

介護保険制度下の要介護高齢者における認知症の特徴

ツイ タカコ
筒井 孝子*

目的 認知症高齢者の増加は、介護保険制度の運用において重要な課題となってきた。しかし、対策をすすめる上で必要と考えられる、介護を要する認知症高齢者の特徴を示す資料は、十分に提示されているとはいえない状況である。そこで本研究では、全国から収集された要介護認定に関わるデータを用いて、特徴を把握した。

方法 分析データは、2001年4月から2003年3月までの24カ月間に全国で要介護認定を受けた高齢者（以下、要介護高齢者）の年齢、性、要介護度、認知症の有無に関する月別のデータ（延べ22,074,815名分）である。要介護高齢者の性・年齢別分布の特徴を分析し、次に、要介護高齢者集団における認知症の特徴に関して性別、年齢階層別、要介護度別の分析を行った。

結果 要介護高齢者の特徴の第1は、71.3%が女性で、このうち75歳以上が56.4%で後期高齢層の女性の割合が高かった。第2に、男性は、女性に比べ75歳未満の前期高齢者の占める割合が高かった。第3に、要支援・要介護1の認定を受けた者は4割を超えていた。以上のことから、要介護高齢者集団の多くを占めているのは、80歳以上の要介護度が低い非認知症の女性であることが示された。次に、認知症は、これらの集団の47.6%と、ほぼ半数を占めており、この割合は、年齢と共に増加する傾向がみられた。認知症の人数は、男性が28.0%、女性が72.0%であり、認知症の女性の人数は、男性の2.6倍であった。また認知症の60.1%が75～94歳の高齢女性であった。ただし、性別にみた認知症の有症割合は、男性が46.5%、女性が48.1%であり、男女ともに認知症の有症割合は約5割であった。しかし、年齢が高くなる程に認知症は増加し、かつ、男性は平均寿命が短いため、人数としてみた場合、女性の有症数が男性よりも多くなっていた。

結論 高齢社会の最大の問題である介護の問題は、後期高齢女性における介護問題であることが示された。すなわち女性は平均寿命が長く、男性よりも要介護高齢者になる可能性が高く、その分、認知症の要介護者となるリスクも高いことが明らかにされた。このことから、わが国における介護の問題の解決のためには、女性の高齢期における健康政策を進めることが重要であると考えられた。

キーワード 認知症，要介護，高齢者，後期高齢者，介護保険制度

目 的

2005年の65歳以上の高齢者数は、過去最高の2560万人となった。このうち75歳未満の前期高齢者人口が1403万人、75歳以上の後期高齢者人口が1157万人となっている。高齢者人口は2004

年よりも72万人増加し、その内訳は、前期高齢者が22万人、後期高齢者が50万人であり、後期高齢者の増加が大きい。また、2006年5月における最新のデータでは、要介護認定者総数は443.8万人であり、第1号被保険者数2579.2万人の17%を占めている¹⁾。要介護認定者にお

* 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長

る認知症高齢者数は2002年9月の推計値によると、2005年に約170万人、2015年には約250万人まで増加すると推計されている²⁾。

介護保険制度の下では、認知症の判断を「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（以下、認知症判定基準³⁾⁴⁾」に基づいて行っている。この基準に示された「認知症の症状」の定義は、「広範な器質性脳障害により生じる知的機能低下を中心症状とする症候群⁵⁾」や「認知及びIADLの低下、ときに問題行動を伴う症候群⁶⁾」としてとらえられ、アルツハイマー病（AD）や血管性認知症（VaD）に用いられるNINCDS-ADRDA⁷⁾やCAMDEX⁸⁾、DSM-などの判断基準を用いた医学的な診断基準とは異なっている。このため、医師からADやVaDなどの認知症に関わる診断をされていなくても、前述した判定基準によって認知症と判定されれば、介護保険制度上は認知症とされ、介護サービスを受けることができる。

このように介護保険制度における認知症の診断は、先に述べた認知症判定基準によることを原則としているため、認知症に関して専門の医師の診断書の提出は義務づけられていない。このため、厳密には医学的に認知症と診断されなくても、介護保険制度上は認知症高齢者となり、認知症の介護サービスを受けることができる。

2002年9月末において、この基準によってランク 以上となる認知症高齢者は、要介護（要支援）認定者において大きな割合を占めている。例えば、要介護（要支援）認定者のうち2人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」（認知症判定基準 以上）、およそ4人に1人は、「一定の介護を必要とする認知症がある高齢者」（認知症判定基準 以上）であることが示されている⁹⁾。

また介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型病床群の3施設にいる要介護（要支援）認定者のおよそ8割は認知症判定基準 以上であり¹⁰⁾、6割は認知症判定基準 以上であるとされている。さらに要介護（要支援）認定者で認知症判定基準 以上のうち、およそ3人に1人は「運動能力の低下していない者」（い

わゆる「動ける認知症高齢者」）であるとされている⁹⁾。

政府は、このような認知症高齢者の増加をかんがみ、彼らに対する介護をより充実することを目的とし、認知症高齢者を中心に置いたシステムへの転換をすすめている。例えば、2006年4月からは、地域密着型サービス（認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護など）の創設、認知症の早期診断・早期対応のための主治医に対する研修の強化などといった地域医療体制の充実など、介護保険制度の下で定義されている認知症高齢者を標準とした介護保険システムへと転換がなされつつある¹¹⁾。

こうした抜本的なシステムの転換に当たっては、介護を必要とする認知症高齢者の特性を反映していることが前提となるが、認知症について全国規模のデータを基にした性別年齢階層別、要介護度別の分析結果は、十分に示されている状況とはいえない¹²⁾。

例えば、女性は平均寿命の差による影響を除外した上でも認知症の有症割合が高いことが先行研究において明らかにされている¹³⁾が、これに関して、大規模データの分析を基に示した資料は公開されていない。また、県や市町村単位の資料においても要介護認定を受けた高齢者（以下、要介護高齢者）における性別、年齢階層別、要介護度別の認知症の有症割合などは示されていない状況である¹⁴⁾¹⁵⁾。

そこで本研究では、介護保険制度が定着してきた2001年4月から2003年3月までの間に全国から収集された要介護認定に関わる大規模データを用いて、要介護高齢者の特徴の分析とともに、特に認知症の有症割合について分析し、これらの認知症高齢者に関して性別、年齢階層別、要介護度別の分析を行い、わが国における認知症高齢者の特徴を明らかにすることを目的とした。次に、これらの認知症の特徴が明らかにされた後、今後、予定されている認知症を主としたシステムの転換において、どのような検討が必要かを考察することを目的とした。

方 法

での24カ月間に全国で要介護認定を受けた高齢者の年齢、性、要介護度、認知症の有無に関する月別のデータ（延べ22,074,815名分）である。

(1) 分析データ

分析データは、2001年4月から2003年3月まで

表1 要介護高齢者における認知症の有無別性別年齢階層別人数

	総数			非認知症				認知症					
	N	(%)	年齢階層割合(%)	N	(%)	年齢階層割合(%)	性別年齢階層割合(%)	全体割合 ¹⁾ (%)	N	有症割合(%)	年齢階層割合(%)	性別年齢階層割合(%)	全体割合 ¹⁾ (%)
総数	22 074	815(100.0)	100.0	11 558	203(52.4)	100.0		52.4	10 516	612(47.6)	100.0		47.6
65～74歳	4 992	389(100.0)	22.6	3 166	935(63.4)	27.4		14.3	1 825	454(36.6)	15.8		8.3
75～84	10 231	640(100.0)	46.3	5 623	604(55.0)	48.7		25.5	4 608	036(45.0)	39.9		20.9
85～94	6 413	103(100.0)	29.1	2 650	881(41.3)	22.9		12.0	3 762	222(58.7)	32.6		17.0
95歳以上	437	683(100.0)	2.0	116	783(26.7)	1.0		0.5	320	900(73.3)	2.8		1.5
男	6 335	934(100.0)	28.7	3 386	667(53.5)	29.3	100.0	15.3	2 949	267(46.5)	28.0	100.0	13.4
65～74歳	2 078	217(100.0)	9.4	1 219	287(58.7)	10.5	36.0	5.5	858	930(41.3)	8.2	29.1	3.9
75～84	2 766	795(100.0)	12.5	1 472	367(53.2)	12.7	43.5	6.7	1 294	428(46.8)	12.3	43.9	5.9
85～94	1 420	113(100.0)	6.4	668	592(47.1)	5.8	19.7	3.0	751	521(52.9)	7.1	25.5	3.4
95歳以上	70	809(100.0)	0.3	26	421(37.3)	0.2	0.8	0.1	44	388(62.7)	0.4	1.5	0.2
女	15 738	881(100.0)	71.3	8 171	536(51.9)	70.7	100.0	37.0	7 567	345(48.1)	72.0	100.0	34.3
65～74歳	2 914	172(100.0)	13.2	1 947	648(66.8)	16.9	23.8	8.8	966	524(33.2)	9.2	12.8	4.4
75～84	7 464	845(100.0)	33.8	4 151	237(55.6)	35.9	50.8	18.8	3 313	608(44.4)	31.5	43.8	15.0
85～94	4 992	990(100.0)	22.6	1 982	289(39.7)	17.2	24.3	9.0	3 010	701(60.3)	28.6	39.8	13.6
95歳以上	366	874(100.0)	1.7	90	362(24.6)	0.8	1.1	0.4	276	512(75.4)	2.6	3.7	1.3

注 1) 性別年齢階層別認知有無別16群の構成割合

表2 要介護高齢者における認知症の有無別性別要介護度別人数

	総数			非認知症				認知症					
	N	(%)	要介護度別割合(%)	N	(%)	要介護度別割合(%)	全体割合 ¹⁾ (%)	性別全体割合 ²⁾ (%)	N	有症割合(%)	要介護度別割合(%)	全体割合 ¹⁾ (%)	性別全体割合 ²⁾ (%)
総数	22 074	815(100.0)	100.0	11 558	203(52.4)	100.0	52.4		10 516	612(47.6)	100.0	47.6	
非該当	112	646(100.0)	0.5	110	764(98.3)	1.0	0.5		1 882	(1.7)	0.0	0.0	
要支援	3 060	499(100.0)	13.9	2 801	505(91.5)	24.2	12.7		258	994(8.5)	2.5	1.2	
要介護1	6 335	207(100.0)	28.7	4 725	711(74.6)	40.9	21.4		1 609	496(25.4)	15.3	7.3	
要介護2	3 883	799(100.0)	17.6	1 861	815(47.9)	16.1	8.4		2 021	984(52.1)	19.2	9.2	
要介護3	2 738	598(100.0)	12.4	892	197(32.6)	7.7	4.0		1 846	401(67.4)	17.6	8.4	
要介護4	2 846	928(100.0)	12.9	587	179(20.6)	5.1	2.7		2 259	749(79.4)	21.5	10.2	
要介護5	2 832	124(100.0)	12.8	314	018(11.1)	2.7	1.4		2 518	106(88.9)	23.9	11.4	
不明	265	014(100.0)	1.2	265	014(100.0)	2.3	1.2		-	-	-	-	
男	6 335	934(100.0)	28.7	3 386	667(53.5)	29.3	15.3	100.0	2 949	267(46.5)	28.0	13.4	100.0
非該当	28	639(100.0)	0.1	28	051(97.9)	0.2	0.1	0.8	588	(2.1)	0.0	0.0	0.0
要支援	687	700(100.0)	3.1	626	469(91.1)	5.4	2.8	18.5	61	231(8.9)	0.6	0.3	2.1
要介護1	1 637	418(100.0)	7.4	1 221	473(74.6)	10.6	5.5	36.1	415	945(25.4)	4.0	1.9	14.1
要介護2	1 291	165(100.0)	5.8	702	615(54.4)	6.1	3.2	20.7	588	550(45.6)	5.6	2.7	20.0
要介護3	908	753(100.0)	4.1	356	848(39.3)	3.1	1.6	10.5	551	905(60.7)	5.2	2.5	18.7
要介護4	875	550(100.0)	4.0	232	876(26.6)	2.0	1.1	6.9	642	674(73.4)	6.1	2.9	21.8
要介護5	829	580(100.0)	3.8	141	206(17.0)	1.2	0.6	4.2	688	374(83.0)	6.5	3.1	23.3
不明	77	129(100.0)	0.3	77	129(100.0)	0.7	0.3	2.3	-	-	-	-	
女	15 738	881(100.0)	71.3	8 171	536(51.9)	70.7	37.0	100.0	7 567	345(48.1)	72.0	34.3	100.0
非該当	84	007(100.0)	0.4	82	713(98.5)	0.7	0.4	1.0	1 294	(1.5)	0.0	0.0	0.0
要支援	2 372	799(100.0)	10.7	2 175	036(91.7)	18.8	9.9	26.6	197	763(8.3)	1.9	0.9	2.6
要介護1	4 697	789(100.0)	21.3	3 504	238(74.6)	30.3	15.9	42.9	1 193	551(25.4)	11.3	5.4	15.8
要介護2	2 592	634(100.0)	11.7	1 159	200(44.7)	10.0	5.3	14.2	1 433	434(55.3)	13.6	6.5	18.9
要介護3	1 829	845(100.0)	8.3	535	349(29.3)	4.6	2.4	6.6	1 294	496(70.7)	12.3	5.9	17.1
要介護4	1 971	378(100.0)	8.9	354	303(18.0)	3.1	1.6	4.3	1 617	075(82.0)	15.4	7.3	21.4
要介護5	2 002	544(100.0)	9.1	172	812(8.6)	1.5	0.8	2.1	1 829	732(91.4)	17.4	8.3	24.2
不明	187	885(100.0)	0.9	187	885(100.0)	1.6	0.9	2.3	-	-	-	-	

注 1) 性別要介護度別認知症有無別32群の構成割合

2) 性別要介護度別の構成割合

(2) 認知症の定義

認知症の有無は、厚生労働省が示した認知症高齢者の日常生活自立度基準により、認知症判定基準以上の者の分析を実施した。この以上の高齢者は、見守り、助言が必要とされ、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」という高齢者である。

本研究で以上の高齢者を認知症としたのは、これまで介護保険制度においては、認知症によるケアの加算などといった行政上の施策においては、この評価基準が以上の高齢者を認知症として算定してきたことによる。

この基準は、Mランクまで存在しているが、以上を認知症の目安とし、例えば、平成11年「指定居宅サービスなどの事業の人員、設備及び運営に関する基準について」¹⁶⁾に示されているように、介護給付における加算の要件として用いられてきた。すなわち行政的には、「認知症の症状を呈する利用者のみを対象としている」場合に算定される（施設基準第1号ハ(2)）ものであるが、ここでいう「認知症の症状を呈する利用者」とは、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」¹⁷⁾の活用について」によるランクがおおむね以上に該当すると認められるものを指すことが示されている。行政は、利用者が当該基準に該当するかどうかを、事業者の判断に委ねてはいるが、医学的な診断基準ではなく、基準の以上の者を認知症と認定するようにしてきた経緯があり、本研究では、これに準じた。

(3) 分析方法

年齢階層別、要介護度別、性別に認知症の有症割合を算出した。このうち年齢階層については、65～74歳、75～84歳、85～94歳、95歳以上の4群の年齢階層に分類した。

結 果

(1) 性、年齢階層、要介護度からみた要介護高齢者の特徴

表1の年齢階層割合をみると、75～84歳が46.3%を占めていた。85～94歳の割合も29.1%と高く、後期高齢者の割合は77.4%を占めていた。

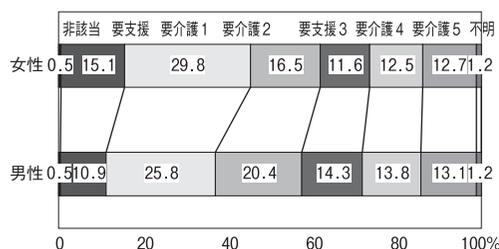
また、要介護高齢者の71.3%が女性であり、男性よりも約2.5倍であった。75～84歳の女性の要介護高齢者は、全体の33.8%、さらに85～94歳も22.6%を占め、要介護高齢者は、高齢の女性の割合が高い集団であった。

さらに、性別年齢階層割合をみると前期高齢者が男性で32.8%、女性で18.5%を占め、男性の方が若い年齢階層の割合が高かった。

表2の要介護度別割合をみると、要介護1の女性の割合が21.3%と最も高く、次いで要介護2の女性が11.7%、さらに要支援の女性が10.7%であり、要介護高齢者は、要介護2までの比較的要介護度の低い女性集団によって43.8%が占められていた。

また、性別全体割合でみると、男女ともに要介護1の割合が高かった。このうち要介護1の女性は、女性全体の29.8%を占めており、男性における要介護1が占める割合（男性全体の25.8%）よりも高かった。次いで、高い割合を示したのは、男女ともに要介護2で、男性は20.4%、女性は16.5%であり、男性の方が女性よりも高い割合を示していた。男性において次に高かったのは要介護3で14.3%、女性では要支援で15.1%であった。このように女性と男性では、性別全体割合の順位には差があり、女性より男性の方が要介護度が高い高齢者が占める割合が大きかった（図1）。

図1 要介護高齢者における性別要介護度別人数の割合



(2) 認知症高齢者の特徴

1) 要介護高齢者における認知症高齢者

要介護高齢者に占める認知症有症割合は、47.6%と高い割合であった(表2)。要介護高齢者を非認知症と認知症別の男女別の4群に分類した中で最も大きい割合を示したのは、非認知症の女性であり、37.0%を占めていた。次に多かったのは、認知症の女性であり、34.3%であった。次いで、非認知症の男性が15.3%、認知症の男性が13.4%であった。すなわち、認知症の47.6%の内訳は、男性が13.4%、女性は34.3%であり、認知症者の実数では、女性が男性の2.6倍であった。

認知症の有無別に要介護度別の平均年齢を算出した結果、要介護高齢者の平均年齢は80.4歳であった(表3)。平均年齢が最も高いのは、要介護4で81.9歳、最も低いのは、非該当を除くと要支援の78.9歳であった。認知症群の平均年齢が81.9歳であるのに対し、非認知症群の平均年齢は79.1歳と、認知症の方が高かった。

非該当、不明を除くと、非認知症群では、要介護1の平均年齢が最も高く79.5歳であり、最も低かったのが要介護5で77.7歳であった。一方、認知症群で最も平均年齢が高かったのは、要介護4で82.6歳、最も低かったのは、要支援の79.6歳であった。

以上のように非認知症群では、要介護5の平均年齢が最も低く、要支援の平均年齢が高かったが、認知症群は、要介護4の平均年齢が最も高く、要支援の平均年齢が低いという結果であり、認知症の有無によって、要介護度別の平均年齢には、異なった傾向がみられた。

表3 要介護高齢者における認知症の有無別要介護度別平均年齢

	総数			非認知症			認知症		
	平均年齢	標準偏差	N	平均年齢	標準偏差	N	平均年齢	標準偏差	N
総数	80.4	7.3	22 074 815	79.1	7.0	11 558 203	81.9	7.3	10 516 612
非該当	78.3	6.0	112 646	78.3	6.0	110 764	78.9	6.5	1 882
要支援	78.9	6.2	3 060 499	78.8	6.2	2 801 505	79.6	6.2	258 994
要介護1	79.8	6.8	6 335 207	79.5	6.9	4 725 711	81.0	6.6	1 609 496
要介護2	80.4	7.4	3 883 799	79.0	7.6	1 861 815	81.7	7.0	2 021 984
要介護3	81.1	7.6	2 738 598	79.0	7.8	892 197	82.2	7.3	1 846 401
要介護4	81.9	7.8	2 846 928	79.0	7.9	587 179	82.6	7.5	2 259 749
要介護5	81.5	7.8	2 832 124	77.7	7.9	314 018	81.9	7.7	2 518 106
不明	80.2	7.2	265 014	80.2	7.2	265 014			0

認知症の有無別性別の4群を、さらに65~74歳、75~84歳、85~94歳、95歳以上の4群の年齢階層別に16群に分類した。これらの16群の全体に対する割合を表1に示した。これらの16群の中で最も人数が多い群は、75~84歳の非認知症の女性で18.8%を占めていた。次いで、同じ年齢階層の認知症の女性で15.0%、85~94歳の認知症の女性で13.6%であった。このように認知症においても非認知症においても75~94歳の年齢階層の女性の人数が多かった。

表1に示したように、75歳以上の後期高齢女性における認知症の割合は、全体の29.9%であった。一方、男性においては、全体の9.5%であった。この結果から、後期高齢者の女性の認知症は、実数として男性の3.1倍存在していることが示された。

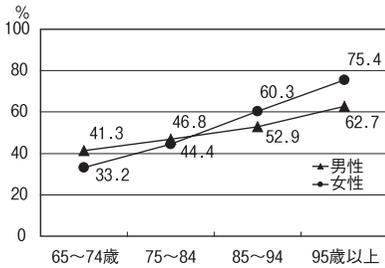
さらに、性別要介護度別に28群に分類した(表2)。最も多かったのは、「要介護1で非認知症の女性」で15.9%、次いで「要支援で非認知症の女性」で9.9%であった。このように上位2番目までは非認知症で要介護度が低い高齢の女性であった。しかし、3番目に多かったのは「要介護5で認知症の女性」で8.3%、4番目に多かったのは「要介護4で認知症の女性」で7.3%であった。このように全体割合としては、上位はいずれも女性であった。男性で多かったのは「非認知症の要介護1」で、5.5%を占めていた。

2) 認知症高齢者の性別、要介護別、年齢階層別の特徴

表1に示したように、認知症の62.8%は後期高齢女性であった。認知症の有症割合は男性で46.5%、女性で48.1%であり、女性の方が男性よりも有症割合がやや高かった。

表1に示した年齢階層別に認知症の有症割合をみると、男性は65~74歳までが41.3%であった。一方、女性は33.2%であり、前期高齢者においては、男性の方が女性よりも割合が高かった。75~84歳で

図2 要介護高齢者における性別年齢階層別認知症の有症割合

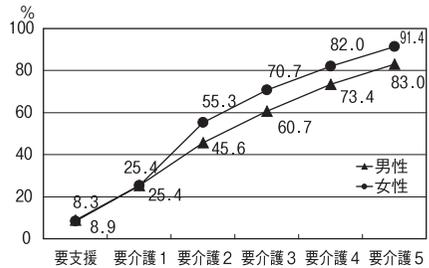


は、男性が46.8%、女性が44.4%と男性の方が有症割合は高かった。しかし、85~94歳になると男性が52.9%で、女性が60.3%と女性の方が有症割合が高くなっていった。95歳以上では、男性が62.7%、女性が75.4%となり、年齢階層が高くなるにしたがって女性の認知症の有症割合は高くなっていった。このように男性の有症割合は、84歳までは女性よりも高いが、85歳以上では、女性が高くなるという特徴があった(図2)。

認知症高齢者のうち72.0%は、女性であった。このうち要介護5の女性は、表2で示したように、17.4%で最も高く、次いで要介護4の女性が15.4%を占めていた。このように認知症は、要介護度が高い女性において有症割合が高かった。男性も女性と同様に、要介護5が多く、6.5%を占めていた。次に多かったのも女性と同様に要介護4で6.1%を占めていた。このように、男性も女性も要介護度が高くなるほど認知症の有症割合も高くなっていった。

また、表2の男性の要支援の有症割合は8.9%であるのに対し、女性は8.3%、要介護1は、男性も女性も同じく25.4%、要介護2は、男性が45.6%に対し、女性が55.3%と女性の方が男性よりも高く、女性は要介護2で非認知症よりも認知症の有症割合が高くなっていった。要介護3では、男性が60.7%、女性が70.7%、要介護4においても男性が73.4%、女性が82.0%、要介護5でも、男性が83.0%、女性が91.4%と、同じ要介護度であっても女性の方が有症割合は高かった。とくに女性の要介護5においては、認知症が非認知症の10.6倍であり、要介護度が

図3 要介護高齢者における性別要介護別認知症の有症割合



高くなるほど、有症割合は急激に高くなる傾向がみられた(表2、図3)。

考 察

(1) 介護保険制度下の要介護高齢者の認知症の有無

厚生労働省が発表した2006年4月のデータでも、要介護高齢者は、男性よりも女性の方が多く、約7割が女性と報告され、後期高齢者の女性割合が59.3%、84歳までの高齢者が21.6%、そして要介護2までの女性が45.3%となっていた。この結果は、本研究で示したデータと比べると、若干、女性の方が高い割合を示しているものの、これは年次の違いと考えられ、同様の傾向であった¹²⁾。

さらに本研究では、要介護高齢者における認知症高齢者の分布を解析した結果、介護保険制度において認知症と呼ばれる高齢者の割合は47.6%で、ほぼ半数を占めていることが明らかにされた。これは、豊橋市の調査によって示された49.2%よりも低く¹⁴⁾、東京都が報告した在宅の要介護高齢者における認知症の割合である44.3%よりも高かった¹⁵⁾。東京都の認知症の割合が、本研究のデータよりも、若干低かったのは、これらのデータに施設入所者が含まれていないことに起因するものと推察され、わが国における認知症の有症割合として、本研究の47.6%は、妥当な数値であると考えられた。

認知症高齢者の問題は、要介護高齢者の問題と同様に、75歳以上の後期高齢女性の問題としてとらえる視点を持つ必要があることが示唆さ

れた。これは、認知症高齢者の62.8%が75歳以上の高齢女性であることから明らかである。さらに、年齢が高い要介護高齢女性は認知症である割合が高く、今後も高齢女性の割合が増加することから、認知症女性の人数はさらに増加することが予想される。

本研究で示したような認知症の性別年齢階層別の分析は、これまでほとんど実施されておらず、公表された資料は少ないが、女性において認知症の有症割合が高いことは先行研究によって明らかにされており¹³⁾、本研究の結果もこれを支持する内容であった。

介護保険制度の主要な利用者は高齢女性であり、女性は平均寿命が長いことから、男性よりも介護給付を受ける期間が長くなることが予測される。しかも、85歳以上の高齢者における認知症発症リスクも高くなることから、女性の認知症高齢者の今後の増加が懸念される。したがって、わが国における介護問題の解決には、女性の高齢期における早期の認知症予防に関する施策の推進が重要であることが示唆された。

(2) 認知症予防のための課題

2006年の介護保険制度の改正は、要介護度の悪化を防止するための予防サービスの給付に重点が置かれたように、制度発足から6年で介護サービスから予防サービスへという大きな方針の転換を迎えた。予防サービスは、要介護度の悪化速度を遅くすることが目的である。したがって、このサービスの提供による成果は、要介護度の悪化の防止が達成されたか否かということで判断されることを意味している。ただし、どの程度の成果があったかを示すためには、予防サービスを受けない状態の要介護高齢者の経年的変化に関する標準的な衰退モデルがあらかじめ示されなければならないなど、多くの問題を残している。しかし、現在のところ、わが国では後述するようにADL(日常生活動作)に関するわずかな研究を除いては、このような要介護高齢者の認知機能の衰退モデルに関する標準化はなされていない。

一般に、介護老人福祉施設などの介護関連施設

に入所している高齢者は、入浴や排泄、食事などのADLに何らかの障害がみられ、しかもそれは年齢が高くなるにつれて重篤化することが知られている¹⁸⁾。ADLに関する能力の低下に関しては、個人差が大きいことが経験的に知られているが、要介護高齢者における経時的変化とそれに関連する要因を検討した研究は、国内ではほとんど見当たらない¹⁹⁾。

ただし、坪井ら²⁰⁾の3年間の縦断研究では、1年ごとに彼らのADL得点(FIM^{注)}総得点)が低下する傾向を見いだしている。このことは、ADLが経年的に低下していることを示しているが、この他にも、わが国における施設に入所している要介護高齢者のADL能力の変化を記述した縦断研究は、いくつか報告されている²¹⁾²²⁾。

海外では、McConnellらがナーシングホーム利用者を対象に、ADL能力の低下は比較的緩やかである、入所時の認知障害の程度はADL障害の程度とは関連するが、ADL能力の低下率とは関連しない、年齢と婚姻状態を除き人口学的属性とADL能力の間に関連はなかったことを報告している²³⁾。

以上のように、ADL能力に関する経年的変化の検討はわずかにされているものの、年齢や認知症状の有無が高齢者のADL能力の変化に対して与える影響については、ほとんど議論されてこなかった²³⁾²⁴⁾。しかも在宅の要介護高齢者の認知症の推移については、調査が困難であることから、ほとんど実態調査が存在しておらず、未だ標準的なモデルは開発されていない。このことは、今回新設された予防サービスの効果を示すことが極めて困難なことを意味し、大きな問題である。今後の課題としては、認知症高齢者のADLやIADL(手段的日常生活動作)ならびに認知機能や問題行動についての経年的な変化の研究が必要といえる。

注)FIMとは、Functional Independence Measure(機能的自立度評価法)のことで、日常的にできる身体能力を評価する方法の1つである。この評価法の特徴は、「今の体の現状からは、このくらいはできるはず」という評価ではなく、「実際にしている」状

態を評価するところにある。

FIM は、評価する運動項目として、セルフケア 6 項目、排泄管理 2 項目、移乗 3 項目、移動 2 項目の計 13 項目を、認知項目として、コミュニケーション 2 項目、社会的認知 3 項目の計 5 項目の合計 18 項目から構成される、評価方法として、各項目で、自立 2 段階、部分介助 3 段階、全介助 2 段階の 7 段階で評価することとされている。これに従うと、完全に自立している人は 18 項目 × 7 点 = 126 点となる。

文 献

- 1) 社会保険実務研究所．週刊保健衛生ニュース．2006；1373：21．
- 2) 高齢者介護研究会報告書．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～2003；74．
- 3) 公衆衛生審議会．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準作成検討会報告書．公衆衛生情報 1992；42-5．
- 4) 厚生労働省．老発第0403003号「「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について（平成18年4月3日）．2006．
- 5) 西村健．痴呆の診断基準．Geriatric Medicine 1992；30：881-7．
- 6) Teunisse S, Derix MMA, Cravel HC. Assessing the severity of dementia-patient and caregiver. Archives of Neurology 1991；48：274-7．
- 7) McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. report of the NINCDE-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984；34：939-44．
- 8) Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, et al. CAMDEX. A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. Br J Psychiatry 1986；149：698-709．
- 9) 高齢者介護研究会報告書．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～．2003；72-3．
- 10) 社団法人全国老人保健施設協会編．平成17年版介護白書～平成17年改正対応版～．東京：ぎょうせい，2006；177．
- 11) 厚生労働省．第16回社会保障審議会介護保険部会資料（2004年8月2日）．2004．
- 12) 厚生労働省．介護給付費実態調査月報平成18年4月審査分（2006年7月21日）．2006．
- 13) Cummings JL, Vinters HV, Cole GM, et al. Alzheimer's disease: etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. Neurology 1998；51：S2-17．
- 14) 豊橋市介護保険事業運営委員会．第1回専門部会資料1（平成17年6月27日）．2005．
- 15) 東京都福祉局．平成12年度東京都保険制度における痴呆高齢者実態調査．2002．
- 16) 厚生省老人保健福祉局企画課長通知老企第25号．平成11年9月17日．1999．
- 17) 厚生省老人保健福祉局長通知老健第135号．平成5年10月26日．1993．
- 18) Sato S, Demura S, Tanaka K. ADL ability characteristics of partially dependent older people: gender and age differences in ADL ability. Environmental Health and Preventive Medicine 2001；6：92-6．
- 19) Buttar A, Blaum C, Fries B. Clinical characteristics and six-months outcomes of nursing home residents with low-activities of daily living dependency. Journal of Gerontology 2001；56A(5)：M292-7．
- 20) 坪井章雄，新井光男，木村明彦．特別養護老人ホーム利用者のADL予後の検討．OTジャーナル 1999；33：259-62．
- 21) 進藤伸一．特別養護老人ホーム入所者の日常生活自立度の5年間の変化．秋田大学医短紀要 2002；10(2)：165-70．
- 22) 山下一也，飯島献一，小林祥泰．特別養護老人ホーム入所者のADLとQOLの1年間の変化．日本老年医学会雑誌1999；36(10)：7111-4．
- 23) McConnell ES, Pieper CF, Sloane RJ. Effects of cognitive performance on change in physical function in long-stay nursing home residents. Journal of Gerontology 2002；57A(12)：M778-84．
- 24) Frytak JR, Kane RA, Finch MD, et al. Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon. Health Serv Res 2001；36：91-111．