

はじめに

日本における認知症ケアは近年大きく変わりつつある。介護保険によるサービスの拡充に始まり、グループホームの進展、認知症ケアの人材養成が中心となって発展してきた。すなわち、介護の現場で集団ケアから個別ケアへ、環境の改善と対応(ケア)の向上が認知症ケアが変化してきた要因であることはいままでもない。そして、現在それらをさらなる認知症ケアの質の向上のために集約する時期にきており、地域密着型サービスや地域包括支援センターを中心とした地域づくりが今や最大の課題になってきている。

本章ではこれらの流れを理解して、認知症のケアと非薬物療法について現在の状況について総括する。非薬物療法として、ここでは回想療法、音楽療法、作業療法、現実見当識訓練、芸術療法、動物介在療法、園芸療法、タクティールセラピー、パレードーション療法、生活療法、通所サービスにおける非薬物療法、認知症短期集中リハビリテーションを取り上げた。その他にも人形療法や化粧療法など様々な取り組みがある。

1 認知症ケアの変化

手探りの認知症ケアの時代から、認知症ケアの多様化、個別ケア

化が図られ、なじみの関係からパーソンセンタードケアへ徐々に転換しつつある。理論は発展し、全体のケアも向上してきているが、あいかわらず昔のままのオールドカルチャーといわれる集団ケアに終始している施設サービスもまだ多い。

大型の施設で、旧態依然としてケアを続けている施設がある一方、ユニットケアなど個別的なケアの転換を図りつつ、集団ケアを改善している施設もある。しかし、おおむねグループホームなどの小規模なケアは認知症のケアに優れている。

当然ながら、どこにでもよい施設と悪い施設があり、よいケアワーカーと悪いケアワーカーは存在する。その点において介護福祉士や看護師等のケアワーカーの生涯教育は今後も引き続き欠かせない。特に介護福祉士においては、日本介護福祉士会による初任者研修やファーストステップ研修が始まっており、期待がもてる。さらに認知症ケアの知識と経験を高めていくシステムが必要である。

1-1 尊厳あるケアを求めて

人がその人らしく最期まで生きることは憲法で保障されている権利である。しかし、施設という特殊な環境のなかで「与えるケア」に終始しているのは、仕方のないことであろうか？ 決められたケアを提供することは受動的な生活を助長しているのではないだろうかと考えている。高齢者には与えるケアではなく「寄り沿うケア」と「選択できるケア」が重要である。今後、介護施設は大規模施設から29床程度までの小規模多機能地域ケアに転換されようとしている。そういうハードの転換にとどまらず、同時にケア提供者の理念や意識改革が必要である。つまり新しい認知症ケアとは、認知症をもつその人とともに暮らす共生の姿勢が求められる。そのとき、ケアワーカーは集団ケアからの意識改革が求められる。

1-2 パーソンセンタードケア (PCC) について

「その人らしいケア」とは尊厳あるケアである。しかし、その人らしくあるために、その人をよく理解することが重要であり、得てしてそれが難しい。現在、センター方式の認知症アセスメントが開発されている。このアセスメントは記述式であるが、これを利用するとその人がよくみえるように作成されている。今後、さらに多くのサービス事業者や施設で利用されることを期待する。また、パーソンセンタードケア (PCC) を実践する方法としてバリデーションと認知症ケアマッピング (DCM) がある。

DCM とは、認知症患者の行動やスタッフの関わりなどを分析し、その人にあったよりよい認知症ケアを提供していくための認知症ケアにおける評価ツールの一つである。認知症ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み 2001—スタンダード 2 において PCC を実施するように規定され実施されている。

DCM は、1989 年イギリスの心理学者キットウッド (Kitwood T) らにより提唱された PCC の概念に基づく認知症ケアの評価ツールのことをいう。DCM の実施にあたり、PCC の概念の理解は不可欠といえる。医療・看護の世界にも「患者中心の看護」という言葉がある。患者の意思を尊重した個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる。

認知症という疾患は一般の患者に比べ関係を築く上で共通理解が得られにくい点で困難を要する。いわゆるコミュニケーションが困難な場合がある。そのため、介護者側が認知症患者側との距離を縮めていくために、その人に合ったケアが必要となる。これが PCC である。これを評価するためにキットウッドにより DCM は考案された。DCM は、患者の行動を 24 のカテゴリーに分類し、well-being (よい状態) と ill-being (悪い状態) のスケールを用いて患者の行動を評価し、ケア担当者にその結果をフィードバックしていく認知症評価

表 20-1 well-being (よい状態) の一覧

- ・満足した方法で望みを表すことができる。または自信をもっている状態
- ・身体がリラックスしている
- ・ほかの感情のニーズへの感受性
- ・ユーモア
- ・自己表現、想像能力がある (サインのようなものを示す・踊る、描く)
- ・日常生活でのいくつかの場面で喜びや満足がある
- ・助けられている。有益な状態
- ・社会とのコンタクト、関係をもつ、開始する
- ・愛情、優しい思いがある
- ・自然な敬意を示す (健康を気遣う、出席する、何かしてもらった後にお礼を言う)
- ・感情で満たされた表現ができる (ポジティブな感情、ネガティブな感情の両方が表現できる)
- ・認知症をもつ他者への受け入れができる

表 20-2 ill-being (悪い状態) の一覧

- ・孤独、悲しみ、悲嘆を一人で抱えている
- ・怒りをこらえている
- ・不安、心配事がある
- ・退屈でかたまり
- ・無関心、引きこもり
- ・失望している
- ・身体的不安、苦痛や痛みがある

のツールである。表 20-1 と表 20-2 にその内容の一覧を示した。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、人材育成にもつながり、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて選択した介護施設において、一日 6 時間の間に、5 分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、在宅老所などのケアの評価を行い、ケアの標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。また、3 か月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

1-3 センター方式

尊厳ある認知症ケアの実現に向けて、またパーソンセンタードケ

アの実現に向けて、認知症ケアマネジメントセンター方式が開発されている。

介護保険では、サービスの質を確保するための共通方法として、ケアマネジメントが導入された。それは、利用者の暮らしとケアの課題を見極め（アセスメント）、課題解決のための計画（ケアプラン）をつくり、実践してみた結果を点検し、よりよくしていく一連のシステムである。それは認知症ケアにおいても例外ではない。しかし、特に認知症をもつ人の場合、何をアセスメントし、どんなケアプランを立てたらよいのか、その共通の方法がこれまでは存在しなかった。ケア関係者が各自まちまちの方法で取り組んでいたため、ケアの方針や内容がサービス事業所やケアワーカーの間でバラバラになってしまい、ケアの成果を得られないだけでなく、本人や家族が混乱を強めていくという残念な事態が続いてきた。そんななか、“新しい認知症ケアを目指して、関係者が一緒に使える共通な方法と仕組みをつくりたい”というケア現場の強い要望を出発点に、「新しい認知症ケア」を目指した認知症高齢者ケアマネジメントシートの開発が始まった。そして、認知症介護研究・研修東京センターを中心に認知症ケアに関する研究者や現場のエキスパートの協働成果として、「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」が開発された。

1-4 身体拘束の禁止

身体拘束は高齢者の尊厳を奪う行為である。2000年4月より介護施設では身体拘束は原則禁止されたが、ある調査によると依然多くの施設が身体拘束をしているとの報告がある。施設がまだ変わらないでいるのだ。もし自分が要介護状態になり、身体拘束をしてほしいと誰が思うだろうか？

今の集団ケアというもの、つまり経験と古い固定観念に基づくケ

アは改善する必要がある。職員一人ひとりの意識改革を早急にすべきである。学校でも、現任でも教育の徹底が必要である。

2

認知症の非薬物療法の現況

認知症の非薬物療法には、病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容についてはそれぞれの施設により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではないが、認知症患者の表情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知機能そのものが改善することは困難であるが、周辺症状の改善がみられたり、認知機能の維持ができることにより、認知症の悪化が防止できるかどうか大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリテーションを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。

2-1 回想療法について

バトラー (Butler RN) は、高齢者にとって回想することは価値があり、必要なものであると初めて述べた。彼の理論は、高齢者においても成長を認めるというエリクソン (Erikson EH) の発達理論に基づいている。回想により、過去の経験を再評価し、成功、失敗といった経験をすべて見渡せ、成功したという人生観によって、人生が価値あるものととらえられ、過去の執着や失敗から立ち直らせ、自我の統合と絶望の葛藤の解決が得られる可能性がある。また、バトラーは高齢者には、自我の統合に達するために、熟練した療法士やグループの援助が必要なことがあると述べている。

コールマン (Coleman G) は、2年間にわたりロンドンにある介護施設の男女48名の回想をテープに記録し、三つのタイプに分類している。すなわち単純な回想では過去の出来事を回想する。教えるための回想では他人に重要な情報を伝えるために回想する。人生を振り返る回想では否定的でつらい経験にかたをつけるために回想する。

まとめると、回想について研究者によって様々な見解があり、物語／情報を伝える回想、人生を振り返る回想、偏執的回想などに分けている。バトラー以来、回想に関して様々な理論が出てきているが、まだはっきりしないことも多い。しかし、バトラーの言う「人生を振り返る回想」に加えて、楽しみや情報を共有する「単純な回想」も高齢者には重要である。回想のなかで承認し、自らの人生を統合し、方向づけ、結びつけることにより、高齢者の生活は再統合される。高齢者は、回想により自分の存在を確認し、時間の概念を正し、若い世代を導く責任を果たし、周囲との関係を理解する。

回想の効果についての研究は限られており、結論があいまいで、必ずしも一致していない。例えば客観的評価の指標がないとか対照群がない。最近の回想に関する文献は、回想の治療的効果、用いる回想の種類、対象の性格、回想が有効な環境についてまで踏み込んでいるものがある。有効性をさらに証明できる再現性のある研究が待ち望まれている。

回想法には大きく分けて集団回想法、個人回想法があるが、我々の回想法研究所グループではいつでもどこでも回想法が可能となるようにテレビ回想法やパソコン回想法という新しい分野とソフトを開発した。また最近ではバーチャル回想法も完成させ、検証している。

2-2 音楽療法について

音楽療法には、大きく「受動的音楽療法」と「能動的音楽療法」

の二つがある。受動的音楽療法では、音楽鑑賞を通じて、リラクゼーションや心身の機能の回復・改善を目指す。ただ聴くだけではなく、音の振動を体で感じる方法もある。特定の音楽を聴くことで、脳波・血圧・脈拍・発汗等が影響され、気持ちが落ち着き、また痛みや不安も和らぐという効果もたらされる。一方、能動的音楽療法は、セラピストが意図的に相手に合わせて提供する活動を、参加者自身が行うことによって、様々な面での機能や意識の維持・向上を図ることが目標となる。

音楽はいろいろな芸術様式のなかで、最も社会性のある治療メディアだといわれるが、音楽は社会性の促進ばかりではなく、以下のようにいろいろな機能の促進・回復・維持が期待される。例えば体力の強化、移動能力、運動能力の改善、人との交流の改善（特にグループにおいて）、長期・短期記憶力への刺激、認知能力の改善、現実とのオリエンテーションの改善、リラクゼーションの促進と不安やストレスの軽減、言語能力の改善、日常生活（衛生等）での改善、感覚訓練の強化、コミュニケーション能力の改善、不適応な行動の減少、思い出の掘り起こしなどが期待される。特に病気が進行して機能レベルが低下していく対象者の場合、セラピーによる改善は望めないが、それでも生活の質において違いを生み出せる。機能の最も低い人にも音楽療法の提供が必要なのである。移動がほとんど不可能な人にとっては、音楽によって昔を思い出し、好きだった歌を聴いたり歌ったり、会話をすることで、元気な頃の自分を気持ちの上だけでも取り戻せる。そのために本人中心の、本人の物語りを中心にした日本ナラティブ音楽療法学会がその取り組みを始め、活動している。

2-3 作業療法について

認知症に対する作業療法は、老人性認知症疾患治療病棟では医師

の指示の下に作業療法士が専任で行うものである。特徴としてはなじみの活動を用いる（個人・集団）集団を活用する。環境の工夫や治療的自己の活用をすること、さらには回想法によるアプローチが主となる。認知症に対する作業療法は今後期待される分野である。

2-4 現実見当識訓練（リアリティーオリエンテーション；RO）

現実見当識訓練とは、自分自身や周囲の状況についての正しい理解や、自分自身と周囲の状況を正しく関係づけることを指す。具体的には、自分の名前・年齢・家族構成・役割などや時間・場所・そこにいる理由などについて正しく理解しているかどうかということである。それらについて障害がある状態を失見当識と呼ぶ。

現実見当識訓練とは見当識の障害を少しでも改善しようとする方法である。RO訓練はその実施の仕方によって大きく二つに分類できるといわれている。一つはインフォーマル・リアリティーオリエンテーション法で、「24時間リアリティーオリエンテーション法」とも呼ばれる。これはスタッフが患者さんに接するあらゆる場面でその時の日付や場所の名前などについて尋ね、正しい情報を繰り返し伝えるという方法である。もう一つはフォーマル・リアリティーオリエンテーション法であり、「クラスルーム・リアリティーオリエンテーション法」とも呼ばれる。これは決まった時刻に定期的集まり、日付や場所についての学習を繰り返すものである。頻度は毎日30分といったものから1週間に一度の場合など様々である。

こうした認知リハビリテーションを行っても見当識の障害が目に見えて改善するという事は少ないかもしれない。しかしながら、RO法も認知症の人の見当識を保つための一つの方法であり、リハビリテーションに限らないが、患者とのコミュニケーションを図り、情動の安定へ働きかけることが最も大きな役割になる。

2-5 芸術療法

芸術療法という言葉が用いられるようになったのは、1942年にイギリスのヒル (Hill A) という英国人の画家が自身の身体疾患の回復が思わしくなく、人生に絶望感を抱き始めたころ、自身が画家であることを再確認し、主治医の目を盗んで制作に没頭したところ、心身ともに快復したという体験がきっかけになっている。この体験から結核患者などの慢性疾患患者への生きがいや生活療法の一環として絵画制作や絵画を利用し、このことによって絵画と医療とのより積極的な関係が生まれたことに芸術療法は端を発する。最初は絵画および造形活動を中心に治療が行われていたが、現在では音楽、心理劇、詩歌 (俳句・連句)、陶芸、ダンスなどの表現活動等、創造行為のあらゆる分野が総称され芸術療法 (art therapy) と呼ばれている。

また、対象者は身体疾患を中心に成人に対して行われていたのに対し、現在では子どももその対象者として含まれるようになった。そして、統合失調症などの精神疾患や知的障害者等も含む広い領域において施術されている。近年では要介護高齢者を対象にした芸術療法が広く行われるようになってきている。

芸術療法の多くはイメージ認識やイメージ表現による治療手段であり、治療者と患者 (クライアント) 間のノンバーバル (非言語) コミュニケーションが療法のなかにおいて非常に重要な役割を担う。よって、筆者の経験からもいえることだが、患者とのラポールが成立するかどうかがその後の療法の効果に多大な影響力を及ぼすといえる。

2-6 動物介在療法 (ペットセラピー)

動物介在療法は、最近介護施設などで動物を飼育したりして自然な形で行われているものと、日本盲導犬協会などの支援で治療犬などがセラピーを目的に訪問する場合がある。動物に触れ、えさを与

えたり、タッチしたりすることで安心したり、癒されて精神的に落ち着くなどの効果が報告されている。

2-7 園芸療法

園芸療法とは、園芸を手段として心身の状態を改善することである。すなわち、園芸療法の目的は、単に植物を上手に育てたり、収穫を得ることではない。植物を育てることによって、身体的、精神的、社会的によい状態を求めたり、損なわれた機能を回復することである。植物が人に及ぼす影響は古くから知られており、植物のある環境によって精神的安らぎを覚えることは事実である。その効果を利用し、植物や園芸活動を媒体として精神的、身体的リハビリテーションへと発展したものが園芸療法である。

植物の生長やライフサイクルに合わせて、園芸活動、花や収穫物などを利用して行う園芸活動が数多くある。このような作業を通じて、身体を動かしたいという思考が刺激されたり、植物の生命に対する意識が高まることなどが期待できるといわれている。さらに福祉、医療、リハビリテーション、教育、更生などの場面において、援助や治療の技術の一つとして園芸作業による効果や利点を生かした園芸療法は、数年前より福祉施設、医療機関など多くの施設に自然な形で取り入れられている。

2-8 タクティールセラピー

タクティールセラピーとは従来日本でみられる指圧やツボなどを刺激するマッサージとは異なり、手をもって身体に優しく触れたり、なでたりする、力をあまり必要としないマッサージのことである。つまり、相手に刺激や痛みなどを与えることもなく、身体の肉体的な疲れや精神的疲労、ストレスなどをなくし、ゆったりとした気持ちを導き、心身ともに和やかにさせることを目的としている。椅子

やベッドなどを利用するが、場所もとらず、少し練習すれば誰にでも使えるマッサージである。例えば、直接手に触れること（ここではタッチングと呼ぶ）で、相手の信頼感を得ることができ、コミュニケーションがとりやすくなる。介護者と高齢者（認知症高齢者を含む）との触れ合いにおける手の役割は大きく、抵抗なく受け入れられるのはケアを提供する人の「手」なのである。

タクティールマッサージは、「手による触れ合い」で相手に精神的な安心感や信頼感を与え、本人の孤独感やストレスといった苦痛を緩和する効果がある。高齢者の身体を優しく温かくマッサージすることで、血液循環の促進、ストレスの緩和、筋肉緊張の緩和が促進され、ストレスの排除、安心感の提供につながる。タッチングによって手からの温かみを感じ、心が和み、気持ちがよくなり、相互に信頼感が生まれることで、コミュニケーションが生まれる。コミュニケーションがとれると、相手に自分の悩みや苦痛を打ち明ける準備ができ、それらを打ち明けることによって本人の精神的苦痛を解消する効果（リラックス効果）が生まれる。これが様々な苦痛を緩和するケアに結びつくものと思われる。

しかし、注意すべき点として、タクティールセラピーでは、高齢者との密接空間に暗黙の了解で入るのではなく、言葉と態度で相手に了解を得てから、マッサージをすることが大切である。

2-9 バリデーション療法

これまで困難とされてきた認知症の人とのコミュニケーションに関して、騒いだり、徘徊するのには理由があるととらえ、共感して接するバリデーション療法が、アメリカ・オランダ・ドイツなどで成果を上げ、注目されている。日本でもこの療法に関心をもち、取り組む組織や人たちが増えている。アメリカのソーシャルワーカーである、ナオミ・フェイル (Feil N) が開発した「バリデーション療

法」は、家庭での介護にも参考となる。

バリデーション療法の特徴は、騒いだり、徘徊したりすることにも「意味がある」としてとらえ、なぜ騒ぐのか、なぜ徘徊するのかということをおの方の歩まれた人生に照らして考えたり、共に行動したりするというものである。バリデーションという言葉は元々、「確認するとか、強くする」の意味に用いられるが、フェイルによると、認知症の人の「経験や感情を認め、共感する」意味で言葉を用いている。

主なバリデーション療法の手技としては、真心を込めたアイコンタクトをすること、相手の言ったことを繰り返すこと、極端な表現を使うこと、身体に触れること、お年寄りの好きな感覚を用いること、思い出を話すこと、はっきりした低く優しい声で話すこと、音楽を使うこと、事実に基づいた言葉を使うことなどがあげられる。

2-10 生活療法

認知症の治療や症状の改善・維持において、薬物療法以外にも有用な方法があるはずである。認知症の人の生活に密着し、その人の生活のなかで認知機能やADL、QOLに有用な活動を生活療法と定義する。生活療法とは新しい概念である。例えば排泄ケアを行うことで、ADLやQOLの改善が図られることがある。つまり、作業療法に比べ、より身近で、よりやりやすい形でリハビリテーションを行うことである。その他にも散歩や計算、入浴などの生活の活動のうち、認知症にとって直接的、間接的に有用な活動とも定義できる。

認知症が進行すると、尿失禁や便失禁がみられるようになる。機能性尿失禁が多いとされているが、トイレの場所がわからず間に合わないなどの様々な原因がある。しかし、排泄ケアに取り組むことで意欲が改善したり、反応がよくなるなどの症状もみられることがある。排泄という生活行為をもとにリハビリテーションに取り組む

ことは有用と考えられており、意欲の改善が図られた結果としてADLやQOLも改善すると考えられる。

認知症の非薬物療法として運動療法は重要である。久保田は早歩きを推奨しており、時速9kmで歩行すると前頭前野での血流が増加し、認知症の予防や進行遅延が可能になるのではないかと報告している。この報告は猿の前頭前野の脳生理学の研究に基づいている。確かに、運動は身体機能の維持、向上にも有用であるし、認知症にも有用である可能性が高い。しかし、運動の負荷量や頻度の検討が必要であり、まだ研究の余地がある。つまり、運動は日常生活の活動のなかで簡単に、しかも効果的にできる生活療法といえることができる。

認知症の予防には食生活が重要といわれ、例えば青魚や野菜がよいとされている。多価不飽和脂肪酸のなかでもn-3系のエイコサペンタエン酸(EPA)やドコサヘキサエン酸(DHA)がアルツハイマー病の認知機能を改善するともいわれている。また、コレステロールは低いほうがよいとされている。海外ではビタミンEやイチョウの葉がよいとされていたり、ウコンに含まれるクルクミンが β アミロイドの沈着を抑制するという報告もあり、これらはアルツハイマー病の予防に効果が期待されている。さらに最近では、フェルラ酸の有効性も指摘され始めている。また血管性認知症であっても、最近ではアルツハイマー病の予防であっても、生活習慣病の予防が重要であるとされている。すなわち、食事こそが究極の認知症の予防法かもしれない。

一日の会話量によって、生活の質が異なることはいうまでもない。多くの高齢者は配偶者や近親者、友人を亡くし、独居や会話の少ない生活環境になると、自発性の低下や抑うつをはじめ、認知機能にも影響を与える。認知機能にも廃用は悪い影響を与えると推察される。そのために、高齢者は意図的に毎日会話をすることが求められる。

る。親しい人との会話量こそが高齢者の元気度を測る指標とも考えられる。また会話といっても、テーマや相手がいなければ成立しない。そこで、会話や交流のきっかけとなる回想法や音楽療法がよいツールとなり得ることはいうまでもない。

2-11 通所サービスにおける非薬物療法

通所介護、通所リハビリテーションにおいて取り組み可能な非薬物療法は有用であろう。すなわち、定期的に様々なプログラムを継続することで、認知機能の維持がある程度可能であることがコクランライブラリにおいて知られている。ただし、プログラムのメニューは、刺激的で活性化につながるような創造的な活動を取り入れることが重要であると思われる。

2-12 介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション

2006年4月より改正介護保険制度のもとで、介護老人保健施設における、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が施行された。もともとあった地域支援事業においても、認知症介護予防を行うことが市町村に義務づけられたことと並行し、認知症への介入がこれほど世間の注目を浴びることになったことは注目に値する。

認知症短期集中リハビリテーションは、軽度の認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3回、個別的に1回当たり20分間実施することを標準とする。しかしながら、認知症短期集中リハビリテーションには、これまでに十分なエビデンスは得られていないが、総合的な集中リハビリテーションである程度の効果がみられたという報告も出てきている。

今後は、さらに有効性が高いと考えられるプログラムを提示し、現場からのデータの収集と、その有用性について幅広く示されるこ

とに期待したい。そのことが真に認知症に対する非薬物療法の確立へとつながることであり、また社会に大きく貢献することになる。そして、認知症対策が一步前進することになるであろう。

参考文献

- ◎遠藤英俊：いつでもどこでも「回想法」—高齢者介護予防プログラム—，ごま書房，2005。
- ◎遠藤英俊：地域回想法ハンドブック—地域で実践する介護予防プログラム—，河出書房新社，2007。
- ◎朝田隆，金子健二，宇野正威：アルツハイマー病の認知リハビリテーション，*絵画療法*，*Dementia Japan*, 17(1), 77-83, 2003。
- ◎Vergheze J, Lipton RB, Katz MJ, et al.: Leisure activities and the risk of dementia in the elderly, *N Eng J Med*, 348, 2508-2516, 2003。

認知症高齢者におけるクリクトン高齢者行動評価尺度と 介護負担尺度に関する研究

遠藤英俊・梅本充子・佐竹昭介・松山善次郎・三浦久幸

[原著論文]

認知症高齢者におけるクリクトン高齢者行動評価尺度と介護負担尺度に関する研究

遠藤英俊^{*1}・梅本充子^{*2}・佐竹昭介^{*1}・松山善次郎^{*1}・三浦久幸^{*1}

*1 国立長寿医療センター包括診療部, *2 名古屋女子大学家政学部生活福祉学科

抄録

クリクトン高齢者行動評価尺度と、Zarit 介護負担尺度および介護保険制度における要介護度との関係を、デイサービス、デイケアに通う在宅の高齢者を対象として調査した。各尺度は約 16 か月の間隔を空けて計 2 回測定した。クリクトン高齢者行動評価尺度は、Zarit 介護者負担尺度と相関し (Pearson の相関係数: 0.465, $p=0.0032$, $n=38$)、要介護度とも相関した (Spearman の相関係数: 0.751, $p<0.0001$, $n=37$)。また 1 回目と 2 回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量は Zarit 介護負担尺度の変化量と相関した (Pearson の相関係数: 0.635, $p=0.0035$, $n=19$)。クリクトン高齢者行動評価尺度によって介護負担および要介護度を間接的に推測することが可能であり、また、その変化を測定することで介護負担の変化を推測することが可能であると考えられた。

Key words: クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit 介護負担尺度, 要介護度, 認知症, 介護負担

老年精神医学雑誌 19: 569-576, 2008

序 言

認知症高齢者では見当識障害、感情障害、対人接触障害、日常生活障害などが発現し、これらに伴う介護者の負担は社会的な問題となっている。クリクトン高齢者行動評価尺度 (Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale)^{3,5)}は、認知症高齢者で発現する症状 11 項目について、介護者の視点から評価することができる簡便な尺度である。本尺度は、認知症の中核症状のみならず、介護負担に関係する日常生活動作 (activities of daily living; ADL)、行動障害、情緒障害を評価項目に含む。そこで筆者らは、本尺度の有用性のひとつとして、介護者の負担感を簡便に予測できる可能性があると考え、本尺度による評価結果と介護負担との関係を調査することとした。

介護負担を測定する尺度として Zarit 介護負担尺度^{1,2)}が知られている。Zarit 介護負担尺度は 22

項目から構成され、介護者の心身の状態を調査することで身体的負担および精神的負担を測定する尺度である。介護保険において介護サービスの給付額の基準となる要介護度は、介護負担から換算される要介護認定基準時間の長さに基づいて認定される。要介護認定基準時間は、移動、入浴、排泄などの日常生活への介助、問題行動への介助、機能訓練、医療行為に関する 85 項目の調査結果からアルゴリズムに従って換算され、要介護度の認定は決して簡便であるとはいえない。介護者の視点での認知症高齢者における症状の評価と、介護者の負担および要介護度との関係を調査することは、介護負担や要介護度を簡便に予測する方法を考えるうえで重要である。

今回、認知症高齢者の症状を、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて測定し、同時に測定した Zarit 介護負担尺度との関係を調査した。あわせて、両尺度と要介護度との関係を調査した。

I. 対象および方法

愛知県 T 市デイサービス、デイケアに通う在宅

(受付日 2007 年 12 月 5 日)
Hidetoshi Endo, Mitsuko Umemoto, Shosuke Satake,
Zenjiro Matsuyama, Hisayuki Miura

*1 〒474-8511 愛知県大府市森岡町瀬吾 36-3

表1 クリクトン高齢者行動評価尺度

		スコア
移 動	一人で歩ける (階段も昇れる)	1点
	普通は一人で歩ける、階段を昇れない	2点
	そばについていれば支えなくても歩ける	3点
	杖や歩行器が必要、目を離せない	4点
	完全に寝たきり、あるいはほとんど寝たきり、または車椅子状態にある	5点
見当識 (時間、場所・人)	時間、場所・人が完全にわかっている	1点
	場所はわかっているが、時間や日付がわからないことがある	2点
	人や場所がわからないが、正しい答えを探し出すことはできる	3点
	手助けがないとベッドやトイレの方向がわからない	4点
	時間、場所・人がまったくわからない	5点
交流 (コミュニケーション)	いつも意識がはっきりしているし、人との交流も保たれている	1点
	必要なこと (要求) は言うことができる、簡単な会話はできる、簡単な指示はわかる	2点
	簡単な言葉による交流も言葉によらない交流も理解できるが、自分から要求することはできない	3点
	簡単な会話や指示もわからないが、自分の気持ちを表現することは、いくらかできる	4点
	ごく簡単な会話もまったく通じない、周囲との接触はまったくできない	5点
対人接触 (協調性)	活発的で協調的である、自分から積極的に周囲の人にかかわろうとする	1点
	自分から積極的にかかわることはないが協調的である	2点
	たびたびはげましや説得が必要である	3点
	手助けを拒否し、自分でしようとするが実際にはきちんとできないことが多い	4点
	完全に拒否的であり、常に引きこもっている	5点
落ち着きのなさ (不穏)	いつも落ち着いている	1点
	時々、落ち着きがなくなる	2点
	昼間は落ち着かないことが多い	3点
	昼間もあるが、夜間もしばしば落ち着かない	4点
	いつも落ち着きがない	5点
服 装	自分で衣服をきちんと着られる	1点
	不完全だが一応衣服を着ている状態である	2点
	少しの手助けで衣服を着ることができる	3点
	いつも手助けしていなければきちんと衣服を着られない	4点
	理解力がなくて衣服をきちんと自分で着られなかったり、衣服を脱いでしまう	5点

の高齢者 41 人に同意を得て調査を行った。2004 年 8~9 月 (1 回目) にクリクトン高齢者行動評価尺度 (表 1) を用いて家族の介護者が被験者の状態を測定し、同時に Zarit 介護負担尺度 (表 2) を用いて同じ介護者の負担感を測定した。その後、期間を空けて 2005 年 12 月~2006 年 1 月 (2 回目) に同様の測定を実施した。また、1 回目および 2 回目測定時の要介護度を記録した。

クリクトン高齢者行動尺度は介護者からみた高齢者の状態を評価する尺度であり、「移動」「見当

識」「交流 (コミュニケーション)」「対人接触 (協調性)」「落ち着きのなさ (不穏)」「服装」「食事」「失禁」「睡眠」「客観的気分」「主観的気分」の 11 項目で構成される。合計スコアは 11~55 であり、スコアが大きいほど重症度が高い。Zarit 介護負担尺度は介護者自身による自己評価式の 22 項目からなる尺度である。合計スコアは 0~88 であり、スコアが大きいほど介護負担は大きい。要介護度は要支援および要介護 1~5 の 6 段階である。

表1 (つづき)

		スコア	
食 事	食事の時間に手助けなしに一人できちんと食べられる	1点	
	少しの手助けで上手に食べられる	2点	
	いつも手助けしないと、上手に食べられない	3点	
	身体の具合と食欲不振のため十分な食事がとれない	4点	
	認知症のため、食事がとれない、あるいはとろうとしない	5点	
失 禁	尿便失禁がまったくない	1点	
	たまに昼間でも間に合わないことがある。定期的にトイレに連れていけば尿失禁はない	2点	
	定期的にトイレに連れて行けば尿失禁はほとんどないが、時々ある	3点	
	定期的にトイレにつれていっても失禁することが多い	4点	
	いつも尿便失禁がある	5点	
睡 眠	よく眠れる(睡眠薬を飲まずに寝られる)	1点	
	ときおり寝られないことがあり、睡眠薬を使うことがある	2点	
	不眠があり落ち着かないことが多いが、睡眠薬を飲めばよく眠れる	3点	
	睡眠薬を飲んでも、ときに眠れないことがある	4点	
	強めの睡眠薬を飲んでも、眠れない	5点	
気 分	客観的気分	表情は生き生きしている。気分もよさそうである	1点
		その場にあった気分の変化はあるが、いつも適切で安定しているわけではない	2点
		感情が鈍くなっており、生き生きした表情はなく表情の変化が乏しい	3点
		ささいなことですぐ泣いたりするなど、感情が不安定である	4点
		身体的にも不調で幻覚や妄想などがあり、いつも気分が不安定である	5点
	主観的気分	元気で、気分もよい	1点
		自分で自分を責めたり、ものうげで、何となく元気がなく、無関心である(特別な問題はない)	2点
		著しく身体の不調について訴えたり、心気症的である	3点
		質問には何とか反応するが、いつもふさぎこんでいる。あるいは落ち着きなく興奮状態を示す	4点
		死にたいと言うことがある。無言または支離滅裂となったりする	5点

(梅本充子, 遠藤英俊: 認知症高齢者における行動評価尺度クリクトンに関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 4 (2): 393, 2005)

1回目のクリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度間での合計スコアの相関について、Pearson の相関係数および p 値を算出した。また、両評価尺度と要介護度間での相関について Spearman の相関係数および p 値を算出した。クリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度間での1回目から2回目への合計スコアの変化量の相関について、Pearson の相関係数および p 値を算出した。なお、1回目から2回目への要介護度の変化はきわめて小さかったため、各評価尺度の合計スコアの変化量との相関は解析しなかった。統計解析ソフトは SAS (Version 8.2) を使用した。

II. 結 果

1回目の測定結果の解析では、クリクトン高齢者行動評価尺度および Zarit 介護負担尺度が測定できた38人の高齢者を解析対象とした。要介護度の解析では要介護度が調査できなかった1人を除外して解析した。1回目から2回目の変化量の解析は1回目および2回目のいずれにおいても要介護度を除くすべての評価尺度が測定できた19人を解析対象とした。

1回目測定時の被験者背景の分布を表3に、各評価尺度の平均±標準偏差を表4に示す。対象とした高齢者は男性が15人、女性が23人であった。