



認知症高齢者の QOL 測定尺度の開発

高知大学医学部看護学科 教授

片岡 万里

私は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団から、この目的のために、アルバート大学で研修を積む機会をいただきました。本日発表させていただく機会を与えていただき、同財団に感謝いたします。

【ポスター1】

はじめに、保健医療・福祉の領域では、高齢者に豊かな毎日の生活を援助するために、様々な方策が考えられています。わが国では後期高齢者人口の増加に伴う認知症高齢者が増加しており、看護の領域においては、近年、認知症をもつ高齢者のQOL向上のための対応に関心が高まっています。QOL向上のためのケアを実施するためには、実施したケアを的確に評価することが求められます。

認知症の診断と高齢者のQOLを評価する指標は、わが国内外において、それぞれかなり確立した尺度があり、広く利用されています。ところが、主観的な測定が不可能な認知レベルにある重度認知症高齢者におけるQOL尺度は、日本人に適用できるものは開発途上段階であり、確立されていないように思われます。そこで今日は、先行研究を基盤にしまして、重度認知症高齢者のQOL測定尺度作成のための基礎的資料を整理しましたので、報告させていただきます。

ポスター1

はじめに

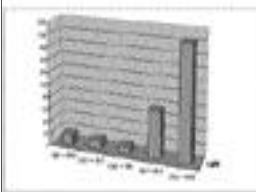
- ・ 認知症高齢者の増加に伴い、高齢者に豊かな毎日の生活を援助するために、様々な方策が考えられています。わが国では後期高齢者人口の増加に伴う認知症高齢者が増加しており、看護の領域においては、近年、認知症をもつ高齢者のQOL向上のための対応に関心が高まっています。QOL向上のためのケアを実施するためには、実施したケアを的確に評価することが求められます。
- ・ 認知症の診断と高齢者のQOLを評価する指標は、わが国内外において、それぞれかなり確立した尺度があり、広く利用されています。ところが、主観的な測定が不可能な認知レベルにある重度認知症高齢者におけるQOL尺度は、日本人に適用できるものは開発途上段階であり、確立されていないように思われます。そこで今日は、先行研究を基盤にしまして、重度認知症高齢者のQOL測定尺度作成のための基礎的資料を整理しましたので、報告させていただきます。

【ポスター2】

「わが国の認知症高齢者に関する研究の動向 - 行動とケアに着目した研究論文 - 」ですが、重度認知症高齢者は予測不能な言動を呈しますので、援助者是对応に苦慮しています。そこで認知症高齢者の言動とケアに着目した原著論文の動向、1982年から2006年について見てみますと、約300本が検出されました。この中には、援助者がケアの手がかりを得ようとして高齢者のニーズを理解するた

ポスター2

わが国の認知症高齢者に関する研究の動向 - 行動とケアに着目した研究論文 -



- ・ 1987年頃から増加し、2002年以降の増加が顕著であった。
- ・ QOLの領域に関連した研究は一般であった。

めに表出される言動を情報として、その中に含まれる意味を理解し、解釈しようとしている論文、回想法などの療法の効果をQOLの側面から検討する論文などが含まれていましたが、QOLの評価そのものに関連した研究は10本足らずでした。このように重度認知症高齢者のケアとその測定尺度の研究は、わが国では緒に就いたばかりであると考えられます。

【ポスター3】

認知症高齢者のQOLを評価する関連研究では、本人から主観的情報を言語化して得ることができないため、言語に代わる情報として、ご本人の観察、顔の表情、身体動作、身振りなどのものと、代理人から得られる情報の、2つを基盤にして尺度を作成しているものが主要のように思われました。海外では、本人の観察では、LawtonのPhiladelphia Geriatric CenterのAffect Rating Scaleが代表的な尺度のようです。これは喜怒哀楽の感情を示す、例えば喜び・関心・満足・怒り・不安・悲しさなどの6項目について20分間観察し、その持続時間を選択肢から選ぶ尺度です。その他、Logsdonなどが開発したPleasant event schedule等の活動測定・Albert等が開発したaffectの測定、などの代理人の報告に関する尺度の研究が見られます。

日本ではこの海外の文献の日本語訳に独自のものを加えています。すなわち本人の観察と代理人の報告があり、海外の尺度を日本語版に訳し、そして研究者独自の項目を追加したものが見られました。

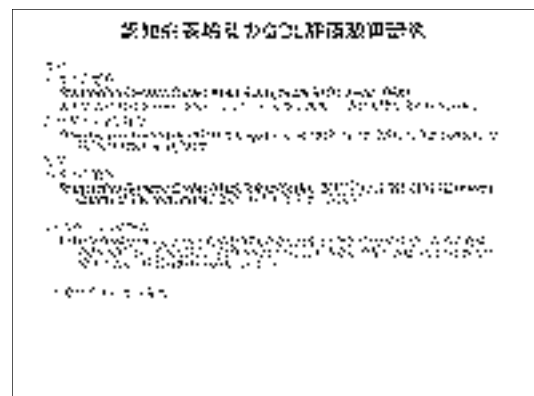
【ポスター4】

次に認知症の症状ですけれども、日常生活に必要な項目で評価した認知症の程度ですが、横軸が認知症の程度で縦軸が項目です。下から3行目の社会での活動とか、一番下の家での生活・趣味、こういったものが尺度の開発に活用できると思います。

【ポスター5】

その次に、重症度と精神症状の発現と

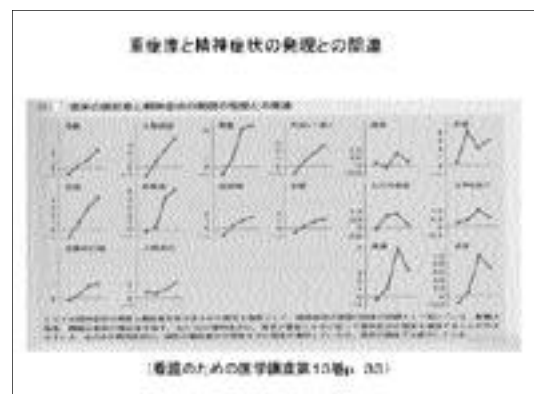
ポスター3



ポスター4



ポスター5



の関連ですが、横軸が重症度のレベルで、縦軸が症状の強さを示しております。この中で、比較的発現頻度の高いのは、人物誤認とか興奮、幻覚、徘徊、収集癖、焦燥です。焦燥は、anxiety を訳されたものなので「不安」ではないかと思われます。また、多弁などが見られます。

【ポスター6】

次に、中核症状と周辺症状ですが、これはもう多くの皆様が既にご存知のものです。今後、中核症状とこの周辺症状を項目として尺度に入れる必要があるのではないかと思います。

【ポスター7】

次に、表情です。顔の表情の分析は、EkmanとFriesenが表情分析方法(FACS)を開発しており、日本語に既に訳されております。

ご参考までに提示させていただきましたが、例えば幸福という表情はどのように分析をするかと申しますと、唇の両端が後ろへ引かれ、多少上がっている。口は開いていることもそうでないこともある。歯は見えたり見えなかったりする。鼻から唇の両端を越えた外側まで走る皺が見られる。頬は持ち上げられている。下瞼の下に皺が見える。下瞼はもちあげられているかもしれないが、緊張はしていない。目尻からカラスの足跡の皺が外へ広がっている、というような項目を観察しています。そしてコーディングシステムをマスターするためには、かなりの練習が必要で、例えばここに練習写真の判定用紙の一部を提示させていただいておりますが、各写真について、瞬時の判断、二度目の判断というように練習を重ねる必要があります。

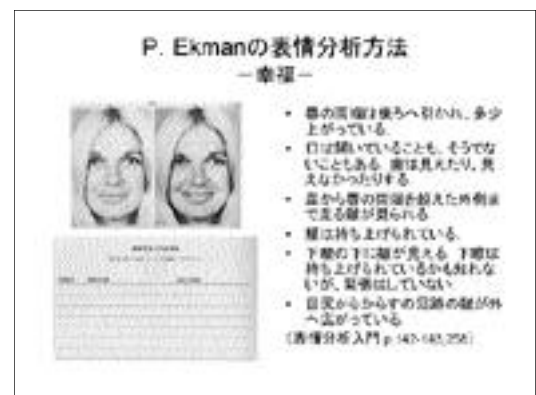
【ポスター8】

前後いたしますが、顔の表情は一般的に日本人は乏しいと言われておりますので、果たして顔の表情の解析は妥当性があるのかということに対して、この本の

ポスター6



ポスター7



ポスター8



中に国別の比較をしたものがありますので、提示させていただきました。

これは写真が文化を超えてどのように判断されたか、意見の一致をパーセントで示しています。左の端がアメリカ合衆国で、次がブラジル、チリ、アルゼンチン、日本です。標本数は日本が29、アルゼンチンが168ということで、かなりばらつきがありますがそれでも、一番上の「恐怖」に関しましてはアルゼンチンが54 %の一致率、一番高いアメリカが85 %の一致率ということで全体的に比較的低いです。しかし、2番目の「嫌悪」と「幸福感」はいずれの国も90 %以上で、特に3段目の「幸福」に至りましては、日本は100 %、そして一番低いチリとブラジルは95 %で、かなり高い一致度が見られております。幸福の表情判断では、5つの国で差はほとんど無いと言えます。

【ポスター9】

まとめさせていただきます。

認知高齢者QOLの測定尺度の構成ですが、観察と記録から作成するのが必要ではないか。そして観察は本人と代理人から、本人の観察は、顔面に表出される喜怒哀楽などの肯定的なものと、否定的な顔面の表情表出と、そして精神症状及び周辺症状に関しまして、否定的なものと肯定的な項目について、それぞれの頻度と持続時間を検討する必要があるのではないかと思います。

そしてこの検討の基準になるものは、P. Ekmanの表情分析を基盤にしたコーディングシステムが有用だと思いますが、正確に測定するにはかなりの熟練が求められますので、一般に臨床の場で、これを使いこなすのは難しいかもしれません。

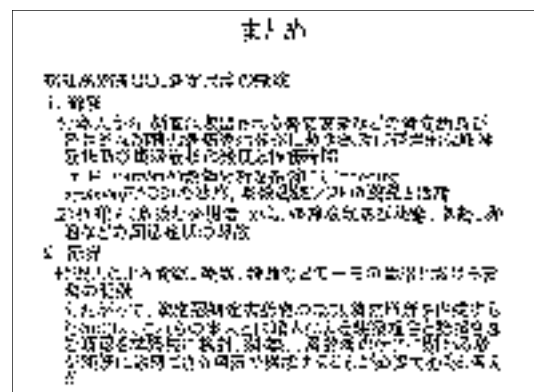
そこで、近年では画像認識ソフトの開発が進んでおりますので、画像認識ソフトを利用して、ある一定の時間帯で、例えば昼食後の何もしていない時間だとか、あるいは夜間の状態というような形で、ある一定の期間を決めまして、認識ソフトで表情を判断する方法を提案したいと思います。

次に代理人ですけれども、これは多くの先行研究で行われていきますように、身近な介護者から観察、評価をしていただき、精神症状及び興奮、多動、徘徊といった周辺症状の頻度をみます。次に記録ですが、代理人による1日の24時間を通した食欲、睡眠、排泄などの行動の記録から情報を得るというようなことを考えました。

従いまして、重度認知症高齢者のQOL測定尺度を作成するためには、これらの本人と代理人による観察項目、そして記録を含む項目を、学際的に検討、開発し、高齢者のケアに関わる者ができるだけ簡便に活用できる内容で構成することが必要であると考えました。

まだ尺度の作成には至っておりませんが、一応、今後の課題と先行研究の整理をしていただきましたので、報告させていただきます。

ポスター9



質疑応答

会場： ご本人が意思を表明できない方の自立的な意思をどう尊重するかというために、このQOLをどう解析するかというのは非常に大事なことだと思いますし、それこそ終末期医療にしても、QOLとは違いますけれども、本人がしたいことは何かという本人の自立尊重は非常に大事だと思って聞いていました。しかし、今のお話の中で、代理人からのいろいろな症状の評価尺度などは、実際に客観的な評価尺度がありますよね。それに輪をかけて、本人から得られる情報でいかに推測するかは非常に大事なことだと思うのですが、本当に顔の表情でその方のQOLが想像できるかというのは、僕は正直言って非常に疑いを持ちます。

そこで、その仮説を考えられるのであれば、少なくとも健常な高齢者で自発的な筆記法等による調査をして、これがQOLの結果と本当に合うのかを調べることが必要でしょう。高齢者を使わなくて、若い人でやっても、顔の表情でその人が満足しているかということと相関があると、僕はとても思えないです。精神科医だからかもしれないですけど、例えばうつ病の患者さんで、すごく笑って笑って笑顔を絶やさないけれども、突然自殺されてしまう方がいらっしゃるのです。確かに表情というのは、本人の自立的な筋肉を使って出るものではあるのだけれども、本当にQOLを評価できるのか。仮説としては面白いのですが十分に検証をしなければいけないし、では、何でやったらいいのかと言われたときに、僕もすぐに答えはないのですが、むしろ可能性のあるものを広くブレインストーミングするくらいの覚悟で臨まれた方がいいのではないかと思います。

片岡： ありがとうございます。実はずっと老人看護をしておりますので、認知症の方たちのQOLは関心がありました。それで良いケアをしているという老人ホームを、ずっと以前に、かなりの数を訪問いたしました。そして、良いケアをされていると言われる施設のご老人の顔は、やはり非常に穏やかなのです。そうでないといったらちょっと語弊がありますけれども、大勢で一つの病室に集めてお世話されているところは、表情が険しいというようなことがございますし、そして現在も、グループホームのご老人と大勢でお世話されているところの認知症の方を比較してみますと、やはり顔の表情が違いますし、そして周辺症状の発現も少ないように思われるのです。

会場： 表情が悪い人が険しいのかとか、周辺症状がある人が顔が険しいのかという別の話になってしまう。本当の比較をしないと、それはやはり印象であって、客観的なところからは全然抜けてないのです。着想は面白いと思うのですが。

会場： 基本的に測定尺度に何を求めるかですけれども、客観性・観測可能性ということを重視しますと、表情がクオリティ・オブ・ライフを反映しているという個人的なものはあるにしても、それをいわば体系化して、ある意味で、より間

接的だけれども観察可能な尺度を開発することが重要なのではないのでしょうか。

座長： 非常に大切なご指摘を頂いていると思うのですが、ご自分で大変長期にわたってケアをなさったGさん（医事評論家）が会場にいらっしゃいますので、Gさんのご意見をいただきたいと思います。

G： 前の外口先生も、今回のものも、私はご指摘をされた2人の先生に非常に同感でございます。客観性というのは非常に難しいのではないかなと思います、何か作らなければいけないというのは十二分にわかるのですが、今の例だけに絞りますと、表情というのはあまりにも危険だと思います。全国をずっとお回りになると言われましたが、私も二百何ヶ所回っていますけれども、やはりいいところはいいいし、悪いところは悪い。これをもって、とてもよかったから表情が全部明るい、そして全てがいいというのはちょっと無理があるのではないかなと思います。

看護系全体に対して思っていることなのですが、医学系でも今混乱が起こっている最大の理由というのは、数値で捉えられないということです。やはり数値できっちり捉えられていたときには、あまり疑問がなかったのです。また疑問を挟む余地がなかったのですけれども、今は機能であるとか、その方がどういうふうに受け取るかというような、ご自分自身の問題の方にシフトしていますが、こればかりは本人ですらわからない。それをどうやって決めていくか。ですから、私が今日この場に参加している大きな理由は、看護系・介護系を中心にして、何の指標でどのようにやっていこうとなさっているかというのを、実は知りたいからなのです。

片岡： いろいろ本当に貴重なコメント、ご意見をありがとうございました。やはり難しいなあということで（笑）。最初に返って、看護系のみならず、福祉の領域の方たちのご研究や現在の研究の動向をもう一回学ばせていただいて、自分の今までのものを整理して、再度出発したいと思います。