

[原著論文]

認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGERの検討 (第2報)

—— 妥当性の検討 ——

梅本充子^{*1}・遠藤英俊^{*2}・三浦久幸^{*2}

*1 聖隷クリストファー大学, *2 国立長寿医療研究センター

抄録

行動観察評価スケール NOSGER 翻訳版の妥当性の検討を行った。老人保健施設およびグループホームの入所・入居者、デイケアに通う高齢者計 59 人を対象に調査した。併存的妥当性では、「記憶」の得点と HDS-R、MMSE の得点相関係数は、 -0.668 、 -0.610 であり、「道具を用いる日常行動」と N-ADL との相関は -0.575 、「セルフケア」と N-ADL との相関は 0.773 、「行動障害」と Behave-AD との相関は 0.705 、「感情」と Behave-AD (感情障害) との相関は 0.715 、「社会的活動」と NM スケール (関心・意欲・交流、会話) との相関は -0.622 と、いずれもそれぞれ同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に有意な高い相関を認めた。さらに因子分析の結果、尺度構成の項目数にばらつきはあったものの、6 因子が抽出され、翻訳版の因子命名と英語原版の下位尺度との内容がほぼ一致し、認知症高齢者の評価指標として妥当性が示された。

Key words : 行動観察評価スケール, NOSGER, 妥当性, 信頼性, 認知

老年精神医学雑誌 22 : 1283-1290, 2011

はじめに

第1報¹⁾で述べたように、認知症は、認知機能障害と同時に日常生活への支障をきたす。認知症の初期段階では、介護者が患者の生活上の失敗や異変を感じて受診に至るケースも多い。認知症の早期発見からケアが必要となる過程の全般にわたり、医療・福祉が連携するためには、医師や専門家以外の患者に身近に接する介護者の視点から評価可能な尺度が必要とされる。しかし、簡便かつ包括的、専門家以外でも使用可能な評価尺度は、管見の限り国内では見当たらない。

筆者ら²⁾は、第1報で NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patient) による信頼性の検討を行った。その結果、本尺度は看護師・介護福祉士の評価者間ともに、Cronbach の α 係

数、Spearman 相関係数、 κ 係数の一致率が高く、その信頼性が示された。したがって本研究では、認知症高齢者に対する行動観察評価尺度 NOSGER の妥当性の検討を報告する。

NOSGER は、アルツハイマー型認知症に対する新たな薬物療法の開発において、薬効を判定する行動観察評価尺度として Spiegel ら³⁾により 1991 年に報告されたものである。NOSGER の構築にあたっては、精神疾患患者の行動障害を評価する尺度 NOSIE (Nurses' Observation Scale for In-patient Evaluation)³⁾と、老年精神疾患患者における評価尺度 GERRI (Geriatric Evaluation of Relative's Rating Instrument)³⁾の項目をできるかぎり多く取り入れた新しいスケール NOSGER が考案された。

妥当性の検討では、Spiegel ら³⁾により、既存の確立された尺度との相関が検討されている。研究は、多施設共同研究であり、11 か国 33 センター 370 人に行われた。対象者は入院患者 58%、

(受付日 2011年5月12日)

Mitsuko Umemoto, Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura

*1 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原 3453

在宅42%であった。その結果、記憶の得点はMini-Mental State Examination (MMSE) 得点やWard Function Inventory (WFI) における「記憶」の下位尺度得点との間に、ともに0.82という高い相関が報告されている^{2,4)}。他の下位尺度についても類似する各領域を判定する尺度、または下位尺度との有意な相関が認められており、併存的妥当性が確認されている。NOSGERの下位尺度は記憶、道具を用いる日常行動、セルフケア、感情、社会的活動、行動障害の6つの下位尺度ごとに5項目を設定し、全体で30項目の包括的行動評価である。すなわち認知症による中核症状や認知症に伴う精神症状や行動の障害を行動の発生頻度によって評価したものである。評価は、「常時」「ほとんどつねに」「しばしば」「時々」「まったくなし」の5段階からなる。評価点は総合点で示され、低得点は障害の程度が軽いことを示し、高得点になるほど障害が重いことを示す(表1)。

I. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、愛知県T市老人保健施設の入所者、グループホームの入居者、デイケアに通う在宅高齢者の計59人であった。

2. 調査方法

実施期間は2002年8~9月で、尺度の妥当性を検討するため調査を行った。NOSGERの評定については、老人保健施設およびグループホームでは看護師、デイケアに通う高齢者については主たる介護者の家族に依頼した。看護師、家族に対して評定方法の詳しい説明は行わなかった。他の評価尺度として改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、MMSE、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)、N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (Behave-AD)も同時に測定した。

NOSGERの評価尺度の翻訳版は、新井¹⁾による翻訳のものを使用した。この翻訳版は、まだ日本語版としての尺度構成は行われていない。

3. 分析方法

統計解析ソフトはSPSS (12.0J)を使用した。

4. 倫理的配慮

調査にあたっては、研究の趣旨と目的、回答は自由意思であること、また自由意思の判断がむずかしい認知症の場合は、家族に文書で説明し、同意が得られた場合をお願いした。また研究に参加しない場合でも不利益は被らないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、調査票およびデータ管理は厳重に行うことを説明書に明記し、説明後同意を得た。

II. 結果

1. 研究参加者の属性

愛知県T市老人保健施設の入所者45人、グループホームの入居者6人、デイケアに通う在宅高齢者8人の計59人に調査を行った。性別は男性15人、女性44人、平均年齢 82 ± 8.1 (平均値 \pm 標準偏差)であった。HDS-Rの平均点 11.95 ± 8.26 、MMSE 15.56 ± 7.64 で、いずれも診断名は認知症であった(表2)。

2. 記述統計の結果

NOSGER得点分布は、下位尺度ごとに表3に示した。行動障害の得点分布については、他の下位尺度の得点分布に比べて最も低く 7.73 ± 2.39 を示した。

3. 収束的妥当性の検討

収束的妥当性は、NOSGERの6つの下位尺度と総得点とのPearsonの相関係数をみた。その結果を表4に示した。総得点との相関係数は、「行動障害」 $r = 0.477$ 、「感情」 $r = 0.621$ がやや低い傾向にあったが、他の4つの相関係数($r = 0.825 \sim 0.894$)は、有意に高い相関を示した。

4. NOSGER下位尺度と併存的妥当性の検討(表5)

「記憶」の下位尺度得点とHDS-R、MMSEの総得点は逆相関を示し、Pearsonの相関係数はそれぞれ $r = -0.668$ 、 $r = -0.610$ であった。「道具を用いる日常行動」の下位尺度得点とN-ADL総得点との相関係数は、 $r = -0.575$ 、「セルフケア」

表1 NOSGER 質問用紙

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

教示：患者さんの最近2週間の行動様式を調査しますので、以下の30項目についてご自身の観察に基づいて、最も該当する欄を選んでください。

		常時	ほとんど つねに	しば しば	時々	まったく なし
1	ひげ剃りまたは化粧、整髪が一人でできる	1	2	3	4	5
2	好みのラジオ・テレビ番組を理解する	1	2	3	4	5
3	悲哀感を訴える	5	4	3	2	1
4	夜間は落ち着かない	5	4	3	2	1
5	周囲の出来事に関心を示す	1	2	3	4	5
6	自室をきれいに保とうとする	1	2	3	4	5
7	排便はコントロールできる	1	2	3	4	5
8	中断後も会話の内容を覚えている	1	2	3	4	5
9	簡単な買い物（新聞や食料）に出かける	1	2	3	4	5
10	むなしさを訴える	5	4	3	2	1
11	ひとつの趣味を続けている	1	2	3	4	5
12	会話中に同じことを何回も繰り返す	5	4	3	2	1
13	悲しげにまたは涙ぐんで見える	5	4	3	2	1
14	身なりが清潔できちんとしている	1	2	3	4	5
15	施設や自宅から逃げ出す	5	4	3	2	1
16	親友の名前を覚えている	1	2	3	4	5
17	身体的に可能な範囲で他人の手助けをする	1	2	3	4	5
18	不適切な装いで外出する	5	4	3	2	1
19	いつもの環境では、順応している	1	2	3	4	5
20	質問するとイライラして不機嫌そうになる	5	4	3	2	1
21	周囲の人と交流する	1	2	3	4	5
22	衣類などの品物の置き場所を覚えている	1	2	3	4	5
23	言葉または動作が攻撃的である	5	4	3	2	1
24	排尿はコントロールできる	1	2	3	4	5
25	機嫌がよさそうである	1	2	3	4	5
26	友人または家族との交流を続けている	1	2	3	4	5
27	ある人を別の人と勘違いする	5	4	3	2	1
28	催しごと（来客やパーティー）を楽しむ	1	2	3	4	5
29	家族または友人と親しげに会話を楽しむ	1	2	3	4	5
30	頑固で、指示や規則に従わない	5	4	3	2	1

下位尺度、*逆点項目

- ①記憶：8, 12*, 16, 22, 27*
- ②道具を用いる日常行動：2, 6, 9, 11, 19
- ③セルフケア：1, 7, 14, 18*, 24
- ④感情：3*, 10*, 13*, 25, 28
- ⑤社会的活動：5, 17, 21, 26, 29
- ⑥行動障害：4*, 15*, 20*, 23*, 30*

(Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al.: A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patient; The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39: 339-347, 1991, 翻訳：新井¹⁾による)

下位尺度得点とN-ADL総得点との相関係数は、 $r = 0.773$ であった。また「感情」とBehave-ADの下位尺度（感情障害）との相関係数は $r = 0.715$ 、「行動障害」とBehave-ADとの相関係数は $r = 0.705$ 、「社会的活動」とNMスケールの下

位尺度（関心・意欲・交流、会話）との相関係数は $r = -0.622$ であり、それぞれ同じような領域を判定する尺度、または下位尺度（外的基準）間にいずれも有意な相関を認めた。

表2 研究参加者属性

N = 59

項目	カテゴリー	平均±標準偏差	人数	%
性別	男性		15	25.4
	女性		44	74.5
年齢		82 ± 8.1 歳		
	60～69 歳		4	6.8
	70～79		12	20.3
	80～89		32	54.2
	90～96		11	18.6
診断名	アルツハイマー型認知症		24	40.7
	老人性認知症		22	37.3
	アルツハイマー・老人性混合型認知症		4	6.8
	血管性認知症		8	13.6
	老人性うつ症, 老人性認知症		1	1.7
認知機能	HDS-R	11.95 ± 8.26 点		
	MMSE	15.56 ± 7.64		
所属	老人保健施設入所者		45	76.3
	デイケア通所者		8	13.6
	グループホーム入居者		6	10.2

表3 NOSGER 記述統計

N = 59

NOSGER	最小値	最大値	平均値	標準偏差
記憶	6	22	14.39	4.38
道具を用いる日常行動	5	25	17.83	5.72
セルフケア	5	24	13.86	5.40
感情	6	19	11.02	3.01
社会的活動	5	24	16.47	4.76
行動障害	5	15	7.73	2.39
総得点	38	114	80.15	21.69

5. 因子的妥当性の検討

NOSGER の翻訳版全 30 項目を用いて因子分析を行った。抽出には主因子法を用い、因子数は、固有値 1 以上で最大因子負荷量が絶対値で 0.30 以上の基準を設定した。プロマックス回転を行った結果の因子パターンと因子相関を表 6 に示した。結果は、NOSGER (英語原版) と同じ 6 因子構造となったが、NOSGER (英語原版) の「道具を用いる日常行動」と「セルフケア」の 2 つの因子は、1 つの因子にまとめ、IADL や ADL との関連が強い結果となった。NOSGER 翻訳版では第 1 因子が日常生活動作と手段的日常生活動作などの機能で「日常生活行動」に関する因子とした。第 2

因子は、周囲、家族友人などと交流に関する項目で「社会的交流」の因子とした。第 3 因子は、拒否、攻撃、不機嫌などを示す項目で「行動障害」に関する因子とした。第 4 因子は、不安な気持ちに関する項目で「不安感情」因子とした。第 5 因子は、見当識や記憶に関する項目で「認知機能」因子とした。第 6 因子は、環境や状況など適応に関する項目で「適応」因子とした。第 1 因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目は、因子負荷が相対的に低かったが、認知症に特化した行動であり、項目を採択した。

Ⅲ. 考 察

本結果から、NOSGER 尺度は患者の身近にいる看護・介護者が認知症の状態を包括的に把握できる評価尺度であることが示唆された。収束的妥当性では、下位尺度と総得点との相関において、総得点と「行動障害」との相関係数が 0.477 ($p < 0.001$) とやや低い傾向にあり、先行研究⁹⁾からも同様の結果が示されているが、認知症であっても必ずしも行動障害を伴うとは限らないことも要因として考えられる。他の項目との関連性は、

表4 NOSGER 下位項目間相関係数

N = 59

	記憶	道具を用いる日常行動	セルフケア	感情	社会的活動	行動障害
記憶						
道具を用いる日常行動	0.721***					
セルフケア	0.633***	0.829***				
感情行動	0.401**	0.455***	0.467***			
社会的活動	0.594***	0.674***	0.750***	0.454***		
行動障害	0.394**	0.250	0.303*	0.398**	0.274*	
総得点	0.825***	0.871***	0.894***	0.621***	0.831***	0.477***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表5 NOSGER 下位尺度と外的基準との相関

N = 59

項目	尺度	相関係数	p 値
記憶	HDS-R	-0.668	***
	MMSE	-0.610	***
道具を用いる日常行動	N-ADL	-0.575	***
セルフケア	N-ADL	0.773	***
行動障害	Behave-AD	0.705	***
感情	Behave-AD「感情障害」	0.715	***
社会的活動	NMスケール「関心・意欲・交流, 会話」	-0.622	***

*** $p < 0.001$

相関係数 0.621~0.894 ($p < 0.001$) と十分な値を示し、妥当性が示された。併存的妥当性について、Spiegelら⁹⁾の研究において、NOSGERの下位項目と類似概念をもつ評価スケールとを比較してNOSGERの「記憶」とMMSE得点との間に非常に高い相関が確認されており ($r = -0.82$, $p < 0.001$)、今回の結果でもほぼ類似した結果 ($r = -0.610$, $p < 0.001$) を得ている。HDS-Rとの相関も高く ($r = -0.668$, $p < 0.001$)、認知機能に深く関連していることを示している。他のいずれも同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に高い相関を認めたことから、NOSGERの併存的妥当性が確認された。構成概念妥当性については、新たに「適応」に関する項目が構成されたがNOSGER (英語原版) と同じく6因子構造となり、因子項目の内容が英語原版とほぼ一致した。しかし、尺度項目数にばらつきがみられ、第1因子のADL, IADLなどの「ADL」に関する尺度が16項目と最も多く、「認知機能」に関する尺

度項目や「適応」に関する項目が、2項目と少なく課題が残る。しかしこれらは、認知症が日常生活動作にいかんにかんして障害を与えやすいかということを示すものと考えられる。これまで認知症は、中核症状としての記憶・見当識が問題とされてきた。しかし中核症状から引き起こされる日常の行動障害を把握することがより重要となっていることを示している。また第1因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目において、因子負荷が相対的に低かった原因として、夜間は落ち着かない場合、比較的睡眠薬などの処方なされていることが多いことや身なりが清潔できちんとしているように介護者が点検してしまうことなど介護者のほうで比較的対応可能なことなどが考えられる。NOSGER (英語原版) との一部尺度構成の違いはみられるものの、認知症における特徴的行動に即した因子構造と考える。実践への示唆として、認知症の経時的変化や治療による変化を評価しうる可能性が考えられる。

表6 NOSGERの因子分析

N = 59

項目 番号	項目名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	共通性
11	ひとつの趣味を続けている	1.060	-0.393	-0.064	0.121	0.087	-0.039	0.897
9	簡単な買い物(新聞や食料)に出かける	1.023	-0.239	-0.211	0.06	-0.092	-0.041	0.796
1	ひげ剃りまたは化粧、整髪が一人できる	0.946	-0.091	-0.09	0.075	0.104	0.177	0.892
2	好みのラジオ・テレビ番組を理解する	0.898	0.078	0.031	-0.024	-0.146	-0.048	0.92
8	中断後も会話の内容を覚えている	0.832	0.13	0.146	-0.198	-0.352	-0.037	0.916
6	自室をきれいに保とうとする	0.787	0.2	-0.209	0.029	0.065	0.132	0.918
22	衣類などの品物の置き場所を覚えている	0.699	0.388	-0.041	-0.141	-0.193	0.081	0.927
7	排便はコントロールできる	0.693	0.282	0.055	-0.036	-0.03	0.121	0.907
24	排尿はコントロールできる	0.657	-0.039	0.01	-0.073	0.401	0.187	0.789
19	いつもの環境では、順応している	0.568	0.138	0.155	-0.15	-0.085	-0.256	0.78
16	親友の名前を覚えている	0.547	0.235	0.238	-0.146	-0.135	-0.011	0.832
17	身体的に可能な範囲で他人の手助けをする	0.459	0.375	-0.075	0.094	0.107	0.141	0.803
28	催しごと(来客やパーティー)を楽しむ	0.423	0.122	0.183	0.014	0.246	-0.176	0.798
25	機嫌がよさそうである	0.407	0.061	0.062	0.237	0.352	-0.319	0.855
14	身なりが清潔できちんとしている	0.359	0.235	0.189	0.019	0.258	0.028	0.91
4	夜間は落ち着かない	0.325	-0.131	0.242	0.027	0.015	0.025	0.479
21	周囲の人と交流する	0.003	0.999	-0.134	0.036	-0.031	0.156	0.866
5	周囲の出来事に関心を示す	-0.017	0.952	-0.306	0.068	-0.088	0.002	0.774
29	家族または友人と親しげに会話を楽しむ	0.014	0.633	0.171	0.098	0.179	-0.069	0.911
26	友人または家族との交流を続けている	0.01	0.567	0.142	0.022	0.119	-0.315	0.882
30	頑固で、指示や規則に従わない	-0.099	-0.242	1.149	-0.093	0.032	0.35	0.853
23	言葉または動作が攻撃的である	-0.027	-0.113	0.833	0.079	-0.166	-0.041	0.822
20	質問するとイライラして不機嫌そうになる	-0.012	0.131	0.563	0.234	-0.024	0.225	0.721
3	悲哀感を訴える	0.114	0.077	-0.07	0.972	-0.24	0.073	0.882
10	むなしさを訴える	-0.075	0.068	0.041	0.849	-0.12	-0.081	0.855
13	悲しげにまたは涙ぐんで見える	-0.095	0.058	0.1	0.566	-0.019	0.02	0.668
27	ある人を別の人と勘違いする	0.074	0.052	0.042	0.125	-0.716	0.116	0.67
12	会話中に同じことを何回も繰り返す	0.11	-0.146	0.17	0.38	-0.603	-0.083	0.85
18	不適切な装いで外出する	0.01	0.104	0.427	0.124	0.01	0.553	0.508
15	施設や自宅から逃げ出す	0.154	-0.026	0.161	-0.053	-0.094	0.486	0.627
固有値		12.005	3.621	1.994	1.783	1.451	1.222	
回転後の合計		11.081	9.161	4.826	2.855	3.457	1.394	
因子相関		因子2	0.732					
		因子3	0.377	0.463				
		因子4	0.08	0.073	0.307			
		因子5	0.346	0.427	0.155	0.014		
		因子6	-0.12	-0.212	-0.327	-0.125	0.003	

主因子法 プロマックス回転

数値はNOSGERにおける項目番号

また病院、施設、在宅などで広く活用し、連携したケアプランの作成や認知症の早期発見、リハビリの評価としても適応を検討できるものと思われる。しかし、NOSGER 翻訳版の質問項目においては、文化的背景の違いや病院、施設、在宅による環境の違いから不適切な意味合いや表現もみられ、評価解釈が異なる場合も考えられる。

第1報⁷⁾では、再度英語の原文から意図する内容を解釈し、評価をできるかぎり一定に保てるようにコンテンツを作成した。今後日本語版の作成にあたり、訳語の妥当性の検討や対象者の拡大の検討を行う予定である。

結 論

第1報⁷⁾に続き、NOSGER (翻訳版)の妥当性について検討した結果、尺度全体としての妥当性があり、認知症の特異的、包括的尺度としてさまざまな機会に使用できる汎用性の高い尺度であることが示された。本尺度は、今後日本語版の作成を行うことで、認知症高齢者の研究に使用できると思われる。

文 献

- 1) 新井平伊：観察式による痴呆の行動評価 (3)。老年精神医学雑誌, 7 (8) : 913-926 (1996).
- 2) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : "Mental state"; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 : 189-198 (1975).
- 3) Honigfeld G : NOSIE-30 ; History and current status of its use in pharmacopsychiatric research. *In* Modern Problems of Pharmacopsychiatry, Vol.7, Psychological Measurements in Psychopharmacology, ed. by Pichot P, 238, Karger, Basel (1974).
- 4) Norton JC, Romano PO, Sandifer MG : The Ward Function Inventory (WFI) ; A scale for use with geriatric and demented inpatients. *Dis Nerv Syst*, 38 : 20-23 (1977).
- 5) Schwartz GE : Development and validation of geriatric evaluation by relatives rating instrument (GERRI). *Psychol Rep*, 53 : 479-488 (1983).
- 6) Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al.: A new behavioral assessment scale for geriatric out-and in-patient ; The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39 : 339-347 (1991).
- 7) 梅本充子, 遠藤英俊, 三浦久幸 : 認知症高齢者における行動観察スケール NOSGER の検討 (第1報) ; 信頼性の検討. 老年精神医学雑誌, 20 (10) : 1139-1148 (2009).

Evaluation of behavior observation scale NOSGER for elderly people with cognitive dysfunction (2nd report)

— A consideration of validity —

Mitsuko Umemoto*¹, Hidetoshi Endo*², Hisayuki Miura*²

* 1 *Seirei Christopher University*

* 2 *National Center for Geriatrics and Gerontology*

To examine the validity of the Japanese translated Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER), an analysis was made of a total of 59 elderly participants in all, who went to an elderly healthcare facility, a group home, or a senior day-care center. For concurrent validity, the score-correlations with HDS-R and MMSE indicated their coefficients of -0.668 and -0.610 for "memory". With a correlation coefficient of -0.575, "instrumental activities of daily living" was correlated with N-ADL. "Self-care" and N-ADL had 0.773. There was a coefficient of 0.705 between "behavioral disorder" and Behave-AD. "Mood" and "mood disturbance" in Behave-AD, and "social behavior" and NM-scale (interest, voluntary transaction, and verbal exchange) showed coefficients of 0.715 and -0.622, respectively. Thus, for almost any similar dimension, significantly high correlations were observed between the NOSGER and a variety of established instruments. As the result of the factorial analysis, although the English version of the NOSGER and the Japanese differed in the number of scaling items, six factors were analytically extracted. Translated dimensions were virtually identical to the original English NOSGER subscales. This study's findings demonstrate the validity of the NOSGER Japanese translation as a useful assessment scale for elderly citizens with dementia.

Key words : behavior observation scale, NOSGER, validity, reliability, elderly with dementia

● 予防・管理

地域の取組み，介護保険サービスの利用法

* 独立行政法人国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 ** 同 部長

遠藤 英俊** 佐竹 昭介* 三浦 久幸*

要旨

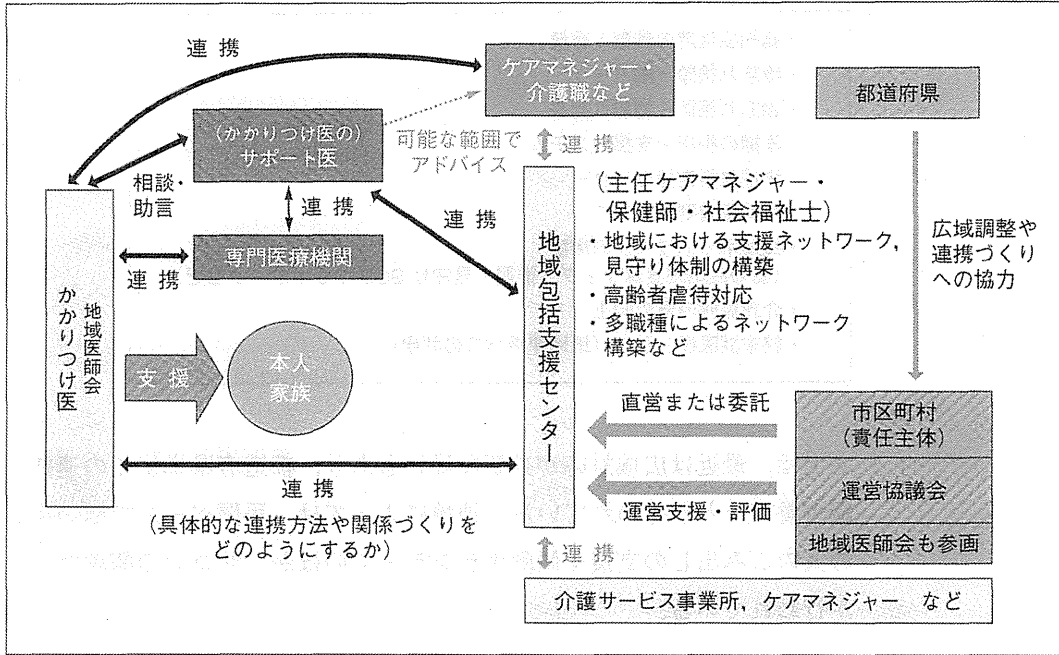
認知症への地域の取組みとして，サポーター養成やサポート医養成などが実施されているが，地域での病気としての認知度が高くなってきている。実際，認知症の人に対する見守り支援などが始まっている。一方，介護保険サービスの利用によって，認知症の介護負担の軽減が図られようとしている。デイサービスやショートステイなど，適切な時期に適切なサービスを利用することが重要である。

はじめに

介護保険法は2000年4月に施行され，2006年4月に1度改正された。2011年には2度目の改正が行われる。この法律は介護の社会化や，自立支援，サービスの民間化などを目的に創設された。初めての改正においては，主な内容としては，介護予防が重視され，新たな介護予防サービスの開発と普及が行われた。また地域では，地域包括支援センターが設立され，介護予防対策，高齢者虐待防止，地域包括ケアなどを行う，多機能な地域の中核的な役割を持つ拠点が全国的に整備された。2012年には3度目の介護保険法の改正が行われた。その中で“地域包括ケア”がその目標とする改訂の理念となっている。本

キーワード：地域の取組み，介護保険，介護予防，高齢者虐待防止

図1 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



稿では介護サービスの利用を踏まえて、地域の取組みについて概説する。

認知症に対する地域の取組み

認知症に対する地域の取組みは、さまざまな面で存在する。市民への教育として数年前からサポーター研修が導入され、終了者は 200 万人を超えている。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修が導入され、2011 年の段階ですでに 28,000 人以上の医師が研修を終了している。この講師役としてのサポート医研修が実施されており、1,600 人を超える医師が研修を終了している。今後、その連携を強化することが重要である (図1)。さらに国では、「認知症疾患医療センター」を整備して、認知症の人が安心して医療を受けられるように、また地域と連携できるように整備が行われている。

こうした地域での人材育成と同時に、「認知症地域資源マップ」の作成や「徘徊・見守り SOS ネットワーク」の構築、最近では市民後見人制度の導入も実施されようとしている (表1)。徘徊ネットワー

表1 認知症の地域支援

- ・認知症理解の啓蒙・啓発
- ・物忘れ検診・脳ドック
- ・物忘れ相談・物忘れ外来
- ・早期の相談・支援システム
- ・地域包括支援センター
- ・地域密着型サービス
- ・地域ネットワークの構築
(認知症地域資源マップ, 徘徊・見守り SOS ネットワークなど)
- ・介護施設の質の向上
- ・終末期医療とケア (地域連携バスの利用)

クでは、最近では広域対応が必要な場合もあり、都道府県単位での連絡網の整備などが行われている。地域によっては、民間ベースで認知症の人のごみ出しの支援や傾聴ボランティアのほか、サロンの開設などが行われている。

介護保険サービスの利用

介護保険制度は超高齢社会を前に、介護問題を国として解決する手段として創設された。それまでは福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、福祉は措置制度から契約制度へと大きく転換された。主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。また、介護事業者の参入が自由化され、民間活用がねらいの1つとなった。さらに、高齢化に伴う医療費の負担の増加があり、新たに公的介護保険が必要となった。医療サービスのうち、幾つかが介護サービスとして転換された。日本全体でどこでも、あまねく介護サービスが利用できる環境が必要であった。

介護サービスの種類を図2に示した。2006年4月よりは、これまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに加え、介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、在宅介護を継続したり、施設を利用することになる。この点では、日本における介護は、量的にサービスが充実したことは言うまでもない。今後の方向として、介護サービスは質的な向上を目指す必要がある。また、一方介護保険では、さらにサービス内容を担保し本人の自己決定

図2 介護サービスの種類

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	
<p>地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	<p>居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護(ホームヘルプサービス) ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護(デイサービス) ・通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護(ショートステイ) ・短期入所療養介護 <p>特定施設入居者生活介護</p> <p>特定福祉用具販売</p> <p>福祉用具貸与</p> <p>居宅介護支援</p> <p>施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 	<p>介護給付を行うサービス</p>
<p>地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>介護予防支援</p>	<p>介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所介護(デイサービス) ・介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ・介護予防短期入所療養介護 <p>介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>特定介護予防福祉用具販売</p> <p>介護予防福祉用具貸与</p>	<p>予防給付を行うサービス</p>

を支えるために、ケアマネジメント制度を導入している。さまざまな障害を持つ人に対して、ケアアセスメントを行い、ケアプランを立案した後、介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為を、ケアマネジメントと言う。日本の介護保険制度において、

ケアマネジャーを置くケアマネジメントが、介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

今後の介護保険制度について

「2015年高齢者介護研究会」の報告をベースに、2006年に介護保険の改正がなされ、2006年4月より改正介護保険法が施行された。その趣旨は超高齢化に突入する前の2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで、要介護高齢者の半数が認知症を持ち、介護施設入所者の80%が認知症を持つというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防の重要性があることが認識された。その結果、認知症ケアの普遍化を目指すことが指摘された。その第一段階として、2004年12月に“認知症”へ、痴呆の名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジをすることで、認知症への理解と対応を進めることを目的とした。つまり、認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域包括ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また、地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスは、“生活圏域”単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成（専門資格化を含む）が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも、重点が置かれるようになっている。

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村の指定、監督を行うサービスが位置づけられた。特に、小規模多機能居宅介護サービスは、在宅介護を1日でも長く続け、リロケーションダメージを回避することで、新しい形のサービスと言える。認知症を持つ人にとって有用な、地域の認知症や独居高齢者対策サービスとして期待される。その後、有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は、民間の高齢者賃貸住宅などの住居の拡充が予想される。また、認知症生活介護としてのグループホームサービスの成功を踏まえて、介護施設においても、ユニットケア化が徐々に図られようとしている。より

良い環境の確保とケアの質的向上が重点化され、介護職への研修が必須化されている。介護福祉施設において、個室は70%を確保され、介護老人保健施設においては個室50%を確保することが重要目標とされている。さらに、施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。

2011年には介護保険法が再度改正された。その中では“地域包括ケア”が目標理念となっている。介護保険サービスは、現在なくてはならないサービスとして定着しており、どう改良するかが重要なポイントである。とりわけ、要介護認定はなくてはならないものであり、廃止論議は問題外である。地域包括ケアの推進の中身としては、医療との連携強化として、24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化を目指すこと、特別養護老人ホームなどの介護拠点を整備し、介護サービスの充実強化を行うこと、見守り、配食、買い物などの24時間対応の在宅サービスを強化すること、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護を支援すること、さらに一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加を踏まえ、さまざまな生活支援サービスを推進し、高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている。しかし、民間の高齢者ケア付き住宅の中身の点検は必須であろう。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。また、認知症の徘徊見守りサービスは、インフォアケアを含む重要な地域のネットワークの構築を必要としている。

早急に対応すべきは、要介護認定の見直しである。特に、在宅タイムスタディに基づくデータの見直しは、今後必要となる。さらに、障害者の認定は大きな課題として存在する。また、がん末期の認定も、さまざまな課題が存在する。課題を整理することが真の意味での改良につながることは言うまでもない。介護保険法は改正をしながら、時代のニーズに合わせて、その形態を変えていくことになる。そのためには、5年ごとにより良い介護保険法に改正していく必要がある。その課題は、時代とともに変わる必要がある要介護認定の方法であり、サービスの量と質の向上である。また、サービス利用者の増加に伴い、保険料が増加する。これ以上の負担は困難であると考えられ、そのためには、被保険者の年齢を40歳以上から、30歳以上か20歳以上に

引き下げることが、最も現実的な対応である。

おわりに

介護保険制度はもともと新たな挑戦であり、当初より名古屋学芸大学の井形昭弘氏によれば、「走りながら考える」とされた。つまり、法律の改正を経て、継続させることが重要であり、より良い制度に変えていく必要がある。また、介護保険の最大のテーマは認知症である。「認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクト」が開催され、今後の認知症対策について検討会が開催された。その内容は、「認知症疾患医療センター」を創設すること、「認知症コールセンター」を置くなど、若年性認知症対策を行うこと、疫学調査を行うこと、研究や薬剤、検査方法の開発、人材育成を行うこと、などである。これらの政策により、認知症対策が前進することを期待している。

文 献

- 1) 遠藤英俊: いつでもどこでも回想法, 高齢者介護予防プログラム, ごま書房, 東京, 2005.
- 2) 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: 8-16, 2004.
- 3) Van de Winckel A, et al: Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. Clin Rehabil 253-260, 2004.
- 4) Grebot C, et al: Effects of exercise on perceptual estimation and short-term Recall of shooting performance in a biathlon, Percept Mot Skills, 1107-1112, 2003.
- 5) 中村重信 編: 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.
- 6) 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, 認知症介護研究・研修東京センター, 東京, 2005.
- 7) 遠藤英俊: 痴呆性高齢者のクリティカルパス. 日総研, 名古屋, 2004.

**Community Approach and Long Term Care Insurance
for People with Dementia**

Hidetoshi Endo, Shosuke Satake, Hisayuki Miura

Department of General Medicine,
National Center for Geriatrics and Gerontology

認知症の終末期医療のあり方

- ◎終末期医療
- ◎事前指定
- ◎胃瘻

Author えんどうひでとし 遠藤英俊*, みうらひさゆき 三浦久幸*, さたけしやうまけ 佐竹昭介*

*国立長寿医療研究センター

Headline

1. 認知症の終末期であっても、適切な医療の提供が必要である。
2. 認知症の BPSD や身体合併症への治療・ケアが必要である。
3. 認知症の終末期には栄養が重要な課題となる。
4. 認知症の終末期においては延命措置や経管栄養に関する判断が重要である。

はじめに

認知症の終末期医療は現在大きな課題が存在する。誰が、どこで、どんな医療を提供するのがあいまいである。認知症の人が死を迎えるのにふさわしい場所はどこか、病院にしろ、施設にしろ、いきあたりばったりである。主治医も家族もその答えをもたない。介護老人福祉施設やグループホームなどでの終末期ケアも少しずつ提供されてはいるが、適正な医療のガイドラインは存在しない。そこで、現状を踏まえて終末期医療のあり方について一考してみたい。

認知症の終末期医療

認知症の患者であれ、終末期が特別ということはないが、特別な対応が必要になる。つまり、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) などがある場合には対応が必要である。しかしながら、終末期には本人は意思表示ができず、コミュニケーションが困難な場合がほとんどである。より一層本人の権利を擁護する医療が必要である。すなわち、これまでは医療が優先され、倫理的な問題や本人の意思というものが後回しにさ

れてきた。本人の意思に基づく医療が提供されるべきである。そのために認知症の初期、中期において意思を確認することが求められる。認知症があるからといって、過小や過大な医療は適切ではない。病状や本人をとりまく課題について総合的に判断する必要がある。医療の提供において、年齢や認知症による差別があってはならない。

認知症の末期は、表1に示したように6～10年かけて病状は進行するが、転倒骨折して寝たきりなる場合や、脳梗塞や肺炎、心不全などの内科疾患を合併する場合がある。最終的には嚥下障害が問題となり、肺炎を繰り返すことも多い。そのため、認知症患者の終末期医療においては経管栄養の問題は避けて通れない。

事前指定の導入

たとえ認知症があっても患者の意志を尊重することは言うまでもない。患者の意思、希望を尊重すべきことは当然であるが、高齢患者では正常な判断ができない場合が多く、しばしば問題となる。この場合、認知症の初期または軽度のうちにきちんと説明し、基本的に患者の事前指示書、代理人への指示または

表1 Alzheimer 病の進行ステージ (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease:FAST)

ステージ	臨床診断	特徴	機能獲得齢	MMSE
1	正常成人	主観的にも客観的にも機能障害なし		24点以上
2	正常老化	物の置き忘れ, もの忘れの訴えあり, 喚語困難あり, 他覚所見なし	成人	
3	境界領域	職業上の複雑な仕事ができない, 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる, 新しい場所への旅行は困難	若年成人	←23点(カットオフ値) 16~23点前後
4	軽度AD	パーティーのプランニング, 買い物, 金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない	8歳~思春期	
5	中度AD	介助なしではTOPに合った適切な洋服を選べない 入浴させるために説得することが必要なこともある	5~7歳	11~15点前後
6a	やや重度AD	独力では服を正しい順に着られない	5歳	1~10点前後
b	同上	入浴に介助を要す, 入浴を嫌がる	4歳	
c	同上	トイレの水を流し忘れたり, 拭き忘れる	48か月	
d	同上	尿失禁	36~54か月	
e	同上	便失禁	24~36か月	
7a	重度AD	最大限約6個に限定された言語機能の低下	15か月	
b	同上	理解しうる語彙は「はい」などただ一つの単語となる	12か月	
c	同上	歩行能力の喪失	12か月	
d	同上	坐位保持機能の喪失	24~40週	
e	同上	笑顔の喪失	8~16週	
f	同上	頭部固定不能, 最終的には意識消失(混迷・昏睡)	4~12週	

(Reisberg 1986より改変作成)

推定される患者の意思を尊重すべきである。さらに、患者の意思が不明な場合は家族と相談し、何が患者にとって最善かを判断する必要がある。そしてこのような判断にあたっては、主治医は慎重に対処すべきで、関係する医療チームや施設での倫理委員会的組織の意見を求めるといった配慮も求められよう。

終末期を支えるには

認知症の多くは進行性の疾患である。重度化した終末期においては、急死を除けば必ずターミナル・ケアが必要となる。そのため、認知症の患者が、どこで、どのように終末期を迎えるかについて、早期から患者本人と関係者で話し合う必要がある。その際には、可能な限り本人の意向に沿うようにする。認知

症であっても患者本人の自己決定が大事なことは言うまでもない。

終末期で一番問題となるのは、“人工呼吸器を装着するかどうか”であろう。いったん装着すればしばらく生命を維持することができるが、植物状態をつくることもある。認知症患者本人の意思確認をしないまま強制的な蘇生を行うことで、不幸な結果を生む場合もある。医師と家族、ケアスタッフ、そして可能であれば患者本人が十分に話し合い、確認作業の過程を記録に残しておきたい。

食事のケア

終末期には嚥下が困難になったり、経口摂取量が減り、低栄養が問題となる。低栄養が進み、血中アルブミン値が2.0あたりを割る

と心不全を併発する。そうすると、呼吸が荒くなり、喘鳴がみられるが、これは低栄養が改善しない限り回復は困難である。このため、血中蛋白濃度を維持することが重要になる。終末期の食欲不振は、複数の原因が重なっていることが多く、すべての原因を取り除くのは容易ではない。食事摂取が困難な場合、終末期にソフト食やスープ（最近、これを“命のスープ”という）なども勧めたい。なお、口から食べることが基本であるが、どうしても難しい場合は、点滴や経管栄養（胃瘻）を行う。点滴の際は、本人が針を抜去しないように工夫する。

経管栄養について

経管栄養といえば、かつては経鼻栄養が一般的であった。認知症の人の場合では、管を抜去することもあり危険を伴った。現在では経鼻栄養よりも、胃瘻といって腹部に人工的な穴を作り、そこから栄養や水分を注入する方法が多くとられるようになってきている。お腹に穴を開けるが、入浴することも可能である。胃瘻にすれば寿命が2～3年延びることもあるが、いったん胃瘻を造設すればそれをやめることは難しい。また、口から食べられない状態で生き永らえることは、自然な状態とは言えない。経管栄養に踏み切る前には、自然死を選ぶのか延命するのかを本人や家族の希望を十分に聞き、医療従事者と十分に相談する必要がある。嚥下障害を伴う高齢者では胃瘻による長期栄養投与を行っても、

病状、QOLの改善をみることは若年者ほど多くなく、むしろ病状が改善しないまま長期にわたる介護が必要とされることが多く、適応やその決定について十分な配慮が必要である。

嚥下障害の原因疾患あるいは病状は多様で、個々の患者において予後を判断し、その適応を決める必要がある。特に高齢者では胃瘻施行後、経口投与可能になる患者は脳血管障害後の患者でもせいぜい20%前後とされており、高度の認知症患者でコミュニケーションがとれず介護が必要とするようなときには胃瘻の利点は欠しい。新規の胃瘻施行の適応について慎重に判断すべきである。また、この点については関連学会などがさらにきめ細かいガイドラインを作ることも必要であろう。また、一般の医療と同様に患者や家族に対するインフォームド・コンセントは重要で、特に主治医は胃瘻造設後の患者の病状についての見込みや長期化したときの看護・介護体制、さらに家族の負担などについても十分な説明をしておく必要がある。

おわりに

認知症の終末期にまつわる課題について総括した。たとえ認知症であってもその意思は尊重されるべきであり、いたずらに延命措置はすべきではない。必要なケアや予後を考えたいうで、医療とケアの提供は行われるべきである。

参考文献 1) 遠藤英俊：認知症・アルツハイマー病がよくわかる本。主婦の友社、2008

2) 日本神経学会(監)：認知症者の終末期のケアはどうあるべきか、認知症疾患治療ガイドライン。医学書院、216-218、2010

著者連絡先 (〒474-8511) 愛知県大府市森岡源吾35 国立長寿医療研究センター 遠藤英俊

特集 認知症治療の最前線

Seminar

5. 認知症のケアと非薬物療法の最前線

遠藤 英俊 佐竹 昭介 三浦 久幸 小杉 尚子

KEY WORD

- 非薬物療法
- 認知症のリハビリテーション
- ケア
- パーソンセンタードケア

SUMMARY

認知症のケアは徐々にではあるが、改善されてきている。その理念はパーソンセンタードケアであるが、集団ケアから個別ケアへの重要性が認識され、改善してきている。しかしながら依然として、身体拘束に象徴されるような古いケアも存在している。また非薬物療法についても、音楽療法や回想療法など徐々にエビデンスも追加されてきており、さらに発展が期待される分野である。

はじめに

認知症ケアの質はこの数年で改善しつつあると考えている。認知症の行動・心理症状(BPSD)に対してはケアも治療方法の1つであるといえる。よいケアはBPSDを軽減させることが可能である。その認知症ケアの理念はパーソンセンタードケアであり、人材教育に導入され、教育を受けたケアワーカーが増加し、様々な施設でのケアが影響を受け、その質が改善してきているからである。また、認知症のグループホームやユニットケアなどでハード面の進歩があり、それに伴って個別ケアも改善してきている。また非薬物療法についても研究がなされているが、老人保健施設での短期集中リハビリテーションの実践を通じて、その有用性が示されている。しかしながら認知症の非薬物療法はエビデンスとしてはまだまだ十分ではない。

認知症ケア

認知症は高齢社会の到来に伴い、その数が急

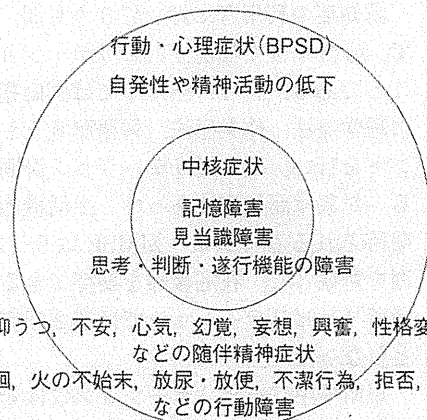


図1

増してきた(図1)。当初認知症のケアは、在宅における家族によるケアがすべてであった。つまり家庭での家族ケアに始まり、1980年代からの社会的ニーズに合わせ施設の増加につながった。介護保険サービスによる介護の社会化が図られてきた。施設ケアでは当初、措置制度の利用により認知症の症状で困った方が入所となり、施設職員数の少なさもあり、身体ケア中心の集

えんどう ひでとし, さたけ しょうすけ, みうら ひさゆき(国立長寿医療研究センター内科総合診療部) / こすぎ なおこ(NTTコミュニケーション科学基礎研究所)