

在宅痴呆性高齢者の状態像に関して (第1報)

小川 敬之 *山崎 きよ子

Classification of behavioral characteristics of elders with dementia at home (primary report)

Noriyuki OGAWA *Kiyoko YAMASAKI

Abstract

Classification of dementia is based on the neuropsychological diagnoses. This type of classification, however, is not helpful for rehabilitation staff, nurses, and caregivers to have an image for care giving. In order for people working with those elders to understand their clinical conditions and to have an image for care giving, we developed a classification based on the behavioral characteristics of the sample of 132 elders (mean age \pm SD : 72.2 \pm 6.8, sex : 93female) with dementia at home. Five different types were extracted including "borderline type", "semi-borderline type", "anxious and hyperactive type", "multi-trouble type" and "quiet and occasionally motion type".

The "borderline type" and the "semi-borderline type" had not been identified using the classification based on the neuropsychological symptoms.

This type of classification may provide those people working with elders with dementia and family members with common understanding of their behavioral characteristics.

Key words : home, dementia elders, Classification

キーワード : 在宅、痴呆性高齢者、類型化

I 【研究目的】

痴呆の分類というと一般的に「アルツハイマー病」「脳血管性痴呆」など神経病理的、神経心理学的な診断による分類が思い浮かぶ。しかし、これらの分類では病状の進行や医学的管理(投薬など)についての推測はできるものの、実際の生活場面でのどのように関わっていくのかという具体的対応についてはなかなか推測ができない。

しかし、これまで幾人かの臨床家や研究者が、神経心理学的診断ではなく、臨床で観察される症状を主眼におき、臨床場面でのどのように関わるかに示唆を与える類型化を試みている。原田²⁾、³⁾は面接場面の観察から3つ

の特徴的な症状(記憶障害、減裂思考、人格形骸化)をとりだし、それを基に健忘型、減裂型、形骸型という類型を提唱した。また室伏⁴⁾は、痴呆の臨床像は精神・神経機能の障害がそのひと個人(個性や生活史、環境)を通して表されてくるきわめて人間的な現象であるとし、その現れ方として同調型、受動型などの類型を報告した。さらに山崎⁵⁾らは室伏⁴⁾の類型に多動傾向と寡動傾向を加え、原田の類型との組み合わせから形骸・受動型、減裂・多動傾向など8つの臨床的な類型を報告し、画像診断との関連にもふれなが実際の医療・福祉現場での対応策を述べている。また、近年では、行動障害を中心に類型化を行い、その具体的対応を提言している報告もされている。竹内⁶⁾は異常行動を葛藤型・遊離型・回帰型

に分け、それぞれの型がどうしてその行動をとるのかという行動の意味づけを行い、ケアの方向性を示した。またNaomi Fail⁷⁾は痴呆による混乱期をライフステージの解決課程の問題と称して、「認知障害」「日時・季節の混乱」「くり返し動作」「植物状態」の4タイプに類型し、各タイプへの具体的な関わり方を示している。

しかし、これら上記に述べた類型もある一定の経験、知識を積んできた者がその経験の中から提言したものであり、経験の少ないものにはなかなかイメージしにくい面がある。またその表現方法が各専門領域の範疇で行われているため、違う職種ましてや家族にとってはなじみにくく、共通の認識が持ちにくいものになっていた。

痴呆性高齢者の生活を支援するには多くの職種や家族の関与が必要である。そして、それぞれの職種や家族が身体機能面や日常生活自立度も含め、目の前にいる痴呆性高齢者に対する共通認識をもち、大枠で同じ方向性のもとに関わりを持つことは、種々のサービスを提供していく上で重要なことである。

そこで今回、神経病理的、神経心理学的分類ではなく、臨床状態に即した分類を行い、ケアの合理的手がかりや、日常生活遂行における援助の比重をどの程度に位置付けるかなど、実際の生活支援のあり方に呼応し、かつ職種間・家族においてもできるかぎり共通の認識がもてるような類型化を試みる。

II 【研究方法】

1 対象

2001年2月から5月までに継続して重度痴呆デイケア、デイサービス、老人デイケア等を利用し、かつ痴呆と診断された132名を対象とした（平均年齢：79.1±7.7、男：女=32：100、長谷川式簡易知能スケール：12.2±8.3、診断からの期間：47.8±3.8ヶ月）。

2 方法

重度痴呆デイケア、老人デイケア、デイサービスに勤務する作業療法士が約3週間の期間のうちに評価を行った。

3 調査項目

調査項目を表1に示す。

痴呆の臨床像の内部構造をみるために因子分析を行った。分析に用いた変数は、以下の5項目に分類される。

1) 日常生活動作および日常関連動作

在宅痴呆疾患によく使用されるLawtonとBrodyのPhysical Self-Maintenance Scale（以下

表1 調査項目

1	年齢
2	性別
3	施設形態(重度痴呆デイケア、老人デイケア、通所介護)
4	診断されてからの期間
5	長谷川式簡易知能スケール
6	痴呆性高齢者日常生活自立度判定基準
7	要介護度
8	TBS問題行動評価、Brief Psychiatric Rating Scale
9	転倒の頻度
10	活動評価;Nicholas(1988) - 一部改訂
11	Physical Self-Maintenance Scale
12	InstrumentalADL
13	コミュニケーション、その他;山崎(1994)- 一部改訂

ADL)とInstrumentalADL(以下IADL)を使用した⁸⁾。

2) 精神症状・問題行動評価

朝田らの作成した問題行動尺度(TBS)¹⁰⁾およびOverallらのBrief Psychiatric Rating Scale(BPRS)¹¹⁾を参照し項目を選定した。

3) 記憶

長谷川式簡易痴呆スケール(以下、HDS-R)を使用した。

4) コミュニケーション

山崎らが類型化に使用した評価項目のうち、日常生活に関する項目(歩行能力や更衣など)をのぞいた5項目を使用した⁵⁾。

5) 作業能力

Nicholasら¹²⁾の作成した個人活動評価項目10項目のうち作業活動場面の具体的な能力に関わる4項目を選定し使用した。

以上計47の評価項目を用い調査を行った(表2)。後で因子分析を行うため、調査項目はできるだけ5件法に統一した。

表2 項目の内容

V1	HDS-R	V14	暴力・暴言	V27	排泄	V40	金銭管理
V2	徘徊	V15	同じ質問を繰り返す	V28	食事	V41	水の取り扱い
V3	異食	V16	大声で叫ぶ	V29	着替え	V42	スイッチ類の扱い
V4	ガスなどの危険な操作	V17	物品の破壊	V30	身振り	V43	話のまとまりの悪さ
V5	物忘れ妄想	V18	不安感	V31	移動能力	V44	自覚性の障害
V6	否定・ゆがんだ解釈	V19	幻覚(幻聴、幻視)	V32	入浴	V45	睡眠障害
V7	むやみに物を壊す	V20	夜間せんとう	V33	電話の使用	V46	落ち着きの悪さ
V8	注意散漫な作業	V21	転倒の頻度	V34	買い物	V47	作話
V9	会話・団体の妨害	V22	伝達し歩行	V35	食事の支度	V48	-
V10	他人とのトラブル	V23	活動レベル	V36	家事	V49	-
V11	つまらない物を集める	V24	活動遂行の質	V37	洗濯	V50	-
V12	夜半に騒ぐ・人を起こす	V25	作業における注意の持続	V38	外出	V51	-
V13	失禁・弄便	V26	作業時の監督の必要性	V39	服薬の管理	V52	-

4 統計処理

調査された47項目の結果を集計し因子分析を行った。因子分析は因子の抽出を主因子法、因子軸の回転をバリマックス法によって行った。さらに抽出された因子の因子負荷量をもとにクラスター分析を行い、最も特徴が分類できていると思われる5つの類型を抽出した。分析には統計パッケージSTATISTICA(MAC

版) Ver4.0、機種はMacintosh G4を用いた。

Ⅲ. 【結果】

調査結果を因子分析(バリマックス回転法)した結果、11の因子が抽出された。さらに累積寄与率60%を目安にして(表3)、最終的に6つの因子に絞り、因子負荷量0.53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。

表3 累積百分率(累積寄与率)

STATISTICA Factor Analysis			
説明された分散の固有値と百分率			
FACTOR	固有値	寄与率	累積百分率
F1	15.30622	32.56642	32.56642
F2	4.86896	10.35949	42.92591
F3	2.72488	5.79763	48.72354
F4	2.13301	4.53832	53.26186
F5	2.02104	4.30009	57.56194
F6	1.72618	3.67272	61.23466
F7	1.63359	3.47572	64.71039
F8	1.42843	3.03922	67.74961
F9	1.21872	2.59302	70.34262
F10	1.19329	2.53893	72.88155
F11	1.07326	2.28353	75.16508

抽出された因子は第1因：金銭管理、電話の対応などを含む「IADL」、第2因子：金品をとられたと責める、言いがかり・説明に対する拒否などを含む「他者に対する迷惑行為」第3因子；食事、入浴、作業能力などを含む「日常生活・活動能力」、第4因子：むやみにものを隠す、つまらないものを集めるなどを含む「無意味な作業」、第5因子：徘徊、落ち着きのなさ、作話などを含む「徘徊・多動」、第6因子：夜間せん妄、転倒などを含む「転倒・危険な歩行」であった(表4)。

表4 因子名と内容

F1 IADL	電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、外出 服薬の管理、金銭管理、火の取り扱い
F2 他者に対する迷惑行為	物盗られ、言いがかり・ゆがんだ解釈、団欒の妨害 他者とのトラブル、夜半に騒ぐ・人を起こす、暴力・暴言
F3 自立性・知的活動	活動、ADL全般、知能(HDS-R)
F4 無意味な作業	むやみに物を隠す、物品の破損、つまらない物を集める 無意味な作業
F5 多動性・徘徊	徘徊、同じ質問を何度もする、落ち着きのなさ、作話
F6 転倒・危険な歩行	転倒の頻度、危険な歩行、夜間せんもう

さらに、因子負荷量をクラスター分析し、特徴的なクラスター5つを抽出した(図1)。また、タイプの特徴に応じた命名も合わせて行った(「1；境界型タイプ」、「2；準境界型タイプ」、「3；不安・多動タイプ」、「4；介護ヘトヘトタイプ」、「5；穏やか・ゴソゴソ

タイプ」：図2に各タイプの典型例をスパイダーグラフにて示す)。

以下に各タイプの特徴を述べる。

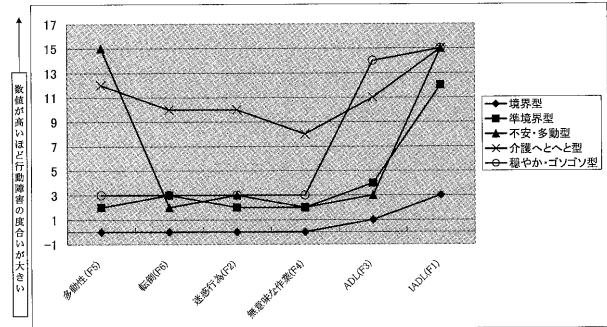


図1 クラスター分析の結果

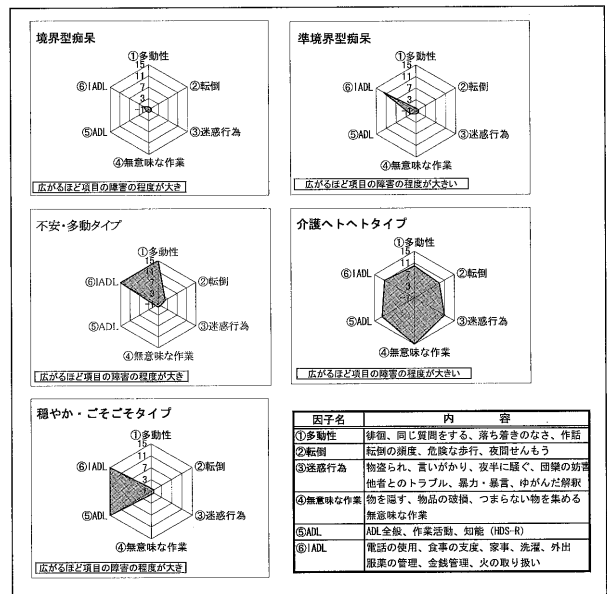


図2 各タイプの行動障害出現の典型

1) 『境界型タイプ』

全般的に日常生活の自立度も高く(時に失禁が見られる方はいる)、IADL能力も比較的保たれている。俗にいう境界型痴呆のタイプである。双六でいう「ふりだし」に位置しており、周囲の対応如何でその後の痴呆の進行状況が左右されるタイプともいえる。最近では Peterson¹³⁾らが提唱したアルツハイマー病の予備軍ともいわれているMCI (Mild Cognitive Impairment) も多く含まれている印象を受ける。

HDS-R、活動能力も高く、クリエイティブな活動も各自で、そこそこなすことが多い。病的行動や精神症状もほとんど見られずコミュニケーションも良好である。

- ①境界型痴呆である。
- ②IADLが比較的保たれている。

- ③HDS-Rが比較的高い (20点以上が4/5)。
- ④自分で行う活動 (ADLや作業活動) の自立性が高い。ほとんどが自立。
- ⑤行動障害等はほとんど見られない。

2) 『準境界型タイプ』

境界例痴呆に比べIADL能力の低下が目立つタイプである。突出した問題行動・精神症状が見られるわけではないが、睡眠障害が半数以上に見られる (しかし、これが夜間せん妄や夜に人を起こすなどの行動障害にはならない)。ADLの自立にはばらつきがあり、ほとんど自立している人もいれば、半介助必要な人もおり、境界例に比べ身体機能面に若干の低下がみられる。

作業能力は要監視レベルで遂行可能。コミュニケーションもほぼ良好である。HDS-Rは2桁がほとんどであり、痴呆性老人日常生活自立度判定基準 (以下、自立度判定) もⅡレベルが大半を占める。このタイプの中には、まわりぼけタイプも含まれており、少しの環境整備で境界例同様にある程度主体的な生活を送っていきける可能性を秘めているタイプともとれる。

少しずつ行動障害が起き、それを周囲が受け入れきれずに感情的に反応したり、出来ることもさせていないことで痴呆の進行を促進させることもある。自分はボケていないと他メンバーに対して優越感を持つが、対人能力は低下してきているのでトラブルにつながりやすい。

- ①境界例に比べIADLの低下が著明。
- ②HDS-Rはばらつきがある (二桁がほとんど)、自立度判定はⅡレベル。
- ③睡眠障害が多く見られるが、問題行動に発展することはない。
- ④作業能力は要監視で遂行可能である。
- ⑤コミュニケーションはほぼ良好。
- ⑥若干の身体機能低下がみられる (脳卒中後遺症、大腿部頸部骨折後遺症など)。

3) 『不安・多動タイプ』

IADLの低下は著明。ADLは食事と移動以外は中等度に障害されている。同じことを何度も聞く・まわりつくといった行動が目立つそれに伴う不安感も感じられる。また落ち着きがなく徘徊が高頻度に見られ多動である。転倒はほとんど見られない。活動も全く行わないというわけではないが、監視や介助がないと長続きしないまたは行えない。話のまとまりの悪さや落ち着きのなさなどが時折出現し、コミュニケーションがとりにくい。HDS-Rは2/3が10点以下それ以外は10点前後である。自立度判定はⅢ以上が4/5を占める。

- ①同じことを何度も聞く、まわりつく、不安感などの行動が頻回に見られる。
- ②徘徊が多く見られるがそれに伴う転倒はほとんどない。
- ③活動も高度な作業は自力では行えない。監視や介助が必要。
- ④HDS-Rは10点以下2/3、10点前後。自立度判定はⅢ以上がほとんどである。
- ⑤コミュニケーションは話のまとまりの悪さなどがあるためとりにくいことが多い。

4) 『介護ヘトヘトタイプ』

ADL・IADL・作業活動など自立性を要する活動はほぼ全介助レベル、歩行能力もそれぞれ保たれているが安定した歩行とはいえず、それに伴う転倒が多いタイプである。他者に対する迷惑行為 (暴言・暴行などの攻撃行為、他者とのトラブル、言いがかりや説明に対する否定・ゆがんだ解釈など) が多く見受けられ、介助を行う際にも暴言や強い拒否などもみられる。

作業活動はほとんど介助が必要かはじめから行わないということが多く。コミュニケーションも全くとれないかあるいはとるのにかなり難渋する。痴呆特有の症状が頻発している上に歩行が不安定で転倒の危険性も抱え、介護者にとっては心身共に負担が大きいタイプといえる。HDS-Rは1桁、自立度判定はⅢ~Ⅳ以上である。

- ①クリエイティブな作業活動等に介助を要したり、最初から行おうとしない。
- ②暴言・暴力行為、言いがかり、ゆがんだ解決などの迷惑行為、徘徊等が頻回に出現している。痴呆特有の症状が頻発している。
- ③ADLは低下している。歩行能力は比較的保たれているが、安定した歩行とはいえず、転倒も多い。
- ④コミュニケーションが難しい。
- ⑤HDS-Rは1桁、自立度判定Ⅲ~Ⅳ以上。

5) 『穏やか・ゴソゴソタイプ』

ADL関連はほとんど介助レベル (移動も車椅子レベルが多い) であるが、歩行能力も完全に低下していない場合は、ごそごそ動くこともある、転倒は少ない。コミュニケーションが取りにくいぶん、説明に対する拒否やゆがんだ解釈などが見られ、トラブルに発展することもある。しかし、全般的には問題行動や精神症状は少ない傾向にあり、車椅子やベットなどで静かに過ごしていることも多いタイプである。

作業もほとんど行わず、じっと見ているだけという

ことが多い。単純作業(紙をちぎるなど)においても介助・付き添いが必要である。HDS-Rは1桁、自立度判定はIVが2/3を占める。食事も全介助レベルが多い。

- ①ADLはほとんどの動作で介助レベルである。
- ②車椅子上の生活が多いが、時折ごそごそと動き出すこともある。しかし、転倒につながることは少ない。
- ③コミュニケーションが取りにくいことから、いいがかりや説明に対するゆがんだ解釈等の行動が見られ、トラブルに発展することもある。
- ④HDS-Rは1桁、自立度判定はIVが2/3を占める。
- ⑤食事も全介助レベルが多い。

Ⅳ. 【考察】

1. 類型化の意義

痴呆性高齢者またはその家族の生活を支援するには、保健・医療・福祉そして地域など多くの関連職種との連携がなければ難しい。しかし、現状を見るとその連携を持つための痴呆に対する共通認識(共通言語)があるかという点と疑わしい面がある。軽度の痴呆も重度の痴呆も同一線上に並べられ「痴呆」という言葉で総括されて、それぞれの職種領域(家族も家族なりの考えの中)でそれぞれの言葉でもって対処方法を考え、右往左往しているのが現状ではないだろうか。数年前、山崎はLiepmannの「未分化な粘汁」⁵⁾という言葉を用い、痴呆疾患に対する認識の混沌は未だしと述べているが、それは今日なおそのままの感がある。

その原因として、これまでの痴呆の分類は疫学的、神経心理学的分類に終始し、現在どのような状況で、何を支援したらよいかをイメージできるような臨床状態で分類されることがなかった。そのため、職種間あるいは家族にとって共通の認識が持てず(共通の言葉が持てず)、各自がバラバラの対応を行い(思いこみや混乱)、混沌さを助長していた面があるのではないだろうか。

今回の調査において在宅で生活する痴呆性高齢者の臨床像が、大きく5つのタイプに分かれることを示した。実際の生活状況のあり方を大枠で表現する類型化は「未分化な粘汁」であるその混沌さを幾分整理し、大枠ではあるが各職種間で共通の方向性を持つための物さしとして有用に思われる。

また、当然のことであるが痴呆の臨床像が5つだけに分かれるということではない。ようは目の前にいる

痴呆性高齢者の臨床像が典型的なタイプとどのように違うのかを考えることで、個人の状態像を整理していくことが可能にもなる。そういったことも類型化することの大きな意義ではないかと考える。

2. 既存の類型化と比較して

既存の類型化は痴呆特有の行動障害に焦点をあてているものがほとんどである。それゆえ中等度以降の痴呆が対象となることが多く、ごく軽度の痴呆群(境界型、準境界型タイプ)を類型としてあげていない。世界的にもMCI¹³⁾への関心が高まるなかで、こういった痴呆群への関心は重度に移行させないような環境、関わりを作るという予防的観点からみても重要である。

3. 本研究の今後の課題

今回在宅痴呆性高齢者を5つのタイプに分けることができた。経験、他の意見等から大枠でこの5つのタイプに類型化される印象を受ける。しかし、類型化に使用した調査項目の選定やその解釈の仕方など、まだまだ不十分な点も残されている。先達の方々や臨床家の方々の批判・意見をいただく中で今後も修正を加えていきたいと思う。

【おわりに】

臨床像を5つに分けただけでは、実際に目の前にいる方がどのタイプになるのかを判断することは難しい。そこで誰もが少しの情報収集でタイプを決めることができる簡易評価¹⁴⁾が必要になってくる。また、自立度判定や要介護度、診断されてからの期間などそれぞれのタイプでどのように違いがあるのか、タイプの推移はどうなるのかなど第2報に詳細を報告したいと思う。

引用文献

- 1) Rebecca G.Logsdon, Linda Teri, Susan M.McCurry: Wanderrring: A Significant Problem Among Community Residing Individuals With Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, Vol.53B No.5: 294-299 1998.
- 2) 原田憲一: 老人における痴呆の臨床類型: 精神神経学雑誌, Vol.83 No.3, pp117-128, 1981
- 3) 原田憲一: 痴呆老人における記憶障害の2型: 老年精神医学, Vol.1 No.2, pp243-248, 1984
- 4) 室伏君士, 他: 老年期痴呆の構造と臨床類型: 精神医学, Vol.30 No.7, pp732-738, 1988.

- 5) 山崎英樹、他：老年期における重度痴呆の類型分類. 老年精神医学雑誌、Vol.5 No.2 pp199-214、1994.
- 6) 竹内孝仁：監修：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、pp12-23、2000
- 7) Naomi Feil 著、藤沢嘉勝 監訳：バリデーション：筒井書房、pp55-59、2001
- 8) Lawton MP, Brody EM : Assessment of older people : Self-Maintenance and instrumental ADL. The Gerontologist 9、pp179-186、1969
- 9) 小澤勲：痴呆老人からみた世界. 岩崎学術出版社、1998
- 10) 朝田隆：痴呆患者の問題行動評価票 (TBS) の作成：日本公衛誌、Vol.41 No.6、pp518-527 1995.
- 11) Overall J.E, Gorham D.R : The brief Psychiatric rating scale. Psychl Reps, Vol0 pp799-812、1962
- 12) Nicholas R .Sandie R.Odette H : A Rateing Scale for Assessing Elderly Patients. British J of Occp Ther 51 : pp60-62、1988
- 13) Petersen RC et al : Mild cognitive impairment. : Clinical characterization and outcome. Arch Neurol 56、pp303-308、1999
- 14) 日本作業療法士協会；精神障害問題担当理事：日本作業療法士協会版 (第1版)
精神障害者ケアアセスメント、痴呆アセスメント：作業療法、Vol.20 No.5、pp503-512、2001