

## 地域における老年期痴呆の早期発見・早期対応システムの構築にむけての取り組み

フジワラ 藤原	ヨシノリ 佳典*	アマノ 天野	ヒデノリ 秀紀*	モリ 森	セツコ 節子 <sup>2*</sup>	ワタナベシュウイチロウ 渡辺修一郎 <sup>3*</sup>
クマガイ 熊谷	シュン 修*	ヨシダ 吉田	ユウコ 祐子*	キム 金	ジョンニム 貞任*	タカバヤシ コウジ 高林 幸司*
ヨシダ 吉田	ヒロト 裕人*	イシハラ ミユキ 石原美由紀 <sup>2*</sup>	ユキ ユキ	エグチフ サコ 江口夫佐子 <sup>4*</sup>	フセス ミエ 布施寿美江 <sup>5*</sup>	
モリ タ 森田	マサヒロ 昌宏 <sup>6*</sup>	ナガイ 永井	ヒロコ 博子 <sup>7*</sup>	シンカイ 新開	ショウジ 省二*	

**目的** 地域在宅高齢者における認知機能低下者をスクリーニングし、専門医療機関への受診と地域ケアに結びつけるシステムを構築しつつある我々の取り組みを紹介し、その過程で明らかとなった課題をまとめることである。

**方法** 新潟県与板町在住の65歳以上全高齢者1,673人を対象に、2000年11月に簡易認知機能検査 Mini Mental State Examination (MMSE) を含む面接調査を実施した(第一次調査)。1,527人(91.3%)が応答し、MMSE得点の年齢別の平均点-1SD以下を認知機能低下群(371人)とした。1年後に入院・入所中、死亡等を除く332人に対し二次調査の案内を発送し、希望者158人(42.5%)に対し、2001年11月に訪問面接を実施した(第二次調査)。本人には再度MMSE等を実施すると共に、家族からの聞き取りをもとにClinical Dementia Rating (CDR)を用いて痴呆の重症度を評価した。その結果、MMSE得点が二次調査でも年齢階級別平均-1SD以下であった者、又はCDR $\geq$ 0.5を満たす者に対して、専門医への受診を勧奨した(三次調査)。

**結果** 二次調査非希望者は受検者に比べ一次調査でのMMSE得点は有意に高く、年齢は有意に低かった。非希望の理由は「物忘れに対する不安がない」が最多であった。三次調査の該当者(96人)のうち、非希望者(47人)は希望者に比べて二次調査の成績に有意差はみられなかったが、高齢かつMMSEが低得点の者や、低年齢でMMSEが高得点の者が多い傾向がみられた。三次調査を受検した45人の診断はアルツハイマー型老年期痴呆22人、脳血管性痴呆13人、パーキンソン病等5人、異常なし5人であった。なお、これらの取り組みの過程においては、住民に対して痴呆に関する健康講座を開き(計26回)、その普及啓発につとめるとともに、地元かかりつけ医や関連機関との連携、さらには痴呆予防教室、ミニ・デイケア(町内8ヶ所)といった地域ケアシステムの整備を進めてきた。

**結論** 地域における老年期痴呆の早期発見・早期対応システムを構築する上で、低年齢で認知機能が軽度低下している者への普及啓発が特に重要である。また、事前の普及啓発や地域高齢者に対する認知機能検査のあり方、さらには経過観察群に対する地域ケアシステムの整備といった課題が再確認された。

**Key words** : 老年期痴呆, 早期発見, 早期対応, スクリーニング, 地域高齢者, 地域ケアシステム

\* 東京都老人総合研究所・地域保健研究グループ

<sup>2\*</sup> 与板町・福祉課

<sup>3\*</sup> 桜美林大学・国際学研究所

<sup>4\*</sup> 長岡健康福祉環境事務所

<sup>5\*</sup> 新潟県福祉保健部

<sup>6\*</sup> 医療法人楽山会三島病院・老人性痴呆疾患センター

<sup>7\*</sup> 長岡赤十字病院・神経内科

連絡先: 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2

東京都老人総合研究所地域保健研究グループ

藤原 佳典

## I はじめに

高齢期におけるサクセスフル・エイジング<sup>1)</sup>の必要条件の一つに、認知機能の維持がある。平成12年の介護保険法の施行によって、重度の認知機能低下者については、概ね多様なサービスが提供されるようになったが、軽度の認知機能低下者に対しては、介護保険のみならず地域保健の分野においても未だ十分な対応がなされているとはいえない。しかし、近年介護予防の重要性が認識されつつある中で、地域保健の現場では軽度の認知機能低下者を早期に発見し、介護予防事業や地域ケアに結びつけ、重症化を抑制することに大きな関心が寄せられている。本間<sup>2)</sup>は、こうした予防活動を地域で展開する際に次の点を強調している。痴呆に関する普及啓発活動をきめ細かく展開すること、実態調査によるスクリーニングを通じてハイリスク者を同定すること、それらハイリスク者に対する受け皿、つまり医療やケアシステムを充実させること、の三点である。しかし、こうした三つの条件を確保しつつ予防事業を展開している地域は、現時点では極めて稀である<sup>3-5)</sup>。一方、軽度認知機能低下者が抱える健康問題は、たんに「物忘れ」に代表される知的機能のみならず、身体・心理社会的側面の多岐にわたる<sup>6)</sup>。したがって、生活習慣病等の合併症、栄養や身体活動といった生活習慣、さらには社会活動性の維持・向上にも対応できる包括的な介護予防システムの一環として痴呆予防事業に取り組むことが重要である。本研究は平成12年より介護予防活動に取り組みつつあった新潟県と板町と、厚生労働科学研究費補助金の助成を受け「閉じこもり・痴呆」に関する疫学研究の受け入れ地域を求めていた東京都老人総合研究所（都老人研）との共同作業として推進された。同町では平成12年に認知機能低下のスクリーニング検査を含めた総合健康調査（第一次調査）を実施しており、これを受けて認知機能の低下者（疑いも含む）に対して1年後に専門調査（第二次調査）と、痴呆の疑われる者に対して専門医療機関における精密検査（第三次調査）を行ってきた。これらの取り組みの過程においては、一般住民に対して痴呆に関する健康教育の機会を設け、その普及啓発につとめるとともに、地元医師会や専門医療機関、在宅介護支援セ

ンター等の関連機関との連携、さらには痴呆予防教室、ミニ・デイケアといった地域ケアシステムの整備を同時に進めてきた。本研究の目的は、地域における老年期痴呆の早期発見・早期対応システムを構築しようとしている我々の取り組みから得られた知見と課題を整理し、今後、全国各地において手がけられるであろう痴呆予防事業や地域ケアシステムづくりの参考に資することである。

## II 研究方法

新潟県と板町に住む65歳以上の全高齢者1,673人を対象に、2000年11月に簡易認知機能検査 Mini Mental State Examination (MMSE)<sup>7)</sup>を含む面接調査を実施した(第一次調査)。同調査では、高齢期の介護予防を目的とした総合健康調査(お達者健康チェック)の一環として、MMSEの他、生活機能、栄養、身体活動性、抑うつ度、閉じこもり、社会活動性ならびに町の高齢者対策への意向などの質問を行った。

1,527人(91.3%)が応答し、得られたMMSE得点を用いて、各年齢別MMSE得点の平均-1SD以下であり、かつ21点以上の者を軽度認知機能低下者(Mild cognitive decline, MCD)(232人)、20点以下の者を重度認知機能低下者(Severe cognitive decline, SCD)(139人)と判定した<sup>6)</sup>。両者合わせて371人を痴呆のハイリスク群と定めた。その後、ハイリスク群を含む、第一次調査を受けた全員を対象に町内全域をカバーする10ヶ所の集会所において結果説明会を開催し、MMSEを含めた個人結果を返し、個別相談にも応じた。

1年後の2001年11月上旬にハイリスク群のうち入院・入所中、死亡等を除く332人に対し第二次調査の案内状を発送した。同案内状は原則として世帯主宛に送付し、本文には、痴呆の早期発見・早期対応のメリット(本人にとっては初期痴呆の進行を遅延しうる治療やケアを享受する機会が得られること<sup>8)</sup>、痴呆症状を示すが治癒可能な疾患や痴呆と混同されがちな精神症状との鑑別を行うことにより早期対応の機会が得られること<sup>9)</sup>、家族にとっては余裕を持った対応や介護計画が立てられること<sup>10)</sup>とデメリット(痴呆の診断がついた場合の精神的動揺やプライバシーの問題<sup>11)</sup>)を記載した。

案内状への回答は、本人の意志を十分に配慮し

た上で、世帯主に郵送で返送してもらった。なお、二次調査では家族からの聞き取りも必要であるため家族の意志も反映し、世帯全体で希望する場合のみに二次調査を行った。第二次調査を希望しなかった世帯（二次非希望者）に対しては希望しない理由を記入し返信してもらった。

第二次調査を希望した世帯（二次希望者）には2週間後に本人及び家族への訪問面接調査を行った。その際に、医師、保健師、臨床心理士等の専門調査員が二人一組で訪問し、それぞれ別室に分かれて、一人が本人に対して、記憶力についての愁訴、基本的日常生活動作能力（BADL）<sup>12,13</sup>、高次生活機能（老研式活動能力指標）<sup>14~16</sup>の自立度、抑うつ傾向〔Geriatric Depression Scale (GDS) 短縮版〕<sup>17</sup>、通院歴等の聞き取りと再度 MMSE を実施し、もう一人が家族に対して、対象者と同一の質問を行い、Clinical Dementia Rating (CDR)<sup>18</sup>により痴呆の重症度を評価した。

二次調査の結果については都老人研スタッフが再度個別訪問の上本人と家族に詳細に説明し、下記の基準を満たす者に対して専門病院における第三次調査（精密検査）をすすめた（受診は2002年1~3月の期間）。その際、本事業が公衆衛生学上極めて重要な先駆的取り組みであり、本調査結果を匿名下で行政資料および学術資料として使用する場合もあることを説明し口頭にて承諾を得た。三次調査の該当基準は、1. MMSE 得点が二次調査でも年齢階級別平均-1 SD 以下、2. CDR において0.5以上（「痴呆の疑い」以上）、3. 精神遅滞を除外、としたとき、項目1. または2. を満たし、かつ項目3. に該当するものとした。

第三次調査においては、専門医が DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)<sup>19,20</sup> 及び MRI による頭部画像検査等から診断を行った<sup>21</sup>。

統計学的手法としては、二次調査および三次調査への希望者と非希望者間での量的変数の比較において、年齢は t 検定を用い、MMSE や老研式活動能力指標、GDS、CDR の各得点は正規分布を示さないため Mann-Whitney の U 検定を用いた。質的変数（各質問に対する回答割合）の比較については  $\chi^2$  検定を用いた。二次調査受検者における各検査成績の1年間の変化については Wilcoxon の符号付順位検定により評価した。計

算には統計解析パッケージ SPSS10.0 for Windows を用い、有意水準はすべて  $P < 0.05$ （両側検定）とした。

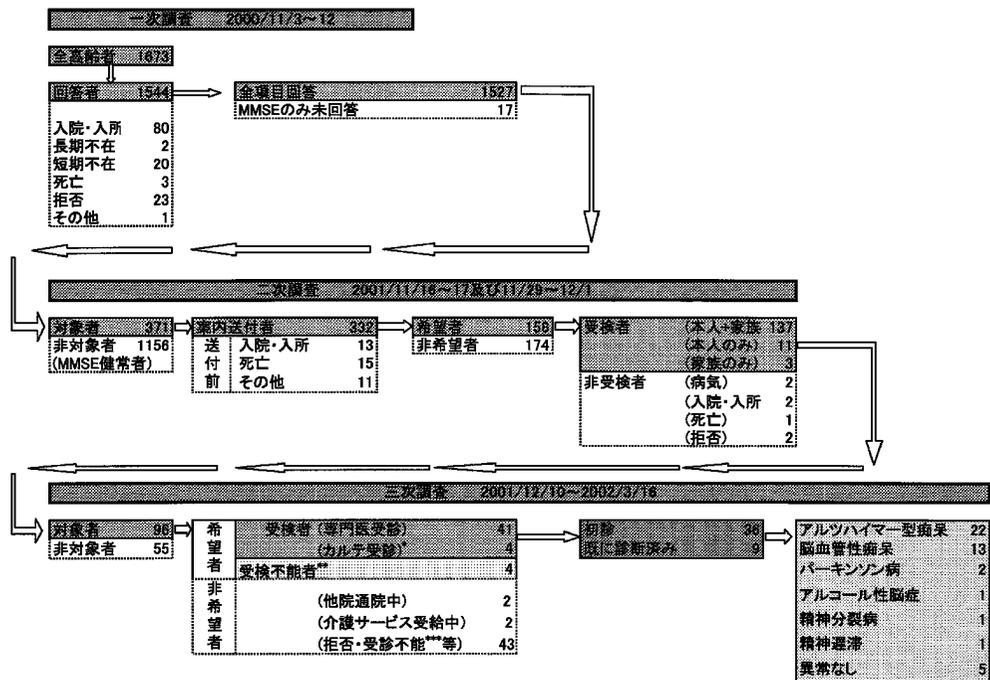
### III 結 果

図1に第一次調査から第三次調査にいたる過程の概要を示した。第二次調査は158人（47.6%）が希望し、残りの174人（52.4%）が希望しなかった。希望しなかった理由（複数回答可）を第一次調査における認知機能レベル別に示した（表1）。本人または家族に「物忘れに対する不安がないから不要」という理由が最多であり、特に第一次調査で MCD と分類された者に顕著であった。一方、SCD 群では「既に医療機関に受診中であるから」と「既に介護保険サービスを受給中であるから」という理由が約半数にみられた。また、「本人が結果を知りたくないから」と拒否した者は MCD 群の約10%にみられた。

第二次調査対象者の一年後の転帰、及び第二次調査の希望の有無別にみた一次調査における検査成績を表2に示した。二次希望者は非希望者に比べ MMSE の平均得点は有意に低く（20.1 vs 21.6）、SCD の割合が多いことが示され、また年齢は有意に高かった（77.6 vs 75.0）。一方、老研式活動能力指標、GDS（短縮版）、健康度自己評価、受療歴、既往歴といった身体・医学的または心理的変数において有意差はみられなかった。なお、入院、入所ならびに死亡者の一次調査における成績はおしなべて劣っていた。

二次調査受検者における MMSE 得点、老研式活動能力指標得点、及び GDS 得点の1年間の変化を表3に示した。MCD、SCD の両群共に MMSE の平均得点は1点以上有意に上昇し、GDS の平均得点は0.9点有意に悪化した。二次調査の判定結果をふまえた第三次調査の該当者は96人（二次受検者の63.6%）であり、その内49人（51.0%）が受検を希望した。三次調査に対する希望の有無別に MMSE、CDR 等諸変数の成績を比較した。非希望者（47人）は、希望者（49人）に比べて、年齢（78.6 ± 8.0 vs 80.1 ± 7.2）、MMSE 得点（18.9 ± 4.8 vs 19.3 ± 4.5）、CDR 重症度（1.02 ± 0.97 vs 0.80 ± 0.87）及び他の医学・身体的、心理的項目において有意差はみられなかった。ただし、年齢層別に両群の MMSE 得点を

図1 第一次調査から第三次調査にいたる過程の概要



\* 三次調査を担当した専門医の所属する診療科において既に受診中の者  
 \*\* 本人は希望していたが、心臓ペースメーカーまたは人工関節装着によりMRI実施不可と判断された者  
 \*\*\* わたきり、重度痴呆等の理由で家族が受診不能と判断し、三次調査を自粛した者  
 注) □内の数字は人数を表す。

表1 第二次調査を希望しなかった人の理由

希望しなかった理由	MCD (n=127)	SCD (n=47)	全体 (n=174)
	%	%	%
本人が不安なし	63.3	40.4	57.1
家族が不安なし	41.4	29.8	38.3
本人が結果を知りたくない	10.9	2.1	8.6
家族が結果を知りたくない	1.6	0.0	1.1
既に医療機関受診中	26.6	44.7	31.4
既に介護保険サービス受給中	5.5	46.8	16.6
その他	15.6	4.3	12.6

注1) MCD：軽度認知機能低下者，SCD：重度認知機能低下者  
 注2) すべて複数回答可

比較すると、高年齢でMMSEが低い、あるいは低年齢でMMSEが高いと非希望となる傾向がみ

られた。

三次調査希望者のうち4人が心臓ペースメーカーまたは人工関節装着のために事前にMRI検査実施不能と判断され、受検しなかった。MRIを受検した者45人のうち、痴呆の疑いにて医療機関を受診するのが初めてであったケースは36人(80%)、既に専門診療科において確定診断がついていた者は9人(20%)であった。45人の最終的な診断の内訳は、アルツハイマー型老年期痴呆(疑い含む)22人、脳血管性痴呆(疑い含む)13人、パーキンソン病2人、その他3人、異常なし5人であった。診断後の処遇は異常なしの5人を除き、専門病院における治療を開始(9人)、または継続中(10人)、地元医療機関へ紹介された者(9人)、介護保険デイサービスの利用を開始した者(5人)、経過観察(7人)に分類された(図1)。

以上の調査結果をふまえて、役場主催で8回の検討会を開催し、今後のケアシステムのあり方お

表2 第二次調査の希望群と非希望群の特性の比較 (一次調査時の成績から)

	二次調査対象者					二次調査 非対象者 (健常者)	検定 <sup>‡</sup>
	希望者 <sup>1)</sup>	非希望者 <sup>2)</sup>	入院・入所	死亡	その他		
	n = 158	n = 174	n = 13	n = 15	n = 11	n = 1,156	1) vs 2)
性別 (男, %)	33.8	36.6	38.5	46.7	54.5	41.0	
年齢 (歳, 平均±SD) <sup>  </sup>	77.6±7.0	75.0±7.2	77.3±7.6	79.7±7.4	68.2±2.1	74.0±6.3	**
MMSE 得点 (点, 平均±SD) <sup>§</sup>	20.1±3.8	21.6±2.7	16.1±7.6	19.4±4.0	23.7±1.1	27.4±2.1	**
MCD の割合 (%) <sup>†</sup>	52.9	73.1	46.7	23.1	100.0	—	
老研式活動能力指標 <sup>§</sup>							
総得点 (点, 平均±SD)	8.3±3.9	9.0±3.6	4.6±3.5	6.6±4.6	12.0±1.3	11.4±2.2	n.s.
手段的自立 (点, 平均±SD)	3.4±1.9	3.8±1.7	2.2±2.4	2.7±2.3	5.0±—	4.7±1.0	n.s.
知的能動性 (点, 平均±SD)	2.4±1.3	2.5±1.4	1.1±1.4	2.3±1.5	3.4±0.9	3.4±0.9	n.s.
社会的役割 (点, 平均±SD)	2.6±1.5	2.7±1.3	1.3±0.8	1.6±1.6	3.6±0.7	3.4±1.0	n.s.
GDS 得点 (点, 平均±SD) <sup>§</sup>	4.8±2.8	4.9±2.9	5.8±3.4	8.0±4.5	2.6±1.5	3.7±2.7	n.s.
健康度自己評価 (まあまあ健康以上, %)	61.4	62.9	58.3	53.8	90.9	70.6	n.s.
過去1カ月の通院状況 (あり, %)	80.1	79.9	61.5	80.0	81.8	80.4	n.s.
過去1年の入院状況 (あり, %)	11.5	12.6	23.1	33.3	9.1	8.5	n.s.
既往歴-脳卒中 (あり, %)	14.1	17.8	30.8	26.7	9.1	6.7	n.s.
既往歴-心疾患 (あり, %)	20.5	14.9	0.0	20.0	16.6	17.6	n.s.
既往歴-高血圧 (あり, %)	46.8	56.9	30.8	40.0	54.5	53.2	n.s.
既往歴-糖尿病 (あり, %)	15.4	15.5	15.4	13.3	9.1	14.3	n.s.

<sup>†</sup>  $100 \times \text{MCD}(\text{人}) / [\text{MCD}(\text{人}) + \text{SCD}(\text{人})](\%)$ , MCD: 軽度認知機能低下者, SCD: 重度認知機能低下者

<sup>‡</sup> 量的変数の2群間の比較は, t検定 (||) あるいは Mann-Whitney の U 検定 (§), 質的変数 (回答割合) については  $\chi^2$  検定を用いた。\*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$

よび関係機関の役割を整理した上で, 以下の取り組みが展開されている。

普及啓発活動としては2001年度より住区単位に痴呆対策を中心とした高齢期の健康づくりに関する学習会を継続し, 2002年8月までで計26回開催してきた。専門的内容の講義は都老人研のスタッフが担当し, システムづくりへの住民の理解と啓発は, 役場保健師が担当した。

また, 2002年度より専門医療機関や在宅介護支援センターと地元かかりつけ医の連携を密にするための連絡会議を開催し, 2次, 3次受検者のそ

の後の経過等について情報交換を行っている。

住民向けのサービスとして認知機能レベル別に地域ケアの受け皿を設けた。MCDレベルの経過観察者や物忘れに不安を持つ者を対象に, 課題解決型自主グループ方式の痴呆予防教室を開講(週1回, 6ヶ月間コース)し<sup>22)</sup>, 中程度の認知機能低下者に対しては町内8か所のコミュニティ・デイケアを定期的で開催し始めている。それらの立ち上げには都老人研のスタッフが専門的助言を行い, 事業のコーディネートは役場保健師と臨床心理士や住民ボランティア等が担当した。

表3 第二次調査受検者における一年前の検査成績との比較

	第一次調査 (2000年)				第二次調査 (2001年)				検 定†	
	①MCD(n=81)		②SCD(n=68)		③MCD(n=81)		④SCD(n=68)		①vs③	②vs④
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
MMSE 得点	22.5	1.1	16.4	4.4	23.7	2.9	17.5	5.4	**	*
老研式活動能力指標										
総得点	9.6	3.4	5.8	3.9	9.6	3.2	5.4	3.2		
手段的自立	3.9	1.7	2.3	2.0	4.0	1.6	2.2	1.8		
知的能動性	2.8	1.1	1.6	1.3	2.7	1.1	1.5	1.2		
社会的役割	2.9	1.4	1.8	1.5	2.9	1.3	1.7	1.2		
GDS 得点	4.7	2.9	5.2	2.6	5.6	2.8	6.1	2.4	*	**

† Wilcoxon の符号付順位検定, \*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$ , 注) MCD: 軽度認知機能低下者, SCD: 重度認知機能低下

新潟県福祉保健部及び長岡健康福祉環境事務所(旧保健所)はこれらの事業へのアドバイザーとして参画し、連絡会議において専門的助言を行ったり、二度にわたって研修会を開催し当事業に関して近隣市町村からのコメントを得る機会を提供した。また、同事務所による指導により、痴呆の早期発見・早期対応事業をはじめとした包括的な介護予防システムに対する住民による自主的な支援組織である「介護予防を考える会」が育成された。同会は本事業全体を通じて住民サイドからの普及啓発を担い、介護予防に関する情報発信ステーションであるコミュニティサロン「スペース・かたこん」<sup>23)</sup>の運営や調査等に際しての倫理面のアドバイザーとして活躍している。

#### IV 考 察

本事業に対する対象者の行動パターンを観察することにより、間接的ではあるが、地域高齢者が痴呆に対して抱えている意識や態度を把握できた。一次調査を実施し、その後結果説明会を開催したところ、参加者は一次調査受検者の約40%であった。参加者には個別に生活機能、生活習慣、抑うつ度、認知機能(MMSE)などの項目ごとの判定結果を返した。その際には「安心」、「やや心配」、「かなり心配」の三段階で評価し、結果に対する早期対応の重要性<sup>24)</sup>を強調した。説明会閉会后および後日、役場福祉課や在宅介護支援センターにおいて認知機能低下についての相談の機会を設けたが、問題行動を有する重度痴呆性高齢者の家族からの相談が散見されたのみであった。

MCDレベルであった本人あるいはその家族や、「物忘れ」を愁訴にもつ者からの相談はなく、痴呆の早期発見・早期対応に向けては更なるアプローチが必要と考えられた。

そこで、1年後にMCD及びSCD群に対して第二次調査を企画した。二次調査の案内にあたっては特にinformed choice及びinformed consentのコンセプト<sup>25)</sup>を最優先した。つまり、案内状において「痴呆」という用語を明示し、その早期発見・早期対応におけるメリット<sup>8~10)</sup>、デメリット<sup>11)</sup>を列挙するとともに、案内状の表現内容は一般高齢者の有志のチェックを受けた。さらには本人と家族の両者が希望する場合のみ二次調査を実施した。こうした慎重な対応が必要な背景には、アルツハイマー型痴呆の告知の是非について、未だ統一的な見解が示されていないことがある<sup>11)</sup>。Meyers<sup>26)</sup>は、告知に伴う患者本人の精神的負担についての実証的報告はないことを指摘している。また他の疾患の告知に比べて家族や周囲の者が過敏に反応するという報告がある一方で<sup>27)</sup>、痴呆の初期段階ではむしろ告知を肯定的にとらえるべきだとする見解もある<sup>28,29)</sup>。

本研究において、二次調査の非希望者に対して、希望しない理由を尋ねた結果、「本人が結果を知りたくないから」と回答した者は10%に過ぎず、逆に「本人が不安なし」が60%以上にのぼっていた。「不安がない」という回答の背景には「痴呆」に対する無関心が潜在する可能性がある。三次調査の該当者についても、調査希望者と非希望者の間でMMSE等の成績において有意差

はみられなかったものの、比較的年齢が若くかつMMSEが高得点である場合に三次調査を希望しない傾向がみられた。これら二次または三次の非希望者に対する啓発策としては、まず、自らの記憶力に関する愁訴は客観的な認知機能検査の成績と必ずしも相関しない<sup>30)</sup>ことを理解してもらうことが必要であろう。そのためには痴呆の初期症状と年齢相応の物忘れ(良性老年性健忘)との違いといった基礎的な知識を普及する<sup>31)</sup>ことが優先されるべきである。こうした啓発活動はこれまでの取り組みにおいて住区ごとの教育講演を通じて度々行ってきた。しかし、講演会の参加者の多くは日中、時間的に余裕のある高齢者であり、家事や仕事に忙しい低年齢層の出席を促すには、夜間や休日等の時間帯に普及啓発の場を設けることが必要かも知れない。

一方で、二次非希望者の中にはMMSEを受けること自体に抵抗感を抱く者が存在することも推測される。一次調査の際、MMSEのみ途中で回答を拒否する者が17人(1.1%)いたことはこれを裏づけている。一次調査に比べて二次調査におけるMMSEの平均点が1点程度有意に高かった。MMSEは実施環境によって成績が左右され<sup>32)</sup>、医療機関内で受検するよりも自宅の方が高得点を示すとの報告がみられる<sup>33,34)</sup>。本研究における一次調査は原則として会場での面接であり、二次調査は全員訪問面接であった。二次調査終了後に受検者から「自宅の方が落ち着いて回答できた」という意見がしばしば聞かれたが、緊張の程度など心理的な状況が及ぼす影響は少なくないであろう。こうした受検時の印象が好ましくないものとして潜在化していた場合は、二次調査の案内を受け取った時点で拒否的な反応を示すことも考えられよう。今後は、MMSEなどの認知機能検査を実施する際には実施環境に充分配慮し、対象者に過度の心理的な緊張をかけないよう配慮する必要がある。

本事業において専門医療機関の受診(第三次調査)にむすびつき、早期対応ができた事例が45人であったのに対し、調査対象に該当したにもかかわらず二次調査および三次調査を希望しなかった者はそれぞれ174人と51人であった。したがって、45人のデータをもとにして、与板町全体の痴呆の有病率や原疾患の内訳を議論することは困難であ

る。例えば、非希望者の中には既に、ADLが著しく低下し、専門医療機関に検査を受けに行くことを自粛したケースが含まれている。これら受検不能例には脳血管性痴呆が多いと考えられるので、45人のデータでは脳血管性痴呆が過小評価されている可能性が高い。

普及啓発活動、ハイリスク者の早期発見(一次から三次調査)、さらには地域ケアのすべての事業の過程において、生活習慣病対策にみられるような自主グループ支援型の保健活動と異なるスタンスをとる必要があることが実感された。例えば、MCDレベルの対象者にどこまで自主的な保健行動を期待できるかは疑問である。一次調査において既に認知機能が軽度低下している高齢者には、抑うつ傾向や閉じこもり傾向がみられた<sup>6)</sup>。本事業の主たる対象者であるMCDレベルの者は心理・社会活動性が劣っているため、一般住民に対する普及啓発の手段を通じてのみでは、我々からの健康情報に暴露される機会は極めて少ない。会場での聞き取り調査への参加自体も危ぶまれ、これらハイリスク者の実態を把握することは容易ではない。訪問調査時に家族から本人の状況を聞き取ることにより<sup>12)</sup>、あらたに在宅介護支援センターへ紹介できたケースが少なくなかった。できる限り悉皆性を維持し、精度の高いスクリーニングを行う上で、役場の事業の一環であるという公共性を住民にアピールすることは極めて重要である。

一方では、痴呆はとりわけプライバシーに配慮すべき健康課題であるので、与板町のような小規模自治体においては、以前から顔見知りの人が含まれる地元の調査員やインストラクターのみで事業を行うことに抵抗を感じる住民は少なくない。都老人研のような第三者機関が介在することにより、住民の匿名性を維持できるメリットがある。地元自治体と保健所それに外部研究機関の適材適所の共同作業によりこれらの事業を進めていくことで、さらに効果的かつ効率的な老人性痴呆に関する早期発見・早期対応のための地域ケアシステムを構築していきたい。

本研究は厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「地域在宅高齢者の閉じこもりに関する総合的研究(H12-長寿-044)」(主任研究者新開省二)の一

環として行われた。本研究の実施に際し、多大なるご協力をいただいた小林徹先生、風間治男先生（与板町医師会）、本間昭先生、矢富直美先生（東京都老人総合研究所）、「介護予防を考える会」および与板町役場福祉課の皆様は厚くお礼申し上げます。

（受付 2002.11.21）  
（採用 2003. 6.23）

## 文 献

- 1) Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist* 1997; 37: 433-440.
- 2) 本間 昭. 地域における痴呆予防活動. *老年精神医学雑誌* 2001; 12: 850-851.
- 3) 池田 学. 痴呆予防に大学を巻き込み! 痴呆対策ネットワークを構築した愛媛県中山町. *公衆衛生情報* 2000; 30: 52-54.
- 4) Ishizaki J, Meguro K, Ambo H, et al. A normative community-based study of Mini Mental State in elderly adults.: the effect of age and educational level. *J Gerontol: Psychol Sci* 1998; 53B: 359-363.
- 5) Meguro K, Shimada M, Yamaguchi S, et al. A 5-year retrospective examination of cognitive screening test stages in normal older adults and patients with Alzheimer's disease: Tajiri Project. *J Gerontol: Psychol Sci* 2001; 56B: 314-318.
- 6) Fujiwara Y, Watanabe S, Yoshida Y, et al. Prevalence and characteristics of older community residents with mild cognitive decline. *Geriatr. Gerontol. Int* 2002; 2, 57-67.
- 7) Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state"—A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res* 1975; 12: 189-198.
- 8) 本間 昭. 第5章アルツハイマー型痴呆の治療と実際. *日本老年精神医学会アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル制作委員会, 編. アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル. 東京: 日本老年精神医学会, 2001; 129-162.*
- 9) Piccini C, Bracco L, Amaducci L. Treatable and reversible dementias: an update. *J Neurol Sci* 1998; 153: 172-81.
- 10) 本間 昭. ぼけと付き合うために. *毎日ライフ* 2000; 31: 12-15.
- 11) 今井幸充, 杉山美香, 北村世都. アルツハイマー病告知の現状と問題点. *老年精神医学雑誌* 2000; 11: 1225-1232.
- 12) 藤原佳典, 天野秀紀, 高林幸司, 他. 地域在宅高齢者における認知機能低下者の生活機能の評価—本人と家族の評価における乖離の関連要因—. *日老医誌* 2003 (印刷中).
- 13) Katz S, Ford AB, Moskowitz R, et al. Studies of illness in the aged. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- 14) Katz S, Branch LG, Branson MH, et al. Active life expectancy. *N Engl J Med* 1983; 309: 1218-1224.
- 15) Koyano H, Shibata H, Nakazato K, et al. Measurement of Competence: Reliability and Validity of the TMIG-Index of Competence. *Arch. Gerontol. Geriatr* 1991; 13: 103-116.
- 16) Fujiwara Y, Shinkai S, Watanabe S, et al. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Arch. Gerontol. Geriatr* 2003; 36: 141-153.
- 17) Niino N, Kawakami N, Imaizumi T. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin. Gerontologist* 1991; 10: 85-87.
- 18) Berg L. Clinical Dementia Rating (CDR). *Psychopharmacol. Bull.* 1998; 24: 637-639.
- 19) American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 20) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳). *DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 東京: 医学書院, 1996.
- 21) Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D, et al. Diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology* 1995; 45: 211-218.
- 22) 矢富直美. MCIを対象とした介入研究の実行可能性. *老年医学* 2002; 40: 345-350.
- 23) 森 節子. 住民の手で交流を活発にし介護予防を一介護予防システムを開発する新潟県与板町福祉課一. *公衆衛生情報* 2003; 33: 47-50.
- 24) 武地 一. 痴呆の早期診断., 薬物療法と長期フォローアップ. *日老医誌* 2002; 39: 282-285.
- 25) 櫻井尚子, 巴山玉蓮, 藤原佳典, 他. ヘルスプロモーションにおける住民参加とエンパワーメント. *日衛誌* 2002; 57: 490-497.
- 26) Meyers BS. Telling patients they have Alzheimer's disease. *BMJ* 1997; 314: 321-322.
- 27) Conor PM, Kirby M, Coen R, et al. Family members' attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis? *BMJ* 1996; 313: 529-530.
- 28) Rice K, Warner N, Tye T, et al. Telling the diagnosis to patients with Alzheimer's disease; Geriatrician's and psychiatrist's practice differs. *BMJ* 1997; 314: 376.
- 29) 齊藤正彦 (訳). 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則. *日精病協誌* 1992; 11: 55-64.
- 30) Carr DB, Gray S, Batty J, Morris JC. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology* 2000; 55: 1724-1726.

- 31) 目黒謙一, 石井 洋, 関田康慶. 痴呆に関する地域住民の認識と教育講演の効果—保健・医療・福祉の連携のために—. 病院管理 2002; 10: 15-23.
- 32) Livingston G, Sax K, Willison J, et al. The Gospel Oak Study stage II: the diagnosis of dementia in the community. *Psychol Med* 1990; 20: 881-891.
- 33) Peters CA, Potter JF, Scholer SG. Hearing impairment as a predictor of cognitive decline in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 981-986.
- 34) Ward HW, Ramsdell JW, Jackson JE, et al. Cognitive function testing in comprehensive geriatric assessment. A comparison of cognitive test performance in residential and clinic settings. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 1088-1092.
-

## TOWARD CONSTRUCTING A SYSTEM FOR DETECTING AND COPING WITH SENILE DEMENTIA IN EARLY STAGES AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE

Yoshinori FUJIWARA\*, Hidenori AMANO\*, Setsuko MORI<sup>2\*</sup>, Shuichiro WATANABE<sup>3\*</sup>,  
Shu KUMAGAI\*, Yuko YOSHIDA\*, Jungnim KIM\*, Koji TAKABAYASHI\*,  
Hiroto YOSHIDA\*, Miyuki ISHIHARA<sup>2\*</sup>, Fusako EGUCHI<sup>4\*</sup>, Sumie FUSE<sup>5\*</sup>,  
Masahiro MORITA<sup>6\*</sup>, Hiroko NAGAI<sup>7\*</sup>, and Shoji SHINKAI\*

**Key words** : 1. Senile dementia 2. Early detection 3. Early coping 4. Screening 5. Community-dwelling older people 6. Community care system

**Objectives** To establish a community health care system for screening community-dwelling older people with mild cognitive decline (MCD) and early diagnosis by a medical specialist.

**Methods** Out of all the elderly residents aged 65 years and over living in Yoita town in 2000 ( $n = 1673$ ), 1544 participated in the interview survey held at community halls or at home (92.3% response). They underwent a Mini-Mental State Examination (MMSE) for assessment of cognitive function and answered questionnaires covering socio-demographic, psychological, physical and medical, and social activity items (2000/11). We defined cognitive decline as an MMSE  $\leq 1$  SD below the age-specific mean ( $n = 371$ ). Out of a total eligible population of 332, 158 pairs of subjects and their proxies participated in a follow-up survey (2001/11). The subjects themselves underwent MMSE again, and were asked for complaints of memory-related problems. Proxies answered about functional capacity and memory-related problems of subjects, for which we assessed the level of dementia with the Clinical Dementia Rating (CDR). We established criteria for encouragement to undergo detailed examination by a medical specialist as follows. 1) MMSE scores  $\leq 1$  SD below age-specific means at both baseline and follow-up surveys, or 2) CDR  $\geq 0.5$ , and 3) not due to mental retardation.

**Results** Non-participants had significant higher MMSE scores but were younger in the follow-up survey. Out of 96 subjects eligible for the detailed examination, 47 participants showed a tendency for older age with lower MMSE scores or younger age with higher MMSE scores than the average in the follow-up survey. The detailed examinations confirmed dementia of Alzheimer's type in 22 and vascular dementia in 13 on DSM-IV or magnetic resonance imaging. During our screening, 8 community care saloons were opened and the number of facilities for older people with cognitive decline is increasing.

**Conclusions** To establish a community health care system to screen and cope with community-dwelling older people with MCD in earlier stages, increased awareness of residents with slight MCD is especially important. Our attempt also suggested the importance of educational lectures, methods for testing cognitive function, and dementia care activity.

---

\* Community Health Research Group, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology,

<sup>2\*</sup> Welfare Section, Yoita Town,

<sup>3\*</sup> Department of Gerontology, Graduate School of International Studies, Obirin University,

<sup>4\*</sup> Nagaoka Health, Welfare and Environment Center,

<sup>5\*</sup> Department of Welfare and Health, Niigata Prefecture,

<sup>6\*</sup> Department of Psychogeriatrics, Mishima Hospital,

<sup>7\*</sup> Department of Neurology, Nagaoka Red Cross Hospital.