

平成24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分）

認知症者の生活支援実態調査と支援方策の開発に関する臨床研究事業

—適切なトータル生活サポートと医療・介護の連携のあり方について—

報告書

平成25年 3月

日本医療福祉生活協同組合連合会

目次

1. 調査概要	1
1. 調査全体の目的	1
2. 調査体制	2
3. 調査の全体像	4
4. アンケート調査の概要	4
(1) 対象と手法	4
(2) 調査票	7
(3) 調査票の構成	8
5. 質的調査の概要	11
(1) 質的調査の目的	11
(2) 対象と方法	11
(3) 質的調査で重視した点	12
2. サンプルについて	13
1. 概要	13
(1) 目的と手法	13
(2) 対象	13
2. 結果と考察	14
(1) サンプルバイアスについて	14
3. 事業所票の分析	16
1. 背景と目的	16
2. 方法	16
(1) データ	16
(2) 手法	16
3. 全体の結果と考察	16
(1) 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名	16
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成	18
(3) 全体の考察	19
4. 単純集計	20
1. 回答者の属性	20
2. 主な所見—単純集計—	22
(1) 利用者について	22

(2) 利用者の世帯・家族の状況.....	31
(3) 主介護者について.....	35
(4) 主治医とケアマネジャーの連携.....	42
(5) 認知症の診断.....	49
(6) 介護保険サービスの利用状況.....	54
(7) 医療の利用状況.....	57
(8) インフォーマルな社会資源の利用状況.....	58
(9) 成年後見制度等のその他のサービス利用.....	62
5. 世帯構成に着目した分析.....	66
1. 背景と目的.....	66
2. 独居や夫婦二人暮らしの生活の状況を類型化.....	66
(1) データ.....	66
(2) 手法.....	66
3. 生活類型ごと各種指標のクロス表.....	70
(1) 主介護者に関するクロス表.....	70
4. 利用者の状態像と世帯類型および主介護者の状況.....	80
(1) 認知症自立度や要支援・要介護度が重度になるほど、「単独世帯」の割合は減少.....	80
(2) 「単独世帯」では、心身機能の低下が重度であるほど「主介護者のいる」割合が高い.....	82
(3) 全体では、心身機能の低下が比較的軽度なケースが半数近い.....	85
(4) 「単独世帯」では、心身機能の低下が比較的軽度なケースが 6 割以上.....	86
(5) 「単独世帯」では、心身機能の低下が重度であるほど、主介護者が「60 歳以上」の割合が高い.....	87
(6) 「単独世帯」では、主介護者は「息子」と「娘」で 7 割程度を占める.....	89
(7) 認知機能あるいは身体機能が低いほど、主介護者が「就業していない」割合が高い.....	90
5. まとめ.....	91
(1) 生活類型について.....	91
(2) 利用者の状態像について.....	91
6. 認知症の診断に関連する支援の状況および診断の影響.....	93
1. クロス集計等による分析.....	93
(1) 認知症の診断の有無は「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ a/Ⅱ b が境界.....	93
(2) 利用者に認知症であることが伝えられているか否かは認知症自立度の軽重によらない.....	94
(3) 認知症の診断を受けているケースでは主介護者の認知症に対する理解も高い.....	96
(4) 介護の開始以前に認知症の診断を受けているケースでは家族関係も良好.....	97
(5) 関係者による原因疾患の情報共有は主介護者の利用者に対する接し方を改善.....	98
2. 早期診断と家族関係(ロジスティック回帰分析).....	102
(1) 方法.....	102

(2) 分析結果.....	104
(3) 考察.....	108
3. まとめ.....	108
7. 医療と介護の連携—主治医とケアマネジャーの連携に着目して—	109
1. クロス集計等による分析.....	109
(1) 主治医とケアマネジャーの所属する法人が同じケースのほうが連携がとれている傾向.....	109
(2) 主治医がサービス担当者会議に出席しているケースで連携がとれている傾向.....	110
(3) 主治医とケアマネジャーが判断する認知症自立度がずれるケースで連携とれない傾向.....	112
(4) 利用者の身体合併症の増悪するリスクが高いケースでは連携とれている傾向.....	114
(5) BPSDのあるケースでは、連携とれている傾向.....	115
(6) ケアマネジャーの基礎資格が看護系の場合、連携とれている傾向.....	116
(7) 訪問看護を利用しているケースの方が連携とれている傾向.....	118
(8) 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れている理由.....	119
2. まとめ.....	120
8. 認知症者の家族—主介護者の就労および世帯の経済状態とサービス利用—	122
1. クロス集計等による分析.....	122
(1) 「親と子のみ世帯」で主介護者が離職している割合が高い.....	122
(2) 主介護者の就労状況が変化しているケースでは、世帯の経済状態が苦しい傾向.....	123
(3) 「親と子のみ世帯」は他の世帯類型に比べて世帯の経済状態が苦しい.....	124
(4) 世帯の経済状況が苦しいほど、サービス利用が十分でない傾向.....	125
(5) サービス利用が不十分な理由は、サービスの理解不足や利用拒否、利用料の支払い困難... ..	126
(6) 「単独世帯」や「その他世帯」では、区分支給限度基準額を超過したサービス利用が多い.....	129
(7) 「単独世帯」かつ区分支給限度基準額超過利用の場合、主介護者がいないケースの割合が高い.....	131
(8) 区分支給限度基準額超過利用のケースでは、BPSDのあるケースの割合が高い.....	133
2. まとめ.....	135
9. 医療・介護サービス利用状況と利用者の状態・世帯・主介護者等	137
1. クロス集計等による分析.....	137
(1) 認知症自立度が軽度な段階は「通院」し、重度になると「訪問診療」を利用.....	138
(2) デイサービスは、認知症自立度や要支援・介護度が重度になるほど利用割合が高まる傾向... ..	146
(3) デイケアは、認知症自立度や要支援・介護度が軽度になるほど利用割合が高まる傾向.....	150
(4) 「身体介護」は認知症自立度や要支援・要介護が重度で、「生活援助」は軽度でよく利用.....	155
(5) 訪問看護は、利用者の状態像が重度になるほど利用割合が高まる傾向.....	164
(6) ショートステイは、利用者の状態像が中重度で利用割合が高い傾向.....	168

(7) 利用者の状態像・世帯医療・介護サービス利用状況.....	172
2. デイサービスから主介護者の健康状態に対するロジスティック回帰分析	179
3. まとめ	181
10. 認知症ケアマネジメント—支援の状況と自己決定・説明—	182
1. クロス集計等による分析	182
(1) 専門職から説明や意向確認がなされているほど、主介護者の利用者への接し方が好転.....	182
(2) 今後の生活の見通しを説明されるほど、主介護者の認知症の理解・利用者への接し方が好転.....	184
(3) 「今後の生活の見通し」は、利用者本人にはあまり説明・助言されていない.....	186
(4) 成年後見制度・日常生活自立支援事業の説明は 8 割以上のケースでなされていない.....	188
2. 認知症への理解と家族関係 (ロジスティック回帰分析)	190
(1) 分析結果.....	190
(2) 考察.....	193
3. まとめ	193
11. インフォーマルサポートの活用.....	194
1. クロス集計等による分析	194
(1) 認知症が軽度なうちは比較的インフォーマルサポートが利用されている、重度で減少	194
(2) 認知症になる以前に地域活動に参加しているケースで、インフォーマルサポートを利用.....	197
2. まとめ	198
12. 独居の規定要因と分類に関する分析.....	199
1. クロス表による分析.....	199
(1) ADL は世帯構成に関わらず、身体機能の低下が介助の必要性と関連している傾向.....	199
(2) IADL は、「同居者のいる世帯」の方が「できない(していない)」傾向.....	205
(3) IADL と世帯構成との関係	220
2. ロジスティック回帰分析.....	223
(1) 主要な被説明変数	223
(2) 調整すべき説明変数の選択	223
(3) 主要な説明変数の選択	223
(4) 結果.....	227
(5) 考察.....	230
3. クラスター分析.....	231
(1) 対象.....	231
(2) 手法.....	231
(3) 結果(認知症自立度Ⅲ以上)	231
(4) 結果(認知症自立度Ⅰ・Ⅱ)	235

4. まとめ	239
13. 医療と介護の連携に関する質的調査.....	240
1. 質的調査の全体像	240
(1) 質的調査の流れ.....	240
2. 第1回グループインタビュー結果－ケアマネジャー経験者らを対象として.....	240
(1) 目的.....	240
(2) 対象と方法.....	241
(3) 結果.....	241
(4) まとめ.....	244
3. 医師への追加調査－医師からみた「医療と介護の連携」の実態と課題.....	244
(1) 目的.....	244
(2) 対象と方法.....	245
(3) 結果.....	246
(4) まとめ.....	253
4. 第2回グループインタビュー結果－ケアマネジャー経験者らを対象として.....	254
(1) 目的.....	254
(2) 対象と方法.....	254
(3) 結果.....	254
(4) まとめ.....	256
5. まとめ.....	256
(1) 「医療と介護の連携」を図る上での具体的方策やポイント.....	256
(2) 医師からみたケアマネジャーとの連携への評価.....	257
(3) 今後の課題.....	258
14. 総括.....	259
1. まとめ.....	259
(1) 早期診断の重要性.....	259
(2) 医療と介護の連携について.....	259
(3) 認知症の人と家族の生活実態.....	260
(4) 認知症ケアマネジメントについて.....	261
(5) 認知症ケアにたどりつくことができない人の問題.....	261
2. 今後の課題.....	262
15. (資料)調査票.....	263
1. 事業所票.....	263
2. 利用者票.....	266

3. 認知症自立度とは	278
16. (資料) 事業所票記述統計	280
17. (資料) 利用者票度数分布	284
18. (資料) 調査票作成のための困難事例.....	364
19. (資料)「医療と介護の連携」のためのツール(書式)等.....	389

図表リスト

図表 1 調査の全体像	4
図表 2 調査対象者に占める抽出者	5
図表 3 利用者票県別回収状況.....	6
図表 4 事業所票・利用者票の概要	7
図表 5 本調査における調査票配布から記入・回収までの流れ.....	7
図表 6 調査に関する全国説明会の概要.....	8
図表 7 調査票の枠組み	9
図表 8 調査票の構成	10
図表 9 「医療と介護の連携」に関する質的調査の流れ.....	12
図表 10 本調査(利用者票)における「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布.....	14
図表 11 介護サービス施設・事業所調査における訪問介護利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布.....	15
図表 12 「DCMを活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」調査対象者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布	15
図表 13 事業所票表3. 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名 (平均値)	17
図表 14 事業所票表3. 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名	17
図表 15 事業所票表4. 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成 (平均値)	18
図表 16 事業所票表4. 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成	19
図表 17 ケアマネジャーの所属する事業所.....	20
図表 18 介護支援専門員の基礎資格	21
図表 19 ケアマネジャーがケアプラン作成を職務とするようになってからの期間.....	21
図表 20 利用者の性別	22
図表 21 利用者の年齢	23
図表 22 利用者の要支援・介護度.....	23
図表 23 利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」(ケアマネジャー判定)	24
図表 24 利用者の「障害高齢者の日常生活自立度」(ケアマネジャー判定)	24
図表 25 利用者の認知症以外の疾患の有無.....	25
図表 26 利用者の認知症以外の疾患の疾患名(複数回答)	26
図表 27 利用者の ADL.....	27
図表 28 利用者の IADL	28
図表 29 BPSD の有無	29
図表 30 BPSD の種類(複数回答)	30
図表 31 世帯類型	31
図表 32 世帯の経済状況.....	32

図表 33 ケアマネジャーからみた現時点における担当ケースの在宅生活継続の可能性.....	32
図表 34 在宅生活の継続が可能だと判断した要因(複数回答).....	33
図表 35 在宅生活の継続が困難だと判断した要因(複数回答).....	34
図表 36 主介護者の有無.....	35
図表 37 主介護者の年齢.....	36
図表 38 利用者からみた主介護者の続柄.....	36
図表 39 主介護者が利用者に行っている介護(支援)の内容(複数回答).....	37
図表 40 主介護者の健康状態.....	38
図表 41 主介護者の不健康な状態の原因(複数回答).....	38
図表 42 主介護者の介護前と後での就業状況の変化.....	39
図表 43 利用者の他の介護や特別な世話を要する者の有無(複数回答).....	40
図表 45 主介護者の認知症の知識(複数回答).....	41
図表 46 利用者の主治医の有無.....	42
図表 47 主治医の診療科.....	43
図表 48 (ケアマネジャーが)利用者の診療に同席したことがあるか.....	43
図表 49 主治医に対し利用者の症状について説明・助言を求めたことがあるか.....	44
図表 50 説明・助言を求めた際の主治医の反応.....	44
図表 51 主治医のサービス担当者会議への出席.....	45
図表 52 主治医に対しサービス担当者会議への出席を依頼する方法.....	45
図表 53 主治医との連携がとれていると思うか.....	46
図表 54 連携がとれていると思う要因(複数回答).....	47
図表 55 連携がとれていないと思う(とれていないと思う)要因(複数回答).....	48
図表 56 認知症であるという診断を受けているか.....	49
図表 57 認知症の診断をおこなった医師の所属診療科.....	50
図表 58 利用者に対して認知症であることが伝えられているか.....	51
図表 59 認知症の原因疾患について確定診断を受けているか(2012年9月30日時点).....	51
図表 60 認知症の原因疾患.....	52
図表 61 原因疾患の確定診断を受けていない理由(複数回答).....	52
図表 62 利用者の介護保険サービス利用状況.....	55
図表 63 区分支給限度基準額を超えてサービスを利用したことがあるか.....	56
図表 64 一ヵ月あたりの区分支給限度基準額を超えた介護保険サービス利用額.....	56
図表 65 利用者の医療サービス利用状況.....	57
図表 66 インフォーマルサポートの状況.....	58
図表 67 家族のサポート内容.....	59
図表 68 近隣住民のサポート内容.....	60
図表 69 友人のサポート内容.....	60

図表 70	地域の役員のサポート内容.....	61
図表 71	民生委員のサポート内容.....	61
図表 72	利用者の認知機能低下による今後の生活についての意向の確認.....	62
図表 73	利用者の認知機能低下による今後の生活についての意向を確認していない理由.....	63
図表 74	成年後見制度または日常生活自立支援事業の利用状況.....	63
図表 75	成年後見制度または日常生活自立支援事業の説明.....	64
図表 76	成年後見制度または日常生活自立支援事業について説明していない理由.....	64
図表 77	同居家族と認知症自立度のクロス表(度数と全体から見た%).....	67
図表 78	同居家族と認知症自立度のクロス表(グラフ).....	68
図表 79	抽出された生活類型と利用者平均年齢.....	69
図表 80	生活類型と主介護者の性別.....	71
図表 81	生活類型と主介護者の年齢.....	72
図表 82	生活類型と主介護者の利用者に対する介護形態.....	74
図表 83	生活類型と主介護者の利用者に対する介護形態(グラフ).....	75
図表 84	生活類型と主介護者の健康状態.....	76
図表 85	生活類型と主介護者の精神的な状態.....	77
図表 86	生活類型と区分支給限度基準額を超えるサービス利用.....	78
図表 87	生活類型と世帯の経済状況.....	79
図表 88	「認知症高齢者の日常生活自立度」と「世帯類型」.....	80
図表 89	「要支援・要介護度」と「世帯類型」.....	81
図表 90	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の主介護者の有無(単独世帯).....	82
図表 91	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の主介護者の有無(同居者のいる世帯).....	83
図表 92	「要支援・介護度」別の主介護者の有無(単独世帯).....	84
図表 93	「要支援・介護度」別の主介護者の有無(同居者のいる世帯).....	84
図表 95	利用者の状態像.....	85
図表 96	世帯類型別の利用者の状態像.....	86
図表 97	利用者状態像別の主介護者の年齢(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	87
図表 98	利用者状態像別の主介護者の年齢(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	88
図表 99	利用者状態像別の主介護者の続柄(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	89
図表 100	利用者状態像別の主介護者の続柄(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	90
図表 101	利用者状態像別の主介護者の就業状況(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	90
図表 102	利用者状態像別の主介護者の就業状況(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」).....	91
図表 103	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の認知症の診断の有無.....	93
図表 104	利用者に対して認知症であることが伝えられているか(ケアマネジャーの判定した「認知症高	

「高齢者の日常生活自立度」別)	94
図表 105 利用者に対して認知症であることが伝えられているか(主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」別)	95
図表 106 「認知症の診断」と「主介護者の認知症の理解」.....	96
図表 107 認知症の診断の時期.....	97
図表 108 「認知症の診断の時期」と「利用者の家族関係」.....	97
図表 109 原因疾患の情報共有(複数回答)	98
図表 110 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」	99
図表 111 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」	100
図表 112 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」(BPSD あり群)	101
図表 113 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」(BPSD なし群)	101
図表 114 診断期間1年以内と家族関係	104
図表 115 診断期間半年以内と家族関係	105
図表 116 診断期間3か月以内と家族関係	105
図表 117 診断期間3か月以内と家族関係のロジスティック回帰分析の結果(モデル2)	107
図表 118 「主治医とケアマネジャーが所属する法人」と「主治医との連携」.....	109
図表 119 「主治医のサービス担当者会議への出席」と「主治医との連携」.....	110
図表 120 「主治医とケアマネジャーの連携」と「主治医のサービス担当者会議への出席」(同じ法人)	111
図表 121 「主治医とケアマネジャーの連携」と「主治医のサービス担当者会議への出席」(別の法人)	111
図表 122 「主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度」とケアマネジャーが判定した認知症高齢者の日常生活自立度」.....	112
図表 123 「認知症高齢者の日常生活自立度のずれの有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」..	113
図表 124 「利用者の身体合併症の増悪リスクの有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」.....	114
図表 125 「BPSD の有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」.....	115
図表 126 「ケアマネジャーの基礎資格」と「主治医とケアマネジャーの連携」.....	116
図表 127 「ケアマネジャーの基礎資格」と「主治医とケアマネジャーの連携」(グラフ)	117
図表 128 「訪問看護の利用の有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」.....	118
図表 129 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れている理由.....	119
図表 130 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れない理由	120
図表 131 「世帯類型」と「主介護者の就労状況の変化」.....	122
図表 132 「主介護者の就労状況の変化」と「世帯の経済状況」	123
図表 133 「世帯類型」と「世帯の経済状況」.....	124

図表 134	「世帯の経済状況」と「現在のサービス利用が望ましいか否か」	125
図表 135	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)	126
図表 136	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(単独世帯)	126
図表 137	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(夫婦のみ世帯)	127
図表 138	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(親と子のみ世帯)	127
図表 139	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(三世代以上世帯)	128
図表 140	サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(その他世帯)	128
図表 141	「世帯類型」別の「直近半年の区分支給限度基準額を超過したサービス利用の有無」	130
図表 142	世帯類型別の主介護者の有無(区分支給限度基準額超過利用をしているケース)	131
図表 143	世帯類型と副介護者の有無(区分支給限度基準額超過利用かつ主介護者のいるケース)	132
図表 144	「区分支給限度基準額超過利用」と「BPSDの有無」	133
図表 145	BPSDの種類(複数回答)(区分支給限度基準額超過利用をしているケース)	134
図表 146	BPSDの種類(複数回答)(区分支給限度基準額超過利用をしていないケース)	135
図表 147	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」別「通院」	138
図表 148	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「通院」(単独世帯)	139
図表 149	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「通院」(同居者のいる世帯)	139
図表 150	「要支援・介護度」別「通院」	140
図表 151	「要支援・介護度」別「通院」(単独世帯)	141
図表 152	「要支援・介護度」別「通院」(同居者のいる世帯)	141
図表 153	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」	142
図表 154	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」(単独世帯)	143
図表 155	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」(同居者のいる世帯)	143
図表 156	「要支援・介護度」別「訪問診療」	144
図表 157	「要支援・介護度」別「訪問診療」(単独世帯)	145
図表 158	「要支援・介護度」別「訪問診療」(同居者のいる世帯)	145
図表 159	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」	146
図表 160	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」(単独世帯)	147
図表 161	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」(同居者がいる世帯)	147
図表 162	「要支援・介護度」別「デイサービス」	148
図表 163	「要支援・介護度」別「デイサービス」(単独世帯)	149
図表 164	「要支援・介護度」別「デイサービス」(同居者のいる世帯)	149
図表 165	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」	151
図表 166	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」(単独世帯)	152
図表 167	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」(同居者がいる世帯)	152
図表 168	「要支援・介護度」別「デイケア」	153

図表 169	「要支援・介護度」別「デイケア」(単独世帯)	154
図表 170	「要支援・介護度」別「デイケア」(同居者のいる世帯)	154
図表 171	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」	156
図表 172	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」(単独世帯)	157
図表 173	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」(同居者がいる世帯)	157
図表 174	「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」	158
図表 175	「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」(単独世帯)	159
図表 176	「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」(同居者のいる世帯)	159
図表 177	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」	160
図表 178	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」(単独世帯)	161
図表 179	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」(同居者がいる世帯)	161
図表 180	「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」	162
図表 181	「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」(単独世帯)	163
図表 182	「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」(同居者のいる世帯)	163
図表 183	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問看護」	164
図表 184	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問看護」(単独世帯)	165
図表 186	「要支援・介護度」別「訪問看護」	166
図表 187	「要支援・介護度」別「訪問看護」(単独世帯)	167
図表 188	「要支援・介護度」別「訪問看護」(同居者のいる世帯)	167
図表 189	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」	168
図表 190	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」(単独世帯)	169
図表 191	「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」(同居者がいる世帯)	169
図表 192	「要支援・介護度」別「ショートステイ」	170
図表 193	「要支援・介護度」別「ショートステイ」(単独世帯)	171
図表 194	「要支援・介護度」別「ショートステイ」(同居者のいる世帯)	171
図表 195	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の医療サービス利用状況(単独世帯)	172
図表 196	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の医療サービス利用状況(同居者のいる世帯)	173
図表 197	「要支援・介護度」別の医療サービス利用状況(単独世帯)	174
図表 198	「要支援・介護度」別の医療サービス利用状況(同居者がいる世帯)	174
図表 199	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の介護保険サービス利用状況(単独世帯)	175
図表 200	「認知症高齢者の日常生活自立度」別の介護保険サービス利用状況(同居者のいる世帯)	176
図表 201	「要支援・介護度」別の介護保険サービス利用状況(単独世帯)	177
図表 202	「要支援・介護度」別の介護保険サービス利用状況(同居者のいる世帯)	178
図表 203	デイサービスの利用と主介護者の健康の関係のロジスティック回帰分析の結果	180
図表 204	利用者・家族への説明意向確認	182
図表 205	「利用者・家族への説明意向確認」と「主介護者の利用者に対する接し方の変化」	183

図表 206 「認知症の進行にともなう今後の生活の見通しの説明・助言」と「主介護者の認知症の理解の変化」.....	184
図表 207 「認知症の進行にともなう今後の生活の見通しの説明・助言」と「主介護者の利用者への接し方の変化」.....	185
図表 208 認知症高齢者の日常生活自立度別利用者に対する今後の説明・助言.....	186
図表 209 認知症高齢者の日常生活自立度別利用者に対する今後の説明・助言.....	187
図表 210 利用者に認知症の進行にともなう「今後の生活の見通し」を説明していない理由.....	187
図表 211 「利用者の IADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」.....	188
図表 212 「利用者の IADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」(経済的に「ゆとりがある」世帯).....	189
図表 213 「利用者の IADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」(経済的に「苦しい」世帯).....	189
図表 214 認知症への理解と家族関係.....	190
図表 215 認知症への理解の有無と家族関係の重回帰分析の結果.....	192
図表 216 「認知症高齢者の日常生活自立度」別インフォーマルサポートの利用状況(単独世帯).....	194
図表 217 「認知症高齢者の日常生活自立度」別インフォーマルサポートの利用状況(同居者のいる世帯).....	195
図表 218 「要支援・介護度」別インフォーマルサポートの利用状況(単独世帯).....	195
図表 219 「要支援・介護度」別インフォーマルサポートの利用状況(同居者のいる世帯).....	196
図表 220 利用者の病前(認知症)の地域活動への参加.....	197
図表 221 「利用者の病前(認知症)の地域活動への参加」と(家族以外の)「インフォーマルサポート」の有無.....	198
図表 222 利用者の状態像別 ADL「移動・移乗」(単独世帯).....	199
図表 223 利用者の状態像別 ADL「移動・移乗」(同居者のいる世帯).....	200
図表 224 利用者の状態像別 ADL「食事」(単独世帯).....	200
図表 225 利用者の状態像別 ADL「食事」(同居者のいる世帯).....	201
図表 226 利用者の状態像別 ADL「排泄」(単独世帯).....	201
図表 227 利用者の状態像別 ADL「排泄」(同居者のいる世帯).....	202
図表 228 利用者の状態像別 ADL「入浴」(単独世帯).....	202
図表 229 利用者の状態像別 ADL「入浴」(同居者のいる世帯).....	203
図表 230 利用者の状態像別 ADL「更衣・整容」(単独世帯).....	203
図表 231 利用者の状態像別 ADL「更衣・整容」(同居者のいる世帯).....	204
図表 232 利用者の状態像別 IADL「バスや電車を使って一人で外出できるか」(単独世帯).....	205
図表 233 利用者の状態像別 IADL「バスや電車を使って一人で外出できるか」(同居者のいる世帯).....	206

図表 234	利用者の状態像別 IADL「自分で食事の用意ができるか」(単独世帯)	206
図表 235	利用者の状態像別 IADL「自分で食事の用意ができるか」(同居者のいる世帯)	207
図表 236	利用者の状態像別 IADL「請求書の支払いができるか」(単独世帯)	207
図表 237	利用者の状態像別 IADL「請求書の支払いができるか」(同居者のいる世帯)	208
図表 238	利用者の状態像別 IADL「銀行預金・郵便貯金の出し入れができるか」(単独世帯)	208
図表 239	利用者の状態像別 IADL「銀行預金・郵便貯金の出し入れができるか」(同居者のいる世帯)	209
図表 240	利用者の状態像別 IADL「年金などの書類が書けるか」(単独世帯)	209
図表 241	利用者の状態像別 IADL「年金などの書類が書けるか」(同居者のいる世帯)	210
図表 242	利用者の状態像別 IADL「新聞を読んでいますか」(単独世帯)	210
図表 243	利用者の状態像別 IADL「新聞を読んでいますか」(同居者のいる世帯)	211
図表 244	利用者の状態像別 IADL「家族や友だちの相談にのることができるか」(単独世帯)	211
図表 245	利用者の状態像別 IADL「家族や友だちの相談にのることができるか」(同居者のいる世帯)	212
図表 246	利用者の状態像別 IADL「本や雑誌を読んでいますか」(単独世帯)	212
図表 247	利用者の状態像別 IADL「本や雑誌を読んでいますか」(同居者のいる世帯)	213
図表 248	利用者の状態像別 IADL「日用品の買い物ができるか」(単独世帯)	213
図表 249	利用者の状態像別 IADL「日用品の買い物ができるか」(同居者のいる世帯)	214
図表 250	利用者の状態像別 IADL「健康についての記事や番組に関心があるか」(単独世帯)	214
図表 251	利用者の状態像別 IADL「健康についての記事や番組に関心があるか」(同居者のいる世帯)	215
図表 252	利用者の状態像別 IADL「友達の家を訪ねることができるか」(単独世帯)	215
図表 253	利用者の状態像別 IADL「友達の家を訪ねることができるか」(同居者のいる世帯)	216
図表 254	利用者の状態像別 IADL「病人を見舞うことができるか」(単独世帯)	216
図表 255	利用者の状態像別 IADL「病人を見舞うことができるか」(同居者のいる世帯)	217
図表 256	利用者の状態像別 IADL「若い人に自分から話しかけることができるか」(単独世帯)	217
図表 257	利用者の状態像別 IADL「若い人に自分から話しかけることができるか」(同居者のいる世帯)	218
図表 258	利用者の状態像別 IADL「服薬管理ができるか」(単独世帯)	218
図表 259	利用者の状態像別 IADL「服薬管理ができるか」(同居者のいる世帯)	219
図表 260	単独世帯の IADL の項目ごとの自立の割合	220
図表 261	世帯構成ごと IADL の項目ごとの自立の割合(前半)	221
図表 262	世帯構成ごと IADL の項目ごとの自立の割合(後半)	222
図表 263	IADLの変数グループを用いた推定の結果	224
図表 264	独居の有無に対してオッズ比が 5%有意になった変数一覧(前半)	228
図表 265	独居の有無に対してオッズ比が 5%有意になった変数一覧(後半)	229

図表 266	独居かつ自立度Ⅲ以上での在宅継続可能理由によるクラスター	231
図表 267	認知症自立度Ⅲ以上独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(前半)	233
図表 268	認知症自立度Ⅲ以上独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(後半)	234
図表 269	独居かつ自立度Ⅰ・Ⅱでの在宅継続可能理由によるクラスター	235
図表 270	認知症自立度Ⅰ・Ⅱ独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(前半)	237
図表 271	認知症自立度Ⅰ・Ⅱ独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(後半)	238
図表 272	在宅継続可能な独居者 8 分類の結果	239
図表 273	「医療と介護の連携」に関する質的調査の全体像	240
図表 274	医師の属性	246
図表 275	医師とケアマネジャーの連携の必要性について	247
図表 276	ケアマネジャーとの連携への評価	249
図表 277	同居家族と認知症自立度のクロス表(度数と全体から見た%)	260

要約

(1) 早期診断の重要性

長寿を生きる時代に、認知症になっても本人の意思が尊重され、どこで暮らしてもその人らしい人生を最後まで過ごすことは誰にとっても切実な願いである。願いを実現するために、最初に必要なのは認知症の診断である。70以上ある基礎疾患レベルでの診断がケアを構築する上で非常に重要となる。

本調査では、認知症自立度Ⅰ以上の利用者4,657名のうち、認知症診断を受けているケースは55.8%、原因疾患の診断を受けているケースは34.5%であった。又、認知症の診断を受けたのが介護を開始する以前のケースは介護を開始してから受けたケースより家族関係が良いという結果を得た。

認知症のほとんどは根治が望めない疾患であり、診断だけでは意味を持たず、次の3つに活かすことで意味を持つと考えられる。

- ① 診断やアセスメント結果が、本人の生き方についての自己決定に活かされること（尊厳を守り意思決定を支援することに活かされること）
- ② 家族が認知症について正しく理解し、本人への接し方につながる教育的支援に活かされること
- ③ 診断の結果をケアの現場に還元することで、その人らしい日々を過ごせるケアに活かされること¹

(2) 医療と介護の連携について

- ① 認知症の長期にわたる生活を、医療と介護が連携して本人と家族を支援していく体制づくりが重要である。地域に点在する医療機関や介護事業所が、それぞれが有する機能の把握と有機的に連携する体制を推進するには、イニシアティブをとって進めていく組織（例えば市町村保険者・医師会等）が必要である。
- ② 地域ごとに、病院・診療所の課題、介護事業所の課題などそれぞれ抽出し連携を推進することが重要である。
- ③ 認知症専門医や専門医療機関は都市部に偏在しているため、地方では専門医へのアクセスが難しい場合がある。社会資源が限られている地方でも医療とケアの連携が十分に取れる体制の整備が望まれる。
- ④ 利用者の身体合併症の増悪やBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) が出現して医療的アプローチが必要になってから、連携が高まる傾向があるが、認知症ケアの初期段階から継続的に医療に関わる必要がある。早期から訪問看護師等がかかわるシステムをつくるのが課題である。その場合、ケアプランの居宅療養管理指導に看護師を加えることで主治医との継続的な連携が強化される可能性がある。
- ⑤ 主治医とケアマネジャーの連携においてサービス担当者会議が有効に機能しているとは言

¹平原佐斗司編著(2013)「医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門」中央法規、東京、P.74.

えない。

- ⑥ サービス担当者会議よりも「顔の見える関係づくり」「日々の小さなやりとりを円滑にする」「連携が進むツール開発と活用」などが連携を促進する要因として示唆された。

(3) 認知症の人と家族の生活実態

- ① 在宅で暮らす認知症者全体のうち 21.9%は一人暮らし（「単独世帯」）であった。ただし「認知症高齢者の日常生活自立度」が重度になるほどその割合は減少した。
- ② 主介護者は 91.2%のケースで存在し、70 歳以上の者も 31.6%いた。主介護の続柄は「娘」の 29.6%が最多で「妻」「嫁」の順で続いた。血縁関係のある者による家族介護が中心で、社会的支援が広がるための、啓蒙活動や教育システムの構築が必要である。
- ③ 「単独世帯」と「親と子のみ」世帯では、経済的に苦しい世帯の割合が高く、主介護者の離職も多かった。
- ④ 「健康でない」とケアマネジャーに判断されている主介護者のうち、認知症や知的・身体・精神障害などの心身機能の障害を抱えている者が 3 割程度いた。
- ⑤ 利用者の他にも介護を要する者を抱えている主介護者が 25.3%いた。
- ⑥ ロジスティック回帰分析により、一人暮らしの様々な規定要因から関連ある要因を絞り込み、IADL (Instrumental Activity of daily living) は「請求書の支払いができますか」「自分で食事の用意ができますか」「銀行預金・郵便貯金の出し入れができますか」などの影響が大きいことが示唆された。一人暮らしの介護サービスの利用状況では訪問介護「生活援助」の利用割合が高く、様々な要因が複合的に重なっていることは前提としても、毎日の 3 回の食事の用意と金銭管理ができなくなると在宅生活が継続できなくなる可能性が高く、家族の支援、又、一人暮らしの場合は生活支援がないと在宅での生活は困難と考えられる。
- ⑦ 区分支給限度基準額を超過して介護保険サービスを利用しているケースは 9.2%あり、そのうち 30,000 円を超える超過利用額のケースが 17.5%あった。
- ⑧ 認知症になる以前に地域活動（町内会、老人会、趣味やボランティアのグループ）に参加していたケースのほうが近隣住民や友人のインフォーマルサポートを受けている割合が高かった。

(4) 認知症ケアマネジメントについて

- ① 認知症の進行にともなう「今後の生活の見通し」「意向の確認や説明」を本人や家族に総合的にしていくことがケアマネジャーに必要である。
- ② 認知症の人が生きる長い道のりを見据えた長期的な視点を持ったケアプラン作成が求められる。
- ③ 主治医とケアマネジャーの両者を橋渡しする看護師の役割が大きいことが示唆される結果となった。

(5) インフォーマルサポート

- ① 成年後見制度・日常生活自立支援事業は、あまり活用されていないという結果となった。今後、インフォーマルサポートの充実と社会的支援がさらに必要である。

調査結果の概要

認知症の診断について

- ① 在宅で生活する「認知症高齢者の日常生活自立度」I以上の利用者(以下、認知症の診断の有無に関わらず認知症者とする)4,657名のうち、認知症の診断を受けているケースは55.8%であった。
- ② 認知症の原因疾患の確定診断を受けているケースは34.5%であった。
- ③ 認知症の診断を受けているケースでは、主介護者の認知症に対する理解も高いという関連があった。
- ④ 認知症の診断を受けたのが介護を開始する以前のケースでは、介護を開始してから診断を受けたケースよりも家族関係が良いという関連があった。
- ⑤ 認知症の原因疾患が「何であるか」について、利用者・家族ならびに周囲の関係者(医療・介護サービスの提供者や介護協力者)で情報共有できているほうが、主介護者の認知症者(利用者)への接し方が良くなっているという関連があった。
- ⑥ 早期診断については家族関係との関連を分析した。ロジスティック回帰分析によりその他の要因を調整した上でも、関連が見られた。オッズ比は1.3程度で、解釈としては、3か月以内に診断を受けた人は受けなかった人に比べて、1.3倍家族関係が良好な確率が高いという傾向が示唆された。

認知症者の状態

- ① 認知症者のADL(activities of daily living)は、「入浴」については「全介助」や「一部介助」を要するケースの割合が高く、「食事」に関しては他の項目と比べて「自立」しているケースの割合が高かった。
- ② IADLについては、公共交通機関の利用などの外出や年金などの書類を書くことはできない(していない)ケースの割合が高く、新聞や本・雑誌などを読むことができない(していない)ケースの割合は低かった。
- ③ 在宅で暮らす認知症者全体のうち、21.9%は一人暮らし(「単独世帯」)であった。ただし、「認知症高齢者の日常生活自立度」が重度になるほどその割合は減少した。

主介護者・世帯について

- ① 主介護者は91.2%のケースで存在し、70歳以上の者も31.6%いた。主介護の続柄は、「娘」の29.6%が最多で、「妻」、「嫁」の順で続いた。
- ② 主介護者の有無を認知症者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別にみると、「同居者のいる世帯」(単独世帯以外の世帯)ではほとんどのケースで主介護者はいたが、「単独世帯」では主介護者のいないケースが14.6~44.7%あった。多少ばらつきはあるものの、おおむね、認知症が軽度なケースで主介護者のいない割合が高かった。
- ③ 認知症者の介護を始める前に就業していたが、介護を始めて以降に離職した主介護者は8.0%であった。
- ④ 「親と子のみ世帯」の主介護者で離職しているのは12.5%で、他の4つの世帯類型よりも高かった。

- ⑤ 「単独世帯」と「親と子のみ」世帯では、経済的に苦しい世帯の割合が高く、主介護者の離職も多かった。
- ⑥ 「健康でない」とケアマネジャーに判断されている主介護者のうち、認知症や知的・身体・精神障害などの心身機能の障害を抱えている者が合計で3割程度いた。
- ⑦ 利用者の他にも介護を要する者を抱えている主介護者が25.3%いた。

医療と介護の連携について

- ① 主治医のサービス担当者会議への出席が一度もない、あるいはそもそもケアマネジャーが出席依頼をしていないケースは合計で89.5%あった。
- ② ケアマネジャーが利用者の診療に同席したことのあるケースは28.9%であった。
- ③ ケアマネジャーが主治医との連携はとれていると評価しているケースは59.4%であった。
- ④ 主治医がサービス担当者会議に出席しているほうが、ケアマネジャーは連携がとれていると評価する傾向にはあったものの、両者が同じ法人の場合、その傾向は弱まった。
- ⑤ 主治医とケアマネジャーが同じ法人のほうが、別の法人である場合に比べてケアマネジャーは連携がとれていると評価している傾向にあった。
- ⑥ ケアマネジャーが主治医と連携がとれていると評価したケースでは、「訪問看護が利用されている」、「利用者の身体疾患の増悪リスクが高い」などの関連があった。
- ⑦ ケアマネジャーが主治医との連携がとれていると思う要因では、「主治医との連絡方法が確立している」や「看護師など他職種の仲介がある」などが上位にあがっていた。

介護保険サービスの利用状況について

- ① 介護サービスの利用状況では、「デイサービス」と「訪問介護」が利用の中心になっていた。「デイサービス」は、「単独世帯」か「同居者のいる世帯」かに関わらず比較的よく利用されているサービスで、心身機能の低下の軽重も他のサービスに比べると左右されにくかった。
- ② デイサービス以外の「訪問介護(身体介護)」や「訪問介護(生活援助)」、「ショートステイ」など他のサービスでは、利用者の心身機能低下の軽重や世帯類型に利用割合が左右されているものもあった。たとえば、要介護3前後の心身機能低下が中度の利用者で比べると、「単独世帯」では「ショートステイ」よりも「訪問介護(身体介護)」がよく利用されており、「同居者のいる世帯」では「訪問介護(身体介護)」よりも「ショートステイ」がよく利用されている傾向にあった。
- ③ 区分支給限度基準額を超過して介護保険サービス利用をしているケースは9.2%あり、そのうち30,000円を超える超過利用額のケースが17.5%あった。
- ④ 通所介護(デイサービス:認知症対応型も含む)の利用は、ロジスティック回帰分析によりその他の要因を調整した上でも、主介護者が健康か否かの変数に対して10%水準で有意な関連を示し、オッズ比1.16となった。

医療サービスの利用状況について

- ① 医療サービスでは、心身機能の低下が重度になると「通院」が減り、「訪問診療」が増えるという傾向にあった。

インフォーマルサポートの状況について

- ① インフォーマルサポートの主な提供主体は「家族」で、家族からのサポートを受けているケースは 92.1%で最多であった。
- ② 家族以外の提供主体からのサポートがあるケースは、高いものでも 20%未満であった。
- ③ 家族以外のサポート提供主体では、「近隣住民」、「友人」、「民生委員」などが多かった。これらの提供主体のサポート内容は、「話し相手」や「見守り(安否確認含む)」が多かった。

認知症ケアマネジメントについて

- ① 認知症の進行にともなう「今後の生活の見通し」を家族に説明しているケースのほうが、家族の認知症に対する理解が良くなっているという傾向があった。
- ② 利用者に対する意向の確認や説明、家族への説明などが医師やケアマネジャーから総合的にされているほど、主介護者の認知症者への接し方は良くなっているという傾向にあった。
- ③ 成年後見制度・日常生活自立支援事業は、経済的にゆとりがあり、利用者の金銭管理能力が低下しているケースに限っても、利用者・家族に対して制度に関する説明がされているケースは 17.5%であった。
- ④ 主介護者の認知症への理解については家族関係との関連を分析した。ロジスティック回帰分析によりその他の要因を調整した上でも関連が見られた。オッズ比は 4.0 程度で、解釈としては、主介護者の認知症への理解がある場合はそうでない場合と比べて、4.0 倍家族関係が良好な確率が高いという傾向が示唆された。

「医療と介護の連携」に関する質的調査について

- ① 「医療と介護の連携」に関する質的調査では、より多面的に、より具体的に連携の具体的方策・ポイントを探るために、ケアマネジャー経験者らを対象にしたグループディスカッション(2回)と医師への追加調査(ヒアリングまたはアンケート)を実施した。
- ② その結果、主に以下の点が明らかになった。i) 地域レベルでの連携を図るための具体的方策・ポイントとして、勉強会の組織化や連携ツール(共通書式)の開発、主治医とケアマネジャーをつなぐ存在としての訪問看護ステーションの役割の大きさなどが明らかになった。ii) 医師個人レベルでの連携を図るための具体的方策には、ケアマネジャーと話す時間をつくる、カンファレンス・担当者会議への積極的な参加、病院スタッフを介した情報共有・コミュニケーションなどが挙げられた。

独居の規定要因と分類に関する分析

- ① クロス集計より、ADL については、世帯構成に関わらず身体機能が低下するほど介助を必要とするケ

ースの割合が高くなるのに対して、IADL については、「独居」で「同居者のいる世帯」よりも「できる(している)」ケースの割合が高くなっていた。IADL の各項目は、認知症者が独居で生活するために必要な能力であると推測される。

- ② ロジスティック回帰分析からは、独居の様々な規定要因から、関連のある要因を絞り込むことができた。例えば、IADLにおいては、「請求書の支払いができますか」「自分で食事の用意ができますか」「銀行預金・郵便貯金の出し入れができますか」などの影響が大きいことを示唆する結果が得られた。また、インフォーマルな社会資源においては、「民生委員による支援」「近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援」などの有意な関連が示された。
- ③ 関連が見られた変数のうち、本人の心身状況である「IADL」、公的なサービスである「介護・医療サービス」「主治医とケアマネジャーとの連携」「ケアマネジャーからの今後の生活の見通しについての説明・助言や意向確認」、インフォーマルサポートである「民生委員による支援」「近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援」などは、独居の規定要因になりうると考えられる。一方で、「疾患」「BPSD」も独居によって生じると考えられ、独居の継続を難しくする要因になると推測される。
- ④ クラスタ分析からは、認知症自立度Ⅲかつ独居の対象者と、認知症自立度Ⅰ・Ⅱかつ独居の対象者について、それぞれ、在宅継続可能性の要因により、実質的に4グループごとにクラスタリングすることができた。

1. 調査概要

1. 調査全体の目的

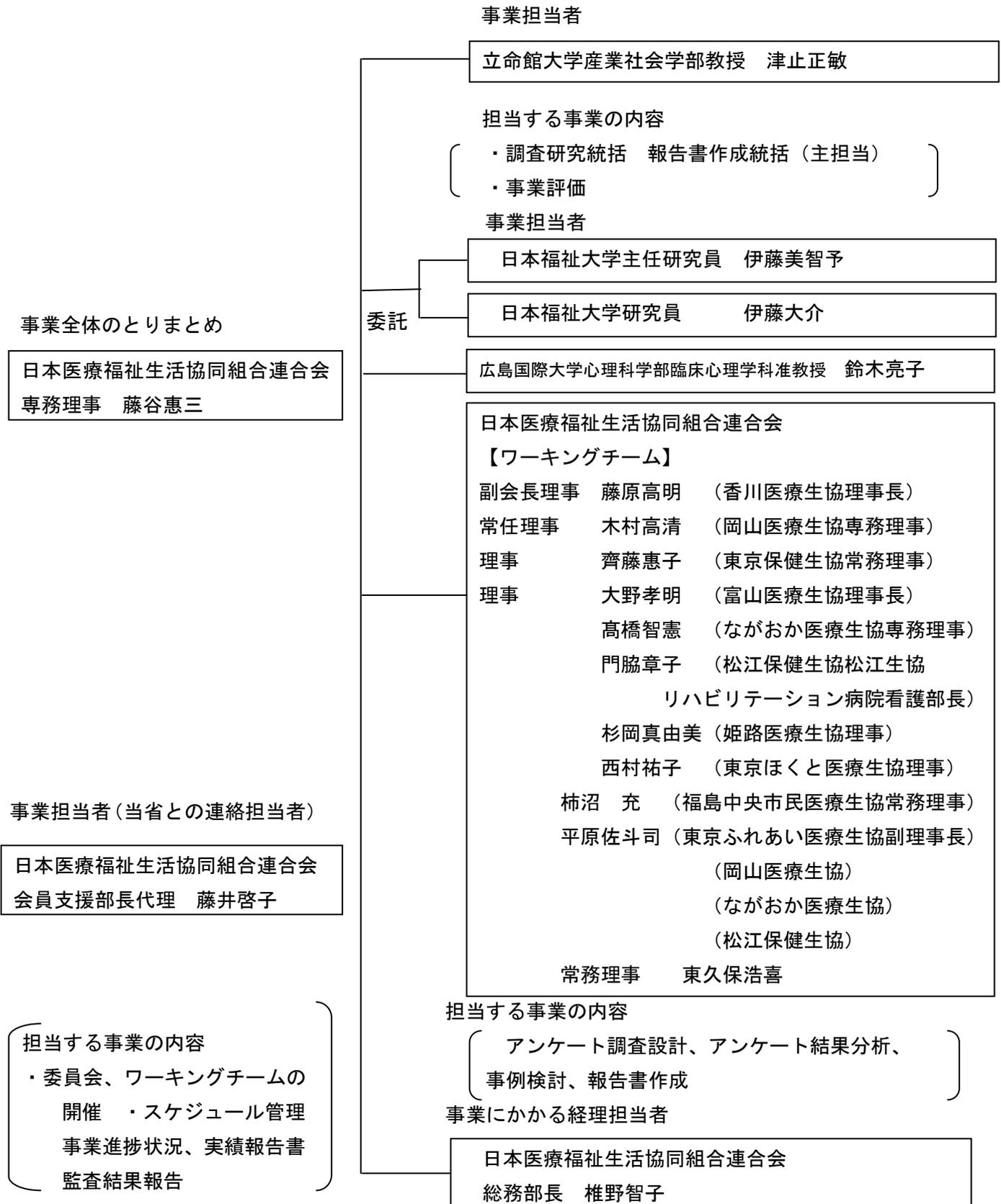
今後進行する高齢化に伴い、社会的支援を多く必要とする要介護高齢者人口が増大する。一方、要介護高齢者を支える家族基盤は脆弱化し続け、世帯構成の変化に高齢者の独り暮らしや高齢者夫婦世帯が増大している。

本調査では、特に社会的課題となっている認知症対策の推進について、対応する支援方策の開発を目指していく。認知症者の現病歴、症状、独居や同居家族がいる場合等生活状況、医療や介護・福祉等社会資源の機能やその整備度合、家族介護者間のつながりや当事者組織との関係等々認知症ケアを構成する諸環境を総合的に把握しつつ検討していく。

具体的には、認知症者と家族介護者、社会資源という3次元で構成されるケアの実態を明らかにして、対応する支援策の開発を行うものである。本調査研究から、認知症者と家族介護者、社会資源の実態に即した実践的な認知症ケアマネジメントの可能性と条件、及びこの社会に要請されているサービス開発の諸課題を明らかにする。

2. 調査体制

本調査は以下の体制で行った。



委託

日本福祉大学
健康社会研究センター

- ・ アンケート調査票設計と作成
- ・ プレ調査結果に基づき調査票完成
- ・ データ集計作業に必要な分析指示書の作成
- ・ 報告書の一部執筆
- ・ ワーキングチームへの出席

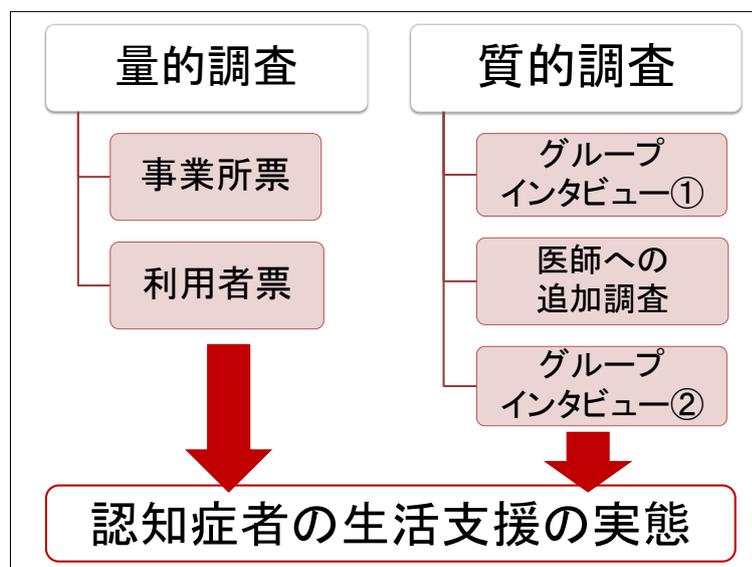
(株)EBP 政策基礎研究所

- ・ 調査票作成
- ・ データクリーニング
- ・ データ集計と資料作成
- ・ データ分析
- ・ 報告書作成

3. 調査の全体像

本調査は、認知症者の生活支援の実態を明らかにするため、「量的調査」と「質的調査」を組み合わせに行った。「量的調査」では、日本医療福祉生活協同組合連合会に加盟している居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとその利用者を対象とするアンケート調査を実施した。「質的調査」では、「医療と介護の連携」を主題とし、ケアマネジャー経験者らを対象とするグループインタビュー2回と医師への追加調査を行った。

図表 1 調査の全体像



4. アンケート調査の概要

(1) 対象と手法

調査対象は以下の通りである。なお、調査票は事業所全体の情報を集める事業所票と、利用者の情報を集める利用者票の2つを配布した。

調査対象は、日本医療福祉生活協同組合連合会に加盟している111生協のうち、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターがある104生協（北海道・秋田県・千葉県・山梨県・奈良県・熊本県を除く41都府県）の、居宅介護支援事業所326箇所、地域包括支援センター18箇所（事業所票）であり、そこを利用する認知症自立度Ⅰ以上の方約27,290名²とした。そこから抽出率4分の1³のランダムサンプリングを事業所で実施し約5,627名の利用者の情報を担当ケアマネジャーに記入を依頼した。なお事業所票は自立の方も対象とした。

倫理的配慮として、上記のサンプリング方法によって抽出された利用者とその家族に対し、担当ケアマネジャーが、①個人が特定できるようなデータの収集は行わないこと、②データは

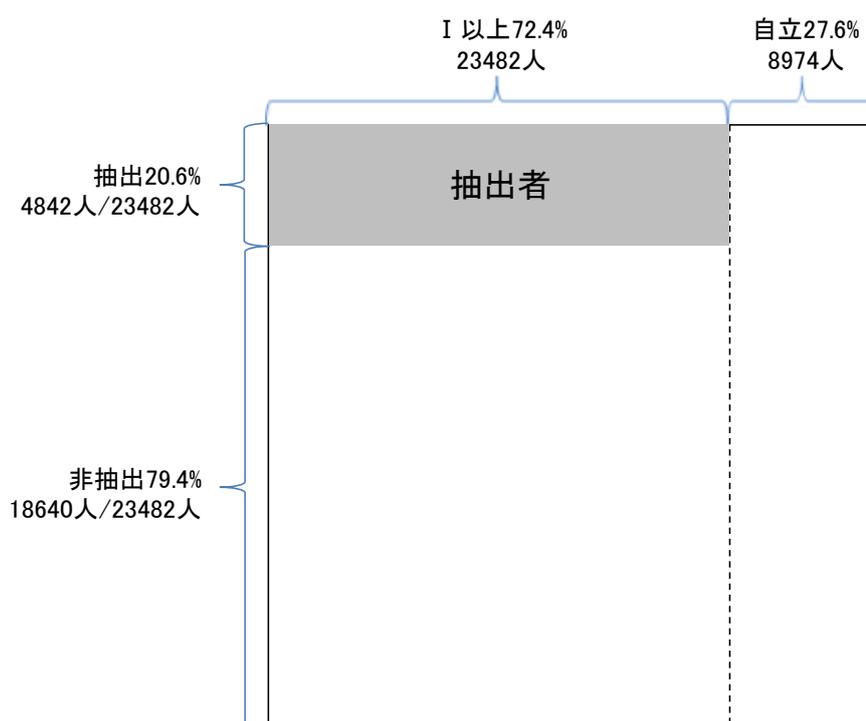
2 回収の無い事業所については利用者の数は不明であるため、回収できた事業所の利用者数の平均値を仮定した。

3 各事業所のサンプリングの対象者数が4で割り切れない場合の端数などがあるため、結果的にアンケート回答対象者は母集団の4分の1にはなっていない。

本調査以外に使用しないこと、③この研究に不参加の場合でも、不利益を被らないことなどについて書面と口頭で説明し、同意を得て行った。

平成 24 年 12 月 14 日の締め切りまでに 101 生協の 296 事業所から返送があった。回収数は 4,657 名、回収率は 82.8%であった⁴。

図表 2 調査対象者に占める抽出者



⁴ サンプル数を都府県別に見ると、必ずしも都府県の人口比に対応しておらず、人口 200 万人程度かそれよりも少ない県のサンプルが実際の都府県別人口比よりも多くなっている。

図表 3 利用者票県別回収状況

	県名	事業所数	利用者票回収数
1	青森県	15	232
2	岩手県	4	82
3	山形県	4	109
4	宮城県	2	22
5	福島県	15	251
6	新潟県	4	57
7	群馬県	11	213
8	栃木県	1	15
9	茨城県	1	15
10	長野県	4	99
11	埼玉県	19	399
12	神奈川県	14	153
13	東京都	34	328
14	富山県	5	168
15	石川県	1	24
16	愛知県	18	245
17	三重県	6	125
18	福井県	3	55
19	静岡県	1	5
20	岐阜県	1	17
21	和歌山県	1	8
22	京都府	2	20
23	大阪府	35	482
24	兵庫県	21	363
25	岡山県	8	220
26	広島県	9	113
27	山口県	2	60
28	鳥取県	5	51
29	島根県	6	130
30	愛媛県	9	172
31	高知県	1	24
32	香川県	5	72
33	徳島県	2	28
34	福岡県	2	5
35	佐賀県	2	19
36	大分県	2	30
37	宮崎県	3	35
38	鹿児島県	14	180
39	沖縄県	4	28
	不明		3
	合計	296	4657

(2) 調査票

利用者票については、回答者を担当ケアマネジャーとした。事業所票については、事業所全体の状況を把握している必要があるため事業所管理者とした。

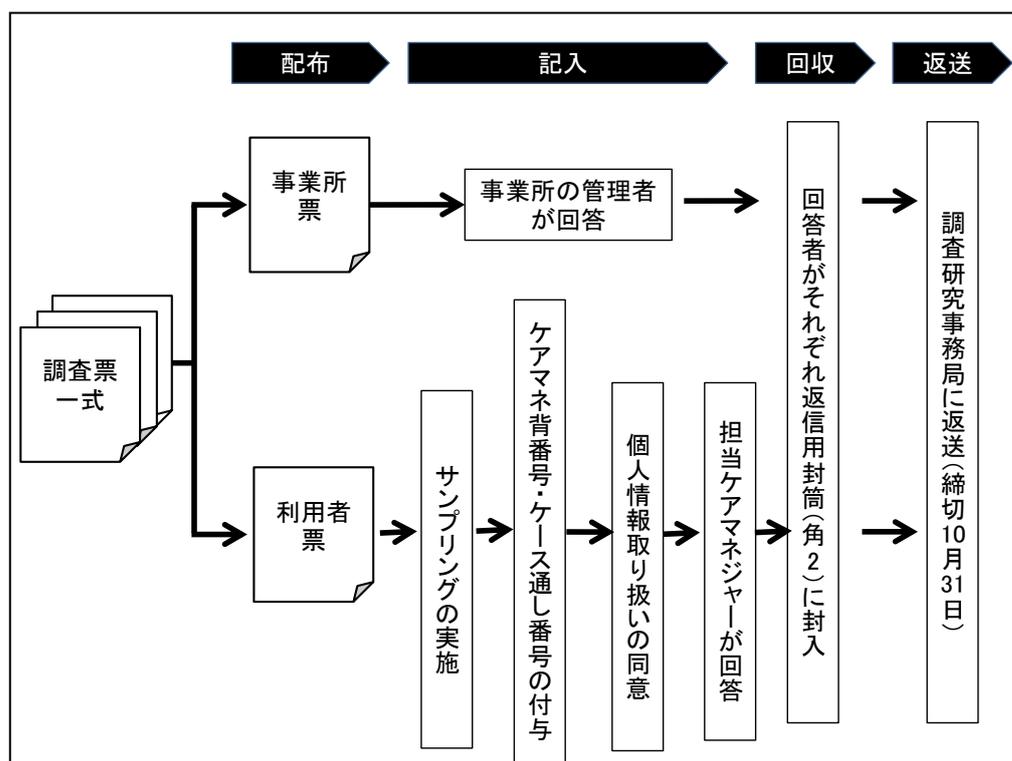
調査票の種類と主な内容は、以下の通りであった。

図表 4 事業所票・利用者票の概要

調査票名	ページ数	内容	記入者
事業所票	2 ページ	事業所の全利用者の情報を把握するための調査票	事業所管理者
利用者票	12 ページ	利用者の生活支援実態を把握するための調査票	担当ケアマネジャー

利用者票については、各事業所に規模に応じた部数を送付した。足りない場合は事務局の HP からファイルをダウンロードしての利用を依頼した。事務局から調査票一式が届き、各事業所で事業所票・利用者票へ記入する流れは、以下の通りである。利用者票の記入に際してはサンプリングを行った。

図表 5 本調査における調査票配布から記入・回収までの流れ



図表 6 調査に関する全国説明会の概要

ブロック名	月日	会場
北海道・東北	9/14(金)	福島中央市民生協本部3階
関信越	9/19(水)	ホテルメトロポリタン高崎
東京エリア	9/19(水)	サンケンビル蚕糸会館
神奈川エリア	9/20(木)	フォーラム南太田
中部	9/24(月)	安保ホール(名古屋)
近畿	9/25(火)	新大阪丸ビル新館
中国・四国	9/25(火)	岡山オルガ
九州・沖縄	9/27(木)	AQUA(アクア)博多

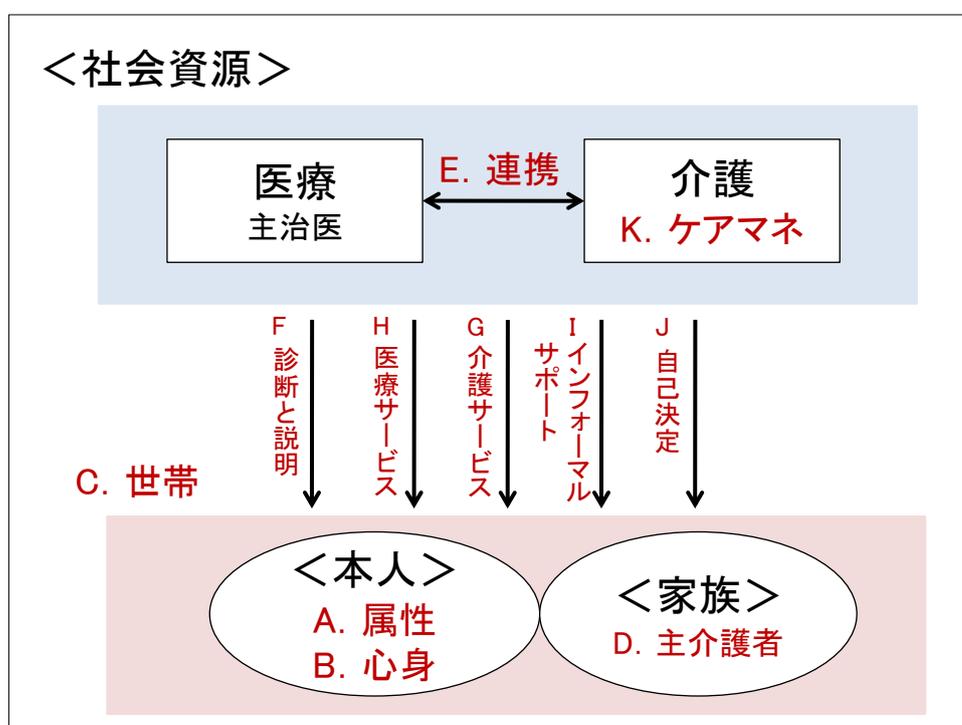
(3) 調査票の構成

本調査は、認知症者本人と家族、社会資源という3次元から生活支援の実態にアプローチした点に特徴がある。調査票の枠組みを以下の図表に示す。調査票作成においては、6つの事業所から困難事例を収集し、その情報も参考にした（巻末資料「調査票作成のための困難事例」参照）。

＜認知症者本人＞の項目では、「A. 属性」「B. 心身の状況」について把握した。＜家族＞では、主に「D. 主介護者」の状況について尋ねた。そして＜認知症者本人＞と＜家族＞を「C. 世帯」として捉え、家族関係や在宅生活継続の可否などについて把握した。

＜社会資源＞では、「K. ケアマネジャー」の属性を把握したうえで、ケアマネジャーと「E. 主治医との連携」の実態について尋ねた。＜認知症者本人＞＜家族＞が＜社会資源＞とどのようにつながっているのかを把握するため、提供される支援の実態として、「F. 認知症の診断・説明」「H. 医療サービスの利用状況」「G. 介護サービスの利用状況」「I. インフォーマルな社会資源の利用状況」「J. 自己決定などその他の支援の状況」について尋ねた。

図表 7 調査票の枠組み



調査票の具体的な項目は、以下の図表の通りである（調査票は巻末資料参照）。

図表 8 調査票の構成

項目	質問内容
A 利用者の 属性	1 年齢
	2 性別
	3 要介護度
	4 認知症自立度 意見書記載
	5 認知症自立度 ケアマネ判断
	6 ねたきり度 意見書記載
	7 ねたきり度 ケアマネ判断
	8 世帯構成
	9 地域活動への参加
B 心身の 状況	10 認知症以外の疾患の有無
	11 有 疾患名
	12 日常生活動作(5項目)
	13 手段的日常生活動作(14項目)
	14 認知症の行動・心理症状の有無
15 有 症状の種類別	
C 世帯・家族 状況	16 世帯の人数
	17 利用者と一緒に暮らしている者
	18 世帯の経済状態
	19 家族関係の良否
	20 在宅生活継続の可否
	21 可 可能にする要因
22 否 困難な要因	
D 主介護者の 状況	23 年齢
	24 性別
	25 続柄
	26 介護開始時期
	27 介護形態
	28 介護・世話の内容
	29 主介護者の健康
	30 否 具体的な健康状態
	31 主介護者の精神的状態
	32 介護により減少した生活上の機会
	33 主介護者の就業状況
	34 介護による就業形態の変化
	35 多重介護の有無
	36 副介護者の有無
有 人数	
37 主介護者の認知症に関する理解	
38 主介護者の認知症に関する具体的知識	
39 主介護者の認知症理解変化	
40 利用者への接し方の適否	
41 利用者への具体的な接し方	
42 利用者への接し方の担当開始以来の変化	
E 主治医との 連携	43 主治医の有無
	44 1 主治医の診療科
	45 2 主治医の認知症医療への姿勢
	46 3 主治医とケアマネの法人関係
	47 4 診療への同席有無
	48 5 主治医への説明機会提供の依頼
	49 6 依頼時の主治医の反応
	50 7 主治医のサービス担当者会議出席
	51 8 主治医への会議参加依頼方法
	52 9 主治医との連携の良否
	53 良 連携がとれている理由
54 否 連携がとれていない理由	
F 認知症の 診断と説明	55 認知症診断の有無
	56 認知症診断の時期
	57 1 診断を受けた医師の診療科
	58 2 利用者への告知の有無
	59 3 医師からの説明・助言
	60 4 ケアマネからの利用者への説明・助言
	61 無 説明・助言なしの理由
	62 5 ケアマネからの家族への説明・助言
	63 無 説明・助言なしの理由
	64 6 原因疾患についての確定診断の有無
65 有 原因疾患	
66 誰が知っているか	
67 無 確定診断を受けていない理由	
G 介護利用 状況	68 介護サービスの利用状況(2012年9月)(14種類)
	通所 1 利用の有無
	介護 有 月利用回数
	5
	住宅 14 利用の有無
	改修 有 (12~14は回数の質問なし)
	69 介護給付費の総額
	70 給付限度額の直近半年での超過の有無
	71 有 基準額を超過した費用の月平均額
	72 サービス利用の充足度
73 不足 不足と感じる理由	
H 医療利用 状況	医療サービスの利用状況(2012年9月)
	通院 1 利用の有無
	有 月利用回数
	74 1 利用の有無
	有 月利用回数
往診 1 利用の有無	
有 月利用回数	
入院 1 利用の有無	
有 月利用日数	
I インフォ ーマルな 社会資源 の利用 状況	インフォーマルな支援の状況(2012年4~9月)
	家族 支援の有無・頻度
	有 支援の内容
	ケアプランへの位置づけの有無
	委員 支援の有無・頻度
	民生 有 支援の内容
	ケアプランへの位置づけの有無
	役 支援の有無・頻度
	地域 有 支援の内容
	有 支援の内容
	ケアプランへの位置づけの有無
	住 支援の有無・頻度
	近 有 支援の内容
	隣 有 支援の内容
	ケアプランへの位置づけの有無
	友 支援の有無・頻度
	人 有 支援の内容
	有 支援の内容
	ケアプランへの位置づけの有無
	75 テ 支援の有無・頻度
ポ 有 支援の内容	
イ 有 支援の内容	
ア 有 支援の内容	
ン 有 支援の内容	
サ 支援の有無・頻度	
認 有 支援の内容	
知 有 支援の内容	
症 有 支援の内容	
ケ 支援の有無・頻度	
ア 有 支援の内容	
ラ 有 支援の内容	
ン 有 支援の内容	
組 支援の有無・頻度	
合 有 支援の内容	
員 有 支援の内容	
有 支援の内容	
ケアプランへの位置づけの有無	
そ 支援の有無・頻度	
の 有 サービス名	
他 有 支援の内容	
76 配食サービスの利用の有無(2012年9月)	
有 月利用回数	
77 保険外宿泊サービスの利用の有無(2012年9月)	
有 月利用回数	
78 ケアマネからの地域や行政機関への協力要請	
79 有 相手方からの反応	
80 無 求めている理由	
J その他 サービス 等	81 今後の生活の意向確認の有無
	82 無 確認していない理由
	83 延命措置、胃瘻などの意向確認の有無
	84 無 確認していない理由
	85 成年後見制度、日常生活自立支援事業の利用
	86 無 制度の説明の有無
	87 無 説明していない理由
	88 認知症を理由に利用を拒否された経験の有無
	89 経済的理由によるサービス利用の抑制経験の有無
	K ケアマネ(回答者)の属性に関すること

5. 質的調査の概要

(1) 質的調査の目的

本調査では、サブタイトルにあるように認知症ケアマネジメントにおける「医療と介護の連携」が研究課題のひとつとなっている。利用者票でもこの「医療と介護の連携」に関する調査項目を設定し、その一端を明らかにすることを試みた。しかしながら、アンケート調査（量的調査）では「医療と介護の連携」の実態を十分に把握しきれない面もある。

そこで「医療と介護の連携」に関する質的調査を行うことで、アンケート調査を補完し、より多面的に、より具体的に「医療と介護の連携」にアプローチすることを目指した。具体的には、次の3点を明らかにすることを目的とした。

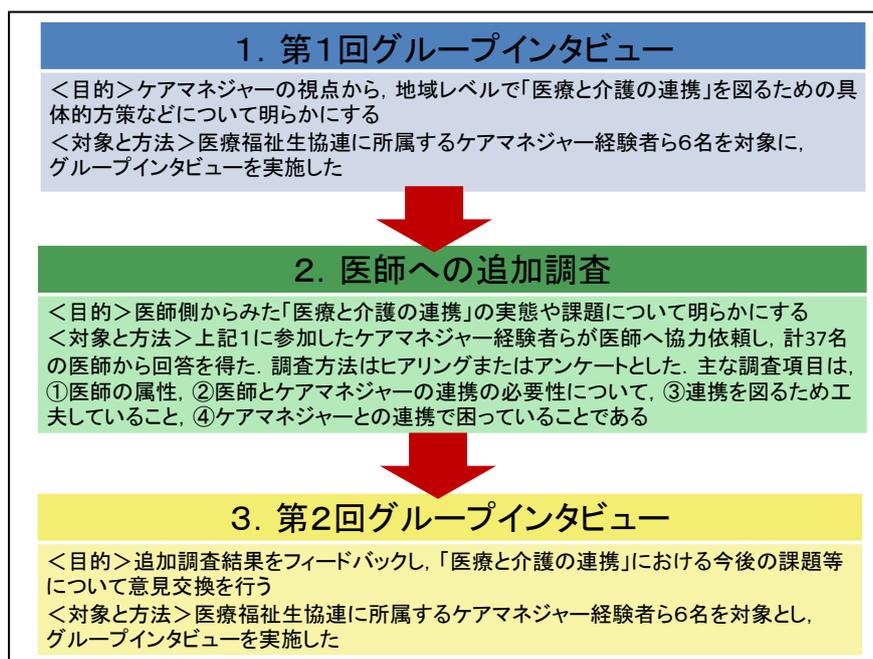
- ① 「医療と介護の連携」を図るためのポイントは何か
- ② 医師はケアマネジャーとの連携について、どのように評価しているか
- ③ 「医療と介護の連携」における今後の課題は何か

(2) 対象と方法

「医療と介護の連携」に関する質的調査の流れは、以下の図表の通りである。大きく3つのステップで行った。

まず、ケアマネジャーを対象とした第1回グループインタビューを実施した（2012年10月下旬）。次に、医師を対象とした追加調査（アンケートまたはヒアリング）を行った（2012年11月上旬～下旬）。最後に、それらの調査結果の総括をするため、ケアマネジャーを対象とした第2回グループインタビューを実施した（2012年11月下旬）。

図表 9 「医療と介護の連携」に関する質的調査の流れ



(3) 質的調査で重視した点

一連の質的調査を実施するうえで、量的調査を補完するために次の2点を重視した。

ひとつは、「医療と介護の連携」でケアマネジャーと同様に連携の主体となる医師のナマの声を収集し、全体的な調査結果に反映させることである。利用者票ではケアマネジャーが回答者であるため、あくまでケアマネジャーからみた「医療と介護の連携」の一側面しか見えてこない。数としては少数であるものの、医師からみた「医療と介護の実態」にも迫ることで、より多面的な実態を明らかにしたいと考えた。

もうひとつは、「医療と介護の連携」を図るために、ケアマネジャーや医師が工夫していることなどの具体的方策を収集することである。利用者票においても、それに類する設問として「主治医と連携がとれていると思う要因」（問53）などを尋ねているが限定的である。質的調査を通して、「医療と介護の連携」を図る上での工夫やポイントを幅広く明らかにすることができれば、「医療と介護の連携」を促進する上で示唆につながるものと考えた。

2. サンプルについて

1. 概要

(1) 目的と手法

サンプリングバイアスについて検討するため、本調査のサンプルを、「認知症高齢者の日常生活自立度」別の割合について、厚生労働省の「平成 21 年度 介護サービス施設・事業所調査」における訪問介護利用者、および厚生労働省の「平成 22 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」である「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業（NPO 法人シルバー総合研究所）」における調査対象者と比較した。

(2) 対象

本調査のサンプルとして、利用者票における「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合を用いた。比較対象として、以下の二種類の調査サンプルを用いた。

A) 厚生労働省「平成 21 年度 介護サービス施設・事業所調査」

厚生労働省の「平成 21 年度 介護サービス施設・事業所調査」における訪問介護利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合を用いた。ここでの訪問介護利用者とは、介護予防訪問介護事業所ならびに訪問介護事業所において、平成 21 年 9 月 30 日（0 時～24 時までの間）に訪問介護を利用した者のうち、出生月が「1 月」「5 月」「9 月」の者であった。

B) シルバー総合研究所「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」

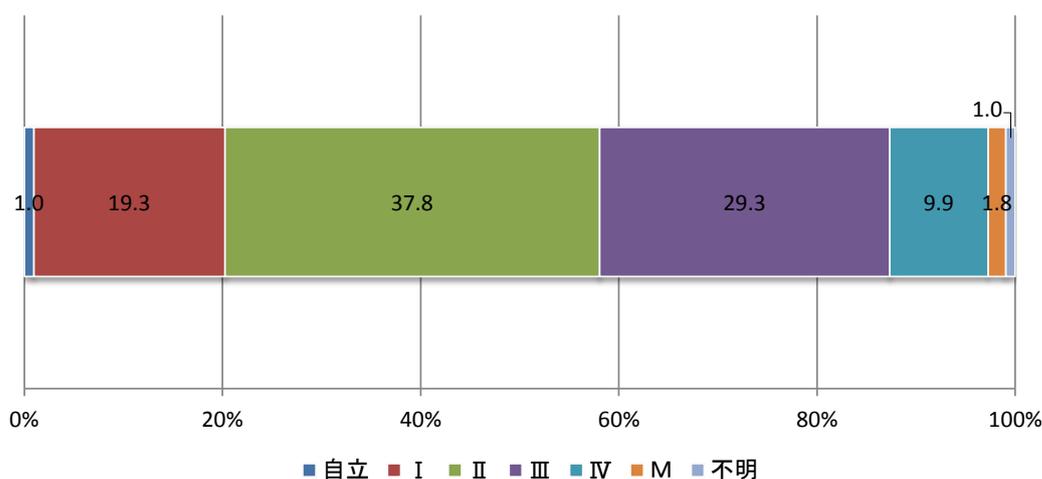
厚生労働省の「平成 22 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業」である「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業（NPO 法人シルバー総合研究所）」における調査対象者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合を用いた。ここでの調査対象者とは、調査員が所属する法人の居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、デイサービス、デイケア等を通して募集した、在宅介護サービスを利用している認知症高齢者であった。

2. 結果と考察

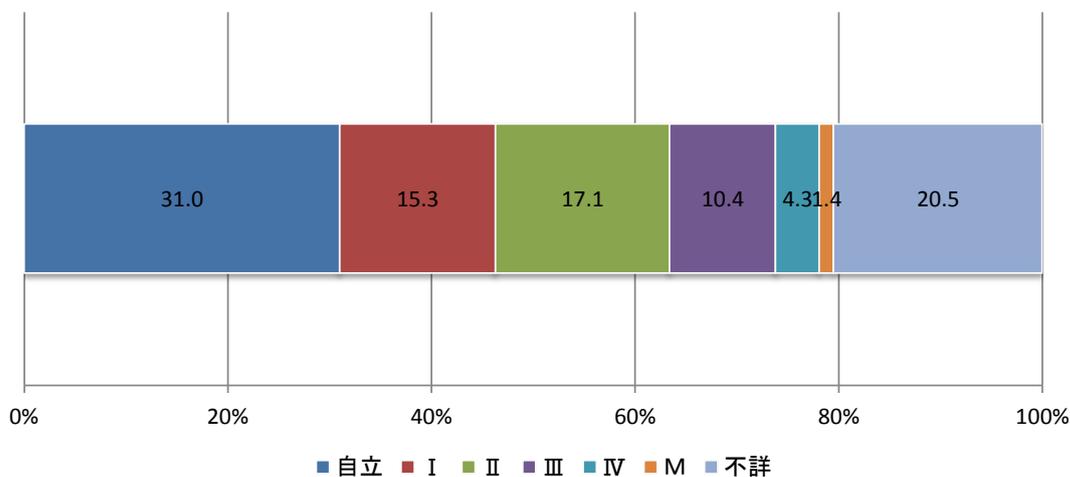
(1) サンプルバイアスについて

本調査のサンプルを、「平成 21 年度 介護サービス施設・事業所調査」における訪問介護利用者と比較すると、本調査のサンプルの方が「認知症高齢者の日常生活自立度」に関してより重度であることが確認された。一方で、「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」における認知症高齢者と比較すると、本調査のサンプルの方が「認知症高齢者の日常生活自立度」に関してより軽度であることが確認された。

図表 10 本調査(利用者票)における「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布

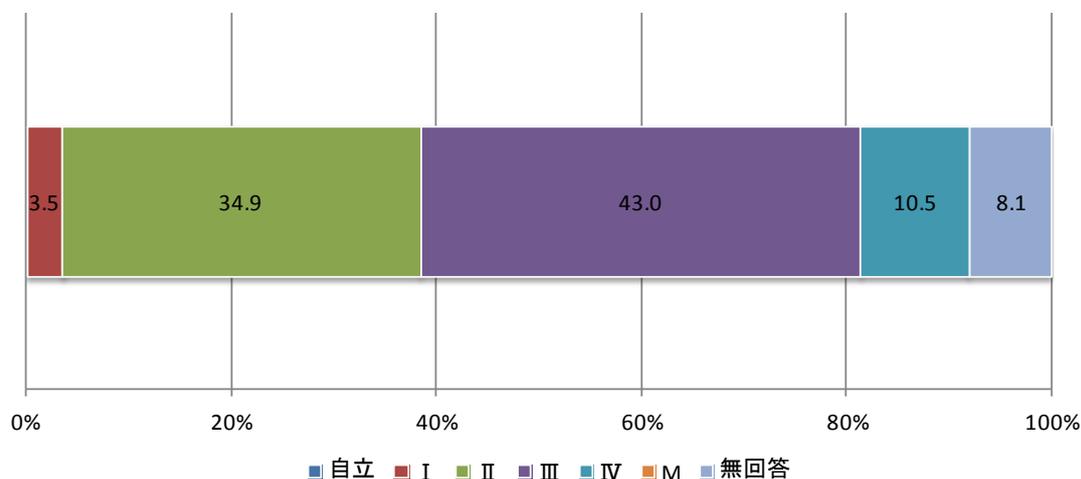


図表 11 介護サービス施設・事業所調査における訪問介護利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布



(資料)平成 21 年度 介護サービス施設・事業所調査 第35表 訪問介護利用者数の構成割合、性、年齢階級、要介護(要支援)度、認知症高齢者自立度別(著者作成)

図表 12 「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」調査対象者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別割合分布



(資料)平成 22 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「DCMを活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」第3章 図表 1-2(NPO 法人シルバー総合研究所)(著者作成)

以上の結果より、本調査のサンプルは、在宅で介護を必要とする高齢者と、その中でも認知症と診断された高齢者との中間程度のサンプルであると考えられる。

3. 事業所票の分析

1. 背景と目的

ここでは、事業所票によるデータを集計した。本調査は、個人単位のデータである利用者票と事業所単位のデータである事業所票から成るが、利用者票によるデータは認知症自立度が自立の高齢者は含まれていないが、事業所票のデータには認知症自立度が自立の高齢者も含まれ、事業所を利用している高齢者全体の数が記載されている。

2. 方法

(1) データ

データは、事業所票によるデータを用いた。データには、2012年12月14日以降に到着した4事業所分も含めた。

(2) 手法

統計的手法は記述統計を用いた（調査票は巻末資料）。調査票の形式に則った集計については、各セルの平均値を掲載している。集計は以下の項目を中心に行った。

- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 認知症についての診断の有無・診断結果
- 世帯構成

3. 全体の結果と考察

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名

① 集計結果

事業所票の表3及び表4を集計した。事業所票表3は、認知症高齢者の日常生活自立度と医師の診断の有無・診断結果についての分布を示している。表4は、認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成についての分布を示している。作業手順としては、各事業所の各セルの値について平均値を計算し表形式にとりまとめた（図表のタイトル名の末尾に（平均値）と明示してあるもの）。これにより、表全体での分布を把握することができる。パーセント表示してある表は、横方向で100%になるようになっている。

図表 13 事業所票表3. 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名（平均値）

認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
自立度ごとの合計人数⇒		24.93	20.71	13.32	17.19	13.66	4.13	5.27	1.04
①上記のうち医師の診断を受けている人	アルツハイマー型認知症		.96	2.03	3.56	4.05	1.21	1.57	.34
	脳血管性認知症		1.69	1.58	2.27	2.11	.69	1.02	.21
	レビー小体型認知症		.03	.10	.19	.16	.10	.14	.03
	前頭側頭型認知症 （ピック病含む）		.02	.01	.03	.06	.02	.04	.02
	混合型認知症		.02	.08	.10	.20	.09	.11	.03
	他の疾患や外傷による		.51	.47	.67	.47	.15	.23	.07
	原因疾患は特定されていないが認知症との診断はあり		2.69	2.63	4.22	3.51	1.03	1.27	.14
	その他		1.79	.96	.86	.53	.16	.26	.09
②医師の診断を受けていない人			11.18	4.78	4.72	2.43	.68	.67	.13
③診断の有無を把握できない人			1.40	.75	.67	.31	.10	.11	.03

図表 14 事業所票表3. 認知症高齢者の日常生活自立度と認知症の原因疾患名

認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
自立度ごとの合計人数⇒		24.9%	20.7%	13.3%	17.1%	13.6%	4.1%	5.3%	1.0%
①上記のうち医師の診断を受けている人	アルツハイマー型認知症		7.0%	14.8%	26.0%	29.5%	8.8%	11.4%	2.5%
	脳血管性認知症		17.7%	16.6%	23.7%	22.0%	7.2%	10.7%	2.2%
	レビー小体型認知症		4.4%	13.7%	25.1%	21.6%	12.8%	18.5%	4.0%
	前頭側頭型認知症 （ピック病含む）		9.7%	6.5%	14.5%	30.6%	9.7%	17.7%	11.3%
	混合型認知症		2.6%	12.2%	16.4%	32.3%	13.8%	18.0%	4.8%
	他の疾患や外傷による		19.9%	18.2%	25.9%	18.4%	5.8%	8.9%	2.8%
	原因疾患は特定されていないが認知症との診断はあり		17.4%	17.0%	27.2%	22.7%	6.6%	8.2%	0.9%
	その他		38.5%	20.7%	18.6%	11.3%	3.4%	5.5%	2.0%
②医師の診断を受けていない人			45.5%	19.4%	19.2%	9.9%	2.8%	2.7%	0.5%
③診断の有無を把握できない人			41.6%	22.2%	20.0%	9.2%	3.0%	3.3%	0.8%

② 考察

平均値で見た全体の分布としては、医師の診断を受けていない人の値が高くなっており、例えば、医師の診断を受けていない人で認知症自立度Ⅰの平均値は11.18となっている。また、表全体で縦方向に比較した場合で医師の診断を受けていない人が認知症自立度Ⅱまでは4分の1程度以上分布していることが分かる。

パーセントで横方向に見た場合、分布のピークは、概ね認知症自立度ⅡbからⅢaにあることが分かる。「脳血管性認知症」については認知症自立度Ⅰのパーセンテージが高くなっている。「医師の診断を受けていない人」「診断の有無を把握できない人」については認知症自立度Ⅰが高くなっていた。

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成

① 集計結果

事業所票表4は、認知症高齢者の日常生活自立度及び世帯構成についての分布を示している。事業所票表3と同様に、平均値と横方向で100%となる表を作成した。

図表 15 事業所票表4. 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成（平均値）

	認知症高齢者の日常生活自立度							
	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
単独世帯	8.52	6.54	3.59	3.91	2.60	.74	.61	.15
夫婦のみの世帯	6.81	4.71	2.91	3.81	2.81	.83	1.09	.28
両親と子供の世帯	2.47	2.23	1.33	1.68	1.47	.45	.78	.16
一人親（父又は母）と子供の世帯	3.09	3.47	2.56	3.59	3.20	.98	1.39	.25
夫婦と親（両親又は一人親）の世帯	1.00	1.24	.90	1.39	1.02	.40	.42	.09
夫婦、子供と親（両親又は一人親）の世帯	1.54	1.61	1.33	1.81	1.62	.40	.64	.09
その他の親族世帯	1.16	.99	.69	.95	.92	.28	.33	.07
その他	.95	.49	.28	.25	.25	.08	.14	.01

図表 16 事業所票表4. 認知症高齢者の日常生活自立度と世帯構成

	認知症高齢者の日常生活自立度							
	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
単独世帯	32.0%	24.5%	13.5%	14.7%	9.7%	2.8%	2.3%	0.6%
夫婦のみの世帯	29.3%	20.2%	12.5%	16.4%	12.1%	3.6%	4.7%	1.2%
両親と子供の世帯	23.4%	21.1%	12.6%	15.9%	13.9%	4.3%	7.4%	1.5%
一人親（父又は母）と子供の世帯	16.7%	18.7%	13.8%	19.4%	17.3%	5.3%	7.5%	1.4%
夫婦と親（両親又は一人親）の世帯	15.4%	19.2%	14.0%	21.5%	15.8%	6.2%	6.5%	1.4%
夫婦、子供と親（両親又は一人親）の世帯	17.0%	17.8%	14.7%	20.1%	18.0%	4.5%	7.0%	1.0%
その他の親族世帯	21.5%	18.4%	12.9%	17.6%	17.1%	5.3%	6.1%	1.2%
その他	39.0%	19.9%	11.4%	10.2%	10.4%	3.1%	5.6%	0.4%

(3) 全体の考察

平均値で見た全体の分布としては、「単独世帯」「夫婦のみの世帯」が多く、その次には「両親と子供の世帯」よりも「一人親（父又は母）と子供の世帯」が認知症自立度に関わらず概ね多くなっていた。

パーセントで横方向に見た場合、「単独世帯」では、認知症自立度Ⅲ a より重度ではパーセンテージが他の世帯構成よりも少なくなっていた。子供がいる世帯では、認知症自立度Ⅲ a より重度においても子供がいない世帯構成よりも若干パーセンテージが高くなっていた。

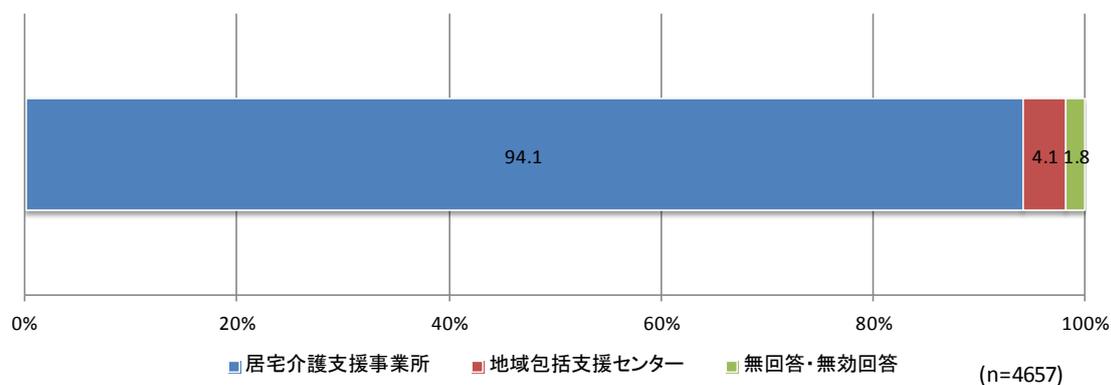
4. 単純集計

以下では、調査回答者の属性を示したうえで、調査票で用いたカテゴリーごとに、主な所見を単純集計によって記述した。

1. 回答者の属性

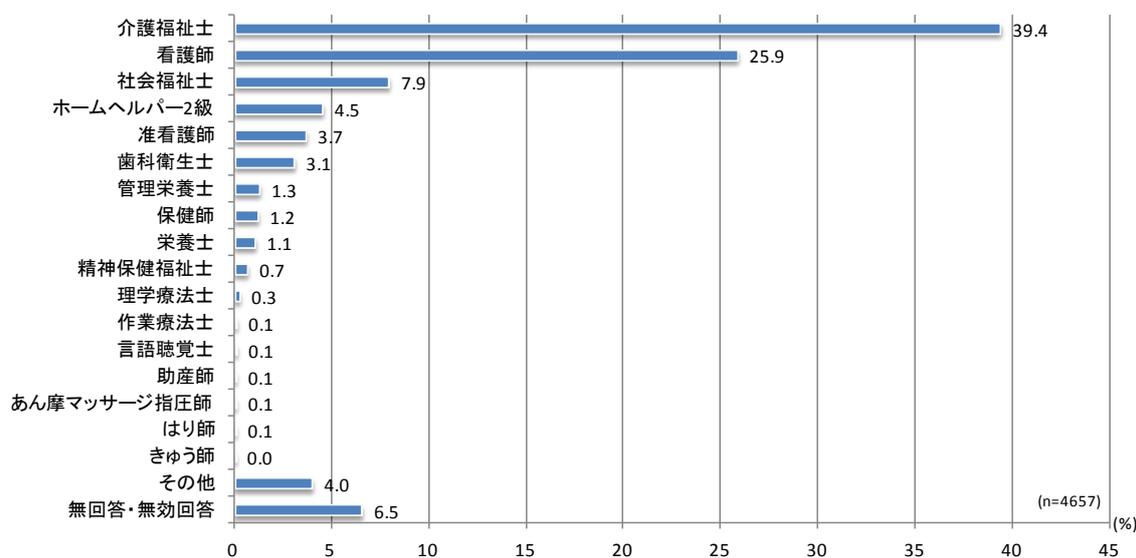
ケアマネジャーが所属する事業所は、居宅介護支援事業所が 94.1%、地域包括支援センターが 4.1%で、居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーからの回答が多数を占めた。

図表 17 ケアマネジャーの所属する事業所



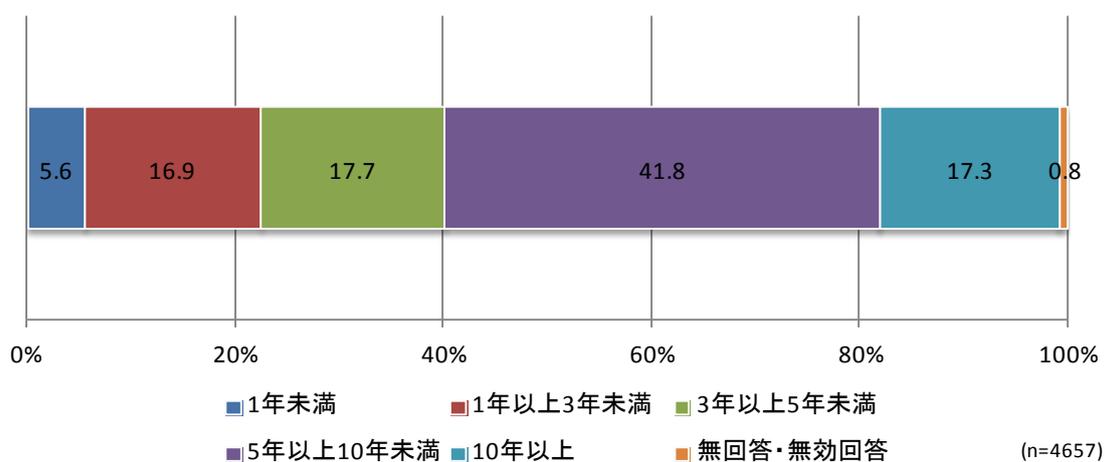
ケアマネジャーの基礎資格は、介護福祉士が 39.4%と最多で、看護師 25.9%、社会福祉士 7.9%の順で続いた。

図表 18 介護支援専門員の基礎資格



ケアマネジャーとしての経験年数は、5年以上10年未満が41.8%で最多であった。3年未満の者は約2割以下で、職務経験年数を一定程度有する者からの回答が多かった。

図表 19 ケアマネジャーがケアプラン作成を職務とするようになってからの期間



2. 主な所見—単純集計—

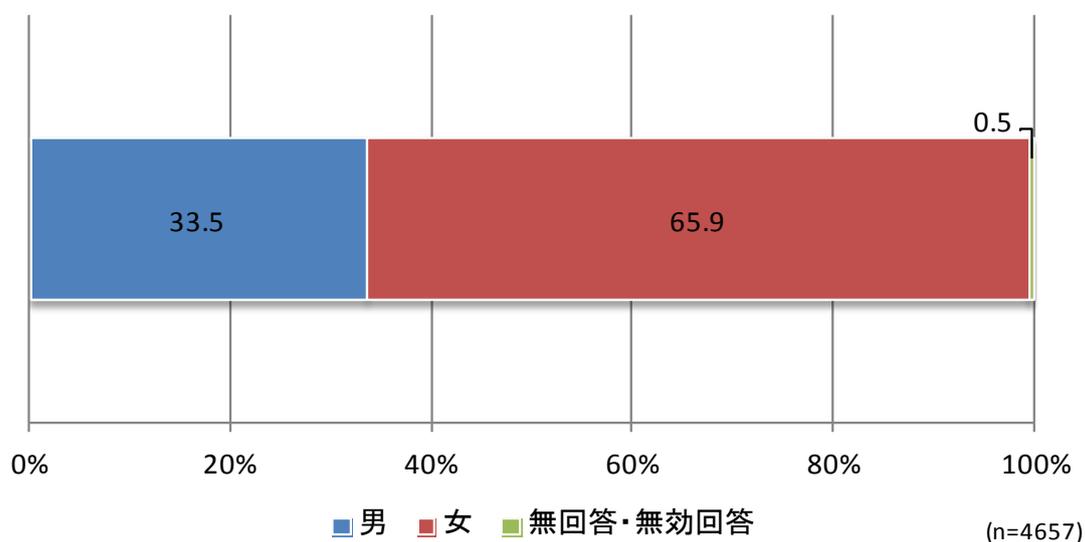
以下では、調査票の項目に沿って、ケースの基礎情報となるものや主な所見の単純集計の結果を示す。なお、表やグラフのパーセンテージ表記は小数点二桁以下を四捨五入して表記するため設問によっては合計が100%にならない場合もあるが、そのまま記載した。

(1) 利用者について

① 結果の単純集計

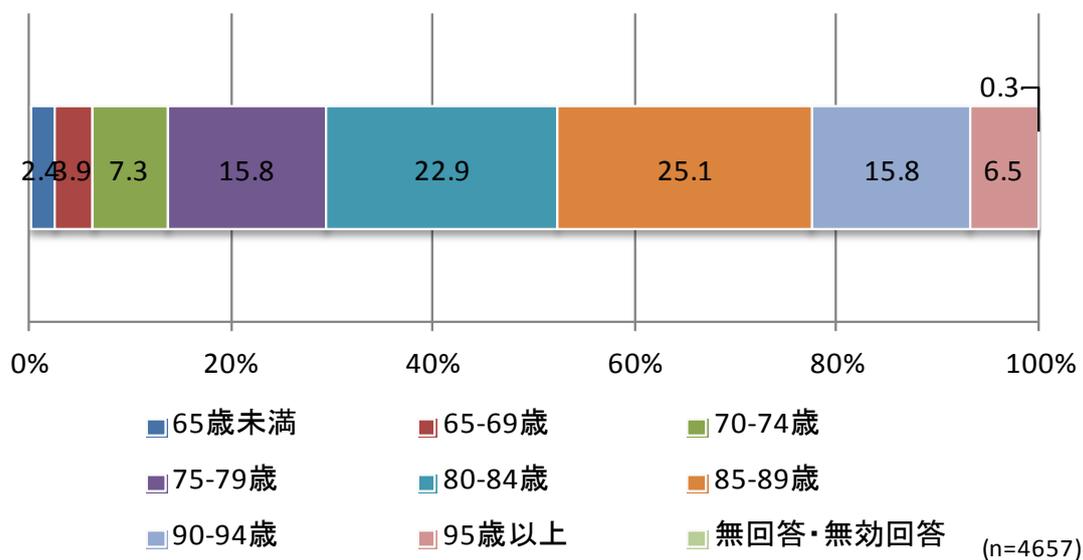
利用者の性別は、男性 33.5%、女性 65.9%で女性のほうが多かった。

図表 20 利用者の性別



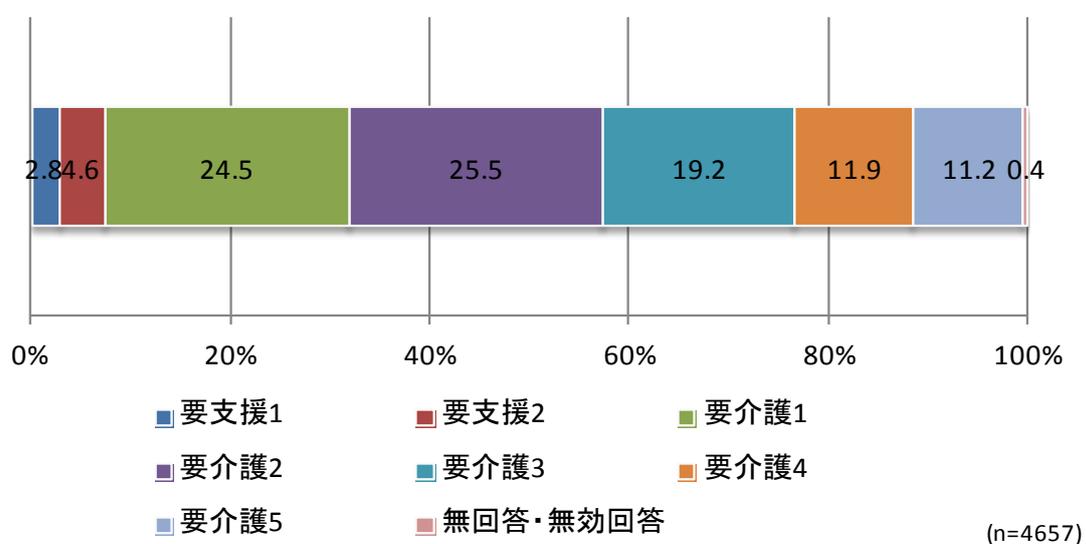
年齢は、80-84歳が22.9%、85-89歳が25.1%であり、80代で約半数を占めていた。

図表 21 利用者の年齢



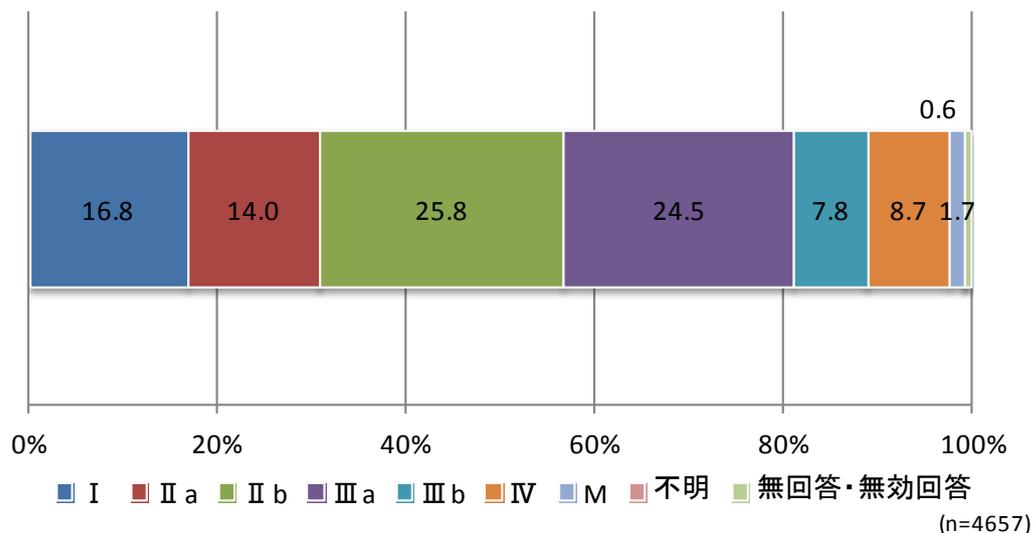
要介護度は、要介護1が24.5%、要介護2が25.5%であり、要介護の中では比較的軽度なケースが約半数を占めていた。一方、要支援は1と2を合わせても7.4%で他の介護度のケースと比べ少なかった。

図表 22 利用者の要支援・介護度



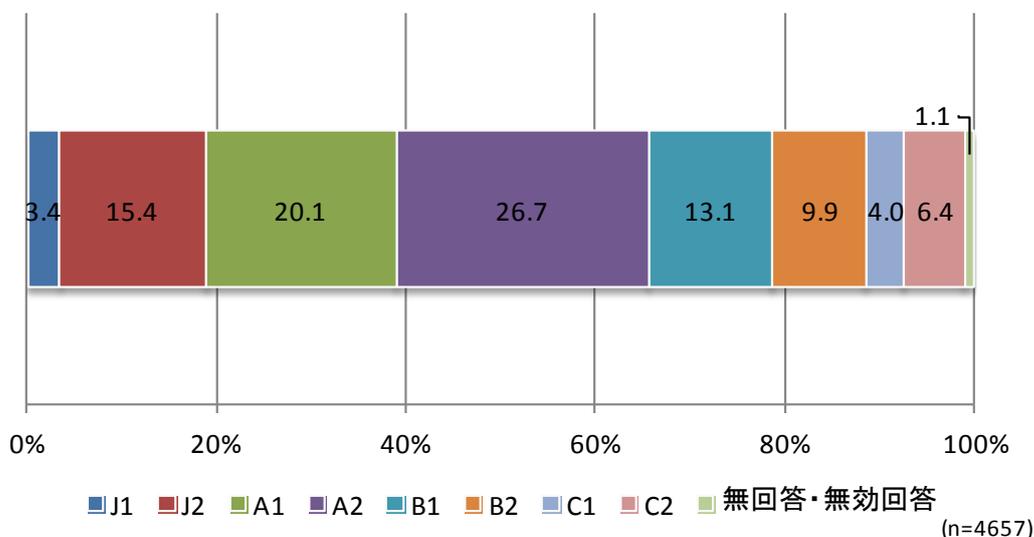
ケアマネジャーが判定した「認知症高齢者の日常生活自立度」は、Ⅱbが25.8%、Ⅲaが24.5%であり、この両者で約半数を占めていた。ⅣとMの両者を合わせても約1割程度であり、認知症が軽度から中度のケースが中心となっていた。

図表 23 利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」(ケアマネジャー判定)



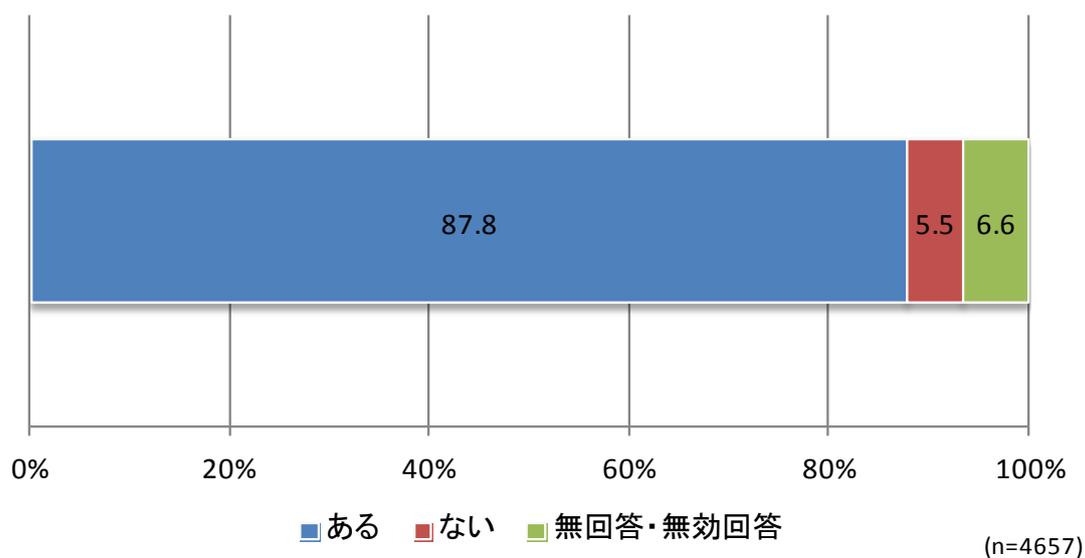
ケアマネジャーが判定した「障害高齢者の日常生活自立度」は、A1が20.1%、A2が26.7%で、この両者で5割弱を占めていた。一方で、B1以上のケースも約3割あり、屋内でも介助を必要とするケースが一定数含まれていた。

図表 24 利用者の「障害高齢者の日常生活自立度」(ケアマネジャー判定)

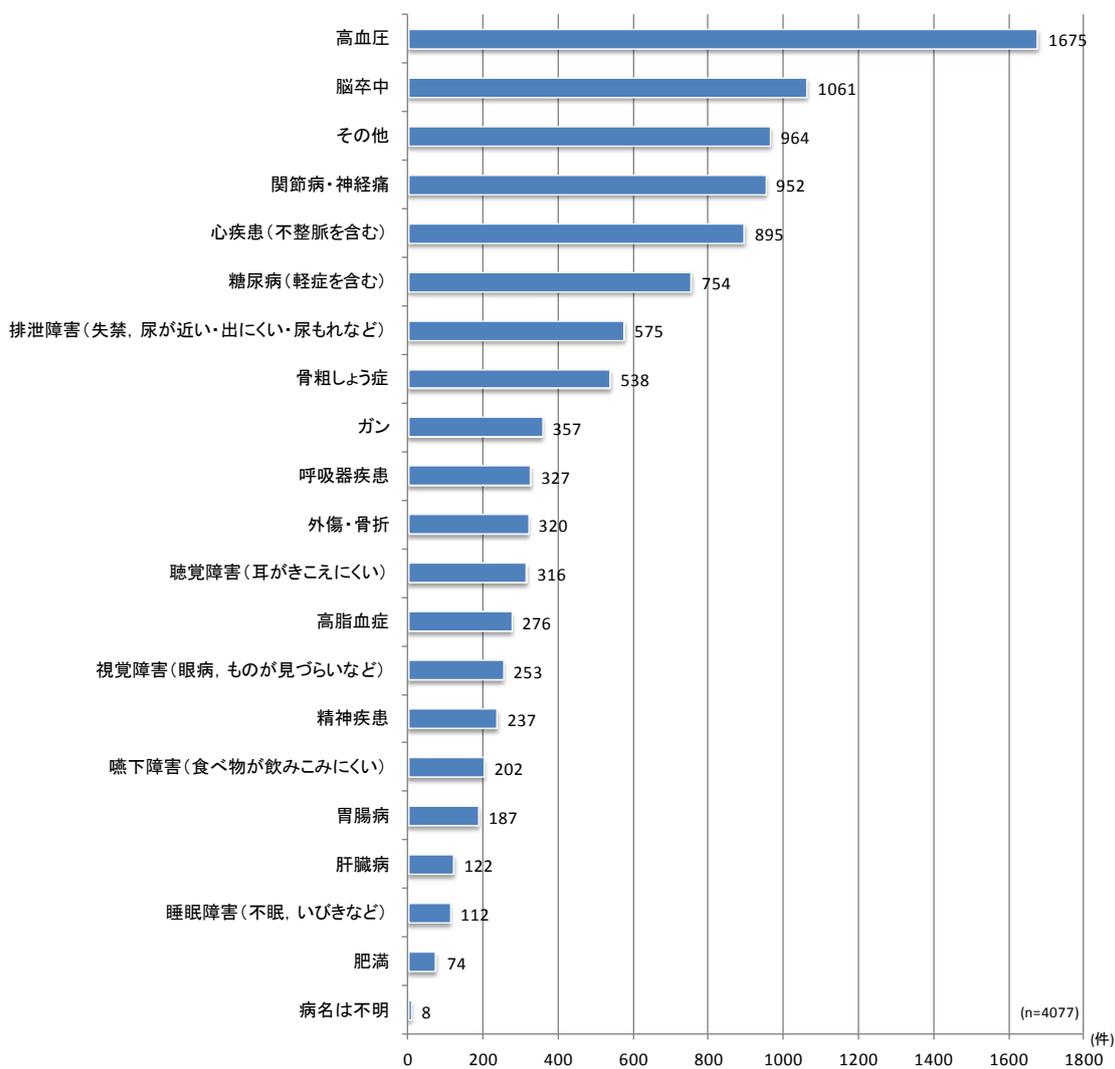


認知症以外の疾患があるのは、87.8%で、多くのケースで認知症以外の疾患があった。疾患の内容では高血圧が最多で、次いで脳卒中となっていた。

図表 25 利用者の認知症以外の疾患の有無

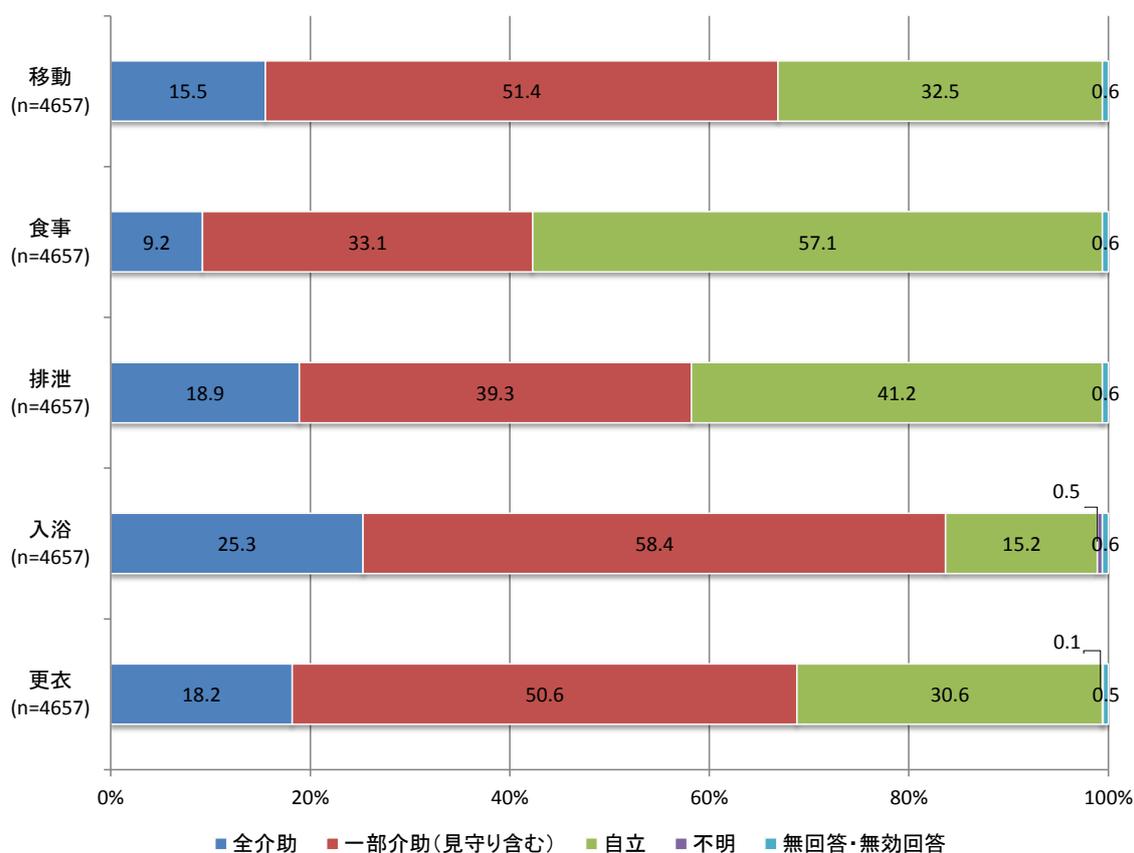


図表 26 利用者の認知症以外の疾患の疾患名(複数回答)



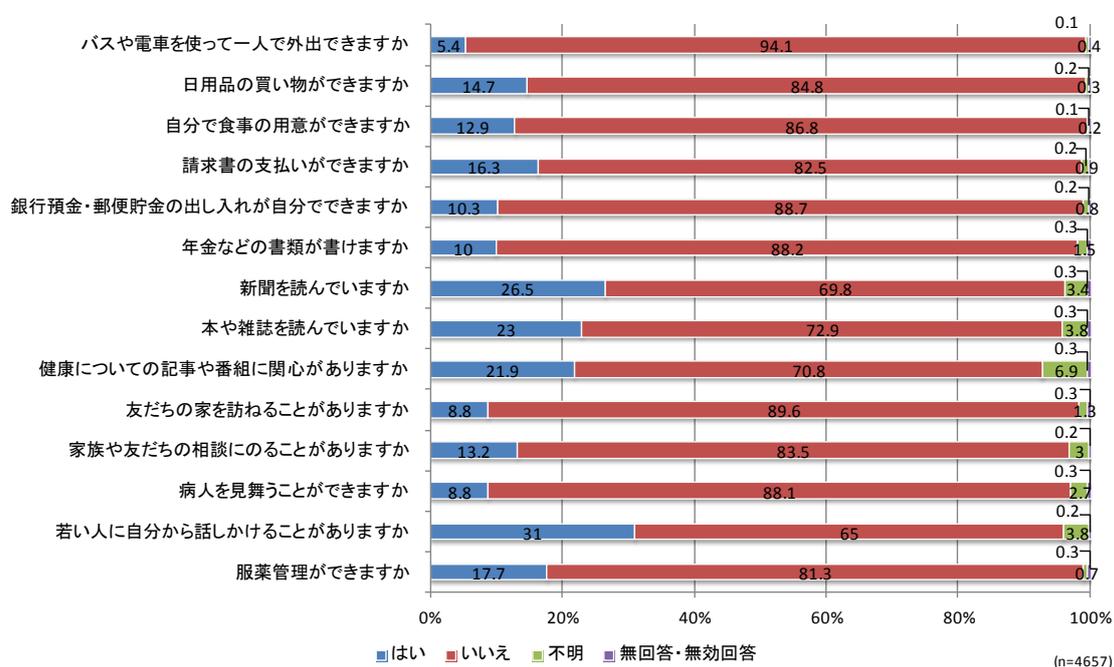
利用者のADL5項目では約4～8割のケースで「一部介助」あるいは「全介助」を必要としていた。介助を必要とするケースの割合がもっとも高かったのは「入浴」で、「一部介助」と「全介助」を合わせると83.7%であった。反対にもっとも介助を必要とするケースの割合がもっとも低かったのは、「食事」の42.3%であった。

図表 27 利用者のADL



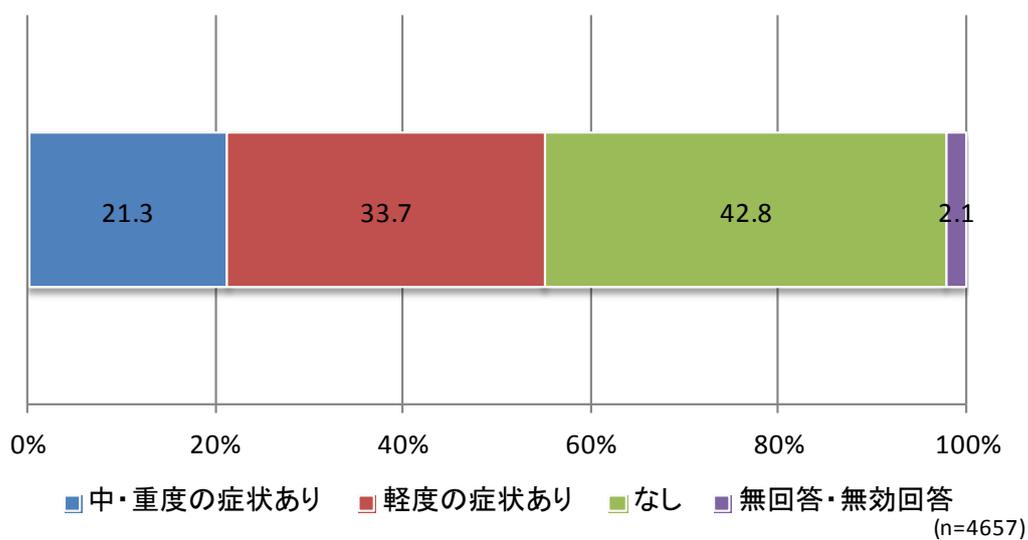
利用者の IADL14 項目では、約 6~9 割のケースで IADL の低下があった。低下しているケースの割合が高かった IADL の項目は、「バスや電車を使って一人で外出できますか」94.1%や、「友だちの家を尋ねることがありますか」89.6%、「銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか」88.7%であり、主に外出に伴う項目であった。反対に低下しているケースの割合が低かった IADL の項目は、「若い人に自分から話しかけることができますか」65.0%や「新聞を読んでいますか」69.8%であった。

図表 28 利用者の IADL



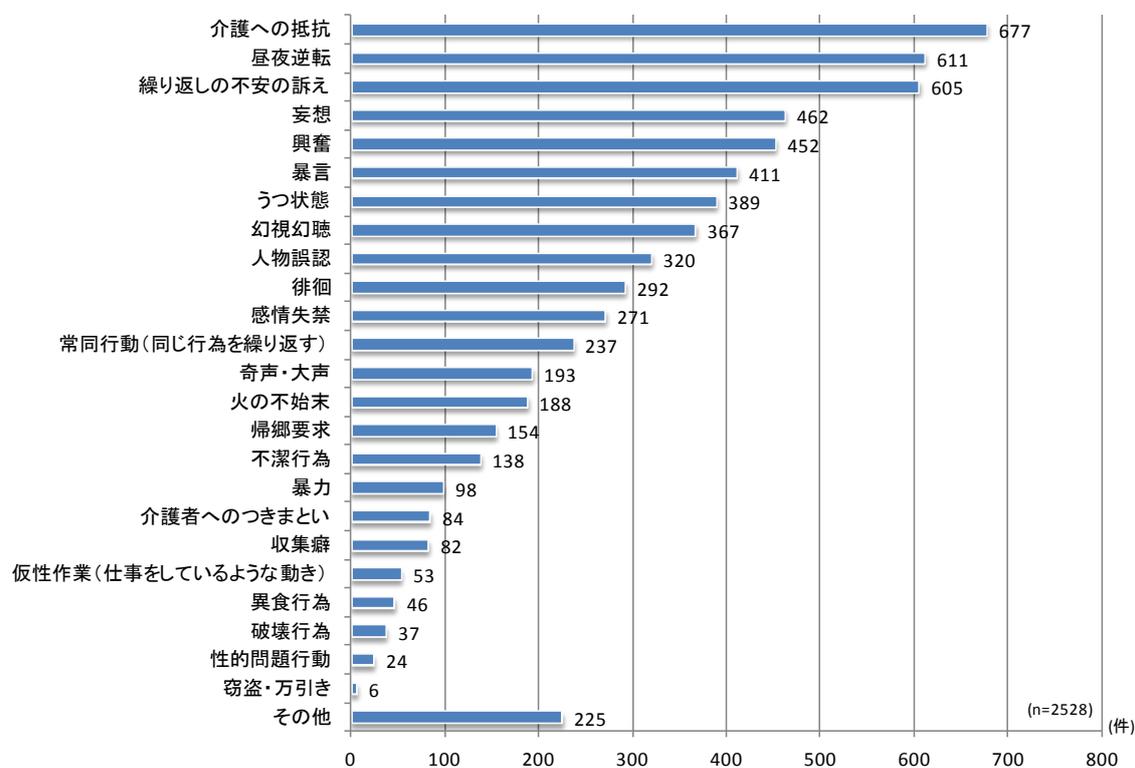
調査直近の一ヵ月において BPSD があったケースは、軽度と中重度の症状を合わせて 55.0% であり、半数以上のケースで何らかの BPSD があった。

図表 29 BPSD の有無



BPSDの内容は、「介護への抵抗」、「昼夜逆転」、「繰り返しの不安の訴え」の順で多かった。

図表 30 BPSDの種類(複数回答)



② まとめ

本調査は、在宅で暮らしている認知症者を対象としているため、一般的には心身機能の障害は介護を必要とする状態の中では比較的軽度なケースが多くなるものと思われる。「要支援・介護度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「障害高齢者の日常生活自立度」などの結果から、全体の約半数程度は、心身機能の低下が比較的軽度なケースと推察された。

割合としては軽度者が多かったものの、要介護4と5のケースもそれぞれ1割以上で、「障害高齢者の日常生活自立度」で「寝たきり」に分類されるB1以上のケースも約3割あるなど、重度者も一定数含まれていた。

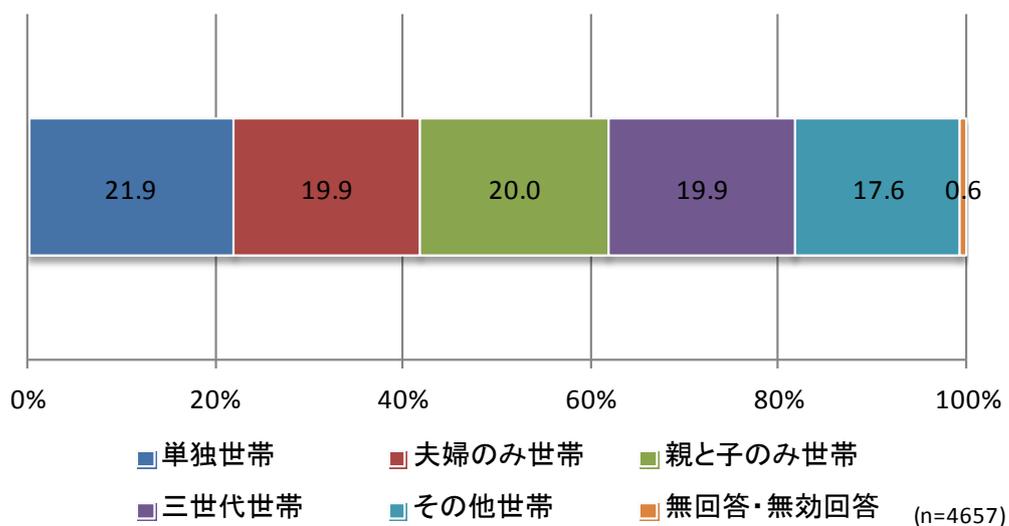
(2) 利用者の世帯・家族の状況

① 結果の単純集計

利用者の世帯は、「単独世帯」、「夫婦のみ世帯」、「親と子のみ世帯」、「三世代世帯（三世代以上も含むが、以下、一般的に多用される三世代世帯を用いる）」がいずれも約2割で同程度となっていた。居宅介護支援（ケアマネジメント）を受けている認知症者では、認知症であっても約5人に1人は一人暮らしをしているという結果であった。

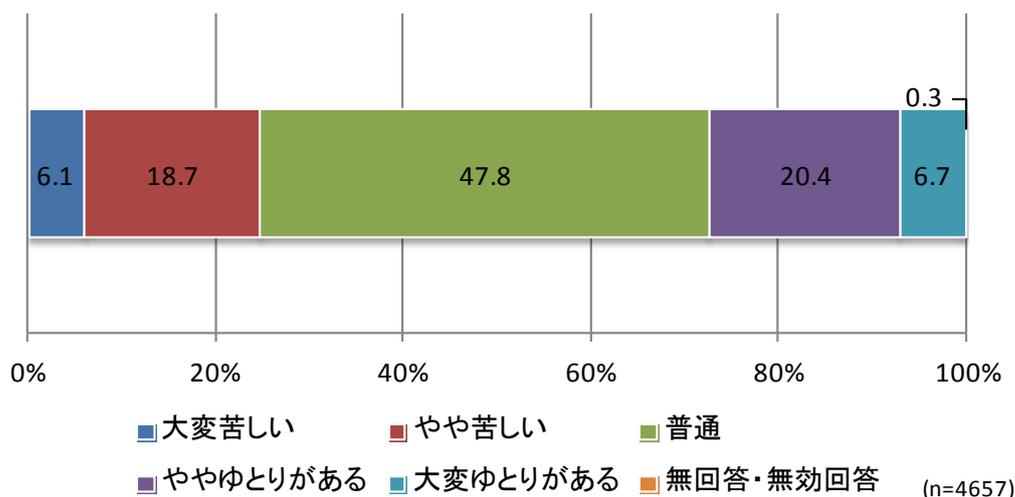
世帯類型は、利用者と一緒に暮らしている者を回答する設問から作成した。原則は国民生活基礎調査の「65歳以上の者のいる世帯」に則した。なお、「親と子のみ世帯」については、子どもの婚姻状態は区別していない。さらに、「利用者夫婦」と「息子」また「娘」で構成される「利用者夫婦と子のみ」の世帯も含まれている。

図表 31 世帯類型



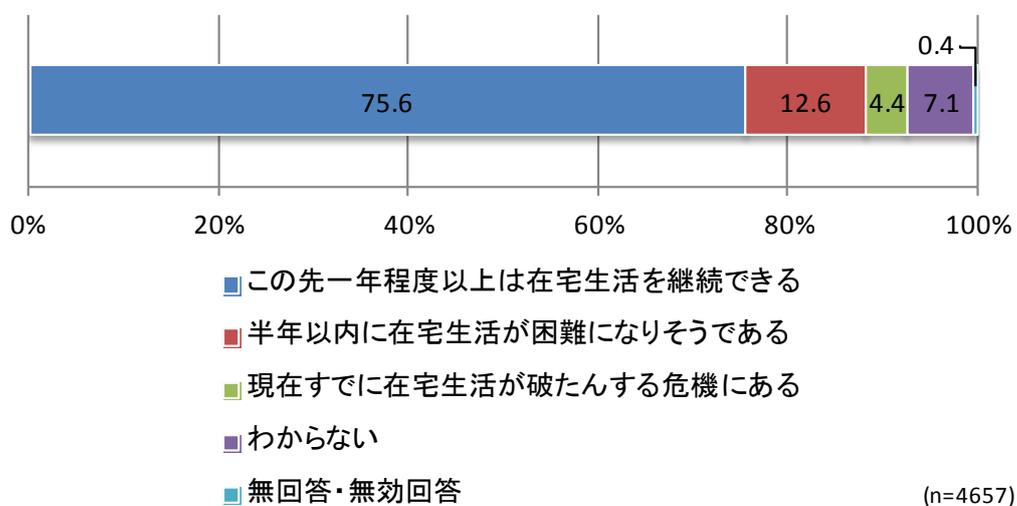
世帯の経済状態は、「普通」の47.8%が最多であった。「大変苦しい」と回答したケースが6.1%、「やや苦しい」と回答した苦しいケースが18.7%であり、4ケースに1ケース程度は経済的に苦しい世帯であった。

図表 32 世帯の経済状況



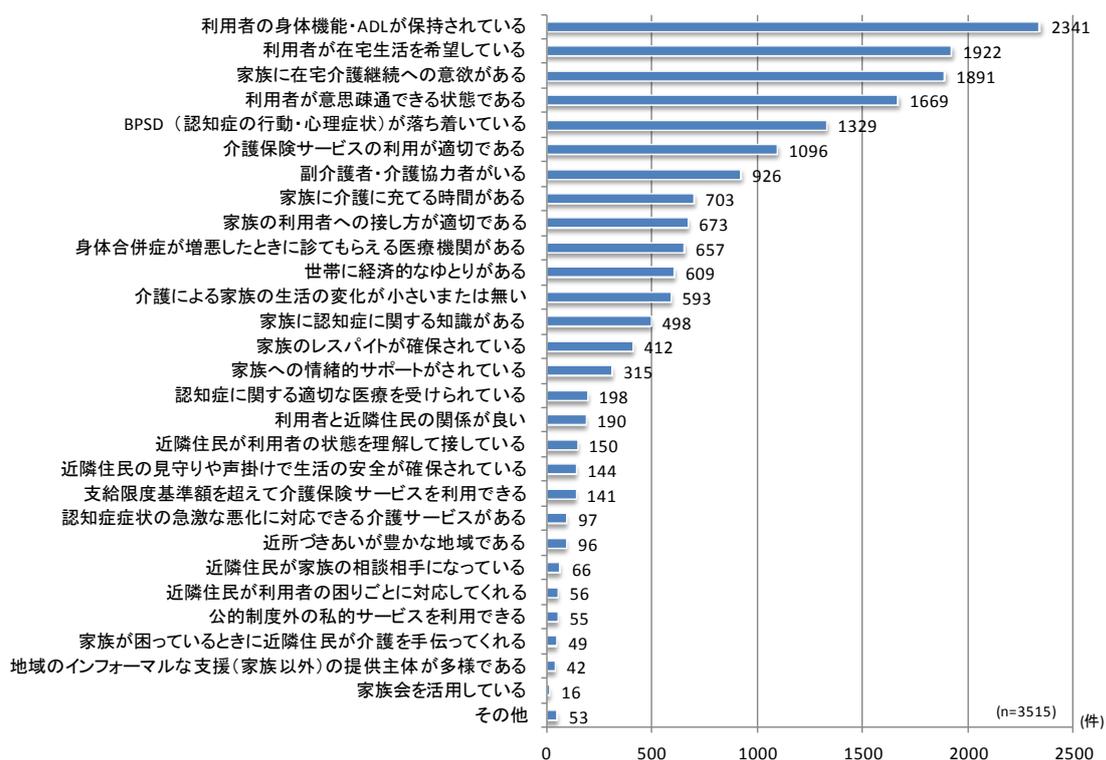
ケアマネジャーからみた利用者の在宅生活継続の可否について、「現在すでに在宅生活が破たんする危機にある」が4.4%、「半年以内に在宅生活が困難になりそう」が12.6%であった。6ケースに1ケース程度の割合で、近い将来に在宅生活が困難になると判断されていた。

図表 33 ケアマネジャーからみた現時点における担当ケースの在宅生活継続の可能性



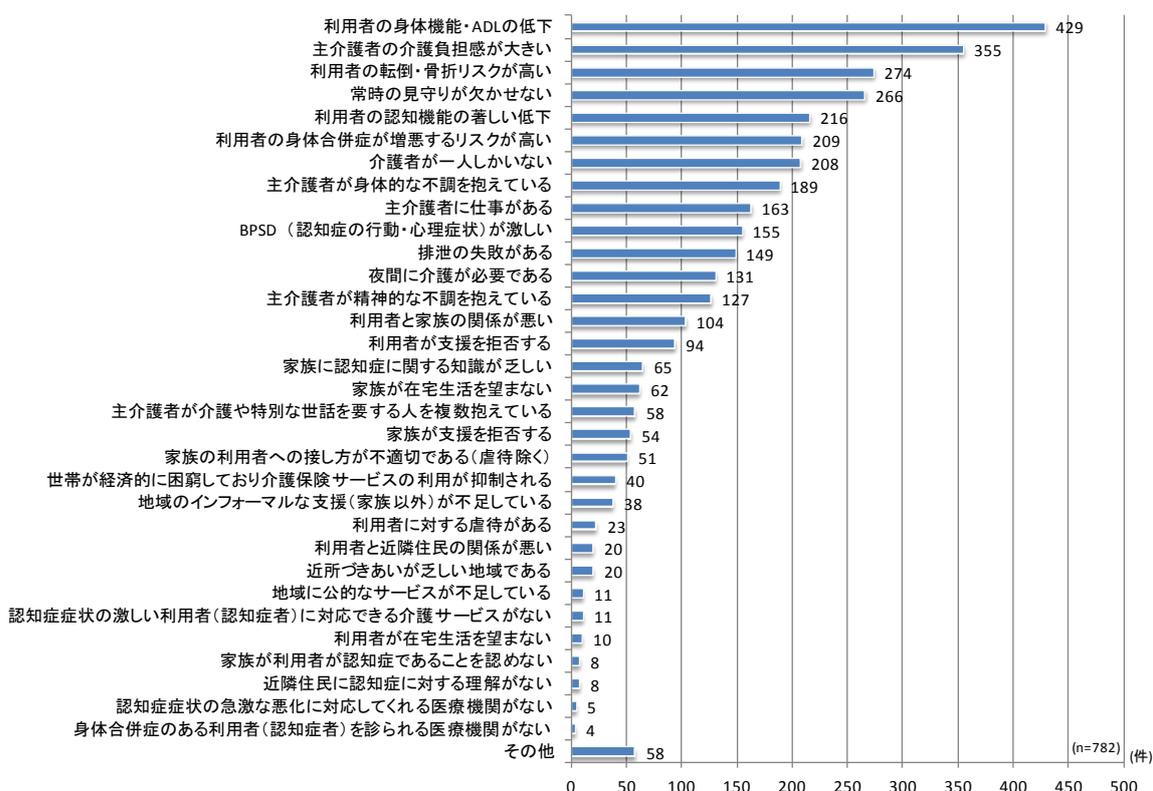
ケアマネジャーが担当するケースを「この先一年程度は継続できる」と判断する要因は、「利用者の身体機能・ADLが保持されている」、「利用者が在宅生活を希望している」、「家族に在宅介護継続への意欲がある」の順で多かった。利用者の身体機能が維持されていることに加え、利用者・家族の意向が主な要因であるという結果であった。

図表 34 在宅生活の継続が可能だと判断した要因(複数回答)



ケアマネジャーが担当するケースを「現在すでに在宅生活が破たんする危機にある」と「半年以内に在宅生活が困難になりそう」と判断した要因は、「利用者の身体機能・ADLの低下」、「主介護者の介護負担感が大きい」、「利用者の転倒・骨折リスクが高い」、「常時の見守りが欠かせない」の順で多かった。利用者の身体機能や安全に関する事柄が主な要因であるという結果であった。

図表 35 在宅生活の継続が困難だと判断した要因(複数回答)



② まとめ

認知症になっても、約5人に1人は独居であった。在宅生活を継続できる要因、または在宅生活が破たんする要因が利用者の心身機能に関わるものが主であったことを考慮すると、一人暮らしをしているのは比較的心身機能の低下が軽度な状態のケースであると考えられる。あるいは支援によって在宅生活を維持しているなどの可能性が考えられる。

平成22年国民生活基礎調査(厚生労働省)の「65歳以上の者のいる世帯」の結果と比較すると、大きく異なっていたのは「夫婦のみ世帯」で、本調査の結果のほうが10%ポイント少なかった。同様に「高齢者世帯」の「世帯の経済状況」を比較すると、国民生活基礎調査では「大変苦しい」と「やや苦しい」の世帯で約半数を占めているが、本調査対象ではそれらの世帯は

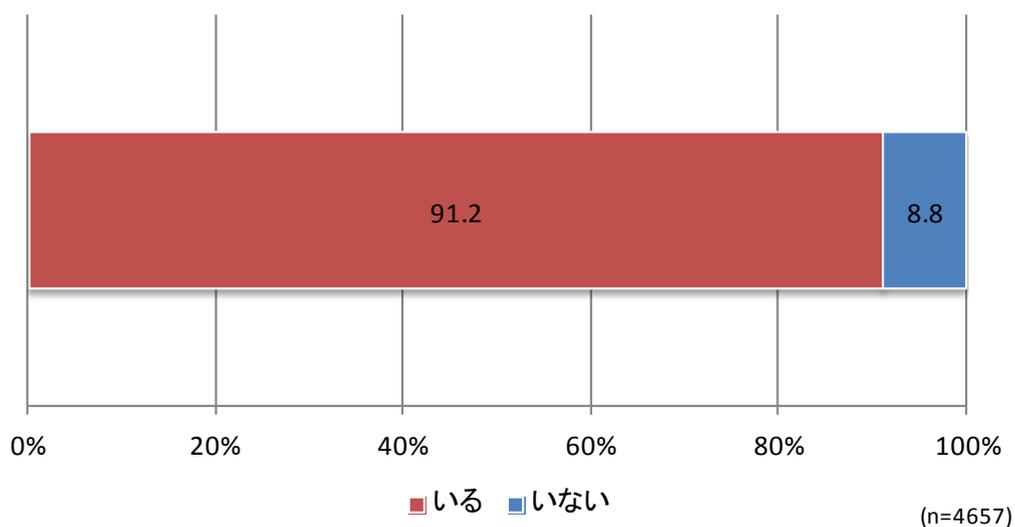
合わせて24.8%であった。なお、国民生活基礎調査が自記式調査であるのに対し、本調査は他者であるケアマネジャーが記入している点には留意する必要がある。

(3) 主介護者について

① 結果の単純集計

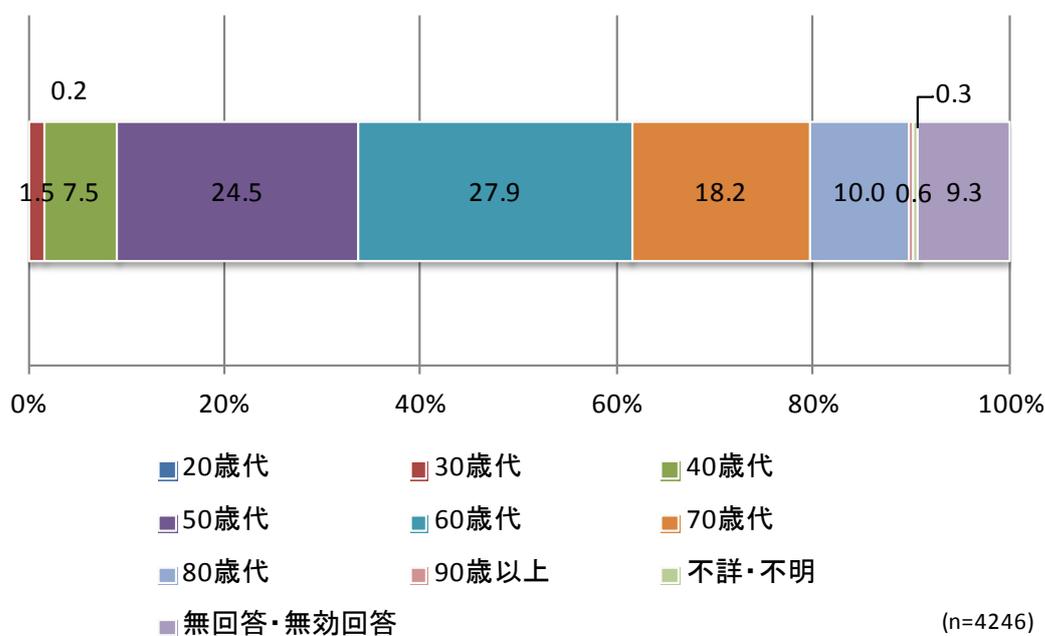
主介護者のいるケースは91.2%で、ほとんどのケースで主介護者はいるという結果であった。

図表 36 主介護者の有無



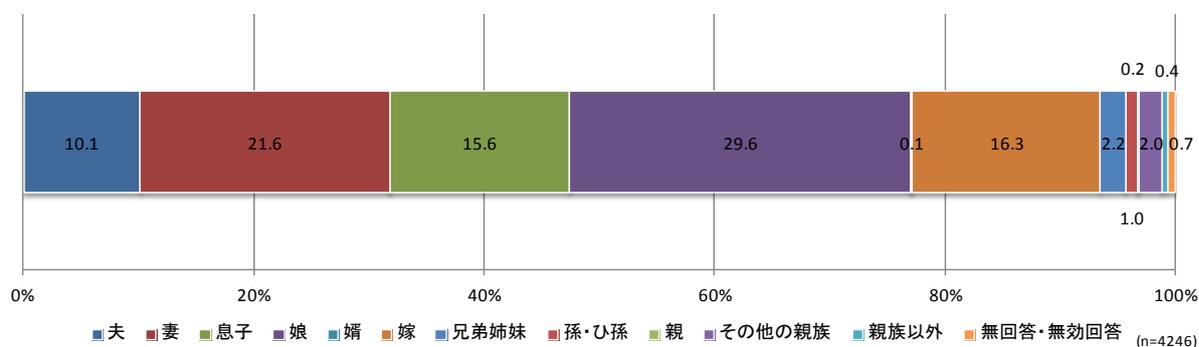
主介護者の年齢は60歳代が最多で27.9%であった。それに50歳代が続くものの、70歳以上の主介護者も28.8%おり、高齢の主介護者が一定数を占める結果であった。

図表 37 主介護者の年齢



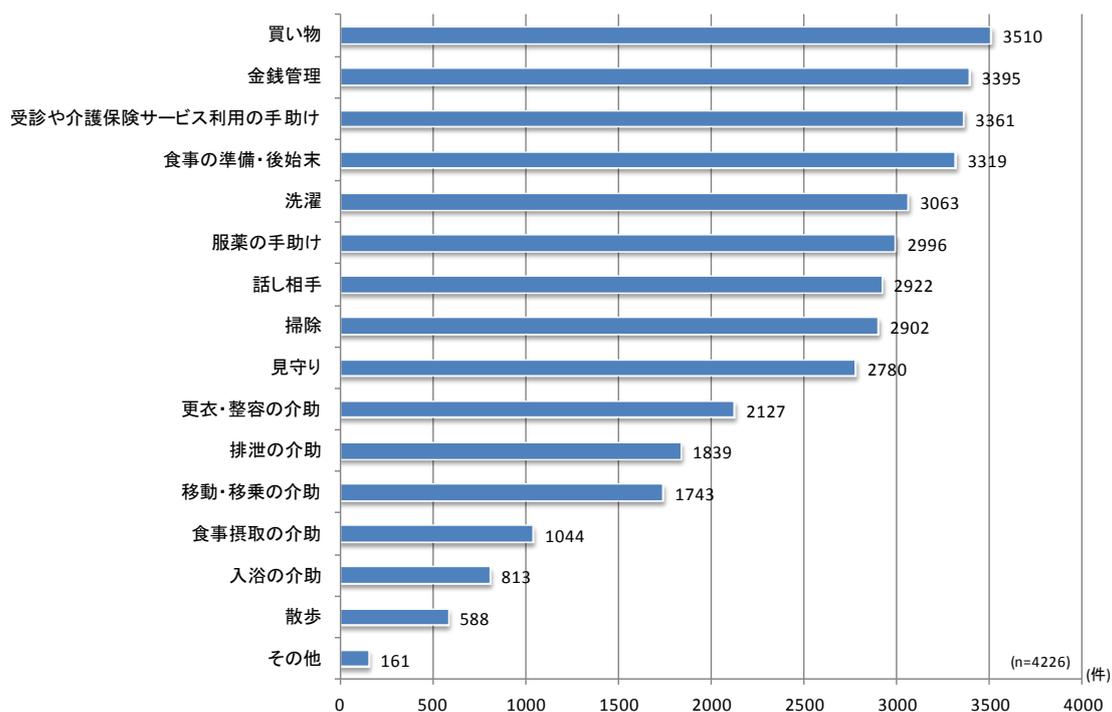
主介護者の利用者からみた続柄は、「娘」が29.6%と最多で、それに「妻」、「嫁」の順が続いた。女性の主介護者が多いという結果であった。

図表 38 利用者からみた主介護者の続柄



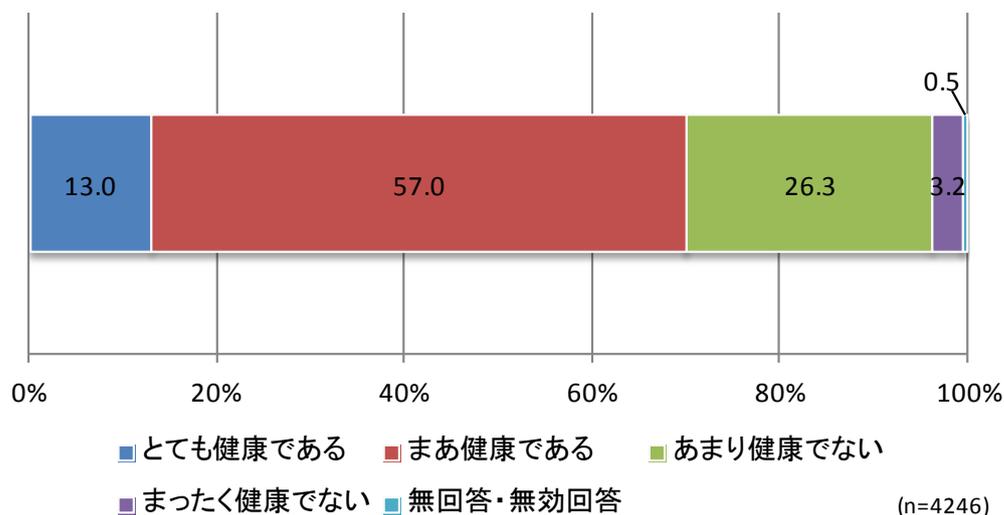
主介護者が利用者に行っている介護の内容は「買い物」、「金銭管理」、「受診や介護保険サービス利用の手助け」の順で多く、身体介護よりも間接的な支援の割合が高くなっていった。

図表 39 主介護者が利用者に行っている介護(支援)の内容(複数回答)



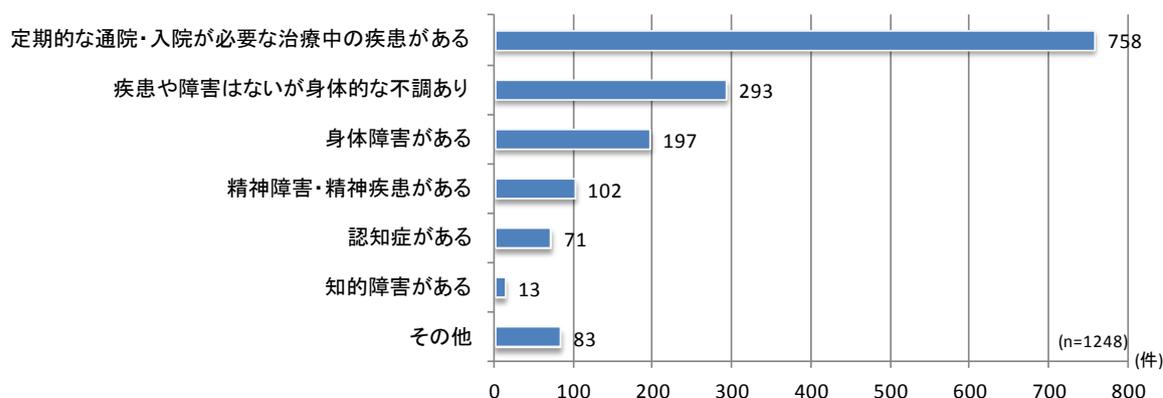
主介護者の健康状態では、「あまり健康でない」が26.3%、「まったく健康でない」が3.2%であり、ケアマネジャーに健康でないと判断されている主介護者は約3割いた。

図表 40 主介護者の健康状態



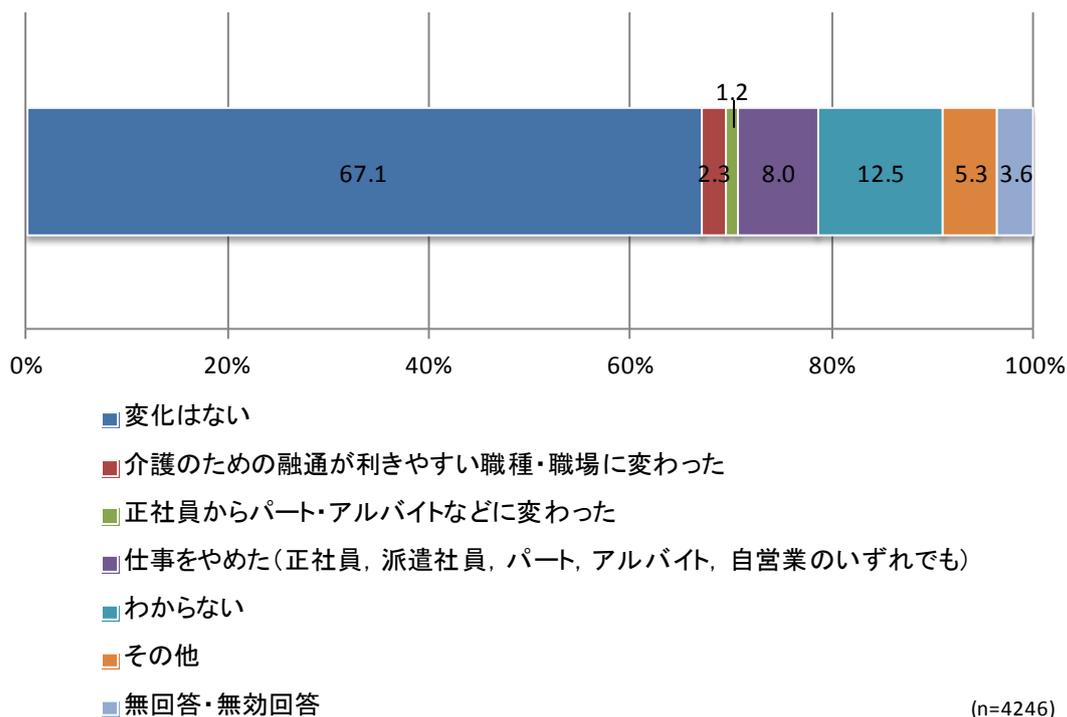
健康でない主介護者の状態として、「定期的な通院・入院が必要な治療中の疾患がある」の60.7% (758/1,248) が最多で、次いで「疾患や障害はないが身体的な不調あり」の23.5% (293/1,248) であった。「身体障害がある」ケースは15.8% (197/1,248)、「精神障害・精神疾患がある」ケースは8.2% (102/1,248) となっており、「認知症のある」ケース5.7% (71/1,248) まで含めば約3割が心身機能に障害を抱えて介護していると推察される状況であった。

図表 41 主介護者の不健康な状態の原因(複数回答)



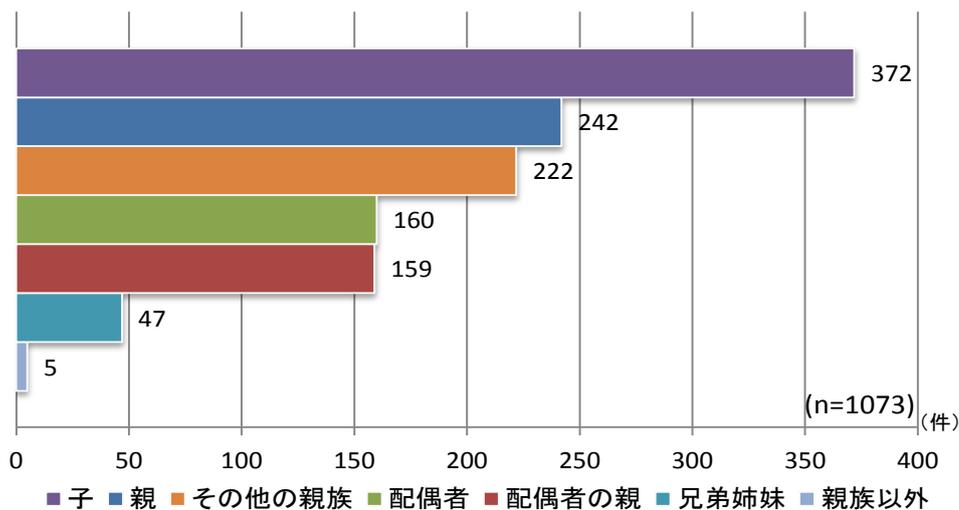
介護を始める前と現在の主介護者の就業状況の変化では、離職したケースが 8.0%あり、職種・職場・雇用形態の変化も含めると 1 割以上のケースで主介護者の就労状況に何らかの変化があった。一方で、ケアマネジャーが主介護者の就業状況の変化を把握していないケースも 12.5%あった。

図表 42 主介護者の介護前と後での就業状況の変化



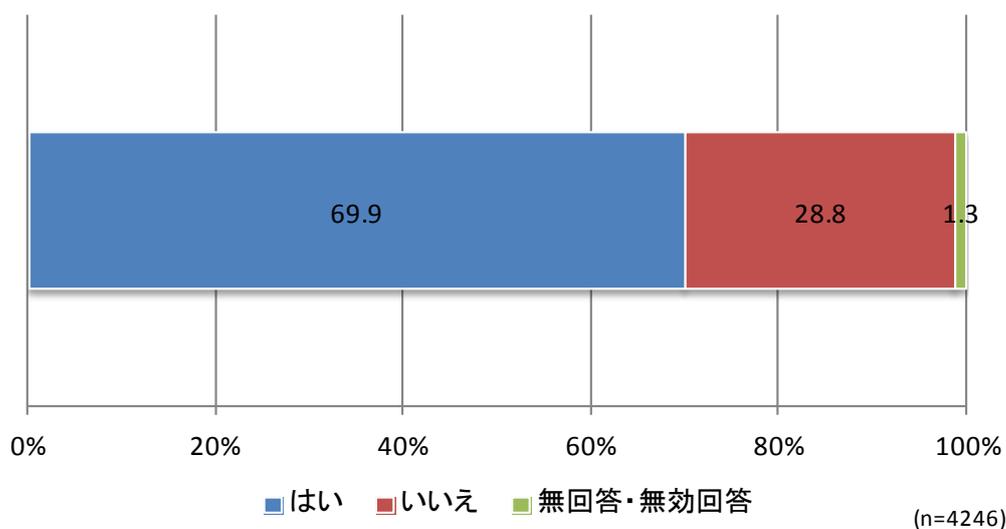
利用者の他にも特別な世話や介護を必要とする者が主介護者にいると回答したケースは全体のうち 25.3%であった。特別な世話や介護を要する者として最も多かったのは（主介護者の）「子」34.7%であり、「親」と「その他の親族」の順で続いた。5人に1人程度の主介護者には、介護を要する者が利用者の他にもいた。

図表 43 利用者の他の介護や特別な世話を要する者の有無(複数回答)



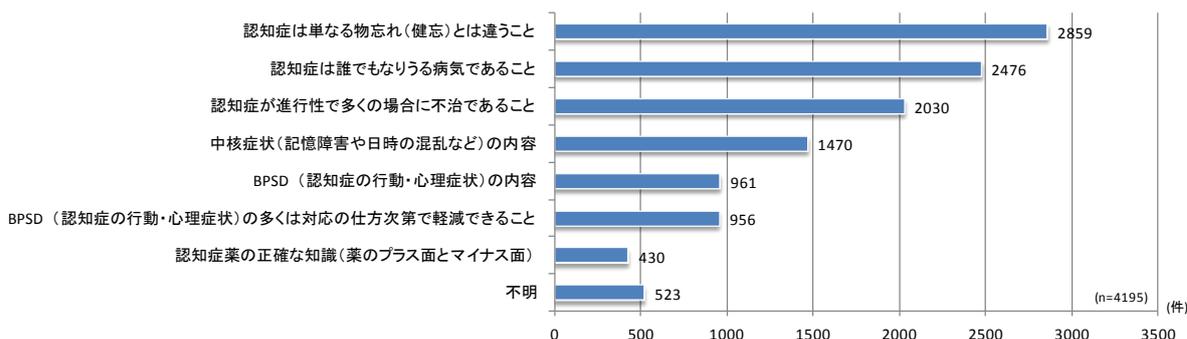
副介護者のいるケースは、69.9%で、約 3 割の主介護者が他に介護を手伝ってくれる人がいない状況で介護を担っていた。

図表 44 介護を手伝ってくれる人(副介護者)



主介護者の認知症の理解では、「認知症は単なる物忘れと違うこと」68.2% (2,859/4,195) や、「認知症は誰でもなりうる病気であること」59.0%(2,476/4,195)は比較的理解している主介護者が多かった。一方で、認知症介護において重要となる BPSD に関する理解は低かった。

図表 45 主介護者の認知症の知識(複数回答)



② まとめ

在宅で生活する認知症者のほとんどには主介護者がいた。主介護者には高齢の者も少なくなく、他に介護や特別な世話を要するものを抱えた「多重介護」や、自身が心身機能に障害を抱えて介護しているケースもそれぞれ約3割程度あった。今後、高齢化がより進展することによって「老々介護」や「認認介護」の増加することや、少子化の影響などで一人の介護者が複数の要介護者を抱える「多重介護」が増加すると考えられる。本調査の結果から、現時点でもこのような複数の困難を抱えるケースが一定数存在することが明らかになった。

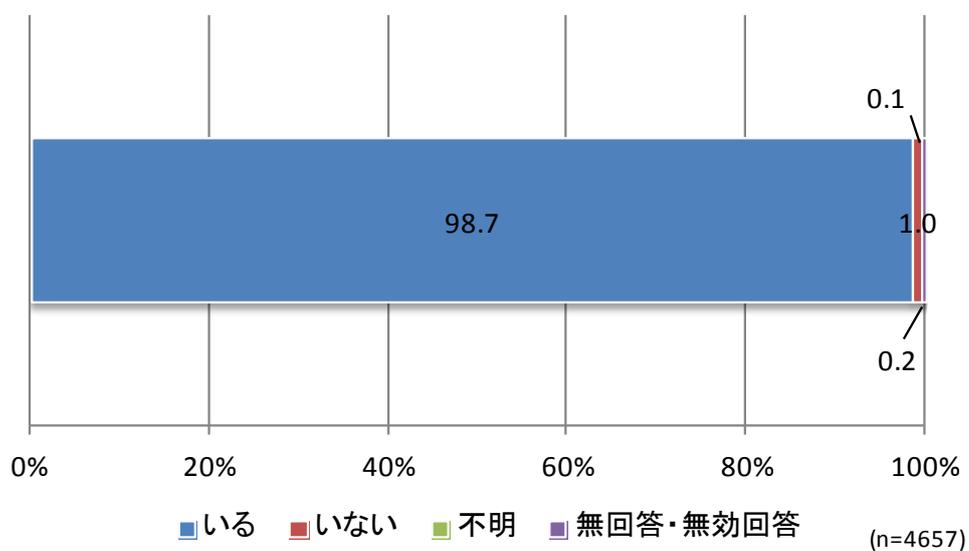
また、必ずしも介護が原因と断定はできないものの、介護を始めて「離職」したケースは8.0%あった。「副介護者がいない」ケースも3割あるなど、要介護者だけでなく介護者を支える仕組みも求められると考えられた。

(4) 主治医とケアマネジャーの連携

① 結果の単純集計

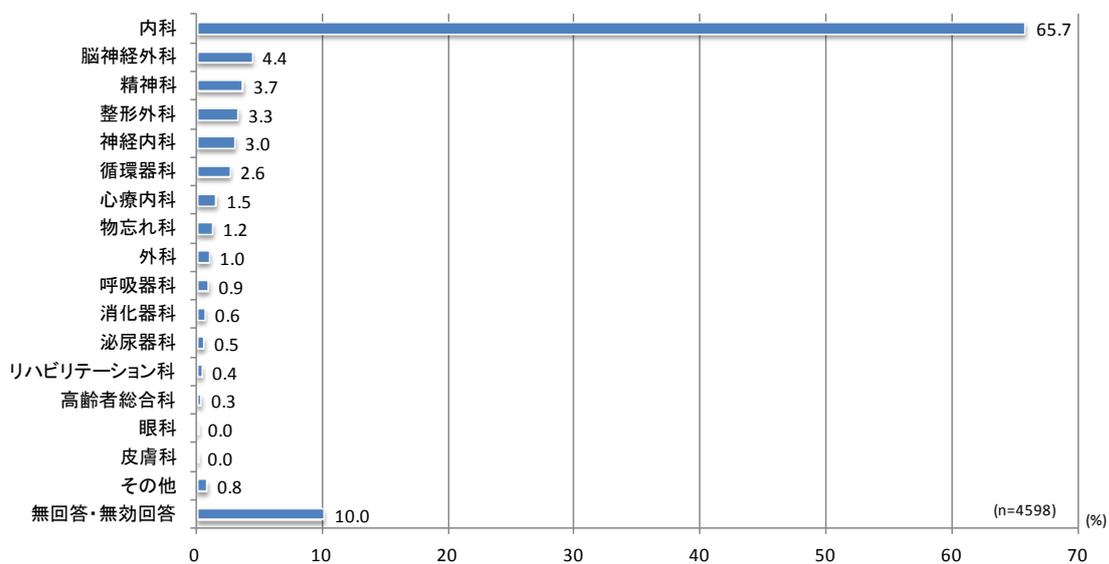
主治医が「いる」と回答されたケースは、98.7%で、主治医のいないケースはごくわずかであった。

図表 46 利用者の主治医の有無



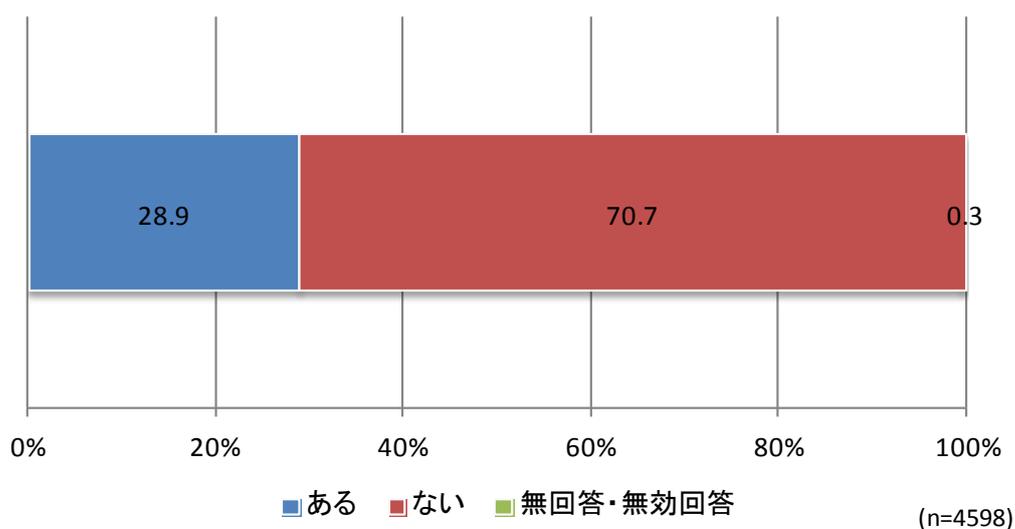
利用者の主治医の診療科は「内科」が 65.7%と最多で、他の診療科はすべて 5.0%未満という結果であった。

図表 47 主治医の診療科



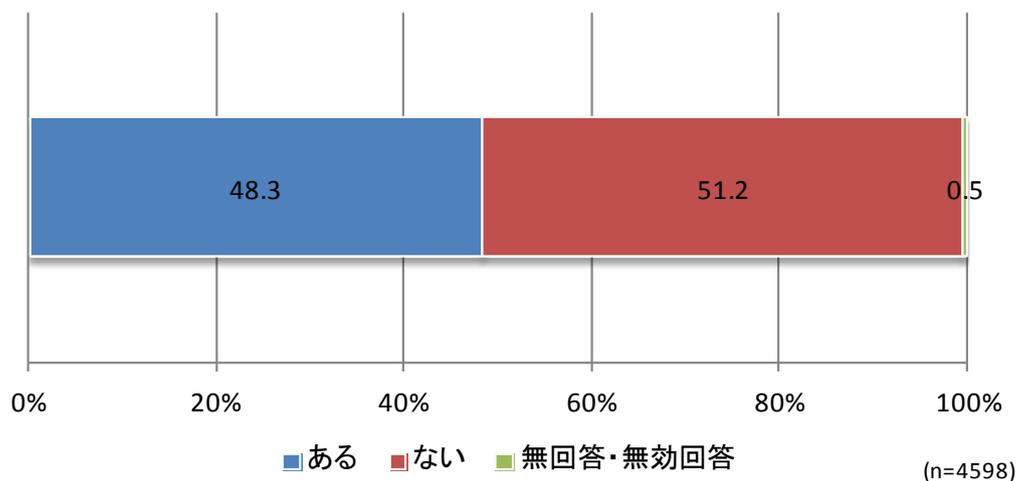
ケアマネジャーが利用者の診療に同席したことがあるケースは、28.9%に留まり、多くのケースでケアマネジャーは利用者の診療に同席した経験がなかった。

図表 48 (ケアマネジャーが)利用者の診療に同席したことがあるか



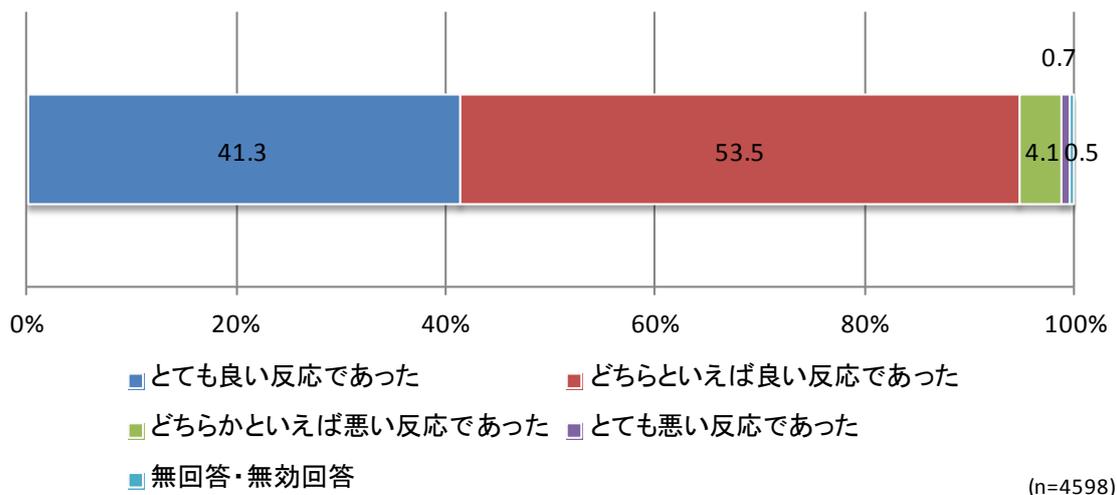
ケアマネジャーから主治医に利用者の病状（心身や認知症に関することなど）について説明・助言を求めたことがあるケースは、48.3%で、約半数のケースでケアマネジャーは主治医に助言を求めていた。

図表 49 主治医に対し利用者の症状について説明・助言を求めたことがあるか



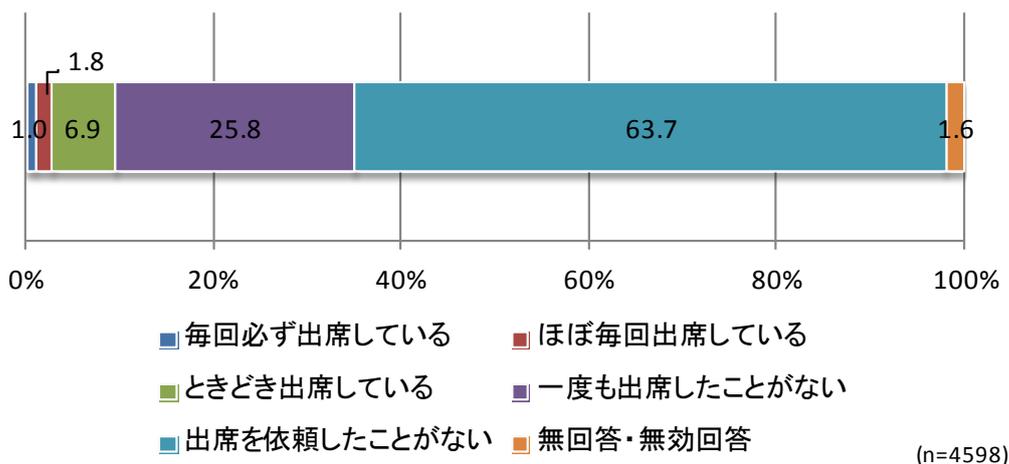
ケアマネジャーが主治医に利用者の病状（心身や認知症に関することなど）について説明・助言を求めた際の主治医の反応は、「とても良い反応であった」41.3%、「どちらかといえば良い反応であった」53.5%と、良い反応が9割以上を占めていた。

図表 50 説明・助言を求めた際の主治医の反応



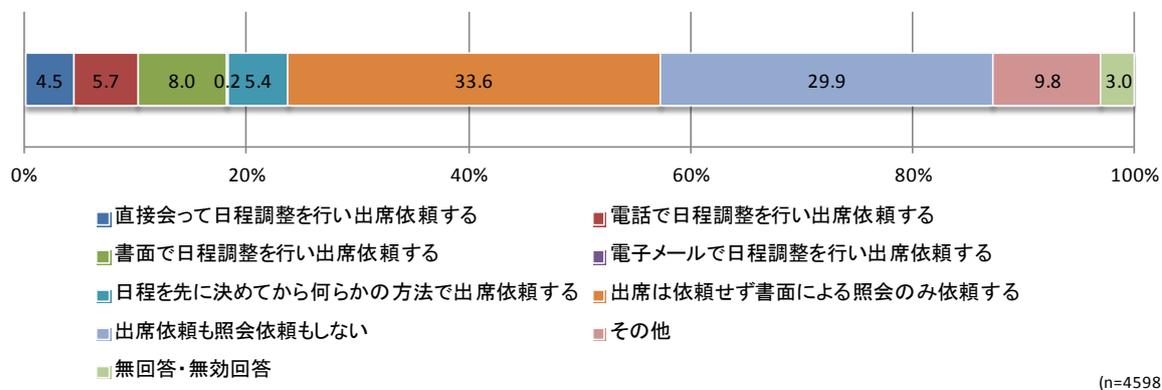
主治医がサービス担当者会議に「一度も出席したことがない」ケースは25.8%であった。また、そもそも「出席を依頼したことがない」ケースは63.7%であり、主治医のサービス担当者会議への参加がないケースが多数を占めた。

図表 51 主治医のサービス担当者会議への出席



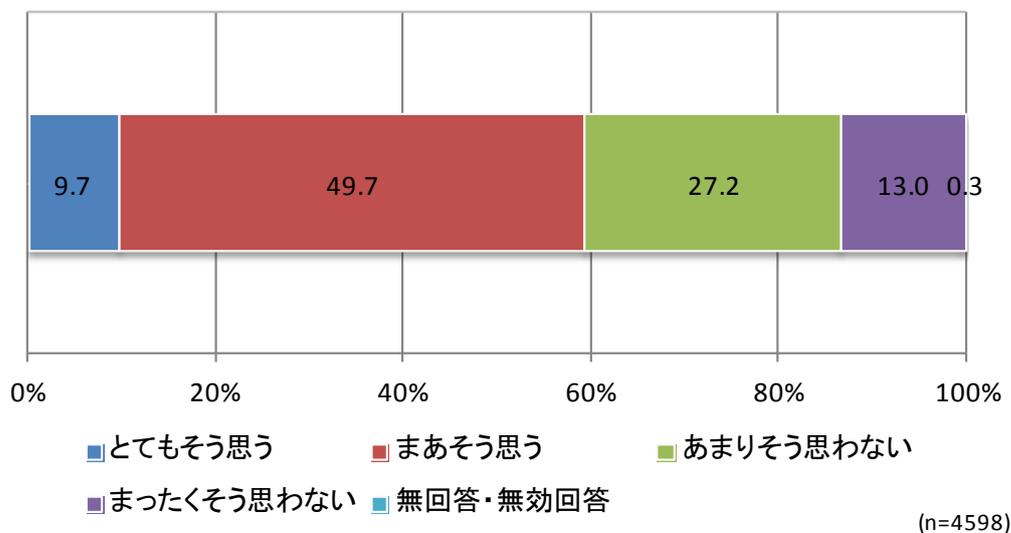
ケアマネジャーが主治医に対しサービス担当者会議への出席を依頼する方法として、「出席は依頼せず書面による照会のみ依頼する」が33.6%と最多であった。これに次いで、「出席依頼も照会依頼もしない」が29.9%であった。主治医のサービス担当者会議への出席について、何らかの方法でケアマネジャー側から働きかけているケースは23.8%であった。

図表 52 主治医に対しサービス担当者会議への出席を依頼する方法



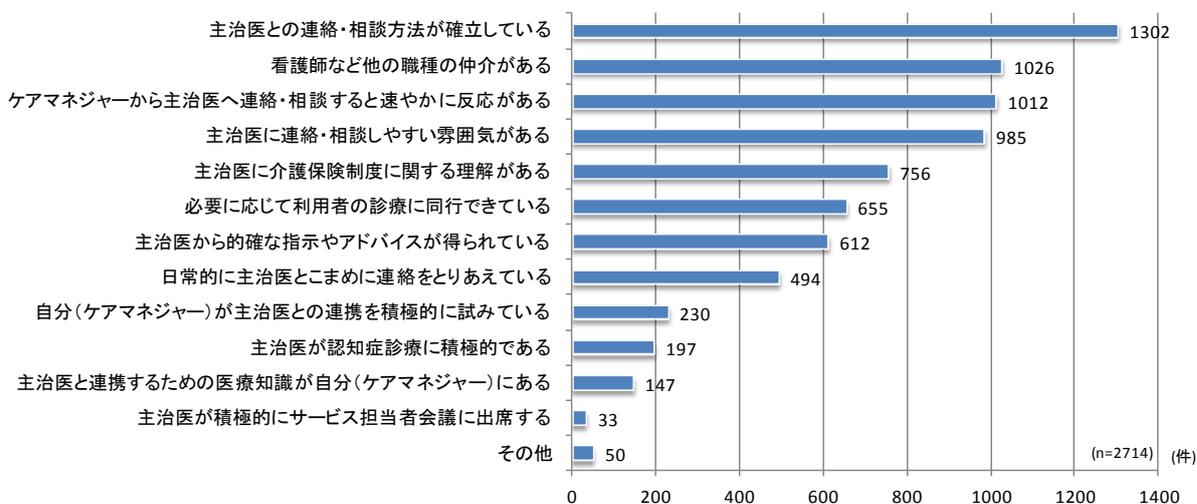
ケアマネジャーが担当しているケースについて主治医との連携がとれていると思っているのは、「とてもそう思う」9.7%と「まあそう思う」49.7%を合わせると約6割であった。反対に、約4割のケースで主治医との連携はとれていないと判断されていた。

図表 53 主治医との連携がとれていると思うか



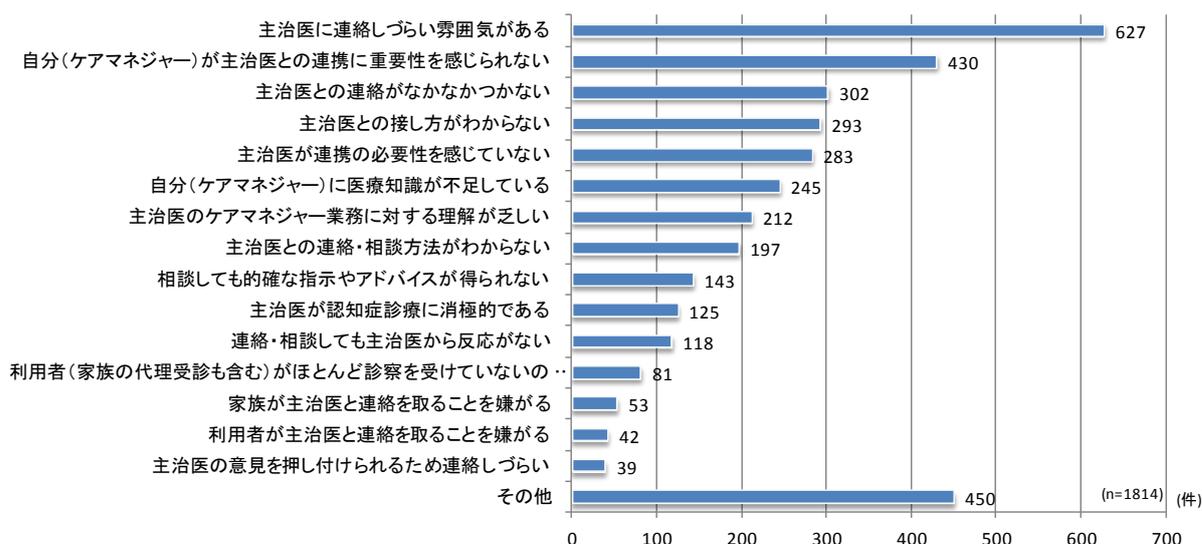
主治医との連携がとれているとする要因で最も多かったのは、「主治医との連絡・相談方法が確立している」48.0%(1,302/2,714)で、次いで「看護師など他の職種の仲介がある」37.8%(1,026/2,714)であった。そして、他の職種の仲介とほぼ同程度の割合で、「ケアマネジャーから主治医へ連絡・相談すると速やかに反応がある」や「主治医に連絡・相談しやすい雰囲気がある」といった主治医側の要因があげられていた。主治医の姿勢だけでなく、連携するための「方法」を有していることも重要であるという結果であった。

図表 54 連携がとれていると思う要因(複数回答)



主治医との連携がとれていないとする要因で最も多かったのは、「主治医に連絡しづらい雰囲気がある」34.6%(627/1,814)であった。次いで、ケアマネジャーが「主治医との連携に重要性を感じられない」が23.7%(430/1,814)であった。主治医の姿勢が重要である一方、ケアマネジャーが連携することを重要だと感じていない面もあるという結果であった。

図表 55 連携がとれていないと思わない(とれていないと思う)要因(複数回答)



② まとめ

ケアマネジャーと主治医との連携については、約6割程度のケースでケアマネジャーは連携がとれていると判断している反面、約4割のケースでは連携がとれていないと判断していた。連携のツールの一つであると思われるサービス担当者会議への主治医の出席がされているケースは少なくケアマネジャー側からの参加への働きかけも弱かった。一方で、担当者会議のような公式のツールだけでなく、連絡方法が確立していることや、看護師などによる仲介があること、主治医側の雰囲気が良いことのような日々の小さなやりとりを円滑にする要素が連携にとって重要だと思われる。

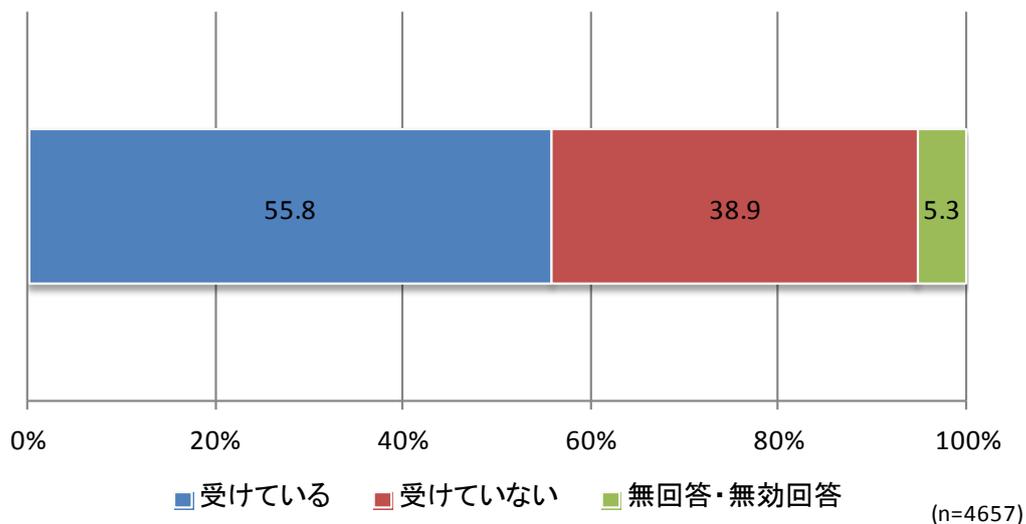
主治医とケアマネジャーの連携がとれていることが望ましいとしても、ケースによって医療ニーズと介護ニーズのバランスが異なり、連携の必要度も異なる可能性がある。限られた資源を有効活用するために、個々のケースに適した形で必要な連携がとれるような方策を検討していくことが重要であると考えられる。

(5) 認知症の診断

① 結果の単純集計

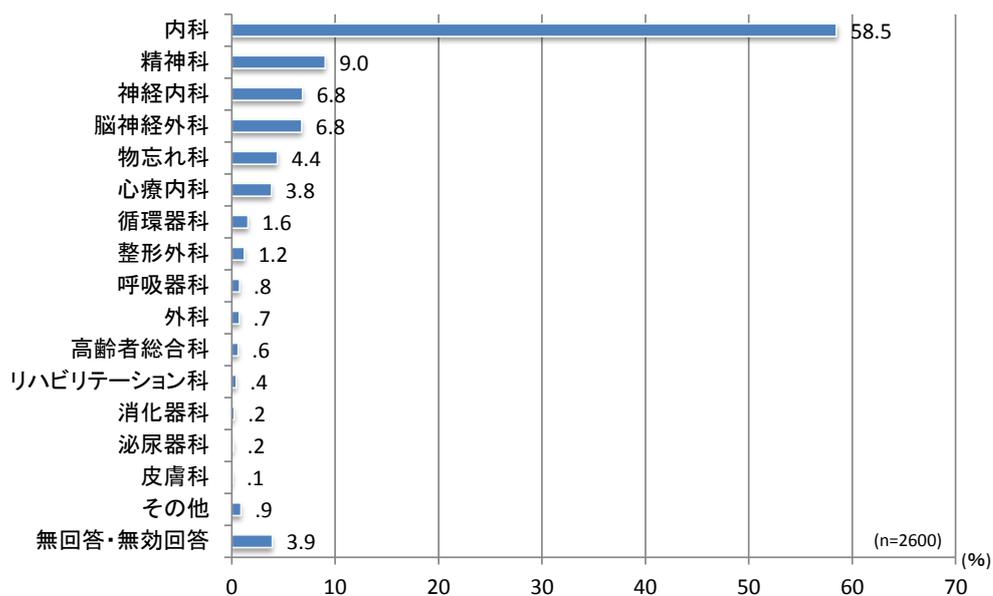
認知症の診断を受けているのは55.8%であった。また、診断の有無がわからないケースも5.3%あった。

図表 56 認知症であるという診断を受けているか



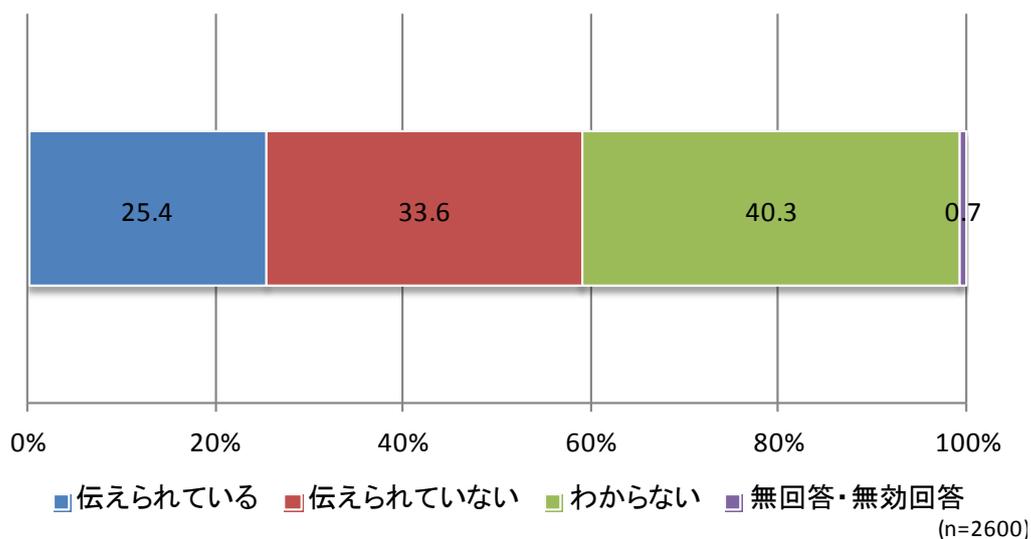
認知症の診断をした医師の所属する診療科は、「内科」が58.5%と最多で、次いで「精神科」の9.0%であった。認知症の診断の多くが「内科」でなされているという結果であった。

図表 57 認知症の診断をおこなった医師の所属診療科



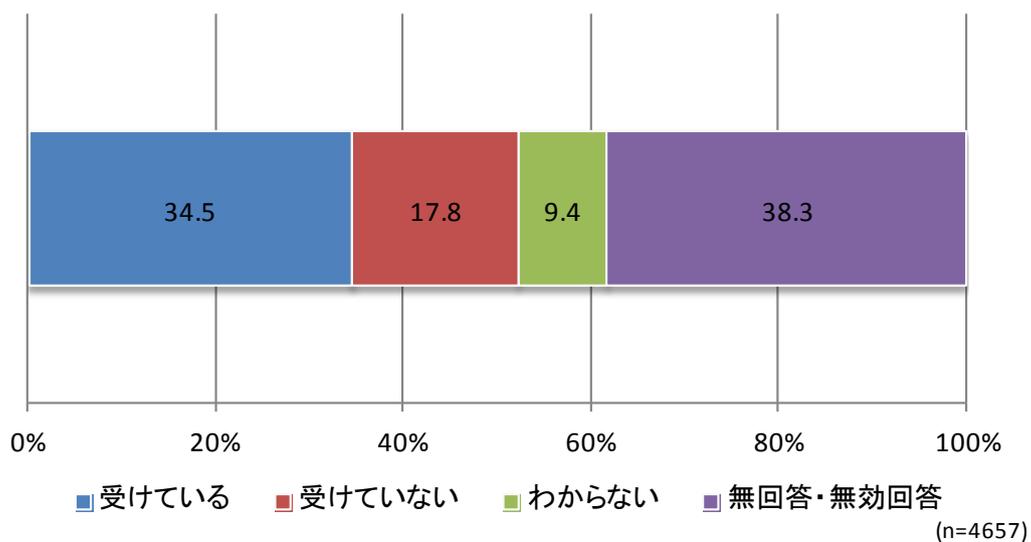
医師から利用者に対して認知症であることが伝えられているケースは、25.4%であった。ただし、医師から利用者に認知症であることが伝えられているか否かをケアマネジャーが把握していないケースが最多で、40.3%であった。

図表 58 利用者に対して認知症であることが伝えられているか



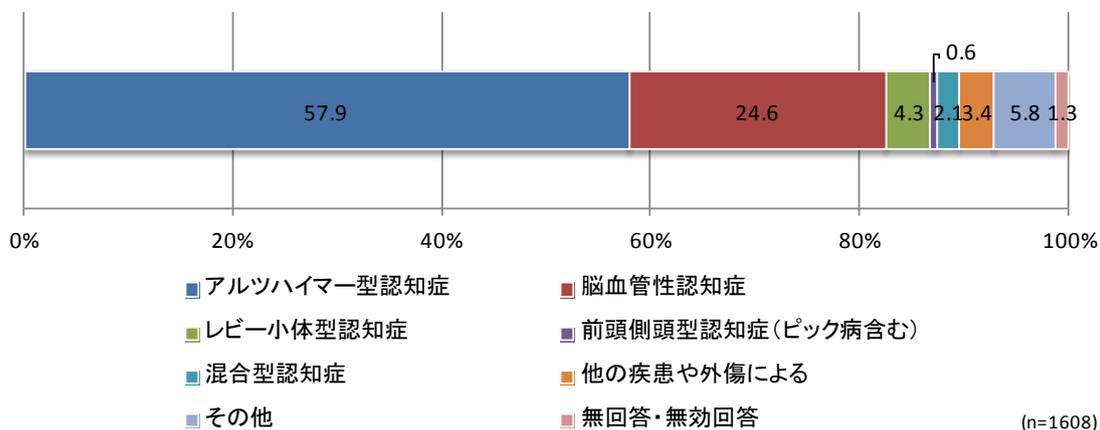
認知症の原因疾患の確定診断まで受けているのは、全ケースのうち34.5%であった。

図表 59 認知症の原因疾患について確定診断を受けているか(2012年9月30日時点)



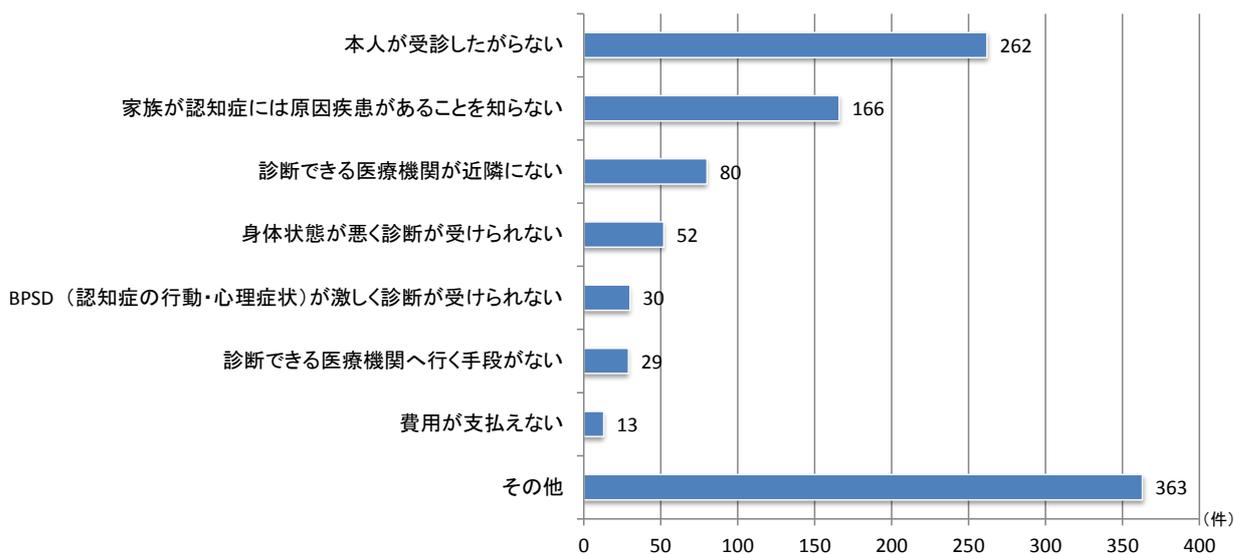
認知症の種類は、アルツハイマー型認知症が 57.9%と最多で、脳血管性認知症の 24.6%、レビー小体型認知症の 4.3%と続いた。

図表 60 認知症の原因疾患



原因疾患の確定診断を受けていない理由としては、「本人が受診したがない」が 26.3%と最多であった。次いで、「家族が認知症には原因疾患があることを知らない」が 16.7%であった。

図表 61 原因疾患の確定診断を受けていない理由(複数回答)



② まとめ

認知症の診断を受けているのは 55.8%で、認知症の原因疾患の確定診断を受けているのは全体の 34.5%であった。

原因疾患に関しては、診断できる医療機関が近隣にないなど、ケアマネジャーをはじめとする支援者の働きかけで変えるのが困難な要因もあると思われる。ただし、原因疾患によって、ケア上の留意点が異なることや、原因疾患の種類によっては治癒する可能性のあるものも存在することを考慮すると、原因疾患の確定診断は必要だと思われる。原因疾患の確定診断を受けていない理由で「本人が受診したがない」や「家族が認知症には原因疾患があることを知らない」が多く挙がっている。この点には介入の可能性が残されていると思われ、支援者の関わり方次第で診断に結びつく可能性もあると考えられる。

一方、認知症の原因疾患では、他の調査等⁵と比べるとアルツハイマーや脳血管性認知症の割合が高く、レビー小体型認知症や前頭側型認知症は低いという結果であった。調査方法の違いによる影響などもあると思われる。

また、重要な事項の決定を認知症者自身が「自己決定」するには、原因疾患まで確定していなくとも、早期に「認知症」の診断はされており、認知症者自身がそのことを知っていることは重要であると思われる。利用者に認知症であることが伝えられているケースは 25.4%にとどまっていた。本人への告知はセンシティブな問題ではあるが、告知後の認知症者と家族を支える体制を整えたうえで、「自己決定」の基礎となる「認知症である」という情報を伝えられる環境が求められる。

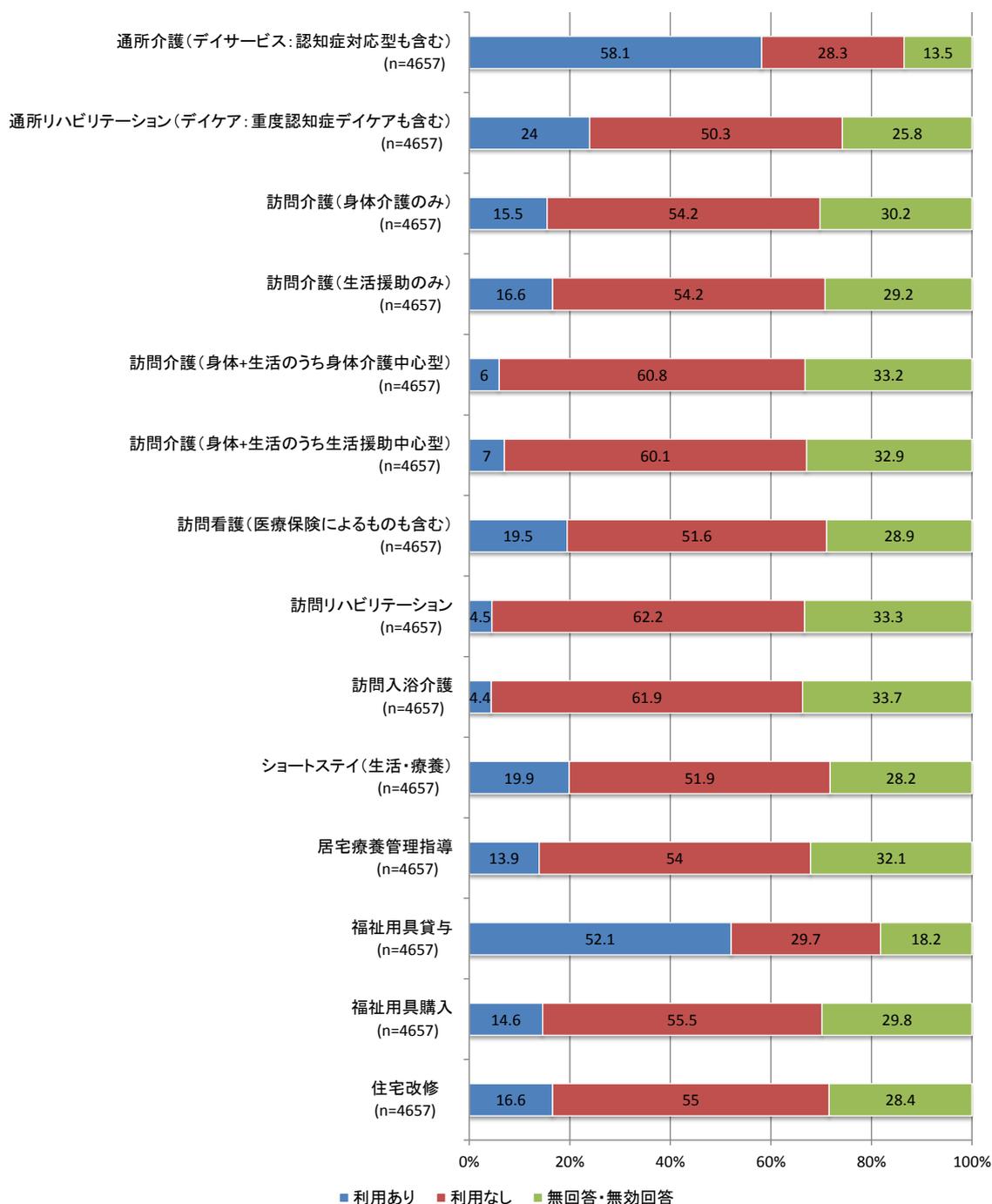
5朝田隆(2010)「日本における認知症患者実態把握の現状」『医学のあゆみ』, 235, 611-616.

(6) 介護保険サービスの利用状況

① 結果の単純集計

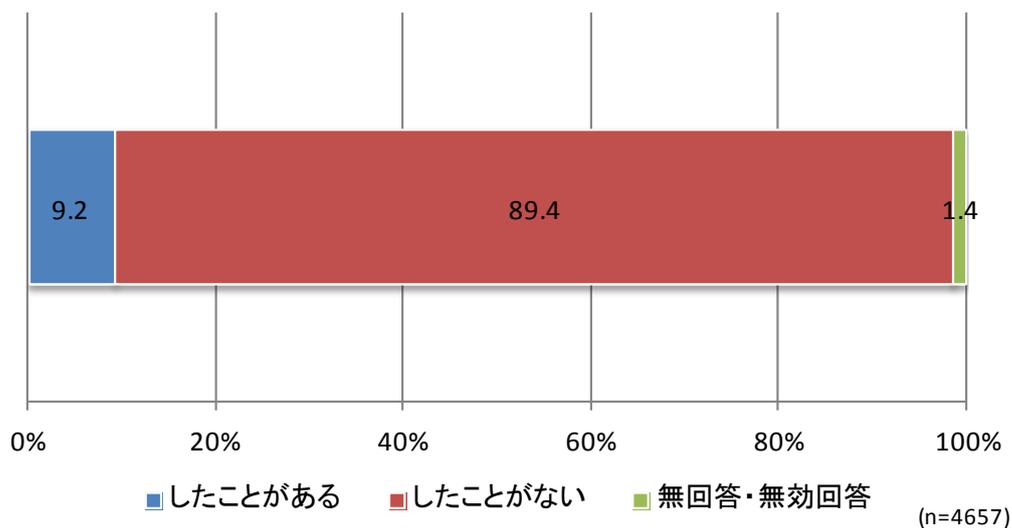
介護保険サービスでは、「通所介護」を利用しているケースが 58.1%で、もっとも利用されている割合が高かった。そのほかでは、「ショートステイ」、「訪問看護」、の利用割合が比較的高かった。「訪問介護」も、身体介護と生活援助など機能別に集計している点を考慮すれば、利用しているケースの割合が高いといえる。

図表 62 利用者の介護保険サービス利用状況



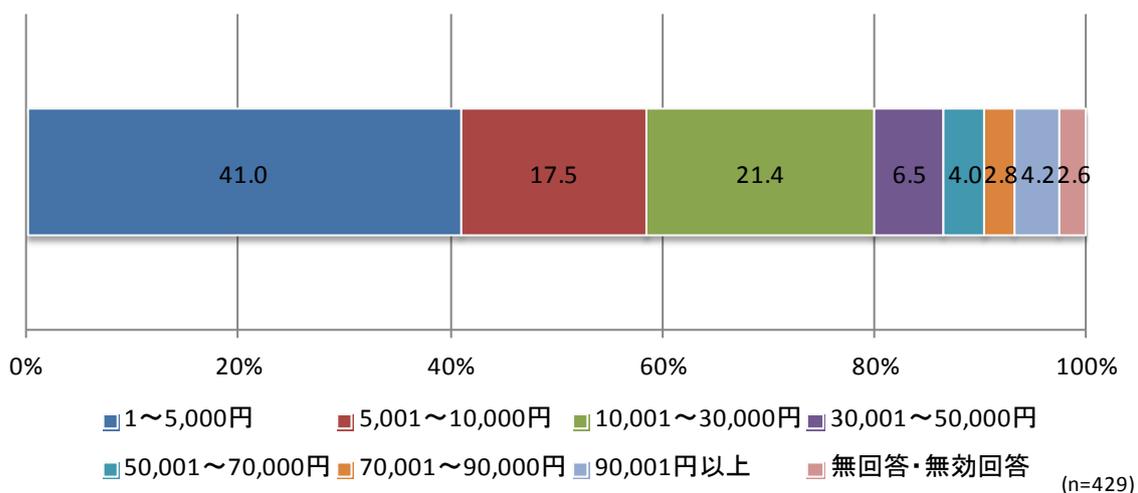
直近の半年間で区分支給限度基準額を超えて介護保険サービスを利用したことがあるケースは、9.2%であった。

図表 63 区分支給限度基準額を超えてサービスを利用したことがあるか



区分支給限度基準額を超えた介護保険サービス利用の額は、「1～5,000円」が最多の41.0%を占めた。次いで、「10,001～30,000円」の21.4%であった。

図表 64 一ヵ月あたりの区分支給限度基準額を超えた介護保険サービス利用額



② まとめ

介護保険サービスでは、デイサービスと福祉用具貸与を利用しているケースが他のサービスよりも2倍以上の割合で高かった。身体機能の低下はなくとも、見守りが欠かせないこともある認知症者において、利用者本人の活動の機会と同時に家族のレスパイトも果たすデイサービスは、サービス利用の中心となりやすいと推察された。また、訪問介護も「身体介護」と「生活援助」のそれぞれが15%以上のケースで利用されていたことを考慮すれば、デイサービスと福祉用具貸与とともに、サービス利用の中核を担っていると考えられる。

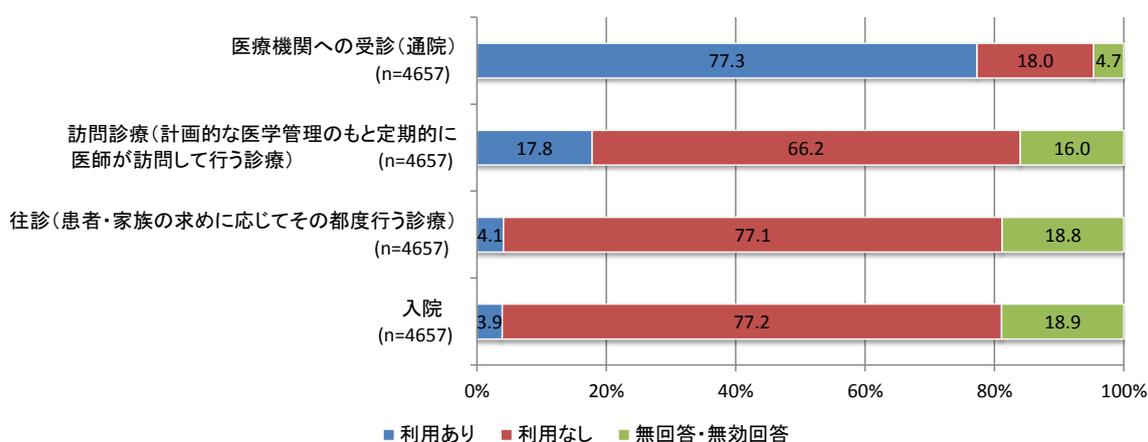
区分支給限度基準額を超えた介護保険サービスの利用は、1割弱のケースでなされていた。ただし、そのうち約4割は5,000円以内の小額な超過であった。一方、超過利用のケースのうち約4割は10,000円を超える超過額であった。要介護認定には、身体機能の低下に比べ認知症などの認知機能低下による介護の必要性は反映しづらいとの見解もある。身体機能は低下していないが、認知機能の低下により常時の見守りが欠かせないなど、単純な身体介護の時間では計りきれないケースで超過利用がされている可能性などが考えられる。

(7) 医療の利用状況

① 結果の単純集計

医療の利用状況では、「通院」をしているケースが77.3%で、「訪問診療」を利用しているケースが17.8%であった。重複利用はあるとしても、多くのケースで医療が関わっているという結果であった。

図表 65 利用者の医療サービス利用状況



② まとめ

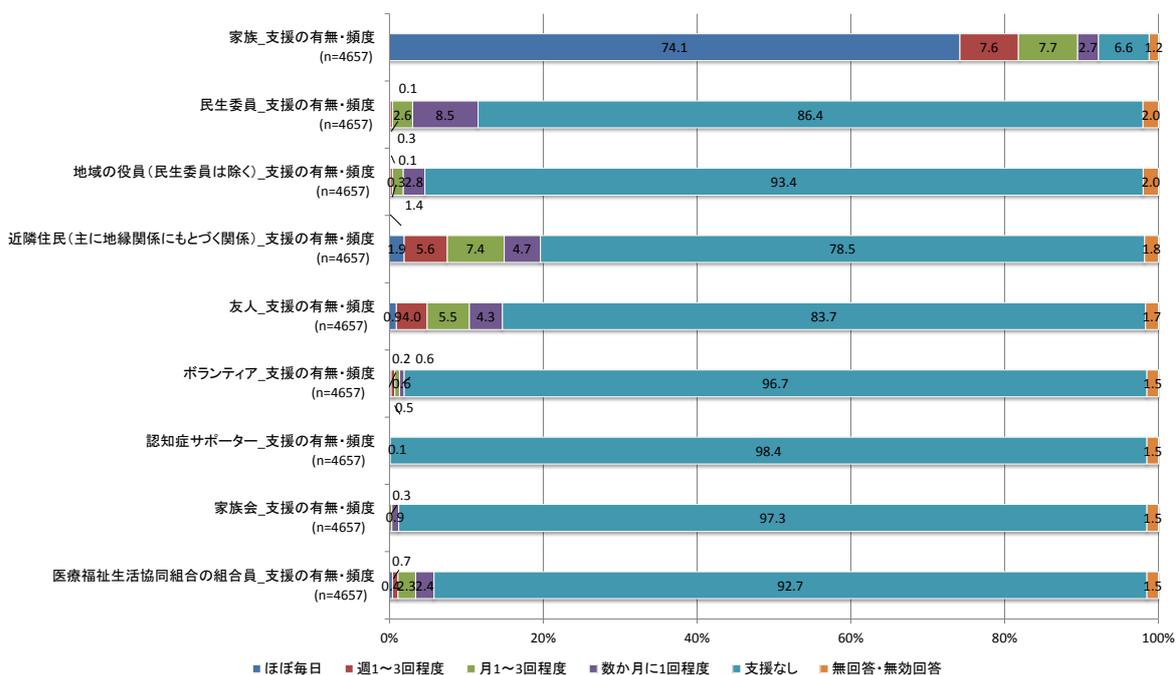
医療サービスの中心は「通院」であった。医師にとっても利用者の居宅での姿を見ることが出来る訪問診療は利用者の状態像を把握する貴重な機会になると思われる。また、認知症者であれば、身体機能が低下していなくても、理解力が低下して病院へ行くのを拒否することなどもありえる。可能な場合は「通院」でも問題ないが、認知症者の状態像に応じて適切に「訪問診療」に切り替えるよう支援することは重要であると思われる。

(8) インフォーマルな社会資源の利用状況

① 結果の単純集計

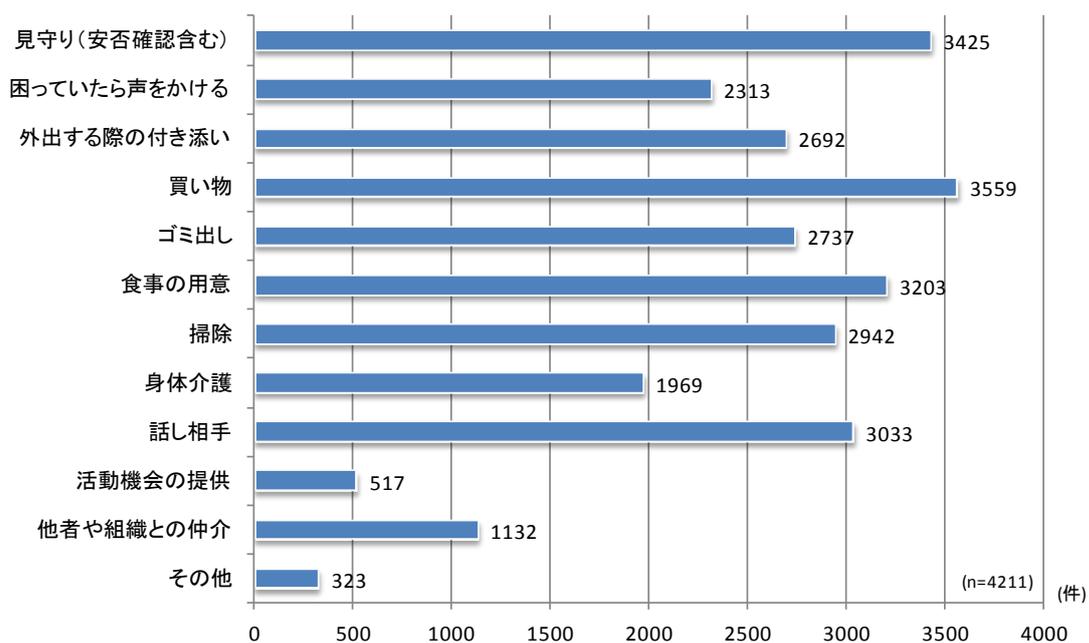
インフォーマルサポートを提供している主体としては、「家族」が92.1%で最多であった。他の主体はいずれもインフォーマルサポートを提供している割合が20.0%以下ではあったものの、その中でも「近隣住民」19.6%や「友人」14.7%は比較的高かった。

図表 66 インフォーマルサポートの状況

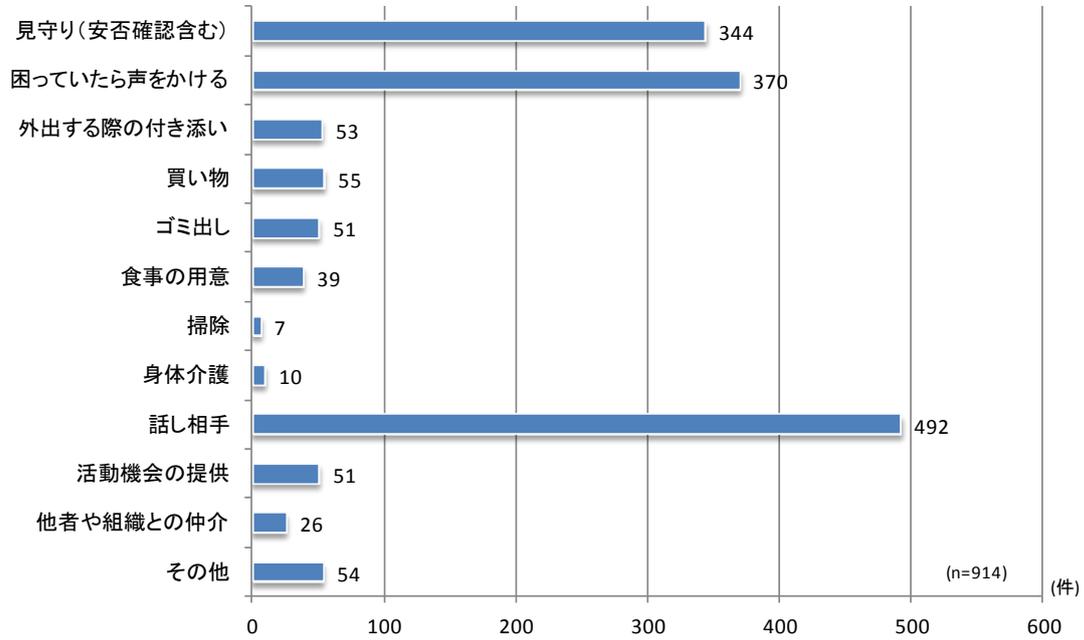


インフォーマルサポートを提供している割合が高かった上位5つの提供主体が具体的にどんな支援を行っているかについては次のような結果であった。提供主体が「家族」の場合、「買い物」や「見守り」の割合が8割以上と高かった。また、「近隣住民」・「友人」では特に「話し相手」の割合が高く、「民生委員」・「地域の役員」では、「見守り（安否確認）」の割合が高かった。

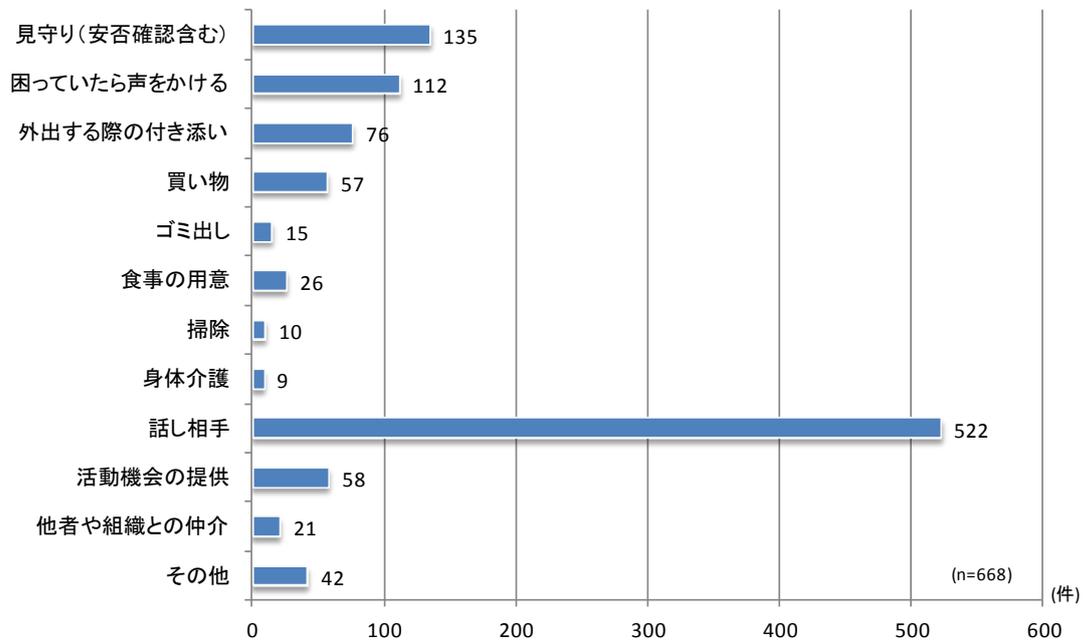
図表 67 家族のサポート内容



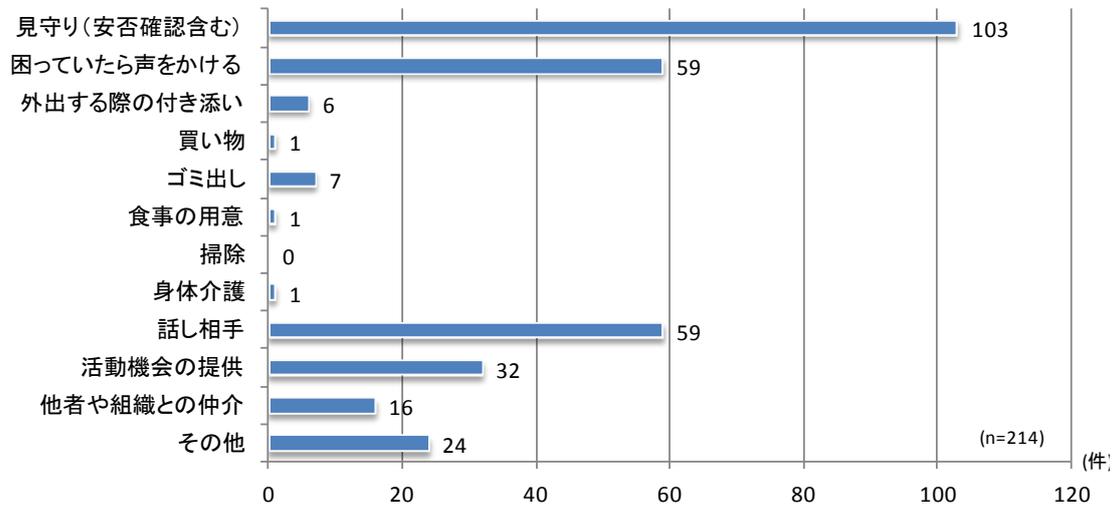
図表 68 近隣住民のサポート内容



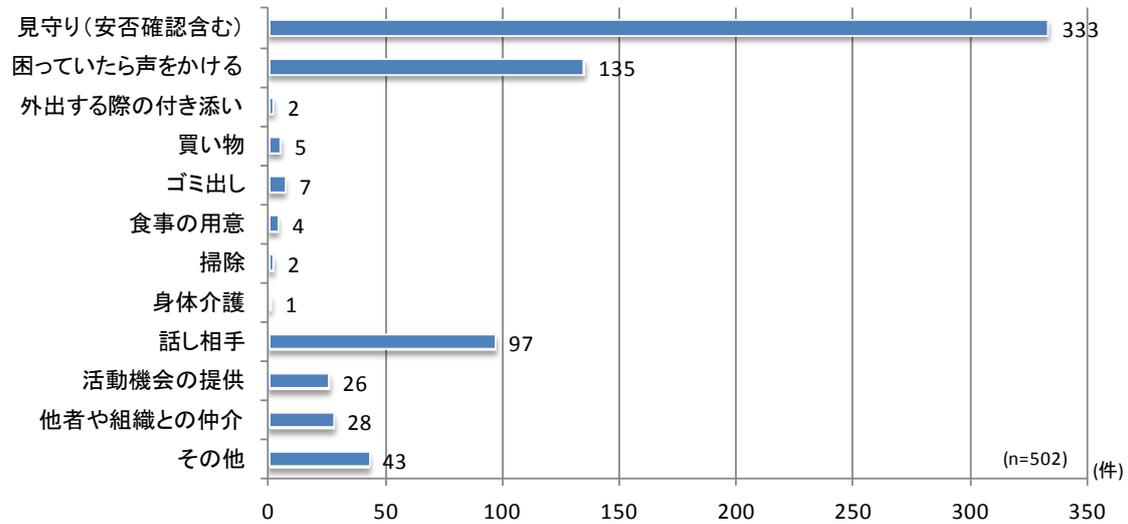
図表 69 友人のサポート内容



図表 70 地域の役員のサポート内容



図表 71 民生委員のサポート内容



② まとめ

インフォーマルサポートの提供主体としてもっとも多かったのは家族で約9割を占めた。家族以外の主体から提供されているケースは2割未満であった。ケアプラン作成において、フォーマルサービスだけでなくインフォーマルな社会資源を組み込むことの重要性はこれまで述べられてきたものの、家族以外のインフォーマルサポートの活用はあまりされていなかった。

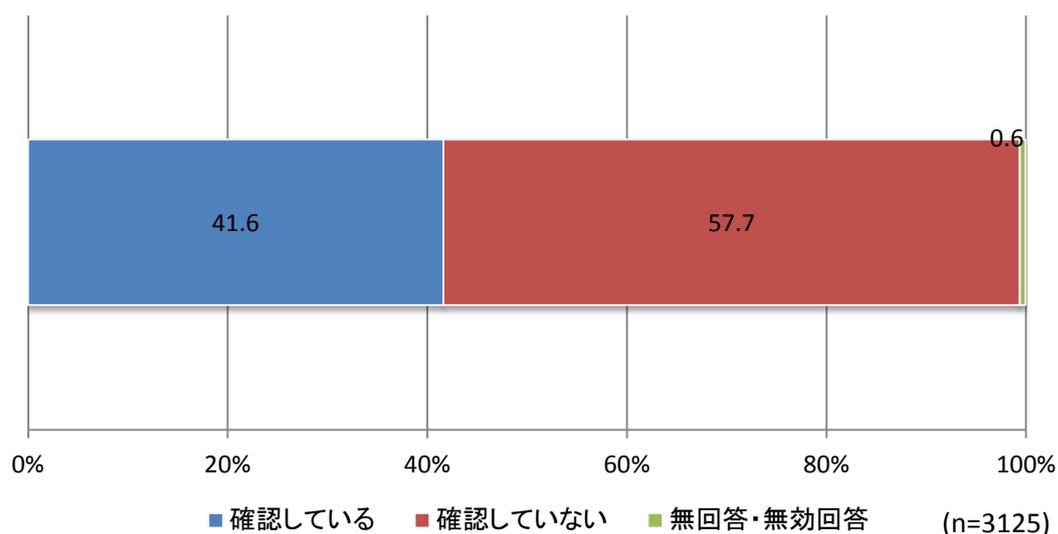
全体の中で活用されている割合は低かったものの、「近隣住民」や「民生委員」などが「見守り（安否確認）」という役割を主に担っていた。認知症の状態によっては、生活の安全を保つための多少の支援によって、在宅生活を継続できる場合もあると考えられる。

(9) 成年後見制度等のその他のサービス利用

① 結果の単純集計

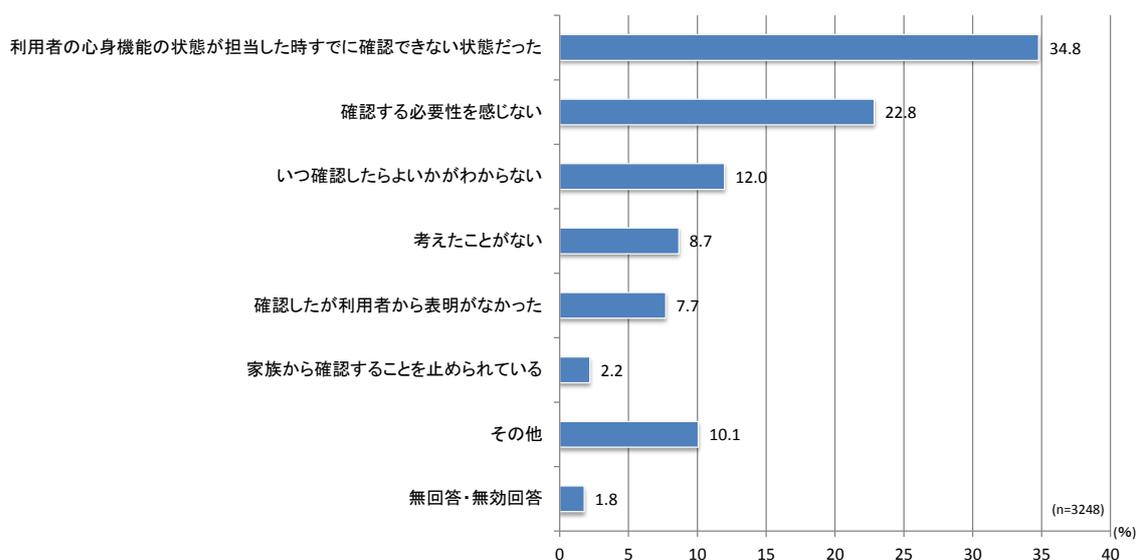
ケアマネジャーが利用者に「今後の生活についての意向」を確認していない理由として「利用者の心身機能の状態が担当した時すでに確認できない状態であった」と「確認したが利用者から表明がなかった」と回答しているケースは合計1,421ケースあった。それらを除いた3,215ケースのうち、ケアマネジャーが担当しているケースの利用者に「今後の生活についての意向」を確認しているのは、41.6%であり、約6割のケースで利用者の意向は確認されていなかった。

図表 72 利用者の認知機能低下による今後の生活についての意向の確認



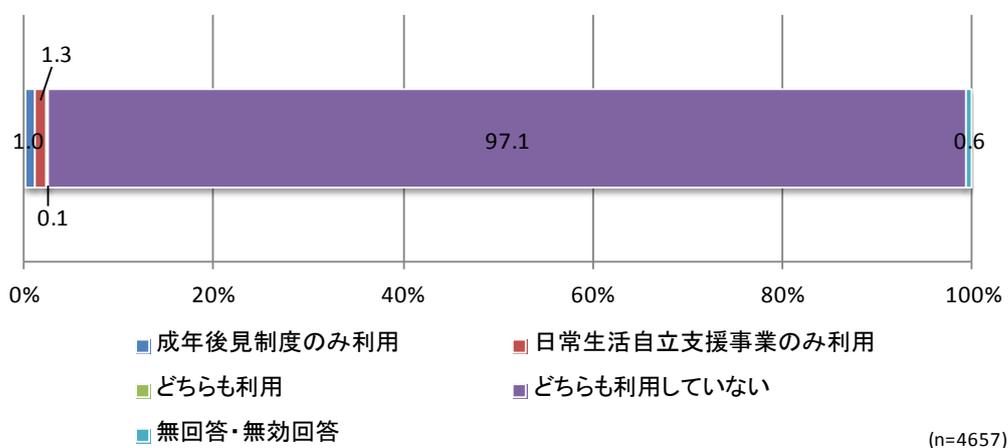
ケアマネジャーが担当しているケースの利用者に「今後の生活をどのようにしたいか」についての意向を確認していない理由は、「利用者の心身機能の状態が担当した時すでに確認できない状態であった」が34.8%であった。利用者の心身機能低下というやむを得ない状況を除くと、ケアマネジャーが「確認する必要性を感じない」の割合が22.8%と最も高く、意向を確認していない理由全体で2番目に高い割合であった。

図表 73 利用者の認知機能低下による今後の生活についての意向を確認していない理由



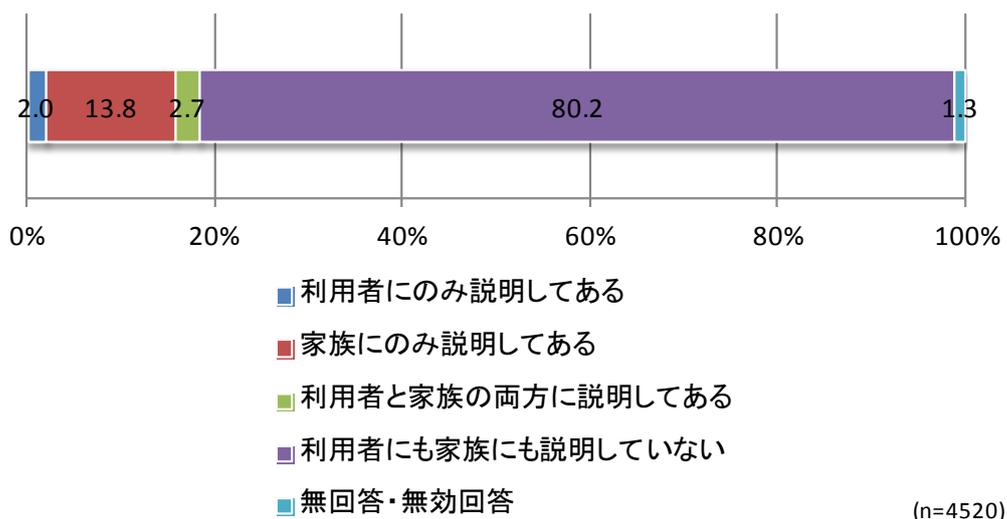
「成年後見制度」あるいは「日常生活自立支援事業」を利用しているケースは、両者を合わせて2.4%であった。

図表 74 成年後見制度または日常生活自立支援事業の利用状況



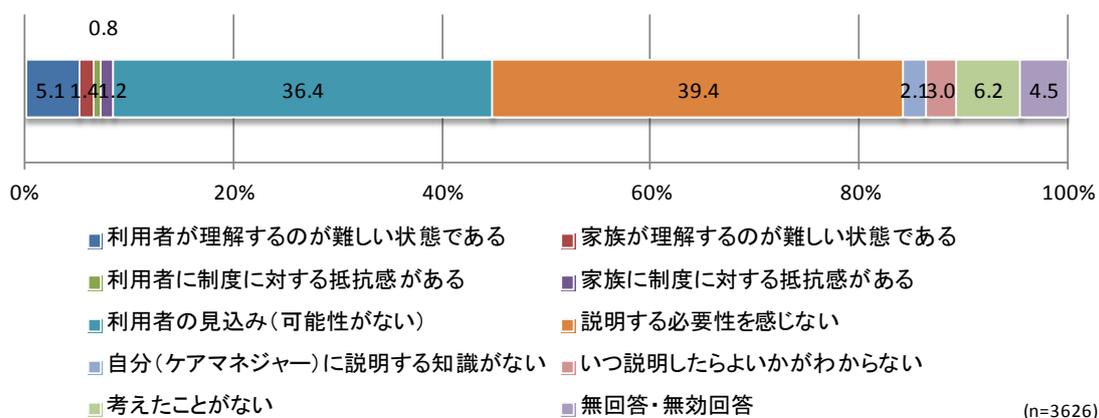
「成年後見制度」あるいは「日常生活自立支援事業」を「利用していない」ケースにおいて、ケアマネジャーから利用者または家族にそれら制度の説明がなされていたのは 18.5%であり、約 8 割のケースで利用者にも家族にも説明がされていなかった。

図表 75 成年後見制度または日常生活自立支援事業の説明



「成年後見制度」あるいは「日常生活自立支援事業」について利用者にも家族にも「説明していない」理由は、(ケアマネジャーが)「説明する必要性を感じない」が 39.4%で最多であった。次いで、「利用の見込み(可能性)がない」が 36.4%であった。説明されていない理由の多くは、ケアマネジャーが必要ないと判断しているためであった。

図表 76 成年後見制度または日常生活自立支援事業について説明していない理由



② まとめ

成年後見制度や日常生活自立支援事業はほぼ利用されていないという結果であった。また、利用していないケースにおいて、これら制度の説明がされていたケースは2割未満であった。一方で、利用者の意向がケアマネジャーによって確認されているケースは約4割であった。つまり、自己決定を支援する制度の説明や、ケアプラン作成の基礎となる利用者本人の意向の確認はあまりされていないという結果であった。

成年後見制度や日常生活自立支援事業の説明については、利用者の認知機能の状態や、当該ケースにおける制度の必要性なども関連すると思われ、一概に論じることは難しい面がある。「意向を確認していない理由」は「利用者の心身機能の状態がすでに確認できない状態であった」が34.8%で最多であったことから、認知症という疾患の特性による本人の意向を支援に反映することの難しさが伺える。ただし、利用者の自己決定を支えるために、ケースの状況に合わせて、可能な範囲で利用者本人の意向を確認する取り組みは必要であると考えられる。

5. 世帯構成に着目した分析

1. 背景と目的

三宅貴夫氏（「認知症の人と家族の会」顧問・老年科医）によれば⁶、「認知症施策で最も基本的で重要なデータは、この国に認知症の人が何人居るかということである。できればどのような認知症の人が、どこでどのように暮らしているかという状態別、居住別に把握することが望ましい」と指摘しており、その把握の必要性を指摘している。ここでは、これを受けてその把握を試みた。

2. 独居や夫婦二人暮らしの生活の状況を類型化

(1) データ

データは、利用者票によるデータを用いた。利用者票によるデータは、自立の高齢者は含まれていない。

(2) 手法

統計的手法は記述統計として度数分布やクロス集計を用いた。また、無数にある生活の状況を整理するために、同居家族と認知症自立度から、特に、独居や夫婦二人暮らし、親子世帯の生活の状況を類型化し把握することを試みた。生活の状況の類型（以下、生活類型）の作成は、以下の手順で行った。

6 三宅貴夫(2012)「今後の認知症施策の方向性について」を読む『介護保険情報』, 149, 15-19.

① 手順1

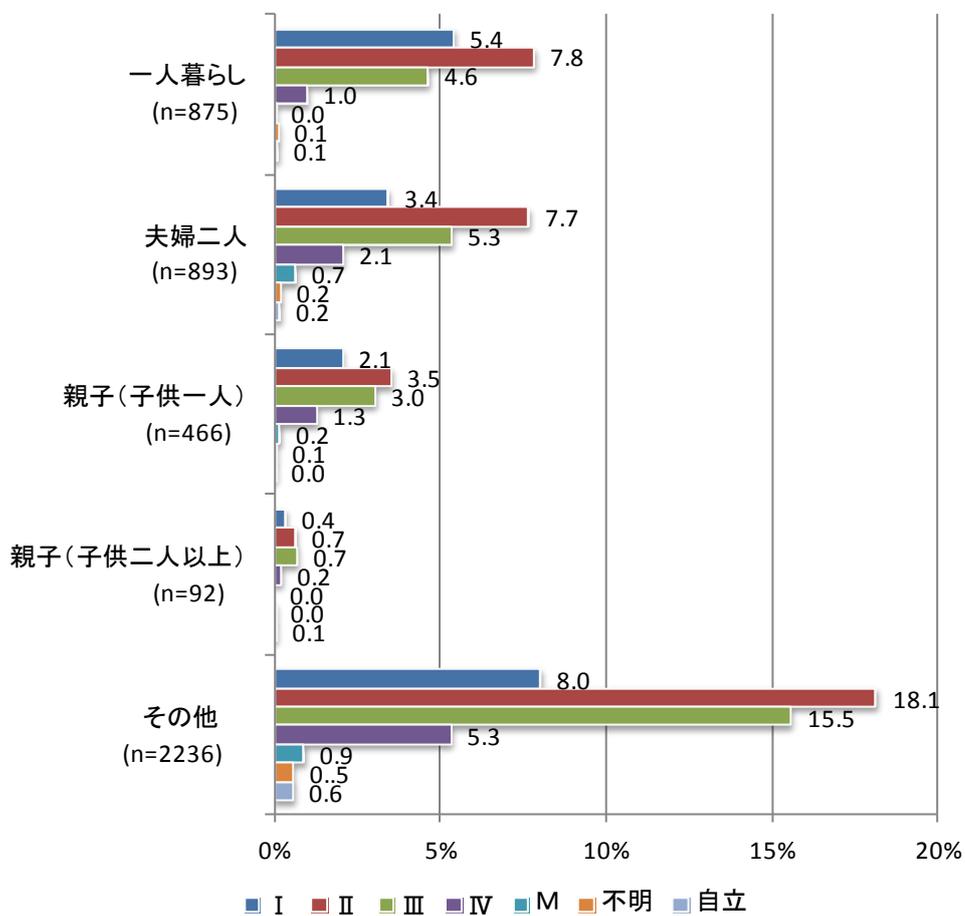
- 同居家族から世帯を「一人暮らし」「夫婦二人」「親子（子供一人）」「親子（子供二人以上）」「その他」に分類する
- 認知症自立度を「Ⅰ」「Ⅱ」「Ⅲ」「Ⅳ」「Ⅴ」「Ⅵ」「その他」にカテゴリ化する
- それらの間でクロス表を作成する。

この結果、下表のようになった。

図表 77 同居家族と認知症自立度のクロス表(度数と全体から見た%)

			認知症自立度5類型							合計
			Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅵ	その他	
家族 類型	一人暮らし	度数	247	357	212	46	2	6	5	875
		総和の %	5.4%	7.8%	4.6%	1.0%	0.0%	0.1%	0.1%	19.2%
	夫婦二人	度数	157	350	244	95	30	9	8	893
		総和の %	3.4%	7.7%	5.3%	2.1%	0.7%	0.2%	0.2%	19.6%
	親子 (子供一人)	度数	94	161	139	59	8	3	2	466
		総和の %	2.1%	3.5%	3.0%	1.3%	0.2%	0.1%	0.0%	10.2%
	親子 (子供二人以上)	度数	16	30	32	10	0	1	3	92
		総和の %	0.4%	0.7%	0.7%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	2.0%
	その他	度数	366	826	709	243	41	25	26	2236
		総和の %	8.0%	18.1%	15.5%	5.3%	0.9%	0.5%	0.6%	49.0%
	合計	度数	880	1724	1336	453	81	44	44	4562
		総和の %	19.3%	37.8%	29.3%	9.9%	1.8%	1.0%	1.0%	100.0%

図表 78 同居家族と認知症自立度のクロス表(グラフ)



② 手順2

- 手順1で作成したクロス表の同居家族と認知症自立度（「その他」は除く）の組合せのうち、家族類型では「親子（子供二人以上）」「その他」、認知症自立度では不明や自立を除いたうえで、Ⅲ以上をひとまとめとし、下表のように類型化した（以下、生活類型）

本人の年齢については、親子（子供一人）で一番高く、次に一人暮らし、続いて夫婦二人という順になっていた。

図表 79 抽出された生活類型と利用者平均年齢

	度数	全体でのパーセント	利用者平均年齢	
有効	自立度Ⅰかつ一人暮らし	247	5.3	81.6
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	357	7.7	83.5
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	260	5.6	84.1
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	157	3.4	78.6
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	350	7.5	80.2
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	369	7.9	78.5
	自立度Ⅰかつ親子（子供一人）	94	2.0	84.6
	自立度Ⅱかつ親子（子供一人）	161	3.5	87.0
	自立度Ⅲ以上かつ親子（子供一人）	206	4.4	87.3
	上記合計	2201	47.3	100.0
合計	2456	52.7		
合計	4657	100.0		

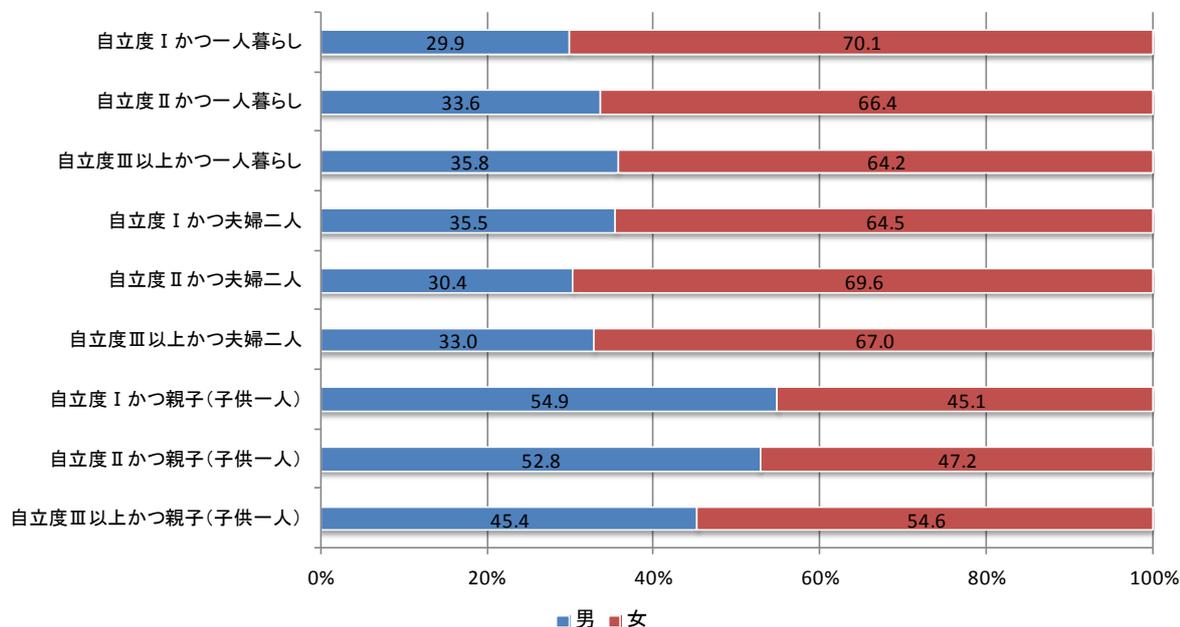
3. 生活類型ごと各種指標のクロス表

(1) 主介護者に関するクロス表

主介護者の性別については、ほとんどの生活類型において女性が多くなっていたが、「自立度Ⅰかつ親子（子供一人）」「自立度Ⅱかつ親子（子供一人）」においては男性が多くなっていた。

図表 80 生活類型と主介護者の性別

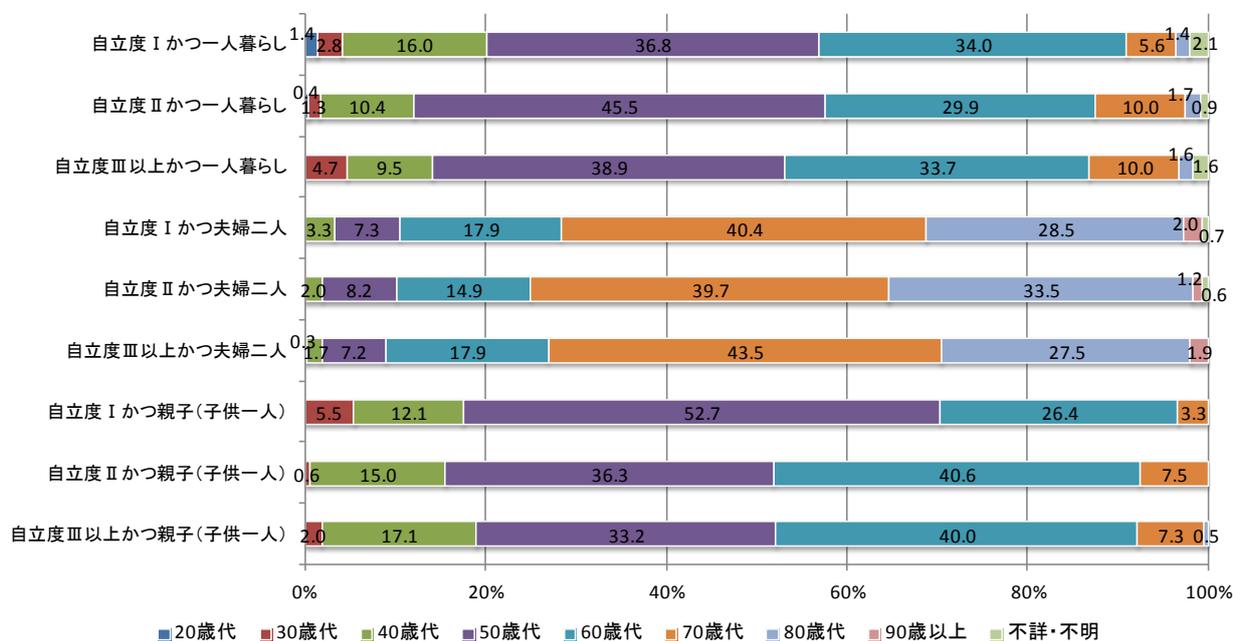
			問24.主介護者の性別を教えてください。		合計
			1.男	2.女	
生活類型9類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	41	96	137
		生活類型9類型の%	29.9%	70.1%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	75	148	223
		生活類型9類型の%	33.6%	66.4%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	68	122	190
		生活類型9類型の%	35.8%	64.2%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	54	98	152
		生活類型9類型の%	35.5%	64.5%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	103	236	339
		生活類型9類型の%	30.4%	69.6%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	118	240	358
		生活類型9類型の%	33.0%	67.0%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子(子供一人)	度数	50	41	91
		生活類型9類型の%	54.9%	45.1%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子(子供一人)	度数	84	75	159
		生活類型9類型の%	52.8%	47.2%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子(子供一人)	度数	93	112	205
		生活類型9類型の%	45.4%	54.6%	100.0%
合計		度数	686	1168	1854
		生活類型9類型の%	37.0%	63.0%	100.0%



主介護者の年代については、一人暮らしでは50代、夫婦二人暮らしでは60代、親子（子供一人）では50代から60代が多くなっていた。

図表 81 生活類型と主介護者の年齢

		問23.主介護者の年齢は何歳代ですか。									合計	
		1.20歳代	2.30歳代	3.40歳代	4.50歳代	5.60歳代	6.70歳代	7.80歳代	8.90歳以上	9.不詳・不明		
生活類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	2	4	23	53	49	8	2	0	3	144
		%	1.4%	2.8%	16.0%	36.8%	34.0%	5.6%	1.4%	.0%	2.1%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	1	3	24	105	69	23	4	0	2	231
		%	.4%	1.3%	10.4%	45.5%	29.9%	10.0%	1.7%	.0%	.9%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	0	9	18	74	64	19	3	0	3	190
		%	.0%	4.7%	9.5%	38.9%	33.7%	10.0%	1.6%	.0%	1.6%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	0	0	5	11	27	61	43	3	1	151
		%	.0%	.0%	3.3%	7.3%	17.9%	40.4%	28.5%	2.0%	.7%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	0	0	7	28	51	136	115	4	2	343
		%	.0%	.0%	2.0%	8.2%	14.9%	39.7%	33.5%	1.2%	.6%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	0	1	6	26	65	158	100	7	0	363
		%	.0%	.3%	1.7%	7.2%	17.9%	43.5%	27.5%	1.9%	.0%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子（子供一人）	度数	0	5	11	48	24	3	0	0	0	91
		%	.0%	5.5%	12.1%	52.7%	26.4%	3.3%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子（子供一人）	度数	0	1	24	58	65	12	0	0	0	160
		%	.0%	.6%	15.0%	36.3%	40.6%	7.5%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子（子供一人）	度数	0	4	35	68	82	15	1	0	0	205
		%	.0%	2.0%	17.1%	33.2%	40.0%	7.3%	.5%	.0%	.0%	100.0%
	合計	度数	3	27	153	471	496	435	268	14	11	1878
%		.2%	1.4%	8.1%	25.1%	26.4%	23.2%	14.3%	.7%	.6%	100.0%	

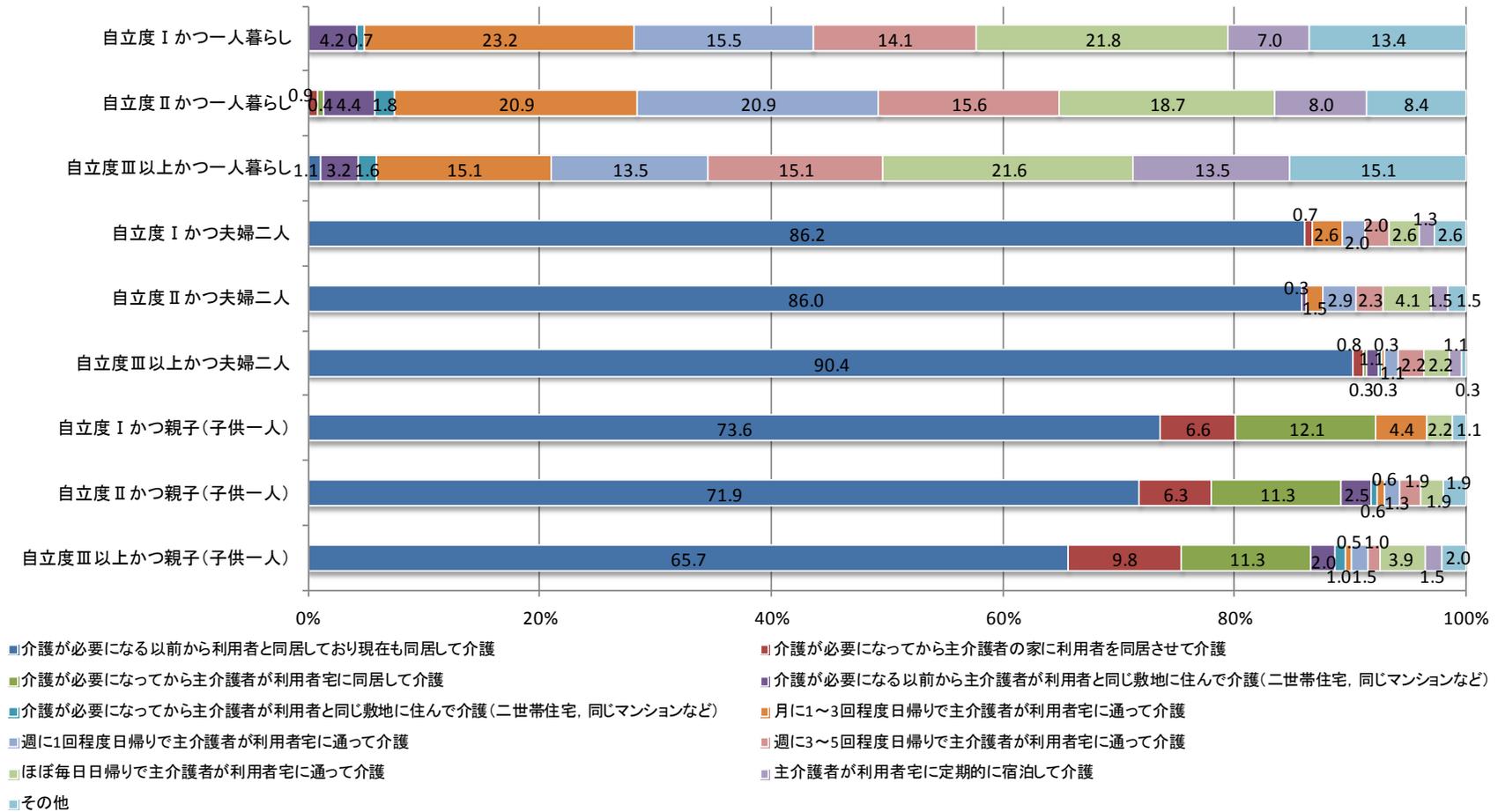


主介護者の利用者に対する介護形態については、一人暮らしでは日帰りでの通っての介護が多く、その中でも自立度がⅢ以上では頻度も毎日が多くなり、定期的に宿泊の割合も増える傾向にあった。夫婦二人暮らしでは、介護が必要となる以前から利用者と同居している割合が8割を超え高くなった。親子（子供一人）では、介護が必要となってから利用者と同居しているケースが2割弱あることが分かる。

図表 82 生活類型と主介護者の利用者に対する介護形態

		問27.主介護者の利用者に対する介護形態のうち、当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。											合計
		1.介護が必要になる以前から利用者と同じ現住も同居して介護	2.介護が必要になってから主介護者の家に利用者と一緒に居させて介護	3.介護が必要になってから主介護者が利用者宅に同居して介護	4.介護が必要になる以前から主介護者と同じ敷地に住んで介護（二世帯住宅、同じマンションなど）	5.介護が必要になってから主介護者と同じ敷地に住んで介護（二世帯住宅、同じマンションなど）	6.月に1～3回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	7.週に1回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	8.週に3～5回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	9.ほぼ毎日日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	10.主介護者が利用者宅に定期的に宿泊して介護	11.その他	
生活類型	自立度Ⅰ かつ一人暮らし	度数 0	0	0	6	1	33	22	20	31	10	19	142
	%	.0%	.0%	.0%	4.2%	.7%	23.2%	15.5%	14.1%	21.8%	7.0%	13.4%	100.0%
	自立度Ⅱ かつ一人暮らし	度数 0	2	1	10	4	47	47	35	42	18	19	225
	%	.0%	.9%	.4%	4.4%	1.8%	20.9%	20.9%	15.6%	18.7%	8.0%	8.4%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数 2	0	0	6	3	28	25	28	40	25	28	185
	%	1.1%	.0%	.0%	3.2%	1.6%	15.1%	13.5%	15.1%	21.6%	13.5%	15.1%	100.0%
	自立度Ⅰ かつ夫婦二人	度数 131	1	0	0	0	4	3	3	4	2	4	152
	%	86.2%	.7%	.0%	.0%	.0%	2.6%	2.0%	2.0%	2.6%	1.3%	2.6%	100.0%
	自立度Ⅱ かつ夫婦二人	度数 294	0	0	1	0	5	10	8	14	5	5	342
	%	86.0%	.0%	.0%	.3%	.0%	1.5%	2.9%	2.3%	4.1%	1.5%	1.5%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数 330	3	1	4	1	1	4	8	8	4	1	365
	%	90.4%	.8%	.3%	1.1%	.3%	.3%	1.1%	2.2%	2.2%	1.1%	.3%	100.0%
	自立度Ⅰ かつ親子（子供一人）	度数 67	6	11	0	0	4	0	0	2	0	1	91
	%	73.6%	6.6%	12.1%	.0%	.0%	4.4%	.0%	.0%	2.2%	.0%	1.1%	100.0%
	自立度Ⅱ かつ親子（子供一人）	度数 115	10	18	4	1	1	2	3	3	0	3	160
	%	71.9%	6.3%	11.3%	2.5%	.6%	.6%	1.3%	1.9%	1.9%	.0%	1.9%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子（子供一人）	度数 134	20	23	4	2	1	3	2	8	3	4	204
	%	65.7%	9.8%	11.3%	2.0%	1.0%	.5%	1.5%	1.0%	3.9%	1.5%	2.0%	100.0%
合計	度数	1073	42	54	35	12	124	116	107	152	67	84	1866
	%	57.5%	2.3%	2.9%	1.9%	.6%	6.6%	6.2%	5.7%	8.1%	3.6%	4.5%	100.0%

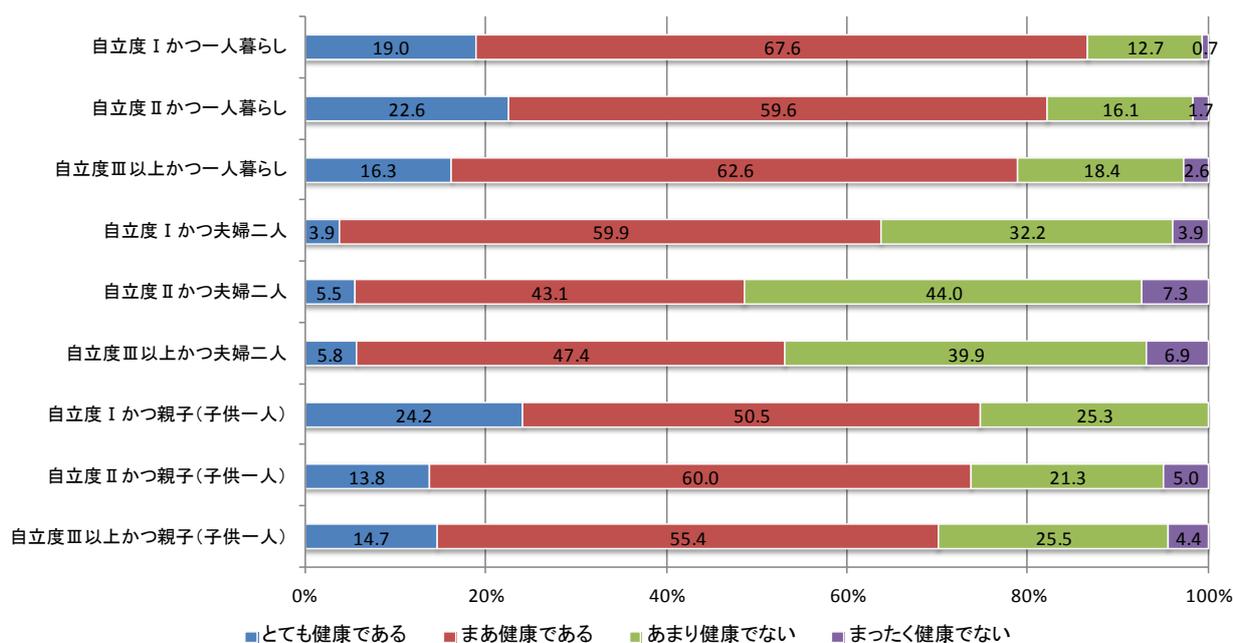
図表 83 生活類型と主介護者の利用者に対する介護形態(グラフ)



主介護者の健康については、全般的に「まあ健康である」の割合が高くなっているが、一人暮らしでは、とても健康であるの割合が、夫婦二人暮らしよりも多くなっていた。

図表 84 生活類型と主介護者の健康状態

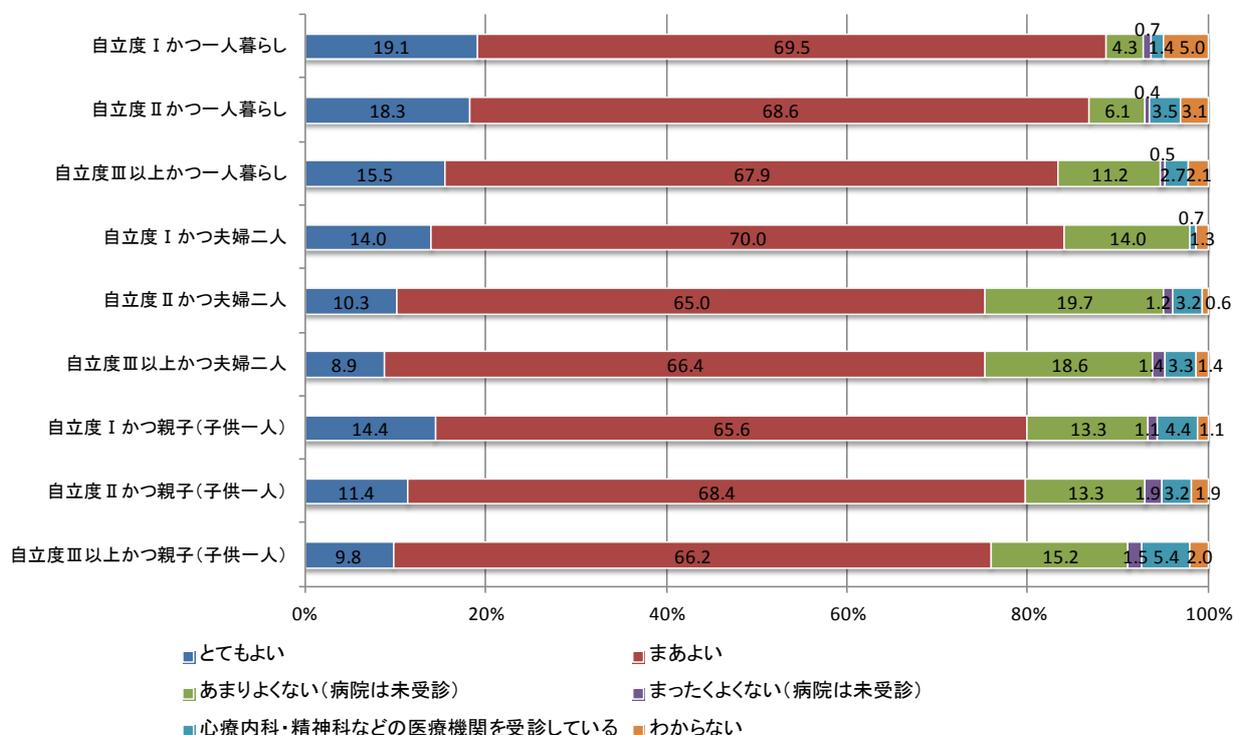
			問29.主介護者の健康状態で当てはまるものに「レ」印をつけてください。				合計
			1.とても健康である	2.まあ健康である	3.あまり健康でない	4.まったく健康でない	
生活類型9類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	27	96	18	1	142
		生活類型9類型の%	19.0%	67.6%	12.7%	.7%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	52	137	37	4	230
		生活類型9類型の%	22.6%	59.6%	16.1%	1.7%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	31	119	35	5	190
		生活類型9類型の%	16.3%	62.6%	18.4%	2.6%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	6	91	49	6	152
		生活類型9類型の%	3.9%	59.9%	32.2%	3.9%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	19	148	151	25	343
		生活類型9類型の%	5.5%	43.1%	44.0%	7.3%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	21	172	145	25	363
		生活類型9類型の%	5.8%	47.4%	39.9%	6.9%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子(子供一人)	度数	22	46	23	0	91
		生活類型9類型の%	24.2%	50.5%	25.3%	.0%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子(子供一人)	度数	22	96	34	8	160
		生活類型9類型の%	13.8%	60.0%	21.3%	5.0%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子(子供一人)	度数	30	113	52	9	204
		生活類型9類型の%	14.7%	55.4%	25.5%	4.4%	100.0%
合計		度数	230	1018	544	83	1875
		生活類型9類型の%	12.3%	54.3%	29.0%	4.4%	100.0%



主介護者の精神的な状態については、全般的に「まあよい」の割合が高くなっているが、一人暮らしでは、とても健康であるの割合が、夫婦二人暮らしよりも若干多くなっていた。

図表 85 生活類型と主介護者の精神的な状態

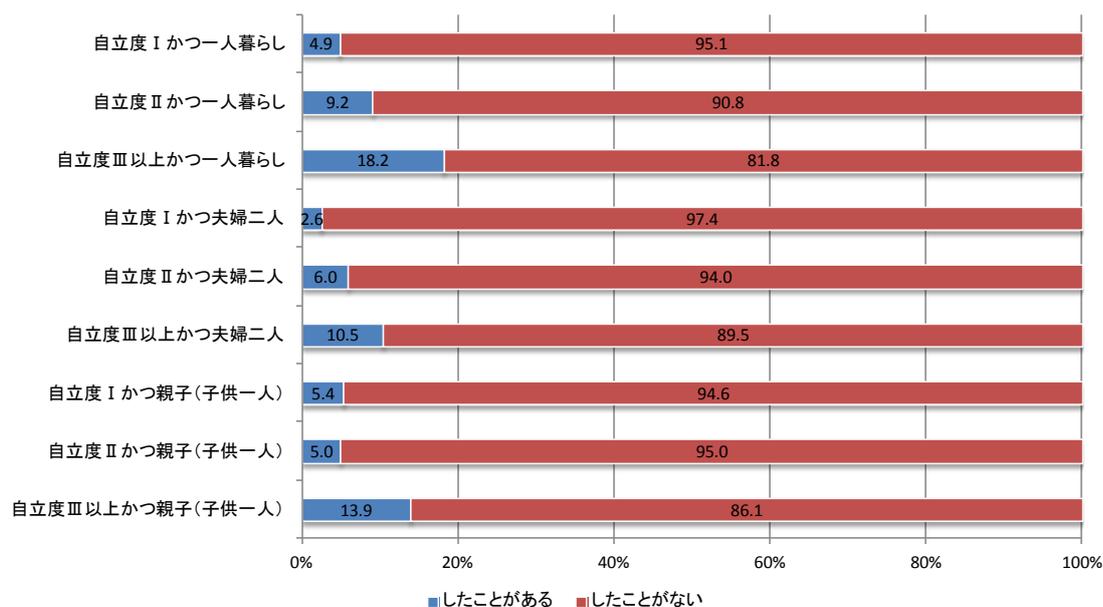
			問31.主介護者の精神的な状態として、当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。						合計
			1.とてもよい	2.まあよい	3.あまりよくない(病院は未受診)	4.まったくよくない(病院は未受診)	5.心療内科・精神科などの医療機関を受診している	6.わからない	
生活類型9類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	27	98	6	1	2	7	141
		生活類型9類型の%	19.1%	69.5%	4.3%	.7%	1.4%	5.0%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	42	157	14	1	8	7	229
		生活類型9類型の%	18.3%	68.6%	6.1%	.4%	3.5%	3.1%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	29	127	21	1	5	4	187
		生活類型9類型の%	15.5%	67.9%	11.2%	.5%	2.7%	2.1%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	21	105	21	0	1	2	150
		生活類型9類型の%	14.0%	70.0%	14.0%	.0%	.7%	1.3%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	35	221	67	4	11	2	340
		生活類型9類型の%	10.3%	65.0%	19.7%	1.2%	3.2%	.6%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	32	239	67	5	12	5	360
		生活類型9類型の%	8.9%	66.4%	18.6%	1.4%	3.3%	1.4%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子(子供一人)	度数	13	59	12	1	4	1	90
		生活類型9類型の%	14.4%	65.6%	13.3%	1.1%	4.4%	1.1%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子(子供一人)	度数	18	108	21	3	5	3	158
		生活類型9類型の%	11.4%	68.4%	13.3%	1.9%	3.2%	1.9%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子(子供一人)	度数	20	135	31	3	11	4	204
		生活類型9類型の%	9.8%	66.2%	15.2%	1.5%	5.4%	2.0%	100.0%
合計		度数	237	1249	260	19	59	35	1859
		生活類型9類型の%	12.7%	67.2%	14.0%	1.0%	3.2%	1.9%	100.0%



区分支給限度基準額を超えてのサービス利用については、一人暮らしで比較的多くなっており、その中でも自立度がⅢ以上で多くなっていた。

図表 86 生活類型と区分支給限度基準額を超えるサービス利用

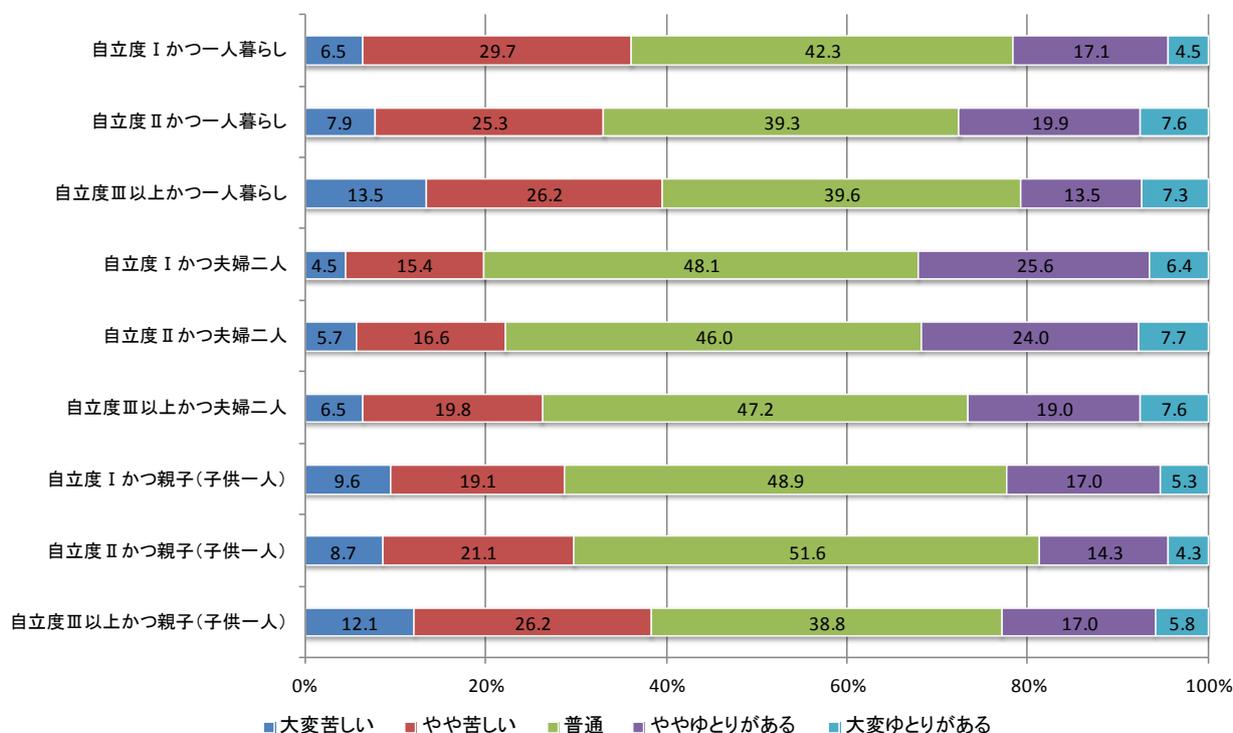
			問70.2012年4月から2012年9月までの間に支給限度基準額を超えてサービスを利用したことがありますか。		合計
			1.したことがある	2.したことがない	
生活類型9類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	12	233	245
		生活類型9類型の%	4.9%	95.1%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	32	317	349
		生活類型9類型の%	9.2%	90.8%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	47	211	258
		生活類型9類型の%	18.2%	81.8%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	4	152	156
		生活類型9類型の%	2.6%	97.4%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	21	327	348
		生活類型9類型の%	6.0%	94.0%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	38	325	363
		生活類型9類型の%	10.5%	89.5%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子(子供一人)	度数	5	87	92
		生活類型9類型の%	5.4%	94.6%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子(子供一人)	度数	8	151	159
		生活類型9類型の%	5.0%	95.0%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子(子供一人)	度数	28	173	201
		生活類型9類型の%	13.9%	86.1%	100.0%
合計		度数	195	1976	2171
		生活類型9類型の%	9.0%	91.0%	100.0%



世帯の経済状況については、一人暮らしで「大変苦しい」「やや苦しい」の割合が高くなっていた。

図表 87 生活類型と世帯の経済状況

			問18.利用者の属する世帯の経済状況について当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。					合計
			1.大変苦しい	2.やや苦しい	3.普通	4.ややゆとりがある	5.大変ゆとりがある	
生活類型9類型	自立度Ⅰかつ一人暮らし	度数	16	73	104	42	11	246
		生活類型9類型の%	6.5%	29.7%	42.3%	17.1%	4.5%	100.0%
	自立度Ⅱかつ一人暮らし	度数	28	90	140	71	27	356
		生活類型9類型の%	7.9%	25.3%	39.3%	19.9%	7.6%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ一人暮らし	度数	35	68	103	35	19	260
		生活類型9類型の%	13.5%	26.2%	39.6%	13.5%	7.3%	100.0%
	自立度Ⅰかつ夫婦二人	度数	7	24	75	40	10	156
		生活類型9類型の%	4.5%	15.4%	48.1%	25.6%	6.4%	100.0%
	自立度Ⅱかつ夫婦二人	度数	20	58	161	84	27	350
		生活類型9類型の%	5.7%	16.6%	46.0%	24.0%	7.7%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ夫婦二人	度数	24	73	174	70	28	369
		生活類型9類型の%	6.5%	19.8%	47.2%	19.0%	7.6%	100.0%
	自立度Ⅰかつ親子(子供一人)	度数	9	18	46	16	5	94
		生活類型9類型の%	9.6%	19.1%	48.9%	17.0%	5.3%	100.0%
	自立度Ⅱかつ親子(子供一人)	度数	14	34	83	23	7	161
		生活類型9類型の%	8.7%	21.1%	51.6%	14.3%	4.3%	100.0%
	自立度Ⅲ以上かつ親子(子供一人)	度数	25	54	80	35	12	206
		生活類型9類型の%	12.1%	26.2%	38.8%	17.0%	5.8%	100.0%
合計		度数	178	492	966	416	146	2198
		生活類型9類型の%	8.1%	22.4%	43.9%	18.9%	6.6%	100.0%

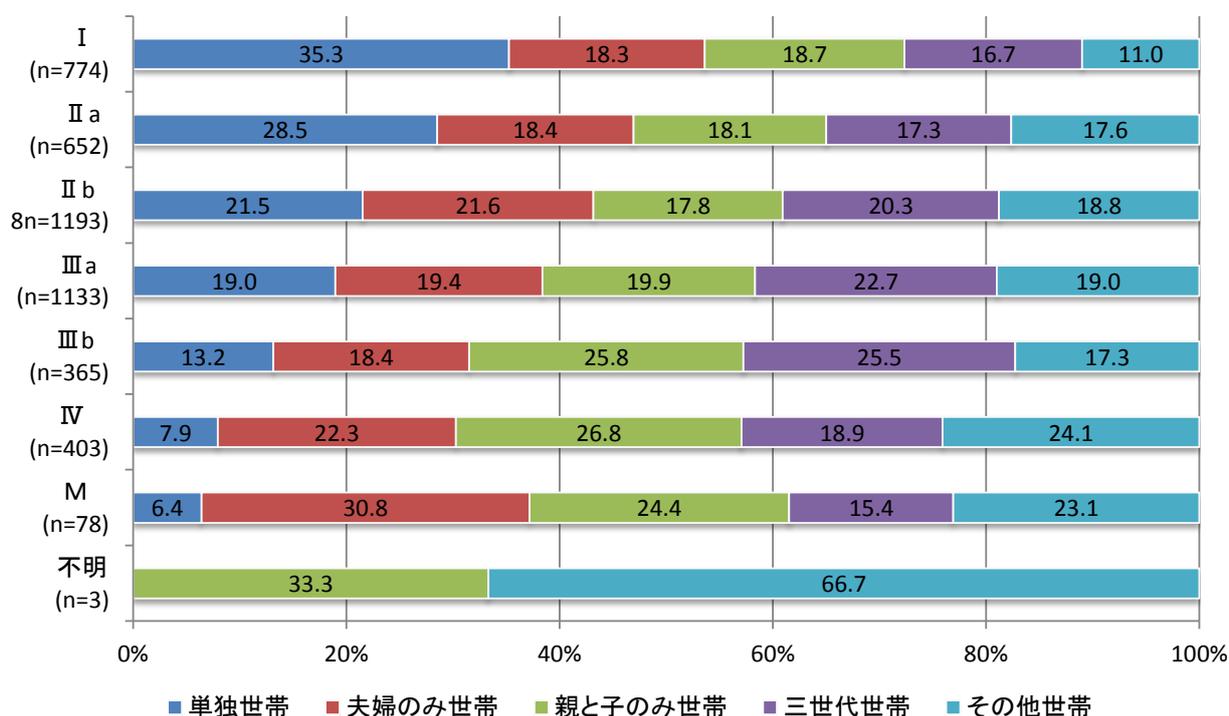


4. 利用者の状態像と世帯類型および主介護者の状況

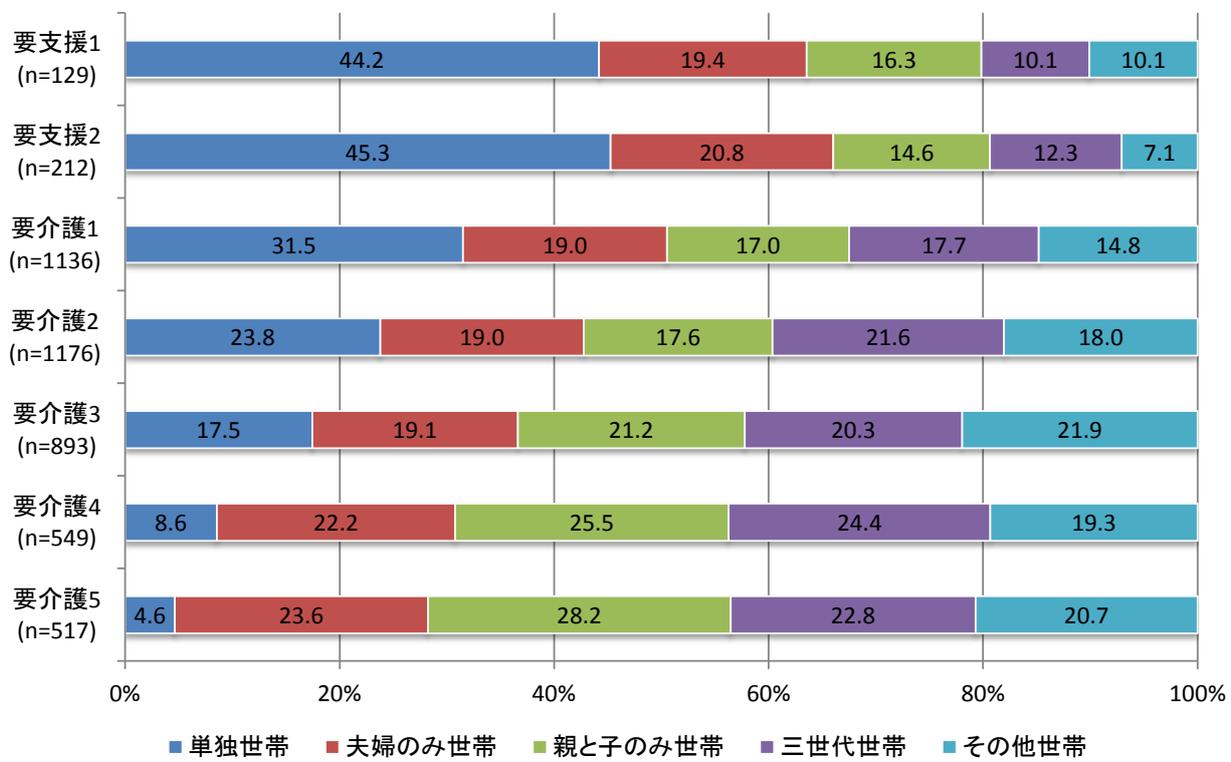
(1) 認知症自立度や要支援・要介護度が重度になるほど、「単独世帯」の割合は減少

「認知症高齢者の日常生活自立度」や「要支援・要介護度」が重度になるほど、「単独世帯」の割合は減少した。心身機能の低下が重度になると、同居して支援してくれる者がいないと在宅生活を維持するのは困難であることが伺えた。

図表 88 「認知症高齢者の日常生活自立度」と「世帯類型」



図表 89 「要支援・要介護度」と「世帯類型」

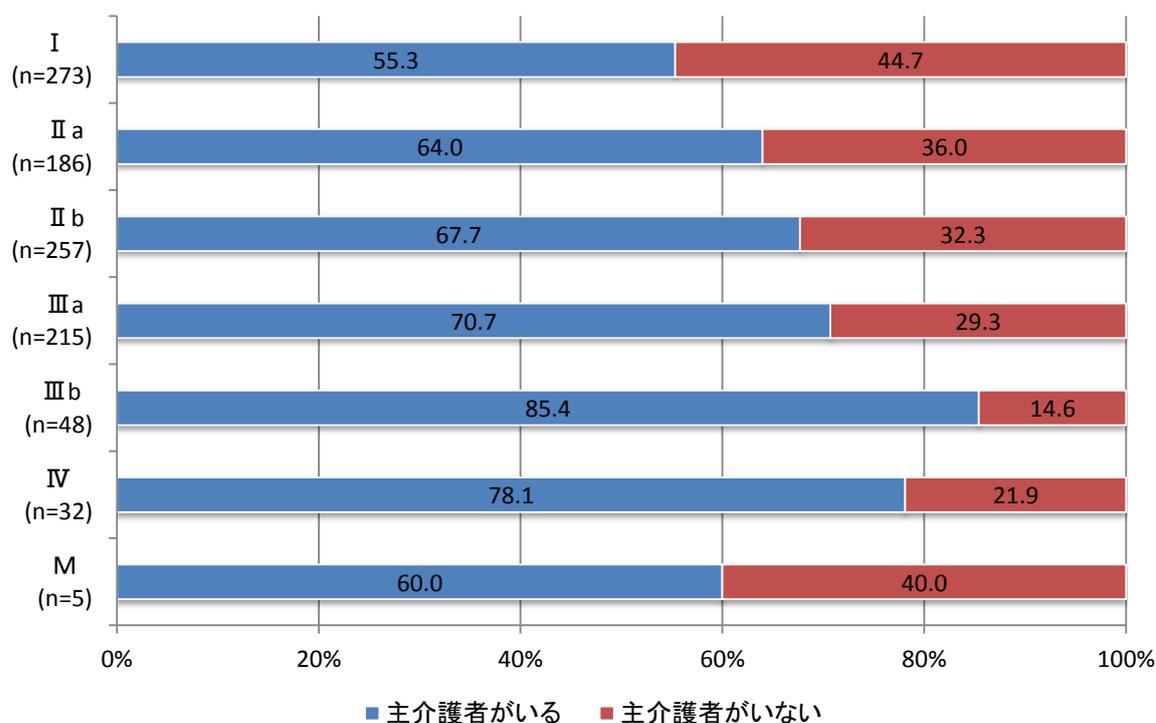


(2) 「単独世帯」では、心身機能の低下が重度であるほど「主介護者のいる」割合が高い

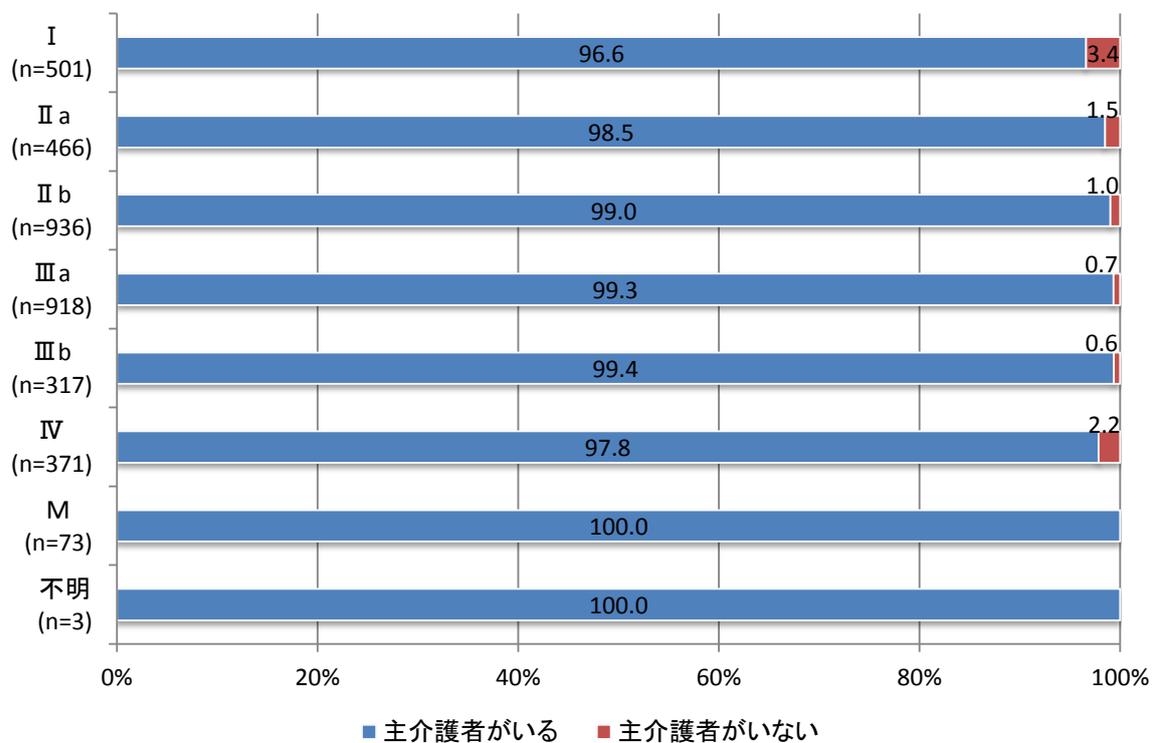
「単独世帯」では心身機能の低下が重度であるケースのほうが、軽度なケースと比べ「主介護者のいる」ケースの割合が高い傾向にあった。「同居者のいる世帯」では心身機能の軽重と主介護者の有無は関連がなかった。

なお、「単独世帯」の主介護者の有無についての傾向は、「認知症高齢者の日常生活自立度」でみると上記のような傾向がおおむねみられたものの、「要支援・介護度」みた場合には比較的ばらつきがあった。また、「同居者のいる世帯」の「要支援1」のケースでは、15.3%に主介護者がおらず、同居者はいても、介護を担えない状況もあるなどと考えられる。また、「認知症高齢者の日常生活自立度」がMのケースはサンプル数が5と限られていることに留意する必要がある。

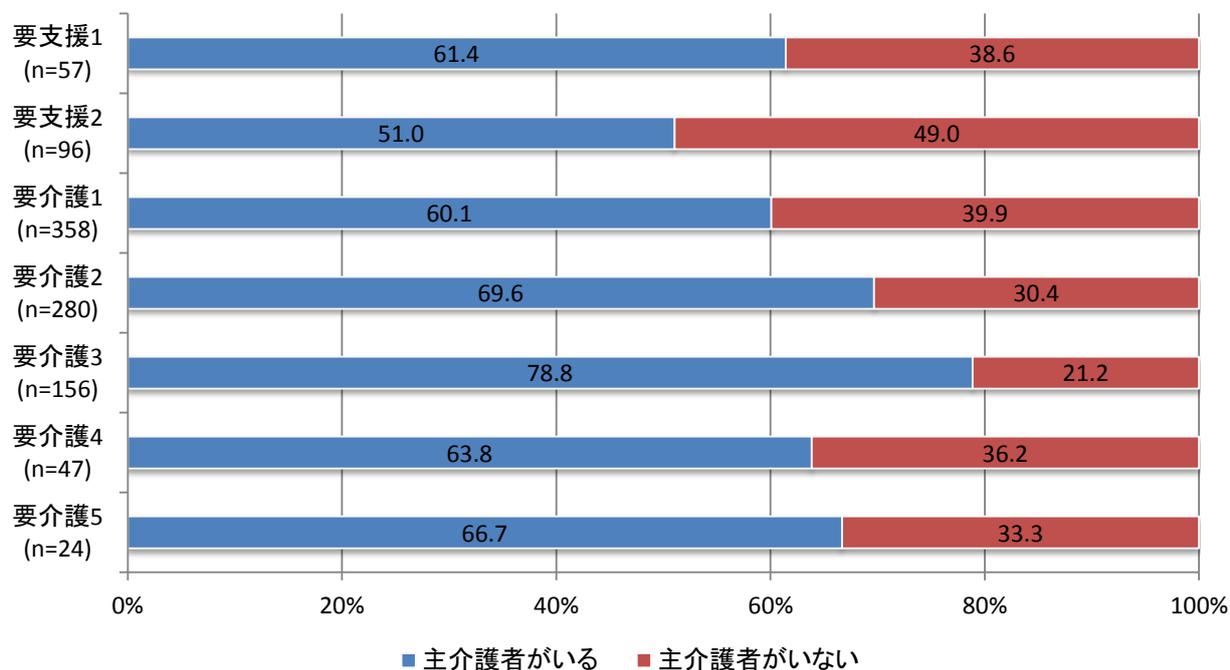
図表 90 「認知症高齢者の日常生活自立度」別の主介護者の有無(単独世帯)



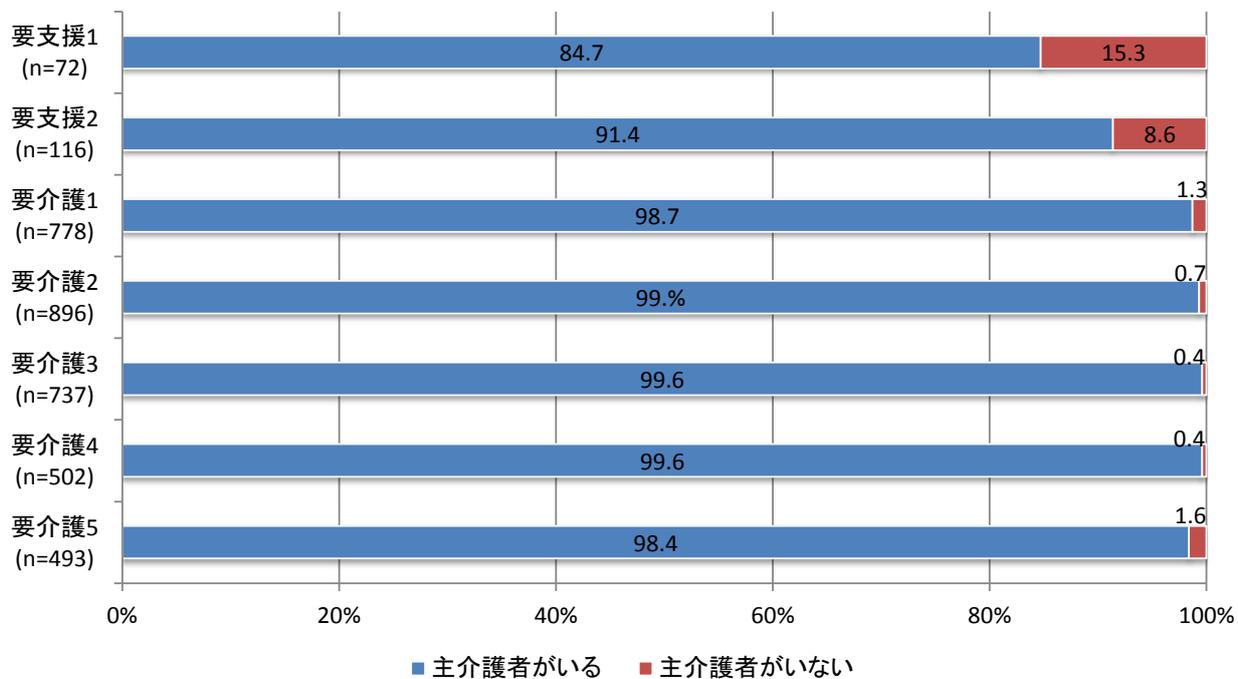
図表 91 「認知症高齢者の日常生活自立度」別の主介護者の有無(同居者のいる世帯)



図表 92 「要支援・介護度」別の主介護者の有無(単独世帯)



図表 93 「要支援・介護度」別の主介護者の有無(同居者のいる世帯)



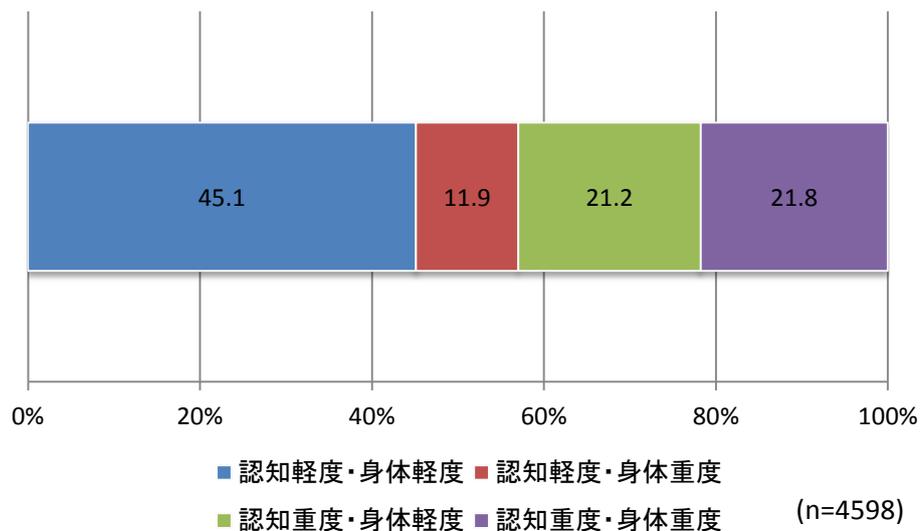
(3) 全体では、心身機能の低下が比較的軽度なケースが半数近い

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱb以下を「認知軽度」、Ⅲb以上を「認知重度」とし、「障害高齢者の日常生活自立度」A2以下を「身体軽度」、B1以上を「身体重度」として心身機能低下の状態を分けた（これらを「利用者の状態像（4分類）」とする）。さらにそれらを総合して利用者の状態像を①「認知軽度・身体軽度」、②「認知軽度・身体重度」、③「認知重度・身体軽度」、④「認知重度・身体重度」という4群に分類した。その結果、45.1%は認知機能と身体機能の低下が比較的軽度な「認知軽度・認知軽度」の群であった。

図表 94 利用者の状態像 4 分類

		利用者の状態像4分類							
「 認知 症 高 齢 者 の 日 常 生 活 自 立 度 」	I	①認知軽度 身体軽度				②認知軽度 身体重度			
	Ⅱ a								
	Ⅱ b								
	Ⅲ a	③認知重度 身体軽度				④認知重度 身体重度			
	Ⅲ b								
	Ⅳ								
	M								
		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		「障害高齢者の日常生活自立度」							

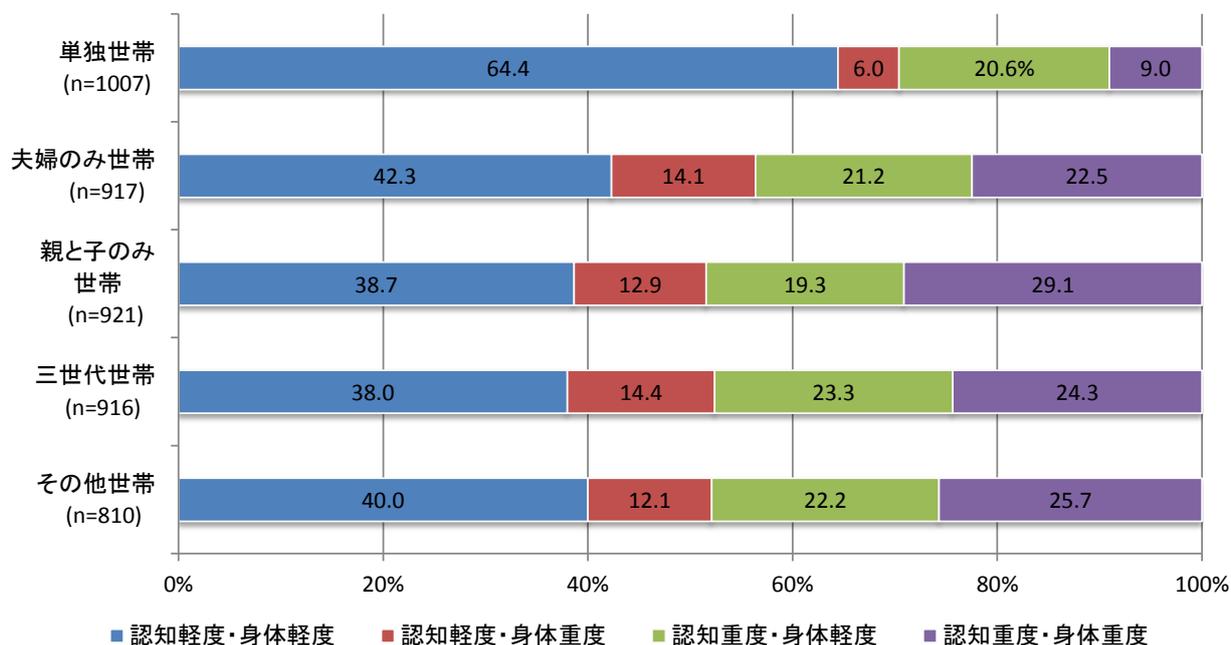
図表 95 利用者の状態像



(4) 「単独世帯」では、心身機能の低下が比較的軽度なケースが6割以上

「単独世帯」では、利用者の状態像が「認知軽度・身体軽度」ケースは64.4%で、他の世帯類型よりも20%ポイント以上高い割合を占めた。また、「認知軽度・身体重度」と「認知重度・身体軽度」の割合が他の世帯類型と比べて低く、「単独世帯」は比較的体機能の維持されているケースが多いという結果であった。なお、「単独世帯」以外の世帯類型の間で大きな差はなかった。

図表 96 世帯類型別の利用者の状態像

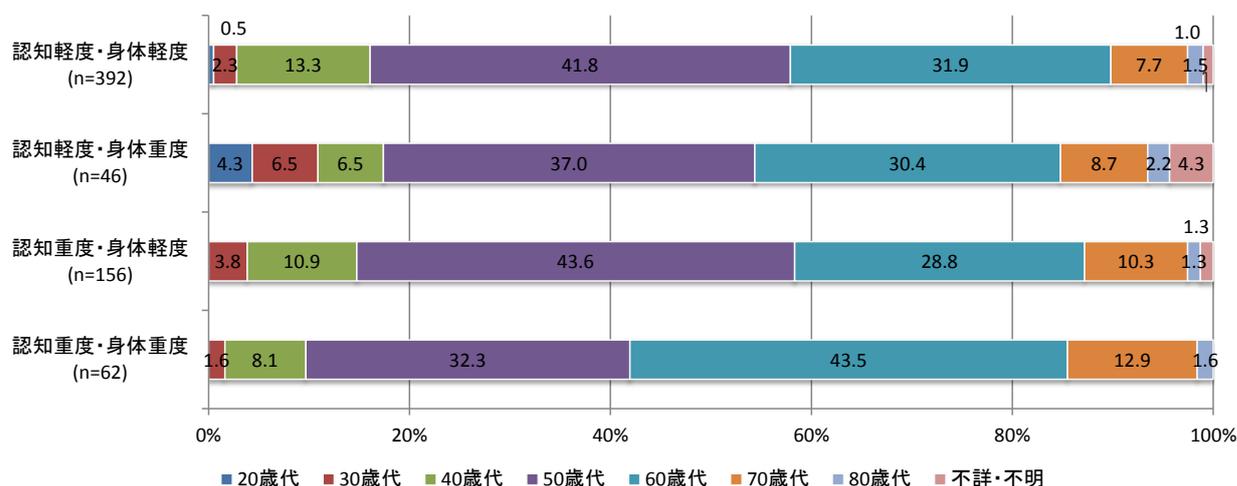


(5) 「単独世帯」では、心身機能の低下が重度であるほど、主介護者が「60歳以上」の割合が高い

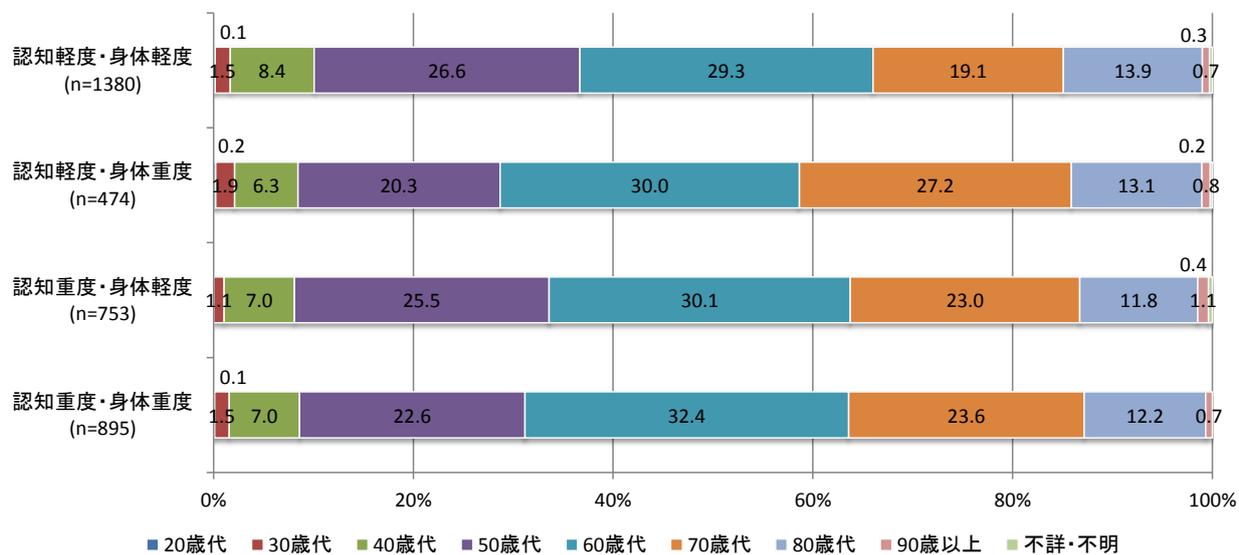
「単独世帯」では、利用者の認知機能・身体機能の両者の低下が比較的重度である「認知重度・身体重度」のケースにおいて、他の状態像のケースよりも主介護者の年齢が60歳代というケースが43.5%と他の状態像より10%ポイント以上多かった。同状態像ケースでは、60歳代以上のケースが58%を占めており、心身機能の低下の重度な利用者を高年齢の主介護者が介護していた。

一方、「同居者のいる世帯」では主介護者の年代の構成に、利用者の状態像による大きな差はなかった。

図表 97 利用者状態像別の主介護者の年齢(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」)



図表 98 利用者状態像別の主介護者の年齢(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」)

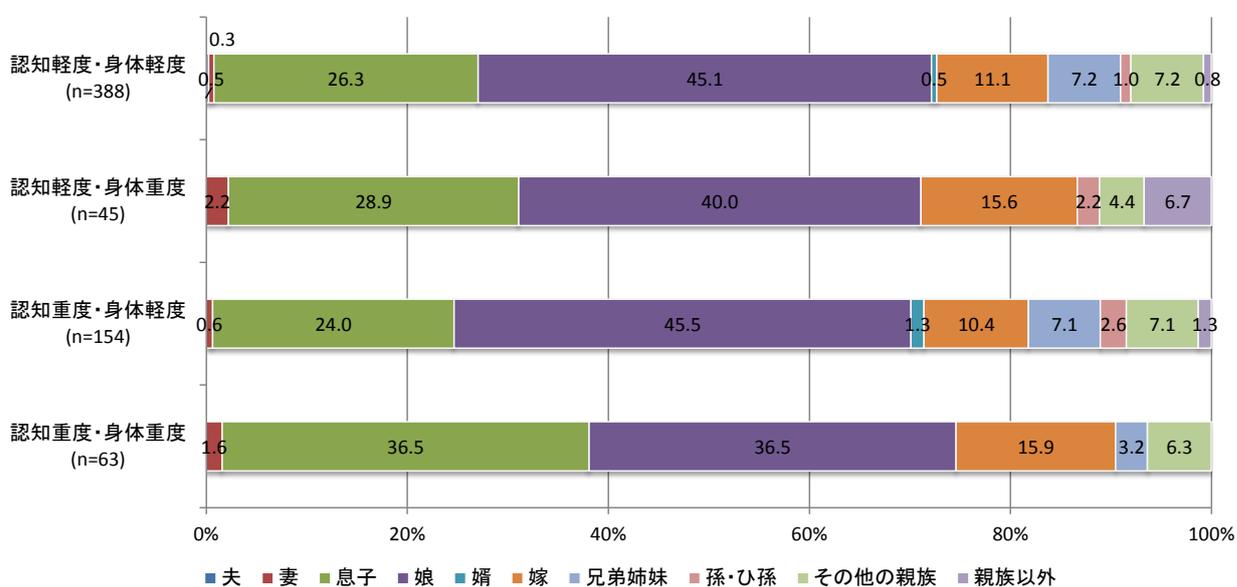


(6) 「単独世帯」では、主介護者は「息子」と「娘」で7割程度を占める

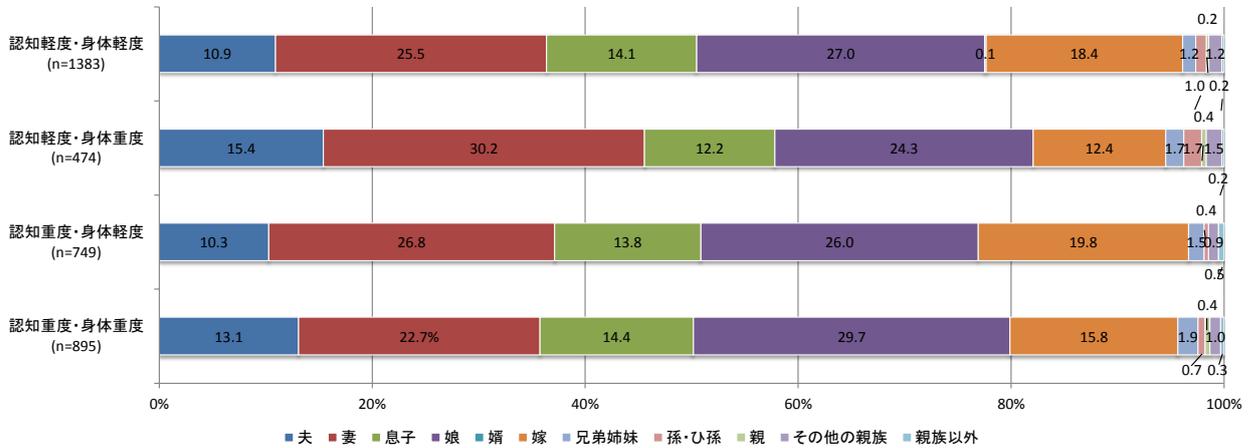
「単独世帯」では、「認知軽度・身体軽度」や「認知軽度・身体重度」の2群で他の2群よりも「嫁」の割合が5%ポイント程度高いなど、「利用者の状態像（4分類）」による多少の差異はあるものの、4つの状態像すべてで、「息子」・「娘」の占める割合が高く、70%程度を占めていた。

「同居者のいる世帯」では、「単独世帯」同様に状態像による多少の差異はあるものの、「妻」と「娘」の占める割合が高かった。「夫」と「妻」で35%以上を占め、「娘」も4つの状態像で24.3～29.7%と比較的高い割合を占めていた。

図表 99 利用者状態像別の主介護者の続柄(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」)



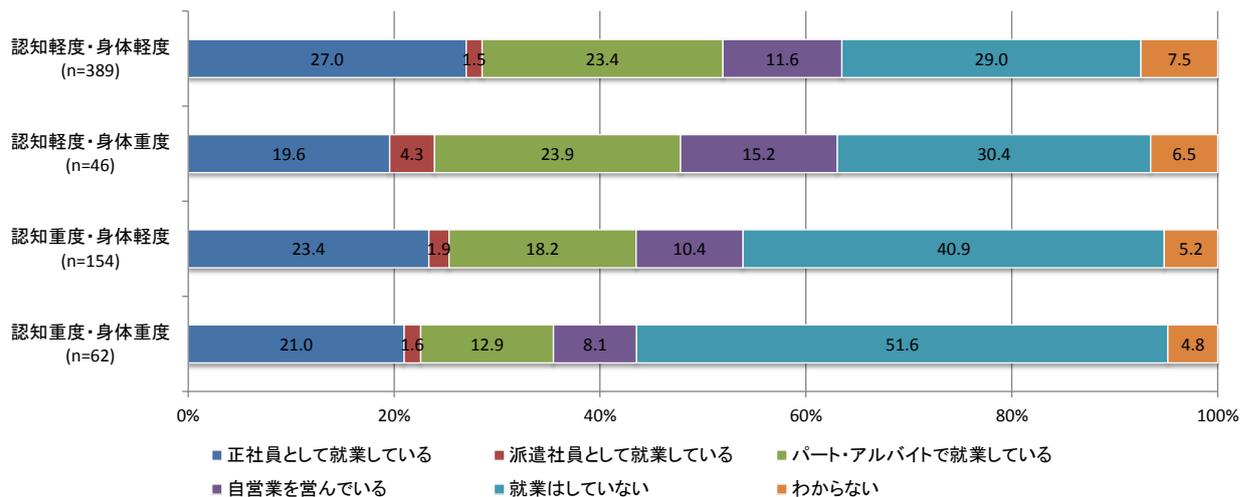
図表 100 利用者状態像別の主介護者の続柄(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」)



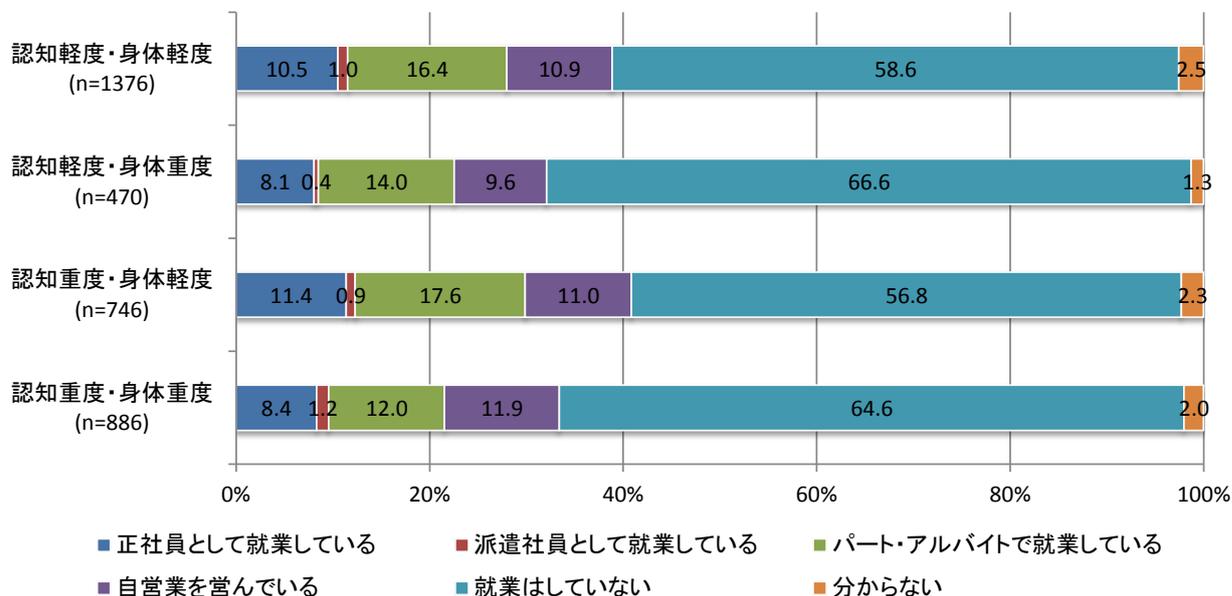
(7) 認知機能あるいは身体機能が低いほど、主介護者が「就業していない」割合が高い

「単独世帯」では、主介護者が就業していないケースの割合は、「認知軽度・身体軽度」、「認知軽度・身体重度」、「認知重度・身体軽度」、「認知重度・身体重度」の順で高かった。一方、「同居者のいる世帯」では、「認知軽度・身体重度」と「認知重度・身体重度」の2群で他の2群よりも主介護者が「就業していない」ケースの割合が6~9.8ポイント高かった。

図表 101 利用者状態像別の主介護者の就業状況(「単独世帯」かつ「主介護者のいるケース」)



図表 102 利用者状態像別の主介護者の就業状況(「同居者のいる世帯」かつ「主介護者のいるケース」)



5. まとめ

(1) 生活類型について

主介護者は一人暮らし、親子世帯では50～60歳代の女性が多いが、親子世帯で若干60歳代が多い傾向であった。一人暮らしでは日帰りで通っての介護が多く、その中でも自立度がⅢ以上では頻度も毎日が多くなり、定期的に宿泊の割合も増える傾向にあった。主介護者の健康については、全般的に「まあ健康である」の割合が高くなっているが、一人暮らしでは、とても健康であるの割合が、夫婦二人暮らしよりも多くなっていた。主介護者の精神的な状態については、全般的に「まあよい」の割合が高くなっていた。区分支給限度基準額を超えてのサービス利用については、一人暮らしで比較的多くなっており、その中でも自立度がⅢ以上で多くなっていた。世帯の経済状況については、一人暮らしで経済状況が苦しいと答える割合が高くなっていた。

(2) 利用者の状態像について

利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」や「要支援・介護度」が重度になるほど、「単独世帯」の割合は減るという傾向が一部を除いてみられた。認知症者が単身で在宅生活を送るには、利用者本人の心身機能が維持されているかどうかの影響が大きいと思われる。

主介護者の有無では、「同居者のいる世帯」のほとんどのケースに主介護者がいた。同居す

る家族が主たる介護者となっていると考えられる。ただし、「同居者のいる世帯」であっても、利用者が要支援1のケースでは15.3%のケースで「主介護者がいない」とされており、同居者がいても介護を行わない、あるいは行えない状況にあると思われるケースが一定数存在した。主介護者も心身に困難を抱えた世帯である可能性が考えられる。なお、利用者が要支援1という比較的心身機能の低下が軽度な状態であるため、介護サービスなどによるわずかな支援のみで生活が維持できており、同居者に介護してもらわないといけないということも考えられる。

「利用者の状態像（4分類）」と世帯類型および主介護者の属性の関連では、「単独世帯」の「認知重度・身体重度」の利用者のケースにおいて、主介護者の年齢が60歳代以上である割合が他の状態像のケースよりも高かった。心身機能の低下が重度である利用者が高齢の主介護者が支えているケースの存在が伺えた。また、「同居者のいる世帯」では、主に配偶者（「夫」・「妻」）が主介護者となり、「単独世帯」では子（「息子」・「娘」）が主介護者となっていた。高齢者世帯の増加や核家族化にともない、配偶者による「老々介護」や、子による「通い介護」が多くなっていると考えられる。

主介護者の就業状況と「利用者の状態像（4分類）」や世帯との関連をみると、「単独世帯」では、利用者の認知機能の低下と主介護者が「就業していない」ことの関連が比較的強かった。他方、「同居者のいる世帯」では、利用者の身体機能の低下との関連が比較的強かった。主介護者が利用者と同居しているか否かで、利用者の認知機能あるいは身体機能の低下による介護負担などの主介護者に及ぼす影響が異なる可能性が考えられる。なお、先に示した通り「認知重度・身体重度」の状態像のケースでは高齢の主介護者が多かったことなどから、もともと仕事をしていた可能性と、介護のために仕事をしない可能性のどちらもが考えられる。

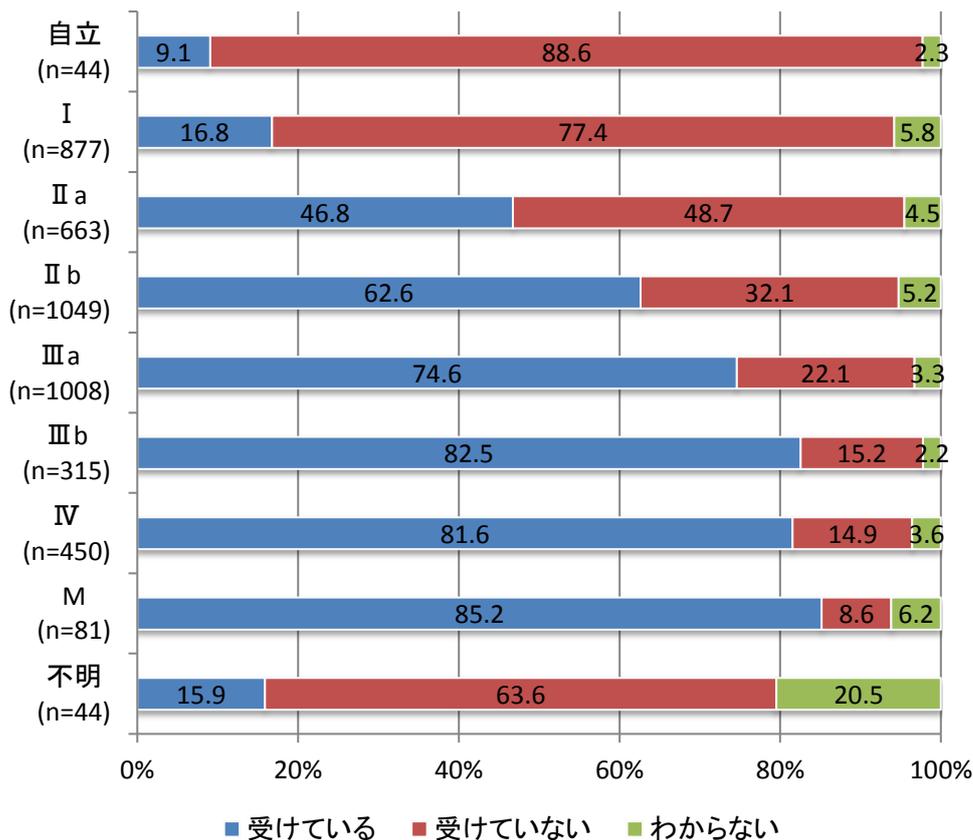
6. 認知症の診断に関連する支援の状況および診断の影響

1. クロス集計等による分析

(1) 認知症の診断の有無は「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa/Ⅱbが境界

認知症の診断を受けているのは55.8%であった。診断を受けているケースを「認知症高齢者の日常生活自立度」別にみると、Ⅱaまでは認知症の診断を受けていない割合のほうが高く、Ⅱb以上では診断を受けている割合が高くなるという結果であった。これらは直近の主治医意見書の記載とケアマネジャーの判定のどちらを用いても同様であった。認知症が軽度の段階では、症状が明確でないことや、差し迫った生活問題が生じないことなどから受診に結びつきづらいう可能性が考えられる。

図表 103 「認知症高齢者の日常生活自立度」別の認知症の診断の有無

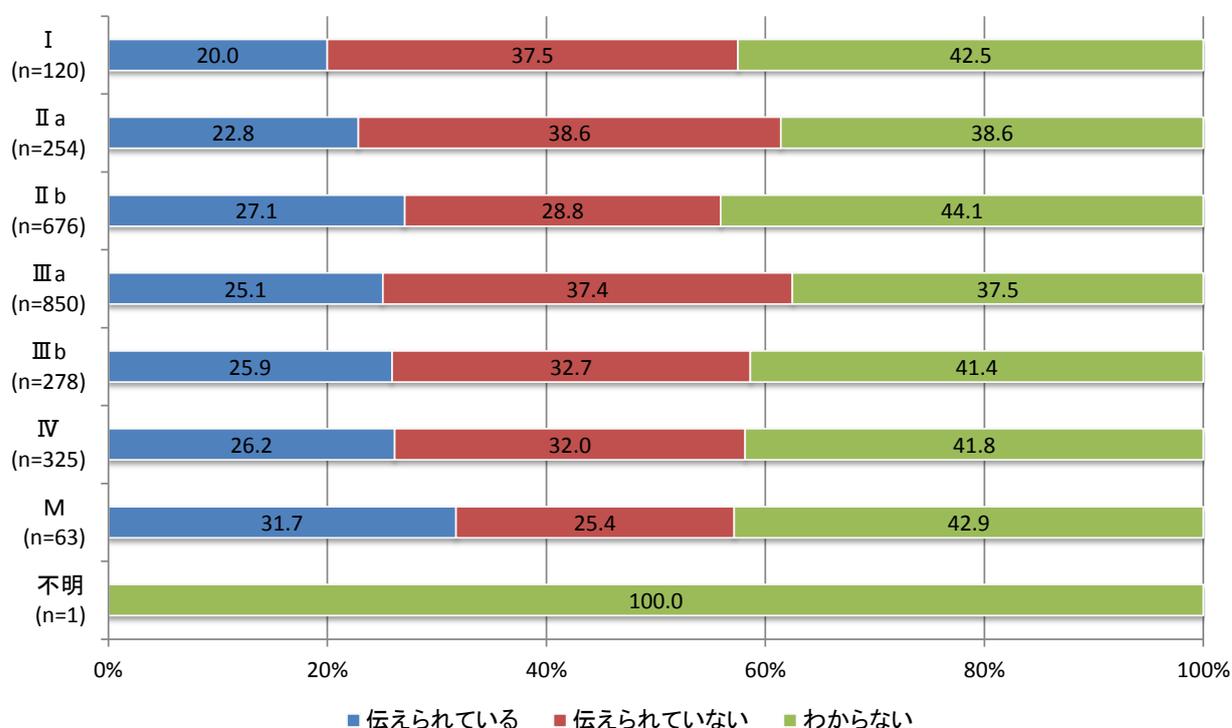


(2) 利用者に認知症であることが伝えられているか否かは認知症自立度の軽重によらない

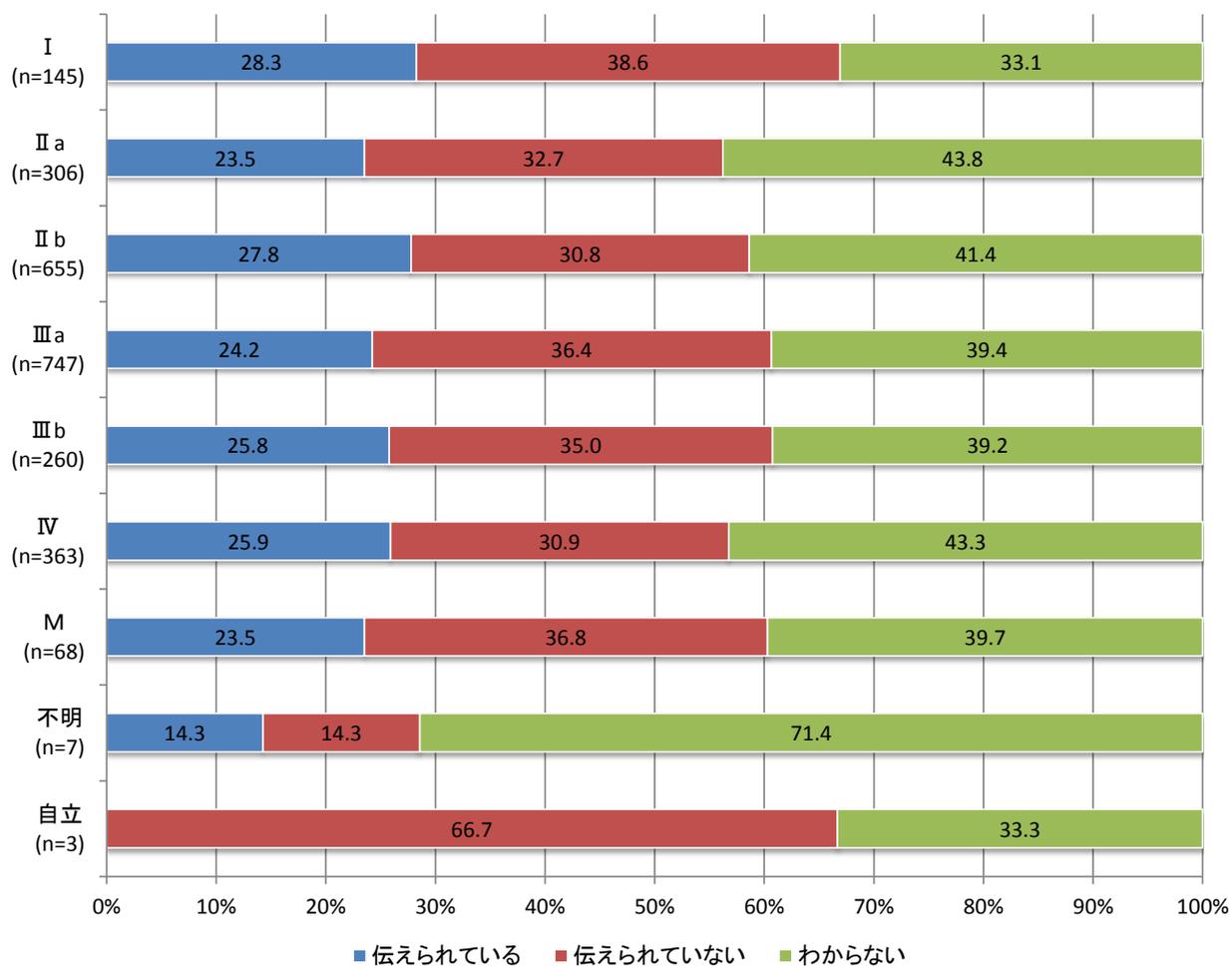
ケアマネジャーの判定した「認知症高齢者の日常生活自立度」に基づくと、IがMに比べ伝えられていない割合が高いという差はあったものの、それを除けば「認知症高齢者の日常生活自立度」の軽重による一定の傾向はみられなかった。

ただし、「認知症の診断」、「主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度」、「ケアマネジャーが判定した認知症高齢者の日常生活自立度」の三者はそれぞれ診断・判定した時期が異なっていることに留意する必要がある。

図表 104 利用者に対して認知症であることが伝えられているか(ケアマネジャーの判定した「認知症高齢者の日常生活自立度」別)



図表 105 利用者に対して認知症であることが伝えられているか(主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」別)



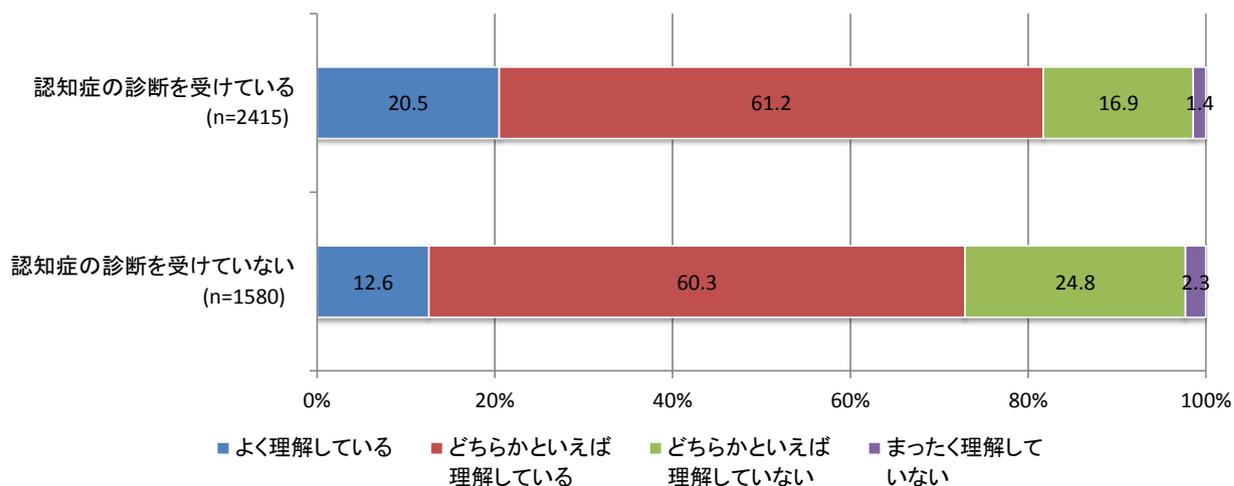
(3) 認知症の診断を受けているケースでは主介護者の認知症に対する理解も高い

認知症の診断を受けている群では、主介護者の認知症について「よく理解している」のは20.5%で認知症の診断を受けていない群よりも7.9%ポイント高かった。また、「どちらかといえば理解していない」は、認知症の診断を受けている群のほうが7.9%ポイント低かった。カイ二乗検定を行った結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

図表 106 「認知症の診断」と「主介護者の認知症の理解」

		主介護者の認知症の理解				合計
		1. よく理解している	2. どちらかといえば理解している	3. どちらかといえば理解していない	4. まったく理解していない	
認知症の診断	1. 受けている	495 20.5%	1478 61.2%	408 16.9%	34 1.4%	2415 100.0%
	2. 受けていない	199 12.6%	953 60.3%	392 24.8%	36 2.3%	1580 100.0%
	合計	694 17.4%	2431 60.9%	800 20.0%	70 1.8%	3995 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 68.471 ($p < 0.001$)



(4) 介護の開始以前に認知症の診断を受けているケースでは家族関係も良好

介護開始以前に認知症の診断を受けていたのは、認知症の診断の時期と介護を開始した時期の両者が明らかであったケースのうち 62.3%であった。介護開始以前に診断を受けている群では、利用者を取り巻く家族関係の「とても良い」ケースが 27.3%であり、介護を開始後に診断を受けている群よりも 4.1%ポイント高かった。また、「やや悪い」についてみると、介護を開始してから診断を受けた群のほうが 5.0%ポイント高くなっている。カイ二乗検定を行った結果、有意差 ($p < 0.05$) を認めた。

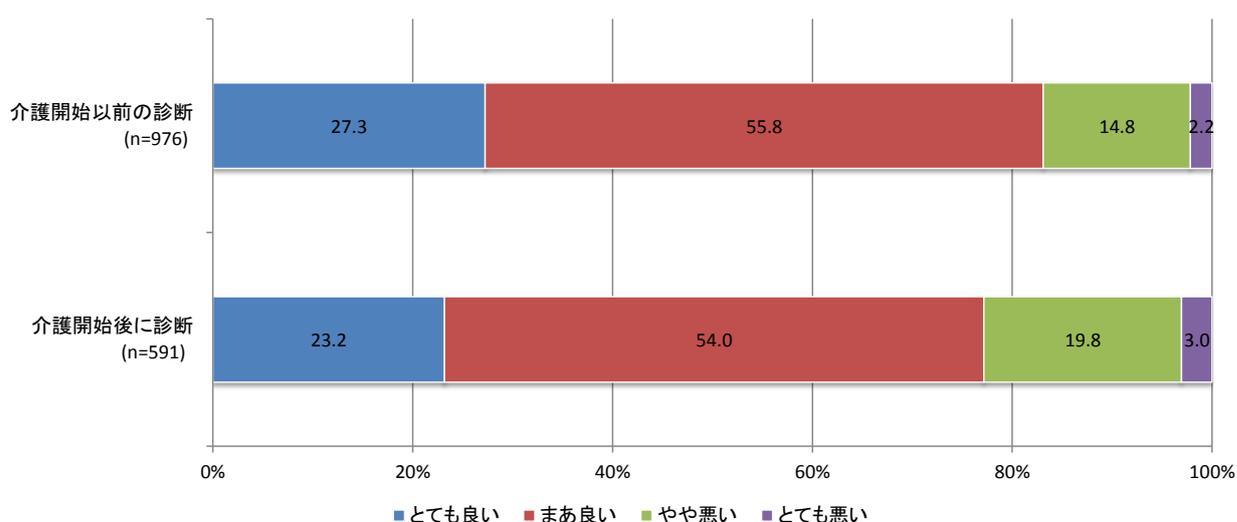
図表 107 認知症の診断の時期

		n	%
認知症の診断の時期	介護開始以前	976	62.3
	介護開始してより後	591	37.7
	合計	1567	100.0

図表 108 「認知症の診断の時期」と「利用者の家族関係」

		利用者の家族関係				合計
		1. とても良い	2. まあ良い	3. やや悪い	4. とても悪い	
認知症の診断の時期	介護開始以前	266	545	144	21	976
		27.3%	55.8%	14.8%	2.2%	100.0%
	介護開始してより後	137	319	117	18	591
		23.2%	54.0%	19.8%	3.0%	100.0%
合計		403	864	261	39	1567
		25.7%	55.1%	16.7%	2.5%	100.0%

Pearsonのカイ二乗値 9.409 ($p < 0.05$)



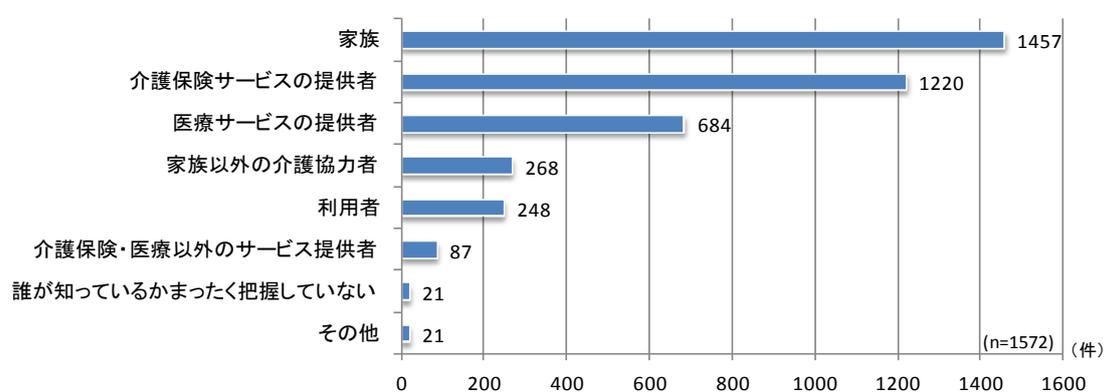
(5) 関係者による原因疾患の情報共有は主介護者の利用者に対する接し方を改善

認知症の原因疾患の確定診断を受けているケースにおいて、原因疾患が「何であるか」を知っているのは家族が最多で、次いで介護保険サービス提供者の 77.6%(1,457/1,572)であった。

認知症の原因疾患の確定診断を受けている 1,608 ケースにおける、原因疾患情報の共有と主介護者の利用者への接し方の変化を検討するため、情報共有を以下の 3 段階で操作的に定義して検討した。まず、認知症の原因疾患が「何であるか」を利用者・家族ならびに周囲の関係者（医療・介護サービス提供者やその他の介護協力者など）の二者がともに知っている場合を「情報共有できている」とした。利用者・家族のみ、または周囲の関係者のみのどちらかが単独で知っている場合を「部分的な情報共有」とした。ケアマネジャーを除いて、利用者・家族並びに周囲の関係者が原因疾患を把握していない場合を「情報共有できていない」とした。

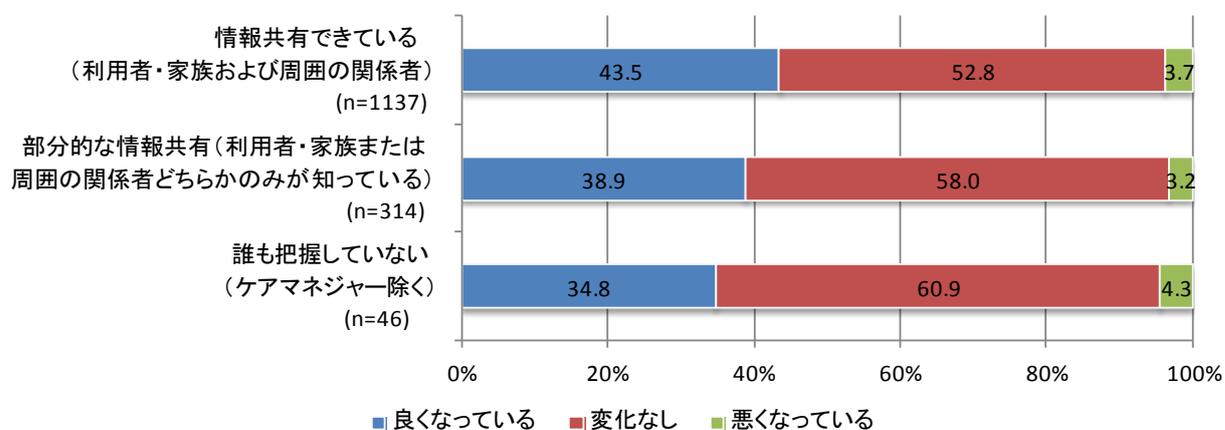
主介護者の利用者への接し方がケース担当時よりも現在で「良くなっている」ケースの割合は、「情報共有できている」ケースでもっとも高く、「部分的な情報共有」、「情報共有できていない」の順で低くなっていた。

図表 109 原因疾患の情報共有(複数回答)



図表 110 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」

		主介護者の利用者への接し方の変化 (ケース担当時から現在)			合計
		良くなっている	変化なし	悪くなっている	
認知症の原因疾患が 「何であるか」の情報共有	情報共有できている (利用者・家族および周囲の関係者)	495 43.5%	600 52.8%	42 3.7%	1137 100.0%
	部分的な情報共有 (利用者・家族または周囲の関係者どちらかのみが知っている)	122 38.9%	182 58.0%	10 3.2%	314 100.0%
	誰も把握していない (ケアマネジャー除く)	16 34.8%	28 60.9%	2 4.3%	46 100.0%
	合計	633 42.3%	810 54.1%	54 3.6%	1497 100.0%

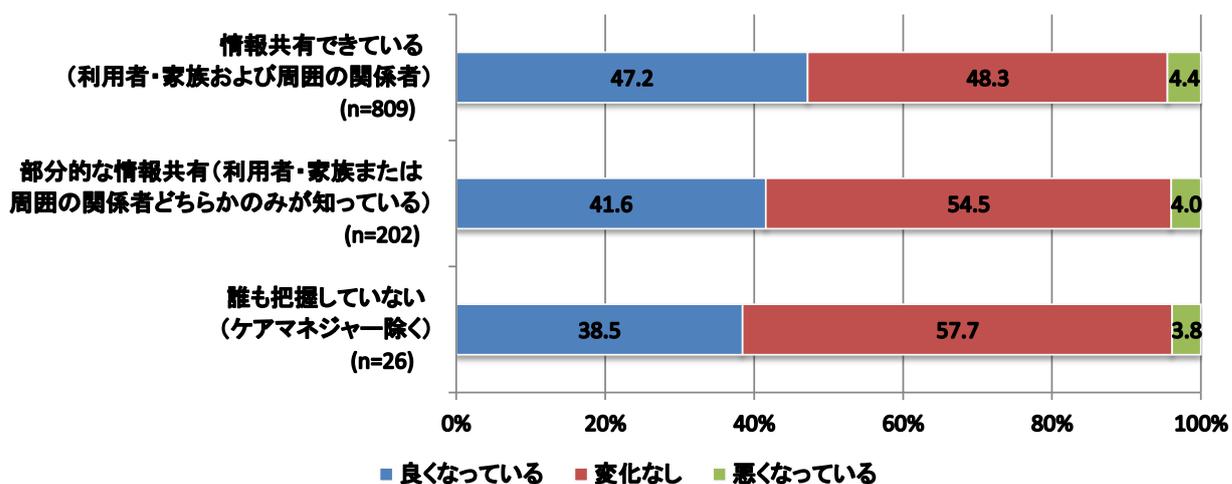


BPSDの有無で群分けした場合でも「情報共有できている」ほうが「主介護者の利用者への接し方が良くなっている」という傾向があった。

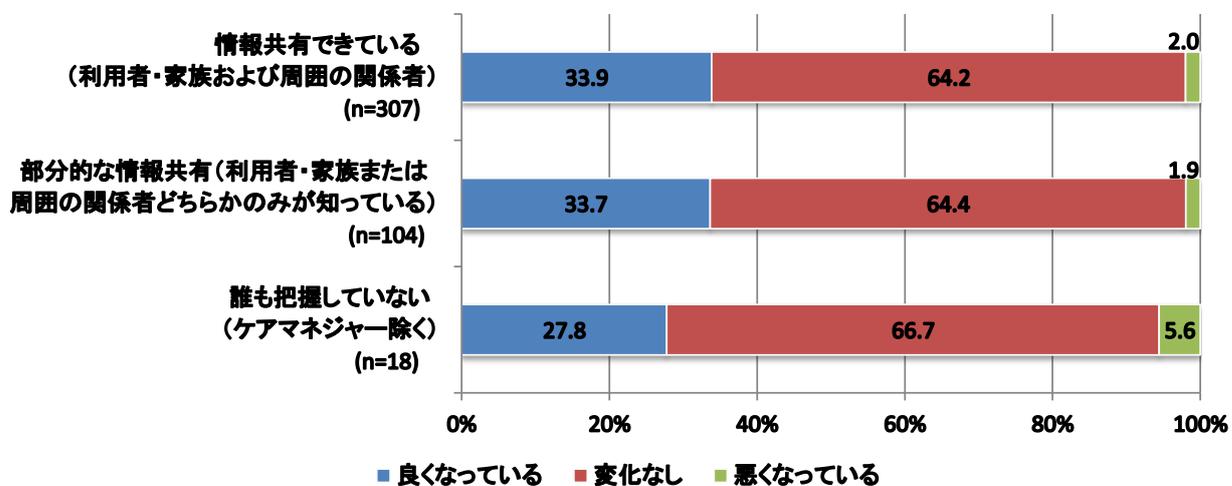
図表 111 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」

			主介護者の利用者への接し方の変化 (ケース担当時から現在)			合計
			良くなっている	変化なし	悪くなっている	
BPSDあり	認知症の原因疾患が「何であるか」の情報共有	情報共有できている (利用者・家族および周囲の関係者)	382 47.2%	391 48.3%	36 4.4%	809 100.0%
		部分的な情報共有 (利用者・家族または周囲の関係者どちらかのみが知っている)	84 41.6%	110 54.5%	8 4.0%	202 100.0%
		誰も把握していない (ケアマネジャー除く)	10 38.5%	15 57.7%	1 3.8%	26 100.0%
		合計	476 45.9%	516 49.8%	45 4.3%	1037 100.0%
BPSDなし	認知症の原因疾患が「何であるか」の情報共有	情報共有できている (利用者・家族および周囲の関係者)	104 33.9%	197 64.2%	6 2.0%	307 100.0%
		部分的な情報共有 (利用者・家族または周囲の関係者どちらかのみが知っている)	35 33.7%	67 64.4%	2 1.9%	104 100.0%
		誰も把握していない (ケアマネジャー除く)	5 27.8%	12 66.7%	1 5.6%	18 100.0%
		合計	144 33.6%	276 64.3%	9 2.1%	429 100.0%

図表 112 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」
(BPSD あり群)



図表 113 「認知症の原因疾患の情報共有」と「主介護者の利用者への接し方の変化」
(BPSD なし群)



2. 早期診断と家族関係（ロジスティック回帰分析）

認知症への初期介入においては、何よりもまず、正確な診断を迅速に行うことが重要である。また、正確な診断がなされても、病名をつけただけでは患者や家族の生活上の問題は解決されないため、患者・家族と診断をシェアし、病気について理解してもらう教育的アプローチを継続的に行っていくことも必要であるとされている⁷。しかし、早期診断や、患者・家族に認知症について理解してもらうことの有効性について検証した研究は少ないため、ここではその検証を行う。

(1) 方法

データは、利用者票を用いた。手法は、度数分布やクロス集計に加え、家族関係に関連するその他の因子を調整し、オッズ比を計算するためにロジスティック回帰分析を用いた。

① 主要な被説明変数

主要な被説明変数として家族関係を用いた。家族関係の設問は以下を用いた。

問 19. ケアマネジャーからみた利用者を取り巻く現在の家族関係について当てはまるもの 1 つに「レ」印をつけてください。
<input type="checkbox"/> 1. とても良い <input type="checkbox"/> 2. まあ良い <input type="checkbox"/> 3. やや悪い <input type="checkbox"/> 4. とても悪い

② 主要な説明変数

早期診断の変数は、診断時期（年・月）が、主介護者が介護を開始した時期（年・月）から 1 2 カ月以内であれば、「早期診断 1 2 カ月以内」、また、6 カ月以内、3 カ月以内であれば、それぞれ、「早期診断 6 カ月以内」「早期診断 3 カ月以内」という変数を作成した。

③ その他の説明変数の選択

家族関係に関連するその他の因子のグループとして、利用者の状態・世帯構成や家族に関する変数・主介護者の状態を想定し、以下の変数を用いた。

④ 利用者の状態

年齢、性別に加え、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、疾患の有無を利用した。日常生活自立度には主治医意見書によるものとケアマネジャーの判断によるものの両者があるが、両者について年齢・性別だけを説明変数に加えたモデルにより、比較したところあてはまりを示す指標は主治医意見書によるものと大きな差は見られなかった⁸。内生性⁹の可能性を低くすることを優先し、主治医意見書による自立度を利用した。

IADL や ADL については、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）と同時投入すると標準誤差が大きかったため、日常生活自立度の利用を優先した。

7 平原佐斗司(2013)『医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門 早期診断、BPSD の対応から緩和ケアまで』中央法規。

8 年齢、性別に加え、主治医意見書にある認知症高齢者の日常生活自立度・障害高齢者の日常生活自立度を投入したモデルでは、NagelkerkeR2 乗は 0.032、ケアマネジャーによる認知症高齢者の日常生活自立度・ケアマネジャーによる日常生活自立度を投入したモデルでは 0.037 であった。

9 例えば、回答者の性格等により、家族関係と自立度が、一定のルールで関連を持つ（同時に悪い方向で認識される等の）場合、実際の変数の関連とは別に、誤った関連が示される可能性があるため、両者が調査票の中で同時決定されないほうが、統計分析上望ましい。

BPSD の有無については「なし」を基準に「軽度の症状あり」「中・重度の症状あり」の変数を投入した。

疾患については、以上の変数に加えて全て同時投入した際に、有意に家族関係を悪くする方向に関連が見られた糖尿病、肥満、間接病・神経痛、胃腸病、精神疾患、聴覚障害を利用した。

⑤ 世帯構成や家族に関する変数

世帯構成に関する変数は有意な関連が見られず、むしろ、どのような続き柄の人が同居しているかのほうが有意な関連が見られたため、それを利用した。「夫または妻」や「婿」が同居していると家族関係が悪くなる方向に関連していた。また、家族関係に影響する要因として世帯の経済状況も含めた。

⑥ 主介護者の状態

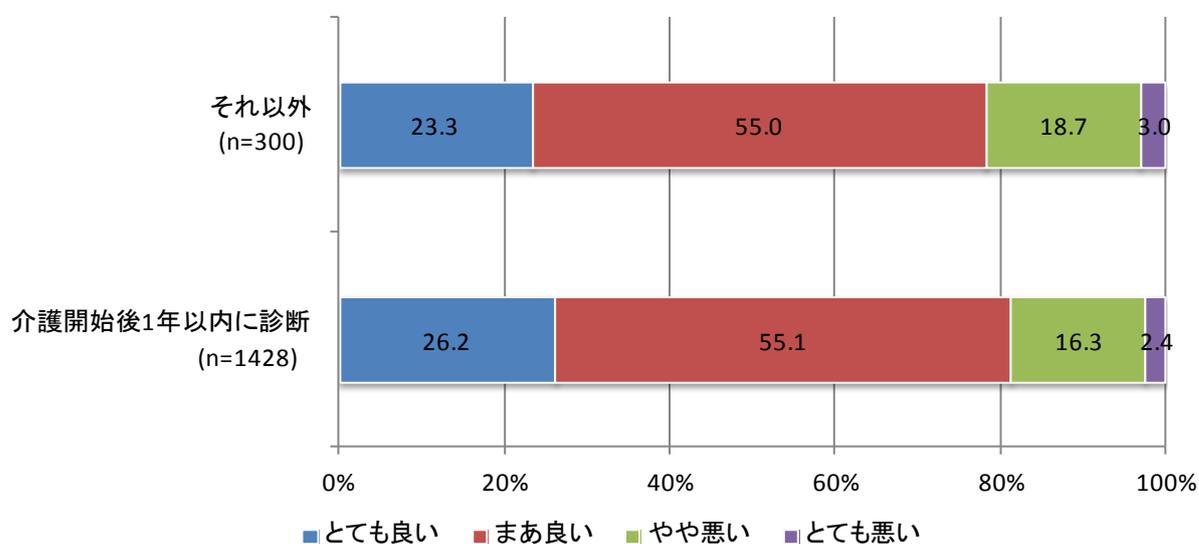
年齢と性別を含めたが、主介護者の精神状態は家族関係と類似の概念と考えられると同時に、主要な説明変数から家族関係への関連を推定するにあたりバイアスをもたらす可能性があるため含めなかった（事後的に含めて推定したが結果は大きく変わらなかった）。

(2) 分析結果

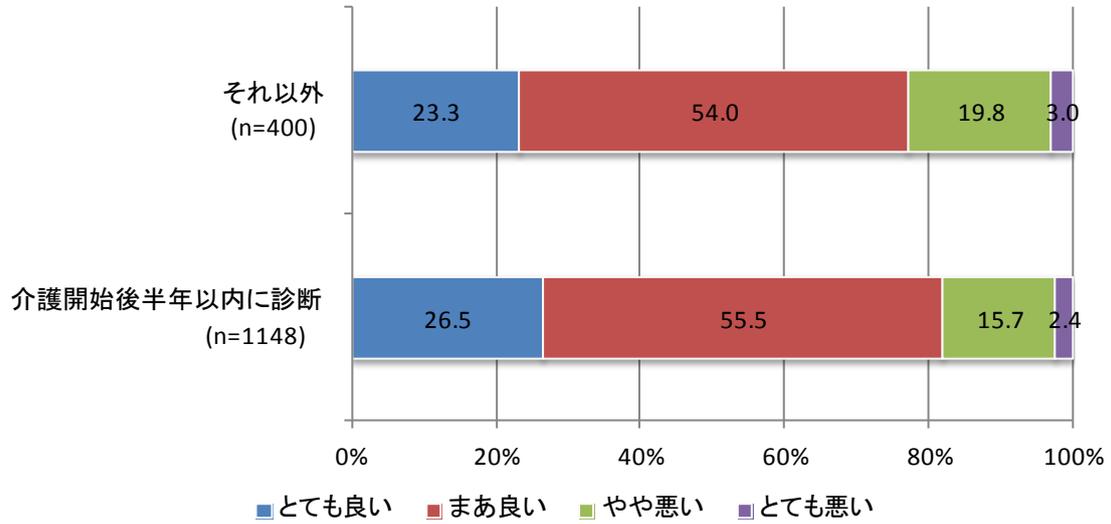
① 記述統計

早期診断の変数は1年以内か否かの変数では、1年以内の群ではそれ以外と比較して、家族関係が「とても良い」「まあ良い」の割合が高くなっていた。同様に早期診断の変数は半年以内か否かの変数、早期診断の変数は3か月以内か否かの変数においても、同様の傾向が見られた。

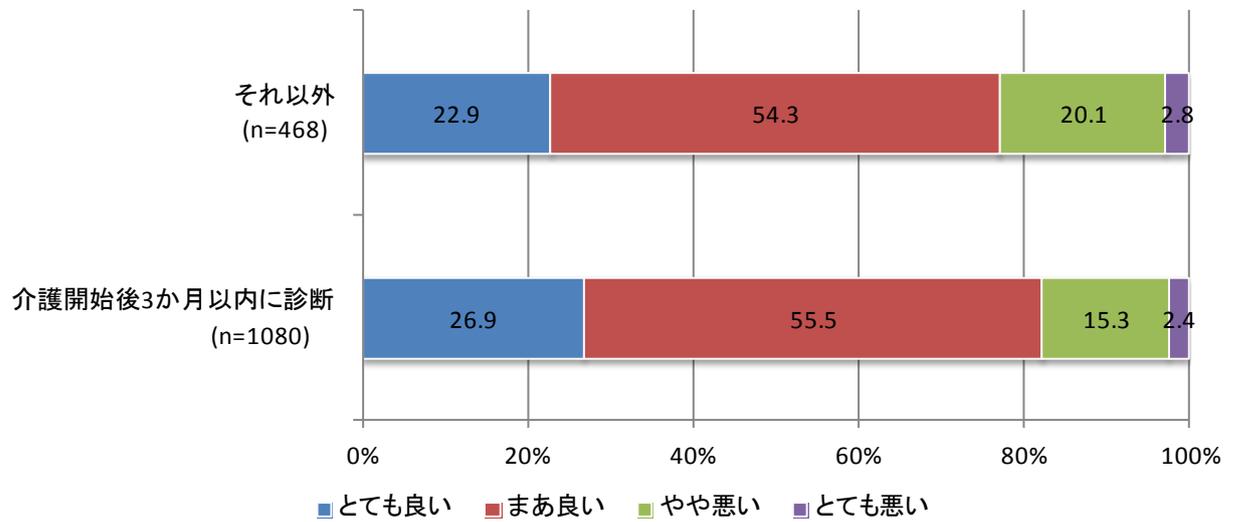
図表 114 診断期間1年以内と家族関係



図表 115 診断期間半年以内と家族関係



図表 116 診断期間3か月以内と家族関係



② 重回帰分析

二つのモデルを推定した。最終的にモデル1として、以下の変数を含め、説明変数として診断期間3か月以内を用いた。

- 利用者の年齢
- 利用者の性別
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 疾患…糖尿病、肥満、関節病・神経痛、胃腸病、精神疾患、聴覚障害
- 同居の家族…夫または妻、婿
- 世帯の経済状況
- 主介護者の年齢
- 主介護者の性別

推定した結果、これらの要因を調整した上で、診断期間3か月以内か否かの変数は、家族関係が良好か否かの変数に10%水準で有意な関連を示し、オッズ比1.32（p値0.07）となった。モデル2として世帯の経済状況を除いたところ、診断期間3か月以内か否かの変数は、家族関係が良好か否かの変数に5%水準で有意な関連を示し、オッズ比1.38（p値0.03）となった。

図表 117 診断期間3か月以内と家族関係のロジスティック回帰分析の結果(モデル2)

		係数	標準誤差	有意確率	オッズ比
ステップ1 ^a	利用者の年齢 (Q1)	.022	.011	.034	1.023
	利用者の性別_男性 (Q2(1))	-.006	.187	.976	.994
	疾患_糖尿病 (軽症を含む) (Q115)	-.236	.186	.205	.790
	疾患_肥満 (Q116)	-.101	.499	.840	.904
	疾患_関節病・神経痛 (Q119)	-.028	.184	.878	.972
	疾患_胃腸病 (Q1112)	-.574	.313	.067	.563
	疾患_精神疾患 (Q1114)	-.129	.293	.659	.879
	疾患_聴覚障害(耳がきこえにくい) (Q1117)	-.562	.242	.020	.570
	認知症自立度_I (Q4_7c)			.719	
	認知症自立度_II a (Q4_7c(1))	-.347	.377	.357	.707
	認知症自立度_II b (Q4_7c(2))	-.166	.353	.637	.847
	認知症自立度_III a (Q4_7c(3))	-.297	.350	.397	.743
	認知症自立度_III b (Q4_7c(4))	-.027	.410	.948	.974
	認知症自立度_IV (Q4_7c(5))	-.375	.388	.334	.687
	認知症自立度_M (Q4_7c(6))	-.731	.513	.154	.481
	認知症自立度_自立 (Q4_7c(7))	-1.033	1.298	.426	.356
	寝たきり度_J1 (Q6_7c)			.019	
	寝たきり度_J2 (Q6_7c(1))	-.852	.423	.044	.426
	寝たきり度_A1 (Q6_7c(2))	-.208	.427	.627	.813
	寝たきり度_A2 (Q6_7c(3))	-.385	.419	.358	.681
	寝たきり度_B1 (Q6_7c(4))	-.328	.447	.463	.720
	寝たきり度_B2 (Q6_7c(5))	-.060	.461	.897	.942
	寝たきり度_C1 (Q6_7c(6))	-.792	.499	.113	.453
	寝たきり度_C2 (Q6_7c(7))	.113	.531	.832	1.119
	利用者のBPSD_なし (Q14)			.000	
	利用者のBPSD_中・重度の症状あり (Q14(1))	-.824	.190	.000	.439
	利用者のBPSD_軽度の症状あり (Q14(2))	-.576	.184	.002	.562
	同居の家族_夫または妻でない (Q172(1))	-.250	.206	.225	.779
	同居の家族_婿でない (Q175(1))	-.780	.302	.010	.458
	主介護者の性別_女性 (Q24(1))	.415	.166	.012	1.514
	主介護者の年齢_20-50歳代 (Q23_3c)			.264	
	主介護者の年齢_60-70歳代 (Q23_3c(1))	-.259	.162	.111	.772
	主介護者の年齢_80歳以上 (Q23_3c(2))	-.303	.279	.277	.738
	介護開始後3カ月までに診断 (shindan_kikan3)	.323	.147	.028	1.381
	定数	1.364	1.001	.173	3.911

(3) 考察

クロス集計及び重回帰分析によりそのほかの家族関係に関連する可能性のある要因を考慮した上でも、関連が見られた。重回帰分析は、世帯の経済状況を含めた場合は10%有意水準、含めない場合で5%有意水準であったが、オッズ比は大きく変わらなかった。オッズ比を仮に1.3とした場合の解釈としては、3か月以内に診断を受けた人は受けなかった人に比べて、1.3倍家族関係が良好な確率（ただし1時点で割合で見た確率）が高いということになる。

3. まとめ

認知症の診断を受けている者は全体の6割弱であり、「認知症高齢者の日常生活自立度」が軽度なほど診断を受けていない傾向にあった。他方、認知症の診断を受けていること、さらにはそれが介護開始以前になされているケースほど、主介護者の認知症の理解や利用者と家族の関係が良好であるという関連が示された。まだ、利用者本人とコミュニケーションが取りやすい認知症が軽度な段階認知症の診断を受けることで、家族は認知症者への理解を深めることができ、家族関係も円滑になりやすい可能性が考えられた。ただし、家族関係がもともと良かったから受診に結びついたという関係も考えられる。

軽度者では認知症であるか否かを専門職でない家族が判断することは難しく、受診も遅れがちになると考えられた。相談窓口の充実などにより、軽度者をいかに診断に結びつけていくかは今後の課題であると考えられる。そのうえで、認知症が軽度で利用者本人が理解できる状態にあれば、認知症であることを本人伝えることも、病気の受容や今後の生活設計に本人の意向を反映するという点で有益であると思われる。早期に診断し支援につながることで、本人の望んだ生活や、可能な限り心身機能を維持した生活を送ることができる可能性は高いと思われ、それを実現するような支援が求められている。

一方、認知症の原因疾患が「何であるか」を関係者間で共有できていると、主介護者の利用者への接し方が好転していた。診断だけに留まらず、その情報を共有し、支援に活用することが重要であると考えられた。

認知症の早期診断と家族関係との関連については、重回帰分析により、その他の要因を考慮した上でも関連があることが確認された。認知症の診断を早期に受けた人は受けなかった人に比べて、家族関係が良好な確率が高いことが示された。

7. 医療と介護の連携—主治医とケアマネジャーの連携に着目して—

1. クロス集計等による分析

(1) 主治医とケアマネジャーの所属する法人が同じケースのほうが連携がとれている傾向

主治医とケアマネジャーがともに医療生協の法人に所属している場合を「同じ法人」、主治医が医療生協の法人以外に所属している場合を「別の法人」とした。「同じ法人」のケースでは、ケアマネジャーが主治医との連携につき、(とれていると)「とてもそう思う」が 15.2%、「まあそう思う」が 61.9%という結果であった。「別の法人」のケースに比べて、それぞれ 12.0%ポイント・26.6%ポイントずつ高くなっている。カイ二乗検定を行った結果、有意差($p < 0.001$)を認めた。

図表 118 「主治医とケアマネジャーが所属する法人」と「主治医との連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
主治医とケアマネジャーが所属する法人が同じか別か (注)	1. 同じ法人	380 15.2%	1552 61.9%	451 18.0%	123 4.9%	2506 100.0%
	2. 別の法人	67 3.2%	735 35.3%	801 38.5%	478 23.0%	2081 100.0%
	合計	447 9.7%	2287 49.9%	1252 27.3%	601 13.1%	4587 100.0%

(注) 主治医とケアマネジャーが所属する法人が共に医療生協である場合を「同じ法人」とした Pearsonのカイ二乗値 785.937 ($p < 0.001$)

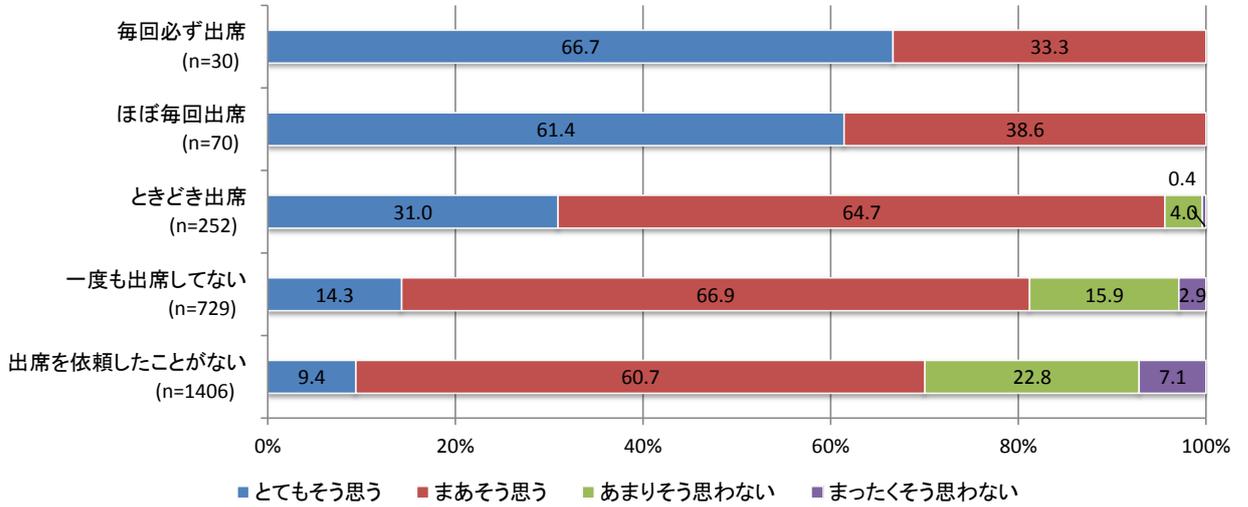
(2) 主治医がサービス担当者会議に出席しているケースで連携がとれている傾向

ただし、主治医とケアマネジャーが同じ法人に所属している場合には、そうでない場合に比べ主治医のサービス担当者会議への出席がなくても連携はとれていると回答する割合が高かった。サービス担当者会議に主治医が一度も出席していないケースにおける主治医との連携がとれていると思うかについての回答は、主治医とケアマネジャーが同じ法人の群では「とてもそう思う」14.3%、「まあそう思う」66.9%という結果であった。一方、同様のことを主治医とケアマネジャーが別の法人でみると、「とてもそう思う」3.5%、「まあそう思う」45.1%となっている。つまり、主治医とケアマネジャーの所属する法人が同じか別かによって、連携ツールとしてのサービス担当者会議の影響が異なっていた。

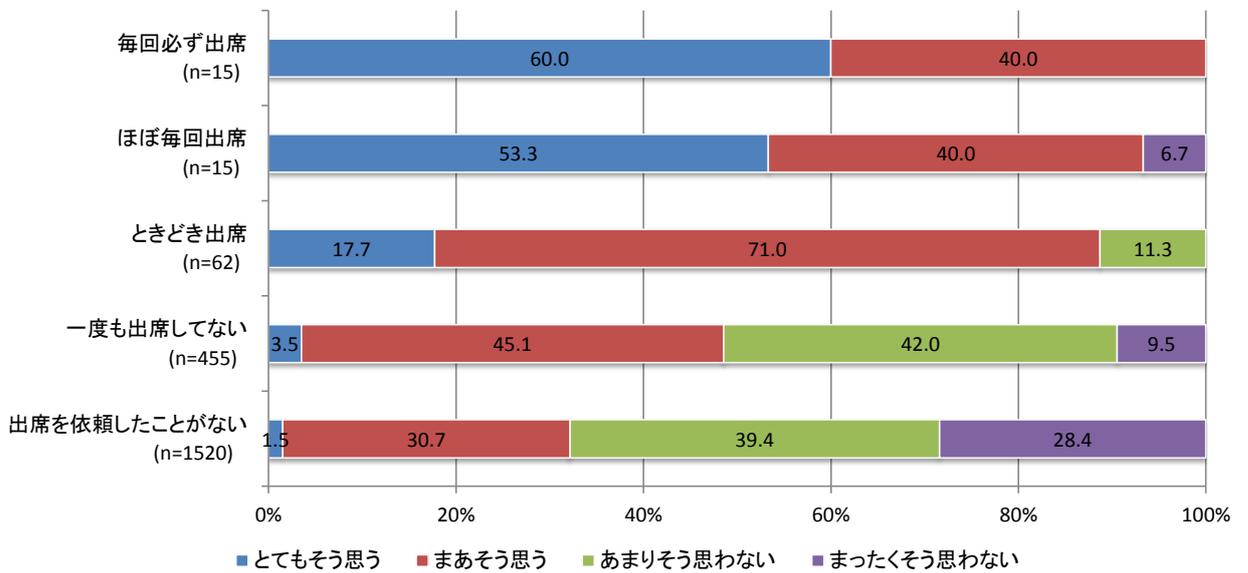
図表 119 「主治医のサービス担当者会議への出席」と「主治医との連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計	
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない		
主治医とケアマネジャーが同じ法人	主治医のサービス担当者会議への出席	1. 毎回必ず出席している	20 66.7%	10 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	30 100.0%
		2. ほぼ毎回出席している	43 61.4%	27 38.6%	0 0.0%	0 0.0%	70 100.0%
		3. ときどき出席している	78 31.0%	163 64.7%	10 4.0%	1 .4%	252 100.0%
		4. 一度も出席したことがない	104 14.3%	488 66.9%	116 15.9%	21 2.9%	729 100.0%
		5. 出席を依頼したことがない	132 9.4%	853 60.7%	321 22.8%	100 7.1%	1406 100.0%
		合計	377 15.2%	1541 62.0%	447 18.0%	122 4.9%	2487 100.0%
		合計	377 15.2%	1541 62.0%	447 18.0%	122 4.9%	2487 100.0%
主治医とケアマネジャーが別の法人	主治医のサービス担当者会議への出席	1. 毎回必ず出席している	9 60.0%	6 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 100.0%
		2. ほぼ毎回出席している	8 53.3%	6 40.0%	0 0.0%	1 6.7%	15 100.0%
		3. ときどき出席している	11 17.7%	44 71.0%	7 11.3%	0 0.0%	62 100.0%
		4. 一度も出席したことがない	16 3.5%	205 45.1%	191 42.0%	43 9.5%	455 100.0%
		5. 出席を依頼したことがない	23 1.5%	466 30.7%	599 39.4%	432 28.4%	1520 100.0%
		合計	67 3.2%	727 35.2%	797 38.6%	476 23.0%	2067 100.0%
		合計	67 3.2%	727 35.2%	797 38.6%	476 23.0%	2067 100.0%
合計	主治医のサービス担当者会議への出席	1. 毎回必ず出席している	29 64.4%	16 35.6%	0 0.0%	0 0.0%	45 100.0%
		2. ほぼ毎回出席している	51 60.0%	33 38.8%	0 0.0%	1 1.2%	85 100.0%
		3. ときどき出席している	89 28.3%	207 65.9%	17 5.4%	1 .3%	314 100.0%
		4. 一度も出席したことがない	120 10.1%	693 58.5%	307 25.9%	64 5.4%	1184 100.0%
		5. 出席を依頼したことがない	155 5.3%	1319 45.1%	920 31.4%	532 18.2%	2926 100.0%
		合計	444 9.7%	2268 49.8%	1244 27.3%	598 13.1%	4554 100.0%
		合計	444 9.7%	2268 49.8%	1244 27.3%	598 13.1%	4554 100.0%

図表 120 「主治医とケアマネジャーの連携」と「主治医のサービス担当者会議への出席」(同じ法人)



図表 121 「主治医とケアマネジャーの連携」と「主治医のサービス担当者会議への出席」(別の法人)



(3) 主治医とケアマネジャーが判断する認知症自立度がずれるケースで連携とれない傾向

「認知症高齢者の日常生活自立度」が1ランク以上ずれていたケースは31.6%であった。「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクで見ると、ⅡとⅢでは他と比較して約10%ポイント以上一致している割合が高かった。つまり、ずれているのは自立・Ⅰ・Ⅳ・Ⅴで多かった。

主治医との連携がとれているかにつき「とてもそう思う」・「まあそう思う」のいずれも「認知症高齢者の日常生活自立度」のずれが「ある」群で1.2%ポイント・6.0%ポイントとそれぞれ低くなっている。「あまりそう思わない」・「まったくそう思わない」は、反対に「認知症高齢者の日常生活自立度」のずれが「ある」群で2.9%ポイント・4.3%ポイントとそれぞれ高くなっている。利用者の状態像の認識について解離があるケースで主治医との連携がとれていないと感じられている傾向があった。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

なお、本研究では「認知症高齢者の日常生活自立度」のⅡaとⅡbはⅡ、ⅢaとⅢbはⅢに統合して検討した。また、主治医意見書の記載日とケアマネジャーが本調査において当該ケースの「認知症高齢者の日常生活自立度」を判定した日が異なっており、時間経過による利用者の変化も「ずれ」に含まれている可能性に留意する必要がある。

図表 122 「主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度」とケアマネジャーが判定した認知症高齢者の日常生活自立度」

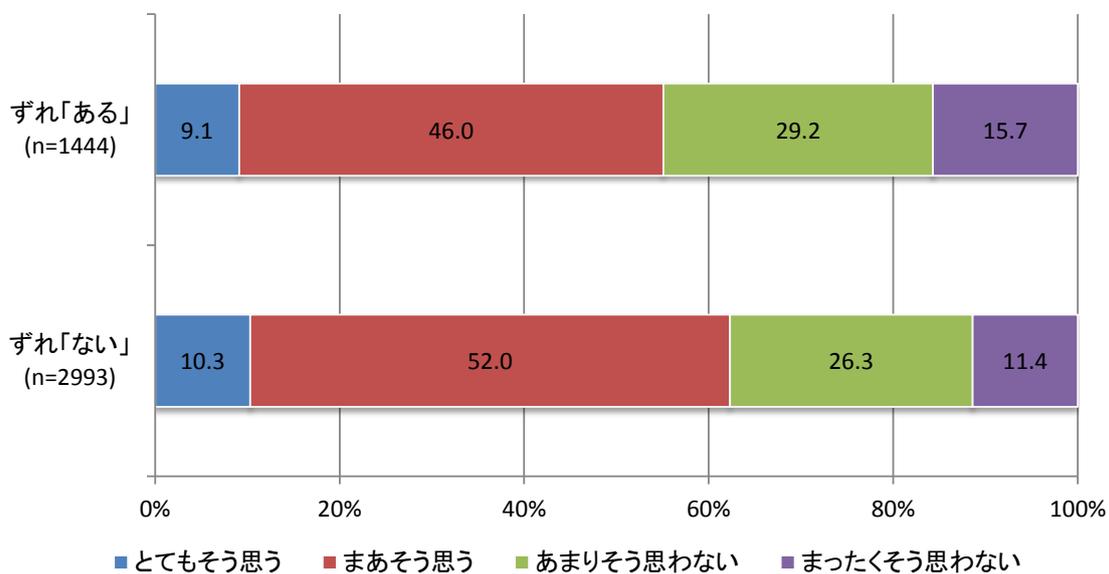
		ケアマネジャーが判定した認知症高齢者の日常生活自立度					合計
		I	II	III	IV	M	
直近の主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度	自立	23	14	6	1	0	44
		52.3%	31.8%	13.6%	2.3%	0.0%	100.0%
	I	535	298	43	3	1	880
		60.8%	33.9%	4.9%	.3%	.1%	100.0%
	II	129	1223	342	17	4	1715
		7.5%	71.3%	19.9%	1.0%	.2%	100.0%
	III	27	246	959	92	9	1333
		2.0%	18.5%	71.9%	6.9%	.7%	100.0%
IV	4	32	120	271	22	449	
	.9%	7.1%	26.7%	60.4%	4.9%	100.0%	
M	0	7	15	17	42	81	
	0.0%	8.6%	18.5%	21.0%	51.9%	100.0%	
合計	718	1820	1485	401	78	4502	
	15.9%	40.4%	33.0%	8.9%	1.7%	100.0%	

(注) 網掛け部分は主治医意見書とケアマネジャーの判定が一致

図表 123 「認知症高齢者の日常生活自立度のずれの有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
認知症高齢者の日常生活自立度の「ずれ」 (注)	ある	131 9.1%	664 46.0%	422 29.2%	227 15.7%	1444 100.0%
	ない	309 10.3%	1556 52.0%	788 26.3%	340 11.4%	2993 100.0%
	合計	440 9.9%	2220 50.0%	1210 27.3%	567 12.8%	4437 100.0%

(注) 直近の主事意見書と調査時のケアマネジャーによる判定の相違 Pearsonのカイ二乗値 26.048 (p<0.001)



(4) 利用者の身体合併症の増悪するリスクが高いケースでは連携とれている傾向

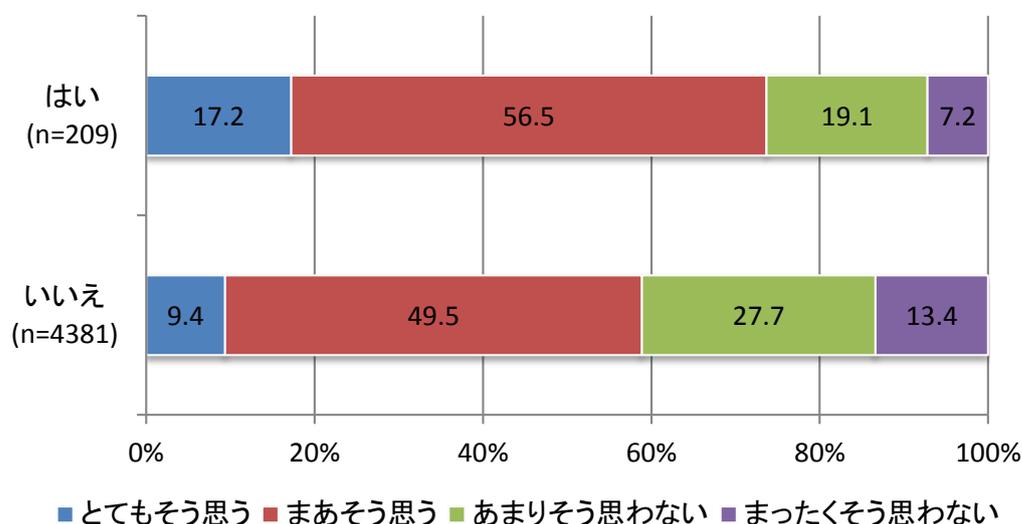
ケアマネジャーが担当するケースにおいて「現在すでに在宅生活が破たんする危機にある」、「半年以内に在宅生活が困難になりそうである」と判断する要因で、「利用者の身体合併症が悪化するリスクが高い」と回答しているケースでは、連携がとれている傾向にあった。

「利用者の身体合併症が悪化するリスクが高い」では、主治医との連携がとれていると思うかにつき、「とてもそう思う」が 7.8%ポイント高く、「まあそう思う」が 7.0%ポイント高かった。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

身体合併症の増悪リスクのような比較的明確な医療ニーズがあると、ケースにおける医療と介護の連携の必要性が高まり、ケアマネジャーが連携に尽力する可能性などが考えられる。

図表 124 「利用者の身体合併症の増悪リスクの有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
利用者の身体合併症が増悪するリスクが高い(注)	はい	36 17.2%	118 56.5%	40 19.1%	15 7.2%	209 100.0%
	いいえ	411 9.4%	2169 49.5%	1215 27.7%	586 13.4%	4381 100.0%
	合計	447 9.7%	2287 49.8%	1255 27.3%	601 13.1%	4590 100.0%
(注)ケアマネジャーが担当するケースにおいて在宅生活の継続が困難と考える要因についての設問の選択肢を用いた					Pearsonのカイ二乗値 25.779 ($p < 0.001$)	



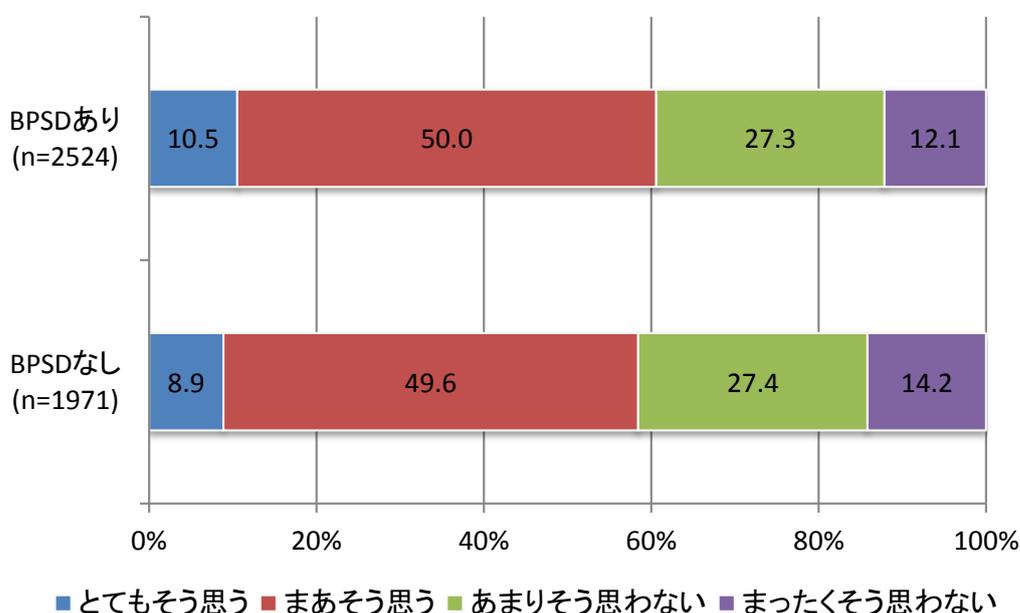
(5) BPSDのあるケースでは、連携とれている傾向

直近の一ヵ月以内に BPSD があつたケースでは、なかつたケースに比べ、ケアマネジャーが主治医との連携がとれていると思うかについて、「とてもそう思う」は 1.6%ポイント高く、「まったくそう思わない」は 2.1%ポイント低かつた。カイ二乗検定の結果、 $p < 0.05$ 水準での有意差は認められなかつたが、 $p < 0.01$ では有意差が認められた。顕著な差はないが、BPSD があるような医療的アプローチが必要なケースでは、ケアマネジャーが主治医との連携に努めようとする、あるいは連携の必要性が高まる傾向があると考えられる。

図表 125 「BPSDの有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
BPSDの有無	BPSDあり	266 10.5%	1263 50.0%	689 27.3%	306 12.1%	2524 100.0%
	BPSDなし	175 8.9%	977 49.6%	540 27.4%	279 14.2%	1971 100.0%
	合計	441 9.8%	2240 49.8%	1229 27.3%	585 13.0%	4495 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 6.672 ($p < 0.01$)



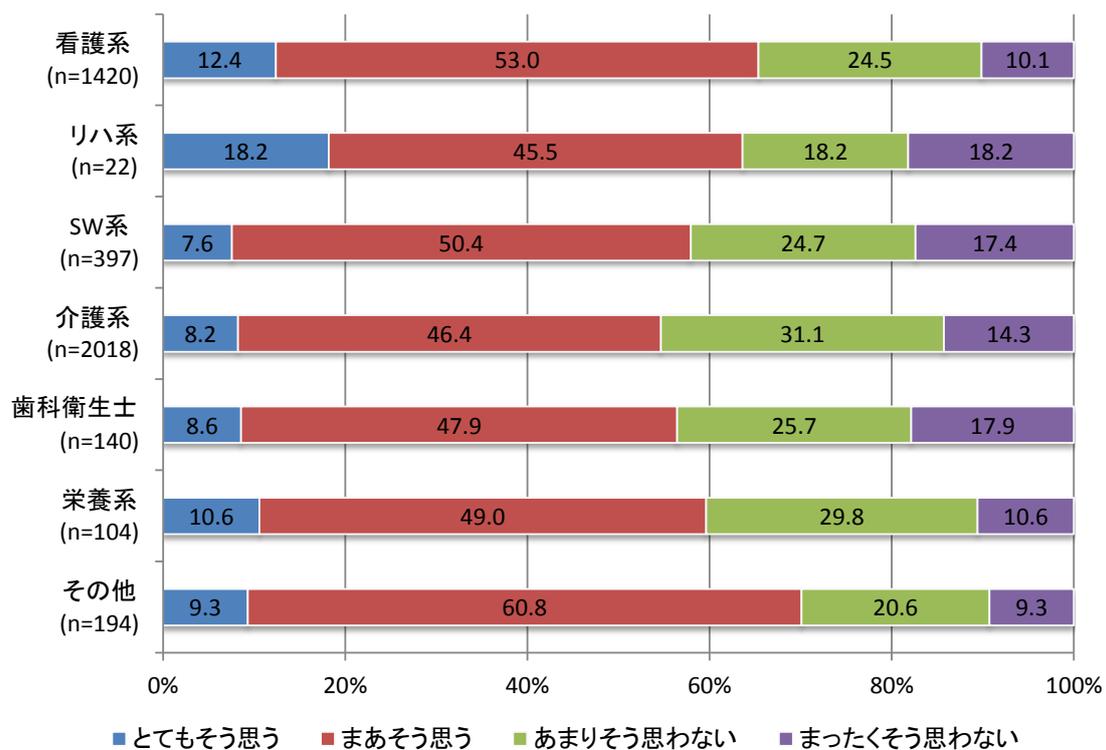
(6) ケアマネジャーの基礎資格が看護系の場合、連携とれている傾向

サンプル数が100以上の基礎資格（系統別）でみると、ケアマネジャーが主治医との連携がとれていると判断しているケースの割合は、「とてもそう思う」、「まあそう思う」の両方で「看護系」が最多であった。もともと医師と接することの多い職種であり医療知識もあることなどが、主治医とのコミュニケーションを円滑にしている可能性が考えられる。

図表 126 「ケアマネジャーの基礎資格」と「主治医とケアマネジャーの連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
ケアマネジャー の基礎資格 (注)	看護系	176 12.4%	752 53.0%	348 24.5%	144 10.1%	1420 100.0%
	リハ系	4 18.2%	10 45.5%	4 18.2%	4 18.2%	22 100.0%
	SW系	30 7.6%	200 50.4%	98 24.7%	69 17.4%	397 100.0%
	介護系	166 8.2%	937 46.4%	627 31.1%	288 14.3%	2018 100.0%
	歯科衛生士	12 8.6%	67 47.9%	36 25.7%	25 17.9%	140 100.0%
	栄養系	11 10.6%	51 49.0%	31 29.8%	11 10.6%	104 100.0%
	その他	18 9.3%	118 60.8%	40 20.6%	18 9.3%	194 100.0%
	合計	417 9.7%	2135 49.7%	1184 27.6%	559 13.0%	4295 100.0%
	(注)資格によってはサンプル数がわずかであるため以下のようにまとめた 看護系:正・准看護師, 保健師, 助産師 リハ系:理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士 SW系:社会福祉士, 精神保健福祉士 介護系:介護福祉士, ホームヘルパー2級 歯科衛生士:歯科衛生士 栄養系:栄養士・管理栄養士 その他:上記以外の他の基礎資格すべて					

図表 127 「ケアマネジャーの基礎資格」と「主治医とケアマネジャーの連携」(グラフ)



(7) 訪問看護を利用しているケースの方が連携とれている傾向

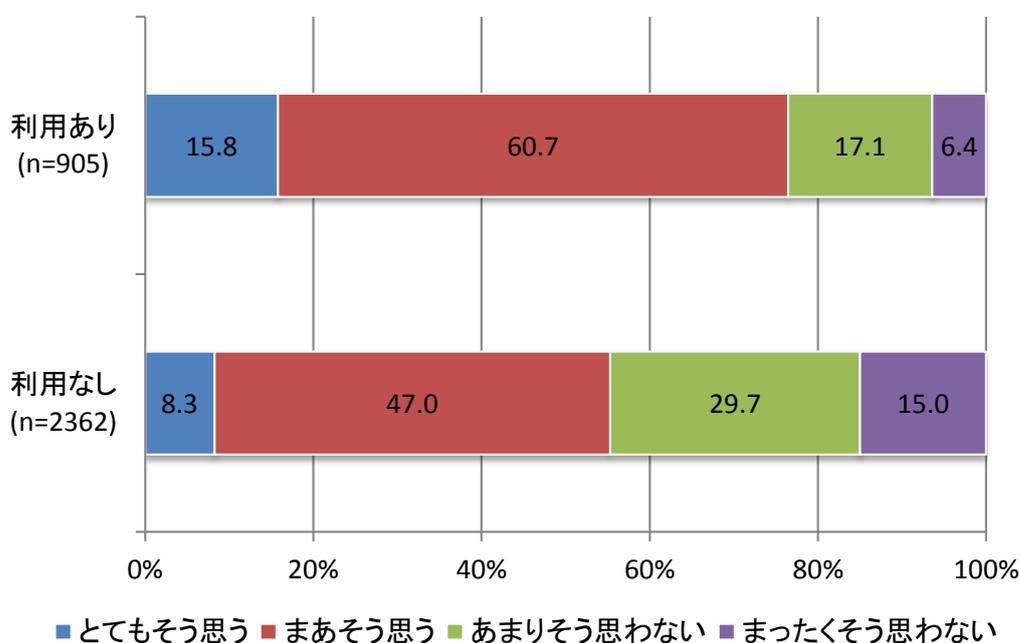
訪問看護を利用しているケースでは、利用していないケースに比べ、ケアマネジャーが主治医との連携がとれていると思う割合が、「とてもそう思う」で7.5%ポイント、「まあそう思う」で13.7%ポイント高くなっていた。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

訪問看護が主治医とケアマネジャーの間に立ち仲介することで連携が円滑化している可能性が考えられる。一方で、もともと主治医や医療との連携がとれるケアマネジャーが、訪問介護をケアプランに組み込んでいるということも考えられる。

図表 128 「訪問看護の利用の有無」と「主治医とケアマネジャーの連携」

		主治医との連携はとれていると思うか				合計
		1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう思わない	4. まったくそう思わない	
訪問看護（介護保険・医療保険）の利用の有無	1. 利用あり	143 15.8%	549 60.7%	155 17.1%	58 6.4%	905 100.0%
	2. 利用なし	195 8.3%	1111 47.0%	702 29.7%	354 15.0%	2362 100.0%
	合計	338 10.3%	1660 50.8%	857 26.2%	412 12.6%	3267 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 137.657 ($p < 0.001$)

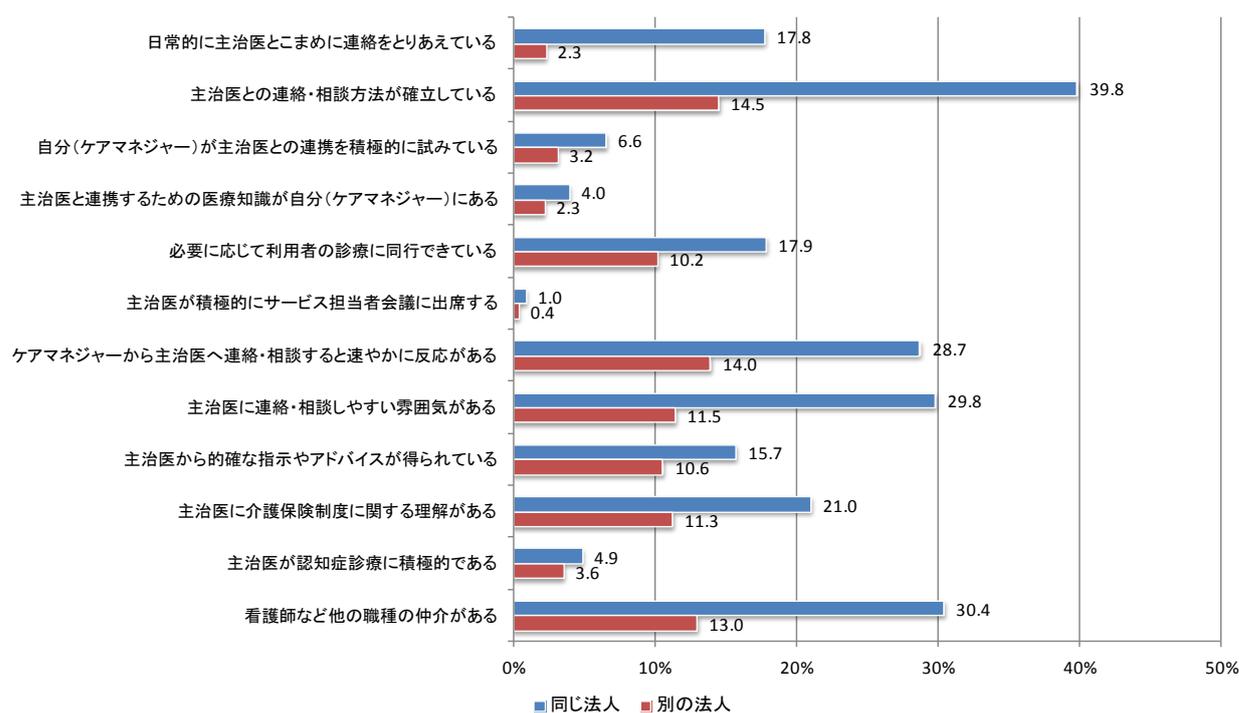


(8) 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れている理由

主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れている理由の関係について集計したところ、以下の項目で同一法人とそうでない場合との間に明確な差が見られたと考えられる。

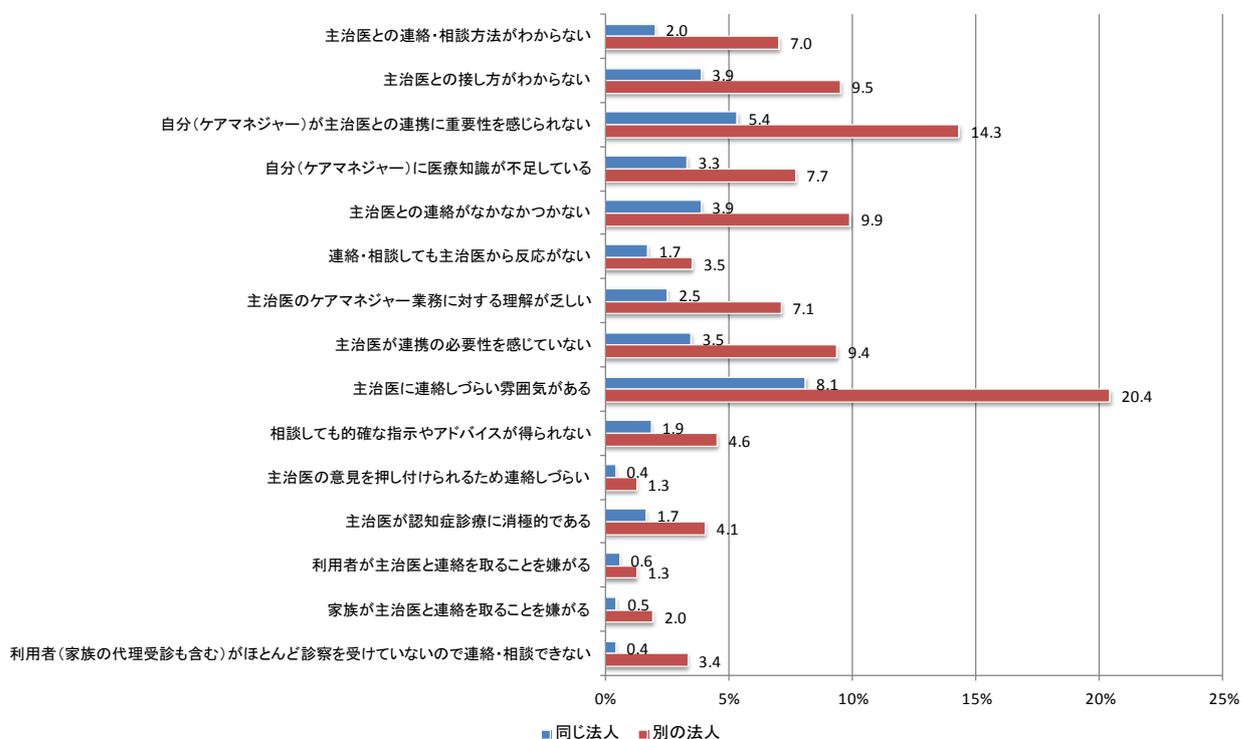
- 日常的に主治医とこまめに連絡をとりあえている
- 主治医との連絡・相談方法が確立している
- 必要に応じて利用者の診療に同行できている
- ケアマネジャーから主治医へ連絡・相談すると速やかに反応がある
- 主治医に連絡・相談しやすい雰囲気がある
- 主治医に介護保険制度に関する理解がある
- 看護師など他の職種の仲介がある

図表 129 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れている理由



(注)n数は全項目 4601

図表 130 主治医とケアマネジャーが所属する法人の関係と連携が取れない理由



(注)n数は全項目 4601

2. まとめ

サービス担当者会議へ主治医が出席しているケースでは、ケアマネジャーは主治医との連携がとれていると感じているという関連があった。一方で、主治医とケアマネジャーの所属する法人が同じ法人である場合にはその関連はやや弱まった。なお、もともと連携がとれているから主治医がサービス担当者会議に出席しているということも考えられ、主治医にサービス担当者会議への出席を促したことで連携がとれるようになったかという因果までは本研究のデータでは定かでない。

サービス担当者会議の他では、利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」がずれや主治医とケアマネジャーが所属する法人が同じか別かといったことがケアマネジャーの連携についての評価と関連していた。主治医とケアマネジャーが「同じ法人」のケースのほうが「別の法人」のケースに比べて連携がとれていると判断されていた。また、主治医意見書とケアマネジャーの判断との間で解離している場合、連携はとれていないと感じられていた。

以上から、主治医とケアマネジャーの連携がなされているかの評価は、サービス担当者会議への出席のような形式的な面だけでなく、多面的な要素から判断されるべきと考えられる。

他方、主な所見の単純記述統計で示したように、主治医との連携がとれている要因としては

連絡方法の確立や看護師など他職種の仲介をあげる者が多かった。また、ケアマネジャーの基礎資格が「看護系」の場合や、訪問看護を利用しているケースでは、連携がとれていると判断されているケースの割合が高かった。ケアマネジャー自身が医療知識を持つことに加え、他の専門職を活用するスキルがケアマネジメントにとって重要だと考えられる。

なお、主治医がサービス担当者会議に出席しなければならないというケースは、身体疾患やBPSDの増悪があるケースなどに限られ、平素は必要ないと判断されている可能性も考えられる。本研究でも、連携がとれていると判断されているのは、むしろ身体疾患の増悪リスクが高いケースや、BPSDのあるケースであった。

連携が必要なケースをスクリーニングし、ケースに応じて多面的な医療と介護の連携方法を模索する必要があると考えられる。

8. 認知症者の家族—主介護者の就労および世帯の経済状態とサービス利用—

1. クロス集計等による分析

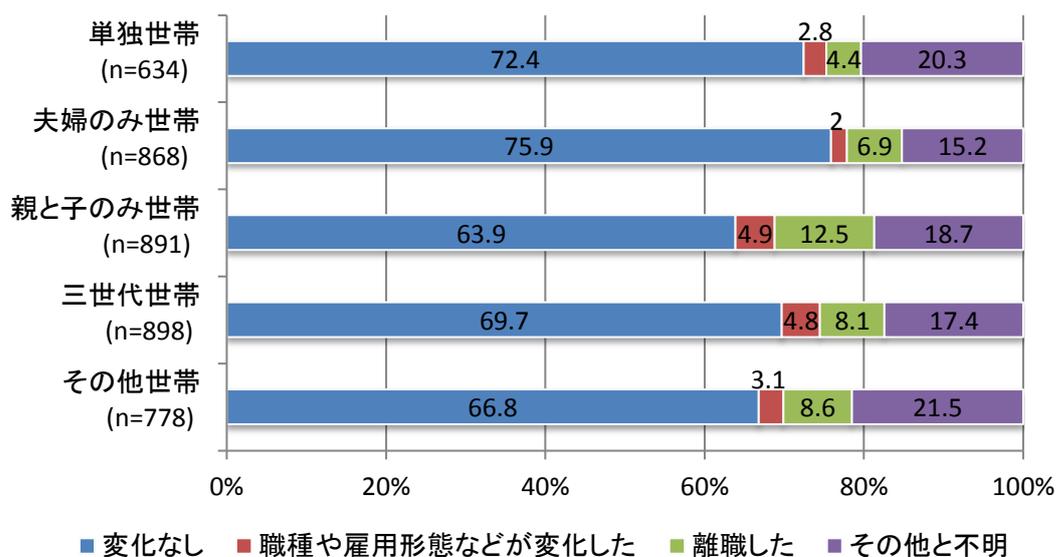
(1) 「親と子のみ世帯」で主介護者が離職している割合が高い

「離職」しているケースは、世帯類型でみると「親と子のみ世帯」が最多の12.5%であった。他のいずれの世帯類型よりも高く、「親と子のみ世帯」では主介護者が介護と就労を継続できていない可能性があった。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

図表 131 「世帯類型」と「主介護者の就労状況の変化」

世帯類型	主介護者の就労状況の変化				合計
	変化なし	職種や雇用形態など変化	離職	その他と不明	
単独世帯 (n=634)	459	18	28	129	634
	72.4%	2.8%	4.4%	20.3%	100.0%
夫婦のみ世帯 (n=868)	659	17	60	132	868
	75.9%	2.0%	6.9%	15.2%	100.0%
親と子のみ世帯 (n=891)	569	44	111	167	891
	63.9%	4.9%	12.5%	18.7%	100.0%
三世代世帯 (n=898)	626	43	73	156	898
	69.7%	4.8%	8.1%	17.4%	100.0%
その他世帯 (n=778)	520	24	67	167	778
	66.8%	3.1%	8.6%	21.5%	100.0%
合計	2833	146	339	751	4069
	69.6%	3.6%	8.3%	18.5%	100.0%

Pearsonのカイ二乗値 69.571 ($p < 0.001$)



(2) 主介護者の就労状況が変化しているケースでは、世帯の経済状態が苦しい傾向

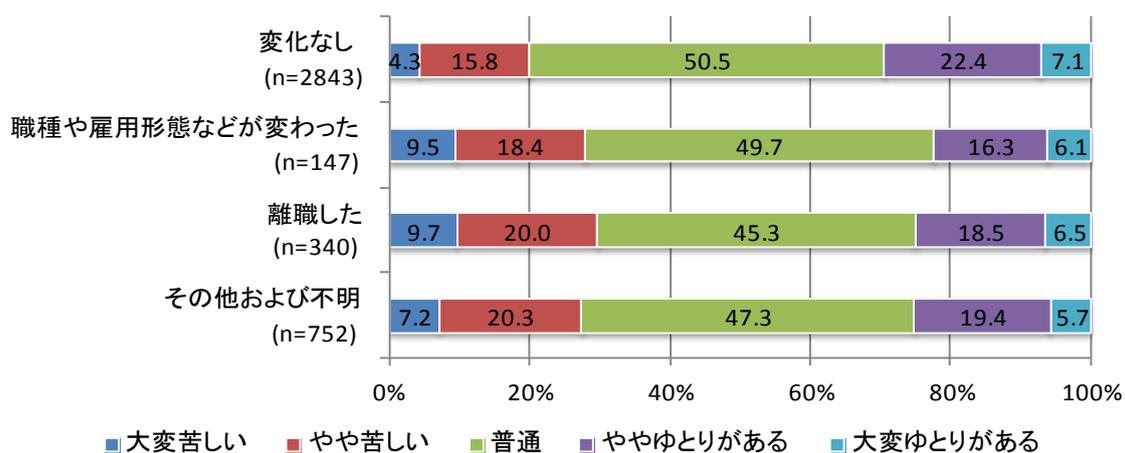
利用者の世帯の経済状態が「大変苦しい」とケアマネジャーに判断されているケースは、主介護者の就労状況の「変化なし」の4.3%に比べて、「離職」または「職種や雇用形態などの変化あり」のケースで割合が倍以上高かった。「やや苦しい」では差は小さくなるものの傾向は同様で、「離職した」、「職種や雇用形態などが変わった」、「変化なし」の順で割合が高くなっている。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

主介護者の就労状況の変化により世帯の経済状況が苦しくなっている、あるいはもとより経済状況が苦しいため介護サービスが利用できず就労状況を変化させざるを得なくなっているなどの可能性が考えられる。

図表 132 「主介護者の就労状況の変化」と「世帯の経済状況」

		利用者の属する世帯の経済状況					合計
		1. 大変苦しい	2. やや苦しい	3. 普通	4. ややゆとりがある	5. 大変ゆとりがある	
主介護者の 就労状況の 変化	変化なし	123 4.3%	448 15.8%	1435 50.5%	636 22.4%	201 7.1%	2843 100.0%
	職種や雇用形態などが変わった	14 9.5%	27 18.4%	73 49.7%	24 16.3%	9 6.1%	147 100.0%
	離職した	33 9.7%	68 20.0%	154 45.3%	63 18.5%	22 6.5%	340 100.0%
	その他および不明	54 7.2%	153 20.3%	356 47.3%	146 19.4%	43 5.7%	752 100.0%
	合計	224 5.5%	696 17.1%	2018 49.4%	869 21.3%	275 6.7%	4082 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 45.698 ($p < 0.001$)

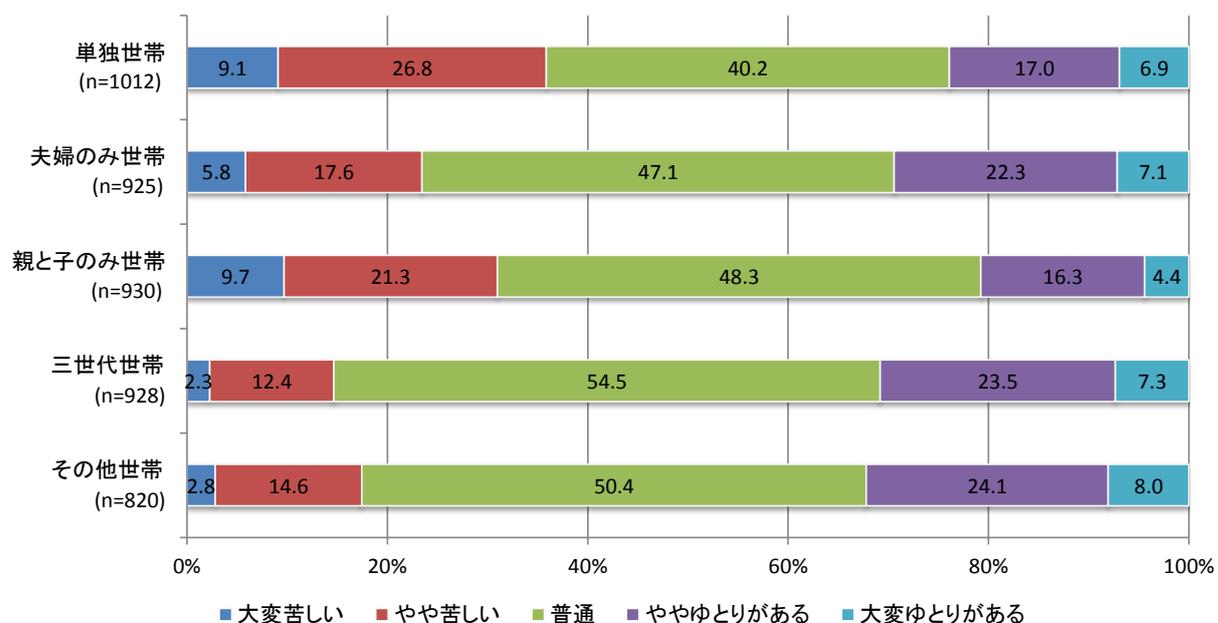


(3) 「親と子のみ世帯」は他の世帯類型に比べて世帯の経済状態が苦しい

世帯の経済状態が「大変苦しい」・「やや苦しい」という割合は、単独世帯と親と子のみ世帯で他の世帯類型よりも高くなっていた。「大変苦しい」の割合が最も高かったのは親と子のみ世帯で、同世帯のうち9.7%であり、最も低い三世帯世帯と比べると7.4%ポイント高かった。「やや苦しい」は単独世帯の26.8%が最も高くなっており、次いで親と子のみの世帯の21.3%であった。また、「ややゆとりがある」・「大変ゆとりがある」の回答割合は、親と子のみ世帯でいずれも最も低かった。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

図表 133 「世帯類型」と「世帯の経済状況」

		世帯の経済状況					合計
		1. 大変苦しい	2. やや苦しい	3. 普通	4. ややゆとりがある	5. 大変ゆとりがある	
世帯類型	単独世帯	92 9.1%	271 26.8%	407 40.2%	172 17.0%	70 6.9%	1012 100.0%
	夫婦のみ世帯	54 5.8%	163 17.6%	436 47.1%	206 22.3%	66 7.1%	925 100.0%
	親と子のみ世帯	90 9.7%	198 21.3%	449 48.3%	152 16.3%	41 4.4%	930 100.0%
	三世帯世帯	21 2.3%	115 12.4%	506 54.5%	218 23.5%	68 7.3%	928 100.0%
	その他世帯	23 2.8%	120 14.6%	413 50.4%	198 24.1%	66 8.0%	820 100.0%
	合計	280 6.1%	867 18.8%	2211 47.9%	946 20.5%	311 6.7%	4615 100.0%
							Pearsonのカイ二乗値 194.888 ($p < 0.001$)



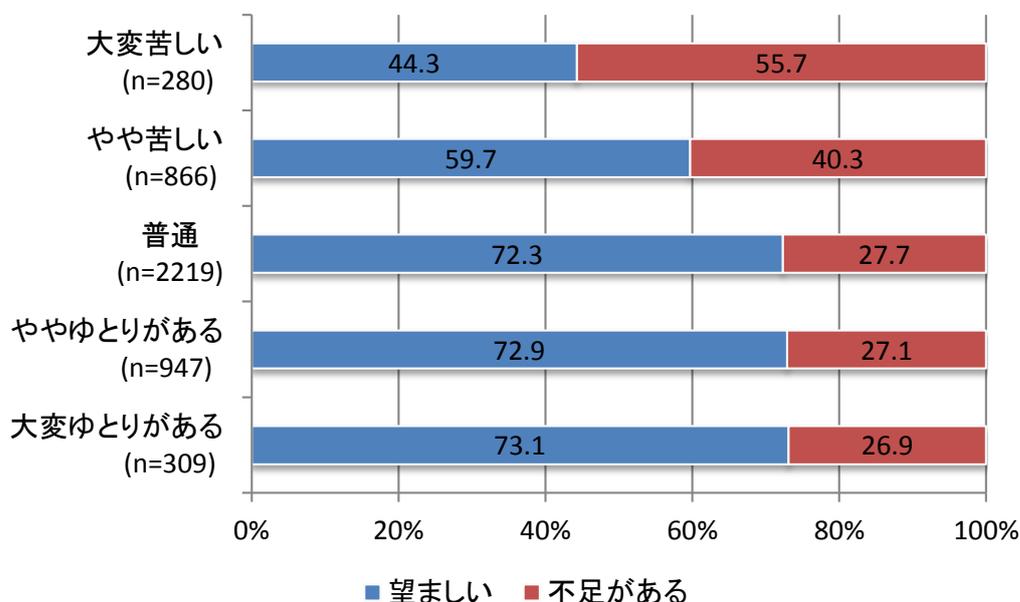
(4) 世帯の経済状況が苦しいほど、サービス利用が十分でない傾向

経済状況が「大変苦しい」世帯のうち 55.7%のケースで現在の利用者・家族の状況からみてサービス利用に不足がある状態であった。「大変ゆとりがある」ケースに比べて、28.8%ポイント高い結果であった。カイ二乗検定の結果、有意差 ($p < 0.001$) を認めた。

図表 134 「世帯の経済状況」と「現在のサービス利用が望ましいか否か」

		現在のサービス利用状況は、利用者・家族の状況からみて望ましいものか		合計
		1. 望ましい	2. 不足がある	
世帯の経済状況	1. 大変苦しい	124 44.3%	156 55.7%	280 100.0%
	2. やや苦しい	517 59.7%	349 40.3%	866 100.0%
	3. 普通	1604 72.3%	615 27.7%	2219 100.0%
	4. ややゆとりがある	690 72.9%	257 27.1%	947 100.0%
	5. 大変ゆとりがある	226 73.1%	83 26.9%	309 100.0%
	合計	3161 68.4%	1460 31.6%	4621 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 133.094 ($p < 0.001$)



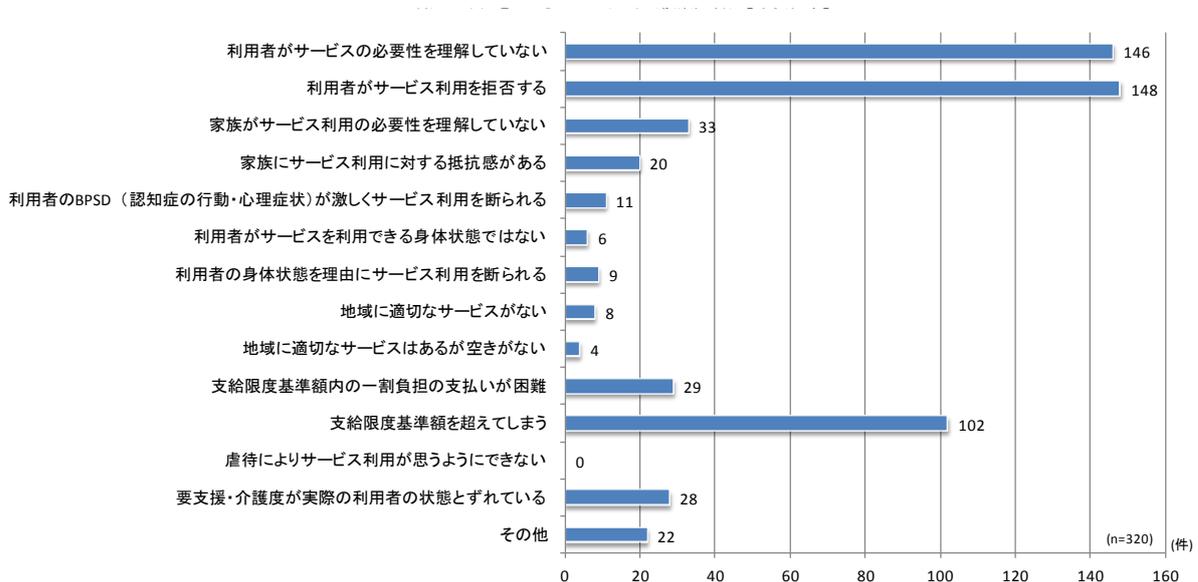
(5) サービス利用が不十分な理由は、サービスの理解不足や利用拒否、利用料の支払い困難

世帯類型に関わらず、サービス利用が不十分な理由として高い割合を占めたのは本人がサービス利用の必要性を理解していないことや、利用を拒否することであった。その他の特徴的な所見は、夫婦のみ世帯では他の世帯と比べて「家族にサービス利用に対する抵抗感がある」25.5%の割合が高いこと、親と子のみ世帯で「区分支給限度基準額内の1割負担の支払いが困難」19.8%の割合が高いことであった。

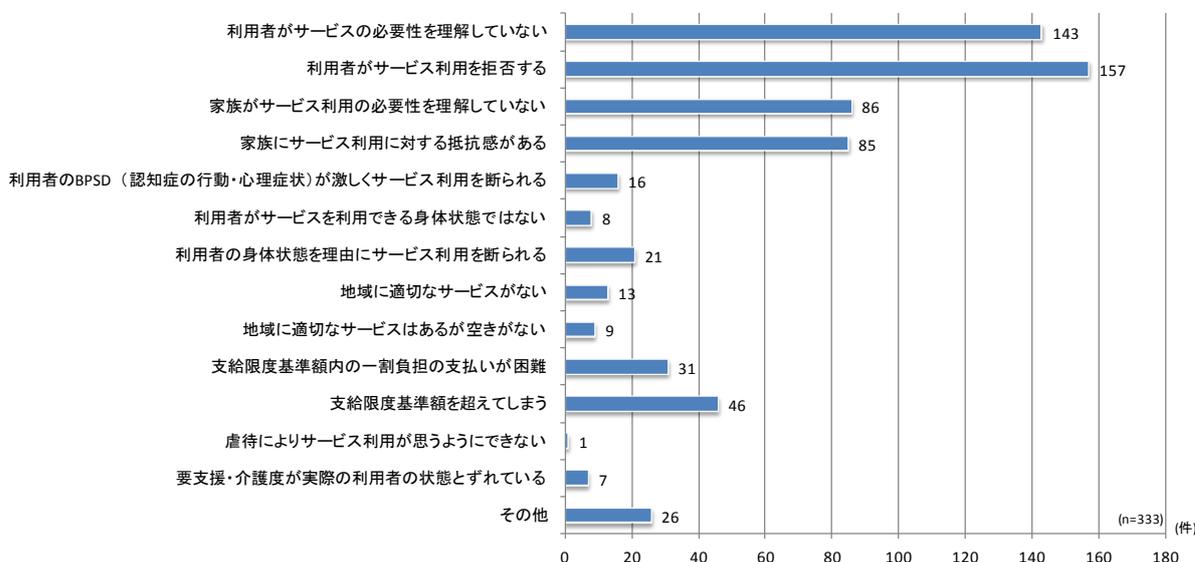
図表 135 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)

		利用者・家族の現況からみてサービス利用が不足しているケースにおける不足の理由(複数回答)														回答 ケース数
		1. 利用者がサービスの必要性を理解していない	2. 利用者がサービス利用を拒否する	3. 家族がサービスの必要性を理解していない	4. 家族にサービス利用に対する抵抗感がある	5. 利用者のBPSD(認知症の行動・心理症状)が激しくサービス利用を断られる	6. 利用者がサービスを利用できる身体状態ではない	7. 利用者の身体状態を理由にサービス利用を断られる	8. 地域に適切なサービスはない	9. 地域に適切なサービスはあるが空きがない	10. 支給限度基準額内の1割負担の支払いが困難	11. 支給限度基準額を超えてしまう	12. 虐待によりサービス利用が思うようにできない	13. 要支援・介護度が実際の利用者の状態とずれている	14. その他	
世帯類型	単独世帯	146 45.6%	148 46.3%	33 10.3%	20 6.3%	11 3.4%	6 1.9%	9 2.8%	8 2.5%	4 1.3%	29 9.1%	102 31.9%	0 0.0%	28 8.8%	22 6.9%	320
	夫婦のみ世帯	143 42.9%	157 47.1%	86 25.8%	85 25.5%	16 4.8%	8 2.4%	21 6.3%	13 3.9%	9 2.7%	31 9.3%	46 13.8%	1 .3%	7 2.1%	26 7.8%	333
	親と子のみ世帯	98 30.3%	115 35.6%	81 25.1%	61 18.9%	17 5.3%	10 3.1%	12 3.7%	8 2.5%	12 3.7%	64 19.8%	61 18.9%	0 0.0%	8 2.5%	31 9.6%	323
	三世帯世帯	74 27.6%	111 41.4%	36 13.4%	36 13.4%	11 4.1%	4 1.5%	10 3.7%	4 1.5%	10 3.7%	25 9.3%	63 23.5%	0 0.0%	8 3.0%	23 8.6%	268
	その他世帯	79 35.9%	89 40.5%	43 19.5%	36 16.4%	5 2.3%	8 3.6%	9 4.1%	2 .9%	9 4.1%	26 11.8%	40 18.2%	1 .5%	9 4.1%	15 6.8%	220
合計		540	620	279	238	60	36	61	35	44	175	312	2	60	117	1464

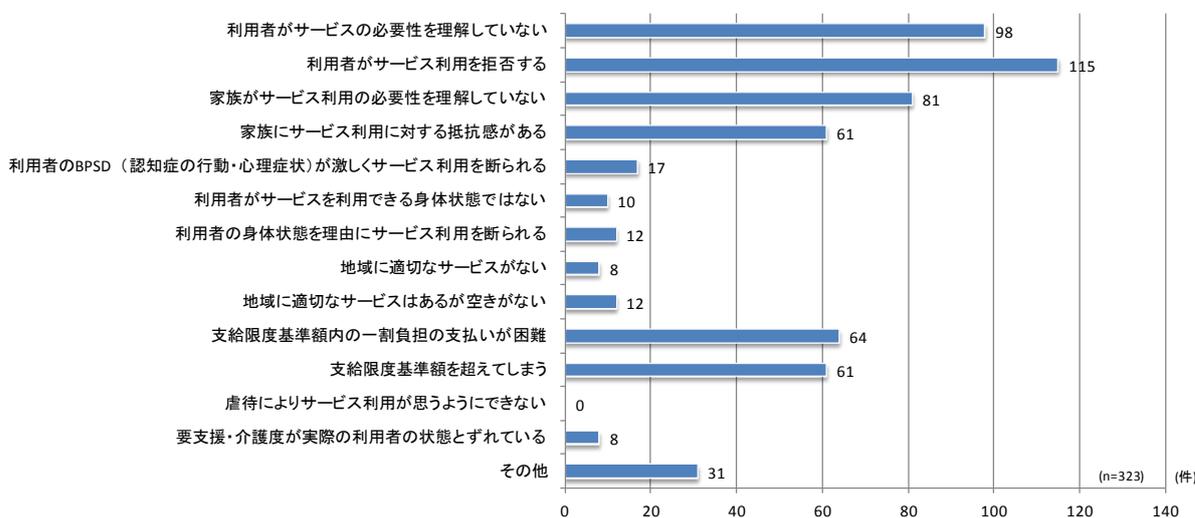
図表 136 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(単独世帯)



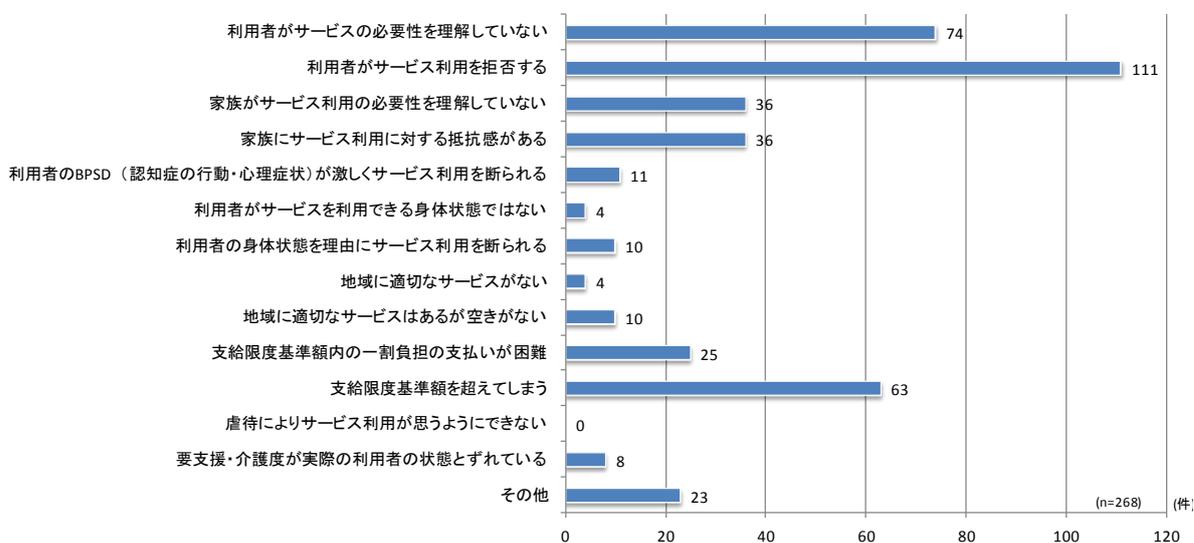
図表 137 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(夫婦のみ世帯)



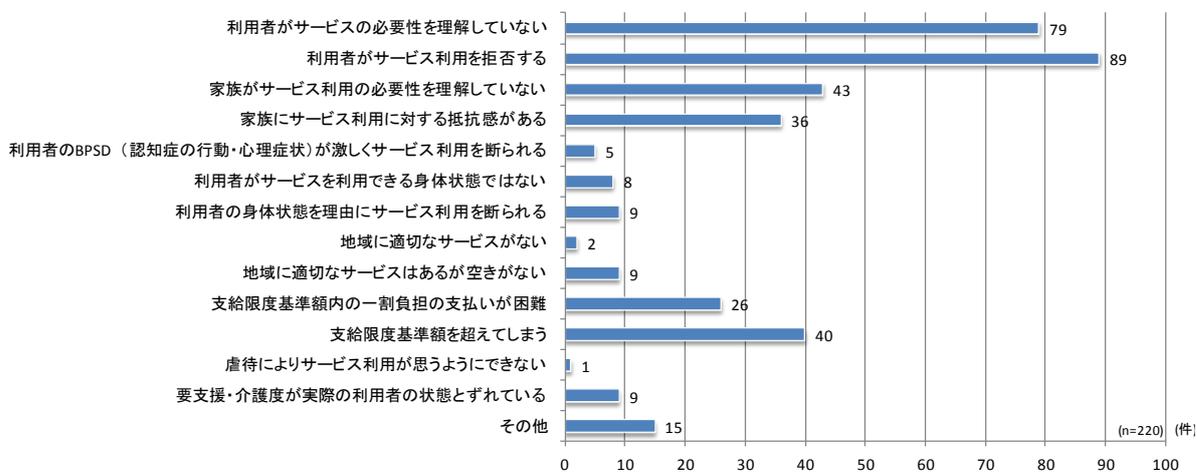
図表 138 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(親と子のみ世帯)



図表 139 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(三世帯以上世帯)



図表 140 サービス利用の不足を生じさせている理由(複数回答)(その他世帯)

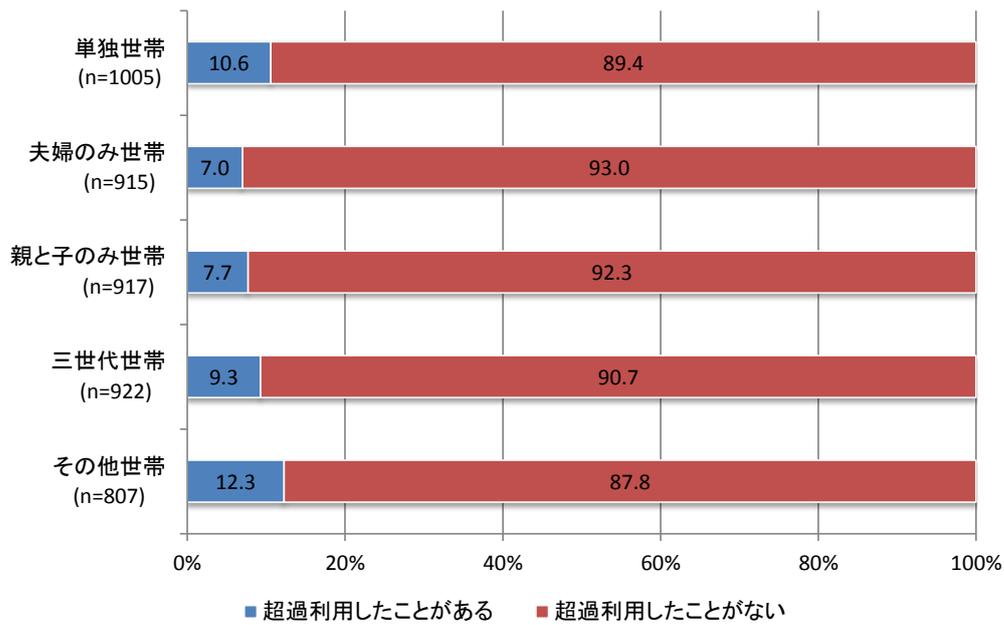


(6) 「単独世帯」や「その他世帯」では、区分支給限度基準額を超過したサービス利用が多い
区分支給限度基準額を超過したサービス利用は、「単独世帯」で 10.6%、「その他世帯」で 12.3%
であった。

「単独世帯」は主介護者がいるとしても同居していないことなどから、「同居者がいる世帯」
に比べて「ちょっとした支援」を受けづらく、その分介護サービスの利用が増加すると考えら
れる。また、「その他の世帯」は、「夫婦のみ世帯」や「親と子のみ世帯」、「三世代世帯」に分
類されない世帯であり、やや特殊な世帯である可能性がある。「単独世帯」同様に身近で「ち
ょっとした支援」を受けることが難しい状況があるかもしれない。

図表 141 「世帯類型」別の「直近半年の区分支給限度基準額を超過したサービス利用の有無」

		直近半年の支給限度基準額を超過したサービス利用		合計
		1. したことがある	2. したことがない	
世帯類型	単独世帯	107 10.6%	898 89.4%	1005 100.0%
	夫婦のみ世帯	64 7.0%	851 93.0%	915 100.0%
	親と子のみ世帯	71 7.7%	846 92.3%	917 100.0%
	三世帯世帯	86 9.3%	836 90.7%	922 100.0%
	その他世帯	99 12.3%	708 87.7%	807 100.0%
	合計	427 9.4%	4139 90.6%	4566 100.0%
	Pearsonのカイ二乗値 18.881 (p<0.001)			



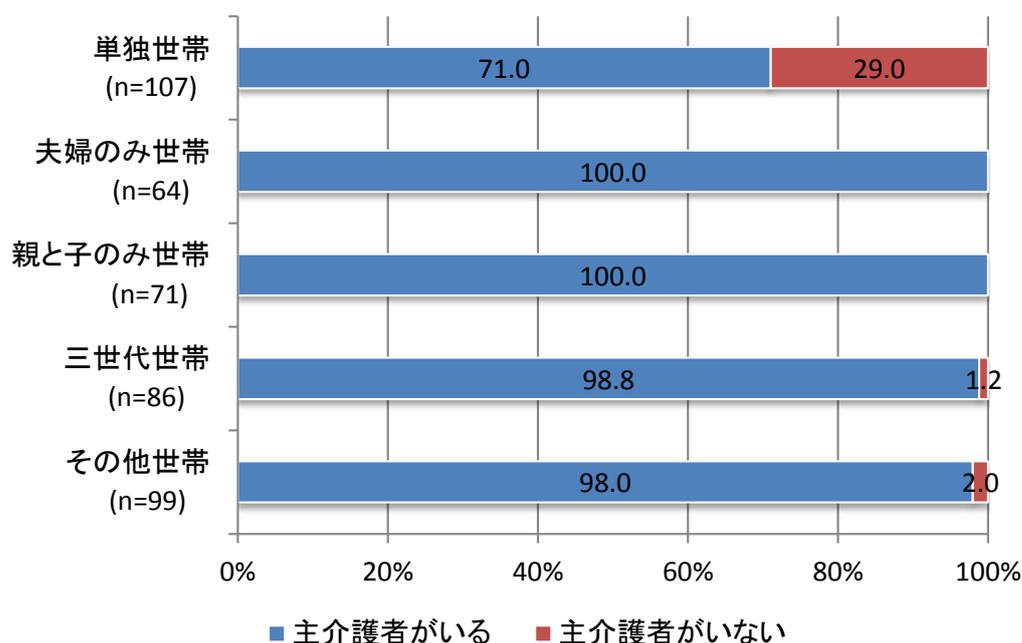
(7) 「単独世帯」かつ区分支給限度基準額超過利用の場合、主介護者がいないケースの割合が高い

区分支給限度基準額超過利用をしているケースで主介護者がいないのは、「単独世帯」で29.0%と高かったものの、「単独世帯」以外では、ほとんどのケースで主介護者はいるという結果であった。

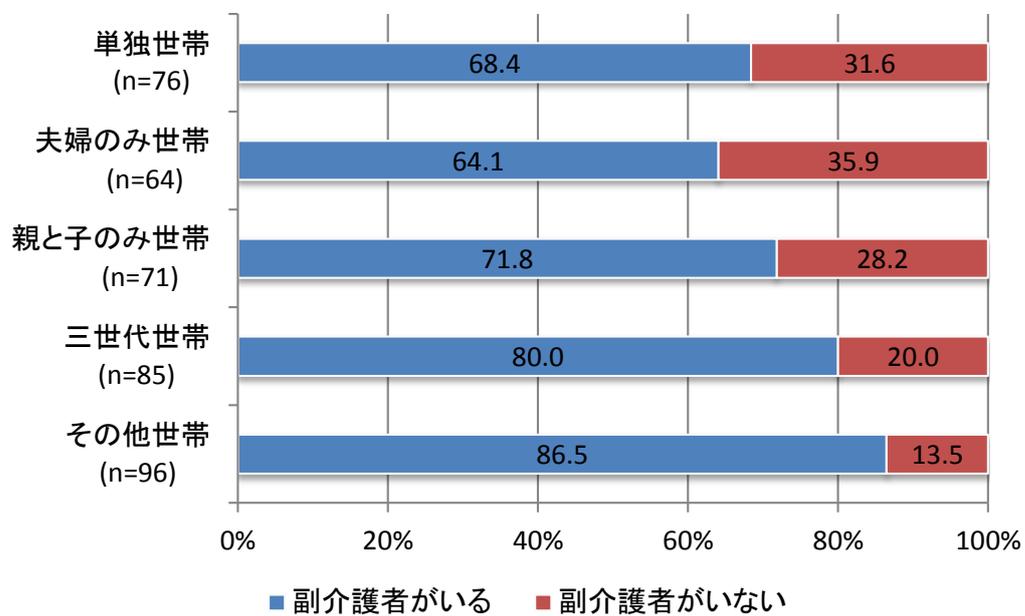
また、副介護者がいないのは、「夫婦のみ世帯」が35.9%と高く、それに「単独世帯」と「親と子のみ世帯」が続いた。

先述したように「単独世帯」は区分支給限度基準額超過利用をしているケースの割合が高くなっており、主介護者・副介護者のいないことが一因となっているかもしれない。「その他世帯」も同様に区分支給限度基準額超過利用をしているケースの割合は高いほうであったが、主介護者・副介護者のいるケースの割合は高かった。「その他世帯」では、介護者はいても、「三世帯世帯」などに比べてやや複雑な家族構成になることなどから、介護者が介護に割ける時間や労力などが異なるのかもしれない。

図表 142 世帯類型別の主介護者の有無(区分支給限度基準額超過利用をしているケース)



図表 143 世帯類型と副介護者の有無(区分支給限度基準額超過利用かつ主介護者のいるケース)



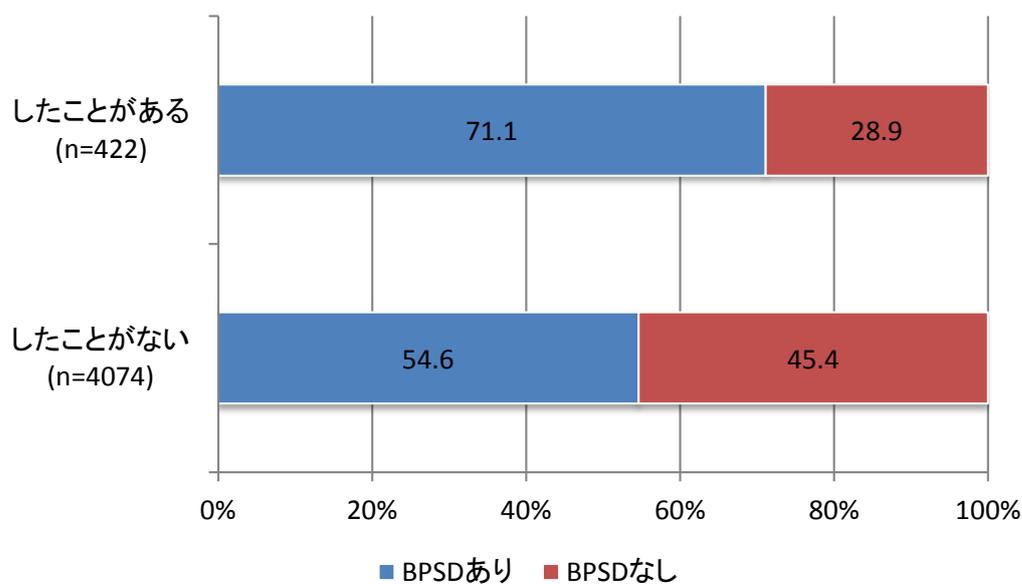
(8) 区分支給限度基準額超過利用のケースでは、BPSDのあるケースの割合が高い

区分支給限度基準額超過利用をしているケースでは、71.1%のケースで何らかのBPSDがあり、区分支給限度基準額超過利用をしていないケースよりも16.5%ポイント高くなっていた。

図表 144 「区分支給限度基準額超過利用」と「BPSDの有無」

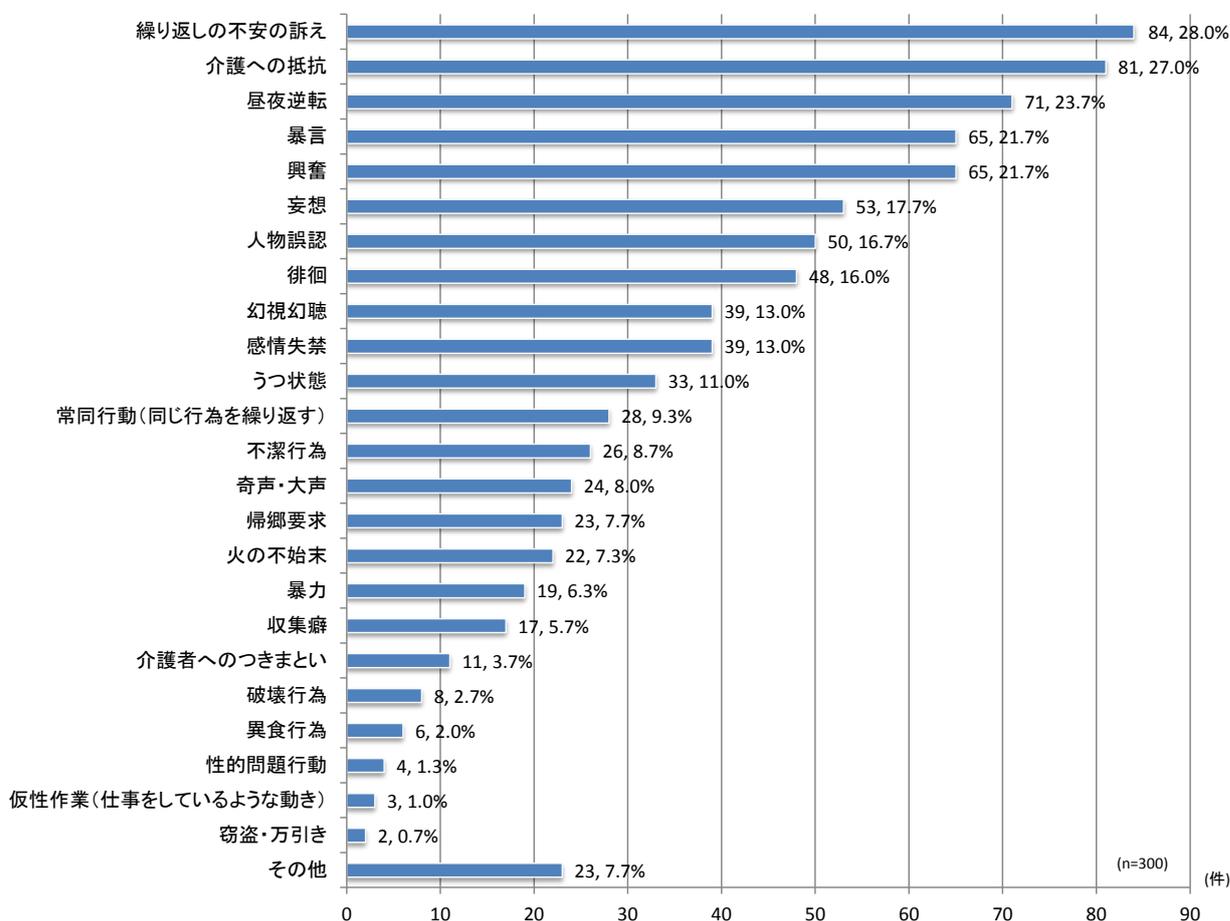
		BPSDの有無		合計
		BPSDあり	BPSDなし	
直近半年間の支給限度基準額を超えたサービス利用の有無	したことがある	300 71.1%	122 28.9%	422 100.0%
	したことがない	2224 54.6%	1850 45.4%	4074 100.0%
	合計	2524 56.1%	1972 43.9%	4496 100.0%

カイ二乗値 42.279 (p<0.001)

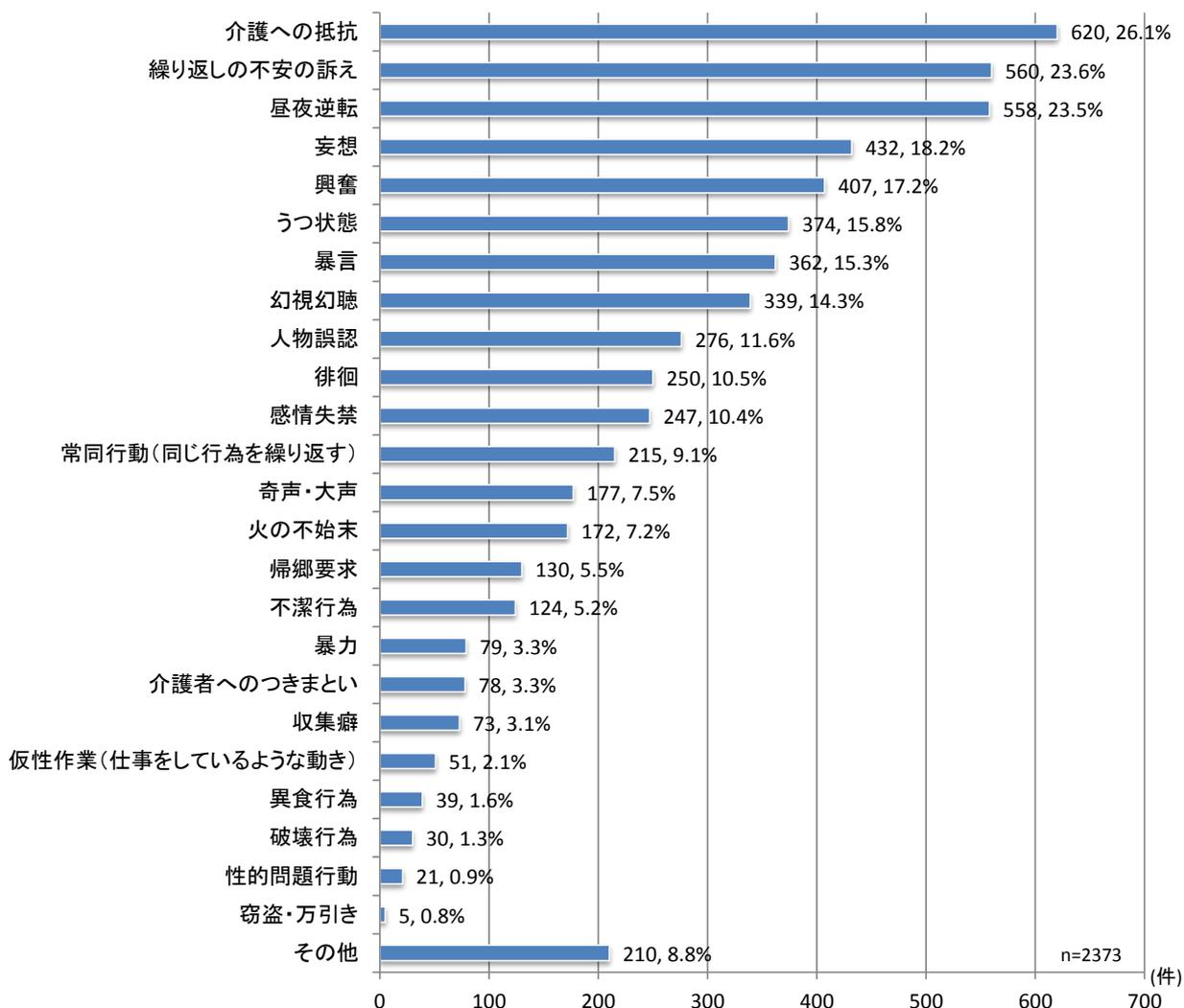


区分支給限度基準額超過利用をしているケースと、していないケースの BPSD の症状の内訳を比較した。その結果、「介護への抵抗」や「繰り返しの訴え」、「昼夜逆転」が上位であることは両者とも同じであった。特徴的ではあったのは、区分支給限度基準額超過利用をしているケースでは、上記の3つに次いで「暴言」が続き、していないケースに比べて高位に位置していた。パーセンテージも区分支給限度基準額超過利用をしないケースより 6.4%ポイント高かった。また、「徘徊」も区分支給限度基準額超過利用をしているケースでは、していないケースに比べて高位で、5.5%ポイント高くなっていた。

図表 145 BPSD の種類(複数回答)(区分支給限度基準額超過利用をしているケース)



図表 146 BPSD の種類(複数回答)(区分支給限度基準額超過利用をしていないケース)



2. まとめ

世帯類型でみると「親と子のみ世帯」が「離職」や「経済的に苦しい」など困難な状況にあると考えられる結果であった。世帯の経済状況が「苦しい」ほど、望ましい介護サービス利用はされていない傾向にあったうえ、「親と子のみ世帯」では利用者本人の要因を除けば費用負担が介護サービス利用の障壁になっていた。主に介護を担っていると想像される「子」が、介護によって仕事を続けられず、仕事が続けられないため経済的に苦しくなり、結果サービス利用が不足し、さらに自分で介護を抱え込まざるを得ない状況に追い込まれている可能性が考えられる。

「夫婦のみ世帯」では、介護サービスが十分でない要因として利用者本人のサービス拒否に

次いで、家族のサービスへの理解不足や抵抗感があった。今後、今以上に高齢夫婦のみの世帯の増加が予測されるため、高齢者が公的制度を適切に使えるような支援が必要である。世代や地域にもよるが、介護サービス利用へのスティグマを排除していくことや、高齢者でも理解しやすい制度設計、または制度をわかりやすく説明する支援者の技量などが求められる。「親と子のみ世帯」や「(高齢)夫婦のみ世帯」が、介護を抱え込んでしまわないような支援がより一層重要になると考えられる。

また、「単独世帯」は、「親と子のみ世帯」に次いで「経済的に苦しい」一方で、区分支給限度基準額を超過したサービス利用が多かった。経済的にゆとりがない「単独世帯」の場合は区分支給限度基準額を超えた超過利用はそもそも難しいと思われ、他方、もとは経済的にゆとりがあっても超過利用によって苦しくなることもあり得る。主介護者のいない「単独世帯」も29.0%存在する現状で、独居の高齢者を家族と公的サービスだけで支えるのは限界がある可能性もあり、インフォーマルな社会資源の活用促進や公私の支援をいかに組み合わせるかなどの検討が必要だと考えられる。

さらに、区分支給限度基準額を超過したサービス利用については、「夫婦のみ世帯」や「親と子のみ世帯」で副介護者がいないこと、BPSDのうち「暴言」や「徘徊」といった介護負担の大きいものの影響なども示唆される結果であった。介護者を支える支援や、利用者の認知症症状を安定させるような医療・介護の専門的支援など、利用者・世帯の状況に合わせた重層的な支援が求められると考える。

9. 医療・介護サービス利用状況と利用者の状態・世帯・主介護者等

1. クロス集計等による分析

ここでは、利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」または「要支援・介護度」別の医療・介護サービスの利用状況を「単独世帯」と「同居者のいる世帯」に分けて検討した。まず、単一のサービスごとの利用状況を検討したうえで、それらを総合したグラフを用い、利用者の状態による医療・介護サービスの利用状況の違いを「単独世帯」と「同居者のいる世帯」のそれぞれで示した。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度」が M の独居者など、中にはサンプル数が少ないカテゴリーもあるため、結果の解釈には注意が必要である。

(1) 認知症自立度が軽度な段階は「通院」し、重度になると「訪問診療」を利用

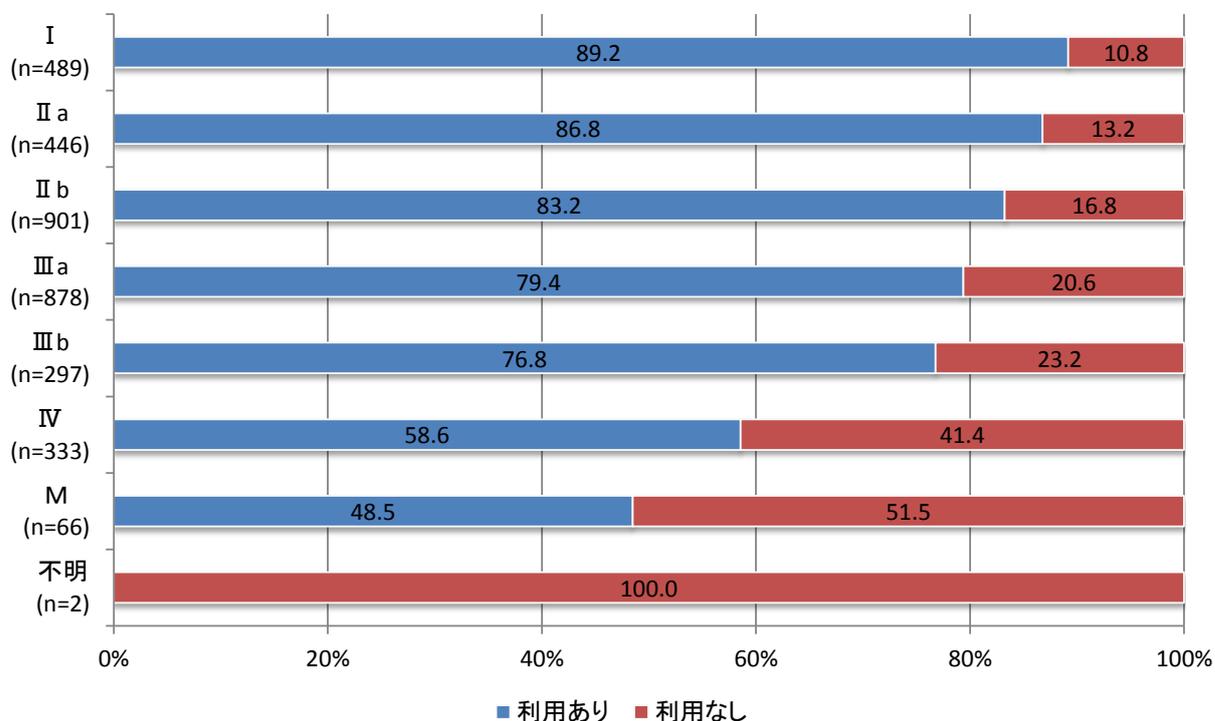
「認知症高齢者の日常生活自立度」でみると「通院」と「訪問診療」は代替的な関係性を担っているようにみえる利用割合であった。認知症が進行すると「通院」することが難しくなり、「訪問診療」で医療ニーズに対応していると考えられる。

一方で、「要支援・介護度」の場合は、「通院」・「訪問診療」とともに重度になると利用が減少していた。より包摂的な指標である要支援・介護度でみると、重度化したことにより状態像の変化が小さくなることや、医療ニーズが拾い上げられづらくなるなどの可能性が考えられる。

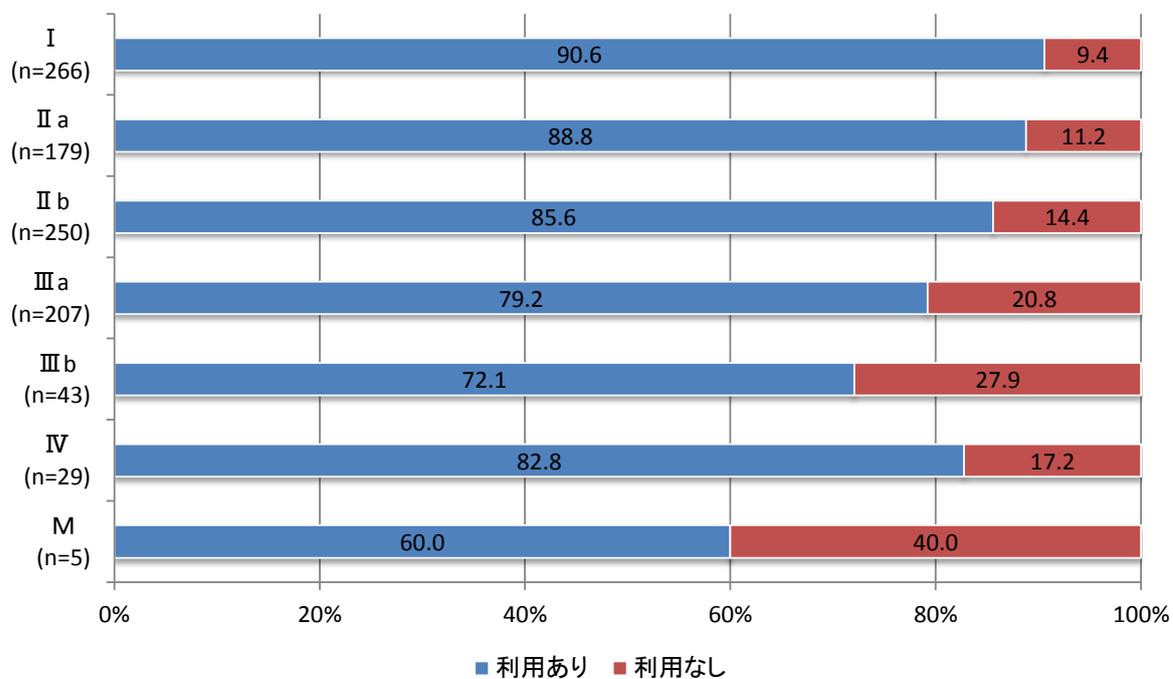
図表 147 「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」別「通院」

		通院		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」(ケアマネジャー判定)	I	436	53	489
			89.2%	10.8%	100.0%
		II a	387	59	446
			86.8%	13.2%	100.0%
		II b	750	151	901
			83.2%	16.8%	100.0%
		III a	697	181	878
			79.4%	20.6%	100.0%
		III b	228	69	297
			76.8%	23.2%	100.0%
同居者がいる世帯	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」(ケアマネジャー判定)	I	241	25	266
			90.6%	9.4%	100.0%
		II a	159	20	179
			88.8%	11.2%	100.0%
		II b	214	36	250
			85.6%	14.4%	100.0%
		III a	164	43	207
			79.2%	20.8%	100.0%
		III b	31	12	43
			72.1%	27.9%	100.0%
		IV	24	5	29
			82.8%	17.2%	100.0%
		M	3	2	5
			60.0%	40.0%	100.0%
		不明	836	143	979
			85.4%	14.6%	100.0%
		合計	2718	684	3402
			79.9%	20.1%	100.0%

図表 148 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「通院」(単独世帯)



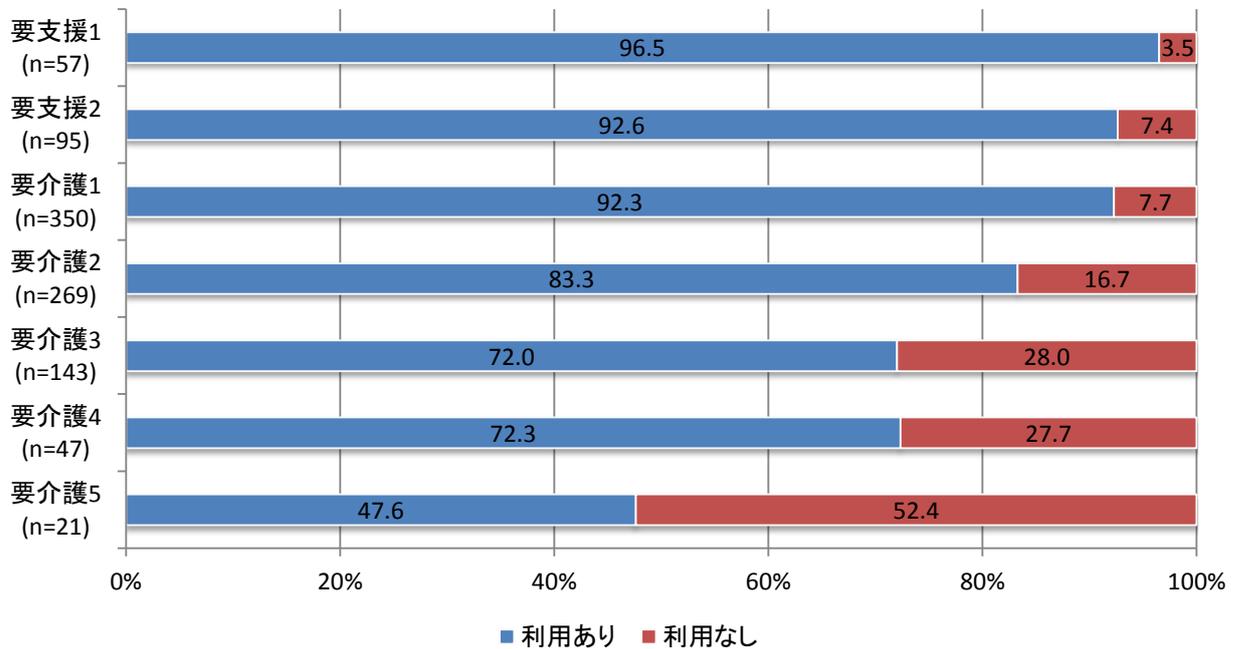
図表 149 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「通院」(同居者のいる世帯)



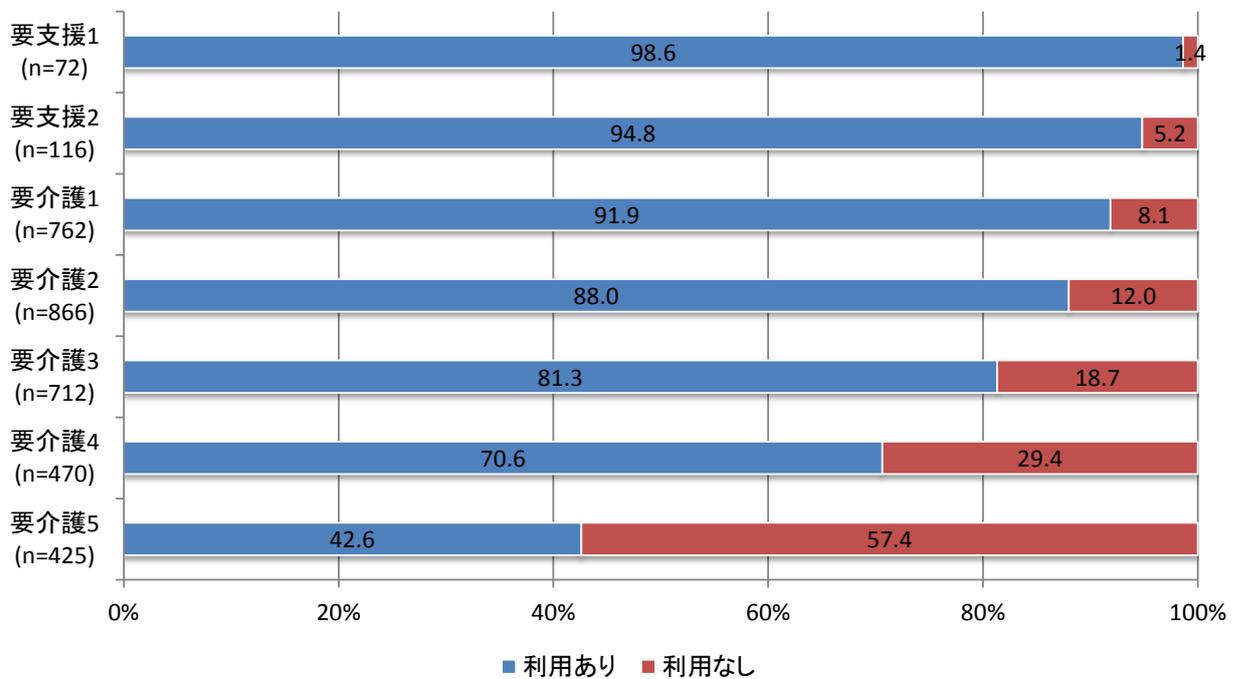
図表 150 「要支援・介護度」別「通院」

			通院		合計
			1. 利用あり	2. 利用なし	
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	55	2	57
			96.5%	3.5%	100.0%
		要支援2	88	7	95
			92.6%	7.4%	100.0%
		要介護1	323	27	350
			92.3%	7.7%	100.0%
		要介護2	224	45	269
			83.3%	16.7%	100.0%
		要介護3	103	40	143
			72.0%	28.0%	100.0%
要介護4	34	13	47		
	72.3%	27.7%	100.0%		
要介護5	10	11	21		
	47.6%	52.4%	100.0%		
合計	837	145	982		
	85.2%	14.8%	100.0%		
同意者がいる世帯	要支援・介護度	要支援1	71	1	72
			98.6%	1.4%	100.0%
		要支援2	110	6	116
			94.8%	5.2%	100.0%
		要介護1	700	62	762
			91.9%	8.1%	100.0%
		要介護2	762	104	866
			88.0%	12.0%	100.0%
		要介護3	579	133	712
			81.3%	18.7%	100.0%
要介護4	332	138	470		
	70.6%	29.4%	100.0%		
要介護5	181	244	425		
	42.6%	57.4%	100.0%		
合計	2735	688	3423		
	79.9%	20.1%	100.0%		

図表 151 「要支援・介護度」別「通院」(単独世帯)



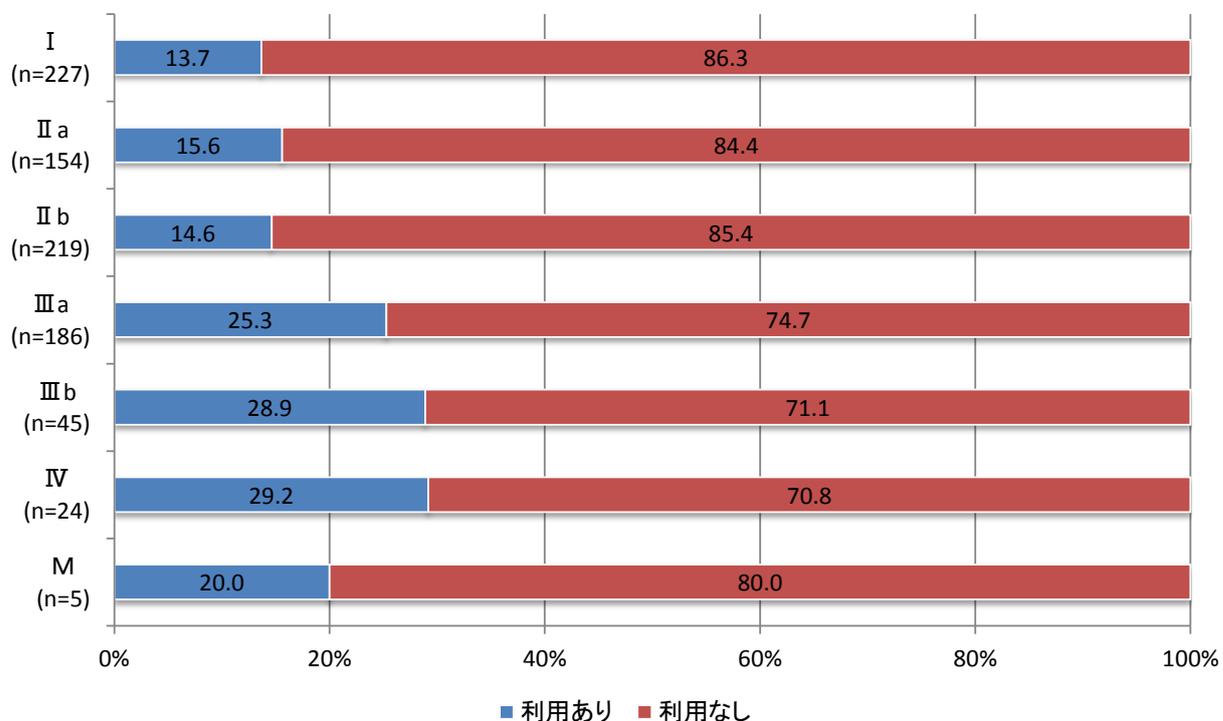
図表 152 「要支援・介護度」別「通院」(同居者のいる世帯)



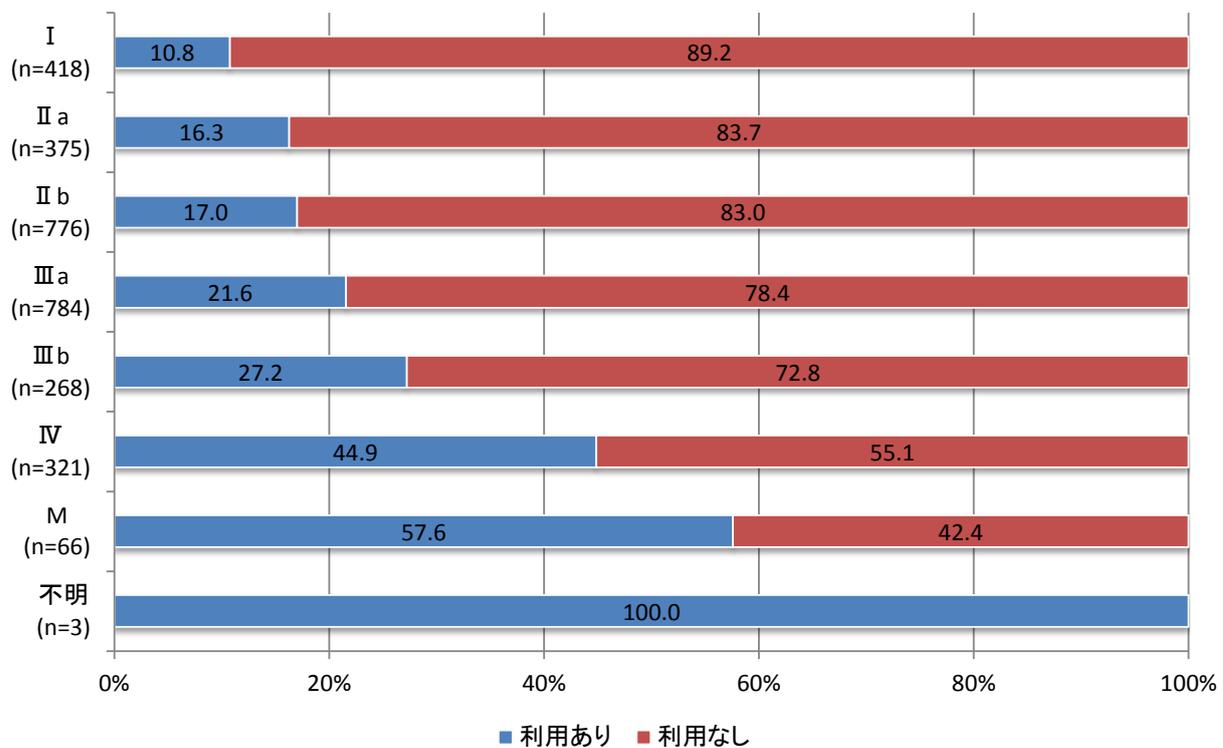
図表 153 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」

		訪問診療		合計			
		1. 利用あり	2. 利用なし				
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	31 13.7%	196 86.3%	227 100.0%		
		II a	24 15.6%	130 84.4%	154 100.0%		
		II b	32 14.6%	187 85.4%	219 100.0%		
		III a	47 25.3%	139 74.7%	186 100.0%		
		III b	13 28.9%	32 71.1%	45 100.0%		
		IV	7 29.2%	17 70.8%	24 100.0%		
		M	1 20.0%	4 80.0%	5 100.0%		
		合計	155 18.0%	705 82.0%	860 100.0%		
		同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	45 10.8%	373 89.2%	418 100.0%
				II a	61 16.3%	314 83.7%	375 100.0%
II b	132 17.0%			644 83.0%	776 100.0%		
III a	169 21.6%			615 78.4%	784 100.0%		
III b	73 27.2%			195 72.8%	268 100.0%		
IV	144 44.9%			177 55.1%	321 100.0%		
M	38 57.6%			28 42.4%	66 100.0%		
不明	3 100.0%			0 0.0%	3 100.0%		
合計	665 22.1%			2346 77.9%	3011 100.0%		

図表 154 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」(単独世帯)



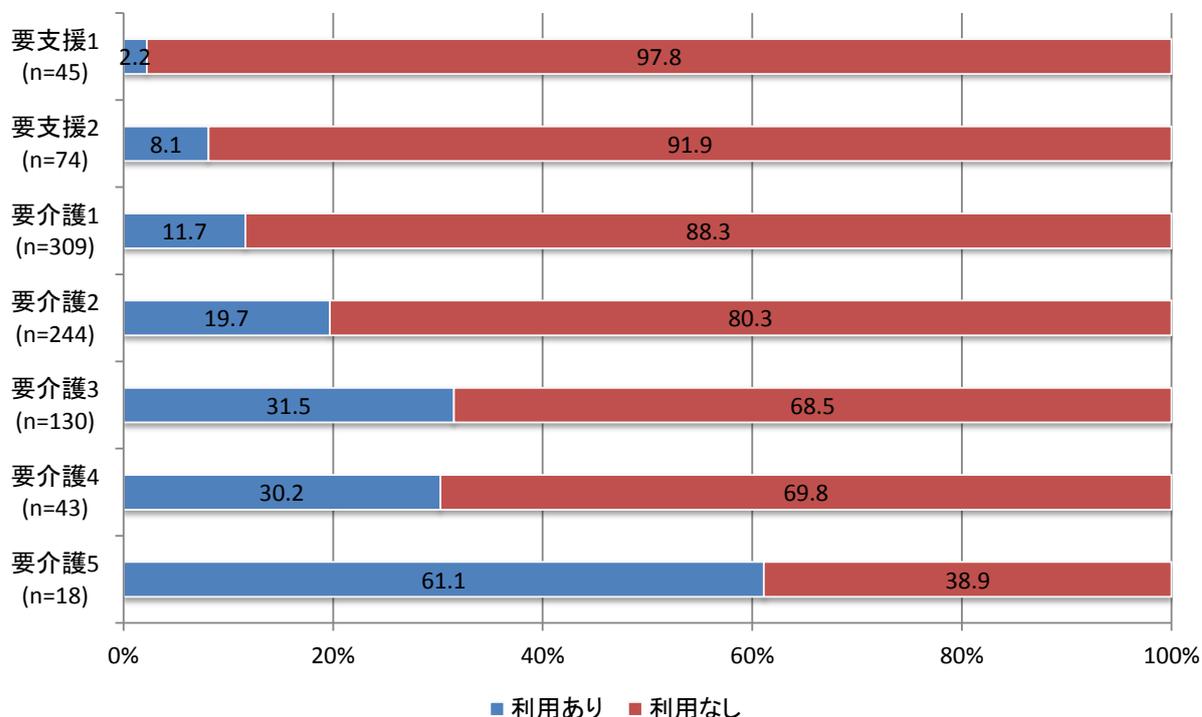
図表 155 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問診療」(同居者のいる世帯)



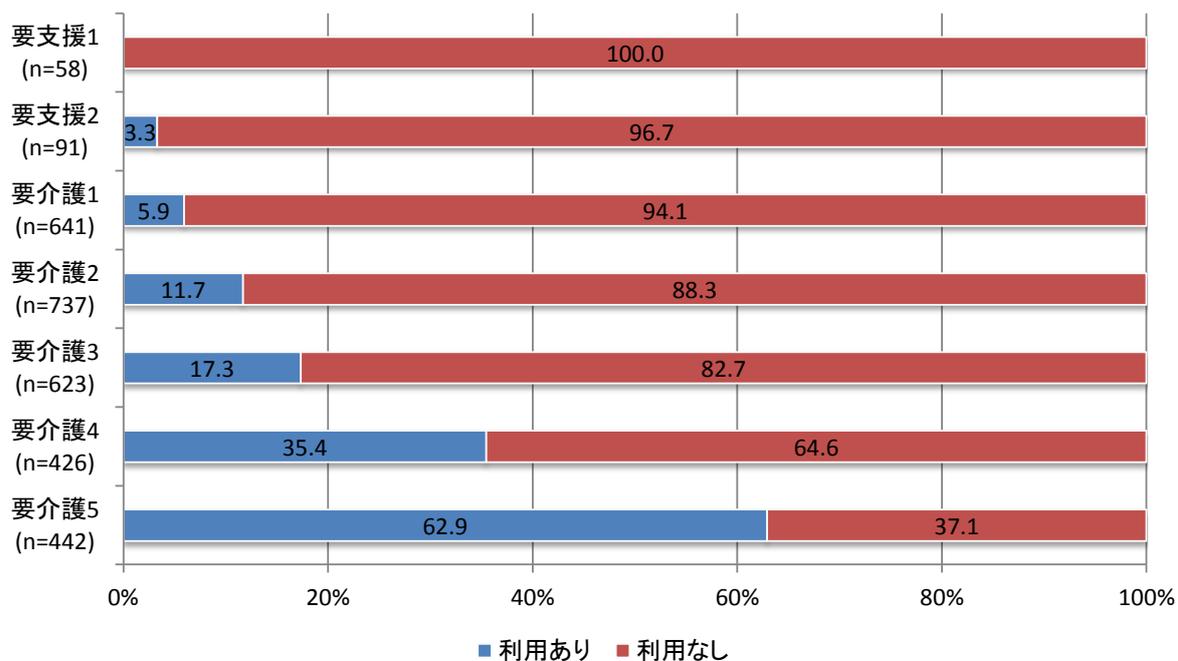
図表 156 「要支援・介護度」別「訪問診療」

			訪問診療		合計
			1. 利用あり	2. 利用なし	
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	1	44	45
			2. 2%	97. 8%	100. 0%
		要支援2	6	68	74
			8. 1%	91. 9%	100. 0%
		要介護1	36	273	309
			11. 7%	88. 3%	100. 0%
		要介護2	48	196	244
			19. 7%	80. 3%	100. 0%
		要介護3	41	89	130
			31. 5%	68. 5%	100. 0%
要介護4	13	30	43		
	30. 2%	69. 8%	100. 0%		
要介護5	11	7	18		
	61. 1%	38. 9%	100. 0%		
合計	156	707	863		
	18. 1%	81. 9%	1. 0		
同居者がいる世帯	要支援・介護度	要支援1	0	58	58
			0. 0%	100. 0%	100. 0%
		要支援2	3	88	91
			3. 3%	96. 7%	100. 0%
		要介護1	38	603	641
			5. 9%	94. 1%	100. 0%
		要介護2	86	651	737
			11. 7%	88. 3%	100. 0%
		要介護3	108	515	623
			17. 3%	82. 7%	100. 0%
要介護4	151	275	426		
	35. 4%	64. 6%	100. 0%		
要介護5	278	164	442		
	62. 9%	37. 1%	100. 0%		
合計	664	2354	3018		
	22. 0%	78. 0%	100. 0%		

図表 157 「要支援・介護度」別「訪問診療」(単独世帯)



図表 158 「要支援・介護度」別「訪問診療」(同居者のいる世帯)



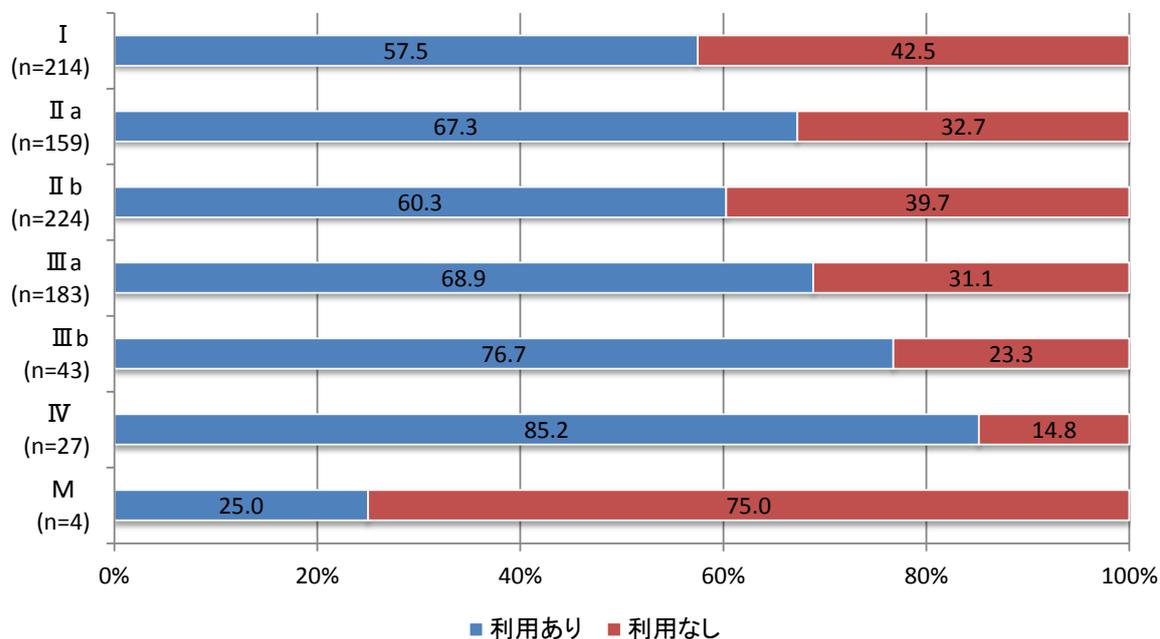
(2) デイサービスは、認知症自立度や要支援・介護度が重度になるほど利用割合が高まる傾向

デイサービスを利用しているケースの割合は、利用者の認知症や要介護状態が重度化するほど利用されている傾向にあった。一方で、利用者が単独世帯であるか否かでは、若干単独世帯で利用割合が高い傾向にはあったものの大きな差はなく、同居者の有無によらず広く利用されているサービスといえる。

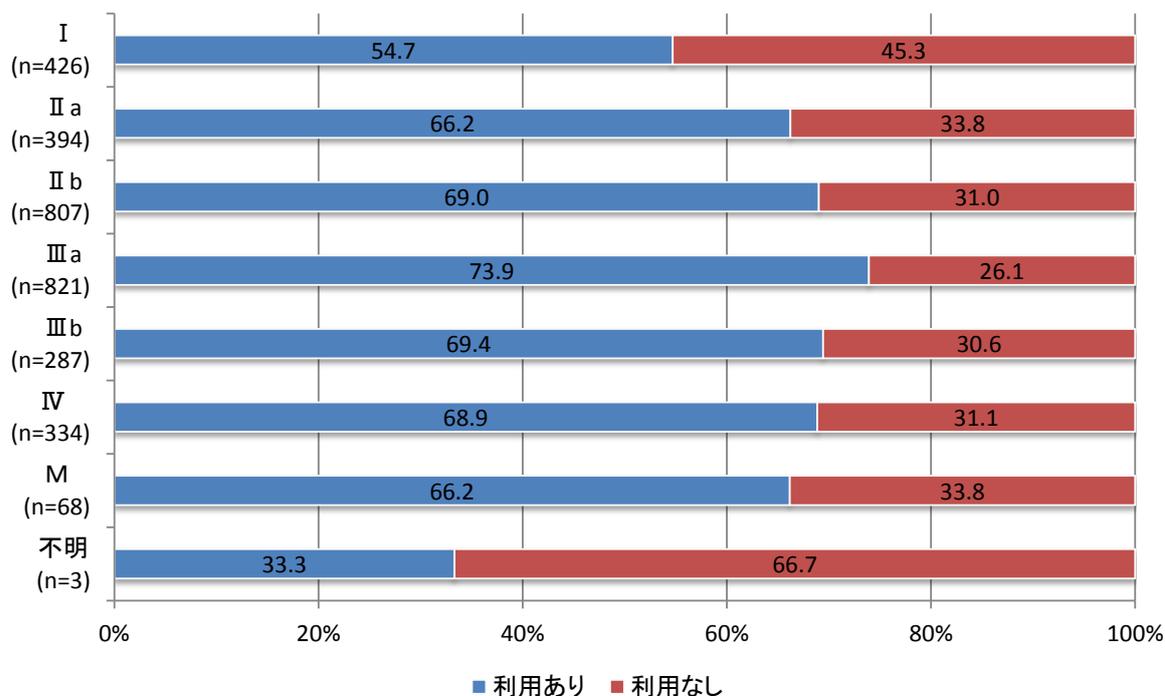
図表 159 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」

			デイサービス		合計		
			1. 利用あり	2. 利用なし			
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	123 57.5%	91 42.5%	214 100.0%		
		II a	107 67.3%	52 32.7%	159 100.0%		
		II b	135 60.3%	89 39.7%	224 100.0%		
		III a	126 68.9%	57 31.1%	183 100.0%		
		III b	33 76.7%	10 23.3%	43 100.0%		
		IV	23 85.2%	4 14.8%	27 100.0%		
		M	1 25.0%	3 75.0%	4 100.0%		
		合計	548 64.2%	306 35.8%	854 100.0%		
		同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	233 54.7%	193 45.3%	426 100.0%
				II a	261 66.2%	133 33.8%	394 100.0%
II b	557 69.0%			250 31.0%	807 100.0%		
III a	607 73.9%			214 26.1%	821 100.0%		
III b	193 69.4%			85 30.6%	278 100.0%		
IV	230 68.9%			104 31.1%	334 100.0%		
M	45 66.2%			23 33.8%	68 100.0%		
不明	1 33.3%			2 66.7%	3 100.0%		
合計	2127 67.9%			1004 32.1%	3131 100.0%		

図表 160 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」(単独世帯)



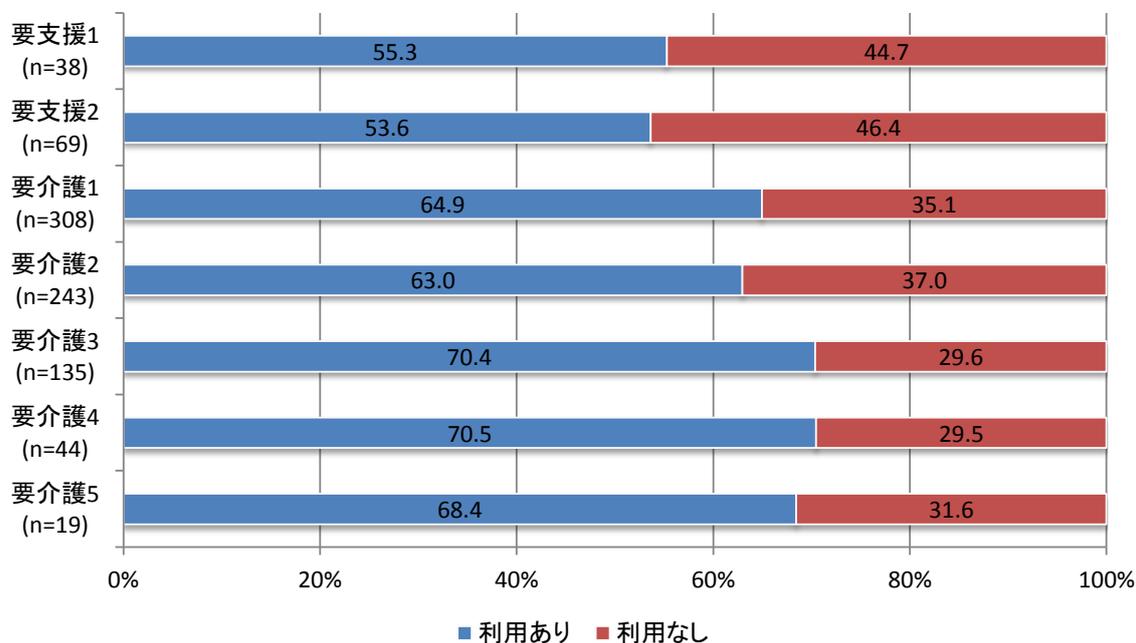
図表 161 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイサービス」(同居者がいる世帯)



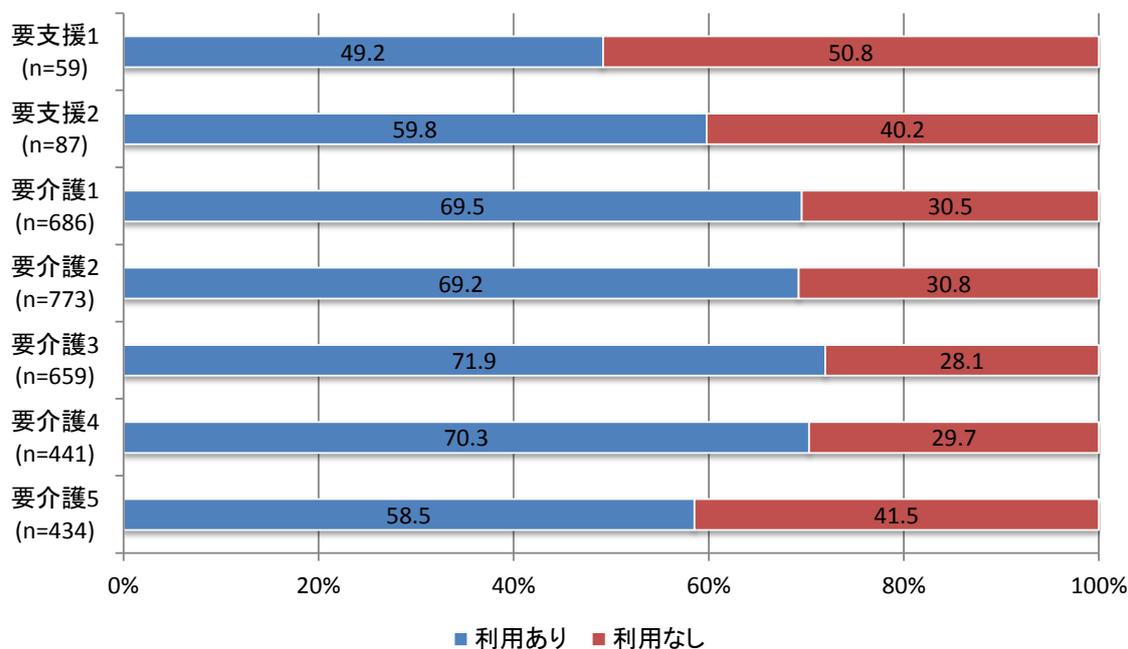
図表 162 「要支援・介護度」別「デイサービス」

			デイサービス		合計
			1. 利用あり	2. 利用なし	
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	21	17	38
			55.3%	44.7%	100.0%
		要支援2	37	32	69
			53.6%	46.4%	100.0%
		要介護1	200	108	308
			64.9%	35.1%	100.0%
		要介護2	153	90	243
			63.0%	37.0%	100.0%
		要介護3	95	40	135
			70.4%	29.6%	100.0%
要介護4	31	13	44		
	70.5%	29.5%	100.0%		
要介護5	13	6	19		
	68.4%	31.6%	100.0%		
合計	550	306	856		
	64.3%	35.7%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	29	30	59
			49.2%	50.8%	100.0%
		要支援2	52	35	87
			59.8%	40.2%	100.0%
		要介護1	477	209	686
			69.5%	30.5%	100.0%
		要介護2	535	238	773
			69.2%	30.8%	100.0%
		要介護3	474	185	659
			71.9%	28.1%	100.0%
要介護4	310	131	441		
	70.3%	29.7%	100.0%		
要介護5	254	180	434		
	58.5%	41.5%	100.0%		
合計	2131	1008	3139		
	67.9%	32.1%	100.0%		

図表 163 「要支援・介護度」別「デイサービス」(単独世帯)



図表 164 「要支援・介護度」別「デイサービス」(同居者のいる世帯)



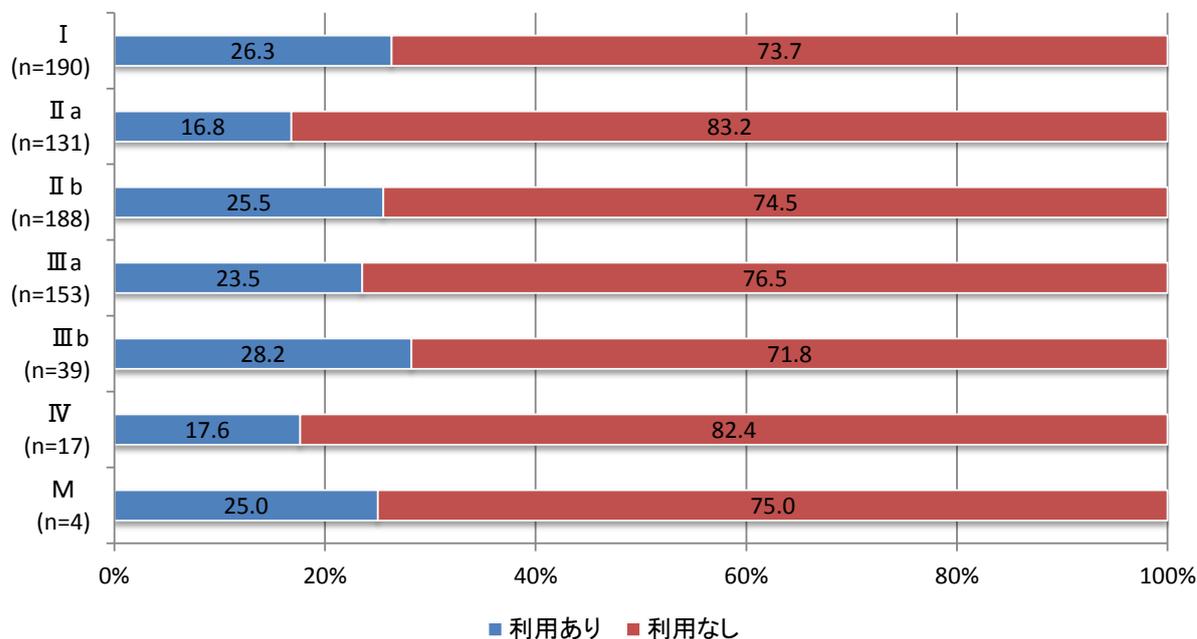
(3) デイケアは、認知症自立度や要支援・介護度が軽度になるほど利用割合が高まる傾向

「認知症高齢者の日常生活自立度」や「要支援・介護度」の軽重と利用割合の高低が比例しているとは言えないものの、心身機能の障害が軽度なケースでデイケアの利用割合は高い傾向にあった。より軽度なケースにおいてリハビリテーションのニーズが高く、重症化するに従って状態像が固定化し、リハビリテーションよりも介護ニーズへと移行するなどの可能性が考えられる。

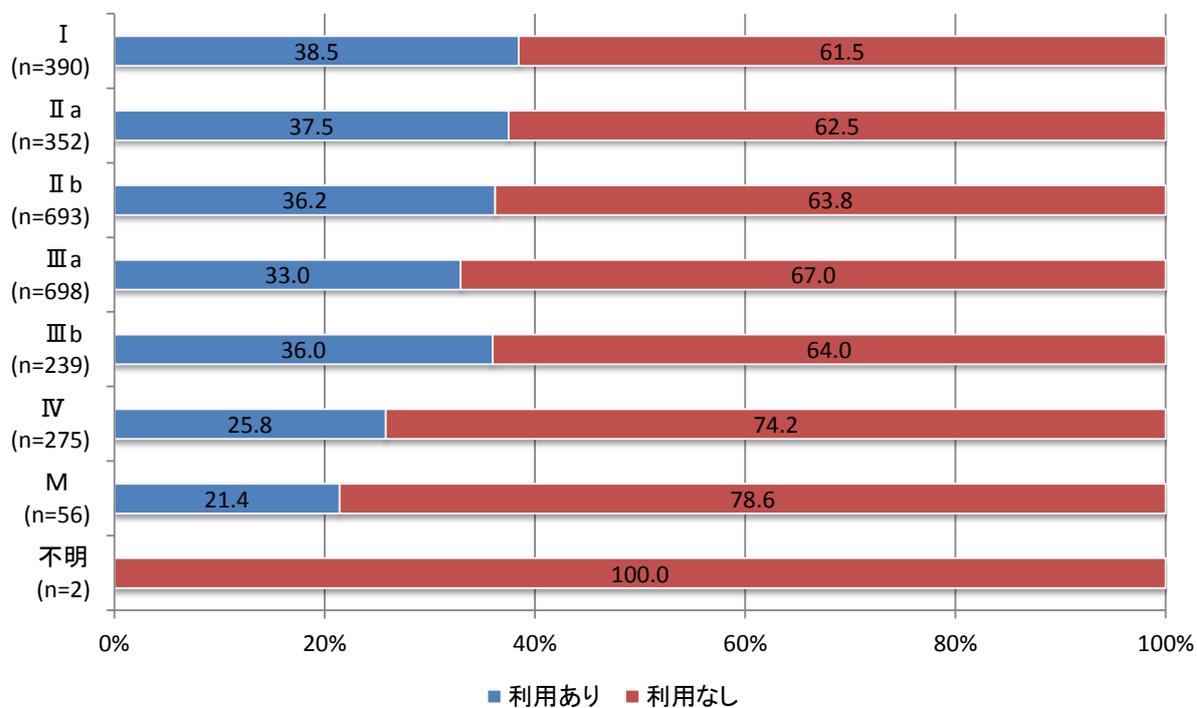
図表 165 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」

		デイケア		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	50	140	190
			26.3%	73.7%	100.0%
		II a	22	109	131
			16.8%	83.2%	100.0%
		II b	48	140	188
			25.5%	74.5%	100.0%
		III a	36	117	153
			23.5%	76.5%	100.0%
		III b	11	28	39
			28.2%	71.8%	100.0%
IV	3	14	17		
	17.6%	82.4%	100.0%		
M	1	3	4		
	25.0%	75.0%	100.0%		
合計	171	551	722		
	23.7%	76.3%	100.0%		
同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	150	240	390
			38.5%	61.5%	100.0%
		II a	132	220	352
			37.5%	62.5%	100.0%
		II b	251	442	693
			36.2%	63.8%	100.0%
		III a	230	468	698
			33.0%	67.0%	100.0%
		III b	86	153	239
			36.0%	64.0%	100.0%
		IV	71	204	275
			25.8%	74.2%	100.0%
M	12	44	56		
	21.4%	78.6%	100.0%		
不明	0	2	2		
	0.0%	100.0%	100.0%		
合計	932	1773	2705		
	34.5%	65.5%	100.0%		

図表 166 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」(単独世帯)



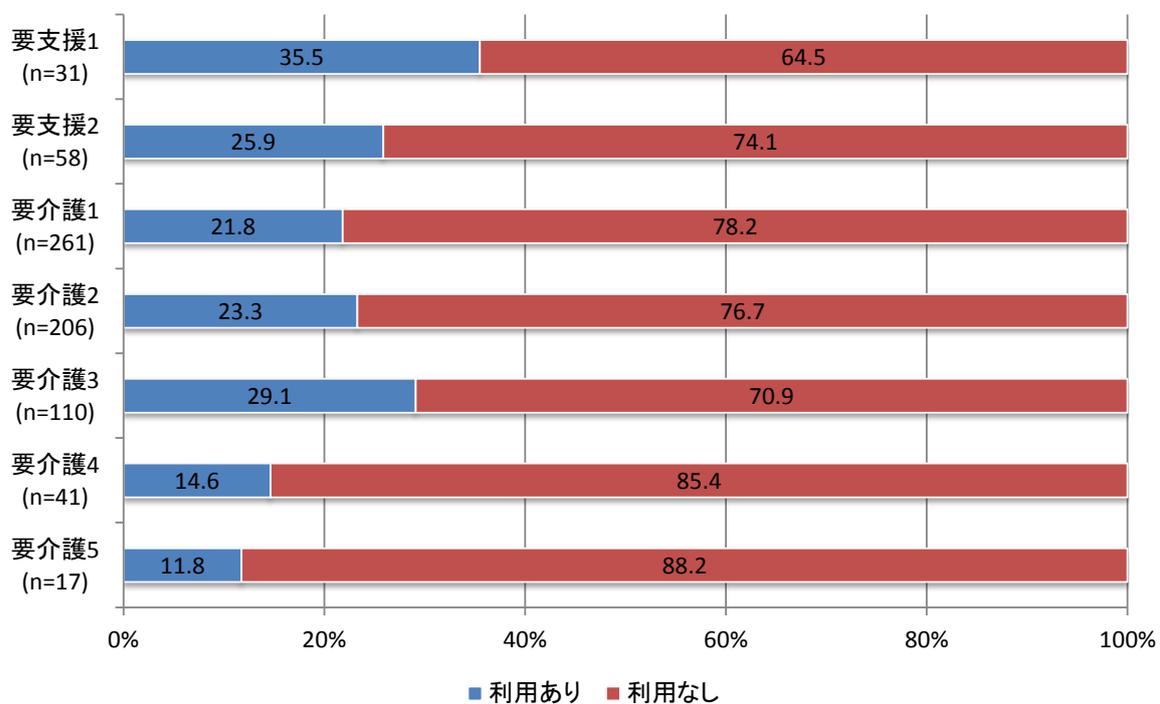
図表 167 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「デイケア」(同居者がいる世帯)



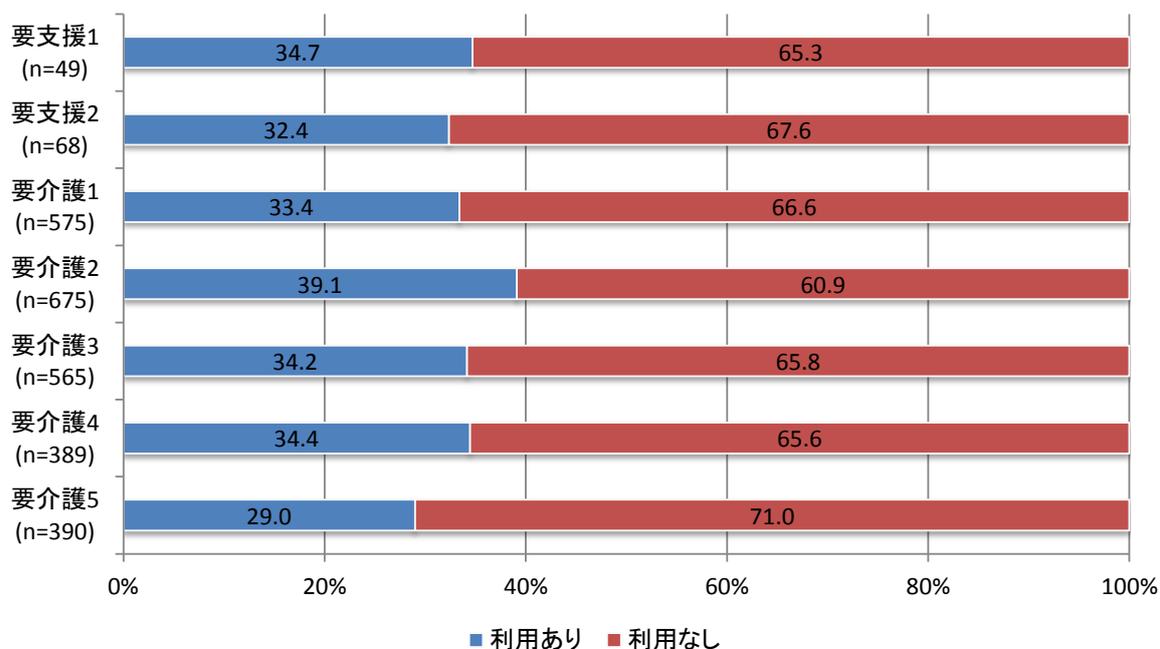
図表 168 「要支援・介護度」別「デイケア」

		デイケア		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	11	20	31
			35.5%	64.5%	100.0%
		要支援2	15	43	58
			25.9%	74.1%	100.0%
		要介護1	57	204	261
			21.8%	78.2%	100.0%
		要介護2	48	158	206
			23.3%	76.7%	100.0%
		要介護3	32	78	110
			29.1%	70.9%	100.0%
要介護4	6	35	41		
	14.6%	85.4%	100.0%		
要介護5	2	15	17		
	11.8%	88.2%	100.0%		
合計	171	553	724		
	23.6%	76.4%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	17	32	49
			34.7%	65.3%	100.0%
		要支援2	22	46	68
			32.4%	67.6%	100.0%
		要介護1	192	383	575
			33.4%	66.6%	100.0%
		要介護2	264	411	675
			39.1%	60.9%	100.0%
		要介護3	193	372	565
			34.2%	65.8%	100.0%
要介護4	134	255	389		
	34.4%	65.6%	100.0%		
要介護5	113	277	390		
	29.0%	71.0%	100.0%		
合計	935	1776	2711		
	34.5%	65.5%	100.0%		

図表 169 「要支援・介護度」別「デイケア」(単独世帯)



図表 170 「要支援・介護度」別「デイケア」(同居者のいる世帯)



(4) 「身体介護」は認知症自立度や要支援・要介護が重度で、「生活援助」は軽度でよく利用

身体介護を「単独世帯」と「同居者のいる世帯」で比べると、特に心身機能の低下が中度の状態では差が大きかった。「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱb・Ⅲa、要介護2・3で、独居世帯の「身体介護」利用割合が同居者のいる世帯に比べて特に高かった。これらの中度の段階の利用者の状態では、同居者がいれば介護サービスを使わずに済む場合もあるものの、独居では介護サービスを利用しなければ生活が難しくなると考えられる。

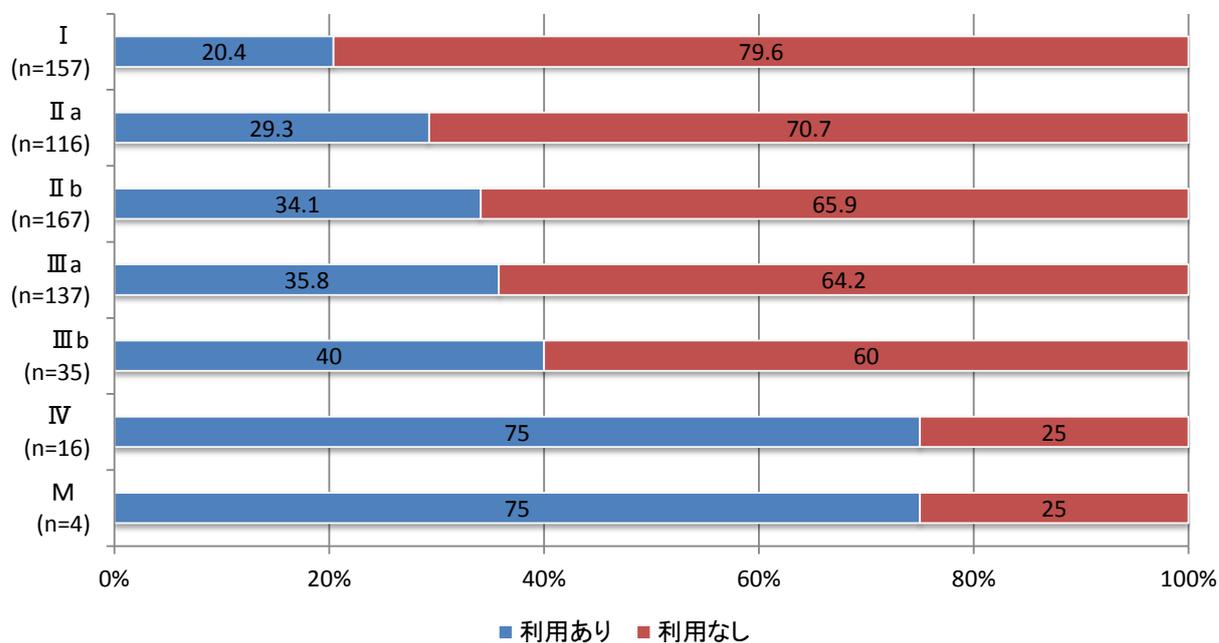
「生活援助」の利用割合は、特に「認知症高齢者の日常生活自立度」でみた場合に「単独世帯」と「同居者のいる世帯」の差が大きく、いずれの重症度でも単独世帯の利用割合が3倍以上高かった。同居者がいると生活援助は利用しづらいという制度上の特徴や、単独世帯の利用者にとって「生活援助」が重要な役割を果たしていることなどを反映している可能性があると考えられる。

なお、ここでは「身体介護のみ」の訪問介護と身体介護と生活援助の「混合型」のうち「身体介護中心」のものを合算して「訪問介護（身体介護）」とした。生活援助も同様に「生活援助のみ」の訪問介護と「混合型」のうち「生活援助中心」のものを合算して「訪問介護（生活援助）」とした。

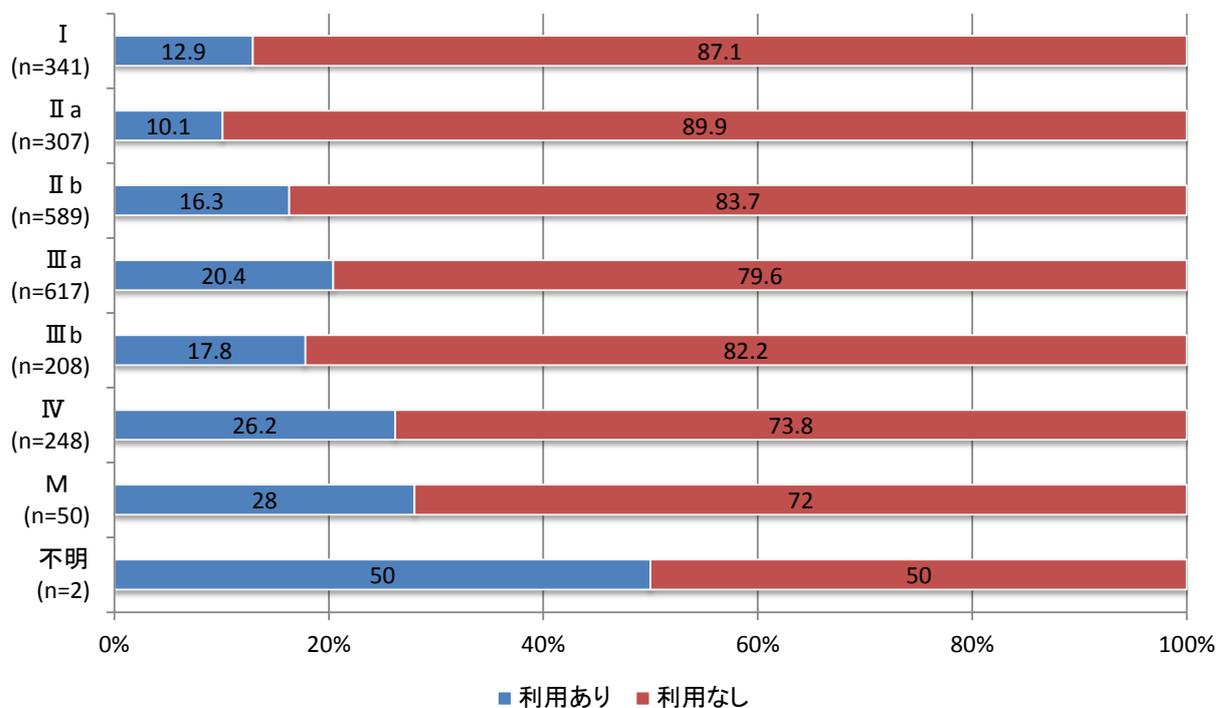
図表 171 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」

		訪問介護(身体介護)		合計			
		1. 利用あり	2. 利用なし				
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	32 20.4%	125 79.6%	157 100.0%		
		II a	34 29.3%	82 70.7%	116 100.0%		
		II b	57 34.1%	110 65.9%	167 100.0%		
		III a	49 35.8%	88 64.2%	137 100.0%		
		III b	14 40.0%	21 60.0%	35 100.0%		
		IV	12 75.0%	4 25.0%	16 100.0%		
		M	3 75.0%	1 25.0%	4 100.0%		
		合計	201 31.8%	431 68.2%	632 100.0%		
		同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	44 12.9%	297 87.1%	341 100.0%
				II a	31 10.1%	276 89.9%	307 100.0%
II b	96 16.3%			493 83.7%	589 100.0%		
III a	126 20.4%			491 79.6%	617 100.0%		
III b	37 17.8%			171 82.2%	208 100.0%		
IV	65 26.2%			183 73.8%	248 100.0%		
M	14 28.0%			36 72.0%	50 100.0%		
不明	1 50.0%			1 50.0%	2 100.0%		
合計	414 17.5%			1948 82.5%	2362 100.0%		

図表 172 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」(単独世帯)



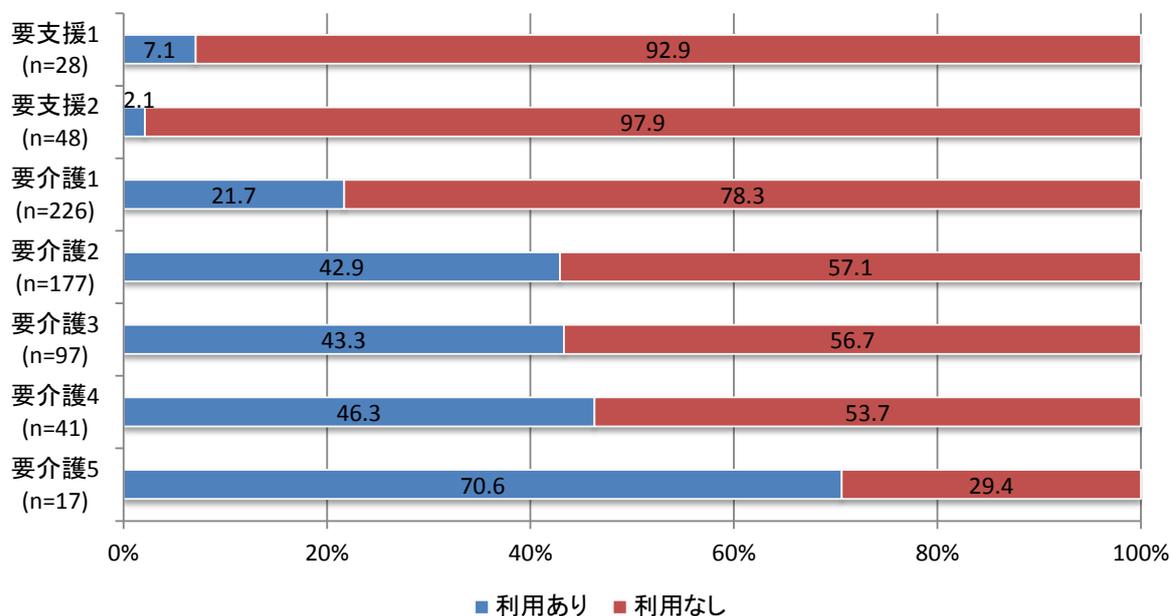
図表 173 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(身体介護)」(同居者がいる世帯)



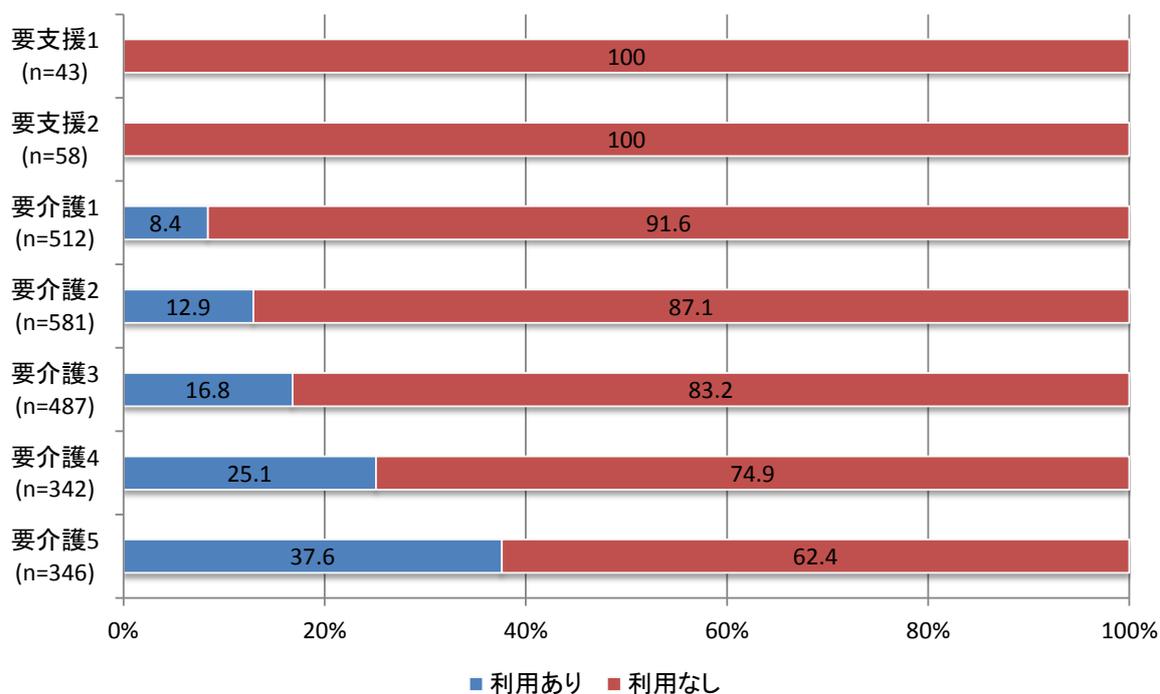
図表 174 「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」

		訪問介護(身体介護)		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	2	26	28
			7.1%	92.9%	100.0%
		要支援2	1	47	48
			2.1%	97.9%	100.0%
		要介護1	49	177	226
			21.7%	78.3%	100.0%
		要介護2	76	101	177
			42.9%	57.1%	100.0%
		要介護3	42	55	97
			43.3%	56.7%	100.0%
要介護4	19	22	41		
	46.3%	53.7%	100.0%		
要介護5	12	5	17		
	70.6%	29.4%	100.0%		
合計	201	433	634		
	31.7%	68.3%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	0	43	43
			0.0%	100.0%	100.0%
		要支援2	0	58	58
			0.0%	100.0%	100.0%
		要介護1	43	469	512
			8.4%	91.6%	100.0%
		要介護2	75	506	581
			12.9%	87.1%	100.0%
		要介護3	82	405	487
			16.8%	83.2%	100.0%
要介護4	86	256	342		
	25.1%	74.9%	100.0%		
要介護5	130	216	346		
	37.6%	62.4%	100.0%		
合計	416	1953	2369		
	17.6%	82.4%	100.0%		

図表 175 「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」(単独世帯)



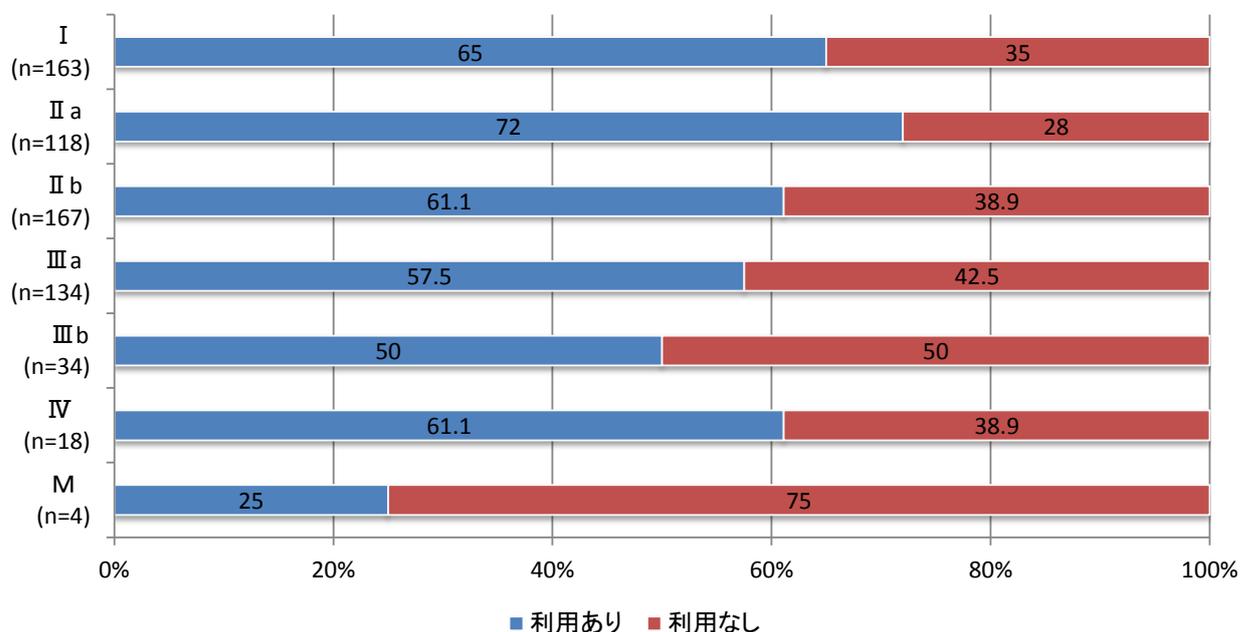
図表 176 「要支援・介護度」別「訪問介護(身体介護)」(同居者のいる世帯)



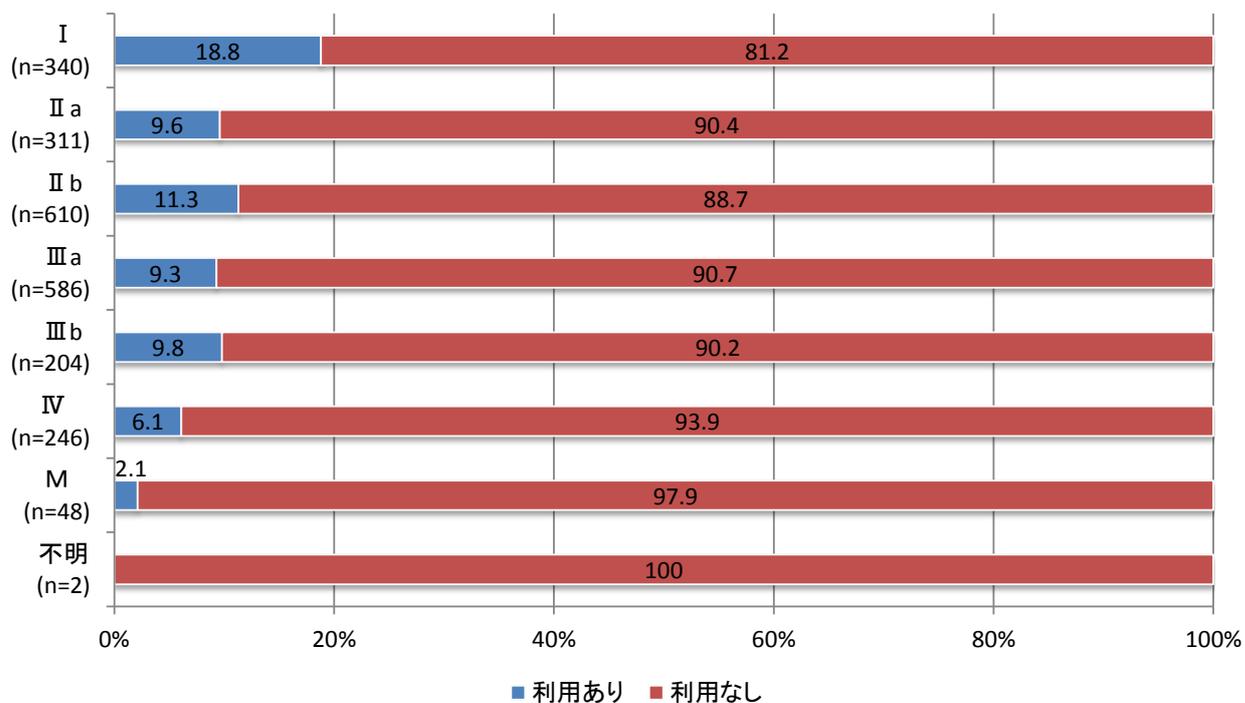
図表 177 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」

			訪問介護 (生活援助)		合計		
			1. 利用あり	2. 利用なし			
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	106 65.0%	57 35.0%	163 100.0%		
		II a	85 72.0%	33 28.0%	118 100.0%		
		II b	102 61.1%	65 38.9%	167 100.0%		
		III a	77 57.5%	57 42.5%	134 100.0%		
		III b	17 50.0%	17 50.0%	34 100.0%		
		IV	11 61.1%	7 38.9%	18 100.0%		
		M	1 25.0%	3 75.0%	4 100.0%		
		合計	399 62.5%	239 37.5%	638 100.0%		
		同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	64 18.8%	276 81.2%	340 100.0%
				II a	30 9.6%	281 90.4%	311 100.0%
II b	66 11.3%			520 88.7%	586 100.0%		
III a	57 9.3%			557 90.7%	614 100.0%		
III b	20 9.8%			184 90.2%	204 100.0%		
IV	15 6.1%			231 93.9%	246 100.0%		
M	1 2.1%			47 97.9%	48 100.0%		
不明	0 0.0%			2 100.0%	2 100.0%		
合計	253 10.8%			2098 89.2%	2351 100.0%		

図表 178 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」(単独世帯)



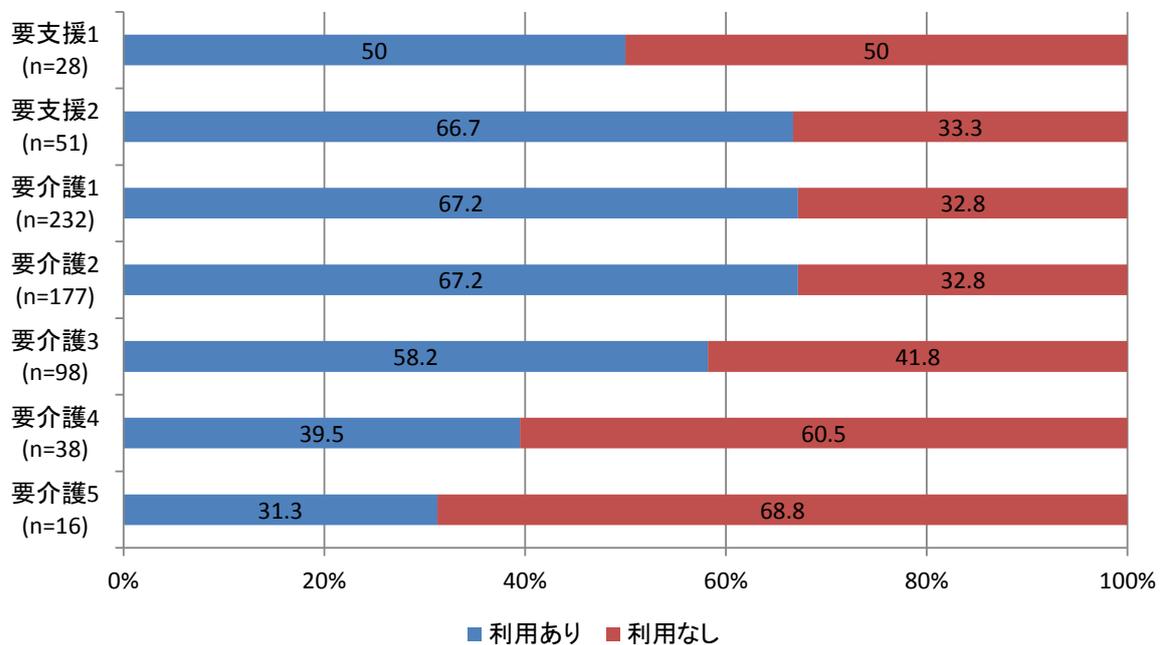
図表 179 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問介護(生活援助)」(同居者がいる世帯)



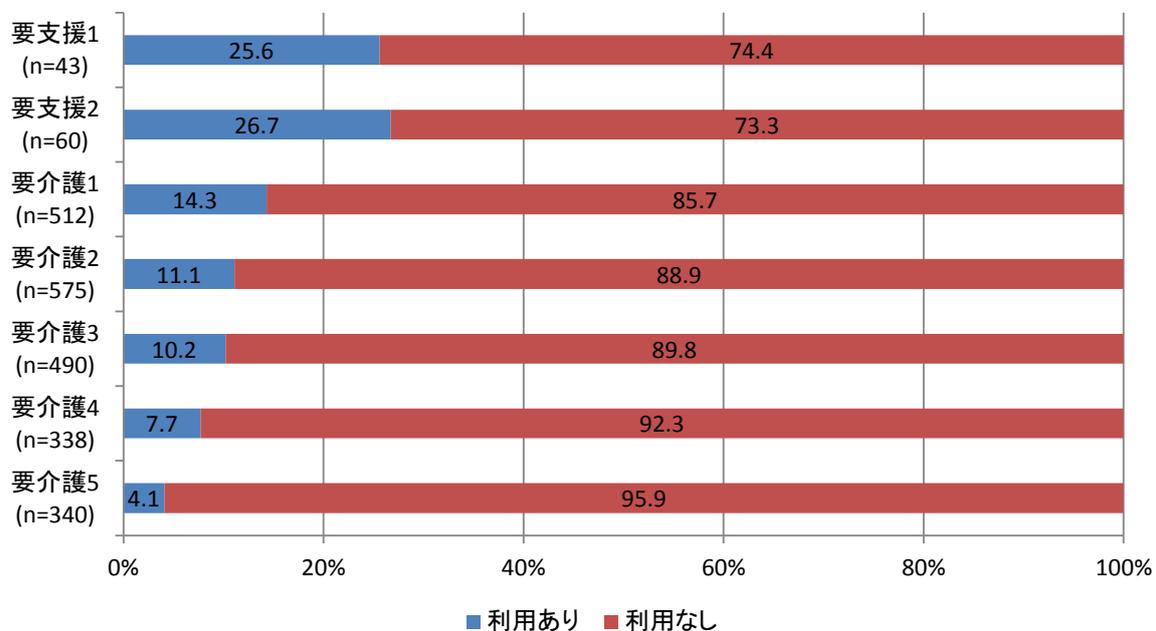
図表 180 「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」

		訪問介護(生活援助)		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	14	14	28
			50.0%	50.0%	100.0%
		要支援2	34	17	51
			66.7%	33.3%	100.0%
		要介護1	156	76	232
			67.2%	32.8%	100.0%
		要介護2	119	58	177
			67.2%	32.8%	100.0%
		要介護3	57	41	98
			58.2%	41.8%	100.0%
要介護4	15	23	38		
	39.5%	60.5%	100.0%		
要介護5	5	11	16		
	31.3%	68.8%	100.0%		
合計	400	240	640		
	62.5%	37.5%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	11	32	43
			25.6%	74.4%	100.0%
		要支援2	16	44	60
			26.7%	73.3%	100.0%
		要介護1	73	439	512
			14.3%	85.7%	100.0%
		要介護2	64	511	575
			11.1%	88.9%	100.0%
		要介護3	50	440	490
			10.2%	89.8%	100.0%
要介護4	26	312	338		
	7.7%	92.3%	100.0%		
要介護5	14	326	340		
	4.1%	95.9%	100.0%		
合計	254	2104	2358		
	10.8%	89.2%	100.0%		

図表 181 「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」(単独世帯)



図表 182 「要支援・介護度」別「訪問介護(生活援助)」(同居者のいる世帯)



(5) 訪問看護は、利用者の状態像が重度になるほど利用割合が高まる傾向

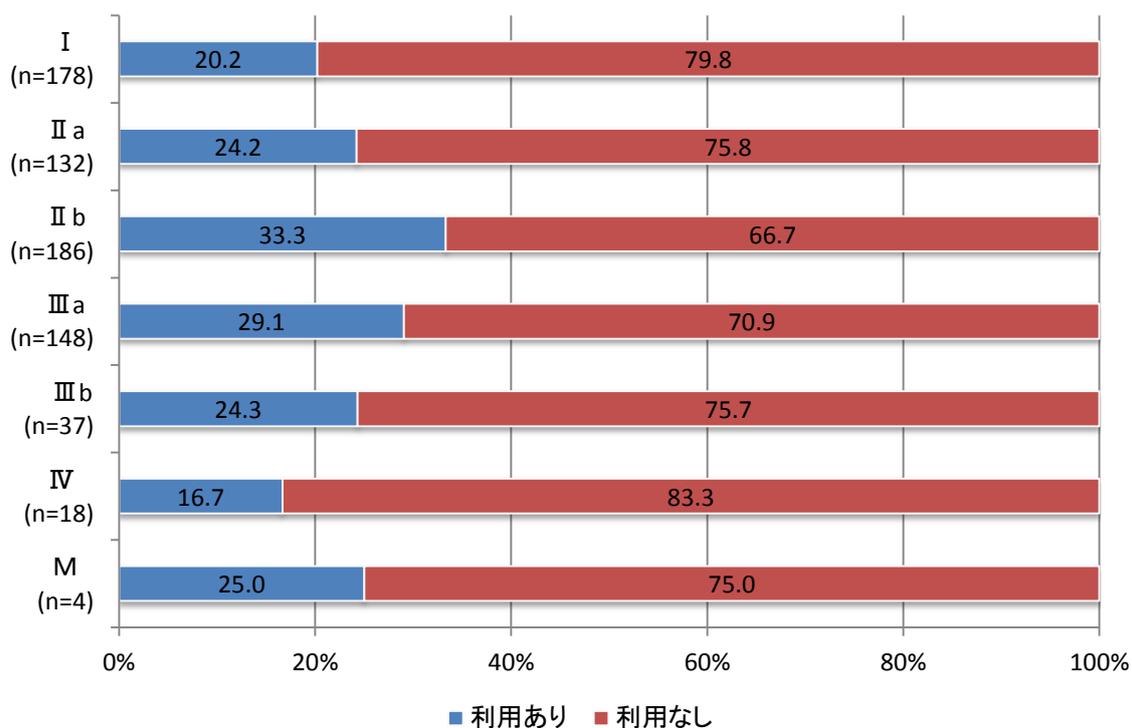
「認知症高齢者の日常生活自立度」でみると、単独世帯では重度になるほど利用割合が低く、同居者がいる世帯では逆に高くなるという関連があった。一つの可能性として、訪問看護が必要うえに認知機能が重度に低下した状態の利用者は、独居は困難であることが考えられる。

一方、「要支援・介護度」でみた場合には、「単独世帯」でも「同居者がいる世帯」でも、訪問看護の利用割合に大きな差はなく、両世帯ともに重度なケースほど利用割合が高まっていた。

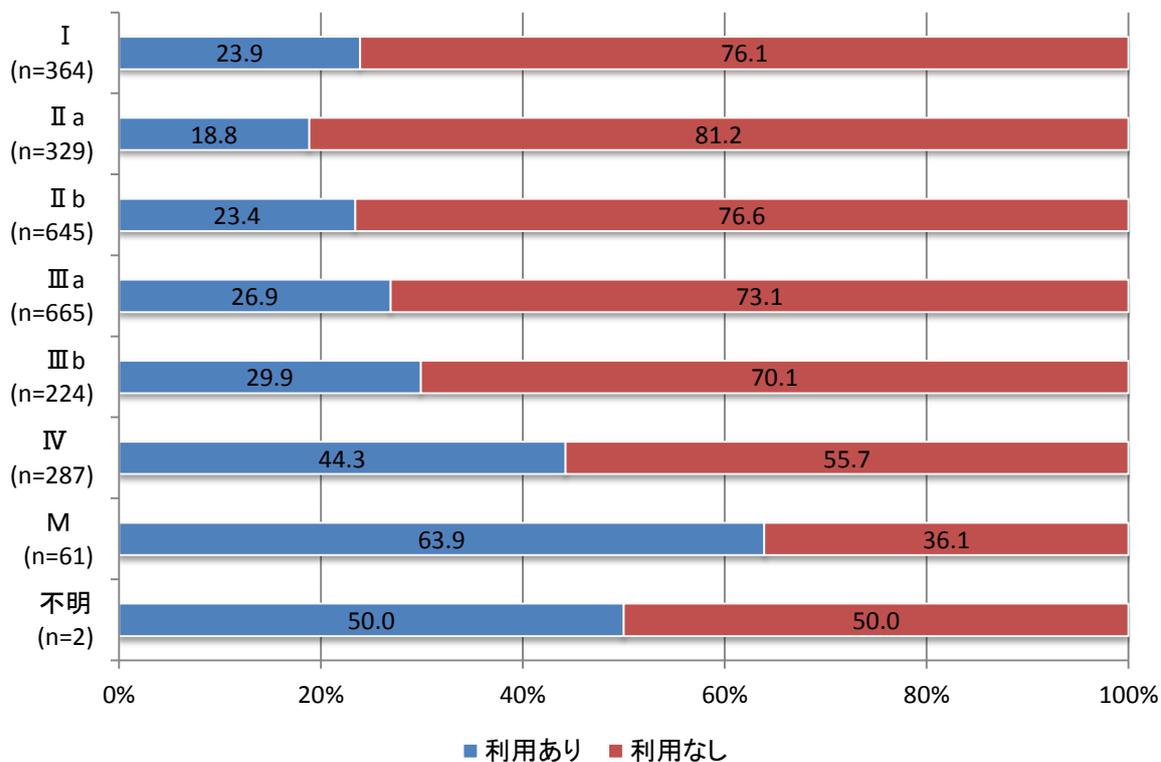
図表 183 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問看護」

			訪問看護		合計		
			1. 利用あり	2. 利用なし			
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	36 20.2%	142 79.8%	178 100.0%		
		II a	32 24.2%	100 75.8%	132 100.0%		
		II b	62 33.3%	124 66.7%	186 100.0%		
		III a	43 29.1%	105 70.9%	148 100.0%		
		III b	9 24.3%	28 75.7%	37 100.0%		
		IV	3 16.7%	15 83.3%	18 100.0%		
		M	1 25.0%	3 75.0%	4 100.0%		
		合計	186 26.5%	517 73.5%	703 100.0%		
		同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	87 23.9%	277 76.1%	364 100.0%
				II a	62 18.8%	267 81.2%	329 100.0%
II b	151 23.4%			494 76.6%	645 100.0%		
III a	179 26.9%			486 73.1%	665 100.0%		
III b	67 29.9%			157 70.1%	224 100.0%		
IV	127 44.3%			160 55.7%	287 100.0%		
M	39 63.9%			22 36.1%	61 100.0%		
不明	1 50.0%			1 50.0%	2 100.0%		
合計	713 27.7%			1864 72.3%	2577 100.0%		

図表 184 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問看護」(単独世帯)



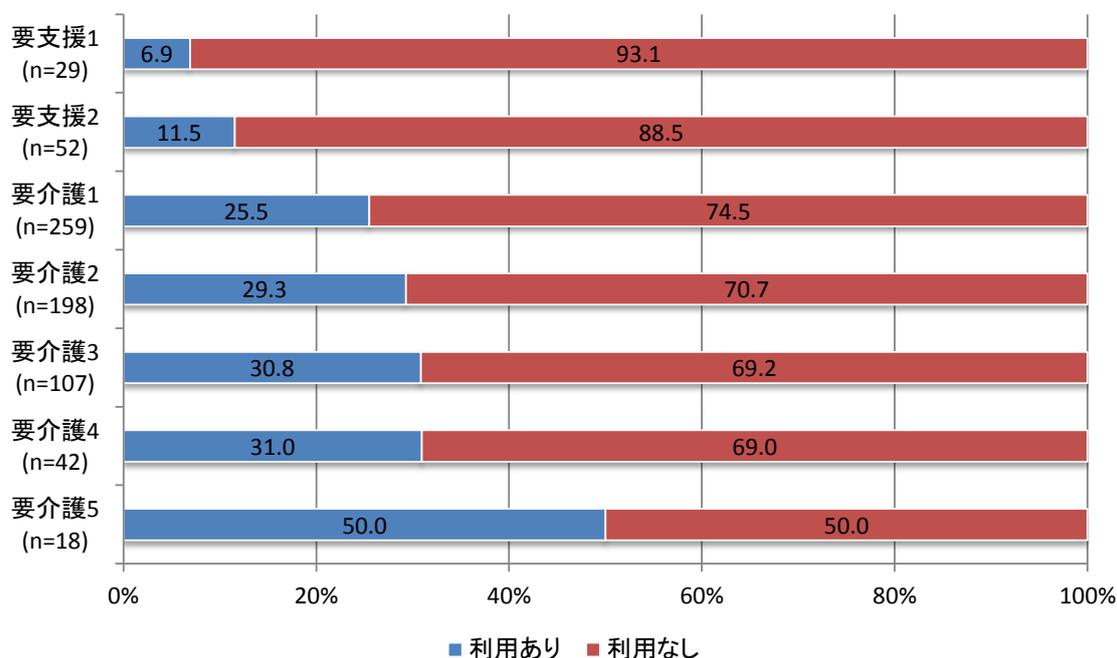
図表 185 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「訪問看護」(同居者のいる世帯)



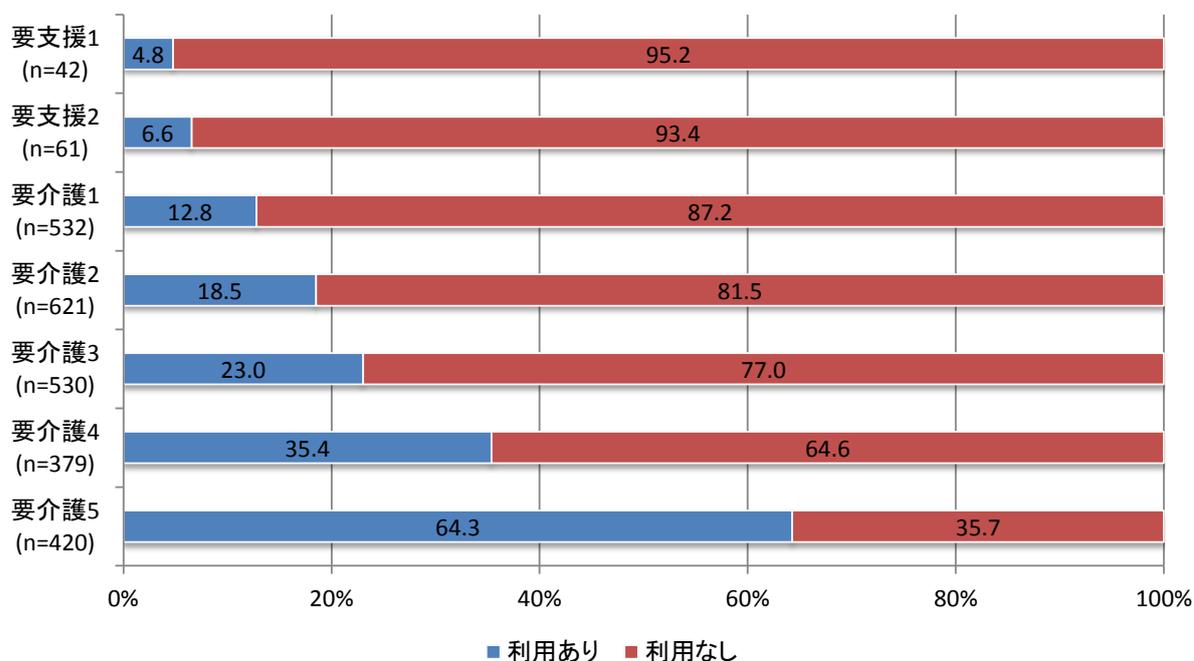
図表 186 「要支援・介護度」別「訪問看護」

		訪問看護		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	2	27	29
			6.9%	93.1%	100.0%
		要支援2	6	46	52
			11.5%	88.5%	100.0%
		要介護1	66	193	259
			25.5%	74.5%	100.0%
		要介護2	58	140	198
			29.3%	70.7%	100.0%
		要介護3	33	74	107
			30.8%	69.2%	100.0%
要介護4	13	29	42		
	31.0%	69.0%	100.0%		
要介護5	9	9	18		
	50.0%	50.0%	100.0%		
合計	187	518	705		
	26.5%	73.5%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	2	40	42
			4.8%	95.2%	100.0%
		要支援2	4	57	61
			6.6%	93.4%	100.0%
		要介護1	68	464	532
			12.8%	87.2%	100.0%
		要介護2	115	506	621
			18.5%	81.5%	100.0%
		要介護3	122	408	530
			23.0%	77.0%	100.0%
要介護4	134	245	379		
	35.4%	64.6%	100.0%		
要介護5	270	150	420		
	64.3%	35.7%	100.0%		
合計	715	1870	2585		
	27.7%	72.3%	100.0%		

図表 187 「要支援・介護度」別「訪問看護」(単独世帯)



図表 188 「要支援・介護度」別「訪問看護」(同居者のいる世帯)



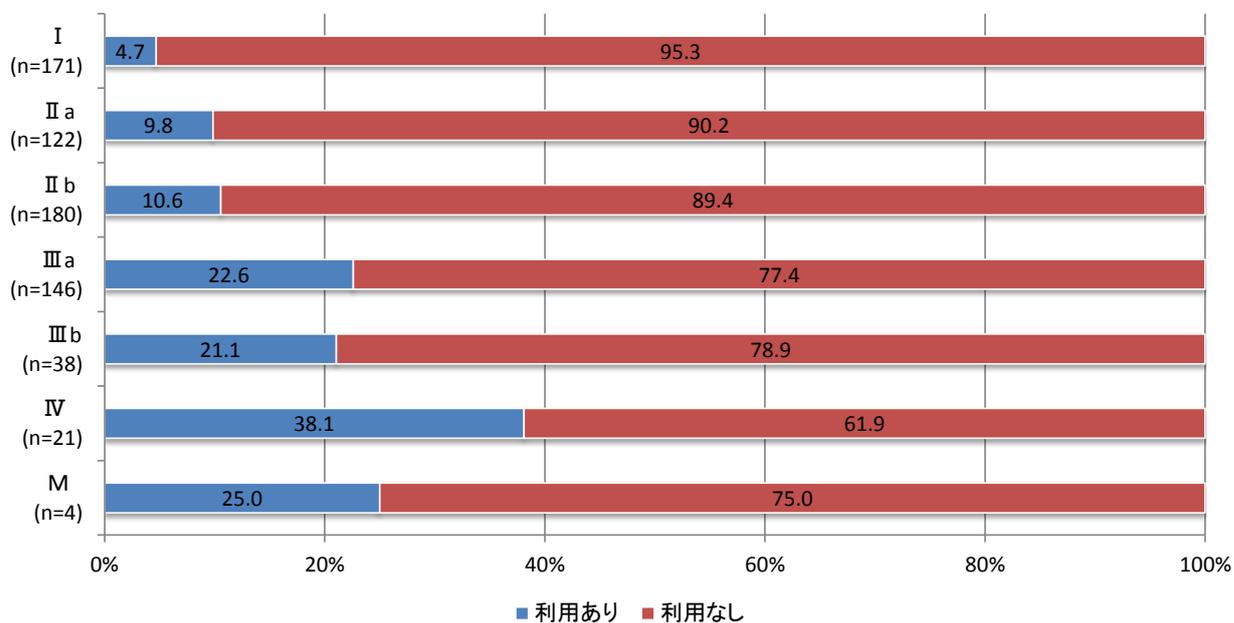
(6) ショートステイは、利用者の状態像が中重度で利用割合が高い傾向

「単独世帯」と「同居者がいる世帯」の割合の差が大きいのは、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa～Ⅲb や、要介護 2・3、であった。上述のように、これら利用者の状態像が中度のケースでは、「訪問介護」の利用割合が高い。単独世帯では訪問サービスの利用によって生活を支えられる一方、同居者のいる世帯では家族の負担が大きくなりレスパイトが必要になっていると考えられる。

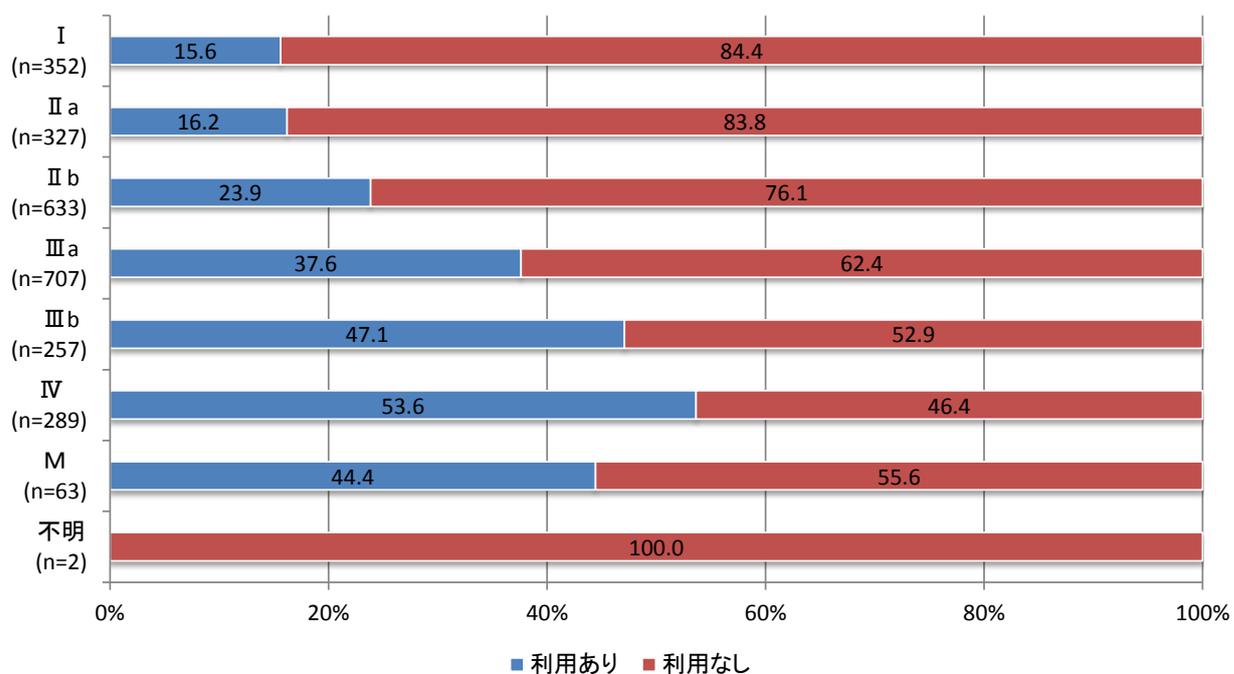
図表 189 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」

			ショートステイ		合計
			1. 利用あり	2. 利用なし	
単独世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	8	163	171
			4.7%	95.3%	100.0%
		Ⅱa	12	110	122
			9.8%	90.2%	100.0%
		Ⅱb	19	161	180
			10.6%	89.4%	100.0%
		Ⅲa	33	113	146
			22.6%	77.4%	100.0%
		Ⅲb	8	30	38
	21.1%	78.9%	100.0%		
	Ⅳ	8	13	21	
		38.1%	61.9%	100.0%	
	M	1	3	4	
		25.0%	75.0%	100.0%	
	合計	89	593	682	
		13.0%	87.0%	100.0%	
同居者がいる世帯	「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	55	297	352
			15.6%	84.4%	100.0%
		Ⅱa	53	274	327
			16.2%	83.8%	100.0%
		Ⅱb	151	482	633
			23.9%	76.1%	100.0%
		Ⅲa	266	441	707
			37.6%	62.4%	100.0%
		Ⅲb	121	136	257
			47.1%	52.9%	100.0%
			Ⅳ	155	134
		53.6%	46.4%	100.0%	
	M	28	35	63	
		44.4%	55.6%	100.0%	
	不明	0	2	2	
		0.0%	100.0%	100.0%	
	合計	829	1801	2630	
		31.5%	68.5%	100.0%	

図表 190 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」(単独世帯)



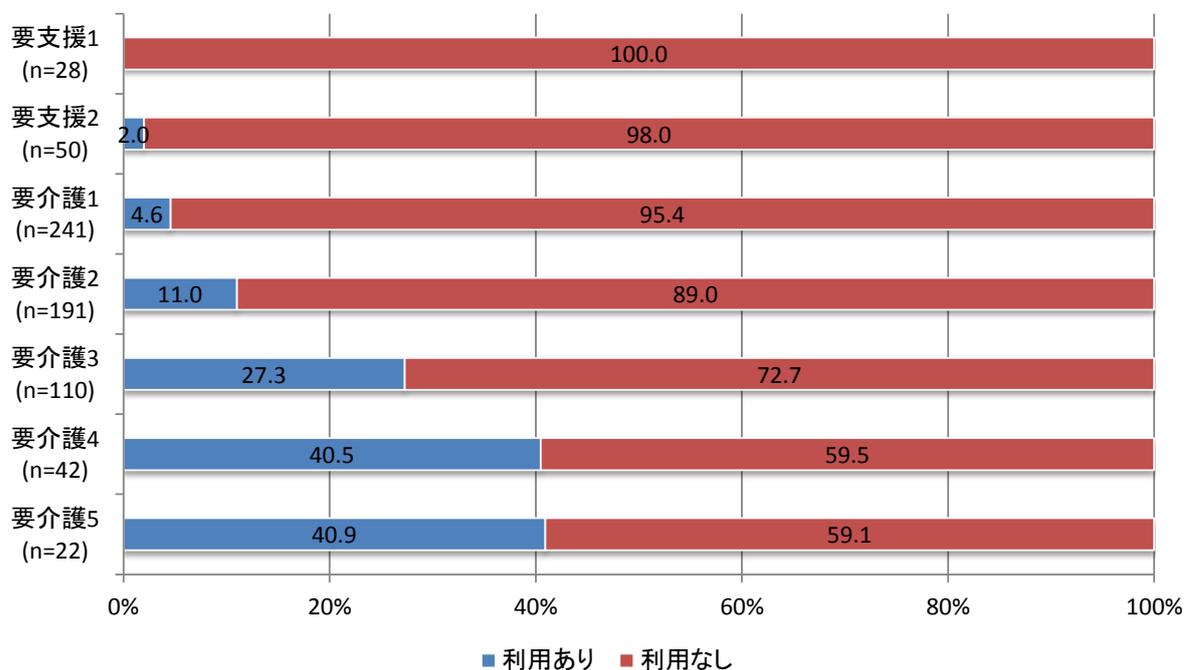
図表 191 「認知症高齢者の日常生活自立度」別「ショートステイ」(同居者がいる世帯)



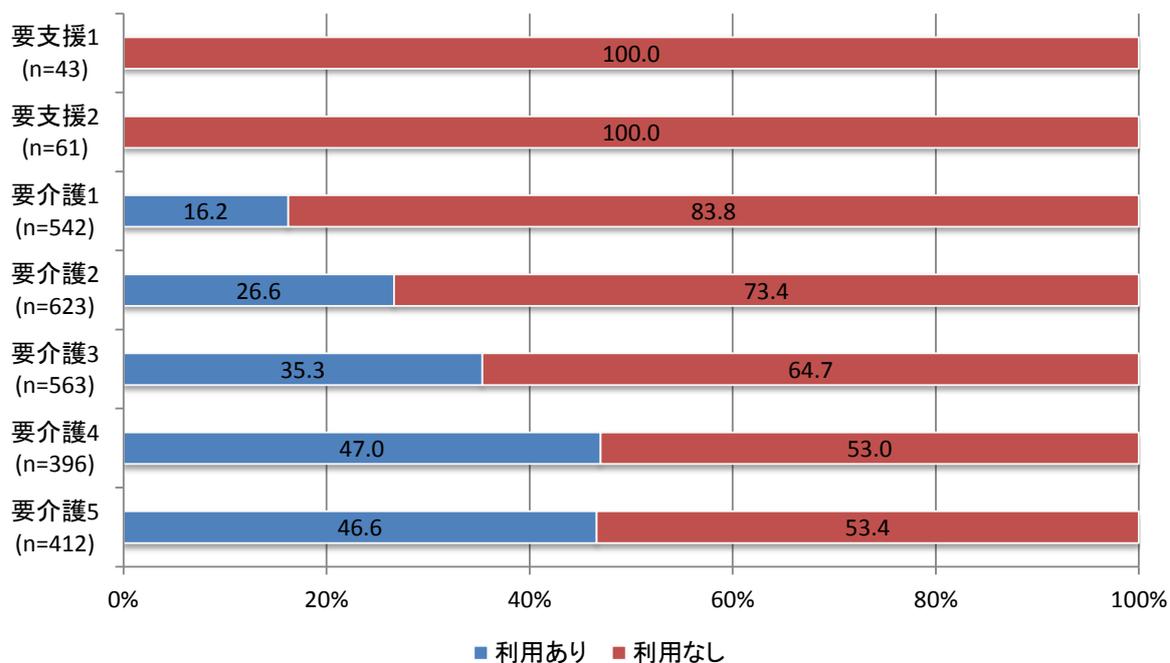
図表 192 「要支援・介護度」別「ショートステイ」

		ショートステイ		合計	
		1. 利用あり	2. 利用なし		
単独世帯	要支援・介護度	要支援1	0	28	28
			0.0%	100.0%	100.0%
		要支援2	1	49	50
			2.0%	98.0%	100.0%
		要介護1	11	230	241
			4.6%	95.4%	100.0%
		要介護2	21	170	191
			11.0%	89.0%	100.0%
		要介護3	30	80	110
			27.3%	72.7%	100.0%
要介護4	17	25	42		
	40.5%	59.5%	100.0%		
要介護5	9	13	22		
	40.9%	59.1%	100.0%		
合計	89	595	684		
	13.0%	87.0%	100.0%		
同居者のいる世帯	要支援・介護度	要支援1	0	43	43
			0.0%	100.0%	100.0%
		要支援2	0	61	61
			0.0%	100.0%	100.0%
		要介護1	88	454	542
			16.2%	83.8%	100.0%
		要介護2	166	457	623
			26.6%	73.4%	100.0%
		要介護3	199	364	563
			35.3%	64.7%	100.0%
要介護4	186	210	396		
	47.0%	53.0%	100.0%		
要介護5	192	220	412		
	46.6%	53.4%	100.0%		
合計	831	1809	2640		
	31.5%	68.5%	100.0%		

図表 193 「要支援・介護度」別「ショートステイ」(単独世帯)



図表 194 「要支援・介護度」別「ショートステイ」(同居者のいる世帯)

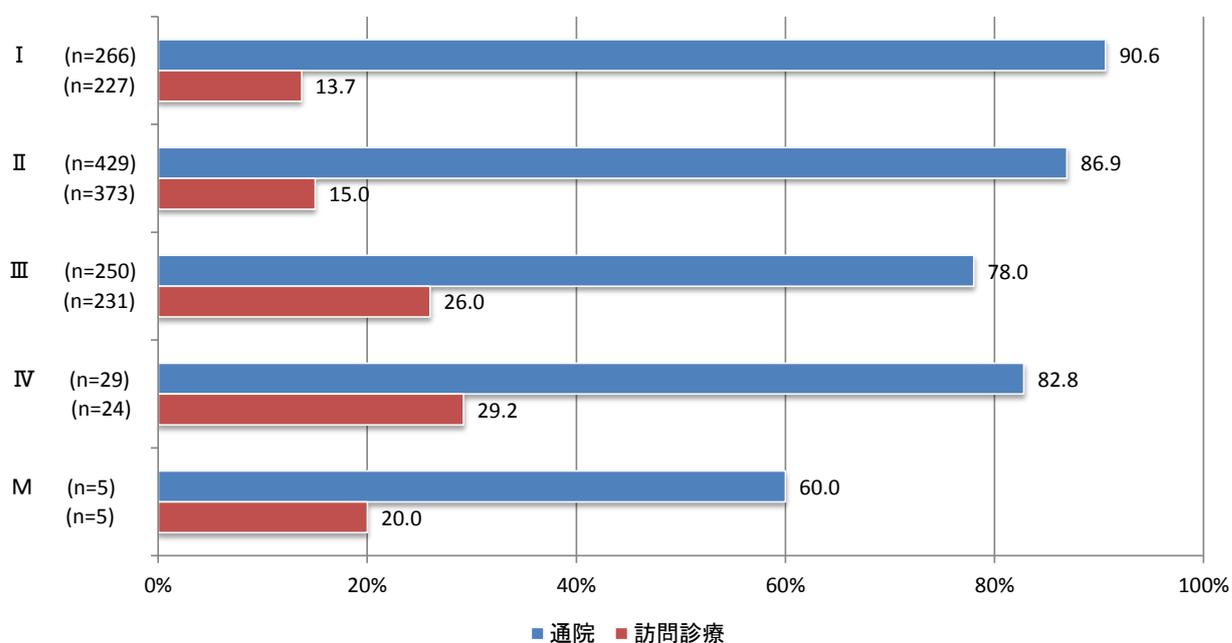


(7) 利用者の状態像・世帯医療・介護サービス利用状況

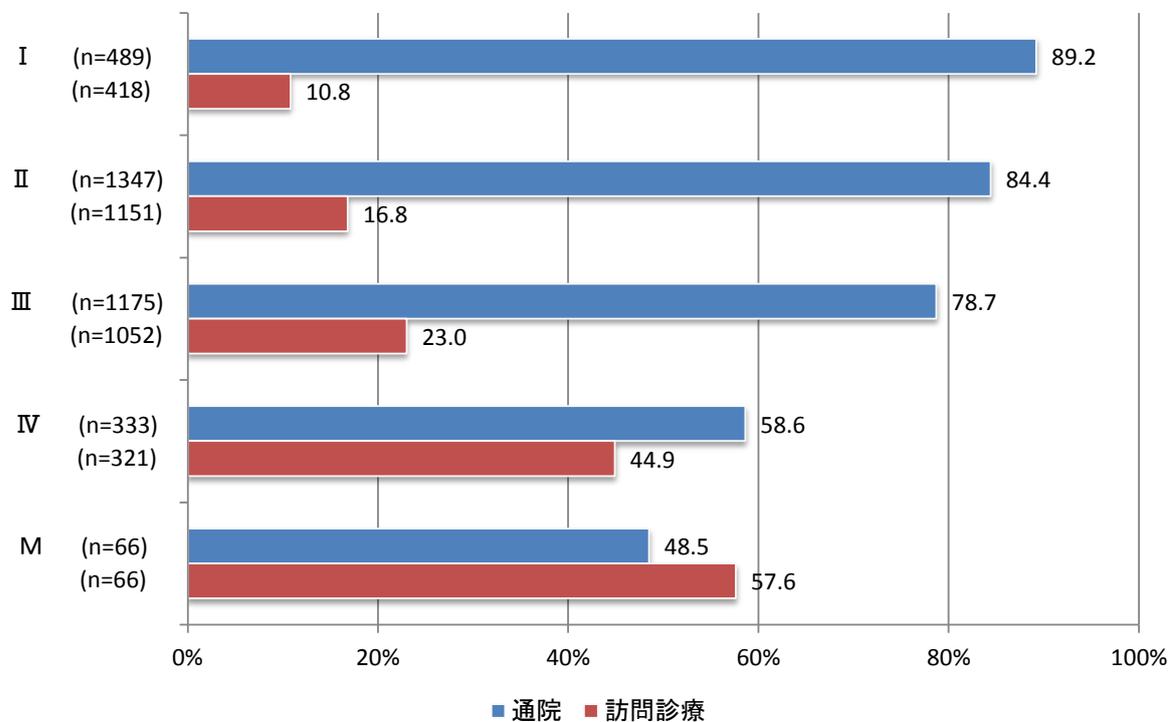
医療サービスと介護サービスごとにそれらをまとめて、利用者の状態像別のサービス利用状況を「単独世帯」と「同居者がいる世帯」のそれぞれで示す。利用者の状態像や単独世帯であるか同居者がいるかによって、各サービスの利用状況が異なることが明らかになった。なお、複雑になりすぎることを避けるため、「認知症高齢者の日常生活自立度」はⅡaとⅡbを統合してⅡとし、ⅢaとⅢbを統合してⅢとした。また、「要支援・介護度」も同様の理由と、要支援1と要支援2のサンプル数が少ないことから、両者を「要支援」として統合し結果を示した。

① 医療サービスの利用状況

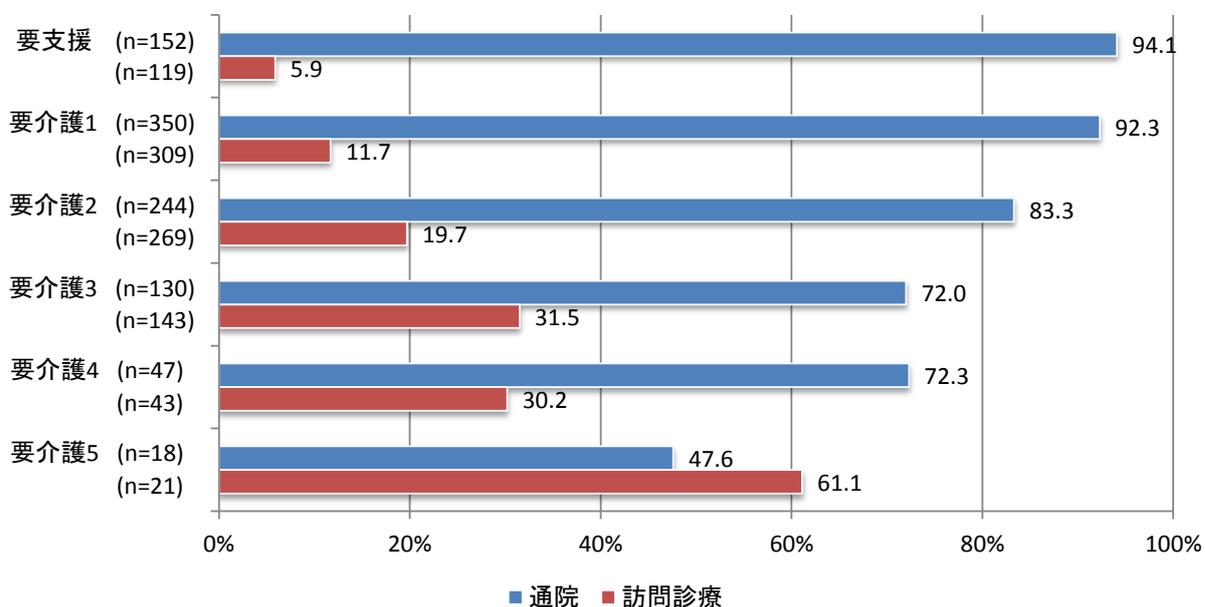
図表 195 「認知症高齢者の日常生活自立度」別の医療サービス利用状況(単独世帯)



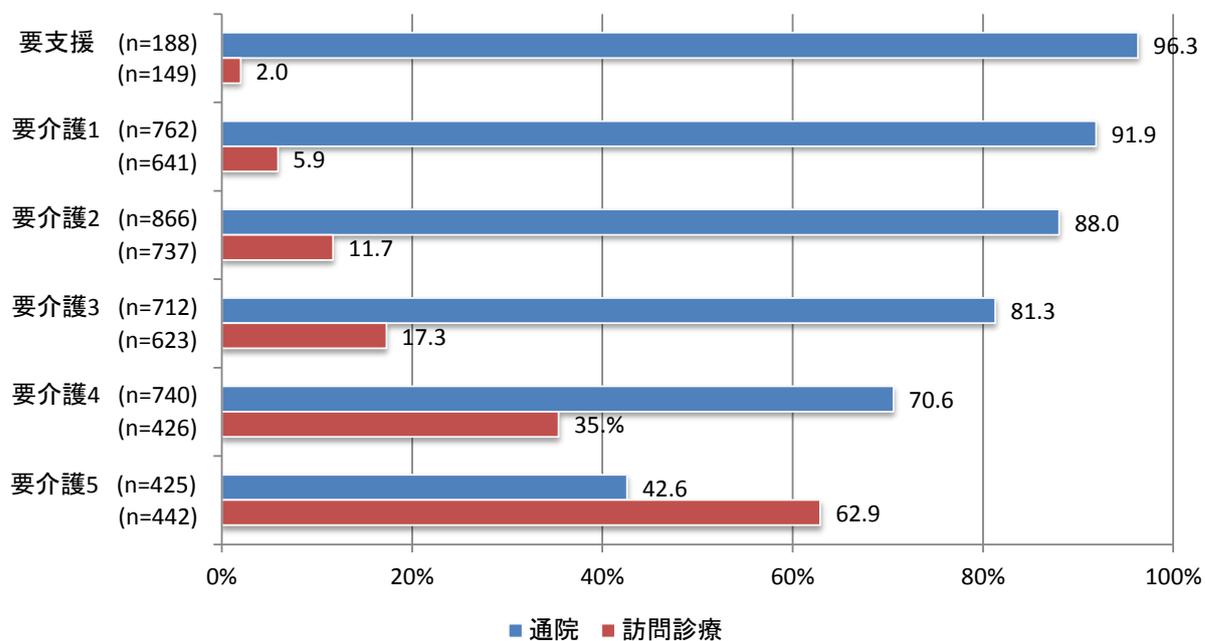
図表 196 「認知症高齢者の日常生活自立度」別の医療サービス利用状況(同居者のいる世帯)



図表 197 「要支援・介護度」別の医療サービス利用状況(単独世帯)

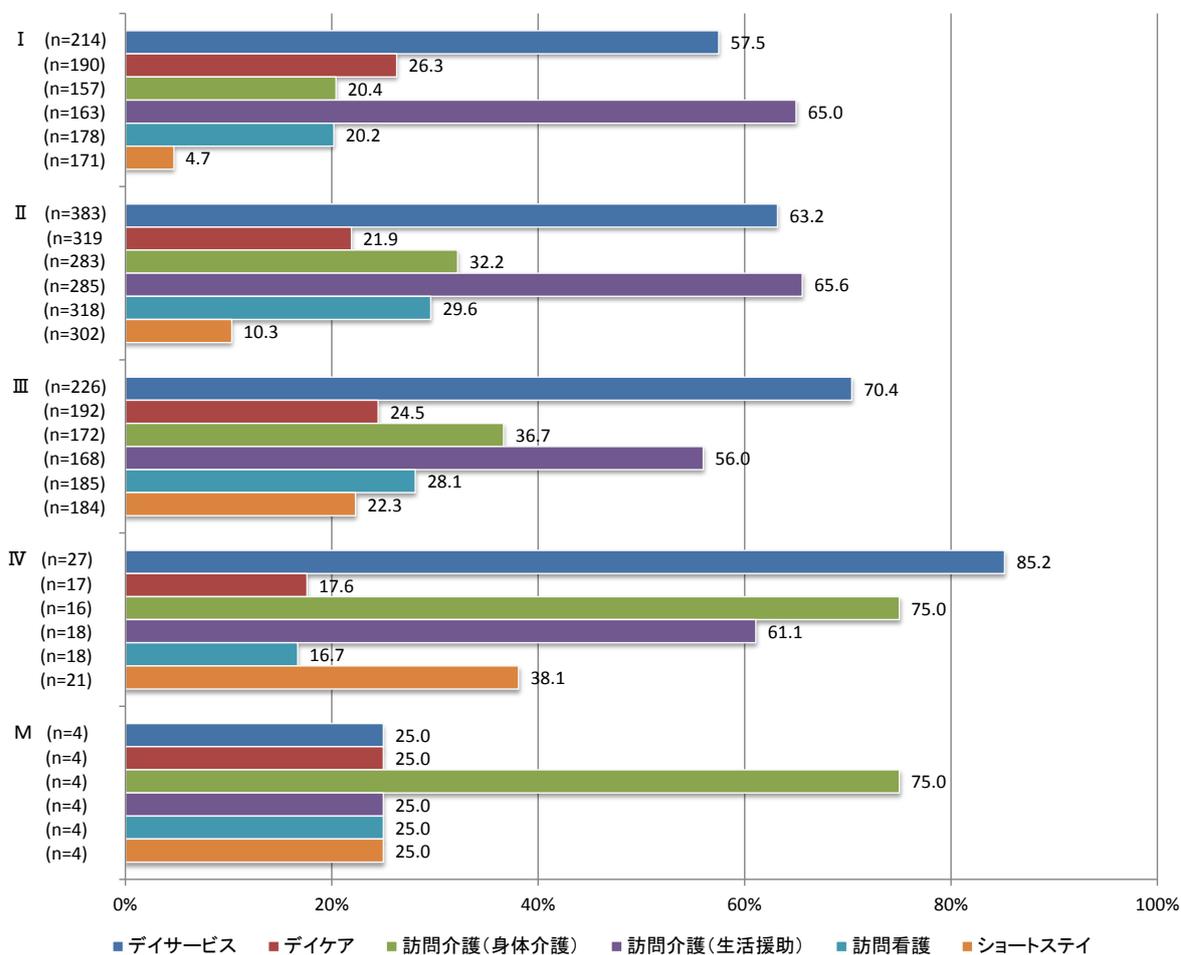


図表 198 「要支援・介護度」別の医療サービス利用状況(同居者がいる世帯)

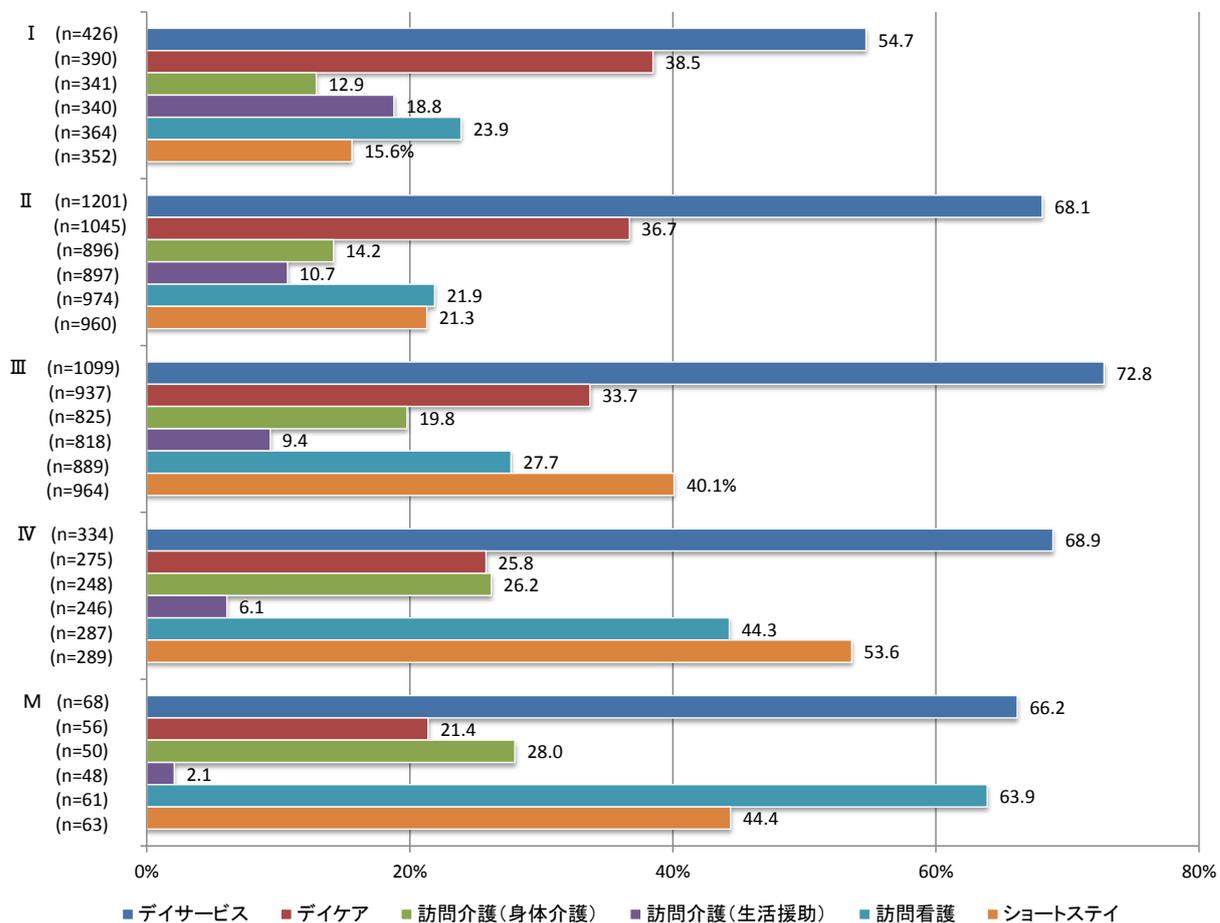


② 介護サービスの利用状況

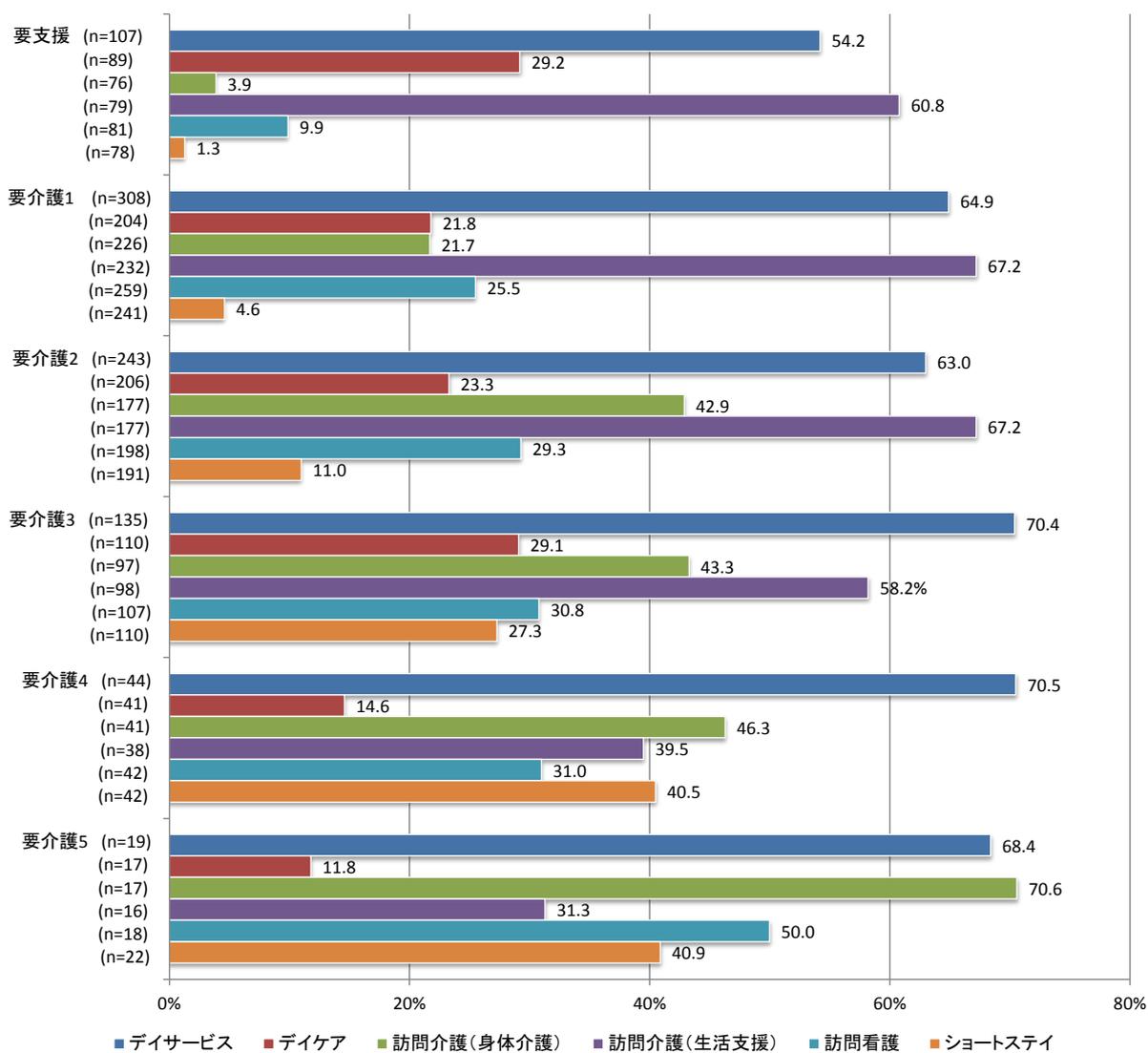
図表 199 「認知症高齢者の日常自立度」別の介護保険サービス利用状況(単独世帯)



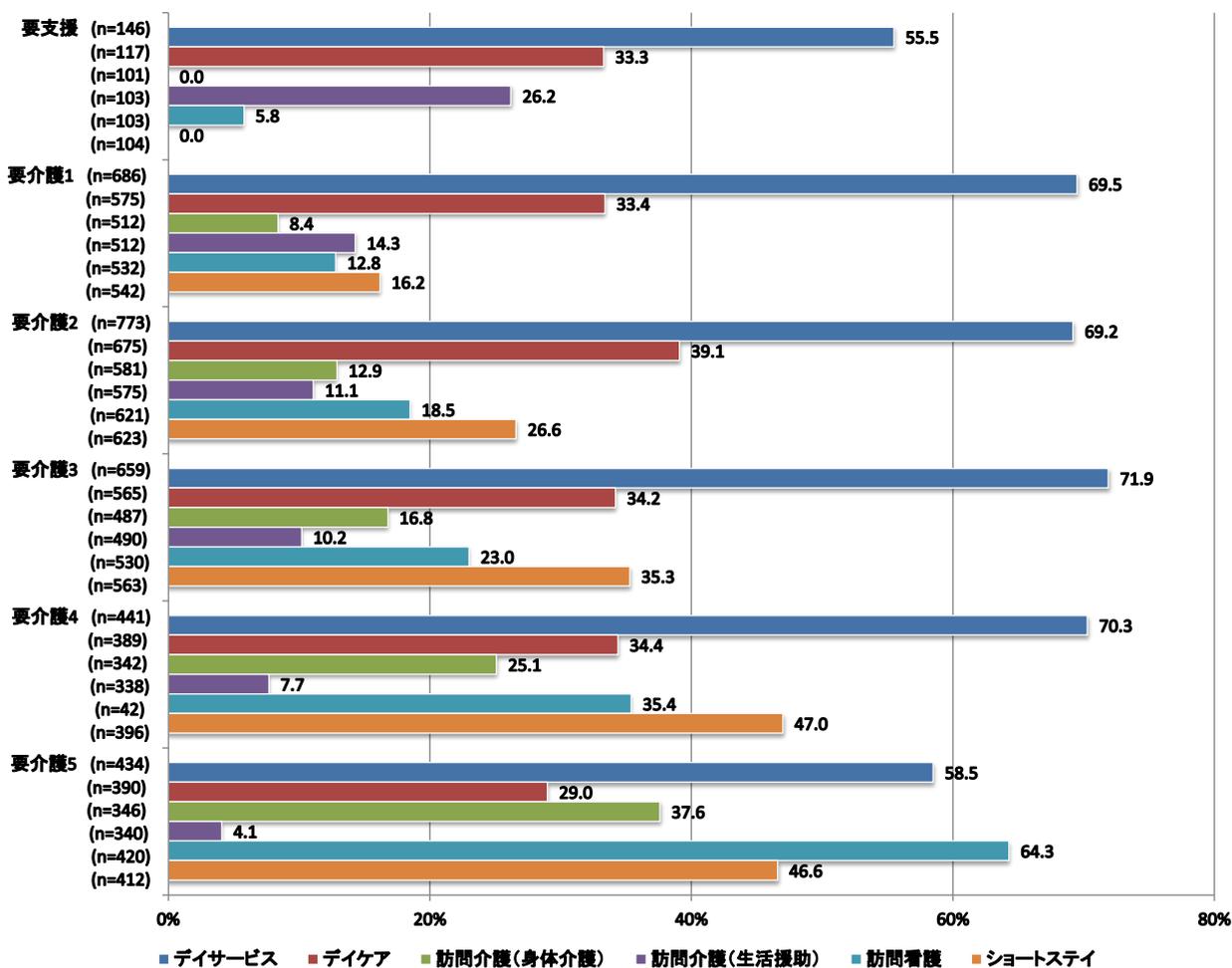
図表 200 「認知症高齢者の日常自立度」別の介護保険サービス利用状況(同居者のいる世帯)



図表 201 「要支援・介護度」別の介護保険サービス利用状況(単独世帯)



図表 202 「要支援・介護度」別の介護保険サービス利用状況(同居者のいる世帯)



2. デイサービスから主介護者の健康状態に対するロジスティック回帰分析

被説明変数として、主介護者の健康状態（「とても健康である」「まあ健康である」を1、「あまり健康でない」「まったく健康でない」を0）を用い、主要な説明変数として通所介護（デイサービス：認知症対応型も含む）の利用、その他の調整すべき説明変数として以下を用いて、モデルを推定した。

- 利用者の年齢
- 利用者の性別
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 疾患…糖尿病、肥満、関節病・神経痛、胃腸病、精神疾患、聴覚障害
- 同居の家族…夫または妻、婿
- 世帯の経済状況
- 主介護者の年齢
- 主介護者の性別

推定した結果、これらの要因を調整した上で、通所介護（デイサービス：認知症対応型も含む）の変数は、主介護者が健康か否かの変数に対して10%水準で有意な関連を示し、オッズ比1.16(p値0.09)となり、主介護者の健康に関連する可能性のある他の要因を考慮した上でも、関連が見られた。通所介護（デイサービス：認知症対応型も含む）の利用のオッズ比は1.1前後で、強くはないもののそれなりに関連することが示唆される。オッズ比を仮に1.1とした場合の解釈としては、通所介護（デイサービス：認知症対応型も含む）の利用がある場合はそうでない場合と比べて、1.1倍主介護者の健康が良好な確率（ただし1時点で割合で見た確率）が高いということになる。

図表 203 デイサービスの利用と主介護者の健康の関係のロジスティック回帰分析の結果

		係数	標準誤差	有意確率	オッズ比
ステップ 1 ^a	利用者の年齢 (Q1)	-.013	.006	.033	.987
	利用者の性別_男性 (Q2(1))	-.057	.111	.607	.945
	疾患_糖尿病 (軽症を含む) (Q115)	-.177	.110	.109	.838
	疾患_肥満 (Q116)	-.525	.313	.093	.591
	疾患_関節病・神経痛 (Q119)	.236	.109	.030	1.266
	疾患_胃腸病 (Q1112)	-.029	.209	.891	.972
	疾患_精神疾患 (Q1114)	-.512	.176	.004	.599
	疾患_聴覚障害 (耳がきこえにくい) (Q1117)	-.348	.154	.024	.706
	認知症自立度_I (Q4_7c)			.279	
	認知症自立度_II a (Q4_7c(1))	-.210	.149	.160	.811
	認知症自立度_II b (Q4_7c(2))	-.194	.135	.152	.824
	認知症自立度_III a (Q4_7c(3))	.007	.140	.960	1.007
	認知症自立度_III b (Q4_7c(4))	-.201	.186	.278	.818
	認知症自立度_IV (Q4_7c(5))	.083	.179	.643	1.086
	認知症自立度_M (Q4_7c(6))	-.239	.293	.415	.787
	寝たきり度_J1 (Q6_7c)			.418	
	寝たきり度_J2 (Q6_7c(1))	-.211	.246	.392	.810
	寝たきり度_A1 (Q6_7c(2))	-.162	.240	.499	.850
	寝たきり度_A2 (Q6_7c(3))	-.111	.235	.637	.895
	寝たきり度_B1 (Q6_7c(4))	-.299	.250	.232	.742
	寝たきり度_B2 (Q6_7c(5))	-.148	.251	.556	.863
	寝たきり度_C1 (Q6_7c(6))	-.500	.285	.079	.606
	寝たきり度_C2 (Q6_7c(7))	-.407	.291	.162	.666
	利用者のBPSD_なし (Q14)			.000	
	利用者のBPSD_中・重度の症状あり (Q14(1))	-.518	.112	.000	.596
	利用者のBPSD_軽度の症状あり (Q14(2))	-.216	.098	.027	.806
	同居の家族_夫または妻でない (Q172(1))	.504	.118	.000	1.655
	同居の家族_婿でない (Q175(1))	-.070	.148	.635	.932
	経済状況_大変ゆとりがある (Q18)			.000	
	経済状況_大変苦しい (Q18(1))	-1.370	.237	.000	.254
	経済状況_やや苦しい (Q18(2))	-.789	.192	.000	.454
	経済状況_普通 (Q18(3))	-.125	.177	.479	.882
	経済状況_ややゆとりがある (Q18(4))	.033	.191	.862	1.034
	主介護者の性別_女性 (Q24(1))	.041	.105	.699	1.042
	主介護者の年齢_20-50歳代 (Q23_3c)			.000	
	主介護者の年齢_60-70歳代 (Q23_3c(1))	-.868	.102	.000	.420
	主介護者の年齢_80歳以上 (Q23_3c(2))	-1.641	.159	.000	.194
	通所介護 (デイサービス : 認知症対応型も含む) _利用あり (Q68S1(1))	.149	.089	.093	1.161
	定数	3.161	.581	.000	23.604

3. まとめ

介護サービスでは、「デイサービス」は「単独世帯」か「同居者のいる世帯」かに関わらず比較的よく利用されているサービスで、心身機能の低下の軽重も他のサービスに比べると左右されにくかった。デイサービス以外の「訪問介護（身体介護）」や「訪問介護（生活援助）」、「ショートステイ」など他のサービスでは、利用者の心身機能低下の軽重や世帯類型に利用割合が左右されているものもあった。たとえば、要介護3前後の心身機能低下が中度の利用者で比べると、「単独世帯」では「ショートステイ」よりも「訪問介護（身体介護）」がよく利用されており、「同居者のいる世帯」では「訪問介護（身体介護）」よりも「ショートステイ」がよく利用されている傾向にあった。

医療サービスでは、心身機能の低下が重度になると「通院」が減り、「訪問診療」が増えるという傾向にあった。

デイサービスの利用と主介護者の健康との関連については、ロジスティック回帰分析により、他の要因を考慮した上でも関連があることが確認された。強い関連ではないものの、デイサービスの利用がある場合はそうでない場合と比べて、主介護者の健康が良好な確率が高いことが示された。

10. 認知症ケアマネジメント—支援の状況と自己決定・説明—

1. クロス集計等による分析

(1) 専門職から説明や意向確認がなされているほど、主介護者の利用者への接し方が好転

本調査で用いた利用者や家族に対する医師・ケアマネジャーからの説明や意向の確認などに関連する項目を集計して、利用者・家族へ説明を中心とした関わりにつき、「まったくされていない」から「3つ以上の項目でされている」までの4群に分けて検討した。約4割のケースで、利用者・家族に対する説明・助言や意向の確認はされていない。

図表 204 利用者・家族への説明意向確認

		n	%
医師やケアマネジャーによる利用者・家族への説明や意向確認（注1）	まったくされていない（注2）	1854	39.8
	1つの項目のみされている	1409	30.3
	2つの項目についてされている	607	13.0
	3つ以上の項目についてされている	787	16.9
	合計	4657	100.0

（注1）以下の5項目に関する設問を集計して作成した

①利用者に認知症であることを伝えてある

②医師から利用者に対して認知症の説明・助言がされている

③ケアマネジャーが利用者の今後の生活に関する意向を確認している

④ケアマネジャーから利用者に認知症の進行に伴う今後の生活の見通しを説明・助言してある

⑤ケアマネジャーから家族に認知症の進行に伴う今後の生活の見通しを説明・助言してある

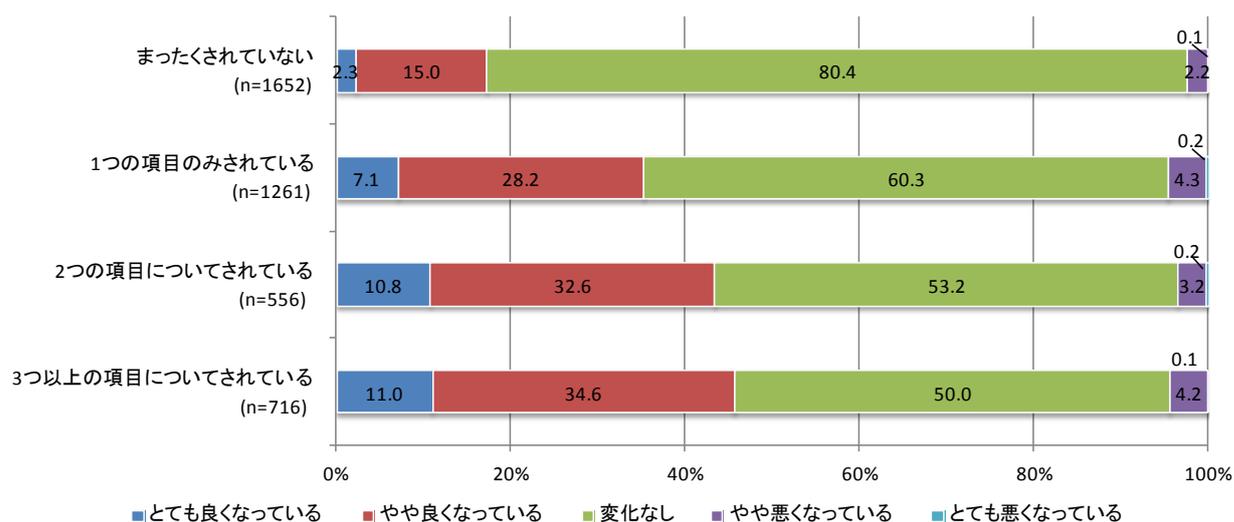
（注2）「まったくされていない」には5つの項目すべてが欠損のケースも含んでいる

利用者・家族への説明や意向の確認がまったくなされていない群では、主介護者の認知症者の接し方が「とても良くなっている」のは2.3%、「やや良くなっている」のは15.0%であった。対して、説明や意向の確認につき「されている」群では、「1項目」、「2項目」、「3項目以上」という3つの群すべて「まったくされていない」群よりも「とても良くなっている」・「やや良くなっている」割合が高かった。さらに、説明や意向の確認が「されている」群の中でも、「1項目」、「2項目」、「3項目以上」の順に「とても良くなっている」・「やや良くなっている」割合は高くなるという関連が確認された。カイ二乗検定の結果、有意差 (p<0.001) を認めた。

図表 205 「利用者・家族への説明意向確認」と「主介護者の利用者に対する接し方の変化」

		主介護者の利用者に対する接し方の変化 (ケース担当時から現在)					合計
		1. とても良くなっている	2. やや良くなっている	3. 変化なし	4. やや悪くなっている	5. とても悪くなっている	
医師やケアマネジャーによる利用者・家族への説明や意向確認 (注)	まったくされていない	38 2.3%	248 15.0%	1328 80.4%	36 2.2%	2 .1%	1652 100.0%
	1つの項目のみされている	89 7.1%	356 28.2%	760 60.3%	54 4.3%	2 .2%	1261 100.0%
	2つの項目についてされている	60 10.8%	181 32.6%	296 53.2%	18 3.2%	1 .2%	556 100.0%
	3つ以上の項目についてされている	79 11.0%	248 34.6%	358 50.0%	30 4.2%	1 .1%	716 100.0%
	合計	266 6.4%	1033 24.7%	2742 65.5%	138 3.3%	6 .1%	4185 100.0%
	(注)以下の5項目に関する設問を集計して作成した ①利用者に認知症であることを伝えてある ②医師から利用者に対して認知症の説明・助言がされている ③ケアマネジャーが利用者の今後の生活に関する意向を確認している ④ケアマネジャーから利用者に認知症の進行に伴う今後の生活の見通しを説明・助言してある ⑤ケアマネジャーから家族に認知症の進行に伴う今後の生活の見通しを説明・助言してある						

Peasonのカイ二乗値 408.793 (p<0.001)



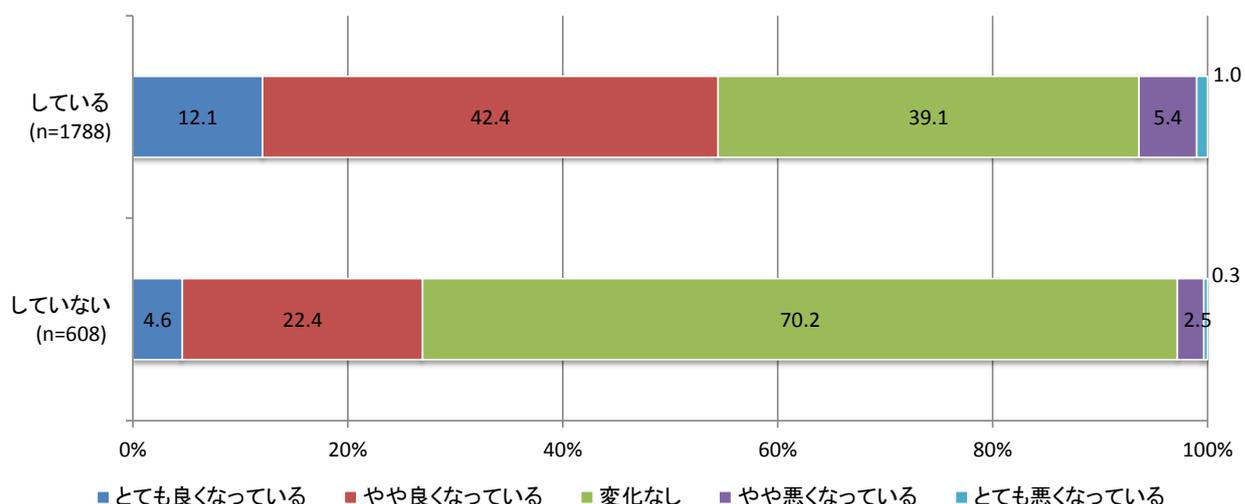
(2) 今後の生活の見通しを説明されるほど、主介護者の認知症の理解・利用者への接し方が好転

認知症の診断を受けている2,600ケースのうち、認知症の進行に伴う「今後の生活の見通し」をケアマネジャーが家族に説明・助言しているケースは、72.4%であった。説明・助言をしているケースでは、主介護者の「認知症の理解」と「利用者への接し方」の変化の両方で、「とても良くなっている」・「やや良くなっている」のケースの割合が「していない」ケースよりも約2倍程度高くなっていた。

利用者が認知症になり今後の生活に不安を覚えていることが想像される家族に対し、ケアマネジャーが「今後の生活の見通し」を説明・助言することで、不安が軽減される、介護中に起きる利用者の変化に対応しやすくなるなどの可能性が考えられる。

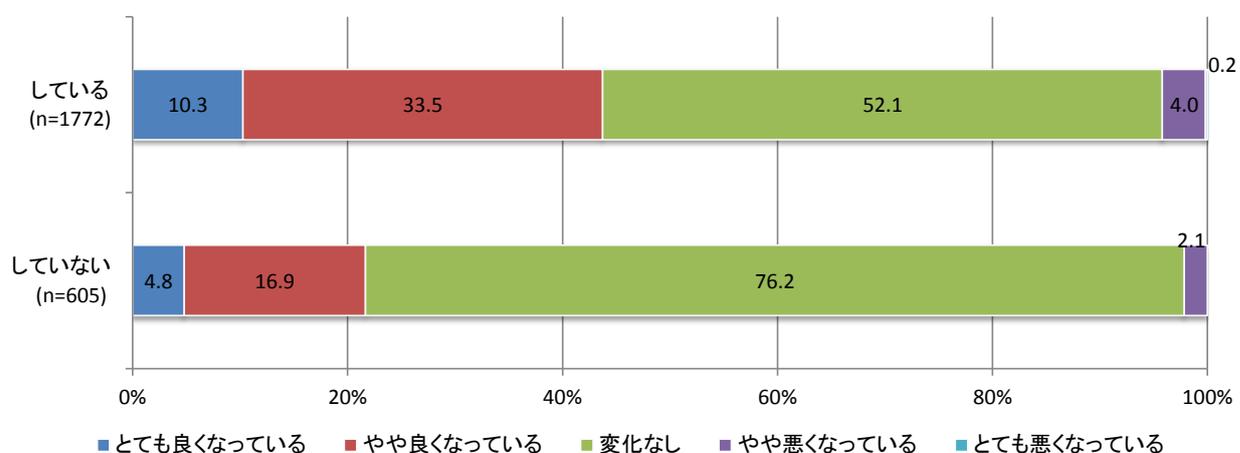
図表 206 「認知症の進行にともなう今後の生活の見通しの説明・助言」と「主介護者の認知症の理解の変化」

		主介護者の認知症の理解の変化（ケース担当時から現在）					合計
		1. とても良くなっている	2. やや良くなっている	3. 変化なし	4. やや悪くなっている	5. とても悪くなっている	
ケアマネジャーとして、家族に対し、認知症の進行にともなう今後の生活の見通しを説明・助言しているか	1. している	216 12.1%	758 42.4%	700 39.1%	96 5.4%	18 1.0%	1788 100.0%
	2. していない	28 4.6%	136 22.4%	427 70.2%	15 2.5%	2 .3%	608 100.0%
	合計	244 10.2%	894 37.3%	1127 47.0%	111 4.6%	20 .8%	2396 100.0%



図表 207 「認知症の進行にともなう今後の生活の見通しの説明・助言」と「主介護者の利用者への接し方の変化」

		主介護者の利用者への接し方の変化（ケース担当時から現在）					合計
		1. とても良くなっている	2. やや良くなっている	3. 変化なし	4. やや悪くなっている	5. とても悪くなっている	
ケアマネジャーとして、家族に対し、認知症の進行にともなう今後の生活の見通しを説明・助言しているか	1. している	182 10.3%	593 33.5%	923 52.1%	71 4.0%	3 .2%	1772 100.0%
	2. していない	29 4.8%	102 16.9%	461 76.2%	13 2.1%	0 0.0%	605 100.0%
	合計	211 8.9%	695 29.2%	1384 58.2%	84 3.5%	3 .1%	2377 100.0%



(3) 「今後の生活の見通し」は、利用者本人にはあまり説明・助言されていない

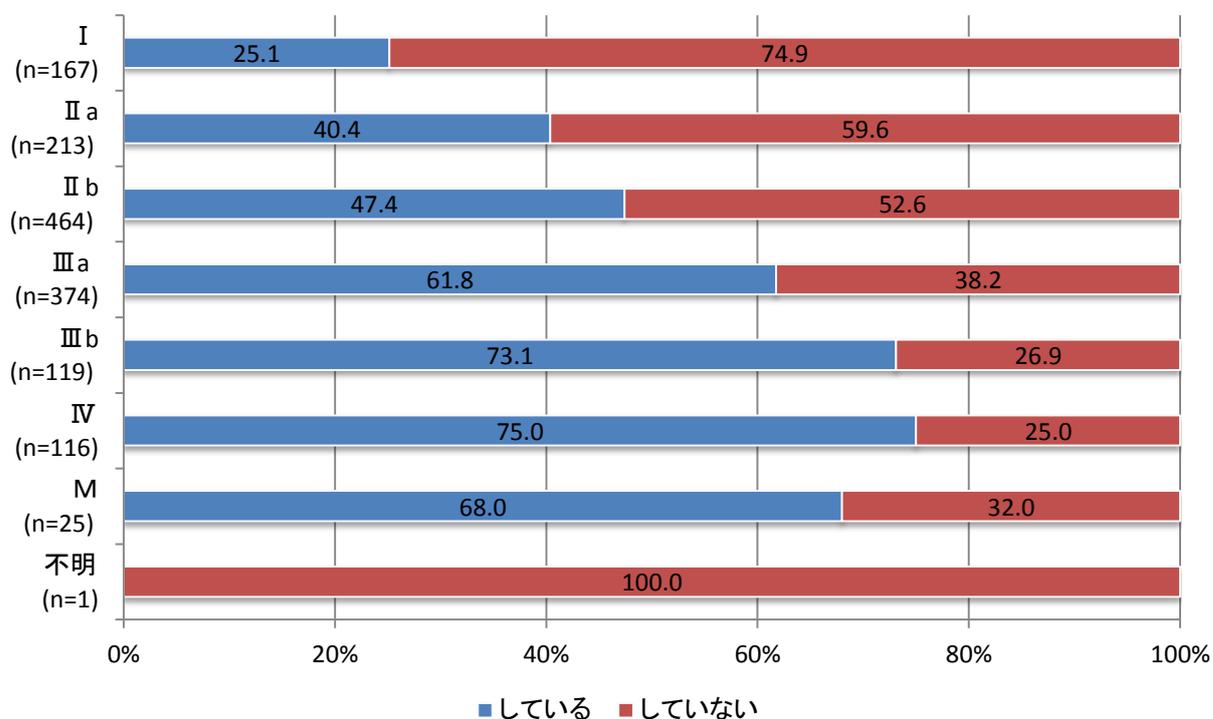
認知症の診断を受けており、ケアマネジャーから認知症の進行による「今後の生活の見通し」が、利用者に対し説明・助言されているのは、説明されていない理由として「利用者が理解するのが難しい状態である」と回答したケースを除いた1,289ケースのうち54.7%であった。利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」別にみた場合、認知症が重度になるほど説明されていない傾向にあった。

利用者に説明・助言をしていない理由としては、「利用者が理解するのが難しい状態である」が最多で、次いで「説明・助言するとかえって混乱させる」であった。すでに示したように、利用者の意向を確認しているケースは、41.6%であった。認知症の軽重だけで判断できない可能性はあるとしても、利用者の自己決定を支援するには、利用者本人が自分のこれからの変化について知ってもらい、その意向を確認するという作業が必要であると考えられる。利用者の心身機能が低下して理解することが難しい場合を除けば、安易にその場の利用者の混乱を避けるだけでなく、利用者の選択と決定を支援するようなケアマネジメントが求められる。

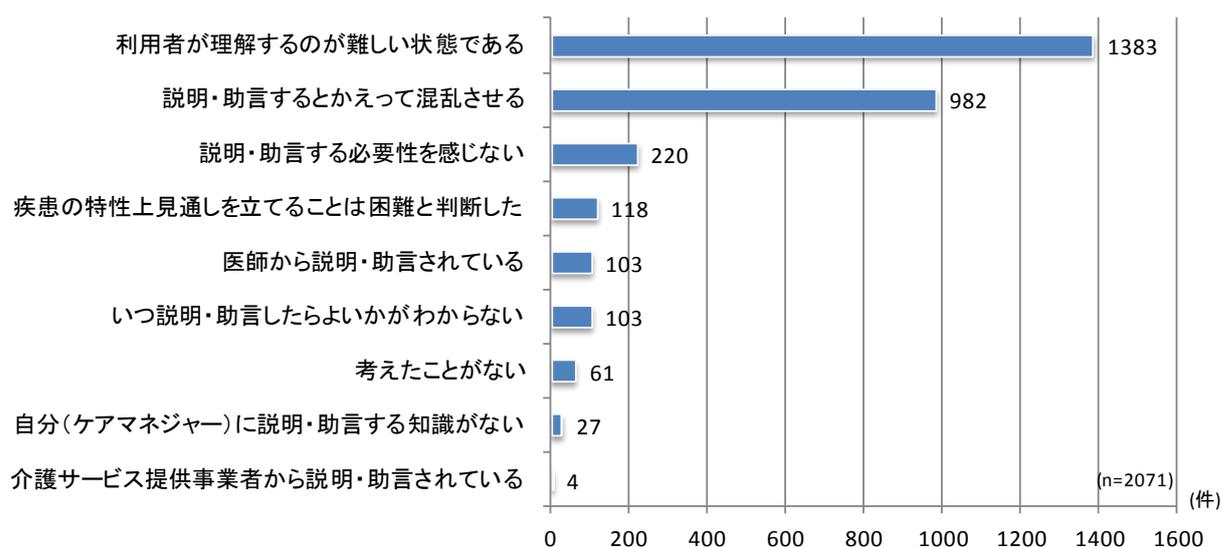
図表 208 認知症高齢者の日常生活自立度別利用者に対する今後の説明・助言

		ケアマネジャーからの利用者に対する「今後の生活の見通し」の説明・助言		合計
		1. している	2. していない	
「認知症高齢者の日常生活自立度」 (ケアマネジャー判定)	I	42 25.1%	125 74.9%	167 100.0%
	II a	86 40.4%	127 59.6%	213 100.0%
	II b	220 47.4%	244 52.6%	464 100.0%
	III a	231 61.8%	143 38.2%	374 100.0%
	III b	87 73.1%	32 26.9%	119 100.0%
	IV	87 75.0%	29 25.0%	116 100.0%
	M	17 68.0%	8 32.0%	25 100.0%
	不明	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
	合計	770 52.1%	709 47.9%	1479 100.0%

図表 209 認知症高齢者の日常生活自立度別利用者に対する今後の説明・助言



図表 210 利用者に認知症の進行にともなう「今後の生活の見通し」を説明していない理由



(4) 成年後見制度・日常生活自立支援事業の説明は8割以上のケースでなされていない

先述したように、成年後見制度あるいは日常生活自立支援事業を利用していない全ケースで、制度について利用者にも家族にも説明していないケースは80.2%であった。説明していない理由としては、ケアマネジャーが「説明する必要性を感じない」こと、「利用の見込み（可能性）がない」と判断していることであった。

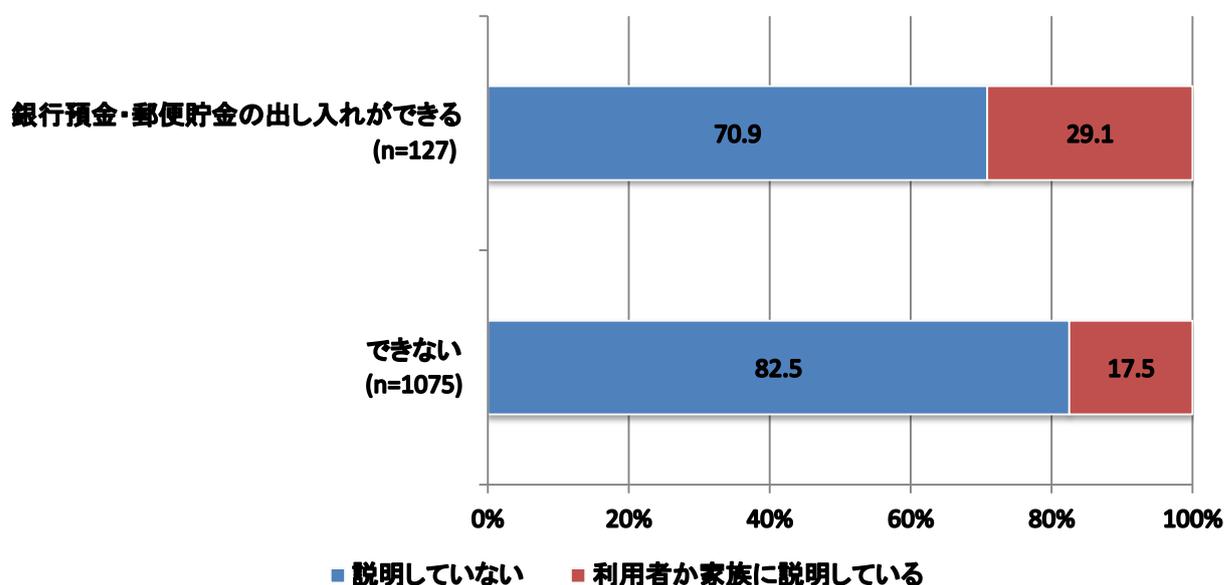
ケアマネジャーが「経済的にゆとりがある」と判断し、金銭管理に関するIADLが低下しているケースでも、利用者または家族に成年後見制度や日常生活自立支援事業の説明はされていない状況であった。

経済的に困窮していれば、制度を利用する費用の支払いが困難であることや、管理すべき財産が限られていることなどで「必要ない」と判断されることはあり得る。また、制度の複雑さなど、制度自体が抱える問題もあるかもしれない。しかし、ケアマネジャーの判断とはいえ「経済的にゆとりがある」世帯で、且つ利用者本人では金銭管理をすることが難しくなっているケースならば、最低限説明はしておいたほうが今後の利用者・家族の選択に資すると思われる。

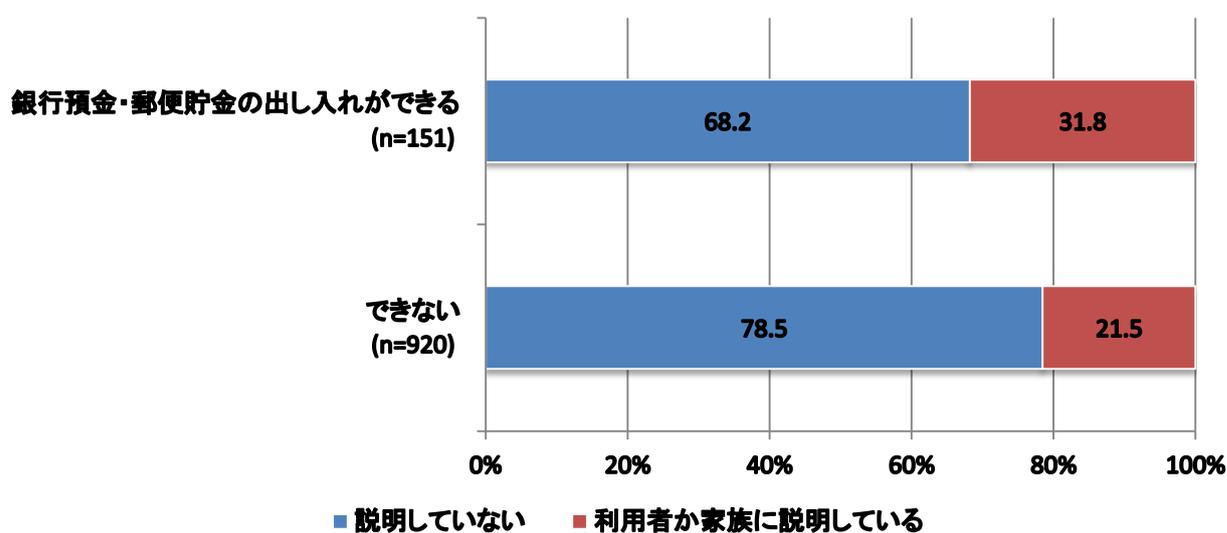
図表 211 「利用者のIADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」

		成年後見制度・日常生活自立支援事業の説明の有無		合計
		説明していない	利用者か家族に説明している	
経済的に「ゆとりがある」世帯	銀行預金・郵便貯金の出し入れができる	90 70.9%	37 29.1%	127 100.0%
	できない	887 82.5%	188 17.5%	1075 100.0%
	合計	977 81.3%	225 18.7%	1202 100.0%
経済的に「苦しい」世帯	銀行預金・郵便貯金の出し入れができる	103 68.2%	48 31.8%	151 100.0%
	できない	722 78.5%	198 21.5%	920 100.0%
	合計	825 77.0%	246 23.0%	1071 100.0%

図表 212 「利用者の IADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」(経済的に「ゆとりがある」世帯)



図表 213 「利用者の IADL」と「成年後見制度・日常生活自立支援事業についての利用者・家族への説明」(経済的に「苦しい」世帯)



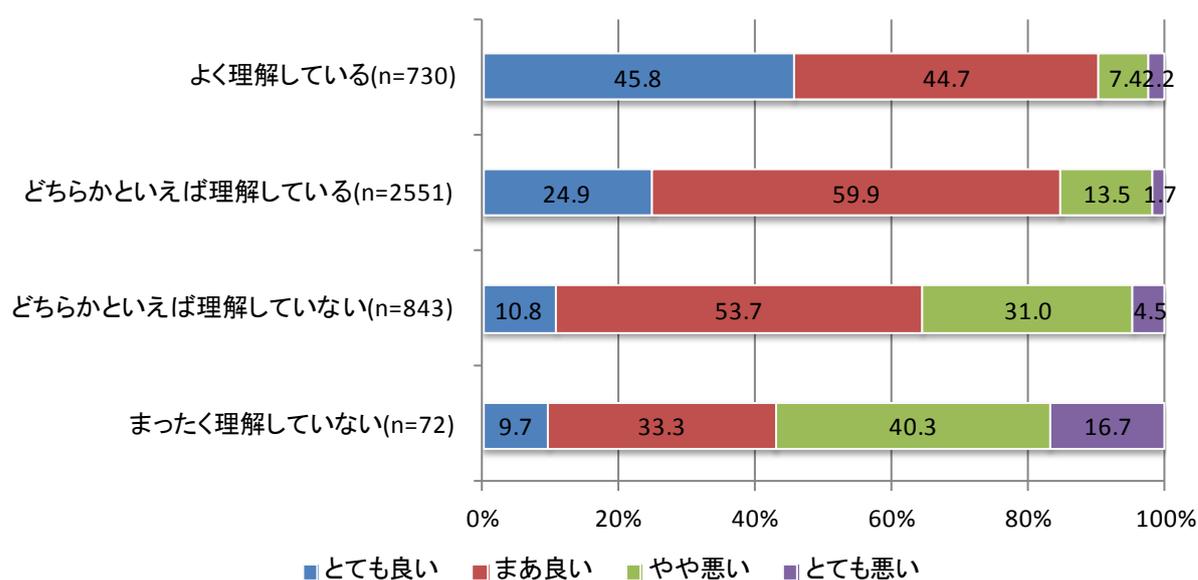
2. 認知症への理解と家族関係（ロジスティック回帰分析）

(1) 分析結果

① 記述統計

主介護者の認知症への理解と、家族関係とのクロス表を作成したところ、「よく理解している」あるいは「どちらかといえば理解している」の群で、そうでない群よりも家族関係が「とても良い」「まあ良い」の割合が高くなっていた。

図表 214 認知症への理解と家族関係



② 重回帰分析

二つのモデルを推定した。最終的にモデル1として、以下の変数を含め、説明変数として認知症への理解を用いた。

- 利用者の年齢
- 利用者の性別
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 疾患…糖尿病、肥満、関節病・神経痛、胃腸病、精神疾患、聴覚障害
- 同居の家族…夫または妻、婿
- 世帯の経済状況
- 主介護者の年齢
- 主介護者の性別

推定した結果、これらの要因を調整した上で、認知症への理解の変数は、家族関係が良好か否かの変数に5%水準で有意な関連を示し、オッズ比3.77（ p 値 <0.01 ）となった。モデル2として世帯の経済状況を除いたところ、認知症への理解の変数は、家族関係が良好か否かの変数に5%水準で有意な関連を示し、オッズ比4.11（ p 値 <0.01 ）となった。

図表 215 認知症への理解の有無と家族関係の重回帰分析の結果

		係数	標準誤差	有意確率	オッズ比
ステップ 1 ^a	利用者の年齢 (Q1)	.017	.006	.006	1.017
	利用者の性別_男性 (Q2(1))	-.019	.113	.870	.982
	疾患_糖尿病 (軽症を含む) (Q115)	-.061	.117	.602	.941
	疾患_肥満 (Q116)	-.642	.315	.041	.526
	疾患_関節病・神経痛 (Q119)	-.026	.111	.812	.974
	疾患_胃腸病 (Q1112)	-.464	.201	.021	.629
	疾患_精神疾患 (Q1114)	-.459	.178	.010	.632
	疾患_聴覚障害 (耳がきこえにくい) (Q1117)	-.332	.160	.038	.718
	認知症自立度_I (Q4_7c)			.098	
	認知症自立度_II a (Q4_7c(1))	-.388	.154	.012	.678
	認知症自立度_II b (Q4_7c(2))	-.107	.143	.455	.898
	認知症自立度_III a (Q4_7c(3))	-.121	.148	.414	.886
	認知症自立度_III b (Q4_7c(4))	.065	.211	.759	1.067
	認知症自立度_IV (Q4_7c(5))	-.155	.194	.425	.856
	認知症自立度_M (Q4_7c(6))	-.608	.333	.068	.544
	認知症自立度_自立 (Q4_7c(7))	-.605	.434	.163	.546
	寝たきり度_J1 (Q6_7c)			.000	
	寝たきり度_J2 (Q6_7c(1))	-.692	.260	.008	.501
	寝たきり度_A1 (Q6_7c(2))	-.227	.260	.384	.797
	寝たきり度_A2 (Q6_7c(3))	-.448	.253	.076	.639
	寝たきり度_B1 (Q6_7c(4))	-.431	.268	.108	.650
	寝たきり度_B2 (Q6_7c(5))	-.128	.276	.642	.880
	寝たきり度_C1 (Q6_7c(6))	-.263	.319	.410	.769
	寝たきり度_C2 (Q6_7c(7))	.435	.355	.221	1.544
	利用者のBPSD_なし (Q14)			.000	
	利用者のBPSD_中・重度の症状あり (Q14(1))	-.826	.122	.000	.438
	利用者のBPSD_軽度の症状あり (Q14(2))	-.537	.106	.000	.584
	同居の家族_夫または妻でない (Q172(1))	-.308	.123	.013	.735
	同居の家族_婿でない (Q175(1))	-.794	.193	.000	.452
	主介護者の性別_女性 (Q24(1))	.163	.104	.116	1.177
	主介護者の年齢_20-50歳代 (Q23_3c)			.001	
	主介護者の年齢_60-70歳代 (Q23_3c(1))	.380	.101	.000	1.463
	主介護者の年齢_80歳以上 (Q23_3c(2))	.444	.174	.011	1.559
認知症への理解_あり (b_Q37)	1.413	.097	.000	4.109	
定数	.614	.572	.283	1.848	

(2) 考察

クロス集計及び重回帰分析によりそのほかの家族関係に関連する可能性のある要因を考慮した上でも、関連が見られた。重回帰分析は、世帯の経済状況を含めるか否かに関わらず 5% 有意水準であり、オッズ比は 4.0 前後で、関連の強さが示唆される。オッズ比を仮に 4.0 とした場合の解釈としては、主介護者の認知症への理解がある場合はそうでない場合と比べて、4.0 倍家族関係が良好な確率（ただし 1 時点で割合で見た確率）が高いということになる。

3. まとめ

利用者や家族に対し、意向の確認をすることや、認知症あるいは利用者を含む家族の生活について説明・助言するなどの支援は、利用者の家族の「主介護者への接し方」や「認知症の理解」を好転させるという関連があった。利用者が認知症に罹患することで、利用者自身はもちろんのこと、家族も不安を抱えることと思われる。そのようなとき、支援者から適切・丁寧な説明や助言がなされることは、家族の不安を軽減すると考えられる。認知症の症状は、周囲の接し方で良くも悪くもなり得るため、家族の気持ちが安定していることは、ひいては利用者の安定にもつながる。

また、説明・助言や意向の確認といった専門職の関わりは、家族には比較的よくされているが、利用者本人にはあまりされていなかった。認知症という疾患の特性上、説明・助言といったことは家族を中心に行わざるを得ないかもしれない。しかし、利用者本人の意向の確認は、仮に認知症が重度になっても試みるべきと考えられ、中度の認知症であれば簡易な表現で利用者本人が意向を表現できるケースも少なくないと思われる。家族の意向が利用者の生活に大きな影響を及ぼすとしても、ケアマネジャーが利用者の意向を汲み取り、家族の意向との調整役をすることで、両者の意向を反映した利用者の生活へと近づくと可能性が高まる。成年後見制度や日常生活自立支援事業についての説明、必要に応じた活用と合わせて、利用者自身の意向を利用者の生活に反映されるような支援が求められると考える。

認知症への理解と家族関係との関連については、重回帰分析により、その他の要因を考慮した上でも関連があることが確認された。認知症への理解がある場合はそうでない場合と比べて、家族関係が良好な確率が高いことが示された。

1.1. インフォーマルサポートの活用

1. クロス集計等による分析

(1) 認知症が軽度なうちは比較的インフォーマルサポートが利用されている、重度で減少

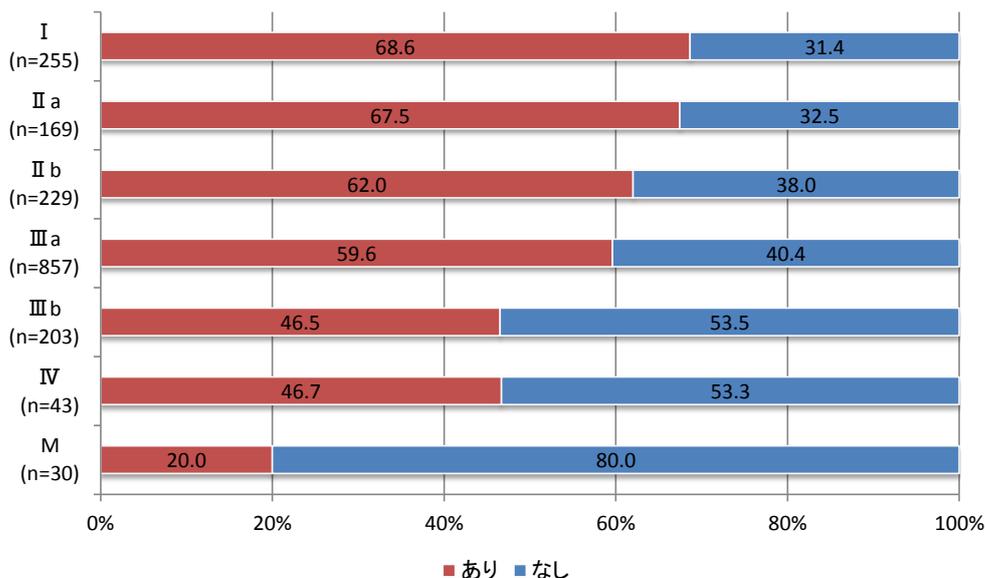
先に示したように、「家族」以外のインフォーマルサポートの利用があるケースは、高いもので約2割程度と、あまり活用されていない状況であった。

その中でも比較的インフォーマルサポートの活用がなされているのは、「認知症高齢者の日常生活自立度」と「要支援・介護度」のどちらみても、軽度なケースであった。また、軽度なケースで利用割合が高く重度なケースで減るという傾向は、「単独世帯」で顕著であった。

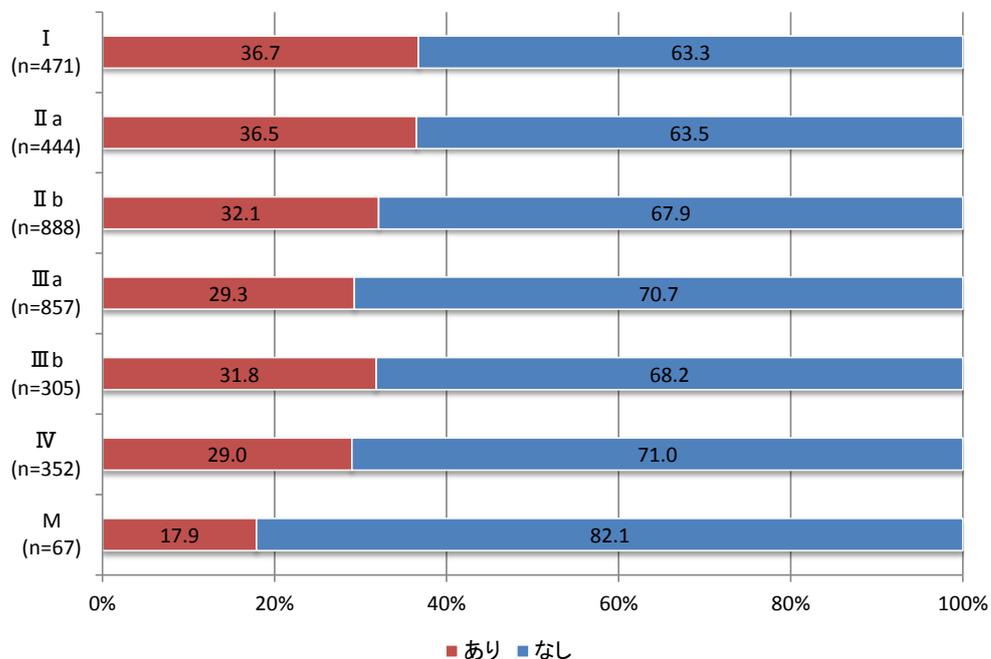
「単独世帯」のケースにつき「認知症高齢者の日常生活自立度」でみた場合、Ⅰでは68.6% (175/255) のケースでインフォーマルサポートが利用されている一方、Ⅲbで46.5% (20/43) でまで下がっている。独居で心身機能の低下が軽度であれば、見守りや声かけなどが生活の維持に貢献する可能性があると考えられる。反対に、重度になると間接的な支援よりも直接的な身体介護の必要度が増すため、インフォーマルサポートよりもフォーマルな介護サービスの利用が必要となり、その結果インフォーマルサポートは利用されなくなる可能性が考えられる。

なお、ここでは、家族以外の9つのインフォーマルサポートの提供主体のうちどれか一つ以上からサポートを受けているケースをインフォーマルサポート「あり」とした。サポートを受けている頻度やサポート内容は問わず、有無のみによって区別した。

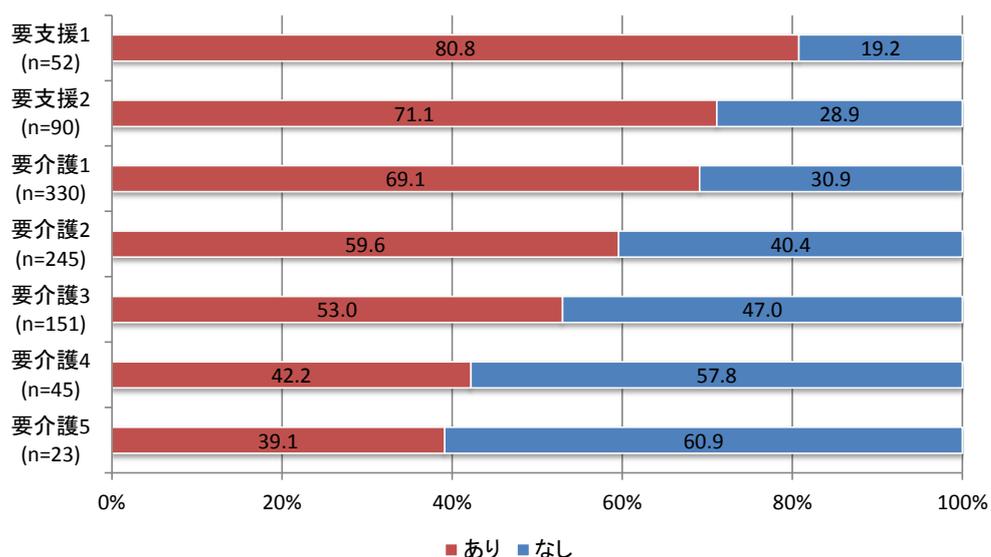
図表 216 「認知症高齢者の日常生活自立度」別インフォーマルサポートの利用状況(単独世帯)



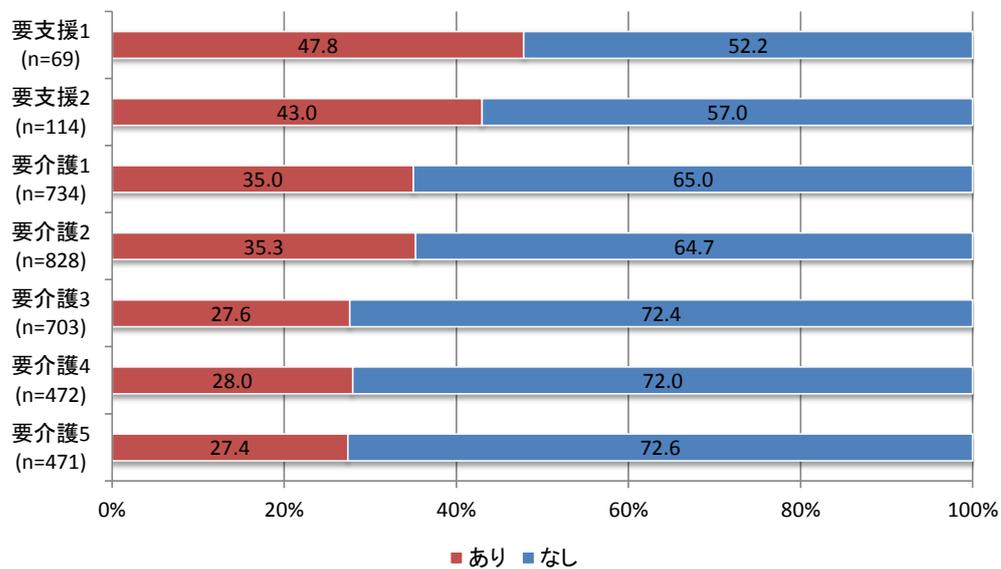
図表 217 「認知症高齢者の日常生活自立度」別インフォーマルサポートの利用状況(同居者のいる世帯)



図表 218 「要支援・介護度」別インフォーマルサポートの利用状況(単独世帯)



図表 219 「要支援・介護度」別インフォーマルサポートの利用状況(同居者のいる世帯)



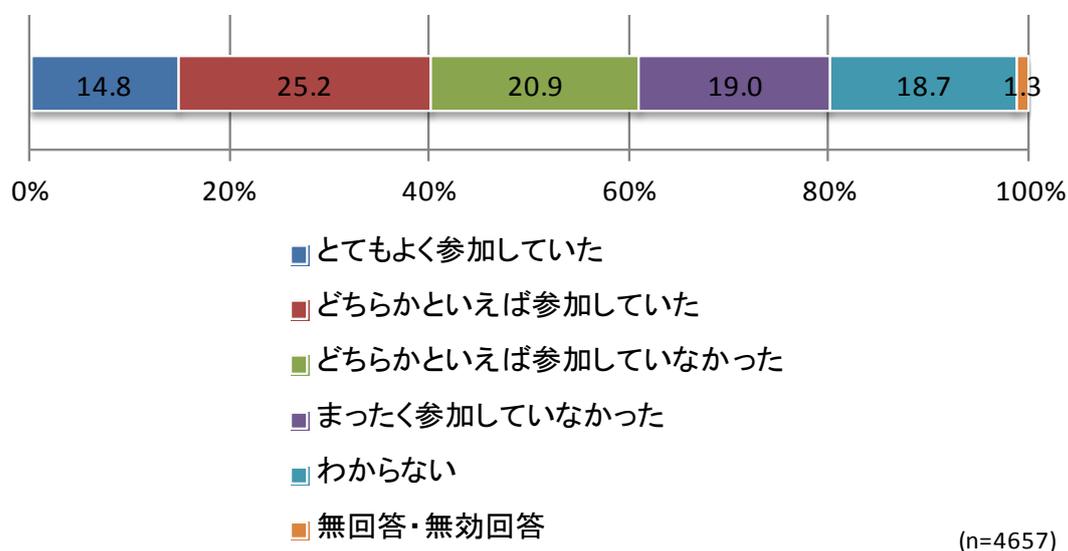
(2) 認知症になる以前に地域活動に参加しているケースで、インフォーマルサポートを利用

利用者が認知症になる以前に地域活動（町内会、老人会、趣味やボランティアのグループなど）に参加していたケースは、40.0%（1,866/4,657）であった。なお、ケアマネジャーがこのことを把握していない（「わからない」）ケースが18.7%（871/4,657）あった。

「わからない」と回答されたケースを除き、認知症になる以前の地域活動とインフォーマルサポートの利用を検討したところ、地域活動に参加していたケースのほうがインフォーマルサポートを利用している割合が高いという関連を示した。カイ二乗検定の結果、有意差（ $p < 0.001$ ）を認めた。

ケアマネジメントにおいて、インフォーマルな社会資源を活用することは重要であるとされている。しかし、先述したように、家族以外のインフォーマルサポートの利用状況は、2割未満であった。一方、インフォーマルサポートの状況で、サポート主体が多かったのは家族を除けば、「近隣住民」と「友人」であった。上記の結果と合わせると、アセスメントにおいて認知症になる以前の地域活動を把握しておくことは、インフォーマルサポートをケアプランに組み込むことに貢献すると考えられる。

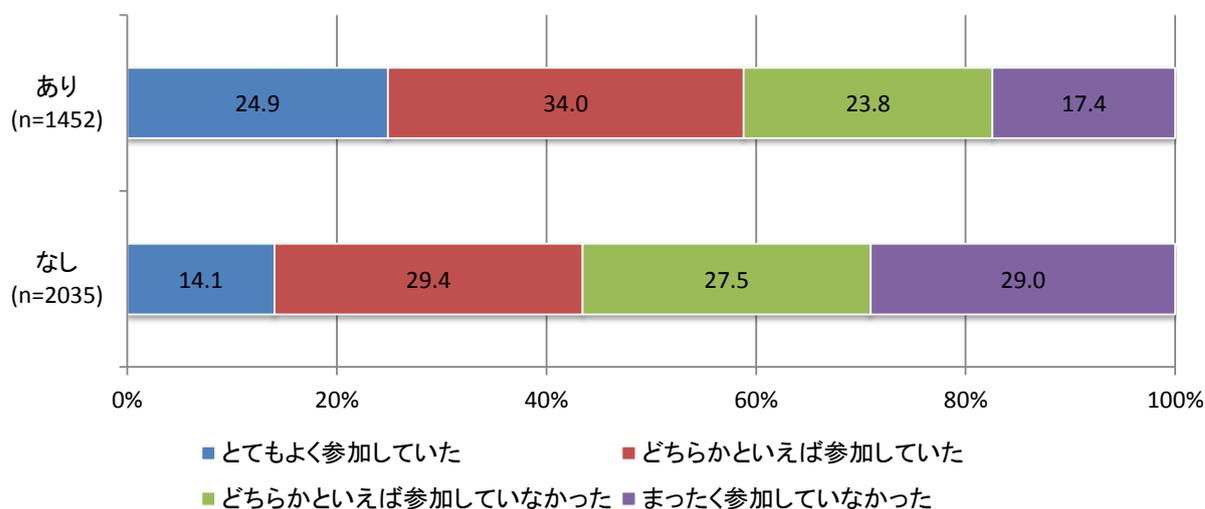
図表 220 利用者の病前(認知症)の地域活動への参加



図表 221 「利用者の病前(認知症)の地域活動への参加」と(家族以外の)「インフォーマルサポート」の有無

		利用者の病前(認知症)の地域活動への参加				合計
		1. とてもよく参加していた	2. どちらかといえば参加していた	3. どちらかといえば参加していなかった	4. まったく参加していなかった	
家族以外のインフォーマルサポートの有無	あり	361 24.9%	493 34.0%	345 23.8%	253 17.4%	1452 100.0%
	なし	286 14.1%	598 29.4%	560 27.5%	591 29.0%	2035 100.0%
	合計	647 18.6%	1091 31.3%	905 26.0%	844 24.2%	3487 100.0%

Pearsonのカイ二乗値 110.863(p<0.001)



2. まとめ

家族以外からのインフォーマルサポートが支援に組み込まれているケースは少なかった。少ない中では、「友人」の他、「近隣住民」や「民生委員」・「地域の役員」といった地縁と関連した提供主体からのインフォーマルサポートがされていた。また、認知症になる前の地域活動へ参加しているほうがインフォーマルサポートを受けているという関連があった。

ケアプランにインフォーマルな社会資源を盛り込むことの必要性は介護支援専門員の研修などにおいても取り上げられるが、十分にはなされていない。利用者のニーズにもよるものの、インフォーマルサポートの活用にあたっては、利用者の身近な地域の人的資源の活用が有効であると思われる。利用者の地域との関係を把握しておくことは、インフォーマルサポートの活用に関わる重要なアセスメントであると考えられる。

1 2. 独居の規定要因と分類に関する分析

1. クロス表による分析

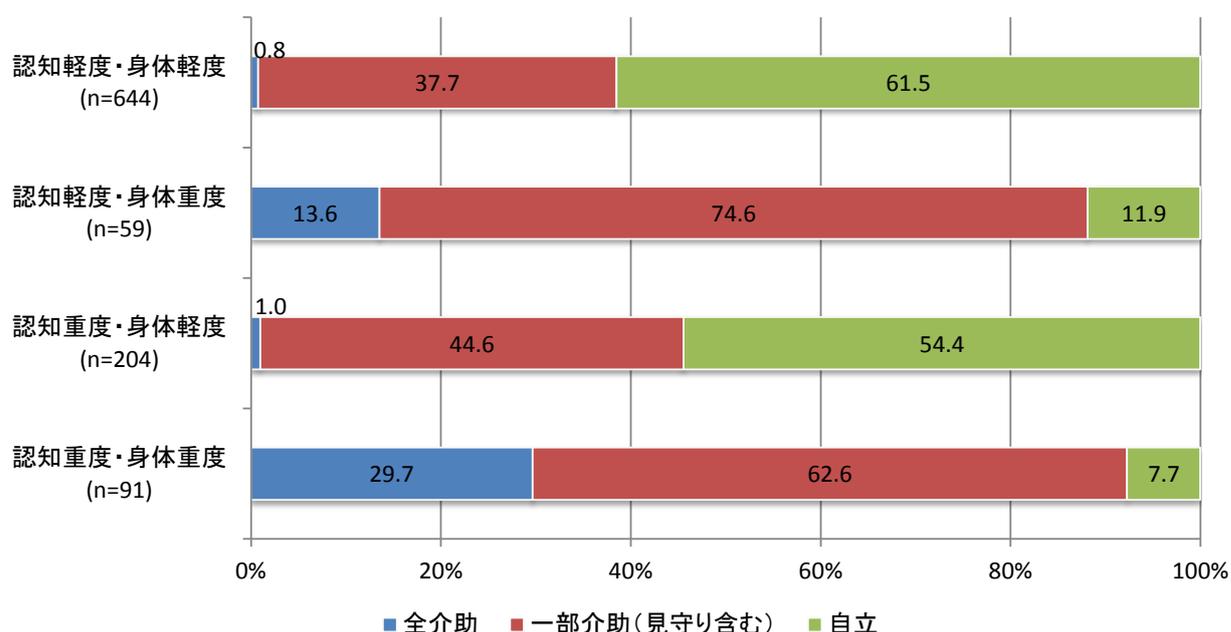
(1) ADL は世帯構成に関わらず、身体機能の低下が介助の必要性と関連している傾向

ADL に全介助および一部介助を必要とするケースの割合は、「認知軽度・身体軽度」、「認知重度・身体軽度」、「認知軽度・身体重度」、「認知重度・身体重度」¹⁰の順で高くなっていった。

認知機能の低下のほうが重度である「認知重度・身体軽度」と、身体機能の低下のほうが重度である「認知軽度・身体重度」を比較すると、前者の場合は一部介助、後者は全介助という状態にある傾向がみられた。介助を必要とする状態の主因が認知症で身体機能は保たれている場合には、「見守り」や「声かけ」などの間接的な援助で行為が成立することも少なくないと考えられる。一方、身体の障害が主因の場合には、直接的な援助である身体介護が必要なり、行為が成立するための介助量も多くなりがちと考えられる。

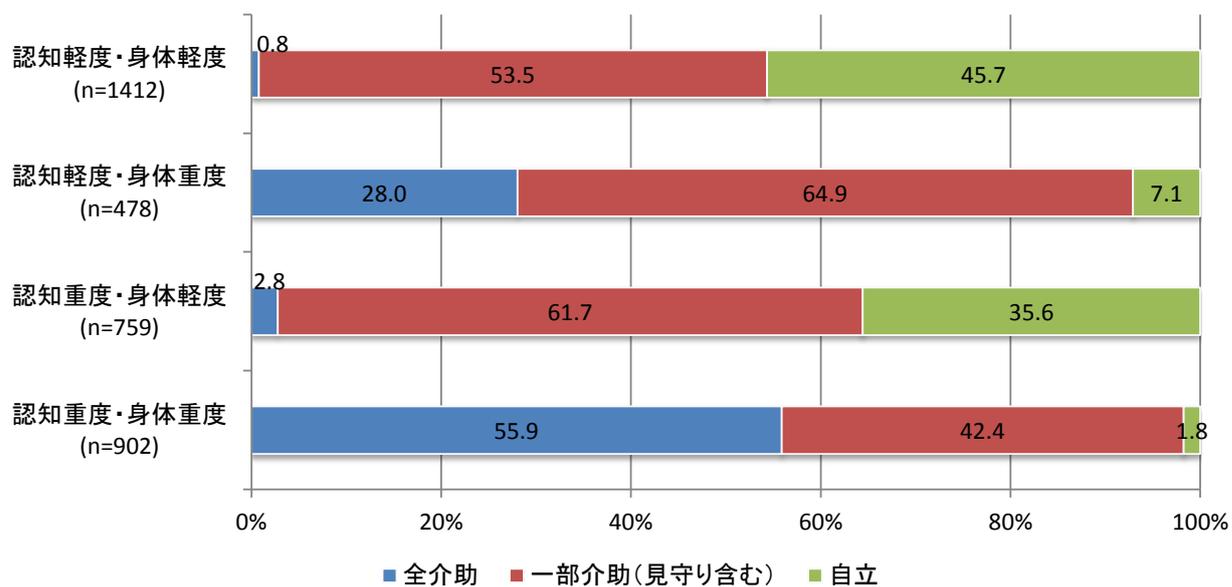
なお、「単独世帯」と「同居者のいる世帯」の間で大きな差はなかった。

図表 222 利用者の状態像別 ADL「移動・移乗」(単独世帯)

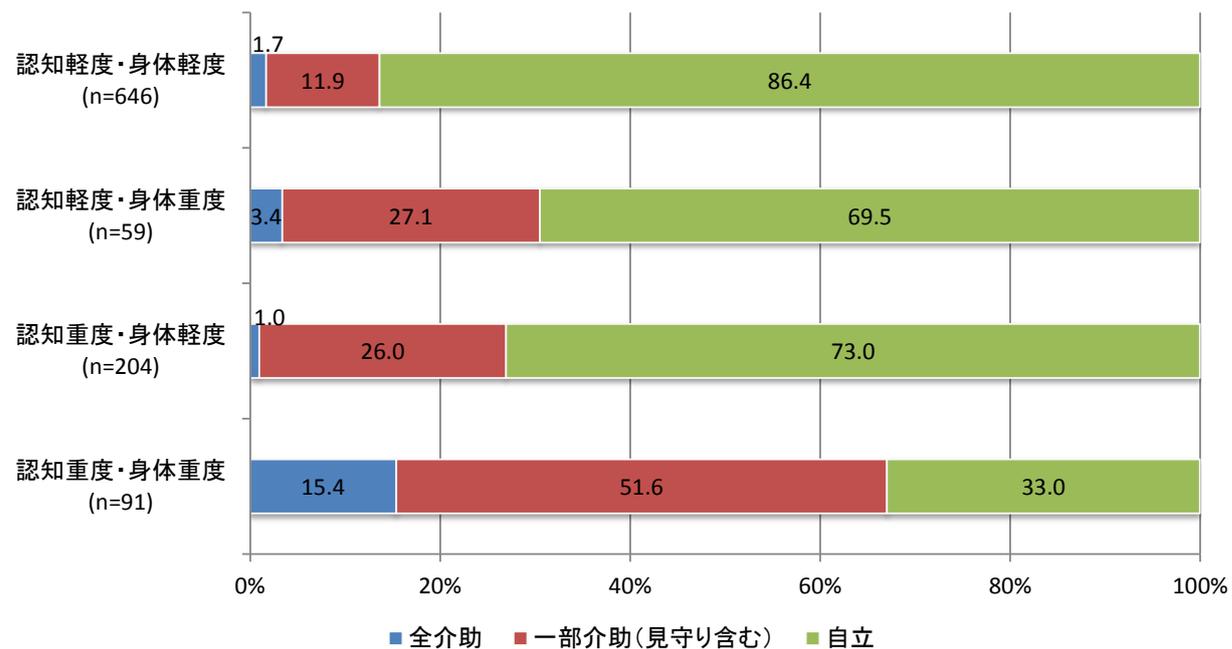


10 5章4節(3)で設定した、利用者の状態像4分類

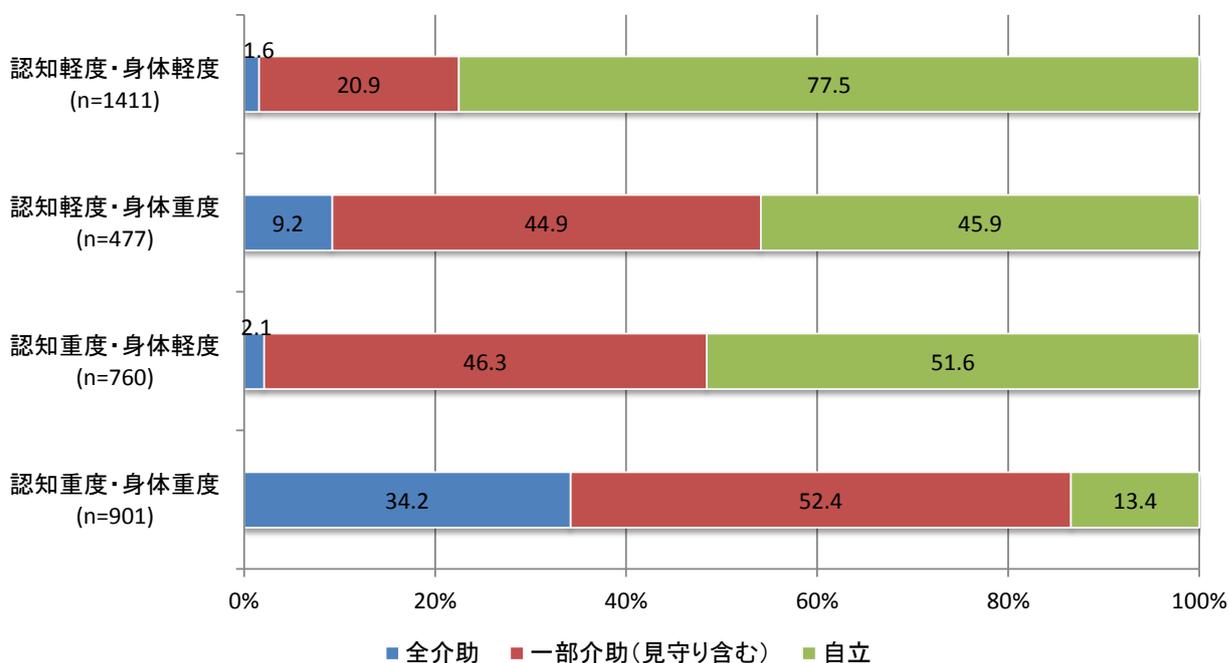
図表 223 利用者の状態像別 ADL「移動・移乗」(同居者のいる世帯)



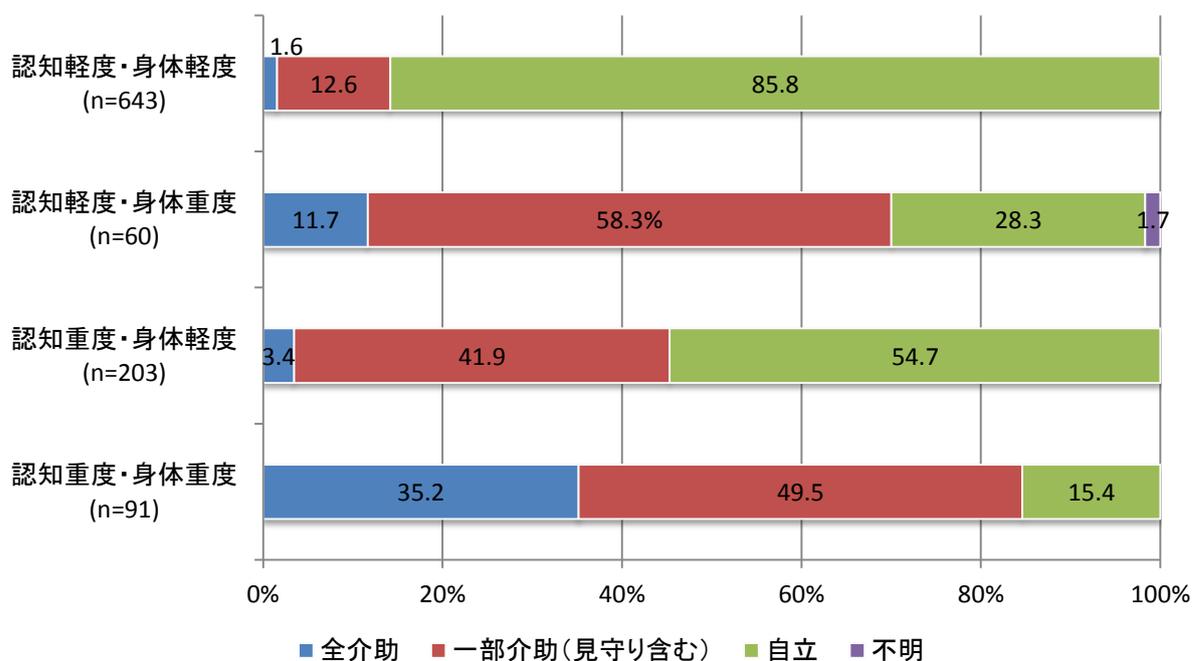
図表 224 利用者の状態像別 ADL「食事」(単独世帯)



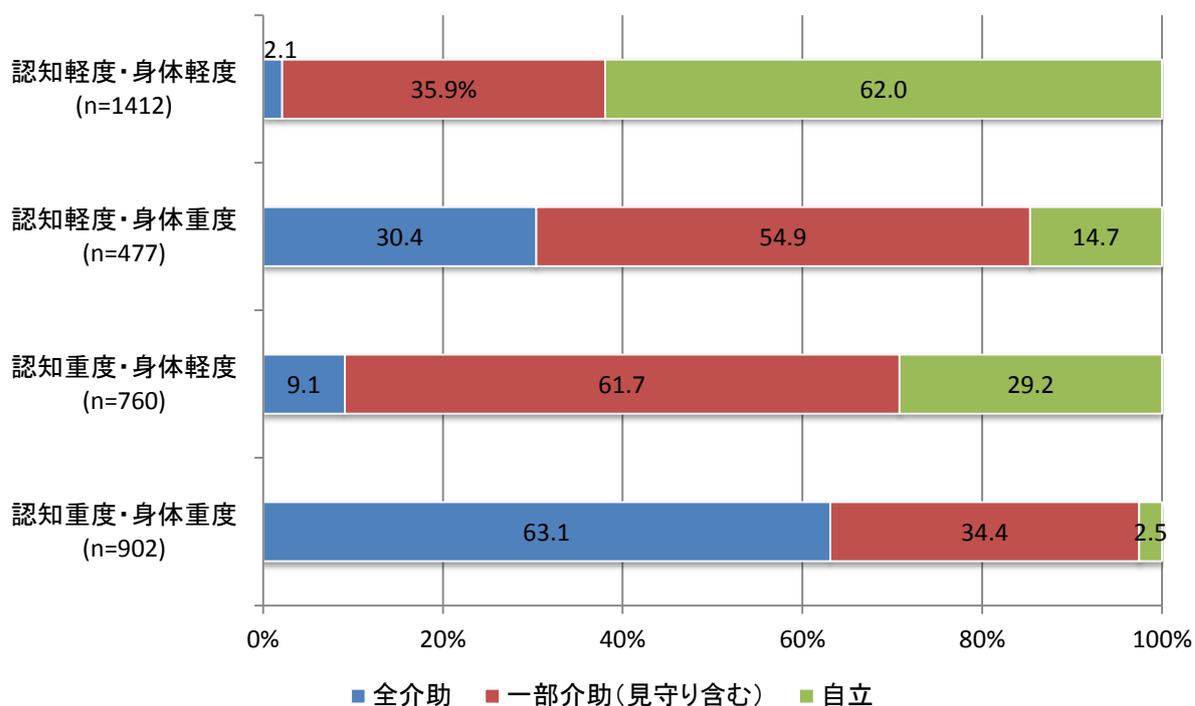
図表 225 利用者の状態像別 ADL「食事」(同居者のいる世帯)



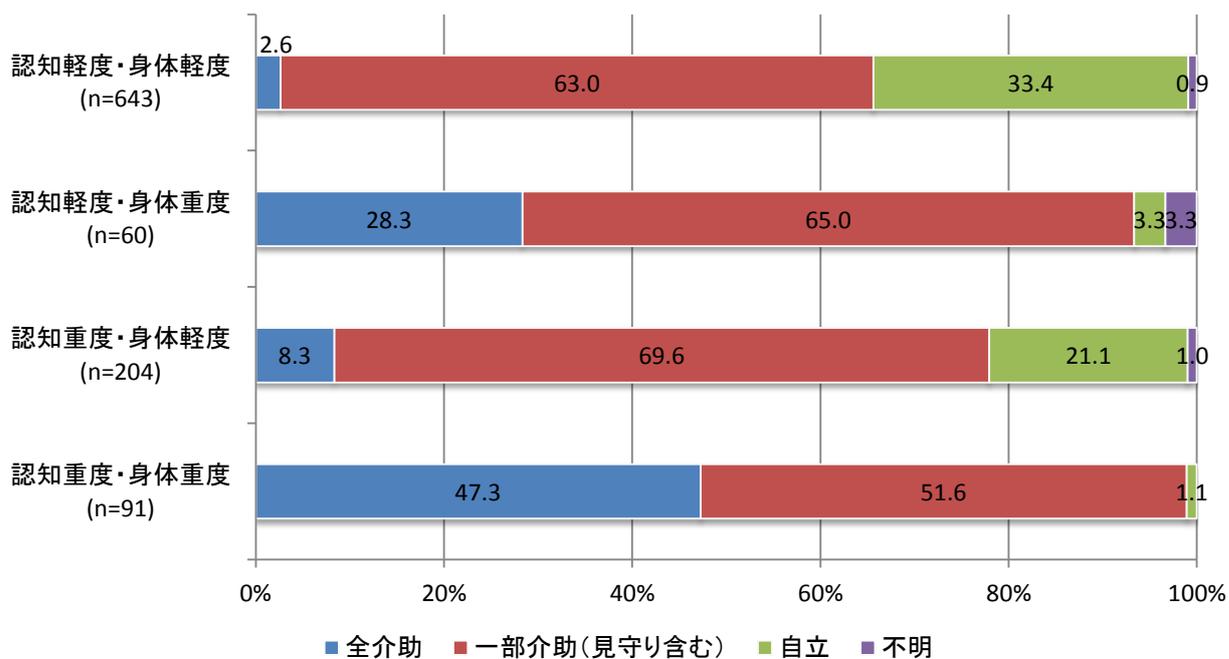
図表 226 利用者の状態像別 ADL「排泄」(単独世帯)



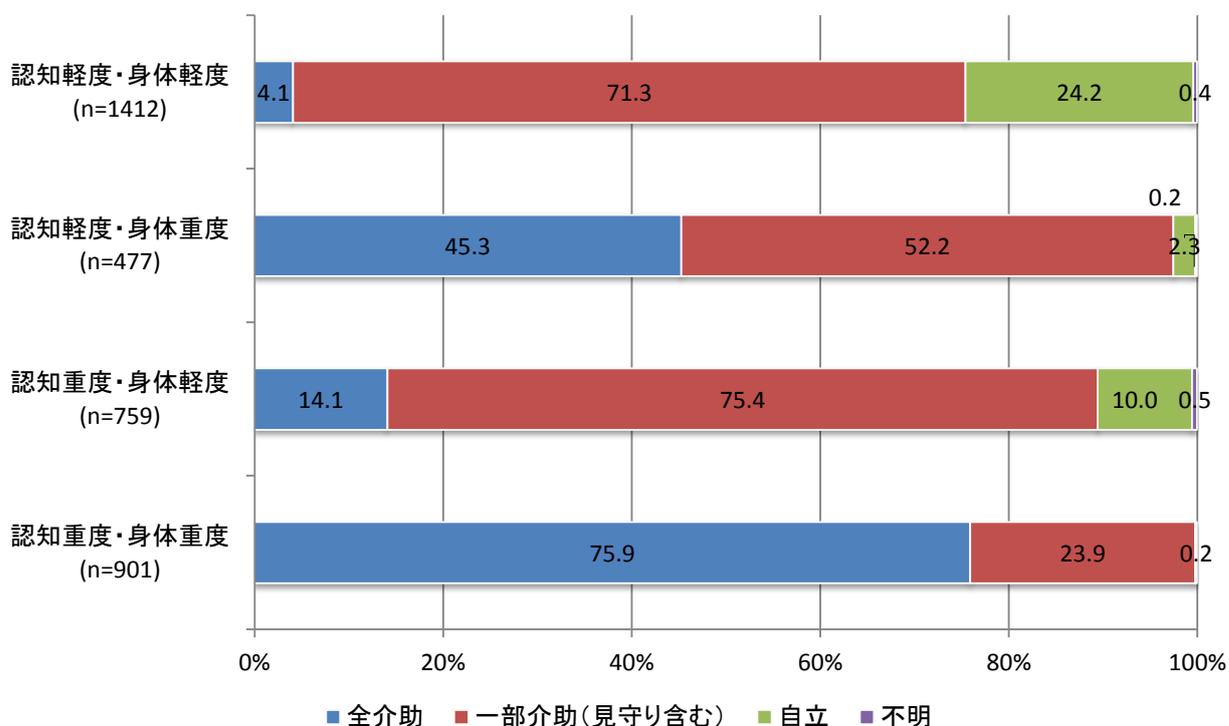
図表 227 利用者の状態像別 ADL「排泄」(同居者のいる世帯)



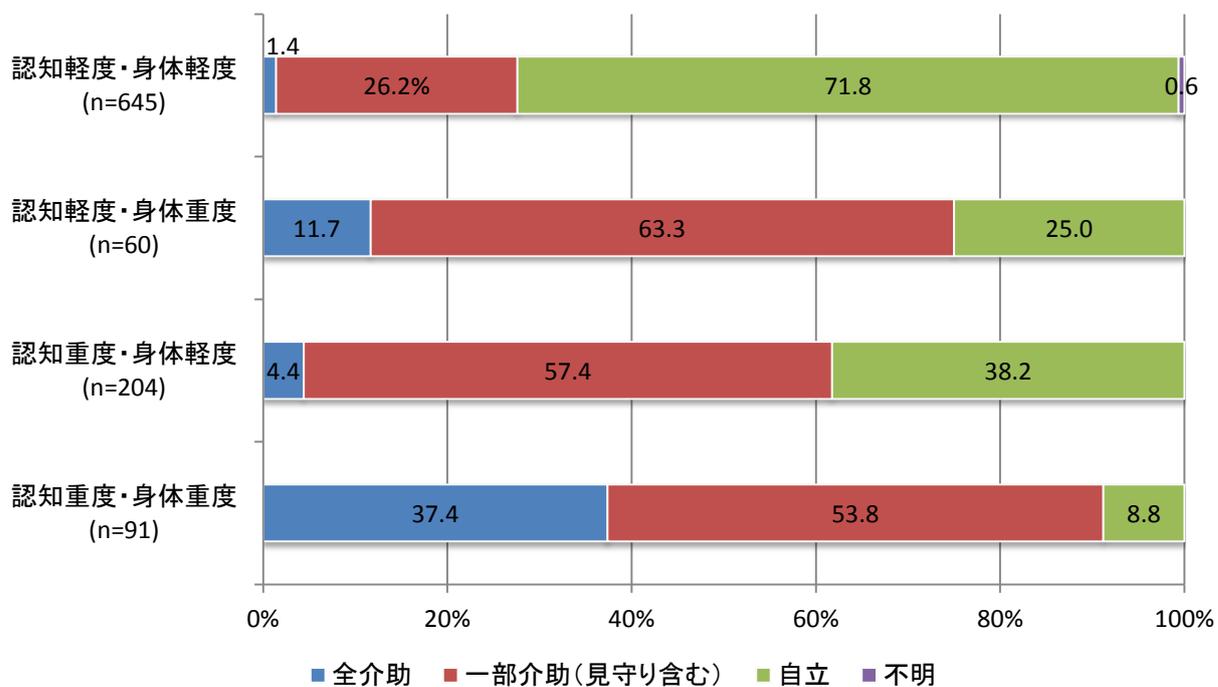
図表 228 利用者の状態像別 ADL「入浴」(単独世帯)



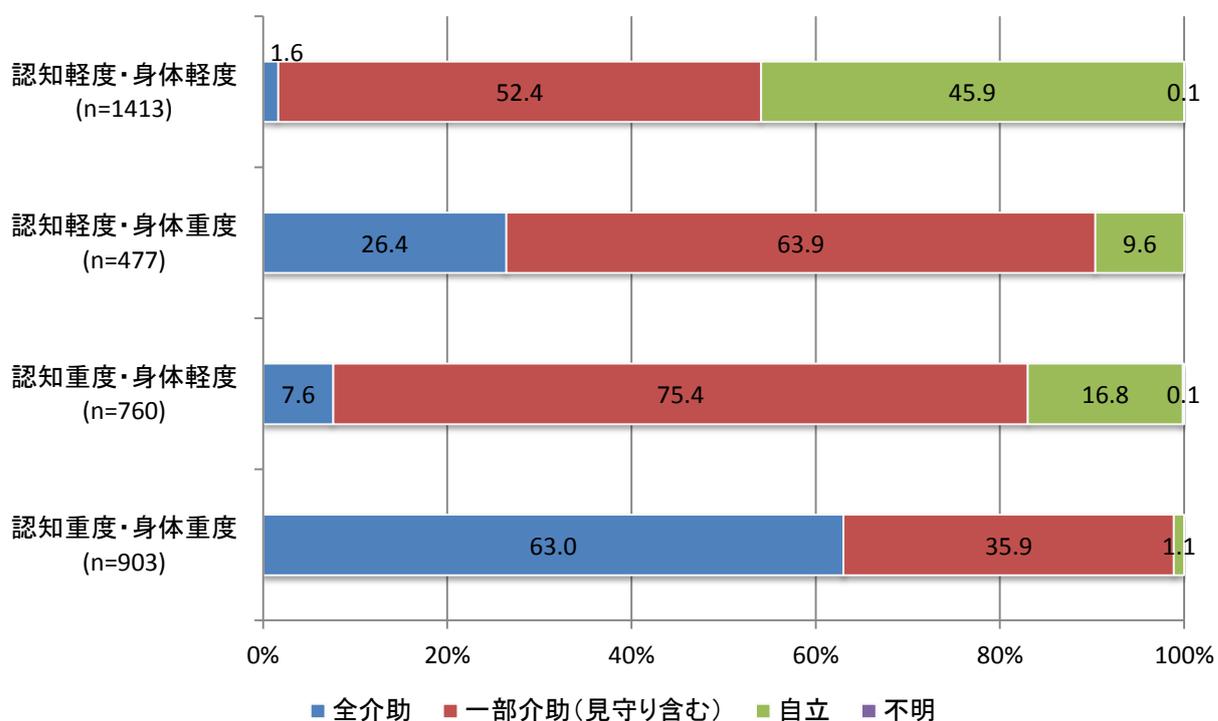
図表 229 利用者の状態像別 ADL「入浴」(同居者のいる世帯)



図表 230 利用者の状態像別 ADL「更衣・整容」(単独世帯)



図表 231 利用者の状態像別 ADL「更衣・整容」(同居者のいる世帯)



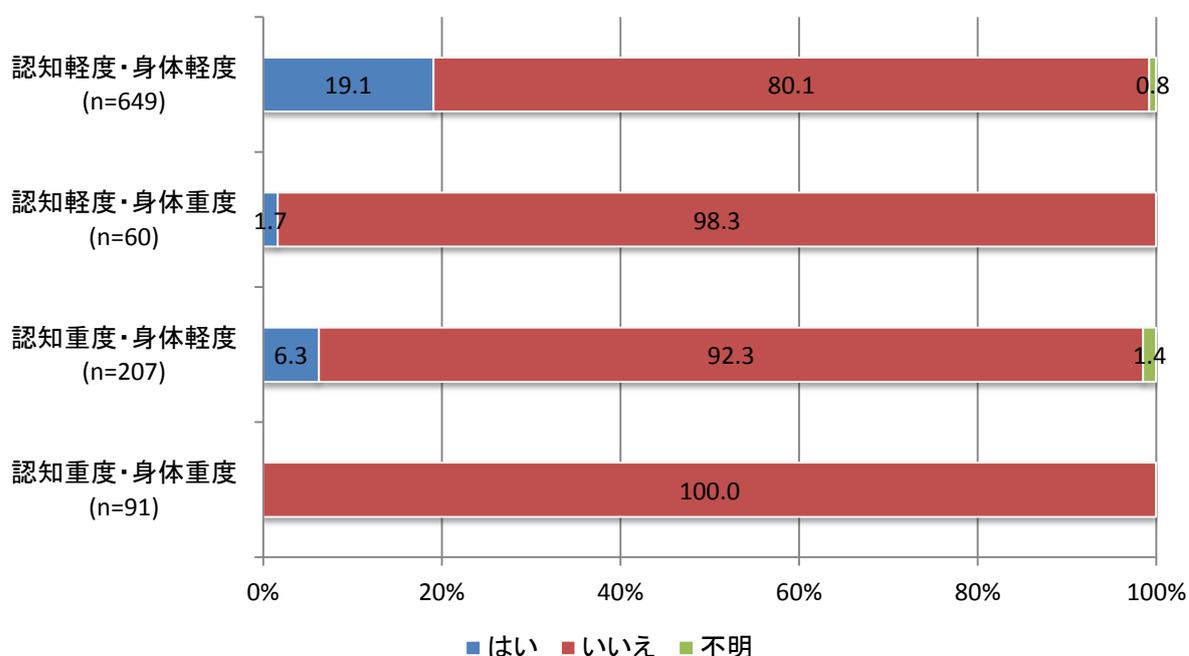
(2) IADL は、「同居者のいる世帯」の方が「できない（していない）」傾向

IADL の項目全般で、「同居者のいる世帯」よりも「単独世帯」のほうが「できている（している）」ケースの割合が高かった。「同居者のいる世帯」では、IADL が低下しても同居者の支援により在宅で生活できるが、「単独世帯」では IADL の低下と在宅生活継続の困難が同居者による支援が無い分、より密接だと考えられる。

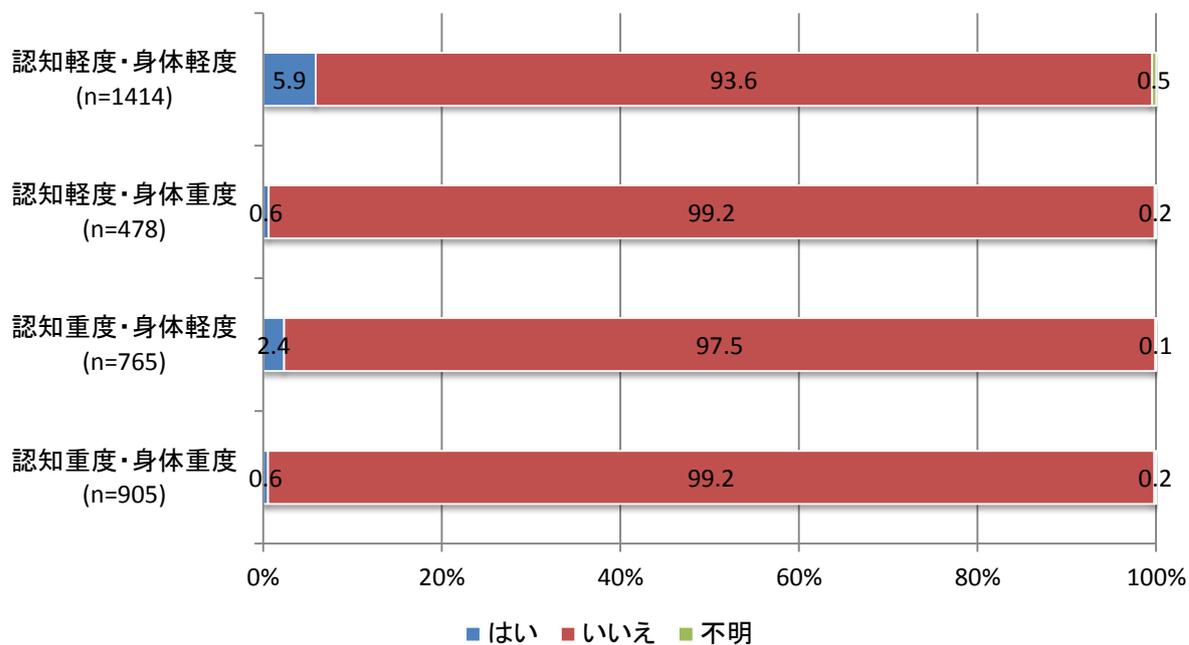
IADL は現在「しているか」「していないか」を軸に判断される。その点を考慮すると、同居者がいる場合、金銭管理などを仮に利用者が「できる」状態であっても家族が行い、利用者本人は「していない」という可能性もある。また、「単独世帯」の利用者の場合、金銭管理などの行為の遂行に不十分さがあっても、利用者自身でせざるを得ない環境のため「している」と回答されることや、そのような状況が当該 IADL の保持に寄与している可能性なども考えられる。

IADL が低下しているケースの割合は多くの場合に、「認知軽度・身体軽度」、「認知軽度・身体重度」、「認知重度・身体軽度」、「認知重度・身体重度」の順で高くなっていた。多くの項目で、「認知重度・身体軽度」の群が「認知軽度・身体重度」の群よりも低下しているケースの割合は高かったことから、IADL では ADL と比べてより認知機能の影響が大きいと思われる。なお、この両者の順序は、「自分で食事の用意をできるか」や「買い物」のような身体機能の比重が大きい項目になると入れ替わった。

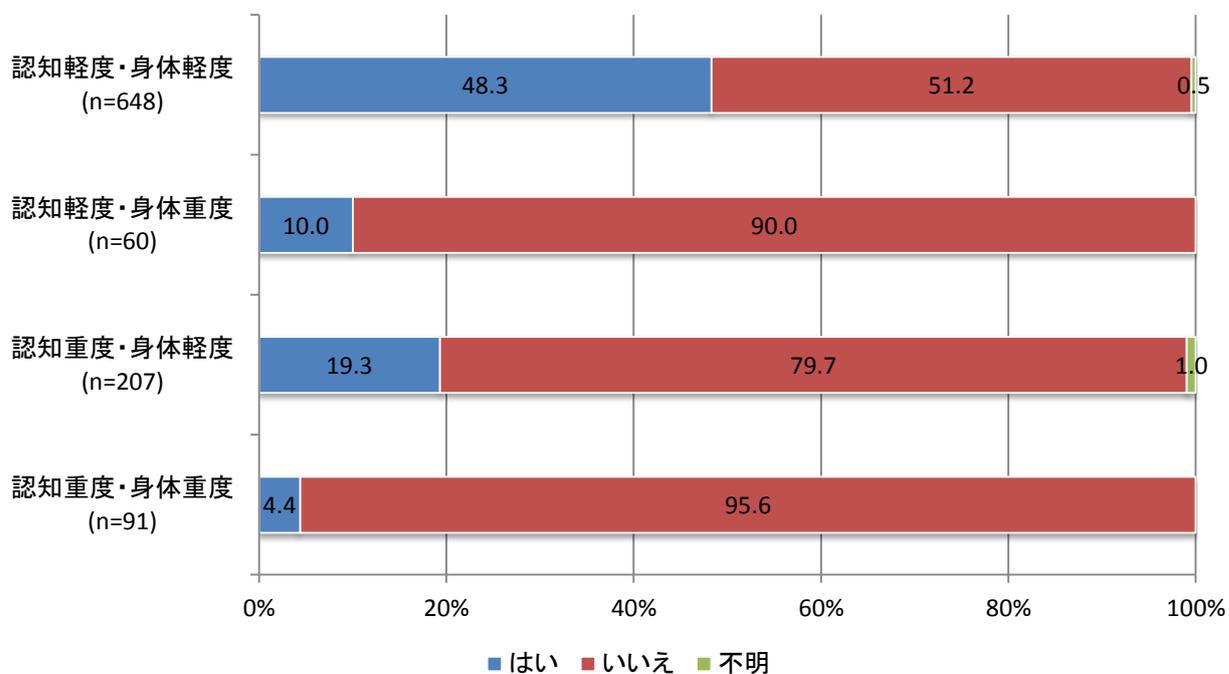
図表 232 利用者の状態像別 IADL「バスや電車を使って一人で外出できるか」(単独世帯)



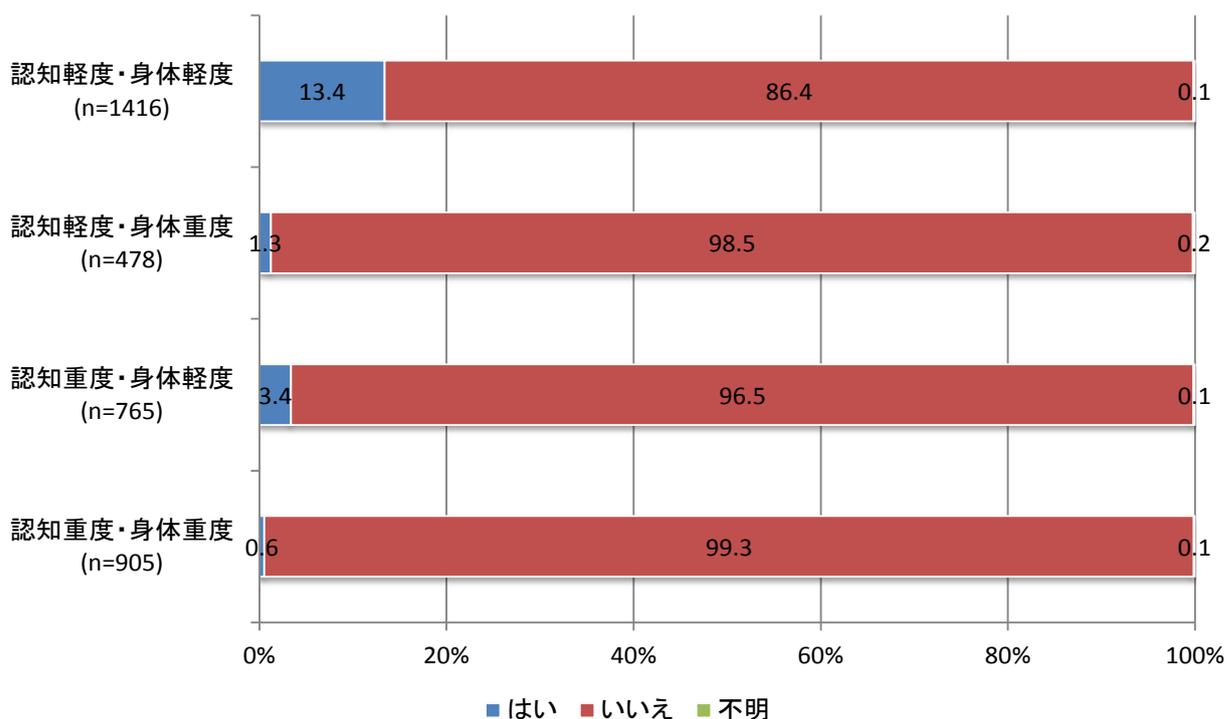
図表 233 利用者の状態像別 IADL「バスや電車で使って一人で外出できるか」(同居者のいる世帯)



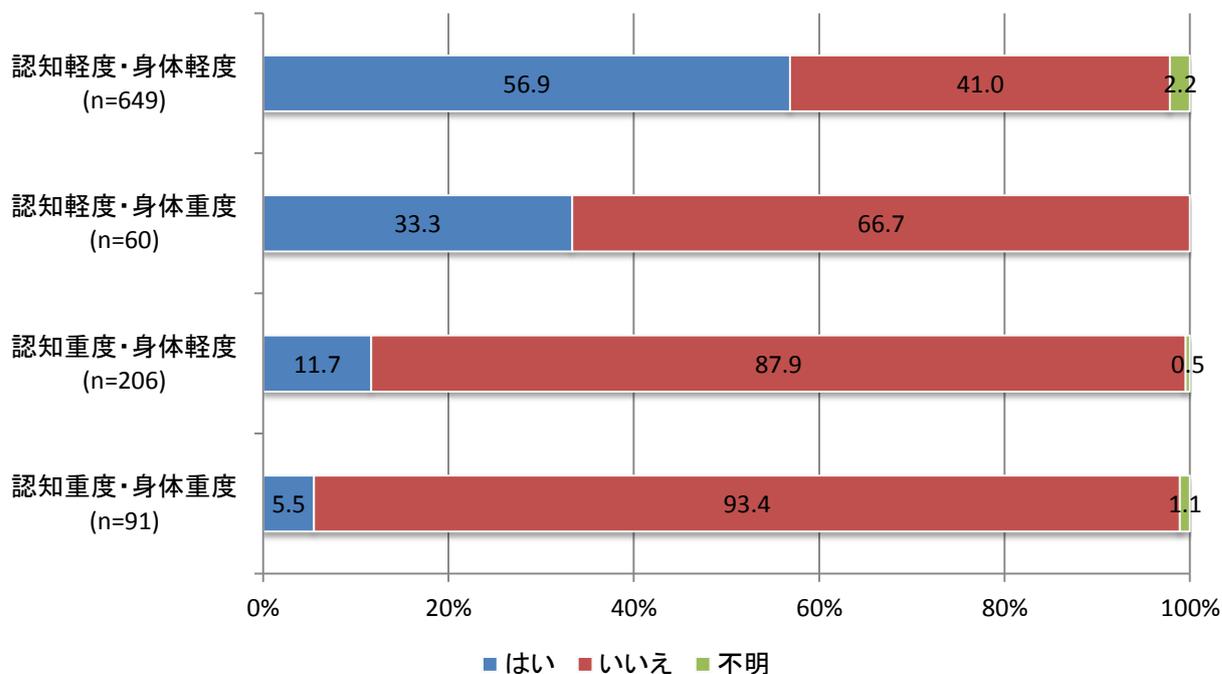
図表 234 利用者の状態像別 IADL「自分で食事の用意ができるか」(単独世帯)



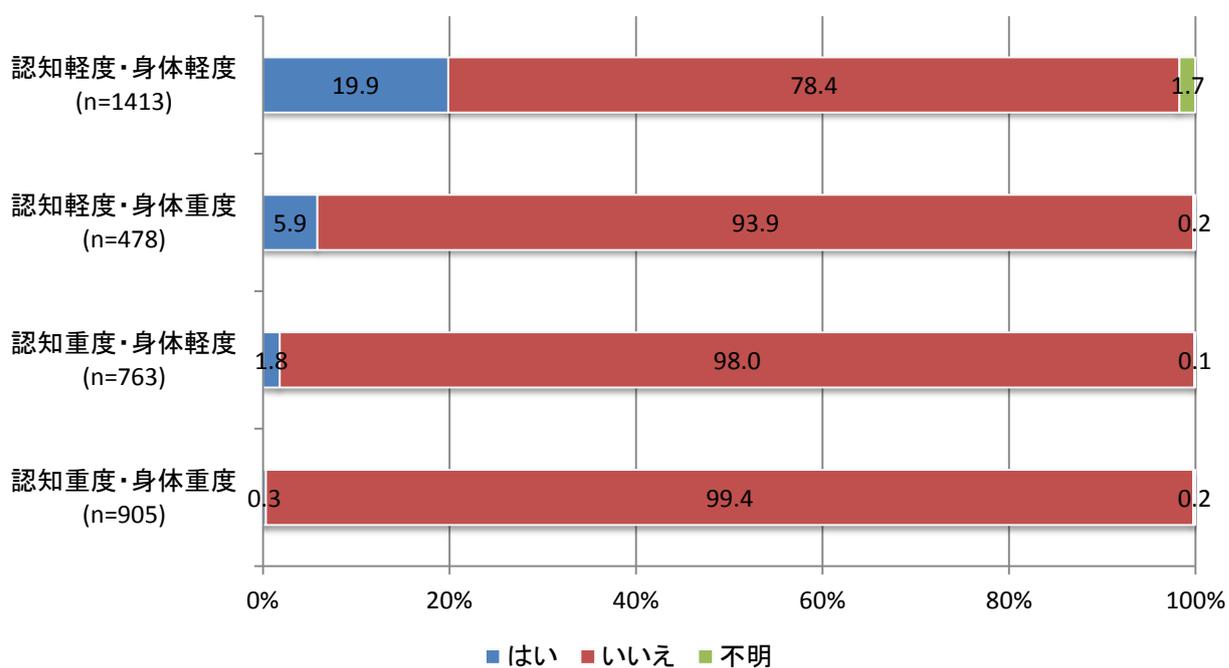
図表 235 利用者の状態像別 IADL「自分で食事の用意ができるか」(同居者のいる世帯)



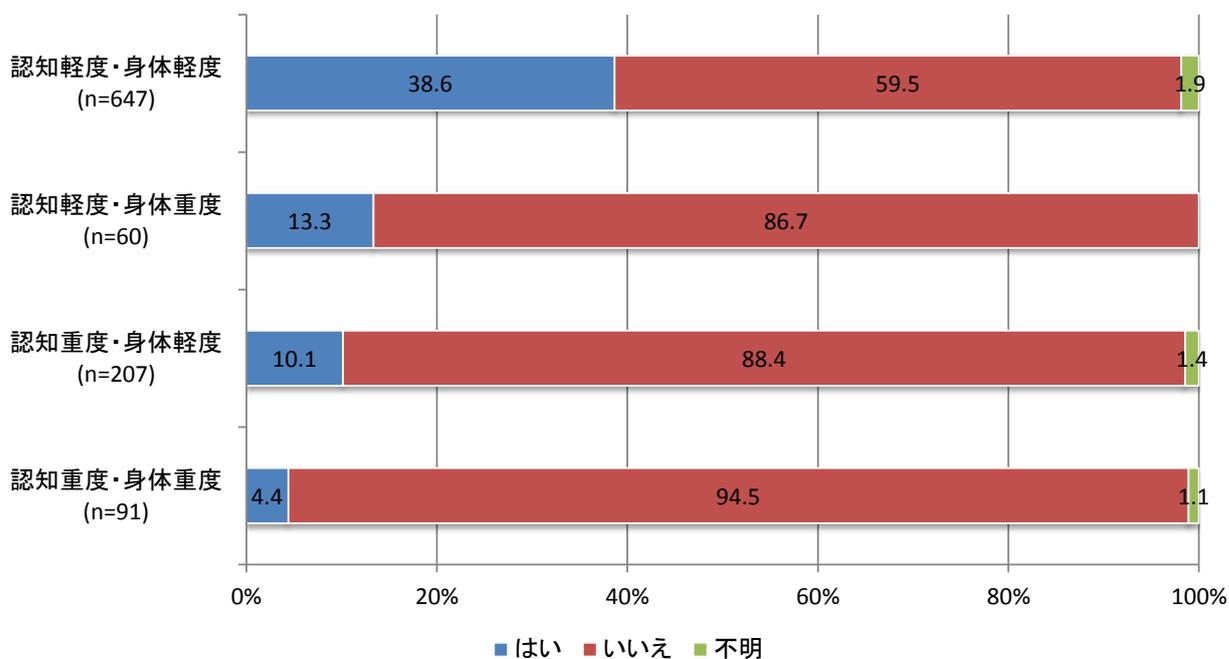
図表 236 利用者の状態像別 IADL「請求書の支払いができるか」(単独世帯)



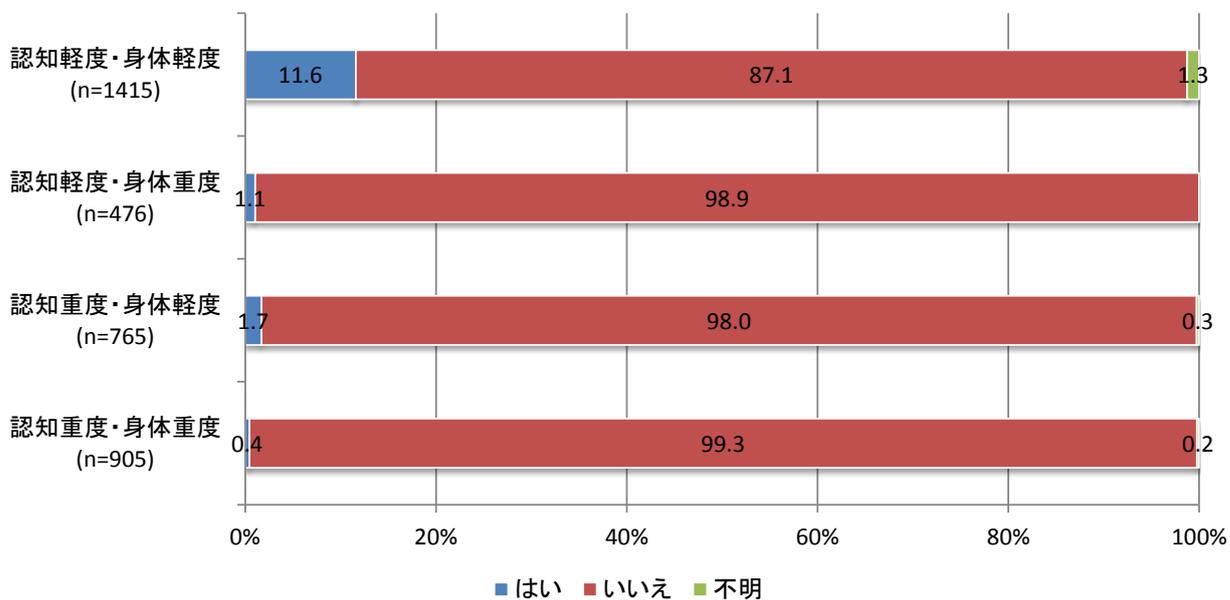
図表 237 利用者の状態像別 IADL「請求書の支払いができるか」(同居者のいる世帯)



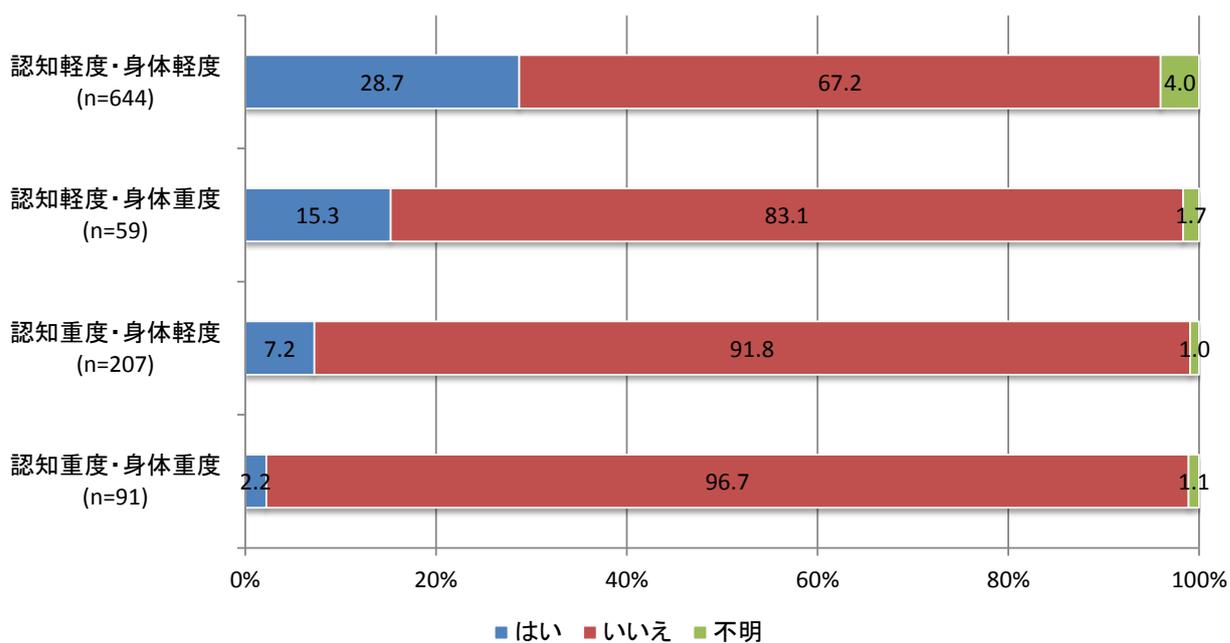
図表 238 利用者の状態像別 IADL「銀行預金・郵便貯金のおし入れができるか」(単独世帯)



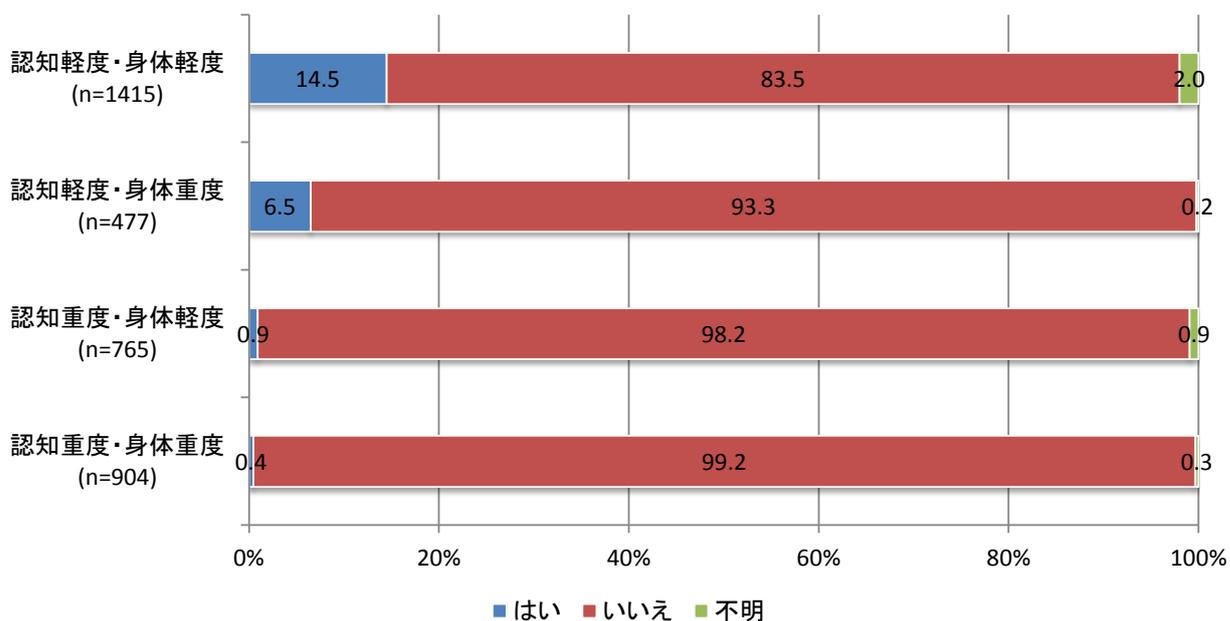
図表 239 利用者の状態像別 IADL「銀行預金・郵便貯金の出し入れができるか」(同居者のいる世帯)



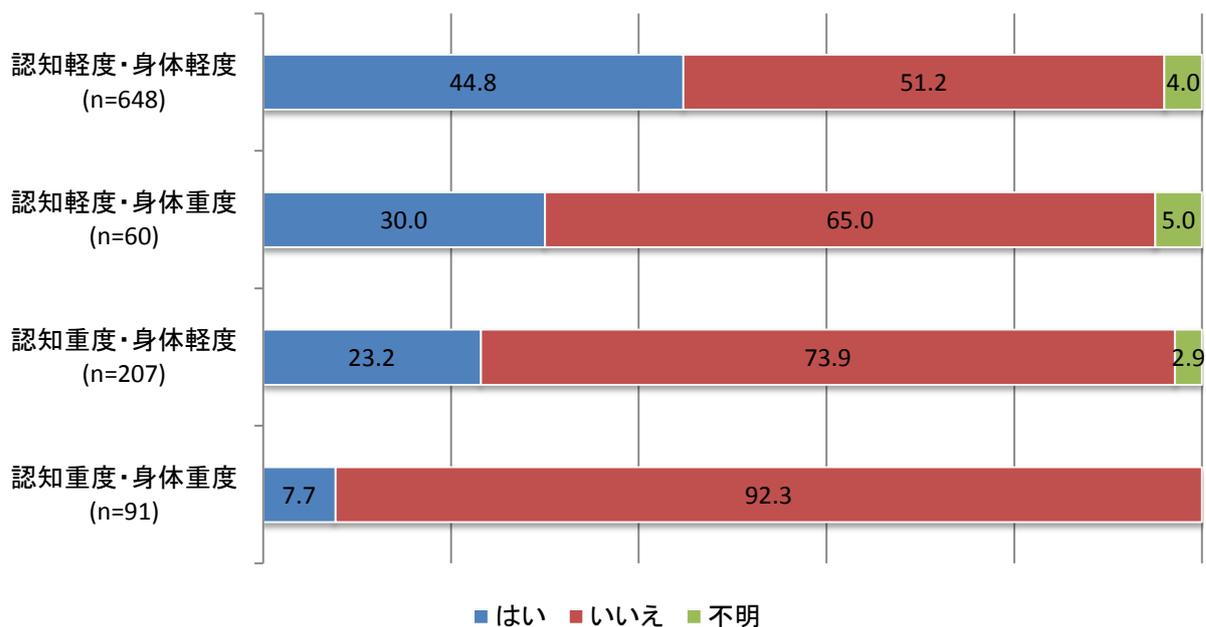
図表 240 利用者の状態像別 IADL「年金などの書類が書けるか」(単独世帯)



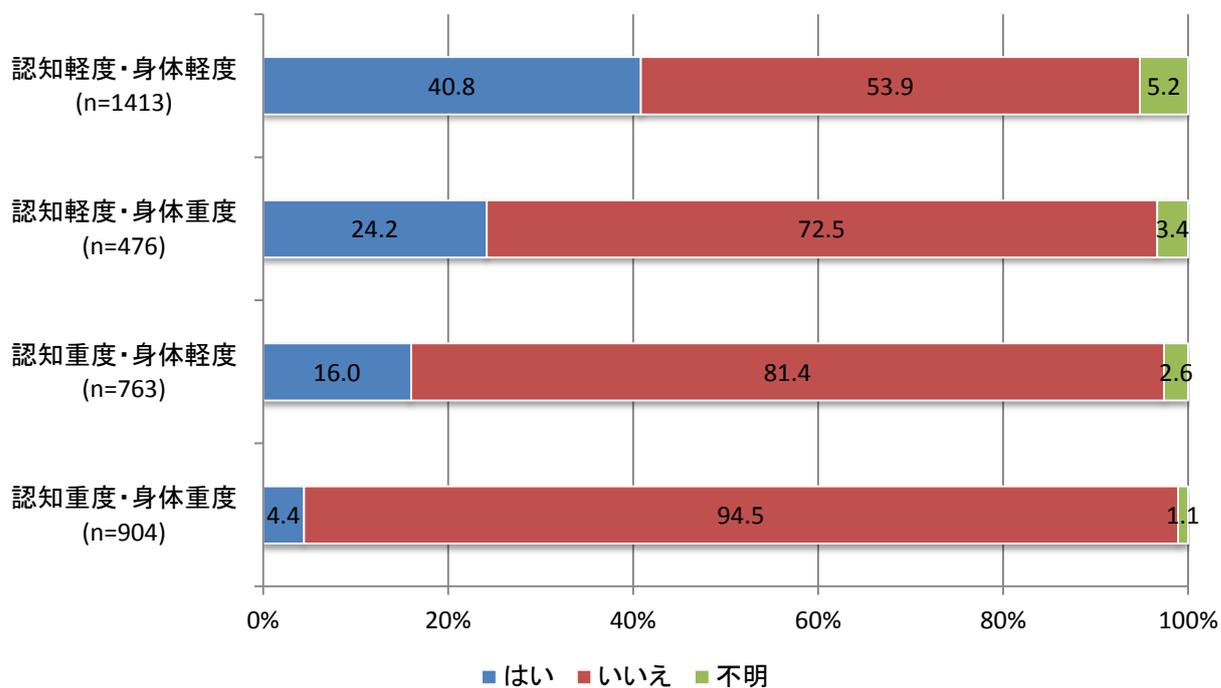
図表 241 利用者の状態像別 IADL「年金などの書類が書けるか」(同居者のいる世帯)



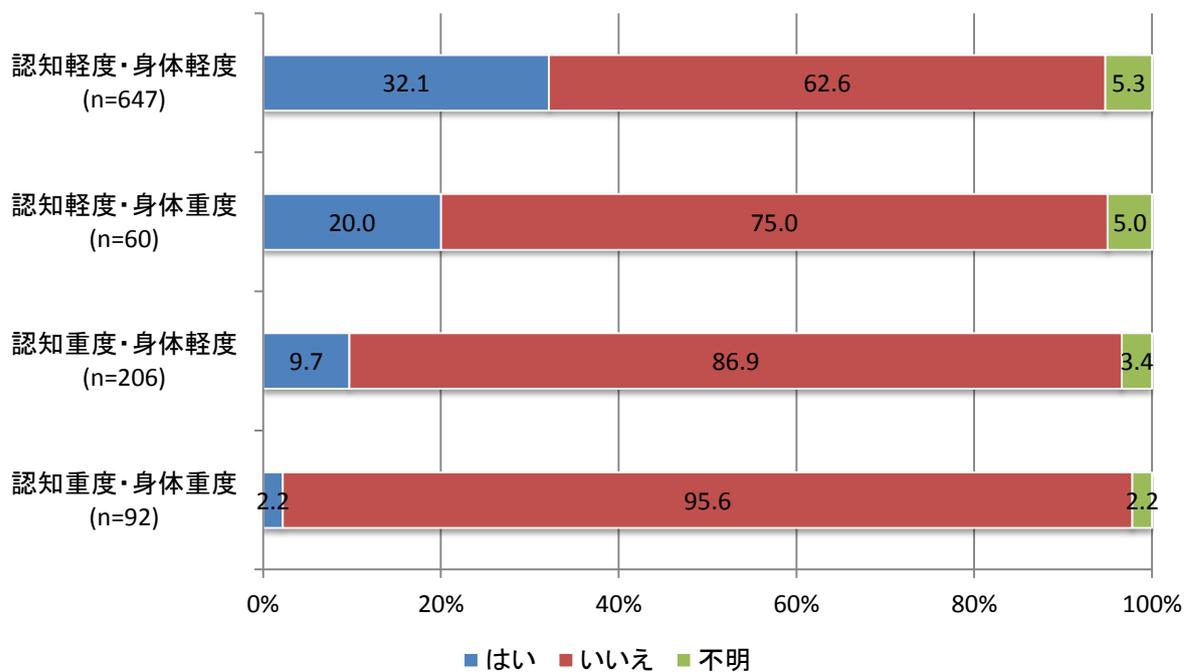
図表 242 利用者の状態像別 IADL「新聞を読んでいますか」(単独世帯)



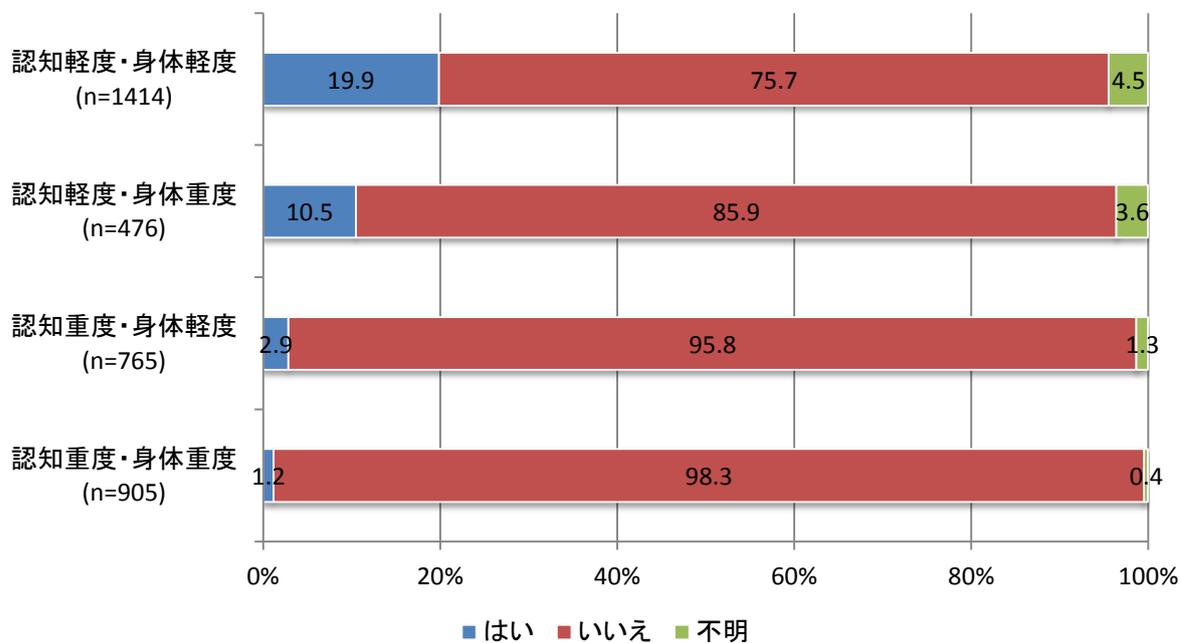
図表 243 利用者の状態像別 IADL「新聞を読んでいますか」(同居者のいる世帯)



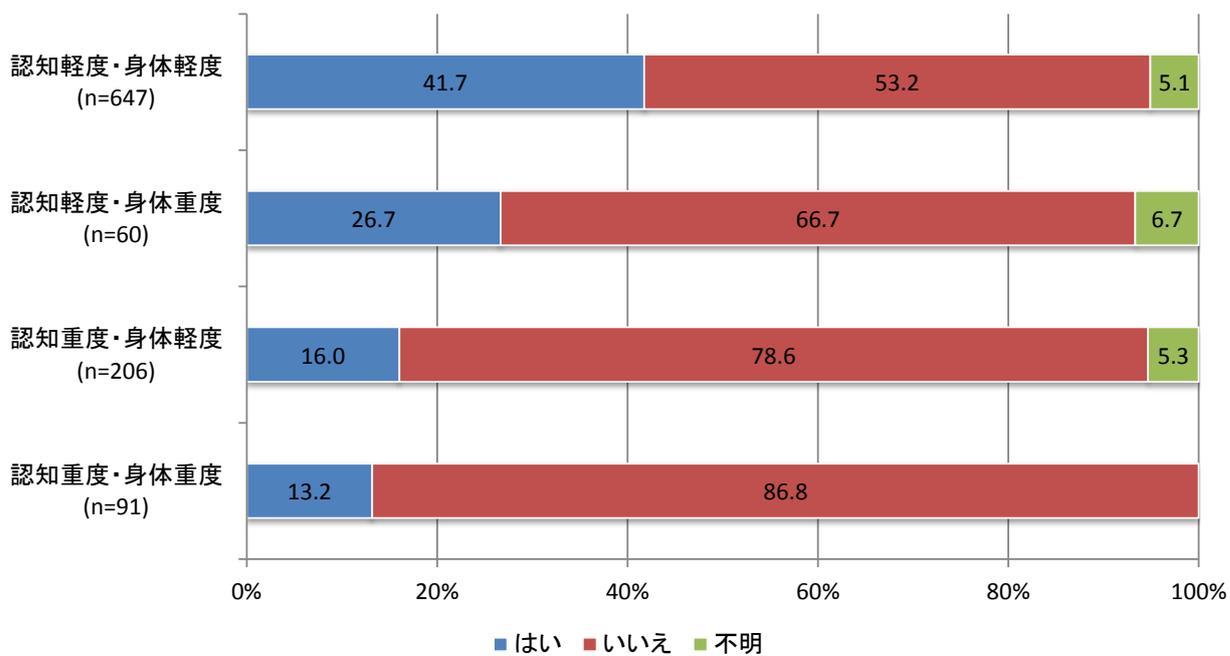
図表 244 利用者の状態像別 IADL「家族や友だちの相談にのることがあるか」(単独世帯)



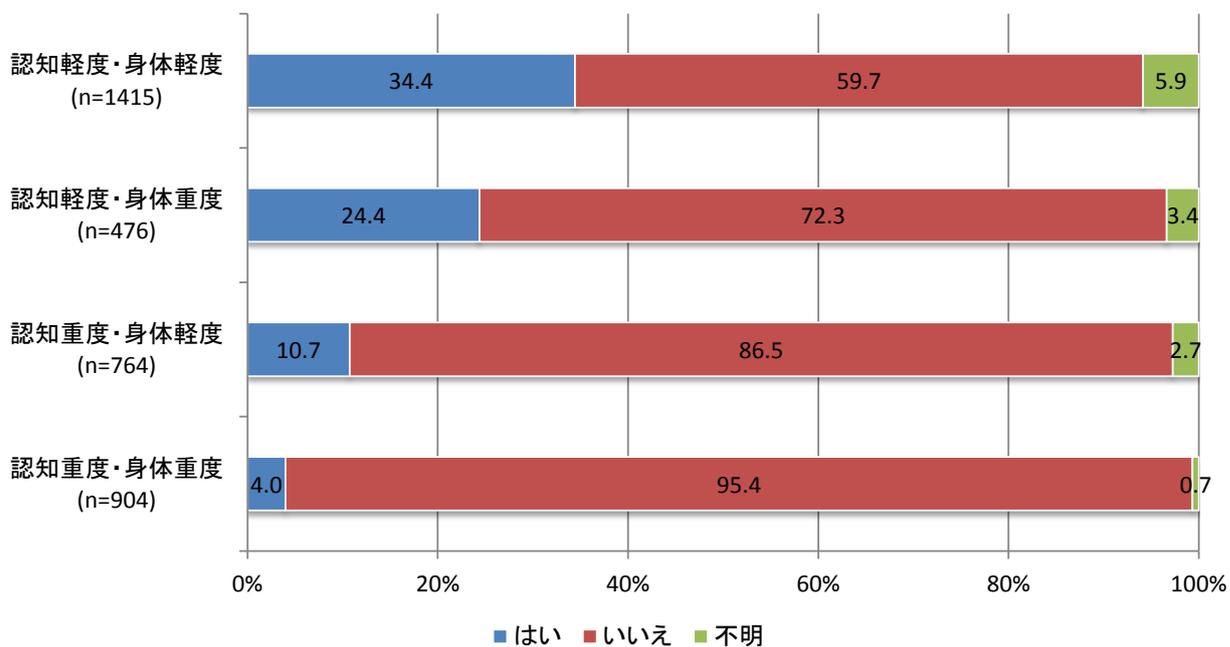
図表 245 利用者の状態像別 IADL「家族や友だちの相談にのることがあるか」(同居者のいる世帯)



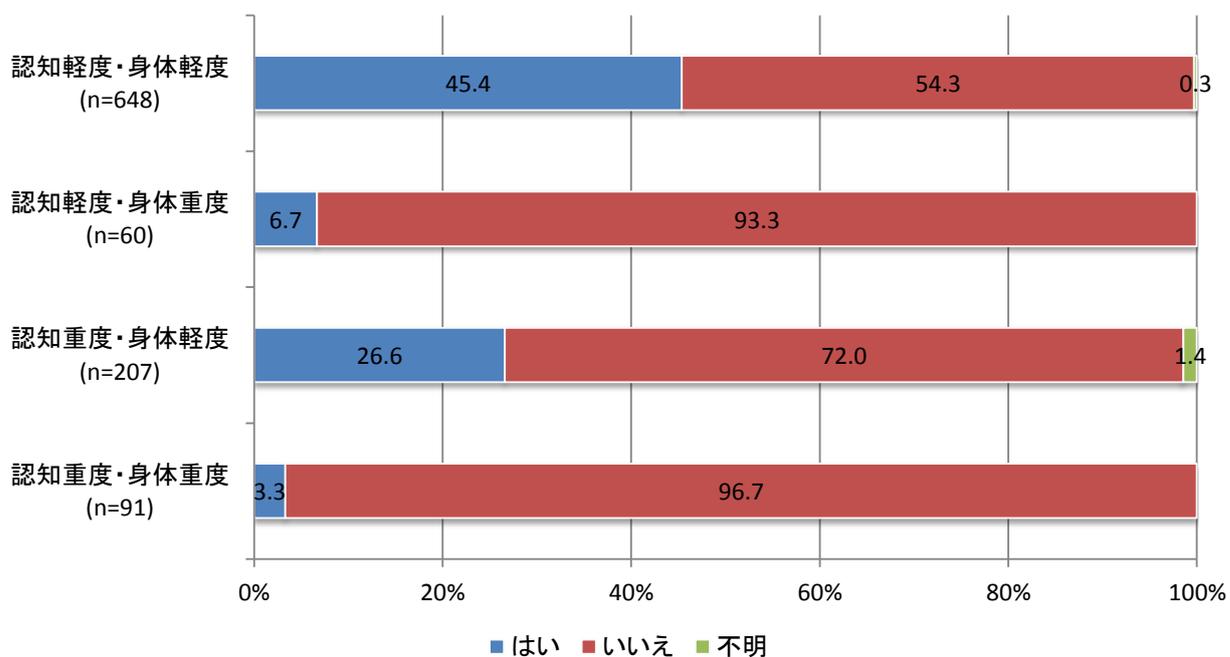
図表 246 利用者の状態像別 IADL「本や雑誌を読んでいますか」(単独世帯)



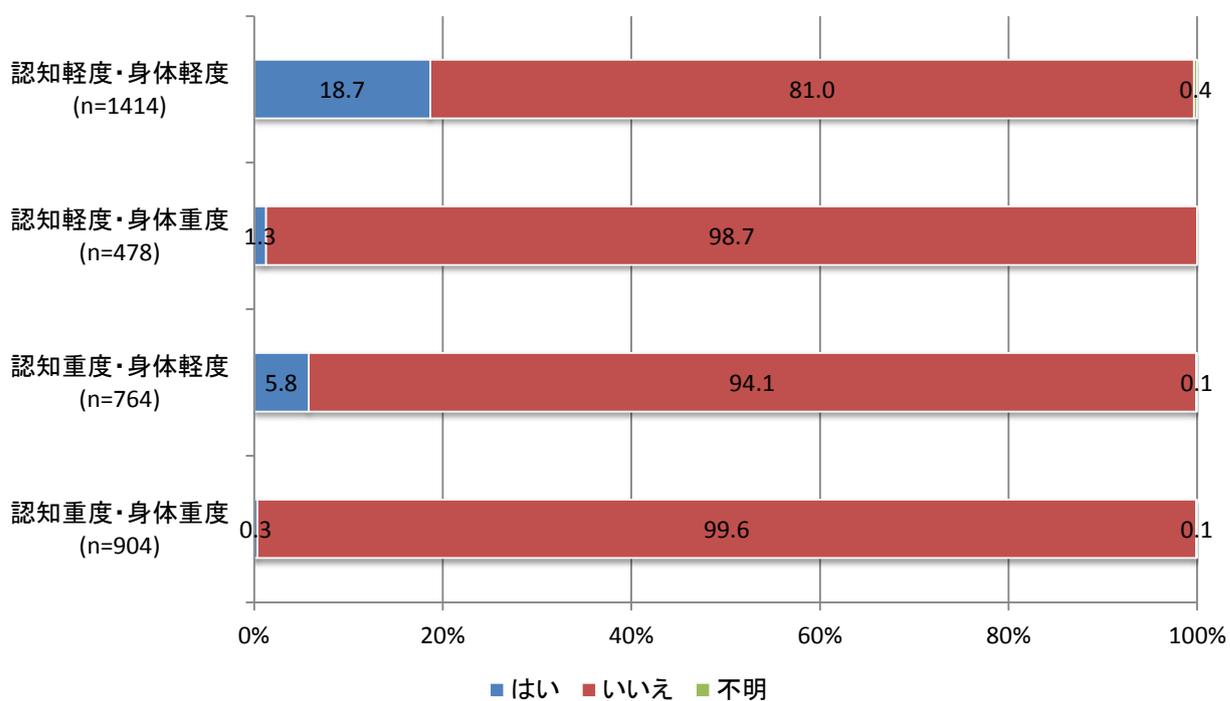
図表 247 利用者の状態像別 IADL「本や雑誌を読んでいますか」(同居者のいる世帯)



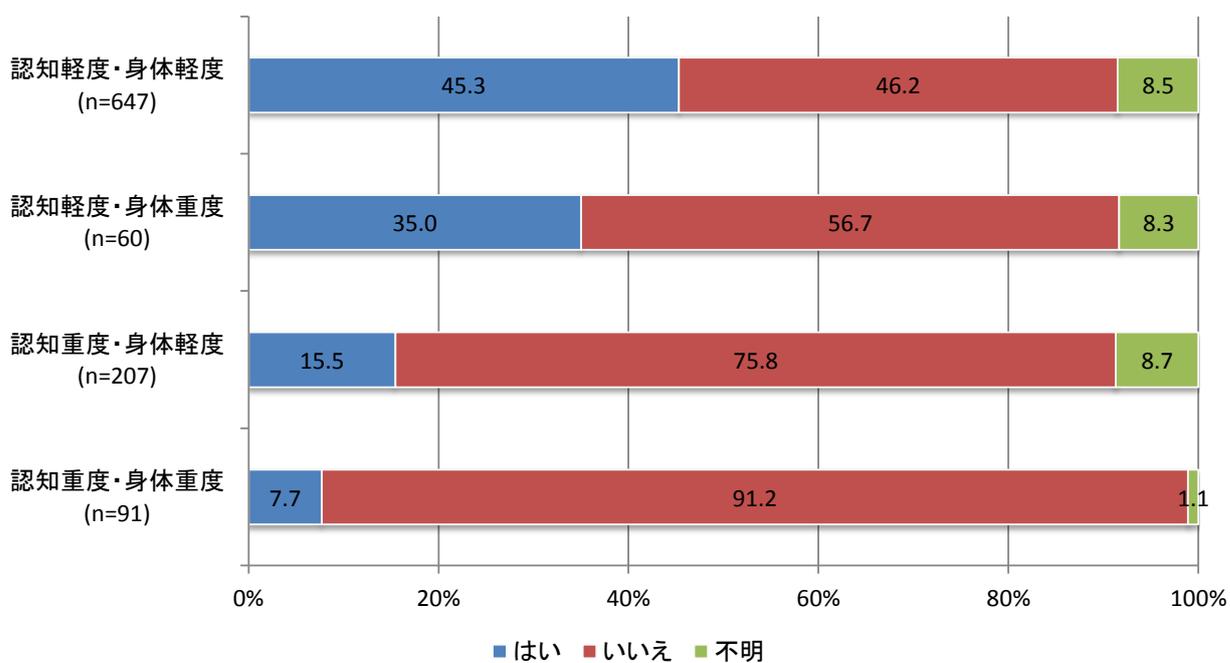
図表 248 利用者の状態像別 IADL「日用品の買い物ができるか」(単独世帯)



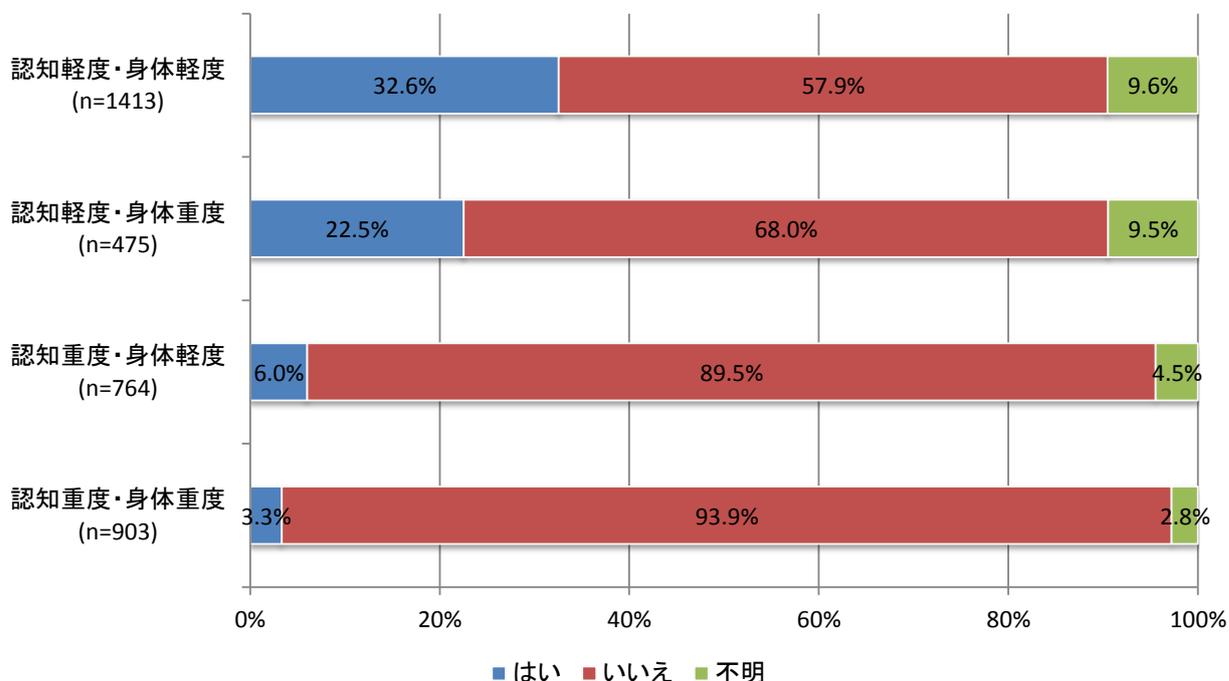
図表 249 利用者の状態像別 IADL「日用品の買い物ができるか」(同居者のいる世帯)



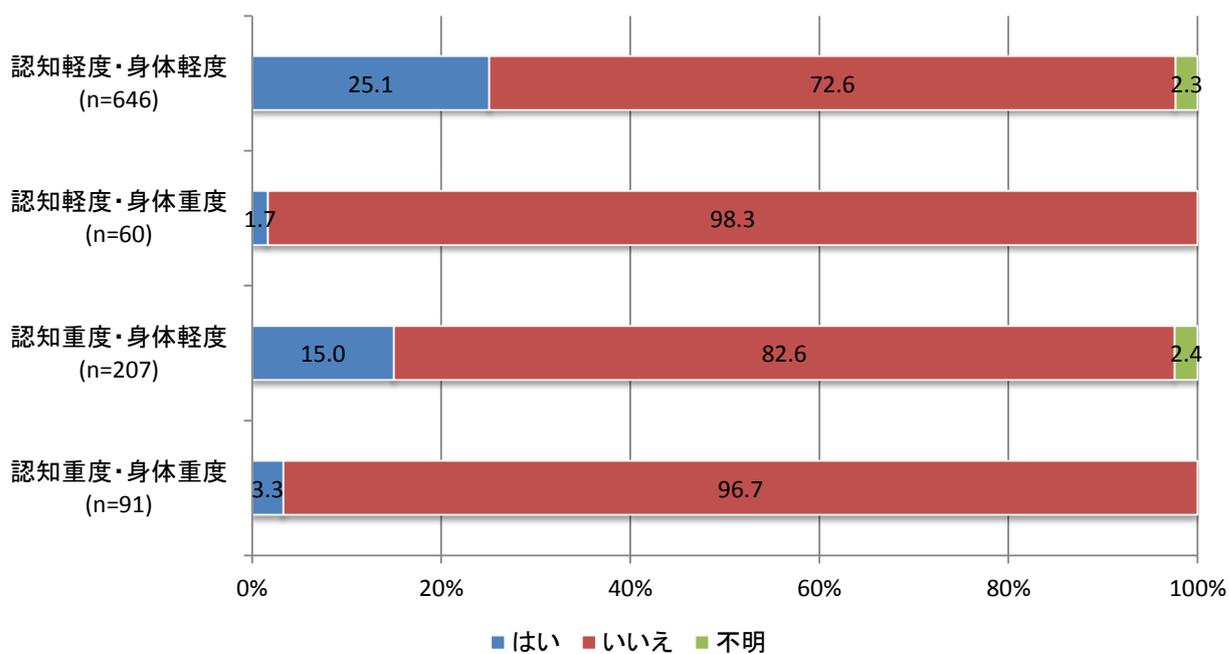
図表 250 利用者の状態像別 IADL「健康についての記事や番組に関心があるか」(単独世帯)



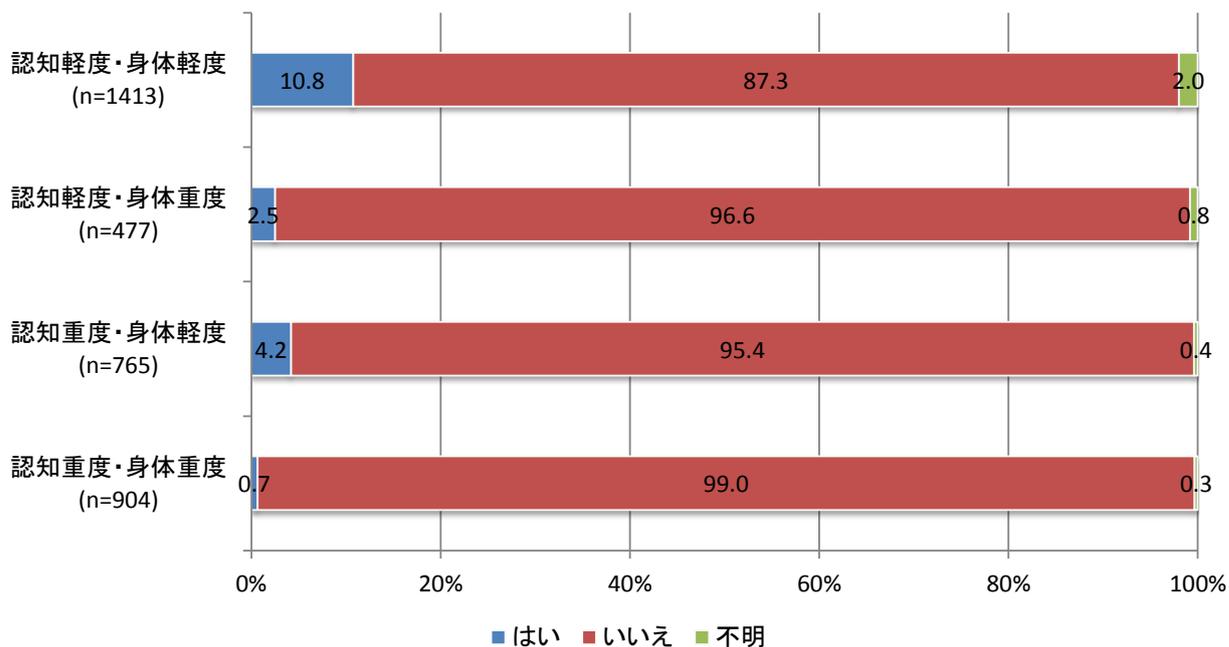
図表 251 利用者の状態像別 IADL「健康についての記事や番組に関心があるか」(同居者のいる世帯)



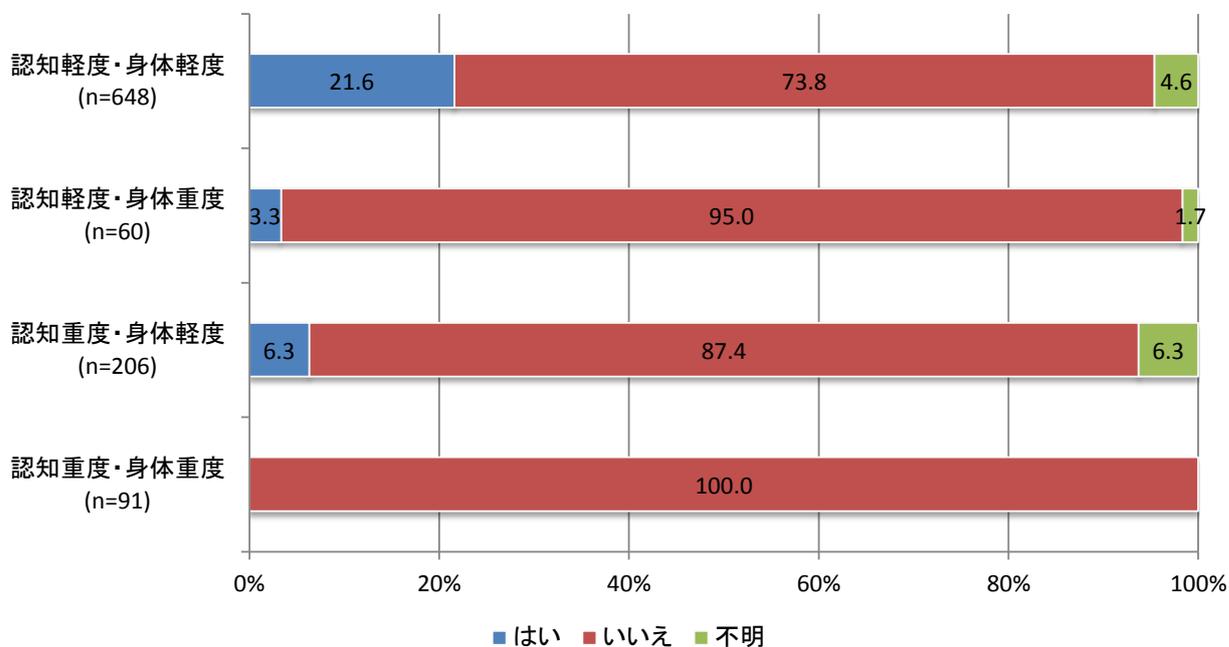
図表 252 利用者の状態像別 IADL「友達の家を訪ねることがあるか」(単独世帯)



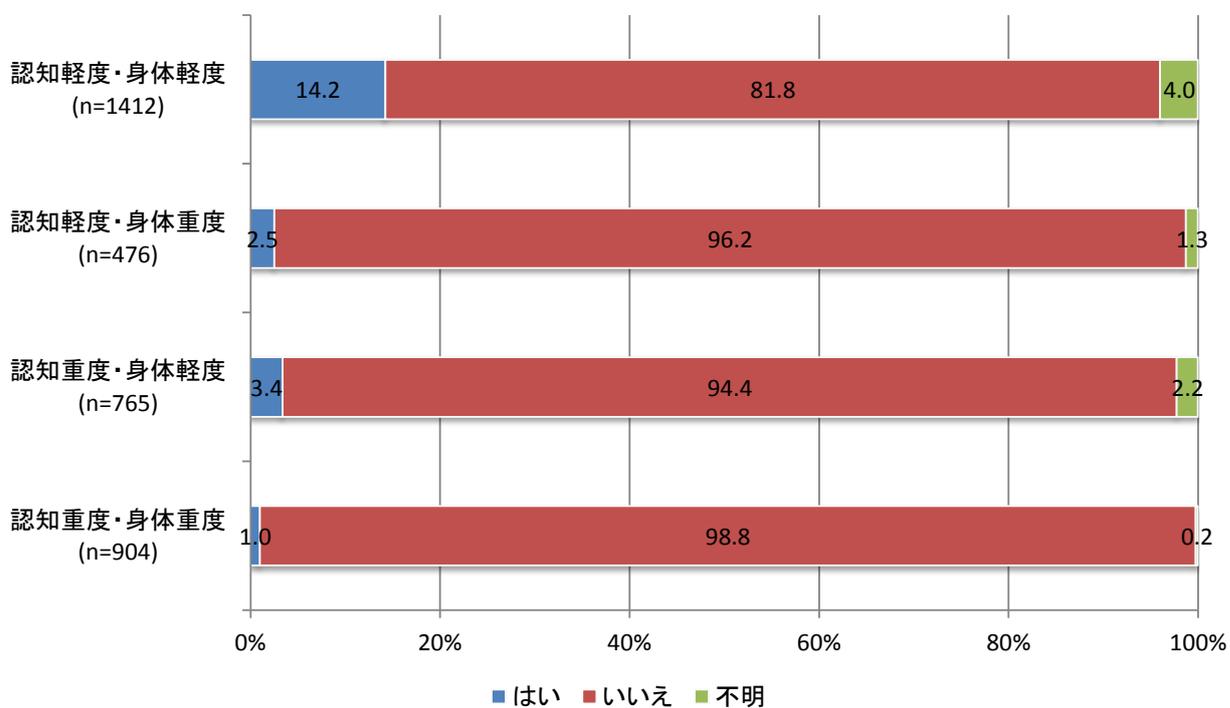
図表 253 利用者の状態像別 IADL「友達の家を訪ねることがあるか」(同居者のいる世帯)



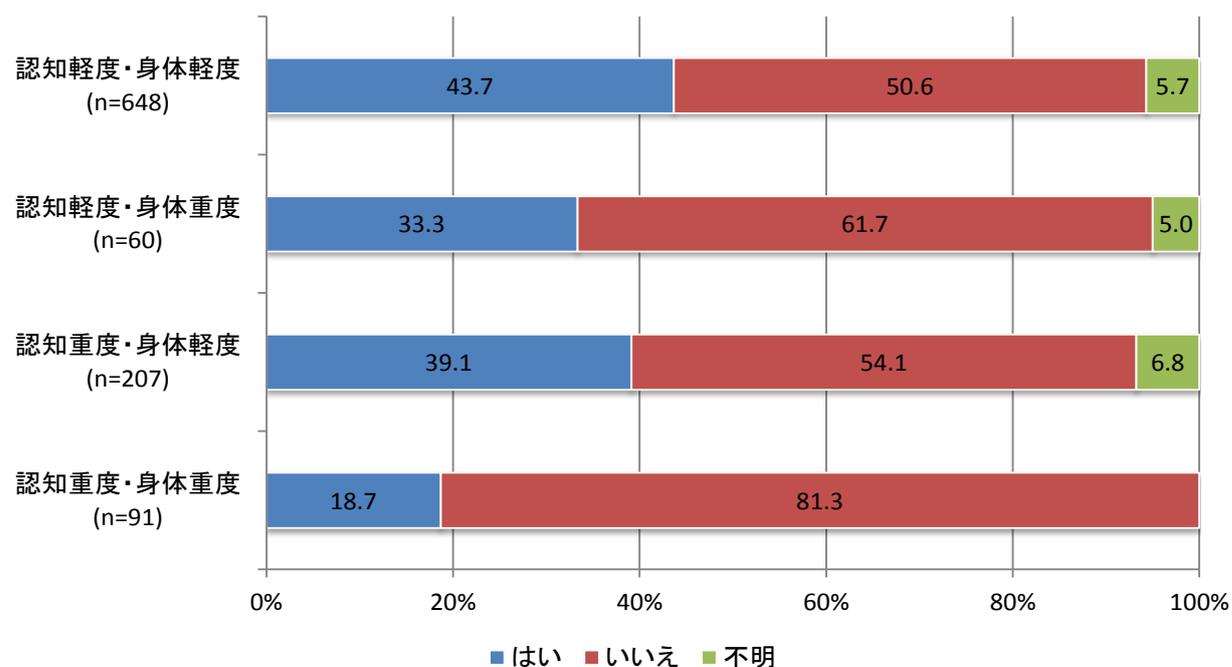
図表 254 利用者の状態像別 IADL「病人を見舞うことができるか」(単独世帯)



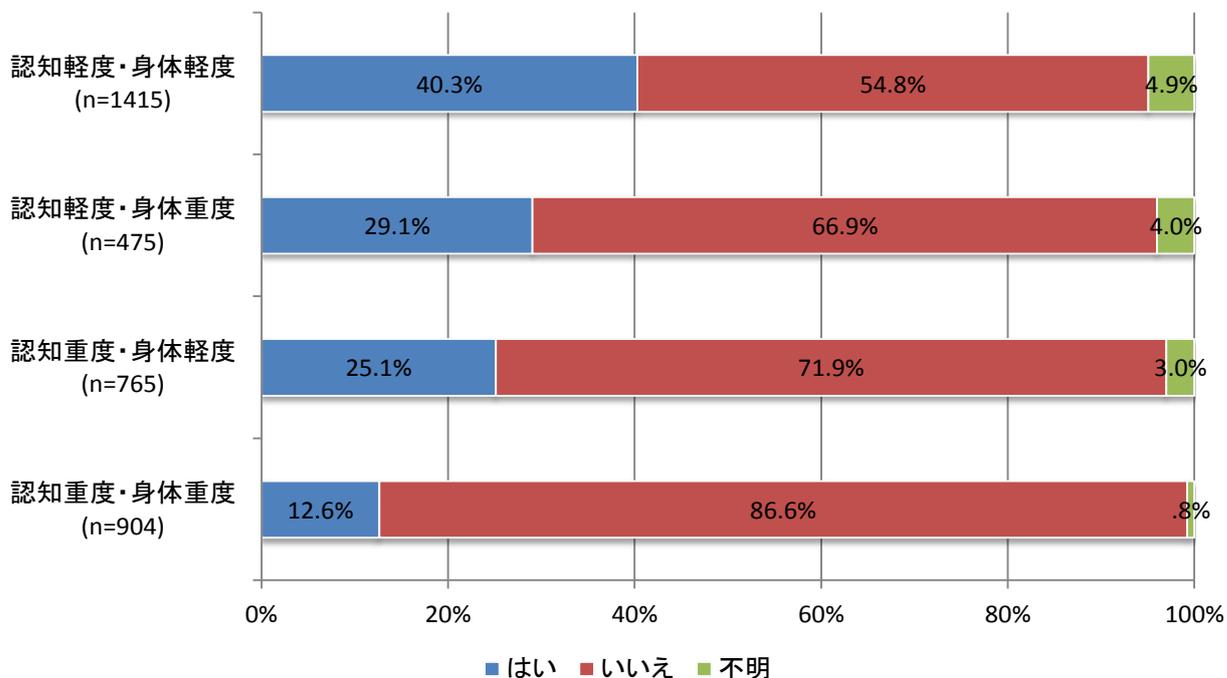
図表 255 利用者の状態像別 IADL「病人を見舞うことができるか」(同居者のいる世帯)



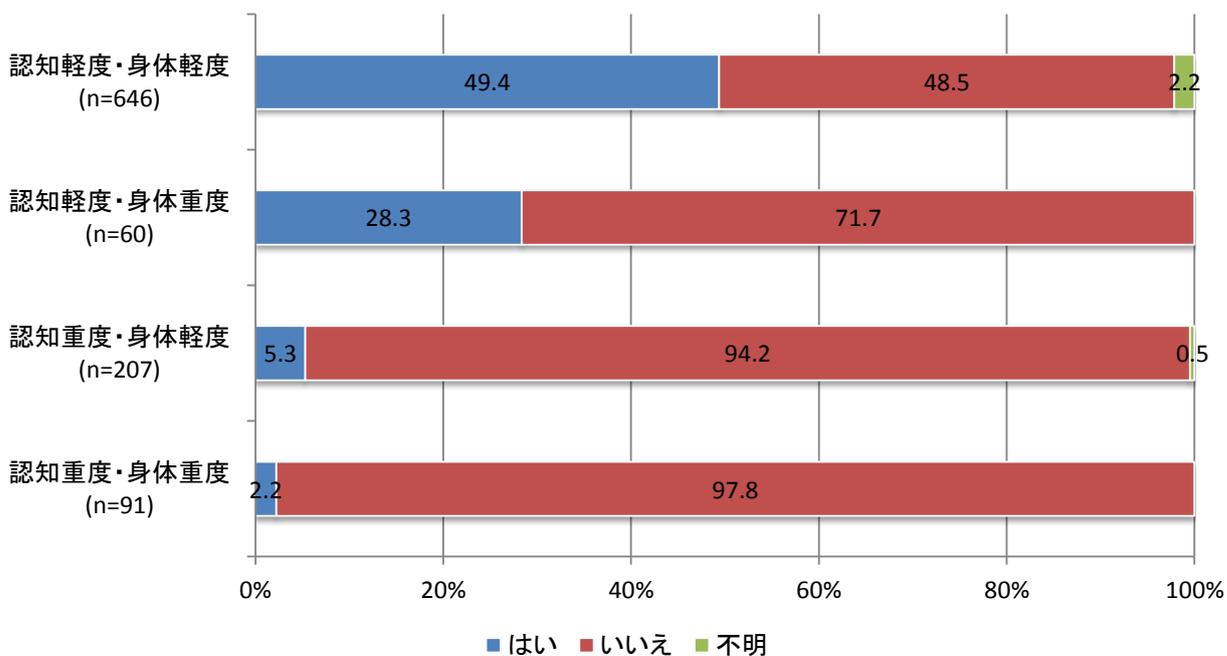
図表 256 利用者の状態像別 IADL「若い人に自分から話しかけることがあるか」(単独世帯)



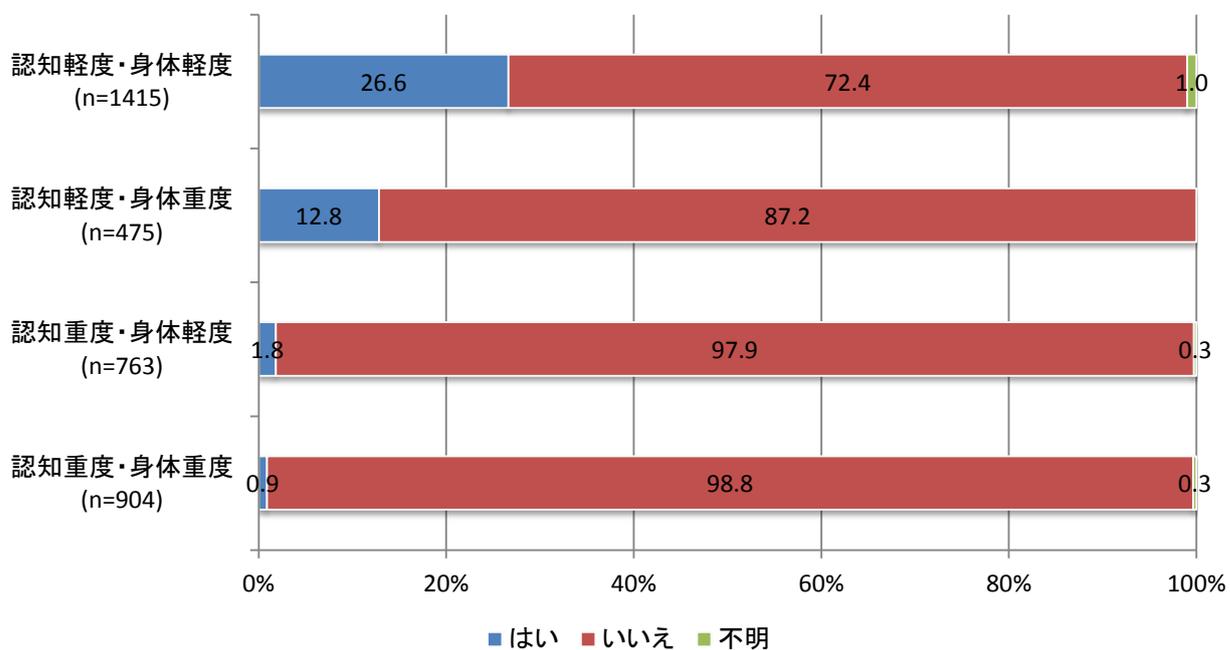
図表 257 利用者の状態像別 IADL「若い人に自分から話しかけることがあるか」(同居者のいる世帯)



図表 258 利用者の状態像別 IADL「服薬管理ができるか」(単独世帯)



図表 259 利用者の状態像別 IADL「服薬管理ができるか」(同居者のいる世帯)



(3) IADL と世帯構成との関係

世帯構成ごとに、各 IADL の項目が自立している者（「できる」と回答した人）の割合を集計した。単独世帯でみると、その割合が低いのは順に、バスや電車による外出、病人を見舞う、友だちの家を訪ねるとなっていた。

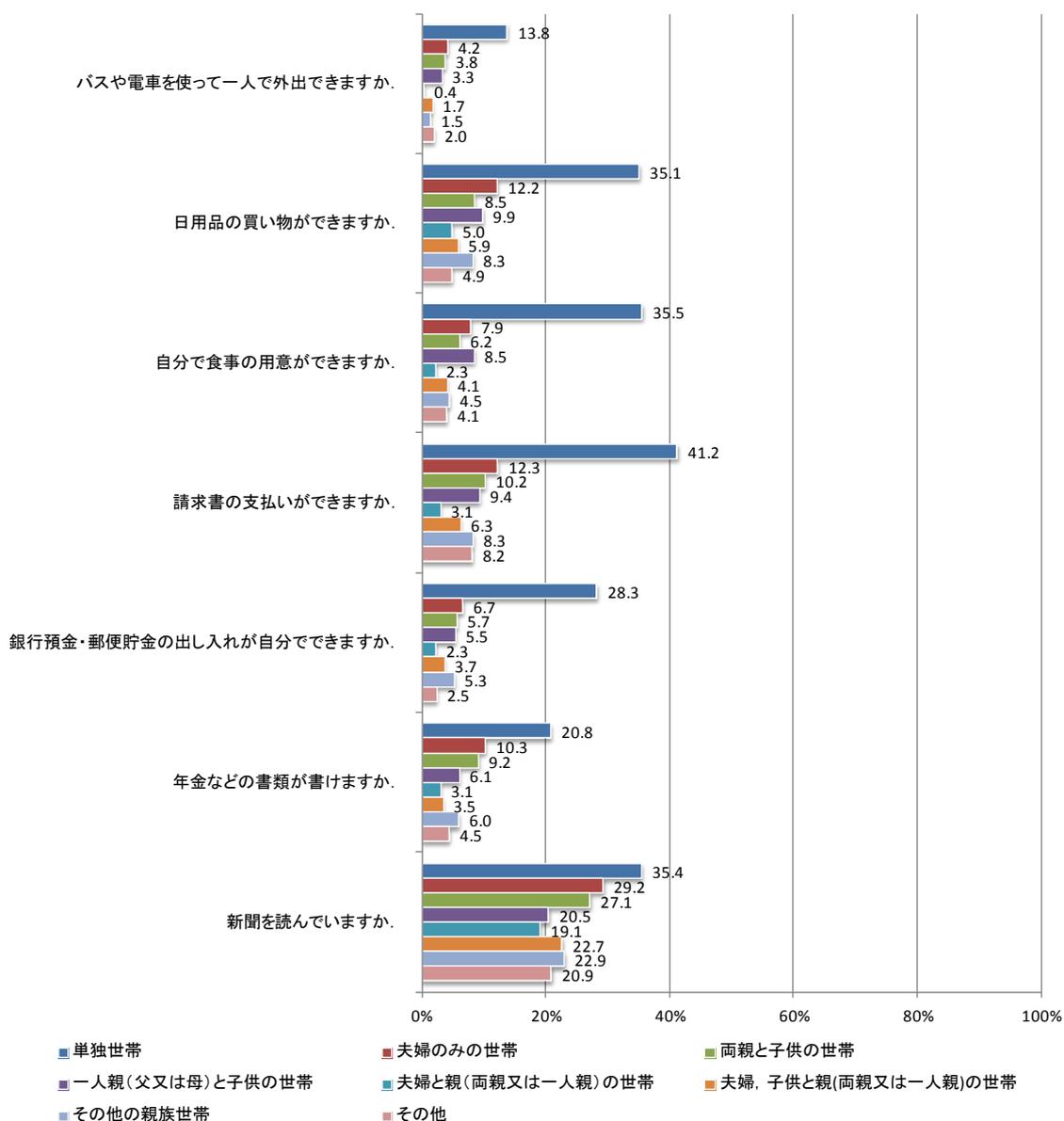
図表 260 単独世帯の IADL の項目ごとの自立の割合

	1.はい	2.いいえ	3.不明
バスや電車を使って一人で外出できますか。	13.8	85.4	0.8
病人を見舞うことができますか。	15.3	80.4	4.3
友だちの家を訪ねることがありますか。	19.1	78.9	2
年金などの書類が書けますか。	20.8	76.2	2.9
家族や友だちの相談にのることがありますか。	24	71.5	4.5
銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	28.3	70.2	1.6
日用品の買い物ができますか。	35.1	64.5	0.5
服薬管理ができますか。	34.3	64.2	1.5
自分で食事の用意ができますか。	35.5	64	0.5
本や雑誌を読んでいますか。	32.8	62.5	4.7
新聞を読んでいますか。	35.4	61.1	3.4
健康についての記事や番組に関心がありますか。	34.9	57.4	7.7
請求書の支払いができますか。	41.2	57.2	1.6
若い人に自分から話しかけることがありますか。	39.3	55.3	5.4

次に、下図表のように IADL の項目ごとに自立の割合を世帯構成ごとに比較した場合、全項目で「独居」の場合に「できる」と回答した人の割合が他の世帯類型（夫婦のみ世帯等）よりも高くなっていた。

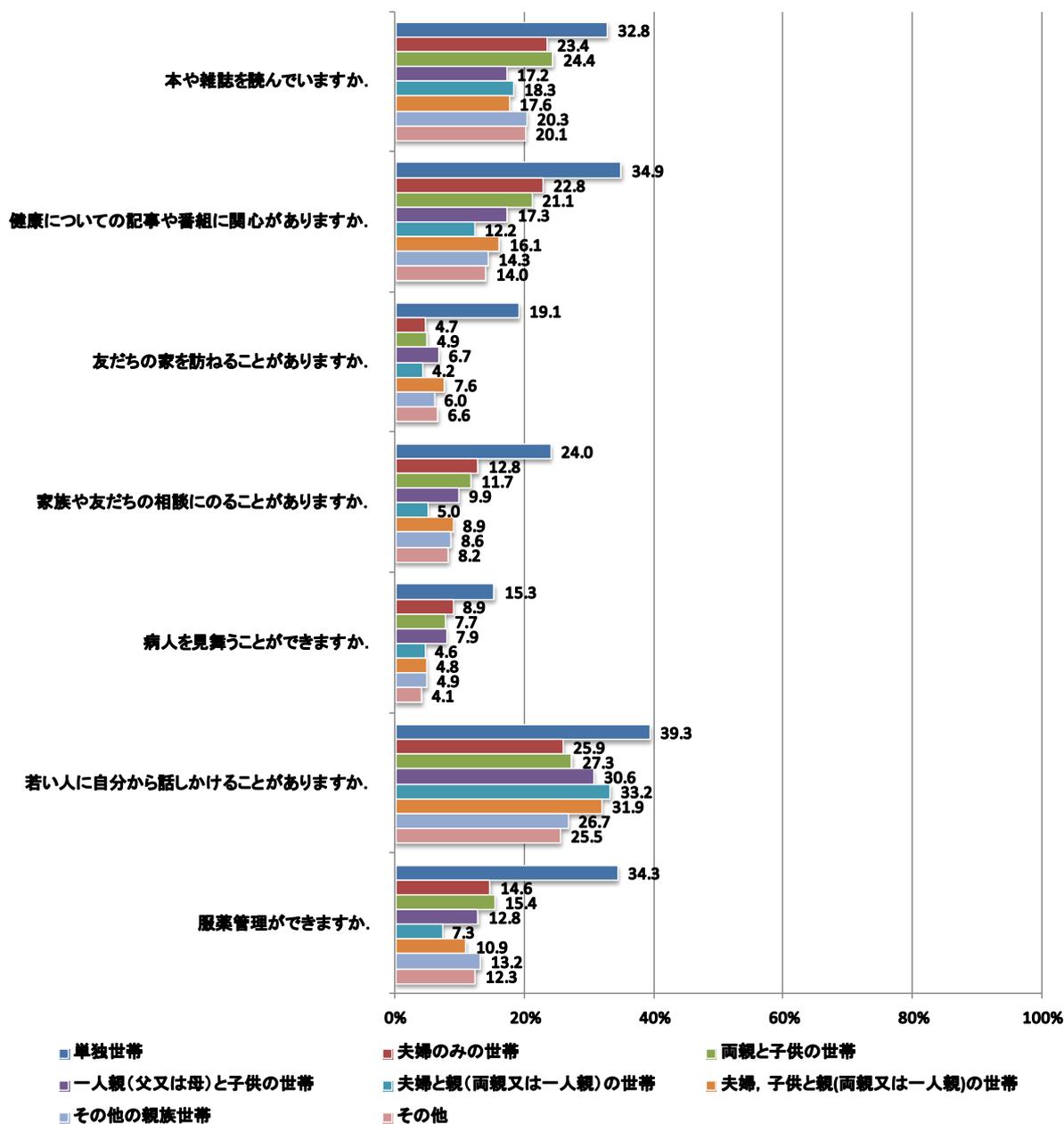
特に、「独居」と他の世帯類型を比較した際に自立の割合が高いのは「日用品の買い物」や、「自分で食事の用意をする」、「請求書の支払いをする」の項目においてであった。このことから、これらの3項目ができない場合は、同居者が必要になることが示唆される。

図表 261 世帯構成ごと IADL の項目ごとの自立の割合(前半)



(注)n数は全項目 4618-4629 の間

図表 262 世帯構成ごと IADL の項目ごとの自立の割合(後半)



(注)n数は全項目 4618-4629 の間

2. ロジスティック回帰分析

独居の規定要因となりうる変数を特定するため、IADL や BPSD などの変数のグループごとに、「独居の有無」を被説明変数とするロジスティック回帰分析を行った。

データとしては利用者票を用いた。

(1) 主要な被説明変数

主要な被説明変数として「独居の有無」を用いた。独居の有無は、「同居の家族構成」を問う設問において「一人暮らしである」と回答した場合は「1」、それ以外の回答をした場合は「0」となるダミー変数とした。

(2) 調整すべき説明変数の選択

年齢、性別に加え、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、疾患の有無、BPSD の有無を利用した。日常生活自立度には主治医意見書によるものとケアマネージャーの判断によるものの両者があるが、両者について年齢・性別だけを説明変数に加えたモデルにより、比較したところあてはまりを示す指標は主治医意見書によるものと大きな差は見られなかった。内生性の可能性を低くすることを優先し、主治医意見書による自立度を利用した。

(3) 主要な説明変数の選択

以下の(ア)～(タ)の変数グループごとに、上記の調整変数と共に全て投入し、尤度比による変数増加法を用いて変数を選択した。

以下に例として、変数グループ「IADL」についての変数選択結果を示す。

図表 263 IADLの変数グループを用いた推定の結果

	有意確率	オッズ比
ステップ7g		
利用者の年齢 (Q1b)	.904	1.001
利用者の性別_男性 (Q2(1))	.000	.547
認知症自立度_I (Q4_6c)	.036	
認知症自立度_II a (Q4_6c(1))	.188	1.214
認知症自立度_II b (Q4_6c(2))	.654	1.065
認知症自立度_III a (Q4_6c(3))	.009	1.473
認知症自立度_III b (Q4_6c(4))	.551	1.142
認知症自立度_IV以上 (Q4_6c(5))	.575	.885
寝たきり度_J1 (Q6_7c2)	.000	
寝たきり度_J2 (Q6_7c2(1))	.808	.950
寝たきり度_A1 (Q6_7c2(2))	.511	.870
寝たきり度_A2 (Q6_7c2(3))	.269	.793
寝たきり度_B1 (Q6_7c2(4))	.228	.753
寝たきり度_B2 (Q6_7c2(5))	.007	.505
寝たきり度_C1以上 (Q6_7c2(6))	.000	.314
利用者の認知症以外の疾患_ある (Q10(1))	.272	1.248
利用者のBPSD_なし (Q14)	.000	
利用者のBPSD_中・重度の症状あり (Q14(1))	.168	1.206
利用者のBPSD_軽度の症状あり (Q14(2))	.000	1.538
IADL_日用品の買い物ができますか (Q13S2c)	.001	1.559
IADL_自分で食事の用意ができますか (Q13S3c)	.000	2.474
IADL_請求書の支払いができますか (Q13S4c)	.000	2.646
IADL_銀行預金・郵便貯金の出し入れができますか (Q13S5c)	.003	1.654
IADL_友だちの家を訪ねることができますか (Q13S10c)	.003	1.570
IADL_病人を見舞うことができますか (Q13S12c)	.000	.534
IADL_服薬管理ができますか (Q13S14c)	.024	1.353
定数項	.000	.120

(ア) 具体的な疾患

「利用者の具体的な疾患」を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「関節病・神経痛」「呼吸器疾患」「嚥下障害(食べ物が飲み込みにくい)」「視覚障害(眼病、ものが見づらいなど)」「睡眠障害(不眠、いびきなど)」の5項目が選択された。

(イ) IADL

「利用者の IADL」を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「日用品の買い物ができますか」「自分で食事の用意ができますか」「請求書の支払いができますか」「銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか」「友だちの家を訪ねることがありますか」「病人を見舞うことができますか」「服薬管理ができますか」の 7 項目が選択された。

(ウ) 具体的な BPSD の症状

「利用者の具体的な BPSD の症状」を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「昼夜逆転」「妄想」「火の不始末」「暴力」「異食行為」「繰り返しの不安の訴え」「仮性作業（仕事をしているような動き）」「その他」の 8 項目が選択されたが、そのうち「異食行為」についてはオッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(エ) 経済状況・家族関係

「利用者の経済状況」「利用者の家族関係」の 2 項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、2 項目とも選択されたが、そのうち「利用者の経済状況」における「普通」「ややゆとりがある」の 2 カテゴリーについてはオッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(オ) 主介護者の年齢・性別・介護開始時期

「主介護者の年齢」「主介護者の性別」「主介護者の介護開始時期」の 3 項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「主介護者の年齢」「主介護者の性別」の 2 項目が選択された。

(カ) 主介護者の続柄

「主介護者の続柄」を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「主介護者の続柄」が選択されたが、そのうち「息子」「娘」「婿」「兄弟姉妹」「孫・ひ孫」「親」「その他の親族」の 7 カテゴリーについてはオッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(キ) 主介護者の居住状況

主介護者の居住状況を示す項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「主介護者の居住状況」が選択されたが、そのうち「介護が必要になる以前から利用者と同居しており現在も同居して介護」「介護が必要になってから主介護者が利用者と同じ敷地に住んで介護（二世帯住宅、同じマンションなど）」「月に 1～3 回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護」「週に 1 回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護」「週に 3～5 回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護」「ほぼ毎日日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護」「主介護者が利用者宅に定期的に宿泊して介護」の 7 カテゴリーについてはオッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(ク) 主介護者の介護内容

主介護者の介護内容を示す項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「移動・移乗の介助」「排泄の介助」「食事の準備・後始末」「服薬の手助け」「洗濯」「見守り」の 6 項目が選択された。

(ケ) 主介護者に関するその他の項目

主介護者に関するその他の項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「主介護者の精神状態」「介護を理由に減少・無くなったこと」「主介護者の就業状況」「利用者の他に世話をしなければならない人がいるか」「副介護者がいるか」の 5 項目が選択されたが、そのうち「主介護者の精神状態」における「とてもよい」「まあよい」「まったくよくない(病院は未受診)」「心療内科・精神科などの医療機関を受診している」の 4 カテゴリー、および「主介護者の就業状況」における「正社員として就業している」「派遣社員として就業している」「パート・アルバイトで就業している」「自営業を営んでいる」の 4 カテゴリーは、オッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(コ) 主治医とケアマネジャーとの連携

「主治医がいるか」「主治医との連携はとれていると思うか」の 2 項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「主治医との連携はとれていると思うか」が選択されたが、そのうち「あまりそう思わない」というカテゴリについてはオッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(サ) 早期診断

診断時期(年・月)が、主介護者が介護を開始した時期(年・月)から3カ月以内であれば「1」、それ以外は「0」とする「早期診断3カ月以内」という変数を作成し、投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「早期診断3カ月以内」は選択されたが、オッズ比が 5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(シ) 認知症の診断

「医師から利用者に対して認知症であることが伝えられているか」「医師から利用者に対して認知症に対する助言・説明がなされているか」「ケアマネジャーから利用者に対して今後の生活の見通しを説明・助言しているか」「ケアマネジャーから家族に対して今後の生活の見通しを説明・助言しているか」「認知症の原因疾患について確定診断を受けているか」「認知症の原因疾患は何か」の 6 項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「ケアマネジャーから利用者に対して今後の生活の見通しを説明・助言しているか」が選択された。

(ス) 介護サービス

介護サービス利用の有無を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「訪問介護(身体介護のみ)」「訪問介護(生活援助のみ)」「訪問介護(身体+生活のうち身体介護中心型)」「訪問介護(身体+生活のうち生活援助中心型)」「訪問入浴介護」「ショートステイ(生活・療養)」「福祉用具購入」の 7 項目が選択された。

(セ) 医療サービス

医療サービス利用の有無を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「訪問診療(計画的な医学管理のもと定期的に医師が訪問して行う診療)」が選択された。

(ソ) インフォーマルな社会資源

インフォーマルな社会資源の利用の有無を示す項目を全て投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、「家族による支援」「民生委員による支援」「近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援」「配食サービスの利用」の4項目が選択されたが、そのうち「家族による支援」における「週1～3回程度」「月1～3回程度」「数か月に1回程度」の3カテゴリ、「民生委員による支援」における「ほぼ毎日」の1カテゴリ、および「近隣住民による支援」における「週1～3回程度」「数か月に1回程度」の2カテゴリについては、オッズ比が5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(タ) その他のサービス

「今後の生活についての意向を利用者に確認しているか」「利用者は成年後見制度または日常生活自立支援事業を利用しているか」の2項目を投入した。尤度比による変数増加法を用いた結果、2項目とも選択されたが、そのうち「利用者は成年後見制度または日常生活自立支援事業を利用しているか」における「どちらも利用」というカテゴリについてはオッズ比が5%有意にならなかったため、分析から除外することとした。

(4) 結果

以下に、独居の有無に対してオッズ比が5%有意になった変数をグループごとに示す。変数によって、「独居である」という方向に関連が見られたもの(オッズ比が1より大)と、「独居ではない」という方向に関連が見られたもの(オッズ比が1より小)があった。

図表 264 独居の有無に対してオッズ比が 5%有意になった変数一覧(前半)

変数グループ	変数	有意確率	オッズ比
具体的な疾患	関節病・神経痛	.000	1.537
	呼吸器疾患	.000	1.732
	嚥下障害(食べ物が飲み込みにくい)	.004	.335
	視覚障害(眼病、ものが見づらいなど)	.026	1.453
	睡眠障害(不眠、いびきなど)	.001	2.200
IADL	日用品の買い物ができますか	.001	1.559
	自分で食事の用意ができますか	.000	2.474
	請求書の支払いができますか	.000	2.646
	銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	.003	1.654
	友だちの家を訪ねることがありますか	.003	1.570
	病人を見舞うことができますか	.000	.534
	服薬管理ができますか	.024	1.353
具体的な BPSD の症状	昼夜逆転	.024	.700
	妄想	.002	1.546
	火の不始末	.000	3.154
	暴力	.011	.287
	繰り返しの不安の訴え	.000	1.676
	仮性作業(仕事をしているような動き)	.035	.259
	その他	.002	1.765
経済状況・家族関係	経済状況_大変苦しい	.027	1.677
	経済状況_やや苦しい	.017	1.566
	経済状況_大変ゆとりがある	.000	
	家族関係_とても良い	.000	.273
	家族関係_まあ良い	.000	.332
	家族関係_やや悪い	.000	.334
	家族関係_とても悪い	.000	
主介護者の年齢・性別・介護開始時期	年齢_20-50歳代	.000	
	年齢_60-70歳代	.000	.510
	年齢_80歳以上	.000	.063
	性別_男性	.000	1.563
主介護者の続柄	夫	.000	.006
	妻	.000	.007
	嫁	.028	.306
	親族以外	.000	
主介護者の居住状況	介護が必要になってから主介護者の家に利用者を同居させて介護	.000	.004
	介護が必要になってから主介護者が利用者宅に同居して介護	.000	.005
	介護が必要になる以前から主介護者が利用者と同じ敷地に住んで介護(二世帯住宅、同じマンションなど)	.000	.229
	介護が必要になってから主介護者が利用者と同じ敷地に住んで介護(二世帯住宅、同じマンションなど)	.021	.293
	その他	.000	
主介護者の介護内容	移動・移乗の介助	.032	.711
	排泄の介助	.000	.454
	食事の準備・後始末	.000	.421
	服薬の手助け	.000	.603
	洗濯	.000	.303
	見守り	.000	.455

図表 265 独居の有無に対してオッズ比が 5%有意になった変数一覧(後半)

変数グループ	変数	有意確率	オッズ比
主介護者に関するその他の項目	精神状態_あまりよくない(病院は未受診)	.049	.417
	精神状態_わからない	.037	
	介護を理由に減少・無くなったこと_友人・知人との交流	.000	.472
	介護を理由に減少・無くなったこと_わからない	.000	1.873
	就業状況_就業はしていない	.000	.365
	就業状況_わからない	.000	
	利用者の他に世話をしなければならない人_配偶者の親	.009	1.887
	利用者の他に世話をしなければならない人_配偶者	.000	2.393
	利用者の他に世話をしなければならない人_いない	.000	.632
	副介護者_いる	.001	.665
主治医とケアマネジャーとの連携	連携がとれていると思うか_とてもそう思う	.000	2.126
	連携がとれていると思うか_まあそう思う	.002	1.518
	連携がとれていると思うか_まったくそう思わない	.000	
認知症の診断	ケアマネジャーが利用者に今後の生活の見通しを説明・助言している	.035	1.393
介護サービス	訪問介護(身体介護のみ)	.001	1.798
	訪問介護(生活援助のみ)	.000	8.239
	訪問介護(身体+生活のうち身体介護中心型)	.000	2.576
	訪問介護(身体+生活のうち生活援助中心型)	.000	6.343
	訪問入浴介護	.038	.119
	ショートステイ(生活・療養)	.010	.608
	福祉用具購入	.014	.625
医療サービス	訪問診療(計画的な医学管理のもと定期的に医師が訪問して行う診療)	.002	1.550
インフォーマルな社会資源	家族による支援_ほぼ毎日	.000	.061
	家族による支援_支援なし	.000	
	民生委員による支援_週1~3回程度	.012	18.367
	民生委員による支援_月1~3回程度	.008	2.098
	民生委員による支援_数か月に1回程度	.000	2.028
	民生委員による支援_支援なし	.000	
	近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援_ほぼ毎日	.002	2.975
	近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援_月1~3回程度	.041	1.471
	近隣住民(主に地縁関係にもとづく関係)による支援_支援なし	.005	
	配食サービスを利用している	.000	2.395
その他のサービス	今後の生活についての意向を利用者に確認している	.000	1.845
	成年後見制度のみ利用している	.000	5.204
	日常生活自立支援事業のみ利用している	.000	6.277
	どちらも利用していない	.000	

(5) 考察

以上の結果より、様々な変数が独居と関連することが示されたが、変数の内容によって、独居かそれ以外の居住形態かを規定する要因に当たる変数と、独居あるいはそれ以外の居住形態によって引き起こされる結果に当たる変数があると考えられる。

独居を可能にする要因となりうるのは、「独居である」方向に関連が見られた変数のうち、本人の心身状況である「IADL」、介護・医療サービスである「訪問介護」「訪問診療」「成年後見制度あるいは日常生活自立支援事業の利用」「主治医とケアマネジャーとの連携」「ケアマネジャーからの今後の生活の見通しについての説明・助言や本人の意向の確認」、インフォーマルサポートである「民生委員による支援」「近隣住民（主に地縁関係にもとづく関係）による支援」であると予想される。

一方で、やはり有意に「独居である」方向に関連が見られた変数のうち、「具体的な疾患」「BPSD」の各変数は、独居によって心身状況が悪化した結果であると考えられる。また、疾患や BPSD の中には、有意に「独居でない」方向に関連が見られた変数もあり、このような状況になった場合には独居が難しくなると推測される。

独居以外の居住形態をとる場合、それを可能にする要因となりうるのは、有意に「独居でない」方向に関連が見られた変数のうち、家族の状況である「利用者の家族関係の良さ」「利用者の経済状況の良さ」「家族による支援」、主介護者の状況である「主介護者の年齢の高さ」「主介護者が配偶者あるいは嫁であること」「主介護者が同居あるいは同じ敷地に住んで介護していること」「主介護者が就業していないこと」である。

一方で、やはり有意に「独居でない」方向に関連が見られた変数のうち、「主介護者の精神状態の悪さ」「介護を理由に、友人・知人との交流が減少あるいは無くなったこと」は、独居以外の居住形態によって主介護者の状況が悪化した結果であると考えられる。

3. クラスタ分析

ここでは、認知症自立度Ⅰ以上の独居高齢者がどのような要因により在宅を継続できているかという観点から探索的に分類することを試みた。

(1) 対象

分析は2つ行った。1つは認知症自立度Ⅲ以上の独居高齢者のサンプルを対象とした分析、もう1つは認知症自立度Ⅰ・Ⅱの独居高齢者のサンプルを対象とした分析である。

(2) 手法

(ア) 統計的手法

Two Step クラスタ分析 (SPSS 19.0) を用いて、認知症自立度Ⅲ以上の独居高齢者あるいは認知症自立度Ⅰ・Ⅱの独居高齢者をいくつかのグループ(クラスター)に分類することを試みた。

(イ) モデルで利用した変数(要因)

「この先一年程度以上は在宅生活を継続できるとする理由」を用いた。

(3) 結果(認知症自立度Ⅲ以上)

クラスター数を「5」に固定した所、クラスター精度が「普通」であったため、このモデルで問題ないと判断した。

図表 266 独居かつ自立度Ⅲ以上での在宅継続可能理由によるクラスター

		度数	パーセント	有効パーセント	パーセント
有効	クラスター 1	102	38.1	38.1	38.1
	クラスター 2	48	17.9	17.9	17.9
	クラスター 3	17	6.3	6.3	6.3
	クラスター 4	64	23.9	23.9	23.9
	クラスター 5	37	13.8	13.8	13.8
	合計	268	100.0	100.0	100.0

生成された5つのクラスターについて、「この先一年程度以上は在宅生活を継続できるとする理由」の各項目における回答傾向より、以下のようなクラスターであると考えられた。下図表において、当該クラスターの割合が高くなっている項目が、そのクラスターの特徴と解釈できる。

(ア) クラスター1

ほぼ全ての項目において「はい」と回答する者の割合がゼロであったことから、「在宅生活を継続することが難しい人」のグループである。

(イ) クラスター2

「家族に在宅介護継続への意欲がある」「家族の利用者への接し方が適切である」など、家族か

らの支援に関する項目で「はい」と回答する者の割合が高いことから、「主に家族の意欲や努力によって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の①）。

（ウ） クラスタ－3

「近隣住民の見守りや声掛けで生活の安全が確保されている」「利用者と近隣住民の関係が良い」など、地域や近隣住民からの支援に関する項目で「はい」と回答する者の割合が高いことから、「主に地域・近隣住民からの支援によって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の②）。

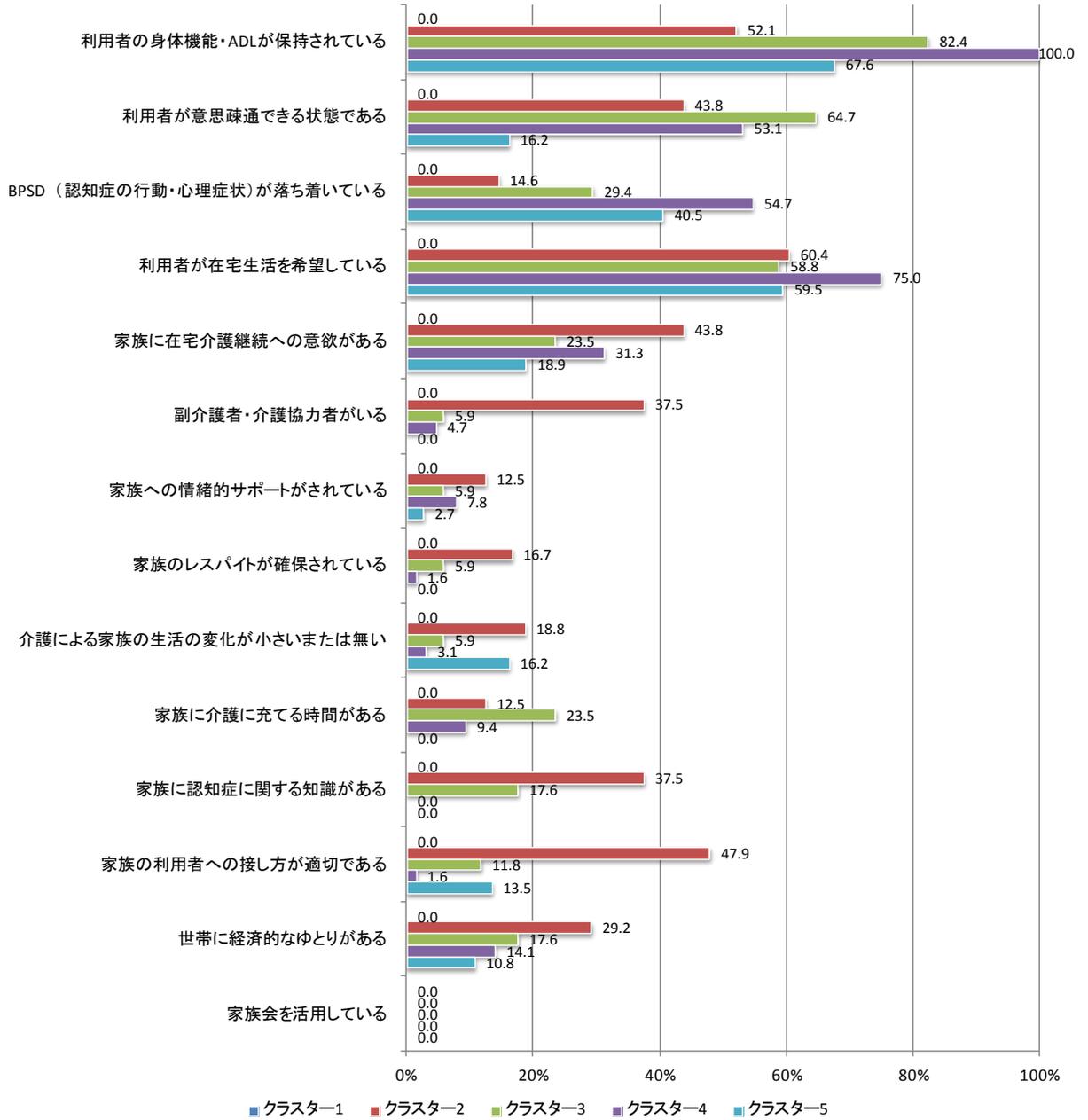
（エ） クラスタ－4

「利用者の身体機能・ADL が保持されている」「BPSD が落ち着いている」など、利用者自身の心身状況に関する項目で「はい」と回答する者の割合が高いことから、「主に本人の心身状況が安定していることによって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の③）。

（オ） クラスタ－5

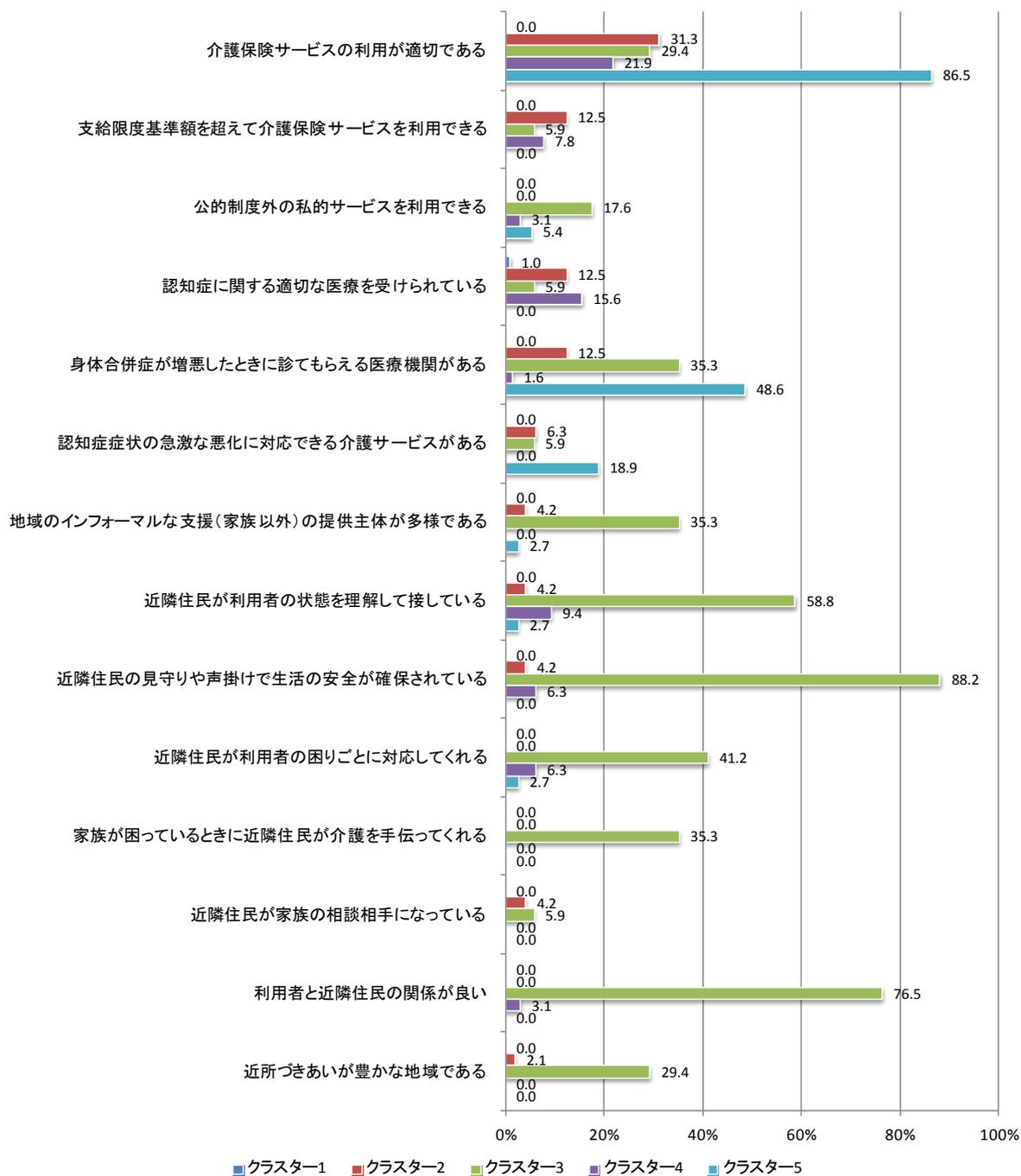
「介護保険サービスの利用が適切である」「身体合併症が増悪したときに診てもらえる医療機関がある」など、介護・医療サービスの利用に関する項目で「はい」と回答する者の割合が高いことから、「主に介護・医療サービスの利用によって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の④）。

図表 267 認知症自立度Ⅲ以上独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合
(前半)



(注)n数は全項目 268

図表 268 認知症自立度Ⅲ以上独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合
(後半)



(注)n数は全項目 268

(4) 結果（認知症自立度Ⅰ・Ⅱ）

クラスター数を「5」に固定した所、クラスター精度が「普通」であったため、このモデルで問題ないと判断した。

図表 269 独居かつ自立度Ⅰ・Ⅱでの在宅継続可能理由によるクラスター

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	クラスター 1	162	26.0	26.3	26.3
	クラスター 2	204	32.8	33.1	59.4
	クラスター 3	154	24.8	25.0	84.4
	クラスター 4	18	2.9	2.9	87.3
	クラスター 5	78	12.5	12.7	100.0
	合計	616	99.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	6	1.0		
	合計	622	100.0		

生成された5つのクラスターについて、「この先一年程度以上は在宅生活を継続できるとする理由」の各項目における回答傾向より、以下のようなクラスターであると考えられた。下図表において、当該クラスターの割合が高くなっている項目が、そのクラスターの特徴と解釈できる。

(ア) クラスター1

ほぼ全ての項目において「はい」と回答する者の割合がゼロであったことから、「在宅生活を継続することが難しい人」のグループである。

(イ) クラスター2

「利用者の身体機能・ADL が保持されている」では「はい」と回答する者の割合が高いが「BPSD が落ち着いている」では割合が低く、「家族に在宅介護継続の意欲がある」ではそれなりに割合が高いことから、「主に本人の心身状況および家族の意欲によって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の⑤）。

(ウ) クラスター3

「利用者の身体機能・ADL が保持されている」では「はい」と回答する者の割合が高いが「BPSD が落ち着いている」では割合が非常に低く、一方で「介護支援サービスの利用が適切である」ではそれなりに割合が高いことから、「主に本人の心身状況および介護サービスの利用によって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる（「まとめ」の⑥）。

(エ) クラスター4

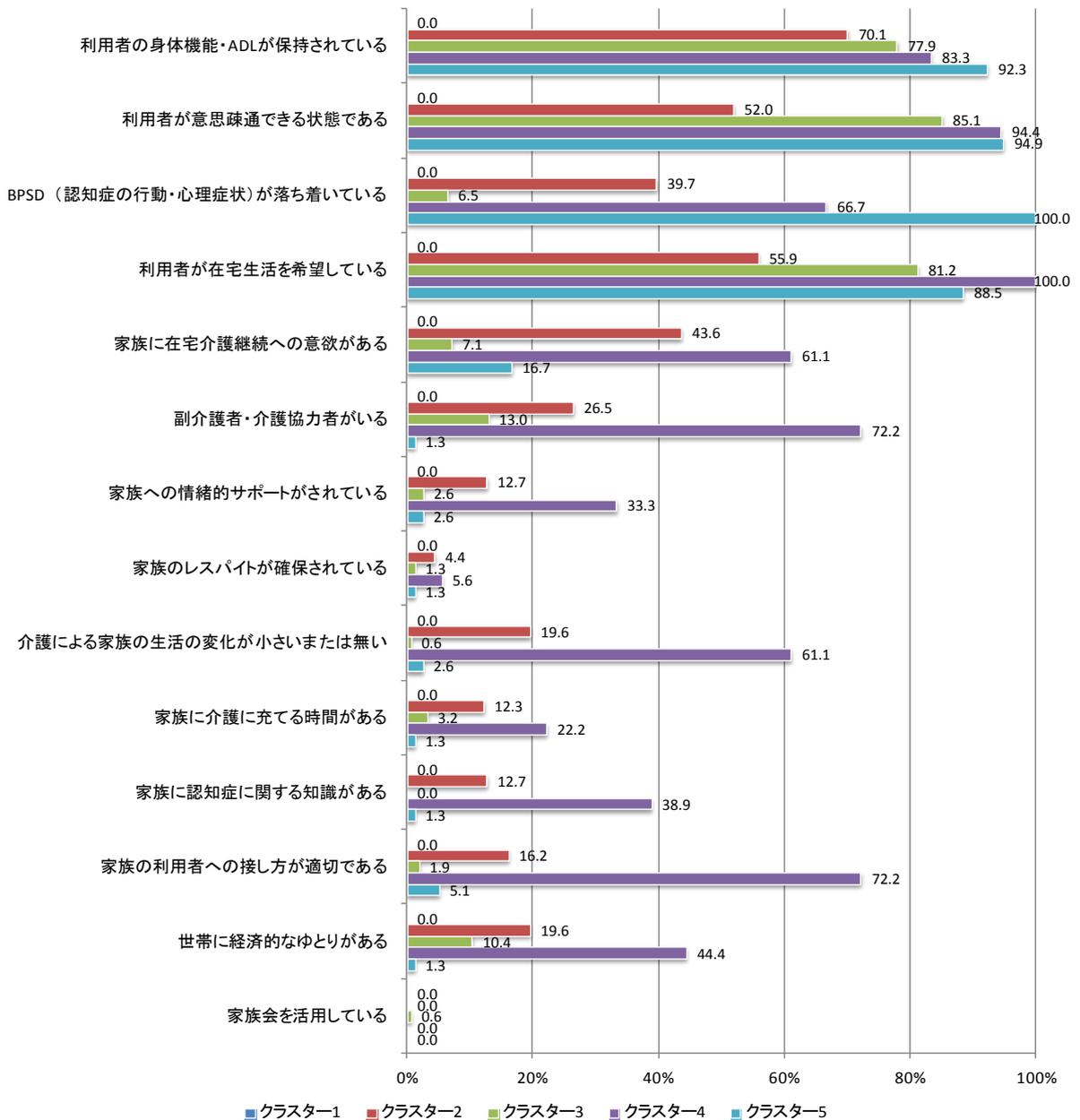
家族からの支援、介護・医療サービスの利用、地域・近隣住民からの支援などのほぼ全てにおいて回答者の割合が高いことから、「支援全般を受けやすい恵まれた状況にあるために、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる(「まとめ」の⑦)。

(オ) クラスター5

「利用者の身体機能・ADL が保持されている」「BPSD が落ち着いている」など、利用者自身の心身状況に関する項目で回答者の割合が高いことから、「主に本人の心身状況が安定していることによって、在宅生活を継続できている人」のグループであると考えられる(「まとめ」の⑧)。

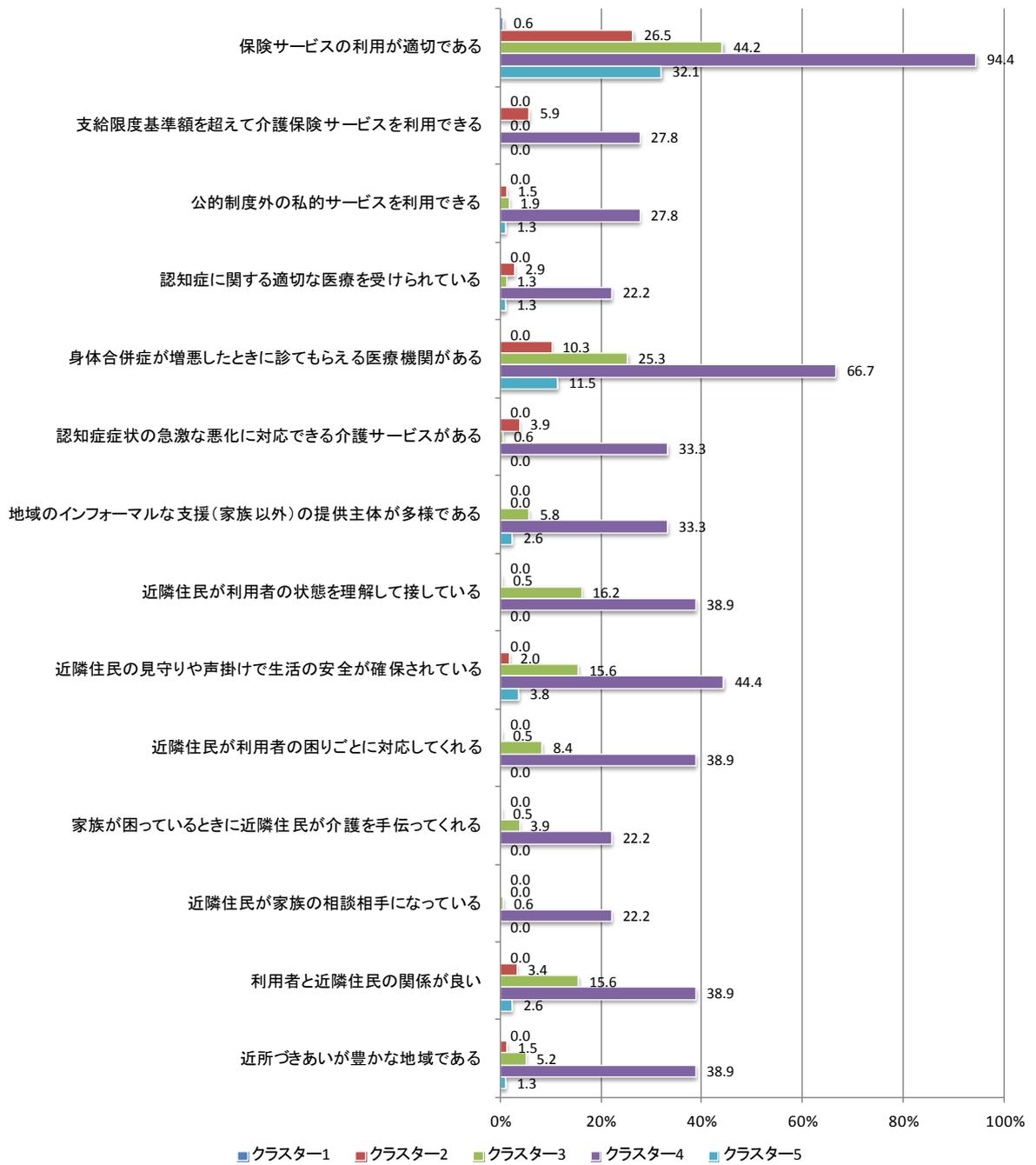
認知症自立度Ⅰ・Ⅱの独居高齢者は、「ほぼ全ての支援を受けられる人と、ほとんど支援を受けられない人」に分かれる傾向にある。

図表 270 認知症自立度Ⅰ・Ⅱ独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(前半)



(注) n数は全項目 616

図表 271 認知症自覚度Ⅰ・Ⅱ独居者の在宅生活を継続できる理由の項目別回答者割合(後半)



(注)n数は全項目 616

4. まとめ

クロス集計より、ADL については、世帯構成に関わらず身体機能が低下するほど介助を必要とするケースの割合が高くなるのに対して、IADL については、「独居」で「同居者のいる世帯」よりも「できる（している）」ケースの割合が高くなっていた。IADL の各項目は、認知症者が独居で生活するために必要な能力であると推測される。

ロジスティック回帰分析からは、独居の様々な規定要因から、関連のある要因を絞り込むことができた。例えば、IADL においては、「請求書の支払いができますか」「自分で食事の用意ができますか」「銀行預金・郵便貯金の出し入れができますか」などの影響が大きいことを示唆する結果が得られた。また、インフォーマルな社会資源においては、「民生委員による支援」「近隣住民（主に地縁関係にもとづく関係）による支援」などの有意な関連が示された。

関連が見られた変数のうち、本人の心身状況である「IADL」、公的なサービスである「介護・医療サービス」「主治医とケアマネジャーとの連携」「ケアマネジャーからの今後の生活の見通しについての説明・助言や意向確認」、インフォーマルサポートである「民生委員による支援」「近隣住民（主に地縁関係にもとづく関係）による支援」などは、独居の規定要因になりうると考えられる。一方で、「疾患」「BPSD」も独居によって生じると考えられ、独居の継続を難しくする要因になると推測される。

クラスター分析からは、認知症自立度Ⅲかつ独居の対象者と、認知症自立度Ⅰ・Ⅱかつ独居の対象者について、それぞれ、在宅継続可能性の要因により、実質的に4グループごとにクラスタリングすることができた。クラスター（分類）の特徴は以下である。しかし、クラスターは特徴的なグループであるが、必ずしも度数が多いことを意味しないため留意が必要である。例えば、「②主に地域・近隣住民からの支援によって、在宅生活を継続できている人」は全体で見ると度数は少ない。

図表 272 在宅継続可能な独居者 8 分類の結果

認知症自立度Ⅲ以上
①主に家族の意欲や努力によって、在宅生活を継続できている人
②主に地域・近隣住民からの支援によって、在宅生活を継続できている人
③主に本人の心身状況が安定していることによって、在宅生活を継続できている人
④主に介護・医療サービスの利用によって、在宅生活を継続できている人
認知症自立度Ⅰ・Ⅱ
⑤主に本人の心身状況および家族の意欲によって、在宅生活を継続できている人
⑥主に本人の心身状況および介護サービスの利用によって、在宅生活を継続できている人
⑦支援全般を受けやすい恵まれた状況にあるために、在宅生活を継続できている人
⑧主に本人の心身状況が安定していることによって、在宅生活を継続できている人