

特別養護老人ホーム新規入所者に対する 精神医学的介護に関する縦断的研究

奈良県立医科大学精神医学教室

三宅 雅 一

PROSPECTIVE AND LONGITUDINAL STUDIES ON PSYCHIATRIC ISSUES OF NEWCOMER RESIDENTS IN A NURSING HOME

MASAKAZU MIYAKE

Department of Psychiatry, Nara Medical University

Received September 29, 1995

Abstract: Studies on psychiatric issues of 244 consecutive new residents in a nursing home were made prospectively and longitudinally. Psychiatric diagnoses, psychotic symptoms, behavioral problems, score with Hasegawa's dementia rating scale, and activity of daily living (ADL) were investigated. The prevalence rate of dementia was 88.9% (Alzheimer type, 22.5% : vascular type, 45.5%). 77.9% of the total sample had psychotic symptoms, and 44.3% had behavioral problems. In cases of Alzheimer type dementia, the severity of dementia and the number of behavioral problems significantly increased with time course, while these did not change significantly in cases of vascular dementia.

Index Terms

nursing home, behavioral problem, dementia, Hasegawa's dementia rating scale, ADL

緒 言

今日、急激な人口の高齢化にともない、痴呆をはじめとする精神障害やその随伴症状を呈する老人の増加が問題となってきた。

1992年に、大塚ら⁹⁾が1990年の特別養護老人ホーム入所中の痴呆性老人数を約2,200施設、約16万床に対して82,724人と推計しているように、特に特別養護老人ホームでは精神障害を有する老人がすくなくない事が指摘されている¹⁻¹¹⁾。

また、米国のGermanら(1992)¹⁷⁾が、nursing home新規入所者454人中80%が精神疾患を有した、と指摘しているように、欧米でもnursing homeに入所中の精神障害をもつ多くの老人が認められている¹²⁻¹⁸⁾。

精神障害や問題行動のある老人に対しては、精神医学的なアプローチが、処遇を適切にし、QOLを向上させるためにも重要と考えられる。また、現場でケアする寮

母からは、これらの入所老人に関する介護困難の訴えがよく聞かれるが、施設の精神科嘱託医としても答えに窮する事が多々ある。

しかし、柄澤¹⁹⁾が「この領域の研究はほとんどおこなわれていない」と述べているのが現状である。また、縦断的研究もわずかに認めるものの^{25,26,28)}、調査期間が短期であったり、例数がすくなくなったりで、不十分さは否めない。

今回著者は、奈良県下の特別養護老人ホーム国見苑で、介護者としての寮母の視点に立った、「prospective」、かつ縦断的な精神医学的調査をおこない、種々の知見を得たので、ここに報告する。

対象と方法

1. 対象

対象は、同特別養護老人ホームに昭和63年8月から平成7年4月までに新規に入所した244人である。

入所時の年齢は Table 1 のような分布を示し、男女間の差の有意差は認めなかった($p < 0.05$)。男女共に 75 歳から 84 歳までに約半数が集中しており、平均年齢は 78.9 ± 7.5 歳(男性 77.5 ± 9.4 歳, 女性 79.4 ± 6.7 歳, range は 53-95 歳)であった。また、男性は 62 人, 女性は 182 人で、女性が男性の約 3 倍であった。

2. 調査方法

Table 1. Demographic characteristics of subjects

Characteristics (N=244)			
Age(years)	Male(%)	Female(%)	Total(%)
≤64	7(11.3)	4(2.2)	11(4.5)
65-74	12(19.3)	36(19.8)	48(19.7)
75-84	28(45.2)	100(54.9)	128(52.5)
85-94	13(21.0)	40(22.0)	53(21.7)
95≤	2(3.2)	2(1.1)	4(1.6)
Total	62(100.0)	182(100.0)	244(100.0)
Sex			
Male	62(25.4%)		
Female	182(74.6%)		

これらの入所者に対し精神所見, 身体所見, 長谷川式簡易知能評価スケール(以下, HDS), 日常生活動作能力(以下, ADL), 精神症状, および問題行動についての調査をおこなった。なお, 調査票は昭和 62 年に東京都がおこなった調査²⁰⁾に準じて作成し, "prospective", 縦断的研究を企画した。調査票には毎月 1 回担当寮母が記載する事としたが, 事前に十分な指導をおこない, 担当寮母を習熟せしめたのちに調査を開始した。また, 記載にあたっては, 担当グループ内で十分に検討し, さらに, 調査票の信頼性を高めるために担当寮母, そのグループ, 担当看護スタッフ, そして医師である著者が点検し, 四重にチェックをおこなった。HDS は特定の看護スタッフと寮母が施行した。なお, HDS の結果の信頼性に関しては, Cronbach の α 係数が 0.948 と高かった。

3. 精神医学的診断

痴呆の診断は, HDS の得点, 病歴, 臨床所見および経過, 柄澤式「老人知能の臨床的判定の基準」による判定, Hachinski の虚血スコア, 頭部 CT 所見などの結果に基

Table 2. Changes of psychotic symptoms and behavioral problems over time in nursing home residents

	1 month after admission(N=244)		3 months after admission(N=226)	
	N	(%)	N	(%)
Delirium	9	(3.7)	7	(3.1)
Hallucination	13	(5.3)	13	(5.8)
Delusion	10	(4.1)	10	(4.4)
Persecutory idea	11	(4.5)	9	(4.0)
Anxiety	17	(7.0)	17	(7.5)
Agitation	9	(3.7)	8	(3.5)
Depression	4	(1.6)	4	(1.8)
Excitement	28	(11.5)	25	(11.1)
Obsession, Compulsion	0	(0.0)	0	(0.0)
Hypochondria	6	(2.5)	6	(2.7)
Disturbance of consciousness	6	(2.5)	6	(2.7)
Insomnia	13	(5.3)	18	(8.0)
Other psychotic symptoms	1	(0.4)	1	(0.4)
Aggressivity	29	(11.9)	26	(11.5)
Filthiness	22	(9.0)	21	(9.3)
Wandering	71	(29.1)	67	(29.6)
Getting lost	27	(11.1)	26	(11.5)
Mismanagement of fire	1	(0.4)	1	(0.4)
Collectionism	4	(1.6)	6	(2.7)
Waste(or Oniomania)	0	(0.0)	0	(0.0)
Bulimia	5	(2.0)	7	(3.1)
Telling the untruth	1	(0.4)	1	(0.4)
Sexual behavior problem	1	(0.4)	1	(0.4)
Stealing	1	(0.4)	1	(0.4)
Loudness	24	(9.8)	19	(8.4)
Waking others in the night	1	(0.4)	0	(0.0)
Holding families or the staff	5	(2.0)	9	(4.0)
Other behavior problems	20	(8.2)	18	(8.0)

づき総合的におこなった。また、他の精神障害は、通常の臨床的診断によった。

4. 分析方法

統計学的検定は χ^2 検定, Student-t検定, および Welch の検定を用い, 有意水準を5%とした。

なお, 入所にもなう環境の変化により, 若干名は一時的に精神的動揺を呈したが, 短期間で安定した。この入所にもなう反応を検討するため, 入所後1ヶ月目と3ヶ月目の精神症状と問題行動の出現頻度を比較したが, すべての項目で有意差は認められなかったので(p<0.01, Table 2), 調査結果のうち入所後1ヶ月目も含め, 各人の1, 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48, 60, 72ヶ月目のデータを採用し, 計1135件について種々の検討をお

こなった。

Fig. 1に追跡期間とその調査人数を示す。

今回の対象者の平均追跡月数は19.8±18.0ヶ月であった。

結 果

I. 入所後1ヶ月目のデータの検討結果

1. 精神医学的診断

Table 3は入所者の精神医学的診断の人数(%)を示す。アルツハイマー型痴呆は22.5%, 脳血管性痴呆は45.5%, 混合型痴呆は5.3%, 分類不能およびその他の痴呆は15.6%, 精神遅滞は3.7%, 機能的な精神障害は3.3%であった。男女差で見れば, 有意差が認められた(p<

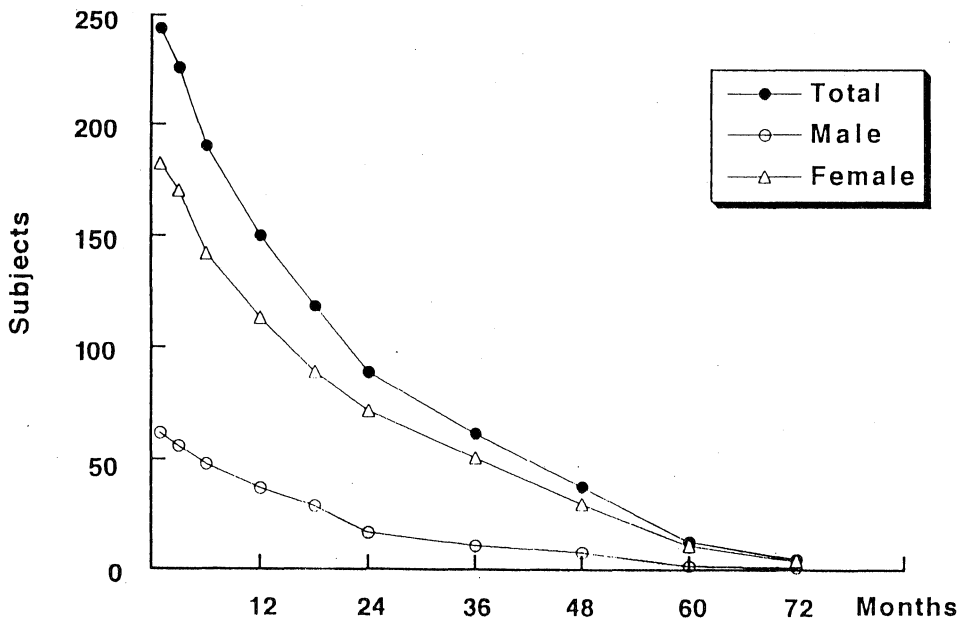


Fig. 1. Number of subjects with time course.

Table 3. Psychiatric diagnoses

Diagnoses	DAT	VD	MD	OD	MR	FP
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Total	55 (22.5)	111 (45.5)	13 (5.3)	38 (15.6)	9 (3.7)	8 (3.3)
Male	2 (3.2)	39 (62.9)	1 (1.6)	7 (11.3)	8 (12.9)	2 (3.2)
Female	53 (29.1)	72 (39.6)	12 (6.6)	31 (17.0)	1 (0.5)	6 (3.3)

DAT ; Dementia of Alzheimer's type
 VD ; Vascular dementia
 MD ; Mixed type dementia
 OD ; Other dementia and unclear dementia
 MR ; Mental retardation
 FP ; Functional psychoses

0.001). 男性群では脳血管性痴呆, 精神遅滞が多く, 女性群では脳血管性痴呆, アルツハイマー型痴呆が多かった. 機能的な精神障害には精神分裂病, うつ病などが含まれた.

Table 4 に痴呆分類と精神症状を示す. アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆を比較したが, 各項目の出現頻度に有意差は認めなかった. なお, 「その他の精神症状」には「独語」「感情失禁」などが含まれた.

Table 5 に痴呆分類と問題行動を示す. アルツハイマ

ー型痴呆と脳血管性痴呆を比較すると, 「迷子」がアルツハイマー型痴呆に有意に多く出現した($p < 0.01$). なお, 「その他の問題行動」には「異食」「所かまわず放尿する」「裸になる」などが含まれた.

2. 全対象に対する検討

1) HDS について

Table 6 に入所時の HDS の得点の分布を示す. 10 点以下が 56.1%, 21.5 点までが 28.7% で, 両者で約 85% を占めた. 女性は 10 点以下が男性に比べて有意に多かつ

Table 4. Psychotic symptoms on diagnoses of dementia

Diagnoses of dementia	DAT(N=55)		VD(N=111)		MD(N=13)		OD(N=38)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Delirium	1	(1.8)	7	(6.3)	0	(0.0)	1	(2.6)
Hallucination	2	(3.6)	9	(8.1)	0	(0.0)	1	(2.6)
Delusion	1	(1.8)	6	(5.4)	0	(0.0)	0	(0.0)
Persecutory idea	2	(3.6)	7	(6.3)	0	(0.0)	1	(2.6)
Anxiety	7	(12.7)	6	(5.4)	1	(7.7)	2	(5.3)
Agitation	2	(3.6)	3	(2.7)	0	(0.0)	4	(10.5)
Depression	1	(1.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Excitement	9	(16.4)	12	(10.8)	1	(7.7)	4	(10.5)
Obsession, Compulsion	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Hypochondria	3	(5.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.6)
Disturbance of consciousness	0	(0.0)	1	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)
Insomnia	2	(3.6)	4	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)
Other psychotic symptoms	2	(3.6)	7	(6.3)	1	(7.7)	2	(5.3)

DAT ; Dementia of Alzheimer's type

VD ; Vascular dementia

MD ; Mixed type dementia

OD ; Other dementia and unclear dementia

Table 5. Behavioral problems on diagnoses of dementia

Diagnoses of dementia	DAT(N=55)		VD(N=111)		MD(N=13)		OD(N=38)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Aggressivity	9	(16.4)	13	(11.7)	0	(0.0)	5	(13.2)
Filthiness	7	(12.7)	8	(7.2)	0	(0.0)	5	(13.2)
Wandering	22	(40.0)	33	(29.7)	4	(30.8)	9	(23.7)
Getting lost	14	(25.5)	10	(9.0)	1	(7.7)	1	(2.6)
Mismanagement of fire	0	(0.0)	1	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)
Collectionism	2	(3.6)	2	(1.8)	0	(0.0)	0	(0.0)
Waste(or Oniomania)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Bulimia	1	(1.8)	3	(2.7)	0	(0.0)	1	(2.6)
Telling the untruth	1	(1.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Sexual behavior problem	0	(0.0)	1	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)
Stealing	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Loudness	5	(9.1)	12	(10.8)	1	(7.7)	5	(13.2)
Waking others in the night	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.6)
Holding families or the staff	2	(3.6)	1	(0.9)	0	(0.0)	1	(2.6)
Other behavior problems	5	(9.1)	9	(8.1)	1	(7.7)	3	(7.9)

DAT ; Dementia of Alzheimer's type

VD ; Vascular dementia

MD ; Mixed type dementia

OD ; Other dementia and unclear dementia

た($p < 0.05$).

Table 7 に HDS の得点と痴呆以外の精神症状との関係を示す。全体では「興奮」「不安」が多かった。HDS が 10 点以下と 10.5 点から 30.5 点までの 2 グループを比べた場合、「興奮」が 10 点以下に有意に多く出現した($p < 0.001$)。なお、各精神症状における HDS の平均得点

を併せて示した。また、今回の調査で痴呆以外の精神症状の出現率は 31.1%，痴呆を含むと 77.9% であった。

Table 8 に HDS の得点と問題行動との関係を示す。全体では「徘徊」「攻撃」「迷子」「大声をあげる」が多かった。また、HDS が 10 点以下のグループの方が、「徘徊」「大声をあげる」($p < 0.001$)、「攻撃」「不潔」「迷

Table 6. The classification using Hasegawa's dementia screening scale

Hasegawa's dementia screening scale score	0-10 N (%)	10.5-21.5 N (%)	22-30.5 N (%)	31-32.5 N (%)	Total(%)
Total	137(56.1)	70(28.7)	35(14.3)	2(0.8)	244(100.0)
Male	28(45.2)	23(37.1)	10(16.1)	1(1.6)	62(100.0)
Female	109(59.9)	47(25.8)	25(13.7)	1(0.5)	182(100.0)

Table 7. Psychotic symptoms in groups classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=137) 0-10 N (%)	(N=70) 10.5-21.5 N (%)	(N=35) 22-30.5 N (%)	(N=2) 31-32.5 N (%)	Total(%)	Mean±SD
Delirium	7(5.1)	1(1.4)	1(2.9)	0(0.0)	9(3.7)	8.11±8.67
Hallucination	11(8.0)	1(1.4)	1(2.9)	0(0.0)	13(5.3)	7.42±7.26
Delusion	8(5.8)	1(1.4)	1(2.9)	0(0.0)	10(4.1)	7.80±7.92
Persecutory idea	7(5.1)	2(2.9)	1(2.9)	1(50.0)	11(4.5)	9.10±8.04
Anxiety	7(5.1)	9(12.9)	1(2.9)	0(0.0)	17(7.0)	10.50±6.26
Agitation	3(2.2)	6(8.6)	0(0.0)	0(0.0)	9(3.7)	11.78±6.12
Depression	1(0.7)	2(2.9)	1(2.9)	0(0.0)	4(1.6)	12.67±8.63
Excitement	25(18.2)	2(2.9)	1(2.9)	0(0.0)	28(11.5)	4.34±6.33
Obsession, Compulsion	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Hypochondria	2(1.5)	2(2.9)	2(5.7)	0(0.0)	6(2.5)	14.80±7.53
Disturbance of consciousness	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	0.00±0.00
Insomnia	6(4.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(2.5)	1.92±2.65
Other psychotic symptoms	7(5.1)	5(7.1)	1(2.9)	0(0.0)	13(5.3)	10.62±6.60

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

Table 8. Behavioral problems in groups classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=137) 0-10 N (%)	(N=70) 10.5-21.5 N (%)	(N=35) 22-30.5 N (%)	(N=2) 31-32.5 N (%)	Total(%)	Mean±SD
Aggressivity	23(16.8)	3(4.3)	3(8.6)	0(0.0)	29(11.9)	6.07±8.10
Filthiness	18(13.1)	4(5.7)	0(0.0)	0(0.0)	22(9.0)	4.00±4.61
Wandering	64(46.7)	6(8.6)	1(2.9)	0(0.0)	71(29.1)	4.25±5.02
Getting lost	22(16.1)	4(5.7)	1(2.9)	0(0.0)	27(11.1)	5.56±6.39
Mismanagement of fire	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	2.50±0.00
Collectionism	3(2.2)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	4(1.6)	6.38±4.90
Waste(or Oniomania)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Bulimia	4(2.9)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	5(2.0)	4.60±4.38
Telling the untruth	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	8.50±0.00
Sexual behavior problem	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	3.50±0.00
Stealing	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	9.00±0.00
Loudness	23(16.8)	0(0.0)	1(2.9)	0(0.0)	24(9.8)	3.83±6.12
Waking others in the night	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	10.50±0.00
Holding families or the staff	3(2.2)	1(1.4)	1(2.9)	0(0.0)	5(2.0)	10.00±9.45
Other behavior problems	10(7.3)	8(11.4)	1(2.9)	1(50.0)	20(8.2)	8.68±8.35

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

子」($p < 0.05$)が有意に多く出現した。なお、各問題行動における HDS の平均得点を併せて示した。また、問題行動は全体の 44.3% に認められた。

2) 全般的日常活動性について

Table 9 は全般的日常活動性と精神症状との関係である。1 は「寝たきり、あるいはほとんど寝たきり」、2 は「寝たり、起きたり(床はしいたまま)」、3 は「起きてはいるがあまり動かない」、4 は「動くことは動くが動きはすくない」、5 は「施設の中ではふつうに動く」である。「寝たきり」および「準寝たきり」にあたる全般的日常活動性 [1, 2] とそれ以上の活動性 [3, 4, 5] の 2 グループを比べた場合、「不安」($p < 0.001$)、「焦燥」($p < 0.05$)が全般的日常活動性 [1, 2] のグループに有意に多く認

められた。

Table 10 は全般的日常活動性と問題行動との関係である。全般的日常活動性 [1, 2] とそれ以上の活動性 [3, 4, 5] の 2 グループを比べたところ、「徘徊」($p < 0.001$)、「迷子」($p < 0.05$)が全般的日常活動性 [3, 4, 5] のグループに有意に多く出現した。なお、今回の「寝たきり」および「準寝たきり」は 14.8% であった。

3) 聴力について

今回、聴力障害を有する者は 32.0% であった。聴力と精神症状、問題行動との関係を検討し、聴力障害を持つグループと聴力障害を持たないグループを比べたが、精神症状、問題行動の各項目の出現頻度に有意差は認めなかった。

Table 9. Psychotic symptoms in groups classified according to the rank of general ADL

Ranks of general ADL	1, 2 (N=36)	3, 4 (N=76)	5 (N=132)	Total (N=244)
Delirium	2(5.6)	5(6.6)	2(1.5)	9(3.7)
Hallucination	1(2.8)	6(7.9)	6(4.5)	13(5.3)
Delusion	2(5.6)	3(3.9)	5(3.8)	10(4.1)
Persecutory idea	3(8.3)	4(5.3)	4(3.0)	11(4.5)
Anxiety	9(25.0)	1(1.3)	7(5.3)	17(7.0)
Agitation	4(11.1)	2(2.6)	3(2.3)	9(3.7)
Depression	0(0.0)	1(1.3)	3(2.3)	4(1.6)
Excitement	3(8.3)	12(15.8)	13(9.8)	28(11.5)
Obsession, Compulsion	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Hypochondria	1(2.8)	0(0.0)	5(3.8)	6(2.5)
Disturbance of consciousness	0(0.0)	1(1.3)	0(0.0)	1(0.4)
Insomnia	0(0.0)	3(3.9)	3(2.3)	6(2.5)
Other psychotic symptoms	0(0.0)	7(9.2)	6(4.5)	13(5.3)

ADL ; Activity of daily living

Table 10. Behavioral problems in groups classified according to the rank of general ADL

Ranks of general ADL	1, 2 (N=36)	3, 4 (N=76)	5 (N=132)	Total (N=244)
Aggressivity	2(5.6)	8(10.5)	19(14.4)	29(11.9)
Filthiness	2(5.6)	8(10.5)	12(9.1)	22(9.0)
Wandering	1(2.8)	14(18.4)	56(42.4)	71(29.1)
Getting lost	0(0.0)	2(2.6)	25(15.9)	27(11.1)
Mismanagement of fire	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.4)
Collectionism	0(0.0)	0(0.0)	4(3.0)	4(1.6)
Waste(or Oniomania)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Bulimia	0(0.0)	1(1.3)	4(3.0)	5(2.0)
Telling the untruth	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.4)
Sexual behavior problem	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.4)
Stealing	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.4)
Loudness	4(11.1)	10(13.2)	10(7.6)	24(9.8)
Waking others in the night	1(2.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)
Holding families or the staff	1(2.8)	0(0.0)	4(3.0)	5(2.0)
Other behavior problems	2(5.6)	6(7.9)	12(9.1)	20(8.2)

ADL ; Activity of daily living

4) 視力について

今回、視力障害を有する者は29.9%であった。視力と精神症状、問題行動との関係を検討し、視力障害を持つグループと視力障害を持たないグループを比べたところ、「心気症状」が、視力障害を持つグループ73人中5人、視力障害を持たないグループ171人中1人と、視力障害を持つグループに有意に多く出現した($p < 0.05$)。

3. アルツハイマー型痴呆での検討

HDSの得点が10点以下のグループと10.5点から30.5点までのグループとの間で比較検討をおこなった。

Table 11 にアルツハイマー型痴呆における精神症状

とHDSの得点との関係を示したが、上記グループ間で各項目の出現頻度に有意差は認めなかった。なお、各精神症状におけるHDSの平均得点を併せて示した。

Table 12 はアルツハイマー型痴呆における問題行動とHDSの得点との関係を示しており、「徘徊」が10点以下のグループに有意に多く出現した($p < 0.01$)。また、各問題行動におけるHDSの平均得点を併せて示した。

なお、アルツハイマー型痴呆における精神症状、問題行動と全般的日常活動性との関係を「寝たきり」および「準寝たきり」にあたる全般的日常活動性 [1, 2] のグループとそれ以上の活動性 [3, 4, 5] のグループとの間

Table 11. Psychotic symptoms in groups of Alzheimer's type dementia classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=38)	(N=11)	(N=6)	(N=55)	Mean±SD
	0-10 N (%)	10.5-21.5 N (%)	22-30.5 N (%)	Total(%)	
Delirium	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	3.50±0.00
Hallucination	2(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	1.75±1.75
Delusion	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	3.50±0.00
Persecutory idea	2(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	6.00±2.50
Anxiety	4(10.5)	3(27.3)	0(0.0)	7(12.7)	9.43±5.54
Agitation	1(2.6)	1(9.1)	0(0.0)	2(3.6)	14.00±5.50
Depression	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)	1(1.8)	19.50±0.00
Excitement	9(23.7)	0(0.0)	0(0.0)	9(16.4)	1.78±2.26
Obsession, Compulsion	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Hypochondria	2(5.3)	1(9.1)	0(0.0)	3(5.5)	10.50±6.57
Disturbance of consciousness	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Insomnia	2(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	1.00±1.00
Other psychotic symptoms	1(2.6)	1(9.1)	0(0.0)	2(3.6)	8.50±6.50

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

Table 12. Behavioral problems in groups of Alzheimer's type dementia classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=38)	(N=11)	(N=6)	(N=55)	Mean±SD
	0-10 N (%)	10.5-21.5 N (%)	22-30.5 N (%)	Total(%)	
Aggressivity	8(21.1)	0(0.0)	1(16.7)	9(16.4)	4.72±8.00
Filthiness	6(15.8)	1(9.1)	0(0.0)	7(12.7)	2.71±3.87
Wandering	21(55.3)	0(0.0)	1(16.7)	22(40.0)	3.77±5.83
Getting lost	11(28.9)	2(18.2)	1(16.7)	14(25.5)	5.89±7.54
Mismanagement of fire	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Collectionism	2(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	1.75±1.75
Waste(or Oniomania)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Bulimia	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	0.00±0.00
Telling the untruth	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	8.50±0.00
Sexual behavior problem	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Stealing	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Loudness	5(13.2)	0(0.0)	0(0.0)	5(9.1)	1.50±1.34
Waking others in the night	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Holding families or the staff	2(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	2.00±2.00
Other behavior problems	4(10.5)	1(9.1)	0(0.0)	5(9.1)	4.50±7.17

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

で検討したが、各項目の出現頻度に有意差は認めなかった。

4. 脳血管性痴呆での検討

HDS の得点が 10 点以下のグループと 10.5 点から 30.5 点までのグループとの間で比較検討をおこなった。

Table 13 に脳血管性痴呆における精神症状と HDS の得点との関係を示したが、上記グループ間で各項目の出現頻度に有意差は認めなかった。

Table 14 は脳血管性痴呆における問題行動と HDS の得点との関係を示している。「徘徊」(p<0.001), 「迷子」(p<0.01), 「大声をあげる」(p<0.05)が 10 点以下

のグループに有意に多く出現した。

次に脳血管性痴呆における精神症状、問題行動と全般的日常活動性との関係を「寝たきり」および「準寝たきり」にあたる全般的日常活動性 [1, 2] のグループとそれ以上の活動性 [3, 4, 5] のグループとの間で検討したところ、「不安」が、全般的日常活動性 [1, 2] のグループ 17 人中 5 人, [3, 4, 5] のグループ 94 人中 1 人と、全般的日常活動性 [1, 2] のグループに有意に多く出現した(p<0.001)。また、「徘徊」が、全般的日常活動性 [1, 2] のグループ 17 人中 0 人, [3, 4, 5] のグループ 94 人中 33 人と、全般的日常活動性 [3, 4, 5] のグルー

Table 13. Psychotic symptoms in groups of vascular dementia classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=59)	(N=40)	(N=12)	(N=111)	Mean±SD
	0-10 N (%)	10.5-21.5 N (%)	22-30.5 N (%)	Total(%)	
Delirium	5(8.5)	1(2.5)	1(8.3)	7(6.3)	9.93±8.93
Hallucination	7(11.9)	1(2.5)	1(8.3)	9(8.1)	9.28±7.70
Delusion	4(6.8)	1(2.5)	1(8.3)	6(5.4)	10.92±8.86
Persecutory idea	4(6.8)	2(5.0)	1(8.3)	7(6.3)	10.64±9.08
Anxiety	3(5.1)	3(7.5)	0(0.0)	6(5.4)	10.08±7.49
Agitation	1(1.7)	2(5.0)	0(0.0)	3(2.7)	9.67±6.94
Depression	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Excitement	10(16.9)	1(2.5)	1(8.3)	12(10.8)	5.92±8.08
Obsession, Compulsion	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Hypochondria	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Disturbance of consciousness	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	0.00±0.00
Insomnia	4(6.8)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.6)	2.38±3.07
Other psychotic symptoms	4(6.8)	3(7.5)	0(0.0)	7(6.3)	9.29±6.15

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

Table 14. Behavioral problems in groups of vascular dementia classified using HDS and the mean scores

Hasegawa's dementia screening scale score	(N=59)	(N=40)	(N=12)	(N=111)	Mean±SD
	0-10 N (%)	10.5-21.5 N (%)	22-30.5 N (%)	Total(%)	
Aggressivity	10(16.9)	2(5.0)	1(8.3)	13(11.7)	7.08±7.91
Filthiness	6(10.2)	2(5.0)	0(0.0)	8(7.2)	6.38±4.94
Wandering	30(50.8)	3(7.5)	0(0.0)	33(29.7)	4.71±4.45
Getting lost	10(16.9)	0(0.0)	0(0.0)	10(9.0)	3.95±3.12
Mismanagement of fire	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	2.50±0.00
Collectionism	1(1.7)	1(2.5)	0(0.0)	2(1.8)	11.00±1.50
Waste(or Oniomania)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Bulimia	3(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.7)	3.83±2.90
Telling the untruth	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Sexual behavior problem	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	3.50±0.00
Stealing	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Loudness	11(18.6)	0(0.0)	1(8.3)	12(10.8)	5.21±7.80
Waking others in the night	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
Holding families or the staff	1(1.7)	0(0.0)	0(1.6)	1(0.9)	3.50±0.00
Other behavior problems	5(8.5)	4(10.0)	0(0.0)	9(8.1)	7.50±6.52

HDS ; Hasegawa's dementia screening scale

プに有意に多く認められた($p < 0.01$).

5. HDS の平均得点からみた検討

アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆における精神症状別および問題行動別の HDS の平均得点を比べたが、特に有意差は認めなかった (Table 11, 12, 13, 14).

6. 問題行動と全般的日常活動性との関係についての検討

Table 15 に問題行動の有無と全般的日常活動性との関係を示す。全体では、問題行動が認められたのは、全般的日常活動性 [3, 4, 5] のグループ 208 人中 101 人、[1, 2] のグループ 36 人中 7 人と、全般的日常活動性が高いグループほど有意に多かった ($p < 0.01$)。脳血管性痴呆では、問題行動が認められたのは、全般的日常活動性 [3, 4, 5] のグループ 94 人中 46 人、[1, 2] のグル

Table 15. The relationship of general ADL and number of behavioral problems

Number of behavioral problems	Total residents (N=244)		Residents of DAT (N=55)		Residents of VD (N=111)	
	0	1<	0	1<	0	1<
General ADL						
1, 2	29	7	4	0	14	3
3, 4, 5	107	101	22	29	48	46
Total	136	108	26	29	62	49

DAT ; Dementia of Alzheimer's type
 VD ; Vascular dementia
 ADL ; Activity of daily living

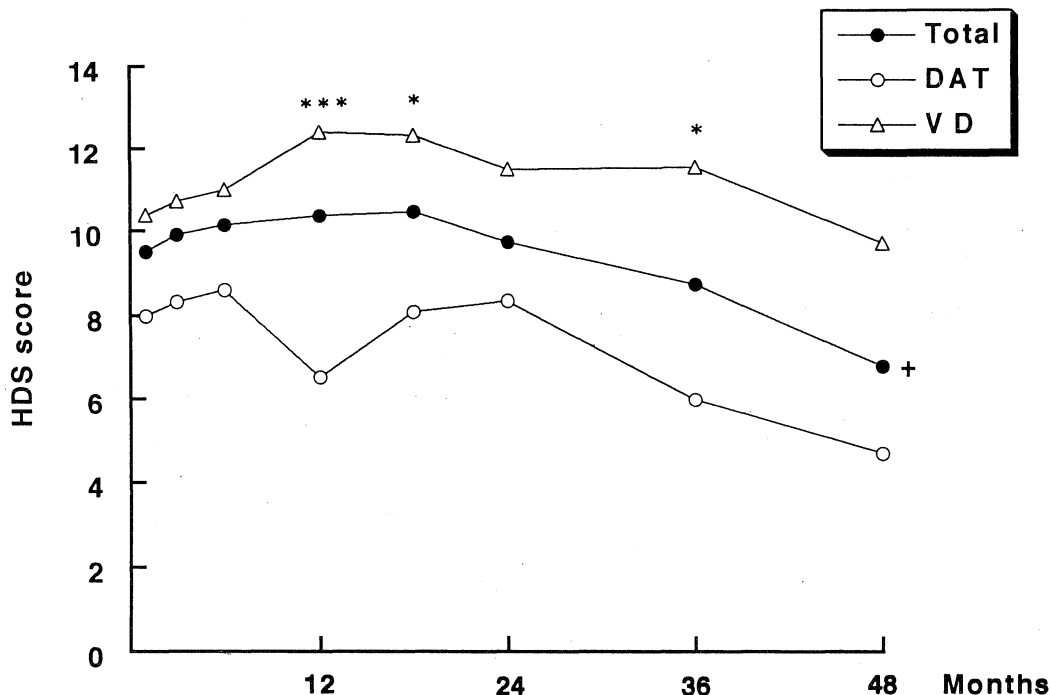


Fig. 2. Changes of mean HDS scores with time course.
 There were significant differences between DAT and VD (** * $p < 0.001$, * $p < 0.05$).
 HDS score at 48 months follow up significantly (+ $p < 0.05$) decreased from at 18 months follow up in total residents.
 HDS ; Hasegawa's dementia screening scale
 DAT ; Dementia of Alzheimer's type
 VD ; Vascular dementia

ープ17人中3人と、やはり全般的日常活動性の高いグループほど有意に多かった($p < 0.05$)。しかし、アルツハイマー型痴呆では、全般的日常活動性の違いによる有意差は認めず、また、「寝たきり」「準寝たきり」がかなりすくなくなかった。

II. 縦断的検討

1. HDS の得点, 問題行動数の平均値について

全対象, アルツハイマー型痴呆群, 脳血管性痴呆群における HDS の得点, および問題行動数の平均値について対象者全員に対し縦断的検討をおこなった。なお, 各調査月において上記の3グループのそれぞれの平均年齢に有意差は認めなかった。

1) HDS の得点について

Fig. 2 にその調査月ごとの全対象者(以下, 全体), アルツハイマー型痴呆群, 脳血管性痴呆群における HDS の

平均得点の経時的变化を示す。12ヶ月目(アルツハイマー型痴呆群 6.51 ± 7.81 点, 脳血管性痴呆群 12.38 ± 8.00 点: 以下, 数値はこの順で示す, $p < 0.001$), 18ヶ月目(8.08 ± 8.65 , 12.30 ± 8.66), 36ヶ月目(5.98 ± 7.98 , 11.52 ± 8.69 , 以上 $p < 0.05$)において, 脳血管性痴呆群のほうがアルツハイマー型痴呆群よりも HDS の平均得点が高いであった。また, アルツハイマー型痴呆群, 脳血管性痴呆群では, それぞれの調査月の HDS の平均得点間に有意差は認めなかった。しかし, 全体では, 48ヶ月目の HDS の平均得点(6.78 ± 7.95)の方が18ヶ月目の平均得点(10.47 ± 8.66)よりも有意に低かった($p < 0.05$)。(なお, Fig. 2 および次の Fig. 3 において, 脳血管性痴呆群は60ヶ月目以後は0人となったため, 60, 72ヶ月目の結果は省略した。)

2) 問題行動数について

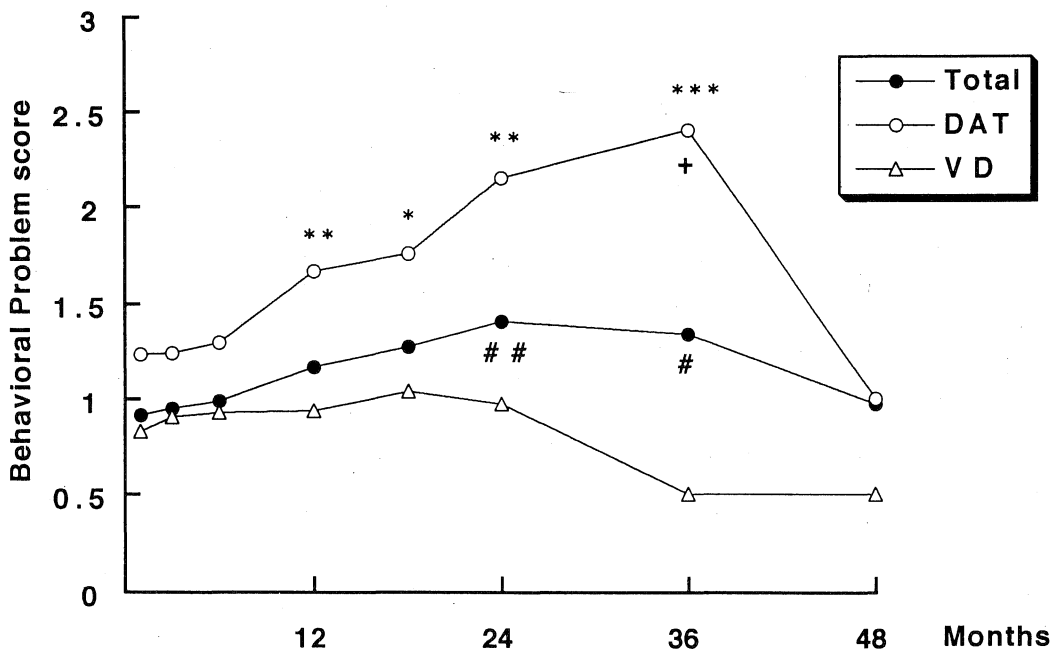


Fig. 3. Changes of mean numbers of behavioral problems with time course. There were significant differences between DAT and VD(*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$). Mean numbers of behavioral problems at 24months(## $p < 0.01$) and 36months(# $p < 0.05$) follow up significantly increased from at first month follow up in total residents. Mean numbers of behavioral problems at 36months follow up significantly(+ $p < 0.05$) increased from at first month follow up in DAT group. HDS; Hasegawa's dementia screening scale
DAT; Dementia of Alzheimer's type
VD; Vascular dementia

Fig. 3に全体、アルツハイマー型痴呆群、脳血管性痴呆群における平均問題行動数の経時的変化を示す。12ヶ月目(1.67±1.53, 0.94±1.02, $p<0.01$), 18ヶ月目(1.76±1.84, 1.04±1.18, $p<0.05$), 24ヶ月目(2.15±2.01, 0.97±1.16, $p<0.01$), 36ヶ月目(2.40±1.77, 0.50±0.72, $p<0.001$)においてアルツハイマー型痴呆群の方が脳血管性痴呆群よりも平均問題行動数が有意に多かった。また、脳血管性痴呆群ではそれぞれの調査月の平均問題行動数に有意差は認めなかったが、全体では24ヶ月目(1.41±1.63), 36ヶ月目(1.34±1.61)の平均問題行動数の方が1ヶ月目(0.92±1.26)よりも有意に多く(24ヶ月目: $p<0.01$, 36ヶ月目: $p<0.05$), アルツハイマー型痴呆群では36ヶ月目(2.40±1.77)の平均問題行動数の方が1ヶ月目(1.24±1.41)よりも有意に多かった($p<0.05$)。

2. 問題行動数とHDSの得点の間の相関関係について
今回の調査では、問題行動は一人につき最高7個まで認められた。

全体では、1ヶ月目($r=-0.379$), 3ヶ月目($r=-0.350$), 6ヶ月目($r=-0.416$), 12ヶ月目($r=-0.487$), 18ヶ月目($r=-0.508$), 24ヶ月目($r=-0.413$), 36ヶ月目($r=-0.422$, 以上 $p<0.001$)に負の相関関係が有意に認められた。アルツハイマー型痴呆群では、1ヶ月目($r=-0.393$), 3ヶ月目($r=-0.423$, 以上 $p<0.01$), 6ヶ月目($r=-0.587$), 12ヶ月目($r=-0.643$), 18ヶ月目($r=-0.650$), 24ヶ月目($r=-0.634$, 以上 $p<0.001$)に負の相関関係が有意に認められた。脳血管性痴呆群では、1ヶ月目($r=-0.430$), 3ヶ月目($r=-0.396$), 6ヶ月目($r=-0.542$), 12ヶ月目($r=-0.553$, 以上 $p<0.001$), 18ヶ月目($r=-0.433$, $p<0.01$)に負の相関関係が有意に認められた。

考 察

平成5年10月現在の特別養護老人ホームは、施設数2,770, 定員は194,000床余りで、今後も増加するものと考えられる。実際、臨床の場でも入所にいたるまで半年、1年と待たされる事がしばしば経験され、さらなる増設が期待される。

今回の研究の対象になった施設は、昭和54年に開設された長期入所定員140床の特別養護老人ホームである。週に数名の精神科医、内科医が嘱託として診察をおこなっており、精神科、内科に入院可能な後方病院もすぐ近距離に設立されている。施設としてのケアに加えて、密度の高い精神科医療も受ける事ができるため、他施設では処遇困難な精神症状や問題行動をもつ痴呆性老人も積

極的に受け入れている。

今回の対象は、昭和63年8月から平成7年4月までの新規入所者244人である。

本研究は、介護者としての寮母の視点に立っており、“prospective”, かつ縦断的なものである。また、例数は多く、この結果は、精神障害とその随伴症状を有する入所老人の介護に関する今後の対策の資料となるものと考えられる。

調査票の記載は毎月1回寮母がおこなったが、事前の十分な指導、記載後の4段階のチェックなどの手続きを経て信頼性は高まったものと考えられる。また、HDSの施行はHDSに習熟した特定の看護スタッフと寮母がおこない、信頼性に関して検討したところ、Cronbachの α 係数は0.948とかなり高い結果が得られた。

調査結果の採用に際し、いわゆる「入所反応」が懸念されたため、1ヶ月目と3ヶ月目の調査結果を精神症状と問題行動について比較したところ、全項目で有意差は認めなかった(Table 2)。またMorrisら(1994)²⁷⁾は、8ヶ所のnursing home入所者431人に対し、入所前、入所後2週間目、入所後2ヶ月目に、Psychogeriatric Dependency Rating Scale(PGDRS)を使用し、Behaviour Subscale Scoreの平均値について検討したところ、入所前に比較して2週間目に有為な得点の低下が認められ($p<0.01$), 2ヶ月目には入所前のレベルに戻った($p<0.01$), と報告している。この結果も参考にして今回の研究では1ヶ月目のデータも採用し、上記入所者の1, 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48, 60, 72ヶ月目のデータについて縦断的検討をおこなった(総数1135件, 平均追跡期間19.8±18.0ヶ月, Fig. 1)。

入所時の年齢は男女ともに75-84歳に約半数が集積しており、痴呆の好発年齢である75歳以上が全体で75%余りを占めていた(Table 1)。実際、今回の入所者のうちHDSの得点が21.5点以下のものは約85%を占め、30.5点以下の場合には99.2%であり痴呆をもつ者がかなり多数いた(Table 6)。また、HDSの得点が10点以下の場合には女性の方が有意に多く、女性に重度の痴呆が多かった。これは過去の報告¹⁹⁾に合致する。

また、女性が男性の約3倍であったが、過去の文献^{1,3,4,6-8,11,12,15,16)}でも約2-3倍と報告されており、今回の場合もこれと一致した。

今回の精神医学的診断結果は、244人中痴呆性疾患88.9%(アルツハイマー型痴呆22.5%, 脳血管性痴呆45.5%, 混合型痴呆5.3%, 分類不能およびその他の痴呆15.6%), 精神遅滞3.7%, 機能的な精神障害3.3%であった(Table 3)。柄澤ら(1985)³⁾は、特別養護老人ホー

ム入所者 945 人中痴呆性疾患 56.9% (アルツハイマー型痴呆 9.4%, 脳血管性痴呆 23.3%, 分類不能およびその他の痴呆 24.2%), 機能的な精神障害 5.0%, その他 (精神遅滞, てんかんなど) 5.4% と報告した。本間ら (1988)⁴⁾ は, 特別養護老人ホーム入所者 565 人中痴呆性疾患 82.5% (アルツハイマー型痴呆 24.5%, 脳血管性痴呆 35.0%, 分類不能およびその他の痴呆 23.0%), 機能的な精神障害 4.4%, その他 (精神遅滞, てんかんなど) 4.1% と報告した。昭和 62 年度東京都福祉局受託研究 老人福祉施設における入所者の健康実態調査 専門調査報告書 (1989)⁷⁾ は, 特別養護老人ホーム入所者 946 人中痴呆性疾患 57.0% (アルツハイマー型痴呆 24.5%, 脳血管性痴呆 19.2%, 分類不能およびその他の痴呆 13.3%), 精神遅滞 1.6%, 機能的な精神障害 4.9%, その他 1.2% と報告した。また, 以前の著者らの研究 (1992)¹¹⁾ では, 特別養護老人ホーム入所者 198 人中痴呆性疾患 75.8% (アルツハイマー型痴呆 27.3%, 脳血管性痴呆 33.8%, 混合型痴呆 7.6%, 分類不能およびその他の痴呆 7.1%), 精神遅滞 5.6%, 機能的な精神障害 6.1% であった。

今回の研究での精神医学的診断結果にみられるアルツハイマー型痴呆の有病率は他の研究とほぼ同程度と考えられるが, 脳血管性痴呆の有病率は他の研究に比して約 10-20% 高かった。これは, 女性に脳血管性痴呆が多かった事が大きく影響しているものと考えられる。ところで, これまでは女性にアルツハイマー型痴呆が多く, 男性に脳血管性痴呆が多い, と報告されてきた^{4,7,11,19)} が, 今回は, 男性に脳血管性痴呆が多い点は同様の結果であったが, 女性にアルツハイマー型痴呆だけでなくむしろ脳血管性痴呆が多かった。このことは, 入所時平均年齢が高く, また今回の女性入所者に高血圧, 糖尿病の者が多数おり, 脳血管性疾患を合併する率が高かったからと考えられる。

また, 今回男性のアルツハイマー型痴呆は 62 人中 2 人, 3.2% とかなりすくなかった (女性は 182 人中 53 人, 29.1%)。これは, 「アルツハイマー型痴呆は男女比が 1:3 で女性に多く, 痴呆の出現率は 70 歳代前半までは男性に高く, その後は逆転し女性の方が高くなり, 年令とともに増加する」, との報告²⁹⁾ や, 今回の入所者が男女とも 75 歳から 84 歳までに約半数が集中し, 全体の 75.8% が 75 歳以上であったこと, そして, 他の種々の社会的・家庭の問題や特別養護老人ホームの特殊性などを考慮すると理解可能と思われる。よって, アルツハイマー型痴呆の男性も一緒にして解析をおこなった。なお, アルツハイマー型痴呆の男女 2 群の問題行動数の平均値には有意差は認めなかった。

ところで, 以前の著者らの研究¹¹⁾ でも, 男性のアルツハイマー型痴呆が 47 人中 2 人, 4.3% と同様にすくなく (女性は 151 人中 52 人, 34.4%), 施設周辺での地域特性の存在も疑われるが, これは今後の検討課題としたい。

機能的な精神障害については, これまでの報告^{3,4,7,11)} では 5% 前後であったが, 今回もほぼ同程度と考えられる。

特別養護老人ホームにおける痴呆の出現頻度については, 長谷川ら (1970)¹⁾ が, HDS の原法の得点が 21.5 点以下の者が 63.6% と, 木戸ら (1975)²⁾ は HDS の得点が 21.5 点以下の者が 67.3% と報告した。著者ら (1992)¹¹⁾ は, 以前の報告で HDS の得点が 21.5 点以下で精神遅滞, 精神分裂病を除いた者が 63.1% と報告した。高畑 (1990)⁹⁾ は HDS の得点が 25 点以下で DSM-III の痴呆の診断基準を満たす者が 65.4% とし, 野倉ら (1988)⁵⁾ は HDS の得点が 20 点以下の者に DSM-III の痴呆の診断基準を満たす者を加えて 56.1% と報告した。また, 柄澤式「老人知能の臨床的診断基準」による研究では, 「軽度」も含めて, 柄澤ら (1985)³⁾ は 57.1%, 本間ら (1988)⁴⁾ は 72.6%, 昭和 62 年度東京都福祉局受託研究 老人福祉施設における入所者の健康実態調査 専門調査報告書 (1989)⁷⁾ は 56.9% と報告した。

欧米での報告については次の通りである。

Organic Brain Syndrome Scale (OBS) により, Mann ら (1984)¹²⁾ は residential home 入所者のうち 67% が, Neville ら (1955)¹⁰⁾ は 82% が Dementia であると報告している。また, Rovner ら (1986)¹⁴⁾ は DSM-III により nursing home 入所者の 78% が Dementia であると報告している。一方, Chandler ら (1988)¹⁵⁾ の報告では National Institute of Neurological and Communicative Disorders, and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) の診断基準と DSM-III-R により, nursing home 入所者の 72% が Dementia syndrome であったという。また, DSM-III-R により, Rovner ら (1990)¹⁶⁾ は nursing home 新規入所者の 67.4% が, German ら (1992)¹⁷⁾ は同様に新規入所者の 60% が Dementia であったと報告している。

以上のように, 診断基準の違いはあるが, 本邦では特別養護老人ホームにおける痴呆の出現頻度は約 55-70% と報告されている。欧米でも, 社会事情や制度上の相違はあるものの, nursing home の痴呆の出現頻度は約 60-80% とほぼ同程度の報告がなされている。しかし今回の研究では 88.9% とやや高値であった。これは, 当施設が痴呆性老人も積極的に受け入れている事に加え, 大國と藤沢¹⁰⁾ が, 特別養護老人ホーム入所者における痴呆

性老人の割合が年々高くなりつつある、と述べていることのひとつの実例ではないかと考えられる。

1)アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の精神症状、問題行動の比較

まず、今回、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の精神症状を比較したが、各項目の出現頻度に特に有意差は認めなかった(Table 4)。

また同様に問題行動について比較したところ、「迷子」がアルツハイマー型痴呆に有意に多く認められた(Table 5)。「迷子」は朝田²³⁾が、「脳室拡大や認知機能低下が説明力を持つ」と述べている「迷う」「徘徊」「物の認知」「失禁・不潔行為」のうちの一症状である。また、星野らの報告²⁴⁾で、「SDAT群においては知的機能の衰退に先行して特徴的な認知機能や情報処理能力の低下が存在することが示唆された」と述べられているアルツハイマー型痴呆に特徴的な随伴症状ともいえる。

Table 7ではHDSの得点と痴呆以外の精神症状との関係をみた。痴呆が重度の場合(10点以下)と中等度以上の場合(10.5-30.5点)を比べると、「興奮」が重度の痴呆に多かった。「興奮」は精神運動性・覚醒性・発動性の障害と言われており²⁰⁾、これらが重度の痴呆にともないやすいことは容易に推察される。

今回、痴呆を含まない精神症状の出現率は31.1%、痴呆を含めると77.9%であった。特別養護老人ホームについての過去の文献では、痴呆を含まない場合は35%⁴⁾、痴呆を含める場合は77.9%⁴⁾、61.8%⁷⁾などと報告されており、ほぼ同程度と思われる。

HDSの得点と問題行動との関係については(Table 8)、「攻撃」「不潔」「徘徊」「迷子」「大声をあげる」と精神症状と比較してはるかに多数の項目が重度の痴呆に有意に多く認められた。これは、重度の痴呆には重篤な認知機能の障害がともなうからと考えられる。またこのことは、「痴呆の程度が(重度になるほど)最も多くの随伴症状との関連を認めた」との柄澤の報告¹⁹⁾に合致している。従って、一般的に痴呆が進行すると問題行動が増えるといえ、それらの多くの問題行動についての対策が、それぞれに困難さをともなうが、重要となってくる。

ところで、今回の問題行動の出現率は44.3%であった。特別養護老人ホームについての過去の文献では^{3,4,7,10,11,13)}、約30-60%と報告されており、平均的な結果であったと思われる。

次に全般的日常活動性と精神症状との関係をみたところ(Table 9)、「不安」「焦燥」が「寝たきり」「準寝たきり」に有意に多く認められた。「寝たきり」「準寝たきり」となる原因には、痴呆の進行にともなうもの、脳卒中・

心不全・感染症・骨折などの合併症によるものなどが考えられる。痴呆の重度化による場合は、(認知機能障害により)何をされるかわからないという「不安」²⁰⁾が存在するであろうし、合併症などによる場合には、認知機能低下をとまなわないことや、あっても軽度のこともありえ、「不安」「焦燥」が存在する心理的要因や精神病理は十分推察できる。

全般的日常活動性と問題行動との関係では(Table 10)、「徘徊」「迷子」が「寝たきり」「準寝たきり」でない、より活動性の高いグループに有意に多く認められた。これは、「徘徊、迷子がADLの程度が普通ないし軽度低下の人に出現頻度が高い」との報告²³⁾に一致している。また、「痴呆の末期には行動面での不活発さ、自発性の低下がみられ、寝たきりの状態となったりしていることも多く、問題行動はすくなくなる」といわれており²²⁾、今回も同様であった。

なお、今回の「寝たきり」「準寝たきり」の入所者の頻度は14.8%であり、過去の報告^{2-4,7,8,11)}の20-30%に比べてややすくない。よって、「徘徊」「迷子」などのADLの程度の高い者にともないやすい問題行動が多く出現し、介護に困難をとまなうことが予想される。

2)聴力、視力と精神症状、問題行動との関係について

聴力に関しては、各項目について有意差は認めなかった。しかし、視力障害があるグループに「心気症状」が有意に多く認められた。「視力障害や難聴などの感覚欠損は、失見当識、不正確な環境の知覚を生じ、問題行動の原因になり、無理して見よう、聴こうとする努力が疲労を生じ、せん妄、幻覚、妄想などの過剰障害を引き起こす」との報告²¹⁾もあり、聴力・視力障害がある場合の随伴症状については、心理的要因や精神病理が推察できる。

次にアルツハイマー型痴呆および脳血管性痴呆について各々検討する。

3)アルツハイマー型痴呆について

アルツハイマー型痴呆における精神症状および問題行動とHDSの得点について(Table 11, Table 12)は、「徘徊」が重度のアルツハイマー型痴呆に多かった。これは、HDSの得点と問題行動との関係(Table 8)で考察したように、重度の痴呆ほど重篤な認知機能障害をとまなうためと思われる。

アルツハイマー型痴呆の精神症状および問題行動については、全般的日常活動性の程度による各項目の出現頻度には特に有意差は認めなかった。このことにより、アルツハイマー型痴呆の場合、ADLの程度に関係なく随伴症状が出現し、介護の困難さがともなうことが推察される。

4) 脳血管性痴呆について

脳血管性痴呆の精神症状については、HDSの得点、すなわち痴呆の程度による各項目の出現頻度には特に有意差は認めなかった(Table 13)。

脳血管性痴呆における問題行動とHDSの得点との関係(Table 14)では、「徘徊」「迷子」「大声をあげる」が重度の痴呆に有意に多かった。これについては、Table 8でHDSの得点と問題行動との関係について先に考察したように、痴呆が重度となるほど重篤な認知機能障害をとまうからと思われる。以上より、脳血管性痴呆の問題行動は、痴呆の進行とともに、「徘徊」「迷子」「大声をあげる」などが加わるものと思われる。

脳血管性痴呆における精神症状と全般的日常活動性に関しては、「不安」が「寝たきり」「準寝たきり」に有意に多く認められた。これについては、Table 9で述べたように、「寝たきり」「準寝たきり」となった原因が、痴呆の重度化による場合は、(認知機能障害により)何をされるかわからないという「不安」²⁰⁾が存在するであろうし、合併症などによる場合には、認知機能低下をとまわらないことや、あっても軽度のこともありえ、「不安」「焦燥」の存在の心理的要因や精神病理は推察できる。

脳血管性痴呆における問題行動と全般的日常活動性との関係については、「徘徊」が、より活動性の高いグループに有意に多かった。これについても、Table 10で述べたように、「徘徊」はADLの程度の高い者にとまわらないやすいからといわれている通りである。

なお、今回、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の精神症状と問題行動の各項目別のHDSの平均得点間に有意差は認めなかった。しかし、項目により値に差があっても例数が少ないために有意差が出ず、また、実際臨床的にも印象的なものもあり、例数を増やせば疾患に特徴的な項目がさらに明らかになるものと思われ、今後の課題としたい。

問題行動と全般的日常活動性との関係については、全体、脳血管性痴呆群で、問題行動を有するのは全般的日常活動性が高いグループほど有意に多かった(Table 15)。これについては、活動性が高いほど、おこりうる問題行動の種類が増え、また、対人接触や刺激も増すため問題行動が出現しやすくなるという理由が考えられる。一方、アルツハイマー型痴呆では、問題行動の有無に関し全般的日常活動性の違いによる有意差は認めなかった。よって、アルツハイマー型痴呆では、ADLの程度に関係なく問題行動がおこりえ、介護困難の原因となることが推察できる。

次に縦断的検討に関して考察する

1) HDSの平均得点と問題行動数の経時的变化について

Fig. 2, 3より、今回、アルツハイマー型痴呆の方が脳血管性痴呆に比べてほぼ常にHDSの平均得点が有意に低く、すなわち痴呆がより重度であり、問題行動数は有意に多かった。また、経時的变化としては、アルツハイマー型痴呆は有意に痴呆の進行と問題行動数の増加を認めた。一方、脳血管性痴呆は、有意な痴呆の進行や問題行動数の変化を認めなかった。そして、全体としては、入所後の経過とともにHDSは有意に低下し、すなわち痴呆が重症化し、問題行動数は有意に増加した。

2) HDSの得点と問題行動数の間の相関関係について

全体では、1, 3, 6, 12, 18, 24, 36ヶ月目に、アルツハイマー型痴呆では、1, 3, 6, 12, 18, 24ヶ月目に、脳血管性痴呆では、1, 3, 6, 12, 18ヶ月目にすべて負の相関関係を有意に認め、痴呆が進行するほど問題行動が増加するという明確な結果が得られた。また、アルツハイマー型痴呆では、期間が経つほど負の相関関係が強くなっており、痴呆の進行に対する問題行動の増加率が経時的に増大するものと考えられる。

特別養護老人ホームでは、精神障害、特に痴呆性疾患の有病率が高く、これらに伴う精神症状、問題行動に対する介護にかなりの時間や労力が割かれているのが現状と思われる。また、Cohen-Mansfieldら²⁰⁾が述べているように、入所者の焦燥による攻撃的行動は、現場のスタッフに向けられることも多く、介護者への配慮や“ケア”も必要である。

痴呆性老人の処遇には、normalizationを念頭に置き、個々の老人の病前性格、生活歴、行動パターン、痴呆の程度や病期の変遷にとまわらず随伴症状の変化などを考慮し個別性を重視した身体面・精神面のケア、環境調整や、必要に応じた精神科的治療などの総合的な対応が求められる。

そのため、施設のスタッフには、痴呆性疾患などの老年期精神障害に対する精神医学的知識と、ケアをはじめとする処遇技術の向上が常に要求される。

さらに、Germanら¹⁷⁾の報告にある、“継続される社会的サポート”も入所者の良好な施設適応の一要因と考えられる。

また、精神科医としても、脳血管性痴呆は原因がある程度判明しており予防可能といわれているが、アルツハイマー型痴呆などの痴呆性疾患のほとんどは現在のところ原因不明であり、その発症や進行は潜行的なことが多く、臨床医として診察する時点では中核症状である「痴呆」が既に進んでしまっており、その周辺症状しか治療

できないのが現状である。そして、その治療もこれまででは計画性がなく、漫然と薬物療法を続けることもあったといえる。しかし、各痴呆性疾患の特徴的な症状やその病期における変化が、今回のような統計学的に裏付けられた研究により判明すれば、将来的な疾患の経過を予測でき、それにもとづき治療、介護やケアの計画、方針が立ち、家族・施設職員などの介護者が動揺せず、結果として痴呆性老人にとっても有利になるものと思われる。

なお、本研究は、一施設とはいえ、精神障害、特に痴呆を有する多数の入所老人を対象として、6年以上の長期にわたり、施設職員の多大な努力や協力のもとにおこなわれた。そして、種々の有意義な知見がえられ、今後とも継続される予定である。

しかし、今回のように、多数の例数があっても十分とはいいがたく、今後の課題として、多施設にて、共通の基準で組織的かつ詳細な研究が大規模になされることが望まれる。

結 語

1) 奈良県下の特別養護老人ホーム国見苑に昭和63年8月から平成7年4月までに新規に入所した244人を対象に、精神所見、HDS、ADL、精神症状および問題行動について“prospective”な調査研究をおこなった。

2) 全体の22.5%にアルツハイマー型痴呆、45.5%に脳血管性痴呆を認め、痴呆を含む精神症状は全体の77.9%に、問題行動は全体の44.3%に認めた。

3) アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の各精神症状の出現頻度には有意差はなく、また、各々の精神症状とHDSとの間にも有意な関係はなかった。アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の各問題行動では「迷子」がアルツハイマー型痴呆に多く認められた。問題行動とHDSとの関係については、アルツハイマー型痴呆では、「徘徊」がHDS10点以下の重度痴呆の者に多く、脳血管性痴呆では「徘徊」「迷子」「大声をあげる」が重度痴呆の者に多かった。

4) ADLの程度については、アルツハイマー型痴呆ではそれに関係なく精神症状、問題行動が出現し、介護の困難さにつながるものと考えられた。脳血管性痴呆では「不安」「寝たきり」などのADLの低い者に多く、「徘徊」がADLの高い者に多かった。また、ADLの高い者に問題行動が認められることが多かった。

5) 縦断的検討では、アルツハイマー型痴呆は経時的に痴呆が進行し、問題行動が増加した。しかし、脳血管性痴呆では上記変化は認めなかった。また、アルツハイマ

ー型痴呆、脳血管性痴呆ともに痴呆が重度なほど問題行動数が増え、特にアルツハイマー型痴呆では痴呆の進行に対する問題行動の増加率が経時的に増大した。

謝 辞

稿を終えるにあたり、終始御懇篤なる御指導と御校閲を賜りました恩師井川玄朗教授に深甚なる謝意を捧げますとともに、御校閲、御教示を賜りました第2生理学教室 榎 泰義教授ならびに衛生学教室 山下節義教授に深謝いたします。また、本研究の遂行にあたって惜しみない御協力を賜りました仁南会特別養護老人ホーム国見苑 徳子苑長、森田誉子副苑長、国見苑職員の皆様、そして、常に御指導、御鞭撻賜っている鴻池会秋津鴻池病院 南 盜理理事長、平井基陽院長、直接の御指導を賜りました岸本年史講師ならびに御助力頂きました教室の諸兄姉に心より感謝の意を表します。

文 献

- 1) 長谷川和夫, 根橋 裕, 石田絢子, 山田 治, 齊藤千佐子: 慈医誌. 85: 137-145, 1970.
- 2) 木戸又三, 守屋国光, 雨宮克彦, 川島寛司: 精神経誌. 77: 107-115, 1975.
- 3) 柄澤昭秀, 笠原洋勇, 武村和夫, 川島寛司, 倉次光雄: 老年精神医学 2: 763-773, 1985.
- 4) 本間 昭, 柄澤昭秀, 笠原洋勇, 武村和夫, 川島寛司, 加藤政利, 平田英進, 石井徹郎, 池田一彦: 社会老年学 27: 34-43, 1988.
- 5) 野倉一也, 三竹重久, 稲垣俊明, 新美達司, 山本俊幸, 前田甲子郎, 松原充隆, 小鹿幸生, 山本正彦: 日老医誌. 25: 495-502, 1988.
- 6) 高畑紳一: 広大医誌. 38: 911-925, 1990.
- 7) (財)東京都老人総合研究所: 老人福祉施設における入所者の健康実態調査(専門調査報告書)昭和62年度東京都福祉局受託研究。(財)東京都老人総合研究所, 東京, pp10-12, 20-25, 75, 1989.
- 8) 東京都福祉局: 老人福祉施設における入所者の健康実態調査報告書. 東京都福祉局, 東京, p48-50, 1989.
- 9) 大塚俊男, 柄澤昭秀, 松下正明, 河口 豊: 老年精神医学雑誌 3: 435-439, 1992.
- 10) 大國美智子, 藤沢真理子: 老年精神医学雑誌 4: 1248-1252, 1993.
- 11) 三宅雅一, 岸本年史, 中井 貴, 井村 徹, 井川玄朗, 平井基陽, 南 滄: 老年精神医学雑誌 3: 1245

- 1249, 1992.
- 12) Mann, A. H., Graham, N. and Ashby, D. : Age Ageing 13 : 257-265, 1984.
 - 13) Zimmer, J. G., Watson, N. and Treat, A. : Am. J. Public Health 74 : 1118-1121, 1984.
 - 14) Rovner, B. W., Kafonek, S., Filipp, L., Lucas, M. J. and Folstein, M. F. : Am. J. Psychiatry 143 : 1446-1449, 1986.
 - 15) Chandler, J. D. and Chandler, J. E. : J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 1 : 71-76, 1988.
 - 16) Rovner, B. W., German, P. S., Broadhead, J., Morriss, R. K., Brant, L. J., Blaustein, J. and Folstein, M. F. : Int. Psychogeriatr. 2 : 13-24, 1990.
 - 17) German, P. S., Rovner, B. W., Burton, L. C., Brant, L. J. and Clark, R. : Gerontologist 32 : 152-158, 1992.
 - 18) Neville, P. G., Boyle, A., Brooke, S., Baillon, S., Scothern, G. and Broome, C. : Int. J. Geriatr. Psychiatry 10 : 561-567, 1995.
 - 19) 柄澤昭秀 : 老年精神医学雑誌 4 : 386-391, 1993.
 - 20) 室伏君士, 後藤基卿, 田中良憲, 立津美恵子, 住吉司郎 : 老年精神医学雑誌 2 : 1089-1095, 1991.
 - 21) 木戸又三 : 老年精神医学雑誌 2 : 1067-1072, 1991.
 - 22) 守田嘉男, 三好功峰 : 老年精神医学雑誌 2 : 1073-1077, 1991.
 - 23) 朝田 隆 : 老年精神医学雑誌 2 : 1225-1235, 1991.
 - 24) 星野良一, 宮里勝政, 岡本典雄, 近藤直樹, 大原健士郎, 有馬良一 : 老年精神医学雑誌 5 : 1349-1359, 1994.
 - 25) 山内洋子, 山口晴保, 清水 一, 吉川ひろみ, 小林夏子, 原 衛, 平井俊策 : 老年精神医学雑誌 3 : 537-541, 1992.
 - 26) Cohen-Mansfield, J., Werner, P. and Marx, M. S. : Int. J. Geriatr. Psychiatry 7 : 789-798, 1992.
 - 27) Morriss, R. K., Rovner, B. W. and German, P. S. : Int. J. Geriatr. Psychiatry 9 : 965-973, 1994.
 - 28) 東京都福祉局 : 高齢者の生活実態及び健康に関する調査報告書. 東京都福祉局, 東京, p97-103, 1987.
 - 29) 長谷川和夫 : 精神科MOOK No.8 老年期痴呆. 金原出版, 東京, pp106, 117, 1984.