

島根県内の老健施設における認知症の 周辺症状と介護負担の実態調査

なか やま ひろ のり おお にし ひさ お
中 山 博 識¹⁾ 大 西 久 男²⁾
にし かわ たかし
西 川 隆²⁾

キーワード：認知症，周辺症状，BPSD，介護負担度

要 旨

認知症の行動異常や精神症状などいわゆる「周辺症状」は、利用者本人を苦しめるだけでなく介護者の介護負担を増大させ、QOL（生活の質）を大きく損なう原因となり得る。

今回、当施設利用者の周辺症状と介護負担の実態を調査し、その発生頻度と種類、原疾患、認知症の重症度、認知機能、介護負担度を調査した。その結果、入所者の84%が認知症を有し、周辺症状は多い順に、無為・無関心、うつ・不快、不安、睡眠障害、興奮、易怒性、異常行動、妄想、幻覚、脱抑制、食行動異常、多幸を認めた。認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関しており、介護の負担を有意に増大させる要因として、妄想、不安、無為・無関心、易怒性、異常行動、睡眠障害、食行動異常の7項目が関与していた。またそのうち、「不安」、「無為・無関心」の2項目は全般的なADLの介護負担にも有意な影響を与えていた。

はじめに

わが国では、現在認知症高齢者が約150万人強と見込まれているが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計されている。認知症の症状は、大きく記憶障害や実行機能の障害といった中核症状と、認知症の行動・心理症状である周辺症状に分けられ、「周辺症状」は、利用者本人を

苦しめるだけでなく介護者の介護負担を増大させる。特徴としては、軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり、急速にQOLの低下を招き、介護老人保健施設に勤務する職員にとっても介護負担を増大させる大きな問題である。

全国老人保健施設協会が調査した結果をみると、老健施設に入所しておられる利用者の86%が認知症であり、認知機能はHDS-Rで平均13.5点とかなり進んだ人が多い。認知症ケアに関しては、心理的な援助や易怒性や興奮などの周辺症状のケア、訴えを長々と聞くとといったことに、70%の職員が

Hironori NAKAYAMA et al.

1) 社会福祉法人多伎の郷老人保健施設たき

2) 大阪府立大学総合リハビリテーション学部

連絡先：〒699-0903 出雲市多伎町小田50-7

介護負担を感じている、との結果も出ている。

当施設は、入所定員50名（うち短期5名）、デイケア20名の介護老人保健施設であるが、当施設でみられた周辺症状と介護負担の実態を調査し、今後の対応などを検討したので若干の考察を加えて報告する。

目 的

当施設においてみられる周辺症状の発生頻度と種類、原疾患、認知症の重症度、認知機能、介護負担度を調査し、どのような症状が介護負担を増大させているのかを解析し、その対策を考える。

方 法

2009年11月～12月の間に入所しておられた対象者50名について、過去1ヶ月にみられた周辺症状の発生頻度とその種類・重症度・介護負担度、ならびに対象者の性・年齢・神経学的症候・認知症尺度・認知機能・ADLを調査した。

周辺症状の頻度、重症度、介護負担度に関してはNPI-Q (Neuropsychiatric Inventory-Q)、ADLの介護負担度は兵庫脳研式ADLスケール、認知症の重症度にはCDR (Clinical Dementia Rating Scale)、認知機能の評価には直近のMMSE、HDS-Rの成績を用いた。

NPI-Qは、介護者に対する質問紙による評価法で、各対象者について12種類の精神症候の有無と、症候が存在する場合にはその頻度を1～4の4段階、重症度を1～3の3段階、負担度を0～5の6段階で評価するものである。兵庫脳研式ADLスケールは、同じく質問紙法によって、排泄、摂食、更衣など日常生活10項目の介護者の負担度を0～5の6段階で評価するものである。両者の評価法を冊子にした調査用紙を配布し、対象

者の1ヶ月間にみられた症状・状態を主な介護担当者が評価した。

CDRは、認知症の有無と重症度を評価するために国際的に汎用されている観察法で、本人と家族に対する半構造化された認知機能に関する6項目の質問によって構成されている。質問項目は記憶、見当識、判断力と問題解決能力、社会適応、家庭状況、介護状況に関するもので、評価は正常の0から、疑い例の0.5、軽度の1、中等度の2、重症度の3までの5段階で行われる。CDR 0.5は、軽度アルツハイマー型認知症 (very mild AD) と位置づけられている。

MMSE (Mini-Mental State Examination) およびHDS-R (Hasegawa's dementia scale-revised) はともに本邦で広く用いられている簡便な認知機能検査であり、妥当性ならびに信頼性の高さから認知症のスクリーニング検査として有益とされている。

なお、認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報については厳重に管理するとともに、データの解析は匿名化して行った。

結 果

1. 対象者

全50名の平均年齢は 86.7 ± 7.4 歳、うち男性12名 (平均年齢 84.5 ± 9.8 歳)、女性38名 (平均年齢 87.4 ± 6.4 歳)であった。

2. 原疾患と認知症重症度の関連

原疾患とCDR (認知症重症度)の分布を表1に示す。

紹介医からの情報で認知症とのみ記載されていたものはアルツハイマー病に含めた。整形外科疾患は、腰椎挫傷、大腿骨骨折、脊椎骨折、膝関節症などであった。その他は、廃用症候群、肺気腫、

表1 原疾患とCDRの分布

	CDR					計
	0	0.5	1	2	3	
アルツハイマー病		1	3	4	3	11
レビー小体型認知症					1	1
脳血管障害	1		2	6	3	12
パーキンソン病			1			1
整形外科疾患	2		5	3	2	12
心疾患	1		1	2	1	5
その他	1	2	1	2	1	7
計	5	3	14	17	11	50

ギランバレー症候群などであった。

CDR 1以上の認知症の状態を呈している入所者は84%を占めた。また整形外科疾患や心疾患などを原因疾患とする者も CDR 1以上はアルツハイマー病等の認知症を合併している可能性があると思われた。

3. NPIによる各種周辺症状の出現頻度

周辺症状の出現率を図1に示す。

周辺症状は多い順に、無為・無関心、うつ・不快、不安、睡眠障害、興奮、易怒性、異常行動、妄想、幻覚、脱抑制、食行動異常、多幸であった。

4. 原疾患別の周辺症状出現率

原疾患別の周辺症状出現率を図2に示す。妄

想・幻覚の頻度は多くないが、アルツハイマー病にはほぼ特異的であった。興奮はアルツハイマー病に多かった。またうつ・不快は血管障害に多かった。無為・無関心は疾患に関係なく多くみられた。易怒性は整形外科疾患に目立った。

5. 周辺症状と認知症重症度の関連

(1) 認知症重症度と NPI 総点・NPI 負担度の相関

各対象者の CDR (認知症重症度) の評定と、NPI 総点 (NPI 各項目の重症度×頻度の総計)、NPI 負担度 (NPI 各項目の負担度の総計) の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表2)。

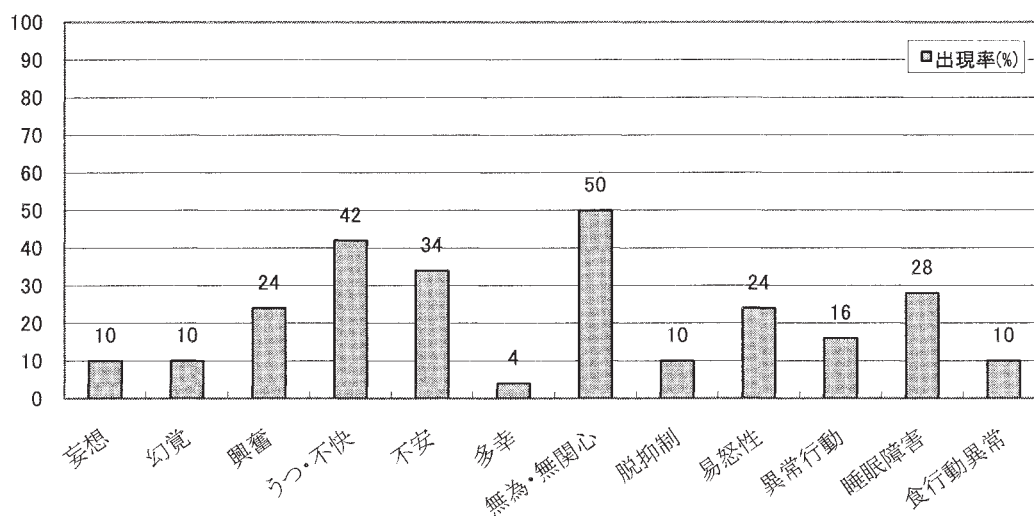


図1 全50名における周辺症状出現率

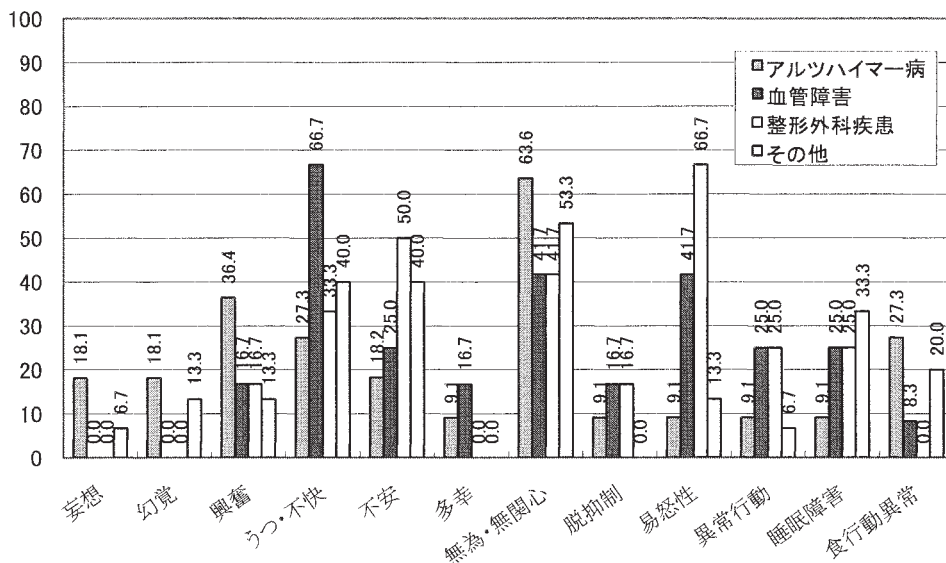


図2 原疾患別の周辺症状出現率

CDR の評定と NPI 総点および NPI 負担度の間には有意な相関を認め、認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関していた。

(2) CDR と周辺症状各項目の相関

各対象者の CDR の評定と、NPI 各項目の得点の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表3)。

CDR (認知症重症度) の評定は無為・無関心の得点のみに有意な相関を示した。

6. 周辺症状と認知機能の関連

(1) 認知機能と周辺症状の総合的指標の相関

各対象者の MMSE および HDS-R の得点と、NPI 総点 (NPI 各項目の重症度×頻度の総計)、NPI 負担度 (NPI 各項目の負担度の総計) の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表4)。MMSE および HDS-R の欠損値は、ケースを除外して計算した。

MMSE と HDS-R の得点には有意な相関がみられた。また、NPI 総点と NPI 負担度には有意な相関が認められた。しかし、認知機能 (MMSE あるいは HDS-R) と NPI 総点あるい

表2 CDR と NPI 総点・NPI 負担度の相関 (Spearman's ρ)

	NPI総点	NPI負担度合計
CDR	0.396(**)	0.370(**)
NPI総点		0.975(**)

** 有意水準(両側) p<0.01

表3 CDR と周辺症状各項目の相関 (Spearman's ρ)

	CDR
妄想得点	0.265
幻覚得点	0.260
興奮得点	0.143
うつ・不快得点	0.104
不安得点	-0.136
多幸得点	0.074
無為・無関心得点	0.425(**)
脱抑制得点	0.118
易怒性得点	0.252
異常行動得点	0.165
睡眠得点	0.092
食事得点	-0.013

** 有意水準(両側) p<0.005

表4 認知機能と周辺症状の総合的指標の相関 (Spearman's ρ)

	HDSR	NPI総点	NPI負担度合計
MMSE	0.889(**)	-0.301	-0.297
N	36	42	42
HDSR		-0.205	-0.188
N		37	37
NPI総点			0.975(**)
N			50

** 有意水準(両側) $p < 0.001$

はNPI負担度の間には有意な相関を認めなかった。ただし、MMSEとNPI総点、MMSEとNPI負担度の間には負の相関傾向 ($p < 0.1$) がうかがわれた。周辺症状は認知症の中期(または中等症)において目立つことが指摘されているので、試みにMMSEを0~9, 10~19, 20~30の群にわけ、3群間のNPI総点とNPI負担度を比較したが、有意差はみられなかった。HDS-Rについても同様の数値で3群に分けて群間比較を行ったが有意差はみられなかった。

(2) 認知機能と周辺症状各項目の相関

各対象者のMMSEおよびHDS-Rの得点とNPIの各項目得点の相関性をSpearmanの相関係数により検討した(表5)。

MMSEと無為・無関心の得点に有意な負の相関を認めた。またHDS-Rと興奮の得点に有意な負の相関を認めた。

7. 周辺症状とADL機能の相関

各対象者の兵庫脳研式ADLスケールの総点および負担総点と、NPI総点(NPI各項目の重症度×頻度の総計)、NPI負担度(NPI各項目の負担度の総計)、CDRの相関性をSpearmanの相関係数により検討した(表6)。

ADL総点とADL負担総点は有意に相関していた。またADL総点およびADL負担総点はい

表5 MMSE, HDS-RとNPI各項目の相関 (Spearman's ρ)

	MMSE	HDSR
HDSR	0.889(**)	
N	36	
妄想得点	-0.090	-0.089
N	42	37
幻覚得点	-0.265	-0.300
N	42	37
興奮得点	-0.188	-0.347(*)
N	42	37
うつ・不快得点	0.022	0.163
N	42	37
不安得点	0.157	0.115
N	42	37
多幸得点	-0.076	0.024
N	42	37
無為・無関心得点	-0.362(*)	-0.236
N	42	37
脱抑制得点	0.058	0.070
N	42	37
易怒性得点	-0.175	-0.230
N	42	37
異常行動得点	-0.157	-0.213
N	42	37
睡眠得点	-0.007	-0.065
N	42	37
食事得点	-0.019	0.216
N	42	37

** 有意水準(両側) $p < 0.01$

* 有意水準(両側) $p < 0.05$

ずれも NPI 総点および NPI 負担総点と有意に相関していた。認知症の重症度は ADL 総点および ADL 負担総点と有意に相関していた。

8. 周辺症状の介護負担への各周辺症状重症度の関与

介護負担を引き上げる要因として、周辺症状のどの症状が主に関与しているかについて検討するために、対象者50名の各 NPI 負担度を従属変数、各周辺症状の得点（妄想・幻覚・興奮・うつ不快・不安・多幸・無為無関心・脱抑制・易怒性・

異常行動・睡眠・食事の頻度×重症度）を独立変数として、重回帰分析（強制投入法）を行った。

回帰式の $R^2=0.953$ で、係数として有意な寄与が認められた要因は、妄想、不安、無為・無関心、易怒性、異常行動、睡眠障害、食行動異常の7項目であった ($p < 0.05$)。

ただし、独立変数間には共線性（相関性）がうかがわれた。試みに各周辺症状得点に関して主成分分析を行うと（表7）、第1成分（興奮、易怒性、異常行動、睡眠）、第2成分（幻覚、妄想）、

表6 周辺症状と ADL 機能の相関 (Spearman's ρ)

	ADL総点	ADL負担合計	NPI総点	NPI負担度合計
ADL負担総点	0.924(**)			
NPI総点	0.321(*)	0.344(*)		
NPI負担総点	0.342(*)	0.354(*)	0.975(**)	
CDR	0.710(**)	0.650(**)	0.396(**)	0.370(**)

** 有意水準(両側) $p < 0.01$

* 有意水準(両側) $p < 0.05$

表7 各周辺症状得点の主成分分析

	成分			
	1	2	3	4
妄想得点	.265	.882	.121	-.020
幻覚得点	-.112	.949	.017	-.046
興奮得点	.857	-.111	.048	.116
うつ・不快得点	.111	.148	.825	-.255
不安得点	.462	.241	-.097	-.517
多幸得点	-.101	.017	-.090	.682
無為・無関心得点	.281	.052	.763	.057
脱抑制得点	.367	.033	-.055	.838
易怒性得点	.872	.070	.086	.066
異常行動得点	.755	.109	.098	-.282
睡眠得点	.624	.447	-.103	.108
食事得点	-.258	-.078	.778	.023

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法(5回の反復で回転が収束)

第3成分 (うつ・不快, 無為・無関心, 食事), 第4成分 (脱抑制, 多幸) の4因子が抽出されたので, 上記の7項目は, 〈妄想〉, 〈不安〉, 〈無為・無関心, 食行動異常に共通する要因 (自発性低下)〉, 〈易怒性・異常行動・睡眠障害に共通する要因 (過敏性)〉 の4項目と考えるべきかもしれない。

9. ADLの介護負担への各周辺症状の重症度の関与

ADLの介護負担に周辺症状の症状が関与しているか否かを検討するために, 対象者50名の各ADL負担度を従属変数, 各周辺症状の得点 (妄想・幻覚・興奮・うつ不快・不安・多幸・無為無関心・脱抑制・易怒性・異常行動・睡眠・食事の頻度×重症度) を独立変数として, 重回帰分析 (強制投入法) を行った。

回帰式の $R^2=0.546$ で, 係数として有意な寄与が認められた要因は, 不安, 無為・無関心の2項目であった ($p<0.05$)。

考 察

今回の調査結果は以下のようにまとめられる。

- 1) 「老人保健施設たき」においては, CDR 1以上の認知症を呈している入所者が84%を占めていた。整形外科疾患や心疾患などを原因疾患とする者も多くは認知症を合併している可能性がある。
- 2) 周辺症状については, 多い順に, 無為・無関心, うつ・不快, 不安, 睡眠障害, 興奮, 易怒性, 異常行動, 妄想, 幻覚, 脱抑制, 食行動異常, 多幸であった。
- 3) 妄想・幻覚の頻度は多くないが, アルツハイマー病にほぼ特異的にうかがわれた。
- 4) 無為・無関心は疾患に関係なく多くみられ,

興奮はアルツハイマー病, うつ・不快は血管障害, 易怒性は整形外科疾患に目立った。

- 5) 認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関していた。
- 6) 認知機能と周辺症状の程度・負担には有意な相関を認めなかった。また, 周辺症状は認知症の中期 (または中等症) において目立つことが指摘されているが, 認知機能の重症度を3群に分けて群間比較したが明らかな傾向はみられなかった。
- 7) ADL機能とADL負担度は有意に相関していた。
- 8) ADL総点およびADL負担総点は認知症の重症度および周辺症状の程度・負担度と有意に相関していた。
- 9) 介護負担を引き上げる要因となる周辺症状は, 妄想, 不安, 無為・無関心, 易怒性, 異常行動, 睡眠障害, 食行動異常の7項目であった。
- 10) 不安, 無為・無関心の2項目はADLの介護負担を増大させる要因でもあった。

周辺症状は認知症利用者の機能を低下させ本人を苦しめるばかりでなく, 中核症状よりむしろ周辺症状が, 介護者にとって大きな負担になる。特徴としては, 軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり, 急速にQOLの低下を招いて介護負担が増大する。我々は介護職員の介護負担を増大させる症状は, 興奮, 易怒性, 異常行動などと考えていたが, 今回の調査解析では予想に反して有意な寄与が認められる要因は, 「不安」, 「無為・無関心」の2項目であった。

不安とは漠然とした恐れであり, 特に軽度の認知症利用者では初期の中核症状の悪化に対して病識あるいは病感を持ち不安を抱く。今までそれほど気にしていなかった事 (財産や自分の記憶を含

む健康状態など)を憂慮し、日常生活における些細なことでも心配が広がるようになる。さらに認知症が進行すると、これらのことを利用者自身が歪曲した形で認識するようになり、焦燥や徘徊につながる、といわれている。残存した思考力が、生産的な方向に向かなくなり、将来の行事や約束について何度も必要以上に繰り返し尋ねることがあり、これが介護者の負担のひとつになると考えられた。

無為・無関心は、以前行っていた興味や家事などの日常の活動や、身の回りのことに興味を示さなくなり、意欲が喪失し、かかわり合いを避け、発動性が低下する。利用者が何事に対しても興味を失ってしまい、ただ無関心に椅子に腰かけているだけになると、ADLの介助量が増大するだけでなく、介護者にもまた精神的なストレスを与えることになる。

対応としては、利用者の行動を叱責したり、無視・否定したり、その誤りを過度に指摘することは症状を悪化させるとされており、これらに対する基本姿勢は、本人を不安な状況にさせないことであり、非難や叱責をしないことはもちろん、気

分転換や楽しみを与えようと無理に活動に参加させることも逆効果であるといわれている。

結 語

認知症を有する利用者は「自分のやりたいこと」と「やれること」、「この程度ならやれると思っている自分」と「できないが増えている自分」あるいは「周囲の期待」と「期待にこたえられない自分」との間にギャップが存在する。認知症の人はこのギャップに気づき、それを乗り越え、あるいは折り合いをつけることが困難であるために、本人こそが苦しんでいるのであって、介護者はこのことを理解し、周囲がそのギャップを認め、生きる意欲や生活の豊かさのためにどう対応していくかを一緒に考えることが大切であると考えられた。

(本研究は厚生労働科学研究費補助金平成21年度認知症対策総合研究事業 (イ) 認知症のケア手法の開発に関する研究 1) BPSDへの対応における医療とケアの役割分担・連携に関する研究 (21230201) の助成のもとに行われた。)

文 献

- 1) 本間 昭, 博野信次, 長谷川和夫ほか: 痴呆症学(1) 高齢社会と脳科学の進歩, 日本臨床61: 120-124, 154-157, 177-182, 192-197, 2003
- 2) 山下功一, 天野直二: 認知症の症候学, BPSDとその対応. 認知症テキストブック, 中外医学社: 70-80, 2009
- 3) 本間 昭: 認知症の診断法は. 高齢者を知る辞典, 介護・医療・予防研究会編, 厚生科学研究所: 261-265, 2008
- 4) 西川 隆, 大西久男: 認知症の原因疾患による心理・行動症状の特徴とケアの方針. Journal of Rehabilitation and Health Sciences 7(1): 1-7, 2010
- 5) 西川 隆: アルツハイマー病の臨床経過. 神経内科特別増刊号 認知症マニュアル: 277-283, 2010
- 6) 西川 隆: 認知症疾患別の予後の見通しと本人への対応, 家族への説明. Cognition and Dementia 9(1): 76-81, 2010