

# 国立病院機構認知症登録事業研究 (NHODR) の目的

重松 一生<sup>†</sup>第72回国立病院総合医学会  
(2018年11月9日 於 神戸)

IRYO Vol. 74 No. 5 (222-225) 2020

## 要旨

認知症では生活支障があるため「住み慣れた町でその人らしく住み続ける」ためには生活支援が必要になる。在宅の場合、認知症患者の生活状況は①老々介護 ②世代間介護 ③独居に分けることができる。その状況に応じて、課題も変わり得るし、できる対策も大きく異なる。認知症診療は患者のトータルサポートにとどまらず介護支援まで考慮する必要がある。そこで、介護者状況を考慮した国立病院機構認知症登録事業研究 (National Hospital Organization Dementia Registry : NHODR) を提案し、国立病院機構Evidence Based Medicine (EBM) 研究として採択されたのでその概要を紹介する。

認知症もしくはMinimal Cognitive Decline (MCI : 軽度認知機能障害) 患者を登録し、認知機能評価、原因疾患、Quality of Life (QOL)、介護・生活状況、介護負担感等について12年間前向きに観察する。①老々介護 ②世代間介護 ③独居の場合における問題点、生活習慣、予後の違いを明らかにする。リアルワールドをよりよく反映できるように想定される公絡因子についても情報収集に努める。国立病院機構が一体として取り組むことによって、今緊急に取り組むべき課題を明らかにし、持続可能な介護者支援対策の提言を目指す。

領域別認知機能障害と生活支障の関係、それぞれの予後予測、どのような介護者支援が介護者負担感を軽減し、ひいては疾患予後、患者QOLの改善が目的である。認知症登録は2017年8月末に開始した。登録された患者について最長12年間の経過観察を行う。

キーワード 認知症登録, 介護者

## はじめに

人口の高齢化にともない認知症対策、とくにその介護問題は喫緊の課題である。認知症の原因が多岐にわたり、その多くがさまざまな異常蛋白の蓄積をともなう原因不明の変性疾患であることから治療薬の開発は困難を極めている。認知症では「生活支障」のために介護が必要になる。とくに周辺症状(BPSD

Behavioral and Psychosocial Symptoms of Dementia; 問題行動(徘徊、昼夜逆転など)の多くは薬剤で解決することが難しく介護負担を重くしている。さらに核家族化、企業、学業の都市集中などにより、老々介護、独居高齢者が増えている。介護者支援が必要と考える。

国立病院機構京都病院 脳神経内科 †医師

著者連絡先: 重松一生, 国立病院機構京都病院 脳神経内科 〒610-0113 京都府城陽市中芦原11

e-mail : neuron.k07@gmail.com

(2019年3月18日受付, 2020年3月13日受理)

The Aims of Newly Launched Dementia Registry : Focusing on Care Givers and Their QOL (National Hospital Organization Dementia Registry ; NHODR)

Kazuo Shigematsu, NHO Minami Kyoto Hospital

(Received Mar. 18. 2019, Accepted Mar. 13, 2020)

Key Words : dementia registry, care givers

---

## 目 的

EBM研究として介護者状況にも焦点を当てた国立病院機構認知症登録事業研究 (NHODR) を構築する。患者の予後 (認知機能, ADL, QOL, 施設入所, 生死など) ならびに認知症ケア (介護者状況, ADL, QOLなど) について観察し, 患者と介護者支援に何が必要かを明らかにする。

---

## セッティング

### 観察研究

登録期間: 2年間 (2017年8月-2019年9月)

観察期間 (前向きコホート): 登録より12年間 (2031年8月までを予定)

登録終了後, および観察終了後に国内外の学会, 論文などで結果を公表する

### 選択基準

選択基準は, 1) 認知症あるいはMCIと診断された患者 2) 同意取得時において年齢が40歳以上の患者 3) 文書による研究対象者もしくは代諾者の自由意思による同意が得られた患者 の3項とする。

除外基準は, 1) 統合失調症と診断された患者 2) 精神発達遅滞を有する患者 3) 日本語での問診や評価が適切に行えない患者 4) 臨床研究責任/分担者が, 研究対象者として不相当と判断した場合 の4項とした。

### 観察項目

観察項目として, 研究対象者背景 (表1), 受診時間診票 (表2), 生活問診票 (表3), 老年期鬱尺度 (GDS: geriatric depression scale, Sheikh et al.), 介護者問診票 (表4), 介護者負担感 (Zarit介護負担尺度), The quality of life in late-stage dementia scale (QUALID), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Cognitive Assessment Test (CAT; Cognitive Assessment with a Tablet computer) を設定した。

---

## 評価項目

評価項目として, 認知機能障害を改善~進行抑制することが主要目標の一つであることからMoCAの

### 表1 研究対象者背景

---

①	連結可能匿名化対象者識別コード
②	年齢
③	性別
④	MRI, SPECT
⑤	ハッチンスキー虚血スコア
⑥	ADL
⑦	合併症
⑧	既往歴
⑨	血圧, 脈 (および心房細動の有無), 身長, 体重
⑩	HbA1c, Alb, LDL-C, HDL-C, クレアチニン, ビタミンB1, TSHなど

---

変化量を設定した。認知症診療の目標は認知機能の維持改善だけにとどまらず, 例えば患者および介護者のQOLを含めたトータルサポートである。そこでQOL, およびそれに関与する項目を評価項目として設定した (表5)。多数の因子が関与するリアルワールドにおける前向きコホート研究である。実態把握の観点からは記述統計が有効と考えられる。従属因子 (= 評価項目) に対する独立因子 (観察項目) の影響を検討するためには多変量解析が必須となる (表6)。期待される効果を表7にまとめた。また研究のシェーマを図1に示した。

---

## 結 語

領域別認知機能障害と生活支障の関係, それぞれの予後予測, どのような介護者支援が介護者負担感を軽減し, ひいては疾患予後, 患者QOLの改善が目的である。認知症登録は2017年8月末に開始した。登録された患者について最長12年間の経過観察を行う。

表2 受診時間診票

---

①	受診動機
②	付き添い
③	症状
④	症状の発現時期
⑤	受診が遅れたと感じるか
⑥	遅れたと感じる場合、遅れた理由
⑦	在宅／施設
⑧	同居者の有無、関係
⑨	施設入所を検討しているか
⑩	転倒の有無
⑪	骨折の有無
⑫	入院の有無
⑬	受診の交通手段
⑭	来院までの所要時間
⑮	介護認定の有無
⑯	要介護度
⑰	利用している介護サービス
⑱	デイサービス・デイケア（DS）の利用頻度
⑲	DSの好き嫌い
⑳	ショートステイ（SS）の利用頻度
㉑	SSの好き嫌い
㉒	病院受診の好き嫌い
㉓	かかりつけ医の有無
㉔	子供の人数
㉕	配偶者の有無、年齢、ADL
㉖	薬剤管理ができていますか
㉗	野菜摂取
㉘	魚摂取
㉙	有給仕事の有無
㉚	喫煙本数
㉛	飲酒量、酒類
㉜	自動車免許所持状況
㉝	自動車運転状況
㉞	自動車事故歴
㉟	閉じこもりがちか否か
㊱	運動頻度
㊲	読書量
㊳	社会参加
㊴	成年後見制度の状況

---

表3 生活問診票

---

①	体調はいかがですか
②	楽しみにしている趣味はありますか
③	夜はよく眠れますか
④	食欲はありますか
⑤	物忘れは多いですか
⑥	半年前に比べて物忘れは増えましたか
⑦	今は幸せですか

---

表4 介護問診票

---

①	介護者登録番号
②	年齢、性別、患者との関係
③	同居か別居か
④	別居の場合
	1) 訪問所要時間
	2) 訪問頻度
	3) 滞在時間
⑤	患者さんを怒ってしまうことがあるか、あればその頻度
⑥	患者さんを怒ってしまったことで自分を責めてしまうことがあるか、あればその頻度
⑦	介護を担っている割合
⑧	地域の支援でどの位介護が楽になっているか
⑨	認知症を診てくれる病院（医院）は足りているか
⑩	介護支援は足りているか
⑪	介護サービスの料金負担
⑫	介護者自身の通院の有無、頻度
⑬	家族の認知症のことを地域の方に知られたくないか、知ってほしいか
⑭	有給仕事の有無、時間
⑮	介護が仕事に影響しているか
⑯	介護に要する費用
⑰	介護者の配偶者の有無、18歳以下の子供の有無、80歳以上の親の有無（登録患者を除く）

---

表5 評価項目

1. 一次評価項目 MoCA の変化量
2. 二次評価項目
(1) 認知機能評価 (CDR, CAT)
(2) 患者生活習慣 (運動習慣, 読書習慣, 社会的活動習慣)
(3) 患者就業状況, 自動車運転状況
(4) 患者 ADL
(5) 患者 QOL
(6) 要介護度 成年後見人制度
(7) 周辺症状
(8) 日常生活重症度
(9) 家族状況
(10) 介護者 (配偶者) ADL
(11) 介護者 QOL
(12) 介護離職, 就業の制限
(13) 介護者経済的負担
(14) 介護負担感
(15) 介護者の変更, 転居
(16) 入所, 入院
(17) 通院中断
(18) 死亡

表6 解析方法

1)	介護状況→認知症関連因子の改善→認知症予後について多変量解析する
2)	介護保険利用状況→介護者の QOL 改善→認知症予後について多変量解析する
3)	Baron & Kenny 法 次の各ステップを多変量解析する 仲介因子を独立因子としてモデルに加え, 補正されるかどうかで, その仲介因子の影響を明らかにする
①	ステップ 1 介護保険→介護者の QOL 改善
②	ステップ 2 介護者の QOL 改善→認知症予後
③	ステップ 3 介護保険→認知症予後

表7 期待される成果

1)	実情を把握できる
①	独居, 老々介護の実態
②	介護の問題点: 費用, アクセス
③	介護者負担感
④	患者 QOL
2)	認知症予後予測と影響因子を解析できる
3)	介護者負担の要因を解析する
4)	生活習慣が認知症の予後に及ぼす影響を検証する
5)	介護者負担感が認知症の予後に及ぼす影響を検証する

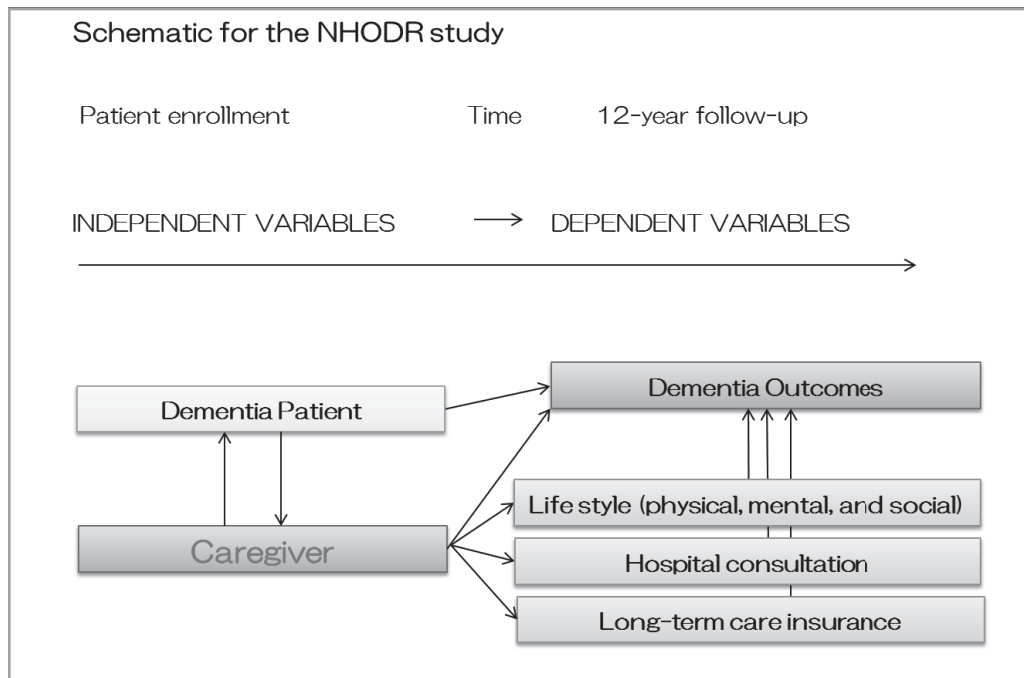


図1 NHODR研究のシエマ

〈本論文は第72回国立病院総合医学会 5大テーマシンポジウム「高齢者医療と在宅ケアのこれから」において「国立病院機構認知症登録事業研究の紹介；介護者支援を目指して」として発表した内容に加筆したものである〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。