

#### IV. 経過及び結果

平成16年5月から各プログラムを実施してきた結果、開始当初はいずれのプログラムにおいても「出来るだろうか、話せるだろうか。」等通所者に不安と緊張が見られたが、回数を重ねるにつれて、緊張がとれ、互いにリラックスした雰囲気となり自然な交流が見られるようになってきた。

プログラムAでは、慣れない作業に戸惑いながらも花植えや除草作業に真摯に取り組む姿が見られた。通所者から「役に立って良かった、皆に喜んで貰えた、時間内に作業が終わらず相手に迷惑をかけたのではないか。」などの感想が聞かれた。プログラムBでは、当初から通所者とボランティアとの協同作業という雰囲気が見られた。通所者が楽器の演奏方法をボランティアに聞いたり、マップ作りにおいては、分からない時は互いに相談し合う場面が増えてきた。通所者からは「一緒にやって楽しい、為になる。」などの感想があった。

#### V. 考察と今後の展望

先に示したとおり、通所者の多くは現実検討能力が高まってきており、デイ・ケア移行モデル（文献1）の第V期「社会参加に意欲を示す」という時期に相当する段階と思われる。今回2つのプログラムを導入し展開したところ、プログラムAでは、自分が他者の役に立つ実感を得たり、相手を気づかう気持ちが芽生える等、自尊感情の喚起や自己の言動に対する内省が深まった者が多く、他者を通じて自尊感情が高められ自己の存在価値を見出していくステップとなる可能性が推察された。プログラムBでは、目的的活動（楽器の演奏等）をとおして共有体験を重ね、自然な形での対人技能の改善の場となっていたように思われた。いずれにしろ両プログラムにおいて、新たな対人交流というストレスの中で対処行動を身に付け、対人関係能力が高まることが期待された。

今後、通所者及びボランティアの双方に負担が生じないよう配慮しながらプログラムの回数及び参加人数の制限を緩め、より自由に活動できるような展開を計画している。

#### VI. 文献

- 1 浅野弘毅；精神科デイ・ケアの実践的研究—岩崎学術出版社（1996）

### 痴呆性老人のADL評価表の開発

佐藤真里子<sup>1)</sup> 佐々木麻衣子<sup>2)</sup> 福士 修司<sup>2)</sup>  
工藤 朋子<sup>3)</sup> 熊谷 和也<sup>3)</sup>

1) 青森県立保健大学健康科学研究科

2) 高松病院

3) 介護老人福祉施設 みちのく苑

#### I. はじめに

人は移動という面から観ると、生まれたときは零次元の世界で母親を待っている点であるが、成長するにしたがって二次元、三次元の生活をするようになる。また、人は時計遺伝子をもっていて、その遺伝子発現で生体リズムがうみだされるという<sup>1)</sup>。時計遺伝子が1984年ヤングラにより初めて発見され、時間医学が急速に発展してきた。地球上で生活する生き物はすべて地球の自転公転に影響され大方規則的な生活をする。人は生まれる前から（母体内）、時間軸を加えた四次元の世界で生活しているのである。

痴呆症状のはじめには生活リズムが乱れ、睡眠障害を起こし、軽い不眠、過剰睡眠から、昼夜逆転、夜間せん妄等みられる人が多い<sup>2)</sup>。

我々はADL評価に、重要な事柄でありながら、従来の評価表ではみられなかった生活リズムの項目をくわえ、50点満点で自立度をはかる、痴呆症状がある高齢者の生活自立度をみるADL評価表を開発した。

#### II. 痴呆性老人のADL評価表を開発した目的

- 従来のBarthel index, FIM, 等のADL評価では、痴呆症の高齢者のほとんどが全介助レベルで床効果がみられ、身体機能を評価するものであるため、痴呆性老人のADL評価には不適切で妥当性がない。
- 介護保険で使用されるADL評価は、外出を中心にした観点で評価され、一般のADL評価と痴呆性老人のADL評価に分かれており、痴呆症状と身体機能障害の両方の症状を持つ高齢者を、適切に評価できない。また、介護量を金銭に換算する目的で作られているため、介護やりハビリの介入による効果判定や、治療効果の判定には使用できない。
- 人間らしい生活をおくるために必要な行動を10項目に分け、高齢者のADL低下に最も影響がある、生活リズム、人間関係の項目を設定している。一人の高齢者を介助面から段階づけるものではな

く、人間が、死ぬまで成長し発達するという理論に基づき<sup>3)</sup>、本人の可能性を最大限引き出し、意識レベルで段階づけるADL評価表を目的とした。

### Ⅲ. ADL評価表の特徴

1. 一つの項目を0から5の6段階に分け、50点満点方式で、自立度を細かく観ることができ、日常接しているケアスタッフが評価すれば、遅くとも5分以内に記入できる。
2. 半介助、部分介助、問題行動など、曖昧な言葉はなるべく使わないようにし、FIMのように、介護量を無理に25%、50%、等と数量化することも避け、ケアスタッフが誰でもわかる言葉を用いるように修正しながら、開発してきた。そのため講習無しで、誰でも使用でき、施設間連絡にも使用できる。
3. ケアチームの介入によって、回復段階別に点数化しているため、リハビリやケアの効果判定に使用でき、ニーズが明らかになる。
4. 痴呆症、重度障害の高齢者、パリアティブケアを受けている方等を対象としている。既存の痴呆性老人のADL評価表のいくつかを、参考にし、項目を整理した。
5. 固有の動作や状況については、コメントとして□の中に入れて書き込むようにした。コメントの内容が多いことが、このADL表の欠点であるが、生命に関わる重要な事項のチェックもれがないように考えている。
6. 高齢者の身体的特徴から、加齢と共にADLの自立度も低下していくが、障害を受け入れ、道具や、人材で補い、種々の社会資源を利用し、時間がかかっても、その方のペースで生活が維持できれば良いという考え方(ICF)から、道具(車椅子など)を使用しても、自立していれば最高点の5レベルである。
7. 4レベルは、修正自立項目である。
8. 3レベルは、介助が必要ではあるが、介護方法やリハビリテーション訓練によって自立に近づくことができるレベルである。
9. 全介助レベルは3段階に分類される、行動異常が見られる0レベル、発動性が少ない1レベル、本人の意欲があるが全介助でなければ動作が行えない2レベルに分類した。

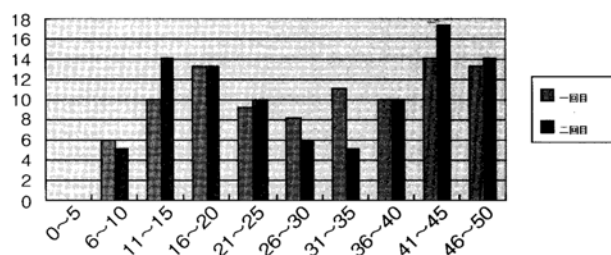
### Ⅳ. 信頼性、妥当性の検討

検者間信頼性、再テスト信頼性、妥当性を検討するた

め、我々は、介護老人保健施設「みちのく苑」入所者94名、及び高松病院入院者152名に対し、平成15年12月から、平成16年5月まで作業療法士、看護師がそれぞれ一人の人に2回ずつADL評価を行った。その結果、介護老人保健施設入所者、老人性痴呆疾患療養病棟入院患者、精神一般病棟では妥当性があったが、精神療養病棟入院患者では、このADL評価表において天井効果みられ、妥当性がないことがわかった。

### Ⅴ. 考察

看護師と作業療法士の検者間信頼性は得られたものの、夜勤をしないが、密な接触をする作業療法士の評価は、看護師に比べ全体的に甘く高めの点数をつけていた。また、移動や、食事動作では、訓練効果がこのADL評価表によって知ることができた。この結果と考察をビデオをまじえて報告する。



グラフ1 作業療法士：一回目と二回目の総合得点比較

### Ⅵ. 文献

1. 田村 康二：時間診療学、永井書店、3-83、2002
2. 山本 孝之：老人ボケのリハビリと看護、中央法規出版株式会社、6刷、2002
3. エリクソン：人間発達、伊藤 日出男 講義資料、青森県立保健大学、2004
4. 眠りのバイオロジー「われわれはなぜ眠るか」：L i S A増刊号、メディカル・サイエンス・インターナショナル、1998年3月1日
5. 田村 康司：病気の時刻表、青春出版社、1998
6. ADLを問う、作業療法ジャーナル増大特集、2003、6

口述 4

### 意識障害・運動障害のある患者の 排泄ケアに焦点をあてた 転倒・転落防止の実践評価

小笠原保子 佐藤 智子 増山 静子

青森県立中央病院9階西病棟