

平成2829年度

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

平成2829年度

認知症とともに暮らせる 社会に向けた地域 ケアモデル事業 報告書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 平成30(2018)年3月



はじめに

わが国の疫学調査によれば、2025年には約700万人、65歳以上高齢者の5人に1人が認知症になるものと推計されている。東京都においても、2025年には、認知症高齢者の数が57万人に達するものと推計されているが、大都市特有の課題として、単独世帯をはじめとする核家族世帯が増加すること、それによって、家族による生活支援を得られにくい高齢者が増加すること、さらに、経済的に困窮する高齢者が増加することが予測されている。このことは、社会的に孤立し、必要な情報や社会支援サービスにアクセスすることができず、経済的困窮も相まって、地域生活の継続が困難になる認知症高齢者が増加することを意味している。そのようなことから、東京都では、大都市において、「認知症とともに暮らせる社会」のモデルを創出することを目的に、平成28年度～29年度の2カ年にわたって、「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」を実施することにした。

本研究は観察研究と介入研究によって構成されている。本報告書の第Ⅰ部では、平成28年度に実施した観察研究「生活実態調査」の結果を報告する。ここでは、70歳以上高齢者を対象とする3段階調査の結果を示すとともに、認知機能低下または認知症とともに生きる高齢者の生活実態を可視化させている。第Ⅱ部では、平成29年度に実施した介入研究「コーディネーションとネットワークング」の結果を報告する。ここでは、観察研究の中で認知機能の低下を認め、何らかの社会支援ニーズが「ある」と判断された高齢者を対象に、多職種協働による社会支援の調整（コーディネーション）と社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくり（ネットワークング）を進め、その効果を多面的に評価している。

本研究の実施にあたっては、東京都板橋区高島平地区に暮らす多くの方々からご支援とご協力をいただいた。また、板橋区健康いきがい部長寿社会推進課、同介護保険課、同健康福祉センター、同おとしより保健福祉センター、高島平おとしより相談センター、三園おとしより相談センター、板橋区医師会、板橋区医師会訪問看護ステーション、板橋区医師会在宅医療センター、板橋区社会福祉協議会、高島平支部町会長の皆様、高島平地区民生委員協議会、NPO法人ドリームタウン、コミュニティカフェ・高島平駅前、和みサロンゆずり葉、社会福祉法人愛宕福祉会、UR都市機構、株式会社コミュニティネット・ゆいま〜る高島平など、板橋区内で活動するさまざまな組織・団体から多大なご支援をいただいた。茲に深く感謝を申し上げたい。

「認知症とともに暮らせる社会」とは、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、地域に暮らすすべての人々が、地域の大切な一員であると認識され、未来に向けて、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会であろう。本報告書が、大都市のさまざまな地域で展開される「認知症とともに暮らせる社会」の実現に寄与することができれば幸いである。

平成30年3月31日

東京都健康長寿医療センター
研究部長 栗田圭一

目 次

はじめに

第 I 部 観察研究

第 1 章	観察研究全体の概要.....	3
第 1 節	目的	5
第 2 節	対象地域特性	5
第 3 節	調査対象	8
第 4 節	調査基準日	8
第 5 節	調査方法	8
第 2 章	行政統計資料の利用.....	11
第 3 章	一次調査	15
第 1 節	調査対象	17
第 2 節	調査方法	22
第 3 節	調査結果	25
第 4 章	二次調査	43
第 1 節	二次調査（会場調査）の方法	45
第 2 節	二次調査（訪問調査）の方法	49
第 3 節	調査結果（1）MMSE-J の分布	54
第 4 節	調査結果（2）TMT-A, B の分布	63
第 5 節	調査結果（3）認知機能低下高齢者の出現頻度と生活状況	71
第 6 節	調査結果（4）認知機能低下は身体・口腔機能の低下と低栄養に関連する ..	79
第 7 節	調査結果（5）認知機能低下は多剤併用と関連する	90
第 8 節	調査結果（6）認知機能低下は社会的孤立と関連する	94
第 9 節	調査結果（7）認知機能低下高齢者に求められる生活支援とは何か	100
第 5 章	三次調査	105
第 1 節	目的	107
第 2 節	対象	107
第 3 節	調査方法	107

第4節	調査結果	108
第5節	考察	117
第6章	観察研究のまとめ	119
第1節	はじめに	121
第2節	一次調査から得られた知見の要約	121
第3節	二次調査から得られた知見の要約	122
第4節	三次調査から得られた知見の要約	123
第5節	観察研究全体からわかること	123

第Ⅱ部 介入研究

第7章	介入研究全体の枠組み	127
第1節	目的	129
第2節	方法	130
第8章	コーディネーション	139
第1節	コーディネーションー必要な社会支援は調整されているか？	141
第2節	ネットワーキングー地域の力は醸成されているか？	156
第3節	地域生活は継続されているか？	204
第9章	介入研究のまとめ	209
第1節	はじめに	211
第2節	コーディネーションについて	211
第3節	ネットワーキングについて	212
第4節	地域生活の継続について	213

第Ⅲ部 資料

資料1	高島平こころとからだの健康調査に関連する資料	217
資料2	高島平ココからステーションの運営に関連する資料	259
資料3	関係者一覧	269

第 I 部
觀 察 研 究

第 1 章

観 察 研 究 全 体 の 概 要

第1節 目 的

東京都に暮らす認知症高齢者数は 2025 年に約 60 万人（高齢者人口の約 20%）に達するものと推計されている。それとともに、東京都では、大都市特有の問題として、単独・夫婦のみ・核家族の高齢者世帯の増加が顕著である。

すなわち、都市部に暮らす認知症高齢者は、認知機能障害や生活障害とともに、社会の中での孤立、家族に代わる生活支援の担い手の欠如、必要なサービスへのアクセスの困難、経済的困窮、住まいの確保の困難など、さまざまな身体的・精神的・社会的課題に直面するケースが増加するものと予測される。

今後東京都の認知症施策の検討にあたり、大都市に暮らす認知症高齢者の出現頻度と生活課題を把握するための研究基盤の整備と調査（観察研究）の実施が必要である。また、多様な生活課題をもつ認知症高齢者の在宅生活を維持するには、少なくとも、①「診断へのアクセス」と「診断後支援」の確保、②社会参加支援を含む「居住支援」「生活支援」「家族支援」のソーシャル・ネットワークの構築、という 2 つの条件を整備し、その上で介入の効果評価、すなわち、多職種協働チームによる総合アセスメント・診断へのアクセス・診断後支援によって構成される認知症初期支援と地域の特性に応じた予防・医療・介護・生活支援・家族支援・居住支援のネットワーク構築を進め、その効果を評価すること（介入研究）が必要である。

以上を踏まえ、平成 28 年度は、板橋区高島平をモデル地区として、対象地区に居住する 70 歳以上高齢者全員を対象とした観察研究「高島平こころとからだの健康調査」を実施した。本調査の目的は、当該地区における地域在住高齢者の生活実態ならびに認知症高齢者の出現頻度を把握することである。

第2節 対象地域の特性

調査対象地区は、東京都板橋区高島平一丁目から五丁目であった。

板橋区の西側に位置し、都営地下鉄三田線の西台駅、高島平駅、新高島平駅、西高島平駅（ターミナル駅）の南側の地区である。

日本住宅公団（現 UR 都市機構）により建設された巨大団地「高島平団地」を擁している。団地は 1972 年（昭和 47 年）に入居開始し、総戸数 10,170 戸である。

平成 28 年 7 月 1 日現在、地区全体の人口は 32,674 人である。このうち、高島平団地のある高島平二丁目の人口が 13,591 人で、調査対象地区の 41.6%を占めている。

調査対象地区は、板橋区全域に比べて、65 歳以上高齢者の人口比率、すなわち高齢化率が高い（区 22.8% に対し、対象地区は 33.2%、図 1-2-1 参照）。特に、団地である二丁目、三丁目は極めて高齢化率が高い（二丁目 43.4%、三丁目 40.4%）。

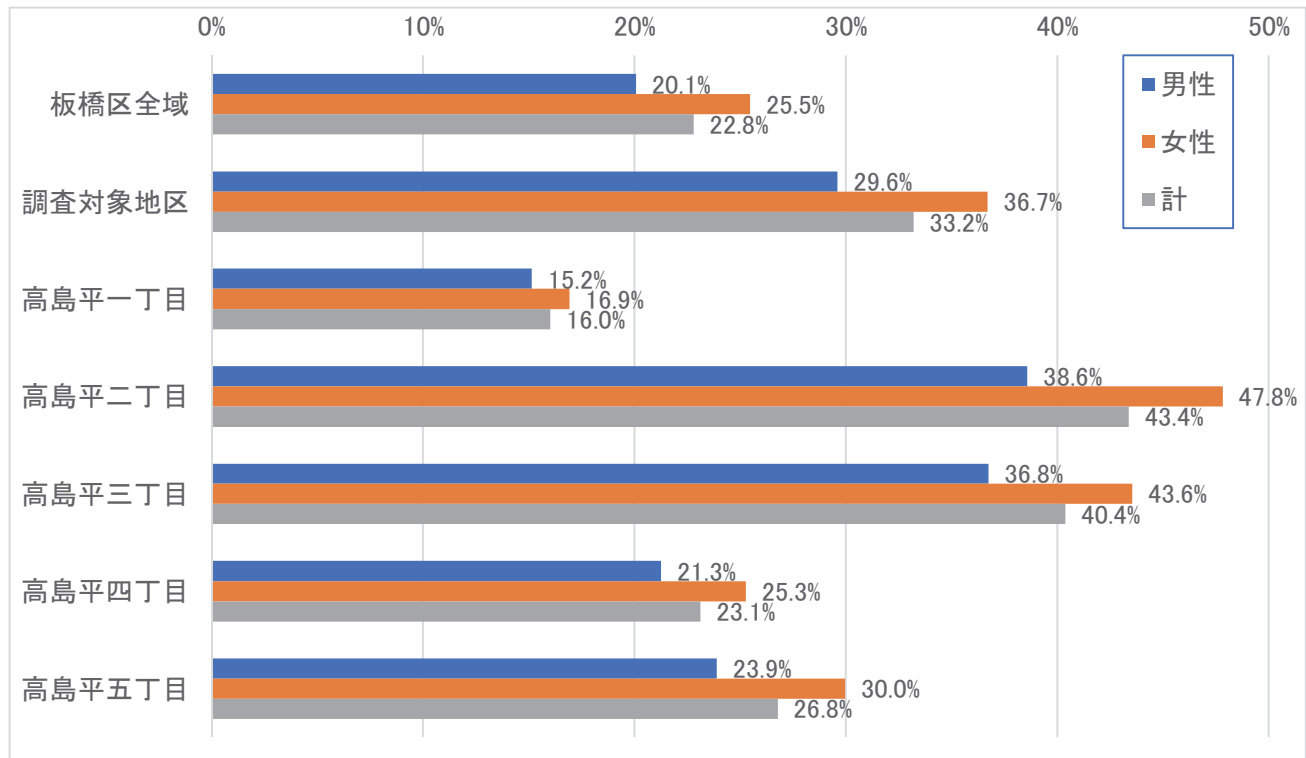


図 1-2-1 板橋区および高島平地区の高齢化率(平成 28 年 7 月 1 日現在)

一方、今回の調査の対象年齢である 70 歳以上高齢者に関して、介護認定状況が「未認定」である割合は、対象地区の方が板橋区全域に比べて高くなっている（表 1-2-1）。障害高齢者の日常生活自立度（表 1-2-2）、認知症高齢者の日常生活自立度（表 1-2-3）も同様の傾向があり、対象地区で「認定なし」「自立」の割合が高くなっている。認知症高齢者の日常生活自立度で認知症と推定されるⅡ以上の割合（表 1-2-3）は、板橋区全域で 13.1%（11,572 名）なのに対し、対象地域は 8.5%（646 名）と低くなっていた。

表 1-2-1 70 歳以上高齢者の介護認定状況

		対象地区(高島平1-5丁目)			板橋区全域		
		男性	女性	合計	男性	女性	合計
人数		3213	4401	7614	35856	52243	88099
年齢	平均	77.1	78.1	77.7	77.8	79.4	78.8
	標準偏差	5.38	5.96	5.74	5.86	6.64	6.38
	最大	99	107	107	104	107	107
要介護認定	未認定	2760	3520	6280	29368	38026	67394
		85.9%	80.0%	82.5%	81.9%	72.8%	76.5%
	要支援1	80	201	281	1005	2319	3324
		2.5%	4.6%	3.7%	2.8%	4.4%	3.8%
	要支援2	68	167	235	927	2207	3134
		2.1%	3.8%	3.1%	2.6%	4.2%	3.6%
	要介護1	82	133	215	1036	2199	3235
		2.6%	3.0%	2.8%	2.9%	4.2%	3.7%
	要介護2	81	135	216	1265	2409	3674
		2.5%	3.1%	2.8%	3.5%	4.6%	4.2%
	要介護3	50	88	138	1028	1859	2887
		1.6%	2.0%	1.8%	2.9%	3.6%	3.3%
	要介護4	50	79	129	692	1732	2424
		1.6%	1.8%	1.7%	1.9%	3.3%	2.8%
	要介護5	42	78	120	535	1492	2027
		1.3%	1.8%	1.6%	1.5%	2.9%	2.3%

表 1-2-2 70 歳以上高齢者の障害高齢者の日常生活自立度

		対象地区(高島平1-5丁目)			板橋区全域		
		男性	女性	合計	男性	女性	合計
障害高齢者の 日常生活自立度	なし	2762	3530	6292	29402	38098	67500
		86.0%	80.2%	82.6%	82.0%	72.9%	76.6%
	自立	2	1	3	20	28	48
		0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
	J1	16	75	91	278	621	899
		0.5%	1.7%	1.2%	0.8%	1.2%	1.0%
	J2	129	247	376	1,454	3,144	4,598
		4.0%	5.6%	4.9%	4.1%	6.0%	5.2%
	A1	98	174	272	1,181	2,725	3,906
		3.1%	4.0%	3.6%	3.3%	5.2%	4.4%
	A2	67	149	216	1,499	2,989	4,488
		2.1%	3.4%	2.8%	4.2%	5.7%	5.1%
	B1	44	64	108	653	1,237	1,890
		1.4%	1.5%	1.4%	1.8%	2.4%	2.1%
	B2	51	74	125	755	1,778	2,533
		1.6%	1.7%	1.6%	2.1%	3.4%	2.9%
	C1	20	28	48	256	554	810
		0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	1.1%	0.9%
	C2	24	59	83	358	1,069	1,427
		0.7%	1.3%	1.1%	1.0%	2.0%	1.6%

表 1-2-3 70 歳以上高齢者の認知症高齢者の日常生活自立度

		対象地区(高島平1-5丁目)			板橋区全域		
		男性	女性	合計	男性	女性	合計
認知症高齢者の 日常生活自立度	なし	2760	3520	6280	29368	38026	67394
		85.9%	80.0%	82.5%	81.9%	72.8%	76.5%
	自立	116	302	418	1631	3506	5137
		3.6%	6.9%	5.5%	4.5%	6.7%	5.8%
	I	83	175	258	1291	2595	3886
		2.6%	4.0%	3.4%	3.6%	5.0%	4.4%
	Ⅱ a	65	106	171	799	1569	2368
		2.0%	2.4%	2.2%	2.2%	3.0%	2.7%
	Ⅱ b	81	119	200	1042	2161	3203
		2.5%	2.7%	2.6%	2.9%	4.1%	3.6%
	Ⅲ a	58	78	136	870	2103	2973
		1.8%	1.8%	1.8%	2.4%	4.0%	3.4%
	Ⅲ b	20	36	56	277	704	981
		0.6%	0.8%	0.7%	0.8%	1.3%	1.1%
	Ⅳ	26	46	72	437	1244	1681
		0.8%	1.0%	0.9%	1.2%	2.4%	1.9%
	M	2	9	11	106	260	366
		0.1%	0.2%	0.1%	0.3%	0.5%	0.4%
	記載なし	2	10	12	35	75	110
		0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
Ⅱ a以上	総数	252	394	646	3531	8041	11572
		7.8%	9.0%	8.5%	9.8%	15.4%	13.1%

第3節 調査対象

第1項 調査の対象

東京都板橋区高島平の特定地域（高島平一丁目～五丁目）に在住の 70 歳以上高齢者。

第2項 標本の抽出

対象者抽出基準日（平成 28 年 7 月 1 日）において、住民基本台帳上、板橋区高島平一丁目～五丁目に現住所がある 70 歳以上高齢者 7,614 名全員を調査対象とする悉皆調査である。

第4節 調査基準日

第1項 調査基準日

平成 28 年 7 月 1 日。

第2項 根拠規定

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業実施要綱（平成 28 年 3 月 11 日付 27 福保高施第 2010 号）。

第5節 調査方法

第1項 調査方法

調査は、主に三段階の手順で実施された。図 1-5-1 を参照のこと。

(1) 一次調査

高島平一丁目から五丁目に居住する 70 歳以上高齢者 7,614 名を対象に、郵送留置訪問回収法による自記式アンケート調査を実施した。調査期間は、平成 28 年 8 月 1 日から 9 月 15 日であった。

(2) 二次調査

一次調査に回答あった 5,430 名を対象に、参加同意のあった者に対し、看護師や心理士による面接調査を実施した。二次調査は、対象地区近辺に設置した調査会場まで対象者に来場してもらい調査を行う「会場調査」と、対象者の自宅に調査員が訪問して面接を行う「訪問調査」の 2 通りの方法で実施した。調査期間は、会場調査が平成 28 年 10 月 3 日から 12 月 2 日、訪問調査が平成 28 年 11 月 14 日から平成 29 年 1 月 27 日であった。

(3) 三次調査

二次調査の MMSE-J 得点に基づき、23 点以下の対象者 335 名と、24 点以上だが何らかの支援が必要と判断された（生活機能、社会機能、精神機能の障害または低下が疑われる）63 名を対象に、医師や精神保健福祉士・心理士による面接調査を実施した。対象者が東京都健康長寿医療センターまで来院し調査を行う「会場調査」（(4)を参照）と、対象者の自宅に調査員が訪問して面接を行う「訪問調査」の 2 通りの方法で実施した。調査期間は、会場調査が平成 29 年 1 月 7 日から 2 月 25 日、訪問調査が平成 28 年 11 月 1 日から平成 29 年 6 月 30 日までであった。

(4) 補足調査（MRI 検査）

二次調査（会場調査）の参加者 1,360 名のうち、MMSE-J を実施し、MRI 検査の参加を希望した 1,065 名から 200 名を抽出し、東京都健康長寿医療センターにおいて MRI 検査を実施した。MMSE-J 暫定得点で 23 点以下の 97 名は全員、MMSE-J 暫定得点 24 点以上の対象者 968 名から 23 点以下の対象者と性別・年齢をマッチングしたうえで抽出した 103 名が対象であった。MMSE-J 暫定得点 23 点以下の対象者はこの MRI 検査時に三次調査の項目を実施した。調査期間は、平成 29 年 1 月 7 日から 2 月 25 日であった。

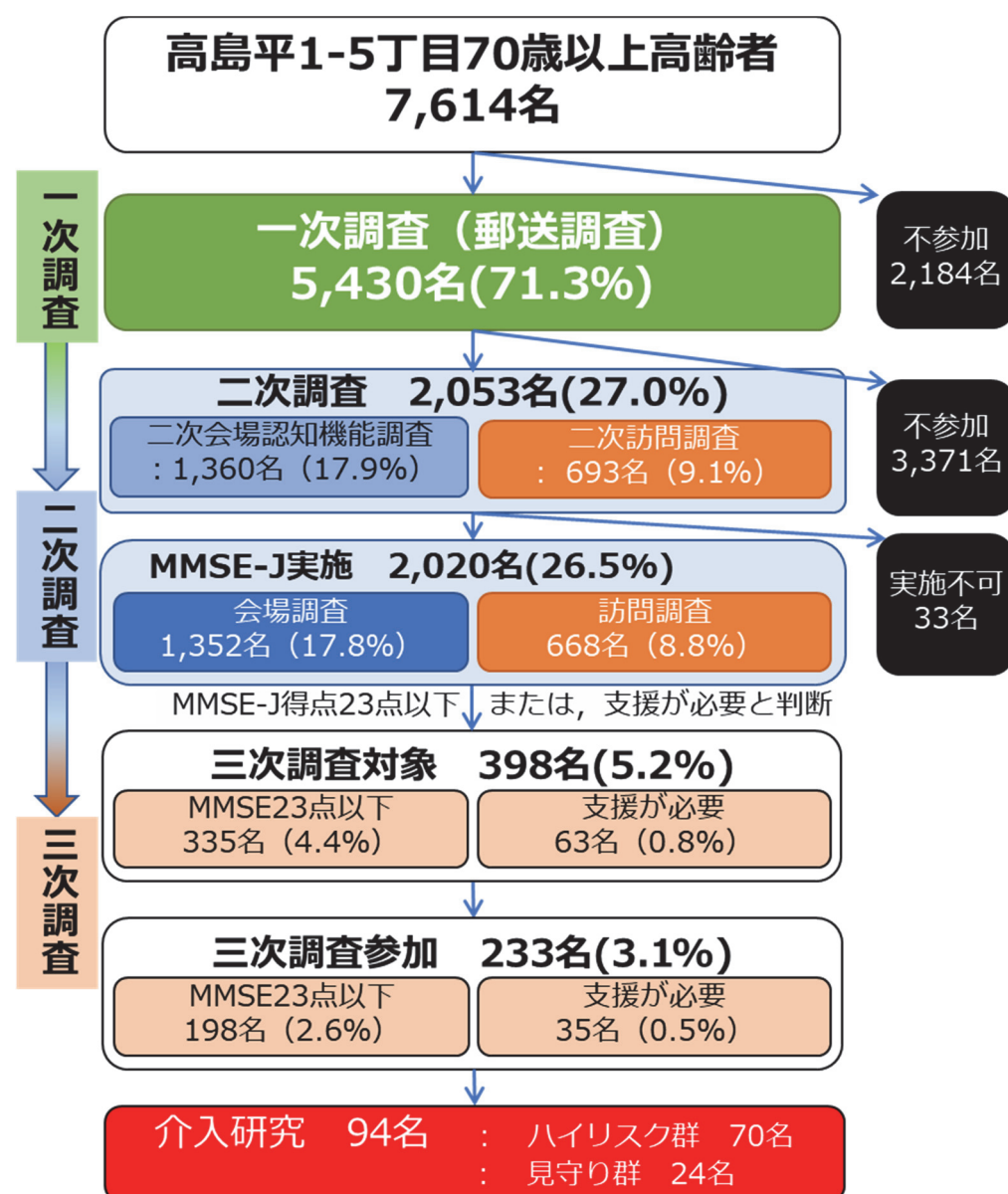


図 1-5-1 調査対象者の抽出

第2項 倫理的配慮

全ての調査に関し、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した（28 健経第 1042 号、平成 28 年 6 月 1 日；28 健経第 2559 号、平成 28 年 8 月 23 日；28 健経第 3763 号、平成 28 年 11 月 7 日）。

一次調査では、調査目的、調査機関、回収方法（訪問調査員による回収を実施すること）、調査データや調査結果の利用、個人情報の保護と取り扱い、調査参加の任意性（調査参加は強制ではなく、自由意思に基づくこと）、参加撤回の自由、不参加による不利益のないことを記載した説明文書を調査票と同封して送付した。

二次調査、三次調査、補足調査（MRI 検査）では、調査員が調査目的、調査内容、調査データや調査結果の利用、個人情報の保護と取り扱い、調査参加の任意性、参加撤回の自由、不参加による不利益のないことを口頭および文書で説明し、書面による同意書を得た。

第 2 章

行政統計資料の利用

東京都板橋区情報公開及び個人情報保護審議会の承認に基づき、以下の個人情報の提供を受けた。

(1) 対象地域の高齢者

板橋区高島平一丁目から五丁目に在住の 70 歳以上の高齢者。

①個人情報の項目

氏名（フリガナ）、住所、性別、生年月日、要支援・要介護度、障がい高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険サービス利用の有無、異動事由、死亡年月日。

②提供の時期

審議会承認後、①の個人情報（異動事由及び死亡年月日を除く。）の提供を受けた。

1 年後に、効果検証のため、①の個人情報（異動事由及び死亡年月日を含む。）の再度提供を受けた。

(2) 対象外地域の高齢者

①個人情報の項目

住所（町丁目まで）、性別、生年月日、要支援・要介護度、障がい高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険サービス利用の有無。

②外部提供の時期

審議会承認後に①の個人情報（異動事由及び死亡年月日を除く。）の提供を受けた。対象地域の高齢者と異なり、1 年後の提供はない。

第 3 章

一 次 調 査

第1節 調査対象

第1項 調査の対象

東京都板橋区高島平一丁目から五丁目に居住する、基準日（平成 28 年 7 月 1 日）現在、70 歳以上の高齢者全員 7,614 名。調査対象者の性別・丁目別人数を表 3-1-1 に示した。

表 3-1-1 一次調査対象者の性別・丁目別人数

	男性	女性	合計
高島平一丁目	374	468	842
高島平二丁目	1682	2420	4102
高島平三丁目	730	998	1728
高島平四丁目	148	173	321
高島平五丁目	279	342	621
合計	3213	4401	7614

一次調査対象者の女性の割合は 57.8%であった（表 3-1-2）。同年の同じ年齢群における板橋区（59.3%）に比べ、調査対象地域は女性の比率がやや低かった。また、70-79 歳 63.9%、80-89 歳 31.8%、90 歳以上 4.3%であった（表 3-1-2）。同年の板橋区（それぞれ 58.9%、34.3%、6.8%）、東京都（それぞれ 59.7%、33.4%、6.9%）に比べ、対象地域では 70-79 歳の比率がやや高かった。

表 3-1-2 一次調査対象者の性別・年齢階級別分布（平成 28 年 7 月 1 日）

	人口（人）			性構成比（%）		年齢階級構成比（%）		
	男性	女性	合計	男性	女性	男性	女性	合計
合計	3213	4401	7614	42.2%	57.8%	100.0%	100.0%	100.0%
70-74 歳	1133	1340	2473	45.8%	54.2%	35.3%	30.4%	32.5%
75-79 歳	1042	1350	2392	43.6%	56.4%	32.4%	30.7%	31.4%
80-84 歳	682	978	1660	41.1%	58.9%	21.2%	22.2%	21.8%
85-89 歳	264	494	758	34.8%	65.2%	8.2%	11.2%	10.0%
90-94 歳	79	193	272	29.0%	71.0%	2.5%	4.4%	3.6%
95-99 歳	12	38	50	24.0%	76.0%	0.4%	0.9%	0.7%
100 歳以上	1	8	9	11.1%	88.9%	0.0%	0.2%	0.1%
70-79 歳	2175	2690	4865	44.7%	55.3%	67.7%	61.1%	63.9%
80-89 歳	946	1472	2418	39.1%	60.9%	29.4%	33.4%	31.8%
90 歳以上	92	239	331	27.8%	72.2%	2.9%	5.4%	4.3%

一次調査対象者における性別・年齢階級別の要介護認定者数とその割合を表 3-1-3 に示した。一次調査対象者における要支援・要介護認定者の人数は 1,334 名（男性 453 名、女性 881 名）で、全体に占める割合（要支援・要介護認定率、以下「認定率」という。）は、17.5%（男性 14.1%、女性 20.0%）であった。同年の板橋区における認定率は、23.5%（男性 18.1%、女性 27.2%）であり、一次調査対象者では板橋区全域に比べて低かった。性・年齢階級ごとと比較しても、女性の 100 歳以上を除き、一次調査対象者で板橋区全域より認定率が低かった。

表 3-1-3 一次調査対象者の性別・年齢階級別の要介護認定状況

		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	認定者数	未認定	合計
男性	70-74歳	14	19	8	7	8	7	5	68	1133	1201
		1.2%	1.6%	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%	0.4%	5.7%	94.3%	100.0%
	75-79歳	17	14	18	23	9	17	15	113	899	1012
		1.7%	1.4%	1.8%	2.3%	0.9%	1.7%	1.5%	11.2%	88.8%	100.0%
	80-84歳	21	14	28	21	18	12	9	123	536	659
		3.2%	2.1%	4.2%	3.2%	2.7%	1.8%	1.4%	18.7%	81.3%	100.0%
	85-89歳	17	16	21	20	8	10	9	101	155	256
		6.6%	6.3%	8.2%	7.8%	3.1%	3.9%	3.5%	39.5%	60.5%	100.0%
	90-94歳	10	4	6	9	6	2	3	40	34	74
		13.5%	5.4%	8.1%	12.2%	8.1%	2.7%	4.1%	54.1%	45.9%	100.0%
女性	95-99歳	1	1	1	1	1	2	1	8	2	10
		10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	20.0%	10.0%	80.0%	20.0%	100.0%
	100歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
合計		80	68	82	81	50	50	42	453	2760	3213
		2.5%	2.1%	2.6%	2.5%	1.6%	1.6%	1.3%	14.1%	85.9%	100.0%
女性	70-74歳	20	17	16	11	6	5	9	84	1334	1418
		1.4%	1.2%	1.1%	0.8%	0.4%	0.4%	0.6%	5.9%	94.1%	100.0%
	75-79歳	35	30	20	26	14	10	8	143	1188	1331
		2.6%	2.3%	1.5%	2.0%	1.1%	0.8%	0.6%	10.7%	89.3%	100.0%
	80-84歳	75	54	42	33	21	16	15	256	687	943
		8.0%	5.7%	4.5%	3.5%	2.2%	1.7%	1.6%	27.1%	72.9%	100.0%
	85-89歳	50	46	34	41	23	20	18	232	249	481
		10.4%	9.6%	7.1%	8.5%	4.8%	4.2%	3.7%	48.2%	51.8%	100.0%
	90-94歳	19	18	18	17	19	20	18	129	57	186
		10.2%	9.7%	9.7%	9.1%	10.2%	10.8%	9.7%	69.4%	30.6%	100.0%
合計	95-99歳	2	2	3	6	4	6	7	30	5	35
		5.7%	5.7%	8.6%	17.1%	11.4%	17.1%	20.0%	85.7%	14.3%	100.0%
	100歳以上	0	0	0	1	1	2	3	7	0	7
		0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	14.3%	28.6%	42.9%	100.0%	0.0%	100.0%
合計		201	167	133	135	88	79	78	881	3520	4401
		4.6%	3.8%	3.0%	3.1%	2.0%	1.8%	1.8%	20.0%	80.0%	100.0%
合計	70-74歳	34	36	24	18	14	12	14	152	2467	2619
		1.3%	1.4%	0.9%	0.7%	0.5%	0.5%	0.5%	5.8%	94.2%	100.0%
	75-79歳	52	44	38	49	23	27	23	256	2087	2343
		2.2%	1.9%	1.6%	2.1%	1.0%	1.2%	1.0%	10.9%	89.1%	100.0%
	80-84歳	96	68	70	54	39	28	24	379	1223	1602
		6.0%	4.2%	4.4%	3.4%	2.4%	1.7%	1.5%	23.7%	76.3%	100.0%
	85-89歳	67	62	55	61	31	30	27	333	404	737
		9.1%	8.4%	7.5%	8.3%	4.2%	4.1%	3.7%	45.2%	54.8%	100.0%
	90-94歳	29	22	24	26	25	22	21	169	91	260
		11.2%	8.5%	9.2%	10.0%	9.6%	8.5%	8.1%	65.0%	35.0%	100.0%
合計	95-99歳	3	3	4	7	5	8	8	38	7	45
		6.7%	6.7%	8.9%	15.6%	11.1%	17.8%	17.8%	84.4%	15.6%	100.0%
	100歳以上	0	0	0	1	1	2	3	7	1	8
		0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	25.0%	37.5%	87.5%	12.5%	100.0%
合計		281	235	215	216	138	129	120	1334	6280	7614
		3.7%	3.1%	2.8%	2.8%	1.8%	1.7%	1.6%	17.5%	82.5%	100.0%

続いて、一次調査対象者における性別・年齢階級別の障害高齢者の日常生活自立度判定ごとの人数とその割合を表 3-1-4 に示した。一次調査対象者において生活に何らかの介助が必要（判定 A 以上）な人数は、852 名（男性 304 名、女性 548 名）で、全体に占める割合は、11.2%（男性 9.5%、女性 12.5%）であった。同年の板橋区における割合は、17.1%（男性 13.1%、女性 19.8%）であり、一次調査対象者では板橋区全域に比べて低かった。性・年齢階級ごとに比較しても、男女ともすべての年齢階級で一次調査対象者の方が板橋区全域に比べて介助が必要な人の割合が低かった。

表 3-1-4 一次調査対象者の性別・年齢階級別の障害高齢者の日常生活自立度判定

		なし	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
男性	70-74歳	1133	1	3	22	12	11	6	7	2	4	1201
		94.3%	0.1%	0.2%	1.8%	1.0%	0.9%	0.5%	0.6%	0.2%	0.3%	100.0%
	75-79歳	899	1	2	30	25	15	11	10	9	10	1012
		88.8%	0.1%	0.2%	3.0%	2.5%	1.5%	1.1%	1.0%	0.9%	1.0%	100.0%
	80-84歳	536	0	3	45	20	19	14	15	2	5	659
		81.3%	0.0%	0.5%	6.8%	3.0%	2.9%	2.1%	2.3%	0.3%	0.8%	100.0%
	85-89歳	156	0	7	21	29	14	10	9	5	5	256
		60.9%	0.0%	2.7%	8.2%	11.3%	5.5%	3.9%	3.5%	2.0%	2.0%	100.0%
	90-94歳	34	0	1	11	9	7	2	8	2	0	74
		45.9%	0.0%	1.4%	14.9%	12.2%	9.5%	2.7%	10.8%	2.7%	0.0%	100.0%
	95-99歳	3	0	0	0	3	1	1	2	0	0	10
		30.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30.0%	10.0%	10.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	100歳以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合計		2762	2	16	129	98	67	44	51	20	24	3213
		86.0%	0.1%	0.5%	4.0%	3.1%	2.1%	1.4%	1.6%	0.6%	0.7%	100.0%
女性	70-74歳	1335	0	8	26	16	15	6	4	2	6	1418
		94.1%	0.0%	0.6%	1.8%	1.1%	1.1%	0.4%	0.3%	0.1%	0.4%	100.0%
	75-79歳	1189	0	19	40	27	24	9	13	1	9	1331
		89.3%	0.0%	1.4%	3.0%	2.0%	1.8%	0.7%	1.0%	0.1%	0.7%	100.0%
	80-84歳	688	0	25	87	58	36	13	20	4	12	943
		73.0%	0.0%	2.7%	9.2%	6.2%	3.8%	1.4%	2.1%	0.4%	1.3%	100.0%
	85-89歳	252	1	17	73	40	39	25	15	6	13	481
		52.4%	0.2%	3.5%	15.2%	8.3%	8.1%	5.2%	3.1%	1.2%	2.7%	100.0%
	90-94歳	59	0	6	19	27	29	7	18	8	13	186
		31.7%	0.0%	3.2%	10.2%	14.5%	15.6%	3.8%	9.7%	4.3%	7.0%	100.0%
	95-99歳	5	0	0	2	6	5	3	4	4	6	35
		14.3%	0.0%	0.0%	5.7%	17.1%	14.3%	8.6%	11.4%	11.4%	17.1%	100.0%
	100歳以上	2	0	0	0	0	1	1	0	3	0	7
		28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	42.9%	0.0%	100.0%
合計		3530	1	75	247	174	149	64	74	28	59	4401
		80.2%	0.0%	1.7%	5.6%	4.0%	3.4%	1.5%	1.7%	0.6%	1.3%	100.0%
合計	70-74歳	2468	1	11	48	28	26	12	11	4	10	2619
		94.2%	0.0%	0.4%	1.8%	1.1%	1.0%	0.5%	0.4%	0.2%	0.4%	100.0%
	75-79歳	2088	1	21	70	52	39	20	23	10	19	2343
		89.1%	0.0%	0.9%	3.0%	2.2%	1.7%	0.9%	1.0%	0.4%	0.8%	100.0%
	80-84歳	1224	0	28	132	78	55	27	35	6	17	1602
		76.4%	0.0%	1.7%	8.2%	4.9%	3.4%	1.7%	2.2%	0.4%	1.1%	100.0%
	85-89歳	408	1	24	94	69	53	35	24	11	18	737
		55.4%	0.1%	3.3%	12.8%	9.4%	7.2%	4.7%	3.3%	1.5%	2.4%	100.0%
	90-94歳	93	0	7	30	36	36	9	26	10	13	260
		35.8%	0.0%	2.7%	11.5%	13.8%	13.8%	3.5%	10.0%	3.8%	5.0%	100.0%
	95-99歳	8	0	0	2	9	6	4	6	4	6	45
		17.8%	0.0%	0.0%	4.4%	20.0%	13.3%	8.9%	13.3%	8.9%	13.3%	100.0%
	100歳以上	3	0	0	0	0	1	1	0	3	0	8
		37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	0.0%	37.5%	0.0%	100.0%
合計		6292	3	91	376	272	216	108	125	48	83	7614
		82.6%	0.0%	1.2%	4.9%	3.6%	2.8%	1.4%	1.6%	0.6%	1.1%	100.0%

次に、一次調査対象者における性別・年齢階級別の認知症高齢者の日常生活自立度判定ごとの人数とその割合を表3-1-5に示した。

表 3-1-5 一次調査対象者の性別・年齢階級別の認知症高齢者の日常生活自立度判定

		なし	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	記載なし	合計
男性	70-74歳	1133	22	16	10	7	10	2	0	1	0	1201
		94.3%	1.8%	1.3%	0.8%	0.6%	0.8%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%
	75-79歳	899	29	21	15	16	16	7	8	1	0	1012
		88.8%	2.9%	2.1%	1.5%	1.6%	1.6%	0.7%	0.8%	0.1%	0.0%	100.0%
	80-84歳	536	35	17	21	27	14	3	6	0	0	659
		81.3%	5.3%	2.6%	3.2%	4.1%	2.1%	0.5%	0.9%	0.0%	0.0%	100.0%
	85-89歳	155	22	19	11	24	9	5	10	0	1	256
		60.5%	8.6%	7.4%	4.3%	9.4%	3.5%	2.0%	3.9%	0.0%	0.4%	100.0%
	90-94歳	34	8	9	5	7	8	3	0	0	0	74
		45.9%	10.8%	12.2%	6.8%	9.5%	10.8%	4.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	95-99歳	2	0	1	3	0	1	0	2	0	1	10
		20.0%	0.0%	10.0%	30.0%	0.0%	10.0%	0.0%	20.0%	0.0%	10.0%	100.0%
女性	100歳以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	2760	116	83	65	81	58	20	26	2	2	3213
		85.9%	3.6%	2.6%	2.0%	2.5%	1.8%	0.6%	0.8%	0.1%	0.1%	100.0%
	70-74歳	1334	34	17	10	11	4	2	4	1	1	1418
		94.1%	2.4%	1.2%	0.7%	0.8%	0.3%	0.1%	0.3%	0.1%	0.1%	100.0%
	75-79歳	1188	64	26	14	14	15	2	4	3	1	1331
		89.3%	4.8%	2.0%	1.1%	1.1%	1.1%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	100.0%
	80-84歳	687	103	52	30	31	17	8	12	2	1	943
		72.9%	10.9%	5.5%	3.2%	3.3%	1.8%	0.8%	1.3%	0.2%	0.1%	100.0%
	85-89歳	249	72	51	26	36	18	14	9	3	3	481
		51.8%	15.0%	10.6%	5.4%	7.5%	3.7%	2.9%	1.9%	0.6%	0.6%	100.0%
	90-94歳	57	26	26	22	19	15	7	12	0	2	186
合計		30.6%	14.0%	14.0%	11.8%	10.2%	8.1%	3.8%	6.5%	0.0%	1.1%	100.0%
	95-99歳	5	3	3	2	7	8	2	5	0	0	35
		14.3%	8.6%	8.6%	5.7%	20.0%	22.9%	5.7%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	100歳以上	0	0	0	2	1	1	1	0	0	2	7
		0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	14.3%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	28.6%	100.0%
	合計	3520	302	175	106	119	78	36	46	9	10	4401
		80.0%	6.9%	4.0%	2.4%	2.7%	1.8%	0.8%	1.0%	0.2%	0.2%	100.0%
	70-74歳	2467	56	33	20	18	14	4	4	2	1	2619
		94.2%	2.1%	1.3%	0.8%	0.7%	0.5%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	100.0%
	75-79歳	2087	93	47	29	30	31	9	12	4	1	2343
		89.1%	4.0%	2.0%	1.2%	1.3%	1.3%	0.4%	0.5%	0.2%	0.0%	100.0%
	80-84歳	1223	138	69	51	58	31	11	18	2	1	1602
		76.3%	8.6%	4.3%	3.2%	3.6%	1.9%	0.7%	1.1%	0.1%	0.1%	100.0%
	85-89歳	404	94	70	37	60	27	19	19	3	4	737
		54.8%	12.8%	9.5%	5.0%	8.1%	3.7%	2.6%	2.6%	0.4%	0.5%	100.0%
	90-94歳	91	34	35	27	26	23	10	12	0	2	260
		35.0%	13.1%	13.5%	10.4%	10.0%	8.8%	3.8%	4.6%	0.0%	0.8%	100.0%
	95-99歳	7	3	4	5	7	9	2	7	0	1	45
		15.6%	6.7%	8.9%	11.1%	15.6%	20.0%	4.4%	15.6%	0.0%	2.2%	100.0%
	100歳以上	1	0	0	2	1	1	1	0	0	2	8
		12.5%	0.0%	0.0%	25.0%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%	25.0%	100.0%
	合計	6280	418	258	171	200	136	56	72	11	12	7614
		82.5%	5.5%	3.4%	2.2%	2.6%	1.8%	0.7%	0.9%	0.1%	0.2%	100.0%

認知症の出現頻度を推定するために、何らかの認知症の症状を有する者（自立度Ⅰ以上）の人数、日常生活に支障をきたすレベルの症状を有する者（自立度Ⅱ以上）の人数を表 3-1-6 にまとめた。自立度Ⅰ以上は 904 名（男性 335 名、女性 569 名）で出現率は 11.9%（男性 10.4%、女性 12.9%）、自立度Ⅱ以上の人数は、646 名（男性 252 名、女性 394 名）、出現率は 8.5%（男性 7.8%、女性 9.0%）であった（表 3-1-6）。一方、板橋区全域の自立度Ⅰ以上は 15,458 名（男性 4,822 名、女性 10,636 名）で出現率は 17.5%（男性 13.4%、女性 20.4%）、自立度Ⅱ以上の人数は、11,572 名（男性 3,531 名、女性 8,041 名）、出現率は 13.1%（男性 9.8%、女性 15.4%）であった。認知症の出現頻度は、一次調査対象者で板橋区全域に比べて低いと推測された。性・年齢階級ごとに比較すると、95-99 歳全体と男性を除き、一次調査対象者の方が板橋区全域に比べて出現率が低かった。

表 3-1-6 一次調査対象者における認知症高齢者の性別・年齢階級別出現頻度

	認知症高齢者の出現頻度					
	認知症高齢者の自立度Ⅰ以上			認知症高齢者の自立度Ⅱ以上		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
70-74歳	46 3.8%	49 3.5%	95 3.6%	30 2.5%	32 2.3%	62 2.4%
75-79歳	84 8.3%	78 5.9%	162 6.9%	63 6.2%	52 3.9%	115 4.9%
80-84歳	88 13.4%	152 16.1%	240 15.0%	71 10.8%	100 10.6%	171 10.7%
85-89歳	78 30.5%	157 32.6%	235 31.9%	59 23.0%	106 22.0%	165 22.4%
90-94歳	32 43.2%	101 54.3%	133 51.2%	23 31.1%	75 40.3%	98 37.7%
95-99歳	7 70.0%	27 77.1%	34 75.6%	6 60.0%	24 68.6%	30 66.7%
100歳以上	0 0.0%	5 71.4%	5 62.5%	0 0.0%	5 71.4%	5 62.5%
合計	335 10.4%	569 12.9%	904 11.9%	252 7.8%	394 9.0%	646 8.5%

第2節 調査方法

第1項 調査方法

郵送留置訪問回収法による自記式アンケート調査。自記式の調査票を対象者の居宅に郵送し、対象者本人に回答・記入を依頼し（対象者本人が回答した内容であれば、家族等による代筆も可）、記入済みの調査票を後日調査員が訪問して回収した。調査員は調査票回収時に、対象者の了解を得た上で、調査票に記入漏れがないかを確認し、ある場合にはその場で対象者に回答を記入してもらった。調査員による回収が難しい場合（多忙等の理由、本人が希望した場合、など）には、対象者に郵送により調査票を送付してもらい回収した。

第2項 調査期間

高島平二丁目の対象者には平成 28 年 8 月 1 日に郵送票を発送、平成 28 年 8 月 8 日から 31 日まで回収を行った（第 1 期）。高島平一丁目ならびに三丁目～五丁目の対象者には、平成 28 年 8 月 15 日に郵送票を発送、平成 28 年 8 月 22 日から 9 月 15 日まで回収を行った（第 2 期）。

第3項 調査項目

(1) 基本属性

性別、年齢、調査票記入者、教育年数、就労状況。

(2) 住居状況

現在の住まい、持家か賃貸か、一戸建てか集合住宅か、居住階が 2 階以上か、エレベーターの有無、居住年数。

(3) 家族状況

同居者の有無（独居）、同居者数、高齢同居者数（高齢者のみ世帯）、日中独居、配偶者の有無。

(4) 基本チェックリスト

(5) 疾病、身体的健康

主観的健康感、視力・聴力、歩行機能、かかりつけ医の有無、既往疾患、身体活動。

(6) 認知機能

主観的認知機能障害、生活機能障害。

(7) 精神的健康

抑うつ症状、精神的健康。

(8) 生活習慣

飲酒・喫煙、外出、運動・趣味、過去 1 か月間の睡眠の習慣、日中の眠気。

(9) 口腔・栄養

食事習慣・食生活、摂食・嚥下・口腔機能。

(10) 対人関係、社会参加

社会参加、社会的交流、ソーシャルサポート、ソーシャルキャピタル。

(11) 介護、認知症に対する意識

生活支援ニーズ、認知症に対する意識、暮らしたい場所。

(12) 経済状況

年収、暮らし向き。

第4項 調査実施機関

調査は、東京都が板橋区の協力を得て、東京都健康長寿医療センター研究所へ委託して実施した。東京都健康長寿医療センター研究所は、調査会社（株式会社リサーチソリューション）に、調査票の発送及び回収を委託した。調査会社への調査委託にあたっては、板橋区が個人情報を取り扱う業務を外部委託する際に取り交わす「個人情報の取扱いに係る特記事項」に記載の保護措置と同程度の保護措置を講じるよう契約した。また、回収業務にあたる調査員には、事前に、調査員としての心構えや調査の回収方法に関する研修を実施した。調査データの入力調査会社（株式会社リサーチソリューション）が実施し、集計分析は東京都健康長寿医療センターが実施した。

第5項 集計対象の選定

調査票を発送した 7,614 名のうち、調査票が回収できたのは 5,432 名であった。回収率は 71.3%であった（表 3-2-1）。回収された調査票のうち、調査票回収後に一次調査への参加拒否の意思表示があった対象者 2 名を除いた、5,430 名を一次調査参加者として集計対象とした。

表 3-2-1 調査対象者と調査票の回収状況

調査対象	回収	回収後 返却	未回収	内訳				
				拒否	不在	転居	死亡	その他 ¹⁾
7614	5430	2	2182	1438	400	57	19	268
100.0%	71.3%	0.0%	28.7%	18.9%	5.3%	0.7%	0.2%	3.5%

1) その他の内容: 宛所不明 19, 施設入居 66, 長期入院 85, 郵送希望で未返送 95, 持参希望で未返送 3

一次調査参加者の男女別の割合は、男性 42.5%、女性 57.5%であった（表 3-2-2）。年齢群に関して、70-79 歳 66.4%、80-89 歳 30.6%、90 歳以上 3.0%（表 3-2-2）であった。

表 3-2-2 一次調査参加者の性別・年齢階級別分布と構成比

	人口(人)			性構成比(%)		年齢階級構成比(%)		
	男性	女性	合計	男性	女性	男性	女性	合計
70-74歳	842	988	1830	46.0%	54.0%	36.5%	31.7%	33.7%
75-79歳	756	1018	1774	42.6%	57.4%	32.7%	32.6%	32.7%
80-84歳	484	681	1165	41.5%	58.5%	21.0%	21.8%	21.5%
85-89歳	176	322	498	35.3%	64.7%	7.6%	10.3%	9.2%
90-94歳	48	92	140	34.3%	65.7%	2.1%	2.9%	2.6%
95-99歳	2	15	17	11.8%	88.2%	0.1%	0.5%	0.3%
100歳以上	1	5	6	16.7%	83.3%	0.0%	0.2%	0.1%
合計	2309	3121	5430	42.5%	57.5%	100.0%	100.0%	100.0%
70-79歳	1598	2006	3604	44.3%	55.7%	69.2%	64.3%	66.4%
80-89歳	660	1003	1663	39.7%	60.3%	28.6%	32.1%	30.6%
90歳以上	51	112	163	31.3%	68.7%	2.2%	3.6%	3.0%

第6項 性・年齢階級別有効回答率

一次調査参加者の有効回答率は、男性 71.9%、女性 70.9%で男女差はほぼなかった（表 3-2-3）。年齢群別にみると、70-79 歳 74.1%、80-89 歳 68.8%、90 歳以上 49.2%で、90 歳以上の回答率が、70-79 歳、80-89 歳に比べ低かった（表 3-2-3）。特に 90 歳代の女性、95-99 歳の男性で回答率の低さが顕著であった。超高齢者では、郵送調査であっても参加が困難であることがうかがえる。

表 3-2-3 一次調査参加者の性別・年齢階級別有効回答数

	一次調査参加者			調査対象者			有効回答率(%)		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
70-74歳	842	988	1830	1133	1340	2473	74.3%	73.7%	74.0%
75-79歳	756	1018	1774	1042	1350	2392	72.6%	75.4%	74.2%
80-84歳	484	681	1165	682	978	1660	71.0%	69.6%	70.2%
85-89歳	176	322	498	264	494	758	66.7%	65.2%	65.7%
90-94歳	48	92	140	79	193	272	60.8%	47.7%	51.5%
95-99歳	2	15	17	12	38	50	16.7%	39.5%	34.0%
100歳以上	1	5	6	1	8	9	100.0%	62.5%	66.7%
合計	2309	3121	5430	3213	4401	7614	71.9%	70.9%	71.3%
70-79歳	1598	2006	3604	2175	2690	4865	73.5%	74.6%	74.1%
80-89歳	660	1003	1663	946	1472	2418	69.8%	68.1%	68.8%
90歳以上	51	112	163	92	239	331	55.4%	46.9%	49.2%

第3節 調査結果

一次調査の各調査項目の基礎統計量を、性別、10歳ごとの年齢群（70-79歳、80-89歳、90歳以上）別に集計した（表3-3-1）。ノンパラメトリック変数についてはカイ二乗検定、パラメトリック変数については分散分析を用いて統計的検討を行った。

第1項 人口統計学的変数、生活習慣における性別・年齢(10歳刻み)による差異

平均年齢は女性が有意に高かった。また、人口統計学的変数の男女差について、住まいが自宅である、高齢夫婦のみ世帯である、日中独居、配偶者がいる、就労している、生活が苦しいと感じる（主観的経済状況）の項目では、男性で有意に出現頻度が高かった。一方、住まいにエレベーターがある、高齢者単独世帯、年収（100万未満）の項目では、女性で有意に出現頻度が高かった。

年齢との関連に関して、記入者が本人、住まいが自宅である、住まいが賃貸、住まいが集合住宅、2階以上、エレベーターあり、日中独居、配偶者あり、就労している、生活が苦しいと感じる（主観的経済状況）の項目では、年齢が高い群で有意に出現頻度が低かった。一方、教育歴（初等教育）、年収（100万円未満）の項目では、年齢が高い群で有意に出現頻度が高かった。同別居状況に関しては、年齢が高い群で単独世帯の出現頻度が高く、低い群で夫婦のみ世帯の出現頻度が高くなっていた。

生活習慣の男女差に関して、飲酒あり、喫煙あり、散歩（週1回以上）の項目では、男性で有意に出現頻度が高かった。一方、軽い体操（週1回以上）の項目では、女性で有意に出現頻度が高かった。年齢との関連に関して、生活習慣に関するすべての項目で、「あり」の出現頻度は、年齢が高い群で有意に低かった。

第2項 要介護状況、身体的健康・機能における性別・年齢(10歳刻み)による差異

要介護状況に関連する変数の男女差に関して、要介護認定を受けている（要支援1以上）、日常生活において何らかの支援が必要（障害高齢者の日常生活自立度A1以上）、基本チェックリストにおける二次予防対象者に該当の出現頻度が、いずれも女性で有意に高かった。また、年齢との関連に関して、要介護状況に関するすべての項目で、要介護状態にあることを占める回答の出現頻度は、年齢が高い群で有意に高かった。

身体的健康・身体機能の男女差に関して、自立歩行に問題なしの出現頻度が男性で有意に高かった。女性では、かかりつけ医ありの出現頻度が有意に高かった。年齢との関連に関して、主観的に健康と感じる、聴力に問題なし、視力に問題なし、自立歩行に問題なしとの回答の出現頻度は、年齢が高い群で低くなっていた。3か月間のストレス・急性疾患は、年齢が高い群で出現頻度が高かった。かかりつけ医ありは80-89歳群で最も出現頻度が高かった。

第3項 口腔機能、栄養における性別・年齢(10歳刻み)による差異

口腔機能の男女差に関して、含嗽（がんそう）機能の低下（ブクブクうがいがうまくできない）の出現頻度が男性で有意に高かった。一方、口腔の主観的健康感（健康）、かかりつけ歯科医あり、1年以内の歯科受診あり、咬合力維持（どんなものでも咬める）の項目では、女性で有意に出現頻度が高かった。

年齢との関連に関して、口腔の主観的健康感、かかりつけ歯科医あり、1年以内の歯科受診あり、咬合力維持（どんなものでも咬める）、噛み切れる食品の項目では、年齢が高い群で出現頻度が低かった。一方、含嗽（がんそう）機能低下（ブクブクうがいがうまくできない）の項目では年齢が高い群で出現頻度が高かった。

栄養の男女差に関して、嗅覚機能の低下（匂いが感じにくい）、体重減少、外食・配食の利用（週4～5日以上）の項目では、男性で有意に出現頻度が高かった。一方、満腹感（数口～食事の半分以下で満腹を感じる）、自分で食事を作る（週4～5日以上）、朝食・昼食・夕食の孤食（ほとんど一人で食べる）の項目では、女性で有意に出現頻度が高かった。

年齢との関連に関して、食欲がない、満腹感（数口～食事の半分以下で満腹を感じる）、味覚機能の低下（美味しくない）、嗅覚機能の低下（匂いが感じにくい）、食事量の減少、外食・配食の利用（週4～5日以上）、朝食の孤食（ほとんど一人で食べる）の項目で、年齢が高い群で出現頻度が高くなっていた。一方、自分で食事を作る（週4～5日以上）は、年齢が高い群で出現頻度が低く、昼食、夕食の孤食は、80-89歳群で出現頻度が高かった。

第4項 認知機能、精神的健康における性別・年齢(10歳刻み)による差異

認知機能の男女差に関して、自記式認知症チェックリストの平均得点、認知機能低下（20点以上）該当の出現頻度いずれにおいても性差は有意でなかった。一方、年齢が高いほど、平均得点が高く（すなわち、認知機能が低下している）、認知機能低下（20点以上）該当の出現頻度が高かった。

精神的健康に関して、Geriatric Depression Scale（以下、GDS）の抑うつ傾向該当（6点以上）の出現頻度は男性で有意に高かった。また、GDSの平均得点は男性で有意に高く、WHO-5精神健康状態表日本語版の簡易版（以下、S-WHO-5-J）の平均得点は男性で有意に低かった。年齢との関連に関して、GDSでは平均得点、抑うつ傾向該当（6点以上）の出現頻度とも、年齢が高いほど高くなっていた。S-WHO-5-J得点は年齢が高いほど低かった。

第5項 社会機能における性別・年齢群別(10歳刻み)の差異

グループ活動の参加状況の男女差に関して、同窓会・退職者の会、業界・同業者団体に参加ありの出現頻度は男性で有意に高く、町内会・自治会、趣味・学習・教養関係の会、スポーツ関係の会、老人会に参加ありの出現頻度は女性で有意に高かった。年齢との関連に関して、町内会・自治会、老人会を除くグループ活動において、年齢が高いほど「参加（年数回以上）」の出現頻度が低く、老人会では逆に年齢が高いほど「参加（年数回以上）」の出現頻度が高かった。町内会・自治会は年齢による差は示されなかった。

ソーシャルキャピタルの男女差に関して、近隣の人は信頼できるかの項目に「はい」との回答の出現頻度が、女性で有意に高かった。年齢による差異は示されなかった。

友人や近隣の人の交流、別居家族や親戚との交流のいずれにおいても、直接的交流（会う）、間接的交流（電話などで話す）に関わらず、男性に比べ、女性で「週1回以上」とする回答の出現頻度が有意に高かった。年齢との関連に関して、友人・近隣との交流頻度が、直接的、間接的ともに年齢が高いほど出現頻度が低くなっていた。別居家族・親類との交流頻度は、年齢により差異は示されなかった。

ソーシャルサポートの男女差に関して、長期間看病してくれる、日常生活を手伝ってくれる（道具的サポート）の項目では、男性で有意に出現頻度が高かった。一方、悩みを聞いてくれる、思いやってくれる（以上、情緒的サポート）、緊急時来てくれる（道具的サポート）、役立つ情報をくれる（情動的サポート）の項目では、女性で有意に出現頻度が高かった。年齢との関連に関して、情緒的サポート（悩みを聞いてくれる、思いやってくれる）があるとの回答は、年齢が高い群ほど出現頻度が低くなっていた。また、道具的サポート（用事を頼める、2-3日看病してくれる、長期間看病してくれる、日常生活を手伝ってくれる）があるとの回答は、80-89歳の年齢群で出現頻度が低くなっていた。

第6項 生活支援ニーズ、認知症に関連した質問における性別・年齢群別(10 歳刻み)の差異

生活支援ニーズの男女差に関して、洗濯、服装のアドバイス、服薬管理の支援のニーズは、男性で有意に高かった。一方、買い物の相談、買った物を運ぶ、整理整頓、掃除、不用品の片づけ、外出の付添、趣味やイベントに誘う、健康づくりに誘う、談話できる場所に誘う、切符や宿の手配、旅行に同行、映画等のチケットの確保、自分の安否確認、看病、入院、消費者被害の対処、成年後見制度の相談・手続、相続の相談・手続、生活トラブルの相談・解決に関する支援ニーズは女性で有意に高かった。

年齢との関連では、映画等のチケットの確保、消費者被害の対処、成年後見制度の相談・手続、相続の相談・手続、生活トラブルの相談・解決に関する支援ニーズは 80-89 歳群で高く、それ以外のすべての項目では年齢が高い群ほど支援にニーズが高かった。

認知症についてどの程度知っているか(認知症の知識)に関して、症状を知っている、接し方を知っている、相談先を知っているのいずれも、女性で有意に出現頻度が高かった。また、いずれの項目においても、年齢が高い群で、「知っている」との回答の出現頻度が低かった。

認知症になった場合、「在宅生活を希望する」との回答の出現頻度は男性で有意に高かった。年齢により出現頻度に差はなかった。自分が認知症になってもこの地域で暮らしていける、および、家族が認知症になってもこの地域で暮らしていけるとの回答の出現頻度は、男性で有意に高かった。年齢との関連に関して、自分が認知症になった場合では差がなく、家族が認知症になった場合では、年齢が高い群で「暮らしていける」との回答の出現頻度が低かった。

表 3-3-1 一次調査における性別、年齢群(10歳刻み)別の出現頻度または平均値

人口統計学的変数	年齢	男		女		p値	70-79歳	80-89歳	90歳以上	p値
		平均±SD	77.3±5.18	78.0±5.58	<0.001					
変数	記入者	本人	77.9%	78.2%	n.s.		82.2%	71.2%	56.4%	<0.001
	住まい	自宅	90.2%	87.9%	0.008		90.0%	86.7%	85.9%	0.001
		賃貸	59.5%	60.7%	n.s.		62.6%	56.0%	50.9%	<0.001
		集合住宅	79.1%	80.6%	n.s.		81.6%	76.8%	74.8%	<0.001
		2階以上	77.2%	76.4%	n.s.		78.5%	73.6%	69.3%	<0.001
居住年数	エレベーターあり	エレベーターあり	61.2%	64.6%	0.011		64.7%	60.7%	55.2%	0.002
		0-10年	18.5%	20.0%	n.s.		19.0%	19.7%	23.7%	n.s.
		11-25年	16.2%	17.3%			16.7%	16.8%	19.2%	
		26-35年	15.1%	15.9%			16.1%	14.3%	16.0%	
		36年以上	50.1%	46.9%			48.2%	49.2%	41.0%	
世帯	高齢者単独		26.3%	44.4%	<0.001		32.4%	45.3%	47.7%	<0.001
	高齢者夫婦のみ		48.6%	30.2%			41.4%	32.8%	14.8%	
	高齢者その他		1.6%	2.9%			1.9%	2.5%	10.7%	
	その他		23.5%	22.5%			24.3%	19.5%	26.8%	
	日中独居		35.6%	27.1%	<0.001		33.0%	26.5%	23.3%	<0.001
教育歴	配偶者あり		70.2%	41.9%	<0.001		59.9%	44.0%	23.3%	<0.001
	初等教育(9年以下)		23.3%	23.4%	n.s.		21.4%	26.5%	35.0%	<0.001
	就労状況	あり	26.1%	12.9%	<0.001		24.3%	7.6%	1.2%	<0.001
	収入	100万円未満	7.5%	14.4%	<0.001		10.5%	13.0%	16.6%	0.004
	主観的経済状況	苦しい	38.2%	34.2%	0.002		39.6%	29.5%	20.2%	<0.001
生活習慣	飲酒	あり	52.5%	23.0%	<0.001		39.8%	28.3%	14.1%	<0.001
	喫煙	あり	16.6%	4.8%	<0.001		12.3%	5.2%	3.7%	<0.001
	外出頻度	週1回以上	94.1%	94.2%	n.s.		96.8%	90.4%	73.0%	<0.001
	散歩	週1回以上	62.7%	49.0%	<0.001		57.8%	49.7%	40.5%	<0.001
	軽い体操	週1回以上	52.4%	58.6%	<0.001		58.2%	51.7%	49.1%	<0.001
スポーツ	週1回以上		29.3%	31.0%	n.s.		34.0%	23.8%	13.5%	<0.001
	趣味活動	週1回以上	41.0%	43.6%	n.s.		45.1%	38.2%	28.2%	<0.001

注:ノンパラメトリック変数(頻度)にはカイニ乗検定,パラメトリック変数(平均値)には分散分析を用いた. n.s.:no significant

(表 3-3-1 続き)

要介護 要介護認定 障害高齢者の 日常生活自立度 認知症高齢者の 日常生活自立度 基本チェックリスト	男		女	p値	70-79歳	80-89歳	90歳以上	p値
	要支援1以上 A1以上	要支援1以上 A1以上						
	11.0%	15.9%	15.9%	<0.001	6.5%	25.1%	59.5%	<0.001
	10.5%	13.8%	13.8%	<0.001	5.7%	22.7%	54.0%	<0.001
	5.2%	5.3%	5.3%	n.s.	2.3%	9.6%	27.6%	<0.001
	32.7%	39.1%	39.1%	<0.001	30.0%	47.3%	66.9%	<0.001
身体的 健康・ 機能	健康	75.3%	76.3%	n.s.	79.7%	69.2%	58.9%	<0.001
	主観的健康感	86.7%	87.9%	n.s.	91.7%	80.6%	60.7%	<0.001
	主観的聴力	90.6%	90.3%	n.s.	93.3%	85.4%	79.1%	<0.001
	主観的視力	92.6%	90.9%	0.029	95.5%	86.0%	62.6%	<0.001
	自立歩行							
	3ヶ月間のストレス							
	・急性疾患	13.5%	14.9%	n.s.	13.3%	16.1%	17.2%	0.015
	かかりつけ医	82.5%	85.1%	0.010	81.6%	89.1%	84.7%	<0.001
	健康	62.7%	67.4%	<0.001	67.6%	61.9%	50.9%	<0.001
	健康 できない	13.3%	12.7%	n.s.	9.5%	18.6%	31.9%	<0.001
口腔 機能	主観的口腔健康感	73.5%	78.2%	<0.001	78.3%	74.1%	52.8%	<0.001
	含嗽(がんそう)機能	62.9%	67.8%	<0.001	67.2%	64.6%	43.6%	<0.001
	(ブクブクうがい)	34.0%	39.6%	<0.001	40.9%	31.0%	18.4%	<0.001
	かかりつけ歯科医	70.3%	71.8%	n.s.	75.9%	62.8%	50.3%	<0.001
	1年以内の歯科受診	72.2%	74.0%	n.s.	77.0%	66.6%	59.5%	<0.001
	咬合力	81.4%	82.3%	n.s.	84.1%	77.6%	79.1%	<0.001
	噛み切れる食品							
	さきいか・たくあん							
	にんじん・セロリ							
	油揚げ・白菜漬物							
栄養	食欲	5.6%	5.5%	n.s.	4.1%	8.1%	11.0%	<0.001
	満腹感	27.3%	30.6%	0.007	27.5%	32.4%	34.4%	0.001
	主観的味覚	2.0%	1.7%	n.s.	1.4%	2.8%	3.7%	<0.001
	主観的嗅覚	13.9%	11.4%	0.005	10.6%	15.3%	23.3%	<0.001
	食事回数	0.1%	0.0%	n.s.	0.1%	0.1%	0.0%	n.s.
	食事量	19.4%	19.4%	n.s.	16.1%	25.6%	28.8%	<0.001
	体重	18.0%	15.4%	0.012	16.2%	17.2%	17.2%	n.s.
	食事作り	46.3%	88.3%	<0.001	72.4%	68.2%	50.3%	<0.001
	外食・配食	16.3%	7.8%	<0.001	10.2%	12.9%	23.3%	<0.001
	朝食	39.2%	50.7%	<0.001	42.9%	51.5%	52.1%	<0.001
	昼食	34.6%	40.6%	<0.001	35.2%	44.0%	39.9%	<0.001
	夕食	29.0%	38.8%	<0.001	30.9%	42.2%	41.7%	<0.001
	(ほとんど一人で)							
	健康	75.3%	76.3%	n.s.	79.7%	69.2%	58.9%	<0.001
	主観的健康感	86.7%	87.9%	n.s.	91.7%	80.6%	60.7%	<0.001
	主観的聴力	90.6%	90.3%	n.s.	93.3%	85.4%	79.1%	<0.001
	主観的視力	92.6%	90.9%	0.029	95.5%	86.0%	62.6%	<0.001

注：ノンパラメトリック変数(頻度)にはカイニ乗検定，パラメトリック変数(平均値)には分散分析を用いた。 n.s.:no significant

(表 3-3-1 続き)

認知機能	自己式認知症 チェックリスト	男		女	p値	70-79歳	80-89歳	90歳以上	p値
		平均±SD	機能低下(20点以上)	13.9±2.64 4.9%	13.9±2.63 4.5%	n.s.	13.5±2.00 2.4%	14.4±3.18 7.6%	16.9±4.88 24.5%	<0.001 <0.001
精神的 健康	GDS	平均±SD	4.6±3.74 34.0%	4.3±3.52 30.4%	0.018 0.005	4.1±3.52 28.7%	4.9±3.75 37.7%	5.6±3.64 45.1%	<0.001 <0.001
	S-WHO-5-J	平均±SD	9.0±3.42	9.2±3.33	n.s.	9.3±3.28	8.9±3.50	8.2±3.50	0.001
社会的 機能	グループ活動 (年数回以上)	町内会・自治会	17.0%	20.0%	0.005	18.6%	19.3%	14.7%	n.s.
		趣味・学習・教養	22.3%	34.3%	<0.001	31.0%	26.6%	14.1%	<0.001
		スポーツ関係	18.4%	24.7%	<0.001	25.6%	15.7%	8.6%	<0.001
		ボランティア・市民団体・NPO	7.1%	8.2%	n.s.	8.9%	5.3%	5.5%	<0.001
		老人会	7.7%	10.4%	0.001	8.0%	11.6%	14.7%	<0.001
		同窓会・退職者の会	32.8%	23.1%	<0.001	31.4%	20.1%	8.0%	<0.001
		業界・同業者団体	14.4%	3.3%	<0.001	9.8%	5.0%	0.6%	<0.001
ソーシャル キャピタル	近隣の人は信頼できる	49.2%	53.3%	0.003	50.7%	53.7%	48.5%	n.s.	
	近隣の人は他人の役に 立とうとする	41.9%	44.1%	n.s.	42.2%	45.3%	43.6%	n.s.	
友人との交流頻度 (週1回以上)	家族との交流頻度 (週1回以上)	直接	16.8%	24.4%	<0.001	22.5%	19.3%	10.4%	<0.001
		間接	21.8%	35.6%	<0.001	32.5%	25.3%	14.1%	<0.001
		直接	10.4%	16.3%	<0.001	13.3%	14.3%	19.6%	n.s.
		間接	16.8%	34.2%	<0.001	26.9%	26.8%	23.3%	n.s.
ソーシャル サポート	悩みを聞いてくれる 思いやってくれる 用事を頼める 2-3日看病 長期間看病 緊急時来てくれる 情報をくれる 日常生活の援助	悩みを聞いてくれる	80.9%	90.6%	<0.001	87.3%	85.1%	80.4%	0.007
		思いやってくれる	86.4%	92.3%	<0.001	90.5%	88.9%	84.7%	0.017
		用事を頼める	63.8%	66.3%	n.s.	66.6%	62.4%	64.4%	0.010
		2-3日看病	76.9%	76.6%	n.s.	78.2%	73.8%	74.8%	0.002
		長期間看病	73.8%	71.0%	0.025	74.1%	68.3%	70.6%	<0.001
		緊急時来てくれる	85.4%	88.2%	0.003	87.7%	85.6%	87.7%	n.s.
		情報をくれる	72.0%	80.1%	<0.001	77.4%	75.3%	71.8%	n.s.
日常生活の援助	68.5%	63.4%	<0.001	66.3%	62.9%	76.1%	0.001		

注:ノンパラメトリック変数(頻度)にはカイニ乗検定, パラメトリック変数(平均値)には分散分析を用いた。 n.s.: no significant

(表 3-3-1 続き)

支援 ニーズ	生活支援ニーズ (あり)	男	女	p値	70-79歳	80-89歳	90歳以上	p値	
認知症	食事の準備	13.9%	14.2%	n.s.	10.6%	20.6%	24.5%	<0.001	
	買い物の相談	11.0%	13.2%	0.013	8.8%	18.1%	28.8%	<0.001	
	買った物を運ぶ	10.2%	24.4%	<0.001	14.3%	25.9%	30.1%	<0.001	
	整理整頓	15.2%	21.5%	<0.001	14.8%	26.3%	30.7%	<0.001	
	掃除	16.2%	22.6%	<0.001	15.3%	28.4%	35.0%	<0.001	
	不用品の片づけ	18.0%	27.9%	<0.001	19.4%	32.2%	33.1%	<0.001	
	洗濯	12.1%	9.8%	0.006	7.3%	17.1%	23.9%	<0.001	
	服装のアドバイス	10.1%	6.5%	<0.001	5.9%	11.9%	17.2%	<0.001	
	服薬管理	4.5%	3.1%	0.009	2.2%	6.3%	11.7%	<0.001	
	公共料金の支払い	4.2%	3.8%	n.s.	2.4%	6.8%	9.2%	<0.001	
	給与・年金の管理	4.3%	3.7%	n.s.	2.3%	6.9%	10.4%	<0.001	
	電話・手紙のやりとり	4.8%	4.4%	n.s.	2.9%	7.6%	9.8%	<0.001	
	外出の付添	7.1%	9.5%	0.001	4.6%	15.2%	25.2%	<0.001	
	家に来て話し相手	7.9%	7.9%	n.s.	5.3%	12.0%	22.7%	<0.001	
	趣味やイベントに誘う	12.8%	20.4%	<0.001	15.6%	20.0%	22.7%	<0.001	
	健康づくりに誘う	10.2%	16.1%	<0.001	12.8%	15.2%	15.3%	0.047	
	談話できる場所に誘う	12.2%	16.3%	<0.001	13.2%	17.0%	20.2%	<0.001	
	切符や宿の手配	8.4%	12.3%	<0.001	9.4%	13.0%	15.3%	<0.001	
	旅行に同行	11.4%	14.5%	0.001	11.2%	16.9%	19.0%	<0.001	
	映画等のチケットの確保	6.0%	9.5%	<0.001	7.2%	10.0%	6.1%	0.001	
	医師からの説明時の付添	14.2%	15.6%	n.s.	10.8%	22.9%	29.4%	<0.001	
	自分の安否確認	15.9%	18.1%	0.033	13.2%	24.3%	31.3%	<0.001	
	看病	29.7%	32.9%	0.011	27.2%	39.5%	46.6%	<0.001	
	入院	36.0%	44.0%	<0.001	36.2%	49.0%	50.9%	<0.001	
	消費者被害の対処	20.3%	34.2%	<0.001	24.9%	34.9%	33.7%	<0.001	
	成年後見制度の相談・手続	15.1%	19.6%	<0.001	16.0%	21.4%	17.2%	<0.001	
	相続の相談・手続	15.3%	18.6%	0.002	14.9%	21.9%	20.2%	<0.001	
	生活トラブルの相談・解決	16.3%	23.8%	<0.001	18.4%	25.1%	23.3%	<0.001	
認知症	認知症の知識 (あり)	症状	74.1%	80.4%	<0.001	79.5%	75.3%	<0.001	
	接し方	36.2%	48.1%	<0.001	44.6%	40.5%	35.6%	0.003	
	相談先	32.7%	40.5%	<0.001	37.1%	38.0%	30.1%	n.s.	
認知症	認知症になったら	在宅希望	45.2%	34.4%	<0.001	38.4%	39.6%	46.6%	n.s.
	この地域で暮らせる_自分	36.2%	33.1%	0.015	34.7%	34.2%	29.4%	n.s.	
	この地域で暮らせる_家族	41.3%	34.3%	<0.001	39.2%	34.4%	25.2%	<0.001	

注：ノンパラメトリック変数(頻度)にはカイニ乗検定、パラメトリック変数(平均値)には分散分析を用いた。n.s.: no significant

注:ノンパラメトリック変数(頻度)にはカイニ乗検定,パラメトリック変数(平均値)には分散分析を用いた。 n.s.:no significant

第7項 睡眠状況における基礎統計量

過去 1 か月の睡眠状況に関して、就寝時間、起床時間、入眠までの時間（入眠潜時）、睡眠時間、昼寝の頻度、（昼寝した場合）昼寝時間、睡眠時に眠るための薬を服用したか、またその頻度（睡眠時の服薬）について尋ねた。睡眠状況に関する質問項目における有効回答数は、男性 2,157、女性 2,856 の計 5,013 票であった。

基礎集計した結果を表 3-3-2 に示した。就寝時間、起床時間とも女性で遅く、入眠潜時は女性で長い傾向にあった。睡眠時間、臥床時間（布団に入っていた時間）は女性の方が短かった。昼寝をする者は、男性で 57.0%、女性で 53.6%おり、毎日昼寝する者もそれぞれ 17.4%、14.4%いた。睡眠時に服薬している者は、男性で 15.5%、女性で 23.8%であった。

年齢との関連について、就寝時間は 70-79 歳で遅く、起床時間は 90 歳以上で遅かった。睡眠時間、臥床時間は年齢が高いほど長い傾向にあった。昼寝をする者は、70-79 歳 55.7%、80-89 歳 53.2%、90 歳以上で 58.4%だった。毎日昼寝をする者は、90 歳以上では 30.9%おり、70-79 歳、80-89 歳に比べ、頻度が高かった。睡眠時に服薬している者は、70-79 歳 18.7%、80-89 歳 23.2%、90 歳以上 24.0%であった。

表 3-3-2 睡眠状況に関する基礎統計量

睡眠	N	男		女		70-79歳		80-89歳		90歳以上	
		2157	2856	2157	2856	3392	1481	3392	1481	140	140
就寝時刻	平均	22時24分	22時43分	22時24分	22時43分	22時43分	22時23分	22時43分	22時23分	21時49分	21時49分
起床時刻	平均	6時20分	6時25分	6時20分	6時25分	6時20分	6時31分	6時20分	6時31分	6時35分	6時35分
入眠潜時	範囲(分)	0-240	0-300	0-240	0-300	0-300	0-250	0-300	0-250	0-120	0-120
睡眠時間	平均±標準偏差(分)	21.3±21.4	24.7±25.8	21.3±21.4	24.7±25.8	22.8±23.5	24.2±25.6	22.8±23.5	24.2±25.6	24.3±20.0	24.3±20.0
	範囲(分)	120-750	120-720	120-750	120-720	120-720	120-750	120-720	120-750	120-720	120-720
臥床時間	平均±標準偏差(分)	423.6±79.8	406.7±75.2	423.6±79.8	406.7±75.2	405.9±72.3	428.0±84.6	405.9±72.3	428.0±84.6	461.1±88.0	461.1±88.0
	範囲(分)	180-1800	135-1050	180-1800	135-1050	180-1800	135-960	180-1800	135-960	390-1050	390-1050
昼寝	平均±標準偏差(分)	540.7±97.3	518.3±82.1	540.7±97.3	518.3±82.1	517.4±87.0	546.9±89.3	517.4±87.0	546.9±89.3	583.9±102.3	583.9±102.3
	しない	43.0%	46.4%	43.0%	46.4%	44.3%	46.8%	44.3%	46.8%	41.6%	41.6%
	週1-2日	18.3%	18.2%	18.3%	18.2%	20.2%	15.1%	20.2%	15.1%	4.7%	4.7%
	週3-4日	15.6%	14.8%	15.6%	14.8%	15.6%	14.3%	15.6%	14.3%	12.1%	12.1%
	週5-6日	5.7%	6.3%	5.7%	6.3%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	10.7%	10.7%
	毎日	17.4%	14.4%	17.4%	14.4%	14.0%	17.9%	14.0%	17.9%	30.9%	30.9%
昼寝時間	範囲(分)	1-900	1-480	1-900	1-480	1-900	3-730	1-900	3-730	10-480	10-480
睡眠時の服薬	平均±標準偏差(分)	58.6±60.9	43.5±36.6	58.6±60.9	43.5±36.6	48.0±46.7	53.2±53.4	48.0±46.7	53.2±53.4	70.1±63.9	70.1±63.9
	なし	84.5%	76.2%	84.5%	76.2%	81.3%	76.8%	81.3%	76.8%	76.0%	76.0%
	週1-2日	2.9%	4.6%	2.9%	4.6%	4.2%	3.4%	4.2%	3.4%	3.3%	3.3%
	週3-4日	1.6%	3.0%	1.6%	3.0%	2.5%	2.3%	2.5%	2.3%	1.3%	1.3%
	週5-6日	1.5%	1.8%	1.5%	1.8%	1.9%	1.1%	1.9%	1.1%	0.7%	0.7%
	毎日	9.6%	14.4%	9.6%	14.4%	10.2%	16.5%	10.2%	16.5%	18.7%	18.7%

第8項 生活支援ニーズ

認知症初期は様々な生活機能の障害が現れるが、現在の介護保険サービスでは提供できない支援を必要とすることが多い。また、このような生活支援は、今後ますます増加する、同居家族による支援が得られにくい独居の高齢者にも共通する課題である。必要な支援は個人によって違いがあるものの、地域に暮らす高齢者への支援の創出とシステムの整備を考えるためには、ニーズを可視化することが必要となってくる。

(1) 生活支援ニーズリスト案作成の経緯

東京都健康長寿医療センター研究所では、過去の研究や認知症当事者の手記、障害者支援における地域生活支援事業の支援内容などを参考に、高齢者の生活支援ニーズを整理しリスト化を行い、150項目の質問項目を収集してきた。

その中から、内容の重複、一般性、わかりやすさなどを考慮して57項目を選出し、平成28年5月に、研究所主催の健康教室に参加する都内在住高齢者150名を対象に予備調査を実施した。その結果、「余暇」「整理整頓」「受療支援」「事務手続き」「社会参加」「外出」「権利擁護」に関する合計22項目を抽出した。さらに研究者と精神科医が協議し、認知機能が低下した時に支援が必要になると考えられる「洗濯・更衣・服薬・食事・閉じこもり・運搬」に関する6項目を加え、計28項目の候補項目を選出した。

一次調査では、この28項目の候補項目を含む調査票を作成し、7,614名の地域在宅高齢者を対象に自記式アンケート調査を実施した。一次調査の有効回答者5,430名のデータを用いて、因子分析という統計学的手法を用いて分析した。

その結果、食事の準備や買い物、片付けや掃除、洗濯などの項目からなる「家事支援」、金銭管理、私信のやりとりといった、私的かつ、地域で自立して暮らしていくために必要な生活支援の項目からなる「私的領域支援」、趣味や健康づくりのイベントへの参加や旅行などの余暇活動の項目からなる「社会参加支援」、病院への付き添いや看病、入院の際の対応などの項目からなる「受療支援」、消費者被害や成年後見、相続といった事柄に関する支援の項目を含む「権利擁護」という5つの因子の存在が確認された（表3-3-3）。

表 3-3-3 28 項目の生活支援ニーズリスト

問 以下の項目について、あなたはどのくらい誰かに手伝ってほしいと思いますか。
現在のお気持ちや状況に近い選択肢を選び、1 から 4 の番号に○を付けてください。

項目		全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる
家事 支 援	1 食事の準備を手伝ってほしい	1	2	3	4
	2 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	1	2	3	4
	3 買ったものを運んでほしい	1	2	3	4
	4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	1	2	3	4
	5 家の中の掃除を手伝ってほしい	1	2	3	4
	6 不用品を片付けを手伝ってほしい	1	2	3	4
	7 衣類やシャツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	1	2	3	4
私 的 領 域 支 援	8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	1	2	3	4
	9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	1	2	3	4
	10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってしてほしい	1	2	3	4
	11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	1	2	3	4
	12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	1	2	3	4
	13 外出したいときに付き添ってほしい	1	2	3	4
	14 話し相手になる人が家に来てほしい	1	2	3	4
社 会 参 加 支 援	15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	1	2	3	4
	16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	1	2	3	4
	17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	1	2	3	4
	18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	1	2	3	4
	19 旅行に行く時に同行してほしい	1	2	3	4
	20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	1	2	3	4
受 療 支 援	21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	1	2	3	4
	22 自分の安否確認をしてほしい	1	2	3	4
	23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	1	2	3	4
	24 自分が入院するときに対応してほしい	1	2	3	4
権 利 擁 護	25 消費者被害にあったときに対処してほしい	1	2	3	4
	26 成年後見制度※について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	1	2	3	4
	27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	1	2	3	4
	28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	1	2	3	4

※成年後見制度：精神上的の障害（知的障害、精神障害、認知症）により判断能力が不十分な場合に不利益を被らないように援助してくれる人を付ける精度のこと。

(2) 属性別生活支援ニーズの出現頻度

この 28 項目からなる生活支援ニーズリストは、生活支援について、どのくらい誰かに手伝ってほしいと思うか、現在の気持ちや状況に近い選択肢を、「1. 全く感じない」から「4. とても感じる」の 4 段階で回答する形式となっている。

表 3-3-4 は、一次調査に回答した 5,430 名全体の各項目の回答の頻度を%で示したものである。また、「やや感じる」と「とても感じる」の回答を合計して「ニーズ有」とし、ニーズ有の%を高い順に並べ替えた。表 3-3-4 をみると、ニーズ有の上位 3 項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(42.9%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(33.3%)」「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(30.4%)」であった。逆に下位 3 項目は、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(3.9%)」「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(4.1%)」「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(4.1%)」であった。

表 3-3-4 全対象者における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	38.2	18.9	27.8	15.1	42.9	1	受療支援
23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	42.8	23.8	24.3	9.0	33.3	2	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	49.3	20.2	16.9	13.5	30.4	3	権利擁護
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	54.9	20.1	17.5	7.5	25.0	4	家事支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	54.2	23.7	15.0	7.1	22.1	5	権利擁護
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	59.0	20.1	14.1	6.9	21.0	6	家事支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	59.4	20.8	13.8	6.0	19.8	7	家事支援
3 買ったものを運んでほしい	61.8	18.9	12.7	6.6	19.3	8	家事支援
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	57.9	22.9	12.2	7.0	19.2	9	権利擁護
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	58.3	23.2	12.3	6.3	18.6	10	権利擁護
22 自分の安否確認をしてほしい	59.7	22.1	13.2	5.0	18.2	11	受療支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	59.5	22.5	13.9	4.1	18.0	12	社会参加支援
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	65.9	18.3	9.9	5.9	15.8	13	受療支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	55.7	29.0	12.6	2.7	15.3	14	社会参加支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	60.6	24.6	9.3	5.5	14.8	15	家事支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	56.3	29.4	11.6	2.6	14.2	16	社会参加支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	66.9	19.1	9.0	4.9	13.9	17	社会参加支援
2 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	66.3	20.8	8.6	4.3	12.9	18	家事支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	67.9	20.8	7.0	4.4	11.4	19	家事支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	68.7	20.0	7.7	3.6	11.3	20	社会参加支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	77.3	13.8	5.3	3.6	8.9	21	私的領域支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	70.0	21.5	6.1	2.4	8.5	22	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	71.8	19.8	6.4	2.1	8.5	22	社会参加支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	73.6	18.2	6.0	2.3	8.3	24	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	81.3	13.9	2.9	1.9	4.8	25	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	83.1	12.7	1.9	2.2	4.1	26	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	83.3	12.5	1.9	2.2	4.1	26	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	83.0	13.1	1.8	2.1	3.9	28	私的領域支援

n=5430

次に、一次調査に回答した 5,430 名について、各項目の回答の出現頻度を男女別に集計した。表 3-3-5 と表 3-3-6 はその結果である。

男性の生活支援ニーズの上位 3 項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(38.0%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(31.4%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(21.8%)」であった。逆に下位 3 項目は、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(4.4%)」、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(4.6%)」、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(4.7%)」であった(表 3-3-5)。

表 3-3-5 男性における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	44.0	18.0	24.0	14.0	38.0	1	受療支援
23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	47.3	21.3	21.9	9.4	31.4	2	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	58.5	19.8	12.3	9.4	21.8	3	権利擁護
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	61.0	19.9	12.6	6.5	19.1	4	家事支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	60.1	22.5	11.8	5.6	17.4	5	権利擁護
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	63.8	19.1	11.1	6.1	17.2	6	家事支援
22 自分の安否確認をしてほしい	63.6	19.6	12.2	4.6	16.8	7	受療支援
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	62.7	20.9	11.0	5.4	16.4	8	権利擁護
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	63.0	20.8	10.4	5.8	16.2	9	権利擁護
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	64.7	19.2	10.5	5.6	16.1	10	家事支援
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	68.2	16.8	9.2	5.8	15.0	11	受療支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	62.6	22.5	8.5	6.3	14.8	12	家事支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	64.8	21.6	9.9	3.7	13.6	13	社会参加支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	67.2	19.9	7.8	5.2	12.9	14	家事支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	61.2	26.0	11.1	1.7	12.8	15	社会参加支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	70.2	17.7	7.7	4.4	12.1	16	社会参加支援
2 買い物の相談をしたり同行してほしい	69.1	19.2	7.3	4.4	11.6	17	家事支援
3 買ったものを運んでほしい	71.2	17.9	6.6	4.2	10.8	18	家事支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	68.9	20.3	7.6	3.1	10.8	18	私的領域支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	62.6	26.7	8.9	1.9	10.8	18	社会参加支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	73.1	18.0	6.2	2.7	8.9	21	社会参加支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	74.1	17.6	6.0	2.4	8.3	22	私的領域支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	78.6	14.0	4.1	3.4	7.5	23	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	74.8	18.8	4.7	1.7	6.4	24	社会参加支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	80.1	14.8	3.1	2.0	5.1	25	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	81.1	14.2	2.3	2.4	4.7	26	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	81.7	13.7	2.1	2.5	4.6	27	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	81.2	14.4	1.7	2.7	4.4	28	私的領域支援

n=2309

女性の生活支援ニーズの上位3項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(46.5%)」「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(36.9%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(34.8%)」、であった。逆に下位3項目は、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(3.2%)」「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(3.9%)」「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(4.0%)」であった(表3-3-6)。

表3-3-6 女性における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	33.9	19.5	30.6	15.9	46.5	1	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	42.5	20.6	20.3	16.6	36.9	2	権利擁護
23 自分の体調が悪い時に看病してほしい	39.5	25.7	26.1	8.7	34.8	3	受療支援
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	50.4	20.2	21.1	8.3	29.4	4	家事支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	49.7	24.6	17.4	8.2	25.6	5	権利擁護
3 買ったものを運んでほしい	54.9	19.6	17.2	8.3	25.5	6	家事支援
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	55.4	20.9	16.3	7.4	23.7	7	家事支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	55.5	22.0	16.2	6.3	22.5	8	家事支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	55.5	23.2	16.9	4.5	21.4	9	社会参加支援
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	54.1	24.4	13.5	7.9	21.4	10	権利擁護
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	55.0	24.9	13.3	6.9	20.2	11	権利擁護
22 自分の安否確認をしてほしい	56.9	24.0	13.9	5.3	19.2	12	受療支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	51.8	31.1	13.7	3.4	17.1	13	社会参加支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	51.8	31.4	13.7	3.2	16.9	14	社会参加支援
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	64.2	19.5	10.4	6.0	16.4	15	受療支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	64.5	20.2	9.9	5.3	15.2	16	社会参加支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	59.2	26.1	9.9	4.9	14.8	17	家事支援
2 買い物の相談をしたり同行してほしい	64.3	22.0	9.6	4.2	13.8	18	家事支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	65.5	21.6	8.7	4.3	13.0	19	社会参加支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	68.3	21.4	6.4	3.8	10.2	20	家事支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	76.3	13.7	6.2	3.8	10.0	21	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	69.4	20.5	7.6	2.4	10.0	21	社会参加支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	73.1	18.6	6.0	2.2	8.2	23	私的領域支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	70.7	22.4	5.0	1.8	6.8	24	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	82.1	13.3	2.8	1.8	4.6	25	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	84.5	11.6	2.1	1.9	4.0	26	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	84.4	11.7	1.9	2.0	3.9	27	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	84.3	12.4	1.4	1.8	3.2	28	私的領域支援

n=3121

続いて、各項目の回答の出現頻度を世帯類型別に集計した。表 3-3-7～表 3-3-9 はその結果である。

独居世帯の生活支援ニーズの上位 3 項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(47.4%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(34.7%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(32.5%)」であった。下位 3 項目は、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(2.5%)」、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(2.5%)」、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(2.8%)」であった(表 3-3-7)。

表 3-3-7 独居世帯における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	33.3	19.3	32.6	14.8	47.4	1	受療支援
23 自分の体調が悪い時に看病してほしい	39.2	26.0	26.9	7.8	34.7	2	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	46.7	20.8	18.4	14.1	32.5	3	権利擁護
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	53.8	18.6	19.6	8.0	27.6	4	家事支援
22 自分の安否確認をしてほしい	50.5	23.9	19.6	6.0	25.6	5	受療支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	50.5	25	16.2	8.3	24.5	6	権利擁護
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	59.9	17.9	15.1	7.1	22.2	7	家事支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	56.3	21.9	17.1	4.8	21.9	8	社会参加支援
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	55.3	24.4	13.1	7.2	20.3	9	権利擁護
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	61.2	18.7	14.3	5.8	20.1	10	家事支援
3 買ったものを運んでほしい	63.4	17.1	13.3	6.2	19.5	11	家事支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	52.8	29.3	14.7	3.2	17.9	12	社会参加支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	52.8	29.3	14.7	3.2	17.9	12	社会参加支援
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	57.6	24.6	11.8	6.0	17.8	14	権利擁護
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	67.4	18.3	9.5	4.7	14.2	15	受療支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	68.5	18.2	9.4	3.9	13.3	16	社会参加支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	70.6	17.7	8.9	2.8	11.7	17	私的領域支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	67.1	21.4	7.7	3.8	11.5	18	家事支援
2 買い物相談をしたり同行してほしい	71.7	17.2	7.8	3.3	11.1	19	家事支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	70.4	19.4	7.0	3.2	10.2	20	社会参加支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	72.1	18.4	6.4	3.1	9.5	21	家事支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	78.8	12.8	5.4	3.1	8.5	22	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	72.7	19.3	6.0	2.0	8.0	23	社会参加支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	73.8	19.9	4.7	1.5	6.2	24	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	84.6	12.2	1.8	1.3	3.1	25	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	86.9	10.3	1.7	1.1	2.8	26	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	85.2	12.4	1.2	1.3	2.5	27	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	87.1	10.4	1.0	1.5	2.5	27	私的領域支援

n=1900

夫婦のみ世帯の生活支援ニーズの上位3項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(38.6%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(31.1%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(26.0%)」であった。下位3項目は、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(4.2%)」、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(4.2%)」、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(4.6%)」、であった(表 3-3-8)。

表 3-3-8 夫婦のみ世帯における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	42.3	19.1	24.5	14.1	38.6	1	受療支援
23 自分の体調が悪い時に看病してほしい	46.0	22.8	22.7	8.4	31.1	2	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	52.7	21.3	14.9	11.1	26.0	3	権利擁護
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	57.2	20.7	15.3	6.7	22.0	4	家事支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	57.6	23.9	12.9	5.6	18.5	5	権利擁護
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	60.5	21.2	12.5	5.9	18.4	6	家事支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	60.6	21.5	12.7	5.3	18.0	7	家事支援
3 買ったものを運んでほしい	62.3	20.1	11.5	6.1	17.6	8	家事支援
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	59.8	22.7	11.9	5.5	17.4	9	権利擁護
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	61.4	22.2	10.9	5.5	16.4	10	権利擁護
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	66.6	18.2	9.6	5.6	15.2	11	受療支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	58.1	26.9	9.3	5.8	15.1	12	家事支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	63.2	22.2	11.9	2.8	14.7	13	社会参加支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	67.9	19.2	8.6	4.3	12.9	14	社会参加支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	58.4	28.8	10.8	1.9	12.7	15	社会参加支援
2 買い物の相談をしたり同行してほしい	65.3	22.3	8.6	3.8	12.4	16	家事支援
22 自分の安否確認をしてほしい	66.1	22.0	8.5	3.5	12.0	17	受療支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	59.2	29.1	9.7	2.1	11.8	18	社会参加支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	67.5	20.9	7.3	4.3	11.6	19	家事支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	69.9	19.5	7.9	2.7	10.6	20	社会参加支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	70.0	20.9	6.6	2.4	9.0	21	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	73.0	19.1	6.1	1.8	7.9	22	社会参加支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	78.4	14.1	4.7	2.8	7.5	23	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	80.8	14.1	3.1	1.9	5.0	24	私的領域支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	77.1	17.9	3.7	1.2	4.9	25	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	82.2	13.2	2.4	2.2	4.6	26	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	81.9	13.8	1.8	2.4	4.2	27	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	83.2	12.5	2.1	2.1	4.2	27	私的領域支援

n=2112

その他の世帯類型の生活支援ニーズの上位3項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(43.8%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(34.9%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(34.8%)」、であった。下位3項目は、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(5.4%)」、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(5.7%)」、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(6.0%)」であった(表 3-3-9)。

表 3-3-9 その他の世帯類型における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
1 食事の準備を手伝ってほしい	55.7	25.1	11.7	7.6	19.3	11	家事支援
2 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	61.0	23.0	9.7	6.4	16.1	16	家事支援
3 買ったものを運んでほしい	59.3	19.2	13.7	7.9	21.6	9	家事支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	55.2	22.6	14.7	7.5	22.2	7	家事支援
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	55.3	21.6	15.1	8.0	23.1	6	家事支援
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	52.8	21.2	18.1	7.9	26.0	4	家事支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	62.7	23.9	7.1	6.3	13.4	19	家事支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	64.5	24.6	7.3	3.6	10.9	22	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	79.9	14.7	2.3	3.1	5.4	28	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってしてほしい	80.1	14.0	2.3	3.7	6.0	26	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	79.9	14.4	2.4	3.3	5.7	27	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	77.3	15.9	4.0	2.8	6.8	25	私的領域支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	73.6	14.7	6.0	5.7	11.7	21	私的領域支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	72.5	19.1	5.3	3.2	8.5	24	私的領域支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	58.5	23.8	12.6	5.1	17.7	13	社会参加支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	57.0	30.1	10.2	2.7	12.9	20	社会参加支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	55.9	28.7	12.5	2.9	15.4	17	社会参加支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	64.5	21.6	8.3	5.6	13.9	18	社会参加支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	63.1	20.5	9.1	7.3	16.4	15	社会参加支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	68.2	21.7	7.4	2.7	10.1	23	社会参加支援
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	62.4	18.3	11.2	8.0	19.2	12	受療支援
22 自分の安否確認をしてほしい	63.3	19.7	11.2	5.8	17.0	14	受療支援
23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	43.3	21.9	23.1	11.7	34.8	3	受療支援
24 自分が入院する時に対応してほしい	39.2	17.0	26.7	17.1	43.8	1	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	48.0	17.1	17.9	17.0	34.9	2	権利擁護
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	56.8	21.5	12.5	9.3	21.8	8	権利擁護
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	57.0	21.5	13.7	7.8	21.5	10	権利擁護
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	54.1	21.3	16.7	7.9	24.6	5	権利擁護

n=1309

(3) 考察

一次調査対象者全体と性別、世帯類型別に、生活支援ニーズ有の割合が大きい順番を出し、比較した。その結果、どの属性でも、上位3位の項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい」、「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい」であることが共通していた。

順位と因子の傾向をみると、上位10位は受療支援、権利擁護と家事支援が混在していた。中位11位から20位は社会参加支援と家事支援が多かった。そして下位21位から28位は私的領域支援でほぼ占められていた。

このことから、受療支援や権利擁護、つまり自分が病気や生活上のトラブルに見舞われた時には支援してほしいと考える人が多いが、逆に私的領域、つまり金銭管理や服薬管理、私信のやり取りの手助けといった支援は必要ないと考えている人が多いということが示唆された。

第 4 章

二 次 調 査

第1節 二次調査(会場調査)の方法

第1項 調査の対象

一次調査において調査票が回収された 5,430 名。性別・年齢階級別の人数及び構成比については表 3-2-2 に示した。

第2項 調査の方法

一次調査参加者 5,430 名に、対象地域近郊に設置した調査会場（高島平八丁目 旧あやめ児童館）で実施する面接調査（以下、会場調査）への協力依頼を郵送した。協力依頼には、調査の目的、方法、参加の任意性、結果の利用方法、個人情報保護・管理方法に関する説明、あらかじめ割り当てられた調査日時を記載した書面、調査参加の可否と連絡先（電話番号）を回答する返送用紙を送付した。

調査参加に同意するとの返信があった対象者に関して、日時の調整が必要な対象者には電話により調査日時を相談の上確定し、決定した調査日時を改めて参加可能と回答のあった対象者に郵送で通知した。この際、自記式の事前アンケートを同封した。

対象者には調査日時に調査会場まで来場してもらい、口頭と文書による説明を行い、調査参加に同意する場合は参加同意書に署名を得た。その後、トレーニングを受けた看護師または心理士が、認知機能検査ならびに聞き取り調査を実施した。

事前アンケートは来場時に持参してもらった。

第3項 調査期間

調査期間は平成 28 年 10 月 3 日から平成 28 年 11 月 7 日であった。

ただし、この期間に調査を受けられなかった参加希望者には、別の期間（11 月 8 日から 12 月 2 日まで）に同一会場において東京都健康長寿医療センター研究所が実施した運動機能検査において、会場調査の項目の一部を実施した。

第4項 調査項目

(1) 認知機能検査

全般的知能検査として「精神状態短時間検査－日本語版」(Mini Mental State Examination – Japanese ; MMSE-J) を実施した。また、注意遂行機能検査として「トレイル・メイキング検査」(Trail Making Test-A、-B ; TMT-A, -B) を実施した。

(2) 認知症の評価

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC-21)。

(3) 疾病・身体的健康

血圧（実測）、脈拍（実測）、既往歴、現在治療中の病気、処方されている薬剤（お薬手帳をコピー）、入院歴、補聴器・眼鏡の使用。

(4) 介護状況

要介護認定、利用している介護保険サービス・生活支援サービス。

(5) 基本属性

居住形態（独居、夫婦のみ）、同居者数・種類、学歴、職歴（現在、過去）。

(6) 事前アンケート

かかりつけ歯科医に関する質問、食品多様性調査票、食欲判定（Council on Nutrition Appetite Questionnaire）、日本語版 Epworth 眠気尺度（Japanese version of Epworth Sleepiness Scale、JESS）、JST 式活動能力指標、国際標準化身体活動質問票（IPAQ-short version）、聴力評価質問紙（きこえの評価）。

第5項 調査実施機関

調査は、東京都が板橋区の協力を得て、東京都健康長寿医療センター研究所に委託して実施した。調査員は、東京都健康長寿医療センター研究所が直接雇用した専門職（心理士、保健師、等）、ならびに東京都健康長寿医療センター研究所が株式会社パソナならびに株式会社ナイチンゲールと労働者派遣契約を締結し、雇用した看護師であった。調査を実施するにあたり、事前に、調査の目的や概要、調査の心構え、面接調査の実施方法、認知機能検査の実施方法に関する 2 日間の研修を実施し、調査員には研修への参加を義務付けた。調査データの集計分析は東京都健康長寿医療センター研究所が実施した。

第6項 集計対象の選定

一次調査参加者 5,430 名のうち、89 名から参加拒否の意思表示があった。残りの 5,341 名のうち、調査への参加意思を示した対象者が 1,441 名、不参加の意思表示を示した対象者が 1,519 名、返信のなかった対象者（未返送）が 2,370 名であった（図 1-5-1 参照）。参加意思を示した対象者のうち、参加者は 1,299 名、欠席者は 142 名であった。この欠席した対象者のうち 133 名に対し、後述する二次調査（訪問調査）の依頼をしたところ、会場調査への参加を希望した対象者が 48 名いた。また、返信のなかった対象者から 2 名、二次調査（訪問調査）の依頼により会場調査への参加を希望した対象者が 10 名いた。加えて、二次調査参加拒否の対象者 89 名からも 1 名参加者がいた。最終的に 1,360 名が二次調査（会場調査）の参加者であった。二次調査（会場調査）対象者 5,430 名を母数とした場合の参加率は 25.0%、調査対象者全体 7,614 名を母数とした場合の参加率は 17.9%であった（表 4-1-1）。このうち、認知機能検査を実施できたのは 1,358 名であった。

表 4-1-1 一次調査対象者の性別・年齢階級別の要介護認定状況

調査対象	参加	不参加	内訳				
			拒否 ¹⁾	欠席 ²⁾	不参加 ³⁾	未返送 ⁴⁾	その他 ⁵⁾
5430	1360	4070	88	94	1519	2358	11
100.0%	25.0%	75.0%	1.6%	1.7%	28.0%	43.4%	0.2%

¹⁾ 以降の調査すべてに参加拒否の意思表示があった。

²⁾ 参加の意思表示があったが、調査会場に来場しなかった。

³⁾ 二次調査(会場調査)に参加しない意思表示があった。

⁴⁾ 調査協力依頼に返信がなかった。

⁵⁾ その他の内容: 宛所不明5, 死亡4, 転居2

二次調査(会場調査)参加者の男女比は、男性 40.4%、女性 59.6%であった(表 4-1-2)。一次調査参加者(表 3-2-2)や対象地区(高島平一～五丁目)全体(表 1-2-1)に比べ女性の割合がやや高かったが、板橋区全域および東京都の男女比とはほぼ違いがなかった。

年齢群に関しては、70-79 歳 68.9%、80-89 歳 29.4%、90 歳以上 1.7%(表 4-1-2)と、一次調査参加者(表 3-2-2)や対象地域(高島平一～五丁目)全体(表 1-2-1)に比べ 70-79 歳の比率がやや高く、90 歳以上の比率が低かった。板橋区全域および東京都に比べると、さらに 70-79 歳の比率が高く 90 歳以上の比率が低くなっていた。

表 4-1-2 二次調査(会場調査)参加者の性別・年齢階級別分布と構成比

	人口(人)			性構成比(%)		年齢階級構成比(%)		
	男性	女性	合計	男性	女性	男性	女性	合計
70-74歳	210	259	469	44.8%	55.2%	38.2%	32.0%	34.5%
75-79歳	163	305	468	34.8%	65.2%	29.6%	37.7%	34.4%
80-84歳	126	179	305	41.3%	58.7%	22.9%	22.1%	22.4%
85-89歳	40	55	95	42.1%	57.9%	7.3%	6.8%	7.0%
90-94歳	11	11	22	50.0%	50.0%	2.0%	1.4%	1.6%
95-99歳	0	1	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%	0.1%
100歳以上	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
合計	550	810	1360	40.4%	59.6%	100.0%	100.0%	100.0%
70-79歳	373	564	937	39.8%	60.2%	67.8%	69.6%	68.9%
80-89歳	166	234	400	41.5%	58.5%	30.2%	28.9%	29.4%
90歳以上	11	12	23	47.8%	52.2%	2.0%	1.5%	1.7%

第7項 性・年齢階級別有効回答率

二次調査(会場調査)参加者の有効回答率は、男性 23.8%、女性 26.0%で、女性でやや高い傾向にあった(表 4-1-3)。年齢群別にみると、70-79 歳 26.0%、80-89 歳 24.1%、90 歳以上 14.1%で、90 歳以上の回答率が、70-79 歳、80-89 歳に比べ低かった。特に、85 歳以上の女性で回答率が低くなり、95 歳以上では男女とも参加者がいなかった。超高齢者にとって会場調査への参加は極めて困難であることがうかがえる。

表 4-1-3 二次調査(会場調査)参加者の性別・年齢階級別有効回答数

	二次調査(会場調査)参加者			一次調査参加者			有効回答率(%)		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
70-74歳	210	259	469	842	988	1830	24.9%	26.2%	25.6%
75-79歳	163	305	468	756	1018	1774	21.6%	30.0%	26.4%
80-84歳	126	179	305	484	681	1165	26.0%	26.3%	26.2%
85-89歳	40	55	95	176	322	498	22.7%	17.1%	19.1%
90-94歳	11	11	22	48	92	140	22.9%	12.0%	15.7%
95-99歳	0	1	1	2	15	17	0.0%	6.7%	5.9%
100歳以上	0	0	0	1	5	6	0.0%	0.0%	0.0%
合計	550	810	1360	2309	3121	5430	23.8%	26.0%	25.0%
70-79歳	373	564	937	1598	2006	3604	23.3%	28.1%	26.0%
80-89歳	166	234	400	660	1003	1663	25.2%	23.3%	24.1%
90歳以上	11	12	23	51	112	163	21.6%	10.7%	14.1%

第2節 二次調査(訪問調査)の方法

第1項 調査の対象

対象地区に居住する一次調査の対象者で、二次調査(会場調査)を受けていない男性 1,740 名(43.3%)、女性 2,276 名(56.7%)の計 4,016 名を二次調査(訪問調査)の対象者とした。

二次調査(訪問調査)対象者の要介護度別認定者数と認定率を表 4-2-1 に示す。要介護・要支援認定者数は 622 名(男性 221 名、女性 401 名)、要介護・要支援認定率は 15.5%(男性 12.7%、女性 17.6%)であった。全体では、いずれの年齢群においても要支援 1、要支援 2 の認定率が最も高く、性別にみても同様の傾向であった。

表 4-2-1 要介護度別の認定者数と認定率

		70-79歳	80-89歳	90歳以上	合計
男性	未認定	1120	380	19	1519
		92.3%	78.0%	48.7%	87.3%
	要支援1	20	23	8	51
		1.6%	4.7%	20.5%	2.9%
	要支援2	20	18	3	41
		1.6%	3.7%	7.7%	2.4%
	要介護1	14	21	5	40
		1.2%	4.3%	12.8%	2.3%
	要介護2	18	19	3	40
		1.5%	3.9%	7.7%	2.3%
	要介護3	5	13	0	18
		0.4%	2.7%	0.0%	1.0%
	要介護4	9	11	1	21
		0.7%	2.3%	2.6%	1.2%
女性	要介護5	8	2	0	10
		0.7%	0.4%	0.0%	0.6%
	合計	1214	487	39	1740
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	未認定	1326	519	30	1875
		92.9%	69.0%	30.9%	82.4%
	要支援1	33	67	13	113
		2.3%	8.9%	13.4%	5.0%
	要支援2	22	58	13	93
		1.5%	7.7%	13.4%	4.1%
	要介護1	18	32	9	59
		1.3%	4.3%	9.3%	2.6%
	要介護2	15	36	10	61
		1.1%	4.8%	10.3%	2.7%
	要介護3	5	18	7	30
		0.4%	2.4%	7.2%	1.3%
	要介護4	2	10	9	21
		0.1%	1.3%	9.3%	0.9%
	要介護5	6	12	6	24
		0.4%	1.6%	6.2%	1.1%
	合計	1427	752	97	2276
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
合計	未認定	2446	899	49	3394
		92.6%	72.6%	36.0%	84.5%
	要支援1	53	90	21	164
		2.0%	7.3%	15.4%	4.1%
	要支援2	42	76	16	134
		1.6%	6.1%	11.8%	3.3%
	要介護1	32	53	14	99
		1.2%	4.3%	10.3%	2.5%
	要介護2	33	55	13	101
		1.2%	4.4%	9.6%	2.5%
	要介護3	10	31	7	48
		0.4%	2.5%	5.1%	1.2%
	要介護4	11	21	10	42
		0.4%	1.7%	7.4%	1.0%
	要介護5	14	14	6	34
		0.5%	1.1%	4.4%	0.8%
	合計	2641	1239	136	4016
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

性別・年齢別の認知症高齢者の日常生活自立度の出現頻度と出現率を表 4-2-2 に示す。全体では、「自立」の割合が最も高く、次いで認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰの割合が高かった。性別でみても同様の傾向であった。

表 4-2-2 性別・年齢群別の「認知症高齢者の日常生活自立度」の出現頻度と出現率

		70-79歳	80-89歳	90歳以上	合計
男性	未認定	1120	380	19	1519
		92.3%	78.0%	48.7%	87.3%
	自立	29	33	8	70
		2.4%	6.8%	20.5%	4.0%
	Ⅰ	23	19	5	47
		1.9%	3.9%	12.8%	2.7%
	Ⅱ a	17	18	2	37
		1.4%	3.7%	5.1%	2.1%
	Ⅱ b	8	25	0	33
		0.7%	5.1%	0.0%	1.9%
	Ⅲ a	11	7	5	23
		0.9%	1.4%	12.8%	1.3%
	Ⅲ b	3	2	0	5
		0.2%	0.4%	0.0%	0.3%
	Ⅳ	2	3	0	5
		0.2%	0.6%	0.0%	0.3%
	M	1	0	0	1
		0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	合計	1214	487	39	1740
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
女性	未認定	1326	519	30	1875
		92.9%	69.0%	30.9%	82.4%
	自立	46	88	19	153
		3.2%	11.7%	19.6%	6.7%
	Ⅰ	21	63	16	100
		1.5%	8.4%	16.5%	4.4%
	Ⅱ a	13	29	8	50
		0.9%	3.9%	8.2%	2.2%
	Ⅱ b	11	29	10	50
		0.8%	3.9%	10.3%	2.2%
	Ⅲ a	6	8	4	18
		0.4%	1.1%	4.1%	0.8%
	Ⅲ b	1	9	2	12
		0.1%	1.2%	2.1%	0.5%
	Ⅳ	2	2	5	9
		0.1%	0.3%	5.2%	0.4%
	M	0	2	0	2
		0.0%	0.3%	0.0%	0.1%
	記載なし	1	3	3	7
		0.1%	0.4%	3.1%	0.3%
	合計	1427	752	97	2276
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
合計	未認定	2446	899	49	3394
		92.6%	72.6%	36.0%	84.5%
	自立	75	121	27	223
		2.8%	9.8%	19.9%	5.6%
	Ⅰ	44	82	21	147
		1.7%	6.6%	15.4%	3.7%
	Ⅱ a	30	47	10	87
		1.1%	3.8%	7.4%	2.2%
	Ⅱ b	19	54	10	83
		0.7%	4.4%	7.4%	2.1%
	Ⅲ a	17	15	9	41
		0.6%	1.2%	6.6%	1.0%
	Ⅲ b	4	11	2	17
		0.2%	0.9%	1.5%	0.4%
	Ⅳ	4	5	5	14
		0.2%	0.4%	3.7%	0.3%
	M	1	2	0	3
		0.0%	0.2%	0.0%	0.1%
	記載なし	1	3	3	7
		0.0%	0.2%	2.2%	0.2%
	合計	2641	1239	136	4016
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

第2項 調査方法

二次調査（訪問調査）では、まず、会場調査について不参加の返信があった対象者および返信のなかった対象者に対して、二次調査（訪問調査）への調査協力と調査日程調整のための訪問（アポイントメント訪問）に関する案内の通知を郵送した。案内通知は平成 28 年 10 月に主に会場調査へ不参加の意向のあった 1,247 名、11 月に高島平 1 丁目から 2 丁目に在住の 1,575 名、12 月に高島平 3 丁目から 5 丁目に在住の 1,174 名の 3 回に分けて行った。また、事前に電話での予約調整が必要な 18 名と 1 次調査に不参加であったが訪問調査を希望した 2 名についての連絡は電話にて実施した。

アポイントメント訪問は、一次調査で調査票を回収し、二次調査（訪問調査）の研修を受けた調査員（一般調査員）が実施した。一般調査員は対象者宅に訪問し、調査の趣旨等を説明したうえ、調査協力に同意が得られた場合に訪問調査日を調整した。なお、調査期間中はコールセンターを開設し予約調整と事前の予約確認の電話連絡を行った。

訪問調査は二次調査（会場調査）で調査を担当した看護師および一般調査員の 2 名が担当した。調査同意は、訪問日に改めて調査員が対象者に文書と口頭で調査の趣旨を説明し、文書による同意を得た。

第3項 調査期間

調査期間は平成 28 年 10 月 28 日から平成 29 年 1 月 27 日であった。

第4項 調査項目

調査項目は、以下の通りである。

(1) 認知機能検査

全般的知能検査として「精神状態短時間検査－日本語版」（Mini Mental State Examination - Japanese ; MMSE-J）を実施した。また、注意遂行機能検査として「トレイル・メイキング検査」（Trail Making Test-A、-B ; TMT-A, -B）を実施した。

(2) 認知症の評価

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）。

(3) 疾病・身体的健康

血圧（実測）、脈拍（実測）、既往歴、現在治療中の病気、処方されている薬剤（お薬手帳を転記）、入院歴、補聴器・眼鏡の使用。

(4) 介護状況

要介護認定、利用している介護保険サービス・生活支援サービス。

(5) 基本属性

居住形態（独居、夫婦のみ）、同居者数・種類、学歴、職歴（現在、過去）。

(6) 緊急対応の必要性の有無

第5項 調査実施機関

調査は、東京都が板橋区の協力を得て、東京都健康長寿医療センター研究所へ委託して実施した。訪問調査員（看護師）については、株式会社パソナ、株式会社ナイチンゲールと労働者派遣契約を締結し雇用した。一般調査員については株式会社リサーチソリューションに業務委託を行った。

訪問調査の実施にあたっては、二次調査（会場調査）の調査員であった看護師と一般調査員を対象に訪問調査マニュアル（調査の手引き）に沿って訪問調査員研修（4 時間×2 日間）を実施した。それ以外にも訪問調査員の研修として、各調査員の訪問調査初回日には実施方法の再確認のための研修を 2 時間程度実施した。

第6項 集計対象者の選定

訪問対象者 4,016 名の平均年齢は全体で 77.8 歳（範囲 70～102 歳、標準偏差 5.57）、男性 77.2 歳（年齢範囲 70～100 歳、標準偏差 5.20）、女性 78.2 歳（年齢範囲 70～102 歳、標準偏差 5.80）であった。男性、女性とも 70-74 歳階級が最も多かった（表 4-2-3）。

表 4-2-3 訪問対象者の性別と年齢

	平均年齢	標準偏差	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95歳以上	合計
男性	77.2	5.20	636 46.6%	578 45.3%	358 42.3%	129 32.8%	36 31.3%	3 14.3%	1740 43.3%
女性	78.2	5.80	728 53.4%	699 54.7%	488 57.7%	264 67.2%	79 68.7%	18 85.7%	2276 56.7%
合計	77.8	5.57	1364 100.0%	1277 100.0%	846 100.0%	393 100.0%	115 100.0%	21 100.0%	4016 100.0%

訪問調査の予約のための希望調整は訪問調査員が対象者の自宅を訪問して行った。訪問調査予約調整のための訪問回数は、案内が送られた時点で拒否の連絡があった対象者、電話で直接予約を行った対象者以外には、最低 3 回以上の訪問を実施した。訪問回数については表 4-2-4 の通りであった。訪問回数は 3 回目までの間で全体の 8 割の意思の確認が可能であったが、残りの 2 割については不在が多く意思の確認が困難であった。

表 4-2-4 予約調整のための訪問回数

訪問回数	人数	
0	190	4.7 %
1	1867	46.5 %
2	720	17.9 %
3	501	12.5 %
4	324	8.1 %
5	162	4.0 %
6	142	3.5 %
7	46	1.1 %
8	33	0.8 %
9	26	0.6 %
11	5	0.1 %
合計	4016	100.0 %

4,016 名のうち予約調整の段階で訪問調査に了承した者は 643 名（16.0%）、自宅ではなく調査拠点にて調査を希望した者が 86 名（2.1%）、同時に行われている二次調査（会場調査）希望が 74 名（1.8%）であった。調査の予約調整時点での対象者の調査参加の意向については表 4-2-5 の通りであった。

訪問調査の予約調整で訪問もしくは調査拠点で調査実施の了承があった740名のうち、訪問当日の不在、連絡不能などの理由で調査が実施できなかった13名を除く、727名に対して調査の同意説明を行った。同意説明をしたものの、調査拒否の意志を示した者は34名（4.7%）であったため、最終的に訪問調査を完了できたのは男性278名、女性415名で計693名（95.3%）であった（表4-2-5）。

表4-2-5 予約状況と訪問調査実施状況

		予約状況		訪問調査実施状況			
		人数		調査完了	調査拒否	訪問未実施	
訪問調査	予約成立	訪問調査希望	643	16.0 %	609	27	7
		拠点にて調査希望	86	2.1 %	84	2	0
		予約成立後に連絡不能	6	0.1 %	0	0	6
		訪問日にキャンセル連絡	5	0.1 %	0	5	0
		小計	740	18.4 %	693	34	13
	予約不成立	訪問調査拒否	2548	63.4 %	0	0	2548
		予約後にキャンセル連絡	160	4.0 %	0	0	160
		不在・留守	232	5.8 %	0	0	232
		長期不在	6	0.1 %	0	0	6
		転居	46	1.1 %	0	0	46
		健康理由による拒否	156	3.9 %	0	0	156
		入院	36	0.9 %	0	0	36
		宛所不明	2	0.0 %	0	0	2
		死亡	14	0.3 %	0	0	14
		その他理由	2	0.0 %	0	0	2
		小計	3202	79.7 %	0	0	3202
会場調査	二次会場調査希望	74	1.8 %	-	-	74	
		合計	4016	100.0 %	693	34	3289

第7項 性別年齢階級別有効回答率

訪問調査が実施できた693名全てを集計対象とした（有効回答率17.3%）。集計対象者の性別年齢階級別分布は表4-2-6の通りである。男性278名（16.0%）、女性415名（18.2%）で男女ともは90歳以上で3割以上の回答率を得たが、70-79歳の回答率が15%未満と低かった。これは、同時期に実施した二次調査（会場調査）へ協力した対象者が多かったためと思われる。

表4-2-6 性別年齢別有効回答率

	集計対象者			調査対象者			有効回答率		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
合計	278	415	693	1740	2276	4016	16.0%	18.2%	17.3%
70-74歳	69	99	168	636	728	1364	10.8%	13.6%	12.3%
75-79歳	96	115	211	578	699	1277	16.6%	16.5%	16.5%
80-84歳	71	103	174	358	488	846	19.8%	21.1%	20.6%
85-89歳	30	63	93	129	264	393	23.3%	23.9%	23.7%
90-94歳	12	26	38	36	79	115	33.3%	32.9%	33.0%
95歳以上	0	9	9	3	18	21	0.0%	50.0%	42.9%
70-79歳	165	214	379	1214	1427	2641	13.6%	15.0%	14.4%
80-89歳	101	166	267	487	752	1239	20.7%	22.1%	21.5%
90歳以上	12	35	47	39	97	136	30.8%	36.1%	34.6%

第3節 調査結果(1) MMSE-J の分布

第1項 目的

大都市に暮らす高齢者の認知機能の実態と認知機能低下高齢者の出現率を調べることを目的に、MMSE (Mini-Mental State Examination) の日本語版(「精神状態短時間検査-日本語版 (MMSE-J)」; 杉下、2012; 日本文化科学社)を実施した。MMSE は高齢者の認知機能を評価する尺度として世界で使われている個別面接式の検査である。検査内容は、時間と場所の見当識、記憶、注意と計算、言語、視空間構成にわたる 30 項目である。二次調査では、1 次調査(アンケート調査)の回答者に対し、最初に会場調査を案内し、次に訪問調査を案内して参加者を募った。ここでは全体の分析に加えて、2 種の調査方法について比較する。

第2項 方法

(1) 対象

全対象者 7,614 名のうち、二次調査に参加したのは 2,053 名(会場 1,360 名、訪問 693 名)で、参加率は 27.0%(会場 17.9%、訪問 9.1%)であった。このうち、MMSE-J を完全に実施することができたのは、2,020 名(会場 1,352 名、訪問 668 名)で、有効回答率は 98.4%(会場 99.4%、訪問 96.4%)であった。2,020 名の内訳は、女性が 60%(会場 59.7%、訪問 60.5%)で、平均年齢が 78.0 ± 5.3 歳(70-99 歳)、平均教育年数が 12.3 ± 2.8 年(3-29 年)であった(表 4-3-1)。以下では、この 2,020 名(会場 1,352 名、訪問 668 名)を MMSE-J の有効回答者として分析した。

表 4-3-1 二次調査における MMSE-J の実施状況と有効回答者(N=2,020)

調査法	参加者	有効回答者	有効回答率	男性/女性	女性率	平均年齢	標準偏差	年齢範囲	平均教育年数	標準偏差	教育年数範囲
全体	2,053	2,020	98.4%	809/1211	60.0%	78.0	5.3	70-99歳	12.3	2.8	3-29年
会場	1,360	1,352	99.4%	545/807	59.7%	77.3	4.9	70-96歳	12.6	2.7	3-27年
訪問	693	668	96.4%	264/404	60.5%	79.3	5.9	70-99歳	11.6	2.8	5-29年

(2) 検査者

MMSE-J の実施は、検査法の訓練を受けた専門調査員(看護師または心理士)が行った。会場調査では 50 名が担当し、訪問調査では会場調査経験者のうち 23 名が担当した。

専門調査員は、事前に講義と実習を含む 2 日間の研修を受け、担当初日の午前中に復習研修を受けてから検査に臨んだ。また調査中は、二次調査の会場または調査拠点での検票(調査用紙の記入もれや記録の見直し)や日々の点呼、事例集にてフォローアップ研修を行い、検査法の習熟と適正な実施法の維持に努めた。

(3) 検査法

会場調査では、検査会場に 8 か所の MMSE-J 検査専用ブース(旧児童館の工作室と音楽室の 2 室において、各々 4 ブースに衝立で区切ったもの)を設置し、専門調査員が参加者と対面で MMSE-J を実施した。検査中の音漏れに関しては、同じ課題や関連課題が重複して干渉しないよう、専門調査員に検査の進行を調整してもらった。また、聴力低下のある対象者等に関しては、これとは別の個室ブースにて MMSE-J を実施した。

訪問調査では、専門調査員（看護師）が一般調査員とペアで各戸を訪問し、調査票にしたがって血圧測定、既往歴、服薬状況、DASC-21等を調査した後で、MMSE-Jを実施した。訪問調査では、ひとりの専門調査員がすべての面接調査・検査を行うため、訪問に先立ち、訪問調査のための講義と実習を含む2日間の研修を再度受け、担当初日の午前中に復習研修を受けてから調査に臨んだ。

MMSE-Jの全項目を実施した上で、逆唱を除いて合計点（30点満点）を算出した。

(4) 採点法

MMSE-Jの採点は、以下の手順で行った。最初に、会場または調査拠点において、検査を実施した専門調査員がMMSE-Jを仮採点し、心理士が検票をして1次採点した。次に、研究所にて別の心理士が再検票して2次採点した。最後に、2次採点のデータを電子化して、会場調査と訪問調査のデータを統合し、採点の不一致を統一して、最終的な得点（30点満点）を決定した。

第3項 結果

(1) MMSE-Jの所要時間

MMSE-Jの検査所要時間を分単位で計測した。ひとりあたりの平均所要時間は、全体で9.8分（標準偏差3.3分、範囲4-40分）、会場調査で9.7分（標準偏差3.1分、範囲4-40分）、訪問調査で9.8分（標準偏差3.6分、範囲4-40分）であった。

(2) MMSE-Jの全体の得点分布

二次調査（全体）の有効回答者2,020名におけるMMSE-Jの得点分布を図4-3-1に示す。図は右肩上がりで、28-29点をピークとしている。全体の平均得点は26.3点（標準偏差3.5点、範囲3-30点）で、中央値は27点、最頻値は29点であった（表4-3-2）。

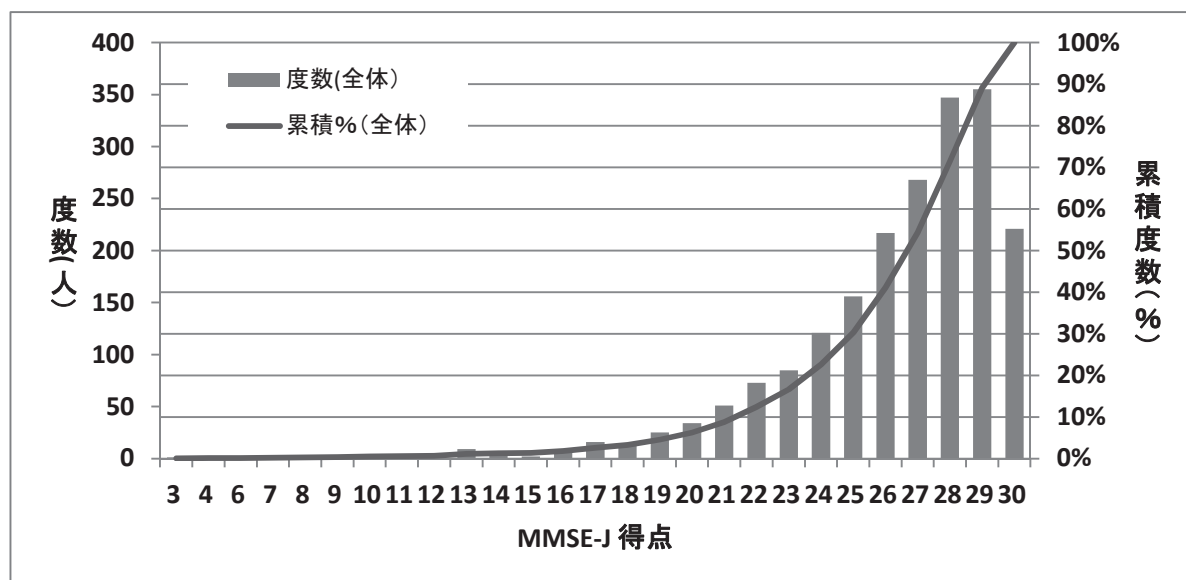


図 4-3-1 二次調査(全体)の MMSE-J の得点分布(全体 2,020 名)

(3) MMSE-Jの会場調査と訪問調査の得点分布

会場調査 1,352 名と訪問調査 668 名の得点分布を図 4-3-2 に示す。図は右肩上がりであるものの、会場調査に比べて訪問調査の方が全般に左側に偏り、得点の低い方に分布した。平均得点は、会場調査が 27.0 点（標準偏差 2.7 点、範囲 12-30 点）、訪問調査が 24.8 点（標準偏差 4.3 点、範囲 3-30 点）で、中央値は順に 28

点、26点、最頻値は29点、26点であった。会場調査に比べて訪問調査の得点は低く、個人差が広がる傾向が見られた（表4-3-2）。

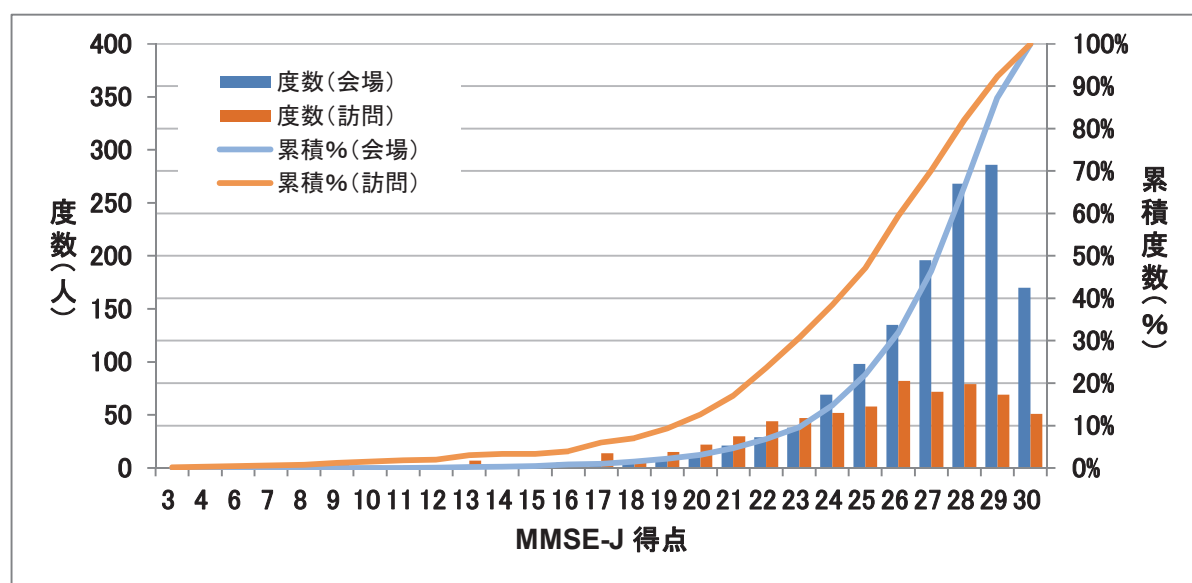


図 4-3-2 二次調査(会場)と二次調査(訪問)の MMSE-J の得点分布

(4) MMSE-J の男女の得点分布

二次調査（全体）の性別の MMSE-J の得点分布を図 4-3-3 に示す。男性全体の平均得点は 26.1 点（標準偏差 3.5 点、範囲 3-30 点）、女性全体は 26.4 点（標準偏差 3.4 点、範囲 4-30 点）で、中央値は男性 27 点、女性 27 点、最頻値は男性 28 点、女性 29 点であった。全体に男女差は見られず、会場調査、訪問調査でも男女差は顕著であった（表 4-3-2、会場調査と訪問調査別の得点分布図は省略）。

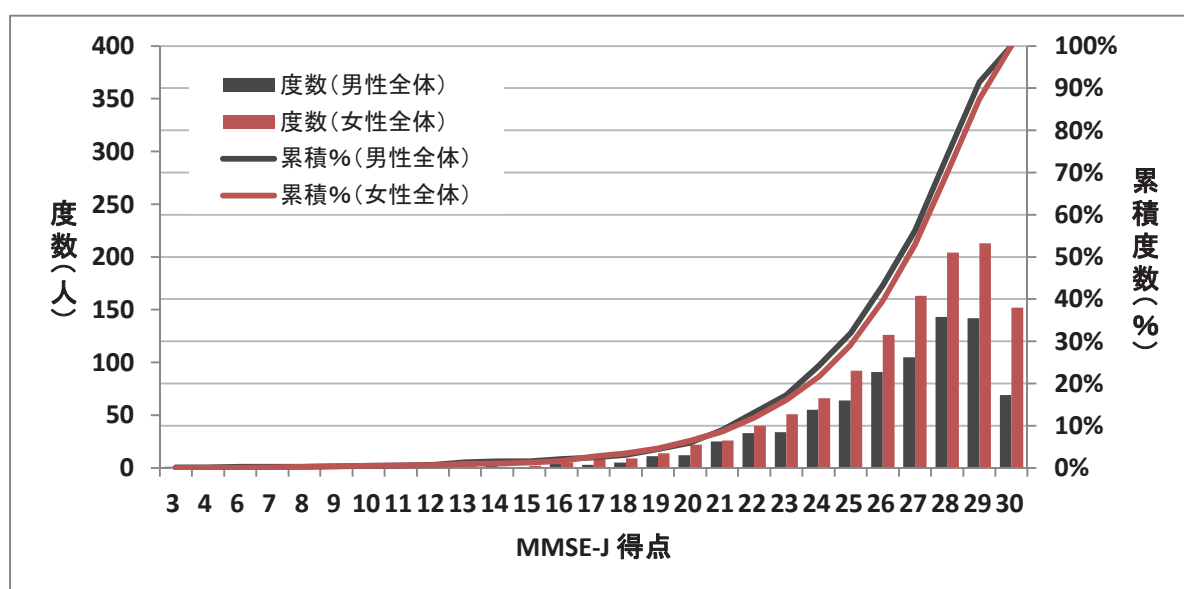


図 4-3-3 二次調査(全体)の MMSE-J の性別の得点分布

(5) MMSE-J の年齢 3 階級の得点分布

二次調査（全体）の年齢 3 階級（「70-79 歳」「80-89 歳」「90 歳以上」）別の MMSE-J の得点分布を図 4-3-4 に示す。年齢 3 階級の平均得点は、「70-79 歳」で 26.9 点（標準偏差 2.9 点、範囲 8-30 点）、「80-89 歳」で 25.5 点（標準偏差 3.6 点、範囲 3-30 点）、「90 歳以上」で 21.6 点（標準偏差 5.8 点、範囲 4-30 点）であ

った。また中央値は、順に 28 点、26 点、23 点で、最頻値は 29 点、28 点、21 点であった。MMSE-J 得点は、年齢とともに低くなり、個人差が広がる傾向にあった。この傾向は、会場調査（図 4-3-5）、訪問調査（図 4-3-6）でも同様であった（表 4-3-2）。

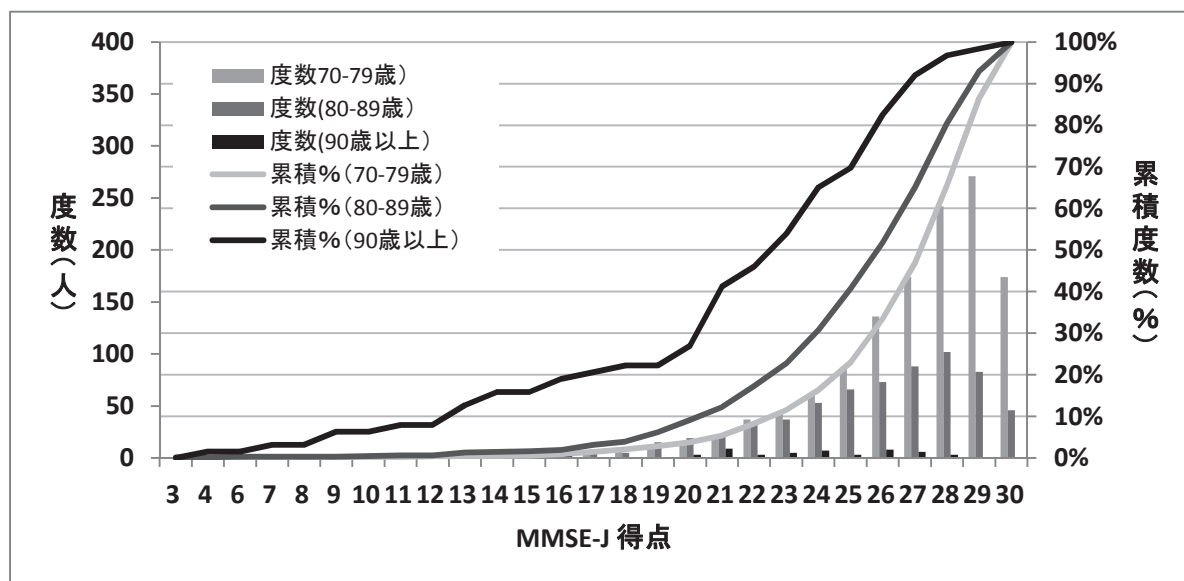


図 4-3-4 二次調査(全体)の MMSE-J の年齢3階級別の得点分布

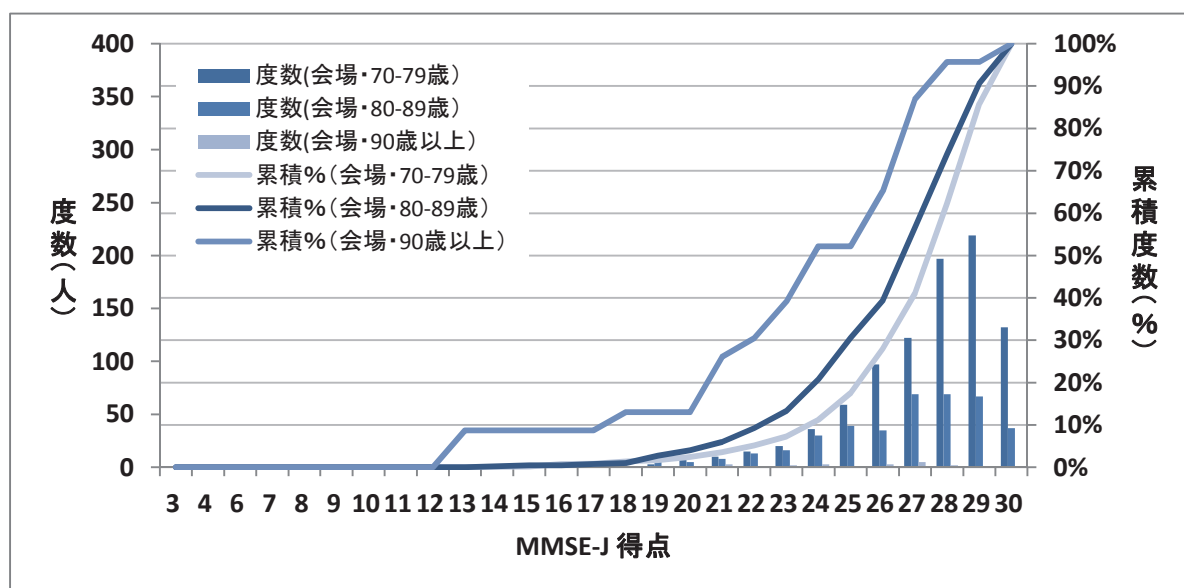


図 4-3-5 二次調査(会場)の MMSE-J の年齢3階級別の得点分布

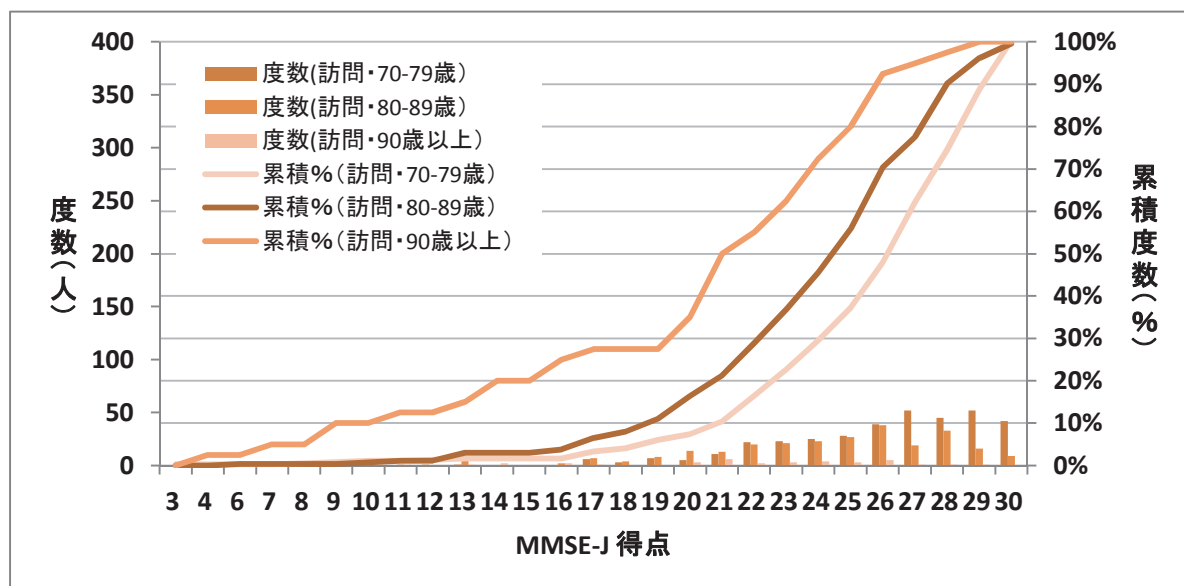


図 4-3-6 二次調査(訪問)の MMSE-J の年齢3階級別の得点分布

(6) MMSE-J の教育年数 3 階級の得点分布

二次調査（全体）の教育年数 3 階級（「9 年以下」「10～12 年」「13 年以上」）別の MMSE-J の得点分布を図 4-3-7 に示す。教育年数が不明だった 70 名を除く 1,950 名の教育年数 3 階級別の平均得点は、「9 年以下」で 24.7 点（標準偏差 4.2 点、範囲 3-30 点）、「10～12 年」で 26.7 点（標準偏差 3.0 点、範囲 12-30 点）、「13 年以上」で 27.0 点（標準偏差 3.0 点、範囲 9-30 点）であった。また中央値は、順に 26 点、27 点、28 点で、最頻値は 27 点、28 点、29 点であった。MMSE-J 得点は、教育年数が「9 年以下」では「10～12 年」と「13 年以上」より低くなり、個人差が広がる傾向にあった。この傾向は、会場調査（図 4-3-8）、訪問調査（図 4-3-9）でも同様であった（表 4-3-2）。

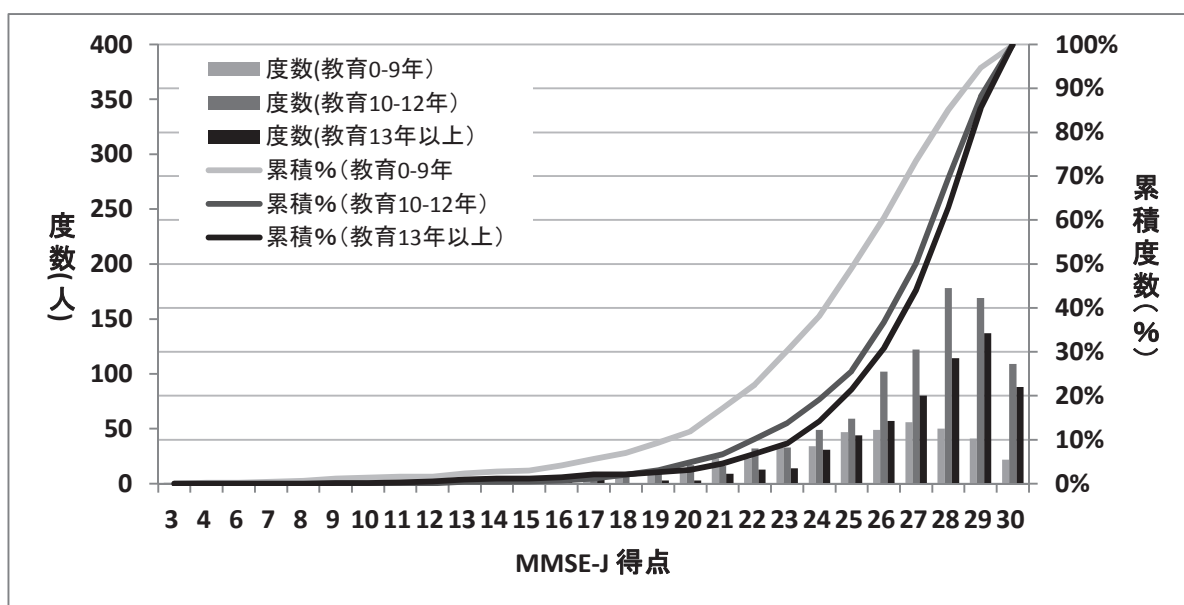


図 4-3-7 二次調査(全体)の MMSE-J の教育年数3階級別の得点分布

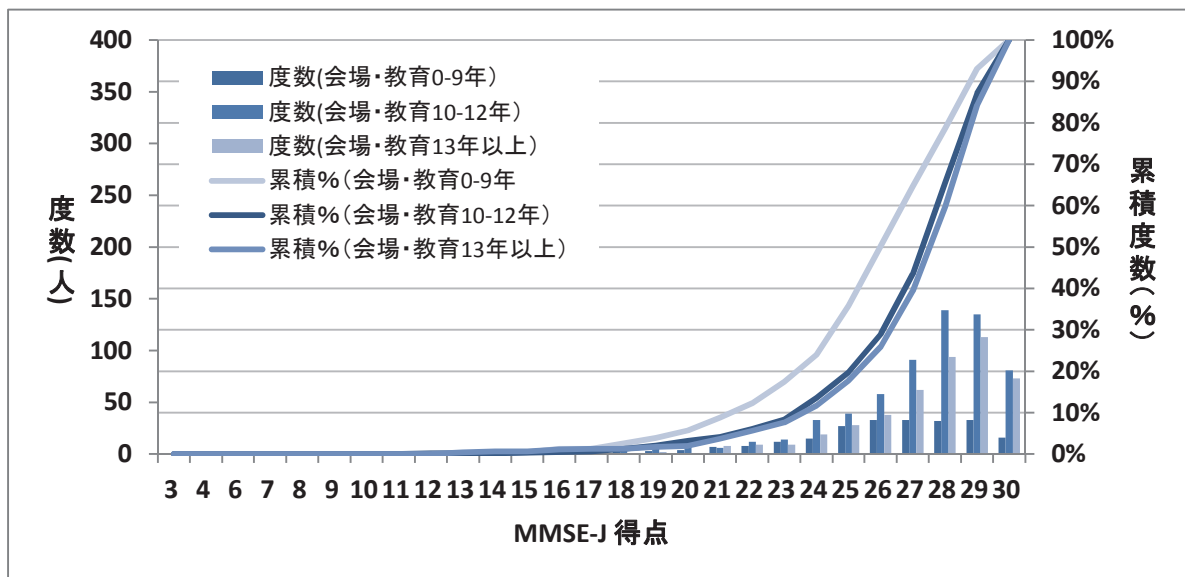


図 4-3-8 二次調査(会場)の MMSE-J の教育年数3階級別の得点分布

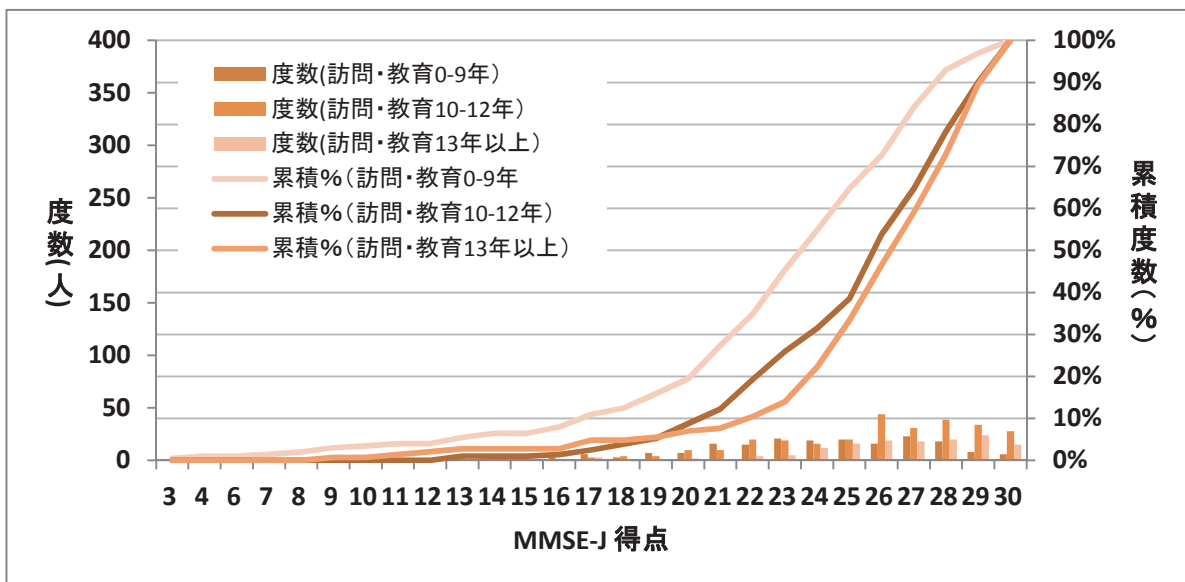


図 4-3-9 二次調査(訪問)の MMSE-J の教育年数3階級別の得点分布

(7) MMSE-J の世帯 3 類型の得点分布

二次調査（全体）の世帯 3 類型（「ひとり暮らし」「夫婦のみ」「他の家族と同居」）別の MMSE-J の得点分布を図 4-3-10 に示す（図では「独居」「夫婦」「他同居」と略記）。世帯類型が不明だった 27 名を除く 1,993 名の世帯 3 類型別の平均得点は、「ひとり暮らし」で 26.3 点（標準偏差 3.3 点、範囲 10-30 点）、「夫婦のみ」で 26.5 点（標準偏差 3.2 点、範囲 3-30 点）、「他の家族と同居」で 25.9 点（標準偏差 3.9 点、範囲 4-30 点）であった。また中央値は、順に 27 点、27 点、27 点で、最頻値は 28 点、29 点、28 点であった。全体で見ると、世帯類型別の MMSE-J 得点に顕著な差は見られなかったが、会場調査（図 4-3-11）と訪問調査（図 4-3-12）を比べると、訪問調査において「夫婦のみ」世帯に比べて「ひとり暮らし」と「他の家族と同居」世帯の得点分布がやや左に偏っていた（表 4-3-2）。

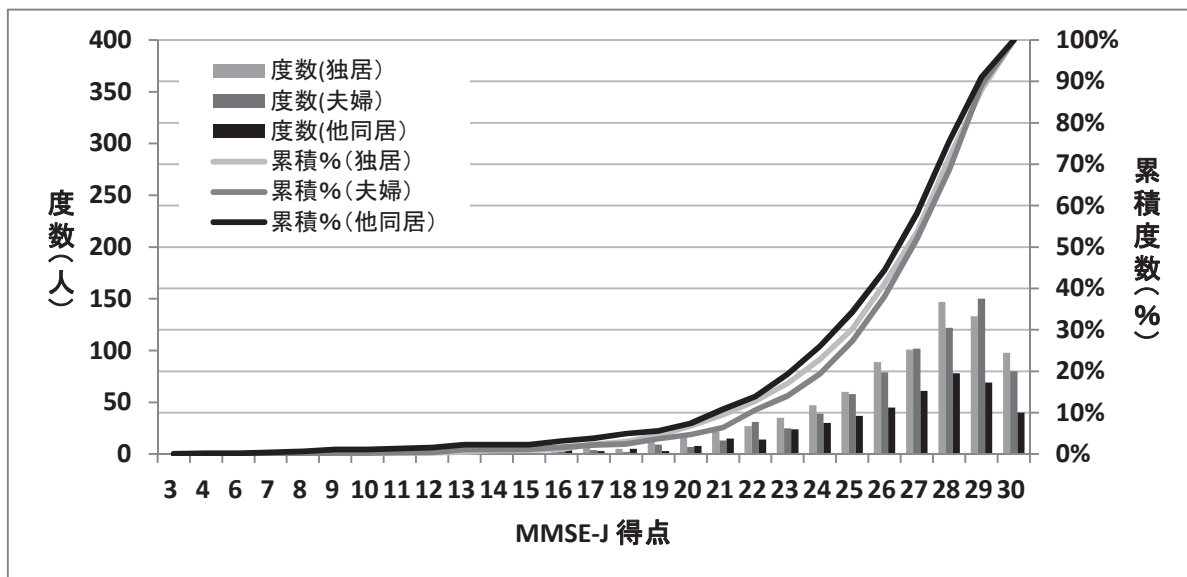


図 4-3-10 二次調査(全体)の MMSE-J の世帯3類型別の得点分布

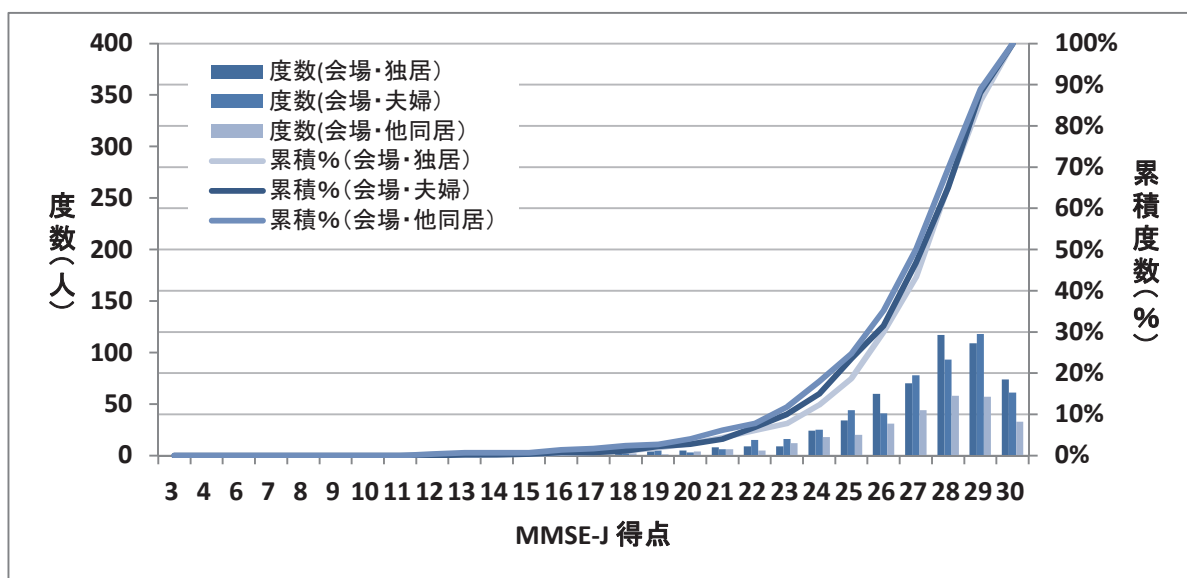


図 4-3-11 二次調査(会場)の MMSE-J の世帯3類型別の得点分布

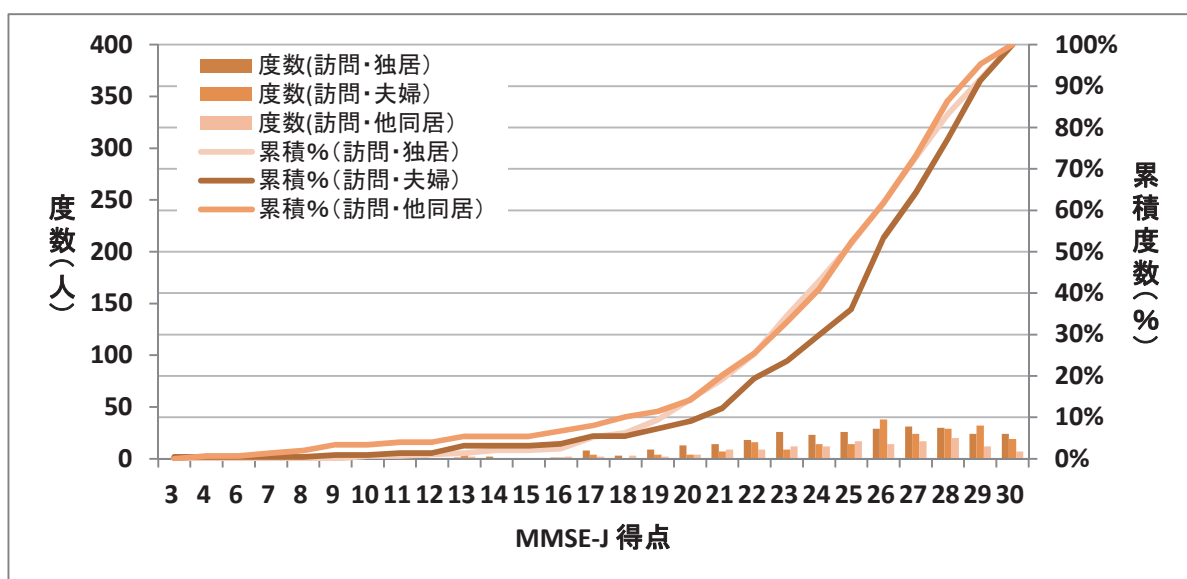


図 4-3-12 二次調査(訪問)の MMSE-J の世帯3類型別の得点分布

(8) 認知機能低下（MMSE-J 23 点以下）高齢者の出現頻度（率）

MMSE-J を用いて認知機能障害や認知症のスクリーニングをする場合、24 点以上を「健常範囲」、23 点以下を「認知機能の低下あり（または認知症の疑いあり）」の目安として利用されることが多い。本調査でも MMSE-J 23 点以下を「認知機能低下高齢者」と定義し、その出現頻度（率）を集計した（表 4-3-2）。

表 4-3-2 を順に見ると、

- ・二次調査（全体）における MMSE-J 有効回答者 2,020 名のうち、「認知機能低下高齢者」は 335 名で出現率は 16.6%であった。
- ・会場調査と訪問調査を比べると、会場調査では 9.6%、訪問調査では 30.7%と、約 3 倍の差が見られた。
- ・男女を比べると、全体では男性が 17.3%、女性が 16.1%で性差は見られなかったが、会場調査と訪問調査別に見ると男女の出現率は逆転し、会場調査では男性 11.2%、女性 8.6%であったのに対し、訪問調査では男性 29.9%、女性 31.2%であった。
- ・年齢 3 階級を比べると、全体では、「70～79 歳」が 11.6%、「80～89 歳」が 22.8%、「90 歳以上」が 54.0%であり、年齢階級が上がるほど「認知機能低下高齢者」の出現率が増加した。このような傾向は、会場調査、訪問調査に関わらず認められ、特に訪問調査における「90 歳以上」では 62.5%が該当した。
- ・教育年数 3 階級を比べると、全体では、「9 年以下」が 30.5%、「10-12 年」が 13.8%、「13 年以上」が 9.1%であり、教育年数階級が高くなるほど「認知機能低下高齢者」の出現率が減少した。このような傾向は会場調査、訪問調査に関わらず認められ、特に訪問調査における「9 年以下」では 45.3%が該当した。
- ・世帯 3 類型を比べると、全体では、「ひとり暮らし（単独）」が 17.1%、「夫婦のみ（夫婦）」が 14.1%、「他の家族と同居（他同居）」が 19.3%であり、世帯 3 類型の差はそれほど大きくなかった。しかし、会場調査と訪問調査を比べると、「認知機能低下高齢者」の出現率は、会場調査では、順に 7.8%、10.0%、11.8%で「ひとり暮らし（単独）」世帯の出現率が低かったのに対し、訪問調査では、順に 34.4%、23.4%、34.0%と、「夫婦のみ（夫婦）」世帯の出現率が低かった。

第4項 考察

東京都板橋区の高島平地区に暮らす 70 歳以上高齢者を対象に、会場調査と訪問調査の 2 種の調査方法を用いて、高齢者の認知機能評価尺度である MMSE の日本語版（MMSE-J）を実施した。地区全体の対象者 7,614 名のうち、2,053 名（会場 1,360 名、訪問 693 名）が二次調査に参加し（参加率 27.0%）、2,020 名（会場 1,352 名、訪問 668 名）から MMSE-J の有効回答を得た（全対象者の 26.5%、参加者の 98.4%）。

MMSE-J 得点の 23 点以下を「認知機能低下高齢者」と定義して、その出現率を集計したところ、全体では 16.6%、会場調査と訪問調査別では 9.6%と 30.7%となり、調査方法によって大きな差が見られた。全体の出現率である 16.6%は、われわれが平成 25 年（2013 年）に町田市で行った訪問調査（70 歳以上 993 名）における出現率の 13.1%と近い値であった。しかし今回、会場調査を主に、訪問調査を副次的に案内する方法で調査すると、「認知機能低下高齢者」の出現率は大きく異なり、より健康度の高い高齢者は会場調査に参加しやすく、より健康度の低い高齢者は会場調査には参加しにくいことが示された。特に、訪問調査における「90 歳以上」の高齢者では 62.5%、「認知機能低下高齢者」の出現率が高く、「80-89 歳」でも 37.3%、また教育年数「9 年以下」では 45.3%、さらに「単独」世帯 34.5%、「他と同居」世帯 32.9%と 3 割を超える出現率が訪問調査において観察された。地域在住高齢者の生活支援を考える上で重要な資料と思われる。

表 4-3-2 MMSE-J 得点の統計量と認知機能低下高齢者(23 点以下)の出現率

—会場と訪問・性別・年齢3階級・教育年数3階級・世帯類型別の比較

調査法	分類	有効回答者 (人)	2020人 に対する割合 (%)	有効回答者				MMSE-J(得点)					
				平均年齢	平均教育 年数	中央 値	最頻 値	平均 値	標準 偏差	最小 値	最大 値	23点以下 (人)	23点以下 (%)
◆全体													
全体		2,020	100%	78.0	12.3	27	29	26.3	3.5	3	30	335	16.6%
◆会場調査と訪問調査													
会場		1,352	67%	77.3	12.6	28	29	27.0	2.7	12	30	130	9.6%
訪問		668	33%	79.3	11.6	26	26	24.8	4.3	3	30	205	30.7%
◆性別													
全体	男性	809	40%	77.7	13.0	27	28	26.1	3.5	3	30	140	17.3%
	女性	1,211	60%	78.1	11.8	27	29	26.4	3.4	4	30	195	16.1%
会場	男性	545	27%	77.2	13.4	28	29	26.8	2.8	13	30	61	11.2%
	女性	807	40%	77.3	12.1	28	29	27.2	2.6	12	30	69	8.6%
訪問	男性	264	13%	78.6	12.2	26	26	24.8	4.3	3	30	79	29.9%
	女性	404	20%	79.8	11.2	26	28	24.8	4.3	4	30	126	31.2%
◆年齢3階級別													
全体	70-79歳	1,295	64%	74.7	12.4	28	29	26.9	2.9	8	30	150	11.6%
	80-89歳	662	33%	83.0	12.1	26	28	25.5	3.6	3	30	151	22.8%
	90歳以上	63	3%	91.8	10.9	23	21	21.6	5.8	4	30	34	54.0%
会場	70-79歳	930	46%	74.6	12.6	28	29	27.3	2.5	12	30	68	7.3%
	80-89歳	399	20%	82.7	12.7	27	27b	26.5	2.8	14	30	53	13.3%
	90歳以上	23	1%	91.1	11.3	24	27	23.7	4.4	13	30	9	39.1%
訪問	70-79歳	365	18%	74.8	11.9	27	27b	25.8	3.6	8	30	82	22.5%
	80-89歳	263	13%	83.5	11.3	25	26	24.1	4.2	3	30	98	37.3%
	90歳以上	40	2%	92.2	10.6	21.5	21	20.4	6.1	4	29	25	62.5%
◆教育年数3階級別													
全体	9年以下	430	21%	79.0	8.7	26	27	24.7	4.2	3	30	131	30.5%
	10-12年	914	45%	77.5	11.8	27	28	26.7	3.0	12	30	126	13.8%
	13年以上	606	30%	77.6	15.6	28	29	27.0	3.0	9	30	55	9.1%
	(無回答)	70	3%										
会場	9年以下	229	11%	78.0	8.8	26	26b	26.0	3.0	15	30	40	17.5%
	10-12年	628	31%	77.0	11.8	28	28	27.1	2.6	12	30	52	8.3%
	13年以上	462	23%	77.3	15.6	28	29	27.4	2.6	13	30	35	7.6%
	(無回答)												
訪問	9年以下	201	10%	80.2	8.6	24	27	23.2	4.9	3	30	91	45.3%
	10-12年	286	14%	78.7	11.7	26	26	25.6	3.4	13	30	74	25.9%
	13年以上	144	7%	78.5	15.6	27	29	26.1	3.7	9	30	20	13.9%
	(無回答)												
◆世帯3類型別													
全体	単独	814	40%	78.7	12.0	27	28	26.3	3.3	10	30	139	17.1%
	夫婦	733	36%	77.1	12.7	27	29	26.5	3.2	3	30	103	14.1%
	他同居	446	22%	77.9	12.2	27	28	25.9	3.9	4	30	86	19.3%
	(無回答)	27	1%										
会場	単独	529	26%	78.0	12.4	28	28	27.2	2.6	14	30	41	7.8%
	夫婦	511	25%	76.8	12.9	28	29	27.0	2.7	13	30	51	10.0%
	他同居	296	15%	77.0	12.6	27.5	28	26.7	2.9	12	30	35	11.8%
	(無回答)												
訪問	単独	285	14%	80.1	11.4	25	27	24.7	3.9	10	30	98	34.4%
	夫婦	222	11%	77.8	12.1	26	26	25.5	4.1	3	30	52	23.4%
	他同居	150	7%	79.7	11.3	25	28	24.2	4.8	4	30	51	34.0%
	(無回答)												

第4節 調査結果(2) TMT-A, B の分布

第1項 目的

大都市に暮らす高齢者の認知機能の実態を調べることを目的に、注意・遂行機能を測定する神経心理学検査として知られる TMT (Trail Making Test) の日本語版 (販売なし) を実施した。TMT は、定められた順序通りに鉛筆で線を結んでいく検査であり、TMT-A (A 版: 数字) と TMT-B (B 版: 数字とひらがな) の 2 種がある。いずれも完遂までの所要時間とエラー数を測定する。二次調査では、1 次調査 (アンケート調査) の回答者に対し、最初に会場調査に案内し、次に訪問調査を案内して参加者を募った。全体の分析に加えて、2 種の調査方法、および性別、年齢、教育年数、世帯類型、MMSE-J 得点の差についても比較する。

第2項 方法

(1) 対象

全対象者 7,614 名のうち、TMT に参加したのは 1,966 名 (会場 1,298 名、訪問 668 名) で、参加率は 25.8% (会場 17.0%、訪問 8.8%) であった。1,966 名の内訳は、女性が 59.9% (会場 59.6%、訪問 60.3%) で、平均年齢が 77.9 ± 5.3 歳 (70-99 歳)、平均教育年数が 12.3 ± 2.8 年 (3-29 年) であった (表 4-4-1)。このうち、TMT-A を完全に実施することができたのは、1,904 名 (会場 1,281 名、訪問 623 名) で、全対象者の 25.0%、TMT 参加者の 96.8% (会場 98.7%、訪問 93.3%) であった。また、TMT-B を完全に実施することができたのは、1,584 名 (会場 1,137 名、訪問 447 名) で、全対象者の 20.8%、二次調査 TMT 参加者の 80.6% (会場 87.6%、訪問 66.9%) であった。以下では、TMT-A の 1,904 名と TMT-B の 1,584 名を有効回答者として集計する。

表 4-4-1 二次調査における TMT の実施状況と有効回答者

調査法	参加者	男性/女性	女性率	平均年齢	標準偏差	年齢範囲	平均教育年数	標準偏差	教育年数範囲	有効回答者		有効回答率	
										TMT-A	TMT-B	TMT-A	TMT-B
全体	1,966	789/1177	59.9%	77.9	5.3	70-99歳	12.3	2.8	3-29年	1,904	1,584	96.8%	80.6%
会場	1,298	524/774	59.6%	77.3	4.9	70-96歳	12.6	2.7	3-27年	1,281	1,137	98.7%	87.6%
訪問	668	265/403	60.3%	79.2	5.9	70-99歳	11.6	2.8	5-29年	623	447	93.3%	66.9%

(2) 検査者

TMT の実施は、検査法の訓練を受けた専門調査員 (看護師または心理士) が行った。会場調査では 43 名が、訪問調査では会場調査経験者のうち 23 名が検査を担当した。

専門調査員は、事前に講義と実習を含む 2 日間の研修を受け、担当初日の午前中に復習研修を受けてから検査に臨んだ。また調査中は、二次調査の会場または調査拠点での検票 (調査用紙の記入もれや記録の見直し) や日々の点呼、事例集にてフォローアップ研修を行い、検査法の習熟と適正な実施法の維持に努めた。

(3) 検査法

会場調査では、検査会場に 3 か所の TMT 検査専用ブース (旧児童館の図書室の半分をさらに衝立で 3 ブースに区切ったもの。半分は検票で使用) を設置し、専門調査員が参加者と対面で TMT を実施した。最初に TMT-A を実施し、続いて TMT-B を実施した。いずれも練習試行を行って課題が理解できた場合に本試行を行った。TMT-A が実施できなかった場合は、TMT-B は実施しなかった。TMT-A と TMT-B の本試行中に遂行エラーがみられた際にはエラーを指摘し、エラー生起前の地点からやり直しを求めた。エラーを含む遂

行時間を秒単位で計測した。制限時間は TMT-A で 4 分（240 秒）、TMT-B で 5 分（300 秒）とした。本試行中は課題に集中できるよう、両隣の専門調査員で教示が重ならないよう検査の進行を調整した。また、聴力低下のある対象者等に関しては、これとは別の個室ブースにて TMT を実施した。

訪問調査では、専門調査員（看護師）が一般調査員とペアで各戸を訪問し、調査票にしたがって血圧測定、既往歴、服薬状況、DASC-21、MMSE-J を実施した後で TMT を実施した。訪問調査では、ひとりの専門調査員がすべての面接調査・検査を行うため、訪問に先立ち、訪問調査のための講義と実習を含む 2 日間の研修を再度受け、担当初日の午前中に復習研修を受けてから調査に臨んだ。訪問先によって、机が使用できない場合は、検査板を用いて実施し、その旨を記録してもらった。

(4) 採点法

TMT の採点は、以下の手順で行った。最初に、検査を実施した専門調査員が TMT の実施状況、遂行時間（秒）、対象者のエラー数をその場で記録した。次に、会場または調査拠点において、心理士が記録を検票した。さらに、研究所にて別の心理士が記録を再検票し、電子化されたデータと照合して、最終的な TMT データベースを完成させた。

第3項 結果

(1) TMT の検査所要時間

TMT 全体の検査所要時間を分単位で計測した。ひとりあたりの平均所要時間（注）は、全体で 9.2 分（標準偏差 3.4 分、範囲 2-46 分）、会場調査で 8.9 分（標準偏差 3.0 分、範囲 2-25 分）、訪問調査で 10.0 分（標準偏差 4.0 分、範囲 2-46 分）であった。（注：TMT-A のみで終了した対象者も含む）

(2) TMT の有効回答率と遂行エラー

TMT の参加者 1,966 名のうち、有効回答者は TMT-A が 1,904 名（97%）、TMT-B が 1,584 名（81%）で、TMT-B の方が課題の達成率が低く、難易度が高かった。

TMT-A と TMT-B の遂行エラーの出現率を、全体および各属性の比較群別に、図 4-4-1 と図 4-4-2 に示した。エラー出現率は、TMT-A（図 4-4-1）では、比較群によって多少の差はあるものの、ほぼ 9 割がエラーなし（0 回）であったのに対し、TMT-B（図 4-4-2）では約 5 割にとどまり、年齢階級「90 歳以上」（35%）と「MMSE-J23 点以下群」（40%）では 4 割以下となった（表 4-4-2 参照；本節の最後）。

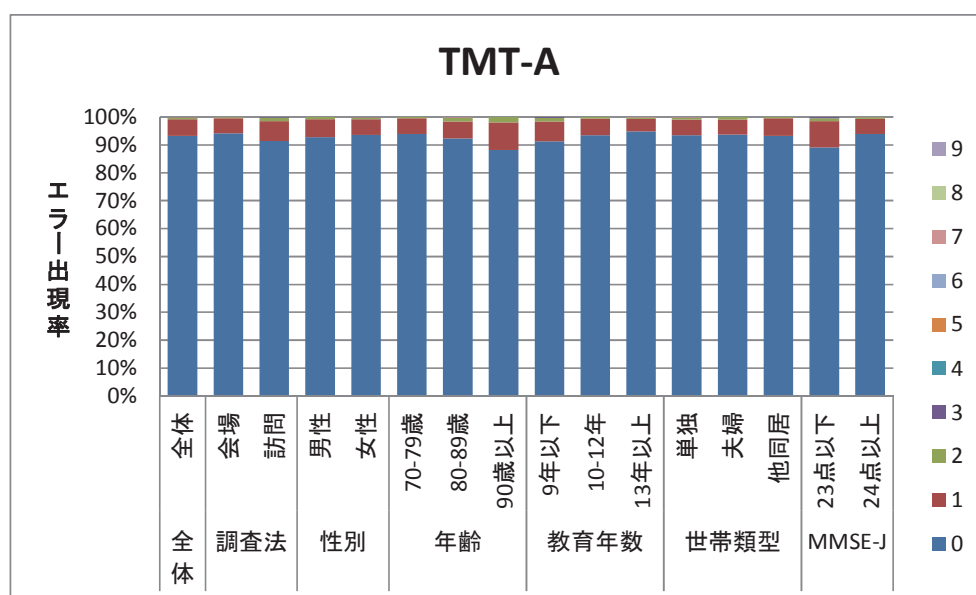


図 4-4-1 エラー数の出現率(TMT-A: 有効回答 1,904 名)

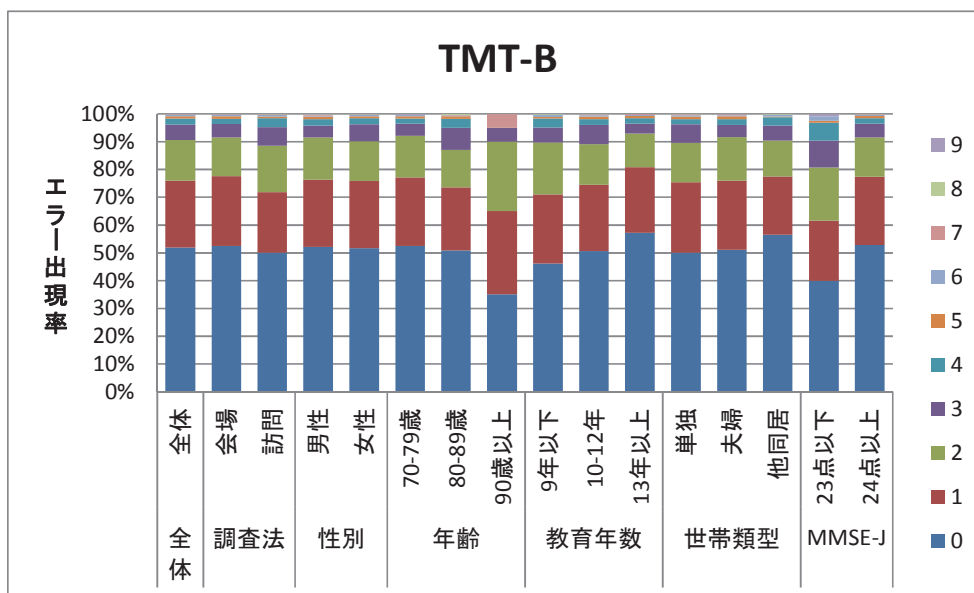


図 4-4-2 エラー数の出現率(TMT-B:有効回答 1,584 名)

(3) TMT の遂行時間の分布（全体）

次に、TMT の主要な検査指標である遂行時間について検討する。TMT-A と TMT-B の各々の有効回答者全体の遂行時間（秒）の分布を図 4-4-3 と図 4-4-6 に示した。軸の目盛は自動調整で描かれている（以下も同様）。両図とも、図の左側（速い秒）に度数の頂点があり、右側（遅い秒）に裾野が長く延びて個人差が大きかった。横軸は TMT-A が 165 秒（制限時間 240 秒）、TMT-B が 275 秒（制限時間 300 秒）で、TMT-B の方がより右側（遅い秒）に分布し、頂点もなだらかだった。遂行時間の平均値は、TMT-A が 52.7 秒（標準偏差 25.7 秒、範囲 13-235 秒）、TMT-B が 137.4 秒（標準偏差 53.4 秒、範囲 39-298 秒）であり、中央値は TMT-A が 46 秒、TMT-B が 127 秒で、TMT-B の遂行時間は TMT-A の 2~3 倍であった（表 4-4-2）。

(4) TMT における会場調査と訪問調査の比較

会場調査と訪問調査別の有効回答者数は、TMT-A が 1,281 名（99%）と 623 名（93%）であり、TMT-B が 1,137 名（88%）と 447 名（67%）であった（表 4-4-2）。

TMT-A と TMT-B の遂行時間（秒）の分布について、会場調査（図 4-4-4 と図 4-4-7）と訪問調査（図 4-4-5 と図 4-4-8）別に図示した。4 つの図とも、図の左側（速い秒）に度数の頂点があり、右側（遅い秒）に裾野が長く延びて個人差が大きい点では、先の全体の分布（図 4-4-3 と図 4-4-6）と似ていた。しかしこの傾向は、会場調査で強く、訪問調査では、全般に遂行時間が長くなり、分布は右側（遅い秒）に伸びてよりなだらかとなった。会場調査と訪問調査における遂行時間の平均値は、TMT-A が 47.9 秒（標準偏差 20.9 秒、範囲 13-235 秒）と 62.5 秒（標準偏差 31.3 秒、範囲 20-229 秒）であり、TMT-B が 131.0 秒（標準偏差 50.0 秒、範囲 44-297 秒）と 153.7 秒（標準偏差 58.2 秒、範囲 39-298 秒）であった。また、中央値は TMT-A が 43 秒と 53 秒で、TMT-B が 120 秒と 140 秒であった（表 4-4-2）。

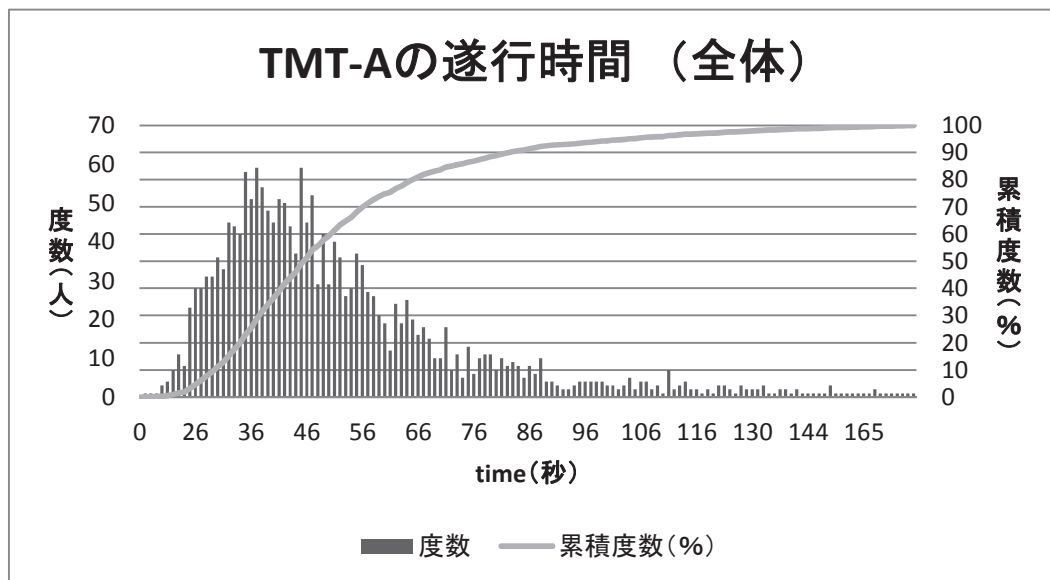


図 4-4-3 TMT-A の遂行時間の分布(全体 1,904 名)

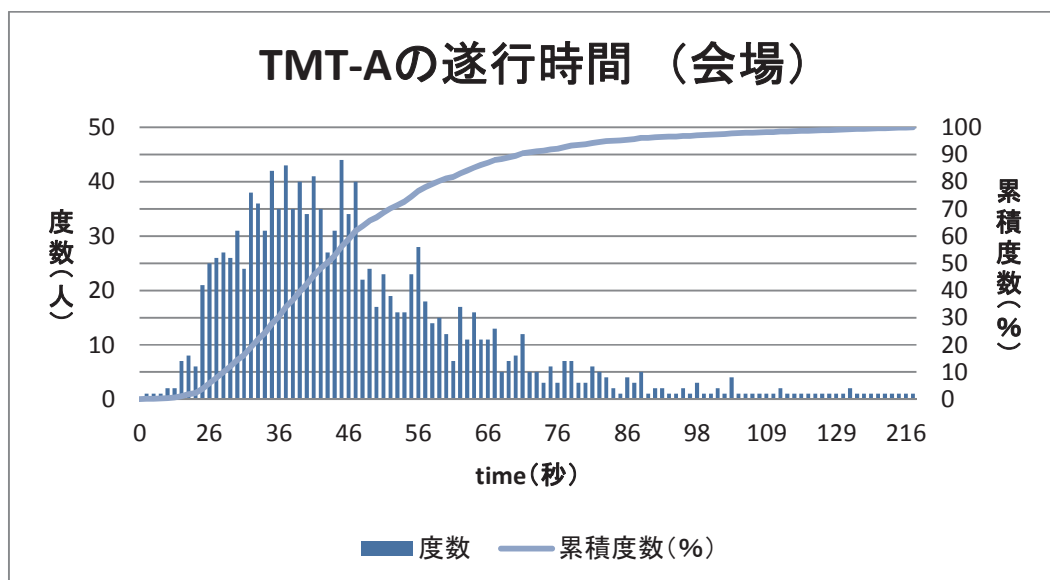


図 4-4-4 TMT-A の遂行時間の分布(会場 1,281 名)

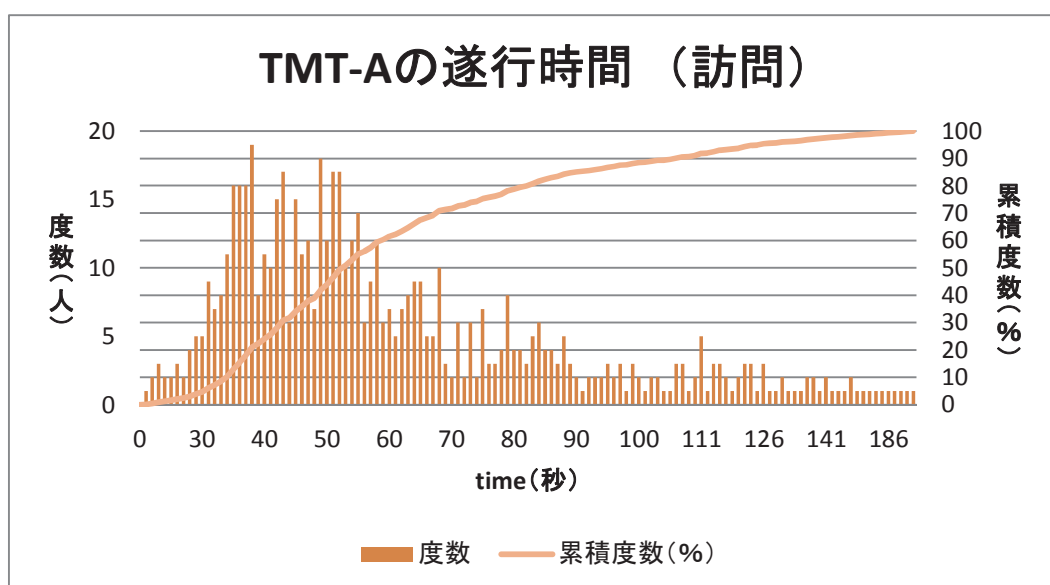


図 4-4-5 TMT-A の遂行時間の分布(訪問 623 名)

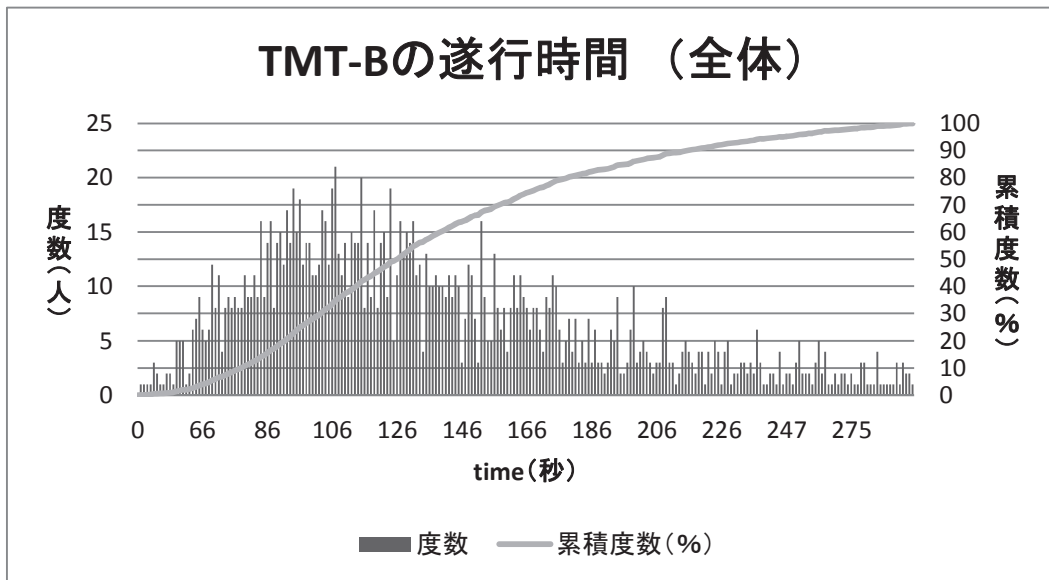


図 4-4-6 TMT-B の遂行時間の分布(全体 1,584 名)

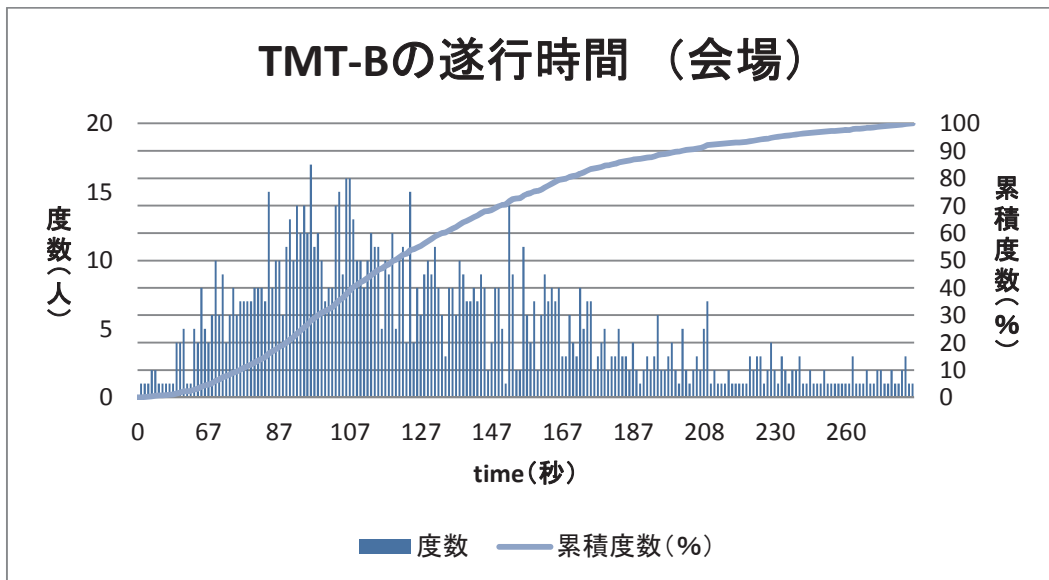


図 4-4-7 TMT-B の遂行時間の分布(会場 1,137 名)

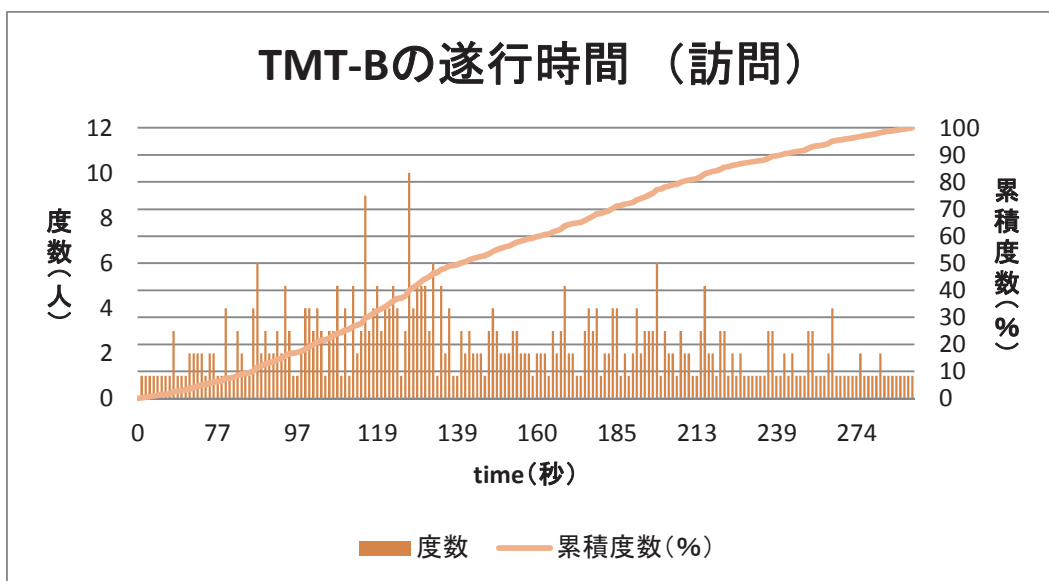


図 4-4-8 TMT-B の遂行時間の分布(訪問 447 名)

(5) TMT における性別、年齢、教育年数、世帯類型、MMSE-J 得点の影響

ここでは性別、年齢、教育年数、世帯類型、MMSE-J 得点の 5 項目について、TMT の遂行に与える個人の特性（属性）の影響を検討する。

最初に、TMT の有効回答率に与える属性の影響を検討する。有効回答率（表 4-4-2）は、どの属性においても TMT-A に比べて TMT-B の方が低かった。一方、その差は属性によって異なり、TMT-A において有効回答率が 90%を下回っていたのは、年齢「90 歳以上」（82%）と「MMSE-J 23 点以下群」（88%）であった。また、TMT-B において有効回答率が 80%を下回っていたのは、「訪問調査」（67%）と、年齢の「80-89 歳」（71%）と「90 歳以上」（32%）、教育年数の「9 年以下」（69%）、世帯類型の「他の家族と同居」（77%）、「MMSE-J 23 点以下群」（39%）であった。とりわけ「90 歳以上」と「MMSE-J 23 点以下群」では有効回答率が 40%を下回り、TMT-B の実施が困難であった。

次に、TMT の遂行時間に与える属性の影響を検討する。TMT の遂行時間は、これまで見たように、最小値に近い側に度数の頂点があり、制限時間の遅い方に向かって裾野が広がり、必ずしも正規分布を示さない。そこで以下では、中央値（表 4-4-2）を代表値として、各属性の影響を比較した。

図 4-4-9 と図 4-4-10 に、各属性の比較群別に、TMT-A と TMT-B の遂行時間の中央値を示した。各属性の比較群において差が見られたのは、TMT-A（図 4-4-9）では、調査法（会場 43 秒、訪問 53 秒）と年齢（「70-79 歳」42 秒、「80-89 歳」53.5 秒、「90 歳以上」78 秒）、教育年数（「9 年以下」56 秒、「10～12 年」45 秒、「13 年以上」42 秒）、MMSE-J 得点（「23 点以下群」66.5 秒、「24 点以上群」44 秒）であり、男女と世帯類型には顕著な差が見られなかった。TMT-B（図 4-4-10）でも同様に、調査法（会場 120 秒、訪問 140 秒）と年齢（「70-79 歳」118 秒、「80-89 歳」145 秒、「90 歳以上」171 秒）、教育年数（「9 年以下」153 秒、「10～12 年」123 秒、「13 年以上」115 秒）、MMSE-J 得点（「23 点以下群」183 秒、「24 点以上群」122 秒）に差が見られ、男女と世帯類型には顕著な差が見られなかった。

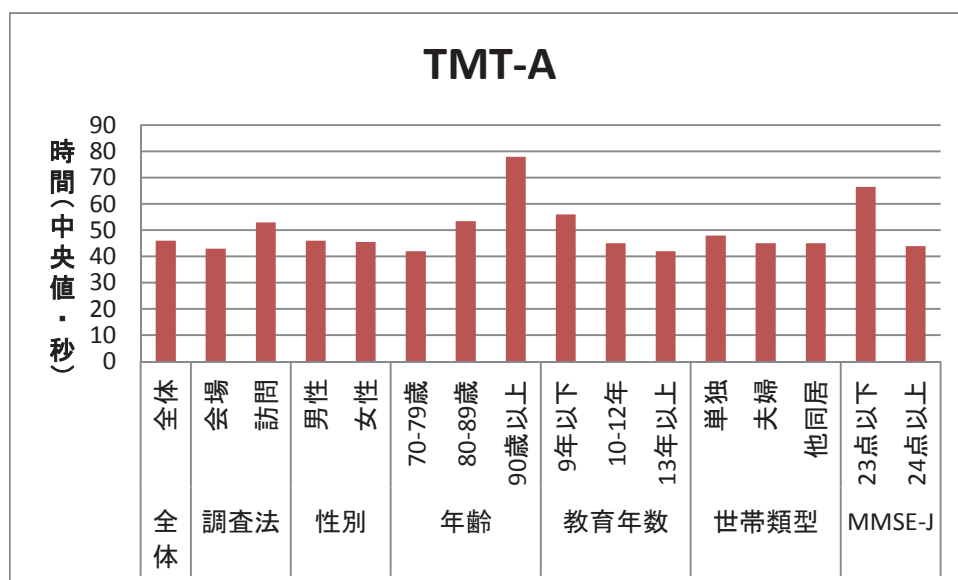


図 4-4-9 TMT-A の遂行時間の中央値の比較

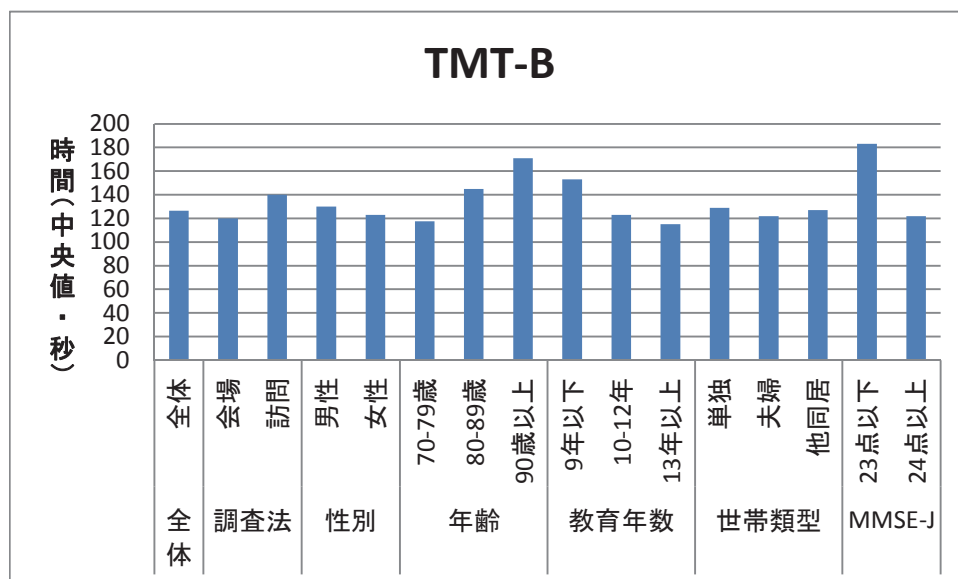


図 4-4-10 TMT-B の遂行時間の中央値の比較

第4項 考察

東京都板橋区の高島平地区に暮らす 70 歳以上高齢者を対象に、会場調査と訪問調査の 2 種の調査方法を用いて、注意・遂行機能の検査である Trail Making Test (TMT) の日本語版（未販売）を実施した。難易度の異なる TMT-A と TMT-B の 2 種を実施したところ、地区全体の対象者 7,614 名のうち、1,966 名（会場 1,298 名、訪問 668 名）が TMT に参加し（参加率 25.8%）、このうち、TMT-A では 1,904 名（会場 1,281 名、訪問 623 名）から有効回答を得て（全対象者の 25%、参加者の 97%で、会場 99%、訪問 93%）、また、TMT-B では 1,584 名（会場 1,137 名、訪問 447 名）から有効回答を得た（全対象者の 21%、参加者の 81%で、会場 88%、訪問 67%）。その結果、TMT-A に比べて TMT-B において、全般に有効回答率が低く（TMT-A 全体で 97%と TMT-B 全体で 81%）、エラー出現率が高く（TMT-A 全体で 6.7%と TMT-B 全体で 48.2%）、遂行時間が長かった（中央値は TMT-A 全体で 46 秒と TMT-B 全体で 127 秒）。

TMT の主要な検査指標である遂行時間の分布を調べたところ、分布は TMT-A と TMT-B のいずれも最小値に近い側に度数の頂点があり、制限時間に向かって遂行時間の裾野が延びて、必ずしも正規分布を示さなかった。このため、中央値を代表値として、調査法（会場調査と訪問調査）および属性（性別、年齢、教育年数、世帯類型、MMSE-J 得点）の影響を検討したところ、会場調査に比べて訪問調査で、年齢が高く、教育年数が低い階級で、MMSE-J 得点が低い群で、各々有効回答率が低く、エラー出現率が高く、遂行時間が長くなる傾向が見られた。とりわけ「90 歳以上」と「MMSE-J 23 点以下群」では TMT-B の有効回答率が 40%を下回り、TMT-B の実施が困難であった。

TMT は加齢変化に鋭敏な検査であり、高齢者の標準資料が望まれていた。本調査において得られた TMT-A と TMT-B の有効回答率やエラー出現率、遂行時間の分布と、それらの年齢や教育年数などの属性別の資料は、今後の臨床や調査研究に有用と思われる。とりわけ、TMT-B のエラー出現率は半数近くに及び、遂行時間の分布は必ずしも正規分布でないことが判明した。今後、TMT の標準値を設定する際には、エラーの出現率と遂行時間の分布を考慮する必要があると示唆される。

表 4-4-2 TMT の有効回答率と遂行時間, エラー数の統計量
 -全体・会場と訪問・年齢3階級・教育年数3階級・世帯3類型・MMSE-J23/24 点群別の比較-

TMT	分類	参加者 (人)	有効回 答者 (人)	有効回 答率 (%)	有効回答者		TMT(時間) 単位:秒					TMT(エラー数)				
					平均 年齢	平均教 育年数	中央 値	平均 値	標準 偏差	最小 値	最大 値	平均 値	最小 値	最大 値	エラー 無(人)	エラー 無(%)
◆全体																
TMT-A	全体	1,966	1,904	97%	77.9	12.3	46	52.7	25.7	13	235	0.08	0	7	1,776	93.3%
TMT-B	全体	1,966	1,584	81%	77.1	12.5	127	137.4	53.4	39	298	0.89	0	9	821	51.8%
◆会場調査と訪問調査																
TMT-A	会場	1,298	1,281	99%	77.3	12.6	43	47.9	20.9	13	235	0.07	0	7	1,207	94.2%
	訪問	668	623	93%	79.0	11.7	53	62.5	31.3	20	229	0.10	0	3	569	91.3%
TMT-B	会場	1,298	1,137	88%	76.9	12.7	120	131.0	50.0	44	297	0.85	0	9	597	52.5%
	訪問	668	447	67%	77.8	12.0	140	153.7	58.2	39	298	0.97	0	8	224	50.1%
◆性別																
TMT-A	男性	789	766	97%	77.7	13.0	46	52.6	24.9	17	216	0.08	0	2	711	92.8%
	女性	1,177	1,138	97%	78.0	11.9	45.5	52.7	26.2	13	235	0.08	0	7	1,065	93.6%
TMT-B	男性	789	646	82%	77.1	13.2	130	140.5	53.0	49	296	0.88	0	9	337	52.2%
	女性	1,177	938	80%	77.2	12.0	123	135.3	53.6	39	298	0.89	0	8	484	51.6%
◆年齢3階級																
TMT-A	70-79歳	1,263	1,233	98%	74.7	12.5	42	47.3	20.8	13	216	0.06	0	2	1,159	94.0%
	80-89歳	641	620	97%	83.0	12.2	53.5	61.0	29.7	21	235	0.10	0	7	572	92.3%
	90歳以上	62	51	82%	91.9	11.1	78	83.2	32.4	31	186	0.14	0	2	45	88.2%
TMT-B	70-79歳	1,263	1,106	88%	74.6	12.6	118	128.7	49.7	39	298	0.84	0	9	581	52.5%
	80-89歳	641	458	71%	82.7	12.5	145	156.6	56.6	44	297	0.97	0	8	233	50.9%
	90歳以上	62	20	32%	91.3	11.7	171	178.5	44.0	128	284	1.30	0	7	7	35.0%
◆教育年数3階級																
TMT-A	9年以下	421	399	95%	78.7	8.7	56	63.0	30.9	22	229	0.11	0	3	364	91.2%
	10-12年	878	858	98%	77.5	11.8	45	50.8	23.4	13	207	0.07	0	2	802	93.5%
	13年以上	597	582	97%	77.6	15.6	42	46.9	21.1	20	235	0.07	0	7	552	94.8%
	(無回答)	70														
TMT-B	9年以下	421	290	69%	77.7	8.8	153	160.2	54.9	44	295	1.01	0	8	134	46.2%
	10-12年	878	736	84%	76.8	11.8	123	135.9	52.0	39	298	0.94	0	9	372	50.5%
	13年以上	597	523	88%	77.1	15.5	115	126.5	50.9	49	297	0.75	0	7	299	57.2%
	(無回答)	70														
◆世帯3類型																
TMT-A	単独	794	775	98%	78.6	12.1	48	54.7	26.5	19	235	0.08	0	7	724	93.4%
	夫婦	713	690	97%	77.0	12.7	45	49.3	22.7	13	216	0.07	0	2	646	93.6%
	他同居	433	414	96%	77.7	12.2	45	54.2	28.1	21	217	0.07	0	2	386	93.2%
	(無回答)	26														
TMT-B	単独	794	633	80%	77.8	12.3	129	141.0	54.8	50	298	0.92	0	8	317	50.1%
	夫婦	713	600	84%	76.6	12.8	122	133.3	51.1	39	297	0.89	0	9	307	51.2%
	他同居	433	333	77%	76.8	12.5	127	137.4	54.3	44	297	0.83	0	8	188	56.5%
	(無回答)	26														
◆MMSE-J 23/24点群																
TMT-A	23点以下	317	278	88%	80.5	11.1	66.5	75.2	35.3	29	229	0.13	0	3	248	89.2%
	24点以上	1,633	1,610	99%	77.4	12.5	44	48.8	21.4	13	235	0.07	0	7	1,513	94.0%
	(無回答)	16														
TMT-B	23点以下	317	125	39%	79.2	11.3	183	188.3	56.0	73	297	1.35	0	9	50	40.0%
	24点以上	1,633	1,445	88%	77.0	12.6	122	133.1	50.9	39	298	0.85	0	8	763	52.8%
	(無回答)	16														

第5節 調査結果(3) 認知機能低下高齢者の出現頻度と生活状況

第1項 目的

高齢者人口の増加に伴い認知症高齢者数が増加している。東京都に暮らす認知症高齢者は 2025 年に約 60 万人（高齢者人口の約 20%）に達するものと推計されており、また大都市部特有の課題として、ひとり暮らし・夫婦のみ・核家族の高齢者世帯の増加が顕著であり、そのことが今後の東京都における認知症施策の大きな課題になっている。

本稿では、以下の 2 点について報告する。ひとつは、高島平スタディにおける MMSE-J 23 点以下で定義される認知機能の低下がある高齢者の出現率に基づき、対象地区全体での出現率を推測する。次に、認知機能低下高齢者の生活実態について報告する。

第2項 方法

本稿の分析には一次調査および二次調査のデータを使用した。調査対象、調査方法、調査項目については、第 I 部第 3 章第 1 節、第 2 節および第 4 章第 1 節、第 2 節に記載されている通りである。

第3項 結果

(1) 認知機能低下高齢者の出現頻度

MMSE-J 23 点以下で定義される認知機能低下高齢者の出現数は、会場調査で MMSE-J を実施した群（会場 MMSE 群）で 130 名、訪問調査で MMSE-J を実施した群（訪問 MMSE 群）で 205 名、計 335 名だった。ただし、MMSE-J が未実施または採点不能だった対象者が存在したため、実施者数のうち 23 点以下だった者の比率から、対象者全体の 23 点以下の対象者を推計した上で、認知機能低下高齢者の出現率の推計値（以下、有症率とする）を計算した（表 4-5-1、表 4-5-2）。

表 4-5-1 会場 MMSE 群における認知機能低下(MMSE-J 23 点以下)高齢者の出現数および有症率

		二次会場群				
		対象者数	MMSE実施 23点以下			
			実数	推計値	有症率	
男性	70-74歳	210	208	14	14.1	6.7%
	75-79歳	163	161	17	17.2	10.6%
	80-84歳	126	125	20	20.2	16.0%
	85-89歳	40	40	5	5.0	12.5%
	90歳以上	11	11	5	5.0	45.5%
	合計	550	545	61	61.6	11.2%
女性	70-74歳	259	257	12	12.1	4.7%
	75-79歳	305	304	25	25.1	8.2%
	80-84歳	179	179	17	17.0	9.5%
	85-89歳	55	55	11	11.0	20.0%
	90歳以上	12	12	4	4.0	33.3%
	合計	810	807	69	69.3	8.6%
合計	70-74歳	469	465	26	26.2	5.6%
	75-79歳	468	465	42	42.3	9.0%
	80-84歳	305	304	37	37.1	12.2%
	85-89歳	95	95	16	16.0	16.8%
	90歳以上	23	23	9	9.0	39.1%
	合計	1360	1352	130	130.8	9.6%

表 4-5-2 訪問 MMSE 群における認知機能低下(MMSE-J 23 点以下)高齢者の出現数および有症率

		二次訪問群			
		対象者数	MMSE実施 23点以下		
			実数	推計値	有症率
男性	70-74歳	69	66	14	14.6
	75-79歳	96	90	26	27.7
	80-84歳	71	70	27	27.4
	85-89歳	30	29	8	8.3
	90歳以上	12	9	4	5.3
	合計	278	264	79	83.2
女性	70-74歳	99	96	13	13.4
	75-79歳	115	113	29	29.5
	80-84歳	103	101	34	34.7
	85-89歳	63	63	29	29.0
	90歳以上	35	31	21	23.7
	合計	415	404	126	129.4
合計	70-74歳	168	162	27	28.0
	75-79歳	211	203	55	57.2
	80-84歳	174	171	61	62.1
	85-89歳	93	92	37	37.4
	90歳以上	47	40	25	29.4
	合計	693	668	205	212.7

上記の結果を考慮し、一次調査（郵送調査）に回答のなかった群（一次無効群）と一次調査には回答があったが二次調査に不参加（MMSE が実施できなかった者を含む）であった群（二次無効群）の性別・年齢階級別の有症率を「訪問 MMSE 群」と等しいと仮定して、各群の認知機能低下高齢者の出現数と有症率を推計した（表 4-5-3）。

表 4-5-3 一次無効群、二次無効群における認知機能低下(MMSE-J 23 点以下)高齢者の出現数および有症率

		一次無効群		二次無効群		合計		
		対象者数	23点以下	対象者数	23点以下	対象者数	23点以下	有症率
			推計値		推計値		推計値	
男性	70-74歳	359	76.2	563	119.4	1201	224.3	18.7%
	75-79歳	256	74.0	497	143.6	1012	262.5	25.9%
	80-84歳	175	67.5	287	110.7	659	225.7	34.3%
	85-89歳	80	22.1	106	29.2	256	64.6	25.2%
	90歳以上	34	15.1	28	12.4	85	37.9	44.6%
	合計	904	270.5	1481	443.2	3213	858.4	26.7%
女性	70-74歳	430	58.2	630	85.3	1418	169.0	11.9%
	75-79歳	313	80.3	598	153.5	1331	288.4	21.7%
	80-84歳	262	88.2	399	134.3	943	274.2	29.1%
	85-89歳	159	73.2	204	93.9	481	207.1	43.1%
	90歳以上	116	78.6	65	44.0	228	150.3	65.9%
	合計	1280	399.2	1896	591.3	4401	1189.2	27.0%
合計	70-74歳	789	131.5	1193	198.8	2619	384.6	14.7%
	75-79歳	569	154.2	1095	296.7	2343	550.3	23.5%
	80-84歳	437	155.9	686	244.7	1602	499.8	31.2%
	85-89歳	239	96.1	310	124.7	737	274.2	37.2%
	90歳以上	150	93.8	93	58.1	313	190.3	60.8%
	合計	2184	670.2	3377	1036.4	7614	2050.0	26.9%

※一次無効群、二次無効群は、二次訪問群と出現率が等しいと仮定して推計

その結果、認知機能低下高齢者数は、「一次無効群」で 670.2、「二次無効群」で 1036.4、「会場 MMSE 群」で 130.8、「訪問 MMSE 群」で 212.7 となり、合計 2050.0、有症率は 26.9%（男 26.7%、女 27.0%）と推計された。また、性別・年齢階級別有症率は、70-74 歳で 14.7%（男 18.7%、女 11.9%）、75-79 歳で 23.5%（男 25.9%、女 21.7%）、80-84 歳で 31.2%（男 34.3%、女 29.1%）、85-89 歳 37.2%（男 25.2%、女 43.1%）、90 歳以上で 60.8%（男 44.6%、女 65.9%）と推計された。

男性では 85 歳以上の年齢階級の標本数が、会場 MMSE 群、訪問 MMSE 群のいずれも 1 桁になっていることから、推計値の信頼性が低くなるため、男女を合わせた年齢階級別の結果のみをグラフ（図 4-5-1）で示した。

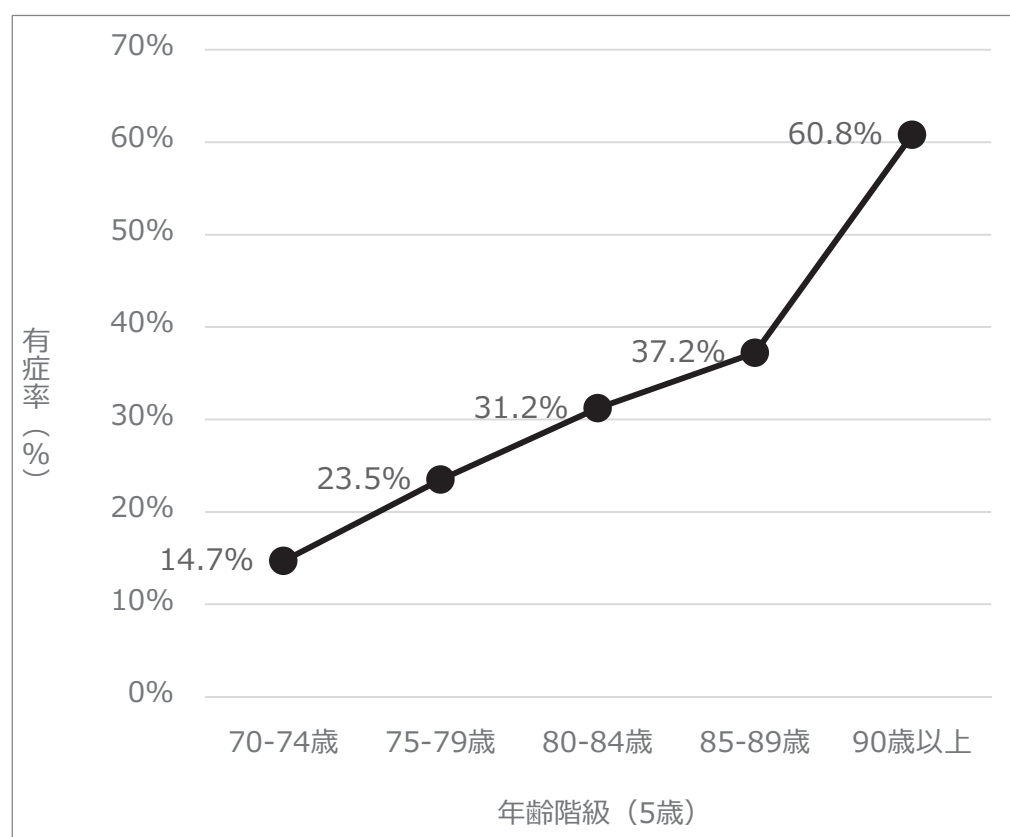


図 4-5-1 認知機能低下高齢者(MMSE-J 23 点以下)の年齢階級別有症率の推計

(2) 認知機能低下高齢者の生活実態

① 自覚的な認知機能低下

「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を用いて、認知機能低下を自覚しているかどうかを検討したところ、認知機能低下あり群（MMSE-J 23 点以下）では、認知機能低下なし群（MMSE-J 24 点以上）に比較して、認知機能低下を自覚する者の割合が高かった（図 4-5-2）。

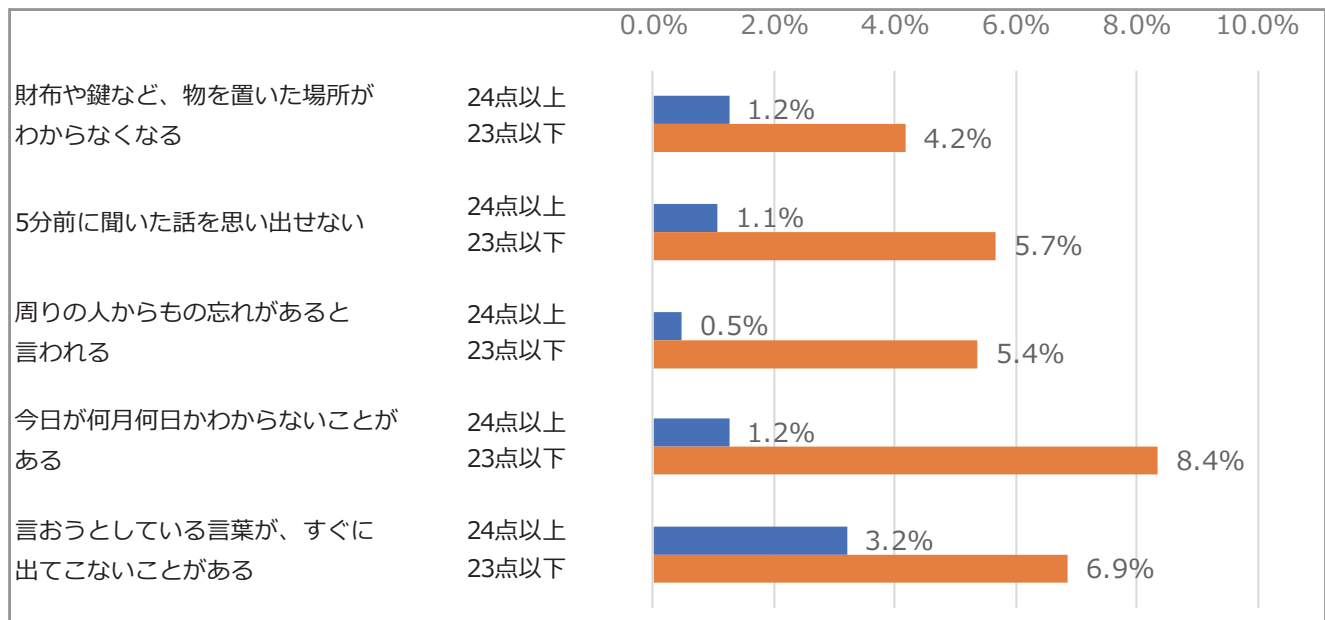


図 4-5-2 自覚的認知機能低下がある人(頻繁に・いつもある)の頻度(%)

② 手段的 ADL の低下

「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を用いて、手段的 ADL の低下について検討したところ、認知機能低下あり群では、認知機能低下なし群よりも、手段的 ADL が低下している者の割合が高かった (図 4-5-3)。

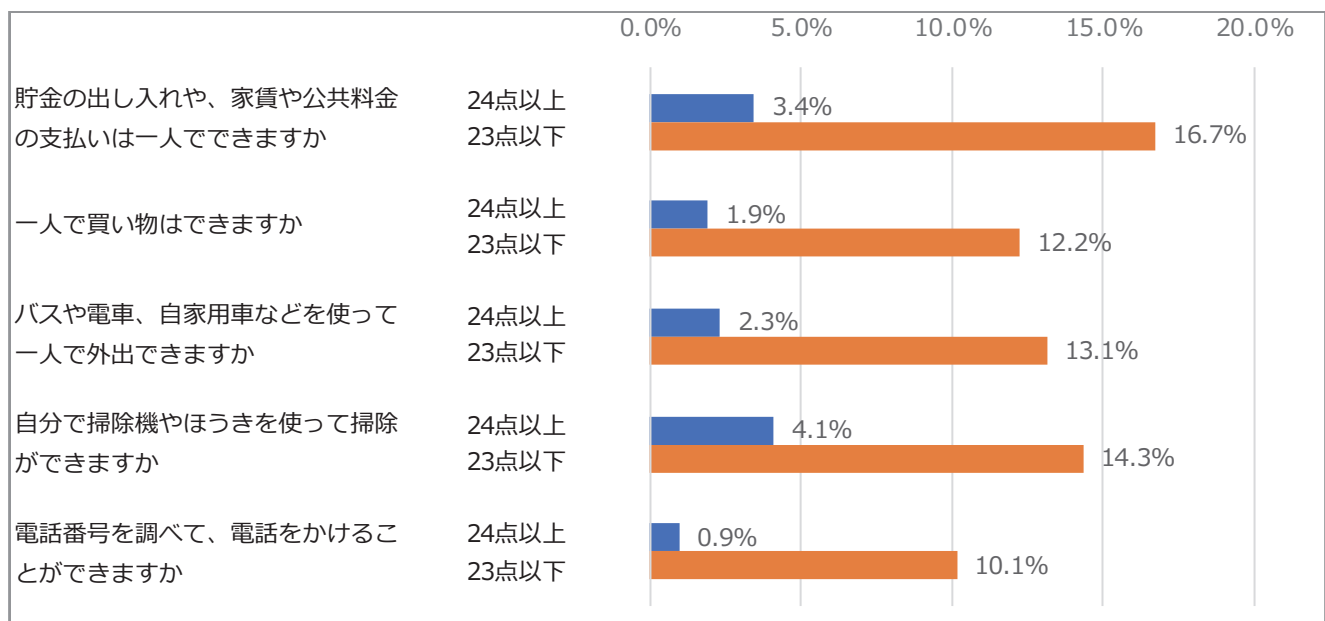


図 4-5-3 手段的 ADL に低下がある人(あまり・まったくできない)の頻度(%)

③ 基本的 ADL 低下

DASC-21 を用いて、基本的 ADL に障害があるかどうかを検討したところ、認知機能低下あり群では、認知機能低下なし群よりも、基本的 ADL に障害のある者の割合が高かった (図 4-5-4)。

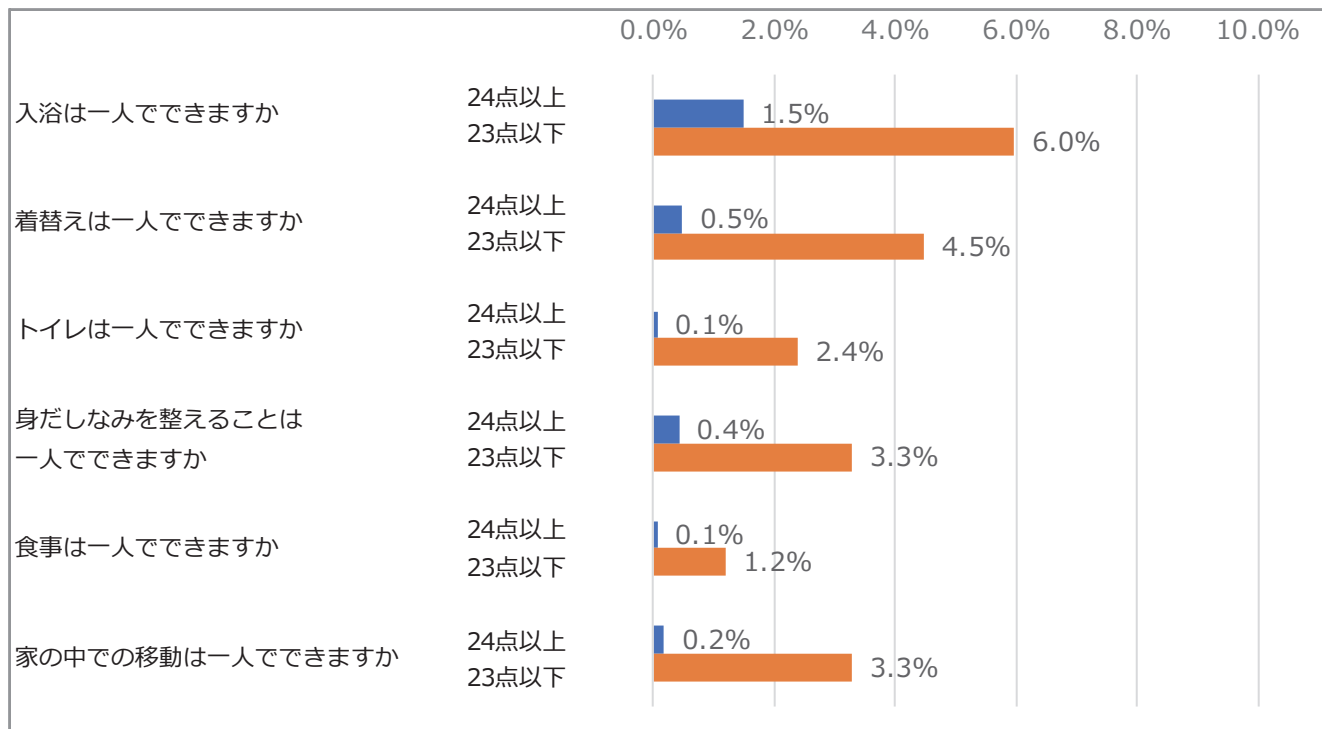


図 4-5-4 基本的 ADL に低下がある人(あまり・まったくできない)の頻度(%)

④ 主観的健康感、聴力、視力

主観的健康感や聴力・視力について、認知機能低下あり群では、認知機能低下なし群よりも、不良であった(図 4-5-5)。

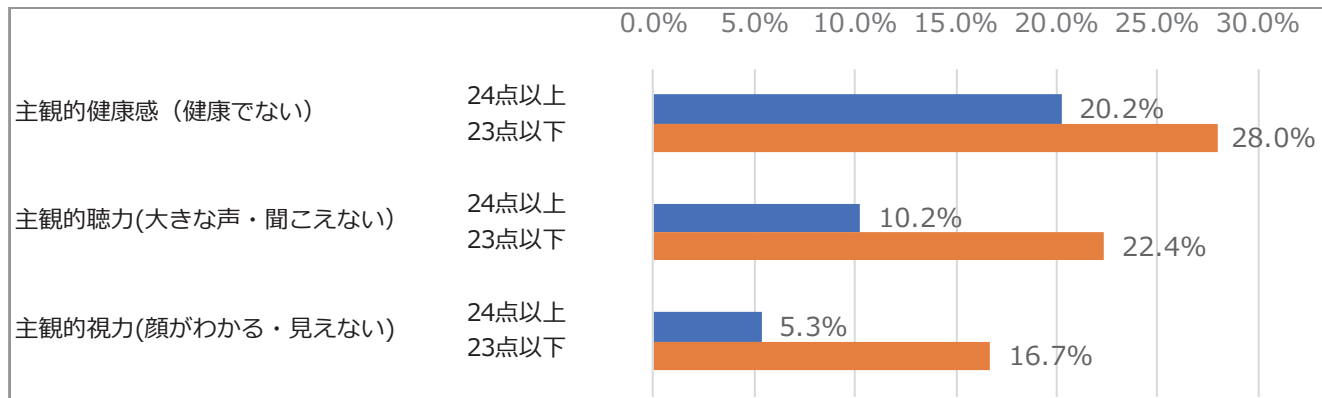


図 4-5-5 主観的な健康感、聴力、視力が不良の人の頻度(%)

⑤ 自力歩行、自由な外出、運動機能低下

「寝たきりまたは車いすを常時使用」、「ベッドや車椅子を離れられるが、歩いては外出できない」などの理由で「自由に歩いて外出できない」高齢者の割合は、認知機能低下なし群では 2.7%であるのに対し、認知機能低下あり群では 12.1%と高くなっていた(図 4-5-6)。運動機能に関して、「階段をのぼる」、「椅子に座った状態から立つ」、「15 分間続けて歩く」については、認知機能低下なし群よりも認知機能低下あり群の方が「できない」者の出現率が高く、認知機能の低下との関連が示された(図 4-5-6)。

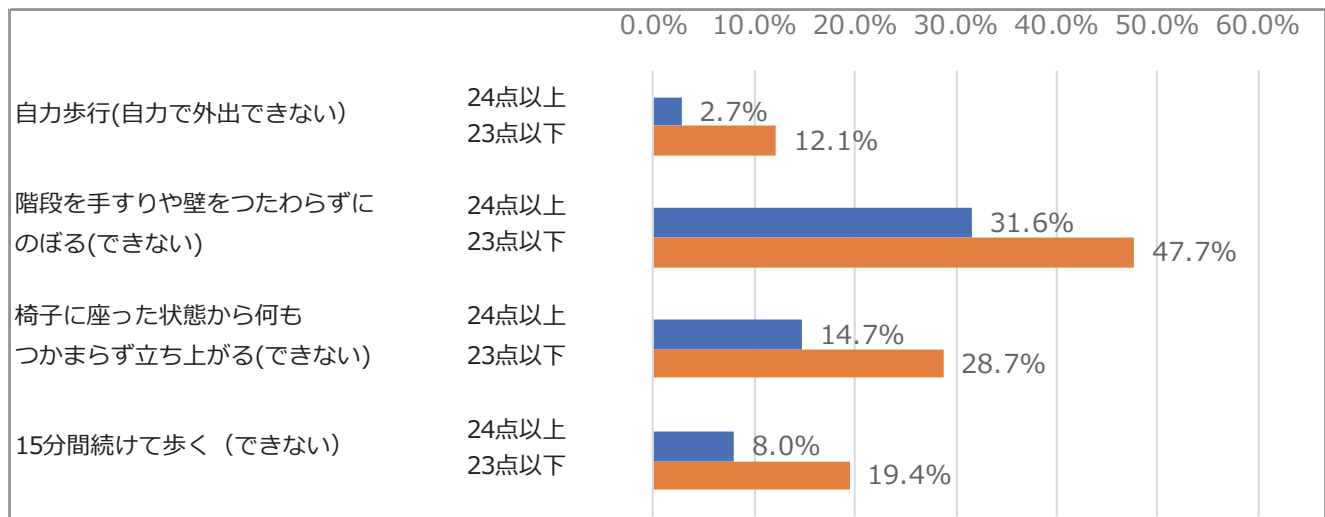


図 4-5-6 自力歩行・運動機能に低下がある人の頻度(%)

⑥ 疾病

疾病との関連では、脳卒中、糖尿病、血液・免疫疾患、うつ病、認知症、パーキンソン病、耳の病気の出現頻度は、認知機能低下あり群の方が認知機能低下なし群よりも高かった (図 4-5-7)。

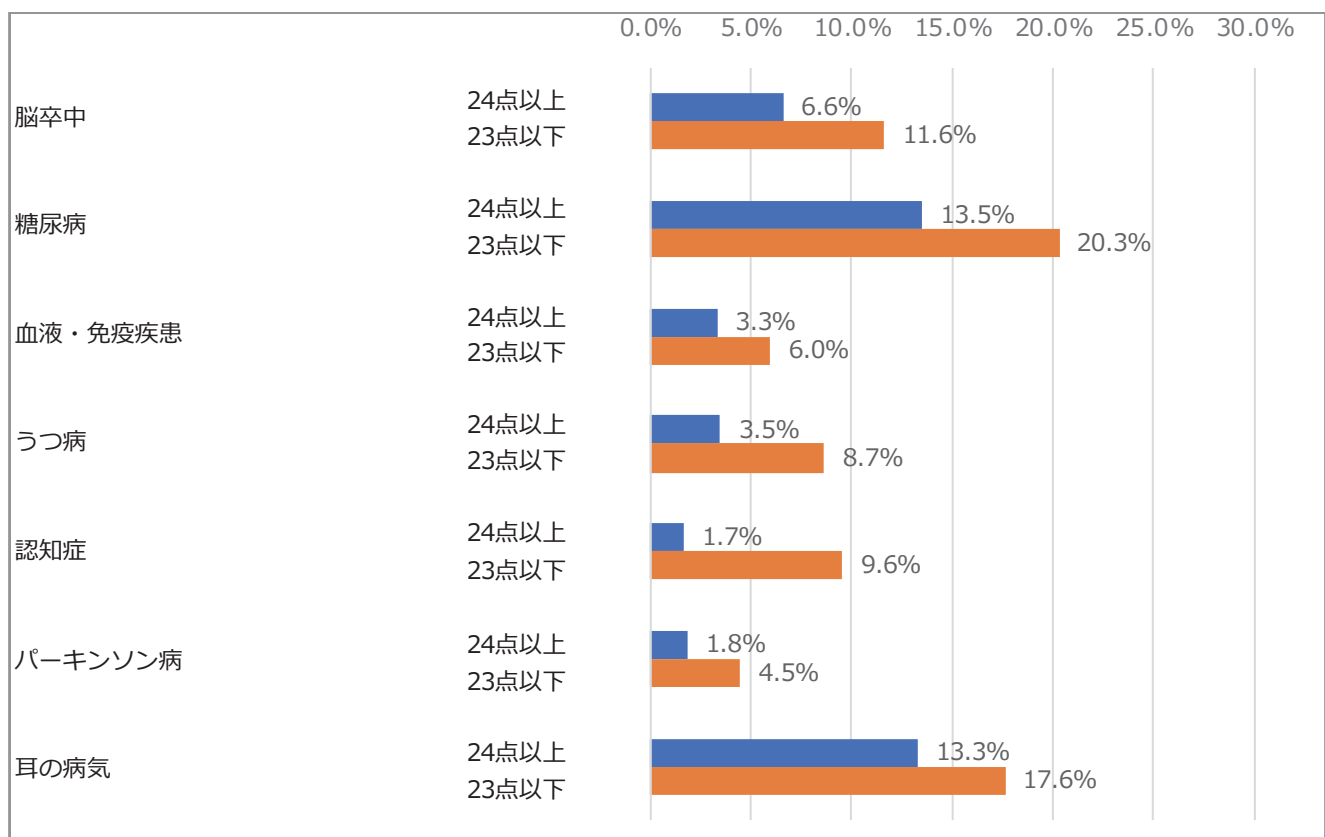


図 4-5-7 疾病の頻度(%)

⑦ 精神的健康

抑うつ症状 (GDS5 点以上) のある者の割合は、認知機能低下あり群で 53.8%、認知機能低下なし群で 34.2% であり、認知機能低下高齢者で抑うつ症状の出現頻度が高かった。

また、S-WHO-5-J の平均得点±標準偏差は、認知機能低下なし群 9.3±3.18 点、認知機能低下あり群 9.0±3.63 点であり、認知機能が低下している高齢者において精神的健康度が低下していた。

⑧ 社会的健康

同居状況を見てみると、約4割がひとり暮らし（認知機能低下あり群 41.8%、認知機能低下なし群 40.1%）だった。特に訪問調査参加者に限ると、23点以下群で 48.3%がひとり暮らしだった。また、認知機能低下あり群では夫婦のみ世帯が少なく（30.7%、認知機能低下なし群は 37.3%）、その他の家族と同居が多かった（24.2%、認知機能低下なし群は 21.0%）。

「社会活動への参加なし」の出現頻度を認知機能低下なし群と認知機能低下あり群で比較したところ、認知機能低下あり群では社会活動に参加していない者が多かった（図 4-5-8）。

友人や近隣の住民との交流、別居家族や親戚との交流については、認知機能低下あり群で「月1回以下／そういう相手がない」と回答する者の割合が高く、社会的交流が少ないことが示された（図 4-5-8）。

ソーシャルサポートは、情緒的サポートの一つである「気を配ったり、思いやったりしてくれる人」が「ない」と回答する人の頻度が、認知機能低下あり群で高くなっていた。

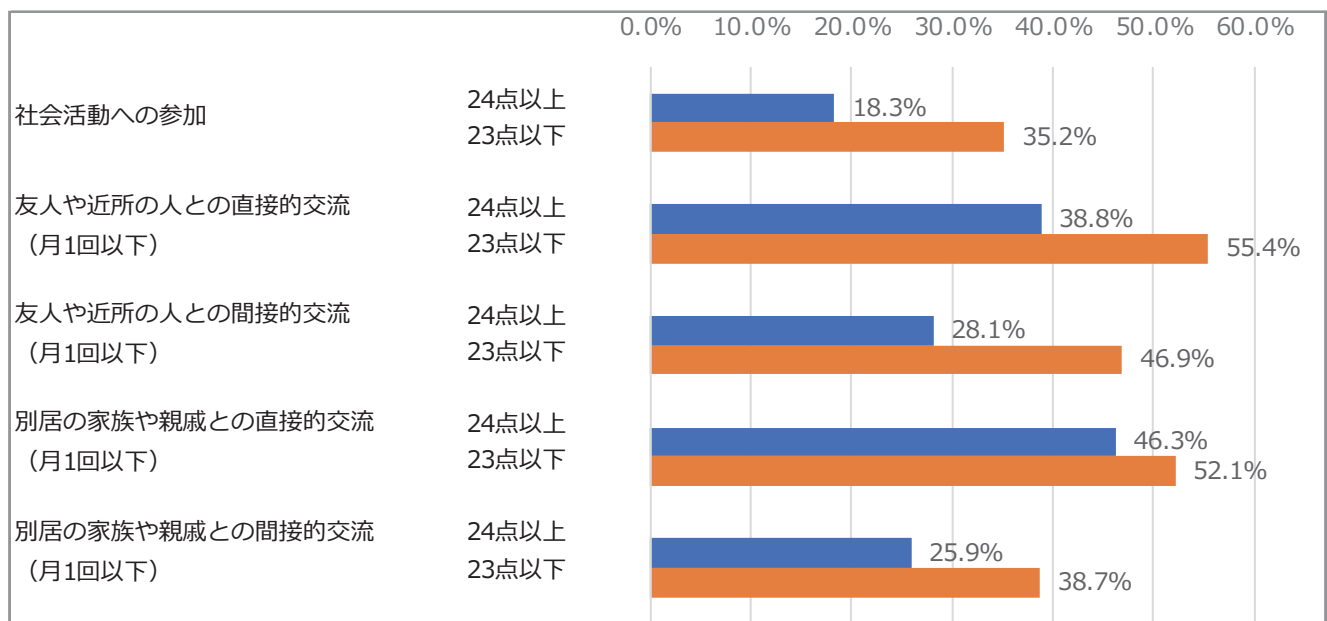


図 4-5-8 社会活動、社会的交流の頻度(%)

⑨ 経済状況

年収との関連を検討したところ、認知機能低下あり群では、認知機能低下なし群に比べ、年収 100 万円未満と回答する人の割合が高かった（図 4-5-9）。

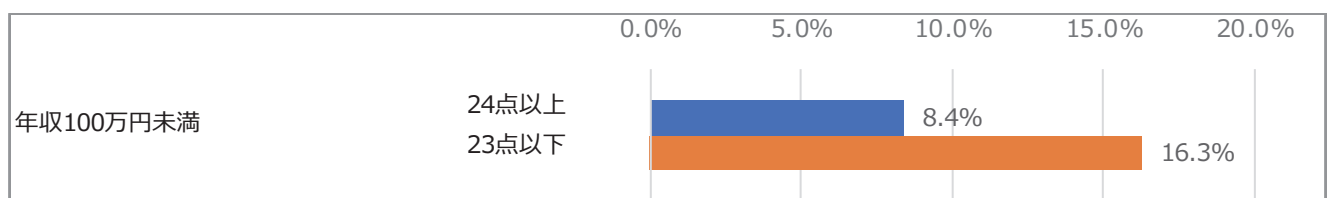


図 4-5-9 年収 100 万円未満の頻度(%)

⑩ 生活支援のニーズ

より詳細な分析は後節（第 9 節「調査結果（7） 認知機能低下高齢者に求められる生活支援とは何か」）でなされているので、ここでは単純集計の結果のみ記載する。27 項目の生活支援の必要性について質問したところ、認知機能低下あり群で支援ニーズが高かったのは（必要性を「やや感じる」「とても感じる」と回答した人の割合）、食事の準備（19.0%）、買い物の相談（17.6%）、買った物を運ぶ（21.6%）、整理整頓（22.7%）、

掃除 (23.4%)、不用品の片付け (27.2%)、洗濯 (15.9%)、服装のアドバイス (16.1%)、服薬管理 (9.9%)、公共料金の支払い (8.9%)、給与・年金の管理 (10.3%)、電話・手紙のやりとり (12.5%)、外出の付き添い (17.2%)、家に来て話し相手 (15.0%)、興味やイベントに誘う (22.3%)、談話できる場所に誘う (23.8%)、切符や宿の手配 (19.3%)、旅行に同行 (21.1%)、映画などのチケットの確保 (15.0%)、医師からの説明時の付き添い (29.7%)、自分の安否確認 (28.7%)、看病 (40.4%)、入院 (49.2%)、消費者被害の対処 (40.8%)、成年後見制度の相談・手続き (30.0%)、相続の相談・手続き (30.0%)、生活トラブルの解決 (33.2%) であった。

第4項 考察

調査参加者の MMSE-J 得点に分布に基づいて、対象地区における認知機能低下高齢者の出現数を推計したところ、合計 2,050 名、有症率は 26.9% (男 26.7%, 女 27.0%) と推計された。性別・年齢階級別有症率は、70-74 歳で 14.7% (男 18.7%, 女 11.9%)、75-79 歳で 23.5% (男 25.9%, 女 21.7%)、80-84 歳で 31.2% (男 34.3%, 女 29.1%)、85-89 歳 37.2% (男 25.2%, 女 43.1%)、90 歳以上で 60.8% (男 44.6%, 女 65.9%) と推計された。ただし、本調査では MMSE-J の有効回答者が 26.5%と低く、結果の一般化には一定の限界があることに注意する必要がある。

認知機能の低下が認められる高齢者の生活実態に関して、以下の特徴が認められた。

- ① 認知機能低下を自覚する人が相対的に多い。
- ② 生活障害（特に手段的 ADL の低下）を自覚する人が相対的に多い。
- ③ 主観的健康感の低下、視力・聴力の低下を自覚する人が多い。
- ④ 歩行機能・運動機能・口腔機能の低下が認められる人が多い。
- ⑤ 糖尿病、脳卒中、血液・免疫疾患、うつ病、認知症、パーキンソン病、耳の病気の出現頻度が高い。
- ⑥ 抑うつ症状を認める人が相対的に多く、精神的健康度が低下する傾向がある。
- ⑦ 社会活動への参加、社会的交流が減少し、情緒的なソーシャルサポートが確保されにくくなる。
- ⑧ 年収 100 万円未満の人が多い。
- ⑨ 家事援助、服薬管理、金銭管理、外出、対人的交流、趣味やレジャー、医療サービスの利用、権利擁護に関する支援を必要としている人が相対的に多い。

上記の所見のうち、歩行機能、運動機能、口腔機能、疾患、抑うつ症状、社会活動、社会的交流、ソーシャルサポート、年収については、性・年齢・教育年数・世帯類型（独居）を統制した多変量ロジスティック回帰分析においても、有意な結果が得られることを確認している。

以上の結果は、認知機能の低下が、日常生活への支障とともに、身体機能の低下、身体疾患の罹患、精神的健康度の低下、社会参加の困難、社会的孤立、経済的困窮のリスクを高める要因になっていることを示唆するものであり、実際にそれらに対する生活支援を求めている高齢者が少なくないことを示している。

第6節 調査結果(4) 認知機能低下は身体・口腔機能の低下と低栄養に関連する

第1項 目的

認知機能低下および要介護状態の予防を目的とした介護予防において、フレイル（虚弱）予防が近年注目されている。フレイルの概念は、高齢期に生理的予備能が低下し外的ストレスに対する脆弱性が亢進した生活機能障害、要介護状態などの転帰に陥りやすい状態で、Fried(2001)が提唱した Frailty モデルが基軸となっている¹⁾。外的ストレスとは、軽度の感染症や事故、手術などによる侵襲であり、これらの外的ストレスにさらされた場合、フレイル状態となっている高齢者は転倒・骨折などの合併症を起こすリスクが高くなり、自立性の喪失の危機にさらされ、要介護状態となるリスクが高いと報告されている^{2,3)}。フレイル状態である高齢者は、そうでないものと比較し認知機能低下リスクが8倍、何らかの認知症リスクは8倍、血管性認知症では6倍、アルツハイマー病では4倍高いとの報告もある⁴⁾。また、フレイルにおいては身体的要因のみならず、食事内容とともに適切な栄養摂取の阻害要因となる口腔機能の低下や嚥下機能の低下、生活習慣病、心血管病等にも十分な注意が必要となる。

わが国で導入された基本チェックリスト（KCL）は、フレイルについての包括的な評価を含む優れた指標であり、2006年の介護保険制度改定の際に、近い将来介護が必要になる高齢者を抽出するスクリーニング法として開発された。KCLの質問は、生活機能状態を尋ねる25個の質問からなり、「はい・いいえ」で回答するものである。その質問項目は、7つの領域にわたり手段的ADL、身体機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知機能、気分と簡便に総合機能評価ができる。Satakeらにより25項目中8点以上のものは有意に自立性の喪失や死亡のリスクが高くなることが示されている⁵⁾。

本稿では、地域在住高齢者を対象とした包括的な質問紙調査から運動機能・栄養状態・口腔機能に関連する項目について認知機能低下との関連を検討した。

第2項 方法

(1) 対象者

二次調査（会場・訪問）において、MMSE-Jを実施した対象者2,020名のうち、下記(2)調査項目に欠損値のなかった者を分析対象者とした。

(2) 調査項目

認知機能の評価は、MMSE-Jを用いた。MMSE-Jは、二次調査（会場、訪問）において面接法で聴取した。MMSE-Jのカットオフ値23点を用いてMMSE-J 23点以下を認知機能低下あり群、24点以上を認知機能低下なし群として2群に分類した。

以下の項目は、一次調査において、郵送留置き法で聴取した。

①基本チェックリスト（問3(1)～(25)）⁶⁾：基本チェックリストについては佐竹らの報告⁵⁾に準じ、0～3点をRobust（壮健）、4～7点Prefrailty（プレフレイル）、8～25点Frailty（フレイル）として、フレイルの分析に使用した。このうち運動機能については問3(6)～(10)のうち3点以上を「運動機能低下疑い」とし、栄養状態については問3(11)(12)の2点以上を「低栄養疑い」、口腔機能については問3(13)～(15)のうち2点以上を「口腔機能低下疑い」として分析に使用した。

②MNA®-SF：MNA®-SF簡易栄養状態評価表は高齢者の低栄養状態及びリスク状態をスクリーニングする評価指標である⁷⁾。本調査では問3(12)、問6、問7、問18(6)、(7)、問29から算出した。MNA®-SFでは、

総合点 14 ポイントのうち、0-7 ポイントを低栄養、8-11 ポイントを低栄養リスク、12-14 ポイントを栄養状態良好とすることから、その 3 群に分類し分析に使用した。

③嚙む力（問 22(1)～(6)）、嚙み切れる食品（問 22a）：咀嚼可能食品は、咀嚼機能を間接的に評価可能となることからオーラルフレイルの評価として後期高齢者歯科健診等で一般的に活用されている項目である。咀嚼可能食品群について「あなたは、現在どのくらいのものが嚙めますか」という問いに対し、主観的な嚙む力と経口摂取経路を含め、6 件法「1. どんなものでも欲しいものを嚙んで食べられる」「2. 嚙みにくいものもあるが、たいていのものは食べられる」「3. あまり嚙めないで、食べ物が限られている」「4. ほとんど嚙めない」「5. まったく嚙めず、流動食（ミキサー食）を食べている」「6. 普段口から食べていない（経管栄養・胃瘻・点滴等）」で尋ねた。

④含嗽（がんそう）（問 11）：含嗽（がんそう）に対する主観的評価は「50 歳のころと比べてブクブクうがい
が上手にできなくなったと感じますか」という問いに対し、2 件法「1. はい」「2. いいえ」で尋ねた。「ブクブクうがい」については質問があった際には「歯磨き後のうがいのこと。ぶくぶくしている間に口から水が漏れる、口に水を含んでもすぐに出してしまうようになった、うがいの水を飲んでしまうなどの場合は「はい」と答えてください」と説明し調査を行った。含嗽（がんそう）機能は口輪筋や頬筋を含む口腔咽頭機能の巧緻性、呼吸との協調運動の指標の一つであり、その機能は口腔衛生状態、オーラルフレイルや摂食嚥下機能に影響をあたえる⁸⁾。

(3) 統計学的検討

それぞれの項目に対し、性別、10 歳毎の年齢階層別に認知機能との関連をカイ二乗検定（X²-test）によって検討した。年齢階層は人数により 70-79 歳、80-89 歳、90 歳以上と 3 群に分類した。

第3項 結果

(1) 基本チェックリストより算出したフレイルとの関連

Satake らの報告⁵⁾に準じカットオフしたフレイルについて、性別、年齢階層別に認知機能との関連を検討した。全体で 70-79 歳、80-89 歳、全年齢層において有意に認知機能低下あり群により Frailty が多く、90 歳以上では同様の傾向はあるものの統計学的な差は見られないという結果であった。性別に見ると、女性も全体と同様の結果であったが、男性では 80-89 歳と全年齢層において有意に認知機能低下あり群に Frailty が多く、90 歳以上では同様の傾向はあるものの少人数のため統計学的な有意差はなく、また 70-79 歳では傾向がみられなかった（表 4-6-1）。

表 4-6-1 基本チェックリストにより算出したフレイルとの関連

			認知機能低下の有無						p値 X ² -test
			認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		
基本チェックリストより算出したフレイル			n	(%)	n	(%)	n	(%)	
男性	70-79歳	Robust	36	(50.7%)	286	(63.0%)	322	(61.3%)	0.139
		Prefrailty	21	(29.6%)	98	(21.6%)	119	(22.7%)	
		Frailty	14	(19.7%)	70	(15.4%)	84	(16.0%)	
	80-89歳	Robust	21	(35.0%)	96	(47.1%)	117	(44.3%)	0.007
		Prefrailty	10	(16.7%)	53	(26.0%)	63	(23.9%)	
		Frailty	29	(48.3%)	55	(27.0%)	84	(31.8%)	
	90歳以上	Robust	1	(11.1%)	2	(18.2%)	3	(15.0%)	0.442
		Prefrailty	4	(44.4%)	7	(63.6%)	11	(55.0%)	
		Frailty	4	(44.4%)	2	(18.2%)	6	(30.0%)	
	合計	Robust	58	(41.4%)	384	(57.4%)	442	(54.6%)	<0.001
		Prefrailty	35	(25.0%)	158	(23.6%)	193	(23.9%)	
		Frailty	47	(33.6%)	127	(19.0%)	174	(21.5%)	
女性	70-79歳	Robust	27	(34.2%)	387	(56.0%)	414	(53.8%)	<0.001
		Prefrailty	28	(35.4%)	206	(29.8%)	234	(30.4%)	
		Frailty	24	(30.4%)	98	(14.2%)	122	(15.8%)	
	80-89歳	Robust	22	(24.2%)	118	(38.4%)	140	(35.2%)	0.020
		Prefrailty	33	(36.3%)	106	(34.5%)	139	(34.9%)	
		Frailty	36	(39.6%)	83	(27.0%)	119	(29.9%)	
	90歳以上	Robust	5	(20.0%)	4	(22.2%)	9	(20.9%)	0.843
		Prefrailty	6	(24.0%)	3	(16.7%)	9	(20.9%)	
		Frailty	14	(56.0%)	11	(61.1%)	25	(58.1%)	
	合計	Robust	54	(27.7%)	509	(50.1%)	563	(46.5%)	<0.001
		Prefrailty	67	(34.4%)	315	(31.0%)	382	(31.5%)	
		Frailty	74	(37.9%)	192	(18.9%)	266	(22.0%)	
全体	70-79歳	Robust	63	(42.0%)	673	(58.8%)	736	(56.8%)	<0.001
		Prefrailty	49	(32.7%)	304	(26.6%)	353	(27.3%)	
		Frailty	38	(25.3%)	168	(14.7%)	206	(15.9%)	
	80-89歳	Robust	43	(28.5%)	214	(41.9%)	257	(38.8%)	<0.001
		Prefrailty	43	(28.5%)	159	(31.1%)	202	(30.5%)	
		Frailty	65	(43.0%)	138	(27.0%)	203	(30.7%)	
	90歳以上	Robust	6	(17.6%)	6	(20.7%)	12	(19.0%)	0.814
		Prefrailty	10	(29.4%)	10	(34.5%)	20	(31.7%)	
		Frailty	18	(52.9%)	13	(44.8%)	31	(49.2%)	
	合計	Robust	112	(33.4%)	893	(53.0%)	1005	(49.8%)	<0.001
		Prefrailty	102	(30.4%)	473	(28.1%)	575	(28.5%)	
		Frailty	121	(36.1%)	319	(18.9%)	440	(21.8%)	

(2) 運動機能との関連

質問紙調査で得られる主観的な運動機能の代表値として、基本チェックリストの運動機能項目を分析に使用した。厚生労働省の基準に準じ、問 3 基本チェックリストの「(6)階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか」「(7)椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか」「(8)15 分間続けて歩いていますか」「(9)この 1 年間で転んだことがありますか」「(10)転倒に対する不安は大きいですか」、以上の 5 項目のうち 3 項目以上該当すると運動機能低下疑いとした。全体では 70-79 歳、80-89 歳および全年齢層で有意に認知機能低下あり群により運動機能低下疑いのものが多かったが、90 歳以上ではその傾向はわずかに逆転して

いた。性別にみると、女性は全体と同様の結果であったが、男性では 70-79 歳、80-89 歳、全体で認知機能低下あり群に運動機能低下疑い群が多い傾向があるものの統計学的に有意ではなく、さらに 90 歳以上で傾向が逆転していた（表 4-6-2）。

表 4-6-2 基本チェックリストにより運動機能障害疑いとされたもの

基本チェックリストにより 運動機能低下疑いとされたもの		認知機能低下の有無				p値 X ² -test	
		認知機能低下あり		認知機能低下なし			全体
		n (%)	n (%)	n (%)			
男性	70-79歳	9 (12.7%)	44 (9.7%)	53 (10.1%)	0.277		
	80-89歳	16 (26.7%)	46 (22.5%)	62 (23.5%)	0.308		
	90歳以上	3 (33.3%)	4 (36.4%)	7 (35.0%)	0.630		
	合計	28 (20.0%)	94 (14.1%)	122 (15.1%)	0.052		
女性	70-79歳	28 (35.4%)	101 (14.6%)	129 (16.8%)	<0.001		
	80-89歳	42 (46.2%)	96 (31.3%)	138 (34.7%)	0.007		
	90歳以上	15 (60.0%)	12 (66.7%)	27 (62.8%)	0.452		
	合計	85 (43.6%)	209 (20.6%)	294 (24.3%)	<0.001		
全体	70-79歳	37 (24.7%)	145 (12.7%)	182 (14.1%)	<0.001		
	80-89歳	58 (38.4%)	142 (27.8%)	200 (30.2%)	0.009		
	90歳以上	18 (52.9%)	16 (55.2%)	34 (54.0%)	0.531		
	合計	113 (33.7%)	303 (18.0%)	416 (20.6%)	<0.001		

(3) 栄養状態との関連

栄養状態について基本チェックリストの低栄養疑いおよび MNA®-SF について、性別・年齢階層別に認知機能との関連を検討した。

①基本チェックリストの低栄養項目

問 3 基本チェックリストにおいて「(11)6 か月間で 2~3Kg の体重減少はありましたか」「(12)BMI18.5 未満であるか」の両方とも該当すると低栄養疑いとした。全体では 70-79 歳、全年齢層において有意に認知機能低下あり群に低栄養疑いのものが多く、80-89 歳、90 歳以上では同様の傾向であるものの有意ではなかった。性別にみると男性ではすべての年齢層において有意な結果は得られなかった。女性では全年齢層でのみ有意に認知機能低下あり群に低栄養疑いのものが多かったが、70-79 歳、80-89 歳では全体と同様の傾向はあるものの有意ではなく、また 90 歳以上において傾向は逆転していた（表 4-6-3）。

表 4-6-3 基本チェックリストにより低栄養疑いとされたもの

基本チェックリストにより 低栄養疑いとされたもの		認知機能低下の有無				p値 X ² -test	
		認知機能低下あり		認知機能低下なし			全体
		n (%)	n (%)	n (%)			
男性	70-79歳	3 (4.2%)	8 (1.8%)	11 (2.1%)	0.176		
	80-89歳	1 (1.7%)	9 (4.4%)	10 (3.8%)	0.294		
	90歳以上	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	0.450		
	合計	5 (3.6%)	17 (2.5%)	22 (2.7%)	0.328		
女性	70-79歳	4 (5.1%)	15 (2.2%)	19 (2.5%)	0.121		
	80-89歳	8 (8.8%)	12 (3.9%)	20 (5.0%)	0.061		
	90歳以上	2 (8.0%)	2 (11.1%)	4 (9.3%)	0.562		
	合計	14 (7.2%)	29 (2.9%)	43 (3.6%)	0.005		
全体	70-79歳	7 (4.7%)	23 (2.0%)	30 (2.3%)	0.050		
	80-89歳	9 (6.0%)	21 (4.1%)	30 (4.5%)	0.225		
	90歳以上	3 (8.8%)	2 (6.9%)	5 (7.9%)	0.577		
	合計	19 (5.7%)	46 (2.7%)	65 (3.2%)	0.007		

②MNA®-SF

MNA®-SFは「A.過去3か月間の食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などによる食事量減少」「B.過去3か月間の体重の減少」「C.自力歩行可否」「D.過去3か月間の精神的ストレスや急性疾患の経験」「E.神経・精神的問題の有無」「F.BMI」以上6項目を加算してポイントとする。比較的短期の予後予測に適していると報告される。結果としてそれらすべての項目に欠損がなかったもののみを対象に検討したため、対象は595人であった。全体では70-79歳と全年齢層に有意に認知機能低下あり群に低栄養状態のものが多く、80-89歳及び90歳以上では同様の傾向はあるものの有意ではなかった。性別にみると男性、女性共にすべての年齢階層において同様の結果であった。90歳以上は男女ともに対象集団が少なかったため明らかな傾向を判断するのは困難と考えられた(表4-6-4)。

表 4-6-4 MNA®-SF により判定した低栄養リスク

			認知機能低下の有無			p値 X ² -test
MNA®-SF			認知機能低下あり	認知機能低下なし	全体	
			n (%)	n (%)	n (%)	
男性	70-79歳	低栄養	2 (11.8%)	4 (2.5%)	6 (3.3%)	0.019
		低栄養リスク	11 (64.7%)	73 (44.8%)	84 (46.7%)	
		栄養状態良好	4 (23.5%)	86 (52.8%)	90 (50.0%)	
	80-89歳	低栄養	2 (18.2%)	5 (6.6%)	7 (8.0%)	0.283
		低栄養リスク	5 (45.5%)	28 (36.8%)	33 (37.9%)	
		栄養状態良好	4 (36.4%)	43 (56.6%)	47 (54.0%)	
	90歳以上	低栄養リスク	0 (0.0%)	2 (50.0%)	2 (40.0%)	0.361
		栄養状態良好	1 (100.0%)	2 (50.0%)	3 (60.0%)	
	合計	低栄養	4 (13.8%)	9 (3.7%)	13 (4.8%)	0.010
		低栄養リスク	16 (55.2%)	103 (42.4%)	119 (43.8%)	
		栄養状態良好	9 (31.0%)	131 (53.9%)	140 (51.5%)	
女性	70-79歳	低栄養	3 (23.1%)	9 (4.3%)	12 (5.4%)	0.011
		低栄養リスク	5 (38.5%)	75 (35.5%)	80 (35.7%)	
		栄養状態良好	5 (38.5%)	127 (60.2%)	132 (58.9%)	
	80-89歳	低栄養	2 (15.4%)	6 (7.6%)	8 (8.7%)	0.515
		低栄養リスク	8 (61.5%)	45 (57.0%)	53 (57.6%)	
		栄養状態良好	3 (23.1%)	28 (35.4%)	31 (33.7%)	
	90歳以上	低栄養	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0.646
		低栄養リスク	1 (20.0%)	1 (50.0%)	2 (28.6%)	
		栄養状態良好	3 (60.0%)	1 (50.0%)	4 (57.1%)	
	合計	低栄養	6 (19.4%)	15 (5.1%)	21 (6.5%)	0.005
		低栄養リスク	14 (45.2%)	121 (41.4%)	135 (41.8%)	
		栄養状態良好	11 (35.5%)	156 (53.4%)	167 (51.7%)	
全体	70-79歳	低栄養	5 (16.7%)	13 (3.5%)	18 (4.5%)	<0.001
		低栄養リスク	16 (53.3%)	148 (39.6%)	164 (40.6%)	
		栄養状態良好	9 (30.0%)	213 (57.0%)	222 (55.0%)	
	80-89歳	低栄養	4 (16.7%)	11 (7.1%)	15 (8.4%)	0.149
		低栄養リスク	13 (54.2%)	73 (47.1%)	86 (48.0%)	
		栄養状態良好	7 (29.2%)	71 (45.8%)	78 (43.6%)	
	90歳以上	低栄養	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0.343
		低栄養リスク	1 (16.7%)	3 (50.0%)	4 (33.3%)	
		栄養状態良好	4 (66.7%)	3 (50.0%)	7 (58.3%)	
	合計	低栄養	10 (16.7%)	24 (4.5%)	34 (5.7%)	<0.001
		低栄養リスク	30 (50.0%)	224 (41.9%)	254 (42.7%)	
		栄養状態良好	20 (33.3%)	287 (53.6%)	307 (51.6%)	

(4) 口腔機能との関連

口腔機能については基本チェックリストの口腔機能項目および噛む力、含嗽（がんそう）について、性別・年齢階層別に認知機能との関連を検討した。

①基本チェックリストの口腔機能項目

問 3 基本チェックリストにおいて「(13)半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」「(14)お茶や汁物等でむせることがありますか」「(15)口の渇きが気になりますか」のうち 2 項目以上該当すると口腔機能低下疑いとした。全体では 80-89 歳と全年齢層において有意に認知機能低下あり群に口腔機能低下疑いのものが多く、一方で 90 歳以上では有意に認知機能低下あり群に口腔機能低下疑いのものが少ないという結果であった。この傾向は性別においても見られ、70-79 歳、80-89 歳に会った傾向が、90 歳以上に逆転するという結果であった（表 4-6-5）。

表 4-6-5 基本チェックリストにより口腔機能低下疑いとされたもの

基本チェックリストにより 口腔機能低下疑いとされたもの		認知機能低下の有無						p値 X ² -test
		認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
男性	70-79歳	15 (21.1%)	92 (20.3%)	107 (20.4%)			0.487	
	80-89歳	22 (36.7%)	51 (25.0%)	73 (27.7%)			0.055	
	90歳以上	0 (0.0%)	3 (27.3%)	3 (15.0%)			0.145	
	合計	37 (26.4%)	146 (21.8%)	183 (22.6%)			0.142	
女性	70-79歳	17 (21.5%)	135 (19.5%)	152 (19.7%)			0.385	
	80-89歳	31 (34.1%)	80 (26.1%)	111 (27.9%)			0.088	
	90歳以上	3 (12.0%)	7 (38.9%)	10 (23.3%)			0.046	
	合計	51 (26.2%)	222 (21.9%)	273 (22.5%)			0.111	
全体	70-79歳	32 (21.3%)	227 (19.8%)	259 (20.0%)			0.367	
	80-89歳	53 (35.1%)	131 (25.6%)	184 (27.8%)			0.016	
	90歳以上	3 (8.8%)	10 (34.5%)	13 (20.6%)			0.013	
	合計	88 (26.3%)	368 (21.8%)	456 (22.6%)			0.046	

②噛む力

咀嚼可能食品群について「あなたは、現在どのくらいのものが噛めますか」という問いに対し、主観的な噛む力と経口摂取経路を含め、6 件法で尋ねた。結果として全体では 80-89 歳および全年齢において有意に認知機能低下あり群に「食べる物が限られる」「ほとんど噛めない」など噛めないものが多く、また 70-79 歳、90 歳以上においても有意差はないものの同様の傾向があった。性別にみると、男性ではすべての年齢階層において有意な差は見られなかった。女性では 70-79 歳、全年齢で有意に認知機能低下あり群に噛めないものが多く、80-89 歳、90 歳以上でも同様の傾向がみられた（表 4-6-6）。

表 4-6-6 現在噛めるもの

			認知機能低下の有無						
			認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		p値
現在噛めるもの			n (%)	n (%)	n (%)	X ² -test
男性	70-79歳	どんなものでも	28 (40.6%)	177 (40.0%)	205 (40.0%)	0.952
		たいていのもの	36 (	52.2%)	234 (	52.8%)	270 (	52.7%)
		限られる	5 (	7.2%)	30 (	6.8%)	35 (	6.8%)
		ほとんど噛めない	0 (	0.0%)	2 (	0.5%)	2 (	0.4%)
	80-89歳	どんなものでも	13 (23.6%)	68 (34.2%)	81 (31.9%)	0.401
		たいていのもの	34 (	61.8%)	106 (	53.3%)	140 (	55.1%)
		限られる	8 (	14.5%)	23 (	11.6%)	31 (	12.2%)
		ほとんど噛めない	0 (	0.0%)	2 (	1.0%)	2 (	0.8%)
	90歳以上	どんなものでも	2 (22.2%)	4 (36.4%)	6 (30.0%)	0.492
		たいていのもの	7 (	77.8%)	7 (	63.6%)	14 (	70.0%)
	合計	どんなものでも	43 (32.3%)	249 (38.1%)	292 (37.2%)	0.450
		たいていのもの	77 (	57.9%)	347 (	53.1%)	424 (	53.9%)
		限られる	13 (	9.8%)	53 (	8.1%)	66 (	8.4%)
		ほとんど噛めない	0 (	0.0%)	4 (	0.6%)	4 (	0.5%)
女性	70-79歳	どんなものでも	30 (41.7%)	340 (50.5%)	370 (49.7%)	0.001
		たいていのもの	34 (	47.2%)	307 (	45.6%)	341 (	45.8%)
		限られる	7 (	9.7%)	26 (	3.9%)	33 (	4.4%)
		ほとんど噛めない	1 (	1.4%)	0 (	0.0%)	1 (	0.1%)
	80-89歳	どんなものでも	27 (32.1%)	121 (41.3%)	148 (39.3%)	0.127
		たいていのもの	46 (	54.8%)	148 (	50.5%)	194 (	51.5%)
		限られる	10 (	11.9%)	22 (	7.5%)	32 (	8.5%)
		ほとんど噛めない	0 (	0.0%)	2 (	0.7%)	2 (	0.5%)
		流動食	1 (	1.2%)	0 (	0.0%)	1 (	0.3%)
	90歳以上	どんなものでも	3 (13.6%)	2 (13.3%)	5 (13.5%)	0.174
		たいていのもの	12 (	54.5%)	12 (	80.0%)	24 (	64.9%)
		限られる	7 (	31.8%)	1 (	6.7%)	8 (	21.6%)
	合計	どんなものでも	60 (33.7%)	463 (47.2%)	523 (45.1%)	<0.001
		たいていのもの	92 (	51.7%)	467 (	47.6%)	559 (	48.2%)
		限られる	24 (	13.5%)	49 (	5.0%)	73 (	6.3%)
		ほとんど噛めない	1 (	0.6%)	2 (	0.2%)	3 (	0.3%)
		流動食	1 (	0.6%)	0 (	0.0%)	1 (	0.1%)
全体	70-79歳	どんなものでも	58 (41.1%)	517 (46.3%)	575 (45.7%)	0.167
		たいていのもの	70 (	49.6%)	541 (	48.5%)	611 (	48.6%)
		限られる	12 (	8.5%)	56 (	5.0%)	68 (	5.4%)
		ほとんど噛めない	1 (	0.7%)	2 (	0.2%)	3 (	0.2%)
	80-89歳	どんなものでも	40 (28.8%)	189 (38.4%)	229 (36.3%)	0.045
		たいていのもの	80 (	57.6%)	254 (	51.6%)	334 (	52.9%)
		限られる	18 (	12.9%)	45 (	9.1%)	63 (	10.0%)
		ほとんど噛めない	0 (	0.0%)	4 (	0.8%)	4 (	0.6%)
		流動食	1 (	0.7%)	0 (	0.0%)	1 (	0.2%)
	90歳以上	どんなものでも	5 (16.1%)	6 (23.1%)	11 (19.3%)	0.123
		たいていのもの	19 (	61.3%)	19 (	73.1%)	38 (	66.7%)
		限られる	7 (	22.6%)	1 (	3.8%)	8 (	14.0%)
	合計	どんなものでも	103 (33.1%)	712 (43.6%)	815 (41.9%)	<0.001
		たいていのもの	169 (	54.3%)	814 (	49.8%)	983 (	50.5%)
		限られる	37 (	11.9%)	102 (	6.2%)	139 (	7.1%)
		ほとんど噛めない	1 (	0.3%)	6 (	0.4%)	7 (	0.4%)
		流動食	1 (	0.3%)	0 (	0.0%)	1 (	0.1%)

噛む力について1～3の回答を得た群に対し、具体的な食品名を挙げて特別な努力・加工せずに噛み切れるかを尋ねた。「1.さきいか、たくあんくらいの固さ」（表4-6-7）、「2.生にんじん、セロリくらいの固さ」（表4-6-8）について以下の結果を得た。本表現は咀嚼機能を質問紙で調査する際に一般的に用いられ、「さきいか・たくあん」は「生にんじん・セロリ」より固く、「生にんじん・セロリ」を噛み切れないものは要介護リスクの上昇が指摘されている。

「さきいか・たくあん」については全体では70-79歳、80-89歳、全年齢層で有意に認知機能低下あり群に噛み切れないものが多く、90歳以上では有意な差はなかった。この傾向は女性でも同様であったが、男性では70-79歳80-89歳に同様の傾向があるもののすべての群において有意な差はみられなかった。一方「生にんじん・セロリ」について全体での70-79歳、90歳以上、全年齢層で有意に認知機能低下あり群に噛み切れないものが多く、80-89歳では有意な差はなかった。男性においては70-79歳と全年齢層で有意に認知機能低下あり群に噛み切れないものが多かったが、90歳以上では傾向が逆転した。女性は全体と同様の傾向を示した。

表 4-6-7 さきいか、たくあんの噛み切れないもの

さきいか・たくあんの 噛み切れないもの		認知機能低下の有無						p値 X ² -test
		認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
男性	70-79歳	15 (22.7%)	77 (17.7%)	92 (18.4%)			0.208	
	80-89歳	15 (28.3%)	45 (24.6%)	60 (25.4%)			0.352	
	90歳以上	1 (12.5%)	3 (33.3%)	4 (23.5%)			0.335	
	合計	31 (24.4%)	125 (20.0%)	156 (20.7%)			0.157	
女性	70-79歳	19 (26.8%)	99 (15.1%)	118 (16.2%)			0.012	
	80-89歳	27 (35.1%)	69 (24.0%)	96 (26.4%)			0.038	
	90歳以上	9 (37.5%)	5 (35.7%)	14 (36.8%)			0.597	
	合計	55 (32.0%)	173 (18.1%)	228 (20.2%)			<0.001	
全体	70-79歳	34 (24.8%)	176 (16.1%)	210 (17.1%)			0.010	
	80-89歳	42 (32.3%)	114 (24.3%)	156 (26.0%)			0.043	
	90歳以上	10 (31.3%)	8 (34.8%)	18 (32.7%)			0.504	
	合計	86 (28.8%)	298 (18.8%)	384 (20.4%)			<0.001	

表 4-6-8 生にんじん、セロリの噛み切れないもの

生にんじん・セロリの 噛み切れないもの		認知機能低下の有無						
		認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		p値
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	X ² -test
男性	70-79歳	12	(21.1%)	33	(8.1%)	45	(9.7%)	0.004
	80-89歳	9	(18.4%)	20	(11.7%)	29	(13.2%)	0.163
	90歳以上	1	(14.3%)	1	(12.5%)	2	(13.3%)	0.733
	合計	22	(19.5%)	54	(9.2%)	76	(10.8%)	0.002
女性	70-79歳	11	(16.4%)	63	(10.1%)	74	(10.7%)	0.089
	80-89歳	11	(14.5%)	41	(15.7%)	52	(15.4%)	0.477
	90歳以上	10	(40.0%)	1	(7.1%)	11	(28.2%)	0.030
	合計	32	(19.0%)	105	(11.7%)	137	(12.9%)	0.008
全体	70-79歳	23	(18.5%)	96	(9.3%)	119	(10.3%)	0.002
	80-89歳	20	(16.0%)	61	(14.1%)	81	(14.5%)	0.346
	90歳以上	11	(34.4%)	2	(9.1%)	13	(24.1%)	0.032
	合計	54	(19.2%)	159	(10.7%)	213	(12.1%)	<0.001

③含嗽（がんそう）

含嗽（がんそう）に対する主観的評価は「50歳のころと比べてブクブクうがいが出来なくなってきたと感じますか」という問いに対し、2件法「1. はい」「2. いいえ」で尋ねた。全体では70-79歳、80-89歳と全年齢層で有意に認知機能低下あり群にうがいが出来なくなってきたと感じるものが多く、90歳以上では有意な差は見られなかった。性別にみると男女ともに全年齢層では有意に認知機能低下あり群にうがいが出来なくなってきたと感じるものが多かったが、年齢階層別では女性の70-79歳で有意である以外は、傾向はあるものの有意な差は見られなかった（表4-6-9）。

表 4-6-9 50歳の頃と比較して含嗽が上手に出来なくなってきたと感じるもの

50歳の頃と比較して含嗽 が上手に出来なくなってきたと 感じるもの		認知機能低下の有無						
		認知機能低下あり		認知機能低下なし		全体		p値
		n (	% )	n (	% )	n (	% )	X ² -test
男性	70-79歳	11 (	15.7%)	44 (	9.9%)	55 (	10.7%)	0.107
	80-89歳	13 (	22.0%)	27 (	13.4%)	40 (	15.3%)	0.081
	90歳以上	2 (	22.2%)	2 (	18.2%)	4 (	20.0%)	0.625
	合計	26 (	18.8%)	73 (	11.1%)	99 (	12.4%)	0.011
女性	70-79歳	16 (	20.8%)	58 (	8.5%)	74 (	9.7%)	0.001
	80-89歳	16 (	18.2%)	41 (	13.6%)	57 (	14.6%)	0.182
	90歳以上	7 (	28.0%)	5 (	29.4%)	12 (	28.6%)	0.594
	合計	39 (	20.5%)	104 (	10.4%)	143 (	12.0%)	<0.001
全体	70-79歳	27 (	18.4%)	102 (	9.0%)	129 (	10.1%)	0.001
	80-89歳	29 (	19.7%)	68 (	13.5%)	97 (	14.9%)	0.044
	90歳以上	9 (	26.5%)	7 (	25.0%)	16 (	25.8%)	0.565
	合計	65 (	19.8%)	177 (	10.6%)	242 (	12.2%)	<0.001

第4項 考察

本項では性別、年齢階層別に認知機能と各項目の関連を検討した。フレイルは特に70歳代80歳代において認知機能低下に関連しており、一方で90歳以上では関連は見られなかった。この傾向は、基本チェックリストによる運動機能低下、咀嚼、含嗽において類似しており、80歳代までは認知機能低下に関連した口腔を含む全身の筋活動の協調運動低下や廃用の影響を示唆している可能性があると考えられた。90歳代以降においては、認知機能低下なし群と認知機能低下あり群の差が無くなることが考えられた。また栄養状態について特に70歳代において認知機能低下あり群に低栄養や低栄養リスク群が多いことは、認知機能低下している群での何らかの食事に関する意欲低下や食欲低下の影響があることが示唆された。低栄養と筋力低下については活動量など他の因子を調整してのさらなる検討が必要である。しかしながら基本チェックリストによる判定や質問紙調査には限界があること、また運動機能や口腔機能はとくに認知機能低下のあるものについては主観的判断と客観的判断には乖離があるため、実測調査を行ったうえで、追加検討する必要がある。

参考文献

- 1) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences. 2001; 56(3), M146-156.
- 2) 荒井秀典: フレイルの意義. 日老医誌. 2014; 51(6), 497-501.

- 3) 葛谷雅文: 老年医学における Sarcopenia & Frailty の重要性. 日老医誌. 2009; 46(4), 279-85.
- 4) Kulmala J, Nykänen I, Mänty M, Hartikainen S: Association between frailty and dementia: a population-based study. Gerontology. 2014; 60(1), 16-21.
- 5) Satake S, Senda K, Hong YJ, Miura H, Endo H, Sakurai T, Kondo I, Toba K: Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. Geriatr Gerontol Int. 2016; 16(6), 709-15.
- 6) 厚生労働省作成基本チェックリスト
<http://www.city.date.hokkaido.jp/hotnews/files/000000900/000000905/20130225201948.pdf>
- 7) Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B: Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(6), M366-72.
- 8) Sato E, Hirano H, Watanabe Y, Eda Hiro A, Sato K, Yamane G, Katakura A: Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life. Geriatr Gerontol Int. 2014; 14(3), 549-55.

第7節 調査結果(5) 認知機能低下は多剤併用と関連する

第1項 目的

多剤併用は複数の薬を使用している状態と定義され、服薬数とその判断基準となる。高齢者は複数の疾患を抱えていることが多く、多剤併用になりやすい。多剤併用は様々な薬物有害反応と関連し、高齢者にとって重大な健康問題を引き起こす。近年、多剤併用が認知機能障害と関連することが指摘されている。本調査では地域在住高齢者を対象に多剤併用の実態把握と認知機能障害との関連を報告する。

第2項 方法

調査協力の得られた方を対象に、訓練を受けた看護師や心理士による面接調査を行った。会場と訪問調査の2通りの方法で実施し、基本情報（性別、年齢、教育年数）や服薬、現病歴の聞き取り、認知機能検査を行った。服薬内容はお薬手帳や薬剤情報を確認した。服薬数は、訪問した調査員がお薬手帳（もしくは薬剤情報）を確認できたものだけを対象とした。本研究では6種類以上の服薬を多剤併用と定義した。認知機能評価にはMMSE-Jを使用し、23点以下を認知機能の低下ありと定義した。年齢は前期高齢者70~74歳、後期高齢者75~84歳、超高齢者85歳以上の3つに分類した。

統計解析にはIBM SPSS Statistics for Windows, Version 21 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)を使用した。ノンパラメトリック変数にはMann-Whitney U test、Kruskal-Wallis test、カテゴリー変数にはカイ二乗(χ^2)検定を使用した。 $p < 0.05$ を統計的有意水準とした。認知機能障害と多剤併用の関連を調べるために、性別や年齢を調整変数とし多変量ロジスティック回帰分析を行った。

第3項 結果

(1) 服用している薬の有無

現在の服用している薬（内服薬に限る）の有無について質問した。二次調査の有効回答者2,053名のうち、「服薬あり」は1,751名(85.3%)、「服薬なし」が287名(14.0%)、無回答が15名(0.7%)であった。

「服薬あり」は、男性で84.4%、女性で85.9%であり、性と服薬の有無の間に関連は認められなかった($\chi^2 = 0.89$, $p = 0.643$)。年齢との関係を見たところ、70歳~74歳で78.0%、75歳~84歳で87.2%、85歳以上で94.6%であり、年齢とともに「服薬あり」の割合が高くなった($\chi^2 = 50.88$, $p < 0.001$)。世帯類型との関連を見たところ、単独世帯で85.2%、夫婦のみ世帯で86.0%、他の家族と同居世帯で84.0%であり、世帯類型と服薬の有無との間に関連は認められなかった($\chi^2 = 2.31$, $p = 0.890$)。認知機能との関連を見たところ、MMSE-J 24点以上の認知機能低下なし群で84.6%、MMSE-J 23点以下の認知機能低下あり群で88.1%であり、認知機能低下の有無と服薬の有無との間に関連は認められなかった($\chi^2 = 4.72$, $p = 0.094$) (表4-7-1参照)。

表 4-7-1 服薬の有無—性別・年齢階級別・世帯類型別・MMSE 得点群別の比較

			服薬の有無			合計
			あり	なし	無回答	
全体		人数	1,751	287	15	2,053
		%	85.30%	14.00%	0.70%	100.00%
性別	男性	人数	699	123	6	828
		%	84.40%	14.90%	0.70%	100.00%
	女性	人数	1052	164	9	1225
		%	85.90%	13.40%	0.70%	100.00%
年齢階級*	70～74歳	人数	497	136	4	637
		%	78.00%	21.40%	0.60%	100.00%
	75～84歳	人数	1010	138	10	1158
		%	87.20%	11.90%	0.90%	100.00%
	85歳以上	人数	244	13	1	258
		%	94.60%	5.00%	0.40%	100.00%
世帯類型	ひとり暮らし	人数	720	117	8	845
		%	85.20%	13.80%	0.90%	100.00%
	夫婦のみ	人数	650	102	4	756
		%	86.00%	13.50%	0.50%	100.00%
	他の家族と同居	人数	362	66	3	431
		%	84.00%	15.30%	0.70%	100.00%
	その他	人数	19	2	0	21
		%	90.50%	9.50%	0.00%	100.00%
MMSE-J	MMSE24点以上	人数	1425	249	11	1,685
		%	84.60%	14.80%	0.70%	100.00%
	MMSE23点以下	人数	295	36	4	335
		%	88.10%	10.70%	1.20%	100.00%

注) ここで言う服薬とは内服薬(吸入薬、経皮吸収薬を含む)のことを指し、外用薬や注射薬は含めていない。

*年齢階級 χ^2 二乗検定 ($\chi^2 = 50.88, p < 0.001$)

(2) お薬手帳、薬剤情報の有無

「服薬あり」と回答した 1,751 名のうち、お薬手帳と薬剤情報の有無について質問したところ、「お薬手帳」もしくは「薬剤情報」を持っている人は 1,546 名 (88.3%)、両方とももっていない人は 205 名 (11.7%) であった。

「お薬手帳」もしくは「薬剤情報」の有無と、性、年齢、世帯類型、認知機能低下の有無との関連を見てみると、「お薬手帳」もしくは「薬剤情報」を持っている人の割合は、男性 88.1%、女性 88.4%と性差はなかった ($\chi^2 = 0.91, p = 0.633$)。70～74 歳で 86.3%、75～84 歳で 87.8%、85 歳以上で 94.3%と年齢とともに高くなっていた ($\chi^2 = 61.84, p < 0.001$)。認知機能との関連を見たところ、認知機能低下なし群で 87.0%、認知機能低下あり群で 94.0%であり、認知機能低下あり群で高くなっていた ($\chi^2 = 12.94, p = 0.002$)。一方、世帯類型では関連は認められなかった ($\chi^2 = 2.63, p = 0.854$) (表 4-7-2 参照)。

表 4-7-2 お薬手帳もしくは薬剤情報の有無－性別・年齢階級別・世帯類型別・MMSE 得点群別の比較

		お薬手帳の有無		合計
		あり	なし	
合計	人数	1546	205	1,751
	%	88.30%	11.70%	100.00%
性	男	人数	616	699
		%	88.10%	100.00%
	女	人数	930	1,052
		%	88.40%	100.00%
年齢階級*	70～74歳	人数	429	497
		%	86.30%	100.00%
	75～84歳	人数	887	1010
		%	87.80%	100.00%
	85歳以上	人数	230	244
		%	94.30%	100.00%
世帯類型	ひとり暮らし	人数	640	720
		%	88.90%	100.00%
	夫婦のみ	人数	571	650
		%	87.80%	100.00%
	他の家族と同居	人数	320	362
		%	88.40%	100.00%
	その他	人数	15	19
		%	78.90%	100.00%
MMSE-J*	24点以上	人数	1240	1425
		%	87.00%	100.00%
	23点以下	人数	277	295
		%	94.00%	100.00%

*年齢階級 χ^2 乗検定 ($\chi^2 = 61.84, p < 0.001$)*MMSE-J χ^2 乗検定 ($\chi^2 = 12.94, p = 0.002$)

(3) 服用している薬剤の数

服薬している薬剤の数を「お薬手帳」または「薬剤情報」に基づいて調べたところ、1,833 名から有効回答を得ることができた。服薬している薬剤数の平均は 4.4、最大数は 23、もっとも頻度が高い薬剤数は 0（服薬していない）であった。多剤併用を 6 剤以上と定義すると、多剤併用は 627 名（30.5%）にみられた。

平均の薬剤数と、性、年齢、世帯類型、認知機能との関連を見てみると、男性で 4.6、女性で 4.3、70～74 歳で 3.5、75～84 歳で 4.7、85 歳以上 5.6、ひとり暮らし世帯で 4.5、夫婦のみ世帯で 4.3、他の家族と同居世帯で 4.3、認知機能低下なし群で 4.2、認知機能低下あり群で 5.3 であった。性 ($U = 3934444, p = 0.329$)、世帯類型 ($\chi^2 = 1.31, p = 0.518$) は平均の薬剤数と関連しなかった。年齢と認知機能は平均の薬剤数と深く関連しており、年齢が高いほど ($\chi^2 = 36.83, p < 0.001$)、認知機能が低下しているほど ($U = 189650, p < 0.001$)、多剤併用になる傾向が認められた（表 4-7-3 参照）。

多変量ロジスティック回帰分析では、認知機能障害と多剤併用との間に有意な関連を認めた (OR, 1.69; 95%CI, 1.31-2.18, $p < 0.001$)。

表 4-7-3 服薬している薬剤数—性別・年齢階級別・世帯類型別・MMSE 得点群別の比較

	属性	人数	平均の薬剤数
性	男性	739	4.6
	女性	1094	4.3
年齢階級*	70～74歳	565	3.5
	75～84歳	1025	4.7
	85歳以上	243	5.6
世帯類型	単独	757	4.5
	夫婦のみ	673	4.3
	他の家族と同居	386	4.3
	その他	17	5.5
認知機能*	MMSE-J 24点以上	1,489	4.2
	MMSE-J 23点以下	313	5.3

*年齢階級 Kruskal-Wallis test ($\chi^2 = 36.83$, $p < 0.001$)

*認知機能 Mann-Whitney U test ($U = 189650$, $p < 0.001$)

第4項 考察

多剤併用の出現頻度は 30.5%であった。訪問調査でお薬手帳（もしくは薬剤情報）を確認し、実際に内服している薬剤を確認した。それゆえに、処方箋データによる調査よりも、地域在住高齢者における服薬数の実態をより正確に把握できたと考えられる。

年齢といった認知機能障害に関連しうる調整変数で調整しても、多剤併用が認知機能障害の関連要因であることが認められた。

第8節 調査結果(6) 認知機能低下は社会的孤立と関連する

第1項 目的

要介護状態への移行や認知症発症の危険因子には、年齢や性別をはじめ、食事や運動、知的活動など、様々な要因が指摘されている^{1),2)}。また、要介護状態に移行する高齢者を予測して、予防のための支援につなげる目的で、自記式の評価ツールである「基本チェックリスト」³⁾が開発されており、1年後の要介護認定の新規発生をうまく予測すること⁴⁾、フレイルの検出や評価するツールとしても有用であることが報告されている^{5),6)}。

こうした研究では、身体機能やうつ、認知機能における健康状態との関連は調べられているが、社会的な健康状態との関連は調べられていない。

社会的な健康状態、すなわち、他者や社会とのかかわりと認知症の発症との関連については、いくつかの先行研究で指摘されている。スウェーデンの研究⁷⁾では、地域に暮らす認知症のない75歳以上高齢者1,203名について、3年間の追跡調査を行った。その結果、①結婚し誰かと同居している、②子どもがいて週1回以上満足いく交流をもつ、③親類や友人と週1回以上満足いく交流をもつ、の3つの条件を満たした「社会的つながりが十分な群」では、1,000人あたりの認知症の発症率が19人だったのに対し、3つの条件がいずれも乏しい、すなわち、①結婚しておらず、一人暮らし、②子どもがいない、③近しい関係をもつ人がいない「社会的つながりが乏しい群」では156.9人と、約8倍の発症率であることが示された。その他にも、社会的なつながりがあるか（孤独であるか）、地域や社会の活動に参加しているかどうか、家族または家族以外の他者と交流があるか、またそうした社会的なつながりに満足しているかどうかと認知症の発症との関連が指摘されている⁸⁾。

本稿では、社会的健康状態として社会的孤立、すなわち対人交流頻度の低さと認知機能との関連を検討した。

第2項 方法

(1) 対象者

二次調査（会場・訪問）において、MMSE-Jを実施した対象者2,020名のうち、下記(2)調査項目に欠損値のなかった者を分析対象者とした。

(2) 調査項目

認知機能の評価は、MMSE-Jを用いた。MMSE-Jは、二次調査（会場、訪問）において面接法で聴取した。

以下の項目は、一次調査において、郵送留置訪問回収法で聴取した。

①他者との交流頻度（問25）

「友人や近所の人」と「別居の家族や親戚」のそれぞれとの直接的な交流（「会ったり、一緒に出かけたりする」）と間接的な交流（「電話で話す」）の頻度を、5件法（1. 週に2回以上、2. 週に1回程度、3. 月に2～3回、4. 月に1回程度、5. 月に1回より少ない／いない）で尋ねた。

以下の項目は、対人交流の規模や頻度に影響する変数と考えられるため、共変量として分析に使用した。

②ソーシャル・サポート（問26）

8項目のソーシャル・サポートに関して、提供者の有無を2件法（1. いる、2. いない）で尋ねた。8項目は、以下の通りである。情緒的サポート2項目（「心配事や悩み事を聞いてくれる」、「気を配ったり、思いやってくれる」）、道具的サポート5項目（「用事や留守番を頼める」「2～3日間看病や世話をしてくれる」「長

期間看病や世話をしてくれる」「緊急時に来てくれる」「家事などの日常生活を援助してくれる」)、情動的サポート 1 項目 (「役立つ情報をくれる」)。

③居住年数 (問 35)

お住まいの地域 (町会や自治会の範囲) に住んでおおよそ何年になるかを尋ねた。

④外出頻度 (問 16(3))

仕事・買い物・散歩・通院等で外出する頻度を、5 件法 (1. 毎日、2. 週に 5~6 日、3. 週に 3~4 日、4. 週に 1~2 日、5. ほとんど外出しない) で尋ねた。

⑤歩行機能 (問 3(6)~(10))

基本チェックリストの運動項目を用いた。

⑥同居者の有無 (問 37)

同別居状況に関して、1. 一人暮らし、2. 夫婦のみ、3. 配偶者以外の家族なども同居の 3 件法で尋ねた。

第3項 結果

(1) 交流頻度別の MMSE-J 得点

友人や家族との交流頻度により認知機能が異なるのかを検討する目的で、交流頻度別に MMSE-J 得点を比較した (表 4-8-1)。分散分析の結果、友人との直接交流頻度ならびに友人との間接交流頻度では、「月 1 回未満」を選択した群が、他の 4 群より得点が有意に低かった (それぞれ、 $F(4,1843)=9.392$, $F(4,1845)=17.079$, いずれも $p<0.001$)。家族との間接交流頻度に関しては「月 1 回未満」「月 1 回」を選択した群が、他の 3 群より得点が有意に低かった ($F(4,1842)=10.378$, $p<0.001$)。家族との直接交流頻度に関して、得点に有意な差はなかった ($F(4,1835)=2.187$, $p=0.068$)。

表 4-8-1 交流頻度別の MMSE-J 得点 (平均±SD)

	友人・近隣		家族・親戚	
	直接	間接	直接	間接
週 2 回以上	26.7±2.82	26.8±2.61	26.0±3.66	26.8±3.20
週 1 回	26.8±2.80	26.8±2.93	26.8±3.02	27.0±2.71
月 2-3 回	27.0±2.69	27.0±2.84	26.7±3.05	26.9±2.78
月 1 回	26.8±2.93	26.8±2.50	26.6±3.13	26.3±3.29
月 1 回未満	25.9±3.94	25.5±4.33	26.3±3.59	25.7±4.03
全体	26.4±3.37	26.4±3.37	26.4±3.38	26.4±3.38

(2) 友人との交流頻度と認知機能低下との関連

続いて、対人交流頻度に関連すると考えられる変数の影響を調整しても認知機能低下との関連が示されるかどうかを検討した。ソーシャル・サポート以外の変数は、以下の通り 2 値、または 4 区分に変換した。交流頻度は「月 1 回未満/月 1 回以上」の 2 値、認知機能は、MMSE-J のカットオフ値 23 点を用いて「23 点以下/24 点以上」の 2 値、教育年数は「中等教育以上 (10 年以上)/初等教育水準 (9 年以下)」の 2 値、居住年数は「0-10 年/11-25 年/26-35 年/36 年以上」の 4 区分、同別居状況は「同居者あり/なし (独居)」の 2 値、外出頻度は「週 1 回以上/週 1 回未満」の 2 値、運動は基本チェックリストの基準に基づき介護予防対象の「非該当/該当」の 2 値に分類した。

友人や近所の人との交流頻度に関して、表 4-8-2 に各変数とのクロス集計の結果を示した。カイ二乗検定の結果、間接的交流の頻度とソーシャル・サポート「家事などの日常生活を援助してくれる」を除き、有意な関連が示された。

表 4-8-2 友人との交流頻度に関する関連変数との関連

			直接交流頻度_友人			間接交流頻度_友人		
			月1回以上	月1回未満	p値	月1回以上	月1回未満	p値
MMSE-J	23点以下		11.5%	20.3%	<0.001	11.4%	23.4%	<0.001
性別	女性		69.2%	45.8%	<0.001	65.5%	46.6%	<0.001
居住年数	0-10年		17.4%	22.1%	0.004	18.4%	21.3%	0.022
	11-25年		14.7%	16.0%		13.9%	17.7%	
	26-35年		14.5%	16.9%		15.3%	15.8%	
	36年以上		53.3%	45.0%		52.4%	45.2%	
同居者	なし(独居)		42.8%	37.3%	0.018	42.2%	36.9%	0.032
外出頻度	週1回未満		0.6%	4.5%	<0.001	0.9%	5.4%	<0.001
教育年数	初等教育 (9年以下)		18.9%	25.2%	0.001	18.5%	27.7%	<0.001
情緒的 サポート	悩みを聞いてくれる	いない	6.0%	17.8%	<0.001	8.2%	17.1%	<0.001
	思いやってくれる	いない	3.6%	12.4%	<0.001	5.2%	11.5%	<0.001
道具的 サポート	生活援助	いない	33.8%	41.2%	0.001	35.7%	39.3%	<i>n.s.</i>
	用事を頼める	いない	29.7%	43.5%	<0.001	31.2%	44.2%	<0.001
	2-3日看病	いない	19.9%	29.4%	<0.001	21.9%	28.3%	0.003
	長期間看病	いない	25.6%	33.8%	<0.001	27.4%	32.6%	0.025
	緊急時来てくれる	いない	7.9%	16.5%	<0.001	9.4%	16.1%	<0.001
	情報をくれる	いない	13.0%	31.9%	<0.001	15.5%	32.9%	<0.001

ステップワイズ法(最尤法)により二項ロジスティック回帰分析を実施したところ、直接的交流、間接的交流のいずれにおいても、他の関連変数の影響を調整した場合も、認知機能低下との有意な関連が示され(表 4-8-3)、認知機能が低下している場合、交流頻度が月1回未満に該当する比率が高かった。

表 4-8-3 友人との交流頻度に関する二項ロジスティック回帰分析の結果

		友人との直接交流(月1回未満)				友人との間接交流(月1回未満)			
		Exp(B)	p値	95%CI		Exp(B)	p値	95%CI	
				下限	上限			下限	上限
性別	1=女性	0.370	<0.001	0.300	0.456	0.426	<0.001	0.342	0.531
年齢	1歳	1.023	0.029	1.002	1.045	1.025	0.023	1.003	1.047
教育歴	1=初等教育	1.180	0.199	0.916	1.521	1.372	0.017	1.059	1.776
居住年数	0-10年								
	11-25年								
	26-35年								
	36年以上								
同居状況	1=独居								
外出頻度	1=週1回未満	4.311	0.002	1.712	10.856	3.606	0.001	1.647	7.897
運動	1=カットオフ値以下	1.441	0.010	1.093	1.900	1.365	0.031	1.028	1.812
悩みを聞いてくれる	1=いない								
思いやってくれる	1=いない	2.020	0.002	1.288	3.168				
生活援助	1=いない								
用事を頼める	1=いない					1.295	0.045	1.006	1.666
2-3日看病	1=いない								
長期間看病	1=いない								
緊急時来てくれる	1=いない								
情報をくれる	1=いない	2.416	<0.001	1.836	3.180	2.077	<0.001	1.563	2.759
MMSE-J	1=23点以下	1.495	0.008	1.110	2.014	1.936	<0.001	1.440	2.602

その他、男性であること、年齢が高いこと、教育水準が初等教育、外出頻度が週に1回未満、運動機能が低いこと、情動的サポート「情報をくれる」の有無が、友人との交流頻度と有意に関連した。また、情緒的サポート「思いやってくれる」の有無は直接的交流と、道具的サポート「用事を頼める」の有無は間接的交流と有意に関連した。居住年数、独居であること、情緒的サポート「悩みを聞いてくれる」、道具的サポート「家事などの日常生活を援助してくれる」「2-3日看病・世話をしてくれる」「長期間看病・世話をしてくれる」「緊急時来てくれる」は有意な関連は示されなかった。

(3) 家族との交流頻度と認知機能低下との関連

家族や親戚との交流頻度に関して、表4-8-4に各変数とのクロス集計の結果を示した。カイ二乗検定の結果、直接的交流・間接的交流の頻度と同居者の有無（独居）を除き、有意な関連が示された。

表 4-8-4 家族との交流頻度に関する関連変数との関連

			直接交流頻度_家族			間接交流頻度_家族		
			月1回以上	月1回未満	p値	月1回以上	月1回未満	p値
MMSE-J	23点以下		13.5%	17.1%	0.036	12.8%	21.5%	<0.001
性別	女性		64.7%	54.0%	<0.001	65.4%	45.0%	<0.001
居住年数	0-10年		18.0%	21.0%	0.012	17.3%	24.3%	<0.001
	11-25年		13.9%	17.1%		14.4%	17.4%	
	26-35年		14.6%	15.9%		15.1%	15.7%	
	36年以上		53.6%	46.0%		53.2%	42.5%	
同居者	なし(独居)		40.8%	40.5%	n.s.	41.4%	39.1%	n.s.
外出頻度	週1回未満		1.6%	3.1%	0.027	1.4%	4.4%	<0.001
教育年数	初等教育 (9年以下)		18.8%	24.2%	0.005	19.0%	27.4%	<0.001
情緒的 サポート	悩みを聞いてくれる	いない	5.6%	16.6%	<0.001	5.9%	24.1%	<0.001
	思いやってくれる	いない	2.7%	12.0%	<0.001	3.3%	17.2%	<0.001
道具的 サポート	生活援助	いない	30.0%	44.5%	<0.001	33.6%	45.3%	<0.001
	用事を頼める	いない	26.9%	44.8%	<0.001	31.6%	46.1%	<0.001
	2-3日看病	いない	15.7%	32.4%	<0.001	19.3%	35.1%	<0.001
	長期間看病	いない	21.0%	37.7%	<0.001	24.7%	40.3%	<0.001
	緊急時来てくれる	いない	3.4%	19.4%	<0.001	6.4%	23.6%	<0.001
情動的 サポート	情報をくれる	いない	11.7%	30.6%	<0.001	14.3%	37.6%	<0.001

ステップワイズ法（最尤法）により二項ロジスティック回帰分析を実施したところ、家族との交流頻度に関しては、間接交流頻度と認知機能低下には有意な関連が示され、認知機能が低下している場合、交流頻度が月1回未満に該当する比率が高かった。直接交流頻度では有意な関連は示されなかった（表4-8-5）。

その他、男性であること、教育水準が初等教育、居住年数が短いこと、情緒的サポート「思いやってくれる」、道具的サポート「緊急時来てくれる」、情動的サポート「情報をくれる」の有無は、家族との直接交流頻度、間接交流頻度の両方と有意に関連した。また、運動機能が低いこと、道具的サポート「2-3日看病・世話をしてくれる」は家族との直接交流頻度と、外出頻度が週に1回未満であること、情緒的サポート「悩みを聞いてくれる」は、家族との間接交流頻度と有意に関連した。年齢、独居であること、道具的サポート「家事などの日常生活を援助してくれる」「用事を頼める」「長期間看病・世話をしてくれる」とは有意な関連は示されなかった。

表 4-8-5 家族・親戚との交流頻度に関する二項ロジスティック回帰分析の結果

		家族との直接交流(月1回未満)				家族との間接交流(月1回未満)			
		Exp(B)	p値	95%CI		Exp(B)	p値	95%CI	
				下限	上限			下限	上限
性別	1=女性	0.601	<0.001	0.488	0.739	0.454	<0.001	0.361	0.572
年齢	1歳								
教育歴	1=初等教育	1.309	0.032	1.023	1.675	1.460	0.006	1.112	1.917
居住年数	0-10年						0.057		
	11-25年					0.869	0.468	0.595	1.269
	26-35年					0.897	0.572	0.614	1.310
	36年以上					0.680	0.013	0.502	0.922
同居状況	1=独居								
外出頻度	1=週1回未満					2.639	0.007	1.302	5.346
運動	1=カットオフ値以下	1.432	0.006	1.106	1.854				
悩みを聞いてくれる	1=いない					1.877	0.003	1.239	2.844
思いやってくれる	1=いない	1.734	0.033	1.045	2.878	1.781	0.027	1.068	2.97
生活援助	1=いない								
用事を頼める	1=いない								
2-3日看病	1=いない	1.475	0.006	1.119	1.945				
長期間看病	1=いない								
緊急時来てくれる	1=いない	4.013	<0.001	2.569	6.269	2.69	<0.001	1.849	3.914
情報をくれる	1=いない	1.634	0.002	1.202	2.221	1.595	0.003	1.172	2.171
MMSE-J	1=23点以下					1.582	0.003	1.163	2.150

第4項 考察

本稿では、認知機能低下が、他者との交流頻度の多寡と関連するかどうかを検討した。友人や近隣住民との直接的・間接的交流頻度が「月に1回未満」と回答した群、また別居家族・親類との間接的交流頻度が「月に1回」「月に1回未満」と回答した群では、MMSE-J 平均得点が有意に低いことが示された。また、二項ロジスティック回帰分析を用いた検討において、他者との交流頻度に影響すると考えられる変数を調整しても、MMSE-J23点以下である場合、他者との交流頻度が「月に1回未満」である比率が有意に高いことが示され、認知機能の低さと他者との交流頻度の低さ、すなわち社会的孤立が関連していることが示唆された。

この結果に関して、二通りに解釈が可能である。ひとつは、認知機能の低下が、他者との交流頻度の低下の原因となっている可能性である。認知機能低下が外出頻度の低下や閉じこもり状態を引き起こすことで、他者と直接会う機会が減少すること、また、認知機能低下により電話の使用や手紙を書くなどの IADL の機能の低下が引き起こされ、間接的な交流も困難になることが考えられる。もうひとつは、他者との交流頻度の低下、すなわち、社会的孤立が認知機能の低下を引き起こした可能性である。今回は横断的比較のため、社会的孤立が認知機能の低下を引き起こしているのか、認知機能低下が社会的孤立を引き起こしているのか結論付けることはできない。今後、追跡調査を通じて因果関係を解明することが可能であろう。

また、因果関係解明の手段として、介入研究、すなわち社会的孤立を解消することによる認知機能の変化を検討する方法も考えられる。ウェルビーイング向上の点からも社会的孤立をどのように解消するかは、今後の課題のひとつであろう。これには、ソーシャル・サポートによる緩衝効果が期待できるが、サポートを多く受ければ当然交流頻度も高くなることが予想されるため、今回のような横断的比較ではその効果検証は困難である。この点に関してもやはり、今後の追跡調査や介入研究により解明が待たれる。

参考文献

- 1) 新開省二, 渡辺修一郎, 熊谷修, ほか: 地域高齢者における「準ねたきり」の発生率, 予後および危険因子. 日公衛誌, 2001, 48(9), 741-752.

- 2) 藤原佳典, 天野秀紀, 熊谷修, ほか: 在宅自立高齢者の介護保険認定に関連する身体・心理的要因: 3年4か月間の追跡研究から. 日公衛誌, 2006, 53(2), 77-91.
- 3) 「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル (改訂版)」分担研究班 (主任研究者 鈴木隆雄). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c.pdf> (2018年2月24日アクセス可能) .
- 4) 遠又靖丈, 寶澤篤, 大森 (松田) 芳, ほか: 1年間の要介護認定発生に対する基本チェックリストの予測妥当性の検証: 大崎コホート 2006 研究. 日公衛誌, 2011, 58(1), 3-13.
- 5) Satake S, Senda K, Hong Y, et al. : Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. Geriatr Gerontol Int. 2016, 16(6), 709-15.
- 6) Kera T, Kawai H, Yoshida H, et al. : Classification of frailty using the Kihon checklist: A cluster analysis of older adults in urban areas. Geriatr Gerontol Int. 2017, 17(1), 69-77.
- 7) Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, et al. : Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet, 2000, 355(9212):1315-9.
- 8) Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, et al. : Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Res Rev. 2015, 22, 39-57.

第9節 調査結果(7) 認知機能低下高齢者に求められる生活支援とは何か

第1項 認知機能低下高齢者における生活支援ニーズの出現頻度

28 項目からなる生活支援ニーズリストは、生活支援についてどのくらい誰かに手伝ってほしいと思うか、現在の気持ちや状況に近い選択肢を、「1. 全く感じない」から「4. とても感じる」の4段階で回答する形式となっている。

ここでは、二次調査対象者 2,020 名を対象に実施した MMSE-J の得点が 23 点以下であった 335 名を認知機能低下あり群、24 点以上であった 1,685 名を認知機能低下なし群として、生活支援ニーズリストの各項目の回答を集計し、その頻度を%で示した。また、「やや感じる」「とても感じる」の回答を合計して「ニーズ有」とし、ニーズ有の%が高い順に並べ替え、順位を付けて示した。

表 4-9-1 をみると、認知機能低下あり群における、ニーズ有の上位 3 項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(49.2%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(40.8%)」「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(40.4%)」、であった。逆に下位 3 項目は、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(8.9%)」、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(9.9%)」、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(10.3%)」であった。

表 4-9-1 認知機能低下あり(MMSE-J23 点以下)群における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院するときに対応してほしい	29.9	20.9	24.8	24.4	49.2	1	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	37.1	22.1	17.4	23.4	40.8	2	権利擁護
23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	30.4	29.2	23.7	16.7	40.4	3	受療支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	40.7	26.1	15.3	17.9	33.2	4	権利擁護
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	43.9	26.1	14.5	15.5	30.0	5	権利擁護
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	48.9	21.4	15.3	14.4	29.7	6	受療支援
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	42.3	28	13.3	16.3	29.6	7	権利擁護
22 自分の安否確認をしてほしい	44.1	27.3	18.8	9.9	28.7	8	受療支援
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	46.8	25.9	16.1	11.1	27.2	9	家事支援
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	45.3	30.9	17.4	6.4	23.8	10	社会参加支援
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	52.4	24.3	14.1	9.3	23.4	11	家事支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	53.3	24	12.9	9.8	22.7	12	家事支援
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	50.3	27.4	15.3	7	22.3	13	社会参加支援
3 買ったものを運んでほしい	53.8	24.7	10.8	10.8	21.6	14	家事支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	57	21.8	10.4	10.7	21.1	15	社会参加支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	47.6	32.5	15.4	4.5	19.9	16	社会参加支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	56.9	23.8	11.9	7.4	19.3	17	社会参加支援
1 食事の準備を手伝ってほしい	51.1	29.9	10.3	8.7	19.0	18	家事支援
2 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	57.7	24.6	10.7	6.9	17.6	19	家事支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	62	20.8	8.9	8.3	17.2	20	私的領域支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	57.6	26.3	10.4	5.7	16.1	21	私的領域支援
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	55.4	28.7	8.6	7.3	15.9	22	家事支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	60.2	24.8	8.6	6.4	15.0	23	私的領域支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	59.9	25.1	10.4	4.6	15.0	24	社会参加支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	66.7	20.8	8	4.5	12.5	25	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	69.2	20.5	4.2	6.1	10.3	26	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	66.6	23.6	4.5	5.4	9.9	27	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	70.6	20.6	3.5	5.4	8.9	28	私的領域支援

n=335

続いて、認知機能低下なし群における、ニーズ有の上位 3 項目は、「24. 自分が入院する時に対応してほしい(43.9%)」、「23. 自分の体調が悪い時に看病してほしい(32.8%)」、「25. 消費者被害に遭ったときに対処してほしい(31.3%)」であった。逆に下位 3 項目は、「10. ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい(1.4%)」、「9. 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい(1.5%)」、「11. 給与や年金などの管理を手伝ってほしい(1.7%)」であった（表 4-9-2）。

表 4-9-2 認知機能低下なし群(MMSE-J24 点以上)における生活支援ニーズの出現頻度・出現順位

項目	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる	ニーズ 有	順位	因子
24 自分が入院する時に対応してほしい	36	20.2	30.8	13.1	43.9	1	受療支援
23 自分の体調が悪い時に看病してほしい	41.7	25.4	25.7	7.1	32.8	2	受療支援
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	47	21.7	19.1	12.2	31.3	3	権利擁護
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	52.7	20.4	21	6	27.0	4	家事支援
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	52.2	25.1	16.8	5.9	22.7	5	権利擁護
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	55.1	22.8	18	4	22.0	6	社会参加支援
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	57.4	22	15.3	5.4	20.7	7	家事支援
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	49.7	30.5	16.5	3.4	19.9	8	社会参加支援
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	58.5	22.3	15	4.2	19.2	9	家事支援
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	57.5	24.7	12.5	5.4	17.9	10	権利擁護
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	51.3	30.9	15.2	2.6	17.8	11	社会参加支援
22 自分の安否確認をしてほしい	60.3	22	14.5	3.2	17.7	12	受療支援
3 買ったものを運んでほしい	62.9	19.4	13	4.6	17.6	13	家事支援
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	56.4	26	13	4.6	17.6	13	権利擁護
1 食事の準備を手伝ってほしい	62.3	24.6	9.4	3.7	13.1	15	家事支援
19 旅行に行く時に同行してほしい	66.4	20.5	9.9	3.2	13.1	15	社会参加支援
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	69.2	18	9.8	3	12.8	17	受療支援
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	68	21.4	7.8	2.8	10.6	18	社会参加支援
2 買い物の相談をしたり同行してほしい	68.5	21.2	8.2	2.2	10.4	19	家事支援
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	71.2	19.7	7.4	1.7	9.1	20	社会参加支援
7 衣類やシャツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	70	21.3	5.9	2.8	8.7	21	家事支援
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	70.1	22.3	6.2	1.5	7.7	22	私的領域支援
14 話し相手になる人が家に来てほしい	75.4	18.5	5	1.1	6.1	23	私的領域支援
13 外出したいときに付き添ってほしい	82.8	11.9	4.1	1.2	5.3	24	私的領域支援
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	85.4	12.3	1.7	0.5	2.2	25	私的領域支援
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	87.3	10.9	1.2	0.5	1.7	26	私的領域支援
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	87.2	11.3	0.7	0.8	1.5	27	私的領域支援
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	87.6	11	0.6	0.8	1.4	28	私的領域支援

n=1685

認知機能低下あり群と認知機能低下なし群の生活支援ニーズの領域を比較すると、認知機能低下なし群は、一次調査の傾向と同じく、上位 10 位に受療支援、権利擁護と家事支援が混在していた。しかし、認知機能低下あり群の上位 10 位は受療支援と権利擁護でほぼ占められていた。認知機能低下あり群の場合、中位 11 位から 20 位に家事支援と社会参加支援が入り、下位 20 位から 28 位は私的領域支援で占められているのは他の群と同じ傾向であった。

2 群の割合の値を比較すると、認知機能低下あり群は認知機能低下なし群に比べてニーズ有の割合が全体的に高かった。具体的には、家事支援では 1.0～1.7 倍、社会参加支援では 1.0～1.8 倍、受療支援では、1.1～2.3 倍、権利擁護では 1.3～1.7 倍、私的領域支援では 2.1～6.6 倍の差があった（図 4-9-1）。

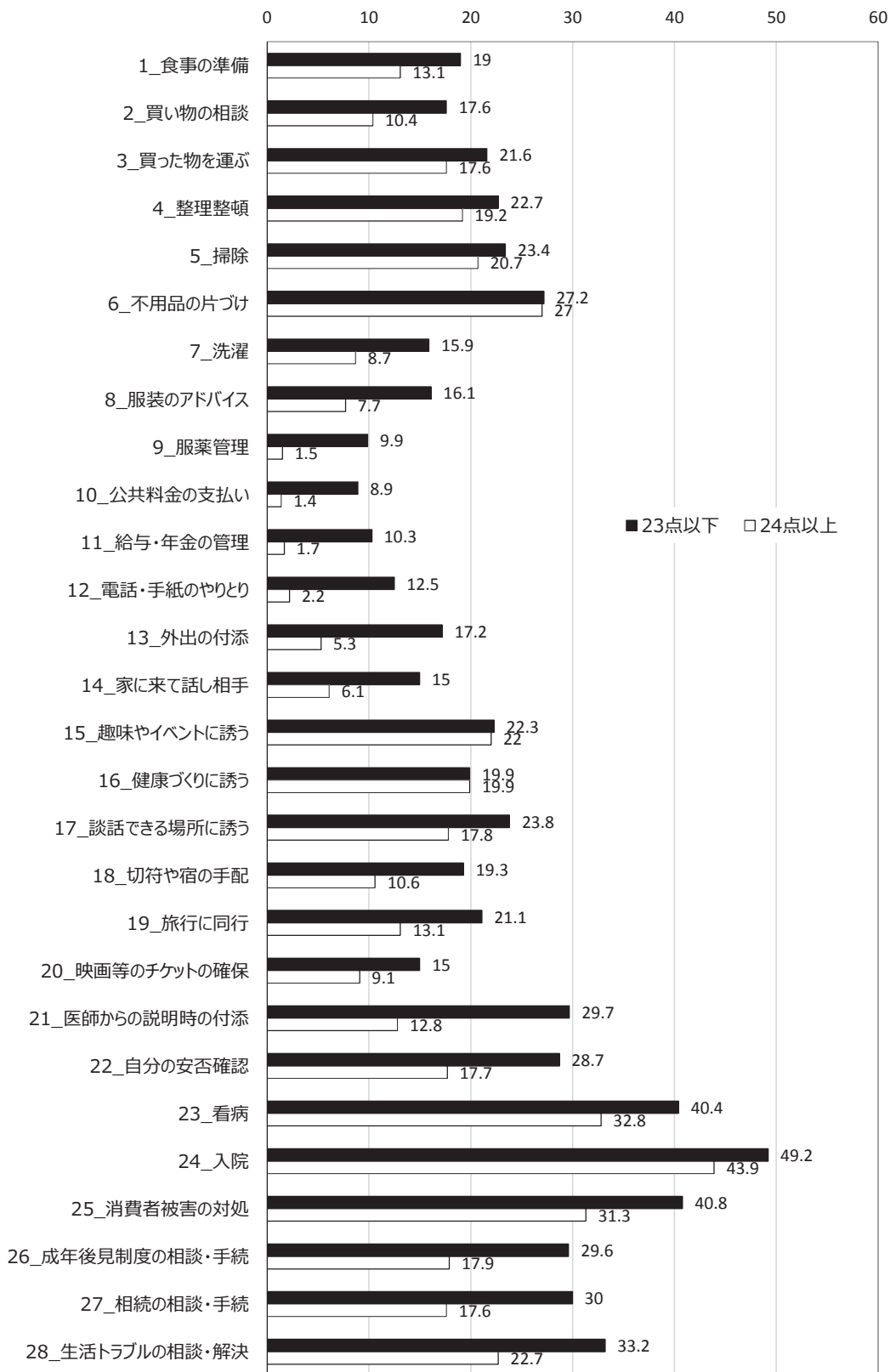


図 4-9-1 認知機能低下あり群と認知機能低下なし群における生活支援ニーズ有の割合の比較

第2項 生活支援ニーズの順位の属性ごとの比較

表 4-9-3 は、属性ごとに生活支援ニーズ有の順位をつけ、それを一次調査回答者 5,430 名全体（以下「全体」）の順位と比較したものである。

まず、全体と男性・女性を比較した。男性の順位と全体の順位を比較すると、上位 6 項目の順位は同じであ

った。全体の順位と 5 位以上異なる項目は 2 つあり、ひとつは、「3. 買ったものを運んでほしい」であった。この項目は、全体が 8 位であるが男性では低く 18 位であった。もう一つは、「7. 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい」であった。全体では 19 位であったが、男性では 14 位と高かった。女性では、全体と下位 4 項目の順位が同じであり、全体の順位と比較して 5 位以上順位が異なる項目は見られなかった。

次に、世帯類型別で順位を比較した。まず、独居世帯の生活支援ニーズは、全体と比べて、上位 4 位と下位 4 位の順位が同じであった。5 位以上順位が異なる項目には、「22. 自分の安否を確認してほしい」が 5 位であり、全体と比べて 6 位順位が高かった。また、「14. 話し相手になる人が家に来てほしい」が 17 位であり、全体の 24 位と比べて 7 位順位が高かった。夫婦のみ世帯の場合は、全体と比べて上位 8 位まで順位が同じであった。5 位以上順位が異なる項目は、「22. 自分の安否を確認してほしい」で、17 位であり、全体の 11 位と比べると 6 位順位が低かった。その他世帯は、全体と比べて下位 8 位の順位が同じであった。全体の順位と比較して 5 位以上順位が異なる項目は見られなかった。

さらに、二次調査で実施した MMSE-J が 23 点以下の認知機能低下あり群と 24 点以上の認知機能低下なし群を一次調査全体の順位と比較した。認知機能低下あり群では、全体と比べて順位が 5 位以上高くなった項目に「27. 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい」と「21. 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい」の 2 項目があった。一方、認知機能低下なし群では、「15. 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい」と「16. 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい」の 2 項目が 5 位以上順位の高い項目であった。

表 4-9-3 各群におけるニーズ有の順位の比較

項目	一次調査						二次調査	
	全体	性別		世帯類型別			MMSE-J	
		男性	女性	独居	夫婦のみ	その他	23点以下	24点以上
24 自分が入院するときに対応してほしい	1	1	1	1	1	1	1	1
23 自分の体調が悪いときに看病してほしい	2	2	3	2	2	3	3	2
25 消費者被害にあったときに対処してほしい	3	3	2	3	3	2	2	3
6 不用品を片付けを手伝ってほしい	4	4	4	4	4	4	9	4
28 生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解決してほしい	5	5	5	6	5	5	4	5
5 家の中の掃除を手伝ってほしい	6	6	7	7	6	6	11	7
4 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	7	10	8	10	7	7	12	9
3 買ったものを運んでほしい	8	18	6	11	8	9	14	13
26 成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	9	9	10	9	10	8	7	10
27 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	10	8	11	14	9	10	5	13
22 自分の安否確認をしてほしい	11	7	12	5	17	14	8	12
15 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい	12	13	9	8	13	13	13	6
21 病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい	13	11	15	15	11	12	6	17
17 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそってほしい	14	15	13	12	15	17	10	11
1 食事の準備を手伝ってほしい	15	12	17	18	12	11	18	15
16 身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそってほしい	16	18	14	12	18	20	16	8
19 旅行に行く時に同行してほしい	17	16	16	16	14	15	15	15
2 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	18	17	18	19	16	16	19	19
7 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	19	14	20	21	19	19	22	21
18 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配をしてほしい	20	21	19	20	20	18	17	18
13 外出したいときに付き添ってほしい	21	23	21	22	23	21	20	24
8 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	22	18	24	24	21	22	21	22
20 映画やコンサートなどのチケットの確保や申込をしてほしい	22	24	21	23	22	23	24	20
14 話し相手になる人が家に来てほしい	24	22	23	17	25	24	23	23
12 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	25	25	25	25	24	25	25	25
10 ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	26	28	26	26	27	26	28	28
11 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	26	27	27	27	26	27	26	26
9 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	28	26	28	27	28	28	27	27

※水色は「全体」と比較して順位が異なる項目、グレー・強調は 5 位以上順位が異なる項目。

属性別の比較の結果をみると、独居世帯では、安否確認や話し相手といった、独居ならではのニーズが全体に比べて高かった。MMSE-J 得点の認知機能低下なし群において、「イベントに誘ってほしい」、「健康づくりの活動に誘ってほしい」というニーズが全体に比べて高い傾向にあったが、これは二次調査まで協力した高齢者の活動性や健康意識の高さを示していると考えられる。

支援者側から事例として挙がりやすい、金銭管理や服薬管理についてのニーズはどの属性でも非常に低く、地域在住の高齢者の意識と支援者の意識の乖離がみられる結果となった。これらの項目のほか、私信のやり取りや外出の付き添いといった私的領域支援全般のニーズが低かった。

この傾向は、認知機能低下がある高齢者でも同じであった。しかしながら、認知機能低下がある高齢者の生活支援ニーズは、どの項目でも高い傾向にあった。例えば、他の群で低い傾向にあった私的領域支援では、ニーズ有の割合は 8.9%から 17.2%で、認知機能低下なし群と比較すると 2.1 倍から 6.6 倍高かった。

その他、認知機能低下あり群において特にニーズの高い生活支援には、権利擁護支援の項目である「相続に関することについての相談」と受療支援の項目である「病院への付き添い、医師からの説明を一緒に聞く」という項目がある。これらの項目は、どちらも判断力や意思決定を必要とすることであり、認知機能低下が起こったときに支援の必要性を感じやすい事柄であることが示唆される。

このニーズリストが示す私的領域の項目は、高齢者が自立して地域に暮らすために必要な生活の要件であるといえる。しかしながら、今回の調査の結果、この領域の支援のニーズが非常に低いことが明らかになった。認知機能が低下した高齢者を含む、地域高齢者における生活支援を考えると、支援をする者はこの事実を考慮しておかねばならない。円滑な生活支援のためには、平時から信頼関係を築き、私的領域であっても、「この人だったら相談してもいい、頼んでもいい」と思われる間柄になっておくことが重要であろう。

第 5 章

三 次 調 査

第1節 目 的

本研究では大都市に暮らす認知機能が低下している高齢者の生活実態を調査した。

第2節 対象

東京都板橋区高島平地区在住で 70 歳以上の高齢者 7,614 名に実施した郵送調査に回答し、その後の二次調査（会場調査、訪問調査）で MMSE-J が 23 点以下であった 335 名を対象とした。

第3節 調査方法

第1項 調査期間

調査期間は、2016 年 11 月 28 日から 2017 年 6 月 30 日までであった。

第2項 調査員

面接調査は、老年精神医学の専門医や歯科医師、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、保健師などの多職種で構成された調査チーム 2 名以上で実施した。

第3項 調査の方法

対象者には、事前に電話または文書で研究の主旨を説明し、面接調査の了解を得た。調査は、対象者が MRI 検査の対象となっている場合は、MRI 検査後に東京都健康長寿医療センター内で面接による聞き取り調査（以下、面接調査）を実施し、対象者が MRI 検査の対象になっていない場合は、対象者の自宅を訪問して面接調査を実施した。

第4項 調査の内容

面接調査では、世帯状況、家族状況、本人の歴史、既往歴、現在困っていることや希望などをたずねながらラポールを取り、総合アセスメントによって、①認知症の状態にあるか、②認知症の重症度（CDR ; Clinical Dementia Rating）、③医療機関で認知症であると診断されているか、④医療機関で認知症疾患が診断されているか、⑤どのような社会的支援のコーディネーションが必要とされているかを評価した。⑤については、10 領域の社会的支援について、それぞれ三段階（「i.支援が必要」、「ii.評価されている（または、適切に確保されている）」、「iii.支援は不要」で評価した。10 領域の社会的支援は以下の a から j のとおりである。a から i までのいずれの領域にもあてはまらない支援については「j.その他」に分類した。

- a. 認知症等の診断
- b. 身体的健康状態の医学的評価

- c. 継続医療の確保
- d. 生活支援
- e. 家族支援
- f. 居住支援
- g. 介護保険サービス利用の支援
- h. 経済的支援
- i. 権利擁護の支援
- j. その他

第4節 調査結果

第1項 分析対象者の基本属性

三次調査を実施した 398 名のうち、MMSE-J23 点以下の 335 名を三次調査の対象者とした。この 335 名のうち、面接当日に研究同意が得られたのは 198 名（59.1%）であった。なお、分析対象でない 63 名のうち 35 名から参加同意が得られたが、本章では分析対象を認知機能低下者に絞り、35 名は以下の分析から除外した。

分析対象者の基本属性は表 5-4-1、図 5-4-1、図 5-4-2、図 5-4-3 のとおりである。

表 5-4-1 に示すとおり、分析対象者の平均年齢は 81.0 ± 6.0 歳（年齢の範囲は 70 歳から 99 歳まで）で、教育年数は男性が女性より有意に高かった（ $p < .05$ ）。事前に得られた分析対象者の要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度の情報は、図 5-4-2、図 5-4-3 に示すとおりである。なんらかの要介護認定を受けている者は約 30%で、その約半数が要支援 1 もしくは要支援 2 であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、自立が 12.1%で、I 以上が 17.7%であった。

表 5-4-1 分析対象者の年齢と教育年数

	男性	女性	合計
人数(%)	80(40.4)	118(59.6)	198(100.0)
年齢(歳)Mean±SD	80.5±5.4	81.4±6.3	81.0±6.0
教育年数(年)Mean±SD	11.5±3.2	10.6±2.2	11.0±2.7

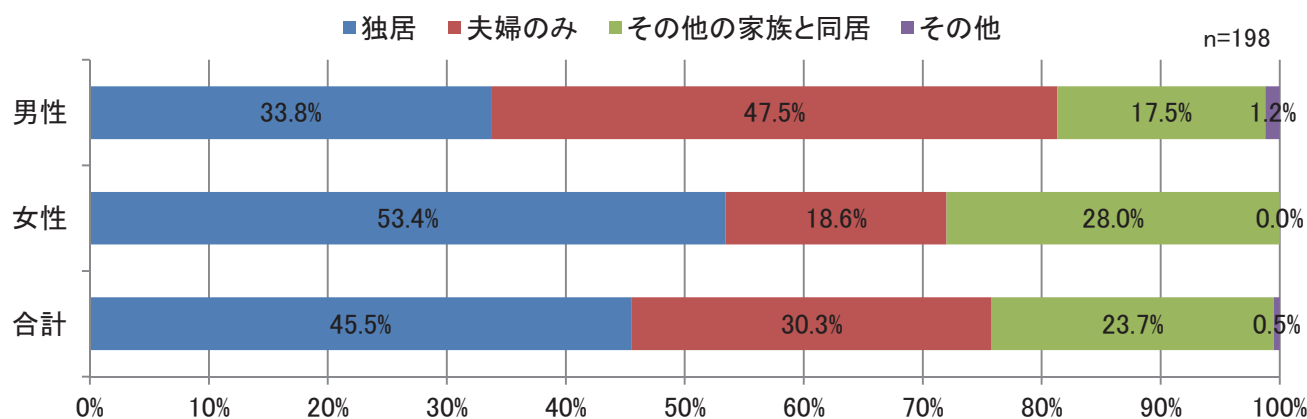


図 5-4-1 分析対象者の世帯状況

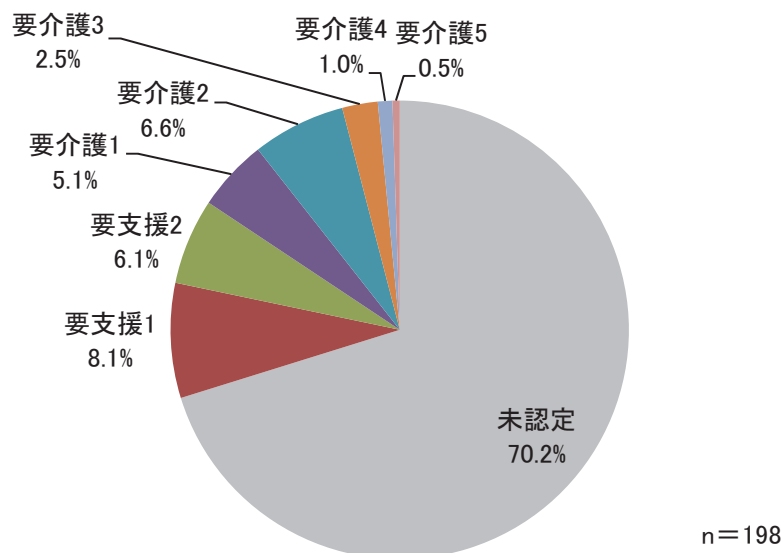


図 5-4-2 分析対象者の要介護度

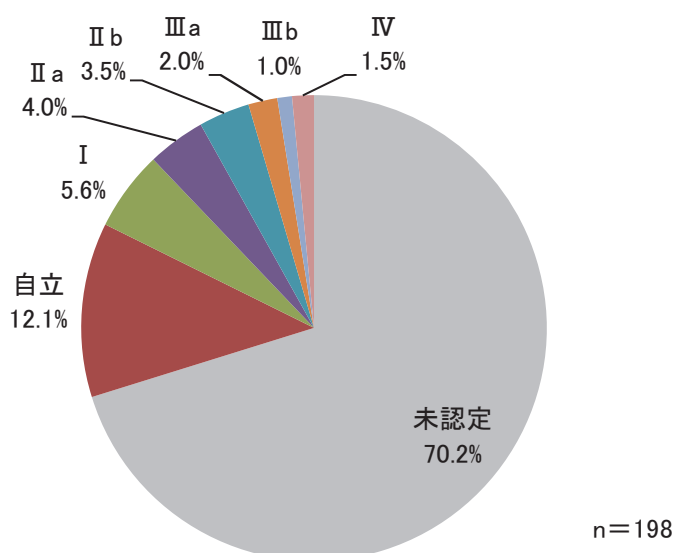


図 5-4-3 分析対象者の認知症高齢者の日常生活自立度

第2項 認知症の状態にあるか

198名のうち、認知症の状態に「ある」と評価された者は78名(39.4%)で約4割を占めていた(図5-4-4)。この78名について、臨床認知症尺度(CDR; Clinical Dementia Rating)による認知症の重症度を評価したところ、CDR 0.5(認知症の疑い)が20.5%、CDR 1(軽度認知症)が57.7%、CDR 2(中等度認知症)が14.1%、CDR 3(高度認知症)が7.7%であった(図5-4-5)。

また、認知症の状態にあると評価された78名のうち、なんらかの要介護認定を受けている者は32名(41.0%)で、むしろ未認定の者が46名(59.0%)と多かった(図5-4-6)。認知症高齢者の日常生活自立度については、未認定が46名(59.0%)、自立が6名(7.7%)、何らかの認知症を有する者が26名(33.3%)であった(図5-4-7)。

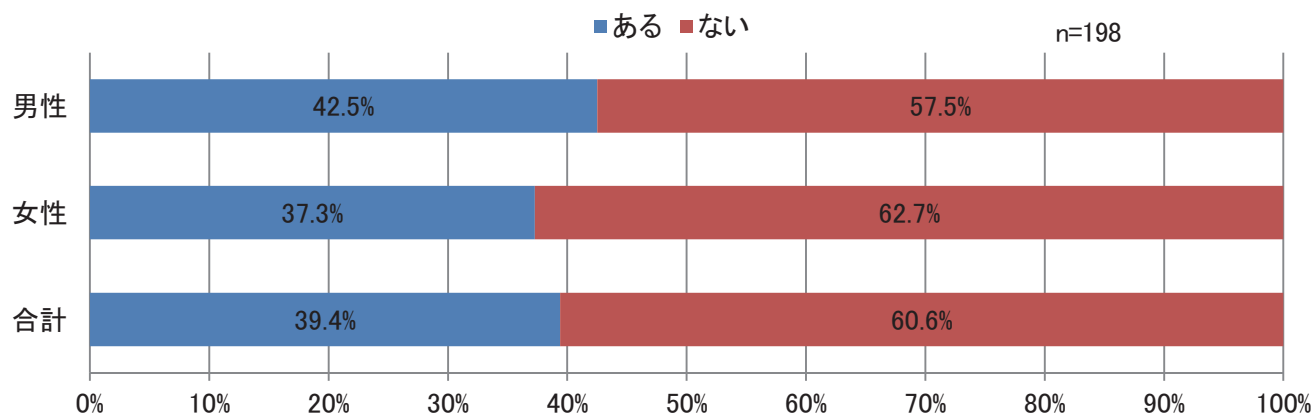


図 5-4-4 認知症の状態にあるか

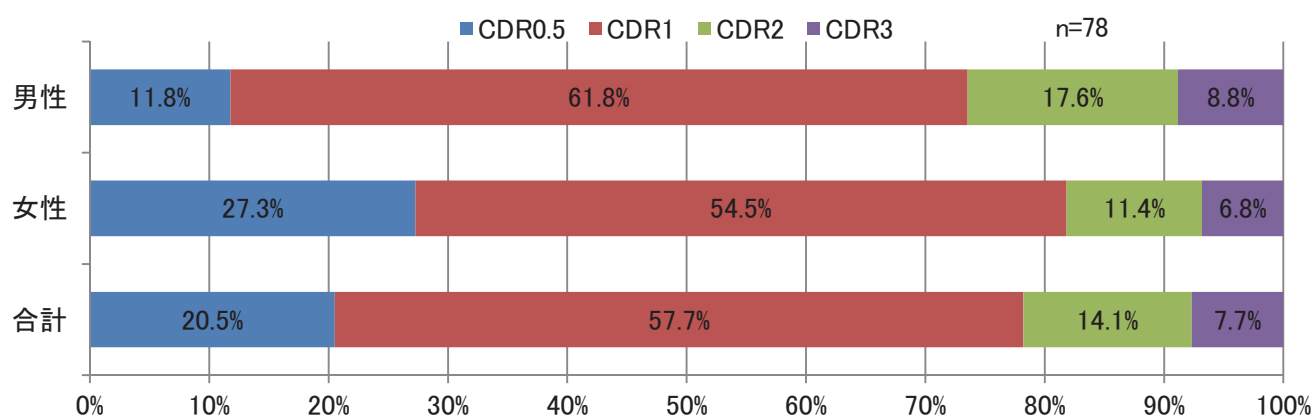


図 5-4-5 認知症の重症度

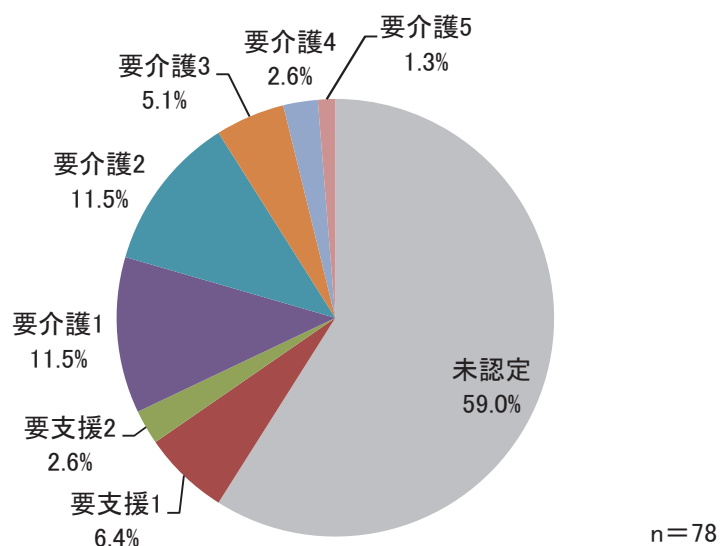


図 5-4-6 要介護度

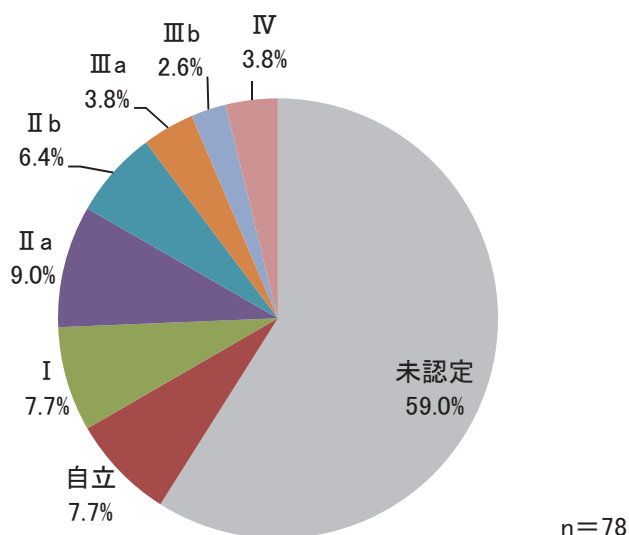


図 5-4-7 認知症高齢者の日常生活自立度

第3項 医療機関で認知症と診断されているか

認知症の状態に「ある」と評価された 78 名のうち、実際に医療機関で認知症であると診断されている者は 34 名（43.6%）、診断されていない者は 56.4%であった。性別でみると、男性は 67.6%、女性は 47.7%が診断されていなかった（図 5-4-8）。

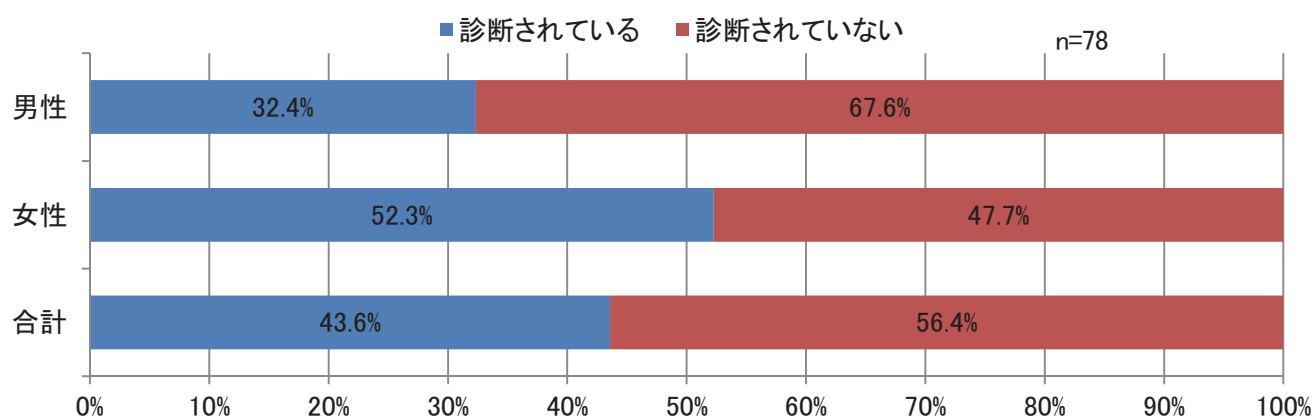


図 5-4-8 医療機関で認知症であると診断されているか

第4項 医療機関で認知症疾患が診断されているか

認知症の状態に「ある」と評価された 78 名のうち、医療機関で認知症疾患が診断されている者は 22 名（28.2%）であった（図 5-4-9）。また、診断された認知症疾患の種類は、アルツハイマー型認知症が 77.3%と多くを占めていた（図 5-4-10）。

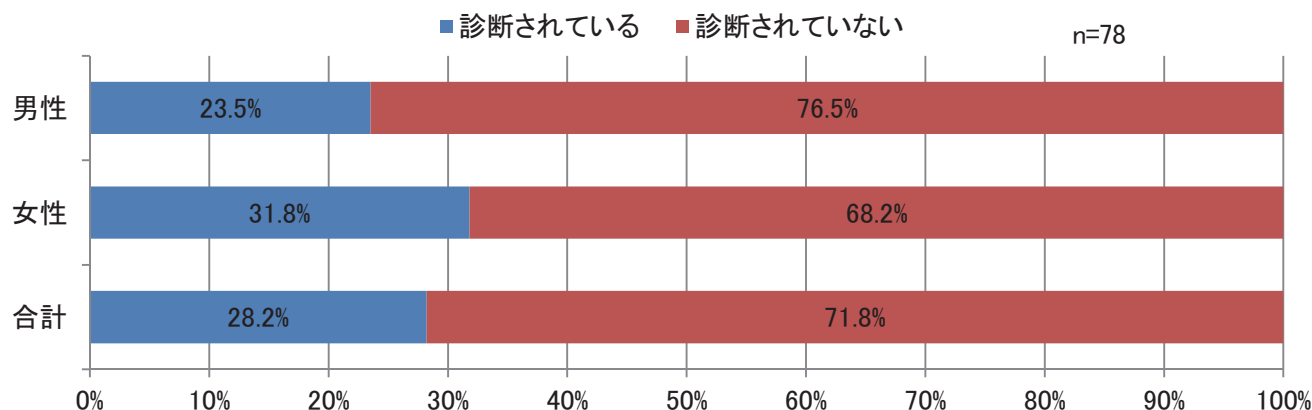


図 5-4-9 医療機関で認知症疾患が診断されているか

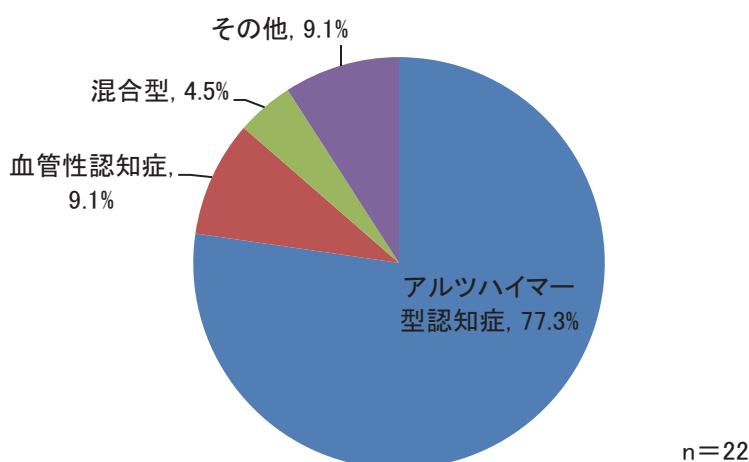


図 5-4-10 診断された認知症疾患の種類

第5項 どのような社会的支援のコーディネーションが必要とされているか

認知症の状態にある者には、どのような社会的支援が必要とされているのであろうか。本調査では、10 領域の社会的支援の必要性を判定している。図 5-4-11 には、認知症の状態に「ある」と判定された 78 名に対して「支援が必要」と判定された領域の数を示した。10 領域の社会的支援のいずれかひとつ以上に「支援が必要」と判定された者は 61 名 (78.2%) で、10 領域のいずれも「支援が必要」と判定されなかった者は 17 名 (21.8%) であった。「支援が必要」な領域の数がひとつの者は 13 名 (16.7%) にすぎず、2 つ以上の複数の支援が必要とされると判定された者が 48 名 (61.5%) を占めていた。

図 5-4-12 に示すとおり、もっとも必要とされた社会的支援は、認知症等の診断であった (51.3%)。次いで、介護保険サービスの利用支援 (50.0%)、生活支援 (41.0%)、家族支援 (38.5%)、継続医療の確保 (15.4%)、権利擁護に関する支援 (15.4%)、身体的健康状態の医学的評価 (12.8%)、経済的支援 (10.3%)、居住支援 (10.3%)、その他の支援 (3.8%) であった。図 5-4-13～5-4-22 には、各領域の性別の分布を示したが、それぞれ有意な分布の違いはみられなかった。

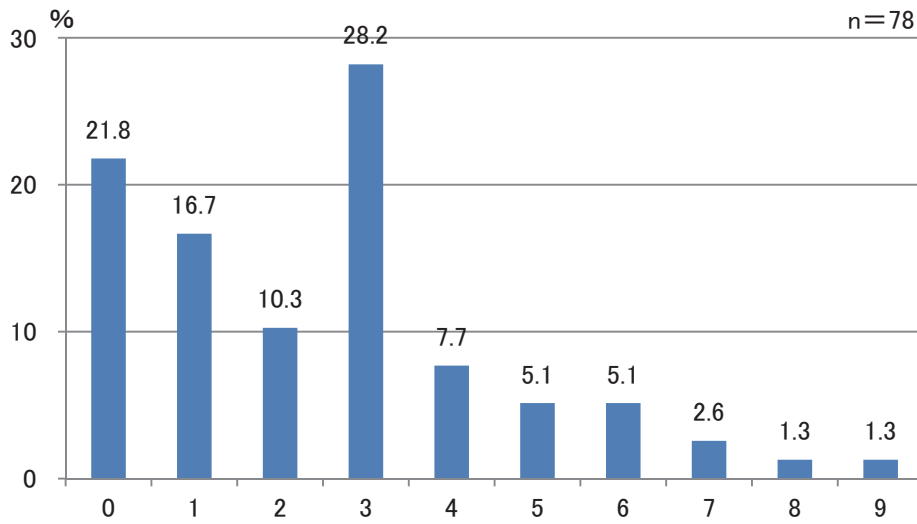


図 5-4-11 「支援が必要」と判定された数

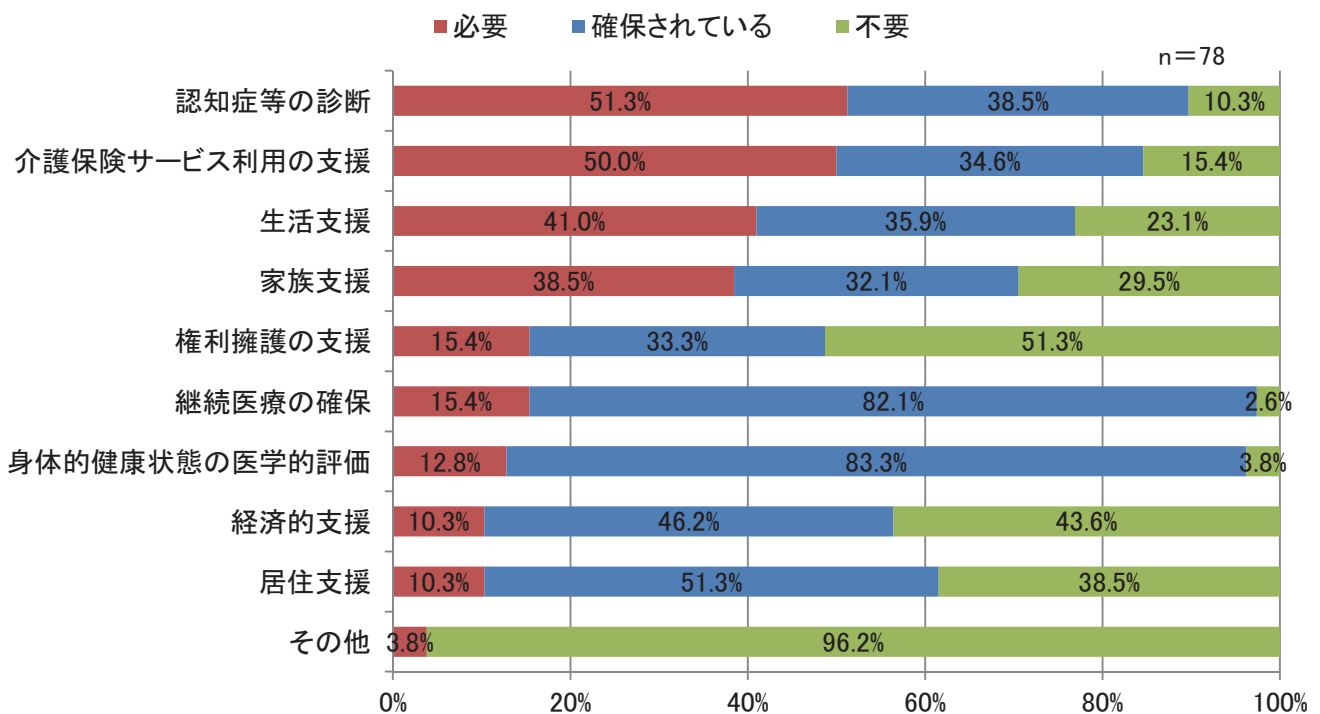


図 5-4-12 どのような社会的支援が必要とされているか？

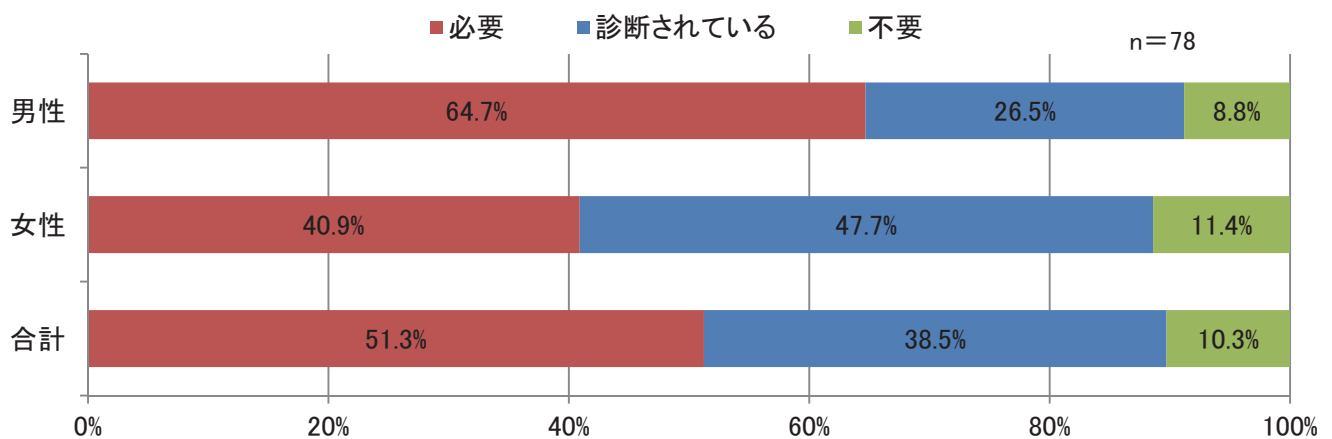


図 5-4-13 認知症等の診断

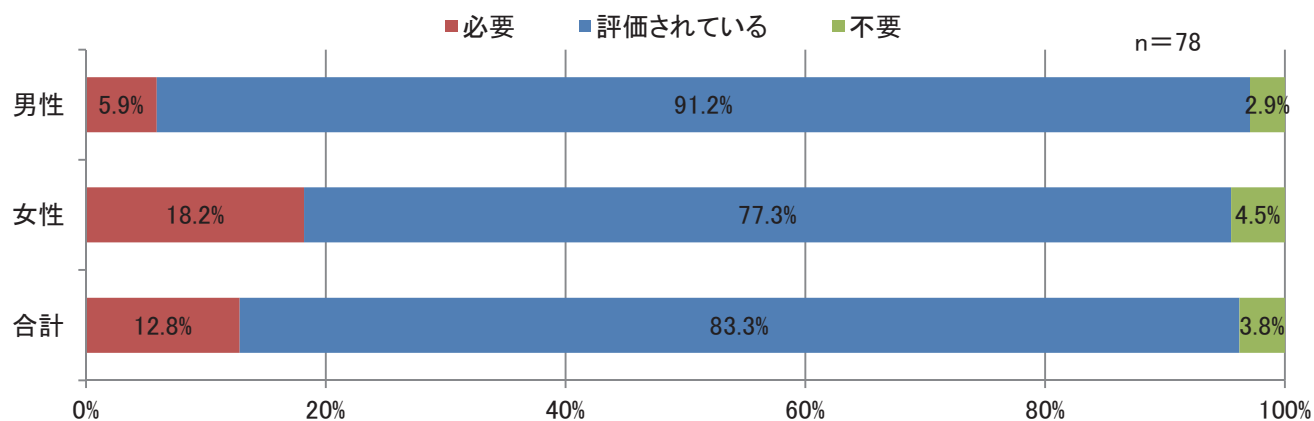


図 5-4-14 身体的健康状態の医学的評価

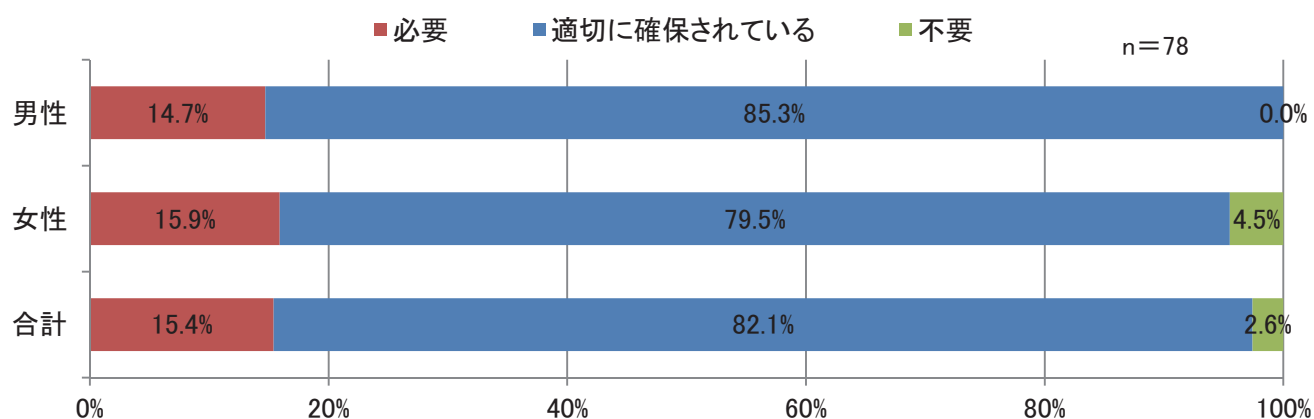


図 5-4-15 継続医療の確保

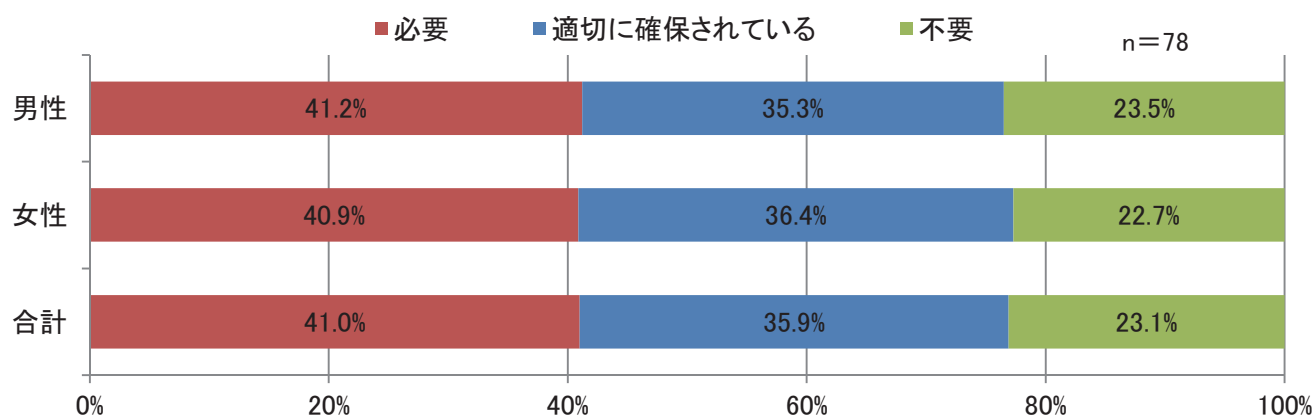


図 5-4-16 生活支援

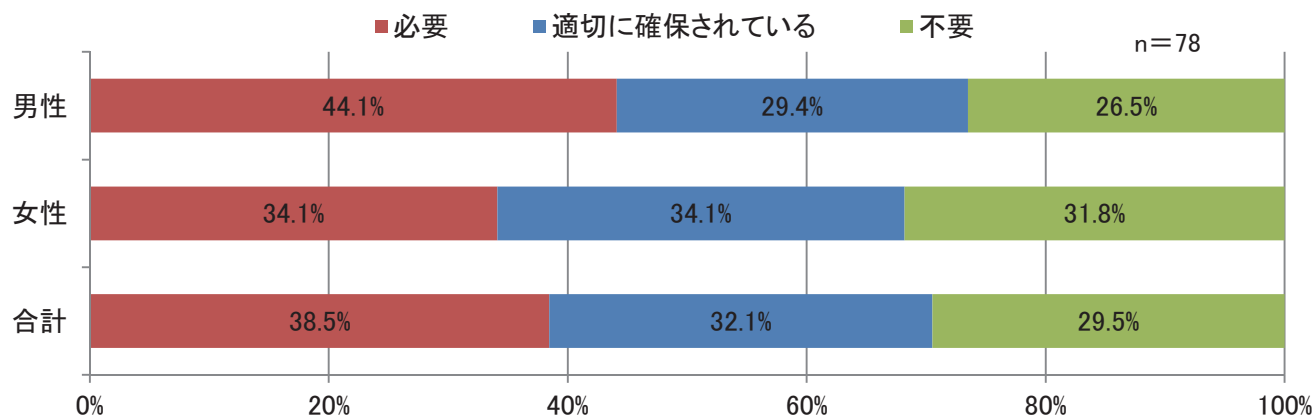


図 5-4-17 家族支援

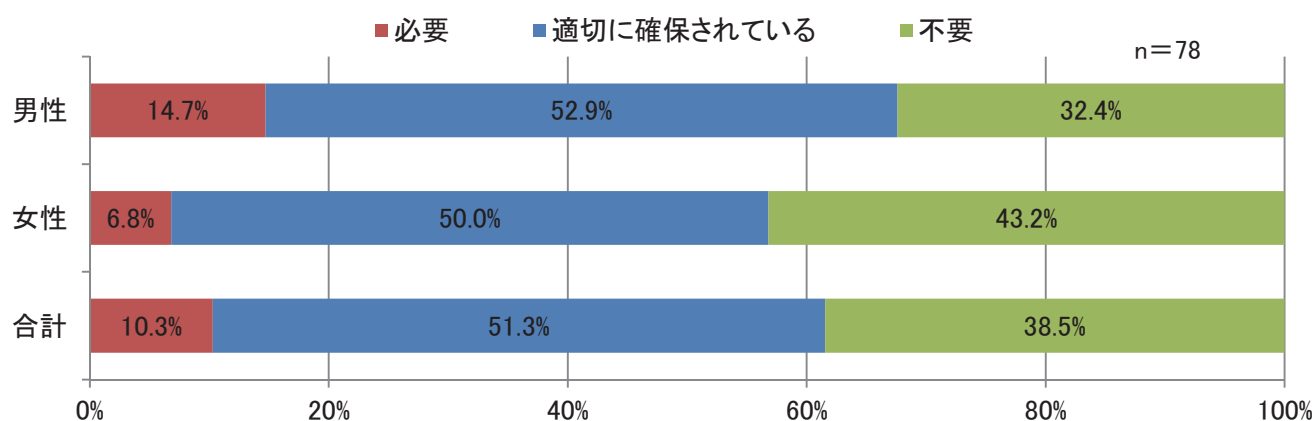


図 5-4-18 居住支援

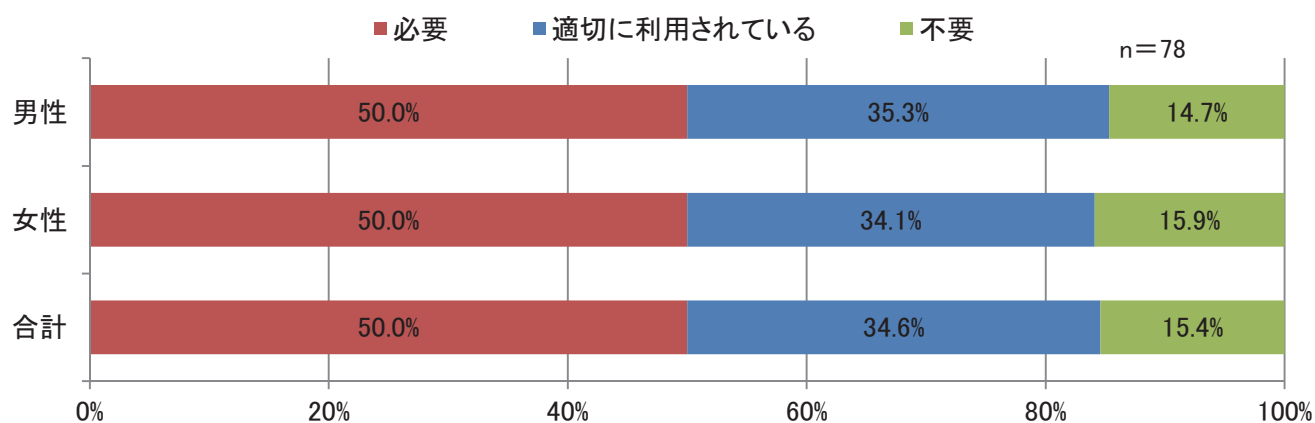


図 5-4-19 介護保険サービス利用の支援

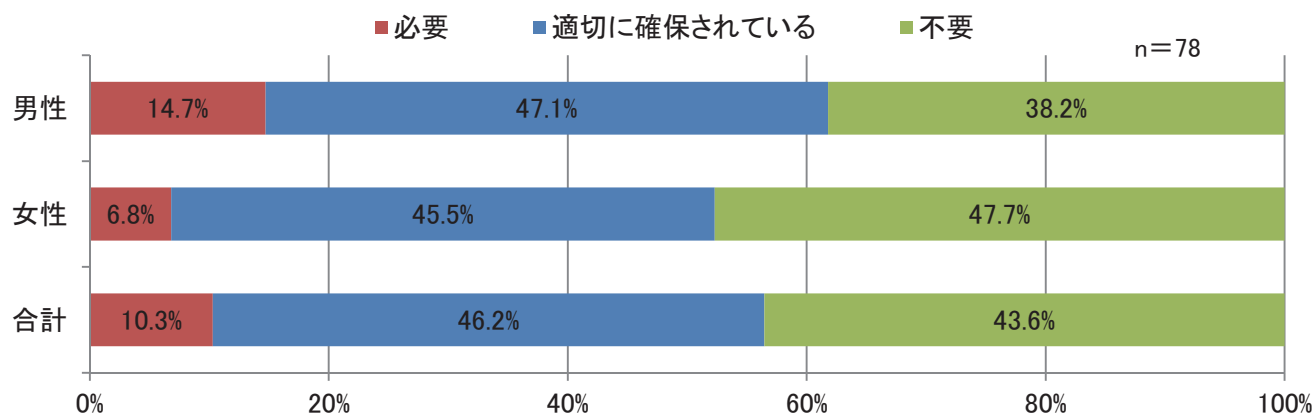


図 5-4-20 経済的支援

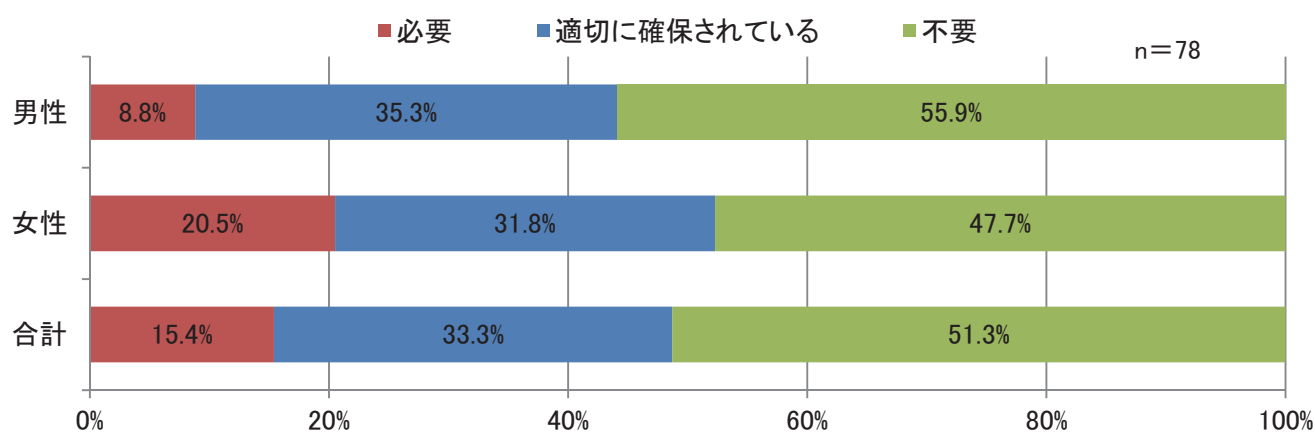


図 5-4-21 権利擁護の支援

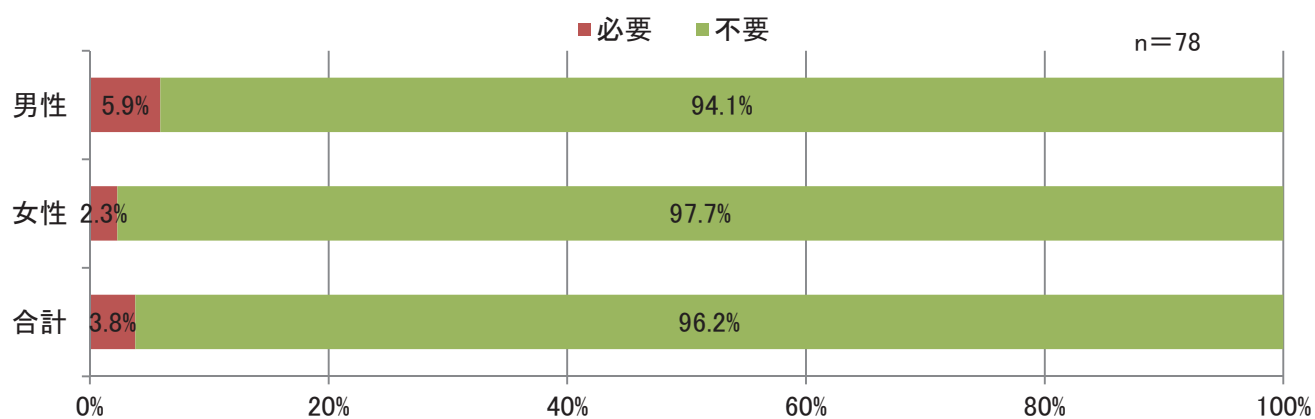


図 5-4-22 その他

第5節 考察

三次調査では、都市在住高齢者における認知症の診断や社会支援ニーズの実態について調査した。調査の結果、大都市に暮らす認知症高齢者においては、単独世帯や夫婦のみ世帯の高齢者の増加とともに、認知症の診断や社会支援サービスへのアクセシビリティが低下している可能性が示唆された。

本調査の対象者は、単独世帯と夫婦のみ世帯の者で約 76%を占めていた。このことは、もともと対象地域に単独世帯や夫婦のみ世帯の高齢者が多いということと関連しているが、同時に、家族による支援に限界があるという状況が本調査に参加した動機になっている可能性もある。

対象者のうち、認知症の状態にあると評価されたのは 78 名(39.4%)であったが、実際に医療機関で認知症であると診断されていた者は 78 名のうち 34 名(43.6%)で、具体的な認知症疾患の種類まで診断されていた者は 22 名(28.2%)にすぎなかった。つまり、認知症の状態にある高齢者の約 6 割が、認知症の診断につながらない状態で地域に暮らしているということがわかった。この結果は、一次調査から三次調査まですべての調査に参加した高齢者から得られたものであることから、実際に、地域において未診断の状態にある認知症高齢者の出現頻度はさらに高いものと思われる。

一方、社会的支援のニーズに関する結果からは、介護保険サービス利用の支援が必要と判定された者が約 5 割いることや、生活支援が必要と判定された者が約 4 割いること、約 6 割の者が 2 領域以上の社会的支援を必要としていることなどが明らかになった。これらは、都市在住高齢者が認知症を抱えながらも、必要なサービスに十分にアクセスできていないという実態を示している。さらに、家族支援が必要だと判定された者も約 4 割いたということは、認知症高齢者本人のみならず、介護者である家族への支援も重要な課題であることがわかる。

認知症とともに暮らせる社会を創出する上で、大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援の調整を行うことが重要な課題であることが示唆された。

第 6 章

観 察 研 究 の ま と め

第1節 はじめに

東京都板橋区高島平地区に在住する 70 歳以上高齢者 7,614 名を対象に、3 段階の調査を実施した。すなわち、一次調査では、7,614 名に対して郵送留置回収法による自記式アンケート調査を実施し、5,430 名の有効回答を得た（有効回答率 71.3%）。二次調査では、この 5,430 名を対象に会場または訪問による面接調査（認知機能検査を含む）を実施し、2,053 名が調査に参加し、2,020 名から有効な MMSE-J の結果を得た。さらに、三次調査では、MMSE-J23 点以下の 335 名を対象に医師を含む専門職チームで面接調査（医学的評価を含む社会支援ニーズの評価）を行い、198 名から有効回答を得た。

これらの調査によって得られた知見を以下に要約する。

第2節 一次調査から得られた知見の要約

- 1) 一次調査に協力が得られた者は 5,430 名（男性 2,309 名、女性 3,121 名）であり、有効回答率に性差は認められなかったが、90 歳以上超高齢者では回答率の低下が顕著であった。
- 2) 調査協力者のうち、単独世帯は男性 26%／女性 44%、住まいが集合住宅である人は男性 79%／女性 80%、居住年数が 26 年以上である人は男性 65%／女性 63%、就労している人は男性 26%／女性 13%、年収 100 万円未満の人は男性 8%／女性 14%であった。
- 3) 生活習慣について、飲酒をする人は男性 53%／女性 23%、喫煙する人は男性 17%／女性 5%、週 1 回以上外出する人は男性 94%／女性 94%、週 1 回以上趣味活動をする人は男性 41%／女性 44%であった。
- 4) 介護保険に関連しては、要支援 1 以上が男性 11%／女性 16%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が男性 5%／女性 5%、基本チェックリスト二次予防対象者が男性 33%／女性 39%であった。
- 5) 身体的健康状態については、主観的に健康と感じている人が男性 75%／女性 76%、自立歩行に問題がない人が男性 93%／女性 91%、かかりつけ医がいる人が男性 83%／女性 85%であった。
- 6) 口腔機能については、主観的に健康と感じている人が男性 63%／女性 67%、ブクブクうがいができない人が男性 13%／女性 13%、かかりつけ歯科医がいる人が男性 74%／女性 78%、どんなものでも咬めるといふ人が男性 34%／女性 40%であった。
- 7) 認知機能および精神機能については、自覚的認知機能低下を認める高齢者（「自分でできる認知症気づきチェックリスト」20 点以上）の出現頻度は男性 4.9%／女性 4.5%、抑うつ症状を認める高齢者（GDS-15 で 6 点以上）は男性 34%／女性 30.4%であった。
- 8) 睡眠については、平均の睡眠時間が男性 423 分／女性 407 分、昼寝をしない人は男性 43%／女性 46%、睡眠時に服薬する人は男性 16%／女性 24%であった。
- 9) 社会的機能については、週 1 回以上友人と直接的に会って交流する人は男性 17%／女性 24%、間接的に電話などで交流する人は男性 22%／女性 36%、別居家族と直接に会って交流する人は男性 10%／女性 16%、間接的に電話などで交流する人は男性 17%／女性 34%であった。
- 10) 認知症に関する知識について、症状についての知識がある人は男性 74%／女性 80%、相談先について知識がある人は男性 33%／女性 41%であった。
- 11) 認知症になったら、在宅で暮らしたいと感じている人は男性 45%／女性 34%、自分が認知症になってもこの地域で暮らせると感じている人は男性 36%／女性 33%であった。

- 12) 主観的な生活支援ニーズ（自分が誰かに手伝ってもらいたいと感じること）については、家事支援（「食事の準備を手伝ってもらいたい」、「買い物相談をしたり、同行してほしい」など）、私的領域支援（「毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい」、「給与や年金などの管理を手伝ってほしい」など）、社会参加支援（「自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときにさそってほしい」、「気楽に過ごせる場所や何でも話せる場所にさそってほしい」など）、受療支援（「病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい」、「自分の体調が悪いときに看病してほしい」など）、権利擁護に関する支援（「消費者被害にあったときに対処してほしい」、「成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きしてほしい」など）という5つの領域が抽出された。また、これらの生活支援ニーズのうち、受療支援、権利擁護に関する支援、家事支援のニーズを感じる人の出現頻度が相対的に高く、私的領域支援にニーズを感じる人の出現頻度は相対的に低かった。

第3節 二次調査から得られた知見の要約

- 1) 認知機能検査（MMSE-J）を含む二次調査に協力が得られた2,020名（会場調査1,352名、訪問調査668名）のうち、MMSE-J23点以下で定義される認知機能低下高齢者は335名（16.6%）であった。認知機能低下高齢者の出現率について性差は認められなかったが、会場調査では9.6%、訪問調査では30.7%と約3倍の差が見られた。
- 2) 調査参加者のMMSE-J得点の分布に基づいて、対象地区の70歳以上高齢者（7,614名）における認知機能低下高齢者の出現数を推計すると2,050名（有病率26.9%；男性26.7%、女性27.0%）となった。推計された認知機能低下高齢者の出現率は年齢階級とともに増加し、70～74歳階級では14.7%であるのに対し、90歳以上では60.8%に達した。
- 3) 認知機能低下を認める高齢者は、認知機能低下を認めない高齢者に比較すると、自覚的な認知機能低下、手段的ADLの低下、身体的ADLの低下、主観的健康感の低下、視力・聴力の低下、歩行機能、運動機能、口腔機能の低下を認める人が多く、栄養状態が不良の人、フレイル状態の人が多く、糖尿病、脳卒中、血液・免疫疾患、うつ病、認知症、パーキンソン病、耳の病気の出現頻度が高く、抑うつ症状を認める人、精神的健康度が低下する人が多かった。認知機能低下を認める高齢者は複合的な機能低下を抱える人が多いことが示唆された。
- 4) 認知機能低下を認める高齢者は、認知機能低下を認めない高齢者に比較すると、社会活動への参加や社会的交流の頻度が少なく、情緒的なソーシャルサポートが確保されにくい人が多く、年収100万円未満の人が多くなる。特に、社会的交流については、認知機能低下を認める高齢者では、週1回以上友人と直接的に交流する人は11.5%、間接的に交流する人は11.4%、別居家族と直接的に交流する人は13.5%、間接的に電話などで交流する人は12.8%であり、多変量ロジスティック回帰分析の結果、認知機能低下が友人との直接的・間接的交流および家族との間接的交流の頻度の低下と有意に関連することが示された。また、友人や家族との交流頻度は情緒的・道具的・情動的サポートの確保と有意に関連することから、認知機能低下が、社会的交流の頻度の低下を通して、社会支援（ソーシャルサポート）の確保を困難にする可能性が示唆された。
- 5) 二次調査に参加した2,053名のうち、現在処方薬を服薬している人は1,751名（85.3%）であり、このうちお薬手帳または薬剤情報をもっている人は1,546名（88.3%）であった。このお薬手帳や薬剤情報によって現在服薬している薬剤の内容を調査し得た人は1,833名（男性739名、女性1,094名）であり、このうち多剤併用（6種類以上の薬剤が処方されている）の人は627名（30.5%）であった。多変量ロジス

ティック回帰分析で、認知機能低下と多剤併用の間に有意な関連が認められた。多剤併用が認知機能低下の要因になっている可能性とともに、認知機能低下が服薬コンプライアンスの低下を通して多剤併用という結果をもたらしている可能性がある。

- 6) 認知機能低下を認める高齢者では、認知機能低下を認めない高齢者に比して、家事支援、私的領域支援、社会参加支援、受療支援、権利擁護に関する支援のすべての領域において、生活支援ニーズを感じる人の出現頻度が増加した。特に、受療支援や権利擁護に関する生活支援ニーズを感じる人の出現頻度が顕著に高まる傾向が認められた。それでも、私的領域に関わる生活支援ニーズを感じる人は、他の生活支援ニーズに比較すると相対的に少ない。このことは、私的領域については、仮に援助を必要とする状況であったとしても、援助を希求しにくいという側面を反映しているのかもしれない。

第4節 三次調査から得られた知見の要約

- 1) 三次調査に協力が得られた 198 名（男性 80 名、女性 118 名；平均年齢 81.0 歳）のうち 45.5%（男性の 33.8%、女性の 53.4%）が独居であり、70.2%が要介護・要支援未認定であった。
- 2) 医学的評価によって、現時点で認知症の状態に「ある」と判定されたのは 78 名（39.4%）であり、そのうちの 78.2%は軽度の認知症状態であった。
- 3) 認知症の状態に「ある」と評価された者のうち、医療機関ですでに認知症と診断されていた者は 34 名（43.6%）であり、アルツハイマー型認知症等の認知症疾患が診断されていた者は 22 名（28.2%）であった。
- 4) 認知症の状態に「ある」78 名のうち、現時点で何らかの社会支援の調整が必要と判定された者は 61 名（78.2%）であり、2 つ以上の複合的な支援ニーズをもつ者は 48 名（61.5%）であった。
- 5) 必要とされる社会支援を頻度の高い順に並べると以下の通りであった：認知症等の医学的診断（51.3%）、介護保険サービスの利用支援（50.0%）、生活支援（41.1%）、家族支援（38.5%）、継続医療の確保（15.4%）、権利擁護に関する支援（15.4%）、身体的健康状態の医学的評価（12.8%）、経済的支援（10.3%）、居住支援（10.3%）、その他の支援（3.8%）。

第5節 観察研究全体からわかること

本研究において明らかにされたことは、第一に、認知機能の低下が、生活機能の低下とともに、身体的・精神的な健康状態の悪化、社会的孤立、経済的困窮と深く関連しているということであり、しかも、このような身体的・精神的・社会的リスクの複合化が、認知症の初期、すなわち認知機能の低下が認められる比較的初期の段階で生じているということである。第二に、大都市の大規模住宅地には、単独世帯をはじめ、家族による生活支援が得られにくい高齢者が数多く暮らしているということであり、同時に、認知機能の低下が、社会的交流の減少と関連し、それが情報や社会支援サービスへのアクセスをさらに困難にしている可能性があるということである。第三に、実際に、認知症とともに地域に暮らす高齢者の多くは、医学的な診断や介護保険サービスの利用にはつながっておらず、数多くの複合的な社会支援ニーズが存在するにも関わらず、必要な支援にアクセスできていないということである。おそらく、その多くは、情報の欠如と、社会支援の利用を援助する担い手の欠如によるものかと思われる。

これらの知見は、このたびの一次調査から三次調査に至る各調査研究に参加された人々から得られたものであり、結果の一般化には注意を要する。しかし、一般に、調査に参加されていない後期高齢者は、調査に参加される後期高齢者よりも健康リスクが高いことが知られている。身体的・精神的・社会的な重層的生活課題を抱え、生活の継続が困難な状況に陥るリスクに直面している高齢者の数は、本研究で得られた結果を上回るものと予測される。必要な社会支援のニーズをアセスメントし、それを統合的に調整する（コーディネーション）とともに、社会支援の相互提供を可能にする地域社会を創出すること（ネットワーキング）が強く求められているものと考ええる。

第 II 部

介入研究

第 7 章

介入研究全体の枠組み

第1節 目 的

認知症は、認知機能や生活機能の障害とともに、多様な精神的・身体的・社会的な生活課題によって、生活の継続そのものが困難に陥るリスクが高まった状態とみなすことができよう。その実態は、本研究の観察研究においても明らかにされている。

そのような状態にある人々に対して、保健、医療、福祉、介護、生活支援、居住支援、家族支援、経済支援、権利擁護等の多様なサービスを、その人のニーズに応じて、その人が暮らす地域の中で、その人の状況に応じて提供できるシステム、すなわち、地域包括ケアシステムを実現しようという考え方は合理的である。多職種協働による社会支援の統合的調整は、そのようなサービス提供システムを実現するための方法論である。

しかし、私たちが共通目標とすべきことは、ただ単に、地域包括ケアシステムと呼ばれるサービス提供システムをつくることではなく、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、人々が希望と尊厳をもって暮らすことができる社会」をつくることにある。地域包括ケアシステムはそのための方法論の一つに過ぎない。

これは、ニーズベースのアプローチ (Needs-Based Approach, NBA) から権利ベースのアプローチ (Rights-Based Approach, RBA) への視点の変換とみなすこともできる。「認知症とともに暮らせる社会」(Dementia Friendly Communities) を創出しようとする近年の世界的なムーブメントは、このような視点の変換と深く関連している。

ところで、地縁・血縁が相対的に希薄であり、単身・夫婦のみ・各家族世帯の増加によって生活支援の担い手となる家族がいない高齢者が増える大都市では、社会の中で孤立し、情報やサービスへのアクセスに困難を来す高齢者が増えている。そして、本研究の観察研究で明らかにされているように、認知症とともに生きる高齢者では、その傾向が顕著にあらわれている。大都市の社会環境そのものが、認知症とともに生きる人々の権利を侵害するリスクを高めているとも言えよう。

そのような状況にあつては、単にニーズを満たすためのサービス提供体制を確保するというだけではなく、認知症とともに生きる人々の権利を守る地域社会の構造をつくり出すという視点が不可欠であろう。本研究では、「認知症とともに暮らせる社会」を創出するための複合的な方法論として、コーディネーション（本人の視点に立った、社会支援の統合的調整）とネットワーキング（社会支援を相互に提供することができる地域づくり）を提案し、大都市の大規模住宅地において実際に事業を稼働させながら、「認知症とともに暮らせる社会」をつくるという観点からその効果を評価することにした。

第2節 方法

第1項 介入の対象と方法

本研究では、観察研究を実施した東京都板橋区高島平地区を研究フィールドに設定し、観察研究の三次調査において認知機能低下(MMSE-J23 点以下)を認め、かつ、現時点において何らかの社会支援ニーズがあると判断された高齢者を対象に、多職種協働チームによるコーディネーション（本人の視点に立った、社会支援の統合的調整）を実践した。また、同時に、研究フィールドに地域拠点を開設し、ここを起点とするネットワーク（社会支援を相互に提供していくことを可能にする地域づくり）を進めた。

コーディネーションおよびネットワークの枠組み（ストラクチャ）と活動の柱（プロセス）は以下の通りである。

第2項 コーディネーション

(1) 事業の枠組み（ストラクチャ）

① 定義

認知症や障害などによって生活の継続が困難な状況に陥るリスクがあるときに、本人の視点に立って、必要とされる社会支援を統合的に調整することをコーディネーションと呼ぶ。また、コーディネーションの役割を担う人をコーディネーターと呼ぶ。

② 現存する制度との関係

現存する制度においても、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の業務の本質はコーディネーションに他ならない。また、認知症地域支援推進員、認知症支援コーディネーター、介護支援専門員はコーディネーターの役割を果しており、認知症サポート医もコーディネート医としての役割が期待されている。しかし、ここでは、現存する制度や職種に関わらず、コーディネーションの業務を担う人を一般化してコーディネーターと呼ぶことにする。

③ 認知症とともに生きる人の権利という視点から見たコーディネーションの意味

ところで、住む家があること、食べる物があること、着る服があること、必要な情報を得ること、医療サービスや介護サービスを利用できること、趣味やレジャーを楽しむこと、自分の暮らし方を自分で選択できること、可能な限り健康を保つことは、すべて、人が人としてあたりまえに暮らす諸条件かと思われる。人が尊厳をもって、あたりまえに暮らす諸条件のことを「権利」と呼ぶが、そのような意味で、コーディネーターは、本人の視点に立って、本人の「権利」を護る伴走者（パートナー）としての役割を果す。

④ コーディネーターの要件

本研究では、「認知症」と「人権」について十分なトレーニングを受け、かつ、認知症支援の実践経験をもつ保健・福祉の専門職（保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士、理学療法士、作業療法士等）をコーディネーターの要件とした。ただし、コーディネーターの要件を特定の専門職に限定することについては議論がある。たとえば、個人の情報を守るという観点からは、職業上守秘義務が課せられている専門職であり、かつ、責任の明確化という観点からは、公的機関の職員が望ましいかと思われるが、認知症カフェを運営するさまざまな人々が、職種に限らず、その人の経験や学びを通して、社会支援の調整を実践しているという現実がある。そして、そのようなインフォーマルな社会資源は必要不可欠と言っても過言ではない。

そこで、コーディネーターの基本的要件は、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修（後述するコーディネーター&サポートワーカー研修会）を受け、日々の実践の中で、「認知症」について学び、認知症とともに生きる本人や家族の「人権」について意識を高めることに努めている人とした。

⑤ コーディネーションを実践する場所

コーディネーションは、本人が暮らす生活の場で実践されるものである。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、認知症カフェは、いずれもその要件を満足する場所である。しかし、本研究では、研究的な枠組みにおいてその効果を評定する必要があることから、研究フィールド内に地域の拠点を設置し、コーディネーターはここを起点にして本人と出会い、コーディネーションを展開することとした。

(2) 活動の柱（プロセス）

通常、コーディネーションには、① 信頼関係の形成、② 総合的アセスメント、③ 情報共有、④ 課題解決に向けた多職種協働、⑤ 社会支援の調整という 5 つのプロセスが活動の柱となっている。これらの活動の時間的流れは複合的であり、しばしば同時進行的であるが、この 5 つのプロセスが基軸となって、コーディネーションが展開され、社会支援の統合的調整という目標が達せられる。

① 信頼関係の形成

コーディネーションの第一歩は信頼関係を形成すること、すなわち、“信頼できるパートナーシップを築くこと”にある。なぜならば、「本人の視点に立って、社会支援の調整を行う」には、本人の思い、希望、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたことなどを知り、理解することからはじめなければならないが、それができるのは、語り合う 2 人の間に信頼関係が形成されているからである。

しかし、信頼関係は、通常は短い時間で形成されるものではなく、日々の語り合いや、体験の共有など、“生き生きとした人と人との関わり合い”の積み重ねの中で形成されるものである。そのような時間の流れの中で、コーディネーターは、“本人の視点に立って考える”という姿勢をもち続ける必要がある。

② 総合的アセスメント

コーディネーションを行うためには、本人が希望と尊厳をもって暮らしていくためには何が必要なのかを把握する必要がある。そのためには、本人の思いや希望を理解するとともに、現在の生活状況全般において何が課題であるかを把握する必要がある。そのようなプロセスを総合的アセスメントと呼ぶ。

認知症の総合的アセスメントを行う場合には、認知症の一般的特性に関する知識が不可欠である。すなわち、認知症は、何らかの脳の病的変化によって、認知機能が障害され、それによって生活に支障が現れた状態であるが、それと同時に、さまざまな身体的・精神的・社会的な生活課題に直面し、それによって生活の継続そのものが困難に陥るリスクが高まった状態であることを理解する必要がある。

したがって、現時点で、どのような認知機能に障害が認められるか、生活面ではどのようなことに支障があるのか、身体的健康状態はどうか、精神的健康状態はどうか、社会的にはどのような状況におかれているのかということを把握する必要がある。また、質の高い適切なサービスを確保するためにも、これらの背景にはどのような認知症疾患があるのかを把握することは重要である。

③ 情報の共有

本人の視点に立って、生活の継続に必要な支援のあり方を考えるためには、第一に、本人や家族と情報を共有する必要がある、第二に多職種間で情報を共有する必要がある。

認知症の本人や家族に情報を提供するにあたっては、よく配慮された、質の高い情報を、わかりやすく、正

確に伝える必要がある。たとえば、ワーキングメモリや近時記憶などの認知機能に低下が認められる場合には、複合的な情報や長い話は負担が大きく、情報共有が困難になりがちである。そのような場合には、認知機能の低下によく配慮して、大切な情報を選択し、短い言葉で、わかりやすく伝えることが大切である。パンフレットを利用したり、メモを書いたりするなどの工夫も必要であろう。

また、本人や家族の不安が強い場合には、安心感を与えられるような配慮も必要である。ただ単に、認知症であることを伝えたり、診断名を伝えたり、障害の性質を伝えることよりも、本人が心配していることや、希望していることに対して、役に立つ情報を提供することからはじめた方がよい場合もある。

保健、医療、介護、生活支援、家族支援、居住支援、経済支援、権利擁護の支援など、複合的な支援が必要とされる場合には、多職種で情報を共有し、支援のニーズと課題解決の方法を検討していく必要がある。

④ 課題解決に向けた多職種協働

課題解決に向けた多職種協働とは、多職種協働チームが、本人の視点に立って、本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、本人とともに歩んで行こうとするアプローチである。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面し、不安を感じている人も、寄り辺なさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を回復し、その人なりの課題解決に向けて、希望と尊厳をもって、地域社会の中で共に生きることが可能になる。尚、ここで言う本人とは、認知症とともに生きる本人の場合もあるし、介護する家族の場合もある。ここでは、支援を必要としている対象が誰であるのかを明確にしておくことが重要である。

課題解決に向けた検討を行うために、概ね以下の手順で多職種協働会議を開催する。

- a. 会議の設営：会議設営の担当者が時間と場所を定め、メンバーを招集し、資料等を準備する。
- b. 司会進行と記録：司会進行役と記録係を定める。司会進行役は、メンバー全員が自由かつ公平に発言できるように配慮する。記録係は、会議の内容を記録し、次回会議で資料として活用できるように管理する。
- c. 支援対象者と担当者（コーディネーター）の確認：司会進行役は、支援対象者が誰であるか、支援対象者の担当者（コーディネーター）が誰であるかを確認する。
- d. 情報共有：コーディネーターは支援対象者の状況（総合的アセスメントの結果など）を説明し、多職種のメンバー間で情報を共有し、整理する。
- e. 課題の明確化：情報共有のプロセスを通して、課題（支援ニーズ）を明確化させる。
- f. 解決目標の設定：明確化された課題から、いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定める。
- g. 解決策の案出：定められた具体的な解決目標に向けて、できるだけ多くの解決策を案出する（ブレインストーミング）。
- h. 支援方針の決定：案出された解決策の中から、現実に「実行できそうな方法」「うまくいきそうな方法」を選択して支援方針を決定し、支援計画を立案する。
- i. 支援計画の策定と実施：支援方針や支援計画について、コーディネーターは本人や家族の意向を確認しながら、支援計画をさらに具体化させて、支援を実施する。
- j. モニタリング：コーディネーターは支援の実施状況や計画について記録し、次回会議で報告し、さらなる支援の必要性等について検討する。

⑤ 社会支援の調整

多職種のディスカッションを通して多様な課題と社会支援ニーズが明確化される。一般的に、抽出される頻度が高い社会支援ニーズは概ね以下の9つの領域に分類される。

a. 認知症等の医学的診断

認知症が疑われる場合には、それが「認知症の状態か否か?」、「背景にある要因は何か?」という2段

階の医学的な診断が必要となる。そのような診断が、その後の質の高い支援を確保する上で重要な意味をもっている。認知症等の診断が必要とされる場合、通常はかかりつけ医と連携して診断へのアクセスを確保する。かかりつけ医がいない場合には認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの医療機関への受診を勧奨する。いずれの場合も、コーディネーターは、認知症について、診断の必要性について、受診可能な医療機関について、本人や家族にわかりやすく情報を提供する。

ご本人が診断を受けたくないと希望される場合には、まずは優先される社会支援ニーズの調整から始め、診断へのアクセスは先送りすることもある。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行に関する生活支援の調整が必要な場合もある。

b. 身体的健康状態の医学的評価

認知症では、高齢者であることが多いこと、背景にある脳の病的変化（認知症疾患）が運動麻痺やパーキンソン病などの身体症状をもたらす場合があること、服薬管理や栄養管理などの支障が身体的健康状態を悪化させている場合があることなどから、身体的健康状態の医学的評価が必要な場合が多い。

たとえば、かかりつけ医がいない場合には、身体的健康状態を評価してもらう機会そのものがまったくない場合がある。かかりつけ医がいても、受診そのものが途絶えていたり、服薬管理の障害のために持病である高血圧症や糖尿病が悪化していたり、買い物や食事の準備の障害／口腔機能の低下／経済的困窮などを背景に低栄養や貧血が認められる場合もある。

身体的健康状態を医学的に評価する必要がある場合には、通常は、かかりつけ医と情報を共有したり、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等への受診を勧奨したりすることによってアクセスを確保する。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、身体的健康状態を評価する方法もある。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援についても検討する。

c. 継続医療の確保

医学的な評価によって認知症疾患や精神疾患や身体疾患が認められ、かつ継続医療が必要と判断されるがそれが確保されていない場合には、通常、かかりつけ医と連携して必要な継続医療を確保する。また、かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センター等と連携して、継続医療が確保されるように調整する。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、継続医療を確保する方法もある。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援（後述 d-4）についても検討する。

d. 生活支援

日常生活を営むために必要とされる多様な支援は、認知症の本人が、認知症とともに、その人らしく、その人の人生を主体的に生きていく上で重要な意味をもつ。そのような支援には、介護保険給付サービスではカバーされにくいものが多いことから、「介護」とは区別して、「生活支援」という用語が用いられることがある。通常は家族が生活支援の担い手になっているが、家族による生活支援が得られにくい状況では（例：単身世帯など）、家族に代わる生活支援の担い手の確保が求められる。ここには、以下のような支援が含まれる。

d-1. 「見守り」による支援

高齢者の生活支援において、「見守り」という言葉がよく使われる。これは、定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたりすることなどによって、本人の安否を確認したり、必要なときに対応できる体制を整えておくことを意味している。しかし、それと同時に、このような支援によって、本人の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾け、語り合う機会がつくられ、信頼関係（パートナーシップ）が醸成され、情緒的サポート（例：困っているときに相談にのる、具合が悪いときに相談にのる）を確保する基盤がつくられる。そのような意味で、コーディネーションの最初のプロセスである「信頼関係の形成」と密

接に関連している。「見守り」というよりも、「伴走」、「パートナーシップ」という表現の方がよいかもしれない。

d-2. 社会とのつながりをつくる支援、社会参加に関する支援

社会とのつながりは、その人なりの人生を、希望と尊厳をもって暮らしていくための基盤である。しかし、認知機能障害や生活障害は、社会とのつながりを希薄にし、社会的孤立を促進する。認知症とともに生きる人が、人々と出会える場につながれるようにすることはコーディネーターの重要な役割である。そのような場には、サロン、認知症カフェ、趣味やレジャー、仕事やボランティア、「本人ミーティング」（本人同士が主体的に出会い、自由に語り合い、それを政策や地域づくりに反映させ、地域社会の創出に参加することをめざした会）がある。後述する地域拠点は、そのような場を創り出す機能も担っている。

d-3. 金銭管理や服薬管理に関する支援

金銭管理や服薬管理の支障は、認知症の比較的初期段階に現れる手段的日常生活動作（IADL）の障害である。自分で銀行に行って預貯金の出し入れをしたり、1カ月分の生活費を管理したり、家賃や光熱費の支払いをしたり、決まった時間に決まった分量の薬を服用するのが不得手になる。通常、同居する家族がいる場合には、家族が自然にこれを支援している場合が多いが、単身世帯では、これによって日々の生活に支障が現れ、トラブルを生じたり、健康状態を悪化させたりする。しかし、本研究で明らかにされたように、このような生活行為は最も私的な領域に属することであり、認知機能が低下している高齢者であっても、援助を希求しにくい性質をもっている。制度的には日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用を検討する必要があるが、制度的支援のみでは十分に支援できないこともある。個別事例における検討が必要であろう。

d-4. 医療機関への同行やサービス利用の手続き等に関わる支援

体調が悪いときに看病してもらったり、医療機関に同行してもらったり、受診の手続きをしたり、医師の説明を聞いたり、入院の手伝いをしてもらったりする支援は、本人が求めている頻度が比較的高い支援であることが本研究において示されている。要介護認定を受けている場合には居宅サービスでカバーできる場合もあるが、そうでない場合には家族に代わる同行支援の担い手を検討する必要がある。

d-5. 掃除、洗濯、草取り、電球の交換、買い物、食事の準備など家事行為に関する支援

要介護認定を受けている場合には、居宅サービスでカバーすることができるが、未認定である場合や、サービスを十分な頻度で利用できない場合には、介護保険外の生活支援サービスや地域住民の助け合いの中でカバーする方法を検討する必要がある。サポートワーカーによる買い物支援、地域の食事会など。

d-6. その他の支援

生活支援は多様である。上記以外にも、話し相手になる、消費者被害など生活上のトラブルの相談にのる、映画やコンサートに同伴する、交通機関を利用した外出に同行する、自動車で送迎する、など枚挙にいとまがない。後述する地域拠点は、このような生活支援を創出する場としての機能も期待される。

e. 家族支援

家族は、認知症とともに生きる本人の生活支援の大切な担い手である。しかし、生活支援の領域は広範であり、それらを担う介護者の負担は大きい。介護者自身も高齢であったり、病気や障害がある場合には、その負担に圧倒され、精神的・身体的な健康を害したり、介護者自身が社会的困難状況に陥る場合も少なくない。コーディネーションでは、家族介護者の状況もアセスメントし、必要に応じて、家族に対する社会支援の調整も行う。

家族に対する社会支援には、評価的サポート（ねぎらうこと）、情緒的なサポート（困りごとや心配事の相談にのること）、情動的サポート（必要な情報を提供すること）、手段的サポート（実際にサービスの利用を調整したり、介護サービスを利用したり、生活保護制度を利用したりすること）がある。この中で、情緒的サポートと情動的サポートは家族支援の根幹である。情緒的・情動的サポートは、一般的には、専

専門職による支援（個別相談、心理教育、家族教室など）、家族同士の相互支援（家族会など）、専門職・家族・市民を含む相互支援（ケアラズカフェなど）によって提供される。コーディネーターは、自らが情緒的・情動的サポートの提供者であると同時に、家族がこれらの社会支援につながることができるように調整する。

f. 居住支援

住まいは地域生活を継続する基盤である。しかし、認知機能障害や生活障害によって、住み慣れた「住まい」を失う危機に直面する場合は決して少なくない。生活を継続するための「住まい」を安定的に確保するための支援を「居住支援」と呼ぶ。ここには、f-1.現在の居住環境を整備する支援と、f-2.新たに住まいを確保する支援が含まれる。

f-1. 現在の居住環境を整備する支援

現在の居住環境をアセスメントし（建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓の状況）、必要な助言と利用できる社会支援サービスについて情報を提供する。整理整頓や清潔保持の困難（例：室内の混乱、ゴミ屋敷など）や近隣とのトラブルは、生活を継続できる「住まい」の喪失につながる可能性が高い。そのような場合には多職種協働チームで課題解決に向けた検討を行う。

f-2. 新たに住まいを確保するための支援

居宅系サービスを利用しても在宅生活の継続が困難な状況にあるときは、通常、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、居住系介護保険サービス（グループホーム、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、療養型病床）の利用を調整する。しかし、その人がおかれている状況（例：低所得、家族や身寄りがいない、対人的なトラブルがある）によっては、その地域に現存する居住系サービスの利用が困難な場合がある。そのような場合には、「重層的生活課題をもつ人のための居住支援・生活支援」のあり方について多職種協働会議の中で検討する必要がある。

g. 介護保険サービスの利用支援

介護保険サービスでカバーできる生活の支援については、その利用を検討する。その場合、本人・家族に介護保険制度の情報をわかりやすく説明した上で、要介護認定の申請など、サービス利用に向けた手続きの支援も調整する。コーディネーターが地域包括支援のスタッフでない場合には、地域包括支援センターと連携する。また、実際にサービスを利用する場合に、介護支援専門員や介護サービス事業所のスタッフとも協働して、本人が希望と尊厳をもって暮らすためのトータルな支援のあり方を検討する。

h. 経済的な支援

経済的な理由から、買い物や食事などの日常生活の営みにも支障があり、医療や介護サービスも十分に利用状況にある場合には、限られた経済状況の中でいかに生活を維持するかという検討とともに、必要に応じて、医療費や介護費などサービス利用費を減額する諸制度、生活保護制度の利用について情報を提供し、その利用を検討する。

i. 権利擁護に関する支援

権利擁護に関する支援は生活支援の一部でもある。財産の管理、サービス利用の契約手続き、日常の金銭管理、通院や買い物など、生活支援の担い手となる家族が不在の場合には、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の利用を検討することができる。経済被害の可能性がある場合には、消費者被害センターや警察・弁護士等と相談して支援を調整する。虐待の可能性がある場合には、地域包括支援センターおよび自治体の担当課と連携して対応を検討する。

ただし、これらの公的制度は、先に述べたような生活支援そのものをカバーできるものではない。生活支援を可能にする地域づくり（ネットワーキング）を基礎にして、制度利用を調整することが肝要である。

第3項 ネットワーキング

(1) 事業の枠組み（ストラクチャ）

① 定義

ネットワーキングとは、社会支援を相互に提供していくことを可能にする地域社会の構造を創り出していくことを意味している。「地域づくり」、「まちづくり」と言ってもよい。本研究では、特に、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会」をつくるという理念のもとに、認知症の本人、家族、地域住民を含む個人と、地域を構成する多様な組織・団体が連携し、暮らしやすい地域環境を共に創り出しいく営みを意味するものである。

② 場所をつくるー地域拠点

ネットワーキングを実践するためには、その地域の中にネットワークの起点となる「地域拠点」を設置した。この地域拠点は先に述べたコーディネーションの拠点としても機能する。

③ 人をつくるー研修プログラム

先に述べた意味でのネットワーキングを進めるには、人々が「認知症」と「人権」について、深い認識をもつ必要がある。本研究では、専門職であるか、非専門職であるかに関わらず、「認知症」と「人権」について認識を深めることをめざした研修プログラム（コーディネーター&サポートワーカー研修会）を継続的に実施する。

(2) 活動の柱（プロセス）

地域拠点がネットワーキングの拠点として機能するためには、以下の5つの機能を発揮する必要があると思われる。

① 居場所としての機能

認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごすことができる。

② 相談に応需できる機能

認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々に対して、専門的な観点からも相談に応需することが可能であり、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につなぐことができる。

③ 偏見を解消し、住民同士の互助をつくりだす機能

認知症に関する正しい知識の普及とともに、多様な活動（イベントなど）を通して、社会支援を相互に提供することができる人と人とのつながりを創り出すことができる。

④ 連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）

社会支援を提供する多様な組織・団体の相互連携を推進することができる。

⑤ 人材を育成する機能

「認知症」と「権利」について深い認識をもった支援の担い手を育成するとともに、認知症や障害とともに生きる人々に対する合理的配慮のある社会環境の実現を促進することができる。

第4項 評価と分析

事業の質を評価する方法として、プログラムのストラクチャ、プロセス、アウトカムを包括的に分析する方法（Donabedian Model）がある。ここでは、コーディネーションとネットワーキングの有用性を評価するために、それぞれについて、実際の研究フィールド展開された事業の枠組み（ストラクチャ）と先述した活動の柱（プロセス）の達成状況（活動実績）を記載することによって、ストラクチャ評価とプロセス評価を行うこととした。

ただし、コーディネーションのプロセス評価については、「社会支援は調整されたか」という観点から、必要な社会支援の充足状況を分析的に記述し、ネットワーキングについては、「地域の力は醸成されたか」という観点から、地域拠点の活動実績を類型的に記述した。また、アウトカムとしては、介入対象者である認知症高齢者の「地域生活は継続されているか」という観点から記述した。

なお、本研究は、研究を進めながら、リアルワールドに具体的かつ実現可能なプログラムを開発する形式をとっている。特に、ネットワーキングについては、上記の5つの機能をもつプログラムのイノベーションという側面を有しており、その研究的活動は現在も進行中である。

第5項 倫理的側面

介入研究の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得た（28 健経第 3962 号、平成 28 年 11 月 10 日）。コーディネーションの実施にあたっては、本人または家族に文書と口頭で研究の目的、方法、個人情報の管理方法、データの保管、研究成果の活用等について説明し、文書による同意を得た。ネットワーキングについては、地域の拠点に調査の目的・方法等を記載したポスターを掲示し（オプトアウト）、来場者に対する周知を図った。

第 8 章

コーディネーション

第1節 コーディネーションー必要な社会支援は調整されているか？

第1項 対象

(1) 対象者の選定方法

これまでの章で報告されたように、板橋区高島平地区の 70 歳以上高齢者 7,614 名を対象にした郵送調査（1 次調査、自記式調査票調査）が行われた。次いで対面調査（2 次調査、認知機能等調査）が行われ、ここで施行された MMSE-J にて 23 点以下（遂行不能も含む）の者に対して医師を含む複数の専門家による訪問等による面接調査（3 次調査）を行なった。この際に「認知症の診断」「身体的健康状態の医学的評価」「継続医療の確保」「生活支援」「家族支援」「居住支援」「介護保険」「経済的支援」「権利擁護」「その他」の各領域にコーディネーションが必要と判断を受けた者については、研究所の多職種からなる専門チームで介入対象者としての適切性を検討し、66 名を介入対象として選定した。すなわち 1 次調査・2 次調査・3 次調査（以上は観察研究）、そして多職種会議という 4 つの段階すべてにおいて次の段階に進んだものが介入調査の対象者である。

加えて、例えば会場での認知機能スクリーニング検査では MMSE-J が 24 点以上であるために訪問対象者にはならないものの、様子や会話内容から生活状況が心配なために訪問したほうがよさそうな方で、訪問した調査員によって更に支援が必要と判断された方については、同様に研究所の多職種会議にかけた。ここでは、倫理的・臨床的な観点からも介入すべきと判断される場合には介入研究の対象に含めることとし、最終的には 4 名が合致した。

本研究における介入研究対象者とは、以上のような、①認知機能低下がスクリーニング検査上みられ、多職種会議でハイリスクと判断された 66 名、②認知機能低下がスクリーニング検査上みられないものの、倫理的・臨床的判断から本人同意のもとに関与を継続するべきと判断され、多職種会議でもハイリスクと判断された 4 名、計 70 名である（図 8-1-1）。

なお、会議で、ハイリスクとまでは言えないものの、一定期間後に様子を聞いてみるのが倫理的に適切であろうと思われた 24 名は「見守り群」として一応経過を追った。しかし、基本的に元気な方々であるためか、電話をしても振り込め詐欺防止機能の付いた電話機であるとの音声対応があるのみで電話に出てもらえないなど、連絡が取れない方が多かった。何度か連絡をしたところ、11 名は地域での生活を継続していた。12 名は連絡が取れなかった。1 名が入院中であった。連絡が取れた方々も調査には乗り気ではなく、見守り群については、これ以上の関与は対象者の利益につながらないと判断した。

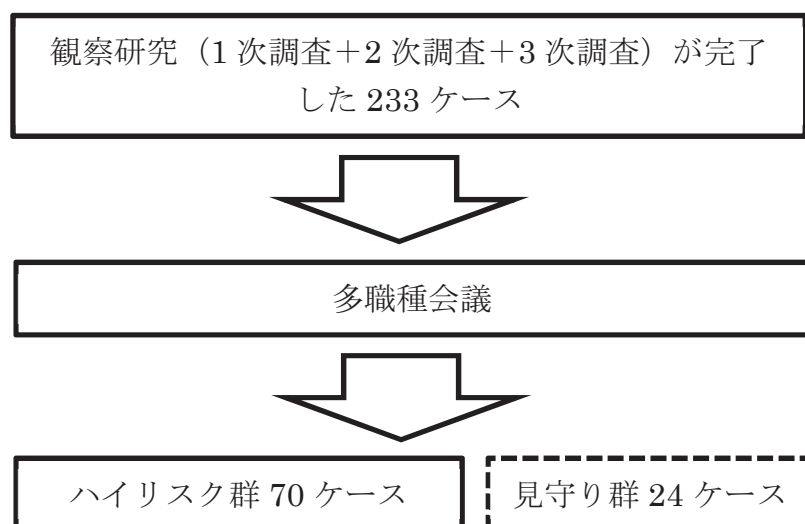


図 8-1-1 対象者の選定方法

(2) 対象者の特徴

対象者は男性 37 名、女性 33 名であった。平均年齢 81.3 歳（標準偏差 5.6）、最年長は 96 歳、最年少は 71 歳であった。独居は 29 名（42%）、集合住宅に住む者が 62 名（89%）、配偶者がいる者が 37 名（53%）であった。また経済状況は、生活が「苦しい」が 16 名（23%）、「やや苦しい」（16%）、「ふつう」が 34 名（49%）、「ややゆとりがある」が 6 名（9%）、無回答が 3 名であった。居住地は 1 丁目 11 名、2 丁目 30 名、3 丁目 24 名、4 丁目 1 名、5 丁目 4 名であった。

① 社会支援の必要性

三次調査で把握された社会支援の必要性に関して図 8-1-2 にまとめた。認知症の診断、介護保険、家族支援、生活支援のニーズが大きいことがわかる。身体的健康状態の医学的評価や継続医療については、ニーズはあるものの概ね満たされていることがわかる。

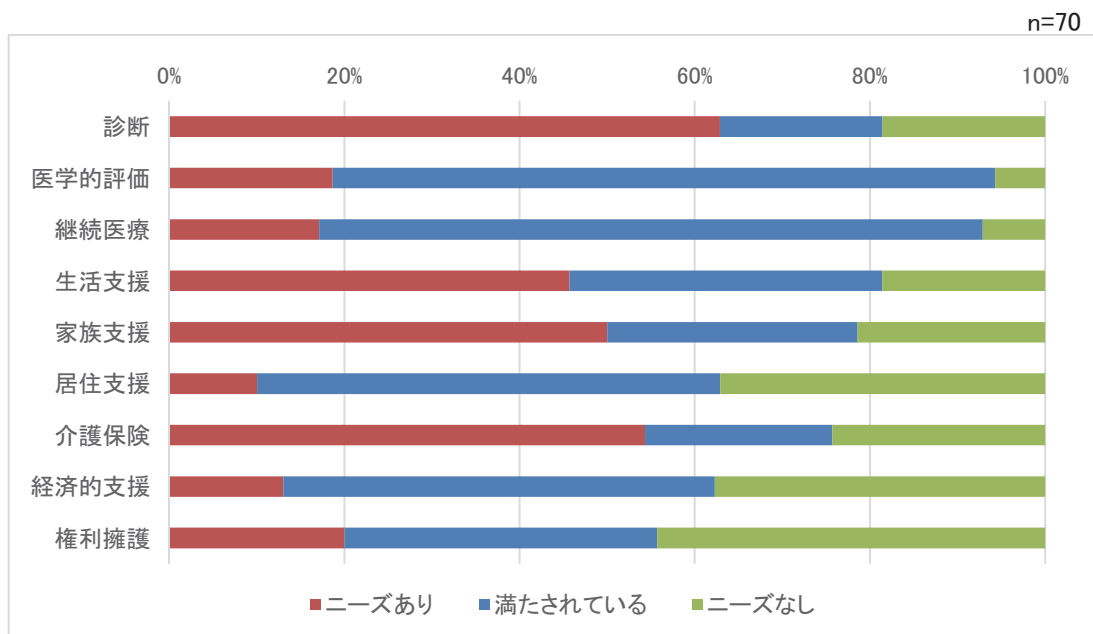


図 8-1-2 三次調査で把握された社会支援の必要性

② 認知機能および認知症

認知機能に関しては、MMSE-J の平均点は 20.1 点（標準偏差 3.4）、最大は 24 点、最少は 3 点であった。なお、遂行不能であったのは 4 名であった。認知症に関しては、訪問した専門医等が認知症状態にある判断した者は 46 名（なしは 24 名）であった。なお、その判断は DSM-5（精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版）に準拠した。このうち、すでに医療機関において認知症と診断されていた者は 17 名（40.0%）であった。DASC-21 では 20 名が 31 点以上（認知症の可能性あり）であった。

③ 精神的健康

GDS（Geriatric Depression Scale）で 5 点以上 9 点以下の「抑うつ傾向」は 24 名（34%）、10 点以上の「うつ状態」は 18 名（19%）であった。

④ 介護保険の認定状況

介護に関しては、47 名は認定を受けていなかった。要支援 1 は 9 名、要支援 2 は 2 名、要介護 1 は 8 名、要介護 2 は 3 名、要介護 3 は 1 名であった。

(3) 対象者の事前アセスメント

以上 70 名の方に対して、研究員 8 名（専門領域・資格は、心理士、公衆衛生学者、医師、保健師、歯科医師、社会学者、いずれも博士号を持つ、あるいはそれに相当する学識経験者である）が独立して全記録を精査し、危険度を（１）密な介入が必要、（２）中程度の介入が必要、（３）最小の介入で十分、の３段階に主観的・総合的に評価した（表 8-1-1）。半数以上が同じ評価をしたものを一致と定義すると、一致率は 77%であった。これらの評価に基づいて会議を行い、担当者を決めた。

表 8-1-1 研究者による 1 次・2 次・3 次調査及び多職種会議記録を踏まえたリスク評価

研究員 1	研究員 2	研究員 3	研究員 4	研究員 5	研究員 6	研究員 7	研究員 8	平均	一致
医師	保健師	公衆衛生	心理士	公衆衛生	心理士	歯科医師	公衆衛生		
1	2	2	3	3	2	1	2	2	
1	2	2	2	2	2	1	2	1.75	○
1	1	2	2	2	2	1	1	1.5	
2	1	2	2	1	2	1	2	1.625	○
1	1	1	2	2	2	1	1	1.375	○
1	1	1	2	2	1	1	1	1.25	○
1	2	1	2	2	1	1	1	1.375	○
1	1	2	2	1	2	1	2	1.5	
2	2	2	2	2.50	2	2	2	2.0625	○
2	1	2	2	1	2	1	1	1.5	○
1	1	2	2	2	2	1	2	1.625	○
3	1	1	2	1	2	1	2	1.625	
1	1	2	2	1	1	1	1	1.25	○
3	2	2	3	1	3	3	3	2.5	○
2	1	1	2	2	1	1	1	1.375	○
2	1	2	3	1	2	2	2	1.875	○
3	1	1	3	2	1	1	1	1.625	○
2	2	2	2	2	2	1	1	1.75	○
1	1	1	2	1	2	1	1	1.25	○
3	3	2	3	3	3	3	3	2.875	○
2	2	2	2	1	2	1	2	1.75	○
2	1	1.5	2	2	2	2	2	1.8125	○
1	1	2	2	2	3	2	2	1.875	○
2	3	3	3	2	3	2	2	2.5	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
1	1	2	2	3	2	2	2	1.875	○
2	2	1	1	1	1	2	1	1.375	○
1	1	1.5	2	2	2	1	1	1.4375	
1	2	1	3	1	2	1	1	1.5	○
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
3	2	3	3	3	3	3	1	2.625	○
2	2	3	2	2	2	2	2	2.125	○
1	1	2	1	2	2	1	2	1.5	
2	1	2	1	1	2	1	2	1.5	
1	1	1	1	1	2	1	2	1.25	○
1	1	1	3	2	2	2	2	1.75	
1	1	1	2	1	1	1	2	1.25	○
2	2	3	3	3	3	2	2	2.5	
2	1	2	2	2	2	1	2	1.75	○
3	2	2	1	3	2	2	2	2.125	○
3	1	2	2	1	2	2	1	1.75	○
1	1	2	2	2	2	1	1	1.5	
1	1	2	2	2	2	1	1	1.5	

(表 8-1-1 続き)

1	1	1.5	1	2	1	1	1	1.1875	○
1	1	1	2	1	2	1	1	1.25	○
1	1	2	2	2	3	1	2	1.75	
1	1	2	2	1	2	1	1	1.375	○
2	1	2	2	2	2	1	1	1.625	○
2	2	2	2	2	2	1	1	1.75	○
2	1	1	1	1	1	1	2	1.25	○
1	1	1	2	1	1	1	1	1.125	○
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
2	1	1	2	1	1	1	1	1.25	○
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
2	2	2	2	2	3	2	2	2.125	○
2	2	1	2	2	1	1	1	1.5	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
3	1	1	1	1	2	1	1	1.375	○
3	2	2	2	2	3	2	2	2.25	○
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
1	1	1	1	1	2	1	1	1.125	○
3	2	2	3	2	2	1	1	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	○
2	1	1	1	1	1	1	1	1.125	○
2	2	2	2	1	2	1	2	1.75	○
2	1	1	1	1	1	1	1	1.125	○
2	2	1	2	2	2	1	2	1.75	○
2	2	2	3	2	2	1	1	1.875	○
1	1	2	2	1	2	1	2	1.5	

※研究員 8 名が独立して全記録を精査し、危険度を（１）密な介入が必要、（２）中程度の介入が必要、（３）最小の介入で十分、の３段階に主観的・総合的に評価した

(4) 担当者の割り振りと介入実務

担当は以下のごとく割り振った。地域看護の実務に精通し、看護学校教官歴もある保健師 3 名が 39 名をチームで担当した。また医師、歯科医師、心理士、公衆衛生学者などからなる研究所の専従研究員 7 名が残りの 31 名を担当した。

各自は職業倫理に基づいて対象者と接触し、訪問、電話、あるいは高島平ココからステーションでの面会などを計画・実行した。同時に対象者の同意を得たうえで、対象者の利益にかなうと判断した場合は地域の公的支援組織（地域包括センター、民生委員など）とも必要な協働を行った。支援方法に悩んだ場合や不明な点は週に 1 回の研究所会議（毎週木曜日 14 時から 17 時）で報告し、多職種で検討した。ここには研究部長が参加し統括マネジメントを行った。

(5) 地域多施設多職種ケース会議の開催

介入研究では、地域包括支援センターとの連携が不可欠であり、個人の生活は、ある人の視点のみで評価できるものではなく、多様な選択肢を考え付く多職種が集まることによってニーズの評価および今後の支援の検討ができると考える。そこで、対象者の状況を共有するための地域包括支援センター職員を含む多職種によるケース会議を月 1 回開催することとした。ケース会議では、対象者が必要とする支援や今後生じうるリスクを予測し、具体的にどのような支援をしていくのかを検討した。ここでは個人情報に配慮し、ケース会議の日時と出席者およびケース会議で情報共有した対象者の人数を表 8-1-2 に示す。

表 8-1-2 地域多施設多職種ケース会議の詳細

	日時と場所	出席者	対象者人数
第1回	2016年12月22日(木)13:00～15:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 2名 研究所 10名	3名
第2回	2017年1月26日(木)13:30～15:30 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 2名 研究所 10名	8名
第3回	2017年2月22日(水)10:00～12:30 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 2名 研究所 10名	16名
第4回	2017年3月31日(金)13:00～15:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 2名 研究所 9名	8名
第5回	2017年4月19日(水)10:00～12:30 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 1名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 2名 認知症支援推進センター 1名 研究所 8名	5名
第6回	2017年5月22日(月)10:00～12:30 高島平地域包括支援センター会議室	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 3名 おとしより保健福祉センター 2名 認知症支援推進センター 1名 精神科臨床心理士 2名 研究所 9名	16名
第7回	2017年6月26日(月)14:00～16:00 高島平地域包括支援センター会議室	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 3名 認知症支援推進センター 1名 研究所 8名	9名
第8回	2017年7月14日(金)14:00～16:00 高島平地域包括支援センター会議室	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 1名 認知症支援推進センター 1名 精神科臨床心理士 1名 研究所 7名	8名
第9回	2017年8月10日(木)13:00～15:30 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 1名 おとしより保健福祉センター 2名 認知症支援推進センター 1名 精神科臨床心理士 2名 研究所 8名	10名
第10回	2017年9月20日(水)13:00～15:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 1名 認知症支援推進センター 1名 精神科臨床心理士 1名 研究所 9名	8名
第11回	2017年10月11日(水)13:00～15:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 1名 認知症支援推進センター 1名 研究所 7名	8名

(表 8-1-2 続き)

第12回	2017年11月30日(木) 10:00～12:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 1名 精神科臨床心理士 1名 研究所 9名	8名
第13回	2017年12月18日(月) 10:00～12:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 2名 おとしより保健福祉センター 1名 精神科臨床心理士 2名 研究所 7名	7名
第14回	2018年1月25日(木) 10:00～12:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 1名 おとしより保健福祉センター 2名 研究所 7名	5名
第15回	2018年2月22日(木) 10:00～12:00 高島平ココからステーション	高島平おとしより相談センター 2名 三園おとしより相談センター 1名 おとしより保健福祉センター 2名 精神科臨床心理士 1名 研究所 6名	5名

(6) 個人情報の保護

個人情報の管理には細心の注意を払った。高島平ココからステーションは民間警備会社と契約し、盗難等が起きないようにした。介入の記録は、インターネットに接続できないパソコン上のファイルメーカーに電子データとして管理した。そのパソコンは鍵のかかるキャビネットに格納した。また電子データでは対象者の名前は記さずIDのみを記載した。介入期間終了後は速やかにファイルメーカーのファイルを研究所に回収し、電子鍵のかかるUSBに保存し、鍵のかかるキャビネットにいった金庫内部で保管している。

さらに、実際の介入の現場では、訪問する際などにメモを取る必要があるが、メモには個人が特定できる情報は記載しないことを徹底し、さらにメモが散逸することがないように常にフォルダーにとじこんだ紙にメモを取るルールとした。訪問が終了し高島平ココからステーションに戻った際には、対象者宅で記載したメモはすぐに対象者別の保管用フォルダーに移動した。この管理用フォルダーは鍵のかかるキャビネットから基本的には出さないことを徹底した。

地域支援者との会議等では名前を挙げることなく会話することは不可能であるが、今回の研究の人数であれば記憶に基づいて話すことは可能である。しかし、個人情報の管理には非常に多くの労力を割くこととなった。実装段階ではむしろ支援の足かせになってしまう可能性は十分にあると思われた。

第2項 介入のプロセスに関して

2018年1月31日までの活動のうち2月16日までに電子入力されたものを解析したところ、70名のうち62名の記録が存在した。記録には対象者との面会、電話、あるいは対象者に関する研究者側の会議なども含まれる。平均記録数は8.3回(標準偏差5.8)、最大値40、最小値1、中央値7であった。

介入のプロセスに関しては人間の多様性(被支援者の多様性、置かれた状況の多様性、支援者側の多様性)を考えると一般化は難しいと思われ、一例として40回という最多の介入を行った被支援者の記録を、個人が特定できない範囲でプロセスを可視化したのが表8-1-3である。

表 8-1-3 最多の介入を行った方の介入プロセスのまとめ

記録	時間(分)	内容
1	50	家族と面談
2	15	電話
3	50	地域支援機関と会議
4	10	地域支援機関と電話
5	50	地域支援機関と会議
6	10	研究室内会議
7	不明	緊急連絡電話
8	15	研究室内会議
9	15	地域支援機関と会議
10	15	保健師が訪問
11	10	研究室内会議
12	15	医師、地域支援機関、保健師が会議
13	60	保健師が訪問
14	5	訪問するも留守
15	60	保健師が訪問
16	100	保健師が訪問、その後ココからステーションに移動
17	15	保健師が家族と電話
18	5	訪問するも留守
19	30	保健師が訪問
20	90	保健師が訪問、その後ココからステーションに移動
21	不明	地域多職種会議で情報共有
22	30	保健師が訪問
23	40	保健師が訪問、その後ココからステーションに移動
24	10	地域支援機関と会議
25	10	地域支援機関と会議
26	30	保健師が訪問
27	60	保健師が訪問
28	30	保健師が訪問
29	5	本人がココからステーションに来所
30	70	保健師が訪問、その後ココからステーションに移動
31	25	保健師が訪問
32	30	本人がココからステーションに来所(閉所日であったが対応)
33	120	本人がココからステーションに来所
34	150	本人がココからステーションに 2 回来所
35	65	本人がココからステーションに来所(閉所日であったが対応)
36	15	地域支援機関と会議
37	160	本人がココからステーションに来所
38	20	地域多職種会議で情報共有
39	340	本人がココからステーションに来所(途中 1 回帰宅したとの記録がある)
40	10	デイサービスの帰りにココからステーションによる

第3項 必要な社会支援は調整されているか

(1) 社会支援のコーディネーションの前後比較

3 次調査では、専門医等を含む 2 名以上の調査員が訪問調査をし、コーディネーションのニーズを 3 段階に評価した。すなわち「診断」「医学的評価」「継続医療」「生活支援」「家族支援」「居住支援」「介護保険」「経済的支援」「権利擁護」「その他」に関して、支援が必要である、評価あるいは確保されている、支援は不要である、の 3 段階に評価した。そして、介入調査終了時にも同様の評価を担当者が行った。したがって、厳密に盲検化されていないものの（見ようと思えば事前の評価は見る事ができる）、事前と事後の評価は独立している。

ここでは「その他」以外の9つの領域におけるニーズの3段階（ニーズが「ある」、ニーズが「あるが満たされている」、ニーズは「ない」）の介入前後の変化について解析する。なお、改めて支援経過の解析をすることの書面同意を得られたのは53名であった。

介入前後2回のニーズ調査が施行されたのは40名であった。40名のコーディネーションのニーズを表8-1-4に示す。

表 8-1-4 介入前後のコーディネーションのニーズの比較(元データ)

診断		医学的評価		継続医療		生活支援		家族支援		居住支援		介護保険		経済的支援		権利擁護	
前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
3	1	2	2	2	2	3	1	3	1	2	1	3	1	2	1	2	1
2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	1	3	3	3	2	1	1
3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1
3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2
3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1
3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
1	1	2	2	2	2	1	3	1	1	2	1	1	3	2	3	2	1
1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	3
2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	1	3	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	3	2	1	1	2
3	3	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1
1	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2
1	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	3
3	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
3	3	1	3	1	1	3	3	1	3	1	3	3	3	1	2	3	3
1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	3	3	3	2	1	3	3	3	1	2	1	3	1	2	1	2
1	1	1	2	1	2	1	3	3	1	1	3	1	2	1	3	1	1
3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3
3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	2	1	2	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2
2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1
3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	1	3	2	1	1	1	1
3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	2	3	2	3	1	3	1
2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	1	1
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	1
3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	2	1	1
3	2	2	2	2	2	2		2	3	1	2	3	2	3	2	1	2
3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	2	1	2	1
1	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1	2	3	2	1	2	1	2

1：コーディネーションのニーズはない

2：コーディネーションのニーズはあるが満たされている

3：コーディネーションのニーズがある

前後を比較するために、表 8-1-5 のごとくパターン化し、それぞれの対象者においてニーズが充足したかどうかを確認した。表 8-1-6 は各社会支援の充足率を算出したもので、表 8-1-7 はそれぞれの対象者の社会支援のニーズの変化を一覧にしたものである。

表 8-1-5 介入前後の変化のパターン化

カテゴリー	符号	内容
ニーズが満たされる／解消する	○	3→2(ニーズがある→満たされる) 3→1(ニーズがある→消失) 2→1(ニーズがあるが満たされている→ない)
変化なし	なし	3→3 2→3 1→1
ニーズ出現し適切に満たされる	△	1→2(ニーズがない→あるが満たされる)
ニーズ出現し満たされない	×	1→3(ニーズがない→ある) 2→3(ニーズがあるが満たされる→ある)

今回の介入の結果かどうかを判定することは容易ではないが、多くのケースでニーズが満たされているか、解消している。すなわち、社会的支援が調整されていることは注目に値する。

まず、介入前後における全体の社会支援の充足状況では、介入対象者 70 名において必要としているが充足されていない社会支援を出現頻度の高い順にあげると、1) 認知症等の医学的診断 21 名 (30.0%)、2) 介護保険サービスの利用支援 21 名 (30.0%)、3) 家族支援 18 名 (25.7%)、4) 生活支援 17 名 (24.3%)、5) 継続医療の確保 6 名 (8.6%)、6) 権利擁護に関する支援 6 名 (8.6%)、7) 身体的健康状態の医学的評価 5 名 (7.1%)、8) 経済支援 4 名 (5.7%)、9) 居住支援 2 名 (2.9%) であった。

70 名全員に担当者（コーディネーター）を定め、信頼関係の形成に努め、本人・家族・多職種間で情報を共有し、総合的アセスメントを行い、多職種協働で課題解決に向けた検討を行い、社会支援の調整を行った。その結果、約 6 ヶ月の介入において社会支援の充足（ベースラインで「支援が必要である」状況）を分析すると、充足率が高い順に、「居住支援」(100%)、「経済支援」(100%)、「継続医療の確保」(83.3%)、「家族支援」(72.2%)、「認知症等の医学的診断」(71.4%)、「生活支援」(64.7%)、「介護保険サービスの利用支援」(61.9%)、「身体的健康状態の医学的評価」(60.0%)、「権利擁護に関する支援」(50.0%) であった（表 8-1-6）。

表 8-1-6 介入前後における社会支援の充足の状況

社会支援の領域	社会支援ニーズがある人	充足された人	充足率
認知症等の医学的診断	21	15	71.4%
身体的健康状態の医学的評価	5	3	60.0%
継続医療の確保	6	5	83.3%
生活支援	17	11	64.7%
家族支援	18	13	72.2%
居住支援	2	2	100.0%
介護保険サービスの利用支援	21	13	61.9%
経済支援	4	4	100.0%
権利擁護	6	3	50.0%

「認知症等の医学的診断」、「身体的健康状態の医学的評価」、「継続医療の確保」、「介護保険サービスの利用支援」、の領域では特にニーズが満たされたものが多く、医学研究を専門とする研究機関が関与することは一定の効果があつた可能性がある。あるいは保険制度等の制度的支援が確立した領域においては支援を受けられない状況に陥る人は少ないという解釈もできよう。

一方で介入期間にニーズが出現し、しかも満たされていないもの（×）に注目すると、「生活支援」、「家族支援」の領域に多く出現していることがわかる。これらは制度的支援では十分にカバーできない領域なのかもしれない。詳細に支援記録に立ち返って眺めてみよう。まず生活支援に×がついた4ケースの支援記録を解析したところ「重篤な身体疾患が発見される」、「家族が重篤な疾患を有することが関わりの中で判明する」、「生活が困窮し援助希求がある」、「食生活が貧困であることが判明する」という要因であつた。家族支援に×がついた8ケースについては「高齢配偶者が介護している」が2件、「虐待の既往が判明」、「精神神経症状が出現する」、「配偶者が死去し親族が疲弊」、「介護者が骨折」、「配偶者の困難が語られる」、「母子密着」であつた。

なお「身体的健康状態の医学的評価」に×が付いた1ケースは「精神神経症状が出現する」、「居住支援」に×が付いた2ケースは「精神神経症状が出現する」、「生活が困窮し援助希求がある」、「介護保険サービスの利用支援」に×が付いた3ケースは「重篤な身体疾患が発見される」、「家族が重篤な疾患を有することが関わりの中で判明する」、「本人が介護保険サービスの拡充を強く求めてきた」、「経済的支援」に×が付いた2ケースは「重篤な身体疾患が発見される」、「生活が困窮し援助希求がある」、「権利擁護」に×が付いた2ケースは「配偶者の死去」、「新たな同居者が出現」であつた。

表 8-1-7 介入前後のコーディネーションのニーズの比較(パターン)

診断	医学的評価	継続医療	生活支援	家族支援	居住支援	介護保険	経済的支援	権利擁護
○			○	○	○	○	○	○
			○	○			○	
○			○	△		○		
○				×				
○				×		○		
			○	○	○	△		○
				○	○		○	
○					○	○	○	
			×		○	×	×	○
				×				
○								
○			△	○	○	○	△	×
							○	○
				○			○	△
	△	○	○		○		○	○
			○	○	○			
				○	○	△		
○			○				○	
	×			×	×		△	
	△	△	△	○				
		○	×		△	×	△	△
	△	△	×	○	×	△	×	
○			×					
	△	△						
				○	○	×	○	×
○	○	○			△	○	△	
				×		○	△	△
			○	○				
○				△				
○	○	○	○	○		○		
○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○	○	○	
								○
							○	
○					○	○	○	○
○			○	○	○	○		
○				×	△	○	○	△
				×			○	○
			△	×	△	○	△	△

○：ニーズが満たされる／解消する ○

記載なし：不変

△：ニーズ出現し適切に満たされる

×：ニーズ出現し満たされない

(2) 疫学研究の観点からの前後比較

一方で、我々の研究チームは従来の疫学研究で使用する尺度評価も行った。尺度評価とは、例えば地域住民を数千名規模でサンプリングして郵送調査を施行する際に使用するような、信頼性・妥当性が科学的手続きを

経て確立しており、国際比較が可能で、言語間の等価性も確立しているような医学尺度を用いた評価を指す。こうした尺度測定においては、決められた文言を正確に読みあげることによって問いかけ、回答は選択肢の中から選んでいただくような形になる。今回我々が行ったような、対象地域に拠点を置き、自らが支援者にもなり地域の他の支援者と協働し参加していくアクションリサーチともいわれる研究では、調べた限りでは厳密に尺度を測定した先行研究はないと思われ、測定した。尺度としては WHO-5 精神的健康状態表 (WHO-5-J)、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント (DASC-21)、Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版 (J-ZBI_8)、日本語版 NPI (NPI) を使用した。

4 つの尺度のいずれかで前後 2 回の両方が取れたものは 38 名であった。結果を表 8-1-8 に示す (測定できなかったもの、あるいは前後のどちらかだけ測定できたものは空欄とした)。

表 8-1-8 介入前後の尺度上の変化

WHO-5-J		DASC-21		J-ZBI_8		NPI	
前	後	前	後	前	後	前	後
21	18	21	26			0	0
20	25	37	37	6	6	0	0
11	9	34	38	1	8	0	0
18	13	37	44	6	17	0	0
14	15	32	39	9	16	0	2
22	17	33	36			0	0
24	23	21	23			0	0
6	1	23	24			0	3
4	9	22	26	19	14	4	4
22	24	22	23	0	0	0	0
3	10	50	51			7	6
16	17	33	29			1	0
11	10	54	68	4	16	0	1
15	15	53	56	26	23	1	1
20	21	24	24			0	0
20	24	25	25			0	0
10	23	24	25			1	
11	12	25	25			0	0
12	3	22	29			0	1
15	19	27	29			0	0
18	15	21	22			0	0
10	9	23	45			0	3
15	16	39	44			0	0
15	15					0	0
13	6	69	76	23	20	2	2
18	17	41	31	11	2	1	0
17	20	39	46	2	3	1	1
16	18	24	24			1	0
11	10	73	72	7	5	3	5
21	17	58	62	11	7	0	0
18	21	27	27			0	0
20	20			4	2	0	0
12	14	41	48	3	3	1	1
14	17			3	4	0	0
19	21	34	40	3	7	3	2
24	17	26	28				
10	14	44	37			1	1

① WHO-5 精神的健康状態表 (WHO-5-J)

この尺度は 0 点から 5 点の 6 件法で 5 項目からなるものであり、合計得点は 0 点から 25 点の分布を示し、点数が高いほうが精神的に健康である。介入前は 15.3 ± 5.3 点、介入後は 15.5 ± 5.8 点であり、介入前後で比較して有意な変化は見られなかった($p=0.73$)。

② 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント (DASC-21)

この尺度は 1 点から 4 点の 4 件法で 21 項目からなるものであり、合計得点は 21 点から 84 点の分布を呈する。点数が高いほうが（合計得点が 31 点以上で一定の基準を満たす場合に）認知症である可能性が高い。介入前は 34.6 ± 13.9 点、介入後は 37.6 ± 15.0 点であり、介入後のほうが有意に高かった($p<0.005$)。これは 6 か月間で認知機能障害が進行した可能性を示している。

③ Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版 (J-ZBI_8)

この尺度は 0 点から 4 点の 5 件法で 8 項目からなるものであり、合計得点は 0 点から 32 点の分布を示し、点数が高いほうが介護者の介護負担が大きい。介入前は 8.1 ± 7.7 点、介入後は 9.0 ± 7.1 点であり介入前後で有意差はみられなかった($p=0.531$)。

④ 日本語版 NPI

この尺度は認知症の行動心理症状を評価する国際尺度 Neuropsychiatric Inventory の日本語版を購入し使用した。行動心理症状 12 項目に関して担当者が「あり」「なし」で判断し、その合計を算出した。介入前は 0.7 項目、介入後は 0.9 項目であり前後で有意差はみられなかった($p=0.228$)。

以上から、6 か月の介入期間の前後で、精神的健康、介護負担、行動心理症状に関しては差が見られなかった。一方で、6 か月の経過には DASC-21 の点数は上昇することが示された。よって、今回の介入研究の効果を医学尺度の改善で示すことは困難である可能性がある。一方で、対象者の数が少ないため、対象者を増やすことで有意差が明らかになる可能性はある。また、介入しなかった場合により一層の精神的健康低下、介護負担増加、行動心理症状悪化が見られる、すなわち介入効果が実はあるという可能性はあるが、これは対照群を設定しなければ検証できない。

(3) 実装研究で疫学的尺度を用いることの課題

なお、実際に測定するにあたり、これまでは支援者として関わっているにもかかわらず、突然「尺度を測らせてください」と言うことで対象者が困惑するのではという指摘が会議では何度もあがった。これに対しては、十分に信頼関係を醸成した後に、尺度測定に参加しなくとも支援を続けることを約束したうえで、あくまで参考までに取らせて頂く姿勢を明確にする方針とした。この過程は学術論文に「研究の限界」として記載されるべき 2 つの点である。第一は代表性の問題である。研究に対する住民の警戒心は思いのほか強く、信頼関係ができていても尺度を取らせて頂くまでには時間を要するケースがあることが報告された。よって、従来の疫学研究の対象者が住民を代表している可能性は予想以上に低いのではないかと、地域の実情を十分に可視化できていないのではないかと、という点である。本研究も 1 次から 3 次調査にまですべて参加したうえに参加に同意した者のみが対象となっており、地域には研究参加しなかった者が多数いることを忘れてはならない。なお、我々の研究チームでは、東京都 A 区で行政が行った郵送調査に未返送であったものを対象に訪問調査をし、未返送者がハイリスク群であることを報告した⁹⁾。第二は、支援と研究の両立の問題である。研究の進展とともに支援しながら尺度を取ることに違和感が研究者の間で非常に大きくなった。良き実践は、数値化・可視化・一般化することでより広く還元されることは理解するが、現場では葛藤を生じうる。信頼しているからこそ家にあげてくれるのであり、尺度測定のためのテスター投入が論外であることは言うまでもない。

一方で、ネットワーキングが進展し、研究拠点が地域に周知され、信頼を得てくると、今回の研究対象者ではないものの困難を抱えている人が「高島平ココからステーション」に紹介されるようになってくる。このような方を研究対象者とすることは倫理的にも手続き的にも困難ではあるが、困難にある当事者こそがもっとも困難を知る教師になりうるという考え方もできるため、あらたな実践的研究が萌芽しつつあると言えよう。

1) 井藤佳恵、稲垣宏樹、杉山美香、栗田主一：郵送調査回答未返送の後期高齢者に対する訪問調査．老年精神医学雑誌 2015;26(01):55-66

＜「高島平ココからステーション」を拠点に家庭訪問を通して感じたこと＞ 保健師 岡村睦子

私が保健師として最初に赴任した町役場では、住民が保健室にきて、お茶を飲みながら、近況、悩み事を話すのをゆっくり聞くことで生活、健康問題が明確になり、必要なサービスの提供に繋げることができていた。現在同様に、そのような関わりを高島平ココからステーションを拠点にして実践できていることが嬉しい。

高島平地区は高齢化率が高く、訪問時行き交う方々は圧倒的に高齢者が多い。家庭訪問を通して印象に残っているのは、「家族と一緒に施設見学をしたことがある。施設に入ると子供は安心すると思うが、圧迫感を感じる。下の世話をされるようになったら施設もしかたない。自分は自由気ままにのんびり過ごしたい。」と話す独居男性。「おらが天下、家が一番」と、訪問時おおらかに笑う女性の言葉である。認知症と診断され、迷子のような心細さを抱えているが、介護保険などのサービスと、離れて暮らす家族の支えの中で在宅生活をされ、進行する症状と向き合いながら、「自分自身の暮らし方を自分で選択できること」を強く望んでいることが印象的であった。

他方、介護者の負担感も強い。家族にココからステーションに来て頂き、サービスの紹介や、本人の前では言えない思いに耳を傾けることで、家族が気持ちの整理に繋がっているように感じた。

家庭訪問は、対象者の生活の場に出向くことであり、そこには、家族の歴史、匂い、家族関係が感じられる。初回訪問は、お互いに緊張しているが、関わっていく中で本音を少しずつ表出してくれる。その緊張感の後、氷が少しずつ解けていくように関係ができ、人生の大先輩に、喜びと悲しみ、安心と不安、つながりと孤独を感じていることなど、当たり前のことを教えて頂いている。

今後も本人・家族の思いを傾聴し、社会資源の提供などを通して、住み慣れた高島平で、希望と尊厳をもって安心・安全に暮らし続ける地域社会作りに関わっていきたい。

＜高島平ココからステーションに関わって＞ 看護師 加藤徳子

「高島平こころとからだの健康調査」に平成 28 年 10 月 3 日から調査員として参加させていただき、引き続き平成 29 年 8 月 1 日からココからステーションの活動にも加わらせていただきました。私は、他の仕事に従事していることから、2～3 回／月のボランティアという立場に関わりました。職場が老健施設ということ、自分自身も高齢者の仲間入りをしていること、誠意あるお誘いがあったことからこの意義ある事業に深い関心を寄せたという事が本音です。

具体的には、保健師チームに属し、5 事例の担当をさせていただきました。独居高齢者、夫婦のみ世帯、家族間で多くの課題を抱えている方々でしたが、訪問回数を重ねるたびに顔なじみとなり関係性が深まったと思います。独居の方がだんだんにお元気になられ、自立生活に張りを感じられたこと、次の訪問を待っていて下さる様子に嬉しさを覚えました。ゆるく繋がりながら少し背中を押してあげる存在の必要性を感じました。地域包括支援センターとの連携を図ったり、ケースカンファレンスで多職種連携での意見交換に参加する機会もあり大変参考になりました。

また、ココからステーション内の環境が次々に整い改修工事もなされ、快適な場所に変化していったことを目の当たりにできたことが私にとって収穫でした。段々利用される方々も増えサロンを形成してきました。残念ながら、ココステ内での活動に加わる機会が少なかったですが、医療的な相談で「尿漏れの対策」「喘息予防の呼吸法」等のお話しができました。

最後に、今回の活動に参加させていただき多くの学びとなりました。ありがとうございました。「認知症と共に暮らせる社会に向けた地域ケア」が日本各地に広がり認知症高齢者が住みやすい社会になることを切に願っています。

第2節 ネットワーキングー地域の力は醸成されているか？

第1項 地域拠点の設置と活動の展開

(1) 目的

「認知症とともに暮らせる社会」を創出するには、社会支援の調整（コーディネーション）とともに、社会支援の相互提供を可能とする地域づくり（ネットワーキング）が不可欠であろう。そのような意味でのネットワーキングの重要性は、地域包括ケアシステムの理念の普及とともに、地域保健・医療・福祉に携わる多くの人々によって共有されてきている。しかし、大都市においてそのモデルを構築し、その効果を明らかにしようとする研究は少ない。

ところで、地域包括ケアシステムの実現という観点からは、公的事業と民間セクターとの連携推進（狭義のネットワーキング）が鍵を握るが、**Dementia Friendly Communities (DFCs)**の創出という観点からは、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らせる社会」の創出という理念の下に、認知症とともに生きる人々の「権利」にフォーカスをあてた人々の意識の変化や社会環境のイノベーションが不可欠と思われる。

このような2つの観点から、広い意味でのネットワーキングを推進するには、少なくとも以下の5つの機能をもった地域拠点が必要と思われる。

① 居場所としての機能

認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごすことができる。

② 相談に応需できる機能

認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々に対して、専門的な観点からも相談に応需することが可能であり、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につなぐことができる。

③ 差別や偏見を解消し、住民同士の互助をつくりだす機能

認知症に関する正しい知識の普及とともに、多様な活動（イベントなど）を通して、社会支援を相互に提供することができる人と人とのつながりを創り出すことができる。

④ 連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）

社会支援を提供する多様な組織・団体の相互連携を推進することができる。

⑤ 人材を育成する機能

「認知症」と「権利」について深い認識をもった支援の担い手を育成するとともに、認知症や障害とともに生きる人々に対する合理的配慮のある社会環境の実現を促進することができる。

本研究の目的は、上記の5つの機能を発揮することができる地域拠点を、実際に、大都市の大規模住宅地内に設置し、事業の質を総合的に評価しながら、地域拠点のプログラムを開発することにある。尚、人材育成については、第2項に記述する。

(2) 方法

東京都板橋区高島平2丁目にコーディネーションとネットワーキングの地域拠点を設置し、上記の5つの機能を発揮するための事業を開始した。個々の事業プログラムは、実際に事業を運営しながら、研究チーム全体で討議し具体化させた。

地域拠点が上記の5つの機能を発揮することができるか否か、すなわち、プログラムの質を評価するために、

事業の枠組み形成（ストラクチャ）と活動の達成状況（プロセス）を記述した。

なお、研究の実施にあたっては、会場内に調査の目的・方法等を記載したポスターを掲示し（オプトアウト）、来場者に対する周知を図った。

(3) 結果

① 事業の枠組み形成（ストラクチャ）

（ア）理念と名称

「認知症とともに暮らせる社会」（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず希望と尊厳をもって暮らせる社会=DFCs）の創出を基本理念として、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所であり、かつ、コーディネーションとネットワーキングの拠点として機能することができる地域拠点「高島平ココからステーション」を開設した。ココからの「ココ」は「こころ（心）」、「から」は「からだ（体）」を示し、同時に「ココから」は「この場所から一緒に出発する」という意味が込められている。

（イ）開設までの準備

高島平ココからステーションは平成 28 年 7 月 28 日に板橋区と大東文化大学の協力を得て、大東文化大学板橋キャンパス多目的ホールにて実施した高島平スタディのキックオフ講演会の後、平成 28 年 8 月 1 日に開所した。初年度は、調査研究事業の訪問調査実施の拠点として稼働させ、平成 29 年度の本格開所に向けての準備を進めた。平成 29 年 3 月 14 日、21 日、28 日に高島平ココからステーションのプレオープンを行い、4 月 7 日から地域介入（コーディネーションとネットワーキング）の拠点として本格稼働した。

（ウ）開設に向けての協力体制づくり

準備期間中に、近隣のコミュニティカフェの見学やコミュニティカフェで行われる講座や勉強会の講師派遣等を通して協力体制づくりを進めた。また、いたばしコミュニティスペース連絡会への入会、高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議（生活支援コーディネーター第 2 層協議体）および高島平団地包括ケア推進懇談会への参加、高島平新聞への記事掲載（図 8-2-1、図 8-2-2）、高島平便利帳への案内掲載、Facebook ページの開設（高島平ココからステーション、@t.cocokara.st）などを行った。

高島平新聞



発行所 株式会社高島平新聞社

発行人 村奈嘉 高英

©(高島平新聞社) 2017

月刊 毎月15日発行 定価 1部160円

ホームページ(毎月更新)

http://www.takashimadaira.co.jp

〒175-0082 東京都板橋区高島平2-33-4-109

電話 (03) 3936-1634

FAX 3936-1314

郵便振替口座 00150-3-138275

E-mail shinbun@takashimadaira.co.jp

昨年、東京都から委託され板橋区の協力のもと、高島平1丁目から5丁目に住む70歳以上の住民約7600人を対象に「高島平のこころから」の健康調査を行なった地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが、同研究所は、都の委託事業「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」の一環として「高島平ココからステーション」を、高島平2-32-1105に開設。4月から支援の拠点としてスタートした。



明るく広々とした「高島平ココからステーション」施設内

同ステーションは行政や関係機関、地域住民と協働して認知症やその家族に必要な支援の調整や社会でのネットワークをつなげていく場所。また地域交流の場としての機能も持ち、医師や看護師などの専門職員に健康や認知症の事などを相談することもできる。

門家によるミニ講座等を開く。参加は無料。詳細は13面参照。

また講座開催日以外にも、月曜日はドクターマナーとして同研究所の医師と話ができる日を設けるなど、月水金曜日と、第2・4土曜日の午前11時から午後4時まで開いており、無料で茶を飲みながら雑談や休憩ができる。なお、利用できる日が変更になることもあるため、詳細は同ステーション入り口にある月別オープン表で確認を。

一方高島平では、高齢者が気軽に立ち寄れるコミュニティスペースやサロンがすでに数カ所ある。これらは高齢者の支援体制を地域の中で住民が主体となって運営しているものだ。

同ステーション開設についてこれらのコミュニティスペースの責任者たちは「大賛成。先生たちが私たちの所まで下りてきてくれて直接話ができることはありがたい。これを機にもっといろいろな形のサロンができればうれしい」と好意的な人や「新しい拠点が生まれるのは助かる人もいるので反対はしない。しかし税金を使って行う場合は、既に活動をしている店組織を生かす形で企画を練り事業を進めてもらいたい」と注文をつけた人。「家賃、人件費も宣傳費も税金を使わずに無料でやられたら、こちらは大満足。たまたまの恵みはない」と感激する人もいる。

認知症など相談できる場へ

高島平2丁目団地内に

東京都健康長寿医療センター研究所

『ココからステーション』を開設

ないで、同研究所が専門の医療に関する、特に認知症に特化した事業を行えば、他のコミュニティスペースと競合が少ないのではないかと、また新たに拠点を構えるのではなく、既存の施設を使うことも考えてみては、と話す。

地域住民にとって、コミュニティスペースのあり方はどのようなものが望ましいか。

図 8-2-1 高島平新聞記事 2017 年 5 月 15 日

ミニ講座に延べ4700人が参加

東京都の委託事業「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」の一環として、4月に「高島平ココからステーション」を高島平2-32-1105に開いた地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所が、5月15・16・17・19・20日に健康に関するミニ講座を開いた。

同ステーションは地域住民の交流スペースであり、また心や認知症のことなども相談できる。

岡村氏は、認知症とはどのような病気か、現在の薬はどのように進歩しているかなどと、周りの環境により認知症になっても幸せな生活を送れることを話した。そして小川氏と高瀬氏は僧侶の立場から、幸せな年のとり方は一人ひとり違っている、自分の状態を知り心と体の調和がとれた生活を送って欲しいと話した。

15日から5日間、10回のミニ講座の参加者は延べ4700人にのぼり、健康に関する住民の関心の高さがうかがえた。同研究所では今後も1か月に1回はミニ講座を開いていきたいと話している。



会場は用意された椅子が足りないほど多くの人で埋まった

今回のミニ講座は、同ステーションを広く知ってもらおうと開かれたもの。17日の午前中には「幸せな年のとり方」僧侶と精神科医の対話をテーマとして同研究所の研究員で精神科医の岡村氏と大正大学研究員、僧侶の小川有樹氏と高瀬顕功氏が講演。

図 8-2-2 高島平新聞記事 2017 年 6 月 15 日

(エ) ロゴマーク、パンフレット、ポスターの作成

開室にあたっては、高島平ココからステーションのロゴマーク（図 8-2-3）と案内のパンフレット、ポスター等を作成した。ロゴマークは地域住民が集まれる「家」と人々をつなぎそこから発進してゆく「ステーション」をイメージし、チラシには「みんなが居心地よく、だれでも自由に」のメッセージを掲載した（図 8-2-4）。また、観察研究における訪問調査期間中（第 4 章、第 5 章参照）には、訪問調査員が必要に応じて高島平ココからステーションのパンフレット等の配布による案内と利用促進を行った。



高島平 ココからステーション

図 8-2-3 高島平ココからステーションロゴ

ココロとからだのお休み処

takashimadaira
cocokara
Station

**高島平
ココからステーション**

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業

お茶を飲みながら、おしゃべりしたり読書したり、買い物途中でひと休みはいかがですか？ お友達とご家族とおひとりでももちろん大歓迎。どうぞ気軽にお願いします。

ココちゃん

高島平ココからステーション

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室
気軽にお問い合わせください
☎03-6909-7645

高島平ココからステーション
ってどんな場所？

ココロとからだがつるぎる
地域みなさんの
居場所です。

特別支援団体
東京都健康長寿
医療センター
が運営しています。

みんなが居心地よく、だれでも自由に。
ココからステーションは、認知症があっても、障害があっても暮らし続けられるまちを目指して、みなさんと一緒に、安心や楽しさが集まる場所に育てていきたいと思っています。

講座
ゲーム
語りあい
展示
医師による個別相談
手芸
体操
ティータイム

どんなことがしたいですか？
あなたのご意見を
お聞かせください。

キャッとしたり、
ワタワタしたり、
いろいろな楽しめな！

takashimadaira
cocokara
Station

Since 2017

高島平
ココからステーション
ってどんな場所？

ココロとからだがつるぎる
地域みなさんの
居場所です。

特別支援団体
東京都健康長寿
医療センター
が運営しています。

みんなが居心地よく、だれでも自由に。
ココからステーションは、認知症があっても、障害があっても暮らし続けられるまちを目指して、みなさんと一緒に、安心や楽しさが集まる場所に育てていきたいと思っています。

講座
ゲーム
語りあい
展示
医師による個別相談
手芸
体操
ティータイム

どんなことがしたいですか？
あなたのご意見を
お聞かせください。

キャッとしたり、
ワタワタしたり、
いろいろな楽しめな！

図 8-2-4 高島平ココからステーションパンフレット

(オ) 開室日

週平均 3 日午前 11 時～16 時（月・水・金曜日、第 2・4 土曜日）とした。

(カ) 人員体制

運営スタッフの内訳は精神科医 1 名、歯科医師 1 名、保健師 2 名、看護師 1 名、心理専門職 5 名、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士兼任 1 名、その他 4 名であり、開室日は、ローテーション体制を組んで、保健・医療・福祉の専門職を含む 2～5 名体制で運営した。高島平ココからステーションのスタッフは、日々の情報共有と問題解決に向けたカンファレンスを行い、毎週木曜日 2 時間程度のミーティングを行い活動方針の決定と情報共有を行う形で、様々な問題解決に向けて取り組んだ。

(キ) スタッフの姿勢と態度

高島平ココからステーションの利用時の運営スタッフの姿勢や態度は、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所になるように、プライバシー保護と以下のような姿勢や態度を共有した。運営上の課題についてはミーティングで検討し統一した態度で接することを心掛けた。

- ・高島平ココからステーションの開室時間内であれば誰でも、何度でも、何時間でも利用することができること
- ・利用者へはスタッフがサービスしてお客様扱いするのではなく、あたたかく、対等で、自由な立場で接するように心がけること
- ・主体的に行動できるように、初回に高島平ココからステーションの利用方法の説明をし、お茶を入れることは自分で行う、利用時間については自由に行い、座席の利用方法については利用者同士で相談し、譲り合ってもらふこと
- ・歓談中にもスタッフは関わりすぎず、自由な雰囲気ですごくすることができるようにすること
- ・認知症を持つ方への態度は、スタッフの態度をモデルとして示して指示的にしないが、時には認知症を持つ本人の意思を代弁し対応し、助けあいができるようにすること
- ・利用者の希望を尊重し、高島平ココからステーションでできること（講座企画や個人の作品展示、勉強会の開催）は実現に向けて検討すること

(ク) 高島平ココからステーションの利用時のルール

高島平ココからステーションの利用にあたっては、以下のような内容の文章を掲示し、利用者同士が気持ちよく過ごせるように他者を尊重することと、プライバシー保護に留意することをルールとしている。

「ココは自由な場所で、特別な決まりはありません。誰もが気持ちよく過ごせるように、他の人を尊重しましょう。ココでは切実な困りごとが話題になることもあるかもしれません。人に知られたくないこともあるかもしれません。ココで話したことは、外では話さないようにしましょう。」（写真 8-2-1、写真 8-2-2、図 8-2-5）



写真 8-2-1 部屋の様子 1



写真 8-2-2 部屋の様子 2

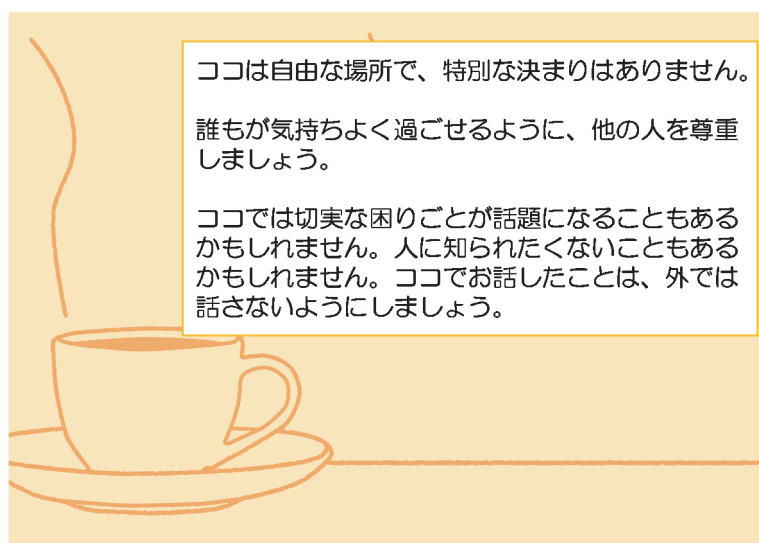


図 8-2-5 高島平ココからステーション利用時のルール

＜高島平ココからステーション 立ち上げと運営の実務 覚書＞ 事務員 永瀬雅子

1. 2016年4月～「調査拠点（コミュニティスペース）オープンに向けて」

- ① 物件は都より紹介されたURの店舗物件（壁紙・カーペット・照明・エアコン・ブラインド等、基本内装済み）のため、スムーズに決定。
- ② 「防火管理責任者」選任のため、研究員小川まどか氏が講習を受ける。
- ③ 管轄消防署へ行き、物件オープンにあたって必要書類を作成。
- ④ 「防火管理者選任届出書」「消防計画作成届出書」「防火対象物の概要表」「防火対象物使用開始届出書」等を作成。URから平面図の取り寄せ、区役所に行って防火地域や排煙基準等の確認が必要。消防署へ複数回往復し、書類の確認・修正。
- ⑤ 基本内装に経年劣化が見られたため、壁紙とタイルカーペットを変更。大型集合住居（団地）の1階物件ということで耐火基準も厳しく、素材選定には注意が必要。
- ⑥ 什器選定、リース契約。見積もり競争にて契約締結。
- ⑦ 消耗品購入、名称決定、オープン告知開始（チラシ作成）。

2. 2016年8月1日「高島平ココからステーション オープン」

- ① 研究員が調査準備を行いつつ、調査についての問い合わせ等に対応。
- ② 誰でも無料で利用できる交流スペースとして開放し、地域住民だけでなく、付近の病院やNPO等、社会資源との関係作りを開始。

3. 2017年3月14日～「交流スペースとしての利用を強化」

- ① 訪問調査員の事務作業所としての利用が1月31日をもって終了。
- ② 「みんなが居心地よく、だれでも自由に」をコンセプトに、「ココロとからだのお休み処」としてリニューアルオープン。
- ③ 地域住民の居場所作りを目指し、保健師や心理士、週に一度は医師もスタッフとして在席し、健康相談を付けるだけでなく、気軽な話し相手にもなり、信頼関係作りに努める。
- ④ 年配者の利用勝手に配慮しつつ、病院のような内装は避けて、おでかけ感も味わえるおしゃれなカフェの雰囲気を意識したインテリアを選定。

4. 2017年11月「トイレおよび段差の改修工事」

トイレに20センチほどの段差があったため、底上げしてスロープ設置。同時に男性用トイレの小便器は撤去し、車いす対応のトイレに改修。

5. 2018年3月「相談スペース改修工事」

相談が増えてきたため、パーティションで区切っていた相談スペースに間仕切り工事を行い、プライバシーに配慮した相談スペースを確保。

② 活動の達成状況（プロセス）

（ア）開室頻度と来場者数

平成 29 年 3 月 14 日～平成 30 年 1 月 29 日までの高島平ココからステーションの開室頻度は月平均 10.8 日、合計 119 日（平均 11.6 日、合計 116 日プレオープンを除く）であった。

上記期間の平均来場者数は 10.8 名であった。ココからミニ講座などのイベント参加者を除く曜日別の利用の平均人数（のべ人数）は月曜日が 15.6 名で最も多かった（表 8-2-1、表 8-2-2）。イベント参加者を除く月別平均来場者数（のべ人数）は 10.8 名、プレオープン期間である 3 月は 2 名、10 月が最も多く 13.8 名であった（表 8-2-3）。月別の合計来場者数は 3 月の 6 名から 1 月の 159 名であった。医師が在室し相談に応じた日数は計 34 日で平均来場者は 15.8 名、医師がいない日は計 85 日で来場者の平均は 8.8 名であった（表 8-2-2）。医師が在室の際の医療等の相談者の平均人数は 3.2 名、医師がいない日には 0.6 名で、一日の相談者の平均人数は 1.3 名であった。

表 8-2-1 曜日別平均来場者数(のべ人数)

曜日	月	火	水	金	土
日数	36	6	23	36	18
平均来場者数	15.6	3.8	8.1	9.9	8.4
標準偏差	5.9	3.4	4.6	4.1	4.4

表 8-2-2 平均来場者数・相談者数と医師の有無(のべ人数)

医師の有無	日数	来場者数		相談者数平均	
		平均(人数)	標準偏差	平均(人数)	標準偏差
あり	34	15.8	5.5	3.2	2.1
なし	85	8.8	4.7	0.6	0.9
全体	119	10.8	5.9	1.3	1.8

表 8-2-3 月別平均来場者数(ミニ講座当イベント参加者除く・のべ人数)

月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	合計
開室日数	3	11	14	13	12	12	11	12	8	11	12	119
平均 利用者数	2.0	7.4	10.8	10.0	10.6	10.4	12.1	13.8	13.3	14.0	13.3	10.8
合計 利用者数	6	81	98	130	127	125	133	166	102	154	159	1281
スタッフ数 (のべ人数)	6	26	46	37	34	36	47	41	31	47	58	409

（イ）相談事業

相談については、開所時間内であれば、在室している専門職スタッフによって相談に応需できる体制をとった。また、本研究事業の介入対象者については、高島平ココからステーションの利用を勧め、認知症についての専門的知識をもったスタッフが対応できるようにした。特に、月曜日は、「ドクターマンデー」と称し、精神科医による医療相談を実施し、相談内容に応じて心理士が対応するようにした（写真 8-2-3）。



写真 8-2-3 相談室の様子

<ドクターマンデーを開設して> 精神科医師 岡村毅

認知症に有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らせる社会をつくるために、医療者として何ができるだろうか。それを教えてくれるのは病院に来る患者さんだけではなく、むしろ地域で暮らしている高齢者の皆さんなのではないだろうか。そのような思いから、研究参加への恩返しも含めて、毎週月曜日に「ドクターマンデー」を高島平ココからステーションで開設している。

これは医師でもある研究員が高島平ココからステーションで地域の方の相談に無償で応じるものである。相談に際して特に条件は設けず、高島平在住である必要もない。医療機関ではないので、処方や検査は一切できないこと、担当者は精神科専門医であること、特定の医療機関を紹介したり紹介状を書いたりすることはできないことは最初に説明している。これまで平均して1日5名程度の方の相談に乗ってきたが、多くの学びを頂いたので一般論として記載する。

まず、すでに地域の医療機関を何力所も受診し、納得がいかなかったり、本人の解釈モデルにそぐわないために相談に来る方がいる。あるいは医療に対する過剰な期待がかなえられないことへの焦燥である。テレビでは絶対に治ると言っていた、とか、テレビに出ている先生みたいに素晴らしい先生がいなくて不満だ、という訴えである。医療へのフリーアクセスを維持するからには医療には何ができて何が出来ないのかというリテラシーをより広く持って頂くことは重要であろうと教えて頂いた。

加齢に伴う機能低下と疾病との整理に関する相談も多い。人生100年時代などと言われるが、相談者の多くが子ども時代には高齢者は極めて少なかったことだろう。高齢期とはどのようなものか、例えば機能低下が多の場合不可避であることは、彼ら自身も実感として持っていないのかもしれない。健康長寿社会を維持するのであれば、年を取るということはどのようなことか、という知識をもっと共有されるべきと教えて頂いた。

また、明らかに医療外の相談も多い、不動産管理のことや親族関係の悩みなどである。これらは、はじめは当たり障りのない身体的な相談で始まり、徐々に本質的な相談に移行する。もちろん相談者も医師が答えられると思ってはいないようであるが、信頼できる人がいないのだという。医師という資格（と守秘義務）を信頼してくれるのはありがたい反面、もっと信頼できる人を地域に作ることが重要であると教えて頂いた。

以上は、まさに街の生の声であり、本音で語って下さった相談者の皆さんに心から感謝したい。また、医師の力不足から、納得できる答えが提供できなくとも、最後は「でも、ありがとう」と笑顔で終えて下さる年長者の知恵にも、感謝申し上げます。

＜高島平ココからステーション運営スタッフとしての関わりから＞ 保健師 釘宮由紀子

認知症に優しいまちづくりの地域の拠点としてH29年4月にオープンしてから約10カ月が経ちました。徐々に部屋が充実して行くとともに、地域の人たちの認知度やカフェ利用も増えていき、月1回実施のミニ講座やドクターマンデーの利用も定着してきています。よく利用して下さる方々にとっては、生活の中でその時間が単なる物理的な時間というだけではない事をうかがえる状況です。

入りやすいこと、入って来て落ち着いて気持ち良く利用できること、何か相談したり聞きたい事や話したい事があればすぐに対応するが、そうでなければ、基本的には自由に過ごせるような雰囲気を作ることを心掛けてその場におり、運営しています。

夫々が好きな場所に座っておしゃべりなど楽しむ中で、新たな出会いが生まれたりもしています。最近では、ケースとして個別に支援する中で関わりが出来た認知症の方やその家族の方々もカフェやミニ講座などにお誘いして、利用して下さるようになっていきます。

よく利用される方たちの認知症の理解や本人への接し方は世間の縮図の様に思われます。“小さな社会”の中で私たちスタッフが出来ることとして、認知症への理解を促すため、時には認知症についての話をしたり、モデリングになる関わり方に留意したりしています。ある時、当初何回かは迎えに行かねばならなかった認知症の方に、それまでは何となく距離を置いていた利用者の中の一人が「あなた、一人で来られるようになって本当に良かったわねえ」とご本人に声をかけられた事がありました。その場に居たスタッフは一同嬉しい目配せをし合ったことです。

一人暮らしの高齢者の利用が多いです。80年、90年生きて来られた人生がその会話やふるまいに滲み出ています。テーブルでは同じ話が繰り返されていることも多いですが、言葉一つ一つに深い意味や思いが込められている事に気付かされることも多いです。相談という形で聞いても、「アハハ」と笑い飛ばしながらの会話で聞こえてきても、その言葉らの中に今現在「老い」や「孤独」を、「不安」を生きておられることが感じられ、せめてその重みに寄り添いたいと思うのです。私にとって、年を取る事の意味を深く考えさせられ学ばせてくれる場でもあります。

高島平ココからステーションの存在や支援が、地域で暮らす方々の、取り分け認知症と共に生きておられる方々や家族、その支援をしている方々にとって、安心や喜びに繋がるものであってほしいと思っています。

1) 相談利用者数（性別）

平成29年3月14日（火）から平成30年1月29日（月）までの相談利用者数はのべ人数182名、実人数123名、性別では、のべ人数で男性31名（17.0%）、女性148名（81.3%）、不明3名（1.6%）、実人数で男性22名（17.9%）、女性98名（79.7%）、不明3名（2.4%）であった（表8-2-4）。

表 8-2-4 相談利用者の数(性別)

性別	のべ人数		実人数	
	度数	パーセント	度数	パーセント
男	31	17.0	22	17.9
女	148	81.3	98	79.7
小計	179	98.4	120	97.6
欠損値	3	1.6	3	2.4
合計	182	100.0	123	100.0

2) 相談利用者数（年齢階級別）

年齢階級別では 20 歳代から 90 歳代まで幅広く、最も多かったのは、のべ人数で 80 歳代の 57 名（31.3%）、続いて 70 歳代の 42 名（23.1%）、60 歳代の 6 名（3.3%）、実人数で 80 歳代の 27 名（22.0%）、続いて 70 歳代の 21 名（17.1%）、60 歳代の 5 名（4.1%）であった（表 8-2-5）。

表 8-2-5 相談利用者の数(年齢階級別)

年代	のべ人数		実人数	
	度数	パーセント	度数	パーセント
20 歳代	1	.5	1	.8
40 歳代	3	1.6	3	2.4
50 歳代	4	2.2	2	1.6
60 歳代	6	3.3	5	4.1
70 歳代	42	23.1	21	17.1
80 歳代	57	31.3	27	22.0
90 歳代	3	1.6	3	2.4
小計	116	63.7	62	50.4
欠損値	66	36.3	61	49.6
合計	182	100.0	123	100.0

3) 相談利用者数（居住地区別）

居住地区別では、のべ人数では高島平が最も多く 110 名（60.4%）、新河岸 3 名（1.6%）、その他 8 名（4.4%）、不明 61 名（33.5%）、実人数では高島平 56 名（45.5%）、新河岸 2 名（1.6%）、その他 7 名（5.7%）であった（表 8-2-6）。

表 8-2-6 相談利用者の数(居住地区別)

地区	のべ人数		実人数	
	度数	パーセント	度数	パーセント
高島平	110	60.4	56	45.5
新河岸	3	1.6	2	1.6
その他	8	4.4	7	5.7
小計	121	66.5	65	52.8
欠損値	61	33.5	58	47.2
合計	182	100.0	123	100.0

4) 相談利用者数（高島平地区の丁目別）

また、高島平地区の中では、のべ人数では、2 丁目が最も多く 72 名（65.5%）、続いて 5 丁目 14 名（12.7%）、3 丁目 7 名（6.4%）、実人数でも 2 丁目が最も多く 33 名（65.5%）、続いて 1 丁目 5 名（8.9%）、3 丁目 5 名（8.9%）であった（表 8-2-7）。

表 8-2-7 相談利用者の数(高島平地区の丁目別)

	丁目	のべ人数		実人数	
		度数	パーセント	度数	パーセント
高島平	1 丁目	6	5.5	5	8.9
高島平	2 丁目	72	65.5	33	58.9
高島平	3 丁目	7	6.4	5	8.9
高島平	5 丁目	14	12.7	4	7.1
高島平	7 丁目	1	.9	1	1.8
小計		100	90.9	48	85.7
欠損値		10	9.1	8	14.3
合計		110	100.0	56	100.0

5) 相談利用者の数(曜日別)

利用日については、のべ人数では、ドクターマンデーの実施日である月曜日が最も多く 131 名 (72.0%)、火曜日 5 名 (2.7%)、水曜日 18 名 (9.9%)、金曜日 26 名 (14.3%)、土曜日 2 名 (1.1%) であった (表 8-2-8)。

表 8-2-8 相談利用者の数(曜日別)

曜日	のべ人数	パーセント
月曜日	131	72
火曜日	5	2.7
水曜日	18	9.9
金曜日	26	14.3
土曜日	2	1.1
合計	182	100

6) 相談利用者の数(相談対応者別)

相談対応者別では、のべ人数で、医師 83 名 (45.6%)、保健師 46 名 (25.3%)、心理士 36 名 (19.8%)、医師・心理士 3 名 (1.6%)、医師・その他専門職 1 名 (0.5%)、医師・歯科医師 1 件 (0.5%)、心理士・その他専門職 1 名 (0.5%)、その他 10 件 (5.5%) であった (表 8-2-9)。

表 8-2-9 相談利用者の数(対応職種別)

職種	のべ人数	パーセント
医師	83	45.6
保健師	46	25.3
心理士	36	19.8
その他(歯科医師・精神保健福祉士・理学療法士等の専門職含む)	10	5.5
医師・心理士	3	1.6
医師・その他の専門職	1	0.5
医師・歯科医師	1	0.5
心理士・その他の専門職	2	1.1
合計	182	100

7) 相談利用者の数（利用方法別）

利用方法は、のべ人数で、個別相談 148 名 (81.3%)、カフェ利用して相談 9 名 (4.9%)、その他 25 名 (13.7%) であった（表 8-2-10）。

表 8-2-10 相談利用者の数(利用方法別)

利用方法	のべ人数	パーセント
個別相談	148	81.3
カフェ利用して相談	9	4.9
その他	25	13.7
合計	182	100.0

8) 相談利用者の数（相談回数別）

相談回数は 1～14 回であり、実人数で、1 回が 100 名 (81.3%)、2 回が 13 名 (10.6%)、3 回が 4 名 (3.3%) であった（表 8-2-11）。

表 8-2-11 相談利用者の数(相談回数別)

相談回数	実人数	パーセント
1	100	81.3
2	13	10.6
3	4	3.3
4	2	1.6
5	1	.8
7	1	.8
10	1	.8
14	1	.8
合計	123	100.0

9) 相談内容

相談内容は、「慢性的な身体疾患について」、「認知症の治療や介護の方法」、「社会的孤立を抱えた相談者の人間関係についての悩み」、「家族関係についての悩み」等が多かった。以下に、個人が特定されない記述方法で具体例を掲げる。

- ・ 高齢になってから高島平団地へ引っ越しをしてきたが、知人や友人がおらず、孤立化しやすい事への不安や悩みを持つ事例
- ・ 精神疾患疑いで被害妄想があるが、未治療で支援が必要であり、他の機関から紹介された事例
- ・ 認知症症状があり、団地の家賃の支払いが滞っており、民生委員や地域包括支援センターと協力して支援した事例
- ・ もの忘れの症状を訴えており、金銭管理ができずお金をなくしてしまったと訴え、強い不安を持つ事例
- ・ 主介護者である配偶者の急逝により生活が不安定となり、もの盗られ妄想が出現した事例
- ・ 認知機能の低下を自覚しており、自治会に相談してココからステーションの利用を勧められ、医療へ結びついた事例
- ・ 遠方の認知症を持つ母親に対する介護方法について、家族内での意見の相違に悩む事例

いずれも、高島平ココからステーションでの相談対応と心理的サポート、各関係機関との連携によって支援を調整した。また、相談支援は医師と保健師、心理士等が連携して実施しており高島平ココからステーションでのスタッフの関わり方の共有や支援方針をカンファレンスによって決定した。

高島平ココからステーションでは歯科医師も相談に応じており、口腔体操の指導や、顎関節の痛み、口内炎、歯肉炎、義歯のトラブルなどの医療的な問題の相談にも応需した。担当歯科医師と面と向かうと、思っていることを伝えられないから支援してほしい、介護している家族が食べられなくなってきたなどの食支援の相談などに対し、高島平ココからステーションのみでなく、訪問等を含めて対応した事例もあった。また、区歯科医師会所属の歯科医師に協力を依頼し、高島平歯科医院マップを作製した。

＜歯科医師からみた地域ケアモデル事業＞ 歯科医師 枝広あや子

病院歯科口腔外科や在宅訪問診療を中心に行う歯科診療所勤務のバックグラウンドがあるなかで、私は研究員としてココからステーション運営の一端を担っています。私の最初の仕事は、季節に合わせココからステーションの看板を描くということ、歯科衛生士が高齢者のために選びココからステーション用に特別に誂えた歯ブラシを配布するという仕事でした。ココからステーションを知って頂く、という段階において、口腔衛生物品がお役に立てていたならば歯科医師として望外の喜びです。

さて、私が歯科医師であることが来所者の方々に知れるようになると、“どこに相談・受診したらわからない”口腔顔面の悩み、あるいは家族の口腔顔面の悩み、嚥下障害などを打ち明けられる方がチラホラといらっしゃいます。家庭訪問に伺っているなかでも、“実は口腔内のことで困っていることがある”と相談されることがあります。歯科的観点からのご説明や受診勧奨、クリニックのご紹介なども行います。近隣のコミュニティカフェなどで口腔体操や口腔健康講座などもさせて頂くこともありました。一方で、歯科医師としてではなく研究員としての関わりですから、一緒にお茶を飲み、世間話や昔語りに花を咲かせ、相手の方の喜び、楽しみ、あるいは出来事の振り返りや悩みなどのお気持ちを引き出し、心の距離を縮めることもあります。

ある時、電話がありました。それは私がご訪問している住民の方の息子様でした。息子様が言うには、「母は家から出ることができないので在宅訪問歯科診療を受けているが、どうやら母は担当医に困っていることを伝えられないようだ」というのです。その方は、シャイな方ではありますが、私とは思い出話もしてくださるし、口腔や身体の悩みも打ち明けてくださる方です。しかしながら、担当医とのコミュニケーションがほとんどない状況でしょうから、おそらくこの方にとっても満足いく治療にはなっていないのかもしれませんが、困っていることを家族や親しい間柄の人には伝えられても、担当医には伝えられない。このような状況は、きっと氷山の一角で、認知症の方でも、認知症でない方でも、要介護状態の方でも、そうでなくても、たくさんあるのでしょう。

この方の件については、私は歯科医師としてではなく、研究員として診療に同席し、その方が困っていることや感じていることを伝えるお手伝いをしました。その後も都度、コミュニケーションをとっています。それは研究員、むしろ、パーソナリティを理解している一人の友人として、です。

地域包括ケアの考えにおいて、医療機関は街の構成員として非常に重要な位置を占めています。一般的に、医師・歯科医師に限らず、患者様とコミュニケーションがうまく取れないということは悩みの種であり、治療効果が上がらない要因の一つです。患者側にとっては、上手く伝えられないことがご不満の種にもなりましょう。日本医療政策機構が実施している世論調査の17年結果では、医療および医療制度に対する全般的な満足度について、「大いに満足」「やや満足」と答えた国民は47%と半数を下回っていたそうです。

マイノリティが埋もれがちな大都会でココからステーションを運営していて、今思うことは、“様々なバックグラウンドを抱えた方の、よろず相談窓口やちょっとした診療補助という役割は、生活の満足度に直結する重要な役割である”。こんな当たり前のことを、改めて認識しました。

(ウ) 住民向けの普及啓発事業

高島平ココからステーションは「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが利用できるような場所」を目指して居場所作りと認知症支援を行っている。認知症についての学びが得られる場を提供するとともに、高島平ココからステーションの幅広い利用の促進と、足を運ぶための「きっかけ」がつけられるように、様々なテーマを設定し、興味を持つことができる内容の「住民向けの健康講座」(ココからミニ講座)を開催した。ミニ講座は各回チラシを作成し、高島平ココからステーションに配布・掲示し、町内会掲示板の掲示許可いただき周知をはかった。(図 8-2-6)



図 8-2-6 ココからミニ講座チラシ

1) 開催内容と参加者数

講座の開催内容と参加者数は表 8-2-12 の通り。24～98 名(8 回・計 405 名、平均 50.6 人)の参加があり好評を得た。内容は音楽や落語といった文化的な内容から、栄養改善や膝痛予防など介護予防、感染症予防、権利擁護や見守り支援など社会貢献など多彩であり、参加者の興味の幅を考えて講師を依頼した。

2) 参加者からの感想

参加者からは、「日頃介護をしていて、本人と一緒に音楽を聴いたりする場所に出ることができて良かった」「身体のことで心配であった尿漏れや膝痛の体操を教えてもらったのでこれからやってみよう」「勉強して修了書をもらったので、見守りの活動をご近所づきあいの中でやっていきたい」「認知症の本人が興味のないことではなかなか外にでたりすることがないが、いくつかの興味の持てる内容があって良い」などの感想があり、ミニ講座を引き続き実施してほしいという要望が多かった。

表8-2-12 ミニ講座一覧とアンケート結果

日時	講座名	講師	内容	場所	参加者数	性別	年代			居住地区	感想			
							60代	70代	80代		楽しかった	ためになった	また来たい	友人に紹介したい
2017/6/30 14時～15時	声楽療法	東京都健康長寿医療センター 研究所 小島成美	聞いて、歌って、美しい歌はココロと体の最高のお薬	ココステ	58	52	7	18	22	37	45	15	19	7
2017/7/28 11時～12時	尿もれ改善	東京都健康長寿医療センター 研究所 金憲経	「尿もれ対策」簡身体操、腰の温め方など、すぐに取り掛かれる改善方法	ココステ	33	18	7	8	15	20	18	22	11	9
2017/8/30 14時～15時	ひざ痛予防	東京都健康長寿医療センター 研究所 大淵修一	「簡単ストレッチ」「運動習慣」で転倒予防、痛みの緩和	ココステ	47	22	7	20	15	26	33	21	14	8
2017/9/29 14時～15時	知っていますか？ 社協	社会福祉法人 板橋区社会福祉協議会 権利擁護いたばしサポートセンター 一島寿樹、齋藤弥美	「社協」って何？ お金の管理誰に相談すればいい？ 入院や引越し介護保険の手続きや成年後見制度の理解	ココステ	43	19	2	15	17	26	9	25	11	3
2017/11/22 11時～12時	冬の感染症を防ごう	東京都健康長寿医療センター 顧問 医師 稲松 孝思	食中毒やインフルエンザ等感染症予防。衛生面の注意事項、免疫力向上	ココステ	24	16	0	8	14	17	14	12	9	1
2017/12/15 14時～15時	高齢者の栄養ケア最前線	東京都健康長寿医療センター 研究所 本川 佳子	「洋服がゆるくなった」「入歯が合わない」「同じようなものばかり食べている」等、心と体を弱らせる、危険な低栄養状態かも…高齢期に必要な栄養・食事について最新の研究成果から「しっかり食べて健康長寿」	ココステ	50	31	5	15	24	34	25	26	13	3
2018/1/12 14時～15時	落語	五明樓 玉の輔	笑って元気なココロとからだ新春落語会	集会所	98	48	9	38	34	61	67	4	23	7
2018/1/31 14時～15時	ゆるやかご近助さん 養成講座	板橋区社会福祉協議会 地域包括ケア推進係	社会的孤立問題で「近所付き合い見直し」。「ゆるやかご近所付き合い」でできる範囲の見守り実践方法紹介	ココステ	52	34	5	19	15	28	14	23	8	6

(数値はアンケート回答)

(エ) イベントの実施

高島平ココからステーション開設の周知活動の一環として、平成 29 年 5 月 15 日から 20 日のうち 5 日間（午前・午後開催）で「ココから週間イベント」を開催した（図 8-2-7、写真 8-2-4）。



ココから週間ミニ講座スケジュール

日 時	午前 / 11:00~12:00	午後 / 14:00~15:00
5月15日(月)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 藤田圭一氏(精神科医) 認知症とともに暮らす~ 精神科医と話をしよう!	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 野本茂樹氏(理学療法士) 熱中症を予防するには...
5月16日(火)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 松田あや子氏(精神科医) いつまでも美味しく食べて “健口”生活!	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 島田千穂氏(社会福祉士・介護学博士) ココから週間! 人生最期に向けて どう生きるかを考えてみよう
5月17日(水)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 岡村勲氏(精神科医) 大正大学研究員・僧侶 小川有明氏・高瀬園功氏 幸せな年のとり方~僧侶と精神科医の対話	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 藤田圭一氏(精神科医) 認知症とともに暮らす~ 精神科医と話をしよう!
5月18日(木)はお休みです		
5月19日(金)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 藤澤あけみ氏(医師) 囲碁であたまを動かそう! ここから囲碁入門	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 藤澤あけみ氏(医師) 囲碁であたまを動かそう! ここから囲碁入門
5月20日(土)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 大瀧寛洋氏(スポーツ医学・博士) あたまとからだに響くエクササイズ -体話を心がけよう-	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 大瀧寛洋氏(スポーツ医学・博士) あたまとからだに響くエクササイズ -体話を心がけよう-





図 8-2-7 ココから週間イベントちらし



写真 8-2-4 ココからイベント講座の様子

1) 参加者の特徴

参加者数は合計 465 名であった。参加者を対象にアンケートを実施したところ、424 名より回答を得た(回収率 91.2%)。参加者の性別は、男性 73 名 (17.2%)、女性 258 名 (60.8%)、未回答が 93 名 (21.9%) であった。年齢は 20 代から 90 歳以上と幅広く、70 代が 190 名 (44.8%)、80 代が 170 名 (40.1%) と高かった。

居住地区については、高島平 2 丁目が 234 名（55.2%）と最も多く、高島平 3 丁目 92 名（21.7%）、高島平 1 丁目 38 名（7.5%）であった。

2) 参加への経路

イベント開催をどのようにして知ったかの問いに対しては、研究所からの郵便物が 308 名（72.6%）で最も多かった（図 8-2-8）。郵便物からの参加者については、2 次調査対象者 2,053 名にイベント開催案内と高島平ココからステーションの案内文書を送付していること、高島平新聞社の取材記事から参加した者 55 名（13.0%）は、直前に一面に記事が掲載されたことが影響していると考えられた。

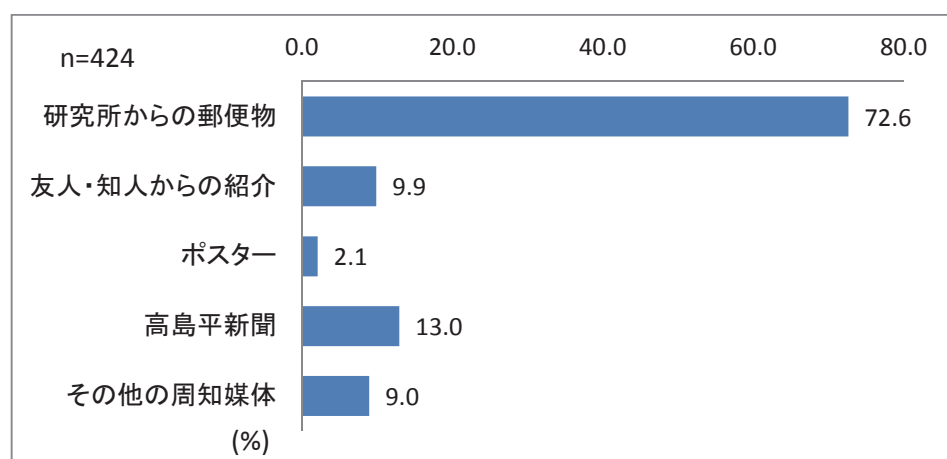


図 8-2-8 イベントをどのようにして知ったか（複数回答あり）

3) 参加者の感想

イベントの感想については、楽しかった 233 名（55.0%）、ためになった 222 名（52.4%）とイベント内容に関する評価が高かった（図 8-2-9）。

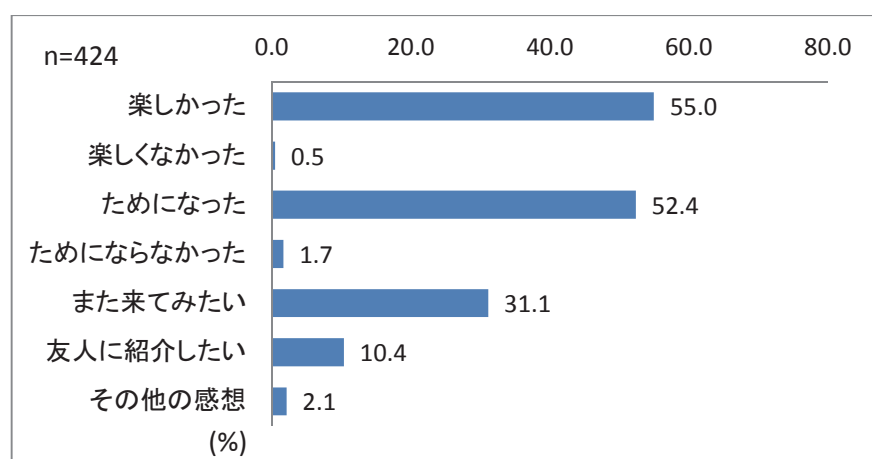


図 8-2-9 イベント参加の感想（複数回答あり）

4) 今後の希望

今後、高島平ココからステーションで行ってみたい事については、運動（筋トレ・体操・ウォーキング）が 206 名（48.6%）と最も多く、健康や介護予防の講座 153 名（36.1%）、健康や認知症についての相談 137 名（32.3%）となった（図 8-2-10）。これらのアンケート結果をふまえて、高島平ココからステーションの運営やココからミニ講座の内容を検討した。

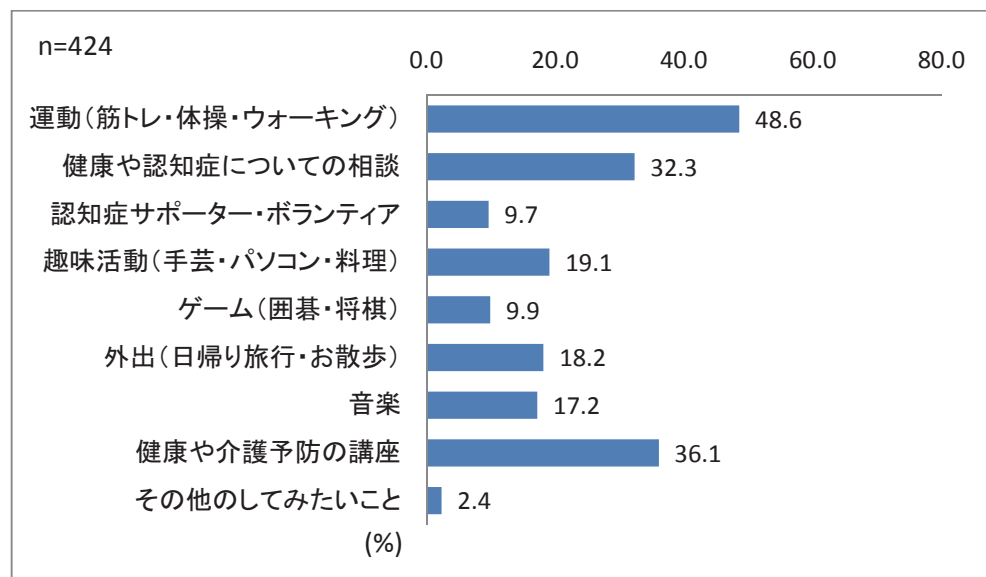


図 8-2-10 ココからステーションで行ってみたいこと(複数回答あり)

表 8-2-13 イベント一覧(ココから週間)

日時	講座名	内容	講師	場所	参加人数
2017/5/15 11 時～12 時	認知症とともに暮らす	精神科医と話そう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 粟田 主一	ココステ	75
2017/5/15 14 時～15 時	熱中症予防	熱中症を予防するには	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 野本 茂樹	ココステ	59
2017/5/16 11 時～12 時	健口生活	いつまでも美味しく食べよう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 枝広 あや子	ココステ	50
2017/5/16 14 時～15 時	ココから選択	人生最期に向けてどう生きるかを考えてみよう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 島田 千穂	ココステ	69
2017/5/17 11 時～12 時	幸せな年のとり方	僧侶と精神科医の対話	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 岡村 毅	ココステ	62
2017/5/17 14 時～15 時	認知症とともに暮らす	精神科医と話そう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 粟田 主一	ココステ	43
2017/5/19 11 時～12 時	ここから囲碁入門	囲碁であたまを動かそう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 飯塚 あい	ココステ	19
2017/5/19 14 時～15 時	ここから囲碁入門	囲碁であたまを動かそう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 飯塚 あい	ココステ	23
2017/5/20 11 時～12 時	あたまとからだに響くエクササイズ	エクササイズで体話を心がけよう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 大須賀 洋祐	ココステ	38
2017/5/20 14 時～15 時	あたまとからだに響くエクササイズ	エクササイズで体話を心がけよう	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 大須賀 洋祐	ココステ	36

＜認知症とともに暮らすこと＞ 見城澄子

高島平に桜が舞い“春到来”のころ、オープンした”ココからステーション“に、春夏秋冬の交わりを重ね、今年も新たな芽吹きが春がやってきました。

一日中だれとも話さないと電話にでも声がでなかった人、一人暮らしは家事もあつという間に終わってしまうと退屈していた人、話し相手がほしい人、自身の体の変化を感じて不安に思う人、ついさっきのことが思い出せず混乱している人が、“わいわい”“しぶしぶ”と“ココからステーション（以下ココステ）”にやってきました。

「実は勇気をもって一歩外へ出てみると、ココには安心と楽しさがあって本当によかった」と何人もの人が話してくれました。こういう体験は、認知症があっても、障害があっても、悩みや不安があっても、居場所があると、一緒に交わる人の中で共感・共鳴・助け合う気持ちが芽生えてくるということを現場で実感しました。

その現場では、スタッフの一員として参加しました。ココステの入口や窓越しに「ここは何？」と興味深々？心配げに？覗く人たちに、「ようこそ」と笑顔で迎え、まずはこの場所を体験してもらう。そしてココに“ほっとひと息”の表情をみたときに、その人と向かい合っておしゃべりしたり、相手が語るお話を丁寧に聴いていく。話題が共有できそうな仲間（常連さん）がいたら、お見合いのように、おしゃべりの輪へつないでいく。馴染んできたらそっと見守る。自身の悩みの扉を開いてくる人もいる。背景を聴きながら、糸口や悩める目印を見つけしていく。

多職種多彩なスタッフがいろんな視点でとらえていく。本人の心地よい気分、不安な気持ちの持ち合わせはひとりひとりに限らず、対面する人に応じた処方箋を見つけていく。「話す場がある。聞いてくれる人がいる。」これこそ“こころの常備薬”として、どこの地域でも備えと安心につながる居場所となっていくでしょう。高島平で育つ木々の新たな芽吹きを前にして感じます。

＜居心地の良い場所づくりがつながること＞ 森倉三男

「サードプレイスは中立の領域に存在し、訪れる客たちの差別をなくして社会的平等の状態にする役目を果たす。こうした場所のなかでは、会話がおもな活動であるとともに人柄や個性を披露し理解するための重要な手段になる。サードプレイスはあって当たり前と思われていて、その大半は目立たない。人はそれぞれ社会の公式の機関で多大な時間を費やさなければならないので、サードプレイスは通常、就業時間以外にも営業している。サードプレイスの個性は、とりわけ常連客によって決まり、遊び心に満ちた雰囲気の特徴とする。他の領域で人々が大真面目に関わっているとは対照的だ。家とは根本的に違うたぐいの環境とはいえ、サードプレイスは、精神的な心地よさと支えを与える点が、良い家庭に酷似している」。このようにレイ・オルデンバーグはその著書「サードプレイス」のまとめで述べている。高島平団地は整然としている、駅前が居酒屋通りになっている町とは大違いだ。外に働きに出て住まうために帰ってくる生活では、居酒屋も喫茶店も途中駅で済ませれば良かった。多くの時間を住まうための場所で過ごすようになると歩いても安心できる距離に気兼ねなく過ごせる場所が欲しくなる。自分一人で時間を送るのもよし、話の合う人が来そうな時間を目掛けて行くのもよしだ。入るには心の準備をするなど無用、出入り自由、踏み入れても値踏みの視線に晒されないことだ。誰にとっても安心というのが大切だ。違う地域の話しだが、気さくな立ち飲み屋さんにその地域の独り暮らしの人が溶け込んで楽しんでいた、帰る段になり家がわからないというので客が連絡先を見つけ家に帰ったというのがあった。それくらい隔てのないたまり場は甘露なのだ。社会福祉法人改革での公益事業が進められている、サロン事業も工夫されている、オレンジプランでカフェはメニューになっている。いろいろな取組みの温かみが伝わりあって地域の温度が上がっていけば少しは暮らしやすくなるのではないか。

（引用 みすず書房 サードプレイス 2013）

(オ) 高島平ココからステーション利用者の企画講座

高島平ココからステーション利用者の企画により、平成 29 年 12 月 11 日にはスポーツ吹き矢体験講座を実施した。この講座を実施するにあたり、利用者が主催者となり実演と体験指導を行い、高島平ココからステーションは会場の設営、ちらし作成と掲示などの開催に向けての準備、実施中のサポートを行った。参加者は 12 名、主催の指導者 2 名、スタッフ 4 名で実施した。今後も引き続きスポーツ吹き矢の体験や実施を希望する声が多く、次回開催も検討された。(写真 8-2-5)



写真 8-2-5 スポーツ吹き矢の様子

(カ) 他の社会資源・地域活動との連携

高島平ココからステーションは、「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念の下で、行政、地域包括支援センター、町会、民生委員、板橋区のコミュニティスペース連絡会や高島平地区のコミュニティスペース、アーバンデザインセンター高島平 (UDC-Tak)、高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議 (生活支援コーディネーター第 2 層協議体)、高島平団地包括ケア推進懇談会、UR 都市機構等の、多様な組織・団体と協働しながら、連携体制づくりを進めてきた。ここでは平成 28 年 7 月から平成 30 年 3 月までの連携推進に係る活動実績について記述する。

1) 板橋区内認知症支援関係諸団体への協力依頼

板橋区では、区内の認知症支援に係る関係諸団体の代表で構成される板橋区認知症支援連絡会を開催している。研究責任者は同連絡会の委員であるが、事業の開始にあたっては同連絡会で事業概要を説明して関連諸団体の協力を求め、定例会で事業の進捗状況を報告した。

2) 地域包括支援センターとの連携

高島平ココからステーションは、高島平おとしより相談センターと同じ棟の建物に設置し、事例を通して、日常的な情報交換を行った。また、コーディネーションの中で実施されている多職種協働会議には、板橋区のおとしより保健福祉センター、高島平おとしより相談センター、三園おとしより相談センターのスタッフが参加した。高島平ココからステーションのスタッフは、板橋区および地域包括支援センターが主催する多様な地域づくりのイベントにも積極的に参加した。

例 1：認知症声かけ訓練 in 高島平

- 日時：平成 29 年 11 月 11 日（土）
- 連携：高島平ココからステーションより 1 名参加
- 内容：地域の民生委員、町会、高島平地域包括支援センターなどの参加者約 40 名とともに、5 グループに分かれ 4 つの地点を回り、それぞれに設定されたシチュエーション（緑道で道に迷っている様子の女性、図書館前でうろうろしている男性など）で演技をする職員に声をかける訓練を行った。その後、グループワークを行い感想や困っている人への対応などを共有した。

例 2：高島第三中学校認知症サポーター養成講座

- 日時：平成 30 年 3 月 3 日（土）
- 連携：高島平ココからステーションより 1 名参加
- 内容：高島第三中学校にて中学 3 年生を対象に開催された認知症サポーター養成講座のスタッフとして、地域包括支援センター、地域の民生委員、福祉施設職員などとともに参加した。中学生は超高齢社会のことや認知症になると感じる可能性のある困りごとなどを講話、DVD で勉強したのち、水戸市が開発した認知症すごろくを体験した。スタッフは、認知症すごろくでコマが進んだ際に、専門的立場から認知症のことについて説明を行った。

3) 高島平健康福祉センターとの連携

圏域内にある区健康福祉センターが主催する事業にも参加し、連携の推進を図った。

例：おたっしや広場・認知症チェックコーナー

日時：平成 29 年 9 月 28 日（木）

連携：高島平ココからステーションより 2 名参加

内容：高島平健康福祉センター主催のイベントで、65 歳以上区民（全体で 110 名以上）が来場した。イベントでは、認知症チェックコーナーが設けられ、50 名が参加し、「自分でできる認知症チェックリスト」（知ってあんしん認知症）を用いたセルフチェックと認知症についての相談を行った。高島平ココからステーションの案内も同時に行った。



写真 8-2-6 おたっしゃ広場

4) 板橋区医師会との連携

研究事業の実施にあたっては板橋区医師会に協力を求め、圏域内にある板橋区医師会病院、板橋区医師会訪問看護ステーション、同在宅療養センターとの連携体制構築を進めた。研究責任者は、板橋区医師会認知症委員会の定例会において事業の進捗状況を定期的に報告するとともに、平成 29 年 9 月 2 日に第 22 回板橋区医師会医学会において教育講演を行い、高島平の研究事業を紹介した。

5) コミュニティスペース連絡会および認知症カフェとの連携

いたばしコミュニティスペース連絡会は、板橋区内でコミュニティカフェなどの居場所づくり・地域づくりにとりくむ市民活動である。平成 29 年 4 月に同連絡会に入会し、連絡会が発行する「板橋に、こんなにあった！コミュニティスペース」に活動内容が掲載（図 8-2-11）された。高島平ココからステーション内では、地域のコミュニティスペースや行政関係のチラシやパンフレットの配布掲示を行って周知に協力した（写真 8-2-7）。

また、近隣のコミュニティカフェから依頼を受けて、平成 29 年 11 月 20 日には「和みサロンゆずり葉」での認知症カフェで精神科医による講演「認知症になっても、幸せに暮らす」（栗田主一）を行い、平成 30 年 2 月には地域リビングプラスワン内で開催された「カフェイストミニ講座」で歯科医による講演『元気に食べて認知症予防～認知症と食事の関係を学ぶ～』（枝広あや子）が行われた。地域リビングプラスワンで開催されている「おかえりごはん」にも、高島平ココからステーションのスタッフが参加して交流している。



図 8-2-11 板橋にこんなにあった！コミュニティスペースへの記事掲載



写真 8-2-7 他団体のチラシの掲示

地域リビング プラスワンの事例紹介と地域福祉の未来

NPO 法人ドリームタウン 代表理事 井上温子

日常をシェアする地域リビング

地域リビング プラスワンとは、一人暮らしや核家族家庭が増える中で、家以外にもう一つ、地域の人たちと共有のリビングを持つことで、地域を単位に子育てや介護等をシェアする、新しい暮らしづくりを進めていこうとする試みである。2013 年 4 月に、私自身が代表を務める NPO 法人ドリームタウンが運営主体となり、東京都板橋区にある高島平団地のイーストサイド名店街の空き店舗(40 平米)に開設した。1972 年に誕生した高島平団地は、総戸数 10,170 戸のマンモス団地であり、現在高齢化率は約 50%と急速に高齢化が進んでいるエリアとなっている。



コミュニティスペースの定義

飲食店ではなく、誰かの家でもない、「地域のコミュニティスペースが作りたい」と企画ミーティングを本格的に始めたのは、2012 年のことだ。「コミュニティスペースとは何か」という問いに対して、説明をすることがとても難しく、何度も話し合いを行っていた。「安く飲み物を提供するという意味でなら、ファーストフードで 100 円のコーヒーが飲める。ファーストフードとは、何が違うのか」、「集会所でも安価に場所を借りられるが、それとは何が違うのか」といった点だ。一つひとつ丁寧に考えていく中で、私たちは以下のようにコミュニティスペースの定義を行った。「コミュニティスペースは、今まで同じ地域に住んでいながら、お互いに知らなかった人同士が接点を持ち、会話をすることで、新しいコミュニティを生み出す場である」と。ファーストフードでは、安くコーヒーが飲めても、隣に座った人と会話をすることは滅多にない。また、ファーストフードも集会所も、個人または、既に知り合っている人同士で利用するものとなっている場所であり、新たなコミュニティを生み出す装置として存在はしていないと考えた。

また、利用対象者としては、一般的にターゲットを絞ることが重要とされているが、私たちは、世代や国籍、障がいの有無を超えて集う場であることを大事な理念においた。

このように、コミュニティスペースの定義や理念の検討を丁寧に行うことによって、コンセプトをぶらさず運営を継続することができ、実際に、開設して 1 年経たないうちに、赤ちゃんから高齢者まで、国籍や障がいの有無を超えて、人々が集い、新たなコミュニティを生み出す場となった。ここからは、実際の活動を紹介する。



おうちごはん・おかえりごはん

地域リビングの活動の中心は、会話を楽しみながら食を共にすることだ。「おうちごはん(お昼ごはん)」を月に 20 回、「おかえりごはん(夜ごはん)」を月に 8 回開催している。「おうちごはん」の利用者は、主に高齢者と乳幼児親子、「おかえりごはん」の利用者は乳幼児や小・中学生とその保護者が多い。それぞれの活動への参加者は毎回 10 人～20 人ほどとなっている。

「おうちごはん(お昼ごはん)」、「おかえりごはん(夜ごはん)」の運営は、それぞれ、1回あたり3人～5人のボランティアが入れ替わりで担当し、総勢50名のボランティアで担っている。ボランティアの役割は、大きく分けて3つの種類がある。まずは、ごはん番。ごはんの買い出しから献立を考え、その日のごはんを中心になって作る役割だ。次におうち番。おうち番は、地域リビングのシャッターを開けることから始まって、お掃除をしたり、ごはん番のサポートを担う。最後に、サポーターだ。サポーターにはそれぞれの特技や特性に合わせた運営サポートをお願いしている。例えば、物品の在庫チェック・買い出し、音楽の演奏、子どもの送り迎えや学習支援、絵本を読み聞かせといった活動がある。ボランティアの属性は、60代、70代の高齢者や50代の主婦、子育て中の方、学生など様々だ。国籍についても、今までで7カ国(中国・韓国・アメリカ・ルワンダ・スペイン・バンラディッシュ・スリランカ)の方が参加している。



住民と共に場をつくる

最初からボランティアが多数いたのではなく、一人ひとり少しずつボランティアが増えていき、みんなと一緒に場作りをしてきた。

飲食店ではなく、「地域で共有するリビングスペースである」ということから、5年前の2013年オープン当初は、メニューがある訳でもアクティビティがある訳でもなく、ただただ「場」があったのであった。ボランティアも最初は、一緒に地域リビングの開設に向けて企画をしてきた4人しかおらず、そのため、おうちごはんの回数も、月に7回のみであった。そのため、通り過ぎる住民は、「何のスペースなんだ?」と不思議そうに覗く人たちが多く、聞かれる度に、ここでやっていきたいことを説明していった。次第に「おうちごはん」を食べてみようという方が現れ始め、食べた方は、だいたい同じ反応をする。「え、明日は何も食べるものないの?」と。私たちは、「そうなんです。飲食店ではないので、作る人がいないと、食べるものがないんです。もし、得意料理あったら、作ってもらえませんか?」と聞くことを繰り返した。「そんな、料理得意じゃないし、無理だよ」と、遠慮されることが多いが、「家で一人分作ると、おかずも多く作れないし、残ってしまうことも多いですね。ここでは、みんなの分を月1回ずつ作り合って、みんなで食べましょうということなので、本当に家庭料理で良いのです」と説明し、ハードルを下げる工夫を行った。

このように、利用者から担い手へと人々が次第に増えていき、現在の50名までとなった。地域の人が主体となって一緒に場作りをしていくためには、きちんとしたメニューがあることや運営方法が決まっていることはむしろマイナスで、運営方法を提案したり、何か担えることがある「不完全さ」と、私でもできると思えるように「一般化すること=ハードルを下げること」が重要と考えている。

そして、運営継続において、もう一点大事なものは、「だれも排除しない」ということだ。これだけ多くのボランティアが関わっていると、いろいろな問題が発生する。多種多様な方が来るため、あの人が好きとか、嫌いとか、あの人は来るべきじゃないとか、いろいろな話が出てくるのは日常茶飯事である。しかし、地域リビングでは、「社会的包摂=だれも排除しない」を大事にしているため、だれ

が何をいっても、それが原因でやめてもらうことはない。

ビジネスでは、より効率的に動ける人が評価されたり、たくさん利益を出すことが重要とされるだろうが、ここでは、仕事ができる・できないや食事が売れる・売れないで判断することはない。困難を抱えた方も含めて、どれだけ多様な人が共に、生きがいを持ちながら、場を共有していけるかに価値を置いている。

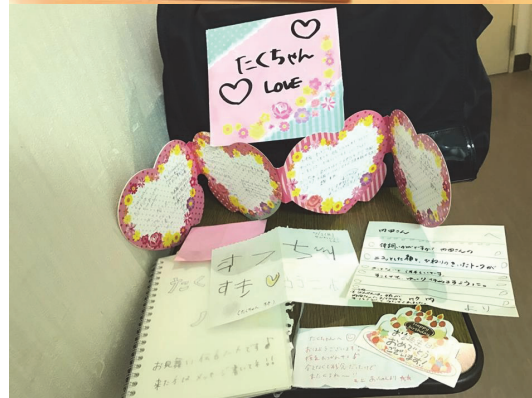
コミュニティスペースが担う地域福祉

場が地域の中に定着していく中で、次第に、若年性認知症の方や要支援・要介護の高齢者、ひきこもり気味だった若者、悩みを抱えた子育て家庭が通うことも増え、自然と福祉的機能を持つスペースにシフトしてきた。

おうちごはん(お昼ごはん)を利用する高齢者からは、「家で一人だと食べる気がしないから、毎日ここで食べている。みんなと一緒にだと一食分全て食べきれん」といった声や、「夫を亡くして、一人きりの生活になり、孤独に耐えられない。人の存在が感じられるところにいたいから、通ってもいいか」、「うつになって、社会へ出るステップとして活動している」、「若年性認知症が発症したが、まだまだできることで地域貢献したい」といった声を頂いている。

また、80代ひとり暮らしで、地域リビングのオープン当初からボランティア活動をしてくださった方が、昨年の夏にお亡くなりになったが、彼が入院した際に、彼の今までやってきたボランティアの効果が大きく表れたと実感したことがある。今まで彼にお世話になったという沢山の人が、お見舞いに來たのだ。1日に5人くらい重なることもあって、彼からは「寝たいから、お見舞いもうこなくていい!」という言葉が飛び出すほどであった。お見舞いノートを作って、情報共有をすることで、寝ている時は起こさないように等、工夫をしていたが、病院の看護師さんからは、「こんなに大勢の人に心配してもらって、お見舞いに來きってもらっている人はいない」と驚くほど、彼の人的ネットワークは広がっていた。最期に近づいてくると、病院食はなかなか食べられなかったが、お見舞いに來た人たちが、メロンやアイスを買って行って食べさせていた。家に帰りたい、外出したいという時も、地域リビングで出会った仲間たちが車椅子を押したり、車を出したりしてサポートした。亡くなる1ヶ月前に行われたお誕生日会は、地域リビングで出会い孫のように可愛がっていた子どもたちも一緒にお祝いをした。彼から教えてもらったことは、子どもがおらず一人暮らしだったり、家族が遠方に住んでいたりしても、このように、地域の温かな輪に包まれながら最期を迎えることが実際に実現できるということであった。

「おかえりごはん(夜ごはん)」の利用者の中にも、課題を抱えている親子がいる。ひとり親や共働き



なので、どうしても帰りが遅くなってしまうという保護者、障がいを持っているため、電車で遠方の学校に通っており、地域に友人がいないという子ども、学校の環境になじめず、不登校気味になってしまっている子どもなど様々だ。拡大家族であれば、おじいちゃん・おばあちゃんの手を借りながら、子育てを出来たかもしれないが、今はそういった環境にあるご家庭は少ない。そのため、地域を単位に子育てをシェアできる「おかえりごはん(夜ごはん)」のニーズは高く、毎回たくさんの利用者であふれ、断らざるを得ないことも度々発生してしまう状況だ。

保育園にお子さんを通わせている方は、仕事が終わると、保育園にお迎えにいき、家に帰る途中に「おかえりごはん(夜ごはん)」による。そこで地域のボランティアが作った夕ご飯を地域の人みんなで食べる。小・中学生になると、利用登録をしていれば、子どもだけで「おかえりごはん(夜ごはん)」にいくことができる。だいたい17時を過ぎてくると、子どもたちが「ただいま」と帰ってきて、地域のボランティアは「おかえり！」と迎えている。



孤立しない地域社会へ

高齢者も親子も現代社会の根本的な課題は、孤立しやすいことであると言える。孤立することによって、困った時に頼る人がいなかったり、自身の存在意義を感じられなかったり、将来への不安に襲われることがあるのだろう。これは、生活の至るところがビジネス化されていく中で起こってきたことではないかと考えている。

飲食店でも、塾でも、売店でも、「ありがとうございます」という言葉はやりとりするが、「あなたがいて助かったわ、ありがとう!」、「教えてもらって、息子とメールできるようになったのよ、ほんとにありがとう!!」といった、心のこもった「ありがとう」のやりとりを私たちは日々、どれだけ交わしているのだろうか。

地域リビングでの活動は、ビジネスでは得られない、ボランティアだからこそ得られる、心からの感謝“ありがとう”や、お返しの手が広がっている。お金で完結しないやりとりだからこそ、何かしてもらった側は、「今度、うちにごはん食べに来なさいよ」とか、「お土産買ってきたの、一緒に食べましょ」といった関係性が築かれていくのだ。地域リビングでボランティアをしていた若者も、たくさんの大人や子どもから感謝され、自分の存在意義を感じ、自信がついていくと、自然と働き始めるなどステップアップしていった事例もあった。

まち全体がサービス付き多世代住宅へ

40 平米という小さなスペースにおいて、たくさんの人たちの人生を見てきたが、地域リビングのような子育てや介護等の日常をシェアできる暮らしづくりは、都市部の生活者にとって欠かせない場であるとの考えに至った。つまり、地域の人たちが主体的に運営する福祉機能を持った常設の居場所が小学校区単位に、理想を言えばコンビニの数と同じくらい設置されていることが重要ということだ。そのため、近隣でコミュニティスペースを運営している人たちの情報を収集し、横のつながりをつくっていこうと、板橋区内 15 のコミュニティスペースをつないだ、「いたばしコミュニティスペース連

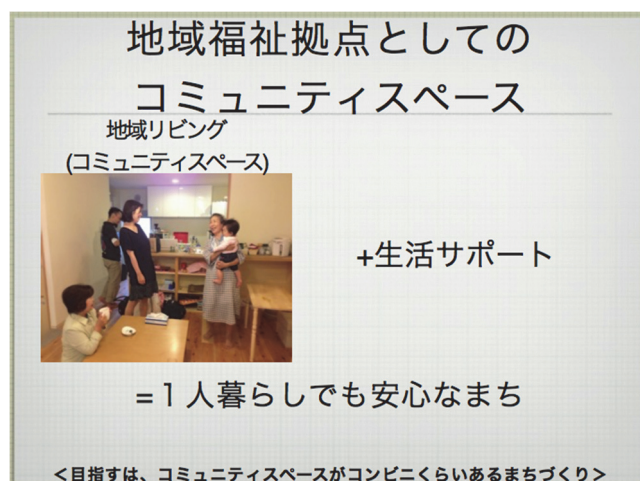
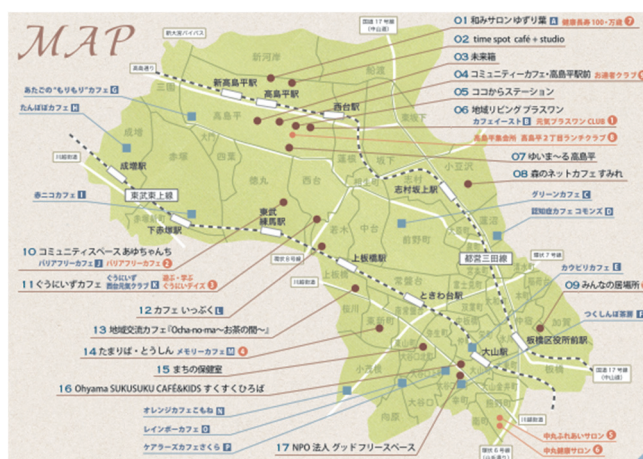
絡会」を立ち上げ、さらなる居場所の普及活動に取り組んでいる。

それぞれのコミュニティスペースは、住民の創意工夫によって運営されているため、特徴も様々だ。一箇所のコミュニティスペースだけでは完結できないことについては、互いに補完し合っている。例えば、「カラオケを楽しみたい」という方には、地域リビングから徒歩12分くらいのところにある「ゆずり葉」さんをご案内したり、「物忘れが気になる」という方には、東京都健康長寿医療センターが運営している「ココからステーション」さんをご案内したりしている。以前は、外国人で日本語が話せないといった方には、近隣にある外国人支援を担っていたコミュニティスペースを紹介したこともあったが、残念ながら閉店してしまった。常設で地域福祉を担うには、民間の努力だけでは難しいことが多々ある。

小学校区にコミュニティスペースのある街づくりは、世の中の流れとしても、住民主体の事業や生活困窮者向けの居住支援を伴った住まいづくりを推進していこうとする動き、地域共生社会の実現に向かっている方向性もあるため、夢物語ではないと考えているが、どれだけ行政とこういったコミュニティスペースを運営する民間との協働が進むかにかかっているだろう。

例えば、介護保険改正によって、要支援者や事業チェック対象者が介護保険事業から切り離され、区市町村事業となり、新しい総合事業に住民主体の通所型サービスが位置付けられたり、一般介護予防事業においても住民主体の通いの場づくりが位置付けられたが、なかなか事業が進んでいないのが現状だ。東京のような地価が高い地域においては、賃料や光熱水費等を積極的に補助することによって、住民の主体的な活動が継続しやすくなるようサポートしていくことが重要ではないだろうか。また、福祉的要素を担った常設の通いの場に関しては、困難を抱えた方を福祉サービスへつないだり、見守りや生活支援を行ったり、地域で解決できることは地域の人たちと担っていけるようにつなぐなど、専門職である必要はないが、コーディネーター的存在が不可欠となる。このように、コーディネーター常駐しているコミュニティスペースが小学校区に設置されていれば、どこに住んでいても街全体でサービス付き高齢者住宅の機能(生活支援サービスや見守り、食事の提供の機能)を有することになり、必要な時にサービスを使うことができる。施設やデイサービスにかかる経費などを考えると、こういった住民主体の活動にかかる賃料や人件費(コーディネーター代)を補助することは、費用対効果からしても妥当であるし、元気高齢者をはじめとした地域住民の活躍の場にもなる。

さらに、地域共生社会に向けては、高齢者に限らず、子育てや若者、障がい者、外国人支援等も含めることが必要であるため、街全体をサービス付き多世代住宅にしていく必要があるだろう。高齢化が進んでいく中で、在宅で暮らし続けられる仕組みづくりが必要であるが、医療・看護・介護連携に、生活を支えるためのコーディネーターがいるコミュニティスペースを地域の通常装備とすべき時がきているのではないだろうか。



6) NPO 法人認知症フレンドシップクラブとの連携：RUN 伴への参加

NPO 法人認知症フレンドシップクラブは DFCs の創出をめざす全国規模の活動団体であり、RUN 伴は同団体が平成 23 年に開始したイベントである。板橋区では、平成 29 年 9 月 17 日に、「若年認知症いたばしの会ポンテ」が事務局となって、板橋区、東京都健康長寿医療センターなどの協力下で RUN 伴イベントが開催された。イベントでは、認知症の本人、家族、地域住民等が、坂本健板橋区長の合図で、板橋区区役所を出発、東京都健康長寿医療センターを周回し、商店街を抜けてゴールのクローバーのさとまでランニング（またはウォーキング）を行った（図 8-2-12）。

このイベントを契機に、NPO 法人認知症フレンドシップクラブいたばしが設立され、平成 29 年 11 月 25 日のキックオフ講演会での講演依頼があり、「認知症の人と家族が暮らせるまちをつくる－高島平ココからステーションの活動」（小川まどか）について講演した。また、平成 30 年 1 月 21 日には同 NPO 法人が主催する「RUN 伴いたばし 2017 振り返りの会」に参加して、①「認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくり」、②「認知症の当事者が主体、主役になって活躍することができる地域づくり」テーマとするグループワークに参加した。

RUN 伴は、認知症の人や家族・支援者・一般の人がリレーをしながら一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベントです。

RUN 伴 2017 in いたばし

日時：2017年9月17日（日） 13:00～17:00

認知症の人・家族・支援者・地域の人
みんなでつなごう！タスキリレー&交流会

リレー	交流会
スタート 13:30 板橋区役所	開始：15:00頃～
東京都健康長寿医療センター	会場：クローバーのさと
遊座大山商店街	費用：会費制 (会費は会場にてご確認ください)
ハッピーロード大山商店街	内容：軽食 立食形式
ゴール 15:00頃（予定） クローバーのさと	リレーに参加した人も応援した人も！ みんなで楽しくおしゃべりしましょう 参加ご希望の方は、お気軽に 会場スタッフにお声がけください

オレンジTシャツが目印！
応援参加待ってます☆

主催：NPO法人認知症フレンドシップクラブ、RUN 伴 2017 実行委員会
後援：板橋区、板橋区医師会、東京都健康長寿医療センター
協力：IMSグループクローバーのさとカウボーイ板橋、ハッピーロード大山商店街振興組合、遊座大山商店街振興組合、デイサロニア、いたばし総合ボランティアセンター、板橋区薬剤師会、板橋区歯科医師会、板橋区地域密着型サービス事業所連絡会、板橋区法曹会保健福祉委員会、板橋区社会福祉協議会

お問い合わせ：若年認知症いたばしの会ポンテ 事務局 【担当】水野 ☎ 090-9315-6490

RUN TOMO

図 8-2-12 RUN 伴ちらし

7) 高島平新聞への記事の掲載、高島平便利帳への案内掲載

高島平新聞は、月刊（毎月 15 日発行）で高島平地域を中心に 22,500 部を発行（2016.1 現在）する地域の情報紙である。同新聞に、高島平スタディの調査報告、高島平ココからステーションの取り組み、ココから週間イベントの告知、高島平ココからステーションの利用者の「いきいきシニアライフ」記事を掲載していただいた（写真 8-2-8、表 8-2-14）。

また、地域内の公共施設、医院・病院、商店、町会・自治会、サークル、地域地図など、暮らしに必要なリストを毎年全調査して掲載している「高島平便利帳」（30,000 部を発行、地域の 97%をカバー）に、高島平ココからステーションを掲載していただいた（図 8-2-13）。



写真 8-2-8 いきいきシニアライフ記事

高島平新聞



発行所 株式会社 高島平新聞社

〒175-0082 東京都板橋区高島平2-33-4-109

発行人 村奈嘉 高英

電話 (03) 3936-1634

©(高島平新聞社) 2016

FAX 3936-1314

月刊 毎月15日発行 定価 1部160円

郵便振替口座 00150-3-138275

ホームページ(毎月更新)

E-mail

http://www.takashimadaira.co.jp

shinbun@takashimadaira.co.jp

高島平

認知症の地域ケアモデルに

高島平1・5丁目を対象に

大東大で事前説明会も

東京都は平成28年度から29年度の2年間にわたって「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」を高島平1丁目から5丁目をモデル地区として実施する。都の「要介護者数・認知症高齢者数等の分布調査」の推計によると、65歳以上の認知症高齢者は、平成25年の約38万人(高齢者人口の13.8%)から平成37年には約60万人(同18.2%)に達する

見込みであり、この数値は都民の約5%に相当する。一方、単身世帯や高齢者のみの世帯も急速に増加していることから、現在の家族介護や専門職による医療支援・介護サービスだけでは、認知症の人が在宅生活を継続することが困難になってきている。

そこでこの現状を改善し、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活できる社会を実現するために、都はこの地域

ケアモデル事業を地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(板橋区栄町35-2)に委託。板橋区の協力のもと、高齢化が進み単身世帯が多い地区である高島平が今回モデル地区に選ばれた。8月以降には高島平2丁目(団地32-2・105号室)に同センターの職員が常駐する拠点を設け、地域住民との交流や認知症についての正しい知識の普及啓発、情報提供の場として運営していく。

同事業は3回の調査と分析を行い、それをもとに支援態勢を作り認知症等の人に必要な支援をし、その効果を検証していくもので、概ね次のように進められる。

一次調査(8月から10月)＝高島平1丁目から5丁目在住の70歳以上約7,000人にアンケート(性別・年齢・日常生活自立度・家族状況・健康状態・生活状態・自記式チェックリストなど)を郵送し、その後訪問調査員が回収。

二次調査(10月から平

成29年2月)＝一次調査後、二次調査への参加同意が得られた人を対象に、会場調査(10月から11月・旧高島平あやめ児童館(会場まで来られない人は看護師による訪問調査(12月から平成29年2

診・既往歴・現病歴・認知機能・神経学的評価など。調査後は、都市部における認知症の有病率や地域特性などを分析するほか、同事業の協力者で認知機能低下により支援を必要とする人を対象に、診断後支援(医療・介護、生活支援、家族支援、住居支援など)を行い、効果を検証していく。

同センターでは、地域ケアモデル事業の実施にあたり理解と協力を求め、7月28日午後2時から、大東文化大学板橋キャンパスの多目的ホールで説明会を開く。また、認知症の人と家族が暮らせる街をつくるをテーマに同センター研究所の栗田主一研究部長の講演会もあわせて行われる。入場無料。事前申し込み不要。定員は先着250人。

説明会に対する問合せは「東京都健康長寿医療センター・小川さん・永瀬さん」3964-3241(内線4220・4249)。

「高島平新聞」8月15日号の発行は8月12日(金)です。

図 8-2-13 高島平新聞 2016 年 7 月 15 日

表 8-2-14 高島平新聞への掲載

掲載号	タイトル・内容
2016.7.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：平成 28・29 年度に都委託事業として「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」を高島平 1～5 丁目で実施することに関連して、事業の目的、調査を行うこととその時期、説明会の開催案内について。
2016.8.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：平成 28・29 年度に都委託事業として「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」を高島平 1～5 丁目で実施することに関連して、事業の目的、調査を行うことについての取材。
2016.9.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：わたしの一日。
2016.10.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」の会場調査の現地取材。
2017.2.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」におけるコーディネーター&サポートワーカー研修の現地取材。
2017.5.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：「ココからステーション」を開設」
2017.6.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：「ココから週間：ミニ講座」
2017.7.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：「認知症高齢者の出現率と生活実態調査結果」
2018.2.15	「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について：「高島平こころとからだの健康調査研究成果と今後の展望」

8) UR 都市機構との連携

高島平の大規模集合住宅の開発・運営者である UR 都市機構とは、研究の準備段階から相互に情報交換し、「認知症とともに暮らせる社会」に向けた地域づくりについて協力をいただいている。

高島平ココからステーションは、UR 都市機構の協力を得て UR 団地内に開設し、双方が主催する研修会や意見交換会に活発に参加している。後述するコーディネーター&サポートワーカー研修会には、UR 都市機構からスタッフが毎回参加している。平成 29 年 12 月には、コーディネーター&サポートワーカー研修会に参加した UR のスタッフらが、実際にスコットランドのスターリング大学を訪問して「認知症にやさしい」住宅モデル等を視察し、平成 30 年 2 月の第 13 回研修会で視察報告を行った。

平成 29 年 7 月 4 日には、UR と UDCTak が開催した「UR 高島平団地の将来を描く意見交換会」に研究員 2 名が参加した。

平成 29 年 12 月 UR 都市機構より、高齢者の方のコミュニティ拠点の好事例として、「高島平ココからステーション」の利用者の方へのアンケート実施要請があり、協力した。平成 29 年 12 月 18 日～25 日の期間に、比較的継続的にココからステーションを利用している 20 名（先着）に配布し、平成 30 年 1 月中旬頃回収した。

UR 高島平団地の将来を描く意見交換会

- 日時：平成 29 年 7 月 4 日
- 会場：高島平 32 街区集会室
- 出席者：高島平ココからステーションから 2 名
- テーマ：高島平ができてから半世紀がたち、これからの半世紀をどのように創っていくか、様々な立場の人の意見を聞く
- イノベーション会議の中間報告：高島平団地は全国 UR 団地の中で最大。都心から 15km 圏というアクセスの良さを持つ。先だって行われた「高島平イノベーション会議」では『多世代が暮らし続ける、今後も愛される高島平団地をいかに作るか』をテーマに議論がなされた。その結果、次の 6 つの課題が抽出されたという。①ブランディング、②新しい住戸企画、③商店街の魅力、④回遊性の高い外部空間、⑤特徴ある住棟デザイン、⑥若年層をターゲットとした入居促進。
- ワークショップ：参加者が 2 つのグループに分かれ、『多世代が暮らし続ける、今後も愛される高島平団地を以下に作るか』をテーマに自由にディスカッションを行い、その中から課題を抽出していった。
- ネットワーキング：東京大学工学研究科がすすめる UDCTak の活動（花壇プロジェクト、ジョグパトなど）について情報交換を行うことができた。

9) アーバンデザインセンター高島平（UDC-TaK：ジョグ&ウォークパトロール高島平）との連携

ジョグ&ウォークパトロール高島平（以下、ジョグパト高島平）は、東京大学大学院工学系研究科都市工学専攻住宅・都市解析研究室樋野公宏准教授らが主催する、住民が日頃行っているジョギングやウォーキングなどの機会を通じて、防犯パトロールを行う活動である。日常活動に防犯の視点を加味する「プラス防犯」の一例であり、従来の敷居の高い防犯活動ではなく、一人でも気軽に始められる防犯活動として、つくば市を始めとする全国で広がりを見せている活動である。高島平ココからステーションでは、ウォーキングやジョギング、通勤通学、ペットの散歩などの際に身につけるグッズ（ビブスもしくはバンダナ）（写真 8-2-9、写真 8-2-10）とアンケートの配布の協力を平成 29 年 10 月から実施した（アンケートの協力は 6 件、バンダナは 21 枚・ビブス 5 枚を配布）。



写真 8-2-9 ジョグパトの案内パンフレット



写真 8-2-10 ジョグパト配布グッズ

10) 高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議（生活支援コーディネーター第2層協議体）との連携

「介護予防・日常生活支援総合事業」は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものである。この事業の中で、板橋区と板橋区社会福祉協議会が実施している「高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議（生活支援コーディネーター第2層協議体）」への協力員参加を行った。会議の参加メンバーは、町会役員や民生委員、コミュニティスペース連絡会などのNPOや住民団体、高島平ココからステーション、UR都市機構、高島平地域包括支援センター、社会福祉協議会など地域の様々な支援活動を行っている組織・団体であった。高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議では、高齢者が活用できる組織団体が掲載する「シニアガイド(地域資源マップ)作り」を行っておりその作成に協力した。高島平ココからステーションも一団体としてシニアガイドの誌面に掲載された。会議への参加状況は表 8-2-15 に示した。

表 8-2-15 高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(生活支援コーディネーター第 2 層協議体)

回数	日時	場所	タイトル	内容	出席数
1	2016/7/22 18:00~20:30	高島平区民館3階ホール	地域づくりセミナー出席とネットワークキング	板橋区社協と板橋区主催「広げよう、つなげよう、高島平地域の助け合い・支えあい」に出席	6名
2	2016/7/26 10:00~11:15	高島平ココからステーション	包括と区の関係者とのネットワークキング	「地域資源マップ作り」の研究テーマについて、説明、情報提供、協働の提案	6名
3	2016/8/2 18:00~20:30	高島平区民館3階ホール	地域づくりセミナー第1回勉強会への出席	「高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)準備会」・オリエンテーション・GWにて地域の強みと弱みと課題解決策、キャッチフレーズ議論	4名
4	2016/8/23 18:00~20:30	高島平区民館3階ホール	地域づくりセミナー第2回勉強会への出席	国の財政難、支えての必要性、協議体の位置づけについて、地域の課題振り返り・GW課題(交流の場所、地縁を生かした支援、日常生活支援、その他について)・協議体の形・構成員について	3名
5	2016/9/14 18:00~20:00	高島平区民館3階ホール	地域づくりセミナープレ協議体への出席	・構成員について(勉強会参加者より選出)・運営方法(事務局は二層協議体で持つ、二層協議体から生活支援コーディネーターを選出)・次回までに構成員候補者に各自声掛け	3名
6	2016/10/11 18:00~20:00	高島平区民館3階集会室	第1回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・協議体のルール作りについて「分科会を作る・実務に沿った内容を議論する」	2名
7	2016/11/8 18:00~20:00	高島平区民館3階集会室	第2回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	構成員から「各所属の活動紹介・直面している課題・今後出来たら良いと思う事」に絞って発表・協議体の役割・取り組める仕組みを考える→情報共有が不足している・「介護保険についての住民の理解不足、生活支援アドバイザーの周知、コミュニティスペース確保、	1名
8	2016/12/9 18:00~20:00	高島平区民館ホール	第3回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	活動目標について意見交換。「分科会を作っては・援助ではなく自立を促すサポート・住民主体は相互の関係性が大切、始めたい人がまず勉強、後押しが必要・地域差を埋めていきたい」	2名
9	2017/2/20 18:00~20:00	高島平区民館ホール	第4回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・生活支援コーディネーター選出+3~5名体制希望 ・目標についての意見交換「地域住民、自治会、民生委員それぞれのつながりが薄い・地域割り、世代割り等必要」・スローガン見直し「おせっかい」繋がるをキーワードに考えていく・情報共有の方法	1名
10	2017/4/6 18:00~20:00	高島平区民館ホール	第5回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・「介護保険サービスの調整やコーディネーションだけが目的ではない」ことなど議論 ・コーディネーターの位置づけ、役割について確認 ・スローガン「一人じゃないよ、つながりあって安心、高島平」・今後、地域の活動、資源をマップにして地域に知らせる	3名
11	2017/5/16 14:00~16:00	高島平地域センター第1洋室	第6回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・協議体のありかたと目標について「国が示す互助の形と異なる」指摘あるも「見守り重要、住民主体であるべき、構成員と地域に根付いた団体の多様性を生かすべき、ニーズの掘り起こしをするべき等」・社協、板橋区とコストの取り組み、調査結果等状況説明、情報交換	3名
12	2017/6/16 14:00~16:00	高島平地域センター第1洋室	第7回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・再、国が示す互助の在り方との違い指摘・対象者の選別(通所者・要支援者等)せず大局を話し合うべき。協議体のルール作り(コーディネーターの報酬)。地域資源マップ作り(各団体の繋がり)	2名
13	2017/7/11 18:00~20:00	高島平区民館ホール	第7回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・構成員交代・地域資源マップ作り(対象地域、不足資源の確認、取り上げる内容、担当地域)・問題点(多くの地域資源の厳選、情報活用のための工夫、予算と配布戸数のバランス)	3名
14	2017/9/27 18:00~20:00	高島平地域センター第3集会室	第8回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・マップ作り具体的内容検討(調査対象90施設、31600世帯全配布)・目的決定「高齢者の活動を知ってもらい、高齢者に活用してもらう」・マップ作りメンバー決定・マップの意義議論	2名
15	2017/10/31 18:00~20:30	高島平地域センター第3集会室	第9回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・マップ作り具体的内容検討(高島平新聞に委託、編集、構成、費用、B5サイズ、地図入れる、搭載先との交渉) ・問題点(都営団地が来年初めより建て替え予定団地内のサロンはどうするか、連絡先不明のサロンの扱い)→掘り起こしが目的	2名
16	2017/11/30 18:00~20:30	高島平地域センター第3集会室	第10回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・マップについて取材、調査の進捗状況確認と今後のスケジュール確認(連絡の取れないサロンの扱い方に構成員の温度差有)・締め切り重視	3名
17	2018/1/9 18:00~20:30	高島平地域センター第3集会室	第11回高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議(第2層協議体)	・マップの配布方法について議論・校正とデザインについて	2名

11) 高島平団地包括ケア推進懇談会との連携

高島平団地包括ケア推進懇談会は、高島平おとしより相談センター（地域包括支援センター）が事務局となって開催している、住民参加のもとで地域包括ケアシステムの実現に向けた検討を行う懇談会である。平成 28 年 8 月より計 5 回の懇談会に出席した。

- 平成 28 年度第 2 回懇談会
日時：平成 28 年 8 月 30 日（火）18：00-19：30
場所：集会室 U2・3
連携：高島平ココからステーションより 4 名が参加
内容：高島平団地にかかわりの深い約 30 名が参加。「今後の高島平団地地域包括ケアの方向性について」区医師会在宅看護部長からの報告と「広げようつなげよう高島平地域の助け合い・支え合い」おとしより保健福祉センター地域ケア推進係長、板橋区社会福祉協議会からの報告。続いて、高島平団地において、①今取り組むこと、②10 年後に目指す姿の 2 点についてグループワークを行った。この際、実施開始が間近であった観察研究の実施についても情報提供を行った。
- 平成 28 年度第 3 回
日時：平成 28 年 11 月 29 日（火）18：00-19：30
場所：集会室 U2・3
連携：高島平ココからステーションより 2 名が参加
内容：約 20 名が参加。「シニア層の社会参加について in 高島平団地」をテーマとして、最初に「アクティブシニア就業支援センターの活動について」板橋区社会福祉協議会アクティブシニア就業支援事業担当事業運営課長より報告。2017 年 4 月より高島平ふれあい館内にシニア層の就業を支援するための窓口が開設されるとのことであった。続いて、①これからやってみたい社会活動について、②ボランティアグループなどの組織を立ち上げて社会活動をするとしたら何ができるか、必要なものは何か、についてグループワークを行った。
- 平成 29 年度第 1 回
日時：平成 29 年 6 月 27 日（火）18：00-19：30
場所：集会室 U2・3
連携：高島平ココからステーションより 2 名が参加
内容：約 30 名が参加。「見守りの課題と仕組みづくりについて」をテーマとして、最初に「高齢者の見守り活動について」2 丁目民生委員、3 丁目民生委員、高島平地域包括支援センターより報告。民生委員による高島平団地内の 70 歳以上高齢者見守り調査では、委員ひとりあたりの調査対象の担当人数が約 180～400 名であること、ひとりぐらし高齢者見守り登録者では、委員ひとりあたりの担当人数が 11～72 名であることが報告された。また、高島平地域包括支援センターでの見守り支援では、見守りキーホルダーの申請者なかには自分で相談に来ることができるくらい元気な人が多く、見守り名簿未登録の方のなかに、周囲の気付きによって相談が持ち込まれ緊急対応が必要と判断されるが、本人から情報が得られない場合の支援の方法を課題としていることが報告された。続いて、「どうすれば見守り活動が円滑にいくか」についてグループワークを行った。
- 平成 29 年度第 2 回
日時：平成 29 年 9 月 26 日（火）18：00-19：30
場所：集会室 U2・3
連携：高島平ココからステーションより 2 名が参加

内容：約 30 名が参加していた。「これからの認知症支援について」をテーマとして、最初に「これからの認知症支援 in 高島平」研究所研究部長栗田主一の講演。大都市に暮らす認知症高齢者に対する支援のあり方、認知症とともに暮らせる社会に向けた各地での取り組みの紹介が話された。続いて「高島平で私たちにできる認知症の方やその家族への支援について」グループワークを行った。

- 平成 29 年度第 3 回

日時：平成 29 年 12 月 19 日（火）18：00-19：30

場所：集会室 U2・3

連携：高島平ココからステーションより 2 名が参加

内容：約 30 名が参加。最初に「高島平地区二層協議体の状況について」2 丁目民生委員、「今までの懇談会の振り返りー社会参加・見守り・認知症支援」高島平地域包括支援センターより報告。続いて、「今までの懇談会の内容を振り返り、高島平団地包括ケアの課題について」グループワークを行い、課題と考えられたことの解決に向けた具体的な行動について検討した。

12) NPO 法人みんなのたすけあいセンターいたばし、板橋福祉のまちをつくろう会、NPO 法人ボランティア・市民活動学習推進センターいたばし

板橋区内の地域福祉の醸成を進める市民団体である。コーディネーター&サポートワーカー研修会の参加を契機に連携協力体制の構築が進み、平成 29 年 11 月 26 日に同団体が共催する第 27 回いたばし地域福祉シンポジウムで研究責任者が講演を行い、これを契機に「要支援高齢者の尊厳の実現に向けたネットワーク会議」が立ち上げられ、平成 30 年 1 月 16 日に第 1 回会議が開催された。

13) NPO 法人後見支援東京板橋後見センターとの連携

市民後見人の活動の推進をめざす団体であり、コーディネーター&サポートワーカー研修会を契機に連携関係がつけられた。現在のところ具体的な協働活動は行われていないが、メンバーは毎回の研修会に参加しており、認知症とともに生きる人の人権という観点から活発な意見交換が行われている。

14) 板橋法曹会保健福祉委員会との連携

同会は、弁護士を中心に、保健福祉に関する法律的業務の諸問題を検討する委員会である。板橋区で開催された RUN 伴を契機に関係がつけられ、現在は同会が主催する勉強会に出席し、個別事例の対応についての検討が双方向性に行われつつある。

15) 情報発信による連携の推進

高島平ココからステーションでは Facebook ページを開設しており、住所・連絡先等の情報、ココからミニ講座の告知やイベントの周知、開室日等のスケジュール案内、日々の取り組みなどを発信している。平成 30 年 3 月 1 日現在のフォロワー数は 62 名であった（図 8-2-14）。



図 8-2-14 Facebook ページ

16) 講演活動による連携の推進

以下のような講演活動を通して、関係団体との連携が推進された。

- ・ 栗田主一：認知症について. 高島平 こころとからだの健康調査 結果報告会. 2017.5.18,5.24, 5.27, 板橋区民館ホール.
- ・ 稲垣宏樹, 栗田主一：大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態に関する調査結果報告. 澁澤榮一プロジェクト第 27 回都市高齢者の健康長寿医療研究会, 2017.6.8, 東京都健康長寿医療センター多目的室.
- ・ 稲垣宏樹：認知機能～百歳までと百歳から～. 第 147 回老年学・老年医学公開講座. 2017.10.3, 文京区シビックセンター.
- ・ 栗田主一：高齢者住宅財団平成 29 年度高齢者住宅担当者研究会. 2017.10.16, 文京区シビックセンター
- ・ 枝広あや子：志村さつき苑介護職部会講演会『認知症の方の食支援』. 2017.10.25
- ・ 稲垣宏樹：認知症高齢者の初期生活支援システムの開発に向けた地域介入. NCGG-TMIG 合同セミナー, 2017.11.14, 国立長寿医療研究センター (大府市).
- ・ 栗田主一：要支援高齢者の尊厳の実現を進めるために「いま、取り組むことを考える」、第 27 回いたばし地域福祉シンポジウム, 2017.11.26, 仲宿地域センター・レクリエーションホール
- ・ 栗田主一：認知症になっても幸せに暮らす、第 1 回マンション管理業協会勉強会「認知症になっても済み続けられるマンションのために」、2018.1.29, 千代田区、マンション管理業協会会議室

17) 取材対応を通して連携の推進

研究事業に関する以下のような取材への対応を通して、関係団体との連携が推進された。

- ・ 伊東美緒：日本・スコットランド認知症施策セミナーについて. 毎日新聞, 2017.2.16.
- ・ 栗田主一：ココからステーションの紹介. NHK Web サイトキャスターズ in Tokyo 長尾香里 高島平団地編 <https://www.nhk.or.jp/senkyo/database/togisen/2017/casters/nagao2.html>, 2017.6.
- ・ 小川まどか：「高齢者に対する大規模調査@板橋区高島平」板橋区高島平で 70 歳以上の高齢者を対象に実施中の大規模な調査「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業 (東京都)」における高齢者生活実態調査について. 文化放送ハート・リンク健康 Radio. 2017.7.9.

- ・ 小川まどか：東京都健康長寿医療センターが運営している交流スペース、ココロとカラダのお休み処「高島平ココからステーション」について、文化放送ハート・リンク健康 Radio. 2017.7.16.
- ・ 栗田主一：認知症・本人の思いー社会参加 失われぬ意欲、北海道新聞, 2017.8.28.

18) 諸団体による視察対応を通しての連携の推進

諸団体による高島平ココからステーションの視察依頼への対応を通して、関係団体との連携が推進された。

- ・ 平成 29 年 2 月 10 日：東京大学高齢社会総合研究機構の方々（助教や学生含めて 8 名程度）が高島平団地を視察。その一環で高島平ココからステーションを訪問し、視察を行った。
- ・ 平成 29 年 2 月 14 日：2 月 13 日に、第 2 回認知症支援コーディネーター&サポートワーカー研修会の一環で「日本・スコットランド認知症セミナー」を開催し、スターリング大学上級講師の Louise McCabe 氏にスコットランドの認知症施策の歴史、Dementia Friendly な住まい、認知症ケアについて講演していただき、スコットランド国家保健局の Stephan Lithgow 氏にスコットランドにおける認知症の診断後支援、リンクワーカー、Glasgow Dementia Strategy について講演をしていただいた。また、エジンバラ大学の林真由美氏に参加していただき、日本とスコットランドの認知症施策について情報交換を行った。その翌日、UR 都市機構の協力をいただき、高島平団地の視察を行った。
- ・ 平成 29 年 10 月 16 日～17 日：一般財団法人高齢者住宅財団が主催する平成 29 年度高齢者住宅担当者研究会において基調講演「認知症とともに暮らせるまちをつくる」（栗田主一）を行い、高島平スタディについて紹介。翌日に講演会参加者の約 40 名が「高島平ココからステーション」と UR 都市機構の住宅を見学。現地でステーションの役割等について説明を行った。
- ・ 平成 29 年 11 月 20 日：米国のフラミングハム研究で認知症の疫学研究を主導するハーバード大学教授兼マサチューセッツ総合病院脳卒中センター部長である Anand Viswanathan 氏が高島平ココからステーションに来所し、高島平スタディとフラミングハム研究について情報交換を行った。その後、高島平おとしより相談センター（地域包括支援センター）、板橋区医師会訪問看護ステーション、板橋区医師会在宅医療センター、UR 都市機構の多世代型住居、サービス付き高齢者向け住宅ゆいま〜る高島平を視察した。
- ・ 平成 29 年 12 月 12 日：UR 都市機構の依頼を受けて、アメリカ合衆国住宅都市開発省（米国 HUD）関係者約 10 名の高島平団地視察の一環として、高島平ココからステーションの視察をアレンジする。視察団のトップは米国 HUD の地域計画・開発担当主席次官補代理。
- ・ 平成 30 年 2 月 14 日：NPO 法人「みんなのたすけあいセンターいたばし」が主催する“「要支援高齢者の尊厳の実現」に関わる連続講座”を企画された淑徳大学短期大学部の塩野敬祐教授（健康福祉学科学科長）が高島平ココからステーションに来所。高島平ココからステーションのスタッフが活動内容を説明した。平成 30 年 2 月 18 日に開催されたボランティア組織「まちの学校高島平」の講演会「つながることのできるここと」にて地域資源のひとつとして高島平ココからステーションの紹介のために資料を提供した。
- ・ 平成 30 年 3 月 16 日：英国の認知症施策・認知症ケア研究者および英国大使館関係者が高島平ココからステーションに来所し、高島平スタディの説明を受けるとともに、高島平おとしより相談センター（地域包括支援センター）、高島平訪問看護ステーション、高島平在宅医療支援センター、MUJI×UR 住宅、サービス付き高齢者向け住宅ゆいま〜る高島平を見学した。英国からの来訪者は以下のメンバーである。

Prof Nick Tyler, Professor of Civil Engineering and Chair of the UCL Grand Challenge for Human Wellbeing, UCL

Prof Louise Robinson, Director, Newcastle University Institute for Ageing; Professor of Primary Care and Ageing, Newcastle University

Prof Emma Reynish, Chair of Dementia Research, Stirling University

Ms Lesley Palmer, Chief Architect, Dementia Services Development Centre (DSDC), Stirling University

(4) 考察

これまでの活動実績から、高島平ココからステーションには、「認知症があっても、そうでなくても、安心して過ごせる」という居場所としての機能、「ちょっとしたことでも、困ったときに専門家に相談できる」という相談に応需できる機能、「支援が必要な人に必要な支援を調整できる」というコーディネーションの機能、「状況が急速に変化した事例では関係機関と連携して迅速に対応できる」という緊急対応の機能があることが窺われる。利用者からは、「こういう場所があると安心して自分の話ができる」「ここに来てできた友達がたくさんいる」「スタッフの顔をみると安心して、また来たくなる」などの感想も得られている。

また、高島平ココからステーションのスタッフは地域に現存する多様なネットワーク会議に参加し、協働してイベントを開催し、数多くの関係諸団体と連携を構築している。高島平ココからステーションを訪れる組織・団体も多い。こうしたことから、高島平ココからステーションが連携を推進する機能を発揮しているのは明らかである。

偏見を解消し、互助をつくりだす機能は、高島平ココからステーションに集う人々の態度の変化によって垣間見られるところであるが、その効果検証についてはさらなる時間が必要かと思われる。

しかしながら、こうした機能をもつ高島平ココからステーションは、その役割が年月とともに地域の中に周知され、認知症や障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごすことができる居場所として、かつ、コーディネーションとネットワーキングの拠点として、地域の中に根付き始めているのは確かである。

第2項 コーディネーター&サポートワーカー研修の実績

(1) 目的

「認知症とともに暮らせる社会」を実現するには、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らせる社会、すなわち **Dementia Friendly Communities (DFCs)**」の創出が不可欠かと思われる。それは、(権利侵害のリスクがある人の)「権利」にフォーカスをあて、権利が侵害される要因を分析し、その構造を変化させることをめざして開発・援助を進める「権利ベースのアプローチ」(**Right-Based Approach, RBA**)の考え方に一致するものである。

世界で最初に **RBA** を認知症施策に取り入れたスコットランドでは、2013 年の第 2 次認知症国家戦略においてリンクワーカーを制度化させた。リンクワーカーとは、認知症と診断された後、①病気の理解、症状との付き合い方について情報を提供すること、②地域社会とのつながりをつくること、③仲間同士の出会いをつくること、④将来のケアについて計画すること、⑤将来の意思決定について計画すること、を 5 つの柱にして、少なくとも 1 年間にわたって認知症の「診断後支援」(**post-diagnostic support**)を行う専門職である。それは、診断直後の不安や混乱に直面している本人や家族に寄り添いながら、本人・家族に安心感を与え、認知症についての正しい知識を伝え、認知症とともに生きる本人・家族の思いや希望を理解して、その実現に向けて共に歩むパートナーといった意味合いをもっている。

しかし、現在のわが国には、このような本人の「権利」にフォーカスをあてた制度的な取り組みはない。本研究では、スコットランドの教育プログラムを参考にして、「認知症について正しい知識をもつこと」と「認知症とともに生きる本人の権利を尊重すること」を目標とする教育プログラムを考案し、地域の中で社会的支援の統合的調整の役割を担うコーディネーターと地域の中で実際に生活支援を提供するサポートワーカーを対象に、約 1 年間の研修を実施し、その効果を評価した。

(2) 方法

研修は、2017 年 1 月より高島平団地内の集会室を会場として、毎月 1 回実施した。研修会への参加を呼びかける対象は、地域包括支援センター職員、介護保険サービス事業所職員、民生委員、認知症カフェ・サロンの運営者、ボランティアセンタースタッフ、後見支援センタースタッフ、住宅関係団体職員、行政職員等とした。毎回の研修テーマは、研究代表者を含む研究員のチームで考案し、研修会の設営・運営は、チームの一員が担当・実施した。

教育プログラムの効果を評価するために **Donabedian Model** を援用した。すなわち、各研修会の日時、研修テーマ、講師、研修の要点、参加人数を示すことによってプロセス評価とし、参加者を対象にアンケート調査を実施し、3 つの設問に対する自由記述の回答の内容を分析することによってアウトカム評価とした。

(3) 結果

① 研修の概要と実施状況

研修は、2018 年 2 月末までに 13 回開催した。研修のテーマと講師の一覧を表 8-2-16 に示す。参加者は平均 25 名（関係者除く）であった。

表 8-2-16 コーディネーター&サポートワーカー研修プログラムと参加者人数

	日時	テーマ	講師	参加者人数 (関係者人数)
	2016/12/15 16:00～18:00	コーディネーター&サポートワーカー 育成プログラムの開発に関する意 見交換会		34(8)
第 1 回	2017/1/26 16:00～18:00	認知症とともに生きるということ	栗田主一(研究部長)	25(8)
第 2 回	2017/2/16 16:00～18:00	スコットランドの認知症施策、診断 後の生活支援、リンクワーカーの活 動	Dr. Louise McCabe(スターリング大 学), Stephan Lithgow(National Health Service Scotland)	50(9)
第 3 回	2017/3/22 16:00～18:00	NPO 法人自立支援センターふるさ との会での日常の生活支援につい て	的場由木(自立支援センターふるさ との会)	23(8)
第 4 回	2017/5/17 16:00～18:00	社会のなかで考える認知症ー認知 症の両親の介護 20 年で思うこと	早田雅美(NPO 法人ハート・リング 運動 専務理事)	27(8)
第 5 回	2017/6/21 16:00～18:00	高島平調査の結果報告	栗田主一(研究部長)、金憲経(研究 部長) 稲垣宏樹・宮前史子(研究員)	25(8)
第 6 回	2017/7/19 16:00～18:00	権利擁護について	奥村憲一(NPO 法人後見支援東京 文京後見センター) 小室孝子、三浦伸代、田谷隆子 (NPO 法人後見支援東京板橋後見 センター)	23(8)
第 7 回	2017/8/23 16:00～18:00	居場所が生み出す「人のつながり」 と「支え合い」ー地域リビングプラス ワンの事例から	井上温子(NPO 法人ドリームタウン)	18(9)
第 8 回	2017/9/20 16:00～18:00	高齢者の訪問看護ステーションによ る見守り支援ー千代田区の取り組 み	杉山美香(研究員)	21(9)
第 9 回	2017/10/18 16:00～18:00	認知症の人を最期まで支えるため に	島田千穂(福祉と生活ケア研究チー ム研究副部長)	16(8)
第 10 回	2017/11/22 16:00～18:00	本人さんとともにー若年認知症とと もに歩む仲間と楽しく過ごす日々	水野隆史、若年認知症の当事者(若 年認知症いたばしの会ポнте)	26(9)
第 11 回	2017/12/20 16:00～18:00	NPO 法人みんなのたすけあいセン ターいたばしの活動	加藤勉・廣瀬カズ子(NPO 法人みん なのたすけあいセンターいたばし)	15(8)
第 12 回	2018/1/17 16:00～18:00	認知症の家族介護者のこころを支 えるためにー知っておきたい支援の ポイントー	扇澤史子(東京都健康長寿医療セン ター精神科臨床心理士)	33(8)
第 13 回	2018/2/21 16:00～18:00	認知症にやさしいデザインスコッ トランドの事例等	独立行政法人都市再生機構	27(6)

以下では、各回の研修の要点をまとめる。

【コーディネーター&サポートワーカー育成プログラムの開発に関する意見交換会】

本研修の趣旨を説明したのち、参加者の活動についてヒアリングした。参加者からは、地域の課題として、ひとり暮らし高齢者の日常のつながりや孤立を防ぐことの必要性が語られた。地域のカフェやサロンの

運営者からは、認知症のことを知るためのきっかけ作りの方法を模索している様子うかがわれ、地域の支援者が疲弊しないような対策が求められていることがわかった。また、現在の認知症カフェは、開催日が限られている、身近なところがない、という問題点が指摘され、簡素なものであってもあちこちに常設でオープンされていることが互助の仕組みとして大事ではないか、というコメントが得られた。

認知症の人の生活を支援するという観点からは、本研修においては認知症に関わることが困った人を助けるという入り口ではなく、やがては自分の問題になるという意識を持ち、人権の点からも決して困った人ではないという理念を持つことの重要性が提案された。認知症の本人の人生の文脈を捻じ曲げないようなサポートのあり方を探ることが方向づけられたといえよう。

【第1回 認知症とともに生きるということ】

認知症の人と家族を支えるための基本となる認知症の全体像を学んだ。コーディネーターとサポートワーカーは、サービスや資源をつなげることが主な役割であり、そのためには認知症のことをよく知っていることや支援のためにできることを多様に考え付くことができることが重要であることが説明された。コーディネーターは主に専門職が担い、認知症の人に「何が起きているのか」という生活上の問題を整理し、本人と良いパートナーシップを築くことが役割であることが示された。また、サポートワーカーは、同じ病気を持つ人との出会いの場を作り、認知症のことを隠さないでいられる相手になることが役割であることが示された。どちらの役割でも重要なこととして、認知症の人の基本的人権を守ることが共有された。

【第2回 スコットランドの認知症施策、診断後の生活支援、リンクワーカーの活動】

Louise McCabe 氏（University of Stirling）と Stephan Lithgow 氏（National Health Service Scotland）から、スコットランドでの認知症の人への支援を担うリンクワーカーについて解説があった。リンクワーカーは認知症の人との対話を重視しており、認知症の本人への支援にあたっては、本人にとって「何が重要なのか」、「何をしたいのか」という気持ちを拾い集めることの重要性が伝えられた。

【第3回 NPO 法人自立支援センターふるさとの会での日常の生活支援について】

NPO 法人自立支援センターふるさとの会で実践されている日常の生活支援について紹介された。生活困窮者への支援から、認知症を抱えている人もそうでない人も一緒に暮らし続けることができるための「支え合い」をつくることを支援していくためには、基本的信頼関係を作ることが重要であることや互助づくりについて実践例の紹介と、安心できる居場所の必要性が伝えられた。認知症を抱えていても孤立しないために、本人の記憶やストーリーを共有することや情緒面を支えるためのコミュニケーションの重要性が語られた。

【第4回 社会の中で考える認知症－認知症の両親の介護 20 年で思うこと】

認知症の両親を 20 年にわたって介護した経験をもとに、認知症や介護に対して社会の中でどのように向き合うのかを考えた。医療者側からは「患者」であっても家族にとっては親であり配偶者であるというメッセージが伝えられた。家族は、認知症をネガティブにとらえる必要はなく、認知症の本人の希望や自尊心を尊重し、人生の文脈を変えないことや社会の中で普通に過ごすことで、暮らしに選択肢が増え穏やかな日々を過ごすことができるということが語られた。

【第5回 高島平調査の結果報告】

2016 年度に実施した高島平こころとからだの健康調査の結果を報告し、これからの課題を共有した。調査の結果から、認知機能が低下している高齢者では、身体的健康や精神的健康が相対的に不良であり、社会的な孤立傾向が強まっていることが示された。また、主観的な生活支援ニーズの分析では、認知機能が低下し

た高齢者では、受療支援と権利擁護に関する生活支援ニーズの頻度が相対的に高いのに対し、金銭管理など私的領域に関わる生活支援ニーズが相対的に低いことが示された。私的領域に関わる生活支援は、仮に客観的のその支援ニーズが高くても、本人としては支援を希望しにくいという側面があるのかもしれない。信頼関係の形成が、生活支援の前提にあることが示唆された。

【第6回 権利擁護について】

コーディネーターやサポートワーカーには、認知症とともに生きる人の権利を守るという視点を備えることが大切である。この研修会では権利擁護について考える機会をもった。特に、認知機能の低下は権利侵害のリスクを高めること。現在の後見制度では、実際に身上監護を行う後見人が稀有であること。後見人は、日常生活支援のなかで本人のことを良く知り、あたりまえの生活を送れるよう支援するという観点からスタートする必要があることを学んだ。

【第7回 居場所が生み出す「人のつながり」と「支え合い」ー地域リビングプラスワンの事例から】

高島平ココからステーションの近くで展開されている地域リビングプラスワンでの事例から、地域で多様な人の孤立や困った問題を解決することができる地域包括ケアを推進するためには、日常の生活支援が重要であり、暮らしている地域のなかに居場所があることの大切さを学んだ。また、地域のコミュニティスペースが連携するためのネットワークがあり、存在を地域に発信していくことの必要性が語られた。

【第8回 高齢者の訪問看護ステーションによる見守り支援ー千代田区の取り組み】

千代田区において認知症になっても生活の質を維持し安全に暮らしていけるよう、地域の特性に応じた支援体制の構築を目指して推進されている訪問看護ステーションを中心とした見守り事業について紹介された。訪問看護師が、困ったときに相談できる顔なじみの関係をつくることで、困難に対して予測的に対応していけるようアプローチすることで、認知症本人の在宅サービスを支え、介護保険等のサービスの利用や支援が円滑に導入されている実践例であった。

【第9回 認知症の人を最期まで支えるために】

高齢期において最期に向けて本人が望む選択をできるかどうか、をテーマにディスカッションが行われた。医療の現場では暗黙のうちに命の優先を迫られるが、本人がどのような命のあり方を選ぶのか、本人の価値観に合う選択ができるのか、という話題であり、本人の人権に目を向け、それをサポートすることの重要性の認識につながった。

【第10回 本人さんとともにー若年認知症とともに歩む仲間と楽しく過ごす日々】

若年認知症の当事者から、認知症になっても自分が笑顔になることで周囲も笑顔になれる、という気持ちで地域を巻き込んだ活動を実施していることが語られた。当事者本人の行動は、本人の希望が汲みとられた生活の実現につながるものであろう。私たちは、地域とともに暮らすパートナーとして分かち合うことが求められるのではないだろうか。

【第11回 NPO 法人みんなのたすけあいセンターいたばしの活動】

2015年9月に国連サミットで採択されたSDGs（Sustainable Development Goals 持続可能な開発目標）に掲げられている「誰ひとり取り残さない」世界の実現に向けて、地域で実際に実施されている取り組みの紹介があった。認知症高齢者の見守りや通院同行、話し相手といった生活に密着した支援が行われており、その支援の原点には、本人の希望を汲むことにあることが伝えられた。

【第12回 認知症の家族介護者のこころを支えるために一知っておきたい支援のポイント】

認知症の人を介護する家族を支えるための支援のポイントとして、介護うつが存在について解説された。認知症の進行とともに本人が必要とするサポートの変化にあわせて介護体制を変化させていく必要性や、家族の歴史があることに配慮することの重要性が示された。介護する家族は、適切な情報提供、不安を相談する場所、ピアの存在を必要としていることが紹介された。家族が行き詰まる前に理解を示し、コミュニケーションをとれる関係を持つことの必要性が示された。

【第13回 認知症にやさしいデザイン—スコットランドの事例等】

UR 都市機構の職員より、スコットランドの認知症にやさしいデザインの視察内容が報告された。認知症の人でも暮らしやすい環境づくりとは、介護などのソフト面での支援とハード面での連携が必要であるという考えが示された。住まいとケアの連携は、今後のコミュニティづくりにとって中心となる発想であろう。

② 研修終了後のアンケート

第13回の研修の終了後にアンケートを実施した。参加者のうち、26名から回答が得られた。以下に、回答内容を記述する。

(ア) 回答者の内訳

回答者の性別は、男性10名、女性16名であった。年代は、20歳代3名、30歳代6名、40歳代5名、50歳代2名、60歳代6名、70歳代3名、80歳代1名、不明1名であった。所属は多岐にわたり、後見支援センタースタッフ、地域包括支援センター職員、民生委員、地域サロン運営スタッフ、行政、住宅関係団体であった。

(イ) 研修を受けて、認知症に対して意識が変わったか

研修を受けて、認知症に対して意識が変わったと回答したのは18名（約69%）であった。コメントをまとめると以下の通りであった。

- ・ 認知症に対する正しい理解や認識を得た。
- ・ 認知症の方への取り組みは、専門職がしていることという意識があったが、認知症は誰でもが経験する可能性の高いことであり、もっと身近に考えておくことだと思った。
- ・ 認知症のことを考えたり意識することが大幅に増え、積極的に勉強会に出たり情報収集するようになった。
- ・ 年齢を重ねるごとに認知症になる可能性が高くなるということは、認知症をもっと普通のこととしてとらえることだと感じた。
- ・ 自身にも関わる現実として向き合えるようになった。
- ・ 認知症の人に接するとき、特別な意識を持たなくなると思う。
- ・ 認知症の人を差別しないということを常に留意したいと思う。
- ・ 「生活者」であるご本人やご家族が地域で暮らし続けるための支援について、少し柔らかく考えることができるようになった。
- ・ サロンを運営していて、利用者の支援に少し自信がついた。
- ・ サロンの集いでの話題が広がった。
- ・ 研修を通して、認知症のことを人に伝えるときの伝え方が変わった気がする。
- ・ 認知症の人への支援の方法に様々なアプローチがあることを学んだ。
- ・ 行政でできることの限界に対して、地域の力がいかに育つかということが重要だと思った。

- 研修テーマが認知症のことだけに限らず最期のことなど広がったことが意識向上に有益だった
- 難しい内容の時もあったので、認知症への正しい理解を深めるためには、研修を繰り返してもらえると良い。

(ウ) 研修を受けて、自分たちの仕事や活動に役立つことがあったか

研修を受けて、自分たちの仕事や活動に役に立つことがあったと回答したのは 25 名（約 96%）であった。コメントをまとめると以下の通りであった。

- 認知症とともに生きるという言葉から、今後の仕事で認知症の人と向き合うことになったとしても、自分らしい対話ができるかもしれないと感じた。
- どんな人に対しても、あたたかい心をもったサポート体制の重要性を感じ、「ひとりにさせない」おばさんのお節介でコツコツ声掛けしたりしている。
- 認知症の人に対して優しさを持つことができ、偏見を持たなくなった
- これから始めるサロン活動で、利用者に対してご近所さん感覚を持つことが大事かなと気付いた
- 自分が知識を得ることで、サロン利用者に安心してもらえる取り組みを考えることができるようになった。
- 認知症の人に対しては、支援しなければならない人という気持ちが大きかったが、これからは認知症の人が活躍できる場を増やしていければと思った。
- 認知症の人は、支えられる側面だけではなく、地域の中で活躍できる側面があること、これからはその場をどのように作っていけるか、支援していけるかを考えるようになった
- 民生委員の活動を進めるうえでの視点がひろがった
- 団地で暮らす高齢者と直接コミュニケーションをとるうえで対応の仕方に役立てたいと思う
- UR 拠点化団地に配置している生活支援アドバイザーのスタッフは認知症の人とも接する機会が多いので、そのスタッフをどのようにサポートするか考える機会になった
- 建物やデザインのようなハード面でも認知症の人の暮らしに貢献できることがあることに気づいた
- 高齢者向け住宅は、身体の衰えに対応するだけでなく、認知症を含めた心理面の衰えや変化に対応したデザインの必要性を感じた
- 行政としての施策を考えるうえでのヒントを得た。
- 地域包括ケアの推進を課題に活動している立場から、研究所が良いパートナーになると良い。

(エ) 他に聞きたかった話

13 回の研修テーマ以外に求められた話題を以下に記述する。

- 高齢者や認知症の人を地域で見守るためには、多世代の協力が不可欠だと思うので、認知症×多世代について聞きたい。
- 認知症のひと、高齢者の知覚（視覚、聴覚、触覚、嗅覚）について知りたい
- 介護保険サービスの利用を進めようとする際に、保険のことなど支払いの仕組みがわかっているほうが伝えやすい。そのあたりも含めて、認知症になるとどのくらいのお金が必要になるのか知りたい。
- 高齢者や認知症の人を狙ってくる経済被害について聞きたい。
- いつどんな情報が役に立つかわからないので、なんでも聞きたい。

(4) 考察

本研究では、「認知症について正しい知識をもつこと」と「認知症とともに生きる本人の権利を尊重すること」を目標に、研修プログラムを策定して実施した。

研修会は、意見交換会を含め、計 14 回実施した。各研修会の参加人数は平均 27.8 名（15 名～50 名）で、会を重ねても参加人数が減少することはなかった。毎回、多様な背景と経験を持つ、認知症支援の専門職、地域で活動する住民が参加し、活発な質疑と意見交換が行われた。研修テーマの領域は広範であり、参加者の多くが興味を感じ、それぞれの研修テーマの中で、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もがなじみのある地域で安心して暮らしを継続するために必要なことについて、新たな視点を得ることができたのではないかと考える。

アンケート調査の結果を見ると、約 7 割の参加者が「認知症に対する意識が変化した」と回答しており、その内容を見ると、認知症について正しい知識が得られたという意見とともに、「ひとりにさせない」「ご近所さん感覚で接すること」という社会参加の意識（**Participation**）、「行政としての施策を考えるヒントを得た」「民生委員活動を進める上での視点を得た」といった責務履行の意識（**Accountability**）、「誰にでも起こり得る」「身近なこと」「自分自身に関わること」「生活者であること」「差別しないこと」「特別な意識をもたない」「普通のこと」「偏見を持たなくなった」という差別・偏見克服の意識（**Non-discrimination and Equality**）、「地域の中で活躍できる側面がある」「活躍できる場を増やす」といったエンパワメントの意識（**Empowerment**）の促進を示唆する意見が数多く得られた。

2015 年に世界保健機関は **PANEL** 原則を紹介し、認知症施策に権利ベースのアプローチ（**RBA**）を導入することを世界に向けて推奨している。**PANEL** とは、**Participation**、**Accountability**、**Non-discrimination and Equality**、**Empowerment**、**Legality** の頭文字であり、「認知症とともに生きる本人の権利を尊重する」ための基本原則を示したものである。アンケート調査の結果は、「認知症について正しい知識をもつこと」と「認知症とともに生きる本人の権利を尊重する」という 2 つの目標達成を示唆するものである。

本教育プログラムは、**RBA** による **Dementia Friendly Communities**（認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らせる社会）の実現に向けて、一定の効果をもたらすことができたものとする。

第3節 地域生活は継続されているか？

介入期間を終えた段階では、地域生活がひとまず安定して継続されていると思われるのは40名、困難に陥る中でなんとか入院や入所に至らずにいるのが12名、入院が7名、入所が5名、不明が6名である。なお記録数が「0」にもかかわらず状態が判明しているのは、会議議事録にて確認できたものの電子データへの入力はまだなされていないものである。

表 8-3-1 介入終了時の状態のまとめ

状態	ケース数
地域生活は継続されている	40
地域での生活が困難に陥っている	12
入院中	7
入所中	5
不明	6

では、このようなアウトカムを事前に予想することは可能だろうか。事前のリスク評価と比較して検討する。前述のように介入対象者に関しては研究員8名（属性は心理士、公衆衛生学者、医師、保健師、歯科医師、社会学者、いずれも博士号をもつ、あるいは、それに相当する学識経験者）が独立して全記録を精査し、危険度を（1）密な介入が必要、（2）中程度の介入が必要、（3）最小の介入で十分、の3段階に主観的・総合的に評価していた。便宜上、平均が2を超えたものを黒字にして強調してある。この表に、コンタクト数、終了時の状態と特記事項を連結させたのが表 8-3-2 である。

表 8-3-2 介入ケースの転機の詳細

事前	事後		
リスク値	記録数	介入終了時の状態	特記事項
2	13	困難	本人が拒否強く配偶者が疲弊し支援継続
1.75	13	継続	
1.5	1	不明	研究参加拒否
1.625	8	継続	
1.375	5	継続	
1.25	8	継続	
1.375	5	継続	
1.5	11	継続	
2.0625	8	困難	精神神経疾患の通院開始
1.5	8	入院	
1.625	6	継続	
1.625	6	入院	
1.25	1	継続	
2.5	1	困難	精神神経疾患の通院開始
1.375	5	継続	
1.875	7	継続	
1.625	7	困難	精神神経疾患の通院開始
1.75	5	継続	

(表 8-3-2 続き)

1.25	3	継続	
2.875	0	不明	
1.75	1	入所	
1.8125	5	継続	
1.875	2	継続	
2.5	26	困難	重篤な身体疾患
1	11	困難	社会的孤立状態
1.875	9	継続	
1.375	40	困難	配偶者の死
1.4375	14	継続	
1.5	4	入院	
1	13	入院	
2.625	0	入院	
2.125	9	継続	
1.5	5	継続	
1.5	0	入所	
1.25	5	継続	
1.75	9	継続	
1.25	7	困難	骨折
2.5	9	継続	
1.75	13	不明	行動心理症状が悪化
2.125	0	入院	
1.75	5	継続	
1.5	5	継続	
1.5	9	継続	
1.1875	7	継続	
1.25	0	不明	
1.75	7	継続	
1.375	4	入所	
1.625	9	継続	
1.75	12	継続	
1.25	6	困難	配偶者の死去
1.125	7	継続	
1	9	入院	
1.25	5	継続	
1	10	継続	
2.125	6	継続	
1.5	10	入所	
1	5	困難	家族の死で引っ越した
1.375	10	継続	
2.25	7	継続	
1	0	不明	
1	9	継続	
1.125	5	継続	

(表 8-3-2 続き)

2	8	継続	
1	15	困難	精神神経疾患の通院開始
1.125	15	困難	精神神経疾患の通院開始
1.75	11	継続	
1.125	1	入所	
1.75	5	継続	
1.875	0	不明	
1.5	11	継続	

事前にハイリスクと予想された 12 ケースのうち、5 ケースは地域での生活が継続されていた一方で、事前にはハイリスクと予想されなかったケースで、多大な支援を要したものもある。毎週のように会議で話題となっていたケース 2 ケース（担当者の記録は 40、26 と圧倒的な回数）は事前のリスク因子はなかったものの、配偶者の死去や、重篤な身体疾患であることが判明したために地域での生活が極めて困難な状況となった。これは、地域在住高齢者が極めて脆弱なバランスのもとに生活しており、容易に困難に陥る可能性があることを示唆している。

電子データのクリーニングやさらなる解析が必要であるが、介入終了後 28 日が経過した現在のところと言えることは以下の通りである。

介入研究の対象となった 70 名を追跡したところ、6 か月後に地域生活を継続している者は 52 名 (74.3%)、安定的に地域生活を継続できていたと判断されたのは 40 名 (57%)、入院・入所は 12 名 (17.1%) であった。

では、対象者を地域生活可能な状態にとどめた支援の内容や働きはどのようなものであろうか。本研究は対照がないために、科学的に検証することは困難であるが、現地で継続的支援にあたった経験からの臨床知として以下を記載する。第 1 に、3 回の調査によって対象者の状態が可視化されたことが重要である。課題が、総合的にアセスメントされたのである。第 2 に、医師、保健師、心理士、理学療法士、公衆衛生学者、などの様々な背景を持ったスタッフが関わったことにより、様々な職種の強みが統合され、よりよい支援につながった可能性がある。第 3 に、高島平ココからステーションで毎月行われた会議により地域の支援機関とも情報が共有され、適時の対応ができたと思われる。なお、徐々に顔の見える関係が出来上がると、例えば地域の支援者が医師の知識を必要とした際に速やかに高島平ココからステーションに寄るなどの、より迅速な連携も可能になった。第 4 に、このような情報共有により、介護保険サービスの導入、同行受診、家賃の支払いの際の手続きの支援、地域のランチ会へのお誘い、などの支援調整が容易になった。最後に、我々ははじめから「認知機能の低下した潜在的患者」としてではなく、あくまでも一人の人間として接するように努めた。信頼関係が最も重要と会議などでも言い続けていた。信頼関係の構築が寄与したものと考ええる。

課題は、1 人の人が認知症をもち、さまざまな行動心理症状が出現して地域生活が危機に陥っている時に支援するには多くの人間の労力が必要だということである。1 日に何回も高島平ココからステーションに来る方もいる。ものがないとパニックになり、保健師が自宅まで行って一緒に探したり、親族へのもの盗られ妄想を傾聴し、親族とも話をするなど、専門家の時間労力を大いに費やす必要がある方もいる。地域にそのような主体がたくさんできることは現実的であろうか、私たちの社会はそれほどまでに強いものであろうか。希望は見えたが、課題もある。今後さらに研究を推進しなければならない。

地域生活をまもるもの（精神科医の視点から）

高島平 Study に関わるようになり、「ドクターマンデー」と称して毎週よろず相談にも乗り、さまざまな会議にも出席しています。その中で、いろいろ大変な方というのは一つの型があることに気が付きました。

仮に X さんとしましょう。X さんは、ずいぶん昔に田舎から出てきて、東京で家庭を持ち、いろいろ事情があって離婚し、今は一人暮らしです。自由が好きで（あえて言えば勝手気ままに生きるのが好きで）、人の世話になるのが嫌いで、地元の知り合いもいません。異性の友人もいるようですが、どうも実態が分からない。本人の世話をしてくれているようにも見えるし、甘い汁を吸っているようにも見えます。誰でも年を取ればもの忘れや体の不自由がありますので、X さんのこともさまざまな経緯でココからステーションに相談されます。

X さんを支えるのは、公的領域では地域包括や民生委員と思われます。しかし X さんは、自分が好きな時に支援者に連絡してくるのはいいけど、支援者に家に来られるのはまっぴらごめんだというのです。私的領域では住民のランチ会やカフェがありますが、X さんは出ていこうとはしません。

X さんが重い病気になると大変です。大病院で説明を受けてもどうやら理解していない。病院側もしっかりした人に一緒に聞いてほしいと思っているはずですが、そんな人はいないし、X さんも「自分のことだから」と言います。

なんとかぎりぎりの状況で地域生活をしていますが、住まいを失う一歩手前にいる、X さんのような人が今後増えるのではないのでしょうか？X さんには様々なコーディネートが必要だが、公的支援、私的支援からも漏れてしまっています。それは、若いころから自らの意志で孤独に生きてきた結果でもあります。

しかし同じ都民としては自己責任論で済ませてしまうことはできません。本人があからさまに求めなくても、つまり狭い意味でのニーズがなくとも、生きる権利を支えるという考え方が必要になってきているのかもしれない。

第 9 章

介入研究のまとめ

第1節 はじめに

本研究では、「認知症とともに暮らせる社会」を創出するには、社会支援の調整（コーディネーション）とともに、社会支援の相互提供を可能とする地域づくり（ネットワーキング）が不可欠であるという仮説の検証をめざして、第一に、多職種協働チームによるコーディネーションを実施し、「必要な社会支援は調整されたか？」という観点から、そのプロセスの達成度を検討した。第二に、研究フィールド内に地域の拠点「高島平ココからステーション」を設置し、ここで5つの機能を発揮するための活動に取り組み、活動実績の評価を通して、「地域のつながりは強化されているか？」という観点から考察を加えた。また、これらの取り組み全体を評価するために、認知症とともに生きる高齢者の「地域生活は継続されているか？」という観点から、6か月間の介入終了時点の介入対象者の生活の場を分析した。

第2節 コーディネーションについて

高島平地区に在住する70歳以上高齢者7,614名を対象とする3段階調査（1次調査：質問紙調査、2次：会場または訪問による認知機能検査と健康調査、3次調査：MMSE-J 23点以下の高齢者を対象とする面接調査）のすべてを完了した233名のうち、何らかの社会支援を要する70名（男性37名、女性33名、71歳～96歳、平均81.3歳、MMSE-J=20.1±3.4、要介護未認定67.1%）を介入（多職種協働によるコーディネーション）の対象とした。

介入対象者70名について、必要とされるが充足されていない社会支援を、出現頻度の高い順にあげると、1) 認知症等の医学的診断21名（30.0%）、2) 介護保険サービスの利用支援21名（30.0%）、3) 家族支援18名（25.7%）、4) 生活支援17名（24.3%）、5) 継続医療の確保6名（8.6%）、6) 権利擁護に関する支援6名（8.6%）、7) 身体的健康状態の医学的評価5名（7.1%）、8) 経済支援4名（5.7%）、9) 居住支援2名（2.9%）であった。70名全員に担当者（コーディネーター）を定め、信頼関係の形成に努め、本人・家族・多職種間で情報を共有し、総合的アセスメントを行い、多職種協働で課題解決に向けた検討を行い、社会支援の調整を行った。

その結果、約6ヶ月の介入において社会支援の充足（ベースラインで「支援が必要である」状況）を分析すると、充足率が高い順に、「居住支援」（100%）、「経済支援」（100%）、「継続医療の確保」（83.3%）、「家族支援」（72.2%）、「診断へのアクセス」（71.4%）、「生活支援」（64.7%）、「介護保険サービスの利用支援」（61.9%）、「医学的評価」（60.0%）、「権利擁護に関する支援」（50.0%）であった。

本研究の結果は、多職種協働によるコーディネーションが社会支援ニーズの充足を促進することを示すと思われる。しかし、それでも、出現頻度の高い社会支援ニーズである、「診断へのアクセス」、「家族支援」では約3割、「生活支援」、「介護保険サービスの利用支援」では約4割において、ニーズが充足されていないこと、出現頻度は低いものの「権利擁護に関する支援」の充足率は50%に留まっていることに注意する必要がある。

このたびの介入期間は6ヶ月に限定されているが、実際に、本人の視点に立って、本人の思いや希望を理解しながら支援を調整していくには、6ヶ月という期間はあまりに短い。認知症とともに生きる本人と、信頼関係を形成し、総合的アセスメントを行い、情報を共有し、多職種で課題解決に向けた検討を行い、社会支援を調整するというプロセスはそれなりに時間を要する。特に、社会的な孤立状況におかれている場合には、「見守り」による生活支援を継続しながら、時間をかけて信頼関係を形成するプロセスが不可欠である。このたび

の介入対象者には、社会的孤立状況にある認知症の高齢者が数多く含まれていた。これは、大都市に暮らす認知症高齢者の特徴と言えるかもしれない。

多職種協働チームによるコーディネーションのプロセスは現在も継続中である。

第3節 ネットワーキングについて

「認知症とともに暮らせる社会」を創出するためには、コーディネーションとともに、地域の中に拠点（場所）を設置し、そこが、ネットワーキング（社会支援を相互に提供することが可能な地域づくり）の推進に向けた一連の機能を発揮する必要がある。本研究では、研究フィールドに設置された地域拠点が下記の機能を発揮することを可視化させた。

(1) 居場所としての機能

- ・ 「認知症とともに暮らせる社会の創出」を開設理念とし、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所であることを、ポスターやパンフレットに掲示して、拠点に来られる地域の人々に周知した。
- ・ 開設準備の段階から、地域の多様な組織・団体（地域包括支援センター、医療機関、介護保険事業所、民生委員、町内会、コミュニティカフェ／認知症カフェなど）にも、上記の開設趣旨について周知をはかり、協力を求めた。
- ・ 地域拠点は可能な限り常設とし、ローテーションを組んで運営スタッフを配置し、地域に住む人々が自由に時間を過ごせる開室日を可能な限り多く確保した。
- ・ 地域拠点を運営するスタッフは、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修（コーディネーター＆サポートワーカー研修）を受け、日々の活動においても、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所となるように配慮した。

(2) 相談に応需できる機能

- ・ 認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々に対して、専門的な観点からも相談に応需することができ、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につなぐことができるように、保健・医療・福祉等の専門職を運営スタッフに含めた。
- ・ 特に、長年にわたって第一線で活躍され、定年退職を迎えられた専門職がスタッフにいて、質の高い相談機能を発揮することができた。
- ・ 週の中に特定の日を設けて、医師による相談が受けられるようにするなどの工夫も有用であり（例：ドクターマンデー）、この日に相談者が数多く来場することがわかった。
- ・ 現存するコミュニティ・カフェ（例：地域リビング）の例からわかるように、職種に限らず、「認知症」と「人権」について高い意識をもち、地域の社会資源や制度等に精通していれば、地域に暮らす人々のさまざまな生活課題の相談に応じるができる可能性がある。
- ・ 相談を契機に、必要な社会資源と連携することができるように、日常的な顔の見える連携づくりを進めておくことは重要であろう。

(3) 差別や偏見を解消し、住民同士の互助をつくりだす機能

- ・ 認知症に関する正しい知識の普及とともに、多様な活動（イベントなど）を通して、社会支援を相互に提

供することができる人と人とのつながりを創り出すことが促進されることが確認された。

- たとえば、地域住民を対象に、「認知症」、「認知症とともに生きること」、「人権」にフォーカスをあてた講座によって、認知症とともに生きる人に対する配慮が醸成された。また、認知症だけではなく、さまざまな人が興味をもつ、さまざまなテーマの講座やイベントを開催することによって、多様な人々が気軽に立ち寄るようになり、来場者同士のつながりが自然につくりだされた（例：ココからミニ講座）。
- ときには、認知症に対する偏見や差別が見られる場面もあったが、運営スタッフの配慮によって、認知症である本人との交流の中で、次第に偏見や差別が解消され、来場者同士の間でも、「みんなで居心地よく、だれでも自由に」過ごせるようにするための配慮が芽生えた。
- 「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念を見失うことなく運営を続けることによって、地域の拠点が偏見を解消し、互助を創出する場になることが確認できた。

(4) 連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）

- 「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念のもとで、地域社会のさまざまな組織・団体と情報を共有したり、協力イベントを開催したり、多様なネットワーク会議に参加したり、立ち上げたりすることによって、社会支援を提供する多様な組織団体との相互連携が推進されることが確認できた。
- UR 都市機構のスタッフは、毎回のコーディネーター&サポートワーカーの研修会にも参加され、スコットランドやスウェーデンにも視察にでかけ、「認知症にやさしい」住宅づくりへの取り組みを開始した。
- コミュニティ・スペース連絡会を通して、地域の認知症カフェやサロン活動が横の連携を創り出し、活動が全体として活性化されるようになった。
- 既存の NPO 法人との連携が進み、生活支援の担い手となるボランティア育成や認知症サポーターの活用に関する取り組みが協働して実施できるようになった。
- 地域包括支援センターや在宅医療センターとは、協働して個別支援を展開するようになった。

(5) 人材を育成する機能

- コーディネーター&サポートワーカー研修会を定例的に開催することによって、受講者の「認知症」と「人権」の意識が高まることを確認した。
- 研修会では、さまざまな領域の専門職、認知症である本人、家族、地域で多様な活動をされている人々（コミュニティカフェ、ボランティア育成、若年性認知症の会、UR 都市機構）に講師をお願いし、多様な観点から、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた討議をすることができた。
- テーマは尽きることなく、討議は毎回活発に行われた。
- 「認知症」と「人権」について高い意識をもつ支援の担い手の育成は、認知症とともに暮らせる社会をつくる根幹であろう。

第4節 地域生活の継続について

このたびの介入研究参加者 70 名のうち、安定的な生活を継続することができたと判断されるのは 40 名 (57%)であり、12 名(17.1%)が 6 ヶ月の間に入院・入所している。

すでに観察研究の段階で、多くの認知症高齢者が、社会的に孤立し、多様な身体的・精神的健康問題を抱えていることが明らかにされている。入院・入所という転帰は、必ずしもネガティブな意味をもつものではなく、このたびのコーディネーションによって、はじめて必要な医療サービスや居住サービスを確保することがで

きたという側面もある。本研究では個別事例の報告は行わないが、いずれの入院・入所も、本人の意思が尊重され、本人の生活を守るために調整されたものである。

大都市には、数多くの認知症高齢者が、必要な支援にアクセスすることができず、厳しい現実の中で暮らしているという事実注目する必要がある。

このたびは 6 ヶ月間という限られた介入期間の結果報告であるが、こうした支援の意義を 6 ヶ月間で評価するのは困難である。コーディネーションのプロセスは時間を要するものである（スコットランドの認知症国家戦略では、認知症とともに生きる人は、認知症と診断された後、少なくとも 1 年間、リンクワーカーによる診断後支援を受ける権利がある、と定めている）。また、ネットワーキングのプロセスはさらに時間を要する。このたびの研究を事業プログラムのストラクチャとプロセスの評価に留めた理由はそこにある。現在の研究フィールドで、数年後に、本研究のアウトカム評価が行われることを望むものである。

第Ⅲ部

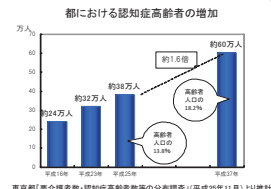
資 料

資料 1

目的

- 都における認知症高齢者は、平成25年の約38万人から、平成37年には約60万人（高齢者人口の18.2%）に達する見込み
- 一方で、単身世帯や高齢者のみの世帯が急速に増加
- 家族介護や専門職による医療支援・介護サービスだけでは、認知症の人が在宅生活を継続することが困難

診断後支援を地域で統合的に提供することにより、認知症になっても住み慣れた地域で在宅生活を継続できる都市型・認知症ケアモデルを構築



事業概要

- | | |
|---------|--------------------|
| ■実施方法 | 都が東京都健康長寿医療センターに委託 |
| ■事業実施期間 | 28年度 ～ 29年度（2年間） |
| ■実施計画 | |

対象地区（板橋区高島平1～5丁目）の70歳以上の高齢者に対し、生活実態調査を踏まえて、総合アセスメント※、医学的診断、診断後支援を行い、その効果を検証

(※)認知症の状態と、それにともなう心や体、生活、社会的状況における状態や困難さを全体的・総合的に評価すること

1 生活実態調査の実施

対象地区の高齢者を対象に、生活実態調査を実施

- ・ 都市部における認知症の有病率、生活状況等を調査し、地域特性を分析
- ・ 診断後支援の対象者（認知症等で支援が必要と判断される方）を抽出

2 診断後支援の実施

1 の調査で抽出された方を対象に、総合アセスメント、医学的診断、診断後支援（医療・介護、生活支援、家族支援、居住支援等の調整）を行うとともに、支援のネットワークを構築し（地域資源の調査、情報の共有、支援の担い手の育成など）、在宅生活の継続や生活の質にもたす効果について検証

—支援の担い手—

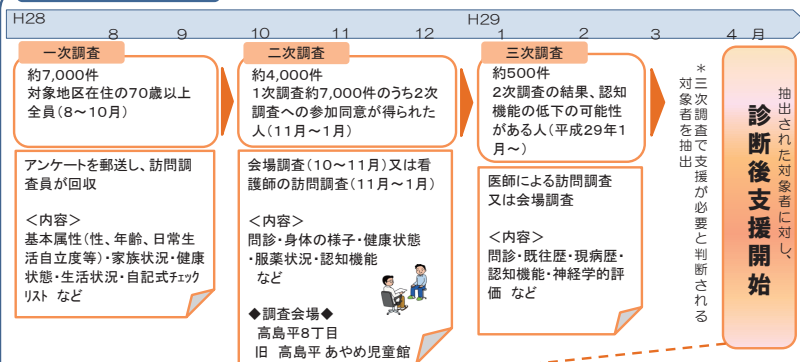
専門職、介護
社協、NPO、
地域住民、
家族 等



—支援の例—

- ①買い物、通院、服薬管理等の支援、
社会参加の支援（居場所、人とのつながり、生きがい）等
②家族に対し、相談・交流・情報を得られる場の提供 等
③生活環境の調整、住宅の改修、生活支援のある住まいの確保 等

スケジュール



◆診断後支援にあたって◆

- 診断後支援の実施**
総合アセスメントと医学的診断の結果に基づいて、医療・介護、生活支援、家族支援、居住支援 等のサービスを調整
- 支援者の育成**
支援者の研修を実施し、支援の提供方法・質を確保
- データの収集**
評価用シートを活用して、支援前の状態と支援の手順や進み具合についてデータを収集
- 効果の評価・検証**
地域資源の現状、プロセス、在宅生活の継続 等について評価、検証

◆今後の予定◆

- 平成28年度末
生活実態調査報告書作成
- 平成29年度末
ケアモデル事業報告書作成

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業

認知症のひと家族が暮らせる街をつくる

地味な説明の多い・地味な説明の多い

平成28年

7月28日(木)

14:00～15:30 (開場 13:30～)

***お車でのご来場はご遠慮ください**

平成 28、29 年度に東京都委託事業「認知症ととも暮らしを促す社会に向けた地域ケアモデル事業」を実施することがとなりました。地域ケアモデル事業に事業へのご理解とご協力をいただき、事業のご紹介を行います。また、認知症について、正しい知識と普及啓発のための講演会もあわせて開催します。

多くの皆様のご参加をお待ちしています。

大東文化大学板橋キャンパス
多目的ホール
会場

入場無料
当日先着
250名
事前申込不要)



プログラム	開会挨拶	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 新開 省二
4:00~	【講演】『認知症の人と家族が暮らせる街をつくる』	東京都健康長寿医療センター研究所
4:05~	【事業説明】東京都委託事業	研究部長 粟田 圭一
5:05~	「認知症とともに暮らせる社会に向けた 地域ケアモデル事業」について	東京都福祉保健局
	認知症対策担当課長	上野 睦子
	東京都健康長寿医療センター 研究所	研究員 稲垣 宏樹
5:20~	質疑応答	司会 宇良 千秋 研究員 宇良 千秋

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター
(東京都板橋区染町35-2)

板橋区・大東文化大学


 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム
 Tel : 03-3964-3241 (内線 4220・4249)
 担当：小川まどか、永瀬雅子

本日のあらすじ

1. はじめに
認知症とは何か
2. 認知症の人の暮らしを守る
地域包括ケアシステム
3. 大都市の問題
一人暮らしや夫婦のみの高齢者
4. 認知症にとともに暮らせる社会
希望と尊厳をもって生きる

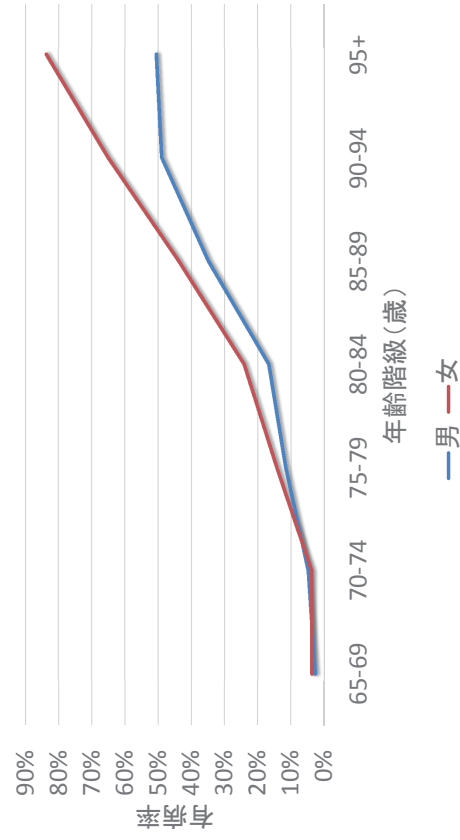
認知症の人と家族が暮らせる街をつくる



東京都健康長寿医療センター研究所
栗田 主一

はじめに 認知症とは何か

わが国の性別・年齢階級別認知症有病率



認知症高齢者数と有病率の将来推計 (全国)

(1)各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も一定と仮定した場合

	2012	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
462万	517万	602万	675万	744万	802万	850万	797万	850万
15.0%	15.2%	16.7%	18.5%	20.2%	20.7%	21.1%	21.1%	24.5%

(2)各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合.

	2012	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
462万	525万	631万	730万	830万	953万	1016万	1154万	1154万
15.0%	15.5%	17.5%	20.0%	22.5%	24.6%	27.0%	33.3%	33.3%

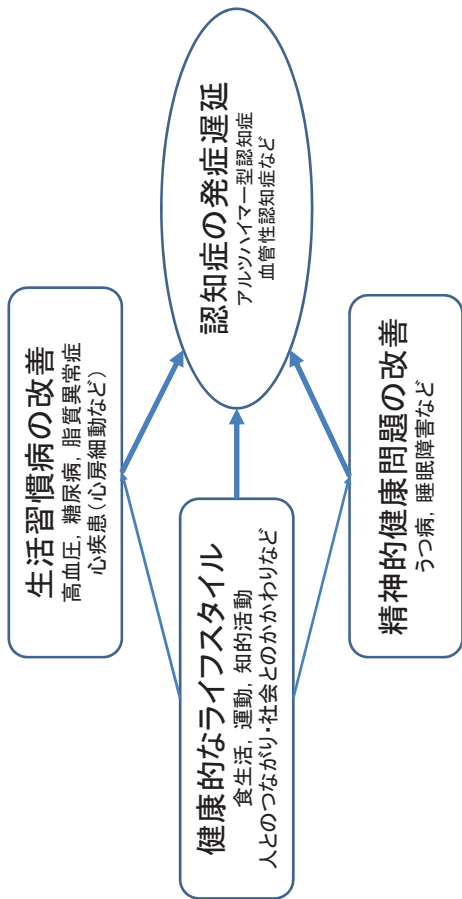
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授)

平均寿命の国際比較

	男女	男性	女性
1位 日本	84歳	80歳	87歳
2位 アンドラ	83歳	79歳	86歳
3位 オーストラリア	83歳	81歳	85歳
4位 イタリア	83歳	80歳	85歳
5位 サンマリノ	83歳	82歳	84歳
6位 シンガポール	83歳	80歳	85歳
7位 スイス	83歳	81歳	85歳

(WHO, World Health Statistics 2015, Life expectancy at birth in 2013)

認知症の予防

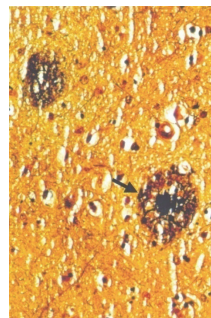


認知症とともに生きるのは
私たち自身であり,
私たちの社会である

認知症とは



アルツハイマー型認知症では・・・



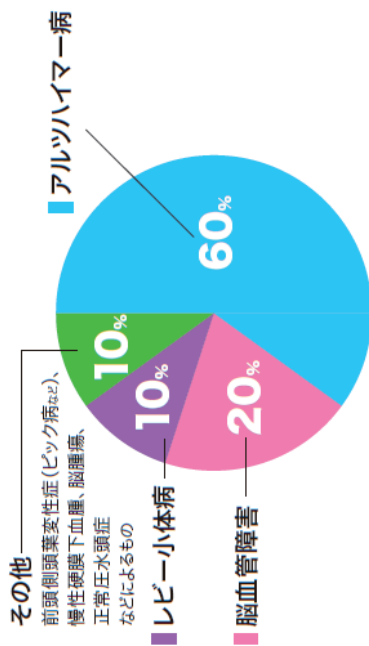
老人斑
(アミロイドβ蛋白)



Least abundant Most abundant

認知症の原因となる病気

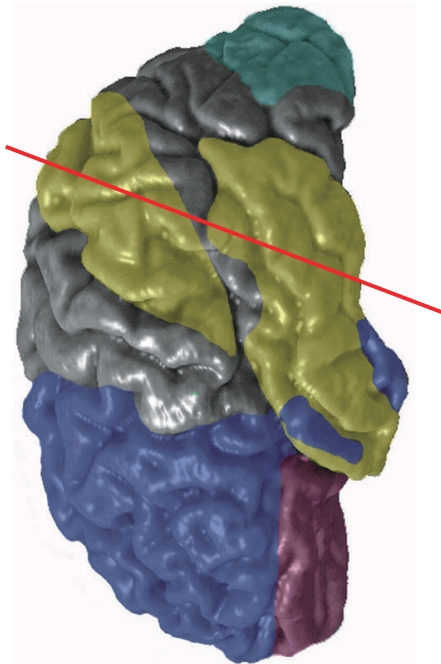
認知症の原因となる病気には、主に「アルツハイマー病」、「脳血管障害」、「レビー小体病」の3つがあり、もっとも多いのがアルツハイマー病です。



その他
前頭側頭葉変性症 (ピック病など)、
慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、
正常圧水頭症
などによるもの

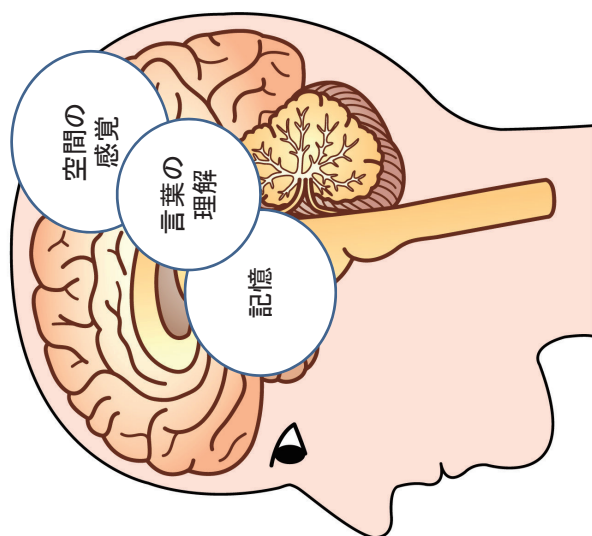
(注3) 認知機能とは… 物事を記憶する、言葉を使う、計算する、問題を解決するために深く考えるなどの頭の働きを指します。

アルツハイマー型認知症では・・・



Cortical distribution of the cholinergic deficit in Alzheimer's disease. Yellow Indicates reduction of 70-80%.

認知症とは



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

13





認知症とは



10



一人で買い物はできますか？

15



自分で、薬を決まった時間に
決まった分量のむことは
できますか？

14



自分で食事の準備はできますか？

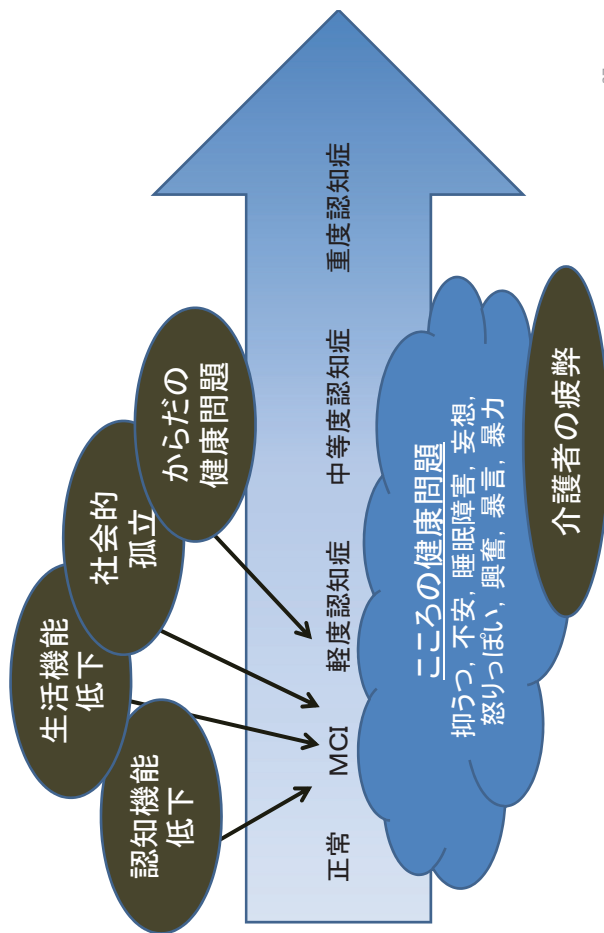
17



着替えは一人でできますか？

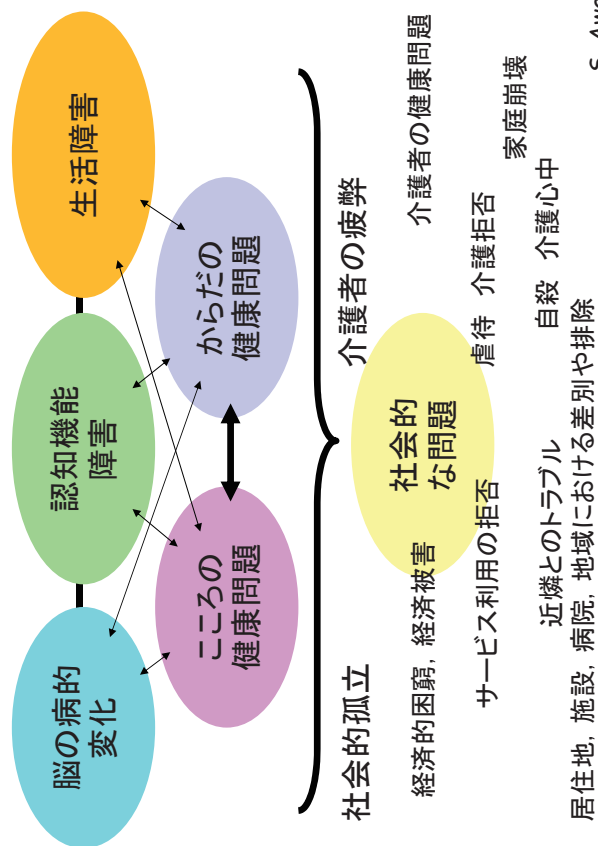


複雑化のプロセスは認知症の初期段階ではじまる？



S. Awata

認知症の臨床像



S. Awata

認知症のはじまりと不安について

- 86歳の女性.
- 高血圧症, 糖尿病で通院中.
- 長年在宅で介護していた夫が6カ月前に死亡. 以後一人暮らし.
- 以前から「もの忘れが増えている」と自覚していたが, 最近は何を置いていた場所がわからなくなって探しものをする事が多くなり, 通帳を再発行したり, 眼鏡を新調したのを忘れてまた作ってしまうなどの失敗が目立ってきた.

認知症のはじまりと不安について

- 本人も「認知症のはじまりでは？」と不安になり、なんとなく自信がなくなり、外出もあまりしなくなった。
- 夜もぐっすり眠れない。
- 娘から見ても、最近の母親は気持ちがふさぎこんでいたり、いらいらしていることが多い。認知症になったのではないかと心配になってきた。

認知症の初期に見られる可能性がある 認知機能低下と生活機能低下

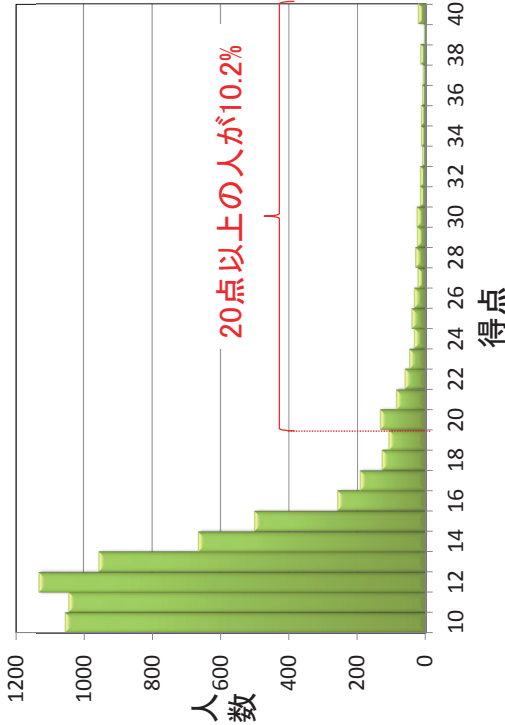
5 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」をやってみよう!		
自分でできる認知症の気づきチェックリスト		
チェック1 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	まったくない 1点	頻りにある 4点
チェック2 5分前に置いた物が、思い出せないことがありますか	まったくない 1点	頻りにある 4点
チェック3 周りの人からいつも同じ言葉をよく聞かれ、かえって迷惑がられることがありますか	まったくない 1点	頻りにある 4点
チェック4 今日の用事は何か、わからないことが多くなりますか	まったくない 1点	頻りにある 4点
チェック5 書けずとしていた書類が、すぐに出てこないことがありますか	まったくない 1点	頻りにある 4点

チェック6 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	問題なくできる 1点	だいたいできる 2点	あまりできない 3点	できない 4点
チェック7 一人で買い物に行けますか	問題なくできる 1点	だいたいできる 2点	あまりできない 3点	できない 4点
チェック8 バスや電車、自転車、歩行者などを使って一人で外出できますか	問題なくできる 1点	だいたいできる 2点	あまりできない 3点	できない 4点
チェック9 自分で掃除機や洗濯物を干すことができますか	問題なくできる 1点	だいたいできる 2点	あまりできない 3点	できない 4点
チェック10 電話番号を覚えて、電話をかけることができますか	問題なくできる 1点	だいたいできる 2点	あまりできない 3点	できない 4点

http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2014/05/DATA/2005u200.pdf

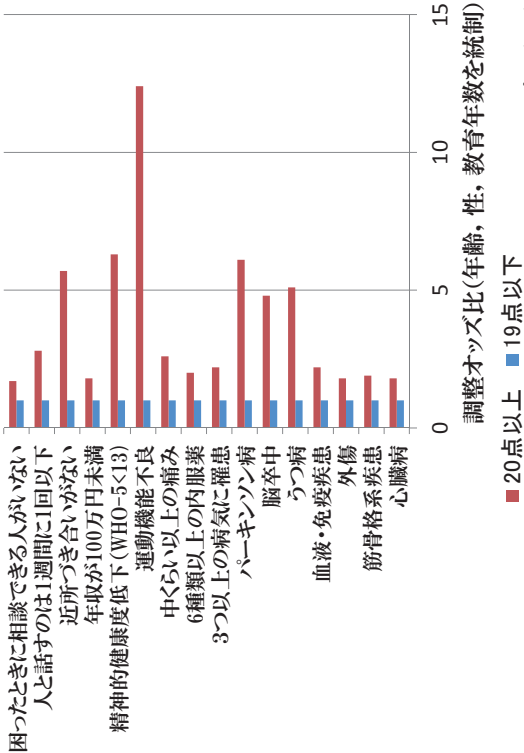
自分でできる認知症の気づきチェックリスト

65歳以上地域在宅高齢者6,737名（有効回答率87.7%）の得点分布



Awata et al. 2014

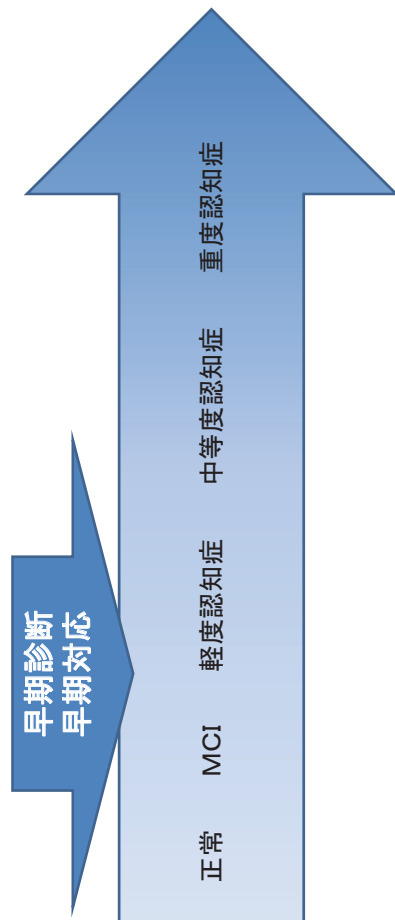
認知機能低下・生活機能低下が見られる高齢者の 精神的・身体的・社会的状況



Awata et al. 2014

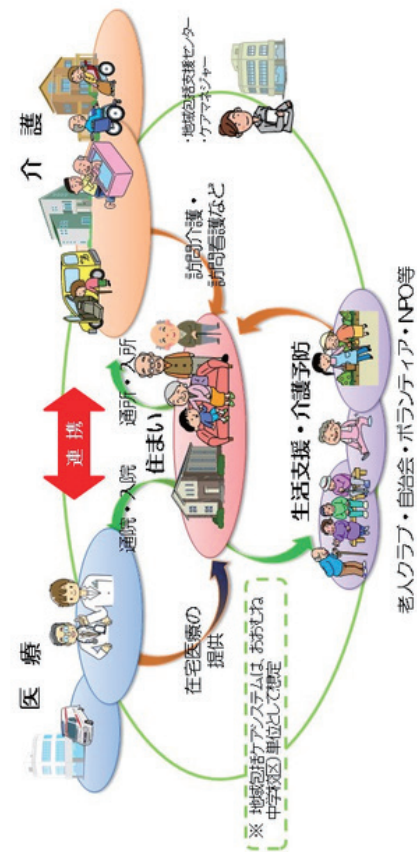
認知症の初期支援はとても大切！

複雑化のプロセスが進展する前に、認知症疾患の診断と総合的なアセスメントを実施し、これに基づいて必要な医療、介護、生活支援、家族支援、居住支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族が生活の質を保持し、穏やかで安全な生活を継続できるようにする



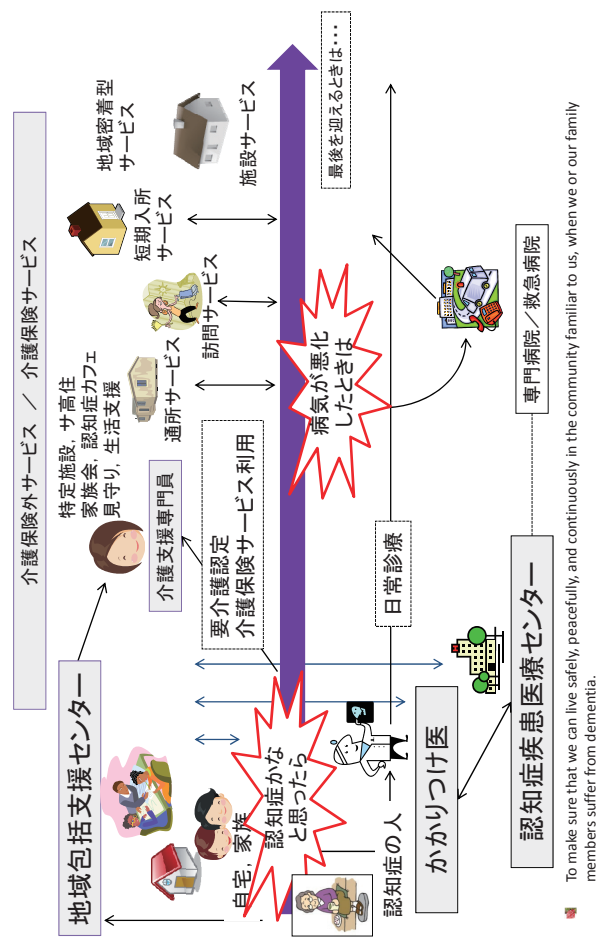
地域包括ケアシステムとは

地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、医療、介護、住まい、生活支援、家族支援等のサービスが統合的に提供される地域のシステムをつくりだすこと



認知症の人の暮らしを守る 地域包括ケアシステムについて

認知症ケアパス



To make sure that we can live safely, peacefully, and continuously in the community familiar to us, when we or our family members suffer from dementia.

認知症ケアパス



板橋区では、
認知症になったら

どんなときにも

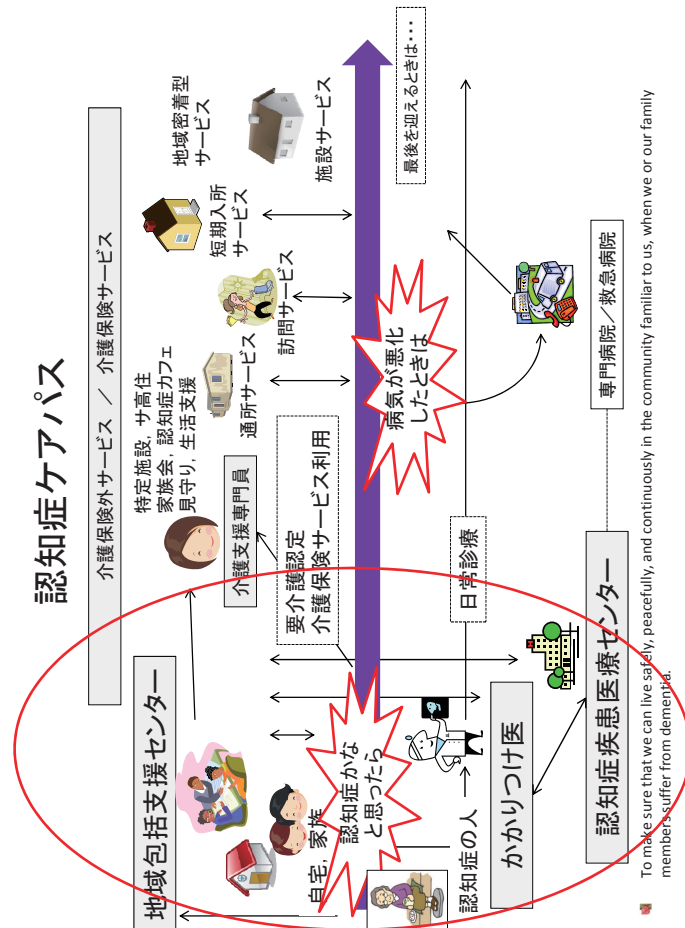
どんな医療や介護，
住まい，生活支援，
権利擁護のサービスが
利用すればよいのか。

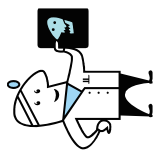
どこに相談に行けばよいか

しかし、パンフレットをつくっただけでは、必ずしもサービスにたどりつくことができません。



- ・身近なところで
- ・本人や家族の思いに耳を傾け
- ・さまざまな相談に応じ
- ・支援の必要性を総合的にアセスメントして
- ・かかりつけ医や介護支援専門員と連携しながら、さまざまな地域サービスを利用できるように調整を行う





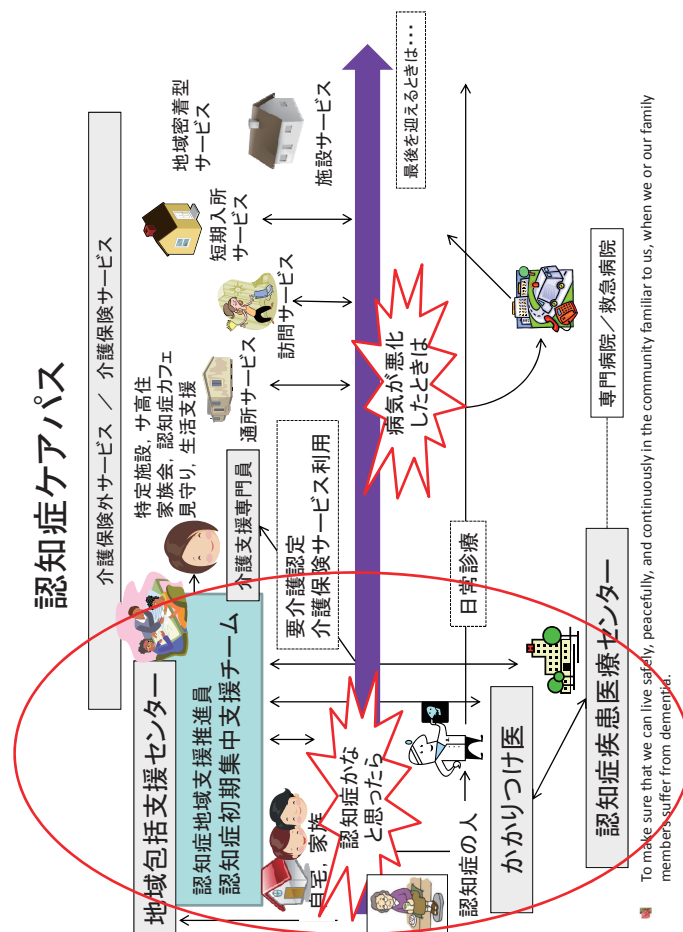
かかりつけ医

- 身近なところで
- 本人の思いに耳を傾け
- 多くの健康問題に対応し
- 必要に応じて専門医療機関と連携し
- 家族や地域との関係を大切にして
- 長期にわたるパートナーシップを築き
- 健康管理を行う

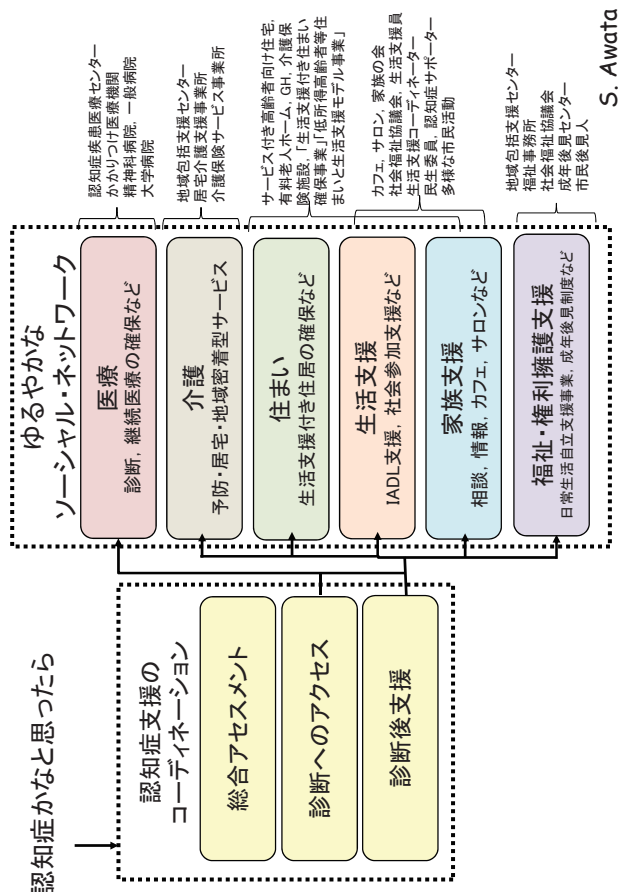
しかし、いろいろな入り口をつくただけでは、必ずしもサービスを一体的に利用できるとは限りません。

認知症疾患医療センター 東京都健康長寿医療センター

- 認知症に関するさまざまな相談に応じ
- 認知症の鑑別診断
- 複雑な精神的・身体的・社会的問題に対応したりすることによって
- かかりつけ医をバックアップする
- 東京都ではすべての区市町村に設置予定



認知症の人の暮らしを守る地域包括ケアシステムをつくりだすために



(東京都, 男女計)



今後急増する高齢者の一人暮らし世帯

○東京都における高齢世帯の一人暮らしの数及び高齢者世帯全体に占める比率は今後急速に高まり、10年の64.7万人、38%から、35年に104.3万人、44%になる。

	高齢者世帯に占める一人暮らし世帯の数及び割合						(単位:万人)
	2010年の高齢者世帯一人暮らし世帯数	高齢者世帯数全体に占める割合	2025年の高齢者世帯一人暮らし世帯数	高齢者世帯数全体に占める割合	2035年の高齢者世帯一人暮らし世帯数	高齢者世帯数全体に占める割合	
東京都	64.7	38.7%	89.0	41.9%	104.3	44.0%	1位
大阪府	44.6	37.2%	61.3	41.8%	64.5	43.8%	2位
鹿児島県	10.5	38.7%	12.5	40.2%	12.5	43.1%	3位
高知県	4.7	37.9%	5.5	40.0%	5.3	42.7%	4位
北海道	26.4	34.5%	36.7	38.8%	38.0	41.8%	5位
神奈川県	31.6	29.9%	49.1	34.8%	57.4	37.3%	17位
千葉県	20.2	27.2%	31.7	32.4%	35.2	35.4%	25位
埼玉県	20.8	25.5%	33.6	31.2%	38.0	34.3%	29位
全国	498.0	30.7%	700.7	34.8%	762.2	37.7%	

※高齢世帯とは世帯主の年齢が65歳以上の世帯をいう

「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）（平成26年4月推計）について」（国立社会保険・人口問題研究所）

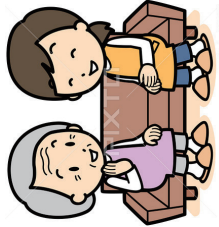
- クローズアップされる大都市の課題
- 認知症の人は社会的に孤立しやすいが、東京ではさらに・・・
- 単独世帯（夫婦のみ世帯）の認知症高齢者が増加
 - サービスへのアクセスが困難な認知症の人が増加
 - ・ 診断にすらつながらない
 - ・ そのためにサービスにもつながらない
 - 家族に代わる生活支援の担い手がいらない
 - 医療行為の意思決定を代行できる人がいない
 - 経済的困窮に陥りやすい
 - 住み慣れた地域に「住まい」を確保することが困難
 - 精神的・身体的・社会的に複雑な課題をもつ認知症高齢者が増加

一人暮らしだと、孤立しやすい・・・

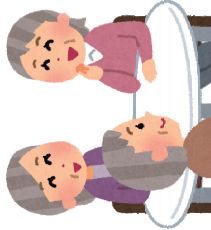


Illustration - 1000001

たとえば・・・



2人で話をする



談笑する



みんなで食事する

たとえば・・・



社会の中で働く

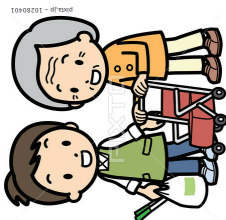


仲間と運動をする



社会に貢献する

そして・・・



一緒に買物に行く



通院に同行する



服薬管理の手伝う

そして・・・



ゴミ出しを手伝う



庭の草取りを手伝う



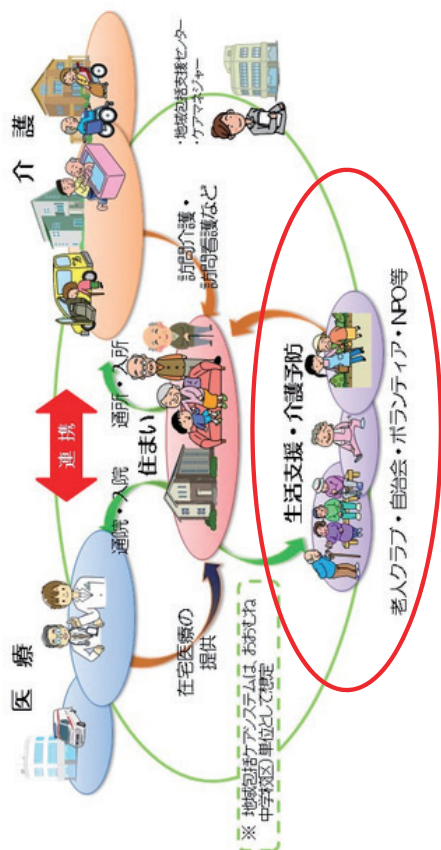
換気扇の掃除をする

生活支援

- ・ 認知症とともに生きる人の思いに耳を傾け、相互に信頼し、尊重し、助け合うことができる、人と人との関係をつくる
- ・ 医療や介護ではカバーできない、社会参加（社会とのつながり、居場所づくり、仕事・趣味・ボランティアなどへの参加）や日常生活（買い物、通院、服薬管理、食事の準備、金銭管理など）のサポートを行う

地域包括ケアシステムとは

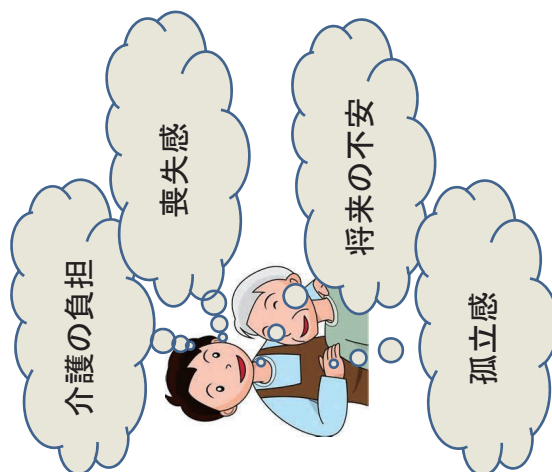
地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、医療、介護、住まい、生活支援、家族支援等のサービスが統合的に提供される地域のシステムをつくりだすこと



家族がいる場合



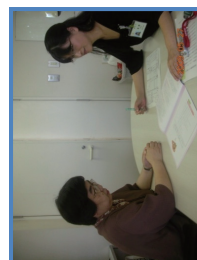
「生活支援」の一番のキーパーソンは家族



- ・ 本人の思いに耳を傾け・・・
- ・ 寂しい時にそばにいてくれる
- ・ 病気に気がついてくれる
- ・ 病院に連れて行ってくれる
- ・ 介護保険サービスの手続きをしてくれる
- ・ お金を管理してくれる
- ・ 決まった時間に決まった分量の薬が飲めるように手伝ってくれる
- ・ みんなで食事会をする
- ・ 好きな桜の花を見るために一緒に出かけられる

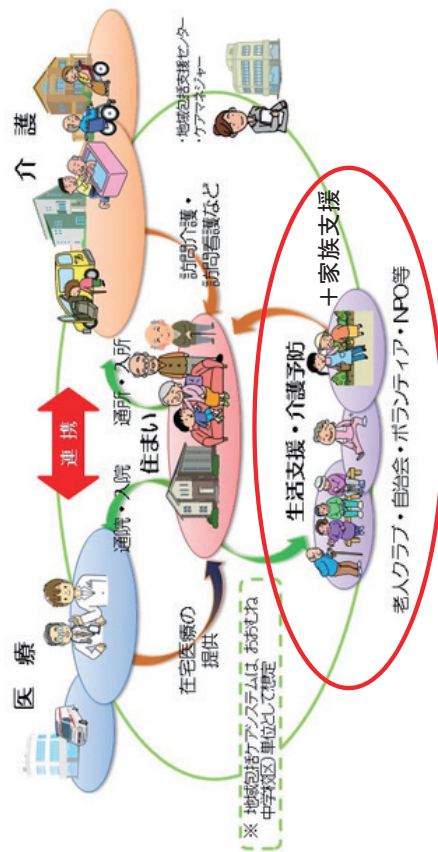
家族支援

- ・ 家族介護者の孤立を解消し、自分自身が人生の主人公となって生きていくことができるように支援する
 - － 家族がおかれた状況を理解し
 - － 困ったときの相談にのったり
 - － 必要な情報を提供したり
 - － 相互に信頼し、尊重し、
 - － 助け合うことができる人と人とのつながりをつくる



地域包括ケアシステムとは

地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、医療、介護、住まい、生活支援、家族支援等のサービスが統合的に提供される地域のシステムをつくりだすこと



住まいの支援

- 今ある「住まい」に「生活支援」や「家族支援」が備われば、認知症とともに暮らし続けることができるかもしれない……
- 「生活支援」や「家族支援」のある「住まい」に居住することができれば、認知症とともに暮らし続けられるかもしれない……

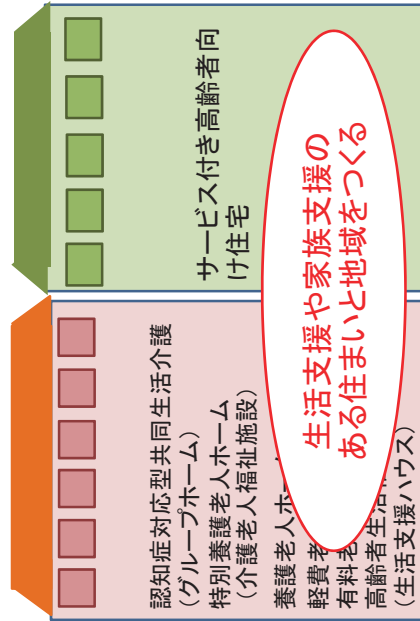
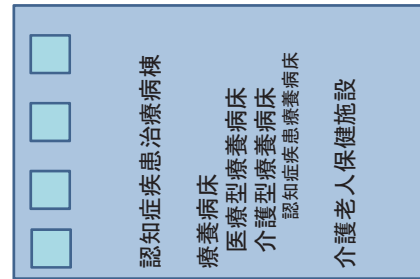
認知症の人の「住まい」に関するサービス

～医療サービス、福祉サービス、住宅サービス～

医療サービス

福祉サービス

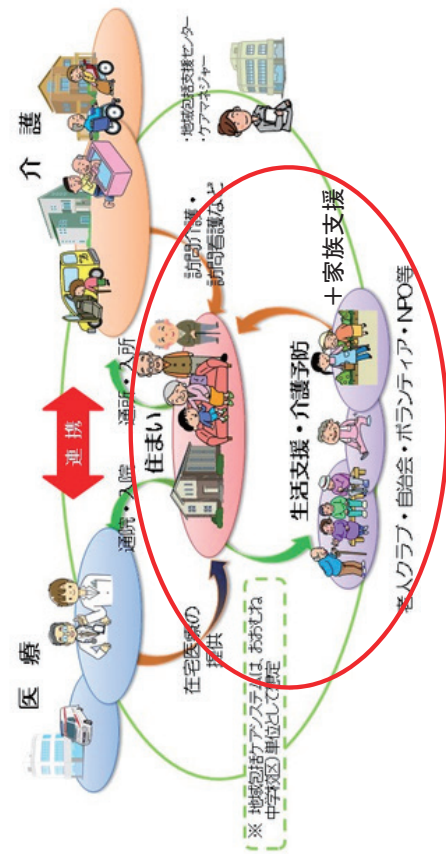
住宅サービス



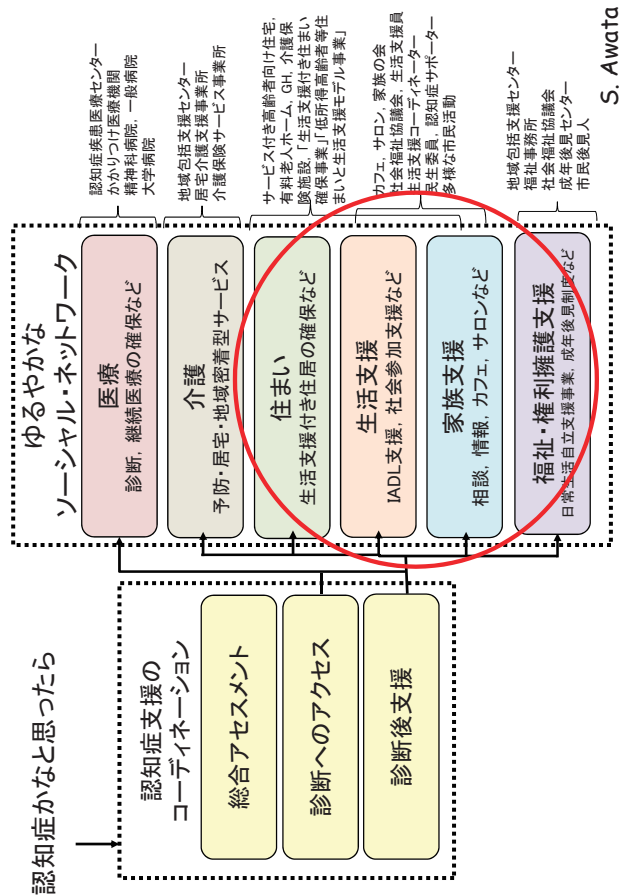
生活支援や家族支援のある住まいと地域をつくる

地域包括ケアシステムとは

地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、医療、介護、住まい、生活支援、家族支援等のサービスが統合的に提供される地域のシステムをつくりだすこと



認知症の人の暮らしを守る地域包括ケアシステムをつくりだすために



Living Well with Dementia

認知症と共によりよく生きる

Living well with dementia:
A National Dementia Strategy



認知症とともに暮らせる社会
希望と尊厳をもって生きる

スコットランド認知症ワーキンググループ (2002年)

- 2010年にスコットランド認知症国家戦略の策定に参画
- ワーキンググループの要望
 - 早期診断
 - 良質な診断後支援
 - よくトレーニングされた支援者
- 診断後支援の5つの柱
 - 病気の理解・症状との付き合い方
 - 地域とのつながり
 - 仲間との出会い
 - 将来のケアを計画
 - 将来の意思決定を計画

Alzheimer Scotland
Action on Dementia



リンクワーカー

認知症の診断は、本人と家族に重大に影響を及ぼす。しかし、適時・適切な診断と、その後の効果的・包括的な診断後支援は、本人と家族の回復力を高め、認知症の知識を確立させ、できる限り長期にわたる質の高い在宅生活を實現させる上で重要な役割を果たしている。それゆえに、本年の4月1日以降、認知症と診断されるすべての人に「診断後支援」が提供されることを、国家の責務とした。

.....

2013年4月以降、新たに認知症と診断されるすべての人には、少なくとも1年間、リンクワーカーによって調整される診断後支援を受ける資格がある。私たちは、このことを、国家戦略の新たな指標として導入した。

スコットランド認知症国家戦略(2013-2016)の序文

- もの忘れが増えた、失敗が増えた
- 家族に叱られることがなくなった
-
- 何の意欲もわかなくなった
- どうしようもなく一人で泣いた
- 一番辛いことは、家族やまわりの大事な人たちとの関係が壊れること
- 病気が進むのをただ待っただけの「空白の期間」
- その間にすべての希望を失ってしまう

日本認知症ワーキンググループが発足

(2014年10月11日)

「認知症になってからも希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創り出していくこと」



共同代表が塩崎厚生労働大臣と面会した。

- しかし
-
- 人との出会いが自分自身を前向きにさせてくれた
- 気軽に声を掛けてくれる人
- いろいろな場所に連れて行ってくれる人
- いつも笑っていてくれる人
- そのような人の中であれば、安心して失敗でき、わからないうから助けてと言える
- 認知症になっても幸せに生きることができ
- 認知症とともに生きる仲間に、「あなたは一人ではない」と伝えたい

Dementia Friendly Community



Dementia Friendly Communities (DFCs) should not only seek to preserve the safety and wellbeing of those living with dementia, it should also empower all members of the community to celebrate the capabilities of persons with dementia, and view them as valuable and vital members of the towns, cities, villages and countries in which they reside.

認知症とともに暮らせる社会とは

- 認知症とともに生きる人の思いに耳を傾け、相互に信頼し、尊重し、助け合うことができる、人と人との関係がある
- 医療や介護だけでなく、生活支援、家族支援、住まいの支援を柔軟に提供することができる地域の人々のネットワークがある
- 認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって生きていくことができる地域社会をつくるという理念が、人々の間に共有されている

認知症とともに希望と尊厳をもって暮らせる社会とは



認知症とともに希望と尊厳をもって暮らせる社会とは、単に、認知症とともに生きる人の安全や幸福を求めるばかりではなく、地域に暮らすすべての人々が、認知症の人がもっている能力についてよく考え、自分が暮らしている村、町、市、国の、大切に、重要な、社会の一員であると認識できるようにすることである。

栗田主一訳

ご清聴ありがとうございました。

認知症とともに暮らせる社会に向けた
地域ケアモデル事業

「高島平こころとからだの健康調査」 についてのご説明

稲垣 宏樹

(東京都健康長寿医療センター研究所 研究員)

①アンケート調査

- * 調査は、専門の調査会社（リサーチソリューション）に委託して行います。
- * 高島平二丁目から始めます。
 - * 8月1日（月）ごろアンケート郵送、ご記入ねがいます。
 - * 8月8日（月）ごろから、専門調査員が回収にうかがいます。
- * 高島平一丁目、三～五丁目は、8月中旬開始です。
 - * 8月15日（月）ごろアンケートを郵送
 - * 8月22日（月）ごろから、専門調査員が回収にうかがいます。

「こころとからだの健康調査」 が始まります。

- * 郵送によるアンケート調査（8月～9月）と、
- * 会場での健康調査（10～11月）を行います。
- * 高島平1丁目～5丁目にお住いの70歳以上の方全員が対象の調査です。

高島平こころとからだの健康調査

平成28年8月
東京都健康長寿医療センター研究所

【ご記入にあたってのお願い】

- 調査票には宛先の方の本人様がお返しくください。
ご本人様がお返りできるが、ご自分で記入するのが困難な場合は、ご本人様の回答を代筆していただいても構いません。
い。ご本人様の意思による回答がつかない場合はご回答いただくことなく返却してください。
- 調査票の回答にかかる時間は30分から1時間程度です。
- お返しは、大抵分、あてはまるもの欄に○をつけていただく形式です。
- ご質問の中には、答えられない、または答えたくない内容のものがあるかもしれませんが、そういった場合は調査票には書き込んで回答いただく必要はありません。ご回答いただけなかった場合でも、皆様が行う方の不利益を減らすことは決してございませんのでご安心ください。
- ご回答はすべて他人のお名前と切り離して統計的に処理しますので、回答内容が外部にも漏れりすることはありません。
- ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

平日 9時30分～17時00分
東京都健康長寿医療センター研究所 高島平こころとからだの健康調査 コールセンター
電話：03-6283-3253（直通）

※このアンケートは、個人情報保護法の規定に基づき匿名化して、高島平から下町と上町の人々の健康の調査を目的として実施されています。
※調査結果は、調査結果報告書として、関係機関等に提供させていただきます。
※利用目的、調査結果の公表などについては、調査票の裏面に記載されています。

中を開いて、次のページへお進みください。

←こんな表紙の調査票
「高島平こころとからだ
の健康調査」
が送られてきます。

①アンケート調査

* アンケートでは、いろいろなおことをおうかがいします。

- * おからだの健康
- * 歯やお口の健康
- * こころの健康
- * 普段の生活の様子
- * ちの覚えや頭の働きぐあい
- * 睡眠のこと
- * 食欲やお食事のこと
- * 趣味や地域活動、人づきあいのこと … など

* 記入には**30分～1時間程度**、お時間を頂きます。

* **調査は、強制ではありません。** 答えられる範囲でご記入ください。

①アンケート調査

* 回収にうかがう専門調査員は、東京都健康長寿医療センターが発行した「**調査員証**」を持っています。

* ご不在の場合は、「ご不在連絡票」を郵便受け等に入れておきます。

* 次におうかがいする日時が書いてあります。

* ご都合が悪いときやご希望の日時があるときには、**コールセンター (03-5283-3253)** までご一報ください。

①アンケート調査

* 専門調査員が、調査票を受け取りにうかがった際に、記入漏れがないか確認をさせていただきますので、ご了承ください。

* 答え方や書き方がわからない、内容がわかりにくい、など質問や疑問点がありましたら、**コールセンター (03-5283-3253)** までお問い合わせください。

②会場調査

* 皆様に健診会場に来ていただいて行う調査です。

* アンケート調査にご参加いただいた方の中から、

* 「参加してみたい」「参加してもよい」という方にご協力をお願いします。

* 旧・高島平あやめ児童館（高島平八丁目）を2ヶ月間お借りして、行います。調査時間は1時間ほどです。

②会場調査

- * 10月～ 認知機能検査
 - * ↓
 - * (認知機能検査に参加された方で希望される場合)
 - * ↓
- * 11月～ からの健康検査
 - * 採血
 - * 歯科、口腔検査
 - * 運動検査 (歩行、握力)

②会場調査

- * アンケート調査が終わるくらいの時期に、アンケート調査に参加していただいた方全員に、「会場調査のご案内」をお送りいたします。
- * 会場調査に参加していただけるか、専門調査員がお願いにうかがいます。
- * 参加者の方の費用負担は一切ございません。
- * 参加された皆様には、血液検査、運動検査、歯科・口腔検査の結果を、お一人お一人に郵送いたします。
- * 認知機能検査は、地区全体の傾向をお知らせする予定です。

③訪問調査

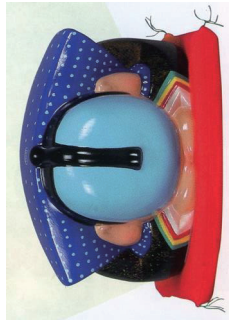
- * 会場にいらっしゃるのが大変な方を対象に、
- * 看護師がお宅までおうちがいて、
- * 簡単な問診と、主に「認知機能」に関する調査をさせていただきます。

高島平ココからステーション

休憩所かわりにお気軽に立ち寄りください。

- * 私たちに高島平のことをいろいろ教えてください。
- * 困りごとや不安なことがあったら、教えてください。
- * この調査や事業のことでご質問がありましたら、聞きにいらしてください。
- * 認知症のこと、健康のこと、知りたいことがあったら、聞きにいらしてください。

ご協力のほど、
よろしく願います。



高島平こころとからだの健康調査

平成28年8月
東京都健康長寿医療センター研究所

【ご記入にあたってのお願い】

- 調査票には宛名の方**ご本人様**がお答えください。
ご本人様が回答できるが、ご自分で記入するのが困難な場合は、ご本人様の回答を代筆していただいても構いません。
代筆の場合、質問文中の「あなた」は「宛名の方ご本人」と読み替えてご記入ください。ご本人様の意思による回答がむずかしい場合はご回答いただかなくて結構です。
- 調査票の回答にかかる時間は**30分から1時間程度**です。
- お答えは、大部分、あてはまるものの番号に○をつけていただく形式です。
- ご質問の中には、答えられない、または答えたくない内容のものがあるかもしれませんが、そういった質問には無理にご回答いただく必要はございません。ご回答いただけなかった場合でも、皆様が何らかの不利益を被ることは決してございませんのでご安心ください。
- ご回答はすべて個人のお名前と切り離して統計的に処理しますので、回答内容が外部にもれたりすることは決してございません。
- ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

平日：9時30分～17時00分

東京都健康長寿医療センター研究所 こころとからだの健康調査 コールセンター

電話：03-5283-3253(直通)

※このアンケートは、個人情報保護の適正な手続きを経て、板橋区から下記のとおり個人情報の提供を受けて実施しています。
提供先：地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター(板橋区栄町35-2)
利用目的：東京都「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」における生活実態調査のため。
項目：氏名、性別、生年月日、住所、介護保険関係情報

中を開いて、次のページへお進みください。

ここからは、さらにくわしく、からだやこころの健康、生活の様子についてお尋ねします。
なかには似たような内容を別の質問でお尋ねしている場合がありますが、あまり深く考えずに、思いついたままお答えください。

あなたのからだの健康についておうかがいします。

問4 あなたの現在の健康状態についてお答えください。(○は1つ)

1 とても健康 2 まあ健康 3 あまり健康でない 4 健康でない

問5 あなたの視力や聴力についてお答えください。(○は1つ)

(1) 耳は普通に聞こえますか(補聴器を使った状態で良いです)。

1 普通(会話やテレビに不自由しない) 2 大きい声でないと会話できない 3 ほとんど聞こえない

(2) 目は普通に見えますか(眼鏡を使った状態で良いです)。

1 普通(本が読める) 2 1mくらい離れていて、顔を見てその人が誰かわかる程度 3 ほとんど見えない

問6 自力で歩けますか？(○は1つ)

1 寝たきりまたは車椅子を常時使用 2 ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない 3 自由に歩いて外出できる

問7 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

1 はい 2 いいえ

問8 普段病気や具合の悪い時にかかったり、お薬を出してもらったりするお医者さん(かかりつけ医)はいますか。

1 はい 2 いいえ

問9 あなたがこれまで治療したことのある病気はどれですか(あてはまる番号すべてに○)。※いずれも治療したことがない場合は、「0. いずれも治療したことがない」に○をつけてください。

0 いずれも治療したことがない		
1 高血圧	2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	3 心臓病
4 糖尿病	5 高脂血症(脂質異常症)	6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
7 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8 腎臓・前立腺の病気	9 筋骨格の病気(骨粗しょう症・関節症等)
10 外傷(転倒・骨折等)	11 がん(新生物)	12 血液・免疫の病気
13 うつ病	14 認知症(アルツハイマー病等)	15 パーキンソン病
16 目の病気	17 耳の病気	
18 その他()		

まず、次の質問にお答えください。

問1 あなた(宛名の方)の性別、お生まれの年月をご記入ください。(○と数字を記入)

性別 1 男性 2 女性 生まれ年月 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月

問2 調査票を記入されたのはどなたですか。(○は1つ)

1 あなた(宛名の方)が記入 2 あなた(宛名の方)以外の方が記入(ご家族など)

問3 あなたの普段の生活の様子についてお聞きします。(○は1つずつ、□には数字を入力)

- バスや電車で1人で外出していますか。 1 はい 2 いいえ
- 日用品の買い物をしていますか。 1 はい 2 いいえ
- 預貯金の出し入れをしていますか。 1 はい 2 いいえ
- 友人の家を訪ねていますか。 1 はい 2 いいえ
- 家族や友人の相談にのっていますか。 1 はい 2 いいえ
- 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。 1 はい 2 いいえ
- 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。 1 はい 2 いいえ
- 15分間続けて歩いていますか。 1 はい 2 いいえ
- この1年間転んだことがありますか。 1 はい 2 いいえ
- 転倒に対する不安は大きいですか。 1 はい 2 いいえ
- 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。 1 はい 2 いいえ
- ①身長を教えてください。(数字を記入)⇒ 身長 □ cm
②体重を教えてください。(数字を記入)⇒ 体重 □ kg
- 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 1 はい 2 いいえ
- お茶や汁物等でむせることがありますか。 1 はい 2 いいえ
- 口の渇きが気になりますか。 1 はい 2 いいえ
- 週に1回以上は外出していますか。 1 はい 2 いいえ
- 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。 1 はい 2 いいえ
- 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか。 1 はい 2 いいえ
- 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 1 はい 2 いいえ
- 今日が何月何日かわからないときがありますか。 1 はい 2 いいえ
- (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない。 1 はい 2 いいえ
- (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなりました。 1 はい 2 いいえ
- (ここ2週間)以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる。 1 はい 2 いいえ
- (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない。 1 はい 2 いいえ
- (ここ2週間)訳もなく疲れたような感じがする。 1 はい 2 いいえ

1

あなたのお口の健康についておうかがいします。

問10 普段、ご自分の歯やお口の状態をどのように感じていますか。(○は1つ)

1 とても健康 2 まあ健康 3 あまり健康でない 4 健康でない

問11 50歳の頃と比べてブクブクうがいが上手にできなくなったと感じますか。

1 はい 2 いいえ

問12 歯科医院の受診についてお答えください。

(1) かかりつけの歯科医院がありますか。(○は1つ)

1 ある 2 ない 3 以前はあったが、今はない

(2) 過去1年以内に、歯科医院を受診しましたか？

1 受診した 2 受診していない

あなたの普段の生活の様子についておうかがいします。

問13 以下の質問にお答えください。(○は1つずつ)

	問題なくできる	見守りや声がけを要する	一部介助を要する	全介助を要する
1 入浴は一人でできますか。	1	2	3	4
2 着替えは一人でできますか。	1	2	3	4
3 トイレは一人でできますか。	1	2	3	4
4 身だしなみを整えることは一人でできますか。	1	2	3	4
5 食事は一人でできますか。	1	2	3	4
6 家のなかでの移動は一人でできますか。	1	2	3	4

●14 以下の質問にお答えください。(○は1つずつ)

		まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
1	財布や鍵など、物を置いた場所が わからなくなることがありますか。	1	2	3	4
2	5分前に聞いた話を思い出せないのでありますか。	1	2	3	4
3	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの もの忘れがあるとされますか。	1	2	3	4
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1	2	3	4
5	言おうとしている言葉が、 すぐに出てこないことがありますか。	1	2	3	4

●15 以下の質問にお答えください。(○は1つずつ)

		問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	まったく できない
1	貯金の出し入れや、 家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1	2	3	4
2	一人で買い物はできますか。	1	2	3	4
3	バスや電車、自家用車などを使って 一人で外出できますか。	1	2	3	4
4	自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか。	1	2	3	4
5	電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1	2	3	4

●16 あなたの生活のご様子についてお尋ねします。それぞれ1つずつ○をつけてください。

(1) 現在、お酒(アルコール)は飲みますか。

1 飲む	2 以前は飲んでいましたが、今は飲まない	3 もともと飲まない
------	----------------------	------------

↓

問a (「1. 飲む」と回答した方)どのくらいの頻度でお酒(アルコール)を飲みますか。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 週に1日未満
------	----------	----------	----------	----------

(2) 現在、タバコを吸っていらっしゃいますか。

1 吸う	2 以前は吸っていたが、今は吸っていない	3 吸ったことはない
------	----------------------	------------

4

(4) 過去1ヵ月間において、日中、どれくらいの頻度で昼寝をしましたか? (○は1つ)

1 昼寝はしていない	→ 2～5に○をつけた方 昼寝をした日について、 1日の平均昼寝時間はどのくらいでしたか?
2 1週間に1～2日	
3 1週間に3～4日	
4 1週間に5～6日	
5 毎日	

□ □ □ 分間くらい
(数字を記入)

※昼寝は、日中に布団やソファ等で
意図的に寝ようとしてとった睡眠です。

(5) 過去1ヵ月間において、どれくらいの頻度で、眠るための薬(睡眠導入剤や睡眠薬)を
服用しましたか? (医師から処方された薬あるいは薬局で買った薬) (○は1つ)

1 なし	2 1週間に1～2日	3 1週間に3～4日
4 1週間に5～6日	5 毎日	

あなたの普段のお食事のご様子についておうかがいします。

●18 あなたの食事と健康状態についておたずねします。
それぞれ1つずつ○をつけてください。

(1) 食欲はありますか?

1 ほとんどない	2 少ししかない	3 普通	4 ある	5 とてもある
----------	----------	------	------	---------

(2) どのくらい食べると満腹感を感じますか?

1 数口を 食べた後	2 食事の1/3程度 を食べた後	3 食事の半分 以上を食べた後	4 食事のほとんど を食べた後	5 めったに満腹 感を感じない
---------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------

(3) 食事の味は、どのように感じていますか。

1 とてもまずい	2 まずい	3 普通	4 おいしい	5 とてもおいしい
----------	-------	------	--------	-----------

(4) 最近匂いが感じにくくなったと思うことがありますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

(5) 食事は、1日に何回食べますか。

1 1日1回未満	2 1日1回	3 1日2回	4 1日3回	5 1日4回以上
----------	--------	--------	--------	----------

(6) 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか?

1 著しい食事量の減少	2 中等度の食事量の減少	3 食事量の減少なし
-------------	--------------	------------

6

(3) 普段、仕事・買い物・散歩・通院等で外出する(家の外に出る)頻度はどのくらいですか。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 ほとんど外出しない
------	----------	----------	----------	-------------

(4) 散歩を定期的に行っていますか(移動のために歩くことは含まず、散歩自体を目的とするものに限ります)。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 散歩はしていない
------	----------	----------	----------	------------

(5) 軽い体操を定期的に行っていますか。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 体操はしていない
------	----------	----------	----------	------------

(6) 散歩・軽い体操以外に運動・スポーツを定期的に行っていますか。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 運動・スポーツはしていない
------	----------	----------	----------	-----------------

(7) 趣味やけいこことをしますか。

1 毎日	2 週に5～6日	3 週に3～4日	4 週に1～2日	5 趣味・けいこことはしていない
------	----------	----------	----------	------------------

●17 過去1ヶ月間の睡眠の習慣についておたずねします。

(1) 過去1ヶ月間の、布団(寝床)に入った時刻と布団から出た(起床)時刻を教えてください。

【記入例】

夜、布団に入った時刻		→	朝、布団から出た時刻	
1 午前	11時55分		1 午前	6時35分
2 午後			2 午後	

※時刻は12時間制でご記入ください。(例えば、午前0時00分(深夜)、午後12時00分(正午)、午後11時59分)

夜、布団に入った時刻		→	朝、布団から出た時刻	
1 午前	□ □ 時 □ □ 分		1 午前	□ □ 時 □ □ 分
2 午後	□ □ 時 □ □ 分		2 午後	□ □ 時 □ □ 分

(2) 過去1ヵ月の間、寝入るまで(寝床についてから眠るまで)にどれくらい時間がかかりましたか。
(右詰めて数字を記入)

【記入例】 □ □ 1 5 分間くらい

□ □ □ 分間くらい

(3) 過去1ヵ月間において、実際の夜の睡眠時間は何時間くらいでしたか?
(数字を記入)

【記入例】 □ □ 7 時間 5 0 分くらい

□ □ 時間 □ □ 分くらい

<記入上の注意>
「眠っていた時間」であって、寝床の中にいた時間とは必ずしも一致しません。たとえば、
夜間にトイレのために起きた時間と目覚めていた時間があれば、睡眠時間から除いて下さい。

5

(7) 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか? (○は1つ)

1 3kg以上の減少	2 わからない	3 1～3kgの減少	4 体重減少なし
------------	---------	------------	----------

●19 現在、食事づくり(調理、献立作成、後片付け等)をしていますか。(○は1つ)

1 ほぼ毎日	2 週4～5日	3 週2～3日	4 週1日	5 ほとんどしない
--------	---------	---------	-------	-----------

●20 外食、弁当・総菜の利用、配食の弁当の利用等の頻度はどのくらいですか。(○は1つ)

1 ほぼ毎日	2 週4～5日	3 週2～3日	4 週1日	5 ほとんどしない
--------	---------	---------	-------	-----------

●21 普段、食事を家族や友人などと一緒に食べることはどのくらいありますか。

朝食	1 ほとんど 誰かと食べる	2 週4～5日	3 週2～3日	4 週1日	5 ほとんど 一人で食べる
昼食	1 ほとんど 誰かと食べる	2 週4～5日	3 週2～3日	4 週1日	5 ほとんど 一人で食べる
夕食	1 ほとんど 誰かと食べる	2 週4～5日	3 週2～3日	4 週1日	5 ほとんど 一人で食べる

問a. このような食事状況になってどのくらいの期間が経ちますか? (数字を記入)

□ □ 年 □ □ 月 くらい
(数字を記入) (数字を記入)

●22 あなたは、現在どのくらいのものが噛めますか。(○は1つ)

1 どんなものでも欲しいものを噛んで食べられる
2 噛みにくいものもあるが、たいいのものは食べられる
3 あまり噛めないで、食べ物が限られている
4 ほとんど噛めない
5 まったく噛めず、流動食(ミキサー食)を食べている
6 普段口から食べていない(経管栄養、胃瘻、点滴等)

問a. (問22で1～3のいずれかに回答した方)

次にあげる食品1～3を普通に噛み切れませんか(食べられますか) (○は1つずつ)

1 | 「さきいか」「たくあん」くらいの固さ	1 はい 2 いいえ
2 | 「生にんじん」「セロリ」くらいの固さ	1 はい 2 いいえ
3 | 「油あげ」「白菜つけもの」くらいの固さ	1 はい 2 いいえ

7

あなたの地域での活動や人づきあいのことについておうかがいします。

問23 次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。(○は1つずつ)

	週に 1回以上	月に 1～3回	年に数回	参加して いない
1 | 自治会・町会	1	2	3	4
2 | 趣味・学習・教養のグループやサークル	1	2	3	4
3 | スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4
4 | ボランティア・市民活動団体・NPO	1	2	3	4
5 | 老人会・老人(高齢者)クラブ	1	2	3	4
6 | 同窓会や退職者の会(OB・OG会)	1	2	3	4
7 | 業界・同業者団体	1	2	3	4
8 | その他の会・グループ 具体的に()	1	2	3	4

問24 人づきあいについて感じていらっしゃることをお聞きします。
それぞれ1つずつ○をつけてください。

(1) 近隣の人は信頼できる。

1 | そう思う	2 | どちらかといえば そう思う	3 | どちらとも いえない	4 | どちらかといえば そう思わない	5 | そう思わない
----------	----------------------	-------------------	------------------------	------------

(2) 多くの場合、近隣の人は他人の役に立とうとする。

1 | そう思う	2 | どちらかといえば そう思う	3 | どちらとも いえない	4 | どちらかといえば そう思わない	5 | そう思わない
----------	----------------------	-------------------	------------------------	------------

問25 普段の人づきあいの状況についてお聞きします。(○は1つずつ)

	週に 2回以上	週に 1回程度	月に 2～3回	月に 1回程度	月に1回より 少ない／ いない
1 | 友人やご近所の方と、 会ったり、一緒に出かけたりすることは どのくらいありますか	1	2	3	4	5
2 | 友人やご近所の方と、 電話で話すことはどのくらいありますか (電子メールやファックスを含む)	1	2	3	4	5
3 | 別居のご家族や親戚と、 会ったり、一緒に出かけたりすることは どのくらいありますか	1	2	3	4	5
4 | 別居のご家族や親戚と、 電話で話すことはどのくらいありますか (電子メールやファックスを含む)	1	2	3	4	5

8

	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる
16 | 身近なところで参加できる健康づくりの活動に さそってほしい	1	2	3	4
17 | 気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所に さそってほしい	1	2	3	4
18 | 旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の 手配をしてほしい	1	2	3	4
19 | 旅行に行く時に同行してほしい	1	2	3	4
20 | 映画やコンサートなどのチケットの確保や 申込みをしてほしい	1	2	3	4
21 | 病院へ付き添い、医師からの説明などを 一緒に聞いてほしい	1	2	3	4
22 | 自分の安否確認をしてほしい	1	2	3	4
23 | 自分の体調が悪いときに看病してほしい	1	2	3	4
24 | 自分が入院するときに対応してほしい	1	2	3	4
25 | 消費者被害※1にあったときに対処してほしい	1	2	3	4
26 | 成年後見制度※2について、 相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	1	2	3	4
27 | 相続に関することについて、 相談に乗ってもらったり手続きをしてほしい	1	2	3	4
28 | 生活のトラブルについて、 相談に乗ってもらったり解決してほしい	1	2	3	4

※1 強引な勧誘や訪問販売、詐欺的なトラブルのこと。

※2 精神上の障害(知的障害、精神障害、認知症)により判断能力が不十分な場合に
不利益を被らないように援助してくれる人を付ける制度のこと。



10

問26 ご家族や親戚、友人・知人の中に、次のような方はいますか。(○は1つずつ)

1 | あなたの心配事や悩み事を聞いてくれる人がいますか。	1 | いる	2 | いない
2 | あなたに気を配ったり、思いやりたりしてくれる人がいますか。	1 | いる	2 | いない
3 | ちょっとした用事や留守番を頼める人がいますか。	1 | いる	2 | いない
4 | あなたが病気で2～3日間寝込んだ時に、 看病や世話をしてくれる人がいますか。	1 | いる	2 | いない
5 | あなたが病気で長期間寝込んだ時に、 看病したり、家のことを手伝ってくれる人がいますか。	1 | いる	2 | いない
6 | 緊急の事態が起きた時に、きてくれそうな人がいますか。	1 | いる	2 | いない
7 | 生活に役立つ情報をくれる人がいますか。	1 | いる	2 | いない
8 | 家事(炊事・洗濯・掃除)などの 日常生活を援助してくれる人はいますか。	1 | いる	2 | いない

問27 以下の項目について、あなたはどのくらい
誰かに手伝ってほしいと思いますか。
現在のお気持ちや状況に近い選択肢を選び、
1から4の番号に○をつけてください。

	全く 感じない	あまり 感じない	やや 感じる	とても 感じる
1 | 食事の準備を手伝ってほしい	1	2	3	4
2 | 買い物の相談をしたり同行してほしい	1	2	3	4
3 | 買ったものを運んでほしい	1	2	3	4
4 | 家の中の整理整頓を手伝ってほしい	1	2	3	4
5 | 家の中の掃除を手伝ってほしい	1	2	3	4
6 | 不用品の片付けを手伝ってほしい	1	2	3	4
7 | 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	1	2	3	4
8 | 季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイスしてほしい	1	2	3	4
9 | 毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい	1	2	3	4
10 | ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝ってほしい	1	2	3	4
11 | 給与や年金などの管理を手伝ってほしい	1	2	3	4
12 | 電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	1	2	3	4
13 | 外出したいときに付き添ってほしい	1	2	3	4
14 | 話し相手になる人が家に来てほしい	1	2	3	4
15 | 自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときに さそってほしい	1	2	3	4

9

問28 それぞれの質問について、ひとつずつ○をつけてください。

(1) 認知症の症状がどのようなものか知っていますか。

1 | よく知っている	2 | まあ知っている	3 | あまり知らない	4 | 全く知らない
-------------	-------------	-------------	------------

(2) 認知症の人とどのように接したり関われば良いか知っていますか。

1 | よく知っている	2 | まあ知っている	3 | あまり知らない	4 | 全く知らない
-------------	-------------	-------------	------------

(3) 認知症に関して困ったときにどこに相談したら良いか知っていますか。

1 | よく知っている	2 | まあ知っている	3 | あまり知らない	4 | 全く知らない
-------------	-------------	-------------	------------

(4) 自分が認知症になっても、この地域で暮らしていけると 생각합니다。

1 | そう思う	2 | まあそう思う	3 | あまり思わない	4 | 全く思わない	4 | わからない
----------	------------	-------------	------------	-----------

(5) 家族が認知症になっても、この地域で暮らしていけると 생각합니다。

1 | そう思う	2 | まあそう思う	3 | あまり思わない	4 | 全く思わない	4 | わからない
----------	------------	-------------	------------	-----------

あなたのこころの健康についておうかがいします。

問29 毎日の生活の中で感じておられることについてお伺いします。(○は1つ)

1 | 自分の生活に満足していますか	1 | はい	2 | いいえ
2 | これまでやってきたことや興味があったことの多くを、最近やめてしまいましたか	1 | はい	2 | いいえ
3 | 自分の人生はむなしいものと感じますか	1 | はい	2 | いいえ
4 | 退屈と感じることがよくありますか	1 | はい	2 | いいえ
5 | ふだんは気分が良いほうですか	1 | はい	2 | いいえ
6 | 自分に何か悪いことが起こるかもしれないという不安がありますか	1 | はい	2 | いいえ
7 | あなたはいつも幸せと感じていますか	1 | はい	2 | いいえ
8 | 自分が無力と感じることがよくありますか	1 | はい	2 | いいえ
9 | 外に出て新しい物事をするより、家の中にいるほうが好きですか	1 | はい	2 | いいえ
10 | 他の人に比べ記憶力が落ちたと感じますか	1 | はい	2 | いいえ
11 | いま生きていることは素晴らしいことと思いますか	1 | はい	2 | いいえ
12 | 自分の現在の状態はまったく価値のないものと感じますか	1 | はい	2 | いいえ
13 | 自分は活力が落ちあふれていると感じますか	1 | はい	2 | いいえ
14 | 今の自分の状況は希望のないものと感じますか	1 | はい	2 | いいえ
15 | 他の人はあなたより恵まれた生活をしていると思いますか	1 | はい	2 | いいえ

11

問30 最近2週間のあなたの気持ちやこころの状態に最も近い数字をお答えください。(○は1つずつ)

最近2週間、	いつも そうだった	そういう時 が多かった	そういう時 は少なかった	そういう時は 全くなかった
1 | 明るく、楽しい気分で過ごした。	1	2	3	4
2 | 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	1	2	3	4
3 | 意欲的で、活動的に過ごした。	1	2	3	4
4 | ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	1	2	3	4
5 | 日常生活の中に、興味のあることが たくさんあった。	1	2	3	4

あなたご自身のことについておうかがいします。

問31 あなたの現在のお住まいはどこですか。(○は1つ)

1 自宅(アパート、マンション、宿舍を含む)	2 グループホーム
3 高齢者住宅(介護付、サービス付を含む)	4 有料老人ホーム
5 入院中	6 特別養護老人ホーム
7 その他()	

問32 あなたのお住まいは、次のどれにあたりますか。(○は1つ)

1 持家	2 民間賃貸住宅
3 公営賃貸住宅(都・区営、都市機構、公社等)	4 借間
5 その他()	

問33 あなたのお住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(○は1つ)

1 一戸建て	2 集合住宅
--------	--------

問34 お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか。(○は1つ)

1 はい	→ ①に○をつけた方
2 いいえ	

問a. (2階以上の方) お住まいにエレベーターは設置されていますか。(○は1つ)

1 はい	2 いいえ
------	-------

12

問39 あなたは、合計して何年間学校に通われましたか。(数字を記入)

<input type="text"/>	年
----------------------	---

(数字を記入)

参考 (次のかつこの中の年数を目安にしてください。)

尋常小学校・新制小学校卒業(6年)	高等学校卒業(8年)
新制中学校卒業(9年)	旧制中学校卒業(11年)
新制高等学校卒業(12年)	四年制大学卒業(16年)

問40 あなたは現在、仕事(パート・アルバイト、家業の手伝いを含む)をしていますか。(○は1つ)

1 週に35時間以上働いている
2 短時間(週35時間未満)、または不定期に働いている
3 仕事はしていない

問41 あなたもしくはご夫婦の1年間の収入(年金や給与など)はおよそどのくらいですか。(○は1つ)

1 収入はない	2 100万円未満	3 100～300万円未満	4 300～700万円未満
5 700～1,000万円未満	6 1,000万円以上	7 わからない・答えたくない	

問42 あなたは、現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか。(○は1つ)

1 苦しい	2 やや苦しい	3 ふつう	4 ややゆとりがある	5 ゆとりがある
-------	---------	-------	------------	----------

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

問35 お住まいの地域に住んでおおよそ何年になりますか。
1年より短い場合は「1年」と記入してください。(数字を記入)

住んでいる年数	おおよそ()年
---------	----------

※ここでの地域とは、お住まいの町会・自治会などの範囲を指します。

問36 もし、あなたが認知症になったとしたら、どこで生活したいですか。(○は1つ)

どちらかといえば、

1 在宅で(自宅、子どもや親類の住居、など)
2 施設や病院で(老人ホーム、グループホーム、など)

問37 あなたは現在、一緒に住んでいる人がいますか。(○は1つ)

1 一人暮らし	→ ②・③に○をつけた方
2 ご夫婦のみ	
3 配偶者以外の家族なども一緒に同居(二世帯住宅を含む)	

問a. 一緒に住んでいる方は、あなたも含めて全部で何人ですか。(数字を記入)

自分も含めた同居者数	あなたも含めて()人
------------	-------------

問b. 一緒に住んでいる方のうち、65歳以上の方はあなたも含めて何人ですか。

65歳以上の同居者数	あなたも含めて()人
------------	-------------

問c. あなたは、日中、一人になることがありますか。

1 ほぼ毎日	2 週4～5日	3 週2～3日
4 週1日	5 ほとんどない	

13

問38 あなたは現在、配偶者(夫または妻)がいますか。(別居、内縁関係も含む)

1 はい	2 いいえ
------	-------



高島平こころとからだの健康調査

平成28年8月
東京都健康長寿医療センター研究所

今後のご案内や調査内容に関してご連絡を差し上げることがあるかもしれませんので、差し支えなければお名前と電話番号をご記入ください。

ふりがな	
氏 名	
電話番号	— —

※個人情報の管理には細心の注意を払い、本目的外には一切使用致しません。

14



高島平こころとからだの健康調査 会場調査：事前アンケート

平成 28 年 9 月
東京都健康長寿医療センター研究所

本アンケートをご記入の上、 会場調査当日にご持参ください。

【ご記入にあたってのお願い】

◆調査票には宛名の方**ご本人様**がお答えください。

ご本人様が回答できるが、ご自分で記入するのが困難な場合は、**ご本人様の回答を代筆していただいても構いません**。代筆の場合、質問文中の「あなたは」「宛名の方ご本人」と読み替えてご記入ください。ご本人様の意思が確認できない場合はご記入いただかなくて結構です。

◆調査票の回答にかかる時間は 15 分程度です。

◆お答えは、あてはまるものの**番号に○**をつけていただく形式か、**数字を記入**していただく形式です。

◆ご質問の中には、答えられない、または答えたくない内容のものがあるかもしれませんが、そういった質問には**無理にご回答いただく必要はございません**。ご回答いただけなかった場合でも、皆様が何らかの不利益を被ることは決してございませんのでご安心ください。

◆**ご回答はすべて個人のお名前と切り離して統計的に処理します**ので、回答内容が外部にもれたり、個人が特定されることは決してございません。

◆ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

「高島平こころとからだの健康調査 会場調査係」
東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム
電話：03-3964-3241 内線4222（担当：稲垣、小川）
受付時間：月曜日～金曜日（平日） 午前10時～午後5時

※このアンケートは、個人情報保護の適正な手続きを経て、板橋区から下記のとおり個人情報の提供を受けて実施しています。
提供先：地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所（板橋区栄町 35-2）
利用目的：東京都「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」における生活実態調査のため。
項目：氏名、性別、生年月日、住所、介護保険関係情報

→ 中を開いて、次のページへお進みください。

1

問2 あなたは、以下の食品をどのくらいの頻度で食べていますか。

①ごはん	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって食べない
②漬物	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって食べない
③みそ汁 (すまし汁も含む)	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって食べない
④パン (ごはんの代わりに食べるパン)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑤めん類 (ごはんの代わりに食べるめん類)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑥魚介類 (生・ねり製品・缶詰・貝類等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑦肉類 (生・缶・ソーセージ等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑧卵 (鶏卵・うす卵等で、魚卵は除く)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑨牛乳 (ヨーグルト・牛乳やヨーグルト牛乳は除く)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑩乳製品 (ヨーグルト・チーズ等。バターは除く)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑪大豆製品 (豆腐・納豆・油あげ・厚揚げ等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑫緑黄色野菜 (ほうれん草・にんじん・南瓜等色の濃い野菜)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑬その他の野菜 (大根・玉ねぎ・白菜など色の薄い野菜)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑭海そう (わかめ・ひじき・こんぶ等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑮いも類 (じゃがいも・さつまいも・里芋・長いも等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑯果物 (生・缶詰、トマトは含まない)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない
⑰油脂類 (油炒め・バター・マーガリン、油を使う料理等)	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1~2回	4. ほとんど食べない

3

あなたのお食生活の様子についてお伺いします

問1 ここ1ヵ月間の食生活を思い出し、(1)～(8)の質問に対し当てはまる番号の1つに○印をつけてください。

(1) 食欲はありますか？

1. ほとんどない	2. あまりない	3. ふう	4. ある	5. とてもある
-----------	----------	-------	-------	----------

(2) 食事を、どのくらい食べると満腹感を感じますか？

1. 数口で満腹	2. 3分の1ほどで満腹	3. 半分ほどで満腹	4. ほとんど食べて満腹	5. 満腹になることはほとんどない
----------	--------------	------------	--------------	-------------------

(3) 空腹感がありますか？

1. めったに感じない	2. たまに感じる	3. 時々感じる	4. よく感じる	5. いつも感じる
-------------	-----------	----------	----------	-----------

(4) 食事の味はいかがですか？

1. とてもまずい	2. おいしくない	3. ふう	4. おいしい	5. とてもおいしい
-----------	-----------	-------	---------	------------

(5) 若いころと比べて、食事の味はどうですか？

1. とてもまずい	2. おいしくない	3. 変わらない	4. おいしい	5. とてもおいしい
-----------	-----------	----------	---------	------------

(6) 食事は、1日に何回食べますか？

1. 1日1回未満	2. 1日1回	3. 1日2回	4. 1日3回	5. 1日4回以上
-----------	---------	---------	---------	-----------

(7) 食事中に気分が悪くなったり、吐き気を感じることがありますか？

1. いつも感じる	2. よく感じる	3. 時々感じる	4. まれに感じる	5. まったく感じない
-----------	----------	----------	-----------	-------------

(8) ふだん、どのような気持ちですか？

1. とても沈んでいる	2. 沈んでいる	3. 沈んでもなく、楽しくもない	4. 楽しい	5. とても楽しい
-------------	----------	------------------	--------	-----------

2

あなたのお口の健康についてお伺いします

問3 過去1年以内に、歯科医院で歯石除去や歯のクリーニングを受けましたか。

1. 受けた	2. 受けていない
--------	-----------

問4 歯科医院で、ブラッシング（歯磨き）指導を受けたことがありますか。

1. 受けたことがある	2. 受けたことがない	3. 不明
-------------	-------------	-------

あなたの耳の聞こえ方についてお伺いします

問5 日常生活で補聴器を使用していますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問6 日常生活のさまざまな場面で、どのように聞こえますか。
1～10の各項目の選択肢からあてはまるものを1つだけ選び、○で囲んでください。
経験しなかった場面であれば「経験なし (0)」を○で囲んでください。
(補聴器を使用している方は補聴器を使用している時の聞こえ方を答えてください)

	経験なし	聞き取れる いつも	聞き取れる こまめ	聞き取れる 半々	聞き取れない こまめ	聞き取れない いつも
1) 静かな場所で、家族や友人と1対1で向かい合って会話する時、聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
2) 家の外のあまりうるさくないところで会話する時、聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
3) 買い物やレストランで店の人と話す時、聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
4) うしろから近づいてくる音が、聞こえる。	0	1	2	3	4	5
5) 電子レンジの「チン」という音など、小さな電子音が聞こえる。	0	1	2	3	4	5
6) うしろから呼びかけられた時、聞こえる。	0	1	2	3	4	5
7) 人ごみの中の会話が聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
8) 4、5人の集まりで、話が聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
9) 小声で話された時、聞き取れる。	0	1	2	3	4	5
10) テレビのドラマを、周りの人々にちょうどよい大きさで聞いている時、聞き取れる。	0	1	2	3	4	5

4

あなたの普段の生活のご様子についてお伺いします

問7 次の質問に、「はい」か「いいえ」でお答えください。

1) 携帯電話を使うことができますか	1. はい	2. いいえ
2) A T Mを一人で使うことができますか	1. はい	2. いいえ
3) ビデオやDVD プレイヤーの操作ができますか	1. はい	2. いいえ
4) 携帯電話やパソコンのメールができますか	1. はい	2. いいえ
5) 外国のニュースや出来事に關心がありますか	1. はい	2. いいえ
6) 健康に関する情報の信ぴょう性について判断できますか	1. はい	2. いいえ
7) 美術品、映画、音楽を鑑賞することがあります	1. はい	2. いいえ
8) 教育・教養番組を視聴していますか	1. はい	2. いいえ
9) 詐欺、ひったくり、空き巣等の被害にあわないように対策をしていますか	1. はい	2. いいえ
10) 生活の中でちょっとした工夫をすることがあります	1. はい	2. いいえ
11) 病人の看病ができますか	1. はい	2. いいえ
12) 孫や家族、知人の世話をしていますか	1. はい	2. いいえ
13) 地域のお祭りや行事などに参加していますか	1. はい	2. いいえ
14) 町内会・自治会で活動していますか	1. はい	2. いいえ
15) 自治会やグループ活動の世話役や役職を引き受けることができますか	1. はい	2. いいえ
16) 奉仕活動やボランティア活動をしていますか	1. はい	2. いいえ

5

問8-(4)、毎日座ったり寝転んだりして過ごしている時間（仕事中、自宅で、勉強中、余暇時間など）についてお伺いします。机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といった全ての時間を含みます。（※睡眠時間は含めません）



平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか。

1日 時間 分

あなたの日中の眠気についてお伺いします

問9 もし、以下の状況になったとしたら、あなたは、どのくらい「うとうとする」（数秒～数分眠ってしまう）と思いますか。最近の日常生活を思い浮かべて、あてはまる番号に○をつけてください。
以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。

		「うとうとする」可能性は…			
		ほとんどない	少しある	半々くらい	高い
1)	ずわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）	1	2	3	4
2)	ずわってテレビを見ているとき	1	2	3	4
3)	会議、映画館、劇場などで静かにずわっているとき	1	2	3	4
4)	乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	1	2	3	4
5)	午後に横になって、休息をとっているとき	1	2	3	4
6)	ずわって人と話をしているとき	1	2	3	4
7)	昼食をとった後（飲酒なし）、静かにずわっているとき	1	2	3	4
8)	ずわって手紙や書類を書いているとき	1	2	3	4

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。
会場調査当日にご持参ください。

7

あなたの普段の身体活動についてお伺いします

問8 日常生活における身体活動（どのように体を動かしているか）について伺います。身体活動とは、仕事での活動、通勤や買い物などの移動、家事や庭仕事、余暇時間の運動やレジャーなど、すべての身体的な活動を含みます。

身体活動について
◆強い身体活動とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。
◆中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。
◆1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答え下さい。

問8-(1)、平均的な1週間では、強い身体活動（重い荷物の運搬、自転車坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど）を行う日は何日ありますか。

1. ない 2. ある → 週 日

問(1)a. 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

1日 時間 分



問8-(2)、平均的な1週間では、中等度の身体活動（軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど）を行う日は何日ありますか。歩行やウォーキングは含めません。

1. ない 2. ある → 週 日

問(2)a. 中等度の身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

1日 時間 分



問8-(3)、平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか。

（※歩くとは、仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。）

1. ない 2. ある → 週 日

問(3)a. そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか。

1日 時間 分



6

2016 年 こころとからだの健康調査 会場認知検査票

名簿ラベル貼り	実 施 日	受付番号 4 ケタ
	受付時間	
	時 分	
	1. 全項目実施 2. 一部未実施 3. 拒否 4. 入脱・入所中 5. 長期不在 6. 死亡 7. その他（ ） 8. 短期不在・留守	平成 年 月 日

＜お薬手帳のコピー＞

1. コピーあり 2. コピーなし 3. 服薬なし

＜血圧問診＞

血圧① 収縮期 [] mmHg 拡張期 [] mmHg 脈拍数 [] 拍/分

降圧剤（（1. 指示厳守 2. 時々飲まず 3. ほとんど飲まず 4. 処方あるが飲まず 5. なし））

血圧② 収縮期 [] mmHg 拡張期 [] mmHg 脈拍数 [] 拍/分

血圧①②とも異常値のばあい、かかりつけ医の受診を勧める。
基準：収縮期血圧が140mmHg以上あるいは100mmHg未満
□（勧めた場合チェック）

	受付	事前票回収	同意書	お薬手帳コピー	認知検査票	MMSE	TMT	
担当者名								検査終了時間
検査								時 分
備考								

1

9. 腎臓の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 腎盂腎炎 2. 慢性腎不全 3. その他（ ））

10. 前立腺の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 前立腺肥大症 2. 前立腺炎 3. その他（ ））

11. 甲状腺の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 甲状腺機能亢進症 2. 甲状腺機能低下症 3. その他（ ））

12. パーキンソン病

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

13. 膠原病

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 慢性関節リウマチ 2. リウマチ熱 3. 全身性エリテマトーデス 4. 全身性強皮症 5. 皮膚筋炎 6. 結節性動脈周囲炎 7. その他（ ））

14. 眼の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 白内障 2. 緑内障 3. その他（ ））

15. 耳の病気（難聴など）

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

16. 骨粗鬆症

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

3

【既往歴】 ●

1. 治療中に○印：医に○印→医療機関で、内服、点眼、注射、処置等の治療
他に○印→鍼、灸、あんま、マッサージ、指圧、接骨院、整体療法等

問1. 『次の病気にかかったことがありますか。または、現在治療していますか』

〈各病名の「1. 不明」「2. なし」「3. あり」どちらかに必ず○印。「3. あり」の場合は、病型、部位、状況・経過に○印〉

1. 高血圧

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

2. 脳卒中

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. くも膜下出血 4. その他の脳卒中）

3. 心臓病

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 狭心症 2. 急性心筋梗塞 3. うっ血性心不全 4. 大動脈瘤 5. 不整脈（ペースメーカーをきむ） 6. その他の循環系の病気（弁膜症など）

4. 糖尿病

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

5. 高脂血症（高コレステロール・高中性脂肪）

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

6. 高尿酸血症

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

7. 肺の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 結核 2. 気管支喘息 3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 4. 肺炎 5. その他（ ））

8. 胃腸、肝臓、胆嚢の病気

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 逆流性食道炎 2. 胃炎 3. 胃潰瘍 4. 十二指腸潰瘍 5. 便秘 6. 慢性肝炎 7. 胆石 8. 胆嚢炎 9. その他（ ））

2

17. 変形性関節症

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. 膝関節 2. 股関節 3. 足関節 4. 肩関節 5. 肘関節 6. 手首関節 7. 手指関節 8. その他（ ））

18. 脊柱管狭窄症

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 箇所（1. 首 2. 背中 3. 腰 4. その他（ ））

19. 骨折（60歳以降）

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 部位（1. 大腿部頸部（股関節） 2. その他の大腿 3. 下腿 4. 足 5. 背中 6. 腰 7. 胸 8. 腕 9. 手 10. その他（ ））

20. 悪性新生物

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 部位（1. 胃 2. 大腸 3. 食道 4. 肝臓 5. 胆嚢・胆道 6. 膵臓 7. 肺 8. 子宮 9. 乳房 10. 前立腺 11. 腎臓 12. 白血病 13. 悪性リンパ腫 14. その他（ ））

21. 手術

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（箇所を具体的に ）

22. 認知症

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）
↳ 病型（1. アルツハイマー 2. レビー小体型 3. 脳血管性 4. 前頭側頭型 5. その他（ ））

23. うつ病

1. 不明 2. なし 3. あり ⇒（1. 治療中（医・他） 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断）

4

〔入院〕

問2. この 1 年間（昨年 〇月 〇 日～今年 〇 月末日まで）に治療のために入院したことがありますか。

※検査入院は含めない

（ひとつだけ〇印）

1. ある 2. ない

→④入院したのはいつですか。

a. 平成 28 年 月 月 月 月

b. 平成 27 年 月 月 月 月

問3. ふだん補聴器を使っていますか

1. 日常補聴器を使用（必要時常に使う。持ち歩く） 2. 使用しない・たまに使用する

問4. ふだんメガネを使っていますか

1. 日常メガネを使用（必要時常に使う。持ち歩く） 2. 使用しない・たまに使用する

問5. この 1 年間（昨年 1 〇月～現在まで）に転んだことがありますか。（ひとつだけ〇印）

1. 転んだことがある 2. 転んだことはない

問5-1. どこで何回転びましたか。（「1」、「2」の場合には数字も記）

（※数えきれない場合は、「3. 数えきれない」に〇をしてください）

1. 家の中 → () 回
2. 家の外 → () 回
3. 数えきれない

問6. 対象者の介護認定情報

あなたは介護保険を申請したことはありますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない・不明

問6-1. 「はい」の場合、あなたの介護保険認定は以下のうちどれですか？

ア. 非該当 エ. 要介護1 ケ. 申請中
イ. 要支援1 オ. 要介護2 コ. わからない
ウ. 要支援2 カ. 要介護3
キ. 要介護4
ク. 要介護5

問6-2. 次のうち、利用している介護保険サービスはどれですか。あてはまるものすべてに〇をつけてください。

ア. 訪問介護（ホームヘルプ）
イ. 訪問看護
ウ. 訪問入浴介護
エ. 訪問リハビリテーション
オ. 通所介護（デイサービス）
カ. 認知症対応型通所介護（デイサービス）
キ. 通所リハビリテーション（デイケア）
ク. ショートステイ（短期入所療養介護、短期入所生活介護）
ケ. 福祉用具貸与
コ. 住宅改修
サ. その他（ ）

5

6

問7 利用中の生活支援サービス

あなたは、以下のような暮らしに関するサービスを利用していますか？あてはまるものにすべて〇をしてください。※ご本人の現在の状況についてうかがってください。

1. 見守り・安否確認

ペンダントや家に設置したボタンを押すと自動通報できる民間緊急通報システムや、電話相談センターから、週に 1 回程度電話がかかってきて安否確認をしてもらえる「高齢者電話訪問」などの様々な形の見守りサービス。

2. 配食

お弁当などを自宅に届けてもらえるサービス。



3. ゴミの戸別収集

自分でゴミを出すことが困難な世帯に対し、戸別収集をしてもらえるサービス。



4. 家事の手伝い・支援

シルバー人材センターやボランティア組織などで行われている、電球の取り換えや不用品の片付けなどの単発的な家事や、一時的な病気の時に利用する「生活支援ヘルパー」のサービスなど。

5. 買い物支援

スーパーの宅配サービス、生協の共同購入や移動販売などを含めた、食料品や日用品の買い物支援してくれるサービス。



6. 外出のお手伝い

外出や通院などの支援を行うサービス。社協[※]の「ごいっしょサービス」、ホームヘルプ（訪問介護）などで行われている。

7. 権利擁護

金銭管理、書類の預かりや役所への同行、法律・福祉の利用の相談に関して、主に社協[※]がサービスを提供している。「地域福祉権利擁護事業」「成年後見制度利用支援」など。

8. 居場所やサロン

高齢者が集まり、体操やレクリエーション、茶話会などを開いて過ごすサービス。「いこいの家」や「ふれあい館」、各地域の集会所、コミュニティ・カフェなどで開催されている。

9. 介護予防の教室（元気力向上教室）

65 歳以上の方、「元気力チェックシート」で元気力の低下があった方や要支援認定を受けた方が利用できるサービス。運動や食生活に関する様々なプログラムがある。

10. 介護者の家族会や認知症カフェ

認知症の人の家族同士が情報交換をしたり、交流をする家族会や、認知症の人が気軽に立ち寄れるカフェ。

11. 福祉環境整備

転倒予防や自立した生活を確保するために、住宅・設備改修などの費用を一部給付してもらうサービス。



13. 利用なし

12. その他（具体的に）

問8 世帯状況、同居状況、教育年数、仕事

注) 同居生活の実態があれば、同居とする

例: 食事が一緒 など

1. 世帯状況	① いま、どなたとお住まいですか？ □ 独居 □ 夫婦のみ □ 配偶者以外の家族なども同居 □ その他（ ）
2. 同居者	① 同居者数 合計 人（本人を含む） ② 同居者の続柄 ※該当するものすべて □ 配偶者 □ 子ども □ 子どもの配偶者 □ 孫 □ 兄弟・姉妹 □ 父母 □ その他（ ）
3. 教育年数	① あなたは、合計して何年間学校に通われましたか。（ ）年 参考（次のかつこの中の年数を目安にしてください。） 尋常小学校・新制小学校卒業（6年） 高等小学校卒業（8年） 新制中学校卒業（9年） 旧制中学校卒業（11年） 新制高等学校卒業（12年） 四年制大学卒業（16年）
4. 仕事	① 現在、仕事をしていますか？（家事手伝い、パートアルバイト含む）※管理職を〇で囲む □ はい（内容； ） □ いいえ ② これまでに仕事をしましたか？※管理職を〇で囲む □ はい（内容； ） □ いいえ ③ 職種の分類（①②の回答から調査員が判断して該当する職種の数字に〇をつける） ※管理職に就いた仕事であれば②に〇をつける。 ※これまでの仕事が多岐ある場合は、もっとも重要な仕事をひとつだけあげてもらい分類する。 （例：もっとも長くされていた仕事、自分にとって代表的な仕事、もっとも責任が重かった仕事等） 〇 職に就いたことはない・職のない時期が長かった 1) 専業主婦・主夫 2) 業種に関わらず課長相当職以上の管理職 3) 専門職（医師、弁護士、教師等） 4) 技術職（技術者、行政職等） 5) 事務職 6) 販売・サービス職 7) 技能工・労務職（製造・建設作業等） 8) 農林漁業作業等 9) 保安職（警察官、消防士、警備員等） 10) 運輸、通信職 11) その他

7

8

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日		年 月 日		年 月 日		性 別		住 居		住 居	
ご本人の氏名:		生年月日:		年 月 日		性 別		住 居		住 居	
ご本人以外の情報提供氏名:		(本人との関係):		記入氏名:		(所属・関係):		性 別		住 居	
		1 点		2 点		3 点		4 点		評価項目	
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	認知の異常 (覚醒時)					
B	1 年ほど比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	認知の異常 (覚醒時)					
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	近視記憶					
2	5 分前に置いた財布を見出せないことがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	近視記憶					
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	遠視記憶					
4	今日の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	遠視記憶					
5	自分のいいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	場所					
6	道に迷って帰りに帰って来た道をたどることがありますか	1. まったくない	2. まったくない	3. 頻りにある	4. 頻りにある	道					
7	電話がかけられたいと来たときに、自分で電話口に出るべきかどうか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	問題解決					
8	一日の計画を自分で立てることができそうですか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	問題解決					
9	季節や状況にあった服装を自分で選ぶことができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	比較判断					
10	一人で買い物に行きますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	比較判断					
11	バスや電車、自転車などを一人で使うことができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	交通手段					
12	貯金の出入入れや、郵便や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	金銭管理					
13	電話をかけることができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	電話					
14	自分で食事の準備をすることができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	食生活					
15	自分で、着たままの服に洗濯機に洗濯機をかけることができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	洗濯					
16	入浴は一人でできますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	入浴					
17	着替えることができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	着替					
18	トイレは一人でできますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	排泄					
19	食料を準備することができますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	食料					
20	食事は一人でできますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	食料					
21	薬のなかで、自分の服薬は一人でできますか	1. 間違えてくる	2. だいたいでる	3. ほぼ正しい	4. まったくない	服薬					


DASC-21

DASC 21: (1~21項目まで)の合計点 点/84点

2016 年 こころとからだの健康調査 訪問調査票

〈訪問状況〉

調査実施シール貼付	①調査未実施シール貼付
②調査未実施シール貼付	③調査未実施シール貼付

〈実施状況〉※調査員が記入する

1. 全項目実施	2. 一部未実施	3. 長期不在	面接開始時間	面接終了時間
4. 短期不在・留守	5. 拒否	6. 入院・入所中	時 分	時 分
7. 死亡 平成 年 月 日				
8. その他 ()				

〈確認欄〉※調査員と検査者が署名する

同意書	調査票	MMSE	TMT	服薬	三次案内	検査終了時間
担当者名						時 分
検査						
【備考】						

〈調査実施状況〉※検査者が最終確認

1. 調査完了	2. 調査拒否	3. 再訪問の必要あり
---------	---------	-------------

〈緊急の対応の必要性〉 ※当てはまるものひとつに○

1. なし	【その後の対応】
2. あり	A. 緊急対応を要する状態（即日～数日以内対応） B. 早目の対応を要する状態（1 か月以内には対応） C. 急いで対応する必要はないが、経過観察を要する状態

1

〈血圧問診〉

（参考血圧 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg ）

※導入として、普段の血圧をたずねてみてください。

血圧① 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg 脈拍数 拍/分

降圧剤（（1. 指示厳守 2. 時々飲まず 3. ほとんど飲まず 4. 処方あるが飲まず 5. なし）

血圧② 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg 脈拍数 拍/分

血圧①②とも異常値のばあい、かかりつけ医の受診を勧める
（または、かかりつけ医に報告するように勧める）。

基準：収縮期血圧が 140mmHg 以上あるいは 100mmHg 未満
□ （勧めた場合チェック）

2

●問1. 既往歴『次の病気にかかったことがありますか。または、現在治療していますか』

- 各病名の「1. 不明」「2. なし」「3. あり」いずれかに必ず○印。
- 「3. あり」→病型、部位、状況・対処に○印
- 治療中「1. 医療」→医療機関で、内服、点眼、注射、処置等の治療。
- 治療中「2. その他」→鍼、灸、あんま、マッサージ、指圧、接骨院、整体療法等で処置。
- 「3. 管理中」→医療機関で、検査のみ、栄養指導、生活療法、その他の指導等。
- 「4. 治療」→医師より治療終了を告げられた
- 「5. 放置・中断」→医療機関に行きそびれている、処方薬を飲んでいない、定期受診に行っていない

1. 高血圧

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													

2. 脳卒中

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													
病型（あてはまるものに○） 1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. くも膜下出血 4. その他の脳卒中														

3. 心臓病

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													
病型（あてはまるものに○） 1. 狭心症 2. 急性心筋梗塞 3. うっ血性心不全 4. 大動脈瘤 5. 不整脈（ペースメーカーをきむ） 6. その他の循環系の病気（弁膜症など）														

4. 糖尿病

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													

3

5. 高脂血症（高コレステロール・高中性脂肪）

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													

6. 高尿酸血症

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													

7. 肺の病気

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													
病型（あてはまるものに○） 1. 結核 2. 気管支喘息 3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 4. 肺炎 5. その他（ ）														

8. 胃腸、肝臓、胆嚢の病気

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													
病型（あてはまるものに○） 1. 逆流性食道炎 2. 胃炎 3. 胃潰瘍 4. 十二指腸潰瘍 5. 便秘 6. 慢性肝炎 7. 胆石 8. 胆嚢炎 9. その他（ ）														

9. 腎臓の病気

1. 不明	2. なし	3. あり												
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">「あり」の場合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療中</td> <td rowspan="2">3. 管理中</td> <td rowspan="2">4. 治療</td> <td rowspan="2">5. 放置／中断</td> </tr> <tr> <td>1. 医療</td> <td>2. その他</td> </tr> </table>			「あり」の場合					治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断	1. 医療	2. その他
「あり」の場合														
治療中		3. 管理中	4. 治療	5. 放置／中断										
1. 医療	2. その他													
病型（あてはまるものに○） 1. 腎盂腎炎 2. 慢性腎不全 3. その他（ ）														

4

10. 前立腺の病気

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 前立腺肥大症 2. 前立腺炎 3. その他（ ）				

11. 甲状腺の病気

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 甲状腺機能亢進症 2. 甲状腺機能低下症 3. その他（ ）				

12. パーキンソン病

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			

13. 膠原病

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 慢性関節リウマチ 2. リウマチ熱 3. 全身性エリテマトーデス 4. 全身性強皮症 5. 皮膚筋炎 6. 結節性動脈周囲炎 7. その他（ ）				

14. 眼の病気

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 白内障 2. 緑内障 3. その他（ ）				

5

15. 耳の病気（難聴など）

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			

16. 骨粗鬆症

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			

17. 変形性関節症

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 膝関節 2. 股関節 3. 足関節 4. 肩関節 5. 肘関節 6. 手指関節 7. 手指関節 8. その他（ ）				

18. 脊柱管狭窄症

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 首 2. 背中 3. 腰 4. その他（ ）				

19. 骨折（60歳以降）

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 大腿部頸部（股関節） 2. その他の大腿 3. 下腿 4. 足 5. 背中 6. 腰 7. 胸 8. 腕 9. 手 10. その他（ ）				

6

20. 悪性新生物

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. 胃 2. 大腸 3. 食道 4. 肝臓 5. 胆嚢・胆道 6. 脾臓 7. 肺 8. 子宮 9. 乳房 10. 前立腺 11. 腎臓 12. 白血病 13. 悪性リンパ腫 14. その他（ ）				

21. 手術

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

22. 認知症

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			
病型（あてはまるものに○）				
1. アルツハイマー 2. レビ－小体型 3. 脳血管性 4. 前頭側頭型 5. その他（ ）				

23. うつ病

1. 不明	2. なし	3. あり
-------	-------	-------

→

「あり」の場合				
治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
1. 医療	2. その他			

7

24. その他の病気 ※上記のリストに分類できない病気はこちらに記録してください。

病名	治療状況				
	治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
	1. 医療	2. その他			
	治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
	1. 医療	2. その他			
	治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
	1. 医療	2. その他			
	治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
	1. 医療	2. その他			
	治療中		3. 管理中	4. 治癒	5. 放置／中断
	1. 医療	2. その他			

問2. 入院「この 1 年間（昨年〇月から今年〇月まで）に治療のために入院したことがありますか。」

※検査入院は含めない

（ひとつだけ〇印）

1. ある	2. ない
-------	-------

→④入院したのはいつですか。

a. 平成 28 年	月頃、	月頃
b. 平成 27 年	月頃、	月頃

問3. ふだん補聴器を使っていますか

1. 日常補聴器を使用（必要時常に使う。持ち歩く）	2. 使用しない・たまに使用する
---------------------------	------------------

問4. ふだんメガネを使っていますか

1. 日常メガネを使用（必要時常に使う。持ち歩く）	2. 使用しない・たまに使用する
---------------------------	------------------

問5. この 1 年間（昨年10月～現在まで）に転んだことがありますか。（ひとつだけ〇印）

1. 転んだことがある	2. 転んだことはない
-------------	-------------

問5-1. どこで何回転びましたか。（「1」、「2」の場合には数字も記）
（※数えきれない場合は、「3. 数えきれない」に〇をしてください）

1. 家の中	→	（ ）回
2. 家の外	→	（ ）回
3. 数えきれない		

8

問6. 対象者の介護認定情報

あなたは介護保険を申請したことはありますか？

<u>1. はい</u>	2. いいえ	3. わからない・不明
問 6-1. 「はい」の場合、あなたの介護保険認定は以下のうちどれですか？		
A. 非該当 イ. 要支援１ ウ. 要支援２	E. 要介護１ オ. 要介護２ カ. 要介護３ キ. 要介護４ ク. 要介護５	G. 申請中 コ. わからない サ. その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px;"></div>
問 6-2. 次のうち、利用している介護保険サービスはどれですか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。		
A. 訪問介護（ホームヘルプ） I. 訪問看護 U. 訪問入浴介護 E. 訪問リハビリテーション O. 通所介護（デイサービス） K. 認知症対応型通所介護（デイスービス） Ki. 通所リハビリテーション（ディケア） Ku. ショートステイ（短期入所療養介護、短期入所生活介護） Ke. 福祉用具貸与 Co. 住宅改修 Sa. その他（ ） Sh. 利用なし		

問7 利用中の生活支援サービス

あなたは、以下のような暮らしに関するサービスを利用していますか？あてはまるものにすべて○をしてください。※ご本人の現在の状況についてうかがってください。

<p>1. 見守り・安否確認</p> <p>ペンダントや家に設置したボタンを押すと自動通報できる民間緊急通報システムや、電話相談センターから、週に 1 回程度電話がかかってきて安否確認をしてもらえる「高齢者電話訪問」などの様々な形の見守りサービス。</p>	<p>2. 配食</p> <p>お弁当などを自宅に届けてもらえるサービス。</p> 
<p>3. ゴミの戸別収集</p> <p>自分でごみを出すことが困難な世帯に対し、戸別収集をしてもらえるサービス。</p> 	<p>4. 家事の手伝い・支援</p> <p>シルバー人材センターやボランティア組織などで行われている、電球の取り換えや不用品の片付けなどの単発的な家事や、一時的な病気の際に利用する「生活支援ヘルパー」のサービスなど。</p>
<p>5. 買い物支援</p> <p>スーパーの宅配サービス、生活の共同購入や移動販売などを含めた、食料品や日用品の買い物を支援してくれるサービス。</p> 	<p>6. 外出のお手伝い</p> <p>外出や通院などの支援をホームサービス、社協[※]の「のこしよナビ」サービス、ホームヘルプ（訪問介護）などで行われている。</p>
<p>7. 権利擁護</p> <p>金銭管理、書類の預かりや役所への同行、法律・福祉の利用の相談に関して、主に社協[※]がサービスを提供している。地域福祉権利擁護事業「成年後見制度利用支援」など。</p>	<p>8. 居場所やサロン</p> <p>高齢者が集まり、体操やレクリエーション、茶話会などを開いてすごすサービス。「いこいの家」や「ふれあい館」、各地域の集会所、コミュニティ・カフェなどで開催されている。</p>
<p>9. 介護予防の教室（元気力向上教室）</p> <p>65歳以上の方、「元気力チェックシート」で元気力の低下があった方や要支援認定を受けた方が利用できるサービス。運動や食生活に関することなど様々なプログラムがある。</p>	<p>10. 介護者の家族会や認知症カフェ</p> <p>認知症の人の家族同士が情報交換をしたり、交流をする家族会や、認知症の人が気軽に立ち寄れるカフェ。</p>
<p>11. 福祉住環境整備</p> <p>転倒予防や自立した生活を確保するために、住宅・設備改修などの費用を一部給付してもらうサービス。</p> 	<p>12. その他（具体的に）</p>
<p>13. 利用なし</p>	

問8 世帯状況, 同居状況, 教育年数, 仕事

注)同居生活の実態があれば、同居とする
例:食事が一緒 など

注) 1.世帯状況	①いま、どなたとお住まいですか？ □独居 □夫婦のみ □配偶者以外の家族なども同居 □その他（ ）
注) 2.同居者	①同居者数 合計 人（本人を含む） ②同居者の続柄 ※該当するものすべて □配偶者 □子ども □子どもの配偶者 □孫 □兄弟・姉妹 □父母 □その他（ ）
3.教育年数	①あなたは、合計して何年間学校に通われましたか。（ ）年 参考（次のかっこの中の数年を目安にしてください。） 尋常小学校・新制小学校卒業（6年） 高等小学校卒業（8年） 新制中学校卒業（9年） 旧制中学校卒業（11年） 新制高等学校卒業（12年） 四年制大学卒業（16年）
4.仕事	①現在、仕事をしていますか？（家業手伝い、パートアルバイト含む）※管理職を○で囲む □はい（内容； ） □いいえ
	②これまで仕事をしていましたか？※管理職を○で囲む □はい（内容； ） □いいえ
	③職種の分類（①②の回答から調査員が判断して該当する職種の数字に○をつける） ※管理職に就いた仕事であれば②に○をつける。 ※これまでした仕事が複数ある場合は、もっとも重要な仕事をひとつだけあげてもらい分類する。 （例：もっとも長くされていた仕事、自分にとって代表的な仕事、もっとも責任が重かった仕事等）
	○ 職に就いたことはない・職のない時期が長かった
	1) 専業主婦・主夫 2) 業種に関わらず課長相当職以上の管理職
	3) 専門職（医師、弁護士、教師等） 4) 技術職（技術者、ソフトウェア等）
	5) 事務職 6) 販売・サービス職
	7) 技能工・労務職（製造・建設作業者等） 8) 農林漁業作業者
	9) 保安職（警察官、消防士、警備員等） 10) 運輸、通信職
	11) その他

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日	年	月	日	ご本人の氏名	生年月日	(本人の性別)	記入者氏名	年	月	日	(歳)	男・女	独居・同居
							評価項目	備考欄					
							1点	2点	3点	4点	導入の質問 (状況です)		
A				もの忘れが多いと気づきますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	近所記憶				
B				1年以上と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	記憶				
1				財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	近所記憶				
2				分岐に思い当たる節を出せないうえ、ことごときがありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	記憶				
3				自分の生活がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	記憶				
4				今日が何月何日からかわらないときがありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	時間				
5				自分のいる場所がどこだかわからなくなるときはありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	場所				
6				道に迷って、場所を帰ってこれられなくなるときはありますか	1. まったくない	2. まったくある	3. 頻繁にある	4. いつもたまたま	道標				
7				電気がやけと減りが速いのでよくしらべると、自分で原因が見つかりますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決				
8				一日の計画を自分立ててこなすことができますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	日常生活能力				
9				季節や状況に合わせて服を着替えることができますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	生活習慣				
10				一人で買い物に出かけたいと思えますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的行動				
11				バスや電車、自転車使用などを一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	交通機関				
12				商店街の出入り口や、薬局や公共料金の支払いを一人でできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	金銭管理				
13				電話をかけることが出来ますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	電話				
14				自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	食の準備				
15				自分で決めた時間と同じ決まった分量を飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	食の準備				
16				入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	入浴				
17				洗濯機は一人で使えますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	洗濯機				
18				トイレは一人で使えますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	身の回りADL ①				
19				おたしなみを覚えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	身の回りADL ②				
20				家事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	家事				
21				妻のなかで介護は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. さいたまいでる	3. あまりできない	4. まったくできない	家族				

〈三次調査の案内〉問診～DASC、MMSE、TMTが終わった後以下の内容を説明する。

「長時間の調査、お疲れ様でした。今回の訪問調査の結果、もの忘れなどに心配がある場合、ご本人やご家族の希望によって、専門医の訪問による健康調査が受けられるようにご案内させていただくことがあります。その際はどうぞご協力をお願いいたします」

対象者に三次調査（医師面接）の可能性について案内したらチェック ⇒ ☐

三次調査に対して明確な拒否があった場合はチェック ⇒ ☐

【備考】

服薬状況調査票

シール添付欄

実 施 日
一般調査員名

1. 服薬あり

2. 服薬なし

「現在飲んでいる薬は何ですか？差し支えなければ、お薬手帳または薬剤情報提供書をお見せください」

※一般調査員が、問診・検査の間に転記する。

【お薬手帳または薬剤情報提供書の内容を転記（最新処方日から2か月以内の全処方）】	
処方日 医療機関名	医薬品名（用法・用量は記載しない）

※次頁にも記入欄あり。
※対象者本人が申告する服薬内容やサプリメントについては、次頁の【証拠書類なし】の欄に記載すること。

【お薬手帳または薬剤情報提供書の内容を転記（最新処方日から2か月以内の全処方）】・つづき	
処方日 医療機関名	医薬品名（用法・用量は記載しない）

【証拠書類なし：本人が申告する服薬内容や処方薬以外のものはこちらに記録】

高島平ところからだの健康調査(三次調査)－調査票

対象者ID番号			
氏名	#N/A	性別	#N/A
生年月日	#N/A	年齢	#N/A 歳

A. 基本情報

1 調査実施日	年 月 日
2 調査員1／職種	氏名 職種
3 調査員2／職種	氏名 職種

B. 介護保険情報

1 要介護度	#N/A
2 認知症高齢者の日常生活自立度	#N/A
3 障害高齢者の日常生活自立度	#N/A
4 利用しているサービス	

C. 一次調査関連項目

1 世帯状況	
2 家族状況	
3 住まい	
4 年収／主たる収入源	
5 経済的困窮感	
6 GDS	
7 WHO-5	
8 LSNS-6	

6 総合アセスメント(定性的記述)

1) 認知機能	
2) ADL／IADL	
3) 身体的健康	
4) 精神的健康	
5) 社会的状況	

7 認知症の状態にあるか

a. ある b. ない

8 CDR	記憶	見当識	判断・問題解決	社会適応	家庭・趣味・関心	介護状況
総合得点						

9 認知症であると診断されているか

a. 診断されている b. 診断されていない

10 認知症疾患が診断されているか

a. 診断されている b. 診断されていない

診断されている場合には診断名	
診断された医療機関名	

D. 二次調査関連項目

1 既往歴／現在治療中の疾患	
2 現在の内服薬	
3 かかりつけ医	
4 MMSE	
5 TMT-A/B	A= B=
6 DASC-21	

E. 三次調査関連項目

1 困っていること、心配していること、希望していること	
2 本人の歴史	
3 既往歴	
4 現病歴	
5 現在症(暫定診断)	

F. コーディネーションの必要性

1 認知症等の診断	a. 要	b. 診断されている	c. 不要	
2 身体的健康状態の医学的評価	a. 要	b. 評価されている	c. 不要	
3 継続医療の確保	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
4 生活支援	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
5 家族支援	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
6 居住支援	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
7 介護保険サービスの利用支援	a. 要	b. 適切に利用されている	c. 不要	
8 経済的な支援	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
9 権利擁護に関する支援	a. 要	b. 適切に確保されている	c. 不要	
10 その他の支援	a. 要			

G. コーディネーション(介入研究)への参加意向

a. ある b. ない b. 保留

備考	
----	--

介入研究への参加意向がある場合には、後日、担当のコーディネーターが説明にお伺いいたします。

介入の記録

ID :
No. _____

訪問日時	訪問者	記録者
月 日 () : ~ :		
介入の内容		
ご本人の希望・大切にしていること		
たとえば、「あなたは、何をしたいですか？」		
特記事項		
要点		

現在かかっている病気

現在飲んでいるお薬

WHO-5-J

ID	
記入日	年 月 日 ()

以下の①から⑤の項目について、最近2週間のあなた(宛名の方)の状態にもっとも近い番号ひとつに○印をつけてください。

例)ここ2週間のうち、その「半分以上の期間」を、明るく、楽しい気分で過ごした場合には、「3」に○をつけてください。

① 最近2週間、明るく、楽しい気分で過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

② 最近2週間、落ち着いた、リラックスした気分で過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

③ 最近2週間、意欲的で、活動的に過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

④ 最近2週間、ぐっすりと休め、気持ちよくめざめましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

⑤ 最近2週間、日常生活の中に、興味のあることがたくさんありましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日	ご本人の氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	記入者氏名	性別	所属・職種	備考欄	
本人以外の情報提供氏名				1点	2点	3点	4点	評価項目
A. もの忘れが多いと感じますか				1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	侵入の期間 (毎分年)
B. 1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか				1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	
1. 財布や鍵など、物忘れ多い場面がわかるようになりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	近所関係
2. 5分前に聞いた話を思い出せなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	記憶
3. 自分や家族の健康状態がわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	周囲関係
4. 今日何か月何日かわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	時間
5. 自分や家族の健康状態がわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	場所
6. 道に迷って家に戻って来ることがなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	道
7. 電話やガスや水道料金がわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	問題解決
8. 一日の計画や自分の生活がわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	問題解決
9. 季節や状況にあった服装が自分ではわかりにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	社会関係
10. 一人で買い物に行きにくくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	買い物
11. バスや電車、自転車などを使って一人で外出できなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	交通関係
12. 貯金の出入入れや、家族や公営料金の支払いが一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	金融関係
13. 電話をかけることができませんでしたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	電話
14. 自分で食事の準備ができませんでしたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	食事の準備
15. 自分で車を運転することができませんでしたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	運転
16. 入浴は一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	入浴
17. 着替えるは一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	着替え
18. トイレは一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	排泄
19. 身体だしみを整えることは一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	身体関係
20. 食事は一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	食事
21. 家のなかでの移動は一人でできなくなりましたか				1. まったくない	2. まったくない	3. まったくない	4. まったくない	移動

Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI8)

ID		記入日					
本人氏名		記入者					
回答者氏名		独居・同居の有無	独 居 ・ 同 居				
本人との続柄							
		思 わ な い	た ま に 思 う	時 々 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う	備 考
1	介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうことがありますか。	0	1	2	3	4	
2	介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか。	0	1	2	3	4	
3	介護があるので、家族や友人とつきあいつらくなっていると思いますか。	0	1	2	3	4	
4	介護を受けている方のそばにいと、気が休まらなと思いますか。	0	1	2	3	4	
5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。	0	1	2	3	4	
6	介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか。	0	1	2	3	4	
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。	0	1	2	3	4	
8	介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。	0	1	2	3	4	
	小計						
	合計	点					

資料 2



ココロとからだのお休み処、
ココからステーション、OPENです。
一緒にココから出発しましょう！

施設内



メモ



アクセス



■営業 月曜／水曜／金曜／第2・4土曜
(土曜がオープンの際は水曜はお休みです)

■時間 11時～16時

イベントなどがある場合は、営業日が変わる場合があります。詳しくは月別営業予定表でご確認ください。

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

気軽にお問い合わせください

☎03-6909-7645

ココロとからだのお休み処



高島平
ココからステーション

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業

お茶を飲みながら、おしゃべり
したり読書したい。買い物途中
でひと休みはいかがですか？
お友達とご家族とおひとりでも
もちろん大歓迎。どうぞ気軽に
お越しください。



地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター



Since 2017

高島平
ココからステーション
ってどんな場所？

ココロとからだが
くつろげる
地域のみなさんの
居場所です。



地方独立行政法人
東京都健康長寿
医療センター

が運営しています。

Menu

みんなが居心地よく、だれでも自由に。

ココからステーションは、認知症があっても、障害があっても暮らし続けられるまちを目指して、
みなさんと一緒に、安心や楽しさが集まる場所に育てて行きたいと思っています。





参加費
無料

申し込み
不要

ココからステーション

ココから週間!

cocokara week!

イベント開催決定!

東京都健康長寿医療センター研究所の
各分野の専門家によるミニ講座とおしゃべり会
楽しいイベントが盛りだくさん

※詳しい内容は裏面をご覧ください
(当日、先着順になります。参加者多数の場合はお席が用意できないことがあります。)

5月15日(月)～5月20日(土)

午前の部／午後の部(いずれも1時間程度)★5月18日(木)はお休み

高島平ココからステーションってどんなところ?

お茶を飲みながら、おしゃべりしたり、ひと休みすることが出
来る、地域のみなさんと一緒につくっていく交流スペースで
す。認知症やからだやこころの健康のことに関して医師や専
門職とお話することもできます。



東京都/認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業
[実施機関] 東京都健康長寿医療センター研究所 電話: 03-3964-3241 (内4222) / FAX: 03-3579-4776
どなたでも参加できます。お気軽にお越しください。

ココから週間ミニ講座スケジュール

日 時	午前/11:00～12:00	午後/14:00～15:00
5月 15日(月)	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究部長 栗田圭一氏(精神科医) 認知症とともに暮らす～ 精神科医と話そう!	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 野本茂樹氏(理学博士) 熱中症を予防するには…
5月 16日(火)	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 枝広あや子氏(婦科医師) いつまでも美味しく食べて “健口”生活!	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 島田千穂氏(社会福祉士・保健学博士) ココから選択! 人生最期に向けて どう生きるかを考えてみよう
5月 17日(水)	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 岡村毅氏(精神科医) 大正大学研究員・僧侶 小川有閑氏・高瀬顕功氏 幸せな年のとり方～僧侶と精神科医の対話	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究部長 栗田圭一氏(精神科医) 認知症とともに暮らす～ 精神科医と話そう!
5月18日(木)はお休みです		
5月 19日(金)	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 飯塚あい氏(医師) 囲碁であたまを動かそう! ここから囲碁入門	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 飯塚あい氏(医師) 囲碁であたまを動かそう! ここから囲碁入門
5月 20日(土)	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 大須賀洋祐氏(スポーツ医学・博士) あたまとからだに響くエクササイズ 一体話を心がけようー	東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員 大須賀洋祐氏(スポーツ医学・博士) あたまとからだに響くエクササイズ 一体話を心がけようー

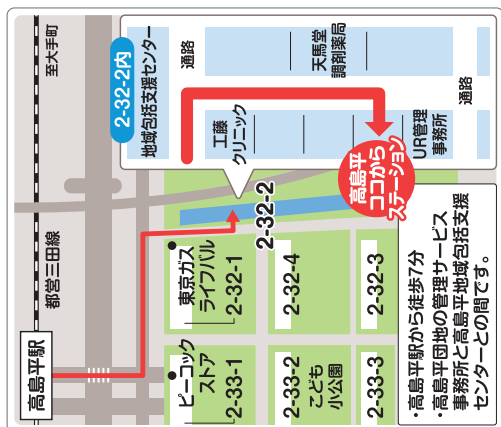
「ココから週間」の
オープン時間は、
10時半～16時です。

高島平
cocokara
Station
ココからステーション

■ オープン 月曜/水曜/金曜/第2・4土曜
(土曜がオープンの週は水曜はお休みです)

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

[オープン時のみ]
☎ 03-6909-7645
FAX 03-6909-7644



・高島平駅から徒歩7分
・高島平団地の管理サービス
事務所と高島平地域包括支援
センターとの間です。

[illegible]

高島平
ココカラステーション
coco kara station
オープニング時間
11時～16時

【オープン月曜／水曜／金曜／第2・4土曜】
（土曜がオープンの週は水曜はお休みです）

T175-0082

東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

【オーブン時のみ】

☎ 03-6909-7645
☎ 03-6909-7644

参加
無料

8月 ココからミニ講座

簡単体操で 「ひざ痛予防」

日時 8月30日(水) 14:00~15:00

東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 大淵 修一 氏

講師

- ★ 知っておきたい簡単ストレッチ
- ★ 転倒を予防しよう
- ★ 「運動習慣」が大事です
- ★ 痛みの緩和で楽しくおでかけ

高島平
ココからミニ講座

オープン時間 11時~16時

高島平 月曜/水曜/金曜/第2・4土曜
(土曜がオープンの日は水曜はお休みです)

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目32-2号棟 105号室

【オープン時のみ】
☎03-6909-7645
☎03-6909-7644

申し込み不要です。質問タイムもありますのでお気軽にどうぞ！

9月 ココからミニ講座

参加無料
申込不要

知っていますか？ 社協(しゃきょう)

お金、認知症、一人暮らし、手続き...

大切な人に迷惑をかけたくない。元氣な今から考えませんか？

板橋区社会福祉協議会より専門員をお招きして、社協について教えていただきます

講座内容

- ・「社協」って何をしてくれる組織なの？ ・お金の管理が不安。誰に相談したらいい？
- ・入院や引越、介護保険の手続きが不安です。 ・成年後見制度ってどんなもの？

日時 2017年 9月29日 (金) 14:00~15:00

社会福祉法人 板橋区社会福祉協議会 権利擁護いたばしサポートセンター

講師 一島 寿樹氏 さいとう ますみ 齋藤 弥美氏

高島平
ココからミニ講座

オープン時間 11時~16時

高島平 月曜/水曜/金曜/第2・4土曜
(土曜がオープンの日は水曜はお休みです)

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目32-2号棟 105号室

【オープン時のみ】
☎03-6909-7645
☎03-6909-7644

参加無料・申込不要

11月 ココからミニ講座

冬の感染症を防ごう
～食中毒やインフルエンザに要注意～

2017.11.22(水) ▶ 11時～12時

講師 東京都健康長寿医療センター 顧問医師 稲松 孝思 氏

高島平ココからステーションで、感染症予防についてミニ講座を開催します。衛生面の注意事項、免疫力向上とは？冬本番前に、みんなで勉強しましょう！



高島平
ココからステーション

オープン時間 11時～16時

オープン 月曜/水曜/金曜/第2・4土曜
(土曜がオープンの週は水曜はお休みです)

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

【オープン時のみ】
(03-6909-7645
(03-6909-7644

参加
無料

12月

ココからミニ講座

高齢者の栄養ケア 最前線!

2017年12月15日(金) 14時～15時

講師 東京都健康長寿医療センター 研究所 研究員

管理栄養士 本川 佳子氏

「洋服がゆるくなった」「入れ歯が合わない」「同じようなものばかり食べている」...思い当たる人は要注意! 心と体を弱らせる、危険な低栄養状態がもれません。高島平ココからステーションで、高齢者に必要な栄養・食事について学びませんか? 最新の研究結果から「しっかり食べて健康長寿」の知識をお届けいたします。




高島平
ココからステーション

オープン時間 11時～16時

オープン 月曜/水曜/金曜/第2・4土曜
(土曜がオープンの週は水曜はお休みです)

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

【オープン時のみ】
(03-6909-7645
(03-6909-7644

参加
無料

1月 ココからミニ講座

申込
不要

困ったときはお互いさま

ゆるやかに近助さん 養成講座

日 時 1月31日（水） 14時～15時

講 師 板橋区社会福祉協議会 地域包括ケア推進係

高齢化社会を背景に、社会的孤立が問題になっています。困ったときはお互いさまです。身近な地域の中でのご近所付き合いを見直しませんか？ 板橋社協が誰でも実践できる「ゆるやかなご近所付き合い」「できる範囲の見守り」の実践方法をご紹介します。

家に関じこもりがち

サークルや行事に

痩せてきた気がする

挨拶をしなくなった

急に来なくなった

具合が悪そう

たとえば、こんな方が近くにいませんか？ ご近所で助け合つのがご近助さんです

高島平ココからステーションは
東京都健康長寿医療センター
研究所 が運営しています

オープン時間 11時～16時



高島平ココからステーション主催

予約
不要

新春イベント講座

笑って元気なココロとからだ

参加
無料

落語

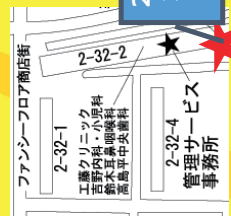
高島平ココからステーション主催 新春イベントで落語を開催！
平成30年を「笑って元気なココロとからだ」で迎えましょう！

日時 1月12日（金） 14時～15時

場所 高島平2-32-2号棟 集会所U2-3

落語 五明樓 玉の輔 師匠

神奈川県横浜市出身。昭和60年春風亭小朝に入門。前座名あさ市。平成元年二つ目昇進。平成10年真打昇進。昭和初期から途絶えていた、五明樓玉の輔を襲名する。平成12年度国立演芸場花形演芸大賞・銀賞、平成16年度彩の国落語大賞・技能賞受賞。著書に「噺家の手ぬぐい」（日東書院）など。



2-32-2
集会所
U2-3

問合先：高島平ココからステーション (2-32-2-105)

電話：03-6909-7645 FAX：03-6909-7644

3月 高島平ココからステーション オープン予定表

お知らせ

運営：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

資料 3

関係者一覧

「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」

氏名	役割	所属	役割分担
栗田 主一	研究責任者	自立促進と介護予防研究チーム 研究部長	研究統括、個人情報管理、高島平ココからステーション運営
新開 省二	研究コーディネーター	副所長	研究体制の調整
藤原 佳典	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究部長	研究体制の調整
石崎 達郎	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究部長	研究体制の調整
北村 明彦	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究部長	研究体制の調整
吉田 英世	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究部長	調査項目立案、調査票作成、データ管理、分析
金 憲経	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究部長	調査項目立案、調査票作成、分析
渡邊 裕	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究副部長	調査項目立案、調査票作成、データ管理、分析
稲垣 宏樹	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、データ管理、分析、自治体・関係機関との連絡・調整、研究所内の連絡・調整、高島平ココからステーション運営
宇良 千秋	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、データ管理、分析、自治体との連絡・調整、研究所内の連絡・調整、高島平ココからステーション運営
枝広 あや子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析、高島平ココからステーション運営
大須賀 洋祐	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
岡村 毅	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	データ収集、分析、高島平ココからステーション運営
小川 まどか	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、データ管理、分析、自治体・関係機関との連絡・調整、研究所内の連絡・調整、高島平ココからステーション運営
小島 成実	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
佐久間 尚子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析

「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」

氏名	役割	所属	役割分担
杉山 美香	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析、高島平ココからステーション運営
藤野 健	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
宮前 史子	研究実施者	認知症支援推進センター 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析、高島平ココからステーション運営
本川 佳子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ管理、データ収集、分析
岡村 睦子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	データ収集、高島平ココからステーション運営
釘宮 由紀子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	データ収集、高島平ココからステーション運営
見城 澄子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	高島平ココからステーション運営
新川 祐利	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
的場 由木	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 協力研究員	データ収集、分析
森川 すいめい	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
森倉 三男	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員	高島平ココからステーション運営
加藤 徳子	研究実施者	自立促進と介護予防研究チーム	データ収集、高島平ココからステーション運営
永瀬 雅子	事務員	自立促進と介護予防研究チーム 非常勤職員	事務、高島平ココからステーション運営
天野 秀紀	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
桜井 良太	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
鈴木 宏幸	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
清野 諭	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
谷口 優	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析

「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」

氏名	役割	所属	役割分担
飯塚 あい	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 非常勤研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
小川 将	研究実施者	社会参加と地域保健研究チーム 非常勤研究員	調査項目立案、調査票作成、データ収集、分析
伊東 美緒	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究員	関係機関との調整
河合 恒	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、分析
島田 千穂	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究副部長	調査項目立案、調査票作成、分析
中里 和弘	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、分析
増井 幸恵	研究実施者	福祉と生活ケア研究チーム 研究員	調査項目立案、調査票作成、分析
徳丸 阿耶	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 放射線診断科部長	データ収集、分析
櫻井 圭太	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 放射線診断科医長	データ収集、分析
古田 光	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科部長	データ収集、分析
筒井 卓実	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科医師	データ収集、分析
松本 健二	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科医師	データ収集、分析
松井 仁美	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科医師	データ収集、分析
久保田 真由	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科医師	データ収集、分析
市橋 雅典	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科医師	データ収集、分析
畠山 啓	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター	データ収集、分析
齊藤 久美子	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター	データ収集、分析
扇澤 史子	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析

「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」

氏名	役割	所属	役割分担
岡本 一枝	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
今村 陽子	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
市川 幸子	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
高岡 陽子	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
竹部 裕香	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
西垣 綾峰	研究実施者	東京都健康長寿医療センター 精神科臨床心理士	データ収集、分析
金野 倫子	研究実施者	埼玉県立大学 教授・医師 自立促進と介護予防研究チーム 協力研究員	データ収集、分析
鈴木 貴浩	研究実施者	日本大学医学部附属板橋病院 精神神経科医師 自立促進と介護予防研究チーム 協力研究員	データ収集、分析

敬称略

平成 28・29 年度

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業
報告書

発 行 東京都健康長寿医療センター研究所

編 集 東京都健康長寿医療センター研究所

自立促進と介護予防研究チーム

栗田主一

平成 30 年（2018）3 月

禁無断転載



古紙パルプ配合率70%再生紙を使用

