



高齢者総合機能評価に基づく認知症患者の在宅ケアプランニング

国立長寿医療研究センター認知症疾患医療センター
認知症地域医療専門職（研究領域）

清家 理

今回は、タイトルにある研究の途中経過について、ご報告をさせていただきたいと思います。

【ポスター -1】

近年の高齢者医療政策の動向は「効率化」に集約されます。その二本柱は、一つ目に高齢者をあらゆる側面から評価し、タイムリーに治療介入すること、二つ目に患者さんの状況に合致した医療機関での治療を実施し、その後は在宅へと移行していく地域連携が挙げられます。その中でも地域連携は介護領域も含めたものとなりつつあります。

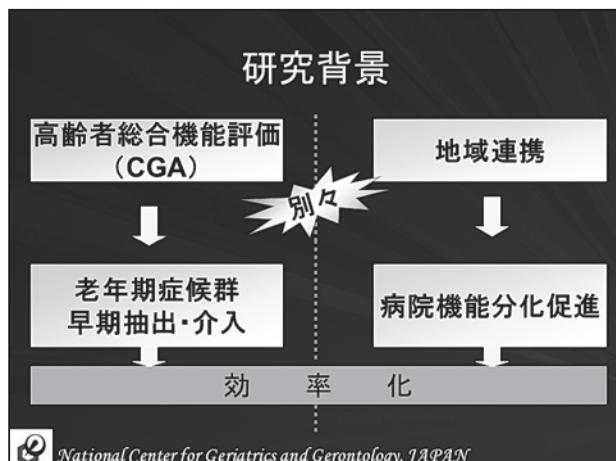
【ポスター -2】

ここで研究命題なのですが、CGA（高齢者総合機能評価）に関しては実施している病院が限定されており、せっかく有意義なデータが集約されても、限定された活用に留まっている側面が否めません。その脱却を図る必要があります。逆にCGAが在宅介護を支える上で、すべてを網羅していると言えない側面があるかもしれません。そこで、本研究では研究目的を2つ挙げました。

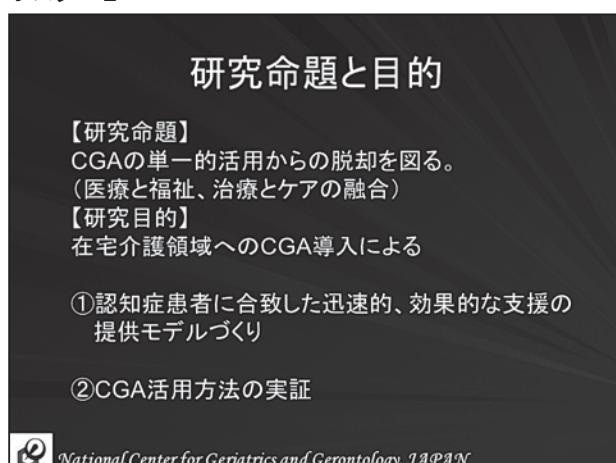
第一にCGAを要介護老人のケアプランに反映させるために、特に認知症患者に合致した迅速的・効果的な支援の提供モデルづくりです。

第二にCGA活用方法の実証です。

ポスター 1



ポスター 2



【ポスター-3】

研究方法です。

研究期間は2011年3月1日～5月31日の3ヶ月間、兵庫県尼崎市のA居宅介護支援事業所で、ケアマネージャーが対応中の認知症を有する患者さん83名を研究対象としました。

研究方法は、ケアマネージャーと研究者がワンセットで各家庭を訪問し、調査する形をとりました。

データは鳥羽先生が中心となっているCGAガイドライン研究班推奨アセスメントセット標準版に基づいています。

データの形は2つに分かれますが、数値型、評価型データはBI（バーセルインデックス）、MMSE、GDS15、あとはDBDスケール、VI（バイタリティーインデックス）で、家族介護者より同意があった61名についてはZarit介護負担度によるものとしました。ナラティブなデータは、介護への思いなどを中心に介護者への聞き取りから抽出しました。

次からは4枚にわたって結果を示していきたいと思います。

ポスター3

研究方法

【研究期間】2011年3月1日～2011年5月31日

【研究対象者】認知症を有する在宅要介護高齢者83名
(兵庫県尼崎市内 A居宅介護支援事業所管轄)

【調査方法】訪問調査(ケアマネージャーと研究者ワンセット)

【指標】高齢者総合機能評価(CGAガイドライン研究班推奨)

【データ】

-数値-

BI(バーセルインデックス), MMSE, GDS15,
DBDスケール, VI(バイタリティーインデックス),
Zarit介護負担度(家族介護者より同意あった場合:61名)

-ナラティブ-

介護への思い(ききとり)

ポスター4

結果

-調査対象者概要-

【平均年齢】

83.2±5.2(歳)

【居住形態】

老夫婦世帯35名(42.1%), 独居17名(20.4%)

【要介護度】

要介護5:9名(10.8%), 要介護4:11名(13.3%),

要介護3:28名(33.7%), 要介護2:12名(14.5%),

要介護1:9名(10.8%),

要支援2:8名(9.7%), 要支援1:6名(7.2%)

【ポスター-4】

今回の調査対象83名の概要です。

平均年齢は83.2±5.2歳です。かなり高齢化が進んでいるといえます。

居住形態は上位2つを挙げました。老夫婦、独居世帯で60%以上を占めています。

要介護度は要介護3がもっとも多かったのですが、要介護2、3、4が全部で60%以上を占める結果となりました。高齢化が進み何らかの介護が必要な人が多い中、老夫婦や独居など家族介護に期待できない環境にある状況が浮き彫りになっていると言えます。

【ポスター-5】

83名について、その認知症の状況を示しました。主なもの2つを紹介します。

まず認知症の中核症状について、MMSEの結果を示させていただきました。標準偏差が18.34±3.6なので、中等度の認知症患者さんの分布があると言えます。

MMSEを項目ごとに該当状況を見たところ、顕著な症状として、後になって思い出して行動する機能、時間や場所を認識する力、文章で記載された指示を理解し遂行する力の低下が、多くの割合を占めました。

【ポスター -6】

これは認知症の周辺症状です。先ほど「DBDスケールを取りました」と申しましたが、その部分です。

「よくある」、「常にある」に該当した人数とその割合のうち、上位5つを示しました。隠したり、出したり、動き回ったりといった陽性症状と、寝てばかりいるような陰性症状に分かれていますが、本研究では陽性症状（夜寝ない、ずっと動きまわる等）を示した割合が非常に多くを占めました。

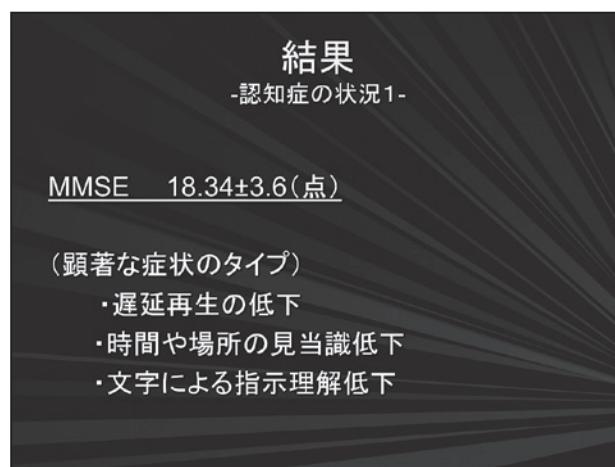
【ポスター -7】

本研究では上位2つの症状が出現している要介護患者さんに対し、介護者が抱いている介護不安内容について見てきました。

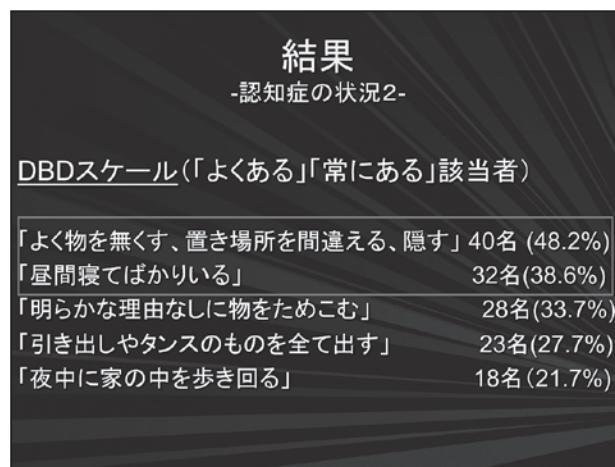
まず、もっとも多くを示した「よく物をなくす」「置く場所を間違える」「隠す」症状がみられる患者さん40名について、表出された介護者の不安についてです。最も多くを占めたのは、「どのように対応したらいいのかわからない」。次に、「無くした物、隠した物を探し出すのに押し問答になったりして、発掘調査に時間がかかる」など、「介護に時間を要す」というところが非常に高い割合を示しました。

次に、昼間寝てばかりいる、いわゆる陰性症状が見られる患者さん32名についてですが、表出された介護者の不安について、最も多くを占めたのはデイサービス、デイケアなど通所系サービスが利用しづらいというものでした。デイケアやデイサービスは生活にリ

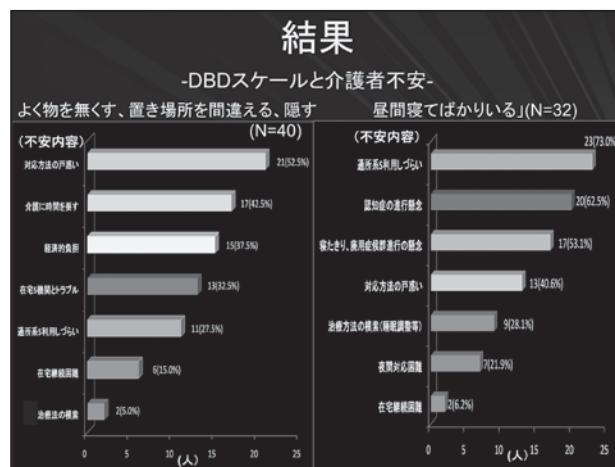
ポスター 5



ポスター 6



ポスター 7



ズムをつけるために利用する方も多いと思いますが、逆にずっと寝てばかりいるのであれば、「家で」と断られ、サービス利用中断となる場合があるため、それを反映した結果になったのではないかと思います。

また、認知症や寝たきり状況の進行を懸念するものが多くを占めました。

また、両方の症状に共通した介護者の不安について、何か良い治療法は無いかという部分で、治療法の模索が顕著でした。

【ポスター -8】

今回は限られたデータでしたが、その中で見えてきたものをまとめます。

まず、在宅要介護の認知症患者さんの状況や環境は、介護者だけに頼れないこと、中等度の認知症状があり、そこそこの介護が必要な状況にあること、認知症の中核もしくは周辺症状に対し介護者自身の多岐にわたる戸惑いがあることが挙げられます。つまり患者さんや家族を取り巻く環境には、医療、介護など多岐にわたるニーズ、つまり包括的なニーズが内在しているということです。

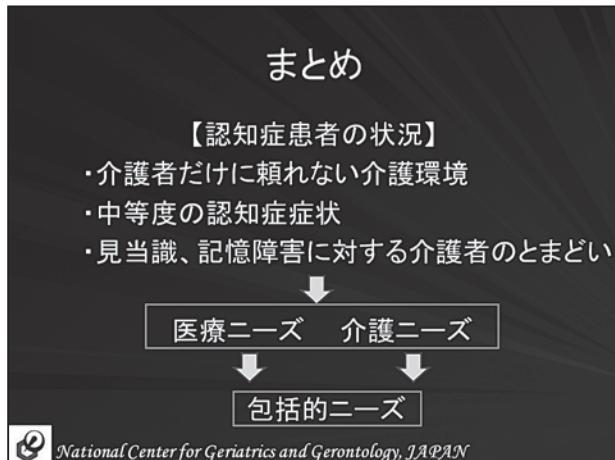
【ポスター -9】

最後に、今後の課題です。

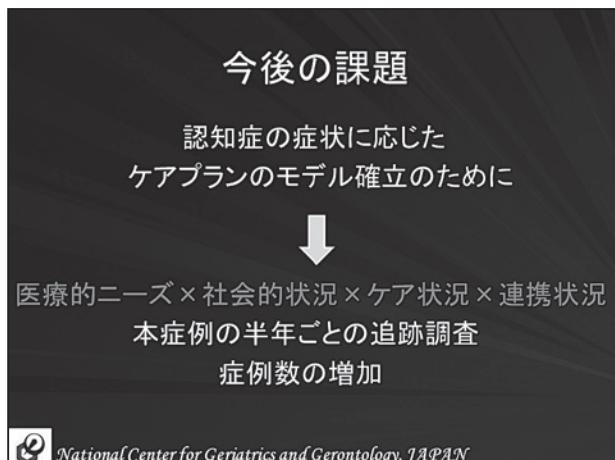
地域連携の実践が浸透している中、医療や介護の情報共有は盛んになっています。しかし、介護領域が医療状況を、医療領域が介護状況を、的確に迅速に把握するスキルや指標が前段階として必要だと言えます。より能率的で効率的な地域連携を図るために尚更です。ケアプランに医学領域で発達してきたCGAという包括的指標を導入して、さらに補足するものを模索することで、眞の包括的評価が可能になり、より患者さんや家族の包括的なニーズに合致

したプランニングや支援が提供できることが重要になります。そのためには、まだ本研究は入り口に立ったばかりですので、医療的ニーズ、経済的ニーズ、患者さん、家族さん、地域の人との関係性を含めた社会的状況、ケアの状況、連携状況等に、支援状況も加味した評価を、半年ごとに、これからケアマネージャーさんと一緒に追跡調査を実施していきます。かつ、症例数の増加を図ること、以上が今後の研究課題です。

ポスター 8



ポスター 9



質疑応答

平野： CGAを活用していくことと、新たにここで掲げられているMMSEとかDBDとかとの関連性がよく分からなかったのですが。

清家： CGAは老年医学領域での的確な診断のために用いられる評価指標の集合体です。その中に、MMSEやDBDスケールがあり、認知症の中核症状や周辺症状の出現度合いを見る指標も含まれています。

過去、在宅支援（ケアプランニング）を実施していく上で、各々アセスメントを実施していましたが、医学的要素が弱い側面がありました。

そのため、医療と福祉の連携となった場合に、患者さんの把握度合いが、一方は医学的要素ばかり、もう一方は社会的要素（居住環境、家族状況、介護量等）ばかりと偏りが生じていました。それを是正する一助として、今回、在宅支援（ケアプランニング）を実施する上で医学的指標を導入し、支援につなげる取組みを行いました。