

重度認知症高齢患者に対するケアの効果を 把握する指標の開発（第1報） －心地よさ“comfort”の概念をとり入れた指標の事例適用－

湯 浅 美千代（順天堂大学医療看護学部・
千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程）
小 川 妙 子（群馬県立県民健康科学大学看護学部）

本研究の目的は、重度の認知症を有する高齢患者に対するケアの効果を把握するための指標を、comfort概念を取り入れて開発し、臨床事例に適用し、より実践に適用できるよう修正点を検討することである。

指標として、患者の感じる“心地よさ”に関して13項目からなるチェック表を作成した。老人性認知症治療病棟に入院している3名の高齢患者を対象に参加観察によりこのチェック表を試用した。

1事例では、心地よい状態を示す項目と心地悪い状態を示す項目の両方が“常に見られる”という日があり、これは精神活動が活発化し、むしろ過敏な状態であった。一方、この両方の項目ともに“みられない”日は身体状態が悪化していた。残りの2事例では、この両方の項目が“時々みられる”日が多く、患者の心地よさは必ずしも得られていないが、入院時に問題とされた症状は緩和していた。

指標の適用性を検討した結果、チェック項目のうち「穏やかな表情」「気持ちよさそうに寝ている」の修正、食事・排泄・睡眠に関する心地よさについての項目の検討、チェック方法の検討と修正の必要性が示唆された。また、チェック結果のみに基づいてケアの効果を判定するのではなく、チェック結果をもとに協議する必要性が示唆された。

KEY WORDS : elderly patient, severe dementia, effectiveness of care, comfort

I. はじめに

後期高齢者の増加により、認知症をもつ高齢患者は今後も増加することが予測されている。認知症をもつ人への支援はパーソン・センタード・ケアの理念のもと福祉職に対する研修の充実が行政主導で図られてきた¹⁾。重度認知症の高齢患者では身体合併症もおこりやすく医療的対応が必要となるが、看護職に対する専門的な教育は一昨年に認定看護師の課程が開始されたばかりで、認知症看護認定看護師は平成19年8月の時点で35名のみである。認知症を有する患者が医療機関を利用する際に介護する家族が抱く困難についての調査²⁾では、認知症患者が医療機関において尊厳を損なわれる経験をしていることを示しており、医療を受ける認知症高齢者への看護の質を高める研究が求められている。

看護の質を高めるためには提供した看護によってどのような成果をもたらされているかを把握する必要があるが、重度認知症患者についてはこれが難しい状況に

ある。ケアのアウトカム指標をみると、患者の治癒回復に関するものや経済効果、患者・家族からの評価があるが、これらが適用できる対象は中等度の認知症患者までであろう。重度の認知症があり、しかも高齢であれば回復が見込めず徐々に衰退の過程をたどることが多くなる。さらに疾患の特徴として言語的・非言語的に変化がとらえにくいことがある。これらの対象に実践した看護は成果がわからないまま継続されている現状があると推測される。つまりこれは不適切な看護が提供され続ける可能性を意味している。逆に、効果的な看護も認識されないために、有効な方法が浸透しないことも考えられる。

そこで、重度の認知症を有する高齢患者に対する看護の効果を把握するための指標（以下指標）が必要と考えた。一般に、認知症の高齢患者は看護職と介護職が協働する場でケア・医療を受けているため、介護と看護を含めたケアの指標を開発することを目指し、介護職にも理解しやすく使いやすい方法を考案したいと考えた。

重度の認知症高齢者の場合、ケアの評価を言語により得ることは難しい。また、疾患や加齢の影響を考える

と、状態の回復や肯定的な身体変化を評価指標に適用するには限界がある。これらの対象特性をふまえ、ケアの効果の指標として適用可能な概念を看護理論から検討した。その結果、KolcabaのComfort Theory³⁾が活用できると考えられた。認知症高齢者が最後まで持ちうる知覚は快・不快であるといわれる⁴⁾。快・不快は乳児が示す最初の知覚であり、終末期にある認知症高齢者にとっても基本的知覚と考えられる。それをとらえることは必要であり可能であると考えたためである。

KolcabaによるComfort Theoryにおいてcomfortとは、comfortを与える手段（看護介入）により受け手が経験する状態であり、即時的でホリスティックな経験とされている。さらに、comfortはプロセスであり、アウトカムであると規定され、4つの経験のコンテキストと3つのタイプで示されている。本研究の対象者の特性からケアの効果としてとらえ得るのは、経験のコンテキストから「身体感覚に関するもの」、タイプについては「緩和 (relief)」「安心 (ease)」に限定したcomfortであると考えた。

本研究はこのComfort Theoryを手がかりに、看護の効果を把握するための臨床で利用可能な指標を開発する最初の段階である。

II. 研究目的

本研究の目的は、重度の認知症を有する高齢患者に対する看護の効果を把握するための臨床で利用可能な指標を開発する第一段階として、“comfort”概念を取り入れて指標の項目を抽出し、実際の事例に適用して修正点を検討することである。

III. 文献検討

海外において“comfort”がどのように使用されているかを調べ、その概念の使用範囲を検討し、本研究で開発する指標の中心概念を検討した。

Wilsonら⁵⁾は、終末期の認知症患者に対して、comfort, QOL, 尊厳, 家族へのサポート, スタッフへのサポートという5つの領域でのホスピススタイルのプログラムを提唱している。また、Hoffmanら⁶⁾は、認知症患者のマネジメント手法として一連のケア方法を記述し、終末期においては、上記の5つの領域のケアの重要性を指摘している。さらにdiscomfortは様々な理由から生じるが、言語的に表現できない対象者であるため、discomfortの状態がないかを把握し、緩和する必要性を述べている。Kovach⁷⁾も認知症患者の身体的な痛みと情緒的なdiscomfortを把握し、緩和する必要性を述べている。

以上のように、欧米では終末期の認知障害患者のケアにcomfort概念が適用されているが、discomfortをアセスメントする視点の方がより多くみられた。その方がcomfortをとらえるよりも容易であると考えられた。

KolcabaのComfort Theoryは日本では“コンフォート理論”と紹介されており⁸⁾、“comfort”は日本語に置き換えられていなかった。今後、指標を看護・介護職者が指標を活用するためにはその概念に適した日本語を用いる必要があると考え、日本における用語の使用状況を探索した。

佐居⁹⁾は、comfortと安楽を比較した概念分析を行い、comfortと安楽の概念には類似点が多いものの、安楽の方がより看護技術に密着した用語であると述べていた。また、佐居¹⁰⁾は看護実践場面における安楽の意味を看護師にインタビューし構造化した結果、安楽とは、ケアシステム、目的を含んだ内容と示され、その定義の中に、患者の身体的な感覚に相当するものとして「気持ちいい」「心地いい」があげられていた。

類する用語に快・不快があるが、快・不快は基本的知覚であるため、その語に動物的反応の要素が含まれると判断した。本研究において、認知障害を有する高齢患者に適用する用語は、対象者の尊厳を守る意味においても人間的な反応や感覚を含む必要があると考えた。以上の検討をふまえて、指標の中心概念をcomfort = 心地よさとした。

IV. 方法

1. 作成した指標

Kolcabaらはcomfort/discomfortの状態を測定するツールを開発しているが、対象者に直接質問し答えてもらう方法がほとんどであった。そのため、本研究のケア対象者である重度の認知障害を有する高齢患者には利用できない。質問への回答が難しい終末期患者を対象とした観察ツールも作成されている¹¹⁾。この観察ツールの翻訳を専門家に依頼したところ、嘆いている (moaning)、動揺している (agitated)、急激に動いている (rapid pacing)、優しさを受け入れる (accepts kindness) など、その語が何を示すかがわかりにくい項目があった。また、翻訳の場合、その語や概念が心地よさを示すものとして妥当かを改めて検討する必要があるがあった。そこで、認知障害のある高齢患者の心地よさの状態を看護・介護業務を遂行しながら観察によりとらえる指標の項目を新たに抽出することから始めた。

1) 項目の選定

福山による高齢患者へのケアの効果のリスト¹²⁾から、

表1 作成した指標の項目

1. 穏やかな表情（顔に緊張がない）
2. からだの力が抜けている（リラックスしている，身体に筋緊張がない）
3. 目に輝きがある，目に力がある
4. 笑顔
5. 満足気な表情
6. 問いかけに応じてくれた（応じようとした）
7. 気持ちよさそうに寝ている（安心した表情，きゅうくつそうでない）
8. ケア（介護・看護・治療）に対して拒否的なしぐさがあった
9. 苦痛，痛み，不快感の表情，言動
10. 沈んだ表情，暗い表情
11. 周囲を警戒する（周囲を気にする，逃げようとするなど）
12. 関わられる（身体に触れられる，声をかけられる）と身体が緊張する
13. 怒り，いらつきの表情，言動（ベッド柵を叩く，叫ぶなど）

心地よい状態とそうでない状態に関係する身体的知覚表現をとりだし，上記の観察ツールも参考にしながら，観察可能なものを選び，共同研究者および認知症高齢者看護の専門家の意見交換を経て13項目に精選した（表1：心地よい状態7項目（項目1～7），心地悪い状態6項目（項目8～13））。項目数を厳選したのは，項目が多いと区別が困難であることと業務の中で簡便に用いることができないためである。

2) 使い方

今回の研究は，作成した指標を用いて臨床で重度認知症高齢者の心地よさを把握し得るかを検討する段階であり，指標の使用方法については未知である。そこで，臨床で使用可能な使い方を想定し，研究者が臨床事例に適用した結果により使い方も修正することにした。

想定した使い方は，使用する臨床スタッフの負担を少なくし，現実的に使用可能なものにするため「担当する勤務時間終了時に自分の1日のケアを振り返りチェックする」とした。厳密性に欠くが，対象者に関わらず観察のみで厳密に評価するツールはすでにある（認知症ケアマッピング¹³⁾）ため類似のツールは不要と考えた。

チェックは，ケアのために対象患者に関わった場面で上記の13項目がみられたかどうか，すなわち，その状態はみられなかった□，時々その状態があった▣，ほぼ常時その状態だった▢の3段階で記録し，判定できない場合は○とチェックすることにした。

この指標は病棟で用いるスタッフにもわかりやすい「チェック表」とよぶことにした。

3) 心地よさの判定方法

判定についても，2)の使い方同様に，以下を仮定した上で適用後に検討することにした。

・心地よい状態7項目（項目1～7）に▣や▢が多く，□が少ない，かつ心地悪い状態6項目（項目8～13）に□が多く，▣や▢が少ないならば，より心地よい状態とする。この逆であれば，心地よくない状態であるとする。

・経過をおって，または関わりの中で心地よくない（心地悪い）状態から心地よいに変化した場合は，ケアの内容と患者の状態とを照らし合わせてケアの効果として判定する。

2. 臨床事例への指標の適用

1) 調査期間：平成18年8月～9月

2) 調査対象者：老人性認知症疾患治療病棟（以下認知症治療病棟）1病棟に入院している認知症高齢者。病棟師長にケアの効果がわかりづらい重度認知症患者で，家族に研究の説明が可能な対象者の選択を依頼した。

3) 調査方法：研究者が日勤の時間帯に参加観察を行い，1日の終了後に作成した指標をチェックした。

今回は，チェックに関して病棟スタッフへの協力は求めず研究者のみのチェックとした。ケア提供者により対象者の反応は変わり，時間によっても変化する。研究者のチェックと病棟スタッフとのチェックとの突合せや協議はこの段階での検討に混乱を招くと考えたためである。チェックのインターバルや時間についても，それを決定する根拠を持たないため，まずは観察を行った日はチェックすることにした。

調査対象者の理解を深めるため，不在時の対象者の状況や治療，診断に関する情報を看護記録，診療記録から得た。また，観察した内容はステーション内でメモした。また研究者の関わりや感じたこと，指標について考えたことも記録した。

4) 倫理的配慮

患者は重度の認知症であるため，参加観察し指標をチェックすることと記録物の閲覧について，研究者から家族に文書と口頭で説明し，同意を得て実施した。参加観察は日常生活・医療・ケアに支障がないよう配慮し，介助が必要な時には研究者も実施した。研究は，順天堂大学医療看護学部研究倫理委員会の承認を得て行った。

3. 指標の検討

事例適用結果から指標の修正点，使用上の問題点を検討する。

V. 結果

1. 対象者の概要とチェック結果

対象者3名の概要とチェック結果，関わった場面の例を表2～8に示す。

表2 3事例の概要

<p>A氏 70歳代後半の女性 診断名：レビー小体型認知症（入院時HDS-R 1点）</p>
<p>症状として、幻覚、幻視、拒食、暴力、暴言、拒否がある。症状に変動があり、笑顔で意思疎通や記憶も良好な日もある。その変化は急激で、長く関わっている病棟看護師も原因・要因は不明であるという。笑顔がみられる日があっても食事は食パン半分ほどしか食べることができない。介助されることに強い拒否がみられることが多く、パンを食べやすい大きさに切って好きなジャムを塗り、目の前に置いて食べてもらえるようにするなど工夫している。誤嚥性肺炎または尿路感染による発熱時々あり、最後の3日間は特に身体状況の悪化がみられた（発熱、嘔吐、血圧低下）。</p>
<p>B氏 90歳代前半の女性 診断名：アルツハイマー型認知症（HDS-R測定不能）</p>
<p>症状が悪化し、せん妄がみられるようになって入院して6ヶ月目に入る。拒食があり栄養状態が低下しADLも低下した。現在は時々拒否もみられるが、自分で食べ始めたり、空腹感を訴えおやつを食べたりしている。笑顔はほとんどなく表情の変化もないが、寝たいときに寝る、自分で食べる、排泄したい時に連れて行ってもらい排泄するというケアがされると落ち着いている。難聴が重度であるが、たまに会話できるときによく聞いてみると「自分だけ遊んでられない」「よその人が自分のところの家に上がりこんでいる」という表現もあり、周囲をよく観察し、B氏なりの解釈をしている。</p>
<p>C氏 80歳代前半の女性 診断名：アルツハイマー型認知症（HDS-R測定不能）</p>
<p>食事量低下、妄想的言動のため入院となる。入院後、食事を見ても介助を受けてもほとんど開口せず、独語が続き嚥下しない状態が続いたが、1週間ほどで、5回食の1食を1時間かけてようやく半分から全量の摂取するようになる。関わると笑顔を見せ、話を始める。支離滅裂で内容も一定ではないが、ある程度話し出すと話の内容が暗くなっていく。物体の認知は悪く、失行もみられる。自分によく接してくれる人には笑顔になり、大声を出す患者には対して怖がったり、非難めいた言葉を出したりすることもある。入院後1ヶ月程で食事が半分から3分の2程自己摂取できるようになる。</p>

A氏は治療を待っている状態で、栄養状態も低下し、幻視、せん妄状態が強くみられており、心地よい状態を示す項目より心地悪い状態を示す項目が+や±にチェックされる日が多く、関わりを工夫しても状態は変わらなかった。チェックされる項目は一定ではなかった。心地よい状態を示す7項目も心地悪い状態を示す6項目も常にみられた日があった（観察3,10日目）。これはレビー小体型認知症の影響から精神活動が活発化し過敏な状態を示した日であった。逆に心地よい状態の項目、心地悪い状態の項目ともにみられなかった日もあった（観察13日目）。これは身体状態の悪化があった日だった。

B氏は入院から5ヶ月以上が経過し、C氏は入院して2週間であったが、両者とも入院時に問題になっていた症状（せん妄、拒食）は緩和していた。B氏は、観察期間を通して心地悪い状態を示す項目が3つ以上±の評価（時々みられる）であった。心地よい状態を示す項目のうち、「穏やかな表情」「身体の力が抜けている」「問ひかけに応じる」は、+や±にチェックされる日が多かったが、「笑顔」は2日みられたのみで、「満足気な表情」はみられなかった。C氏は心地よい状態を示す項目が3つ以上±の評価（時々みられる）であった。心地悪い状態を示す項目のうち、「苦痛、痛み、不快感」「沈んだ表情、暗い表情」は時々みられるとチェックされる日が多かった。特に、会話を進めていくと、「笑顔」から「沈んだ表情、暗い表情」に変化した。

2) チェック表使用上の問題点

参加観察によりチェック表の問題点として以下があげられた。

①チェック項目

A氏のチェックで、「穏やかな表情」についての判断が難しい場面があった。心地よい状態を示した日の翌日には険しい表情であった場面で、研究者は怒り、いらつきの表情と判断したが、それ以上に拒否や怒りが強かった時期を知っているスタッフは「今日は穏やか」と話した。過去の状態との比較によって患者の心地よさを判断していたため、経験の違いにより判断が異なることがわかった。

3事例とも、「気持ちよさそうに寝ている」が判定できない日が多かった。日中の観察では眠る場面が少なくチェックできないこと、熟睡しているようでもテーブルに伏している、車椅子で傾きながら寝ているなど、気持ちよいかどうかの判定は難しかった。

②チェック方法

「その状態はみられない」はチェックしやすかったが、今回は持続的に観察しており場面の区切りをつけることが難しいこともあって、「時々」「ほぼ常時」の判定が難しかった。

③研究者の認識

チェック表を用いて観察することにより、患者の心地よさがどうなのかという点を常に意識していた。病棟の記録物では「拒否」「興奮」など心地悪い状態の有無についての記載はあったが、心地よい状態に関連した記載はなかった。「食事量」についての記載は毎食されていた。これがケースの心地よさと関係があった。3ケースとも心地よい状態でなければ食事を摂取することができなかったためである。

表3 A氏のチェック結果

項目	入院からの日数													
	22日	29日	30日	31日	34日	35日	37日	38日	44日	45日	50日	51日	67日	
1. 穏やかな表情	-	-	+	+	?	-	-	-	±	±	+	?	?	
2. 身体の力が抜けている	-	-	±	+	-	-	-	-	-	±	-	+	?	
3. 目に輝き, 目の力	±	+	+	+	-	±	-	-	-	±	-	-	?	
4. 笑顔	-	±	±	+	±	-	-	±	±	+	-	-	-	
5. 満足気	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. 問いかけに応じる	-	-	+	+	±	±	±	-	-	+	±	±	-	
7. 気持ちよさそうに寝る	-	-	-	?	-	?	?	-	?	-	?	-	±	
8. 拒否*	+	-	-	-	±	+	+	+	±	±	-	-	-	
9. 苦痛, 痛み, 不快感	±	-	±	±	±	-	-	-	-	±	-	-	-	
10. 沈んだ表情, 暗い表情*	-	±	-	-	-	-	-	?	-	-	-	-	?	
11. 警戒*	±	±	±	-	±	±	±	-	±	-	-	-	-	
12. 身体の緊張*	+	+	±	-	±	+	+	+	±	±	-	-	-	
13. 怒り, いらつき*	±	±	±	-	±	+	+	±	-	-	-	-	-	
全体的な印象	拒否的	軽い 笑い	応答よい		興奮は ないが トロン として いる	暴言 暴力	不機嫌, 攻撃的			笑顔 過多	活気全体が 低下		発熱 寝てい る	

- その状態はみられなかった
 ± ときどきその状態があった
 + ほぼ常時その状態だった
 *項目8~13は心地悪い状態を示す。(表5, 7も同様)

表4 A氏に関わった場面の例とチェックする項目

場面	チェック項目
落ち着きなくテーブルを叩く。表情はだんだん陰しくなり、立ち上がろうとする様子もみられる。トイレかと考え、看護補助者と共に車椅子でトイレに誘導すると、失禁もあったが便座に座ってみると排尿もみられた。再び席に戻るが、同様の状態が続く。「どうしました?」と聞くと、「トイレ」と言う。トイレに誘導し、目の前でトイレを見ると、「違う。もう出た」と言う。焦燥感によるものかと思いつつ、そばにいと立ち上がろうとし、「どっか行こう」と言う。男性患者が目の前にいるのも気になっているのかもしれないと思いつつ、病棟を車椅子で1周して病室に向かう。移動中、「さびしい」「一緒に行こう」「出して」という悲観的な言葉が聞かれる。部屋の近くで担当看護師と遭遇し、看護師が「ベッドに戻りますよ」と笑顔で対応すると、A氏も楽しそうに笑顔になる。看護師は、「Aさん、今日は笑い上戸だね」などと話しかけている。(観察2日目)	9. 怒り 10. 暗い表情 4. 笑顔
朝食が出されているが、手を出さない。「おサカナ食べます?」と聞くとうなずく。表情は変わらない。皿にのせて見せる。つまもうとするがつまめない。細かくして見せると、つまんで投げつける。口に運んでみるとブツとふき出す。2回ほど試みるが、怒りに発展しそうな様子だったためやめる。「お茶飲みますか?」と聞くとうなずく。表情は変わらない。お茶を飲ませようと口に持っていきが吹いてしまい、飲まない。コップを手にとって投げつけようとする様子がある。他の看護師が笑いながら話しかけるとつられて少し笑う。傍でこやかに話しかけようとするが、「なんだよ〜!」と言い、怒り出す。手をつねろうとするので、手をすばやく引いて届かないようにする。(この時はせん妄状態)(観察8日目)	8. 拒否 4. 笑顔 13. 怒り

VI. 考察

作成したチェック表について、事例に適用した結果から臨床適用にあたっての修正点を検討した。

1. チェック項目の修正点

チェック項目の“穏やかな表情”“気持ちよさそうに寝ている”については判定できないことが多く、項目としての採用の可否を検討する必要がある。

今回参加観察を行った3事例について認知症治療病棟の看護師が意識して観察していた項目は食事であった。食事以外にも、排泄や睡眠に問題がないかが観察され、記録され、報告されていた。これらは身体的な心地よさに影響するため、これらと心地よさとの関係を検討し、項目に加えるかを決定する必要がある。

表5 B氏のチェック結果

項目	入院からの日数												
	156日	157日	158日	161日	162日	164日	165日	171日	172日	177日	178日	186日	
1. 穏やかな表情	±	-	±	±	-	±	-	±	±	+	±	?	
2. 身体の力が抜けている	±	±	?	?	-	±	±	?	±	+	±	?	
3. 目に輝き, 目の力	-	-	-	-	-	-	-	±	-	-	-	-	
4. 笑顔	-	-	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	
5. 満足気	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. 問いかけに応じる	+	±	±	+	±	+	±	±	±	±	?	-	
7. 気持ちよさそうに寝る	+	?	?	?	-	?	-	±	±	?	-	-	
8. 拒否*	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	
9. 苦痛, 痛み, 不快感	-	-	±	-	-	-	-	-	±	-	-	-	
10. 沈んだ表情, 暗い表情*	±	±	±	±	±	±	+	±	-	±	±	+	
11. 警戒*	±	±	±	±	±	-	-	-	±	±	-	-	
12. 身体の緊張*	-	-	±	-	+	-	-	-	±	?	±	-	
13. 怒り, いらつき*	-	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	±	

表6 B氏に関わった場面の例とチェックする項目

場 面	チェック項目
看護補助者がB氏の手を握りにこやかに話しかけている。拒否的な様子はみられない。そのうちテーブルに手をつけて、立ち上がり、ゆっくり座る。この動作を繰り返す。しばしば見られていた焦燥・うつ的な様子は無い。テーブルの下に自分の靴が脱いである。それが見えたのか、テーブルの下に手をのばす。届かないため、私が取って、名前を見せる。「Bさんのです」というが、難聴のため聞こえなかったようで、「・・・平気ですね・・・」と、違う話を始める。言葉ははっきり聞き取れないが、納得した様子であったため、手で大きく丸をつくらせて見せると、O氏は「よしとしましょう。」と言い平穏な様子。(観察3日目)	(拒否なし) (暗い表情なし) 1. 穏やか
昼食後、口腔ケアをしようと物品を用意するが、入れ歯をはずさせてくれない。「口に手をいれるなんて～～！」と拒否。「入れ歯をしているのできれいにしてくる」と説明すると、「そんなバカな」とむっとして居る。立ち上がろうとしたり、テーブルの上で手をさわったり、とこちらに気持ちを向けてくれない状況であるため、中止する。(観察5日目)	8. 拒否 13. いらつき

2. チェック方法の修正点と検討課題

1) チェック方法

「時々」「常に」という発生頻度の表現に関する判定が難しかったため、よりわかりやすい方法に修正する必要がある。多くのケアスタッフは1日に複数回、その対象者に関わると予測されるため、その項目が見られたかどうかを1回か、または複数回かで判定するように修正することにした。すなわち、「ケアの目的をもって患者を見たところから、傍に行き、援助し(見守りを含む)、その援助が終了するまでで、各項目が見られたかどうか、自分が実際に目にしたものをチェックする」と修正する。この修正が適切かどうかをケアスタッフによる適用結果によって検討する必要がある。

2) チェックの頻度

A氏は、認知症症状の変動や認知症だけでなく合併症などに伴う身体状況の変化があり、これが心地よさと大きく関係していた。毎日チェックすることで逆に判定を

複雑にする可能性がある。どのくらいの期間においてチェックするのが有効かも今後の検討課題である。また、1日にどのくらいケアのために患者に関わったか、その時間や回数にチェック結果が左右されるという考え方もあるが臨床では関わる時間、回数を限定できるものではないため、限界をふまえて使用する必要があると考える。

3) チェック者の鋭敏性

チェック表を用いる観察者は、患者の心地よさがどうなのかという点を常に意識することになった。認知症介護においてパーソン・センタード・ケアの理念が示されている¹⁾が、理解しづらいといわれる重度認知症患者についても、「患者の感じ方はどうなのか」という点からケアを反省できることがチェック表を使用する利点であると考えられた。しかし、看護・介護スタッフが業務をしながらチェックする場合はそうでない可能性もある。変化の認知には個人の関心領域の影響がみられ、鋭

表7 C氏のチェック結果

項目	入院からの日数							
	9日	15日	16日	21日	22日	30日	34日	
1. 穏やかな表情	±	±	±	+	+	±	+	
2. 身体の力が抜けている	±	?	?	+	+	+	±	
3. 目に輝き, 目の力	+	±	-	-	-	-	±	
4. 笑顔	±	±	±	±	-	±	±	
5. 満足気	?	-	-	-	-	-	-	
6. 問いかけに応じる	+	-	+	+	+	+	+	
7. 気持ちよさそうに寝る	?	-	?	?	?	?	?	
8. 拒否*	-	±	±	-	-	-	-	
9. 苦痛, 痛み, 不快感	-	±	-	±	-	±	±	
10. 沈んだ表情, 暗い表情*	-	?	?	±	±	±	±	
11. 警戒*	-	±	-	-	-	±	-	
12. 身体の緊張*	-	-	±	-	-	-	-	
13. 怒り, いらつき*	-	-	-	-	-	-	-	

表8 C氏に関わった場面の例とチェックする項目

場面	チェック項目
<p>昼食は自分で食べ始めるが、2〜3口でとまっている。看護師が少し介助した後自分で食べる。主食を2分の1ほど食べたところで動きが止まる。見えないのか、食べてしまったと思っているのか、「おいしかった」という内容を話す。介助すると、主食は口があく。会話が多くなりスープをスプーンに入れて差し出すが、口はあかない。「嫌いですか」と聞くと、「いえ、そんなことはないですよ」と言うが、口をあける様子はない。主食全量、副食酢の物全量、スープ2/3で終了。</p> <p>その後、あいづちをうちながら話を聞いていくと自分の世界の話（猫のことなど）が続き、だんだん暗くなる。（観察5日目）</p>	<p>(拒否なし)</p> <p>6. 問いかけに応じる</p> <p>10. 暗い表情</p>
<p>テレビ前のテーブルに連れて行くと、話を始める。最初はとても明るく話す。「学校の・・・食事・・・宮家が・・・」など、内容ははっきりせず。途中から現実的な内容（食事、おしっこ）が混じるがはっきりしない。研究者が「たいへんですよ」と応じると、「そうなんです」とやや泣き声になる。悲しそうな表情。</p> <p>「トイレに行きますか?」と聞くと、「連れて行ってもらえる?」と聞く。看護助手に依頼すると、「おしっこ、出る?」とI氏に尋ねる。I氏がうなずき、「お願いします。すみません」と懇願。（その後トイレにて排尿あり）（観察7日目）</p>	<p>10. 暗い表情</p> <p>6. 問いかけに応じる</p>

い観察力や鑑識眼は変化認知を促進させるという¹⁴⁾。患者の心地よさという他者の知覚や気持ちに関心がないスタッフでは心地よさの状態に気づかない可能性もある。スタッフへの動機づけや説明、チェック後の支援が重要になると考えられた。

3. ケアの効果判定の問題

心地よい状態7項目（項目1〜7）は“±や+が多く、-が少ない”と同時に、心地悪い状態6項目（項目8〜13）に“-が多く、±や+が少ない”であるなら、より心地よい状態とし、この逆であれば心地よくない状態であると仮定して実施した。しかし、A氏の事例では両方の項目とも±がついたり、-であったりした。人間であれば、1日のうちで心地よい状態から悪い状態に変化することがあっても当然である。しかし、ケア提供者は、実践の効果として対象者が心地よい状態にあるのか、反

対に心地悪い状態になっているのか、その時々へのケアの後のみならず、1日、1週間を全体としてみたときに心地よい状態は得られているのかを評価する必要がある。

B氏では、心地よさを示す項目のうち“笑顔”は2日のみで、“満足気な表情”は認められなかった。このようなB氏に関わる中で笑顔がみられたり、一定の時間経過を経て満足気な表情が認められたりするようになればケアの効果があつたと判断できると考えられる。その変化については、認知症の症状が進んだ結果として多幸的になっているかどうかを考慮する必要がある。

このように、チェック結果から単純にケアの効果を判定することは適切ではない。C氏の事例のように、会話を喜びながらもその会話で情緒面がゆさぶられ悲観的、抑うつ的な場合がある。さらに、心地よいからといって食事中に会話を始めると、集中できずに食事が中

断し、必要量が摂取できないという影響がある。A氏の場合のように食事を拒否するという理由から食べさせないでよいというものでもない。無理やり食べさせて心地よくない状態になれば、ケア全てを拒否するかもしれない。以上のように、ケアを提供したその時の心地よさ／悪さの判定とともに、変化の経過を継続してみていく必要がある。すなわち、「心地よい項目に+がついたから」「心地悪い項目に-がついたから」と単純にケアの効果を判定するのは適切ではなく、チェック結果をもとに経過をおったり、他のケアと比較したりすることによって、ケアの効果を明らかにする必要がある。ケアの効果を把握するための指標は、チェックの簡便性に依拠してしまうのではなく、ケアする人がチームの仲間ともにその判定方法や判定結果について協議するのに活用することに意義があると考えられた。

重度認知症高齢者の状態像は様々で、A氏のように変動が大きい者もいる。無気力化した人が人間らしさをとりもどす過程の中で心地悪い状態を示すこともある。複雑な状態像を単純化して考えることはむしろ危険である。だからこそケアマネジメント会議やケースカンファレンスなど、関わる職種が集まって協議する機会が重要である。指標を用いた人が提供したケアと対象者の状態との関係を考えなくなることは避けなければならない。

4. ケアの捉え方の問題

重度認知症患者では援助者の関わり方とは関係なく表情の変化が現れる場合もある。A氏のように症状が情緒面に現れ、その変化は病状に起因する場合がある。多くの患者は精神活動を抑制する薬物を服用している。また、どのような椅子に座り、周囲にどのような人がいるかも心地よさという身体感覚に影響する。つまり、薬物など治療や環境の要因も患者の心地よさに大きく影響するのである。これらを切り離し、看護・介護のみの効果を示すことはできにくい。

むしろ、治療・環境も含めてケアとしてとらえ、患者の心地よさの視点からこれら全てをよりよい状態にしていく必要があるだろう。重度の認知症をもつ高齢者が生活する施設や病院において、看護、介護、医療、環境を理解し、調整できるのは看護師であり、その役割を担う必要がある。本研究で作成した指標は、このように広く捉えたケアを改善していくために役立つことができると考える。

VII. おわりに

今回、ケアの効果を把握する指標として、心地よさ (comfort) の概念を取り入れて13項目からなるチェック

表を作成した。3事例に適用した結果、2つの項目の修正およびチェック方法の検討の必要性およびチェックの際の留意点が明らかになった。現段階の指標の活用方法については、チェック結果のみで簡単にケアの効果を判定するのではなく、チェック結果をもとに協議する必要があると考えられる。

実践に活用できる指標を作成するために、第一段階として研究者による試用を行なった。次は臨床で勤務する看護師によって試用された結果を発表する予定である。

謝 辞

本研究は平成17年度・18年度文部科学省科学研究費補助金 (萌芽研究) により実施した研究「高度認知障害を有する高齢患者に対するケアの効果を測定するための方法開発」(課題番号17659719)の一部である。

研究にご協力いただいた病院の職員の皆様、貴重なご意見をくださった青梅慶友病院看護介護開発室長桑田美代子氏、沖縄県立看護大学野口美和子学長、千葉大学看護学部正木治恵教授に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 長谷川和夫：痴呆ケアの新しい道, 日本痴呆ケア学会誌, 1 (1) : 37-49, 2002.
- 2) 湯浅美千代, 小山幸代, 菅谷綾子：痴呆症を有した人が医療機関を利用する際に介護する家族が抱く困難, 負担, 不満についての実態調査, 平成15年度老人保健健康増進等事業報告書「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究」報告書, 49-95, 2004.
- 3) Kolcaba K : Comfort Theory and Practice, Springer Publishing Company, 2003.
- 4) 山口晴保編：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医書出版社, p.141, 2005.
- 5) Wilson S.A., Kovach C.R., and Stearns S.A. : Hospice concepts in the care of end-stage dementia, Geriatric Nursing, 17(1) : 6-10, 1996.
- 6) Hoffman S.B., Platt C.A. : Comforting the confused; : Strategies for Managing Dementia, 2nd edition, Springer Publishing Company, 2000.
- 7) Kovach C.R. : "The Ones Who Can't Complain" : Lessons Learned About Discomfort and Dementia, Alzheimer's Care Quarterly, 4 (1) : 41-49, 2003.
- 8) Tomey A.M. & Alligood M.R. (津留伸子監訳) : 看護理論家とその業績 第3版, 437-450, 医学書院, 2004.
- 9) 佐居由美：和文献にみる「安楽」と英文献にみる「comfort」の比較 - Rogersの概念分析の方法を用いている日米2つの看護文献レビューから -, 聖路加看護大学紀要, 31, 1-7, 2005.
- 10) 佐居由美：看護実践場面における「安楽」という用語の意

- 味するもの, 聖路加看護大学紀要, 30, 1-9, 2004.
- 11) Kolcaba : The Comfort Line™ [On-Line],
[http:// www.thecomfortline.com/webinstruments.html](http://www.thecomfortline.com/webinstruments.html),
25/08/2007
- 12) 福山由美子 : 高齢入院患者に対するケアの効果をとらえる
視点を見出す試み, 平成12年度千葉大学大学院看護学研究
科修士論文, 2000.
- 13) 鈴木みずえ, 日比野千恵子, 木野美恵子ほか : 認知症ケ
アマッピング (Dementia Care Mapping:DCM) の信頼性と
妥当性の検討, 日本老年看護学会第10回学術集会抄録集,
128, 2005.
- 14) 古川久敬 : 構造こわし 組織変革の心理学, 初版, 3-15,
誠信書房, 1997.

DEVELOPMENT OF AN INDEX FOR UNDERSTANDING THE EFFECTIVENESS OF
CARE FOR ELDERLY PATIENTS WITH SEVERE DEMENTIA (REPORT 1) :
EXAMPLE CLINICAL APPLICATION OF AN INDEX THAT CONSIDERS
THE CONCEPT OF "COMFORT"

Michiyo Yuasa^{*}, Taeko Ogawa^{*2}

^{*} : School of Health Care and Nursing, Juntendo University
doctoral course, Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2} : School of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Science

KEY WORDS :

elderly patient, severe dementia, effectiveness of care, comfort

The purpose of this study is to develop an index to understand the effectiveness of care provided to elderly patients with severe dementia. The developed index is based on the concept of "comfort". It was applied to clinical cases and we discussed the changes needed in order to put the index into practical use.

The developed index is a checklist of 13 items related to each patient's comfort level. The checklist was tested while conducting participatory observation on three subjects who were patients at a medical ward for elderly persons with senile dementia.

For one subject, there were days when checklist items indicating both comfort and discomfort were "constantly visible", reflecting the subject's active emotional state and hypersensitivity. On days when neither type of item was visible, her physical condition appeared to worsen. For the other two subjects, there were many days when both types of items were "sometimes visible", and although their comfort levels were not sufficient, their symptoms were causing less trouble than before they were admitted to the hospital.

As the result of deliberating applicability of the developed index, there needs to be some discussion about changing the "gentle expression" and "sleeping soundly" checklist items, as well as some discussion about adding items that evaluate comfort related to diet, elimination and sleep, and a review of and changes to the methods for performing the checks. A staff conference about the checked results is needed in order to prevent an overly simplistic evaluation of the effectiveness of the care.