

Asian Journal of
**HUMAN
SERVICES**

Printed 2013.0430 ISSN2186-3350

Published by Asian Society of Human Services

*A*pril 2013
VOL. **4**



Asian Society of Human Services

SHORT PAPER

もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型認知症 高齢者の臨床的類型化

Classification of the clinical characteristics for elderly patients with Alzheimer's-type dementia

野瀬 真由美¹⁾ (Mayumi NOSE), 納戸 美佐子²⁾ (Misako NOTO)
 仙波 梨沙³⁾ (Risa SENBA), 上城 憲司⁴⁾ (Kenji KAMIJOU)
 谷川 良博⁵⁾ (Yoshihiro TANIGAWA), 小川 敬之⁶⁾ (Noriyuki OGAWA)
 中村 貴志⁷⁾ (Takashi NAKAMURA)

- 1) 株式会社フジケア グループホーム高峰
Group home takamine, FujiCare Corporation
- 2) 西南女学院大学保健福祉学部福祉学科
Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University
〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀 1-3-5
西南女学院大学保健福祉学部福祉学科
no_misako@yahoo.co.jp
- 3) 佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター
Advanced Comprehensive Functional Recovery Center. Faculty of Medicine, Saga University
- 4) 西九州大学リハビリテーション学部作業療法専攻
the Faculty of Rehabilitation Sciences, Nishikyushu University
- 5) 東郷外科はつらつデイケア
Haturatsu day care
- 6) 九州保健福祉大学作業療法学科
Faculty of Health and Science, Kyusyu University of Health and Welfare
- 7) 福岡教育大学教育学部特別支援教育講座
Faculty of Education, Fukuoka University of Education

Received
March 11,2013

Accepted
April 15,2013

Published
April 30,2013

ABSTRACT

本研究では、もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型認知症高齢者と在宅で介護を行っている主介護者 162 組を対象に、認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を類型化するために、因子分析、クラスター分析および分散分析を行った。因子分析の結果、「排泄関連」、「攻撃性」、「常同性(何度も同じことを聞くといった症状など)」、「主介護者の精神的健康度」および「活動性(徘徊行動など)」の 5 因子が抽出された。さらに、クラスター分析と分散分析の結果、「生

活障害の少ないタイプ」、「常同性の強いタイプ」、「常同性と攻撃性をあわせもつタイプ」、「活動性の高いタイプ」および「排泄障害の多いタイプ」の5つのタイプに類型化されることが示唆された。この5つの中で常同性と攻撃性をあわせもつタイプの主介護者の精神的健康度が最も低くなっていた。今後、各タイプに応じた対応方法の検討が必要である。

The purpose of this study was to classify the clinical characteristics of 162 primary caregivers providing in-home care for elderly patients with Alzheimer's-type dementia via outpatient examinations for poor memory. As a result of factor analysis, five factors named "toilet behaviors", "aggressiveness", "stereotypy (repetitive questioning etc.)", "mental health of primary caregiver", and "activity (wandering etc.)". Then as a result of cluster analysis and analysis of variance, five cluster types named "a few disturbances in daily living type", "high stereotypy type", "stereotypy and aggressiveness type", "high activity type", and "many continence disturbances type". The primary caregiver's mental health of "stereotypy and aggressiveness type" was worst in five types. In the future it will be necessary to investigate methods of dealing appropriately with each of these types.

<Key-words>

アルツハイマー型認知症, 類型化, 排泄障害, 行動障害, 精神的健康度

Alzheimer's-type dementia, classification, continence disturbances, behavioral disturbances, mental health

Asian J Human Services, 2013, 4:137-148. © 2013 Asian Society of Human Services

I. はじめに

認知症高齢者の介護は、社会的に重要な課題となっている。認知症高齢者は、認知機能の障害に加え、日常生活動作の障害や様々な行動障害が生じており、介護の分野では、個々の状態に応じた適切な援助計画の作成が求められている。だが、認知症高齢者に対し援助計画を作成する際に特に重要となる視点や認知症高齢者の状態像から最低限必要となる共通した援助とその方向性について、研究や実践に基づくガイドラインやマニュアルは十分に検討されていない。

認知症高齢者の臨床症状に主眼をおいた類型化を試みた先行研究では、山崎・国吉・堀川・山口・目黒・佐藤(1994)が、会話場面における言動のまとまりの程度(形骸・滅裂)と、日常生活における態度(受動・能動)または運動性(多動・寡動)の評価を組み合わせることで重度認知症の5つの好発類型を報告し、脳の画像所見との関連にもふれ具体的な対応策を示した。近年では、認知症高齢者の行動障害に焦点を当てた類型化が行われ、竹内(2000)がその行動を「葛藤型」「遊離型」及び「回帰型」に類型化して、各タイプへの具体的対応を提言している。

また、行動障害以外の指標も取り入れた報告では、小川・山崎(2005)が認知症高齢者に対して職種間、及び家族が共通認識を持ち、同じ方向性のもとで関わりを持つことが重要であるとし、在宅認知症高齢者を対象に認知機能、日常生活動作、精神症状・行動障害、コミュ

ニケーション能力及び作業能力を指標に臨床症状に即して、「境界型」「準境界型」「不安・多動」「介護ヘトヘト」及び「穏やか・ゴソゴソ」の5つのタイプに類型化し、認知症高齢者の状態像に応じた介護の手がかりを示している。

しかしながら、これらの報告は、対象者の認知症の重症度に偏りがあつたり、臨床データに基づく解析と分類が不足していたり、指標に認知症高齢者を在宅で介護している家族介護者の負担の問題が組み込まれていない。欧米では、認知症患者の施設入所には患者自身の要因よりも介護者の要因の方が強く関与し、特に介護者の負担が在宅介護の質に大きく影響していることが報告されている(Yaffe, Fox, Newcomer, Sands, Lindquist, Dane, & Covinsky, 2002)。

そこで、認知症高齢者の在宅介護を支えるためには、認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴に応じた適切な援助を行う必要があると考えられる。本研究においては、対象者をもの忘れ外来を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された認知症高齢者に限定した。認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴について類型化を試み、各タイプに応じた対応方法について考察した。なお、もの忘れ外来は、認知症の早期発見・早期対応を目的とした診療外来である。もの忘れ外来では、診察や認知症に対する対応方法などについての相談・助言および必要に応じて各種制度・サービス等の相談窓口への紹介などが行われている。

II. 方法

1. 対象者

対象者は、A 大学病院、B 病院及び C クリニックのもの忘れ外来を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された認知症高齢者とその主介護者 162 組であった。認知症高齢者 162 名は、男性 45 名(平均年齢 73.18 歳、標準偏差 7.38)、女性 117 名(平均年齢 77.31 歳、標準偏差 7.50)であった。主介護者 162 名は、男性 47 名(平均年齢 68.09 歳、標準偏差 10.34)、女性 115 名(平均年齢 56.64 歳、標準偏差 12.21)であった。

2. 手続きと検査項目

(1) 手続き：認知症高齢者に対する調査項目としては、認知症高齢者の性別と年齢及び以下の検査とした。認知機能を評価するために Mini-Mental State Examination(以下、MMSE)(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)を用いた。日常生活動作(Activity of Daily Living; ADL)の評価には Physical Self-Maintenance Scale(以下、PSMS)(Lawton & Brody, 1969)を、行動障害の評価には Dementia Behavior Disturbance Scale(以下、DBD)(溝口・飯島・江藤・石塚・折茂, 1993)を用いた。

主介護者に対する調査項目としては、認知症発症からの期間、主介護者の性別と年齢、認知症高齢者との続柄についての調査票を作成した。さらに、主介護者の精神的健康度を評価するスケールとして日本語版 General Health Questionnaire(GHQ)の短縮版である日本版 GHQ28(以下、GHQ28)(中川・大坊, 1985)を用いた。

調査に関しては、事前に担当医師及び調査者が調査内容について説明を行い、同意が得られた対象者においてのみ実施した。調査は、外来受診時において個別に面接形式で実施した。

(2) 検査項目：MMSE は、記憶を中心に見当識や計算など 11 つの課題から構成され、

30点満点で得点が低いほど認知機能の低下が大きいことを表している。PSMSは、「排泄」、「食事」、「着替え」、「身繕い」、「移動能力」及び「入浴」の6つの基本的な生活機能から構成され、この6項目について、それぞれ必要な介助と介助への協力の程度を自立レベルから全介助で介助に抵抗するレベルまでの5段階で評価し、得点を算出した。得点が高いほど、ADLの自立度が低下していることを表している。DBDは、行動障害を28項目5段階評価し、得点を算出した。得点が高いほど、行動障害の出現頻度が多いことを表している。GHQ28は、28項目から構成され、「身体症状」、「不安と不眠」、「社会的機能低下」、「うつ傾向」の4つの下位尺度に分けられる。採点方法として、リッカート採点方法に従う場合には、0、1、2、3点の重みをつけ、その合計点を算出する。また、4種類の選択肢のうち、精神的健康度が高いと解釈できる2つを選択した場合0点、精神的健康度が低いと解釈できる2つを選択した場合1点とし、その合計を求める方法がある。本研究においては、後者の採点方法を用いた。

(3) 統計的分析方法：認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を集約するために、PSMSの下位項目6項目、DBDの下位項目28項目、GHQ28の下位尺度4項目の合計38変数の得点について、主因子法を用いた因子分析を行った。次に、対象者を類型化するために、得られた各因子の因子得点について、クラスター分析を行った。そして、得られた各クラスターの得点の差異を検討するために、クラスターを独立変数とし、発症からの期間、MMSE、PSMSの合計、PSMSの下位項目6項目、DBDの合計、DBDの下位項目28項目、GHQ28の合計、GHQ28の下位尺度4項目の合計43変数の尺度得点を従属変数として分散分析を行った。

統計学的処理は、Macintosh版のSTATISTICA 4.1JとStatview Version 5.0Jを使用した。各解析の有意水準は $p<.05$ と $p<.01$ とした。

III. 結果

認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴を集約するために、PSMSの下位項目6項目、DBDの下位項目28項目、GHQ28の下位尺度4項目の合計38変数の得点について、主因子法とバリマックス回転による因子分析を行った。

Table1は、因子分析の結果を示したものである。固有値1以上と各因子の解釈可能性を基準に因子数を決定し、5因子が抽出され、因子負荷量.60以上の項目をその因子を解釈するための対象項目とした。

抽出された第1因子は、PSMSの下位項目の「排泄」、DBDの下位項目の「尿失禁」「便失禁」などを含むため、「排泄関連」因子と命名した。第2因子は、DBDの下位項目の「食べ物を投げる」「理由なく叫ぶ」「性的接触」を含むため、「攻撃性」因子と命名した。第3因子は、DBDの下位項目の「何度も同じことを聞く」「物をなくす、隠す」を含むため、「常同性」因子と命名した。第4因子は、GHQ28の下位尺度の「身体症状」「不安と不眠」「社会的機能低下」「うつ傾向」を含むため、「主介護者の精神的健康度」因子と命名した。第5因子は、DBDの下位項目の「昼の徘徊」「歩き回る」「不適當な着衣」などを含むため、「活動性」因子と命名した。

Table 1 認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴に関する因子分析結果

変数	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	共通性
排泄	0.816	-0.016	0.064	-0.032	0.215	0.717
食事	0.287	-0.103	-0.347	0.104	0.181	0.256
着替え	0.525	-0.026	-0.052	0.208	0.612	0.697
身繕い	0.574	0.044	-0.068	0.037	0.509	0.596
移動能力	0.638	-0.150	0.184	0.157	-0.015	0.488
入浴	0.623	0.080	-0.247	0.160	0.371	0.619
何度も同じことを聞く	-0.020	0.032	0.741	0.114	-0.055	0.567
物をなくす、隠す	0.011	-0.069	0.766	0.012	0.090	0.600
関心の薄れ	0.238	-0.069	0.379	0.145	0.235	0.281
夜起きる	0.390	0.232	0.164	0.076	0.290	0.323
非難する	-0.072	0.498	0.322	0.314	0.169	0.484
日中よく寝る	0.456	0.104	0.095	0.148	-0.005	0.250
歩き回る	-0.043	0.153	0.080	0.181	0.746	0.621
同じ行動を繰り返す	0.082	0.122	0.462	0.003	0.276	0.311
攻撃的言動	-0.011	0.574	0.313	0.381	0.190	0.609
不適切な着衣	0.359	-0.039	0.189	0.220	0.655	0.643
不適切な笑い泣きをする	0.131	0.545	0.114	0.018	0.090	0.336
世話を嫌がる	0.297	0.015	0.492	-0.011	0.332	0.441
物を集める	-0.045	0.048	0.295	0.142	0.533	0.396
手足を動かす	-0.068	0.278	0.296	0.072	0.352	0.299
タンスを片付ける	0.188	0.299	0.167	-0.100	0.419	0.338
夜の徘徊	0.215	0.264	0.042	0.054	0.481	0.352
迷子	0.171	-0.048	0.088	0.138	0.486	0.295
食べようとしない	0.269	0.106	-0.014	0.164	-0.114	0.124
過食	-0.053	0.218	0.401	0.040	0.529	0.493
尿失禁	0.834	0.129	0.052	-0.031	0.142	0.736
昼の徘徊	0.079	0.145	-0.156	0.149	0.817	0.741
攻撃的行為	-0.055	0.547	-0.106	0.505	0.025	0.569
理由なく叫ぶ	0.136	0.660	-0.050	0.136	0.058	0.478
性的接触	-0.013	0.629	0.061	-0.153	-0.005	0.423
露出	0.051	0.311	0.036	0.010	0.176	0.132
物を壊したり衣服を破る	-0.021	0.581	-0.160	0.329	0.061	0.476
便失禁	0.708	0.219	-0.140	0.196	0.055	0.610
食べ物を投げる	0.146	0.765	-0.075	-0.094	0.002	0.621
身体症状	0.284	0.144	0.095	0.623	0.106	0.510
不安と不眠	0.331	0.081	0.123	0.702	0.234	0.679
社会的機能低下	0.157	0.019	0.022	0.659	0.296	0.547
うつ傾向	0.101	-0.015	0.047	0.738	0.137	0.576
固有値	8.313	3.381	2.748	1.935	1.857	
累積寄与率(%)	21.877	30.773	38.004	43.097	47.983	

さらに、対象者を類型化するために、5 因子の因子得点を用いて、クラスター分析を行い、特徴的なクラスターを 5 つ抽出した。Fig.1 は、クラスター分析の結果を示したものである。そして、Table 2 はクラスターごとにみた発症からの期間、MMSE、PSMS の合計、PSMS の 6 つの下位項目、DBD の合計、DBD の 32 の下位項目、GHQ28、GHQ28 の 4 つの下位尺度の合計 43 変数の平均得点をまとめたものである。分散分析の結果、発症からの期間 ($F=6.049$, $df=4/157$, $p<.01$)、MMSE ($F=9.711$, $df=4/157$, $p<.01$)、PSMS ($F=84.435$, $df=4/157$, $p<.01$)、DBD ($F=83.879$, $df=4/157$, $p<.01$)、および GHQ28 ($F=41.145$, $df=4/157$, $p<.01$) において有意差がみられた。

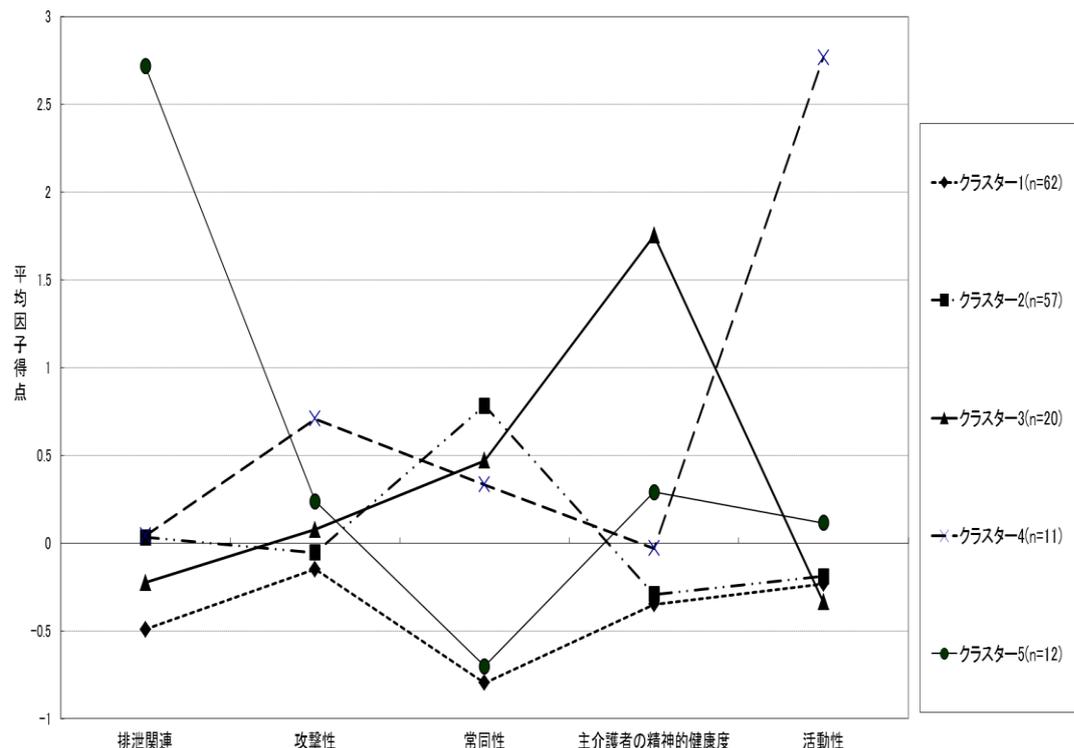


Fig.1 各クラスターの平均因子得点

Fisher の PLSD による多重比較の結果、クラスター1の特徴は、発症からの平均期間が 5 つのクラスターの中で最も短く、認知機能と ADL の低下および行動障害の出現頻度は、最も少なかった。行動障害の下位項目に関しては、「何度も同じことを聞く」、「物をなくす、隠す」といった常同性に関する行動が出現していたが、主介護者の精神的健康度は最も高かった。よって、クラスター1は、生活障害の少ないタイプと言える。

クラスター2の特徴は、クラスター1と比べ有意に ADL が低く、行動障害の出現頻度は多く、主介護者の精神的健康度が低かった。ADL の下位項目において、「移動能力」のみ、クラスター1と比べ有意に低かった。行動障害の下位項目においては、「何度も同じことを聞く」、「物をなくす、隠す」といった常同性に関連した項目がクラスター1、5と比べ有意に出現頻度が多く、5 つのクラスターの中でも最も多かった。一方、発症からの期間と認知機能の低下に関しては、クラスター1との有意差がみられなかった。よって、クラスター2は、常同性の高いタイプと言える。

クラスター3の特徴は、クラスター1に比べ有意に ADL が低く、行動障害の出現頻度は、

クラスター2 と比べても、有意に多かった。クラスター5 とは有意差がみられなかった。行動障害の下位項目において、「攻撃的言動」といった攻撃性に関連した項目では、クラスター1、2、5 と比べ有意に出現頻度が多く、5 つのクラスターの中でも最も多かった。主介護者の精神的健康度は、5 つのクラスターの中でも最も低かった。一方、発症からの期間と認知機能の低下に関して、クラスター1、2 と有意差がみられなかった。よって、クラスター3 は、常同性と攻撃性をあわせもつタイプと言える。

クラスター4 の特徴は、発症からの期間がクラスター1 と比べ有意に長く、5 つのクラスターの中で4 番目に長かった。認知機能はクラスター1、2、3 と比べ有意に低く、クラスター5 とは有意差がみられなかった。ADL は、クラスター1、2、3 と比べ有意に低い、クラスター5 と比べると有意に高かった。ADL の下位項目においては、「移動能力」のみクラスター2、3 とは有意差がみられなかった。行動障害の出現頻度は、他のクラスターと比べ有意に多かった。行動障害の下位項目において、「歩き回る」、「迷子」、「夜の徘徊」、「昼の徘徊」といった活動性に関する項目の出現頻度は、他のクラスターに比べ有意に多かった。主介護者の精神的健康度は、クラスター1、3 と比べ有意に低かった。よって、クラスター4 は、活動性の高いタイプと言える。

クラスター5 の特徴は、発症からの期間がクラスター1、2、3 と比べ有意に長く、5 つのクラスターの中でも最も長かった。認知機能がクラスター1、2、3 と比べ有意に低く、クラスター4 とは有意差がみられなかった。ADL は、他のクラスターと比べ有意に低かった。行動障害の出現頻度は、クラスター1、2 と比べ有意に多く、クラスター4 と比べ有意に少なく、クラスター3 とは有意差がみられなかった。主介護者の精神的健康度は、クラスター1、2 と比べ有意に低く、クラスター3、4 とは有意差がみられなかった。下位項目においては、他のクラスターに比べ、ADL の「排泄」能力が有意に低く、行動障害の「尿失禁」、「便失禁」といった排泄関連の項目の出現頻度が有意に多かった。よって、クラスター5 は、排泄障害の多いタイプと言える。

Table 2 クラスタ-1(n=62) クラスタ-2(n=57) クラスタ-3(n=20) クラスタ-4(n=11) クラスタ-5(n=12) 有意差あり(p<.05) 有意差なし

	クラスタ-1(n=62) 平均値(標準偏差)	クラスタ-2(n=57) 平均値(標準偏差)	クラスタ-3(n=20) 平均値(標準偏差)	クラスタ-4(n=11) 平均値(標準偏差)	クラスタ-5(n=12) 平均値(標準偏差)	有意差あり(p<.05)	有意差なし
発症からの期間	2.74 (1.79)	3.46 (2.44)	3.55 (2.67)	4.82 (2.93)	6.08 (3.40)	1vs4, 1vs5, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5
MMSE	20.39 (5.35)	19.26 (4.28)	18.45 (5.43)	13.36 (5.32)	12.42 (5.71)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs5
PSMSの合計	6.76 (1.41)	8.12 (2.32)	7.90 (1.37)	13.18 (3.16)	17.58 (3.12)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5, 4vs5, 2vs3	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5
排泄	1.07 (0.25)	1.54 (1.12)	1.15 (0.37)	2.46 (1.29)	4.08 (1.08)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs3, 2vs3
食事	1.05 (0.22)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.09 (0.30)	1.25 (0.87)	1vs5, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5
着替え	1.19 (0.51)	1.44 (0.76)	1.55 (0.69)	3.09 (0.94)	3.08 (1.17)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs5
身繕い	1.19 (0.51)	1.33 (0.66)	1.20 (0.41)	2.55 (1.13)	3.08 (0.90)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs5
移動能力	1.19 (0.51)	1.72 (0.77)	1.75 (0.72)	1.82 (0.98)	2.92 (0.79)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 4vs5	2vs3, 2vs4, 3vs4
入浴	1.07 (0.40)	1.09 (0.34)	1.25 (0.64)	2.18 (1.25)	3.17 (1.27)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3
DBDの合計	8.27 (3.91)	21.74 (6.95)	25.75 (10.32)	44.18 (9.86)	29.92 (10.72)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 4vs5, 3vs5	1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4
何度も同じことを聞く	2.36 (1.27)	3.88 (0.38)	3.70 (0.66)	3.64 (0.67)	2.42 (1.56)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs5, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4
物をなくす、隠す	1.97 (1.27)	3.70 (0.63)	3.20 (1.11)	3.64 (0.92)	2.17 (1.64)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs5, 3vs5, 4vs5	2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5
関心の薄れ	1.02 (1.27)	2.65 (1.52)	2.50 (1.36)	2.82 (1.33)	2.83 (1.53)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5	2vs3, 3vs4, 3vs5, 4vs5
夜起きる	0.10 (0.35)	0.46 (0.95)	0.80 (1.24)	1.46 (1.51)	1.25 (1.29)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5	2vs3, 3vs4, 3vs5, 4vs5
非難する	0.18 (0.59)	0.70 (1.12)	1.20 (1.51)	1.73 (1.68)	3.00 (0.91)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5	2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5
日中よく寝る	0.71 (1.32)	1.26 (1.54)	2.30 (1.53)	1.82 (1.54)	3.00 (1.54)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
歩き回る	0.27 (0.83)	0.33 (0.89)	0.75 (1.48)	3.64 (0.51)	0.58 (1.00)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5
同じ行動を繰り返す	0.32 (0.86)	1.84 (1.74)	1.35 (1.60)	2.18 (1.83)	1.25 (1.36)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5	2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4
攻撃的言動	0.08 (0.38)	0.53 (0.97)	1.55 (1.67)	1.46 (1.37)	0.58 (1.08)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs5, 2vs5, 3vs4
不適当な着衣	0.15 (0.62)	0.86 (1.16)	1.00 (1.26)	3.00 (1.10)	2.25 (1.60)	1vs2, 1vs5	1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5
不適切な笑い泣きをする	0.02 (0.13)	0.37 (0.88)	0.30 (0.80)	0.46 (1.21)	0.50 (1.00)	1vs2, 1vs5	1vs3, 2vs5, 3vs5
世話を嫌がる	0.07 (0.31)	0.90 (1.25)	0.40 (0.75)	1.91 (1.45)	1.08 (1.24)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs3, 2vs5, 3vs5
物を集める	0.15 (0.47)	0.56 (1.17)	1.15 (1.53)	2.46 (1.84)	0.50 (1.17)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs5, 2vs5, 3vs5
手足を動かす	0.11 (0.45)	0.56 (1.09)	0.85 (1.40)	1.91 (1.87)	0.08 (0.29)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs3, 2vs5
タンスを片付ける	0.07 (0.40)	0.72 (1.24)	0.20 (0.70)	1.55 (1.84)	1.25 (1.22)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 3vs5	1vs3, 2vs5, 4vs5
夜の徘徊	0.02 (0.13)	0.16 (0.59)	0.30 (0.98)	1.27 (1.35)	0.42 (0.79)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs5, 3vs5
迷子	0.05 (0.28)	0.28 (0.77)	0.30 (0.73)	1.64 (1.96)	0.42 (0.79)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
食べべとうしない	0.08 (0.33)	0.18 (0.54)	0.50 (1.10)	0.09 (0.30)	0.42 (0.79)	1vs3, 2vs3	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5
過食	0.00 (0.00)	0.72 (1.28)	0.60 (1.19)	2.27 (1.62)	0.42 (0.67)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs5, 2vs5, 3vs5
尿失禁	0.10 (0.35)	0.75 (1.15)	0.25 (0.55)	1.36 (1.50)	3.58 (0.67)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3
昼の徘徊	0.10 (0.56)	0.05 (0.23)	0.20 (0.62)	3.18 (1.33)	0.42 (1.17)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5
攻撃的行為	0.08 (0.38)	0.00 (0.00)	0.65 (1.39)	0.27 (0.65)	0.58 (1.24)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
理由なく叫ぶ	0.07 (0.36)	0.07 (0.42)	0.15 (0.49)	0.46 (0.69)	0.58 (1.24)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
性的接触	0.00 (0.00)	0.02 (0.13)	0.00 (0.00)	0.09 (0.30)	0.00 (0.00)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
露出	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.05 (0.22)	0.27 (0.65)	0.00 (0.00)	1vs4, 2vs4	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
物を壊したり衣服を破る	0.00 (0.00)	0.02 (0.13)	0.10 (0.45)	0.18 (0.41)	0.08 (0.29)	1vs4, 2vs4	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5
便失禁	0.02 (0.13)	0.14 (0.52)	0.40 (0.75)	0.46 (0.69)	2.42 (1.68)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs5, 3vs5, 4vs5	1vs2, 2vs3, 2vs4, 3vs4
食べ物を投げる	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.09 (0.30)	0.08 (0.29)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs5
GHQ28	4.53 (3.87)	6.70 (3.91)	16.40 (4.07)	12.64 (5.70)	14.00 (5.86)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4	3vs5, 4vs5
身体症状	1.80 (1.66)	2.58 (1.97)	4.90 (1.65)	3.91 (1.97)	4.50 (1.98)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	3vs4, 3vs5, 4vs5
不安と不眠	1.67 (1.79)	2.68 (1.77)	5.55 (1.23)	4.64 (2.01)	5.33 (2.19)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	3vs4, 3vs5, 4vs5
社会的機能低下	0.77 (1.14)	1.09 (1.35)	2.95 (1.79)	2.91 (1.87)	2.33 (2.06)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	1vs2, 3vs4, 3vs5, 4vs5
うつ傾向	0.19 (0.54)	0.37 (0.77)	3.00 (2.08)	1.18 (1.72)	1.75 (2.01)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 4vs5

IV. 考察

これまでの認知症高齢者の状態像の類型化を試みた先行研究(山崎ら, 1994; 竹内, 2000; 小川・山崎, 2005)は、臨床症状、特に行動障害に焦点を当てている報告がほとんどであり、認知症の重症度に偏りがあつたり、臨床データに基づく解析と分類が不足していたり、認知症患者の施設入所に強く関与し、在宅介護の質に大きく影響している介護者の負担の問題(Yaffe et al., 2002)が組み込まれていなかった。そのため、認知症高齢者の行動障害に対する具体的な介護方法や認知症高齢者の状態像に応じた介護の手がかりを示すにとどまっている。本研究では認知症高齢者の在宅介護を支えるために、認知症高齢者だけでなく、その介護者の臨床症状も組み込んで類型化することで、高齢者と介護者の介護状況のタイプごとに特に重要となる視点や最低限必要となる共通した援助とその方向性を検討することができると考えられる。

そこで本研究では、もの忘れ外来においてアルツハイマー型認知症と診断された在宅認知症高齢者とその主介護者を対象として、認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を集約するために、ADL、行動障害及び主介護者の精神的健康度を指標に因子分析を行った。その結果、「排泄関連」、「攻撃性」、何度も同じことを聞く、物をなくす、隠すといった「常同性」、「主介護者の精神的健康度」及び、歩き回る、昼の徘徊といった「活動性」の5因子が抽出された。抽出された5因子をもとにクラスター分析を行った結果、5つのタイプに分類されることが示唆された。

次に因子分析、クラスター分析及び分散分析の結果をもとに、クラスターごとの特徴とその特徴に応じた認知症高齢者とその主介護者への対応について検討した。クラスター1の特徴は、認知機能の低下と、行動障害の中では介護者に何度も聞いたり、物をなくしたり、隠したりするといった常同性がわずかにみられた。ADLの低下は、ほとんどみられなかった。主介護者の精神的健康度は、5つのクラスターの中で最も良好であった。常同性に関する行動以外には、行動障害がほとんどみられず、ADLの低下もみられないため、主介護者は、介護をしているという意識が薄く、まだ負担に感じていないのではないかと考えられる。

このタイプは、何度も聞いたり、物をなくしたりする常同行動以外には生活障害がほとんどなく、認知症高齢者本人も家族も現在の症状が認知症によるものか判断が難しいため、対応としては地域の認知症予防事業、かかりつけ医や高齢者に対する保健福祉サービスの相談窓口、もの忘れ外来など認知症の専門医療機関が相互に連携して、認知症高齢者の早期発見・早期対応を行うことが重要である(藤本, 2003)。地域の認知症予防事業やかかりつけ医や保健福祉サービスの相談窓口で、物忘れが気になる高齢者を発見した場合、もの忘れ外来を紹介して、受診してもらう。また、もの忘れ外来は受診した患者を状態に応じて、地域の認知症予防事業や保健福祉サービスの相談窓口などに紹介するといった連携が必要である。

クラスター2の特徴について、認知機能の低下は、クラスター1とほぼ同じであった。ADLは、クラスター1よりも低く、移動能力が低下しているが、5つのクラスターの中では軽度に位置する。行動障害の出現頻度もクラスター1より多いが、軽度に位置する。しかしながら、常同性に関する行動は、5つのクラスターの中で最も多くなっており、主介護者の精神的健康度は、クラスター1よりも低く、5つのクラスターの中で中間に位置している。認知症高齢者は、移動能力がわずかに落ちている状態で、物を隠したり、主介護者に何度も

同じことを聞いたりするため、日常生活において主介護者の見守りや介助が必要であり、精神的に負担に感じている状態と言える。

このタイプは、クラスター1と異なり、何度も同じことを聞くといった行動障害が認知症高齢者に頻回に出現し、介護が必要な状態であり、主介護者は精神的な負担を感じている。認知症が早期のうちに認知症の病態、介護方法、社会資源の利用について十分な知識を持ち、将来の症状の変化に対応できることが余裕のある介護につながると古くから指摘されているため(Chiverton & Caine, 1989)、介護の必要性を意識した家族への援助が重要である。対応として、専門職から認知症の病態、介護の正しい知識と技術、社会資源の活用や副介護者の獲得などについての指導を受ける介護者教育の介入は、介護負担の軽減に効果がある(井上・森脇・大川・橋本・小林・博野・森, 1999)。また、専門職でなく、同じような立場の介護者同士が悩みなどの話をする方が有効な場合もあるので、介護者同士の相互交流を図るために家族会への参加を促すことも重要になる。

クラスター3の特徴について、5つのクラスターの中で、認知機能とADLの低下は軽度であるが、行動障害の出現頻度は、クラスター2より多く中等度に位置している。常同性に関する行動は、クラスター2とほぼ同じ出現頻度で重度にあり、他にも「攻撃的言動」や「攻撃的行為」の出現頻度が最も多く、主介護者の精神的健康度は5つのクラスターの中で最も低かった。本研究では、認知機能とADLが高い状態で、常同行動に加え、攻撃的言動や暴力行為といった内容の攻撃的行為が多いという臨床的特徴を持つ認知症高齢者を在宅介護する主介護者の精神的健康度が最も低くなることが示唆された。

このタイプへの対応としては、主介護者の介護負担は最も高いため、認知症高齢者の常同性と攻撃性といった行動障害の軽減を図れるように社会資源の提供が必要である。デイケアやデイサービスでは、認知症高齢者に対して作業療法、運動療法、回想療法、リアリティー・オリエンテーション、音楽療法、レクリエーションなどさまざまなプログラムを一日のスケジュールの中で適宜組み合わせ適切なケアにより、精神症状や行動障害の減少だけでなく、認知機能や対人交流の向上、感情面と意欲面の改善を図ることができる(田高・金川・立浦・和田, 2000)。

クラスター4の特徴について、5つのクラスターの中では認知機能の低下が重度で、ADLは、移動能力以外の下位項目がクラスター2、3よりさらに低く中等度に位置する。行動障害の出現頻度は最も多く、特に「歩き回る」、「昼の徘徊」、「夜の徘徊」、「迷子」といった徘徊行動が多く、主介護者の精神的健康度は低かった。認知症高齢者は、移動能力が比較的高いため、昼夜を問わず徘徊し、屋内だけでなく、外にも出て行き迷子になるため、主介護者は一日中高齢者の行動から目を離すことができず、主介護者の生活が侵害されていると考えられ、負担となっていると推察される。

徘徊行動がみられる認知症高齢者は、転倒に伴う骨折の発生頻度が高いことが指摘されている(Buchner & Larson, 1987)。このタイプへは、認知症高齢者の徘徊行動の減少させることと外へ出て行ってしまうことを未然に防ぐ援助が最重要である。対応としては、まず適度な運動により夜間の睡眠を促進し徘徊行動を減少させる(Coltharp, Richie, & Kaas, 1996)。しかしながら、徘徊行動を消失させることは難しく、高齢者から目を離せないという状況は残り、主介護者にとって非常に介護の負担感が大きい(鷲尾・荒井, 2002)。主介護者による見守りの他に、福祉機器をあわせて活用して負担の軽減を図れるように住環境を整えることが必

要である。例えば、徘徊行動のみられる高齢者を対象とした居室や家屋から外に出たことを感知し、介護者に知らせるシステム(山本・若松, 1999; 赤羽・福沢・矢澤・井原, 2002)などの福祉機器を活用することで、一日中目を離せないという状況は改善されるため、介護負担の軽減に有効であると考えられる。

クラスター5の特徴について、5つのクラスターの中では、認知機能の低下がクラスター4とほぼ同じで重度にあり、ADLは最も低かった。失禁といった排泄障害は、最も多くなっており、主介護者の精神的健康度が低かった。認知症高齢者の状態像として、尿便失禁が昼夜ともにもあり、トイレまでの移動や排泄動作のために介助を要するため、主介護者は夜間も何度も起きて、トイレまでの誘導や介助、オムツ交換などを行っていると考えられる。特に夜間の休息が十分にとれないため、精神的にも身体的にも疲労が蓄積している状態と推察される。

このタイプへの対応としては、主介護者による排泄介助の負担の軽減を図る必要がある。排泄障害への対応は、排泄障害を引き起こす膀胱尿道・直腸機能障害、身体機能障害、認知機能障害、環境の不適合といった要因によってさまざまであるため(釜土, 2006)、まずは排泄状態の把握とそれに基づいたトイレへの誘導や物理的環境の工夫が望ましい。排泄状態を総合的に評価して、リハビリパンツやパッドなど福祉用具を活用することで尿もれを防ぎ、安眠できるようにするといった対応やトイレのドアと周りの壁の色を変えたり、夜間はトイレの照明をつけたままにしておくことでトイレの場所を分かりやすくして、迷わずひとりで行けるようにしたり、トイレまでの導線を短くするといった住環境の整備が有効と考える(草壁・安原, 2006)。

今後の課題として、本研究では横断的データを用いて認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴のタイプを5つに分類し、各タイプへの対応方法について文献考察を行ったにとどまっている。今回の対象者を継続的に調査し、臨床的特徴のタイプの推移に応じた具体的な対応方法の検討が必要である。

文献

- 1) 赤羽恵子・福沢いづみ・矢澤美保・井原真由子(2002) 21・実践へのアドバイス 脳神経外科病棟における転倒・転落の予防対策 フラッシュコールとマットコールの効果. 看護実践の科学, 27(5), 94-95.
- 2) Buchner,D.M., & Larson, E.B. (1987) Fall and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. *Journal of the American Medical Association*, 257, 1492-1495.
- 3) Chiverton,P.,&Caine,E.D.(1989) Education to assist spouse in coping with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*,37, 593-598.
- 4) Coltharp,W.Jr., Richie,M.F., &Kass,M.J.(1996) Wandering. *Journal of gerontological nursing*, 22, 5-10.
- 5) Folstein,M.F., Folstein,S.E., &McHugh,P.R.(1975) "Mini-Mental State"; A practical method for grading the cognitive state for the clinician.

Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

- 6) 藤本直規(2003) かかりつけ医と専門医の連携システムについて. *Gerontology*, 15, 41-48.
- 7) 井上真由美・森脇由美子・大川敏子・橋本純代・小林広子・博野信次・森悦朗(1999) 痴呆症患者の主介護者の負担に対する教育介入の効果について. *看護研究*, 32(3), 227-234.
- 8) 釜土禮子(2006) 認知症高齢者の排泄とそのケアの重要性について 介護のかかわりより学ぶ. *日本認知症ケア学会誌*, 5(3), 520-526.
- 9) 草壁利江・安原耕一郎(2006) 施設における排泄ケア. *日本認知症ケア学会誌*, 5(3), 527-533.
- 10) Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969) Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- 11) 溝口環・飯島節・江藤文夫・石塚彰映・折茂肇(1993) DBD スケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. *日本老年医学会雑誌*, 30(9), 835-840.
- 12) 中川泰彬・大坊郁夫(1985) 日本版 GHQ 健康調査票. 日本文化科学社, 東京.
- 13) 小川敬之・山崎きよ子(2005) 在宅痴呆性高齢者の状態像に関して(第1報). *九州保健福祉大学研究紀要*, 6, 229-234.
- 14) 田高悦子・金川克子・立浦紀代子・和田正美(2000) 在宅痴呆性高齢者に対する回想法を取り入れたグループケアプログラムの効果. *老年看護学*, 5(1), 96-106.
- 15) 竹内孝仁(2000) TAKEUCHI 実践ケア学セミナー3 事例研究 痴呆性高齢者の在宅ケアマネジメント. 医歯薬出版株式会社, 12-23.
- 16) Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K.E (2002) Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *The journal of the American Medical Association*, 287, 2090-2097.
- 17) 山本博美・若松秀俊(1999) 在宅徘徊老人用電子保護システムの長期家庭運用とその解析. *医用電子と生体工学*, 37(3), 301-303.
- 18) 山崎英樹・国吉和秀・堀川歩・山口慶一郎・目黒謙一・佐藤光源(1994) 老年期における重度痴呆の類型分類-画像所見との対応-. *老年精神医学雑誌*, 5(2), 199-214.
- 19) 鷺尾昌一・荒井由美子(2002) 公的介護保険の導入と農村部の要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感. *福岡医学雑誌*, 92(8), 292-298.

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

-
- A Research Study on the Disaster Prevention and Disaster Risk Reduction
of the Rehabilitation Facilities for the Disabled..... **Keiko KITAGAWA**, et al. · 1
-
- Current Conditions and Effectiveness of the Housework Home Care Visiting Helper program in Korea.....**Sunwoo LEE** · 14
-
- Recognition of the Necessity of Practical Disaster Nursing Education
among Nursing Teachers in Japan.....**Hitomi MATSUNAGA**, et al. · 30
-
- The Relationship between Social Participation and the Health Related Quality of Life
of the Community-Dwelling Elderly in South.....**Sookkyoung BAE**, et al. · 40
-
- Inhibitory control measured using the Stroop color–word test in people
with intellectual disabilities.....**Yoshifumi IKEDA**, et al. · 54
-
- Memory Biases in Depression Investigated by the Process Dissociation Procedure
to Develop Countermeasure against Depression..... **Kyoko TAGAMI** · 62
-
- QOL-based research for laws that promotes the employment of persons with disabilities
-Analysis and examinations of using WHOQOL-..... **Haejin KWON**, et al. · 77
-

REVIEW ARTICLES

-
- Korean Rehabilitation Counseling Practice and Personnel Training.....**Hyunuk SHIN** · 88
-
- Theoretical Background of Health Related Quality of Life (HRQOL)
and Literature Reviews on its Definition.....**Aiko KOHARA**, et al. · 103
-
- Recent Research Trends in Survivor Syndrome
-After the Restructuring, the Psychology of the People who Remain in the Organization-.....**Kohei MORI**, et al. · 113
-
- Present Condition and the Subject of Infants with Disabilities Education and Childcare
- Focus to Schools for Special Needs Education Kindergarten Section-..... **Yoshio KOJIMA** · 121
-

SHORT REPORT

-
- Classification of the clinical characteristics for elderly patients with Alzheimer’s-type dementia..... **Mayumi NOSE**, et al. · 137
-

ACTIVITY REPORT

-
- Analysis of the communication between volunteers and elderly people with dementia..... **Misako NOTO**, et al. · 149
-