

平成 20 年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症介護予防のための
地域支援に関する調査研究事業
報 告 書

平成 21 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

目 次

目 次

第1事業.....	1
「介護予防の観点からみた認知症早期発見とその後の介護保険利用状況の調査研究」事業	
第2事業.....	53
「認知症予防のための住民ボランティア育成と活用に関する調査研究」事業	
委員名簿.....	86

第 1 事業

「介護予防の観点からみた認知症早期発見と
その後の介護保険利用状況の調査研究」事業

事業要旨

事業目的

認知症を早期に発見し、治療に結びつけることが認知症の重症化や重度の要介護状態を予防するとされている。この考え方から各自治体では地域住民の認知症早期発見の取り組みが始まっているが、実際に早期に発見された認知症高齢者がその後どのように処遇され、介護と結びついていったかについては不明な点が多い。本調査研究事業は認知症の早期発見がその後の介護保険利用とどうかかわっていくのかについて調査し、早期発見が介護予防にどのように寄与しているかについて検討することにある。そこで、浴風会病院でこれまで5年間にわたり行われてきた認知症集団検診で発見された早期の認知症高齢者についてその後の処遇、介護保険利用状況を調べるとともに早期発見から介護保険の利用、実際の要介護状態への移行までの推移を分析することとした。なお、早期認知症化は高齢者の普段の生活習慣とどのように関連するかについても併せて調査し、介護予防の観点から日常の生活指導の要点について整理し直すこととした。

事業内容

作業部会の設置と運営。本事業を推進するために、保健福祉医療の専門家8名、研究協力者2名からなる作業部会を設置し、合計3回の作業部会を開催した。

作業部会において、介護保険関連項目に関する事項ならびに頭の検診(生活習慣調査、頭部X線CT、認知機能検査)を中心とした調査の内容ならびに分析について検討した。

事業は、頭の検診を中心として行った。認知症の早期発見と介護保険との関連を検討するために、2002年から継続して行っている頭の検診事業を平成20年9月8日から平成20年10月31日まで実施した。検診内容は、生活習慣調査(生活習慣・活動に関する問診表(2008年版))、認知機能検査(Mini-Mental State Examination)ならびに頭部X線CTを施行した。生活習慣調査の調査項目は、食事、運動、余暇、ソーシャルキャピタル、精神症状(抑うつ、アパシー)、介護保険関連項目を中心としている。なお、生活習慣調査票は、検診前に郵送し、検診時に持参するかたちをとった。また、検診未受診者への調査として、平成21年2月第1週に電話調査を行った。内容は未受診の理由についてである。また、地域住民の対照群として、介護を受けている人の経過について特別養護老人ホーム入所者を対象とし、認知機能を調査した。

事業結果

杉並コホートとして登録(死亡者除外)されている 676 人のうち今年度も調査に同意し、検診ならびに生活習慣調査に来られた人はコホート全体の62%にあたる 420 人(男性 151 人, 女性 269 人)で、平均年齢は 79.6 歳だった。そのうち男性は平均 79.3 歳, 女性は 79.4 歳である。受診者年齢の男女差はみられなかった。

認知機能を調べる簡易知能テスト MMSE の平均は 27.8 点, (男性 28.1 点, 女性 27.6 点)だった。早期発見の鍵となる記憶機能をより深く調べるために追加した物語記憶再生テスト(注 ; 10 点満点)の平均は 7.0 点(男性 7.3 点, 女性 6.9 点)だった。このうち MMSE 総点が 24 点以下は 39 人, 全体の 9.3%に相当し, MMSE の推奨スクリーニングレベル(認知症相当の知的低下レベル)である 23 点以下は 28 人, 6.7%だった。これを男女別にみると 23 点以下は男性 4.6%に対して女性は 7.8%を占め, 認知レベルの低下は女性が優位であった。

頭部 X 線 CT 検査は 416 人受診し, 視察画像上で①異常なし②年齢相応の脳萎縮③やや目立つ脳萎縮 ④わずかな脳血管障害⑤脳梗塞像など明らかな脳血管障害あり, で区分した。その結果, ①の異常なしは 86 人, 全体の 20.7%②の年齢相応の脳萎縮のみられる人は 256 人, 全体の 61.0%で, この両者で 82%を占めた。③明らかに目立つ脳萎縮は 33 人にみられ, 全体の 7.9%であった。④何らかの脳血管障害が見つかる人は 41 人(9.8%)となっている。2007 年度検診受診者のうち, 今年度検診未受診者は 67 名であった。

介護保険制度については, 介護保険を知っているものは 397 名(94.5%)でほぼ周知されていたが, 介護認定を受けていたものは, 420 名中 75 名(17.9%)であった。また, MMSE が 24 点以下でも介護認定を受けていないものが半数以上いた。

事業の成果

介護保険制度については認識しているものの, MMSE が低い者も介護認定の申請を予定していないものが 26%いた。脱落群の調査結果から考えると, MMSE 得点が低い者は, 身体症状や精神症状の問題を抱えているものも多く, 今後, この頭の検診の結果から, 介護認定の申請に繋げることも必要であると考えられる。

1. 事業のねらい

認知症の早期発見は即早期治療に結びつき、疾患の進行防止、遅延に有効とされているが、認知症介護予防の観点から見た場合、認知症の早期発見事業がその後の認知症の重症化や要介護状態への移行にも何らかの形で影響を与えるのかどうかについて調査する必要があると思われる。

各自治体では濃淡はあっても地域住民の認知症早期発見の取り組みが始まっているが、実際に早期に発見された認知症高齢者がその後どのように処遇され、介護と結びついていったかについてはなお不明な点が多い。本調査研究事業は認知症の早期発見がその後の介護保険利用とどうかかわっていくのかについて個別調査し、早期発見が介護予防にどのように寄与しているのかについて明らかにすることにある。

2. 事業の経過

2-1. 作業部会の設置と運営

本事業を推進するために、保健福祉医療の専門家8名、研究協力者2名からなる作業部会を設置し、合計3回の作業部会を開催した。

作業部会において、介護保険関連項目に関する事項ならびに頭の検診を中心とした調査の内容ならびに分析について検討した。

2-2. 頭の検診事業

認知症の早期発見と介護保険との関連を検討するために、2002年から継続して行っている頭の検診事業を平成20年9月8日から平成20年10月31日まで実施した。

検診内容は、生活習慣調査(生活習慣・活動に関する問診表(2008年版))、認知機能検査(Mini-Mental State Examination)ならびに頭部X線CTを施行した。生活習慣調査の調査項目は、食事、運動、余暇、ソーシャルキャピタル、精神症状(抑うつ、アパシー)、介護保険関連項目を中心としている。なお、生活習慣調査票は、検診前に郵送し、検診時に持参するかたちをとった。また、検診未受診者への調査として、平成21年2月第1週に電話調査を行った。内容は未受診の理由についてである。また、地域住民の対照群として、介護を受けている人の経過について特別養護老人ホーム入所者を対象とし、認知機能を調査した。

2-3. 研究事業上の倫理的配慮

本事業の倫理面については、認知症介護研究・研修東京センターに設置される倫理委員会の審査と承認を受け実施した。

頭の検診事業への参加者に対しては、事前に郵送にて検診の案内ならびに生活習慣調査票を送付しており、研究の一環としての事業への参加同意について検診参加をもって同意することを明記し、参加者は研究への参加に同意したと見なした。なお、特別養護老人ホームの入所者ならびに電話調査対象者については、研究スタート時に研究への同意を文書ならびに口頭にて得ている。

サブテーマ：地域での認知症早期発見の方法としての集団検診の利用と分析方法

我々の調査研究事業の研究基盤となっている杉並コホートの「頭の検診」の 20 年度の概況について報告するとともに、本事業の目的の一つである地域での認知症早期発見の方法としての集団検診の利用の仕方、分析方法等について、過去のデータを参照しながら述べてみたい。

1. 平成 20 年度検診概況

杉並コホートとして登録(死亡者除外)されている 676 人のうち今年度も調査に同意し、検診ならびに生活習慣調査に来られた人はコホート全体の 62%にあたる 420 人(男性 151 人, 女性 269 人)で、平均年齢は 79.6 歳だった。そのうち男性は平均 79.3 歳, 女性は 79.4 歳である。受診者年齢の男女差はみられなかった。

認知機能を調べる簡易知能テスト MMSE の平均は 27.8 点, (男性 28.1 点, 女性 27.6 点)だった。早期発見の鍵となる記憶機能をより深く調べるために追加した物語記憶再生テスト(注 ; 10 点満点)の平均は 7.0 点(男性 7.3 点, 女性 6.9 点)だった。このうち MMSE 総点が 24 点以下は 39 人, 全体の 9.3%に相当し, MMSE の推奨スクリーニングレベル(認知症相当の知的低下レベル)である 23 点以下は 28 人, 6.7%だった。これを男女別にみると 23 点以下は男性 4.6%に対して女性は 7.8%を占め, 認知レベルの低下は女性が優位であった。

頭部 X 線 CT 検査は 416 人受診し, 視察画像上で①異常なし②年齢相応の脳萎縮③やや目立つ脳萎縮 ④わずかな脳血管障害⑤脳梗塞像など明らかな脳血管障害あり, で区分した。その結果, ①の異常なしは 86 人, 全体の 20.7%②の年齢相応の脳萎縮のみられる人は 256 人, 全体の 61.0%で, この両方で 82%を占めた。③明らかに目立つ脳萎縮は 33 人にみられ, 全体の 7.9%であった。④何らかの脳血管障害が見つかる人は 41 人(9.8%)となっている。

今回の検診結果を総合して認知レベルを評価するために頭部 X 線 CT の所見とは切り離して, MMSE の総点で 24 点以下群を「C」, 25 点から 28 点までの軽度失点群を「B」, 29 点から 30 点までの正常点通過群を「A」として区分した。これと物語記憶再生テストの結果を 4 点以下と 5 点以上のスクリーニングラインで切り, 4 点以下を「B」5 点以上を「A」として区分し, MMSE 結果区分と物語再生テスト結果区分を組み合わせで認知レベルを評価した。

その結果, 正常群に相当すると見なせる AA 群は 270 人(64.3%)だった。正常群と近いが何らかの失点で軽度の認知レベル低下があった, とみなせる AB, BA, 群は

94 人(22.3%)だった。一方, より認知レベルが低下している BB, CA, 群は 28 人(6.7%), 認知症レベルとみなせる群である CB 群は 27 人(6.4%)だった。

検診受診者には郵送で結果を通知し, AA 群は「問題ありません」AB, BA 群には「軽い衰えはありますが, 年齢の範囲内」BB, CA, CB 群については「やや衰えが目立ち, より精密な検査が必要な場合があります」として別途, 浴風会病院等認知症専門外来の受診を勧めた。

2. 経年受診によって認知症早期発見は可能か

2003 年の「頭の検診」受診者をベースラインとして 2008 年の検診まで 5 年間, 連続, あるいは断続して受診した人は 235 人である。この継続群の分析を進めているところであるが, その解析目標は次のように設定している。

- 1) 高齢者の物忘れの自覚症状は 5, 6 年先の認知症, 認知レベル低下を予測させるかどうか。
- 2) 初回, ベースライン受診時の MMSE 総得点に軽度の失点がある群(25 点から 29 点)の 5, 6 年先の予後はどうか。失点特徴たとえば, 計算項目, 記憶再生項目, など下位項目の失点で差がでるかどうか。
- 3) 初回 MMSE で満点群であって, 5, 6 年先に認知症化した人の特徴は何か。
- 4) MMSE とは別に実施している「物語記憶再生テスト」のベースライン成績は 5, 6 年先の認知レベルの低下の予測標識となるかどうか。
- 5) 初回受診時の時計描画テストの結果と MMSE との相関, ならびに 5, 6 年先の認知症化リスクと関連するかどうか。
- 6) 初回受診時の頭部 X 線 CT 所見で, 萎縮なし, 年齢相応群, 明らかな脳萎縮を示す群で 5, 6 年先の認知症化のリスクに差があるかどうか。
- 7) 初回受診時の頭部 X 線 CT 所見で, 海馬の萎縮をよく反映するといわれる測脳室下角の拡大程度は 5, 6 年先の認知症化のリスクとなるかどうか。
- 8) 初回受診時の頭部 X 線 CT 上の脳虚血性変化の有無は認知レベルと関連するかどうか。

このうち 2003 年検診では物忘れの自覚症状として①名前②漢字③日付④物忘れの程度を自覚症状として尋ね集計している。程度は「ほとんどない」「ときどきある」「ひどい」の 3 段階で分け回答してもらっている。この結果と 5 年後の 2008 年に実施した MMSE, 物語記憶再生テストの結果をみているが, いずれの項目でも物忘れの自覚症状と 5 年後の認知レベルとは相関がなく物忘れの自覚症状の強さは先々の認知症化のリスクとはなっていなかった。同様の方法で 2 から 8 までの関心領域を解析中である。

サブテーマ：高年者健診時に実施した頭部 CT の同一症例における 6 年の経過

【目的】 高年者健診時に脳の検診を希望する群の頭部 CT 所見を連続して 6 年間観察し、生理的な老化現象がどのように CT に反映されるか把握した。

【方法】 対象は 2002 年の高年者健診時に、頭部 CT 検査を自主的に受けた 363 例平均 74 歳(65-94 歳)について、その後 6 年間の CT 所見を、年度ごとに同一症例を調査した。

CT 所見は PVL(Periventricular lucency) の出現程度、脳萎縮度、脳室拡大度、脳回萎縮度、について肉眼による 5 段階分類(1:-, 2:±, 3:+ 4:++, 5:+++)を実施し、それぞれについて同一症例の全体(65-94 歳)、前期高齢者(65 - 74 歳)、後期高齢者(75-84 歳)に分類し比較した。

【結果および考察】

1)6 年間の被験者例数の推移は 1 年後に初回の 63%に減少し、その後 2 年から 5 年後はほぼ同様で 6 年後は 44%で、その間の例数と年齢の詳細は下記のごとくであった。

02 年 363 例	平均 74.4±5.8 歳	65～94 歳	
03 年 229 例	平均 75.7±5.7 歳	66～96 歳	年齢は 02 年で有意に高い(p<0.001)。63.1%
04 年 224 例	平均 76.0±5.4 歳	66～96 歳	61.7%
05 年 195 例	平均 76.7±5.5 歳	67～97 歳	53.7%
06 年 208 例	平均 77.6±5.3 歳	68～98 歳	57.3%
07 年 212 例	平均 78.6±5.5 歳	69～99 歳	58.4%
08 年 158 例	平均 79.6±5.6 歳	70～100 歳	43.5%

対象群 06 年、07 年が 05 年より増加しているのは、02 年に登録したが、その後毎年受けている症例と、年度によっては検査を受けず、間隔をおいて検査を受けている症例もあるため、年度の経過で一方向的に減少している訳ではなかった。

1 年後に受診した例数が、急に減少した理由は明確でないが、初年度は興味本位で受け、一度経験した後、自分が予想していた検診と相違したため、2 年目は健康状態とは関係なしに、受診しない症例が増加していると考えられた。それは 06 年、07 年に、再度受診している症例の存在からも予想された。

2)初回は CT で何らかの病巣を有する症例が 25%で、その後 6 年間は約 80%が単なる脳萎縮のみが継続しており、この結果から今研究の脳萎縮、脳室拡大、脳回萎縮、PVL の

変化は、生理的な老化現象を表しているものと考えられた。

3)脳萎縮変化は1年後の特殊な脱落例を除くと、3年後以降で初年度より有意な進行であった($p<0.001$)。前期高齢者と後期高齢者に分類すると、前期は2年後、後期は5年後から有意であった。

生理的な老化によるCTの脳萎縮変化は、02年との比較では1年後すでに有意な進行が認められ、その後は3年後から有意な進行であった。しかし脳萎縮5段階評価のMann-Whitney検定で前年度より有意な相違を示したのは1年後のみであった。

前期高齢者の脳萎縮5段階評価で、Mann-Whitney検定で明確に連続的に萎縮進行が観察されるには、1年後以降であった。しかし1年後は上述した特殊事情があったことを考慮すると、結局2年後以降と考えられる。後期高齢者の脳萎縮は、02年から1年後と5年後、6年後でMann-Whitney検定では有意の脳萎縮進行は認められているが、2、3、4年の経過では有意差は示されなかった。

以上の結果から、脳萎縮は前期高齢者の年齢が低い時期に進行し、後期高齢者では既にある程度萎縮が進行しているためか、その時点からの明確な萎縮進行には、5年以上の経過が必要であると考えられた。

4)PVLは全体的には初年度に比し6年間で経年的な変化はなかった。しかし後期高齢者では5年の経過で有意に進行した($p<0.02$)。

PVLの程度は02年に比し、対応する二群では3年後(05年)と5年後(07年)で有意な進行が観察されたが($p<0.01$)、経年的な変化は認められなかった。これらはCT画像作成の条件が、その評価に影響していると思われた。対応ある二群の検定でPVLの程度は前期高齢者では6年の経過で有意な変化はなかったが、後期高齢者に限局して検討すると、その進行は5年の経過で有意な進行が認められた($P<0.02$)。これはPVLの出現が、前期レベルの年齢では影響は少ないが、80歳に近い高齢ほど出現し易い傾向が認められた。

5)脳室拡大は3年後以降で初年度より有意な進行が認められた($p<0.001$)。しかし後期高齢者では6年間でMann-Whitney検定では有意の拡大はなかった。

生理的な老化によるCTの脳室拡大は、02年に比し有意に進行しており($p<0.002\sim0.0001$)、脳室拡大5段階評価の、Mann-Whitney検定で明確に相違が観察される

のも、脳萎縮と同様に、3年後以降であった。

-前期高齢者の脳室拡大について

前期高齢者の脳室拡大は、Mann-Whitney 検定でも3年後05年からは、有意な進行が認められた。しかし前年度との比較では、1(04)年目と3(05)年目で有意な相違を示すのみであった。

-後期高齢者の脳室拡大について

後期高齢者の脳室拡大は、02年から08年の6年間でMann-Whitney 検定では有意の拡大は認められていない結果である。

前期高齢者の脳室拡大では、Mann-Whitney 検定で3年後以降有意な進行が認められた。しかし後期高齢者の脳室拡大は、02年から08年の6年間で有意の拡大は認められなかった。このことは脳室拡大が、前期高齢者の段階である程度進行してしまい、その後の後期高齢者の年代では、変化が少ないと考えられた。

6)脳回萎縮は初年度と対応ある2群の検定では、1年後より有意な進行であった($p < 0.0001$)。前期と後期で経年変化をみると両群ともほぼ同様にMann-Whitney 検定で明確に相違が観察されるのは4年後以降であった。各年度の脳回萎縮の5段階評価の詳細は下記のごとくである。

02年 224 例脳回萎縮の平均——平均 2.65 ± 0.57

03年 224 例脳回萎縮の平均——平均 2.81 ± 0.61 02年に対して有意の差 ($p < 0.0001$)

04年 220 例脳回萎縮の平均——平均 2.67 ± 0.58 02年に対して有意の差 ($p < 0.01$)

05年 192 例脳室拡大の平均——平均 2.72 ± 0.58 02年に対して有意の差 ($p < 0.01$)

06年 205 例脳回萎縮の平均——平均 2.87 ± 0.58 02年に対して有意の差 ($p < 0.0001$)

07年 209 例脳回萎縮の平均——平均 2.90 ± 0.56 02年に対して有意の差 ($p < 0.0001$)

08年 209 例脳回萎縮の平均——平均 2.87 ± 0.66 02年に対して有意の差 ($p < 0.0001$)

脳回萎縮5段階評価で明確に相違が観察されるには、4年後以降であった。

-前期高齢者の脳回萎縮について、

Mann-Whitney 検定では、前期高齢者における 02 に比し脳回萎縮が 1 年後、その後 4, 5, 6 年後で有意な萎縮が認められている。

-後期高齢者の脳回萎縮について、

Mann-Whitney 検定では、後期高齢者における 02 に比し脳回萎縮が 1 年後、その後 4, 5, 6 年後で有意な萎縮が認められている。

脳回萎縮 5 段階評価を前期高齢者と後期高齢者に分類して、経年変化をみると、両群ともほぼ同様に、Mann-Whitney 検定で明確に相違が観察されるのは、やはり 1 年後と 4 年後以降であった。前述したごとく 1 年目の特殊性を除くと、前期、後期関係なく、高齢者の脳回萎縮は 4 年位の経過で表面化してくることが考えられた。

【結論】 任意に脳検診を希望する群で生理的な老化現象を CT 所見で観察すると、全体的な脳萎縮は年々進行し、その過程では脳室拡大が先行し脳回萎縮は徐々に出現する経過であった。PVL は後期高齢者でのみ、加齢により増強した。

2009 年 6 月 第 51 回日本老年医学会学術集会にて発表予定です。

サブテーマ：生活習慣・活動が在宅高齢者の認知機能に及ぼす影響

【背景・目的】認知症の発症とその進行は、高齢者の健康寿命に影響を及ぼす一因子として知られている。認知症疾患の多くは治療が困難なことから、その事前予防や早期発見が重要視されつつある。また本邦において、生活習慣が将来の認知機能にどのような影響を与えるかどうかを検討した前向きな研究はほとんど報告されてない。

我々は2003年度から2005年度にかけて、浴風会病院の高齢者検診を受診した杉並区在住の60歳以上の在宅高齢者を対象に、「生活習慣・活動に関する問診表」を配布し、自記式アンケート調査を行うとともに、Mini-Mental State Examination(以下、MMSEと略称する。)による認知機能測定を行った。この3年間に蓄積されたデータをベースラインとした。

2008年度の研究は、このベースラインを基に、MMSEと在宅高齢者の生活習慣・活動との関連を横断的に検討し、高齢者の知的レベルに影響を与える要因を探ることを目的とした。

【対象・方法】ベースラインデータに登録されている高齢者を対象に、2008年9月から10月にかけて「生活習慣・活動に関する問診表(2008年版)」(以下、「問診表」と略称する。)を配布し、自記式質問票調査を実施した。また、頭部検診時に問診表の回収とともに、MMSEによる認知機能測定を行った。

解析対象としては、2008年度に問診表の回収とMMSEの測定がともに行われた対象者のみとした。MMSEの得点は、24点以下、25～27点、28点以上と3群に分け、MMSE各群と生活習慣の各項目のカテゴリとの独立性を、 χ^2 検定を用いて検討した。

【結果】問診表の回収とMMSEの測定がともに行われた対象者は420名(男性40.0%、女性60.0%)で、平均年齢は 79.6 ± 5.3 歳であった。MMSEの得点の分布はそれぞれ24点以下が39名(10.0%)、25～27点は96名(20.0%)、28点以上は285名(70.0%)であった。

図1で示しているように、MMSEが24点以下の群で女性が8割以上を占めている。

回答者のうち、MMSEが24点以下の群では32%近くの回答者は「一日のうちで30分以上歩くこと」が「ほとんど」なかった(図2)。

MMSEの得点が28点以上の群では日常的に読書を「よくする」回答者が37.1%で、「ほとんどしない」回答者は7.9%であるのに比べ、MMSEが24点以下の群では、読書を「よくする」回答者はわずか7.8%程度で、逆に「ほとんどしない」回答者が39.5%

も占めていた(図 3)。

また、MMSE 得点が 24 点以下の群では、CD、レコードなど音楽を「ほとんど聴かない」回答者が 5 割以上で、「毎日聞く」回答者はわずかが 5%程度だったのに比べ、MMSE 得点が 28 点以上の群では「ときどき聞く」と「毎日聞く」回答者が 4 割以上を占めていた(図 4)。

図 5 で示しているように、MMSE 得点が 24 以下の群では、9 割近い回答者がパソコンや携帯電話の電子メールを「ほとんど使わない」と対照的に、MMSE 得点が 28 点以上の群では、16.9%の回答者が「ほぼ毎日」電子メールを使っていた。

【結論】今回の横断研究で、運動頻度、読書、音楽、電子メールの項目は、認知機能と関連があることが明らかになった。

図 1 MMSE と性別

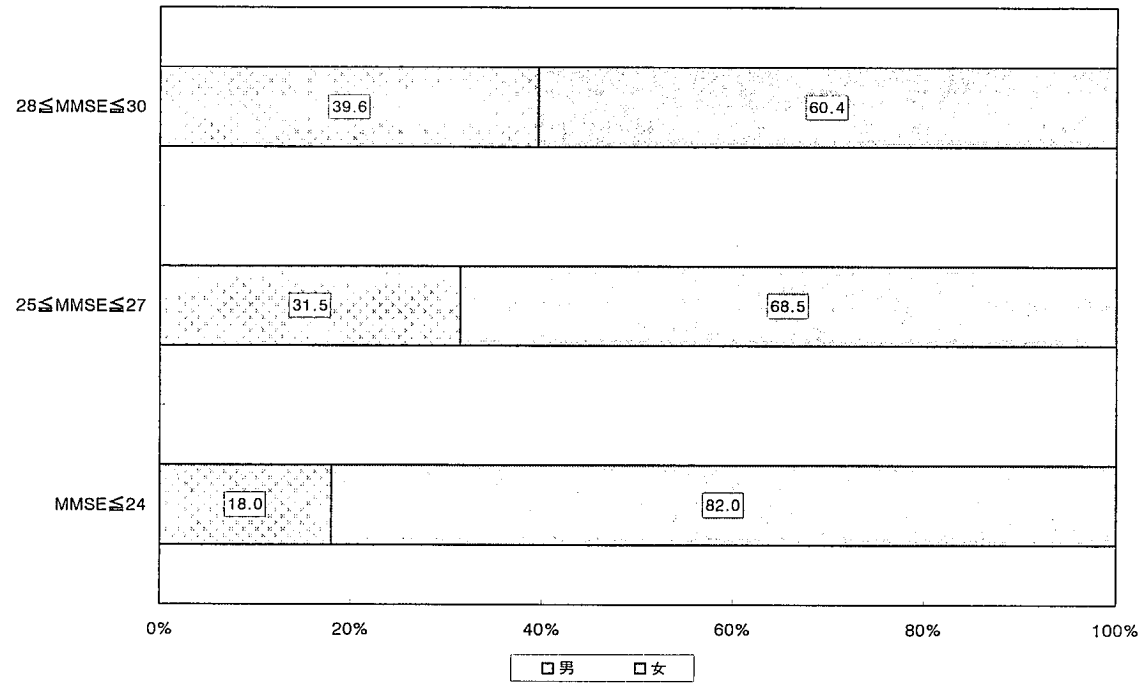


図2 MMSEと運動頻度

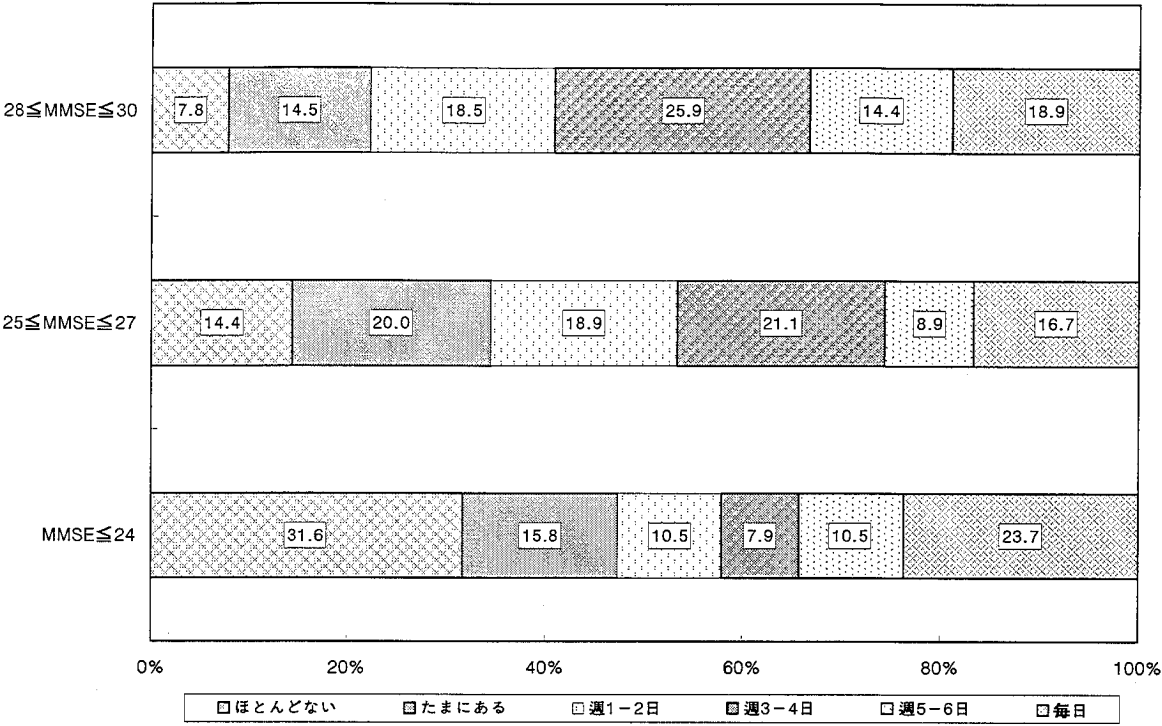


図3 MMSEと読書

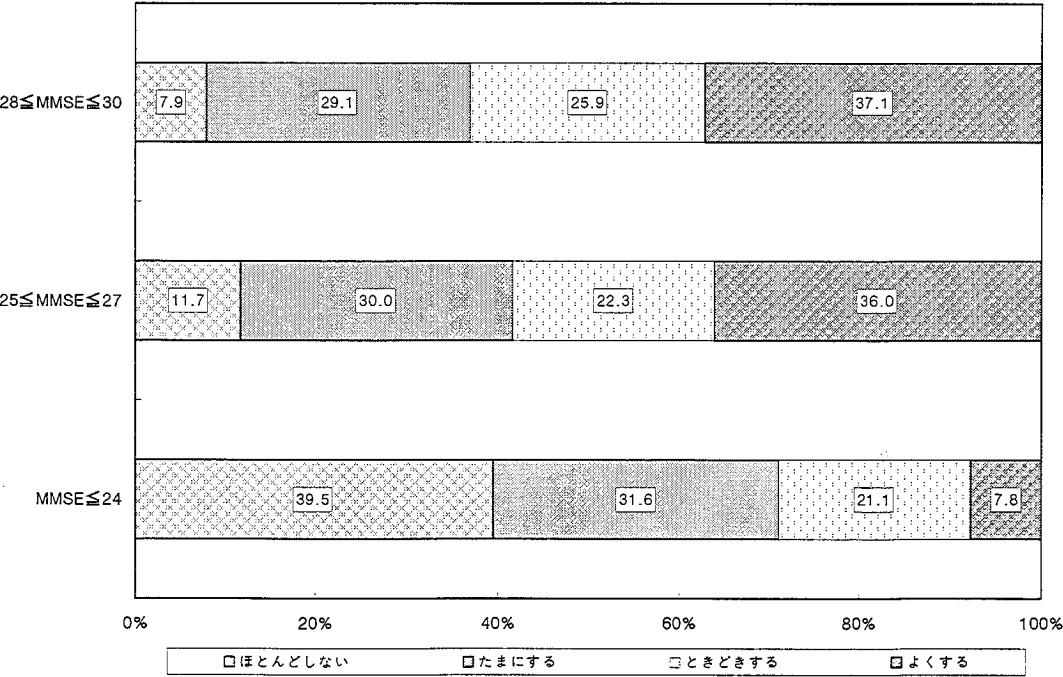


図 4 MMSEと音楽

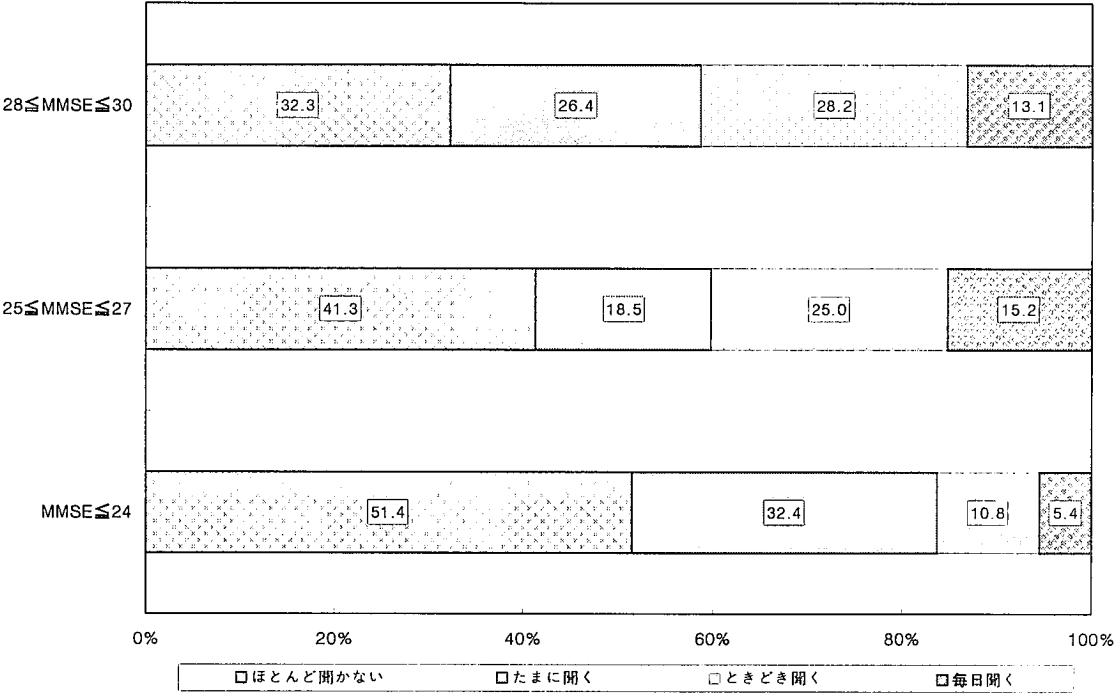
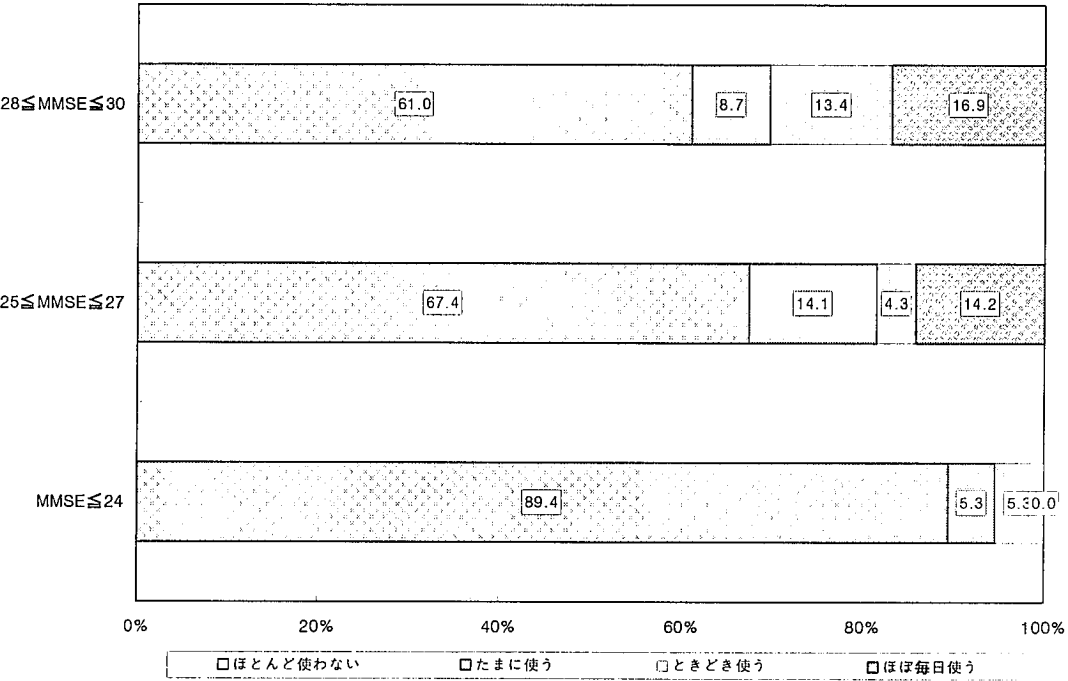


図 5 MMSEと電子メール



サブテーマ：地域在住高齢者の認知機能と食生活、ソーシャルキャピタルとの関連

【背景】 高齢者の認知機能に対して、過度の飲酒や生活習慣が影響を及ぼす可能性が示唆されており、われわれが対象としている集団についてもその可能性があるかどうかを断面的に検討することを目的とした。

【方法】 2008年に浴風会病院の高齢者健診を受診した杉並区在住の60歳以上の高齢者を対象に、飲酒・食生活およびソーシャルキャピタル測定用の質問項目を含めた生活習慣を調査するとともに、Mini Mental State Examination(MMSE)によって認知機能を臨床心理士が測定した。これらの内、MMSEの測定を受け、生活習慣調査に回答した420名(男性；167名，女性；285名，67～100歳， 79.5 ± 5.3 歳)を本報告の解析対象とした(表1)。

認知機能に関しては、MMSE得点が24点以下を認知機能低下と分類し、28点以上を異常なしと分類した。

MMSEによる認知機能の状態と飲酒、食生活、ソーシャルキャピタルとの関連を χ^2 検定によって検討した。

【結果】 対象者のMMSE得点分布は、24点以下；9.3%(60・70歳代；4.6%，80歳以上；14.4%)，25～27点；22.9%(60・70歳代；19.3%，80歳以上；26.7%)，28点以上；67.9%(60・70歳代；76.1%，80歳以上；58.9%)であり、年齢が上がるにしたがって、MMSEからみた認知機能異常なしの割合は減少していた(図1)。

対象者の飲酒量は、ほとんど飲まない；279名(67.1%)，1日当たり1合以下；90名(21.6%)，1日当たり1ドリンクより多い；47名(11.3%)であった。飲酒量とMMSE分布の関連では、飲酒量が多くなるに従い、MMSE24点以下の者の割合が低い傾向が見られたが、統計学的には有意ではなかった(表2)。

各食品の摂取頻度とMMSE得点の関連を表3に示したが、有意な関連が認められたものはなかった。

『一般的に人は信頼できると思いますか?』という問に対する回答分布を表4に示した。『ほとんどの人は信頼できる』と『注意するに越したことはない』の中間であると回答した割合が最も高く(44.4%)，中間より信頼できる方に寄った回答をした割合(32.8%)が，それとは反対方向の回答した割合(22.8%)よりやや高かった。一般的な人への信頼とMMSEとの間には関連においては，信頼できると考えている者の方のMMSE正常者割合が有意に高かった。

『旅先や見知らぬ土地で出会う人は信頼できると思いますか?』という問に対する回答分布を表5に示した。『ほとんどの人は信頼できる』と『注意するに越したことはない』の中間であると回答した割合が最も高く(37.6%), 中間より信頼できる方に寄った回答をした割合(29.1%)が, それとは反対方向の回答した割合(33.4%)よりやや低かった。見知らぬ土地での人への信頼が低くなるにつれ, MMSE スコアが24以下の者の割合が高くなる傾向がみられた。

近所とのつきあいの程度の分布を表6に示した。近所とのつきあいが「日常的に立ち話をする程度」が最も多く(59.7%), 次いで, 「あいさつ程度の最小限のつきあい」(24.0%), 「生活面で協力」(16.3%)であった。男女別には, 女性の方が男性より近所とよくつきあっていた。近所のつきあいの程度とMMSEとは関連がみられ, MMSE得点が24以下の者の方が, 近所とのつきあいが少なかった。

近所でつきあっている人の数の分布を表7に示した。近所でつきあっている人の数は, 「5～19人」が最も多く(54.3%), 次いで, 「4人以下」(31.2%), 「20人以上」(13.1%)であり, 「となりが誰かも知らない」のは1.5%であった。MMSE得点が24以下の者の方が, つきあいの人数も少なかった。

【結論】 これまでに実施した断面的検討において, 飲酒に関しては, 認知機能と飲酒量の間に関連がみられ, 全く飲まない者においてMMSE24点以下の者の割合が高かった。今回の検討においては, 統計学的には有意ではないが, 同様の傾向がみられた。今後, 前向き研究のデザインでの検討を行うことが必要である。

食品摂取頻度においては, MMSE との関連は認められなかったが, これまでに実施した検討においては, いくつかの食品の摂取頻度とMMSE得点の関連が認められており, 飲酒同様, 今後, 前向き研究のデザインでの検討を行うことが必要と考えられる。

MMSE得点が24以下の人では, 近所とのつきあい頻度が低い割合が高く, 人を信頼しない傾向が見られ, ソーシャルキャピタルの内, 一般的な社会的信頼やつきあい・交流が認知機能と関連することが示唆された。この点についても, 今後, 前向き研究のデザインでの検討を行うことが必要と考えられる。

表1 対象者の性・年齢分布

性別	年齢階級(歳)			合計	平均	S.D.	最小	最大
	60-	70-	80-					
男性	1	77	73	151	79.3	4.9	67	95
(%)	0.7	51.0	48.3	100.0				
女性	2	138	129	269	79.7	5.6	68	100
(%)	0.7	51.3	48.0	100.0				
合計	3	215	202	420	79.5	5.3	67	100
(%)	0.7	51.2	48.1	100.0				

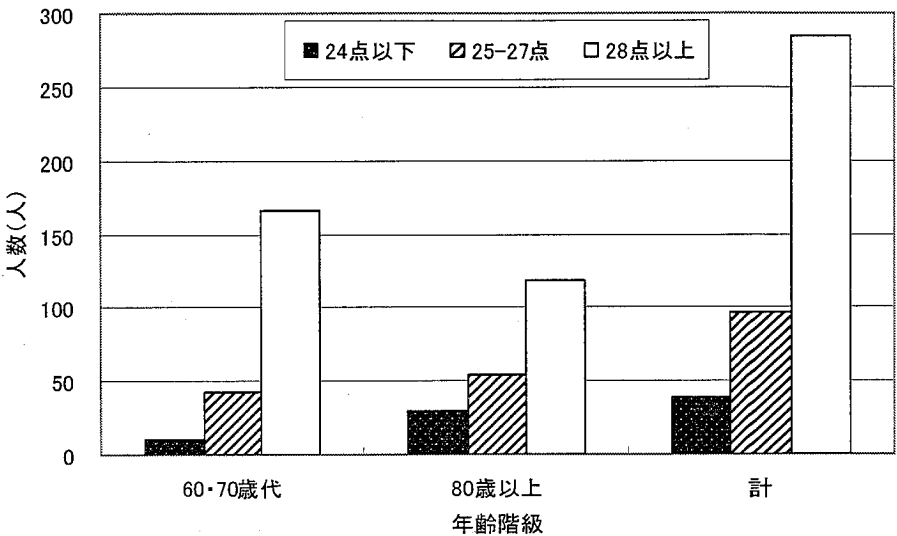


図1 年齢階級別MMSE得点分布

表2 飲酒状況とMMSE得点の関連

	MMSE得点			p value
	28-30 (n=282) %	25-27 (n=96) %	24≥ (n=38) %	
ほとんど飲まない	66.0	22.9	11.1	0.0618
1合／日以下	65.6	28.9	5.5	
1合／日より多い	82.9	12.8	4.3	

表3 MMSE得点と食品摂取頻度の関連(1)

食品摂取頻度	MMSE 得点			p 値
	28-30 %	25-27 %	24≦ %	
鶏肉				
たまに食べる	68.1	23.0	8.9	0.9802
1～2日/週	68.3	23.0	8.7	
3日/週以上	67.9	20.8	11.3	
牛肉				
たまに食べる	64.4	23.0	12.6	0.0899
1～2日/週	66.7	24.2	9.1	
3日/週以上	80.2	14.3	5.5	
豚肉				
たまに食べる	65.5	23.7	10.8	0.3499
1～2日/週	74.2	19.7	6.1	
3日/週以上	66.7	19.0	14.3	
鮮魚				
たまに食べる	60.0	28.6	11.4	0.5405
1～5日/週	71.1	20.4	8.5	
ほぼ毎日以上	63.2	26.3	10.5	
ひもの				
たまに食べる	66.4	23.4	10.3	0.4011
1～2日/週	71.9	21.9	6.1	
3日/週以上	59.5	24.3	16.2	
牛乳				
たまに飲む	65.0	24.0	11.0	0.9287
1～5日/週	68.8	21.9	9.4	
ほぼ毎日以上	69.4	22.3	8.3	
乳製品(チーズ、バター等)				
たまに食べる	64.2	25.2	10.6	0.4831
1～5日/週	73.3	19.3	7.4	
ほぼ毎日以上	72.4	19.0	8.6	
海草				
たまに食べる	65.0	27.0	8.0	0.7312
1～5日/週	69.1	21.1	9.9	
ほぼ毎日以上	70.5	19.3	10.3	
緑黄色野菜				
2日/週以下	58.7	34.8	6.5	0.1701
3～5日/週	72.2	22.2	5.6	
ほぼ毎日以上	69.2	20.5	10.3	

表3 MMSE得点と食品摂取頻度の関連(2)

食品摂取頻度	MMSE 得点			p 値
	28-30 %	25-27 %	24≥ %	
その他の野菜				
2日/週以下	67.1	27.1	5.7	0.4866
3～5日/週	73.3	20.0	6.7	
ほぼ毎日以上	69.7	19.9	10.4	
漬け物				
たまに食べる	73.0	18.9	8.2	0.5885
1～5日/週	63.0	26.9	10.2	
ほぼ毎日以上	69.5	21.5	9.0	
いも類				
たまに食べる	66.7	24.6	8.7	0.8058
1～5日/週	68.9	22.7	8.4	
ほぼ毎日以上	69.1	18.2	12.7	
豆腐				
たまに食べる	64.2	28.4	7.5	0.521
1～5日/週	68.2	22.4	9.4	
ほぼ毎日以上	73.4	15.6	10.9	
納豆				
たまに食べる	63.7	25.1	11.2	0.3042
1～5日/週	73.0	19.6	7.4	
ほぼ毎日以上	75.0	17.2	7.8	
柑橘類				
たまに食べる	71.0	20.2	8.9	0.9342
1～5日/週	67.0	24.4	8.6	
ほぼ毎日以上	69.6	21.5	8.9	
卵				
たまに食べる	65.8	22.4	11.8	0.8153
1～5日/週	67.4	22.9	9.7	
ほぼ毎日以上	72.8	19.4	7.8	
ヨーグルト				
たまに食べる	65.1	25.4	9.5	0.3689
1～5日/週	65.6	23.5	10.9	
ほぼ毎日以上	74.8	17.4	7.7	
みそ汁				
たまに食べる	71.0	21.0	8.0	0.7243
1～5日/週	65.8	26.0	8.2	
ほぼ毎日以上	69.1	20.4	10.5	

表4 『一般的に人は信頼できると思いますか?』に対する回答分布

		ほとんどの人は信頼できる 1・2	3・4	5(両者の中間)	6・7	注意するに越したことはな 8・9	計	χ^2	p value
MMSE	28-30 (%)	41 15.5	58 22.0	116 43.9	20 7.6	29 11.0	264 100.0	16.447	0.0364
	25-27 (%)	9 11.0	11 13.4	34 41.5	11 13.4	17 20.7	82 100.0		
	24以下 (%)	4 12.5	1 3.1	18 56.3	3 9.4	6 18.8	32 100.0		
	計 (%)	54 14.3	70 18.5	168 44.4	34 9.0	52 13.8	378 100.0		

表5 『「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人は信頼できると思いますか?』に対する回答分布

		ほとんどの人は信頼できる 1・2	3・4	5(両者の中間)	6・7	注意するに越したことはな 8・9	計	χ^2	p value
MMSE	28-30 (%)	32 12.2	54 20.6	101 38.5	23 8.8	52 19.8	262 100.0	17.787	0.0229
	25-27 (%)	5 6.1	13 15.9	29 35.4	5 6.1	30 36.6	82 100.0		
	24以下 (%)	3 9.7	2 6.5	11 35.5	6 19.4	9 29.0	31 100.0		
	計 (%)	40 10.7	69 18.4	141 37.6	34 9.1	91 24.3	375 100.0		

表6 近所とのつきあいの程度

		生活面で 協力	日常的に 立ち話を する程度	あいさつ 程度の最 小限のつ きあい	計	χ^2	<i>p</i> value
MMSE	28-30	41	170	52	263	23.253	0.0001
	(%)	15.6	64.6	19.8	100.0		
	25-27	18	41	20	79		
	(%)	22.8	51.9	25.3	100.0		
	24以下	2	13	18	33		
	(%)	6.1	39.4	54.5	100.0		
計		61	224	90	375	23.253	0.0001
(%)		16.3	59.7	24.0	100.0		

表7 近所でつきあっている人の数

		かなり多 くの人と 面識・交 流がある (概ね20 人以上)	ある程度 の人と面 識・交流 がある (概ね5～ 19人)	ごく少数 の人とだ け面識・ 交流があ る(概ね4 人以下)	となりの 人がだれ かも知ら ない	計	χ^2	<i>p</i> value
MMSE	28-30	35	161	75	2	273	18.567	0.0050
	(%)	12.8	59.0	27.5	0.7	100.0		
	25-27	10	46	30	3	89		
	(%)	11.2	51.7	33.7	3.4	100.0		
	24以下	7	9	19	1	36		
	(%)	19.4	25.0	52.8	2.8	100.0		
計		52	216	124	6	398	18.567	0.0050
(%)		13.1	54.3	31.2	1.5	100.0		

サブテーマ：地域在住高齢者の認知機能に及ぼす生活習慣の影響

【背景】認知症高齢者の増加傾向がますます顕著になり、そのケアが社会全体の負担になりつつある。また、認知症疾患の多くは治療が困難なことから、その早期発見が重要視されてきている。過度の飲酒などをはじめとして、生活習慣が認知機能低下と関連する可能性は疑われているが、本邦において生活習慣が将来の認知機能にどのような影響を与えるかどうかを調べた前向き研究はほとんど報告されていない。

我々は2003年度から2005年度にかけて、浴風会病院の高齢者検診を受診した杉並区在住の60歳以上の高齢者を対象に、「生活習慣に関する問診表」（以下、「問診表」）にて、自記式質問票調査を実施するとともに、Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）による認知機能測定を行った。この3年間のベースラインとし、いずれかの検診に参加した方を対象者として今後追跡研究を行う「浴風会コホート（仮称）」を設定した。

本研究では、今後前向き研究を行っていくための予備的な研究として、ベースラインの3年間の中での生活習慣（2003年度）とその後のMMSE（2008年度）の短期的な関係を調べることを目的とする。

【対象・方法】2003年度と2008年度の浴風会病院の高齢者健診を両方受診したコホート対象者233名（男性89名、女性144名）を対象に、2003年の問診表で答えた生活習慣とその後の認知機能として2008年と2003年のMMSEの差の関係を調べる。問診表は本人が答え、MMSEは臨床心理士が測定した。生活習慣として、問診表で尋ねたすべての項目を検討した。

男女別に6年目のMMSEと1年目のMMSEとの差を計算し、その差と2003年度の生活習慣項目との関連のスピアマン相関係数を求める。ここで計算されるP値はカテゴリカルデータに対するCochran-Mantel-Haenszel検定のそれに対応する。また、MMSEの1点の差は偶然変動であることも考えられるため、3点以上増減があったかどうかとの関連を調べる。

【結果】対象者の2003年度の属性をTable 1に示す。同年齢の集団と比べ特に大きな特徴はない。

6年目と1年目のMMSEの差の分布をFigure 1に示す。男女で大きな差はなく、3点以上減じたものは男性11人（12.4%）、女性22人（15.3%）、3点以上増加したものは男性9人（10.1%）、女性21人（14.6%）であった。また、これまでの結果と本年度の結

果である 3 年目, 4 年目, 5 年目, 6 年目と 1 年目の MMSE の差の分布を Figures 1-4 に示した。全体の傾向はあまり変わらないが, 5 点以上減じたものが年を経るにつれ多くなる傾向にあった。

MMSE の 3 点以上の増減との関連が $P<0.1$ であった項目を, 減少との関連という方向でとらえると, 男性では, 夕食を食べないこと($P=0.007$), 年齢の高さ($P=0.01$), 乳製品を取らないこと($P=0.03$), 女性では, 60 歳以前の仕事での活動強度に低さ($P=0.02$), 乳製品を取らないこと($P=0.03$), 身長が低いこと($P=0.04$), 朝食を食べないこと($P=0.06$), 半年間での体重変動($P=0.07$)であった。

【結論】 MMSE の差の分布においては, 年を経るにつれ, 大きな差がみられるものが増える傾向にあった。

また, いくつかの生活習慣と MMSE の 5 年後の増減との間に関連が見られた。これは, 生活習慣自体が影響を及ぼす可能性, あるいはそのような生活習慣を取ろうと考える態度が MMSE の変化に影響を及ぼす可能性があることを示唆するものである。しかし, 男女で結果が異なること, 昨年度結果とは異なる項目に関連がみられたことは, 短期間の結果が安定していないこと, サンプルサイズが大きくないこと, ベースライン調査項目がうまく測定されていないことなどが考えられる。今後, 「浴風会コホート(仮称)」の今後の長期追跡, また経年的な点数の変化等を検討するなどして, これらを明らかにしていくことが必要である。

Table 1. Subjects characteristics in 2003				
	men (n=89)		women (n=144)	
	mean	SD	mean	SD
age	74.4	4.6	74.9	5.9
weight	60.6	8.3	50.4	7.9
height	165.0	6.2	151.4	6.2
BMI	22.3	2.6	21.9	3.2

Figure1. Differences in MMSE between the 3rd and 1st year

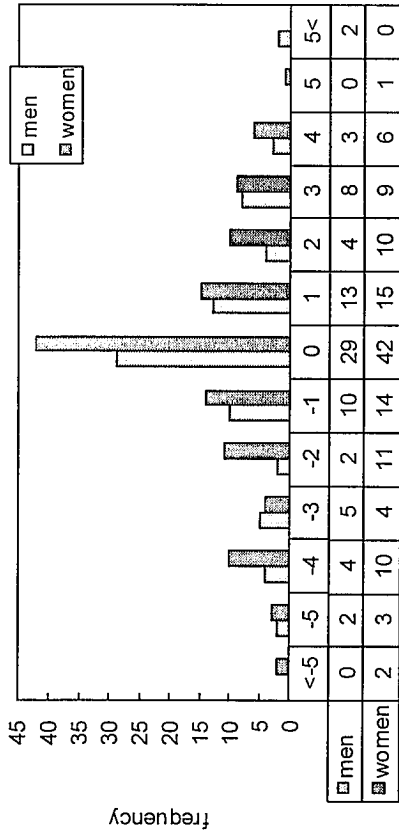


Figure3. Difference in MMSE between the 5th and 1st year

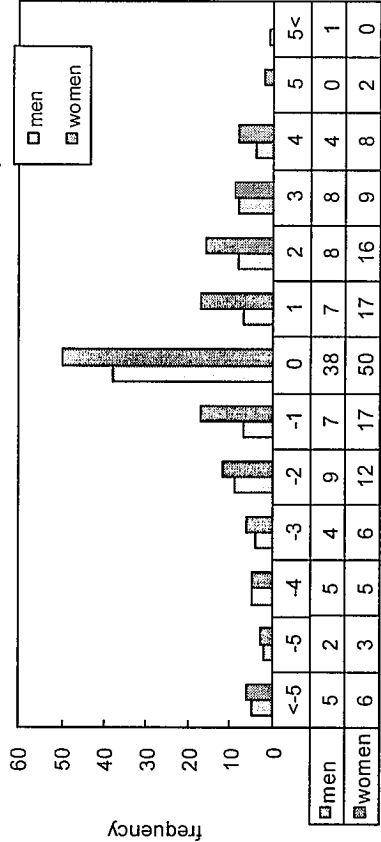


Figure2. Difference in MMSE between the 4th and 1st year

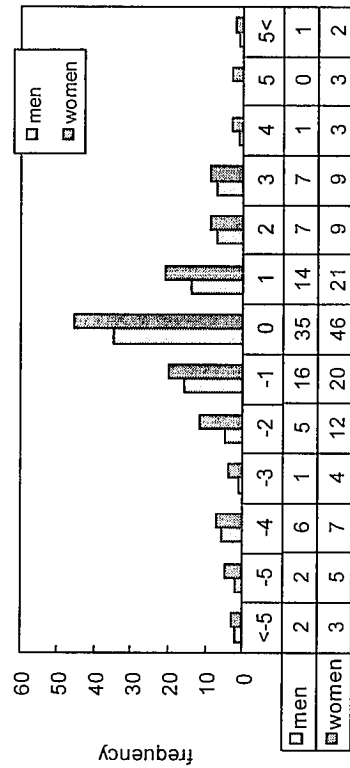
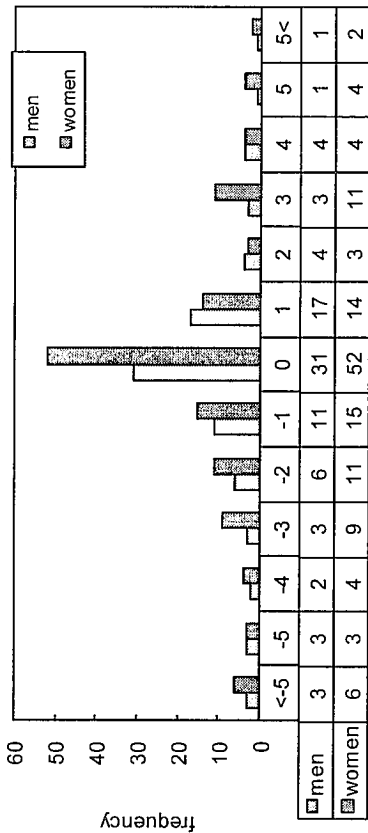


Figure4. Difference in MMSE between the 6th and 1st year



サブテーマ：地域高齢者の抑うつ、アパシーの評価と認知機能の関連

【目的】高齢者に多く認められる抑うつ、アパシーについて高齢者健診の機会を用いて調査し、認知機能との関連を検討する。

【方法】自記式抑うつ尺度である Geriatric Depression Scale(GDS-15)、アパシーの評価として自記式であるやる気スコア(Apathy Scale ; AS)を用いた。認知機能検査は MMSE(Mini-mental state examination)を施行した。

【結果】GDS, AS, MMSE の全てにおいて有効回答が得られたものは 274 名(男性 106 名, 女性 168 名)であった。

	平均	男性	女性
年齢	79.2±5.16	78.9±4.91	79.4±5.32
MMSE	28.0±2.78	28.3±2.26	27.8±3.05
GDS	4.06±3.14	3.95±3.21	4.13±3.11
AS	12.5±6.58	13.3±6.52	11.9±6.57

いずれも性差なし(Mann-Whitney test ; $p>.05$)

-MMSE

対象 274 名のうち、Cut off とされる 24 点未満であったものは 16 名(5.8%)であった(Histogram)。

-GDS

15 項目の質問に対してはい、いいえにて回答し、15 点満点で評価するが、10 点以上が抑うつ状態、5 点以上 10 点未満が抑うつ傾向、5 点未満が健康とされる。調査対象においては 35.4%が抑うつ傾向、5.1%が抑うつ状態であった。

Healthy	163	59.5%
Depressive	97	35.4%
Depression	14	5.1%

-AS

14 項目の質問に対して 0 から 3 点の 4 段階評価にて回答し、42 点満点中 14 点以上がアパシーありとされる。対照群においては 47.1%がアパシーありであった。

Healthy	145	52.9%
Apathy	129	47.1%

-GDS-AS

GDS と AS はよく相関し、抑うつ傾向、抑うつ状態においてはアパシーを伴っている傾向が高いことがわかった。

	Healthy	apathy	total
Healthy	113	50	163
Depressive	32	65	97
Depression	0	14	14
	145	129	274

-MMSE との相関

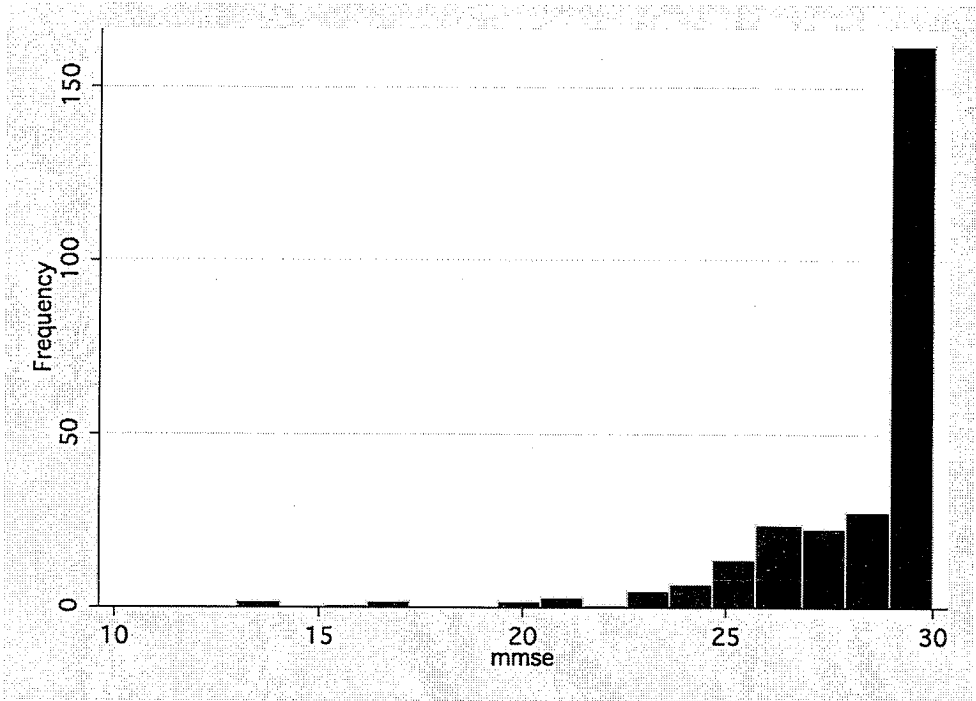
MMSE に対して age, AS が有意に相関していたが、GDS は有意でなかった。(Graph1-3)。

【考察】対象となった 274 名の地域高齢者において平均年齢は 79.2 歳、認知機能検査で Cut Off 値以下は 5-6%程度であり一般に言われる認知症の有病率と比べて低い値となったが、本研究の対象者が数年にわたり継続参加可能なものであり、健康状態、認知機能に問題が少ない経過であった可能性が考えられる。そのような比較的健康と考えられる対象において抑うつ状態が 5%であったという結果はうつ病の有病率として過去に報告されているものと同等であった。高齢者におけるうつ病は大きな社会問題でもあり、健診事業によるスクリーニングについても検討されるべき課題であろう。

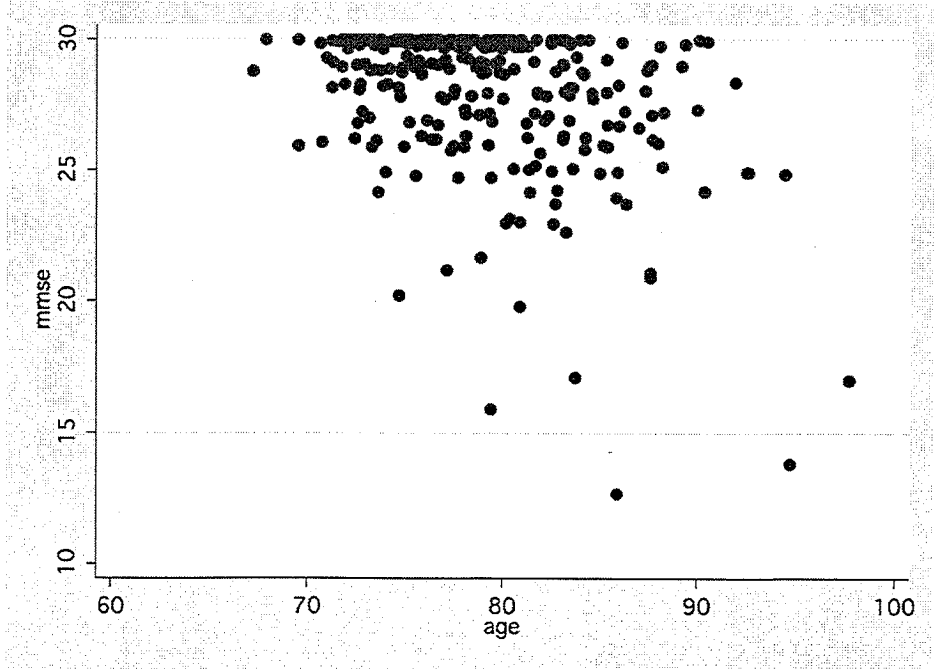
またアパシーについては対象の 5 割弱に認められ、高齢者における大きな問題と考えられる。加齢における身体機能の低下、社会的役割の変化などにさらされる高齢者においては自発性・活動性の低下がみられることが多い。今回の検討では認知機能との関連も示唆されており、認知症の発症との関連、介入による自発性・活動性の維持が認知症予防につながる可能性も考えられる。

昨年度も同様の調査、検討を行ったが同様の結果であった。今後はデータの蓄積を行いながら高齢者における抑うつ、アパシーと認知症との関連を明らかとしていくことが必要である。

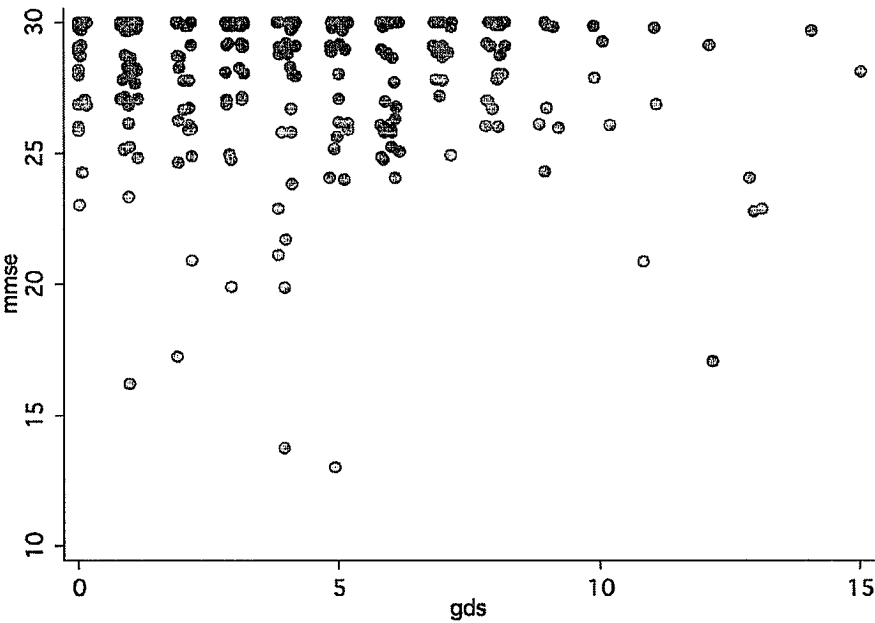
Histogram



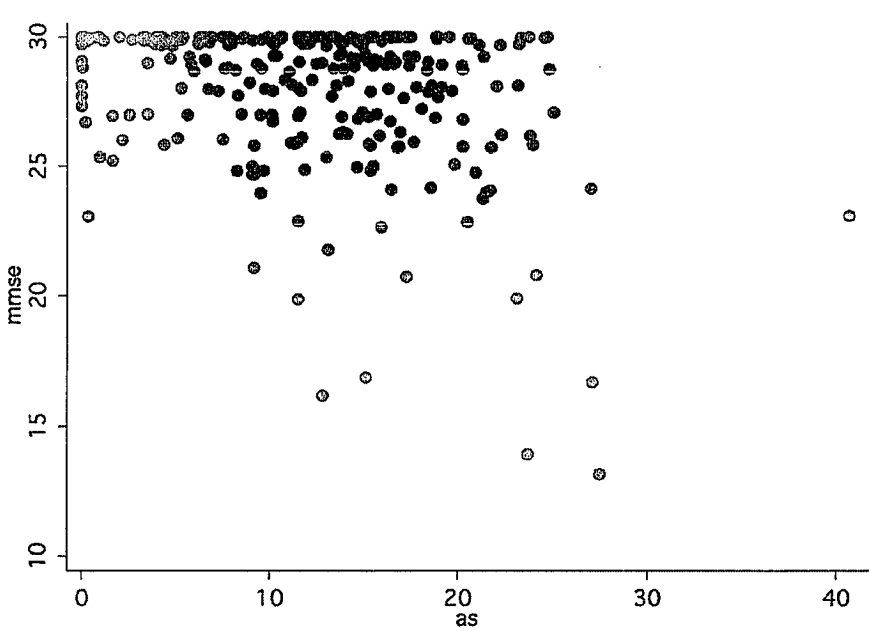
Graph 1 MMSE-AGE



Graph 2 MMSE-GDS



Graph 3 MMSE-AS



サブテーマ：頭の検診受診者における介護保険利用状況

【目的】2008年度頭の検診受診者の家族・住居状況と介護保険利用状況の実態について明らかにする。

【方法】2008年9月から10月に実施する頭の検診受診者に対し、家族状況ならびに介護保険関連項目を含めた「生活習慣・活動に関する問診表」を事前に送付し、記入を依頼した。対象者は杉並区に在住しており、2002年から2004年までに1度でも頭の検診に受診しているものである。頭の検診とは、認知機能(Mini Mental State Examination : MMSE)、頭部X線CT、生活習慣に関する項目を組み合わせた検診である。調査項目は以下の通りである。家族・住居状況項目は、世帯形態、同居人数、住居形態、食事環境についてとした。また、介護保険関連項目は、介護保険の周知、介護認定の有無、今後介護認定を受ける予定とした。介護認定を受けているものに関しては、現在の介護度、最初に介護認定を申請した時期とした。また、MMSEを24点以下、25～27点、28点以上と3区分し、それぞれの実態についても示した。

【結果】

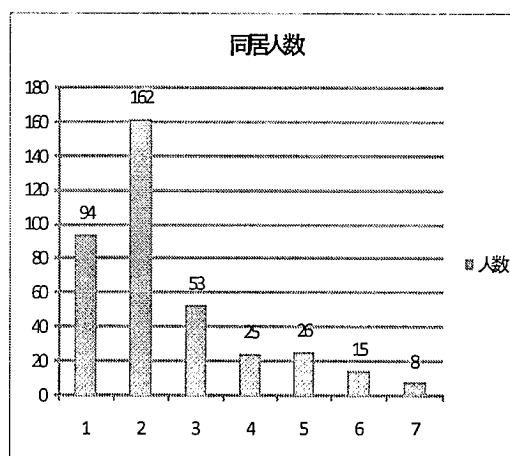
検診参加者は420名であった。

1) 世帯形態と同居人数

夫婦二世帯が最も多く140名(34.9%)、次いで単身世帯が100名(24.9%)であった。二世帯世帯78名(19.5%)、三世帯世帯40名(10.0%)は全体の3割を占めていた。その他は、「夫が入院中のため一人で生活をしている」や施設での生活といった回答がみられた。

同居人数は単身94名(24.5%)、夫婦世帯は162名(42.5%)であった。3名以上は33.2%であった。

		世帯						合計
		単身	夫婦世帯	本人子供の二世帯	本人子供孫の三世帯	その他	無回答	
MMSE	24点以下	8 20.5%	9 23.1%	8 20.5%	5 12.8%	4 10.3%	5 12.8%	39 100.0%
	25-27点	29 30.2%	21 21.9%	22 22.9%	7 7.3%	10 10.4%	7 7.3%	96 100.0%
	28-30点	62 21.8%	110 38.6%	48 16.8%	28 9.8%	29 10.2%	8 2.8%	285 100.0%
合計		99 23.6%	140 33.3%	78 18.6%	40 9.5%	43 10.2%	20 4.8%	420 100.0%



2) 住居形態

一つの住居に住んでいるものは、213名(50.7%)であった。いずれのMMSE得点区分でもほぼ同じ割合であった。その他の回答については、施設入所中が多かった。

		住居形態						合計
		一つの住居	住居区分	別棟	同居人なし	その他	無回答	
MMSE	24点以下	18 46.2%	8 20.5%	3 7.7%	5 12.8%	2 5.1%	3 7.7%	39 100.0%
	25-27点	43 44.8%	13 13.5%	3 3.1%	17 17.7%	8 8.3%	12 12.5%	96 100.0%
	28-30点	152 53.3%	43 15.1%	9 3.2%	38 13.3%	7 2.5%	36 12.6%	285 100.0%
合計		213 50.7%	64 15.2%	15 3.6%	60 14.3%	17 4.0%	51 12.1%	420 100.0%

3) 食事状況

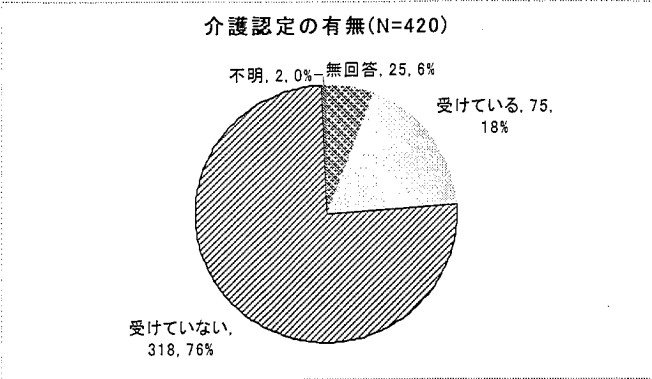
いつも家族と一緒に食事を摂取しているものは219名(57.3%)であり、家族がいても一緒に食事を習慣としている者は約70%であった。その他は施設入所が理由になっているものが多くを占めていた。

		食事状況						合計
		家族と一緒に	一度は家族と	時々家族と	一緒に食べない	その他	無回答	
MMSE	24点以下	22 56.4%	4 10.3%	3 7.7%	3 7.7%	3 7.7%	4 10.3%	39 100.0%
	25-27点	40 41.7%	13 13.5%	8 8.3%	10 10.4%	17 17.7%	8 8.3%	96 100.0%
	28-30点	157 55.1%	34 11.9%	21 7.4%	13 4.6%	34 11.9%	26 9.1%	285 100.0%
合計		219 52.1%	51 12.1%	32 7.6%	26 6.2%	54 12.9%	38 9.0%	420 100.0%

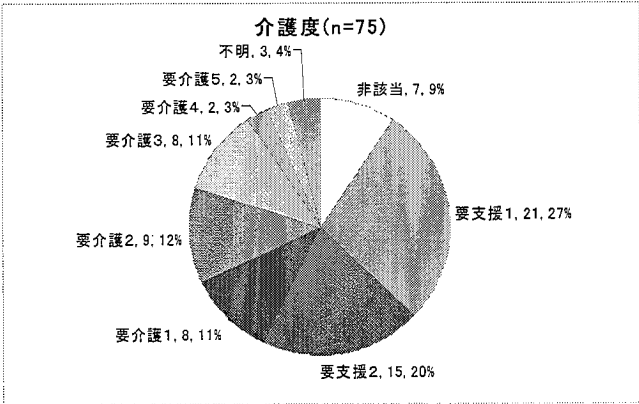
4) 介護保険

介護保険制度について知っているものは397名(94.5%)でほぼ周知されていた。

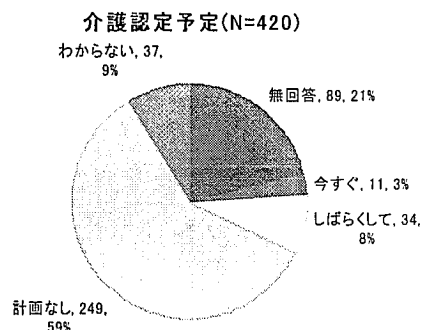
介護認定については、介護認定を受けていたものは、420名中75名(17.9%)であった。認定されていたもののうち介護度が非該当であったものが7名(9.3%)であり、要支援1,2は36名(48.0%)であった。要介護に認定されているものは、29名(38.7%)であった。



		介護認定				合計
		はい	いいえ	わからない	無回答	
MMSE	24点以下	15 38.5%	22 56.4%	1 2.6%	1 2.6%	39 100.0%
	25-27点	21 21.9%	69 71.9%	0 .0%	6 6.3%	96 100.0%
	28-30点	39 13.7%	227 79.6%	1 .4%	18 6.3%	285 100.0%
合計		75 17.9%	318 75.7%	2 .5%	25 6.0%	420 100.0%



		介護度									合計
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明	
MMSE	24点以下	0 .0%	1 6.7%	1 6.7%	3 20.0%	2 13.3%	6 40.0%	1 6.7%	1 6.7%	0 .0%	15 100.0%
	25-27点	2 9.5%	4 19.0%	7 33.3%	2 9.5%	3 14.3%	1 4.8%	0 .0%	1 4.8%	1 4.8%	21 100.0%
	28-30点	5 12.8%	16 41.0%	7 17.9%	3 7.7%	4 10.3%	1 2.6%	1 2.6%	0 .0%	2 5.1%	39 100.0%
合計		7 9.3%	21 28.0%	15 20.0%	8 10.7%	9 12.0%	8 10.7%	2 2.7%	2 2.7%	3 4.0%	75 100.0%



		介護認定申請の予定					合計
		いますぐ	しばらくして	計画なし	わからない	無回答	
MMSE	24点以下	3 7.7%	3 7.7%	10 25.6%	5 12.8%	18 46.2%	39 100.0%
	25-27点	3 3.1%	12 12.5%	50 52.1%	13 13.5%	18 18.8%	96 100.0%
	28-30点	5 1.8%	19 6.7%	189 66.3%	19 6.7%	53 18.6%	285 100.0%
合計		11 2.6%	34 8.1%	249 59.3%	37 8.8%	89 21.2%	420 100.0%

【考察】本調査の対象者で介護認定を受けていたものは2割弱と少なかった。また、MMSEが24点以下でも介護認定を受けていないものが半数以上いた。介護保険制度については認識しているものの、MMSEが低い者も介護認定の申請を予定していないものが26%いた。脱落群の調査結果から考えると、MMSE得点が低い者は、身体症状や精神症状の問題を抱えているものも多く、今後、この頭の検診の結果から、介護認定の申請に繋げることも必要であると考えられる。

サブテーマ：集団検診方式による認知症早期発見の有用性：
検診脱落例の分析から

【緒言】認知症の早期発見は認知症疾患の進行予防や介護予防の方策を考える上で重要な課題になりつつある。我々は、新たなシステムを独立して立ち上げるのではなく、各自治体で在宅の高齢者を対象に従来から健康増進、生活習慣病対策として実施されている高齢者検診に物忘れ検診を追加することで、認知症の早期発見と早期対応が容易になるのではないかとの見通しから、簡易な検診システムを作り、5年間6回にわたって、追跡調査を行った。今回、未受診者の理由とその直前の認知機能(Mini-Mental State Examination:MMSE)の状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】調査対象は、浴風会病院で実施していた区高齢者検診に訪れた65歳以上の在宅高齢者のうち研究協力に同意したものを対象に下記調査項目を実施した。調査項目として、2002～2004年の検診受診者については、MMSE、頭部X線CT検査、生活習慣調査、時計描画テスト、物忘れ自覚症状調査を実施した。また、2007、2008年の検診受診者については、MMSE、頭部X線CT検査、生活習慣調査、物語再生テストを実施した。このうち、分析対象を2002年から2004年の間に1回でも物忘れ検診に参加した65歳以上の在宅高齢者のうち2008年の検診未受診者(脱落群)とした。調査方法は、前年受診したものの、今年度頭の検診を未受診だった者に対し、2009年2月第1週目に電話調査を行い、検診未受診の理由を尋ねた。なお、事前に未受診理由の連絡をもらったものは除外している。電話調査は2名の調査員によって行った。その際、不在の場合は、日にちと時間帯を変えて2回の電話調査、調査を行うようにした。調査内容は、2007年度検診受診者と脱落群のMMSE得点の比較ならびに現在の健康状態を含めた検診未受診の理由と脱落群の脱落の理由をその内容に応じて分類し、集計をした。

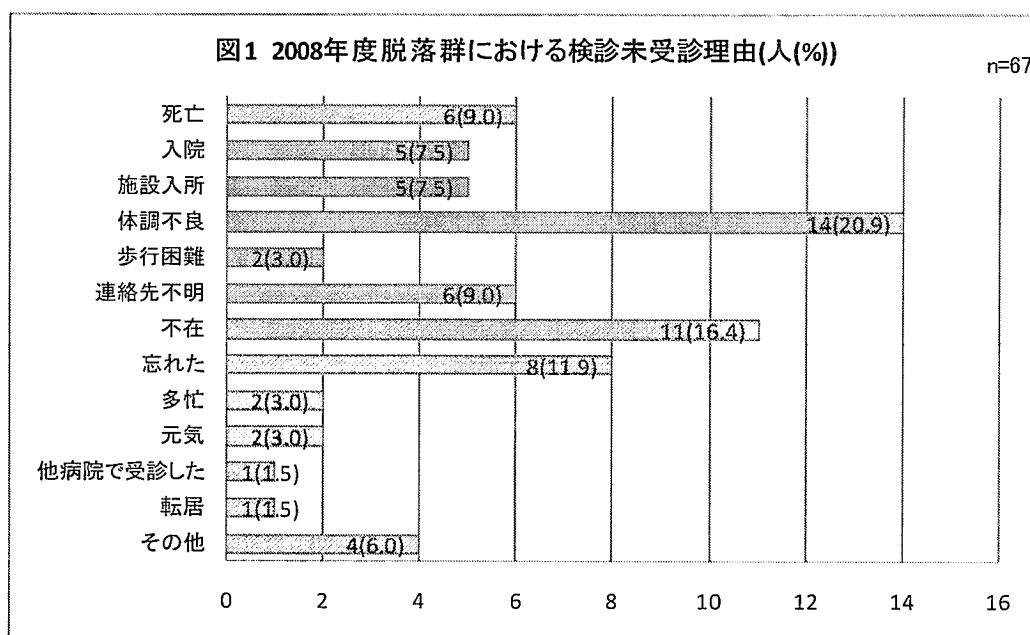
【結果】2002-2004年までに検診受診したものは566名であった。2007年度受診したが、2008年度未受診であった者は67名であった。MMSEの平均点は、2008年度検診受診者が 27.8 ± 3.5 点であったのに対し、脱落群が最後に受診した際のMMSEの平均点は 26.3 ± 4.5 点であった。

次に図1より、脱落群の2008年度検診未受診の理由を示す。

検診未受診の理由として最も多かったものは、「病気・体調不良」であり67名中14名(20.9%)であった。続いて多かった理由は「不在」11名(16.4%)であった。また、「連絡先不明」は6名(9.0%)であった。なお、この「不在」とは、電話は通じたが複数回

電話をしても出なかったものであり、「連絡先不明」は電話番号が使用されていないとアナウンスされたものである。死亡については、全体の1割を占めた。死亡者は調査スタート時から33名にのぼり、これはベースライン参加者全体の6%を占める。また、身体・精神的な問題によって生じたと考えられる「死亡」、「入院」、「施設入所」、「病気・体調不良」、「歩行困難」に該当するものは32名(47.8%)であった。

それぞれの理由について、各群または各項目の最終MMSE得点の平均を算出した。最も低かった理由は「施設入所」で 18.6 ± 7.2 点であり、次いで「入院」で 25.0 ± 3.0 点であった。また、身体・精神的な問題によって生じた理由による「死亡」、「入院」、「施設入所」、「病気・体調不良」、「歩行困難」の群の得点は 25.3 ± 5.6 点であった。また「連絡先不明」ものは 26.0 ± 1.7 点、「忘れた」 26.2 ± 3.3 点であり、身体・精神的な問題によって生じた理由以外の群の得点は 28.0 ± 3.1 点であった。



【考察】 MMSE 得点において、検診脱落群、特に身体・精神的な問題によって生じた理由の場合は、身体・精神的な問題によって生じた理由以外の群や2008年度受診者のMMSE得点よりも低い傾向がみられた。そのため、検診脱落群を追跡することも認知症の早期発見やその後の予後を明らかにするために重要であると考えられる。

また、今回「連絡先不明」や「不在」の対象者に対し、住民台帳への問い合わせを行う準備を行っていたが、間に合わなかった。前述より、検診脱落群の所在や生存の有無を明らかにすることは重要であるため、今後も追跡して調査を行っていきたい。

サブテーマ：認知症の程度と施設退所の状況

平成 14 年 4 月開園の特別養護老人ホームにおいて、開園からの入所者のうち入所時 MMSE 測定のある 414 例を対象に、MMSE 初回測定時から平成 20 年 12 月末までの在・退所状況および在所期間の特徴を検討した。入所フロア間の属性比較や属性間での退所頻度比較では、データの特性にあわせて、 χ^2 検定、Wilcoxon 順位和検定、Kruskal-Wallis 検定を用いた。在所期間の検討では、初回 MMSE 測定時点を観察起点として、退所者においては退所年月日を事象発生時、在所者においては平成 20 年 12 月 31 日を観察打ち切り時とした。在所期間の比較では Log-rank 検定および一般化 Wilcoxon 検定を用いた。また、比例ハザードモデル回帰分析によって、性別、年齢を調整した MMSE 得点の影響を検討した。いずれの統計学的検定においても、有意水準を両側 5%とした。

対象となった 414 例では、男性が 96 例(22.9%)、女性が 289 例(77.1%)と女性が多く、また年齢では 60 歳代 17 例(4.1%)、70 歳代 94 例(22.7%)、80 歳代 193 例(46.6%)、90 歳以上 110 例(26.6%)と、80 歳代での入所が約半数と最も多かった。また、入所後初回の MMSE 得点の分布は、0～1 が 88 例(21.3%)、2～9 が 94 例(22.7%)、10～14 が 86 例(20.8%)、15～24 が 123 例(29.7%)、25～30 が 23 例(5.6%)であり、ほとんどの入所者で認知機能が低下していたが、その程度は極めて重症から軽症まで幅広いものであった。これら入所者 414 人のうち、平成 20 年 12 月 31 日までに施設から退所した者は 220 例(53.1%)であり、そのうち死亡を退所理由とするものが 174 例、医療機関や家族住居への移動などその他の理由が 46 例であった。

分析対象となった特別養護老人ホームでは、2 階入所者では認知症が無いか軽症で身体障害が主な入所理由であるが、3・4 階では認知症が進行し自立歩行不能もしくは身体障害に認知症を併せもち自立歩行不能の例など重篤な状態の例が多いフロアとなっている。また、5 階は全員が認知症患者であるが自立歩行ができる例のフロアとなっている。表 1 に示すように、入所フロア間で、性別や年齢には統計学的に有意な差はないが、MMSE 得点に有意な違いが見られた(Kruskal-Wallis 検定： $\chi^2=20.46$, $p<0.001$)。3・4 階では、入所時 MMSE 得点が 10 点未満である例が半数以上をしめ、0～1 点の例も 27.8%と多く、他のフロアと比較して重度の認知症の例が多かった。そこで、入所フロアごとの予後の検討として、在所確率の推移を生存時間解析法によりみたところ、フロア間に統計学的に有意な差がみられた(Log-rank 検定： $\chi^2=14.56$,

p<0.001；一般化 Wilcoxon 検定： $\chi^2=16.27$, p<0.001)。図 1 に Kaplan-Meier 法による入所フロアごとの在所要率の推移を示す。認知症・身体障害とも重症例が多い 3・4 階で最も在所要期間が短く、次いで身体障害を主な入所要理由とする 2 階であった。全員が認知症で自立歩行ができ、徘徊などの BPSD の介護管理をしている 5 階が最も長い在所要期間となっていた。50%在所要期間(95%信頼区間)は、3・4 階が 2.9 年(2.5～4.1 年)、2 階が 4.5 年(3.5～6.1 年)、5 階が 5.1 年(4.7～6.6 年)と、3・4 階にくらべて 5 階では平均的在所要期間は 2 倍近いものであった。

次に、入所要者の属性ごとに在所要期間の検討を行った。図 2 に性別年齢別の在所要率の推移を、図 3 に初回 MMSE 得点別の Kaplan-Meier 法による在所要率の推移を示す。性別では女性に比べ男性で、また、初回 MMSE 測定時年齢の高い例で短い在所要期間を示した。50%在所要期間(95%信頼区間)は、女性 60～79 歳では 6.5 年超と最も長く、女性 80 歳以上では 3.7 年(3.2～4.9 年)、男性 60～79 歳では 4.3 年(2.7～5.7 年)であったが、男性 80 歳以上では 50%在所要期間は 2.1 年(1.2～3.1 年)と短いものであった。一方、MMSE 得点別の 50%在所要期間(95%信頼区間)では、得点 0～1 群で 2.7 年(2.2～3.6 年)と最も短く、得点 25～30 点群で 5.1 年(4.2～不定)と最も長いものであり、MMSE 得点群間で異なる傾向が見られた。しかしながら、得点 2～24 の間では得点群の順と在所要率の推移との順は必ずしも一致していないものであった。そこで、MMSE 得点の在所要率に与える影響を、性別と年齢により調整して検討するため、比例ハザードの仮定のもと分析した(表 2)。各要因におけるハザード比(95%信頼区間)は、性別 [女性/男性] で 0.463 (0.339～0.634)と、男性にくらべ女性の退所要リスクは半分以下であり、入所要時年齢 [1 歳あたり] で 1.060 (1.040～1.081)、[10 歳あたり] で 1.781(1.438～2.220)と、高齢になるにつれ退所要リスクは増加していた。また、MMSE 得点 [1 点あたり] では 0.975 (0.958～0.992)と、認知機能障害程度が 1 点軽くなるほど退所要リスクが 2.5%減少していた。このことは、MMSE 得点[10 点あたり]ではハザード比は 0.776(0.651～0.923)となり、認知機能障害程度が MMSE 得点で 10 点軽いと、退所要リスクが約 22%減少することになる。

このように、性別と年齢で調整しても、MMSE 得点は在所要率に有意に影響を与える要因であった。

【まとめ】

- ・身体障害および認知障害の程度が異なっている入所要フロア間では、在所要期間は異なっていた。
- ・性別、年齢、MMSE 得点は、それぞれ在所要期間に影響を与える要因であった

・ 比例ハザードモデル解析で性別と年齢で調整した時，MMSE 得点で認知機能障害程度が 1 点軽くなるほど，退所リスクは 2.5%減少した。

表 1. 入所フロア別の属性 (n=414)

項目		2 階	3・4 階	5 階	検定
性別	男性	29 (25.7%)	50 (24.4%)	16 (16.7%)	$\chi^2=2.85$ p=0.240
	女性	84 (74.3%)	155(75.6%)	80 (83.3%)	
年齢 (初回 MMSE 測定時)	60 歳代	5 (4.4%)	6 (2.9%)	6 (6.3%)	$\chi^2=4.18$ p=0.123 (Kruskal-Wallis)
	70 歳代	27 (23.9%)	42 (20.5%)	25 (26.0%)	
	80 歳代	49 (43.4%)	98 (47.8%)	46 (47.9%)	
	90 歳以上	32 (28.3%)	59 (28.8%)	19 (19.8%)	
MMSE 点 (初回測定時)	0 ～ 1	13 (11.5%)	57 (27.8%)	18 (18.8%)	$\chi^2=20.46$ p<0.001 (Kruskal-Wallis)
	2 ～ 9	22 (19.5%)	51 (24.9%)	21 (21.9%)	
	10 ～ 14	21 (18.6%)	38 (18.5%)	27 (28.1%)	
	15 ～ 24	45 (39.8%)	50 (24.4%)	28 (29.2%)	
	25 ～ 30	12 (10.6%)	9 (4.4%)	2 (2.1%)	

表 2. 比例ハザードモデルでの分析結果 (n=414)

回帰係数						ハザード比
	自由度	推定値	標準誤差	χ^2	p	(95%信頼区間)
性別	1	-0.7691	0.1603	23.04	<0.001	0.463 (0.339-0.634)
年齢 (MMSE測定時)	1	0.0587	0.0099	35.50	<0.001	1.060 (1.040-1.081)
MMSE得点	1	-0.0251	0.0089	7.99	0.005	0.975 (0.958-0.992)

尤度比検定 $\chi^2=55.66$, p<0.001

図1. 入所フロア別の在り確率推移

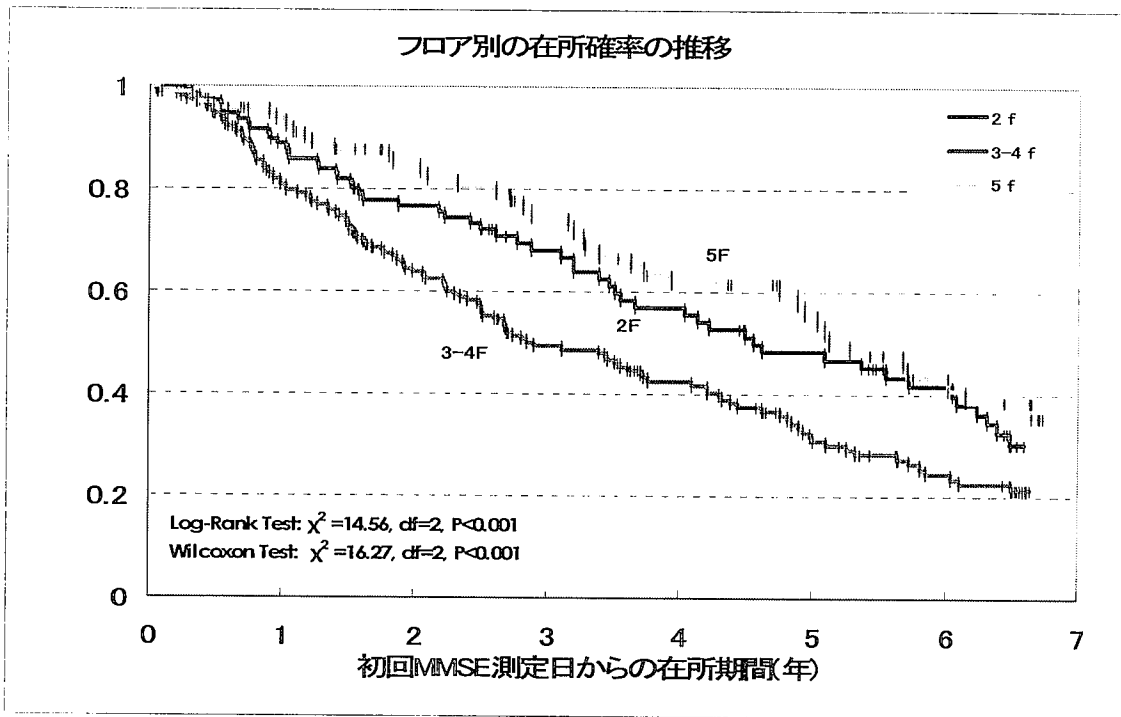


図2. 性別年齢別の在り確率推移

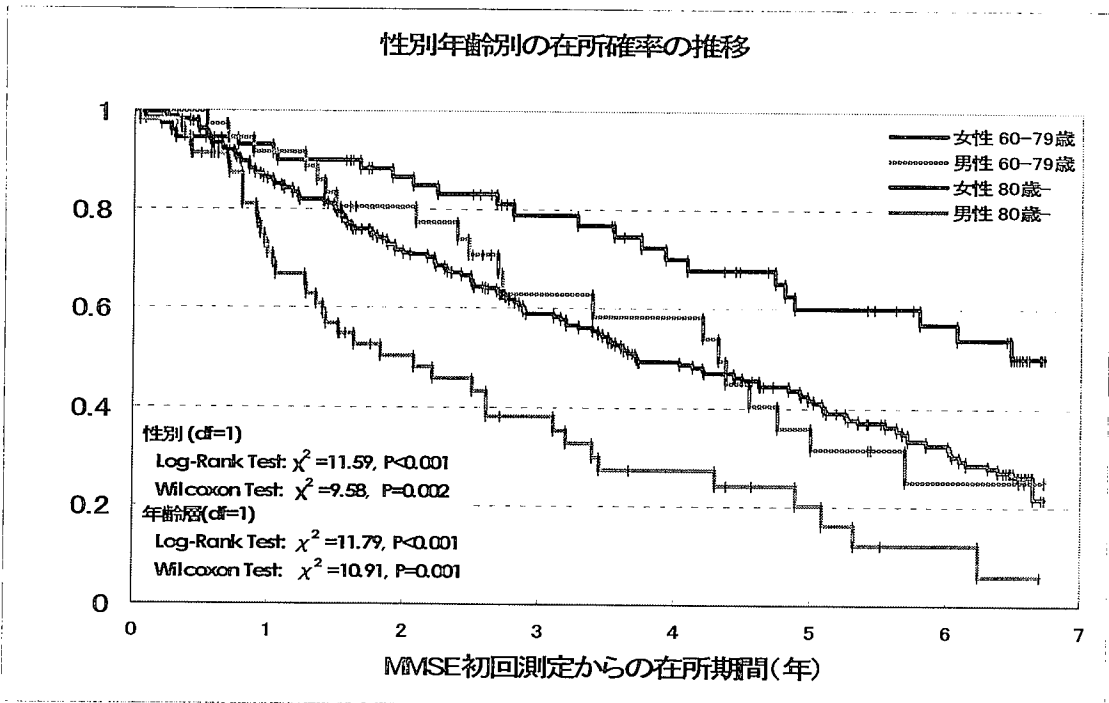
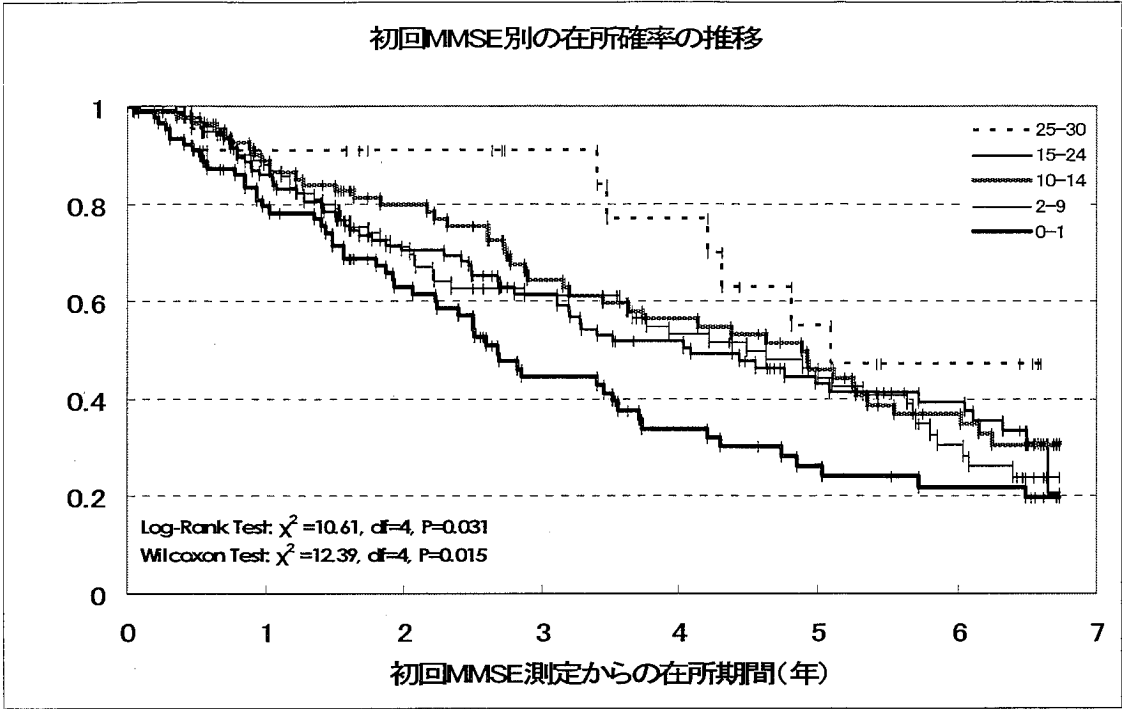


図3. MMSE 得点別の在り確率推移



生活習慣・活動に関する問診表

(2008年版)

ご記入上の注意

- 調査用紙は10ページまでありますので、すべての質問にお答えください。
- 調査票のご記入はご本人様にお願いいたします。（ご本人様によるご記入が困難である場合は、代理の方にご記入をお願いいたします。）
- ご回答は、それぞれの質問の指示に従って、もっともあてはまる番号に○をつけるか、数字を記入してください。
- ご記入いただいた調査用紙は、健康診断の際にお持ちください。

この調査用紙に関するご意見・お問い合わせは下記までお寄せ下さい。

社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
須貝 佑一（TEL：3334-2155）

研究グループ代表

社会福祉法人 浴風会 浴風会病院
須貝 佑一
順天堂大学医学部公衆衛生学教室
丸井 英二

研究グループ所属団体

社会福祉法人 浴風会 浴風会病院
社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
順天堂大学医学部公衆衛生学教室

生活習慣問診表

氏名 _____ (男 ・ 女) _____ 歳

1. あなたの現在の体重はどれくらいですか。

体重： () kg

2. この1年間の飲酒についておうかがいします。

(1) 普段どのくらいの頻度で飲酒をしていましたか。
もっともあてはまる番号に○をつけてください。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 飲まない | 2. たまに飲む | 3. 週に1～2日 |
| 4. 週に3～4日 | 5. 週に5～6日 | 6. ほぼ毎日 |

(2) この1年の間、週に1日以上飲んでいると回答された方におうかがいします。
1回あたりに飲む量はどれくらいですか。種類ごとにお答えください。

1. ビール (缶ビール 350ml) () 本

(大びんは缶ビール 1.8 本、中びんは缶ビール 1.4 本と換算してください。)

2. 日本酒 () 合

3. 焼酎 () 合

4. ワイン (グラスに) () 杯

5. ウイスキー・ブランデー (シングル) () 杯

6. その他
(種類：) (量：)

3. 現在の喫煙状況はいかがですか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 吸っている
2. 過去に吸っていた (やめた)
3. 吸わない

4. 運動についておうかがいします。

(1) 現在(ここ1年間)、1日のうちで30分以上歩くことがありますか。

1. ほとんどない 2. たまにある 3. 週に1～2日

4. 週に3～4日 5. 週に5～6日 6. 毎日

(2) 歩行以外に、スポーツや運動をする機会はどれくらいありますか？

1. ほとんどない 2. 月1～3回 3. 週に1～2日

4. 週に3～4日 5. 週に5～6日 6. 毎日

(3) 月1回以上スポーツや運動をすると回答された方におうかがいします。
具体的なスポーツや運動の種類を記入してください。

()

5. あなたは間食(夜食を含みます)をとりますか。

1. ほとんどとらない 2. たまにとる 3. 週に1～2日

4. 週に3～4日 5. 週に5～6日 6. 毎日

6. あなたは普段(ここ1年の間を考えて)、以下の飲み物を1週間にどの程度飲みますか。当てはまる番号一つに○をつけてください。

(記入の際には、1つの種類につき1つの回答となるようにご注意ください。)

飲料名	飲まない	週1～2日	週3～4日	週5～6日	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上
コーヒー(缶コーヒー以外)	1	2	3	4	5	6	7	8
紅茶	1	2	3	4	5	6	7	8
日本茶(せん茶・番茶・玄米茶など)	1	2	3	4	5	6	7	8
乳酸菌飲料(ヤクルト等)	1	2	3	4	5	6	7	8

7. あなたの普段の（ここ1年の間を考慮して）食べ方で、それぞれの食物について1週間にどの程度食べるか、当てはまる番号一つに○をつけてください。
（記入の際には、1つの種類につき1つの回答となるようにご注意ください。）

食 物	まったく 食べない	たまに 食べる	週に 1～2日	週に 3～5日	ほぼ 毎日	毎日 2回以上
鶏肉	1	2	3	4	5	6
牛肉	1	2	3	4	5	6
豚肉	1	2	3	4	5	6
鮮魚（刺身、煮魚、焼き魚等）	1	2	3	4	5	6
ひもの	1	2	3	4	5	6
牛乳	1	2	3	4	5	6
乳製品（チーズ、バター等）	1	2	3	4	5	6
海藻	1	2	3	4	5	6
緑黄色野菜（トマト、にんじん、ほう れん草、ニラ等	1	2	3	4	5	6
その他の野菜	1	2	3	4	5	6
漬け物	1	2	3	4	5	6
芋類（じゃがいも、さつまいも等）	1	2	3	4	5	6
とうふ	1	2	3	4	5	6
納豆	1	2	3	4	5	6
みかんなどの柑橘類	1	2	3	4	5	6
卵	1	2	3	4	5	6
ヨーグルト	1	2	3	4	5	6
みそ汁	1	2	3	4	5	6

8. あなたの現在の状態についておうかがいします。

それぞれの項目について、当てはまる番号に○をつけてください。

(記入の際には、1つの項目に1つの回答となるようにご注意ください。)

	全くない	少し	かなり	おおいに
1) 新しいことを学びたいと思いますか？	1	2	3	4
2) 何か興味を持っていることがありますか？	1	2	3	4
3) 健康状態に関心がありますか？	1	2	3	4
4) 物事に打ち込めますか？	1	2	3	4
5) いつも何かをしたいと思っていますか？	1	2	3	4
6) 将来のことについての計画や目標を持っていますか？	1	2	3	4
7) 何かをやろうとする意欲はありますか？	1	2	3	4
8) 毎日張り切って過ごしていますか？	1	2	3	4
	全く違う	少し	かなり	まさに
9) 毎日何をしたらいいか誰かに言ってもらわなければなりませんか？	1	2	3	4
10) 何事にも無関心ですか？	1	2	3	4
11) 関心をひかれるものなど何もないですか？	1	2	3	4
12) 誰かに言われないと何もしませんか？	1	2	3	4
13) 楽しくもなく、悲しくもなく、その中間くらいの気持ちですか？	1	2	3	4
14) 自分自身にやる気がないと思いますか？	1	2	3	4

9. 普段の（ここ1年の間を考慮して）余暇の過ごし方についておうかがいします。
それぞれの活動について、あてはまる番号に○をつけてください。

（1） 読書

1. ほとんどしない 2. たまにする 3. ときどきする 4. よくする

（2） ラジオを聞く

1. ほとんど聞かない 2. たまに聞く 3. ときどき聞く 4. 毎日聞く

（3） CD、レコードなど音楽を聴く

1. ほとんど聴かない 2. たまに聴く 3. ときどき聴く 4. 毎日聴く

（4） パソコンや携帯電話の電子メール（eメール）を使う

1. ほとんど使わない 2. たまに使う
3. ときどき使う 4. ほぼ毎日使う

（5） あなたは、ぼけ予防のために何かやっていることがありますか。

1. ない

2. ある



（「ある」と回答された方は、具体的な内容を以下にお書き下さい。）

具体的内容：

10. あなたの最近1週間の気分についておうかがいします。
それぞれの項目について、あてはまる番号に○をつけてください。

	は い	いいえ
1) 基本的に自分の人生に満足していますか？	1	2
2) 活動的でなくなったり興味を失ったことはありますか？	1	2
3) 常に幸福だと感じますか？	1	2
4) 外に出て新しいことをはじめるより、家の中にいる方がいいですか？	1	2
5) 人生が空っぽだと感じますか？	1	2
6) よく退屈しますか？	1	2
7) いつも上機嫌でいますか？	1	2
8) 何か悪いことが起こりそうだと心配していますか？	1	2
9) 無力感を感じますか？	1	2
10) 他人に比べ、記憶力に問題があると感じますか？	1	2
11) 現在の自分を無価値なものと感じますか？	1	2
12) 自分では状況をどうすることもできないと感じますか？	1	2
13) ほとんどの人は自分よりも裕福だと思いますか？	1	2
14) 気力に満ち足りていますか？	1	2
15) 生きていることは素晴らしいと思いますか？	1	2

1 1. ー(1) あなたは、一般的に人は信頼できると思いますか。あなたの考え方に近いと思うレベルの数値を1つ選び、その数字に○をつけてください。

1.ほとんどの人は信頼できる	2.	3.	4.	5.両者の中間	6	7	8.	9.注意するに越したことはない	10.わからない
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(2) それでは、「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人に対してはいかがでしょう？

1.ほとんどの人は信頼できる	2.	3.	4.	5.両者の中間	6	7	8.	9.注意するに越したことはない	10.わからない
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 2. あなたのご近所の方とのおつきあいについておうかがいします。

(1) おつきあいの程度はいかがですか。次のうちから当てはまる番号に○をつけてください。

1. 互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力しあっている人もいる
2. 日常的な立ち話しをする程度のつきあいはしている
3. あいさつ程度の最小限のつきあいしかしていない
4. つきあいは全くしていない

(2) つきあっている人の数はいかがですか。次のうちから当てはまる番号に○をつけてください。

1. 近所のかなり多くの人と面識・交流がある（概ね20人以上）
2. ある程度の人と面識・交流がある（概ね5～19人）
3. 近所のごく少数の人とだけ面識・交流がある（概ね4人以下）
4. とんりの人がだれかも知らない

1 3. 友人・知人とのつきあい（職場以外で）はいかがですか。

1. 日常的にある 2. 週に1～から月に数回程度 3. 月に1回～年に数回程度
4. めったにない 5. 全くない（もしくは友人・知人はいない）

1 4. 親戚・親類とのつきあいはいかがですか。

1. 日常的にある 2. 週に1～から月に数回程度 3. 月に1回～年に数回程度
4. めったにない 5. 全くない（もしくは親戚・親類はいない）

1 5. あなたのお住まいの地域では、町内会・自治会や子ども会、老人会、消防団などの、「地縁団体」「地縁活動」についてどのように思われますか。当てはまる番号に○をつけてください。

1. 非常に盛ん 2. ある程度行われている 3. ほとんど行われていない
4. 地縁団体は存在しないと思う 5. わからない

1 6. あなたは以下の地域における活動をされていますか。されているものすべての番号に○をつけてください。

1. 地縁的な活動（自治会、町内会、婦人会、老人会など）
2. スポーツ・趣味・娯楽活動（各種スポーツ、芸術文化活動、生涯学習など）
3. ボランティア・NPO・市民活動（まちづくり、障害者福祉や子育て、スポーツ指導、美化、防犯・防災、環境、国際協力、提言活動など）
4. その他の団体・活動（商工会・業種組合、宗教、政治など）

17. あなたの世帯は以下のうち、どれにあたりますか。

1. 単身世帯
2. ご夫婦二人の世帯
3. ご本人と子どもの二世代世帯
4. ご本人と子どもと孫の三世代世帯
5. その他（具体的に： ）

18. 同居人数は何人ですか（ご本人を含みます）。

1. ひとり 2. 2人 3. 3人 4. 4人
5. 5人 6. 6人 7. 7人以上

19. 同居している人との住居形態はどれにあてはまりますか。

1. 一戸建てやマンション・アパートなどの一つの住居で一緒に生活している
2. 一つの家屋の中で住居を区分して生活している（いわゆる二世帯住宅など）
3. 同じ敷地内の別棟に居住している
4. 同居人はいない
5. その他（具体的に： ）

20. あなたが食事をするときの状況はどれですか。

1. ほとんどいつも家族の誰かと一緒に食べている
2. 毎日少なくとも1回は家族の誰かと一緒に食べている
3. 時々家族の誰かと一緒に食べている
4. 家族とは一緒に食べていない
5. その他（具体的に：

21. あなたは介護保険制度があるのを知っていますか。

1. はい 2. いいえ

22. あなたは介護保険利用のために介護の認定を受けていますか。

1. はい → 問23、24に答え、その後問26に進んでください。

2. いいえ
3. わからない } 問23、24をとばして問25に進んでください。

23. あなたの介護度はどれにあたりますか。

1. 非該当 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2
6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明

24. 最初に介護認定の申請をしたのはいつですか。

1. 平成16年以前 2. 平成17年 3. 平成18年
4. 平成19年 5. 平成20年

25. これから介護保険の認定を受けようと思っていますか。

1. はいいますぐ 2. しばらくして
3. 今はその計画はない 4. わからない

26. この問診表をご記入していただいたのは、どなたですか。

1. ご本人様
2. 代理の方

(ご本人様との続柄：_____)

以上で質問を終わらせていただきます。

恐れ入りますが、記入もれがないか、今一度ご確認ください。

ご記入が終わりました調査用紙は封筒に入れて、健康診断時にお持ちください。

ご協力いただきまして、本当にありがとうございました。

第 2 事業

「認知症予防のための住民ボランティア育成
と活用に関する調査研究」事業

事業要旨

事業目的

認知症ケアの人的資源となる地域住民に対するボランティア育成のための研修と組織づくりについて調査研究を行い、ボランティア育成の方法とボランティア活動を支援する組織づくりの方法についての具体的方策を検討し資料として提供することを目的とした。

事業内容

作業部会の設置と運営。本事業を推進するために、保健福祉医療の専門家7名からなる作業部会を設置し、合計4回の作業部会を開催した。事業は以下の2つの内容を実施した。

1) ヒアリング調査の実施

ボランティア育成の方法とボランティア活動を支援する組織づくりの方法についての資料を提供することを目的として、調査を実施した。

2) ボランティア養成講座の実施

ヒアリング調査の結果を踏まえ、『家族介護者の会』や『家族交流会』のときに、その会と同時並行で行う認知症の人の『ミニデイ』にかかわるスタッフとして参加するボランティアを養成する」ことを目的に講座を開催した。

事業結果

1) ヒアリング調査の結果

ボランティア育成とボランティア活動の支援を行っている団体等から3箇所に対して、平成20年11月～平成20年12月までに、ヒアリング調査を実施した。

その結果、団体ごとに目的と活動内容を明確にしてボランティア育成がなされ、ボランティア活動が実施されていた。また、各団体において、行政との連携およびバックアップのもとで、ボランティアの受け皿や活動場所が確立されていた。そして、ボランティア活動の継続のために、その活動を十分に理解し支援するコーディネーターの存在が認められた。

2) ボランティア養成講座

ヒアリング調査の結果を踏まえ、作業部会で検討された、家族介護者を支援するた

めの認知症の人のミニデイを行うボランティアを養成する講座を実施した。講座の期間は、平成 21 年 2 月 9 日～平成 21 年 3 月 4 日まで、講義 2 日間、実習 2 日間の講座を開催した。講座の受講者は 7 名であった。

講座評価のために、受講者にアンケート調査を受講開始時と終了時に実施した。その結果は、調査用紙が受講者のボランティアに関する主観的評価であったため、有意な変化は認められなかった。

講座終了後、2 名がボランティア活動の意思表示をした。

事業の成果

高齢者の介護予防を踏まえたボランティア活動に関するヒアリング調査からは、ボランティア養成の際の目的と活動の明確化の重要性とボランティアコーディネーターの役割の重要性が示された。しかし現在のわが国のボランティア教育については、これらの点が課題とされており、高齢者分野でボランティア活動を普及させていく際にも課題になるものであることが示されたといえる。

ボランティア養成講座は、少数人数の受講であったが、実習を含め、かつボランティアの活動目的をカリキュラムの中に入れ、1 日目と 2 日目の講座で確認することを行ったことは、今後のボランティア養成講座の参考になるカリキュラムを提供できたといえる。

1. 事業のねらい

介護保険が改正され、地域ケア重視の制度が展開されている。認知症ケアにおいては、認知症になっても住み慣れた地域で長く暮らし続けていくための支援が求められる。地域支援には、認知症高齢者への支援と、介護予防の観点からの住民への啓発、自発的な取り組みの支援が上げられる。これらを推進していくためには、地域住民の現状を把握し、介護予防の具体的な方法を高齢者ならびに地域住民に啓発し、自発的な活動を支援していくことが求められる。

ボランティアを行う人材は、中高年層が中心になると考えられることから、中高年層がボランティア活動に参加し、体を動かし社会参加すること自体が、中高年層にとっての認知症の介護予防につながる効果が期待できるといえる。

そこで、認知症ケアの人的資源となる地域住民に対するボランティア育成のための研修と組織づくりについて調査研究を行い、ボランティア育成の方法とボランティア活動を支援する組織づくりの方法についての具体的方策を検討し資料として提供することを目的とした。

2. 事業の経過

2-1. 作業部会の設置と運営

本事業を推進するために、保健福祉医療の専門家 7 名からなる作業部会を設置し、合計 4 回の作業部会を開催した。

作業部会において、ヒアリング調査の調査内容、調査先を検討した。ヒアリング調査の結果を踏まえ、ボランティア養成講座の目的、対象者、講座内容を検討した。

2-2. ヒアリング調査の実施

ボランティア育成の方法とボランティア活動を支援する組織づくりの方法についての資料を提供することを目的として、平成 20 年 11 月～平成 20 年 12 月までに、3 箇所に対してヒアリング調査を実施した。

2-3. ボランティア養成講座の実施

ヒアリング調査の結果を踏まえ、『家族介護者の会』や『家族交流会』のときに、

その会と同時並行で行う認知症の人の『ミニデイ』にかかわるスタッフとして参加するボランティアを養成する」ことを目的に、平成 21 年 2 月 9 日～平成 21 年 3 月 4 日まで、講義 2 日間、実習 2 日間の講座を開催した。講座の受講者は 7 名であった。

2-4. 研究事業上の倫理的配慮

本事業の倫理面については、認知症介護研究・研修東京センターに設置される倫理委員会の審査と承認を受け実施した。

ヒアリング調査においては、文書と口頭により調査説明を行い、文書による同意を得た上で調査を実施した。なお、報告書に掲載する調査内容について、内容の誤りがないかどうかを確認するために、調査対象先に、調査報告書原稿を確認してもらう手続きを行った。

ボランティア養成講座においては、講座の趣旨を理解の上参加を募った。講座内で受講者に実施したアンケート調査は、文書と口頭により調査説明を行い、アンケート調査の提出は任意とし、未提出でも不利が生じないこと、アンケート調査結果は統計的に集計し個人が特定されないように処理する旨を伝え、同意の上でアンケート調査に回答することを依頼した。

3. ヒアリング調査

ボランティア活動に取り組む団体に対するヒアリング調査を実施した。その結果を以下に示した。

3-1. 調査目的

認知症ケアの人的資源となる地域住民に対してボランティア育成に取り組んでいる団体に対しヒアリング調査を行い、ボランティア育成の方法とボランティア活動を支援する組織つくりの方法について資料を提供することを目的とした。

3-2. 調査方法

調査対象団体 地域情報紙およびインターネットにおいて認知症予防や認知症ケアのためのボランティア育成に取り組んでいる団体を3か所選択した。ヒアリング調査依頼を電話にて行い、本調査の主旨、内容について説明し同意を得たうえで調査を行った。

調査項目 調査項目は、以下の1～6に関する内容であった。

- 1) ボランティア（団体）の活動の目的について
- 2) ボランティア（団体）の活動内容
- 3) ボランティア活動場所の確保について
- 4) ボランティアの育成方法について
 - ① ボランティア募集の有無と方法
 - ② コーディネーターの有無
 - ③ 育成方法とカリキュラム内容
 - ④ 考慮していること
- 5) 登録人数
- 6) ボランティア保険の有無と内容について

調査手続き：調査員 2～3 名が調査対象団体先に訪問し、育成の担当者に対し、ボランティア養成の取り組みについて、調査項目に沿ってヒアリングを行った。ヒアリング内容は、筆記により記録された。ヒアリング調査は各団体につき1回行われ、調査時間は約1時間30分であった。

調査期間：2008年11月～12月であった。

倫理的配慮：本研究は当センター倫理委員会の審査において承認を得た。調査対象団体に対し担当者に調査主旨の説明を行い、同意を得た上で実施した。また、報告書

掲載に際して調査内容に誤りがないかの確認を調査対象団体に書面にて実施した。

3-3. 調査結果

以下に調査結果を示した。

事例 1

調査対象団体：認知症予防支援グループえんじょい（愛知県豊田市）

ヒアリング調査対象：豊田市社会福祉協議会

1. ボランティア（団体）の活動の目的

豊田市内在住の高齢者に対して、認知症予防ゲーム及び自主ゲームを使って楽しみながらゲームを通して予防支援を行うこと、認知症予防の為に自主ゲームの開発及び普及、そして認知症予防の啓発を目的としている。

2. 活動内容

市内の高齢者団体からの要請により、グループメンバーが現場に赴き、ゲーム指導を行っている。

また、定例会を社会福祉センターにおいて毎月 1 回 2 時間ほど開催し、ゲームを提供する日程調整や脳の活性化を図るためのゲームの考案と作成を行っている。なお、ゲーム作成等は原則自費であるが、社会福祉協議会の活動助成制度（1 グループ 2 万円を上限）を利用し、総活動費の二分の一をまかなっている。

< 活動例（2008 年 11 月 12 日） >

調査当日は「ふれあいサロン（会食会）」（ひとり暮らしの高齢者が外に出て、集まる機会を増やすことを促進するために中学校区ごとに開催する豊田市の委託事業；調査当日は 1 か所 50 人程度が参加）におけるボランティア活動を見学した。ここでは、「日本地図（都道府県別）パズル」や「ひらがな文字によることば作りパズル」等のゲーム指導を行っていた。

3. ボランティア活動場所

活動場所は市内であるが、決まった活動場所はなく、高齢者団体からの要請による

ため、高齢者団体の活動場所に準じている。

また、ボランティア活動場所確保のための PR は、①社会福祉協議会の認知症予防講演会との共催であること、②社会福祉協議会内にあるボランティア連絡協議会（約 250 団体が参加）内で本活動について紹介している。またホームページにおいても紹介している。しかしながら、大々的に PR すると要請が多くなり、すべてに対応できなくなることが考えられるため、PR は控えめにしている。

4. ボランティアの育成方法

1) ボランティア募集の有無と方法

2006 年に養成講座を開催し（2008 年度に養成講座を開催予定）、募集を行った。募集要件は、19 歳以上で認知症予防に関心のある方、3 回の養成講座すべてに参加できる方先着 20 名とした。

2) 育成方法とカリキュラム内容

養成講座は豊田市社会福祉協議会の単独自主事業として行った。講座回数は 4 回であった。

1 回目：認知症の理解を深めること（医師が講師）。

2 回目：認知症予防のためのゲームの作成。

3 回目：実際にゲームを楽しむ。

4 回目：認知症予防について（保健師が講師）

3 回目の講座が終わったあとに、メンバーに継続の合意を得て、4 回目において今後の継続方法について話し合いをおこなった。

次年度の 2007 年 4 月から 1 年ほどかけて本格的にゲームを作成するとともに、ボランティアグループの PR を始めた。2007 年度までは社協の職員が毎回活動に関わっていたが、2008 年度からは自主的なグループに移行した。

3) コーディネーターの有無

豊田市社会福祉協議会の職員がコーディネーターを担っている。

4) 考慮していること

認知症予防にのみ焦点をあてていることである。活動ツールもゲームに特化すること。そして何よりも楽しめることである。メンバーがこの方針を理解し、主体的にと

らえるようになるまでに半年ほどかかった。認知症予防から他の内容に派生して本来の活動内容やメンバーの意識が散漫にならないようにコーディネーターが配慮した。

現在では、メンバーは、自分たちでゲームを作り、それらを用いた活動が地域の高齢者のために貢献していること、またこのような創作活動が自分たちの認知症予防にもなっているという意識がある。

5. 登録人数

12名（男性 1 名，女性 11 名）であり，年齢構成は 30～60 歳である。

6. ボランティア保険の有無と内容について

社会福祉協議会内のボランティアセンターをとおして，グループがボランティア活動保険に加入している。掛け金は自己負担である。

事例 2

調査対象団体：世田谷たすけあいネット（東京都世田谷区）

ヒアリング調査対象： NPO 法人 せたがや福祉サポートセンター

1. ボランティア（団体）の活動の目的

地域の支え合いが希薄になってきている現状があるのではないかと考え、その状況を改善するために、福祉を切り口にしたまちづくりを目的として、1996年に生活クラブ生協を母体とした高齢者交流会「ひこばえ」^{注1}が発足、そして2000年にNPO法人せたがや福祉サポートセンターが発足した。「ひこばえ」は地域において支えあいのネットワークをつくる取り組みである。

2002年度に立川市、武蔵野市とともに実施した市民協シニアボランティア事業「ちょこっとサービスの3ヶ月モデル事業」を機に、せたがや福祉サポートセンターがコーディネートし、準備会を立ち上げ、2004年5月に相談事業を開設し、「世田谷たすけあいネット」と命名した。

「ひこばえ」のボランティアメンバーの有志は「世田谷たすけあいネット」の活動の中心となっており、地域において支えあい活動を広げている。

注1「ひこばえ」について

若い年代から高齢の年代まで年を問わず集まり、昼食をとりながら地域のことについて話し合い、関係づくりを行うことを目的に立ち上げられた活動である。そして世田谷区に対する継続的な政策提言により、2000年から世田谷区が開催場所確保の支援を開始し、2001年に「支えあいミニデイ」として制度化した。NPO法人せたがや福祉サポートセンターが地域における「支えあいミニデイ」立ち上げをサポートすることにより、2008年12月時点で「ひこばえ」は区内17か所に広がっている。また「おとこの台所」（4か所）は「ひこばえ」を構成するグループであり、活動内容が力仕事などであるため、男性ボランティアが多い。

2. 活動内容

電話相談により、日常生活の困りごとを受け付ける。そして、情報提供やボランティアによる出張、または他団体・機関を紹介するなどの方法で問題解決を行っている。

具体的に手助けが必要な困りごとについては、ボランティアが1人（または複数人）で出張し対応する。出張した場合、1人1回1,000円の交通費のみ利用者に負担してもらう。ボランティアは600円を交通費として取り、400円が世田谷たすけあいネッ

トに寄付され、運営費用の一部となる。

また、活動を充実させるため、月 1 回 2 時間程度のミーティングを実施している。参加できるボランティアが参加して実施している。ミーティングの内容は、課題解決、事例検討などである。

3. ボランティア活動場所

電話相談は週 1 回、せたがや福祉サポートセンターの事務所のある NPO センターの会議室を使用している。

4. ボランティアの育成方法

1) ボランティア募集の有無と方法

大規模な募集は行っていないが、以下の①～③において人材確保を図っている。

- ① 「ひこばえ」に呼びかけを行う。
- ② 大きなイベントを利用したリタイアシニアを対象とした募集
- ③ 相談員養成講座で呼びかけを行う。

2) 育成方法とカリキュラム内容

相談員養成講座を 2003 年から開催している。当初は企業職員研修のベテラン講師を招いてカウンセリング的聴き方と電話相談の受け方に関する研修であったが、近年は世田谷区研修センター「地域保健福祉の基礎講座」が引き継いでおり、ボランティア希望者は当講座を受講する。

また事例学習会を毎月、相談員フォローアップ研修を年に一度実施している。

< 事例学習会の実際例（2008 年 12 月 9 日）>

13：00 あいさつ、近況報告

13：15 勉強会「傾聴：相談対応を振り返って」（講師：シニア産業カウンセラー）

15：00 終了

※ 当日の参加者 約 10 名（NPO 法人のスタッフを含む）

3) コーディネーターの有無

NPO 法人世田谷福祉サポートセンターが、サポート事業としてコーディネートしている。

4) 考慮していること

- ① リタイアシニアの地域回帰の受け皿となること。
- ② 困りごとを抱える高齢者と、地域社会において役に立ちたいと考えている元気シニアをどのようにマッチングさせていくか。
- ③ 地域で活動する他団体や地域包括支援センターとの連携づくり、支えあいの輪を広げること。
- ④ 活動内容が力仕事などであるため、男性ボランティアを積極的に導入した経緯もあり、「たすけあいネット」のボランティアは男性が多い。

5. 登録人数

約 40 名の登録であるが、現在は 20 名弱が実質的に活動している。特に「ひこばえ」の「おとこの台所」の躍進により、中心メンバーに男性が多いのが特徴である。

6. ボランティア保険の有無と内容について

社会福祉協議会を通した、ボランティア保険に加入している。1 年間で一人 300 円の保険料は、ボランティア各自が負担している。

事例 3

調査対象団体：目黒認知症家族会「たけのこ」（東京都目黒区）

ヒアリング調査対象： 家族会「たけのこ」世話人

1. ボランティア（団体）の活動の目的

本事例は、ボランティア団体ではなく、家族会とミニデイを開催している認知症家族会であり、当活動の運営および支援のために目黒区社会福祉協議会に登録しているボランティアを受け入れている。そして当活動をとおしてボランティアとの交流ならびにボランティア育成を図っている。

2. 活動内容

月 2 回金曜日午前中の 9 時 30 分～12 時において活動している。このうち前半部（1 時間程度）では認知症の人本人、家族、ボランティア全員による活動である。そしてコーヒブレイクによる休憩（30 分程度）をはさんで、後半部（1 時間程度）において、家族会と認知症の人本人のためのミニデイの 2 つに分かれて活動を行う。

参加される家族は、目黒区の保健師の勧めや自ら情報を得て自発的に参加している。現在約 25 家族が参加しているが、1 回に参加される認知症の方は 7～8 人である。

< 活動例 >

1) 前半の 1 時間の活動の例

カレンダー作り、塗り絵、ゲーム、会報の製本作業などを行っている。これは、参加者およびボランティア全員で行う。このことにより、家庭で見ることのできない本人の様子を家族が見ることができる。そして家族が知らない本人の性格の一面に触れることができる。そして家庭において本人と話す話題になる。

2) 後半の 1 時間程度の活動の例

家族の交流会と、本人のためのミニデイに分かれる。家族は、家族同士の話し合いを行う。本人のミニデイは、ボランティアが担当する。この時間に音楽ボランティア等が参加する。ボランティアの平均的な人数は、一般のボランティアが 5～6 名、音楽ボランティアが 4～5 名。

3. ボランティア活動場所

中目黒スクエア（区内の公共施設）内 2 階会議室で行っている。

4. ボランティアの育成方法

1) ボランティア募集の有無と方法

ボランティアは基本的に目黒区社会福祉協議会に登録する。また介護経験者（家族会のOB、OG）がボランティアを兼ねることもある。

2) 育成方法とカリキュラム内容

社会福祉協議会ボランティアセンターにおいて、年間 1～2 回ボランティア研修会を実施している。中心的内容は、ボランティア活動の際のレクリエーションの仕方などである。

また、毎回の家族会の活動における実践をとおして個別研修的にかかわり、学んでもらっている。学習会として認知症介護の研修を会員のケーススタディ中心に行っている。新規の人を対象に認知症サポーター養成講座も行っている。

さらに、ボランティア活動方針に関する意見交換を行い、ボランティア同士の活動に関する意識・認識等の確認を行う。特に重要視している内容として、認知症の人へ対応する際の基本的姿勢、家族とのコミュニケーション方法があげられる。

3) コーディネーターの有無

基本的に家族会の世話人がコーディネーターを担っているが、目黒区保健師が毎回 1 名参加し、活動をサポートしている。

4) 考慮していること

ボランティア同士で、ボランティア活動に対する意識の違いが存在することを知り、お互いの立場を尊重しあう姿勢を大切にしている。

また、参加される家族に対しても、まれにボランティアに対して過剰な期待をもつ家族がいるため、ボランティアとはどのようなものか、どのように理解して付きあうかを知ってもらうようにしている。

5. 登録人数

一般ボランティア 9 人、音楽ボランティア 6 人である。他にパフォーマンス・ボランティアとして、6 グループ合計 25 人（大道芸、琴、手品、手話ダンス、腹話術、ジャズ）が年に 1～2 回、演奏などに訪れる。

6. ボランティア保険の有無と内容について

ボランティアは基本的に目黒区社会福祉協議会に登録することになっている。このことによりボランティア保険に無料で加入することになる。

3-4. 調査結果の考察とまとめ

地域における認知症ケア活動に資するボランティア育成に取り組んでいる3団体に対しヒアリング調査を行った結果、各団体において独自の取り組みが行われていた。

以下に各団体に共通する特徴やボランティア養成講座開催に際してのポイントについて記した。

3-4-1. ボランティア活動の目的を明確にしていること

団体ごとに独自の目的においてボランティア育成がなされていた。事例1では、社会福祉協議会の主導によるゲーム指導や啓発をとおして「認知症予防」に関する支援を行うこと、事例2では、NPO法人の主導により、電話相談をとおして地域の支え合いを切り口としたネットワークづくりをめざすこと、事例3では、家族会の活動や運営の支援を目的としたボランティア受け入れであり、各団体においてボランティア活動の目的が明確であった。

このようにボランティア活動に際しては、ボランティアに共通して認識される活動目的が明確に示されることが重要であると考えられた。そして、ボランティア間において活動目的の関する共通認識が維持されることも必要であろう。たとえば事例1では、目的を「認知症予防」に焦点をあてているが、他の内容（たとえば認知症介護）に派生して本来の活動内容やメンバーの意識が散漫にならないように考慮しているように、目的の共有が大切である。

3-4-2. ボランティア育成後のボランティアの受け皿や活動場所について

事例1では、社会福祉協議会がボランティア育成を行い、ボランティア活動を軌道に乗せながら徐々に自主的グループに移行させていった。そして他の高齢者団体からの要請にもとづいて継続して活動が維持されていた。事例2では、行政が制度化したミニデイのボランティアが母体となっており、この中の有志が電話相談のボランティア活動に参加していること、事例3では、行政に登録しているボランティアが家族会に参加していること。

以上のように、各団体において、行政との連携およびバックアップのもとで、ボランティアの受け皿や活動場所が確立されていた。

3-4-3. ボランティア活動の運営に配慮するコーディネーターの存在

各団体において、事例1では社会福祉協議会の職員、事例2ではNPO法人の職員、

事例3では家族会世話人がコーディネーターとして、明確な目標を堅持し、ボランティア団体や養成講座を立ち上げ運営を行っていた。

たとえば事例1では、ボランティアメンバーにおいて目的や方針が他の内容に派生し、意識が散漫にならないようにコーディネーターが十分に配慮していた。また事例2では、NPO 法人が組織として研修を含めボランティア活動のコーディネートをしていた。ボランティア活動の継続には、その活動を十分に理解し支援するコーディネーターの存在が不可欠であると考えられる。

以上のように、ボランティア育成に際しては、明確な活動目的を設定し、ボランティアメンバー間において共通認識が得られる配慮が必要であることが考えられた。そしてボランティア活動を継続していく中で、活動目的についてメンバー間で共通認識に相違が生じた場合においても、それを修正するためのコーディネーターの役割が重要であろう。今後はボランティアコーディネーターの育成に関しても取り組むことが必要であると考えられる。

さらに、ボランティア育成後のボランティアの受け皿や活動場所については、社会福祉協議会や行政との連携において確保していくことが重要であり、社会福祉協議会や行政側の配慮が地域資源としての住民ボランティア活性化の鍵をにぎるものと考えられる。

4. ボランティア育成講座

4-1. 講座実施の目的

作業部会において検討した結果から、本講座の目的は、以下のとおりとした。

「在宅で生活する認知症の人と、家族介護者の支援のために、認知症の人ご本人と一緒に参加しないと家族会に参加できない家族を支援すること」を行うために、『家族介護者の会』や『家族交流会』のときに、その会と同時並行で行う認知症の人の『ミニデイ』にかかわるスタッフとして参加するボランティアを養成する」ことを講座の目的とした。

そして、講座の名称を、「家族支援のための『認知症の人のミニデイ』ボランティア育成講座」とした。

4-2. 講座対象者

上記の目的に沿い、一般住民を講座受講の対象とした。特に、中高年層を主たる対象と想定した。対象者は、主に杉並区住民とした。

4-3. 講座内容

4-3-1. 講座の募集方法

受講者の募集は、杉並区保健福祉部の協力を得て、杉並区報に、講座開催ならびに募集の記事を掲載した。合わせて、杉並区内に所在する、地域住民が利用する区民センターと区民集会所、地域包括支援センター、ゆうゆう館（旧敬老会館）の合計 65 箇所に、講座開催ならびに募集のチラシを配布した（資料 1 参照）。

募集期間は、平成 21 年 1 月 21 日～平成 21 年 2 月 6 日までであった。

募集定員は、15 名。この人数は、実習を実施できる上限の人数として設定した。その結果、合計 7 名の応募があり、その 7 名を受講者として講座を実施した。

4-3-2. 講座カリキュラム

講座カリキュラムは、作業部会の検討を受け、表 4-1 の内容とした。

講座カリキュラムを作成する際に、作業部会で検討された、「ボランティアの原則、目的、ボランティアとは何か」、「マナーについて行うこと」「傾聴に関する内容を盛り込むこと」、「報告、連絡、相談の徹底を周知すること」「尊厳が保障される対応を心が

けること」を考慮した。

そのため、第1日目は、講義と演習を中心としたカリキュラムとし、最初にボランティアの一般的な原則や目的等を講義に取り入れた。つぎに、認知症の人のミニデイのボランティアとして必要と考えられる知識を講義として取り入れた。

そして、講義の知識を深めること、認知症高齢者と実際に交流する体験を持つこと、家族介護者の介護状況の話を直接聴くこと、という3つの目的のために、実習をカリキュラムに組み込んだ。

実習内容は、1つは認知症高齢者が利用するデイサービスに一日体験見学をするもの、もう1つは杉並区内で実施されている「家族交流会」に参加し、介護家族のお話を聴く見学とした。

表 4-1 講座カリキュラム内容

講義1日目：平成21年2月9日(月)

9:00～	受付開始	事務局
9:30～10:00	講座開講のあいさつ・講座オリエンテーション	事務局
10:00～11:00	講義 「ボランティア活動の意義」	桜美林大学健康福祉群社会福祉専修 久松 信夫 先生
11:10～12:10	講義 「認知症高齢者の介護家族の心理と介護負担、家族会の意義」	聖マリアンナ医科大学 精神療法センター 田所 正典 先生
12:10～13:10	昼食休み	
13:10～14:10	講義 「認知症の理解」	認知症介護研究・研修東京センター 遠藤 忠 先生
14:20～15:50	講義と演習 「認知症高齢者への対応方法の基本、傾聴方法の基本」	医療法人社団芙蓉会 グループホームあおぞら 濱田 秋子 先生
16:00～17:00	実習の心得、実習日調整	事務局

講義2日目:平成21年3月4日(水)

13:00～	受付開始	事務局
13:30～14:30	演習;実習の振り返り 実習記録の発表と共有を行い、講義1日目の認知症の理解、認知症高齢者の理解、介護家族の理解の内容を再確認し、その理解を深める	事務局 小野寺 敦志、遠藤 忠
14:40～15:40	演習;認知症高齢者への対応方法の振り返り 実習体験を踏まえ、認知症高齢者への対応方法の理解を再確認し、その理解を深め、基本的な技法を身につける	事務局 小野寺 敦志、遠藤 忠
15:50～16:20	講義;本講座のボランティア活動のねらいの確認 本講座のボランティア活動のねらいと活動を確認し、実際のボランティア活動の際の心構え、留意点を理解する。	事務局 小野寺 敦志、遠藤 忠
16:20～16:50	講座のまとめ:ボランティア活動について	小野寺 敦志、遠藤 忠
16:50～17:00	講座修了式	事務局

講義の日程は、表 4-1 に示すとおり、講義 1 日目は平成 21 年 2 月 9 日、講義 2 日目は平成 21 年 3 月 4 日に実施した。そして、講義 1 日目と講義 2 日目の間の平成 21 年 2 月 13 日～同年 2 月 27 日の間に、デイサービス 1 日、家族交流会 1 日の実習を行った。

4-3-3. 講座の講義・演習の概要

以下に、講義 1 日目の講義・演習の資料の見出し等を講義・演習ごとに示した。

○講義「ボランティア活動の意義」(60 分)

- ・ ボランティアとは
ボランティアの言葉の意味、ボランティア活動の範囲
- ・ ボランティア活動の意義について
ボランティア活動の定義、活動の際の原則
- ・ ボランティア活動のポイント
活動の際の留意点、自主活動としての弱点、シニア世代のボランティア活動について

○講義「認知症の理解」(60 分)

- ・ 高齢者を取り巻く社会的背景と認知症高齢者の現状について

高齢者人口の推移, 認知症高齢者の年代別で占める割合 (有病率), 認知症高齢者の介護の現状。

- ・ 認知症について

認知症の原因となる病気の種類, 認知症の中核症状, 周辺症状, 認知症高齢者と接する時の心構え

○講義「認知症高齢者の介護家族の心理と介護負担, 家族会の意義」(60 分)

- ・ 介護者と要介護者の組み合わせの心理

配偶者同士の介護の場合, 子が親を介護する場合, 嫁が介護する場合について

- ・ 役割と介護との相互性

自分が主介護者であることを認め, 介護状況を把握している場合, 自分を主介護者として認めているが, 介護状況を把握していない場合, 介護状況を把握しているが自分を主介護者と認めない場合, 介護状況を把握しておらず自分を主介護者と認めない場合について。

- ・ 介護の動機づけ

思い出と介護, 投影性同一視と介護, 自己愛の満足と介護, 罪悪感と介護, 償いと介護, 愛他主義と介護について

- ・ 疾患受容のプロセス

4つのステップによる, 疾患を受容するプロセス (過程) について

- ・ 介護ストレス

ストレスとは, 初期のストレスについて, 身体的・精神的負担について, 周囲の理解不足, 孤立感について, 将来の不安について, 家族支援として望まれるサービス

○講義「認知症高齢者への対応の基本, 傾聴方法の基本」(90 分)

- ・ 認知症の人が求める支援

マイナスイメージを取り去る, 介護者のペースを押しつけない, 介護者はパートナーになって, 介護者に求められる支援について。

- ・ 認知症の人を支えるボランティアとしての対応, 心構えについて

- ・ ボランティアの位置づけ

- ・ 具体的なかかわりの例

趣味活動の支援，本人同士の関係の支援，会話，交流を楽しむ，今ある機能を活かす支援など。

- ・ 活動を通してともに楽しむ，楽しく継続するために

つぎに，講義 2 日目の講義・演習の概要を以下に示した。

○演習「実習の振り返り」(60 分)

講義 1 日目の講義内容「認知症の理解」「認知症高齢者の介護家族の心理と介護負担，家族会の意義」を振り返り，その理解を深めることを目的に，実習記録用紙の「デイサービスを体験して，学んだこと」「家族交流会を体験して，学んだこと」を受講生間で共有し，その後に意見交換を実施した。

○演習「認知症高齢者への対応の基本」(60 分)

講義 1 日目の講義・演習内容「認知症高齢者への対応の基本，傾聴方法の基本」を振り返り，その理解を深めるために，実習体験の意見交換，質疑応答を行った。

○講義「本講座のボランティア活動の意義」(30 分)

講義 1 日目の講義「ボランティア活動の意義」を振り返りつつ，本講座のボランティア活動の意義を振り返り，ボランティアとして活動する時の心構えを再確認した。

4-4. 講座の効果評価の結果

4-4-1. 効果評価の目的と方法

本講座受講者の講座受講の効果进行评估することを目的に，受講者のボランティア活動への意識ならびに認知症高齢者の意識の主観的な変化に焦点を当てて調査を行った。

調査方法は，講座 1 日目と講座 2 日目に，2 回，自記式アンケート調査を用いて実施した。

調査内容は，第 1 回目調査は，受講者の基礎情報，Volunteer Function Inventory (VFI) ^{注 1)}，ボランティア活動から得た利益尺度^{注 1)}，ボランティア活動満足感尺度^{注 1)}，SD 法を用いた認知症高齢者のイメージ^{注 2)}であった。第 2 回目調査は，VFI と SD 法を用いた認知症高齢者のイメージであった。

VFI は、「感情的安寧」、「利他主義」、「職業上の成功」、「社会的つながり」、「知識の習得」、「自尊心の高揚」の 6 因子から構成され、各因子 5 項目の合計 30 項目である。回答は「はい (2 点)」、「どちらでもない (1 点)」、「いいえ (0 点)」であり、因子ごとに項目得点を合算して用いた。

ボランティア活動から得た利益尺度は「ボランティア活動によって」からはじまる 5 つの質問項目からなる。本研究では、各項目の回答は「はい (2 点)」、「どちらでもない (1 点)」、「いいえ (0 点)」として用いた。

ボランティア活動満足感尺度はボランティア活動をとおした満足感等に関する 3 つの質問項目である。本研究では、各項目の回答は「はい (2 点)」、「どちらでもない (1 点)」、「いいえ (0 点)」として用いた。

SD 法を用いた認知症高齢者のイメージは、肯定的イメージと否定的イメージが対立する形容詞 20 項目空構成されている。各項目について 7 件法を用いて該当するイメージの評価を行うものである。

注 1) 使用した尺度の出典を示す。坂野純子・矢嶋裕樹・中嶋和夫(2004)：地域住民におけるボランティア活動への参加動機と満足感の関連性。東京保健科学学会誌, 7(1):17-24.

注 2) 使用した尺度の出典を示す。古谷野亘・児玉好信・安藤孝敏・浅川達人(1997)：中高年の老人イメージ。老年社会科学 18(2):147-152.

4-4-2. 倫理的配慮

調査に関する倫理的配慮は、本センターの倫理委員会の承認を得た上で、調査時に、受講生に文書と口頭による説明の上で実施した。なお、調査の有無が受講状況に影響を与えないこと、受講後の申し出により調査協力を取り消すことが可能であることを受講者には説明した。

ボランティア育成講座受講者の調査結果の基礎集計と、受講前後のボランティア意識等の評価結果を以下に示した。

4-4-3. 参加者に関する基礎集計結果

基礎集計結果を表 4-2 に示した。参加者の内訳は女性 6 名、男性 1 名であった。平均年齢は 62.4 歳 (SD=6.9) であった。

高齢者との交流経験は 6 名が「あり」、また認知症高齢者との交流は 5 名が「あり」と回答していた。これまでのボランティア経験は、7 名全員が「あり」、また介護経験

に関しても全員が「あり」と回答した。

表4-2 講座受講者の基礎集計

項 目	頻 度	割合 (%)	平 均	標準偏差	最小値	最大値
性 別						
女 性	6	85.7				
男 性	1	14.3				
年 齢 (歳)			62.4	6.9	53	72
高齢者交流						
あ り	6	85.7				
な し	1	14.3				
認知症交流						
あ り	5	71.4				
な し	2	28.6				
ボランティア参加有無						
参加したことがある	7	100				
参加したことがない	0	0				
介護経験有無						
経験がある	7	100				
経験がない	0	0				

4-4-4. 育成講座受講前後のボランティア意識の評価について

① Volunteer Function Inventory (VFI) の結果 (図 4-1)

因子ごとの平均得点は受講前後 (1 回目, 2 回目) において, それぞれ「情的安寧」の 1 回目 4.7 点 (SD=2.6), 2 回目が 5.0 点 (SD=3.0), 「利他主義」の 1 回目 7.7 点 (SD=2.1), 2 回目が 7.7 点 (SD=1.9), 「職業上の成功」の 1 回目 4.1 点 (SD=3.4), が 2 回目 4.1 点 (SD=3.1), 「社会的つながり」の 1 回目 5.1 点 (SD=2.5), 2 回目が 6.1 点 (SD=2.7), 「知識の習得」の 1 回目 8.4 点 (SD=1.9), 2 回目が 8.9 点 (SD=1.5), 「自尊心の高揚」の 1 回目 5.7 点 (SD=2.8), 2 回目が 6.3 点 (SD=2.8) であった。

特に「利他主義」と「知識の習得」は他の因子に比べて平均得点が前後ともに高く, 他者を思い支援しようとする意識や体験意欲が高いことがうかがわれた。また「社会的つながり」は受講前後で 1 ポイント上昇していた。

受講前後の VFI の下位因子それぞれの平均得点について, t 検定を行ったところ, いずれの因子においても有意差は認められなかった。

つぎに, VFI の因子項目ごとの尺度得点の結果を示した。

② ボランティア活動から得た利益尺度の結果 (図 4-2)

各項目の平均得点は、「自分の価値を表現できた」の1回目 1.0 点 (SD=0.6), 2 回目が 1.1 点 (SD=0.7), 「達成感を得た」の1回目 1.1 (SD=0.7), 2 回目が 1.4 点 (SD=0.5), 「社会について新しい知識を学んだ」の1回目 2.0 点 (SD=0), 2 回目が 1.9 点 (SD=0.4), 「自分のボランティア活動が高く評価された」の1回目 1.1 点 (SD=0.7), 2 回目が 0.7 点 (SD=0.8), 「将来役に立つ技術を学ぶことができた」の1回目 1.3 点 (SD=0.5), 2 回目が 1.4 点 (SD=0.8) であった。

「自分のボランティア活動が高く評価された」が受講前後で平均得点が若干低下したが、他の項目では、ほぼ横ばいに推移していた。

各項目の平均得点について、t 検定を行ったところ、いずれの因子においても有意差は認められなかった。

③ ボランティア活動満足感尺度の結果 (図 4-3)

各項目の平均得点は、「全体として、ボランティア経験は私にとって非常に有意義である」の1回目 1.7 点 (SD=0.5), 2 回目が 1.9 点 (SD=0.4), 「ボランティアの役割によって与えられる責任に対して、個人的に非常に満足している」の1回目 1.3 点 (SD=0.8), 2 回目が 1.1 点 (SD=0.4), 「ボランティア活動は、私にとって何も得るものはないと思う」の1回目 0.1 点 (SD=0.4), 2 回目が 0 点 (SD=0) であり、概して受講者はボランティア活動を有意義にとらえていることがうかがわれた。

各項目の平均得点について、t 検定を行ったところ、いずれの因子においても有意差は認められなかった。

4-4-5. SD 法を用いた受講前後の認知症高齢者に対するイメージの変化の結果 (図 4-4)

図 4-4 に受講前後の認知症高齢者に対するイメージの変化についてプロフィールを示した。各形容詞対において 2 回目のプロットが 1 回目のプロットよりも右に位置する場合、より肯定的に変化したことを示している。

各形容詞対において、受講前後の変化について t 検定を行ったところ、いずれの対においても有意差は認められなかった。しかしながら、プロフィール上において、肯定的に変化した形容詞対(「消極的—積極的」, 「不活発な—活発な」, 「暗い—明るい」, 「頑固な—柔軟な」など)や、否定的に変化した形容詞対(「弱い—強い」, 「遅い—速い」, 「受動的な—能動的な」など)が認められた。

以上より、本講座において、受講者が7名と少数であったこと、受講前後の評価の間隔は約1か月間と短期間であったことから、受講前後において有意差が認められなかったことと考えられる。特に、VFIについては、ボランティア活動経験がひつようであるため、講座参加のみの評価ではなく、ボランティア活動を一定期間経験した後に再調査されることが必要であったと考えられる。しかしながら、ほとんどの評価において、受講前後ともに得点範囲の中央以上であったことから、本講座の受講者は、もともと肯定的評価において、良好な傾向にあり、それが維持されていた結果であると考えられた。

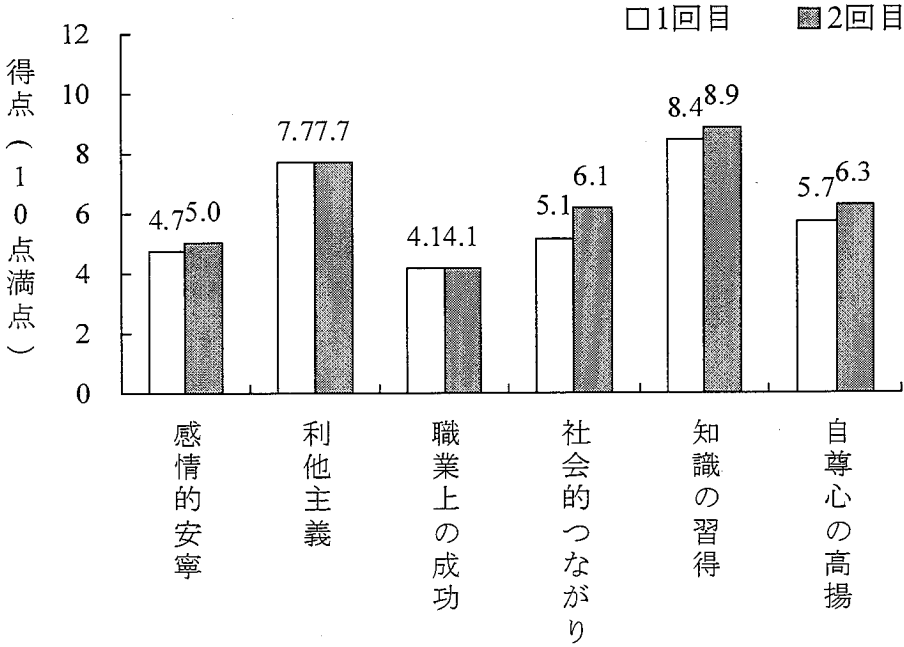


図4-1 Volunteer Function Inventoryの因子ごとの平均得点 (SD) の変化

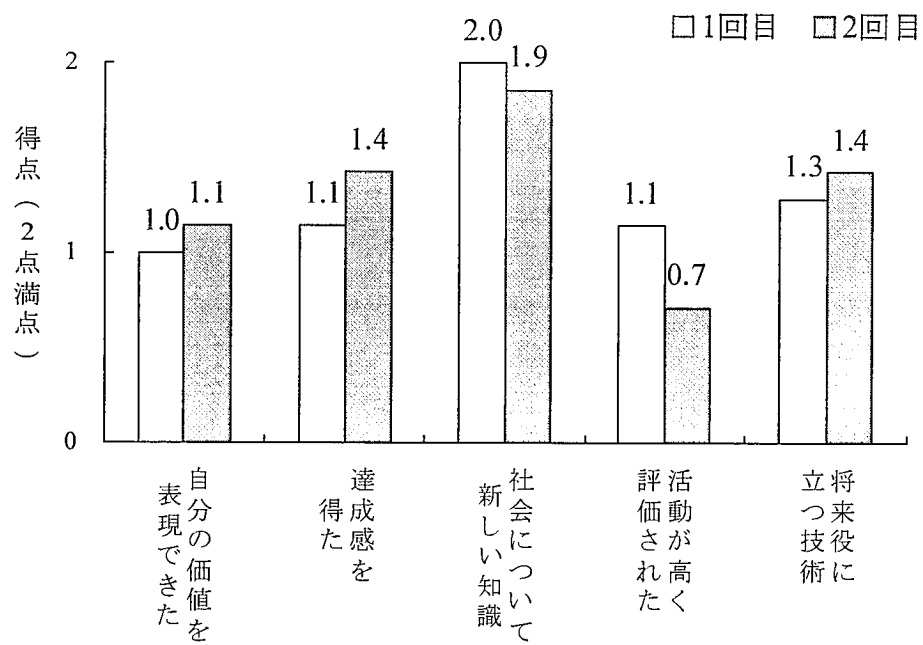


図4-2 利益尺度の平均得点 (SD) の変化

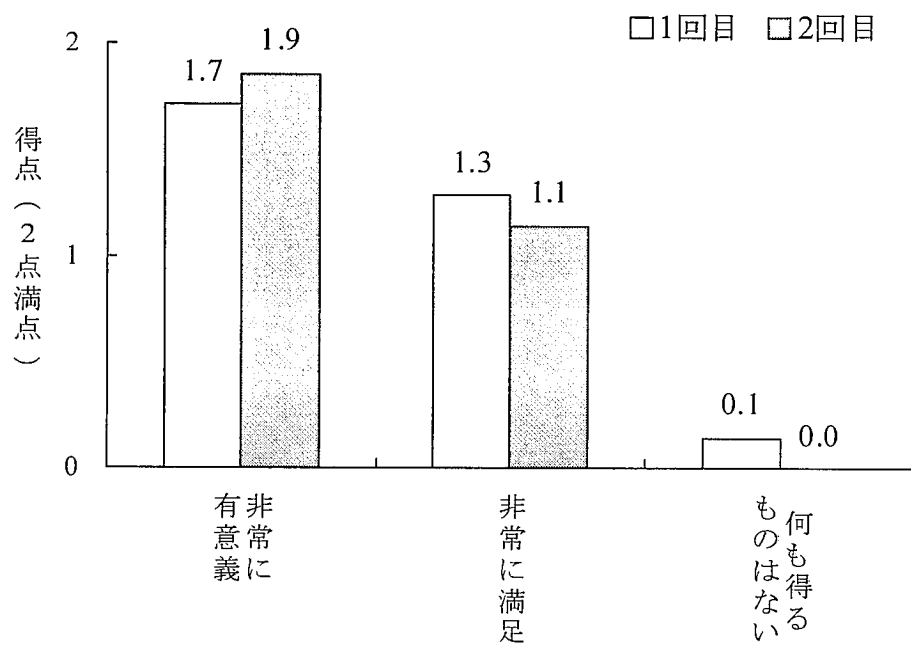


図4-3 ボランティア活動満足度尺度の平均得点 (SD) の変化

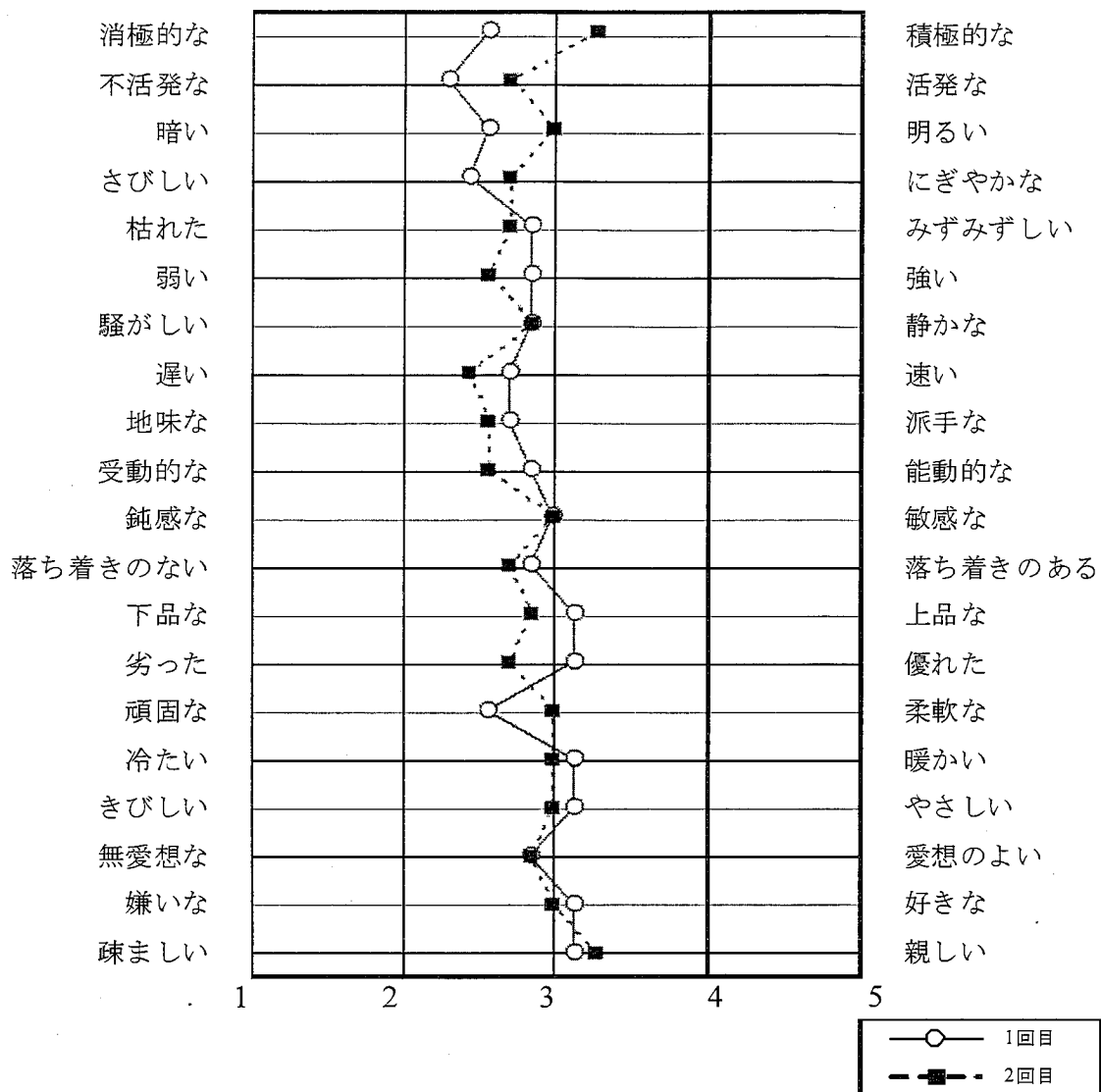


図4-4 SD法による評価のプロファイル

4-5. 講座実施のまとめ

講座受講者は、定員の約 1/2 であった。受講生の学習を重視した内容ではなく、ボランティア活動を前提にしたカリキュラムとして、実習を組み込み、この日程が十分に事前に提示できなかったところが受講を手控える要因の一つになっていたかもしれない。広報の段階での提示に、もっと工夫が必要であったといえる。

講座の効果については、約 1 ヶ月程度の期間での前後調査であったため、有意な変化は認められなかった。実際にボランティア活動を行い、一定の期間を経た後に再度調査されることが望ましいといえる。

本講座終了後、個別にボランティア活動の意向確認において、希望する人がいたことは、講座の成果の一つであったといえる。希望者が継続して活動できる場を、ボランティアと一緒に作っていくことが次の課題といえる。

【資料 1】 講座への受講募集用のチラシ

家族支援のための「認知症の人のミニデイ」

ボランティア育成講座

募集!!

認知症ケアは、これからの高齢社会の大きなテーマです。
認知症ケアは、在宅で家族が介護をしている割合が多く、ご家族は、介護に悩んでいます。地域でそれを支援するものが「家族の会」です。しかし、ご本人と一緒にでないと外出もままならない、ご家族がいます。
そこで、「家族の会に」ご本人と一緒に来たとき、ご家族が「家族の会」に参加している間、認知症のご本人が安心して家族を待てる「ミニデイ」にかかわるボランティアの方を求めています。
ボランティアに興味のある方、認知症に興味のある方、介護について考えている方、この講座で勉強してみませんか。

○講義日程/実習内容

講義	1 回目	平成 21 年 2 月 9 日	9:30-17:00
	2 回目	平成 21 年 3 月 4 日	13:30-17:00
実習	1 回目	認知症ディサービスの 1 日体験実習	
	2 回目	家族会の見学参加（半日）	
* 2/13~2/27 の間			

- <会場> 認知症介護研究・研修東京センター 3 階 会議室
- <定員> 15 名 * 申込受付順 (2 月 6 日まで。ただし定員になり次第締め切り)
- <受講料> 無料 * 但し、昼食代・実習場所などへの交通費等は自己負担
- <申込み先> 認知症介護研究・研修東京センター
電話/03-3334-2173
(担当：小野寺、遠藤)

主催/認知症介護研究・研修東京センター
(本事業は、平成 20 年度老人保健健康増進事業の一環として実施されるものです)

5. まとめ

本事業の結果を踏まえ、そのまとめとして、本事業の成果並び課題、今後の展望を以下に示した。

5-1. 家族支援のミニデイとしての特徴を生かしたボランティア活動として、本人ならびに家族介護者にかかわるスキルを身につけ支援する。それがボランティア活動の動機づけとなる。

介護保険のデイサービスは、介護保険サービスとして本人の自立支援が中心となり、ケアプランの目的に沿ってサービス提供の目的が設定される。場合によっては、レスパイトケアの機能として活用されることもあろうが、その対象となる家族介護者とデイサービススタッフが交流を持つ機会は、送迎時のわずかな時間が主であり、改めて時間を設定しない限りは少ないといえる。

一方、ミニデイの目的は、家族会に家族介護者の方が参加している間、同伴した認知症の本人を見守ることである。それは、家族介護者の支援が第1目的であり、このボランティア活動の意義がここにある。そして、家族会と対になった形で実施されるため、家族介護者と交流する機会もある。

すると、ミニデイにかかわるボランティアには、認知症の本人にかかわるスキルと同時に、家族介護者にかかわるスキルも必要になるといえる。本講座のカリキュラムは、前者に重点を置いたカリキュラムであったことから、つぎに講座を企画する際には、家族介護者へのかかわりに関するカリキュラムも付加していくことがもとめられよう。

5-2. 次の段階として、地域の中で認知症の理解を広めていくための具体的なボランティア活動を考え、そのような活動を検討し推し進めていくことが求められる。

本年は、ミニデイによって家族会に参加する家族介護者を支援するボランティア育成に取り組んだ。しかし、認知症の人を地域で支えるという地域包括ケアの視点からすると、家族会や家族交流会が開催される場所に、認知症の本人や家族介護者が来場した際の支援だけではなく、活動自体が地域の中で展開されることが望まれる。

地域への啓発活動が、厚生労働省のもと、2005年（平成17年）から「認知症を知

り「地域をつくる10ヵ年」計画として進められているが、まだまだ地域に認知症に対しての周知は十分とはいえない。ボランティア活動としての取組みが多様であることを考えると、今回の取組とは別に、認知症の周知をより積極的に地域で推し進めていく活動を展開していくことも必要ではないかといえる。

5-3. ボランティア活動には、男女問わず、年齢問わず、さまざまな人が参加することが求められる。それが展開できる取組みを考えていくことが重要である。

ボランティア活動が高齢者の介護関係に関連した活動では、男性のボランティアの数が、少ない傾向がうかがわれる。今回の講座の応募をみても、活動を希望する男性がいないわけではないので、男性が介護関係のボランティア活動に興味を持ち、参加していく講座の持ち方や、ボランティア活動の広報の仕方を考えていく必要がある。

介護という言葉を前面に出さなくても、活動内容の提示が出来るのではないかな。それにはボランティア活動の内容と場所をより明確にし、男性が興味を持ち、参加してみようと思える呼びかけ方法を検討することが求められよう。

団塊の世代が、シルバー世代を迎えることを考えると、より積極的にこの点は検討することが必要である。そこから、男性だけではなく、年齢を問わず、子どもや青年といった若い世代も含めたボランティア活動希望者を増やしていく取組みが重要であろう。

5-4. ボランティア活動のために、そしてボランティア活動を通して、認知症の理解を深め、心理的な障壁を取り除くことが、これからの活動には求められる。

認知症に関連した活動においては、一般市民の中に、認知症に対する心理的障壁があるのではないだろうか。「痴呆」から認知症に名称が変更になったが、まだまだ啓発は必要である。人によっては認知症に対して否定的な理解を持っている人もいるかもしれない。

その否定的な理解が、認知症に関連するボランティア活動を展開する際に、障壁となっている可能性が考えられよう。啓発活動やボランティア育成に際しては、常に、認知症に対する差別偏見を解消し、認知症に対して肯定的な理解をしてもらうような働きかけが必要不可欠であるといえよう。

5-5. 認知症の人の多様な状態、多様な状況に応じた柔軟な支援のあり方を考えることが大切である。ボランティア活動もその多様性を踏まえ、類似するものが並存しながら、本人ならびに家族、ボランティア双方のニーズにこたえる活動を展開することが求められる。

本講座では、支援の対象を第一に介護保険を使用していない認知症初期もしくは軽度期の方を第一に想定していた。その対象者への支援も当然必要であるが、認知症ケアは、認知症の病態の変化に伴い、その時期による負担も異なる。介護の次の段階にすすんだ時に悩みを分かち合う場所が必要である。また、デイサービスにおいて利用者の家族会が設けられている場合もあるが、回数が少ないこと、サービス提供者とサービス利用家族という立場で交流が行われやすい現状を考慮すると、家族を支援する家族会や家族交流会は、その運営内容や実施場所、実施回数を含め、複数の形式のものが存在するほうがよいといえる。同一地域に、そのような複数の家族支援の場が存在することは、家族からすれば、選択の余地が広がり、使い分けが可能になる。

同様のものがあるから、作らないではなく、対象者をこの範囲に選定しているから、範囲外の人を受け入れないのではなく、利用する人が選択して利用しやすい内容と複数の活動を提供していくことがさらに求められるといえよう。

それは、ボランティア活動を行う側からしても、多様な形態と数の活動場所があれば、自分が興味を持ちかわりたいたいと思う活動に参加することが可能になるといえる。

委員名簿

第1事業委員

須貝 佑一 社会福祉法人浴風会 浴風会病院 診療部長
杉山 智子 順天堂大学医療看護学部 高齢者看護学 講師
林 邦彦 群馬大学医学部保健学科 医療基礎学 教授
古田 伸夫 社会福祉法人浴風会 浴風会病院 精神科医長
松村 康弘 桐生大学医療保健学部栄養学科 教授
丸井 英二 順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授
山本 精一郎 国立がんセンターがん対策情報センター がん情報・統計部 がん統計
解析室 室長
吉田 亮一 社会福祉法人浴風会 浴風会病院 副院長

研究協力者

高山 充代 大正大学人間学研究科
梁 春玉 順天堂大学大学院医学系研究科 協力研究員

第2事業委員

遠藤 忠 認知症介護研究・研修東京センター 非常勤研究員
小野寺敦志 認知症介護研究・研修東京センター 研究企画主幹
鈴木美佳子 杉並区社会福祉協議会 総務課長
高林 一宏 浴風会 地域サービス部 第二南陽園デイサービスセンター長
久松 信夫 桜美林大学 健康福祉学群 講師
牧野 史子 NPO 法人 介護者サポートネットワークセンター・アラジン 理事長
丸山 晃 十文字学園女子大学 人間生活学部人間福祉学科 講師

(五十音順)

報告書名

平成 20 年度 老人保健健康増進等事業報告書
認知症介護予防のための地域支援に関する調査研究事業 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

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 21(2009)年 3 月