

日医総研ワーキングペーパー

認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる
アンケート調査分析：
かかりつけ医と認知症介護経験に着目して

No. 410

2018年7月4日

日本医師会総合政策研究機構

坂口 一樹、野村 真美、澤 倫太郎

認知症をはじめとする高齢者の健康に関わるアンケート調査分析：
かかりつけ医と認知症介護経験に着目して

坂口一樹、野村真美、澤倫太郎

キーワード

- ◆ 認知症
- ◆ 高齢者の健康
- ◆ 中高年層
- ◆ かかりつけ医
- ◆ 認知症介護経験

ポイント

- ◇ 本稿では、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる広範なトピックについて、現在の中高年層の認識を探ることを目的とし、民間保険会社が40～70代の被保険者を対象に実施した調査結果を二次的に分析した。着眼したのは「かかりつけ医の存在」と「認知症介護経験（含、身近に接した経験）」である。
- ◇ 分析結果からは、（１）かかりつけ医の存在は、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる中高年層の意識や行動にポジティブな影響を及ぼすであろうこと、（２）認知症介護経験によって、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる中高年層の意識や行動に変化が生じること、が示唆された。
- ◇ 今回の分析では、現在の中高年層が抱える健康についての不安や心配の正体を多面的に捉えることができた。そこから仮説として浮かび上がる現状とは、「政府は、認知症対策の国家戦略を掲げ、法に定める地域医療計画の中で認知症対策についても都道府県ごとに策定する枠組みをすでに整備している。しかし、残念ながらそれらの施策は、今ひとつ人々に認知されていない。そのためか、認知症になることを恐れる中高年層は多く、人々は認知症になったとき自分が置かれる状況についてはもちろんだが、むしろ国の公的保険制度の行く末を案じており、ともすれば人々の不安ばかりが先行している」との状況である。
- ◇ 分析結果を踏まえて、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる人々の不安解消を政策の最優先事項とすべきとの提案を行った。具体的には、（１）政府が掲げる施策の周知そして地域住民のさらなる巻き込み、（２）公的保険制度の財政的な持続可能性に関わるネガティブキャンペーンの自重、（３）かかりつけ医を持つことの有用性に関するさらなる調査研究（特に、医学的視点のみならず、社会科学的な視点からの研究もなされるべき）の3点が重要だろう。

目次

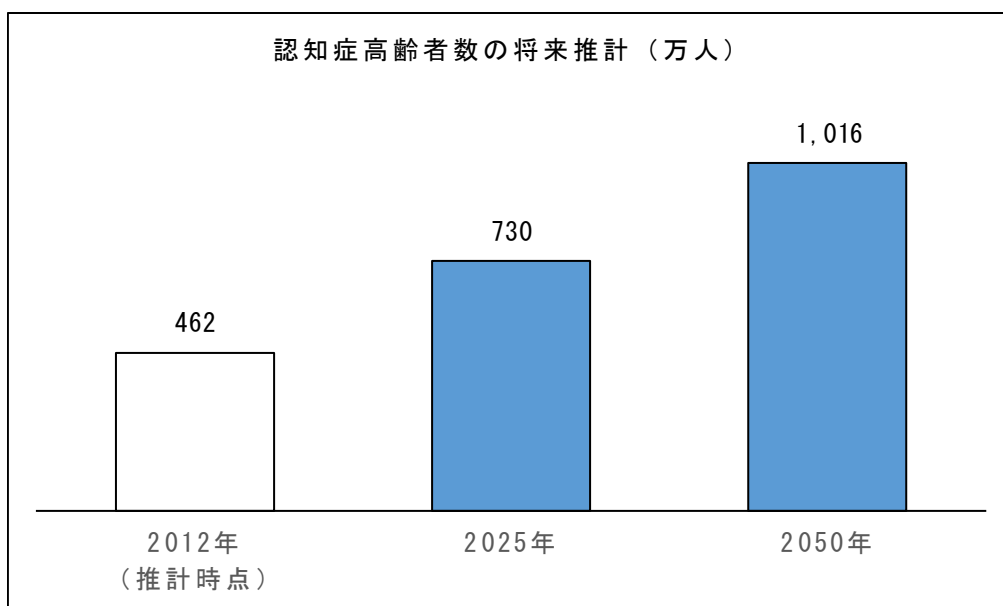
1. はじめに	1
2. 本稿の目的と分析の視点.....	3
2. 1. 本稿の目的.....	3
2. 2. 分析対象とした調査と回答者属性.....	3
(1) 分析対象とした調査データ.....	3
(2) 調査の回答者属性.....	4
2. 3. 分析の視点と方法.....	5
2. 4. 本稿の構成.....	5
3. 調査結果（単純集計）.....	6
3. 1. かかりつけ医について.....	6
(1) かかりつけの医師の有無.....	6
(2) 「かかりつけ医の定義」への合致度【かかりつけの医師がいる】.....	7
(3) かかりつけ医を持つ必要性を感じるか【かかりつけの医師がいない】.....	8
3. 2. 健康と幸福.....	9
(1) 主観による健康度.....	9
(2) 心配事や悩み.....	10
(3) 健康診断の受診.....	11
(4) 主観による幸福度.....	12
3. 3. コミュニティへの参加と病気や健康に関する情報源.....	13
(1) コミュニティへの参加.....	13
(2) コミュニティに参加する理由.....	14
(3) 病気・健康に関わる信頼できる情報源.....	15
(4) 最も信頼できる情報源.....	16
3. 4. 認知症についての認識.....	17
(1) 認知症患者の介護経験.....	17
(2) 認知症についての考え.....	18
(3) 認知症予防のために、心がけていること.....	19
(4) 認知症について関心があること.....	21
(5) 自分や家族に認知症の疑いがある場合の主な相談先.....	22
(6) 認知症になった場合、誰かに知っておいてもらいたいのか.....	23
(7) 認知症になった場合、主にどこで生活したいか.....	25
(8) 認知症全般に関わる不安・心配事.....	26

3. 5. 高齢社会を支える制度および政策キーワードの認知度	27
(1) 介護保険制度の認知状況	27
(2) 認知症対策に関わる主な政策キーワードの認知状況	28
4. かかりつけ医と認知症介護経験に着目して（クロス集計）	29
4. 1. かかりつけ医の有無	29
(1) かかりつけ医の有無と健康度・幸福度	29
(2) かかりつけ医の有無と健診受診	30
(3) かかりつけ医の有無とコミュニティへの参加	31
(4) かかりつけ医の有無と病気・健康に関する最も信頼できる情報源	32
(5) かかりつけ医の有無と認知症についての考え	33
(6) かかりつけ医の有無と認知症予防のために心がけていること	34
(7) かかりつけ医の有無と認知症全般に関わる不安・心配事	35
4. 2. 認知症介護経験の有無	36
(1) 認知症介護経験の有無とかかりつけ医の有無	36
(2) 認知症介護経験の有無と認知症についての考え	37
(3) 認知症介護経験の有無と認知症の予防のために心がけていること	38
(4) 認知症介護経験の有無と認知症になった場合に希望する主な生活場所	39
(5) 認知症介護経験の有無と認知症全般に関わる不安・心配事	40
5. まとめと考察	41
5. 1. かかりつけ医について	41
5. 2. 認知症介護経験について	42
5. 3. 中高年の抱える不安について	42
5. 4. 本研究の限界	44
参考文献・資料	45

1. はじめに

いまだ人類が経験したことのない超高齢社会を迎えるこの国にあって、認知症対策は医療分野における主要な政策課題のひとつである。2014年度の厚生科学研究が行った推計によれば、日本の認知症高齢者の数は2025年に730万人、2050年には1,000万人を超える規模にまで達する（二宮ら 2015）。2050年の将来推計人口は約1億人であり、また現在、認知症の前段階である軽度認知障害（MCI）を抱える人々が認知症患者とほぼ同数いる。これらを単純に仮定すれば、今世紀半ばの日本社会は、全人口の約5人に1人が認知機能に問題を抱えているという、私たちの想像を絶する社会となる。

図表 1-1. 認知症高齢者数の将来推計^注



資料：二宮ら（2015）。

注）久山町スタディからは、年齢・性別・生活習慣病（糖尿病）有病率が認知症有病率に影響することが判明した。推計数字は糖尿病有病率が上昇すると仮定した場合の数字。

かかる現状に対し、政府そして医療業界も決して手をこまねいているわけではない。2015年に政府は「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）を発表し、認知症対策を国家戦略と位置づけ、各種取り組みを加速させている。同年、日本医師会は『かかりつけ医のための認知症マニュアル』を作成（瀬戸ら 2015）。他にも2016年度に開始

した「日医かかりつけ医機能研修制度」等を通じて、日常診療において認知症患者と接する機会の多い“かかりつけ医”向けの支援体制を強化している。わが国の医療分野の民間シンクタンクである日本医療政策機構（代表理事 黒川清）は近年、認知症対策を主要テーマのひとつと掲げ、提言書『認知症の社会的処方箋』を公表。また、世界認知症審議会（WDC: World Dementia Council）から発表された認知症のケアとサポートの重要性に関する声明「Global Care Statement」の日本語訳を作成する等の取り組みを行っている。また、認知症関連の3学会（日本老年精神医学会、日本認知症学会、日本認知症ケア学会）の理事長・幹部らがまとめた報告書『認知症と共生する社会に向けて』では、新旧オレンジプランをはじめ日本の認知症施策に関わる論点整理と問題提起が、長年の経験に基づく専門家の観点からなされている。例えば同文書中の「認知症医療は、新しい社会像を形成し、そのための社会政策が必須」「認知症と共生する社会とは、まさに超高齢社会の根幹」（p.5）、「国の認知症施策体制として、総理大臣、あるいはそれに準ずる人の直轄としての組織が望まれるが、それが直ちに実現困難としても、厚生労働省の中に『認知症局』をつくる必要がある」（p.6）等の指摘からも、その危機意識を窺い知ることができよう。

本ワーキングペーパーでは、民間保険会社とその被保険者を対象に行った、認知症をはじめとする高齢者の健康にかかわるアンケート調査結果のデータを二次的に分析した。着眼したのは、「かかりつけ医の存在」そして「認知症介護経験」である。現代の医療技術では、認知症は一部の症例を除き根治は困難だが、適切な医学管理下に置けば発症予防や重症化予防は可能である。したがって早期発見・早期治療が対策のカギであり、日常診療で接する機会の多い、かかりつけ医の存在が重要である。また、同様の文脈で、認知症介護経験者の実体験とそこから生じる暗黙知をいかに社会に広げるかも、今後の対策を考えるうえで等しく重要だろう。「かかりつけ医の存在」と「認知症介護経験」に着目した分析を行ったのは、以上のような理由からである。

2. 本稿の目的と分析の視点

2. 1. 本稿の目的

本ワーキングペーパーの目的は、認知症をはじめ、高齢者の健康に関わる広範なトピックについて、主に「かかりつけ医の存在」と「認知症介護経験」の2つを軸として、現在の中高年齢層の認識を探ることにある。

2. 2. 分析対象とした調査と回答者属性

(1) 分析対象とした調査データ

分析対象とした調査データは、2017年に太陽生命保険株式会社（以下「太陽生命社」と呼ぶ）が実施した「健康や医療・介護に関するアンケート調査」の回答結果データである。同調査は、40歳代～70歳代の太陽生命社の被保険者から無作為に抽出した5,000名を対象とし、2017年3月から4月にかけて実施。1,557名の有効回答を得たものである（有効回答率31.7%）。

今回、太陽生命社と連携し、同社の40～70歳の被保険者を対象とした調査結果のデータ提供を得て、上記目的に合致する調査項目について分析した。なお、太陽生命社から提供されたデータは、プライバシーマークを取得している専門調査会社の手によって個人を特定できないよう完全に匿名化された状態で著者らの手に渡され、分析された。

この調査は、「健康寿命の延伸」という社会的課題に応えるために太陽生命社が推進する『太陽の元気プロジェクト』の一環として実施されたものである。それゆえ、保険商品に関わるマーケティング調査にとどまらず、認知症をはじめとする高齢者の健康や医療・介護問題について、公益に資するような調査としたいとの実施意図があり、日医総研の研究員が調査設計にあたっての助言等の協力を行った。なお、本ワーキングペーパーの分析対象からは、同調査における保険商品等に関わるマーケティング関連の質問に関わるデータは除外している。

(2) 調査の回答者属性

図表 2-2-1 に、分析対象とした調査の回答者属性を示しておく。

図表 2-2-1.回答者の属性

		N	%
年齢 (平均年齢61.6歳)	40-49歳	272	17.5%
	50-59歳	355	22.8%
	60-69歳	472	30.3%
	70-79歳	458	29.4%
性別	男性	336	21.6%
	女性	1,221	78.4%
居住地 (地方 8 区分)	北海道地方	94	6.0%
	東北地方	75	4.8%
	関東地方	487	31.3%
	中部地方	291	18.7%
	近畿地方	318	20.4%
	中国地方	71	4.6%
	四国地方	26	1.7%
	九州・沖縄地方	195	12.5%
学歴	大学、大学院	220	14.1%
	短大、高専、専門学校	352	22.6%
	高等学校	800	51.4%
	中学校	162	10.4%
	その他、不明	23	1.5%
就業状況	ほぼ毎日仕事をしている	625	40.1%
	週に2、3日仕事をしている	156	10.0%
	月に数日仕事をしている	39	2.5%
	不定期に仕事をしている	50	3.2%
	仕事はしていない	646	41.5%
	不明	41	2.6%
世帯年収	300万円未満	557	35.8%
	300万円～500万円未満	386	24.8%
	500万円～700万円未満	254	16.3%
	700万円～1,000万円未満	104	6.7%
	1,000万円以上	74	4.8%
	無回答、不明	182	11.7%

図表 2-2-1 に示した通り、女性の割合が比較的多い（78.4%）というのが今回の調査サンプルの主たる特徴である。これは、調査主体である太陽生命社がターゲットとする主な顧客層（被保険者層）によるものであり、結果の解釈にあたり留意すべき点である。ただし、昨年ベストセラーである『未来の年表』が指摘したように、日本はすでに「2017年『おばあちゃん大国』に変化」しており（河合 2017）、中高年女性の社会的、政治的、経済的なプレゼンスの大きさは今さら言及するまでもないだろう。かかる文脈において、本調査および分析結果は一定の社会的意義を有するものと考えられる。

2. 3. 分析の視点と方法

分析にあたっては、結果の単純集計（Grand Total）分析に加え、「かかりつけ医の有無」および「認知症介護経験の有無」¹に着目したクロス集計分析を行った。かかりつけ医の有無や介護経験の有無が、認知症をはじめとした高齢者の健康に関わる価値観や行動に影響を及ぼすであろうとの仮説がその理由である。

集計や分析作業にあたり使用したのは、インテージ社が開発した統計解析ソフト Lyche-Epoch の Ver. 1.5.0.0 である。2群の比較分析にあたっては、同ソフトウェアを用いて平均値あるいは回答割合の差についての統計学的検定を行った。

2. 4. 本稿の構成

本稿の構成は以下の通りである。第3章では調査の単純集計分析、第4章ではかかりつけ医の有無と認知症介護経験の有無を分析軸としたクロス集計分析の結果についてそれぞれ解説する。第5章では分析結果を総括しつつ、主要な論点に関する政策的含意について考察を加え、結論とする。

¹ 本稿では、認知症患者の介護経験を有する者に加え、認知症患者と身近に接したことのある経験者も「認知症介護経験あり」群に分類した。

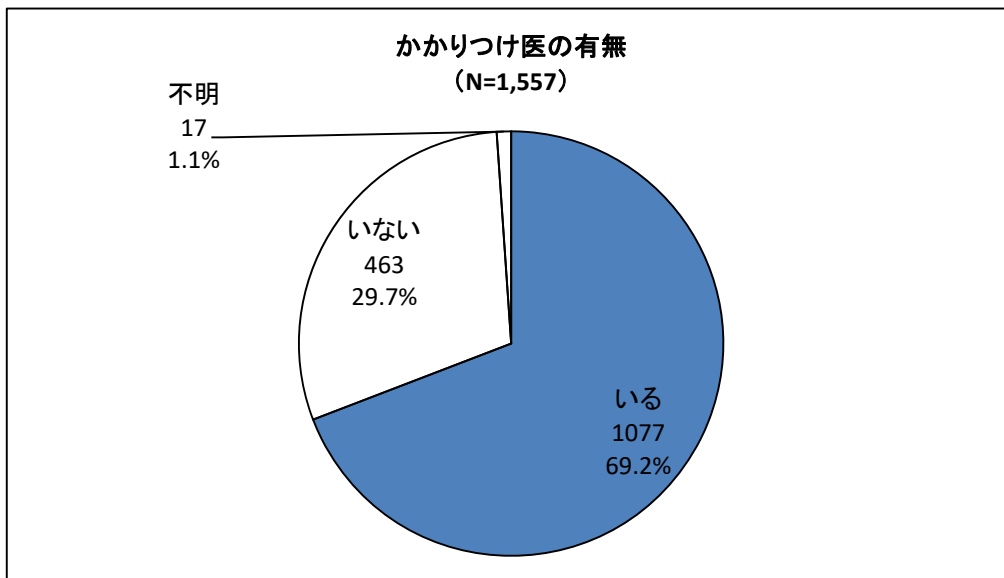
3. 調査結果（単純集計）

3. 1. かかりつけ医について

（1）かかりつけの医師の有無

図表 3-1-1 は、かかりつけ医の有無の割合を示している。かかりつけ医がいる割合は 69.2%、いない割合は 29.7%であった。

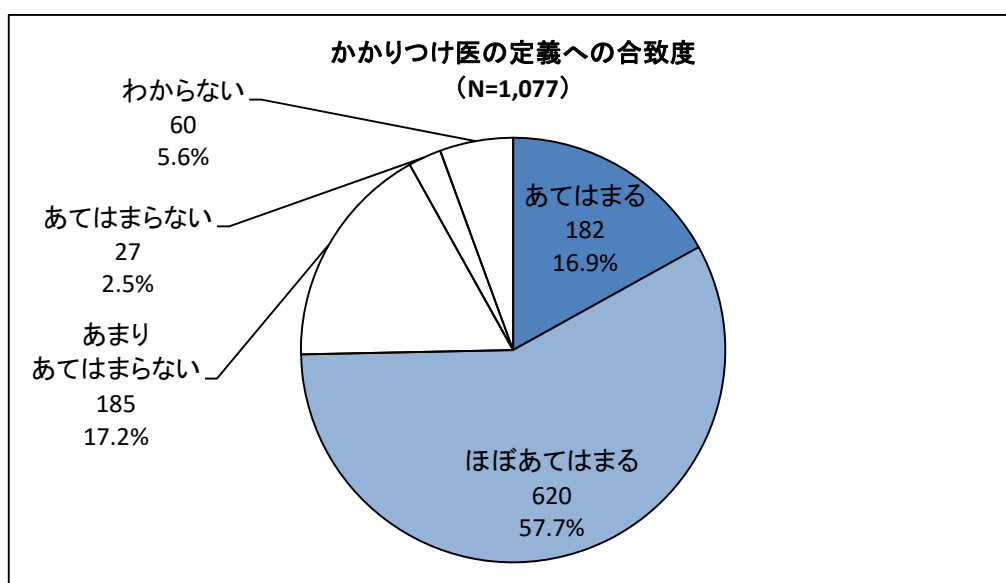
図表 3-1-1.かかりつけ医の有無



(2) 「かかりつけ医の定義」への合致度【かかりつけの医師がいる】

図表 3-1-2 は、かかりつけ医がいると回答した者 (N=1,077) における「かかりつけ医の定義」(日本医師会・四病院団体協議会) への合致度の割合について示している。定義に「あてはまる」が 16.9%、「ほぼあてはまる」が 57.7%であり、かかりつけ医がいる者のうち、約 3/4 が定義にあてはまると回答した。

図表 3-1-2. 「かかりつけ医の定義」への合致度



「かかりつけ医」とは (定義)

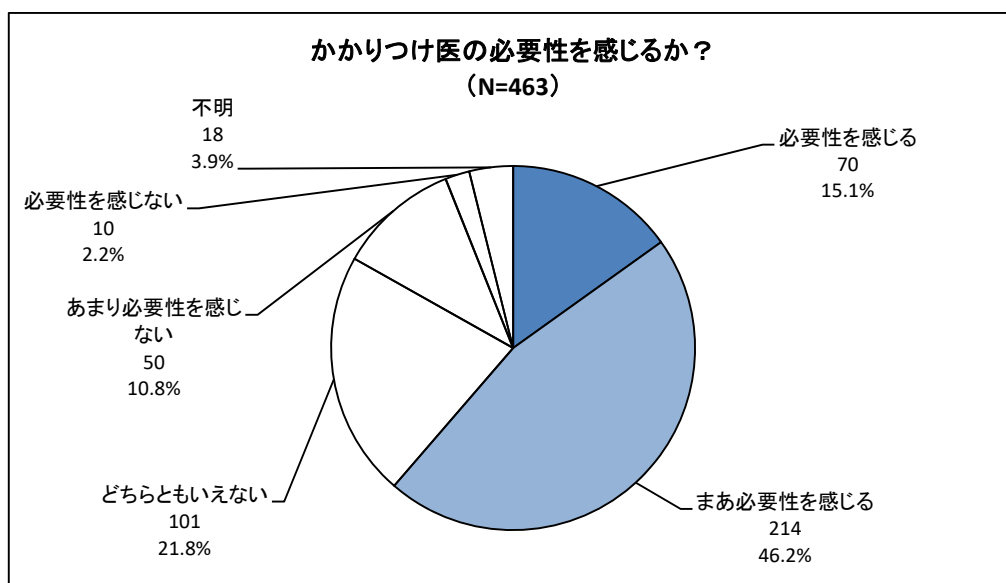
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

日本医師会・四病院団体協議会 (2013)

(3) かかりつけ医を持つ必要性を感じるか【かかりつけの医師がない】

図表 3-1-3 は、かかりつけ医がないと回答した者 (N=463) に、かかりつけ医を持つ必要性を感じるかを問うた結果について示している。「必要性を感じる」が 15.1%、「まあ必要性を感じる」が 46.2%であり、かかりつけ医がない者のうち、6割強がかかりつけ医を持つ必要性を感じていた。

図表 3-1-3.かかりつけ医を持つ必要性を感じるか

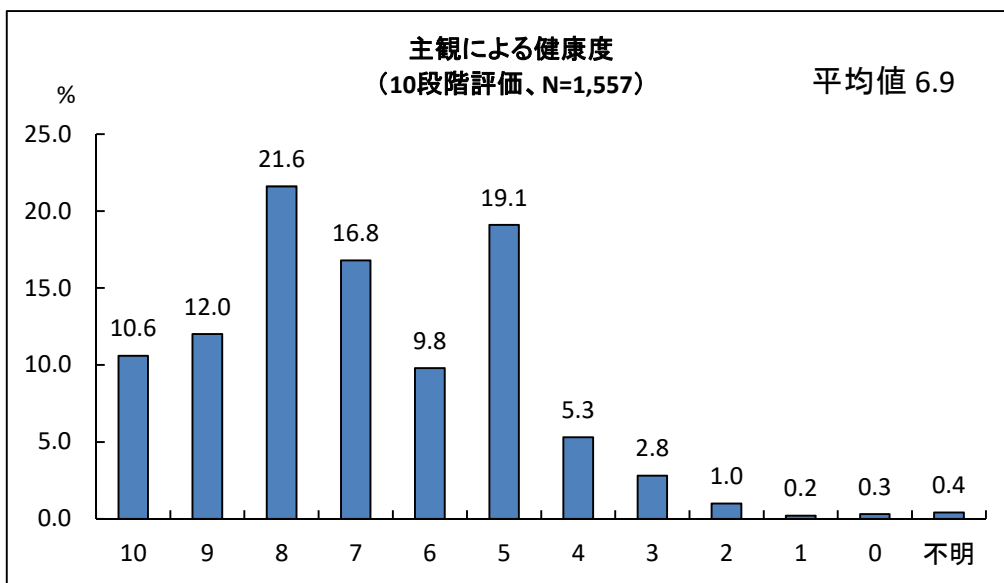


3. 2. 健康と幸福

(1) 主観による健康度

図表 3-2-1 は、主観による健康度を 10 段階評価で問うた結果について示している。最も割合が多いのは 10 段階評価の「8」で 21.6%、次に「5」で 19.1%、その次に「7」で 16.8%であり、健康度の評価の平均値は「6.9」であった。

図表 3-2-1.主観による健康度^注

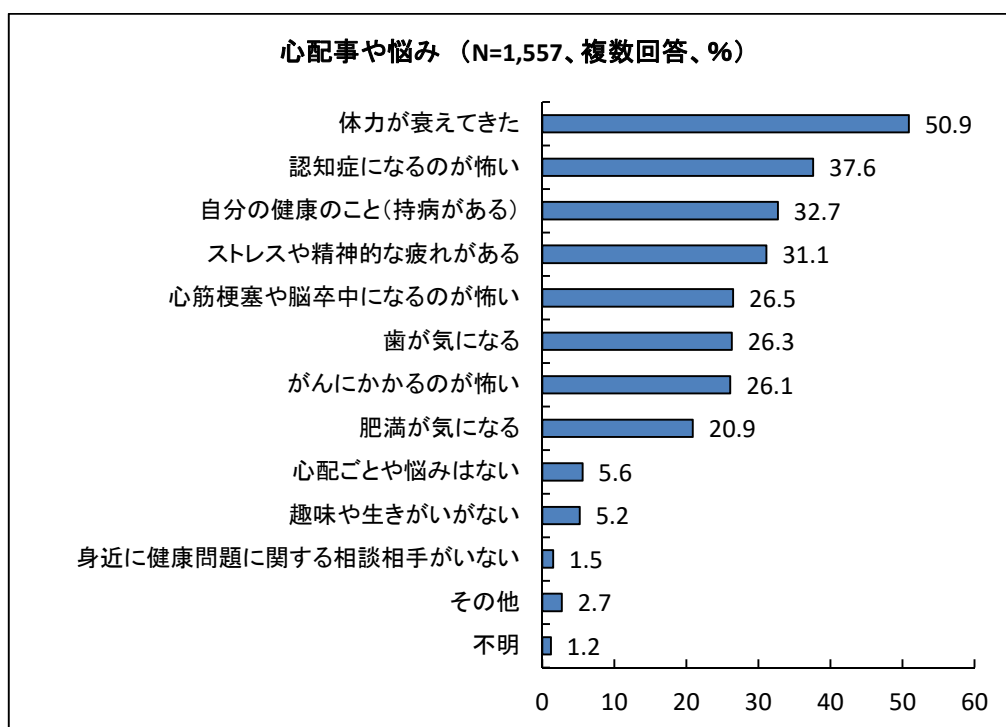


注) 健康度については、10を「とても良い」、5を「どちらとも言えない」、0を「全く良くない」とする10段階で評価してもらった。

(2) 心配事や悩み

図表 3-2-2 は、心配事や悩みの状況についての回答結果を示している。最も割合が多いのが「体力が衰えてきた」で 50.9%、次いで「認知症になるのが怖い」で 37.6%、その次に「自分の健康のこと」で 32.7%であった。

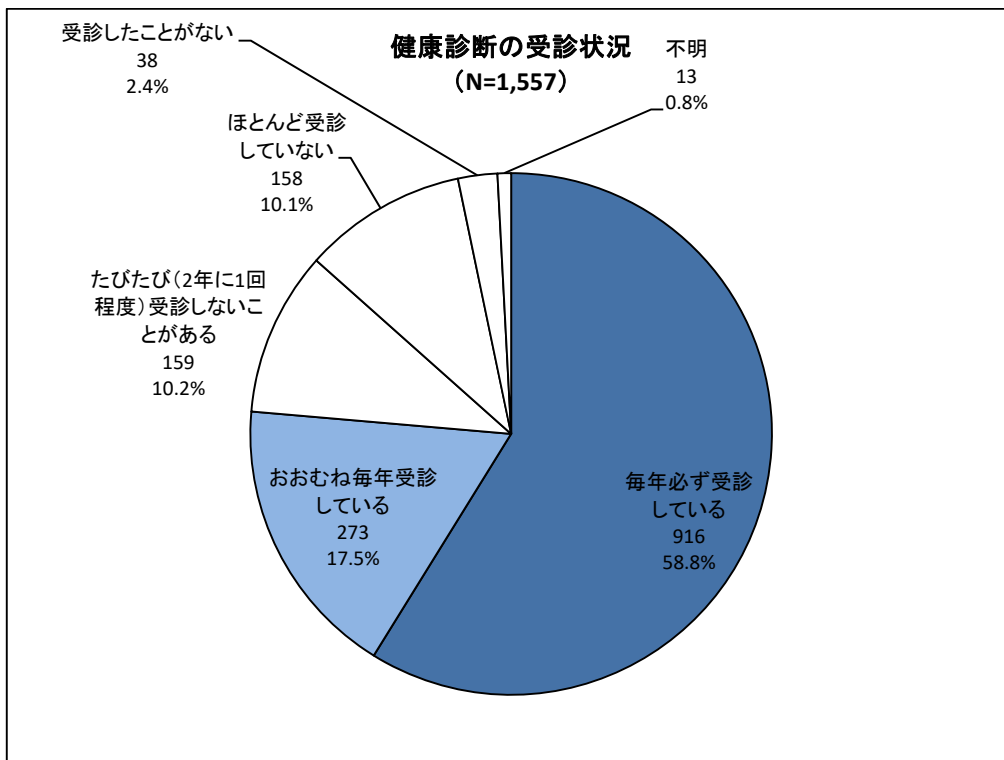
図表 3-2-2. 心配事や悩み



(3) 健康診断の受診

図表 3-2-3 は、健康診断の受診状況についての回答結果を示している。「毎年必ず受診している」が 58.8%、「おおむね毎年受診している」が 17.5%であり、3/4 強がほぼ定期的に健康診断を受診していると回答した。

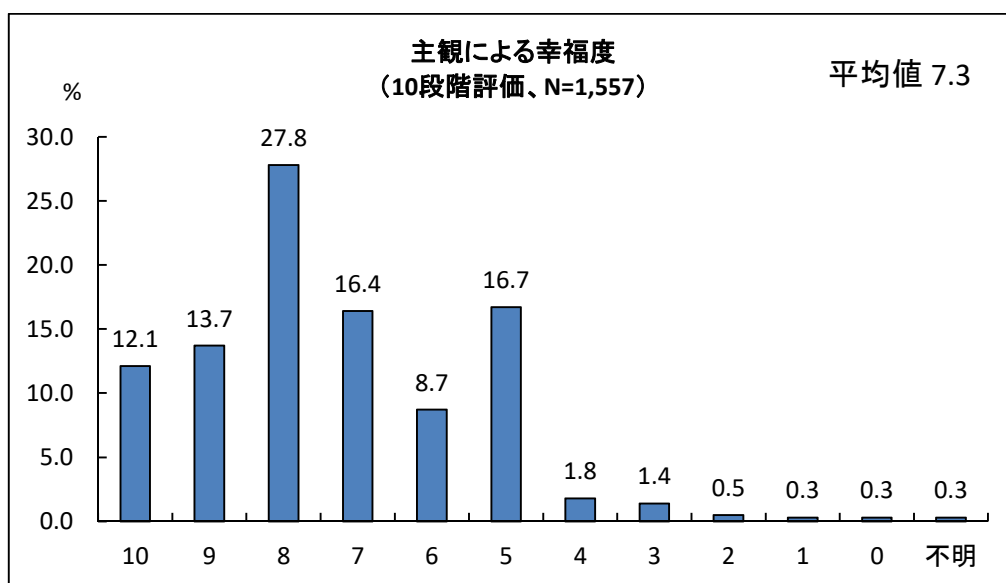
図表 3-2-3.健康診断の受診状況



(4) 主観による幸福度

図表 3-2-4 は、主観による幸福度を 10 段階評価で問うた結果について示している。最も割合が多いのは 10 段階評価の「8」で 27.8%、次に「5」で 16.7%、その次に「7」で 16.4%であり、幸福度の評価の平均値は「7.3」であった。

図表 3-2-4.主観による幸福度



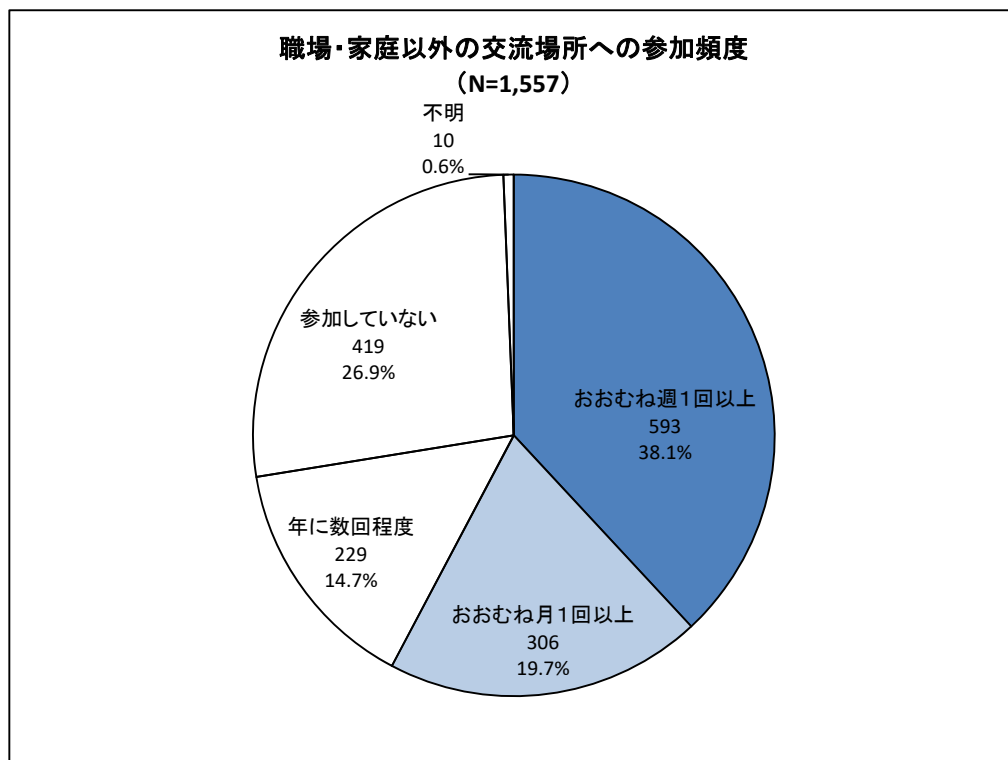
注) 幸福度については、10 を「とても幸せ」、5 を「どちらとも言えない」、0 を「とても不幸」とする 10 段階で評価してもらった。

3. 3. コミュニティへの参加と病気や健康に関する情報源

(1) コミュニティへの参加

図表 3-3-1 は、コミュニティ（職場・家庭以外の交流場所）への参加頻度についての回答結果を示している。「おおむね週 1 回以上」が 38.1%、「おおむね月 1 回以上」が 19.7%であり、6 割弱が月 1 回以上コミュニティに参加していた。

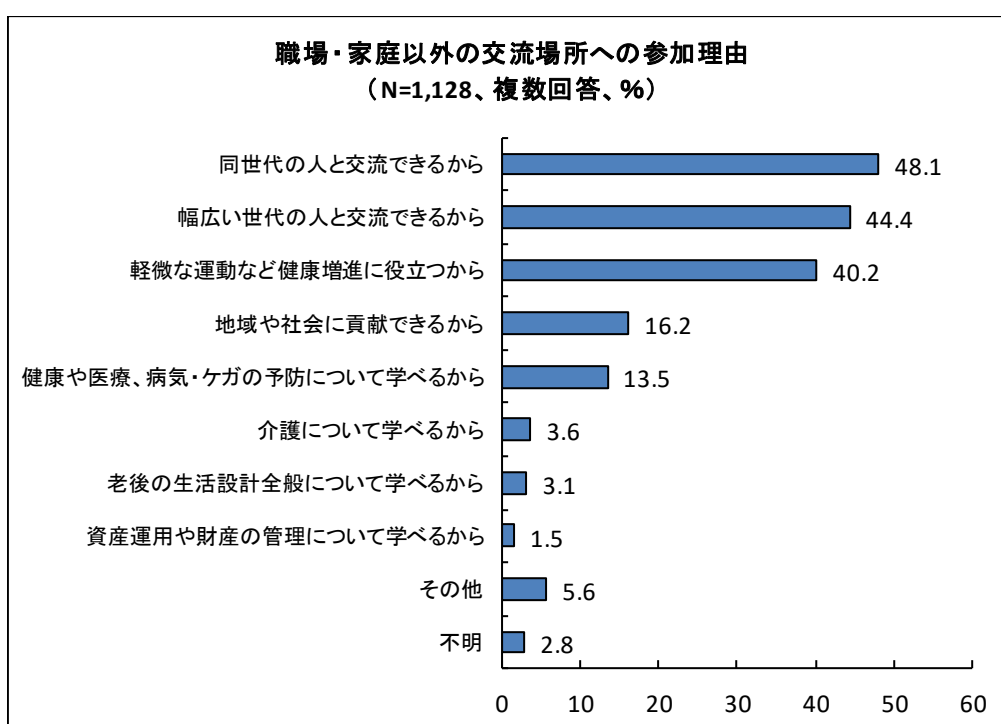
図表 3-3-1. コミュニティ（職場・家庭以外への交流場所）への参加頻度



(2) コミュニティに参加する理由

図表 3-3-2 は、コミュニティ（職場・家庭以外の交流場所）への参加頻度についての回答結果を示している。「同世代の人と交流できるから」「幅広い世代の人と交流できるから」「軽微な運動など健康増進に役立つから」が上位 3 つの理由で、いずれも 4 割超であった。

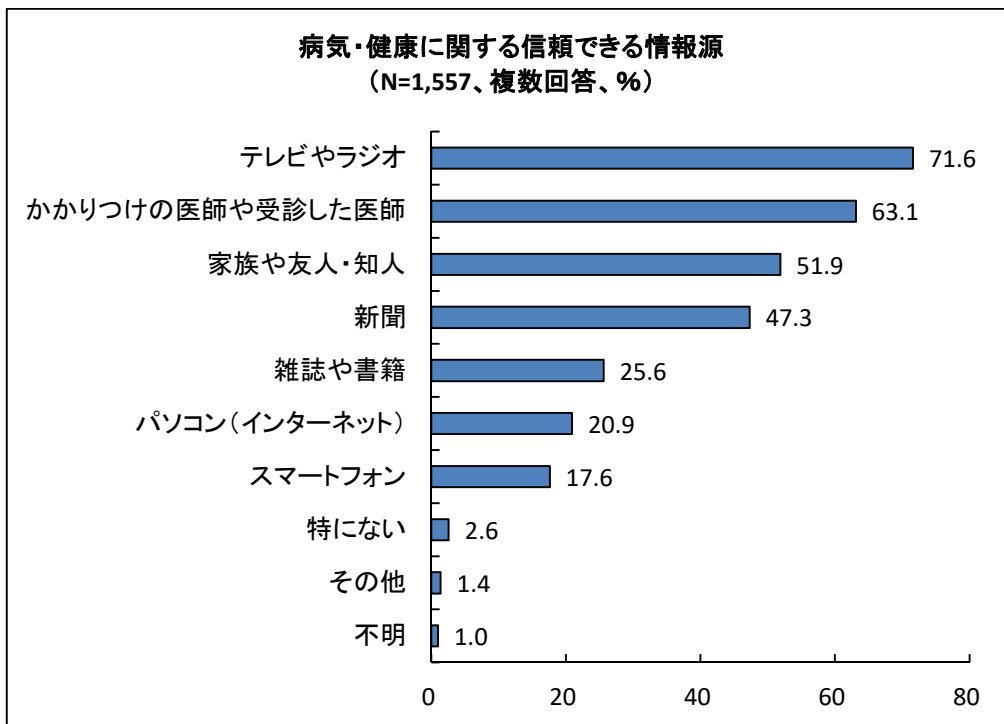
図表 3-3-2. コミュニティ（職場・家庭以外の交流場所）への参加理由



(3) 病気・健康に関わる信頼できる情報源

図表 3-3-3 は、病気・健康に関する信頼できる情報源についての回答結果を示している。挙げた割合が多い順に、「テレビやラジオ」(71.6%)、「かかりつけの医師や受診した医師」(63.1%)、「家族や友人・知人」(51.9%)であった。

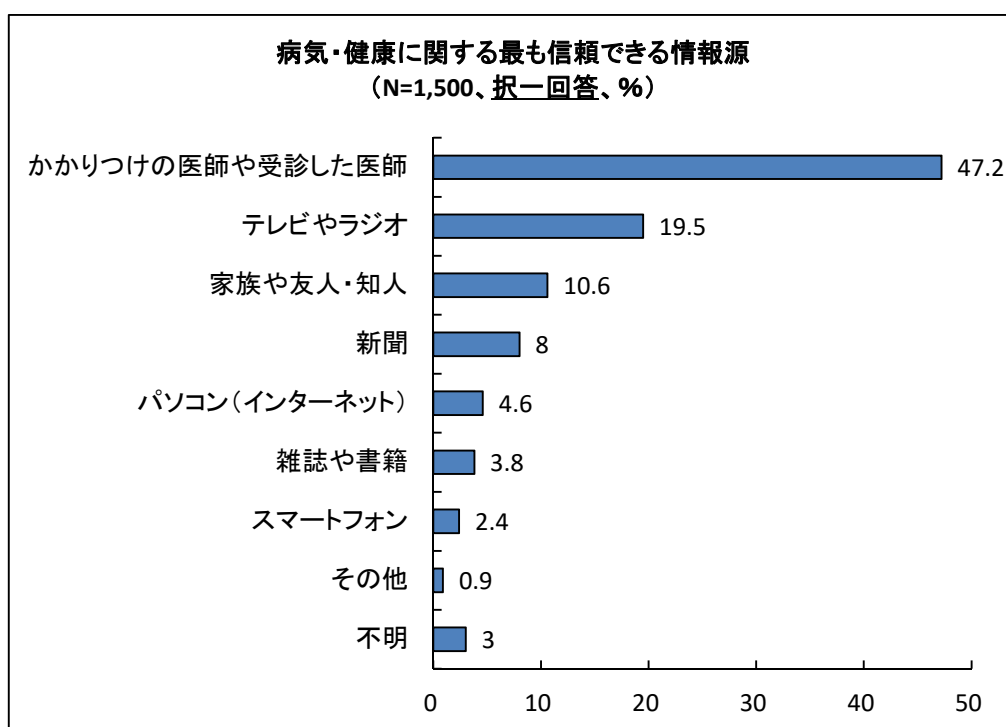
図表 3-3-3. 病気・健康に関する信頼できる情報源



(4) 最も信頼できる情報源

図表 3-3-4 は、病気・健康に関する最も信頼できる情報源（択一回答）についての回答結果を示している。挙げた割合が最も多かったのは「かかりつけの医師や受診した医師」（47.2%）であり、「テレビやラジオ」（19.5%）や「家族や友人・知人」（10.6%）がこれに続く。

図表 3-3-4. 病気・健康に関する最も信頼できる情報源

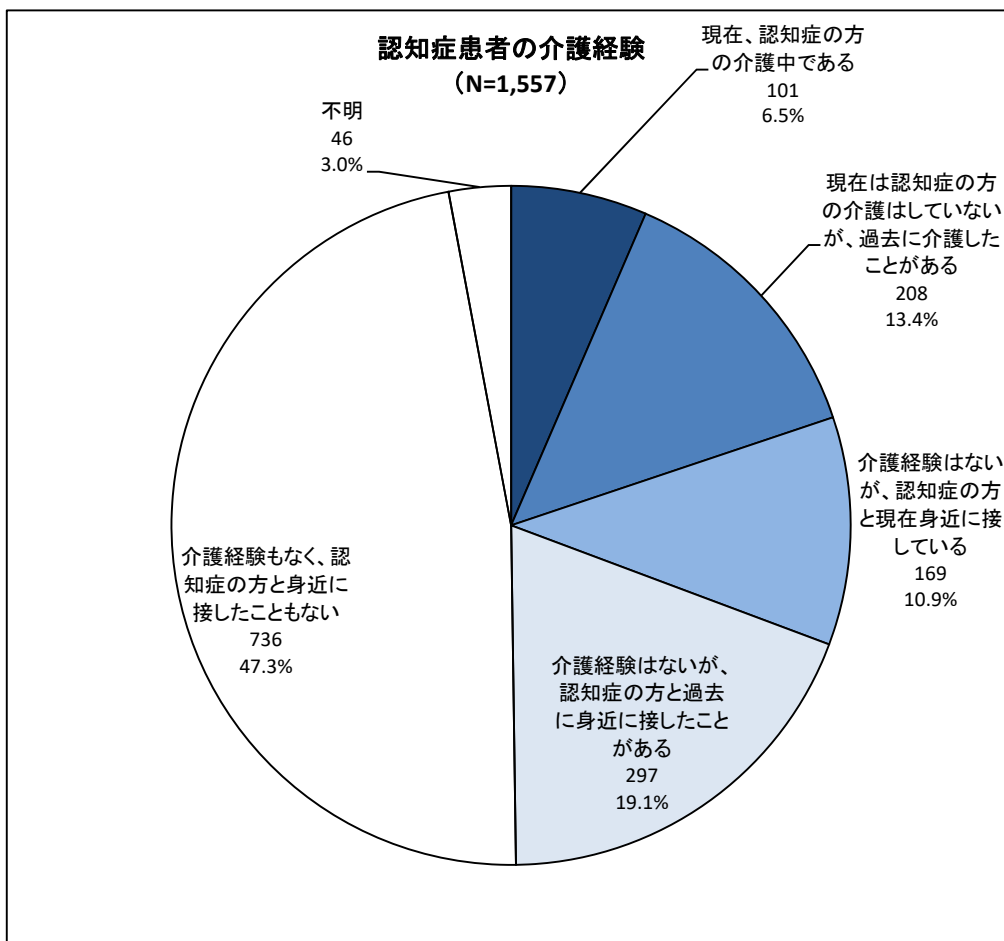


3. 4. 認知症についての認識

(1) 認知症患者の介護経験

図表 3-4-1 は、認知症患者の介護経験について示している。「現在介護中」が 6.5%、「過去に介護したことがある」が 13.4%、「介護経験はないが、身近に接している」が 10.9%、「介護経験はないが、過去に身近に接したことがある」が 19.1%であり、約半数が認知症患者と身近に接した経験を有していた。

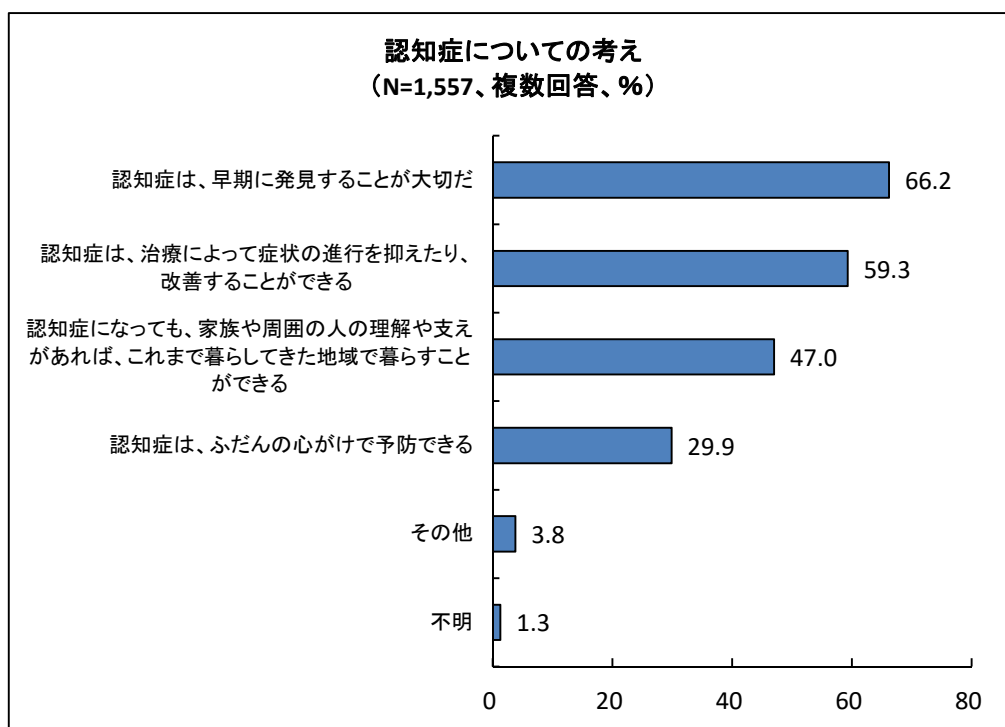
図表 3-4-1.認知症患者の介護経験



(2) 認知症についての考え

図表 3-4-2 は、認知症についての考えの回答結果を示している。「早期に発見することが大切」と考える割合は 66.2%、「治療によって症状の進行を抑えたり、改善することができる」と考える割合は 59.3%、「家族や周囲の人の理解や支えがあれば、これまで暮らしてきた地域で暮らすことができる」と考える割合が 47.0%、「ふだんの心がけで予防できる」と考える割合は 29.9%であった。

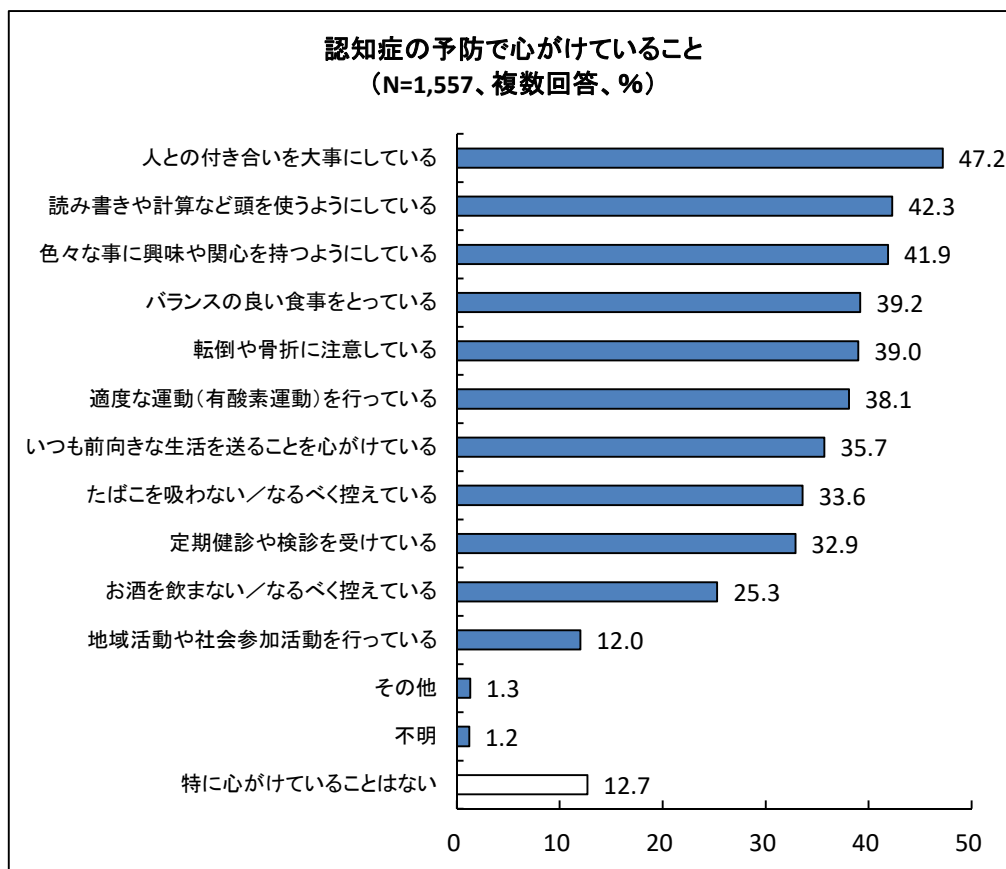
図表 3-4-2. 認知症について



(3) 認知症予防のために、心がけていること

図表 3-4-3-1 は、認知症の予防で心がけていることについての回答結果を示している。多い順に、「人との付き合いを大事にしている」(47.2%)、「読み書きや計算など頭を使うようにしている」(42.3%)、「色々な事に興味や関心を持つようにしている」(41.9%)で、4割を超えていた。一方で、「地域活動や社会参加活動を行っている」(12.0%)や「お酒を飲まない／なるべく控えている」(25.3%)は比較的少なく、3割を下回った。「特に心がけていることはない」との回答は12.7%あった。

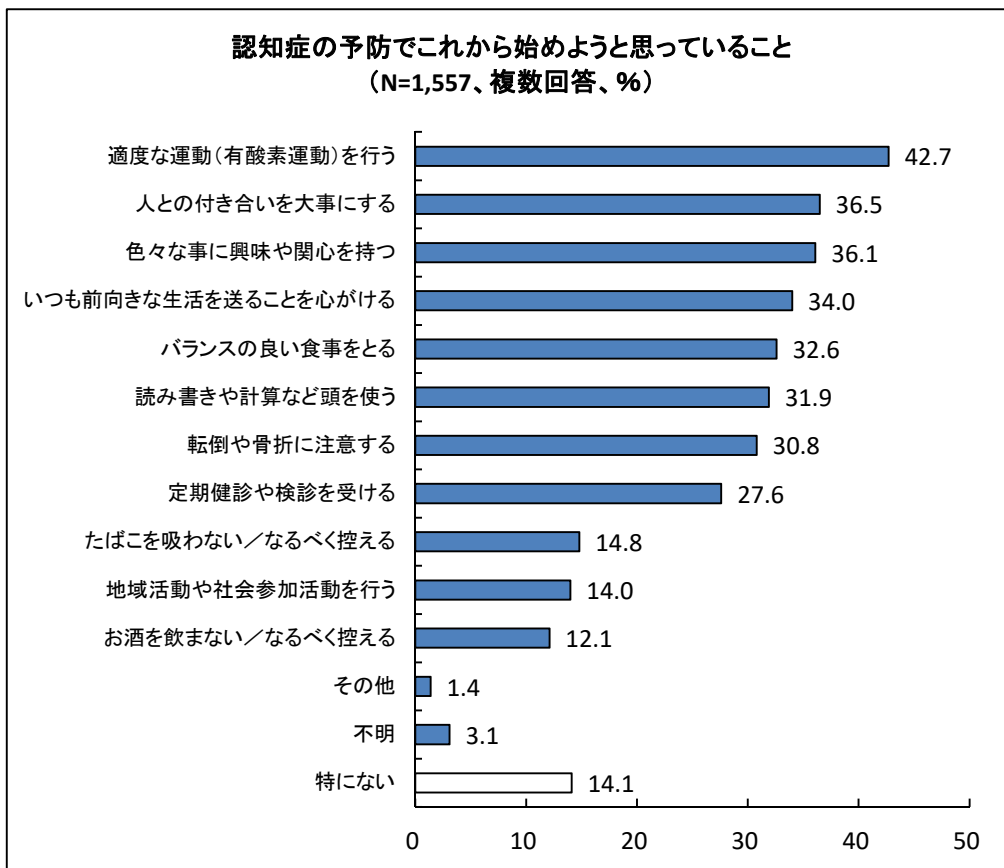
図表 3-4-3-1. 認知症の予防で心がけていること



認知症の予防のために、はじめようと思っていること

図表 3-4-3-2 は、認知症の予防でこれから始めようと思っていることについての回答結果を示している。多い順に、「適度な運動(有酸素運動)を行う」(42.7%)、「人との付き合いを大事にする」(36.5%)、「色々な事に興味や関心を持つ」(36.1%)であった。一方、「お酒を飲まない／なるべく控える」(12.1%)や「地域活動や社会参加活動を行う」(14.0%)、「たばこを吸わない／なるべく控える」(14.8%)は比較的少なく、15%を切っていた。「特にない」との回答は14.1%あった。

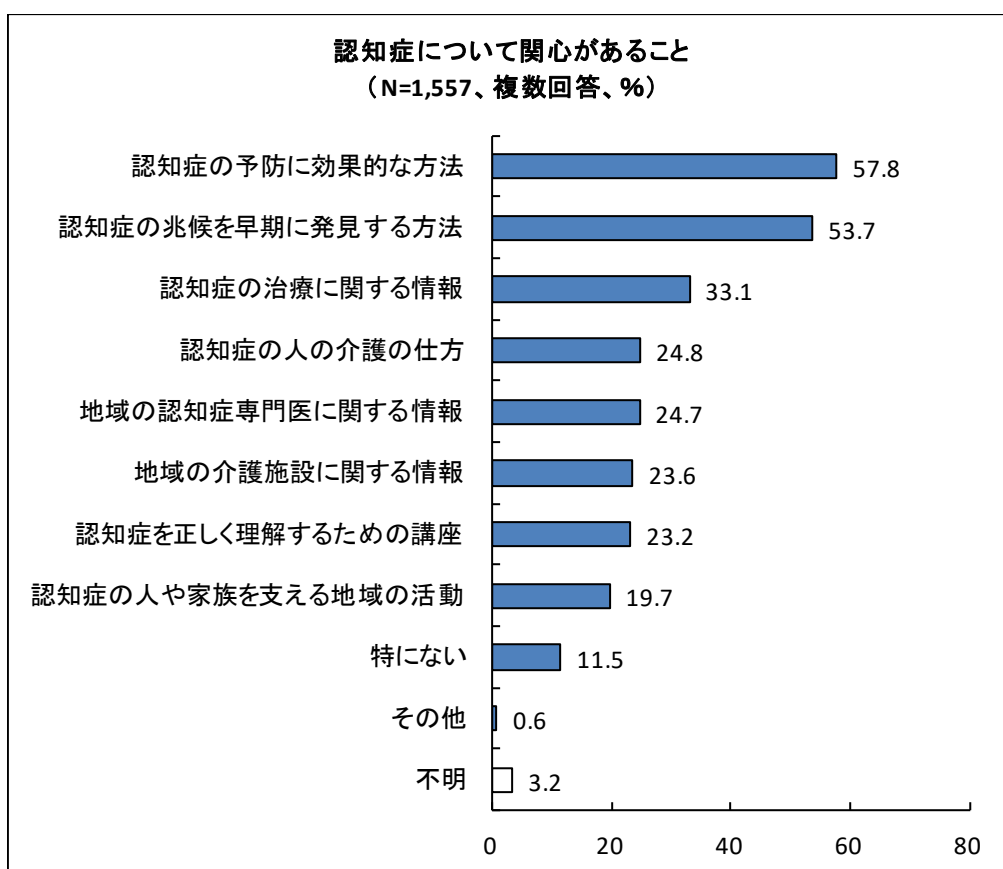
図表 3-4-3-2.認知症の予防でこれから始めようと思っていること



(4) 認知症について関心があること

図表 3-4-4 は、認知症について関心のあることの回答結果を示している。多い順に、「予防に効果的な方法」(57.8%)、「兆候を早期に発見する方法」(53.7%) がともに5割を超え突出しており、「治療に関する情報」(33.1%)が続く。治療や介護など発症後に関わる情報よりも、予防法や早期発見の方法への関心が高い。

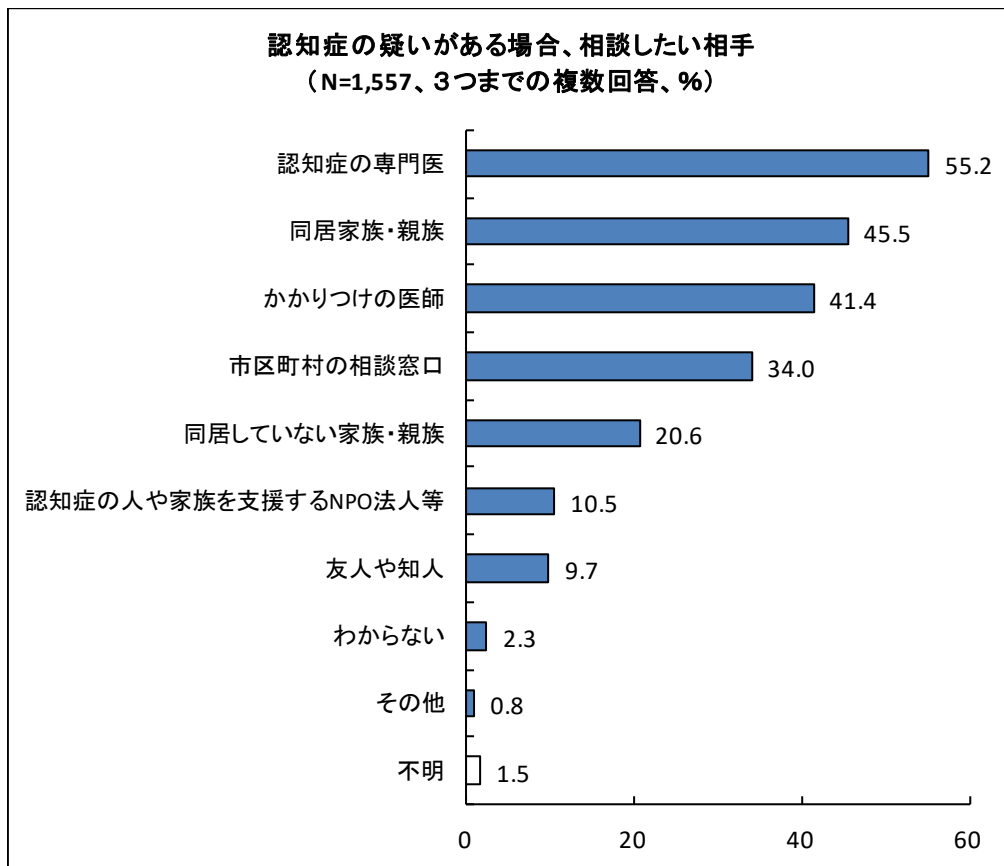
図表 3-4-4. 認知症について関心があること



(5) 自分や家族に認知症の疑いがある場合の主な相談先

図表 3-4-5 は、認知症の疑いがある場合の相談相手について、3つまでの複数回答で問うた結果を示している。多い順に、「認知症の専門医」(55.2%)、「同居家族・親族」(45.5%)、「かかりつけの医師」(41.4%)と続く。

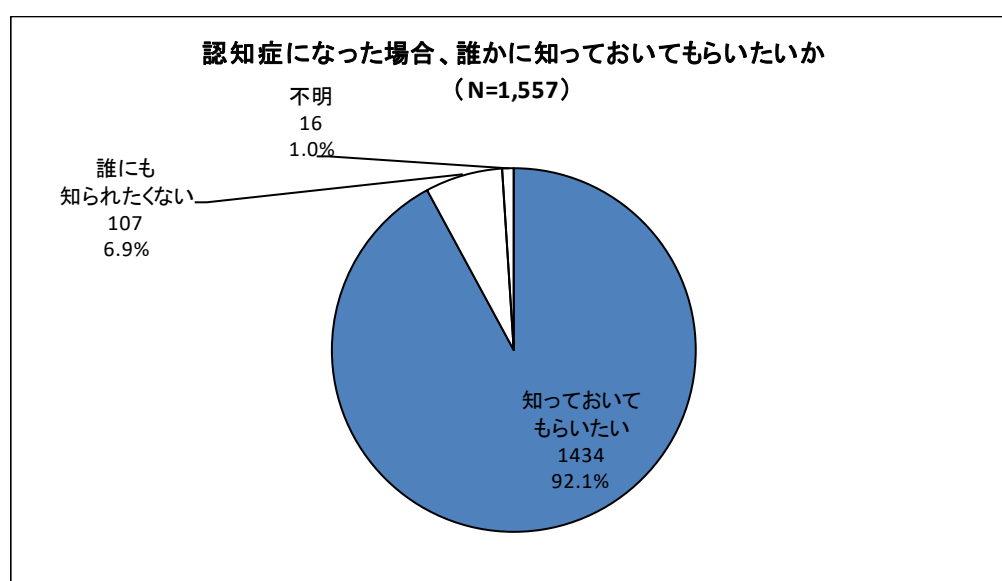
図表 3-4-5. 認知症の疑いがある場合の相談先



(6) 認知症になった場合、誰かに知っておいてもらいたい

図表 3-4-6-1 は、もし自分が認知症になった場合、それを誰かに知っておいてもらいたいかを尋ねた結果について示している。「知っておいてもらいたい」との回答が 9 割を超え、大多数を占めた (92.1%)。逆に、「誰にも知られたくない」との回答は 6.9% と極めて少数であった。

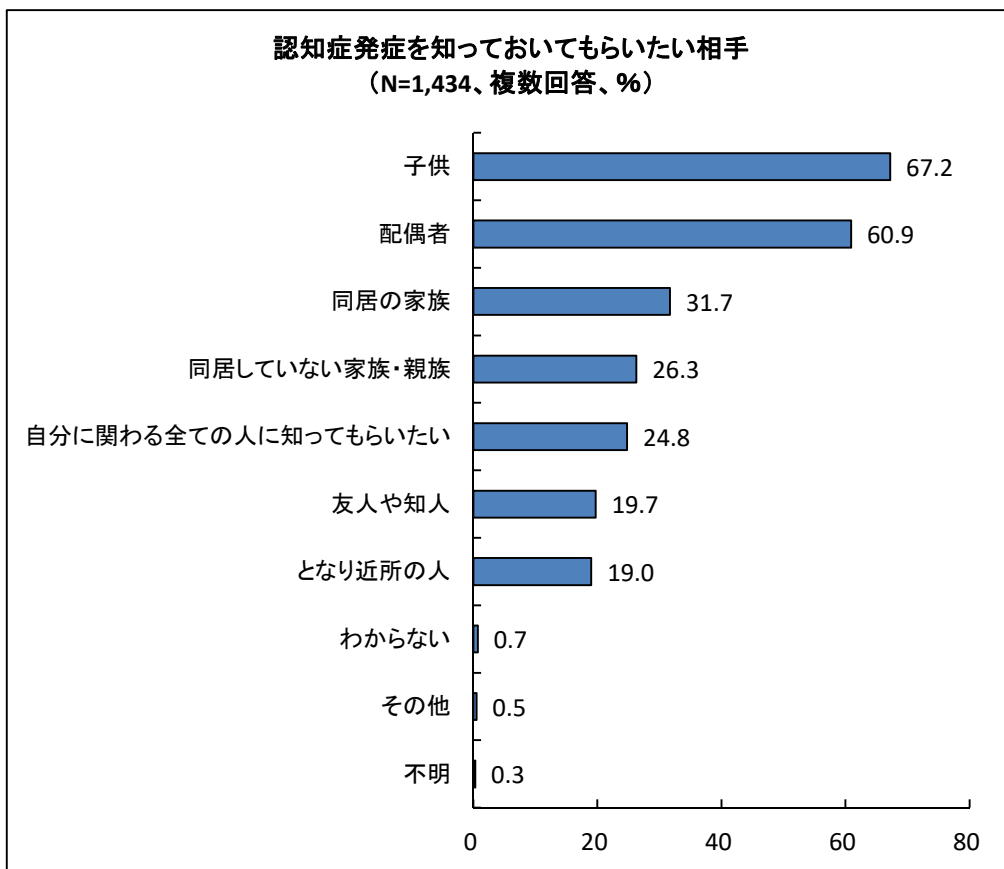
図表 3-4-6-1. 認知症になった場合、誰かに知っておいてもらいたい



誰に知っておいてもらいたいか

もし自分が認知症になった場合、誰に知っておいてもらいたいか。それを複数回答で尋ねた結果が、図表 3-4-6-2 である。「子供」(67.2%)、「配偶者」(60.9%) が突出して多く、ともに 6 割を超える。また、「自分に関わる全ての人に知っておいてもらいたい」との回答も 24.8%あった。

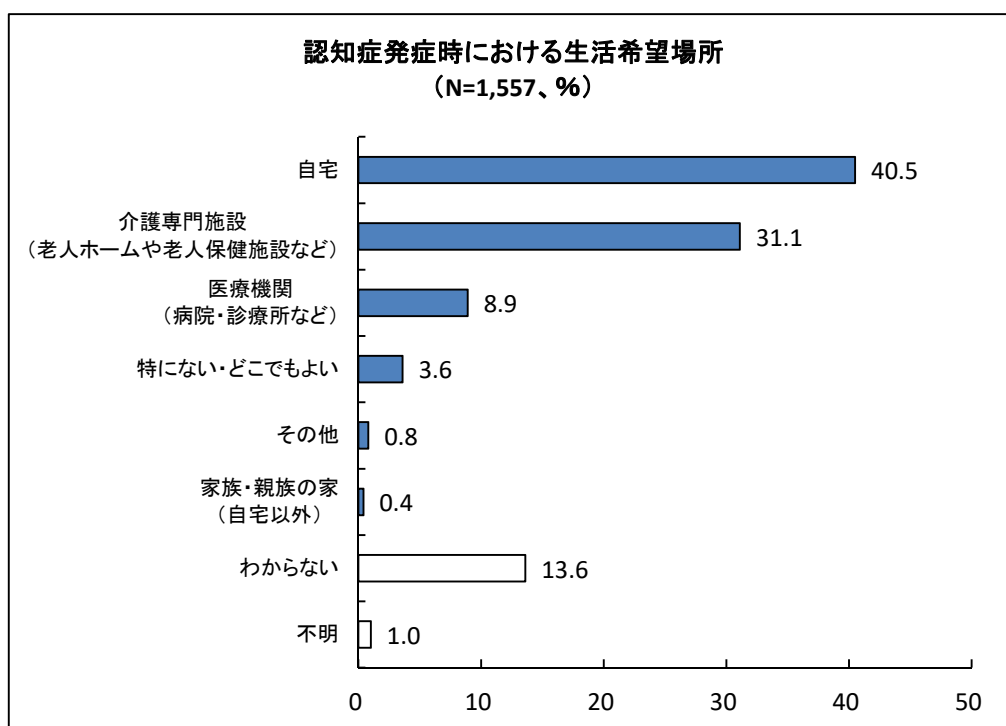
図表 3-4-6-2.認知症発症を知っておいてもらいたい相手



(7) 認知症になった場合、主にどこで生活したいか

図表 3-4-7 は、もし自分が認知症になった場合、主にどこで生活したいかを尋ねた結果について示している。「自宅」(40.5%)と「介護専門施設」(31.1%)が目立って多く、この2つの選択肢で7割を超える。「医療機関」との回答は8.9%だった。また、「わからない」との回答は13.6%であった。

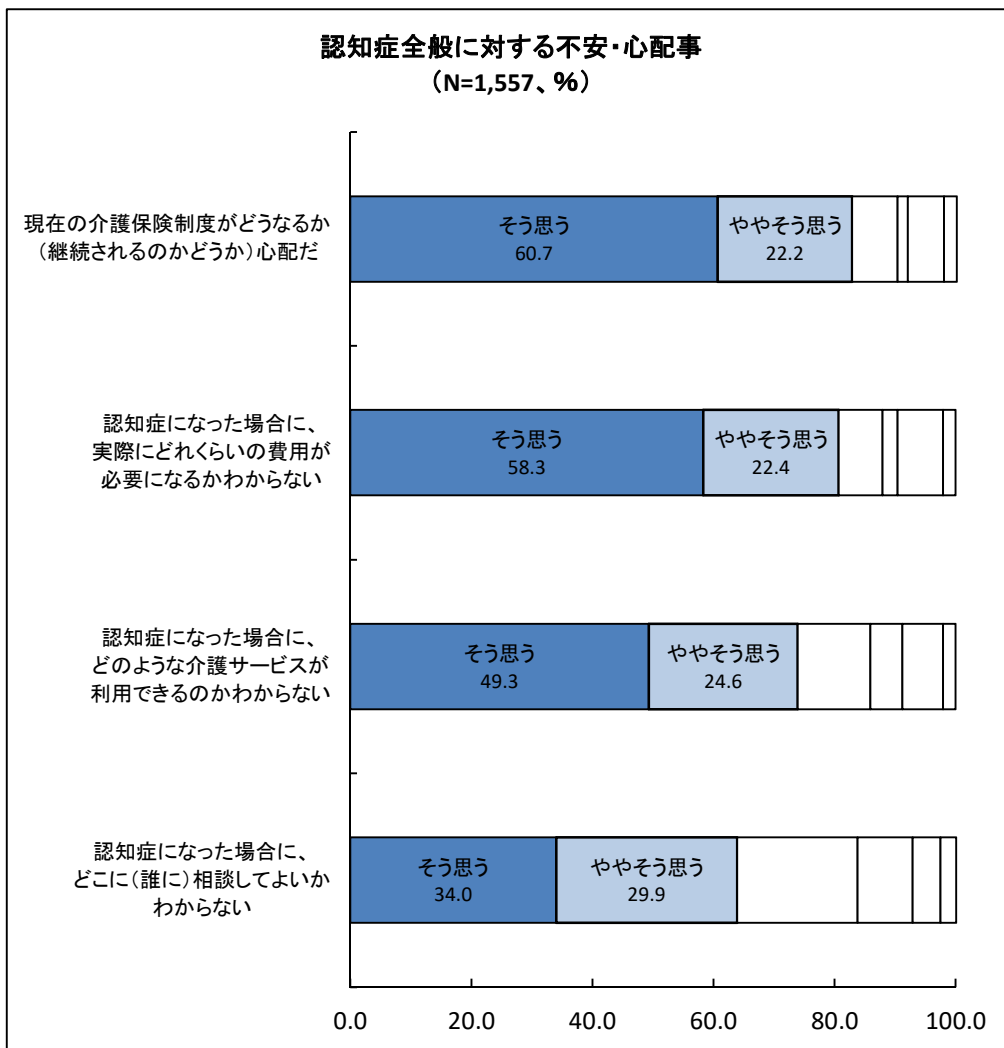
図表 3-4-7. 認知症になった場合、主にどこで生活したいか



(8) 認知症全般に関わる不安・心配事

図表 3-4-8 は、認知症全般に関わる不安・心配事について、主なトピックごとに尋ねた結果を示している。ネガティブな回答が多かった順に、「現在の介護保険制度がどうなるか心配」との割合が 82.9%、認知症になった場合の費用面での心配が 80.7%、サービス面での心配が 73.9%、相談先の心配が 63.9%であった。自分自身のお金や受給できるサービス、相談先を心配するよりも、国が運営する制度を心配する割合が高いことが印象的である。

図表 3-4-8.認知症全般に関わる不安・心配事

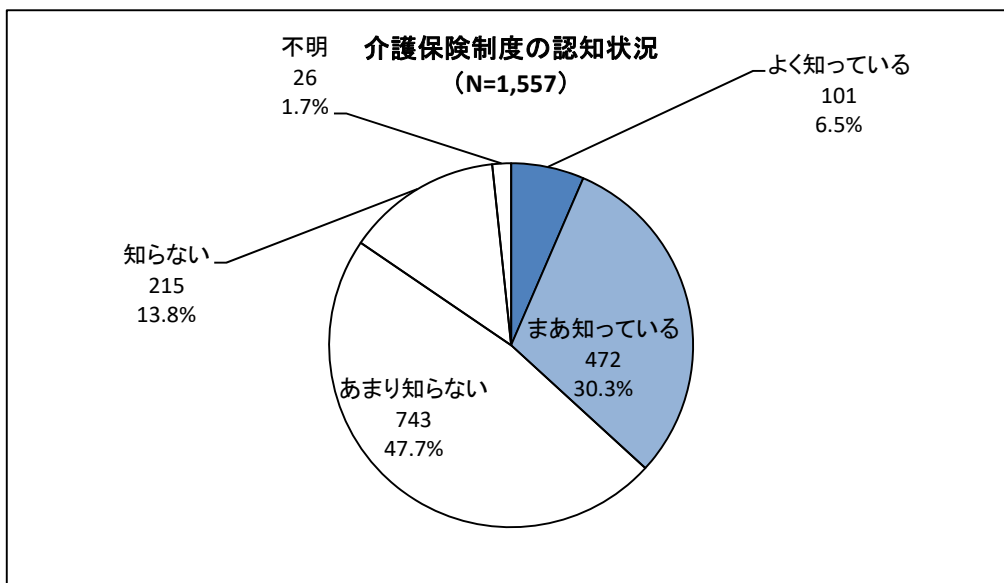


3. 5. 高齢社会を支える制度および政策キーワードの認知度

(1) 介護保険制度の認知状況

図表 3-5-1 は、介護保険制度の認知状況について示している。「よく知っている」との回答が 6.5%、「まあ知っている」が 30.3%であり、制度を認知している割合としては 4 割弱であった。

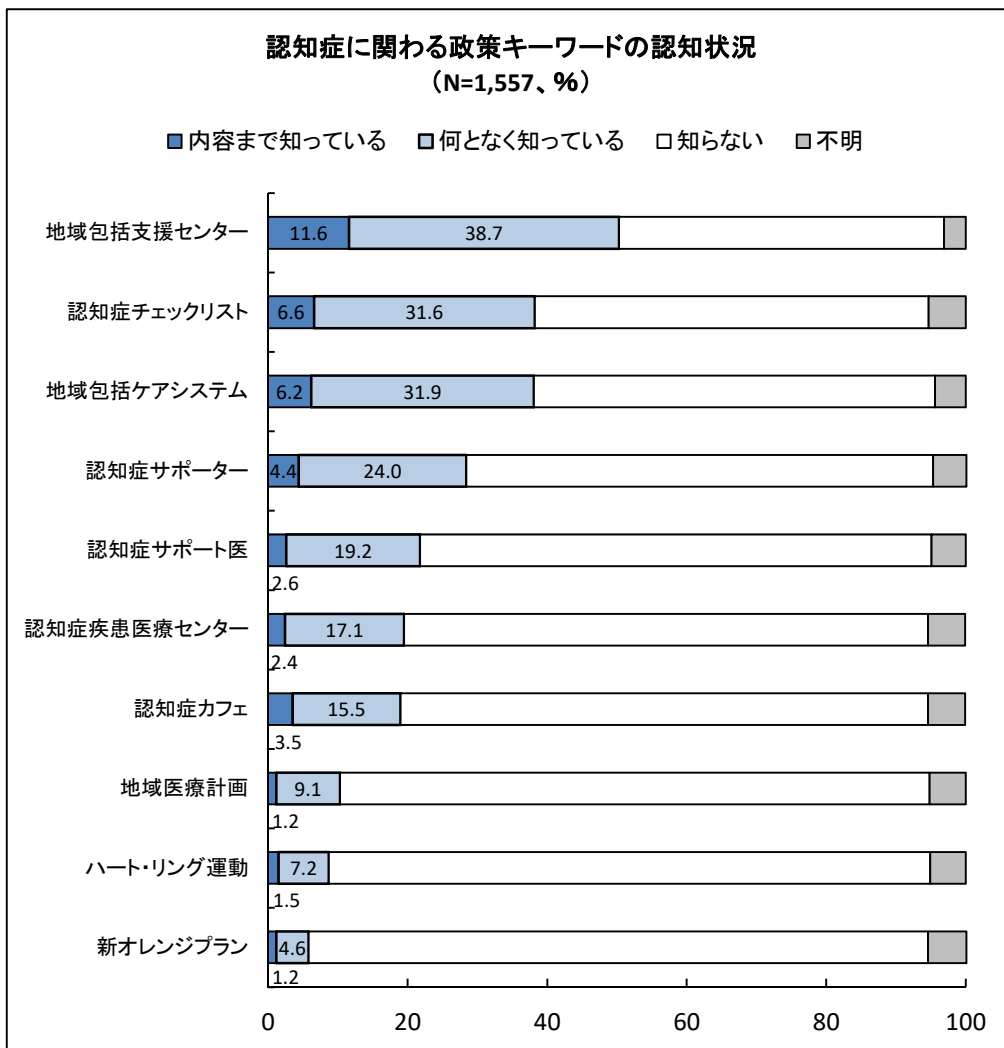
図表 3-5-1.介護保険制度の認知状況



(2) 認知症対策に関わる主な政策キーワードの認知状況

図表 3-5-2 は、認知症対策に関わる主な政策キーワードの認知状況を示している。「地域包括支援センター」(50.3%)、「認知症チェックリスト」(38.2%)、「地域包括ケアシステム」(38.1%) を認知している割合は比較的高く、「新オレンジプラン」(5.8%)、「ハート・リング運動」(8.7%)、「地域医療計画」(10.3%) を認知している割合は比較的低かった。新オレンジプランは政府が掲げる認知症対策の国家戦略であり、地域医療計画においては住民参加が重要課題のひとつである。これらの認知状況は課題である。

図表 3-5-2.認知症対策に関わる政策キーワードの認知状況



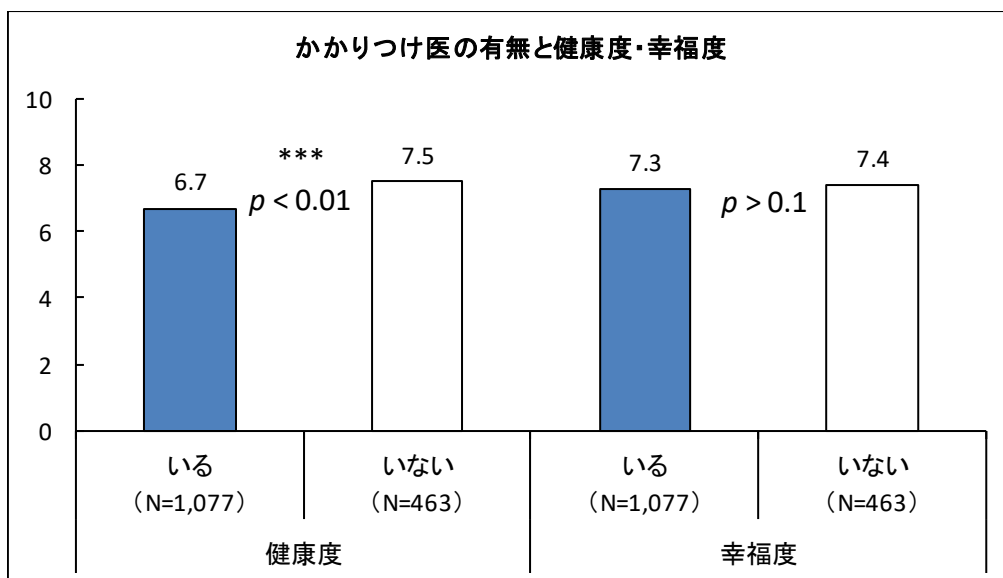
4. かかりつけ医と認知症介護経験に着目して（クロス集計）

4. 1. かかりつけ医の有無

(1) かかりつけ医の有無と健康度・幸福度

図表 4-1-1 は、健康度と幸福度について、かかりつけ医のいる群といない群との平均値の比較結果を示している。かかりつけ医のいる群の健康度の平均値はいない群よりも有意に低かったが ($p < 0.01$)、幸福度は変わらなかった。

図表 4-1-1 かかりつけ医の有無と健康度・幸福度



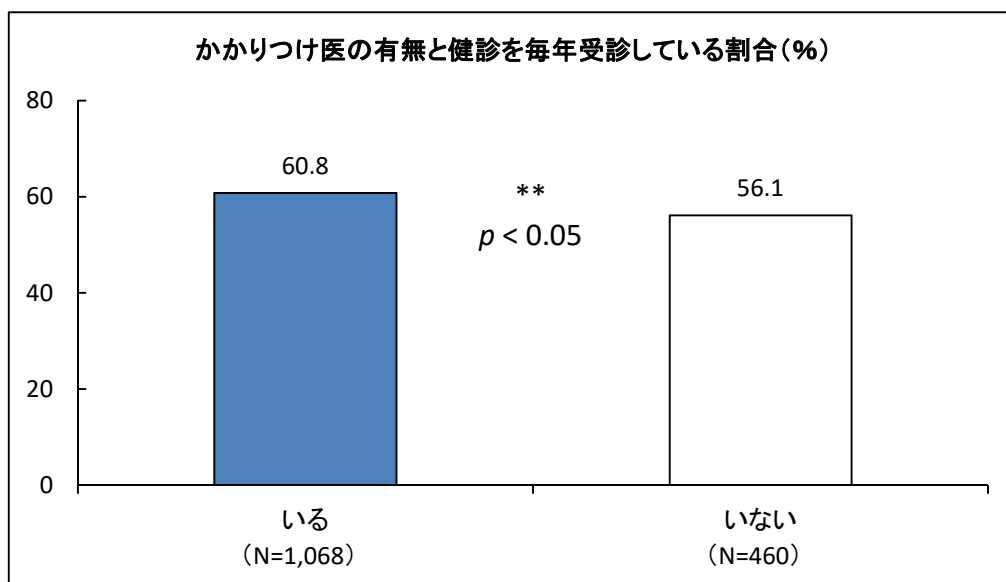
t 検定。* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

(2) かかりつけ医の有無と健診受診

かかりつけ医には、健診・人間ドックの受診勧奨など、人々の予防行動への積極的な関与が期待されている。

図表 4-1-2 は、健康診断を毎年受診している割合について、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。かかりつけ医のいる群の健康診断を毎年受診している割合は 60.8%であり、いない群の割合 (56.1%) よりも有意に高かった ($p < 0.05$)。

図表 4-1-2. かかりつけ医の有無と健診を毎年受診している割合



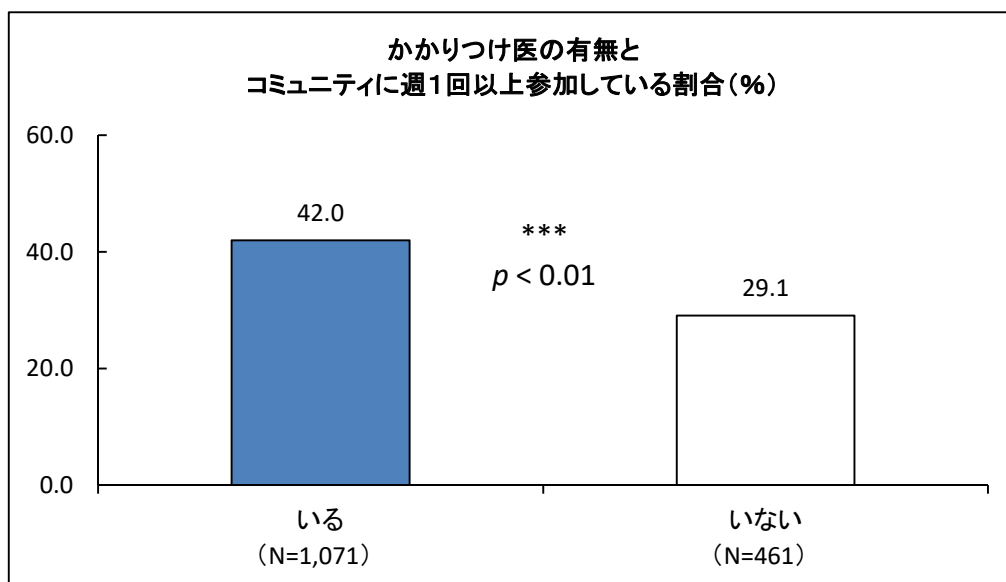
χ^2 検定。* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

(3) かかりつけ医の有無とコミュニティへの参加

近年「医療はまちづくり」とも言われ、かかりつけ医の役割のひとつとして、地域コミュニティへの貢献が期待されている。

図表 4-1-3 は、コミュニティに週 1 回以上参加している割合について、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。かかりつけ医のいる群の同参加割合は 42.0%であり、いない群の割合 (29.1%) よりも有意に高かった ($p<0.01$)。

図表 4-1-3.かかりつけ医の有無とコミュニティに週 1 回以上参加している割合



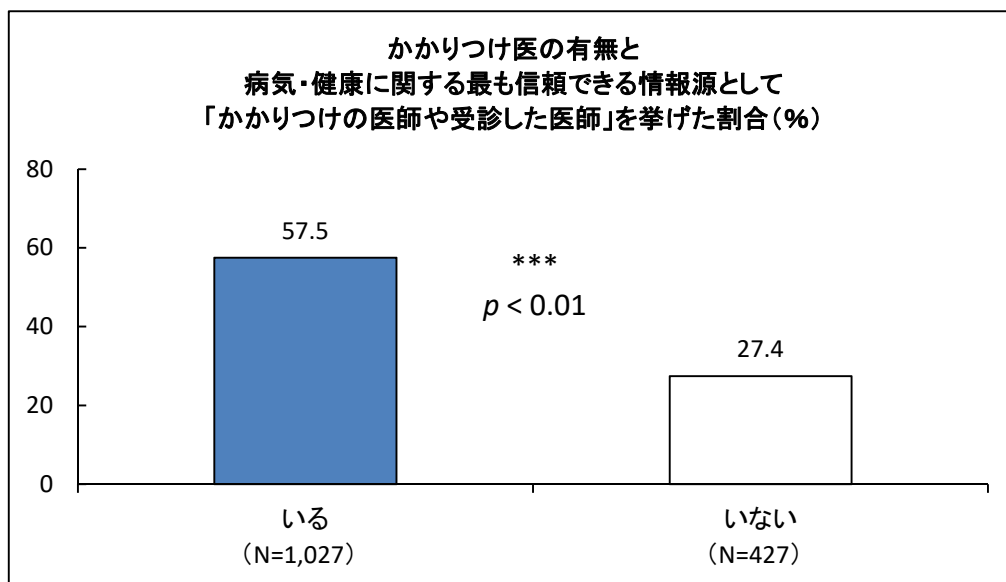
χ^2 検定。* $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

(4) かかりつけ医の有無と病気・健康に関する最も信頼できる情報源

かかりつけ医への期待は、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる」存在である。

図表 4-1-4 は、病気・健康に関する最も信頼できる情報源としてかかりつけの医師や受診した医師を挙げた割合について、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。かかりつけ医のいる群の割合は 57.5% であり、いない群の割合 (27.4%) よりも有意に高かった ($p < 0.01$)。

図表 4-1-4. かかりつけ医の有無と病気・健康に関する最も信頼できる情報源



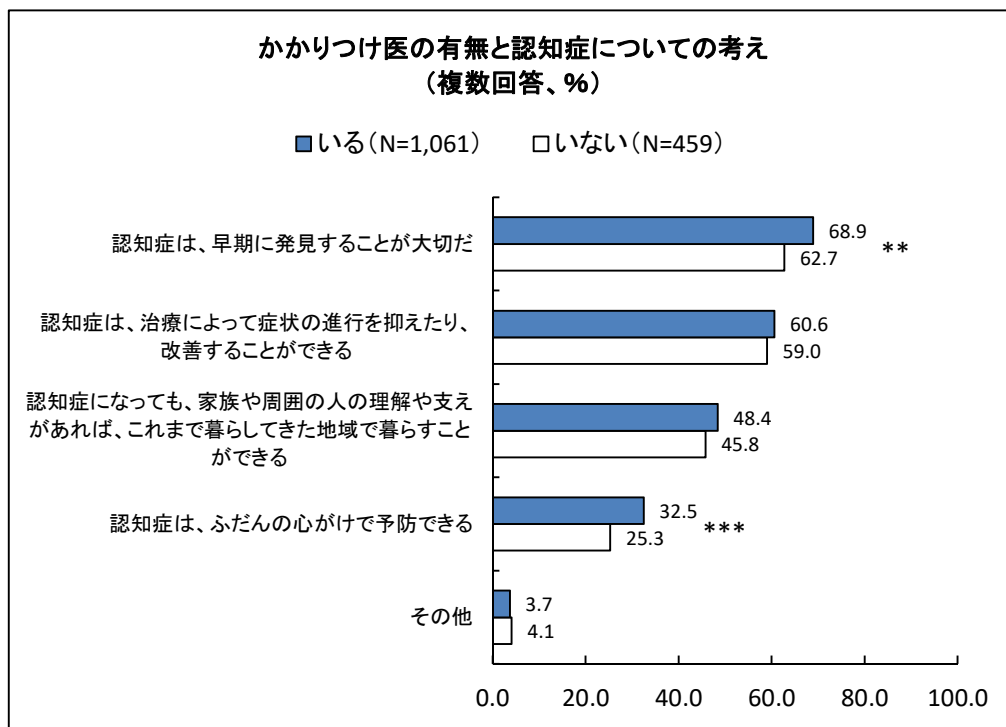
χ^2 検定。* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

(5) かかりつけ医の有無と認知症についての考え

病気や健康に関わる情報提供は、かかりつけ医の重要な役割のひとつである。

図表 4-1-5 は、認知症についての考えに関して、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。「認知症は早期に発見することが大切だ」と回答した割合はかかりつけ医のいる群で 68.9%であり、いない群の割合 (62.7%) よりも有意に高かった ($p<0.05$)。また、「認知症はふだんの心がけで予防できる」と回答した割合はかかりつけ医のいる群で 32.5%であり、いない群の割合 (25.3%) よりも有意に高かった ($p<0.01$)。

図表 4-1-5. かかりつけ医の有無と認知症についての考え



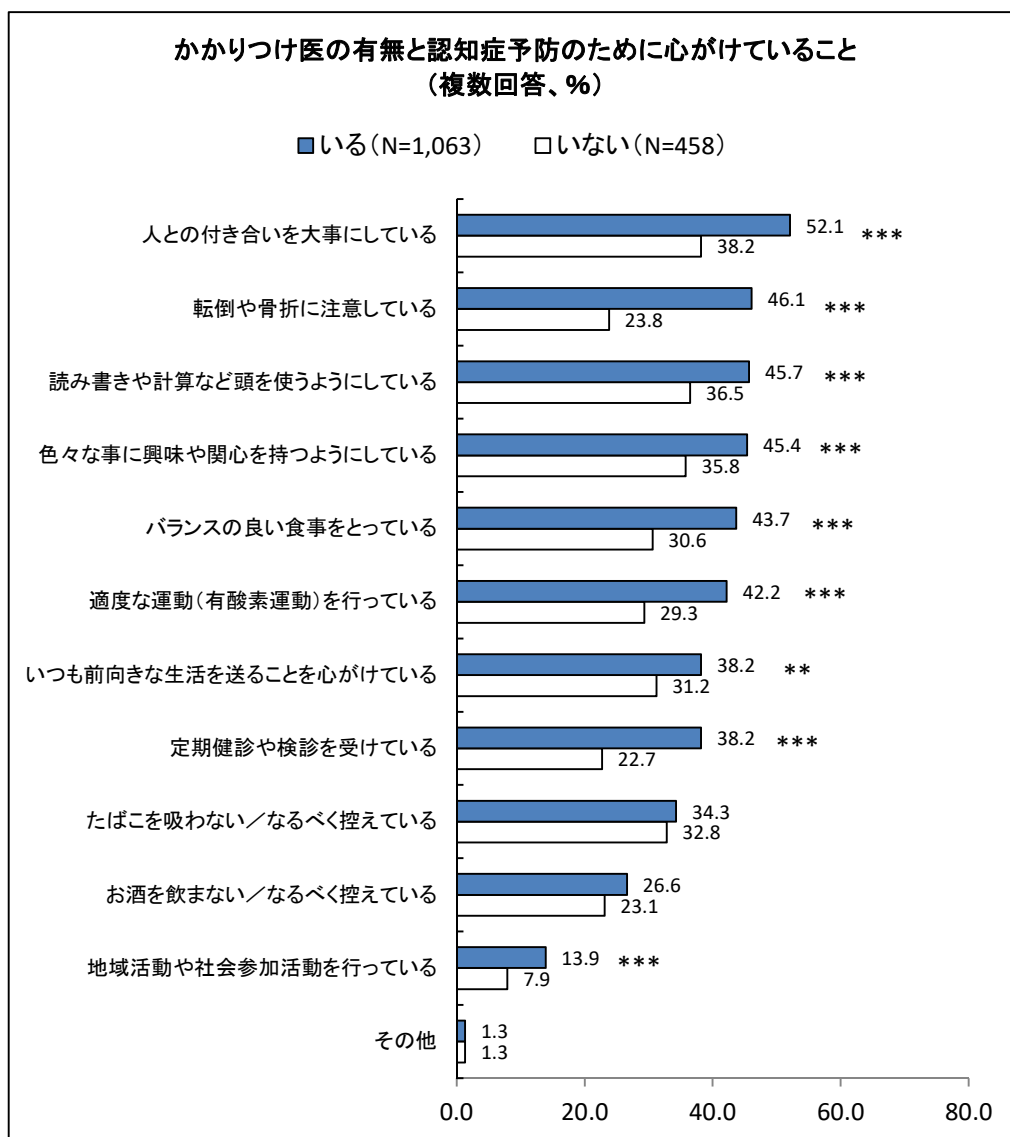
χ^2 検定。* $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

(6) かかりつけ医の有無と認知症予防のために心がけていること

予防行動への積極的な関与・啓発も、かかりつけ医の重要な役割のひとつである。

図表 4-1-6 は、認知症の予防のために心がけていることについて、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。飲酒と喫煙以外については、かかりつけ医のいる群のほうがいない群よりも「心がけている」との回答割合が有意に高かった。

図表 4-1-6. かかりつけ医の有無と認知症予防のために心がけていること



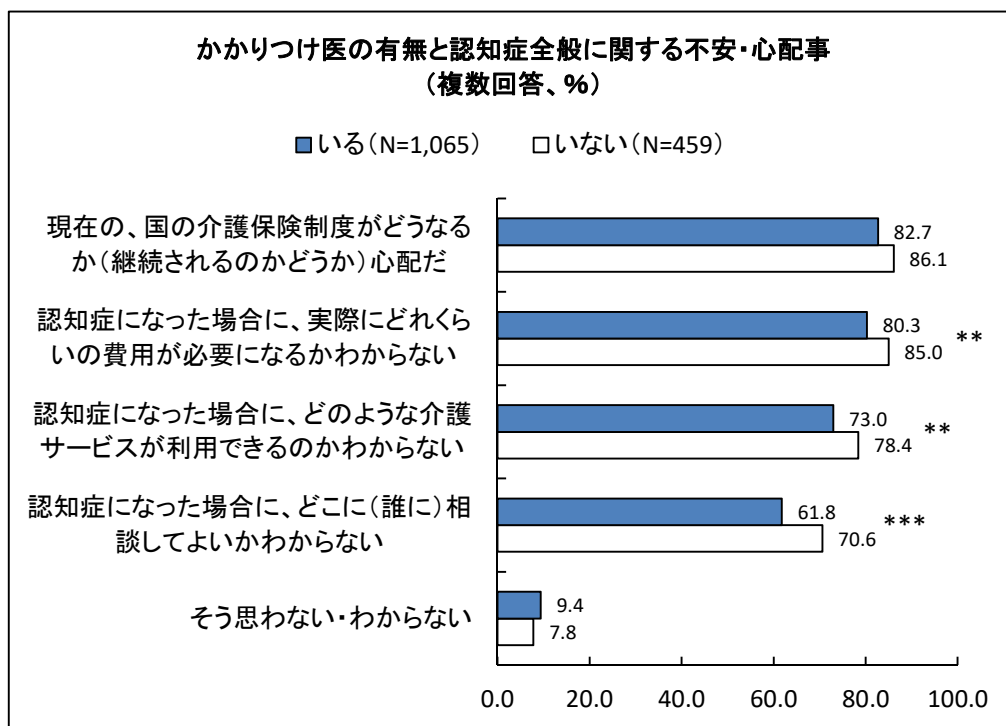
χ^2 検定。* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

(7) かかりつけ医の有無と認知症全般に関わる不安・心配事

病気や健康に関わるよろず相談機能も、かかりつけ医への期待のひとつである。

図表 4-1-7 は、認知症全般に関する不安・心配事について、かかりつけ医のいる群といない群との比較結果を示している。認知症になった場合の「費用」(p<0.05)「受給できるサービス」(p<0.05)「相談先」(p<0.01)については、かかりつけ医のいる群のほうがいない群よりも回答割合が有意に低かった。ただ、「国の介護保険制度がどうなるか心配」との回答は、かかりつけ医のいる群・いない群の両群で回答割合が最も高く、2群の間に統計学的に有意な差は見られなかった。

図表 4-1-7. かかりつけ医の有無と認知症全般に関する不安・心配事



χ² 検定。* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

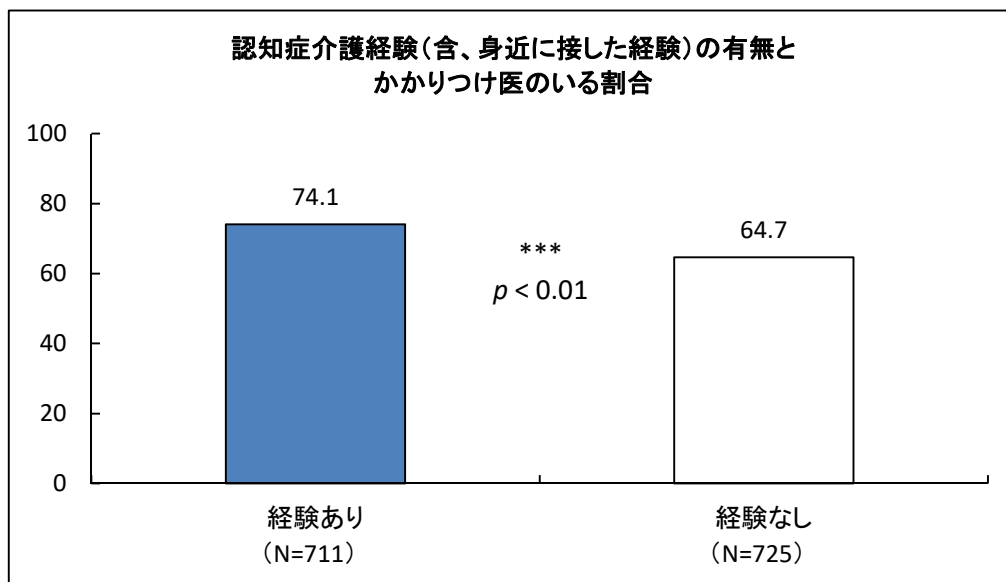
4. 2. 認知症介護経験の有無

(1) 認知症介護経験の有無とかかりつけ医の有無

認知症介護経験者は、身近で頼りになる「かかりつけ医」の存在の大切さについて、再認識するようになるのではないか。

図表 4-2-1 は、かかりつけ医の有無について、認知症介護経験（身近に接した経験を含む。以下同様）のある群とない群との比較結果を示している。認知症介護経験のある群のかかりつけ医がいる割合は 74.1%であり、ない群の割合（64.7%）よりも有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。

図表 4-2-1. 認知症介護経験の有無とかかりつけ医の有無



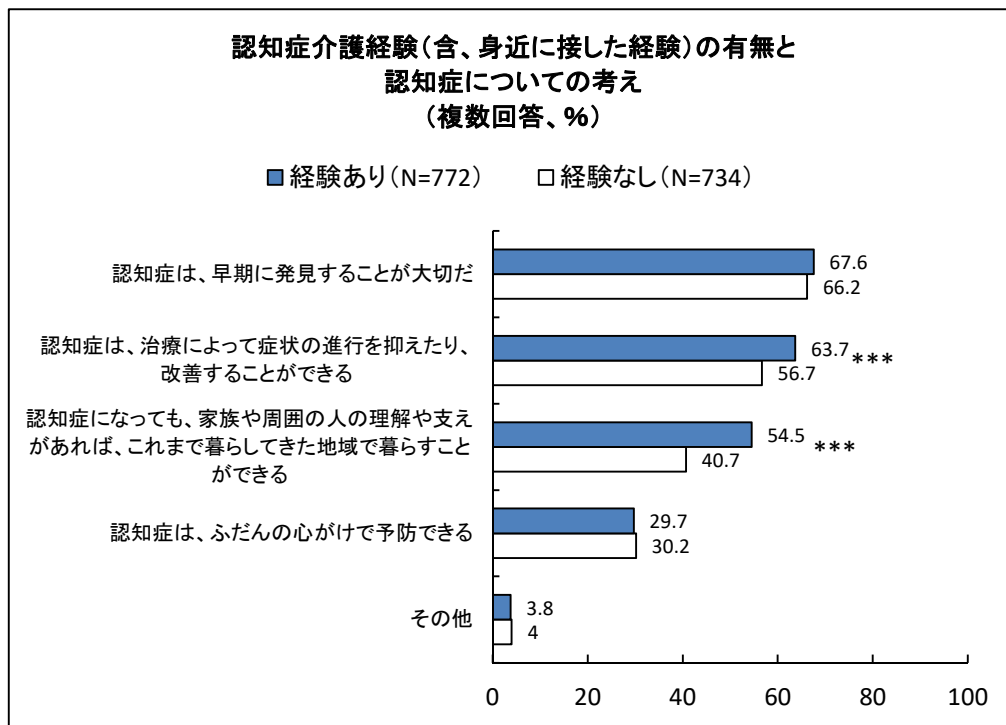
χ^2 検定。* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

(2) 認知症介護経験の有無と認知症についての考え

認知症介護経験は、同疾患についての考え方に影響を及ぼすと考えられる。

図表 4-2-2 は、認知症についての考え方に関して、認知症介護経験のある群とない群との比較結果を示している。「認知症は、治療によって症状の進行を抑えたり、改善することができる」と「認知症になっても、家族や周囲の人の理解や支えがあれば、これまで暮らしてきた地域で暮らすことができる」との回答は、認知症介護経験のある群のほうが経験のない群よりも有意に高かった (いずれも $p<0.01$)。

図表 4-2-2. 認知症介護経験の有無と認知症についての考え



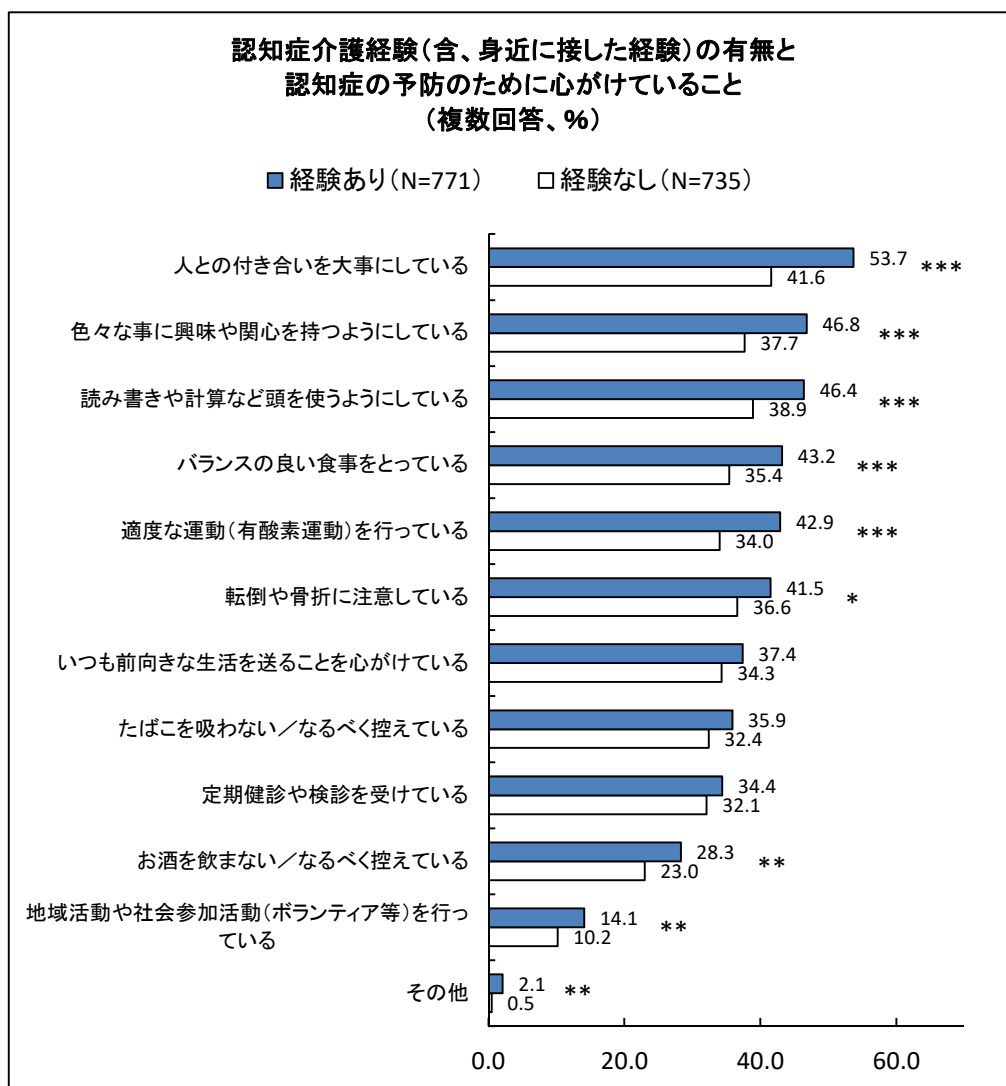
χ^2 検定。* $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

(3) 認知症介護経験の有無と認知症の予防のために心がけていること

認知症介護経験は、自身の予防行動にも影響を及ぼすと考えられる。

図表 4-2-3 は、認知症の予防のために心がけていることについて、認知症介護経験のある群とない群との比較結果を示している。図表に示したように、さまざまな事柄について、認知症介護経験のある群のほうがない群よりも「心がけている」と回答した割合が有意に高かった。

図表 4-2-3. 認知症介護経験と認知症の予防のために心がけていること



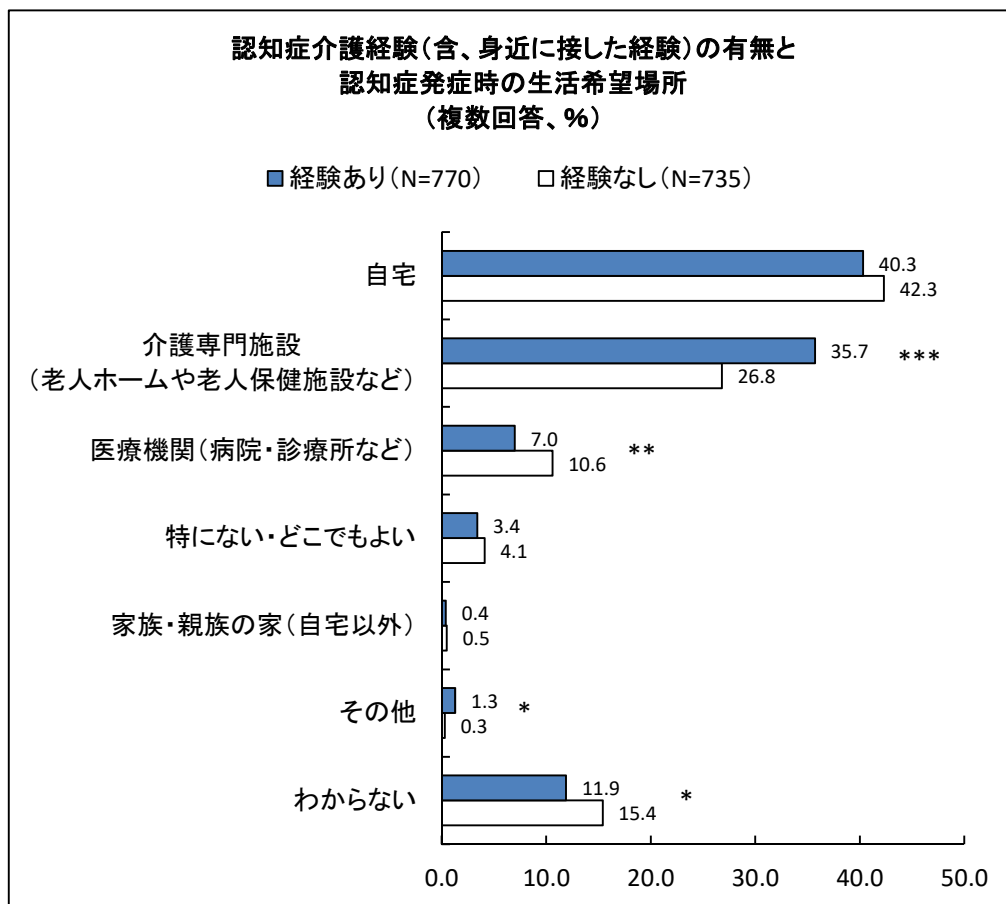
χ^2 検定。* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

(4) 認知症介護経験の有無と認知症になった場合に希望する主な生活場所

認知症介護経験は、自身が認知症になった場合に希望する生活場所の選択に影響を及ぼすと考えられる。

図表 4-2-4 は、認知症発症時の生活希望場所について、認知症介護経験のある群となない群との比較結果を示している。両群とも最も多い回答は「自宅」であり、それらの割合に統計学的有意差はなかった。しかし、「介護専門施設」との回答は認知症介護経験のある群 (35.7%) のほうがない群 (26.8%) よりも有意に高く、逆に「医療機関」との回答は経験のある群 (7.0%) のほうがない群 (10.6%) よりも有意に低かった。

図表 4-2-4. 認知症介護経験と認知症発症時の生活希望場所



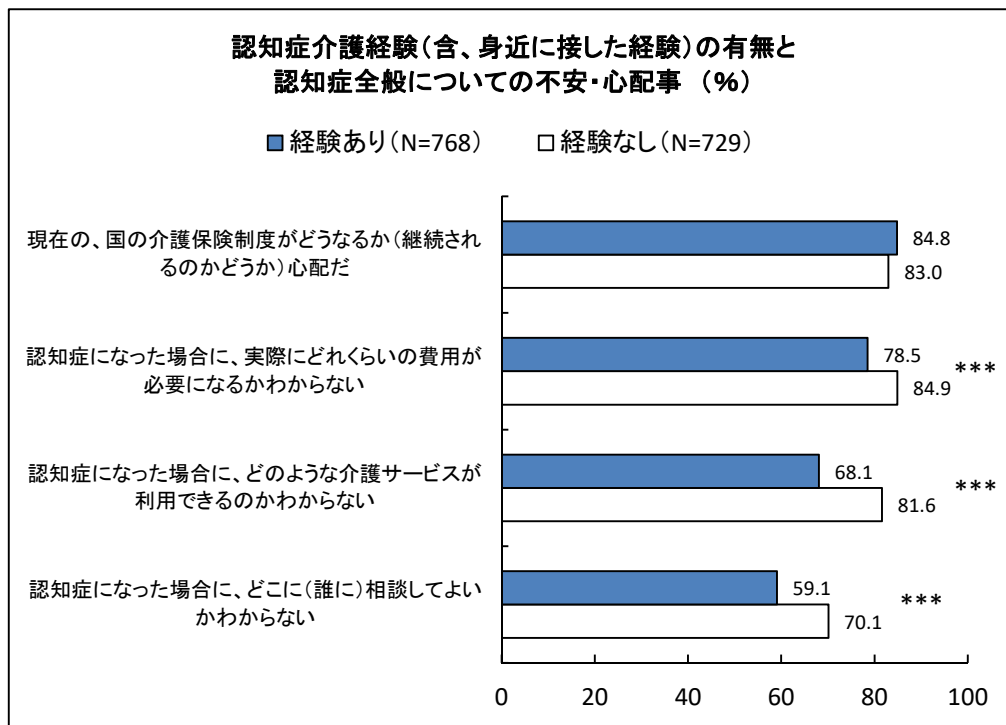
χ^2 検定。* $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

(5) 認知症介護経験の有無と認知症全般に関わる不安・心配事

認知症介護経験は、同疾患全般に関わる不安や心配に影響を及ぼすと考えられる。

図表 4-2-5 は、認知症全般に関する不安・心配事について、認知症介護経験のある群とない群との比較結果を示している。認知症になった場合の「費用」(p<0.01)「受給できるサービス」(p<0.01)「相談先」(p<0.01)については、認知症介護経験のある群のほうがない群よりも回答割合が有意に低かった。ただ、「国の介護保険制度がどうなるか心配」との回答は、2群の間に統計学的に有意な差は見られなかった。

図表 4-2-5. 認知症介護経験と認知症全般についての不安・心配事



χ² 検定。* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

5. まとめと考察

本章では、本ワーキングペーパーで行った分析結果の主要な論点についてまとめつつ、それぞれのポイントごとに考察を加える。

5. 1. かかりつけ医について

かかりつけ医の有無は、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる中高年層の意識や行動にポジティブな影響を及ぼすものと考えられる。かかりつけ医のいる群はいない群に比べて、主観的な健康度は有意に低いものの主観的な幸福度は同等であり、健診や人間ドックを毎年受診している割合やコミュニティに週1回以上参加している割合、認知症に対してポジティブに考えている割合、認知症予防のためにさまざまな取り組んでいる割合が有意に高く、認知症になった場合の費用やサービス、相談先などについて不安や心配を抱えている割合が有意に低かった。

今回の調査サンプルでは、かかりつけ医がいる割合は約7割であった。既往調査と比べるとやや多いが²、サンプルの年齢構成や女性の割合が多いことがその理由であろう。いずれにせよ問題は、3割超のかかりつけ医がいない層に、今後いかにしてアプローチしてゆくかである。

かかりつけ医を持つことの有用性は、今回の分析からもあらためて示されたと言えるだろう。特に、かかりつけ医を持つことが健診・人間ドックの受診や各種予防行動などに与える予防医学的な意味合い、幸福の実感やコミュニティへの参加、将来の健康問題への不安・心配の解消などに与える社会学的な意味合いについて注目したい。すなわち、実際に病気になる前からかかりつけ医を持つことがいかに有用であるかについて、さらなるエビデンスの積み上げとともに、それらの普及・啓発が今後ますます重要になるだろう。

² 江口(2017)では、かかりつけ医を持っている割合は55.9%であり、年齢を追うごとに割合が高くなること、男性よりも女性で割合が高いことが示されている。健康保険組合連合会(2011)では、「病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる(23.6%)」「この病気ならこの先生という意味でなら、決まった医師がいる(19.8%)」に「いつもかかる医療機関ならあるが、診察を受ける医師は決まっていない(26.0%)」を合わせれば約7割となる。

5. 2. 認知症介護経験について

認知症介護経験（含、身近に接した経験）によって、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる中高年層の意識や行動に変化が生じると考えられる。分析結果では、経験がある群はない群に比べて、かかりつけ医を持っている割合やさまざまな予防活動に取り組んでいる割合が有意に高く、「認知症は、治療によって症状の進行を抑えたり、改善することができる」と「認知症になっても、家族や周囲の人の理解や支えがあれば、これまで暮らしてきた地域で暮らすことができる」との回答割合も有意に高かった。また、注目すべきは、認知症になった時の生活希望場所であり、ともに「自宅」との回答がトップであるものの、経験がある群はない群に比べて「介護専門施設」との回答割合が有意に高く、「医療機関」との回答割合が有意に低かった。

これらの結果は、人々が認知症患者を介護したり身近に接したりする経験を通じて、（1）あらためてかかりつけ医の存在や予防行動の重要性に思いを致すようになること。さらには、（2）認知症の症状緩和や重症化予防、実際の暮らしについて、経験前に比べれば前向きに捉えられるようになること。そして、（3）生活希望場所としては介護専門施設という選択肢が存在感を増すこと、を示唆している。

5. 3. 中高年の抱える不安について

今回の分析では、現在の中高年層が抱える健康についての不安・心配の正体を多面的な視点から捉えることができた。第一に、中高年層が抱える心配事や悩みについては、「認知症になるのが怖い」（37.6%）は「体力が衰えてきた」（50.9%）に次いで多く、具体的な疾患名としては「心筋梗塞や脳卒中」（26.5%）や「がん」（26.1%）を大きく上回っていた。第二に、認知症全般に関わる不安・心配事では、費用やサービス、相談先の心配よりも「現在の介護保険制度がどうなるか心配だ」との回答割合が上回り、82.9%にのぼった。これは本稿で行ったクロス集計においても、かかりつけ医の有無や認知症介護経験の有無にかかわらず、同様の傾向であった。自身の事情への不安よりも公の制度への憂いが上回るというのは、大変興味深い事象と言えよう。関連して第三に、

認知症対策に関わる主な政策キーワードの認知度の低さを挙げたい。特に、「新オレンジプラン」の認知割合は 5.8%（「内容まで知っている」 1.2%、「何となく知っている」 4.6%）、「地域医療計画」の認知割合は 10.3%（「内容まで知っている」 1.2%、「何となく知っている」 9.1%）に止まる。新オレンジプランは政府が掲げる認知症対策の国家戦略であり、地域医療計画においては住民参加が重要課題のひとつである。にもかかわらず、それらの認知度は著しく低い。

上述した 3 つのポイントを総合すると、次のような状況が仮説として浮かび上がる。すなわち、政府は、認知症対策の国家戦略を掲げ、法に定める地域医療計画の中で認知症対策についても都道府県ごとに策定する枠組みをすでに整備している。しかし、残念ながらそれらの施策は、今ひとつ人々に認知されていない。そのためか、認知症になることを恐れる中高年層は多く、認知症になったとき自分が置かれる状況についてはもちろんだが、むしろ国の公的保険制度の行く末を案じており、ともすれば人々の不安ばかりが先行している——といった状況である。

だとすれば、どうすればよいのか。言いたいのは、何よりも、認知症をはじめとする高齢者の健康に関わる人々の不安解消を政策の最優先事項としてはどうかという提案である。具体的には、つぎの 3 つを挙げておく。

- (1) 政府が掲げる施策の周知、そして地域住民のさらなる巻き込みが必要となろう。既存の政策や法制度の仕組みについては、それらの実効性だけでなく人々の認知度という観点からも、政策評価されるべきである。
- (2) 公的保険制度について財政上の懸念を語る際は、必ず同時に出口としての解決策も具体的に提示することを政府や専門家には自律的責務として求めたい。国民の「平時の安全保障」となるべき公的保険制度の行く末が、逆に人々の不安や心配を煽るとの本末転倒が起きている。その財政的な持続可能性に関わる過剰なネガティブキャンペーンは自重すべきではないだろうか³。
- (3) 認知症をはじめとする高齢者の健康問題について、特に将来不安の解消との観点から、かかりつけ医を持つことの有用性に関するさらなる調査研究がなされるべきである。特に、医学的・臨床的な視点のみならず、社会科学的な視点からの研究が

³ 例えば、2018 年 5 月 21 日の経済財新諮問会議の推計結果を受け、翌日の新聞各紙には「2040 年度の社会保障費 190 兆円、今年度の 1.6 倍」といった見出しが躍った。野村(2018)も指摘しているように、将来の名目値をことさら強調する議論はミスリーディングである。

重要だろう（例えば、人々がかかりつけ医を持ち将来の健康について不安が解消されるとするならば、社会や経済にいかなる望ましい影響があるのか、等）。

5. 4. 本研究の限界

最後に、本ワーキングペーパーで行った分析の限界について触れておきたい。第一に、あくまで本研究が分析した調査の対象は民間保険会社の被保険者であり、同社の顧客層と重なって、女性が多いなどの特徴がある。したがって、結果をもって直ぐに国民一般の傾向と捉えるのは早計である。ただし、民間保険商品を購入できるほどの経済力を有する、主にシニア女性層を対象とした調査分析として、その結果を考察することもできるだろう。第二に、「かかりつけ医の有無」と「認知症介護経験の有無」に着目し、それぞれ2群に分けた結果の統計解析を行ったが、各従属変数に影響を与えうる他の因子については考慮しておらず、交絡因子による疑似相関等の可能性を捨てきれない。それゆえに因果関係に関する合理的な推論に基づく説得力のある仮説の提示がカギとなる。

以上の2点に留意する必要があるものの、本研究の分析や考察で示した仮説的構図と提言、特に「認知症対策におけるかかりつけ医活用の推進」の提案意義がさほど薄まることはないと考える。認知症をはじめとする高齢者の健康問題について、社会的な解決策を検討するにあたり、さらなる研究の積み上げが求められる。

参考文献・資料

江口成美、出口真弓 (2017). 「第 6 回 日本の医療に関する意識調査」『日医総研ワーキングペーパー』 No.384, 日本医師会総合政策研究機構.

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP384.pdf>

河合雅司 (2017). 『未来の年表』 講談社現代新書.

健康保険組合連合会 (2011). 「医療に関する国民意識調査」(平成 23 年 11 月 17 日).

瀬戸裕司、遠藤英俊、池田学、日本医師会(編集)、西島英利(監修) (2015). 『かかりつけ医のための認知症マニュアル』 社会保険研究所.

二宮利治、清原裕、小原知之、米本孝二 (2015). 『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』 平成 26 年度 厚生労働科学研究.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>

日本医師会・四病院団体協議会 (2013). 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013 年 8 月 8 日).

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf

日本医療政策機構、マッキンゼーグローバルヘルス (2017). 『認知症の社会的処方箋～認知症にやさしい社会づくりを通じた早期発見と早期診断の促進～』.

認知症施策に関する懇談会 (2016). 『認知症と共生する社会に向けて』.

<http://184.73.219.23/rounen/news/houkokusyo2016.pdf>

野村明弘 (2018). 『『社会保障費が 2040 年に 1.6 倍』は本当なのか? 日本の医療・介護費はそんなに怖くない』『東洋経済オンライン』.

<https://toyokeizai.net/articles/-/222886>