

# 認知症の要介護者における介護サービスの利用に伴う自己負担額に関する研究

—国民生活基礎調査介護票をもとに—

カワノ ヨシユキ ヤマナカ カツオ イトウ トモコ  
 河野 禎之\*1 山中 克夫\*2 伊藤 智子\*3  
 ノグチ ハルコ タカハシ ヒデト タミヤ ナナコ  
 野口 晴子\*5 高橋 秀人\*6 田宮 菜奈子\*4

**目的** わが国の社会的課題である認知症について、その介護に伴う経済的な負担を利用者視点から明らかにすることは喫緊の課題である。特に、他疾患との比較や合併症との関連性から現状の負担を明らかにすることは、今後の支援政策を考える上で重要な示唆をもたらす。本研究では、介護サービスの利用に伴う自己負担額に焦点を当て、介護が必要となった主な原因が認知症の場合と、その他の原因の場合との比較から負担の大きさを明らかにすること、また、認知症が他の原因と合併することによる自己負担額への影響について検証することを目的とした。

**方法** 平成25年国民生活基礎調査のうち、介護票の回答者の結果を用いた。最終的な分析対象者は4,414人（平均年齢83.2±8.5歳、男性1,438人、女性2,976人）であった。介護票の質問項目のうち、介護が必要となった原因および主な原因と、介護サービスの自己負担額、現在の要介護度、介護サービスの種類を分析に用いた。これらの項目から、介護が必要となった主な原因別での介護サービスの自己負担額および種類の比較と、認知症が合併する場合とその他の原因が合併する場合の自己負担額の比較を行った。

**結果** 介護サービスの自己負担額について2要因分散分析（介護が必要となった主な原因×要介護度）を行った結果、各要因の主効果のみが認められた。具体的には、原因では認知症が他疾患に比べ自己負担額が最も高く、要介護度が高い場合ほど自己負担額が高いことが明らかにされた。また、介護サービスの種類別に比較すると、認知症の場合は特に居住系サービスの利用割合が高くなっていた。さらに、認知症が合併症として重なる場合は、他の疾患が合併するよりも自己負担額が有意に増加し、特に要介護1-3の段階では糖尿病に認知症が合併した場合に自己負担額が最も上昇することが明らかにされた。

**結論** 認知症は介護サービスの自己負担額を増やし、認知症の本人や家族等に経済的負担を強いる可能性がある。特に糖尿病と合併することにより、その傾向は最も高まることが考えられる。そのため、介護保険制度だけではなく民間の保険制度を含め、重症度に応じて認知症の人の経済的な負担の不均衡を取り除く社会システムや制度を早急に構築する必要がある。

**キーワード** 認知症、介護サービスの自己負担額、国民生活基礎調査、介護票、合併症、介護保険

## I 緒 言

認知症はわが国が直面する社会的課題のひとつである。わが国において認知症の人の数は少

子高齢化とともに増大することが見込まれており、2015年時点で517～525万人、2020年には602～631万人、2030年には744～830万人となることが推測されている<sup>1)</sup>。これらの値は65歳以

\*1 筑波大学人間系障害科学域助教 \*2 同准教授 \*3 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野助教  
 \*4 同教授 \*5 早稲田大学政治経済学術院教授 \*6 国立保健医療科学院統括研究官

上人口の15%以上を占め、近年では要介護状態となる主な原因として第2位に挙げられている<sup>2)</sup>。そのため、介護保険制度を含めた社会保障制度の戦略上、認知症に伴う介護費用等の経済的影響の現状把握と適正な支援制度の立案・運用は重要な課題である。

認知症に伴う経済的影響は多大であり、2013年にロンドンにて開催されたG8認知症サミットでも世界的な共通課題であることが認識されている。Alzheimer's Disease Internationalの報告<sup>3)</sup>によれば、2015年の世界的な認知症に関するコストは約8180億USドルであり、そのうち在宅・施設介護等の介護費用は約3279億USドル、何らかの支払いを伴わないインフォーマルケア費用は約3308億USドルを占めることが示されている。わが国では、2014年における社会的コスト14兆5140億円のうち、介護費は約6兆4441億円（在宅介護費：約3兆5281億円、施設介護費：約2兆9160億円）、インフォーマルケアコストは約6兆1518億円と推計されている<sup>4)</sup>。ともに介護費用のみでも全体の約4割を占め、甚大な額であることがわかる。

現状把握や支援制度の立案・運用において、上記のような認知症に伴うコスト全体の概要を明らかにすることは重要である。一方で、介護サービスを受ける側（利用者）の視点に立ち、認知症の人や家族が介護においてどのような経済的影響を受けているのかを明らかにすることも重要である。例えば、認知症により介護が必要となった場合の利用者の具体的な経済的負担の程度や、その負担が他の疾患との比較において違いがあるのか、違いがある場合は受けているサービスがどのように異なるのかを明らかにできれば、今後の社会保障費の配分に関する議論において基礎的な知見となるだろう。また、認知症は合併症を有する場合が多く、それらが介護に少なからず影響を与えうる。例えば糖尿病は認知症の発症に影響を与えることが指摘されており<sup>1)</sup>、服薬やインシュリン投与といった血糖コントロール等の治療においても家族の協力や社会資源の活用等の特別な配慮が必要となる場合が多い<sup>5)</sup>。

わが国において利用者単位で認知症の介護に伴う経済的負担を検証する方法のひとつとして、国民生活基礎調査<sup>6)</sup>における介護票（個票）のデータを使用する方法が挙げられる。介護票では、社会福祉施設への入所者や長期の入院者等は除かれ、在宅の要介護者や居住系サービス（認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護）の利用者が対象となるが、介護保険およびその他の介護サービスに対して支払った一月の自己負担額を問う項目があり、認知症を含む要介護状態となった原因を問う項目もある。加えて、受けている介護サービスの種類を問う項目も含まれている。しかし、国民生活基礎調査以外を含めても、上述した観点から認知症の介護費用に関して分析を行った報告はない。利用者視点から合併症を含めた経済的負担への影響について検討することは、認知症の介護費用に関する現状把握および支援制度の立案・運用の両面において重要な示唆をもたらすであろう。

これらのことから、本研究では経済的負担として介護サービスの利用に伴う自己負担額に着目し、要介護状態となった主な原因が認知症の場合とその他の場合との比較から、経済的負担の大きさを明らかにするとともに、認知症が他の原因と合併することによる自己負担額への影響について検証することを目的とした。

## Ⅱ 方 法

### （1）対象

本研究では、統計法33条に基づいて厚生労働省から提供を受けた国民生活基礎調査の匿名データとして、平成25年国民生活基礎調査の介護票（個票）のデータを使用した。この調査の対象は平成22年国勢調査区から層化無作為抽出された5,530地区のなかで、さらに無作為抽出された2,500地区内の要介護者・要支援者7,270人であった。このうち調査票が回収された対象は6,463人であり、集計可能な対象は6,342人であった。本研究ではさらに表1に示した選択条件を満たす対象を分析対象とした。

選択条件1について、介護サービスの利用がないと回答した1,270人を除外し、選択条件2では要介護状態となった主な原因が欠損値、または回答が「14わからない」であった63人を除外した。次に選択条件3について、介護サービスの自己負担額が欠損値または支出が0円であった576人を除外した。さらに選択条件4について、要介護度の欠損値19人を除外し、最終的に4,414人（平均年齢 $83.2 \pm 8.5$ 歳）が分析対象となった。内訳は、男性1,438人（32.6%、平均年齢 $80.6 \pm 9.0$ 歳）、女性2,976人（67.4%、 $84.5 \pm 7.9$ 歳）であった。

## (2) 分析項目

分析に用いた項目は、介護票の質問項目のうち、要介護状態となった原因および主な原因と介護サービス自己負担額、現在の要介護度、介護サービスの種類とした。

要介護状態となった原因および主な原因については、介護票質問4の「介護が必要となった原因は何ですか」に続いて、主な原因を問う14選択肢（1脳血管疾患（脳卒中）、2心疾患（心臓病）、3悪性新生物（がん）、4呼吸器疾患、5関節疾患、6認知症、7パーキンソン病、8糖尿病、9視覚・聴覚障害、10骨折・転倒、11脊髄損傷、12高齢による衰弱、13その他、14わからない）への回答結果を用いた。

介護サービス自己負担額は、介護票質問9の「5月中に事業者に支払った介護サービスの自己負担額」の実数（円単位）への回答結果を用いた。介護サービス自己負担額には、介護保険制度によるサービス（1訪問系サービス：訪問介護等、2通所系サービス：通所介護等、3短期入所サービス：短期入所生活介護等、4居住系サービス：認知症対応型共同生活介護等、5小規模多機能型サービス等：小規模多機能型居宅介護等）のほか、6配食サービスや7外出支援サービス、8寝具類等洗濯乾燥消毒サービスが含まれた。

現在の要介護度は介護票質問3の「現在の要介護度」、介護サービスの種類は介護票質問8の「5月中に利用した介護サービス」（前述の

表1 分析対象の選択条件

選択条件1	何らかの介護サービスの利用があると回答がある者。
選択条件2	要介護状態となった主な原因疾患に有効回答があり、回答が選択肢「14わからない」以外の者。
選択条件3	介護サービスの自己負担額に有効回答があり、1円以上の支出がある者。
選択条件4	要介護度に欠損値のない者。

1訪問系サービス～8寝具類等洗濯乾燥消毒サービスのうち複数回答）の回答結果を用いた。

## (3) 分析方法

本研究では、(1)要介護状態となった主な原因別の介護サービス自己負担額および介護サービスの種類の比較と、(2)認知症が合併する場合の介護サービス自己負担額の比較を行った。介護サービス自己負担額は千円単位とし、対数変換の後に統計解析を行った。

(1)については、要介護状態となった主な原因別の介護サービス自己負担額を分散分析により比較した。ただし、介護サービス自己負担額を比較する場合、要介護度が重度になれば区分支給限度額も増加し、それに伴い自己負担額も増加するため要介護度による影響を考慮する必要がある。そのため、要介護状態となった原因のほかに、要介護度の重症度群（要支援1～2、要介護1～3、要介護4～5）を分散分析の独立変数として加え、2要因分散分析と多重比較（Tukey法）を用いて介護サービス自己負担額を比較した。また、2要因分散分析において各セルのサンプル数10以上を確保するため、要介護状態となった主な原因を10項目に統合し、分析に用いた（サンプル数の上位から「脳血管疾患」「認知症」「衰弱」「骨折・転倒」「関節疾患」「心疾患」「パーキンソン病」「糖尿病」「呼吸器疾患」の9項目に加え、「その他」に「脊髄損傷」「悪性新生物」「視覚・聴覚障害」を統合した10項目とした）。

(2)については、認知症が他の原因と合併することにより介護サービス自己負担額にどのような影響を与えるのかを検討するため、要介護状態となった原因のうち、原因が1つの事例（単独例）と、認知症のみが合併している事例（認

知症合併例)、認知症以外の原因のみが合併している事例(認知症以外の合併例)を抽出し、介護サービス自己負担額の比較を多重比較(Tukey法)により実施した。なお、要介護度の群別の比較について、各セルのサンプル数が十分に確保できない場合は統計解析を実施しないこととした。

上記の統計解析では有意水準を5%とし、SPSS Ver. 23を用いた。なお、本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認(2015年10月1日承認、通知番号第1009号)を受けて実施した。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 要介護状態となった主な原因別の介護サービス自己負担額の比較と介護サービスの種類

介護サービス自己負担額は、全体で平均金額27,403±38,994円(75パーセンタイル値30,033円、中央値15,095円、25パーセンタイル値6,770円)であった。

要介護状態となった主な原因別の介護サービス自己負担額について、要介護度の全体と重症度群別の値を表2に示した。主な原因と要介護度の重症度群を独立変数とした2要因分散分析の結果、独立変数の主効果のみ有意であり(主な原因:F(9, 4414)=19.08, p<0.01, 要介護度の重症度群:F(2, 4414)=257.19, p<0.01)、交互作用は認められなかった(F(18, 4414)=0.98, n.s.)。

多重比較の結果、要介護状態となった主な原因では、認知症は他のすべての疾患に対して有意差が認められ、最も介護サービス費用の自己負担額が多いことが示された。要介護度の重症度群では、要支援1-2、要介護1-3、要介護4-5の順に有意差が認められ、要介護4-5が最も介護サービス自己負担額が多いことが示された。

さらに、要介護状態となった主な原因ごとに利用している介護サービスの種類を記述統計から分析するため、図1に主な原因別介護サービスの種類ごとの利用者数割合を要介護度の重症度群別に示した。特に、分散分析の結果から最も介護サービスの自己負担額が多く示された認知症に注目すると、いずれの要介護度の重症度群においても居住系サービスの利用の割合が他の原因に比べて認知症では高く、なかでも要介護4-5で高いことが示された。

#### (2) 認知症が合併する場合の介護サービス自己負担額の比較

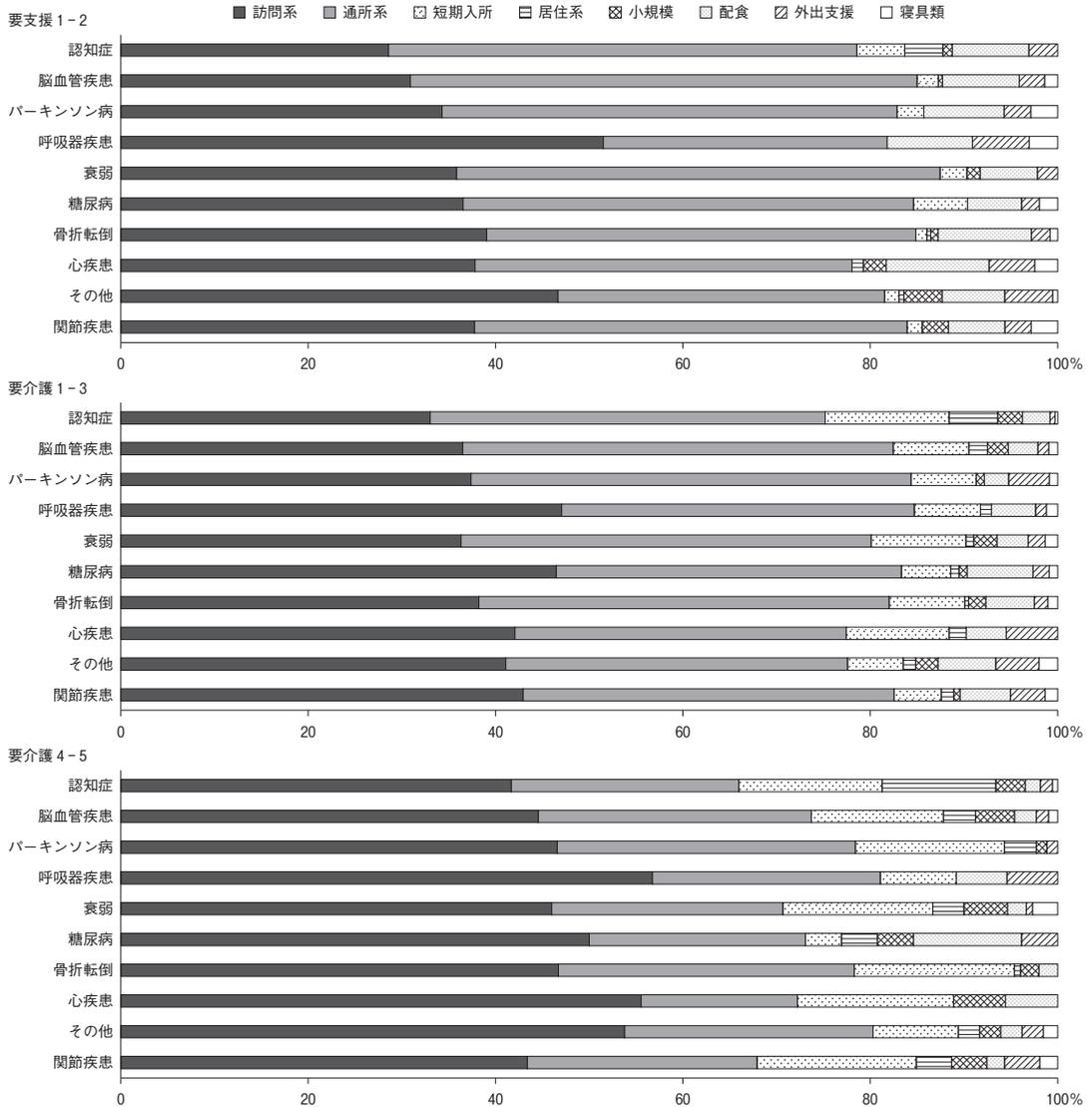
要介護状態となった原因について、単独例、認知症合併例、認知症以外の合併例における介護サービス自己負担額を、要介護度の全体と重症度群別に表3に示した。全体ではパーキンソン病を除くすべての原因において、認知症合併例が単独例および認知症以外の合併例に対して有意に介護サービスの自己負担額が高いことが示された。さらに、要介護度の重症度群別に比較した場合にも同様の傾向がみられ、特に要介

表2 要介護状態となった主な原因別の介護サービス自己負担額(要介護度の全体と重症度群別)

	全体			要支援1-2			要介護1-3			要介護4-5		
	N	対数 <sup>1)</sup>	円 <sup>2)</sup>	N	対数 <sup>1)</sup>	円 <sup>2)</sup>	N	対数 <sup>1)</sup>	円 <sup>2)</sup>	N	対数 <sup>1)</sup>	円 <sup>2)</sup>
認知症	858	4.420	26 288	63	4.117	13 078	610	4.373	23 606	185	4.677	47 549
脳血管疾患	908	4.271	18 680	153	3.901	7 954	495	4.239	17 344	260	4.551	35 561
パーキンソン病	142	4.110	12 875	23	3.710	5 134	74	4.005	10 119	45	4.486	30 608
呼吸器疾患	98	4.106	12 772	22	3.684	4 830	55	4.154	14 260	21	4.423	26 502
衰弱	645	4.079	11 990	202	3.816	6 550	361	4.138	13 727	82	4.467	29 310
糖尿病	123	4.060	11 494	37	3.860	7 238	72	4.112	12 954	14	4.324	21 097
骨折・転倒	553	4.055	11 356	187	3.778	5 991	285	4.118	13 124	81	4.475	29 863
心疾患	167	4.046	11 112	61	3.721	5 265	95	4.201	15 899	11	4.501	31 694
その他	511	4.015	10 353	151	3.682	4 809	277	4.087	12 222	83	4.380	24 010
関節疾患	409	3.903	7 990	192	3.673	4 707	190	4.060	11 470	27	4.432	27 032

注 1) 表中の対数は平均値  
2) 表中の「円」は対数(平均値)を逆変換した値

図1 要介護状態となった主な原因別介護サービスの種類ごとの利用者数割合（要介護度の重症度群別）



注 介護費質問8「5月中に利用した介護サービス」にある各種介護サービスに「利用あり」と回答した人の結果を、要介護状態となった主な原因別に集計した割合を示した。

護1-3においてその傾向が顕著であることが示された。原因別にみても、特に要介護1-3の段階で糖尿病と認知症が合併することで介護サービスの自己負担額が最も高まることが示された。

#### Ⅳ 考 察

本研究では、平成25年国民生活基礎調査の介

護票（個票）のデータをもとに、要介護状態となった主な原因による比較から介護に伴う経済的負担（介護サービスに対する自己負担額）と利用する介護サービスの種類の比較を行い、さらに認知症が他の原因と合併することによる自己負担額への影響について検証した。

まず、要介護状態となった主な原因による比較において、認知症は他の原因に比べて介護サービスの自己負担額が顕著に高いことが示さ

表3 要介護状態となった原因が1つの場合と認知症以外の原因のみが合併した場合および認知症のみが合併した場合の介護サービス自己負担額の比較（要介護度の全体および重症度群別）

	単独 a			認知症以外が合併 b			認知症が合併 c			多重比較 <sup>2)</sup>	b-a		c-a	
	N	対数 <sup>3)</sup>	標準偏差	N	対数 <sup>3)</sup>	標準偏差	N	対数 <sup>3)</sup>	標準偏差		Tukey	対数 <sup>3)</sup>	円 <sup>4)</sup>	対数 <sup>3)</sup>
全体														
脳血管疾患	495	4.222	0.465	253	4.180	0.475	88	4.434	0.449	a,b<c	-0.042	-1 542	0.211	10 450
糖尿病	41	3.996	0.517	133	4.163	0.426	17	4.563	0.413	a,b<c	0.168	4 661	0.568	26 689
衰弱	332	4.018	0.504	300	4.045	0.538	144	4.424	0.503	a,b<c	0.027	674	0.406	16 114
骨折・転倒	249	4.009	0.508	257	4.069	0.523	59	4.385	0.480	a,b<c	0.060	1 514	0.377	14 074
心疾患	52	3.960	0.527	149	4.075	0.486	33	4.421	0.412	a,b<c	0.116	2 777	0.461	17 227
パーキンソン病	78	4.063	0.523	31	4.153	0.538	22	4.455	0.551	a<c	0.090	2 672	0.393	16 969
呼吸器疾患	43	4.092	0.501	53	4.111	0.462	14	4.493	0.526	a,b<c	0.020	571	0.402	18 784
その他	95	4.035	0.527	151	4.021	0.441	25	4.387	0.466	a,b<c	-0.015	-358	0.351	13 522
関節疾患	186	3.748	0.480	233	3.974	0.482	41	4.346	0.426	a<b<c	0.226	3 817	0.598	16 576
要支援1-2														
脳血管疾患	91	3.856	0.410	55	3.885	0.435	4	4.214	0.582	-	0.029	494	0.357	9 171
糖尿病	15	3.897	0.511	33	3.911	0.407	2	4.137	0.294	-	0.014	254	0.240	5 826
衰弱	133	3.808	0.436	103	3.692	0.424	12	4.062	0.261	b<c	-0.117	-1 519	0.254	5 103
骨折・転倒	98	3.757	0.483	86	3.750	0.410	3	3.742	0.090	-	-0.007	-95	-0.015	-198
心疾患	26	3.742	0.458	40	3.772	0.368	2	3.815	0.086	-	0.031	401	0.073	1 013
パーキンソン病	15	3.711	0.345	5	3.593	0.248	1	3.602	...	-	-0.119	-1 231	-0.109	-1 145
呼吸器疾患	13	3.682	0.439	13	4.004	0.450	-	...	...	-	0.321	5 273	...	...
その他	29	3.723	0.482	51	3.827	0.467	3	3.914	0.603	-	0.104	1 433	0.191	2 915
関節疾患	107	3.617	0.456	98	3.755	0.423	1	3.903	...	-	0.138	1 546	0.286	3 858
要介護1-3														
脳血管疾患	267	4.186	0.408	145	4.161	0.413	54	4.395	0.463	a,b<c	-0.025	-843	0.210	9 513
糖尿病	23	3.987	0.478	78	4.170	0.392	13	4.639	0.385	a,b<c	0.183	5 086	0.652	33 846
衰弱	171	4.105	0.479	170	4.183	0.457	96	4.420	0.405	a,b<c	0.079	2 528	0.315	13 574
骨折・転倒	124	4.110	0.443	134	4.140	0.470	37	4.423	0.393	a,b<c	0.029	905	0.312	13 575
心疾患	24	4.176	0.530	90	4.115	0.453	26	4.426	0.415	b<c	-0.061	-1 955	0.251	11 711
パーキンソン病	45	4.043	0.477	18	4.087	0.486	10	4.341	0.480	n.s.	0.044	1 179	0.297	10 857
呼吸器疾患	23	4.206	0.378	28	4.053	0.448	9	4.341	0.579	-	-0.152	-4 746	0.135	5 867
その他	48	4.083	0.456	87	4.091	0.391	17	4.418	0.453	a,b<c	0.008	224	0.335	14 067
関節疾患	72	3.903	0.444	114	4.068	0.425	32	4.319	0.452	a<b<c	0.165	3 692	0.416	12 844
要介護4-5														
脳血管疾患	137	4.537	0.396	53	4.539	0.447	30	4.532	0.398	n.s.	0.002	149	-0.005	-426
糖尿病	3	4.556	0.678	22	4.518	0.304	2	4.498	0.645	-	-0.038	-2 994	-0.058	-4 490
衰弱	28	4.483	0.498	27	4.524	0.644	36	4.555	0.710	n.s.	0.041	2 998	0.072	5 464
骨折・転倒	27	4.455	0.406	37	4.553	0.481	19	4.414	0.601	n.s.	0.098	7 221	-0.041	-2 567
心疾患	2	4.203	0.038	19	4.525	0.456	5	4.633	0.196	-	0.322	17 573	0.430	26 984
パーキンソン病	18	4.403	0.565	8	4.651	0.337	11	4.637	0.556	-	0.247	19 438	0.234	18 023
呼吸器疾患	7	4.477	0.510	12	4.363	0.452	5	4.767	0.287	-	-0.115	-6 971	0.290	28 502
その他	18	4.412	0.503	13	4.312	0.366	5	4.566	0.296	-	-0.100	-5 319	0.153	10 936
関節疾患	7	4.139	0.571	21	4.481	0.496	8	4.508	0.270	-	0.342	16 499	0.369	18 431

注 1) 表中の「単独 a」は要介護状態となった原因のうち原因が1つの事例、「認知症以外が合併 b」は認知症以外の原因のみが合併している事例、「認知症が合併 c」は認知症のみが合併している事例を指す。

2) 有意差は5%水準、各セルのサンプル数が10を下回る原因については検定を実施せず「-」と表記した。n.s.有意差なし

3) 表中の対数は平均値

4) 表中の「円」は a, b, c の各対数（平均値）を逆変換した後に差を計算した値

れた。また、これは分散分析において交互作用がみられずに各要因の主効果のみがみられた結果から、どの要介護度の重症度群においても当てはまることが示された。その背景として、利用する介護サービスの種類の比較から、認知症対応型共同生活介護等のグループホームを指す居住系サービスの利用割合が高いことが推察された。認知症は、記憶障害等の認知機能障害に加え、抑うつや易怒性等の精神面や行動面の症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）を呈する頻度が高いことが知られている<sup>7)</sup>。そのため、家族への介護

負担は一般的に大きく<sup>8)</sup>、在宅介護の継続が他の原因に比べて困難となりやすい<sup>9)</sup>。また、グループホームを含む地域密着型サービスの推進も進められて久しいことから、要介護状態となった主な原因が認知症である場合、居住系サービスの利用割合が高くなり、結果的に自己負担額も他の原因に比べて有意に高くなったと考えられた。なお、グループホーム（認知症対応型共同生活介護費Ⅰ）の1日当たりの基本サービス費は、平成26年4月時点で要介護1は805単位、同2は843単位、同3は868単位、同4は889単位、同5は904単位であった<sup>10)</sup>。この

部分のみを1割負担として、1単位当たり10円の1カ月分(30日)を計算すると、それぞれ24,150円、25,290円、26,040円、26,670円、27,120円となることから、本研究で示された自己負担額における割合の大きさがうかがえる。

近年、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)<sup>11)</sup>や地域包括ケアシステムの構築<sup>12)</sup>が進められる中で、在宅での医療・介護サービスや、サービス付き高齢者向け住宅等の住まいの選択肢は増えつつある。また、BPSDは適切な医療介入や心理社会的介入、環境調整により軽減されることが明らかになっている<sup>13)</sup>。これらの取り組みの成果として、認知症であっても在宅介護の継続が可能な状況が生まれつつある。しかし、現状ではいまだ不十分であるのも事実であり、認知症の介護に伴う経済的負担に対して、何らかの支援や配慮が必要と考えられる。そのためには介護保険だけでなく、民間の保険制度を含めた様々な金融サービスと、それらを活用するための制度、仕組みを充実させる必要がある。特に、本研究からの示唆に基づけば、居住系サービスを利用する際の負担増に備えるための取り組みは優先的に検討すべきだろう。

次に、表3に示した認知症と他の原因との合併に関する分析結果から、認知症は他の原因と合併症として重なることにより、認知症以外の他の原因が合併するよりも介護費用の自己負担額が増加する傾向にあることが示された。特に、要介護1-3の段階では糖尿病と合併することにより、自己負担額を最も押し上げる傾向にあった。一般的に認知症の場合、要介護度の軽度～中等度の段階では多様なBPSDが顕在化されやすい。そのため、血糖コントロール等の糖尿病治療に関する介護面での負担も高まるのかもしれない。しかし、本研究の結果からは、なぜ糖尿病との合併により自己負担額が増加するのかの具体的な要因までは明らかにすることはできない。今後、軽度～中等度の段階の認知症の人で糖尿病を持つ人がどのような介護状況にあるのかを精査し、経済的な負担を軽減させる施策を検討する必要がある。

本研究の主な限界として、経済的負担を国民

生活基礎調査の介護票における介護サービスの自己負担額のみで扱った点が挙げられる。そもそも介護票は日記式であることから、この値に関する信頼性は必ずしも担保されていない。また、介護票にひもづく個人の自己負担額を分析対象としているため、世帯構成による経済的負担は明らかにされていない。高齢者世帯であるのか、複数の要介護者がいるのか等により、経済的負担の感じ方は異なってくるはずである。これらの点を踏まえた結果であることに留意する必要がある、今後の研究ではこれらの限界を踏まえたより詳細な分析が必要であろう。

以上のような限界は残るものの、本研究で利用者視点から認知症の介護に伴う経済的負担について要介護状態となった他の原因との比較から明らかにしたこと、加えて他の原因との合併による影響を明らかにしたことは、実際的な支援制度の立案・運用に基礎的な示唆をもたらしたという点で意義は大きいと考えられる。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力下さいましたすべての方々に深謝致します。なお、本研究は厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究(臨床研究等ICT基盤構築研究)「地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチー二次データ活用システム構築による多角的エビデンス創出拠点ー」(研究代表者:田宮菜奈子、課題番号:H27-政策-戦略012)の一部として実施した。

## 文 献

- 1) 二宮利治. 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)平成26年度総括・分担研究報告書 2015; 2-19.
- 2) 内閣府. 高齢者の健康・福祉. 平成29年版高齢社会白書(全体版)2017; 19-30. ([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/sl\\_2\\_3.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/sl_2_3.html)) 2018.3.28.
- 3) Alzheimer's Disease International. The worldwide costs of dementia. World Alzheimer Report

- 2015 : The Global Impact of Dementia 2015 ; 56-67. (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>) 2018.3.28.
- 4) 佐渡充洋. わが国における認知症の経済的影響に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)平成26年度総括・分担研究報告書 2015 ; 3-22.
- 5) 松下隆哉, 矢島賢, 住友秀孝, 他. 認知症合併糖尿病における糖尿病治療実態アンケート調査. 日本老年医学会雑誌 2013 ; 50(2) : 219-26.
- 6) 厚生労働省. 国民生活基礎調査 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>) 2018.10.15.
- 7) Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 2012 ; 3 : 7.
- 8) Ornstein K, Gaugler JE. The problem with 'problem behaviors' : a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *Int Psychogeriatr* 2012 ; 24(10) : 1536-52.
- 9) Brodaty H, Connors MH, Xu J, et al. Predictors of institutionalization in dementia : a three year longitudinal study. *J Alzheimers Dis* 2014 ; 40(1) : 221-6.
- 10) 厚生労働省. 施設・居住系サービスについて(第100回社会保障審議会介護給費分科会資料4-2). 2014 ; 48.
- 11) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>) 2018.10.15.
- 12) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/huku-shi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/huku-shi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)) 2018.10.15.
- 13) 日本神経学会. 認知症疾患診療ガイドライン2017. 東京 : 医学書院, 2017.