

〈特集論文〉

## 地域包括ケアにおける要介護高齢者とのコミュニケーション

—加齢変化から考える尊厳を守る会話のスキル—

吉村雅世  
奈良学園大学

Communication with the Elderly Persons Needing Long-Term Care in the Local Inclusion Care :  
Skill of the Conversation to Protect Dignity to Think About from Aging

Masayo Yoshimura  
Naragakuen University

キーワード	
要介護高齢者	elderly persons needing long-term care
尊厳	dignity
加齢	aging
コミュニケーション	communication
会話のスキル	skill of the conversation

### I. はじめに

超高齢社会となった現在、地域包括ケアの対象は老いや慢性疾患により地域での生活に何らかの支援を必要とする人とその家族で、難病、精神疾患の人もいるが多くは要介護・要支援の認定を受けた高齢者とその家族である。要介護となった年齢の割合は75歳以上で大きく上昇する<sup>1)</sup>と言われるように、地域包括ケアにおいて看護が関わる対象年齢は75歳以上の後期高齢者が多い。80歳代や90歳代になると複数の疾患を抱え、より虚弱な身体を抱える人が多くなる。看護はその人が住み慣れた地域で尊厳と自立が守られる支援を目指し、身体の異常の早期発見や医療処置等、身体ケアを提供する役割を持つ。その中で、直接的であれ間接的であれその人の心身の状態を的確に把握することが必要となり、最も確実な手段が話し言葉によるコミュニケーションである。

「高齢者とのコミュニケーション」では、看護・介護者といったケア提供者の態度としていくつかの示唆がある。例えば「高齢者を知る」こと、敬意を

払い共感する「姿勢」, 「待つこと」<sup>2)</sup>。あるいは、「コミュニケーションは辛抱強く行う」, 「高齢者は全く別の時間感覚を持ち返事が返ってくるまで少なくとも5秒は待つ」, 「また『座ってください』『回ってください』といった指示する場合、同じ指示であれ別の指示であれ実際の動作を見せるのであれ、次の指示の前に5秒の時間をとる」。また、コミュニケーション成功のための3要素として、場所としての「環境」、現状としての「高齢者」、自分自身の気分や態度としての「看護・介護者」<sup>3)</sup>がある。さらに、認知症への対応として注目されている「パリデーション療法」の14項目の中では言葉による対応として、開かれた質問をする「オープンクエスション」や相手の言葉と同じ言葉を繰り返す「リフレーミング」<sup>4)</sup>、同じく認知症への対応「ユマニチュード」の4つの基本の一つに「話しかける」といったケア提供者が実施するコミュニケーション方法というべきものがある<sup>5)</sup>。いずれも、言葉を介したやり取りを前提としている。しかし、ケア提供者にとって、大きな声で流暢に自分の思いを口にする話しやすい高齢

者もいれば、小さなささやき声で聞き取れない、あるいは口が動いているが言葉が聞き取れない、音量は普通であるが言葉の意味がわからないなど、経験したことのない話しにくさに戸惑うことが多いと思う。このような時、高齢者とのコミュニケーションでは「相手を尊重する姿勢は崩さず話が続けることができる」というレベルを目標にしてもよいと考える。コミュニケーションというよりまず会話ができるかどうかである。

しかし、看護を学ぶ学生や経験の浅い看護師が高齢者と会話する場に立ち会うと、本人は尊重したつもりでいるようであるが、高齢者に対し尊厳を示す目上の人ではなく、自分と対等な友達や年下の子供のように対応していると感じることが多々ある。特に高齢者のゆっくりとした時間に合わせるのではなく、自分個人や業務の時間に合わせる支援者本意の対応しているように感じる。このような時、会話は続かず高齢者とのコミュニケーションに困難感を抱くことになる。要介護高齢者に関わる経験の浅い福祉職やボランティア等も同様と考える。「相手の尊厳を守る」という高齢者本位の対応は、経験の浅いケア提供者にとって未だ大きな課題であり、課題達成には会話のスキルアップが必要と考える。

看護の基礎教育では「聞く」「理解する・考える・想起する思考」「話す」という3つの行為を耳器・聴神経、大脳皮質、運動神経、口腔という身体機能と関連させ「話し言葉によるコミュニケーション過程」として示している<sup>6)</sup>。高齢者看護では上記3つの行為を身体機能の加齢変化から理解し「大きな声、ゆっくり、はっきり、相手を否定しない」といった高齢者本位の会話姿勢を心がける。

加齢や老化は多くのケア提供者にとって経験したことのない未知の領域であり共感や理解することは難しいと考える。そして、経験の浅いケア提供者が支援者本位ともいえる姿勢に陥りやすい原因として加齢変化の理解不足があると考えられる。身体の構造と機能の加齢変化と会話機能の関連を知ることは高齢者との会話に役立てることができる。しかし、前述の「大きな声、ゆっくり、はっきり、相手を否定しない」など、会話で留意する姿勢の必要性について十分理解されていないと考える。

そこで、身体の構造と機能の加齢変化から要介護高齢者に対する経験の浅いケア提供者が目指す会話の姿勢をスキルとして検討したいと考える。会話のスキルは「話し言葉によるコミュニケーション過程」の「聞く」「理解する・考える・想起する思考」「話す」という3つの行為から考える。

## Ⅱ. 加齢による身体機能の変化と会話のスキル

### 1. 聴覚器の変化に沿った「聞く」こと

「聞く」という行為は身体機能で言うなら主に感覚系の聴覚器が関与する行為で、会話では相手の話し言葉を音刺激として感じる（聞き取る）段階である。外耳、中耳、内耳と音が伝わる伝音と感音の機能が加齢に伴って変化し、その結果、小さい音が聞こえにくくなる、高音域が聞こえない、などの兆候が表れるのは周知されている。植田は高音域を含む音（k・s・t）の言葉として魚（sakana）と高菜（takana）を例に挙げ高齢者の聞き誤りについて述べている<sup>7)</sup>。他に卵（tamago）とたばこ（tabako）、トマト（tomako）ととんま（tonma）など、高音域が聞こえないことによる聞き誤り例として挙げられる。また、「さくら」（桜）を「たくら」（？）・「かくら」（？）といった聞き誤りも例として挙げられる。これは、聞き誤りというより意味がわからず混乱の要因となる聞き取りである。後述の「思考」と重複するが「帽子」と『防止』や「電灯」と『伝統』のように、音で聴き、目に見える「名詞」と目に見えない『概念』のイメージは、目に見えない方に聞き誤りを起こしやすい。また、高齢者にとって「野球」・「相撲」・「新聞」といった日常的な名詞は認識され聞き誤りは少ないが、『改革』・『細目』といった目に見えない非日常的な言葉は聞き誤りやすい。また、「梅が散り始めました。これから桜が咲き始めます」といったいくつかの単語が組み合わせられる文章では、「うめ」・「さくら」を聞き取り、『散る』『咲く』『始める』などは聞き誤るなど、一部の単語のみを聞き取り文章としての全体の聞き取りが不十分になることもある。結果として話の内容を聞き誤り、誤解を招く、人間関係に影響するなどが起こる。高齢者同士の会話では特に注意が必要と考える。聞き誤りの事例では和菓子の好きな施設入所の高齢者がおやつ

の「ブラマンジュ (洋菓子)」を好物の「まんじゅう」と聞き取り、後で結果がわかり残念がったことがある。その人固有のアイデンティティによっても聞き誤りは起こる。年齢とともに加齢が進行するほど聞き誤りは起こりうる可能性が高いと考える。それゆえ、高齢者に話しかけるときは、大きな声で、ゆっくり、正面から口唇が見えるように発音し、相手の理解を確認しながら話を進める。特にカ行・サ行・タ行の言葉、その他の子音もはっきり発音することを心がけることが大切なのである。

## 2. 大脳皮質の加齢変化の変化に沿った「思考」(「理解する・考える・想起する」)

「理解する・考える・言葉を想起する」という行為は身体機能で言うなら主に脳神経系の大脳皮質が関係する「思考」である。言語機能に関する脳の働きは、「空間的・直感的な情報処理を行う大脳皮質の右半球に対し、左半球が言語の理解や話すことなど言語を中心とした情報処理を行う」さらに、言語を中心に情報処理する左半球の働きには「理論だてたり、推理したり、複雑な問題を解いたり、計画したりする働きが、また、情緒の働きも言語と大いに関係していて、社会生活で大切な責任感、協力、寛容、尊敬、愉悦感など、また挫折、失意、悲観、軽率、苦悩などの分化した情動を感じるのも左半球の前頭葉である」、さらに「脳内には神経細胞と軸索による情報のネットワークがあり、このネットワークは経験や学習を介して作られること、ネットワークは情報処理に必要な機能を増やし、言葉として実際に運用できるまでにする<sup>8)</sup>」と述べられている。このことは、話し言葉を理解し、言葉の意味を考え、記憶を想起し次の言葉を決定するという会話の大部分は、大脳皮質の左脳で行われる情報処理という働きであり、情報処理には理論だて・推理・計画など何かを生み出す働きや人間関係を創り出す情動を感じる働きがあるといえる。つまり、前述の聴覚器で行われる「聞く」ことは音を脳に伝える役割があり、脳の大脳皮質は音を「さかな」や「トマト」といった言葉や文章として受け取り、受け取った言葉(情報)の処理から、次の行動を計画(思考する)し、情動を感じる働きがあるということである。

情報処理は受け取った言葉を過去の経験した出来

事の記憶から分析すると考えると記憶の想起も会話において重要である。加齢による脳の構造的変化は神経細胞の減少とそれによる重量の減少で、脳の重量は20～40歳でピークとなり、加齢とともに減少し、60歳以降は急激に減少するといわれている<sup>9)</sup>。このことは、神経細胞と軸索で構成される情報のネットワークが希薄となり一度に処理できる情報の量が少なくなり、情報処理に時間がかかるようになり、情報処理の速度は遅くなる。すなわち、記憶の想起や理論だて・推理・計画するなどの思考能力が低下するということである。特に60歳以降、記憶の想起や理論だてなどの思考能力の低下が著しいことが推察できる。また、機能的変化では「高齢者の全体的な大脳機能の低下は、脳波の変化、記憶、認知機能および学習能力の低下、そして睡眠構造の悪化によって示される<sup>10)</sup>」といわれている。認知機能とは対象についての情報を集め、それがなんであるかをはっきり知るはたらきであり、知覚・言語・記憶・推理・判断などである<sup>11)</sup>。このことは、加齢による大脳皮質の機能的変化は会話に必要な記憶を想起する機能に影響し、さらに認知機能の低下は記憶に影響するだけでなく言語機能そのものにも影響するということである。介護施設に入所している要介護高齢者と接していると認知症の診断はなくても、日常生活に程度の差はあるが、年齢相応の記憶障害(物忘れ)や知覚・言語・推理・判断などから認知機能の低下が会話機能に影響している様子がうかがえる。

記憶の障害や新しいことを学習できない変化は使える情報が限られることになり、情報処理のネットワークの機能をさらに低下させ、推理や判断といった思考に影響することが考えられる。情報処理と情報のネットワーク回路の働きの影響は処理速度に影響し、最も表に現れる状況が、何事も反応が遅くなることだと考える。従って、高齢者との会話では情報処理が完了するまで「待つこと」が必要であるといえる。会話は“ゆっくり思考できる時間を持ってもらう”ことを目標に話しかけていく。“高齢者と自分とでは取り巻く時間の流れが違うことを受け入れ”、“高齢者の時間に自分を合わせる”、そのために“待つ”という姿勢が必要である。情報処理に

時間がかかるのが高齢者の特徴であるとともに、時間がかかっても情報処理ができるのが高齢者の持つ力である。このことに、ケア提供者が納得できた時「待つ姿勢」を実践できると考える。「待つこと」は、看護を実践中の看護師にとってたやすいことではないと考える。看護師は5秒、10秒を長いと感じると思う。しかし、高齢者と対峙するとき少なくとも5秒待つこと<sup>12)</sup>が大切なのである。要介護高齢者との会話では「黙して待つ」ことも必要な姿勢である。

要介護の原因で最も多く、言語中枢の障害により失語症などの症状が出現する脳血管疾患患者との会話では、オープンクエスチョン、クローズドクエスチョン、リフレーミング等の質問、傾聴の姿勢など、加齢と疾患による機能低下の状況を判断した対応が必要になる。また、要介護の原因の2番目に挙げられ、記憶障害や失語などの症状が出現する認知症高齢者との会話は中核症状に対するケアの一つとしての意味を持ち、尊厳が守られる対応や会話を心がける必要がある。記憶の想起や情報処理のネットワーク回路のはたらきが遅いからと言って否定せず、話された言葉を受け取り、オープンクエスチョン、クローズドクエスチョン、リフレーミング等の質問を状況に応じ取り入れ、失語では「待つ」、あるいは「ただ話しかける」といったバリテーションやユマニチュードの姿勢も取り入れ、相互に話し言葉を交わす会話とまでいかななくても、語られた言葉を否定せずに受け取り、交流を図る会話の姿勢が必要と考える。

### 3. 運動神経・口腔・呼吸器の加齢変化に沿った「話す」

前述の、大脳皮質の言語中枢で決定した言葉を話す「発語」の行為は、呼吸系と運動神経・口腔を形成する筋骨格系が関与する行為である。

発語のメカニズムは左脳、言語中枢で思考し決定された言葉を、神経系を通じて発声・構音する筋骨格系に刺激が伝達され言葉・文章として発語される。発声には呼気が必要で呼吸運動が関係し、構音には顔面筋など頭頸部の筋骨格の運動機能が関係する。

発声は原音を出すことである。原音は肺から流出する空気の流れ(呼気)と勢いにより振動する声帯

で作られ、楽器を例に挙げるとリードが振動して音を出すハモニカ、クラリネット等をイメージしてほしい。息を吹きこむことでリードを振動させ音(原音)を作り出し、リードの大きさや吹き込む息の強弱で音階を作り出す。同様に、発声は滑らかに振動する声帯と呼気で原音を作り出す。呼気を得るには、横隔膜など胸郭運動に関係する呼吸筋や腹筋といった筋力が必要になる。さらに、呼気が強いと声は大きく、呼気が弱いと声は小さくなる。つまり、発声には呼吸機能が影響する。喉頭がんなどで声帯を切除した場合は原音そのものを作り出すことはできないため無声となる。施設入所の要介護高齢者が肺炎に罹患し体調を崩したとき、とたんに今までと違って声が小さく、ささやき声になり、会話が難しくなったと感じることがあった。加齢による身体機能の生理的变化として引用されるショック(Shock)のモデル<sup>13)</sup>では、20歳あるいは30歳を100とした場合、基礎代謝率や神経伝導速度に比べ肺活量の残存機能が低いとされている。また肺機能は70歳を過ぎると肺活量は60、最大呼吸容量は40となる。つまり、高齢になるほど肺活量は減少する。肺活量の減少は発声に必要な声帯を振動させる空気の量と勢いを低下させる。その結果、高齢者にとって声が出しにくい、聞き手にとって声が小さい、低いささやき声、聞き取りにくくなる。声を出すには筋力や体力が必要であり、身体の虚弱化が特徴にある高齢者にとって発声は体力を消耗する行為と考える。特に肺炎や在宅酸素療法中の高齢者では、無理な会話は避け、必要時クローズドクエスチョンを使うなどの配慮・姿勢が必要である。近年、呼吸器の加齢変化(老化)を実年齢に比べた肺年齢として算出する方法が提示され<sup>14)</sup>、COPDや肺炎など加齢による呼吸器の疾患の予防に役立てられている。高齢者の会話機能を維持するためにも呼吸器の健康は重要である。

発声された原音から「ア」「イ」「ウ」「エ」「オ」などの音を作り出し、言葉にするのは構音機能の役割である。例えば「愛(アイ)」という言葉は「ア」の音と「イ」の音を作り出され、2音を続けて「愛(アイ)」という言葉が作りだされる。この時、頭頸部の顔面筋(咀嚼筋)や舌筋などの筋肉や顎骨など

の運動から口腔が「ア」の音を発する空洞を作り「ア」が構音される。続けて顔面筋等を動かし「イ」の音を作り出す空洞を作り出し「イ」が構音され「アイ」と発語される。このとき、口蓋、歯、舌、頬など空洞を構成する組織の欠損や筋力低下があると音を正しく構音できない。脳梗塞による顔面麻痺、舌癌や顔面・口腔内腫瘍の治療により舌や口腔内の組織の切除、放射線治療などで筋肉の運動が制限された場合、正常な構音とならず明瞭な「アイウエオ」の言葉を発語する空洞を作れない。「呂律が回らない」という状況はまさに口腔内が目的とする音を構音する空洞を作り出せないから起こる現象である。そのことで、聞き手には不明瞭な話し言葉として聞き取られ会話を難しくする。また、筋肉の加齢変化では近年高齢者のサルコペニア（筋肉量減少症）が運動機能の低下を引き起こし、自立を阻害する要因として注目されている<sup>15) 16)</sup>。構音に必要な舌筋や顔面筋もサルコペニアの影響は受けると考えると、高齢者の筋肉量の減少は生活の自立だけでなく発語の構音機能にも影響するといえる。サルコペニアは前述の呼吸筋にも当てはまり、肺炎予防の呼吸リハビリ、誤嚥予防の顔面筋リハビリなどはスムーズな話しハビリティとしても意義があると考えられる。

### Ⅲ. まとめ—身体機能の加齢変化から考える尊厳を守る会話のスキル—

「話し言葉によるコミュニケーション過程」の「聞く」「理解する・考える・想起する思考」「話す」という3つの行為と身体機能の加齢変化から要介護高齢者の尊厳を守り自尊心を低下させない会話について、その姿勢をスキルとして導き出そうとした。

「聞く」ことでは、高齢者に話しかけるとき“こちらの言葉や話の内容をしっかりと聞きとってもらう”ことを目標に話しかける必要性と、高齢者に話しかけるときは、“口唇や顔つきが見えるように正面から話しかける”、“高い声（高音域）にならないように注意する”、“大きな声で、ゆっくり、はっきり話しかけ”、“相手の理解を確認しながら話を進める”。また、“子音ははっきりと発音し、特にカ行、サ行、タ行の言葉は聞き取れているか確認しながら進める”といった姿勢が必要であるとした。

「理解する・考える・想起する」思考では、必要な記憶の想起が難しくなっていること、情報処理に時間がかかること、時間はかかるが情報処理が行える力があるという「思考」の特徴から、“ゆっくり思考できる時間を持ってもらう”ことを目標に話しかける必要性と、“高齢者と自分とでは取り巻く時間の流れが違うことを受け入れ”、“高齢者の時間に自分を合わせる”、そのために“待つ”という姿勢が必要であるとした。「話す」では、加齢による発声と構音機能の変化から、“ケア提供者が話し言葉を引き出す質問を工夫する”、“言葉や意味の聞き取りに工夫する”などの必要性があるとした。

これらの会話の姿勢は、要介護高齢者の自尊心を傷つけず尊厳を守る会話の姿勢であり、ケア提供者、特に経験の浅いケア提供者の実施する会話のスキルとして実践で活用できると考える。

地域包括ケアにおける要介護高齢者とのコミュニケーションを人間行動科学と看護の立場から述べると、「聞く」「理解する・考える・想起する」「話す」という「話し言葉によるコミュニケーション過程」の3つの行為を加齢による身体機能の変化と伴に検討することは、自尊心の低下を予防し尊厳を守るケアとしての会話の可能性やケア提供者のスキルアップの可能性が期待できる。高齢者との会話を加齢変化から考えることは、高齢者とその家族の自立（自律）と尊厳を守る支援につながると考える。

### 引用文献

- 1) 内閣府 平成28年 高齢者白書（全体版）、高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 (3) [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1\\_2\\_3.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_2_3.html). (平成29年2月23日閲覧)
- 2) 田中公子：高齢者とのコミュニケーション・スキル、ここから始まる看護と介護、87-93、中央法規、東京、2001
- 3) 12) アンンドレア・シュライナー監修：新QOLを高める専門看護・介護を考える、14-15 中央法規、東京、2010
- 4) 公認日本バリエーション協会ホームページ：バリエーションとは？

- <http://www.clc-japan.com/validation/validation.html> (平成 29 年 2 月 18 日閲覧)
- 5) ジネスト・マレスコッティ研究所日本支部ホームページ, ユマニチュードとは?  
<http://igmj.org/> (平成 29 年 2 月 14 日閲覧)
- 6) 7) 植田恵: 高齢者の生活機能を支える看護の展開, コミュニケーション, 系統看護学講座, 専門分野Ⅱ, 老年看護学第 8 版, 217-224, 医学書院, 東京, 2016
- 8) 鈴木健治: 老人との上手なつき合い方 老年期の日常心理, プレーン出版, 109-130, 東京, 1998
- 9) 堀内ふき監修: 目で見える老年看護学 高齢者の生理機能 感覚・運動・神経性, 医学映像教育センター, 東京, 2007
- 10) Roy J. Shephard: Aging, Physical Activity, and Health, Human kinetics Publishers, 1977 (柴田博, 新開省二, 青柳幸利訳: シェパード老年学, 93. 大修館書店, 東京, 2005)
- 11) 北川公子: 老いるということ 老いを生きるということ, 系統看護学講座, 専門分野Ⅱ, 老年看護学第 8 版, 7, 医学書院. 東京, 2016
- 13) 櫻井美代子: 高齢者の理解, ナーシンググラフィカ 高齢者の健康と障害 43, メディカ出版, 東京, 2016
- 14) 肺年齢普及推進事務局公式ホームページ, 肺年齢の見方 使い方 計算の仕方,  
<http://www.hainenrei.net/about/calculating.html> (平成 29 年 2 月 23 日閲覧)
- 15) 湯浅美千代: 高齢者の特性から見た高齢者看護, ナーシンググラフィカ 高齢者の健康と障害 43, 95, メディカ出版, 東京, 2016
- 16) 大池教子: 人生各期における健康生活と栄養 高齢者, ナーシンググラフィカ, 臨床栄養学 122, メディカ出版, 東京, 2014