

老人施設入所者のADL認識のズレについて

片岡 美枝子*・佐藤 幸子*・片桐 智子*
沼沢 さとみ*・井上 京子*
大森 圭**・古川 順光**・内田 勝雄**
八木 忍**・大島 義彦**

Difference between Awareness and Objective Evaluation of ADL of Residents in Geriatric Facilities

Mieko KATAOKA*, Yukiko SATO*, Tomoko KATAGIRI*,
Satomi NUMAZAWA*, Kyouko INOUE*
Kei OMORI**, Yorimitsu FURUKAWA**, Katsuo UCHIDA**
Shinobu YAGI**, Yoshihiko OSHIMA**

Abstract : The purpose of this study is to examine the gap of recognition between self-awareness and objective evaluation of ADL of residents in geriatric facilities by evaluating of ADL, HDS-R, and the term of stays in the facilities. The gap of recognition showed positive correlation with the term of stays in the facilities, and showed negative correlation with evaluation of ADL and HDS-R. On the other hand, some of the residents judged as dementia by HDS-R showed a smaller gap. These results suggest that estimation of the gap of recognition is useful to help residents in geriatric facilities more properly and to prevent them from falling.

Key words : recognition of ADL, dementia, ADL, geriatric facilities

はじめに

わが国では高齢者の人口増加に伴い、痴呆性老人も増加傾向にあり、平成2年度の厚生省研究班による推計では、全国では約100万人、このうち25万人が施設に入院・入所していると報告され、さらに平成12年には160万人まで増加すると予想されている¹⁾。この傾向は老人保健施設や特別養護老人ホーム等の老人施設でも同様であり、入所者における痴呆性老人の割合は増加している。

老人施設において、入所者が日常生活をいかによりよく過ごすかということは大きな課題の一つで

ある。高齢者の転倒は、寝たきりや長期臥床をまねく重要な原因の一つである²⁻³⁾が、老人施設では、危険回避が困難とされている痴呆性老人の増加に伴い、この転倒予防は一層重要な問題となっている。

そこで我々は痴呆症状のある人も含めた転倒調査に着手した。転倒の予備調査において、「できないのにできると思って落ちた」、「歩けないのに歩こうとして転んだ」という、自分の能力を正しく認識していないために転倒してしまったという状況がみうけられた。このことから、高齢者が自分の日常生活における能力をどのようにとらえているのかを把握することが転倒予防につながるのではないかと考えた。

転倒に関しては、施設のみならず地域においても、転倒の時間や場所等の発生状況やその要因、身体能力との関連について、すでに数多くの調査

* 山形県立保健医療短期大学看護学科

** 山形県立保健医療短期大学理学療法学科

〒990-2212 山形市上柳260番地

Yamagata School of Health Science

260 Kamiyanagi, Yamagata-shi, 990-2212 Japan

研究が報告されている⁴⁻⁷⁾。しかし、我々が着目した高齢者の日常生活の自己認識と、他者による評価との差に関して検討した文献は見当たらなかった。また、自己のADL認識のズレについて詳細に述べられたものもなかった。

したがって、今回は、対象者自身の日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL) の認識状況と、他者によるADL評価との差を自己のADL認識のズレとして定量化し、ADL評価、痴呆度および入所期間との関連を検討することを目的とした。

方 法

1) 対 象

対象は、Y市内にある特別養護老人ホーム2施設および老人保健施設2施設、計4施設に入所中の、調査に協力の得られた者185人(男性41人、女性144人)であった。平均年齢は82.5 ± 6.7歳(男性81.7 ± 6.6歳、女性82.7 ± 6.6歳)であった。

対象者の入所期間は平均1,204日、男性は567日、女性は1,385日であり、最高は35,865日、最低は1日であった。

2) 調査期間

調査期間は平成9年12月から平成10年3月である。

3) 調査内容

① ADL 評価

ADL評価表は、厚生省筋・神経疾患リハビリテーション調査研究班の日常生活動作テスト表⁸⁾から、通常施設で行われていない動作を削除し、日常行っている判断可能な動作18項目のみを抜粋して (Table1), 使用した。

この調査は、毎日対象者にケアを行っている看護婦やケアワーカーなどの施設職員から聴取した。

②自己のADL認識

ADL認識として①と同じ18項目について、著者らが対象者に聞き取り調査した。一人でできる(自立)を2点、手伝ってもらえばできる(半介助)を1点、できない(全介助)を0点とした。

③ADL認識のズレ

上記①の正常と自立を「一人でできる」という意味で同様にとらえ、同じ2点とした。その後①と②から差を求め、その差を絶対値として扱い、18項目の差の合計をADL認識のズレとした。ADL認識のズレの最高点は36点となる。

Table 1 日常生活動作 (ADL) 項目

	項 目
起居動作	ねがえる (左右いずれか一方でもよい)
	仰臥位より長座位になる
	座位を保持できる
	立位を保持できる
	ベットから椅子へ移る
	平地を移動する
上肢機能	箸かフォークまたはスプーンで食事する
	グラスの水を飲む (グラスの種類不問)
	カッターシャツのボタンをはめる
	歯をみがく (ブラシで)
	顔を洗い、そしてふく
	タオルをしぼる
複合動作	丸首シャツの着脱
	ズボンまたはパンツの着脱
	運動靴をはく (紐のついてないもの)
	排泄動作
	後始末する
	背中を洗う

③痴呆度の評価

改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (以下HDS-Rとする)⁹⁾を用いて、著者らが直接対象者に対して面接調査を行った。

点数に応じて、4点以下を高度痴呆 (知能低下)、5点以上15点以下を中等度痴呆 (知能低下)、16点以上20点以下を境界、21点以上を正常と重症度別に区分した。

統計分析にはSPSSを使用し、相関係数の検定を行った。

結 果

1) ADL 評価

平均は30.2 ± 8.0点であり、男性は29.6 ± 8.6点、女性は30.4 ± 7.8点であった。

2) ADL 認識のズレ

平均は5.0点であり、男性は4.9点、女性は5.1点であった。最高は33点、最低は0点であった。

ADL認識のズレが全くない人は38人 (20.5%)であり、その内訳は、正常20人、境界8人、中等度痴呆10人であった。

各ADL項目においてADL認識のズレのある人の割合はFig.1に示す。ADL認識のズレのある人の割合が最も少なかったのは「グラスの水を飲む」1.6%、「箸かフォークまたはスプーンで食事をする」2.1%という食事に関連した項目であり、逆に

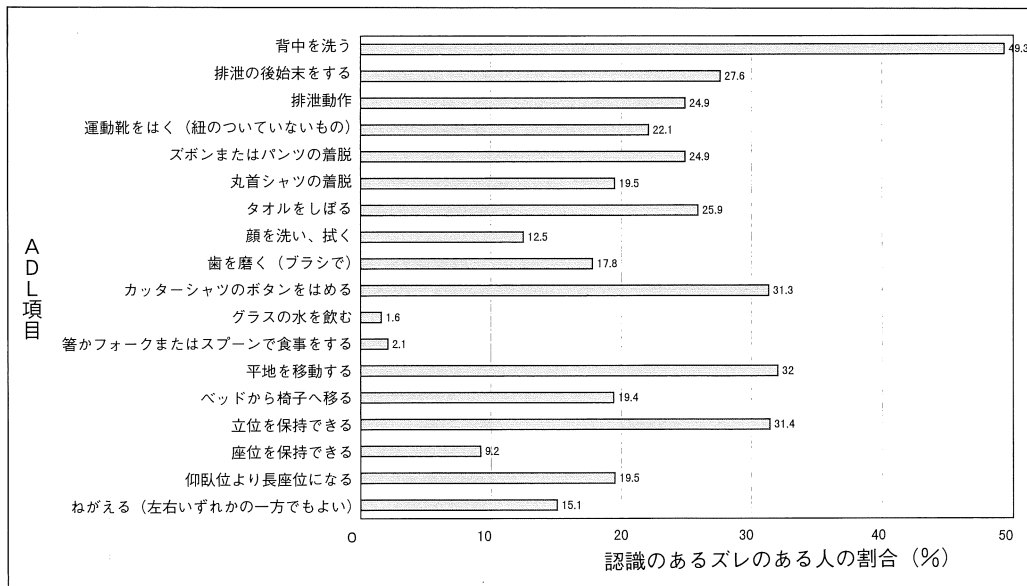


Fig. 1 項目別 ADL 認識のズレのある人の割合

Table 2 ADL 認識のズレと各項目との相関

	相関係数	ADL 評価	HDS-R	入所時間
ADL 認識のズレ	全体	-.76***	-.39***	-.20**
	男性	-.80***	-.40**	-.23
	女性	-.74***	-.39***	-.19*

*** $P < 0.001$, ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

最も割合が大きかった項目は「背中を洗う」49.3%という入浴に関するものであった。

起居動作に関する項目では、「座位を保持できる」9.2%、「ねがえる」15.1%が比較的少なく、「立位を保持できる」31.4%、「平地を移動する」32.1%では、ズレのある人の割合は多かった。

3) HDS-R

平均 15.7 ± 8.3 点であり、男性は 15.3 ± 8.3 点、女性は 15.9 ± 8.3 点であった。高度痴呆者は 18 人 (9.7%)、中等度痴呆者は 73 人 (39.5%)、境界の者は 34 人 (18.4%)、正常 60 人 (32.4%) であった。

4) ADL 認識のズレの相関 (Table 2)

ADL 認識のズレは ADL 評価 ($r = -0.76, p < 0.001$) と負の相関があり (Fig.2), ADL が自立しているほど ADL 認識のズレは小さかった。また、ADL 認識のズレは HDS-R ($r = -0.39, p < 0.001$) とも負の相関があり (Fig.3), 痴呆が進むほど ADL 認識のズレが大きかった。一方、ADL 認識のズレは入所期間 ($r = 0.20, p < 0.01$) とは正の相関があり、入所期間が長くなるほど、ADL 認識のズレ

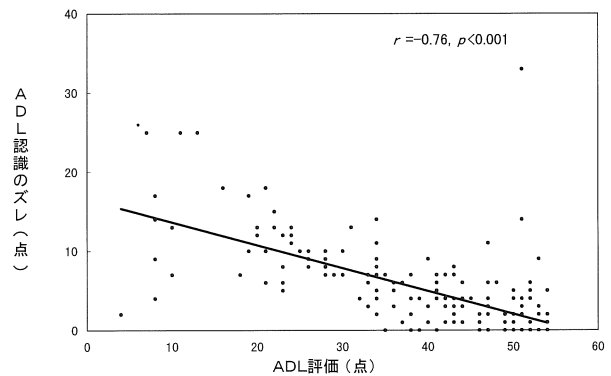


Fig. 2 ADL 認識のズレと ADL 評価

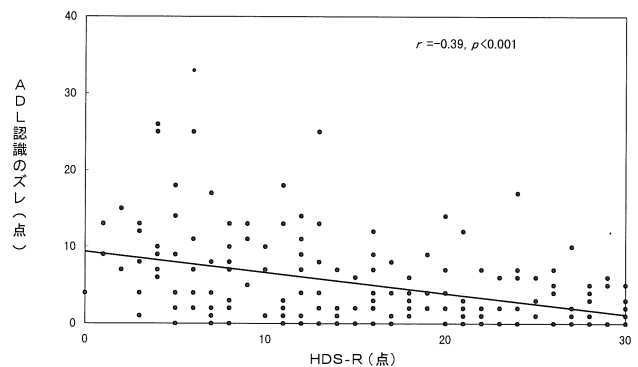


Fig. 3 ADL 認識のズレと HDS-R

レが大きくなっていった。

男性では、ADL 認識のズレは ADL 評価と HDS-R とに負の相関があったが、入所期間とは相関がなかった。女性では全体と同じ傾向ですべての項目と相関があった。

5) HDS-R の重症度別 ADL 認識のズレ

HDS-R の重症度別に ADL 認識のズレの大きさをみると (Table 3), HDS-R が中等度で ADL 認識

Table 3 HDS-R重症度別 ADL 認識のズレ

痴呆度	ADL 認識のズレ		
	5 点以下	6 点以上	計
高 度	3 (16.7)	15 (83.3)	3 (100)
中 等 度	42 (57.5)	31 (42.5)	74 (100)
境 界	26 (76.5)	8 (23.5)	34 (100)
正 常	48 (80.0)	12 (20.0)	60 (100)

単位は人, () 内は%

のズレが平均点 5 点以下の者は 42 人 (57.5%), 6 点以上の者は 31 人 (42.5%) であった。また, 高度痴呆の中でも ADL 認識のズレが平均点以下である者が 3 人 (16.7%) おり, 逆に HDS-R が正常でも ADL 認識のズレが平均以上の者が 12 人 (20.0%) 存在した。

考 察

老人施設において, 入所者が日常生活動作を維持拡大することは, 寝たきりの予防や生活の質を向上させる上でとても重要であり, また, 施設におけるケアの質にも関わってくる。

食事の項目に関して, ADL 認識のズレのある人の割合が最も少なかったことは, HDS-R の高低に関らず, 基礎的・生理的欲求に関する認識能力は十分にある¹⁰⁾, そのひとつの表れではないかと考える。また, 深谷ら¹²⁾は「できる ADL」と「している ADL」の差がない老人の割合は, 食事・排泄で最も多いと報告していることから, 食事に関してはその人のもつ能力が発揮され自分自身で行っている行動であると考えられ, そのことが認識のズレを少なくしていることにもつながっているのではないかと推測する。

一方, 「背中を洗う」項目に関して, 最も認識のズレが大きくなったことの一因として考えられることは, 入浴時, 施設においては危険予防などの点から, 洗ってもらうことが多いという現状がある。このことが本人の認識にも ADL 評価にも影響し, ズレが生じてしまったと考えられる。起居動

作では, 「座位を保持できる」や「ねがえる」よりも「平地を移動する」, 「立位を保持できる」という項目での認識のズレが大きかったことから, 座位よりも不安定な立位になった時の行動に注意が必要であると考えられる。

HDS-R で中等度痴呆と判定されても, ADL 認識のズレが全くない者 10 人を含め, 平均点以下の者が半数以上であることから, 自分自身の ADL については比較的正しく捉えている人が多いことが分かった。また, 高度痴呆であっても, 割合としてはわずかであるが, ADL 認識のズレが少ない人も存在した。岡部¹⁰⁾は「HDS-R 値が低い老人であっても認識レベルにおいては高い値を示す老人がいることを確認できた」と報告している。岡部の研究とは認識を評価するために使用したスケールが異なっているが, 同様のことが確認できた。

一方, HDS-R が高く正常であっても, 20%の人に平均以上の ADL 認識のズレが認められた。これは, 「できないのにできる」と思って生じた認識のズレだけではなく, 「できるけれども, できない」と自分で行っていないことから, 自信がなく回答しているために生じた認識のズレも含まれているのではないかと推測される。このことから, できる能力はあるが十分に発揮されない場合, 活動性の低下をもたらす危険性も潜んでいるのではないかと考える。

ADL 認識のズレが HDS-R や ADL 評価と負の相関があり, 入所期間と正の相関があることから, 日々行っている身近な ADL については認識しているが, 入所が長くなるにつれ HDS-R の質問項目のような日付や計算, 短期記憶の能力が低下してしまうと考えられる。

HDS-R は簡便で短時間で検査できる知能評価スケールとして優れたもの⁹⁾として評価され, 我々が調査した老人施設でも通常使用されていた。しかし, HDS-R はあくまで簡易スクリーニングテストであり, このスケールだけで痴呆の判断を下すことはできない⁹⁻¹⁰⁾。今回の調査では, HDS-R で痴呆と判定されても, 自分自身の ADL については比較的正しくとらえている者がいた。また, 正常であっても ADL 認識にズレがある者もいた。このことから, HDS-R のみならず ADL に対する認識のズレを評価することは, 転倒予防をはじめとする様々なケアの向上を図る上で役立つものと考えられる。

今後, 日常生活援助における ADL 認識のズレの評価方法および活用についてはさらに検討が必要と考える。

結 果

老人施設入所者を対象に ADL 認識のズレについて調査し, 以下の結果を得た。

- 1) ADL 認識のズレのある人の割合は「グラスの水を飲む」(1.6%), 「箸かフォークまたはスプーンで食事をする」(2.1%) の食事に関する項目で最も少なく, 「背中を洗う」(49.3%) が最も大きかった。
- 2) ADL 認識のズレは ADL 評価 ($r = -0.76, p = 0.001$) および HDS-R ($r = -0.39, p < 0.001$) と負の相関があり, 入所期間 ($r = 0.20, p < 0.01$) と正の相関があった。
- 3) HDS-R で中等度痴呆と判定されても, 全く ADL 認識のズレがない者 10 人を含め, 平均点以下の人が 42 人 (57.5%) いた。また, HDS-R が正常でも, ADL 認識のズレが平均点以上の者が 12 人 (20.0%) 存在した。

これらのことから, 痴呆高齢者のケアの主要な部分である ADL に対する自己認識のズレを評価することで, 転倒予防やより適切な援助に結びつくと考えられる。しかし, 日常生活援助における ADL 認識のズレの活用についてはさらに検討が必要である。

おわりに

今回, ADL 認識のズレを評価することで, より良いケアに結びつく可能性が示唆された。しかしながら, ADL 認識のズレについては更に検討を重ねる必要がある, 本来の目的である転倒予防とも関連づけていかなければならないと考える。

今回の調査にあたり, 御協力いただいた 4 老人施設の方々に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 国民衛生の動向, 東京, 厚生統計協会, 126, 1998
- 2) 長谷川浩子: 横浜市における寝たきり患者初回訪問状況と事例紹介, 保健婦雑誌, 42, 912-921, 1986.
- 3) 安村誠司, 芳賀博, 安田博, 他: 地域における最終臥床期間に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 37, 851-860, 1990.
- 4) 鈴木みずえ, 江口清, 岡村カルロス竹男, 他: 高齢者の転倒経験に関する調査研究—養護老人ホームの居住者を対象として—, 39 (12), 927-939, 1992.
- 5) 鈴木みずえ, 大友照彦, 山田紀代美, 他: 高齢者の転倒と身体機能に関する基礎的調査研究, 看護研究, 26 (5), 471-481, 1993.
- 6) 安村誠司, 芳賀博, 永井晴美, 他: 農村部の在宅高齢者における転倒の発生要因, 日本公衆衛生雑誌, 41 (6), 528-537, 1994
- 7) 新野直明, 中村健一: 老人ホームにおける高齢者の転倒調査—転倒発生状況と関連要因—, 日本老年医学会雑誌, 33 (1), 12-16, 1996.
- 8) 伊藤利之: ADL とその周辺—評価・指導・介護の実際—, 医学書院, 1994.
- 9) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 他: 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成, 老年精神医学雑誌, 2 (11), 1339-1347, 1991.
- 10) 岡部千代子: 痴呆老人の認識に関する研究—HDS-R と KOMI スケールとの比較検討から—, 神奈川県立看護教育大学校看護研究収録集, 22 号, 391-396, 1997.
- 11) 本間昭: 老年期の心の病い, こころの科学, 5, 44-51, 1986.
- 12) 深谷安子・野口多恵子・内山純子・今泉郷子: 所在別に見た要介護老人の「できる ADL」と「している ADL」の差, 神奈川県立衛生短期大学紀要, 26, 1-6, 1993.

— 1998. 11. 18. 受稿, 1999. 1. 8. 受理 —

要 約

老人施設入所者自身の ADL に関する自己認識と他者による ADL 評価との差を ADL 認識のズレとし, ADL 評価, HDS-R および入所期間との関係を検討した。その結果, ADL 評価と HDS-R とは負の相関があり, 入所期間との正の相関があった。

また, HDS-R で痴呆と判定されても, ADL 認識のズレが少ない者, 逆に HDS-R が正常でも ADL 認識のズレがある者が存在した。これらのことから, 高齢者より適切な日常生活援助や転倒予防を講ずる際に, ADL 認識のズレの評価が役立つことが示唆された。

キーワード: ADL 認識, 痴呆, ADL, 老人施設