

厚生省厚生科学研究費補助金

長寿科学総合研究

# 老人痴呆患者の問題行動への対処法

平成10年度研究報告

平成8年度－10年度総合研究報告

千葉大学看護学部

齋藤 和子

平成11年4月

## 目 次

I. 平成8年度－10年度総合研究報告	齋藤 和子	1
II. 平成10年度研究報告	齋藤 和子	4
1. 平成10年度総括報告書概要版	齋藤 和子	5
2. 平成10年度総括研究報告書	齋藤 和子	7
3. 平成10年度分担研究報告書		
(1) 千葉県内老人福祉センターにおける 痴呆を疑われる利用者に関する研究	齋藤 和子	9
(2) 老人性痴呆患者の問題行動重症者群と 軽傷者群の背景と対策	小穴 康功	12
(3) 老人保健施設デイケア通所中の 痴呆性老人の問題行動への対処法	廣野 恵子	17
(4) 軽傷痴呆患者の問題行動出現回避の モデルグループワーク	田中 久江	21
(5) 冬季降雪地帯における痴呆予防教室の具体的 プログラムの開発とその普及について	佐藤美智子	30
(6) 沖縄県における老人痴呆患者の問題行動と対処法 －沖縄の社会文化的環境と精神衛生の視点から－	石津 宏	35
(7) 老人痴呆患者の問題行動への対処法－老人病院における 痴呆患者の問題行動とその対処法について	野口美和子	47

# 老人痴呆患者の問題行動への対処法

齋藤和子（千葉大学看護学部 成人老人看護学講座  
精神看護学教育研究分野教授）

1. 痴呆の初期において問題行動の出現を回避し、あるいは緩和、改善に導く看護技術の開発を目的とした。
2. 老人福祉センターにおける利用者の痴呆を疑われる老人の利用状況及びセンターの対応状況調査等を行った。
3. 痴呆の進行阻止を目的に「精神機能回復訓練」、「脳活性化訓練教室」及び痴呆予防を目的とした一般老人対象の「健康教室」等を実施した。

## 〔研究組織〕

齋藤 和子（千葉大学看護学部 教授）  
小穴 康功（東京医科大学霞ヶ浦病院精神  
神経科 助教授）  
廣野 恵子（米山爽風苑婦長）  
田中 久江（広島国際大学保健医療学部看  
護学科助教授）  
佐藤美智子（秋田桂城短期大学看護学科  
教授）  
石津 宏（琉球大学医学部 教授）  
野口美和子（千葉大学看護学部 教授）

## A. 研究目的

この研究の目的は1. 問題行動出現のメカニズムを明らかにし、2. 初期、軽症段階における問題行動の出現回避、緩和あるいは改善に導く看護・介護の具体的方法・技術等対処法を確立することである。

## B. 研究方法及び結果

1. 千葉県内老人福祉センターにおける痴呆を疑われる利用者に関する調査（分担齋藤）：老人福祉センターは地域の一般老人が自主的に通所し、文化・教養活動等に参加する利用施設であるが、時間の経過とともに利用者の

状況には施設間で差異が生じているし同一施設でも変化してきている。特に介護保険の実施により今後軽度痴呆性老人の利用は増加するものと予測される。そこで本研究では痴呆を疑われる老人の利用状況及びセンターとしての対応状況について調査した。その結果（1）痴呆を疑われる利用者の頻度は平均2%であり大部分は軽症者であった。（2）これらの75%は特に問題なく、友人や仲間と過ごしている。（3）全施設の75%、事例経験を持つ施設では78%が痴呆性老人の利用に肯定的であった。以上の結果を踏まえて、今後は痴呆に関する知識を持つ介護専門員の配置が必要であると結論した。

2. 老人性痴呆疾患の問題行動重症者群と軽傷者群の背景と対策—多軸的背景スケールを中心に—（分担小穴）：痴呆性疾患患者の問題行動の背景と対策について、痴呆スケール、神経学的症状、情動障害、意識障害、問題行動の内容、脳の萎縮程度、薬物療法の効果等を簡易スケール化して検討した。対象者は、老人性痴呆疾患センターを平成3年から10年までの7年間に受診した520名中研究者

が経過を観察しえたもので、問題行動あり37例、対象群として問題行動なし13例の計50例である。問題行動あり群はさらに重症群20例と軽症群17例に分類し、これら3群について結果を比較検討した。その結果

(1) 重症群には前景に出る症状により幻覚妄想を主とした群、情動障害を主とした群および行動障害を主とした群に分かれた。(2) 軽症群では情動障害が少なく、精神症状は薬物療法で改善されやすい。(3) 薬物療法で重要なことはどの症状を目標に治療するのかということである。

3. 老人保健施設デイケア通所中の痴呆性老人の問題行動への対処法(分担廣野): 研究の目的は「リアリティ・オリエンテーション」(以下RO) 指導が痴呆性老人の問題行動に及ぼす変化について考察することである。対象者は老人保健施設デイケアに通所の痴呆性老人で78歳-91歳までの19名である。集団で、1日1回、20分間、2か月にわたりROを実施した。その結果痴呆の中核症状への有効性は不明であったが、周辺症状である問題行動の改善では有効であった。

4. 軽症痴呆患者の問題行動出現回避のモデルグループワーク(分担田中): 痴呆の進行を防止させるための予防的ケアの方法を確立することを目的として「精勤機能回復訓練」及び「在宅の日常生活時間の構造化」への援助を実施した。対象者は平均年齢83.7歳の後期高齢者10名で、月2回のグループワークを26か月(延べ52回)実施し、その開始時と終了時で精神機能、感情表出、生活行動及びQOLを評価した。いずれの評価も開始時の能力が維持もしくは改善された。

5. 冬季降雪地帯における痴呆予防教室の具体的プログラム開発とその普及について(分

担佐藤): 平成8、9年度は痴呆予防のための遊具やゲームを開発したが、本年度は在宅の痴呆性老人をモデルに冬季4か月脳活性化訓練教室「お達者交流会」を実施した。他に地域の一般老人を対象に「若返り健康教室」を実施した。また介護職員、訪問看護婦・士等を対象に研修交流会を開催した。

6. 沖縄県における老人痴呆患者の問題行動と対処法-沖縄の社会文化的環境と精神衛生の視点から-(第3報)(分担石津): 沖縄における痴呆老人患者の臨床症状、とりわけ問題行動について、沖縄の人々の精神構造の基層における社会文化的要因の及ぼす影響を探り、地域特性を踏まえた対処方略を工夫してメンタル・ケアを行った群と、これらの工夫を取り入れず通常の療養ケアを行った群(いずれも18名)とで、臨床的な問題行動の評価尺度を用いて評価し、その消長を12か月追跡した。その結果、ADL、NMスケール、島袋式並びに下地式場面行動評定票において前者は後者を上まわり、問題行動やより改善された。

7. 老人痴呆患者の問題行動への対処法-老人病院における痴呆患者の問題行動とその対処法について-(分担野口): 看護婦4人の援助事例に基づいた報告を対象とし、老人痴呆患者の問題行動への対処方法をいかにして見出しているか分析した。その結果、ケアの前提として、「痴呆患者の自尊心を守ること」「その人のニーズを探ること」「痴呆患者の人としての本質を信じ、見出すこと」があげられた。

C. 結論: 各分担者は各々研究対象の拡大、内容の充実、あるいは応用実践を行った。得られた結果はそれぞれ痴呆性老人の問題行動への対処に示唆を与えるものであった。

以上

## 千葉県内老人福祉センターにおける痴呆を疑われる利用者に関する研究

分担研究者 齋藤 和子（千葉大学看護学部教授）

研究協力者 吉田圭子（慈恵看護専門学校）

岩崎弥生、石川かおり、宮崎澄子、柴田邦子（千葉大学看護学部）

**研究要旨** 千葉県内老人福祉センター利用者中の痴呆を疑われる老人に関して調査を行った。結果 1. 頻度は平均利用者の 2% であり、大部分は軽症者である。2. 75% は利用に問題はない。25% は邪魔にされたり迷惑行為があったりする。3. 全体の 75%、経験を持つ施設ではその 78% が痴呆性老人の利用に肯定的である。4. 現状から介護専門員の増強が必要である。

**キーワード**：老人福祉センター、痴呆性老人

### A. 研究目的

千葉県内老人福祉センターにおける痴呆を疑われる利用者の利用状況及びセンター職員の対応状況を明らかにすることである。

### B. 研究の必要性

老人福祉センターは昭和 38 年 7 月の老人福祉法によって定められた利用施設である。

すなわち、地域の老人が自主的に通所し、文化・教養活動やレクリエーション、スポーツ等に参加する場所であり、利用する老人はこれが可能な程度に健康であることが求められる。しかしながら、時間の経過とともに利用者の健康状態には施設間で差異が生じ、同一施設においても変化してきている。

筆者は今年開設 25 周年を迎えた浦安市の老人福祉センターで開設当初から健康相談に協力しているが、すでに利用者の中に痴呆症状を呈する人を散見するようになった。

これら老人の処遇についてはいくつか事柄

が考えられる。第一は痴呆も対象とするデイ・サービスの利用に切替えさせるべきというものである。第二は本人は福祉センターの利用を望んでいるということである。第三には時に介助が必要であっても、通所を続けさせたいというのが職員の心境である。しかし次第に介助の頻度は高くなり、問題行動の深刻さも増してきくると、センターの現有スタッフでは対応が困難になるであろう。

利用者中の痴呆性老人に関して老人福祉センターが抱える問題点を明らかにすることは、痴呆性老人の問題行動への対処法の研究と同時に、老人福祉センターの機能に関する検討に必要な資料を提供するものと考えられる。

### C. 研究方法

千葉県では老人福祉センターは昭和 40 年 2 月に 1 か所が開設され、平成 10 年 4 月 1 日現在 66 か所である。本研究では施設長宛調査票を郵送し活動状況を調査した。

## D. 研究結果

66 施設中 47 施設から回答があった。この内集計有効な 41 施設からの回答に集計を行った。施設規模別は A 型 33、B 型 6、特 A 型 2 である。

### 1. 利用者数：

1 日平均の利用者数には 6 人から 626 人と幅が大きい。内訳は 50 人未満 7、50 - 99 人 13、100 - 199 人 13、200 - 299 人 4、300 人以上 4 である。平均は 137 人である。

### 2. 平均年齢：

全施設を通して利用者の最高年齢は男女とも 100 歳であり、最高年齢の平均はこれも男女とも 90 歳である。

### 3. 痴呆症状を示す者の数：

利用者の中で痴呆があると思われる者についてその数と痴呆の程度について、柄沢の臨床判断基準を提示して調査した。痴呆症状を示すものが「いる」と答えた施設は 14、「いない」24、「わからない」3 であった。「わからない」の 1 施設は“現在把握していないがかなりの人数になると考えられる”と答えている。

「いる」と答えた 14 施設における全数は男性 16 人、女性 33 人で合計 49 人で、男性では平均 1 人強、女性では 2 人強の痴呆性老人が利用していることになる。1 施設利用者 137 人に男女合わせて 3 人とすると約 2% の出現率となる。痴呆の程度は男性は全て軽度、女性は軽度 3 1、中度 2 であった。

### 4. センターでの過ごし方：

「他の利用者と同様に過ごす」が 28 人で 58% である。以下「特定の友人あるいは仲間と一緒に過ごす」17%、「他の利用者の迷惑になっている」15%、「他の利用者に邪魔にされている」10% であった。

痴呆の程度が軽度であることもあって、友人と過ごす者を合わせると 75% の人は老人福祉センターで特に問題なく過ごしている。問題となるのは迷惑になったり邪魔にされたりする 25% の人々である。

### 5. センターが対応に困難を感じる事柄：

「痴呆を疑われる人達が利用することで困ることがありますか」という問いに対して、14 施設中 11 が「ある」と答えている。「ない」は 2、回答なし 1 である。

「困ること」の内容は、自分の物と人の物との取り違え（かばん、靴、衣類、傘、弁当等）、盗まれたと騒ぐ（下着、お金）、浴場で排泄する、失禁したまま座布団に座っている、繰り返し聞きにくる、規則やルールが理解できない（健康機器の使用時間や順番等）、徘徊、昔の話を長々とする、全般的な物忘れ（利用証、休館日、何を持って出たかー弁当、菓子、タオル、自転車等一忘れる）、大声でカラオケを歌い続ける等である。外に死にたいと言って垣根を越えて川辺に出ていったと言う 1 例があった。

これらは先の 25% にあたると考えられ、これらへの対処は先ず迷惑行為となった事態そのものに対応し、次に本人に対応し、同時に関係者となる他の利用者にも理解させねばならず、施設職員にとって知識と慎重な配慮を求められる仕事であると言える。

### 6. 痴呆性老人の老人福祉センター利用についての意見：

痴呆を疑われる老人の老人福祉センターの利用について意見を述べてもらった。41 施設中 31 施設から意見が寄せられた。この内、「老人クラブ単位での使用のため」痴呆性老人については不詳 3 を除いて 28 施設について痴呆性老人の利用について肯定的か否定的かをみ

ると表1のようであった。

表1

	肯定的	否定的	計
事例あり	14	4	18
事例なし	7	3	10
計	21	7	28

イ. 肯定的意見：

75%、4施設中3施設が肯定的である。過去も含めて痴呆を疑われる老人の事例経験を持つ施設にして78%が、何らかの条件付きにしても、これら老人の利用を受け入れている。肯定的施設の中には、「痴呆のあるないにかかわらず皆同じと考え、特別に考えない。動きだけは気をつけている」、「入浴設備の利用などによるリラックス効果と不特定多数の人達と過ごすことによる一定の緊張が痴呆の有無にかかわらず利用者に良い効果がある」、「利用していただけることは有り難い。他の利用者に迷惑をかける場合は家族、関係機関と協議している」等積極的な対応を示す施設がある。

条件で多いものは“軽度”であること、他の利用者に迷惑をかけないこと、家族、ヘルパー、ボランティア等介護者が同伴することを希望する等である。また、高齢社会となり後期高齢群が増加し、従って軽度の身体機能障害、軽度の痴呆のある人も受けざるを得ないのが現状というもの、一人暮らしが多いため、痴呆の進行抑制のためあるいは予防のための利用をうけられる等の回答もある。

また、名前も住所も書けず、娘が付き添って入浴に来ていた83歳の女性は、センターで人に接し、娘と折り紙教室に参加したりして次第に精神機能も活発になり、名前も住所も

書けるようになった事例をあげ、センターへの通所や他の利用者が暖かく接したことの効果であると評価する回答もある。

ロ. 否定的意見：

否定的意見は25%であった。具体的には老人福祉センターは健康な老人の利用施設であること、痴呆の人が利用するように配慮されていない、痴呆等の人はデイサービスを利用すべきであること、痴呆の人は他の人に迷惑をかけるから利用は困る、現在の職員数では対応できない、精神発達遅滞の人に利用させて施設をこわされたことがある等である。

#### D. 考察

1. 痴呆を疑われる利用者数であるが、約2%であった。これは今後増加することが予測される。理由はイ. 一層の高齢化より痴呆性老人も増加すること、ロ. 介護保険の実施により、軽症者のデイサービス利用は余談を許さないであろう。自己負担が課せられる者も出てくるであろう。これも老人福祉センターへのニーズが高くなる根拠の1つと言える。

2. 老人福祉センター側では平均75%、事例経験を持つセンターでは78%が痴呆を疑われる老人の利用を肯定的に受け入れる姿勢であることは高く評価される。殊に痴呆症状の進行防止には、その極めて初期あるいは軽症段階での人間関係、社会性、活動性の維持が重要であるという立場から評価される。

3. しかし現在の設備および人員配置では過剰負担であることは明らかで、先ず介護専門員の配置が必要であろう。ついで積極的に痴呆予防を目的とした活動の開始が望まれる。

4. かくして安心して「自分の街で老いて暮らし、天寿を全うする」ことが可能となる。

以上

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

老人性痴呆疾患の問題行動重症者群と軽症者群の背景と対策

— 多軸的背景スケールを中心に —

分担研究者 小穴 康功（助教授），近藤 雅則，綿引 秀夫，堀越 美重，  
結城 麻菜，山手 威人，柁屋 二郎  
東京医科大学霞ヶ浦病院精神神経科，老人性痴呆疾患センター

痴呆性疾患患者の問題行動の背景と対策について，痴呆スケール，神経学的症状，意識障害，問題行動の内容，脳の萎縮程度，薬物療法の効果を簡易スケール化して検討した。50症例を問題行動重症者20例，軽症者17名，問題行動のない患者13例に3分し，この多軸的簡易スケールを用いて比較検討した。その結果，問題行動重症者群の平均1点台は8/20，問題行動非出現群では1/13，軽症者群では3/17というデータを示し，重症者例の低数値，問題行動なし群の高数値が目立ち，軽症群はその中間値を示した。

A. 研究目的

問題行動を示した痴呆性疾患患者の縦断的経過の検討と対策は重要であるが，臨床症状やその特徴は，痴呆スケール，神経学的症状，意識障害，精神症状，情動障害，問題行動の内容，脳の萎縮の程度，薬物療法の効果等，多彩且つ多面的であり，単一の視点から発症のメカニズムや背景を把握することは困難である。そこで，筆者らが縦断的に経過を観察しえた症例群を，問題行動重症者群，軽症者群，問題行動なしの症例群（非出現群）に3分して問題行動の各症状や背景について，重症，中等，軽症と簡易スケール化して対策を検討することを研究目的とした。

B. 研究方式

東京医科大学霞ヶ浦病院精神神経科，老人

性痴呆疾患センターを平成3年から平成10年までの7年間に受診した約520名の痴呆性疾患の中から，問題行動があり，筆者らが経過を観察しえた37症例を選択した。37例を薬物療法の効果がみられず問題行動が長期間継続した重症者群20例（男性9，女性11），薬物療法が奏効した軽症者群17例（男性4，女性13）に分類し，さらに問題行動のみられない患者群（非出現群）13例（男性5，女性8）を対照群として50症例の性衝動，易怒，攻撃性，興奮等の情動障害，せん妄等の意識障害，精神症状，脳の萎縮の程度，薬物療法の効果について，重症度1点，中等度2点，軽症3点とスケール化して（表1），3群について比較検討した。次に代表例を提示する。

症例1（重症群の1症例）：85歳女性，長男



表 1. 問題行動の多軸的背景スケール

重症度	重症 (1点)	中等度 (2点)	軽症 (3点)
脳の形態	萎縮強い	萎縮中等度	軽度萎縮
痴呆スケール	7点以下	8～15点	16点以上
神経学的所見	失行・失認強い	失行・失認中等度	失行・失認軽度
意識障害	せん妄出現	軽いせん妄	せん妄無し
精神症状	妄想++	妄想+	妄想無し
問題行動	激しい暴力、性行動	徘徊等	(-)
家族関係	入所、一人暮らし	2人暮らし	同居
薬の効果	無し	やや効果	効果
情動の障害	強い怒り、興奮	中等度	(-)

夫婦と3人暮らしである。長谷川式簡易痴呆スケール6点で、MMSE 11点と中等度の痴呆であり、CT所見も全体的萎縮が中等度である。平成10年春頃から、もの忘れが目立ち、相手が参ってしまうまで責めるようになった。10円玉、50円玉を飲み込んでしまうので、下水のマンホールのフタを開くと硬貨が沢山積もっていたとのことである。ローソクを口に入れ食べたり、野菜を畑からとって生のまま食べる異食もみられ、徘徊も頻回のため当科を受診した。ハロペリドールシロップを1ml(2mg)、プロチゾラム0.25mg投与したが、症状は数ヶ月間続いた。異食等の問題行動はその後徐々に改善された。

症例2(軽症群の1例):68歳男性、長男夫婦と3人暮らしである。長谷川式簡易痴呆スケール6点、MMSE式12点で、CT所見は軽度萎縮である。数年前よりもの忘れが目立ち、平成9年より徘徊が一過性に出現し、平成10年には“近所の人々が攻めてくる”、“電気の笠から情報が漏れている”との幻覚・妄想がみられ、当科を受診した。ハロペリドール

0.5ml(1mg)眼前投与で内服開始し、幻覚・妄想は軽減し、現在は消失している。現在も内服治療中であり日常生活にはとくに問題はないと家族はのべている。

症例3(問題行動非出現群の1例):84歳男性、妻は死亡し、長男夫婦子供と8人家族である。長谷川式簡易痴呆スケール11点、MMSE式14.5点、CT所見は中等度萎縮である。問題行動はとくにみられず、平成8年頃よりもの忘れが目立ち、時間、場所等の失見当識や不眠、失禁が一過性に出現した。プロメタジン25mg、プロチゾラム0.25mgで症状は改善されている。

### C. 研究結果

問題行動重症者20症例のうち、情動の障害を示した症例数は性障害2、易怒6、攻撃4、興奮6、不穏5、多弁2、暴言暴力5(重複例を含む)であった。神経学的症状の主なものは健忘20、失見当識の障害11、失行7、失認6であった。主な精神症状としては嫉妬妄想2、幻覚妄想8、希死念慮2、錯覚3、不眠7という結果を示した。家族関係で

は同居18, ケアセンター1, 1人暮らし1, 問題行動としては転倒1, 転落1, 車の運転妨害1, まとわりつく1, 出火1, 徘徊9, 無断外出1, いたずら1, 異食2, 弄便1, 2階より飛び降りる1, 暴力5, 奇声1, 放歌1であった。また, せん妄状態等の意識障害は6名に認められた。

上記症状に脳の形態の重症度, 簡易痴呆スケールの点数, 薬物療法の効果の程度も加えた多軸的背景スケールの点数配分を表2に示した。したがって, 問題行動重症者群では幻覚妄想を主としたもの, 易怒, 興奮, 攻撃等の情動の障害を主とした一群, 徘徊, 異食, 暴力等の行動の障害が前景に出た一群があり, 幻覚妄想, 情動障害, 行動障害が複雑にからみあっていた。また, 家族関係では同居18名, 独居1名, ケアセンター1名と同居例が大多数であった。さらに, 重症者群では平均点数が1点台の症例が20名中8名に存在した。

軽症例群17のうち情動障害を分類すると興奮3, 暴言1, 不穏1と比較的少ない。神経学的症状は健忘13, 失見当識4, 失行2, 失認2, 精神症状は幻覚妄想14, 希死念慮3, 不眠3, 錯覚1, 抑うつ気分1, 問題行動では徘徊5, 暴言1, 奇声1, 頻回の電話1, いたずら1, 大声2, 意識障害ではせん妄2であった。したがって, 軽症者群では情動障害が少なく, 精神症状は薬物療法で改善され易い。同居者は12名で, 他はケアセンター2, 老人ホーム1, 独居2であった。軽症者群の多軸的背景スケールを表3にまとめたが平均点1点台は3/17であった。

問題行動のない痴呆患者群13例の多軸的背景スケールを表4にまとめた。情動障害では不穏1, 不安1と少ない。神経症状は健忘

12, 失見当識3, 失行2, 精神症状はもの盗られ妄想5, 意欲の低下2, 不眠4, 希死念慮2, せん妄1であった。家族との同居者9, 独居3, ケアセンター1であった。また, 問題行動(3)の( )つきは過去に一過性のものはみられたが, 現在は消失しているものをしめしている。さらに, 問題行動のない痴呆患者群では平均点1点台は1/13であり, 全体的に平均値の高いものが多かった。

#### D. 考察

今回, 老人性痴呆患者の問題行動を重症者群, 軽症者群, 非出現群に3分して背景を検討した。

重症者群では易怒, 性的問題, 興奮, 不穏, 暴言暴力等の情動の障害が強く, また, 問題行動も徘徊, 暴力等多岐に渡っており, 精神症状も嫉妬妄想, 幻覚妄想等が強く前景に出現し, 情動, 精神症状, 問題行動がいずれか1つ症状を前景としながら相互に関連しあっていた。神経学的症状や家族構成は3群とも明らかな相異はなかった。

木戸(1991)は問題行動の原因について, 脳損傷自体, 病前性格, 情動, 過剰障害(せん妄, 幻覚妄想), 環境要因等を挙げている。また, 問題行動の症例として不穏, 性的問題行動, 攻撃性等の情動障害を重要視している点, 自験成績と異なるものではなかった。

室伏ら(1991)は施設における異常行動の原因を脳因性, 心因性, 環境因性に分類して, 地域のケアシステムの利用の必要性を述べているが, 同様の問題行動の重症例であっても十分在宅ケアで対応している症例も自験例では多数認められた。

高橋ら(1995)は問題行動と薬物療法について検討しているが, 山田ら(1991)は幻覚妄想

表2. 問題行動重症者の多軸的背景スケール

症例番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
脳の形態	2	2.5	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	3	3	1	2	1	
痴呆スケール	1	2	3	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	3	3	1	1	1	
神経学的症状	1	2	2	2	3	2	2	2	1	1	3	3	1	3	2	3	2	1	3	2	
意識障害	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	
精神症状	1	3	3	2	1	2	3	3	2	1	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	
問題行動	1	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
薬の効果	1	1	1	1	2	2	/	2	/	2	/	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1
情動障害	1	3	1	1	2	2	3	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	3	1	1	
計	10	19	16	13	19	16	17	17	9	11	16	17	12	16	14	21	15	16	16	9	
平均	1.3	2.3	2.0	1.6	2.4	2.0	2.4	2.1	1.3	1.4	2.3	2.1	1.5	2.0	1.8	2.6	1.9	2.0	2.0	1.1	

表3. 問題行動軽症者の多軸的背景スケール

症例番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
脳の形態	1	2	2	2	1	3	3	1	2	2	3	3	2	3	3	3	2
痴呆スケール	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	3
神経学的症状	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2
意識障害	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	2	1	3	3
精神症状	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2
問題行動	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1
薬の効果	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	/	2	3
情動障害	3	3	3	2	3	2	1	1	3	1	3	3	3	1	3	2	2
計	16	18	18	17	16	20	15	16	17	13	16	20	18	15	15	17	18
平均	2.0	2.3	2.3	2.1	2.0	2.5	1.9	2.0	2.1	1.6	2.0	2.5	2.3	1.9	2.1	2.1	2.3

表4. 問題行動のない痴呆患者の多軸的背景スケール

症例番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
脳の形態	3	2	3	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2
痴呆スケール	1	1	2	3	1	1	2	3	2	2	3	2	2
神経学的症状	1	2	2	3	2	2	1	3	2	3	2	3	2
意識障害	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3
精神症状	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
問題行動	/	/	/	(3)	/	(3)	/	/	/	(3)	(3)	/	(3)
薬の効果	/	/	/	3	/	/	/	/	/	3	/	/	3
情動障害	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
計	14	14	16	19	13	12	14	17	15	16	17	16	18
平均	2.3	2.3	2.7	2.4	2.2	1.7	2.3	2.8	2.1	2.0	2.8	2.3	2.6

(3)は過去に一過性に出現し、受診時に問題行動のみられなかった症例を示している。

状態を示した症例の精神薬物療法の必要性を強調している。筆者らも幻覚・妄想や情動障害に与える薬物療法の効果を認めている。また、薬物療法の際には幻覚妄想、情動の障害、行動の障害のどの症状に的を絞って治療するかが重要と思われる。

また、本間ら(1994)は痴呆の重症度と症状の強度との関係について言及しているが、自験例のように、脳の萎縮が重度に萎縮していない症例でも問題行動が出現する場合もある。

守田ら(1991)は痴呆の原因として変性疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷、代謝疾患、炎症、低酸素症、ビタミン欠乏により、脳の広範な領域の障害があり、問題行動を初期の痴呆と問題行動、中期のもの、末期のものとして3群に分類し、末期になると問題行動は減少すると報告している。

ところで、問題行動軽症者群は情動障害の出現頻度が少なく、幻覚妄想等の精神症状も薬物療法で早期に消失しやすい。さらに、問題行動のない痴呆患者群では情動の障害は非常に少なかったが、精神的症状の出現も多くはなかった。また、問題行動も過去に一過性に出現したものであり、表4の平均点は低値のものが少ない。3群の同居率、神経症状、せん妄等の意識障害の出現率は相異が認められなかった。

橋詰めら(1991)は意識障害、痴呆の有無、精神障害、薬物療法と問題行動との関連性を報告しているが、問題行動の重症例と軽症例を多軸スケールで検討することにより、問題行動の背景と対策が前進するものと思われた。

## E. 結論

老人性痴呆患者の問題行動を重症者群と軽症者群に分類し、問題行動非出現群の対照群と痴呆スケール、神経学的症状、精神症状、意識障害、問題行動への薬物療法の効果等多軸的に簡易スケール化して比較検討した。

その結果、問題行動重症者群の平均1点台は8/20、問題行動非出現群では1/13、軽症者群では3/17という数値を示し、重症例の低数値、問題行動非出現例の高数値が目立つ。軽症者群はその中間値を示した。

また、問題行動重症者群では情動の激しさ、幻覚妄想の精神症状の強さ、問題行動の薬物療法抵抗性を前景とする3つのタイプに亜型分類され、それらが相互に関連しあっていた。せん妄、神経学的症状は3群で明らかな相異を示さなかった。

## F. 研究発表

- 1) 小穴康功, 近藤雅則, 綿引秀夫, 他3名: 老人性疾患患者の問題行動の背景と対策 - 多軸的背景スケールを中心に -, 長寿科学総合研究平成9年度研究報告, Vol.9 リハビリテーション, 看護, 介護; 310-313, 1998.

# 老人保健施設デイケア通所中の 痴呆性老人の問題行動への対処法

研究者 ○廣野 恵子(老人保健施設米山爽風苑婦長), 齊藤 清美①,  
竹田 文子①, 塩浦 益美②, 村沢 和美②, 本間 弥生②,  
竹内 深雪②, 柿村 みさ子②, 松田 ひろし①  
\*①老人保健施設米山爽風苑, ②柏崎厚生病院

## 研究要旨

本研究の目的は、RO (Reality Orientation) を行うことにより痴呆性老人の問題行動がどのような変化をもたらすかについて考察することである。対象者は78才から91才までの痴呆性疾患をもつ老人保健施設デイケア通所者19名であり、集団で毎日1回、約20分間、2ヶ月にわたりROを実施した。その結果、痴呆の中核症状への有効性は不明であったが、周辺症状である問題行動の改善への有効性は示された。

キーワード：痴呆性老人、DC、RO、問題行動

## A. 研究目的

老年期痴呆は認知障害や記憶障害を中核とした脳器質性疾患であり、周辺症状である徘徊や妄想といった様々な問題行動を伴う。そして痴呆性老人の精神機能は、欠落した能力と残存した能力の両者を合わせていることが特徴的である(橋木、下垣、小野寺、1998)。周辺症状は、認知障害や記憶障害といった中核症状を原因として、素質、環境などを引き金にして起こるものであり、それらは一般的に問題行動として捉えられている。

Reality Orientation (以下、ROと略)は、1958年にFolsomに始まり、人、場所、時間などの見当識障害をもつ痴呆性老人への心理・社会的アプローチの1つである。ROでは、生活上の基本的情報を何回も反復して対象者に示すことにより、痴呆性老人の見当識障害の改善を目的としている(野村、1993)。また、それは、周辺症状である問題行動にも影響を及ぼすのではないかと考えられる。よって、本研究では、ROを行うことで老人保健施設のデイケア(以下DCと略)通所中の痴呆性老人の問題行動に、どのような変化が起こりうるのかを検討した。

## B. 研究方式

### 1. 対象者

痴呆疾患をもつ老人保健施設米山爽風苑DC利用者19名(男性8名、女性11名)で、診断は、脳血管性痴呆17名、アルツ

ハイマー型老年痴呆2名であった。年齢平均は83.89才(±3.97)であった。

### 2. 実施者

ROは、米山爽風苑看護婦、介護福祉士、介護員が交替で実施し、毎回2名が従事した。

### 3. 評価尺度

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下、HDS-Rと略)、ホールデンコミュニケーションスケール(以下、HCSと略)(Holden、Woods、1994)、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を用いた

### 4. 評価者

柏崎厚生病院臨床心理士4名が評価尺度を用いて、評価した。

### 5. 方法

DCホールにて、対象者集団にROを毎日1回、約20分間、2ヶ月間実施した。毎回の内容は、実施者が日常生活情報である「場所」「日付」「天気」「昼食の時間」を対象者に質問し、正しい回答が得られればそれを強化し反復学習を行い、誤った回答の際は正しい情報を提供し反復学習を行った。さらに、正しい日常生活情報をホワイトボードに記載し、聴覚刺激のみならず視覚刺激も利用した。ROの実施期間のそれぞれ前後に各評価尺度を用いて、評価者が評価・測定した。その評価・測定結果の統計分析はT test (Microsoft Excelにて検定)を用いた。

### C. 研究結果

ROの効果は、RO実施前と実施後の結果を比較することにより検討を行った。

表1は、RO実施前後のHDS-RとHCSの平均得点と改善値を示した。その結果、HDS-R(満点=30、最低点=0)の平均得点をみると、実施前後で点数が下降し、改善よりもむしろ悪化しているという結果であった。また、HCS(満点=0、最低点=48)の平均得点をみると、実施前後で得点に著明な改善があることが示された。HCSの下位項目(各下位項目の満点=0、各下位項目の最低点=16)である「会話」「認知力と知識」「コミュニケーション」別にみると、「会話」と「コミュニケーション」にて著明な改善があり、「認知力と知識」においても改善があるという結果であった。

次に、男女間でそれらの改善値に差があるか否かの検討を行った。

表2は男性と女性のRO実施前後のHDS-RとHCSの改善値の平均と男女差を示しているが、HDS-Rの改善値をみると、女性の方が点数の下降が少ないが、統計的には有意差は示されなかった。一方、HCSの改善値をみると、女性の方が改善値はやや大きい、統計的には有意差は示されなかった。HCSの下位項目別にみると、「会話」と「コミュニケーション」では統計的な有意差はみられないが、「認知力と知識」においては有意差があり男性よりも女性の方が改善していることが示された。

さらに、RO実施前に施行したHDS-R得点の中央値をとり、対象者を痴呆高度

群と痴呆軽度群に分け、それぞれにおいて改善値に差があるか否かの検討を行った。なお、痴呆高度群はHDS-R10点以下9名(男性4名、女性5名、HDS-R平均得点5.44点±3.71)であり、痴呆軽度群はHDS-R11点以上10名(男性4名、女性6名、HDS-R平均得点14.9点±2.77)である。

表3に痴呆高度群と痴呆軽度群のRO実施前後のHDS-RとHCSの改善値の平均と痴呆の程度別の差を示したが、HDS-Rの改善値をみると、痴呆高度群より痴呆軽度群の方が点数が下降し、悪化していることが示された。一方、HCSの改善値をみると、痴呆高度群の方が改善値はやや大きい、統計的には有意差は示されなかった。HCSの下位項目別にみても、それぞれ若干の差はあるものの統計的な有意差は示されなかった。

また、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準に関しては、RO実施前はランクⅡが1名、ランクⅢが15名、ランクⅣが3名であったが、RO実施後はランクⅡが1名、ランクⅢが13名、ランクⅣが5名であり、殆どの対象者は変化がみられないが、2名の対象者がランクⅢからランクⅣへ低下したという結果であった。

### D. 考察

老人保健施設米山爽風苑DCに通所する痴呆性老人に対してROを行うことにより、どのような変化が現れるのかについて検討してみると以下のものであった。

表1は、ROを実施し、その前後を比べてみるにより、差異の有無について表

表1. RO実施前後のHDS-RとHCSの平均得点と改善値

評価尺度		平均と標準偏差		改善値	P
		実施前	実施後		
HDS-R		10.42(±5.79)	8.00(±5.40)	-2.42	0.044 → <.05
HCS		18.42(±8.62)	13.37(±7.17)	5.05	0.0001 → <.0001
下位項目	会話	6.53(±3.19)	4.26(±2.68)	2.26	0.0003 → <.0005
	認知力と知識	8.42(±3.20)	7.16(±3.11)	1.26	0.002 → <.005
	コミュニケーション	3.47(±3.20)	1.95(±2.22)	1.52	0.007 → <.001

表2. 男性と女性のRO実施前後のHDS-RとHCSの改善値の平均と痴呆の程度別の差

評価尺度		平均と標準偏差		男女差	P
		男性	女性		
HDS-R		-3.13(±5.67)	-2.27(±4.27)	0.86	0.712 → NS
HCS		4.75(±5.09)	5.27(±4.00)	0.52	0.805 → NS
下位項目	会話	2.25(±2.49)	2.27(±2.10)	0.02	0.983 → NS
	認知力と知識	0.38(±0.74)	1.18(±1.72)	0.80	0.026 → <.05
	コミュニケーション	2.13(±2.95)	1.09(±1.45)	1.04	0.383 → NS

表3. 痴呆高度群と痴呆軽度群のRO実施前後のHDS-RとHCSの改善値の平均と痴呆の程度別の差

評価尺度		平均と標準偏差		痴呆の程度別の差	P
		痴呆高度群	痴呆軽度群		
HDS-R		-0.11(±3.95)	-4.90(±4.43)	4.79	0.024 → <.05
HCS		5.22(±3.67)	4.90(±5.11)	0.32	0.878 → NS
下位項目	会話	2.56(±2.24)	2.00(±2.26)	0.56	0.598 → NS
	認知力と知識	0.56(±0.88)	1.80(±1.81)	1.24	0.079 → NS
	コミュニケーション	2.00(±2.18)	1.10(±2.23)	0.90	0.387 → NS

したものである。HDS-RはRO実施後の方が点数は下降し、悪化を示している。また、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の評価からは、ランクⅢからⅣに低下したものが2名みられた。以上の結果から、ROを実施しても、ROの効果よりも痴呆の進行度が上回っており、ROがHDS-Rで把握される痴呆の点数を改善させるものではないということを示していると言える。一方HCSでは、RO実施後に、各項目全てに対して著明な改善がみられた。「会話」の項目からは、RO実施後の方が、過去の出来事に対する関心や会話への意欲が高まり、実際に会話を楽しむ傾向が顕著であるということが見て取れる。「認知力

と知識」の項目からは、RO実施後に、日付・天気などの一般的な見当識の改善があったと言える。「コミュニケーション」の項目からは、RO実施後の方が、他メンバーとの対人交流が促進されるということが言える。以上のことから、ROが痴呆性老人の全般的な対人コミュニケーション能力を促進するものであり、また、一般的な見当識障害の回復に効果的なアプローチであるという、Folsonらの説を支持するものであると言える。

表2は、視点を変え、ROを行うことにより、改善に関して男女の差異があるのか否かについて示したものである。HDS-R、及びHCSからも、顕著な男女差はみ

られなかった。ただし、HCSの「認知力と知識」の項目については、男性よりも女性の方が、ROによって見当識や一般的な知識が、改善しやすい傾向があると推測することができる。

表3は、ROを行うことにより、改善に関して痴呆の程度による差異があるのか否かについて表したものである。HDS-Rからは、重度痴呆性老人は実施後の点数の下降割合が小さく、中等度から軽度痴呆性老人の方が、点数の下降割合が大きかった。これは、重度痴呆性老人のHDS-Rの点数が元々低いため、痴呆の進行による点数の下降が著しい変化として表れにくく、逆に軽度痴呆性老人は、点数の下降幅がより大きく表れるという自明の結果である。HCSについては、特に痴呆の程度による差はみられなかった。このことから、軽度及び重度痴呆性老人ともに、RO実施後にそれぞれの面で改善がみられ、痴呆の程度に関わらず、その効果が期待できるものと言える。

今回、痴呆性老人の問題行動への対処法として、老人保健施設DC利用者についてROを実施したことにより、HCSにおける認知障害の改善がみられ、これをもって見当識の全般的な改善があったとは言えないが、QOLの観点からすると、コミュニケーションが促進されたという点では評価でき、また、周辺症状である問題行動に対する改善の有効性については、十分示すことができたと考える。

## E. 結論

高齢人口の増加に伴い、痴呆性老人に対する処遇や援助の質の向上が、極めて重要かつ急務の課題として求められている昨今、当施設DCでもOT・CPの連携と協力のもと、通所痴呆性老人に対してROを実施してきた。しかし、そのROの有効性に関する見解は一定のものではなく、通所者及び家族はもちろんのこと、担当スタッフでさえも、日々実施している事実のみを認識するという繰り返しであったと反省せざるを得ない。

今回、ROを心理・社会的アプローチの1つとして認識し、また、客観的な視点で評価尺度を用いたことは、何よりもDC利用者である痴呆性老人を直接援助すべき役割を担っている職員（スタッフ）自身に、その必要性を『意識づけ』したという点である。すなわち、DC利用者に対する理解と関心を増大させる『機会』としてROを

捉えるならば、痴呆性老人として単に1つの側面から見るのではなく、一人ひとりの持つ豊かな個性と、多様な人生経験を有する者に対する尊敬と思いやりを裏打ちされた対人関係技能の向上が、重要な意義を持つことを再認識させられた。

## F. 文献

### 1. 引用文献

- ① Holden, U. P. & Woods, R. T. : 痴呆老人のアセスメントとケア, 医学書院, 東京: 297-298, 1994.
- ② 野村豊子: サンメール尚和のRO, 簡井書房, 東京: 9-28, 1993.
- ③ 橋木てる子, 下垣光, 小野寺敦志: 回想法を用いた痴呆性老人の集団療法, 心理臨床学研究, 16: 5: 487-496, 1998.

### 2. 参考文献

- ① Holden, U. P. & Woods, R. T. : 痴呆老人のアセスメントとケア, 医学書院, 東京, 1994.
- ② 黒川由紀子: 老いの臨床心理, 日本評論社, 東京, 1998.
- ③ 野村豊子: 痴呆性老人への心理・社会的アプローチ, 作業療法ジャーナル, 27: 9: 685-693, 1993.
- ④ 竹中星郎: 老年精神科の臨床, 岩崎学術出版社, 東京, 1996.



## 軽症痴呆患者の問題行動出現回避の モデルグループワーク

田中久江（広島国際大学 助教授）

研究協力者 島崎朗・古川麻美（エトワール西条病院）

米田哲幸・中邑孝枝・福家ともえ・服多美佐子

（広島県東広島保健所）

山本映子（広島国際大学）・大坪美紀江

痴呆の進行を防止させるための予防的ケアの方法を確立することを目的として、「精神機能回復訓練」及び「在宅の日常生活時間の構造化」への援助を実施した。対象者は平均年齢 83.7 歳の後期高齢者 10 名で、月 2 回のグループワークを 26 ヶ月（延べ 52 回）を試み、その開始時と終了時で、精神機能・感情表出・生活行動および QOL の変化を評価した。いずれの評価方法でも開始時の能力が維持もしくは改善された。

キーワード：軽症痴呆患者、予防的ケア、  
音楽療法、コラージュ療法、QOL

### A. 研究目的

わが国の痴呆性老人は 126 万人を上廻ると推計され、今後ますます深刻化することが予測される。「ボケは治らない」という社会通念に不安を抱く高齢者は後を絶たない。自分の名前や生年月日も忘れ、日常生活が自立できなくなるなど、重症化する前に、意図的に予防的ケア、すなわち「精神機能回復訓練」や「好ましい生活時間の構造化」への援助を行うことで痴呆の重症化をくい止める予防的ケアの方法論（なおここでいう「好ましい生活時間の構造化」とは閉鎖に傾きがちな高齢者が他者との親交を求める力を回復する個人的な交流の場づくりをさす。）を実践した成

果を分析する。

### B. 研究対象と方法

「物忘れ」を自認し、ボケ予防をしたいという後期高齢者 10 名（平均年齢 83.7 歳）（表 1）を対象に、表 2 のプログラムを月 2 回（10：00～15：00）集団で実施した。各種精神機能回復プログラムは、①対象者個人の能力維持・改善、②社会性（礼節・協力・協調・競争・コミュニケーション）の維持改善、③仲間づくりを目標とした。初年度から「音楽療法」を中心に訓練し、対象者の精神機能・感情表出・生活行動及び QOL の評価を初回時と終了時の 2 時点で行った。評価指標には、長谷川式簡易知能評価スケール（以下長谷川

式)<sup>1)</sup>、N式老年者精神状態尺度(以下NM式スケール)<sup>2)</sup>、かなひろいテスト<sup>3)</sup>、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(以下N-ADL)<sup>4)</sup>、及び健康生活スケール<sup>5)</sup>、咬合力<sup>6)</sup>を用いた。それぞれの評価スコアの変化を検討するとともに、対象者10人の平均値を求め、その差を検定した。加えて、QOL評価<sup>7)</sup>の目的でVisual Analogic Scaleを用いて、家族から見た対象者の健康度、気分、対人関係、生活満足度変化を開始前後で検討した。

### C. 実践及び結果

①音楽療法：対象者に合唱という新たな体験に挑戦させ、情動を鼓舞し意欲を高めた。グループワーク実施1年を記念して「どきどきわくわくコンサート」～847歳の歌声～を催し、来場の市民100人に感動を与えた。当日テレビ局や新聞社の取材に彼女らは、自信あふれる笑顔で対応していた。延べ35回で40曲をマスターした。

②コラージュ療法：平成9年8月から平成10年10月まで月1回、計15回、「生きがい療法」<sup>8)</sup>と位置づけて導入、実施した。その結果、作品数で最多は14枚制作、最少は5枚であった。

「出来上がった作品は対象者の心理状態を見事に映し出してくれる」<sup>9)</sup>ものであった。初回は切り抜いた素材をスタッフが準備したコラージュボックス法を主としたが、次回からは、雑誌から切り抜く楽しみからマガジnPクチャー法で行う者が多くなった。数回実施後から、関心と意欲の出た対象者が自分の貼りたいものだけでなく、他者の分まで持参、半ば強制的に押し付けるといった微笑ましい関係も生じている。また、貼りたい素材を声を出して求めあったり、素材の選択やタイト

ルの決定に対象者同士で助言を求めるなど、集団で行うことの利点が発揮された。台紙も画用紙では物足りない判断し、5回目から四ッ切りに変更した。制作時間は1時間、無心に自分の世界に浸り、美意識を満足されようとする真剣な姿も見られた。出来上がった作品は毎回、壁に貼り(スタッフの作品も)、各自の作品について気持ちを語った。それを受けて山本が制作者と見る側の気持ちを要約し、肯定的評価と賛辞を述べている。「生きがい療法」というコンセプトで始めたコラージュは、回想法としての意義も認められた。絵を描く体験もない時代を過ごした対象者にとって、コラージュは無意識であった自己の美意識を抵抗感のない方法で満足させ、作品を創造する喜びと成就感も得て、毎回誉められる体験では自尊感情を鼓舞され、グループワークの目的に沿う効果を得たと考える。

③レクリエーション：目的別に分類すると、運動プログラム、思考的プログラム、創造的プログラム、その他の4つに分類され、これらを毎回提供した(表5)。対象者が、日常生活であまり体験できない緊張感を味わったり、自己表現できる場を提供し、様々な感情を如何に表出させるかに重点をおいてプログラムを工夫し、効果を得た。対象者が最も抵抗を示した「手芸」では、見本を提示せず、自由に創作させることで、同じ材料ながら予想を越えた個性が表現された作品が完成した。対象者は作品の達成感を味わうだけでなく、自己表現した新たな能力を発見する場となり、自信獲得に結びついたものと思われる。25種目のレクリエーションプログラムを通して、対象者がプライドを保ちつつ安心して喜び、笑い、悔しさ等の感情が表出できる空間づくりが、精神機能回復訓練として効果的であっ

たと考える。

④会食型食事：食事の側面から対象者の体力の維持向上と精神機能回復の効果を目標に、ア) 必要栄養量の確保（献立の基準）－日本人の栄養所要量（80歳代）生活活動強度（軽い）の1/3量を満たす食事。イ) 食べやすいこと－義歯の人が10人中8人で、義歯でも食べられる料理の工夫、薬味等の利用で薄味でもおいしく食べられる工夫や水分補給と飲み込みやすい調理を心がけた。ウ) 脳に刺激を与えるため、四季を感じさせる食材、演出効果や、説明に力を注ぎ、楽しい雰囲気づくりに心がけ、おやつづくりにも挑戦させた。レシピは家族への啓発を目的にし、スタッフとのコミュニケーションを図るための媒体になった。

⑤在宅の日常生活時間の構造化：集団ケアの間隔を埋め心身機能の廃用性低下を防ぐため、「在宅の日常生活時間の構造化」<sup>10)</sup>（閉鎖に傾きがちな高齢者が他者と親交を求める力の回復するカウンセリング援助及び介護経験者やボランティアなどの個人的交流の場づくり）を個別的に助言し、介護者への予防的ケアを支援した。その結果として、評価スコアの変化をみると、かなひろいで、10人中9人が、NMスケールでは10人中7人が上昇（図4・2）、長谷川式では、10人中6人が上昇し、N-ADLでは10人中4人が上昇し5人が維持されていた。（図1・3）10人の評価スコアの平均値は、グループワーク開始時と終了時で、長谷川式で23.1±5.3、22.95±9.14、NMスケールで40.6±8.2、43.9±5.9、かなひろいで13.9±13、25.5±7.1、N-ADLで45.7±6.0、46.8±3.7であり、いずれの評価方法でも平均スコアはグループワーク開始時に比べて高値あるいは維持され

ており、NMスケール、かなひろいで有意の差（ $p < 0.05$ ）を認めた（表1）。

生活健康スケールでは、人間関係の表現力、身体技法の表現、場の操作技能のいずれのスコアも開始時に比べて全員が上昇し、10人の評価スコアの平均値は、グループワーク開始時と終了時で、人間関係の表現力18.4±3.6、24.2±2.7、身体技法の表現6.1±2.2、10.4±1.7、場の操作技能13.7±3.1、18.2±3.1であり、いずれの項目でも平均スコアは開始時に比べて高値となっており、いずれも有意の差（ $p < 0.05$ ）を認めた（表3）。

家族から見たQOLでは、健康、気分、人間関係、幸福感のいずれのスコアも開始時に比べて全員上昇し、10人の評価スコアの平均値は、グループワーク開始時と終了時で、健康59.4±26.0、84.9±7.7、気分54.7±25.0、87.5±9.4、人間関係63.9±24.0、90.5±8.8、幸福感54.3±8.8、84.3±10.0であり、いずれの項目でも平均スコアは開始時に比べて高値となっており、気分と幸福感で有意の差（ $p < 0.05$ ）を認めた（表4）。

対象者の体力評価に咬合力計による第一大臼歯部位の咬合力の測定（歯科医師による）をグループワーク開始時と終了時に行った。10人中、開始時と終了時に測定できた6人について解析した（図5・6）。右側第一大臼歯部位の平均値は、開始時1.5±1.6、終了時2.8±2.1、左側第一大臼歯部位の平均値は開始時3.6±2.2、終了時5.0±3.6で、終了時の咬合力は、開始時に比べて上昇し、有意の差（ $p < 0.05$ ）を認めた（表6）。更に、NK細胞活性による免疫力の関係<sup>11)</sup>を血液検査したが、今回のみで評価することができなかった。

D. 考察

平成8年10月から平成10年12月まで、月2回、延べ52回のグループワークを実施した。いずれの評価方法でも終了時の平均スコアは、グループワーク開始時に比べて高値又は維持を示した。特に生活健康スケールでは、全員に自発性や気力が増し、表情が豊かとなり、新しいことに挑戦する姿勢が見られるようになり、積極性が出てきた(図5)。また前回報告の事例1・2のようにグループワークと個別ケアを連携させることによって、介護者が自信を持って対象者にアプローチすることができ、その結果痴呆に見られる問題行動を回避することが可能となった。また家族からみた対象者のQOLが向上したことも評価できる。

#### E. 結論

軽症痴呆患者10名を対象に予防的ケア、すなわち「精神機能回復訓練」を月2回(延べ52回)実施し、グループワークの間隔を埋めるべく在宅における好ましい生活時間の構造化を支援した結果、各種評価スケールで開始時に比べて平均スコアは高値を示し、平成9年度報告事例1・2に見られるように、問題行動に改善がみられた。よって、われわれのプログラムによるグループワーク及び在宅における日常生活時間の構造化への援助は、痴呆の進行をくいとめることに有効であることが示唆された。今後、健康日本21の計画の基本理念のひとつである「痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間(健康寿命)の延伸」のために、後期高齢者に対して、身近な場で住民と共に活動が展開できるように今回のデータや実践の普及に努めたい。

#### F. 引用・参考文献

1) 長谷川和夫ほか：長谷川式簡易知能評価スケール，精神医学，16：956，1974。

- 2) 4) 小林敏子、橋口之朗、西村健ほか：行動観察における痴呆患者の精神状態評価(NMスケール)及び日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)，臨床医学，17：11：1653-1668，1988。
- 3) 金子満雄：早期痴呆のやさしいテスト～かなひろいテスト～，南江堂：1989。
- 5) 中島紀恵子ほか：デイケアにおける痴呆老人に対する生活健康スケール作成の試み，社会老年学，36：39-49，1992。
- 6) 柴田博：元気に長生き元気に死のう，保健同人社，99：143，1994。
- 7) 宗石美和ほか：虚弱老年者と前痴呆者へのデイサービス(香北4)，日本公衆衛生学会：912，1997。
- 8) 山本映子：生きがい療法としてのコラージュ，産業カウセリング，第27回全国研究大会報告書：69-70，(社)日本産業カウンセラー協会，1997。
- 9) 森谷寛之：砂遊び、箱庭・コラージュ 箱庭療法とコラージュ療法に関する雑誌コラージュ療法入門，創元社：152，1993。
- 10) 田中甲子：高齢者の在宅ケアにおいて保健の担うべき予防的ケアの役割，地域保健：27：28-45，1996。
- 11) 伊丹仁朗：笑いと免疫能，からだの科学：185，1995。

#### G. 研究発表

##### 学会発表

- ① 田中久江，島崎朗ほか：軽痴呆老人患者の予防的ケアの効果，第57回日本公衆衛生学会，1998。