

博士論文

自記式認知症チェックリストの開発

The development of a self-administered dementia checklist

国立大学法人 横浜国立大学大学院

環境情報学府

宮前 史子

Fumiko Miyamae

2018年3月

目次

序論.....	1
1. 日本の高齢化と世帯構造の変化.....	1
2. 認知症の疫学	2
3. 認知症支援に関する政策とその動向	3
4. 認知症とは	5
1) 認知症の有病率と原因疾患の割合	5
2) 認知症のステージと臨床像	7
5. 認知症のスクリーニング	10
1) 認知症のスクリーニングとは.....	10
2) 認知症のスクリーニング方法.....	12
3) これまでに開発された尺度の特徴と内容.....	15
4) これまでに開発された尺度の弁別力.....	16
5) 国内で使われている尺度.....	19
5. 本研究の目的	20
第1章 調査方法の概要	21
1. 調査全体的な方法と対象者	21
1) 調査の背景	21
2) 標本の抽出	21
3) 調査基準日	21
4) 調査方法	21
2. 一次調査.....	22
1) 対象者.....	22
2) 調査方法	23
3) 調査期間	23
4) 調査事項	23
5) 分析対象者と有効回答率.....	25
3. 二次調査.....	26
1) 対象者.....	26

2) 調査方法	26
3) 調査期間	26
4) 調査事項	26
5) 集計対象者と有効回答率	27
4. 三次調査	28
1) 対象者と標本の抽出	28
2) 調査方法	28
3) 調査期間	28
4) 調査事項	28
5) 集計対象者と有効回答率	29
5. 倫理的配慮	29
第2章 自記式認知症チェックリスト項目案の作成	30
1. 目的	30
2. 方法	30
1) アイテムプールと尺度項目案の作成	30
2) アンケート調査	32
3) 尺度項目案の選定	32
3. 結果	33
1) 回収率, 分析対象者の属性	33
2) 項目の選定	33
4. 考察	38
第3章 自記式認知症チェックリストの因子的妥当性および内的信頼性の検討	40
1. 目的	40
2. 方法	40
1) 自記式アンケート調査	40
2) 10項目版の作成と因子的妥当性, 信頼性の検証	40
3. 結果	40
1) 回収率, 分析対象者の属性	40
2) 項目の選出と因子的妥当性の検討	41
3) 内的信頼性の検討	43

4. 考察.....	44
第4章 自記式認知症チェックリストの併存的妥当性と弁別的妥当性の検討	47
1. 目的.....	47
2. 方法.....	47
1) 対象.....	47
2) 研究デザイン.....	47
3) 調査項目	48
4) 統計学的解析.....	49
3. 結果.....	49
1) 分析対象者の特徴.....	49
2) 併存的妥当性.....	51
3) 弁別的妥当性.....	51
4. 考察.....	57
第5章 総合考察；自記式認知症チェックリストの展望と課題.....	59
1. 本研究の利点.....	59
2. 本研究の限界	60
3. 本研究の展望.....	61
引用文献	63
参考文献	72
謝辞.....	73
資料.....	75

序論

1. 日本の高齢化と世帯構造の変化

我が国の総人口は、2017年10月現在、1億2672万人である。そのうち、65歳以上の高齢者人口は3495万人であり、総人口に占める65歳以上人口の割合は27.7%である。「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には3677万人となり、少子高齢化の進展によって高齢化率は30.0%と推計されている（内閣府, 2017）。

高齢者の暮らしはどのように変化するのか。世帯構造をみると、65歳以上の高齢者のいる世帯は2015年現在2372万4千世帯であり、全世帯の47.1%を占めている。そのうち、単独世帯は624万3千世帯で26.3%を占める（内閣府, 2017）。世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯は2010年から2025年の間に515万世帯（30.7%）から649万世帯（34.8%）に増加すると推計されており、世帯大分類上最も多い世帯になるものと予想されている（国立社会保障・人口問題研究所, 2014）（図1）。

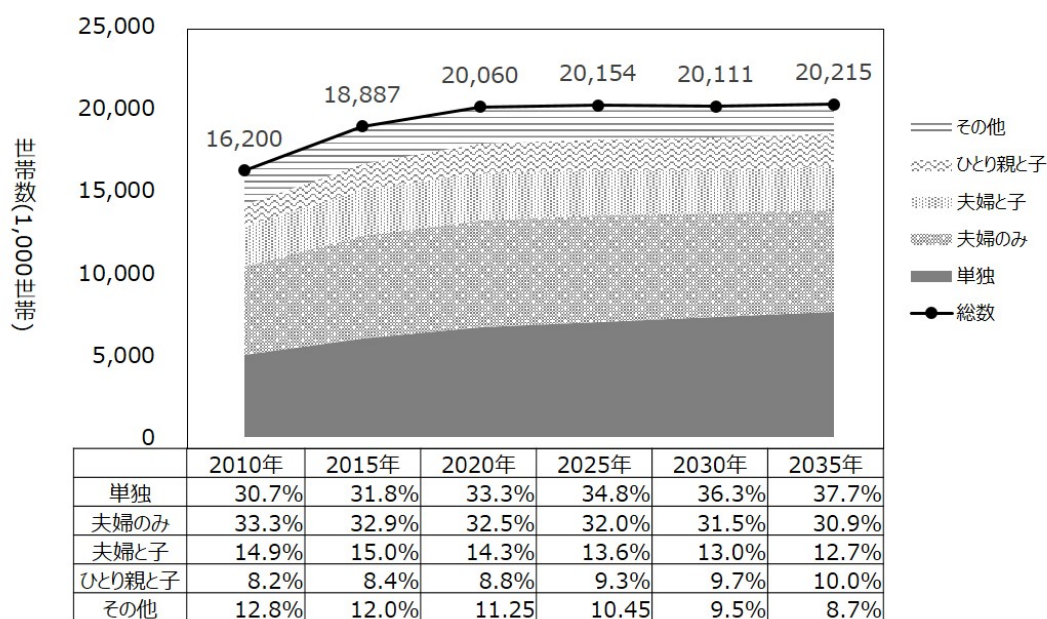


図1 世帯主が65歳以上世帯の将来推計（国立社会保障・人口問題研究所, 2014）

2. 認知症の疫学

認知症発症の最も大きな要因は加齢であるが、少子高齢化の進展に伴い、65 歳以上に占める認知症発症の者の割合が増加している。朝田らが 2013 年に報告した全国の認知症有病率調査によると、2010 年の日本の人口に準拠して推定された全国の 65 歳以上高齢者の認知症有病率は 15%、認知症有病者数は約 439 万人となっている。2012 年は認知症の人が 462 万人と推定されている。二宮(2014)は、朝田ら(2013)の報告をもとに、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町研究のデータを用いて、2060 年までの認知症有病率の推計値を算出した。久山町研究では、年齢、性別、生活習慣（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することを示しており、この推計では、2060 年までに糖尿病有病率が 20%増加すると仮定されている。図 2 は、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と、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に分けて算出したものである。2025 年には認知症の人の数が 675 万人～730 万人に達し、65 歳以上の 18.5%～20.0%を占めるようになると予測されている（二宮, 2014）。

少子高齢化と世帯構造の変化、そして認知症の発症者数の増加から、今後、地域で一人暮らしをしている高齢者が認知症を発症するという状況がありふれた事柄になっていくと予想されている。

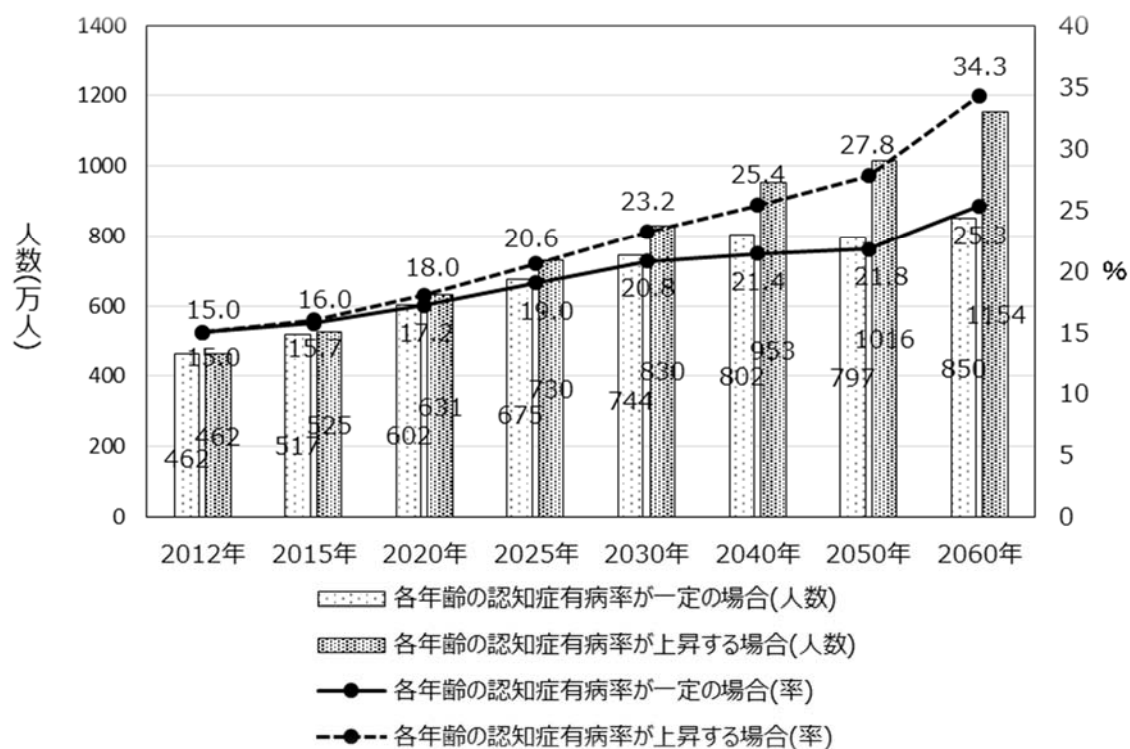


図 2 65 歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計(二宮, 2014)

3. 認知症支援に関する政策とその動向

認知症の初期の段階で質の高い診断と診断後支援につながることは、認知症の人と家族介護者の Quality of Life(QOL)に良好な影響を及ぼす可能性がある (Banerjee, 2007). Banerjee らは、早期発見と早期支援に焦点を当て、保健・医療・福祉サービスと民間セクターを含んだ地域システムを構築することで、認知症の早期診断と支援が受けられ、認知症の本人や家族が被る不利益や重症化を解決する実践的な研究を行った。このシステムは認知症の早期発見と支援および認知症の総合的なアセスメントと診断、サービスの提供を行うアプローチであった。結果、地域で発見された認知症の人は以前に比べて 63%増加したが、事前に定義したサービス目標に照らして 9 割以上の人たちへ適切な支援をすることができたという。このようなエビデンスを元に、イギリス政府は 2009 年に認知症国家戦略を発表している (東京都医学総合研究所, 2013)。特に重視されているのが早期の診断・支援のための体制整備である。認知症の本人と介護者が適切な時期に診断を受け支援をスタートさせることができるよう、①市民や専門家が認知症に適切な

タイミングで気づくことができるようにする（啓発活動の強化，かかりつけ医の認知症発見・対応力向上），②身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられ，その後適切な支援が受けられるようにする（メモリーサービスの普及とその質の向上）という政策である。

我が国では 2003 年から「地域包括ケアシステム」が政策方針として提言されている（高齢者介護研究会，2003）。高齢者の暮らしを施設ではなく地域で支えるためには，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される必要がある。この実現のために市町村自治体は 2025 年を目標に，高齢者が最後までコミュニティで自分らしい暮らしを続けられるよう，地域と住民を巻き込んで，自分たちの地域の状況やニーズに合わせて社会資源を整備している。この地域包括ケアとともに上記のイギリスの流れを受けて，我が国でも認知症の「早期診断・早期対応」が掲げられた。2012 年，厚生労働省は地域包括ケアシステム構築の推進のための「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を発表した。その後の 2014 年に「認知症サミット日本後継イベント」が開催され，内閣総理大臣から，認知症施策を省庁横断的に加速させるための戦略とする宣言がなされた。それを受け，2015 年に我が国では，認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が発表され，省庁横断的な政策方針を打ち出している（厚生労働省，2015）。

新オレンジプランでは，その柱の 2 番目に，認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供がうたわれている（表 1）。ここでは，認知症の症状等に関する知識の普及啓発を進め，「本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにする」とともに，「かかりつけ医等による健康管理や地域におけるネットワークの中で，認知症の疑いがある人に，早期に気づいて適切に対応していくことができる体制を構築し，施策を実行していく」ことを推進することが求められている。

認知症の人や家族ができるだけ早い段階で認知症の診断を受け，診断後の支援が相談できる体制を整えれば，住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる。そのような早期発見・早期診断を軸とし，現在の認知症支援は，本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し，認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることを目指している。そのために，かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数の確保，認知症サポート医の養成，認知症初期集中支援チームの設置，早期診断を担う医療機関の整備，多職種協働による地域ケア会議の普及など様々な施策が実行されている（厚生労働省，2015）。

表 1 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）7つの柱

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供 3. 若年性認知症施策の強化 4. 認知症の人の介護者への支援 5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進 6. 認知症の予防法，診断法，治療法，リハビリテーションモデル，介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進 7. 認知症の人やその家族の視点の重視 |
|--|

また，認知症の初期段階で診断や支援のために社会資源にアクセスするには，早い段階で本人・家族や周囲の人が症状に気づかねばならない．そのためには認知症の啓発が地域でなされていることが必要である．認知症の早期発見は，生活障害の視点で言えば，自立した生活が送れなくなる変化が起こる段階である．一般市民に「認知症の症状等に関する知識の普及啓発」が進んでいけば，自立した生活が送れなくなる変化が起こる段階，すなわち，新オレンジプランがうたう，「本人や家族が小さな異常を感じたとき」に気づき，次なる行動を起こす可能性が高まると考えられる．

国は，2005 年から「認知症を知り地域を作る 10 カ年」のキャンペーンとして，「認知症サポーター100 万人キャラバン」を開始した．自治体等で認知症サポーター養成講座を開催した結果，2009 年には認知症サポーターが 100 万人を突破した．最近では，郵便局や警察署などの公共サービス，民間企業や学校でも講座が開かれ，その人数は増え続けており，2017 年には 930 万人のサポーターが養成されたと発表している（NPO 法人地域ケア政策ネットワーク，2017）．

4. 認知症とは

1) 認知症の有病率と原因疾患の割合

朝田らが報告した認知症有病率を男女別，年齢別にみると，図 3 のように年齢が 5 歳増えるごとにほぼ倍になる．男女共に 75 歳未満では 5%に満たないものの，75～79 歳では 10%を超えている．そして，80 歳からは更に上昇して男女共に高い割合を示し，

80～84 歳では男性は 6 人に 1 人，女性は 4 人に 1 人が認知症となる（朝田, 2013）.

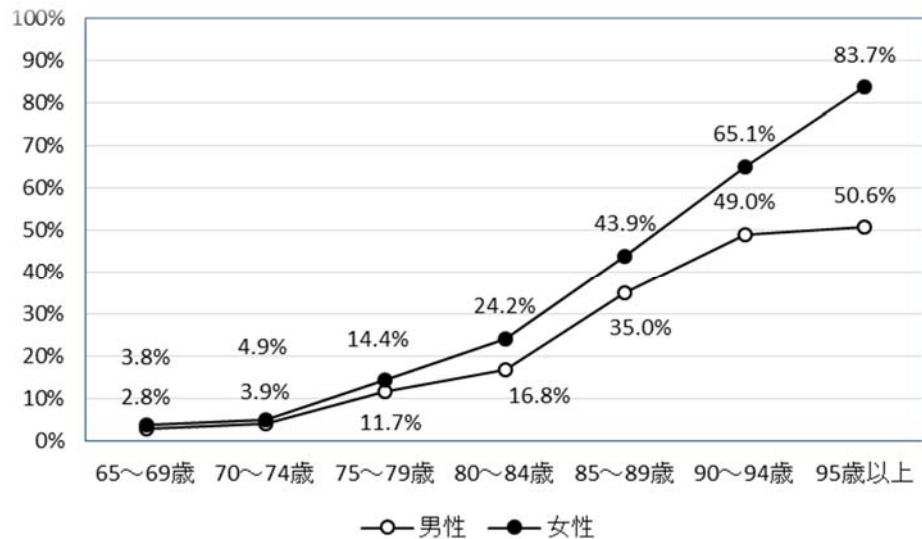


図 3 認知症有病率（年代別・男女別）（朝田, 2013）

認知症の原因となる脳の疾患には多くの病気がある．2012 年の認知症疾患医療センターの外来新患受診者の診断名の統計をみると，その割合は図 4 のようになる．原因疾患で最も多い割合を占めるのは，アルツハイマー型認知症（51%）であり，血管性認知症（7%），レビー小体型認知症（4%），前頭側頭葉変性症（2%）がこれに続く（栗田, 2016）.

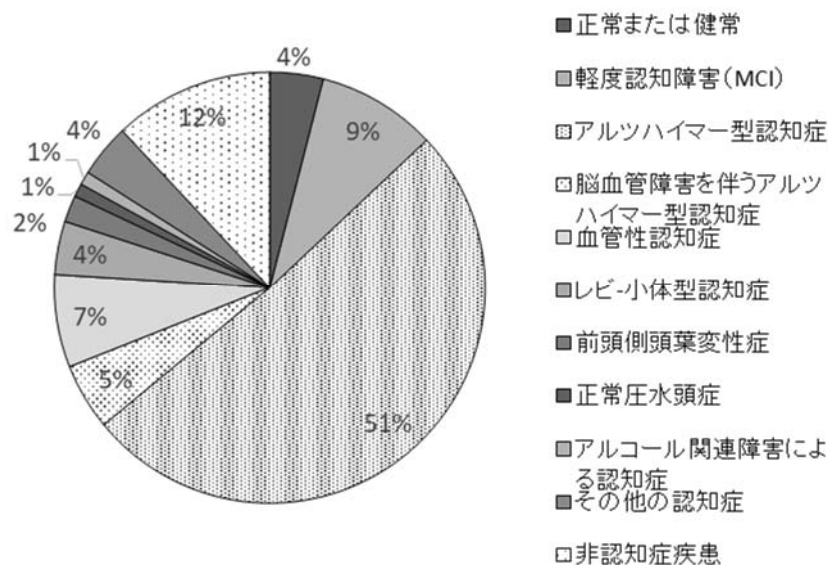


図 4 認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合 (栗田, 2016)

2) 認知症のステージと臨床像

アルツハイマー型認知症に代表される多くの認知症疾患は進行性疾患である。その経過は、大きく 5 つのステージに分けることができる。まず、正常な状態、次に前駆期である軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment : MCI) の時期、そして軽度、中等度、重度である。

認知症の前駆症状、あるいは最軽度の状態を示す MCI は、認知機能が軽度に障害されてはいるが、生活機能はおおむね保たれている状態をいう。MCI にはいくつかの概念や分類法があり、いまだコンセンサスは得られていない。2003 年にスウェーデンで開催された MCI の国際会議では、表 2 のように定義されている (Winblad et al., 2004)。

表 2 MCI の定義 (Winblad et al., 2004)

1. 正常ではないが認知症の診断基準を満足しない
2. 本人あるいは家族から認知機能の低下の訴えがあり、認知課題で認知機能低下が認められる
3. 基本的日動生活動作能力は正常で、手段的日常生活動作能力がわずかに障害されている

MCI にはさらに下位分類がある。認知機能の低下が記憶ドメインに限定される場合は、amnesic MCI (aMCI)、複数の認知ドメインに障害が認められる場合は、Multi-

domain MCI (amnesic/ non-amnesic), 記憶以外の単一の認知ドメインに障害が認められる場合は single non-memory MCI と分類される (Petersen, 2004).

また, MCI の類似概念に, CDR(Clinical Dementia Rating) 0.5 (Morris, 1993)がある. CDR によって評価されるのは, 記憶, 見当識, 判断力と問題解決力, 地域社会活動, 家庭と趣味, 身の周りの世話を 0, 0.5, 1, 2, 3 の 5 段階に評価し, それぞれに重みづけをした後に総合スコアを判定する. 軽度認知障害に相当するのは総合スコア 0.5 にあたる (日本神経学会, 2017).

MCI 群は健常群に比べて認知症またはアルツハイマー病に進展するリスクが高いことがわかっている. 1 年間で MCI から認知症への進展する割合は 5~10%とされている (Mitchell, 2009). しかし, 一方で, MCI 群の約 4 割が 2~5 年の経過のうちに MCI の基準を満たさないレベルに回復することも報告されている (Matthews, 2008; Larrieu, 2002).

他方, 認知症とはどのような状態を指すのか. 米国精神医学会による診断マニュアルである, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) によると, 以下の表 3 のように定義される (American Psychiatric Association, 2013).

表 3 DSM-5 における認知症の定義(American Psychiatric Association, 2013)

- | |
|---|
| <p>A. 1 つ以上の認知領域 (複雑性注意, 遂行機能, 学習および記憶, 言語, 知覚・運動, 社会的認知) において, 以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている:</p> <p>(1) 本人, 本人をよく知る情報提供者, または臨床家による, 有意な認知機能の低下があったという概念, および</p> <p>(2) 標準化された神経心理学的検査によって, それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された, 実質的な認知行為の障害</p> <p>B. 毎日の活動において, 認知欠損が自立を阻害する (すなわち, 最低限, 請求書を支払う, 内服薬を管理するなどの, 複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする)</p> <p>C. その認知欠損は, せん妄の状況でのみ起こるものではない</p> <p>D. その認知欠損は, 他の精神疾患によってうまく説明されない (例: うつ病, 統合失調症)</p> |
|---|

つまり, 認知症とは, 何らかの脳の器質的障害によって, いったん発達した知的機能

(認知機能)が持続的に低下し、それにより社会生活や日常生活に支障をきたし、自立した生活を送ることができない状態(生活障害)といえることができる。

認知症は、このような「脳の疾患－認知機能障害－生活障害」の認知症概念に加えて、様々な「身体合併症」や「行動・心理症状」が認められることが特徴である。これらの障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の臨床像を複雑なものにしていく。特に身体合併症と行動・心理症状は相互に密接な関連を持ち、片方が悪化すればもう片方も悪化するという悪循環を成す。そして、経過とともに臨床像が複雑化していくことも特徴である。そのため、認知症の人は様々な社会的困難に直面し、QOL (Quality of Life : 生活の質) を低下させていく(栗田, 2016) (図 5)。

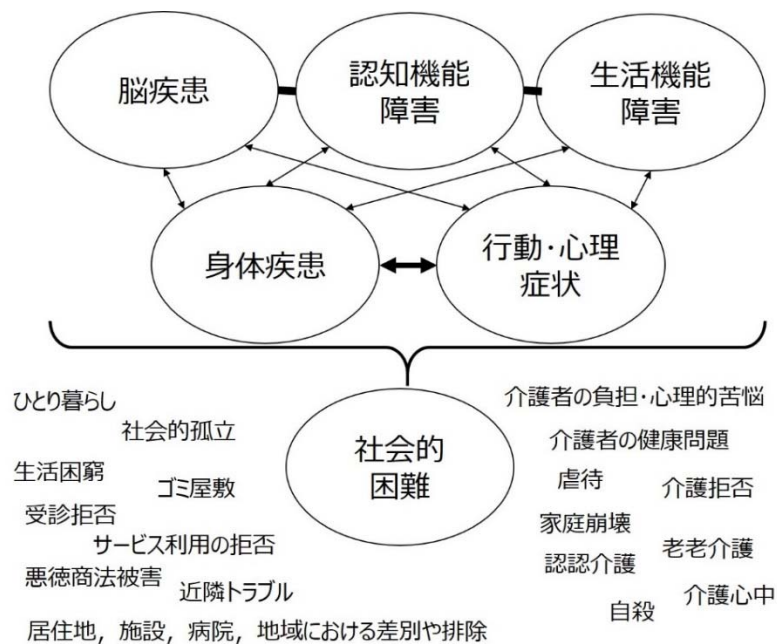


図 5 認知症の臨床像 (栗田, 2016)

認知症にみられる認知機能障害のタイプは、障害される脳の部位と密接に関連している。認知症の原因疾患でもっとも多い割合を占めるアルツハイマー型認知症では、側頭葉と頭頂葉が、次に多い血管性認知症では前頭葉機能が障害される。前頭葉機能の障害では、注意障害、自発性の低下、実行機能障害、作業記憶の障害、発語障害が起こる。側頭葉の障害では、近時記憶障害、言語理解の障害が、頭頂葉の症状では視空間認知の障害が現れる。加えて、レビー小体型認知症では後頭葉が障害され、視覚認知の障害が

出現しやすくなるとともに、脳幹が障害されるため、パーキンソン症状や意識レベルの変動が起きやすくなる。

このような認知機能障害が原因で生活障害が引き起こされる。生活機能は日常生活動作（activities of daily living：ADL）と呼ばれているが、自分の身の回りのことを自立して行う能力を基本的日常生活動作能力（basic activities of daily living：BADL）といい、具体的には、食事や入浴、排せつ、着替え、整容、移動を指す。そして、一人で自立した生活を維持するための能力は、手段的日常生活動作（instrumental activities of daily living：IADL）と呼ばれる。これは、電話の使用や買い物、食事の支度、掃除、洗濯、自動車やバス、電車などを利用した移動、服薬管理、金銭管理を行う能力である。実行機能の低下や記憶機能の低下が IADL の低下に関連していると考えられている（Bell-McGinty, 2002；Tomaszewski Farias, 2009）。

認知症の重症度は、通常、認知機能障害と生活機能障害のレベルによって総合的に判断される。認知症が軽度の段階では、IADL に明らかな障害が認められるものの、BADL は保たれている状態であるが、中等度になると BADL が部分的に障害され、重度になると BADL が全面的に障害される（栗田, 2016）。

認知症のケアは、前駆期の MCI を含め、重症度のステージに応じて、適切な支援を行うことが求められる。MCI の時期は評価と早期の予防的介入、軽度認知症の時期は鑑別診断と身体機能や社会的問題を含めた総合的なアセスメントと、医療・介護サービスの一体的提供、中等度の時期は状態の維持と急性期医療、そして重度の時期はターミナルケアについて支援していく必要がある（栗田, 2012）。

5. 認知症のスクリーニング

1) 認知症のスクリーニングとは

医療におけるスクリーニングは、1951 年の The CCI Conference on Prevention Aspects of Chronic Disease において、「迅速に実施可能な検査、手技を用いて、無自覚の疾病または障害を暫定的に識別すること」と定義されている。スクリーニングを行う際に考慮すべき国際的な基準として、ウィルソンの原則がある（Wilson & Jungner, 1968）。スクリーニングを行う場合、目標とする疾患は、例えばがんのように発症の頻度が高かったり、新生児代謝異常検査のように緊急な対処が必要なものであることが第一条件である。その上で、早期発見後に治療法があること、精度や費用、判定に要する

時間も含め最適な検査法があること、スクリーニング事業実施に対して費用-便益が成立すること、継続的なフォローアップシステムが用意されていること、そして、スクリーニングが集団に対して適用が可能で受け入れやすいものであることが求められる(表4)。

表 4 ウィルソンの原則(Wilson & Jungner, 1968)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 目的とする疾患は重要な健康問題である。2. 疾患に対して一般的に認められる治療法が存在している。3. 疾患が発見された場合、確定診断や治療の手段、施設がある。4. 潜伏期あるいは無症状期に対する認識が可能である。5. 目的とする疾病に対する適切なスクリーニング検査法がある。6. 検査方法が集団に対して適用可能で、受け入れやすい。7. 目的とする疾病の潜伏期から発症までの自然経過がわかっている。8. スクリーニングの意味と内容が受診者に周知されている。9. スクリーニング事業の費用-便益が成立する。10. 患者、要観察者に対するフォローアップ体制が確立している。 |
|---|

認知症のスクリーニング検査は 1960 年代ごろから行動評価スケールが使われ始め、1970 年代から簡易的な認知機能検査のバッテリーが用いられるようになってきた。その頃は先に述べた MCI の概念はなく、benign senescent forgetfulness(良性健忘)と呼ばれており、今ほどの話題ではなかった。したがって、認知症のスクリーニング検査といっても、認知症の重症度を問わずに存在をスクリーニングするためのものであり(本間, 2014)、多くの場合プライマリ・ケアの場面で行われることが想定され、開発されてきた。しかし、近年はドネペジルを代表とする抗認知症薬の開発により、薬物療法の道が拓かれ、早期での診断の必要性が高まった。また、我が国の介護予防事業においては、参加者のリクルートを行う場合や、脳の活性化を期待したリハビリテーションプログラムを実施する場合の、スクリーニングや効果評価を行う必要がでてきた。よって、現在の認知症のスクリーニング検査は、認知症の有無を検出するものから、MCI の時期から検出でき、かつその重症度を測定できることが求められている(坂本,2012)。

一般的に、認知症のスクリーニング検査の要件としては、課題のやさしさと動機づけ

のしやすさ，検査器具は廉価で検査手順が簡単である，他の検査との間に相互の干渉が少ない検査構造であることがあげられる(坂本,2012). 次に述べるとおり，その方法は大きく，簡便な認知機能検査，行動評価，チェックリスト尺度の3つに分けられる．

2) 認知症のスクリーニング方法

認知症のスクリーニング方法には大きく3つある．一つは，医師や心理士などが簡便な認知検査を実施して認知機能のパフォーマンスを評価する方法である．国際的には，Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975; 森,1985)がある．また，日本で開発され臨床的に広く使われているのは改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)(加藤, 1991)である(表 5)．MMSE は一般に 23 点以下を認知症の疑いとするカットオフ値が使われている．内容は見当識，言語性記憶，全般性注意・計算，言語，図形模写の検査で構成されている．どちらの検査にも言えることだが，元々の機能が高い被検者や認知症の初期段階の被検者の場合は，感度が極端に低下する特徴がある(本間, 2010)．

表 5 MMSE と HDS-R の特徴

検査名	検査項目	検査概要	得点, カットオフ等
Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975)	<ul style="list-style-type: none"> ・時間見当識 ・空間見当識 ・即時再生 ・遅延再生 ・計算 ・呼称 ・復唱 ・口頭命令動作 ・読字 ・書字 ・図形模写 	<p>特徴：国際的に最も使用されている簡易認知機能検査であり，11の下位検査によって，認知機能を多面的に評価できるように作成されている．動作課題を含むので，麻痺などの運動障害が成績に影響を与えることがあることに注意．教育歴が高い患者には天井効果が現れ，認知症の初期の機能低下が検出しにくい．</p> <p>実施法：面接法 実施時間：15分程度</p>	<p>30点満点 23点未満が認知症 (目安：23-15：軽度，15-5：中等度，5-：重度)</p>
改訂長谷川式 簡易知能評価 スケール (HDS-R) (加藤，1991)	<ul style="list-style-type: none"> ・時間見当識 ・空間見当識 ・即時再生 ・遅延再生 ・計算 ・呼称 ・復唱 ・読字 	<p>特徴：日本で最も使用されている，簡易認知機能検査．9つの下位検査から構成されているが，口頭命令動作や書字，図形模写などの動作性検査を含んでおらず，運動障害の影響を排除するように作成されている．教育歴が高い患者には天井効果が現れ，認知症の初期の機能低下が検出しにくい．</p> <p>実施法：面接法 実施時間：15分程度</p>	<p>30点満点 20点未満が認知症 (24.3±3.9：健常，19.1±5.0：軽度，15.4±3.7：中等度，10.7±5.4：やや高度，4.4±2.6：非常に高度)</p>

二つ目は，本人の様子と家族や介護者など，認知症の本人をよく知る人からの日常生活の情報を得て評価者が評価する方法である．例えば，国際的に使用されている CDR (Morris, 1993)は，記憶・見当識・判断力と問題解決等 6 領域を評価し，CDR0～3 まで 5 段階で医師が評価するものである．軽度認知症の場合は CDR1 に，中程度認知症は CDR2 に該当する．MCI や軽度認知症の場合，介護者からの情報が十分に得られなかったり，評価者の訓練が十分でない場合は評価者間の一致度が低くなる場合がある（日本神経学会, 2017）．

三つ目はチェックリスト形式の尺度による評価である．様々な症状や行動について問ういくつかの質問に対し，出現頻度や能力の程度を本人または本人をよく知る情報提供者が回答し，その得点によって認知症の有無を評価するものである．この方法は，先の二つよりも実施に専門性やコストがかからないことが利点である．例えば，わが国で広く知られているものとしては，介護予防・日常生活支援総合事業で使用されている「基本チェックリスト」（厚生労働省, 2009）がある．これは，運動・栄養・口腔機能・閉じこ

もり・認知症・うつの6領域について、機能低下の有無を判断するために用いられる。25項目からなる質問文からなり、本人がその症状や生活状況の有無について回答するものである（表6）。認知症を評価する項目は、「18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか。」、「19. 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」、「20. 今日が何月何日かわからない時がありますか」の3項目である。

表 6 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付けください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
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	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	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	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	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	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(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った	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

3) これまでに開発された尺度の特徴と内容

先に述べた通り、認知症は、何らかの脳の病変によって認知機能が低下し、それによって社会生活や日常生活に支障をきたした状態である。これまで開発された尺度は、大きく認知機能の低下や生活機能の低下、そしてその他についての三つに分けることができる(表 7)。

まず、認知機能の低下についてたずねる尺度であるが、記憶の機能低下に焦点を当てる尺度がいくつか開発されている(数井ら, 2003; Tobiansky, 1995)。例えば、SMQ(short-memory questionnaire) (Koss, 1993)は最近のなくし物やエピソードの想起など近時記憶と遠隔記憶に関する項目を評価する。また、全般的な認知機能の評価する尺度もあり、例えば、SPMSQ (short portable mental status questionnaire) (Roccaforte, 1994)は、時間と場所の見当識、遠隔記憶、近時記憶、計算について問うている。

次に、生活機能の低下の評価尺度には、Pfeffer らの FAQ (Functional Activities Questionnaire) (Pfeffer, 1982)や Lawton らが作成した IADL (Lawton, 1969)を用いたものがある。その項目は、FAQ の場合は公共料金の支払い、書類作成、買い物、趣味活動、家事、食事の準備、記憶、会話、段取りを含む作業に関する能力を測る。IADL は電話、買い物、食事の支度、家事、洗濯、移動、外出、服薬管理、金銭管理の 8 領域を評価する。

そして、その他については、まず、日常生活全般に関わる認知機能と生活機能を問う尺度がある。例えば、CIDS (Concord Informant Dementia Scale) (Waite, 1998)は、過去 5 年間の日常生活における認知機能の変化を評価する 31 項目からなるチェックリストであるが、評価される領域は、CDR と同じ、記憶、見当識、判断力と問題解決、地域社会活動、家庭生活および趣味・関心、介護状況であり、認知機能や生活機能を幅広く評価することができる。また、26 項目からなる IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline) (Jorm, 1989)も、近時記憶、遠隔記憶、時間・場所の見当識、金銭管理 (financial awareness)、学習、実行機能などの認知機能や生活機能を幅広く評価することができ、MCI と認知症を弁別するツールについても有用であることが示されている。他には、認知機能低下や生活機能低下だけでなく、BADL や既往歴、受診の有無まで含めた包括的な質問項目から構成されている DQ (the Dementia

Questionnaire) (Kawas, 1994)のような尺度もある。

4) これまでに開発された尺度の弁別力

認知症のスクリーニングを行うのであれば、尺度の弁別力についても検討する必要がある。先行研究から、弁別力は認知機能を測る尺度の場合、他者評価による尺度は比較的弁別力が高い (Cherbuin N, 2008)。例えば、SMQ の場合は、感度は 94%、特異度は 100%であったと報告されている (Koss, 1993)。IQCODE (Jorm, 1989)を用いた様々な研究のレビューで弁別力が確認されており、感度は 69%~100%、特異度は 65%~96%であった (Jorm, 2004)。Ritchie & Fuhrer(1996)らが開発し地域在住高齢者のサンプルで標準化した、日常生活の認知機能を測る DECO(Deterioration cognitive observee)は、感度は 90%、特異度は 79%であったという。一方、自己評価による認知機能の尺度は感度が低い傾向にある (Cherbuin, 2008)。Tobiansky ら (1995)は主観的な記憶低下 (subjective memory impairment: SMI) について問う 9 項目からなる尺度を用いて地域在住高齢者を調査した。その結果、SMI を訴える者はそうでない者に比べて将来の認知症発症リスクが 4 倍であったことを報告している。しかし、その尺度は感度が 50%、特異度が 84%であり、地域住民への認知症スクリーニングに広く用いるには有効ではないと述べている。

しかし、IADL の項目は自己評価であっても弁別力が高い可能性がある。Castilla-Rilo (2007)は、IADL の評価を認知症のスクリーニングに用いた先行研究をレビューし、IADLを使った方法が有効であると報告している。例えば、Barberger-Gateau ら (1992)の研究では、4 項目の IADL (電話の使用、移動、服薬管理、家計管理) を用いて認知症をスクリーニングした場合には、感度が 94%、特異度が 71%であった。また、これら 4 項目全てができない人は全てできる人に比べて、認知症の発症リスクが 318.4 倍だったとしている (Barberger-Gateau, 1993)。Gold (2012)も先行研究のレビューから、特に金銭管理に関する IADL の変化が将来の認知機能低下や認知症の予測因子になると述べている。

表 7 これまでに開発された認知症スクリーニング尺度

区分	著者	出版年	尺度名	項目内容	項目数	感度／特異度	評価者
認知	William et al.	1984	EMSQ : Extended Mental Status Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔記憶（家族の名前，印象的なエピソード） 場所の見当識 計算 	10	なし	自己
	Koss et.al	1993	SMQ: short- memory questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> 近時記憶（昨日の服装） 遠隔記憶（家の電話番号） 言語（言葉すぐが出てくるか） IADL(金銭管理) 	14	94%/100%	他者
	Roccafirte et al.	1994	SPMSQ : short portable mental status questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> 時間と場所の見当識(日付と今いる場所) 遠隔記憶（電話番号，自分の旧姓） 近時記憶（今の大統領の名前） 計算 	10	74%/79%	自己
	Tobiansky et.al.	1995	Short-CARE intems for SMI	主観的記憶障害（覚えることが難しくなった，読んだり聞いたりするのが難しい，家族の名前を忘れる，正しい言葉が浮かばない等）	9	50%/84%	自己
生活	Pfeffer et al.	1982	FAQ: Functional Acrivities Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> IADL（支払い，書類作成，買い物，趣味活動，家事，食事の準備） 近時記憶 実行機能（段取り） 言語（会話や議論） 	10	FAQ : 85%/81%	他者
	Barberger-Gateu et al.	1992	Lawton IADL (4 項目)	<ul style="list-style-type: none"> IADL（電話の使用，移動，服薬管理，金銭管理） 		4 項目中 0 点 : 94%/71%, 4 項目中 3 点 : 62%/80%	自己

表 7 これまでに開発された認知症スクリーニング尺度（続き）

区分	著者	出版年	尺度名	項目内容	項目数	感度／特異度	評価者
認知 & 生活	Jorm & Jacomb	1989	IQCODE: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly	(10 年前と比べてできるかどうか評価する) • 近似記憶(最近起こったことを思いだせる) • 遠隔記憶 (家族の誕生日が言える) • IADL (道具の使用, 知的な活動, 文章を書く, 金銭管理, 外出, など)	26	69%~100%／65~96% (Jorm, 2004)	他者
	Kawas et al.	1994	DQ: Dementia questionnaire	• 記憶障害 • IADL・ADL • 会話 • 既往歴 等	49	100%／90%	他者
	Ritchie & Fuhrer	1996	DECO: Deterioration cognitive observee	(3 年前と比べてできるかどうか評価する) • 近似記憶 • 遠隔記憶 • IADL (道具の使用, 更衣, 金銭管理, 文章を書く, 会話等)	19	90%／79%	他者
	Juma et al.	1997	DS: Blessed dementia scale の part1	• IADL (家事) • 計算 • 近時記憶 • 場所の見当識 • 人物の見当識	7	DS : ROC 0.95(0.90-0.98)	他者
	Waite et.al.	1998	SCIDS: Short Concord Informant Dementia Scale	(ここ 5 年の変化について評価する) • 記憶 • 見当識 • 問題解決 • 社会活動 • 家庭内の IADL や趣味活動 • ADL	31	83%／87%	他者

5) 国内で使われている尺度

わが国でも、国外の認知症スクリーニング尺度の標準化がなされている（数井ら，2003；牧ら，1998）。しかしながら、日本の生活状況に即して作成された項目を地域在住高齢者のデータを用いて検証した尺度がない。また、認知症の診断を用いた弁別的妥当性の検討を行っていないうえ、実用に耐える弁別力の自己評価式尺度が非常に少ない（表 8）。数井ら（2003）は日本語版日常記憶チェックリスト(EMC)の有用性を患者と家族の協力を得て検討している。この日本語版 EMC は、他者評価の場合は感度・特異度ともに十分な値であったが、自己評価の場合と他者評価の場合の比較において、自己評価の場合は妥当性が確認できなかったと報告している。また、わが国の介護予防・日常生活支援総合事業で使用されている「基本チェックリスト」にも認知症関連 3 項目があるが、項目開発の際に科学的な検討がなされてはいない。目黒ら（2012）はそれらの項目について、スクリーニング・ツールとしての妥当性を検証したが、認知症（CDR1 以上）のスクリーニング・ツールとしては感度と陽性的中率が低いと報告している。

表 8 国内で標準化された認知症スクリーニング尺度

区分	著者	出版年	尺度名	項目内容	項目数	感度／特異度	評価者
認知	牧ら	1998	SMQ: short-memory questionnaire 日本語版	<ul style="list-style-type: none"> 近時記憶（昨日の服装） 遠隔記憶（家の電話番号） 言語（言葉すぐが出てくるか） IADL(金銭管理) 	14	100%／94%	他者
	数井ら	2003	EMC：日本版日常記憶チェックリスト	記憶障害に関する項目（言われたことを思い出せない，物をなくす，人の名前を忘れる，繰り返し同じ話をする，良く知っている場所で迷う，等）	13	59 歳以下；40.9%／92.9% 60 歳以上；50.2%／85.5%	他者
	目黒ら	2012	基本チェックリスト	<ul style="list-style-type: none"> 近時記憶 実行機能 日付の見当識 	3	32%～72%／94%～96%	自己

5. 本研究の目的

認知症の本人やその家族・支援者の QOL の向上を目指すためには、認知症の初期の段階から認知症支援体制の構築は喫緊の課題である。我が国では、2015 年以降、省庁横断的に認知症対策に乗り出しており、その大きな柱の一つは認知症の早期発見と早期診断である。

しかし、支援体制の構築とともに一般市民の認知症への理解がなくては、サービスの円滑な利用にはつながらない。2005 年から認知症サポーター養成といった市民による支援者を増やす啓発活動が進められているが、そのような取り組みに加えて、高齢者が早いうちに自分自身で認知機能や生活機能の低下に気づき、自発的に予防的支援や生活支援の利用を動機づけるようなツールを用意しておくことが、早期支援の体制づくりに寄与することになると考える。

地域の高齢者が利用する場合、認知症の有無を評価するツールとしては、健康診断やアンケート調査などで質問項目として併用できる簡便さを備え、かつ、対象者からの抵抗が少ない自覚症状や日常生活の実態からリスクを把握できる自記式の尺度がふさわしいと考えられる（寺岡ら, 2005）。しかしながら、我が国で使用されている尺度には、地域在住高齢者のデータを用いて科学的な手続きを経て開発され、信頼性と妥当性について検討し、かつ、ある程度の弁別力を有するものがないという問題がある。

そこで本研究では、認知症の診断基準に沿った、認知症初期の認知機能と生活機能について評価できる項目を収集し、地域高齢者が簡便に回答できるチェックリスト形式の尺度を開発する。また、その信頼性と妥当性を検討することを目的とする。

第 1 章 調査方法の概要

1. 調査全体の方法と対象者

1) 調査の背景

本研究では、東京都福祉保健局からの委託で東京都健康長寿医療センター研究所が東京都 M 市で実施した「認知機能や生活機能低下がみられる地域在住高齢者の実態調査」で得たデータを用いている（東京都福祉保健局, 2014）。以下に調査全体の方法について示す。

2) 標本の抽出

東京都 M 市の特定地域における住民基本台帳から基準日現在 65 歳以上の高齢者を悉皆または無作為抽出し、これを調査客体とした。なお、介護保険施設入所者は除いている。

3) 調査基準日

平成 25 年 3 月 31 日

4) 調査方法

本調査では、3 段階の調査を実施した。（図 6）

（1）一次調査

M 市の特定地区に在住する 65 歳以上高齢者 7682 名を対象に、郵送留置き回収法による自記式アンケート調査を実施した。なお、研究委託のあった時期と予算規模から、対象地区を先行地区（以下 A 地区）2483 名、後行地区（以下 B 地区）5199 名の 2 つに分け、時期をずらして調査を実施した。

（2）二次調査

一次調査の対象地区在住する 65 歳以上高齢者 7682 名より無作為抽出した 3000 名を対象に、看護師を含む 2 名の調査員による訪問調査を実施した。

（3）三次調査

二次調査で実施した認知機能検査（MMSE-J）の結果を踏まえ、MMSE-J23 点以下のすべての人と、MMSE-J24 点以上の人から無作為に抽出した同数の人を対象に、精神科医と心理士が訪問調査した。

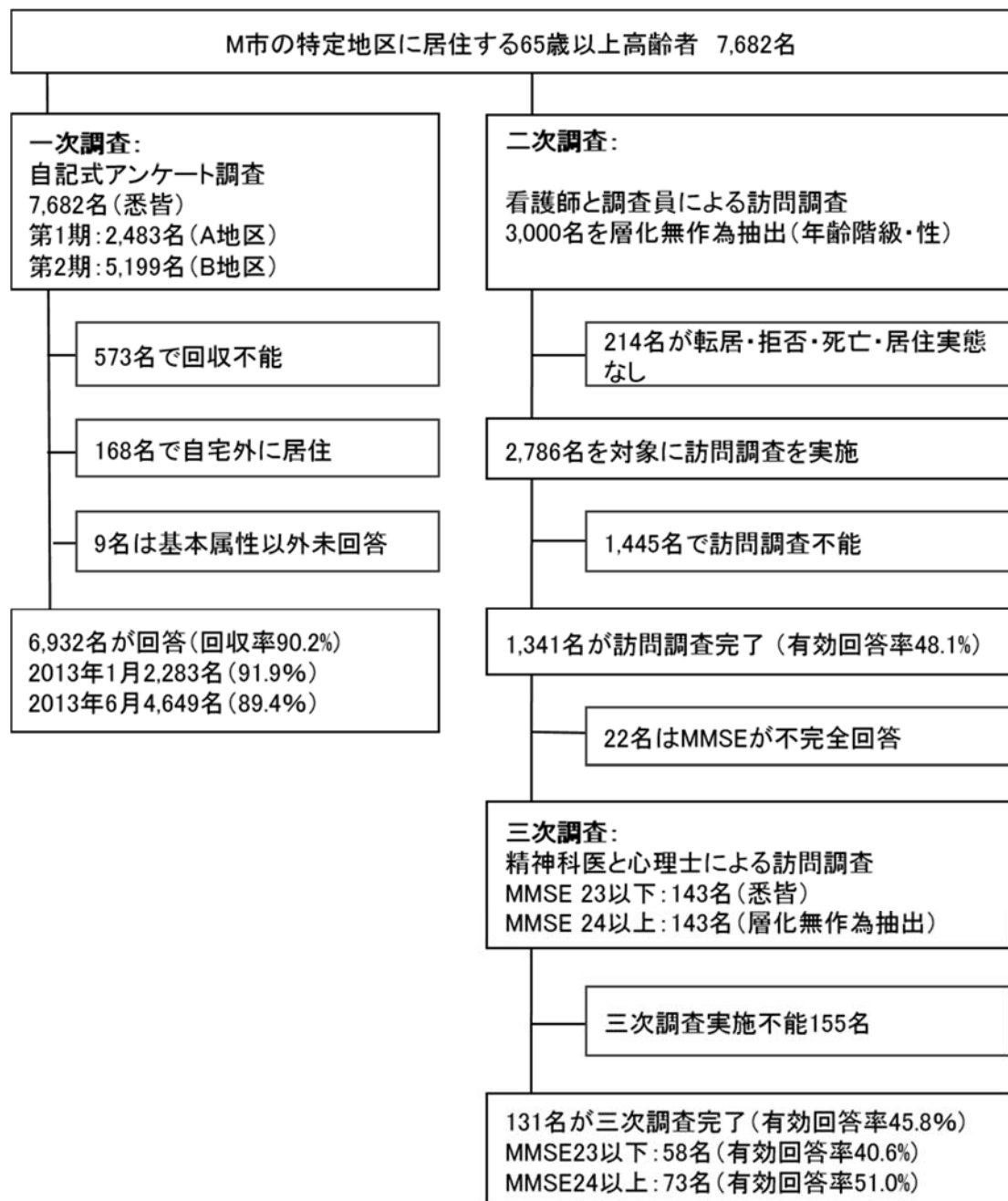


図 6 調査フロー図

2. 一次調査

1) 対象者

(1) A 地区

調査対象者 2483 名中, 男性は 1171 名(47.2%), 女性は 1312 名(52.8%)であった。年

年齢の平均は 74.3 ± 7.3 歳（男性； 73.7 ± 6.7 歳，女性； 74.9 ± 7.8 歳）であった。

（２）Ｂ地区

調査対象者 5199 名中，男性は 2372 名(45.6%)，女性は 2827 名(54.4%)であった。年齢の平均は 74.3 ± 7.4 歳（男性； 73.8 ± 6.4 歳，女性； 74.2 ± 6.9 歳）であった。

２）調査方法

郵送留置回収法による自記式アンケート調査を実施した。この方法は，調査票を対象者の自宅に郵送し，対象者に回答・記入を依頼し（寝たきり等で記入が困難な場合は，家族による代筆も可とした），記入済みの調査票を後日調査員が訪問して回収するというものである。調査員は調査票回収時に対象者の了解を得たうえで，調査票に記入漏れがないかを確認し，ある場合はその場で対象者に回答を記入してもらった。留守の場合は，調査員は日を改め，最低 3 回は訪問するようにした。また，自治体の協力を得て，地域の回覧板や掲示板に調査への協力を求めるチラシなどを掲示した。

３）調査期間

調査期間は以下の通りであった。

（１）Ａ地区：

平成 25 年 1 月 4 日から 2 月 28 日

（２）Ｂ地区：

平成 25 年 6 月 17 日から 7 月 26 日

４）調査事項

調査項目は以下の通りであった。なお，氏名，性別，年齢，住所と要介護度，認知症高齢者の日常生活自立度，介護サービス利用状況については M 市から住民基本台帳データと介護保険データの提供を受けた。

①基本属性

- ・ 性
- ・ 年齢（満年齢）
- ・ 住居の種類（持ち家（戸建て／集合住宅），民間賃貸住宅，公営賃貸住宅，都市再生機構などの賃貸住宅，民間賃貸住宅，高齢者向け住宅）
- ・ 教育年数（年）
- ・ 居住地域
- ・ 要介護認定の有無と要介護度（要支援 1～2，要介護 1～5）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度（I～M）
- ・ 利用している介護保険サービスの種類

②家族状況

- ・ 世帯類型（単独／その他家族と同居）
- ・ 同居家族（65 歳以下の配偶者，65 歳以上の配偶者，子ども，子どもの配偶者，兄弟姉妹，父母，その他の有無）
- ・ 近隣親族の有無（市内，近隣地区，遠方）
- ・ 婚姻状況（配偶者あり，死別や離婚による独身，未婚，その他）

③健康状況

- ・ 身長（cm）
- ・ 体重（kg）
- ・ 主観的健康感（よい～よくない）
- ・ かかりつけ医の有無（近くにいる，近くではないがいる，いないが必要と思っている，必要ではない）
- ・ 治療したことがある病気（高血圧，脳卒中，心臓病，糖尿病，高脂血症，呼吸器，胃腸・肝臓・胆嚢の病気，腎臓，前立腺の病気，筋骨格の病気，外傷，がん，血液・免疫の病気，うつ病，認知症，パーキンソン病，目の病気，耳の病気，治療したことがない）
- ・ 身体の痛み（過去一か月 全然なかった～非常に激しい痛み）
- ・ 現在の体力（Motor Fitness Scale :MFS）
- ・ もの忘れや普段の生活の様子（自記式認知症チェックリスト項目案，老研式活動能力指標）
- ・ こころの健康（WHO-5）
- ・ 日中の眠気（エプワース眠気尺度）

④経済状況

- ・ 年収（収入なし～1000 万円以上）
- ・ 主な収入（賃金・給与，事業所得，内職収入，不動産収入，利子・配当，子どもなどからの援助，年金・恩給，生活保護，預貯金，その他）
- ・ 家計の状況（ゆとりがある～苦しい）

⑤社会状況

- 仕事の有無（週に 35 時間以上勤務，週 35 時間未満勤務・不定期，無職・退職）
- ソーシャルサポート（困ったときの相談相手，具合が悪い時の相談相手，日常生活の手助け，具合が悪い時に病院に連れて行ってくれる人，寝込んだ時に世話をしてくれる人）
- ソーシャルネットワーク（月に 1 回以上会ったり連絡を取る親類の人数，月に 1 回以上会ったり連絡を取る友人の人数，気兼ねなく話せる親類の人数，気兼ねなく話せる友人の人数，手助けを頼める親類の人数，手助けを頼める友人の人数）
- 人と話す頻度（ほぼ毎日～週に 1 回以下）
- 近所づきあいの程度（お互いに訪問し合う人がいる～付き合いがない）
- 外出回数の変化（減った，変わらない，増えた）
- 外出の頻度（毎日 2 回以上～ほとんど外出しない）

5) 分析対象者と有効回答率

(1) A 地区

調査票の回収数は 2326 名であり，回収率は 93.7%であった．そのうち，自宅以外の病院・施設等に入所している者 41 名と基本属性以外の項目の回答がなかったもの 2 名を分析対象から外し，最終的に 2283 名を分析対象者とした．

分析対象者 2283 名中，男性は 1079 名(47.3%)，女性は 1204 名(52.7%)であった．平均年齢は 74.1 ± 7.1 歳（男性； 73.5 ± 6.6 歳，女性； 74.6 ± 7.6 歳）であった．

(2) B 地区

調査票の回収数は 4783 名であり，回収率は 92.0%であった．そのうち，自宅以外の病院・施設等に入所している者 127 名と基本属性以外の項目の回答がなかったもの 7 名を分析対象から外し，最終的に 4649 名を分析対象者とした．

分析対象者 4649 名中，男性は 2118 名(45.6%)，女性は 2531 名(54.4%)であった．平均年齢は 73.8 ± 6.5 歳（男性； 73.7 ± 6.3 歳，女性； 73.9 ± 6.6 歳）であった．

3. 二次調査

1) 対象者

一次調査の対象地域に居住する基準日現在 65 歳以上の高齢者 7,682 名（男性 3,543 人，女性 4,139 人）より，層化無作為抽出した 3,000 名（男性 1,386 名，女性 1,614 名）を二次調査の対象とした．先に実施した一次調査で，死亡，転居，調査拒否等が確認できた 142 名を二次調査の対象から除外し，2858 名を調査対象とした．2858 名に依頼状を発送したところ，居住実態が無い者は 72 名であった．よって，2786 名を最終的な調査対象者とした．

調査対象者 2786 名中，男性は 1283 名(46.1%)，女性は 1503 名(53.9%)であった．年齢の平均は 74.1 ± 6.8 歳（男性； 73.9 ± 6.4 歳，女性； 74.3 ± 7.1 歳）であった．

2) 調査方法

調査対象者には東京都よりあらかじめ文書で調査協力依頼を郵送した．その後調査員が調査対象者宅に訪問し，調査の趣旨等を説明し，調査協力に同意を得られた場合には，訪問調査日を調整し，その日に看護師を含む 2 人の調査員が訪問した．

訪問調査を実施するにあたっては，改めて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．なお，介入を要する場合には自治体の保健事業と連携して，必要な支援を行った．

調査員には，事前に調査員としての心構えや調査の実施方法（心理テスト法含む）に関する研修を 2 日間実施した．MMSE の実施について，看護師は 11 時間の事前研修を受講した上で，現地での実地訓練を受けた

3) 調査期間

調査期間は以下の通りであった．

平成 25 年 11 月 8 日から 12 月 26 日

4) 調査事項

調査項目は以下のとおりである．

①基本情報

- 生年月日
- 年齢（満年齢）

②健康

- 身長（cm；自己申告の数値を記録）

- 体重 (kg ; 自己申告の数値を記録)
- 最大／最小血圧 (mHg ; 上腕式自動血圧計を使用)
- 脈拍数 (回／分 ; 上腕式自動血圧計を使用)
- 既往歴 (高血圧, 脳卒中, 心臓病, 糖尿病, 高脂血症, 呼吸器の病気, 胃腸・肝臓・胆嚢の病気, 腎臓・前立腺の病気, 筋骨格系の病気, 外傷, がん, 血液・免疫の病気, うつ病, 認知症, パーキンソン病, 目の病気, 耳の病気, その他について, 現在治療中／過去に治療したことがある／治療したことはない, を確認)
- 服薬状況 (服薬の有無, 服薬の自己管理の可否)
- 服薬している薬剤の内容 (お薬手帳または薬剤情報提供書から転記)

③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(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System ; DASC-21)

DASC-21 とは, 専門職が高齢者の認知症の臨床像と重症度を把握するために開発された 21 項目からなる評価項目で, 高齢者本人と家族等の情報提供者からの情報と生活状況の観察をもとに専門職が評価するものである(栗田, 2015).

④全般的認知機能 (Mini-Mental State Examination, MMSE-J) (杉下ら,2010)

⑤看護師による身体や生活状況の観察

- コミュニケーション能力 (視力や聴力の障害)
- 衛生状態 (身体, 衣服, 家屋の清潔さ)
- 栄養状態 (極端なやせや肥満, 食行動についてなどの問題)
- 排泄状態 (便失禁や尿失禁の問題の有無)
- 睡眠状態 (寝つきや夜間の異常行動)

⑥その他特記すべきこと (自由記述)

5) 集計対象者と有効回答率

2,786 名のうち実際に訪問調査が実施できたのは 1,341 名であり, 調査実施率は 48.1%であった. 訪問調査が実施できなかった 1,445 名の理由としては, 拒否 1173 名, 体調不良 54 名, 不在 115 名, 入院入所 76 名, その他の理由 27 名であった.

調査を実施できた 1341 名すべてを分析対象者とした. 男性は 659 名(49.1%), 女性は 682 名(50.9%)であった. 平均年齢は 74.5 ± 6.4 歳 (男性 ; 74.2 ± 6.2 歳, 女性 ; 74.6 ± 6.7 歳) であった.

4. 三次調査

1) 対象者と標本の抽出

二次調査が完了した 1,341 名のうち、MMSE-J で 23 点以下の 143 名（悉皆）と、MMSE-J で 24 点以上の人から層化無作為抽出（MMSE-J23 点以下の人の年齢階級、性、教育年数で比例割当）した 143 名、計 286 名（男性 136 名（47.6%）、女性 150 名（52.4%））を三次調査対象とした。平均年齢は、78.5±7.1 歳（男性；77.9±5.9 歳、女性；79.1±8.0 歳）であった。

2) 調査方法

調査対象者にはあらかじめ文書による調査協力依頼を郵送するとともに、電話で改めて調査協力を依頼し、同意が得られた場合には訪問日を調整し、精神科医と心理士の 2 名の調査員が訪問した。訪問調査を実施するにあたっては、改めて文書と口頭で研究の趣旨を説明し、文書による同意を得た。

調査を実施するにあたって、精神科医は CDR および認知症の臨床評価に関する事前研修を受講し、心理士は認知機能検査についての事前訓練を受けた。

本調査において認知症が疑われ、受診勧奨が必要と判断された場合には、近隣の協力病院と事前調整を行い、受診勧奨を行った。

3) 調査期間

調査期間は以下の通りであった。

平成 25 年 12 月 24 日から平成 26 年 4 月 30 日

4) 調査事項

調査項目は以下のとおりである。

- ①生育歴等の問診
- ②既往歴、認知症の診断歴の有無
- ③全般的認知機能（Mini-Mental State Examination ; MMSE-J）
- ④前頭葉機能（Frontal Assessment Battery ; FAB）

FAB とは、前頭葉行動、実行機能検査で、概念化（異なる物品間の類似点）、音韻性語想起（精神柔軟性）、手の形の模倣（動作計画性）、拮抗性指示に対する反応（干渉に対する反応）、抑制的コントロールを見る Go-On 課題、把握動作（把握反射）の有無の 6 課題より構成された認知機能検査である（福井,2010）。

- ⑤認知症の重症度（Clinical Dementia Rating Scale, CDR）

5) 集計対象者と有効回答率

調査対象者 286 名のうち、訪問調査を実施できたのは 131 名であり、実施率 45.8% であった。調査実施が不能であった 155 名の内訳は、拒否 98 名、体調不良 15 名、不在 31 名、入院・入所 5 名、訪問後拒否 5 名、その他の理由 1 名であった。

三次調査を実施することができた 131 名全てを集計対象者とした。男性は 65 名 (49.6%)、女性は 66 名 (50.4%) で、平均年齢は 76.5 ± 7.9 歳男性 ; 78.3 ± 5.5 , 女性 ; 80.6 ± 8.0 歳) であった。

5. 倫理的配慮

本研究は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 (一次調査 : 25 健事第 1077 号, 二次調査 : 25 健事第 330 号, 三次調査 : 25 健事第 1077 号)。すべての対象に、調査の目的、方法、個人情報保護、研究参加と同意撤回の自由について書面で説明し、一次調査では調査票の返送をもって同意とみなし、二次調査、三次調査では書面による同意を得た。

第 2 章 自記式認知症チェックリスト項目案の作成

1. 目的

認知症の臨床的定義やこれまでの認知症のスクリーニング尺度の内容を概観すると、地域在住高齢者において初期の認知症を検出するためには、認知機能低下とともに、手段的日常生活動作（IADL）を中心とした生活機能低下を評価することができるチェックリスト形式の尺度を用いることが望ましいと考えられる。

本研究の目的は、認知症の初期に認められる認知機能低下と生活機能低下を自分自身で評価することができる簡便な尺度である、自記式認知症チェックリストの項目案を作成することにある。

2. 方法

1) アイテムプールと尺度項目案の作成

認知症の臨床に精通した精神科医と臨床心理士で構成されるコンセンサス・パネル（以下専門職パネル）を結成し、認知症の臨床症状や日常生活動作に関する既存の評価尺度（SMQ (Koss, 1993), SPMSQ (Roccaforte, 1994), FAQ(Pfeffer, 1982), IADL (Lawton, 1969; Barberger-Gateau, 1992), IQCODE (Jorm, et al., 1989), SMI (Tobiansky, 1995), SMQ (牧ら, 1998), EMC (数井ら, 2003), 介護保険要介護認定調査項目 (厚生労働省, 2009), 基本チェックリスト (厚生労働省, 2009)を参考にするとともに、専門職の日常臨床の経験を踏まえて、認知症の人に見られる認知機能低下と生活機能低下に関する 147 の候補項目を作成した。次に、内容の普遍性、一般性、重複性、わかりやすさを考慮して 37 の候補項目を選定した(表 9)。

各候補項目について、項目ごとに質問文を作成し、文の内容によって「1. 問題なくできる」、「2. だいたいできる」、「3. あまりできない」、「4. できない」、または「1. まったくない」、「2. ときどきある」、「3. 頻繁にある」、「4いつもそうだ」の 4 件法の選択肢をもうけた質問票を作成した。

表 9 37 項目の尺度項目案

問 あなたのもの忘れに関する事がらについてもっとも近い数字をお答えください。

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.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
2. 5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
3.周りの人から「いつも同じ事を聞く」などと言われることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
4.最近のニュースや出来事を思い出して人に伝えることはできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
5電話で何かの会合や行事の連絡を他の人に伝えることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
6.自分の家の電話番号を思い出せないことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
7.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.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
8.今日が何月何日かわからないときがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
9.自分の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.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
10.道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
11.よく知った人の顔を見ても分らない、または間違えることがあります	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
12.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.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
13.会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
14.一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
15.注意力や集中力が落ちていて感じることはありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
16.意欲がわかず、新しいことに興味を持てないことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ
17.年金や税金の申告書をひとりで作成できますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
18.料理や仕事をしながら会話ができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
19.初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
20.電気やガスや水道が止まったときに、自分で適切に対処できますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
21.一日の予定を立てることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
22.一週間の予定を立てることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
23.その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
24.季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
25.貯金のお出し入れや、家賃や公共料金の支払は一人でできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
26. A T Mをひとりで使うことができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
27.一人で買い物に行けますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
28.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.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
29.お湯を沸かして、お茶をいれることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
30.自分で食事の準備はできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
31.洗濯物・食器などを元あった場所に片づけることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
32.自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
33. 電話番号を調べて、電話をかけることができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
34. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことができますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
35. 着替えは一人でできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
36. 入浴は一人でできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない
37. トイレは一人でできますか	1.問題なくできる	2.大体できる	3.あまりできない	4.できない

2) アンケート調査

一次調査 A 地区の 2,483 名を対象に、郵送留置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 25 年 1 月 4 日から同年 2 月 18 日である。

なお、調査項目は、基本属性、健康関連指標、社会的指標に関する質問票とともに、上記で作成した 37 項目の尺度項目案を含めた。

3) 尺度項目案の選定

上記で作成した 37 項目の回答について探索的因子分析とともに項目反応理論 (Item Response Theory : IRT) 分析を行った。抽出された因子の意味を精査した上で、因子負荷量と IRT 分析による傾きと下方漸近の値を求め、認知症初期に認められる認知機能低下、認知症初期に認められる生活機能低下に関連する項目をそれぞれ選定し、尺度項目案を作成した。

IRT は、古典的テスト理論に並ぶテスト理論の一つである。各テスト項目の難易度や対象者の能力に関するパラメータをモデルとして設定し、実際の反応からこれらのパラメータを推測するものである。推定されたパラメータは、古典的テスト理論と違ってサンプルの特性に依存しないことも特徴であり、項目のセットではなく個別の項目に対する個人の反応確率を用いているため、各項目の特徴を精査することができる。よって、IRT に基づくテスト構成においては、推定された各テスト項目の難易度や識別度、当て推量といったパラメータを用いてテスト項目を組み合わせることが可能となる。

今回は 3 母数ロジスティックモデルを用いた。このモデルでは、傾き・位置・下方漸近のパラメータが示される。位置とは項目の難易度で、およそ -2.0 から 2.0 の値をとる。-2.0 に近いほど項目は易しく、2.0 に近いほど項目はむづかしいと解釈する。傾きとは項目の識別度で、通常は 0.3 から 2.0 の間で推定される。識別度が低い場合は、被検者の能力が上がるにつれて徐々に正答率が上がる特徴をもつ項目である。逆に高いと、被検者の能力があるレベルに達すると急に正答率が上がる項目で、ターゲットとする特質を高く検出する切れ味のよい項目であるといえる。最後の下方漸近とは、「当て推量」のパラメータである。これは、実力では正答できない被検者が偶然に正答してしまう確率を示す。2 肢選択項目である場合は 0.5 が目安となる。本分析では、尺度項目案を選定するにあたり、37 項目をひとつの尺度とみなし、各項目のパラメータを算出した。

3. 結果

1) 回収率, 分析対象者の属性

A 地区一次調査対象者 2,483 名のうち, 2,283 名を有効回答者 (有効回答率 92.0%) とし, 分析の対象とした. 分析対象者の属性は表 10 のとおりである.

2,283 名の対象者における 37 項目の尺度項目案の各項目の回答者数 (回答率) の範囲は 2,208 名 (96.7%) から 2,279 名 (99.8%) であり, 総じて高い回答率が得られた.

表 10 研究 1 分析対象者の属性

	人数 (人) (%)	年齢 (歳) (Mean±SD)	教育年数 (年) (Mean±SD)	世帯類型 (人) (%)		
				単独	夫婦のみ	その他の 家族と同居
65~69歳	739 (32.4%)	66.8±1.5	14.0±2.7	64 (8.7%)	315 (42.8%)	357 (48.5%)
70~74歳	596 (26.1%)	71.9±1.4	13.4±2.7	70 (11.7%)	276 (46.3%)	250 (41.9%)
75~79歳	420 (18.4%)	76.8±1.4	13.1±2.8	49 (11.7%)	203 (48.3%)	168 (40.0%)
80~84歳	311 (13.6%)	81.8±1.4	12.3±3.2	47 (15.3%)	120 (39.1%)	140 (45.6%)
85~89歳	146 (6.4%)	86.7±1.4	11.7±2.8	24 (16.4%)	41 (28.1%)	81 (55.5%)
90~94歳	61 (2.7%)	91.3±1.4	10.8±3.2	11 (18.3%)	5 (8.3%)	44 (73.3%)
95歳以上	10 (0.4%)	97.7±3.2	10.1±1.5	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
男性	1079 (47.3%)	73.5±6.6	14.3±6.6	83 (7.7%)	540 (50.3%)	450 (41.9%)
女性	1204 (52.7%)	74.6±7.6	12.2±2.4	182 (15.1%)	420 (34.9%)	600 (49.9%)
全体	2283 (100%)	74.1±7.1	13.2±2.9	265 (11.6%)	960 (42.2%)	1050 (46.2%)

2) 項目の選定

各項目について, 「あまりできない」「できない」または「頻繁にある」「いつもそう」だと回答した者の割合を合計すると, 「17. 年金や税金の申告書を 1 人で作成することができますか (21.0%)」, 「19. 初めての場所で地図を見て, 目的地へ行くことができますか (14.3%)」, 「20. 電気やガスや水道が止まってしまったときに, 自分で適切に対処できますか (14.3%)」, 「26. ATM を 1 人で使うことができますか (11.8%)」の 3 項目が 10%を超える項目であった (表 10, 表 11).

37 項目について, 探索的因子分析 (最尤法, プロマックス回転, 固有値 1 以上) を行ったところ, 5 因子が抽出された (表 12). 5 因子の初期固有値の分散の累積は 66.7%, 寄与率は第 1 因子 46.3%, 第 2 因子 5.2%, 第 3 因子 4.9%, 第 4 因子 3.2%, 第 5 因子

2.9%であった（表 12）.

表 11 項目ごとの回答の分布

質問項目	%				無回答
	全くない／ 問題なくできる	ときどきある／ 大体できる	頻繁にある／ あまりできない	いつもそうだ／ できない	
17.年金や税金の申告書をひとりで作成できますか	49.9	25.8	11.2	9.8	3.3
20.電気やガスや水道が止まったときに、自分で適切に対処できますか	55.1	29.2	8.2	6.1	1.4
19.初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか	50.6	34.0	8.1	6.2	1.1
26. A T Mをひとりで使うことができますか	75.3	11.7	4.3	7.4	1.2
30.自分で食事の準備はできますか	76.8	13.0	5.7	3.9	0.7
22.一週間の予定を立てることができますか	59.8	30.7	4.9	3.5	1.0
25.貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払は一人でできますか	79.5	11.2	3.2	5.3	0.8
18.料理や仕事をしながら会話ができますか	68.0	23.1	4.0	3.2	1.8
28.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	84.4	7.0	2.0	6.1	0.6
32.自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	82.2	10.2	3.8	3.3	0.5
27.一人で買い物に行けますか	85.3	7.8	2.1	4.5	0.4
16.意欲がわかず、新しいことに興味が持てないことがありますか	50.0	43.4	3.5	2.0	1.2
4.最近のニュースや出来事を思い出して人に伝えることはできますか	49.8	44.1	4.3	1.2	0.6
15.注意力や集中力が落ちていくと感じることはありますか	28.2	65.9	4.3	1.0	0.7
21.一日の予定を立てることができますか	69.3	24.9	2.7	2.5	0.5
31.洗濯物・食器などを元あった場所に片づけることができますか	81.6	13.2	2.5	2.4	0.4
5電話で何かの会合や行事の連絡を他の人に伝えることができますか	75.6	19.3	2.8	1.9	0.5
33. 電話番号を調べて、電話をかけることができますか	86.7	8.5	1.6	3.0	0.3
23.その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか	71.4	24.0	2.2	1.9	0.5
24.季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	73.9	21.7	2.3	1.6	0.4
12.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	40.7	55.3	3.0	0.5	0.4
29.お湯を沸かして、お茶をいれることができますか	90.7	5.3	1.2	2.5	0.4
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	41.0	55.2	2.4	0.9	0.6
8.今日が何月何日かわからないときがありますか	66.2	30.0	1.9	1.4	0.4
34. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことができますか	86.0	10.2	1.1	1.9	0.8
3.周りの人から「いつも同じ事を聞く」などと言われることがありますか	71.4	24.9	1.8	1.1	0.8
2. 5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	69.4	27.1	1.8	0.9	0.7
36. 入浴は一人でできますか	93.0	3.7	1.1	2.0	0.2
14.一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか	34.3	62.5	1.9	0.7	0.7
6.自分の家の電話番号を思い出せないことがありますか	86.3	10.7	1.1	1.4	0.5
13.会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか	78.4	19.3	0.8	0.5	1.0
11.よく知った人の顔を見ても分からない、または間違えることがありますか	86.4	11.8	0.7	0.3	0.8
35. 着替えは一人でできますか	92.7	5.5	0.8	0.7	0.2
10.道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	96.9	1.4	0.2	0.6	0.9
37. トイレは一人でできますか	94.7	3.9	0.7	0.6	0.2
9.自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	96.0	2.8	0.3	0.4	0.5
7.自分の生年月日がわからなくなることがありますか	97.7	1.3	0.4	0.3	0.4

表 12 37 項目の尺度項目案の探索的因子分析結果

	探索的因子分析 (因子負荷量)				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
28. 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	1.014	-0.136	0.110	0.015	-0.169
27. 一人で買い物に行けますか	0.972	-0.162	0.183	0.032	-0.179
25. 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払は一人でできますか	0.937	-0.090	-0.061	0.076	-0.068
26. A T Mをひとりで使うことができますか	0.910	-0.056	-0.067	0.013	-0.084
17. 年金や税金の申告書をひとりで作成できますか	0.695	0.268	-0.202	-0.057	-0.117
19. 初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか	0.657	0.240	-0.176	-0.047	0.066
32. 自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	0.638	-0.130	0.307	-0.024	0.044
33. 電話番号を調べて、電話をかけることができますか	0.628	-0.007	0.246	0.047	0.014
20. 電気やガスや水道が止まったときに、自分で適切に対処できますか	0.626	0.223	-0.119	-0.092	0.103
30. 自分で食事の準備はできますか	0.448	-0.057	0.269	-0.053	0.186
22. 一週間の予定を立てることができますか	0.436	0.187	-0.135	-0.020	0.405
18. 料理や仕事をしながら会話ができますか	0.380	0.196	0.073	-0.075	0.280
5. 電話で何かの会合や行事の連絡を他の人に伝えることができますか	0.363	0.317	0.033	0.033	0.148
14. 一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか	-0.133	0.831	0.052	-0.043	-0.107
15. 注意力や集中力が落ちていると感じることはありますか	-0.080	0.776	0.062	-0.061	-0.074
12. 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	-0.069	0.775	0.095	-0.132	-0.078
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	-0.167	0.750	0.131	0.015	-0.108
2. 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	0.081	0.653	0.009	0.101	-0.058
4. 最新のニュースや出来事を思い出して人に伝えることはできますか	0.110	0.644	-0.049	-0.038	0.065
3. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などと言われることがありますか	0.102	0.564	-0.009	0.132	-0.012
13. 会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか	0.003	0.540	0.024	0.128	0.043
8. 今日が何月何日かわからないときがありますか	0.153	0.495	-0.050	0.139	0.008
16. 意欲がわかず、新しいことに興味が持てないことがありますか	0.153	0.494	0.010	-0.054	0.061
37. トイレは一人でできますか	-0.111	0.124	0.904	0.043	-0.037
35. 着替えは一人でできますか	-0.090	0.082	0.826	0.036	0.130
36. 入浴は一人でできますか	0.249	0.048	0.784	-0.037	-0.136
29. お湯を沸かして、お茶をいれることができますか	0.407	-0.022	0.535	0.008	0.012
31. 洗濯物・食器などを元あった場所に片づけることができますか	0.385	-0.062	0.406	-0.050	0.185
34. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むこと	0.204	0.177	0.371	0.097	0.103
10. 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	-0.039	-0.044	0.005	0.915	0.016
9. 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	0.008	-0.076	-0.039	0.887	0.054
7. 自分の生年月日が分からなくなることがありますか	-0.015	0.080	0.083	0.659	-0.070
6. 自分の家の電話番号を思い出せないことがありますか	0.264	0.211	0.004	0.349	-0.022
11. よく知った人の顔を見ても分からない、または間違えることがありますか	-0.031	0.233	0.062	0.318	0.123
23. その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか	-0.081	-0.076	0.027	0.006	1.031
24. 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	-0.051	-0.119	0.029	0.039	1.003
21. 一日の予定を立てることができますか	0.359	0.188	-0.026	-0.027	0.421
寄与率 (%)	46.321	5.172	4.862	3.163	2.004
因子間の相関	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
	第1因子	—	0.651	0.684	0.546
	第2因子		—	0.457	0.612
	第3因子			—	0.640
	第4因子				—
	第5因子				

因子負荷量が 0.4 以上の項目の内容を見ると、第 1 因子は、交通機関の利用、買い物、金銭管理、家事、電話の使用など、IADL に関する項目で構成されていることから、「認知症初期に認められる自覚的生活機能低下」と命名した。第 2 因子は、注意力低下、換語困難、近時記憶障害、時間見当識障害、自発性低下に関する項目で構成されていることから、「認知症初期に認められる自覚的認知機能低下」と命名した。第 3 因子は、排泄、着替え、入浴など、基本的 ADL に関連する項目で構成されていることから「認知症中期以降に認められる自覚的生活機能低下」と命名した。第 4 因子は、道順障害、場所の見当識障害、遠隔記憶障害に関連する項目で構成されていることから、「認知症中期以降に認められる自覚的認知機能低下」と命名した。第 5 因子は、1 日の予定を立てる、予定に合わせて服を選ぶなど判断力低下に関連する項目で構成されていることから「自覚的な社会的判断力低下」と命名した（表 12）。

また、37 項目の尺度項目案について IRT による分析を行った。分析の際は、4 件法の回答を 2 値に変換（「1. 問題なくできる」「2. 大体できる」または「1. まったくない」「2. ときどきある」を 1、その他の回答を 0）した。その結果、傾きの値は、2.448～1.149、位置の指標は-3.525～-0.427、下方漸近の指標は 0.000～0.329 の範囲であり、0.5 を越える項目は認められなかった（表 13）。

表 13 37 項目の尺度項目案 IRT 分析結果

	IRT分析		
	傾き	位置	下方漸近
27. 一人で買い物に行けますか	2.448	-1.390	0.116
28. 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	2.323	-1.254	0.055
33. 電話番号を調べて、電話をかけることができますか	2.312	-1.862	0.070
21. 一日の予定を立てることができますか	2.310	-1.725	0.028
29. お湯を沸かして、お茶をいれることができますか	2.291	-1.995	0.138
5. 電話で何かの会合や行事の連絡を他の人に伝えることができますか	2.289	-1.845	0.042
25. 貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払は一人でできますか	2.098	-1.228	0.054
22. 一週間の予定を立てることができますか	2.024	-1.280	0.019
36. 入浴は一人でできますか	2.019	-2.103	0.262
32. 自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	1.959	-1.372	0.155
23. その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか	1.755	-2.119	0.059
35. 着替えは一人でできますか	1.741	-2.971	0.180
31. 洗濯物・食器などを元あった場所に片づけることができますか	1.718	-1.888	0.154
26. A T Mをひとりで使うことができますか	1.703	-0.988	0.047
24. 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1.670	-2.213	0.080
8. 今日が何月何日かわからないときがありますか	1.644	-2.465	0.000
6. 自分の家の電話番号を思い出せないことがありますか	1.627	-2.708	0.013
3. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などと言われることがありますか	1.599	-2.459	0.061
18. 料理や仕事をしながら会話ができますか	1.599	-1.478	0.046
37. トイレは一人でできますか	1.594	-3.059	0.310
34. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むこと	1.593	-2.518	0.000
19. 初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか	1.517	-0.903	0.010
4. 最近のニュースや出来事を思い出して人に伝えることはできますか	1.513	-1.873	0.120
20. 電気やガスや水道が止まったときに、自分で適切に対処できますか	1.501	-0.876	0.019
10. 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1.471	-3.204	0.183
2. 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1.467	-2.649	0.026
30. 自分で食事の準備はできますか	1.456	-1.436	0.022
11. よく知った人の顔を見ても分からない、または間違えることがありますか	1.424	-3.280	0.098
7. 自分の生年月日が分からなくなることがありますか	1.371	-3.525	0.329
16. 意欲がわかず、新しいことに興味が持てないことがありますか	1.335	-1.752	0.224
9. 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1.335	-3.401	0.301
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	1.327	-2.590	0.094
13. 会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか	1.296	-3.167	0.104
14. 一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか	1.283	-2.840	0.082
12. 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	1.189	-2.622	0.164
15. 注意力や集中力が落ちていて感じることはありますか	1.184	-2.258	0.081
17. 年金や税金の申告書をひとりで作成できますか	1.149	-0.427	0.021

認知症の初期に認められる認知機能低下と生活機能低下に関連する項目で構成される第1因子と第2因子について、因子負荷量が0.4以上の21項目を抽出した。第1因子の項目数を第2因子の項目数に揃え、かつ弁別力を高めるため、37項目の中で最も識別力（傾き）の低かった項目「17. 年金や税金の申請書を1人で作成することができますか」を除外した。最終的に第1因子10項目、第2因子10項目、計20項目からなる尺度項目案を作成した。

4. 考察

本研究では、自記式認知症チェックリスト項目案を作成した。項目の作成の段階で、認知症初期の機能低下によっておこる症状をできるだけ多く収集するため、国内外の先行研究を集めてアイテムプールを作るところから始めた。その上で、さらに精神科医と心理士をパネルに含め、できるだけ現代の高齢者の生活と認知症の人の臨床像に即した37項目を厳選した。

本研究では、記憶（近時記憶、遠隔記憶）、見当識（時間、場所）、言語、注意、自発性、問題解決・判断力といった、認知症の様々な症状に関連する質問項目を用いて、自覚的な認知機能低下の出現頻度を見た。その結果、問題解決・判断力に関連する領域では、約14~21%に、記憶、注意、自発性に関連する領域では約5%に自覚的な認知機能低下が認められた。生活機能については、ATMの使用や食事の準備、金銭管理、交通機関の利用などの手段的ADLにおいて、自覚的生活機能低下ありの出現頻度が8%~12%程度あることが分かった。一方、着替え、入浴、排せつなどのBADLについては、機能低下を自覚している割合は1.3~3.1%であった。

この37項目について探索的因子分析を行ったところ、「認知症初期に認められる自覚的生活機能低下」、「認知症初期に認められる自覚的認知機能低下」、「認知症中期以降に認められる自覚的生活機能低下」、「認知症中期以降に認められる自覚的認知機能低下」、「自覚的な社会的判断力低下」の5因子が抽出された。

「認知症中期以降に認められる自覚的生活機能低下」、「認知症中期以降に認められる自覚的認知機能低下」因子の項目は自覚的機能低下の出現頻度が低かった。これは、本調査の対象は介護保険施設入所者を対象としておらず、ある程度自立した生活を行っているからだと考えられる。

認知症初期の機能低下を検出することを考え、「認知症初期に認められる自覚的生活

機能低下」因子と「認知症初期に認められる自覚的認知機能低下」因子の項目を選出し、因子負荷量を基準に 21 項目まで絞り込んだ。項目ごとの特徴を把握するため、37 項目を IRT 分析し、パラメータを確認した。どの項目も、傾き（識別度）と下方漸近（当て推量）ともに十分な値であったが、相対的に傾きが低かった「17. 年金や税金の申告書をひとりで作成できますか」の項目を除外した。この項目は、自覚的機能低下の割合が最も高い項目であったが、同時に無回答の割合も最も高かった。税金や年金の申告書の作成はこれまでの生活経験に影響されるところが他の項目よりも大きいため、様々な解釈で回答されていた可能性がある。

「認知症初期に認められる自覚的生活機能低下」と「認知症初期に認められる自覚的認知機能低下」の 20 項目の自記式認知症チェックリスト項目案が作成された。次章はさらに項目について検討し、加えて信頼性と因子的妥当性の検討を行う。

※本章は、宇良・宮前・佐久間ら(2015)に加筆・修正したものである。

第3章 自記式認知症チェックリストの因子的妥当性および内的信頼性の検討

1. 目的

本章では、第2章で作成した20項目の尺度項目案の因子的妥当性と内的信頼性を地域在住高齢者において検証することを目的とする。

2. 方法

1) 自記式アンケート調査

一次調査 B 地区の 5,199 名を対象に、郵送留置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 25 年 6 月 17 日から 7 月 26 日である。

調査票は、研究 1 で作成した自記式認知症チェックリスト項目案 20 項目の他に、基本属性、健康関連指標、社会的指標に関連する項目で構成されている。

2) 10 項目版の作成と因子的妥当性、信頼性の検証

20 項目の尺度項目案について再度探索的因子分析を行った。地域の高齢者が健康診断やアンケート調査などで質問項目として併用しやすい尺度とするため、因子負荷量と専門職パネルの検討に基づいて、10 項目の尺度項目案を作成した。この 10 項目について確証的因子分析を行い、信頼性係数を算出した。

3. 結果

1) 回収率、分析対象者の属性

B 地区一次調査対象者 5,199 名のうち、4,649 名を有効回答者（有効回答率 89.4%）とし、分析の対象とした。分析対象者の属性は表 14 のとおりである。なお、研究 1（A 地区）と研究 2（B 地区）の対象者では、性比および平均年齢に有意差は見られなかったが、B 地区の対象者の教育年数は、A 地区の対象者に比して有意に低かった ($p < 0.001$)。

表 14 研究 2 の分析対象者の属性

	人数(人) (%)	年齢(歳) (Mean±SD)	教育年数(年) (Mean±SD)	世帯類型 (人) (%)		
				単独	夫婦のみ	その他の 家族と同居
65～69歳	1361 (29.3%)	66.9±1.5	13.2±2.7	208 (15.3%)	574 (42.2%)	576 (42.3%)
70～74歳	1383 (29.7%)	71.8±1.4	12.5±2.7	232 (16.8%)	630 (45.6%)	511 (36.9%)
75～79歳	1005 (21.6%)	76.8±1.4	12.5±2.8	181 (18.0%)	426 (42.4%)	392 (39.0%)
80～84歳	566 (12.2%)	81.6±1.4	11.6±3.2	118 (20.8%)	212 (37.5%)	230 (40.6%)
85～89歳	238 (5.1%)	86.6±1.3	11.0±3.2	46 (19.3%)	55 (23.1%)	136 (57.1%)
90～94歳	81 (1.7%)	91.5±1.3	10.5±3.3	11 (13.6%)	14 (17.3%)	56 (69.1%)
95歳以上	15 (0.3%)	97.0±1.7	8.4±2.4	7 (46.7%)	0 (0%)	8 (53.3%)
男性	2118 (45.6%)	73.7±6.5	13.3±3.1	265 (12.5%)	1025 (48.4%)	818 (38.6%)
女性	2531 (54.4%)	74.1±7.2	11.7±2.5	538 (21.3%)	886 (35.0%)	1091 (43.1%)
全体	4649 (100%)	74.0±6.5	12.5±2.9	803 (17.3%)	1911 (41.1%)	1909 (41.1%)

2) 項目の選出と因子的妥当性の検討

20 項目の尺度項目案について探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転，固有値 1 以上）を行ったところ，表 15 に示すとおり 2 因子性が再確認された．2 因子の初期固有値の分散は 66.1%，寄与率は第 1 因子 46.2%，第 2 因子 10.4%であった．

それぞれの因子について因子負荷量が 0.6 以上であり，かつ臨床的妥当性に関する専門職パネルの合意が得られた項目を 5 項目ずつ，計 10 項目選出した．この 10 項目で確証的因子分析を行い，2 因子モデルの検討を行った結果， $\chi^2=335.47$, $df=31$, $p=0.000$, $CFI=0.989$, $RMSEA=0.048$, $GFI=0.985$, $AGFI=0.973$ で適合度は十分であった（図 7）．

表 15 20 項目の尺度項目案の探索的因子分析結果

	第1因子	第2因子
27. 一人で買い物に行けますか	1.017	-0.140
28. 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	1.004	-0.128
32. 自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	0.866	-0.044
25. 貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払は一人でできますか	0.777	0.052
33. 電話番号を調べて、電話をかけることができますか	0.768	0.108
30. 自分で食事の準備はできますか	0.732	-0.011
26. A T M をひとりで使うことができますか	0.722	0.031
20. 電気やガスや水道が止まったときに、適切に対処することができますか	0.443	0.308
22. 一週間の予定を立てることができますか	0.424	0.410
19. 初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか	0.403	0.337
14. 一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか	-0.133	0.789
15. 注意力や集中力が落ちていて感じることがありますか	-0.082	0.759
2. 5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	0.029	0.747
12. 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	-0.093	0.714
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	-0.065	0.687
13. 会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか	0.101	0.680
3. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などと言われることがありますか	0.099	0.662
8. 今日が何月何日かわからないときがありますか	0.110	0.627
4. 最近のニュースや出来事を思い出して人に伝えられますか	0.110	0.627
16. 意欲がわからず、新しいことに興味が持てないことがありますか	0.131	0.568
寄与率(%)	46.239	10.429
因子間相関		0.650

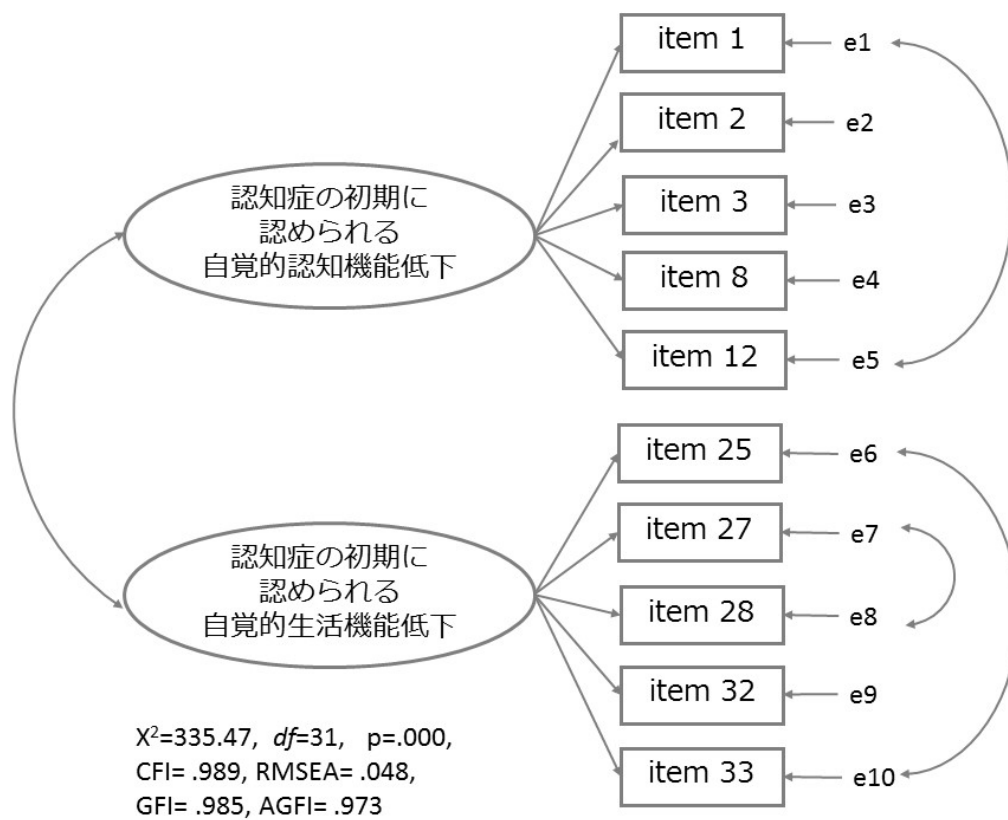


図 7 10 項目の尺度項目案の確証的因子分析結果

3) 内的信頼性の検討

各下位尺度（「認知症初期に認められる自覚的生活機能低下」と「認知症初期に認められる自覚的認知機能低下」）の Cronbach α はそれぞれ 0.935, 0.834 で尺度全体の Cronbach α は 0.908 であった。

4. 考察

本研究で作成された自記式認知症チェックリスト 10 項目版の因子的妥当性と信頼性が確認された。

以下に、本研究で作成された 10 項目と先行研究の項目との類似性または違いについて考察する。10 項目の内容をみてみると、「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」や、「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」は、寺岡ら (2005) が 65 歳以上の地域在住高齢者を対象に調査した「もの忘れ自覚症状」の中で最も出現頻度が高かった 2 項目「置き忘れやしまい忘れがよくある」、「物の名前が出てこない」に相当する。加齢に伴って自覚しやすいもの忘れ症状だといえよう。

「貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか」、「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」、「電話番号を調べて、電話をかけることができますか」の 3 項目は、Berberger-Gateau ら (1992) の IADL4 項目に含まれている。Berberger-Gateau ら (1992) の 4 項目には含まれていて、本研究の 10 項目には含まれていなかった「自分で薬を決まった時間に決まった分量飲むことができますか」という項目は、探索的因子分析において、いずれの因子とも明確な関連性 (0.4 以上の因子負荷量) は認められなかった。服薬管理の障害は、他の 3 項目 (金銭管理、交通機関の利用、電話番号を調べて電話を使用) に比べると、認知症の初期段階では自覚されにくい生活機能の障害なのかもしれない。

「今日が何月何日かわからないときがありますか」、「周りの人から『いつも同じことを聞く』などのもの忘れがあると言われますか」、「電話番号を調べて、電話をかけることができますか」という 3 項目は、我が国の介護保険制度において実施されている介護予防・日常生活支援総合事業対象者をスクリーニングする際に使われる基本チェックリストの項目にもなっている。目黒ら (2012) は 75 歳以上の地域在住高齢者を対象に基本チェックリスト 3 項目のスクリーニング・ツールとしての妥当性を検討している。分析の結果、認知症 (CDR1 以上) をスクリーニングするツールとしての妥当性は確認できなかったが、認知症疑い (CDR0.5 以上) をスクリーニングするツールとしては、3 項目とも感度は低いが特異度と陽性予測値が高いので使用する意義があると述べている。

探索的因子分析を行ったときの各因子の寄与率の高さをみると、自覚的生活機能低下

因子のほうが高かった。つまり、20 項目中 10 項目で本尺度の 46%を説明できるということである。この寄与率が高い理由を第 2 章の IRT 分析の結果と併せて考察する。自覚的認知機能低下の項目は、IRT の傾き（識別度）が相対的に低い項目が多かった。自覚的認知機能低下の項目は、自らの能力を直接問うていることから、回答者の心理的な状態（認知症への不安や抑うつ、否認）に影響される可能性がある。しかし、生活機能低下の項目は生活の中の具体的な行動についてをたずねているため、心理的な抵抗が少なく、より正直に自分の能力について回答している可能性があり、有効な項目である可能性がある。

本研究の利点は、本チェックリストの活用が期待される地域在住高齢者を研究対象とし、かつ高い回収率と有効回答率が得られた点にある。このことは、様々な認知機能レベルにある地域在住高齢者一般において本チェックリストの信頼性と妥当性が検証されたことを意味している。高い回収率の背景には、本調査が自治体の事業と連携して行われていること、広報誌などをとおして住民に対する事前説明が十分に行われていること、郵送留置回収法という方法が用いられていることが要因としてあげられるが、それと同時に、チェックリストの項目そのものが比較的容易に回答できるものであった可能性がある。第 2 章で示した通り、各項目の回答率がいずれも 96%以上と高い値を示していることは、これを支持する所見である。

本研究には次の限界がある。本研究は、自記式の調査項目に完全に回答できた者のみを分析対象としているので、比較的認知機能が保持された者にサンプルが偏っている可能性が否定できない。また、回答できた者についても、本人に病識低下や否認の傾向がある場合には、自身の認知機能低下や生活機能低下が適性に評価されないという問題が生じる。これは自己評価式という方法に内在する問題である。例えば、羽生ら（2007）は、認知症患者（AD 群、VaD 群、DLB 群、MCI 群）と介護者による生活健忘チェックリストの評価の差から病識の程度や有無を検討し、AD 群が他の認知症患者群よりも有意な記憶障害に対する認識低下を認めたと報告している。Tabert（2002）の研究では、MCI でも自分の認知機能低下の認識が欠けていることが示されている。目黒ら（2012）も基本チェックリスト 3 項目が自己評価式である点に言及し、同居者からの評価を得ることが必要であると指摘している。

この問題を明らかにしていくためには、客観的な神経心理学的指標や医師の臨床診断を外的基準とする妥当性の検討が不可欠である。そこで次章では、神経心理学的指標を

外的基準とする併存妥当性と認知症の重症度評価および臨床診断を外的基準とする
別格的妥当性の検証を行う。

※本章は、宇良・宮前・佐久間ら(2015)に加筆・修正したものである。

第 4 章 自記式認知症チェックリストの併存的妥当性と弁別的妥当性の検討

1. 目的

第 2 章・第 3 章では、10 項目からなる自記式認知症チェックリストを開発し、地域在住高齢者において因子的妥当性と内的信頼性を確認した。本章では、自記式認知症チェックリストと神経心理学検査の併存的妥当性と、認知症の重症度評価および臨床診断を外的基準とする弁別的妥当性を検証するとともに、認知症高齢者を検出するためのスクリーニング・ツールとしての弁別力を検討した。

2. 方法

1) 対象

一次調査全対象者 7,682 名を対象とした。

2) 研究デザイン

一次調査から三次調査まで 3 段階の調査を行った。

(1) 一次調査

M 市特定地域に居住する 65 歳以上高齢者 7,682 名全員を対象に、郵送留置回収法による自記式アンケート調査を実施した。なお、調査は地域を 2 つに分け、時期をずらして実施した。

(2) 二次調査

一次調査対象地域に居住する 65 歳以上高齢者 7,682 名より層化無作為抽出した 3,000 名を対象に、訓練を受けた看護師を含む 2 名の調査員が自宅を訪問し、MMSE を含む訪問面接調査を実施した。

(3) 三次調査

二次調査対象者のうち、MMSE23 点以下の者全員と、MMSE24 点以上の者から層化無作為抽出した同数の者を対象に、経験のある精神科医と心理士がペアを組んで自宅を訪問し、CDR を含む臨床評価を行った。

3) 調査項目

(1) 一次調査

調査票には、自記式認知症チェックリスト 10 項目（表 16）の他に、基本属性、身体的健康関連指標、精神的健康関連指標、社会的健康関連指標に関する項目が含まれている。

表 16 自記式認知症チェックリスト項目

問 あなたのものの忘れに関する事がらや普段の生活のご様子についてもっとも近い番号 1 つに○をつけてください。

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. ときどき ある	3. 頻繁に ある	4. いつも そうだ
2	5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったく ない	2. ときどき ある	3. 頻繁に ある	4. いつも そうだ
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. まったく ない	2. ときどき ある	3. 頻繁に ある	4. いつも そうだ
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. まったく ない	2. ときどき ある	3. 頻繁に ある	4. いつも そうだ
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. まったく ない	2. ときどき ある	3. 頻繁に ある	4. いつも そうだ
6	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか。	1. 問題なく できる	2. だいたい できる	3. あまり できない	4. できない
7	一人で買い物に行けますか。	1. 問題なく できる	2. だいたい できる	3. あまり できない	4. できない
8	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. 問題なく できる	2. だいたい できる	3. あまり できない	4. できない
9	自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか。	1. 問題なく できる	2. だいたい できる	3. あまり できない	4. できない
10	電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1. 問題なく できる	2. だいたい できる	3. あまり できない	4. できない

(2) 二次調査

本調査は訪問調査に精通した看護師を雇用して実施した。なお、看護師が実施した MMSE 得点と三次調査で熟練した心理士が実施した MMSE 得点の Pearson 相関係数は $r=0.824$ ($p<0.001$) であった(東京都福祉保健局, 2014)。調査票には、MMSE とともに、基本情報、健康関連情報が含まれている

(3) 三次調査

本調査は調査研究に精通した精神科医、心理士が実施した。調査票には、CDR とともに、既往歴、認知機能検査 (MMSE, FAB) の項目が含まれている。

4) 統計学的解析

一次から三次までのすべての調査に参加し、一次調査では基本情報と自記式認知症チェックリスト 10 項目、二次調査では MMSE、三次調査では CDR と FAB に欠損値がないサンプルにおいて、以下の分析を行った。

(1) 併存的妥当性の検証

一次調査で実施した自記式認知症チェックリストの下位尺度得点及び総合得点と、二次調査で実施した MMSE の総合得点の Spearman 偏相関係数 (年齢、性、教育年数を統制) を算出した。

(2) 弁別的妥当性の検証と弁別力の検討

一元配置分散分析 (ANOVA) を用いて、一次調査で実施した自記式認知症チェックリストの平均点の群間比較を行った。また、弁別力の比較のために、CDR を外的基準に用いて、(1)CDR0 群と CDR0.5 以上群、(2)CDR0.5 以下群と CDR1 以上群、(3)CDR0 群と CDR1 以上群の 3 パターンで受信者動作特性 (Receiver Operating Characteristic; ROC) 分析を行った。ROC 分析の際、年齢・性を統制するため、CDR 得点群別に同数のサンプル群を層化無作為抽出した。次にカットオフ値の違いによる感度、特異度の比較と最適なカットオフ値における年齢階級別の分布を検討した。

3. 結果

1) 分析対象者の特徴

三次調査を完了したのは 131 名 (MMSE23 点以下 58 名, MMSE24 点以上 73 名) であり、131 名全員を分析対象者とした。131 名の CDR 評価別の年齢、性、教育年数、MMSE 得点、自記式認知症チェックリスト得点は表 17 のとおりである。

一次調査に回答した 6,982 名のうち、自記式認知症チェックリストに 1 項目以上の無回答をした者の年齢階級別出現率は、年齢階級が上がるほど無回答の出現頻度が高くなる傾向がみられた (図 8)。

表 17 分析対象者の基本属性 (n=131)

性別(%)	男性	65 (49.6%)
	女性	66 (50.4%)
年齢: mean±SD(歳)		76.46±7.93
教育年数: mean±SD(年)		10.59±2.77
MMSE: mean±SD(点)		24.44±4.63
CDR評価(%)	0	65 (49.6%)
	0.5	39 (29.8%)
	1	17 (13.0%)
	2	7 (5.3%)
	3	3 (2.3%)
診断名 (%)	正常加齢	71 (54.2%)
	MCI	30 (22.9%)
	AD	13 (9.9%)
	AD+CVD	3 (2.3%)
	VaD	10 (7.6%)
	その他の認知症	3 (2.3%)
	不明	1 (0.8%)
自記式認知症チェックリスト : mean±SD (点)		17.35±6.70

【略語】

SD: standard deviation

MMSE: Mini-mental State Examination

CDR: Clinical Dementia Rating

MCI: mild cognitive impairment

AD: Alzheimer's disease

CVD: cerebrovascular disease

VaD: vascular dementia

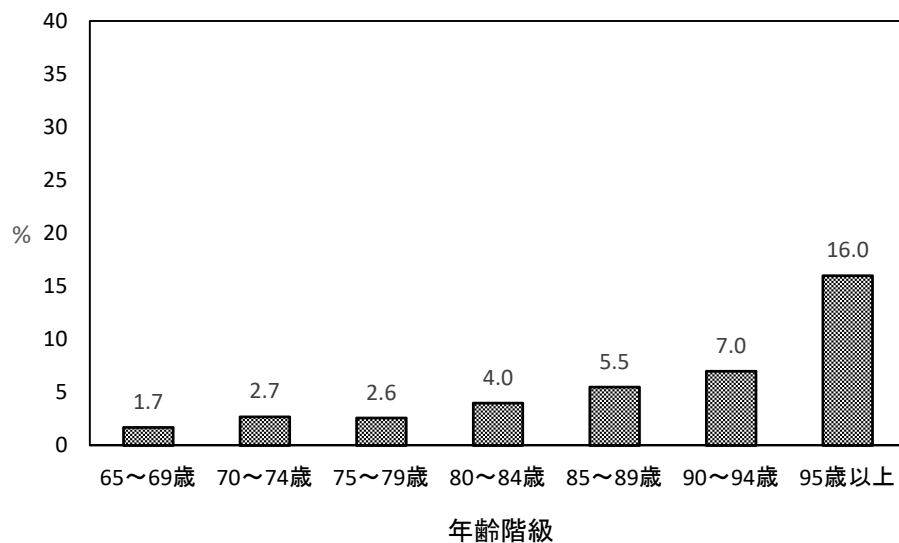


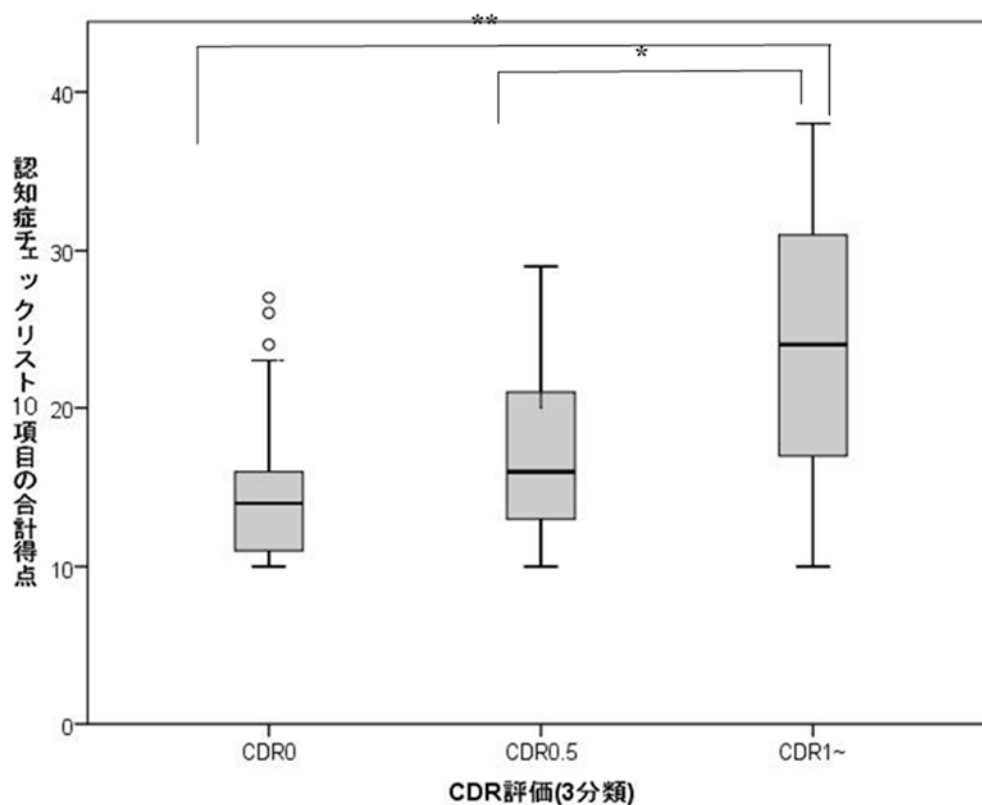
図 8 自記式認知症チェックリストにおける無回答の年齢階級別出現率

2) 併存的妥当性

自記式認知症チェックリスト合計点と MMSE 得点, FAB 得点の Spearman 偏相関係数 (年齢, 性, 教育年数を調整) を算出したところ, 自記式認知症チェックリスト合計点と MMSE 得点の偏相関係数が-0.536 ($p<0.001$), FAB 得点の偏相関係数が-0.457 ($p<0.001$)であった。

3) 弁別的妥当性

自記式認知症チェックリストの合計点について, CDR を要因とする一元配置分散分析を行ったところ, Levene 検定において分散の均一性が否定されたため, ノンパラメトリック検定である Kruskal-Wallis 検定を行った。その結果, CDR0 群の中央値 13.75, CDR0.5 群の中央値 16.0, CDR1 以上群の中央値 24.0, H 統計量 23.61 ($p<0.001$) であり, 群間に有意差が認められた。その後の検定 (Dunn の検定) を行ったところ, CDR1 以上群は他の 2 群に比べて得点が有意に高かった (CDR0 群 vs CDR1 以上群: $p<0.001$, CDR0.5 群 vs CDR1 以上群: $p<0.05$) が, CDR0 群と CDR0.5 群の間に有意差は認められなかった (図 9)。



$n=123$, $\chi^2=23.61$, $df=2$, $p<0.001$, **: $p<0.001$, *: $p<0.05$

図 9 CDR 評価別に見た自記式認知症チェックリスト合計点の箱ひげ図

続いて対象を CDR0 群, CDR0.5 群, CDR1 以上群に分類し, パターンごとに層化無作為抽出 (年齢階級, 性別で層化) を行った. 抽出後の CDR 群別の対象の属性は表 18 のとおりである. CDR 群間において性, 年齢, 教育年数に有意差は認められなかったが, MMSE の平均点は各群間で有意差を認めた.

表 18 層化無作為抽出後の CDR 群別の対象の属性

		性 別			年 齢			教 育 年 数			MMSE 得 点		
		N (男 / 女)	χ^2 (df)	p	mean	t	p	mean	t	p	mean	t	p
(1)	CDR0	45(21/24)			79.38			10.87			27.02		
	CDR0.5 以上	45(27/18)	1.607	0.205	79.62	0.178	0.859	10.67	0.361	0.719	21.84	7.008	0.000
(2)	CDR0.5 以下	27(14/13)			81.11			11.00			25.89		
	CDR1 以上	27(17/10)	0.682	0.409	83.15	1.230	0.224	10.24	0.923	0.359	17.81	7.637	0.000
(3)	CDR0	27(13/14)			81.48			10.92			27.19		
	CDR1 以上	27(17/10)	1.200	0.273	83.15	1.014	0.315	10.24	0.925	0.359	17.81	9.707	0.000

3つのパターンのROC分析の結果、曲線下面積(AUC)と95%信頼区間(CI)は(1)の時AUC=0.66, 95%CI=0.55 - 0.78, $p<0.05$, (2)の時AUC=0.75, 95%CI= 0.62 - 0.89, $p<0.05$, (3)の時AUC=0.78, 95%CI=0.65 - 0.91, $p<0.001$ であり、どのパターンも2群間を有意に弁別した。各群を弁別する上での最適なカットオフ値は、(1) 15/16, 感度 56.8%, 特異度 67.4%, (2) 17/18, 感度 72.0%, 特異度 69.2% (図 10) (3) 16/17, 感度 80.0%, 特異度 73.1%であった。

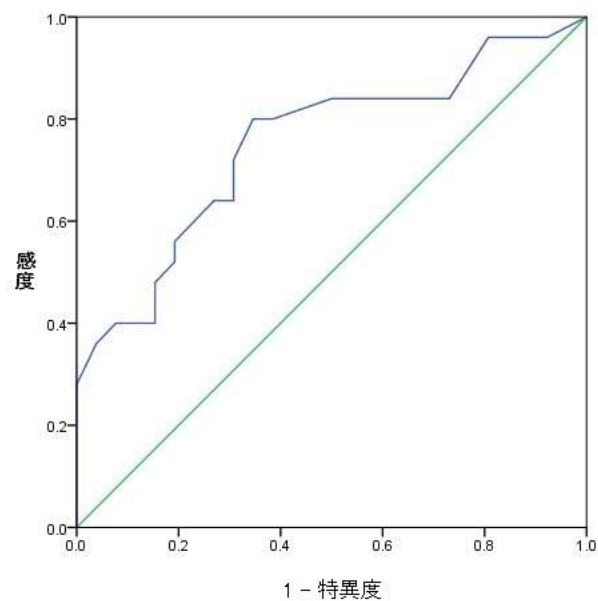


図 10 CDR0.5 以下群 vs CDR1 以上群の ROC 曲線

3つのパターンのうち CDR0.5 の群を含み、かつ感度と特異度が最も高かった(2)の CDR0.5 以下群と CDR1 以上群を採用し、カットオフ値の推移とそれに伴う感度、特異度を算出した（表 19）。加えて、一次調査回答者 6,932 名の最適なカットオフ値 17/18 の年齢階級別の分布をみたところ、18 点以上が 65～69 歳の時は 4.3%だったのが、年齢階級が上がるにつれ割合が増加し、95 歳以上では 84.0%を占めた（図 11）。

表 19 CDR0.5 以下群 vsCDR1 以上群における自記式認知症チェックリストのカットオフの検討

カットオフ値	感度	特異度
14/15	84.0%	50.0%
15/16	80.0%	61.5%
16/17	80.0%	65.4%
17/18	72.0%	69.2%
18/19	64.0%	69.2%
19/20	64.0%	73.1%
20/21	56.0%	80.8%

太字斜体は最適なカットオフを示す。

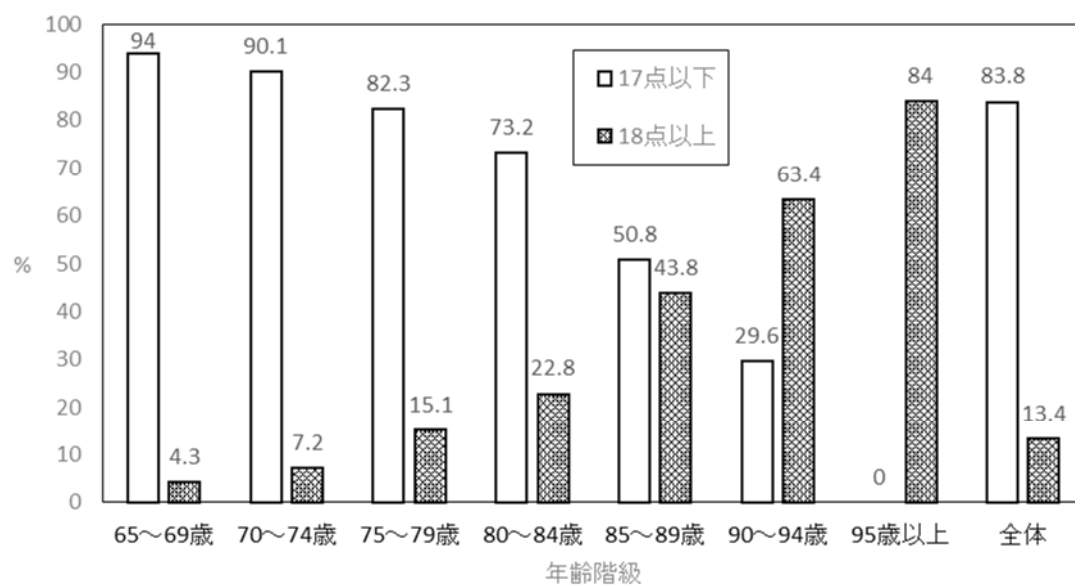


図 11 自記式認知症チェックリスト 17 点以下／18 点以上の年齢階級別出現率

4. 考察

本研究によって、すでに因子的妥当性と内的信頼性が確認されている自記式認知症チェックリストの併存的妥当性と弁別的妥当性が確認された。このことは、本チェックリストが、認知症初期に見られる認知機能低下や生活機能低下を評価する尺度として妥当なものであることを示している。また、認知症(CDR1 以上)と非認知症(CDR0 または 0.5)を弁別するための最適なカットオフ値 17/18 における年齢階級ごとの分布は、朝田ら (2013)が報告した認知症に関する全国推定結果と比べても妥当な割合だといえよう。

しかし、そのカットオフ値 17/18 における感度・特異度はそれぞれ 72.0%, 69.2%であり、認知症の初期段階にある高齢者を検出するためのスクリーニング・ツールとしては十分な弁別力は得られなかった。なお、非認知症から CDR0.5 群を抜いたパターン (CDR0 vs CDR1 以上) で弁別力を算出すると、弁別力が高くなる傾向にあったが、これは地域在住の健常な認知症の高齢者の自然な分布を反映しているとはいいがたいと考え、この結果は採用しなかった。

弁別力が他者評価のスクリーニング尺度に比べて低く出たのは、これまでも言われてきたとおり、アルツハイマー病をはじめとする認知症患者では、自己の記憶機能や生活機能の低下を過小に評価する傾向が認められるからであろう (羽生ら, 2007 ; Ecklund-Johnson, 2005)。しかし、少子高齢化の進展と単身高齢者世帯の増加は、日常生活の様子を医療関係者や支援者に説明できる情報提供者がいない高齢者が増加するということを意味している。今後このような事態が常態化することを考えると、科学的な手続きを経て信頼性と妥当性が確認され、ある程度の弁別力を有する本チェックリストは、本人や支援者の気づき、情報提供や受診勧奨といった、診断へのアクセスを促進する際のひとつの根拠に資するものと考えられる。

一般住民への啓発などの目的で本チェックリストを使用する場合は、表 19 で示した通り、感度と特異度を考慮してカットオフ値を決める必要がある。感度とは、疾患がある人のうち、検査結果が陽性となった人 (真陽性) の割合、特異度とは疾患のない人のうち検査結果が陰性となった人 (真陰性) の割合であることを意味する。つまり、一般住民にこのチェックリストを配布する場合は、特異度を上げて (カットオフ値を上げて) 偽陽性 (疾患がないのに陽性と判定されてしまうこと) を減らす工夫が必要であろう。

次に本研究の限界を述べる。自記式認知症チェックリストを使用する際には、チェックリストを使用できるだけの認知機能や生活機能を有していることが条件になること

を留意しなければならない。自記式認知症チェックリストの特徴を年齢階級別の 17 点以下または 18 点以上の出現頻度で見ると、年齢が上がるにつれて、チェックリスト 18 点以上の出現頻度が増加している（図 11）。また、図 8 に示すように、無回答の出現頻度も年齢階級とともに増加するのがわかる。これは、年齢が高くなるにつれ、機能低下を自覚する高齢者が増えるが、それと同時に回答自体が困難になる高齢者も増加することを示唆している。

実際、本研究の分析に用いた 131 名のうち、本人自身の自筆による回答が確認できたのは全体の 78.6%、CDR1 以上の対象者に限定すると 44.4%であった。このことは、CDR1 以上の水準で認知機能低下や生活機能低下が認められる対象者では、本人自身が自記式認知症チェックリストに回答することが困難になる可能性が高くなり、家族等の代筆回答に頼らざる得ない人が一定数含まれることを意味している。その場合、チェックリストの回答は必ずしも自己評価に基づくものではなく、他者評価に基づくものとなる可能性も高まる。このことが本研究の限界となっている。

しかし、本研究では、地域在住高齢者を対象とする郵送法による自記式認知症チェックリストの併存的妥当性と弁別的妥当性が、心理士による認知機能検査と医師による認知症診断を外的基準にして確認されており、その実用的な意義は大きい。本チェックリストは、一般住民の認知症理解の普及啓発ともに、認知症の初期段階において本人または家族の気づきを促し、診断へのアクセスを促進するためのツールとして使用することが推奨される。

※本章は、宮前・宇良・佐久間ら(2016)に加筆・修正したものである。

第 5 章 総合考察：自記式認知症チェックリストの展望と課題

本研究では、地域に暮らす高齢者が自分自身で認知機能低下や生活機能低下に気づき、必要なサービス利用につながるようにするための自記式認知症チェックリストを開発した。その結果、2 因子構造 10 項目のチェックリストが作成され、内的信頼性、因子的妥当性、精神科医による認知症診断と心理士による認知機能検査得点を外的基準とする弁別的妥当性と併存的妥当性が確認された。

1. 本研究の利点

本研究の利点の一つは、臨床経験の豊富な精神科医の認知症診断が外的基準になっていることである。そして二点目は、実際に自記式認知症チェックリストの利用が想定される、地域在住高齢者から得たデータを用いて標準化できたことである。

認知症のスクリーニング尺度を開発する場合、課題となるのは妥当性の検討である。国内の先行研究では、海外の認知症スクリーニング尺度をもって外的基準とする研究(矢富,2004)や保健師が CDR の評価を付けて検証した研究(目黒ら,2012)等があった。これらの研究の問題点は、認知症のスクリーニング尺度の開発や既存の尺度の弁別力の検証が目的にもかかわらず、医師による臨床診断が外的基準ではないため、検証の根拠とするには弱いところにある。

また、地域在住高齢者を対象とした訪問面接調査に精神科医を調査員として派遣するのは非常にコストがかかる。よって、精神科医による臨床的診断を調査項目に含める場合、病院を受診する外来患者を対象として調査が行われてきた(牧ら,1998；数井ら,2003)。この方法は、調査協力者や調査員のリクルートなどの面から調査のコストを下げるができる利点がある。しかし、外来患者というバイアスがかかり、データが偏っている可能性が否めない。本研究は、これまで国内で実現が困難だったこの 2 点の課題を達成できたところに大きな意義がある。

三点目は、認知機能だけでなく生活機能の低下に着目し、確証的因子分析で因子的妥当性を確認できたことにある。これまで医師による診断を外的基準に用いて標準化された尺度は認知機能低下にのみ焦点を当てたものであった。しかし、本チェックリストは、認知機能低下だけでなく生活機能低下に関する項目を含んでおり、「何らかの

器質的障害によっていったん発達した知的機能が持続的に低下し、それにより社会的活動や日常生活に支障をきたし、自立した生活を送ることができない状態」という認知症の定義に近い尺度を開発することができたと言えよう。

2. 本研究の限界

本研究の限界は二点ある、まず、調査方法の限界である。今回の調査では、年齢に伴い認知症該当者が増加し、かつ回答自体が困難になる高齢者も増加することが示唆されており、家族等の代筆回答が一定数含まれていることが考えられる。その場合、チェックリストの回答は必ずしも自己評価に基づくものではなく、他者評価に基づくものとなる可能性も高まる。この件については十分なサンプル数を確保し、代筆によらない回答のみを用いて解析するという方策が考えられる。

もう一つは、本チェックリストの弁別力の低さにある。先行研究でも ROC 分析による弁別力が自己評価の認知症スクリーニング尺度は他者評価の尺度に比べて低くなることが言われていたが、本研究でも同様の結果が出ており、スクリーニング・ツールとして使うには一定の限界がある。一般高齢者向けにチェックリストを用いる場合は、カットオフ値を工夫し、スクリーニングではなく啓発用の尺度として使用することが推奨される。

他者評価の尺度に比べ自己評価の尺度はその弁別力に劣る。しかし、近年、自己評価すなわち、主観的な機能低下の訴えは MCI や認知症の予測因子となる可能性があるという報告がされている。Kryscio ら(2014)によると、主観的記憶低下の訴えがある高齢者は、平均して 9.2 年後に MCI に、12.1 年後に認知症を発症しており、主観的記憶低下がある場合、ない場合とくらべて危険度が 2.8 倍だったと報告している。加えて、障害が顕在化していなくても脳の病変のレベルが高く、将来の認知機能低下の可能性があり、かかりつけ医は注意してフォローするよう述べている。加えて、今後、主観的な機能低下については、バイオマーカーや画像診断の技術が発達し、MCI を含めた早期認知症の診断の精度が上がってくことを考えると、自己評価の情報の重要性が増す可能性がある。

また、これまで認知症の人は病識がなく、自己の記憶機能や生活機能の低下を過少に評価すると考えられていたが、近年では、認知症の本人は、初期に様々な違和感や日常生活の困難さを感じていることが明らかになっている(例えば DIPEX Japan,

2013 ; 佐藤,2014 ; 栗田,2015). 認知症の初期に体験する症状が積極的に明らかにされない背景には, 自身や周囲の認知症への偏見や恐れ, 不安が関係すると考えられる. これまで「認知症の病識のなさ」とされてきたものには, このような心理的過程が関わっている可能性がある. 現在、認知症の人の人権回復の運動とともに, 多くの認知症の本人から体験談が語られるようになってきている. 今後当事者の人権が尊重され, 認知症に対する理解がすすめば, 機能低下を自覚することとともに, 機能低下があることを率直に表明することに抵抗を感じる人が少なくなるかもしれない. 人々の認識や行動が変化すれば, 自己評価によるスクリーニング尺度の回答の傾向が変化し, 今後弁別度が変化する可能性がある.

3. 本研究の展望

今後の本チェックリストの発展の方向性のひとつは, 自記式認知症チェックリストの短縮版の作成である. 探索的因子分析の結果, 自覚的生活機能低下の因子の寄与率が高いことから, 自覚的生活機能低下に関する 5 項目にどの程度の弁別力があるかを検討し, より回答者に負担の少ない尺度に発展させることができる可能性がある. もうひとつは, 自記式認知症チェックリストと簡易なパフォーマンステストを組み合わせ, 弁別力の高いスクリーニング検査を作ることである. 例えば, Mundt ら(2001) は, 主観的記憶低下に関する質問とともに, 電話の自動応答を用いて記憶の再生などの認知機能のパフォーマンスを測るスクリーニング検査を開発している. これまでパフォーマンステストは必ず検査者が必要であったが, IT 技術を使って自動化することでコストを低くすることが可能である. このような技術と自記式認知症チェックリストを組み合わせれば, より精度が高いスクリーニング・ツールが開発できる可能性がある.

今後, この自記式認知症チェックリストが, 高齢者が自分で機能低下に気づくためのツールとして活用されるには, 高齢者が安心して本チェックリストが利用できる地域支援体制を整える必要がある. そのために最も重要なのは, 認知症理解と支援についての啓発がすすみ, そして診断後に適切な支援が受けられることであろう. 高齢者自身の偏見が解消され, 認知症の診断後も適切な支援を受けながら希望をもって暮らしていけることが示されれば, より正しい自己認知をもってチェックリストを回答で

きるようになる。そして必要な手立てを主体的に考えられるようになることが期待できる。

また、行政もチェックリストを受ける側に立った事業を実施すべきであろう。ある地域では、自記式チェックリストの配布による悉皆調査と要フォロー者への訪問を行っているが、回答率が6割程度で訪問の拒否者が多いとの報告がある（東京都医学総合研究所, 2014）。この結果は、まだ地域に認知症への偏見が根強く残っており、従来のスクリーニング事業の手法が高齢者の認知症に対する心情に合っていないことを示唆している。機能低下を自分で評価するということは、個人にとって非常に侵襲的であることを十分に理解し、高齢者が主体的に自記式認知症チェックリストをはじめとした、認知症のスクリーニングを受けられるよう、一層、認知症に対する理解と受容といった社会の雰囲気醸成する必要があると考える。

引用文献

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル.
(日本語版用語監修：日本精神神経学会) . 東京：医学書院.

Banerjee S, Matthews D, Contell F, Chan J, Murray J, Willis R. (2007). Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(8), 782-788.

Barberger-Gateau P, Helmer C, Rouch I, Dartigues JF, Fabrigoule C. (1992). Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc*, 40(11), 1129-1134.

Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. (1993). Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident Dementia. *Age Ageing*, 22, 457-463.

Bell-McGinty S, Franzen M, Baird AD, Williams MJ, Podell K. (2002). Standard measures of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17(9), 828-834.

Castilla-Rilo J, Bermejo-Pareja F, Ruiz M, Sánchez-Sánchez F, Trincado R, López-Arrieta J. (2007). Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(9), 829-836.

Cherbuin NK, Lipnicki DM, Anstey J. (2008). Screening for dementia: a review of self- and informant-assessment instruments. *Int Psychogeriatr*, 20(3), 431-58.

DIPEX Japan (2013). 症状の始まり； 認知症の語り． 参照日： 2017 年 12 月 1 日， 参照先： NPO 法人健康と病の語りディベックス・ジャパン． <http://www.dipex-j.org/dementia/topic/diagnosis/hajimari>.

Ecklund-Johnson E, Torres I. (2005). Unawareness of Deficits in Alzheimer's Disease and Other Dementias: Operational Definitions and Empirical Findings. *Neuropsychology Review*, 15(3), 147-166.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 12(3):189-98.

Gold DA. (2012). An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *J Clin Exp Neuropsychol*, 34(1), 11-34.

Jorm AF, Jacomb AP. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) :socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19 (4), 1015-1022.

Jorm AF. (2004). The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. *Int Psychogeriatr*., 16(3), 275-93.

Kawas CJ, Stewart WF, Corrada M, Thal L, Segal J. (1994). A validation study of the Dementia Questionnaire. *Arch Neurol*., 51(9), 901-6.

Koss E, Ownby R, Stuckey JC, Whitehouse PJ, Patterson MB. (1993). Memory evaluation in Alzheimer's disease. Caregivers' appraisals and objective testing. *Arch Neurol*, 50(1), 92-97.

- Kryscio RJ, Abner EL, Cooper GE, Fardo DW, Jicha GA, Nelson PT, Smith CD, Van Eldik LJ, Wan L, Schmitt FA. (2014). Self-reported memory complaints: implications from a longitudinal cohort with autopsies. *Neurology*. ;83(15):1359-65.
- Larrieu SL, Orgogozo JM, Fabrigoule C, Amieva H, Le Carret N, Barberger-Gateau P, Dartigues J, Letenneur F. (2002). Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology*, 59(10), 1594-9.
- Lawton PM, Brody ME. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-86.
- Matthews FE, McKeith IG, Bond J, Brayne C, Stephan BC. (2008). Two-year progression from mild cognitive impairment to dementia: to what extent do different definitions agree? . *J Am Geriatr Soc*, 56(8), 1424-33.
- Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia--meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. . *Acta Psychiatr Scand*, 119(4), 252-65.
- Morris JC. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*., 43(11), 2412-2414.
- Mundt JC, Ferber KL, Rizzo M, Greist JH. (2001). Computer-automated dementia screening using a touch-tone telephone. *Arch Intern Med*. 161(20):2481-7.
- NPO 法人地域ケア制作ネットワーク.(2017年9月). 認知症サポーターの要請状況. 参照日: 2017年10月20日, 参照先: 認知症サポーターキャラバン: <http://www.caravanmate.com/result/>

- Petersen RC.(2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med.* 256(3), 183-94.
- Pfeffer IR, Harrah Jr HC, Chance MJ, Filos S, Kurosaki TT. (1982). Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.
- Ritchie K, Fuhrer R. (1996). The validation of an informant screening test for irreversible cognitive decline in the elderly: performance characteristics within a general population sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 19(2), 149-156.
- Roccaforte WH, Bayer BL, Wengel SP, Burke WJ. (1994). Reliability and validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire administered by telephone. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 7(1), 33-38.
- Tabert MH, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, Albert SM et al. (2002). Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD. *Neurology*, 58(5), 758-764.
- Tobiansky R, Livingston G, Mann A, Blizard R. (1995). The Gospel Oak Study stage IV: the clinical relevance of subjective memory impairment in older people. *Psychol Med*, 25(4), 779-786.
- Tomaszewski Farias S, Harvey DJ, Reed BR, Mungas D, Kramer JH, Chui H, Cahn-Weiner DA. (2009). Longitudinal changes in memory and executive functioning are associated with longitudinal change in instrumental activities of daily living in older adults. *Clin Neuropsychol.*, 23(3), 446-461.

Waite ML, Casey PH, Benett FA, Jorm H, Creasey J, Broe AG, et al. (1998). Screening for Dementia Using an Informant Interview. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 5(3), 194-202.

Wilson JMG, Jungener G. (1968) .Principles and practice of screening for disease. *Public health papers.*, 34, 11-28.

Winblad B, Kivipelto M, Jelic V, Palmer K et al. (2004). Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*, 256(3), 240-246.

朝田隆. (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 平成 23 年度-平成 24 年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業. 参照日：2017 年 10 月 20 日，参照先：http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf

栗田主一. (2012). 認知症の始まり：こころの科学. 161,17-22. 東京：日本評論社.

栗田 主一, 杉山 美香, 井藤 佳恵, 宇良 千秋, 宮前 史子, 佐久間 尚子, 新川 祐利, 岡村 毅, 稲垣 宏樹, 伊集院 睦雄. (2015). 地域在住高齢者を対象とする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)の内的信頼性・妥当性に関する研究. *老年精神医学雑誌*, 26(6),675-686.

栗田主一.(2015). 認知症の人の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業. 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 参照日：2017 年 12 月 1 日，参照先：http://www.tmghig.jp/J_TMIG/extra/pdf/h27_0413/03.pdf.

栗田主一. (2016). 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント DASC-21

標準テキスト.13-18. 東京：一般社団法人認知症アセスメント普及・開発センター.

栗田主一. (2016). 認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合 (図). 著: 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント DASC-21 標準テキスト. p.16. 東京：一般社団法人認知症アセスメント普及・開発センター.

宇良 千秋, 宮前 史子, 佐久間 尚子, 新川 祐利, 稲垣 宏樹, 伊集院 睦雄, 井藤 佳恵, 岡村 毅, 杉山 美香, 栗田 主一. (2015). 自記式認知症チェックリストの開発 尺度項目案の作成と因子的妥当性および内的信頼性の検討. 日本老年医学会雑誌 . 52(3),243-253.

数井裕光, 綿森淑子, 本多留実, 森悦朗. (2003). 日本版日常記憶チェックリストの有用性の検討. 脳と神経, 55(4), 317-325.

加藤伸司(1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌 2(11), 1339-1347.

公益財団法人東京都医学総合研究所. (2013). 認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書；平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業.

公益財団法人東京都医学総合研究所. (2014). 認知症の国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究報告書.

厚生労働省. (2009). 認定調査員テキスト 2009 改訂版. 120-122.

厚生労働省「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班. (2009 年 3 月). 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). 参照日：2017 年 12 月 1 日. 参照先: http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c_0001.pdf

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室. (2015 年 1 月 27 日). 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）－認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて－. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaishakusuishinshitsu/02_1.pdf

高齢者介護研究会. (2003). 2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>

国立社会保障・人口問題研究所. (2014 年 4 月 11 日). 3) 日本の世帯数の将来推計. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: <http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2014/gaiyo/gaiyo.pdf>

坂本美香. (2012) 認知症のスクリーニング検査の構成要件について－文献の Systematic Review－. 作業療法, 31(1), 94-108.

佐藤雅彦. (2014) 認知症になった私が伝えたいこと. 東京, 大月書店. 17-24.

杉下守弘, 逸見功, JADNI 研究. (2010). MMSE-J（精神状態短時間検査－日本版）の妥当性と信頼性について: A preliminary report. 認知神経科学. 12(3,4), 186-190.

寺岡佐和, 小西美智子, 鎌田ケイ子. (2005). 地域高齢者の日常・社会生活の状況ともの忘れ自覚症状との関連性. . 日本公衛誌, 52, 853-864.

東京都福祉保健局. (2014). 第 4 章 補足調査の結果概要. 著: 認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書. p.121.

東京都福祉保健局. (2014). 認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実

態調査報告書.

内閣府. (2017 年 10 月 20 日). 第 1 章 高齢化の状況 第 1 節 高齢化の状況 1 高齢化の現状と将来像. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: 平成 29 年版高齢社会白書 (全体版) (PDF 版) : http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf

内閣府. (2017). 第 1 章 高齢化の状況 第 2 節 高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 1 高齢者の家族と世帯. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: 平成 29 年版高齢社会白書 (全体版) (PDF 版) : http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_01.pdf

二宮利治. (2014). 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; 厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 【補助金】 厚生労働科学特別研究. 参照日: 2017 年 10 月 20 日, 参照先: 厚生労働科学研究成果データベース : https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2014&jigyoId=141031&bunkenNo=201405037A_upload&pdf=201405037A.zip.

日本神経学会. (2017). 軽度認知障害 mild cognitive impairment (MCI) の診断はどう行うか. 著: 日本神経学会, 認知症疾患診療ガイドライン. 153-156. 東京: 医学書院.

羽生春夫, 佐藤友彦, 赤井知高・他. (2007). 老年期認知症患者の病識; 生活健忘チェックリストを用い, 介護者を対照とした研究. . 日本老年医学雑誌, 44(4), 463-469.

福井俊哉. (2010). 遂行 (実行) 機能をめぐって. 認知神経科学雑誌 12(3), 156-164.

本間昭 (2003). 地域における痴呆の早期発見の課題と今後の展望 ジェロントロジーニューホライズン, 15, 20-23.

本間昭. (2010). 軽度認知症をスクリーニングするための psychometrics (特集 軽度認知症をスクリーニングするための神経心理学的検査). . 老年精神医学雑誌, 21(2), 169-172.

本間昭.(2014). 第 2 章 認知症と暮らす；認知機能を測ることの意味と実際. 木之下徹（専門編集）, 認知症医療（スーパー総合医）.東京. 中山書店. 246-251.

牧徳彦, 池田学, 銚石和彦, 根布昭彦, 小森憲治郎, 博野信次 他. (1998). 日本語版 Short-Memory Questionnaire ; アルツハイマー病患者の記憶障害評価法の有用性の検討. .脳神経 , 50, 415-418.

宮前 史子, 宇良 千秋, 佐久間 尚子, 新川 祐利, 稲垣 宏樹, 伊集院 睦雄, 岡村 毅, 杉山 美香, 栗田 主一. (2016). 自記式認知症チェックリストの開発 併存的妥当性と弁別的妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌.53(4),354-362.

目黒謙一, 栗原プロジェクトチーム. (2012). 地域在住後期高齢者における「基本チェックリスト」認知症関連 3 項目の認知症スクリーニングツールとしての妥当性の検討；栗原プロジェクト. 老年精神医学雑誌, 23(6), 725-730.

森悦朗(1985). 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学. 1, 82-90.

矢富直美(2004). 痴呆予備群・軽度痴呆の早期発見のための調査結果；モデル市町村における「高齢者健康アンケート調査」のデータ分析結果から；平成 15 年度痴呆予防対策事業報告書. 福島県保健福祉部, 9-30.

参考文献

朝野熙彦・鈴木督久・小島隆矢(2007). 入門共分散構造分析の実際. 東京. 講談社サイエンティフィク.

栗田主一. (2016). 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント DASC-21 標準テキスト. 東京: 一般社団法人認知症アセスメント普及・開発センター.

小塩真司. (2005). SPSS と Amos による心理・調査データ解析 因子分析・共分散構造分析まで. 東京. 東京書籍.

豊田秀樹. (2011). 共分散構造分析(Amos 編). 東京: 東京書籍.

豊田秀樹. (2012). 統計ライブラリー 項目反応理論(入門編)【第2版】. 東京. 朝倉書店.

日本神経学会. (2017). 認知症疾患診療ガイドライン. 東京: 医学書院.

謝辞

本論文は筆者が横浜国立大学大学院環境情報学府環境イノベーションマネジメント専攻博士後期課程に在籍し、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非常勤研究員として在職中に実施した、東京都受託研究「認知症の理解と受診促進事業」における研究成果をまとめたものである。

指導教官である安藤孝敏教授には、博士後期課程に導いていただいたとともに、遅筆な筆者をあたたく見守ってくださったことを心より感謝いたします。また、本研究の実施の機会を与えて戴き、その遂行にあたって終始ご指導を戴いた、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圭一研究部長に深謝の意を表します。

同専攻 志田 基与師教授、長谷部 英一准教授、障がい学生支援室 福榮太郎先生、東京都健康長寿医療センター研究所宇良千秋様には、ご多忙の中、副査としてご助言とご指導を戴きました。特に、宇良千秋様には、共同研究者としても、フィールドでの調査設計からデータ収集の際の様々な困難を経て論文執筆に至るまで、未熟な筆者を導いてくださいました。心より御礼申し上げます。

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認知症とうつの予防と介入の促進テーマの杉山美香様、岡村毅先生、稲垣宏樹様、佐久間尚子様、新川裕利先生、松沢病院の井藤佳恵先生、広島県立大学の伊集院睦雄先生には、共同研究者として有益なご助言をいただくとともに、多大な情緒的サポートを頂きました。心より感謝申し上げます。また、困難の多かった本調査研究をバックアップしてくださった、事務の大塚美佳様、八木橋花枝様にも感謝申し上げます。お二人の協力なくして本研究は成り立たないものでした。

そして、筆者の研究のキャリアの最初の一步の時期において、暖かくも厳しくご指導くださり、研究遂行のための基礎力をつけてくださった矢富直美先生に深謝の意を表します。また、本専攻安藤研究室の皆様、とくに「4歳の会」の皆様には、楽しくも有益なご助言と叱咤激励を戴きました。誠にありがとうございました。

本研究を実施するにあたり、調査研究に協力してくださった、東京都M市の方々、調査員として携わってくださった皆様に感謝いたします。

最後に、長い大学院生生活を励まし支えてくれた両親，応援してくれた妹，祖母，
そして夫に心より感謝申し上げます．

平成 30 年 3 月 吉日

宮前史子

資料

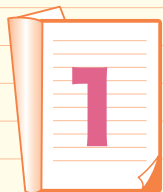
1. 啓発用パンフレット「知って安心認知症」

認知症の人にやさしいまち 東京を目指して

知って安心 認知症



1	認知症は誰でもかかる可能性のある身近な病気です	1 ページ
2	認知症とは？	2 ページ
3	認知症の予防につながる習慣	3 ページ
4	認知症に早く気づくことが大事！	4 ページ
5	「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」をやってみましょう！	5 ページ
6	認知症になるとどのように感じるの？	7 ページ
7	認知症の人を支えるために	8 ページ
8	こんな時はどこに相談したらいいの？	9 ページ
	東京都認知症疾患医療センター 一覧	11 ページ
	区市役所・町村役場	13 ページ
	成年後見制度利用に関する相談先 一覧	14 ページ

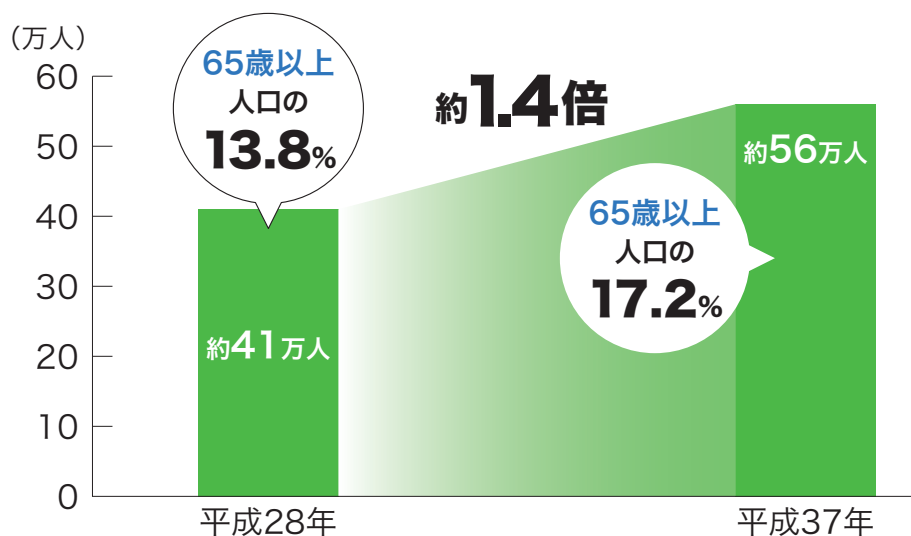


認知症は誰でもかかる可能性のある身近な病気です

認知症は誰でもかかる可能性のある脳の病気です(注1)。

都内では、認知症の人は41万人を超えており、平成37年には約56万人に増加すると推計されています。

何らかの認知症の症状がある高齢者(注2)の将来推計



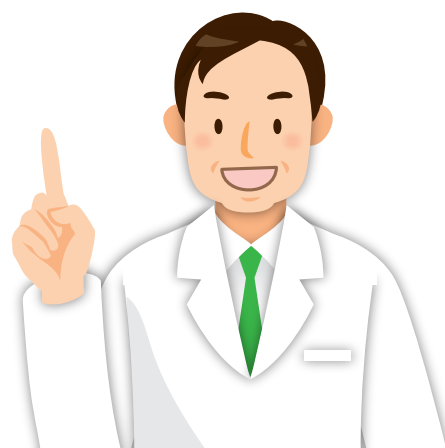
資料) 東京都「認知症高齢者数等の分布調査」(平成29年3月)

若年性認知症について

認知症は高齢者だけがかかる病気ではありません。

65歳未満で発症する若年性認知症の人は、都内には約4,000人と推計されています。

認知症は、
とても身近な病気です。
認知症の人と家族が
安心して暮らせる
地域をつくることが大切です。



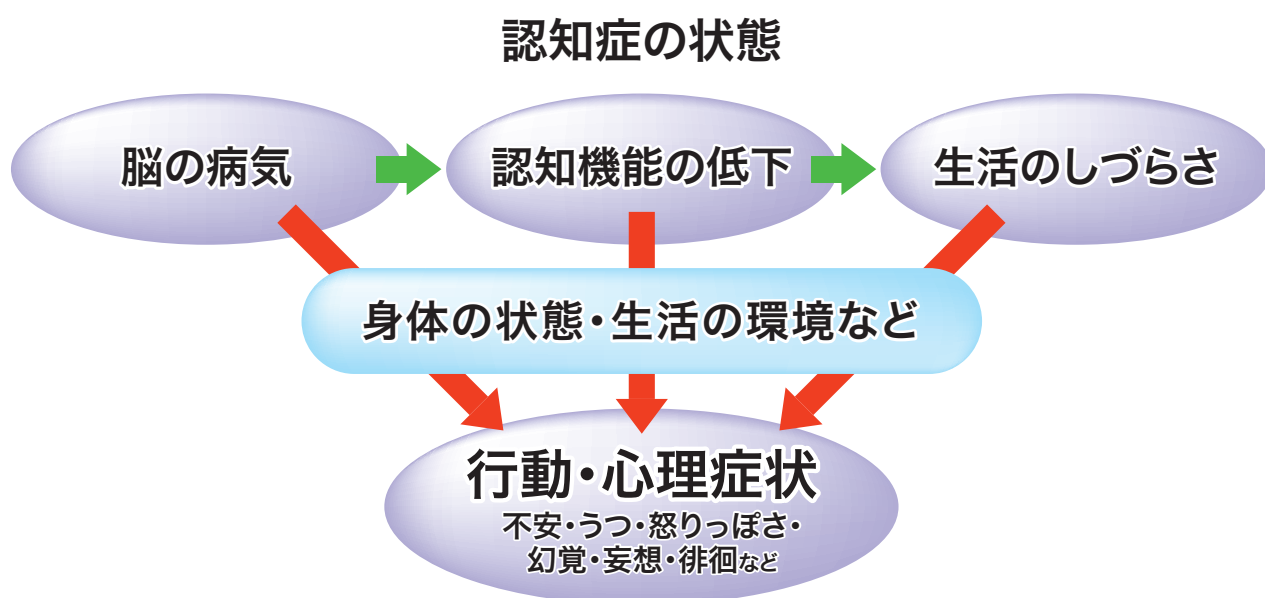
(注1) 最新の国の研究によると、65歳以上の高齢者の約15%が認知症だといわれています。

(注2) 要介護認定を受けている高齢者のうち認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ以上の者

2

認知症とは？

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が損傷を受けたり、働きが悪くなることで、認知機能(注3)が低下し、さまざまな生活のしづらさが現れる状態を指します。



認知症の原因となる病気

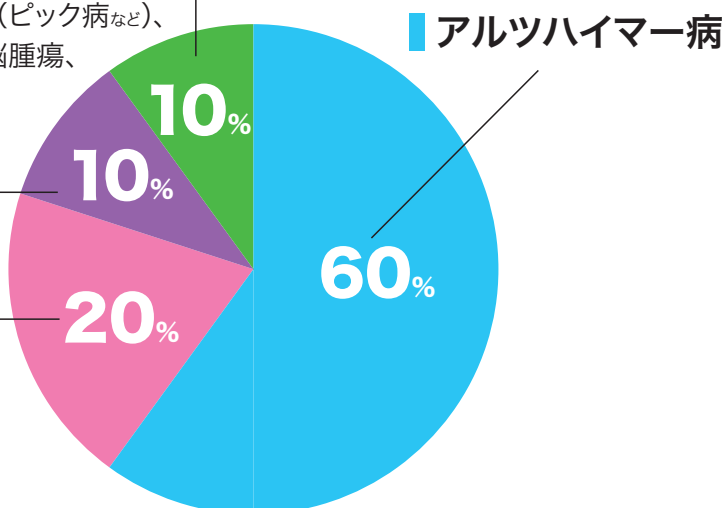
認知症の原因となる病気には、主に「アルツハイマー病」、「脳血管障害」、「レビー小体病」の3つがあり、もっとも多いのがアルツハイマー病です。

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

■ レビー小体病

■ 脳血管障害



(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。

3

認知症の予防につながる習慣

生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心臓病など）を予防することは、認知症の予防にもつながります。

食生活に気をつけましょう。

塩分を控えめに、お酒はほどほどに、
バランスのよい食事を心がけましょう。



魚や野菜、果物をたくさん食べましょう。

適度な運動をしましょう。

ウォーキングや体操などの運動を
継続的にいきましょう。



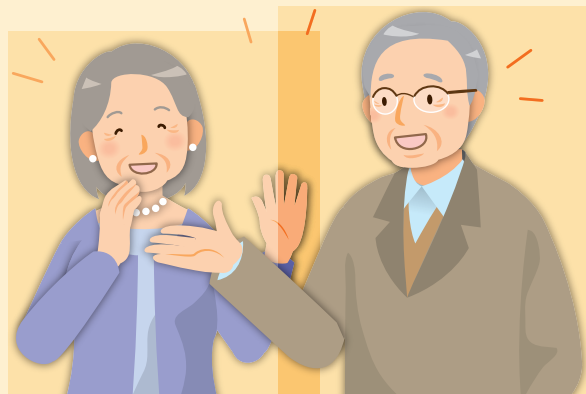
生活を楽しみましょう。

本を読んだり趣味に取り組んだり、
さまざまな活動をととして生活を楽
しみましょう。



人と積極的に交流しましょう。

地域の活動や区市町村が行ってい
る介護予防教室などに参加してみま
しょう。



4

認知症に早く気づくことが大事！

認知症は治らないから、医療機関に行っても仕方がないと考えていませんか？
認知症も他の病気と同じように、早期診断と早期対応が非常に大切です。

【早く気づくことのメリット】

1

今後の生活の
準備をする
ことができます

早期の診断を受け、症状が軽いうちに、ご本人やご家族が認知症への理解を深め、病気と向き合い話し合うことで、今後の生活の備えをすることができます。**介護保険サービス**を利用するなど生活環境を整えていけば、生活上の支障を減らすことも可能になります。

2

治る認知症や
一時的な症状の
場合があります

認知症を引き起こす病気には、早めに治療すれば改善が可能なものもあります（正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症など）ので、**早めに受診をして原因となっている病気を突き止めることが大切です。**

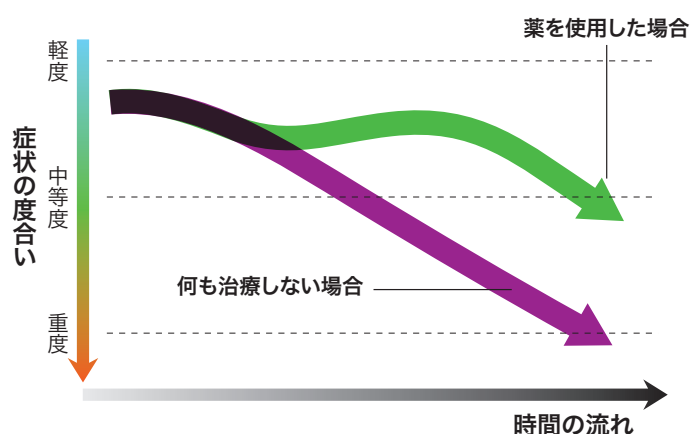
3

進行を遅らせる
ことが可能な
場合があります

アルツハイマー型認知症は早い段階からの服薬等の治療や、本人の気持ちに配慮した適切なケアにより、進行をゆるやかにすることが可能といわれています（下図参照）。

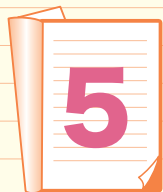
服薬による効果は個人差がありますが、以下のグラフのような効果が得られる場合もあります。

【図】アルツハイマー型認知症の進行の例



次ページからの
「自分でできる認知症の
気づきチェックリスト」
を行ってみましょう。

（注）服薬により吐き気や食欲不振などの副作用が生じる場合があります。



「自分でできる認知症の気づき チェックリスト」をやってみましょう!

自分でできる 認知症の気づきチェックリスト

最もあてはまるところに○をつけてください。

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

ときどきある

2点

頻繁にある

3点

いつもそうだ

4点

チェック 2

5分前に聞いた話を
思い出せないことが
ありますか



まったくない

1点

ときどきある

2点

頻繁にある

3点

いつもそうだ

4点

チェック 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



まったくない

1点

ときどきある

2点

頻繁にある

3点

いつもそうだ

4点

チェック 4

今日が何月何日か
わからないときが
ありますか



まったくない

1点

ときどきある

2点

頻繁にある

3点

いつもそうだ

4点

チェック 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



まったくない

1点

ときどきある

2点

頻繁にある

3点

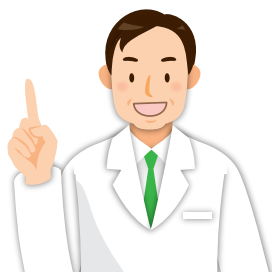
いつもそうだ

4点

※このチェックリストの結果はあくまでもおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。

認知症の診断には医療機関での受診が必要です。

※身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。



「ひょっとして認知症かな？」 気になり始めたら自分でチェックしてみましょう。

※ご家族や身近な方がチェックすることもできます。

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、自家用車 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 ほうきを使って 掃除ができますか	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  電話番号を調べて、 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

チェックしたら、①から⑩の合計を計算 ▶ 合計点 点

20点以上の場合、認知機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。
9ページ以降に紹介しているお近くの医療機関や相談機関に相談してみましょう。

6

認知症になると どのように感じるの？

・・・ 不安を感じる ことがあります ・・・

自分がこれまでとは違うことに、最初に気づくのは本人です。もの忘れによる失敗が増えることなどにより、「**なんだかおかしい。**」とすることがあります。



「自分は今どこにいるんだろう。」とか、「この先自分はようになっていくんだろう。」「自分は家族に迷惑をかけているのではないか。」というような**不安を感じる**ようになります。

・・・ 気分が沈んでうつ状態になる ことがあります ・・・

もの忘れや失敗が増えて、自分がそれまでできたことができなくなってしまうので、**気分が沈んでうつ状態になる**ことがあります。



うつ状態になると意欲が低下するので、それまでやっていた趣味活動をやめてしまったり、**人とのコミュニケーションも少なくなってしまう**、不活発な生活になってしまいます。

・・・ 怒りっぽくなる ことがあります ・・・

何か失敗をした時に、**どうしていいかわからずに混乱し、いらいらしやすくなったり、不機嫌にな**ったりすることがあります。



時には**声をあげてしまったり、つい手を出してしま**うことがあります。

7

認知症の人を支えるために

本人の気持ちを
理解して接しましょう

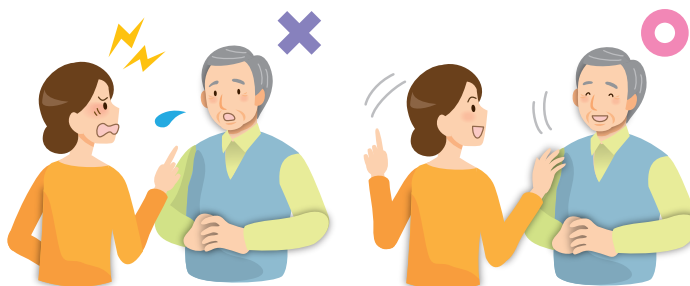
認知症の人が不安を感じながら生活していることを十分に理解して接することが大切です。

たとえば、認知症の人がごはんを食べたことを忘れて何度も「ごはんまだ？」とたずねたり、外出する予定時刻のだいぶ前から何度も「何時に出かけるの？」とたずねたりするのは、記憶障害がもとで生じる不安をやわらげようとしているのかもしれません。



こんなときは・・・

そのような場面で「何回も同じこと聞かないで!」と怒ってしまうと、ますます本人の不安をあおってしまいます。本人の不安な気持ちを理解しながら訴えをよく聞き、不安をやわらげるような対応をするとよいでしょう。

本人の尊厳を大事にして、
できることを生かしながら
お手伝いしましょう

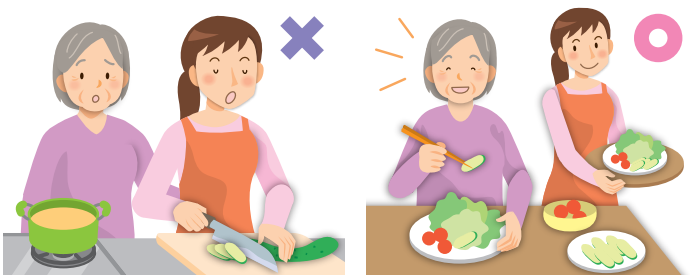
認知症になっても全てのことができなくなるわけではありません。本人の尊厳を大事にして、できることを生かしながざさりげなく手助けしましょう。

たとえば、長年料理をしてきた人が、認知症になってうまく段取りができなくなったり、火の不始末が増えてきたりすることがあります。



こんなときは・・・

危ないからといって料理をまったくさせないようにするのはではなく、材料を切ったり混ぜたり、盛り付けをしたり、本人ができることをしてもらうようにするとよいでしょう。





こんな時は どこに相談したらいいの？

1 最近もの忘れが気になる、自分が認知症かどうか知りたい

①かかりつけ医

もの忘れが気になり始めたら、まずは身近なかかりつけの医師に相談してみましょう。必要に応じて専門医のいる病院を紹介してもらうことができます。

国や都では、内科などのかかりつけ医に対し、適切な認知症診療の知識や技術などを習得するための研修（認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修）を行っています。この研修を修了した医師の一覧はホームページ「とうきょう認知症ナビ」（裏表紙参照）に掲載しています。

②認知症疾患医療センター

東京都が都内で 52 医療機関を指定しています（平成29年11月現在、P11～12参照）。

認知症の専門医療相談、診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等を実施している医療機関です。

各センターには、認知症に関する専門知識を有する精神保健福祉士等が配置されており、本人、家族、関係機関からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、状況に応じて適切な医療機関等の紹介を行います。

③認知症専門医療機関

認知症専門医がいる医療機関です。もの忘れ外来やメモリークリニック、精神科、神経内科、脳神経外科、老年科などの診療科で、認知症の診断や治療を行っています。

2 認知症について相談したい、介護保険サービスを利用したい

①区市町村の相談窓口

お住まいの区市町村の窓口や電話で「認知症や介護のことで相談したい。」と伝えれば、担当の部署につながります。

②地域包括支援センター（地域によっては名称が異なる場合があります）

高齢者やその家族を支援するため、区市町村が設置している総合相談窓口です。何か困ったことがあれば気軽に相談できます。

医療機関の受診に関する相談、介護サービスの紹介や手続の支援、介護予防に関する支援、高齢者虐待に関する相談など専門職が様々な支援・相談対応を行います。また、関係機関や住民と連携して、地域の見守り活動も推進しています。

お住まいの区市町村に問い合わせれば、お近くの地域包括支援センターを教えてください。

③保健所、保健センター、精神保健福祉センター

精神科医師、保健師等が認知症をはじめとした精神保健福祉に関する専門相談に応じます。

3 若年性認知症について相談したい

若年性認知症総合支援センター

東京都が設置した若年性認知症専門のワンストップ相談窓口です。専門の相談員が、ご本人やご家族、関係機関（地域包括支援センター等）からの相談に対応します。

医療機関の受診や社会保障の手続きを始め、介護保険等サービスの受給、就労支援、ご本人やご家族の不安など、様々な相談への対応・支援を行います。まずは気軽にお電話ください。

東京都若年性認知症総合支援センター

【運営委託法人】特定非営利法人 いきいき福祉ネットワークセンター

目黒区碑文谷5-12-1 TS碑文谷ビル1F・3F（東急東横線「学芸大学駅」東口より徒歩10分）

☎03-3713-8205（平日 午前9時～午後5時）

東京都多摩若年性認知症総合支援センター

【運営委託法人】社会福祉法人 マザアス

日野市大坂上1-30-18 大竹ビル2階（JR中央線「日野駅」改札より徒歩3分）

☎042-843-2198（平日 午前9時～午後5時）

4 認知症の人の介護をしている仲間と会って情報交換や介護の相談をしたい

①公益社団法人 認知症の人と家族の会 東京都支部

☎03-5367-2339（認知症てれほん相談：火・金 午前10時～午後3時）

②特定非営利活動法人 介護者サポートネットワークセンター・アラジン

☎03-5368-1955（事務局：火～金曜 午前11時～午後6時）

③特定非営利活動法人 若年認知症サポートセンター

若年性認知症に関する知識、相談先、お近くの家族会の連絡先などの相談に応じます。

☎03-5919-4186（月・水・金曜 午前10時～午後5時）

※ほかにも地域にはさまざまな認知症の人と家族が集う会がありますので、お住まいの区市町村の認知症担当窓口や、お近くの地域包括支援センターにお問合わせください。

5 権利擁護や成年後見制度について相談したい

認知症高齢者や知的障害者、精神障害者など判断能力が十分でない人々の誰もが、安心して福祉サービスを利用し生活していくための、成年後見制度推進機関（P14参照）があります。

また、区市町村社会福祉協議会等では、福祉サービスを利用するに当たって必要な手続や利用料の支払を行う等の「日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）」を行っています。

6 悪質商法の被害にあったしまったので相談したい

被害にあったり、不安を感じたときは以下の窓口にご相談してください。また、地域包括支援センターや各区市町村の消費者センター等でも相談を受け付けています。

ご本人からの相談はこちらへ

高齢者のための消費生活相談専用電話「高齢者被害110番」（東京都消費生活総合センター）

☎03-3235-3366（月～土曜 午前9時～午後5時）

ご家族・介護事業者・民生委員など高齢者の身近にいる方からの通報・問い合わせはこちらへ

高齢消費者見守りホットライン（東京都消費生活総合センター）

☎03-3235-1334（月～土曜 午前9時～午後5時）

東京都認知症疾患医療センター 一覧

(平成29年11月現在)

※電話相談は、原則平日(月～金曜日)の日中の対応となっています。

医療機関名	住 所	相談窓口電話番号
社会福祉法人 三井記念病院	千代田区神田和泉町1	03-3862-9133
学校法人聖路加国際大学 聖路加国際病院	中央区明石町9-1	03-5962-7227
社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会 東京都済生会中央病院	港区三田1-4-17	03-3451-7651
学校法人東京医科大学 東京医科大学病院	新宿区西新宿6-7-1	03-3342-6111(代)
学校法人順天堂 順天堂大学医学部附属 順天堂医院	文京区本郷3-1-3	03-5684-8577
公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院	台東区東上野2-23-16	03-3833-8381(代)
医療法人社団仁寿会 中村病院	墨田区八広2-1-1	03-3611-9740
学校法人順天堂 順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター	江東区新砂3-3-20	03-5632-3180
医療法人社団恵泉会 荏原中延クリニック	品川区中延2-15-5 酒井ビル2階	03-6426-6033
国家公務員共済組合連合会 三宿病院	目黒区上目黒5-33-12	03-3711-5771(代)
公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院	大田区東雪谷4-5-10	03-5734-7028
東京都立松沢病院	世田谷区上北沢2-1-1	03-3303-7211(代)
学校法人東京女子医科大学附属 成人医学センター	渋谷区渋谷2-15-1 渋谷クロスタワービル20・21階	03-3499-1917
あしかりクリニック	中野区中央5-44-9	03-3380-0720
社会福祉法人浴風会 浴風会病院	杉並区高井戸西1-12-1	03-5336-7790
医療法人社団健翔会 豊島長崎クリニック	豊島区長崎4-25-15	03-6905-8015
東京ふれあい医療生活協同組合 オレンジほっとクリニック	北区堀船3-31-15	03-3911-2661
医療法人社団讃友会 あべクリニック	荒川区東日暮里6-60-10 日暮里駅前中央ビル5階	03-5615-3020
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	03-3964-1141(代)
医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院	練馬区関町南4-14-53	03-3928-6511(代)
医療法人社団大和会 大内病院	足立区西新井5-41-1	03-5691-0592
医療法人社団双泉会 いずみホームケアクリニック	葛飾区青戸5-30-4	03-3603-1717
医療法人社団城東桐和会 東京さくら病院	江戸川区東篠崎1-11-1	0120-396-834

医療機関名	住 所	相談窓口電話番号
医療法人社団光生会 平川病院	八王子市美山町1076	042-651-3132
国家公務員共済組合連合会 立川病院	立川市錦町4-2-22	0120-766-613
武蔵野赤十字病院	武蔵野市境南町1-26-1	0422-30-5697
学校法人杏林学園 杏林大学医学部付属病院	三鷹市新川6-20-2	0422-44-0634
医療法人財団良心会 青梅成木台病院	青梅市成木1-447	0428-74-9933
医療法人社団 根岸病院	府中市武蔵台2-12-2	042-572-4171
医療法人社団東京愛成会 たかつきクリニック	昭島市田中町562-8 昭島昭和第一ビル北館2階A	042-543-6781
医療法人社団青山会 青木病院	調布市上石原3-33-17	042-483-1399
医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院	町田市真光寺町197	0120-115-513
社会福祉法人聖ヨハネ会 桜町病院	小金井市桜町1-2-20	042-383-4114
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院	小平市小川東町4-1-1	042-341-2711(代)
医療法人社団充会 多摩平の森の病院	日野市多摩平3-1-17	042-843-1888
医療法人社団新新会 多摩あおば病院	東村山市青葉町2-27-1	042-393-2881(代)
社会福祉法人浴光会 国分寺病院	国分寺市東恋ヶ窪4-2-2	042-323-7471
医療法人社団つくし会 新田クリニック	国立市西2-26-29	042-574-3355
医療法人社団幹人会 福生クリニック	福生市加美平3-35-13	042-551-2312
学校法人慈恵大学 東京慈恵会医科大学附属第三病院	狛江市和泉本町4-11-1	03-3480-0702
社会医療法人財団大和会 東大和病院	東大和市南街1-13-12	042-562-1487
公益財団法人結核予防会 複十字病院	清瀬市松山3-1-24	042-491-4111(代)
医療法人社団山本・前田記念会 前田病院	東久留米市中央町5-13-34	042-473-2133(代)
社会医療法人財団大和会 武蔵村山病院	武蔵村山市榎1-1-5	042-566-3312
社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院	多摩市連光寺1-1-1	042-313-7350
特定医療法人社団研精会 稲城台病院	稲城市若葉台3-7-1	042-331-5531(代)
医療法人財団暁 あきる台病院	あきる野市秋川6-5-1	042-559-5761(代)
医療法人社団薫風会 山田病院	西東京市南町3-4-10	042-461-0622
医療法人社団幹人会 菜の花クリニック	西多摩郡瑞穂町殿ヶ谷454	042-557-7995
医療法人財団利定会 大久野病院	西多摩郡日の出町大久野6416	042-597-1119
奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院	西多摩郡奥多摩町氷川1111	0428-83-2145(代)

医療法人社団三秀会 羽村三慶病院 (平成29年11月指定)

羽村市羽字武蔵野4207

042-570-6150

区市役所・町村役場 (代表電話番号)

※「認知症や介護のことで相談したい。」とお伝えいただければ、担当の部署につながります。

区市町村名	電話番号
千代田区	03-3264-2111
中央区	03-3543-0211
港区	03-3578-2111
新宿区	03-3209-1111
文京区	03-3812-7111
台東区	03-5246-1111
墨田区	03-5608-1111
江東区	03-3647-9111
品川区	03-3777-1111
目黒区	03-3715-1111
大田区	03-5744-1111
世田谷区	03-5432-1111
渋谷区	03-3463-1211
中野区	03-3389-1111
杉並区	03-3312-2111
豊島区	03-3981-1111
北区	03-3908-1111
荒川区	03-3802-3111
板橋区	03-3964-1111
練馬区	03-3993-1111
足立区	03-3880-5111
葛飾区	03-3695-1111
江戸川区	03-3652-1151

区市町村名	電話番号
八王子市	042-626-3111
立川市	042-523-2111
武蔵野市	0422-51-5131
三鷹市	0422-45-1151
青梅市	0428-22-1111
府中市	042-364-4111
昭島市	042-544-5111

区市町村名	電話番号
調布市	042-481-7111
町田市	042-722-3111
小金井市	042-383-1111
小平市	042-341-1211
日野市	042-585-1111
東村山市	042-393-5111
国分寺市	042-325-0111
国立市	042-576-2111
福生市	042-551-1511
狛江市	03-3430-1111
東大和市	042-563-2111
清瀬市	042-492-5111
東久留米市	042-470-7777
武蔵村山市	042-565-1111
多摩市	042-375-8111
稲城市	042-378-2111
羽村市	042-555-1111
あきる野市	042-558-1111
西東京市	042-464-1311
瑞穂町	042-557-0501
日の出町	042-597-0511
檜原村	042-598-1011
奥多摩町	0428-83-2111
大島町	04992-2-1443
利島村	04992-9-0011
新島村	04992-5-0240
神津島村	04992-8-0011
三宅村	04994-5-0981
御蔵島村	04994-8-2121
八丈町	04996-2-1121
青ヶ島村	04996-9-0111
小笠原村	04998-2-3111

成年後見制度利用に関する相談先 一覧（平成29年9月現在）

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない方々の権利を守る援助者（「成年後見人等」）を選ぶことで、その方を法律的に支援する制度です。

都内各区市では、身近な地域で成年後見制度に関する相談等を受けられるよう、成年後見制度推進機関を設置しています。成年後見制度推進機関では、制度や手続きに関する相談をはじめ、親族等の成年後見人等に対する相談や学習会、情報交換の場の提供、地域関係者のネットワークづくり等を行っています。

区市町村名	成年後見制度推進機関名	電話番号
千代田区	ちよだ成年後見センター	03-6265-6521
中央区	成年後見支援センター「すてっぶ中央」	03-3206-0567
港区	成年後見利用支援センター「サポートみなと」	03-6230-0282
新宿区	新宿区成年後見センター	03-5273-4522
文京区	あんしんサポート文京	03-3812-3156
台東区	権利擁護センター（あんしん台東）	03-5828-7507
墨田区	すみだ福祉サービス権利擁護センター	03-5655-2940
江東区	権利擁護センター「あんしん江東」	03-3647-1710
品川区	品川成年後見センター	03-5718-7174
目黒区	権利擁護センター「めぐろ」	03-5768-3964
大田区	成年後見センター	03-3736-2022
世田谷区	成年後見センター「えみい」	03-5738-2871
渋谷区	渋谷区成年後見支援センター	03-5457-0099
中野区	中野区成年後見支援センター	03-5380-0134
杉並区	杉並区成年後見センター	03-5397-1551
豊島区	福祉サービス権利擁護支援室「サポートとしま」	03-3981-2940
北区	権利擁護センター「あんしん北」	03-3908-7280
荒川区	成年後見センター・あんしんサポートあらかわ	03-3802-3396
板橋区	権利擁護いたばしサポートセンター	03-5943-7070
練馬区	権利擁護センターほっとサポートねりま	03-5912-4022
足立区	権利擁護センターあだち	03-5813-3551
葛飾区	葛飾区成年後見センター	03-5672-2833
江戸川区	江戸川区安心生活センター	03-3653-6275

区市町村名	成年後見制度推進機関名	電話番号
八王子市	成年後見・あんしんサポートセンター八王子	042-620-7365
立川市	地域あんしんセンターたちかわ	042-529-8319

区市町村名	成年後見制度推進機関名	電話番号
武蔵野市	武蔵野市福祉公社	0422-23-1165
三鷹市	権利擁護センターみたか	0422-46-1203
青梅市	権利擁護センターおうめ	0428-23-7868
府中市	権利擁護センターふちゅう	042-360-3900
昭島市	地域福祉・後見支援センターあきしま	042-544-0388
町田市	福祉サポートまちだ	042-720-9461
小金井市	権利擁護センターふくしネットこがねい	042-386-0121
小平市	権利擁護センターこだいら	042-342-8780
東村山市	東村山市成年後見制度推進機関	042-394-7767
国分寺市	権利擁護センターこくぶんじ	042-580-0570
国立市	くにたち権利擁護センター	042-575-3222
福生市	成年後見センター福生	042-552-5027
東大和市	あんしん東大和	042-590-0018
清瀬市	きよせ権利擁護センターあいねっと	042-495-5573
東久留米市	東久留米市成年後見制度推進機関	042-479-0294
武蔵村山市	成年後見制度推進機関	042-566-0061
あきる野市	地域福祉推進課権利擁護係	042-533-3548
西東京市	権利擁護センター あんしん西東京	042-438-3776

一般社団法人多摩南部成年後見センターの構成5市にお住まいの方は、以下の各窓口にご相談ください。

区市町村名	窓口の名称	電話番号
調布市	調布市役所福祉健康部 福祉総務課 地域福祉係	042-481-7323
日野市	日野市役所健康福祉部 福祉政策課・高齢福祉課・障害福祉課	042-585-1111
狛江市	あんしん狛江	03-3488-5603
多摩市	権利擁護センター	042-373-5677
稲城市	稲城市権利擁護センター あんしん・いなぎ	042-378-5459

※推進機関が設置されていない市町村にお住まいの方は、13ページに掲載している「区市役所・町村役場（代表電話番号）」までお問い合わせください。

認知症サポーターになりましょう!

ご近所の人や商店街、郵便局、銀行、交番など地域で働く人たちが、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族が困った時に手助けをしてくれると、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができます。

認知症サポーターとは?

認知症についての正しい知識をもち、認知症の人や家族を温かく見守る応援者のことです。

認知症サポーターになるには?

「認知症サポーター養成講座」を受講してください。

- 1時間～1時間半の講義を受講すれば、どなたでもなることができます。
- 養成講座は、区市町村や企業、各種団体、小中学校などで行われています。

※お申込方法・開催日等は、お住まいの区市町村の認知症担当窓口にお問合せください。

受講者には、認知症サポーターの目印である「オレンジリング」が渡されます。



ひとりでも多くの人が認知症の人や家族の応援者になることが、認知症になっても安心して暮らしていけるまちづくりの第一歩です。

とうきょう認知症ナビへアクセス!!

「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」の推進を目的とする、東京都の公式サイトです。

主なコンテンツ

- パンフレット『知って安心認知症』『自分でできる認知症の気づきチェックリスト』
- 認知症の基礎知識
- 東京都の研修・行事
- 認知症に関する相談窓口(東京都認知症疾患医療センター、若年性認知症総合支援センターなど)
- 東京都の取組(会議資料・調査報告書・マニュアルなど)

とうきょう認知症ナビ

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/

または、

とうきょう認知症ナビ

検索

発行 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援担当

新宿区西新宿2-8-1 ☎03-5321-1111(代表) 内線33-564、33-565、33-569

平成29年9月発行 登録番号(29)156

監修 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

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

板橋区栄町35-2 ☎03-3964-3241(代表) 内線4222

