

重度認知症患者のコミュニケーション能力への対応 ——言語機能の低下と意思疎通の工夫——

吉村 貴子

認知症では進行に伴って、記憶、言語、遂行機能などさまざまな認知機能障害が併せて出現し、重症化する。コミュニケーションは、人と人が情報を共有する過程ととらえることができるが、その過程では言語情報、非言語情報、さらには状況や文脈などを含めて、情報の発信者は意図を表出し、受信者は推測する。複数の情報や状況などを処理し統合するため、コミュニケーションでは言語機能以外にも複数の認知機能が必要となる。このようにコミュニケーションをとらえると、認知症では言語障害が前景にない場合でも、コミュニケーション能力が低下すると解釈できる。重度認知症では認知機能の障害が複合的で重篤となるために、認知機能の特性に基づいてコミュニケーションをとらえることが困難となる。そのため、重度認知症に対するコミュニケーション能力への対応では、言語機能を含めた認知特性に依拠するアプローチが容易ではなくなる。一方で、非言語的コミュニケーションやコミュニケーションへの意欲が保存される点に注目して、コミュニケーションという相互関連性を維持する視点が必要となる。コミュニケーションが困難になると意思決定にも影響を及ぼす。例えば、認知症患者本人とのコミュニケーションが困難となった場合、家族介護者が認知症患者本人の意思を推定しながら意思決定しなければならない状況が多くなり、家族介護者は負担感を募らせることが増える。また、代理での意思決定に重要とされる認知症患者本人の人生観や人生に対する希望などに関する情報を、本人とのコミュニケーションをとおして確認できないという情報不足が障壁となることなどが、問題の背景としても示されている。認知症の言語機能を含めた認知特性とコミュニケーションとの関係性を整理しながら、意思疎通への工夫を病期において拡大・代替コミュニケーションの観点より再考し、重度認知症におけるコミュニケーション能力への対応について考察した。

索引用語

認知症、コミュニケーション、重度認知症、拡大・代替コミュニケーション（AAC）、意思決定

はじめに

コミュニケーションはことばのみでなく、ことば以外の情報を含めて成立する。認知症では進行とともに、言語機

能のみならず複数の認知機能が低下する。はじめに、コミュニケーションの定義やその特性を俯瞰し、認知症の認知特性とコミュニケーション障害の特徴との関係について述べる。

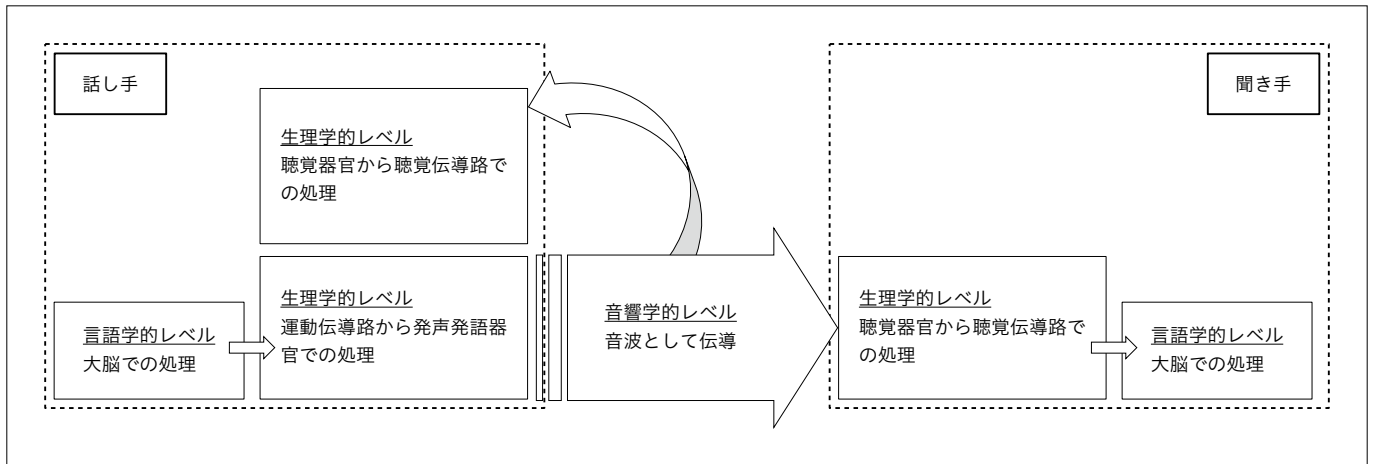


図 Speech chain (ことばの鎖) の模式図

話し手（左側）と聞き手（右側）が音声言語を用いて行うコミュニケーションでのやりとりは、言語学的レベル、生理学的レベル、音響学的レベルという複数の段階によって成立することを解説した図である。（文献 2 より改変して引用）

1. 言語とコミュニケーション

コミュニケーションとは、人と人が情報を共有する過程である。例えば、会話におけるコミュニケーションでは、主に話しことばである音声言語を用い、思想や意思、考え、感情などの情報を話し手と聞き手との間でやりとりする。このようなやりとりを通して、情報を共有する一連の過程がコミュニケーションなのである。

人におけるコミュニケーションは複雑である。ことばを用いて実際にはないことを伝達でき（刺激独立性）、現時点以外、過去や別空間で起こっていることもことばで伝達でき（超越性）、さらには単語を組み合わせることによって、無限に表現して伝達することができる（無限性）³⁾。

このようなコミュニケーションでは、さまざまな情報がやりとりされる。言語情報以外の情報の内容や呼称については研究者の間でも議論があるが、特に音声言語で伝達する情報にはことばの意味、字義どおりの意味、意味を表す音などの言語という記号により表される情報として「言語情報」、声の抑揚や大きさ、間のとり方など、言語情報を補助し修飾する情報として「パラ言語情報」、身振り、うなずきや表情、視線、姿勢などの身体の動きや感情の状態によって表される情報として「非言語情報」があるとされる。

コミュニケーションでやりとりするこれらの情報は、コミュニケーションが行われる状況や文脈とあわせり、話し手は情報の背景にある意図を表現し、聞き手は受信した情報から話し手の意図を推測する。

2. 音声言語のコミュニケーション

言語情報を主としてやりとりを行うコミュニケーションを言語コミュニケーション、非言語情報を主として行うコミュニケーションを非言語コミュニケーションと呼ぶ。言語コミュニケーションは、音声言語や文字言語を用いて行われる。

会話などの音声言語によるコミュニケーション過程を図で表したものが speech chain (ことばの鎖) である²⁾。図のように、音声言語によるコミュニケーションは、言語学的レベル (linguistics level)、生理学的レベル (physiological level)、音響学的レベル (acoustic level) からなる。

言語学的レベルにおける処理には、高次の認知機能である言語機能の処理を司る中枢神経系の働きが重要である。中枢神経系で処理した内容を言語音として表出するためには、運動に関する末梢神経系による適切な処理が必要である。また、言語音として受容するためには、外界から入力される言語音が聴覚に關与する末梢神経系において適切に処理される必要がある。つまり、speech chain で示されたように、音声言語を用いた会話に代表されるコミュニケーションでは、高次の認知機能に加えて、運動や聴覚などの働きが前提として求められる。

さらに、会話などのコミュニケーションでは、現在進行形に生じた多くの要素をとりあえず把持する⁷⁾。つまり、コミュニケーションにおいては、言語情報、非言語情報などの各情報と、状況や文脈など多くの要素をその場で統合して、次のやりとりに向けた段取りをすることが求められる。言語機能のみならず、注意や記憶、遂行機能など複数

の認知機能が同時進行で機能することが必要となる。

そのため、認知症ではごく軽度で言語機能の障害が前景にない初期の時期から、コミュニケーション障害が存在する可能性がある。また、認知症の進行に伴って認知機能障害が複合的になっていくため、脳血管疾患によって生じるコミュニケーション障害とは特性が異なり、認知症の特性を踏まえた介入によらないとその効果は望めないことも多い。

認知症においてコミュニケーションの効果的な工夫を実現するためには、進行性で複合的な認知機能障害を有する認知症の全体像を把握して、コミュニケーションの停滞を回避できる代償手段を選択することが重要となる。つまり、コミュニケーション過程を考慮しながら、認知症によって変化した言語機能を、聴覚や視覚も含めて分析し、言語機能以外の記憶や注意、ワーキングメモリなどの高次脳機能を把握する必要がある。そして、それらがコミュニケーション過程に与える影響を考え、残存機能で補える手段や方法を考慮する。

1. 認知症の認知特性とコミュニケーション

認知症が重度になるとコミュニケーション能力への対応がより困難になる。しかし、残存機能とコミュニケーションの多様性に基づき低下した能力を補うことで、コミュニケーションの工夫につながる場合がある。また、より効果的にコミュニケーションを工夫するため、コミュニケーション障害が明らかになる時期よりも前に、コミュニケーション支援を始めることが重要である。

認知症の原因疾患とコミュニケーション支援との関係や、家族介護者が日常でとらえた認知症の実用的コミュニケーション能力を概観し、重度認知症のコミュニケーション能力への対応として、言語機能の低下を補う意思疎通の工夫について考える。

1. 認知症の原因疾患とコミュニケーション支援

認知症では、記憶、言語、遂行機能など複数の認知機能が後天的に障害され、その状態が慢性的に持続し、社会生活活動のレベルが低下する。

低下し始める認知機能は原因疾患で異なるため、認知特性に応じたコミュニケーション支援を行うことが可能な時期には、コミュニケーション障害に対しても、各認知特性に応じた対応を実施することが重要である^{6,7)}。

しかし、認知症が重度になると多くの認知機能障害が出現して、言語機能を含めた認知特性に基づくコミュニケーションへのアプローチが容易ではなくなることも多い。

2. 家族介護者からみた日常のコミュニケーション能力——病初期から感じる実用的コミュニケーション能力の低下——

前述のとおり、コミュニケーションには、言語機能に加えて、記憶、遂行機能などが必要となるために、言語障害が前景にない場合でも、認知症は何らかのコミュニケーション障害を呈していると考えられる。言語障害が前景にない時期は、表層的にはコミュニケーションに困難がないという印象を与えることが多い。しかし、認知症の家族介護者に対して、コミュニケーションに関する質問紙調査を実施し、認知症の日常におけるコミュニケーション能力を家族がどのように把握しているかを調査したところ¹⁷⁾、言語機能そのものは比較的問題がない病初期の段階でも、家族は日常での認知症患者本人のコミュニケーション能力は低下していると感じているという結果であった。

言語障害が前景にない場合でも、日常生活において家族介護者はコミュニケーションについて困難を感じている点からも、コミュニケーション障害が前景となる前の病初期からコミュニケーションへの介入を行うことは重要と考えられる。早期から認知症のコミュニケーションに介入することで、病初期のコミュニケーションから生じる問題の解決につながり、重度の時期に向けた意思疎通の工夫への指標を早めに得ることもできると考える。

3. 重度認知症の非言語コミュニケーション能力

認知症が重度となる終末期には、言語機能を含め認知機能全般に障害が及ぶことで、言語コミュニケーションによる意思疎通は極めて困難となる。また、多くの認知機能障害が出現して、言語機能を含めた認知特性に基づくアプローチが容易ではなくなることで、より本人の快・不快に依拠した対応が日常のコミュニケーションにおいて重要になってくる。つまり、表情や態度など非言語コミュニケーションをとおして表現される快・不快に関する反応を、周囲が読み取る必要性が高くなる。

しかしながら、軽度の時期に比べると非言語情報による表現はあいまいさが増すことも多い。また、快・不快の反応表出は残存するといわれるが、感情の表現は弱くなる^{13,14)}。重度認知症において、非言語コミュニケーション

表 重度認知症のコミュニケーション能力に対する意思疎通の工夫

方法	具体例
認知症患者本人の尊厳を保った相互関係性を重視した接し方	<ul style="list-style-type: none"> ・アイコンタクトをとる ・丁寧な言葉遣いをする
認知症患者本人が表出した反応の受け止め	<ul style="list-style-type: none"> ・アイコンタクトの有無や、軽い頷きなども丁寧に観察する ・認知症患者本人が表出した意図などを受容し、その受容について認知症患者本人にフィードバックし、コミュニケーションの双方向性を示す ・言語情報のみならず、表情や態度などの非言語情報と組み合わせ、表出された内容を解釈する
話しかけは、単語や句で要点を強調	<ul style="list-style-type: none"> ・要点は、図や絵などを併せて提示する ・音読や復唱など、比較的残存しやすい音韻処理などの言語様式を活用して、表出を実感する ・聴覚、視覚に配慮する（会話レベルの音量を基準に話す。見えやすいように、適度な照明下で話す）

は比較的保存するとされるが、示された表情や態度などの表現が微細になることを念頭に、注意深く観察する。

一方、重度認知症の非言語コミュニケーションにおける非言語情報の理解について、表情認知においては幸福な表情の認識は比較的可能であることが示唆されている^{5,10)}。

4. 重度認知症のコミュニケーション意欲

重度認知症におけるコミュニケーション意欲について、still face パラダイムを用いたコミュニケーションで調査した研究がある⁴⁾。この報告によると、コミュニケーション相手がアイコンタクトをとらず、やりとりにおいて何も反応しないという、相互関連性を示さない状況でのコミュニケーションにおいて、重度の認知症患者本人は、相互関連性を示すコミュニケーション状況に比べて、コミュニケーション相手から視線をそらす頻度が高くなったという⁴⁾。

さらにこのような相互関連性を示さないコミュニケーションでは、重度認知症患者本人はコミュニケーション相手に近づく、あるいは逆に立ち去ろうとするなどの、相互関連性に基づく通常のコミュニケーション状況とは異なった反応を示した結果も報告された⁴⁾。

これらの結果から、認知症が重度になっても、認知症患者本人は他者とのかわりや相互関連性をもたらすコミュニケーションに対して意欲があることが推測できる。

II. 重度認知症のコミュニケーション能力への対応

1. 重度認知症への意思疎通の工夫

以上のようなコミュニケーション特性を踏まえて、重度認知症のコミュニケーション能力への対応策として、意思疎通の工夫を表にまとめた。

基本的なコミュニケーション態度として、認知症患者本人の尊厳を保ち、相互関係性を重視した話しかけをすることが重要である。表情やアイコンタクトを相互に確認できるように正面から向き合える場所に位置する。また、表出されたことばや態度を受け止め、言語情報のみによらず、表情や態度などの非言語情報と組み合わせ、認知症患者本人から表出された意図を解釈するようにする。

さらに、本人への話しかけは、単語や句で要点を強調する。現在進行形のコミュニケーションで一時的に情報を保持できる容量が認知症では減少する¹⁵⁾。話しかけは短く、「これ」「それ」などの指示代名詞の使用は避け、具体的にかつ要点を絞った話しかけなど、認知症患者本人による推測を少なくし、意味理解を促す。消えゆく情報を補うために、図や絵などの視覚材料を併用することも有用である。一方で、比較的重度になっても、音韻の処理が残存する場合は、音読や復唱などを活用して、認知症患者本人が言語情報を表出する機会によって、双方向のやりとりを実感してもらい、コミュニケーション意欲を維持するように心がける。

その他、聴覚、視覚に配慮し、聴こえやすいように、認

知症患者本人の正面に位置する。声の大きさは、大きすぎず、小さすぎずの会話レベルの音量を基準に、口型を提示しながら話す。視覚提示する場合は、本人から見やすいように、視覚材料の提示の位置や適度な照明の確保、明るい窓際などではまぶしすぎないか、などについても確認する。

2. 重度認知症の意思決定支援

認知症が重度になると、言語機能やコミュニケーション能力が不安定となり、意思決定能力も低下する。家族介護者が本人の意思を推定しながら意思決定しなければならない状況が多くなり、家族介護者は負担感を募らせることが増える。代理での意思決定には、本人の人生観や人生に対する希望などの周囲による把握も重要となるが¹²⁾、コミュニケーション能力が低下する重度の時期にこれらの情報を得ることは通常困難である。代理で意思決定することに必要本人の人生観や人生に対する希望などの情報を、本人とのコミュニケーションをとって確認できないという情報不足が障壁となることが、代理の意思決定にまつわる問題の背景として示されている⁹⁾。

このような問題点に対して、病初期から本人の基本的な人生に対する考え方や、「もしものときにどうしてほしいか」のみならず、「本人であったらどう判断すると思うか」¹²⁾という視点を得ることが重要である。さらに、本人の人生の歩み、性格などを文章で残すことが有用であることも示されている¹²⁾。

意思決定が困難になった重度認知症のコミュニケーション能力への対応として、代理の意思決定に向けて文章や記録を残すという点において、拡大・代替コミュニケーション（augmentative and alternative communication：AAC）の1つであるメモリーブックの活用が考えられる¹⁶⁾。

AACはコミュニケーションの躓きを補おうとするもので、音声障害や運動障害性構音障害など、特に音声言語を表現することが困難な事例に適用されることが多い。補う方法として、身振りや表情などで代替する方法や、写真や文字を記したノートやメッセージを録音した機器など道具を用いた方法もある。既述の非言語コミュニケーションもAACの1つと広く解釈することもできる。

メモリーブックは、認知症に用いられる道具を用いたAACの1つである。メモリーブックは、認知症に対するコミュニケーションの代替・代償手段としての有効性が報告されている¹⁾。メモリーブックでは、時系列に沿って各人生

時期を振り返り、写真やそのときの説明文とともに冊子に記録するため、記憶障害を補いながらコミュニケーションを拡げる方法として有効とされる。

病初期からメモリーブックを介してコミュニケーションを図ることで、本人の人生に対する考え方を再認識するツールとして用いられれば、コミュニケーションそのものの工夫のみならず、コミュニケーション障害が重度となった時期において、家族や周囲の人々が本人に代わって意思決定する際の、「本人であったらどうするか」という判断材料の1つになる要素を有していると推察する。

代理の意思決定には、本人の状態や倫理的な問題などの複雑な要素が絡み、一様にはいかない側面も多い¹¹⁾。しかし、コミュニケーションの比較的可能なより早い時期から、本人の生活や人生に対する考え方について記録した内容に基づきコミュニケーションを継続することは、本人の希望や思いの一端を、今後語り継ぐものとなる。そして、本人-家族-医療関係者をつなぎ、本人に代わって行う意思決定を良好なものにできる⁸⁾可能性がある。

代理の意思決定に向けたメモリーブックの有用性については、さまざまな場面で認知症患者本人において多面的に検証する必要がある。本人の生活や人生に関する記録が本人あるいは家族介護者いずれかで一方的に示されたものではなく、記録を通した双方向性のコミュニケーションを経たものとなれば、終末期における重度認知症の意思決定の補助手段として有用性が高いと考える。

おわりに

言語機能やコミュニケーションには複数の側面があることを前提に、認知症の認知特性とコミュニケーション特性について概観しながら、重度認知症のコミュニケーションにおける意思疎通の工夫や対応について述べた。

認知症が重度になると、認知機能障害が全般に及び、言語コミュニケーションによる意思疎通は極めて困難となる。一方で、非言語コミュニケーションは比較的保存され、重度認知症におけるコミュニケーション能力の工夫として有用である。しかし、重症度が増すと、それより以前に比べると非言語コミュニケーションによる表現や反応は曖昧で微細なものとなる場合もあり、非言語コミュニケーションを活用する場合には、丁寧な洞察が求められる。

代理の意思決定に向けては、本人の生活や人生に関する思いを記録として積み重ね、本人-家族-医療関係者を結び

つけるためにも、病初期から認知症のコミュニケーションを補う AAC を導入していく有用性について考えた。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 発表にあたり貴重な意見をいただきました国立長寿医療研究センターの大沢愛子先生に深謝いたします。

文献

- 1) Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L., et al. : Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia. *Augmentative and Alternative Communication*, 17 (3); 196-210, 2001
- 2) Denes, P. B., Pinson, E. : *The Speech Chain : The Physics and Biology of Spoken Language* Second edition, Worth Publishers, New York, p.5, 1993
- 3) ウィルソン, D., ウォートン, T. (井門 亮, 岡田聡宏, 松崎由貴ほか訳) : 動物のコミュニケーションと人間のコミュニケーション. 最新語用論入門 12 章 (今井邦彦編). 大修館書店, 東京, p.7-21, 2009
- 4) Ellis, M. P., Astell, A. J. : The urge to communicate in severe dementia. *Brain Lang*, 91 (1); 51-52, 2004
- 5) Guaita, A., Malnati, M., Vaccaro, R., et al. : Impaired facial emotion recognition and preserved reactivity to facial expressions in people with severe dementia. *Arch Gerontol Geriatr*, 49 (Suppl 1); 135-146, 2009
- 6) 飯干紀代子 : 今日から実践認知症の人とのコミュニケーション—感情と行動を理解するためのアプローチ—. 中央法規出版, 東京, p.64-71, 2011
- 7) 池田 学 : 認知症者のコミュニケーション. *高次脳機能研究*, 35 (3); 292-296, 2015
- 8) Lamahewa, K., Mathew, R., Iliffe, S., et al. : A qualitative study exploring the difficulties influencing decision making at the end life for people with dementia. *Health Expect*, 21 (1); 118-127, 2018
- 9) Livingston, G., Leavey, G., Manela, M., et al. : Making decisions for people with dementia who lack capacity : qualitative study of family carers in UK. *BMJ*, 341; c4184, 2010
- 10) 牧 陽子 : 社会生活障害としての認知症—アルツハイマー型認知症を中心に—. *認知神経科学*, 18 (3, 4); 146-153, 2016
- 11) 箕岡真子 : 認知症の終末期ケアにおける倫理的視点. *日本認知症ケア学会誌*, 11 (2); 448-454, 2012
- 12) 荻野美恵子 : 終末期における対応とは具体的にはどういったことなのか? *神経内科 Clinical Questions & Pearls 認知症* (高尾昌樹編). 中外医学社, 東京, p.316-324, 2016
- 13) 植田 恵 : 認知症の評価とリハビリテーション. *高次脳機能障害学* 第 3 版 (阿部晶子, 吉村貴子編, 標準言語聴覚障害学). 医学書院, 東京, p.228-251, 2021
- 14) 和田奈美子 : 重度の人とのコミュニケーション法. *認知症の緩和ケア* (平原佐斗司, 桑田美代子編). 南山堂, 東京, p.121-130, 2019
- 15) 吉村貴子, 前島伸一郎, 大沢愛子ほか : 言語流暢性課題に現れた認知症のワーキングメモリの特徴—言語流暢性課題にはワーキングメモリの中央実行系が関連する可能性がある—. *高次脳機能研究*, 36 (4); 484-491, 2016
- 16) 吉村貴子, 岩田まな, 斉藤章江ほか : 認知症高齢者に対する有効なコミュニケーション方法とその介入について—言語障害学の観点からのアプローチ—. *京都学園大学健康医療学部紀要*, 2; 1-11, 2017
- 17) Yoshimura, T., Osawa, A. : The relationship between dementia severity and communicative ability from a family caregiver's perspective. *Pacific Rim International Conference on Disability and Diversity Conference Proceedings*. Center on Disability Studies, University of Hawaii at Mānoa, Honolulu, p.1-7, 2020

Intervention for Improving Communicative Abilities in Patients with Dementia :

Language Dysfunctions and Better Communication

Takako YOSHIMURA

Department of Speech and Hearing Sciences and Disorders, Faculty of Health and Medical Sciences,
Kyoto University of Advanced Science

Various cognitive functions, such as memory, language, and executive functions, gradually deteriorate over time in patients with dementia (PWD). Communication is regarded as the process by which information is shared between persons. The information sender conveys his or her intentions while the information receiver speculates these intentions by integrating verbal and nonverbal information based on the situation and context. Therefore, besides language, communication requires various cognitive functions. During the early stages of the disease, PWD do not experience severe language dysfunctions, but their communicative abilities begin to decline during this stage due to other cognitive dysfunctions.

This article aimed to review approaches for supporting augmentative and alternative communication (AAC) in PWD, depending on the severity of the disease. Also, it was reviewed on the characteristics of language and cognitive functions in dementia as well as relationships between language and cognitive functions during communication, in terms of implications for interventions aiming to improve communication in severe PWD.

In the late stages of dementia, as cognitive dysfunction worsens, assessing the effect of each cognitive function (including language) on communicative abilities becomes more difficult. Interventions based on these cognitive assessments are also challenging. In contrast, non-verbal communication or the desire for mutual communication is reported to be relatively preserved in patients with severe dementia. This is important for establishing an effective intervention that would allow for interpersonal interactions.

Deterioration of communicative abilities in severe PWD also affects decision making. In such cases, family caregivers undertake proxy decision-making by speculating the PWDs' desire. However, this may burden the family. These problems occur due to the lack of information. PWDs in the late phase of the disease may find it difficult to communicate their feelings ; thus, there is a lack of information for proxy decision-making.

AAC is basically the way to augment verbal language. There are a few reports on AAC for PWD in which a memory book, which records past experiences with pictures and explanatory sentences, served as an effective tool for communication, as it compensated for PWDs' memory decline. In this article, this form of AAC for PWD prove to be an effective tool for both communicating and obtaining basic information for proxy decision-making, as it helped family

caregivers understand PWDs' view of life with the aid of a memory book, though further study is necessary to adapt in clinical settings. In the last stage of dementia when most PWD are unable to convey their wishes verbally, owing to which they cannot make decisions, it is speculated that AAC in the form of a memory book could help track events in PWDs' lives, which in turn would serve as basic information for proxy decision-making.

Author's abstract

Keywords dementia, communication, severe dementia, augmentative and alternative communication (AAC), decision-making