

かかりつけ医の研修の企画、運営の他、地域のネットワークづくりが期待されている(図5)。

11 認知症地域支援体制等整備事業

最近のトピックスとしては認知症を中心した地域づくりが試行されている。すなわち、各都道府県単位で認知症のサポーター養成やコーディネーター養成を行うこと、地域のネットワークの構築するための地域資源マップづくりを行うこと、さらに徘徊対策を行うことなどを含んでおり、長期的には認知症の人と家族が安心して生活できる地域づくりを行っているが、一方地域によっては担当者がその重要性を理解せず、認知症対策の地域格差が広がっているのも事実である。また認知症医療の充実を目的に平成20年度には合併症の治療やBPSDの治療が可能な全国150カ所に認知症疾患医療センターの設置が予定されている。

12 おわりに

介護保険が改正され、いくつかの課題がまた明らかになってきた。例えば介護予防のサービスの質と量の問題、介護予防チェックリストの問題、小規模多機能居宅介護がそれほど増加していないこと、介護療養型医療施設が転換されることなど、多くの課題がある。また若年性認知症の課題も山積している。しかしながら最大の課題は受給者の

拡大である。現在も議論が続けられているが、知的、身体、精神障害者も介護保険の対象となる可能性がある。しかしその前途には多くの課題が存在する。認知症のケアは現在、パーソンセンタードケアの理念にのっとり、さまざまな取り組みがなされ始めている。介護保険の制度を利用して、在宅療養を継続している認知症高齢者も多くみられる。地域づくりが課題であり、地域連携バスのような新しい連携のあり方が重要となる。また介護施設はケアの改善を図り、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後かかりつけ医師、サポート医は地域での認知症の医療とケアに大きく関与することが期待される。

文献

- 1) 遠藤英俊、諏訪免典子：地域連携クリティカルバスの進め方。ばる出版、東京、2007
- 2) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリティカルバス。日総研、名古屋、2004
- 3) 遠藤英俊：地域回想法、高齢者介護予防プログラム。河出書房、東京、2006
- 4) 中村重信編著：痴呆疾患の治療ガイドライン。ワールドプランニング、東京、2003
- 5) 認知症介護研究・研修東京センター：認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方。東京、2005
- 6) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し—新予防給付を中心として—。群馬県医師会報 676, pp8-16, 2004

* * *

認知症高齢者におけるクリクトン高齢者行動評価尺度と 介護負担尺度に関する研究

遠藤英俊・梅本充子・佐竹昭介・松山善次郎・三浦久幸

[原著論文]

認知症高齢者におけるクリクトン高齢者行動
評価尺度と介護負担尺度に関する研究遠藤英俊^{*1}・梅本充子^{*2}・佐竹昭介^{*1}・松山善次郎^{*1}・三浦久幸^{*1}

*1 国立長寿医療センター包括診療部, *2 名古屋女子大学家政学部生活福祉学科

抄録

クリクトン高齢者行動評価尺度と、Zarit 介護負担尺度および介護保険制度における要介護度との関係を、デイサービス、デイケアに通う在宅の高齢者を対象として調査した。各尺度は約 16 か月の間隔を空けて計 2 回測定した。クリクトン高齢者行動評価尺度は、Zarit 介護者負担尺度と相関し (Pearson の相関係数: 0.465, $p=0.0032$, $n=38$)、要介護度とも相関した (Spearman の相関係数: 0.751, $p<0.0001$, $n=37$)。また 1 回目と 2 回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量は Zarit 介護負担尺度の変化量と相関した (Pearson の相関係数: 0.635, $p=0.0035$, $n=19$)。クリクトン高齢者行動評価尺度によって介護負担および要介護度を間接的に推測することが可能であり、また、その変化を測定することで介護負担の変化を推測することが可能であると考えられた。

Key words: クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit 介護負担尺度, 要介護度, 認知症, 介護負担

老年精神医学雑誌 19: 569-576, 2008

序 言

認知症高齢者では見当識障害、感情障害、対人接触障害、日常生活障害などが発現し、これらに伴う介護者の負担は社会的な問題となっている。クリクトン高齢者行動評価尺度 (Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale)^{1,2)}は、認知症高齢者で発現する症状 11 項目について、介護者の視点から評価することができる簡便な尺度である。本尺度は、認知症の中核症状のみならず、介護負担に関係する日常生活動作 (activities of daily living; ADL)、行動障害、情緒障害を評価項目に含む。そこで筆者らは、本尺度の有用性のひとつとして、介護者の負担感を簡便に予測できる可能性があると考え、本尺度による評価結果と介護負担との関係を調査することとした。

介護負担を測定する尺度として Zarit 介護負担尺度^{1,2)}が知られている。Zarit 介護負担尺度は 22

項目から構成され、介護者の心身の状態を調査することで身体的負担および精神的負担を測定する尺度である。介護保険において介護サービスの給付額の基準となる要介護度は、介護負担から換算される要介護認定基準時間の長さに基づいて認定される。要介護認定基準時間は、移動、入浴、排泄などの日常生活への介助、問題行動への介助、機能訓練、医療行為に関する 85 項目の調査結果からアルゴリズムに従って換算され、要介護度の認定は決して簡便であるとはいえない。介護者の視点での認知症高齢者における症状の評価と、介護者の負担および要介護度との関係を調査することは、介護負担や要介護度を簡便に予測する方法を考えるうえで重要である。

今回、認知症高齢者の症状を、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて測定し、同時に測定した Zarit 介護負担尺度との関係を調査した。あわせて、両尺度と要介護度との関係を調査した。

I. 対象および方法

愛知県 T 市デイサービス、デイケアに通う在宅

(受付日 2007 年 12 月 5 日)

Hidetoshi Endo, Mitsuko Umemoto, Shosuke Satake,
Zenjiro Matsuyama, Hisayuki Miura

*1 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

表1 クリクトン高齢者行動評価尺度

		スコア
移動	一人で歩ける (階段も昇れる)	1点
	普通は一人で歩ける、階段を昇れない	2点
	そばについていれば支えなくても歩ける	3点
	杖や歩行器が必要、目を離せない	4点
	完全に寝たきり、あるいはほとんど寝たきり、または車椅子状態にある	5点
見当識 (時間、場所・人)	時間、場所・人が完全にわかっている	1点
	場所はわかっているが、時間や日付がわからないことがある	2点
	人や場所がわからないが、正しい答えを探し出すことはできる	3点
	手助けがないとベッドやトイレの方向がわからない	4点
	時間、場所・人がまったくわからない	5点
交流 (コミュニケーション)	いつも意識がはっきりしているし、人との交流も保たれている	1点
	必要なこと (要求) は言うことができる。簡単な会話はできる。簡単な指示はわかる	2点
	簡単な言葉による交流も言葉によらない交流も理解できるが、自分から要求することはできない	3点
	簡単な会話や指示もわからないが、自分の気持ちを表現することは、いくらかできる	4点
	ごく簡単な会話もまったく通じない。周囲との接触はまったくできない	5点
対人接触 (協調性)	活発的で協調的である。自分から積極的に周囲の人にかかわろうとする	1点
	自分から積極的にかかわることはないが協調的である	2点
	たびたびはげましや説得が必要である	3点
	手助けを拒否し、自分でしようとするが実際にはきちんとできないことが多い	4点
	完全に拒否的であり、常に引きこもっている	5点
落ち着きのなさ (不穩)	いつも落ち着いている	1点
	時々、落ち着きがなくなる	2点
	昼間は落ち着かないことが多い	3点
	昼間もあるが、夜間もしばしば落ち着かない	4点
	いつも落ち着きがない	5点
服装	自分で衣服をきちんと着られる	1点
	不完全だが一応衣服を着ている状態である	2点
	少しの手助けで衣服を着ることができる	3点
	いつも手助けしていなければきちんと衣服を着られない	4点
	理解力がなくて衣服をきちんと自分で着られなかったり、衣服を脱いでしまう	5点

の高齢者41人に同意を得て調査を行った。2004年8～9月(1回目)にクリクトン高齢者行動評価尺度(表1)を用いて家族の介護者が被験者の状態を測定し、同時にZarit介護負担尺度(表2)を用いて同じ介護者の負担感を測定した。その後、期間を空けて2005年12月～2006年1月(2回目)に同様の測定を実施した。また、1回目および2回目測定時の要介護度を記録した。

クリクトン高齢者行動尺度は介護者からみた高齢者の状態を評価する尺度であり、「移動」「見当

識」「交流(コミュニケーション)」「対人接触(協調性)」「落ち着きのなさ(不穩)」「服装」「食事」「失禁」「睡眠」「客観的気分」「主観的気分」の11項目で構成される。合計スコアは11～55であり、スコアが大きいほど重症度が高い。Zarit介護負担尺度は介護者自身による自己評価式の22項目からなる尺度である。合計スコアは0～88であり、スコアが大きいほど介護負担は大きい。要介護度は要支援および要介護1～5の6段階である。

表1 (つづき)

		スコア	
食 事	食事の時間に手助けなしに一人できちんと食べられる	1点	
	少しの手助けで上手に食べられる	2点	
	いつも手助けしないと、上手に食べられない	3点	
	身体の具合と食欲不振のため十分な食事がとれない	4点	
	認知症のため、食事がとれない、あるいはとろうとしない	5点	
失 禁	尿便失禁がまったくない	1点	
	たまに昼間でも間に合わないことがある。定期的にトイレに連れていけば尿失禁はない	2点	
	定期的にトイレに連れて行けば尿失禁はほとんどないが、時々ある	3点	
	定期的にトイレにつれていっても失禁することが多い	4点	
	いつも尿便失禁がある	5点	
睡 眠	よく眠れる(睡眠薬を飲まずに寝られる)	1点	
	ときおり寝られないことがあり、睡眠薬を使うことがある	2点	
	不眠があり落ち着かないことが多いが、睡眠薬を飲めばよく眠れる	3点	
	睡眠薬を飲んで、ときに眠れないことがある	4点	
	強めの睡眠薬を飲んで、眠れない	5点	
気 分	客観的気分	表情は生き生きしている。気分もよさそうである	1点
		その場にあった気分の変化はあるが、いつも適切で安定しているわけではない	2点
		感情が鈍くなっており、生き生きした表情はなく表情の変化が乏しい	3点
		ささいなことですぐ泣いたりするなど、感情が不安定である	4点
		身体的にも不調で幻覚や妄想などがあり、いつも気分が不安定である	5点
	主観的気分	元気で、気分もよい	1点
		自分で自分を責めたり、ものうげで、何となく元気がなく、無関心である(特別な問題はない)	2点
		著しく身体の不調について訴えたり、心気症的である	3点
		質問には何とか反応するが、いつもふさぎこんでいる。あるいは落ち着きなく興奮状態を示す	4点
		死にたいと言うことがある。無言または支離滅裂となったりする	5点

(梅本充子, 遠藤英俊: 認知症高齢者における行動評価尺度クリクトンに関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 4 (2): 393, 2005)

1回目のクリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度間での合計スコアの相関について、Pearson の相関係数および p 値を算出した。また、両評価尺度と要介護度間での相関について Spearman の相関係数および p 値を算出した。クリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度間での1回目から2回目への合計スコアの変化量の相関について、Pearson の相関係数および p 値を算出した。なお、1回目から2回目への要介護度の変化はきわめて小さかったため、各評価尺度の合計スコアの変化量との相関は解析しなかった。統計解析ソフトは SAS (Version 8.2) を使用した。

II. 結 果

1回目の測定結果の解析では、クリクトン高齢者行動評価尺度および Zarit 介護負担尺度が測定できた38人の高齢者を解析対象とした。要介護度の解析では要介護度が調査できなかった1人を除外して解析した。1回目から2回目の変化量の解析は1回目および2回目のいずれにおいても要介護度を除くすべての評価尺度が測定できた19人を解析対象とした。

1回目測定時の被験者背景の分布を表3に、各評価尺度の平均±標準偏差を表4に示す。対象とした高齢者は男性が15人、女性が23人であった。

表2 Zarit 介護負担尺度

	スコア				
	思わ ない	たまに 思う	ときど き思う	よく 思う	いつも 思う
1. 患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
2. 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
3. 介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
4. 患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
5. 患者さんのそばにいてと腹が立つことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
6. 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
7. 患者さんが将来どうなるか不安になることがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
8. 患者さんはあなたに頼っていると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
9. 患者さんのそばにいて、気が休まらないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
10. 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
11. 介護があるので、自分のプライバシーを保つことができないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
12. 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
13. 患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
14. 患者さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか	0点	1点	2点	3点	4点
15. 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
16. 介護にこれ以上の時間はさけないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
17. 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
18. 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
19. 患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
20. 自分は今以上にもっと頑張って介護をするべきだと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
21. 本当は自分はいくらでも介護できるのになあと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
22. 全体を通してみると、介護をするということはどれくらい自分の負担になっていると思いますか	全く負担ではない	多少負担に思う	世間なみの負担だと思ふ	かなり負担だと思ふ	非常に大きな負担だと思ふ
	0点	1点	2点	3点	4点

(荒井由美子：Zarit 介護負担スケール日本語版の応用。医学のあゆみ、186：930-931、1998)

年齢は 79.6 ± 10.9 歳 (平均値 ± 標準偏差) であり、50 歳代が 5% (38 人中 2 人)、60 歳代が 13% (5 人)、70 歳代が 26% (10 人)、80 歳代が 37% (38 人中 14 人)、90 歳代が 18% (7 人) であった。要介護度は、要介護 1 が 37% (38 人中 14 人) と最も多く、要介護 2 が 13% (5 人)、要介護 3 が 16% (6 人)、要介護 4 が 24% (9 人)、要介護 5 が 5% (2 人)、要支援が 3% (1 人) であった。介護者の内訳は、配偶者が 34% (38 人中 13 人)、実子

が 34% (13 人)、嫁が 32% (12 人) であった。1 回目測定時のクリクトン高齢者行動評価尺度は 21.7 ± 6.9、Zarit 介護負担尺度は 30.8 ± 16.2 であった (いずれも平均値 ± 標準偏差)。

1 回目測定時の両評価尺度の合計スコアおよび要介護度間の関係を図 1 に、相関係数および p 値を表 5 に示す。クリクトン高齢者行動評価尺度と要介護度の相関係数は 0.751 ($p < 0.0001$)、クリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度

表3 1回目測定時の被験者背景の分布

		高齢者数
性別	男性	15人 (39%)
	女性	23 (61)
年齢	54~59歳	2人 (5%)
	60~69	5 (13)
	70~79	10 (26)
	80~89	14 (37)
	90~98	7 (18)
要介護度	要支援	1人 (3%)
	要介護1	14 (37)
	要介護2	5 (13)
	要介護3	6 (16)
	要介護4	9 (24)
	要介護5	2 (5)
	測定なし	1 (3)
介護者	配偶者	13人 (34%)
	実子	13 (34)
	嫁	12 (32)

の相関係数は0.465 ($p=0.0032$), Zarit 介護負担尺度と要介護度の相関係数は0.258 ($p=0.123$)であった。

1回目および2回目のいずれにおいても要介護度が調査できた15人のうち、1回目測定時から要介護度に変化があった高齢者は2人のみであり、その内訳は1回目測定時の要介護2が要介護4に変化した1人および1回目測定時の要介護3が要介護4に変化した1人であった。各評価尺度の合計スコアおよび1回目から2回目への変化量を表6に示す。いずれの評価尺度も1回目から2回目への変化量は小さく、有意な変化は認めなかった。

1回目と2回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量の関係を図2に、相関係数および p 値を表7に示す。クリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量の相関係数は0.635 ($p=0.0035$)であった。

III. 考察・結論

クリクトン高齢者行動評価尺度とZarit 介護負担尺度および要介護度との間に相関が認められた。

表4 1回目測定時のクリクトン高齢者行動評価尺度およびZarit 介護負担尺度の合計スコア

	高齢者数	平均値±標準偏差
クリクトン高齢者行動評価尺度	38人	21.7±6.9
Zarit 介護負担尺度	38	30.8±16.2

クリクトン高齢者行動評価尺度は、項目ごとに障害の程度を基準として介護者が評価する尺度である。また、項目は認知症によくみられる症状から構成されている。今回の調査結果で、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて介護者が評価した結果が介護負担と相関したことは、介護負担が介護者からみた認知症の障害の程度に依存することが反映されたものと考えられる。また、Zarit 介護負担尺度は身体的負担のみならず精神的負担を反映する尺度であり、クリクトン高齢者行動評価尺度が、移動、服装、食事などの身体的負担に関連する項目および交流（コミュニケーション）、対人接触（協調性）、落ち着きのなさ（不穏）などの精神的負担に関連する項目から構成されていることを反映した結果と考えられる。今回の調査結果は、クリクトン高齢者行動評価尺度によって、介護負担や要介護度を間接的に推測することが可能であることを意味している。

期間を空けて測定した際のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量に相関が認められたことは、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて、高齢者の症状の変化を介護者の視点から評価することで、介護負担の軽減もしくは増大といった変化を推測することが可能であることを意味するものである。

Zarit 介護負担尺度では、同じ障害の程度の高齢者であっても介護者の立場など介護者側の要因によって評価結果が異なる¹⁰⁾。クリクトン高齢者行動評価尺度では高齢者の障害の程度を観察した結果で直接評価することから、クリクトン高齢者行動評価尺度はより客観性が高い尺度であると考えられる。さらに、項目数が少ないため、より短時間で評価できるメリットがある。

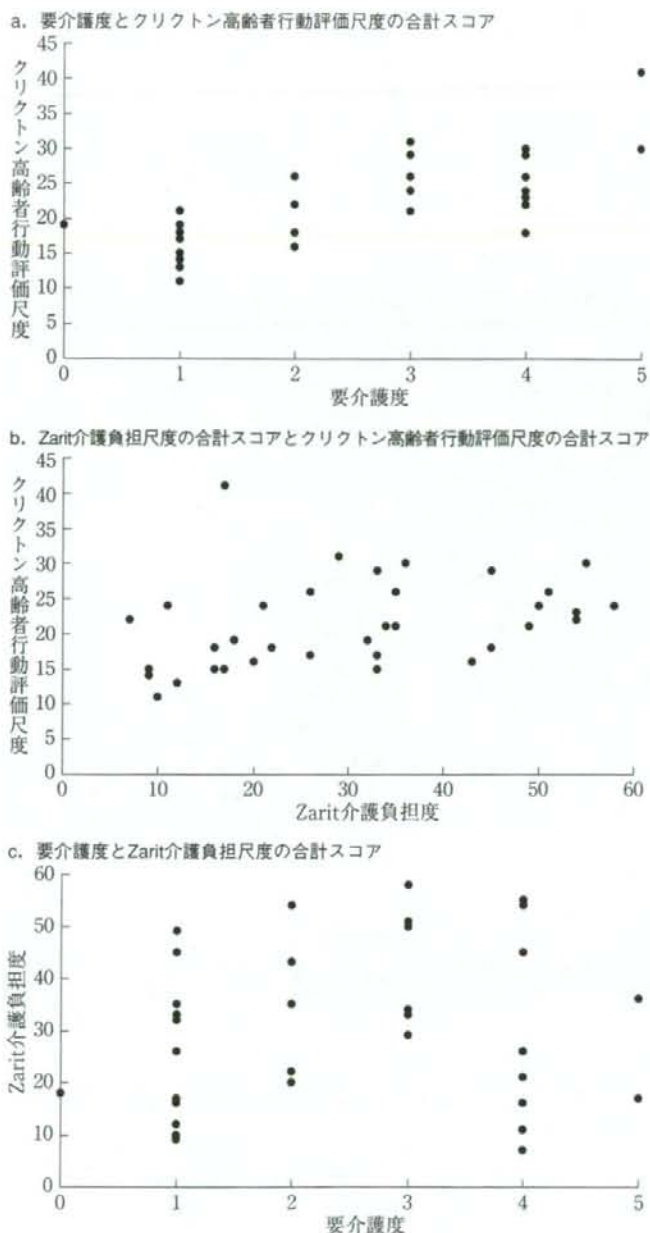


図1 クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit介護負担尺度の合計スコアおよび要介護度の関係 (1回目測定時)

今回の調査では、期間を空けて測定した際、クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit 介護負担尺度で有意な変化は認められなかった。これは、測定の間隔が短く変化が小さかったこと、および対

象とした高齢者数が少なかったことが原因と考えられた。測定間隔をより長くして、より多くの高齢者を対象として検討することで、要介護度の変化との関係を含めて、より明確な結果を得ること

表5 クリクトン高齢者行動評価尺度、Zarit介護負担尺度および要介護度の相関（1回目測定時）

	高齢者数	相関係数 (r)	p 値
クリクトン高齢者行動評価尺度と要介護度	37人	0.7650 ¹⁾	<0.0001
クリクトン高齢者行動評価尺度とZarit介護負担尺度	38	0.4654 ²⁾	0.003
Zarit介護負担尺度と要介護度	37	0.2686 ¹⁾	0.108

¹⁾ Spearman の相関係数²⁾ Pearson の相関係数

表6 クリクトン高齢者評価尺度およびZarit介護負担尺度の推移および変化量

	高齢者数	1回目	2回目	変化量	p 値 ¹⁾
クリクトン高齢者行動評価尺度	19人	19.26 ± 5.77	20.42 ± 8.30	1.16 ± 5.05	0.3306
Zarit介護負担尺度	19	27.68 ± 13.24	28.79 ± 12.93	1.11 ± 10.10	0.6392

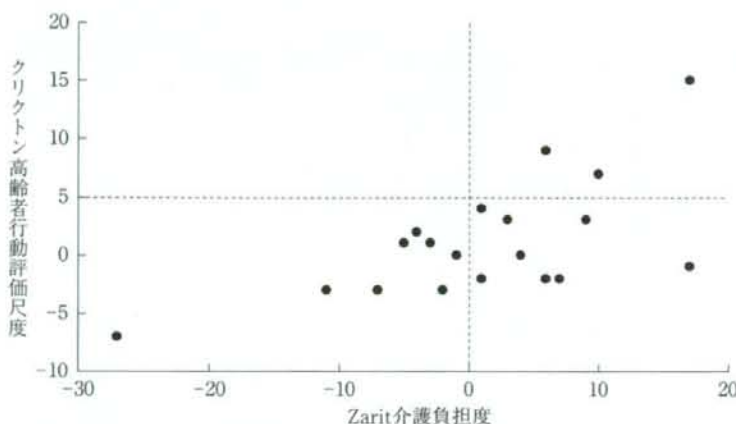
¹⁾ 対応のある t 検定

図2 クリクトン高齢者行動評価尺度およびZarit介護負担尺度の合計スコアの1回目測定時から2回目測定時への変化量の関係

表7 1回目と2回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit介護負担尺度の変化量の相関

	高齢者数	相関係数 ¹⁾ (r)	p 値
クリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit介護負担尺度の変化量	19人	0.6348	0.004

¹⁾ Pearson の相関係数

ができると考える。

今回の調査結果から、介護者からみた高齢者の障害の程度を指標として評価するクリクトン高齢者行動評価尺度の合計スコアは、介護負担や要介

護度と相関し、その変化を測定することで、介護負担の変化を推測できるものと考えられた。

文 献

- 1) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, **51**: 281-287 (1997).
- 2) 荒井由美子: Zarit 介護負担スケール日本語版の応用. *医学のあゆみ*, **186**: 930-931 (1998).
- 3) Cole MG: Inter-rater reliability of the Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale. *Age Ageing*, **18** (1): 57-60 (1989).
- 4) 遠藤英俊, 三浦久幸, 田島稔久, 大西丈二ほか: 介護者負担アセスメント法の進歩. *Geriat Med* (老年医学), **40** (1): 45-48 (2002).
- 5) 梅本充子, 遠藤英俊: 認知症高齢者における行動評価尺度クリクトンに関する研究. *日本認知症ケア学会誌*, **4** (2): 393 (2005).
- 6) Washio M, Arai Y, Izumi H, et al.: Depression among caregivers of the frail elderly, three years after the introduction of public long-term care insurance for elderly. *Int Med J*, **10**: 179-183 (2003).

Study for relationship between Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale and caregiver burden in people with cognitive dysfunction

Hidetoshi Endo *¹, Mitsuko Umemoto *², Shosuke Satake *¹,
Zenjiro Matsuyama *¹, Hisayuki Miura *¹

* 1 *National Center for Geriatrics and Gerontology, Department of Comprehensive Geriatric Medicine*

* 2 *Nagoya Women's University, Faculty of Human Life and Environmental Science, Department of Living and Welfare Science*

The relationship among Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale (CGRS), Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) and Care needs grading for long term care insurance (CNG) was investigated in the elderly subjects who commuted from home to day services facilities or day care centers. The behavior was scored on each rating scale twice, at the about 16-month interval.

Total score of CGRS was correlated with total score of ZBI (Pearson's correlation coefficient: 0.465, $p=0.0032$, $n=38$), and also with CNG (Spearman's correlation coefficient: 0.751, $p < 0.0001$, $n=37$). The amount of change as represented by difference between the first and second scoring on CGRS was correlated with the amount of change in ZBI (Pearson's correlation coefficient: 0.635, $p=0.0035$, $n=19$).

We can consider that the caregiver burden and CNG are evaluated indirectly from CGRS, and that the change in caregiver burden is estimated by measurement of the change in total score of CGRS.

Key words: Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale, Zarit Caregiver Burden Interview, Care needs grading, cognitive impairment, care-giver burden

高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断

高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と 認知症疾患の鑑別診断

遠藤英俊・洪 英在・佐竹昭介・三浦久幸



高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断

遠藤英俊, 洪 英在, 佐竹昭介, 三浦久幸

抄 録

高齢者総合機能評価 (CGA) は高齢患者の ADL や認知機能の評価を入院時や初診時に行うことで、高齢患者の診療に有用であり、認知症患者においても医療面だけでなく、生活面の情報を得ることで、全人的、包括的医療に有用である。CGA は認知症の鑑別、周辺症状の把握に利用可能である。さらに CGA は鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。認知症の診療には CGA のほか、チーム医療が重要である。これにより高齢者をより多角的、多面的すなわち、包括的・全人的医療を实践することが可能となる。

Key words : 認知症, CGA, 鑑別, 後期高齢者医療制度

老年精神医学雑誌 19 : 756-761, 2008

はじめに

高齢者総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment ; CGA) はもともと高齢者医療の柱として、医学的診断だけでなく、高齢者をより全体として (holistic)、より包括的に理解するために学問的に確立されてきた。これまで信頼性や妥当性が検討された ADL, IADL, 抑うつ, 認知機能の指標を用いて定量化している。しかし CGA については最近、少しずつ考え方が変化してきており、その効果を検証し、臨床や地域にフィードバックをする方向がみられる。また後期高齢者医療制度では、診療報酬上も総合評価を行うことが加算の対象となっており、病院ではその結果を基に入院時計画、退院時計画、退院カンファレンスを行うことが求められている。その点では高齢者認知症においては両者が重なる場合も多く、CGA

を用いた診断と鑑別も可能であり、同時に重要である。そこで本稿では CGA と認知症の鑑別の考え方と可能性について述べる。

高齢者総合機能評価について

高齢者総合評価とは高齢者を、生活面を含めて、医学的な側面からより理解するためにつくられたものである。表 1 にその主な内容を示した。この表からいえることは、CGA は ADL, IADL, 家庭や社会背景については同じものをみているが、より医学的側面をみており、とくに抑うつ気分、認知機能を簡単なスケールを用いて定量化している¹⁾。つまり要介護度は ADL, IADL については CGA と部分的に相関するが、利用される場が異なるため、比較そのものは意味がない。しかし高齢者を異なる視点で鑑別することはそれなりに重要である。また CGA の結果を基にカンファレンスを開催し、高齢患者の情報の共通化と情報交換が重要である。チーム医療のもととなるものが CGA である。高齢者医療のこの CGA とチーム医

Hidetoshi Endo, Young-Jae Hong, Shosuke Satake, Hisayuki Miura : 国立長寿医療センター包括診療部

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

表1 高齢者総合機能評価 (外来・入院・地域)

身体機能情報：視力，聴力，会話，尿失禁
日常生活指標：基本的ADL (Barthel Index), Lawton Scale, 手段的ADL (老研式活動能力指標)
社会的/経済的環境：問診表
QOL：VAS, SF36
うつ状態：Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)
認知機能：MMSE

療は欠かせないものである。さらにバージョンアップするためにはQOL評価の導入とその応用、そして患者ヘフィードバックすることである。

要介護者とCGAについてはレーダーチャートを用いた分類方法が峯廻¹⁾によるレポートに詳しい。つまり脳血管障害と、アルツハイマー病、パーキンソン病など病気による特徴をADL, Nutrition, Complication, Risk Factor, Social, Mentalの6つに分析して、レーダーチャートにすると病気の特徴、要介護高齢者の個人の特徴が明確にできるというものである。医療や介護へのアプローチとして興味深い。

つまり認知症診療において、高齢者総合機能評価の利用法としては認知症疾患の鑑別に利用することと、さらに介護や治療の選択、QOLに配慮した全人的医療を行ううえで有用である²⁾。高齢医療において、その絶対数の増加のために認知症診療は欠かせない。高齢者の特有な症状に合わせた医療を行うためにも、CGAとチーム医療は車の両輪のごとく重要である。CGAは鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。CGAは鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。

2 認知症の鑑別

認知症の診断のための神経心理テストには、簡易な神経心理検査としてはMini-Mental State Examination (MMSE) や長谷川式認知症スケール (HDS-R) があり、複雑な検査として、Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(ADAS cog.) などがあ。基本的に記憶障害や認知機能の評価を行うための尺度がある。さらに最近では鑑別のためには形態画像や機能画像が欠かせないツールとなっている。

アルツハイマー型認知症は進行性で、記憶障害を特徴とし、生活に支障がでるため介護が必要となる。認知症の約5割以上を占め、CT, MRIによる脳萎縮と早期に脳SPECTでの後部帯状回の血流低下が診断の参考になる。その所見を図1に示した。血流低下部位をみることで鑑別診断の参考になることはいうまでもない。

血管性認知症は60歳代の男性に多く、階段状に悪化し、急にもの忘れなどが悪化する場合がある。またまだら認知症ともいわれ、症状の変動が特徴的である。またアルツハイマー病との合併や、混合型認知症も存在し鑑別診断が困難な場合もある。表2にアルツハイマー病と血管性認知症の鑑別を示した。臨床経過や画像診断のほか、スケールとしてHachinski虚血スコアが有用である。4点以下であればアルツハイマー病で、7点以上であれば血管性認知症を考える。表3には認知症をきたす主な疾患とCGAを用いた鑑別対照表を示した。認知症の診断にCGAを用いることで、高齢者医療の臨床と認知症診療が融合することが可能となる。

鑑別のステップとしては、まずは認知機能を診断すること、他の認知症でない疾患と鑑別すること、次に症状を初期に明確に把握するために尺度が重要であること、第三にその病気の経過や薬物の有用性や有害事象をみるうえでも有用である。

SPECT (脳血流パターンで病気を鑑別)

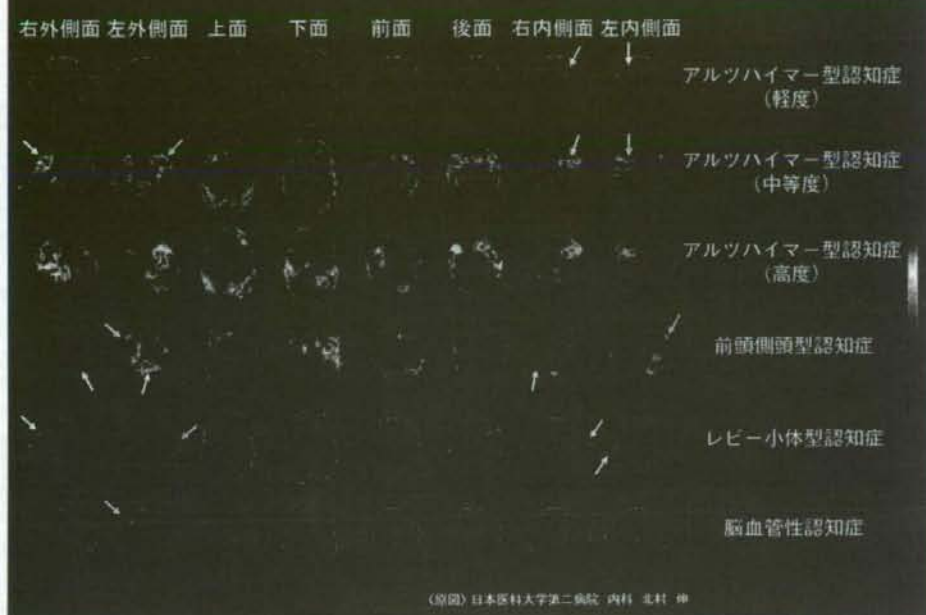


図1 SPECTによる認知症疾患の鑑別

表2 アルツハイマー型認知症と血管性認知症との主な鑑別点

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症
認知症と関連する脳血管障害 病歴 画像 (CT, MRI)	なし なし	あり あり
Hachinski 虚血スコア	4点以下	7点以上
経過	徐々に悪化	階段状に悪化, 進行停止
神経症候	なし	あり
脳循環代謝所見 (SPECT, PET)	側頭葉, 頭頂葉, 後部帯状回で低下	病巣に一致した低下 広範な低下

びまん性レビー小体病は初期には記憶障害が目立たない場合もあり、注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れることがある。またパーキンソンズムが出現する場合もある。そのため鑑別には振戦や筋硬直、歩行障害などのパーキンソン症状の神経所見をみておく必要がある。

前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia ; FTD) は前頭葉から側頭葉前方部が障害されることが特徴である。障害部位に一致する判断力の低下や反社会的行動をとるなど前頭葉症候群を主徴とする臨床症状を呈する。つまり鑑別には行動や尺度によって評価を行うとよい。

正常圧水頭症は記憶障害のほか、歩行障害、尿

表3 CGAと認知症の鑑別対照表

	CGA	認知症	鑑別疾患と病態	検査
1. 記憶障害の有無	MMSE	認知症 アルツハイマー病	せん妄やうつ MCI	CT, MRI, SPECT
2. 見当識障害の有無	MMSE	認知症	MCI	CT, MRI, SPECT
3. 生活機能障害	ADL, IADL	認知症	MCI	-
4. 症状の変動	Hachinski 虚血 スコア	血管性認知症	他の疾患	MRI, SPECT, CT
5. 幻視の有無	+	レビー小体型認知症	他の疾患	SPECT, MRI, CT
6. 判断力の低下	+	前頭側頭型認知症	他の疾患	CT, MRI, SPECT
7. 周辺症状の有無	GDS-15 QOL DBC シート	アルツハイマー病	前頭側頭型認知症 血管性認知症 せん妄	
8. 脳血管障害の既往の有無	Hachinski 虚血 スコア GDS-15	血管性認知症	うつ	CT, MRI, SPECT
9. 身体所見, 神経所見の有無	N/A	レビー小体型認知症	妄想, パーキンソン病	SPECT
10. 画像所見による鑑別	N/A	アルツハイマー病	正常圧水頭症 慢性硬膜下血腫 血管性認知症	CT, MRI, SPECT, PET (アミ ロイドPET)
11. 血液検査による鑑別	N/A	ビタミン欠乏症	甲状腺機能低下症	ビタミン 甲状腺機能

失禁が特徴である。とくにCT, MRIで脳室の拡大などの画像診断による鑑別診断の有用性が高い。

甲状腺機能低下症に伴う認知症は内分泌疾患で治療可能な認知症に位置づけられる。血液検査で甲状腺機能のチェックが必要である。

図2に認知症診断のステップに応じたCGAの利用について概略図を示した。この流れに沿ってステージに応じた、また目的に応じた適正な尺度の利用が望ましい。

さらに図3に後期高齢者医療制度における高齢者の総合的な評価のイメージを示した。入院時に簡易CGAを行い、その後必要があれば問題のあるドメインの詳細なCGAを行う。これを基に診療計画を立案する。診療計画は入院時計画と退院

時計画からなり、退院時にはカンファレンスを行うことで、診療報酬上の加算がついている。

高齢者総合外来における認知症

高齢者総合外来でCGAを施行した患者の分析を行った。対象は平成17年7月以降の高齢者総合外来受診者（ほとんどが初診時）である。初診対応医師あるいは研究補助員により初診時に可能なかぎりCGAを施行した。項目としてはMMSE（認知機能）、GDS-15（うつ状態）、CDR（認知症重症度）、VAS（自覚的QOL）、Behave-AD（認知症周辺症状）、Up and Go test/FRT（身体機能）、Barthel Index（ADL）、Lawton Scale（IADL）、老研式活動能力指標（IADL）、介護負担感尺度

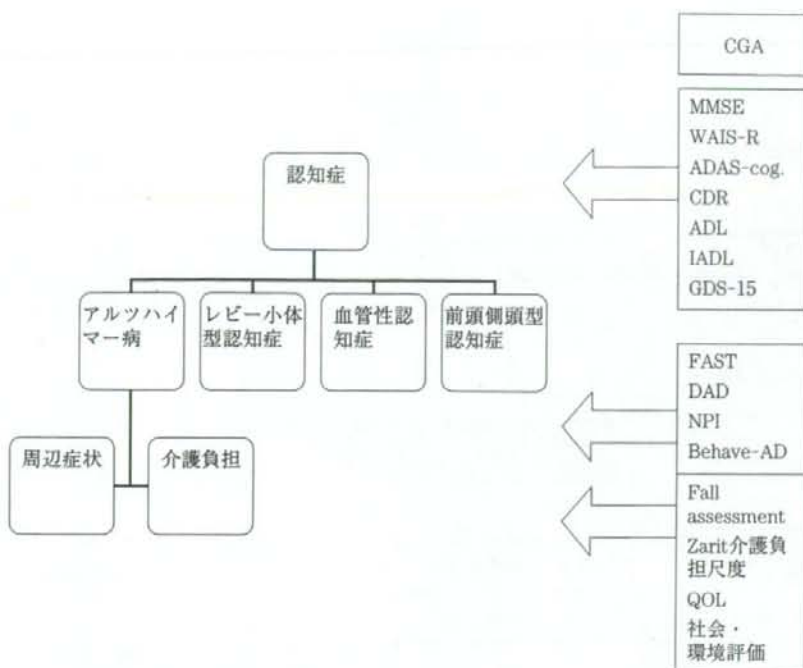


図2 認知症の鑑別とCGAの関係図

(ZBI), 身体的・社会的環境評価(介護力等)等である。

結果としてCGAを試みた外来患者407人のうち、単一評価項目のみ使用(ほとんどMMSEのみ)は164人であった。MMSEとGDS-15の2項目施行は160人であった。7項目以上評価は83人であった。

7項目以上評価者83人について分析した。平均年齢は 80.1 ± 7.9 歳であり、男性:女性=26:57であった。その結果、受診時病名についてはうつ、不眠など58人、もの忘れ、認知症周辺症状など認知機能に関連した受診42人、糖尿病12人、脳梗塞6人、狭心症2人、その他は呼吸器、消化器、内分泌疾患等多岐にわたっていた。受診時ADLが自立していたものは42人であり、同様にIADL(Lawtonと老研式)の自立(老研式は11点以上)はそれぞれ40人、14人と半数以上は低下していた。認知機能(MMSE)24点以上は30人、GDS-

15が5点以下は63人で、初診時認知障害が指摘された人数(42人)以上に実際の認知障害の合併が多いことが示された。その他、自覚的QOLは68人の記載者のうち、50点以下は6人と機能障害のわりに自覚的QOLの低い人は少ない。また、介護力が十分である人は68人中10人で介護力不足の現状が明らかであった。以上の結果から、CGAを施行することにより、単に認知症を漫然と診るだけでなく、フレイル(frail)エルダリーを診る視点において多角的、多面的に高齢者を診察することが可能となる。

■ おわりに

高齢者総合機能評価は要介護高齢者を分析、分類する方法と確立されているが、依然エビデンスは十分ではないと考えている。CGAを認知症診療に応用することは、多様な症状やニーズを抱えている対象疾患の特徴からみても合理的である。

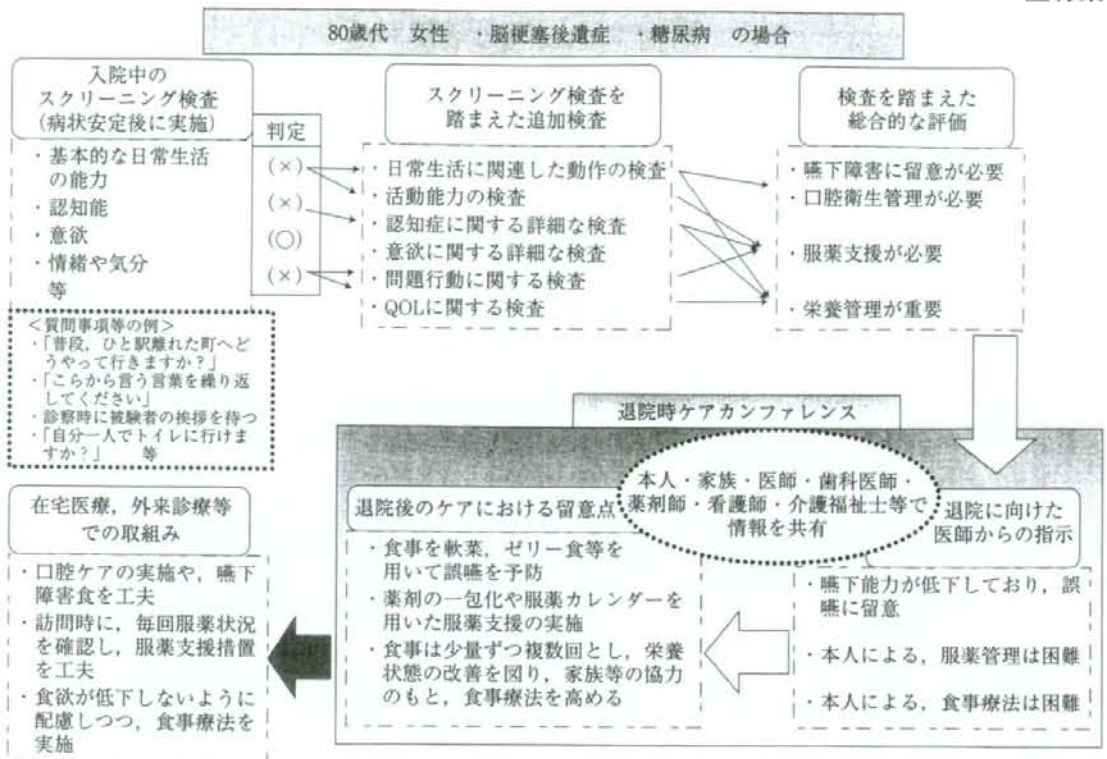


図3 後期高齢者医療制度における高齢者の総合的な評価のイメージ

しかしCGAはより簡便で、よりよいものに改善していく過程が重要であり、今後も変化していく必要がある。またそれをどう用いるか、すなわちカンファレンスを行うなどしたチーム医療の充実が欠かせない。

文 献

- 1) 峯廻攻守：要介護老年者の医学的総合機能評価。日老医誌，36：206-212（1999）。
- 2) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し。群馬県医師会報，676：8-12（2003）。
- 3) 鳥羽研二（編著）：高齢者総合的機能評価ガイドライン。厚生科学研究所，東京（2003）。

Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia

Joji Onishi,¹ Yusuke Suzuki,¹ Hiroyuki Umegaki,¹
Hidetoshi Endo,² Takashi Kawamura,³ Munehisa Imaizumi⁴
and Akihisa Iguchi¹

¹Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Aichi, Japan

²Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Centre for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi, Japan

³Kyoto University Health Service, Yoshida-honmachi, Sakyo-ku, Kyoto, Japan

⁴Kobayashi Memorial Hospital, Hekinan, Aichi, Japan

ABSTRACT

Background: Despite the recent dissemination of group homes in Japan for older adults with dementia, the behavioral and psychological features of the residents remain unknown. To clarify the association of such features with the levels of difficulty encountered by caregivers in coping with these symptoms, we have conducted a survey to compare the frequencies of the symptoms among group homes, nursing homes and a long-term care hospital.

Methods: Five hundred and eighty-six older adults aged 65 years or more were sampled. Data were consecutively collected from questionnaires given to the caregivers. The questionnaire included basic activities of daily living, the Mini-mental State Examination, frequencies of behavioral, psychological and physical symptoms, and the levels of difficulty in coping with the symptoms.

Results: In group homes, requests to go home, urinary incontinence and frequent complaining were the most commonly observed symptoms. The symptoms associated with disorientation, anxiety and depression were frequently observed in all three care settings. Most of the symptoms were more frequently observed in group homes than in the other two care settings. However, the levels of difficulty in coping with most of the symptoms were the highest in the long-term care hospital, followed in order by the group homes and nursing homes. In group homes, inappropriate sexual behavior was the symptom creating the most

stress for the caregivers, followed by verbal and nonverbal abuse and changeable mood.

Conclusions: The symptomatic traits of residents in group homes were clarified in the present study. These findings could be helpful in considering desirable placement or the improvement of eligible service provision for older adults with dementia in care facilities.

Key words: aged, dementia, behavioral and psychological symptoms, group home

Introduction

The percentage of individuals aged more than 64 years in Japan reached 19.5% in 2004, making this country a clear forerunner in the aged society worldwide. The number of older adults with dementia who are unable to continue living in their home has been steadily increasing. Despite the recent dissemination of group homes for older adults with dementia, the behavioral, psychological and physical features of the residents remain unknown. A group home in Japan is defined as a care facility that accommodates a smaller (5–9 persons) number of older adults with mild to moderate dementia, and is characterized by participation of the residents in daily housekeeping if possible, with the assistance of the care staff. Most of the group homes are privately owned but the services are provided based on the public long-term care insurance policy. There were 270 group homes when this insurance system was implemented in 2000, but this number had risen to 4775 at the last measurement in 2004. Despite this rapid dissemination of group homes, their concept is not well understood by healthcare professionals, much less by the society as a whole. In terms of choosing an optimal care environment for older adults with dementia, it is important to identify symptomatic traits in those who are admitted to care facilities. However, there is a dearth of information regarding the relationship between the symptoms and care settings.

In this study, we surveyed the frequencies of behavioral, psychological and physical symptoms in group homes and the levels of difficulty in coping with the symptoms. We also compared the results obtained from group homes with those in nursing homes and in a long-term care hospital.

Methods

This study involved 586 older adults aged 65 years or older. Ninety-one older adults were living in 10 group homes, 411 were in five nursing homes, and 84 were admitted to a long-term care hospital. Data were collected consecutively from questionnaires given to the caregivers in charge of the older adults. The

questionnaire included questions about the residents' age, gender, basic activities of daily living (BADL) evaluated by the Barthel Index (Mahoney and Barthel, 1965), frequencies of behavioral, psychological and physical symptoms, and the levels of difficulty in coping with the symptoms. The Mini-mental State Examination (MMSE; Folstein *et al.*, 1975) was administered in two of the group homes to a total of 17 residents.

The behavioral, psychological and physical symptoms of the older adults were assessed using the original list given in Table 1. The list consisted of: 16 symptoms (numbers 1–16) included in the primary assessment dataset of the public long-term care insurance system; and 16 symptoms (numbers 17–32) selected from the lists applied in previous studies (Baumgarten *et al.*, 1990; Greene *et al.*, 1982; Sanford, 1975; Teri *et al.*, 1992). Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are usually defined as symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that occur frequently in patients with dementia (Finkel and Burns, 2000). We included not only behavioral and psychological but also physical symptoms, such as urinary/fecal incontinence, dysphagia and walking disturbance, as some previous reports suggested that the physical problems strongly affect the caregivers' burden (Dunkin and Anderson-Hanley, 1998; Onishi *et al.*, 2005). The frequencies of observed symptoms were scored with the following values: 0 = none, 1 = less than once a week, 2 = a few times a week, 3 = almost every day, and 4 = always. When the symptoms were observed, the staff was asked to estimate the level of difficulty in coping with each symptom on a scale of 1 to 5, with 1 representing "easy" and 5 representing "extremely difficult."

Differences in the frequencies of observed symptoms and the levels of difficulty in coping with symptoms among group homes, nursing homes and the long-term care hospital were tested using a one-way analysis of variance (ANOVA). Tukey's test was used for multiple comparisons. A *p*-value of < 0.05 was considered to indicate statistical significance, and all tests were two-tailed. All statistical analyses were performed on a personal computer with the statistical package SPSS for Windows, Version 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.A.).

Results

Table 2 shows gender, age and BADL for the residents in the three care settings. There were no significant differences in gender or age among the three groups, but the mean BADL was significantly higher in group homes than in the other two groups. The mean MMSE score was lower in the long-term hospital than in the nursing homes, but the score in the group homes did not differ significantly from the other two care settings.