

## コミュニケーション障害患者の QOL 評価

「ゆおび QOL スコア」

どくとる MIHI

### <はじめに>

コミュニケーション障害患者のQOL評価は困難であるが故に、積極的にアプローチする必要がある。その評価は職種や経験年数で異なるため、可能な限り客観性のある評価方法が必要になる。今回我々はコミュニケーション障害患者の QOL スコア評価法を試作・試行した。得られた評価スコアと、内科医師歴30年の主治医が見た患者の印象を VAS(Visual Analogue Scale)で変換した値と比較し、その妥当性を検討した。

### <対象>

対象はコミュニケーション障害がある日常生活動作(ADL)がCレベル(以下 C 群と略す)の患者で、基礎疾患は脳梗塞7名、脳出血4名、パーキンソン病1名、脳炎後遺症 1名の合計13名であった。対照はADLがBレベル(以下 B 群と略す)の患者で、基礎疾患は脳梗塞4名、脳出血1名、パーキンソン病2名の合計7名であった。C群は男性4名と女性9名、B群は男性2名と女性5名であった。またC群と B 群の平均年齢はそれぞれ、83. 5才と79才であった。

### <評価項目とその妥当性について

;原案と修正案>

原案の QOL 評価のためのチェック項目は(A)身体(B)精神(C)活動性(D)社会との交流(E)血液検査に関する合計18項目とVASである。QOL評価は4点満点、主治医の印象はVASにより10点満点で表した。原案のスコア全ての項目(表 1)についてクロンバック  $\alpha$  係数を計算したところ、C群B群それぞれ0. 67と0. 21であった。そこでほとんど分散のない項目を削除して修正案とし(表 2)、再評価を行った。B群で全く認めなかった拘縮の項目を除くと、チェック項目はC,B 両群で全て一致していた。C群9項目とB群8項

目でクロンバック  $\alpha$  係数を計算すると、C群B群それぞれ0. 69と0. 6であったことからこの質問項目はほぼ妥当であると判断した。

### <VAS の再現性について>

患者登録の時点で22名について主治医が同一日の午前と午後(時間差5時間)で、VAS評価を行った。2回の評価の値について、テスト・リテストとして求めた相関係数は0. 99であった。このことから同一患者で同一日に行った主治医の評価には、再現性があることが確認された。

### <方法>

修正案のスコアを用いて、独りの主治医が対象患者全員に対して同一日・ほぼ同一時間に評価を行った。各症例に対してこのスコアで行った測定ポイント毎に、QOL 評価項目の合計スコアとVASの値との相関をみた。尚、このQOL 評価時期は開始日と3・6・9ヶ月後であった。

### <結果>

チェック項目のスコア合計とVAS値の単相関係数を計算した結果、C群で13例中10例、B群で7例中2例に相関を認めた(表3)。C 群で時系列的にVAS値とスコア合計値に高い相関を示した例を示す(図1)。この症例は胃瘻を造設するまでは嚥下困難のため長い食事時間が必要であり、摂取量も充分とは言えなかった。このためレクリエーションの参加時間が限られていたが、胃瘻を造設して食事とレクリエーションの時間調節が出来るようになりレクリエーション参加の時間が長く取れるようになった。栄養管理が充分になされるようになり血清アルブミン値は増加し、また咽せが減って肺炎のリスクが低下した。胃瘻造設前後で一時的に体重減少が見られたが、この調査4ヶ月後には元の体重をやや超える値で維持された。

### <ドロップアウト症例>

22名が登録されたが2名がドロップアウトした。2

名ともC群の患者であり、ドロップアウトの理由はイレウス発症による転院と心不全の悪化による死亡であった。

#### <考案>

QOLという言葉は曖昧さを含みながら、一般的な言葉として使われている。医療の分野でQOLが使われ始めておよそ25年が経過した。患者のQOLを評価することは、医療・看護・介護を提供している側の自己評価でもある。

癌の治療の場で患者のQOL評価が行われるだけでなく多くの分野に広がって、それぞれ独自のQOL評価方法が用いられている。よく知られているQOL評価法には、価値づけ型の「EQ5D」や「HUI」がある。一方プロフィール型には包括的尺度をみる「SIP」や「SF-36」、疾患特異尺度をみる「KDQOL」や「Asthma-QOL」がある<sup>1)</sup>。しかしこれらは、全てコミュニケーション可能な人を対象にしている。コミュニケーション可能な患者については、QOLを評価しやすい。寝たきりでコミュニケーション不可能な患者は質問による評価が困難であるが故に、医療・看護・介護を提供する側から積極的にアプローチしてQOLを評価する必要がある。既存のものでは慢性疾患患者のQOL評価方法としてSIPがよく知られているが、チェック項目が160を超える<sup>2)</sup>。QOL評価のチェック項目を身体症状・精神症状・社会活動・検査などとして、簡単に行えるものがない。どこの施設でも簡単にQOL評価ができることを主眼に、コミュニケーション障害患者のQOL評価のための18項目を試作し試行した。各項目スコア値の分散が乏しい項目を削除し修正を加えて9項目とし、これを修正案としてQOL評価を行った。B群では拘縮が全く見られなかったので評価項目から除外した。それ以外では、修正案の項目はC群とB群で全て共通していた。修正案についてクロンバック $\alpha$ 係数の値から見ると、C群での「ゆおびQOLスコア」の評価項目はほぼ妥当と言え

る。C群でのQOL評価と内科歴30年の主治医の印象のVAS値に相関を認めたことから、「ゆおびQOLスコア」はコミュニケーション障害患者で客観的QOL評価が出来る可能性がある。コミュニケーションがとれるB群では、この「ゆおびQOLスコア」のスコアとVAS値に相関が乏しかった。これは状況変化に対して、患者自ら改善できる手だてをとることが可能でありスコア値とVAS値に時間差が生まれたためと考えた。

「ゆおびQOLスコア」は、脳梗塞や脳出血によるコミュニケーション障害患者のQOL評価に有用であるが、今後は鈴木らが言うようにコミュニケーション障害のある認知症患者に対するQOL評価の検討も必要である<sup>4)</sup>。高橋は、「QOLには絶対基準はなく多様性が見いだされるだけであるが、医療のアウトカムに密接に関わることであるからそれを相対的にもとらえる努力は維持されるべきである」と言う。また、「良いQOL評価スケールで評価してもQOLは向上しない。QOLを高めるには、実践における手間を省けない」と言う<sup>5)</sup>。さらに、川上らは「マニュアル化、標準化、ガイドラインの基礎にある技術哲学は、効率と最低限の質を担保するものである。患者は多様性に富み、一様にマニュアルを当てはめる診療は病人疎外をも招きかねない」とも言う<sup>6)</sup>。患者の高いQOLは、気持ち良さと安全を基本にして最低限のケアの質を確保することから始まると言える。「もの言えぬ、多様性に富んだ患者のQOL評価」に、真摯に取り組まなければならない。少なくとも「ゆおびQOLスコア」は日常のケア業務を見直すきっかけになりうる。

今回試作したQOL評価法は、内科医師歴30年の印象が適確であることを前提にした。この主治医の回診は、平均1週に5日で1回1人の回診時間が平均3-4分であった。この前提条件を元にしたスコアであることをどう判断するかは、このスコア評価を体験された上でご批判をいただきたい。今後このQOLス

コア評価は改善と標準化の修正を繰り返しながら実践に応用し、患者の QOL の向上と自身の自己評価につなげて行きたい。

<結語>

コミュニケーション障害患者の QOL を評価には、積極的なアプローチが必要である。「ゆおびQOLスコア」は日々のケアを振り返る手段として使え、比較的簡単に患者のQOLに対して共通認識が得られる。また職種や経験年数に影響を受けずに、患者のQOL を判定できケアの向上を検討するきっかけになる。

尚、主旨は第59回済生会学会総会（滋賀県、2006.10.15.）にて発表した。

<参考文献>

- 1)<http://tnc.ajp.co.jp/tnc/do2-4.html>
- 2)Bergner M,PhD et al:The sickness impact profile;Development and final revision a health status measure.Med Care 19:787-805,1981
- 3)<http://aoki2.si.gunma-u.ac.jp/lecture/misc/alpha.html>
- 4)鈴木みずえ 他:コスモロジー研究報告 第11号、2003
- 5)高橋龍太郎:高齢者総合医療、QOLの考え方、評価:日誌、12:11-17,2004
- 6)川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男:日本の「医療の質」を問い直す、医学書院、2006、東京

氏名

年齢・性別	.
年月日	.

【A】身体	a体重変化(3ヶ月以内)	変化無し(4)	1Kg以内の増加(3)	1Kg以内の減少(2)	1Kg以上減少(1)
	b体温(3ヶ月以内)	平熱(4)	37.5度以上が3日以内(3)	37.5度以上が3-7日(2)	37.5度以上が7日以上(1)
	c排泄;便秘	4回以上/週(4)	1-3回/週(3)	下痢、排便処置(2)	7日/月以上の下痢(1)
	c排泄;排尿	介助のみ(4)	オムツ(3)	尿道カテーテル(2)	膀胱瘻(1)
	d皮膚	正常(4)	湿潤(3)	乾燥(2)	褥瘡(1)
	e痰・唾液の吸引	無し(4)	1-3回/日(3)	4-8回/日(2)	9回以上/日(1)
f拘縮		無し(4)	上・下肢一部関節にあり(3)	上下肢いずれかにあり(2)	上下肢に有り(1)
【B】精神	a精神活動(3ヶ月以内)	昼夜の区別がある(4)	日中の半分は覚醒(3)	傾眠状態(2)	昼夜逆転(1)
	b拘束具(3ヶ月以内)	無し(4)	ベッド柵のみ(3)	ミトン等による上肢のみ(2)	つなぎ服(1)
【C】活動性	a離床時間(3ヶ月以内)	連続して30分以上(4)	合計1時間以上/日(3)	合計1時間以内/日(2)	無し(1)
	b食事の形態	介助で経口(4)	胃瘻(3)	経鼻経管(2)	点滴(1)
	c入浴(最近3ヶ月平均)	4回以上/月(4)	4回未満>回/月>3回以上(3)	3回未満>回/月>1回以上(2)	1回/月未満(1)
【D】社会交流	aレク参加(3ヶ月以内)	3回以上/週(4)	1-2回/週(3)	1-3回/月(2)	無し(1)
	b家族の訪問(3ヶ月以内)	3回以上/週(4)	1-2回/週(3)	1-3回/月(2)	無し(1)
	c外出(3ヶ月以内)	3回以上/週(4)	1-2回/週(3)	1-3回/月(2)	無し(1)
【E】検査	aアルブミン	3.5g/dl以上(4)	3.4-3.0g/dl(3)	2.9-2g/dl(2)	1.9g/dl未満(1)
	bコレステロール	220-130mg/dl以上(4)	129-110mg/dl(3)	109-80mg/dl(2)	79mg/dl以下(1)
	c空腹時血糖	110-70mg/dl(4)	69-60mg/dl(3)	59-40mg/dl(2)	39mg/dl以下(1)

表1;原案

氏名

年齢・性別

年月日

氏名 年齢・性別 年月日	【A】身体	a体重変化(3ヶ月以内)	変化無し(4)	1Kg以内の増加(3)	1Kg以内の減少(2)	1Kg以上減少(1)	
		b体温(3ヶ月以内)	平熱(4)	37.5度以上が3日以内(3)	37.5度以上が3-7日(2)	37.5度以上が7日以上(1)	
		d皮膚	正常(4)	湿潤(3)	乾燥(2)	褥瘡(1)	
		f拘縮	無し(4)	上・下肢一部関節にあり(3)	上下肢いずれかにあり(2)	上下肢に有り(1)	
		【B】活動性	a離床時間(3ヶ月以内)	連続して30分以上(4)	合計1時間以上/日(3)	合計1時間以内/日(2)	無し(1)
			b食事の形態	介助で経口(4)	胃瘻(3)	経鼻経管(2)	点滴(1)
		【C】社会交流	aレク参加(3ヶ月以内)	3回以上/週(4)	1-2回/週(3)	1-3回/月(2)	無し(1)
			b家族の訪問(3ヶ月以内)	3回以上/週(4)	1-2回/週(3)	1-3回/月(2)	無し(1)
		【D】検査	aアルブミン	3.5g/dl以上(4)	3.4-3.0g/dl(3)	2.9-2g/dl(2)	1.9g/dl未満(1)

表2:修正案

症例; Y.S. 90才、女性

↓ PEG造設

	0	3M	6M	9M
VAS	3.6	2.6	5.3	5.4
A-a	4	4	2	2
A-b	4	4	4	4
C-a	2	2	2	3
C-c	2	2	2	2
D-a	2	1	4	4
E-a	3	3	4	4
合計スコア	17	16	18	19

	0	3M	6M	9M
VAS	3.6	2.6	5.3	5.4
合計スコア	17	16	18	19

相関係数 0.957142

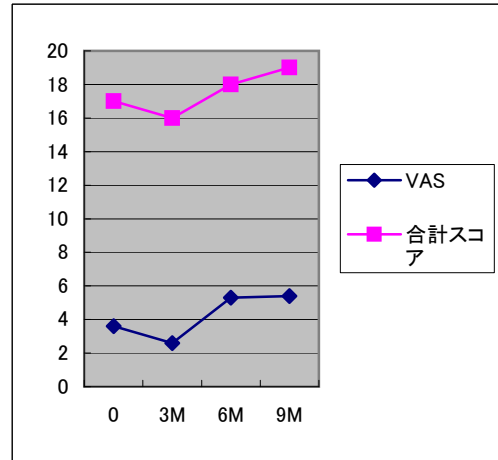


図1; 症例提示