

平成 19 年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成 19 年度

認知症介護研究報告書

〈認知症介護におけるコミュニケーションに
関する研究事業〉

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

目次

平成 19 年度研究成果

- 1) 認知症における知的機能とコミュニケーション機能
一言語性、及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究……1
主任研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
分担研究者 相原 喜子（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者 中村 昭範（国立長寿医療センター）
小笠原昭彦（名古屋市立大学看護学部）

- 2) 簡易コミュニケーションスケール（軽度認知症用）の運用にあたってのアンケート調査：認知症患者のQOL変化とコミュニケーション能力変化の関連についての研究
……11
主任研究者 川合 圭成（名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
研究協力者 末永 正機（名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
武田 章敬（国立長寿医療センターアルツハイマー型認知症科）
山内 星子（名古屋大学医学部神経内科）
小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
川村 陽一（社会福祉法人青山里会，医療法人社団主体会）
祖父江 元（名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学教授）

- 3) 認知症高齢者の心理・行動症状出現予防のためのコミュニケーションの役割……37
主任研究者 大山 宣子（国立長寿医療センター 看護部長）
分担研究者 藤崎あかり（国立長寿医療センター 西病棟 看護師）
浅井 紫（国立長寿医療センター 西病棟 看護師）
大久保直樹（国立長寿医療センター 西病棟 看護師）
浜島 愛子（国立長寿医療センター 西病棟 看護師）
三木 貴子（国立長寿医療センター 西病棟 看護師）
北岡 伸子（国立長寿医療センター 西病棟 副看護師長）
河合多喜子（国立長寿医療センター 西病棟 看護師長）
住垣千恵子（国立長寿医療センター 教員 副看護師長）
研究協力者 野上 宏美（国立長寿医療センター 副看護部長）
服部 英幸（国立長寿医療センター 行動心理療法科医）
武田 章敬（国立長寿医療センター 第一アルツハイマー型
認知症科医長）

**認知症における知的機能と
コミュニケーション機能
—言語性、及び非言語性コミュニケーション
情報認知機能—に関する研究**

認知症における知的機能とコミュニケーション機能 —言語性、及び非言語性コミュニケーション情報認知機能—に関する研究

主任研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

分担研究者 相原 喜子（認知症介護研究・研修大府センター）

研究協力者 中村 昭範（国立長寿医療センター）

小笠原昭彦（名古屋市立大学看護学部）

A. 研究目的

認知症高齢者においては、症状の進行に伴うコミュニケーション能力の低下が QOL や介護に大きな影響を与える要因となる。しかし、言語性コミュニケーション能力が低下した段階でも非言語性コミュニケーション能力が保たれていれば、その手段を積極的に用いることにより認知症高齢者と意思の疎通を保つことができ、心理状態の把握にも役立つと考えられる。また、認知症の進行期において、維持されている認知機能が明らかになれば、認知能力に合わせた対応を考えることができる。従って本研究の最終的な目標は、認知症高齢者で維持されている認知能力の特徴を明らかにすることによって、介護の現場に役立て、認知症高齢者の QOL の向上につなげていくことである。

この目標達成のため、昨年度は認知症高齢者の、非言語性コミュニケーション情報認知機能、及びその他の残存知的機能の特徴について、神経心理学的手法を用いて詳細に検討を行った。非言語性コミュニケーション情報の認知機能を評価するためには、独自に開発した検査(Nonverbal communication test: NCT)を用い、その他の知的機能の評価は、既存の簡易知的機能評価検査(Mini-Mental State Examination:MMSE, 長谷川式簡易知能評価スケール:HDS-R)に加え、小児用の検査である K-ABC(Kaufman Assessment Battery for Children)を実施して検討した。その結果、非言語性コミュニケーション能力は認知症が進行しても顕著な能力低下がみられないことや、「数唱」のような単純な短期記憶課題も比較的残存しやすい能力であることを明らかにした¹⁾。

昨年度の検討は、認知症高齢者を重症度別にグループ化し、集団としてその特徴を評価することに有用であった。しかし、我々の最終的な目標は、個人毎の認知機能の特徴を評価して、介護の現場に役立てていくことである。そのためには、個人の認知能力の特徴を客観的に評価するための信頼できるリファレンス、すなわち正常データベースを構築することが重要である。そこで今年度は、まず昨年度と同様の検査を健常高齢者に実施し、加齢による認知能力の変化の特徴を明らかにした。また、脳の情報処理速度の加齢による変化を検討するため、NCT の一部をパソコンに移植し (NCT-PC)、課題反応時間を測定した。次に正常範囲のデータベースを作成した上で、認知症高齢者の維持されている認知機能の特徴を個人毎に評価する方法を検討した。

B. 研究方法

対象：社会・家庭生活が自立している 60 才以上の健常高齢者 68 名。このうち、MMSE の得点が 24 点以上かつ HDS-R の得点が 21 点以上であり、認知症ではないと考えられた被験者 63 名（男性 33 名、女性 30 名）をデータ分析の対象とし、年齢により 3 群に分けて加齢の影響を検討した（表 1）。

表 1：分析対象

	平均年齢	例数(人)	MMSE平均点	HDS-R平均点
60～69歳	64.9±2.7	20	28.7±1.2	28.2±1.7
70～79歳	74.1±2.6	23	27.5±1.3	26.9±2.0
80～89歳	82.1±2.8	20	27.2±1.4	25.0±2.7

本研究は、認知症介護研究・研修大府センター、および国立長寿医療センターの倫理委員会の承認に基づいて行われ、検査に先だってインフォームド Consent のもと、全員から書面で同意書を得た。

方法：

対象者全例に、以下の検査を施行した。

- 1) 簡易知的機能評価：MMSE、HDS-R
- 2) 知的機能評価：K-ABC

2 歳 6 ヶ月から 12 歳 11 ヶ月までの小児を対象とした検査で、課題の理解が容易で、認知処理過程が明らかになるという長所がある。14 の下位検査で構成されているが、本研究ではこのうち認知処理過程尺度を構成している 9 の下位検査（①魔法の窓、②顔さがし、③手の動作、④絵の統合、⑤数唱、⑥模様の構成、⑦語の配列、⑧視覚類推、⑨位置さがし）を標準化された検査セットを用いて、検者と対象者が対面したインタビュー形式で施行した。また、これらの検査項目のうち、③・⑤・⑦を継次処理能力（情報を連続的にかつ順を追って次々に処理する能力）の評価、それ以外の項目を同時処理能力（複数の情報を統合して全体的なまとまりで処理する能力）の評価として別途解析した。

- 3) 非言語性コミュニケーション能力評価：NCT

49 の（小）下位検査からなる独自に開発した検査で、紙に印刷した写真や線画、口頭指示やジェスチャー等を用いて、検者と対象者が対面したインタビュー形式で施行した。今回はその中の、①顔の同定（有名人の同定および顔の記憶）、②表情の認知（表情の認知、表出および模倣）、③視線の認知（視線の認知、コントロールおよび共有）、④ジェスチャーの認知（ジェスチャーの意味認知、表出および模倣）について分析を行った。

- 4) パソコンによる非言語性コミュニケーション能力評価：NCT-PC

NCTの一部をパソコンのプログラムに移植して、認知能力の加齢による変化の特徴を弁別反応時間の観点からも検討した。刺激呈示プログラムは米国 Neurobehavioral Systems 社製、ソフトウェア「Presentation」を用いて作成した。反応測定用のボタンは高齢者でも押しやすいものを用意した。課題は二者択一の選択反応で、ランダムに呈示される二種類の画像を指示された基準で弁別し、①または②のボタンをなるべく速く正確に押して答える課題である。以下の検査を行った。

1. 練習課題：画面に「①」か、「②」の文字がランダムに呈示される。「①」であれば①のボタン、「②」であれば②のボタンを押す
2. 単純弁別課題：図形（○か□）の弁別
3. 顔男女弁別課題：男性の顔・女性の顔の弁別
4. 顔同定課題：知っている顔・知らない顔の弁別（有名人と無名人の顔を使用）
5. 表情認知課題：笑っている顔と怒っている顔の弁別
6. 視線認知課題：画面上の顔の視線方向（対象者を見ている・いない）の弁別

結果分析：60才台、70才台、80才台の各年齢群（表1）ごとに平均得点率や平均反応時間を算出した。各年齢群間の差は one-way ANOVA を用いて検討し、加齢の影響を統計的に分析した。

C. 研究結果

1. MMSE、HDS-R 及び K-ABC の加齢変化

MMSE、HDS-R 及び K-ABC 各下位検査における健常高齢者の各年齢群の平均得点率を表2と図1に示す。各年齢群間で有意差が認められたのは MMSE、HDS-R、顔さがし、絵の統合、位置さがし、及び同時処理であった（表2 アスタリスク、及び図1 赤枠）。

表 2： MMSE、HDS-R および K-ABC 平均得点率

検査項目	60歳代	70歳代	80歳代	全体(%)	F値	有意確率(p)
MMSE	95.5±4.1	91.6±4.2	90.6±4.7	92.5±4.8	6.9	0.002*
HDS-R	94.0±5.6	89.7±6.6	84.0±9.2	89.2±8.2	11.3	<0.0001*
魔法の窓	89.7±11.3	81.7±14.7	82.2±13.1	84.4±13.5	2.2	0.118
顔さがし	77.7±9.2	65.5±6.9	62.2±21.9	68.2±15.4	6.9	0.002*
手の動作	50.2±15.3	48.7±15.6	46.7±17.3	48.5±15.9	0.2	0.833
絵の統合	73.7±12.7	61.8±17.8	60.9±13.3	65.2±15.8	4.7	0.013*
数唱	63.7±14.5	64.1±11.2	62.7±7.8	63.5±11.2	0.1	0.882
模様の構成	71.5±17.6	65.5±12.9	67.2±16.9	67.9±15.8	0.8	0.446
語の配列	60.3±16.7	61.3±19.0	58.3±18.8	60.0±18.0	0.0	0.959
視覚類推	66.0±15.2	58.7±11.5	57.1±14.5	60.5±14.0	2.3	0.114
位置さがし	69.0±14.6	60.9±11.8	60.5±16.0	63.3±14.5	3.5	0.038*
同時処理	73.8±9.9	64.9±7.2	64.2±9.6	67.4±9.8	5.1	0.009*
継次処理	57.8±11.9	57.8±12.0	55.6±11.3	57.1±11.6	0.2	0.788

* $p < 0.05$

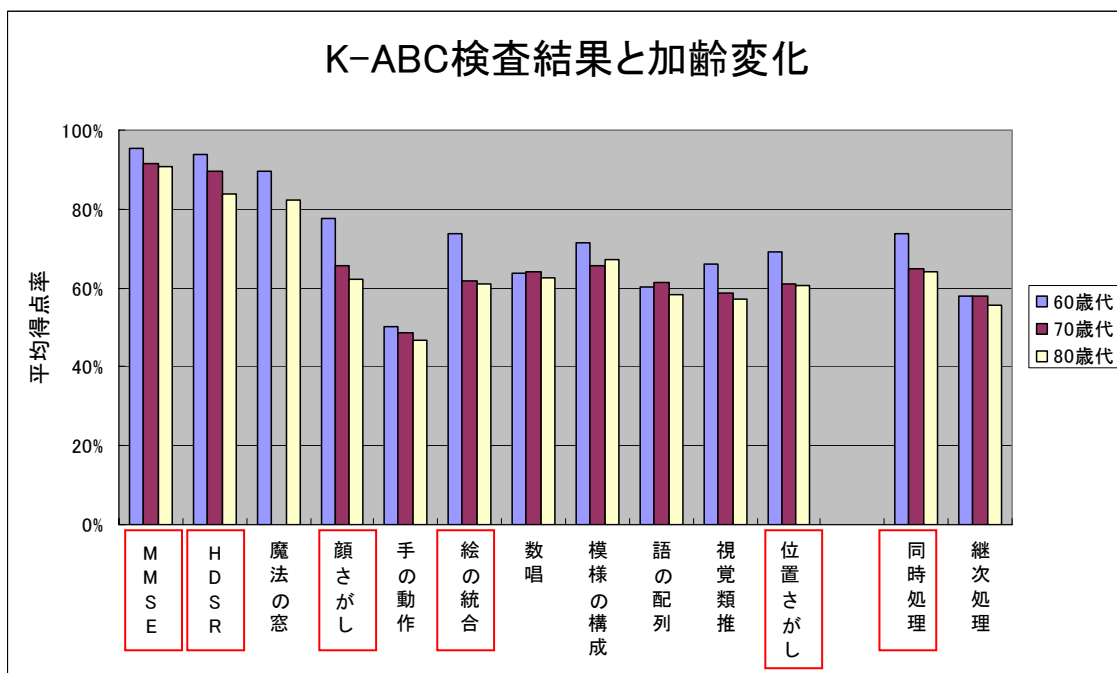


図 1

2. NCT、及びNCT-PC 検査結果と加齢変化

NCT 検査のうち、顔の同定、表情認知、視線認知、ジェスチャー認知に関する健常高齢者の検査結果を表3と図2に示す。NCT では顔の同定課題のみ、加齢による有意な正答率の低下を認めた(ANOVA, $p<0.05$) (表3 アスタリスク、及び図2 赤枠)。

更に、これらの非言語性コミュニケーション情報の認知に加齢が与える影響をより詳しく分析するために、認知弁別に要する反応時間を測定した(表4及び図3)。その結果、○と□を弁別したり、顔の情報の中でも比較的単純な男女を弁別する反応時間は、有意な加齢の影響は認められなかったが、顔の同定や視線の認知は、加齢と共に有意に認知弁別に要する反応時間が遅延することが明らかとなった(表4、アスタリスク、及び図3、赤枠)。一方、表情の認知に関しては加齢の影響は少なく、年齢との相関が認められなかっただけでなく、認知弁別反応に要する時間も顔同定や視線の認知よりも短く、男女の弁別と同程度であった。

表3：NCT 平均正答率

検査項目	60歳代	70歳代	80歳代	全体(%)	F値	有意確率(p)
顔同定	94.1±6.3	93.7±5.8	88.5±9.6	92.0±0.1	3.6	0.035*
表情	98.0±4.4	98.8±3.8	97.6±4.4	98.2±0.0	0.5	0.603
視線	93.0±11.7	92.2±10.0	87.5±16.2	90.5±0.1	2.0	0.14
ジェスチャー	99.8±0.9	99.3±1.6	98.9±2.3	99.3±0.0	0.9	0.419

* $p<0.05$

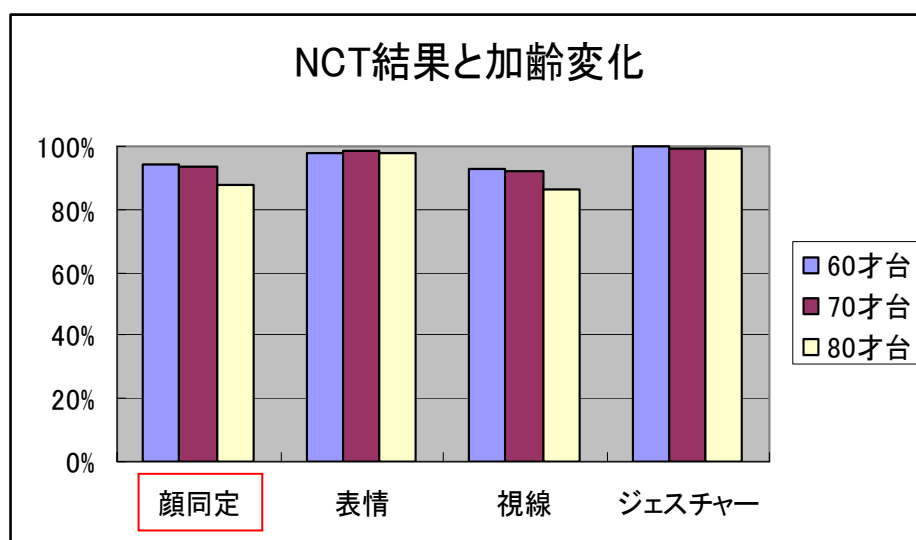


図2

表 4 : NCT-PC 平均弁別反応時間 (単位 : ミリ秒)

検査項目	60歳代	70歳代	80歳代	全体(ms)	F値	有意確率 (p)
○□単純弁別	602±139	656±143	680±150	646±145	1.2	0.321
顔男女弁別	828±179	873±215	918±119	873±174	1.0	0.358
顔同定	1172±272	1325±324	1463±339	1320±331	3.3	0.044*
表情認知	781±273	920±221	935±244	879±252	2.9	0.064
視線認知	978±210	1117±224	1220±247	1113±244	3.2	0.020*

*p<0.05

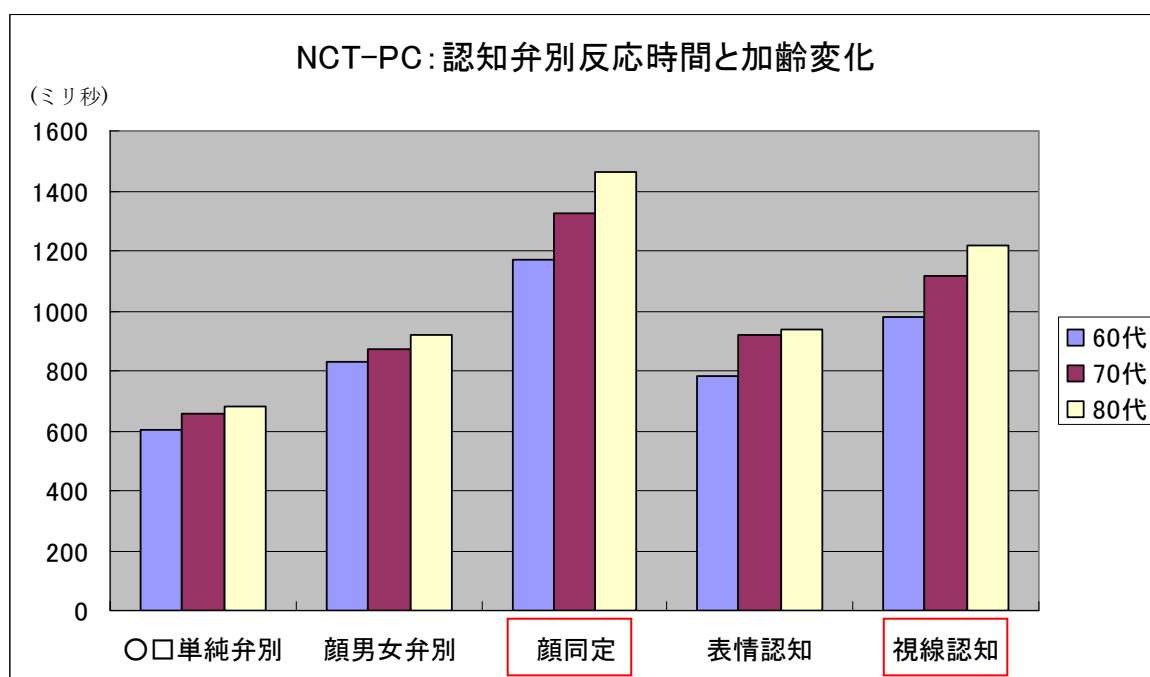


図 3

D. 考察

健常高齢者 63 名を対象に、MMSE、HDS-R、K-ABC、NCT を行い、これらで評価される認知機能に加齢が与える影響を検討した。

簡易認知機能検査の MMSE や HDSR は加齢の影響を受けて有意に低下することが認められ (図 1、表 2)、一般的に知られている加齢に伴う知的機能の低下²⁾と合致した。

K-ABC 検査の結果、「顔探し」や「絵の統合」課題に代表される、同時処理能力は加齢の影響を有意に受ける一方、継次処理能力は加齢による影響を受けにくいことが明らかとなった (図 1、表 2)。これは加齢と共に複数の情報の並列処理が苦手になっていくことを示しており、情報の保持と処理に関わるワーキングメモリ機能が加齢によって低下する^{3,4)}ことに関連していると考えられた。またこれは、運動能力において、単純な動作より、同時

に複数の動作を行ったり他に意識を逸らせたりするような状況での運動などのような複雑な動作ほど加齢の影響を受けやすい^{5,6)}との報告とも矛盾しない結果であった。

NCT の正答率は顔の同定のみが有意に加齢と共に低下するという結果であった（図 2、表 3）。顔の同定は記憶との照合を必要とする課題であり、記憶力が加齢の影響を受けやすい^{2,3)}ことを反映していると考えられた。

今回 NCT-PC を用いて反応時間も測定することにより、非言語性コミュニケーション情報の処理過程をより詳細に検討することが可能となった。反応時間は刺激が呈示された瞬間から、①情報の入力、②認知・判断、③運動の出力、のプロセスを合わせた時間を測定したものであるが（図 4）、これらのうち、情報の入力（視覚刺激が一次視覚野に達するまで）と運動の出力（運動野からの指令で手を動かしてボタンを押すまで）の過程については課題の難易度にかかわらず一定である。従って、ごく単純な課題と、より複雑な課題の反応時間の差分を求めることにより、脳が高次情報処理に要した時間を近似することができ、運動系や感覚系に対する加齢の影響を除外した、純粋な脳内情報処理過程における加齢の影響を評価することができる。そこで、今回の検討で最も単純な課題である○・□の弁別反応時間を基準に、各非言語性コミュニケーション情報弁別課題との反応時間の差分を求めてみると、顔の表情認知は、男女の弁別と同程度に簡単なタスクであり、加齢の影響をあまり受けていないことがわかる（図 5）。一方、視線の認知や人物の同定は脳内情報処理により時間がかかり、こういったものほど加齢の影響を有意に受けやすいことが明らかとなった（図 5、赤枠）。

これらの知見は、認知症高齢者の認知機能を評価する場合に、純粋に認知症による症状と、それに加齢による影響がどの程度加わっているのかを判断する上での有用な情報になる。

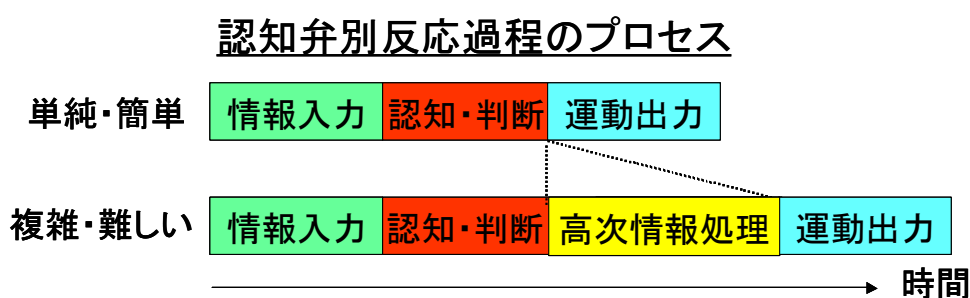


図 4

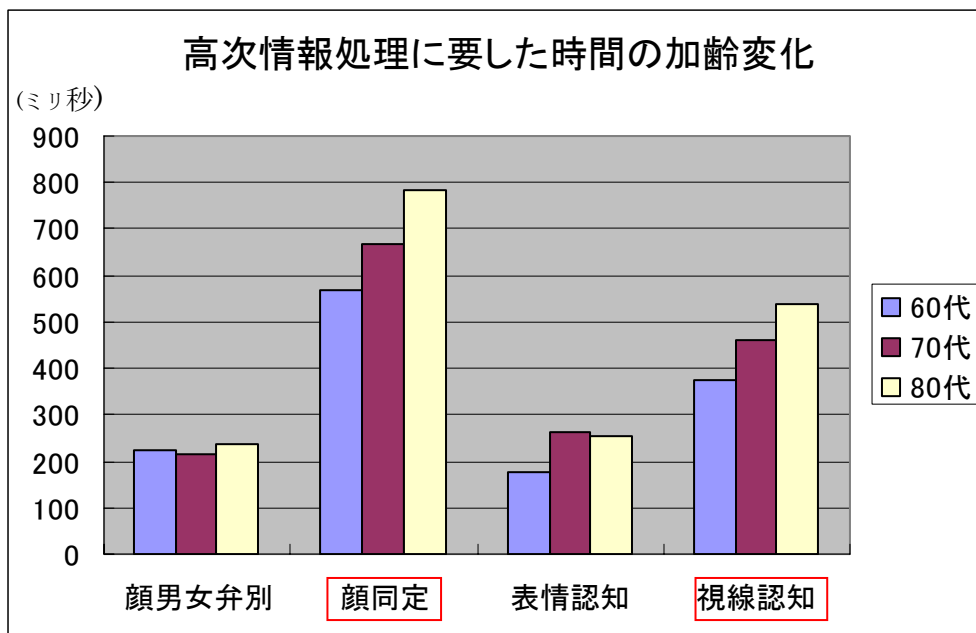


図 5

今回の検討により、健常高齢者における認知情報処理の特徴や加齢が与える影響が明らかになった。これを元に、認知症高齢者ひとりひとりの認知機能の特徴を、エビデンスベースでアセスメントすることが可能になると期待される。例えば、今回の正常データベースを元に正常範囲を設定し、個々の認知症高齢者の、残存認知機能の特徴を可視化することができる(図6)。左上は軽度認知症高齢者(MMSE 22)、右上は中等度認知症高齢者(MMSE 13)の認知機能プロファイルで、データベースを元にスコアをスケールし、正常境界を5としてレーダーチャートを試作したものである。左の症例の場合は、顔の同定(顔の記憶が苦手)以外は、ほぼ正常範囲の認知機能を有していることがわかり、右の症例の場合は、継次処理能力と表情・視線・ジェスチャーの認知能力がかなり保たれていることがわかる。この情報を元に個人毎にアセスメント(図6、下)をすることが可能となり、介護の方針決定や、問題点の解決に役立つ有用な情報となる可能性がある。

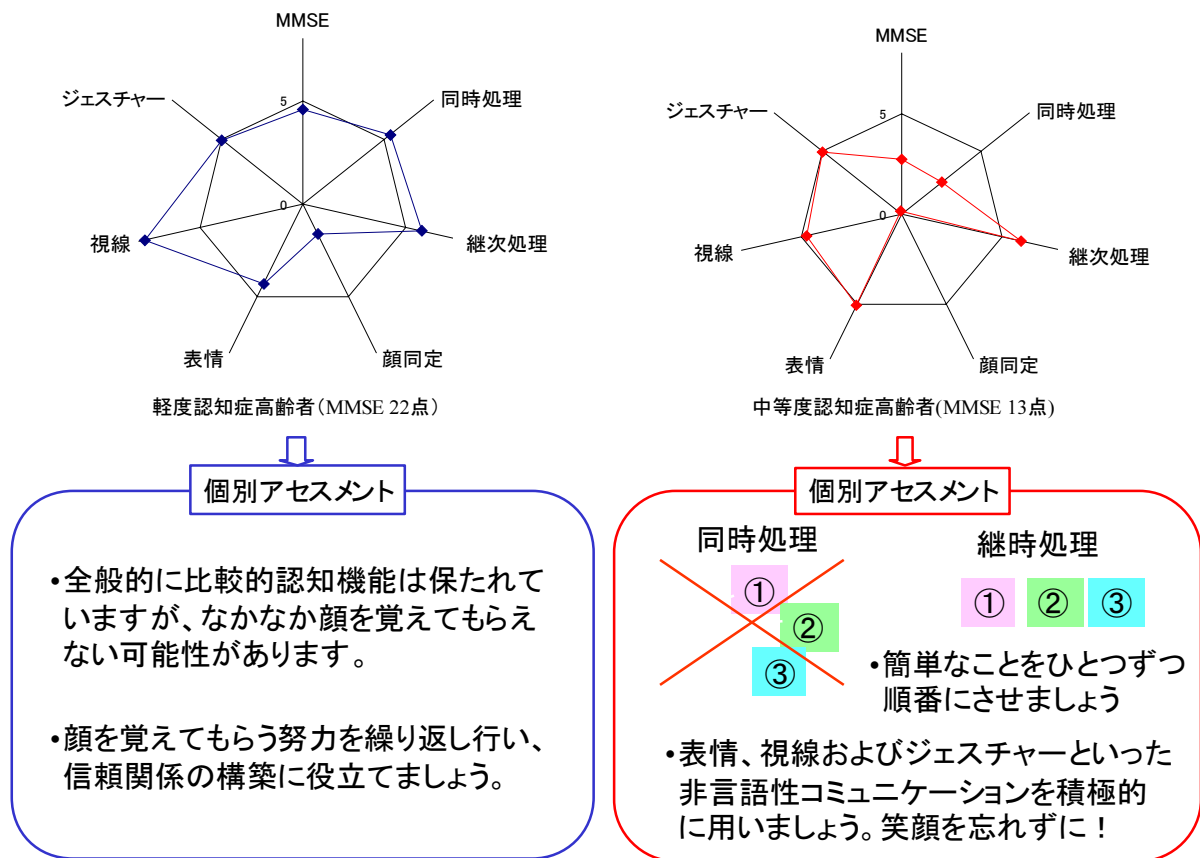


図 6

E. 結論

1) 健常高齢者に MMSE、HDS-R、K-ABC、及び NCT を実施し、知的機能と非言語性コミュニケーション能力における加齢の影響を検討した。その結果、加齢の影響を受けやすい認知能力と影響を受けにくい認知能力が明らかとなった。

2) 健常高齢者の正常データベースを構築した。

3) 認知症高齢者の低下している能力と保たれている能力を個人別に評価することにより、場面に応じた適切なコミュニケーション方法を見出すことが可能であると考えられた。

今年度得られた健常高齢者のデータベースから明確な評価基準を作成し、検証することにより、精度の高い評価方法を構築することができる。また、認知症高齢者の個人別認知能力プロファイルを作成することが可能であると考えられるため、今後はさらに、個人別認知能力プロファイルのパターン別に、介護に有用なコミュニケーション手段や実践的な手法を、個人対応できるようフローチャート等の形で完成させることが目標である。

認知症高齢者の低下している能力と保たれている能力の個人差を認識することにより、

場面に応じた適切なコミュニケーション方法を見出すことができる。また、認知症高齢者の残存している心理状態に注目することにより、共感することができる。ひいてはそれが、介護の質の向上と介護負担の軽減に繋がり、認知症高齢者の QOL の向上に役立つものと考えられる。

F. 参考文献

- 1) 小長谷陽子,相原喜子,中村昭範,小笠原昭彦,井上豊子.認知症における知的機能とコミュニケーション機能：言語性、及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書 平成 18 年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケア向上に関する研究事業-,61-66:2007.
- 2)長嶋紀一：加齢に伴う知的機能の変化. 新版老人心理学. 建帛社, 東京, 45-63:2005.
- 3) 荻阪満里子：「脳のメモ帳 ワーキングメモリ」ー心のはたらきのキーワード. 新曜社, 東京, 2002.
- 4) 高山吉弘：老化と高次機能.神経進歩 42:817-825,1998.
- 5)飯島節:高齢者の一般的な加齢変化を知る.(藤田和弘監,山中克夫ほか編)認知症高齢者の心にふれるテクニックとエビデンス 第1講 4.紫峰図書,横浜市,11-21:2006.
- 6) 佐藤昭夫,堀田晴美:神経系の加齢変化.(折茂肇他編) 新老年学 第2章 1.東京大学出版会, 東京,125-144,2002.

**簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症
用)の運用にあたってのアンケート調査：認知症
患者のQOL変化とコミュニケーション能力変化
の関連についての研究**

**簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の
運用にあたってのアンケート調査：
認知症患者のQOL変化とコミュニケーション能力変化の関連についての研究**

主任研究者 川合 圭成 (国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学)
研究協力者 末永 正機 (国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学)
武田 章敬 (国立長寿医療センターアルツハイマー型認知症科)
山内 星子 (名古屋大学医学部神経内科)
小長谷 陽子 (認知症介護研究・研修大府センター)
川村 陽一 (社会福祉法人青山里会, 医療法人社団主体会)
祖父江 元 (国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学教授)

A. 研究目的

本事業において我々は認知症患者のコミュニケーション能力を測定する尺度 (簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用、重度認知症用))を作成し、軽度認知症患者、重度認知症患者のそれぞれにおいて臨床的使用に耐え得る信頼性と妥当性を持つことを示した。認知症患者におけるコミュニケーション能力の低下は知的機能や運動機能の低下と同様、生活の質の低下をもたらし、環境への不適応や行動障害の原因ともなり得る。

今回我々は認知症患者を介護している施設に簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)を送付し、実際の介護現場で認知症患者のコミュニケーション能力を測定してもらい、認知症患者の介護に役立ててもらうことを目的とした。それと併せて、アンケート調査により本尺度の有用性や問題点を明らかにするとともに測定結果の一部を返送してもらい、より多数例における本尺度の信頼性を検討することも目的とした。

また、簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用、重度認知症用)を認知症患者に対して継続的に測定することにより、本尺度が認知症患者のコミュニケーション能力を継続的に評価することに適したものであるか否かを検討するとともに、同時に生活の質(Quality of Life, QOL)についても評価し、縦断的変化の関係についても検証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)・アンケート用紙の送付

愛知県内の特別養護老人ホーム 160 施設、デイサービス・ショートステイ提供施設 361 施設の合計 521 施設に簡易コミュニケーションスケールを送付し、実際の現場で使用していただくように依頼した。各施設で対象者として認知症患者 3 名が選択され、認知症患者に対し、各施設のスタッフが簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)、簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)を施行し、同時にコミュニケーション能力の 5 段階評価を実施した(資料 1)。また簡易コミュニケーションスケールに関するアンケート用紙も送

付し(資料 1)、アンケート用紙および簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の結果を返送していただき、本尺度の有用性および問題点を集計・検討するとともに、本尺度の多数例における妥当性・信頼性を検討した。本研究においては各施設のスタッフにより、施設を利用している認知症患者およびその家族／介護者に研究内容の説明、同意取得がなされた。本研究は名古屋大学医学部倫理委員会での承認を得て行われた。

2. 簡易コミュニケーションスケールの縦断的検討と QOL の縦断的变化との関係

昨年の研究で、QOL、コミュニケーション能力、認知機能、日常生活活動(Activities of Daily Living, ADL)、行動障害、介護負担度のデータが集積できた認知症患者およびその家族／介護者を対象に約 1 年後に再度検査を施行した。

対象は、選択基準：1)認知機能検査に耐えうる状態である認知症患者(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Revised (DSM-IV)の認知症の基準を満たす)、2)本人、介護者による文書同意が得られた症例、除外基準：1)認知機能検査に耐えられない、2)認知機能検査に影響する運動／感覚障害、視覚／聴覚の異常を疑う所見がある、3)認知症以外の精神・神経疾患の罹患がある、4)質問紙検査ができる介護者がいない、とし、結果、介護老人保健施設みえの郷、みえ川村老健に入所中または久美愛厚生病院神経内科、名古屋大学医学部附属病院神経内科通院中の認知症患者 69 名(年齢 81.0±9.5 歳、教育年数 10.2±3.1 年、男性 16 例、女性 53 例、MMSE=13.8±7.5)となった。原因疾患の内訳はアルツハイマー型認知症 54 例、脳血管性認知症 11 例、レビー小体型認知症 2 例、その他 2 例であった。

認知症患者本人、家族・介護者に以下の検査を昨年と同様に施行した。施設入所中の方では日常生活状況をより理解していると思われる介護スタッフが家族・介護者に対する質問紙検査に記入し、介護負担の尺度の記入は、その性質上相応しくないと考え、省略した。コミュニケーション能力尺度、認知機能検査は医師または臨床心理士が施行した。検査は書面による同意取得後に施行された。

患者本人： コミュニケーション能力尺度：
簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)
簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)¹⁾
認知機能検査：
Mini-Mental State Examination (MMSE)
家族・介護者： QOL 尺度：
Quality of life questionnaire for dementia (QOL-D)²⁾
ADL 尺度：
Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)^{3),4)}
Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)^{3),4)}
行動障害尺度：
Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)^{5),6),7),8)}
介護負担尺度：
Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版 (J-ZBI_8)^{9),10),11)}

各検査の第 1 回目と第 2 回目の変化を対応のある t 検定で解析した。認知症患者の QOL や介護負担の変化が、認知機能、コミュニケーション能力、ADL、行動障害の変化とどの

ように関連しているかについて、各検査の結果の変化の間の相関関係を Pearson の相関係数を算出して検定した。また基準変数を MMSE、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)、簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)、IADL、PSMS、NPI-Q の変化の中から QOL-D や J-ZBI_8 の変化と相関を認めた変数、説明変数を QOL-D、J-ZBI_8 の変化とし、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。変数選択の基準を偏回帰係数が 5%水準で有意である変数とし、基準を満たす変数のみ重回帰分析に投入した。また QOL の変化や介護負担の変化と第 1 回目の検査の得点の相関を Pearson の相関係数を算出し、QOL の変化を予見する検査について検討した。

本研究は各施設の倫理委員会での承認を得て行なわれた。統計解析は SPSS13.0J for Windows にて行われた。

C. 研究結果

1. 簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)・アンケート用紙の送付・返信結果の分析

簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)とアンケート用紙を送付した 521 施設の内 34 施設から返信があった。有用性に関するアンケート結果は図 1 に示すとおりである。簡潔さについて、「とても簡潔である」と回答した人は 1 人、「簡潔である」と回答した人は 65 人、「あまり簡潔でない」と回答した人は 25 人、「簡潔でない」と回答した人は 2 人、無回答が 2 人であった。患者さんと介護者のコミュニケーションの評価に関しては、「充分評価できる」と回答した人は 1 人、「ある程度評価できる」と回答した人は 72 人、「あまり評価できない」と回答した人は 20 人、「評価できない」と回答した人は 2 人で、患者さんどうしのコミュニケーションの評価に関しては、「充分評価できる」と回答した人は 2 人、「ある程度評価できる」と回答した人は 49 人、「あまり評価できない」と回答した人は 42 人、「評価できない」と回答した人は 2 人であった。全体としては、「とても有用である」と回答した人は 1 人、「有用である」と回答した人は 58 人、「あまり有用ではない」と回答した人は 32 人、「有用ではない」と回答した人は 1 人で、無回答が 3 人であった。

アンケートの「このスケールを実施していて不便な点や不都合な点はありませんでしたか？」に対して、「選択肢に当てはめにくいことがある」「高度認知症が多い入所施設には向かない」「入所施設には検査する場がなく、他の入所者がいる場で行うしかなく、少し長く感じた」「質問 1 つ 1 つに脈絡がないので会話として続けにくい」「施設入所・在宅どちらでも共通する質問にしてほしい」といったご意見をいただいた。また、「気分や体調にも大きく左右される」「環境の違いで影響が出る」「性別や性格などにより左右される」といった本尺度の得点の安定性に対する疑問の声もあった。これは以前のアンケート調査時にも指摘された点であるが、コミュニケーション能力をある時点で面接検査で評価することの困難さを示すものである。家族などへの生活場面でのコミュニケーション能力を問うような質問紙での評価と組み合わせることなども必要なのかもしれない。また、各項目については、問 1,9 に対し「住所や電話番号は自宅でないので施設入所者には適さない」、問 4

に対し「プライドを傷つける恐れがある」、問6に対し「電車の中のことなど生活の中で体験されたことがない方がいる」、問9に対し「この紙に名前を書いてください」などの呼びかけをすると他の場所に行かされるのではないかと不安がってしまう」といった意見をいただいた。

2. 多数例における簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の妥当性・信頼性の検討

愛知県内の施設に送付し、使用して、返送していただき、得られた103人の認知症患者のデータをもとに再度簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の妥当性・信頼性の検討を行った。

妥当性に関して、認知症患者の簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の得点と介護スタッフによるその認知症患者のコミュニケーション能力の表出および理解それぞれに関する評価との相関は0.581および0.605($P < 0.001$, $n=97$)であった(図2)。簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の得点と簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)の得点との相関は0.720($p < 0.001$, $n=79$)であった(図2)。以上より、簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)が認知症患者のコミュニケーションの能力を測定する尺度としての妥当性をもつことが示された。

信頼性に関して、91例のデータにおけるCronbachの α 係数を算出したところ、0.888と高い信頼性が確認された。

3. 簡易コミュニケーションスケールの縦断的検討とQOLの縦断的変化との関係

検査間隔は 11.0 ± 1.6 ヶ月であった。69例の認知症患者の簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の得点は1年間で平均 1.4 ± 3.7 点(16.6 ± 6.8 点 \rightarrow 15.1 ± 8.1 点)低下した。原因疾患別ではアルツハイマー型認知症で 1.5 ± 3.2 点(16.4 ± 6.8 点 \rightarrow 14.9 ± 7.8 点)、脳血管性認知症で 0.7 ± 5.7 点(17.1 ± 6.1 点 \rightarrow 16.4 ± 8.3 点)の低下を認めた。MMSE、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)、J-ZBI_8、IADL、PSMS、NPI-Q、QOL-Dの変化については表1に示す。J-ZBI_8とIADLを除いて、有意な悪化を認めたが、一部改善を示している対象もあり、変動が多様である可能性が示唆された。

簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の変化は、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)の変化だけでなく、MMSEの変化やQOL-Dの変化と相関を認め、また簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)の変化は、簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の変化だけでなく、MMSEの変化と相関を認めた。

簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)、IADL、NPI-Qの変化はQOL-Dの変化と相関を認め(それぞれ $r=0.365$, 0.487 , -0.591)、MMSE、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)、PSMSの変化はQOL-Dの変化と相関を認めなかった(表2)。これに対し、J-ZBI_8にはNPI-QとQOL-Dがそれぞれ相関を認めた($r=0.464$, -0.303 , 表2)。

重回帰分析の結果、QOL-Dの変化はNPI-Qの変化、IADLの変化、簡易コミュニケーション

ヨンスケール(軽度認知症用)の変化で予測でき(表 3)、QOL はコミュニケーション能力と行動障害と ADL で規定されることが示唆された。J-ZBI_8 は NPI-Q で予測でき(表 3)、介護負担は行動障害により規定されることが示唆された。

QOL-D の変化や J-ZBI_8 の変化と相関を認めた第 1 回目の検査項目はなく(表 4)、第 1 回目の検査から、その後の QOL や介護負担の変化の予見が困難であることが示唆された。

D. 考察

今回我々は簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)を愛知県内の特別養護老人ホーム、デイサービス・ショートステイ提供施設へ送付し、アンケート調査を実施した。簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の有用性に関するアンケートでは「簡潔である」「ある程度評価できる」「有用である」との回答が最も多かったが、同時に施行したアンケートにおいて本尺度の多くの問題点の指摘を受けた。施設入所中の重度の認知症の方を対象とする場合には施行が困難または負担が大きい場合があるようであり、軽度、重度の認知症の方で、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)との使い分けが必要であるといえるかもしれない。また問 1,9 で施設入所者に対しては住所や電話番号は自宅でないので回答が困難であるとの指摘が多く。本尺度は外来患者に限定して行うべきかもしれない。また以前の調査でも指摘があった点であるが、気分、体調、環境などで左右されるとの指摘があり、コミュニケーション能力をある時点で面接検査で評価することの困難さを示すものである。日常でのコミュニケーションの状態の質問紙検査を併用することが必要であるかもしれない。

本研究で、多施設でのデータにて、信頼性・妥当性を検討することができ、一昨年の研究結果と同様に本尺度の妥当性・信頼性が確認され、本尺度の有用性が再度確認される結果となった。

簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の結果は 1 年間で 1.4 点の低下を示し、縦断的に測定することで、コミュニケーション能力の変化が捉えられる可能性が示唆されたが、その変化は多様で変動を伴っている可能性がある。簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の変化は、簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)の変化と高い相関を示し、MMSE や QOL-D の変化とも相関を認め、本尺度が測定しているコミュニケーション能力に認知機能や QOL が関与している可能性が示唆された。

QOL の変化に対しては認知機能、コミュニケーション能力、ADL、行動障害の変化がそれぞれ高い相関を示したが、重回帰分析の結果、認知症患者の QOL の変化はコミュニケーション能力と ADL と行動障害の変化により規定されることが明らかになった。これは昨年度の横断研究で示されたコミュニケーション能力の QOL への高い関与が、今年度の研究でも確認されたことを示している。認知症患者の QOL の改善に、コミュニケーション能力の改善が重要であることを示しているとも考えられる。

なお同時に介護負担についても解析を行なったが、介護負担の変化は認知症患者の行動障害の変化に規定されることが明らかになった。認知症患者介護者の介護負担を減らすた

めにはその行動障害をどのようにコントロールするかが重要であると思われる。

本年度の研究では、第1回目の検査の結果と QOL や介護負担の変化との相関は示されず、ある時点での検査結果から、その後の QOL や介護負担の変化を予測することが困難であることが示唆された。また、縦断的に QOL やコミュニケーション能力の変化を検討したが、その変動が大きいことも明らかとなっており、より長期間を追跡し、その変化を検討することが必要であろうと考えられた。

E. 結論

1. 簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)は多施設でのアンケート調査からいくつかの問題点の指摘を受けたが、多施設のデータからも妥当性・信頼性が確認された。
2. 認知症患者の QOL の変化は、コミュニケーション能力や ADL や行動障害の変化で有意に予測されることが示唆された。
3. 認知症患者の介護負担の変化は、その行動障害の変化で有意に予測されることが示唆された。
4. 認知症患者の QOL や介護負担の変化をある 1 時点の検査項目の得点から予測することは困難である。

F. 参考文献

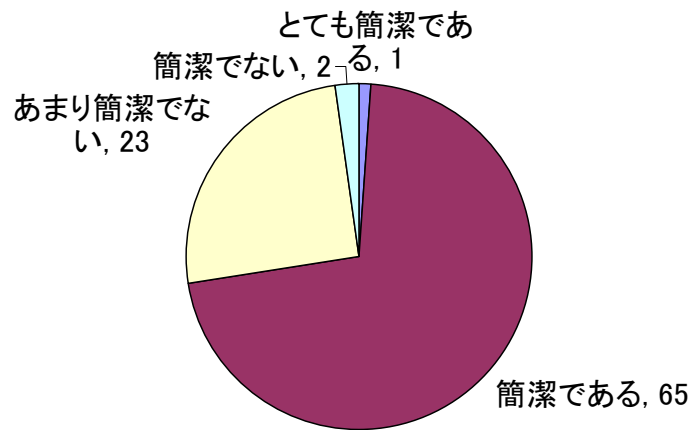
- 1) 武田章敬, 川合圭成, 服部陽子, 渡辺由己, 水野 裕, 田畑 治, 川村陽一, 柴山漢人, 祖父江 元: 認知症患者に対する簡易コミュニケーションスケール作成の試み. 日本老年医学会雑誌, 2004 ; 41(4) : 402-407
- 2) Terada S, Ishizu H, Fujisawa Y, Fujita D, Yokota O, Nakashima H, Haraguchi T, Ishihara T, Yamamoto S, Sasaki K, Nakashima Y, Kuroda S.: Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(9): 851–858.
- 3) Lawton MP, Brody EM. : Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-186
- 4) 銚石和彦, 池田学, 牧徳彦, 根布昭彦, 繁信和恵, 田辺敬貴 : 日本語版 Physical Self-Maintenance Scale 並びに Instrumental Activities of Daily Living Scale の信頼性および妥当性の検討. 日本医師会雑誌 1999; 122(1): 110-114
- 5) Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J.: The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994; 44(12): 2308-2314
- 6) 博野信次, 森悦朗, 池尻義隆, 他 : 日本語版 Neuropsychiatric Inventory – 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳と神経. 1997; 49(3): 266-271
- 7) Kaufers DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST. : Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J*

Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000; 12(2): 233-9

- 8) 松本直美, 池田学, 福原竜治, 兵頭隆幸, 石川智久, 森崇明, 豊田泰孝, 松本光央, 足立浩祥, 品川俊一郎, 銚石和彦, 田辺敬貴, 博野信次 : 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討. 脳と神経. 2006; 58(9): 785-790
- 9) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist. 1980; 20(6): 649-655
- 10) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosci. 1997; 51(5): 281-287
- 11) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 : Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成 その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌. 2003; 40(5): 497-503

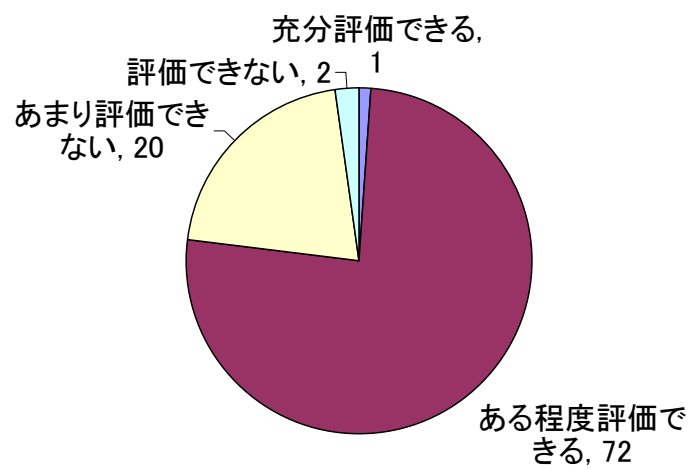
(A)

①簡潔さ



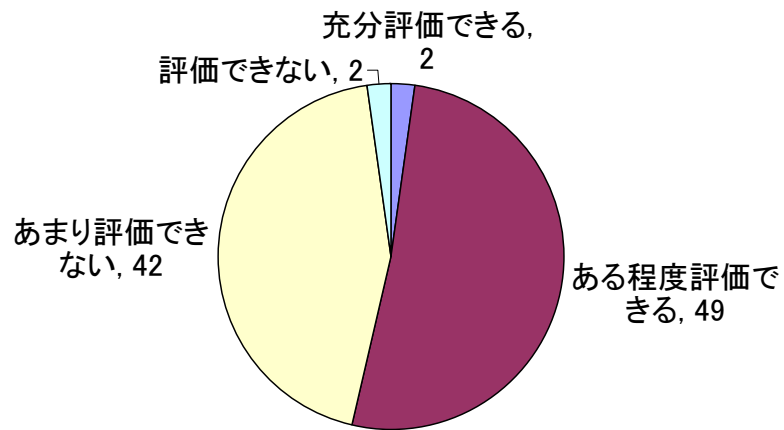
(B)

本人と介護者間のコミュニケーション



(C)

患者本人どうしのコミュニケーション



(D)

全体としての有用性

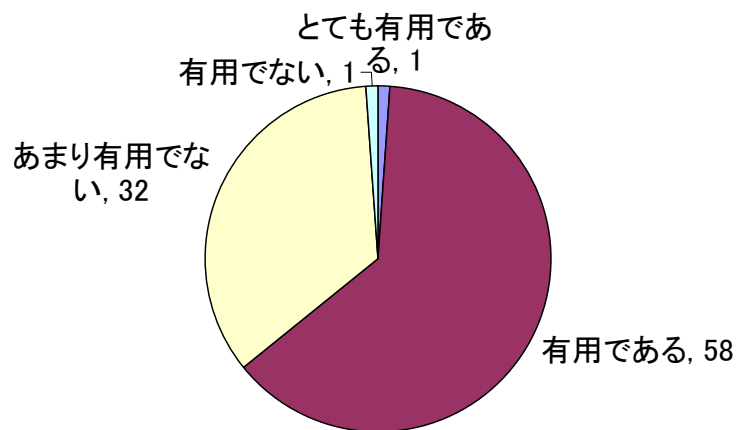
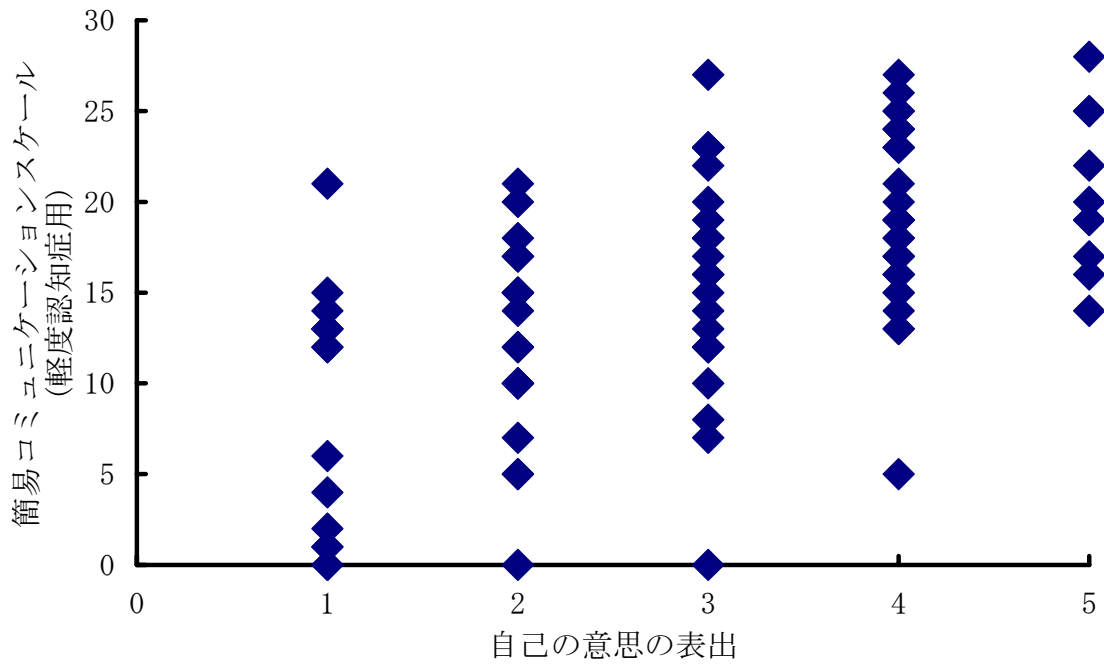
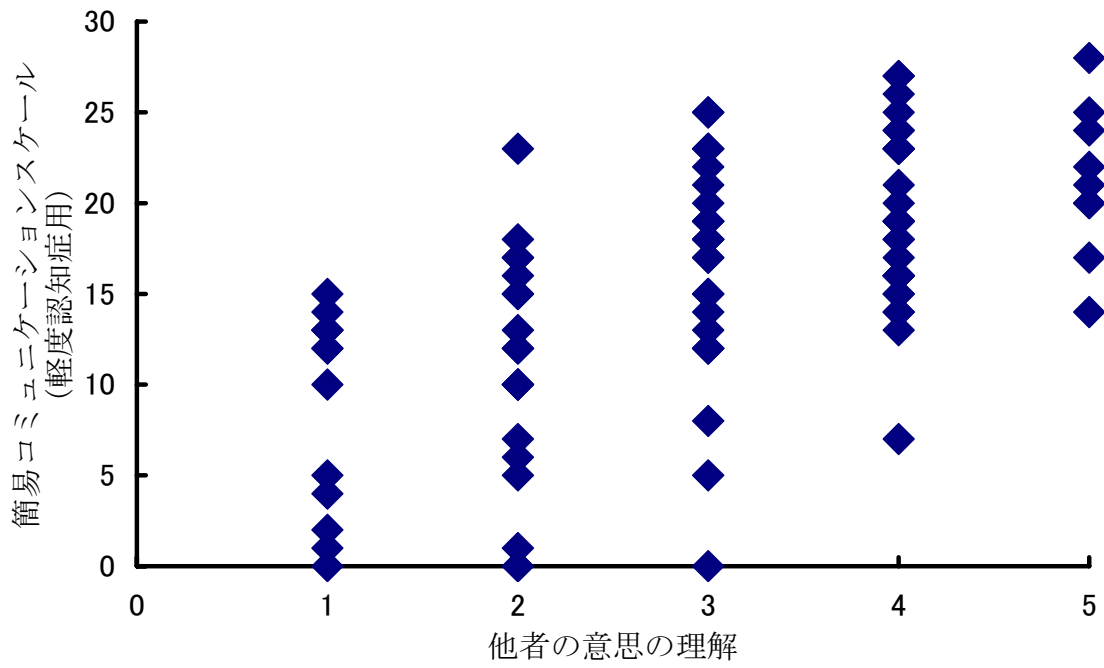


図1. 多施設アンケートの結果

(A)



(B)



(C)

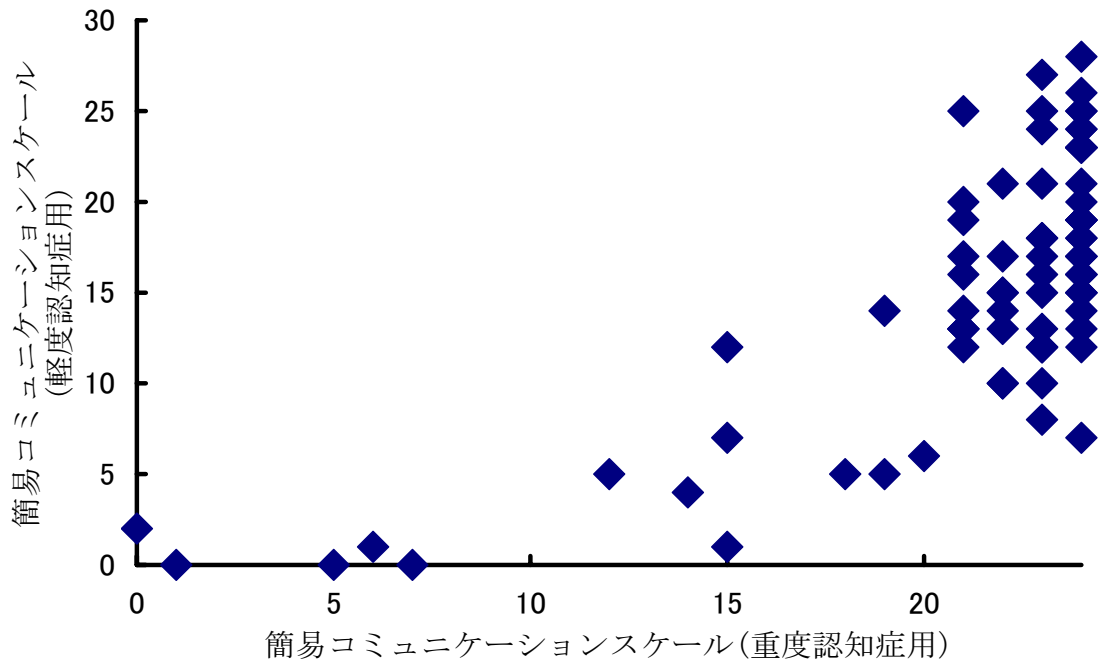


図2. 多施設研究での簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)と各結果の相関

表 1. 簡易コミュニケーションスケール（軽度認知症用）の縦断的变化（11ヶ月間の变化）

項目	第 1 回	第 2 回	変化	p
MMSE	13.8±7.5	12.4±8.2	-1.2±3.9	0.002
簡易コミュニケーションスケール （重度認知症用）	22.4±3.6	20.0±6.3	-2.4±5.0	0.000
簡易コミュニケーションスケール （軽度認知症用）	16.6±6.8	15.1±8.1	-1.4±3.7	0.002
J-ZBI_8	9.6±8.0	10.2±8.2	0.5±3.7	n.s.
IADL	2.8±2.1	2.5±1.8	-0.3±1.2	n.s.
PSMS	2.5±2.3	1.8±2.1	-0.7±1.3	0.000
NPI-Q	2.7±3.4	4.8±5.9	2.0±5.9	0.006
QOL-D	97.2±16.4	92.4±19.1	-4.9±12.9	0.003
QOL-D 陽性感情	21.8±5.1	20.3±5.3	-1.6±4.9	0.010
QOL-D 陰性感情	8.5±3.5	9.3±4.3	0.9±4.0	n.s.
QOL-D コミュニケーション能力	15.8±4.2	14.5±4.3	-1.3±3.1	0.001
QOL-D 落ち着きのなさ	7.5±3.2	8.1±3.5	0.6±3.0	n.s.
QOL-D 他者の愛着	10.2±3.7	10.4±4.2	0.2±4.2	n.s.
QOL-D 自発性	10.3±4.0	9.7±3.8	-0.7±2.5	0.026

平均±標準偏差，対応のある t 検定

表 2. QOL-D, J-ZBI_8 の変化と各項目の変化の相関

	QOL-D の変化		J-ZBI_8 の変化	
MMSE の変化	0.246	*	0.211	
簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)の変化	0.211		0.073	
簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の変化	0.365	#	0.168	
J-Zarit_8 の変化	-0.303	*	-	
IADL の変化	0.487	#	-0.034	
PSMS の変化	0.162		0.053	
NPI-Q の変化	-0.591	#	0.464	#
QOL-D の変化	-		-0.303	*

Pearson の相関係数，*:p<0.05, #: p<0.01

表 3. 重回帰分析結果(QOL-D, J-ZBI_8 の変化と各項目の変化)

基準変数	step	説明変数	R2	β
QOL-D の変化	1	NPI-Q の変化	0.519	-0.499
	2	IADL の変化		0.297
	3	簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)の 変化		0.275
J-ZBI_8 の変化	1	NPI-Q の変化	0.204	0.464

基準変数は MMSE, 簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用), 簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用), IADL, PSMS, NPI-Q の変化の中から QOL-D や J-ZBI_8 の変化と相関を認めた変数, 説明変数は QOL-D, J-ZBI_8 の変化

表 4. QOL-D, J-ZBI_8 の変化と各項目の第 1 回の得点との相関

	QOL-D の変化	J-ZBI_8 の変化
年齢	0.160	-0.181
罹病期間	0.124	-0.014
教育年数	0.072	0.020
第 1 回 MMSE	0.089	-0.041
第 1 回簡易コミュニケーションスケール(重度認知症用)	-0.016	-0.108
第 1 回簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)	0.054	-0.084
第 1 回 Zarit-8	0.165	-0.301
第 1 回 IADL	-0.222	0.121
第 1 回 PSMS	-0.143	0.071
第 1 回 NPI-Q	0.041	0.025
第 1 回 QOL-D	-0.165	-0.007

Pearson の相関係数

資料 1

認知症患者のコミュニケーション能力評価

国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学
認知症介護研究・研修大府センター

記載日 平成____年____月____日

施設名_____

記入者職種_____

以下患者基本情報（分かる範囲で記載してください）：

性別 男 女

年齢 _____歳

教育年数(学歴，学校に行った年数) _____年

疾患名(分かる範囲で記載してください)

アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他() 不明

発症年月日_____

I. この患者さんのコミュニケーション能力のアンケート調査

(介護スタッフの方が患者さんのことを考えて記載してください)

問1. (自己の意思の表出に関するもの)

患者さんご本人は自分の気持ちを何%くらい他人に伝えられていると思いますか？

答え： 0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

問2. (他者の意思の理解に関するもの)

患者さんご本人にこちらの伝えたいことが何%くらい伝わっていると思いますか？

答え： 0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

II. 簡易コミュニケーションスケール (重度認知症用)

(介護スタッフの方が患者さんを評価してください)

1. おじぎをして『こんにちは』などのあいさつに対して

0： 無反応

1： 視線を向けるのみ，あるいはあいさつとは無関係な反応

2： うなずき，おじぎ，微笑の反応はある

3： 言葉によるあいさつをする

2. 『お名前をおっしゃって下さい』に対して
(姓あるいは名のみの場合、『苗字あるいは名前もお願いします』と言う)
- 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが発語はない
 - 2: 発語はあるが正確に自分の氏名を言えない
(旧姓や配偶者の名前, 姓あるいは名の一方のみ)
 - 3: 正しく自分の氏名を言える
3. 『手を上げて下さい』に対して
(無反応あるいは正しくできない場合は検者がやってみせる)
- 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが手をあげる動作はみられない
 - 2: 言葉の指示だけでは正しくできないが, 検者がやってみせれば正しくできる
 - 3: 言葉の指示だけで正しくできる
4. 『桜の花は秋に咲きますか?』に対して
- 0: 無反応
 - 1: 何らかの反応はあるが, 質問に対する答えになっていない
 - 2: 正しくない答え, 『わからない』, 『知らない』などの答え
 - 3: 正しい答え
5. 『好きな食べ物をひとつ教えて下さい』と言う。
(『何でも好き』などの答えの場合『ひとつだけ教えて下さい』と答えを促す。好きな食べ物を言えない場合, 更に『おまんじゅうは好きですか?』ときく)
- 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが, 好きな食べ物は言えず, おまんじゅうの好き嫌いも伝えられない
 - 2: 好きな食べ物は言えないが, おまんじゅうが好きかどうかは伝えられる
 - 3: 好きな食べ物を言える
6. 『私とじゃんけんをしてください』といって手を出しながらじゃんけんをする。
(じゃんけんが正しくできた場合更に『どちらの勝ちですか?』ときく。)
- 0: 無反応
 - 1: 何らかの反応はあるが正しくじゃんけんができない
 - 2: じゃんけんは正しくできるが, どちらが勝ったかが判断できない
 - 3: どちらが勝ったか判断できる
7. 『握手をして下さい』と言って握手をするように片方の手を差し出したとき

0： 無反応

1： 何らかの反応はあるが握手の動作はみられない

2： 握手の動作はみられるが正しくできない（反対の手を出すなど）

3： 正しく握手ができる

8. 感情表現（検査中の状態や検査後お礼を言った時の反応）

0： 無反応

1： 反応はあるが感情表現は全くない

2： 感情表現は乏しい，または状況にはあっていない（抑うつ，感情失禁など）

3： 状況にふさわしい感情表現（微笑や謙遜など）

Ⅲ. 簡易コミュニケーションスケール(軽度認知症用)

（介護スタッフの方が患者さんを評価してください）

1. 『今どこにお住まいですか？住所を教えてください』に対して

（一部だけ答えた場合は『住所を全部教えてください』と1度のみ言う）

0： 無反応，発語がない，無関係な回答

1： 県，市，区，町，番地などで2箇所以上の間違い，以前の住所を答える

2： 県，市，区，町，番地などで1箇所のみ間違い

3： 住所を正確に答える（1箇所の間違いもない）

2. 『今お住まいのところで名物か有名なものを教えてください。』に対し

（『ない』と回答した場合，『何か1個でいいので挙げてください』と促す）

（地域を限定しすぎて回答が困難な場合は，地域を広く指定し解答を促してもよい．例：名古屋市で・・・）（促しは2回まで）

0： 無反応

1： 何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない

2： 名物の回答に2回の促しを要する

3： 名物を説明できる

患者の前に時計（ペンでも可）を置き、『『検査を終わります』と言ったら、この時計を私に渡してください。』と言う。

（検査終了時、『これで検査を終わります』と言い、反応をみる。）

3. 『桜の花はいつ咲きますか？』に対して

（答えられなければ、『春夏秋冬のいつですか？』と聞く）

- 0： 無反応
- 1： 間違った回答，無関係な回答
- 2： 春夏秋冬からは選べる
- 3： 自発的に正しい回答ができる

4. 『桃太郎の話をしてください。』に対して

（キーワード：桃から生まれた，犬／猿／キジ(全てそろってo)，きびだんご，鬼退治)

（充分でない場合『もう少し詳しくお話をしてください』と2度のみ促す，歌を歌い出す場合『歌じゃなくて話で説明してください』と言う）

（キーワードは出ているが，内容が不正確な場合は0点をする．例：鬼退治に来た犬を桃太郎がやっつけて，ご褒美にきびだんごをもらった．）

- 0： 無反応，発語がない，無関係な説明，
- 1： キーワードもしくはその同義語を1つのみ含む，歌を歌う
- 2： 内容は正確に説明できているが，キーワードもしくはその同義語を2つのみ含む
- 3： まとめて説明ができる（キーワードもしくはその同義語を3つ以上含む）

5. 『すき焼きをするときに鍋に何を入れますか？』に対して（5つ以上答えない方には，一度のみ『他に何かありますか，もう少し挙げてください』という，野菜などの回答があった場合は『どんな野菜を入れますか』と具体的に聞く）

- 0： 無反応，質問に対する答えになっていない（食べ物でない回答など）
- 1： 1，2種類の材料しか挙げることができない
- 2： 3，4種類の材料しか挙げることができない
- 3： 5つ以上の材料を挙げることができる

6. カット場面の絵をみせて、『この場面をみてください。この男性は老人に何と言っていると思いますか。』と言い、噴出しの中の言葉を入れてもらう。（口頭でも書字でも可）

（回答があいまいな場合（例：どうぞ）は『それはどういう意味ですか』と聞きなおす）

- 0： 無反応
- 1： 反応はあるが、書字または口頭で説明できない
- 2： 状況にそぐわない言葉、もしくは話しかける言葉になっていない
- 3： 適切な言葉（席を譲るという内容で、話しかける言葉になっている）

7. 『あなたの好きな季節は何ですか』『どうしてですか?』に対して

（好きな季節を一つ挙げられない場合、『一番好きな季節を一つだけ挙げていただけますか』といい、それでも挙げられない場合は1点とする）

（理由が具体的でない場合（例：気持ちいい）『もう少し具体的に説明してください』と促す）

- 0： 無反応
- 1： 質問に対する答えになっていない
- 2： どれか一つに不適切な説明
- 3： 全てに正しい説明

8. 『少し疲れませんか?少し首を回してみましよう。次に肩を回してみましよう。』に対して（どちらか一方でもうまくできない場合は、一度検者がやって見せて反応をみる）

- 0： 無反応、適切な動作がみられない
- 1： 一方のみしか正しくできない
- 2： 言葉の指示だけでは正しくできないが、検者がやって見せれば両方を正しくできる
- 3： 言葉の指示だけで両方を正しくできる

9. 『これを病院（施設）に出す公式の書類とします。名前、電話番号、生年月日をこちらに記入していただけますか？』と検査用紙の記入欄を指さしながら言う。これに対して
- （メモを見ることは認めない、質問には答えない）
- （名前はひらがな、カタカナなど簡単にした記載は不正解とする。）
- （電話番号は正しい場所に正確に記入されたときのみ正解とする。検査場所と患者の住所の市外局番が同じ場合は市外局番がなくても正解とする。）
- （生年月日は適切な年号に○がされ、正しい場所に正確に記入されたときのみ正解とする。）
- 0： 無反応、もしくは間違っ て記入する
- 1： 名前、電話番号、生年月日のうち1つのみを正しい場所に正確に記入できる。
- 2： 名前、電話番号、生年月日のうち2つを正しい場所に正確に記入できる。
- 3： 名前、電話番号、生年月日を全て正しい場所に正確に記入できる。

10. 検査の開始時に患者の前に時計（ペンでも可）を置き、『検査を終わります』と言ったら、この時計を私に渡してください。』と言ひ、検査終了時、『これで検査を終わります。』と言ひ、反応をみる。

反応がない場合、「何かお願いしていませんでしたか？」と聞く。

- 0： ヒントでも全く思い出せない。
- 1： ヒントでも、何か約束していたことは覚えているが、何か分からない。
- 2： ヒントで、時計を渡すことを思い出す
- 3： すぐに時計を渡す（時計を渡すことを記憶していれば可とする）

※ 返送に関する注意点

ご返送いただきます情報は、すべて匿名で処理いたします。

返信用封筒にもお名前・ご住所・施設名を記入されませんようお願い申し上げます。

※ この調査に関するご質問・ご意見がある場合は以下の担当窓口にご連絡下さい。

<ご質問窓口>

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65

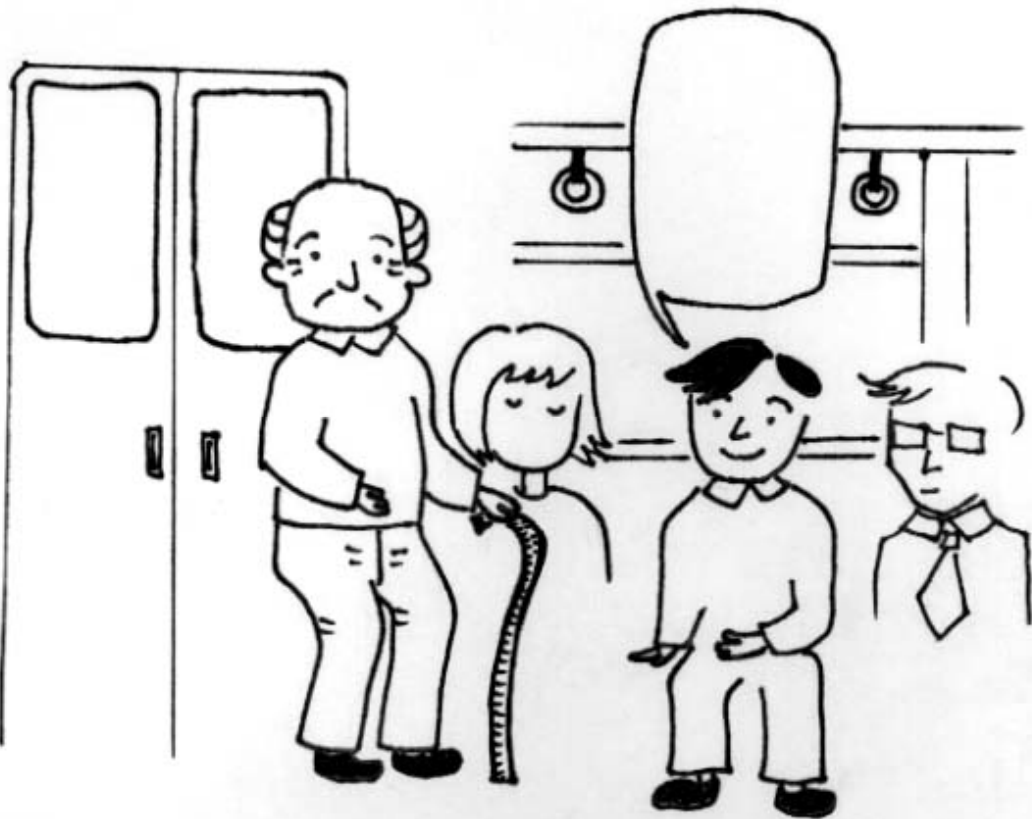
国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学

担当 川合圭成，末永正機，祖父江 元

電話 052-744-2391 FAX 052-744-2394

(注意：この用紙は返送せず，各施設で破棄していただきますようお願いいたします。)

氏名	
電話番号	() -
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日



簡易コミュニケーションスケール（軽度認知症用）に ついてのアンケート調査

国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学
認知症介護研究・研修大府センター

記載日 平成____年____月____日

施設名_____

記入者職種_____

以下患者基本情報（分かる範囲で記載してください）：

性別 男 女

年齢 _____歳

教育年数(学歴，学校に行った年数) _____年

疾患名(分かる範囲で記載してください)

アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他() 不明

発症年月日_____

1. この**簡易コミュニケーションスケール（軽度認知症用）**は認知症患者さんのコミュニケーション能力の測定に有用と思われませんか？

①. 本尺度は各施設でご利用していただくのに充分簡潔ですか？

- a. とても簡潔である b. 簡潔である
c. あまり簡潔でない d. 簡潔でない

②. 本尺度で患者さんご本人の介護スタッフとのコミュニケーション能力を充分評価できますか？

- a. 充分評価できる b. ある程度評価できる
c. あまり評価できない d. 評価できない

③. 本尺度で患者さんご本人の患者どうしのコミュニケーション能力を充分評価できますか？

- a. 充分評価できる b. ある程度評価できる
c. あまり評価できない d. 評価できない

④. 全体として簡易コミュニケーションスケールは認知症患者さんのコミュニケーション能力の測定に有用と思われませんか？

- a. とても有用である b. 有用である
c. あまり有用ではない d. 有用ではない

2. このスケールを実施していて不便な点や不都合な点はありませんでしたか？

3. 認知症介護に関する研究に何か要望がありましたら自由に記載してください。

御協力頂き誠にありがとうございました。

※ 返送に関する注意点

ご返送いただきます情報は、すべて匿名で処理いたします。

返信用封筒にもお名前・ご住所・施設名を記入されませんようお願い申し上げます。

※ この調査に関するご質問・ご意見がある場合は以下の担当窓口にご連絡下さい。

<ご質問窓口>

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65

国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学

担当 川合圭成，末永正機，祖父江 元

電話 052-744-2391 FAX 052-744-2394

**認知症高齢者の心理・行動症状出現予防の
ためのコミュニケーションの役割**

認知症高齢者の心理・行動症状出現予防のためのコミュニケーションの役割

主任研究者	大山 宣子 (国立長寿医療センター 看護部長)
分担研究者	藤崎あかり (国立長寿医療センター 西病棟 看護師)
	浅井 紫 (国立長寿医療センター 西病棟 看護師)
	大久保直樹 (国立長寿医療センター 西病棟 看護師)
	浜島 愛子 (国立長寿医療センター 西病棟 看護師)
	三木 貴子 (国立長寿医療センター 西病棟 看護師)
	北岡 伸子 (国立長寿医療センター 西病棟 副看護師長)
	河合多喜子 (国立長寿医療センター 西病棟 看護師長)
	住垣千恵子 (国立長寿医療センター 教員 副看護師長)
研究協力者	野上 宏美 (国立長寿医療センター 副看護部長)
	服部 英幸 (国立長寿医療センター 行動心理療法科医)
	武田 章敬 (国立長寿医療センター 第一アルツハイマー型認知症科医長)

A. 研究目的

認知症におけるコミュニケーション能力の低下は生活の質の低下をもたらし、行動障害の原因ともなり得る。認知症高齢者は中等度以上になると言語的コミュニケーション障害が出現し、意思表示が困難となる。その場合にはコミュニケーションのほとんどを非言語的コミュニケーションに頼ることになる。普段われわれが考えるコミュニケーションは言語的コミュニケーションであり、非言語的コミュニケーションは言語的コミュニケーションの表現をより伝えやすくするものとして理解されている。日常では、非言語的コミュニケーションを意識して行なっている人は少ない。その中で、非言語的コミュニケーションに頼るしかない生活となった時、使える限りの手段を用いても、適切な言葉を見つけることや他者が示している意味を理解することが困難な場合がある。

認知症高齢者のケアにおいては、言語的コミュニケーションにおいても言葉の流暢性や意味理解の面で認知症高齢者が話す言語の意味を理解する事が困難な状況があり、そのことがケアの困難さに直接つながっている。また心理・行動障害が出現した場合の対応については、本人が表す言語的、非言語的コミュニケーションの理解がさらに困難となり、心理・行動障害の憎悪、助長など悪循環を起こすことになる。

そのため、今回の研究では対応困難時の患者の言動および対応した看護師の言動・行動・感想を記録したプロセスレコードを作成し、対応困難な状況となる前に患者から何らかのサインがなかったか、看護師のケア介入によって患者に変化はなかったか、ケア介入と患者の意思との間にずれはなかったか、主観的、客観的視点からデータを収集した。その結果より、心理・行動症状の対応困難時や心理・行動症状出現予防にもたらすコミュニケーションの役割を考察し、今後の認知症高齢者のケアに役立つ方法の確立を目的とする。

B. 研究方法

1. 研究対象

国立長寿医療センター脳機能病棟・認知症専門ユニットに入院した、65歳以上で認知症の確定診断を受けている5名である。内訳は血管性認知症2名、レビー小体型認知症1名、アルツハイマー型認知症2名である。このうち、妄想と思われる症状が見られた2名（血管性認知症、レビー小体型認知症、各1名）の3場面をプロセスレコードの分析の対象とし、入院後1～2週間の時期に、心理・行動障害が出現している場面を対象とした（表1）。ケアの拒否、同じ言葉を叫ぶ、帰宅要求などの心理・行動障害を示した他の患者を含めた5名の観察記録から、表5に示す「日常的に起こっている患者と看護師の意識のずれ」の項目を抽出した。

表1 対象患者

症例	性別	年齢	病名	場面	入院○日目	観察者
A	女性	73	血管性 認知症	1	入院7日目	観察者C：看護師歴34年 認知症病棟経験3年
						対応観察者D：看護師歴11年 認知症病棟経験4年
B	男性	78	レビー小体 型認知症	2	入院20日目	観察者E：看護師歴10年 認知症病棟経験8年
						対応観察者F：看護師歴5年 認知症病棟経験2年
				3	入院20日目	観察者E：看護師歴10年 認知症病棟経験8年
						対応観察者F：看護師歴5年 認知症病棟経験2年 対応観察者G：看護師歴11年 認知症病棟経験7年

2. 方法

対象とした患者1名に対して、関わった看護師（以下、対応観察者）1名と第3者的立場の観察者（観察者）1名の計2名で日中の6時間を観察した。対応観察者はこの6時間の患者との会話をボイスレコーダーで録音した。

観察者は対応困難と感じる場面の環境、時間、サインが出現した時間、対応観察者が対応する時間の差、対応後の患者の心理・行動症状の状態の変化を観察して記録した。観察終了時、対応観察者と観察者の2名で、ボイスレコーダーや対応観察者が思い出した内容、観察者の記録を照合して、対応困難時の場面の状況を、①患者の言動、表情、行動、②患

者の言動、表情から感じたこと、思ったこと、③関わった看護師の言動、表情、行動の三つに分け、該当した場面の再構成を行った（プロセスレコード）。

3. 研究期間 平成18年4月～平成19年3月まで

4. 分析方法

プロセスレコードから、患者が意思を表出していると判断した時間と看護師がそれに気づいた時間のずれや、患者の意思表出に対し、看護師の対応にずれがなかったかを検討する。さらに対応困難となる前に何らかのサインがあったのか、対応困難時にスタッフの介入によって患者の心理・行動症状は軽減したのかを分析した。また、コミュニケーションにより症状の軽減・消失した症例と、症状が変わらなかった症例から、その違いについて分析した。

5. 倫理的配慮

本研究は当センター倫理審査本委員会の承認を得ている。厚生労働省倫理規範に準じ、入院後、対象条件を満たした者とその家族に対して十分な説明をし、同意が得られた対象者のデータのみを扱った。また、プロセスレコードの正確な場面の再構成を行なうため、ボイスレコーダーを使用し、対象患者との会話を正確に記録した。すべての個人情報本研究のためだけに使用し、外部に漏れないよう厳重に管理した。

C. 結果

症例Aの場面1は、患者が自室のベッドで一旦横になって休んでから、ベッドより起き、対応観察者が訪室したところから会話が始まる。患者は寝起きであった。また自宅では毎日入浴しており、施設入所時は朝一番に入浴していたのに、入院してからは入りたい時に入浴が出来ていなかった。

起きた時、便秘のためヨーグルトが欲しいと言ったが、糖尿病のために食事制限があると自分で気づき、対応観察者に知らせた。その後、食事制限に気づけなかった対応観察者が気分を換えようと対応を始めた（表2）。11時14分に会話が始まり、22分ころの患者の言葉から妄想の出現を疑った。この時会話が始まってから8分が経過していた。これに対し、「背中をさすりながら」患者の思いを否定せずに聞くという対応をした。33分に「雪について」の話題に換え、表情を確認して反応を確かめてから、散歩に誘った。着衣の介助をする中で表情の変化があり、他患者への声かけや最終的には笑顔も見られた。しかし、散歩後は「うそばかり」と悲観的な言葉がきかれた。

症例Bの場面2は、リハビリテーションで運動をした後、自室に戻り15分ほど経過したところである。運動後の疲労のため、患者に心理・行動症状が出やすい状況であると対応観察者は推測して訪室した。10時35分、険しい顔で歩き出した患者の対応をした（表3）。38分の患者の言葉から妄想が始まったと考えた。患者の表情をそのサインとすると、15

分前にリハビリから戻ってから険しい表情がみられ、38分の言葉で妄想と気づくまでの時間は18分である。対応してから気づくまでの時間は3分である。40分の患者のしぐさから、排泄の予測をして「トイレに行こう」と誘った。問いかけに対し「うん」と返事が聞かれたため、実際にトイレに誘導することで、患者の表情は穏やかになり、48分には笑顔が見られた。その後、対応観察者が患者から離れると荷物整理を始めた。

症例Bの場面3は普段から荷物整理をし、他患者のものと混同することが度々あった。場面3では、患者が入浴後、自室の窓の外に着替えを置き、それを取りに行った対応観察者が、患者に荷物の確認をしたところから対応が始まっている（表4）。13時41分、患者の行動をみて「落ち着きがない」と感じ、対応する。42分の患者の言葉から妄想が始まったと考えた。しかし、観察者からの報告で食後より荷物整理が見られ、そのことをサインとするならば、サイン出現は13時であり、このときの看護師の対応までの時間は42分である。付き添っていたものの、47分に患者だけが興奮気味に自室より出てくる。この時対応観察者が交替した。患者の口調や表情から「怒っている」と感じ、対応を始める。しかし、48分に対応観察者Gの言葉を聞くとさらに強い口調になり、対応観察者は「余計に怒らせてしまった」と感じた。そこへ、初めの対応観察者Fが声をかけ、荷物を確認すると、声のトーンが小さくなった。その後は2名の対応観察者で対応した。

「これ盗んできたと思っているんだろう？」と言われる患者に対し、対応観察者Gは「盗んだと思っではない」と言うと、患者はより興奮した口調で話しをされた。58分には対応観察者が「なぜ疑われたとおもうのか」と尋ねると「窓の外に知っていて放り出した」と理由を述べ、それを聞いた対応観察者は「持ってきてはいけないものだった」と気づいた。

この後も「勝負したる」という言葉は15時17分まで続き、その後一人になり、荷物整理を始めた。

表2 症例A：場面1

食堂のソファに座り、看護師が右斜め横の床に膝を落として話を聞く。 会話開始11時14分～11時50分（36分間）			
時間	患者の言動	対応観察者が感じたり考えた事	対応観察者の言動・行動
11:20	(2)「うそばっかり」 <u>疑う表情</u> で看護師をみる。	(3)昨日は入れなかったので言っているのだな。どう説明しよう。	(1)「午後からお風呂に入りましょう」 (4)「昨日はごめんなさいね。今日は入れますよ。今日の担当看護師が、入れてくれますよ。」(担当看護師も一緒に居て声かけする)

時間	患者の言動	対応観察者が感じたり考えた事	対応観察者の言動・行動
11:22	(5)「H病院3回入院、I病院2回入院。H病院は何回も出たり入ったりした。そのたびに体がガタガタになってしまった。厚生年金も1年間ストップかけられた。詳しい人教えてください。こんな思いさせられて腹が立つ。」	(6)入退院を繰り返している事は間違っていないが言っていることが良く分からない。いろいろな思いが募っての言葉なんだろう。 <u>被害妄想が始まったのかな。</u>	(7)背中をさすりながら、「辛いね。Aさん頑張ってますよね。」(この時隣にいた患者Jが、役所に勤めていた方で「 <u>窓口に相談する</u> といい。」と声かけされる。)
11:29	(8)泣きながら「農協の人が医師を悪く言う。そんなことするわけない。ひどい話。」	(9)意味が分からないなあ。きっと辛いのだろう。 <u>妄想かな。否定せずに受け止めていくしかない。</u>	(10)背中をさすったまま、「大丈夫、一人じゃないですよ。いい娘さんがいらっしゃるじゃないですか。私もAさんの味方ですよ。」顔を見ながら話す。
11:33	(11)「旦那がいない。死んじゃった。」	(12)辛い話ばかりはよくないから、話題を変えよう。外は真っ白だ。雪の話題にしてAさんの反応を見てから誘うことにしよう。	(13) <u>雪ですよ。すごい、中庭真っ白ですよ。」</u>
11:36	(14)雪をみて <u>驚いた表情</u> に変わる。	(15)反応があった。	(16)「雪を見に行きませんか？」
	(17)頷く。 (20)納得された表情で立ち上がろうとされる。	(18)行ってくれるのかな。寒いからカーディガンを持ってこよう。 (21) <u>これで気分が変わるかもしれない。</u>	(19) <u>カーディガンを準備し、着衣介助する。</u> (22)Aさんの隣に居た患者Jが足のかゆみを訴えられる。
11:43	(23)患者Jを見ながら、「乾燥している。」と <u>穏やかな表情</u> で言う。	(24)声をかけておいてすぐにいけないのが不安だな。	(25)「Aさんちょっと待って下さいね。雪見に行きましょうね。」患者Jの処置をする。
11:45	(26)患者Jと看護師の会話を聞いている。		(27)「散歩行きましょう。」
11:50	(28)歩きながら雪を見て「 <u>真っ白だね。</u> 」と <u>笑顔</u> 有り。		

表3 症例B：場面2

患者B氏が自室へ戻り、15分ほどして訪室したところから始まる。会話開始10:35～10時50分			
時間	患者の言動	対応観察者が感じたり考えた事	対応観察者の言動・行動
10:35	(1) <u>険しい表情</u> で歩き出す。	(2) どこに行くんだろう。	(3) <u>患者の後ろについて歩く</u> —
	(4) 少し歩いたところで止まる。 (7) また歩き出す。	(5) 廊下の真ん中で止まって何をしたいのだろう。 (8) また歩き出した。どこに行くのだろう。	(6) 「止まるの？」 (9) 再度患者の後ろについて歩く。
10:38	(10) 突然「何をうちが盗んだって言うんだ！」と怒った表情で言う。	(11) 何のこと？また妄想かな・・とりあえず妄想の内容を聴いてみよう。	(12) 「誰が盗んだって言ったの？」
	(13) 「○△□×…。」 <u>険しい顔</u> で言う。	(14) 何言っているか分からない。聞き取れない。	(15) 「誰が盗んだと思うの？」
	(16) 「わしの10年前に○△。」	(17) 上手に聞き取れない。とりあえず聞き取れた言葉を言ってみよう。	(18) 「(10年前に) 言われたの？」
10:40	(19) 「うん。嫁はんにかくれて・・・やっとするで。」と言いながら股の辺り <u>を触っている。</u>	(20) おしっこか便がたくくて <u>トイレを探していたのかな。それで混乱しているかも。</u> トイレに誘ってみよう。	(21) 「 <u>トイレ行こう。</u> 」と誘ってみる。
	(22) 「うん。」	(23) やっぱりトイレだったんだ。便秘だったし、便が出るといいな。	(24) <u>手を取りトイレに誘導する。</u> ズボン、パンツを下ろし便座に誘導する。
10:42	(25) 便座に座り、「俺の…結局あんたに聞いて。」 <u>表情は穏やかになり、排泄</u> を始める。	(26) さっきの妄想の続きだな。でもトイレに集中して欲しいから相槌だけにしよう。	(27) 「便が出るといいね。」といってトイレのドアを半分閉めた。
中略 排泄介助に5分間費やす。			
	排便終了後		
10:48	(29) 「そうか」と <u>笑顔</u> で答える。 (32) 「 <u>ありがとう。どうする？入院治る？</u> 」答えを求める。	(30) 便がでてすっきりして <u>穏やかな表情</u> になってよかった。 (33) 自分が何か盗ったと疑いをかけられて怒っていたかもしれないから謝ろう。	(28) 「結構、便がでたね。よかったね。」 (31) トイレの外に誘導する。 (34) 「ごめんね。」
10:50	(35) 「いやいや」 <u>笑顔</u> で答える。		

表4 症例B：場面3

患者B氏が自室の窓の外に置いた洗濯物を、対応観察者Fが取りに行き、患者に確認したことから場面が始まる。13:40～14:17の場面の一部を再構成する。			
時間	患者の言動	対応観察者が感じたり考えた事	対応観察者の言動・行動
13:40			(1)対応観察者F「あったよ。見つけた。」
13:41	(2)「〇×のところに置いてあるって今言いおったのに」歩きながら話す。	(3)窓の外のは置いていたのか。なんか <u>落ち着かないなあ。</u>	(4)「ああ、置いてあったのか。持ってきた。」
13:42	(5)「ほな、自動車のリハビリ・・・そのタイヤの部分・・・前進はどうするのよ？現場の材料依頼が済んだらどうぞ？」	(6) <u>あれ？妄想だ。また仕事のこと考えているのか。</u>	(7)「現場の材料が済んでない？」付き添い、話を聴く。 対応観察者Fと自室で少し話す。
中 略			
13:47	(8)（自室からやや興奮気味に出てこられる。） 「どうしたもこうしたも現場の物板切れ一枚も入っとらへんじゃないか。見てみい。」	(9)よく聞き取れない。何のことかな？	(10)対応観察者G「 <u>いたぎ？</u> 」
	(11)「板切れっちゅうのに。」 <u>表情険しい。</u>	(12) <u>ちょっと怒ってるな。</u>	(13)「うん。」
	(14)「はいひんやろう？」	(15)何のことかな・・・ <u>さっきの洗濯物のことかな。</u>	(16)「じゃあ、一緒に見に行きませんか？」
13:48	(17)「△×□ついたもの、なんで見に行かないかんだ！何にもすることないやないか。俺みたいな人間に、ほうだろう？向こうが夜にもって行きよるんだから。ほんで持っていったように見せて。」と強い口調で話す。 (20)「これ、さっき持っていったもんか？」 <u>声のトーンが小さくなる。</u>	(18) <u>余計怒らせてしまったみたいだ。</u> 荷物をいつも確認されて嫌なんでしょうな。 (21)わしが持ってきたやつ？何のことだろう。	(19)対応観察者F「はい、Bさんの・・・」とBさんに荷物を渡す。 (22)「何を？」
中 略			

時間	患者の行動	対応観察者が感じたり考えた事	対応観察者の言動・行動
13:49	(23)「 <u>これ盗んできたとおもっとるんだろ?</u> 」 (26)「いや、現場の連中がおもしろそうに。」 (29)「なあ、ほんならそれで勝負したるよ！今から。」 (32)「いや、そう見える。」と言いやや <u>興奮した口調</u> で話す。	(24)やっぱり、これを盗んできたと言われているように感じているんだ。 (27)現場の連中？他のスタッフのことかなあ。 (30)よくわからないなあ。	(25)「誰が？」 (28)「思っていないよ。」 (31)対応観察者G「 <u>誰もB氏が盗ったとは思っていないよ。</u> 」
中 略			
13:52	(33)「 <u>だけどどんなことがあっても決着はつけるよ。今日疑われた以上は決着つけるよ。</u> 」 (36)「そんな事はない。」とさらに <u>強い口調</u> になる。	(34)疑ってはいないんだけど…。	(35)対応観察者G「うーん。 <u>でも疑ってはいないって言っていましたよ。</u> 」
中 略			
13:53	(38)「 <u>面倒くさいで窓から放りだしたらほれ、二人見とったんだ。会社のもん盗んで何しとるけん。後ろで○×△知っておきながらやったよ。</u> 」 (41)「間違いない」頷く。	(39) <u>持ってきてはいけなかったのだな。</u>	(37)「 <u>どういうところから疑われたと思うのですか？</u> 」 (40)「Bさんは知っていて窓の外に出した。」

さらに、観察者により、ケアの拒否、同じ言葉を叫ぶ、帰宅要求などの心理・行動障害を示した他の患者を含めた5名を6時間観察した結果から、対応観察者の日常の声かけや対応の中で、対応困難と感じてはいないが、明らかに患者と対応観察者との意思のずれが生じている場面がいくつかあった。患者が絵画中、絵画の色などについて、対応観察者が通りがかりに声をかけた際、手が止まっているのに気づかず、何度か実行され、その後、絵を描くことを止めてしまった。患者がお茶を勧められ、一度は断ったが、そのすぐ後でスタッフ間のやり取りがされておらず、患者が再度お茶を勧められていた。結局二度目は断りきれず渋々お茶を飲むこととなった。食事の準備の際、「おなかが空いた」とずっと待っている患者に何の声かけもなく、食事の配膳を後回しにしてしまった。患者は食事がくる

までの5分間、ずっと対応観察者の行動を探っていたなどの、対応観察者が患者の状態に気づけなかった場面等を6時間観察した後、対応観察者と観察者が話し合い、これらを4つに分類した（表5）。

表5 患者に影響を及ぼしている看護師の対応

分類	例	患者の反応
患者の行動や会話などを中断する声かけ（中断する）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 絵画をしている最中に通りがかりに声かけをする。 ・ 食事中に声かけをする。 ・ 他者との会話中に声かけをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 絵画の途中で手が止まる。 ・ 食事をする手が止まる。 ・ 会話が止まる。
スタッフの情報交換不足による声かけ（強制する）	<ul style="list-style-type: none"> ・ お茶をいらないといった患者に、別なスタッフから再びお茶が促される。 ・ レクリエーションを一度拒否した患者に別のスタッフが再び促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ いらないともう一度言えずに結局少し飲んだ。 ・ 始めは言葉や表情だけだったが、拒否する行動があった。
業務の多い時のサイン無視（後回しにされる）（分かろうとしない）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事中排泄のサインがあるのに気づかない。 ・ 食事を待っている患者を、後回しにしてしまう。 ・ 何らかの行動をしているのに、気づかない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 落ち着かない状態が続く。 ・ 自分で動き始める。
声かけなく援助する（選択する自由を欠く行動）（能力を使わせない）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何も声かけなく、食堂の座る位置を決められる。 ・ 食事介助を声かけなく行なう。 ・ 何も言わずに席（車椅子）を動かす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の席を見ている。他の席に座る患者を見る。 ・ 自分で食べようとする手が止まる。

D. 考察

心理・行動障害の出現には様々な要因がある。その中に、適切なケアが行なえなかった時や環境などが挙げられる。今回は心理・行動症状の中で妄想を示した症例について検討した。その場面で患者の妄想に気づくまでの時間的な遅れは最大で42分であった。場面1、2については、対応して妄想と気づくまで8分と18分とあり、時間差はあるものの、患者の状態は一時的に消失している。また、消失するまでの時間も15分と35分であった。場面3は対応してから妄想と気づくまでに47分と、時間差は大きく、消失するまでの時間は37分であった。妄想に気づくまで、または対応するまでの時間が長いほど、患者の状態を軽減させる事は難しく、消失するまでの時間も長くなることが分かった。

症例ごとに見てみると、症例Aでは場面1が展開される前から、患者と対応観察者の意思のずれが生じていた。食べたいものが食べられないという「要求が満たされない」とことと、それを看護師が忘れてしまっていた「信頼を欠く関わり」によって妄想が引き出されたと考えられる。しかし、満たされない要求を何とかしたいと考える対応観察者が、患者の話を聞き「話を合わせる」「傾聴する」、また患者の表情をよく見て散歩に誘導するというように「表情を観察し、非言語的コミュニケーションを見極める」ことをしている。代替に散歩に付き添うこと「環境をかえる」や、外の景色を見る、寒いだろうとカーディガンを着るのを介助する「思いやる援助」などで妄想が一時消失した。また、妄想が出現してからは同じ対応観察者が対応した。

次に症例Bであるが、場面2では患者の日々のスケジュールから患者が変化のしやすい時間を理解していたこと、患者の表情を読み取りすぐに対応し始めたこと、その後、妄想を聞きながら、股を触る行動を見逃さずケアを行なったことで、一時的に妄想が消失した。この場面も患者の険しい表情出現から消失まで、同じ対応観察者が対応している。しかし、場面3では、患者と対応観察者の意思のずれが生じていた。患者が荷物を整理することを見守ることが、すでに「信頼を欠く関わり」であり、外に荷物を置いたのに、それを持ってきてしまった「意図しない援助」をされたことから妄想が出現したと考えられた。この場面では、患者の話を聞く「傾聴する」ことはできても、表情や行動についてあまり観察されていなかった。また、症状が出現し、落ち着くまでに2名の対応観察者が対応しており、一度説明した内容を再度患者に聞くなど、場面1、2とは違った対応をしていることがわかった。

これらのことから、患者の意思を的確に理解したり、それに合った対応をすることで、妄想の軽減は出来ると考える。しかし、一時的な介入によってすべてを解決することはできなかったのは、これらの妄想が長い時間をかけ作り上げられてきた複合的なものであり、この妄想を解決するには時間と適切な介入の積み重ねが必要だからである。

一時的なコミュニケーションだけで、これらの課題を解決することは難しい。妄想など心理・行動症状を、回避できる方法を優先的に取るべきであるが、心理・行動症状は患者の状態や環境によって避けられない場合がある。

今回の症例では「行動を観察し、非言語的コミュニケーションを見極める」「傾聴する」「繰り返す」「話題を変える」「環境をかえる」「話を合わせる」などのコミュニケーションによって一時的な軽減が得られた。入院や入所という環境の中では、こうした適切なコミュニケーションや日常に起こる「患者の意思とのずれ」をできるだけ少なくすることが症状軽減につながると考えられる。

また、今回の観察で新たに分かった事は、看護師が意識していないところで生じる日常のさりげないコミュニケーションの中に、患者の意思とのずれが至る所で生じていることであった。

患者に挨拶や、声かけをするとき、何気なくする事があるが、患者が何かに集中しているときなどには、患者の反応まで確認しないこともある。今回、患者の意思と看護師の解

積のずれがあることが明らかになったが、そのずれがあることに気づけるように、日頃から理解しておくことが重要である。

このような日常に起こるずれについて、具体的な内容を行動レベルで分類した。「通りがかりの声かけ」「他者との会話中、食事中にする声かけ」「スタッフの情報交換不足による声かけ」「声かけなく（選択の自由なく）援助する」「業務の多い時のサイン無視」などに気を配り、日常に起こる患者との意思のずれが軽減できれば、心理・行動症状の軽減にもつながるのではないかと考える。

E. 結論

対応困難時のコミュニケーションをボイスレコーダーで録音し、プロセスレコードにより場面の再構成を行ない、患者の状態を6時間観察した結果と合わせて分析したところ、心理・行動症状（妄想）が出現してから、対応までの時間のずれは少なかった。妄想には長い間に蓄積されたフラストレーションなどにより作り上げられたものがあり、それは解決することができず、あらゆる場面においても出現し、介入をしても消失する事はなかった。しかし、一時的な軽減は可能である事が示唆された。また、日常的な患者と看護師との意思のずれが多く、注意すべき内容は「通りがかりの声かけ」「他者との会話中、食事中にする声かけ」「スタッフの情報交換不足による声かけ」「声かけなく（選択の自由なく）援助する」「業務の多い時のサイン無視」であることが分かった。

F. 参考文献

- 1) 日本認知症学会編：改訂 認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの基礎，ワールドプランニング，東京，
- 2) 高崎絹子，水谷信子他編：最新老年看護学，第1版，日本看護協会出版会，東京，2005
- 3) ジュリア・バルザー・ライリー著：看護のコミュニケーション，第5版，エルゼピア・ジャパン，東京，2007
- 4) マリー・ピエトロ，エリザベス・オストゥニ著：痴呆を生きる人とのコミュニケーション，じほう，2004
- 5) 高山成子，水谷信子：中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究，日本看護科学会誌，2001

平成 19 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

平成 19 年度 認知症介護研究報告書

〈認知症介護におけるコミュニケーションに
関する研究事業〉

発 行：平成 20 年 3 月

編 集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL (0562) 44-5551 FAX (0562) 44-5831

発行所：若葉印刷有限公司

〒462-0852 愛知県名古屋市北区猿投町 26 番地

TEL (052) 991-5537 FAX (052) 914-7933