

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2016年度（後期） 一般公募 「在宅医療研究への助成」完了報告書

「独居の在宅高齢者（軽度認知障害、軽度の認知症）における生活管理能力低下の
検証：コーピング能力と遂行機能による検討」

申請者 : 仲秋秀太郎

所属機関：名古屋市立大学 大学院医学研究科 精神・認知・行動医学

職名：客員准教授

提出年月日：平成30年3月28日

共同研究者： 山田峻寛 （名古屋市立大学 大学院医学研究科 精神・認知・行動医学）
佐藤順子 （聖隷クリストファー大学 リハビリテーション学部言語聴覚学科）

【研究の背景と目的】

本邦は高齢化社会から高齢社会へと移行している。ことに独居高齢者が高齢者人口に占める割合は増加している。独居高齢者の男性は約 192 万人、女性は約 400 万人であり（2015 年）、高齢者人口に占める割合は男性 13.3%、女性 21.2%と推定されている。今後も独居高齢者が増加するので、独居高齢者をめぐる在宅医療へのサポート充実は急務である。

独居高齢者における生活管理能力の低下は、在宅医療の維持への障壁となり入院や施設入所を早める。したがって、独居高齢者の生活管理能力低下と関連する要因を検証することは、適切な在宅医療の維持・継続を提供する上で重要な課題となる。

生活習慣病のみならず、不眠やうつ病などの精神疾患も加齢に伴い増加するので、これらの疾患の在宅医療サービスを受ける独居高齢者は少なくない。在宅医療サービスを受けつつも独居高齢者が住み慣れた自宅での自立した生活を営むためには、社会的な生活機能の保持が必要である。服薬管理や調理、食事などの高度な生活機能の低下は、糖尿病や高血圧など多様な生活習慣病の誘因や悪化の大きな要因のひとつとなる。また生活機能低下は、睡眠の確保や対人関係の交流などにも影響を与え、高齢者の社会生活機能全般が低下する。このような社会生活機能全般の低下により、独居高齢者が抱える精神的問題（不眠やうつ病）などが顕在化もしくは悪化する危険性もある。ことに独居の軽度認知障害（認知症と健常高齢者の境界状態）及び軽度認知症においては、健常高齢者に比較すると、社会的な生活機能が低下しているため、在宅医療への手厚いサポートが必要である。

一般に高齢者は若年者に比較してストレスに脆弱である。高齢者は身体の老化以外にも、配偶者や友人との喪失体験、社会的役割の縮小など老年期特有の多様なストレスに対峙する（文献 1 仲秋 2009）。社会的に孤立した生活環境にある独居高齢者は、深刻な経済的問題を抱えている場合もあるので、ストレスに脆弱であると予測される。

コーピングとは、このようなストレスに対処する認知的・行動的努力のプロセスである。コーピングは主に認知的な方略（ストレスに対する考え方を変える）、行動的な方略（状況を変える）の二つの方略から成る。独居高齢者も適切にコーピングを行えば、うつや不眠などの精神的問題、生活習慣病などを予防・改善し、生活管理能力が保持される（文献 2 佐藤&仲秋 2009）。しかしながら、軽度認知障害や軽度認知症の患者では、認知・行動面での個人差異が大きいため、ストレスに対処するコーピングと心身の問題との関係に関してはまだ明らかではない点が多い。

コーピングを支える重要な認知機能は遂行機能である。遂行機能とは、目的を成し遂げるために計画し、一連の活動を効率よく成し遂げるための複合的認知過程である（文献 3 と 4 Nakaaki et al. 2007, 仲秋ら 2015）。遂行機能は高度な日常生活機能維持と密接な関係があるため、遂行機能が障害されると日常生活の整合性が破綻する。軽度認知障害や軽度の認知症患者において、遂行機能は最も障害される認知機能の障害であるため、これらの患者における生活の自己管理能

力低下の大きな要因でもある。

以上の所見を踏まえると、多様なストレスを抱え、それらのストレスに十分に対処できない独居高齢者の軽度認知障害及び軽度の認知症患者における服薬や食生活管理、睡眠確保などの高度な生活管理能力と密接な関係にあるコーピング能力と遂行機能を検証することは、これらの患者への在宅医療を維持・継続するための多様な支援体制の構築に寄与すると考えられる。

そこで、本研究では、独居高齢者の軽度認知障害患者を対象として、コーピング能力と遂行機能を主要評価項目として用いて、生活管理能力の障害を多面的に検討し、その障害の実態を明らかにし、独居高齢者のために適切な在宅医療を提供するための生活支援モデルを構築するための基礎的なデータ構築を目的とした。

【方法】

【倫理的な配慮】患者には書面及び口頭にて研究概要を説明し、書面同意を得た。また、本研究は八事病院 研究審査倫理委員会の承認を得た。

【対象患者】八事病院外来受診中の在宅療養中患者。調査期間は平成 29 年 3 月から平成 30 年 3 月末までの 1 年間。組み入れ基準は、Peterson (2005)らによる軽度認知機能障害 (MCI: Mild Cognitive Impairment) で CDR(Clinical Dementia Rating)の基準で CDR 0.5。

【評価】標準化された評価尺度と認知機能（心理士が施行）により評価。

背景情報：患者の背景情報、生活習慣病の有無（糖尿病、高血圧、高脂血症）、服薬の種類、非独居者ではない場合には同居人の関係、社会保険、社会資源の有無などの情報を収集。

認知機能：

MMSE (Mini-Mental State Examination)：簡易認知機能検査。30 点満点で 23/24 がカットオフ。

FAB (Frontal Assessment Battery)：簡易な前頭葉機能検査であり、18 点満点で 10 点以下では前頭葉機能の障害が疑われる。

自記式評価尺度（患者による自己評価）：

BDI-II (Beck Depression Inventory)：うつ病の重症度尺度。Beck らによる考案された尺度であり、小嶋&古川により日本語版が標準化されている。63 点満点であり、14-19 点は軽度、20-28 点が中程度、29 点以上が重症といわれている。

ISI (Insomnia Severity Index)：不眠の重症度尺度。睡眠状態、睡眠に対する患者の満足度、日中の社会機能、不眠による患者の自覚的苦悩を総合的に評価する自記式評価。宗澤らによる日本語版が標準化されている。

LS (Loneliness Scale)：孤独感の尺度。Peplau&Perlman による尺度を工藤&西川が日本語版を標準化した。最低 20 点から最高 80 点であり、高得点ほど孤独感が強い。

DEX (Dysexecutive Questionnaire): BADS (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome) と呼ばれる遂行機能評価テストに含まれる質問紙。Wilson らによる考案された尺度は鹿島&三村らにより日本語版が作成されている。20 項目から成り、最低 0 点から最高 80 点であり高得点ほど遂行機能障害が強い。

SSQ (Social Support Questionnaire): Sarason らによる Social Support Questionnaire (以後 SSQ と省略) とよばれる評価尺度 (6 項目の短縮版) である。古川らによる日本語版も十分な信頼性と妥当性があることが確認されている。SSQ は、ふたつの質問から成立している。実際に自分を支えてくれる人の数の評価 (SSQ A) よびその人から得られる満足感に関する評価 (SSQ B) である。

IADL (Instrumental Activities of Daily Living): Lawton&Brody らによる服薬管理、調理、買い物、金銭管理などの高度な手段的 ADL の評価。男性は 0-5 点の得点範囲で、女性では 0-8 点の得点範囲。高得点ほど ADL が保持されている。

Brief COPE (Brief of Coping Questionnaire): Carver らによるコーピングの尺度。

大塚らにより日本語版の尺度評価が行われている。28 項目から成り、高得点ほど該当するコーピングが行われていることを示す。28 点から 112 点の得点範囲。28 項目は、表 3 に記載したようなコーピングに該当する。

【解析】軽度認知機能障害 (MCI) を独居高齢者と非独居高齢者の二群に分類し、背景情報や認知機能検査や質問紙などの結果を、T 検定などで有意差があるか比較検討した。

5%水準で有意があるか検討した。

【結果】

1 背景情報に関しては表 1 に提示した。独居高齢者と非独居高齢者は、性別、年齢、教育歴、病歴などは有意な差異はなかった。しかし、生活習慣病に関しては、独居高齢者は、非独居高齢者に比較すると糖尿病、高血圧の頻度が高かった。そのためか、独居高齢者は服薬の種類が 5 種類以上服用の患者が多く、9 種類の多剤を服用している患者もいた。一方、非独居高齢者は 3 種類以下服用の患者が多かった。非独居高齢者は配偶者が同居の数が多かった。介護保険に関しては要支援 1 か 2 の認定が多く、独居高齢者はデイサービスを週に 1 回もしくは 2 回を利用している患者が多かった。なお、独居高齢者を主にサポートしている家族は、近隣に住む子供もしくは子供の配偶者であり、家族がまったくサポートしていない独居高齢者は今回のケースにはいなかった。

2 表 2 に認知機能や評価尺度の結果の比較を提示した。MMSE では有意な差異はなかったが、FAB は独居高齢者の方が有意に低下していた。しかし、独居高齢者の FAB 得点の平均値は 13 点であり 10 点を下回るレベルではなかった。

尺度評価の検査結果では、独居高齢者の群は、非独居高齢者に比較するとBDI-IIやISIなどに反映するうつ、不眠などの重症度は有意に高く、LSも有意に高かった。またDEXに認める遂行機能も、独居高齢者の群は、非独居高齢者に比較して顕著に障害されていた。加えて、SSQの結果によれば、サポートする数(SSQA)のみならず、その人への満足感(SSQB)も、独居高齢者の方が有意に低かった。IALDは有意な差異を認めなかった。

3 表3にはBrief COPEの総合得点と各項目の得点の差異を表示した。非独居高齢者の方が独居高齢者に比較して、Brief COPEの総合得点が有意に高かった。28項目のほとんどの項目に二群の有意差を認めた。非独居高齢者は、独居高齢者に比較すると気晴らし、積極的コーピング、情緒的や道具的サポートの利用、肯定的再解釈、受容、計画などのポジティブ関係のコーピング項目で有意に得点が高かった。一方、独居高齢者は、非独居高齢者に比較すると否認、行動的諦め、自己非難などのネガティブ関係のコーピング項目において有意に得点が高かった。

【考察】

独居高齢者は、非独居高齢者に比較すると、身体の問題(生活習慣病が多い)、精神的な問題(うつ状態や不眠が多い)を抱えていることが明らかになった。一般的な認知機能は、二群とも差異はないが、独居高齢者は前頭葉機能障害が非独居高齢者に比較して障害されていた。

この点は遂行機能障害を反映する質問紙の得点障害にも反映していた。加えて、独居高齢者は孤独を抱えているにもかかわらず、十分なソーシャルサポートを受けておらず、その内容にも不満を抱いていた。近隣に住む家族からのサポートへの満足感が少ないと推測される。

コーピングスキルの観点では、非独居高齢者はストレスに対して計画的に問題解決したり、責任受容、肯定的に解釈するなどの肯定的なコーピングスキルの活用が目立った。これに対して独居高齢者は逃避や回避、自己非難などの否定的なコーピングスキル活用の患者が多かった。

以上の所見から、独居高齢者はサポートが十分でない状態でストレスを抱え、そのようなストレスに十分に対処できないと推測される。その背後には遂行機能の低下も関与していると考えられる。コーピング能力が十分に活用できるためには、遂行機能や対人関係スキルなどの技術が円滑に運用される必要がある。しかしながら、独居高齢者においては、このような能力が低下し、その結果、生活管理能力が低下し、糖尿病や高血圧などの生活習慣病が悪化もしくはうつや不眠などの精神的な問題も顕在化すると推測される。以上のような悪循環の形成を図1にまとめてみた。したがって、コーピング能力と遂行機能の二つの役割に着眼して、独居高齢者の生活管理能力をサポートしていく適切な体制づくりが、今後の在宅医療への生活支援サービスためには必要であろう。非独居の高齢者も配偶者との同居が多いため、いずれは独居生活に移行する。そのため非独居高齢者にも早期の在宅医療サポート介入が必要である。

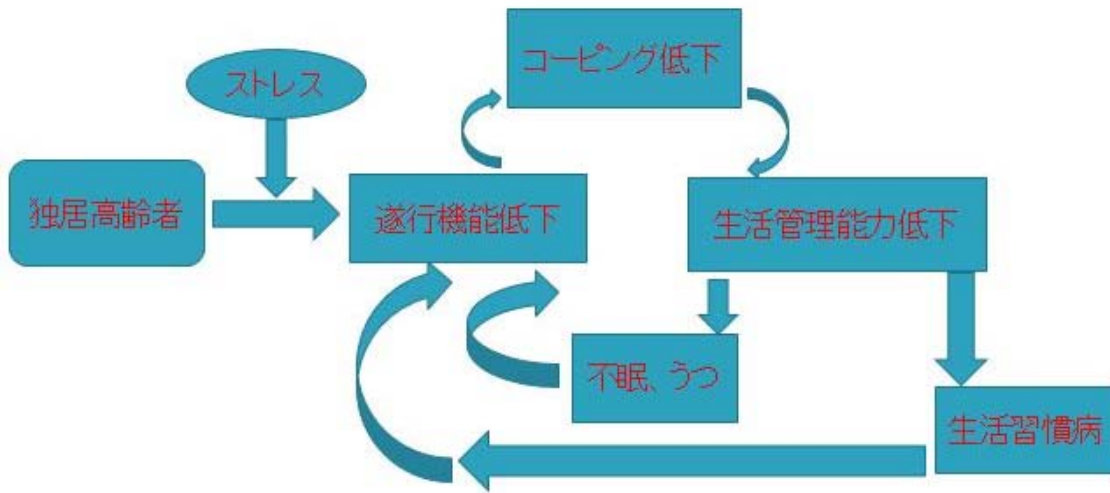


図1 独居高齢者における遂行機能、コーピング能力などと精神・身体の関係

しかしながら、本研究はサンプル数が少なく、外来受診した軽度認知機能障害の患者に限定されるためサンプリングバイアスが存在する。一般化するためには疫学的な大規模な調査も必要であろう。加えて、本研究は横断研究であり縦断研究ではない。そのため、独居高齢者における図1に示したような要因の因果関係は推測の域にすぎない。今後の課題としては大規模調査とそのコホート研究が、軽度認知機能障害における独居と非独居高齢者の特性を明らかにするために不可欠であろう。

表 1 独居高齢者と非独居高齢者の軽度認知機能障害患者の背景情報の比較

	独居高齢者 (MCI) (n=12)	非独居高齢者 (MCI) (n=11)	P
男 / 女	2 / 10	5 / 6	0.134
年齢	70.8±7.2	70.1 ±6.9	0.829
教育歴	12.9±2.1	13.2±2.8	0.195
病歴	2.5±1.0	2.0±1.0	0.147
生活習慣病			
糖尿病	8	2	0.018*
高血圧	9	3	0.021*
高脂血症	8	7	0.897
服薬の薬数			
なし/1 種類	0/0	3/2	
2 種類/3 種類/4 種類/5 種類	1/0/0/2	4/1/0/1	
6 種類/7 種類/8 種類/9 種類	3/2/3/1	0/0/0/0	
同居人	(-)		
妻/夫		4/4	
長女		2	
妹		1	
介護保険 なし/要支援1か2	4/8	6/5	
社会資源 なし/デイサービス利用	4/8	9/2	

表 2 独居高齢者と非独居高齢者の軽度認知機能障害患者の認知機能、評価尺度の比較

	独居高齢者 (MCI) (n=12)	非独居高齢者 (MCI) (n=11)	P
MMSE	28.2±0.9	28.4±0.8	0.592
FAB	13.2±1.1	16.0±1.2	<0.001*
BDI-II	26.8±8.6	9.5±5.0	<0.001*
ISI	14.5±5.2	4.5±3.6	<0.001*
LS	51.6±8.2	31.0±6.4	<0.001*
DEX	36.4±7.9	19.5±8.1	<0.001*
SSQ A	1.3±0.7	2.3±1.3	0.042*
SSQ B	2.2±0.8	4.8±0.6	<0.001*
IADL	6.5±0.9	6.8±1.6	0.682

表3 独居高齢者と非独居高齢者の軽度認知機能障害患者のコーピング能力の比較

	独居高齢者 (MCI) (n=12)	非独居高齢者 (MCI) (n=11)	P
Brief COPE			
1 気晴らし	1.5±0.5	2.8±0.4	<0.001*
2 積極的コーピング	1.7±0.4	3.0±0.6	<0.001*
3 否認	2.5±0.9	1.6±0.6	0.015*
4 アルコール・薬物使用	2.2±0.8	1.4±0.6	0.024*
5 情緒的サポートの利用	2.0±0.8	2.7±0.9	0.015*
6 行動的諦め	2.7±0.6	2.0±0.8	0.042*
7 積極的コーピング	1.9±0.5	3.2±0.4	<0.001*
8 否認	3.1±0.7	1.5±0.6	<0.001*
9 感情表出	1.8±0.8	2.5±0.8	0.052
10 道具的サポートの利用	1.7±0.6	3.0±0.4	<0.001*
11 アルコール・薬物使用	2.2±0.8	1.3±0.5	0.007*
12 肯定的再解釈	1.7±0.4	3.0±0.6	<0.001*
13 自己非難	2.6±0.8	2.0±0.7	0.070
14 計画	1.5±0.5	2.7±0.4	<0.001*
15 情緒的サポートの利用	2.0±0.7	3.0±0.5	0.001*
16 行動的諦め	2.6±0.8	1.7±0.4	0.005*
17 肯定的再解釈	1.8±0.5	3.1±0.7	<0.001*
18 ユーモア	1.2±0.4	1.9±0.7	0.013*
19 気晴らし	1.6±0.6	3.0±0.7	<0.001*
20 受容	1.6±0.4	3.4±0.6	<0.001*
21 感情表出	1.8±0.7	2.6±0.9	0.029*
22 宗教・信仰	1.7±0.8	2.0±1.0	0.402
23 道具的サポートの利用	2.0±0.4	3.0±0.7	0.001*
24 受容	1.6±0.4	3.0±0.7	<0.001*
25 計画	1.9±0.5	2.9±0.7	0.001*
26 自己非難	3.0±0.7	2.1±0.8	0.024*
27 宗教・信仰	1.6±0.6	2.3±1.0	0.063
28 ユーモア	1.2±0.4	1.7±0.4	0.021*
総合	55.8±5.5	69.6±5.5	<0.001*

【感想】

本研究において、独居高齢者の認知機能や身体・精神的な問題は想定していたよりも多かった。にもかかわらず、少ないサポートや社会資源の枠組みで生活しているので、独居生活が破綻する危険性を抱えていると感じた。今後は、このような問題点のある高齢者を多方面から評価し、早期の医療・保健・介護などのサポートにより在宅生活が維持できるようなシステムが必要であろう。今回の研究に関しては、問題の裾野が広いため、研究代表者、共同研究者は、東京や東北での専門家のみならず、京都における専門家にも有益なアドバイスをいただいたことを感謝している。

参考文献

1. 仲秋秀太郎. 精神機能. 唐沢かおり, 八田武志 編. 幸せな高齢者としての生活. ナカニシヤ出版, 111-135, 2009.
2. 佐藤順子, 仲秋秀太郎. 認知症患者と家族の社会的孤立. 老年精神医学, 22, 699-708 2011.
3. Nakaaki, S., Murata, Y., Sato, J., (他4名) Reliability and validity of the Japanese version of the Frontal Assessment Battery in patients with the frontal variant of frontotemporal dementia. Psychiatry Clin Neurosci, 61, 78-83, 2007.
4. 仲秋秀太郎, 佐藤順子. 実行機能 ; その概念と評価法. 老年精神医学, 26, 248-256, 2015.

本研究は、公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて実施した。