

原著

## もの忘れ外来における診断後支援の探索的検討 —DASC-21を用いた患者とその家族の評価の違いを活かして—

吉武亜紀<sup>\*1,2</sup> 保野孝弘<sup>\*3</sup>

### 要 約

本研究では患者本人による自己評価と同伴家族による他者評価の違いをDASC-21 (Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21items) の質問項目を用いて鑑別診断別に明らかにし、診断後支援の手がかりを検討することを目的とした。対象者は、2016年4月～2017年3月までに都道府県指定の認知症疾患医療センター専門外来を家族同伴で初診した48名 (男性25名, 女性23名, 平均年齢76.02±6.89歳) であった。評価項目は、認知機能検査およびDASC-21による自己評価と他者評価の点数、鑑別診断名および検査時や診察時に語られた会話内容を用いた。対象者を鑑別診断名により、正常範囲内群・軽度認知障害群・アルツハイマー型認知症群の3群に分け、DASC-21の総得点および下位7カテゴリの得点別に自己評価と他者評価との得点差から3群の特徴をつかんだ。結果、正常範囲群でも評価に差がある症例があり、軽度認知障害群、アルツハイマー型認知症群へと病のステージが進むにつれて自己評価よりも他者評価が低いと評価された症例数も下位カテゴリ数も増えていた。自己評価が他者評価よりも低い症例では、患者本人への心理的支援が、他者評価が自己評価より低い症例では、家族に対する心理教育の実施が有益だと思われた。認知機能障害や生活障害に対する本人と家族の評価や視点の違いを、DASC-21の項目を用いて評価することにより、診断後支援につながるまでの「空白の期間」の短縮に貢献する可能性がある。

### 1. 緒言

我が国では厚生労働省認知症施策推進関係閣僚会議において「認知症施策推進大綱<sup>1)</sup>」が2019年6月に取りまとめられた。認知症の「予防」と「共生」を車の両輪として施策を推進することを基本的な考えとし、具体的施策の1つとして「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」を掲げている。この施策の中には、2015年に1月に策定された認知症施策推進5か年計画 (新オレンジプラン) から継続的にとりくまれている、認知症の早期発見・早期対応医療体制の整備、認知症の人の介護者の負担軽減の推進も含まれている。

2008年から認知症疾患に関する地域での認知症医療提供体制の拠点として都道府県から指定される認知症疾患医療センターは、専門的医療機能の1つとして認知症の鑑別診断としての機能を有している。

認知症やその前段階とされる軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: 以下, MCI とする) の鑑別診断においては、認知機能検査や画像検査による原因となる疾患検査に加え、実際にどの程度日常生活機能を保っているかを捉えることも重要である<sup>2)</sup>。そして、日常生活において本人や家族が感じた認知機能や生活機能の変化が専門外来への受診動機となる場合、受診後に薬物療法だけでなくその機能変化に応じて非薬物療法も含めた適切な支援につなげることも必要である。加えて、認知症の本人とその家族へのアンケート調査では、日常生活で違和感を覚えることが多くなってから病院に受診するまでの期間と病院での鑑別診断後に介護保険などのサービス利用に至るまでの「空白の期間」が長いほど介護家族の主観的負担感が高くなると指摘されている<sup>3)</sup>。そのため、鑑別診断をになう認知症疾患医

\*1 川崎医科大学総合医療センター 患者診療支援センター

\*2 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 臨床心理学専攻

\*3 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科

(連絡先) 吉武亜紀 〒700-8505 岡山市北区中山下2-6-1 川崎医科大学総合医療センター 患者診療支援センター

E-mail: yoshitake@hp.kawasaki-m.ac.jp

療センターにおいても「空白の期間」の解消は優先度の高い課題であると考えられる。ただし、認知症あるいはMCIと診断された後の本人と家族の不安は、認知症や認知機能低下に対する治療やケアに関する事だけにとどまらない。時として、経済的問題や心理・社会的問題など多岐にわたる不安や負担は、公的な介護保険サービスの紹介のみでは不十分な症例もある<sup>4)</sup>。

本研究で評価項目として取り扱うDASC-21は、疾患早期や地域での困難症例を支援する認知症初集中支援チームでも活用されているアセスメントシートの1つである<sup>5)</sup>。さまざまな認知症に一般的にみられる認知機能障害と生活機能障害について総合的に評価できる。全21項目は、各3項目から構成される7つの下位カテゴリから構成されている。下位7カテゴリは「記憶」「見当識」「問題解決判断力」「家庭外でのIADL」「家庭内でのIADL」「身体的ADL①」「身体的ADL②」である。得点範囲は、4件法で評価するため21~84点となり、合計得点が高くなるほど認知機能障害や生活機能と障害の程度が重いとされ、総得点が31点以上で何らかの障害が生じていると考えられる。専門職が支援対象者（本人）をよく知る家族などの介護者に日常生活の様子を訪問調査で聞き取りながら評価を行う。評価結果から支援対象者の臨床像の全体をある程度把握でき、かつ必要な支援の目安をつけることができるとされる<sup>5)</sup>。

DASC-21の評価においては、一人暮らしなどで家族や介護者がいない場合には本人へ質問のうえ日常生活の様子を観察して評価を行うこと、回答者として家族や介護者がいる場合においても評価者による客観的な観察と回答者の回答が著しく乖離する場合には、評価者の専門職としての判断に従って評価を行うことが、留意点として示されている<sup>5)</sup>。しかしながら、外来診療場面でDASC-21を用いてみると評価者が日常生活を直接観察できない。そのため、患者本人と同伴家族双方の発言内容が乖離した際、患者本人と同伴家族のどちらの評価が実際の日常生活を反映しているのか判断に困難が生じてしまう場面を経験した。患者本人と家族の認識の違いは、介護保険サービスの利用に対する抵抗や、治療への拒否につながる可能性もある。そこで本研究では、受診後の「空白の期間」の短縮にどのような心理的支援が必要なのか、DASC-21の質問項目に基づいた患者本人による自己評価と同伴家族による他者評価の特徴を鑑別診断別に明らかにし、探索的に診断後支援の手がかりを検討することを目的とする。

## 2. 方法

### 2.1 対象者とデータ収集方法

Z県の認知症疾患医療センターに指定されている総合病院の専門外来（もの忘れ外来）を2016年4月~2017年3月の間に家族を伴い初回受診し、患者本人に対して認知機能検査（Hasegawa dementia rating scale-revised：以下HDS-Rとする、Mini Mental State Examination：以下MMSEとする）を施行した。同時にDASC-21の聴取項目をもちいて患者本人及び同伴家族に個別聴取できた症例の中から、画像検査後等の鑑別診断により正常範囲内（Within Normal Limits：以下WNLとする）、軽度認知障害（MCI）、アルツハイマー型認知症（Alzheimer's Disease：以下、ADとする）と診断された48名（男性25名、女性23名、平均年齢76.02±6.89歳）を本研究の対象者とした。

対象者の診療録から、認知機能検査（HDS-R、MMSE）の点数およびDASC-21の全聴取項目の点数、画像検査等の精査をした後の主治医による鑑別診断名および検査時や診察時に語られた会話内容を匿名化して収集した。

### 2.2 評価の実施方法および評価項目

本研究では通常の初回診療で使用する評価項目を使用した。評価の実施は診察前に予診を兼ねて臨床心理士が患者本人と同伴家族に声をかけ、患者本人、同伴家族の順にわけてプライバシーの守られた検査室にて聴取を行った。患者本人には、受診動機も含めDASC-21の聴取項目を尋ねながら日常生活で患者本人が感じた変化を聴取した後、認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施した（所要時間30分）。同伴家族には、DASC-21の聴取項目内容を用いて患者本人に対し同伴家族が感じた日常生活での変化を聴取した。聴取にあたった臨床心理士は2名おり、臨床心理士が1名で患者本人の検査の実施と聴取ならびに同伴家族の聴取を行ったものが殆どであったが、2名の臨床心理士で患者本人と同伴家族を分担し同時並行で対応した場合には、両者が聴取後に情報共有の時間を設けた。その後、医師の問診や血液検査、画像検査、臨床心理士による評価に基づいて、認知症専門医または5年以上の診断経験を有する外来主治医が鑑別診断を行った。

### 2.3 分析方法

本研究では、医師による鑑別診断名を用いて対象者をWNL群・MCI群・AD群の3つに群分けを行った。認知機能検査（HDS-R、MMSE）は、それぞれの総点数を評価項目として用いた。DASC-21に関しては、患者本人による「自己評価」と同伴家族による「他者評価」をそれぞれ分けて集計し「記憶」

「見当識」「問題解決判断力」「家庭外での IADL」「家庭内での IADL」「身体的 ADL ①」「身体的 ADL ②」の下位7カテゴリ別の集計と総得点を算出し使用した。下位7カテゴリ別の集計と総得点について、患者本人による「自己評価」の得点から同伴家族による「他者評価」の得点を差し引いた値の人数分布を描くことで WNL 群・MCI 群・AD 群の特徴を掴むこととした。認知機能検査 (HDS-R, MMSE) の総得点と DASC-21 の自己評価総得点と他者評価総得点に関して、Kruskal-Wallis 検定を用いて3群間の平均値の比較を行い、差が認められた項目について等分散を確認し、等分散しているものは Tukey HSD 法、等分散していないものは Games-Howell 法による多重比較を行った。統計解析ソフトは、IBM SPSS Statistics 23を用いた。

### 3. 結果

#### 3.1 対象者の3群の基本属性と認知機能検査および DASC-21の総得点について

鑑別診断名で振り分けた対象者の各群 (WNL 群・MCI 群・AD 群) の基本属性は以下の通りであった。WNL 群は14名 (男性6名, 女性8名, 平均年齢74.43 ± 7.71歳), MCI 群は21名 (男性12名, 女性9名, 平均年齢77.42 ± 6.51歳), AD 群は13名 (男性7名, 女性6名, 平均年齢75.46 ± 6.03歳) であった。

次に、認知機能検査 (HDS-R・MMSE) の総得点および DASC-21 (自己評価総得点・他者評価総得点) について、各群の特徴を表1に示した。認知機能検査 (HDS-R・MMSE) の総得点は、WNL 群, MCI 群, AD 群の順に HDS-R では約4点ずつ

MMSE では約3点ずつ減少しており、検査で測定可能な認知機能は認知症のステージに合わせて低下しはじめていた。

HDS-R 総得点と MMSE 総得点に関して3群間における Kruskal Wallis 検定による各群の比較を行った。その結果、HDS-R 総得点, MMSE 総得点について5%水準で有意な差が認められた。HDS-R 総得点と MMSE 総得点は等分散しており、Tukey HSD 法にて多重比較を行った。HDS-R 総得点では、WNL 群と AD 群の間と MCI 群と AD 群の間において5%水準で有意な差が認められた。MMSE の総得点においては、WNL 群と MCI 群の間と WNL 群と AD 群において5%水準で有意な差が認められた。

一方、DASC-21の自己評価総得点および他者評価総得点は、WNL 群, MCI 群, AD 群の順に得点が増加しており、認知機能や生活機能について患者本人と同伴家族の両者とも何らかの変化に気づき始めていることが示唆された。AD 群では、自己評価と他者評価との差が他の2群よりも広がっていた。3群間における Kruskal Wallis 検定による各群の有意差検定の結果、他者評価による総得点のみ5%水準で有意な差が認められた。等分散していないため Welch 法による耐久検定をへて Games-Howell 法による多重比較を行った。その結果、WNL 群と AD 群の間でのみ5%水準で有意な差が認められた。

次に、DASC-21で日常生活において何らかの障害が顕在化したと判断される総得点31点以上の症例数を表2に示した。WNL 群では自己評価と他者評価の両評価とも該当が2例, MCI 群では自己評価のみ該当が2例, 両評価とも該当が5例, 他者評価のみ

表1 対象群別の平均値および標準偏差

	WNL 群 (n=14)	MCI 群 (n=21)	AD 群 (n=13)
HDS-R	26.07 ± 3.25	22.86 ± 3.41	18.62 ± 3.88
MMSE	26.79 ± 3.36	23.38 ± 3.38	20.77 ± 2.42
DASC-21 自己評価	26.00 ± 4.13	28.62 ± 6.81	30.38 ± 7.78
DASC-21 他者評価	26.57 ± 4.78	29.05 ± 4.12	34.08 ± 9.24

表2 対象群別にみた DASC-21総得点が31点以上の症例数

	WNL 群 (n=14)	MCI 群 (n=21)	AD 群 (n=13)
自己評価のみ該当	0	2	0
両評価とも該当	2	5	4
他者評価のみ該当	0	4	2

該当が4例，AD群では両評価とも該当が4例，他者評価のみ該当が2例であった。

### 3.2 DASC-21の下位7カテゴリに関する3群の自己評価と他者評価の人数分布

表3にDASC-21の下位7カテゴリ別に自己評価の評価点から他者評価の評価点を差し引いた値の人数分布を示した。自己評価と他者評価が一致していた場合は0とした。自己評価が他者評価より低い場合には該当下位カテゴリの機能について同伴家族よりも患者本人ができないと評価しており，両者の評価点の差は正となる。一方，他者評価が自己評価より

低い場合には該当下位のカテゴリの機能について患者本人よりも同伴家族ができないと評価しており，両者の評価点の差は負となる。以下，3群別にそれぞれの自己評価と他者評価の特徴を詳述する。結果および考察で取り扱った部分に関しては，表3の人数部分に下線を付した。

#### 3.2.1 DASC-21の下位7カテゴリに関する「WNL群」の自己評価と他者評価の得点分布と聴取時の発言内容

WNL群 (n=14) は，3群の中で最も自己評価と他者評価が一致していた。WNL群の特徴として，

表3 対象群別での自己評価と他者評価の差異－DASC-21の総計および下位7カテゴリ別での分類－

	自己評価 － 他者評価	DASC-21 総計	記憶	見当識	問題解決 判断力	家庭外 での IADL	家庭内 での IADL	身体的 ADL①	身体的 ADL②
WNL群 (n=14)	+3	0	0	0	0	0	0	0	0
	+2	1	1	0	0	0	0	0	0
	+1	1	1	0	1	0	0	0	0
	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
	-1	1	0	0	<u>1</u>	1	2	0	0
	-2	5	1	0	<u>3</u>	0	0	0	0
	-3	0	0	0	0	0	0	0	0
MCI群 (n=21)	+24	1	-	-	-	-	-	-	-
	+5	1	1	0	0	0	0	0	0
	+4	0	0	1	<u>1</u>	<u>1</u>	0	0	0
	+3	1	0	0	0	<u>1</u>	0	1	0
	+2	0	0	0	<u>2</u>	0	<u>1</u>	0	1
	+1	1	0	1	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	0	0
	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
	-1	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>6</u>	1	1
	-2	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	0	0
	-3	<u>2</u>	0	0	0	0	<u>1</u>	0	0
-4	<u>1</u>	0	0	0	0	0	0	0	
-6	<u>1</u>	0	0	0	0	0	0	0	
-8	<u>2</u>	0	0	0	0	0	0	0	
AD群 (n=13)	+3	0	0	0	0	0	0	0	0
	+2	0	0	1	0	0	0	0	0
	+1	1	1	1	1	1	0	0	0
	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
	-1	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	0	0
	-2	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	0	<u>1</u>	<u>1</u>	0	0
	-3	<u>1</u>	<u>1</u>	0	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	1	1
	-4	0	0	0	0	0	0	0	0
	-6	<u>2</u>	0	0	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	0	0
-9	<u>1</u>	0	0	0	0	0	0	0	
-26	<u>1</u>	-	-	-	-	-	-	-	

「問題解決判断力」カテゴリ（項目7～9）において、自己評価の評価点から他者評価の評価点を差し引いた値が負の値をとっており、患者本人よりも同伴家族が「できない」と評価している症例が4例あった。そのうち3例は DASC-21の項目7「電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか」での差異が「-2」が1例「-1」が2例であり、患者本人よりも同伴家族の方が「できない」と評価していた。

この群において検査時に語られた内容として、患者本人は「探し物が増えた、時間がかかるようになった」「人と話をするとときにアレ・ソレが増えた」など記憶障害に基づく生活変化に関する発言があった。同伴家族からは、「予定を何度も聞いてくる、尋ねる頻度が増した」「持ち物確認に時間を要し予定の時間にことが進まない」「些細なトラブルで怒りっぽくなる、他人のせいにする、ひどく落ち込んでいる」など記憶障害に加えこれまでの患者本人と比較し態度や精神面での変化、日常生活での遂行機能低下がうかがえる段取りの悪さに関する発言があった。

### 3.2.2 DASC-21の下位7カテゴリに関する「MCI群」の自己評価と他者評価の得点分布と聴取時の発言内容

MCI群（n=21）では、自己評価と他者評価の差異が正負両方向にばらつく結果となった。特に WNL群でも注目した下位カテゴリ「問題解決判断力」（項目7～9）では、同伴家族よりも患者本人が「できない」と評価している症例、患者本人よりも同伴家族が「できない」と評価している症例がそれぞれ6例ずつあった。同伴家族よりも患者本人が「できない」と評価している6例うち、項目7「電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか」においては、差が「+2」が1例「+1」が5例、患者本人よりも同伴家族が「できない」と評価している症例が4例あり差はすべて「-1」であった。また、項目8「一日の計画を自分で立てることが出来ますか」では4例が患者本人よりも同伴家族の方が差「-1」で「できない」と評価していた。

そして、「記憶」と「見当識」の2下位カテゴリでは、自己評価と他者評価の差は小さいものの、数として同伴家族のほうが「できない」と評価した者が、「記憶」で7例「見当識」で4例あった。加えて「家庭外での IADL」と「家庭内での IADL」の2下位カテゴリについては、同伴家族が「できない」と評価している者が「家庭外での IADL」では5例ありその差は「-1」が3例「-2」が2例、「家庭内での IADL」では9例ありその差は「-1」が6例「-2」は2例「-3」

が1例であった。

MCI群の中でもっとも患者本人が同伴家族よりも「できない」と評価していた症例では、DASC-21の総得点で24点の差があり、すべての下位カテゴリにおいて自己評価が他者評価より「できない」と評価していた。この症例では、患者本人は昨年よりも転倒しやすくなり日常生活全般に不安が生じており、「今後、より家族に迷惑をかけるようになるのではないかと心配していた。一方、同伴家族は「以前から（患者本人の）不安は強いので変化はない」と評価していた。また、「問題解決判断力」において自己評価が他者評価よりも「できない」と評価していた症例には、自ら探し物を見つけ出せずもの盗られ妄想に発展していた症例や、町内会の役員を周囲に迷惑をかけずにこなせるか患者本人が不安を感じていると発言した症例があった。

家族による他者評価のほうが「できない」と評価していた症例では、患者本人からは「年をとったら、こんなものでしょう」など具体的な困り感が語られなかった。一方、家族からは「服薬管理が難しくなった」「金銭管理が昔のようにうまくいっていない」「車の運転が心配になってきた」など主に IADL の低下を示唆する具体的なエピソードが語られていた。このように MCI群は、複数の下位カテゴリに関して正負両方向にばらつきがみられた。それだけ症例の個人差があり、認知機能障害と生活機能障害に対する患者本人と同伴家族の間で認識の違いがみられることが特徴と言える。

### 3.2.3 DASC-21の下位7カテゴリに関する「AD群」の自己評価と他者評価の得点分布と聴取時の発言内容

AD群（n=13）では、これまでの2群よりも自己評価の評価点から他者評価の評価点を差し引いた値が負の値を示し、患者本人よりも同伴家族の方が「できない」と評価した症例がより増えていた。下位カテゴリ別では、MCI群でも認められていた「記憶」では7例、「家庭外での IADL」では5例、「家庭内での IADL」でも6例の3下位カテゴリのみならず、「見当識」では4例「問題解決判断力」においても6例が患者本人よりも同伴家族が「できない」と評価していた。

この群では、検査時にもの忘れを自覚している発言が患者本人に見られたのは4症例で、うち1例は家族からの指摘を「責められる」と話していた。患者本人には受診動機が乏しく、運転免許更新時の認知機能検査で精査を求められての受診や家族から推奨されての受診が7症例あった。同伴家族からは、これまでの趣味活動を辞め閉じこもり気味になってい

たり、家族が活動を促しても億劫がる、疲れやすくなり横になったりすることを心配する発言が見られていた。

#### 4. 考察

##### 4.1 正常範囲内(WNL)群, 軽度認知障害(MCI)群, アルツハイマー型認知症(AD)群の特徴

本研究では、精査後の鑑別診断によりWNL群・MCI群・AD群の3群に分けて認知機能検査とDASC-21の聴取項目を用いた「自己評価」と「他者評価」の群別の特徴を両者の得点の差から検討した。認知機能検査の結果が次第に低下していることから3群は、認知症の病のステージとしての正常範囲内(正常加齢)、認知症への移行期とも考えられる軽度認知障害(MCI)域そして本格的な認知症(AD)へ移行した時期をとらえていると判断できる。

##### 4.2 DASC-21の下位7カテゴリに関する「自己評価」と「他者評価」の特徴

WNL群は、3群の中でも最も自己評価と他者評価との一致が多いものの「問題解決判断力」が他の下位カテゴリよりも、患者本人よりも同伴家族が「できない」と評価している症例が多かった。WNL群の患者本人と同伴家族の発言からは、記憶力の低下を感じ始めた患者自らがなんとか対応しようとするものの、家族から見れば患者本人が状況に合わせた適応的な行動をとることが難しくなったように見え、加齢変化に対して本人よりも家族が先に行動や遂行機能の低下、精神面の変化に気づき始めていると考えられた。

MCI群は、特に「問題解決判断力」の評価について、患者本人と同伴家族の評価にばらつきが見られることが特徴であった。患者本人が同伴家族よりも「問題解決判断力」を「できない」と評価している症例では、探し物がでてこないことや対人関係で自らが失敗していないかなど生活場面での「不安」がうかがえた。同伴家族は、本人の不安の訴えには気が付いているものの「以前からそうであった」ことも影響してか積極的に対処せず、余計に本人の訴えが強くなっているのではないかと考えられた。また、患者本人よりも同伴家族のほうが「できない」評価が多い例では、金銭管理や服薬管理などのIADLの低下をはじめとする具体的なエピソードが家族から語られていた。これは、扇澤ら<sup>6)</sup>によるもの忘れ外来を受診する理由とも一致する結果となった。このような家族の訴えからは、気が付いた変化が認知症の初期症状かもしれないという懸念や、もし認知症の症状であれば今後症状が進行することへ

の心配がうかがえた。

群分けにもとづくDASC-21の下位カテゴリ比較においては、WNL群よりもMCI群そしてAD群と、患者本人よりも同伴家族から該当の機能が「できない」と評価した下位カテゴリ領域が広がりを見せていた。この背景要因として、アルツハイマー型認知症の主症状の1つとして記憶障害があると考えた。日常生活において、これまでできていたことを「できなくなった」と認識し自己評価するためには、2つの要因が存在すると思われる。1つは記憶障害をはじめとする認知機能障害や遂行機能障害により失敗を経験する場面、もう1つはその失敗を思い出し聴取場面で想起する力である。特に前者の要因に関しては、本人の能力低下に応じた周囲の対応や環境調整による失敗場面の回避(エラーレスな環境)や失敗を気にする本人の性格傾向と不安の高さが関連し、同程度の認知機能であったとしても「できなくなった」と感じる程度は異なるであろう。正常加齢(WNL)から軽度認知障害(MCI)そして認知症(AD)へと病のステージが移行するなかで患者本人が自分の能力を同伴家族よりも「できる」と自己評価していた背景には、患者自身の記憶をはじめとする認知能力や彼らが置かれている状況、そして精神面も踏まえて判断すべきと考える。

また、「見当識」については、WNL群よりもMCI群さらにAD群と病のステージが進むにつれて家族の評価が患者本人の評価よりも低い症例が増えていた。これは、記憶障害と合わせて見当識の低下が病気の初期に起こりやすいADの特徴をふまえた結果と考えられた。

##### 4.3 DASC-21での「自己評価」と「他者評価」の差異を活かした支援策について

鑑別診断時に施行されることの多いHDS-RやMMSEといった認知機能検査だけでは、個別の認知機能について低下の度合いをアセスメントすることはできても、実際の日常生活でどのようなことに困り、不安を抱えているかまでの情報を得ることができない。牧<sup>7)</sup>でも指摘されているように外来場面では本人の日常生活状況を患者本人からの訴えに加え同伴家族である主介護者からの情報や評価からも推し量ることが必要である。

本研究ではDASC-21の質問項目を用いることにより、臨床心理士が患者本人と同伴家族に対し個別に認知機能障害と生活機能障害について聴取することできた。患者本人と家族の評価がおおむね一致する症例が多数を占める一方で、互いが同じ場面を体験していたとしても評価が異なる症例が複数存在しており、WNL群・MCI群・AD群で下位カテゴリ

に特徴があることが示された。

近年、認知症患者の病識に関する記述にも変化がでてきている。これまで“ない”と言われていた認知症患者の病識が認知症疾患診療ガイドライン(2017)上でも“薄い”と変更された<sup>2)</sup>。橋本<sup>9)</sup>においては、特に病初期の認知症患者について“病識”とまではいかななくても「これまでの自分とは何か違う」のような“病感”を抱え、BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia: 認知症の行動・心理症状)の不安感として表出されることが示されている。加えて、山口ら<sup>8)</sup>では、健常群から軽度認知障害群そして認知症群へと病のステージが移行するとともに病識低下が進む傾向があるが、認知症群においても病識が保たれるほどうつになりやすいとの指摘がある。本研究においても、患者本人の病識の一部を捉えていると考えられる「自己評価」の低下に関しては、彼らの発言内容を踏まえると認知機能低下の要因のみならず、不安などの精神面の要因も影響していると考えられた。

鑑別診断時に聴取した認知機能障害と生活機能障害に対する患者本人と家族の評価が一致していれば、生活上の困りごとに対しても両者の間で支援ニーズが共通認識されやすい。よって結果説明を行う際に、初期の服薬管理や調理といった IADL に対する家族の支援協力や介護保険サービスの利用においても必要性の理解や支援の円滑な実施が可能と思われる。

一方、患者本人の評価のほうが低い症例においては、山口ら<sup>8)</sup>が指摘している病識が保たれるほどうつになりやすいことを踏まえると、患者本人の困り感や不安感に寄り添う支持的な心理的支援が有益ではないかと考える。特に WNL 群や MCI 群に該当する時期においては、患者本人の能力が維持されているがゆえに公的な介護保険サービスを受けるための介護認定の対象外となりやすい。家族の評価が高いということは、患者本人の変化を家族はともすれば年を重ねたため起こる病的ではない変化と認識している場合もある。認知機能や生活機能の変化に対する受け止めや困難感個人差もある。そのため、患者本人が悩みや不安を抱えたまま孤立しないよう、当事者同士の交流の場となっている認知症カフェや本人ミーティングといったインフォーマルなピアカウンセリングの場の活用が望まれる。

また、認知機能障害や生活機能障害が顕在化してくる AD 群に多く見られた家族の評価が低い症例においては、家族に対して認知症や認知機能低下に関する心理教育の実施が有益ではないかと考える。

心理教育の具体例として、患者本人の見当識と記銘

力低下に配慮した処方薬の一包化や日付の記載による服薬タイミングの見える化といった薬剤管理方法の提案などが挙げられる。家族が感じている日常生活での変化や困りごとの背景を、認知機能検査の結果もあわせてひも解き、具体的な支援策を提案することは家族の認知機能低下に対する症状理解を深め、無理のない介護につながる。さらに、患者本人にとってもエラーレスな支援となり受け入れやすく継続しやすいものと考えられる。

DASC-21の項目は、認知症に起因する認知機能障害と生活機能障害について尋ねる項目が明示されている。そのため支援の場面で経時的に使用することで、患者本人の生活面の変化を捉えることが可能とされている。現行の DASC-21の使用方法では、家族を中心とした主介護者を対象に項目内容を聴取し、生活状況を加味して評価者が判定を行う。この評価者による統合した判定を行う前に、今回の研究のように同じ項目内容を本人にも尋ねる段階を加えることにより、認知機能障害や生活機能障害に対するそれぞれの評価を知ることができる。たとえ患者本人と家族の評価や視点が一致しなくても、評価を行う支援者がその違いに気づくことができれば、より双方のニーズをくみ取った支援策が提案できるのではないかと考える。患者本人が認知症であるか否か、自身の認知機能障害や生活機能障害を正確に評価できているかにとらわれすぎないことも重要な点といえよう。患者本人による「自己評価」と同伴家族による「他者評価」の双方をふまえたオーダーメイドな支援策は、両者にとっても受け入れやすいものとなる可能性がある。鑑別診断時や支援に行き詰った際に、両者の評価を行うこの段階を経ることで、現在、課題となっている鑑別診断後から早期支援が開始されるまでの「空白の期間」の短縮につながるのではなかろうか。

#### 4.4 今後の課題

本研究は、横断的研究のため各群の特徴を掴むにとどまっている。今後は各症例での追跡研究を行い、認知症疾患の進行による認知機能の変化も踏まえて「自己評価」と「他者評価」の動向を検討する必要があると思われる。あわせて、「自己評価」が「他者評価」より低い場合には患者本人の精神面に配慮した支持的な心理支援を、「他者評価」が「自己評価」より低い場合には、認知機能の低下や認知症の症状に焦点をあてた家族に対する心理教育を行うなど両者の特徴に配慮した診断後支援実践例の蓄積がまたれている。

## 倫理的配慮

本研究は、川崎医科大学・同附属病院倫理委員会での承認を得て実施した（承認番号2824）。

## 謝 辞

本研究にご助言いただきました川崎医科大学附属病院脳神経内科 部長砂田芳秀先生、部長三原雅史先生、医長久徳弓子先生、川崎医科大学総合医療センター 内科 部長和田健二先生、研究協力者の臨床心理士赤松祐美様に深謝いたします。

なお、本研究の一部は、第37回日本認知症学会学術集会（2018年10月）および第60回日本神経学会学術大会（2019年5月）において発表した。

## 文 献

- 1) 厚生労働省:認知症施策推進大綱.<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf/>, 2019. (2022.8.30確認)
- 2) 日本神経学会監修, 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集:認知症疾患診療ガイドライン2017. 初版, 医学書院, 東京, 2017.
- 3) 社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター編:専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き—2,400人の家族の声からつくる家族等介護者の支援必携—. ワールドプランニング, 東京, 2018.
- 4) 認知症未来共創ハブ:認知症政策の国際潮流—vol6. 診断後の『空白期間』における日本の現状—. <https://designing-for-dementia.jp/trend/t006/>, 2019. (2022.8.30確認)
- 5) 栗田主一:地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント DASC-21標準テキスト. メディア・ケアプラス, 東京, 2016.
- 6) 扇澤史子, 栗田主一, 古田光, 岡本一枝, 今村陽子, 白取絹恵, 畠山啓, 齋藤久美子, 千田亜希子, ...松下正明:家族介護者が高齢者に物忘れ外来受診を促す理由についての検討—正常範囲, 軽度認知障害および主な認知症の比較—. 生存科学, 28, 163-171, 2017.
- 7) 牧陽子:社会生活障害としての認知症—アルツハイマー型認知症を中心に—. 認知神経科学, 18, 146-153, 2016.
- 8) 山口晴保, 中島智子, 内田成香, 松本美江, 甘利雅邦, 池田将樹, 山口智晴, 牧陽子, 高玉真光:病識低下がBPSD増悪・うつ軽減と関連する—認知症疾患医療センターもの忘れ外来365例の分析—. 認知症ケア研究誌, 2, 39-50, 2018.
- 9) 橋本衛:認知症患者に病識は必要か? 精神医学, 61, 1393-1402, 2019.

(2022年11月24日受理)

## An Exploratory Study of Post-Diagnostic Support in a Memory Clinic: Taking Advantage of Differences in Patient and Family Assessment Using the DASC-21

Aki YOSHITAKE and Takahiro HONO

(Accepted Nov. 24, 2022)

**Key words** : dementia, mild cognitive impairment, assessment, post-diagnostic support, DASC-21

### Abstract

The purpose of this study was to clarify differences between patients' self-evaluations and family members' evaluations of others by differential diagnosis using the DASC-21 questionnaire, and to examine clues for post-diagnostic support. The subjects included 48 patients (25 males and 23 females, mean age  $76.02 \pm 6.89$  years) who had first visited a specialized outpatient clinic accompanied by family members between April 2016 and March 2017. The evaluation items were cognitive function tests, scores of self-assessments and others' assessment by DASC-21, differential diagnosis, and the content of conversation during the examination and consultation. Subjects were divided into three groups by differential diagnosis: within normal limits, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease groups. Those who were rated lower by others than by their self-evaluation increased in frequency as the disease stage progressed, as did the number of subcategories. Thus, patients with low self-evaluations may benefit from psychological support, and those with low family member evaluations may benefit from psychological family member education. Patient and family assessment using the DASC-21 questionnaire may contribute to reducing time from diagnosis to support.

Correspondence to : Aki YOSHITAKE

Patient Support Center

Kawasaki Medical School General Medical Center

2-6-1 Nakasange, Kita-Ward, Okayama, 700-8505, Japan

E-mail : [yoshitake@hp.kawasaki-m.ac.jp](mailto:yoshitake@hp.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.32, No.2, 2023 375 – 383)