平成19年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症対応の視点から見た地域診断の指標づくりに関する調査研究事業
報　告　書

平成20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
社会福祉法人仁　至　会　認知症介護研究・研修大府センター
社会福祉法人東北福祉会　認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

認知症への一般の理解が進む中で認知症の人の意思の尊重、個人の尊厳がより重視されるようになった。自立支援と介護予防を重点施策に取り入れた介護保険制度の改革に伴って認知症への対策も大きく変わろうとしている。「認知症になっても安心、住み慣れた地域で可能な限り生活ができる」というコンセプトを実現するための地域の環境づくり、認知症ケアの人材育成と地域社会資源の配置が今求められている。

しかし、現状は、積極的に地域支援に取り組んでいるところがある一方で、なお模索中の地域、これから取り組みが求められる地域も存在し、都市部、農村部を問わず明らかな地域格差が認められる。これを是正していくような認知症地域支援の方策の提案が必要との問題意識から本調査研究がスタートした。

認知症ケアについての研究的取り組みを設立目的の一つとする認知症介護研究・研修東京センターでも厚生労働省の施策を受け、平成18年度から3センター共同でこの課題に取り組むことになり、調査研究も2年目を迎えた。

その第一の足がかりとして初年度は「認知症ケアのための地域診断指標」を作ることとし、調査研究を実施したところである。平準化の基礎資料となる部分で、取り組み初年度では様々な地域診断指標を提案した。19年度はそのうち地域の資源マップ作り、地域のウォーキングマップとそのガイド作りを通して認知症予防活動の広報と普及をおもに手がけた。

また、高齢者の健康寿命に影響を及ぼす一因に認知症の発症とその進行による重度化があることはたしかなことである。早い段階で認知症の予兆を発見し、適切な生活指導や介護予防プログラムへの導入をはかることで認知症の発症と進行を何年か先延ばしすることが可能な時期にさしかかっている。これまでに蓄積されているエビデンスを認知症ケアと地域支援の方策に取り入れることは介護予防の見地からも重要である。その研究の一環として2007年度も杉並コホートの集団検診データの分析を行い、地域包括ケアの実際の運用に役立つことを狙った。コホート調査は杉並区という地域に限られたが、その調査の中で現状の介護予防事業が一般高齢者の中になお十分周知徹底されていないという事実にもつきあたり、地域での認知症への取り組み課題がなお山積していることを痛感した。本報告書が関係の方々に広く読まれ、認知症ケアの質の向上に少しでも役立つことを願っている。

平成20年3月

認知症介護研究・研修東京センター
副センター長兼研究部長　須貝佑一

目　次

事業全体の経過

1．事業全体の目的

本事業は、平成18年度事業に引き続き、下記の2つの事業目的を掲げて実施した。

(1) 平成18年度に作成した「認知症ケアのための地域診断指標(案)」の内容と効果の検証を行い、その結果を基に指標案を修正し、より実用的で精度の高いものにし、指標の活用方法を提示すること。ならびに、認知症ケアのための地域支援活動として、「地域資源マップ」作り活動を取り上げ、その支援活動の内容と効果の評価を検証し、地域支援活動を展開していくための基礎資料とすること。

(2) 地域で暮らす高齢者の生活実態、対人関係、社会的交流の有無など高齢者本人の生活習慣を調べ、それらがこれから先の高齢者の認知レベル、身体の健康状態にどう関わっていくかを明らかにするとともに認知症予防を目的に実施されている生活習慣の改善、既存の介護予防プログラムへの参加状態が、その後の認知レベル、身体の健康状態にどのように影響するかを把握して介護予防の今後の具体的プログラム作りに寄与すること。

2．委員会の設置ならびに実施状況

本事業を実施するために保健医療福祉の有識者等からなる事業委員会を設置し、事業の方向性の検討を行った。

さらに、二つの事業目的を遂行するために、「地域診断指標ならびに地域支援活動検証」作業部会ならびに「在宅高齢者の認知症介護予防に重要な因子の同定と既存の予防事業の効果についての調査研究」作業部会を設置し、具体的な事業内容を検討し、調査研究等を行った。

3．事業成果

(1) 認知症ケアのための地域支援活動として、地域啓発のための冊子を作成した。また、地域資源マップの作成を行い、その作成過程を事例として提示した。

(2) 集団検診によって把握すべき健康指標と将来のハイリスク群を把握するための指標は何かを明らかにすること、認知レベル低下に影響を与えている生活習慣を明

らかにすること、高齢者の感情状態や意欲が認知レベルや将来の認知症発症にかかわっているか、現状の介護予防教室の周知、利用度、施設入所者との経過の比較を、調査研究結果をもとに検討し、その結果を報告書に研究成果として提示した。

第１研究事業

地域診断指標ならびに地域支援活動検証

事業要旨

【目　的】平成18年度に作成した「認知症ケアのための地域診断指標(案)」の内容と効果の検証を行い、その結果を基に指標案を修正し、より実用的で精度の高いものにし、指標の活用方法を提示すること、ならびに、認知症ケアのための地域支援活動として、「地域資源マップ」作り活動を取り上げ、その支援活動の内容と効果の評価を検証し、地域支援活動を展開していくための基礎資料とすることを本事業の目的とした。

【方　法】本事業を遂行するために、作業部会を設置し、4回の会議を実施した。会議において「地域ケアのための地域診断指標(案)」の検討を行った。作成された第一案をもとに、東京都下の市区町村すべての社会福祉協議会 53 箇所ならびに地域包括支援センター100 箇所（2 段階層化無作為抽出による）に対して、第一案の内容評価を問う郵送法によるアンケート調査を実施した。

「地域資源マップ」作り活動については、杉並区内の2つの地域で、以下の3つの活動を実施した。

(1) 認知症介護予防のためウォーキングマップの作成
(2) 一人暮らし高齢者の外出支援をねらいとした地域資源マップ作り
(3) 地域における認知症ケア及び高齢者の暮らしを応援することをねらいとした地域資源マップ作り

【結果とまとめ】「地域ケアのための地域診断指標（案）」は、市区町村もしくはそれよりも限定された地域で、一般住民を対象とした認知症ケアの啓発活動を行うための学習会開催ツールとして冊子にまとめられた。なお調査回収結果は44箇所（28.8%）であった。冊子の作成においては、調査結果をもとに第一案に修正を加えた。

「地域資源マップ」作り活動により、ウォーキングマップ4種類、地域資源マップ2種類を作成した。作成の経過を事例としてまとめた。ともに地域住民の参加と協力を得てマップは作成された。作成過程が地域作りや地域のネットワーク作りの一環となる可能性が示された。

【事業成果】地域診断指標(仮称案)冊子は、地域の社会福祉協議会、地域包括支援センターにおいて、啓発事業として活用しうる成果物としてまとめた。本冊子が提供されることで、地域啓発を実施する際の参考になるといえる。地域資源マップの作成過程とその成果物を提供することで、同様の取り組みを考える自治体や団体への参考事例ならびに指針となりうる。

1．事業の目的

平成18年4月に介護保険法が改正施行され、地域ケアの方向性がさらに推進されることとなった。認知症ケアにおいても、認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくことをいかに支援していくかが課題となっている。この課題の視点は大きく2つあげることができよう。ひとつは、認知症高齢者の視点による課題であり、いまひとつは、一般市民の視点による課題である。

認知症高齢者の視点による課題は、ケアや支援が必要な状況で、自分の住み慣れた地域でどれだけ生活を継続していくことができるかということである。ケアする側から見れば、介護保険サービスと介護保険外のサービスによって支援できるかということが課題となる。

一般市民の視点による課題は、現在ケアは必要がない、認知症ではないという状況で、将来を見据えたときに、どのような状況（もしかしたら認知症になるかもしれない、ケアが必要になるかもしれない）においても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるかどうかということである。

本事業は、後者の課題をおもに取り上げ事業を行うこととした。

これは、認知症予防、認知症介護予防の視点による事業といえる。認知症予防は、認知症にならないようにという予防になろう。認知症介護予防は、認知症になってもなるべく自立して主体的に、住み慣れた地域で暮らし続けるためにどうするかということになろう。本事業は、後者の認知症介護予防の取り組みを中心とし、その中でも、地域に対する認知症に関する啓発を通して、地域ぐるみで認知症介護予防の活動を展開するための方法を検討するものである。

具体的には

(1)平成18年度に作成した「認知症ケアのための地域診断指標(案)」の内容の検討を行い、指標案を修正し、より実用的な内容のものを作成し、その活用方法を提示することをねらいとした。

(2)認知症ケアのための地域支援活動（おもに地域資源マップ作り）を取り上げ、その支援活動の内容と効果の評価を検証し、地域支援活動を展開していくための基礎資料とすること。

この2つの取り組みを実施し、その成果を提示することを本事業の目的とした。

2．事業の経過

2-1. 作業部会の設置ならびに実施

本事業を実施するために、福祉保健医療等の有識者、関係者からなる作業部会を設置した（巻末委員名簿を参照）。作業部会は、合計４回実施し、地域診断指標(仮称案)冊子の作成、地域資源マップの作成に関して検討を行った。

作業部会は、平成19年9月20日、同年11月8日、12月20日、平成20年1月24日であった。

2-1. 地域診断指標(仮称案)冊子作成

本事業事務局にて、冊子の案を提示し、作業部会にて内容の検討を行った。検討の結果、認知症ケアに関して、地域による取り組みがこれから進められていく現状において、現時点で地域を診断していく指標を提示することは難しい。現在、それぞれの地域で取り組まれている地域ケア関係の取り組みの現状を住民が理解しているか、認知症ケアに関連する知識を有しているかといった、現状確認をしつつ、その地域の啓発活動に資する冊子の作成が望ましいのではないかという方向が示された。

これを受け、事務局にて、冊子案を作成し、作業部会で検討した。検討された冊子案の内容評価を行うためのアンケート調査を実施した。調査対象は、東京都下の市町村社会福祉協議会と地域包括支援センターとした。内容評価のアンケート結果を受け、冊子内容を修正し、最終的な冊子案としてまとめた。

2-2. 地域資源マップの作成

認知症ケアを地域で推進していくために、地域資源マップを作成し、その作成過程をモデルとして提示した。実施したマップの作成は、大きく２つに区分され、６種類のマップを作成した。１つは、認知症ケアに関連する地域のさまざまな資源をマップ上で紹介するものであった。これを２種類作成した。いま１つは、介護予防のためのウォーキングマップであり、これを４種類作成した。

2-3. 事業成果

地域診断指標(仮称案)冊子ならびに地域資源マップを成果物として作成し、事業の経過と成果を報告書にまとめた。

3．事業の成果

3-1. 地域診断指標(仮称案)冊子の作成過程とその成果

1)ねらい

平成18年度の事業において、「認知症ケアのための地域診断指標(案)」を作成した。本年度は、この案をもとに作業部会において内容の検討を行い、指標（案）を修正し、より実用的な内容のものを作成し、その活用方法を提示することをねらいとした。

2)方　法

作業部会において、内容の検討を行い、その意見をもとに事務局において修正案を作成し、作業部会で内容の検討と修正案を提示し、修正案を作成することとした。

修正案を作成後、内容評価のために、アンケート調査を実施した。

アンケート調査の対象は、冊子の活用が期待される団体として、東京都下の市区町村社会福祉協議会ならびに地域包括支援センターとした。対象数は社会福祉協議会が53箇所、地域包括支援センターは、都下452箇所（東京都のホームページより、平成20年2月末時点の情報）から無作為抽出した100箇所であった。

調査内容は、修正案の活用方法と内容を提示し、実際に使用可能であるかについて評価ならびに意見を問うものであった。

調査方法は、郵送法による調査であった。調査期間は、平成20年3月に実施した。

3)結　果

(1)修正案の作成

作業部会による検討の結果、以下の視点に立った案を作成した。

- 市町村もしくはそれよりも小さい単位の「地域」を対象に使用できるもの
- 情報提供や啓発的な資料となるもの
- 地域診断は必要であろうが、まず自分の住んでいる地域を理解するきっかけの資料となるもの
- 対象は、一般住民を主たる対象とし、介護予防に位置づけるものとすること。

調査に使用した案は、説明書（実施のねらいと用い方）、質問紙A（啓発のための知識確認の質問から構成。認知症の理解、介護サービス、地域ケアからの3部構成）、質問紙B（地域を調べるための調査項目の提示）、解説編資料（質問紙Aの回答を兼

ねた解説講義のための資料）から構成されていた。

(2)アンケート結果

アンケートの回収は、44 箇所（153 箇所中）であり、28.8%の回収率であった。なお、回答は無記名式としたため、社会福祉協議会と地域包括支援センターの別は調査しなかった。

表 3-1-1 から表 3-1-4 に、案のねらいと用い方についての結果を示した。その結果から、約 66%がねらいの理解ができたと回答し、実施可能性については、約 90%が可能もしくは修正すれば可能と回答していた。

つぎに、質問紙Aについての結果を表 3-1-5 から表 3-1-8 に示した。その結果から、活用の可能性については約 90%が可能もしくは修正すれば可能と回答していた。内容の適当さについては、約 60%が、質問数が多すぎると回答していた。分類については約 90%が適当であると回答していた。わかりやすさについては「専門用語が多い」「表現が硬い」とわかりづらさがあることが指摘された。

つぎに、質問紙Bについての結果を表 3-1-9 から表 3-1-12 に示した。その結果から、適当さについては、約 80%が質問数、分類内容について適当であると回答していた。内容の実現可能性については、約 60%は思うと回答していたが約 36% は思わないと回答していた。質問に付されているヒント内容については約 77%が適当であると回答していた。

つぎに、解説資料についての結果を表 3-1-13 から表 3-1-15 に示した。その結果から、約 65%が内容はわかりやすいと回答していたが、約 30%はややわかりにくいと回答していた。質問紙 A の内容に沿っているかについては約 88%が沿っていると回答していた。活用可能性について約 68%は活用できると回答し、約 30%は一部活用できると回答していた。

(3)アンケート結果を踏まえた「冊子」の修正について

以上の結果を踏まえ、

・「冊子」のねらいの表現をわかりやすく示す。
・質問紙Aの表現を平易な表現に変更する。
・質問数を減らす方向で見直す。
・質問紙Bの活用方法をより活用できるように提案しなおす。
・解説資料をよりわかりやすいものに修正する。

以上の点を踏まえた修正を行うこととした。

表3-1-1

冊子のねらいと使用方法の説明の理解度（N=44）

	頻度	割合（%）
理解できた	29	（ 65.9 ）
多少理解しづらい点がある	13	（ 29.5 ）
理解しづらかった	1	（ 2.3 ）
未回答	1	（ 2.3 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-2

本ツールの実施可能性（N=44）

	頻度	割合（%）
思う	24	（ 54.5 ）
修正すれば可能だと思う	17	（ 38.6 ）
思わない	2	（ 4.5 ）
未回答	1	（ 2.3 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-3

想定している対象者への実施可能性（N=44）

	頻度	割合（%）
思う	23	（ 52.3 ）
修正すれば可能だと思う	19	（ 43.2 ）
思わない	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-4

勉強会形式での実施可能性（N=44）

	頻度	割合（%）
思う	24	（ 54.5 ）
修正すれば可能だと思う	17	（ 38.6 ）
思わない	2	（ 4.5 ）
未回答	1	（ 2.3 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-5

質問紙Aの地域ケアの取り組み資料としての活用の可能性（N=44）

	頻度	割合（%）
思う	28	（ 63.6 ）
修正すれば可能だと思う	13	（ 29.5 ）
思わない	3	（ 6.8 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-6

質問紙Aの質問数の適当性（N=44）

	頻度	割合（%）
適当である	14	（ 31.8 ）
多すぎる	28	（ 63.6 ）
少なすぎる	0	（ 0.0 ）
未回答	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-7

質問紙Aの3つの分類内容の適当性（N=44）

	頻度	割合（%）
適当である	41	（ 93.2 ）
不適当である	1	（ 2.3 ）
未回答	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-8

質問紙Aの質問表現のわかりやすさ（N=44）[注1]

	頻度	割合（%）
全体的にわかりやすい	20	（ 45.5 ）
専門用語が多く，わかりづらい	17	（ 38.6 ）
表現が硬く，わかりづらい	11	（ 25.0 ）
「知っていた」「知らなかった」の聞き方は答えづらい	3	（ 6.8 ）
言い回しがくどく，わかりづらい	2	（ 4.5 ）
内容が短すぎて，わかりづらい	0	（ 0.0 ）
その他	2	（ 4.5 ）

注1 複数回答による。

表3-1-9

質問紙Bの質問数の適当性（N=44）

	頻度	割合（%）
適当である	35	（ 79.5 ）
多すぎる	7	（ 15.9 ）
少なすぎる	0	（ 0.0 ）
未回答	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-10

質問紙Bの3つの分類内容の適当性（N=44）

	頻度	割合（%）
適当である	36	（ 81.8 ）
不適当である	6	（ 13.6 ）
未回答	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-11

質問紙Bの内容の実施可能性（N=44）

	頻度	割合（%）
思う	26	（ 59.1 ）
思わない	16	（ 36.4 ）
未回答	2	（ 4.5 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-12

質問紙Bのヒント内容の適当性（N=44）

	頻度	割合（%）
適当である	34	（ 77.3 ）
不適当である	6	（ 13.6 ）
未回答	4	（ 9.1 ）
合計	44	（ 100 ）

表3-1-13

解説資料の内容のわかりやすさ（N=44）

	頻度	割合(%)
わかりやすい	29	(65.9)
ややわかりにくい	13	(29.5)
とてもわかりにくい	1	(2.3)
未回答	1	(2.3)
合計	44	(100)

表3-1-14

解説資料内容が質問紙Aに沿っているか（N=44）

	頻度	割合(%)
内容に沿っている	39	(88.6)
一部内容に沿っていない	3	(6.8)
まったく内容に沿っていない	0	(0.0)
未回答	2	(4.5)
合計	44	(100)

表3-1-15

講義での解説資料の活用可能性（N=44）

	頻度	割合(%)
活用できる	30	(68.2)
一部活用できる	14	(31.8)
まったく活用できない	0	(0.0)
合計	44	(100)

4)まとめ

修正案に対して、アンケート結果を踏まえた再修正を行った。おもな修正点は以下のとおりであった。

(1) 使用説明書の修正（説明表現の修正、質問紙、内容解説のねらい等の説明表現の修正、学習会の設定例の追加など）

(2) 質問紙Aの項目数の絞込みと、質問内容の修正、質問紙Bの質問数の絞込みと質問内容の修正

(3) 質問紙Aの内容解説を質問紙Aの修正にあわせ、変更

その成果物は報告書に資料として添付した。

3-2. 地域資源マップ作成過程とその成果

1)認知症介護予防のためウォーキングマップの作成

(1)ねらい

認知症介護予防の方法のひとつとして、運動の効果、社会性の維持が指摘されている[1, 2]。運動に関しては、マシーンを使用した筋力トレーニングもあるが、自宅において毎日継続してできる運動を考えた場合、特別な道具を使用せず、手軽にできる運動であることが重要である。かつ、高齢者が無理なくできること、心身の状況に個人差があってもできる運動であることが重要である。ウォーキングは、自分自身の心身の状況に合わせ実施することが可能であり、自宅の周辺ででき、特別な道具も使用しないことから、手軽に取り組める運動であるといえる。

運動の継続性を考慮すると、楽しく実施できることが肝要である。そこでウォーキングを実施するためのコースを示したマップを作成し、そのマップを見ながら、マップに示された地域の散策を行いながら楽しくウォーキングができる機会を提供することを目的にウォーキングマップを作成することとした。

なお、一般のウォーキングマップはすでに自治体等で作成されている。しかし、そのコースは最低1時間から2、3時間を要するものが多く、下肢機能の低下がある高齢者には不向きなものが多い。そのため、高齢者に適した時間、コース内容を作成するために、高齢者自身の参加によるマップの作成を考えた。これは、集団によりマップを作成することで、他者との交流を促し、参加者自身の社会性の維持にも貢献することとなり、介護予防の一環にもなる。つまり、マップ作成の過程自体も介護予防の取り組みの方法となることから、参加者の介護予防の効果を明らかにすることをもうひとつの目的とした。

(2)方法

手続き：地域包括支援センター主催による「ウォーキング教室」を実施した。「ウォーキング教室」は、週1回1時間30分（午前10時～11時30分）合計14回であった。

a)「ウォーキング教室」のプラグラム内容

プログラム内容は、下記のとおりであった。

1回目　事前説明会

2回目　短距離のウォーキング、早歩きの体験、体力測定
3回目　万歩計の利用方法を学ぶ、自己のウォーキングの目標決め、体力測定
4回目　短距離ウォーキング、記録表の使用方法の学習
5回目　短距離ウォーキング、記録表の使用方法の学習
6回目　ウォーキングフォームの確認、早歩きの体験
7回目　早歩きによる計測、自己のウォーキングの目標決め
8回目　運動強度の確認、記録表の使用状況の確認
9回目　これまでの振り返り、グループで歩くウォーキングコースの検討
10回目 早歩きの測定、グループウォーキングの計画と準備
11回目 グループウォーキング（マップ作りコースとして）
12回目 マップ作り作業
13回目 マップ内容の修正、早歩きによる計測、体力測定
14回目 マップ完成、体力測定、まとめの報告会

b)ウォーキングマップ作成

マップ作成は、プログラムの12回から14回に実施した。ウォーキングコースを研究者側から提案し、参加者の意見をもとにコースを設定し、参加者がコースを歩き、写真撮影、コース上のポイントや留意事項の記録を行った。研究事務局にてマップ案を作成し、参加者の意見をもとに修正し完成させた。

c)介護予防の効果測定

効果測定は、参加当初と参加終了時の調査結果の前後比較を行う方法で実施した。調査項目は下記の内容を実施した。参加当初の調査は、プログラムの1回目から2回目に実施した。参加終了時の調査は、プログラム15回目に実施した。

調査項目：アンケート調査（主観的記憶力・日常生活動作評価、外出頻度、自己効力感など）、握力測定、棒反応テスト[3)]

d)対象者：「ウォーキング教室」参加対象者は、原則介護保険認定非該当の65歳以上の高齢者であった。2回実施され、1回目は17名（第1グループ：第1Gと略す）、2回目は16名（第2グループ：第2Gと略す）の参加であった。参加募集は、地域包括支援センターが行った。

e)期　間：平成19年5月から平成20年2月

f)倫理的配慮：認知症介護研究・研修東京センターの研究倫理委員会の承認のもとで実施した。参加者に対して文書資料と口頭で説明し、同意を得た。

(3)結果

a)マップの作成結果

ウォーキングマップは、第1Gで2コース、「浴風会周辺神田川散歩コース」と「浴風会周辺富士見ヶ丘運動場コース」、第2Gで2コース「高井戸発見！お寺・神社てくてくコース」と「大寒樹木ぶらり散歩道コース」が作成された。マップはA3版の大きさに加工修正を加え、pdf.ファイル形式のデータに制作した。このマップを適宜印刷し、地域包括支援センターの窓口その他で配布を行うこととした（巻末資料にマップ見本を付した)。

マップ作成に際しては、下記の点に留意して作成した。

・コースは短距離とし、最長60分以内とし、30分程度のコースを考慮した。

・トイレ、休憩場所の有無の確認を行った。

・車道との交差箇所、歩道においての危険箇所を盛り込むこととした。

・楽しく歩ける見所を取り入れることとした。

・参加者の意見を取り入れ、参加者主体の作成とした。

b)参加者の介護予防の効果結果

効果測定の調査結果が収集できた人数は、第1Gが16名、第2Gが16名であった。性別、平均年齢を表3-2-1に示した。

表3-2-1 基本情報

	第1期				第2期			
	n	平均年齢（標準偏差）		最小値-最大値	n	平均年齢（標準偏差）		最小値-最大値
男性	5	75.8	2.6	73-78	1	70.0	—	—
女性	9	75.4	5.3	69-83	11	76.8	7.0	63－86
全体	14	75.8	4.4	69-83	12	76.3	7.0	63－86

参加当初と参加終了時の前後比較の調査結果のうち、アンケート結果を表3-2-2に、表3-2-3に運動測定の結果を示した。その結果、アンケート結果の、利用者本人の主観による記憶力、日常生活動作、自己効能感（ｾﾙﾌｴﾌｨｶｼｰ）に変化は認められなかった。同様に握力、棒反応の結果も変化は認めらなかった。

つぎに、表3-2-4に外出頻度の変化の結果を、表3-2-5に交流頻度の変化の結果を示した。その結果、外出頻度については、1ヶ月に1回と回答していた人が、2回目の調査では0人になり、それ以上の頻度の外出回数に移行していた。他者との交流頻度については、ほとんどないと回答していた人が、2回目の調査では0人になり、月1回以上もしくはそれ以上の頻度の交流回数に移行していた。

表3-2-2 アンケート集計結果

		1回目調査			2回目調査		
		n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
記憶	第1期	12	15.8	3.6	12	15.4	3.6
	第2期	8	16.1	2.4	12	15.5	3.3
	全体	20	15.9	3.1	24	15.5	3.3
ADL IADL	第1期	13	13.2	1.1	13	13.1	1.4
	第2期	9	13.0	1.8	10	13.4	1.8
	全体	22	13.1	1.4	23	13.2	1.6
セルフエフィカシー	第1期	14	45.9	7.3	11	45.3	8.3
	第2期	10	45.5	7.3	10	45.6	7.5
	全体	22	45.7	7.1	21	45.4	7.7

※ADL・IADLの得点範囲は0点～22点（高得点なほど機能が高い）
※セルフエフィカシーの得点範囲は1点～60点（高得点なほど効力感が高い）

表3-2-3 握力・棒反応の結果

		1回目調査			2回目調査		
		n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
握力（右）	第1期	13	23.2	6.3	13	23.5	7.0
	第2期	12	25.2	8.1	12	23.3	7.3
	全体	25	24.1	7.1	25	23.4	7.0
握力（左）	第1期	13	23.0	5.8	13	23.3	6.5
	第2期	12	23.3	2.8	12	22.7	4.1
	全体	25	23.1	4.5	25	23.0	5.4
棒反応	第1期	13	23.6	7.7	13	23.2	6.6
	第2期	12	21.2	3.0	12	21.4	3.3
	全体	25	22.5	6.0	25	22.3	5.3

表3-2-4 外出頻度

		1回目調査		2回目調査	
		n	%	n	%
毎日1回以上	第1期	9	69.2	7	53.9
	第2期	7	58.3	8	66.7
	全体	16	64.0	15	60.0
2～3日に1回	第1期	2	15.4	6	46.2
	第2期	4	33.3	4	33.3
	全体	6	24.0	10	40.0
1週間に1回	第1期	0	0.0	0	0.0
	第2期	0	0.0	0	0.0
	全体	0	0.0	0	0.0
1ヶ月に1回	第1期	2	15.4	0	0.0
	第2期	1	8.3	0	0.0
	全体	3	12.0	0	0.0
ほとんどない	第1期	0	0.0	0	0.0
	第2期	0	0.0	0	0.0
	全体	0	0.0	0	0.0
合計	第1期	13	100.0	13	100
	第2期	12	100.0	12	100
	全体	25	100.0	25	100

※ %の値は、各調査における割合を示す

表3-2-5 交流頻度

		1回目調査		2回目調査	
		n	%	n	%
毎日1回以上	第1期	4	33.3	3	25.0
	第2期	4	36.4	1	50.0
	全体	8	34.8	9	37.5
2～3日に1回	第1期	5	41.7	5	41.7
	第2期	5	45.5	4	33.3
	全体	10	43.5	9	37.5
1週間に1回	第1期	2	16.7	2	16.7
	第2期	0	0.0	2	16.7
	全体	2	8.7	4	16.7
1ヶ月に1回	第1期	1	8.3	4	16.7
	第2期	1	9.1	0	0.0
	全体	2	8.7	2	8.3
ほとんどない	第1期	0	0.0	0	0.0
	第2期	1	9.1	0	0.0
	全体	1	4.4	0	0.0
合計	第1期	12	100.0	14	100.0
	第2期	11	100.0	7	100.0
	全体	23	100.0	24	100.0

※ %の値は、各調査における割合を示す

以上の結果から、主観的な記憶、ADL、自己効能感は3ヶ月間では変化がなかったが、外出頻度と他者との交流頻度は増加傾向を示し、ウォーキング教室を通して社会性が促進された可能性がうかがわれた。

『参考資料』

1) 平成17年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症介護のサービスのあり方と質向上に関する研究報告書」(2006), p3-24. 社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター(東京).

2) 平成18年度老人保健健康増進等事業報告書「認知症ケアの地域診断に基づいた効果的な地域包括ケア実施のための調査研究事業」(2007), p1-43. 社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター(東京).

3) 矢吹知之・加藤伸司・阿部哲也・阿部芳久・長嶋紀一・川上吉昭(2003)：加齢と健康に関する縦断的介入研究, 研究年報4, 25-38, 認知症介護研究・研修仙台センター(仙台).

2)一人暮らし高齢者の外出支援をねらいとした地域資源マップ

(1)ねらい

認知症介護予防の視点から、閉じこもりは、認知症の危険因子のひとつにあげられる（厚生労働省老健局「介護予防サービス評価研究委員会」による「閉じこもり予防・支援マニュアル」にもその指摘がある）。介護予防の視点から、閉じこもり防止のために、外出の機会を増やす働きかけを高齢者に行うことが望ましいといえる。ここで、家族のいる高齢者の場合は、家族が外出の促しをする機会もあると考えられる。一方、一人暮らしもしくは高齢者世帯の場合は、そのような促しを行う親族がいなければ、外出を積極的に促す人はなく、本人が加齢に伴う心身機能の低下等で、外出を好まなくなると、閉じこもり傾向になると考えられる。

そこで、特に一人暮らしおよび高齢者世帯を対象に、外出の機会を促すための地域資源の情報提供を行うことを目的とした地域資源マップを作成することとした。

作成に当たっては、地域資源マップの対象地域において、日常の見守り支援を行う行政の事業に協力している「あんしん協力員」との協同作業として実施した。この地域資源マップのねらいも、「あんしん協力員」からの提案に基づいたものであった。

(2)方法

「あんしん協力員」の定期会合(月 1 回、10：00-11：00 開催)の場で検討した。検討に要した回数は 4 回であった。

検討を行った会合の時期は、平成 19 年 12 月から平成 20 年 3 月であった。

この検討内容に基づき、研究事務局において、対象施設への聞き取り調査を実施した。

(3)結果

「あんしん協力員」の会合への参加は、延 56 名であった（登録者全員の出席ではなく、その都度の個別の出欠確認もしていないため、各回の合計の延人数を示した。なお 1 回の会合につき、10 名～20 名程度の参加であった）。

1 回目の会合：対象地域を 9 町とすることとした。おもな地域資源情報は、閉じこもり傾向のある高齢者に、外出の意欲や機会を促す具体的な外出先を示す情報とした。2 回目までに、9 町内にある地域資源情報を収集してくることにした。

2 回目の会合：自由討議により地域資源情報を出し合った。

2 回目の会合で出された情報を、研究事務局において、場所の確認、情報内容の確認のため、必要に応じて調査を行った。

3 回目の会合：2 回目の会合の情報を整理し、調査結果を加え、地図上に情報を反映させた地域資源マップ第 1 案（研究事務局作成）について、意見を出しあった。

意見結果を踏まえ、再度不足部分の調査を研究事務局にて実施した。

4 回目の会合：地域資源マップ第 2 案（研究事務局作成）について、意見を出し合い、最終案とした。

2 回目から 4 回目の期間で、研究事務局が実施した調査は、情報対象となった施設への聞き取り調査であった。対象施設はおもに、ゆうゆう館（旧：敬老会館）であった。調査項目は、そこで提供されているサービス内容、実施日時、利用方法などであった。

調査結果をもとに、事務局において地域資源マップの原案を作成し、会合にて検討を行い、その結果をもとに修正を加えマップの最終原案を作成した。原案をもとに、A3 版の大きさに加工修正を加え、pdf.ファイル形式のデータに制作した（巻末資料にマップ見本を付した）。

(4)まとめ

本資源マップ作成の取り組みの成果と課題を以下に述べる。

①対象地域で活動する「あんしん協力員」の方々からの提案で地域資源マップの内容が作成された。

地域からの情報発信型の取り組みであったといえる。本地域資源マップは、このように対象の地域に住まう住民の方々の声が反映されたものであったといえる。

②地域資源マップの内容を発案する人（集団）とそのマップを作成する役割の人(集団)が必要であり、それをつなぐ役割の人(集団)が必要である。

この取り組みでは、マップ内容の発案は「あんしん協力員」であった。作成は本事業の研究事務局が実施した。この両者のつなぎ役は地域包括支援センターであった。地域包括支援センターには地域ケアを推進する役割が期待されているが、この取り組みはその事例となるものであるといえる。

③マップを作成する役割を誰が担うか。

取り組みとして、地元住民の声を吸い上げ、地元住民の参加を促すことは、地域包括支援センターの地域支援事業の役割として可能であろうが、マップを実際に作成する役割を誰が担うかが課題といえる。本事業では、本事業の研究事務局が担当

したが、本来は継続的に実施できる集団が必要になる。地域の取り組みの主体は住民であることが望ましいが、地域包括支援センターの設置主体である自治体がこの役割を担うか、その役割を担う集団を掘り起こし、支援する必要があるといえよう。

3) 地域における認知症ケア及び高齢者の暮らしを応援することをねらいとした地域資源マップ作り

(1)ねらい

地域に住む認知症高齢者及び家族ならびに、一般高齢者の生活支援に有益と考えられる地域資源を調査し、地域資源マップを作成することを目的とした。地域資源マップを作成に合わせ、対象地域内の町会長、杉並区地域包括支援センター、民生委員、杉並区保健福祉部介護予防課担当者をメンバーとする「地域会議」を開催することにより、地域の課題を検討し、関係者間の関係作り、ネットワーク作りがなされることを副次的な目的とした。

(2)マップ作りの概要

a)事務局

本マップ作りに際して、NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン（以下アラジン）のスタッフ３名が事務局として連絡調整などを行なった。

本事業においては、委託事業としてアラジンが実施した。これは、地域資源マップ作り、地域のネットワーク作りには、中核的な人物とともに、実際の作業などを担う事務作業を行う団体が必要であるため、本事業の実施地域で、地域活動を実施しているアラジンを事務局とした。

b)対象地域の決定

杉並区馬橋地区町会連合会(現高円寺南地区)を中心とする地域とした。町会名・世帯数・会員数などは以下の表 3-2-6 に示す通りであった。

なお、この地域には 2006 年度からアラジンが杉並区より管理運営を受託している杉並区ゆうゆう馬橋館（旧敬老会館）が含まれている。事務局機能を果たす団体は、その対象地域とどの程度の連携があったかがその後の作業を進める上での大きなポイントとなる。

c)地域会議の開催の設定

事務局のアラジンが対象地域の町会長等に、事前に事業の説明を行い、協力を求めた。その結果、対象地域の町会長９名、杉並区地域包括支援センター3 箇所から各１名、計３名、地域民生委員２名、杉並区保健福祉部介護予防課担当者１名、アドバイザーとして認知症介護研究・研修東京センターより１名、事務局としてアラジンより５名からなる「地域会議」を 2008 年１月より３月まで月１回計３回開催した。

地域会議の中では、それぞれの活動紹介や立場・役割から見た地域の情報の交換が行なわれた。これまで地域の中で個々に活動しながらも、なかなかお互いを知る機会もなかった状況も窺えた。地域に有用なマップを作成するにあたっては、まず地域のことを良く知っている人、高齢者や認知症ケアに関わっている人たちとの情報交換の場として、関係者一堂が会する会議の開催が非常に有益であるといえよう。

表 3-2-6　町会の概要　　(2007 年７月現在)

町会名	世帯数	会員数
緑ヶ丘町会	993	630
梅里二丁目町会	2465	1613
新高円寺町会	1357	863
阿佐谷南一丁目東町会	2037	1024
馬橋二丁目北自治会	815	850
馬橋三丁目東自治会	1177	1005
馬橋自治会	1817	768
阿佐谷南二丁目杉の子睦会	202	150
阿佐谷南一丁目新親睦会	110	140

d)地域資源マップ作り作成チーム委員会の設置

地域会議とは別に地域資源マップ作りのための委員会を設置した。メンバーは地域内の市民ボランティア７名とアラジン事務局により構成されていた。ボランティアは、別紙資料の募集チラシを作成し募集を行った。

委員会は、2008 年２月より１週間に１回開催し、マップ作成作業を行った。

地域資源マップ作り作成チーム委員会の役割は、まさにマップを作成することに

ある。地域の情報の収集（ヒアリング・街歩きを含む）、マップへの情報の落とし、情報の絞込みなどである。地域会議との橋渡しは、事務局であるアラジンが担い地域会議議事録の伝達、マップ作成チームの進捗状況の伝達などを行なった。

今回の募集で集まった市民ボランティアは、いずれも地域内在住者、また何らかの地域活動をすでにしている人であり、地域でのネットワークも持ち合わせていた。マップ作成には市民ボランティアの力が必須条件であり、それらの人たちを掘り起こし、参加してもらうことが必要である。

(3)地域資源マップ作成過程

a)杉並区馬橋地区町会連合会へ依頼　　平成19年11月某日

本事業の取り組みを進めるために、町会長の協力を得る働きかけを実施した。対象地域の町会の連合会議に事務局より2名が出向き、地域資源マップ作りの理解と協力のお願いを行った。さらに町会長に個別のヒアリングを行い、地域会議への出席を依頼した。

これは、地域住民の意向を地域資源マップに反映させ、地域の方々に活用してもらえるマップにするために、協力を要請した。

b)対象地域内におけるヒアリングの実施

地域住民の意向の確認と、地域資源マップに掲載するための地域資源の情報を収集すること、さらに、地域会議を進めていくためのネットワーク作りのために、ヒアリングを実施した。ヒアリングは町会長、地域包括支援センター、商店街振興会、地域ささえ愛グループの4者に実施した。

◇　9町会長へヒアリング

ヒアリング期間は、平成19年12月の約2週間であった。ヒアリングは事務局のスタッフ2名が一組となり実施した。ヒアリング項目は以下のとおりであった。

① 町会はどんな世帯の方が多いですか。高齢者の一人暮らしや認知症高齢者の方、介護するご家族の方がいらっしゃいますか。町会の特徴を教えてください。

② 町会ではどんな活動をしていますか。

③ ご近所のつながりや福祉サービス、民生委員などとのつながりはいかがですか。

④ 高齢者や介護する家族、また認知症高齢者にとって、地域内で便利なものや相談できるところ、人、グループなどはありますか。

⑤ 町会内で困っていること、不便なことはありますか。

ヒアリング時間は30分から1時間程度であった。

◇ 杉並区地域包括支援センターへのヒアリング

地域包括支援センターは3箇所であった。期間は平成19年12月の1週間であった。ヒアリングは事務局スタッフ1名が実施した。ヒアリング項目は以下のとおりであった。

① 地域の特性を教えてください。
② どのような相談が多いですか。
③ 地域の見守りをするあんしん協力員の活動はいかがですか。
④ 地域内の他の組織・グループ・地域資源との連携はいかがですか。

◇ 対象地域内にある商店街振興会副会長へのヒアリング

ヒアリングは平成20年3月に実施した。ゆうゆう馬橋館にて、事務局スタッフ2名が実施した。ヒアリング項目は以下のとおりであった。

① 商店街の特性を教えてください。
② 地域の高齢者や認知症高齢者を見かけますか。対応はどうしていますか。
③ 地域内の他の組織やグループとの連携はいかがですか。
④ 商店街として困っていることや今後の課題は何ですか。

◇ 地域ささえ愛グループへのヒアリング

地域ささえ愛グループとは、加齢や病気などにより家に閉じこもりがちな高齢者などの、生きがいと社会参加の促進を図るため、区民が自主的にリハビリ活動を行なっているグループのことであり、行政が支援を行っているグループである。対象地域内で活動する3つのグループを対象（対象団体：茜会、あわせ会、円会）とした。ヒアリングは平成20年3月の3日間で実施した。ヒアリングは、マップ作り作成チーム委員が1名～2名で実施した。ヒアリング項目は下記のとおりであった。

① どんな活動をしていますか。
② どんな方が何人くらい参加していますか。
③ 運営は誰がどのようにしていますか。
④ 活動していく上で気をつけていることがあれば教えてください。
⑤ 困っていることや今後の課題は何ですか。
⑥ 広報や募集はどのようにしていますか。心がけていることがありましたら教えてください。

(4)地域会議の開催

a)開催の連絡方法

地域会議開催の連絡と出席依頼を配布した。第１回目は郵送にて、2回目以降はFAXにて構成メンバーに配布した。出欠に関しては、「出席したいが予定がある」という項目を入れ、会議への参加意欲の確認もできるようにした。

b)第１回地域会議

日時：平成20年1月23日（水）14：00～16：00

会場：ゆうゆう馬橋館

参加者：町会長４名、民生委員１名、地域包括支援センタースタッフ３名、杉並区介護予防課１名、事務局スタッフ５名。

議題

①自己紹介とそれぞれの活動紹介。お互いの活動を知る。

②地域の高齢者や認知症高齢者のニーズは何か。高齢者にとって必要な情報は何か。

③今困っていることは何か。

④今後の取り組みについての説明

c)第２回地域会議

日時：平成20年2月27日（水）14：00～16：00

会場：ゆうゆう馬橋館

参加者：町会長４名、民生委員２名、地域包括支援センタースタッフ３名、杉並区介護予防課１名、認知症介護研究・研修東京センター1名、地域内の介護者の会メンバー1名、事務局スタッフ５名。

議題

① 自己紹介とそれぞれの活動紹介。お互いの活動を知る。

② 認知症介護経験者の声を聴こう

地域在住の認知症介護経験者（１人は看取った方、１人は現在介護中）の体験談を聴いた。内容は、家族介護の経過、在宅介護において地域で困ったこと、介護の時期に存在すればよかったと思うサービスや情報など。

③ 2グループに分かれての話し合い

地域について考えよう。地域にある情報を出し合おう。

あるとよいサービス・情報を提案しよう。

d)第３回地域会議

日時：平成20年3月26日（水）14：00～16：00

会場：ゆうゆう馬橋館

参加者：町会長3名、民生委員1名、地域包括支援センタースタッフ2名、認知症介護研究・研修東京センター1名、マップ作成チーム委員4名、事務局スタッフ4名。

議題

① マップ作成チームよりマップ作りの経過報告

② マップへの要望

③ 地域の情報交換

④ マップの配布方法について

⑤ 今回の取り組みの感想と今後について

(5)マップ作成チーム委員会の設置

a)マップ作成チームの募集と構成メンバー

実際にマップを作成する作業メンバーを「コミュニティリサーチャー」と名づけ、地域から有償ボランティアとして募集した。募集チラシ（別紙資料参照）を作成し、ゆうゆう館、区役所、地域包括支援センター、図書館、保健センター、駅等に設置し参加を募った。公募と事務局からの個別の働きかけにより7名の参加があった。参加者は以下の通りであった。

対象地域の介護者の会メンバー3名、介護経験者1名、地域配食サービス経験者1名、地域読み聞かせボランティア経験者1名、地域あんしん協力員1名。構成メンバーが、地域に長く住まい、地域をよく知っている人たちであったので、地域に有益でわかりやすい情報の提供ができたといえる。

b)第1回作成チーム委員会

日時：平成20年2月21日（木）13：30～15：30

会場：すぎなみNPO支援センター

参加者：委員4名、事務局3名

議題

① 自己紹介とそれぞれの活動の紹介

② 地域資源マップ作りの説明

③ マップ作業へ向けての意見交換。地域で欲しい情報は何か。

④ 今後の予定について

c)第２回作成チーム委員会

日時：平成20年３月５日（水）10：30～12：00

会場：ゆうゆう馬橋館

参加者：委員３名、事務局３名

議題

① 高齢者・認知症高齢者・家族にとって、地域にある有益な情報・場所は何か。
地域に欲しい情報・場所は何か。

② まずどんな情報が知りたいか。

③ 次のステップに進んだとき、知りたいことは何か。

④ マップに載せたい情報について

⑤ 街歩きについて

d)第３回作成チーム委員会

日時：平成20年３月14日（金）13：00～15：00

会場：すぎなみNPO支援センター

参加者：委員４名、事務局２名

議題

① 委員による物忘れ相談医見学報告

② マップに載せる情報項目の検討

③ ささえ愛ヒアリングの日程調整

④ 街歩きスケジュールの検討

⑤ マップ作りスケジュールについて

e)第４回作成チーム委員会

日時：平成20年３月19日（水）10：30～16：30

会場：街歩き（午前・午後）と委員会（ゆうゆう馬橋館）

街歩き：

実際に対象の地域の一部を歩き、実地の調査を実施した。（　）内は参加委員の人数を示している。

午前：高円寺ルック商店街・パル商店街下見（委員１名、事務局２名）
阿佐谷パールセンター（委員２名、事務局２名）

午後：高円寺ルック商店街・パル商店街
NPO法人デイサービスセンター夢の飛行船
グループホーム豊生

（町会長１名、委員４名、事務局４名）

街歩き時のヒアリング項目

① 高齢者や認知症高齢者のお買い物を見かけますか。どんな対応をしていますか。特に気をつけていることはありますか。

② 地域の皆さんに対して特に心がけていることはありますか。

③ 商店街の連携はどうですか。特にアピールしたいことはありますか。

委員会の開催：

ヒアリング商店の一言コメントを作成し、街歩きの成果を共有し、マップに掲載する情報を整理した。街歩きにより、地域の特性がより明確になるとともに新たな発見も多く、マップに載せたい情報の選択に役立たせることができた。

f)第５回作成チーム委員会

日時：平成20年３月26日（木）10：30～12：00

会場：ゆうゆう馬橋館

参加者：委員３名、杉並区介護予防課１名、アラジン２名

議題：マップ作りへ向けて載せたい情報の意見交換・精査

(6)まとめ

以上のような活動過程を経て、「認知症でも大丈夫！高齢者のためのくらし応援お助けマップ　馬橋地域」は作成された（巻末資料にマップ見本を付した）。

本地域資源マップの特徴として、以下の５点があげられる。

① 地域の町会長や民生委員の協力を得て、地域包括支援センター職員とともに地域情報の交換ができ、お互いの活動を知ることができ、ネットワーク作りの一歩となった。

② 作成された地域資源マップを町会長や民生委員の手を経て、地域住民に届けることができる。その後の住民の反響を収集すること、それを生かしてより有効なマップにしていくことが今後の課題となる。

③ 地域情報を交換し確認する役割の「地域会議」とマップ作成チームの「作成委員会」を分けて事業を進めることによって効率的となった。

「地域会議」も会を重ねるごとにお互いの活動が認識でき、情報交換も活発になった。地域の中でいつも顔の見える関係づくりをしておくことが、高齢者になっても認知症になっても、ひいては災害時においても暮らしやすい環境づくりに必要なことと思われる。

また「マップ作成委員会」は実際の作業のための委員会として機能した。作業を進める上での適正な人数、人材集めが作業の能率を左右する。

今回この２つの「会議」「委員会」を橋渡ししたのは事務局を担当したアラジンであり、双方に出席し、調整を行なった。

今後このような地域での集まりが今回限りでなく、定期的に開催されることが地域での連携を深めていくこととなるであろう。

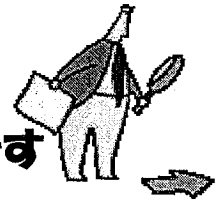
④ マップ作成委員会には、おもに団塊の世代を中心とした地域のボランティアが集まり、新しいネットワークを作ることができた。本事業でマップ作成は終了したが、地域へのマップの配布やマップの普及活用のために、今後も活動を予定している。このように、彼らのようなボランティアが継続的に地域活動に参加していくことが望まれると同時に、その活動内容が大いに期待される。

⑤ 個人情報保護法施行以来、町会活動においても個人情報保護の意識が普及してきた。そのため、町会長が活動をする際にも、地域住民の情報を把握することが困難であり、住民の一人ひとりと新しく関係を作ることが難しい現状にある。今回のマップを、関係形成の一つのツールとして使用できれば、町会内の住民と新しい関係を形成していくことができるのではないかと考えられる。

最後に、作成された地域資源マップは一度完成すればそれで完結するのでない。地域資源マップが地域住民に広く手渡されたところから、マップをより使いやすいものに書き換えていくことがその地域でなされることで、より有効に利用されるといえる。そのような展開がなされることが今後の課題であり、期待されるところである。

別紙資料

高円寺地域 地域マップづくりボランティア コミュニティリサーチャー を募集します



●地域マップづくりとは何ですか？

高円寺地域において高齢者や認知症ケアに役立つ情報を調査し、それをもとに地域の地図を作成しながら地域づくりを推し進めるものです。この事業は国の「老人保健健康増進等事業」の助成を受けて実施するもので、杉並区の協力を得て取り組みます。

●コミュニティリサーチャーはどんな活動をするのですか？

高円寺地域内の高齢者や認知症ケアに役立つ公的な場所や情報（ケア 24・地域区民センター・保健センター・ゆうゆう館・介護事業所など）や私的な場所や情報（商店街・地域のサロン・地域のサービス・介護者の会など）を調査し、地図づくりの作業をします。他に地域会議（町会長・民生委員・ケア 24・社会福祉協議会・杉並区介護予防課・アラジンから構成されます）に出席してください。

●どこでいつ、どのくらい活動しますか？

2008 年1月～3月までで、平均週1～2回くらい。地図づくりの作業は「ゆうゆう馬橋館」で行ないます。地域会議は月1回の予定です。

※　ゆうゆう馬橋館　　杉並区高円南 3-16-14　TEL:3315-1249

●コミュニティリサーチャーは資格はいりますか？有償ですか？

資格はいりません。この事業に興味・関心があり、アラジンの趣旨に沿える方を若干名募集します。事前に面接をさせていただきます。

1回の活動につき 3,000 円の支払いをいたします。

＜お問い合わせと申し込み先＞　NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン

〒160-**** 新宿区新宿 1-**-*　グランドメゾン新宿東 801 号　担当：＊＊、＊＊

TEL：03-5***-1***　FAX：03－5***－1***

E-mail：arajin2001@minos.ocn.ne.jp　HP:http://www12.ocn.ne.jp/~arajin

以下の参加申込書にご記入の上、アラジンまでＦＡＸして下さい　FAX:03-5***-1***

―――――――――――――― 申込書 ――――――――――――――

氏名

住所　〒

TEL　　FAX　　メール

志望動機

4．まとめ

4-1　地域診断指標(仮称案)冊子作成の成果

地域診断指標(仮称案)冊子は、おもに、認知症ケアを地域で広めていくための啓発活動に活用するツール「地域における認知症ケアのための支援冊子(第 2 案)」として取りまとめた。本冊子は、地域住民を対象にした学習会での使用を想定している。その参加者に質問紙調査を実施し、その結果を集計することで、参加者の地域資源に対する理解、周知度の程度を把握する機能も付してある。それは、その地域における今後の啓発活動の参考資料となることを想定している。本冊子の使用は、地域の社会福祉協議会、地域包括支援センターなどが啓発事業として活用しうることを想定している。

本冊子が供されることで、地域啓発を実施する際の参考になると考える。

4-2　地域資源マップ作成の成果

認知症の介護予防の一環として地域の高齢者を対象とした「ウォーキング教室」の中で「ウォーキングマップ」の作成を行い、4 種類のマップを作成した。参加した高齢者が主体的に作成に関わることは、その過程自体が社会性の維持や促進につながり、認知症予防の成果となりうるといえよう。

さらに地域資源マップを 2 種類作成した。マップ作成対象地域の住民の有志の方々等による会議を通して作成された。地域の人的なネットワークを作り上げていく手段としても有効である可能性が示唆された。

4-3　全体のまとめ

「地域における認知症ケアのための支援冊子（第 2 案)」ならびに「地域資源マップ」6 種とその作成過程は、報告書にまとめるとともに、ホームページ「認知症介護情報ネットワーク（通称：DC ネット)」に掲載し、広く国民へ周知していくものである。

なお、ウォーキングマップの「ぶらり大寒散歩コース」はパソコンソフトで作成したものであり、個人で作成可能である。このように、工夫によっては個人作成が可能である。また手作りで作成したものをコピー配布することも可能であろう。それぞれの地域で作成に際しての工夫がなされることが必要といえる。本事業の成果がその際の一助となれば幸いである。

5．資　料

5-1.「地域における認知症ケアのための支援冊子(第2案)」

使用説明書

質問紙A、質問紙B

質問紙Aの内容解説資料

5-2. 地域資源マップ

ウォーキングマップ　4種(4枚)

地域資源マップ　　2種(4枚)

＊マップの原版は、A3 用紙サイズであるが、報告書では A4 サイズの縮刷版を掲載した。

地域における認知症ケアのための支援冊子(第２案)

(使用説明書)

◇ 名 称

認知症予防のための啓発活動に使用する学習ツール

「認知症について知っていますか？自分の町のサービスを知っていますか？」

◇ 本ツールの使用に際して

本ツールは、平成 19 年度老人保健健康増進等事業の助成により作成しました。地域における認知症ケアの推進に寄与するためのものです。そのため、本ツールは、各地域における学習会などに活用されるものとして、その内容を公開しています。

各地域での実際の使用にあわせ、内容の修正等を認めます。ただし、使用に際しては、本事業のツールを修正していることを明記して使用してください。

明記の仕方は、

「認知症介護研究・研修東京センターの平成 19 年度老人保健健康増進等事業の成果物に基づく」と表記してください。

なお、使用においては、以下の「ツールのねらい」「各ツールの説明」「使用上の留意点」を熟読しうえでご使用ください。使用による責任は、使用者が負うものとします。

◇ 本ツールのねらい

本ツールのねらいは、以下の 3 点です。

1. 啓発のための学習ツールとして

   「啓発のための学習ツール」として、質問紙Ａと質問紙Ａの内容解説資料を用いて地域の勉強会を実施することができます。

2. 参加者の理解度を把握するツールとして

   「参加者の理解度を把握するツール」として、質問紙 A の回答を回収の上、集計処理することで、どの質問項目への「知らなかった」という理解度が明らかになります。その項目に関連するサービスや事業が、地域において十分に周知されていないもしくは、普及されていないものであると考えることができます。

3. 自主的な活動を促すきっかけ作りのツールとして

   質問紙Ａによる勉強会を行い、質問紙Ｂによる地域を知る学習を行うことで、実際に地域の実情を知るきっかけとなり、それが地域活動を始めるきっかけとなる可能性があります。ただし、勉強会の主催者がその気持ちを後押しする企画を立てることが必要でしょう。

◇ 本ツールの構成

本ツールは、以下の 4 つから構成されています。

1. 説明マニュアル
2. 質問紙A「確認してみよう！」
3. 質問紙B「調べてみよう！」
4. 質問紙Aの内容解説資料

説明マニュアルは本資料になりますので、2 以下について説明します。

1. 質問紙 A「確認してみよう！」の内容構成について

質問紙 A は、合計 41 問からなる質問紙です。

質問紙 A の質問の仕方は、問題文の内容を、すでに知識や情報として知っていたか、もしくは本日ここで質問を読むまであまり(もしくはほとんど)知らなかったかのどちらかであるかを2択形式で尋ねています。

この質問紙のねらいは、回答される方の知識を確認するものです。そのため、「はい」「いいえ」や「○」「×」形式のように、勘にたよる回答になる形式にはしていません。

また、質問内容は一般の方向けなので、介護保険サービス等の名称について、一部正確な表現を使用せず、わかりやすさを求めている部分もあります。厳密性に欠ける点があることを留意してください。

実施にあたっては、可能な限り正直に回答してもらうこと、「あやふやである」とか「聞いたことはあるが自信がない」「はっきりとは知らない」という質問があった場合は「知らなかった」に回答するように指示してください。

質問紙 A の内容は 3 分野に分かれています。

「Ⅰ　認知症の理解と初期の対応」(13 問)は、認知症の基本的な理解の項目と、認知症の早期発見早期治療に必要な対応について項目から構成されています。

「Ⅱ　認知症ケアと介護保険サービス」(14 問)は、認知症ケアに関連する介護保険サービスの理解に関する項目から構成されています。

「Ⅲ　認知症予防と地域ケア」(14 問)は、介護予防の理解と認知症予防の理解の項目と、地域ケアの理解の項目から構成されています。

なお、問 15, 16 が設定されています。これは、地域の特性を反映し、その地域独自の問題を設定するところです。地域で取り組む認知症ケアに関連する事業等があれば質問を作成して追加します。そのような追加質問がなければ問 14 で終了します。

2. 質問紙Ｂ「調べてみよう！」の内容構成について

質問紙Ｂは、合計11問からなる質問紙です。質問紙Ｂは、質問紙Ａの内容に対応し、3分野から構成されています。Ⅰは認知症の理解と初期の対応に関連した質問、Ⅱは認知症ケアと介護保険サービスに関連した質問、Ⅲは認知症予防と地域ケアに関連した質問になっています。

質問紙Ｂは、その質問内容を調べることが目的です。勉強会を開催した場合、講義形式の勉強会の後に実施を想定する、実習による勉強会の課題として設定しています。

実際の実施に際しては、質問紙Ｂの質問になる情報について知識がある専門職の方などが講師もしくは援助者として関わることが必要でしょう。

勉強会参加者個人に自主的に実施しさせるものではないことを留意してください。

また、全ての質問項目を実施することは想定していません。いくつかの質問を選択して実施することをお勧めします。

3. 質問紙Ａの内容解説資料について

質問紙Ａの内容解説資料は、講師役の人が、講義の際に使用する資料として作成しています。解説資料には、スライドを使用して講義をする際の参考資料として、スライドの内容を補足説明したコメントが付してあります。

これは、質問紙Ａの質問内容に沿ったものであり、再度説明することで、内容の理解を深め、啓発につなげることがねらいです。

そのため解説資料は、質問紙ＡのⅠ、Ⅱ、Ⅲの質問内容に対応して、3分野に分かれています。

Ⅰ「認知症の理解と初期の対応」は10枚のスライドから構成されています。

Ⅱ「認知症ケアと介護保険サービス」は16枚のスライドから構成されています。

Ⅲ「認知症予防と地域ケア」は10枚のスライドから構成されています。

なお、ⅡとⅢには、その地域のサービス事業所を紹介するスライドが含まれています。該当するスライドについて講師役の人が適宜修正をすることをお勧めします。

使用に際しては、講師役の人は、講義に先立ち解説資料の内容を把握しておくことが必要です。なお、質問紙Ａの質問内容に沿っていますので、講師によっては、自分で必要な資料をそろえてもよいかもしれません。また、必要な補足や修正を解説資料に加えていくとよいでしょう。

本スライドの使用の際は、「認知症介護研究・研修東京センターの平成19年度老人保健健康増進等事業の成果物に基づく」と表記されている部分は、削除せずに使用してください。

◇ ツールの活用方法

本ツールは、勉強会を開催する際の資料等として使用します。その使用方法の例を以下に示します。

1．勉強会を主催する団体等

地域住民に対して認知症に関連した啓発活動を実施している団体に使用してもらうことを想定しています。具体的には、市町村など自治体、市区町村の社会福祉協議会、高齢福祉サービスを提供している介護保険事業所などです。

主催者には、勉強会を開催する企画担当の人、講師役の人が必要です。

2．勉強会の対象となる人たち

一般住民を対象にしています。おもに、40歳代から50歳代を念頭に置いています。これは、今後のボランティア活動に参加し中心的役割を担いうる年代を想定したためです。なお、質問紙に回答できる程度の年齢（中高生程度から）から実施は可能と考えています。

3．対象とする地域の範囲と考え方について

市区町村単位を基本としています。

しかし、市区町村によっては、上記の単位では地域が大きくなりすぎる場合があります。その際は、本ツールを使用する実施団体が、地域の特性や状況を考慮して、任意に地域を区切り地域を小さく設定しなおすことをお勧めします。

4．勉強会の実施方法の例示

使用場面は、全て認知症に関連する地域ケア、地域啓発の勉強会になります。

対象者はその地域の一般住民の方。人数は、会場の広さ、主催者側の判断によります。

「1回のみの開催による勉強会の場合」その1

使用するもの：質問紙AのⅠ、Ⅱ、Ⅲ。質問紙Aの内容解説資料の全スライド

所要時間：　計200分程度（休憩を含む）

勉強会の導入のあいさつ、説明など	10分程度
質問紙Aへの記入	20分から30分程度
講義時間	150分程度

「1 回のみの開催による勉強会の場合」その 2

使用するもの：質問紙 A のうち Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれかひとつ。

質問紙 A の内容解説資料のうち、上記で選択した番号に対応するスライド

所要時間： 計 90 分程度

勉強会の導入のあいさつ、説明など　10 分程度

質問紙 A（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）のいずれかひとつへの記入　10 分程度

講義時間（質問 A の番号に対応したスライドによる）40 分から 60 分程度

「3 回開催による勉強会の場合」

使用するもの：質問紙 A のⅠ、Ⅱ、Ⅲ。

質問紙 A の内容解説資料

所要時間：（3 回合計）270 分程度

1 回目：所要時間 90 分程度

勉強会の導入のあいさつ、説明など　10 分程度

質問紙 A のⅠを実施　10 分程度

講義時間（Ⅰのスライドによる）　40 分から 60 分程度

2 回目は質問紙 A のⅡを実施しその講義を行う。3 回目は質問紙 A のⅢを実施しその講義を行う。

「2 回開催による勉強会の場合」

使用するもの：質問紙 A のⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれかひとつ。

質問紙 A の内容解説資料のうち、上記で選択した番号に対応するスライド

質問紙 B の上記で選択した番号に対応するスライド

所要時間： 計 3 日程度（講義 90 分、実習 2 日を含む）

1 回目：所要時間 90 分程度

勉強会の導入のあいさつ、説明など　10 分程度

質問紙 A（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）のいずれかひとつへの記入　10 分程度

講義時間（質問 A の番号に対応したスライドによる）40 分から 60 分程度

2 回目： 2 日程度

質問紙 B を使用しての、実習。参加者がグループに分かれ実施する。

調査に 1 日使用する。調査結果を整理することに 1 日もしくは半日を使用する。

＊ 質問紙Ｂとあわせて実施する方法は、上記の方法で、取り上げる質問紙Ａの内容を変えていくことも可能です。

＊ 上記の形を質問紙Ｂの Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを連続して実施する方法もある。その場合日数は合計１週間から10日を要するでしょう。

＊ 勉強会の実施の仕方は、それぞれでさらに工夫を行い、実施することが望ましいといえます。

◇質問紙Ａの集計結果の活用について

質問紙を回収し、項目ごとに単純集計を行う。「知らなかった」と記入されたものが、地域において認知されない確率が高いと予想されます。その結果をもとに、啓発活動等の際の参考資料にするとよいでしょう。

１．質問紙Ａを実施し回収、集計する際の倫理的配慮について

質問紙Ａに回答を求め回収し、集計を行うため、その集計結果をどのように活用するのか、それを実施する目的は何かを、事前に説明し参加者に了解を得ることが実施者の義務となります。なお、質問紙Ａは、回答者の氏名、年齢、性別等の回答を求めない形式になっていますので、結果を集計し数値化された場合、個人を特定されることはなく、個人情報は十分に保護されると考えます。

２．質問紙Ａの回収の工夫について

質問紙を集計するためには、それを収集することが必要です。以下にその工夫のいくつかを示しますので、参考としてください。

・質問紙を記入後、一度回収してコピーを行い、その後返却する。

・質問紙を、複写紙を使用し複写式として、質問紙記入後１枚のみ回収する。

確認してみよう！「認知症の理解と初期の対応」

この質問は、あなたが質問内容をすでに知識や情報として知っていたか、もしくは本日ここで質問を読むまであまり（もしくはほとんど）知らなかったか、どちらかであるかを尋ねるものです。特に、下線部分について、その知識や情報を知っているかどうかを聞いています。すでに知識や情報として知っている人は「知っていた」に○をしてください。あまり知らなかった、ほとんど知らなかった、どちらかはっきりしないという人は「知らなかった」に○を付けてください。なるべく正直にお答えください。

		質問文	回答	
I 認知症の理解と初期の対応	1	認知症は病気ですから、高齢になれば誰もがなるというわけではありません。	知っていた	知らなかった
	2	認知症を引き起こす原因となる病気のうち、代表的な病気はアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症です。	知っていた	知らなかった
	3	認知症の症状は、大きく中核症状（もしくは主症状）と周辺症状の二つに分けられます。	知っていた	知らなかった
	4	認知症の中核症状のひとつは、記憶障害です。記憶障害は、健康な人の物忘れとはその内容が異なります。	知っていた	知らなかった
	5	実は、認知症は記憶障害よりも、ものを考えたり、判断したり、計算するといった、人の知的な能力を障害することが大きな問題となります。	知っていた	知らなかった
	6	認知症の周辺症状には、徘徊、妄想、大声、不安の訴え、何度も話を聞くなどさまざまなものが含まれます。	知っていた	知らなかった
	7	周辺症状は、認知症があるために生じるので、本人がわざとやっているわけではありません。	知っていた	知らなかった
	8	ともすると、周囲の人のかかわり方（つまり介護の仕方）が、認知症の周辺症状を引き起こしている場合もあります。	知っていた	知らなかった
	9	「痴呆」は差別的表現であるということから、その偏見をなくすために「認知症」に呼び方が変わりました。	知っていた	知らなかった
	10	認知症は病気なので、認知症かなと思われる時は、早めに医師の診察を受けることが大切です。	知っていた	知らなかった

11	たとえば、老年期のうつや脳腫瘍などは、認知症に似た症状を示しますが、これらの病気は、治療によって治る可能性があるので、早めの受診が必要です。	知っていた	知らなかった
12	認知症かなと気になり、何科に受診したらよいかわからないときは、かかりつけ医、地域包括支援センター（もしくは在宅介護支援センター）、保健所（保健センター）などが相談に乗ってくれます。	知っていた	知らなかった
13	地域によっては「物忘れ外来（メモリークリニック）」「認知症専門病棟」などを持っている医院や病院があります。	知っていた	知らなかった

確認してみよう「認知症ケアと介護保険サービス」

この質問は、あなたが質問内容をすでに知識や情報として知っていたか、もしくは本日ここで質問を読むまであまり（もしくはほとんど）知らなかったか、どちらかであるかを尋ねるものです。特に、下線部分について、その知識や情報を知っているかどうかを聞いています。すでに知識や情報として知っている人は「知っていた」に○をしてください。あまり知らなかった、ほとんど知らなかった、どちらかはっきりしないという人は「知らなかった」に○を付けてください。なるべく正直にお答えください。

Ⅱ 認知症ケアと介護保険サービス	1	介護保険サービスのほとんどが、認知症ケアに対応しています。	知っていた	知らなかった
	2	ケアマネジャーは、おもに在宅で介護保険サービスを利用するときにそれを支援してくれる人です。	知っていた	知らなかった
	3	入所サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設など）の利用者の8割は、認知症のある方といわれています。	知っていた	知らなかった
	4	地域密着型サービスは、認知症ケアに対応したサービス内容が多くあります。たとえば、認知症対応型デイサービス、認知症高齢者グループホームなど。	知っていた	知らなかった
	5	小規模多機能サービスは、通い（デイサービス）を中心に、ホームヘルプサービス（訪問介護）、ショートステイ（短期入所）を総合的に提供するサービスです。	知っていた	知らなかった
	6	認知症高齢者のグループホームは、入所サービスではなく、在宅サービス（居宅サービスとも）です。	知っていた	知らなかった
	7	通所介護（デーサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）は、日中、デイセンターに送迎バスなどで行き、ケアやリハビリを受けるサービスです。	知っていた	知らなかった
	8	通所リハビリテーションは、デイケアと呼ばれる居宅サービスです。日中デイケアセンターに通い、リハビリテーションなどの支援を受けるサービスです。	知っていた	知らなかった
	9	訪問介護は、ホームヘルパーが自宅におもむき生活を支援するサービスですが、家政婦業務とは目的と内容が異なります。	知っていた	知らなかった
	10	ショートステイ（短期入所）は、特別養護老人ホームなどショートステイを行う施設に、自宅で生活する高齢者が、数日なり数週間の間一時的に宿泊をしてケアを受けるサービスです。	知っていた	知らなかった

11	訪問看護は、主治医の指示にもとづいて、おもに看護師が自宅訪問をして、医療・看護の面からのケアを行うことです。	知っていた	知らなかった
12	特別養護老人ホームは、ケアが必要な人が、そこで生活しながらケアを受ける施設のことです。	知っていた	知らなかった
13	老人保健施設は、リハビリなどの医療やケアが必要とする人が、そこで生活しながらケアを受ける施設のことです。	知っていた	知らなかった
14	介護療養型医療施設は、医療的な管理が必要な高齢者が、入院して、ケアやリハビリテーションなどを受ける施設のことです。	知っていた	知らなかった

確認してみよう「認知症予防と地域ケア」

この質問は、あなたが質問内容をすでに知識や情報として知っていたか、もしくは本日ここで質問を読むまであまり（もしくはほとんど）知らなかったか、どちらかであるかを尋ねるものです。特に、下線部分について、その知識や情報を知っているかどうかを聞いています。すでに知識や情報として知っている人は「知っていた」に○をしてください。あまり知らなかった、ほとんど知らなかった、どちらかはっきりしないという人は「知らなかった」に○を付けてください。なるべく正直にお答えください。

Ⅲ 認知症予防と地域ケア	1	介護予防には、介護保険上の「介護予防サービス」と、介護保険外で市町村が行う「介護予防事業」の二つに大きく分けられます。	知っていた	知らなかった
	2	介護保険の介護予防サービスは、要介護認定で要支援1もしくは要支援2になった人が利用するサービスです。	知っていた	知らなかった
	3	介護予防事業は、市町村が行う事業で、特定高齢者と一般の高齢者を対象にした二つのサービスがあります。	知っていた	知らなかった
	4	特定高齢者とは、要支援には認定されませんが、健康診査などによって、今から介護予防活動を実践したほうが介護予防につながると判定された人をいいます。	知っていた	知らなかった
	5	介護予防事業には、認知症予防が含まれています。	知っていた	知らなかった
	6	介護予防の、運動機能の向上や閉じこもり予防、うつ予防も、認知症の予防や認知症の症状悪化を遅らせるといわれています。	知っていた	知らなかった
	7	地域包括支援センターは、高齢者福祉に関する総合相談の窓口です。	知っていた	知らなかった
	8	地域包括支援センターは、介護予防事業のうち、介護予防マネジメント事業として介護予防ケアプラン作成も行っています。	知っていた	知らなかった
	9	町内にいる民生委員は、地域の相談窓口のひとつです。	知っていた	知らなかった
	10	社会福祉協議会は、地域の福祉活動を後押しするところであり、ボランティア活動や地域の福祉に関連する支援活動を行っています。	知っていた	知らなかった

11	地域の自治会・町内会によっては、地域の高齢者福祉に関する活動に積極的に取り組んでいるところもあります。	知っていた	知らなかった
12	地域活動を目的に設立したNPO法人には、その地域の高齢者福祉や認知症ケアに関する活動を行っている団体もあります。	知っていた	知らなかった
13	高齢者の権利や資産を守り、支援するために、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業というものがあります。	知っていた	知らなかった
14	認知症ケアの地域資源とは、その地域にある認知症の人を支えるための、行政から、介護保険サービス、病院や警察、民間のサービス、隣近所の人や家族まで、ありとあらゆるもののことをいいます。	知っていた	知らなかった
15	（質問例）わが町には、一人暮らしの高齢者の安否を確認し、生活を支援する「一人暮らし見守りネットワーク」があります。	知っていた	知らなかった
16	「わが町」独自の高齢者支援のための地域ケアの取り組み事業を記入する	知っていた	知らなかった

認知症介護研究・研修東京センター

平成19年度老人保健健康増進等事業成果物

地域における認知症ケアのための支援冊子(第2案)

質問紙Aの内容解説資料

1

Ⅰ　認知症の理解と初期の対応

Ⅰの質問項目に関係した説明

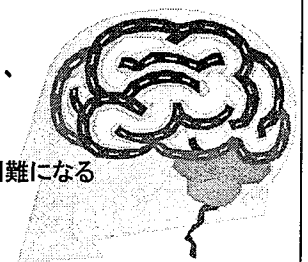
（説明スライド10枚：本紙含めず）

本資料は、認知症介護研究・研修東京センターの「平成19年度老人保健健康増進等事業」の成果物に基づくものである

2

認知症とは

認知症は、
①脳に障害を引き起こす病気があり、
②記憶障害が現れ、
③認知機能障害が現れ、
④日常生活を普通に過ごすことが困難になる
病気である。



この病気に対する社会の偏見をなくすために、
「痴呆」から「認知症」に名称が変更された。

（スライドの補足説明）

認知症は、病気である。年をとっただけでなるものではない。

認知症とは、①から④に示した特徴がある。これは認知症の定義に基づく。

①から④については、2枚目以降の資料で説明している。

「認知症」への名称変更は、「痴呆」が持っていた偏見や差別感情をなくし、正しく国民に理解してもらうことをねらって、行われた。

認知症の疫学

疫学調査：地域や集団内で、疾患や健康に関する事象の発生の原因や変動するさまを明らかにする学問 を基にした調査

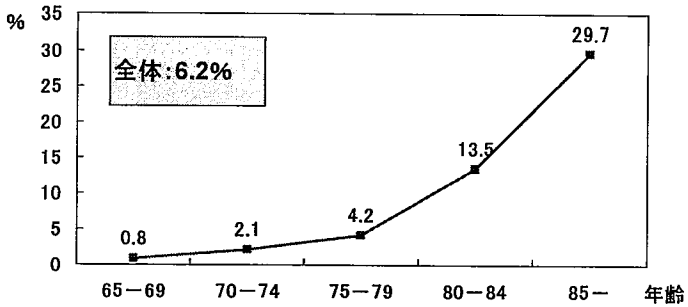


図　認知症の有病率

出典：NAKAMURA.S、et al.(2003) Psychogeriatrics. 3(3);97-103

（スライドの補足説明）

図は疫学調査の結果である。地域は、新潟県の郡部の在宅生活をする65歳以上の高齢者を対象にしている。対象人数の最初が約8000人、調査を複数回実施し、最終的に約800人が対象になったもの。

図の左上の「全体：6.2%」は、全体として、認知症の高齢者が6.2%であったことを示している。

グラフは、5歳きざみに認知症の有病率を示している。

65歳～69歳では、0.8%と数が少ないことがわかる。一方85歳以上では29.7%と認知症の高齢者の割合が高くなり、年齢が上がるに従い、認知症の有病率（認知症になっている人の割合）は増えていることが示されている。

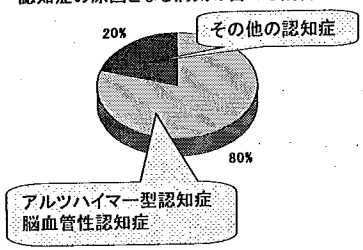
しかし、全体では6.2%、65歳～69歳では0.8%と数値は低い。85歳以上でも30%弱であり、認知症ではない人の割合のほうが高い（85歳以上でも、7割以上が認知症ではない）。

注）出典のある図なので、このスライドは変更しないこと

認知症を引き起こすおもな病気

- アルツハイマー型認知症
- 脳血管性認知症

認知症の原因となる病気の占める割合



その他の認知症
- レビー小体病
- ピック病
- アルコール性認知症
- 外傷性認知症　など

(スライドの補足説明)

認知症のおもな病気は、

アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症である。

アルツハイマー型認知症は、1905年にドイツのアルツハイマー医師によって報告されたことに基づいて命名された。

アルツハイマー型認知症は、脳細胞に悪さをするタンパク質がたまる。その束をアルツハイマー原繊維といい、それが脳細胞を病的に死滅させていく病気である。それによって、脳細胞が減るので、CTなどでみると、脳が縮んだように見える。これを「脳萎縮」という。

脳血管性認知症は、脳梗塞や脳内出血などの脳血管障害によって、脳に器質的障害が生じ、認知症の症状が出現した場合に、脳血管性認知症と呼ばれる。

アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症が代表的な病気である理由は、グラフに示すとおり、認知症の原因となる病気が何かを円グラフで示すと、約80%をアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症が占めるためである。

その他の20%の中に、たとえば、レビー小体病、ピック病、アルコール性認知症、外傷性認知症などがはいる。

認知症の症状とは

- 記憶障害＝悪性健忘(⇔良性健忘:健康な物忘れ)
- 認知機能障害＝中核症状(理解力、判断力、見当識など)

病気ではない人と、認知症の人との物忘れ、認知機能などの違い

健康な場合		認知症の場合
自覚あり	物忘れの自覚	自覚なし
思い出せる		思い出せない
なし	経験(体験)の喪失	あり
進行しない	物忘れの程度	進行する
支障なし	理解・判断などの能力	支障を来たす
支障なし	生活への支障	支障を来たす

文献　長谷川和夫(2005):「認知症を正しく理解するために」マイライフ社(東京)

(スライドの補足説明)

認知症の症状は、中核症状もしくは主症状と呼ばれるものと、周辺症状と呼ばれるものに分けられる。

中核症状の特徴は、第一に記憶障害である。これを悪性健忘という場合がある。病気ではない物忘れを良性健忘と呼ぶ場合がある。

中核症状の特徴の2つ目は、認知機能障害である。認知機能の中には、理解力、判断力、見当識(今日がいつかという日付の見当識、ここがどこかという場所の見当識、自分の周りの人が自分とどういう関係であるかという人物の見当識)があり、これらが障害されることである。

これを、認知症の人の場合と、健康な人の場合と比較すると、表に示すとおりである。

表については引用文献なので改変しないこと。文献の明記をすること。

認知症の周辺症状とは

- 周辺症状は、「認知症の行動・心理症状」と呼ばれる場合もある。
- 代表的なもの：
  - 徘徊
  - 物盗られ妄想
  - 大声
  - 不安

（スライドの補足説明）

認知症の周辺症状は、最近「認知症の行動・心理症状」と呼ばれる場合がある。

認知症の行動・心理症状とは、これまで、「問題行動」や「行動障害」といわれたものや、随伴精神症状などを含む。

この認知症の行動・心理症状は、英語のBehavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの日本語訳である。英語の頭文字をとってBPSDと表現する場合もある。

認知症の行動・心理症状は、治療と研究の成果を国際的にやり取りするために、国際老年精神医学会という団体が、1990年代前半に、認知症の症状の表記と内容を統一したものである。

周辺症状のおもな内容例は、

徘徊：家に帰りますと夕方になると外出しようとする、外出する帰宅願望、落ち着かずあちこちと動き回ること。など。これは、認知症の見当識障害などが関連していると考えられる。

物取られ妄想：実際は盗られていないのに、「なくなった、誰それが盗った」と訴える。これは認知症の記憶障害、理解力、判断力の低下による。自分でしまい忘れことを忘れて、大事なもののためなくなったのは盗まれたのだと本人が考えるのである。

大声：わめき声や奇声といったものが含まれる。認知症の理解力、判断力の低下に加え、体の病気、こころのいらいら、周囲の対応などの状況も絡んで、大声をだす。

不安：認知症によって、物忘れが出ている。約束を忘れる、できていたことができなくなるなどが続くと、生活に自信がなくなり、不安定な状態になる。自分の生活を脅かされるような体験をする。

認知症の周辺症状の留意点

- 周辺症状は、認知症があるから生じる。しかし、認知症の人すべてに出現するわけではない。
- 周辺症状は、本人も困っている。
- 介護の仕方、周りの環境の変化でも引き起こされる場合がある。

（スライドの補足説明）

認知症の周辺症状は、最近「認知症の行動・心理症状」と呼ばれる場合がある。

認知症の行動・心理症状とは、これまで、「問題行動」や「行動障害」といわれたものや、随伴精神症状などを含む。

この認知症の行動・心理症状は、英語のBehavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの日本語訳である。英語の頭文字をとってBPSDと表現する場合もある。

認知症の行動・心理症状は、治療と研究の成果を国際的にやり取りするために、国際老年精神医学会という団体が、1990年代前半に、認知症の症状の表記と内容を統一したものである。

周辺症状のおもな内容例は、

徘徊：家に帰りますと夕方になると外出しようとする、外出する帰宅願望、落ち着かずあちこちと動き回ること。など。これは、認知症の見当識障害などが関連していると考えられる。

物取られ妄想：実際は盗られていないのに、「なくなった、誰それが盗った」と訴える。これは認知症の記憶障害、理解力、判断力の低下による。自分でしまい忘れことを忘れて、大事なもののためなくなったのは盗まれたのだと本人が考えるのである。

大声：わめき声や奇声といったものが含まれる。認知症の理解力、判断力の低下に加え、体の病気、こころのいらいら、周囲の対応などの状況も絡んで、大声をだす。

不安：認知症によって、物忘れが出ている。約束を忘れる、できていたことができなくなるなどが続くと、生活に自信がなくなり、不安定な状態になる。自分の生活を脅かされるような体験をする。

認知症になったからといって、全ての症状が出現するわけではない。

周辺症状は、本人も困っている。そして、介護の仕方（これは人的な環境となります）は、介護の仕方といった周囲の変化、かかわり方によって引き起こされる場合がある。

認知症に似た病気

- 認知症ではないけれど、認知症に似た症状を示す病気
  老年期のうつ
  せん妄（意識障害）：身体疾患や身体不調による
- 治療によって治る認知症の症状を示すもの
  正常圧水頭症
  脳腫瘍

（スライドの補足説明）

認知症と同じ症状を示すが、原因が違う病気がある。

代表的なものは、老年期のうつ。これは、気分が落ち込み、何もしたくないと意欲も低下し、自発性も落ちるので、日常の生活をしなくなる。また、できない、忘れたと訴える場合もある。うつは、精神科などの専門医を受診し、抗うつ剤などの処方で軽快する。

せん妄は、意識障害の一種である。見当違いの回答をしたり、場にそぐわない発言や行動がある。意識が混濁しているので、そのときの経験を覚えていない場合がある。これは、大きな手術のあとや、身体的な病気がある場合、脱水などで生じる場合がある。数日程度のうちに急に生じる場合が多いので、病院を受診し身体的検査などをして、原因を明らかにし、治療を受けると回復する。

そのほかに、治療によって治る認知症の症状を示すものがある。

たとえば、正常圧水頭症、脳腫瘍など。早期のうちに発見すれば、治療によって回復する。しかし、放置して重症化すると回復が困難になる場合がある。

早期発見、早期診断の大切さ

- 認知症に似た症状を示す違う病気がある。病気によっては、治療によって治る場合がある。
- 早期に認知症とわかった場合、進行を遅らせる治療(薬や生活支援療法)ができる。
- 認知症であった場合、本人が自分の将来の生活を考えることができる。介護に時間をとられるようになる前に、将来の介護の準備ができる。

（スライドの補足説明）

早期発見、早期診断が大切な理由は、

ひとつは、前述のように「認知症に似た病気」があり、これらの病気は治療によって回復したり、軽快する場合があるため。

ひとつは、早期診断、早期治療によって、症状の進行を遅らせることができるため。薬物療法(塩酸ドネペジル。商品名：アリセプト）や生活支援療法（認知リハビリテーション、環境調整などによる生活適応の促進など）による。

ひとつは、認知症と診断された場合でも、早期の間は、本人がいろいろ考えることができるので、自分で自分の将来について考え、家族と話し合うことができる。

家族も、まだ具体的な介護が必要としない早期の時期に、将来の介護について必要な勉強をしたり、心構えを作ることができる。

どこに相談すればよいか？

- かかりつけ医
  →専門医、専門病院の紹介
- 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）
  →専門医、専門病院の情報提供
- 保健所・保健センター
  →専門医、専門病院の情報提供

（スライドの補足説明）

認知症かな？と心配になったり、疑われる場合は、

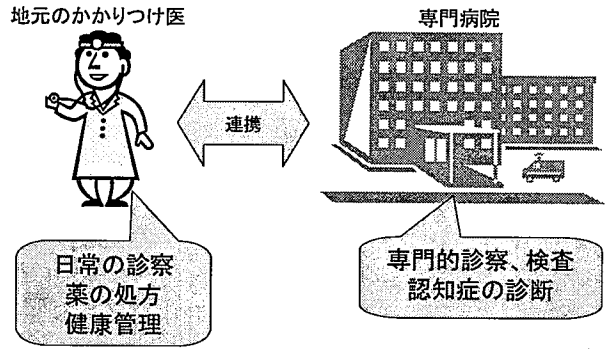
かかりつけ医がいる人は、かかりつけ医に相談する。そして、かかりつけ医から専門医や専門病院を紹介してもらう。

かかりつけ医がいない場合は、地域包括支援センター（もしくは在宅介護支援センター）に相談する。もしくは、保健所、保健センターに相談する。

これらの連絡先や所在地は、市区町村に問い合わせると教えてくれる。

最初は、電話で相談するとよい。

病院はどこを受診する？



（スライドの補足説明）

病院はどこを受診すればよいか？

認知症の診断や治療を専門に行っている病院や専門医がいる。例；老年科、物忘れ外来、メモリークリニックなどの受診科を設けている病院、医院など。

受診する場合は、かかりつけ医に相談し、紹介状を書いてもらうと受診がスムースに行きやすい。

また、認知症と診断された場合、かかりつけ医が重要になる。それは、認知症になると、自分の体の不調を確認したり、訴える力も障害されてくる。定期的に身体の状態をかかりつけ医に見てもらっておくと、身体的な病気が生じた場合に早く対応できやすくなるため。

かかりつけ医のいない人は、かかりつけ医を探す。保健所、地元の医師会に相談すると、自宅近辺の医師を紹介してくれる。

Ⅱ　認知症ケアの介護保険サービス

Ⅱの質問項目に関係した説明
（説明スライド16枚：本紙含めず）

本資料は、認知症介護研究・研修東京センターの「平成19年度老人保健健康増進等事業」の成果物に基づくものである

13

ケアマネジャー

- 正式な名称は、介護支援専門員
- 介護保険サービスなどの調整をしてくれる。
- サービスを利用する人を手助けする人
- ケアプランの作成をしてくれる。
- 介護保険では「契約」を結ぶことでケアマネジャーの支援を受けることができる。

（スライドの補足説明）
ケアマネジャーの基本的な説明を行っている。
「契約」に関しては、講師が必要に応じて補足説明するとよい。

14

居宅サービス内容

認知症高齢者も利用できる居宅サービス

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション（デイケア）
- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問看護
- 居宅療養管理指導
- 短期入所（ショートステイ）

（スライドの補足説明）

介護保険の居宅介護サービスのうち、認知症高齢者がおもに利用すると思われるサービスを表にあげている。

（）内の名称は、一般に利用されている通称である。

通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに通い、日中そこでケアを受けながら過ごすサービス。
送迎がつく場合もある。入浴も可能である。

私の町のデイサービスセンターは

（スライドの補足説明）

通所介護の実施場所は、特別養護老人ホームに併設するデイサービスセンター、単独のデイサービスセンターなど。

必要に応じて、補足説明を加えること

下の枠には、所在するデイサービスセンターを入れる

通所リハビリテーション（デイケア）

デイケアセンターに通い、リハビリテーションなどの支援やケアを受けるサービス。送迎がつく場合もある。
入浴も可能である。

私の町のデイケアセンターは

（スライドの補足説明）

通所リハビリテーションの実施場所は、老人保健施設に併設するデイケアセンター、医院等に併設する介護保険によるデイケア（医療保険のデイケアは内容が異なるので、説明に際しては注意すること）

下の枠には、所在するデイケアセンターをいれる

17

短期入所（ショートステイ）

自宅での生活が一時的に困難になった場合（家族の介護困難を含め）、ショートステイを行う介護施設に宿泊し、数日から数週間の単位で、支援やケアを受けながら過ごす。

私の町のショートステイは

（スライドの補足説明）

短期入所の実施施設は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型病院（病床）など。

下の枠に、所在するショートステイ実施事業所を記す。

18

訪問介護
（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが自宅におもむき、ケアプランに基づいて、高齢者の生活を支援する。生活援助と身体介護に大きく分けられる。家政婦業務とは目的と内容が異なる。

私の町のヘルパーステーションは

（スライドの補足説明）

訪問介護の生活援助は、家事援助、その他の生活支援の援助（身体介護を含まない）である。身体介護は、入浴、排泄などの身体的援助である。

下の枠に、所在するヘルパーステーションを記す。

訪問看護

看護師が、主治医の指示にもとづいて、高齢者の自宅におもむき、療養上の世話や診療の補助を行う。病気があり自宅での療養が必要な高齢者が対象になる。

私の町の訪問看護ステーションは

（スライドの補足説明）

訪問介護は、介護保険上の目的に沿って提供されるサービスであるため、民間の家政婦業務とはその目的と内容は異なる。

訪問看護は、看護師が訪問して、診療上の世話や補助を行う。診療上の世話や補助とは、病気であり自宅での療養が必要な人に施される医療的行為である。

下の枠に、所在する訪問看護ステーションを記す。

居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師などが、自宅におもむいて高齢者の療養上の管理および指導を行うもの。原則として、同じ医師などによって実施される。

私の町の医師、歯科医師、薬剤師は

(スライドの補足説明)

居宅療養管理指導は、病気があって、療養上の管理や指導が必要な高齢者に、医師、歯科医師、薬剤師がその専門分野から指導を行うものである。

下の枠に、所在する居宅療養指導を行っている医院、歯科医院、薬局を記す。

21

地域密着型サービスとは？

- 保険者である市町村内にすむ住民が、その地域サービスを使用することを目的としたサービス。
- 原則、市町村内のサービスは、そこの住民が利用できる(原則、他の市町村の住民は利用ができない)。
- このサービスのねらいは、住み慣れた地域でサービスを受け生活を継続できることを支援すること。

(スライドの補足説明)

地域密着型サービスは、平成18年度の介護保険改正に伴い、地域ケアを促進するために設けられたサービスである。

このサービスの原則は、住民票がある市町村に生活する住民だけが利用できるサービス。

このサービスのねらいは、スライドに示したとおり。

22

地域密着型サービス

- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型通所介護（デイサービス）
- 夜間対応型訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ）
- 認知症対応型共同生活介護（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型
  介護老人福祉施設入所者生活介護

（スライドの補足説明）

地域密着型サービスの内容のうち、認知症高齢者が利用できるものを示している。

小規模多機能型居宅介護は「小規模多機能サービス」の正式名称。

その他は、()内に通称名を付している。

認知症対応型共同生活介護は、認知症高齢者のグループホーム。

地域密着型特定施設入所者生活介護は、地域密着型の有料老人ホームのこと。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、地域密着型の特別養護老人ホームのこと。

地域密着型の有料老人ホーム、特別養護老人ホームは、定員が29名以下であるものに限られる。

小規模多機能型居宅介護
（小規模多機能型サービス）

通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）、短期入所（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）、訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ）の複合サービスを、1事業所が提供する。利用登録定員は25名以下。

私の町の小規模多機能サービスは

（スライドの補足説明）

小規模多機能型居宅介護は、ひとつの事業所が、利用者に対してデイサービスを中心にｼｮｰﾄｽﾃｲやﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽを提供するもの。

定員25名は1事業所が登録できる利用者の上限。

グループホームは、1ユニット9名が定員の上限。定員に欠員等がある場合は、1床までｼｮｰﾄｽﾃｲに利用することができる（ただし、そのグループホームがｼｮｰﾄｽﾃｲ事業を実施している場合に限る）

認知症対応型共同生活介護
（認知症高齢者グループホーム）

要介護1以上の認知症高齢者が利用できる。
1ユニット定員9名まで。利用者の自室は個室。
ここでケアを受けながら集団生活を営む。

私の町のグループホームは

（スライドの補足説明）

小規模多機能型居宅介護は、ひとつの事業所が、利用者に対してデイサービスを中心にショートステイやホームヘルプサービスを提供するもの。

定員25名は1事業所が登録できる利用者の上限。

グループホームは、1ユニット9名が定員の上限。定員に欠員等がある場合は、1床までショートステイに利用することができる（ただし、そのグループホームがショートステイ事業を実施している場合に限る）

入所サービス内容

- 介護老人福祉施設
  （特別養護老人ホーム）
- 介護老人保健施設
  （老人保健施設）
- 介護療養型医療施設
- 特定施設入居者生活介護
  （有料老人ホーム）

認知症高齢者
も利用できる
入所サービス

（スライドの補足説明）

入所サービスの内容を示した。これは認知症高齢者も利用できるサービスである。

（）内の名称は、通称である。

介護老人福祉施設
（特別養護老人ホーム）

要介護度1以上の高齢者が利用できる

入浴、排泄、食事など日常生活上のケアが必要で、居宅で生活が困難な人が対象。

私の町の特別養護老人ホームは

（スライドの補足説明）

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設ともに、介護保険の要介護認定1以上の高齢者が利用できる。

最近の傾向として、グループホームのように、小規模人数で個室型の施設環境（ユニット型）の施設が増えている。新設については、国もユニット型を推奨している。

介護老人保健施設
（老人保健施設）

要介護度1以上の高齢者が利用できる

医学的管理が必要なケアやリハビリテーションなどが必要で、生活上の世話が必要な人が対象。

私の町の老人保健施設は

（スライドの補足説明）

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設ともに、介護保険の要介護認定1以上の高齢者が利用できる。

最近の傾向として、グループホームのように、小規模人数で個室型の施設環境（ユニット型）の施設が増えている。新設については、国もユニット型を推奨している。

介護療養型医療施設

老人性認知症疾患療養病棟

医療サービス提供の必要性などの判断が優先される。療養上の管理が必要な人を対象。

特定施設入居者生活介護

軽費老人ホーム、ケアハウス
有料老人ホーム

介護保険の指定を受けた特定の施設で、ケアやリハビリテーションを受けることができる。

(スライドの補足説明)

介護療養型医療施設は、病院全体がその施設対応の場合と、1フロアがその対応の場合がある。国の施策として制度変更が検討されている。

特定施設とは、有料老人ホームなど、介護保険の要件を満たした施設である。そこに生活する人に対して介護保険サービスを提供するものが特定施設入居者生活介護。

Ⅲ　認知症予防と地域ケア

Ⅲの質問項目に関係した説明

(説明スライド10枚:本紙含めず)

本資料は、認知症介護研究・研修東京センターの「平成19年度老人保健健康増進等事業」の成果物に基づくものである

介護予防サービス

- 介護予防サービス
  介護保険法のサービス。
  介護保険の要介護認定のうち、要支援1もしくは2に認定された人を対象としたサービス。
- 介護予防事業
  介護保険法外のサービス事業。
  要介護認定において、自立となった高齢者ならびに一般の高齢者等を対象としたもの。市区町村が主体となって行うサービス事業。

（スライドの補足説明）

介護予防に関するサービスは、介護保険法の中のサービスである「介護予防サービス」と介護保険法外で自治体が実施する「介護予防事業」によるサービスの二つに分けられる。

地域密着型介護予防サービス

- 介護保険法の介護予防サービスのうち、特に認知症高齢者が利用できる、地域密着型のサービス

介護予防認知症対応型通所介護
（認知症対応型ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ。利用：要支援1と2の人）

介護予防小規模多機能型居宅介護
（小規模多機能ｻｰﾋﾞｽ。利用：要支援1と2の人）

介護予防認知症対応型共同生活介護
（認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ。利用：要支援2の人）

（スライドの補足説明）

地域密着型介護予防サービスは、介護保険法の中の介護予防サービスである。

図には、おもに利用が認知症高齢者が対象となるサービスを示している。

いずれのサービスとも、サービス内容は前述の「通所介護」「小規模多機能サービス」「認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ」とほぼ変わりない。違いは、利用できる対象者が、要介護認定において要支援1か2となった人と限定されること。

なお「介護予防認知症対応型共同生活介護」については、要支援2の人しか利用できない。

特定高齢者とは

- 要介護認定で、介護保険サービスの対象にはならないが、生活機能が低下している虚弱高齢者などで、将来的に要介護状態になる危険性のある人。
- 健康診査や地域包括支援センターの職員の訪問面接などによって、一定の要件に該当した人が対象となる。

（スライドの補足説明）

特定高齢者とは、「介護予防事業」の利用対象となる人のこと。

要介護認定では、自立と判定された人。しかし、虚弱高齢者などで、今は自立でも将来的に要介護状態になる危険性のある人。

一定の要件については、国の示した指針がある。それに沿って、該当するかどうか判断される。

なお、介護予防事業へ参加するかどうかは、本人の選択による。

介護予防事業の内容

〈認知症予防にも関連する事業〉

訪問型介護予防事業
（閉じこもり・認知症・うつ等の状態になるおそれのある者に、保健師などが居宅等を訪問し、必要な相談・指導等を実施する）

通所型介護予防事業
- 運動器の機能向上に関する事業
- 栄養改善に関する事業
- 口腔機能向上に関する事業
- 認知症予防に関する事業
- 閉じこもり予防に関する事業
- うつ予防に関する事業

（スライドの補足説明）

介護予防事業のうち、特定高齢者に提供されるサービス内容を示している。

認知症にも関連する事業として示している。

訪問型は、その事業の担当者が高齢者の自宅に訪問して個別に相談や指導を行うもの。

通所型は、決められた場所に参加する人が集まって行われるもの。

認知症予防には、

適度な運動（たとえば、ウォーキングなど）を定期的に（毎日もしくは週に何回か）実施すること（運動器の機能向上）

外出をして、ほかの人(友人知人や趣味活動の仲間など）と交流を持つ、社会活動（ボランティアなどに参加する）に参加すること（閉じこもり予防）

食事内容をバランスのよいものにして、毎食きちんと食べること（栄養改善、口腔機能向上）

で、認知症予防の効果が期待されるといわれている。

介護予防事業のサービスは、それを支援する内容といえる。

わが町の介護予防事業

実施している事業内容、場所、日時などを記す。

ここは、この資料を使用する地域で実際に行われているものがあれば、それを入れて説明する。

35

高齢者の権利を守る

- 高齢者の権利や資産などを守るための事業。高齢で自己管理が大変になる、認知症によって自己管理が大変になった場合に活用するとよいもの。

地域福祉権利擁護事業

・高齢者への生活支援

・契約能力がある人が活用

・社会福祉協議会などが実施している

成年後見制度

・裁判所を通す法制度

・資産管理、生活支援を実施し、本人の権利を守る

（スライドの補足説明）

地域福祉権利擁護事業は、契約能力がある人が利用できる。地域の社会福祉協議会などが実施している。

成年後見制度は、民法で定められた法制度。法律の手続きによって、高齢者の資産管理、生活支援を行う、後見人(もしくは保佐人)を決め、本人の権利を守るもの。

利用者の状況や必要な内容によって、どちらを使用するか検討する必要がある。提供しているところに相談するとよい。

36

地域の相談窓口

- 地域包括支援センター
  （一部地域は、在宅介護支援センターも含む）
  高齢福祉に関する相談の窓口
  介護予防事業の実施

- 民生委員
  その地域の福祉や生活に関する相談ができる身近な存在

（スライドの補足説明

おもな窓口を示した。

地域包括支援センターは、介護予防事業のうち、おもに介護予防マネジメント事業として介護予防ケアプランの作成を行っている。

この資料を使用する地域において、その他の相談窓口も適宜追加し、紹介するとよい。

地域ケアを実施している団体

- 社会福祉協議会
  県、市町村、地区それぞれの単位で協議会がある（地域により差はある）。ボランティア活動、地域福祉に関連する活動を実施している。
- 地域の自治会・町会
  自治会、町会が中心になって、地域ケアに関連する取り組みを実施しているところもある。
- NPO法人などの民間団体
  地域活動を目的に法人を設立し、活動している民間団体もある。

（スライドの補足説明）

地域ケアを実施している団体の例を示した。

そのほかにも、地域の有志によるボランティア団体、民間企業が地域貢献として活動している場合などある。

地域によって活動している団体はさまざまである。

この資料を使用する地域ごとに、該当する団体があれば紹介する。

地域ケアの実践例

ここには、その地域の実践例を入れて説明する

（スライドの補足説明）

ここは、この資料を使用する地域で実際に行われているものがあれば、それを入れて説明する。

なければ、ここは使用しない。

地域ケアの地域資源とは

認知症ケアに限らず、高齢者の地域ケアにおける地域資源とは、

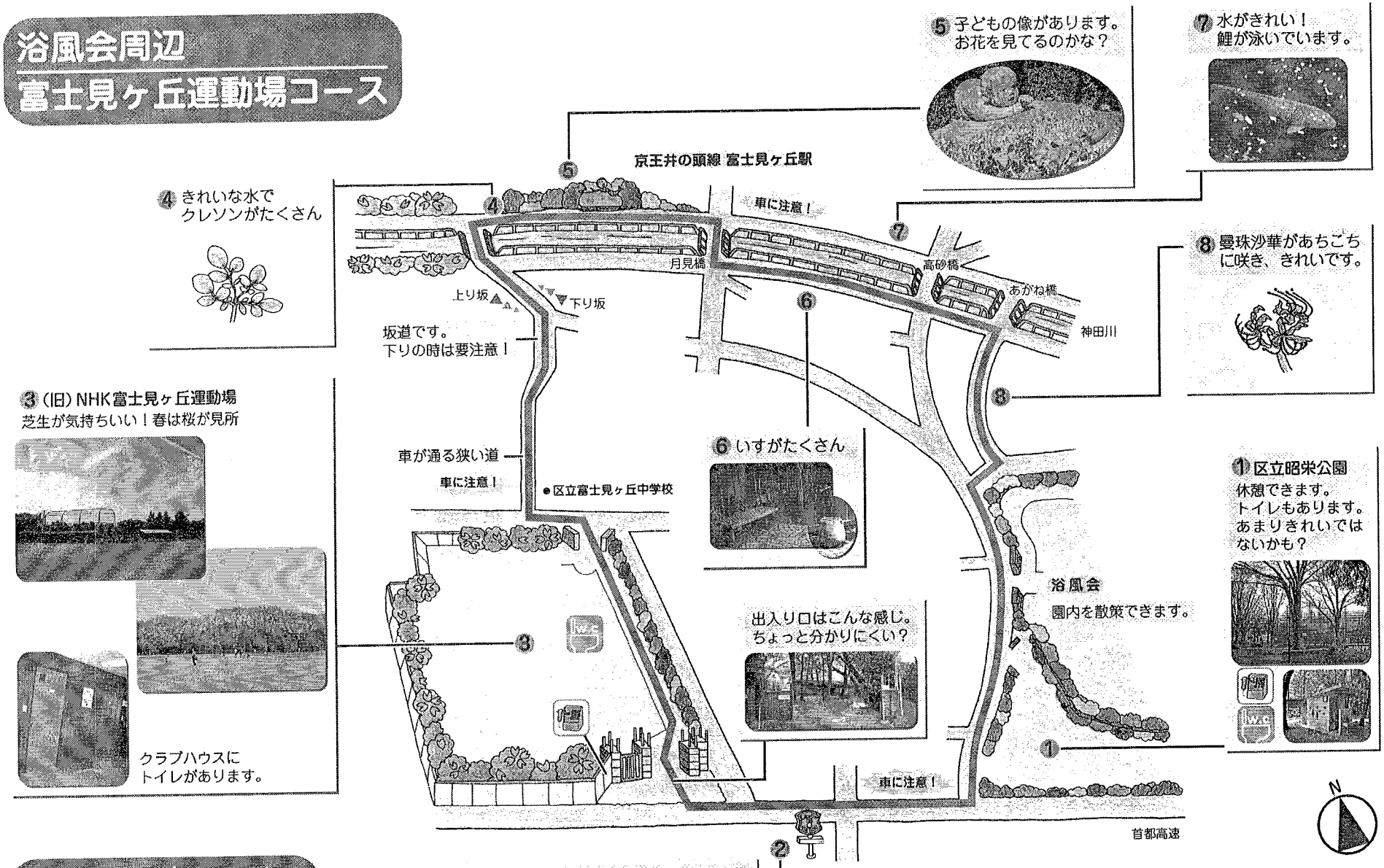
- 公的サービスから私的なサービス
- 人と人のつながり
- 民間団体や行政とのつながり
- 企業などのサービス
- 地域にある公共の建物

地域にある、地域ケアに活用できるありとあらゆるものが地域資源である。

図の定義は、本資料の場合の定義である。

地域資源は、その地域にある人、もの、組織、サービス、全てを含むものと定義した。

浴風会周辺
富士見ヶ丘運動場コース



5 子どもの像があります。
お花を見てるのかな？

7 水がきれい！
鯉が泳いでいます。

4 きれいな水で
クレソンがたくさん

8 曼珠沙華があちこち
に咲き、きれいです。

3 (旧) NHK富士見ヶ丘運動場
芝生が気持ちいい！春は桜が見所

6 いすがたくさん

1 区立昭栄公園
休憩できます。
トイレもあります。
あまりきれいでは
ないかも？

クラブハウスに
トイレがあります。

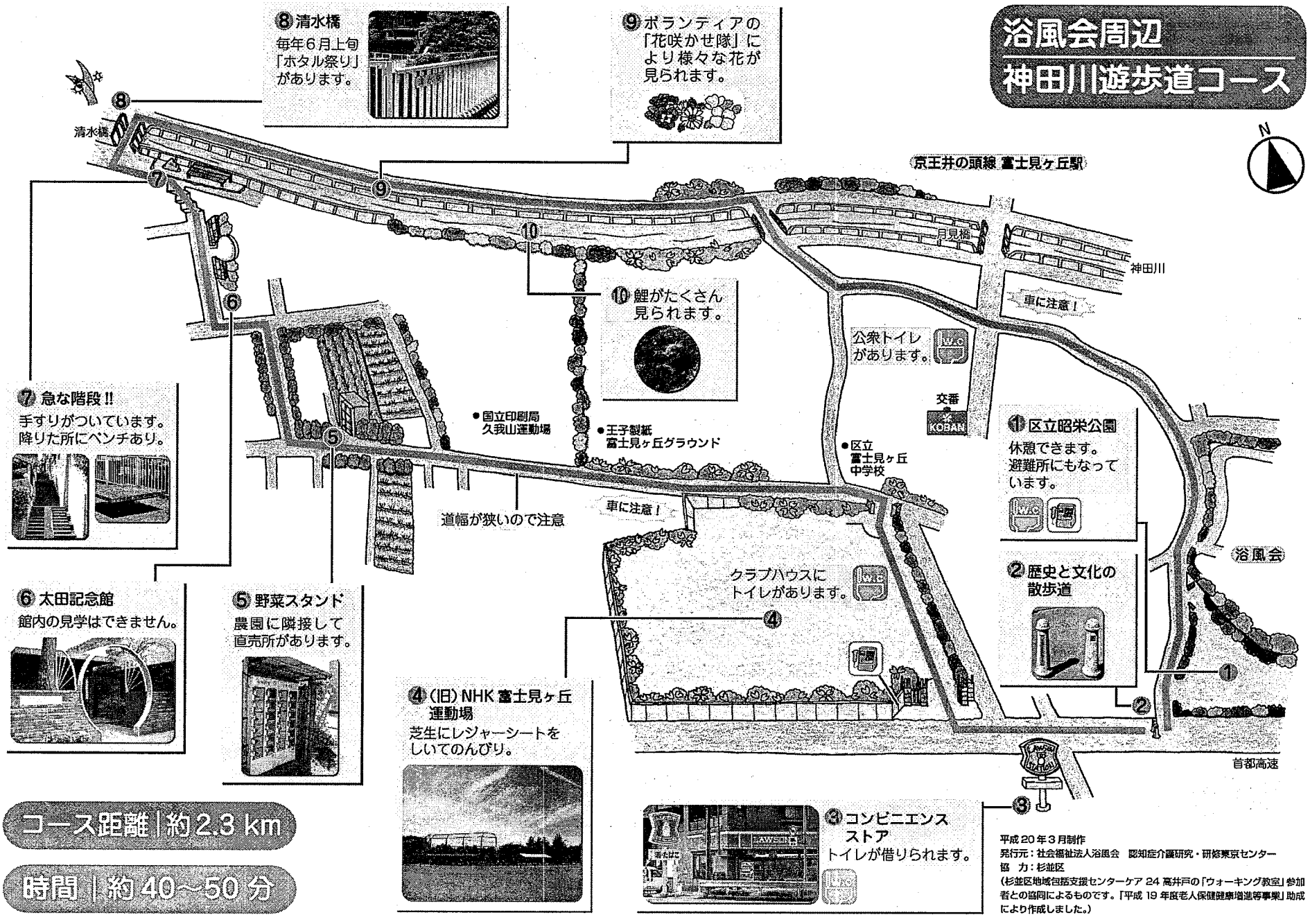
2 コンビニエンスストア
トイレが借りられます。

コース距離 | 約1.5 km

時間 | 約25～35分

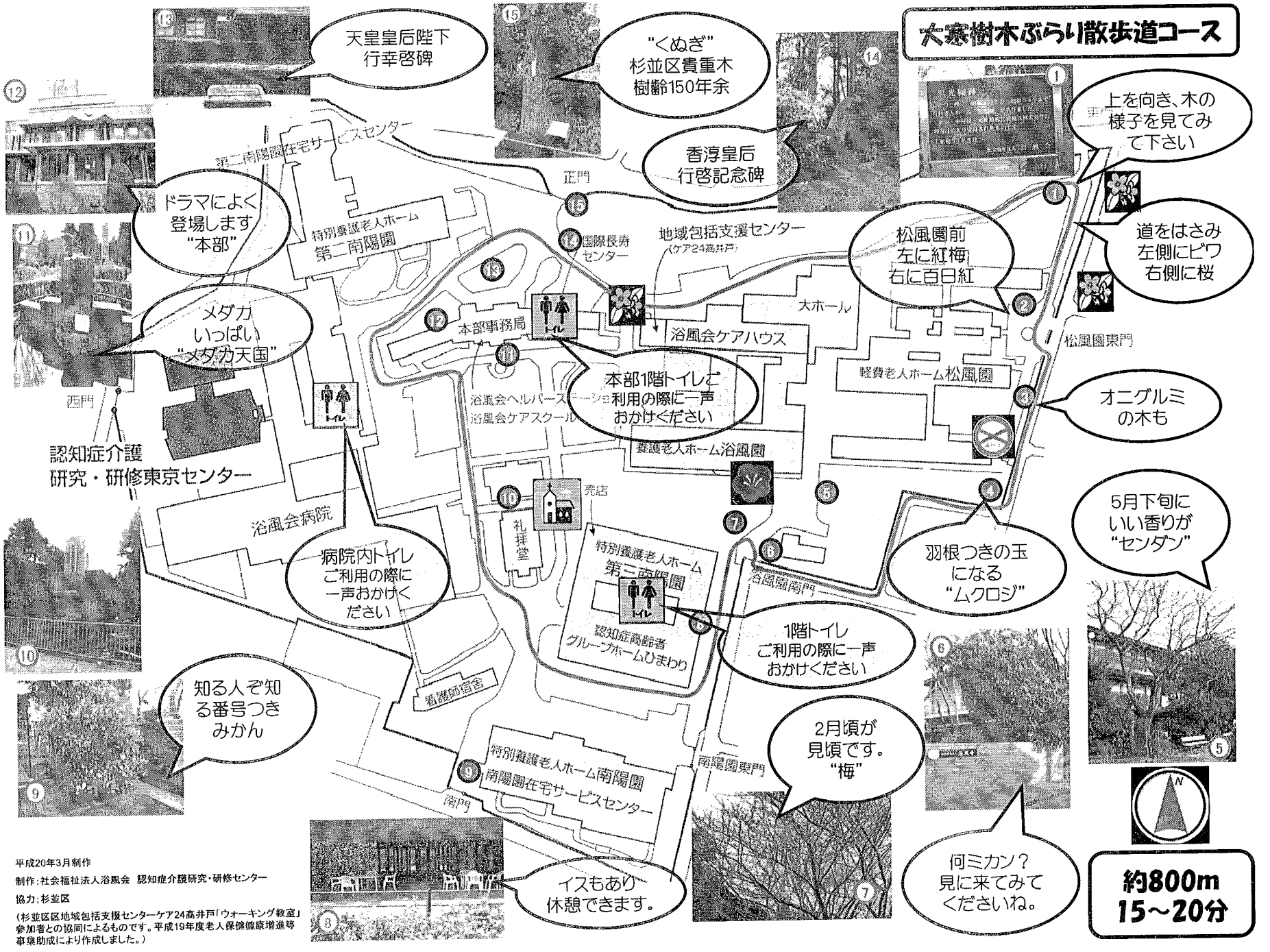
平成20年3月制作
発行元：社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター
協　力：杉並区
（杉並区地域包括支援センターケア24高井戸の「ウォーキング教室」参加者との協同によるものです。「平成19年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

浴風会周辺
神田川遊歩道コース



平成20年3月制作
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
協　力：杉並区
（杉並区地域包括支援センターケア24高井戸の「ウォーキング教室」参加者との協同によるものです。「平成19年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

大森樹木ぶらり散歩道コース



平成20年3月制作

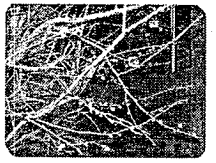
制作：社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修センター

協力：杉並区

（杉並区区地域包括支援センターケア24高井戸「ウォーキング教室」参加者との協同によるものです。平成19年度老人保健健康増進等事業助成により作成しました。）

高井戸発見！
お寺・神社てくてくコース

⑩ 梅など季節の花々が見られます。

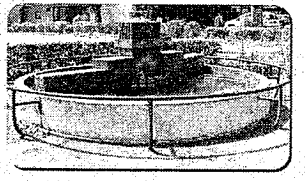


① 山中公園

めずらしいウコン桜が!!
トイレもあります。

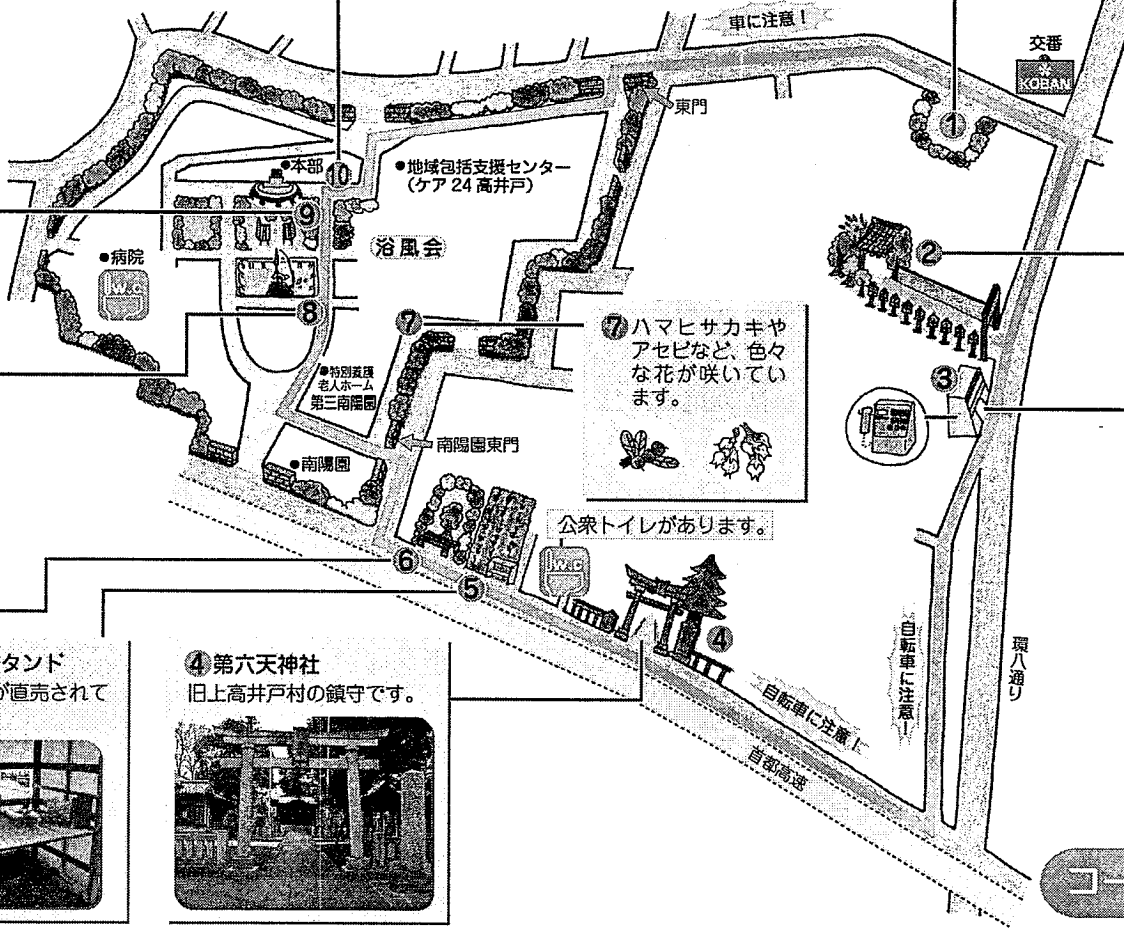
⑨ メダカ天国

たくさんのメダカが泳いでいます。



⑧ 池や小さな噴水

亀や鯉も泳いでいます。



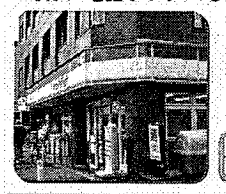
⑦ ハマヒサカキやアセビなど、色々な花が咲いています。

② 吉祥院（高井戸不動尊）

せいたかどうし
制吒迦童子や小守娘の像があります。

③ コンビニエンスストア

一声かけてトイレが借りられます。
そばに電話ボックスも。

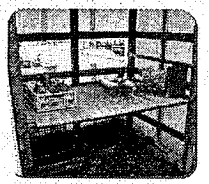


⑥ 高井戸みどり公園

トイレもあり、休憩できます。

⑤ 野菜スタンド

大根などが直売されています。



④ 第六天神社

旧上高井戸村の鎮守です。

コース距離 | 約 1.6 km

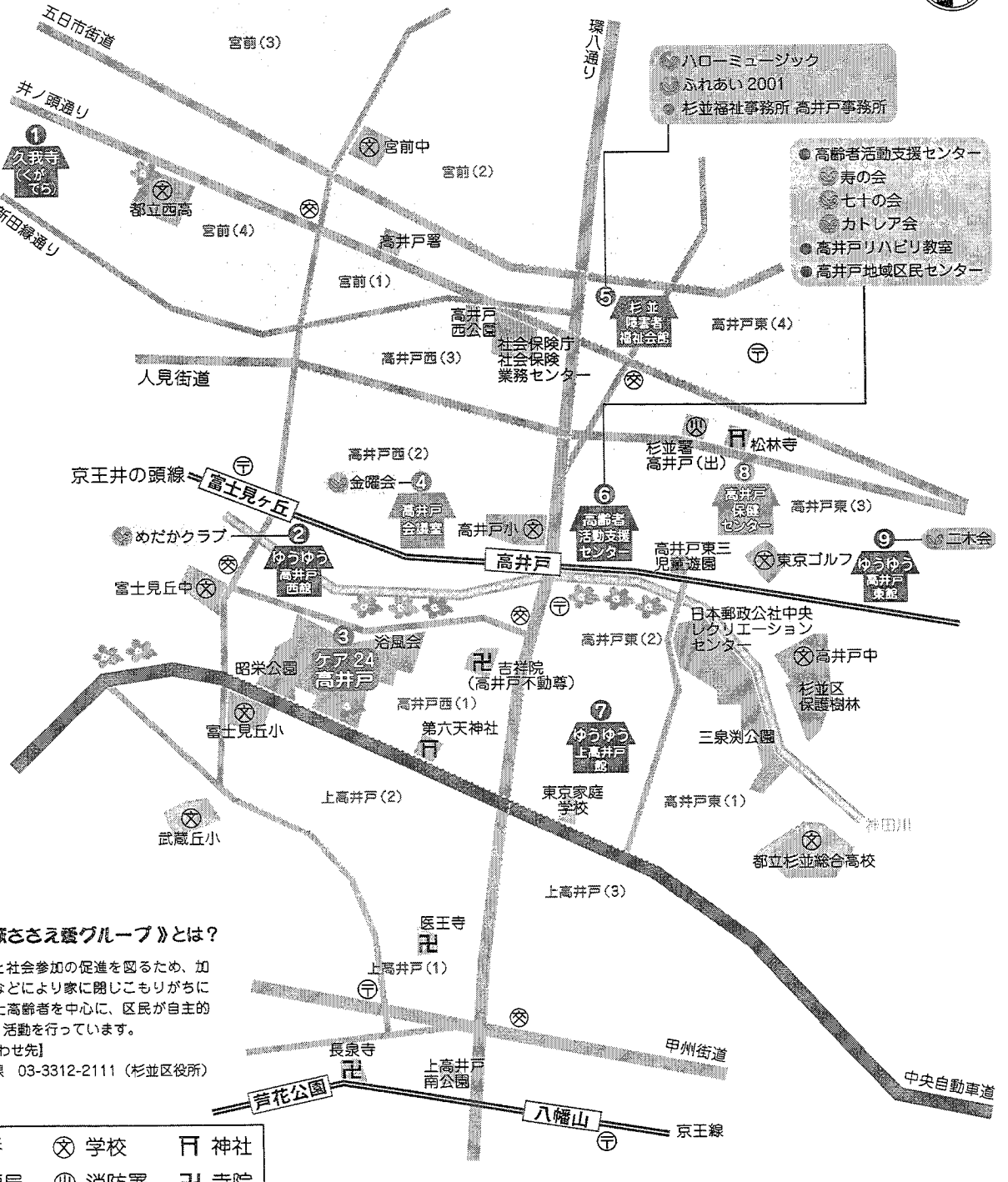
時間 | 約 35～40 分

N

平成 20 年 3 月制作
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
協　力：杉並区
（杉並区地域包括支援センターケア 24 高井戸の「ウォーキング教室」参加者との協同によるものです。「平成 19 年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

出かけてみませんか？

高井戸地域 地域活動お知らせマップ



《地域ささえ愛グループ》とは？

生きがいと社会参加の促進を図るため、加齢や病気などにより家に閉じこもりがちになっていた高齢者を中心に、区民が自主的にリハビリ活動を行っています。

【お問い合わせ先】
介護予防課　03-3312-2111（杉並区役所）

交番　学校　神社
郵便局　消防署　寺院
桜の見どころ
①～⑨ 別紙に施設の詳細説明あり

平成20年3月制作
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
協　力：杉並区
（対象地域の「たすけあいネットワーク協力員」ならびに民生委員との協同によるものです。「平成19年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

出かけてみませんか？

高井戸地域 地域活動お知らせ情報

地域活動お知らせマップもあります

❶ 久我寺（くがでら）

住　　所 ● 168-0081　宮前5-1-36
電話番号 ● 03-3332-6633
活動日 ● 【第2水曜・第3月曜】午前10時～午後12時頃

内容

仏教全般にわたる法話と茶話会。法要等のため活動中止の可能性あり、前日要確認。

❷ ゆうゆう高井戸西館

住　　所 ● 168-0071　高井戸西1-17-5
電話番号 ● 03-3332-1076
開館時間 ● 午前9時～午後9時
休館日 ● 【毎月第3日曜日、年末年始】
利用方法 ● 詳細、申し込みは上記電話番号にてお問い合わせ。初めて利用する場合は利用証を作るため、健康保険証が必要。

活動

■ 夕焼けサロン（大人のための教養講座）
【水曜18時～20時】各回1000円（茶菓子付）
■ 自立生活体操【水曜10時～11時30分】1回500円
■《いきいきクラブ・富士見ヶ丘一心会》各グループの活動日などは問い合わせ。
■ パソコン相談所、モバイル相談所、吹き矢に挑戦など。

❸ ケア24高井戸

住　　所 ● 168-0071　高井戸西1-12-1
電話番号 ● 03-3334-2495
受付時間 ● 【月～金曜】午前9時～午後7時
【土曜日】午前9時～午後1時
電話による相談は24時間受付
利用方法 ● 上記電話番号にてお問い合わせ。

活動

■ 高齢者への支援のための身近な相談窓口。
■ わいガヤサロン（食事・簡単体操）、おしゃべりクッキング、高井戸お楽しみ会、ぽちぽち行こ会（ウォーキング）、出前安心ネット（体操、茶話会）など。

❹ 高井戸会議室

住　　所 ● 168-0071　高井戸西2-5-10

活動

■《金曜会》地域ささえ愛グループ。第1・3金曜日、リハビリ活動を行っている（詳しくは、地域活動お知らせマップをご参照ください）。

❺ 杉並障害者福祉会館

住　　所 ● 168-0072　高井戸東4-10-5
電話番号 ● 03-3332-6121
休館日 ● 【第3月曜】（休日にあたるときは翌日）、
及び年末年始（12月28日から1月4日）
利用方法 ● 詳細や利用方法は上記電話番号にてお問い合わせ。

活動

■ 障害のある方とその家族の社会生活と地域生活の支援。
■ パソコン、趣味、手話、点字など各種講座・講演・レクリエーションも実施。

❻ 高齢者活動支援センター

住　　所 ● 168-0072　高井戸東3-7-5
電話番号 ● 03-3331-9211
開館時間 ● 【火曜～金曜】午前9時～午後7時
【土曜、日曜、休日】午前9時～午後5時
休館日 ● 【毎週月曜】（敬老の日は開館）と年末年始
利用方法 ● 健康相談、小浴室予約は電話。初めて利用する場合は利用証を作るため健康保険証が必要。

施設

■《杉の樹ホール》定員150名　旧大広間
■《浴室》定員男女各30名、午後1時～4時まで（水曜・金曜は7時まで）
■《小浴室》定員2名、介助者をつけて入浴する方用（予約制）

❼ ゆうゆう上高井戸館

住　　所 ● 168-0072　高井戸東2-6-17
電話番号 ● 03-3306-0441
開館時間 ● 日曜、祝日（敬老の日は開館）、年末年始
利用方法 ● 詳細、申し込みは上記電話番号にてお問い合わせ。自主グループへの参加は上記電話番号へ問い合わせ、見学、代表者との相談を行い参加が可能。
● 初めて利用する場合は利用証を作るため、健康保険証が必要。
その他 ● 一般室あり。利用証があれば誰でも利用可。
● テレビ、お茶、マッサージ、ヘルストロンあり。

活動

■《きずなサロン》（100円でコーヒーを提供）
月1度程度実施。予約不要。日程など詳細は問い合わせ。
■《いきいきクラブ・高寿会》各グループの活動日などは問い合わせ。

❽ 高井戸保健センター

住　　所 ● 168-0072　高井戸東3-20-3
電話番号 ● 03-3334-4304
利用方法 ● 詳細は上記電話番号までお問い合わせ。

活動

健康相談、精神保健相談、物忘れ相談、健康増進教室など。

❾ ゆうゆう高井戸東館

住　　所 ● 168-0072　高井戸東3-14-9
電話番号 ● 03-3304-9573
開館時間 ● 午前9時～午後9時
利用方法 ● 詳細は受付まで、問い合わせまたは地域掲示板に掲示あり。初めて利用する場合は利用証を作るため健康保険証が必要。

活動

■《大人のITひろば》（パソコン体験、質問など）
【金曜 午後1時～3時】予約不要、1時間500円
■《いきいきクラブ・あづま会、四和会》各グループの活動日などは問い合わせ。

その他

■ 各種IT講習会を順次開催（日程、内容は月替わりのため、詳細は問い合わせ）。
■ なつかしの映画会、暮らしや健康に役立つ各種講座も開催予定。

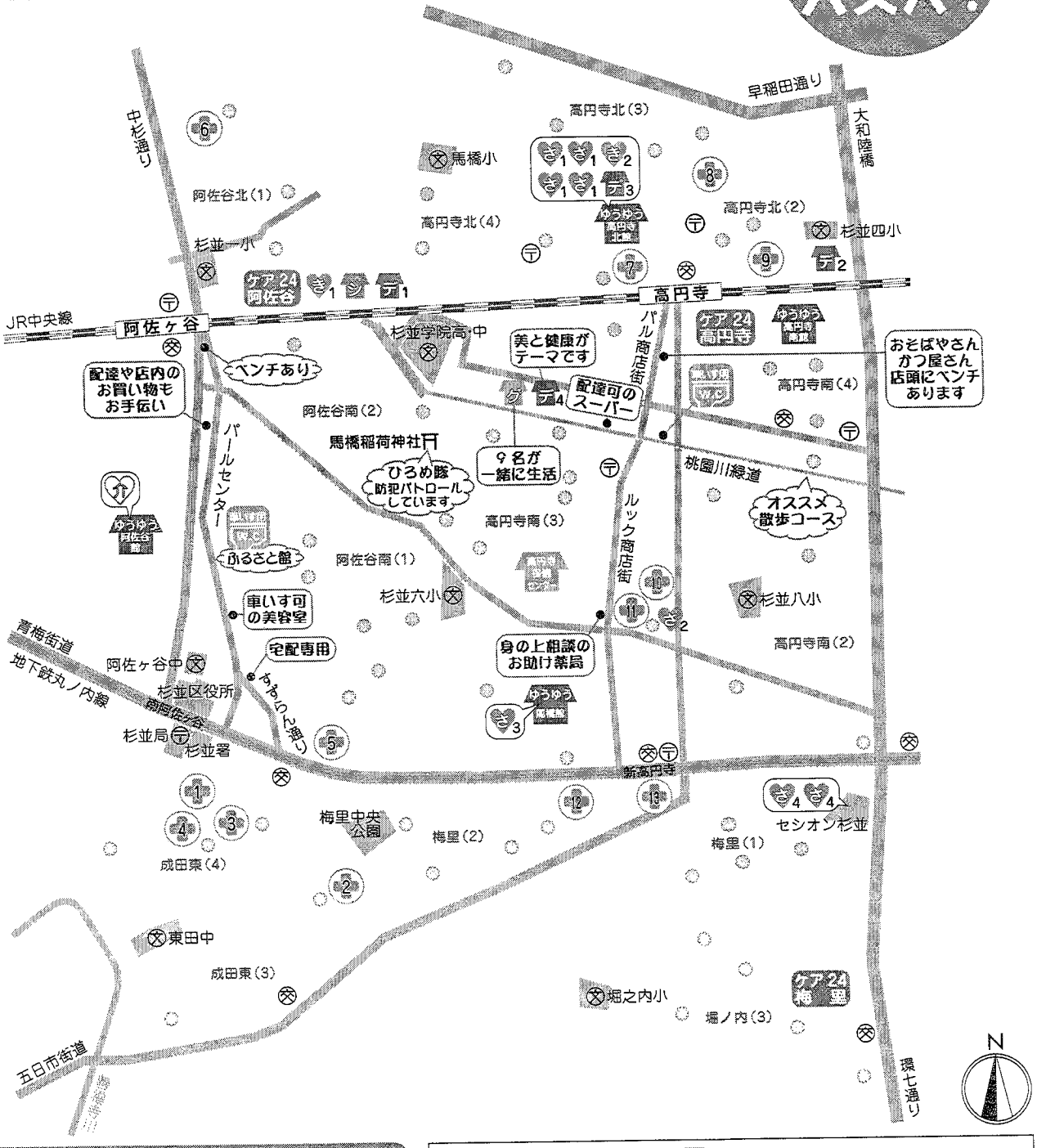
《いきいきクラブ》とは？

いきいきクラブは、概ね60歳以上の会員の方で構成される自主的な組織です。これまでの「老人クラブ」から「いきいきクラブ」へと名称を変更しました。趣味や生きがい作りの活動をゆうゆう館で実施しています。

平成20年3月制作
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
協　力：杉並区
（対象地域の「たすけあいネットワーク協力員」ならびに民生委員との協同によるものです。
「平成19年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

高齢者のための 馬橋地域 くらし応援お助けマップ

認知症でも大丈夫！



地域包括支援センター　ケア２４

高齢者のことでどうしたらいいか…悩んだり、だれかに相談したい時は迷わず下記へお問い合わせを！

ケア 24	阿佐谷	3339-1588
ケア 24	高円寺	5305-6151
ケア 24	梅里	5929-1924

ケア２４は、杉並区が運営を委託している高齢者の相談窓口です。

病院	デイサービス	交番
ささえ愛グループ	グループホーム	郵便局
きずなサロン	ショートステイ	学校
介護者の会	民生委員	神社

平成 20 年 3 月制作
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
協　力：杉並区
（対象地域の町会長はじめ地元有志の方との協同によるものです。「平成 19 年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

認知症でも大丈夫！

高齢者のための 馬橋地域 くらし応援お助け情報

くらし応援お助けマップもあります

本人・家族のために

介護のことで困ったら

ケア24　阿佐谷　3339-1588
ケア24　高円寺　5305-6151
ケア24　梅里　5929-1924

くらしの何でも相談員

民生委員
お問合わせは、杉並区保健福祉部管理課地域福祉係へ
3312-2111 内線 1355 ～ 58

あれっ、認知症かな？と思ったら

＜物忘れ相談医＞杉並区医師会認定

1. 木下皮膚科クリニック　5305-5355
2. 長沼内科　3311-1803
3. 種田医院　3316-3322
4. 成宗診療所 往診・在宅診療　3392-6967
5. 林脳神経外科内科クリニック 往診・在宅診療　5305-8831
6. 阿佐谷クリニック 駐車場有・車イス可　3338-5016
7. 松尾クリニック　3336-0861
8. 清見内科クリニック　3310-0220
9. 藤巻クリニック　5364-2500
10. 窪田クリニック　5377-1585
11. 林医院 訪診　3311-1856
12. 継医院　3311-3067
13. 新高円寺クリニック 往応　5377-5388

地域で過ごす場所を知りたいと思ったら

● 地域ささえ愛グループ（歌やゲームとおしゃべり）

1 茜会　毎週月曜の午前
1 てんとうむし会　第2・4水曜の午前
1 円会　第1金曜の午後
1 三葉会　第2木曜の午前
2 三木倶楽部　第1・3木曜の午後
3 よつば会　第2・4火曜の午後
4 あわせ会　第2・4水曜の午後
4 グリーングラス　第4水曜

お問合わせは、杉並区保健福祉部介護予防課介護予防推進係へ
3312-2111 内線 1179

● きずなサロン（おいしい食事とおしゃべり）

1 阿佐谷きずなサロン　ハート to Heart　第2・4火曜
2 高円寺北きずなサロン　毎週火曜

お問合わせは、社会福祉協議会 地域福祉推進係へ
5347-3939

介護している家族のために

● 介護者が集うところは

阿佐谷介護者の会　毎月第4金曜日 13 時～

お問合わせは、杉並区保健福祉部介護予防課へ 3312-2111

大切な家族を預ける場所は？

介護サービス事業所

● デイサービス（日帰り介護施設）

1 高齢者在宅サービスセンター 阿佐谷北ふれあいの家　3338-8630
2 アースの森高円寺デイサービスセンター　5327-3701
3 デイホーム高円寺北ふれあいの家　3330-4903
4 NPO 法人デイサービスセンター 夢の飛行船　3315-8686

● グループホーム（認知症の方が共同で生活する施設）

グループホーム豊生　3318-1151

● ショートステイ（短期間宿泊できる施設）

さんじゅ阿佐谷　5373-3911

地域の人のために

道に迷ったり、困っている人を見かけたら

ケア24へ
交番へ

車で出かけたいときは…

杉並区移動サービス情報センター もび～る　5347-3154

家に来てくれると助かります

● 訪問歯科
杉並区歯科保健医療センター　3396-6933

● 訪問理美容（要介護1以上）
杉並区介護予防課　（直通）5307-0649

● 訪問入浴
アースサポート(株)高円寺在宅サービスセンター　5327-5301
やさしい手 杉並訪問入浴介護事業所　5305-8330

● 福祉用具貸与
ハートばすてる杉並　0120-577-810
人イエまちネットワーク　5377-7166
福祉用具サービス　杉っ子　5305-5561

平成20年3月制作
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
協　力：杉並区
（対象地域の町会長はじめ地元有志の方との協同によるものです。「平成19年度老人保健健康増進等事業」助成により作成しました。）

第２研究事業

在宅及び施設入所高齢者の認知症介護予防に重要な因子の同定と既存の予防事業の効果についての調査研究事業

在宅及び施設入所高齢者の認知症介護予防に重要な因子の同定と既存の予防事業の効果についての調査研究　サブテーマ:2007 年コホート研究抄録

【目的】本調査研究は地域ごとに進められている介護予防事業を視野に入れ、在宅の高齢者の認知症化するプロセスを集団検診の中で把握し、介護予防に重要な因子は何か、どのような事業展開が介護予防に重要なのかを明らかにすることが目的である。その研究の一環として杉並コホートの認知症集団検診データの分析を行い、①集団検診によって把握すべき健康指標と将来のハイリスク群を把握するための指標は何かを明らかにすること②認知レベル低下に影響を与えている生活習慣を明らかにすること③高齢者の感情状態や意欲が認知レベルや将来の認知症発症にかかわっているか④現状の介護予防教室の周知、利用度⑤施設入所者との経過の比較などを行った。

【方法】2002 年から 2005 年にかけて杉並区高齢者検診のために浴風会病院に訪れた高齢者の中で頭の検診を追加して受診希望し、研究調査に協力を承諾した高齢者 758 人（仮称:杉並コホート）を対象に 2007 年 9 月から 10 月末にかけて頭の検診を実施、種々の調査を行った。結果は分担研究者らが担当分野ごとに分析にあたった。検診データについては SPSS による集計と記述的統計処理をした。

【結果と考察】2007 年検診の受診者は 450 人で、男性 162 人（36.0%）、女性 288 人（64.0%）であった。平均年齢は 78.6±5.3 歳（男性 77.5±5.3 歳、女性 77.6±5.7 歳 ）であった。杉並コホート全体の約 60%にあたる。認知症を疑う MMSE24 点以下は 34 人（7.6%）で、全体の約 7%という数字は例年と変わりはなかった。電話調査で検診脱落群の状況を調べた結果、疾病による受診困難や認知症の発症が脱落群で多くみられ、この群の追跡が要因研究のみならず、介護予防のターゲットとして重要であると考えられた。検診で調べた認知機能の優劣に影響していた生活習慣は運動（歩行）と読書の習慣だった。食習慣についてはばらつきが大きかった。5 年間の MMSE 経過観察で、認知レベルが改善していく群、悪化する群が観察されているが、その変動はほとんどが計算力の低下、あるいは改善によるもので、健常者にあっては記憶能力に大きな変動はおきていないことがわかった。感情状態では抑うつ、意欲低下と認知レベルに関連が見いだされ、とくに意欲の低下が有意だった。認知症の発見、予測には認知テストの他に精神状態の把握も重要であることが示唆された。また、検診受診者の間では区が実施している介護予防教室の周知は少なく、今後の課題であった。

2002 年に開所した特養ホーム入所者の予後追跡調査では在所日数に影響しているのは年齢のほか入所時の認知レベルの多寡であることがわかった。

高年者健診時の脳検診希望者と物忘れ外来の高齢受診者における血液検査結果と頭部CT所見について

【目的】任意に脳検診を希望する群と物忘れ外来の高齢者群について、頭部CT所見や血液検査結果を比較することで、それぞれの客観的な健康状況を把握した。

【方法】対象は高年者健診時に、2007年に頭部CT検査を自主的に受けた（検診群）445例と2006年10月16日から2007年12月19日における65歳以上の物忘れ外来受診者151例である。血液検査は通常の血算と生化、頭部CTはCVDの有無、PVLの出現頻度、脳萎縮、脳回萎縮、脳室拡大の肉眼による5段階分類を実施し、それぞれについて、前期高齢者（65から74歳）、後期高齢者（75から84歳）、超高齢者（85歳以上）に分類し、検診群と物忘れ群で比較した。

【倫理的配慮】今回の研究はいずれも個人の所見や情報を発表するものではない。また脳検診者では初回受診時、物忘れ外来受診者は担当医が結果説明時に、高齢者の脳研究への協力について承諾を得ている。

【結果】

1）年齢分布は検診群が前期27.2%、後期61.6%、超高齢者11.2%、平均77.3歳、物忘れ群が前期32.5%、後期57.6%、超高齢者9.9%、平均78.1歳であり、両群はほぼ同様であった。

2）血液検査では検診群が物忘れ群に比し、アルブミン、Hb、RBC、Htの項目で、前期、後期の年代群で有意に高値であった（$p<0.001$）。しかし超高齢者ではそれらに差はなく、BUN、Cre、尿酸が物忘れ群で高く、特にBUNは有意であった（$p<0.05$）。

3）脳萎縮のみの症例は、検診群79.8%、物忘れ群78.8%で同様の割合であった。しかし年代別に比較すると、後期高齢者は検診群、前期高齢者と超高齢者は物忘れ群が多かった。

4）ラクナ梗塞症例は、検診群の4.9%に認められ、その値は物忘れ群の7.3%より少なかった。その割合を年代別に比較すると、前期高齢者、後期高齢者とも、検診群が物忘れ群に比し少なく、逆に超高齢者は検診群が8.0%であり、物忘れ群6.7%より多い傾向であった。

5）アテローム血栓性梗塞の描出は、検診群2.0%、物忘れ群1.3%で、心原塞栓性脳梗塞は、検診群1.3%、物忘れ群0.7%で、いずれも物忘れ群で少ない値であった。

6) 脳萎縮の程度別分類は、物忘れ群と検診群では差がない状態であった。しかし年代別には前期高齢者では物忘れ群、超高齢者では検診群が、脳萎縮がやや目立つ傾向であった。

7) 脳室拡大の程度は検診群が物忘れ群より軽度で、逆に脳回萎縮は検診群が物忘れ群より有意に目立つ傾向であった（$p<0.01$）。

8) PVL の出現程度は、検診群より物忘れ群でやや目立つ傾向であった。年代別の比較では、前期高齢者はほぼ同様で、後期高齢者や超高齢者で物忘れ群がより進行していた。

【考察】

高齢者では任意に脳検診を希望する群は、物忘れ外来受診者より血液 data は良い傾向にあり、より健康であると考えられた。

また CT 所見は全体的には両群で差がない結果であったが、年代別には種々の相違があり、これは検診群では生理的な加齢変化、物忘れ群では基礎疾患の影響による結果と思われた。

特に両群の脳萎縮パターンで相違が生じていた結果については、物忘れ群には正常圧水頭症のような病態症例の存在が示唆された。

サブテーマ:2007 年度調査における地域在住高齢者の認知機能と生活習慣との関連

【背景】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。また、国外では認知機能と食事や余暇活動等の関連があるといわれており、認知症予防の観点からも検討の余地があると考えられる。

【目的】 地域在宅高齢者の Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）と生活習慣・活動との関連を検討し、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】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高齢者を対象に「生活習慣に関する問診表」にて自記式質問票調査を実施すると同時に、MMSE による認知機能測定を行い、ベースラインデータを構築した。

調査対象は、ベースラインデータに登録されている高齢者とした。まず、2007 年 8 月にはがきにて検診の案内を行った後、「生活習慣・活動に関する問診表（2007 年版）」（以下、「問診表」と略称する）を郵送した。その後、2007 年 9 月中旬から 10 月下旬までの期間に浴風会病院にて「頭の検診」と称した検診を病院にて実施し、問診表の回収とともに、MMSE による認知機能評価を行った。調査項目は、食事や余暇活動を主とした内容で構成されている。分析対象は、2007 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。分析項目は、食事、余暇活動、ソーシャルキャピタル、区が主催している介護予防教室への周知ならびに参加状況とした。分析方法は、属性については記述統計量を算出した。MMSE と生活習慣の各項目との独立性については、MMSE を 24 点以下、25 から 27 点、28 点以上の 3 群に分け、χ^2 検定を用いた。統計ソフトは SPSS ver.15.0J を使用し、有意水準は 5%とした。

【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 450 名であり、性別では男性 162 名（36.0%）、女性 288 名（64.0%）であった。平均年齢は 78.6±5.3 歳（男性 77.5±5.3 歳、女性 77.6±5.7 歳 ）であった。 MMSE の得点の分布はそれぞれ 24 点以下が 34 名（7.6%）、25 から 27 点は 115 名（25.6%）、28 点以上は 301 名（66.9%）であった。

図 1 から図 3 にて、MMSE と生活習慣に関する項目と有意な差があったものを示した。図 1 より、運動に関する項目のうち、“ここ 1 年で一日のうちで 30 分以上歩く”において、MMSE28 点以上群では「ほとんどしない」と回答したものが 6.0%であったのに対し、MMSE24 点以下群では 24.0%であった。また、28 点以上群では「週 5 日以上」と回答したものが MMSE24 点以下群よりも 5%下回っていたが、週 1 回以上 30

分以上歩いているものが 60.0%を占めており、MMSE24 点以下群（45.0%）よりも多かった。また、図 2 より読書において、MMSE28 点以上群では「ほとんどしない」と回答したものが 9.0%であったのに対し、MMSE24 点以下群は 27.0%と大幅に上回っていた。また、MMSE28 点以上群では、「たまに」でも読書をする習慣があるものは、「時々」、「よくする」ものも合わせると 91.0%を占め、MMSE24 点以下群（73.0%）と比較すると、読書をしているものが多く占めていることが明らかになった。図 3 より、柑橘類でも有意な差がみられたが、特に何らかの傾向性はみられなかった。なお、運動（ここ 1 年で 1 日のうちで 30 分以上歩くこと）と読書については、昨年度の結果と同様に MMSE と有意な差がみられていた。

図 4、5 では MMSE と生活習慣に関する項目と有意な傾向（$p<0.1$）があったものを示した。図 4 より、歩行以外の運動において、「ほとんどしない」と回答したものが MMSE28 点以上群で 47.0%に対し、MMSE24 点以下群で 69.0%であり、MMSE24 点群の方が運動していない傾向がみられた。また、図 5 よりメールにおいて、「よくする」と回答しているものが MMSE28 点以上群で 17.0%であったのに対し、MMSE24 以下群では 6.0%であった。また、MMSE28 点以上群では、「たまに」、「時々」、「よくする」を合わせると 37.0%であったのに対し、MMSE24 点以下群では 18.0%と MMSE28 点以上群と比較すると少なかった。

図 6 においては、区の介護予防教室への周知ならびに参加状況について示した。全体的にいずれの介護予防教室も周知は半数以下であり、参加まで至った事業は 10%前後にとどまっていた。また、MMSE との関連については、特に有意な差がみられなかった。

表 1 から表 5 においては、ソーシャルキャピタルと認知機能との関連について示した。一般的な他人への信頼、旅先や見知らぬ土地で出会う人への信頼、近所つきあいの程度、近所でつきあっている人数、友人・知人とのつきあい頻度については認知機能と有意な関連がみられた。まず、一般的な他人への信頼では、MMSE28 点以上群で、「ほとんどの人は信用できる」と回答したものが 43 名（15.4%）であったが、MMSE24 点以下群では 9 名（34.6%）であり、MMSE の点数が低いほど、人を信用する傾向にあった。また、旅先や見知らぬ土地で出会う人への信頼でも同様に MMSE28 点以上群では、「ほとんどの人は信用できる」と回答したものが 27 名（9.8%）であったが、MMSE24 点以下群では 6 名（23.1%）であり、MMSE の点数が低いほど、人を信用する傾向にあった。近所つきあいの程度では、MMSE28 点以上群では「日常的に立ち話する程度」と回答していたものが 178 名（61.4%）であったが、MMSE24 点以下群で

は、9名（29.0%）であり、最も多かった回答項目は「挨拶程度の最小限のつきあい」で16名（51.6%）であった。近所でつきあっている人数ではMMSE28点以上群の方が「かなり多くの人と面識・交流がある」37名（25.9%）と回答していたが、MMSE24点以下群では2名（6.3%）と少なかった。友人・知人とのつきあい頻度では、MMSE24点以下群では「めったにない」「全くない」で11名（35.5%）であったが、MMSE28点以上群では、10名（3.4%）であり、MMSE24点以下群の方がつきあいの頻度が少なかった。親戚つきあいの頻度や地縁団体・活動状況においては有意な関連がみられなかった。

【考察】認知機能と生活習慣との関係において、運動（歩行）と読書は、認知機能と関連があることが明らかになった。また、この2項目は昨年度の結果においても有意な関連がみられており、主に余暇活動と認知機能との関係が強いことが考えられた。しかし、今回、食事と認知機能の関連があまりみられず、有意な関連がみられても傾向性がみられなかった。これは、単年度の結果を分析した結果であることが影響していると考えられ、食事のような長期的な効果の影響は横断的に検証していかなければ、認知機能との関連がみられないと考えられる。今後は、5年間の経過と認知機能との関連について検証していきたい。ソーシャルキャピタルに関する項目では、MMSE24点以下のものは、一般的、見知らぬ土地での人を信頼する傾向にあり、近所つきあいがあまりなく、近所でつきあっている人数が少なく、友人・知人とのつきあい頻度も低かった。今年度は、新たに介護予防教室への周知・参加状況について調査を行ったが、あまり周知されていないという結果であった。介護予防教室の事業内容をみると、認知機能に関係があると考えられる運動を行う機会や他人とふれあう機会を得られる事業もあり、今後、周知できていない理由や知っていても参加しない理由を明らかにしていき、介護予防事業への参加につなげることも重要になるであろう。

図1　運動(現在1日のうちで30分以上歩くことがありますか？)

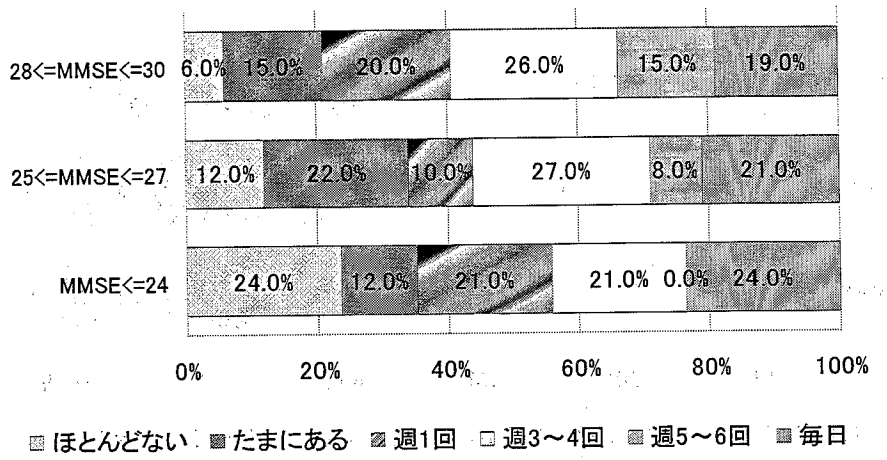


図2　読書

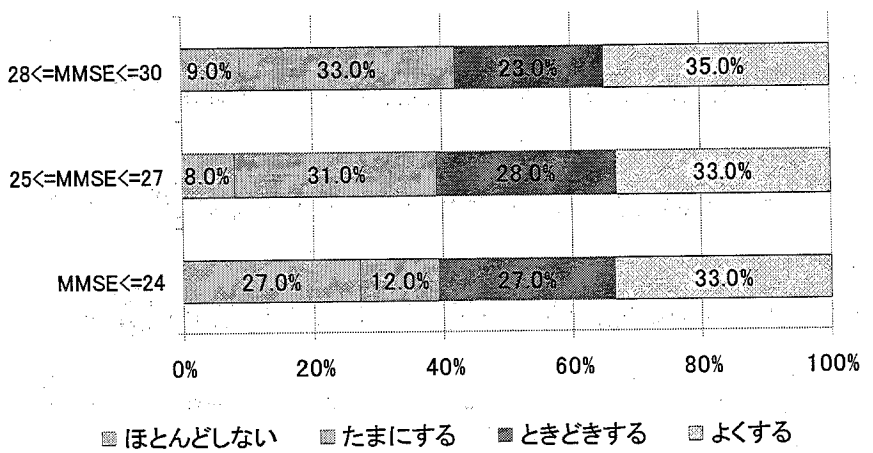


図3　柑橘類

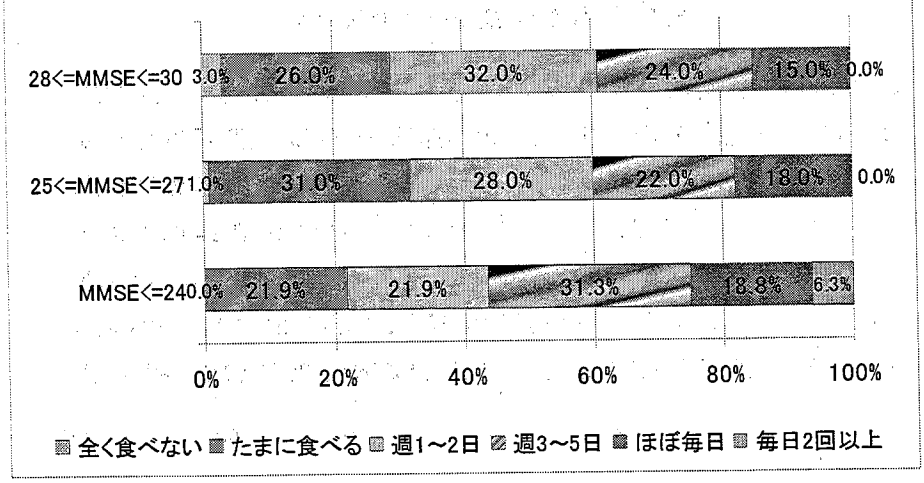


図4　運動（歩行以外のスポーツ）

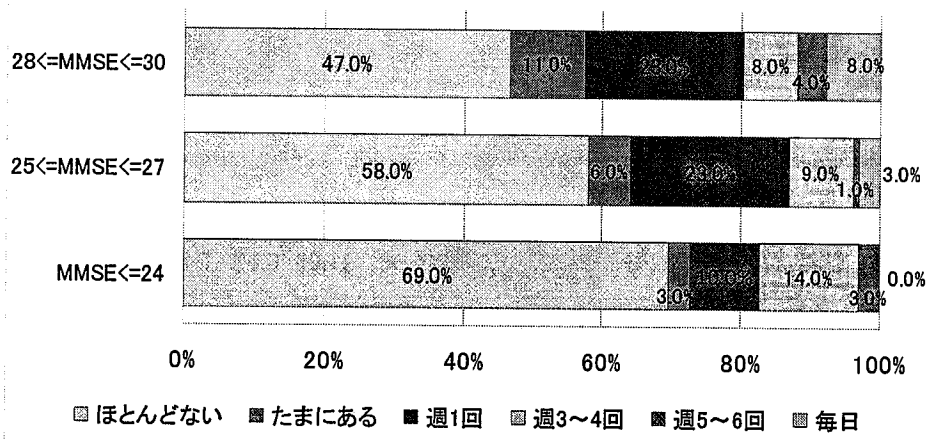


図5　メール

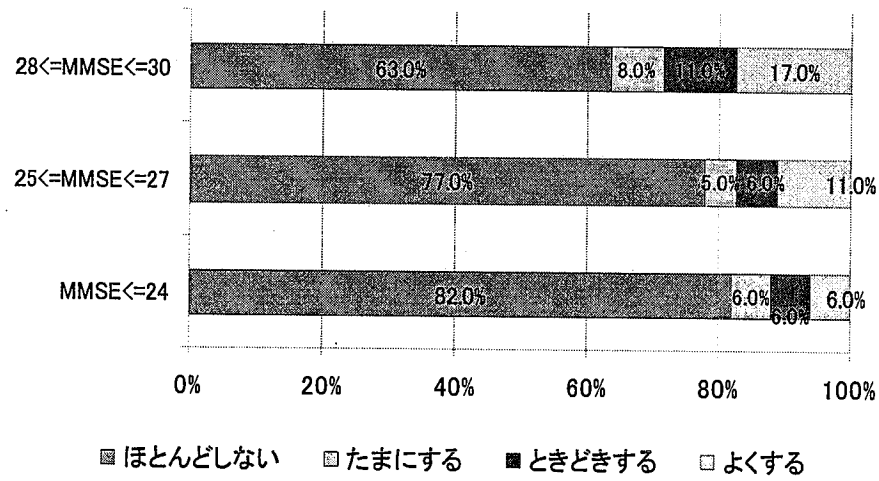


図6 介護予防教室への参加状況

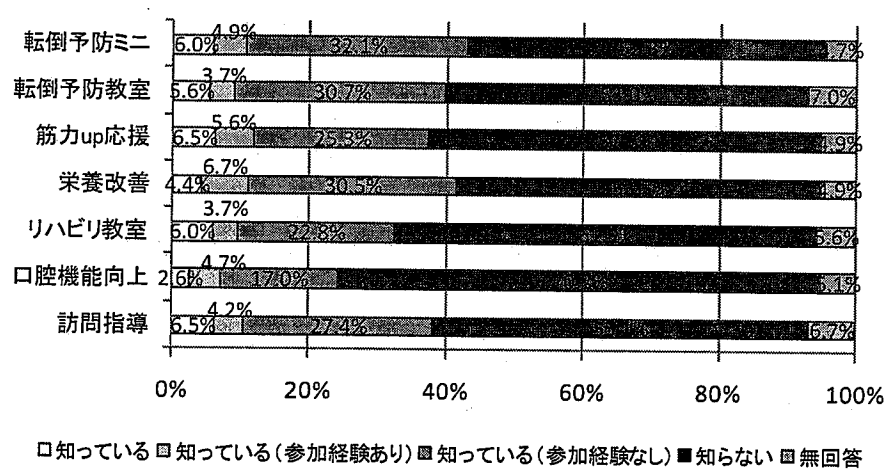


表1 『一般的に人は信頼できると思いますか？』に対する回答分布

		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い 8・9	計	χ2	p value
MMSE	28-30	43	53	130	22	31	279	50.697	<0.01
	(%)	15.4	19.0	46.6	7.9	11.1	100.0		
	25-27	20	12	49	1	19	101		
	(%)	19.8	11.9	48.5	1.0	18.8	100.0		
	24以下	9	4	10	1	2	26		
	(%)	34.6	15.4	38.5	3.8	7.7	100.0		
	計	72	69	189	24	52	406		
	(%)	17.7	17.0	46.6	5.9	12.8	100.0		

表2 『「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い 8・9	計	χ2	p value
MMSE	28-30	27	45	110	31	63	276	39.057	0.03
	(%)	9.8	16.3	39.9	11.2	22.8	100.0		
	25-27	13	4	43	1	33	94		
	(%)	13.8	4.3	45.7	1.1	35.1	100.0		
	24以下	6	2	10	2	6	26		
	(%)	23.1	7.7	38.5	7.7	23.1	100.0		
	計	46	51	163	34	102	396		
	(%)	11.6	12.9	41.2	8.6	25.8	100.0		

表3 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	全くしていない	計	χ^2	p value
MMSE	28-30	52	178	59	1	290	30.128	<0.01
	(%)	17.9	61.4	20.3	0.3	100.0		
	25-27	2	64	19	2	87		
	(%)	2.3	73.6	21.8	2.3	100.0		
	24以下	4	9	16	2	31		
	(%)	12.9	29.0	51.6	6.5	100.0		
	計	81	251	94	5	431		
	(%)	18.8	58.2	21.8	1.2	100.0		

表4 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	$\chi 2$	p value
MMSE	28-30	37	14	88	4	143	20.96	0.02
	(%)	25.9	9.8	61.5	2.8	100.0		
	25-27	17	55	37	1	110		
	(%)	15.5	50.0	33.6	0.9	100.0		
	24以下	2	8	20	2	32		
	(%)	6.3	25.0	62.5	6.3	100.0		
	計	56	227	145	7	435		
	(%)	12.9	52.2	33.3	1.6	100.0		

表5 友人・知人とのつきあいの頻度

		日常的にある	週1から月数回（ある程度頻繁）	月1回～年に数回（ときどき）	めったにない	全くない	計	$\chi 2$	p value
MMSE	28-30	105	105	72	8	2	292	49.882	<0.01
	(%)	36.0	36.0	24.7	2.7	0.7	100.0		
	25-27	42	39	20	8	1	110		
	(%)	38.2	35.5	18.2	7.3	0.9	100.0		
	24以下	10	5	5	8	3	31		
	(%)	32.3	16.1	16.1	25.8	9.7	100.0		
	計	157	149	97	24	6	433		
	(%)	36.3	34.4	22.4	5.5	1.4	100.0		

サブテーマ：地域在住高齢者の認知機能に及ぼす飲酒の影響

【背景】過度の飲酒が認知機能低下と関連することはよく知られているが、近年米国の Nurses' Health Study や Women's Health Initiative Memory Study において、1 日あたり 1 ドリンク（アルコール 15g）程度の適度な飲酒は認知機能を低下させないことが報告されている。しかし、わが国においてそのような報告はなかったことから、2005 年度においては、2003 年から 2005 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（62 から 98 歳、75.8±6.0 歳）の高齢者 507 名を対象に、認知機能として Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）の得点を用い、それと飲酒状況との関連を検討した。その結果、飲酒は認知機能に障害を及ぼさず、むしろ認知機能低下を抑制する可能性が示唆されたが、この検討は断面的なものであり、さらに検討が必要であると考えられた。そこで、今回は 2003 年から 2005 年における飲酒および生活習慣状況をベースラインとして、その後の 2006 年から 2007 年の MMSE 得点との関連を検討した。

【方法】2003 年から 2005 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（62 から 98 歳、75.8±6.0 歳）の高齢者 645 名を対象に、食生活を中心とした生活習慣を調査した。これらの対象者の内、2006 年から 2007 年の間に再度高齢者健診を受診し MMSE によって認知機能を臨床心理士が測定した者 288 名（男性；114 名、女性；174 名）を解析対象とした。

ベースラインの生活習慣調査から、2006～2007 年の調査までの間隔年分布は、1 年；2 名、2 年；26 名、3 年；75 名、4 年；185 名であり、平均間隔年は 3.5±0.7 年（Table 1）であった。

1 日当たりの平均飲酒量は、飲酒状況と 1 回当たりの飲酒量から推定した。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状況を含む生活習慣との関連を χ^2 検定によって検討し、さらに飲酒状況と認知機能との関連を多重ロジスティック分析によって検討した。

【結果および考察】対象者の飲酒量は、ほとんど飲まない；166 名（57.6%）、1 日当たり 1 ドリンク以下；80 名（27.8%）、1 日当たり 1 ドリンクより多い；42 名（14.6%）であった。MMSE 得点の範囲は 2 から 30 点であり、24 点以下；9.0%（男性；7.9%、女性；9.3%）、25 から 27 点；25.4%（男性；21.1%、女性；28.3%）、28 点以上；65.6%

（男性；71.0%、女性；62.4%）であった。

飲酒量と対象者の特性との関連をTable 2に示した。性別には、ほとんど飲まない者が女性；79.8%、男性；23.7%であり、飲酒者の割合は男性が高かった。年齢別には、80歳以上で飲まない者の割合が多く、飲酒量は年齢があがるに従い少なくなっていた。喫煙状況別には、喫煙者の飲酒者割合が低かった。運動習慣別には飲酒者割合に違いがみられなかった。

認知機能については、年齢が高いほど認知機能の低下が認められた。ほとんど飲酒しない者の認知機能低下割合が高い傾向であったが、有意ではなかった。喫煙者の認知機能低下割合が高かったが、性別、運動状況別には認知機能の差はみられなかった（Table 3）。

多重ロジスティック分析結果をTable 4に示した。性、年齢、運動習慣および食物摂取頻度（牛乳、乳製品、豆腐、納豆、ヨーグルト）で調整した結果、飲酒量が1日あたり1ドリンク以下と1ドリンクを超す者の認知機能低下のオッズ比はそれぞれ1.34（95%信頼区間；0.31-5.74）、0.77（95%信頼区間；0.10-5.78）であり、1ドリンクを越す者のオッズ比が1を下回っていたが、有意ではなく、飲酒の認知機能に対する影響は認められなかった。

今回の解析は、時間的な要素を加味したものとなっていたが、認知機能に対する飲酒の影響は認められなかった。しかし、2005年度に行った断面的な検討では、対象者が507名いたが、今回は288名に減少しており、今回の解析対象とならなかった者が219名と43%にのぼっていた。この対象者の減少の影響がどのようになっているかを検討するためにも、今後さらに追跡を行い、十分な対象者数における解析を実施する必要があるものと考えられた。

Table 1 Distribution of follow-up years

Interval	N	(%)
1 year	2	(0.7)
2 years	26	(9.0)
3 years	75	(20.1)
4 years	185	(64.2)
Total	288	(100.0)
Mean (years)		3.5
S.D.		0.7

Table 2. Characteristics of participants by level of alcohol intake

Characterristic	Alcohol Intake			*p* value
	None (n=166) %	≦1 drink per day (n=80) %	>1 drink per day (n=42) %	
Sex				
male	23.7	38.8	28.1	<0.0001
female	79.8	18.5	1.7	
Age (years)				
60-69	52.2	17.4	30.4	0.0003
70-79	52.3	34.3	13.5	
80-	76.4	16.4	7.3	
Smoking status				
Never	30.0	33.3	36.7	<0.0001
Former	22.5	47.9	29.6	
Current	74.2	20.2	5.6	
Physical activity				
Seldom	63.0	19.6	17.4	0.6646
1-4 days per week	54.6	30.0	15.4	
more than 5 days per week	57.8	29.4	12.8	

Table 3. Characteristics of participants by level of MMSE score

Characteristic	MMSE score 28-30 (n=189) %	25-27 (n=73) %	24≧ (n=26) %	*p* value
Sex				
male	71.1	21.1	7.9	0.3090
female	62.4	28.3	9.3	
Age (years)				
60-69	78.3	19.6	2.2	<0.0001
70-79	73.0	20.2	6.7	
80-	32.7	47.3	20.0	
Alcohol Intake				
None	62.1	27.7	10.2	0.5864
≦1 drink per day	70.0	21.3	8.8	
>1 drink per day	71.4	23.8	4.8	
Smoking status				
Never	60.0	40.0	0.0	0.0118
Former	78.9	14.1	7.0	
Current	62.4	25.8	11.8	
Physical activity				
Seldom	58.7	28.3	13.0	0.3789
1-4 days per week	64.6	27.7	7.7	
more than 5 days per week	71.6	18.6	9.8	

Table 4. Odds ratios for cognitive impairment according to alcohol intake

Variables	Relative to no alcohol intake			
	≦1 drink per day		>1 drink per day	
	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI
No additional factors	0.76	0.30-1.94	0.40	0.09-1.85
Adjusting for sex, age and physical activity	1.16	0.39-3.47	0.85	0.14-5.12
Adjusting for food intake	0.99	0.28-3.47	0.31	0.06-1.65
Adjusting for all factors	1.34	0.31-5.74	0.77	0.10-5.78

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荷になりつつある。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年間をベースラインとし、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(2007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2007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249名(男性98名、女性151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2007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5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。また、影響が大きいと考えられるMMSEの計算項目を除外し、それ以外の項目について同様の検討を行う。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も調べる。

【結果】対象者の属性をTable 1に示す。同年齢の集団と比べ特に大きな特徴はない。5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13人(13.3%)、女性19人(12.6%)、3点以上増加したものは男性16人(16.3%)、女性20人(13.2%)であった。また、昨年度の結果である4年

目と1年目のMMSEの差の分布をFigure 2に示した。昨年度と比較すると全体的にやや点数が下がっているもの、特に5点以上減じたものが若干多くなっていた。

MMSEの計算項目を除外した5年目と1年目のMMSEの差の分布をFigure3に示す。計算項目を除外していない MMSE の差の分布と比較すると、点数の変化の差が少ないことが明らかであった。また、点数の増減がないことを示す中心に人数が集中していた。なお、点数が減じるものはいるが、点数が増加するものはほとんど見られなかった。

MMSE の 3 点以上の増減との関連が $p<0.1$ であった項目で MMSE の減少を 1 点ごとに取り扱った場合と有意でなくとも共通して若干関連がみられた項目を、減少との関連という方向でとらえると、男性では、1 年目の高い MMSE 値（$p<0.01$）、年齢の高さ（$p=0.02$）、乳製品摂取頻度の多さ（$p=0.06$）、その他ビタミン剤摂取の少なさ（$p=0.07$）であった。女性では、1 年目の高い MMSE 値（$p<0.01$）、漬物摂取頻度の多さ（$p<0.01$）、年齢の高さ（$p=0.06$）、豆腐摂取頻度の少なさ（$p=0.06$）、納豆摂取頻度の多さ（$p=0.07$）であった。計算項目を除外した MMSE の差と関連が見られた項目も異なっていた。

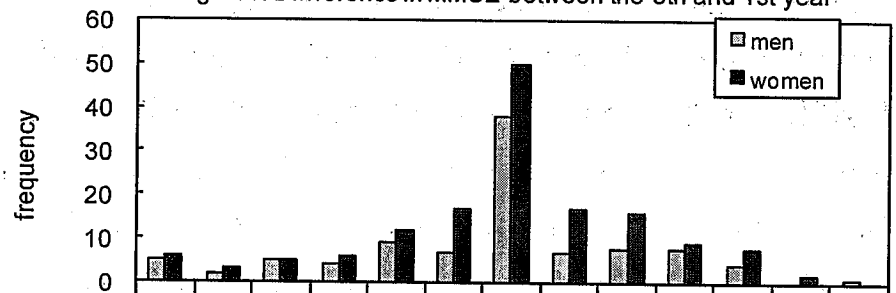
【結論】MMSE の差の分布においては、昨年度よりも今年度の方が差のみられるものが増加していた。また、MMSE の計算項目を除外した点数の変動は、MMSE の合計得点に大きく影響していると考えられる。また、いくつかの生活習慣と MMSE の 4 年後の増減との間に関連が見られた。これは、生活習慣自体が影響を及ぼす可能性、あるいはそのような生活習慣を取ろうと考える態度が MMSE の変化に影響を及ぼす可能性があることを示唆するものである。計算項目を除外したものとの結果の差は、関連する生活習慣の項目が MMSE の各項目で異なることを意味するのかもしれない。

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

	men (n=98)		women (n=151)	
	mean	SD	mean	SD
age	74.5	5.1	74.9	5.8
weight	61.0	8.5	50.8	8.1
height	165.0	6.3	151.3	6.1
BMI	22.4	2.7	22.2	3.2

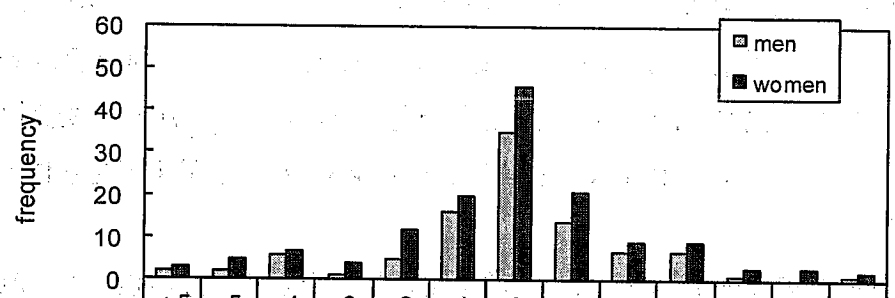
Figure1. Diffference in MMSE between the 5th and 1st year



	<-5	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	5<
men	5	2	5	4	9	7	38	7	8	8	4	0	1
women	6	3	5	6	12	17	50	17	16	9	8	2	0

Difference in MMSE (5th-1st year)

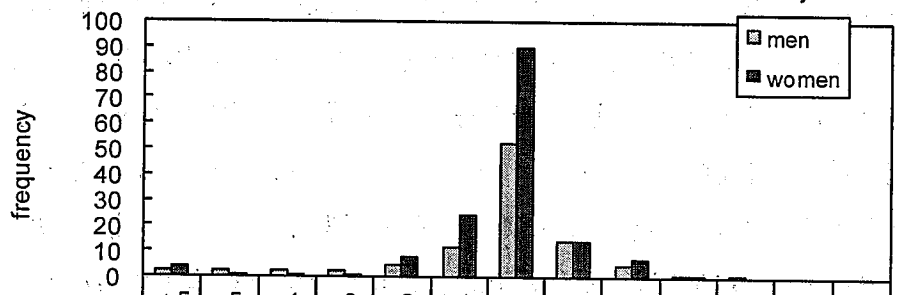
Figure2. Diffference in MMSE between the 4th and 1st year



	<-5	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	5<
men	2	2	6	1	5	16	35	14	7	7	1	0	1
women	3	5	7	4	12	20	46	21	9	9	3	3	2

Difference in MMSE (4th-1st year)

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



	<-5	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	5<
men	2	2	2	2	5	12	52	14	5	1	1	0	0
women	4	1	1	1	8	24	90	14	7	1	0	0	0

Difference in MMSE without calculation part(5th-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】高齢者検診と同時に行う頭の検診を利用して、地域高齢者の抑うつとアパシーについて調査し、認知機能との関連を検討する。

【方法】頭の検診の生活習慣調査項目に自記式抑うつ尺度として Geriatric Depression Scale（GDS）、やる気スコア（Apathy scale）を追加する。スコアと認知機能検査（Mini Mental State Examination; MMSE）との関連について検討する。

【結果】GDS、やる気スコア、MMSE の全てにおいて有効回答が得られたのは 315 名（男性 125 名、女性 190 名）であった。

1. 年齢

対象の平均年齢は 78.2±5.28 歳であり、性別による有意差は認められなかった

2. 認知機能（MMSE）

対象の MMSE スコア平均は 28.3±2.40 であり、性差は認められなかった。

3. 抑うつ尺度（老年抑うつ尺度; GDS）

対象の GDS スコア平均は 6.52±2.03 であり、性差は認められなかった。

GDS スコアにより 1-4；正常、5-9；抑うつ傾向、10-15；抑うつ状態として分類する（Table2）と、225 名（71.4%）が抑うつ傾向、32 名（10.2%）が抑うつ状態となったが、性差は認められなかった。

4. アパシー（やる気スコア; Apathy Scale）

対象の平均は 12.4±6.73 であり、性差は認められなかった。

やる気スコアにより 0-13；正常、14 以上をアパシーありと分類する（Table3）と 130 名（41.3%）がアパシーありと判断されたが、性差は認められなかった。

5. 各項目の関連

各項目の相関を Figure1、Table4 に示す。GDS-Apathy scale は有意な相関を有している。また年齢と Apathy scale の間にも有意な相関が認められるため、偏相関を求める（Table5）と MMSE に対して年齢と Apathy scale が有意に相関していた。

抑うつに関する 3 群（正常、抑うつ傾向、抑うつ状態）間において年齢、MMSE スコアに有意差を認められなかったが、Apathy scale では有意差を認められた（Table6）。

アパシーに関する 2 群（アパシーの有無）間では年齢、MMSE スコア、GDS スコア全てに有意差を認められた（Table7）。

年代により分けた抑うつ、アパシーを Table8-9 に示す。年齢との関連を検討するため 70 代、80 代の 300 名について解析した。抑うつについては 70 代、80 代間で差は認

められないがアパシーは80代で高率に認められた。

抑うつのレベル、アパシーの有無によって70代、80代それぞれにおいて年齢、MMSEスコアとも有意差を認められなかった（Figure2-5、Table10-11）。

【考察】地域住民に対して抑うつ尺度、アパシーについて自記式評価項目を用いて調査を行った結果、約10%が抑うつ状態にあり、約40%がアパシーありとの結果になった。自記式尺度のために結果の評価には注意が必要であるが、高齢うつ病の有病率の報告などと大きな差異は見られず、調査対象においても抑うつ状態は大きな問題であると考えられる。またアパシーについては年齢との関連が強く、加齢により増加し、日常生活自立度、社会生活への参加において影響を及ぼしている可能性が考えられる。

認知機能検査（MMSE）との関連ではApathy scaleと年齢が相関したが、Apathy scaleと年齢にも有意な相関があり、年齢をマッチさせた解析ではアパシーの有無によるMMSEスコアに有意差を認められなかったことから、認知機能低下に関しては加齢が最大のファクターであろう。加齢はアパシーの増加をもたらすものと考えられ、社会参加低下の一因となり、その結果認知機能の低下が引き起こされる可能性が考えられた。

高齢者では加齢と認知機能の低下、アパシー、社会参加の低下は相互に関連が深いと考えられ、また抑うつ状態、うつ病も大きな問題となっている。うつ病性仮性認知症やうつ病と軽度認知機能障害、認知症の連続性について研究がなされており、うつ病を認知症のリスクファクターとする報告も多い。高齢化社会においては高齢者に対する社会的関わりを維持、増進させていくこと、高齢うつ病の早期発見、治療をすすめていくことが健常高齢者の維持、認知症発症の予防において重要であると考えられる。

Figure 1

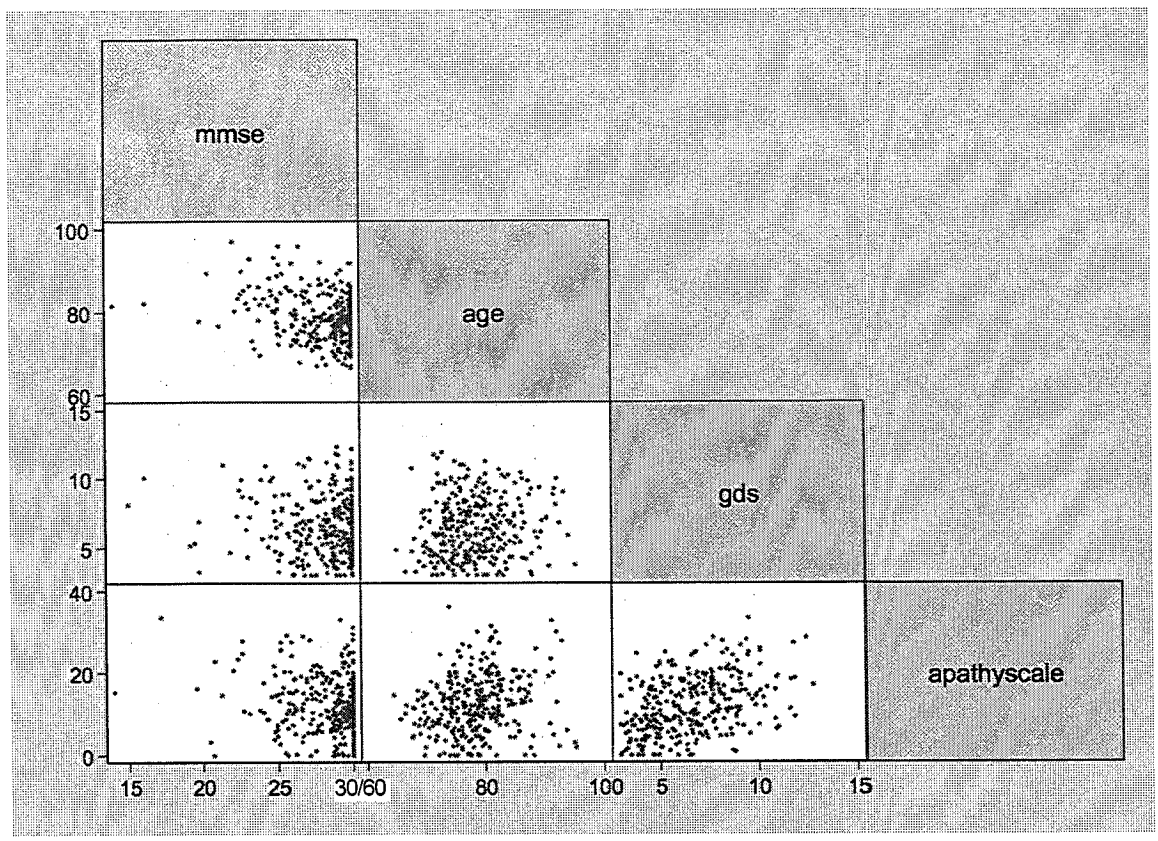

mmse
age
gds
apathyscale
100
80
60
15
10
5
40
20
0
15
20
25
30/60
80
100
5
10
15

Figure 2

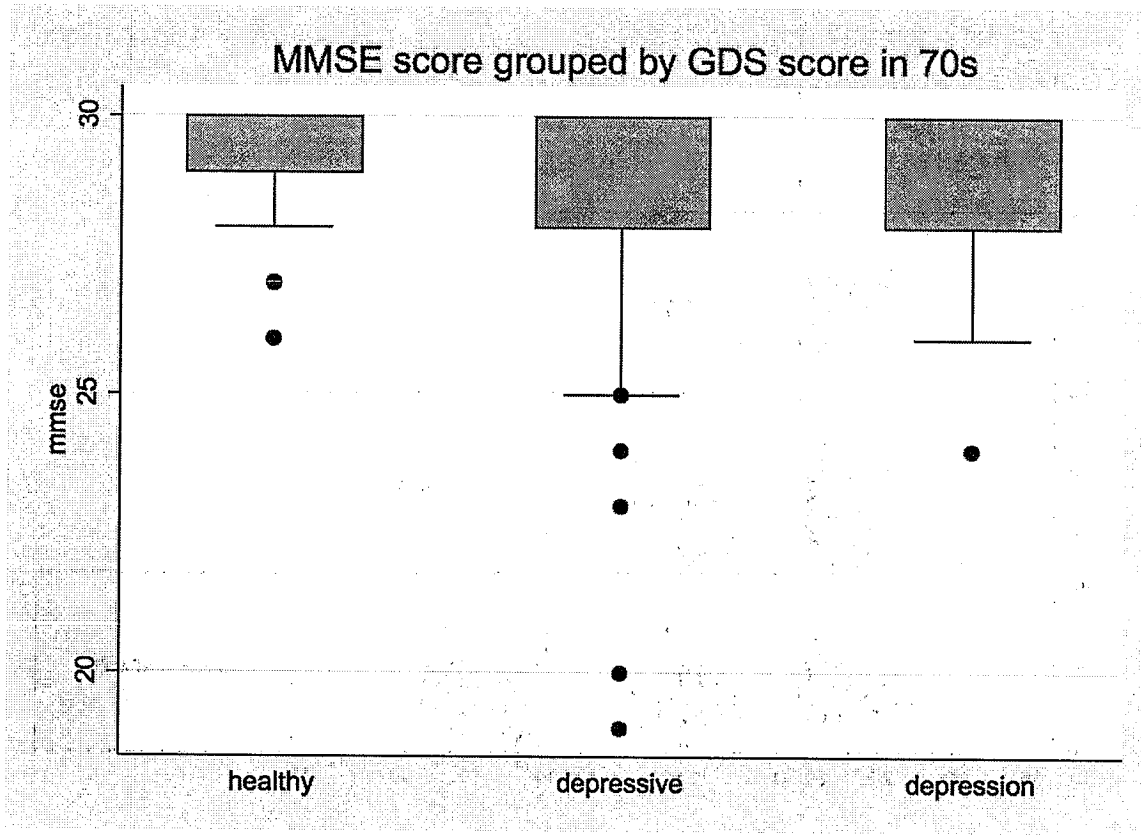


Figure 3

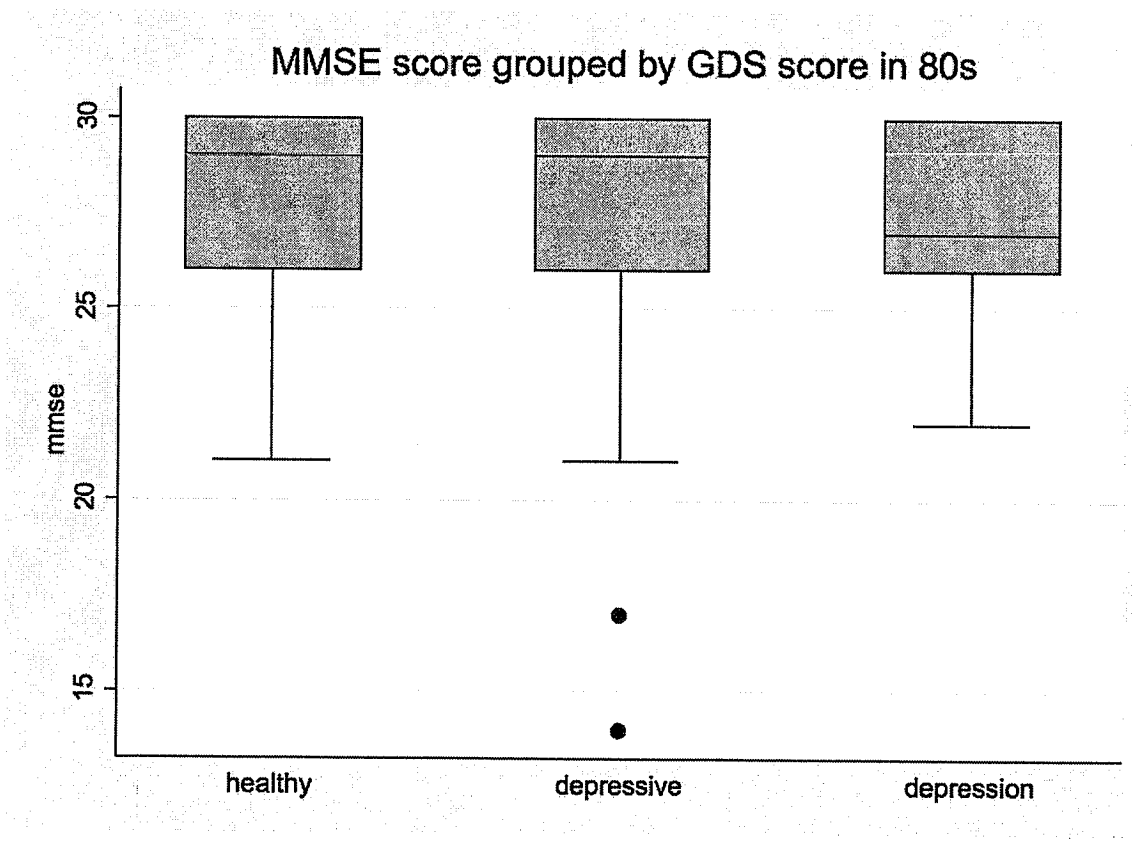


Figure 4

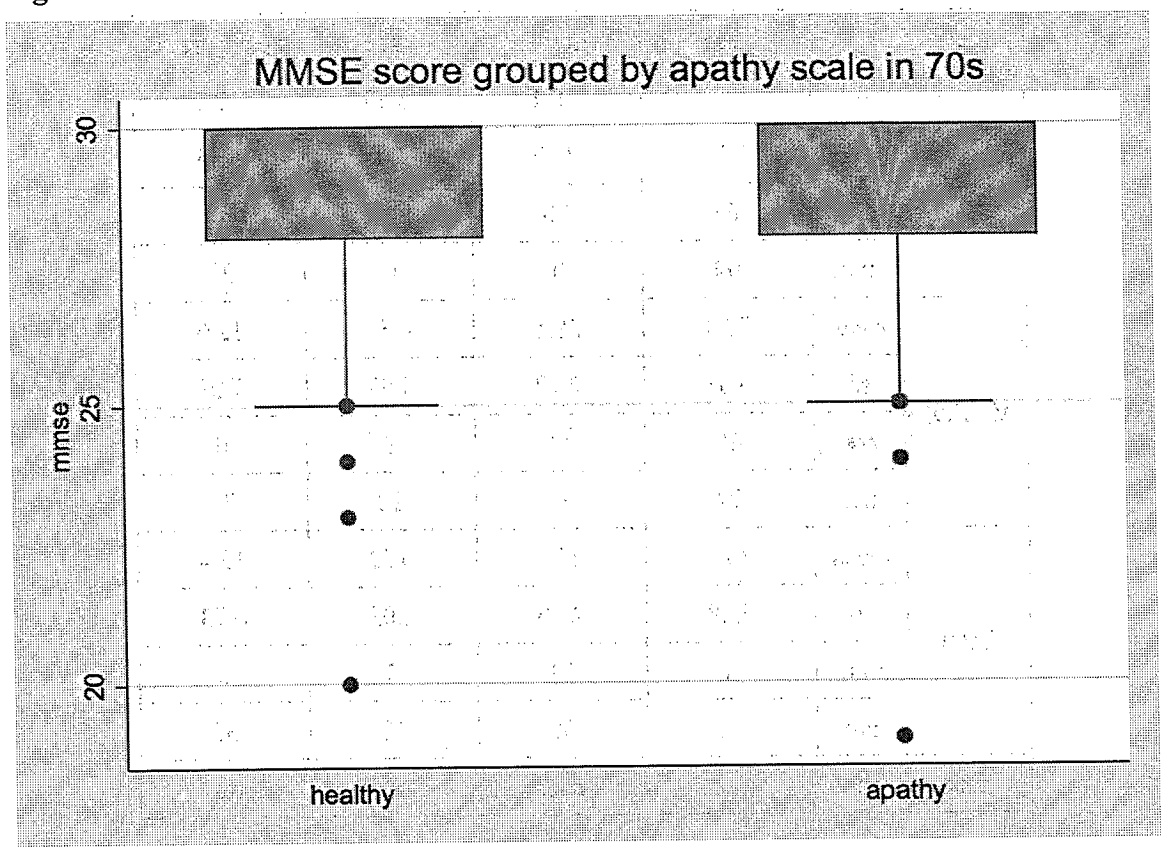


Figure 5

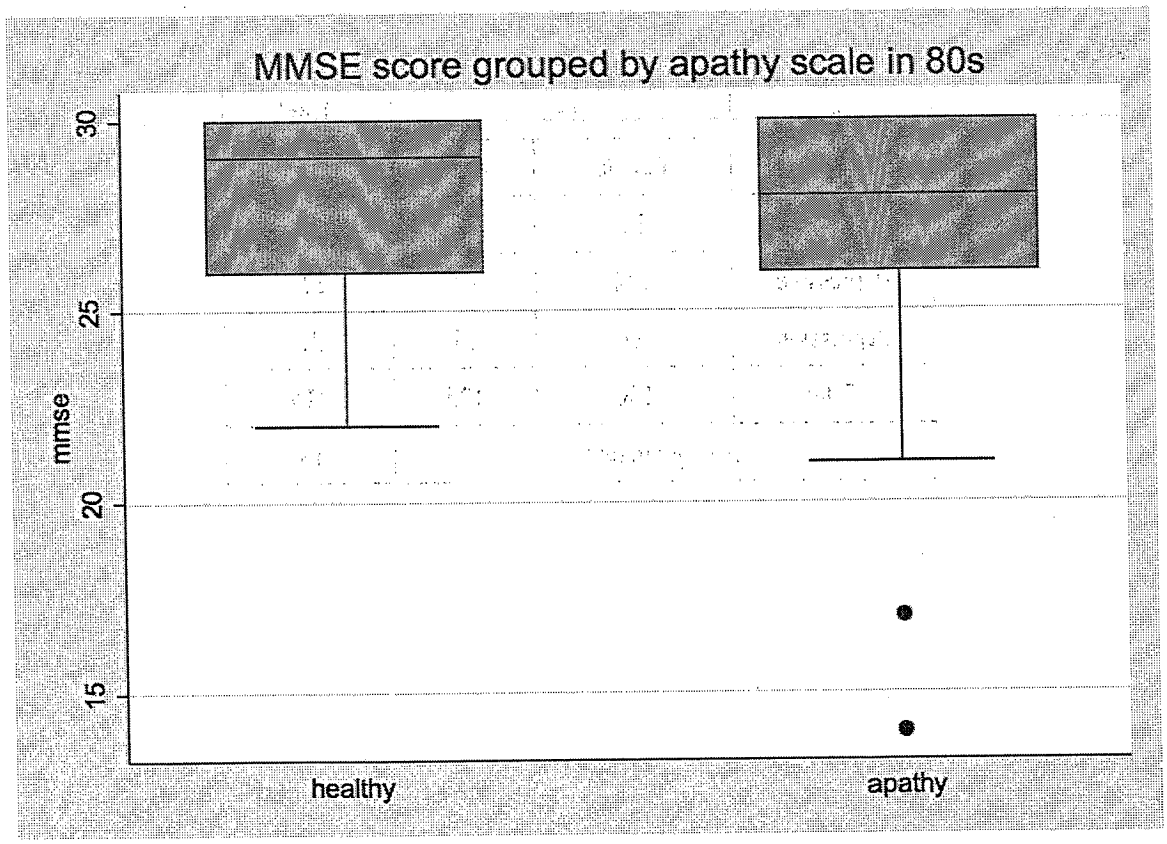


Table1

sex		age	mmse	gds	apathy scale
F (190)	mean	78.1	28.4	6.53	12.2
	sd	5.25	2.12	2.07	6.55
	min	67	20	3	0
	max	94	30	12	33
M (125)	mean	78.4	28.1	6.51	12.6
	sd	5.33	2.77	1.97	7.01
	min	66	14	3	0
	max	94	30	12	31
Total	mean	78.2	28.3	6.52	12.4
	sd	5.28	2.40	2.03	6.73
	min	66	14	3	0
	max	94	30	12	33
ranksum test		n.s..	n.s..	n.s.	n.s.

Table 2

dep	sex		Total
	female	male	
healthy	35	23	58
depressive	134	91	225
depression	21	11	32
Total	190	125	315
chi-square test			n.s.

Table 3

apathy	sex		Total
	female	male	
healthy	113	72	185
apathy	77	53	130
Total	190	125	315
chi-square test			n.s.

Table 4 Spearman's rank correlation (significance)

	mmse	age	gds	apathy scale
mmse	1.000			
age	-0.279	1.000		
	(0.000)			
gds	-0.058	0.132	1.000	
	(1.000)	(0.116)		
Apathy scale	-0.160	0.206	0.439	1.000
	(0.027)	(0.001)	(0.000)	

Table 5 Partial correlation

	Corr.	significance
age	-0.283	0.000
gds	0.036	0.526
Apathy scale	-0.143	0.012

Table 6

dep	mmse	age	apathy scale
healthy	28.50±2.23	77.69±5.57	8.14±5.96
depressive	28.30±2.42	78.23±5.01	12.69±6.18
depression	28.03±2.52	79.09±6.49	17.63±7.41
Total	28.31±2.40	78.22±5.28	12.35±6.73
Kruskal-Wallis test	n.s.	n.s.	p=.0001

Table 7

apathy	mmse	age	gds
healthy	28.62±1.99	77.42±5.18	5.91±1.85
apathy	27.86±2.82	79.35±5.22	7.38±1.98
Total	28.31±2.40	78.22±5.28	6.52±2.03
ranksum test	p=.0088	p=.0006	p=.0000

Table 8

generation	dep			
	healthy	depressive	depression	Total
60s	1	5	0	6
70s	36	134	19	189
80s	19	82	10	111
90s	2	4	3	9
Total	58	225	32	315

Table 9

generation	apathy		Total
	healthy	apathy	
60s	4	2	6
70s	125	64	189
80s	51	60	111
90s	5	4	9
Total	185	130	315

Table 10

dep (70s)	age	mmse
healthy	74.39±2.52	29.25±1.18
depressive	75.36±2.70	28.67±2.03
depression	74.68±2.75	29.11±1.66
Total	75.11±2.69	28.83±1.87
Kruskal-Wallis test	n.s.	n.s.

dep (80s)	age	mmse
healthy	82.89±2.90	27.47±3.06
depressive	82.87±2.46	27.76±2.89
depression	83.4±2.41	27.2±2.62
Total	82.92±2.52	27.66±2.88
Kruskal-Wallis test	n.s.	n.s.

Table 11

apathy (70s)	age	mmse
healthy	74.93±2.79	28.92±1.76
apathy	75.45±2.46	28.64±2.06
Total	75.11±2.69	28.83±1.87
ranksum test	n.s.	n.s.

apathy (80s)	age	mmse
healthy	82.75±2.44	28.16±2.25
apathy	83.07±2.60	27.23±3.28
Total	82.92±2.52	27.66±2.88
ranksum test	n.s.	n.s.

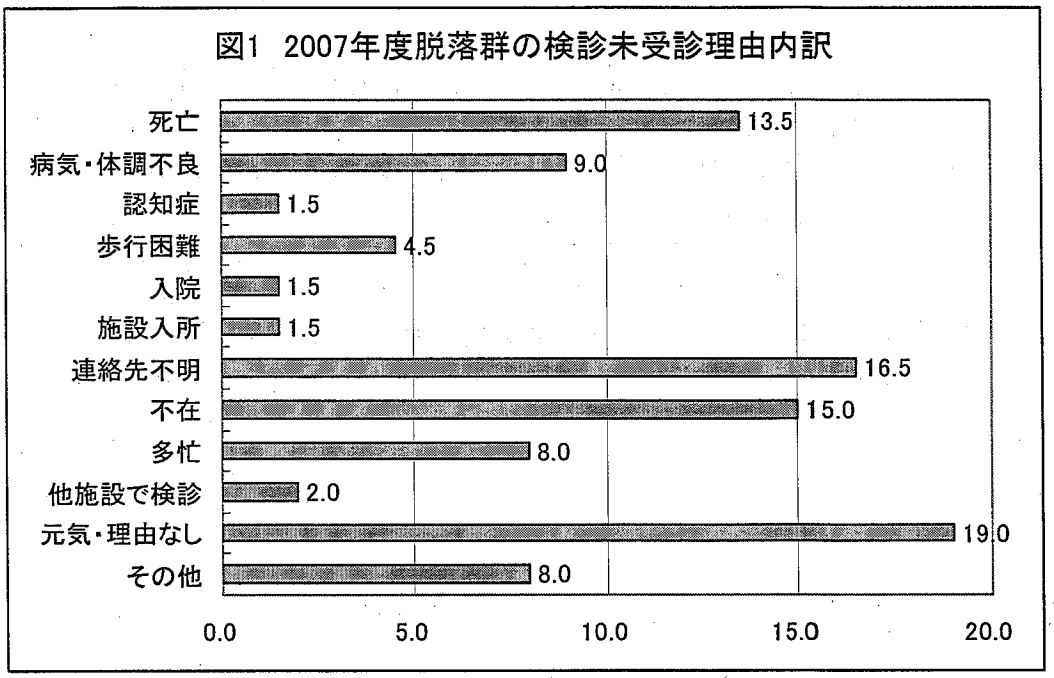
サブテーマ:集団検診方式による認知症早期発見の有用性:
4年連続継続受診例と脱落例の分析から

【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、4年間5回にわたって、追跡調査を行った。そこで、脱落群の脱落の理由について検討する。

【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から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2007年の検診未受診者（脱落群）とした。調査方法は、2007年頭の検診未受診者に対し、2008年2月第1週目に電話調査を行い、検診未拒否の理由を尋ねた。なお、電話調査は2名の調査員によって行い、不在の場合は、1週間で2回、平日と休日のように日と時間帯を変えて、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し、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から2004年までに検診受診したものは566名であり、このうち分析対象である2007年度脱落群は236名であった。MMSEの平均点は、2007年度検診受診者が28.0±3.1点に対し、脱落群が最後に受診した際のMMSEの平均点は25.8±5.4点であった。うち、電話番号を把握していた対象者は170名であり、この把握していた170名に電話調査を行った。また、事前に家族の連絡等で脱落した理由が明らかになっている場合について30名についても結果に含み、計200名についての脱落理由を明らかにした。

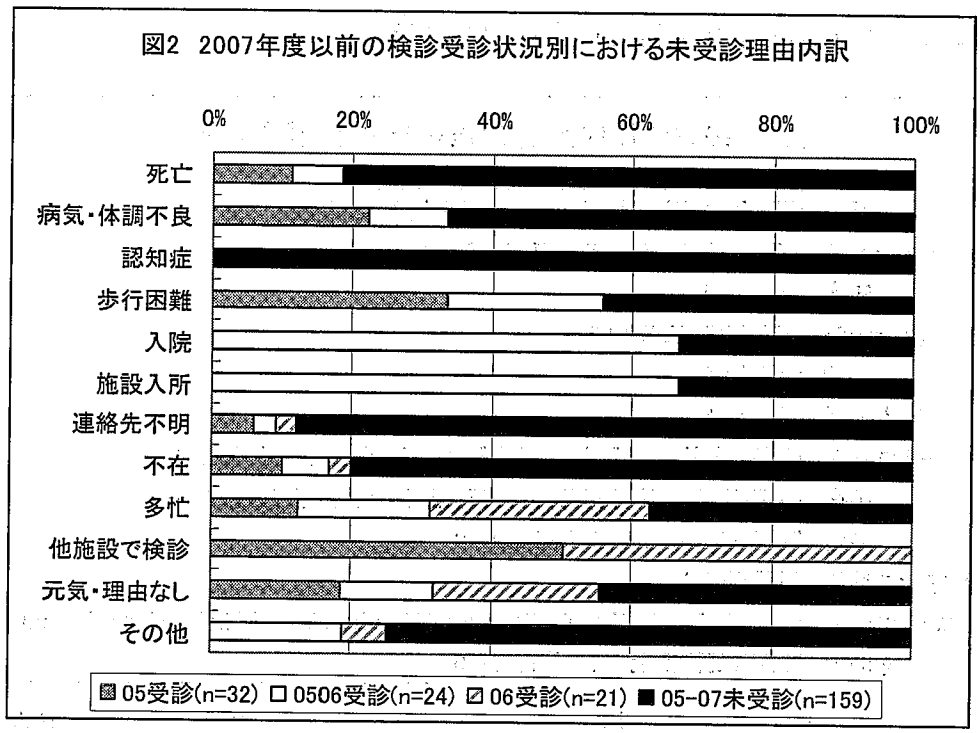
脱落群の2007年度検診未受診の理由を図1に示す。



脱落群200名のうち、最も多かった回答は「元気または理由なし」で38名（19.0%）であった。次に「連絡先不明」が33名（16.5%）、「不在」30名（15.0%）、死亡27名（13.5%）、「病気、体調不良」が18名（9.0%）であった。この中でも、「死亡」、「病気、体調不良」、「認知症と診断」、「歩行困難」、「入院」、「施設入所」と身体的な問題が生じたと思われる項目に63名（31.5%）が占めた。

次に脱落群を4群に分類し、それぞれの理由を図2に示した。

内訳は、2007年度未受診者のうち、2005年度以降、2005年度のみ受診（n=32）、2005年度、2006年度両年受診（n=24）、2006年度のみ受診（n=21）、2005年度、2006年度とも未受診（n=159）とした。



脱落群の中でも2005年度以降1度も受診していない人は、死亡や病気・体調不良、連絡先不明、不在が多く占めていた。また、2005年度のみ受診しているものと合わせると、死亡や病気・体調不良、連絡先不明等がそれぞれの項目の多くを占めていた。

【結論】 検診脱落群には、認知症あるいはその他の疾患の発症が推測され、両群を追跡することが認知症の早期発見において重要であると考えられる。したがって、検診脱落群も含めたフォローアップを行うことが求められる。

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MMSE測定のある375例を対象に、MMSE初回測定時から平成19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19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・モデルで、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375例では女性が289例（77.1%）と多く、また年齢では60歳代15例（4.0%）、70歳代88例（23.5%）、80歳代172例（45.9%）、90歳以上100例（26.7%）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から1が76例（20.3%）、2から9が89例（23.7%）、10から14が80例（21.3%）、15から24が109例（29.1%）、25から30が21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375人のうち、平成19年12月31日までに施設から退所した者は179例（47.7%）であり、そのうち死亡を退所理由とするものが143例、医療機関や家族住居への移動など死亡以外の理由が36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、性別や年齢に有意な差はないものの、MMSE得点に有意な違いが見られた（Kruskal-Wallis検定：χ^2= 25.47、p<0.001）。そこで、入所フロアごとの在所確率の推移をみたところ、フロア間に有意な差がみられた（Log-rank検定：χ^2=14.47、p<0.001、一般化Wilcoxon検定：χ^2=14.49、p<0.001）。図1に示すように、認知症・身体障害とも重症例が多い3・4階で最も在所期間が短く、次いで身体障害を主な入所理由とする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階が最も長い在所期間であった。50%在所期間は、3・4階で2.9年、2階4.5年、5階で5.7年超と、3・4階にくらべ5階では約

2倍の在院期間があった。

次に、入所者の属性ごとに在所期間の検討を行った。図2に性別年齢別の在所確率の推移を、図3に初回MMSE得点別の在所確率の推移を示す。性別では女性に比べ男性で、また初回MMSE測定時年齢の高い方が短い在所期間を示した。50%在所期間は、女性60から79歳では5.7年超、女性80歳以上では4.0年、男性60から79歳では4.4年であったが、男性80歳以上では50%在所期間は約1.6年間と短いものであった。一方、MMSE得点別の50%在所期間では、得点0から1群で2.6年と最も短く、得点25から30点群で5.1年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から24の間では得点群の順と在所確率の推移との順は必ずしも一致していない。そこで、MMSE得点の在所確率に与える影響を、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。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 0.412（0.294-0.578）と、男性にくらべ女性の退所リスクは半分以下であり、入所時年齢 [1歳あたり] で1.060（1.037-1.083）と高齢になるにつれ退所リスクは上がっていた。また、MMSE得点 [1点あたり] では0.977（0.958-0.996）と、認知機能障害程度が軽くなるほど退所リスクが下がっていた。このように、性別と年齢で調整しても、MMSE得点は在所確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フロア間では、在院期間は異なっていた

・性別、年齢、MMSE得点は、それぞれ在院期間に影響を与える要因であった

表1. 入所フロア別の属性 (n=375)

項目		2階	3・4階	5階	検定
性別	男性	27 (26.0%)	43 (23.2%)	16 (18.6%)	χ^2=1.46 p=0.482
	女性	77 (74.0%)	142 (76.8%)	70 (81.4%)	
年齢 (初回MMSE測定時)	60歳代	5 (4.8%)	6 (3.2%)	4 (4.6%)	χ^2=1.71 p=0.426 (Kruskal-Wallis)
	70歳代	27 (26.0%)	39 (21.1%)	22 (25.6%)	
	80歳代	43 (41.3%)	88 (47.6%)	41 (47.7%)	
	90歳以上	29 (27.9%)	52 (28.1%)	19 (22.1%)	
MMSE点 (初回測定時)	0 ～ 1	9 (8.7%)	52 (28.1%)	15 (17.4%)	χ^2=25.47 p<0.001 (Kruskal-Wallis)
	2 ～ 9	22 (21.2%)	49 (26.5%)	18 (20.9%)	
	10 ～ 14	19 (18.3%)	35 (18.9%)	26 (30.2%)	
	15 ～ 24	43 (41.3%)	41 (22.2%)	25 (29.1%)	
	25 ～ 30	11 (10.6%)	8 (4.3%)	2 (2.3%)	

図1. 入所フロア別の在所確率推移

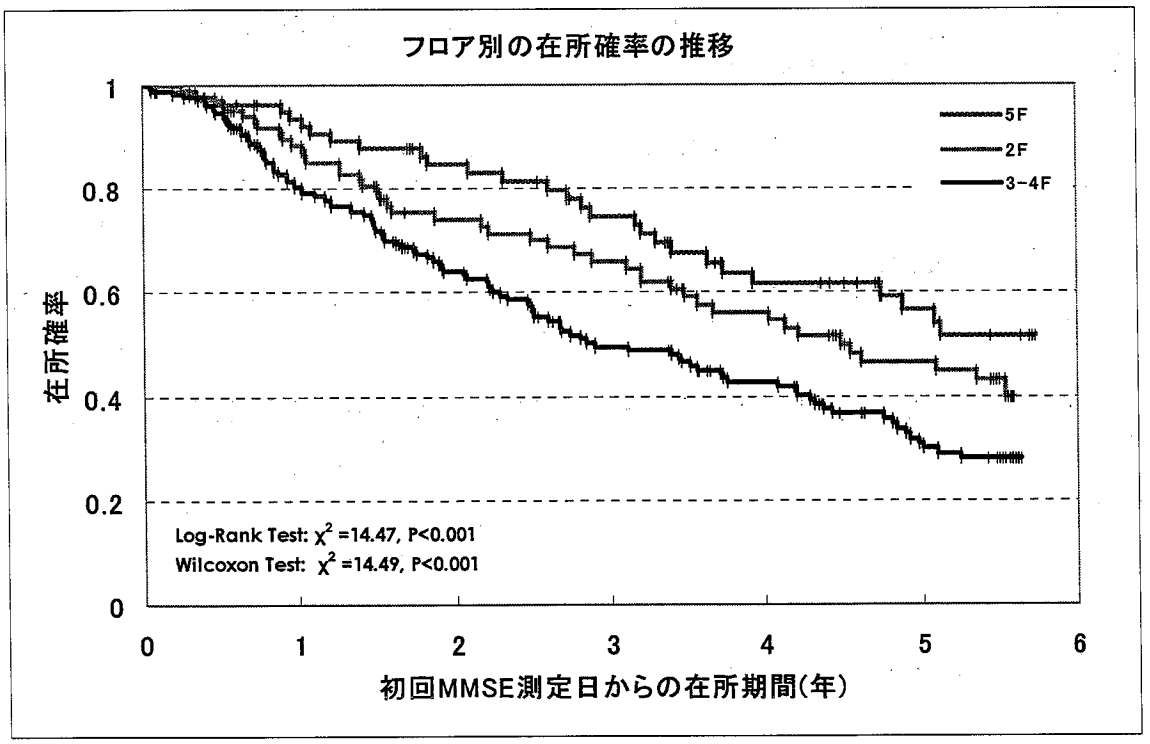


図 2. 性別年齢別の在所確率推移

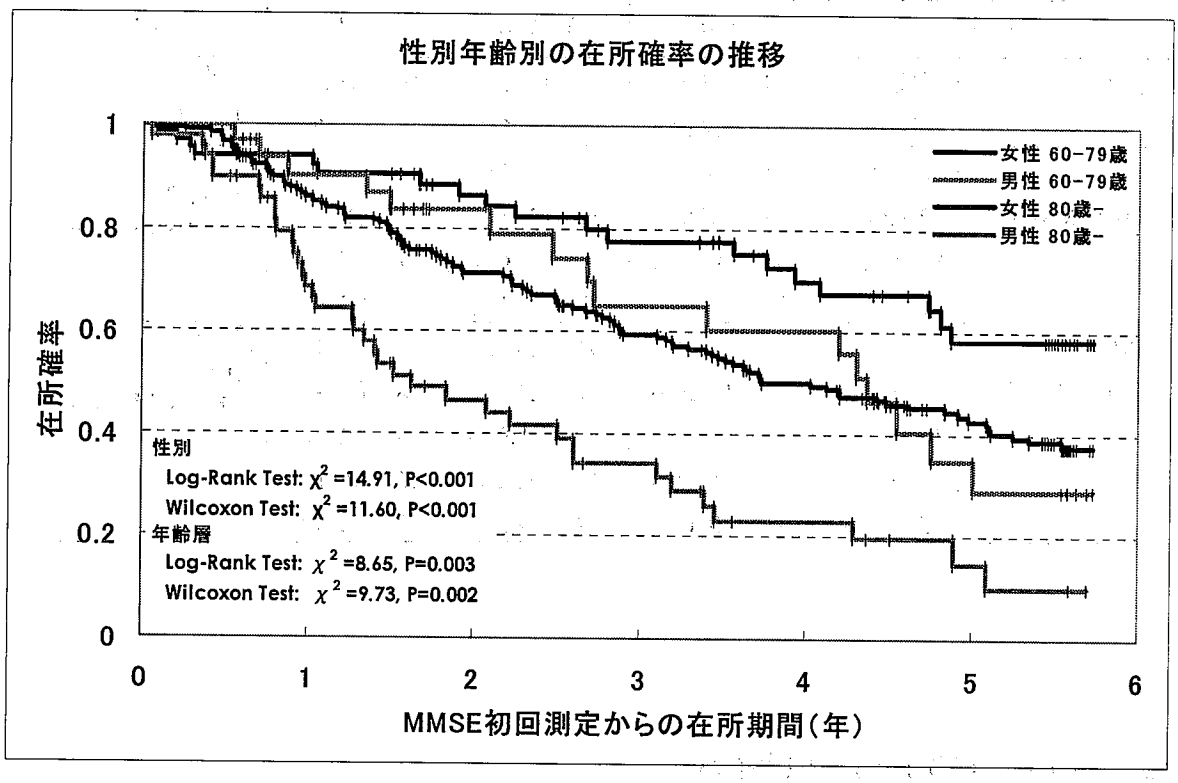


図 3. MMSE 得点別の在所確率推移

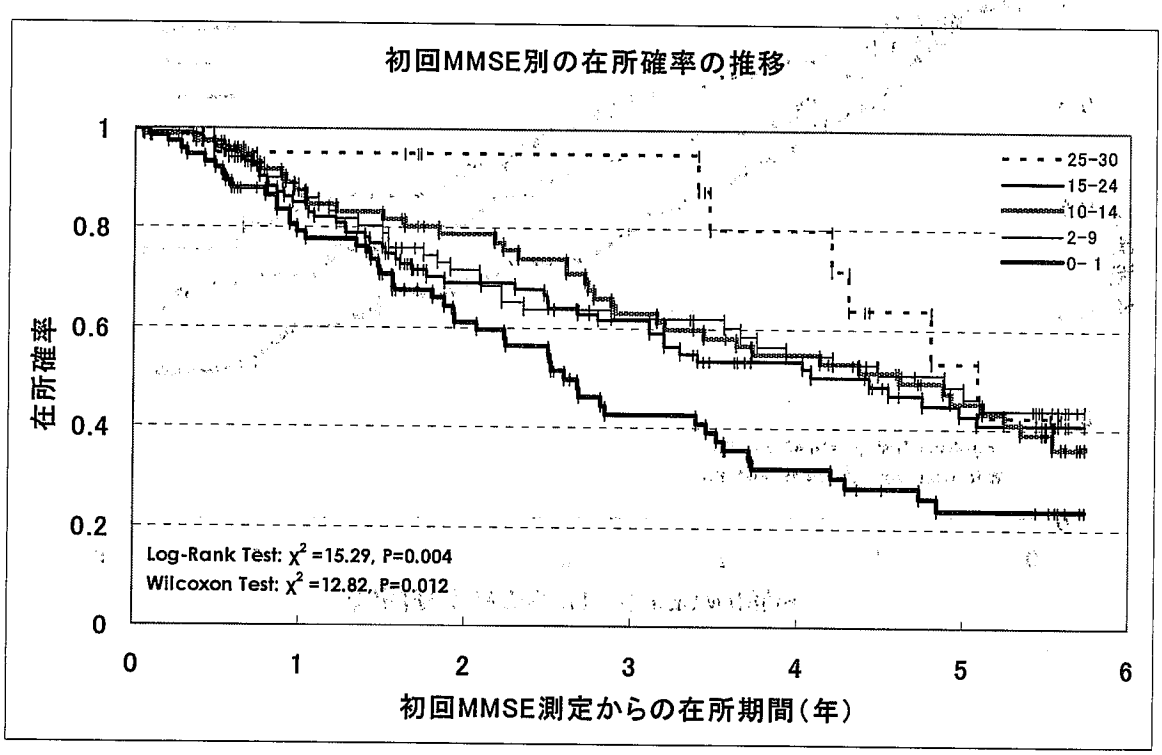


表2. 比例ハザードモデルでの分析結果

	自由度	回帰係数 推定値	回帰係数 標準誤差	χ^2	p	ハザード比	ハザード比 (95%信頼区間)
性別	1	-0.8864	0.1729	26.29	<0.001	0.412	(0.294-0.578)
年齢 (MMSE測定時)	1	0.0583	0.0110	28.28	<0.001	1.060	(1.037-1.083)
MMSE得点	1	-0.0235	0.0098	5.78	0.016	0.977	(0.958-0.996)

尤度比検定 χ^2=49.06、p<0.001

資　料

生活習慣・活動に関する問診表
（2007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年の間を考えて）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
海草	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年の間を考えて）余暇のす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．どきどきする　　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

１１．－（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か？

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

１２．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.　となりの人がだれかも知らない

１３．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）

１４．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）

１５．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

１６．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．あなたは杉並区にお住まいですか？

1．はい

2．　いいえ　→　次の問１８をスキップして、問１９に進んでください。

１８．杉並区で行われている介護予防の教室についておうかがいします。
あなたは以下の教室について知っていましたか？また、参加したことはありますか？

（1）転倒予防ミニ教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（2）転倒予防教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（3）筋力アップ応援教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（4）栄養改善教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（5）リフレッシュ！リハビリ教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（6）口腔機能向上教室

1．　知っている　→　a）参加したことがある　b）参加したことがない

2．　知らない

（7）訪問指導

1.　知っている　→　a）参加したことがある　　b）参加したことがない

2.　知らない

19.　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。

委員名簿

委員長

須貝　佑一　　認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研究部長

委　員

丸井　英二　　順天堂大学　医学部　公衆衛生学　教授

久松　信夫　　桜美林大学　健康福祉学群　講師

畦元　智恵子　杉並区役所　保健福祉部介護予防課　課長

矢吹　知之　　認知症介護研究・研修仙台センター　主任研修研究員

渡邊　智之　　認知症介護研究・研修大府センター　研究主幹

松本　義勝　　社会福祉法人　浴風会　地域サービス部長

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

作業部会委員名簿

「地域診断指標ならびに地域支援活動検証」事業

窪田　茂比古　杉並区医師会　副会長／窪田クリニック　院長

中津　吉孝　　杉並区社会福祉協議会　ささえあい係　係長

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

平野　ゆり子　杉並区保健福祉部介護保険課　事業者支援係　係長

山田　恵理子　杉並区保健福祉部介護予防課

渡部　宣子　　杉並区地域包括支援センター　ケア 24 高井戸　センター長

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

遠藤　忠　　認知症介護研究・研修東京センター　非常勤研究員

「地域高齢者を対象としたコホート調査研究」事業

研究部会長

丸井　英二　順天堂大学医学部　公衆衛生学　教授

研究部会委員

松村　康弘　独立行政法人国立健康・栄養研究所情報センター　健康・栄養情報プロジェクトリーダー

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　医療法人社団有志会　リハビリテーション花の舎病院

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

須貝　佑一　社会福祉法人浴風会　浴風会病院　診療部長

古田　伸夫　社会福祉法人浴風会　浴風会病院　精神科医長

杉山　智子　順天堂大学医療看護学部　高齢者看護学　講師

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

（敬称略、所属は、平成20年3月31日現在のものである）

報告書名

平成19年度老人保健健康増進等事業報告書
認知症対応の視点から見た地域診断の指標づくり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20(2008)年3月