

II 介護負担

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

（分担）研究報告書

認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した地域包括的ケア研究に関する研究

（H25-認知症一般-008）

研究分担者 櫻井 孝 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター 外来部長

研究要旨

研究目的：糖尿病に認知症が合併すると、治療は難渋する。本研究の目的は、糖尿病にアルツハイマー型認知症（AD）を合併した高齢者において、認知症の病態、生活機能障害、認知障害、抑うつ、行動・心理症状（BPSD）、介護者負担感、身体疾患、血液検査所見、糖尿病性合併症、治療法の特徴を調べ、療養上の問題点を明らかにすることである。

方法：対象は、252名のAD患者（161名の非糖尿病AD群と91名の糖尿病AD群）である。糖尿病患者はすべて何らかの薬物療法を受けており、HbA1cにより血糖管理良好群（HbA1c<7%）、不良群（HbA1c>7%）に分類し、非糖尿病ADと比較した。ADLはバーセル指標、ロートン指標、うつ傾向はGDS、BPSDはDBD、介護負担はZarit介護負担尺度(ZBI)にて評価した。認知機能は、MMSE、ADAS、RCPM、FAB、WMS-R論理記憶にて評価した。さらに合併する身体疾患・生活習慣病、歩行機能、BMI、血圧、血糖、脂質他の基本臨床データ、頭部MRI検査（萎縮 白質病変）、脳血流SPECTを計測した。

結果：手段的ADLには差がなかったが、HbA1c>7%群では、基本的ADLに軽度の低下を認めた。アポタンパクE4の頻度は、血糖良好群では39.4%であり低い傾向にあった。高分子アディポネクチンと25(OH)ビタミンDが血糖不良群で有意に低値であった。心理検査の成績は3群間で差がなかったが、DBD総点は血糖不良群で増加しており、アパシー、昼寝、言いがかり、不適切な服装、ためこみ、過食、尿失禁が多かった。皮質下血管病変と脳萎縮には、3群間に有意な変化を認めなかった。脳血流シンチでのADパターン（頭頂側頭連合野、後部帯状回～楔前部の低下）の頻度は、血糖管理良好群で有意な低下を示した。

結論：高齢者糖尿病でADと診断される患者のなかで、血糖管理良好群と不良群では、認知症の症状、病態が、異なる可能性が示された。HbA1c>7%群では、ADLが低下し、血管合併症の頻度が高く、インスリン抵抗性も亢進し、ビタミンDも低下していた。血糖管理不良群では、BPSDが多く、糖尿病+AD合併例での治療の困難を示す結果であった。認知症の病態では、血糖良好群ではアポタンパクE4の頻度が低く、SPECTでのADパターンも少なかった。HbA1c<7%群では、臨床診断ではADとされるものも、AD以外の病態がより多く混在している可能性が示された。上記より、糖尿病+AD合併例での治療の可否は、単に治療へのアドヒランスが原因ではなく、認知症の背景疾患、また症状・症候（BPSD・身体合併症）の違いが関連すると考えられた。

A. 研究目的

糖尿病に認知症が合併すると、その治療は難渋する。主治医の悩みを笑うかのように、食事・運動療法は乱れ、薬物療法コンプライアンスも悪化し、糖尿病管理はさらに困難となる。認知症を併発した糖尿病の管理はどうすればいいのであろうか。そこで本研究の目的は、糖尿病にアルツハイマー型認知症（AD）を合併した高齢者において、認知症の病態、生活機能障害、認知障害、抑うつ、行動・心理症状（BPSD）、介護者負担感、身体疾患、血液検査所見、糖尿病性合併症、治療法の特徴を網羅的に調べ、療養上の問題点を明らかにすることである。

B. 研究方法

対象は、国立長寿医療研究センターに受診する認知症高齢者252名（161名の非糖尿病AD群と91名の糖尿病AD群）である。認知症の原因疾患はAD、Barthel index>80を対象とした（Probable AD+Possible AD）。糖尿病患者はすべて何らかの薬物療法を受けている者を選択し、HbA1cにより血糖管理良好群（HbA1c<7%）、不良群（HbA1c>7%）に分類した。ADLはバーセル指標、ロートン指標、うつ傾向はGDS、BPSDはDBD、介護負担はZarit介護負担尺度(ZBI)にて評価した。認知機能は、MMSE、ADAS、RCPM、FAB、WMS-R論理記憶にて

評価した。さらに合併する身体疾患・生活習慣病、歩行機能、BMI、血圧、血糖、脂質他の基本臨床データ、頭部 MRI 検査、脳血流 SPECT を計測した。群間比較には U 検定、 χ^2 検定を、相関は Spearman rank order correlation analysis を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は基本的に観察研究である。この試験は国立長寿医療研究センターの利益相反・倫理委員会の承認を得て、また対象者およびその家族から書面で同意を得た。研究結果は個人の情報が主たるデータベースとなるが、個人情報情報を非特定化して、情報の保護に特に留意した。

C. 研究結果

対象の臨床像を表 1 に示した。3 群間に年齢・教育年数に差がなかった。手段的 ADL には差がなかったが、HbA1c>7%群では、基本的 ADL に低下を認めた。GDS, ZBI には差がなかった。糖尿病群では、多剤内服 (>5 剤) が多かった。アポタンパク E4 の頻度は、非糖尿病群で 52.5%、血糖不良群で 47.7%であったが、良好群では 39.4%であり低い傾向にあった(統計学的には有意差なし)。

生化学的データでは(表 2)、高分子アディポネクチンが血糖不良群で有意に低値であった。25(OH) ビタミン D も血糖不良群で低下していた。

心理検査の成績は、3 群間でほぼ差のないプロフィール(表 3)。BPSD は DBD で評価したが(表 4)、総点が血糖管理不良群で増加しており、DBD の下位項目では、アパシー、昼寝、言いがかり、不適切な服装、ためこみ、過食、尿失禁が多かった。溜め込みと尿失禁は HbA1c と有意な相関を認めた。

次に、MRI 画像から皮質下血管病変と脳萎縮の程度を比較したが、3 群間に有意な変化を認めなかった(表 5)。脳血流シンチでの AD パターン(頭頂側頭連合野、後部帯状回~楔前部の低下)の頻度では、血糖管理良好群で有意な低下を示した。

D. 考察

高齢者糖尿病で AD と診断される患者のなかで、血糖管理良好群と不良群では、認知症の症状、病態が異なる可能性が示された。HbA1c>7%群では、ADL が低下し、血管合併症の頻度が高く、インスリン抵抗性も亢進し、ビタミン D も低下していた。ビタミン D の低下、インスリン抵抗性の亢進は、サルコペニアのマーカーでもあり、ADL 低下も観察されている。つまり MMSE は約 20 点の AD でも、血糖管理不良群では身体的にはすでにフレイルの方向に進行しつつあることが示唆された。

認知機能では、3 群間に差がなかったが、BPSD (アパシー、昼寝、言いがかり、不適切な服装、ためこみ、過食、尿失禁)が多かった。糖尿病+AD 合併例での治療の困難を示す結果と考えられる。

また認知症の病態では、血糖良好群ではアポタンパク E4 の頻度が低く、SPECT での AD パターンも少なかった。HbA1c<7%群では、臨床診断では AD とされても、AD 以外の病態がより多く混在している可能性が示唆された。上記より、糖尿病+AD 合併例での治療の可否は、単に治療へのアドヒランスが原因ではなく、認知症の背景にある疾患、また BPSD、身体合併症などと関連することが示された。

E. 結論

糖尿病+AD 合併例は臨床症候も病態にも多様性があり、血糖管理とのかかわりが認められた。糖尿病に合併する認知症では、認知障害のみならずフレイルを早期から併発する可能性が示唆された。これらの視点から、治療の管理目標を個別に考えるべきであろう。

Table 1. Clinical profiles of study participants

	Diabetes HbA1c <7.0% (N=39)		Diabetes HbA1c \geq 7.0% (N=52)		Non-diabetes (N=161)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Age (years old)	76.9	4.7	76.7	5.3	77.1	5.3
Male (%)	53.8*		40.4		24.8	
Education (years)	10.5	2.6	10.4	2.7	10.2	2.7
BMI (kg/m ²)	23.4*	3.4	22.7	3.4	21.8	3.1
Heart rate (beats/min)	80.0*	13.0	80.2*	15.4	75.4	14.1
Systolic blood pressure (mmHg)	158.9	24.3	158.0	24.9	158.2	25.0
Diastolic blood pressure (mmHg)	80.5	10.7	81.8	13.5	85.2	13.7
Barthel index	98.8	3.1	95.7 [#]	7.9	97.3	6.1
Lawton index						
Male	3.2	1.3	3.2	1.4	3.3	1.4
Female	5.7	1.9	5.3	2.0	5.8	1.8
Geriatric depression scale	3.9	2.2	3.9	2.7	4.6	2.7
Zarit burden interview	17.8	13.1	21.2	14.8	19.6	14.6
Fall risk index	5.3	3.4	5.5*	3.6	4.9	3.6
Polypharmacy (%)	63.2*		54.9*		32.5	
Apoprotein E4 carrier (%)	39.4		47.7		52.5	

*P<0.05 vs non-diabetes, [#]P<0.05 vs HbA1c <7.0%, ANCOVA adjusted for age and sex

Table 2. Biochemical and metabolic analysis

	Diabetes		Diabetes		Non-diabetes	
	HbA1c <7.0%		HbA1c \geq 7.0%			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Blood glucose (mg/dl)	141.4*	38.6	197.7*#	102.0	105.9	15.4
HbA1c (%)	6.5*	0.4	8.7*#	1.5	5.5	1.2
Serum albumin (g/dL)	4.3	.3	4.4	.3	4.4	.3
ALP	274.3	59.4	332.5*#	136.6	244.4	69.3
AST (IU/L)	25.5	7.5	26.2	14.4	24.9	8.6
ALT (IU/L)	21.6	9.6	27.0*	22.5	19.4	11.2
γ -GT (IU/L)	31.7	30.4	42.2*	61.2	26.0	22.0
Creatinin (mg/dL)	0.9	0.3	0.8	0.3	0.7	0.2
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	59.6	17.5	67.0	19.7	67.3	17.8
Total cholesterol (mg/dL)	194.6*	40.7	211.2	46.0	221.7	37.2
HDL cholesterol (mg/dL)	51.4*	13.4	54.1*	14.4	66.7	16.7
Non-HDL cholesterol (mg/dL)	140.3*	35.0	158.2	44.8	158.2	32.8
LDL cholesterol (mg/dL)	109.6	31.2	125.4	37.6	127.7	31.1
Triglyceride (mg/dL)	138.9	70.5	164.7*	120.2	117.4	64.8
Adiponectin (mg/mL)	8.2	8.5	6.0*	3.8	9.0	5.4
25-Hydroxyvitamin D (ng/mL)	27.1	8.8	21.0*#	6.9	23.9	6.7
Persistent proteinuria (%)	16.7		18.4		7.6	

*P<0.05 vs non-diabetes, #P<0.05 vs HbA1c <7.0%, ANCOVA adjusted for age and sex

Table 3. Neuropsychiatric assessment

	Diabetes		Diabetes		Non-diabetes	
	HbA1c <7.0%		HbA1c \geq 7.0%			
	Average	SD	Average	SD	SD	Average
MMSE	18.7	3.8	19.6	4.1	19.3	5.1
ADAS	19.0	5.6	17.8	7.1	16.8	6.1
RCPM	21.2	5.3	23.5	4.8	22.4	6.3
FAB	8.8	2.3	9.2	2.6	9.6	2.5
Verbal fluency	2.6	2.1	2.3*	2.1	3.2	2.0
Digit span: Forward	4.9	1.0	5.1	1.0	5.1	1.0
Backward	3.1	1.0	3.1	1.0	3.2	1.1
Logical memory 1	2.8	2.8	3.0	2.8	3.5	3.6
Logical memory 2	0.3	0.7	0.5	1.4	.4	1.1

*P<0.05 vs non-diabetes, ANCOVA adjusted for age, sex and education

Table 4. Dementia Behavior Disturbance (DBD) scale

	Diabetes HbA1c <7.0%		Diabetes HbA1c ≥7.0%		Non-diabetes	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
	Total score of DBD	12.8	8.3	20.1 ^{*#}	11.1	15.9
Exhibits lack of interest in daily activities	1.5 *	1.4	2.1*	1.2	1.8	1.3
Sleeps excessively during the day	1.5	1.5	1.8*	1.3	1.1	1.2
Is verbally abusive, curses	0.4	0.8	0.8*	1.2	0.4	0.9
Dresses inappropriately	0.3	0.6	0.9 [#]	1.0	0.6	0.9
Hoards things for no obvious reason	0.5	1.1	1.2 [#]	1.4	0.8	1.2
Overeats	0.7	0.9	1.3 ^{*#}	1.4	0.5	0.9
Is incontinent of urine	0.2	0.6	0.7 [#]	1.1	0.5	0.9

*P<0.05 vs non-diabetes, #P<0.05 vs HbA1c <7.0%, ANCOVA adjusted for age and sex

Table 5. MRI and SPECT analysis

	Diabetes HbA1c <7.0%		Diabetes HbA1c ≥7.0%		Non-diabetes	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
	<i>MRI</i>					
Parenchyma (ml)	1040.1	105.4	1028.0	112.0	1024.8	101.0
WMLs (ml)	21.5	24.6	14.7	13.8	19.7	20.7
IC (ml)	1418.4	133.5	1400.4	140.3	1377.9	125.6
Parenchyma/IC	73.3	3.3	73.4*	3.0	74.4	3.2
WMLs/IC	1.5	1.8	1.1	1.0	1.4	1.4
<i>SPECT</i>						
AD pattern (%)	60.6 ^{**}		81.3		81.3	

*P<0.05 vs non-diabetes, ANCOVA adjusted for age and sex. **P<0.03 vs diabetes HbA1c≥7.0% and non-diabetes, chi-square.

WMLs: white matter regions; IC: Intra-cranial space

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kawai Y, Miura R, Tujimoto M, Sakurai T, Yamaoka A, Takeda A, Arahata Y, Washimi Y, Kachi T, Toba K : Neuropsychological differentiation of Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies in a memory clinic, *Psychogeriatrics*,13:157-163,2013

2. Matsui Y, Fujita R, Harada A, Sakurai T, Nemoto T, Noda N, Toba K: A New grip-strength measuring device for detailed evaluation of muscle contraction Among the elderly, Journal of Frailty & Aging, In press Ogama N, Sakurai T, Shimizu A, Toba K: Regional white matter lesions predict falls in patients with amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease, J Am Med Dir Assoc,15:36-41,2013
3. Matsui Y, Fujita R, Harada, A, Sakurai T, Nemoto T, Noda N, Toba K: The association of grip strength and related indices with independence of ADL in the elderly, investigated by a newly-developed grip strength measuring device, Geriatr Gerontol Int, in press
4. Sugiura S, Yasue M, Sakurai T, Sumigaki C, Uchida Y, Nakashima T, Toba K: The Effect of Cerumen Impaction on Hearing and Cognitive Functions in Japanese Elderly with Cognitive Impairment, Geriatr Gerontol Int, in press
5. Seike A, Sumigaki C, Takeda A, Endo H, Sakurai T, Toba K: Developing an Inter-disciplinary Program of Educational Support for Early-Stage-Dementia Patients and their Family Members -An Investigation Based on Learning Needs and Attitude Changes, Geriatr Gerontol Int, in press
6. Shimizu A, Sakurai T, Mitsui T, Miyagi M, Nomoto K, Kokubo M, Bando K, Murohara T, Toba K: Left ventricular diastolic dysfunction is associated with cerebral white matter lesion (leukoaraiosis) in elderly patients without ischemic heart disease and stroke, Geriatr Gerontol Int, in press
- 7.
8. Kamiya M, Sakurai T, Ogama N, Maki Y, Toba K: Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer disease, Geriatr Gerontol Int, in press
9. Sakurai T, Kawashima S, Satake S, Miura H, Tokuda H, Toba K: Differential subtypes of diabetic elderly diagnosed with Alzheimer's disease, Geriatr Gerontol Int, in press
10. 櫻井 孝: ADL 低下のリスクと対応策, 日本老年医学会雑誌, 50:60-64, 2013
11. 櫻井 孝: 認知症の生活機能に着目した治療薬の効果判定, 老年医学, 51:51-55, 2013
12. 櫻井 孝: 認知症とは?, Medical Technology, 41:256-258, 2013
13. 櫻井 孝: 老年症候群の原因解明と治療戦略, Medical View Point, 34:2-3, 2013
14. 清家 理、櫻井 孝、鳥羽研二: 診療と一体化した認知症患者および家族への早期支援介入の意義—国立長寿医療研究センターもの忘れセンター 「もの忘れ教室」の取り組み—, 日本精神科病院協会雑誌 32:70-75, 2013
15. 櫻井 孝: 認知機能障害, 日本臨牀, 71:1960-1964, 2013
16. 櫻井 孝: メタボリックシンドローム, 日本老年医学会雑誌, 50:182-186, 2013
17. 櫻井 孝: 認知症に合併する身体疾患の包括的対応, 日本認知症学会誌, 27:225-236, 2013
18. 櫻井 孝: どうする?! 糖尿病患者の Common Disease 対応 認知症, 糖尿病診療マスター, 印刷中
19. 鳥羽研二、櫻井 孝: 認知症患者への疾患教育, 日本精神科病院協会, 印刷中
20. 櫻井 孝: 生活習慣病としての認知症, Medical View Point, 34:4-5, 2013
21. 櫻井 孝: 認知症周辺症状の客観的評価, 日本医事新報, 4678:66-67, 2013
22. 服部英幸、鷲見幸彦、櫻井孝、遠藤英俊、鳥羽研二: 一般病院での認知症身体合併症治療はどこまで可能なのか国立長寿医療センター認知症病棟での経験, 老年精神医学雑誌, 印刷中

2. 学会発表

1. 第 110 回日本内科学会総会・講演会 (平成 25 年 4 月 12 日～14 日 東京)
内科医への認知症診療アドバイス
2. 浦上 克也、北村 伸、内藤 寛、櫻井 孝、木村 成志、涌谷 陽介、田北 昌史
企画 1 (一般コース)「目からウロコ 明日からできる認知症診療」
企画 2 (アドバンスコース)「認知症診療の真髄を極める」
3. 第 56 回日本糖尿病学会年次学術集会総会 (平成 25 年 5 月 16 日～18 日 熊本)
シンポジウム 11「超高齢社会における糖尿病診療の問題点」
認知症を合併した糖尿病診療の問題点
櫻井 孝
4. 第 14 回日本認知症ケア学会 (平成 25 年 6 月 1 日～2 日 福岡)
櫻井 孝、清家 理、住垣千恵子、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二
認知症を有する人と家族に対する早期教育的介入の必要性
—認知症疾患医療センターにおける「もの忘れ教室」アクションリサーチからの考察—
5. 第 14 回日本認知症ケア学会 (平成 25 年 6 月 1 日～2 日 福岡)
清家 理、住垣千恵子、武田章敬、櫻井 孝、遠藤英俊、鳥羽研二
認知症介護当事者に対する「介護者支援人材育成プログラム」の効果測定研究
—内発的動機づけに主眼を置いた「家族教室アドバンスコース」からの考察—
6. 第 14 回日本認知症ケア学会 (平成 25 年 6 月 1 日～2 日 福岡)
住垣千恵子、清家 理、遠藤英俊、櫻井 孝、鳥羽研二
診療と一体化した患者・家族支援プログラムの検討

7. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
杉浦彩子、櫻井 孝、住垣千恵子、内田育恵、中島 務、鳥羽研二
認知症高齢者に対する耳垢除去介入の効果
8. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
櫻井 孝、鳥羽研二
アルツハイマー型認知症における大脳白質病変・脳萎縮の局在と身体疾患との関連
9. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
町田綾子、鳥羽研二、櫻井 孝、鷺見幸彦
IADL を用いた軽度認知症スクリーニング項目の検討
10. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
松井康素、藤田玲美、原田 敦、櫻井 孝、根本哲也、野田信雄、鳥羽研二
高齢者身体機能測定用に関発中の新型握力計を用いた瞬発力に関する詳細な指標—女性患者における年齢群間の初期比較解析
11. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
藤田玲美、松井康素、原田 敦、櫻井 孝、根本哲也、野田信雄、鳥羽研二
高齢者の握力における瞬発力指標の低下についての検討
12. 第 55 回日本老年医学会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
櫻井 孝、鳥羽研二
アルツハイマー型認知症における大脳白質病変・脳萎縮の局在と身体疾患との関連
13. 日本老年看護学会第 18 回学術集会 (平成 25 年 6 月 4 日～6 日 大阪)
住垣千恵子、森山千晴、冨田雄一郎、杉浦彩子、清家理、櫻井孝、鳥羽研二
第 15 群 認知症ケア C
もの忘れ外来における高齢患者の耳垢蓄積の実態調査
14. Muscle from human to cell (May 3-4,2013,Montreal)
Yasumoto Matsui, MD , Remi Fujita, Atsushi Harada,Takashi Sakurai, Tetsuya Nemoto, Nobuo Noda ,Kenji Toba
A new grip-strength measuring device for detailed evaluation of muscle contraction.
15. The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (June 23-27,Seoul,Korea)
Takashi Sakurai
Mechanism of Falls II
16. The 16th Asia Pacific Regional Conference of Alzheimer's Disease International (December 12,2013 Hong Kong)
Seike A, Endo H, Sumigaki C, Takeda A, Sakurai T, Toba K
17. 第 3 回日本認知症予防学会 (平成 25 年 9 月 27 日～29 日 新潟)
櫻井 孝 認知症の包括的管理と糖尿病治療
18. 第 3 回日本認知症予防学会 (平成 25 年 9 月 27 日～29 日 新潟)
伊藤米美、松井佐知子、稲波悦子、櫻井 孝、千古吉孝、高田寛子、藤原みゆき
認知症早期ケアに繋がる地域での啓発の在り方とは？-出前検診におけるアンケートまとめからの検討-
19. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
シンポジウム 7「脳小血管病と血管性認知症；その予防と治療戦略」
櫻井 孝：老年症候群からみた脳小血管病
20. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
新畑 豊、鷺見幸彦、武田章敬、山岡朗子、堀部賢太郎、川合圭成、櫻井 孝、文堂昌彦、加藤隆司、伊藤健吾
血管性認知症とアルツハイマー病との鑑別および co-morbidity に関する検討—2
21. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
文堂昌彦、加藤隆司、中村昭範、澤戸稚保美、岩田香織、中坪大輔、新畑 豊、櫻井 孝、伊藤健吾：βアミロイドが蓄積した特発性正常圧水頭症とアルツハイマー病の比較
22. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
中村昭範、加藤隆司、山岸未沙子、岩田香織、文堂昌彦、服部英幸、櫻井 孝、新畑 豊、伊藤健吾、MULNIAD study group
Alzheimer 病に伴う大脳皮質興奮性の変化：脳磁図による検討
23. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
大釜典子、櫻井 孝、鳥羽研二
アルツハイマー病認知症における BPSD と大脳皮質下病変・脳萎縮との関連
24. 第 32 回日本認知症学会 (平成 25 年 11 月 8 日～10 日 松本)
清家 理、住垣千恵子、武田章敬、遠藤英俊、櫻井 孝、Becker Carl、鳥羽研二

25. 認知症患者および家族への多職種による早期教育的支援の効果
第32回日本認知症学会（平成25年11月8日～10日 松本）
添田美季、溝神文博、木ノ下智康、市野貴信、伊藤一弘、櫻井 孝、鳥羽研二
もの忘れセンターにおける薬剤師外来の取り組み
26. ASIAN AGING SUMMIT 2013（平成25年11月12日～14日 東京）
シンポジウムVI 認知症予防と進展予防の最前線
テーマI 生活習慣病の予防は認知症予防につながるのか
糖尿病治療で認知症を予防する
櫻井 孝
27. 日本正常圧水頭症学会（平成26年2月1日 大阪）
文堂昌彦、加藤隆司、櫻井 孝、澤戸稚穂美、中坪大輔、伊藤健吾
iNPH症例のA β 蓄積が認知機能障害に及ぼす影響

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

認知症患者の介護ストレスに関する研究

研究分担者 秋下雅弘 東京大学大学院医学研究科加齢医学教授

研究要旨：

認知症患者は年々増加し、その介護者の心身の負担は非常に大きなものがあり、介護負担が原因で病気になる家族も増えている。そこで、認知症患者の高齢者総合機能評価と介護者の心理検査やストレスマーカーの測定を実施した。ストレスマーカーの一つ、唾液アミラーゼは、唾液アミラーゼモニターで測定した。自宅介護中の介護者がストレスを感じているとき、患者も同様にストレスを感じているという結果がえられた。次に、患者の進行の程度と介護者のストレス評価を追跡し、薬物療法を変更していない10例で検討を行った。その結果、認知症は進行しているが、介護サービスを必要に応じて増やした群（平均 FAST 5.3）は、介護者の状態不安、怒り・敵意、QOLが改善していた。一方、認知症の進行はあまりないものの、介護保険未申請群（平均 FAST 4.5）は、疲労、緊張、うつ、QOLが悪化していた。以上から、介護保険のサービスを個々の必要に応じて、増やす、あるいは変更することで、介護者の心身の健康状態が改善することが予測された。

A. 研究目的

75歳以上の後期高齢者では6人に1人が認知症と言われている。今後高齢者人口の増加に伴い、認知症患者はさらに増えるものと考えられる。要介護者の2人に1人は認知症であり、介護する家族の負担は計り知れない。日本の介護される人口は、およそ450万人で、一人の患者に最低2人の介護者が関わるとすると、その数は優に900万人になる。介護が始まると、介護うつの危険性は俄然増大する。このような介護ストレスの影響なのか、高齢者虐待や心中、自殺のニュースが後を絶たない。高齢者虐待判断件数は、年々増加し続けており、2012年度には前年度に比べて1053件増増加し、1万6668件となった。相談・通報件数は、2万5315件もある。介護者のストレス状態の把握し、非薬物療法（介護保険サービス）によるストレスの変化を後ろ向きに調査することを目的とした。

B. 研究方法

東大老年病科物忘れ外来来院者で、老老介護をしている34組の認知症患者・介護者の病歴、症状、生活調査、心理検査（うつ、不安、気分、QOL）と身体症状評価、血液検査、唾液検査、睡眠評価、ストレスの度合いを評価した。今回、第1回目の調査から1年半後、患者の認知症・介護度の変化、介護者の問診・心理検査（うつ、不安、気分、QOL）を行った。治療薬の変更がなく、介護サービスの変化による介護者ストレスの変化の検討を行った。

（倫理面への配慮）

すべての研究は、東京大学倫理委員会による承認を得て実施した。

C. 研究結果

第一回目の調査で介護者のストレスには性差があり、男性介護者は、妻の認知症がFAST4までは、平均 Zarit 13.3±8.0、GDS15 2.8±2.3と軽いが、FAST5以上になると23.7±14.0、6.0±3.0まで介護の負担が増し、うつ傾向となることが分かった。女性介護者は、夫の認知症がFAST4までは、平均 Zarit 29.5±19.2、GDS15 6.7±4.2とはじめから高く、FAST5以上でも35.2±19.1、6.5±3.3と変わらず介護負担が高く、うつ傾向が強いことが分かった。

介護者ストレスというが、実際、自宅での唾液アミラーゼを測定すると、介護者の唾液アミラーゼが高い時は、患者の唾液アミラーゼも高く、同様にストレスを感じていることが推測された（図1）。

図1 患者・介護者の唾液アミラーゼ濃度

介護者のアミラーゼ濃度と患者のアミラーゼ濃度は相関する。介護者がストレスを感じているとき、患者もストレスを感じている可能性がある。

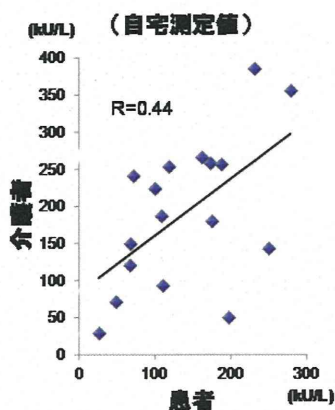
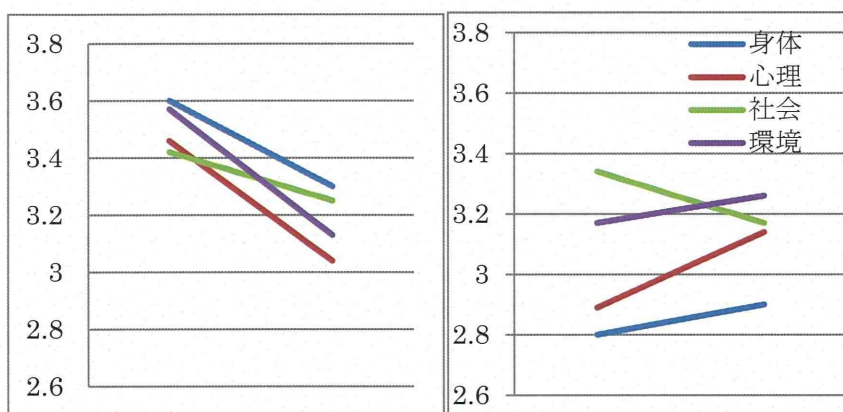


図2 介護者の QOL26 (0M と 18M)

図 2-1 : 介護保険未申請群(n=4)

図 2-2 : 介護サービスを増やした群(n=6)



平均 FAST 4.5 ⇒ 4.5 平均 FAST 4.2 ⇒ 5.3

どのような治療・ケアが患者及び介護者のストレスを軽減し、QOLをより良く過ごせるか、介護者ストレスの追跡調査を行った。

登録した 34 組 (夫婦の平均年齢 78±6 歳) の老老介護夫婦のうち、1 年半後、2 名患者死亡、2 名施設入居、2 名転医。介護者が 4 名死亡又は入院しており、2 名は介護で忙しく協力が困難という理由で、18 組から協力が得られた。

そのうち、投薬内容の変更がなく、介護サービスを増やした群 (6 組) は、平均 FAST が 4.2 から 5.3 に認知症は進行しているものの、介護者の状態不安、怒り・敵意、心理的 QOL が改善していた (図 2-2)。介護保険未申請群 (4 組) は、認知症の重症度 FAST は 4.5 と変わらず中等度以上に進行しているが、本人が介護サービス利用を希望しない、または家族が必要と感じないという理由で介護保険を申請していない。全例、POMS の疲労スコアが悪化し、活気が低下、緊張、鬱も悪化し、QOL も低下していた (図 2-1)。

D. 考察

本研究では、まず認知症患者とその介護者のストレスについて、老老介護つまり夫婦 34 組を対象として横断的な調査を行った。その結果、男性が介護者である場合には、患者の認知症が進行するほど介護負担感とうつ傾向は増加するが、女性が介護者である場合には認知症が軽い段階から介護負担感とうつ傾向が強く、認知症の進行に伴う変化は見られなかった。この結果については、介護者側と患者側の要因が考えられる。一般的に女性の方がうつ傾向が強いことが知られるため、単に女性介護者の方が男性介護者よりも元来うつ的で介護負担も感じやすかったと推測することができる。もう一つは、患者側の要因として男性患者の方が軽症段階から手がかかり、その反映である可能性がある。いずれにしても性差を考慮した患者ならびに介護者対応が求められることは確かであり、その面から今後の研究を進展させる必要がある。続いて、ストレスのバイオマーカーとして唾液アミラ

一ゼを患者、介護者双方で測定したところ、患者・介護者間に相関があった。夫婦介護なので血縁関係にはなく、環境要因により規定されたことは明らかである。つまり、介護者がストレスを感じていれば患者もストレスを感じており、因果関係としてどちらが先とは言えないが、患者のストレスを減らすためにも介護者のストレス緩和が重要であることが示唆された。

次に、少数ではあるが老老介護のペアを追跡調査した。介護保険サービスを適切に利用できている家庭では、介護負担が軽くなり、QOLが上昇する傾向がみられた。半面、介護保険未申請群では、介護負担が悪化していた。この結果から、患者・介護者の状況にあわせて介護サービスを勧めることが、介護疲れを軽減させられると推測された。

E. 結論

患者と介護者のストレスには密接な関連があり、適切な介護サービスの導入が、介護者のストレス軽減に有効であると考えられた。また、介護ストレスについても性差を考慮した対応が必要と考えられ、具体的な対応については今後の研究が必要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, Chou MY, Chen LY, Hsu PS, Krairit O, Lee JS, Lee WJ, Lee Y, Liang CK, Limpawattana P, Lin CS, Peng LN, Satake S, Suzuki T, Won CW, Wu CH, Wu SN, Zhang T, Zeng P, Akishita M, Arai H. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian working group for sarcopenia.. J Am Med Dir Assoc. 15:95-101, 2014.
- 2) Umeda-Kameyama Y, Iijima K, Yamaguchi K, Kidana K, Ouchi Y, Akishita M. Association of hearing loss with behavioral and psychological symptoms in patients with dementia. Geriatr Gerontol Int, in press.
- 3) Arai H, Akishita M, Chen LK. Growing research on sarcopenia in Asia. Geriatr Gerontol Int. 14(Suppl 1):1-7, 2014.
- 4) Ishii S, Miyao M, Mizuno Y, Tanaka-Ishikawa M, Akishita M, Ouchi Y. Association between serum uric acid and lumbar spine bone mineral density in peri- and postmenopausal Japanese women. Osteoporos Int. 25:1099-105, 2014.
- 5) Shibasaki K, Ogawa S, Yamada S, Iijima K, Eto M, Kozaki K, Toba K, Akishita M, Ouchi Y. Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care. Geriatr Gerontol Int. 14:159-66, 2014.
- 6) Nagai K, Shibata S, Akishita M, Sudoh N, Obara T, Toba K, Kozaki K. Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. Atherosclerosis 231:365-70, 2013.
- 7) Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Iijima K, Takahashi M, Momose T, Akishita M, Ouchi Y. Respiratory dysrhythmia in dementia with Lewy bodies: a cross-sectional study. BMJ Open 3:e002870, 2013.
- 8) Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K. Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly. J Am Med Dir Assoc 14:479-484, 2013.

2. 学会発表

- 1) 秋下雅弘 (シンポジウム) : 高齢者フレイルティに迫る. 5. 危険因子. 日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.6.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

研究協力者

東京大学大学院医学系研究科加齢医学 亀山 祐美

III) 非薬物療法

III-1) 家族教室

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
（分担）研究報告書

認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した地域包括的ケア研究
研究課題名：認知症の患者・家族の啓発と支援

研究者名：住垣千恵子（国立長寿医療研究センター看護部 副看護師長）
清家 理（国立長寿医療研究センター認知症地域医療専門職）
鳥羽研二（国立長寿医療研究センター、もの忘れセンター長）

研究要旨

認知症の予後は、患者・介護者の認知症に対する知識や技術の習得や意識の変容により、大きく変化する。そこで、患者や家族の認知症に対する受容、介護を含めた生活設計への意思表示、QOL維持や向上を促進させるために効果的な教育的アプローチ方法の検証を行った。

本研究の位置づけはアクションリサーチであるため、アクションとして、患者および家族介護者を対象とした、認知症の基本的知識や考え方を学ぶ「もの忘れ教室」と家族介護者を対象とした、認知症介護に関する知識や技術を習得し、介護力の向上を目指す「家族教室」の2階層のプログラムを提供し、啓発活動を行った。なお研究の分担は、プログラム立案を住垣、リサーチを清家が実施し、プログラム評価にバイアスが入らないように考慮した。

A. 研究目的

本研究は、認知症患者の家族介護者のニーズに合致した包括的教育プログラムの検証を目的とし、2段階に分けて検証を行った。

第1段階では、試行的に作成した医療・薬剤・看護・社会福祉領域における包括的な情報や知識と認知症介護者のニーズとの合致度や包括的教育プログラムに内包すべき内容かについて検証した。第2段階では、医療・看護・社会福祉領域から構成される、包括的教育プログラムの内容および提供方法が参加者の心身及び医療・看護社会福祉に関する知識、技術、行動等へ及ぼす効果を測定した。

B. 研究方法

1. 研究対象

平成24年度、国立長寿医療研究センター（以下、当センター）で開催されるもの忘れ教室（月2回開催、《第2水曜日：看護・社会福祉領域、第4月曜日：医療・薬剤領域》）、家族教室（3コース 各全6回）に参加される認知症と診断された患者を介護する家族介護者とした。

2. 教室の構成

1) もの忘れ教室

もの忘れ教室は、認知症と診断を受けた患者、家族（以下、家族参加者）を対象とし、認知症の基礎的知識と考え方を学ぶことが目的である。本教室は、診断後、多職種が協働して、知識提供及び不安の軽減を図り、診療

をより効果的かつ円滑に進める診療一体型の教室が特徴である。

プログラム内容は、当センター外来（H24.1.4～5.25）および過去の家族教室（H22）での相談内容から主訴をKJ法にて医療・薬剤・看護・社会福祉の4領域に分類、各領域の専門職者らと共に検討・作成した。

教室は、「医療・薬剤」分野、「看護・社会福祉」分野の全2回とし、各分野月1回の割合で通年開催とした。教室形態は、20分の2領域の講義と30分間の認知症及び介護に関する相談に応じる時間を設けた、講義と相談を一体化したものとした。

2) 家族教室

家族教室は、認知症患者を介護する家族介護者を対象とし、認知症介護に関する知識や技術を習得し、介護力の向上を目指すことが目的である。プログラム内容は、前年度までのプログラム、アンケートの結果および参加者の要望、先行研究を参考に医療・看護・社会福祉の3領域で構成する内容とした。

教室は、基礎知識を習得する「基礎Ⅰコース」、基礎知識と技術、態度を習得する「基礎Ⅱコース」、認知症患者を介護する家族をサポートする人材を育成する「上級コース」の3コースとし、全6～7回の開催とした。毎回の講義は、院内の医師、看護師、心理士、精神福祉士等多職種で担って実施した。また、教室の形態は、1時間の講義と30分間のフリーディスカッションの時間を設けた講義と介護者間交流の場を一体化したものとした。

3. データー収集方法

データーの収集は、電子カルテ内に所蔵されている、外来初診時の検査結果（総合的機能評価：CGA）と自記式アンケートにて行った。

1) もの忘れ教室

開始前に、当日の講義で学びたいこと、開始後に、講義についての興味関心、今後の生活や介護方法への役立ち度、今後の生活や介護意欲向上との関連性、認知症理解へのつながり、さらに学びたい意欲度、自己の目標到達度を5件法で問う、記述式アンケートを行った。

2) 家族教室

プログラム開始前（初回）に認知症患者の状況、介護者の状況、介護に対する思い、家族教室への思いについて、コース最終回（6もしくは7回目）では、上記に加え、各講義のねらいに沿った理解度、介護活用度、他者伝達の意向について5件法で問う記述式アンケートを行った。さらに毎回の教室の開始前後には、一時的気分変容尺度（5件法）による心理状況の測定を行った。

今回、電子カルテの閲覧により得たCGAデーター及び記述データーについては、データーを集約した後、数量化できるデーターは、切片化の上、KJ法で解析し、統計解析可能な変数に変換の上、分析を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、当センター倫理委員会の承認を得て研究を実施した。

C. 結果

平成25年現在、もの忘れ教室、家族教室ともにプログラム提供中であるため、開講半年に該当する平成24年12月～平成25年1月時点の結果を以て分析報告する。

アクション1：もの忘れ教室

1) プログラム内容

本教室は、平成24年8月27日～1月9日までに、各5回開催した。参加者は、延べ53組95名であった。これは、もの忘れ外来で認知症の診断を受けた初診患者の約1～2割を占めていた。分野別では、「医療・薬剤」分野が、25組40名、「看護・社会福祉」分野が28組55名であった。

認知症に関する相談は、合計37件であった。その内訳は、医療分野21件、薬剤分野5件、看護分野8件、社会福祉分野3件であった。

2) リサーチ結果

研究対象者は、平成24年8月27日～2013年1月9日に開催された、「医療・薬剤」分野、「看護・社会福祉」分野のもの忘れ教室（各5回開講）に参加した、もの忘れ外来患者およびその家族86名である。

参加者の属性は、患者24名（27.9%）、家族61名（70.9%）、家族の友人1名（1.2%）の内訳であった。参加形態は、「患者と家族」で参加したケースが47名（54.7%）と最も多くを占めた。出席した家族の属性では、子供31名（50.0%）、配偶者17名（27.4%）でより親密な血縁関係にある者の参加が多くを占めた。また、本教室に参加していた患者と本教室に参加していない患者（参加している家族が看ている認知症患者）のMMSEは、それぞれ 19.8 ± 4.655 （点）、 20.00 ± 3.89 （点）であった。この結果にてt-testを行ったところ有意差は確認されなかった。しかし、中等度の認知症を有する患者或いは同程度の患者を介護している家族の参加があったと言える。

次に各分野における教室後のアンケート結果では、医療、薬剤、看護分野の興味関心度の項目において、患者、家族共に約70.0%～87.0%が「興味関心がある」を選択した。今後の生活や介護方法への役立ち度、今後の生活や介護意欲向上との関連性、認知症理解へのつながりの項目では、医学、薬剤、看護分野で85%以上の家族参加者が、「その通り」を選択する結果となった。介護者ごとに設定された目標の達成度を5件法で質問した結果、医療、薬剤分野で71.4%～82%が「かなり達成感あり」を選択する結果となった。

以上により、家族参加者は、「病気の進行」「治療方法」「薬剤の種類と効果」「認知症の症状への対応方法」等、日々の生活で起こっている事態を理解し、それに対応していく術や知識の修得のニーズを有していたと言える。

アクション2：家族教室

1) プログラム内容

平成24年度に実施した教室の参加状況及び参加者の状況について述べる。

① 基礎Ⅰコース

本コースは、平成24年度2回（Ⅰ期・Ⅱ期）開講した。参加状況では、Ⅰ期（平成24年8月31日～11月21日）29名、Ⅱ期（平成24年12月7日～平成25年2月22日）22名であり、合計54名の参加であった。

参加者の多くは、初期から中等度の認知症患者の家族介護者であり、社会資源の利用躊躇、中核症状（置き忘れ、繰り返しの言動）への対応を苦慮する傾向にあった。

教室開催に当たり、参加者の傾向について各講師に情報提供し、参加者の状況に合致した講義となるようプログラム運営を行った。さらに、本コースは専門職者による講義を中心とした教室であるが、最終回（6回目）の社会資源の活用については、講師による講義と共に現役介護者が実体験を語る講義方法を採用した。現役介護者の実体験を通した語りは、身近かつ具体的であった。参加者が共感できるだけでなく、語られた具体的な方法は、自己の介護の参考となるものとなった。

② 基礎Ⅱコース

本コースは、平成24年11月27日～平成25年度2月25日において開講した、基礎ⅠコースⅠ期を修了した13名が参加した。

本コースでは、講義内容を演習で習得する形式を採用した。その為、各講師と相談し、介護の場で、より実践

的に活用できる演習内容となるようプログラム運営を行った。

参加者は、教室の中で行われる演習を通して、お互いが交流を深め、回を重ねるごとに、基礎 I コースに参加していた頃よりも活発な交流や意見交換が行われるようになった。このように、教室が、講義によって得られる学びの場だけでなく、介護者同士から得られる学びや日々の介護への悩みなどを共有しあう場となった。

③ 上級コース

本コースは、平成 24 年 5 月 25 日～12 月 14 日において開講し、10 名が参加した。教室は全 7 回とした。本コースの最終目標は、他の介護者をサポートでき、セルフヘルプグループにおけるリード役を担えることとした。しかし、開講当初、参加者から他の介護者をサポートすることに対し、消極的で否定的な側面が伺えた。さらに参加者は、前年度までの演習のないプログラムを受講した家族介護者で構成されていた為、グループで討議する経験は皆無に等しい状況であった。

このような状況より、今年度新たに加えた講義や演習から開始し、段階を得ながら、他の介護者をサポートする意義について検討できるようにした。講義形式は、講義内容をグループワークやロールプレイなどの演習で習得する形式を採用した。演習では、グループ作業を進めること、慣れることに主眼を置き、看護師によるリードから開始し、回を重ねるごとに徐々に参加者がリードできるようプログラム運営を行った。

参加者は、最終回の教室では、自らで司会進行、書記、発表者を決め「介護者が介護者をサポートすること」についてテーマ討議を行った。このテーマ討議より、今後の支援活動を行う上で必要な事項を明確化した。さらに、グループとして不足している点についての明確化も行った。また、参加者個人において、「自分にできるサポートとは何か」を考えるテーマを提示したところ、自己の能力や状況に合わせた意見や課題が述べられた。このように、参加者から今後の活動に向けた主体的な言動が増え、参加者の意識変容が顕著にみられた。

2) リサーチ結果

今回、すでに講義が閉講した基礎 I コース第 1 期（平成 24 年 8 月 31 日～平成 24 年 11 月 21 日）参加者 29 名を対象とし、その分析結果を報告する。参加者の属性は、50 代が 45%と最も多くを占め、患者の子供が 41.4%（12 名）、配偶者が 34.5%（10 名）と合わせて 75%以上を占めた。介護年数は 2.44 ± 1.7 （年）、認知症の診断からの経過年数は 2.45 ± 1.9 （年）であり、認知症の診断と介護が並行して行われていたことがうかがえた。

一方、要介護者の属性は、主病名ではアルツハイマー型認知症が 81.5%（22 名）で大半を占めた。心身機能の状態について、要介護認定では要介護 1 が 9 名（32.1%）、未申請が 8 名（28.6%）で支援を要さない状態、もしくは支援を利用していない状況にある者が 60%以上を占めた。

さらに、家族教室開講期間の約 3 カ月間の要介護者の心身状況変化について、NM スケール、BPSD、N-ADL、Zarit-Burden Scale の各総点で家族教室開講時と閉講時の値を比較した。NM スケールは、 $24.88 \pm 11.7 \rightarrow 25.3 \pm 12.3$ （点）、BPSD は $23.1 \pm 10.8 \rightarrow 27.5 \pm 15.1$ （点）、N-ADL は $36.6 \pm 12.9 \rightarrow 34.8 \pm 13.1$ （点）の変化が見られ、t-test を行ったところ、有意差は確認されなかった。しかし、NM スケールでは、中等度で認知症重症度が若干増加し、BPSD の該当点数の増加、N-ADL では総点の低下が見られた。つまり、認知症の進行、それに伴う介護量や心身負担の増加がうかがえる結果と言える。

また、Zarit Burden Scale は $33.7 \pm 14.8 \rightarrow 40.8 \pm 11.4$ の増加が見られ、t-test を行ったところ、 $t(17)=2.92, p<0.01$ で有意差が確認された。一方、各講義前後の気分変容を「緊張」「混乱」「抑うつ」「疲労」「怒り」「活気」の下位尺度で構成される一時的気分変容尺度で見たと、講義 4「認知症を持つ人の理解と関わり方」の回では、講義前後で緊張： $6.53 \pm 2.4 \rightarrow 5.63 \pm 2.3$ （点）、疲労： $7.4 \pm 3.6 \rightarrow 6.0 \pm 3.2$ （点）の低下が見られ、t-test で有意差が確認された。

さらに各講義について、理解度、意識の変化、今後の介護への活用度を 5 件法で質問した結果、特に講義 4 の

テーマであった「認知症を持つ人の理解」「認知症を持つ人への関わり方」について、顕著な結果が示された。介護者自身の意識の変化で「かなり変化した、非常に変化した」と解答した者が70%以上、今後の生活や介護への活用度で「かなり活用できる、非常に活用できる」と解答した者が75%以上を占めた。また、基礎Iコース全体を通じた、介護者ごとに設定された目標の達成度を5件法で質問した結果、73.7%が「かなり達成感あり、非常に達成感あり」としていた。本研究では、家族教室の受講による Zarit-Burden-Scale への直接的な結果は反映されなかった。

D. 考察

本研究は、まだすべてのプログラムが終了しておらず、検証途中である。しかし、今回の分析より明らかになりつつあるものが見えてきた。

まず、もの忘れ教室では、受講される対象者のニーズが明確となった。対象者のニーズの中心は、医療と薬剤に関することであった。今回の対象者は、診断間もない患者及び家族であるため、日常生活への支障をきたしておらず、社会サービスに関する内容へのニーズは低かった。以上より、対象者は、日々起きている事柄への対処に関する知識を求めており、現状を維持する術を求めていると言える。しかしながら、認知症は進行性の疾患であるため、予後を見据え、知識を持つことは危機的状況の回避につながる。対象者にニーズに合わせ現状における知識の提供を行うとともに予後を見据える重要性を伝え、その対策法を内容に追加する必要があると言える。

また、運営面において、本教室は、告知によって抱える漠然とした不安や病気や治療への疑問を解消し、認知症という病気を受け止め、治療に向き合うための診療との橋渡しの役割を担っている。しかし参加者は、もの忘れ外来で認知症と診断を受けた初診患者の1~2割にとどまった。この要因として、①診療における教室の位置づけの不明確さ②生活に支障のない初期認知症患者が中心であることによる家族の今後の介護への切迫感の無さ③診察日と教室の日程が合わない。遠方であり来院への負担がある。の3点が考えられる。これらの要因を解消し、教室から診療へのつながりを持たせるためにも、特に①の診療における教室に位置づけを明確化が急務であると言える。

次に、家族教室についてだが、プログラムは現在進行中であり、結果は、一部にとどまった。参加者個人の継続的变化までは示すことはできていない。以上より、非常に少ないデータからの見解を述べる。

3か月間の教室の間、要介護者の、認知症症状は進行し、参加者の介護量や心身の負担は増加する傾向にあった。先行研究では、1クルールの家族教室が終了した後は、Zarit-Burden Scale の得点が低下する等の効果が示されているが、本研究では、Zarit-Burden Scale に家族教室の受講による直接的な結果は反映されなかった。しかし、各講義前後の一時的気分変容尺度では、介護負担感につながる「緊張」「疲労」等、ネガティブな感情の得点が低下した。さらに、教室終了後のアンケートでは、講義内容が今後の介護や認知症をもつ人との関わりに活かすことができると前向きな意向が示されていた。

以上により、一部ではあるが、家族教室のプログラムによる効果が示されたと言える。具体的には、参加者が、教室に参加し、認知症および疾患の理解を深める以上に、6回の教室という場で、同じ経験をしている者同士が語り合い、認め合い、励まし合うことによる、家族介護者の意識や心理面の効果が明確になった。

そして参加者の多くは、具体的な対応方法について知りたがる傾向にあったが、本プログラムでは、一般的な対応策の教授を避け、患者個人の特性に合わせ家族が柔軟に対応できるように、認知症を持つ人の心理的側面を重視したパーソン・センター・ケア理念に基づき理解できるように進めた。これらにより、参加者の認知症を持つ人の理解や関わり方について、自己内省する機会となり、講義で得たことを介護場面で実践しようとする意欲へとつながった。また、教室参加により、緊張や疲労感の緩和が図られ、本プログラムが家族介護者の健康に寄与したとも言える。

E. 結論

今回、認知症患者の家族介護者にニーズに合致した多職種による包括的プログラムの提供意義が明確になったと言える。

まず、もの忘れ教室だが、参加者の多くは、医療と薬剤に関する内容にニーズがあった。参加者は、教室に参加により、認知症の理解が深まり、介護意欲の向上へとつながった。このように、多職種が協働し家族支援を行うことで、患者・家族介護者が主体的に治療や介護に参画することが可能となる。これは、医療提供者側にとっても診療の円滑化へとつながる。

次に、家族教室だが、同様の多職種協働による家族支援実施により、参加者は自己の介護を振り返り、新しい知識を介護に生かす姿勢へとつながった。さらに同じ境遇の仲間と同じ時間を過ごし、自己の想いを表出していた。教室は、日々の介護を客観的に見つめ、精神的負担を緩和させる効果がうかがえた。

このように、これらの包括的プログラムの提供が、家族介護者自身をエンパワメントしていくことにつながる。つまり、家族が認知症や介護に向き合い、精神的・社会的な支援を受けながら、認知症患者や家族介護者自身の尊厳維持を図るための自己選択や自己決定を可能にすること、延いては介護者自身の自律や QOL 向上を目指していくことにも通じるのである。

F. 研究発表

1. 研究論文

1) 邦文 1 本 (タイトル未定) 清家、櫻井、鳥羽にて作成中

2. 学会発表

1) 診療と一体化した患者・家族支援プログラムの検討 (第 14 回日本認知症ケア学会大会 H25. 6. 1-2 開催にて発表予定)

2) 認知症を有する人と家族に対する早期教育的介入の必要性-認知症疾患医療センターにおける「もの忘れ教室」アクションリサーチからの考察 (第 14 回日本認知症ケア学会大会 H25. 6. 1-2 開催にて発表予定)

3) 認知症介護当事者に対する「介護者支援人材育成プログラム」の効果測定研究-内的動機づけに主眼を置いた「家族教室アドバンストコース」からの考察-(第 14 回日本認知症ケア学会大会 H25. 6. 1-2 開催にて発表予定)

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

家族教室による介護負担の軽減に関する研究

遠藤英俊・国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

研究要旨

本研究では介護者教室にグループワークを導入し、問題解決型介護者支援プログラムの開発を行い、その有効性について検討する。問題解決型とはシミュレーション法によるものと、グループワークによる問題解決型の研修を導入する2種類の研究からなる。本研究を通じて最終的に介護負担の軽減が可能か検討する。第1の研究は認知症対応に関する新しい教育方法の開発を目的として、模擬患者を用いた指導シミュレーション研究を行った。これは模擬患者を用いて、標準的シナリオの作成を行い、その後も問診場面での面談のやり取りに関する分析を通じて、介護者や学生、研修医を対象に教育の効果を検討した。第2の研究は短い講義の後に数名のグループワークを行い、地域での介護負担の軽減とボランティアなどの共助のグループの構築をめざし、最終的には認知症カフェに関わる人材育成に資する研究を行う。内容としては1.認知症の知識、2.傾聴、3.コミュニケーション、4.BPSDへの対処・ケア方法（徘徊・妄想など）、5.地域資源マップの作成と5回のセッションを行い、問題解決型家族教室の標準化を行った。研究方法としては5回の認知症実践研修を行う、対象は80名の介護者など認知症サポーターで、研修の前後でアンケート調査を行った。評価内容はプログラム満足度、理解度、介護負担感、共助の意欲等を評価した。第2の研究については平成26年度に継続して検討する。

A. 研究目的

認知症の家族教室の方法、有効性について検討した。第1は本研究では介護者教室にグループワークを導入し、問題解決型介護者支援プログラムの開発を行い、その有効性について検討することを目的とした。すなわち 模擬患者・模擬家族を用いた指導シミュレーションを行った。認知症の人、家族と学習者は面談し、そのインタビューのやり取りとその後の反省会を通じて、認知症の人との面接技術、診断技術を学ぶことを目的としている。

第1の研究は Problem Based Learning (PBL) using Standardized Patients であり、認知症対応に関する新しい教育方法の開発を目的として模擬患者を用いた指導シミュレーション研究を行った。これは模擬患者を用いて、標準的シナリオの作成を行い、その後も問診場面での面談のやり取りに関する分析を通じて、介護者や学生、研修医を対象に教育の効果を検討した。第2の研究は認知症の短い講義の後に数名のグループワークを行い、地域での介護負担の軽減とボランティアなどの共助のグループの構築をめざし、最終的には認知症カフェに関わる人材育成に資する研究を行う。

B. 研究方法

対象は研修医やナースなど、認知症の患者との診察や関わり方に慣れていない者を対象にしている。患者役は十分に訓練をうけた元家族が行った。詳細に標準的な場面でのシナリオを作成した。シナリオ1では初診で拒否的な認知症の患者との面談場面で行われ、シナリオ2では介護者の困難場面を想定し、医師に質問をなげかける形で行われる。

シナリオ2ではケース1では被害妄想、ケース2では徘徊、ケース3では介護サービス拒否のケースを取り上げた。時間的にはそれぞれ約10分程度である。トータル45分くらいで、その後15分間の反省会を行った。

第2の研究方法としては5回の認知症実践研修を行った、対象は80名の介護者など認知症サポーターで、研修の前後でアンケート調査を行った。評価内容はプログラム満足度、理解度、介護負担感、共助の意欲等を評価した。第2の研究については平成26年度に継続して検討する。

(倫理面への配慮)

今回は患者を対象とせず、家族教室のメンバーであり、同意のもとに患者役、研修医などの研究参加を依頼し、同意のもとに研究を施行した。健康被害等はない。

C. 研究結果

今回参加した模擬訓練用のシナリオを作成し、参加者は研修医2名であり、患者役が1名、介護者2名で行った。結果シナリオとアドリブの部分からなり、研修医は患者・介護者との面談で、困難状況をどう聴き取り、面接し、その答えを導いていくかのプロセスを学ぶことができる。しかも患者そのものを使うわけではなく、繰り返し参加できることの意義が大きい。またその後の反省会では、研修医から会話や質問の導入、突っ込み方に反省の弁があった。一方患者役・家族役からは研修医の会話や姿勢、視点の良さが指摘された。その点では本研修プログラムは研修医への教育システムとして有効であった。

第2の研究では、単なる講義に比べ、認知症の理解がすすみ、認知症カフェやサロン活動への参加意欲が示された。



D. 考察

この方法の利点は訓練された患者役を使うことで、個人情報や、プライバシーを気にすることなく、繰り返し、実害なく教育研修を行うことができ、認知症診療やケアの研修を行うことが可能である。面談後の反省会の重要性が指摘された。役者役を普遍的にいつでも、どこでも選択でき、継続的に教育することが課題である。また介護者むけ認知症研修において、グループワークの導入の有効性が示された。ひきつづき研究を継続する。

E. 結論

本研究は認知症の診療や問診場面、対応方法の教育において、Problem Based Learning (PBL) using Standardized Patients の手法を開発し、有効な教育システムとして検討した。その結果本教育手法は有効である可能性が高く、継続的に研究していくことが重要である。

G. 研究発表

1. 論文発表

論文

- 1) 遠藤英俊 アルツハイマー型認知症治療薬の薬剤選択基準 新薬と臨床 62(1), 2013
- 2) Masahiro Akishita, Shinya Ishii, Taro Kojima, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hidenori Arai, Hiroyuki Arai, Masato Eto, Ryutaro Takahashi, Hidetoshi Endo, Shigeo Horie, Kazuhiko Ezawa, Shuji Kawai, Yozo Takehisa, Hiroshi Mikami, Shogo Takegawa, Akira Morita, Minoru Kamata, Yasuyoshi Ouchi, Kenji Toba Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly JAMDA 14(7):479-484, 2013
- 3) Hiroyuki Umegaki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Masafumi Kuzuya, Hidetoshi Endo Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan Archives of Gerontology and Geriatrics 58:130-133, 2014
- 4) Kenji Toba, Yu Nakamura, Hidetoshi Endo, Jiro Okochi, Yukiko Tanaka, Chiyako Inaniwa, Akira Takahashi, Naoko Tsunoda, Kentaro Higashi, Motoharu Hirai, Hiroyuki Hirakawa, Shizuru Yamada, Yohko Maki, Tomoharu Yamaguchi and Haruyasu Yamaguchi Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan Geriatr Gerontol Int 2013 May 6.