										
	男	60	平成14年度	29.0	28.0	2.06					
			平成15年度	29.0	28.3	2.34	0.0	0.3	2.5	t=0.783, p=0.4370	p=0.3703
			平成16年度	30.0	28.1	2.84	0.0	0.1	2.7	t=0.388, p=0.6997	p=0.7427
	女	106	平成14年度	29.0	28.0	2.42					
			平成15年度	29.0	28.1	2.58	0.0	0.1	2.1	t=0.604, p=0.5474	p=0.6652
			平成16年度	29.0	28.3	2.99	0.0	0.3	1.9	t=1.616, p=0.1091	p=0.0591
	(平成14年MMSE別)										
	MMSE(H14) ≤23	3	平成14年度	21.0	19.0	5.29					
			平成15年度	19.0	17.7	4.16	-2.0	-1.3	1.2	t=-2.000, p=0.1835	p=0.5000
			平成16年度	14.0	14.0	7.00	-6.0	-5.0	2.6	t=-3.273, p=0.0820	p=0.2500
	MMSE(H14) ≥24	163	平成14年度	29.0	28.2	1.86					
			平成15年度	29.0	28.4	2.00	0.0	0.2	2.2	t=1.120, p=0.2645	p=0.2542
			平成16年度	30.0	28.5	2.07	0.0	0.3	2.1	t=2.057, p=0.0413	p=0.0307
	(平成14年年齢別)										
	～79歳	131	平成14年度	29.0	28.3	1.81					
			平成15年度	29.0	28.5	1.90	0.0	0.2	2.1	t=0.901, p=0.3695	p=0.3321
			平成16年度	30.0	28.7	2.00	0.0	0.3	2.0	t=1.823, p=0.0707	p=0.0374
	80歳代	33	平成14年度	28.0	26.8	3.37					
			平成15年度	28.0	26.9	3.89	0.0	0.0	2.5	t=0.069, p=0.9456	p=1.0000
			平成16年度	29.0	26.7	4.96	0.0	-0.1	3.0	t=-0.230, p=0.8196	p=0.8234
	90歳以上	2	平成14年度	25.0	25.0	0.00					
			平成15年度	27.5	27.5	3.54	2.5	2.5	3.5	t=1.000, p=0.5000	p=1.0000
			平成16年度	26.5	26.5	2.12	1.5	1.5	2.1	t=1.000, p=0.5000	p=1.0000

特養入所者および在宅高齢者の平成14年度からのMMSE得点変化

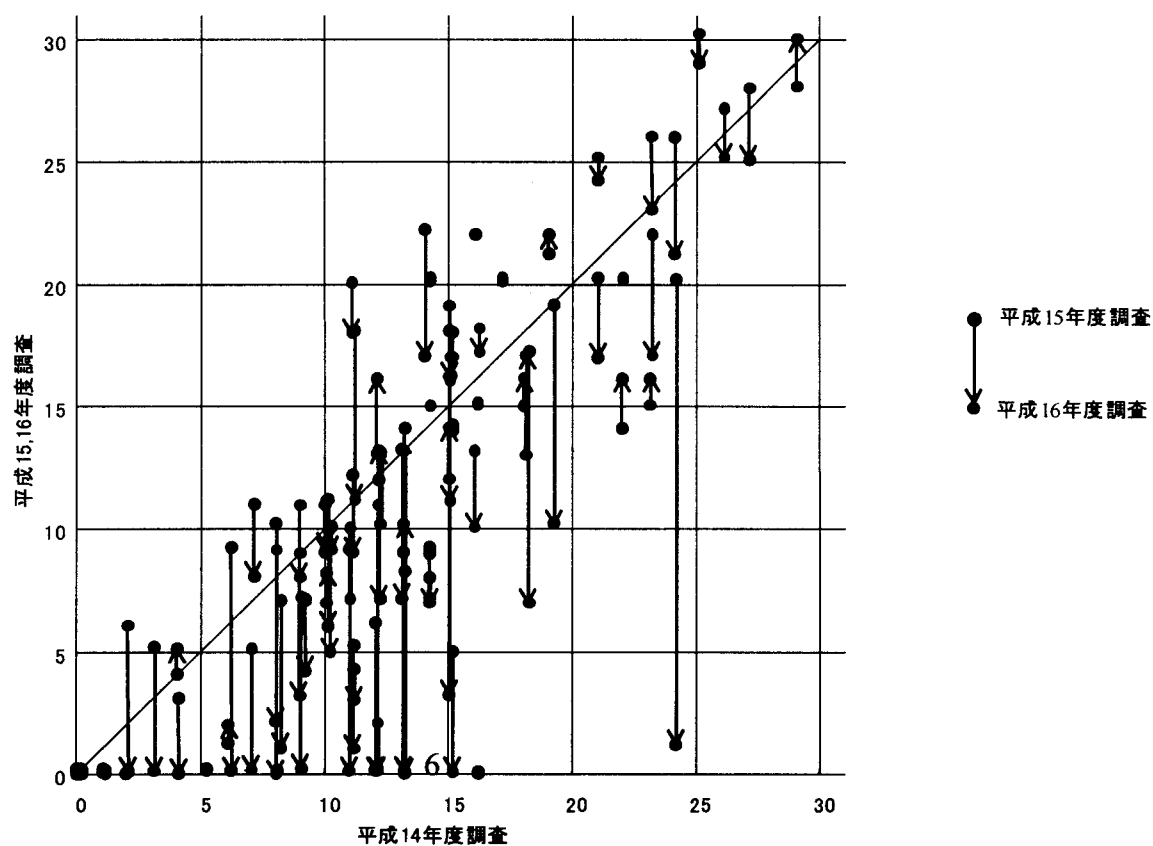
		N		MMSE変化(平成14年度調査からの変化)		
				6点以上の減少	±5点以内	6点以上の増加
施設入所者	全例	120	平成15年度 平成16年度	13 (10.8%) 36 (30.0%)	102 (85.0%) 81 (67.5%)	5 (4.2%) 3 (2.5%)
	(性別)					
	男	21	平成15年度 平成16年度	2 (9.5%) 6 (28.6%)	19 (90.5%) 15 (71.4%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	女	99	平成15年度 平成16年度	11 (11.1%) 30 (30.3%)	83 (83.8%) 66 (66.7%)	5 (5.1%) 3 (3.0%)
	(平成14年MMSE別)					
	MMSE(H14) ≤ 23	110	平成15年度 平成16年度	13 (11.8%) 35 (31.8%)	92 (83.6%) 72 (65.5%)	5 (4.6%) 3 (2.7%)
	MMSE(H14) ≥ 24	10	平成15年度 平成16年度	0 (0.0%) 1 (10.0%)	10 (100%) 96 (90.0%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	(平成14年年齢別)					
	～79歳	36	平成15年度 平成16年度	3 (8.3%) 9 (25.0%)	33 (91.7%) 27 (75.0%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	80歳代	54	平成15年度 平成16年度	5 (9.3%) 15 (27.8%)	45 (83.3%) 37 (68.5%)	4 (7.4%) 2 (3.7%)
在宅高齢者	90歳以上	30	平成15年度 平成16年度	5 (16.7%) 12 (33.3%)	24 (80.0%) 17 (56.7%)	1 (3.3%) 1 (3.3%)
	全例	166	平成15年度 平成16年度	1 (0.6%) 3 (1.8%)	165 (99.4%) 162 (97.6%)	0 (0.0%) 1 (2.5%)
	(性別)					
	男	60	平成15年度 平成16年度	1 (1.7%) 1 (1.7%)	59 (98.3%) 59 (98.3%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	女	106	平成15年度 平成16年度	0 (0.0%) 2 (1.9%)	106 (100%) 103 (97.2%)	0 (0.0%) 1 (0.9%)
	(平成14年MMSE別)					
	MMSE(H14) ≤ 23	3	平成15年度 平成16年度	0 (0.0%) 2 (66.7%)	3 (100%) 1 (33.3%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	MMSE(H14) ≥ 24	163	平成15年度 平成16年度	1 (0.6%) 1 (0.6%)	162 (99.4%) 161 (98.8%)	0 (0.0%) 1 (0.6%)
	(平成14年年齢別)					
	～79歳	131	平成15年度 平成16年度	1 (0.8%) 1 (0.8%)	130 (99.2%) 130 (99.2%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)
	80歳代	33	平成15年度 平成16年度	0 (0.0%) 2 (6.1%)	33 (100%) 30 (90.9%)	0 (0.0%) 1 (3.0%)
	90歳以上	2	平成15年度 平成16年度	0 (0.0%) 0 (0.0%)	2 (100%) 2 (100%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)

特養入所者における知的機能の3年度間の変化(男女別)

特養入所者の知的機能の変化 3年度とも測定 of 男性 n=21

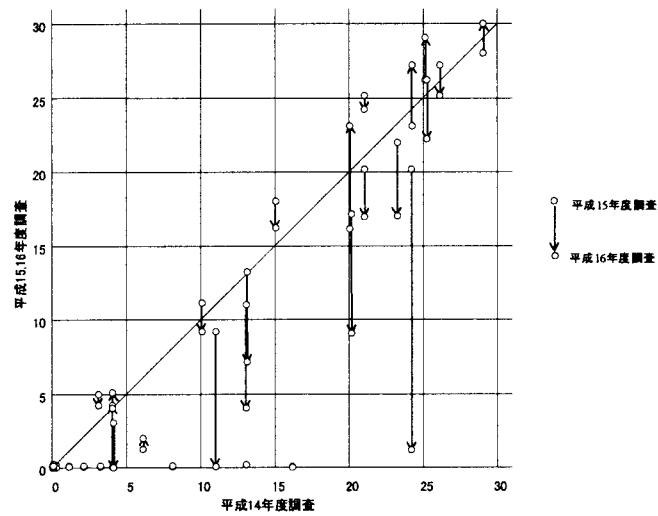


特養入所者の知的機能の変化 3年度とも測定 of 女性 n=99

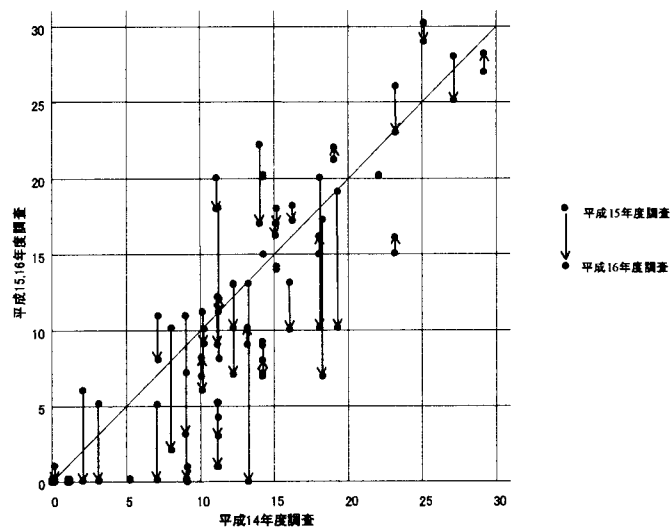


特養入所者における知的機能の3年度間の変化（平成14年度測定時年齢別）

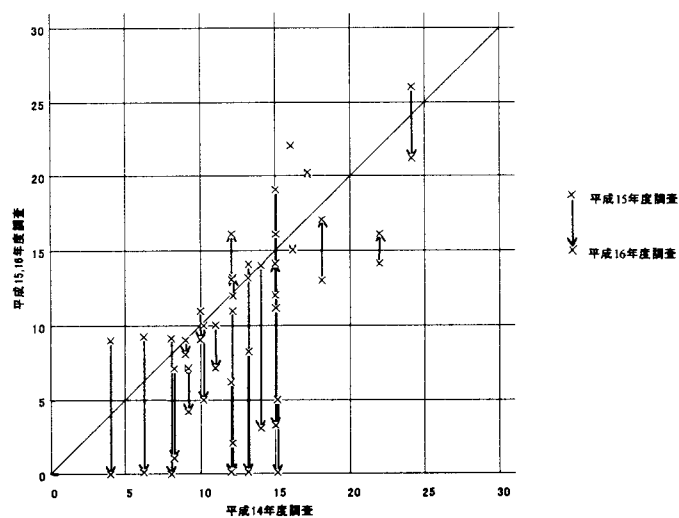
特養入所者の知的機能の変化 3年度とも測定79歳以下 n=36



特養入所者の知的機能の変化 3年度とも測定80歳代 n=54

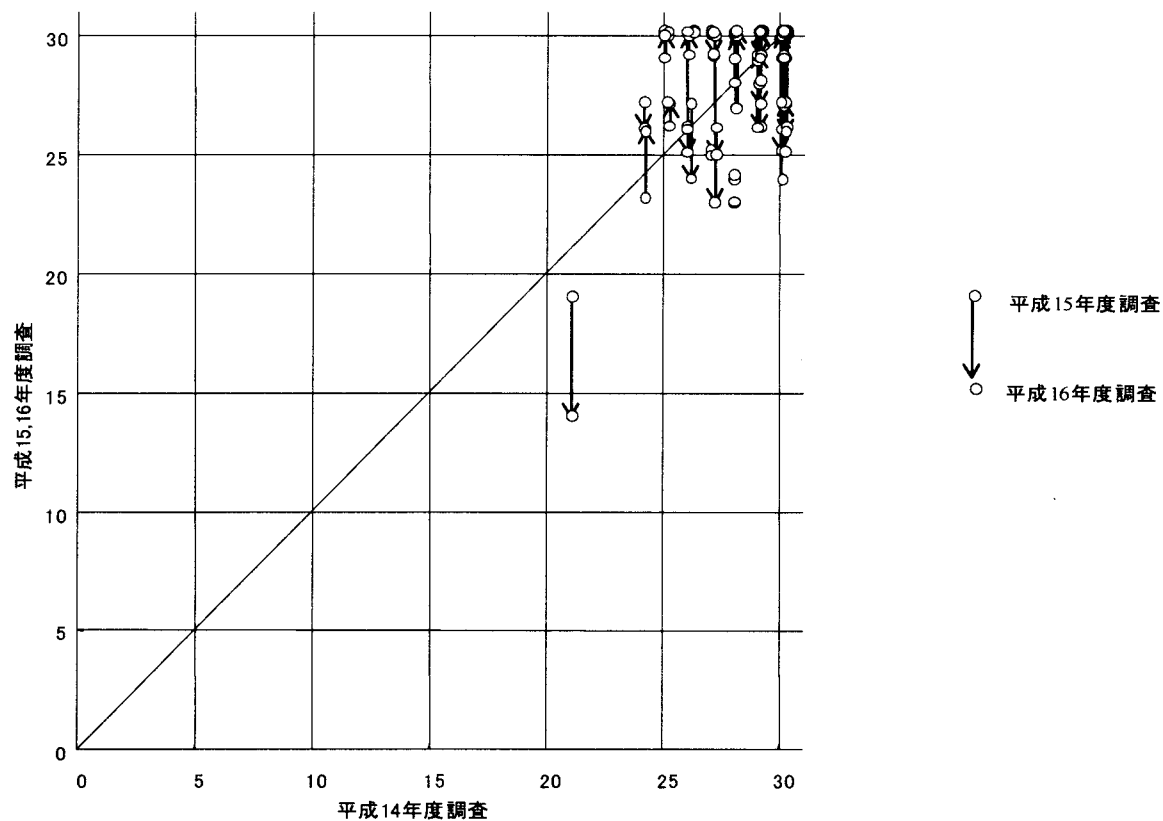


特養入所者の知的機能の変化 3年度とも測定90歳以上 n=30

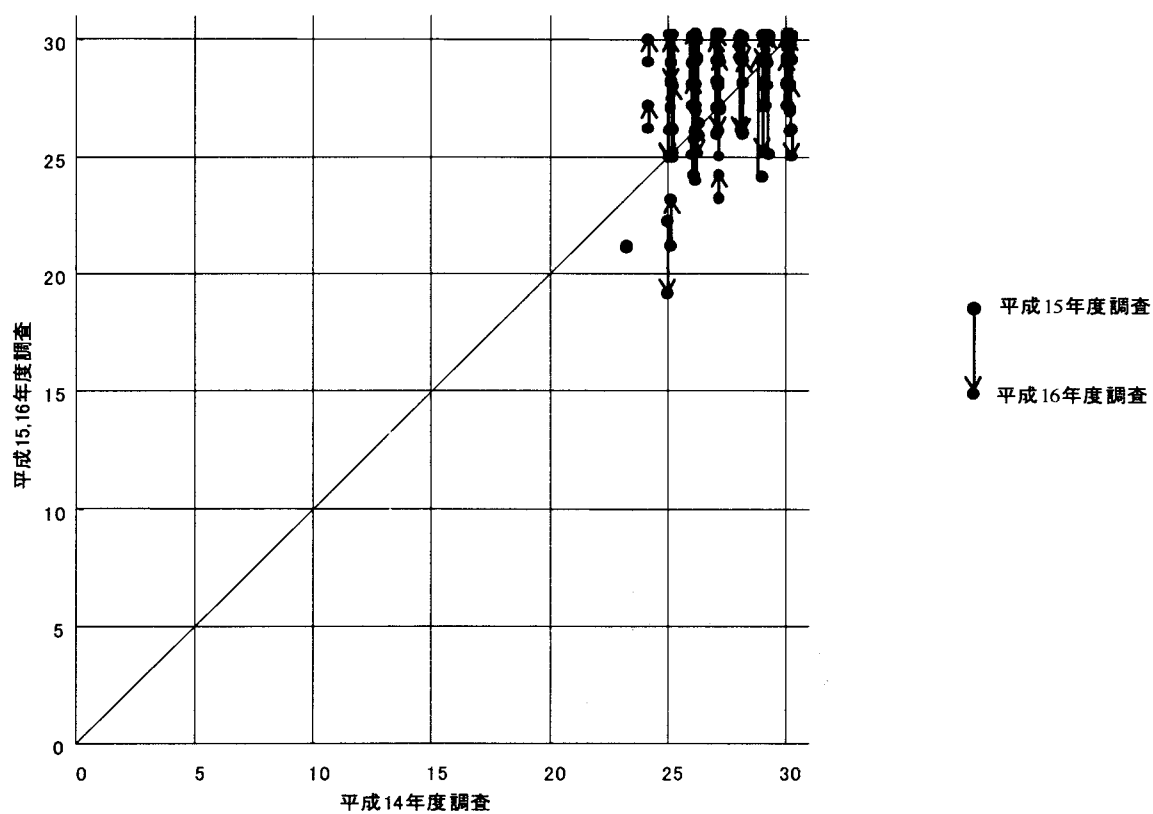


在宅高齢者における知的機能の3年度間の変化(男女別)

在宅高齢者の知的機能の変化 3年度とも測定 of 男性 n=60



在宅高齢者の知的機能の変化 3年度とも測定 of 女性 n=106



3. 認知症早期発見のための集団検診における知的機能検査と頭部 X 線 CT 所見の活用について

方法：平成 16 年度は杉並区民高齢者検診事業とは切り離して認知症早期発見を目標にした「頭の検診」を平成 16 年 9 月 1 日から平成 16 年 10 月末日までの平日に行った。検診実施主体は本調査研究グループ（代表 杉下知子、須貝佑一）とし、昨年実施した検診の参加者には今回もあらかじめ研究調査の趣旨を説明した文書を送付し、受診を希望する旨の返信葉書を調査研究の同意書とした。MMSE、時計描画テストと頭部 X 線 CT 検査を希望し、実際に検査を行えたのは 462 例（男性 169 例、女性 293 例）だった。MMSE と時計描画テストは検診当日、臨床心理士が本人に面接して行った。頭部 X 線 CT の判定は画像フィルムを視察により、1：正常、2：萎縮はあるが年齢の範囲、3：年齢不相応の脳萎縮、4：小梗塞、または深部白質の低吸収域の散在、5：多発梗塞像、または粗大な低吸収域の存在、の 5 段階に評価した。脳萎縮像はびまん性でも局所的萎縮でも年齢不相応な所見は「3」と評価した。分析にあたってアルツハイマー病の早期発見を念頭に所見 4、所見 5 は除外して検討した。

さらに頭部 X 線 CT による脳萎縮について側脳室下角の開きを海馬周辺の萎縮の評価指標として用い、開大なしを 0、やや開大を 0.5、開大を 1、中等度開大を 2、高度の開大を 3 として評価した。

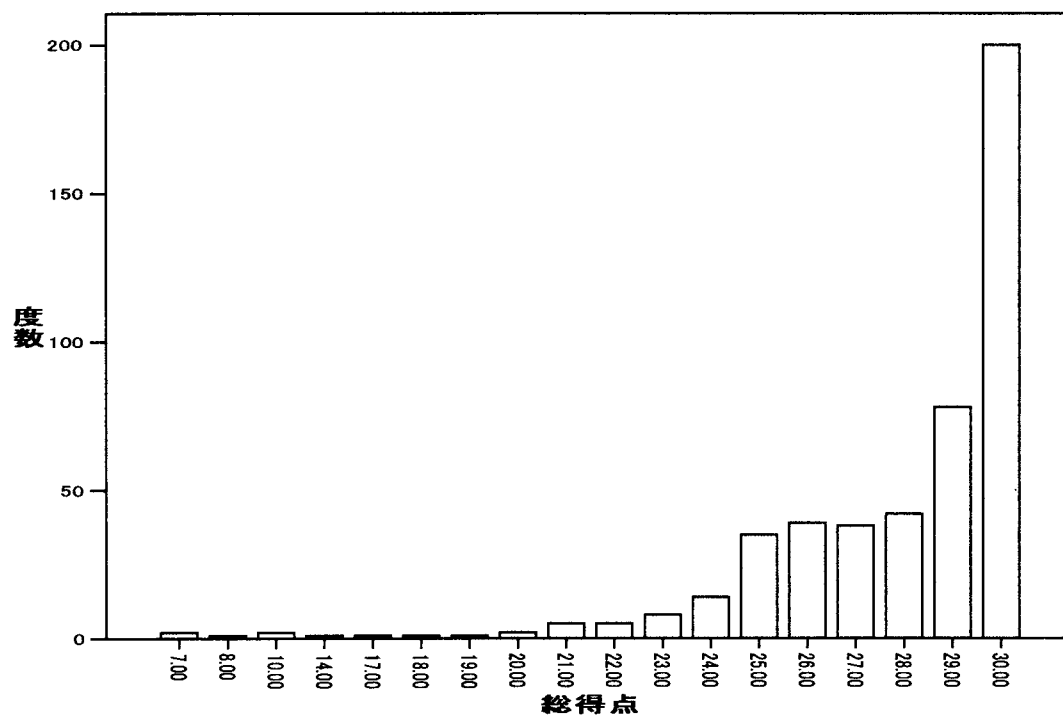
知的レベルの評価には MMSE を用い、29 点、30 点は正常、24 点以下を認知症（痴呆症）レベルの知能低下とした。その中間の 28 点から 25 点までを MMSE 上での軽度認知障害レベルの知能低下として扱った。

平成 16 年度は、知的レベルの評価に時計描画テストを追加して集団検診のスクリーニングに加えて検討した。

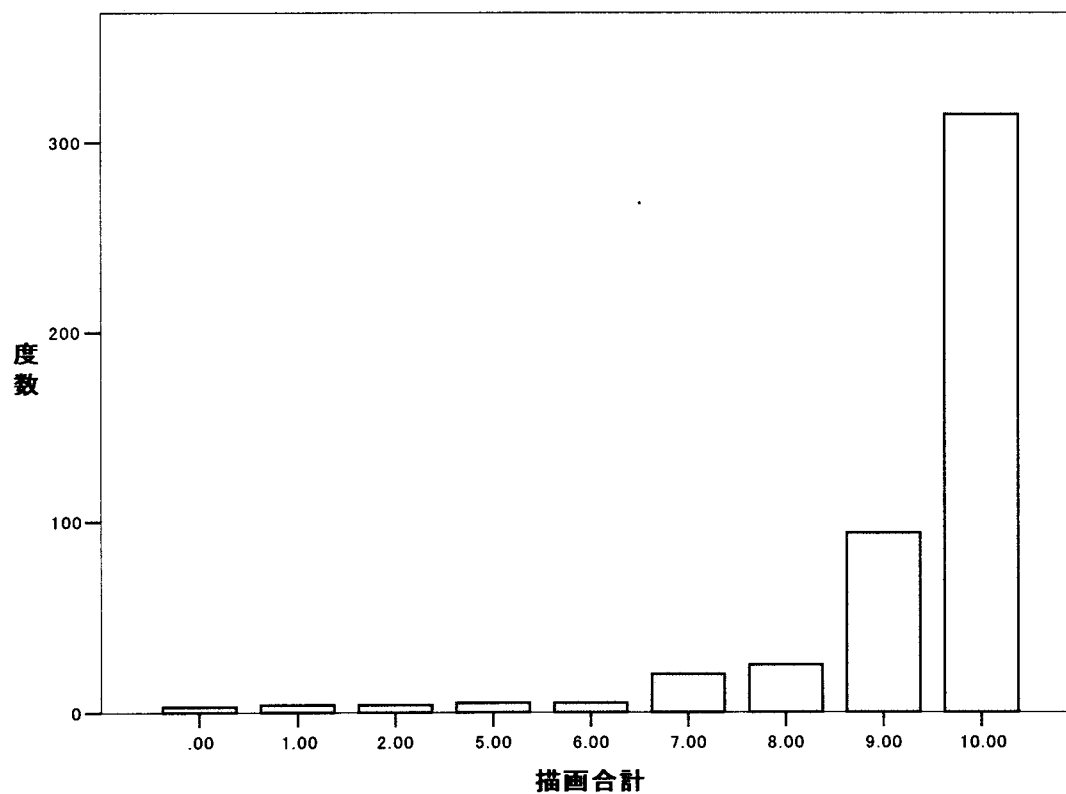
結果：在宅高齢者の MMSE の分布は 30 点を頂点に富士山の裾野のようになだらかに減少するカーブを描く。認知症レベルは全体の 9.1%，MMSE における軽度認知障害レベルは 32.4%，正常は 58.5% であった（図 1）。

時計描画テストではスクリーニングレベルは決められていないが、（図 2）の分布を見ると 7 点を仮のスクリーニングレベルと仮定し、正常を 10 点とすると正常な描画遂行可能ケースは 66.3%，描画の拙劣なケースは 8.6%，軽度の描画障害を示すケースは 25.1% だった。

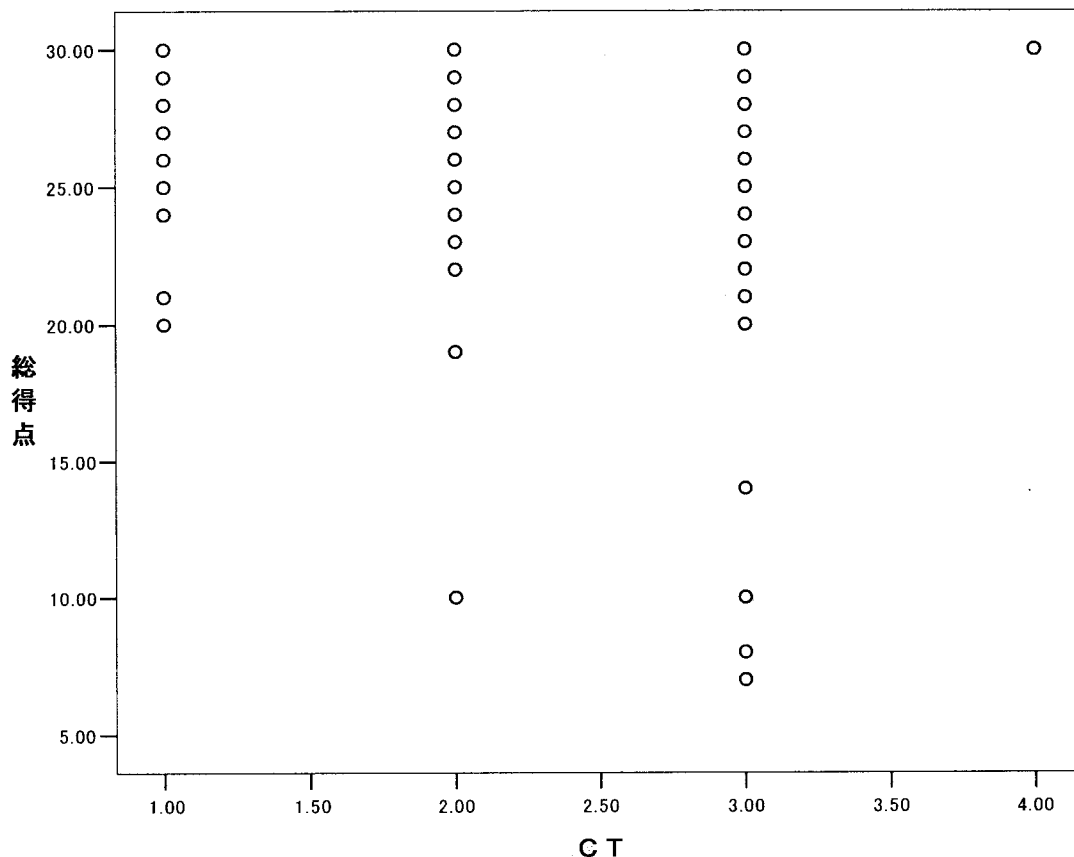
在宅高齢者のMMS E総得点の分布（平成16年9月，10月）（図1）



在宅高齢者の時計描画テストの点数分布（図2）



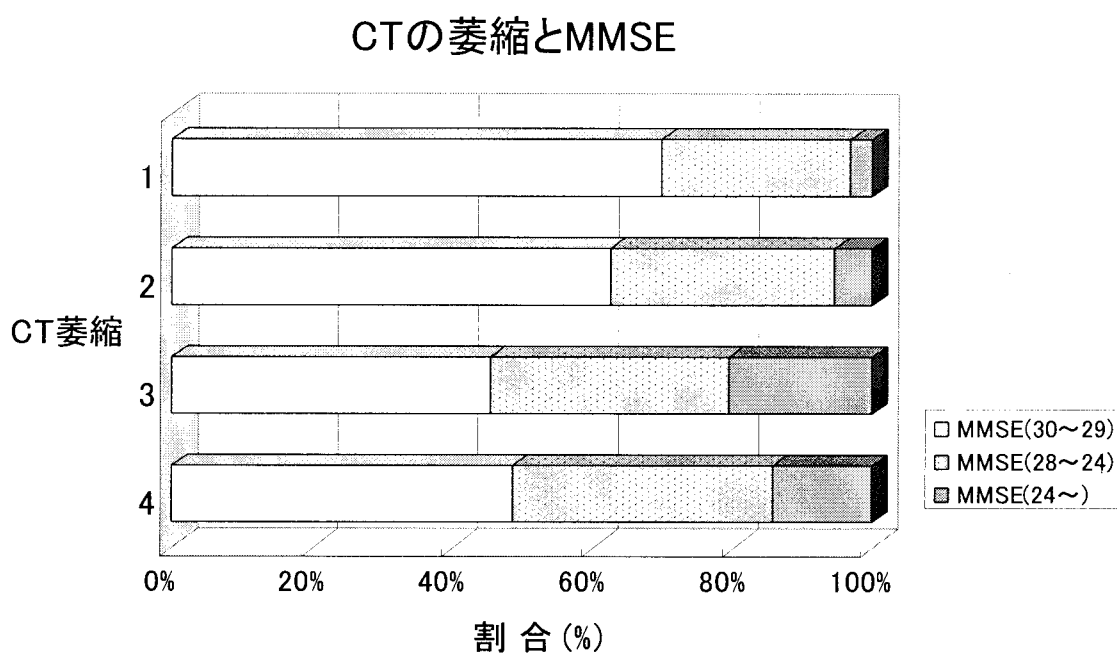
MMS E 総得点と頭部X線C Tによる脳萎縮との関連 (図 3)



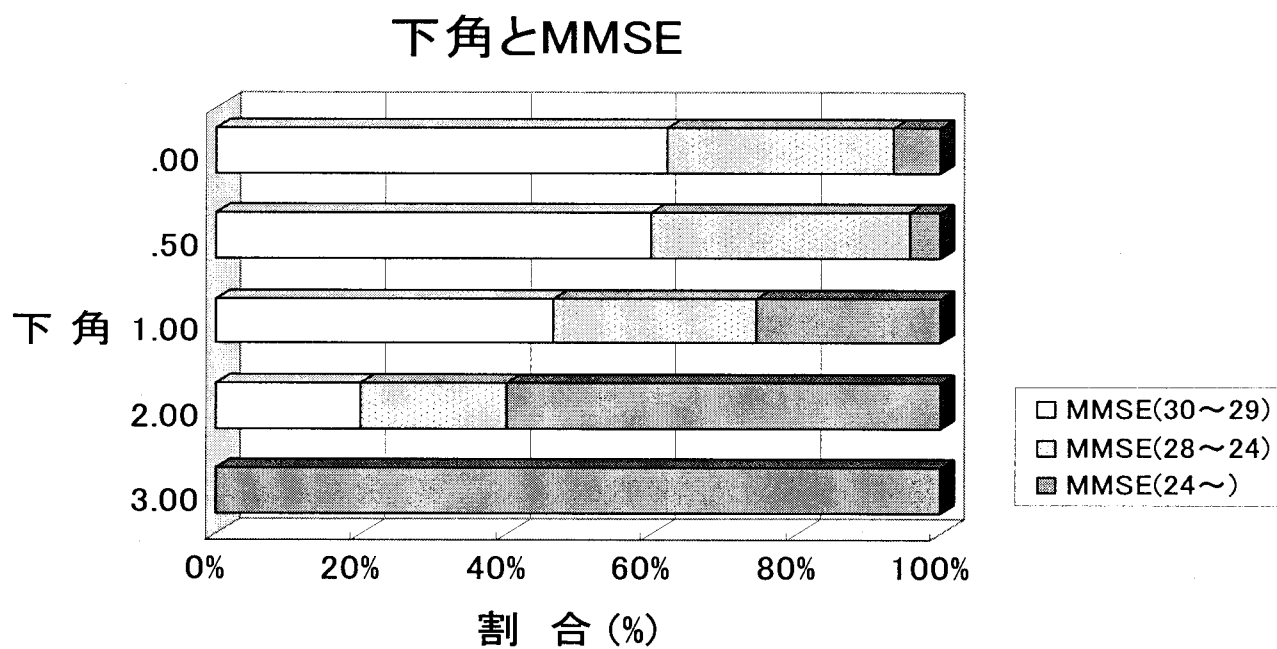
同じ年齢でも萎縮を認めないケース (評価 1) ではMMSE が 24 点以下を示す例が少ない。年齢相応の萎縮 (評価 2) では認知症レベルの知的低下が混じり込む。

CT 上の全般的な脳萎縮所見だけでは図 4 にみるように認知症のスクリーニングには使えないが、これを海馬周辺の萎縮を示す指標として下角の開大で評価するとMMSE との関連がより鮮明になることがわかる。下角が正常範囲にある割合は全体の 64.4%, 下角の開大が評価 1 以上になるのは全体の 10.4% である。MMSE と時計描画、頭部X線CTにおける海馬の萎縮を総合的に判断することで認知症の早期発見は可能と思われるが、とくにMMSE が正常で下角が 1 以上の開大を示す例やMMSE が認知症レベルにありながら頭部X線CTが正常、あるいは年齢の範囲を示すケースなど、スクリーニングポイントからはずれているケースの検討を加えてより正確な認知症早期発見の集団検診方式につなげていきたい。

(図 4)

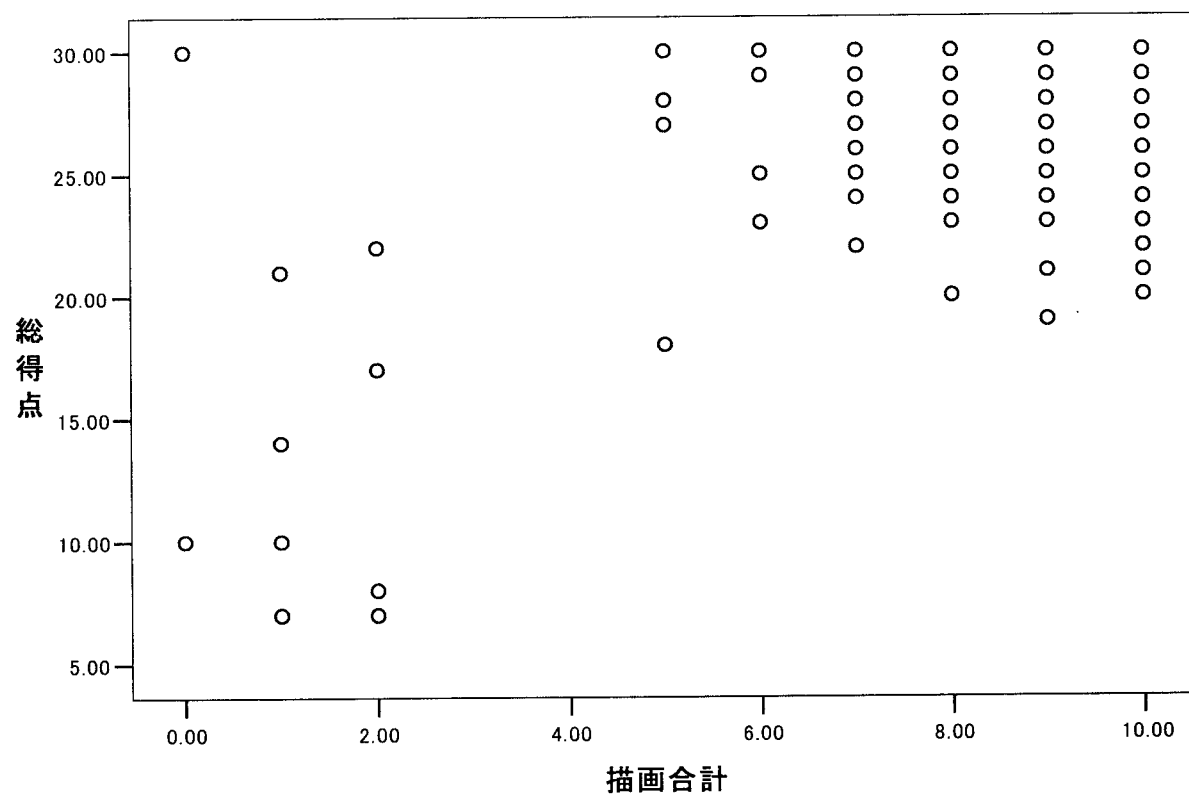


(図 5)



(図 6)

時計描画テストとMMSE の分布



4. 高年者健診時に実施した頭部 CT 所見の経年変化と血液検査

吉田亮一¹⁾、大友英一¹⁾、須貝佑一²⁾

1) 浴風会病院 内科 2) 浴風会病院 精神科

【目的】

平成 2002-2004 年度の高年者健診時に頭部 CT 検査を行い、また血液データとの関連を調査し、近年の高齢者で脳を中心とする健康状態の動向を把握した。

【方法】

高年者健診受診者時に頭部 CT を実施した 1160 例、02 年 355 例平均 74 歳、03 年 363 例 75 歳、04 年 442 例 76 歳を対象に、CT 所見の分析(CVD の有無、PVL の程度別出現頻度、脳萎縮、脳回萎縮、脳室拡大の肉眼による 5 段階分類-, ±, +, 2+, 3+)とそれらの経年的変化および血液検査データとの比較を実施した。

【結果】

1) 頭部 CT 受診者例とその年齢&年代別割合

頭部 CT 合計は 1160 例平均 75 歳で、その年齢の内訳は以下の如くであった。

2002(H14 年)の研究 CT363 例---74.4±5.8 歳(64-94 歳)

2003(H15 年)の研究 CT388 例---75.3±6.0 歳(62-98) 02 年より有意に高い(P<0.03)

2004(H16 年)の研究 CT442 例---75.6±6.1 歳(63-99)02 年より有意(p<0.01)に高いが、03 年と有意の差はなかった。

それらの 65 歳よりの 10 歳間隔の年齢構成は

	02 年 363 例	03 年 388 例	04 年 442 例
65-74 歳	192 例 52.9%	186 例 47.9%	197 例 44.6%
75-84 歳	150 例 41.3%	176 例 45.4%	206 例 46.6%
85 歳以上	21 例 5.8%	26 例 6.7%	39 例 8.8%

脱落例の平均年齢

02-03 脱落例---133 例の平均年齢 74.4±6.0

03-04 脱落例---124 例の平均年齢 76.1±6.6 02 年で脱落した群に比し有意に高年齢であった。P<0.03

02-04 通念例---176 例

→対象年齢は、02 年は 03 年に比し有意に低い年齢であったが、03 年、04 年はほぼ同様の平均年齢であった。年齢構成も 02 年のみは 65 歳～74 歳が 53%で半数以上を占めていたが、03 年、04 年の年齢群は 75 歳以上が多い傾向であった。

2)年度別 CT 診断の分析

a.2002 年 363 例

脳萎縮のみ---272 例、74.9%

何らかの CVD---75 例、20.7%

その他---16 例 4.4%

b.2003 年 388 例

脳萎縮のみ 5---324 例、83.5% 02 年と比較し有意に増加している($p<0.01$)

何らかの CVD--- 50 例、12.9% 02 年と比較し有意に減少している($p<0.01$)

その他---14 例 3.6%

c.2004 年 442 例

脳萎縮のみ 5---363 例、82.5%

何らかの CVD---64 例、14.5%

その他---15 例 3.0%

→CT 診断としては、02 年が 03 年、04 年と比較し単なる脳萎縮は有意に少なく、CVD の所見が有意に多い($p<0.01$)結果であった。また同一者の連続例が 02 から 03 年は 230 例、02 から 04 年まで 176 例であった。脱落例は 02 から 03 年で多いことが、それらの結果に影響していた。これは健診時の CT で CVD が存在する場合には、次年度健診のために来院していない傾向が示唆された。

3)通年の 176 例における CT 診断の推移

	2002 年	2003 年	2004 年
脳萎縮のみ---	132 例、75.0%	143 例 81.3%	146 例 83.0%
何らかの CVD---	35 例、19.9%	28 例 15.9%	31 例 17.6%
その他 ---	10 例、5.7%	9 例 5.1%	10 例 5.7%

3 年連続 CT を実施した CT 診断の分析

2003 年前年度と同様：142/159 例 89.3% 脳萎縮の進行 13 例 8.2%=97.5%

2004 年前年度と同様：139/150 例 92.7% 脳萎縮の進行 8 例 5.3%=98.0%

→約 2 年の経過では、CT 所見としてはその約 98%がほぼ同様の所見であり、一般の高健を受け、さらに頭部 CT 検査を希望する対象者の健康への意識の高さを裏付ける結果であった。

4)年度別 PVL の出現頻度

02 年度 352 例 平均 1.41 ± 0.82

1(-)---266 例 75.6%, 2(±)---42 例 11.9%, 3(+)--32 例 9.1, 4(++)--9 例 2.6,
5(+++) ---3 例 0.8

03 年度 384 例 平均 1.46 ± 0.88

1(-)---287 例 74.7%、2(±)---38 例 9.9%、3(+)--43 例 11.2
4(++)--13 例 3.4、5 (++) ---3 例 0.8

04 年度 441 例 平均 1.41 ± 0.78

1(-)---331 例 75.1%、2(±)---48 例 10.9%、3(+)--53 例 12.0
4(++)--9 例 2.0、5 (++) ---0 例

→PVL の出現状況は 02, 03, 04 の各年度で大きな変化は認められず、PVL(-)が各年度とも 75%前後であった。しかし年齢を考慮すると 02 年の PVL 頻度はやや高い傾向と評価される。これはやはり次年度脱落した CVD 群の影響と思われる結果であった。

5)脳萎縮程度別の出現頻度

02 年度 360 例 平均 2.83 ± 0.58

1(-)--1 例 0.3%、2(±)---93 例 25.8%、3(+)--233 例 64.7 +以上 74%
4(++)--33 例 9.2、5 (++) ---0 例

03 年度 387 例 平均 3.02 ± 0.54 脳萎縮は 02 年に比し、その程度は有意に高度のものであった($p < 0.001$)。

1(-)--0 例%、2(±)--53 例 13.7%、3(+)--277 例 70.8 +以上 86.4%

4(++)--60 例 15.5、5 (+++) ---0 例

02 と 03 年は Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p<0.001$)。

04 年度 442 例 平均 2.92 ± 0.55 脳萎縮は 03 年に比し、その程度は有意に低いものであった($p<0.01$)。

1(-)--0 例、2(±)--85 例 19.2%、3(+)--308 例 69.7 +以上 80.8%

4(++)--49 例 11.1、5 (+++) ---0 例

03 と 04 年は Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p<0.01$)。

→03 年の脳萎縮は 02 年に比し有意な進行を認め($p<0.001$)、年齢の影響が考慮された。しかし 04 年は年齢がやや高くなっていたが、その程度はむしろ有意な低下を示しており、これは新たな被験者の脳萎縮が軽度で、脱落例の脳萎縮が顕著であったためと思われた。02 から 03 年の脱落者の平均 74 歳であり、03 年から 04 年の脱落者は 76 歳であった。

連続して 3 回 CT 検査を受けた対象者の脳萎縮は、176 例 02-04 通念例 176 例の脳萎縮を年度別に比較した。

02 年 175 例 平均 2.78 ± 0.43 03 年 2.966 ± 0.53 04 年 2.989 ± 0.49

1(-)---0 例

0 例

2(±)---50 例 28.6% 28 例 16.0% 22 例 12.6%

3(+)--112 例 64.0% 125 例 71.4% 133 例 76.0%

4(++)--13 例 7.4% 22 例 12.6% 20 例 11.4%

5 (+++) ---0 例

→3 年連続で CT を実施した症例の脳萎縮を各年度で比較すると、02 年より 04 年まで加齢にともない萎縮は進行しており、特に 02 年と 03 年の脳萎縮では有意差が認められた($p<0.01$)Mann-Whitney 検定。

6) CT 診断で CVD の出現頻度に相違を生じた症例の 02.03 年の血液検査を比較
02 年の検査 data

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値
BUN	15.858	4.088	.217	355	7.600	37.400
Cre	.721	.179	.010	355	.400	2.200
UA	5.398	1.364	.072	355	.600	9.200
TC	212.763	34.367	1.824	355	125.000	312.000
GLU	100.327	32.140	1.706	355	62.000	368.000
GOT	24.572	8.259	.438	355	11.000	86.000
GPT	22.465	13.674	.726	355	6.000	152.000
γ	18.620	26.724	1.418	355	3.000	358.000
TG	117.913	70.431	3.738	355	36.000	828.000
HDL	66.192	16.482	.875	355	33.000	123.000
A1C	5.557	.748	.040	355	4.300	9.900
Hb	13.388	1.251	.066	355	9.100	17.100
RBC	427.532	40.549	2.152	355	306.000	569.000
Ht	41.012	3.913	.208	355	29.100	52.100
PLT	23.617	5.602	.297	355	10.400	52.000
WBC	5598.592	1388.847	73.712	355	2600.000	14200.000
身長	155.582	8.467	.450	354	135.000	178.000
体重	54.138	9.815	.522	354	31.000	88.000
血圧上	132.310	18.658	.990	355	82.000	221.000
血圧下	71.738	10.657	.566	355	42.000	108.000
年齢	75.437	5.695	.302	355	65.655	94.863
BMI	22.281	3.101	.165	354	14.153	35.086

03 年の血液 data

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値
BUN	15.862	4.036	.215	354	6.100	38.300
Cre	.704	.185	.010	354	.420	2.430
UA	5.246	1.268	.067	354	2.400	9.000
TC	204.017	34.448	1.831	354	121.000	318.000
GLU	101.605	33.274	1.768	354	64.000	345.000
GOT	24.794	11.790	.627	354	12.000	143.000
GPT	20.655	14.674	.780	354	6.000	141.000
γ	16.014	13.886	.738	354	4.000	111.000
TG	104.633	50.044	2.660	354	30.000	332.000
HDL	61.986	15.288	.813	354	28.000	114.000
A1C	5.641	.897	.048	354	4.400	10.800
Hb	13.484	1.283	.068	354	9.100	16.700
RBC	422.345	39.446	2.097	354	244.000	526.000
Ht	40.378	3.679	.196	354	28.300	50.700
PLT	21.684	5.827	.310	354	3.800	51.700
WBC	5453.107	1339.487	71.193	354	1900.000	9700.000
身長	155.271	8.706	.463	354	129.000	177.000
体重	53.898	9.921	.527	354	27.000	85.000
血圧上	134.633	19.783	1.051	354	89.000	209.000
血圧下	72.686	11.389	.605	354	45.000	105.000
年齢	76.067	5.808	.309	354	65.279	96.107
BMI	22.270	3.174	.169	354	15.789	34.648

04 年の data

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値
BUN	15.858	4.088	.217	355	7.600	37.400
Cre	.721	.179	.010	355	.400	2.200
UA	5.398	1.364	.072	355	.600	9.200
TC	212.763	34.367	1.824	355	125.000	312.000
GLU	100.327	32.140	1.706	355	62.000	368.000
GOT	24.572	8.259	.438	355	11.000	86.000
GPT	22.465	13.674	.726	355	6.000	152.000
γ	18.620	26.724	1.418	355	3.000	358.000
TG	117.913	70.431	3.738	355	36.000	828.000

HDL	66.192	16.482	.875	355	33.000	123.000
A1C	5.557	.748	.040	355	4.300	9.900
Hb	13.388	1.251	.066	355	9.100	17.100
RBC	427.532	40.549	2.152	355	306.000	569.000
Ht	41.012	3.913	.208	355	29.100	52.100
PLT	23.617	5.602	.297	355	10.400	52.000
WBC	5598.592	1388.847	73.712	355	2600.000	14200.000
身長	155.582	8.467	.450	354	135.000	178.000
体重	54.138	9.815	.522	354	31.000	88.000
血圧上	132.310	18.658	.990	355	82.000	221.000
血圧下	71.738	10.657	.566	355	42.000	108.000
年齢	75.437	5.695	.302	355	65.655	94.863
BMI	22.281	3.101	.165	354	14.153	35.086

03 年と 04 年の比較では、

02 の総コレステロール $212.8 \pm 34.4 \text{mg/dl}$

03 の総コレステロール $204.0 \pm 34.4 \text{mg/dl}$

04 の総コレステロール $211.3 \pm 34.4 \text{mg/dl}$ 03 と 04 でその差は有意であった($p < 0.05$)。

02 の中性脂肪 $117.9 \pm 70.4 \text{mg/dl}$

03 の中性脂肪 $104.6 \pm 50.0 \text{mg/dl}$ その差は有意であった($p < 0.01$)。

04 の中性脂肪 $102.9 \pm 48.0 \text{mg/dl}$

02 の血小板 23.6 ± 5.6 万

03 の血小板 21.7 ± 5.8 万 その差は有意であった($p < 0.001$)。

04 の血小板 21.4 ± 5.3 万

→血液の data は 02 年では、総コレステロールが 03 年より有意に高く($p < 0.01$)、中性脂肪でも 03 年、04 年より有意に高い($p < 0.05$)結果であった。また血小板数が 03 年、04 年より有意に高い($p < 0.001$)結果であった。これは CT 所見で CVD が 02 年で CVD が多いこととの関連が示唆される結果であった。

7)脳回萎縮程度別の出現頻度

02 年度 360 例 平均 2.63 ± 0.57

1(-)---1 例 0.3%、2(±)---148 例 45.1%、3(+)--195 例 54.2

4(++)--- 16 例 4.4、5 (+++) ---0 例

03 年度 384 例 平均 2.81 ± 0.62 脳回萎縮は 02 年に比し、その程度は有意に高度のものであった($p < 0.001$)。

1(-)---2 例 0.5%、2(±)---112 例 29.2%、3(+)--229 例 59.6%

4(++)--- 41 例 10.7%、5 (+++) ---0 例

02 と 03Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p < 0.001$)。

04 年度 440 例 平均 2.66 ± 0.61 脳回萎縮は 03 年に比し、その程度は有意に低いものであった($p < 0.001$)。

1(-)--- 4 例 0.9%、2(±)---168 例 38.2%、3(+)--241 例 54.8

4(++)---27 例 6.1、5 (+++) ---0 例

03 と 04Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p < 0.001$)。

8)脳室拡大程度別の出現頻度

02 年度 361 例 平均 2.93 ± 0.69

1(-)--- 3 例 0.8%、2(±)---88 例 24.4%、3(+)--206 例 57.1、4(++)--- 61 例 16.9、

5 (+++) ---3 例 0.8%

03 年度 388 例 平均 3.06 ± 0.55 脳室拡大は 02 年に比し、その程度は有意に高度のものであった($p < 0.01$)。

1(-)---0 例 0.5%、2(±)---47 例 29.2%、3(+)--269 例 69.3%

4(++)--- 72 例 18.6%、5 (+++) ---0 例

02 と 03Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p < 0.01$)。

04 年度 441 例 平均 2.96 ± 0.60 脳室拡大は 03 年に比し、その程度は有意に低いものであった($p < 0.01$)。

1(-)---2 例 0.5%、2(±)---83 例 18.8%、3(+)--288 例 65.5

4(++)---66 例 15.0、5 (+++) ---1 例 0.2

03 と 04Mann-Whitney 検定にて有意の差を認めた($p < 0.01$)。

→脳回萎縮、脳室拡大とも 02 年から 03 年で有意に進行した($p < 0.001$)が、04 年はむしろ 03 年よりその程度は有意に低下しており、これは 03 年から 04 年に脱落した 124

例の年齢が高い影響が出たものと思われる。

また脳回萎縮に比し脳室拡大の変化が少ない傾向が認められており、高齢者の脳萎縮の過程では脳室拡大が、脳回萎縮に先行すると思われる結果であった。

【結論】

高齢者の健診時に任意で実施する頭部 CT 所見は異常の少ない傾向が認められ、それに伴い種々の検査結果も問題は少なく、同一症例の 2 年間の経過観察でも変化ない状況であった。健診を受けなくなった症例では年齢が高く、それらの検討が必要と思われた。

5. 在宅高齢者の生活習慣調査

対象および方法

平成 13 年度の調査において、施設利用高齢者群の比較対照群として設定した、杉並区内に在住する高齢者を対象として、生活習慣に関する調査を行った。

在宅高齢者群は、平成 13 年度に杉並区の高年者健康診査を受診する目的で浴風会病院を訪れ、書面にて継続調査への同意が得られた 625 名である。これらの対象者に対し、痴呆の進展に関連する生活習慣の検討を行うため、ベースライン情報としての生活習慣調査票を平成 16 年 8 月に郵送し、同年 9 月、10 月に実施された高年者健康診査の受診時に回収した。

調査票の項目については、医学・疫学部会で議論を行い、これまでに痴呆の発症と関連が報告されている項目や、高齢者の痴呆症状と関連すると考えられた項目を含む以下の項目を選定した。特に、食品摂取頻度に関しては、ビタミンE、多価不飽和脂肪酸、各種ポリフェノールなどの抗酸化成分を多く含む食品項目を選定した（付録：生活習慣に関する問診票参照）。

- I. 対象者の属性・記入者に関する項目（3 項目）
- II. 身体計測に関する項目（1 項目）
- III. 飲酒に関する項目（7 項目）
- IV. 喫煙に関する項目（1 項目）
- V. 身体活動に関する項目（3 項目）
- VI. 飲料の摂取頻度に関する項目（9 項目）
- VII. 食品摂取頻度に関する項目（18 項目）
- VIII. 余暇活動、趣味に関する項目（10 項目）

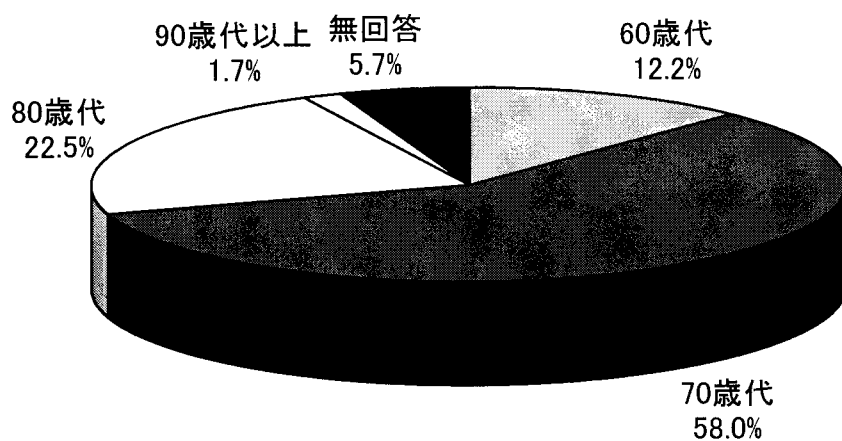
回収された調査票は 476 名分であった。回収された調査票は全て高齢者痴呆介護研究・研修東京センターにて厳重に保管し、調査により得られた情報の保全には十分に留意した。調査結果の集計に際しては、個人名を除いたデータファイルを作成し、個人の同定ができないようにした。統計解析は、SAS for windows Ver8.2 を用いて実施した。

以下、各項目ごとに集計結果を示す。

対象者の性別

「男性」が 169 名 (35.5%)、「女性」が 293 名 (61.6%) であった。

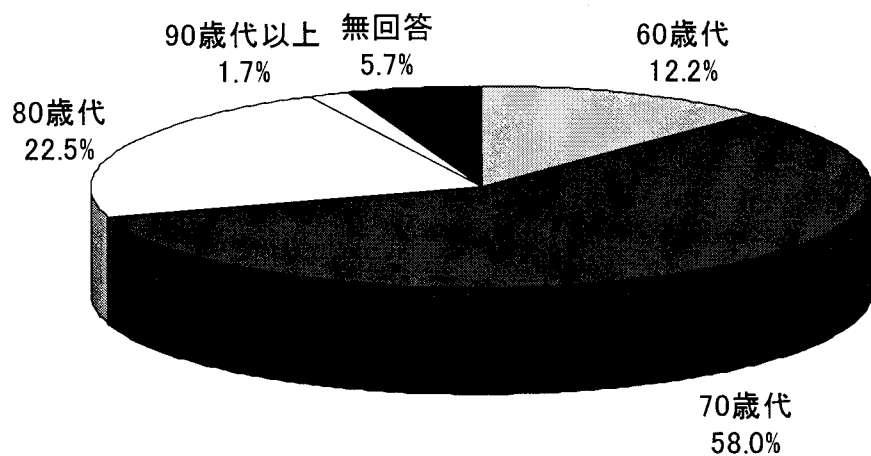
対象者の年齢割合 n=476



対象者の年齢割合

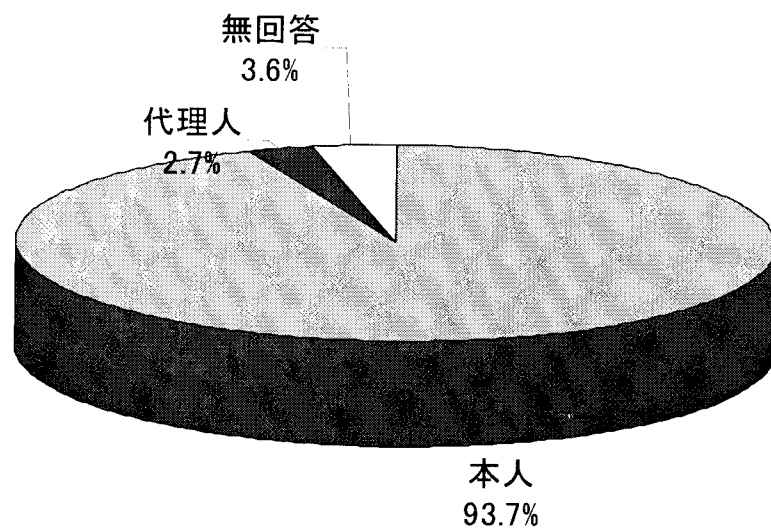
平均年齢は、76.1 歳であった。年代順で多いのは順に 70 歳代、80 歳代、60 歳代、90 歳代であった。

対象者の年齢割合 n=476



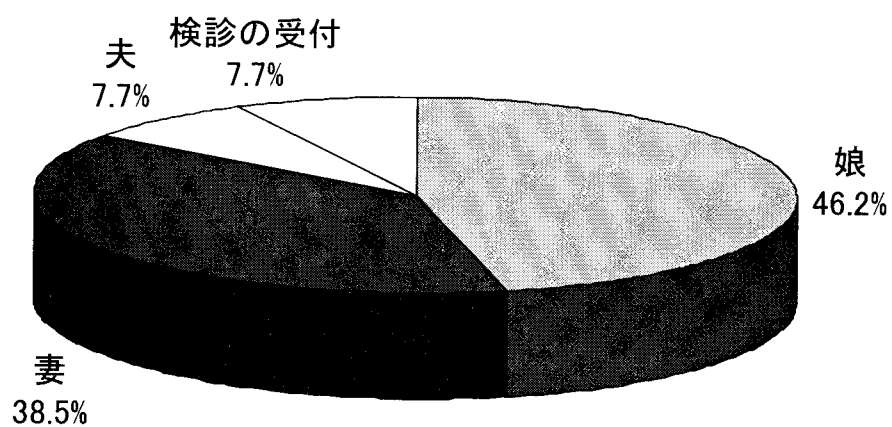
調査票への回答は本人記入が 93.7%、代理人が 2.7%、不明 3.6%であった。

記入した人の内訳 n=476



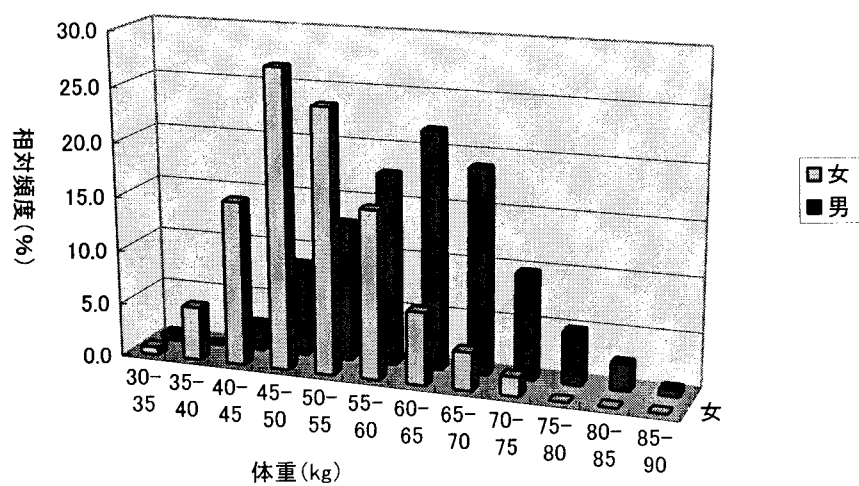
代理人の内訳は娘が最も多く、次いで妻、夫、検診の受付であった。

記入代理人内訳



(1) 身体計測に関する項目

自己申告による平均体重は男性 $61.1 \pm 9.3\text{kg}$ 、女性 $50.3 \pm 7.7\text{kg}$ であった。



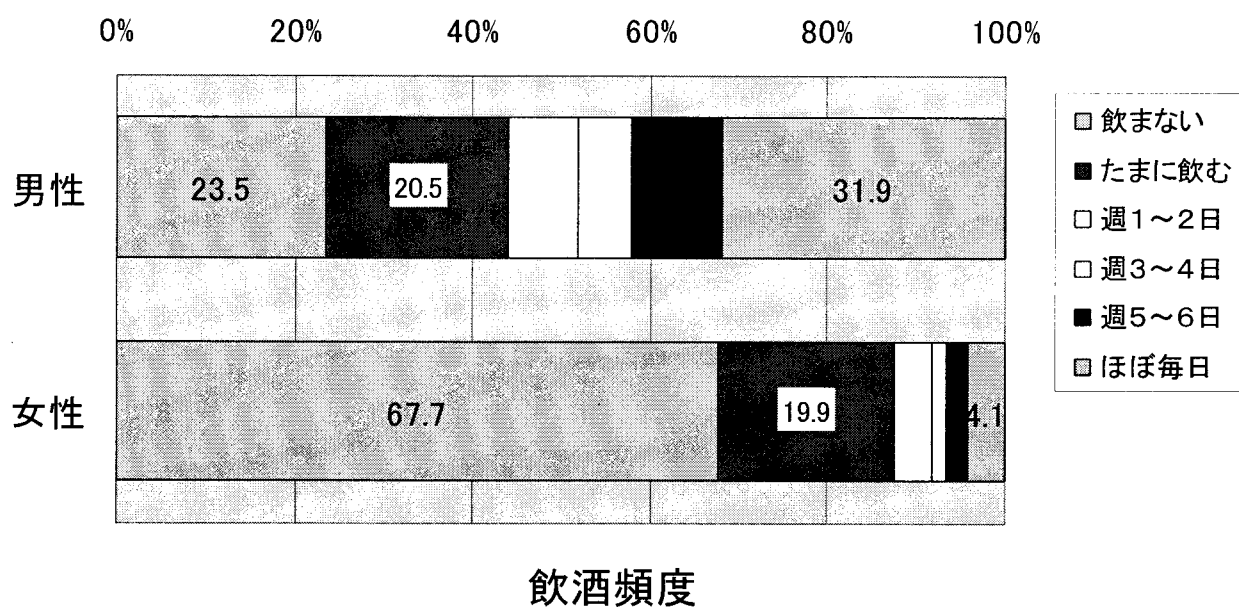
男女別体重分布

(2) 飲酒に関する項目

飲酒の頻度

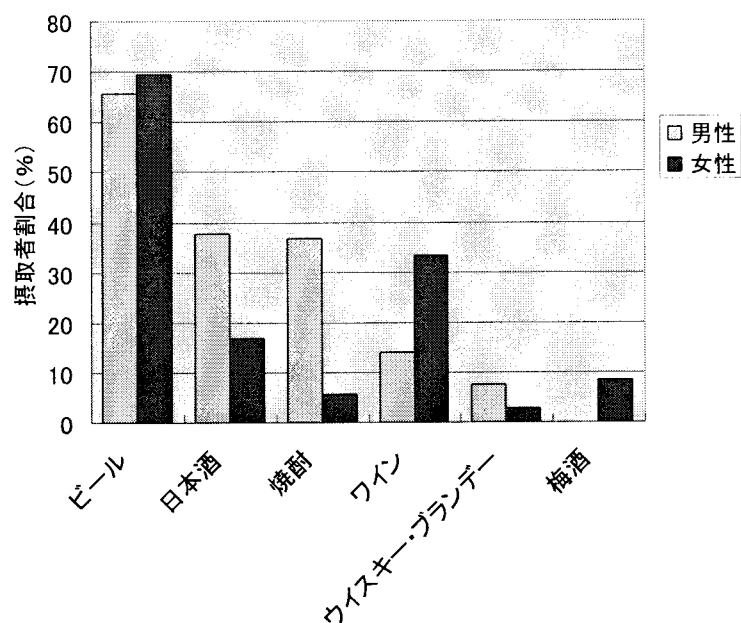
男性では、「ほぼ毎日飲む」31.9%、「週5～6日」10.2%、「週3～4日」6.0%、「週1～2日」7.8%、「たまに飲む」20.5%、「飲まない」23.5%であった。

女性では、「ほぼ毎日飲む」4.1%、「週5～6日」2.4%、「週3～4日」1.7%、「週1～2日」4.1%、「たまに飲む」19.9%、「飲まない」67.7%であった。



飲酒種類

週1回以上飲んでいる者（男性93名、女性36名）の内、男性では、ビールは65.6%、日本酒は37.6%、焼酎は36.6%、ワインは1.4%、ウイスキー・ブランデーは7.5%の人が飲んでおり（複数回答）であり、女性では、ビールは69.4%、日本酒は16.7%、焼酎は5.6%、ワインは33.3%、ウイスキー・ブランデーは2.8%、梅酒は8.3%の人が飲んでいました。

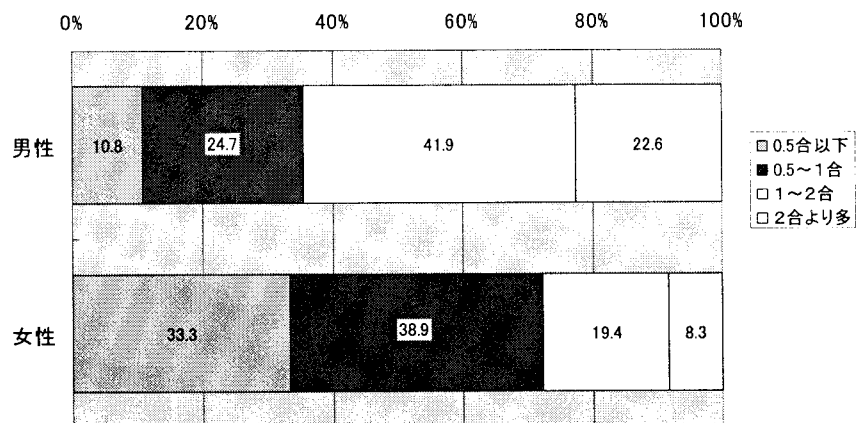


飲酒種類別摂取者割合

1回あたりの飲酒量

週1回以上飲んでいる者の1回あたりの飲酒量を日本酒換算した結果、1回当たりの飲酒量は、男性 1.7 ± 1.4 合、女性 1.0 ± 1.0 合であった。

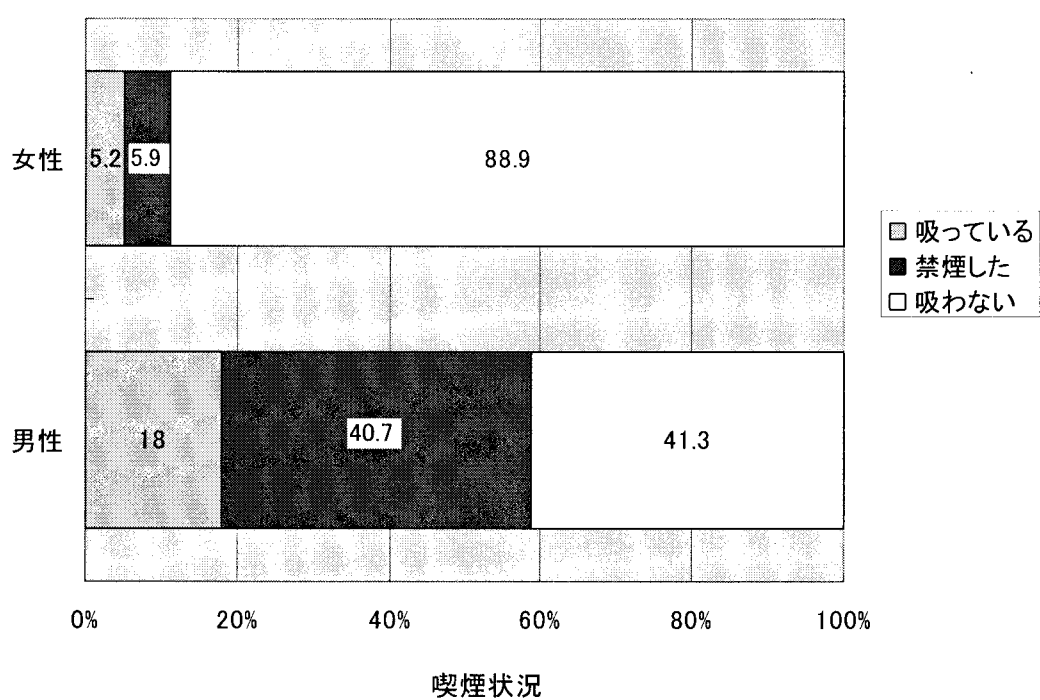
1回あたりの飲酒量の分布をみると、1合以下の者の割合は男性では35.5%、女性では72.2%であった。



飲酒量分布 (日本酒換算)

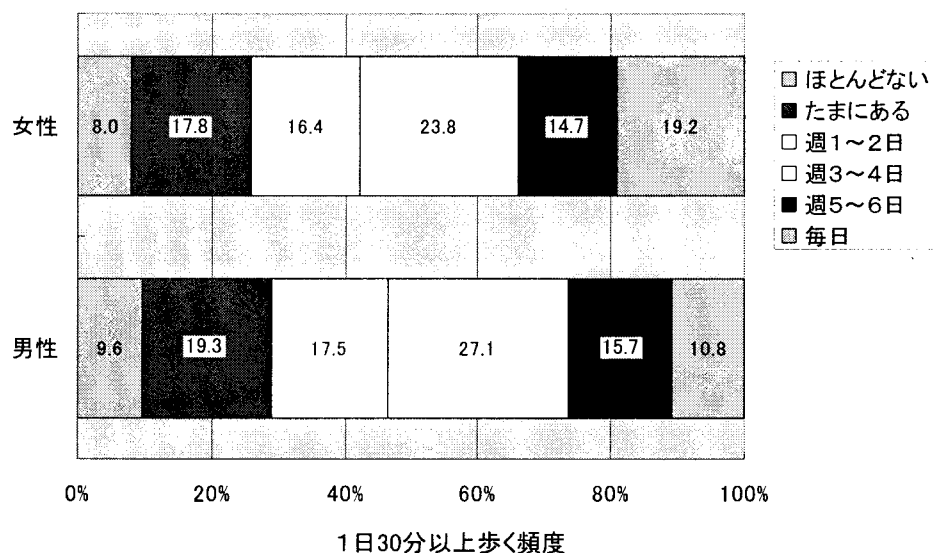
(3) 喫煙に関する項目

現在の喫煙状況については、男性では、「吸っている」者 18.0%、「過去に吸っていたがやめた」者 40.7%、「吸わない」者 41.3%であり、女性では、「吸っている」者 5.2%、「過去に吸っていたがやめた」者 5.9%、「吸わない」者 88.9%であった。



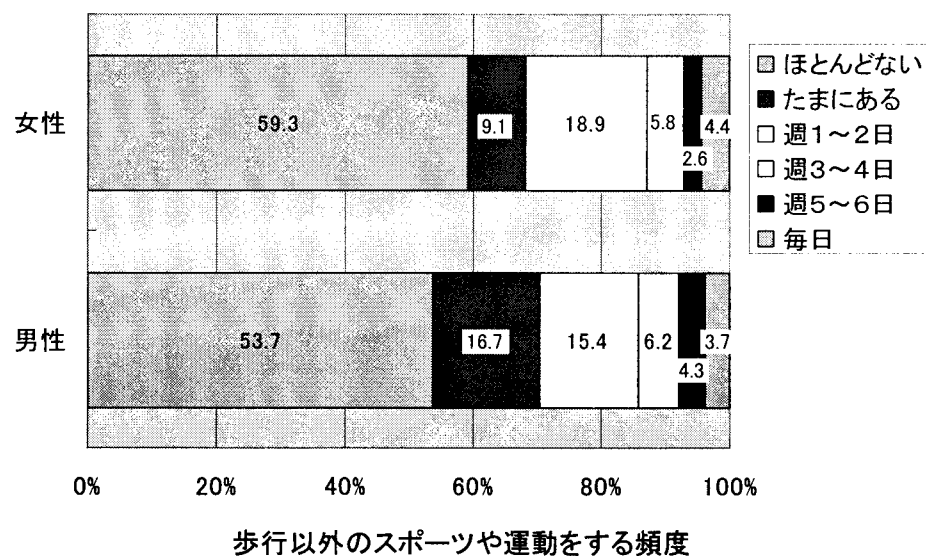
(4) 身体活動に関する項目

1日のうちで30分以上歩く頻度について、男性では、「ほとんどない」9.6%、「たまにある」19.3%、「週1～2日」17.5%、「週3～4日」27.1%、「週5～6日」15.7%、「毎日」10.8%であり、女性では、「ほとんどない」8.0%、「たまにある」17.8%、「週1～2日」16.4%、「週3～4日」23.8%、「週5～6日」14.7%、「毎日」19.2%であった。



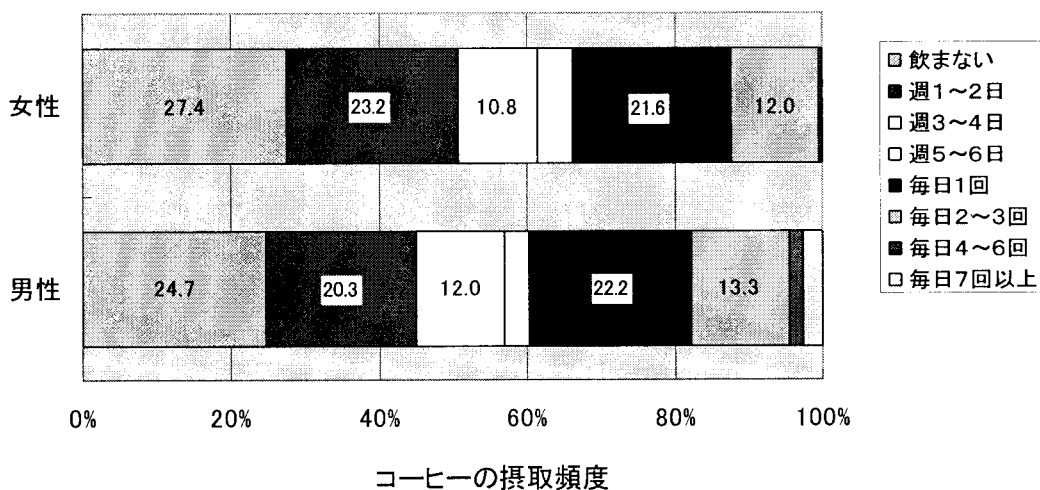
歩行以外のスポーツや運動をする頻度

歩行以外にスポーツや運動をする頻度は、男性では、「ほとんどない」53.7%、「たまにある」16.7%、「週1～2日」15.4%、「週3～4日」6.2%、「週5～6日」3.7%、「毎日」4.3%であり、女性では、「ほとんどない」59.3%、「たまにある」9.1%、「週1～2日」18.9%、「週3～4日」5.8%、「週5～6日」4.4%、「毎日」2.6%であった。

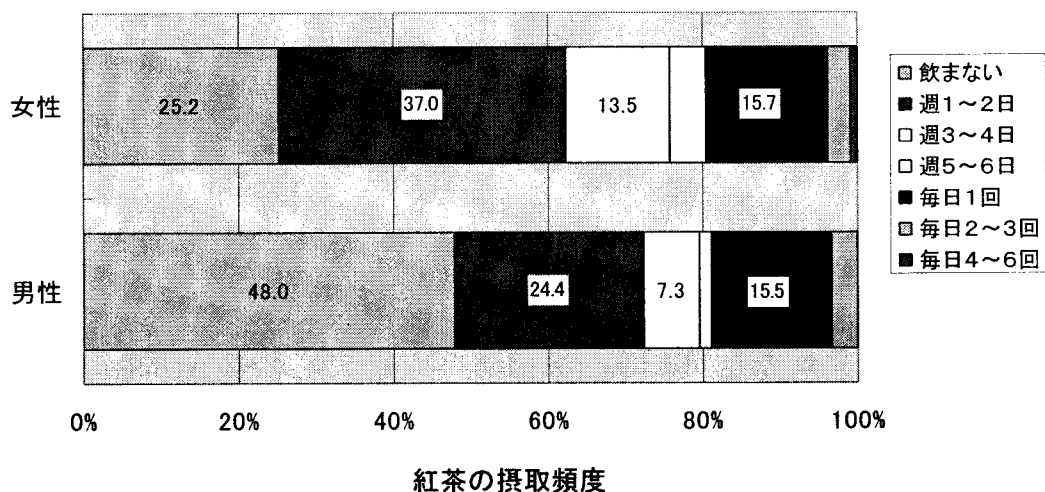


(5) 飲料摂取頻度に関する項目

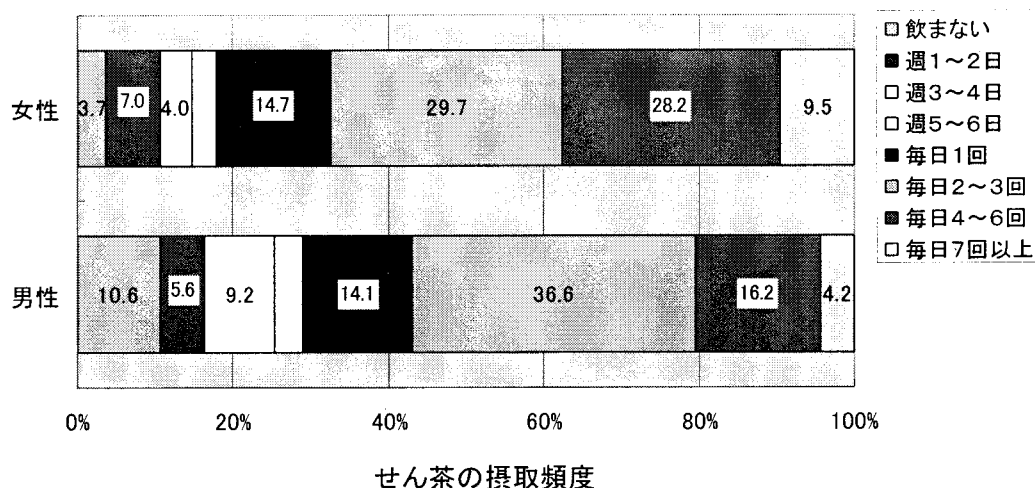
コーヒーの摂取頻度は、男性では、「飲まない」24.7%、「週1～2日」20.3%、「週3～4日」12.0%、「週5～6日」3.2%、「毎日1回」22.2%、「毎日2～3回」13.3%、「毎日4～6回」1.9%、「毎日7回以上」2.5%であり、女性では、「飲まない」27.4%、「週1～2日」23.2%、「週3～4日」10.8%、「週5～6日」4.6%、「毎日1回」21.6%、「毎日2～3回」12.0%、「毎日4～6回」0.4%、「毎日7回以上」0.0%であった。



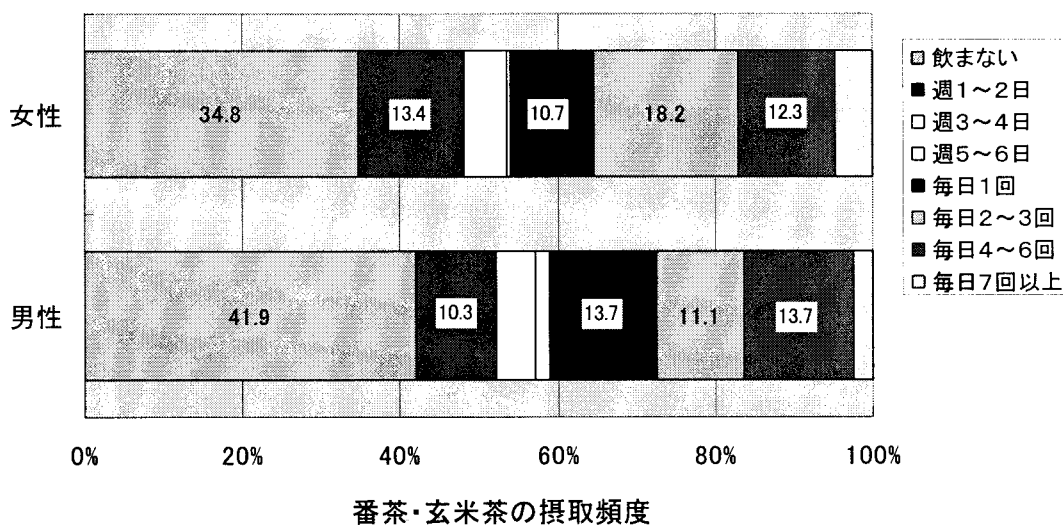
紅茶の摂取頻度は、男性では、「飲まない」48.0%、「週1～2日」24.4%、「週3～4日」7.3%、「週5～6日」1.6%、「毎日1回」15.5%、「毎日2～3回」3.3%、「毎日4～6回」0.0%であり、女性では、「飲まない」25.5%、「週1～2日」37.0%、「週3～4日」13.5%、「週5～6日」4.8%、「毎日1回」15.7%、「毎日2～3回」3.0%、「毎日4～6回」0.9%であった。



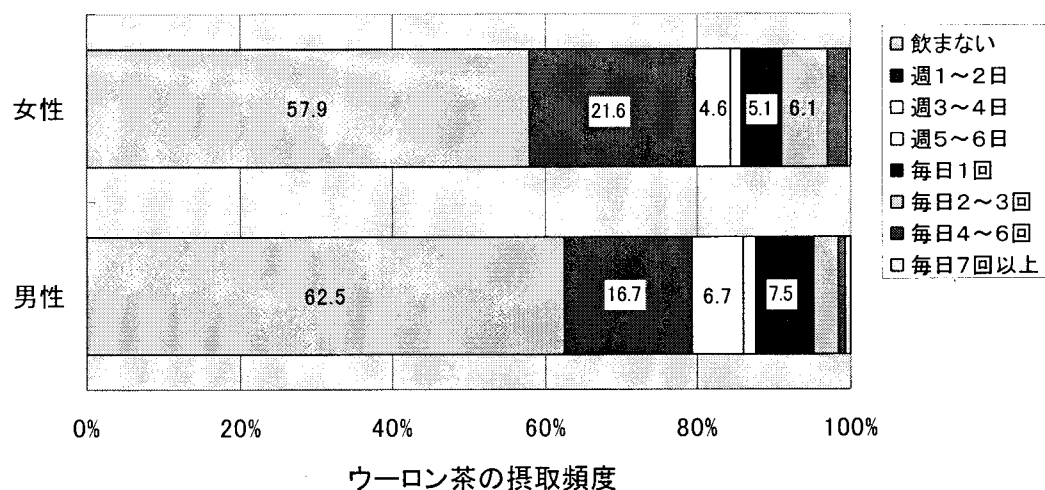
せん茶の摂取頻度は、男性では、「飲まない」10.6%、「週1～2日」5.6%、「週3～4日」9.2%、「週5～6日」3.5%、「毎日1回」14.1%、「毎日2～3回」36.6%、「毎日4～6回」16.2%、「毎日7回以上」4.2%であり、女性では、「飲まない」3.7%、「週1～2日」7.0%、「週3～4日」4.0%、「週5～6日」3.3%、「毎日1回」14.7%、「毎日2～3回」29.7%、「毎日4～6回」28.2%、「毎日7回以上」9.5%であった。



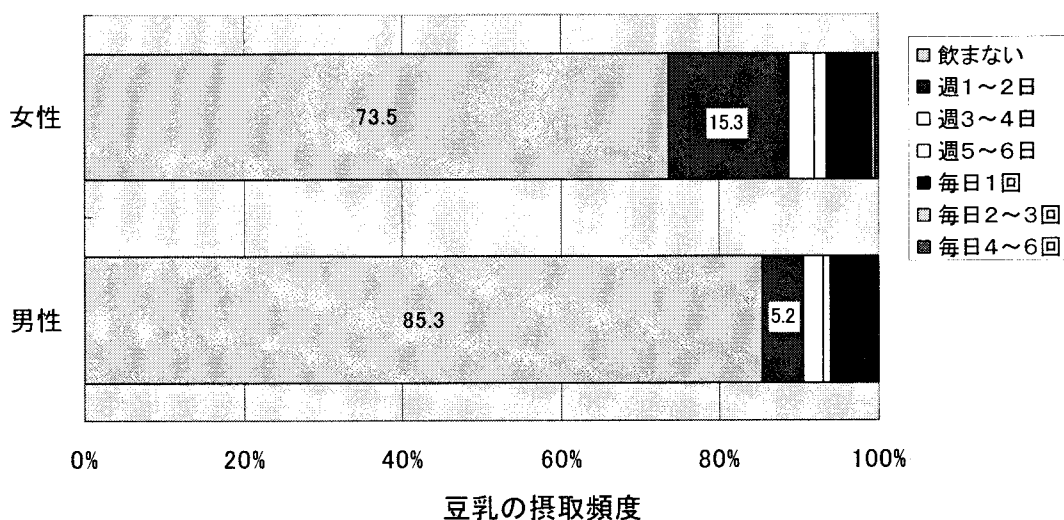
番茶・玄米茶の摂取頻度は、男性では、「飲まない」41.9%、「週1～2日」10.3%、「週3～4日」5.1%、「週5～6日」1.7%、「毎日1回」13.7%、「毎日2～3回」11.1%、「毎日4～6回」13.7%、「毎日7回以上」2.6%であり、女性では、「飲まない」34.8%、「週1～2日」13.4%、「週3～4日」5.4%、「週5～6日」0.5%、「毎日1回」10.7%、「毎日2～3回」18.2%、「毎日4～6回」12.3%、「毎日7回以上」4.8%であった。



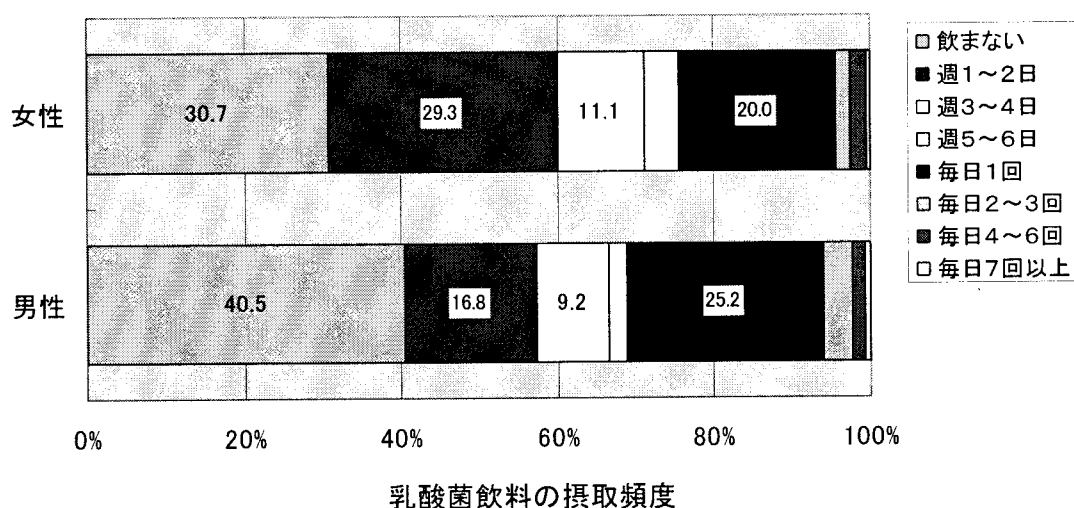
ウーロン茶の摂取頻度は、男性では、「飲まない」62.5%、「週1～2日」16.7%、「週3～4日」6.7%、「週5～6日」1.7%、「毎日1回」7.5%、「毎日2～3回」3.3%、「毎日4～6回」0.8%、「毎日7回以上」0.8%であり、女性では、「飲まない」57.9%、「週1～2日」21.6%、「週3～4日」4.6%、「週5～6日」1.5%、「毎日1回」5.1%、「毎日2～3回」6.1%、「毎日4～6回」2.5%、「毎日7回以上」0.5%であった。



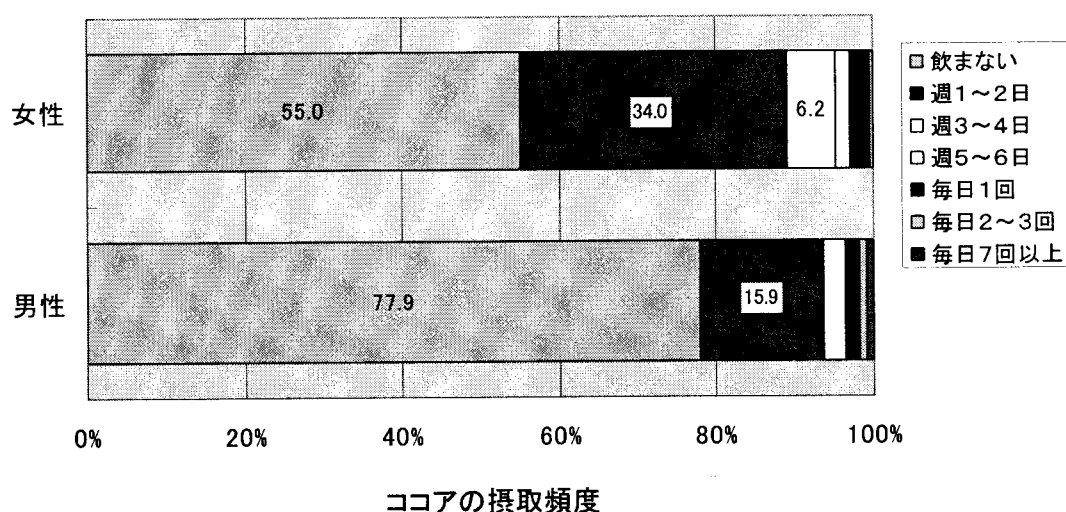
豆乳の摂取頻度は、男性では、「飲まない」85.3%、「週1～2日」5.2%、「週3～4日」2.6%、「週5～6日」0.9%、「毎日1回」6.0%、「毎日2～3回」0.0%、「毎日4～6回」0.0%であり、女性では、「飲まない」73.5%、「週1～2日」15.3%、「週3～4日」3.1%、「週5～6日」1.5%、「毎日1回」5.6%、「毎日2～3回」0.5%、「毎日4～6回」0.5%であった。



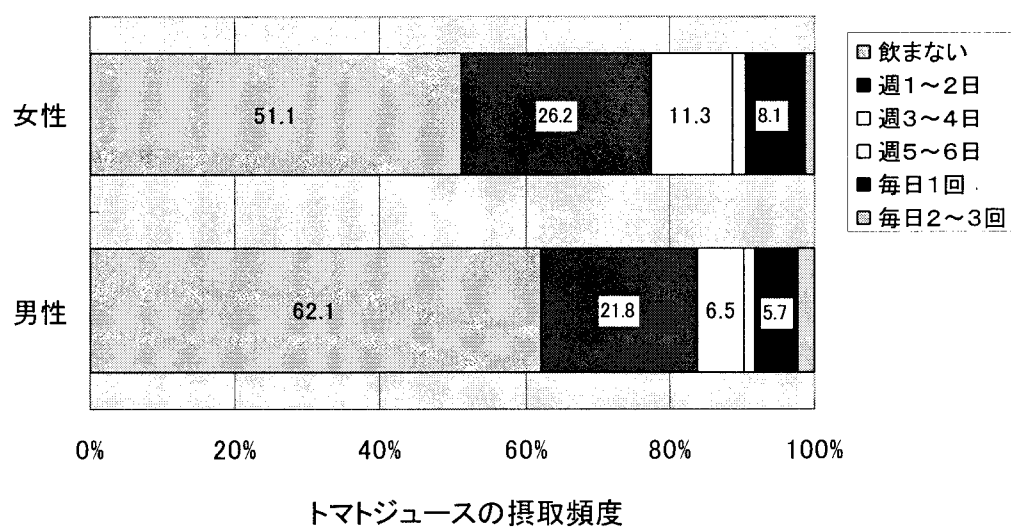
乳酸菌飲料の摂取頻度は、男性では、「飲まない」40.5%、「週1～2日」16.8%、「週3～4日」9.2%、「週5～6日」2.3%、「毎日1回」25.2%、「毎日2～3回」3.8%、「毎日4～6回」1.5%、「毎日7回以上」0.8%であり、女性では、「飲まない」30.7%、「週1～2日」29.3%、「週3～4日」11.1%、「週5～6日」4.4%、「毎日1回」20.0%、「毎日2～3回」1.8%、「毎日4～6回」2.2%、「毎日7回以上」0.4%であった。



ココアの摂取頻度は、男性では、「飲まない」77.9%、「週1～2日」15.9%、「週3～4日」2.7%、「週5～6日」0.0%、「毎日1回」1.8%、「毎日2～3回」0.9%、「毎日4～6回」0.0%、「毎日7回以上」0.9%であり、女性では、「飲まない」55.0%、「週1～2日」34.0%、「週3～4日」6.2%、「週5～6日」1.9%、「毎日1回」2.4%、「毎日2～3回」0.5%、「毎日4～6回」0.0%、「毎日7回以上」0.0%であった。

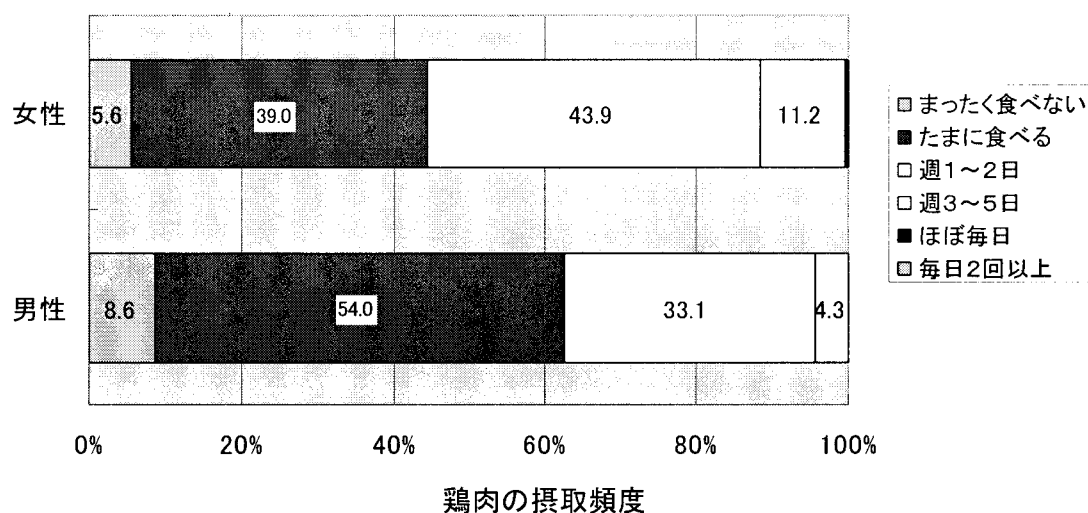


トマトジュースの摂取頻度は、男性では、「飲まない」62.1%、「週1～2日」21.8%、「週3～4日」6.5%、「週5～6日」1.6%、「毎日1回」5.7%、「毎日2～3回」2.4%であり、女性では、「飲まない」51.1%、「週1～2日」26.2%、「週3～4日」11.3%、「週5～6日」1.8%、「毎日1回」8.1%、「毎日2～3回」1.4%であった。

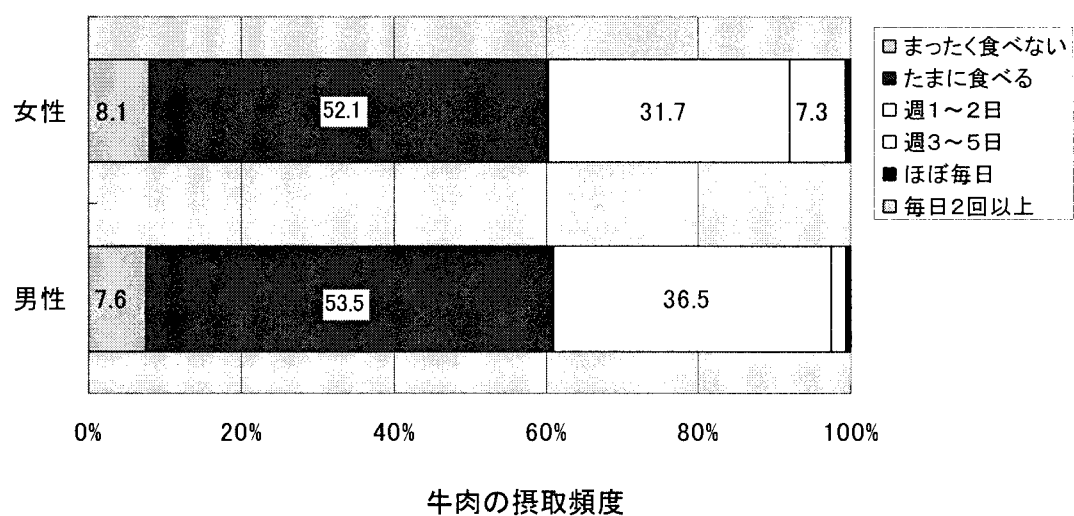


(6) 食品摂取頻度に関する項目

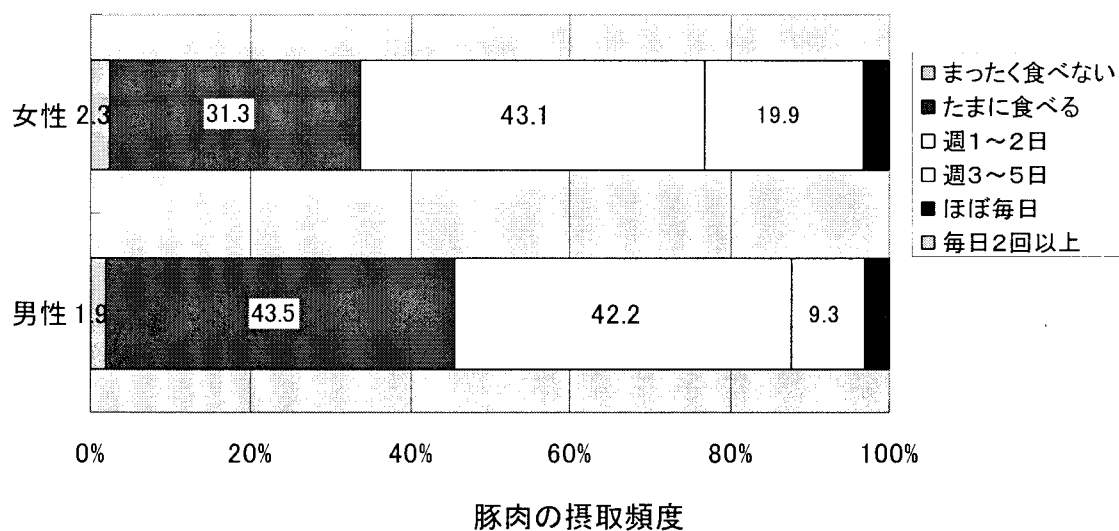
鶏肉の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」8.6%、「たまに食べる」54.0%、「週1～2日」33.1%、「週3～5日」4.3%、「ほぼ毎日」0.0%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」5.6%、「たまに食べる」39.0%、「週1～2日」43.9%、「週3～5日」11.2%、「ほぼ毎日」0.4%、「毎日2回以上」0.0%であった。



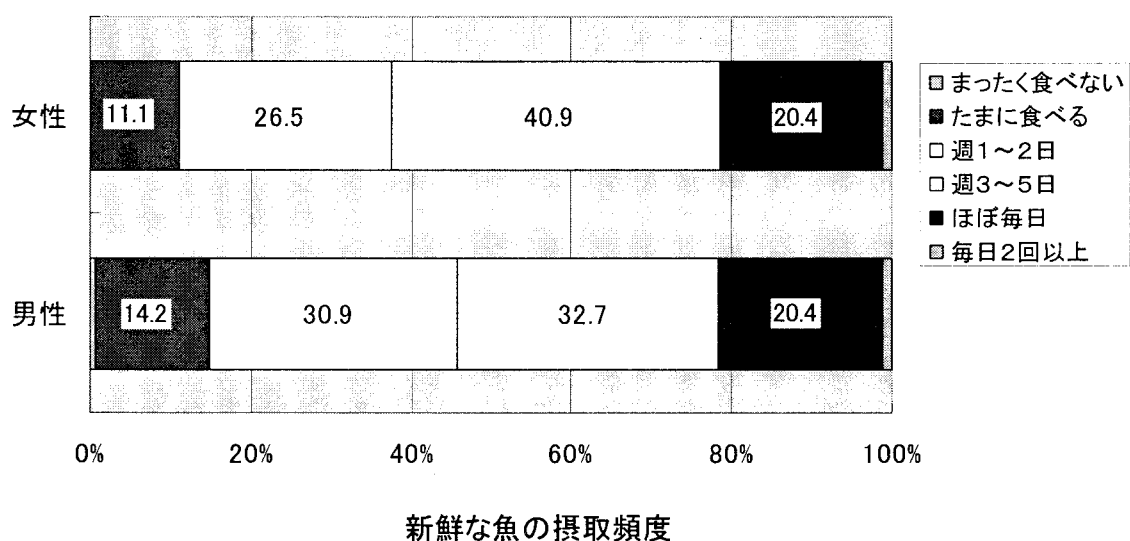
牛肉の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」10.3%、「たまに食べる」56.9%、「週1～2日」30.1%、「週3～5日」2.1%、「ほぼ毎日」0.7%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」12.1%、「たまに食べる」52.4%、「週1～2日」28.6%、「週3～5日」6.1%、「ほぼ毎日」0.0%、「毎日2回以上」0.9%であった。



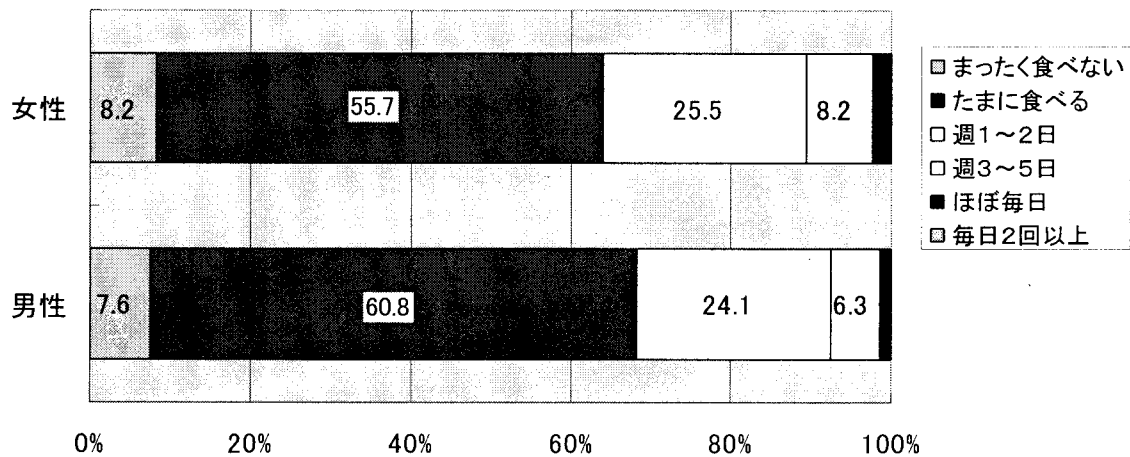
豚肉の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」1.9%、「たまに食べる」43.5%、「週1～2日」42.2%、「週3～5日」9.3%、「ほぼ毎日」3.1%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」2.3%、「たまに食べる」31.3%、「週1～2日」43.1%、「週3～5日」19.9%、「ほぼ毎日」3.4%、「毎日2回以上」0.0%であった。



新鮮な魚（刺身、煮魚、焼き魚等）の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」0.6%、「たまに食べる」14.2%、「週1～2日」30.9%、「週3～5日」32.7%、「ほぼ毎日」20.4%、「毎日2回以上」1.2%であり、女性では、「まったく食べない」0.0%、「たまに食べる」11.1%、「週1～2日」26.5%、「週3～5日」40.9%、「ほぼ毎日」20.4%、「毎日2回以上」1.1%であった。

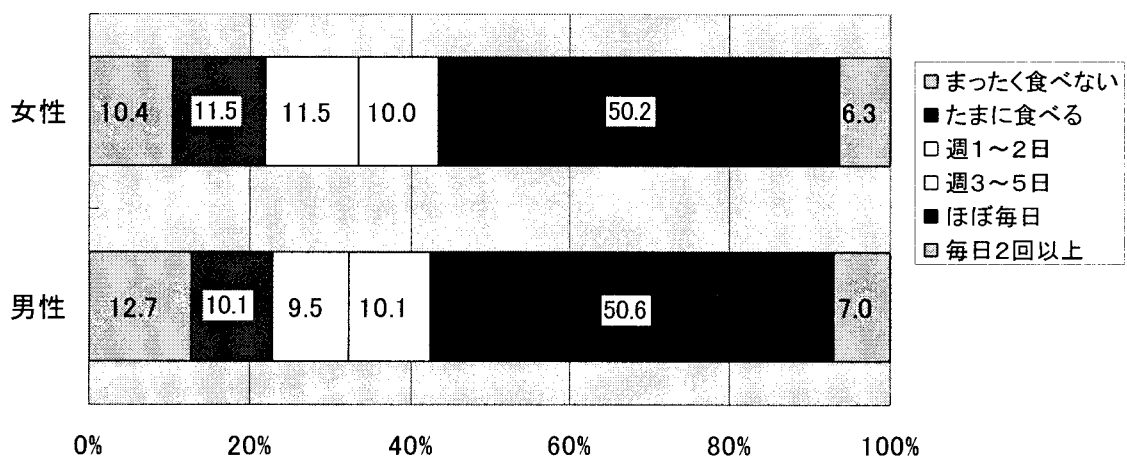


ひものの摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」7.6%、「たまに食べる」60.8%、「週1～2日」24.1%、「週3～5日」6.3%、「ほぼ毎日」1.3%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」8.2%、「たまに食べる」55.7%、「週1～2日」25.5%、「週3～5日」8.2%、「ほぼ毎日」2.4%、「毎日2回以上」0.0%であった。



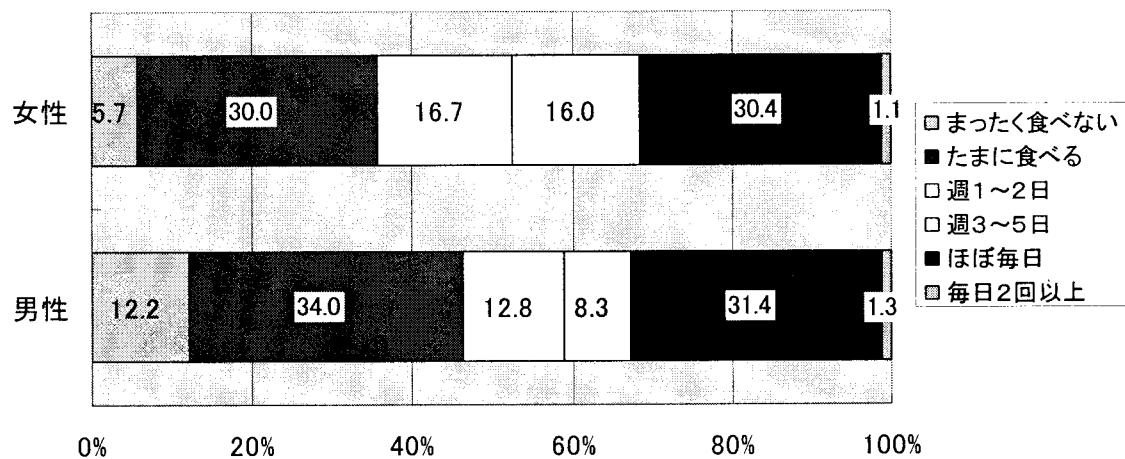
ひものの摂取頻度

牛乳の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」12.7%、「たまに食べる」10.1%、「週1～2日」9.5%、「週3～5日」10.1%、「ほぼ毎日」50.6%、「毎日2回以上」7.0%であり、女性では、「まったく食べない」10.4%、「たまに食べる」11.5%、「週1～2日」11.5%、「週3～5日」10.0%、「ほぼ毎日」50.2%、「毎日2回以上」6.3%であった。



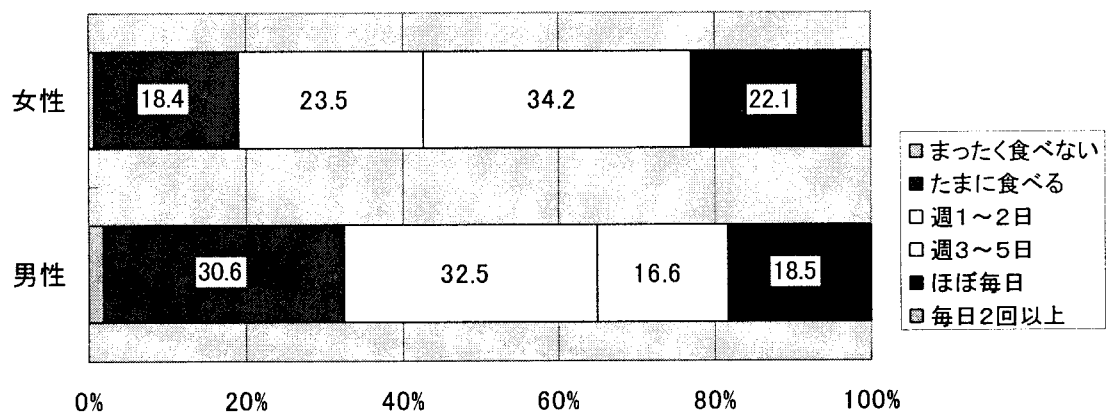
牛乳の摂取頻度

乳製品（チーズ、バター等）の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」12.2%、「たまに食べる」34.0%、「週1～2日」12.8%、「週3～5日」8.3%、「ほぼ毎日」31.4%、「毎日2回以上」1.3%であり、女性では、「まったく食べない」5.7%、「たまに食べる」30.0%、「週1～2日」16.7%、「週3～5日」16.0%、「ほぼ毎日」30.4%、「毎日2回以上」1.1%であった。



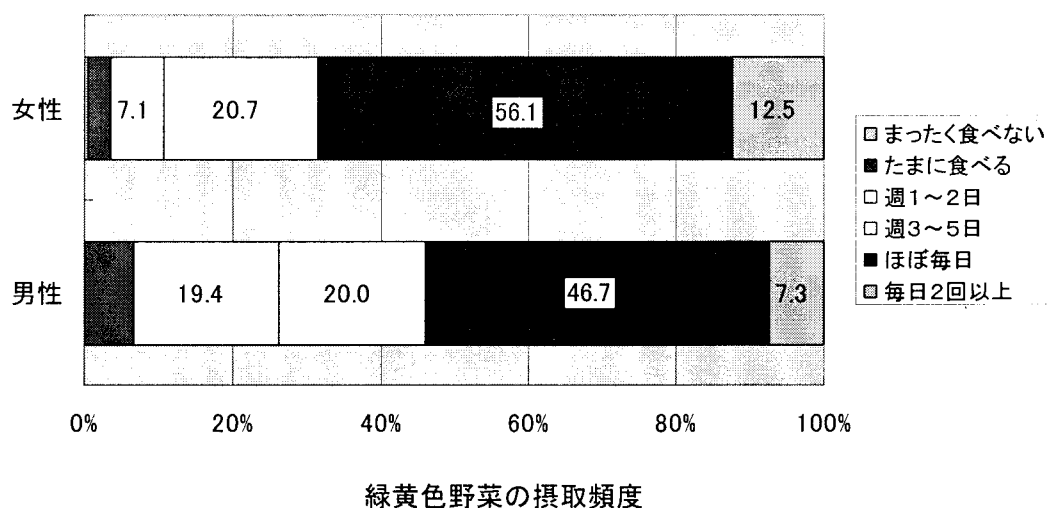
乳製品の摂取頻度

海草の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」1.9%、「たまに食べる」30.6%、「週1～2日」32.5%、「週3～5日」16.6%、「ほぼ毎日」18.5%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」0.7%、「たまに食べる」18.4%、「週1～2日」23.5%、「週3～5日」34.2%、「ほぼ毎日」22.1%、「毎日2回以上」1.1%であった。

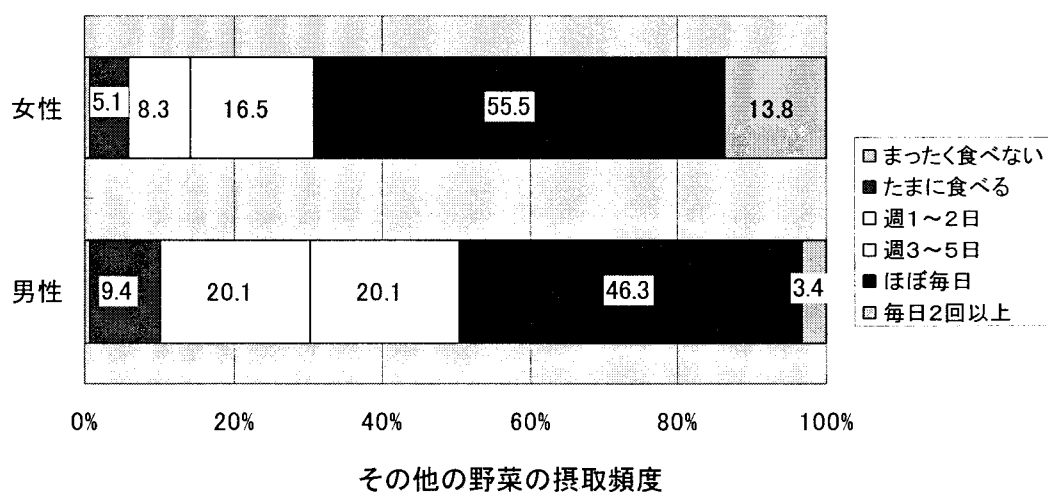


海草の摂取頻度

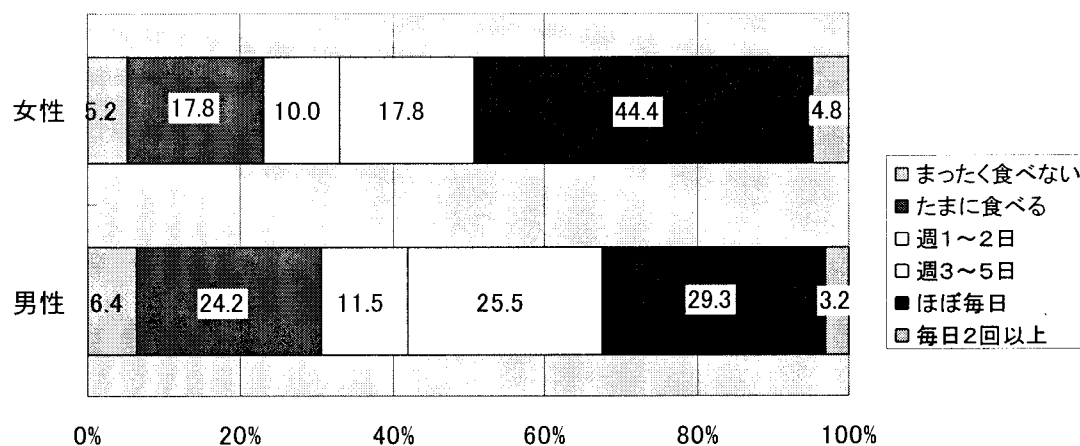
緑黄色野菜の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」0.0%、「たまに食べる」6.7%、「週1～2日」19.4%、「週3～5日」20.0%、「ほぼ毎日」46.7%、「毎日2回以上」7.3%であり、女性では、「まったく食べない」0.4%、「たまに食べる」3.2%、「週1～2日」7.1%、「週3～5日」20.7%、「ほぼ毎日」56.1%、「毎日2回以上」12.5%であった。



その他の野菜の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」0.7%、「たまに食べる」9.4%、「週1～2日」20.1%、「週3～5日」20.1%、「ほぼ毎日」46.3%、「毎日2回以上」3.4%であり、女性では、「まったく食べない」0.8%、「たまに食べる」5.1%、「週1～2日」8.3%、「週3～5日」16.5%、「ほぼ毎日」55.5%、「毎日2回以上」13.8%であった。

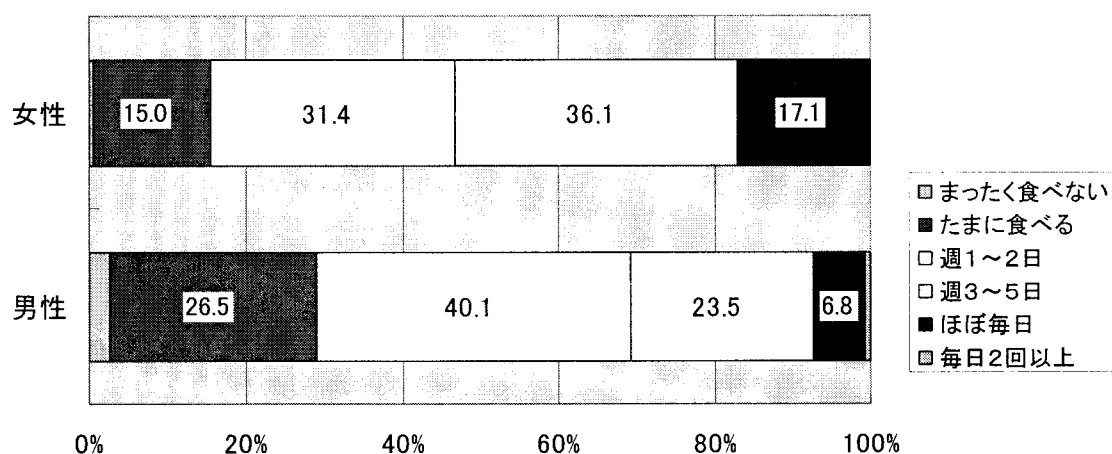


漬け物の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」6.4%、「たまに食べる」24.2%、「週1～2日」11.5%、「週3～5日」25.5%、「ほぼ毎日」29.3%、「毎日2回以上」3.2%であり、女性では、「まったく食べない」5.2%、「たまに食べる」17.8%、「週1～2日」10.0%、「週3～5日」17.8%、「ほぼ毎日」44.4%、「毎日2回以上」4.8%であった。



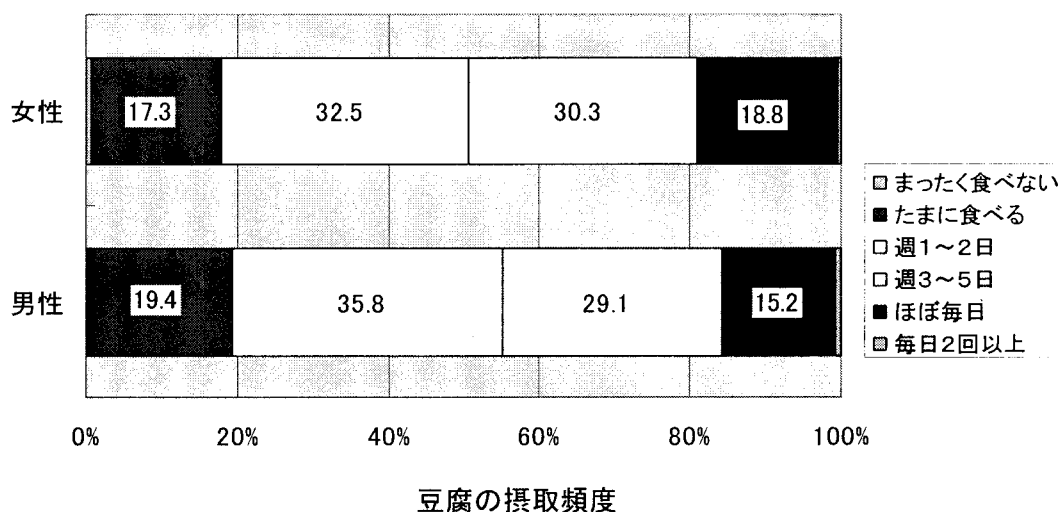
漬け物の摂取頻度

芋類の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」2.5%、「たまに食べる」26.5%、「週1～2日」40.1%、「週3～5日」23.5%、「ほぼ毎日」6.8%、「毎日2回以上」0.6%であり、女性では、「まったく食べない」0.4%、「たまに食べる」15.0%、「週1～2日」31.4%、「週3～5日」36.1%、「ほぼ毎日」17.1%、「毎日2回以上」0.0%であった。

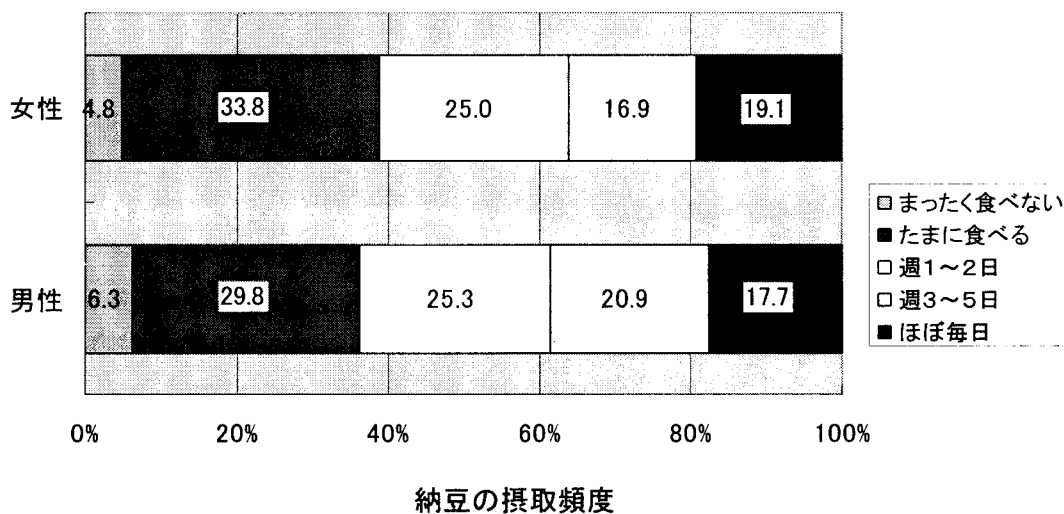


芋類の摂取頻度

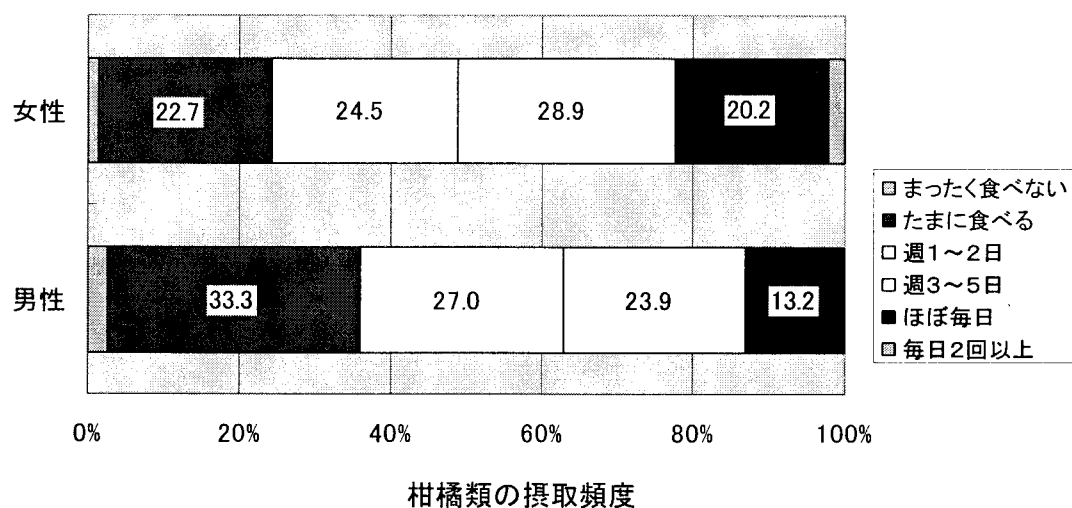
豆腐の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」0.0%、「たまに食べる」19.4%、「週1～2日」35.8%、「週3～5日」29.1%、「ほぼ毎日」15.2%、「毎日2回以上」0.6%であり、女性では、「まったく食べない」0.7%、「たまに食べる」17.3%、「週1～2日」32.5%、「週3～5日」30.3%、「ほぼ毎日」18.8%、「毎日2回以上」0.4%であった。



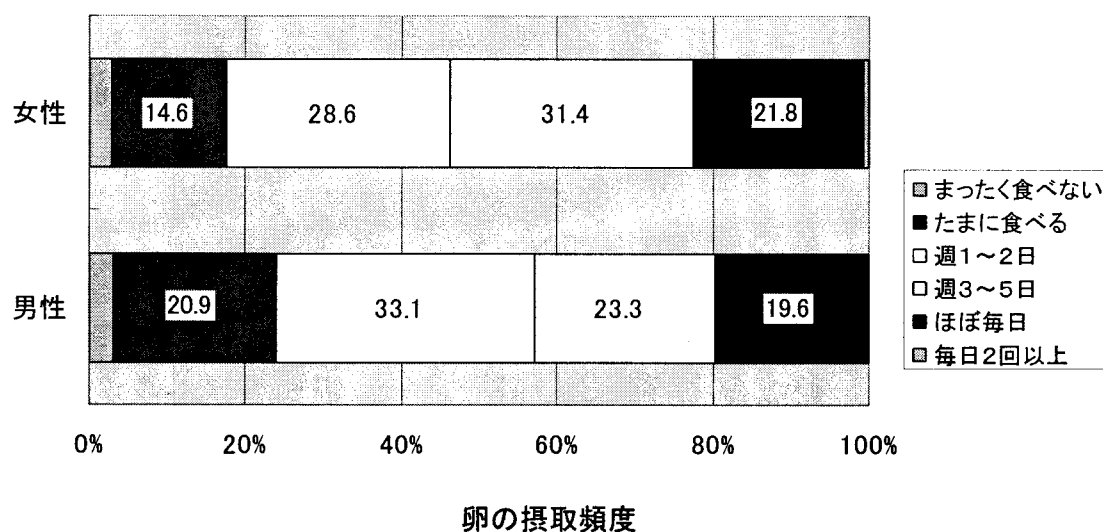
納豆の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」6.3%、「たまに食べる」29.8%、「週1～2日」25.3%、「週3～5日」20.9%、「ほぼ毎日」17.7%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」4.8%、「たまに食べる」33.8%、「週1～2日」25.0%、「週3～5日」16.9%、「ほぼ毎日」19.1%、「毎日2回以上」0.4%であった。



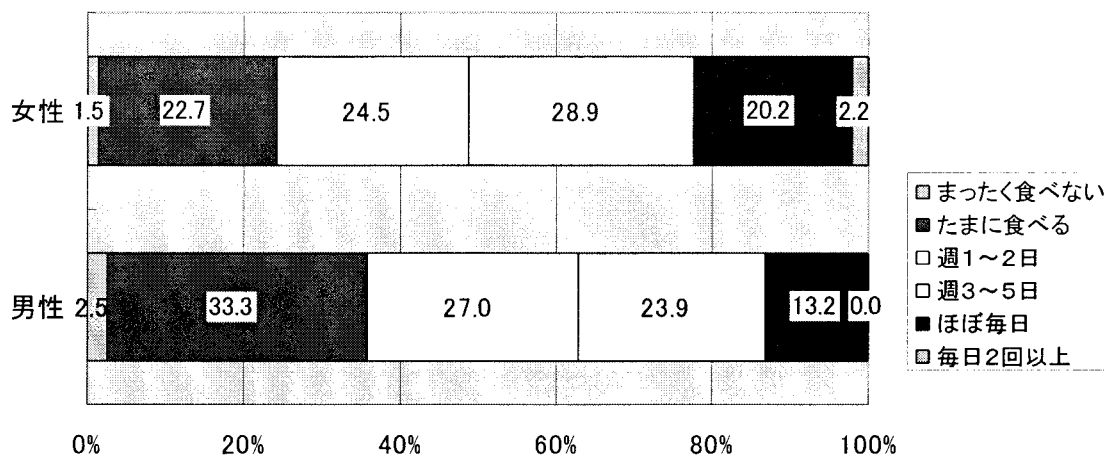
柑橘類の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」2.5%、「たまに食べる」33.3%、「週1～2日」27.0%、「週3～5日」23.9%、「ほぼ毎日」13.2%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」1.5%、「たまに食べる」22.7%、「週1～2日」24.5%、「週3～5日」28.9%、「ほぼ毎日」20.2%、「毎日2回以上」2.2%であった。



卵の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」3.1%、「たまに食べる」20.9%、「週1～2日」33.1%、「週3～5日」23.3%、「ほぼ毎日」19.6%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」2.9%、「たまに食べる」14.6%、「週1～2日」28.6%、「週3～5日」31.4%、「ほぼ毎日」21.8%、「毎日2回以上」0.7%であった。

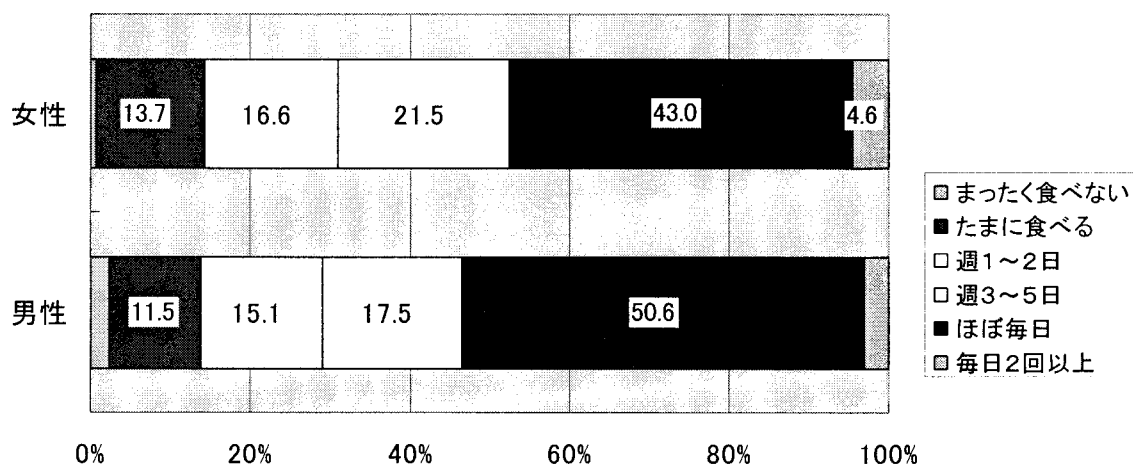


ヨーグルトの摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」2.5%、「たまに食べる」33.3%、「週1～2日」27.0%、「週3～5日」23.9%、「ほぼ毎日」13.2%、「毎日2回以上」0.0%であり、女性では、「まったく食べない」1.5%、「たまに食べる」22.7%、「週1～2日」24.5%、「週3～5日」28.9%、「ほぼ毎日」20.2%、「毎日2回以上」2.2%であった。



ヨーグルトの摂取頻度

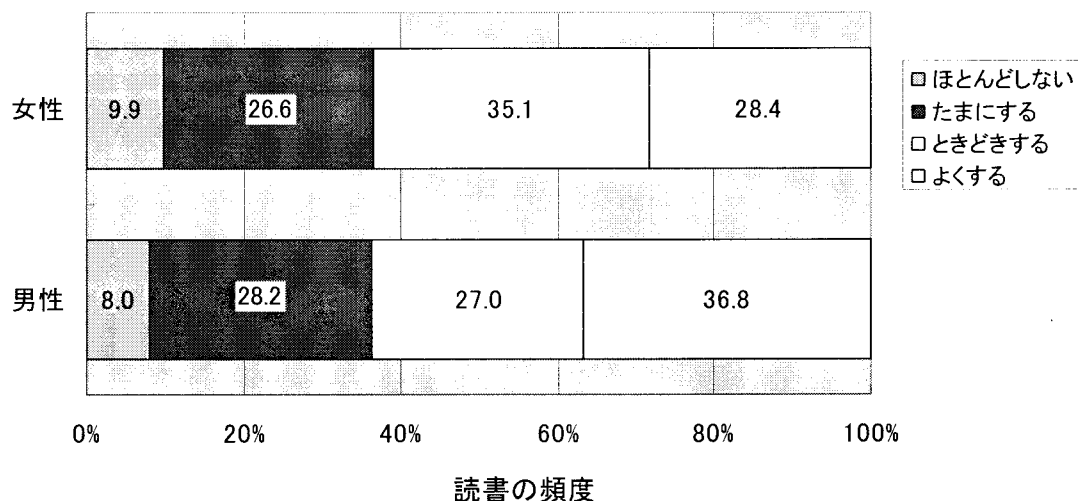
みそ汁の摂取頻度は、男性では、「まったく食べない」2.4%、「たまに食べる」11.5%、「週1～2日」15.1%、「週3～5日」17.5%、「ほぼ毎日」50.6%、「毎日2回以上」3.0%であり、女性では、「まったく食べない」0.7%、「たまに食べる」13.7%、「週1～2日」16.6%、「週3～5日」21.5%、「ほぼ毎日」43.0%、「毎日2回以上」4.6%であった。



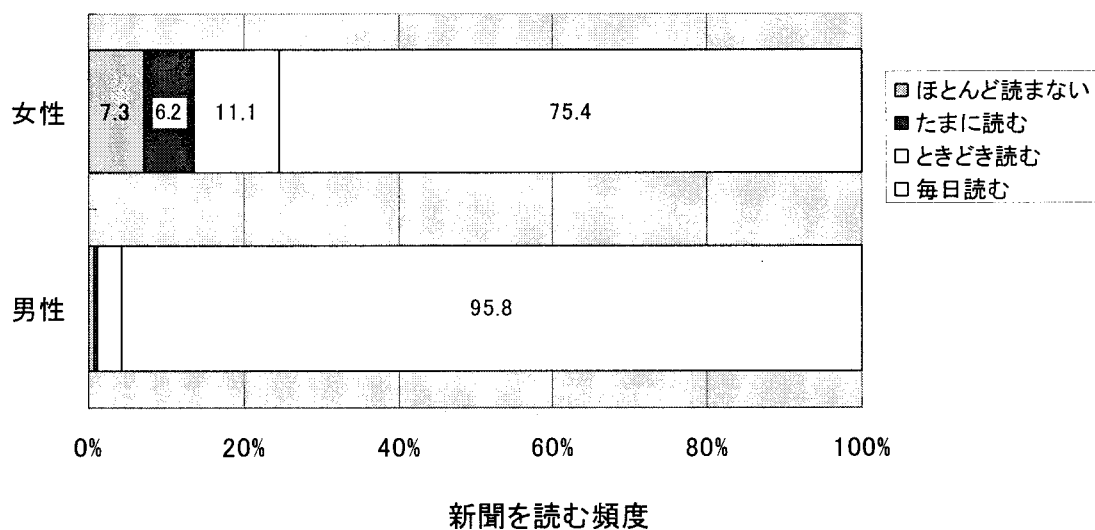
みそ汁の摂取頻度

(7) 余暇活動、趣味に関する項目

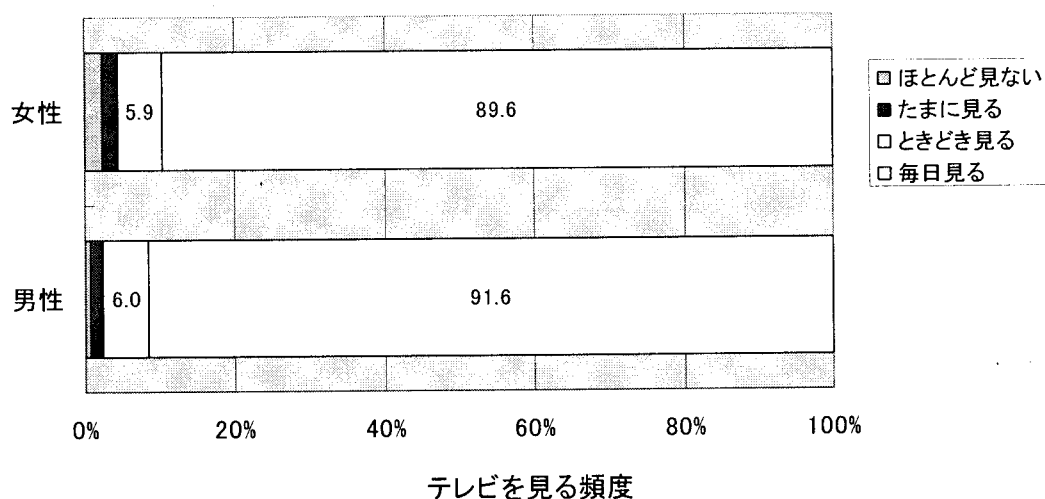
読書を行う頻度は、男性では「ほとんどしない」54.8%、「たまにする」14.2%、「ときどきする」3.2%、「よくする」27.7%であり、女性では「ほとんどしない」54.8%、「たまにする」14.2%、「ときどきする」3.2%、「よくする」27.7%であった。



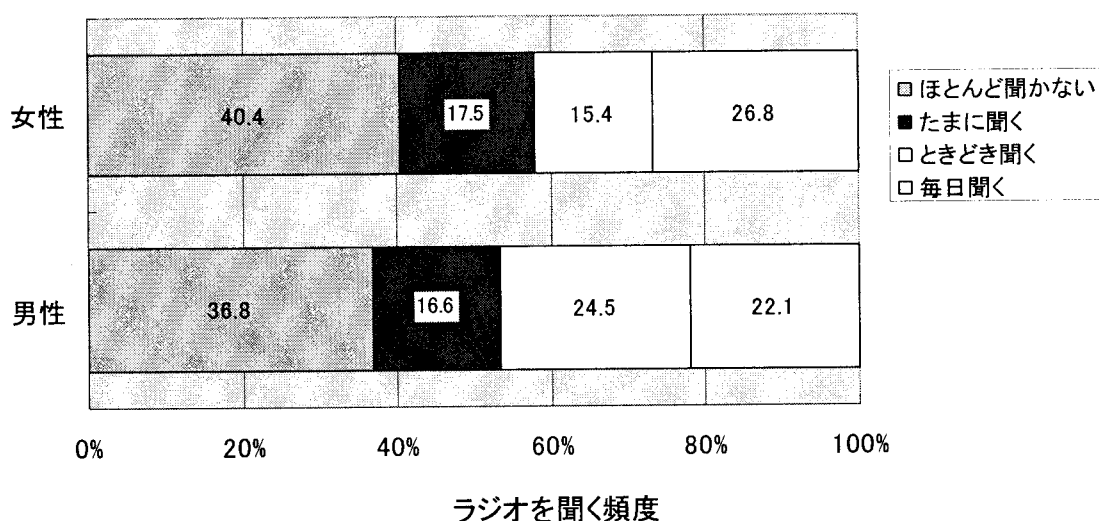
新聞を読む頻度は、男性では「ほとんど読まない」0.6%、「たまに読む」0.6%、「ときどき読む」3.0%、「毎日読む」95.8%であり、女性では「ほとんど読まない」7.3%、「たまに読む」6.2%、「ときどき読む」11.1%、「毎日読む」75.4%であった。



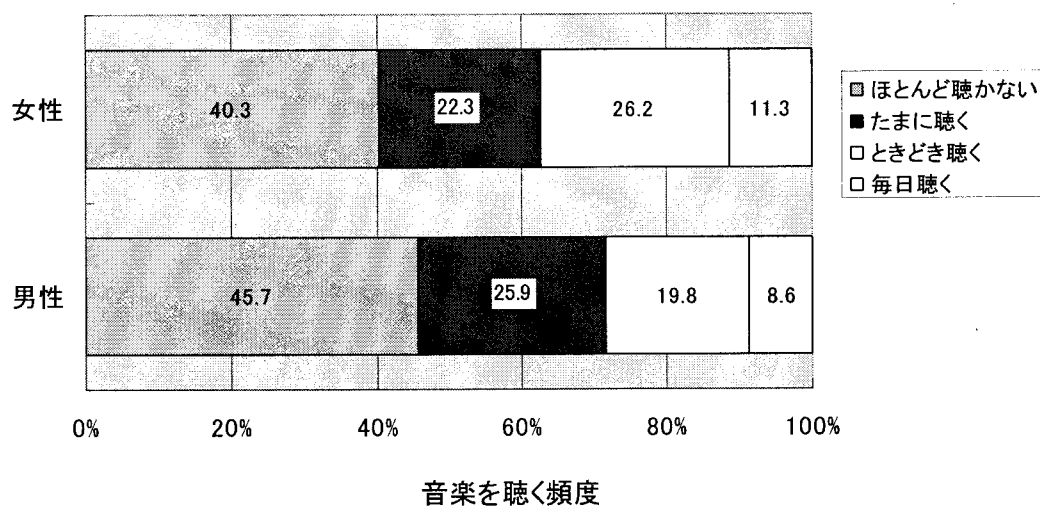
テレビを見る頻度は、男性では「ほとんど見ない」0.6%、「たまに見る」1.8%、「ときどき見る」6.0%、「毎日見る」91.6%であり、女性では「ほとんど見ない」2.4%、「たまに見る」2.1%、「ときどき見る」5.9%、「毎日見る」89.6%であった。



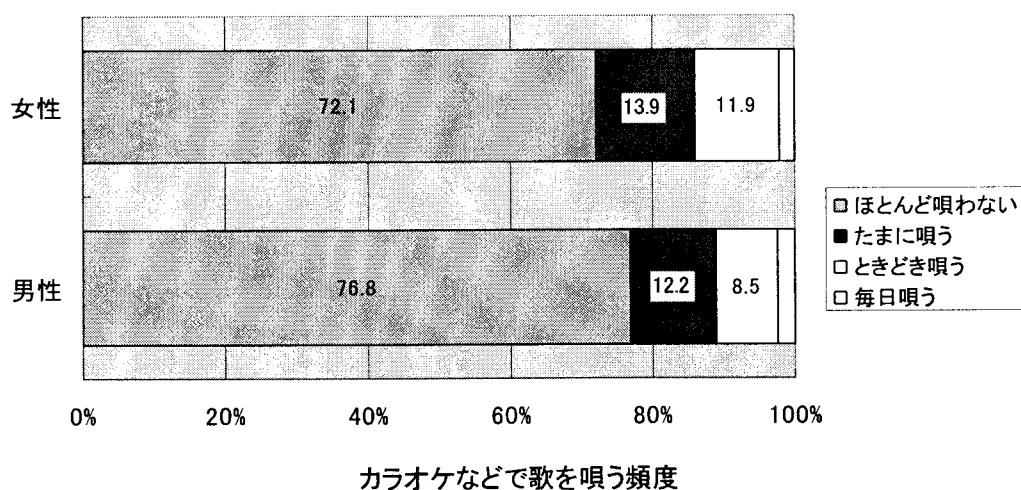
ラジオを聞く頻度は、男性では「ほとんど聞かない」36.8%、「たまに聞く」16.6%、「ときどき聞く」24.5%、「毎日聞く」22.1%であり、女性では「ほとんど聞かない」40.4%、「たまに聞く」17.5%、「ときどき聞く」15.4%、「毎日聞く」26.8%であった。



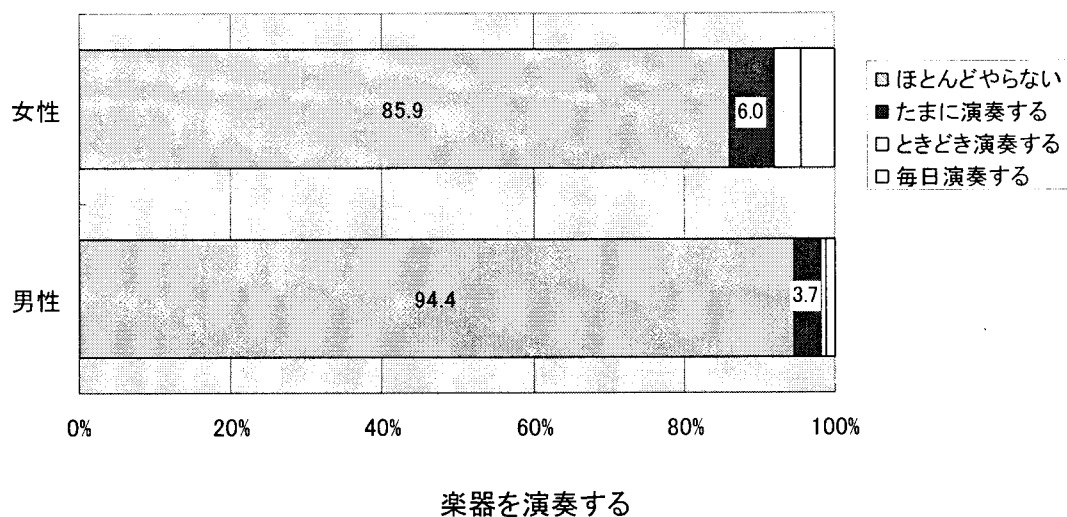
CD、レコードなど音楽を聴く頻度は、男性では「ほとんど聴かない」45.7%、「たまに聴く」25.9%、「ときどき聴く」19.8%、「毎日聴く」8.6%であり、女性では「ほとんど聴かない」40.3%、「たまに聴く」22.3%、「ときどき聴く」26.2%、「毎日聴く」11.3%であった。



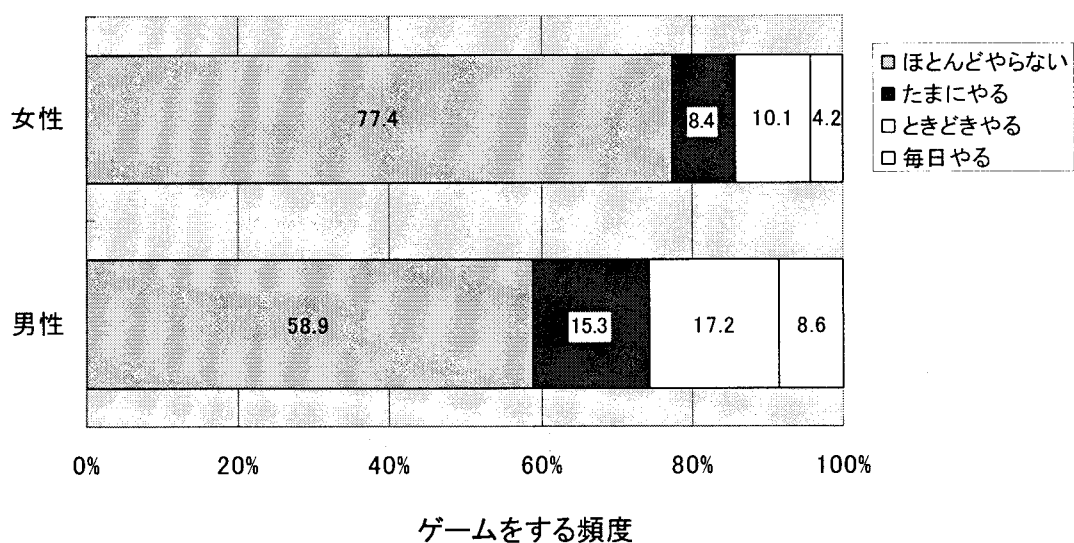
カラオケなどで歌を唄う頻度は、男性では「ほとんど唄わない」76.8%、「たまに唄う」12.2%、「ときどき唄う」8.5%、「毎日唄う」2.4%であり、女性では「ほとんど唄わない」72.1%、「たまに唄う」13.9%、「ときどき唄う」11.9%、「毎日唄う」2.1%であった。



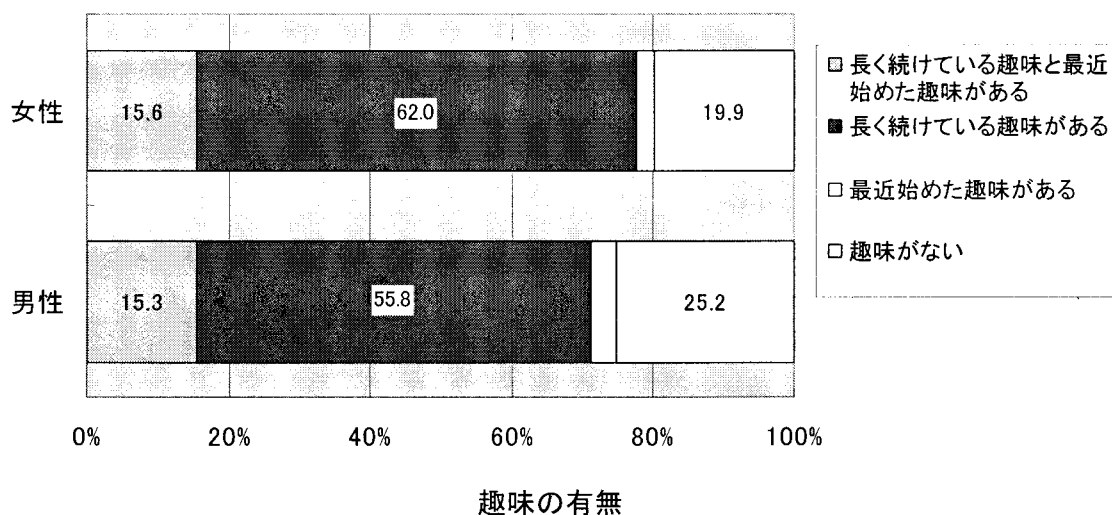
楽器を演奏する頻度は、男性では「ほとんど演奏しない」94.4%、「たまに演奏する」3.7%、「ときどき演奏する」0.6%、「毎日演奏する」1.2%であり、女性では「ほとんど演奏しない」85.9%、「たまに演奏する」6.0%、「ときどき演奏する」3.5%、「毎日演奏する」4.6%であった。



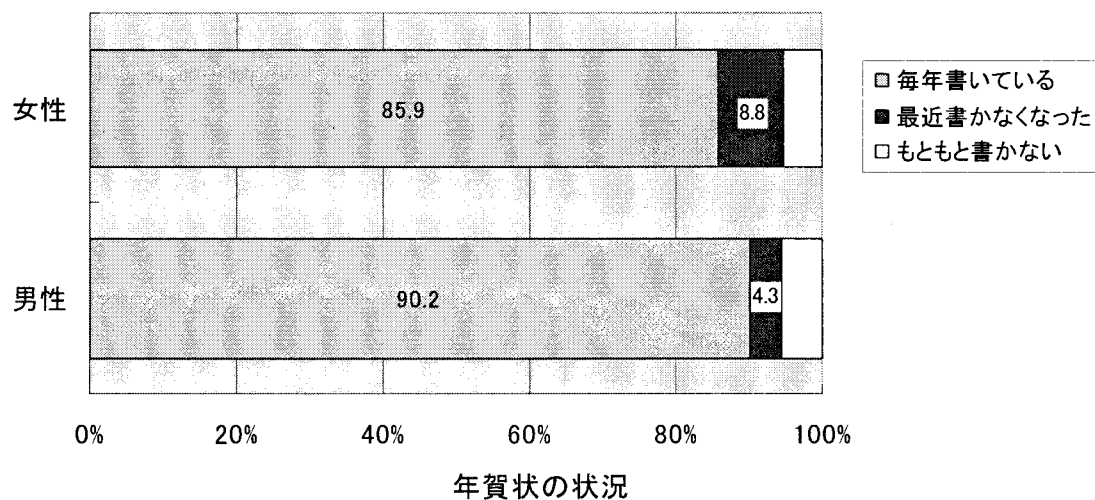
囲碁、将棋、花札、麻雀、トランプなどのゲームをする頻度は、男性では「ほとんどやらない」58.9%、「たまにやる」15.3%、「ときどきやる」17.2%、「毎日やる」8.6%であり、女性では「ほとんどやらない」77.4%、「たまにやる」8.4%、「ときどきやる」10.1%、「毎日やる」4.2%であった。



趣味の有無については、男性では「長く続けている趣味と最近始めた趣味がある」15.3%、「長く続けている趣味がある」55.8%、「最近始めた趣味がある」3.7%、「趣味がない」25.2%であり、女性では「長く続けている趣味と最近始めた趣味がある」15.6%、「長く続けている趣味がある」62.0%、「最近始めた趣味がある」2.5%、「趣味がない」19.9%であった。



年賀状を書く状況については、男性では「毎年書いている」90.2%、「最近書かなくなった」4.3%、「もともと書かない」5.5%であり、女性では「毎年書いている」85.9%、「最近書かなくなった」8.8%、「もともと書かない」5.3%であった。



6. 在宅高齢者の生活習慣と知的機能の関連

在宅高齢者の生活習慣と知的機能の関連

対象および方法

平成 15 年度に、在宅高齢者の生活習慣に関する調査に協力をいただいた杉並区の在宅高齢者と健診の目的で新たに浴風会病院を訪れた在宅高齢者を対象に、平成 16 年度は「生活習慣に関する問診表(2004 版)」調査を実施した。

調査票の回収ができたのは 476 名であった。この調査については前項で集計結果を述べた。

この群について、平成 16 年 9 月、10 月に実施された健康診査の受診時に、高齢者痴呆のスクリーニング法としてよく使われている Mini-Mental State Examination (MMSE) を実施した。生活習慣調査の回収ができた 476 名のうち、447 名に対し MMSE の測定を実施することができた。

そこで、447 名のデータを基に生活習慣と知的機能の関連を検討することを目的として、生活習慣に関する以下の各項目と MMSE とのクロス集計を行ったので報告する。

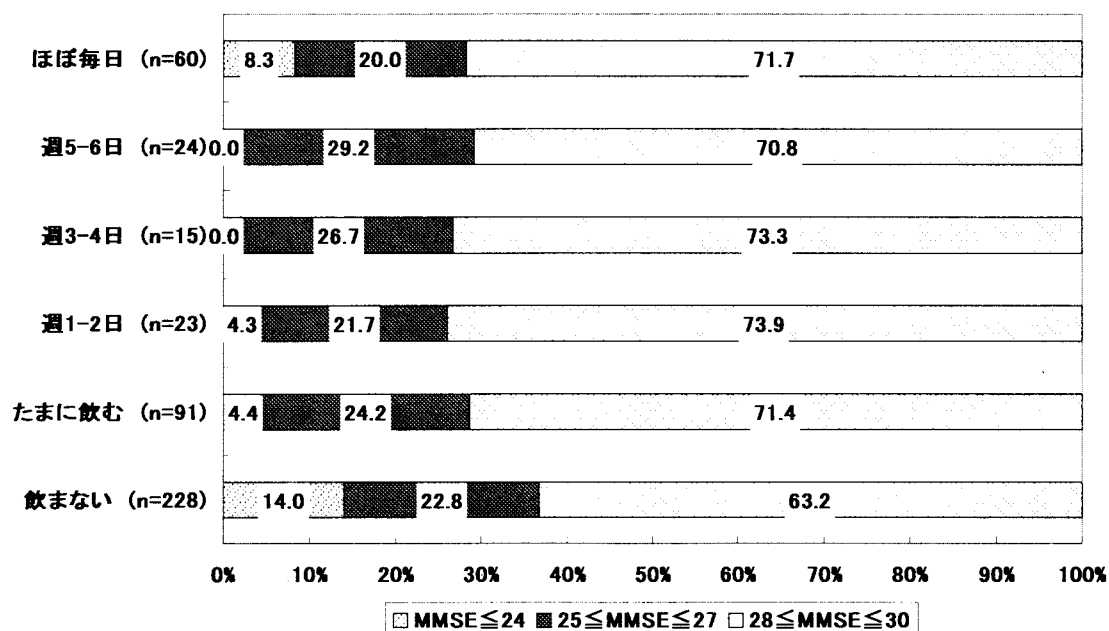
- I. 飲酒
- II. 喫煙
- III. 身体運動
- IV. ソフトドリンク
- V. 食品別摂取状況
- VI. 余暇活動・趣味活動

なお、MMSE チェック票には健診 ID 番号のみ記入し、すべてのデータは個人名を除いてデータファイルを作成し、個人の同定ができないよう倫理面に配慮した。「生活習慣に関する問診表」の各項目の記入漏れは欠損値として処理し、各項目の有効回答と MMSE のクロス集計を行った。なお、統計解析は、SPSS®11.0J for windows® を用いた。

以下、各項目と MMSE とのクロス集計結果を示す。

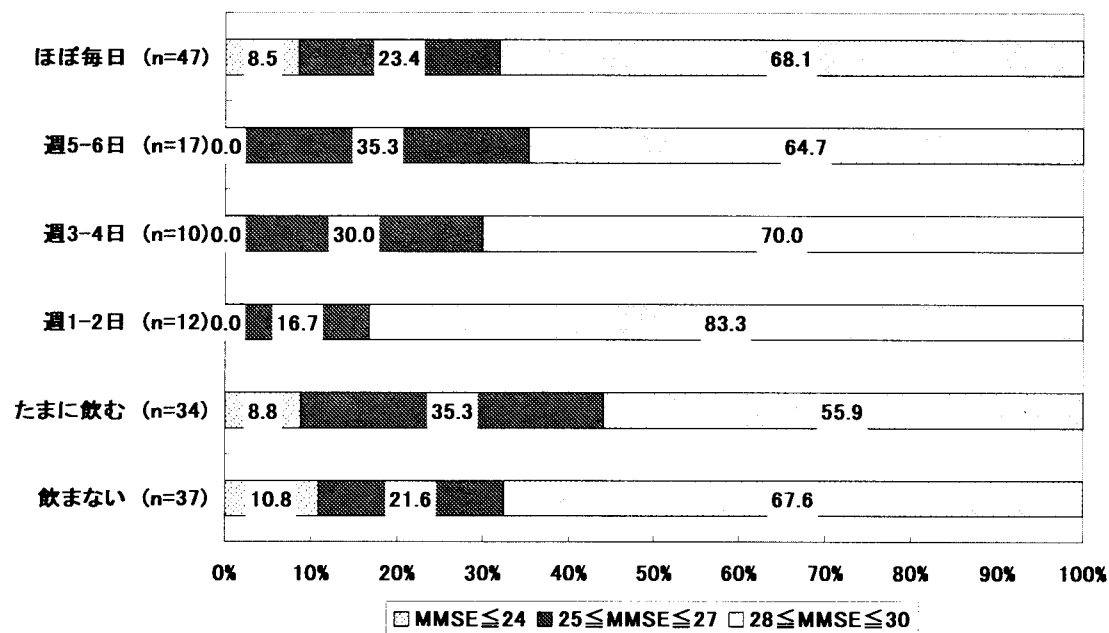
I 飲酒と MMSE

1. この 1 年間の飲酒(全体)と MMSE

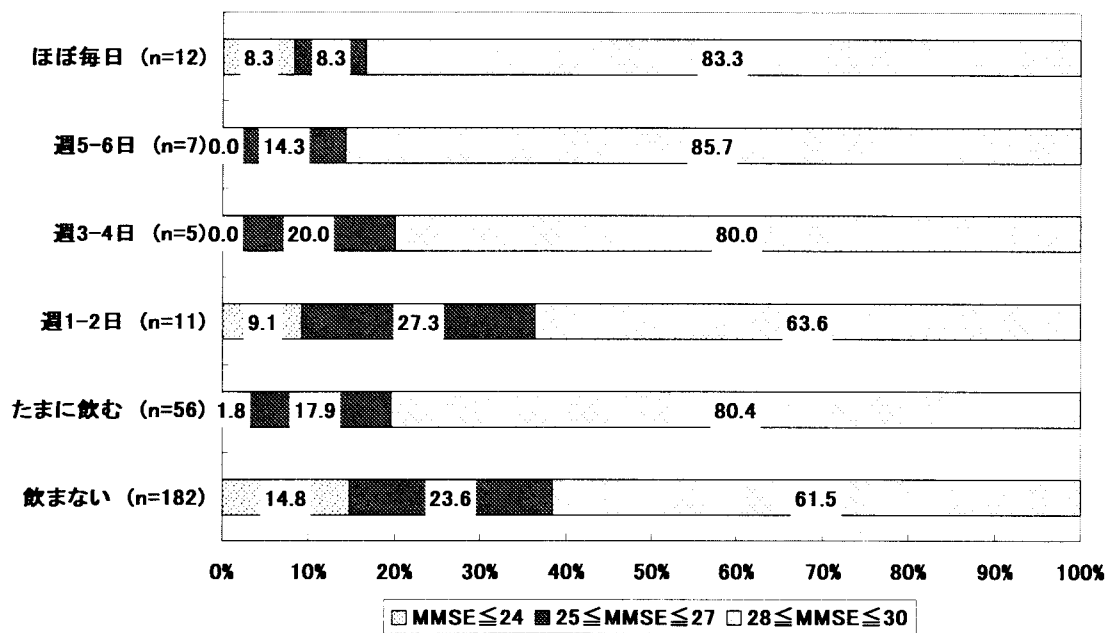


1. 過去 1 年間の飲酒状況は全体では MMSE 28 点以上の割合はほぼ変わらないが、「飲まない」回答者では MMSE 24 点以下の割合が他の回答群よりも多い。
2. 男性の過去 1 年間の飲酒状況では、「飲まない」回答者では MMSE 24 点以下の割合が多い。
3. 女性の過去 1 年間の飲酒状況でも、「飲まない」回答者では MMSE 24 点以下の割合が多い。

2. この1年間の飲酒(男性)MMSE

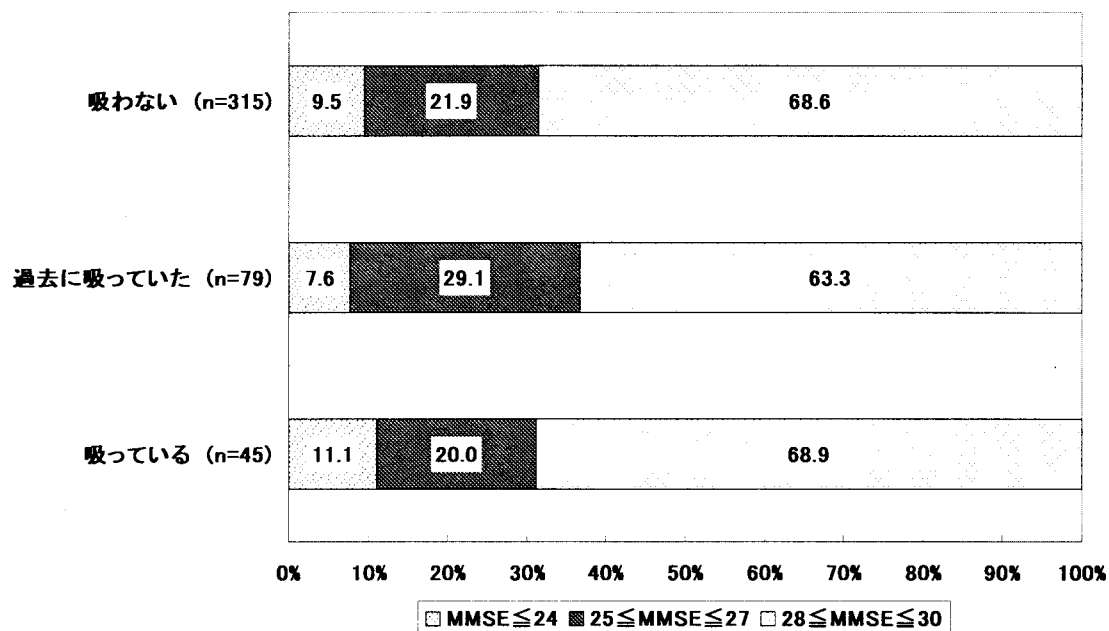


3. この1年間の飲酒(女性)MMSE



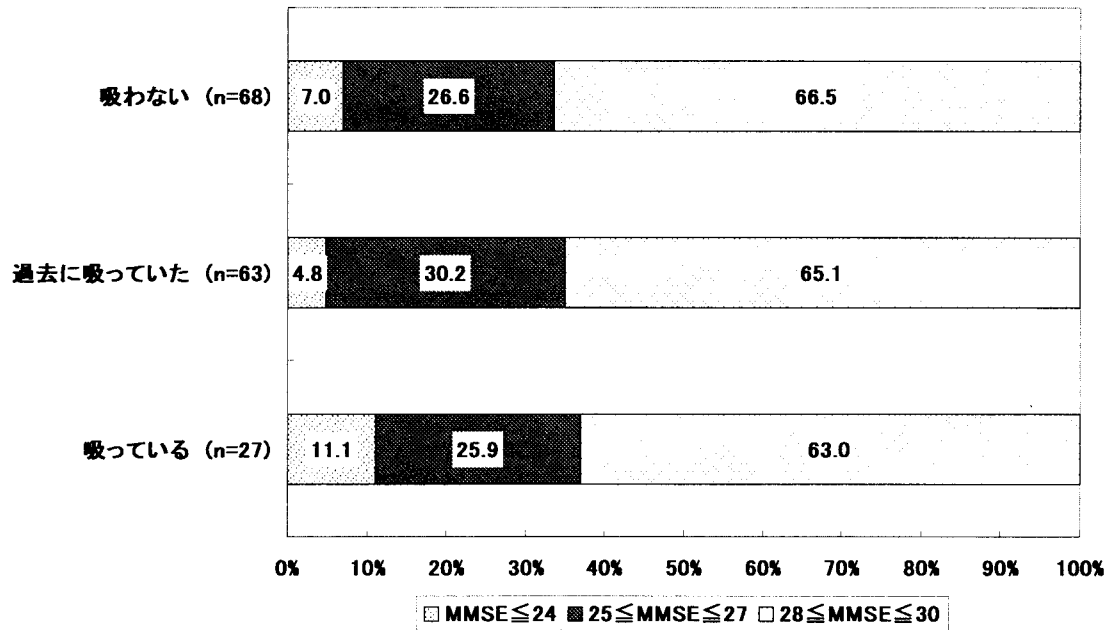
II 喫煙と MMSE

1. 現在の喫煙(全体)状況と MMSE

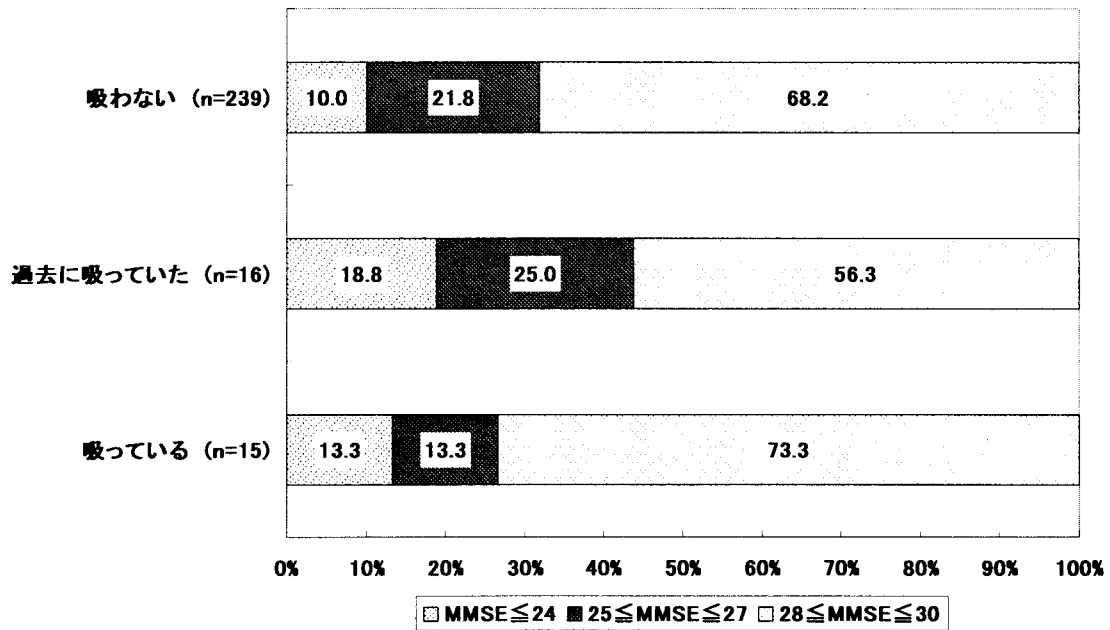


1. 全体では「吸わない」、「過去に吸っていた」、「吸っている」どの回答者も MMSE 28 点以上の割合が 6 割を超えているが、「吸っている」回答者の MMSE 24 点以下の割合が 1 割を超えている。
2. 男性の現在の喫煙者は回答者の約 17%であるが、その「吸っている」回答者の MMSE 24 点以下の割合が 1 割を超えている。
3. 女性回答者の約 88%が非喫煙者であるが、「過去に吸っていた」回答者の MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。

2. 現在の喫煙(男性)状況と MMSE



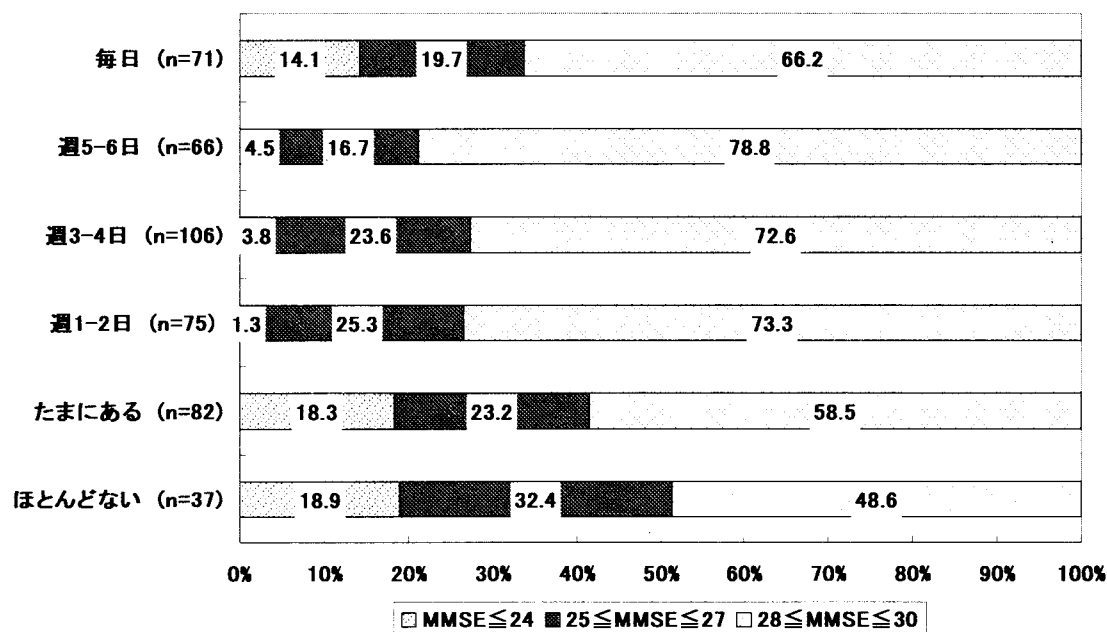
3. 現在の喫煙(女性)状況と MMSE



Ⅲ 運動と MMSE

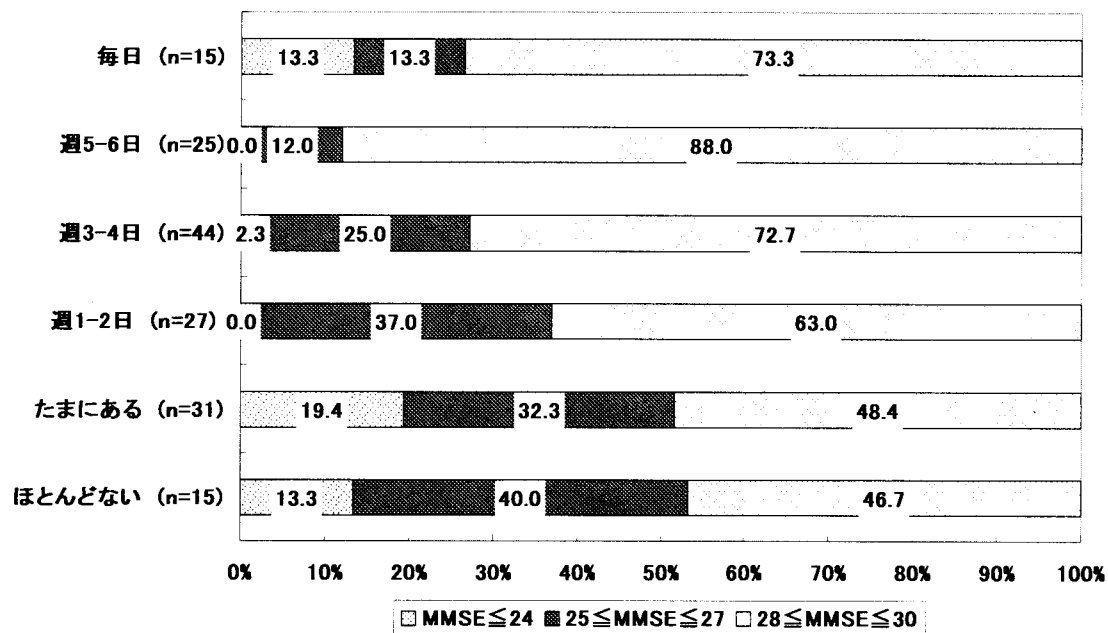
1. 一日 30 分以上の歩行運動と MMSE

(1) ここ一年間、一日 30 分以上の歩行運動(全体)と MMSE

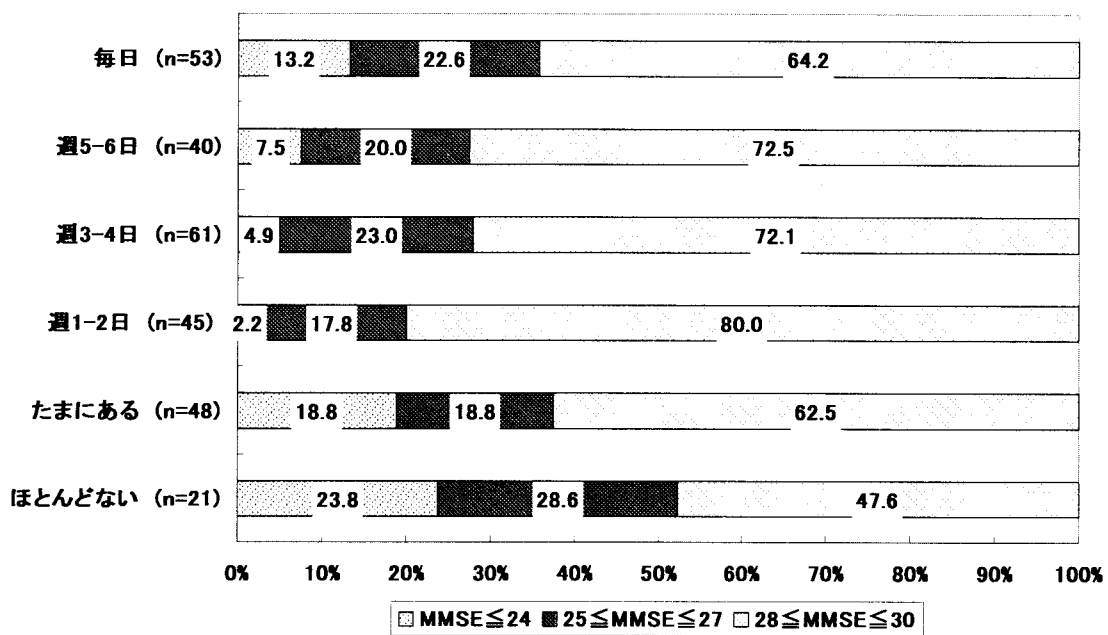


- (1) 全体では、ここ 1 年間に 1 日 30 分以上の歩行運動の有無に関して、「週 1・2 日」未満の回答者になると MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下になり、MMSE 24 点以下の割合が 18%を超える。
- (2) 男性ではここ 1 年間に 1 日 30 分以上の歩行運動の有無に関して、「週 1・2 日」未満の回答者になると MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下になる。
- (3) 女性ではここ 1 年間に 1 日 30 分以上の歩行運動の有無に関して、「ほとんどない」回答者になると MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下になり、MMSE 24 点以下の割合が 20%を超える。

(2) ここ一年間、一日 30 分以上の歩行運動(男性)と MMSE

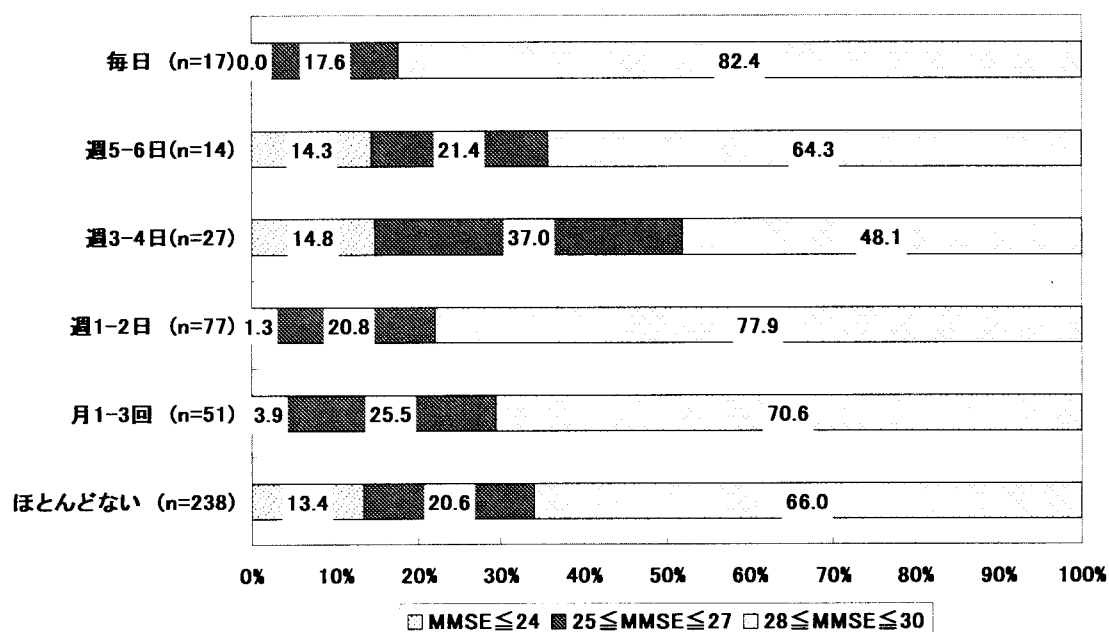


(3) ここ一年間、一日 30 分以上の歩行運動(女性)と MMSE



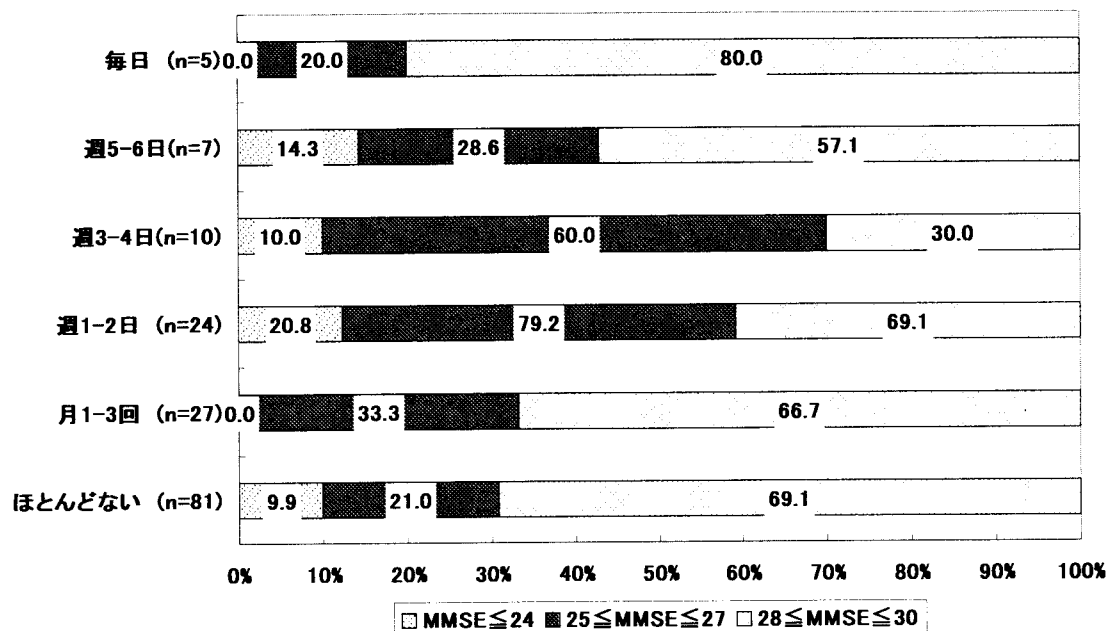
2. 歩行以外の運動と MMSE

(1) 歩行以外の運動(全体)と MMSE

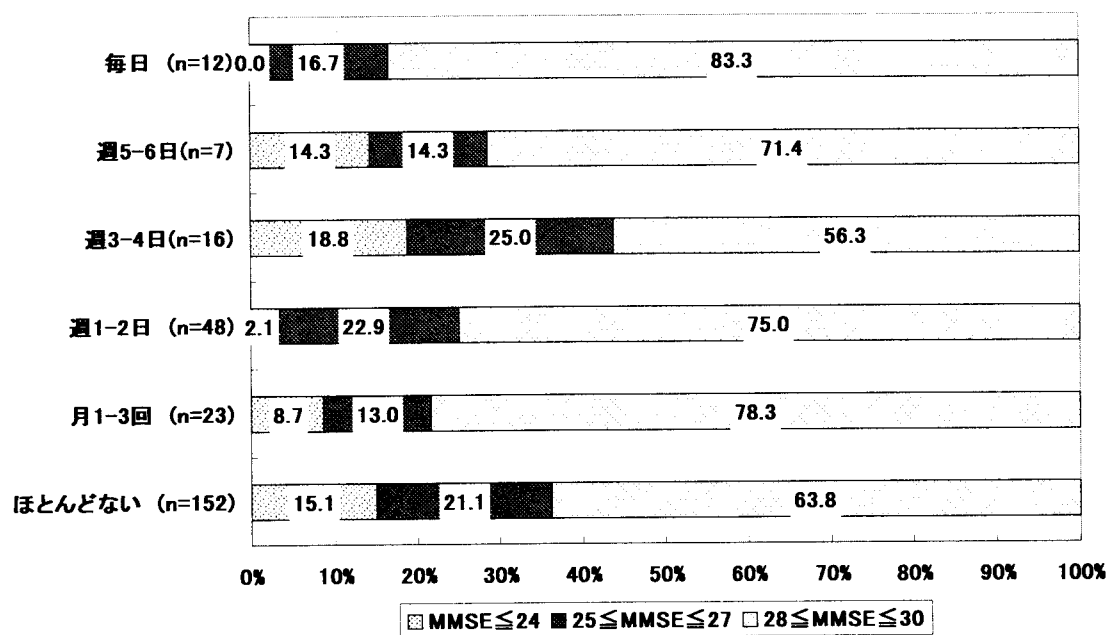


- (1) 全体では、回答者の約 56%がここ 1 年間に歩行以外の運動がなく、運動の頻度が「週 3-4 日」の回答者において MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下になっているが、その他では 6 割を超えている。MMSE 24 点以下の割合が 18%を超える。
- (2) 男性では、回答者の約 52%がここ 1 年間に歩行以外の運動がなく、ここ 1 年間に歩行以外運動に関して、「週 3-4 日」、「週 1-2 日」の回答者になると MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下になる。
- (3) 女性では、回答者の約 59%がここ 1 年間に歩行以外の運動がなく、ここ 1 年間に歩行以外運動に関して、「週 3-4 日」の回答者になると MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下になる。

(2) 歩行以外の運動(男性)と MMSE



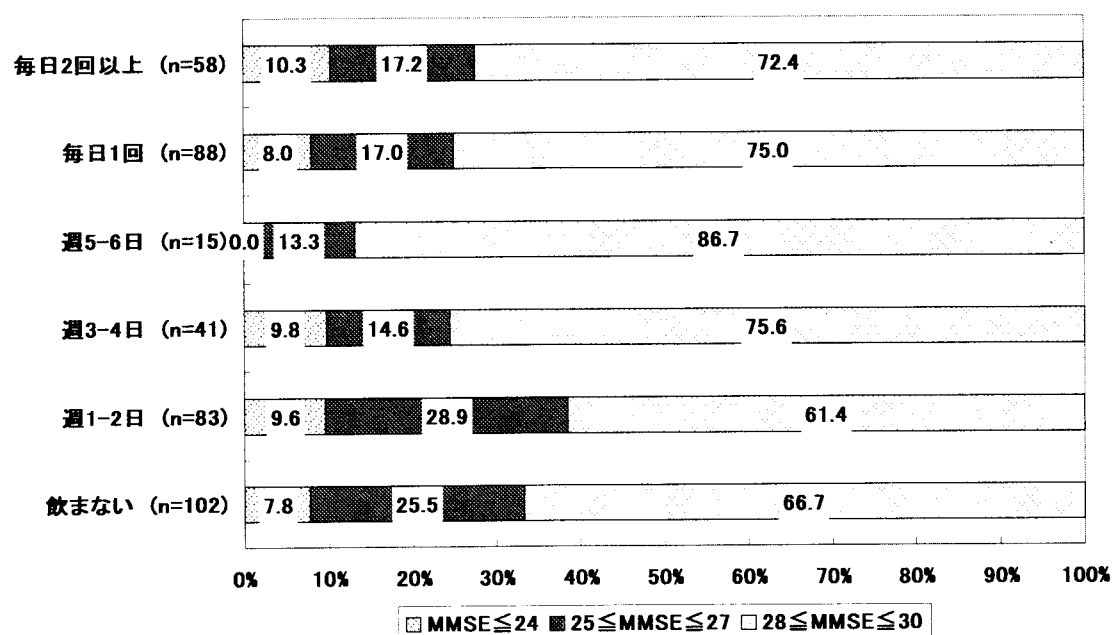
(3) 歩行以外の運動(女性)と MMSE



IV ソフトドリンクと MMSE

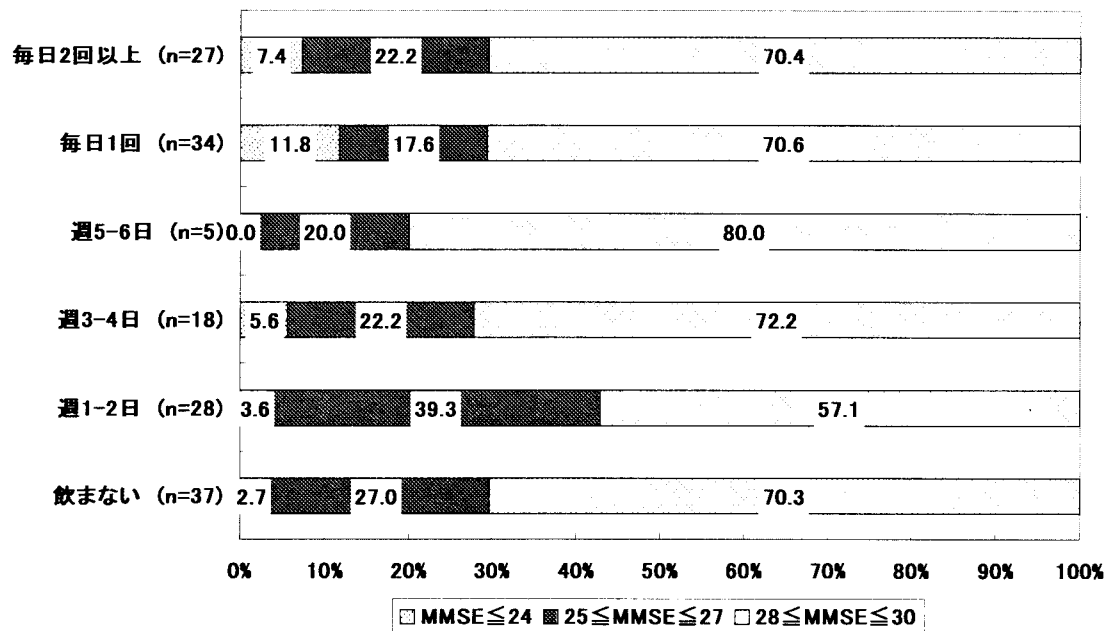
1. コーヒーの摂取と MMSE

(1) コーヒーの摂取(全体)と MMSE

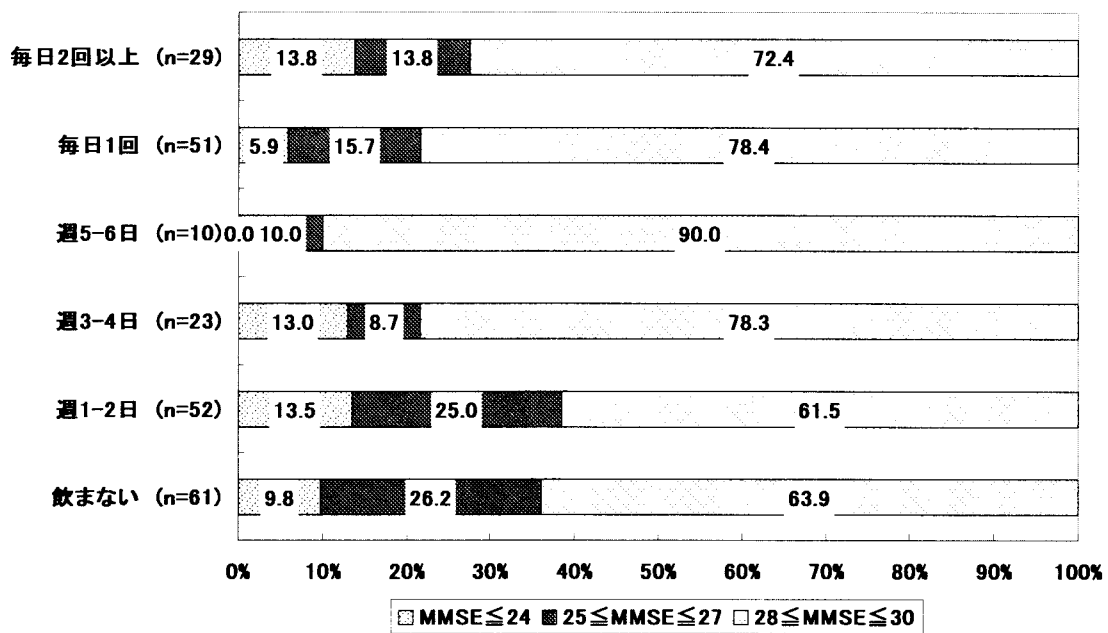


- (1) 全体では、回答者の約 73%が週 1 日以上コーヒーを飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は摂取の頻度に関係なく、6 割を超えている。
- (2) 男性では、回答者の約 75%が週 1 日以上コーヒーを飲んでいる。「週 1-2 日」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合は 6 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 73%が週 1 日以上コーヒーを飲んでいる。「週 1-2 日」以下の回答者では、MMSE 28 点以上の割合は 7 割以下となっている。

(2) コーヒーの摂取(男性)と MMSE

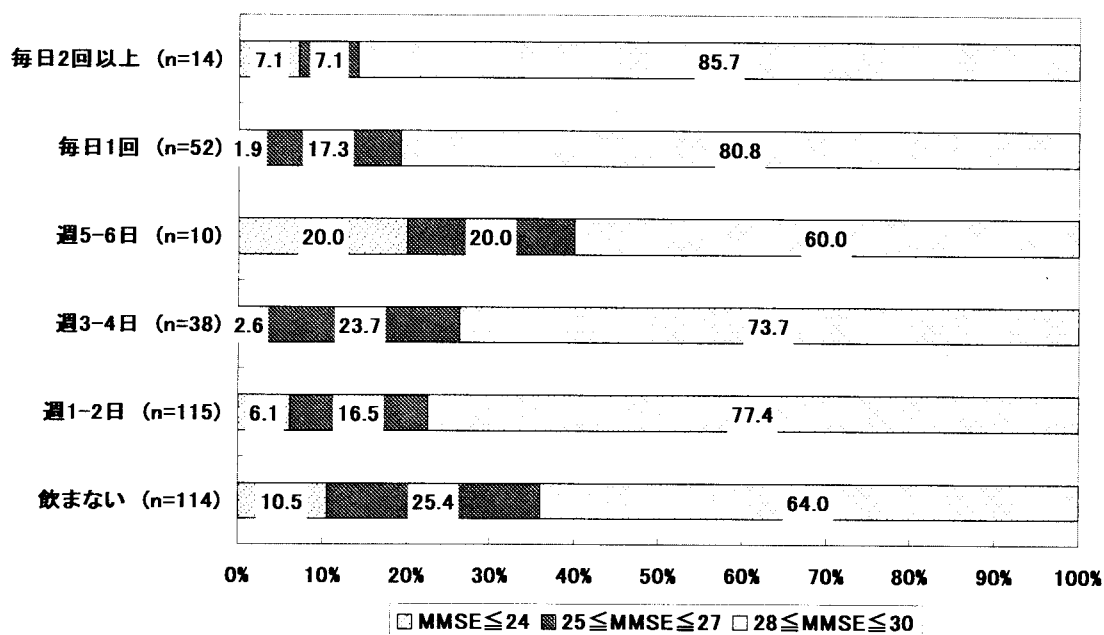


(3) コーヒーの摂取(女性)と MMSE



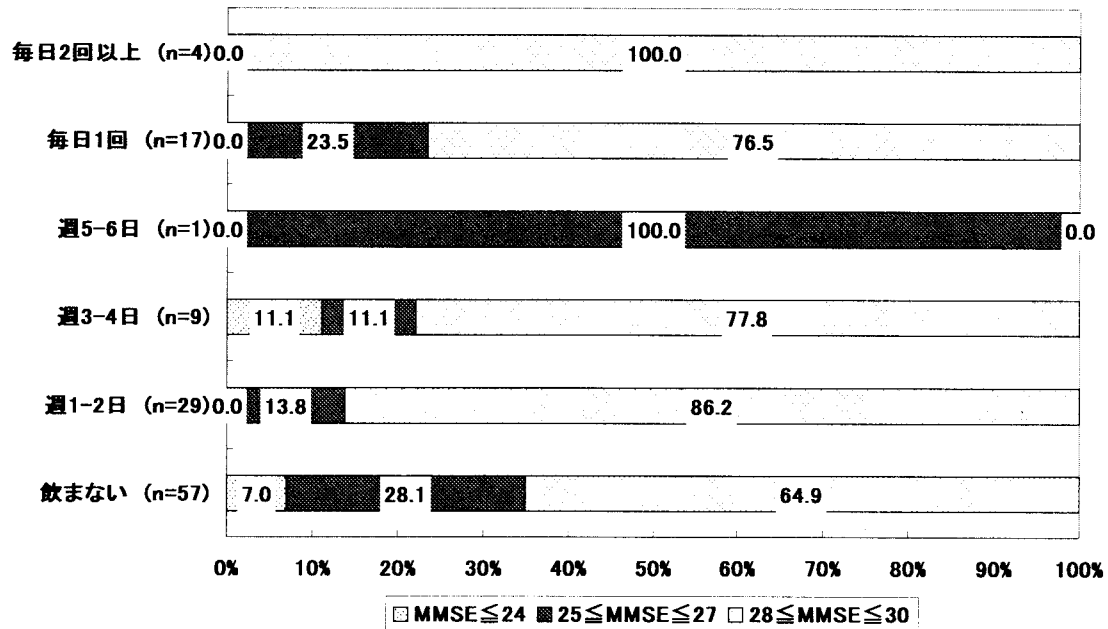
2. 紅茶の摂取と MMSE

(1) 紅茶の摂取(全体)と MMSE

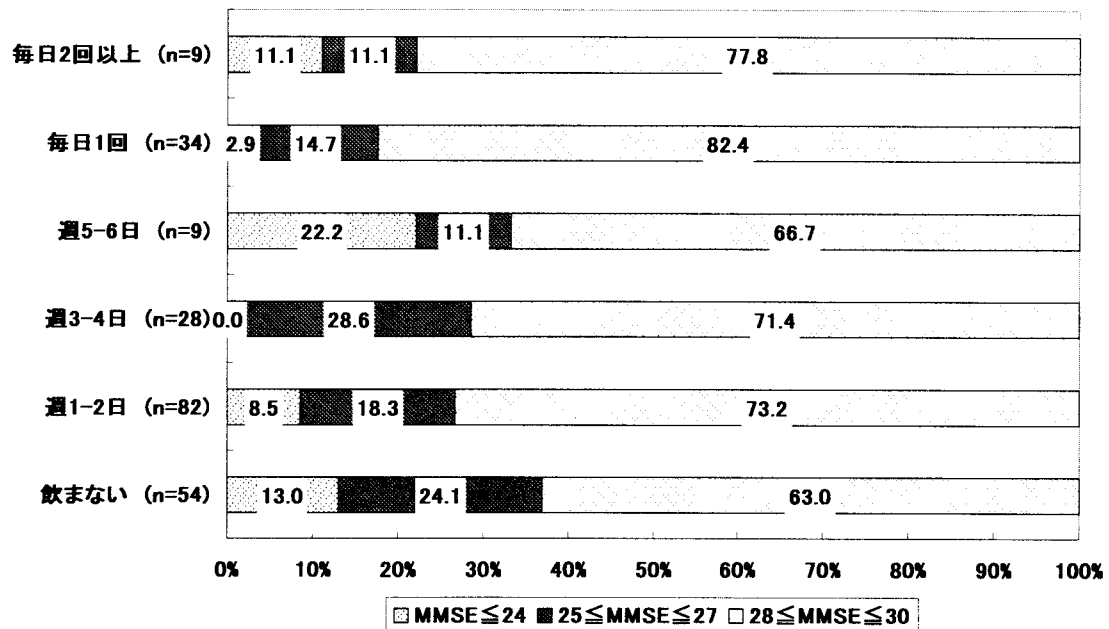


- (1) 全体では、回答者の約 66%が週 1 日以上紅茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度に関係なく、6 割以上であるが、「週 5-6 日」摂取の回答者では、MMSE 24 点以下の割合が 2 割となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 51%が週 1 日以上紅茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度によって 10 から 0 割ばらつきを示している。
- (3) 女性では、回答者の 75%が週 1 日以上紅茶を飲んでいる。「週 5-6 日」、「週 1-2 日」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合は 7 割以下となっている。

(2) 紅茶の摂取(男性)と MMSE

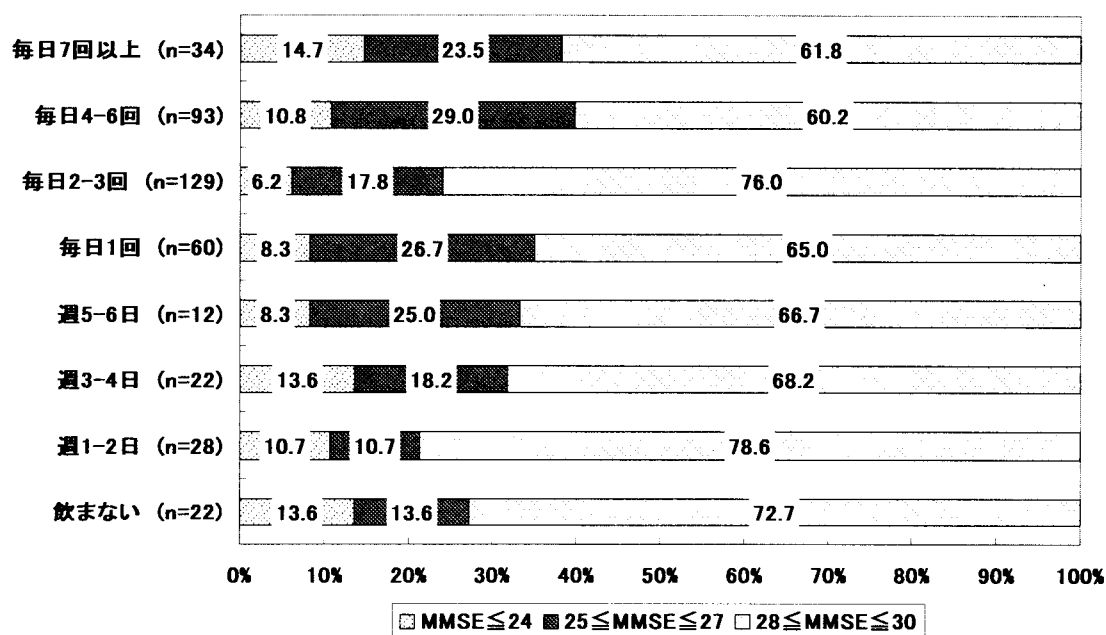


(3) 紅茶の摂取(女性)と MMSE



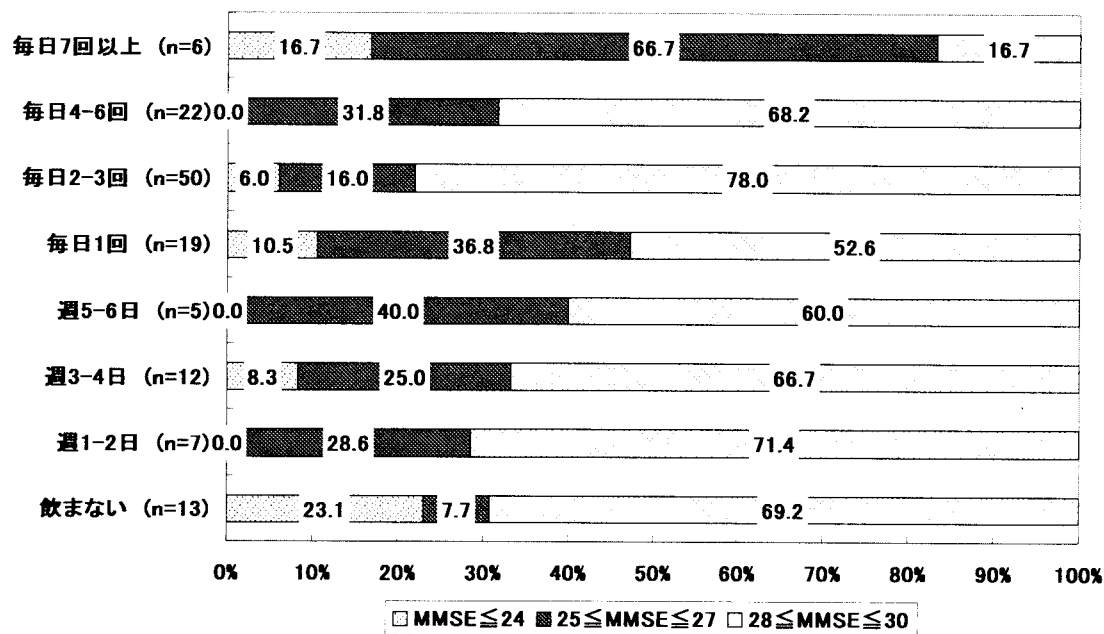
3. 日本茶の摂取(煎茶)と MMSE

(1) 日本茶の摂取(煎茶・全体)と MMSE

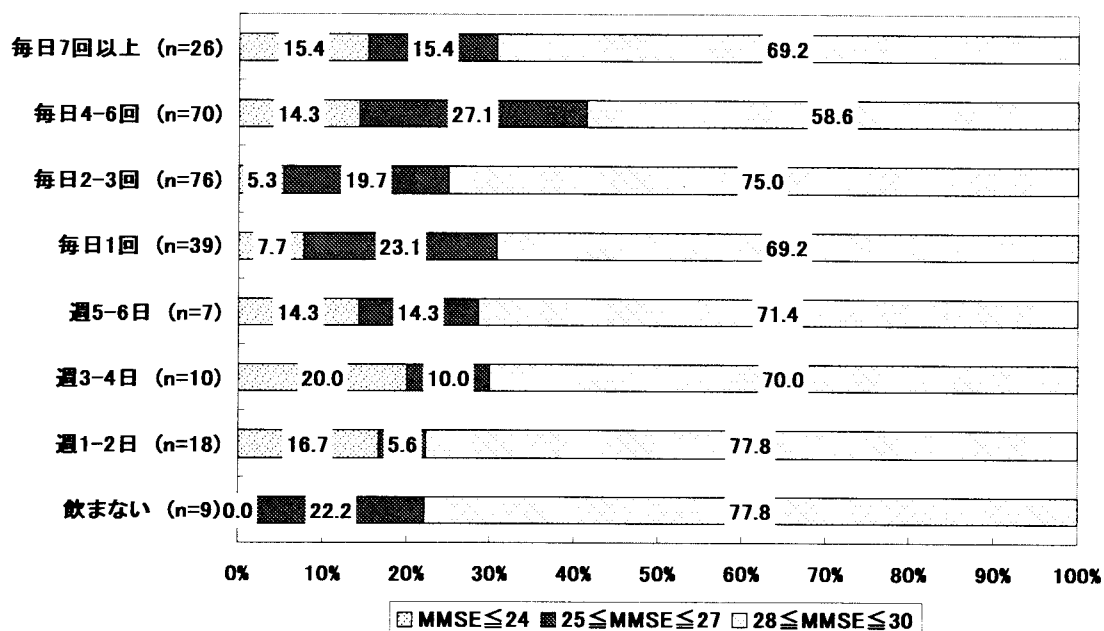


- (1) 全体では、回答者の約 94%が週 1 日以上煎茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度に関係なく、6 割以上であるが、「週 3-4 日」、「飲まない」の回答者では、MMSE 24 点以下の割合が約 13%である。
- (2) 男性では、回答者の約 90%が週 1 日以上煎茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度によってばらつきを示しているが、「毎日 7 回以上」、「飲まない」の回答者で MMSE 24 点以下の割合が約 16%、23%と目立つ。
- (3) 女性では、回答者の 96%が週 1 日以上煎茶を飲んでいる。「週 4-6 日」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合は 6 割以下となっている。

(2) 日本茶の摂取(煎茶・男性)と MMSE

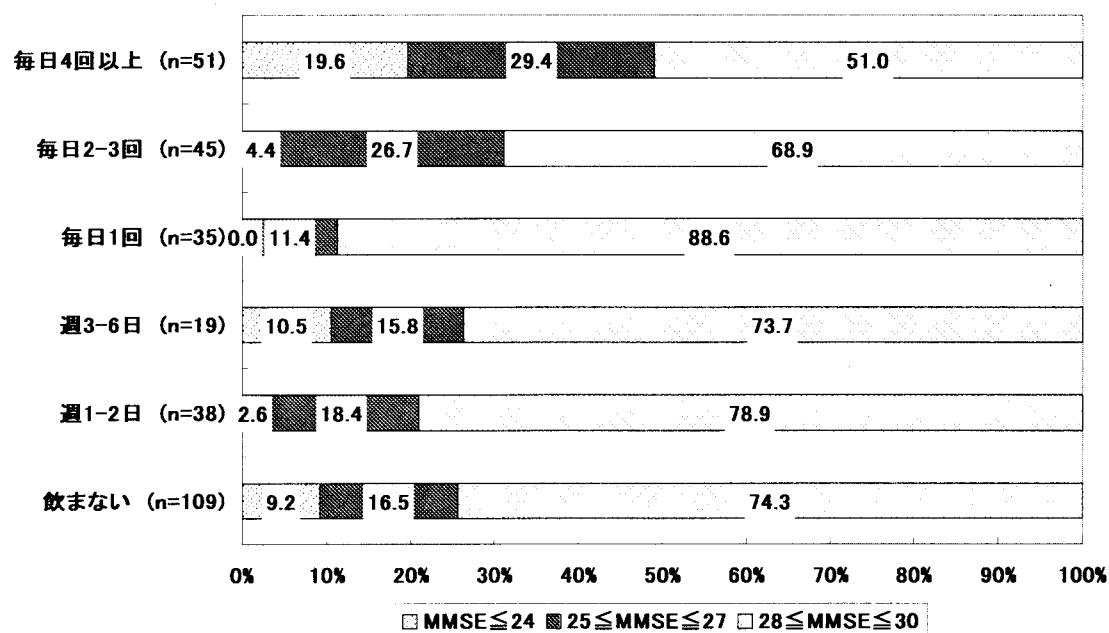


(3) 日本茶の摂取(煎茶・女性)と MMSE



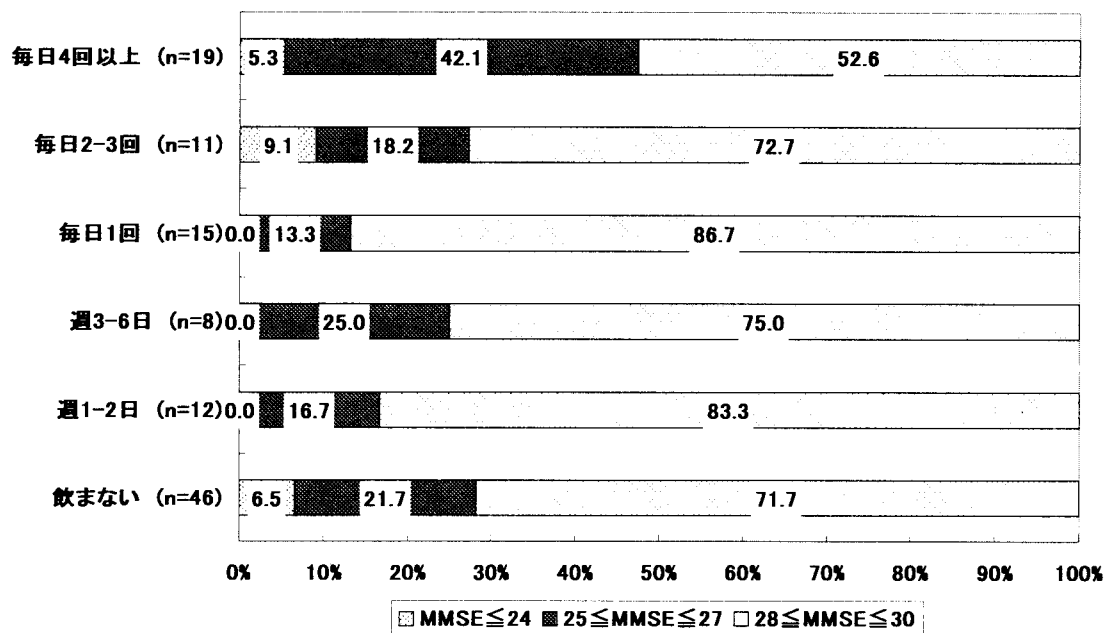
4. 日本茶の摂取(番茶)と MMSE

(1) 日本茶の摂取(番茶・全体)と MMSE

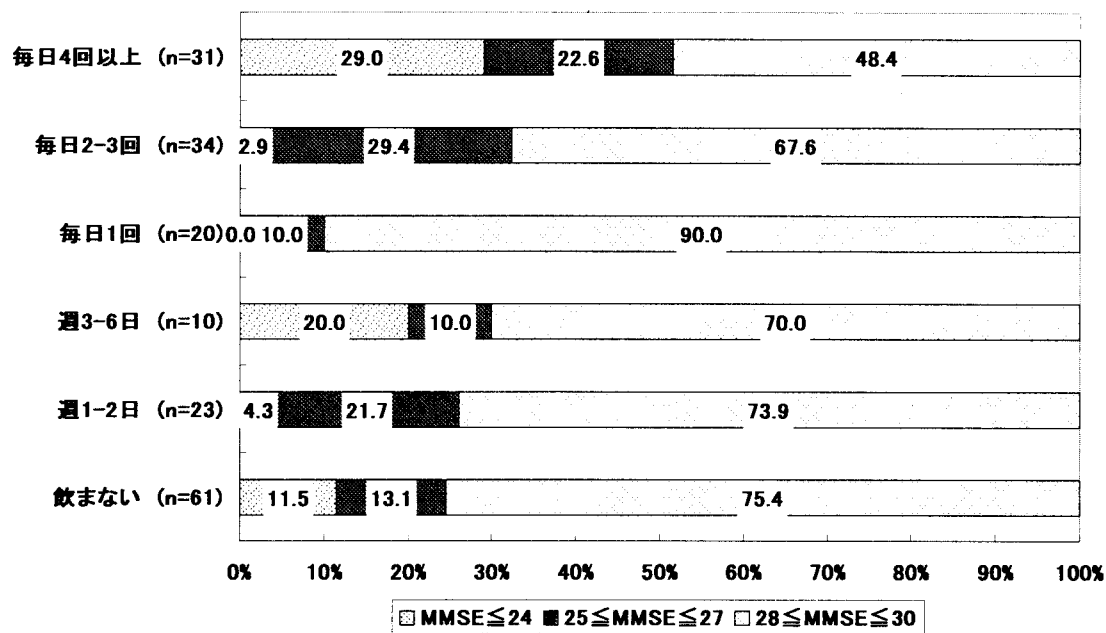


- (1) 全体では、回答者の約 63%が週 1 日以上番茶を飲んでいる。「毎日 4 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。
- (2) 男性では、回答者の約 58%が週 1 日以上番茶を飲んでいる。「毎日 4 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。
- (3) 女性では、回答者の約 66%が週 1 日以上番茶を飲んでいる。「毎日 4 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。

(2) 日本茶の摂取(番茶・男性)と MMSE

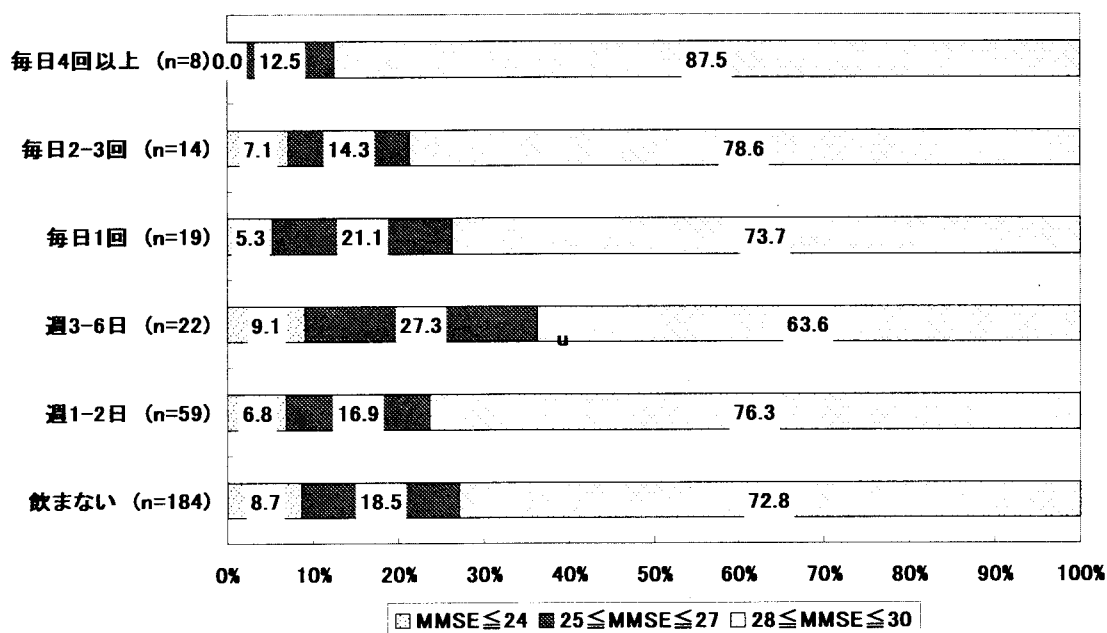


(3) 日本茶の摂取(番茶・女性)と MMSE



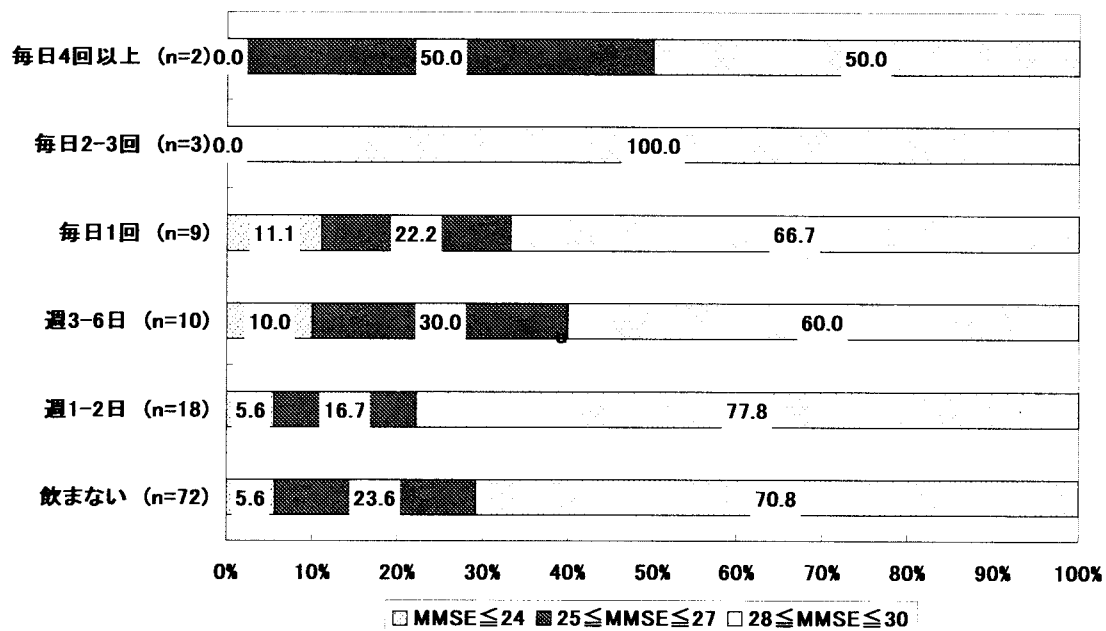
5. ウーロン茶の摂取と MMSE

(1) ウーロン茶の摂取(全体)と MMSE

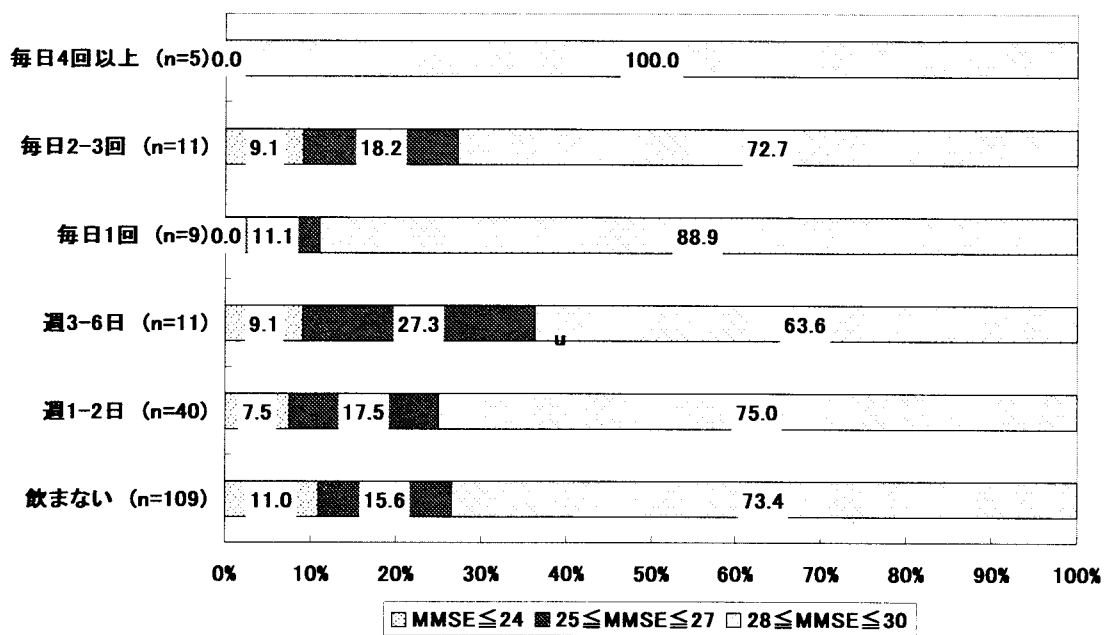


- (1) 全体では、回答者の約 39%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。頻度に関らず、MMSE 28 点以上の割合は 6 割以上である。
- (2) 男性では、回答者の約 36%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は 5-10 割とばらつきがある。
- (3) 女性では、回答者の約 41%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度に関らず 6 割以上となっている。

(2) ウーロン茶の摂取(男性)と MMSE

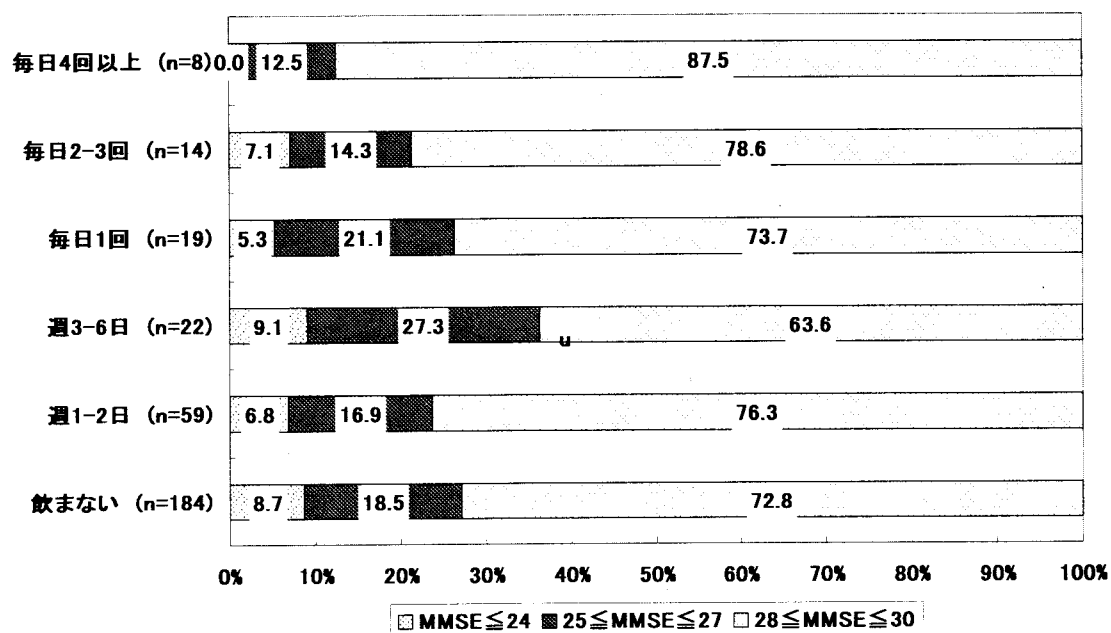


(3) ウーロン茶の摂取(女性)と MMSE



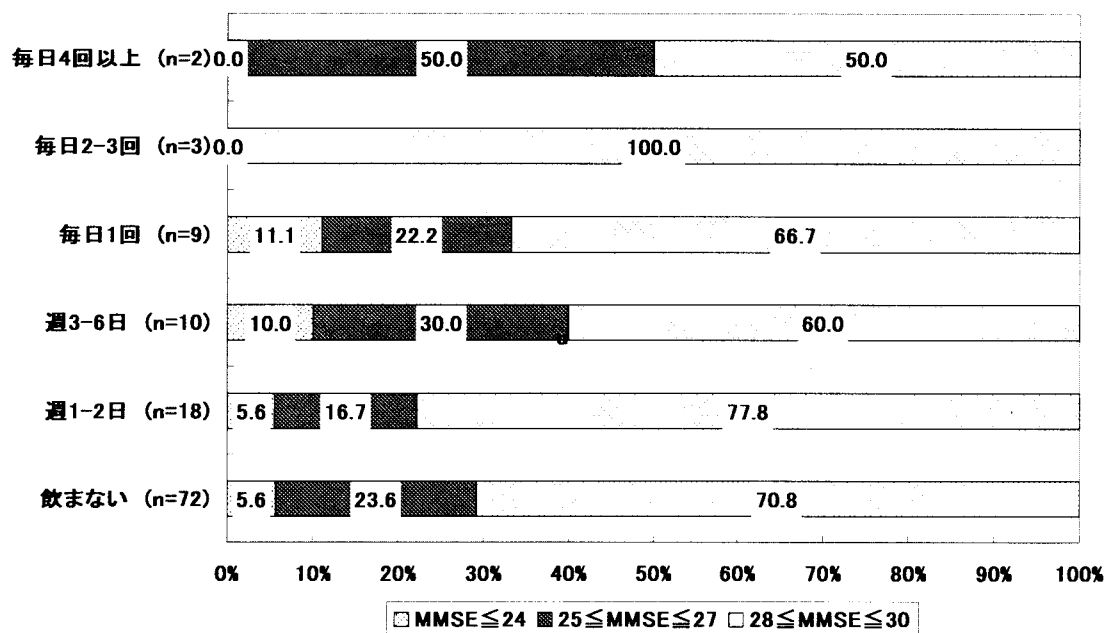
5. ウーロン茶の摂取と MMSE

(1) ウーロン茶の摂取(全体)と MMSE

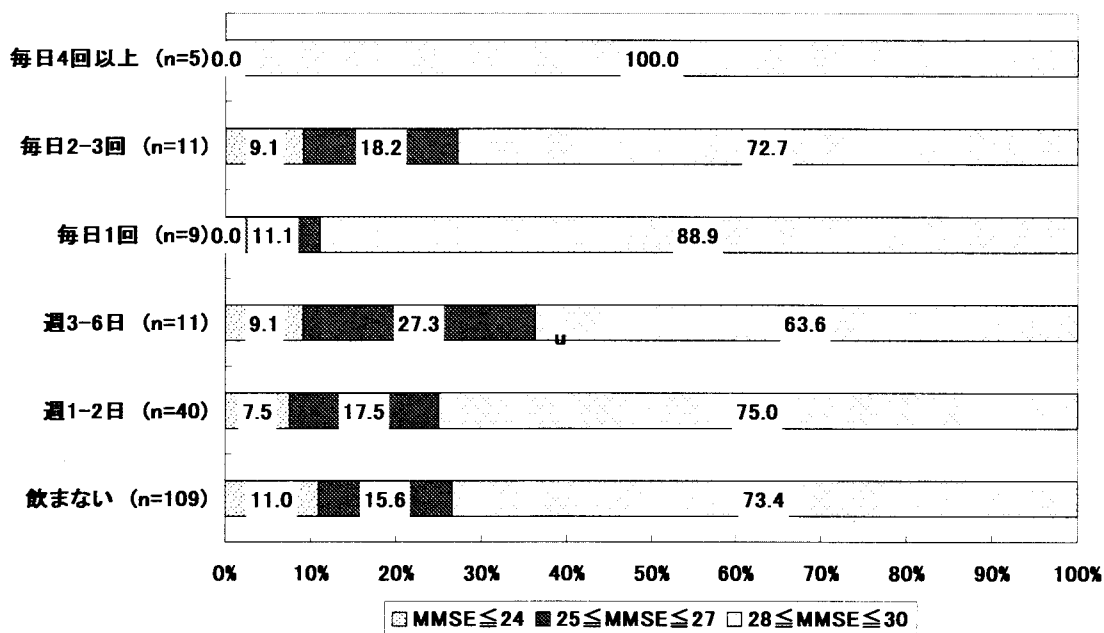


- (1) 全体では、回答者の約 39%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。頻度に関らず、MMSE 28 点以上の割合は 6 割以上である。
- (2) 男性では、回答者の約 36%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は 5-10 割とばらつきがある。
- (3) 女性では、回答者の約 41%が週 1 日以上ウーロン茶を飲んでいる。MMSE 28 点以上の割合は頻度に関らず 6 割以上となっている。

(2) ウーロン茶の摂取(男性)と MMSE

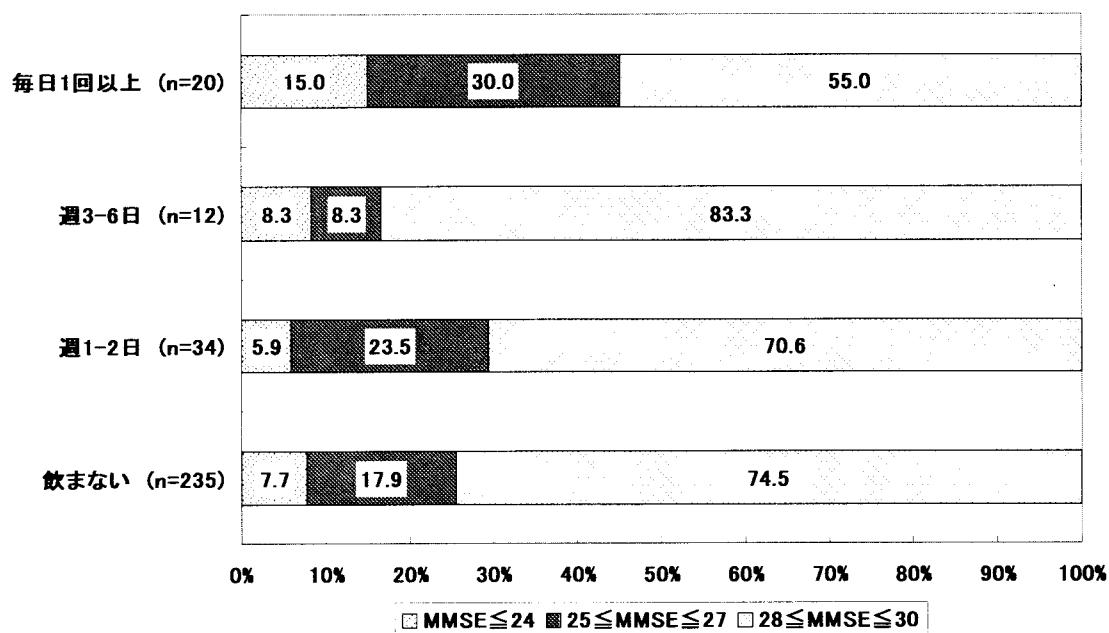


(3) ウーロン茶の摂取(女性)と MMSE



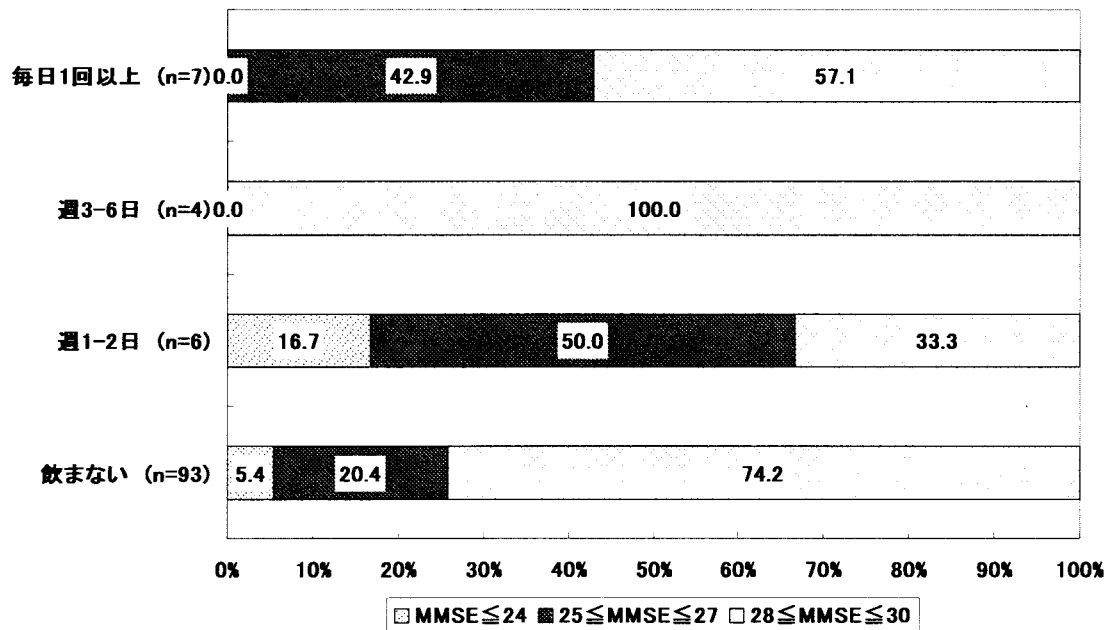
6. 豆乳の摂取と MMSE

(1) 豆乳の摂取(全体)と MMSE

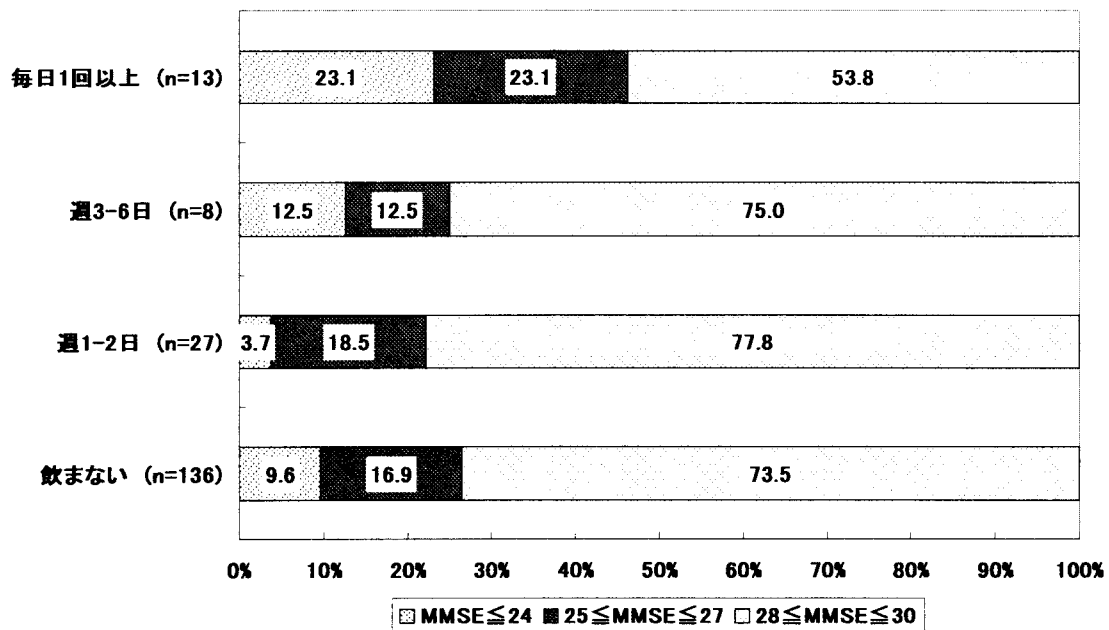


- (1) 全体では、回答者の約 28%が週 1 日以上豆乳を摂取している。「毎日 1 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下であり、MMSE 24 点以下の割合が 15%となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 15%が週 1 日以上豆乳を摂取している。「週 1-2 日」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 33%であり、MMSE 24 点以下の割合が 16%となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 26%が週 1 日以上豆乳を摂取している。「毎日 1 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下、MMSE 24 点以下の割合が 23%となっている。

(2) 豆乳の摂取(男性)と MMSE

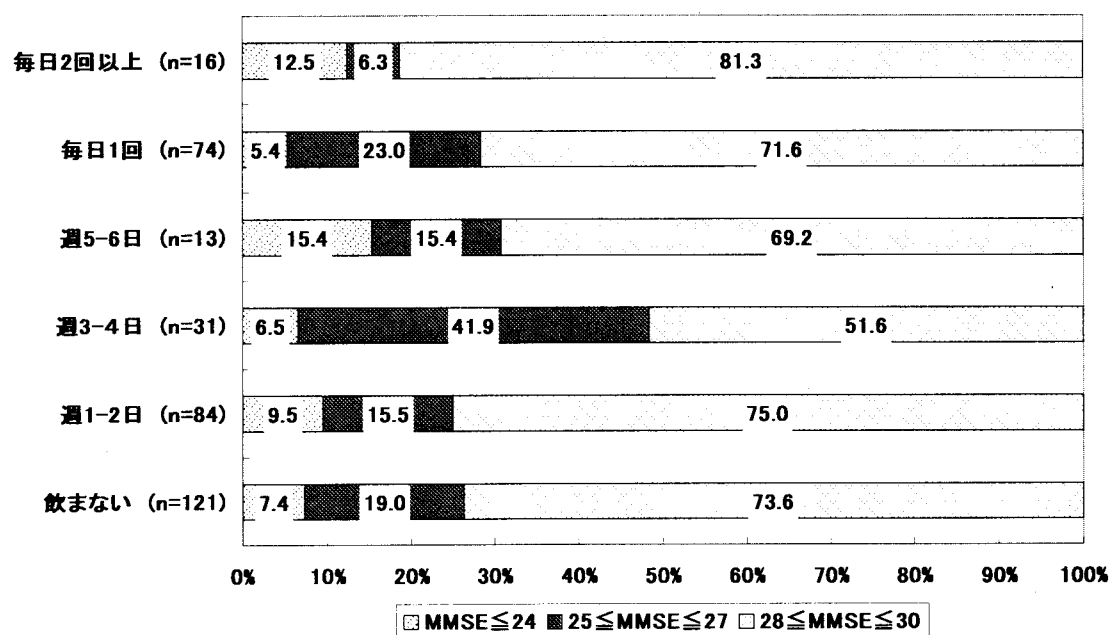


(3) 豆乳の摂取(女性)と MMSE



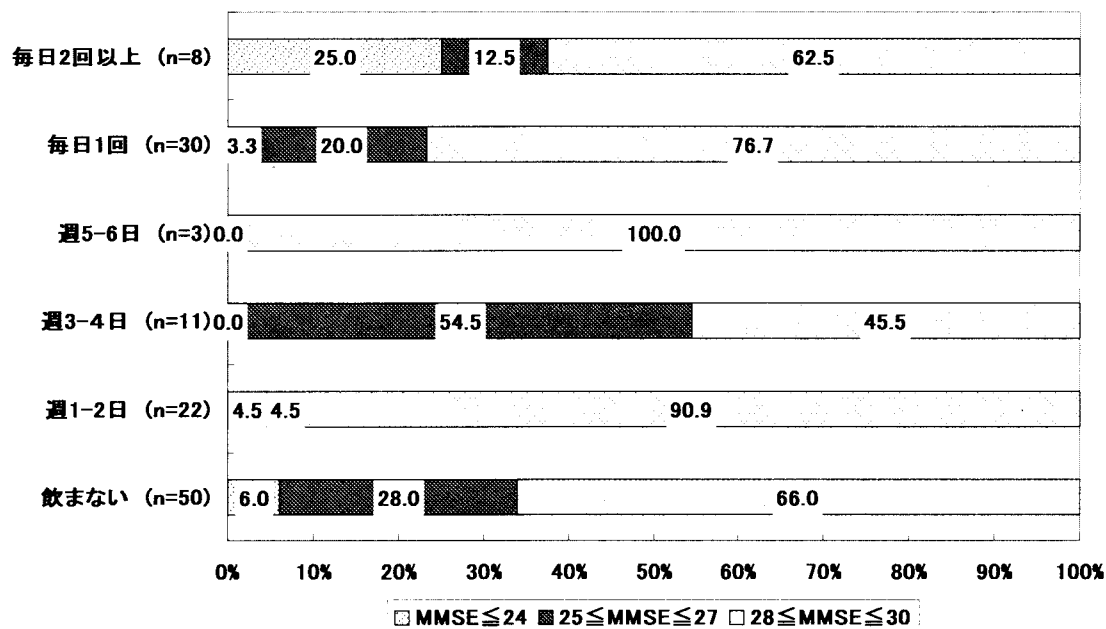
7. 乳酸菌飲料の摂取と MMSE

(1) 乳酸菌飲料の摂取(全体)と MMSE

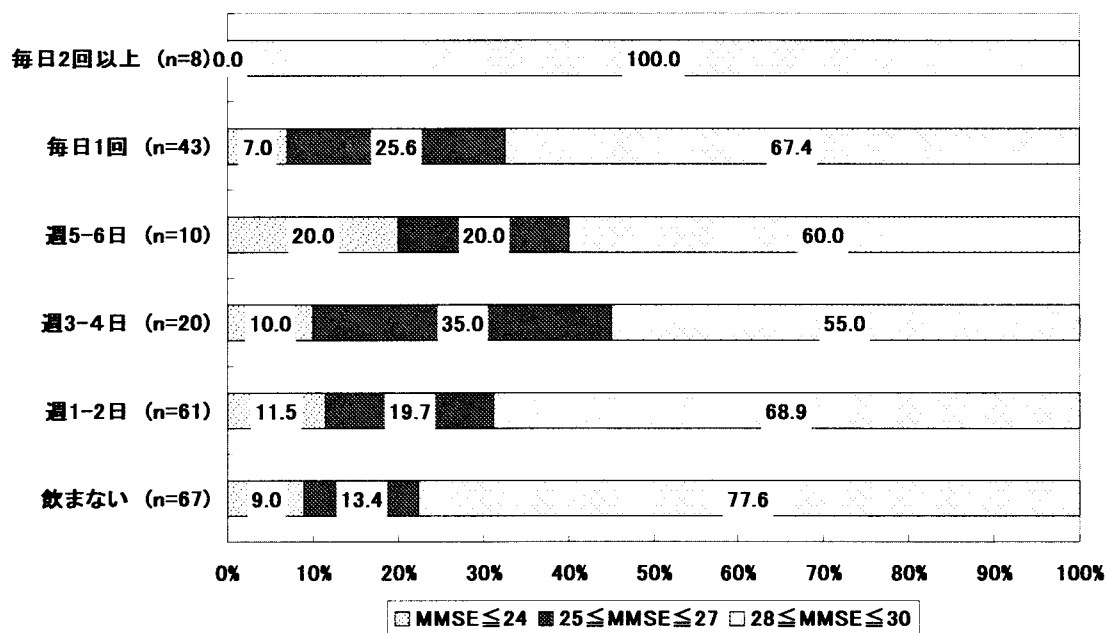


- (1) 全体では、回答者の約 64%が週 1 日以上乳酸菌飲料を摂取している。「週 3-4 日以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。
- (2) 男性では、回答者の約 60%が週 1 日以上乳酸菌飲料を摂取している。「週 3-4 日以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下である。
- (3) 女性では、回答者の約 68%が週 1 日以上乳酸菌飲料を摂取している。「週 3-4 日以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。

(2) 乳酸菌飲料の摂取(男性)と MMSE

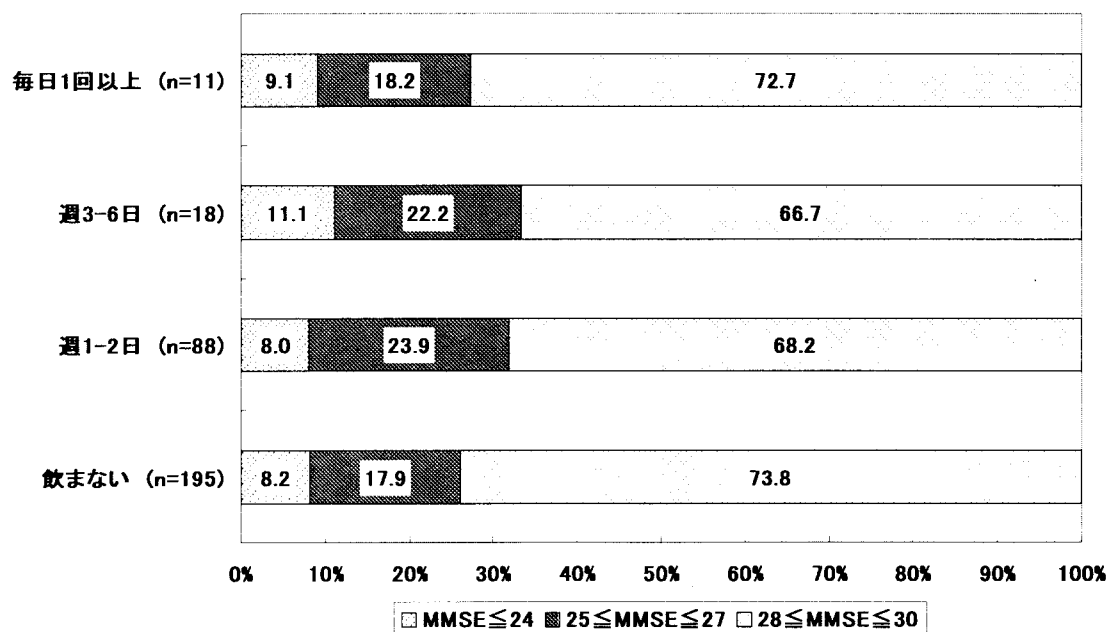


(3) 乳酸菌飲料の摂取(女性)と MMSE



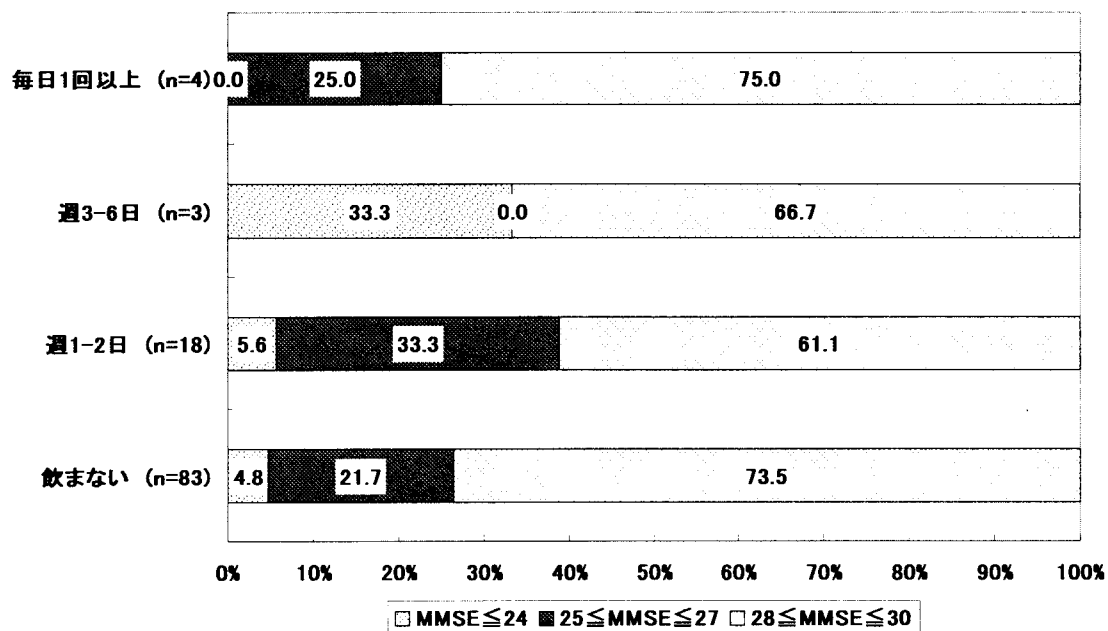
8. ココアの摂取と MMSE

(1) ココアの摂取(全体)と MMSE

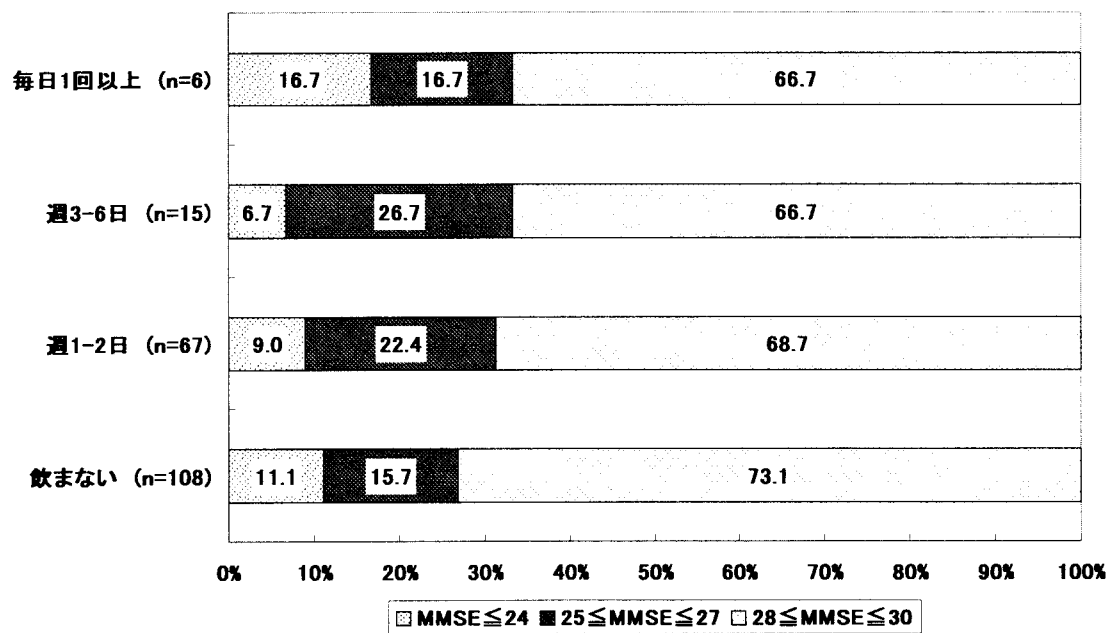


- (1) 全体では、回答者の約 38%が週 1 日以上ココアを摂取している。摂取頻度に関りなく、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (2) 男性では、回答者の約 23%が週 1 日以上ココアを摂取している。頻度に関りなく、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (3) 女性では、回答者の約 45%が週 1 日以上乳酸菌飲料を摂取している。頻度に関りなく、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上である。

(2) ココアの摂取(男性)と MMSE

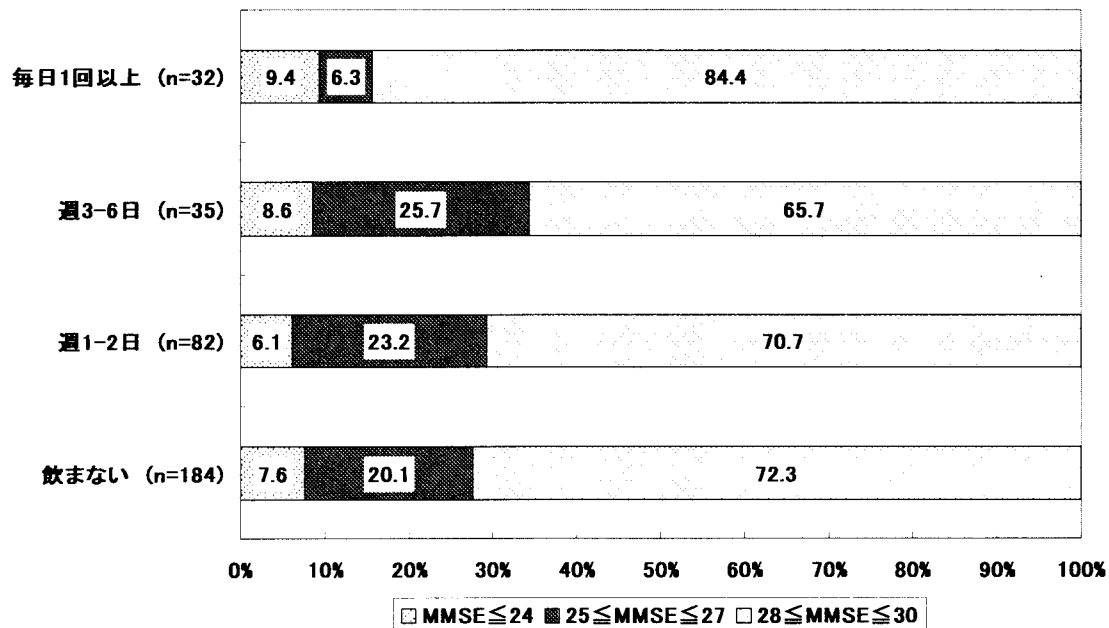


(3) ココアの摂取(女性)と MMSE



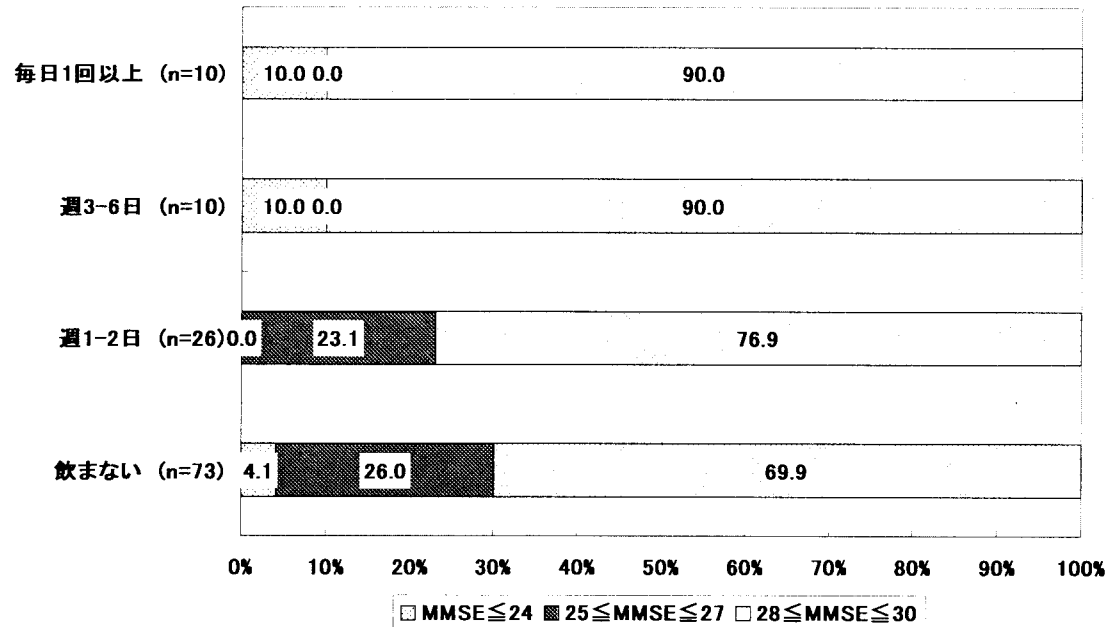
9. トマトジュースの摂取と MMSE

(1) トマトジュースの摂取(全体)と MMSE

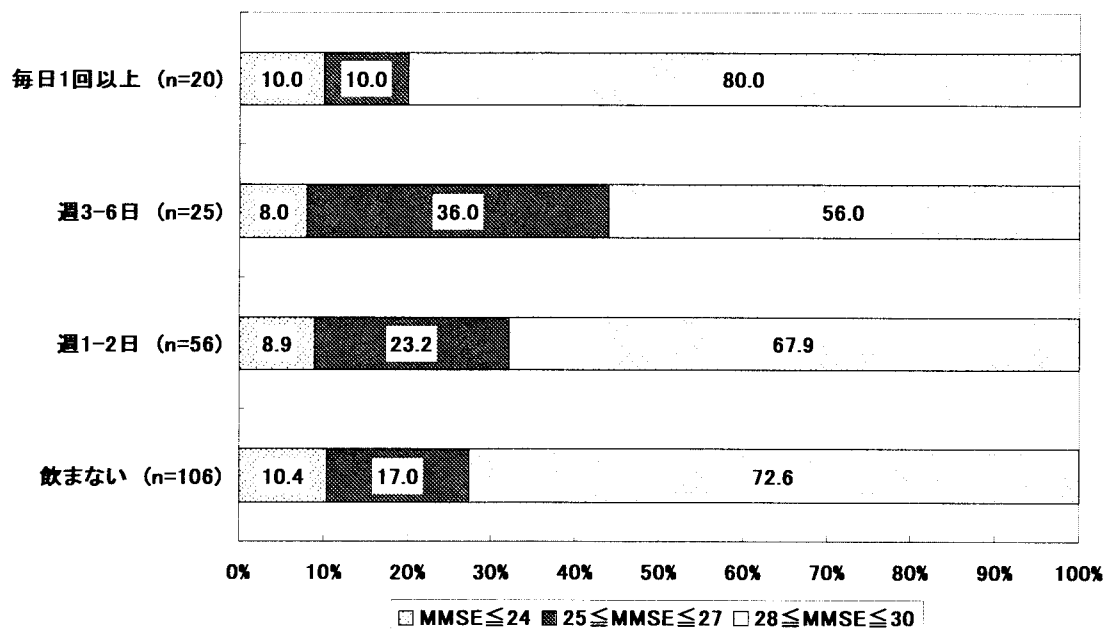


- (1) 全体では、回答者の約 45%が週 1 日以上トマトジュースを摂取している。「毎日 1 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 8 割を超える。
- (2) 男性では、回答者の約 39%が週 1 日以上トマトジュースを摂取している。その回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 7 割以上であり、「飲まない」の回答者では MMSE 24 点以下の割合が 7 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 49%が週 1 日以上トマトジュースを摂取している。「毎日 1 回以上」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 8 割に達するが、「週 3-6 日」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) トマトジュースの摂取の摂取(男性)と MMSE



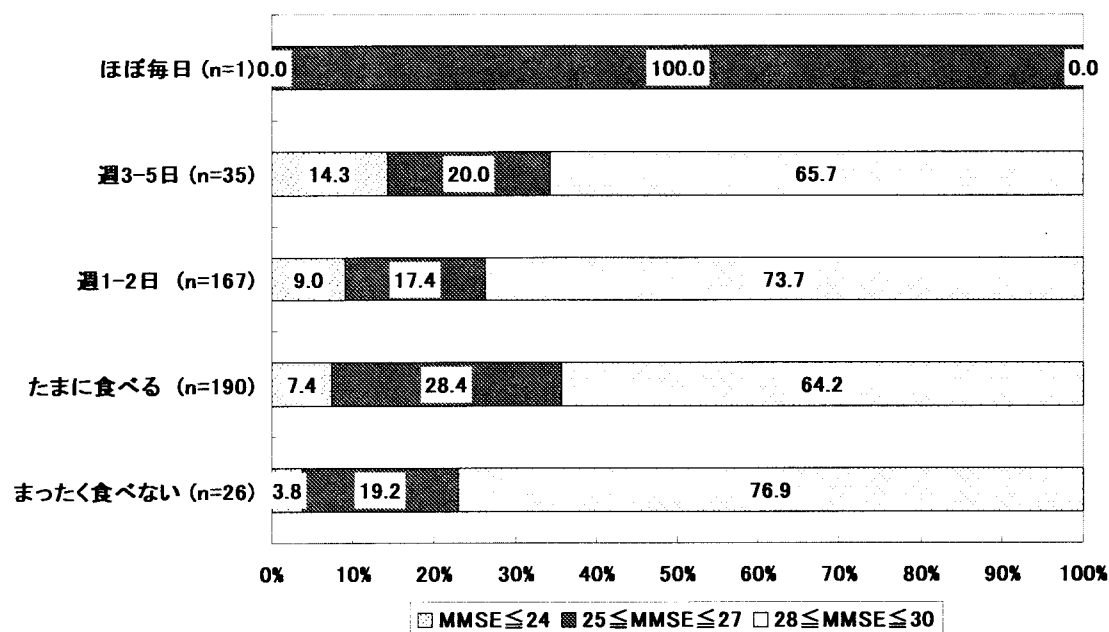
(3) トマトジュースの摂取(女性)と MMSE



V 食品別摂取頻度

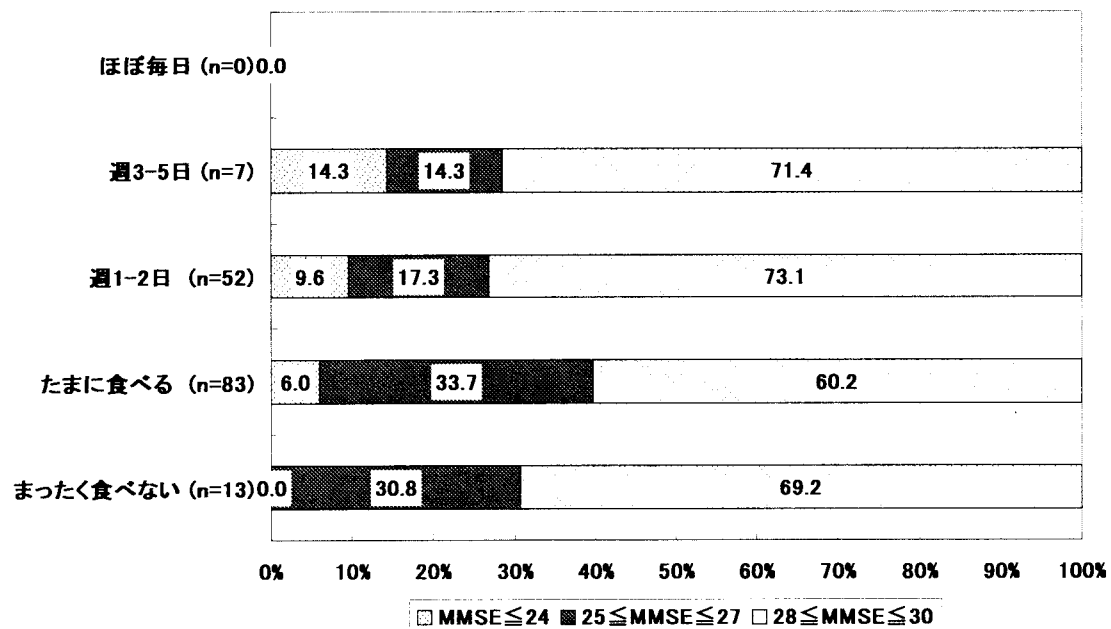
1. 鶏肉の摂取と MMSE

(1) 鶏肉の摂取(全体)と MMSE

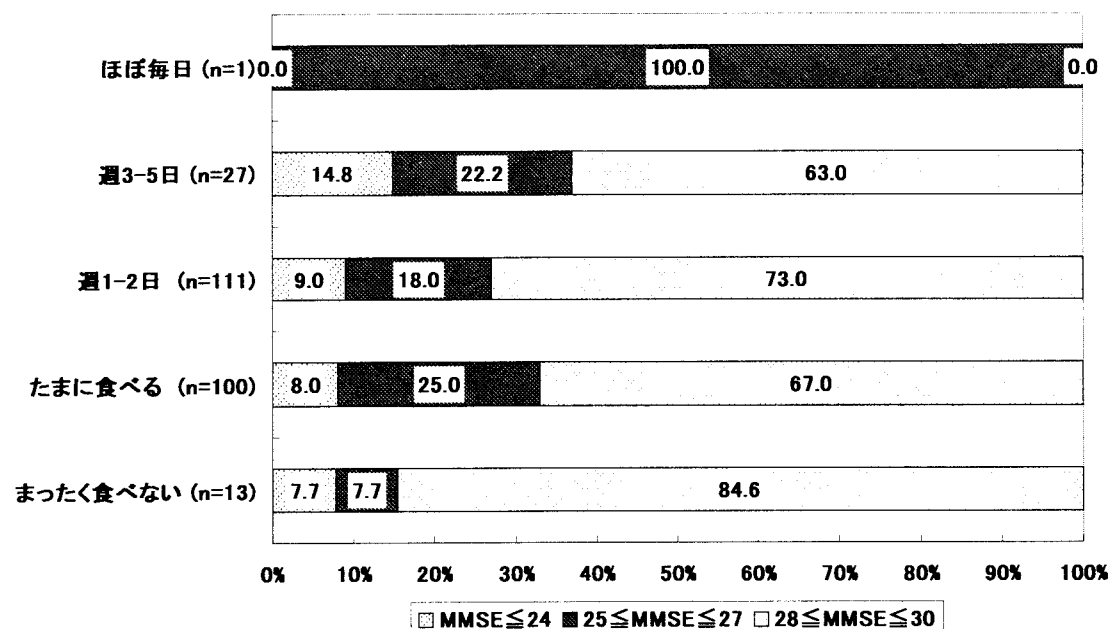


- (1) 全体では、回答者の約 48%が週 1 日以上鶏肉を摂取している。「ほぼ毎日」の回答者 1 名を除いて、頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割を超えている。
- (2) 男性では、回答者の約 38%が週 1 日以上鶏肉を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (3) 女性では、回答者の約 55%が週 1 日以上鶏肉を摂取している。「ほぼ毎日」の回答者 1 名を除いて、頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割を超えている。

(2) 鶏肉の摂取(男性)と MMSE

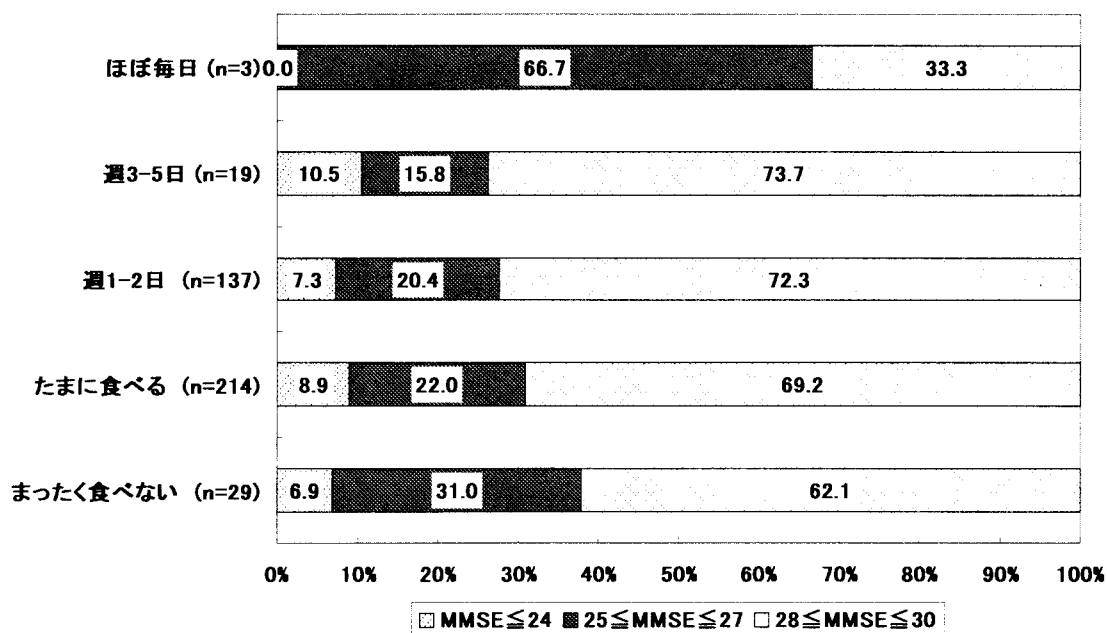


(3) 鶏肉の摂取(女性)と MMSE



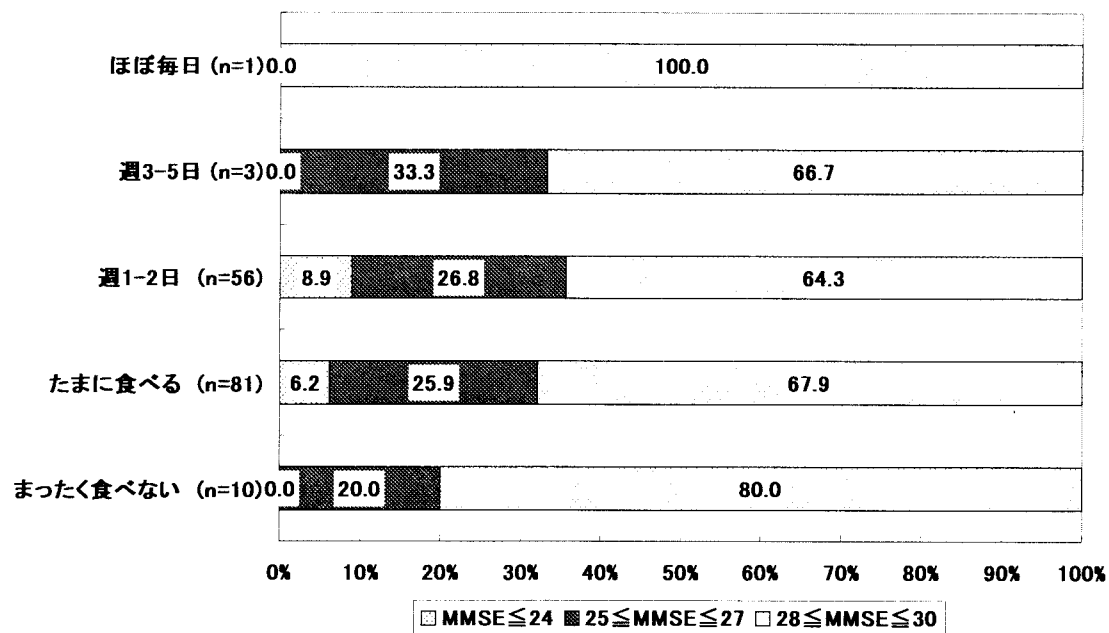
2. 牛肉の摂取と MMSE

(1) 牛肉の摂取(全体)と MMSE

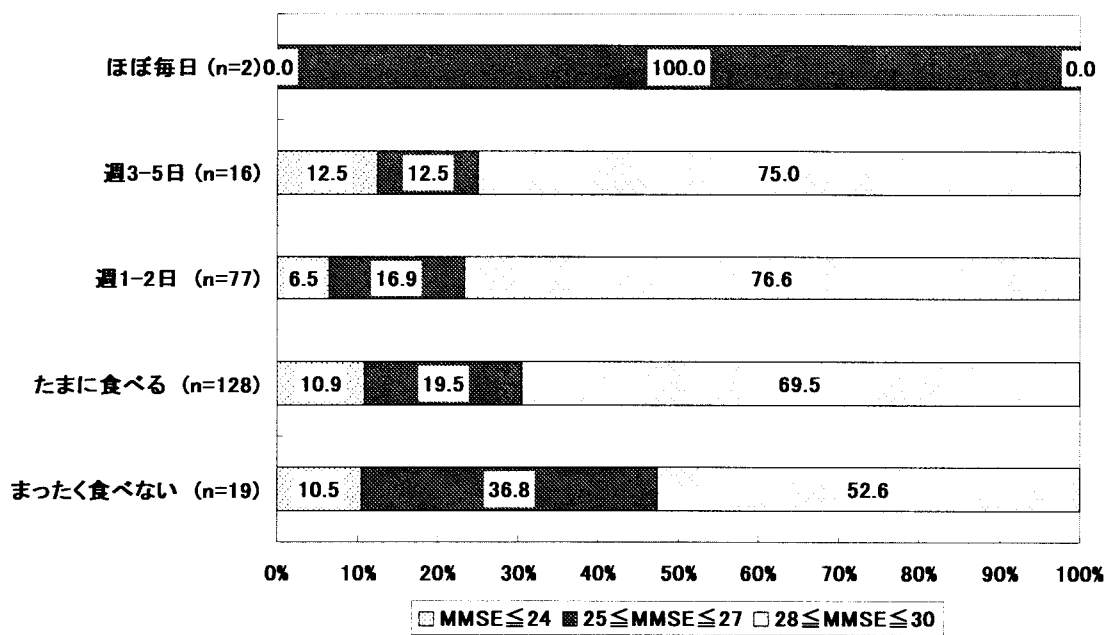


- (1) 全体では、回答者の約 40%が週 1 日以上牛肉を摂取している。「ほぼ毎日」の回答者 1 名を除いて、頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割を超えている。
- (2) 男性では、回答者の約 38%が週 1 日以上牛肉を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (3) 女性では、回答者の約 39%が週 1 日以上牛肉を摂取している。「ほぼ毎日」および「まったく食べない」の回答者では MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) 牛肉の摂取(男性)と MMSE

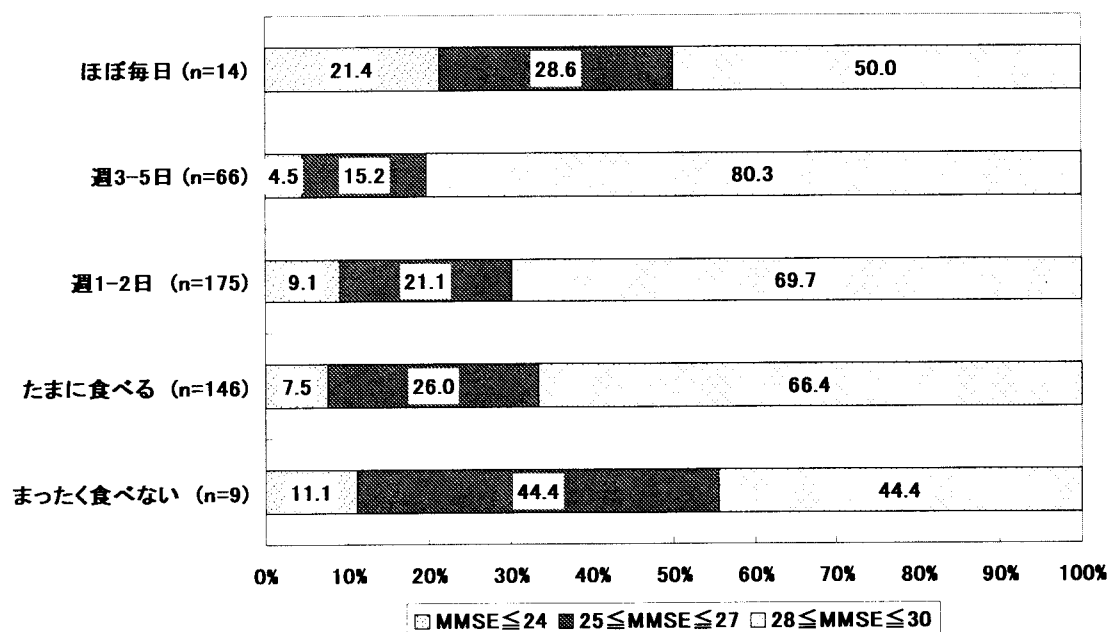


(3) 牛肉の摂取(女性)と MMSE



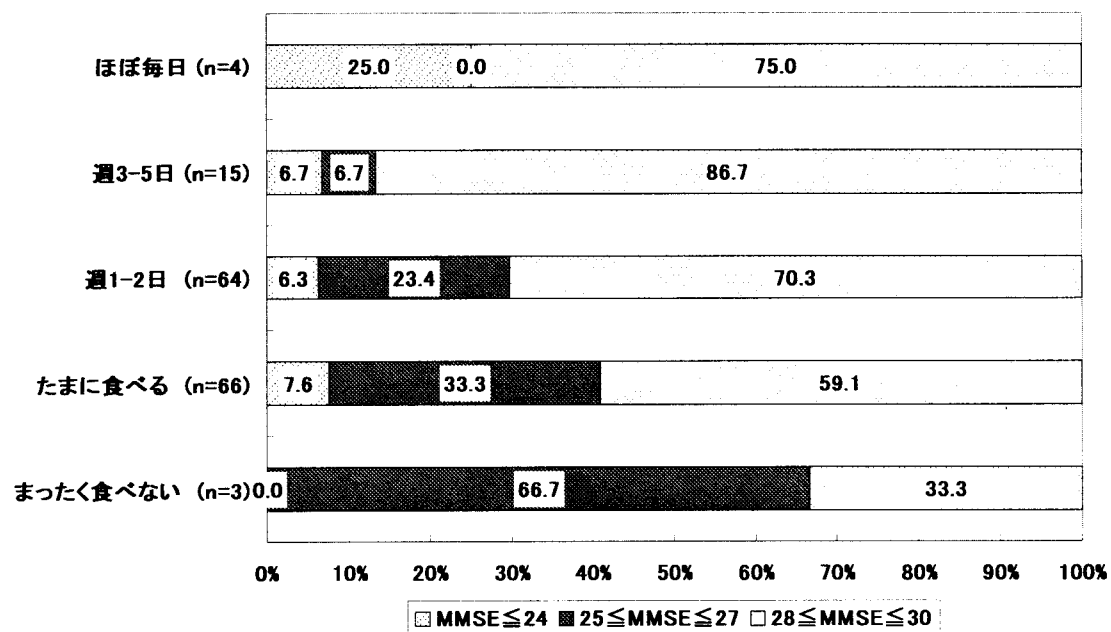
3. 豚肉の摂取と MMSE

(1) 豚肉の摂取(全体)と MMSE

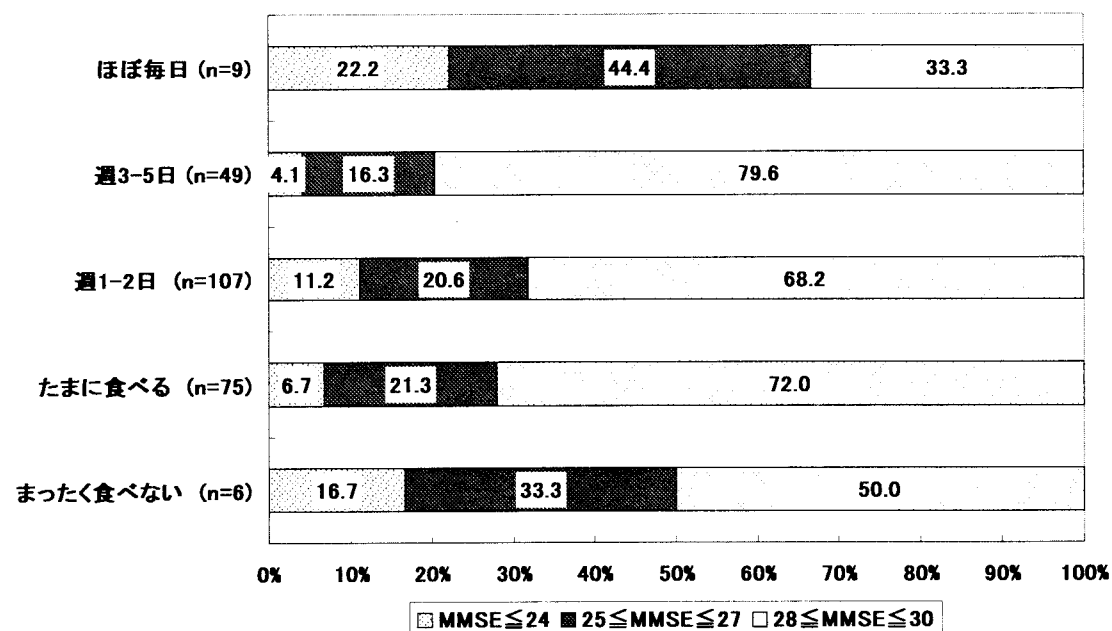


- (1) 全体では、回答者の約 62%が週 1 日以上豚肉を摂取している。「ほぼ毎日」および「まったく食べない」の回答者では MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 55%が週 1 日以上豚肉を摂取している。「たまに食べる」および「まったく食べない」の回答者では、MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下である。
- (3) 女性では、回答者の約 67%が週 1 日以上豚肉を摂取している。「ほぼ毎日」および「まったく食べない」の回答者では MMSE 28 点以上の割合が 5 割以下となっている。

(2) 豚肉の摂取(男性)と MMSE

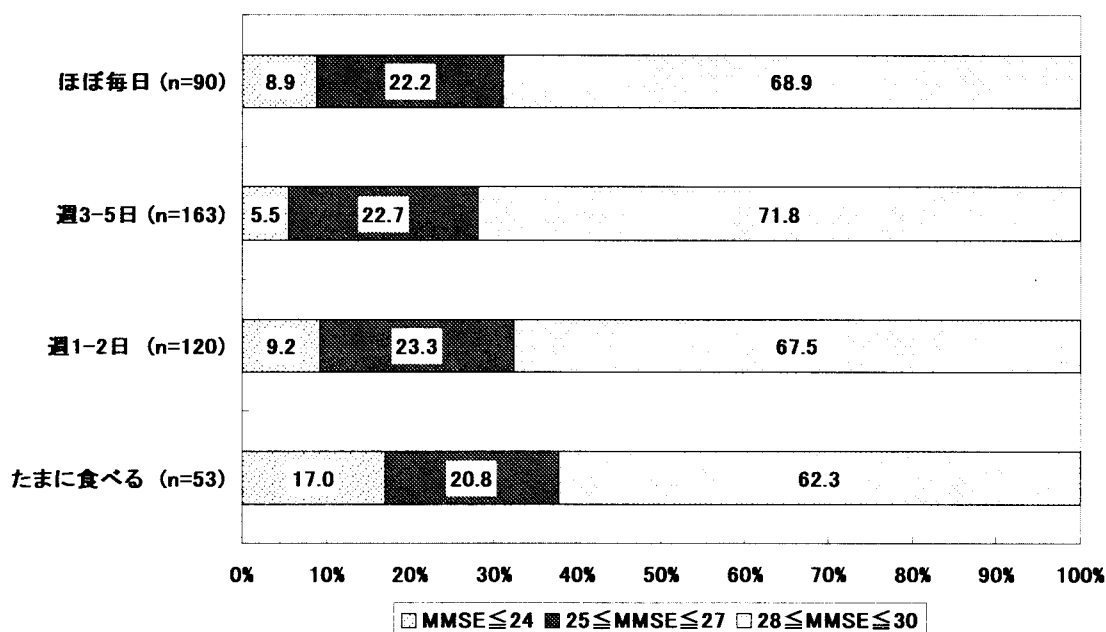


(3) 豚肉の摂取(女性)と MMSE



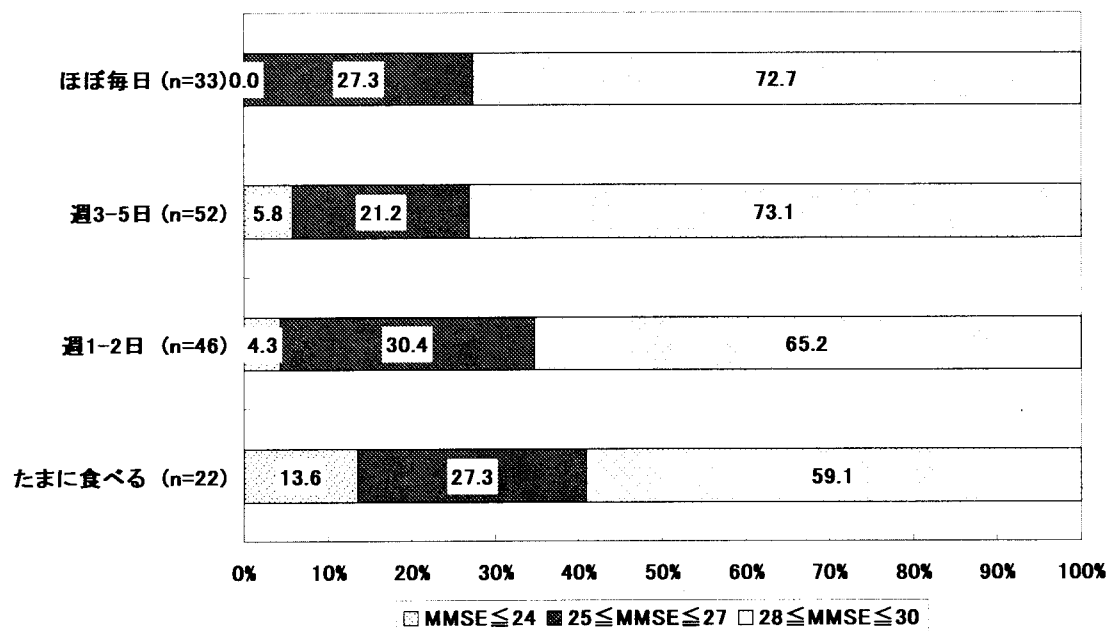
4. 鮮魚の摂取と MMSE

(1) 鮮魚の摂取(全体)と MMSE

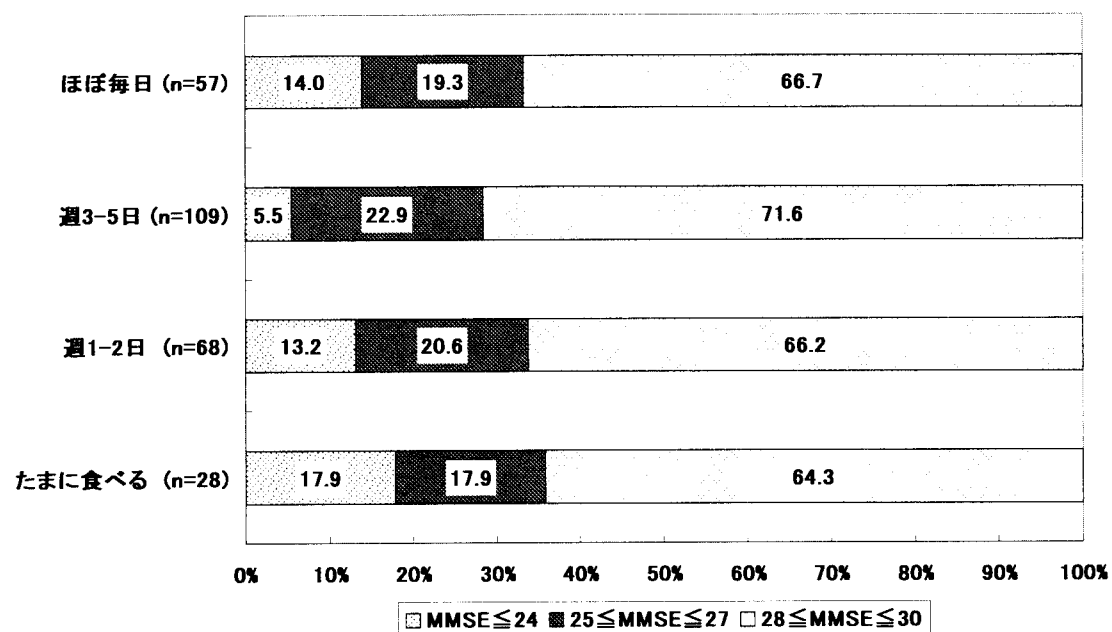


- (1) 全体では、回答者の約 88%が週 1 日以上鮮魚を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっているが、「たまに食べる」の回答者では MMSE 24 点以下の割合が 17%となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 86%が週 1 日以上鮮魚を摂取している。「週 1 日以上」の回答者では MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」の回答者では MMSE 28 点以上の割合が 6 割以下、MMSE24 点以下の割合が 13%となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 89%が週 1 日以上鮮魚を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 鮮魚の摂取(男性)と MMSE

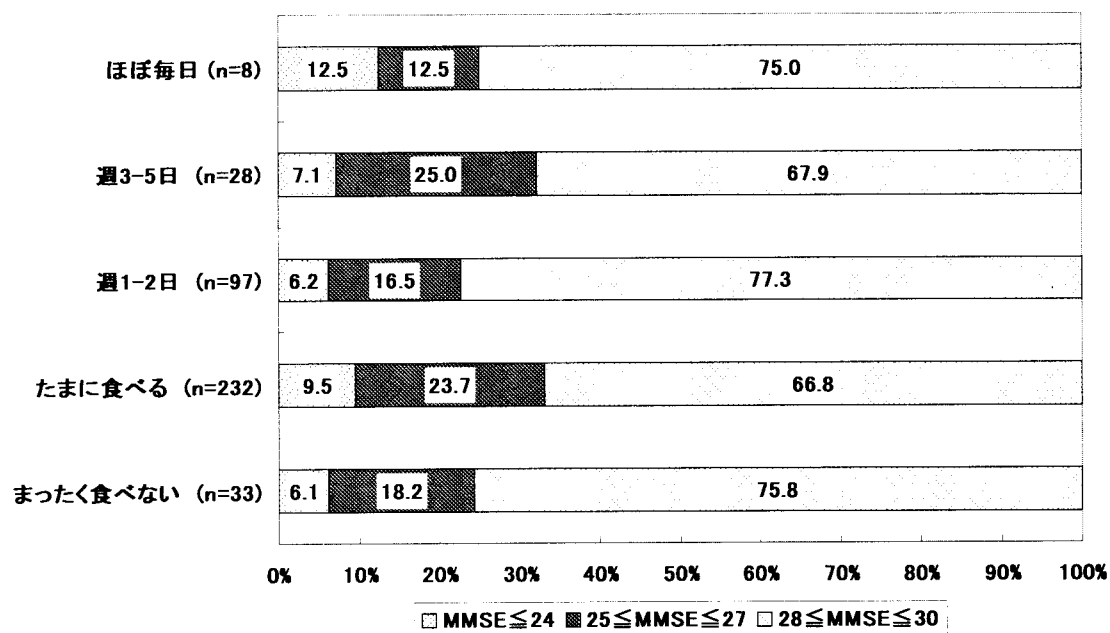


(3) 鮮魚の摂取(女性)と MMSE



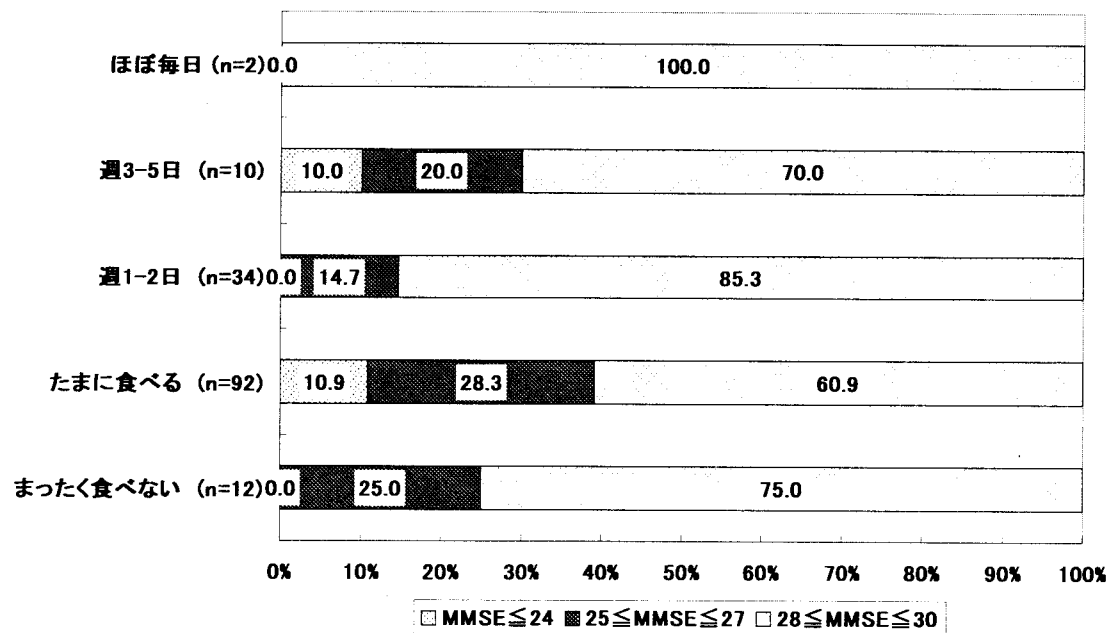
5. 干物（ひもの）の摂取と MMSE

(1) 干物の摂取(全体)と MMSE

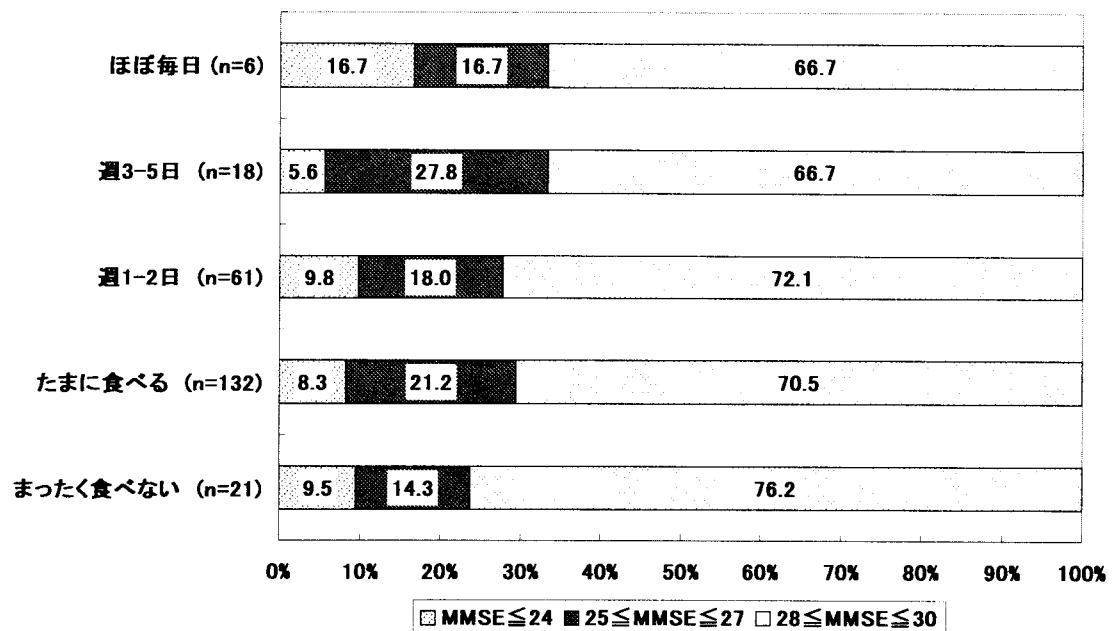


- (1) 全体では、回答者の約 92%が週 1 日以上干物を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 92%が週 1 日以上干物を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 92%が週 1 日以上干物を摂取している。頻度に関りなく MMSE 28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 干物の摂取(男性)と MMSE

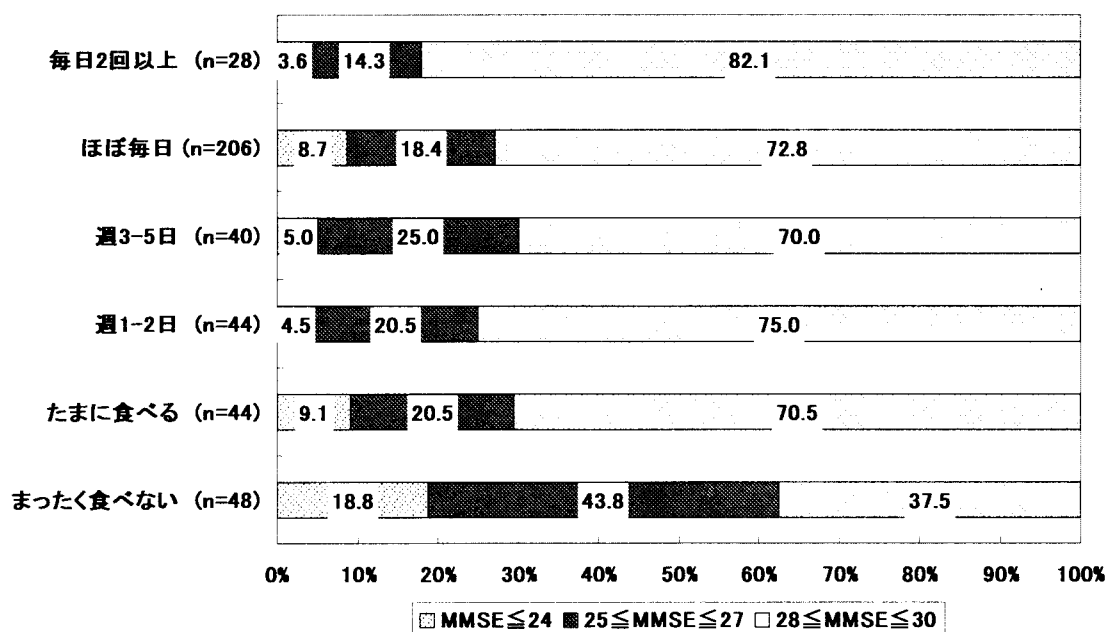


(3) 干物の摂取(女性)と MMSE



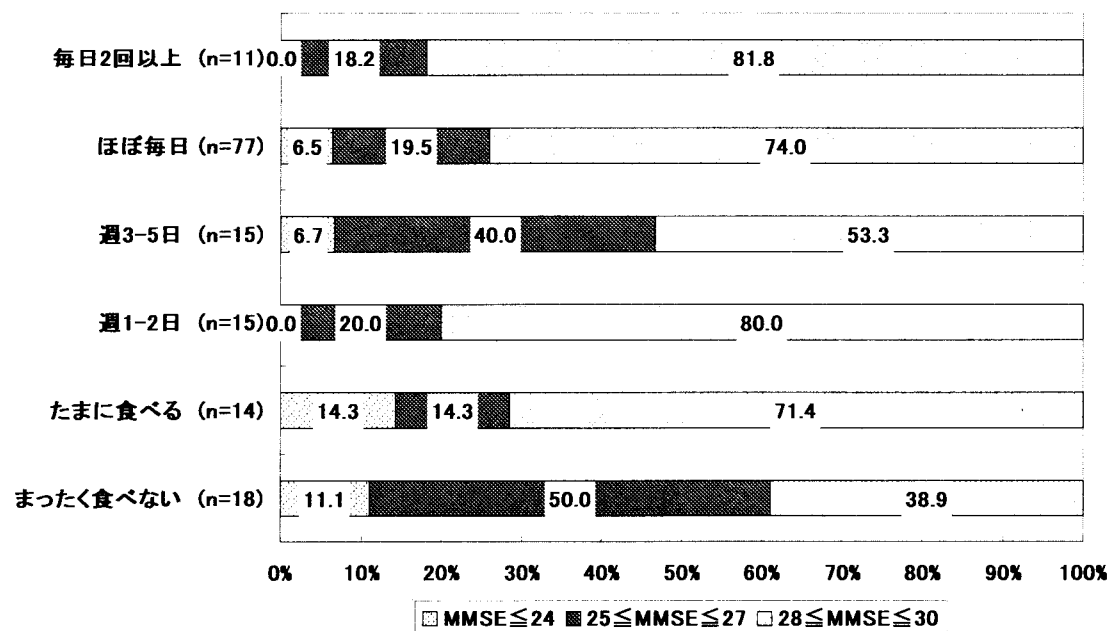
6. 牛乳の摂取と MMSE

(1) 牛乳の摂取(全体)と MMSE

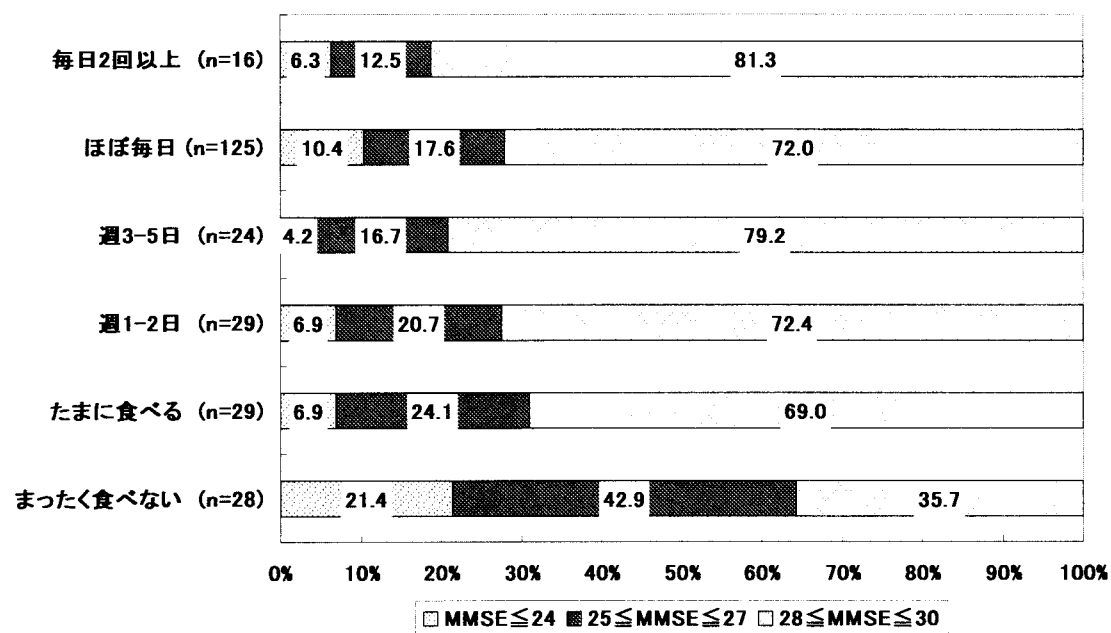


- (1) 全体では、回答者の約 78%が週 1 日以上牛乳を摂取している。「まったく食べない」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 79%が週 1 日以上牛乳を摂取している。「まったく食べない」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 77%が週 1 日以上牛乳を摂取している。「まったく食べない」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割以下となっている。

(2) 牛乳の摂取(男性)と MMSE

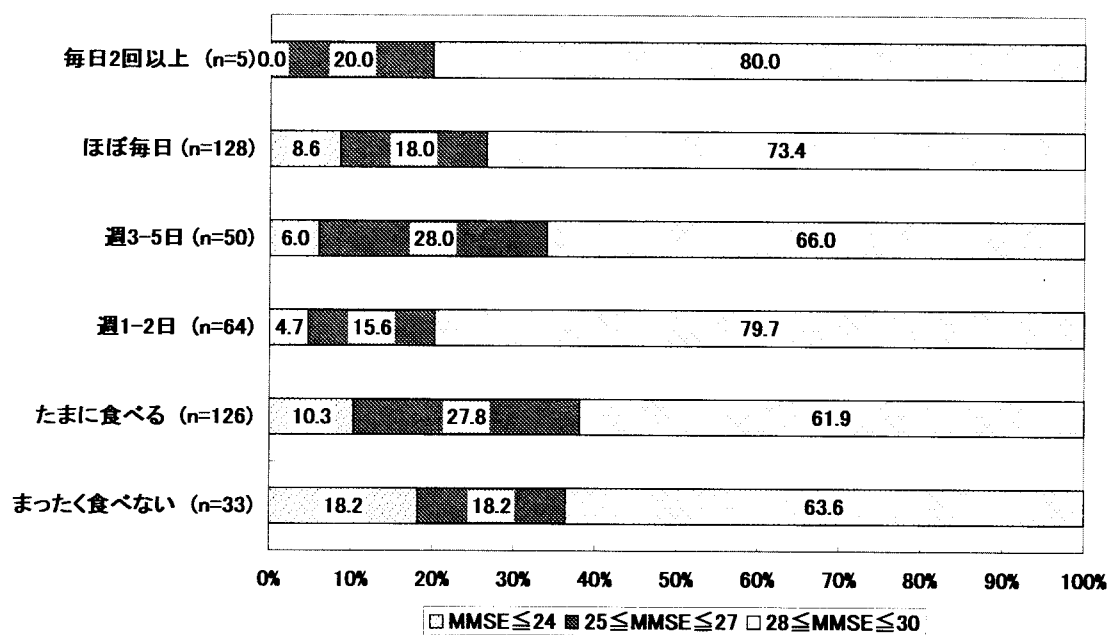


(3) 牛乳の摂取(女性)と MMSE



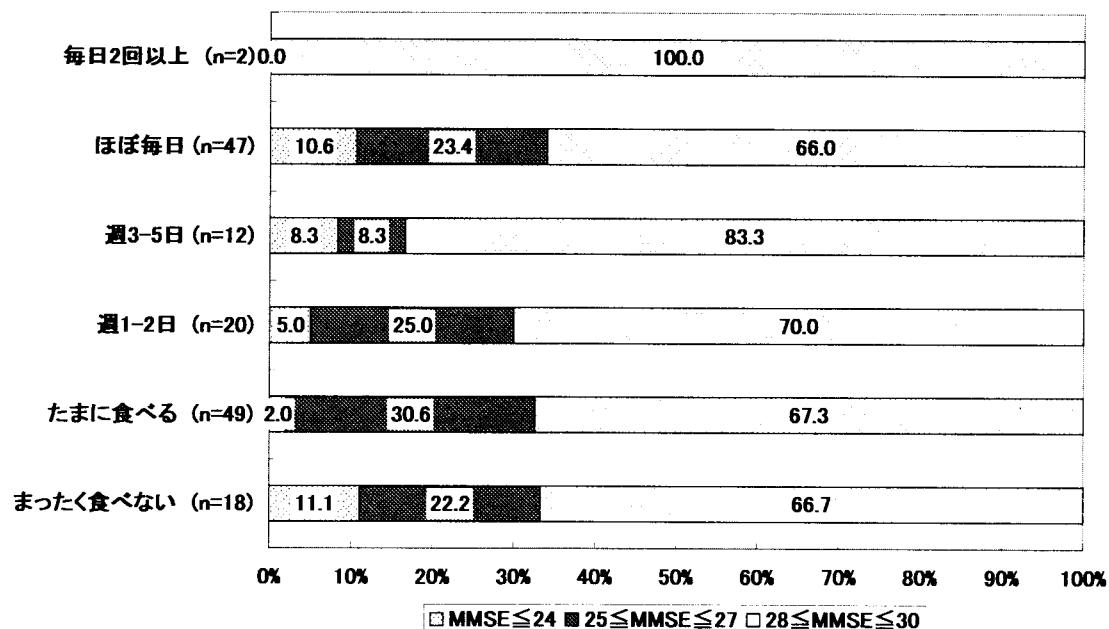
7. 乳製品の摂取と MMSE

(1) 乳製品の摂取(全体)と MMSE

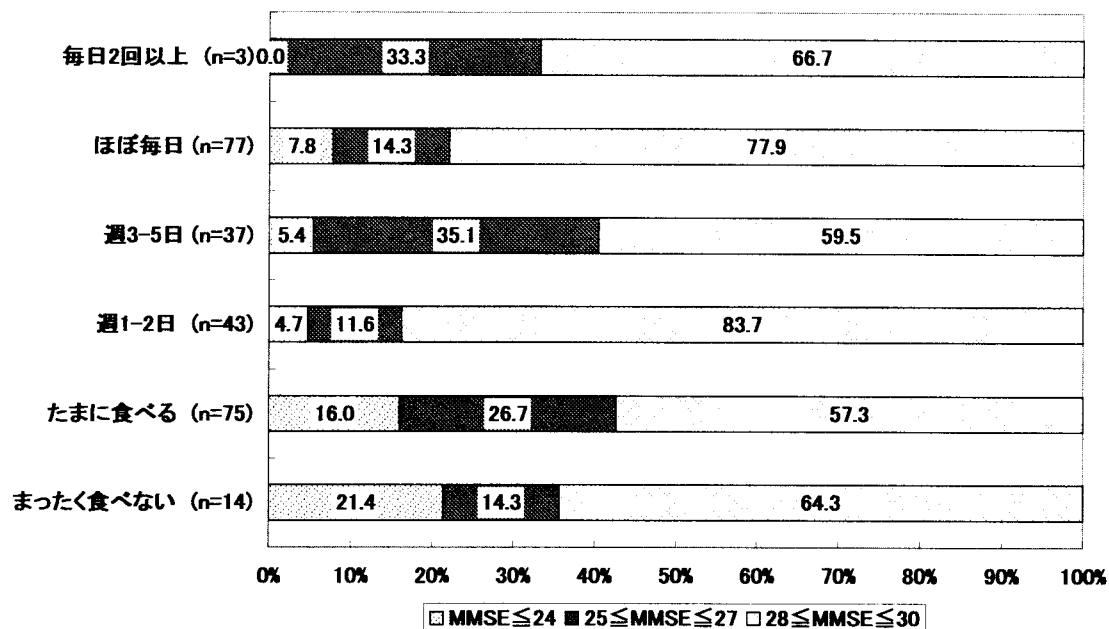


- (1) 全体では、回答者の約 61%が週 1 日以上乳製品を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっているが、「まったく食べない」の回答者では MMSE24 点以下の割合が 18%となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 55%が週 1 日以上乳製品を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 64%が週 1 日以上乳製品を摂取している。「週 3-5 日」および「たまに食べる」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) 乳製品の摂取(男性)との摂取 MMSE

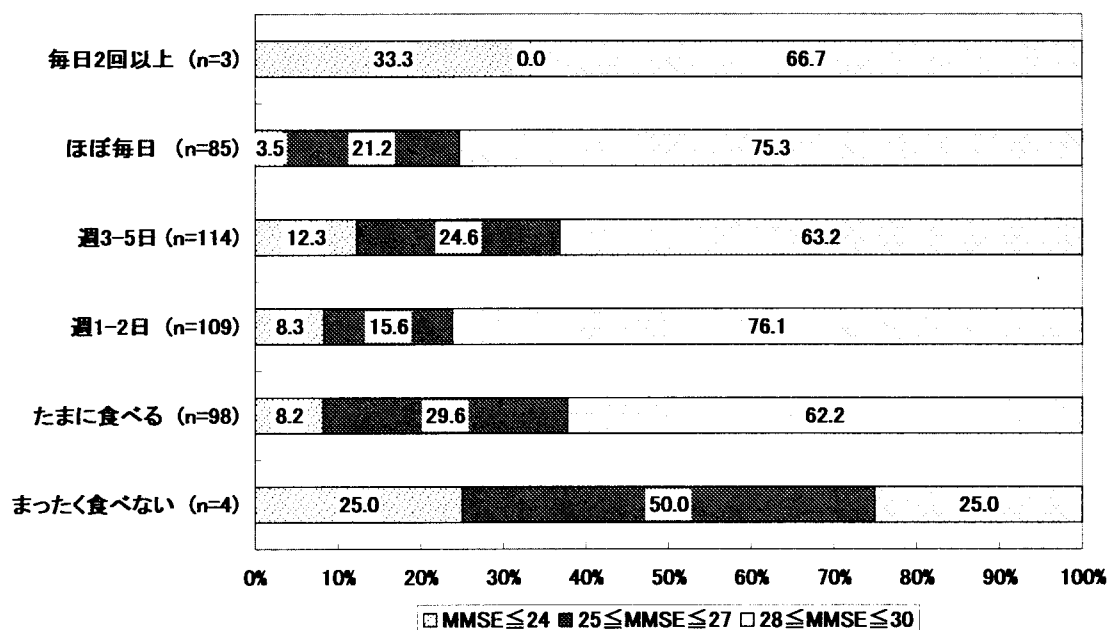


(3) 乳製品の摂取(女性)と MMSE



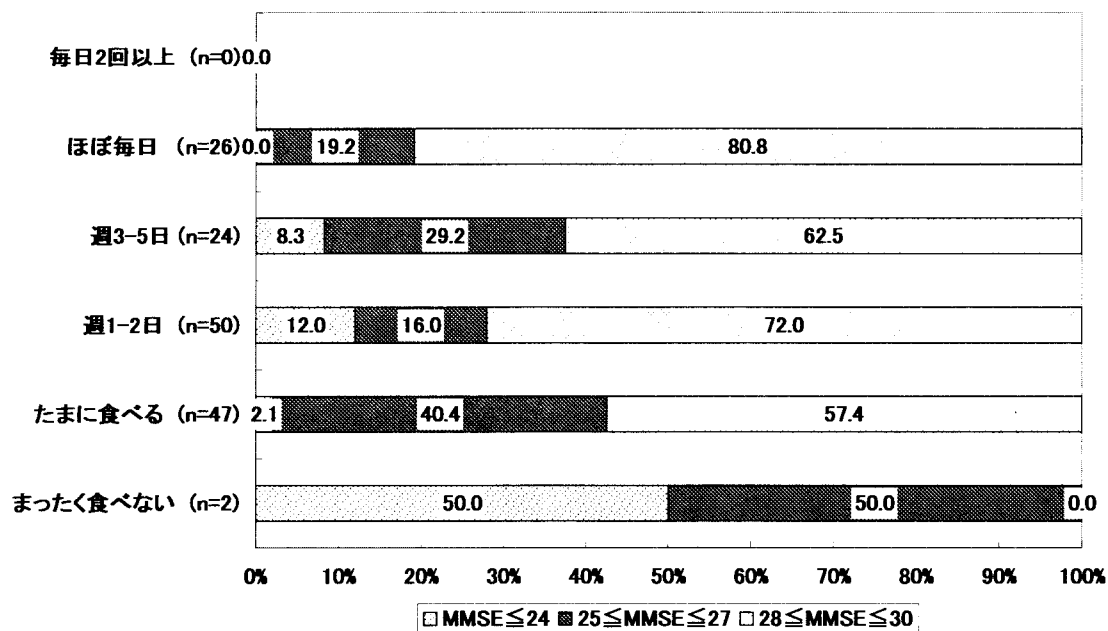
8. 海草の摂取と MMSE

(1) 海草の摂取(全体)と MMSE

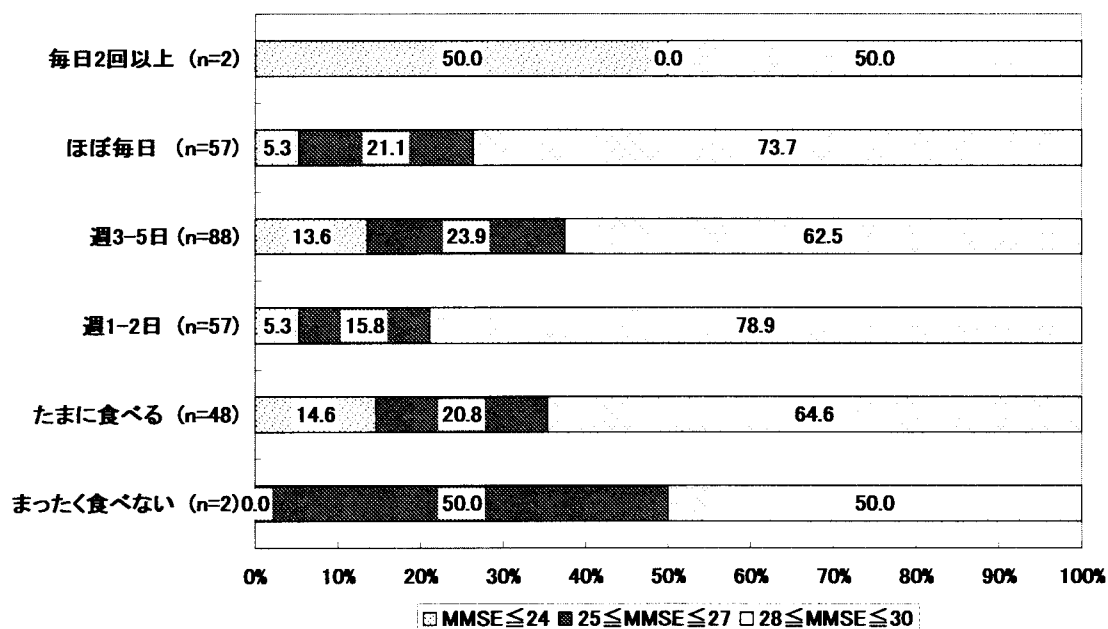


- (1) 全体では、回答者の約 75%が週 1 日以上海草を摂取している。「まったく食べない」の回答者を除いて MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 67%が週 1 日以上海草を摂取している。MMSE28 点以上の割合が 8 割から 0 割とばらついている。
- (3) 女性では、回答者の約 80%が週 1 日以上海草を摂取している。「毎日 2 回以上」および「まったく食べない」の回答者を除くと MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 海草の摂取(男性)と MMSE

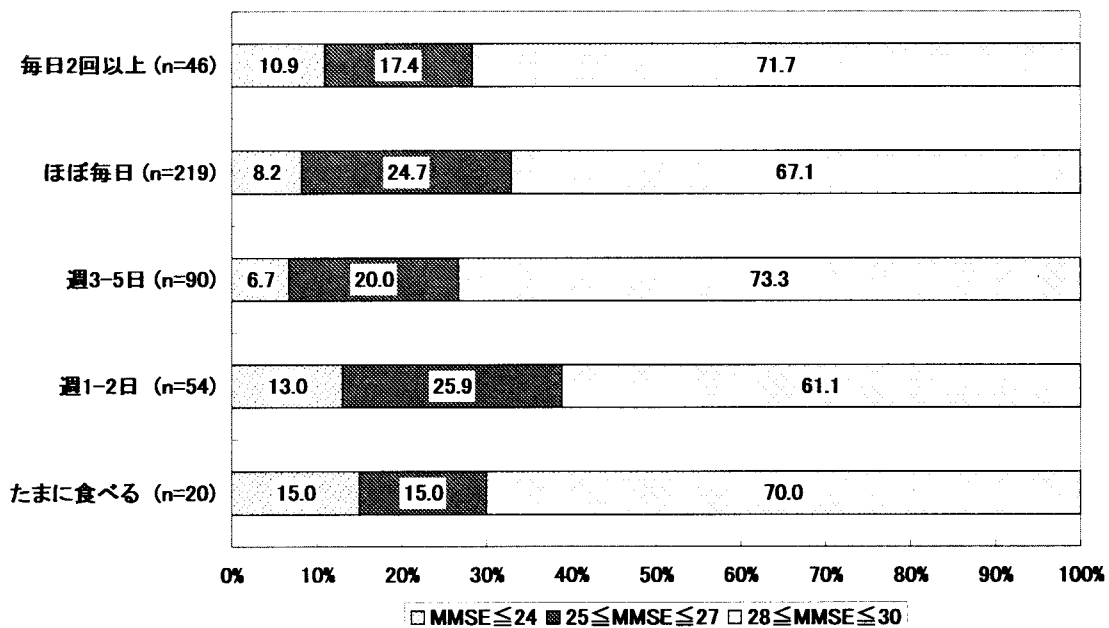


(3) 海草の摂取(女性)と MMSE



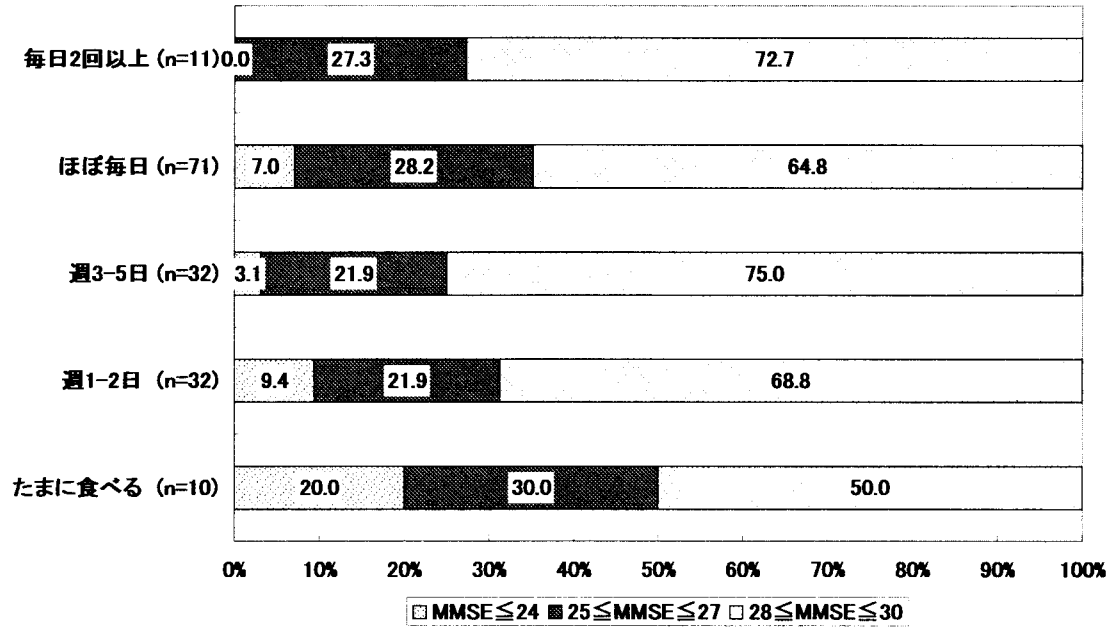
9. 緑黄色野菜の摂取と MMSE

(1) 緑黄色野菜の摂取(全体)と MMSE

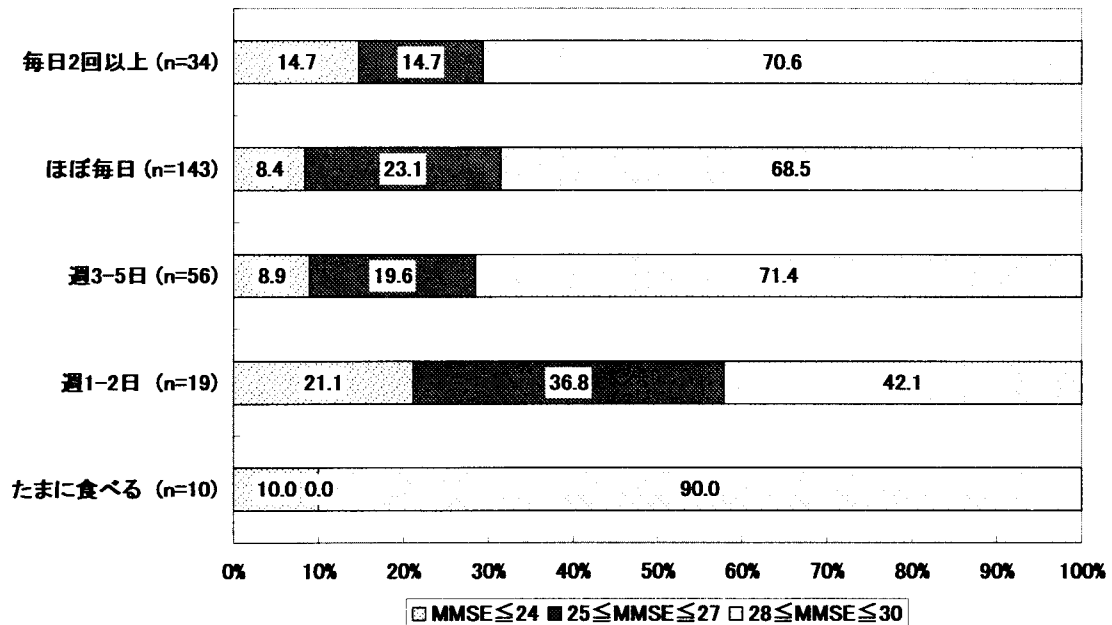


- (1) 全体では、回答者の約 95%が週 1 日以上緑黄色野菜を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 94%が週 1 日以上緑黄色野菜を摂取している。「たまに食べる」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 96%が週 1 日以上緑黄色野菜を摂取している。「週 1-2 日」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割以下となっている。

(2) 緑黄色野菜の摂取(男性)と MMSE

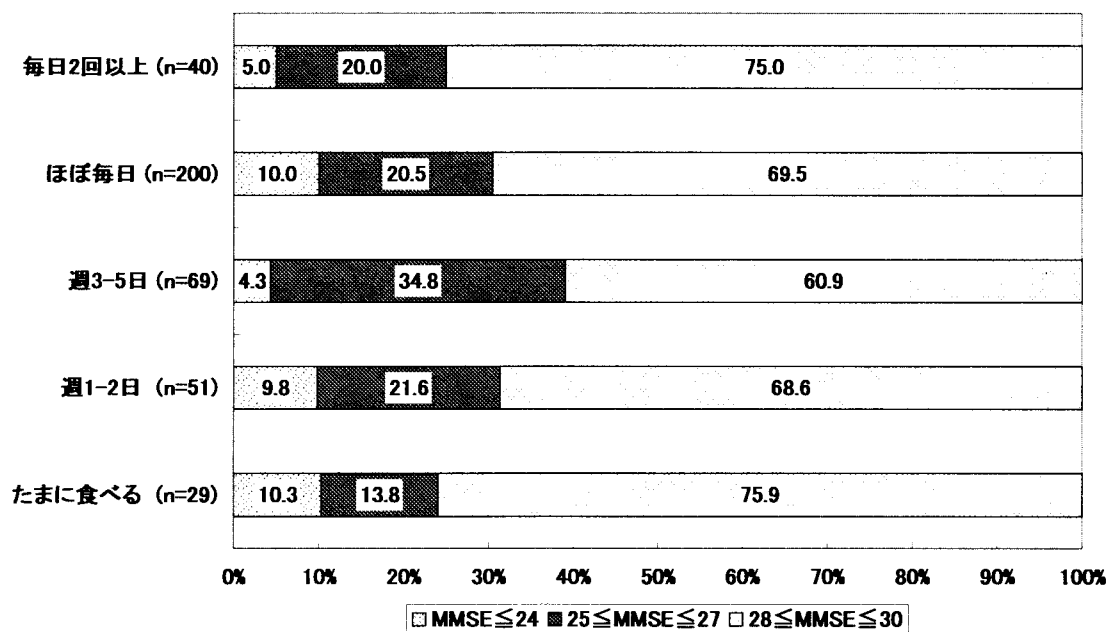


(3) 緑黄色野菜の摂取(女性)と MMSE



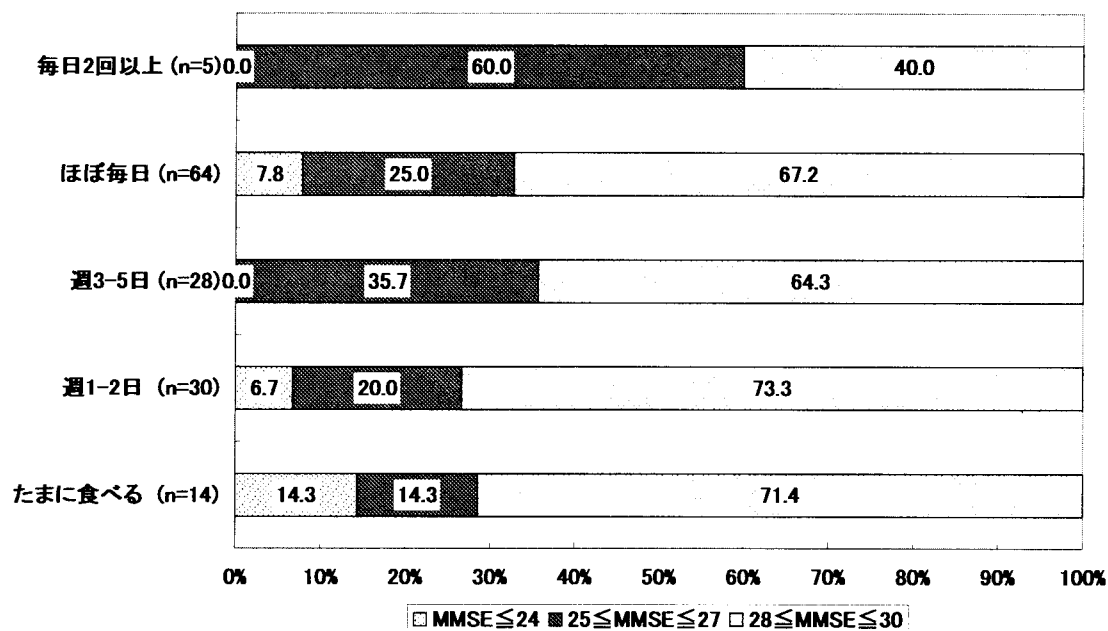
10. その他野菜の摂取と MMSE

(1) その他野菜の摂取(全体)と MMSE

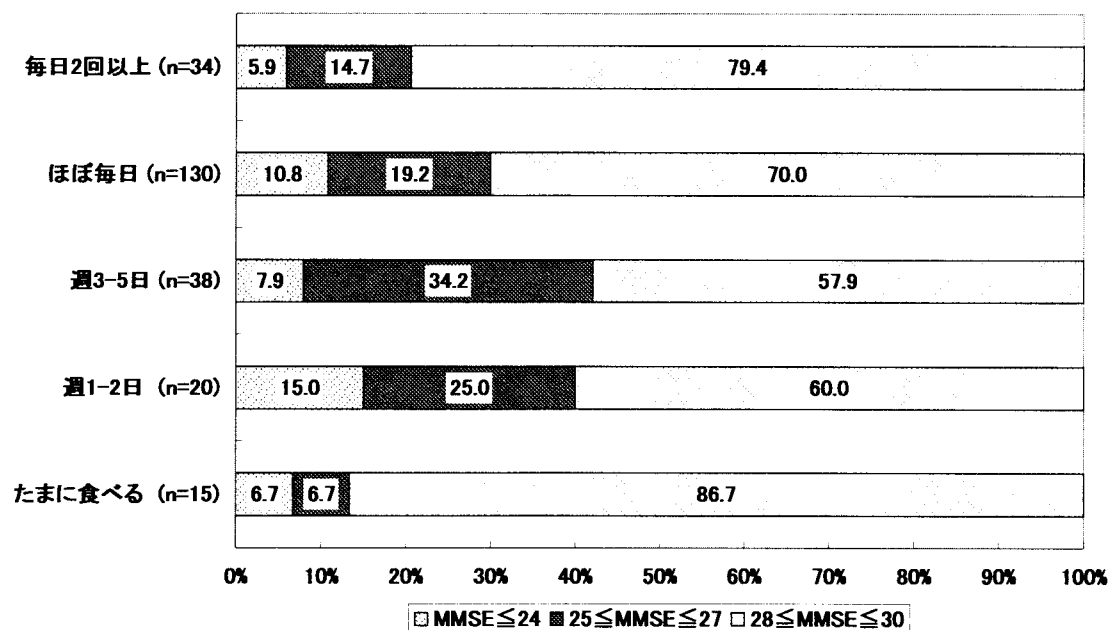


- (1) 全体では、回答者の約 93%が週 1 日以上その他野菜を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 90%が週 1 日以上その他野菜を摂取している。「たまに食べる」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 94%が週 1 日以上その他野菜を摂取している。「週 3-5 日」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) その他野菜の摂取(男性)と MMSE

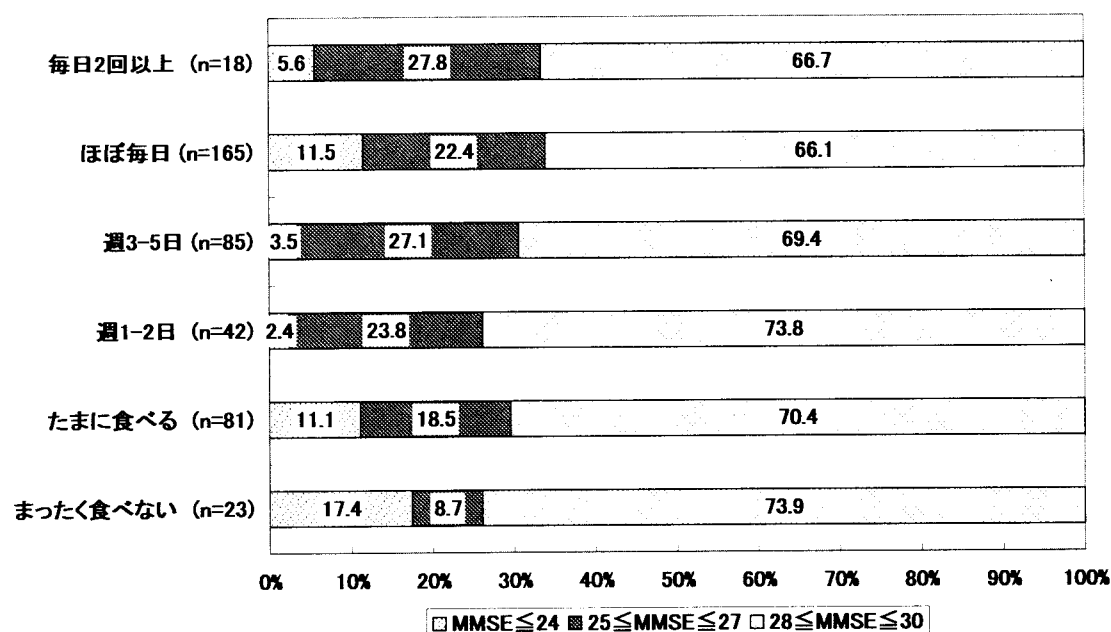


(3) その他野菜の摂取(女性)と MMSE



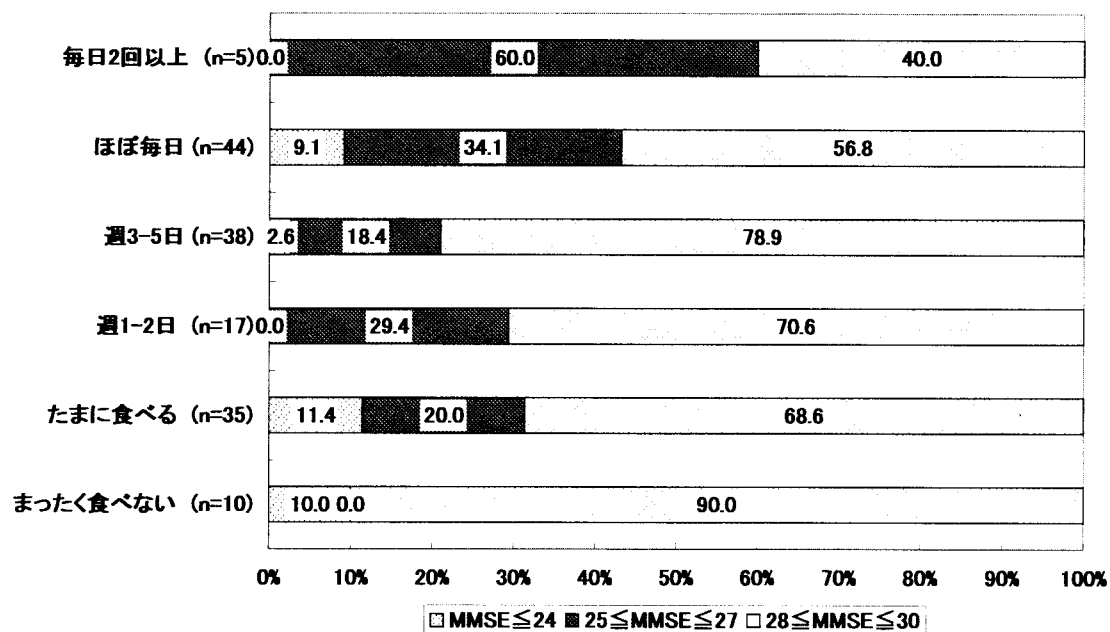
11. 漬け物の摂取と MMSE

(1) 漬け物の摂取(全体)と MMSE

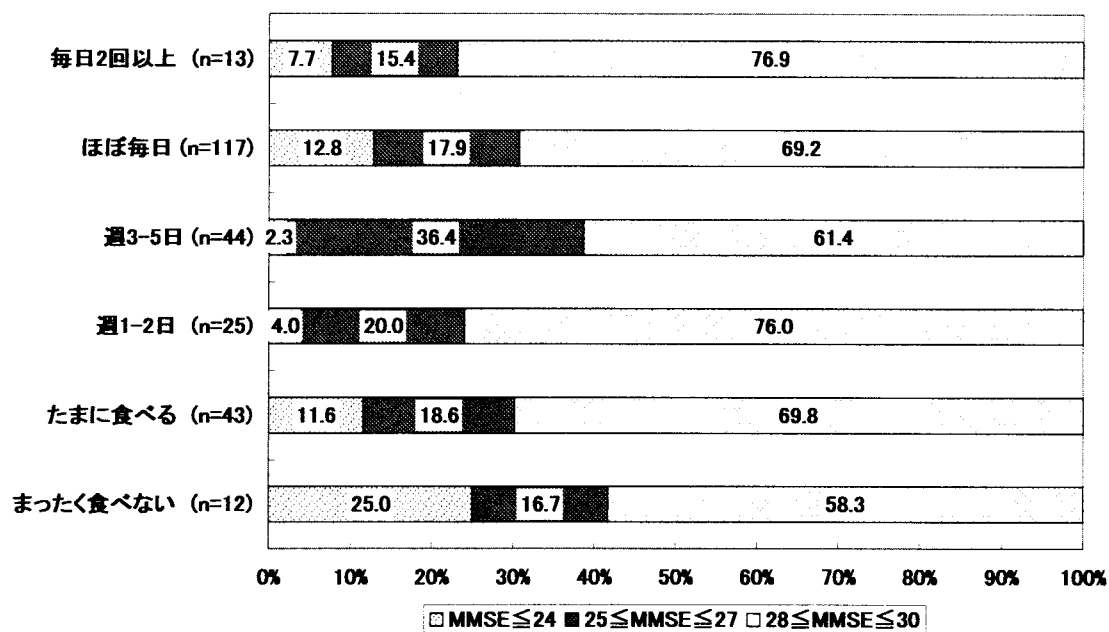


- (1) 全体では、回答者の約 75%が週 1 日以上漬物を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (2) 男性では、回答者の約 70%が週 1 日以上漬物を摂取している。「毎日 2 回以上」と「ほぼ毎日」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 78%が週 1 日以上漬物を摂取している。「まったく食べない」の回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) 漬け物の摂取(男性)と MMSE

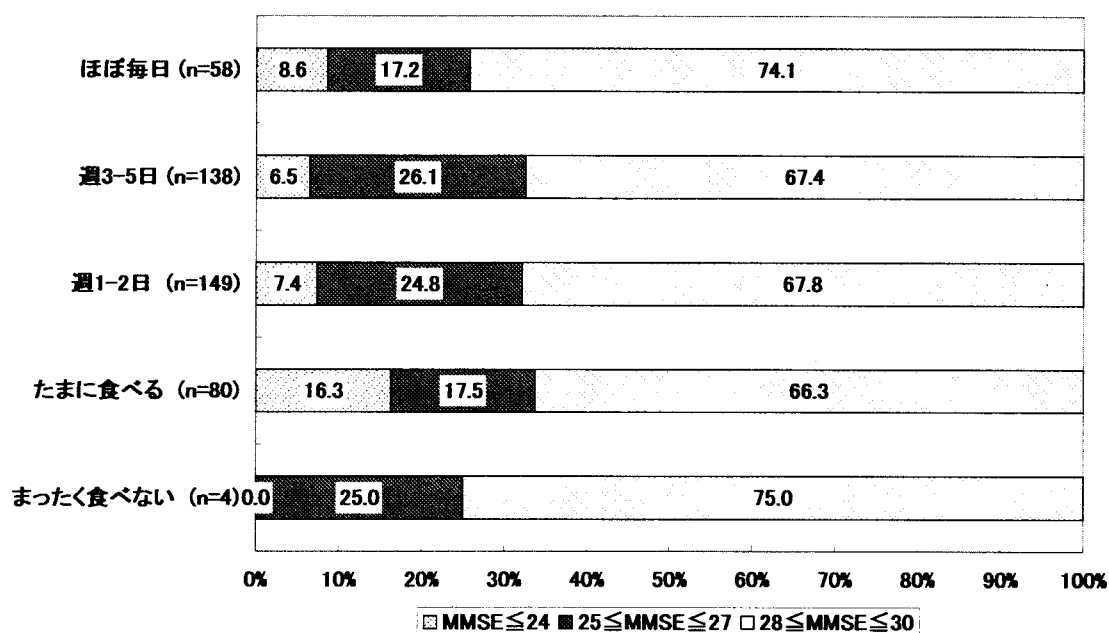


(3) 漬け物の摂取(女性)と MMSE



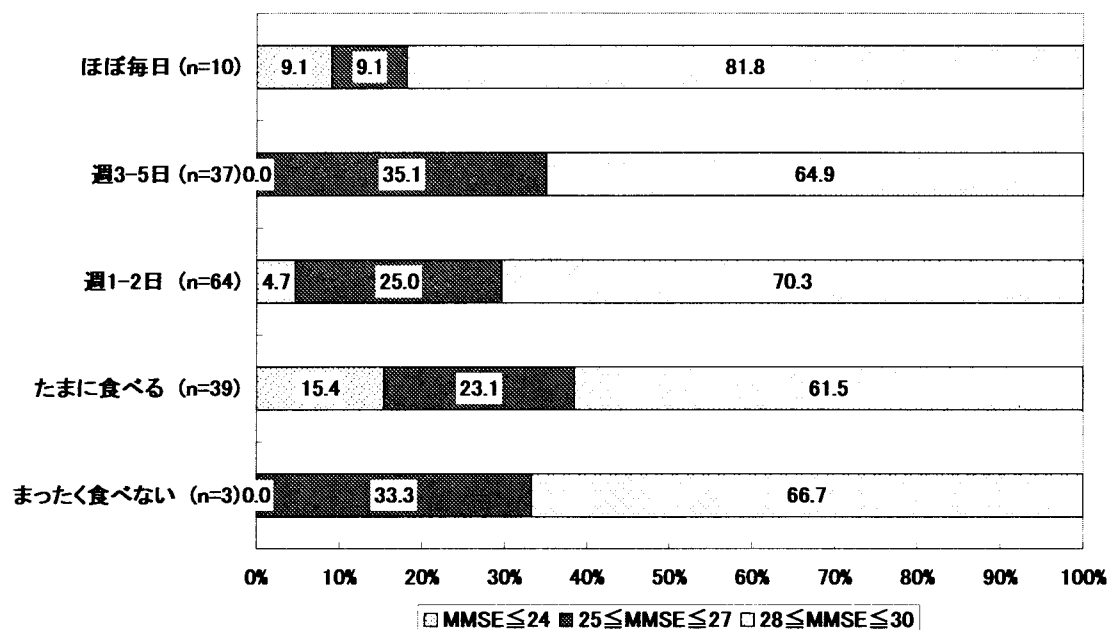
12. 芋類の摂取と MMSE

(1) 芋類の摂取(全体)と MMSE

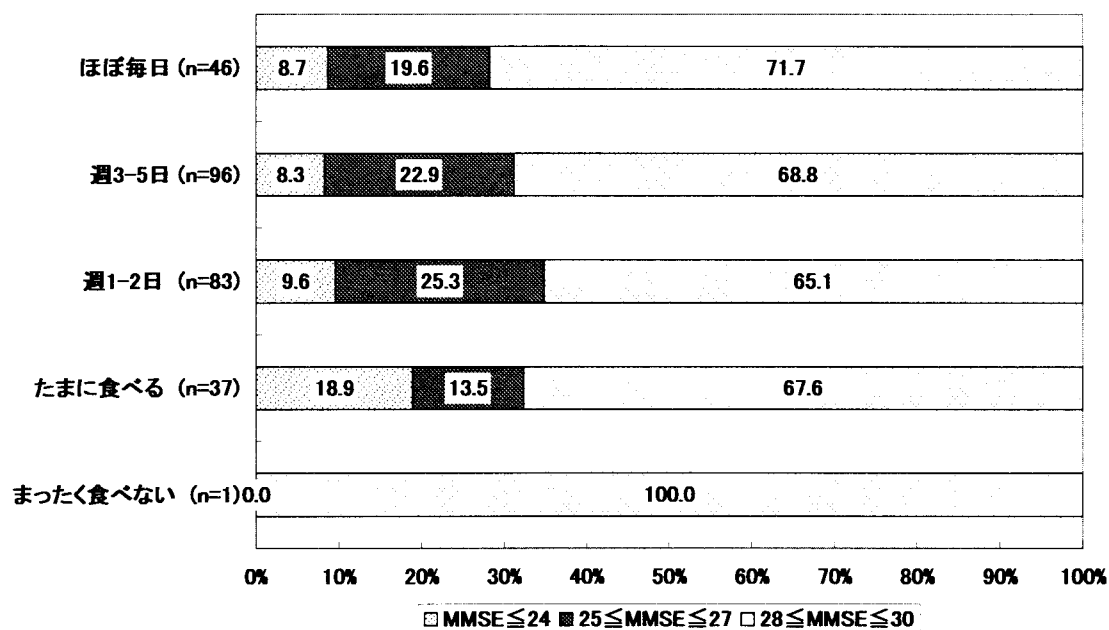


- (1) 全体では、回答者の約 80%が週 1 日以上芋類を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上である。
- (2) 男性では、回答者の約 73%が週 1 日以上芋類を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」回答者では MMSE24 点以下の割合が約 15%となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 86%が週 1 日以上芋類を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」回答者では MMSE24 点以下の割合が約 19%となっている。

(2) 芋類の摂取(男性)と MMSE

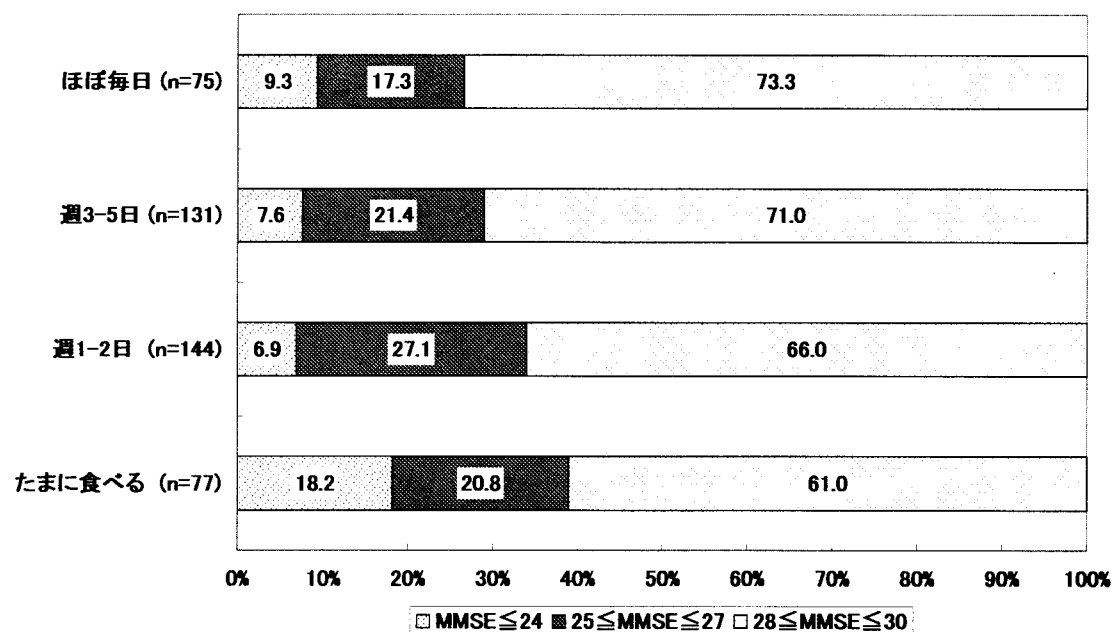


(3) 芋類の摂取(女性)と MMSE



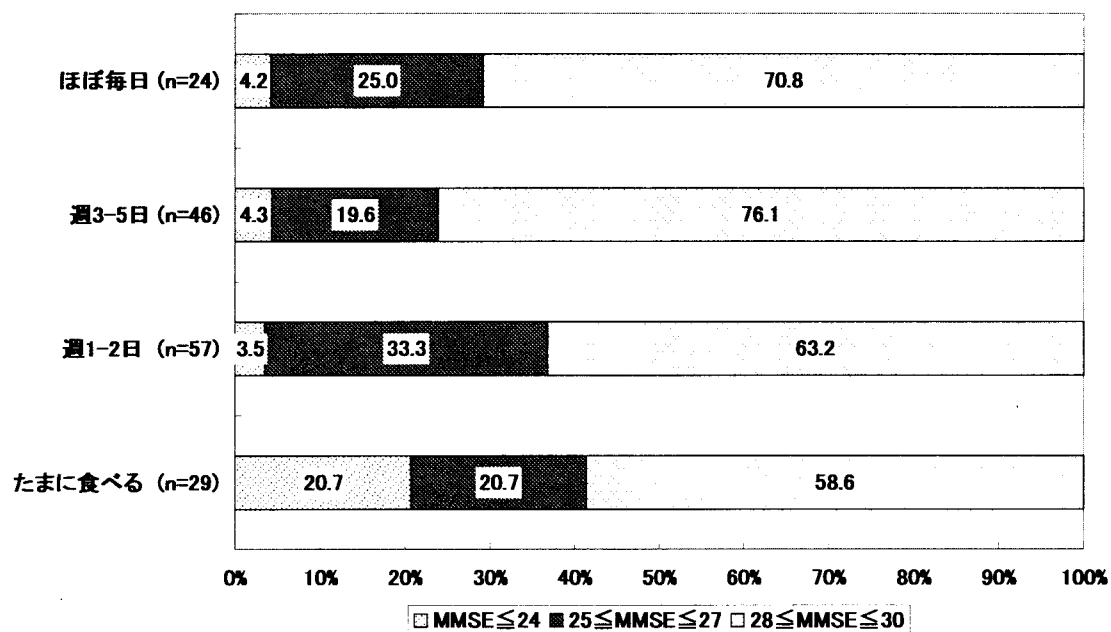
13. 豆腐の摂取と MMSE

(1) 豆腐の摂取(全体)と MMSE

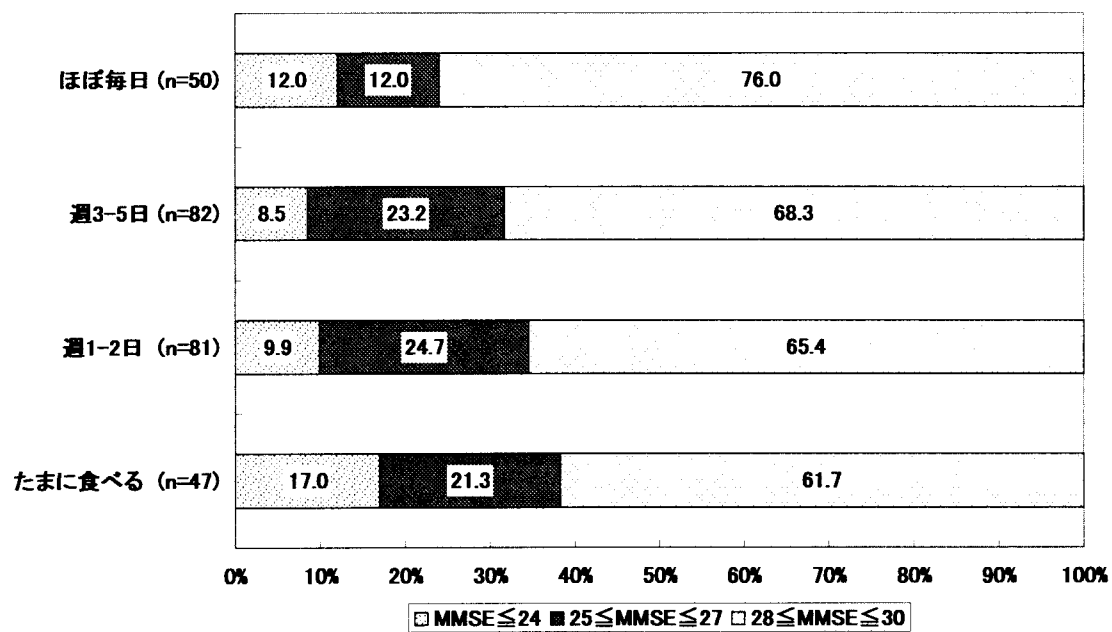


- (1) 全体では、回答者の約 82%が週 1 日以上豆腐を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」回答者では MMSE24 点以下の割合が約 18%となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 81%が週 1 日以上豆腐を摂取している。「たまに食べる」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっており、MMSE24 点以下の割合が 2 割を超えている。
- (3) 女性では、回答者の約 82%が週 1 日以上豆腐を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 豆腐の摂取(男性)と MMSE

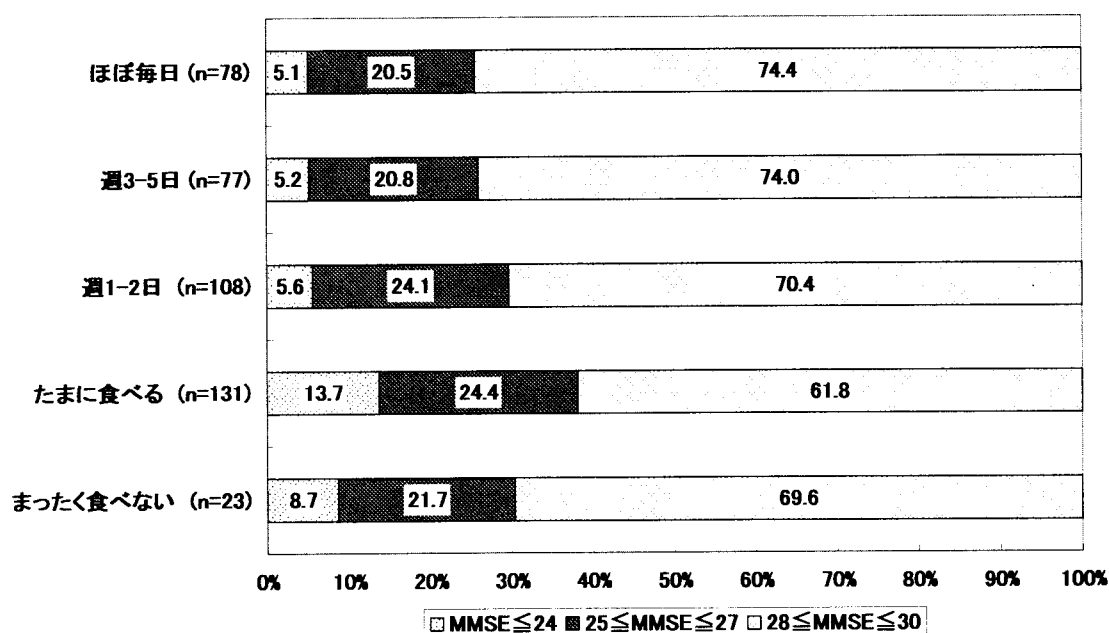


(3) 豆腐の摂取(女性)と MMSE



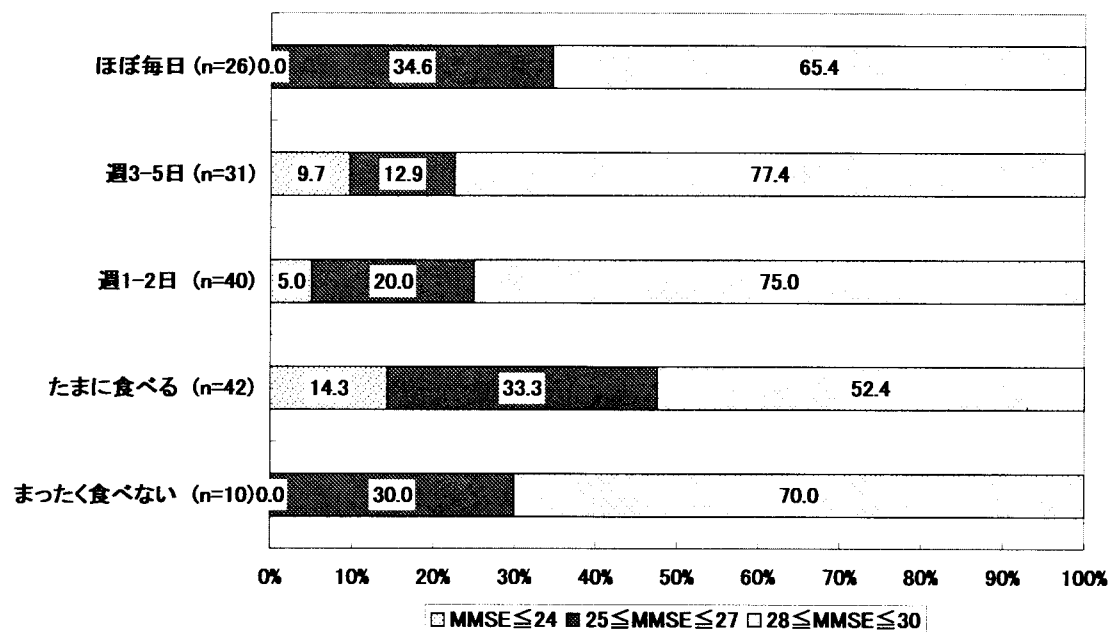
14. 納豆の摂取と MMSE

(1) 納豆の摂取(全体)と MMSE

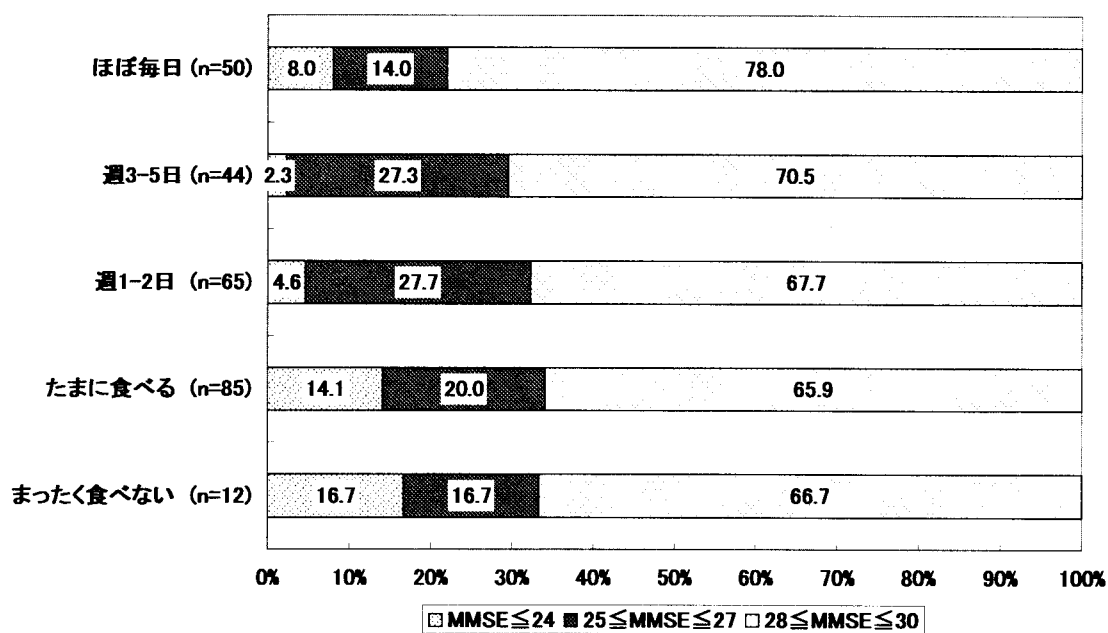


- (1) 全体では、回答者の約 63%が週 1 日以上納豆を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 65%が週 1 日以上納豆を摂取している。「たまに食べる」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっており、MMSE24 点以下の割合が約 14%となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 62%が週 1 日以上納豆を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」と「まったく食べない」回答者では、MMSE24 点以下の割合が約 14%、約 17%となっている。

(2) 納豆の摂取(男性)と MMSE

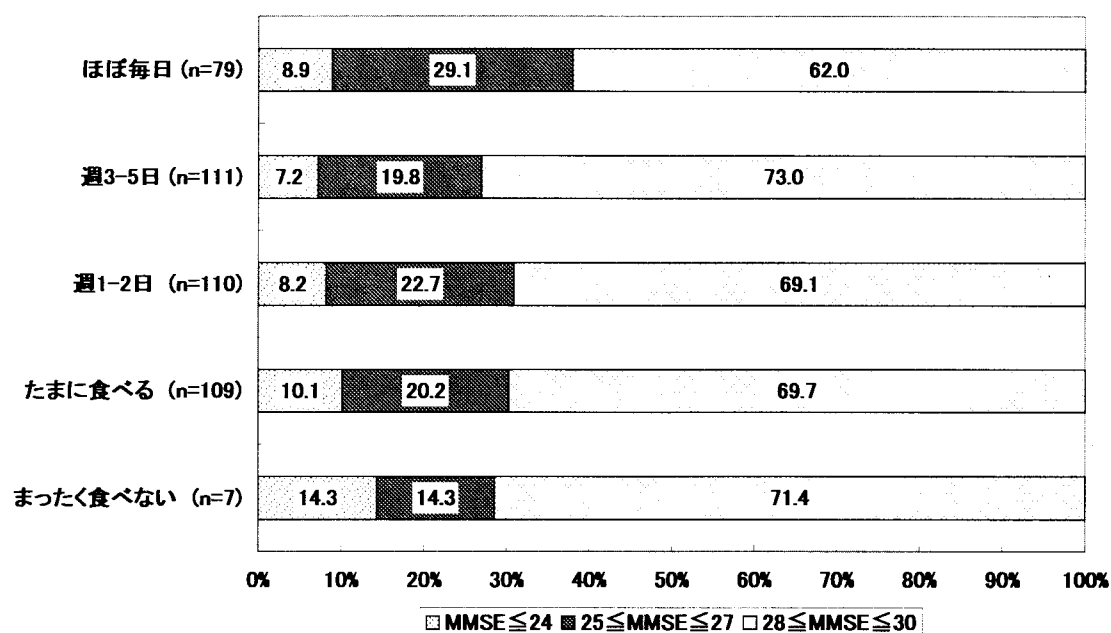


(3) 納豆の摂取(女性)と MMSE



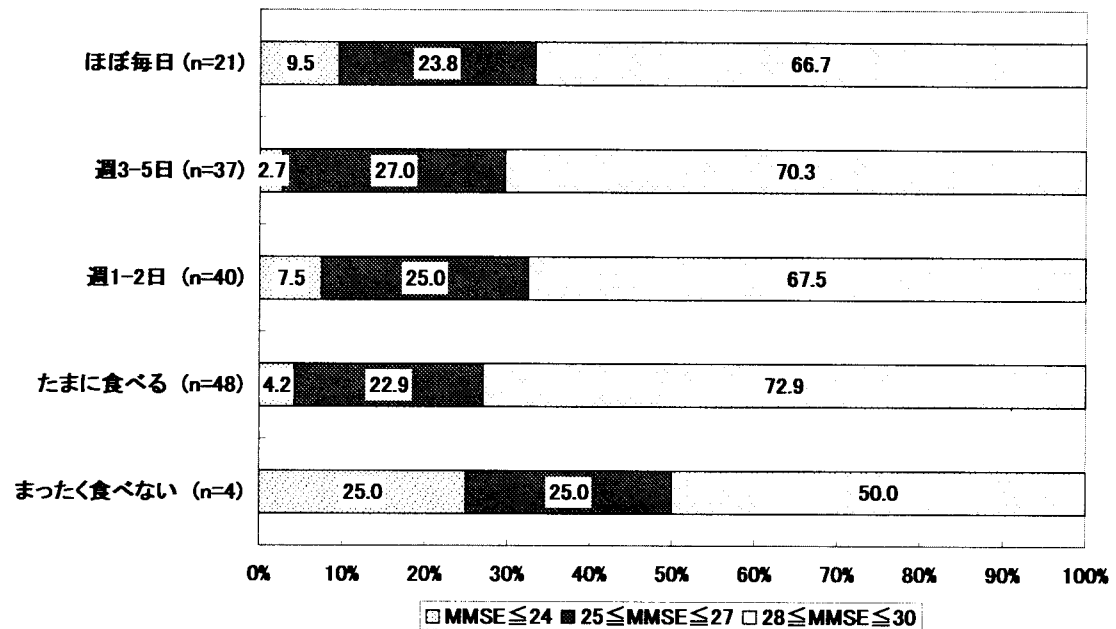
15. 柑橘類の摂取と MMSE

(1) 柑橘類の摂取(全体)と MMSE

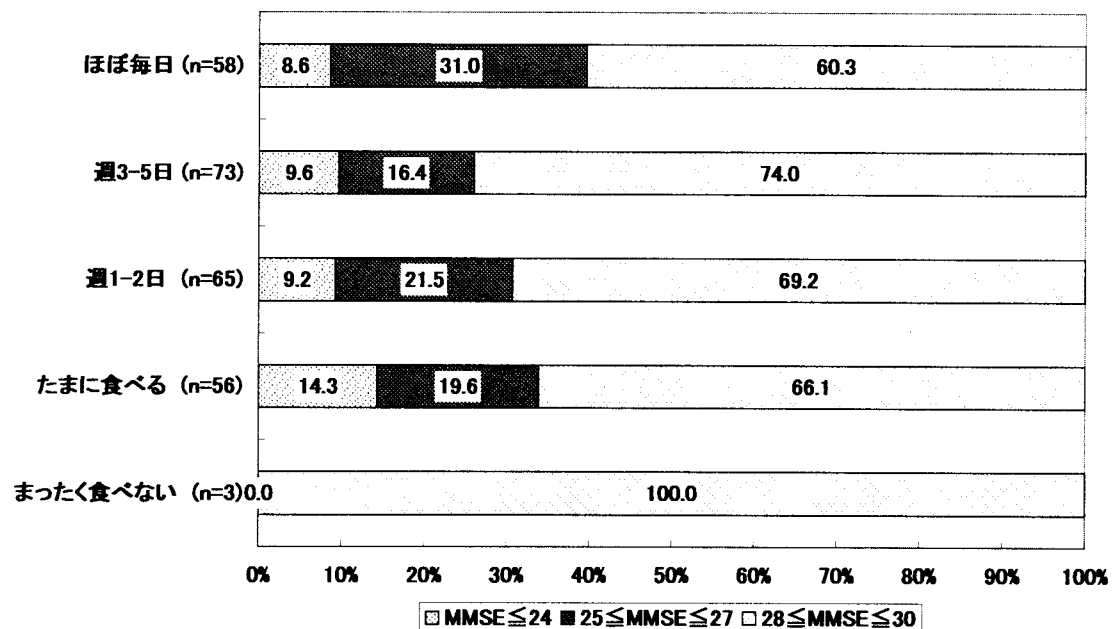


- (1) 全体では、回答者の約 72%が週 1 日以上柑橘類を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 65%が週 1 日以上柑橘類を摂取している。「まったく食べない」回答者 4 名を除くと、MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 77%が週 1 日以上柑橘類を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。「たまに食べる」回答者では、MMSE24 点以下の割合が約 14%となっている。

(2) 柑橘類の摂取(男性)と MMSE

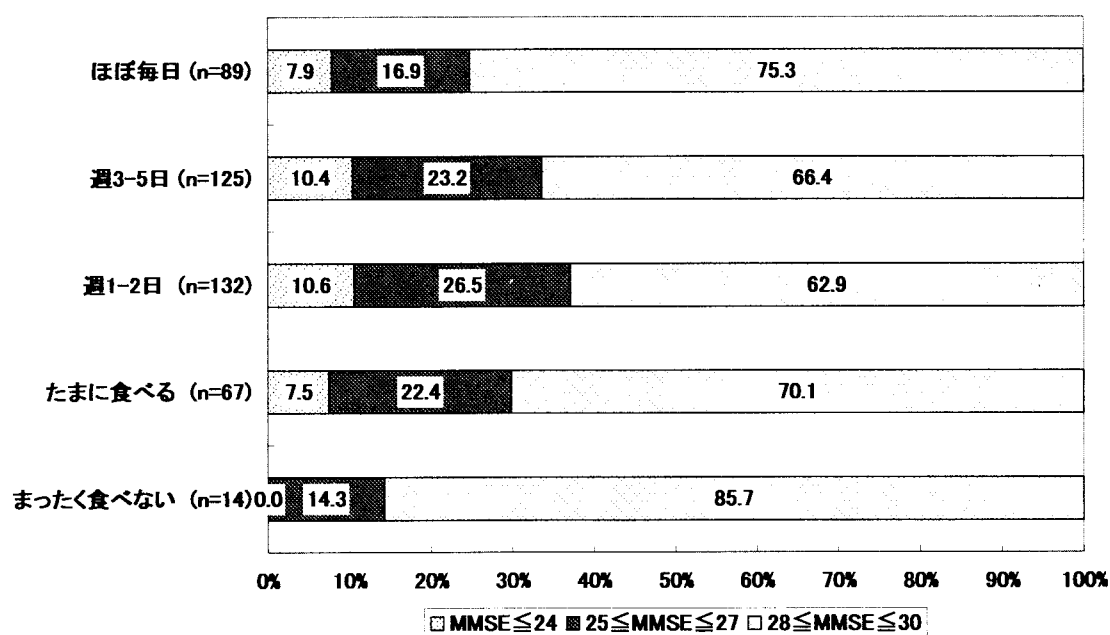


(3) 柑橘類の摂取(女性)と MMSE



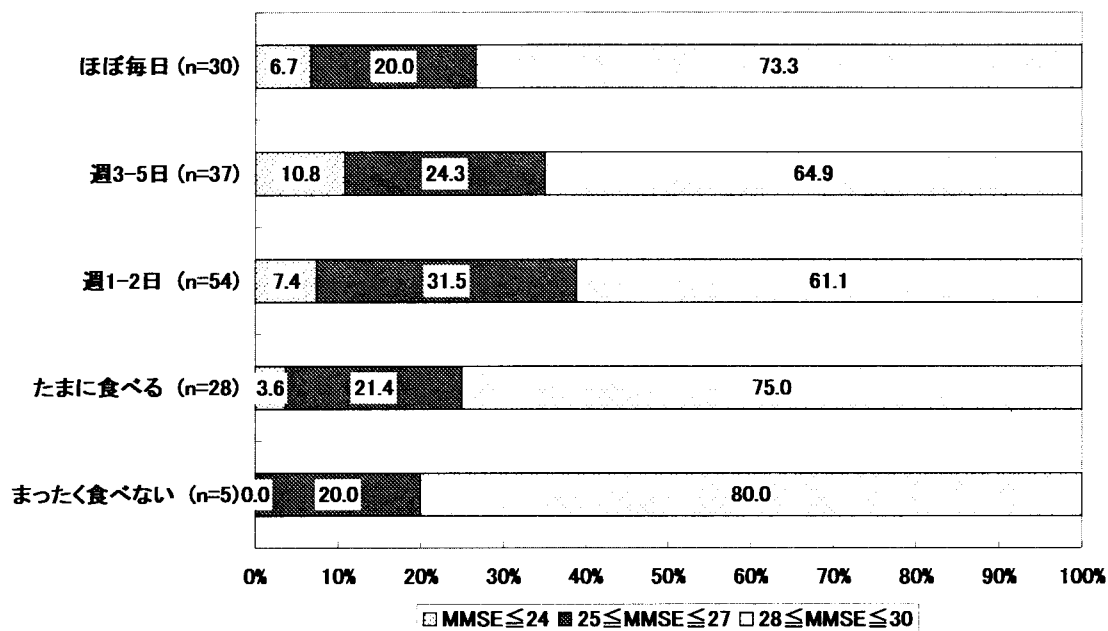
16. 卵の摂取と MMSE

(1) 卵の摂取(全体)と MMSE

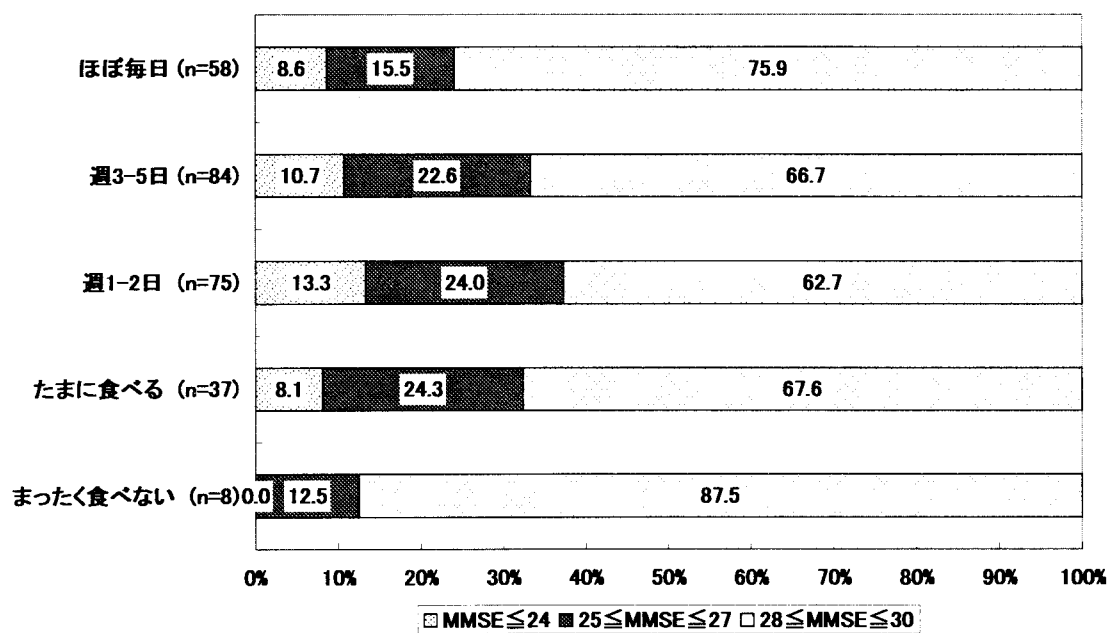


- (1) 全体では、回答者の約 81%が週 1 日以上卵を摂取している。摂取頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 79%が週 1 日以上卵を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 83%が週 1 日以上卵を摂取している。頻度に関りなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 卵の摂取(男性)と MMSE

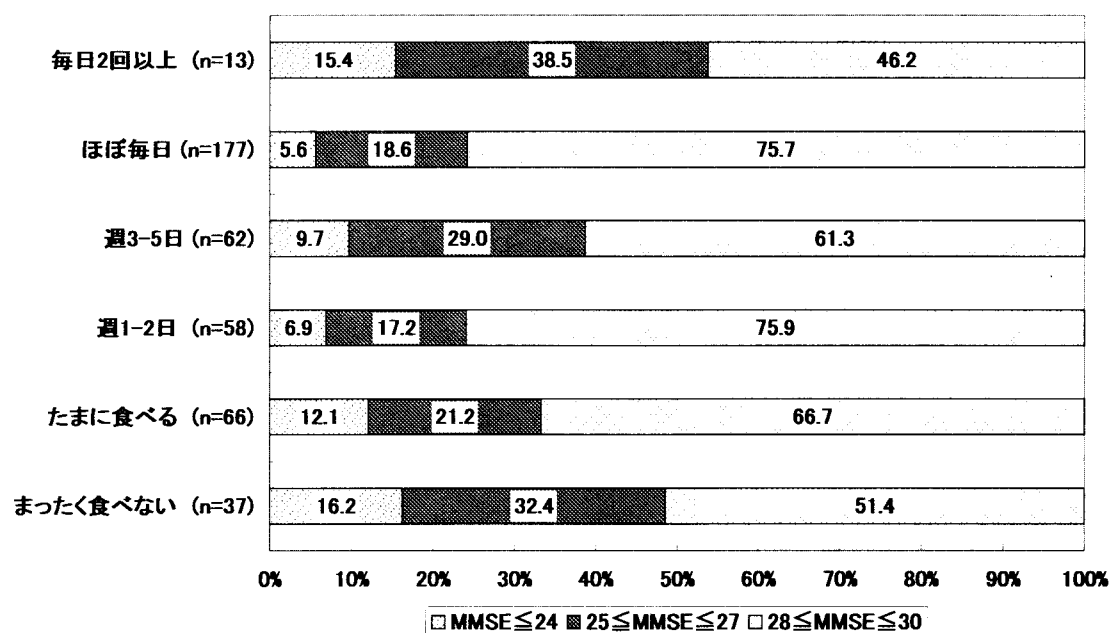


(3) 卵の摂取(女性)と MMSE



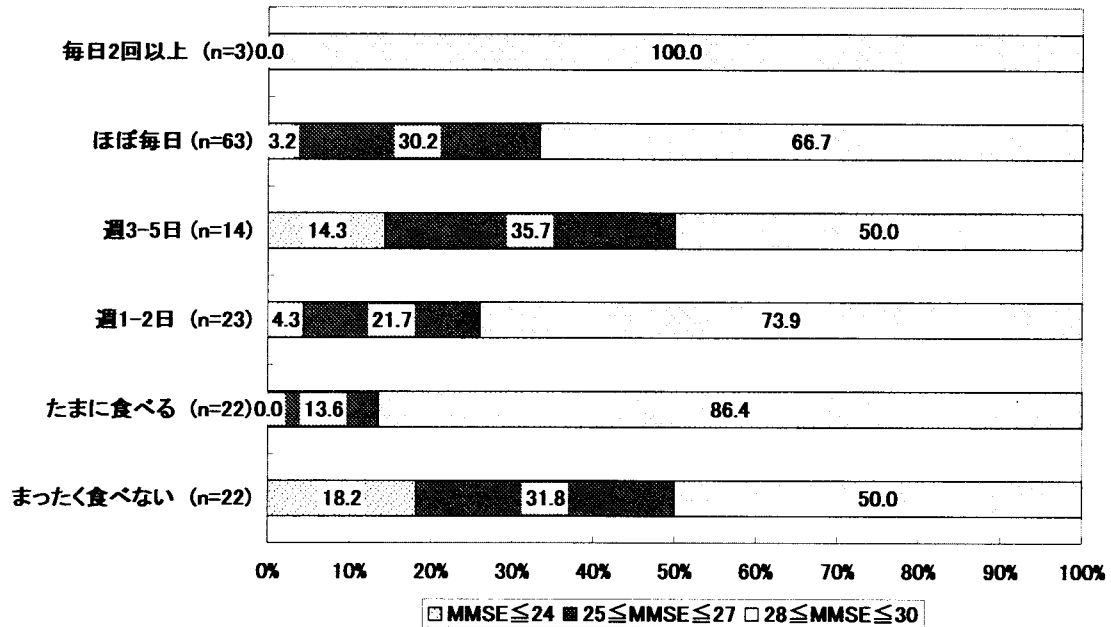
17. ヨーグルトの摂取と MMSE

(1) ヨーグルトの摂取(全体)と MMSE

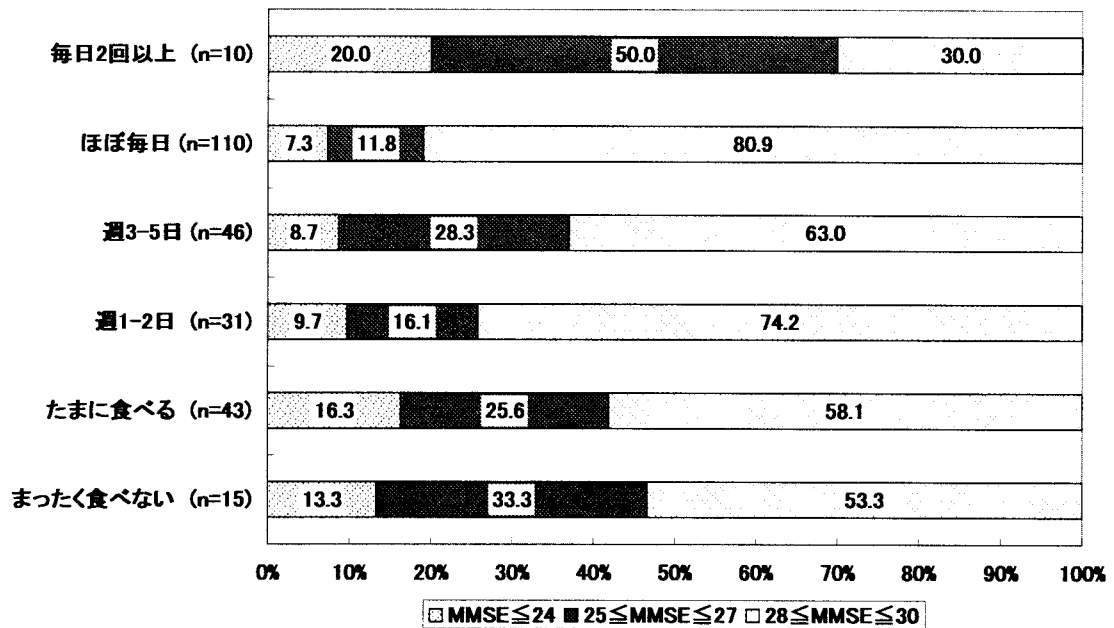


- (1) 全体では、回答者の約 75%が週 1 日以上ヨーグルトを摂取している。「毎日 2 回以上」と「まったく食べない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 70%が週 1 日以上ヨーグルトを摂取している。「週 3-5 日」と「まったく食べない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 77%が週 1 日以上ヨーグルトを摂取している。MMSE28 点以上の割合が約 30~80%でばらついている。

(2) ヨーグルトの摂取(男性)と MMSE

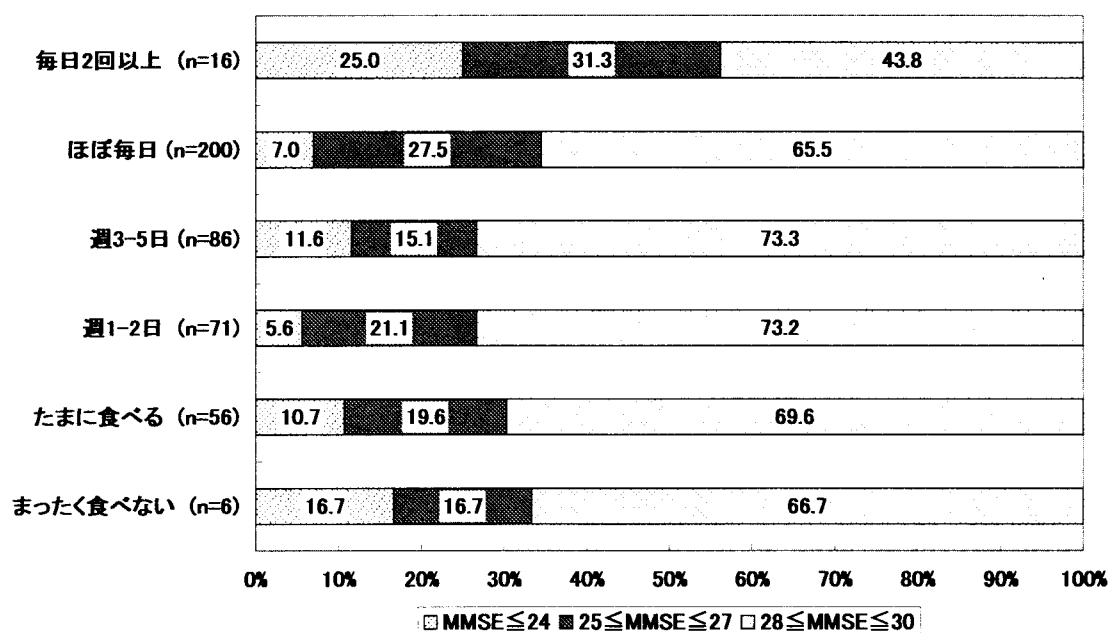


(3) ヨーグルトの摂取(女性)と MMSE



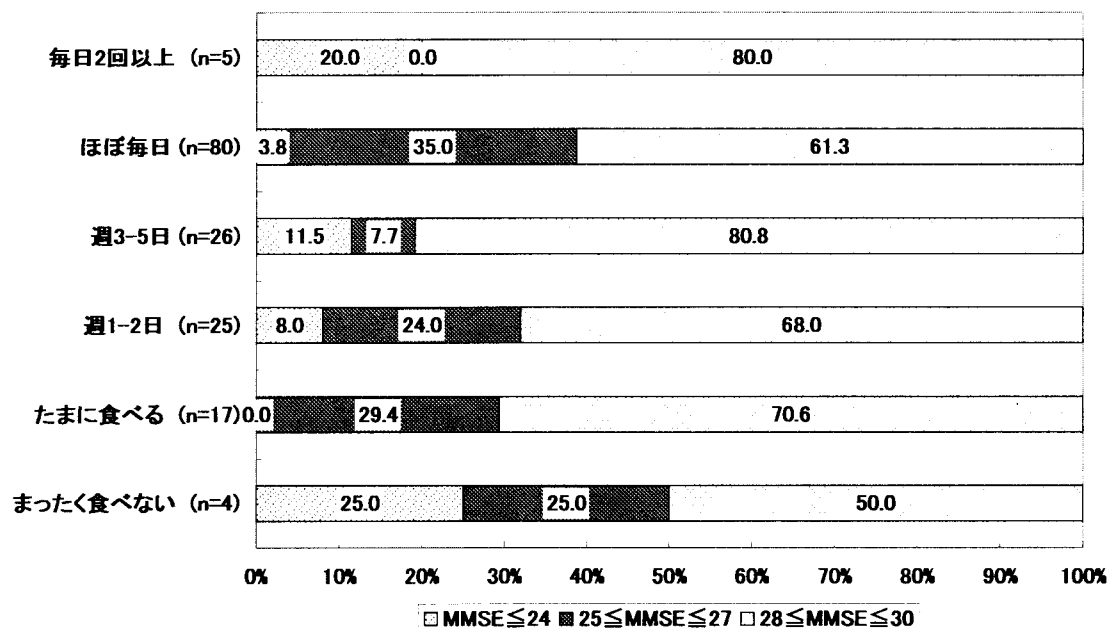
18. 味噌汁の摂取 MMSE

(1) 味噌汁の摂取(全体)と MMSE

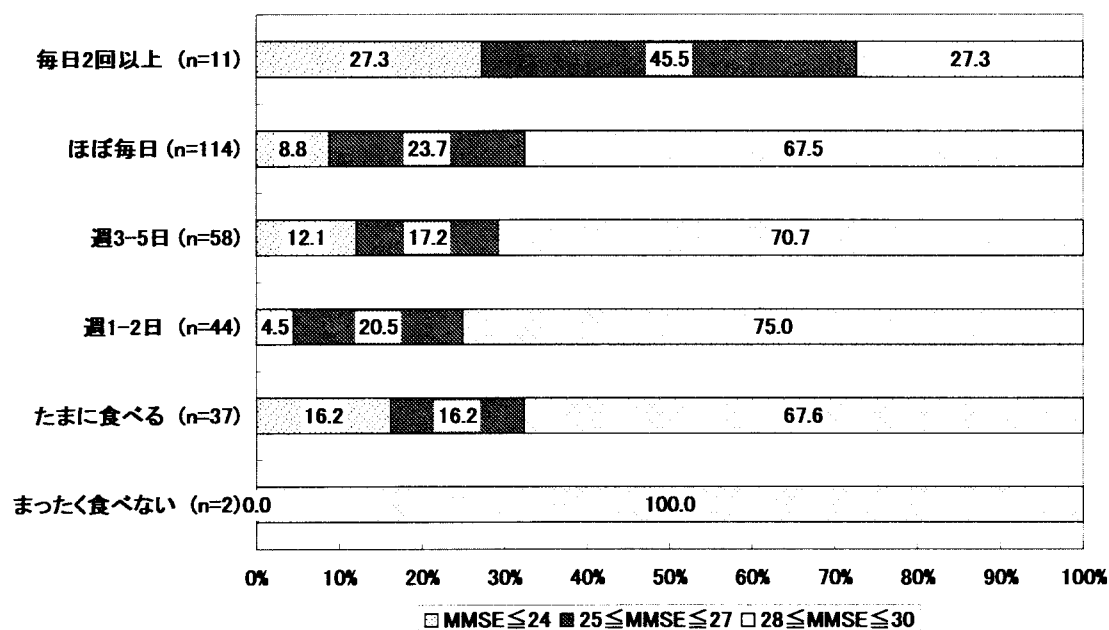


- (1) 全体では、回答者の約 86%が週 1 日以上味噌汁を摂取している。「毎日 2 回以上」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 87%が週 1 日以上味噌汁を摂取している。「まったく食べない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 85%が週 1 日以上味噌汁を摂取している。「毎日 2 回以上」回答者では MMSE28 点以上の割合が 3 割以下となっている。

(2) 味噌汁の摂取(男性)と MMSE



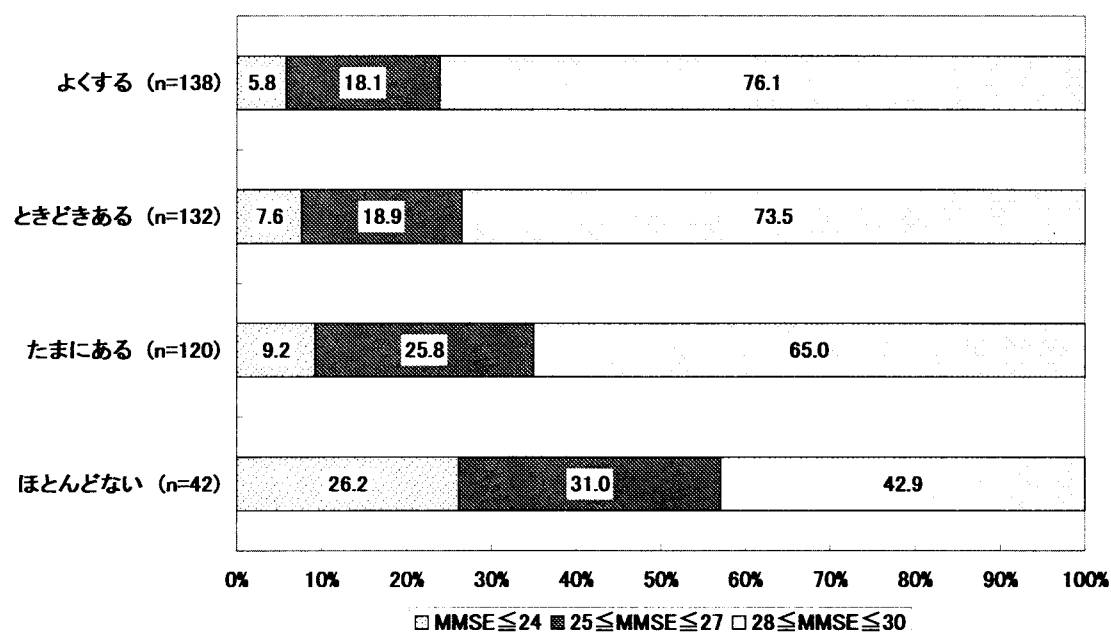
(3) 味噌汁の摂取(女性)と MMSE



VI 余暇活動・趣味活動

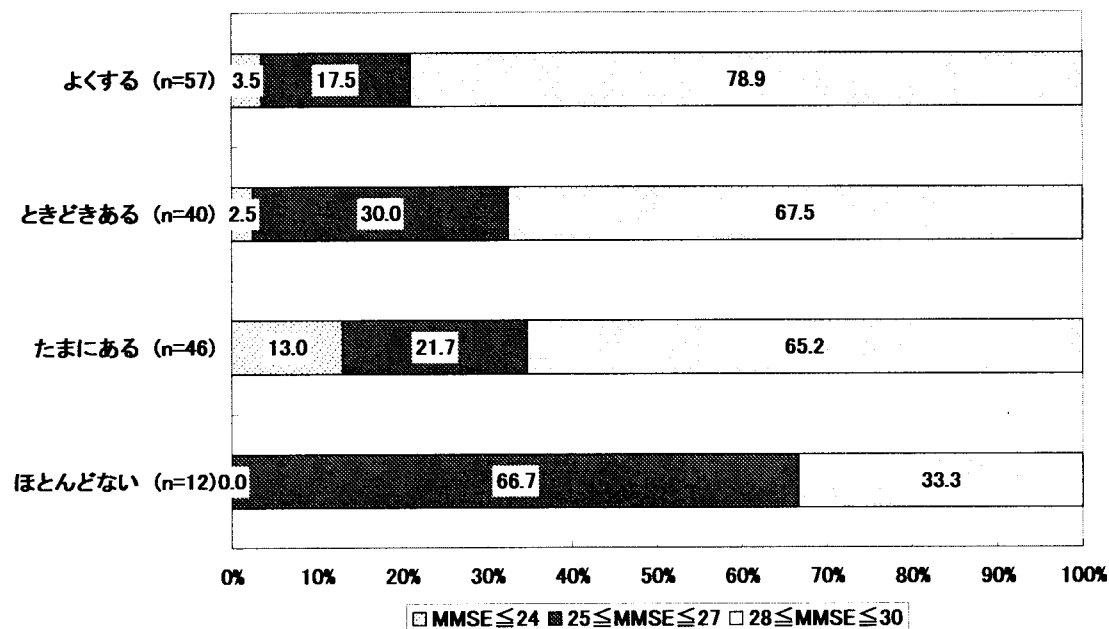
1. 読書と MMSE

(1) 読書(全体)と MMSE

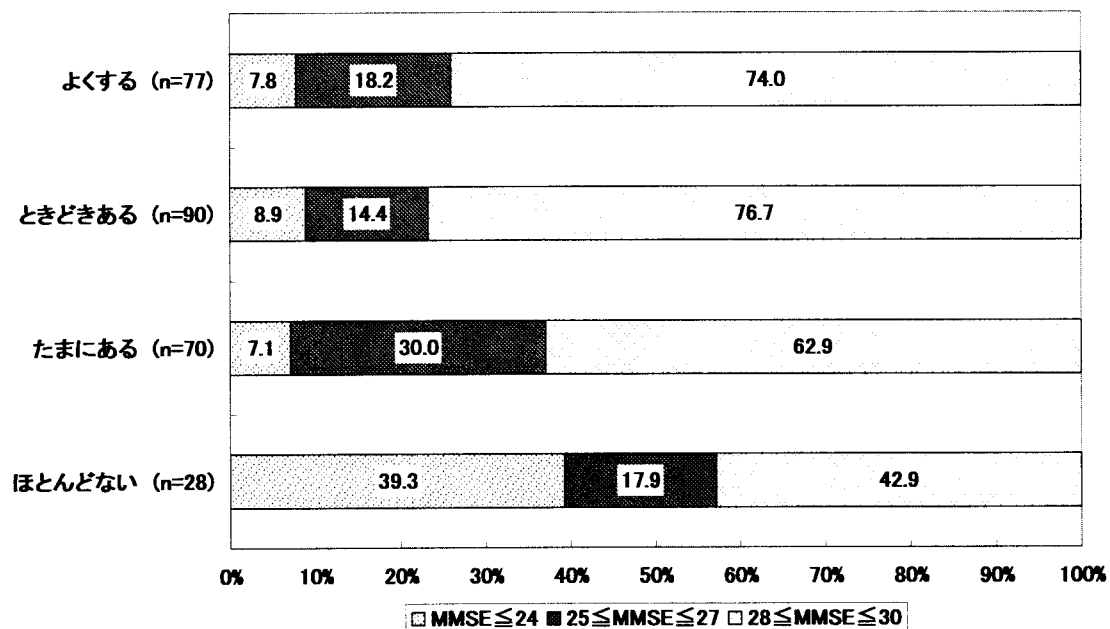


- (1) 全体では、回答者の約 63%が「よくする」、「ときどきある」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているが、
「ほとんどない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 63%が「よくする」、「ときどきある」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているが、
「ほとんどない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 63%が「よくする」、「ときどきある」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているが、
「ほとんどない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割以下となっている。

(2) 読書(男性)と MMSE

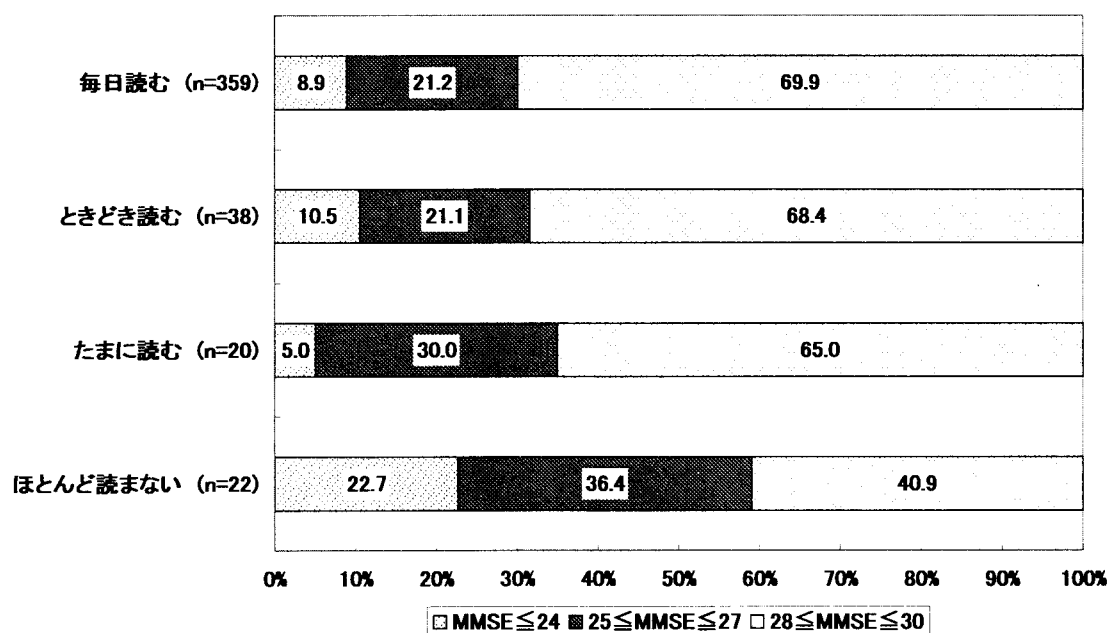


(3) 読書(女性)と MMSE



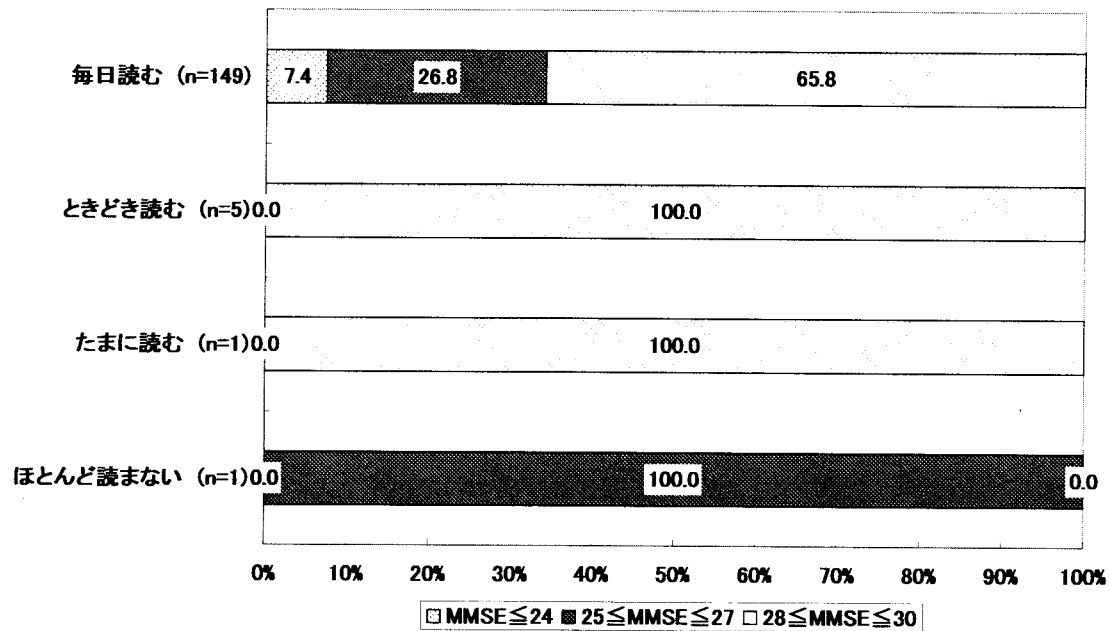
2. 新聞を読むことと MMSE

(1) 新聞を読むこと(全体)と MMSE

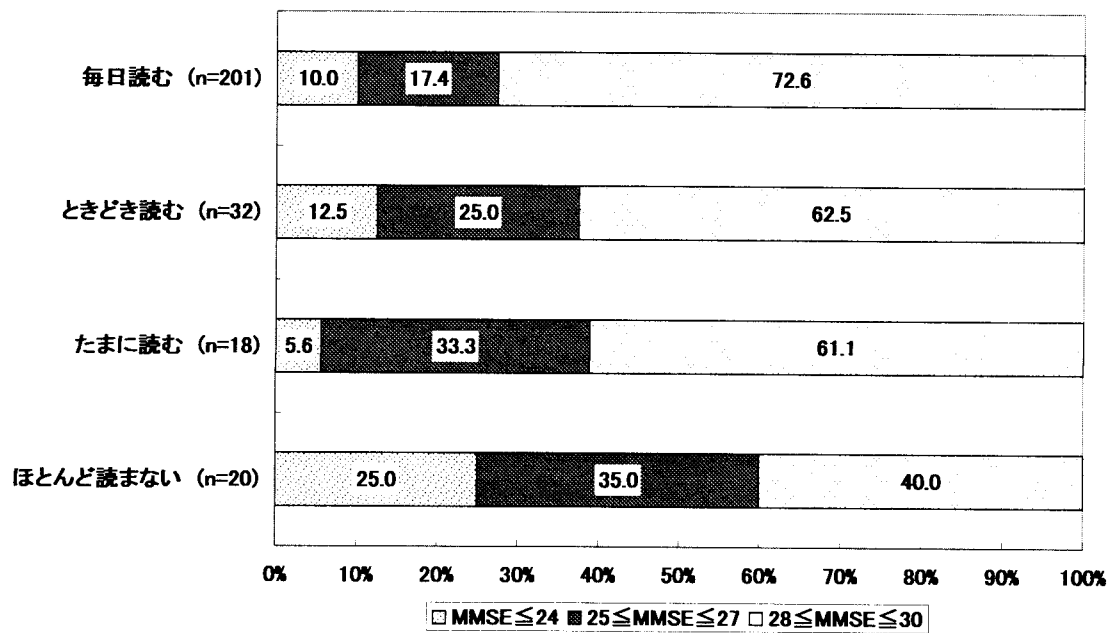


- (1) 全体では、回答者の約 90%が「よく読む」、「ときどき読む」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっているが、
「ほとんどない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 99%が「よく読む」、「ときどき読む」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 86%が「よく読む」、「ときどき読む」と回答している。
「よくする」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているが、
「ほとんどない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 4 割となっている。

(2) 新聞を読むこと(男性)と MMSE

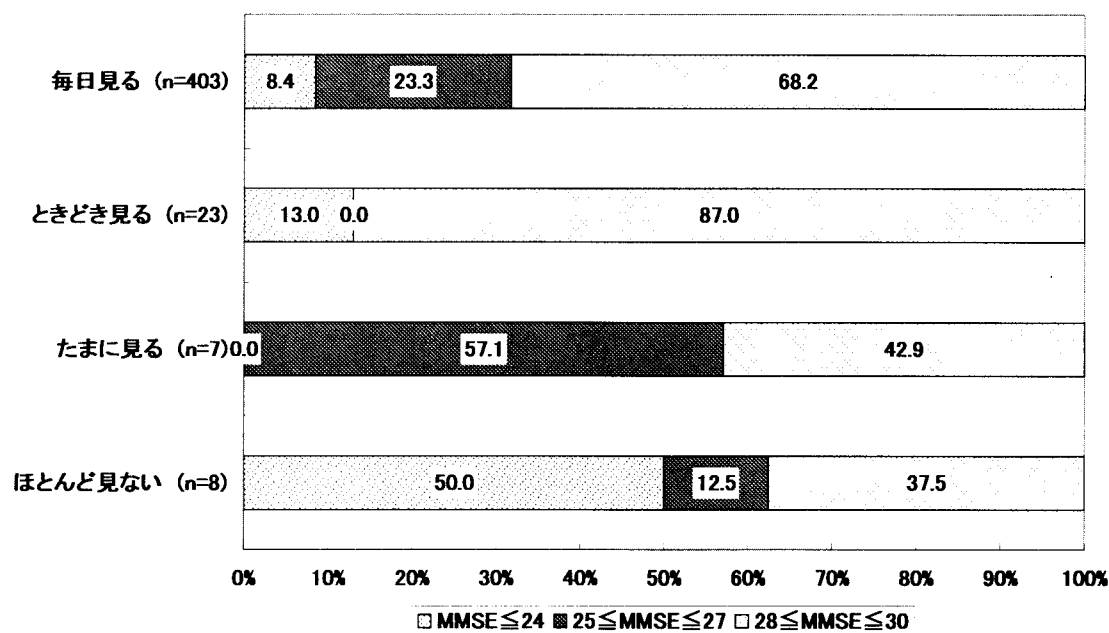


(3) 新聞を読むこと(女性)と MMSE



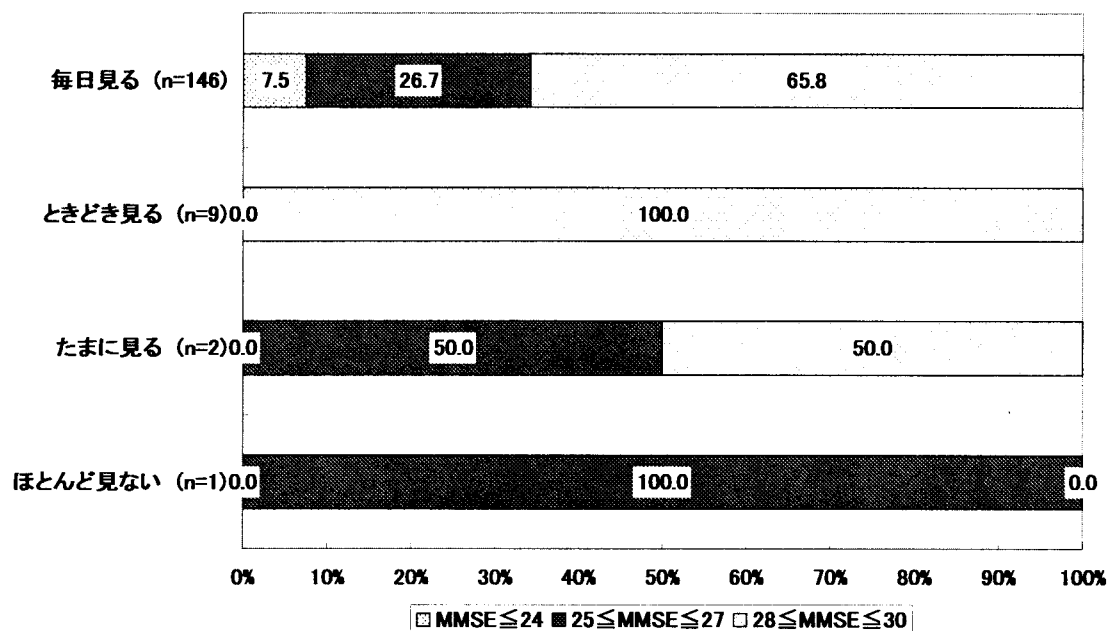
3. テレビ見ることと MMSE

(1) テレビをみること(全体)と MMSE

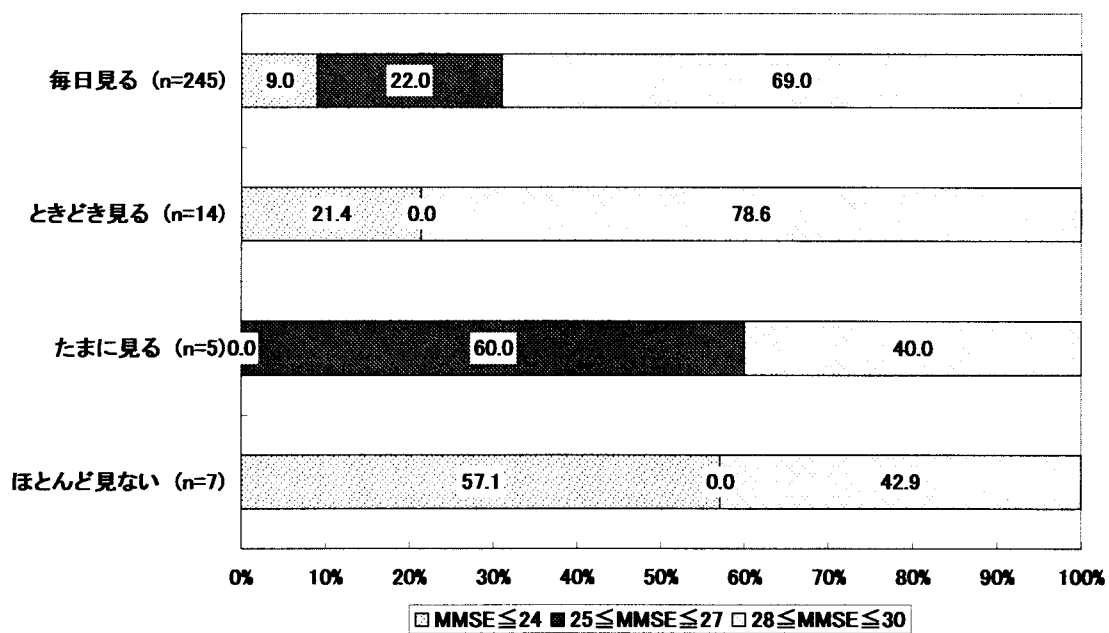


- (1) 全体では、回答者の約 97%が「毎日見る」、「ときどき見る」と回答している。
「毎日見る」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 98%が「毎日見る」、「ときどき見る」と回答している。
「毎日見る」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 96%が「毎日見る」、「ときどき見る」と回答している。
「毎日見る」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) テレビを見ること(男性)と MMSE

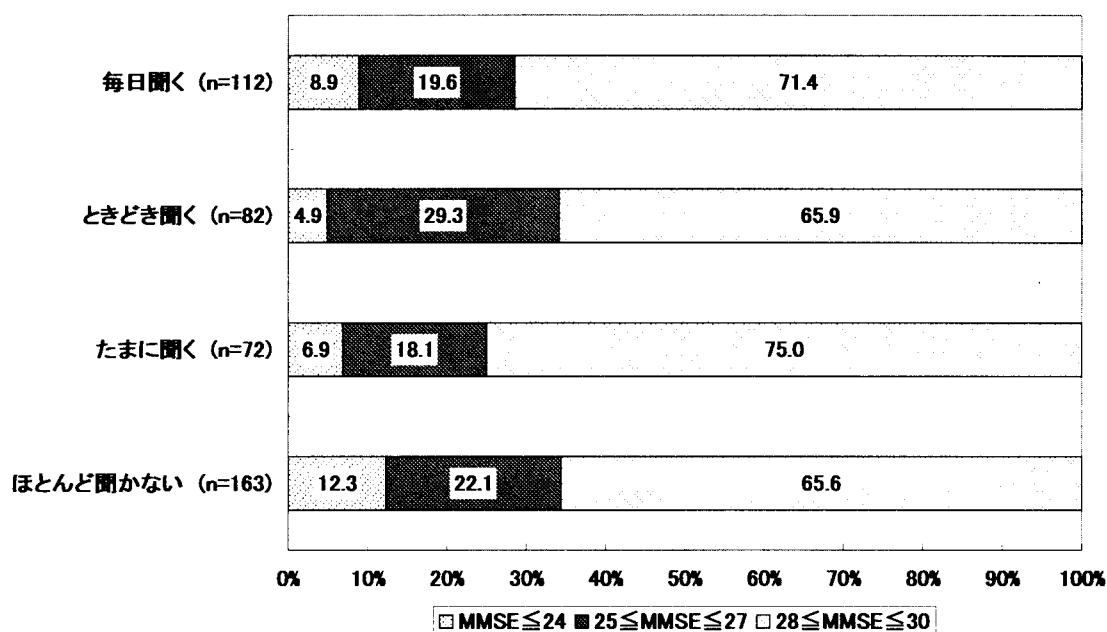


(3) テレビを見ること(女性)と MMSE



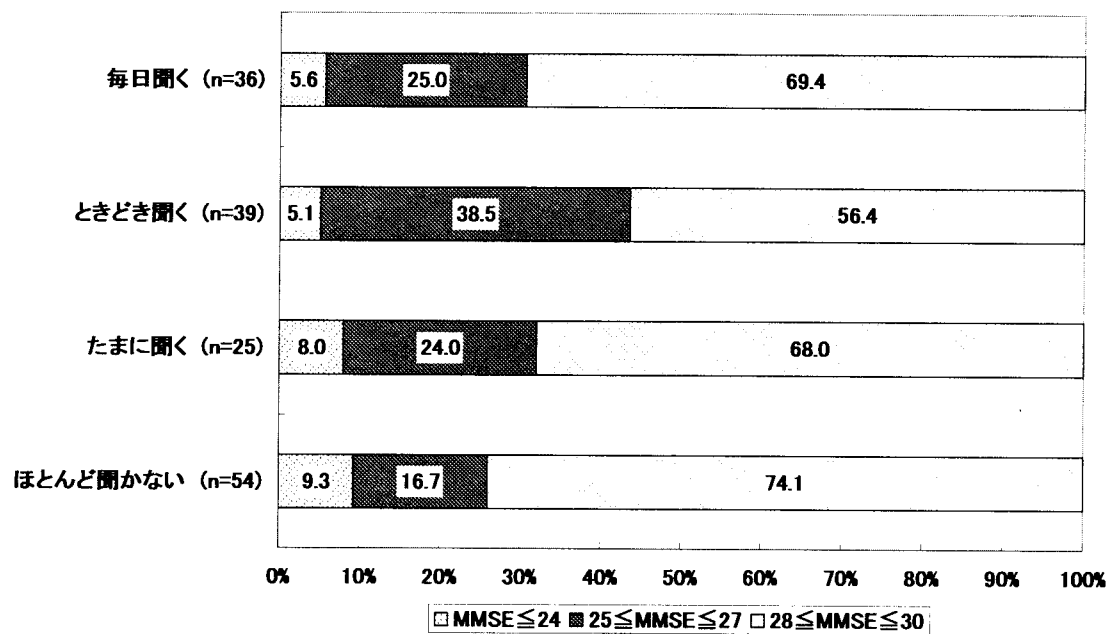
4. ラジオを聞くことと MMSE

(1) ラジオを聞くこと(全体)と MMSE

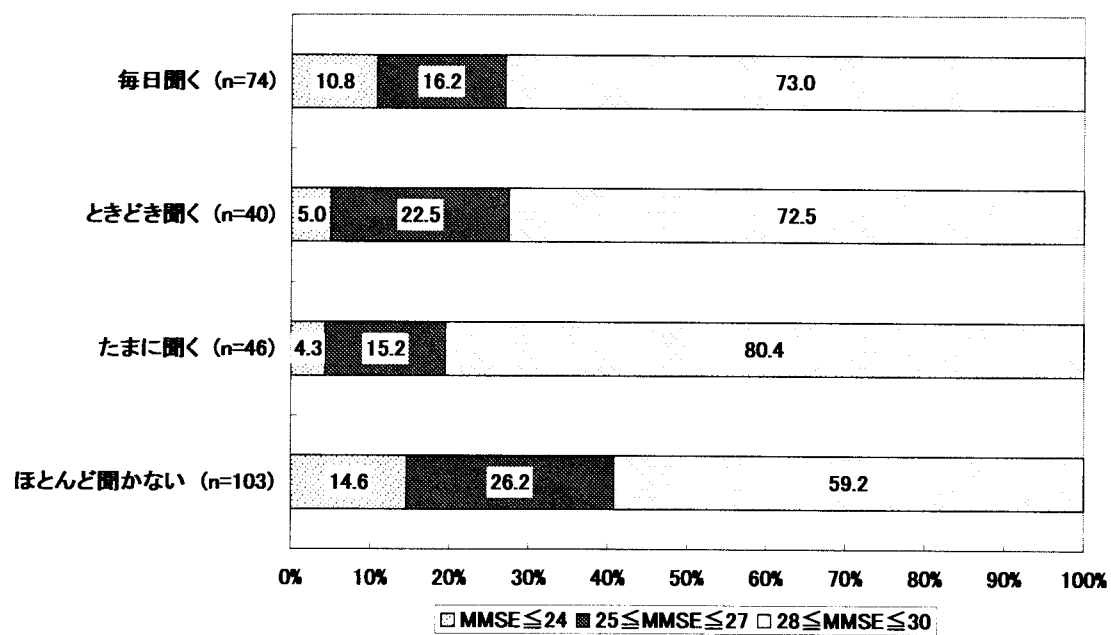


- (1) 全体では、回答者の約 45%が「毎日聞く」、「ときどき聞く」と回答している。
頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 49%が「毎日聞く」、「ときどき聞く」と回答している。
「ときどき聞く」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 43%が「毎日聞く」、「ときどき聞く」と回答している。
「ほとんど聞かない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) ラジオを聞くこと(男性)と MMSE

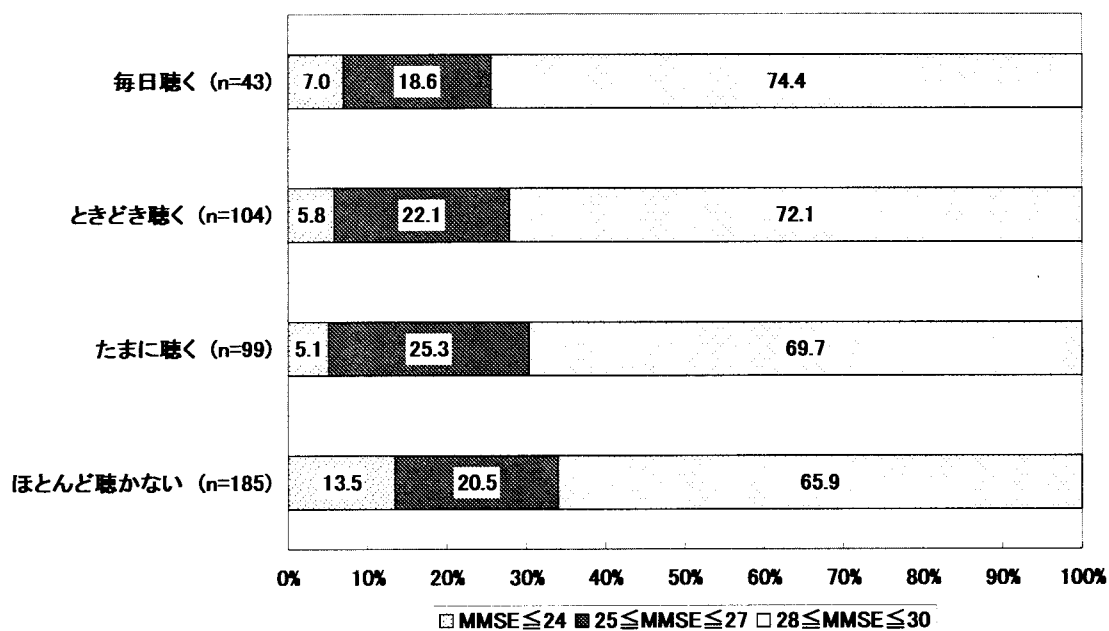


(3) ラジオを聞くこと(女性)と MMSE



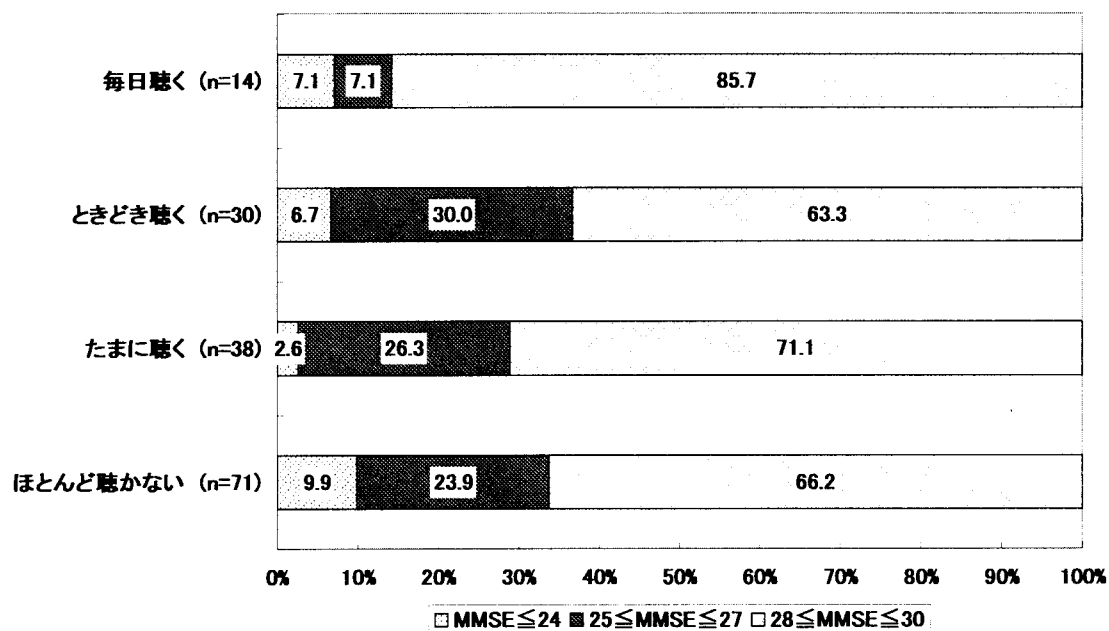
5. 音楽を聴くことと MMSE

(1) 音楽を聴くこと(全体)と MMSE

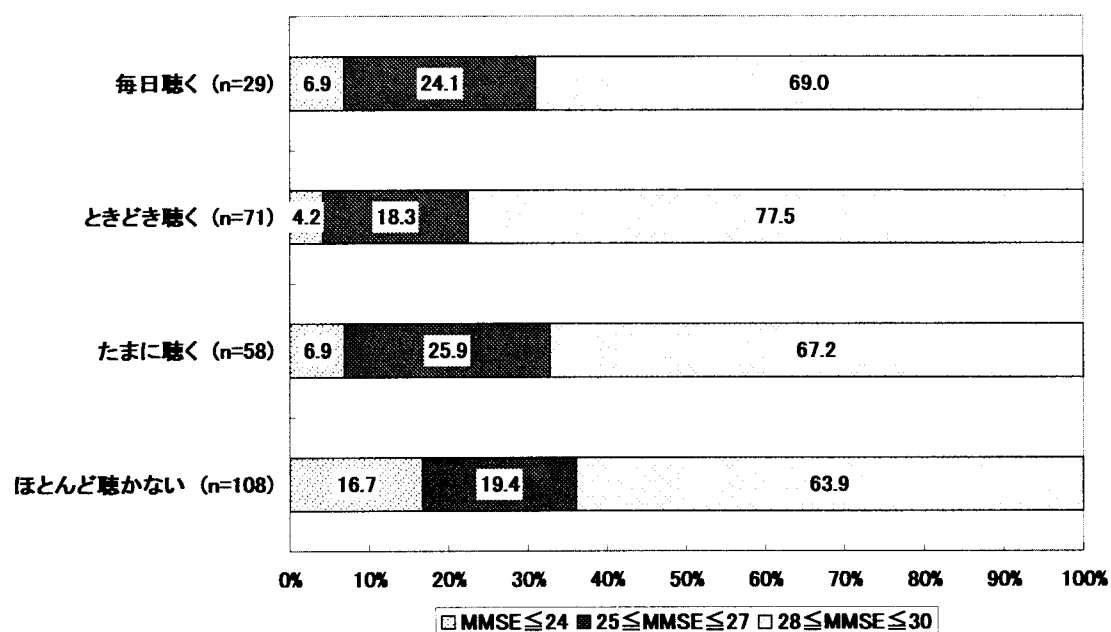


- (1) 全体では、回答者の約 34%が「毎日聴く」、「ときどき聴く」と回答している。頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が6割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 29%が「毎日聴く」、「ときどき聴く」と回答している。頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が6割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 38%が「毎日聴く」、「ときどき聴く」と回答している。頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が6割以上となっている。

(2) 音楽を聴くこと(男性)と MMSE

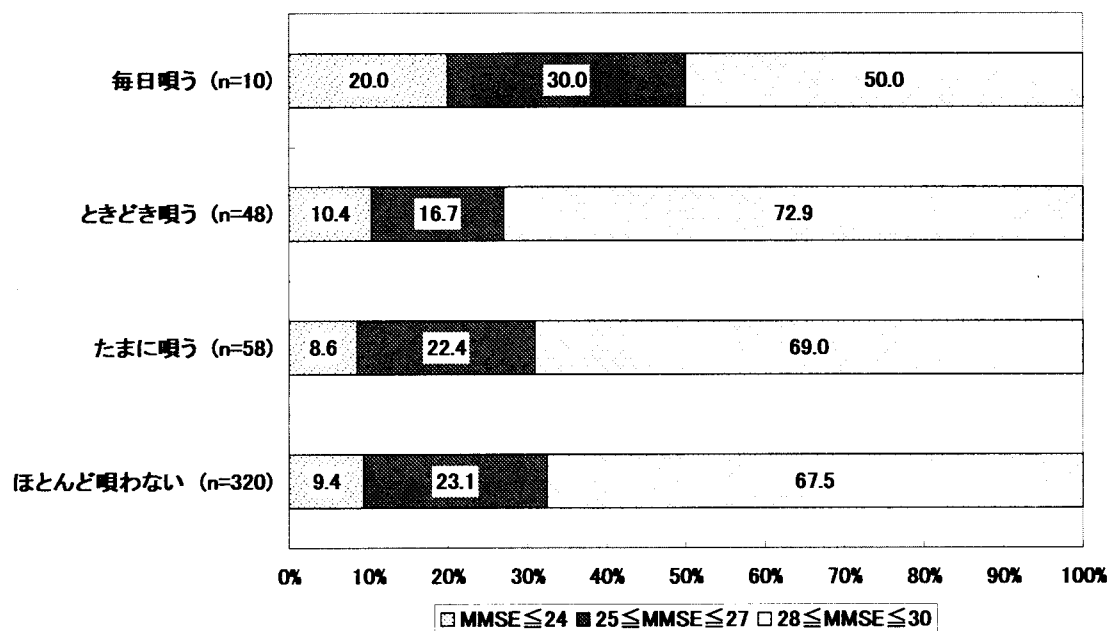


(3) 音楽を聴くこと(女性)と MMSE



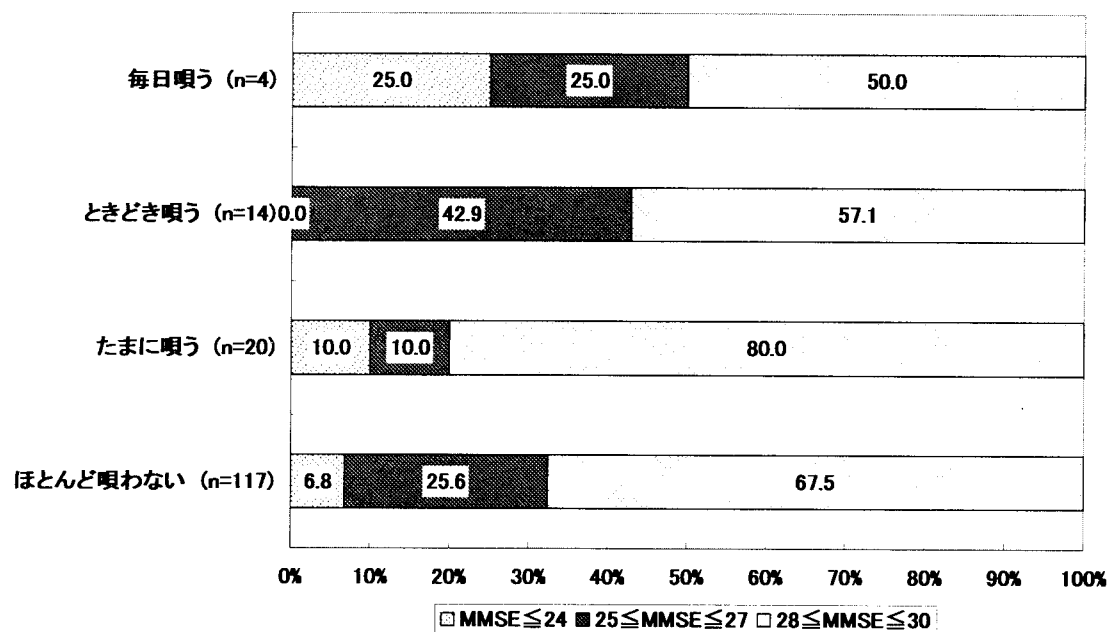
6. 歌を歌うことと MMSE

(1) 歌を歌う(全体)ことと MMSE

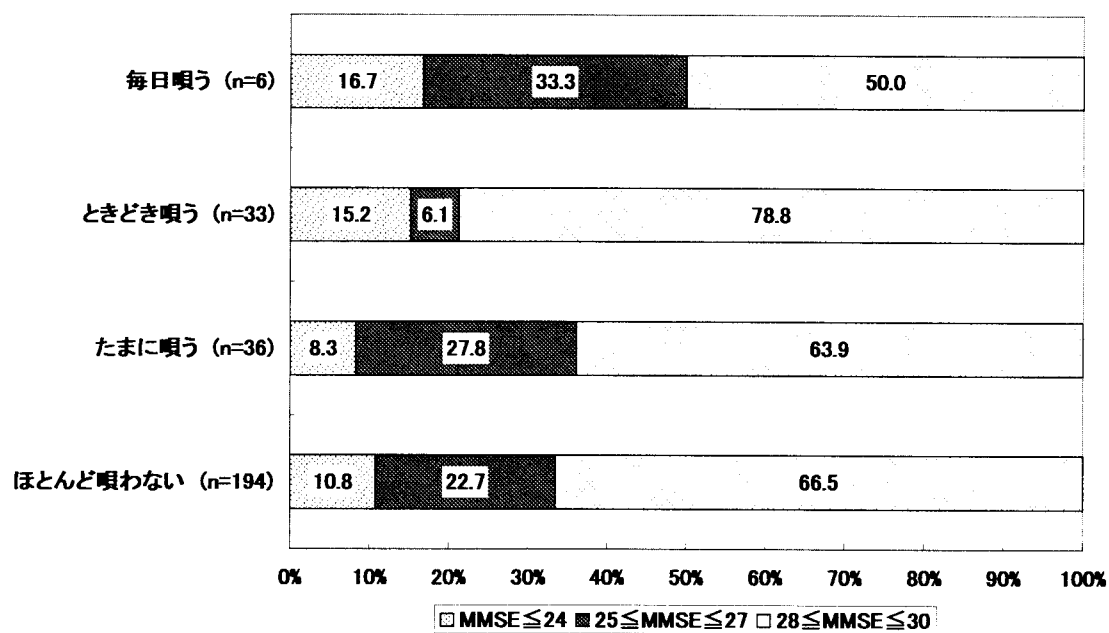


- (1) 全体では、回答者の約 13%が「毎日唄う」、「ときどき唄う」と回答している。
「毎日唄う」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 12%が「毎日唄う」、「ときどき唄う」と回答している。
「毎日唄う」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 14%が「毎日唄う」、「ときどき唄う」と回答している。
「毎日唄う」回答者では MMSE28 点以上の割合が 5 割となっている。

(2) 歌を歌うこと(男性)と MMSE

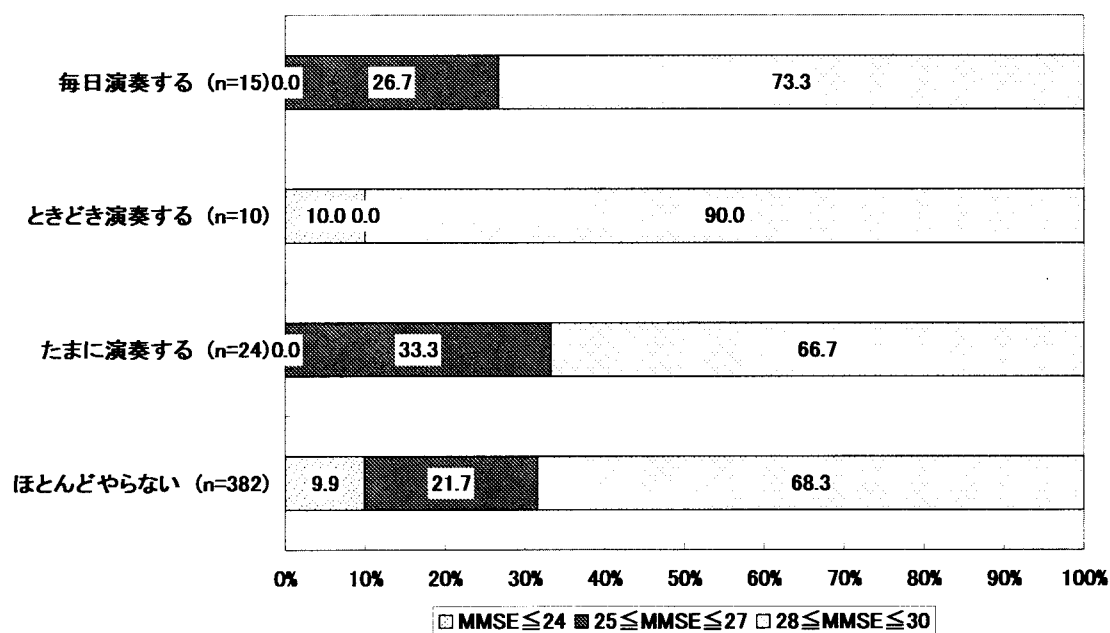


(3) 歌を歌うこと(女性)と MMSE と



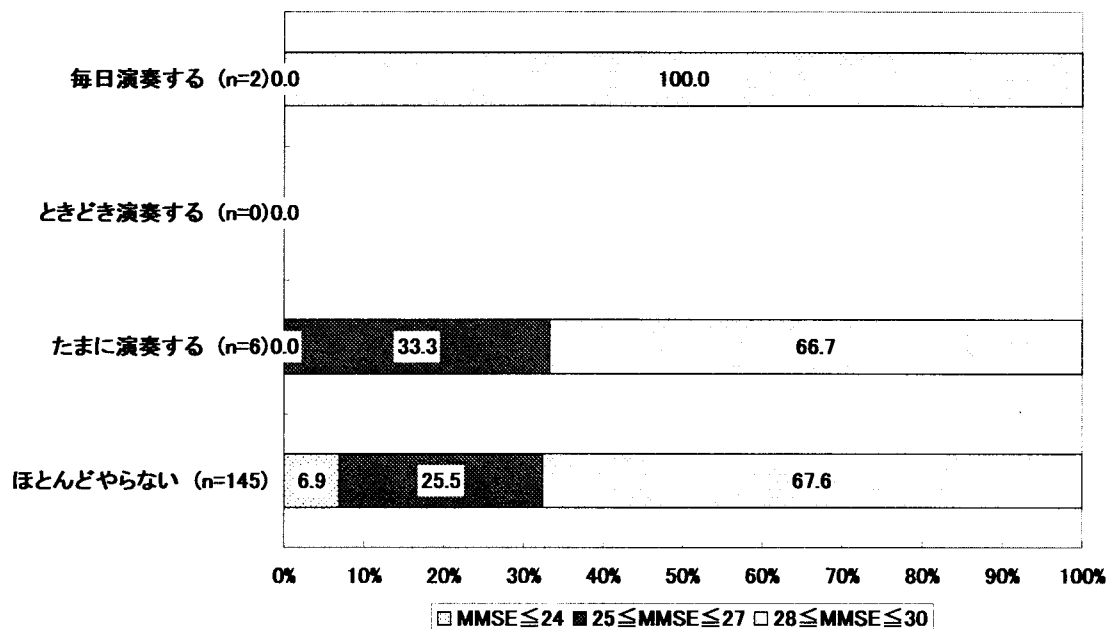
7. 楽器の演奏と MMSE

(1) 楽器の演奏(全体)と MMSE

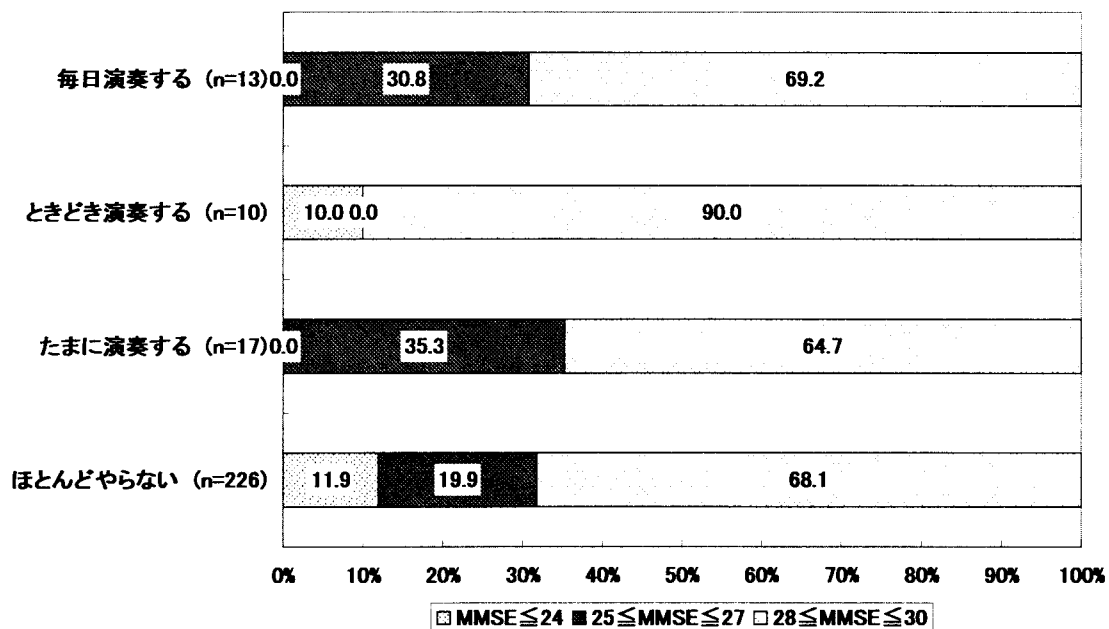


- (1) 全体では、回答者の約 6%が「毎日演奏する」、「ときどき演奏する」と回答している。頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 95%が「ほとんどやらない」と回答している。「たまに演奏する」および「ほとんどやらない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 9%が「毎日演奏する」、「ときどき演奏する」と回答している。頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 楽器の演奏(男性)と MMSE

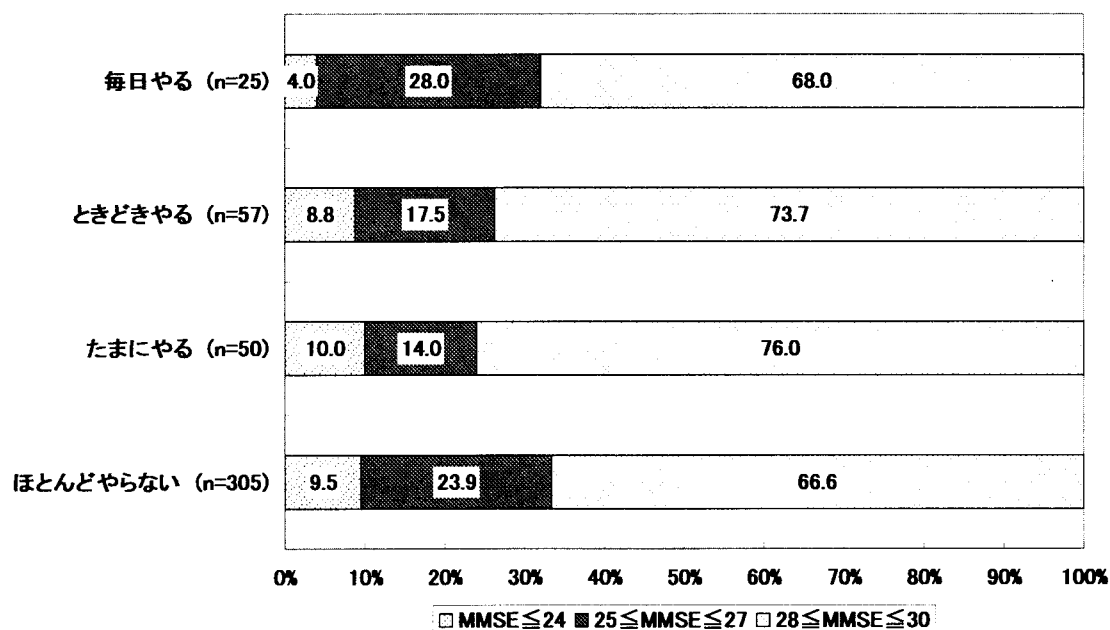


(3) 楽器の演奏(女性)と MMSE



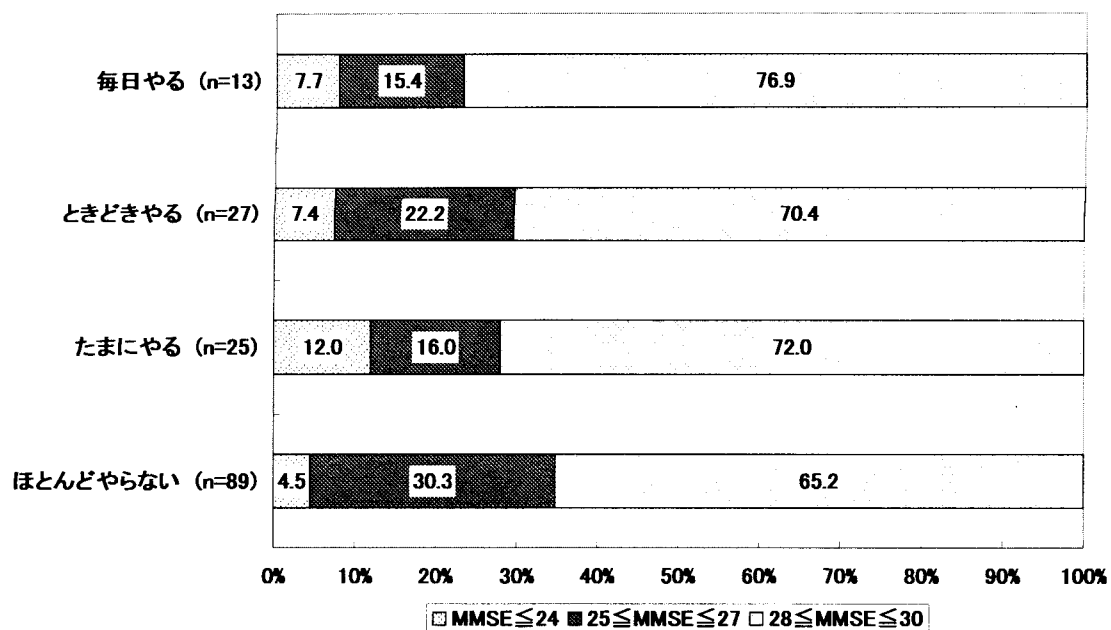
8. ゲーム遊びと MMSE

(1) ゲーム遊び(全体)と MMSE

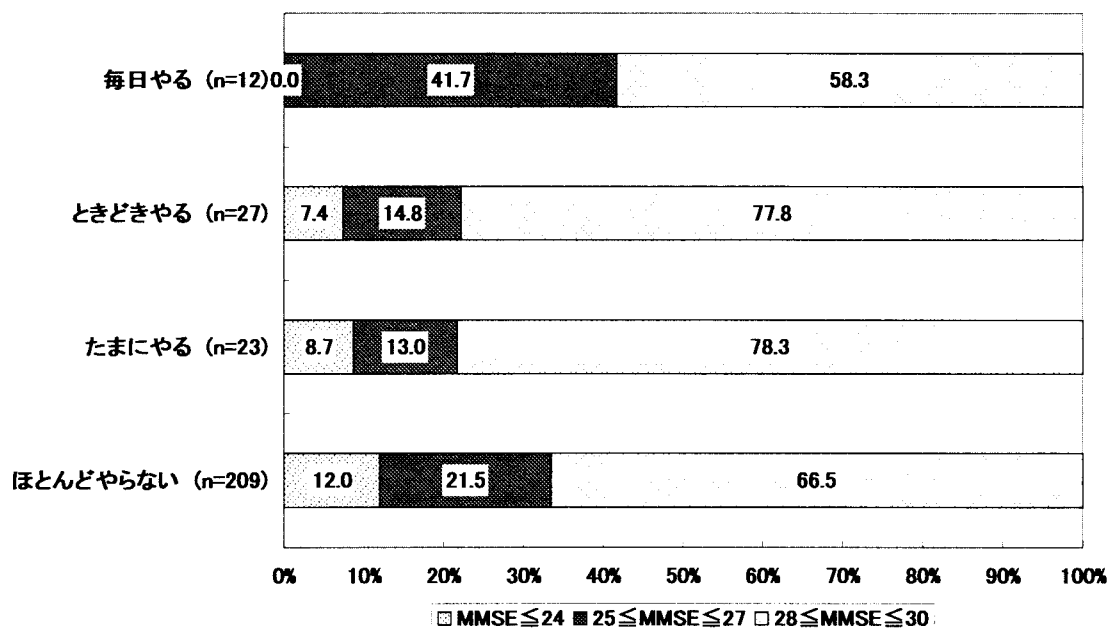


- (1) 全体では、回答者の約 19%が「毎日やる」、「ときどきやる」と回答している。
頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 25%が「毎日やる」、「ときどきやる」と回答している。
頻度に関わりなく MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 14%が「毎日やる」、「ときどきやる」と回答している。
「毎日やる」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) ゲーム遊び(男性)と MMSE

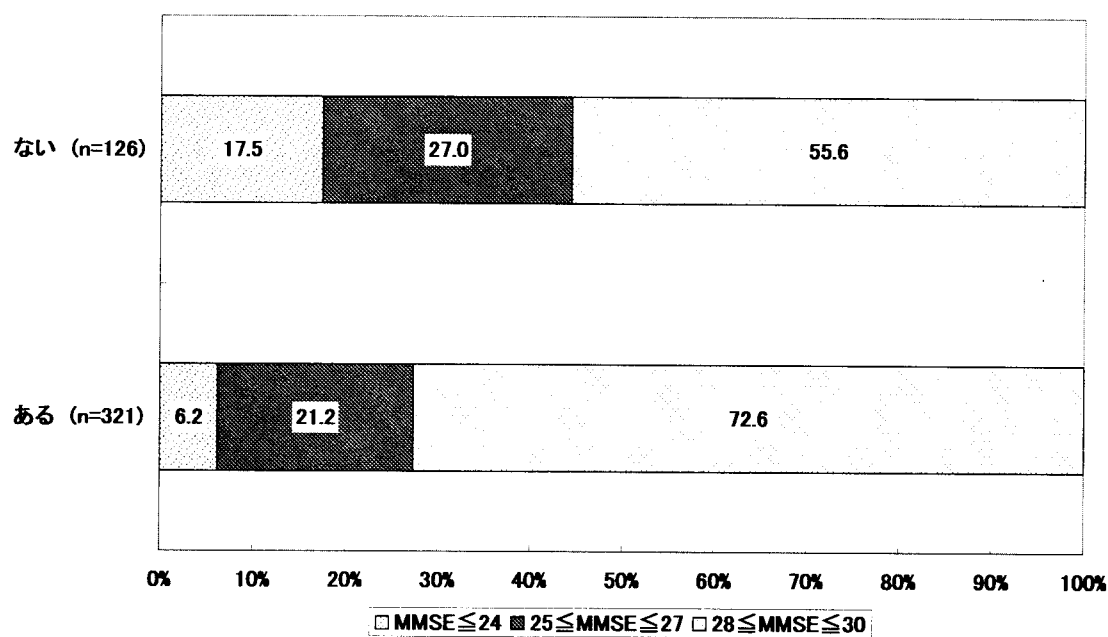


(3) ゲーム遊び(女性)と MMSE



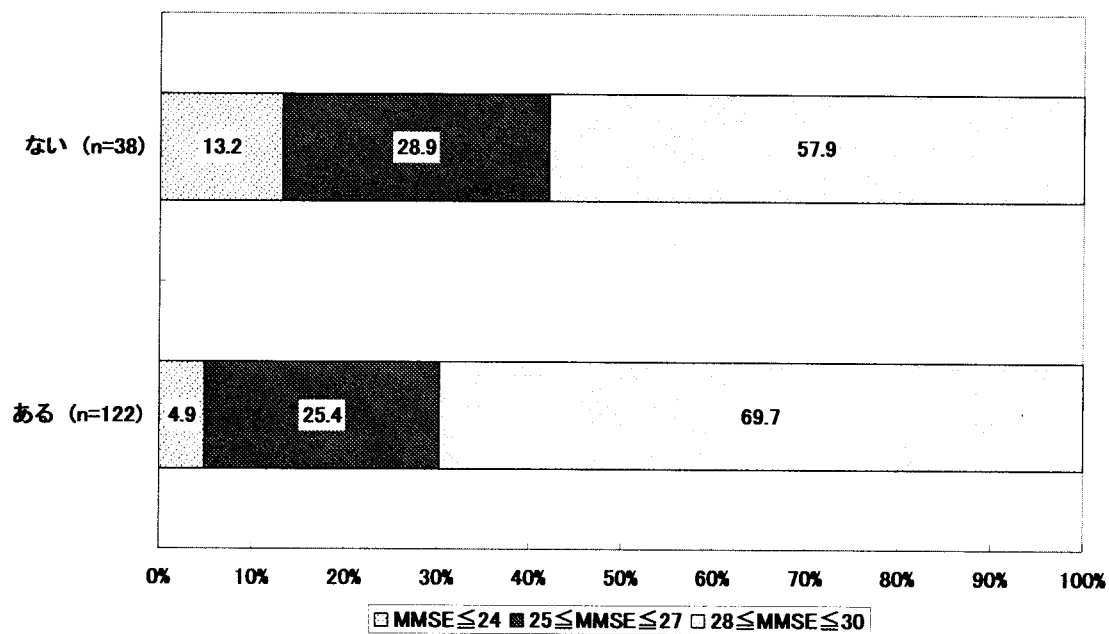
9. 趣味の有無と MMSE

(1) 趣味の有無(全体)と MMSE

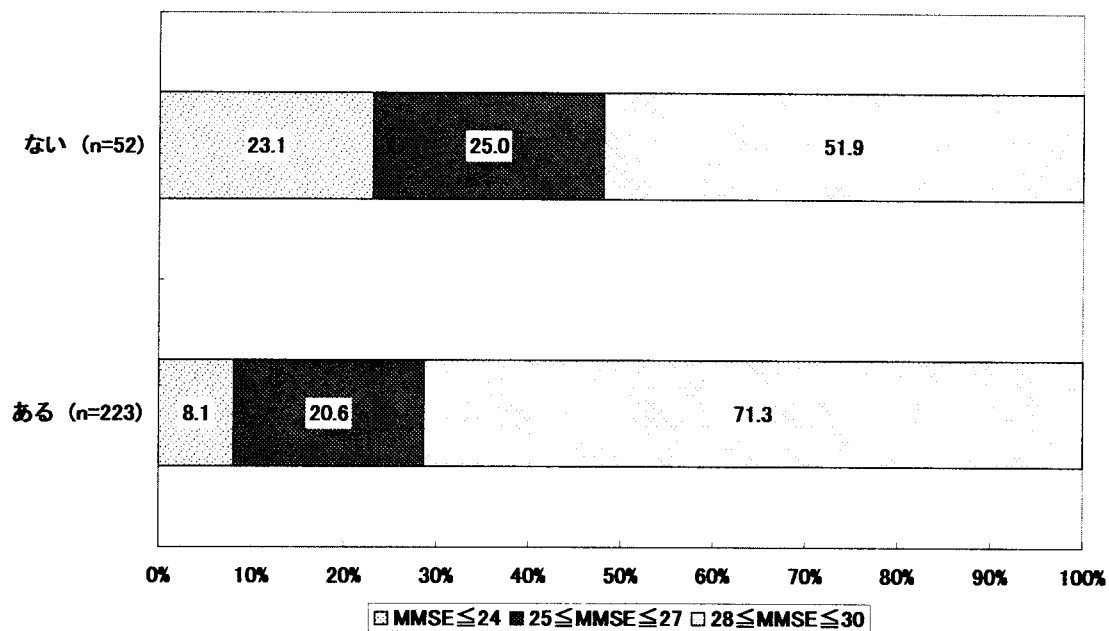


- (1) 全体では、回答者の約 72%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 76%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が約 7 割となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 81%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) 趣味の有無(男性)と MMSE

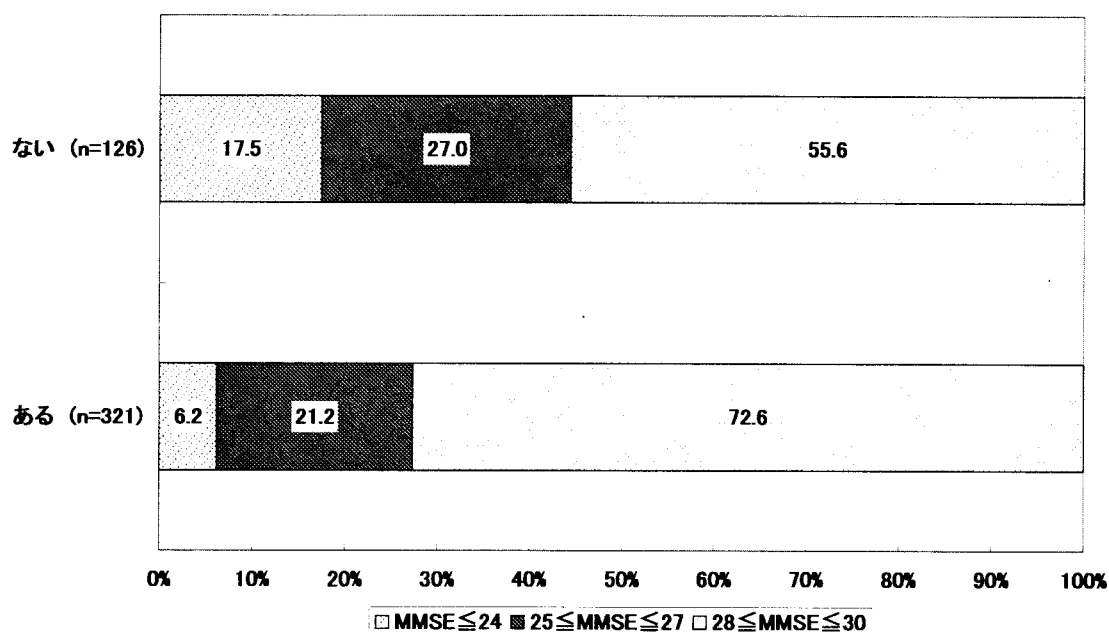


(3) 趣味の有無(女性)と MMSE



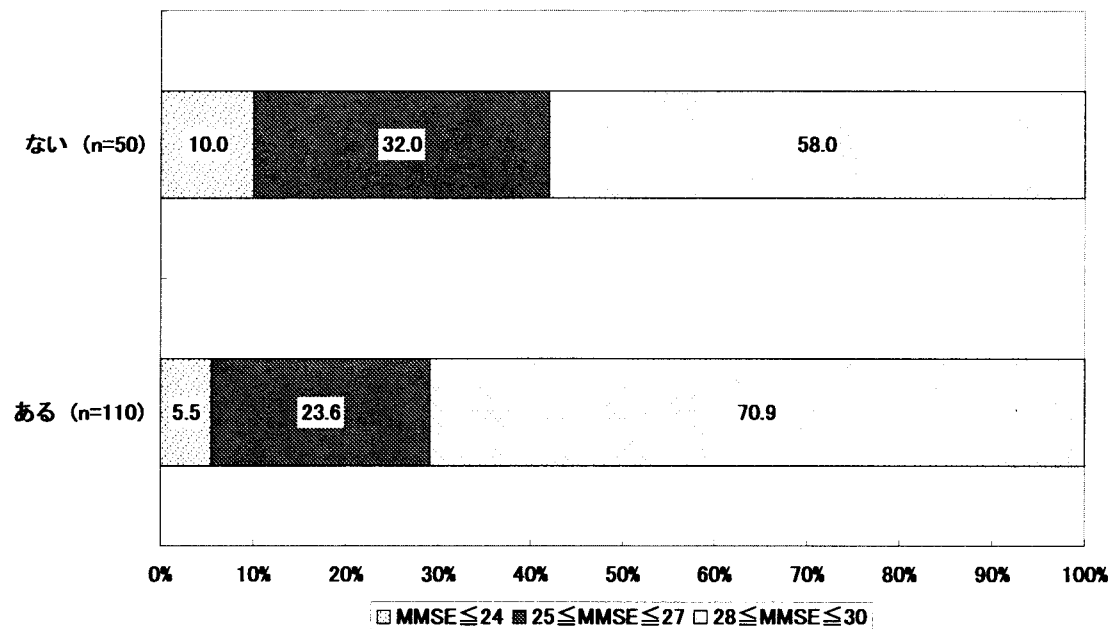
10. 長続き趣味の有無と MMSE

(1) 長続き趣味の有無(全体)と MMSE

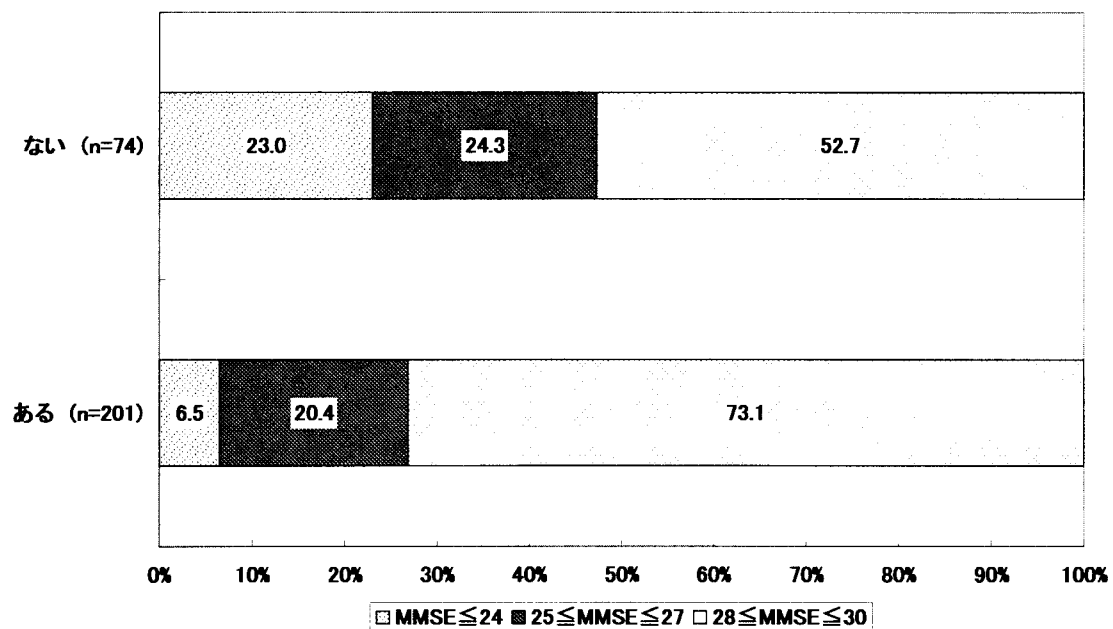


- (1) 全体では、回答者の約 72%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 69%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 73%が「ある」と回答している。「ある」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているのに対し、「ない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。

(2) 長続き趣味の有無(男性)と MMSE

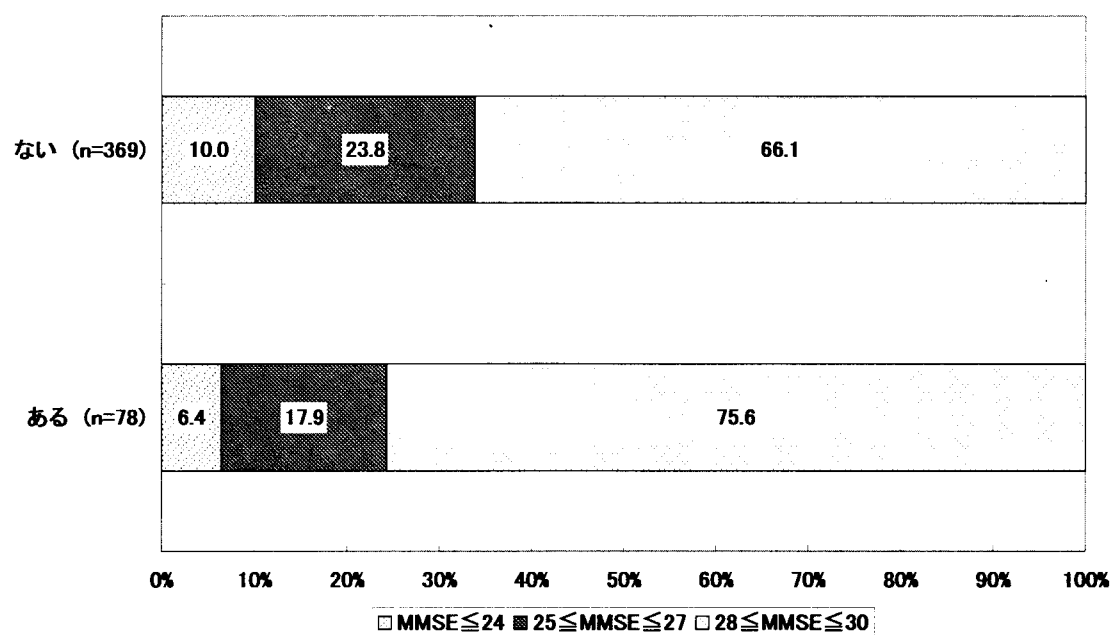


(3) 長続き趣味の有無(女性)MMSE



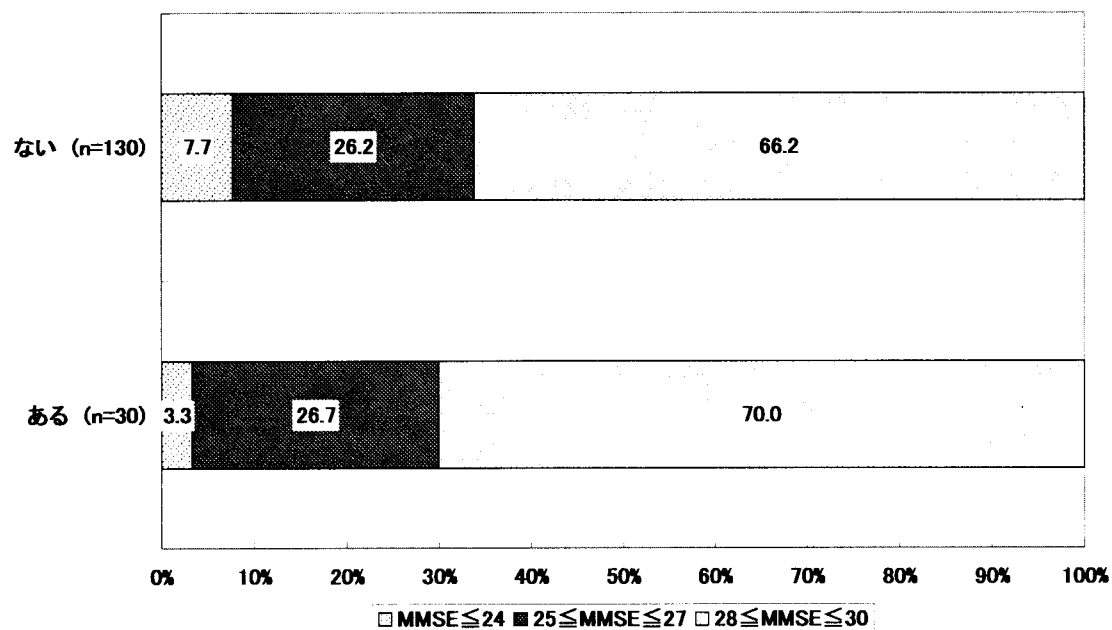
11. 最近始めた趣味の有無と MMSE

(1) 最近始めた趣味の有無(全体)MMSE

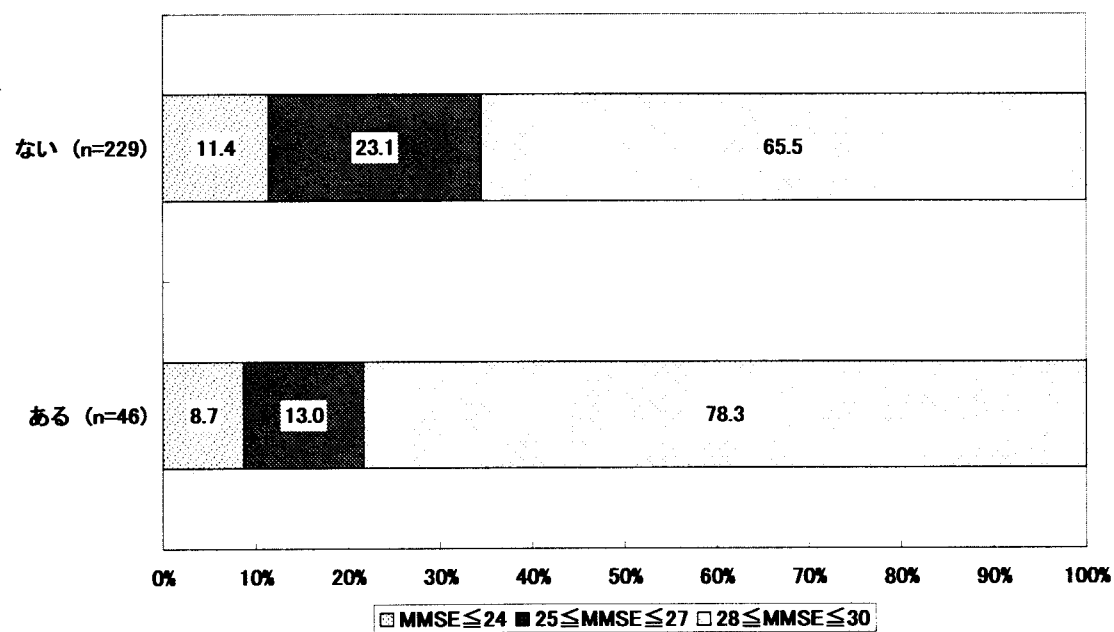


- (1) 全体では、回答者の約 17%が「ある」と回答している。「ある」、「ない」回答者ともに MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 19%が「ある」と回答している。「ある」、「ない」回答者ともに MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 17%が「ある」と回答している。「ある」、「ない」回答者ともに MMSE28 点以上の割合が 6 割以上となっている。

(2) 最近始めた趣味の有無(男性)と MMSE

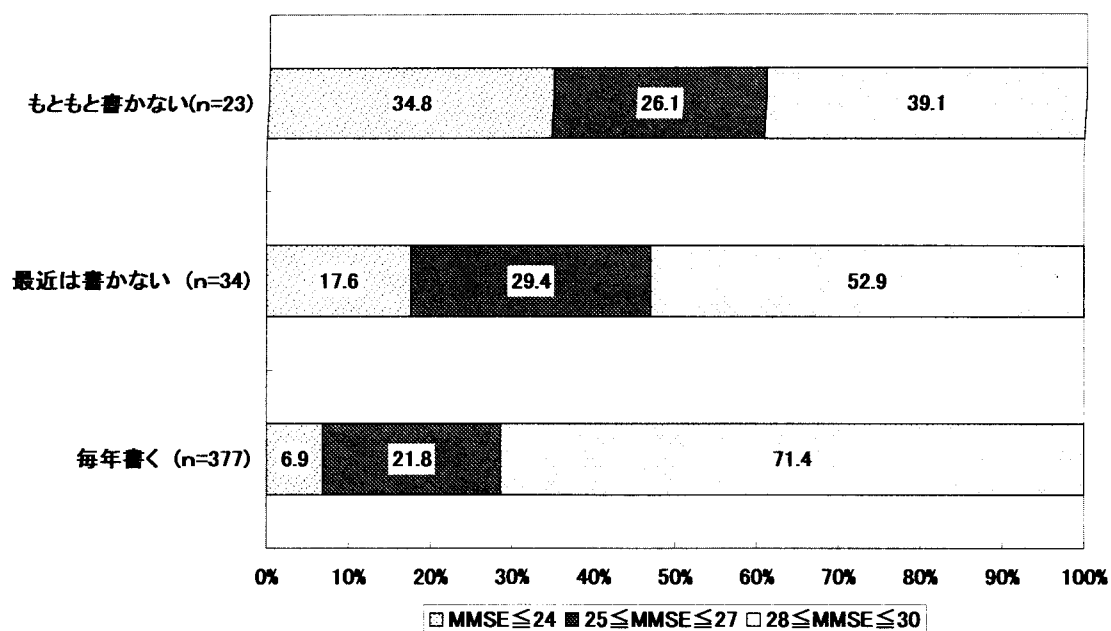


(3) 最近始めた趣味の有無(女性)と MMSE



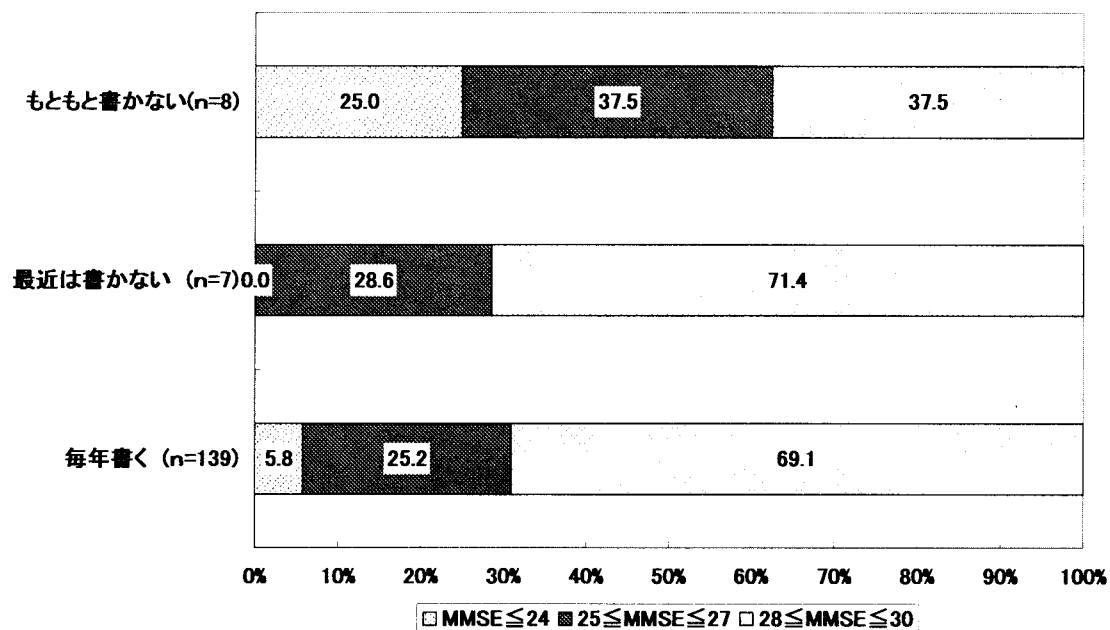
12. 年賀状書きと MMSE

(1) 年賀状書き(全体)と MMSE

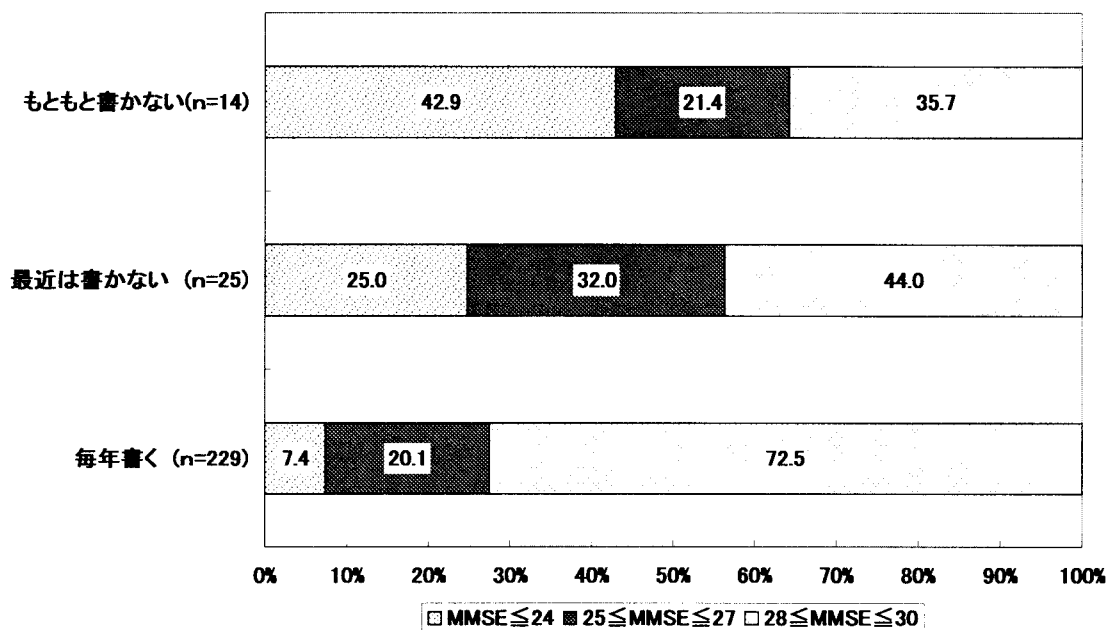


- (1) 全体では、回答者の約 87%が「毎年書く」と回答している。「毎年書く」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっているが、「もともと書かない」および「最近は書かない」回答者では MMSE28 点以上の割合が 6 割以下となっている。
- (2) 男性では、回答者の約 90%が「毎年書く」と回答している。「毎年書く」回答者では MMSE28 点以上の割合が約 7 割となっている。
- (3) 女性では、回答者の約 85%が「毎年書く」と回答している。「毎年書く」回答者では MMSE28 点以上の割合が 7 割以上となっている。

(2) 年賀状書き(男性)と MMSE



(3) 年賀状書き(女性)と MMSE



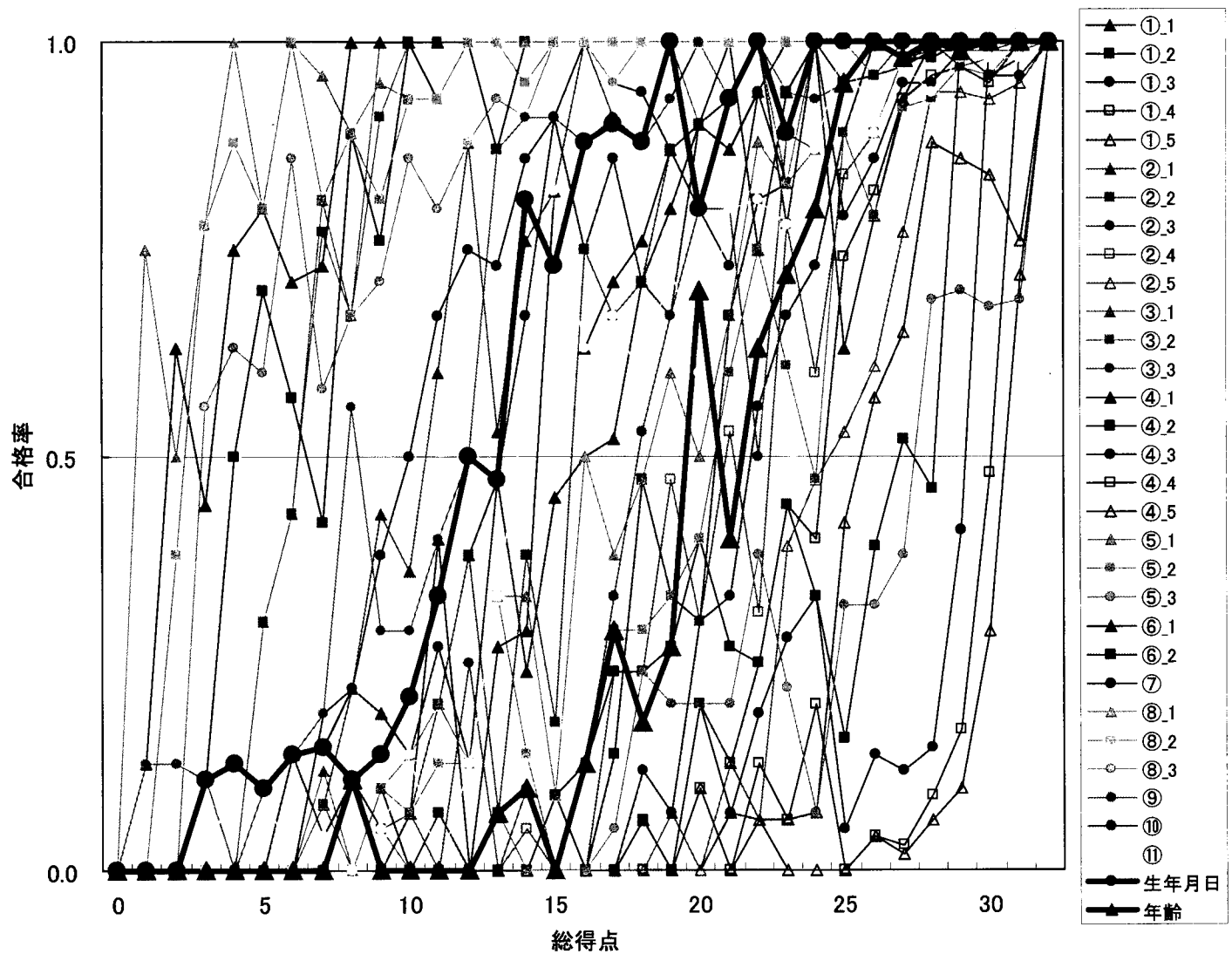
7. 生年月日と年齢を自己回答できる知的レベルと MMSE 得点との関係

特養入所者および在宅高齢者の調査対象者において、平成 15 年度、平成 16 年度に実施した知的機能検査 MMSE と生年月日、年齢の質問項目が測定された延べ $n=1299$ の測定データを分析対象とした。まず、MMSE 検査項目のうち複数項目からなる質問①（時間に関する見当識／5 点満点）、質問②（場所に関する見当識／5 点満点）、質問③（直後再生／3 点満点）、質問④（計算問題／5 点満点）、質問⑤（遅延再生／3 点満点）、質問⑥（物品呼称／2 点満点）、質問⑧（3 段階の命令／3 点満点）を、1 点以上否か、2 点以上否かというように全て 2 値変数へと直し、生年月日、年齢と併せて、全 32 変数の 2 値変数を作成した。そして、因子分析（主因子法）によりこれら変数に潜在する因子を検討したところ、相関行列の固有値が 1 以上の因子が 3 つあり、固有値の比率はそれぞれ 0.7715, 0.1211, 0.0488 と、3 因子の累積で 0.9414 という高いものであった。

そこで、合格率特性曲線（ogive）分析を用いて、一次元性の観点から MMSE 項目と生年月日や年齢との関係を検討した。上述の 32 個の二値変数から作成した合格率特性曲線を【図 1】に示す。横軸に総得点を、縦軸に各総得点での各変数の合格率を示している。合格率 0.5 を左側で超える変数ほど、平均的に対象者が合格（正答）しやすい項目といえる。項目によっては、曲線が右上方向に峻鋭に立ち上がり、総得点が大きくなると再び合格率が下がってしまうような弁別性の悪い変数もあるが、Guttman の再現性指数 $Rep=0.9555$, Jackson の plus percentage ratio $PPR=0.8241$, 西里の平均 plus percentage ration $PPR^*=0.8249$ と、32 変数全体での一次元性はきわめて高いものであった（ Rep が 0.9 を超えるなら順序分類的な一次元的尺度を張るといわれ、また、 PPR , PPR^* は 0.7 を超えるあたりから順序分類尺度の一次元性を考えてようかろうとされている）。この合格率特性曲線からは、生年月日の正答は年齢の正答より容易であり、生年月日では 13 点／32 総得点あたりで正答率 0.5 となるが、年齢では 20 点／32 総得点あたりで正答率 0.5 となる難易度の高い質問であることがわかる。

前述の合格率特性曲線では、複数項目を持つ質問を全ての取りえる点数での 2 値変数としたが、その中から弁別性が最もよい閾値で 2 値変数をひとつに選択して、合格率曲線分析を再度行った。最も高い一次元性を示した組み合わせを、【図 2】に示す（ $Rep=0.9622$, $PPR=0.8457$, $PPR^*=0.8494$ ）。この変数の組み合わせで、きわめて高い一次元性をもつ順序分類の尺度を得ることができた。その順序は、最も低い総得点で合格率が高くなる（最も容易に正答できる）順に、質問⑧（3 段階の命令／2 点）、質問⑥（物品呼称／1 点）、質問③（直後再生／3 点）、質問⑨（文章理解／1 点）、生年月日（1 点）、質問⑩（文章構成／1 点）、質問⑪（図形把握／1 点）、質問①（時間に関する見当識／2 点）、年齢（1 点）、質問②（場所に関する見当識／5 点）、質問⑤（遅延再生／3 点）、質問④（計算問題／5 点）の順であった。

【図 1】 合格率特性曲線による MMSE 項目と生年月日、年齢の質問との関係
(MMSE 項目を 2 値反応とした全変数および生年月日、年齢)



Guttman の再現性指数

Rep=0.9555

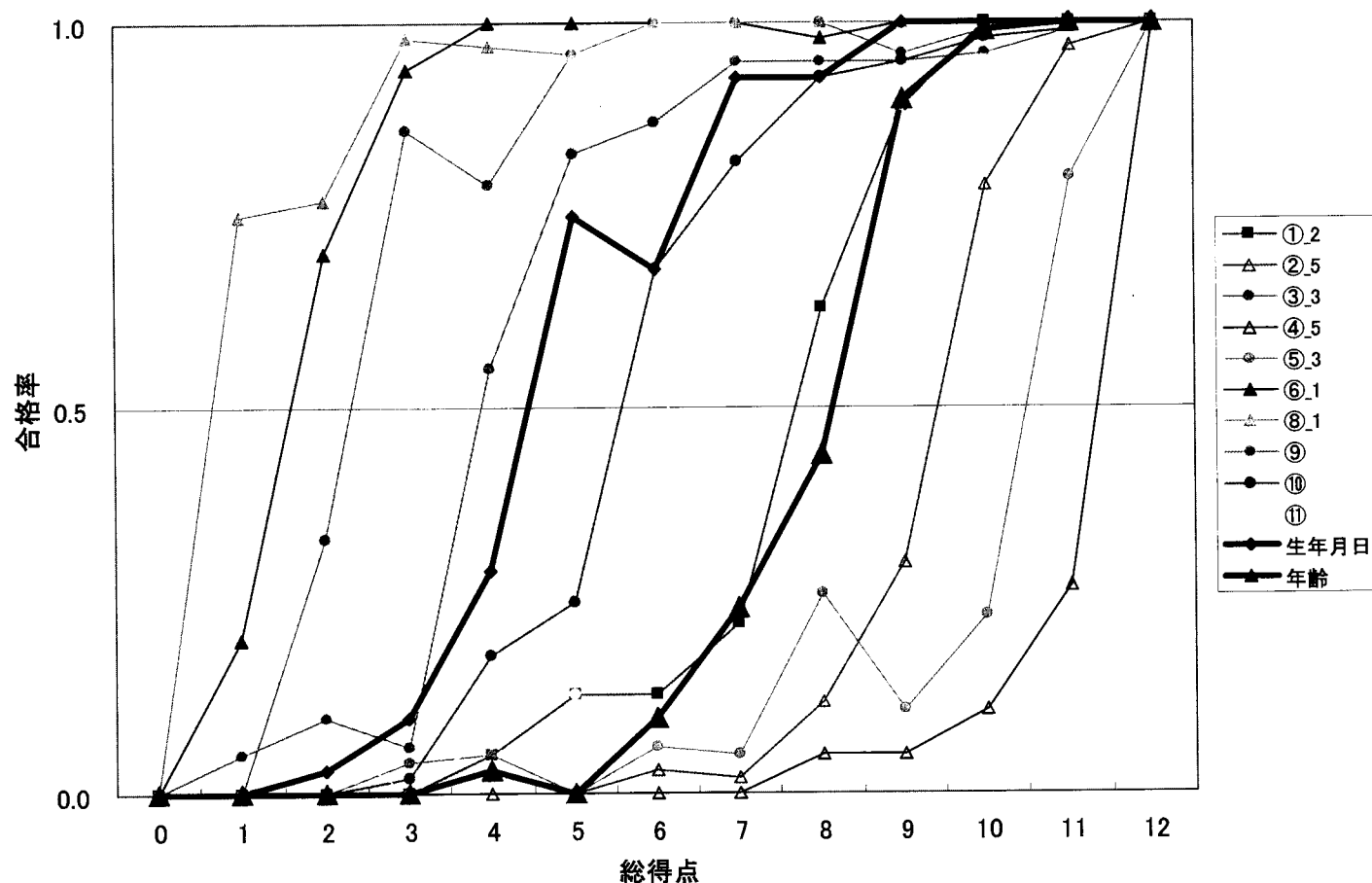
Jackson の plus percentage ratio

PPR=0.8241

西里の平均 plus percentage ration

PPR*=0.8249

【図 2】 合格率特性曲線による MMSE 項目と生年月日、年齢の質問との関係
(一次元性の指数 Pep , PPR , PPR^* の値が高かった組み合わせ)



Guttman の再現性指数

Rep=0.9622

Jackson の plus percentage ratio

PPR=0.8457

西里の平均 plus percentage ration

PPR*=0.8494

Ⅱ. 介護・看護学部会による調査研究

1. はじめに

介護・看護学部会では、昨年に引き続き、介護・看護職による認知症（痴呆）の早期発見・対応の開発・確立に資するべく2つの調査研究を実施した。

「認知症(痴呆)高齢者を対象とした早期対応法の確立」では、施設入所中のアルツハイマー型痴呆症をもつ高齢者とケアスタッフとの1対1の言語的コミュニケーション場面の観察を通し、効果的な言語的コミュニケーションの特性を重症度別の観点から明らかにすることを目的とした。この結果は、認知症を早期発見した後の適切な対応を講じる上で非常に有益なものとなると考えられる。

「施設高齢者の家族介護者のアセスメント尺度の開発」では、高齢者が施設に入居した後の家族介護者をアセスメントする測定尺度を開発するための、第一段階として、施設入居者の家族介護者の経験を把握することを目的としたフォーカス・インタビューを実施した。本研究で得られた結果は、家族介護者のアセスメント尺度を作成する際の概念構造の作成に有用であろう。

以上の2つの調査研究に加えて、既に取り組まれている先進的な実践活動から認知症(痴呆)介護・看護に関する示唆を得ることを目的に、平成14年度の「痴呆性高齢者の予後追跡調査」に引き続いて、部会委員による施設訪問を実施した。今年度(平成16年度)は、その利用者の多くが認知症(痴呆)高齢者である大規模施設でありながら、個別ケアの実践や身体拘束廃止などさまざまな先進的な取り組みを行っている施設である東京都北区の特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘を訪問した。

以下に、介護・看護学部会の研究・活動結果を報告する。なお、平成15年度「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」および先行の「痴呆性高齢者の予後追跡調査」に関する原著論文・研究発表予定もあわせて掲載したのでご参照されたい。

2. 認知症高齢者を対象とした早期対応法の確立

I. 緒言

現在、日本人の平均寿命は、男性 78.86 歳、女性 85.33 歳¹⁾と世界的にみて、極めて高い水準にある。また、平成 15 年 10 月現在、日本の老年人口は 2431 万 1 千人であり、高齢化率は 19.0%である¹⁾が、平成 27 年(2015 年)には 3277 万 2 千人、高齢化率 26.0%までに増加すると予測されている²⁾。そのうち介護保険における要介護(要支援)認定者についての認知症高齢者の将来推計は、2002 年 1 月から 12 月の各月間の要介護認定データ等を基に推計した結果によると、何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者(痴呆性老人自立度Ⅱ以上)は 2002 年時点で 149 万人(65 歳以上人口比:6.3%)であるが、2015 年には 250 万人(7.6%)、約 100 万人の増加が予測されている³⁾。

厚生労働省老人保健局の私的研究会である高齢者介護研究会は、2003 年に「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」を出版し、施設へ入所している高齢者の 3 分の 2 は、痴呆性疾患を持っており、認知症高齢者への新しいケアモデルの確立は高齢者対策の中で大きな目標の一つであると述べている³⁾。したがって、日本において、認知症高齢者への対策は急務とされており、今後の新たなケアモデルの開発および普及が期待されているといえよう。

認知症高齢者へのケアに関する国内の研究は、1990 年代前半までは介護者、1990 年代後半では、高齢者に焦点が当てられている。2000 年代になり、イギリスの認知心理学者である Kitwood が 1996 年に提唱したパーソン・センタード・ケアは、「疾病あるいは症状を対象にしたアプローチではなく、生活する個人を対象としたケアである」⁴⁾とし、特に認知症高齢者との着実なコンタクトとコミュニケーションを重視している。その概念に基づき、開発されたアセスメントツールに Dementia care Mapping(DCM)⁵⁾がある。また現在、日本における認知症高齢者へのケアの取り組みの中で主たるものはアセスメントであり、高齢者痴呆介護研究・研修センターでは、センター方式認知症高齢者のためのケアマネジメントシートパックを開発した⁶⁾。しかし、認知症高齢者へのケアモデルは世界的にも未だ十分に構築されていない。認知症高齢者へのケアは、生活の質の向上と尊厳の保持を大きな目標とし、情報収集、アセスメント、ケアプランの立案、ケア実践、モニタリングから構成される。

このうちケア実践に関しては、先行研究より主に医療処置、日常生活動作の援助、BPSD への対応、コミュニケーション、リハビリテーション、介護者とのかかわりや援助から構成されている。この中でもコミュニケーションは、認知症高齢者への重要なケアの一つと認識されているのみでなく、全てのケア実践において必要不可欠なケア技術である⁷⁻¹⁰⁾。また、認知症高齢者へのケア時間の多くを占める介護サービスは、声かけやコミュニケーションである¹⁰⁾との報告もある。その上、ICF では生活の質を向上させるために、コミュニケーションが因子の 1 つ¹¹⁾として構成されており、認知症高齢者へのコミュニケーションの重要性は明らかである。しかし、これまで、認知症高齢者へのコミュニケーションは、経験的に実践された方法の提示にとどまり、その基礎となる概念は構築されておらず、具体的に効果的なコミュニケーションについて検証された研究は数少ない。高齢者は、加齢により受け手や送り手を媒介する機能

にあたる視覚や聴覚機能が低下する¹²⁾が、認知症高齢者は、言語理解や解読能力の低下、遅延再生の困難等の認知機能の低下が生じ、メッセージの伝達機能は障害される¹³⁾。したがって、認知症高齢者については、障害や残存機能をケアに生かすために、一般高齢者に対するのとは異なるコミュニケーション方法が要求される。

コミュニケーションケア内容に関しては、認知症高齢者への介入方法において、国外では、アメリカの Feil が開発した認知療法の一つである Validation therapy⁹⁾、Ripich ら¹⁴⁾がナーシングアシスタントを対象とし、コミュニケーションのプログラムである FOCUSED を教育介入として実施した研究、Bourgeois¹⁵⁻¹⁷⁾らがナーシングエイドを対象にケア実施時の効果的なコミュニケーションスキル、効果的・非効果的な指示の出し方についての教育介入を実施した研究などがあり、各研究で効果的なコミュニケーションスキルを用いた教育介入が実施され、効果が検証されている。しかし一方で、日本におけるコミュニケーションの研究では、コミュニケーションケアの現状を把握するにとどまっている。

これまで行われてきた研究のレビュー¹⁸⁻²⁷⁾より、現在のところ、認知症高齢者のコミュニケーション技術で重要な因子として、「親切」、「対等」、「尊敬」、「支持的態度」、「確認」、「安心感」など“相手を受容する態度”やタッチングなど非言語的コミュニケーションを用いた“積極的なかわり”，“介護者の資質”，“チーム医療の必要性”，“環境の調整”，“時間”などが挙げられる。しかし、これまでの研究の限界をまとめると、経験的に実践されている方法の提示にとどまり、効果に関するエビデンスがないこと、具体的に効果的なコミュニケーションケアを提示した研究は数少ないこと、評価指標が曖昧または設定されていないこと、介護負担の軽減を目的とした研究が中心で認知症高齢者自身への関心が薄いこと、アルツハイマー型痴呆症が進行性の疾患であることが考慮されていないこと、といった問題点が挙げられる。

そこで本研究では、施設入所中のアルツハイマー型痴呆症をもつ高齢者とケアスタッフとの1対1の言語的コミュニケーション場面の観察を通し、効果的な言語的コミュニケーションの特性を重症度別の観点から明らかにすることで早期対応への示唆を得ることを目的とした。

なお、以下のように用語の操作的定義を行った。

－用語の操作的定義

「ケアスタッフ」…施設にてケアを提供することに従事するもの

「声かけ」…コミュニケーションをとるためのきっかけとなるはじめの一言

「言語」…人間が音声または文字を用いて思想、感情、意思などを伝達や理解のために用いる記号体系。また、それを用いる行為。ことば

「言語的コミュニケーション」…言語を主としたコミュニケーション

「効果的な言語的コミュニケーション」…観察場面終了時において、Lawton の Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale で利用者の表情に positive affect がみられたケアスタッフの声かけ

II. 研究方法

1. 研究対象

本研究の対象は、都内特別養護老人ホーム認知症専門棟または認知症高齢者グループホームの計 3 施設に入所し、診断書上でアルツハイマー型痴呆症と診断、かつ、FAST¹²⁾で Stage3-6 に該当すると判定された高齢者 26 名（以下、利用者）と利用者にケアを提供するケアスタッフ 45 名とした。なお、ケアスタッフは、日中業務に従事するケアスタッフのみを対象とした。

対象施設の 3 施設は、同法人、同敷地内にある。このうち、A 特別養護老人ホームは定員 207 名であり、調査開始時点において認知症専門棟の入所者は、入所者 30 名、ショートステイ利用者 8 名の計 38 名であった。ケアスタッフは 18 名が在籍していた。日中の勤務体制は、日勤（9 時～）2 名、早番（7 時半～）2 名または 3 名、遅番 2 名（10 時半～）、準夜 1 名（12 時半～）であった。入浴日は週 2 回であり、日曜日を除いて毎日平均 10 名に対し入浴介助を実施していた。

B 特別養護老人ホームは定員 242 名であり、調査開始時点において認知症専門棟の入所者は、入所者 36 名、ショートステイ利用者 3 名の計 39 名であった。ケアスタッフは 17 名が在籍している。日中の勤務体制は、日勤 4 名、早番 2 名、遅番 2 名であった。入浴日は週 2 回であり、機械浴槽を使用する者以外の入浴可能な者は、午前と午後に分かれ、全員入浴していた。

C グループホームは定員 16 名、2 ユニットから構成され、1 ユニット 8 名ずつ入居している。ケアスタッフは 23 名（夜勤専従含む）が在籍している。日中の勤務体制は、日勤 4 名、早番（7 時半～）2 名、遅番（10 時半～）2 名であり、2 ユニットに分かれて業務に行っていた。入浴は連日、夕方から実施されていた。

2. 調査方法

データ収集は、認知症ケアの経験をもつ調査者 1 名による録音機器を用いた参加観察法、ケアスタッフへの自記式質問紙調査法、記録物からの転記ならびにケアスタッフからの聴取の 3 つの方法により実施した。

1) 参加観察

会話よりデータ収集を行う方法は、主に面接法と観察法があるが、本研究では、研究対象者の日常行動や周囲との相互関係についての情報を系統的かつ詳細に得る目的から参加観察法を用いた。

(1) 事前研修

調査者は各施設の調査を開始する前に 3～5 日間の研修を行った。研修目的は、第一に観察者の存在が研究対象やその設定に及ぼす影響、特に対象者の行動が変化するホーソン効果の影響を最小限にすることである。第二に 1 日や週間の業務の流れを把握し、対象者選定の情報を得ること、第三にケアスタッフへの研究の説明と同意の取得、第四に対象候補者の家族ならび利用者への研究の説明と同意の取得、であった。

(2) 観察期間ならびに時間

1 名の利用者につき、入浴日 1 日を含む 4 日間の観察を実施した。1 日あたりの観察時間は、10 時から 16 時までの 4～6 時間とした。調査期間は 2004 年 2 月から 7 月ま

での6ヶ月間とした。

(3) 観察単位

観察場面の単位は、ケアスタッフまたは利用者のどちらかが声かけをした時点を観察開始時点とし、ケアスタッフと利用者間の言語的コミュニケーションがみられたと判断した場面とした。

(4) 観察方法

録音には、無線送受信機とICレコーダーを使用した。また、装着に関しては、侵襲性への配慮を十分に図った。

(5) 観察項目

録音による言語的コミュニケーションの内容のデータ収集ならびに以下の項目について、観察を実施した。

観察項目は、コミュニケーション場面の開始、終了時間、ケア実施場所（デイルーム、浴室、廊下、トイレ、台所、外、自室、その他）、ケアタイプ（ADLケア：排泄、食事、誘導・移動、入浴、整容、更衣、他利用者との接触時、アクティビティ、BPSDへの対応、ケア以外）、ケアへの抵抗を含むBPSDの有無、LawtonのPhiladelphia Geriatric Center Affect Rating Scale²⁸⁾に基づいた観察場面終了時の利用者の表情であった。なお、各場面には、IDを振り分けた。観察終了後、観察データは、会話の逐語録化をする際に1場面毎の会話データと照合した。

2) 質問紙調査

対象となったケアスタッフの基本的属性を把握するために自記式質問紙票を用いた。調査項目は、ケアスタッフの年齢、性別、資格の有無と種類（介護福祉士、ホームヘルパー1、2級、社会福祉士、精神保健福祉士）、高齢者のケアならびに認知症ケアの経験期間とした。

質問紙票は、調査者が観察調査前におこなった事前研修前または研修中に、ケアスタッフへ本研究の目的の説明を行う際に直接、配布した。また、欠席者へは、フロアの責任者に配布を依頼し、後日調査者が説明を行った。回収は、同時に配布した密封可能な封筒へ質問紙を封入後、調査者が直接回収にあたった。

3) その他：利用者属性

利用者特性として、基本的属性ならびに身体状況に関する項目はケアスタッフの記録物から転記し、情報を得た。また痴呆疾患に関する項目は、調査開始時の状態を把握し、同一評価者による判定を実施する目的のため、調査者の観察とフロア担当医師、ケアスタッフからの情報を通し、各測定道具を用いて調査者が測定した。

(1) 基本的属性

年齢、性別、家族の面会の有無の情報を得た。

(2) 身体状況に関する項目

ケアを実施する上で影響があると考えられた内服薬の有無と内容、内科疾患の有無と内容、排便状況、睡眠状況に関しては、ケア記録より情報を得た。また、不足箇所はケアスタッフやフロア担当の医師より情報を得た。

(3) 痴呆疾患に関する項目

痴呆の重症度は、Functional Assessment Staging (FAST)²⁹⁾を、認知機能は、Mini-Mental

State Examination (MMSE)³⁰⁾ を、ADL レベルは、日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)³¹⁾ を、BPSD の頻度は問題行動評価尺度 (Troublesome Behavior Scale :TBS)³²⁾ を用いて、測定した。

観察時の評価尺度は、各観察場面の開始・終了時で、認知症高齢者が示す表情から QOL を測定するために Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale²⁸⁾ を用いた。Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale は、Lawton が開発した認知症高齢者の QOL に基づき、認知症高齢者の表情を分析する評価尺度である。

3. 分析方法

1) 録音データの処理

録音データは、観察終了後、観察データを参考にしながら、逐語録を作成した。

2) 分析方法

質的ならびに統計学的分析を実施した。質的分析では、場面終了時に利用者の表情が Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale において positive affect (楽しみ, 関心, 満足) であると調査者により判断された場合に、その場面で行われたコミュニケーションを効果的な言語的コミュニケーションと判断した上で、場面の分類を行い、分析を行った。

統計学的分析は、対象者の基本的属性ならびに観察データの記述統計の算出と、重症度間、BPSD 間での比較検討のために用いた。群間差の検討では、目的変数が名義尺度の場合は χ^2 検定、順位尺度の場合には Mann-Whitney の U 検定および Kruskal Wallis 検定、間隔尺度の場合には一元配置分散分析を実施した。二変数間の関連の検討は Spearman の順位相関係数を用いた。統計ソフトは SPSS Ver11.5J for windows を用いた。検定は両側検定とし、統計学的有意水準は 5% とした

4. 倫理的配慮

利用者とその家族については、家族来所時に研究者が利用者のご家族に口頭ならびに文書にて、研究の趣旨、利用者への侵襲性がないこと、学会発表、報告書、研究論文へ個人が特定されないかたちでの研究結果の公表、利用者が拒否的態度を示したと判断した場合に研究の即時中断すること等に関して説明した後、口頭ならびに文書にて承諾を得た。

ケアスタッフへは研究の趣旨、侵襲性がないこと、学会発表、報告書、研究論文等へ個人が特定されないかたちでの研究結果の公表に関する説明を口頭ならびに文書にて行った後、文書にて研究協力への承諾を得た。また、データの管理は、高齢者痴呆介護研究・研修東京センターにて行うこととし、対象者の情報ならびに観察データは全て ID 化することにより、個人の特定を不可能にした。なお、本研究は高齢者痴呆介護研究・研修センターの倫理委員会にて承認を得ている。

Ⅲ. 結果

1. 対象者属性

(1)利用者属性

本研究の対象となった利用者の属性を表1に示した。対象者は、特別養護老人ホームまたは認知症高齢者グループホームに入居している26名とした。性別は、全員女性であった。対象が全て女性であった理由は、各施設の認知症専用棟におけるアルツハイマー型痴呆症であった高齢者の約8割が女性であり、特にグループホームの入所者全員が女性であったためである。平均年齢は、 84.5 ± 5.6 歳、N-ADLの平均は、 31.7 ± 14.1 点（範囲：8 - 49）であった。MMSE得点の平均は、 13.0 ± 4.8 点（範囲：3 - 23）であった。面会は、週2～3回が2名(7.7%)、週1回が20名(76.9%)、月1回が4名(15.4%)であった。平均入所期間は、 2.3 ± 0.7 年であった。主な合併症は、「高血圧」6名(23.1%)、「糖尿病」2名(7.6%)、「骨粗鬆症」、「心疾患」1名(3.8%)、であったが、現在、病状は安定しており、痴呆症状への影響はないと判断した。抗精神病薬を内服しているものは6名(23.1%)で、睡眠導入薬を内服しているものはいなかった。睡眠状況は、「良く眠っている」ものが24名(92.3%)、「比較的良好に眠っている」ものが2名(7.7%)と睡眠導入薬の内服はないが、睡眠状況は良好であった。全員遅くとも3日以内に排便は確認されていた。TBSは56点満点中 17.0 ± 9.2 点（範囲：4 - 35）であった。FASTの重症度別の利用者人数はそれぞれStage3、Stage5が6名(23.1%)、Stage4、Stage6が7名(26.9%)であった。

重症度別の利用者の属性を表2に示した。年齢はStage3が 82.2 ± 4.0 歳、Stage4が 83.1 ± 5.8 歳、Stage5が 83.8 ± 6.5 歳、Stage6が 88.4 ± 4.7 歳であり、重症度間に有意な年齢差はみられなかった。MMSEはStage3が 16.3 ± 3.5 点、Stage4は 15.1 ± 1.6 点、Stage5は 12.3 ± 3.8 点、Stage6は 8.0 ± 4.4 点であり、重症度間で有意な得点差がみられ($F(3, 22) = 8.12, p < 0.01$)、重症度が高いほどMMSE得点が低下していた。また、N-ADLも重症度間で有意な得点差がみられ、重症度が高いほどADL得点が低下していた($\chi^2(3, N = 26) = 20.51, p < 0.01$)。TBSでは、Factor3で有意な得点差がみられ、重症度が高いほど、Factor3の「紛失物をめぐる行為」が観察された($F(3, 22) = 3.18, p < 0.05$)。なお、TBS中のFactor1、Factor2には有意な得点差はみられなかった。

重症度別のTBS各項目の点数を表3に示した。TBS各項目中、5点満点中1日1回以上のBPSDの出現に該当する2点以上であった項目は、「否定・曲解」であり、全ての重症度で高頻度に出現していた。重症度別では、Stage3で「否定・曲解」、「トラブル」、「まつわり」、Stage4では「否定・曲解」、「まつわり」、また、Stage5では「誣告」、「否定・曲解」、「隠蔽」、Stage6では、「徘徊」、「否定・曲解」、「隠蔽」、「仮性作業」が高頻度に出現していた。

なお、FASTと他の測定道具との間の相関係数を算出した結果、負の相関がFASTとMMSE($r_s = -.65$)、FASTとN-ADL($r_s = -.91$)の間でみられた。しかし、FASTとTBS($r_s = .38$)では相関関係はみられなかった。

表1 利用者の属性 (n=26)

	n	%	M±SD
年齢(歳)			84.5±5.6
面会			
週2～3回	4	15.4	
週1回	20	76.9	
月1回	2	7.7	
内服			
なし	5	19.2	
あり	21	80.8	
抗精神病薬	6	23.1	
抗痴呆薬	7	26.9	
合併症			
高血圧	6	23.1	
糖尿病	2	7.6	
骨粗鬆症	1	3.8	
心疾患	1	3.8	
排便			
毎日	9	34.6	
2～3日に1回	17	65.4	
睡眠			
よく眠っている	24	92.3	
ほぼよく眠っている	2	7.7	
入所期間(年)			2.3±0.4
MMSE(点)			13.0±4.8
FAST			
Stage3	6	23.1	
Stage4	7	26.9	
Stage5	6	23.1	
Stage6	7	26.9	
N-ADL(点)			31.7±14.1
TBS(点)			17.0±9.2
Factor1			5.3±3.4
Factor2			0.8±1.7
Factor3			2.8±2.0

1)FAST(Functional Assessment Staging):アルツハイマー型痴呆症の重症度判定。7段階のStageに分類されている。数が大きいほど重症度は高い

2)MMSE(Mini-Mental State Examination):認知機能検査。痴呆性疾患で広く使用されている。最高30点満点。点数が低いほどに認知機能が低い。Cut-offは23/24点

3)N-ADL:日常生活動作能力評価尺度。5項目について評価。最高50点満点であり、点数が高いほど自立度が高い

4)TBS(Troublesome Behavior Scale):問題行動評価票。在宅患者用と病院・施設患者用とがあり一部異なる。5段階で評価し、点数が高いほど行動障害の頻度が高い。range0-4。なお、各因子の点数は、Factor1は、誣告score×0.33+曲解score×0.76+職務妨害score×0.41+トラブルscore×0.57+夜騒ぎscore×0.41+暴言暴力score×0.63+まつわりscore×0.26+叫びscore×0.49、Factor2は、徘徊score×0.29+異食score×0.68+曲解score×(-0.45)+仮性作業score×0.58+放尿弄便score×0.37、Factor3は、曲解score×0.26+隠すscore×0.79+収集score×0.67+暴言暴力score×0.15で算出した。(合計56点 (Factor1:15.44, Factor2:5.88, Factor3:7.48))

表2 対象利用者の属性における重症度別の比較

	全体 (n=26)	FAST ¹⁾				p
		Stage3(n=6)	Stage4(n=7)	Stage5(n=6)	Stage6(n=7)	
年齢(歳)	84.5±5.6	82.2±4.0	83.1±5.8	83.4±6.5	88.4±4.7	
MMSE ²⁾ (点)	13.0±4.8	16.8±3.6	15.1±1.7	12.3±3.8	8.0±4.4	F=8.12 **
NADL ³⁾ (点)	31.7±14.1	46.0±2.4	40.3±4.2	28.7±10.3	13.6±6.2	X ₂ =20.51 ††
TBS ⁴⁾ (点)	17.0±9.2	13.7±7.0	13.6±10.4	18.5±9.9	22.0±8.0	
FACTOR1	5.3±3.5	4.2±1.3	4.9±4.7	6.4±3.3	5.5±3.9	
FACTOR2	0.8±1.7	0.3±1.2	0.5±1.4	0.1±1.5	2.0±2.2	
FACTOR3	2.8±2.0	2.4±2.5	1.3±0.6	3.4±1.7	4.1±1.9	F=3.18 *

一元配置分散分析 ** p<0.01 * p<0.05

Kruskal Wallis検定 †† p<0.01

1)FAST(Functional Assessment Staging):アルツハイマー型痴呆症の重症度判定. 7段階のStageに分類されている. 数が大きいほど重症度は高い

2)MMSE(Mini-Mental State Examination):認知機能検査. 痴呆性疾患で広く使用されている. 最高30点満点. 点数が低いほどに認知機能が低い. Cut-offは23/24点

3)N-ADL:日常生活動作能力評価尺度. 5項目について評価. 最高50点満点であり, 点数が高いほど自立度が高い

4)TBS(Troublesome Behavior Scale):問題行動評価票. 在宅患者用と病院・施設患者用とがあり一部異なる. 5段階で評価し, 点数が高いほど行動障害の頻度が高い.range0-4.(合計0-56点 (最大値 Factor1:15.44, Factor2:5.88, Factor3:7.48))

表3 重症度別BPSDの出現頻度(平均点(点))

	全体	FAST			
		Stage3 (n=6)	Stage4 (n=7)	Stage5 (n=6)	Stage6 (n=7)
B P S D (T B S)					
徘徊	1.6	1.2	1	1	3.1
異食	0.3	0	0	0.3	0.7
誣告	1.6	0.8	1.6	2.2	1.7
否定・曲解	2.4	2.2	2.1	3.2	2
隠蔽	1.4	1	0.6	2	2.1
仮性作業	1.9	1.7	1.9	1.5	2.3
職務妨害	1.1	0.5	1	1.3	1.6
トラブル	1.9	2.5	1.3	1.8	1.9
収集	1.3	1.5	0.1	1.1	2.4
夜騒ぎ	0.1	0	0	0.3	0.1
放尿・弄便	0.3	0	0.1	0.3	0.6
暴言・暴力	1.4	0.2	1	1.8	1.9
まつわり	1.7	2.2	2.1	1.7	1.1
叫び	0.2	0	0.3	0	0.4
Factor1	5.3	4.2	4.9	6.4	5.5
Factor2	0.8	0.3	0.5	0.1	2
Factor3	2.8	2.4	1.3	3.4	4.1

*TBS(Troublesome Behavior Scale):問題行動評価票. 在宅患者用と病院・施設患者用とがあり一部異なる. 5段階で評価し, 点数が高いほど行動障害の頻度が高い.range0-4.(合計0-56点 (最大値 Factor1:15.44, Factor2:5.88, Factor3:7.48))

*各項目 (Factor除く)の網掛け部分は2点以上で頻度が高いことを示す

(2) ケアスタッフ属性

対象となったケアスタッフの属性を表4に示した。ケアスタッフは全45名のうち、男性16名(35.6%)、女性29名(64.4%)であった。資格の有無については、有資格者43名(95.6%)であった。有資格者の内訳は、介護福祉士が26名(57.8%)、ヘルパー2級が14名(31.1%)、ヘルパー1級、社会福祉士任用資格、精神保健福祉士が各々1名(2.2%)であった。平均年齢は 33.6 ± 12.1 歳、平均卒後年数は 8.3 ± 11.1 年、平均介護経験年数は 5.3 ± 5.2 年であった。また、現在勤務しているフロアでの平均勤務年数は 1.2 ± 0.6 年、平均認知症ケア経験年数 2.0 ± 2.1 年であった。

表4 ケアスタッフの属性 (n=45)

	n	%	M $\pm$ SD
性別			
男性	16	35.6	
女性	29	64.4	
年齢(歳)			33.6 $\pm$ 12.1
資格			
あり	43	95.6	
介護福祉士	26	57.8	
ヘルパー2級	14	37.8	
ヘルパー1級	1	2.2	
精神保健福祉士	1	2.2	
社会福祉士任用	1	2.2	
なし	2	4.4	
経験(年)			
介護経験(年)			5.3 $\pm$ 5.2
痴呆ケア経験			2.0 $\pm$ 2.1

2. 全観察場面の特徴

全観察場面の特徴を表5に示した。観察場面は、全1,001場面、全観察時間は約512時間であった。なお、観察された表情がどのタイプにも該当しない、または判断できなかった12場面(1.1%)を分析対象から除外し、最終的に989場面を分析対象場面とした。分析対象場面989場面中、観察場面終了時の利用者の表情が **positive affect** であった場面は739場面(74.7%)であった。また、観察期間4日間に一人の利用者と言語的コミュニケーションをとったケアスタッフは平均14名であり、特定のケアスタッフへの集積性はみられなかった。

positive affect 場面における観察場面のケアの内容において最も多く観察された場面は、「食事」で349場面(35.2%)中、261場面(26.4%)であった。次いで「ケア以外」が243場面(24.5%)中、171場面(17.3%)であり、次に、「アクティビティ」219場面(22.1%)中、197場面(19.9%)であった。「ケア以外」の内容は、主にADLケアやアクティビティ以外の会話のみ観察された場面であった。

観察されたケア実施場所は「デイルーム」が最も多く849場面(85.8%)であった。観察場面開始時、または観察場面中にケアスタッフに対する抵抗や拒否が生じた場面は、観察終了時に利用者が **positive affect** を示した739場面中18場面(2.4%)であり、全観察場面中にケアスタッフに対する抵抗や拒否を伴った場面は、989場面中83場面(8.4%)であった。1場面あたりの観察時間は、76.6 ± 98.5秒であり、**positive affect** 場面では77.3 ± 96.4秒であった。

3. 効果的な言語的コミュニケーション場面の重症度別特徴

観察場面終了時に **positive affect** が観察された場面をFASTの重症度に分類し、検討した。表5より、観察場面数は、Stage3は167場面(22.6%)、Stage4は204場面(27.6%)、Stage5は209場面(28.3%)、Stage6は159場面(21.5%)であった。一方、利用者1人当たりの平均場面数は、Stage3は27.9場面、Stage4は29.1場面、Stage5は34.8場面、Stage6は22.7場面であった。1場面あたりの平均観察時間において、Stage3は54.7 ± 42.7秒、Stage4は58.4 ± 60.5秒、Stage5は79.2 ± 114.9秒、Stage6は108.4 ± 135.8秒であり、有意な時間差がみられた($F(3, 735) = 8.91, p < 0.01$)。特にStage6の利用者に対しては、ケアスタッフがかかわる場面は少ないものの、1場面ごとのかかわりに時間をかけてコミュニケーションケアを実施していることが示された。

表5 全観察場面の特徴(場面)

	全体(n=989)	positive affect (n=739)	negative affect (n=250)
ケアの内容			
食事	349 (35.2%)	261 (35.3%)	88 (35.2%)
ケア以外	243 (24.5%)	171 (23.1%)	72 (28.8%)
アクティビティ	219 (22.1%)	197 (26.7%)	22 (8.8%)
入浴	56 (5.6%)	32 (4.3%)	24 (9.6%)
誘導・移動	44 (4.4%)	29 (3.9%)	15 (6.0%)
排泄	27 (2.7%)	20 (2.7%)	7 (2.8%)
他利用者	24 (2.4%)	10 (1.4%)	14 (5.6%)
整容	22 (2.2%)	17 (2.3%)	4 (1.6%)
更衣	6 (0.6%)	2 (0.3%)	4 (1.6%)
場所			
デイルーム	849 (85.8%)	663 (89.7%)	186 (74.4%)
浴室	46 (4.7%)	20 (2.7%)	26 (10.4%)
廊下	35 (3.5%)	21 (2.8%)	14 (5.6%)
トイレ	32 (3.2%)	15 (2.0%)	17 (6.8%)
台所	16 (1.6%)	10 (1.4%)	6 (2.4%)
外	8 (0.8%)	7 (0.9%)	1 (0.4%)
自室	3 (0.3%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)
FAST			
stage3	189 (19.1%)	167 (22.6%)	22 (8.8%)
stage4	245 (24.8%)	204 (27.6%)	41 (16.4%)
stage5	302 (30.5%)	209 (28.3%)	93 (37.2%)
stage6	253 (25.6%)	159 (21.5%)	94 (37.6%)
1場面あたり 観察時間(秒)	76.6±98.5	77.3±96.4	7.2±104.6

*FAST(Functional Assessment Staging):アルツハイマー型痴呆症の重症度判定。
7段階のStageに分類されている。数が多いほど重症度は高い

*表情の判断ができなかった場面は1001場面中12場面あり、分析対象からは除外している

4. 効果的な言語的コミュニケーション技術の特性

先行研究では明らかになっていない新たに明らかになったケアスタッフ側からの言語的コミュニケーション技術を示す。

新たに見出されたケアスタッフ側からの言語的コミュニケーション技術は、9項目であった。9コードは、『敬語』、『賞賛』、『依頼』、『提案』、『譲歩』、『激励』、『転換』、『関係作り』、『利用者自身に関する話をする』であった。

このうち、『賞賛』は、主に家事の参加の際などにケアスタッフが行う“ありがとう”、“助かりました”、“すごいですね”というコミュニケーションを示した。『依頼』は、手伝いや情報の提供を依頼する際のスタッフによる「～を教えてくださいませんか？」といった謙遜しながらの依頼を示した。しかし、ケアスタッフ側が謙遜しながら依頼するため、『提案』とは異なる性質が観察された。『提案』は「～しましょうか？」などのアクティビティケアへの参加を促すことを示した。『譲歩』は、利用者の主張や訴えがあった時などに、一度利用者から物理的な距離をおくことや利用者が訴える通りに行動や返答を示した。『激励』は、利用者のセルフケア行動を促進できるように、「もう少しだから頑張りましょう」などの励まし等を示した。『転換』は、特に BPSD やケアへの拒否や抵抗がみられた際にケアスタッフが全く異なる話題に転換することを示した。『関係作り』は、利用者同士が交流を持つ機会を作ることを目的としたケアスタッフによる声かけや会話を示した。『利用者自身に関する話をする』は、利用者の着衣や容姿について話題を触れることを示した。

IV. 考察

1. 本研究における対象の特徴と言語的コミュニケーション

本研究は、介護職の認知症高齢者へのケアの観察を通し、ケア技術、特に言語的コミュニケーションに焦点をあて、検討した。

アルツハイマー型痴呆症は時間の経過とともに進行していく不可逆的な疾患であるため、徐々に人間の機能が失われていく。つまり、会話能力も減退していき、ターミナル期に入ると言語的コミュニケーションよりも非言語的コミュニケーションが主になる³³⁾。本研究ではADLケア実施中の会話もコミュニケーションの一種と捉えた為、本研究のADLケア以外のコミュニケーションは24.5%であり、ケアの80%をコミュニケーションの時間が占めている¹⁰⁾という報告と比較すると少ない傾向であった。要因の1つとして、ケアスタッフの業務状況から考えると、ケアスタッフがコミュニケーションの時間を1人の利用者に対してより多く確保することは困難であることが挙げられる。対象となった特別養護老人ホームでは、利用者39名に対し、デイルームにてケアに従事するケアスタッフは最大4~5名という状況であり、常に多くの利用者へケアを提供している。そのため、ADLケア等、何かのケアを実施している際にコミュニケーションの機会を得ていると考えられる。一方、グループホームは、小規模居宅施設であり、6~8名の利用者に対し、2~3名のケアスタッフが対応する。対象施設であるグループホームでは、介護度が4以上になると施設入所へという形態をとり、利用者の重症度は施設入所者よりも比較的軽度であると思われる。重症度が軽度の利用者は、コミュニケーション障害も同様に軽度であり¹³⁾、高度の痴呆をもつ利用者と比較するとケアスタッフとのコミュニケーションも円滑であることが考えられる。そのため、必然的にコミュニケーションの時間が増加すると思われたが、重症度が軽度であるとケアスタッフとのコミュニケーションも比較的円滑に行うことができると同時に他の利用者とのコミュニケーションも円滑に行うことが可能であると考えられたため、他の利用者との交流も多く生じる³⁴⁾ことがケアスタッフとのコミュニケーションが減少する要因になったと思われる。また、軽度であった利用者はグループホームという居宅型サービスの特性より、自分の部屋を家として捉えるため、ケアスタッフは、個人の意向を尊重する形でケアをしており、居室での会話はそれほどみられなかった可能性も考えられる。

2. アルツハイマー型痴呆症の高齢者への効果的なコミュニケーションの特性

これまでの先行研究では、立証されてこなかった『敬語』、『賞賛』、『依頼』、『提案』、『譲歩』、『激励』、『転換』、『関係作り』、『利用者自身に関する話をする』という技術について明らかになった。特に『関係作り』は、他の利用者同士の会話の促進や利用者同士の関係を構築するための声かけである。これは、特別養護老人ホームやグループホームに入所中である認知症高齢者において、他者との人間関係やコミュニティの形成に重要な役割を担うと考えられる。ICFの生活機能の概念においても、コミュニケーションとコミュニティの形成の構築は、生活機能を高めることにつながることを意味しており¹¹⁾、この意味で『関係作り』は、認知症高齢者にとって効果的なコミュニケーションであると考えられる。コミュニティは、広辞苑によると、「1. 一定の地

域に居住し、共属感情を持つ人々の集団。地域社会。共同体，2．社会集団の類型。個人の全面的に吸収する社会集団。家族・村落，3．一地域内に何らかの関係をもって生活する全ての生物個体群」³⁵⁾と定義されている。特別養護老人ホームやグループホームは病院ではなく，生活の場として存在しており³⁴⁾ 社会的な場でもある。生活の場を一つの共同体として考えると，他利用者とのかかわりを持つためにケアスタッフが調整をすることや生活を充実するための働きかけをするコミュニケーションを行うことが共同体の形成・発展にとって重要であると考えられる。つまり，生活の場で，他の利用者との関係作りや先行研究で効果的といわれている日常会話やユーモア，遅延記憶を生かした回想に基づく会話や生活歴の配慮，ケアスタッフが会話のきっかけを与え介入することは，重要なコミュニケーションであり，生活そのものの質を向上させることにつながると考えられる。また，和田³⁶⁾は，コミュニケーションにおいて自分と他人との関係を「響き合い」という言葉で表現し，響き合わせる術が重要であると示している。そして，関係はケアスタッフと高齢者だけではなく，人対人，つまり利用者同士の関係も重要であり，ケアスタッフは，認知症高齢者が他者と響き合うためには，ケアスタッフによる利用者同士の関係の支援とケアスタッフの実施する個別性のあるかかわりが必要であるとしている。したがって，認知症高齢者にとって施設の中であっても，生活の場という点を意識した上で対等な関係でコミュニケーションをもつことが重要かつ基本になると考えられる。

V. 今後の研究における課題と研究の示唆

言語的コミュニケーションだけではなく、非言語的コミュニケーションとの相互作用や環境や他利用者等の影響要因との相互作用を検討するためにもビデオ録画等を実施した研究が必要になると思われる。今後、このような観察研究を積み重ね、臨床に還元し続けることで理解を求め、更に認知症ケアに関する研究の質を高めていく必要があると考える。

しかし、認知症高齢者は施設に入所後 1 週間程度で、高齢者に関する情報も少ない上、慣れない物理的、人的環境から環境不応³⁷⁾の問題も生じ、BPSD の出現や症状の進行に影響をもたらす可能性がある。現在、アセスメントツールが注目されているが、多くの情報を得るまで時間を要すると思われる。しかし、入所直後やショートステイを利用する認知症高齢者は、数少ない情報から、いかに短期間で適切な効果的なコミュニケーションを実施し、相互関係を構築していくかという点が重要になると考えられる。したがって、重症度や出現する BPSD から利用者の特徴を把握することにより、効果的なコミュニケーションケアの実践ならびに早期対応につながるケア方法の確立に寄与する可能性があると考えられる。

VI. 引用文献

- 1) 厚生労働省.国民衛生の動向 2004 年度.東京.厚生統計協会.2004.
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所編.日本の将来推計人口ー平成 14 年 1 月推計ー.東京.厚生統計協会.2002.
- 3) 老人保健福祉法制研究会編. 高齢者の尊厳を支える介護. 東京 法研 2003.
- 4) Kitwood T. Towards a Theory of Dementia Care : The Interpersonal Process. Ageing and Society 1992 ; 13 : 51-67.
- 5) Kitwood, T. Dementia Reconsidered: the Person Comes First. Buckingham: Open University Press.1997.
- 6) 本間昭,今井幸充,永田久美子,他. センター方式 03 版痴呆高齢者用ケアマネジメントシートパックー1 人ひとりの尊厳を支える継続的ケアに向けてー. 老年精神医学雑誌 2004 ; 15(1): 76-100.
- 7) Sigman SJ. Conversational behavior in two health care institutions for the elderly. International of Aging & Human Development 1985 ; 21(2): 137-154.
- 8) 武村真治,橋本廸生,古谷野亘, 他. 介護サービスが高齢者に及ぼす効果に関する介入研究ー特別養護老人ホームにおける「声かけ」の効果の検証ー. 老年社会科学 1999 ; 21(1): 15-25.
- 9) Feil.N, Klerk-Rubin VD, Klerk-Rubin VD. The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with 'Alzheimer's-Type Dementia'. 2nd edition. Health Professions Pr 2002.
- 10) 筒井孝子. 介護業務における精神的負担感および身体的負担度に関する研究：特別養護老人ホームにおける介護内容業務量調査に基づく実証研究. 病院管理 1996 ; 33(1): 39-48.
- 11) 障害者福祉研究会編. ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 東京 中央法規 2002.
- 12) 綿森淑子. 痴呆患者とのコミュニケーションー最近の研究とコミュニケーション・ケアの提言ー. 臨床神経心理. 2001 ; 12 : 1-13.
- 13) 綿森淑子,竹内愛子,福迫陽子,宮森孝志,鈴木勉他. 痴呆患者のコミュニケーション能力. リハビリテーション医学 1989 ; 26(1):23-33.
- 14) Ripich DN, Wykle M, Niles S. Alzheimer's disease caregivers: the focused program. A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with disease. Geriatr Nurs. 1995 Jan-Feb;16(1):15-9.
- 15) Bourgeois, M., Dijkstra, K., Burgio, L., & Allen, R. S. Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. Clinical Gerontologist. 2004 ; 27(1/2): 119-138
- 16) Dijkstra, K., Bourgeois, M., Petrie, G., Burgio, L., & Allen-Burge, R. My recaller is on vacation: Discourse analysis of nursing home residents with dementia. Discourse Processes.2002;33 : 55-76.
- 17) Dijkstra, K., Bourgeois, M., Burgio, L., & Allen, R. Effects of a communication intervention on the discourse of nursing home residents with dementia and their nursing

- assistants. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. 2002 ;10(2):143-157.
- 18) Normann HK, Norberg A, Asplund K. Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia. *J Adv Nurs*. 2002 Aug;39(4):370-6.
 - 19) Jansson W, Nordberg G, Grafstrom M. Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. *J Adv Nurs*. 2001 Jun;34(6):804-12.
 - 20) Volicer L, Camberg L, Hurley AC, Ashley J, Woods P, Ooi WL, McIntyre K. Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1999 Oct-Dec;13(4):192-201.
 - 21) Edberg AK, Sandgren AN, Hallberg IR. Initiating and terminating verbal interaction between nurses and severely demented patients regarded as vocally disruptive. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1995;2(3):159-67.
 - 22) Ekman SL, Wahlin TB, Norberg A, Winblad B. Relationship between bilingual demented immigrants and bilingual/monolingual caregivers. *Int J Aging Hum Dev*. 1993;37(1):37-54.
 - 23) Bohling HR. Communication with Alzheimer's patients: an analysis of caregiver listening patterns. *Int J Aging Hum Dev*. 1991;33(4):249-67.
 - 24) Hansebo G, Kihlgren M. Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *J Clin Nurs*. 2002 Mar;11(2):225-36.
 - 25) Rundqvist EM, Severinsson E. Caring relationships with patients suffering from dementia--an interview study. *J Adv Nurs*. 1999 Apr ;29(4):800-7.
 - 26) Richter JM, Roberto KA, Bottenberg DJ. Communicating with persons with Alzheimer's disease: experiences of family and formal caregivers. *Arch Psychiatr Nurs*. 1995 Oct ;9(5):279-85.
 - 27) Burgio LD, Allen-Burge R, Roth DL, Bourgeois MS, Dijkstra K, Gerstle J, Jackson E, Bankester L. Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist*. 2001 Aug;41(4):449-60.
 - 28) Lawton MP. Quality of life in Alzheimer's Disease. *Alzheimer's Dis Assoc Disord*. 1994 ; 8(S3): 138-150.
 - 29) Reisberg B, Ferris SH, Schneck MK, et al. Functional staging of dementia of Alzheimer type. *Ann N Y Acad Sci* 1984 ; 435 : 481-483.
 - 30) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-98.
 - 31) 小林敏子, 幡口之朗, 武田雅敏, 他. 行動観察による痴呆患者の精神状態尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成. *臨床精神医学* 1988 ; 17 : 1653-1668.
 - 32) 朝田隆, 吉岡充, 森川三郎, 他. 痴呆患者の問題行動評価票(TBS)の作成. *日本公衆衛生雑誌* 1994 ; 6 : 518-527.
 - 33) 高山成子, 水谷信子. 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. *老年看護学* 2000 ; 5(1): 88-95.

- 34) 松原茂樹,足立啓,赤木徹也,舟橋國男,隼田尚彦,鈴木毅,木多道宏. 会話状況からみる痴呆性高齢者の交流の変容に関する考察－認知症高齢者のグループリビングへの移行に関する研究. 日本建築学会計画系論文集 2001; 545 : 137-142.
- 35) 新村出編.広辞苑 第五版.東京.岩波書店.1998.
- 36) 和田行雄著. 大逆転の痴呆ケア. 東京. 中央法規出版. 2003.
- 37) 川島和代.痴呆ケアに関する研究について.老年看護学 1999; 4(1):30-35.

Ⅶ. 資料

以下、本研究で用いた、対象者への依頼文書、同意書、調査票を付す。

1. ケアスタッフへの依頼文書

ケアスタッフ依頼文
付録

ケアスタッフの皆様へ

「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」は、平成 15,16 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、高齢者痴呆介護研究・研修東京センターにて実施されており、痴呆介護における有効なケアのあり方について明らかにすることを目指しております。

そこで、この度痴呆性高齢者の中で特にアルツハイマー型痴呆症の方に対するケアスタッフの皆様のかかわりとその際の利用者様の状態について学ばせていただきたくお願い申し上げます。その際、会話の録音等をさせていただくこととなりますが、皆様が提供しているケアの評価目的ではなく、普段実施しているケアとその時の利用者様の状態を拝見し、自然なかかわり場面から有効なかかわり方を探索したいと思っております。この結果は施設における痴呆ケアはもちろんのこと、在宅で痴呆性高齢者を抱えるご家族のケアにも役立つことが期待されます。

研究の内容

- ・対象利用者様との会話時の録音…普段通りに業務を行って下さい。
- ・質問紙調査…属性とこれまでの教育・業務経験などに関する簡単な質問にお答え下さい。

なお、今回の調査の結果、就業上の不利益等が発生することはありません。今回の調査の結果はまとめて報告書や学会、学術雑誌等に発表されますが、結果の中で個人が特定されることは決してございません。

以上の趣旨をご理解いただきましたら、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、質問等ございましたら、杉山までご連絡いただきたいと思います。

「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」委員会

委員長：杉 下 知 子

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

特別養護老人ホーム ○ ○ ○

施設長：○ ○ ○

研究/調査者：杉 山 智 子

連絡先：000-0000-0000 (杉山)

2. 利用者・利用者家族への依頼文書

利用者・利用者家族研究依頼文
付録

利用者ならびにそのご家族の皆様

「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」(ご依頼)

上記は、平成 15, 16 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として高齢者痴呆介護研究・研修東京センターの研究事業にて実施されており、痴呆介護の中で、特に痴呆の有効なケアのあり方について明らかにすることを目指しております。

そこで、この度痴呆性高齢者の中で特にアルツハイマー型痴呆症の方に対するケアスタッフのかかわりとその際の利用者様の状態について観察し、利用者様に合った望ましいコミュニケーション方法を明らかにしたいと考えております。その際、利用者様ご自身に小型のマイクの装着し、利用者様にかかわった際のケアスタッフの会話に注目した録音と利用者様の身体状況を拝見させていただきたいと思っております。この結果は、よりよいケアを皆様にご提供させていただくというかたちで貢献できるものと考えております。

なお、今回の調査は研究協力に同意を得られた方のみを対象にしておりますので、研究にご協力いただくことができなくとも、今後の施設利用上の不利益等が発生することはございません。利用者様ならびにご家族の皆様がご負担に感じる場合はどのような理由であっても、またご協力の意思を提示した後においても研究協力の中止の申し出は、いつでも可能でございます。今回の調査の結果はまとめて報告書や学会、学術雑誌等に発表されますが、個人の結果が特定されることは決してございません。

以上の趣旨をご理解いただきましたら、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、ご不明な点は杉山までご連絡いただきたく存じます。

「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」委員会

委員長：杉 下 知 子

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

特別養護老人ホーム ○ ○ ○

施設長：○ ○ ○ ○

研究調査者：杉 山 智 子

お問合せ先：000-0000-0000 (携帯) 杉山

3. 同意書

対象者同意書
付録

研究同意書

「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」
委員長：杉下 知子 様

私は、平成 16 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施されている
高齢者痴呆介護研究・研修東京センターの研究事業：「痴呆の早期発見と早期対応が及
ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」（委員長：杉下知子）に関して、

説明者 _____ より、別紙を用いた研究の趣旨なら
びに内容の説明を受けました。

その上で、以下について十分理解し、研究協力することに同意いたします。

1. 無線マイクの装着（使用する場合）とケアスタッフとのかかわり時における会話の
録音
2. 観察・記録閲覧による調査期間の身体状況の把握
3. 調査結果について個人が特定されない形での学会、学術雑誌等への発表

平成 年 月 日

利用者お名前： _____

利用者ご家族： _____

ケアスタッフ調査票

ケアスタッフ調査票
付録

1.年齢 _____ 歳

2.性別 _____ 男・女 _____

3.教育歴 _____ 中学 _____ 高校 _____ 専門学校 _____ 短大 _____ 大学 _____ 大学院 _____ その他 _____
(福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他) (福祉・看護・その他)

4.資格有無
(福祉関係) _____ なし・あり : 介護福祉士・ヘルパー2級・ヘルパー1級・その他(_____)

5.卒業後年数 _____ 年 _____ ヶ月

6.経験年数 _____ 年 _____ ヶ月

7.経験年数
(現在の業にきて
から) _____ 年 _____ ヶ月

8.痴呆ケア総経
験年数 _____ 年 _____ ヶ月

ご協力ありがとうございました。

4. ケアスタッフ調査票

氏名 _____ 年齢 _____ 疾患名 _____ 合併症 _____

M MSE 点

FAST stage

睡眠状況(過去1W) 良眠・比較的良眠・覚醒

排便状況(過去1W) 排便・2〜3日で排便

内服薬

面会状況

毎日・週2〜3回・週1回・月1回・なし

	0	1	3	5	7	9	10
歩行・起座	寝たきり(座位不能)	寝たきり(座位可能)	寝たきり・起きたり・手押 し・車等の支えがいる	寝たきり・階段昇降不能	歩行・階段昇降困難	短時間の独歩可能	正常
生活機能	寝たきり(座位不能)	寝たきり(座位可能)	室内 着衣困難・脱衣も部分 介助を要する・入浴も 部分介助を要する(途中 介助を多く要する・食べにく いもの・物を判別する必要あり)	室内 脱衣可能・着衣は部分介助 を要する・自分で部分的に洗 う・髪を洗う・足等洗えない	近隣 ほぼ自立・やや遅い 身体は洗えるが洗髪に は介助を要する	正常	正常
着脱衣・入浴	入浴 入浴	入浴 入浴	入浴 入浴	入浴 入浴	入浴 入浴	入浴	正常
食事	経口摂取不能	経口全介助	経口全介助	経口全介助	経口全介助	経口全介助	正常
排泄	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	常時・大小便失禁(尿 意・便意が認められな い)	正常
意識	全面介助	全面介助	全面介助	全面介助	全面介助	全面介助	正常

1. 住居の内外をしきりと歩きまわる。住居を出て 行こうとする	4-3-2-1-0	8. 他人とのトラブル	4-3-2-1-0
2. 費用でないものを口に入れる	4-3-2-1-0	9. つまらないものを集める	4-3-2-1-0
3. 金品を盗られたと責める	4-3-2-1-0	10. 夜中に騒いだり、人を起こす	4-3-2-1-0
4. 言いがかりや、説明に対する否定・ゆがんだ解決	4-3-2-1-0	11. トイレ以外での排泄・便こね(弄便)	4-3-2-1-0
5. やたらと物を隠す	4-3-2-1-0	12. 暴力・破壊行為や暴言(介助の際の抵抗は 含めない)	4-3-2-1-0
6. 無意味な作業(制・衣類・たんす・トイレの悪戯)	4-3-2-1-0	13. まつわり・ついで・同じ質問を繰り返す	4-3-2-1-0
7. 職員の仕事・休息の妨害	4-3-2-1-0	14. 大声で叫ぶ、金切り声をあげる	4-3-2-1-0

5. フェイスシート

3. 施設高齢者の家族介護者のアセスメント尺度の開発

I. 背景

高齢者が施設に入った後、家族介護者は介護から開放され、介護によるストレスや負担は消失するとされてきた。しかし、1980年代の海外での研究から、高齢者が施設に入所した後、家族は高齢者への介護を放棄するのではなく、その役割を変化させつつ介護を継続し、高齢者が受けるケアへの不安や高齢者への罪悪感などを感じる事が明らかとされている。これらの役割や感情は、家族介護者のストレスや負担となる可能性がある。

実際に先行研究において、施設高齢者の家族は在宅介護者と同様、自らが行っている介護に対してバーンアウトを生じるとされている。また、施設高齢者と在宅高齢者の家族介護者の well-being を比較した研究では、社会的活動（趣味、友人との交流）や、負担や緊張などの概念を測定する尺度得点は施設高齢者の介護者群で低く、施設入所による改善効果が考えられたものの、うつ症状や身体症状に関しては両群に差は見られず、施設入所による改善効果は示されなかった。以上より、施設入所により、介護の家族介護者への影響は全て消失するのではなく、介護行動などの以前から存在するストレス源の継続や新たなストレス源の発生などにより、施設においても家族介護者にうつ症状や身体症状などが生じる可能性があると考えられる。

しかし、わが国では、在宅家族介護者のストレスや介護負担に関する研究は多く見られるが、病院・施設に入院・入所している高齢者の家族のストレスや介護負担に着目し、家族をも支援の対象とする前提で行われた研究は少ない。現在のところ、入院・入所後の高齢者家族に関する研究は、入院高齢者の退院支援のための家族への情報提供の実態調査など、家族を高齢者の在宅生活の継続・推進のための資源として捉えている研究が大半である。わずかに杉澤らが、特別養護老人ホーム入所者の家族のメンタルヘルスの改善の必要性を主張し、その抑うつ傾向が入所させたことに対する周囲からの批判の有無や家族の暮し向き、受けているソーシャルサポートの程度によって差異が見られることを示している。この研究は、わが国における貴重な研究例であるが、家族の抑うつ傾向の測定をわが国の他の集団と比較可能な尺度で行っておらず、施設高齢者家族にどの程度の抑うつ状態が生じているのかの考察が困難であり、また、家族の生活や精神的健康に大きな影響を及ぼす高齢者への面会をその頻度のみで捉えているといった限界がある。以上より、わが国で、高齢者の施設入所後においても家族介護者への支援を継続し、効果的な介入を行うためには、更なる知見の蓄積が必要であると考えられる。そこで、本研究では、高齢者が施設に入居した後の家族介護者をアセスメントする測定尺度を開発するための、第一段階として、施設入居者の家族介護者の経験を把握することを目的としたフォーカス・インタビューを実施した。本研究で得られた結果は、家族介護者のアセスメント尺度を作成する際の概念構造の作成に有用であると考えられる。

II. 方法

1) 対象

本研究の対象は、都内3つの特別養護老人ホームおよびグループホームの入居者の家族で、入居者の介護経験があり、調査時点で週に一回以上の面会を行っている人(以下、家族介護者)とした。なお、これら3つの特別養護老人ホームは、同一社会福祉法人により、同敷地内で運営されており、調査時点において各々、創立より約3年、20年、30年が経過しており、定員はおおよそ150名~250名である。対象者に研究目的と内容、および、結果の公表時には、対象者が特定できないように留意すること、研究参加への同意はいつでも撤回できることを説明し、書面(資料1)にて研究参加の同意を得た。

2) データ収集

調査期間は2004年11月~12月であった。データ収集は、フォーカス・グループ・インタビュー法によって行った。この手法はグループダイナミクスを用いて質的に情報把握を行う科学的な方法論の一つであり、対象者の「なまの声のそのままの情報」を活かすことが出来ることや、対象者間の相互作用で意見が促進されることなどが特徴とされている。インタビューは事前に作成したインタビューガイドに沿って行った。インタビューガイドは、複数の研究者の臨床・研究経験と文献検討の結果に基づき作成し、高齢者介護・看護の経験が長い介護福祉士・看護師の意見を得て修正を加えた。グループインタビューの内容は対象の同意を得て録音し、後に逐語録を作成して分析に用いた。また、家族の属性を把握するためにグループインタビューに先立ち、フェイスシート(資料2)を配布し記入を求めた。

3) 分析

分析は、グラウンデッド・セオリー法におけるオープンコーディングにより実施した。具体的には、研究者が逐語録を何度も読み、全体の内容を把握した後、施設入所者の家族介護者に特徴的な経験を示すと思われる部分を特定し、コード名を付した。その後、コード間の比較や類似したコードの集約による新たなコードの作成などの作業を行った。

Ⅲ. 結果

1) 対象者の属性

研究協力への同意が得られた 26 名に対して各 1 回ずつ、合計 4 回のフォーカスグループインタビューを実施した。各フォーカスグループインタビューの所要時間は 2 時間弱であった。フォーカス・グループ・インタビューの対象者の属性を表 1 に示す。

表 1. 対象者属性

施設	利用者年齢	利用者性別	利用者と家族介護者の続柄	面会数	要介護度	自宅での介護期間
特養A	80歳代	男	妻	週に3～4回	3	2年10ヶ月
特養A	80歳代	女	嫁	月に2回	5	6年2ヶ月
特養A	80歳代	女	夫	毎日	5	1年2ヶ月
特養A	70歳代	男	妻	毎日(2回)	5	4年10ヶ月
特養A	90歳代	男	娘	月に3回	1	2ヶ月
特養A	90歳代	女	娘	週2～3回	5	3～4年
特養B	70歳代	女	姪	毎日	5	1年
特養B	80歳代	女	妹	毎日	5	1年3ヶ月
特養B	90歳代	女	娘	週に2～3回	4	10年
特養B	90歳代	女	息子	週に4回	5	なし
特養B	70歳代	女	弟	週に2回	4	なし
特養B	80歳代	女	娘	週に4～5回	4	2年
特養B	70歳代	男	妻	月に3回程度	2	病院で数年
特養C	80歳代	女	息子	週2回	5	8ヶ月
特養C	90歳代	女	娘	週に2回	5	9年3ヶ月
特養C	80歳代	女	娘	月に3回	4	4年
特養C	90歳代	女	嫁	毎日	4	10ヶ月
特養C	60歳代	女	夫	毎日	5	4年7ヶ月
特養C	80歳代	女	嫁	週に1回	5	6年
特養C	80歳代	女	娘	週2～3回	3	8年
特養C	80歳代	女	娘	毎日	5	6年
グループホーム	80歳代	女	娘	週2～3回	5	2年
グループホーム	80歳代	女	息子	週1回	4	なし
グループホーム	80歳代	女	娘	月に2回	2	なし
グループホーム	80歳代	女	娘	週1回	4	5年
グループホーム	80歳代	女	娘	週1～2回	1	5年

2)施設入所者の家族介護者に特徴的な経験

分析の結果、施設入所者の家族介護者に特徴的な経験を示すいくつかのコードが得られた。以下、いくつかのコードについて紹介し説明を加える。本文中の斜体は対象者の発言であり()内は文脈の理解を容易にするための研究者による補足である。なお、本報告書では、個人が特定されることを避けるため、各発言に発言者に関する情報を付さなかった。

(1) 介護の継続

多くの家族介護者が、施設においても、食事、整容、排泄などの介護を行っていた。

だいたいいつも家内の介護ではね、飲食っていうのが一番問題だったんです。それがいつも頭から離れなくて、きょうは飲んだかな、食べたかなというのがね。それで、結局、ワーカーさんが大変だろうからなんて。それで、お食事の面倒を見ていただけませんかをお願いされて。(やることにしました。)

朝7時ぐらいに来て、顔もふいて、手もふいて、手のつめを切ったり、私は足のつめを切るんですよね。手のつめを切って、顔もちゃんとふいてあげて、ちゃんと全部身なりをちょっときれいにしてあげて。

おしっこの方(オムツの中)をぱっと見てみて、おしっこだったら、おしっこのパットを取り換えて、便があったらワーカーさんに声を掛けて、便を取り換えてください(とお願いする)。便が出たのでお願いしますとやらないと、おしっこは結構量が出るんですよ。そのままほっておくと、おちんちんがかぶれてしまって、おちんちんの先が赤くなっていますよ。だから、それは気持ちが悪いから、私がいる間はまめに取り換える。で、便があったときはワーカーさんにお願いする。

(2) 面会が生きがい

家族介護者の中には、入居者との面会が自分にとっての生きがいであり、可能な限り面会に訪れたいという人がいた。

今、母がいるから生きがいなんです。主人の母もいない、父もいない。両親はうちの母だけなんです。本当に今生きがいなんです。うちは子どももいないから、私と主人でしょう。だから、今生きがいとして来ているんです。きょう来て、今帰ったら、死んでもと限らないんです（涙声になる）。だから、来たときは本当に自己満足なんです。それでも、亡くなったら、悔いが残るかもしれない。残ります。だから、もし来たときは、精いっぱい優しく、どなたにでも、自分の母でも、だんなさまでも奥さまでもいいから、優しくしてあげて、きょうも1日良かったなという感じ。それでもうちへ帰って涙が出る時があります。なんか、行き届いてくれないときは、1人でお風呂に入っているときに泣いて。

1週間に一遍は絶対面会に行きます。自分が病気になったらいけないから、それ以外のとき、どんなことがあっても予定を入れるとき、旅行に行こうと思っても、きょうは駄目、月曜日は駄目、前は金曜日に来ていなかったから前はね。もう金曜日に来てもう7～8年たちますが、もう、今は金曜日と月曜日が絶対駄目、旅行に行こうは駄目、何かあるのは駄目、結婚式、金曜日は出席できない。全部悪いけど、お母さん一筋。会いたいし、いつ何時何があるか分からないから、自己満足なんですけれども、見てあげたいんです。

私が通うのは、（息子が入居者のことを）おやじに任せるよなんて言って、うちのことは心配しなくていいからなんてことでもって、毎日来られるような環境にいますからね。それが、今考えてみると生きがいみたいな状態で、私も80歳になりましてね。

(3) 言いたいことが言えない

家族介護者の中には、施設や施設職員に対して要望や不満があっても、気兼ねや遠慮といった感情のためか言いにくいという人たちがいた。

(施設の排泄の援助に関して不満があるが)でも、そういうぜいたくは言えない。何百人も待っているからというお話を聞いて、私もとてもそういうことを言うどころじゃない、できれば毎日来てね、見てあげようかなと。トイレへ連れていていただいたら喜ぶんですよ。こちらの方がまたすごく親切だから、何も言えないです。

私が(自宅で)自分で1人お風呂に入っているときに涙を出すときは、もう、ほんとにきょうは何で(ワーカーさんは)こんなことをしてくれなかったのかなという感じ。でもやってもらっているんだから、何も言えない。自分でやるしかない。(こういうときが)一番悲しい。でも、このことはワーカーさんに言えないです。(ワーカーさんにとって)いいことは言います。

こちらで預かっていただいたので、もうそれは私は感謝をしていて、あまりぜいたくは言えないと思って、1人で泣いています。

(4) 自宅にいても入居者のことが気になる

家族介護者の中には、自宅にいても入居者のことが気になって仕方が無く、趣味などにも手をつけられないといった人がいた。

私も(趣味で)体操をやっていました、日舞の方も私はずっとやっていましたけどね、自分が手術をしてやめて、そのうち主人があんなになって、もうなんにもどこへも(娯楽は)しません、私。遊びに行くんだったら、ここへ来てあげようと思って、だいたい毎日。

(入居者が排泄に問題を抱えているので)だから私は家にいても夜、寝付かれないんです。どうにか部屋の中にトイレがあるようなところに移れたらと思うんですけども。

ご飯を食べさせたり、おしめを取り換えたり、おひげをそったり、頭も全部きれいにぴかぴかにしないと私も気になるから、それはやらないと、うちにいても気になってしょうがないんですよ。お父さん、きょうは来なくても良かったのと言うけれども、でも、やっぱりうちにいても気になるし。

IV. 考察

1) 施設入居者の家族介護者の経験について

欧米での先行研究と同様に、施設入居者の家族介護者が、施設内においても介護を継続していることが確認できた。また、面会や面会時に行っている介護、入居者とのコミュニケーションは、家族介護者にとって「生きがい」であることが本フォーカスグループインタビューから示唆され、家族介護者の QOL に入居者との面会が大きな影響を及ぼすことが考えられた。

また、家族介護者の中には、施設や施設職員に要望がある場合でもそのことを伝えるに困っている人もおり、それらの家族介護者への適切な支援の必要性が考えられた。

2) 今後の課題

本報告書での分析は、グラウンデッドセオリー法のオープンコーディングのごく初期の段階であるため、今後より詳細に分析を行い、施設高齢者の家族介護者の経験を理解するための概念枠組みを作成する予定である。さらにその概念枠組みをもとに、家族介護者の支援に盛りいつアセスメント尺度の項目案の作成を行い、平成 17 年度以降の研究に繋げていく予定である。

V. 参考文献

- Almberg B, Grafstrom M, Krichbaum K, et al. The interplay of institution and family caregiving: relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 931-939.
- Bowers, B. J.. Family perceptions of care in a nursing home. *Gerontologist* 1988 ; 28 : 361-368.
- Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA. Mental health of sons and daughters of the institutionalized aged. *Gerontologist* 1990 ; 30 : 212-219.
- Campbell JM, Linc LG. Support groups for visitors of residents in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 1996 ; 22 : 30-35.
- Davis LL, Buckwalter K. Family caregiving after nursing home admission. *Journal of Mental Health & Aging*. 2001 ; 7 : 361-79.
- Duncan MT, Morgan DL. Sharing the caring: family caregivers' views of their relationships with nursing home staff. *Gerontologist* 1994 ; 34 : 235-244.
- E.H.Schneewind. The reaction of the family to the institutionalization of an elderly member: Factors influencing adjustment and suggestions for easing the transition to a new life phase. *Journal of Gerontological Social Work* 1990 ; 15 : 121-136.
- George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist* 1986 ; 26 : 253-259.
- Hopp FP. Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes. *Gerontologist* 1999 ; 39 : 167-176.
- 管崎弘之. 在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究. 老年精神医学雑誌 1994 ; 5 : 565-575.
- 縦野香苗, 長谷川万希子, 橋本廸生. 長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因. 病院管理 2000 ; 37 : 105-112.
- Monahan DJ. Informal caregivers of institutionalized dementia residents predictors of burden. *Journal of Gerontological Social Work* 1995 ; 23 : 65-82.
- 岡崎素子. 要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向と課題. 日本保健医療行動科学会年報 2000 ; 15 : 268-285.
- Pagel MD, Becker J, Coppel DB. Loss of control, self-blame, and depression: an investigation of spouse caregivers of Alzheimer's disease patients. *J Abnorm Psychol* 1985 ; 94 : 169-182.
- Pratt CC, Schmall VL, Wright S, et al. Burden and coping strategies of caregivers to alzheimer's patients. *Family Relations* 1985 ; 34 : 27-33.
- Sandberg J, Lundh U, Nolan MR. Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *J Clin Nurs* 2001 ; 10 : 406-416.
- 佐藤晴美, 杉澤秀博, 杉原陽子, 他. 高齢者の家族に対する病院からの療養生活に関する情報提供の実態. 厚生指標 1998 ; 45 : 33-38.
- Stephens MA, Ogrocki PK, Kinney JM. Sources of stress for family caregivers of institutionalized dementia patients. *J Appl Gerontol* 1991 ; 10 : 328-342.

- 杉澤秀博,横山博子,高橋正人. 特別養護老人ホーム入所者家族のメンタルヘルスに関する研究. 社会老年学 1992 ; 35 : 10-18.
- 杉下知子. 家族看護の方法. 杉下知子編. 家族看護学入門. 東京:メヂカルフレンド社, 2000 ; 85-114.
- 鈴木和子. 高齢者介護に関する家族援助. 鈴木和子, 渡辺裕子著. 家族看護学 理論と実践第2版. 東京:日本看護協会出版会, 1999 ; 239-252.
- Whitlatch CJ, Schur D, Noelker LS, et al. The stress process of family caregiving in institutional settings. Gerontologist 2001 ; 41 : 462-73.
- 山本則子. 痴呆老人の家族介護に関する研究 娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味 2.価値と困難のパラドックス. 看護研究 1995 ; 28 : 313-334.
- Zarit SH, Whitlatch CJ. Institutional placement: phases of the transition. Gerontologist 1992 ; 32 : 665-672.

VI. 資料

浴風会 特別養護老人ホーム []

利用者ご家族 [] 様へ

(利用者 [] 様)

特別養護老人ホームの利用者ご家族の方へのグループインタビュー

ご協力をお願い

今回、痴呆介護研究・研修東京センター（以下「センター」とします）では、[] の協力を得て、利用者様のご家族へのグループインタビューを計画いたしました。インタビューの目的は、特別養護老人ホームなどの施設の利用者様のご家族へのよりよいサービスのあり方を検討することです。このインタビューでは、現在痴呆ではない利用者様のご家族からお話を伺わせていただきます。

グループインタビューでは、ご家族の皆さま5～7人に集まっていただき、「利用者様がホームで生活されている状況でのご家族の生活の様子やお気持ち」について、ご家族同士で話し合ってください。インタビューにかかる時間は1時間半程度です。センターの研究委員・深堀がインタビュアーとして、話し合いが活発に進むように必要に応じて質問や発言をさせていただきます。大変貴重なお話をお聞かせいただくので、聞き漏らしのないように、話し合いの様子をテープレコーダーで録音させていただきますが、インタビューの内容は研究以外の目的には用いず、公表する際には個々のお名前が特定されないようにし、ご家族のプライバシー保護には最大限配慮を致します。インタビューの内容をまとめた結果は別途ご報告いたします。

このグループインタビューは、今後、特別養護老人ホームなどの施設で、ご家族、ひいては利用者様へよりよいサービスを提供するための貴重な資料となります。どうぞ、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

痴呆の早期発見・早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究

委員長 杉下 知子（三重県立看護大学）

委員 []

深堀 浩樹（三重県立看護大学）

なお、調査に関するお問い合わせは、下記までお寄せください。

深堀 浩樹 TEL : [] (直通) [] (携帯電話)

E-mail : []

2)同意書

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

「痴呆の早期発見・早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」

委員長 杉下 知子 様

委員 [REDACTED]
深堀 浩樹 様

私は、特別養護老人ホームの利用者家族へのグループインタビューに関する説明を聞き、理解しましたので、グループインタビューへ協力します。

平成 16 年 ____ 月 ____ 日

(ご家族氏名) _____

3) フェイスシート（一部のみ掲載）

「特別養護老人ホームの利用者ご家族の方へのグループインタビュー」に

ご協力いただける_____様へ

インタビューにお答えいただく前に、以下の、利用者様に関する事がらを
差し支えのない範囲でお教えてください。答えにくい内容はお答えいただか
なくとも結構です。わからないことなどがございましたら、ご質問ください。

利用者様のご年齢

_____歳代

利用者様の性別

男 ・ 女

利用者様との続柄

あなたは利用者様の_____にあたる

利用者様への面会の数

大体 週 ・ 月 に _____回

入所時の要介護度

要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

現在の要介護度

要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

ご自宅で介護をされていた期間

約_____年_____ヶ月

南陽園を利用されている期間

約_____年_____ヶ月

浴風会以外の施設を利用されたご経験

あり ・ なし

利用者様は痴呆の診断を

受けている ・ 受けていない

4. 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘訪問報告

1) はじめに

「認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす認知症（痴呆）介護のあり方の変容に関する研究」では、認知症（痴呆）への早期からの適切な対応を講じることにより、高齢者および家族の落ち着いた日常生活を継続することが出来ると考え、平成 15 年度より研究活動を行っている。

そこで、介護・看護学部会では、平成 16 年度の事業の一環として、身体拘束の廃止や個別ケアの実践で名高い大規模施設である、北区立清水坂あじさい荘（東京都北区）を訪問した。一般に大規模施設においては、認知症（痴呆）高齢者への介護・看護に重要であると言われている、高齢者の生活史を把握した上での個別性および残存機能への配慮を行うことは、困難であると考えられていることが多い。しかし、大規模施設でありながらさまざまな工夫を行い、個別ケアの実現に努めている清水坂あじさい荘の開所からの歩みや現在行われている実践活動を学ぶことは、認知症（痴呆）高齢者への適切な対応についての示唆を得ることにつながるものと考ええる。

2) 見学場所・見学案内担当

東京都北区特別養護老人ホーム 清水坂あじさい荘 鳥海房枝副施設長

3) 見学日時・内容

(1) 日時：平成 17 年 2 月 24 日（木） 9 時～15 時

(2) 内容

①施設概要の説明・ビデオ視聴および質疑応答（9 時～11 時）

②施設内の見学（11 時～12 時）

③各フロアでのケアの見学（13 時～15 時）

4) 見学者

社会福祉法人浴風会グループホームひまわり ホーム長 島村淑子

社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム南陽園 副園長 山本里美

社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム第二南陽園 副園長 成原律子

社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム南陽園 ケアワーカー 羽柴妙子

社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム第二南陽園ケアワーカー 仁司直樹

三重県立看護大学 基礎看護学講座 助手 深堀浩樹

東京大学大学院 医学系研究科博士課程 ペ スッキ

5) 施設概要および介護方針・内容

(1) 施設概要

東京都北区に位置する清水坂あじさい荘は、1998 年 10 月に開設した施設で、敷地面積約 7,200m²、延床面積が約 9,200m²、地下 1 階地上 5 階建ての介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)である。地下 1 階および 1 階は職員が主に利用する管理スペース、2 階は高齢者の短期入所用として、3 階から 5 階は特別養護老人ホームとして利用されている。



写真 1. 副施設長 鳥海房枝氏を囲んで

提供しているサービスとしては、

特別養護老人ホーム利用者数は 120 名、ショートステイベッド数は 4 床、デイサービス一日 45 名に加え、在宅介護支援センター、訪問介護事業、居宅介護支援事業等の活動も行っている。2002 年 3 月末の利用者状況は、平均要介護度 4.23、平均年齢 85.5 歳、認知症(痴呆)のある方が 90%に上るという。厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査によると、2002 年 10 月時点での全国の特別養護老人ホームにおける平均要介護度は 3.53 であり、要介護度が高い利用者が多いといえよう。

清水坂あじさい荘の基本的な介護方針は「暮らしの場・終いの住み処の特養に管理は不要」ということであるという。それは、老いや障害をそのまま受け止めるということであり、あじさい荘では老いの暮らしを以下のように捉えていた。

- ① 目が覚めたときが朝、眠くなったときが夜、空腹が食事時
- ② 明日や将来のために今日を我慢させない。今日が一番の日々を重ねる。
- ③ 子供と高齢者の違いは高齢者に規則の押し付け・躾は不要。

これらをあじさい荘の具体的な介護内容にまで進めたのは、開設時採用の職員研修であったという。この職員研修で行った「自分の身内を安心して託せる特養」をテーマとしたグループワークで出てきた項目が現在のあじさい荘の介護を形づくったのであり、それが、現在あじさい荘の名を世に知らしめていることのひとつである身体拘束の廃止につながったのである。「身体拘束の廃止」という一点を目的として活動を行ったのではなく、上記の介護方針、介護内容を実現することが結果として「身体拘束の廃止」につながった、という点に特に留意する必要があるだろう。以下に、グループワークで出てきたという内容を紹介する。

- ① 生活習慣を尊重する(飲酒・喫煙の自由)
- ② 食事がまずかったら出前を取れる
- ③ 買い物や飲食目的での外出や旅行ができる
- ④ 面会は時間を決めずに自由にできる、そして持ち込んだ食物を利用者とともに

一緒に食べられる。

⑤ 排泄はオムツではなく、便器かポータブルトイレでできる

⑥ 子どもじみた遊びや作業を集団で強制されない

上記のような介護方針のもと運営されている清水坂あじさい荘であるが、以下、具体的な介護内容を紹介する。

(2)介護の基本となるもの（食事・排泄・入浴）

あじさい荘では利用者の生活の根本を形作る食事・排泄・入浴を人間らしくできることを非常に重視している。

食事に関しては、食べたいときが食事時という介護方針を掲げているが、あじさい荘のような大規模施設では、その実現は困難である。実際に多くの施設では、食事は慌しい中行われており利用者、利用者家族も不満を感じやすい。あじさい荘では、食事時間を3食とも2時間に設定しゆっくりでもはやくでもその人のペースで食べられるようにしている。つまり、2時間の間の好きな時間に食べ始め、好きな時間に食べ終わる、という五月雨式食事を実施している。また、食事介助が必要な場合でも一人の介護者が二人以上の利用者の介助を担当しないようにしているという。食事の献立についてもさまざまな工夫が常に行われており、その中のひとつがきざみ・極きざみ食を、舌・歯茎でつぶすことができる軟菜食へ変更したことである。これは、あじさい荘職員自身による検食と口腔ケアの結果から、きざみ食はまずく、咀嚼・嚥下がしにくいという結論に至ったためであるという。利用者が、ゆったりとした時間のなかで好きな時間に食事がとれる、という人間としては「当たり前」のことを実現するために、既存の施設では「当たり前」とみなされていることに盲従するのではなく、労を惜しまずにさまざまな工夫を行ってきた過程を垣間見ることができた。

排泄の介護というと、オムツ交換を連想することが多い。あじさい荘ではオムツ交換を排泄の介護ではなく単なる後始末に過ぎないと捉えている。排泄は便所で行うのが本来の姿であると考え、端座位が取れる利用者は全員を便所かポータブル便器に誘導し、下着・失禁パンツの中に排泄させない介護を目指している。誘導は上記の五月雨式食事にあわせて、排便反射が生じやすい食後に順次行っており、その際の排便・排尿の状況に応じ次の誘導時間を決定しているという。オムツを可能な限り使用せずデイパンツや失禁パンツ、尿取りパッドを活用することにより便所での下着の脱着時間短縮や、おむつ代の減額にもつながったという。利用者の生活の向上とともに施設経営に関するコストにも配慮する姿勢にこれからの介護施設経営のひとつのモデルを見る思いであった。

入浴については、開設当初は各階とも各利用者に週2回の入浴と決め、週4日を入浴日とし、利用者の半数を一日にいていたそうである。しかし、この方式では、職員は大変多忙であり、順番待ちで廊下に並ぶ利用者の姿も散見されたという。そのため、入浴日というものは特に設けず毎日入浴することができるようにし、利用者の好みの時間に入浴することができるようにした。このことにより1人の職員が1人の利用者の誘導から入浴、着衣まですべてに関わることができ

るようになり、本人の好みの入浴を実現することができたという。「入浴は利用者とコミュニケーションをとる良い機会だ」という鳥海副施設長の言葉が印象的であった。

(3) 備品と用具の特徴

備品や用具は本人の能力を引き出せるものを基本として選定しているという。ベッドは療養型とされているベッドマット 83cm では本人が寝返りが打ちにくいと考え、マットレス幅 100cm を原則としている。転倒・転落に備え、高さは 36～42cm で本人の下腿長に合わせて 2 cm 幅で調整できるようにしているそうである。また前述のように五月雨式のトイレへの誘導をスムーズに行うため、70 台のポータブルトイレを用意したという。このポータブルトイレは木製でしっかりした肘掛を備え、高さも調節可能であり、居室で椅子として利用している利用者もいるということである。

既存のもので適当なものがなければ工夫をして作成してしまう、ということもあじさい園ではよくあることのようにあり、その一例としてフィットシートを紹介していただいた。これは、シート交換の省力化を図るためあじさい園で考案し業者に作成を依頼したものである。このシートの使用により、シート交換の時間は従来と比して 3 分の 1 程度になったそうである。サービスの向上のためには妥協をしない姿勢をここでも感じた。

(4) 家族への接し方(リスクマネジメントを含め)

身体拘束の廃止について取り組むとき、身体拘束を家族が希望するケースが問題とされることが多い。身体拘束廃止に早くから取り組んできたあじさい荘では、開設当初から、施設側が介護方針と具体的な介護内容を明らかにし、家族を含む利用者側と話し合うことを重要と考えている。具体的には、まず、入居以前に、利用者本人の居所に生活相談員と看護師が同行訪問し現状を把握する際に家族にも可能な限り同席してもらっているという。その後、家族にも施設を見てもらいながら身体拘束をしていないということも含め介護内容を説明し、施設を利用するかどうかを、家族と利用者を選択してもらっている。このときに十分に時間をとり、納得ができるまで説明を行うことが大変重要であるとのことであった。身体拘束については身体拘束をすることで生じる弊害としないことによって発生する骨折等のリスクについてまで説明を行っているそうである。また、万一事故が生じた際には事実を速やかに家族に伝えることを何よりも大切にしているとのことであった。以上のことは、利用者の行動が環境の変化により予測困難なため、家族からクレームが多いサービスであるショートステイにおいても同様であり、入退所時には家族に必ず付き添ってもらい、利用中に事故が起こってしまった場合、速やかに家族に連絡することになっているとのことであった。

(5) 死を隠さない (ターミナルケアの実践)

あじさい荘では、本人や家族があじさい荘での死を望めばそれに応じていると

いう。最期の見取りのあとにはその方の個室か静養室というところに移して、そこに簡単な祭壇を作って利用者の誰でも希望があればお線香をあげてお別れをすることができる。入居者が死亡退所する際には、入所の時に入ってきたのと同様に正面玄関から退所されるようにしているという。日中に死亡退所する場合には、全館放送で退所時間を知らせ、職員と利用者として玄関で見送りをしているそうである。また、看取りに際して、ご家族が傍らに付き添いを希望される場合には、宿泊室を無料で用意しているとのことであった。

6) 施設訪問から得た学び

今回の施設訪問に伺った委員・見学者の多くは、現在施設介護に携わる介護職であった。今回の施設訪問は自らのこれまでの経験と比較して大きな学びとなった。以下に、自らのこれまでの介護経験を踏まえ、今回の訪問から学んだ内容を記す。

(1) 介護の現場はまさに発想の転換と豊かな感性！

有無を言わず訪れる老いや、認知症は多くの人が体験し、生きていかなければならない、現実身近で大きな問題であることを国民がしっかり認識すべき事柄である。老いたときに受ける介護サービスは自己決定とは言うものの実際に施設の対象となったときには選択をできるものではなかなかない。だからこそ、われわれは1人の人間として尊い人間の生命を支えることの意味を十分に受け止め、責任ある仕事として認識すべきである。老いて、さらに身体的、精神的にも不安定な状況で生きて行くことはどういうことなのかを共感しながら、全人的に支えることが福祉食の責務だと思う。

専門的知識や技術を知ってケアする事と、知らないでケアする事では大変な差がある、鳥海副施設長のお話の中で何かしらビンビンと胸を打った一つ一つの言葉に説得力がある。常に向上心を持ち、体験の積み重ねと更に色々な勉強をされていることを感じた。そして、何よりも人を深く理解されているからこそ話せる内容だと思う。以下、今回の清水坂あじさい荘の訪問で心に残った内容を記す。

① ケアについて

- ・基本的にケアはゆっくり行う（事務的なことや利用者と接する必要のない作業は無駄なく効率的に行う）。
- ・生理的欲求(快眠、快便、快食)を満たすことを第一に考えている。
- ・リスクはあっても最後まで自分の力で、自分の足や手で、五感を重視した生活を行う。
- ・困難なことがあっても、策は必ずある。素朴に、難しく考えすぎないケアを心がける。
- ・スタッフに余裕があることで利用者が安心しゆとりのある生活ができています。
- ・出来ないことがいっぱいあるのは当たり前、出来ることから考えて実践している。

② 連携と役割

- ・各専門職がどの場面でも重なり合って利用者を支えている。
（「ナースは処置だけすればよい」「栄養士は食事のことだけやっていたら良い」ということではない）
- ・職員それぞれにプロとしての前向きな姿勢が見える（勉強会、試行錯誤している様子など）。これでいいのかな、と疑問にもち検討すべきことはすぐに解決し先送りしていない。
- ・職員自身が自ら育っていき、自信をつける。プロとしての自覚と自分の仕事への誇りを持っている
- ・お互いに意見が言えるためのルールや職場の風土が出来ている。

③管理者の視点から学んだもの

- ・リスクを考えていたら何も出来ない。まず人としての生き方を問うてみる。
- ・何かするとき、自分を信じること、信じる事が出来る根拠を説明できることが重要である。
- ・スタッフに注目や興味をもつとき、悪い面からではなく、良い面から見ていると自ずと職員は成長する（一人一人は大変な能力を持っている）。
- ・仕事は力関係ではなく、信頼関係で行うものである。
- ・判断を明確にし、責任を全うするように心がける。
- ・まず職員を大事にしている（離職者が少ない）。
- ・会議の目的がはっきりしており、やるためだけの会議になっていない。
- ・事故報告、家族からの意見はホームの改善に即座に繋げている。

④職場の風土で学んだもの

- ・意識的な環境づくり（明るさ、匂い、空間、衛生）が出来ている。
- ・走って仕事をしていない
- ・職員が大きい声で連携を取っていない
- ・インテークの時に、これからの生活について、しっかりと説明がなされている
- ・骨折のリスクはあっても拘束はしない。ケアは職員だけで考えるのではなく家族と一緒に考える。
- ・利用者がどのように名前を呼んでほしいのかを考える。
- ・専門職だからこそ謙虚さが大切であるという認識を多くの職員が持っている
- ・問題を解決する過程で、「出来ないことなどいくらでもあり、出来る方法だけを考える」という考え方をする。不満を述べるスタッフは、前向きな考え方をしないで「出来ない」というのではなく、どうしたら出来るかと意見を出す義務がある。

今回の訪問から、清水坂あじさい荘では、十分な健康管理とともにパーソンセンタードケアを重視した暮らしが出来ていると感じた。利用者に決まったスケジュールはないにもかかわらず、それぞれ生活のリズムが出来ており生活しやすい環境や状況が整っている。今回の訪問は、自己のケアの見直しの機会となっただけでなく、まず鳥海副施設長の施設のリーダーとしての視点に驚き、自分の思い違いと不謙虚さに、まだまだ人間としても未熟な自分自身を痛感した。

（島村淑子）

(2) 清水坂あじさい荘から学んだもの

介護保険制度が平成 12 年 4 月から開始され、それにともない高齢者が利用する介護施設等では、「身体拘束ゼロ作戦」への取り組みが進められている。その一環として、利用者に対するサービスの質を向上や、利用者の人権保護を図る目的で身体拘束廃止委員会などを設置するといった取り組みを始めている施設も多いと聞く。そのような施設においては、身体拘束廃止に取り組みを宣言するポスターを各フロアやエレベーター等に掲示し、この取り組みを利用者、ご家族等に向けて宣言するなどの活動を行っている。そのような活動の成果で、身体拘束の実施数は減少の傾向にあると思われるが、現在でも拘束実施されているケースの中には、ご家族の強い希望で拘束に至っている場合が多いのではないかと考えられる。

私の経験の中でも、ご家族の方が家族会などで、「戦争で辛い思いばかりしてきました。これ以上辛い思いはさせたくない」、「認知症がひどくなり食事にもむらみられ、体力が低下することも心配である。ベッドから起き上がることも予測される為、なるべく危険要因は避けたい」と話されることもあった。そのような場合にはこまめに利用者の状況を連絡するようにしているが、「何かあっても、私も年で足が悪くすぐ行けないので、くくっといて下さい」のように話されることもあった。

現在、多くの地域で特別養護老人ホームの優先入所制度が実施されている。その導入による影響のひとつとして、利用者の重度化が考えられる。入所申し込みをして自宅で見ていたが状態が悪化して入院した、あるいは入院を契機に在宅復帰は無理として入所申し込みに踏み切られたような方達が、優先され入所に至ったケースが多く見られるのではないかと推測される。特養の優先入所基準が設けられて以来、医療依存度の高い方や認知症の重い方がベッド柵、ミトン等の身体拘束のまま入所されている現状も多いと聞いている。

私の勤務する施設でのこの 2 年間の取り組みとしては、身体拘束廃止委員会を中心に、拘束に関する実態の把握を行い、体制面での準備、職員の意識改革、ケアの工夫等、また、環境整備については、車椅子、滑り止めマット、リクライニング、タッチセンサー、タッチコール衝撃緩和マット、低床ベッド等、状態の変化に応じて福祉機器の有効性も活用してきた。低床ベッドの購入については、年度予算に組み込み台数を増やしていきたいと考えている。

この度、「身体拘束ゼロ」に早くから取り組まれている施設である「特別養護老人ホーム 清水坂あじさい荘」見学の間機会を得ることができ、とても参考になった。移動の時以外は、車椅子のフットレストから足を下ろすようにするという日常の介護に関するアドバイスや、ご家族の希望で拘束に至っているケースでは、拘束していない時の表情や動きをビデオに撮るなどして、ご家族に見てもらってはどうかといったアドバイスを受けた。

また、家族介護者教室を設け「老人と骨折、安静とその弊害」について等、整形外科医師による勉強会の企画、ご家族参加の年間行事、ご家族との意見交換など、ご家族との交流の場が多いことも印象的であった。職員、ご家族の皆様だけでなく地域の方々も施設に関わっていらっしゃり、利用者の生活がまるごと大きな力で支えられているように思えた。

最後に、「あじさい荘」には、何かとても穏やかな空気が流れていた。それは、全職員が一丸となって、身体拘束ゼロへと取り組まれた成果であることに気づかされた。もうひとつは、今回、施設を訪問するに当たり、ご説明くださった副施設長鳥海房枝氏の利用者への思いが良く分かった。私も、今後更にきめ細かなケアを行い、身体拘束廃止に向けて取り組んでいきたいと思います。お忙しい中、見学の受け入れに感謝いたします。

(山本里美)

(3) 清水坂あじさい荘に流れる時間

清水坂あじさい荘は、身体拘束を行わないケアや個別ケアを実践していることで著名な施設である。副施設長である鳥海房枝氏は、身体拘束廃止の研修会での講演を始めとして様々な場で高齢者のケアについて精力的に発言されている。私も「介護現場における事故防止について」というテーマでの講演に参加したことがあり、強く感銘を受けた。その講演の中で利用者120名の平均要介護度が4.2であり、認知症の方が100名を超える施設であること、その構造は現在厚生労働省が推進しているユニット型ではなく、1フロア40名前後の従来型であること等を伺い、是非とも介護現場をこの目で見たいとの思いが募っていった。今回、機会を得て、清水坂あじさい荘見学の機会を与えられたことに本当に感謝している。

見学当日、午前中は鳥海副施設長から高齢者ケアに対する考え方と、あじさい荘における実践について伺い、ビデオを見せて頂いた。その後施設内を見学し、午後は2時間ほどフロア内を自由に見せて頂いた。

フロアに入り、まず感じたことは時が穏やかに、ゆっくりと流れているということである。高齢者施設はともすれば刺激に乏しく、変化なく時間が流れがちだといわれることが多い。しかしそれとは明らかに違う、利用者一人一人が持つ生活の流れがフロアに満ちていると形容すれば良いのであろうか、不思議な感覚であった。

2時間足らずの間に3回着替えをして私達に挨拶をしに来て下さった方、職員の介助でおやつを召し上がっている方、お風呂に入ろうとされている方、歓談しながらテレビを見ている方、リクライニング車椅子の足先に車椅子を置き下肢を伸ばして休まっている方、様々な過ごし方がある。見た限りでは廃用症候群の拘縮等がある利用者は見当たらない。

養護老人ホームから異動し、私が書物等を通して思い描いていた特養と現実の特養の差をなかなか受け入れられないままに1年が過ぎている。ケアの向上を目指して自分なりに努力してきたつもりではあるが、鳥海副施設長に会いリーダーとしての質の差を痛感させられた。

以前参加させていただいた講演会後の懇親会の場で「すごいリーダーシップですね」と話すと、言下に「だって私は勉強しているもの」との返答を頂いた。今回の施設見学では、質疑応答の中で「出来ないことを人のせいにはしてはいけない」と言われた。強いリーダーシップのもとで、それに応える職員達がいてあじさい荘のケアを展開されてきた、自信に裏打ちされた言葉であろう。

あじさい荘のケアは様々な媒体を通じて公開されており、あの「時の流れ」をその他の施設においても利用者の方々に味わって頂けるかどうかは、私達介護職・看護職の手にかかっている。人のせいにせず、くじけることなく、ケアを積み重ねていきたいものだと考えている。

(成原律子)

(4) 清水坂あじさい荘を訪問して

あじさい荘に入った直後は緊張し、落ち着かないように感じたが、鳥海副施設長のお話を聞き、フロアーを案内され、見学していくなかで、利用者が穏やかで、笑顔がすばらしく、優しい顔をされていて、自然体であることに気づき、ここが利用者様達の「我が家」になっているのだと感じた。また、お話を聞く中で、職員ひとりひとりの利用者を思う介護への意識の強さ、勉強会・研究発表会の実施など積極的に行動し利用者の生活を考えていることなど、自分の日々の実践とは大きな違いがあることを感じた。私も日々、自らのケアを見直し実践を行っているが、今回あじさい荘からとても大切なことを教えていただいたと思う。私に欠けていること、つまり、時間に追われ、仕事に追われ、それを理由に利用者から逃れていることがある、誰のための介護をしているのかをもう一度見直して行きたい。これからは、「利用者にとって」を一番に話し合い、実行して行きたいと思う。

(羽柴妙子)

(5) 清水坂あじさい荘での研修を終えて

清水坂あじさい荘を訪問し、ビデオ視聴等を終えた後に鳥海副施設長のお話を聞き、まず第一に、あじさい荘と私のこれまでの介護ではやっていることが大きく異なると感じた。

最初に聞いたお話で驚いたのが、実際に介護を行うにあたり、介護職自身が利用者の役割を演じ、介護を受けるという体験を行うということであった。例えば、片麻痺の利用者がいらっしゃれば、介護職が片麻痺の利用者の役割を演じ、その過程で舌の動きなどを研究し今後の介護に繋げていくということであった。「利用者の気持ちになってごらん」などと簡単に口では言うことは多いが、自分自身が利用者の役割をとって介護を受けるということは実際に行ったことがなかったため、改めてやらなければならないと認識した。

三大介護といわれる食事・入浴・排泄であじさい荘に特徴的な活動であると感じた点は、排泄については、あじさい荘では一斉排泄を行っていないということ、ベッド上でのオムツ交換はなるべく避けるということ（夜間は睡眠の妨げになるのでオムツを使用することもあるとのこと）であった。一人一人の利用者には個別の排泄のパターンが決まっているにもかかわらず、一人一人の排泄の時間を無視し介護職が勝手に排泄の時間を決め一斉の時間に排泄介助をしている状況を、定時排泄と呼び、利用者の尊厳を無視している施設は多数あるのではないかと思う。自分のしている介護を振り返る本当に良い機会となった。

また、あじさい荘では利用者120人のうち100人は便座、又はポータブルトイレで排尿・排便をして貰っているということ。ベッド上で端座位を取れる利用者は全員ポータブルトイレに誘導していること。本当に利用者の気持ちを考えるならやらなければならないことであり、オムツ交換（パッド交換）は排泄ケアではなく後始末ケアであると聞いた時は、自分の中で本当にその通りだと思った。ただあじさい荘でも屈曲のある人にはオムツを使用しているとのことであった。オムツを使用している理由としては、屈曲のある人に対しリハビリパンツを使用すると、下ろす時に本人の身体に負担になるため、身体に負担が掛からないためにもオムツを使用しているとのことであり、オムツを使用することに関しても利用者の身体の状態を考えながら介護している。

入浴に関しては月曜日～土曜日までを入浴日とし、利用者一人一人がゆったりとくつろげる時間を作っている。入浴こそがワーカーと利用者がコミュニケーションをとる絶好の場でもあることを教わった。機械浴では寝たまま入浴すると耳などにお湯が入り易くなるため、空気枕（100円ショップで売っている）を首の下に置き安全面に配慮している。

食事に関しては基本姿勢が本当に徹底していた。どの使用者も後ろに仰け反って食事をするということがなかった。またハード面でも低床式テーブル（63cm）を使用しており、利用者が皆食事の器の中身が見られるようになっており、低床式テーブルが合わない利用者には高さを調整できるテーブルを使用するなど工夫がなされていた。車椅子を使用している利用者は皆両足が床につく状態になっており、フットレストに足が乗っている利用者はいなかった。両足が床につかない人は椅子台

を使用するなどして食事の基本姿勢を忠実に守っていた。また車椅子の利用者もフットレストがついていない人も多数いた。フットレストがついていると立ち上がりの時などに足を引っ掛けて転倒の恐れがある為に工夫されていた。

あじさい荘の利用者が身体拘束をされていない理由としては、全ての介護（食事・入浴・排泄）に一定した時間がないため、時間にとらわれることなく職員が落ち着いて利用者と接することが出来ていたことがあると思われる。身体拘束者をゼロにするには時間にとらわれないことと、基本的な食事・入浴・排泄が徹底されていることが必須条件であると認識した。鳥海副施設長の言葉で『食事・入浴に関しワーカーは利用者の命のリスクを背負っている』『排泄に関しワーカーは心のリスクを背負っている』という言葉をおぼろげに、自分の回りの環境も変えて行こうと思った。

最後により良いケアを実践していく上で、鳥海副施設長が仰っていた良い施設を見分けるための5つのポイントを直ぐにでも徹底していきたいと思う。

1. 職員が走っていない
2. 職員が大声を出していない
3. 利用者が不穏な表情をしていない
4. 利用者が大声を出していない
5. フロアが臭くない

まず、基本的なこの5つから取り組んでいきたいと思う。あじさい荘の施設見学は、今後の私の介護を考えていく上でとても良い勉強になりました。真に有難うございました。

(仁司直樹)

7) 最後に

今回、清水坂あじさい荘を訪問し、介護方針や内容、およびその決定過程を伺い、ケアの実践を拝見できたことは何よりも貴重な経験であった。実際に訪問する前は、身体拘束の廃止という部分に主として着目していたが、鳥海副施設長のお話を伺わせていただき、施設での利用者さまの生活のご様子や職員のケアの様子を拝見していると、身体拘束の廃止というのは、「暮らしの場に管理は不要」という基本方針の元、鳥海副施設長をはじめとした職員の方々が日々試行錯誤し行っている実践のひとつの結果に過ぎないのではないかと感じた。

また、本施設の訪問を通して、職員の人数が限られているから、などと「できない理由を探す」のではなく、「できるようにどうすれば良いのか」を肯定的に考えるべきであるということを強く感じた。また同時に、施設の立場、介護者の立場で難しいことはできないと考えるのではなく、利用者の笑顔を大事にして介護していくべきという鳥海副施設長の理念も強く感じた。「老いることも捨てたものではない、と思える社会にしていきたい」という副施設長鳥海房枝氏の言葉が大変力強く印象に残っている。

最後に、清水坂あじさい荘の方々や本委員会委員をはじめとした介護職が、介護の実践や工夫を行ううえで少しでも有用な知見を介護・看護学小委員会の活動から積み立てていくことができるように今後とも努力していきたい。

8) 参考文献

- 鳥海房枝：身体拘束廃止への取り組み 私たちのゼロ作戦 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘．看護，54(8)：78-81 (2002)
- 鳥海房枝：特養ホーム現場の改革．Quality Nursing, 6(10)：857-861 (2000)
- 鳥海房枝：縛らない高齢者ケアの実践・身体拘束ゼロへの取り組み．日本在宅ケア学会誌，5(3)：9-12 (2002)
- 鳥海房枝：クレームを最小限にとどめるために家族、ケアマネージャーへの連絡を密に．GPnet, 2002(July)：26-29 (2002)
- 高橋昭彦：暮らしの場・終いの住み処の特養に管理は不要．月刊地域医学，15(9)：632-645 (2001)

5. 平成 15 年度「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」および先行の「痴呆性高齢者の予後追跡調査」に関する原著論文・研究発表予定

平成 15 年度「痴呆の早期発見と早期対応が及ぼす痴呆介護のあり方の変容に関する研究」介護・看護学部会の研究成果、および、先行の「痴呆性高齢者の予後追跡調査」の介護・看護学小委員会の研究成果を平成 17 年度に以下のように発表予定である。

1) 原著論文(in press)

深堀 浩樹, 須貝 佑一, 水野 陽子, 松井 典子, 杉下 知子. 特別養護老人ホーム入所者の家族介護者における精神的健康とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌 2005 ; 52(5) : in press

2) 学会発表(演題登録受理済み)

H Fukahori, Y Sugai, C Sugishita. Care staffs' Views and Experiences about Families of Residents in Nursing Homes in Japan. 7th International Family Nursing Conference ; June 1-4, 2005 : Victoria, Canada

報告書名

平成16年度老人保健健康増進等事業報告書
(高齢者の自立支援及び元気高齢者づくりのための調査研究事業)
認知症（痴呆）の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護のあり方の変容に関する研究
報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
(旧 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話：03 3334 2173 FAX：03 3334 2718
URL <http://www.dcnet.gr.jp/>

発行年月

平成 17 年（2005 年）3 月