

平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業)
「生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究」
分担研究報告書

「精神科病院に入院したレビー小体型認知症の生活行為障害の調査」

分担研究者 北村 立
石川県立高松病院 病院長

研究協力者：塩田 繁人
石川県立高松病院 作業療法科 作業療法士

研究要旨

目的: 認知症高齢者の生活行為障害について、アルツハイマー型認知症(以下、AD)はよく知られているが、レビー小体型認知症(以下、DLB)に関する報告は少ない。本研究では、精神科病院に入院した DLB 患者と AD 患者の IADL・ADL を調査・比較する。

対象は 2014 年 4 月～2016 年 3 月の間に石川県立高松病院へ初回入院した認知症患者とする。比較する項目は、認知機能は MMSE を、ADL は Barthel Index(以下、BI)を、IADL は Franchey Activities Index(以下、FAI)を用いる。また MMSE 得点により認知症の程度を Mild、Moderate、Severe の 3 群に分け、認知症の程度毎に AD と DLB の ADL、IADL を比較検討する。

A. 研究目的

認知症高齢者の生活行為は認知症の進行とともに、社会参加、IADL、ADL の順に障害されることが知られている。しかし、これらの報告はアルツハイマー型認知症を対象としており、レビー小体型認知症の生活行為の実態についてはほとんど知られていない。

レビー小体型認知症は、認知の変動やパーキンソンニズムに加えて、注意や遂行機能、視覚認知などの認知機能障害を認め、早期から IADL・ADL が低下するとされている。また、生々しい幻視や睡眠障害、妄想、抑うつなどの精神症状が高頻度で発現することに加え、頻尿や便秘などの自律神経症状も多彩であり、本人のみならず介護者に身体的・精神的・社会的な負担感を与え、精神科病院への入院や施設入所の要因となっている。そこで、レビー小体型認知症の生活行為障害について調査することは、生活行為の自立に向けた効果的な支援を可能とし、在宅期間の延長や本人の QOL 向上、介護者の負担感軽減につながることを期待される。

本研究では、当院に入院した DLB 患者と AD 患者を対象として、ADL と IADL について診療録を後方視的に調査し、認知症の程度ごとに比較する。

B. 研究方法

【対象】

2014 年 4 月から 2016 年 3 月の間に当院へ初回入院した AD および DLB を対象とする。なお他病院から転院してきたものは除外する。

【方法】

調査項目は認知機能、ADL、IADL の 3 つの領域の指標を用いる。認知機能の評価として MMSE を用い、ADL は汎用されている BI を、IADL は FAI を用いる。当院ではこれらを担当作業療法士が入院日または入院 1 週以内に本人または家族・介護者へのインタビューにて測定している。

認知症の程度については、神谷ら(2014)の報告を参考に、MMSE 合計スコアをもとに、Mild:23-18 点、Moderate:17-12 点、Severe:11-0 の 3 群に分ける。(倫理面への配慮)

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得ている(承認番号:15001)。個人情報には十分配慮し、得られたデータは匿名化して、院内の PC に保管し、外部へは持ち出さない。学会等で発表、論文として公表する際には、個人が特定されないように十分に配慮する。

C. 研究結果

現在データ収集中である。

D. 考察

現在データ収集中である。

E. 結論

現在データ収集中である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

(国内)

口頭発表 6件

原著論文による発表 2件

それ以外(レビュー等)の発表 2件

そのうち主なもの(それぞれ5件以内、著者名は全て記入し、班員名には下線を引く。)

1. 論文発表

1) 北村 立: 目指せ! 日本のアドミラルナースー石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介

ー. 全国自治体病院協議会雑誌, 54(6):139-142

2) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、村井千賀、北村立: 精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法. 作業療法ジャーナル, 49:685-691.2015.

3) Tatsuru Kitamura, Shinnichi Tochimoto, Maki

Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku Hino.

:Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS Disord.2015;17(0):doi:10.4088/PCC.15m01785

4) Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku

Hino, Tatsuru Kitamura: Predictors of home

discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia.

Psychogeriatrics, 2015.Apr27.doi:10.1111/psyg.12114

2. 学会発表

1) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、柴田克之、北村立: 認知症高齢者の生活機能と家族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～. 第49回日本作業療法学会, 神戸市, 2015.6.20.

2) 塩田繁人、稲口葉子、杉本優輝、大西昌江、山川透、北村真希、北村 立: 河北郡市の認知症支援ネットワーク～BPSDの予防や対応に焦点を当てて～. 第53回全国自治体病院協議会総会・研修会、

帯広市、2015.08.27.

3) 北村 立: 認知症の治療とケアー生活機能の視点からBPSDをマネジメントするー. 日本認知症ケア学会 2015年度北陸・甲信越地域大会, 金沢市, 2015.10.04.

4) 北村 立: 生活障害としての認知症. 地域包括ケア・イノベーションフォーラム第10回ワークショップ, 東京, 2015.10.07.

5) 北村 立, 神川繁利, 北村真希, 佐野滋彦, 日野昌力: 超高齢認知症入院患者の臨床的特徴. 第34回日本認知症学会学術集会, 青森市, 2015.10.02.

6) 北村 立: 地域における一般科医療と精神科医療ー認知症医療における精神科の役割ー. 第35回日本社会精神医学会, 岡山市, 2016.01.29.

H. 知的所有権の出願・取得状況

(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

研究要旨：

在宅で療養している認知症群（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）と非認知症群（同自立度が自立またはランクⅠ）の介護サービス受給状況の差異を明らかにするため、A市から提供頂いた認定・給付データの分析を実施した。

その結果、基本特性に関しては、

- 1) 男性比は「認知症群」33.0%、「非認知症群」30.2%と、認知症群の方が高かった
- 2) 要介護度をみると、認知症群では要介護1～2で59.5%を占めていたのに対し、非認知症群では要支援1～2で65.7%を占めていた

などが、要介護度別在宅サービス受給率に関しては

- 1) 訪問介護（要介護1～2／要介護4）、訪問看護（要介護2～3）、訪問リハ（要介護1～3、要介護5）、通所リハ（要介護1～3）、福祉用具貸与（要支援1～要介護5）、住宅改修（要介護1）において、非認知症群での受給率が有意に高かった
- 2) 通所介護（要支援1～要介護3）、短期入所（要介護1～5）、小規模多機能型居宅介護（要支援1、要介護1～5）において、認知症群での受給率が有意に高かった
- 3) 訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅療養管理指導の4サービスの受給率は、全ての要介護度で有意差は見られなかった

などがわかった。

認知症群の場合、非認知症群に比べ、通所介護や短期入所といった家族の介護負担軽減目的（レスパイト目的）のサービスが導入されやすい一方で、リハや看護といった医療サービスの導入が低い傾向にあった。

認知症本人の生活機能を如何に高めるかの視点から、認知症の人に対するケアマネジメントの在り方を再検討する必要があると考えた（多職種による総合的なケアマネジメント体制の構築の推進など）。

A. 研究目的

在宅で療養している認知症群（認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以上）と非認知症群（同自立度が自立またはランクⅠ）の介護サービス受給状況の差異を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

A市からご提供頂いた2015年9月時点の認定・

給付データをもとに、在宅サービス受給者（9月中に在宅サービスのみを受給している者）を抽出、認知症高齢者の日常生活自立度をもとに認知症群と非認知症群に分類した上で、両群間の要介護度別在宅介護サービス受給率をサービス種類別に比較した。

（倫理的配慮）

A市との間で、データの取扱い等に関する覚え書きを締結した上で、分析を実施している。また、国立社会保障・人口問題研究所の研究倫理審

査会にて承認も受けている(番号:IPSS-TRN#15001-2)。

C. 研究結果

1.性別にみた人数/割合及び平均年齢

認知症群は7,523人で、うち男性の占める割合は33.0%、平均年齢は83.2歳(SD=8.1)であった。一方、非認知症群は6,318人で、男性の占める割合は30.2%、平均年齢は80.5歳(SD=8.2)であった(表1)。

2.要介護度別にみた人数/割合

認知症群の要介護度をみると、「要介護1」が30.5%と最も多く、次いで「要介護2」29.0%、「要介護3」17.3%、「要介護4」10.4%の順で、要支援者の割合は6.5%であった。

一夫、非認知症群をみると、「要支援2」が41.3%と最も多く、次いで「要支援1」24.4%、「要介護2」15.7%、「要介護1」8.4%の順で、要支援者が全体の65.7%を占めていた(表2)。

3.種類別にみた在宅サービス受給率比較

サービス種類別に、要介護度別在宅サービス受給率をみると、

①訪問介護(要介護1~2/要介護4)、訪問看護(要介護2~3)、訪問リハ(要介護1~3、要介護5)、通所リハ(要介護1~3)、福祉用具貸与(要支援1~要介護5)、住宅改修(要介護1)において、非認知症群での受給率が有意に高かった

②通所介護(要支援1~要介護3)、短期入所(要介護1~5)、小規模多機能型居宅介護(要支援1、要介護1~5)において、認知症群での受給率が有意に高かった

③訪問入浴介護、定期巡回・随時滞欧型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅療養管理指導の4サービスの受給率は、全ての要介護度で有意差は見られなかった

など、認知症群の場合、非認知症群に比べ、通所介護や短期入所といった家族の介護負担軽減目的(レスパイト目的)のサービスが導入されやすい一方で、リハや看護といった医療サービスの導入が低い傾向にあることが確認できた。

D. 考察・結論

認知症本人の生活機能を如何に高めるかの視点から、認知症の人に対するケアマネジメントの在り方を再検討する必要があると考えた(多職種による総合的なケアマネジメント体制の構築の推進など)。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

G. 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

表 1. 性別にみた人数／構成割合及び平均年齢

	合計 (人)	男性 (人)	女性 (人)	合計 (%)	男性 (%)	女性 (%)	年齢 (歳) Mean±SD
合計	13,841	4,389	9,452	100.0	31.7	68.3	—
認知症群	7,523	2,479	5,044	100.0	33.0	67.0	83.2±8.1
非認知症群	6,318	1,910	4,408	100.0	30.2	69.8	80.5±8.2

表 2. 要介護度別にみた人数及び構成割合

N 数	合計	支援	支援	介護	介護	介護	介護	介護
		1	2	1	2	3	4	5
人数 (人)								
合計	13,841	1,666	2,973	2,826	3,169	1,666	972	569
認知症群	7,523	125	364	2,296	2,178	1,300	784	476
非認知症群	6,318	1,541	2,609	530	991	366	188	93
割合 (%)								
合計	100.0	12.0	21.5	20.4	22.9	12.0	7.0	4.1
認知症群	100.0	1.7	4.8	30.5	29.0	17.3	10.4	6.3
非認知症群	100.0	24.4	41.3	8.4	15.7	5.8	3.0	1.5

表 3. 種類別にみた要介護度別在宅サービス受給率の比較

	認知症群(n=7,523)			非認知症群(n=6,318)			p 値
	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	
訪問介護							
要支援 1	125	37	29.6	1,541	442	28.7	0.837
要支援 2	364	129	35.4	2,609	817	31.3	0.118
要介護 1	2,296	692	30.1	530	217	40.9	0.000 **
要介護 2	2,178	726	33.3	991	396	40.0	0.000 **
要介護 3	1,300	382	29.4	366	122	33.3	0.156
要介護 4	784	243	31.0	188	79	42.0	0.004 **
要介護 5	476	184	38.7	93	40	43.0	0.486
訪問入浴介護							
要支援 1	125	0	0.0	1,541	0	0.0	-
要支援 2	364	0	0.0	2,609	0	0.0	-
要介護 1	2,296	0	0.0	530	1	0.2	0.188
要介護 2	2,178	4	0.2	991	2	0.2	1.000
要介護 3	1,300	11	0.8	366	4	1.1	0.753
要介護 4	784	30	3.8	188	7	3.7	1.000
要介護 5	476	43	9.0	93	21	22.6	0.000
訪問看護							
要支援 1	125	4	3.2	1,541	48	3.1	1.000
要支援 2	364	31	8.5	2,609	164	6.3	0.113
要介護 1	2,296	232	10.1	530	55	10.4	0.873
要介護 2	2,178	282	12.9	991	204	20.6	0.000 **
要介護 3	1,300	176	13.5	366	86	23.5	0.000 **
要介護 4	784	154	19.6	188	45	23.9	0.192
要介護 5	476	141	29.6	93	33	35.5	0.270
訪問リハ							
要支援 1	125	0	0.0	1,541	7	0.5	1.000
要支援 2	364	2	0.5	2,609	28	1.1	0.573
要介護 1	2,296	13	0.6	530	12	2.3	0.001 **
要介護 2	2,178	36	1.7	991	30	3.0	0.015 *
要介護 3	1,300	16	1.2	366	17	4.6	0.000 **
要介護 4	784	19	2.4	188	7	3.7	0.317
要介護 5	476	12	2.5	93	7	7.5	0.023 *
通所介護							
要支援 1	125	79	63.2	1,541	820	53.2	0.032 *
要支援 2	364	200	54.9	2,609	1,211	46.4	0.002 **
要介護 1	2,296	1,480	64.5	530	238	44.9	0.000 **
要介護 2	2,178	1,226	56.3	991	373	37.6	0.000 **
要介護 3	1,300	661	50.8	366	142	38.8	0.000 **
要介護 4	784	333	42.5	188	65	34.6	0.057
要介護 5	476	156	32.8	93	22	23.7	0.088

表 3. 種類別にみた要介護度別在宅サービス受給率の比較（続き）

	認知症群(n=7,523)			非認知症群(n=6,318)			p 値
	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	
通所リハ							
要支援 1	125	5	4.0	1,541	97	6.3	0.435
要支援 2	364	37	10.2	2,609	257	9.9	0.851
要介護 1	2,296	307	13.4	530	111	20.9	0.000 **
要介護 2	2,178	405	18.6	991	235	23.7	0.001 **
要介護 3	1,300	276	21.2	366	96	26.2	0.047 *
要介護 4	784	191	24.4	188	49	26.1	0.638
要介護 5	476	116	24.4	93	27	29.0	0.361
短期入所							
要支援 1	125	0	0.0	1,541	6	0.4	1.000
要支援 2	364	4	1.1	2,609	30	1.1	1.000
要介護 1	2,296	171	7.4	530	15	2.8	0.000 **
要介護 2	2,178	271	12.4	991	32	3.2	0.000 **
要介護 3	1,300	347	26.7	366	49	13.4	0.000 **
要介護 4	784	257	32.8	188	34	18.1	0.000 **
要介護 5	476	147	30.9	93	10	10.8	0.000 **
小規模多機能型居宅介護							
要支援 1	125	6	4.8	1,541	19	1.2	0.009 **
要支援 2	364	8	2.2	2,609	39	1.5	0.365
要介護 1	2,296	133	5.8	530	10	1.9	0.000 **
要介護 2	2,178	108	5.0	991	21	2.1	0.000 **
要介護 3	1,300	102	7.8	366	5	1.4	0.000 **
要介護 4	784	57	7.3	188	4	2.1	0.007 **
要介護 5	476	42	8.8	93	0	0.0	0.001 **
定期巡回・随時対応型訪問介護看護							
要支援 1	125	0	0.0	1,541	0	0.0	-
要支援 2	364	0	0.0	2,609	0	0.0	-
要介護 1	2,296	1	0.0	530	0	0.0	1.000
要介護 2	2,178	0	0.0	991	0	0.0	-
要介護 3	1,300	1	0.1	366	0	0.0	1.000
要介護 4	784	2	0.3	188	0	0.0	1.000
要介護 5	476	1	0.2	93	0	0.0	1.000
看護小規模多機能型居宅介護							
要支援 1	125	0	0.0	1,541	0	0.0	-
要支援 2	364	0	0.0	2,609	0	0.0	-
要介護 1	2,296	3	0.1	530	0	0.0	1.000
要介護 2	2,178	3	0.1	991	0	0.0	0.557
要介護 3	1,300	1	0.1	366	0	0.0	1.000
要介護 4	784	0	0.0	188	0	0.0	-
要介護 5	476	8	1.7	93	0	0.0	0.365

表 3. 種類別にみた要介護度別在宅サービス受給率の比較 (続き)

	認知症群(n=7,523)			非認知症群(n=6,318)			p 値
	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	対象者 (人)	受給者 数(人)	受給率 (%)	
居宅療養管理指導							
要支援 1	125	1	0.8	1,541	20	1.3	1.000
要支援 2	364	6	1.6	2,609	42	1.6	1.000
要介護 1	2,296	109	4.7	530	25	4.7	1.000
要介護 2	2,178	147	6.7	991	59	6.0	0.437
要介護 3	1,300	156	12.0	366	32	8.7	0.092
要介護 4	784	130	16.6	188	24	12.8	0.222
要介護 5	476	155	32.6	93	25	26.9	0.330
福祉用具貸与							
要支援 1	125	29	23.2	1,541	518	33.6	0.017 *
要支援 2	364	144	39.6	2,609	1,328	50.9	0.000 **
要介護 1	2,296	744	32.4	530	305	57.5	0.000 **
要介護 2	2,178	1,257	57.7	991	797	80.4	0.000 **
要介護 3	1,300	857	65.9	366	329	89.9	0.000 **
要介護 4	784	611	77.9	188	169	89.9	0.000 **
要介護 5	476	404	84.9	93	87	93.5	0.031 *
住宅改修							
要支援 1	125	1	0.8	1,541	29	1.9	0.722
要支援 2	364	4	1.1	2,609	40	1.5	0.648
要介護 1	2,296	13	0.6	530	8	1.5	0.042 *
要介護 2	2,178	13	0.6	991	10	1.0	0.258
要介護 3	1,300	6	0.5	366	4	1.1	0.240
要介護 4	784	3	0.4	188	1	0.5	0.577
要介護 5	476	0	0.0	93	1	1.1	0.163

分担研究報告書

「認知症の人の要介護度別にみた特性」

分担研究者 小川 敬之

九州保健福祉大学大学院 教授

1)認知症(Ⅱa以上)のADL、BPSD等、現状のまとめ

人口問題研究所がA地区の介護保険利用者23817名のデータを分析した結果、そのうち認知症(Ⅱa以上)の人は12965名であり、認知症のADL、BPSD、在宅療養率などを分析する対象とした。

認知症の人のADLの障害度は介護度2を境に重くなり、起居動作は介護度2or3を境に自立度が低くなっていく。

在宅療養率を認知症群、非認知症群で比較すると、介護度2,3を境に認知症群は低くなっていく。BPSDの頻度をみると介護度2,3がピークであり、その後は減少していく。(スライド11,12)一概には言えないがBPSDの増悪が在宅療養率に影響している可能性は高い。

また認知症群と非認知症群を2年間追跡し、認知症の進行度(認知症群であればⅡaの人がⅡb、Ⅲaに進行した。非認知症の人であればⅡaランクの認知症になった、など)を見てみると認知症群で要支援Ⅰの人は86.7%の人が、要支援Ⅱの人は63.9%の割合で認知症が進行している。これは初期認知症など、まだ色々なことができる状況の認知症の人へ、認知症を進行させない仕組みが、今の介護保険では機能していないことを示していると考えられる(図1-5)。

認知症初期から介護度2.3は集中的なりハビリテーションが必要であり、特に初期の認知症の人には予防も含め、今までの介護保険サービスを活用するような仕組みではなく、別の方法論を考えていく必要があると思われる。中等度ではBPSDの適切な対応や沈静化に向けた取り組みが在宅療養率を高めていくものと考えられる。

2)認知症のリハビリテーションとして主に取り組むべき課題

初期の認知症の人への介入では具体的に何が必要かを、K大学の外来人認知症患者(AD)311名を対象に分析を行った。その結果、軽度の頃には管理(投薬・金銭)機能の低下が起こり、次に外出はできるが、うつ傾向やIADL・ADLがおっくうになり外出しなくなる傾向にある(閉じこもり)。それから認知症が進行すると高次脳機能障害などによるADL・IADL遂行障害が出現し、さらに進

行すると在宅生活を困難にする大きな要因としての排泄困難や入浴困難などが出現してくることがわかった。

よって、在宅支援を推進するためにも認知症リハビリテーションとして、トラブルになりやすい投薬・金銭管理に対する支援方法の開発と特に大切な事として、外出意欲を喚起する社会資源の創生や外出・買い物支援が重要になる。さらに認知症が進行すると認知症の機能障害を理解した上でのADL・IADLへの具体的な支援を、その人の生活環境で考えていく関わりが必要になると思われる(図6)(訪問リハビリテーション)。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報情報を消去し、すべて記号・数値に置き換え、万一情報流出が起こった場合にも、個人が特定されない形でのみ、処理をおこなう配慮をした。

健康危険情報

なし

研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

認知症の人の要介護度別に見た特性

【厚労科研の継続研究】

【分析対象】

A市の2013年末時点の認定者23,817名の内、「認知症自立度判定基準Ⅱa」以上の12,965名を対象とした。

(人口問題研究所：提供)

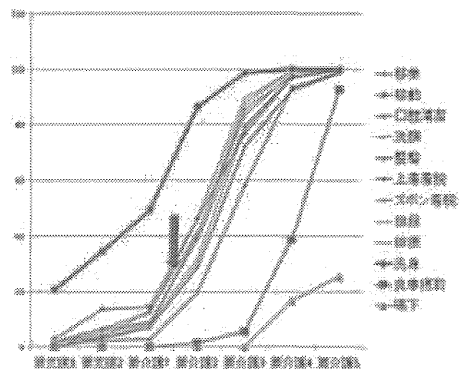


図1 認知症の人の要介護度別に見た特性

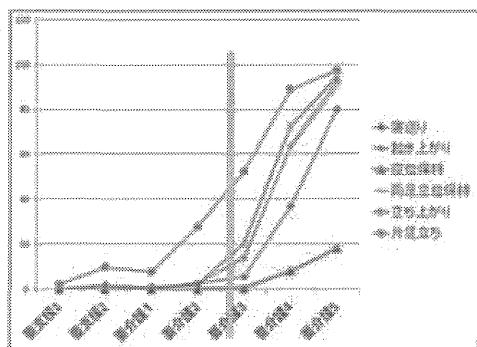


図2 認知症の人の要介護度別に見た特性

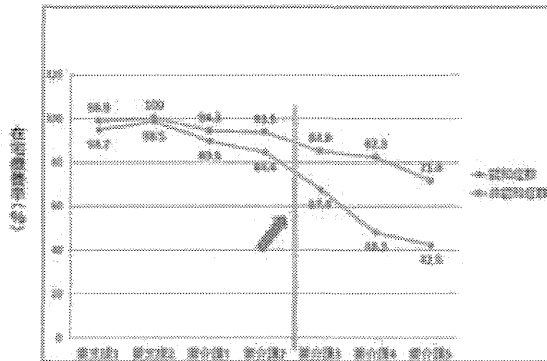


図3 認知症の人の要介護度別に見た特性

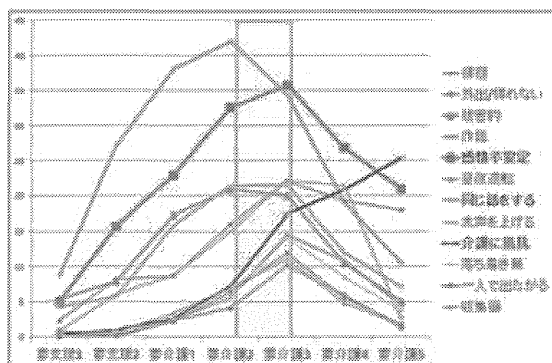


図4 BPSDの発生と介護度の関係(重症者)

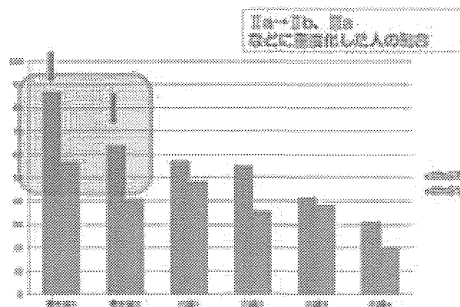


図5 認知症の人の要介護度別に見た特性

調査のまとめ

- 1) 認知症を持つ人のADL、基本動作は介護度2から急激に低下する。
- 2) 介護度2から在宅率が低下してくる。
- 3) BPSD（行動障害）は介護度2、3をピークに後は下向する。ただ、介護への抵抗だけは介護度が上がるにつれ増加する。
- 4) 要支援1,2の人たちの認知症進行度が高い。

Point !

- ①作業療法（リハ）介入は要介護度2or3までが主要なターゲットになるのでは。
- ②在宅、入府のBPSD沈静化の具体的手段の開発は急務
→ BPSDの理由づけと介入方法手段
- ③重度の方の行動分析、介護抵抗の理由づけを行う。
- ④既存の介護保険の仕組みは要支援（MCI、ごく軽度）の人の認知症進行抑制に機能していない可能性。
→ これまでとは違う介入方法の提案（リハの方法論から提供できるか）

認知症の人のADL・IADL

—リハビリテーション介入のポイントを探る—

在宅AD (Alzheimer's Disease) のADL・IADL から導き出される「潜在的変数」と病態進行の関連

【分析対象】

K大認知症外来受診者
 対象：462 (欠損値のあるデータを削除した311名を分析の対象とした)
 疾患：AD
 MMSE：20.22
 CDR：0.85
 検査項目：ADL (6項目) / IADL (8項目) : 計14項目

分析方法

①ADL・ADL全14項目の探索的因子分析を行う

⇒ 測定対象各項目に影響を与えている潜在的変数を探る

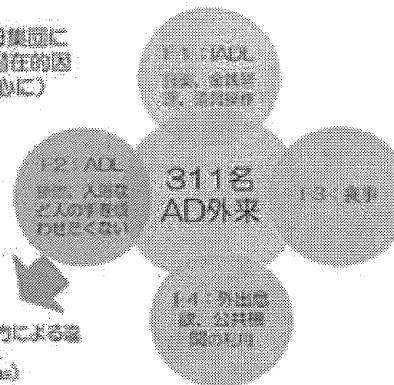
②因子得点をもとにクラスター分析を行い、因子の影響の仕方による状態像の分類を行った。

⇒ 軽度から中等度までのかたいな明確にする

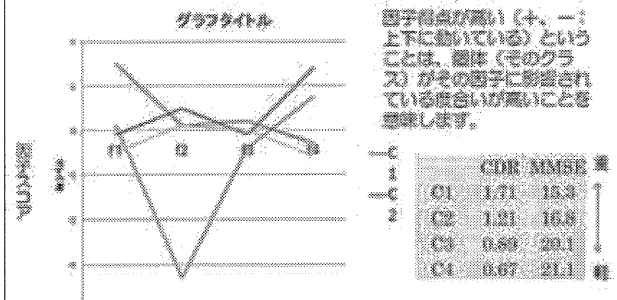
変数	1	2	3	4	5
ADL1	0.80000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
ADL2	0.79999	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
ADL3	0.79998	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
ADL4	0.79997	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
ADL5	0.79996	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
ADL6	0.79995	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
IADL1	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL2	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL3	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL4	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL5	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL6	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL7	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
IADL8	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000	0.10000
同値性検定					
Factor1 : 79.77					
Factor5 : 79.04					

F1：動作工程の多い、もしくは道具使用が多いADL (洗濯)
 F2：毎日必ず行う動作で人の手はあまり借りたくない動作 (セルフケア)
 F3：食事 (セルフケア・自動運転 (break) がしやすい)
 F4：公共交通機関の利用、外出意欲

311名：外来ADの母集団に影響を及ぼしている潜在的因子 (ADL/IADLを中心に)



これらの因子の影響の受け方による硬いでクラス分けを行った。クラスター分析 (k-means)



F1：IADL：洗濯・食料管理、道具使用
 F2：ADL：排泄、入浴
 F3：食事 (セルフケア・自動運転 (break) がしやすい)
 F4：外出意欲、公共交通機関の利用

【C1タイプ：善 (中等認知症)】

MMSE：15.3, CDR：1.71
 排泄、入浴に介助が必要な状況が出現、外出も程々の介助が必要

【C2タイプ：善 (軽度認知症)】

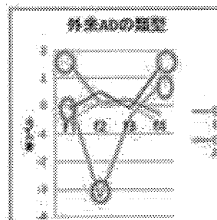
MMSE：16.8, CDR：1.21
 動作工程の多い動作、道具を使用する動作が難しい

【C3タイプ：善 (MCIレベル)】

MMSE：20.1, CDR：0.89
 移動・外出の手段がとれない
 外出の意欲がわからない

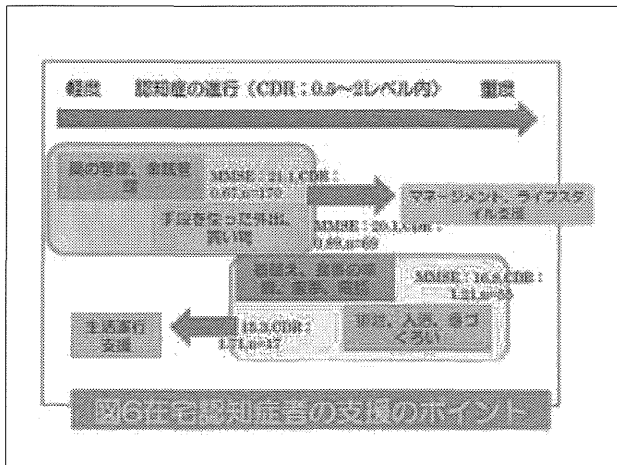
【C4タイプ：悪 (MCIレベル)】

MMSE：21.1, CDR：0.67
 管理動作 (金銭管理・薬管理) に若干の戸惑いはあるものの、生活にさほど支障がない



参考資料：クラス分けと各項目の素点の平均値

項目	食事	着脱	身体	移動	入浴	電話	買い物	食事	家事	洗濯	移動	薬	金銭	
	入	脱	洗	入	電	買	食	家	洗	移	薬	金	管	
C1	3.989	3.295	2.647	2	2.528	2.892	2.562	2.294	3.52	4.058	2.411	3.352	2.586	2.471
C2	3.495	2	2.055	1.49	1.564	1.451	2.509	2.418	3.58	3.527	1.909	2.782	2.582	2.473
C3	3.189	1.044	1.15	2.073	2.232	1.328	1.959	2.609	2.47	1.597	1.351	3.331	2	2.203
C4	3.029	1.096	1.041	1.018	1.029	1.018	1.176	1.271	1.55	1.329	1.1	1.4	1.471	1.429



まとめ

- ①アルツハイマー型認知症（軽度から中等度：在宅生活）を対象に分析した。
- ②軽度の頃には管理（投資・金銭）機能の低下から始まり、外出できるが、うつ傾向やIADL・ADLがおっくうになり外出しなくなる傾向にある。
- ③それから進むと高次脳機能障害などによるADL・IADL進行障害が出現。
- ④さらに進むと在宅生活を困難にする大きな要因としての排泄困難や入浴困難などが出現。

在宅生活を推進するためにも認知症リハとしてトラブルになりやすい投資・金銭管理に対する支援方法の開発と外出機会を喚起する社会資源の創生や仕掛けが必要。

【今後】

- ・それぞれの項目 (F1, F2, ...) の工程分析を行い、どの工程で壊れるのかを確認。そのつまづく理由づけと、具体的な介入方法を検証。
- ・累積奇と率を上げ因子の数を増やし (5因子)、同時にクラスターを増やすことで、認知症進行度に対応したKey ADL/IADLがもう少し細分化されて抽出される可能性。
- ・しかし、あまり細分化するとkey ADL等が多くなりすぎて、対応すべき動作を焦点化しにくくなる可能性。
- ・NPIなどBPSD要因、負担感などをいれ分析DLB・FTD分析

項目	因子1	因子2	因子3	因子4
投資	0.851865			0.020221
管理	0.729944	0.150616		0.111258
外出	0.40453	0.125775		0.202817
食事の支援	0.667268	0.022646		0.37652
家事	0.111115	0.051606		0.240623
洗濯	0.13562	0.013772		0.044097
入浴	0.047213	0.061749		0.066905
排泄	0.046823	0.172142		0.182813
服薬	0.127225	0.036002		0.006260
認知	0.287521	0.286771	0.070917	0.070569
話し相手	0.172827	0.10641		0.115044
認知力	0.230226	0.00714		0.202641
服装	0.172257			0.200917
金銭管理	0.220123	0.102026		0.111026

累積奇と率
Factor1: 70.77
Factor2: 73.64

平成27年度厚生労働省科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業)
「生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究」
分担研究報告書

「疾患別認知機能とADL・IADL自立度との関係及び生活行為チェックリストの作成」

分担研究者 田平 隆行

西九州大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科 准教授

研究要旨:

目的: 認知症4大疾患における認知機能とADL・IADLの関係を検証し、各疾患ごとに認知機能の低下に伴うADL・IADL自立度の変化の特徴を検証する。また、各ADL・IADL行為の認知心理面と運動機能の特徴に合わせた生活行為チェックリストをモデル的に作成する。

方法: 認知症と診断されたのべ908名の認知症専門外来患者のMMSE, PSMS, IADLを評価し、認知機能とPSMS及びIADL下位項目との関係を調べた。また、生活行為チェックリストの作成については、買い物と調理を代表例として作成した。

結果: 認知機能とADL・IADL自立度の相関が強いのはADであり、FTLDは認知機能以外のファクターが自立度に影響していた。生活行為チェックリストは、個別のリハビリテーション介入の部分的な練習ポイントとして使用できる可能性がある。

まとめ: 疾患別のADL, IADL各行為自立度の特徴を踏まえ、生活行為チェックリストを用いてリハビリテーションの介入ポイントを探る必要がある。

A. 研究目的

新オレンジプランの七つの柱の一つに認知症のリハビリテーションの研究開発及びその成果の普及促進がある。標準的な認知症のリハビリテーションの研究開発には、まず共通の生活行為であるADL・IADLの分析が必要となる。しかしながら、疾患特性や進行度によって生活行為の特性は異なる。従って、まず4大疾患(アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症)の認知機能とADL・IADLの関係を検証し、各疾患ごとに認知機能の低下に伴うADL・IADL行為の変化の特徴を検証する。また、各ADL・IADL行為の認知心理面と運動機能の特徴に合わせたチェックリストをモデル的に作成する。

B. 研究方法

【対象】

2007年から2014年の熊本大学医学部附属病院認知症専門外来を初診および再診し、認知症と診断されClinical Dementia Rating (CDR), Mini Mental State Examination (MMSE), Physical Self-Maintenance Scale (PSMS), IADL評価が実施できた患者のべ908名であった。内訳は、アルツハイ

マー型認知症(AD)654名、レビー小体型認知症(DLB)119名、血管性認知症(VAD)86名、前頭側頭型認知症(FTLD)49名であった。

【方法】

まず、MMSE, PSMS, IADLを疾患別に比較し、さらに疾患別にMMSEとPSMSおよびIADLの総合得点の相関を求めた。次に、PSMSの下位項目(排泄, 食事, 着替え, 身繕い, 移動, 入浴)を得点ではなく、5段階の自立度別に求め、MMSEは、1-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30の5段階に重症度分類し、認知機能と生活行為の自立度の関係を整理した。同様にIADLの下位項目(電話, 買い物, 食事の支度, 家事, 洗濯, 移動・外出, 服薬管理, 金銭管理)は3-5段階の自立度別に求めMMSEの重症度別に算出した。

また、生活行為チェックリストの作成については、買い物と調理を代表例として作成した。それぞれ行為の前, 最中, 後の3つに分け、チェックは認知・心理面と運動面に分類して作成した(資料1・2)。統計処理について、MMSE, PSMS, IADLの疾患別比較は分散分析を、疾患別のMMSEとPSMSおよびIADLの総合得点の相関についてはスピアマンの順位相関分析を用い、有意水準は5%とした。
(倫理面への配慮)

患者データは、氏名, 年齢などの個人が特定され

るものは含まれず、熊本大学の分担研究者より CDR, MMSE, PSMS, IADLのみのデータが得られた。尚、これらのデータは一台のPCのみで解析した。また、利益相反については、西九州大学知的財産管理委員会の審議を経て承認を得た。

C. 研究結果

MMSE は、各疾患間で主効果はなかったが ($F=1.56, P>0.05$)、PSMS と IADL 総合点数はそれぞれ主効果が認められ ($F=16.4, P<0.0001$) ($F=10.9, P<0.0001$)、AD, FTLD, DLB, VaD の順で高値を示した。MMSE と PSMS 及び IADL の関係については、AD, DLB, VaD では有意な正の相関を示したが、FTLD では PSMS とは有意な相関が認められず、FTLD の認知機能と ADL 行為の重症度の関係はなかった。

PSMS 及び IADL 下位項目別の自立度において AD では、各下位項目共に PSMS・IADL ともに認知機能が低下するに従い、自立度が低下する傾向が認められ、特に移動が早期に低下し、食事は遅れて低下する傾向があった。DLB, VaD においても認知機能低下に伴い、自立度が低下するが、AD に比し移動、身繕い、着替え、入浴の自立度低下が速い傾向にあった。FTLD においては、患者数の少なさも影響しているが、認知機能と自立度の一定の関係は見られず、変動が大きかった。IADL については、AD, DLB, VaD ともに金銭管理や服薬管理が早期から低下し、洗濯は認知機能が低下しても比較的維持している傾向があった。

D. 考察

認知機能と ADL, IADL 自立度との関係については疾患別で患者数の隔たりがあるため分析には限界があるが、AD や DLB では認知機能の低下に伴い自立度の低下が顕著であり、改めて認知機能に大きく影響していることが明らかとなった。しかし、FTLD では両者の相関はなく、自立度の変動が大きく、認知機能以外の前頭葉床状や BPSD が影響していると考えられた。ADL では移動が、IADL では金銭管理や服薬管理が早期から低下する傾向があり、リハビリテーション介入の行為別の介入時期の一助になったと思われる。また、生活行為障害チェックリストについては、実際の買い物や調理を実施する際に詳細な行為の可否が明確となり、個別のリハビリテーション介入の部分的練習ポイントとして使用できる可能性がある。今後は、他の ADL, IADL 行為別に作成し、実際の事例で試行していく必要があると思われる。

E. 結論

認知機能と ADL・IADL 自立度の相関が強いのは

AD であり、FTLD は認知機能以外のファクターが自立度に影響していた。生活行為チェックリストは、個別のリハビリテーション介入の部分的な練習ポイントとして使用できる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 田平隆行: 認知症高齢者に対するリハビリテーション介入のレビュー . 作業療法ジャーナル50(2); 117-121, 2016.
- 2) 平野佳奈子, 上城憲司, 田平隆行, 村田伸, 太田保之: 寝たきり高齢者に対する声かけの反応と家族の言動変容の分析 近赤外分光法(NIRS)を用いた検討. 作業療法ジャーナル49(9):963-968, 2015.

2. 学会発表

- 1) Takayuki Tabira, Takashi Matsuo, Akira Sagarai, Naoki Iso & Hiroki Miyata: Cognitive Effect of Diverting Attention From Pain Using Self-Selected Interest and No-Interest Tasks. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, New Zealand, 2015
- 2) 上城憲司, 田平隆行, 小松洋平, 藤原和彦: 認知症予防事業に着目したリハビリテーション教育プログラムの試み. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 2015.
- 3) 田平隆行, 上城憲司, 小松洋平, 藤原和彦, 松尾崇史: 高齢者の認知機能低下予防を目的とした「拮抗体操」の遂行能力と加齢及び認知機能との関係. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 2015.
- 4) 藤原和彦, 小松洋平, 田平隆行, 上城憲司: 作業療法士が参画する介護予防事業「SAGAソウココカラ」の実践 平成25年度参加者の介入効果について. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 2015.
- 5) 小松洋平, 藤原和彦, 田平隆行, 上城憲司, 青山宏: 作業療法士が参画する地域における介護予防事業(SAGAソウココカラ)の報告 健康意識・行動の改善と社会参加の拡大を焦点に. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 2015.

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

資料1 生活行為チェックリスト **買い物**

	認知・心理面	運動面
買い物準備	<p>1. 献立</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 献立を決めることができる <input type="checkbox"/> 献立に合った材料を決めることができる <input type="checkbox"/> 冷蔵庫の食品を確認し、必要な材料を決めることができる。 <p>2. 買い物計画立案</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> チラシから購入予定食品を探すことができる <input type="checkbox"/> 各食品の金額を理解できる <input type="checkbox"/> 合計金額を算出できる <input type="checkbox"/> 消費税を入れた金額を理解できる <input type="checkbox"/> 支払いにどの額の紙幣が何枚、どの額の通貨が何枚必要かを理解できる <input type="checkbox"/> コンビニ等の訪問販売会社に電話注文ができる 	<p>1. 屋外移動</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 近隣のスーパーまで移動できる (公共交通機関、自家用車、電動車椅子、歩行) <input type="checkbox"/> 移動販売所まで移動できる
買い物中	<p>1. 売り場の空間認識</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> なじみのスーパーのレイアウトがわかる (スーパー内で迷わない) <input type="checkbox"/> セクションの文字表示が理解できる (野菜、肉、魚、調味料など) <p>2. 食品の表示についての理解</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 各商品の値段がわかる <input type="checkbox"/> 各商品の賞味期限及び消費期限がわかる <p>3. 購入の選定と判断</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 買い物計画の商品を想起できる。またはメモを確認できる <input type="checkbox"/> 同じ商品を複数買う場合の合計金額がわかる <input type="checkbox"/> 買い物かごの合計金額が所持金額内であることを確認できる <input type="checkbox"/> 合計金額が所持金額を上回った場合、何を諦めればよいか選択できる <input type="checkbox"/> 商品を持ち出さない、袋を開けないなどが理解できる <p>4. 店員とのコミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 商品の場所を尋ねることができる <input type="checkbox"/> 商品の内容について質問できる (例. 産地や賞味期限、調理方法など) <p>5. 支払い</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> レジに並んで待つことができる <input type="checkbox"/> 表示された金額に見合う紙幣を出せる <input type="checkbox"/> おつりの計算ができる <input type="checkbox"/> 買い物袋に詰める場所や作業がわかる 	<p>1. 応用的歩行能力</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 買い物かごを持って歩行できる <input type="checkbox"/> ショッピングカートを押して歩行できる <input type="checkbox"/> 他の買い物客と接触せずに歩行できる <p>2. 商品を選定する時</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 商品を選定する時バランスを崩さない <input type="checkbox"/> 商品を選び、買い物かごに入れることができる。 <p>3. 支払い</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> レジカウンターに買い物かごを置くことができる <input type="checkbox"/> 財布を取り出すことができる <input type="checkbox"/> 財布を開封できる <input type="checkbox"/> 紙幣や貨幣を出すことができる <input type="checkbox"/> 買い物かごに商品を入れることができる

得点換算・・・ 2点：一人で可能、 1点：少しの支援が必要、 0点：全面的な支援が必要

資料2 生活行為チェックリスト **調理**

	認知・心理面	運動面
調理準備	<p>1. 献立</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 献立を決めることができる <input type="checkbox"/> 献立に合った材料を決めることができる <input type="checkbox"/> 冷蔵庫の食品を確認し、必要な材料を決めることができる。 <input type="checkbox"/> 人数に応じた食材の量を決めることができる <p>2. 食材、食器や鍋類の収納場所</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 冷蔵庫の食材の賞味期限、消費期限を理解でき、使用できる <input type="checkbox"/> 食器や鍋類の収納場所を覚えておくことができる 	<p>1. 移動、バランス</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 台所まで移動できる <input type="checkbox"/> 鍋類を持った移動ができる <input type="checkbox"/> 冷蔵庫から食材を取り出すことができる（動作） <input type="checkbox"/> 食器や鍋類を取り出すことができる（動作）
調理中	<p>1. 調理の手順</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 献立に応じた調理の手順が理解できる（洗う、切る、炒める・煮る） <input type="checkbox"/> 手順通りに実施できる <p>2. 食材を洗う</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 米研ぎの操作は適切である <input type="checkbox"/> 食材の形状や特性に応じて洗うことができる <p>3. 食材を切る</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 皮むきができる （どこを剥けばよいかわかる、剥いていない場所の認識ができる） <input type="checkbox"/> 献立に応じた大きさや長さにかつ切ることができる <input type="checkbox"/> 安全に注意した包丁等の使用ができる <p>4. 炊飯、加熱調理</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 炊飯器の操作ができる（タイマーセットも含む） <input type="checkbox"/> コンロ（ガス・IH）の適切な使用ができる（オン・オフ、加熱調節） <input type="checkbox"/> 電子レンジの操作ができる <input type="checkbox"/> コンロや電子レンジの加熱時間を覚えておくことができる <input type="checkbox"/> 加熱された鍋や料理などにのやけどに注意できる <p>5. 適切な道具の使用</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 皮むき器、<input type="checkbox"/> 包丁、<input type="checkbox"/> 菜箸、<input type="checkbox"/> おたま、<input type="checkbox"/> フライ返し <input type="checkbox"/> シャもじ <p>6. 味付け</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 適切な調味料の選定と量を決めることができる <p>7. 盛り付け</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 人数に応じた分量で盛り付けができる <input type="checkbox"/> 食器や見栄えを考慮した盛り付けができる 	<p>1. 立位耐久性、移動、姿勢変換</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 調理時間中、立位姿勢を保持できる <input type="checkbox"/> 調理台と食器棚、コンロ（IH）の移動や方向転換ができる <p>2. 上肢動作、巧緻性</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 米研ぎや食材を洗う動作ができる <input type="checkbox"/> 包丁や皮むき器の動作ができる <input type="checkbox"/> 炒める、煮るなどの動作ができる <input type="checkbox"/> 盛り付ける動作ができる <p>4. 配膳、下膳</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 配膳、下膳（トレー等を持っての）の移動ができる
調理後	<p>1. 食器洗い</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 食器や鍋類を洗うことができる（洗剤やスポンジの使用、洗い残しの位置の認識） <input type="checkbox"/> 割れ物や乾燥に考慮して食器を置くことができる <input type="checkbox"/> 食洗器の使用ができる <p>2. 皿拭き、後始末</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 皿拭きができる <input type="checkbox"/> 食器や鍋類の定位置にしまうことができる 	<p>1. 立位耐久性、移動、姿勢変換</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 立位姿勢を保持できる <input type="checkbox"/> 食器や鍋類をしまうことができる <p>2. 上肢動作、巧緻性</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 食器や鍋類を洗う動作ができる

得点換算・・・ 2点：一人で可能、 1点：少しの支援が必要、 0点：全面的な支援が必要

「通所サービス利用につながらない認知症患者とその家族介護者に対する
外来支援プログラムの効果に関する検討」

分担研究者 堀田 牧 熊本大学医学部附属病院 神経精神科 作業療法士

研究協力者 小嶋 誠志郎 板橋 薫 松下 正輝 丸山 隆志

小山 明日香 園田 恵 石川 智久

熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨:

目的:通所サービス利用に至っていない認知症患者とその家族介護者を対象に、患者本人には、集団で過ごす楽しさや心地よさを体感し、集団に慣れることを目的としたレクリエーション中心の集団療法を実施し、家族介護者へは、介護負担の軽減と通所サービス利用の促進を目的に、家族心理教育を患者集団療法と並行して行う、外来支援プログラムを認知症専門医および多職種にて実施し、その効果を検討した。

方法:平成25年9月から平成27年9月までの間に、熊本大学医学部附属病院認知症専門外来へ通院する通所サービス利用に至っていない認知症患者と、同居する家族介護者を対象に、隔週1回90分・全6回を1クールとした小グループで、患者にはレクリエーション中心の集団療法を行い、家族介護者には認知症専門スタッフが家族心理教育を行った。介入前後に心理検査を実施し、介護負担感の変化と通所利用に至った数を調査した。

結果:6クールを実施し、21組が最後まで参加した。患者と家族介護者のいずれのスケールにおいても、介入前後で有意差は認められなかったが、患者の参加満足度は極めて高く、8例がプログラム終了後、通所サービス利用につながった。

考察:通所サービス利用に拒否がある認知症患者を対象としたグループ療法と家族心理教育を組み合わせた外来支援プログラムは、通所サービス導入には有用である。家族介護者の介護負担の軽減に対する有効性については、今後さらなる検証とプログラムの改正が必要である。

A. はじめに

認知症患者にとって、人と集い適度に刺激のある生活を送ることは、生活リズムの構築と認知機能やQOLの維持の観点から重要であり、通所サービスを利用することは、その手段の一つである。患者に沿ったサービスを導入することは、患者本人のQOL向上が期待されるだけでなく、家族介護者の介護負担を軽減する役割も果たしている。しかし、患者本人の病識の低下や、高齢者が参加する印象が強い通所サービス利用によって、拒否を示す傾向がある。また、家族介護者においては、患者の病態に対する正しい知識や適切なケアの方法を理解できていない場合が少なくなく、その結果、家族介護者の介護負担感が高く示される傾向にある。

そこで、当院認知症専門外来では、通所サービス利用に至っていない認知症患者とその家族介護者を対象に、患者本人には、集団で過ごす楽しさや心地よさを体感し、集団に慣れることを目的とし

たレクリエーション中心の集団療法を実施し、家族介護者へは、介護負担の軽減と通所サービス利用の促進を目的に、家族心理教育を患者集団療法と並行して行う、外来支援プログラムを認知症専門医および多職種にて実施し、その効果を検討した。

B. 研究方法

【対象】

対象は、平成25年9月から平成27年9月までの間に、本プログラムへの参加意思が確認できた熊本大学医学部附属病院認知症専門外来へ通院する認知症患者22名(MMSE 平均得点:20.6,平均年齢:63.8歳)と同居する家族介護者であり、参加時点で、介護保険が未申請、もしくは介護保険は持っているがサービス未利用の状態である者とした。

認知症患者の診断には、通常の診療の範囲内において、認知症専門医による問診、神経学的所見、頭部MRI・脳血流SPECTなどの各種画像検査の

ほか、各種神経心理学的検査(MMSE(Mini-mental State Examination)、ADAS-Jcog(Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive component- Japanese version)、などの結果を用い、複数の認知症専門医師・コメディカルスタッフの合議で行った。

【方法】

外来支援プログラムは、隔週1回90分・全6回を1クールとして毎クール4~5名をグループ化し、患者には作業療法士・精神保健福祉士・看護師が運動や料理などの集団に応じたレクリエーションを毎回行った。家族介護者には認知症専門医・認知症看護認定看護師・精神保健福祉士・社会福祉士・臨床心理士の各専門職が、認知症の教育や社会資源に関する情報提供を毎回講義形式にて行うとともに、患者本人に対してどのような対応を工夫したかなど、家族間で自由に情報交換できる時間を設けた。

本プログラムの効果の指標として、プログラム開始前と終了後に、患者とその家族介護者に以下のバッテリーを実施し、介入前後のスコアを比較するとともに、プログラム終了後、新たに通所サービス利用に至った患者数を調査した。さらにプログラム終了後に、患者と家族からそれぞれ感想を聴取した。

【効果の指標】

(患者)

- Geriatric Depression Scale(GDS): うつ評価尺度。
- Philadelphia Geriatric Center Morale Scale(PGCモラルスケール): 主観的幸福感を測定する。
- (家族介護者)
- The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CSE-D): うつ病自己評価尺度。
- Zarit Burden Interview(ZBI): 介護者の介護負担感を自己評価する尺度。

また、最終回のみ、両者にプログラム満足度の指標として Client Satisfaction Questionnaire(CSQ)を施行した。

(倫理面への配慮)

熊本大学認知症データベースの作成、または使用するに当たって、調査対象者には十分に説明を行い、自由意志にて研究の同意書を交わした。また認知症のため適切に判断ができない場合は、代理人から承認を得ている。

研究に実施に際して、得られた個人情報には連結不可能匿名化し、厳重に保管している。

C. 研究結果

期間中、6クールを実施し、合計22組の患者と家族介護者が参加し、途中1組がリタイアしたが、残り21組が最後まで参加した。患者と家族介護者のいずれのスケールにおいても、介入前後で有意差は認められなかった。しかし、患者のプログラムに対する満足度は、平均27.57/30点と極めて高かった。

プログラム終了後、8例(36%)が通所サービス利用につながった(表1・図1参照)。

[家族の意見・感想]

- デイはどんなことをしているのか知りたい
- これから外に出る機会を増やしたい
- 「プログラムにいくよ」というと素直に「はいはい」と言う
- 家族同士の交流がもっと欲しい
- この先、病気がどうなっていくのか教えて欲しい
- 自分もストレスがたまっているように感じる

[患者の意見・感想]

- みんなの顔が見れていい
- また、会おうね
- ここに来ると楽しいから、また続けてほしい

D. 考察

[介護負担の軽減効果について]

家族介護者は認知症に対する正しい情報を得ることで、患者に対する対応の仕方や考え方に変化がみられ、家族同士で介護の工夫について活発に意見交換するなど、家族同士の集団力動が働いた。しかし、本プログラムの前後で介護者のうつ(CES-D)、介護負担(ZBI)については変化がみられなかった。これは、「この先、病気がどうなっていくのか教えて欲しい」との感想が表しているように、家族が認知症の症状や経過について正しい知識を得たことにより、今後、患者の症状進行に対する介護や対応に関して現実味を持って捉え、将来に対する不安や悲観といった心情になった結果と考えられる。

その一方、この発言は、疾患に対する理解が十分に得られなかった可能性も示しており、介護者へのプログラムの内容を再度検討することが必要であろう。

[通所サービス利用の促進について]

本プログラムの実施により、日常診療では通所サービス利用につながらなかった患者の36%が、新たに通所サービス導入することができた。プログラム開始時は、患者が集団療法に参加することを渋る患者もいたが、実際に参加して「楽しかった」「来てよかった」「また、来たい」等の好意的な感想が聞かれ、CSQの結果でもプログラムへの満足度は高かった。本プログラムでは、同じ疾患を有する年齢の近い4~5名のメンバーでグループ構成し、同じ仲間と時間を過ごす楽しさを体感できるように工夫をした。これは、認知症患者が日常生活の中で不安や劣等感を感じ、自ら外出する機会や活動範囲を狭小化し引きこもりがちになることに対して、集団プログラムへの参加を促すことで、同じ障害を持つ仲間と一緒に過ごして得られる共感や、目的を持って現実的な作業を行いながら得られる自己肯定感や自己有用感の獲得が期待できると考えたからであ

る。

また、介護者には家族心理教育を実施することによって、介護保険申請やサービス利用への抵抗が減ったことも重要な要因と考えられる。

[本研究の問題点と今後の課題]

本研究に参加した患者の多くは、通所サービス利用には拒否感を示すが、大学病院には抵抗なく通院する患者である。本プログラムは、そのような患者に対して大学病院で集団療法の良さを体験してもらい、そこから通所サービス利用につなげていく足がかりとなった。従って、今回実施した研究手法が全ての患者に適応できるわけではない。病院受診すら拒否する認知症患者は少なくなく、そのような患者に対してどのように介護サービス利用につなげていくかは、今後の課題である。

E. 結論

通所サービス利用に拒否がある認知症患者を対象としたグループ療法と家族心理教育を組み合わせた介入プログラムは、通所サービス導入には有用である。家族介護者の介護負担の軽減に対する有効性については、今後さらなる検証ならびにプログラムの改正が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 堀田 牧, 村田美希, 吉浦和宏, 福原竜治, 池田学. 前頭側頭型認知症 (FTD) の症候学と非薬物療法. 作業療法ジャーナル49(7) : 603-609, 2015

2. 学会発表

1) Hotta M. Early onset dementia care in Japan – Preliminary trial of group therapy for EOD patients and caregivers –Care for FTD in Asia & FTL research network in Asia, Kumamoto, January 17-18, 2015, 口頭発表

2) 堀田 牧, 小山明日香, 橋本 衛, 池田学. デイサービス導入を見据えた外来支援プログラムの試み. 第49回日本作業療法士学会, 神戸 6月19日, 2015, 口頭発表

3) 村田美希, 板橋 薫, 堀田 牧, 吉浦和宏, 矢野 宏之, 石川智久, 橋本 衛, 池田学. 女性アルツハイマー病患者の調理活動における要介助作業項目の検討. 第16回日本認知症ケア学会大会・北海道・5月23日, 2015, ポスター発表

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