

「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(a 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(a 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 a の人が b、a に進行した。非認知症の人であれば a 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 の人は 86.7% の人が、要支援 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 の適切な対応や沈黙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に消去し、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

【厚労科研の進捗状況】

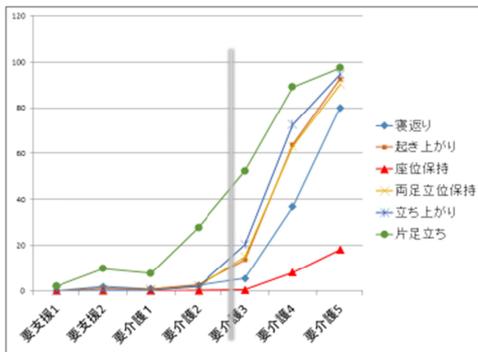


図2 要介護度別に見た「出来ない」人の割合 (起居動作)

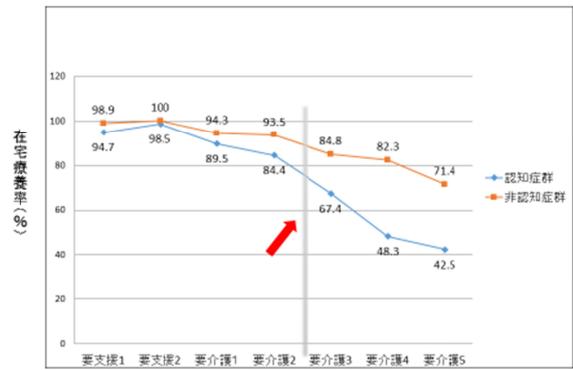


図3 要介護度別に見た在宅療養率 <認知症群と非認知症群間の比較>

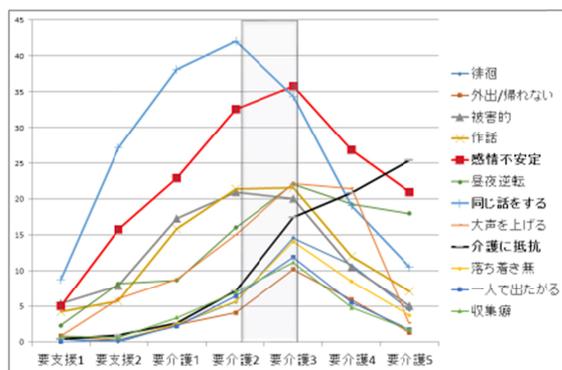


図4 BPSDの頻度と介護度の関係 (要介護度)

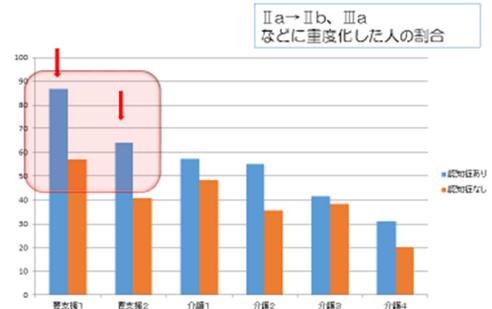


図5 認知症群/非認知症群間の要介護度別重度化率の差異 <2011~2013年における認知症の重度化の割合>

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、入院の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止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

分析方法

① IADL・ADL全14項目の探索的因子分析を行う

⇒ 調査対象母集団に影響を与えている潜在的要因を探る

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を明確にする

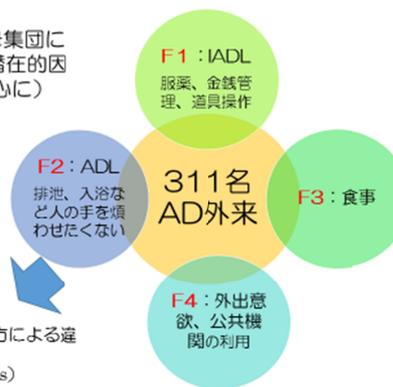
因子	固有値	寄与率	累積寄与率
1	6.87073	49.0766	49.0766
2	1.34409	9.60066	58.6773
3	0.90355	6.45397	65.1312
4	0.79072	5.64803	70.7793
5	0.68131	4.86653	75.6458

項目	F1	F2	F3	F4
C着替え	0.62494	-0.54869	-0.139191	-0.060528
A電話	0.67065	-0.187178	-0.147864	0.353459
C食事の支度	0.725196	-0.166141	-0.048307	0.2708
D家事	0.702957	-0.39571	0.02339	0.24786
E洗濯	0.543212	-0.383958	-0.062006	0.373777
G服薬	0.653091	-0.160616	0.185107	0.242934
H金銭管理	0.716204	-0.026273	-0.144377	0.440182
A排泄	-0.041267	-0.781642	-0.00654	0.318394
D身繕い	0.355702	-0.780912	-0.149807	0.098757
F入浴	0.41188	-0.654904	-0.146827	0.186319
B食事	0.033253	-0.165924	0.954079	0.065981
E移動	0.253364	0.286967	-0.07956	0.810414
B買い物	0.538582	-0.204409	-0.158089	0.614641
F移動外出	0.43893	-0.137586	0.068656	0.720952

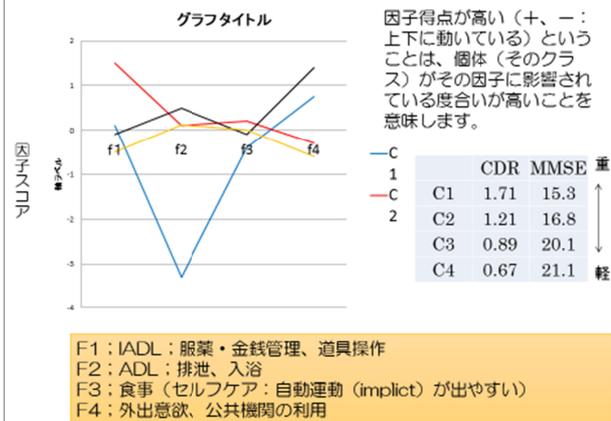
累積寄与率
Factor4 : 70.77
Factor5 : 75.64

F1 : 動作工程の多い、もしくは道具使用が多いIADL (管理)
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 : 自動運動 (implicit) 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)



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



【C1タイプ：青 (中等度認知症)】

MMSE : 15.3, CDR : 1.71

排泄、入浴に介助が必要な状況が出現、外出も誰かの介助が必要

【C2タイプ：赤 (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：黒 (MCIレベル)】

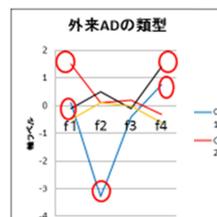
MMSE : 20.1, CDR : 0.89

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：オレンジ (MCIレベル)】

MMSE : 21.1, CDR : 0.67

管理動作 (金銭管理/服薬管理) に若干の戸惑いはあるものの、生活にさほど支障がない



軽

参考資料 ; クラス分けと各項目の素点の平均値

	排泄	食事	着替え	身繕い	移動能力	入浴	電話	買い物	食事	家事	洗濯	移動外出	服薬	金銭管理
C1	3.588	1.235	2.647	3	2.529	2.882	2.562	3.294	3.52	4.058	2.411	3.352	2.588	2.471
C2	1.091	1	2.055	1.49	1.564	1.491	2.509	2.418	3.58	3.327	1.909	2.782	2.582	2.473
C3	1.189	1.044	1.13	1.073	2.232	1.188	1.958	2.609	2.47	1.957	1.551	3.333	2	2.203
C4	1.029	1.006	1.041	1.018	1.029	1.018	1.176	1.271	1.55	1.329	1.1	1.4	1.471	1.429

軽度 認知症の進行 (CDR : 0.5~2レベル内) 重度

薬の管理、金銭管 MMSE : 21.1, CDR :

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】

【今後】

• それぞれの項目 (F1, F2・・・) の工程分析を行い、どの工程で躓くのかを確認。そのつまづく理由づけと、具体的な介入方法を検証。

• 累積寄与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

因子	固有値	寄与率	累積寄与率	ケース名	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5
		百分率			0.691863			0.026131	
1	6.87073	49.076	49.0766	C着替え	1	-0.299944	-0.150616	1	-0.351294
		64	4	F入浴	8	-0.40493	-0.125771	4	#VALUE!
2	21.344093	9.6006	58.6773	C食事の支度	3	0.046798	-0.032646	4	-0.37652
		6	1	D家事	5	-0.113315	0.052636	5	-0.246671
3	0.903556	6.4539	65.1312	E洗濯	5	-0.1163	-0.013772	3	-0.044697
		7	8	A排泄	3	-0.847211	-0.061749	1	-0.088901
4	40.790725	5.6480	70.7793	D身繕い	2	-0.618833	-0.173242	1	-0.183813
		4.8665	75.6458	B食事	1	-0.122285	-0.964202	7	0.008086
5	0.681314	3	4	E移動	1	-0.286671	-0.070997	8	-0.079569
		3		B買い物	1	-0.12357	-0.15641	5	-0.315544
		3		F移動外出	3	-0.131236	0.06714	8	-0.292641
		3		G服薬	5	-0.220123	0.101638	6	-0.839769
		3		H金銭管理	1	0.041666	-0.16586	3	-0.586859

累積寄与率
Factor4 : 70.77
Factor5 : 75.64

F1: 動作工程の多い、もしくは道具使用が多いADL
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 (implicit) がしやすい)
F4: 外へ出ること、身体機能、外出意欲
F5: マネージメントに関連するADL

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 (投薬・金銭) 機能の低下あら始まり、外出できるが、うつ傾向やIADL・ADLがおっくうになり