表1　対象者の評価スケール

*: P<0.05

対象者	性	年齢	長谷川式		NMスケール*		N-ADL		かなひろい*	
			開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時
A	女	85	20	28.5	41	44	49	44	16	32
B	女	86	21.5	22.5	46	48	46	46	9	27
C	男	84	27	32.5	44	47	47	49	17	22
E	女	87	30	29.5	48	49	50	50	22	47
F	女	80	10.5	3.5	31	31	46	47	3	6
G	女	90	19	9	21	37	29	37	6	5
H	女	86	24.5	19.5	41	39	49	49	24	44
I	女	83	25	26.5	50	50	50	50	7	21
J	女	86	26.5	29.5	42	47	42	47	13	28
K	女	90	27	28.5	42	47	49	49	22	23
―	―	85.7	23.1 ±5.3	22.95 ±9.14	40.6 ±8.2	43.9 ±5.9	45.7 ±6.0	46.8 ±3.7	13.9 ±13	25.5 ±7.1

表2　プログラム

時間	内容	スタッフ(人)
9:30	送迎	ボランティア(3)
10:00	先ず一服のお茶を 健康チェック	ボランティア(3) 保健婦(2)
10:30	音楽療法 コラージュ療法　(交互に実施)	声楽家(1) 心理士(1)
11:30	お話タイム かなひろいテスト	精神科医師(1)
12:00	楽しく会食	栄養士(2)
13:00	レクリエーション	PSW(1)保健婦
14:30	ティータイム	栄養士
15:00	送迎	ボランティア

表　3　健康生活スケール

*:P<0.05

対象者	性	年齢	人間関係の表現力*		身体技法の表現*		場の操作技能*	
			開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時
A	女	85	14	21	4	8	15	13
B	女	86	22	27	10	12	17	21
C	男	84	20	27	6	12	9	21
E	女	87	21	27	7	10	15	20
F	女	80	16	21	4	8	11	15
G	女	90	22	23	5	12	12	14
H	女	86	19	20	5	8	14	16
I	女	83	23	27	10	12	20	21
J	女	86	13	25	4	10	11	20
K	女	90	14	24	6	12	13	21
―	―	85.7	18.4 ±3.6	24.2 ±2.7	6.1 ±2.2	10.4 ±1.7	13.7 ±3.1	18.2 ±3.1

表 4　対象者の家族から見たQOL

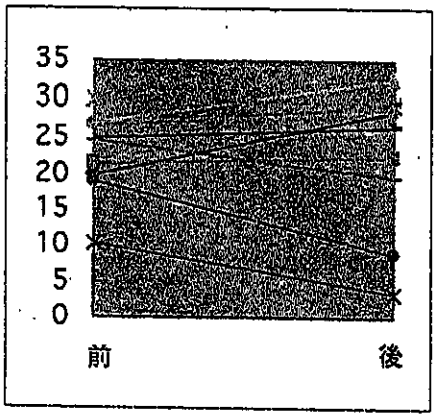
*:P<0.05

対象者	性	年齢	健康		気分*		人間関係		幸福感*	
			開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時
A	女	85	27	75	37	80	28	80	28	80
B	女	86	51	90	50	95	48	95	50	95
C	男	84	50	70	33	92	31	95	43	85
E	女	87	100	90	98	100	100	100	100	98
F	女	80	52	80	48	90	91	90	38	90
G	女	90	50	80	51	80	52	70	53	70
H	女	86	83	90	49	65	76	90	52	70
I	女	83	75	95	75	95	75	95	93	95
J	女	86	15	89	14	88	49	100	47	90
K	女	90	91	90	92	90	89	90	39	70
—	—	85.7 -	59.4 ±26.0	84.9 ±7.7	54.7 ±25.0	87.5 ±9.4	63.9 ±24.0	90.5 ±8.8	54.3 ±8.8	84.3 ±10.0

表５ 軽症痴呆患者を対象としたグループワークにおけるレクリエーションの効果

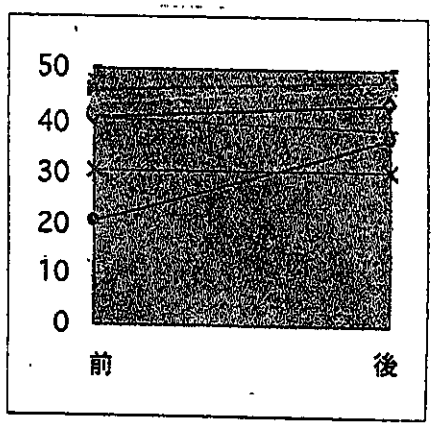
目的別分類	内　　容	効　　果
運動プログラム	直立ペットボトルボーリング うちわ風船バレーボール，おじゃみホイッ！，ターゲットストライク	・競争が生み出す緊張感から集中力が高まった。 ・集中力の向上により，競技結果や技術にも上昇傾向が見られ，更に自主的な創意工夫や参加意欲を高めるといった相乗効果を産んだ。 ・適度な緊張感と勝負の単純さが感情表出を比較的容易にし，笑い疲れる程の著しい感情表現を引き出した。
思考的プログラム	百面相(？)福笑い，絵伝言ゲーム，新聞切り競争，ジグソーパズル，広告パズル，ジャンボクロスワード	・手先の感覚への集中力を高め，如何にすべきかといった創意工夫する能力が引き出された。 ・過去あるいは新たな事柄についての現実的な記憶力や物忘れに対する自己評価（受容）の程度を把握することができた。
創造的プログラム	折り紙，ぞうさんの手拭き，ひな祭り色紙，マカロニ写真立て，割り箸工作，牛乳パック工作，アームバンド，絵葉書作り， —	・個人の感性が重要視されたことにより，完成作品に個性が発揮され，新たな能力の開拓及び自己への自信獲得に結び付いた。 ・作品を作り上げる達成感や自信が意欲を向上させた。 ・自主性が尊重されたことにより，グループにおける個人の役割が確立された。
その他	気分はカメラマン，写真コンテスト，ジャンボかるた取り 閻坊主めくり，すきやきジャンケン，仮装大会	・個人的能力よりも"運"で勝負が決まることから参加意欲の向上につながった。 ・適度な緊張感の中で，集中力も高まり，普段見られない素早い判断能力が発揮された。 ・適度な緊張感と勝負の単純さが感情表出を容易にし，激しく様々な感情表現を引き出した。 ・主役として自己表現できる場面においてリーダーシップを取り，自己への自信確立に結び付いた。

図 1



長谷川式

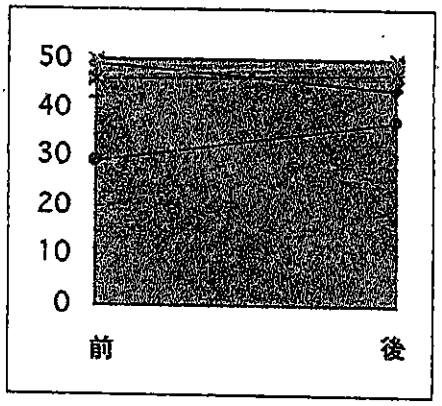
図 2



NMスケール

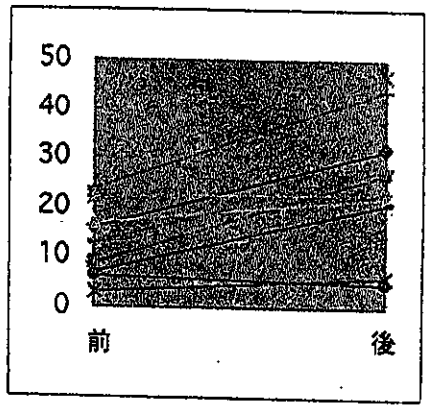
A ◆
B ■
C
E ×
F ✱
G ●
H ＋
I ー
J ー
K ◆

図 3



N-ADL

図 4

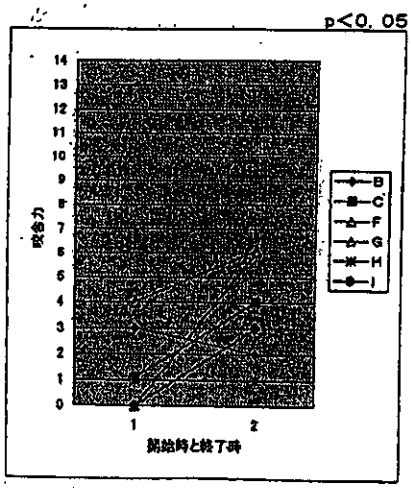


かなひろい

表6 咬合力

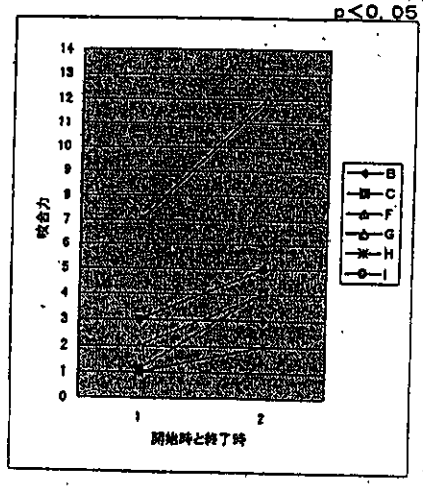
	右第一大臼歯		左第一大臼歯	
	開始時	終了時	開始時	終了時
B	3	2	3	3
C	1	4	1	4
F	0	6	2	4
G	4	6	7	12
H	1	1	1	2
I	0	3	3	5
	(1.5±1.6)	(2.8±2.1)	(3.6±2.2)	(5.0±3.6)

図 5



右第一大臼歯部位の咬合力

図 6



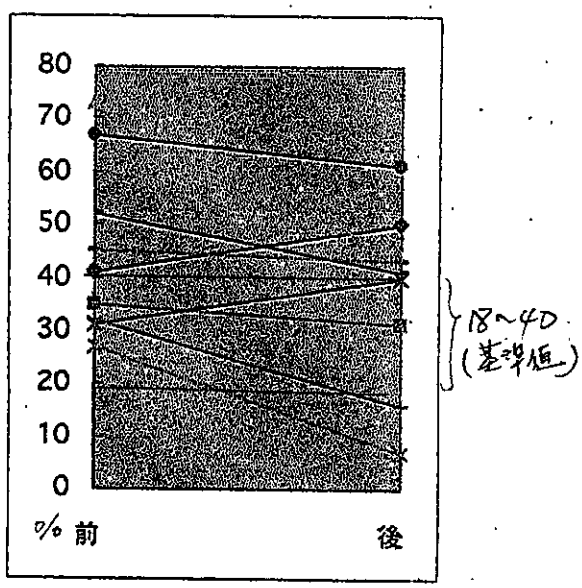
血液検査によるＮＫ細胞活性

近年、精神活動と免疫システムとの関係を研究する精神神経免疫学という学問が登場している。その研究によると悲しみとか憂鬱とかのマイナス感情が強く続くと間脳という免疫システムの中枢の働きが抑制される。従って、キラー細胞などの働きが抑制され、癌に対する抵抗力が低下する。悲しみや憂鬱とは正反対の精神活動であるユーモアとか笑いというプラスの精神活動が、やはり間脳の働きを介してキラー細胞の働きを活発化して、癌に対する抵抗力を強くしていると考えられる。これ等のことから、グループワークの精神心理的効果を評価できると考え、グループワーク 18 ヵ月目（中間時）と 26 ヵ月目（終了時）にＮＫ細胞（natural killer cell）活性を測定した。その結果、表１に示すごとく中間時、基準値にあるものが 9 名中 4 名、基準値以上の者が 5 名であった。終了時、中間時に基準値以上の者 4 名が基準値に近づき、基準値にあった者の内 2 名が基準値より降下した。これは、グループワークが終了するという不安、悲しみ、寂しさが影響したものと推察される。開始時の測定値がなく、今回の結果から明確な評価はできなかった。今後これら免疫力の測定が高齢者の精神機能回復訓練の評価に耐える実績を積み重ねていきたい。

表１　プログラム前後のＮＫ細胞活性

	18 ヵ月目（中間時）	26 ヵ月目（終了時）
A	75	—
B	41	50
C	35	31
E	73	44
F	27	7
G	31	40
H	67	61
I	32	16
J	52	41
K	45	43
平 均	47.8	37.8

図１　ＮＫ活性の変化



参考文献

1) 伊丹仁朗：笑いと免疫能，からだの科学：185，1995.

2) 星　恵子：ストレスと免疫，ＰＴＭ　Vol.9，13(1)　ＦＥＢ，1998.

3) 星　恵子：ストレスと免疫，講談社、東京：55-57，1993.

「夢創庵」 **Menu** メニュー 《平成10年 3月18日》

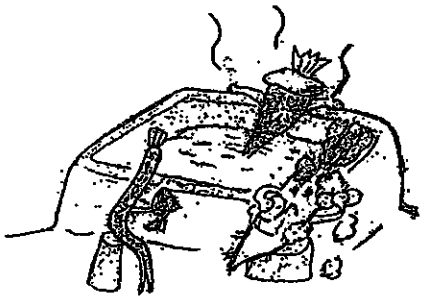
☆ ゴボウ飯

☆ 豚カツ

☆ 春菊利久和え

☆ なめこ汁

☆ パンナコッタ



「だいこんと，にんじんと，ごぼうが，おふろに入りました。
だいこんは，せっせと洗って真っ白に，
にんじんは，湯舟につかってばかりで真っ赤に
ごぼうは，遊んでばかりいるので真っ黒になってしまいました…。」

こんな童話に出てくる大根と，にんじんと，ごぼうが出会った一品です。
大根おろしの汁を入れて炊き上げたごぼう飯
みなさんも是非一度，召し上がってみてください。

【豚カツ】（豚カツもこうすれば！）

材料　（一人分）

豚ヒレ肉	…	2切れ(60g)
塩・こしょう	…	適量
小麦粉	…	〃
パン粉	…	〃
卵	…	1/4個
大根おろし	…	50g分
玉ねぎ	…	70g
※ 出し汁	…	50cc
※ 砂糖	…	小匙1/3
※ しょうゆ	…	小匙1
あさつき	…	少々

（作り方）

① 豚肉の表面に軽く，塩・こしょうを振る小麦粉，溶き卵，パン粉をつけて160~170度の油で揚げ，食べやすい大きさに切る。

② ※で玉ねぎを煮て，①を並べていれ中火で煮る。

③ 大根おろし，あさつきの小口切りを②にのせ，蓋をして1～2分煮，くずさないように器に盛る。

おいしく食べるために

◎ 食事を始める前に，口，のどをきれいにしましょう。
◎ 食べる前に，深呼吸をする。準備体操をする。
◎ 落ち着いて，気持ちの休まる食事にしましょう。
◎ 姿勢に気をつけましょう。（あごをさげる）
◎ よくかんで，ゆっくり飲み込みましょう。
◎ むせたりする時は，休みましょう。
◎ 一度にたくさん入れないように。
◎ 30～40分位の食事時間をとりましょう。
◎ 食後にハミガキか，うがいで口の中をきれいにしましょう。
◎ 最後に，右下をむいてゴックン，左下をむいてゴックン！

「夢創庵」 **Menu** メニュー 《平成10年 7月22日》

パン

☆ いわしのふんわりバーグ

☆ にんじんサラダ

☆ ポテトスープ

フルーツごっくん

【 [redacted] 】

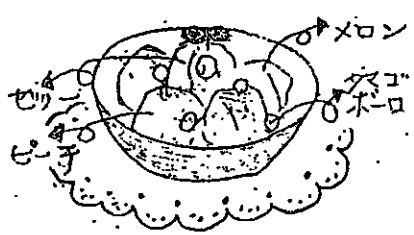
材料（1人分）

いわし	…	60g
長ネギ	…	5g
しょうが汁	…	少々
卵	…	10g
パン粉	…	大1
牛乳	…	10cc
スキムミルク	…	3g
片栗粉	…	小1/2
しょうゆ	…	少々
塩，サラダ油	…	適量
白味噌	…	小匙1/2
マヨネーズ	…	小匙1
キャベツ	…	3.0g
きゅうり	…	10g
トマト	…	20g

作り方

① いわしは，頭と内蔵をとり，よく水洗いする。中骨と皮をとって細かくたたく。
② 長ネギはみじん切りにする。
③ しょうがをする。
④ パン粉はしっとりするくらい牛乳を加えておく。
⑤ ①にしょうが汁，醤油，塩，片栗粉，卵黄，スキムミルク，パン粉，長ネギを加えてよく混ぜる。
⑥ 卵白を角がたつくらい泡立てて，⑤に混ぜ込む。
⑦ ⑥を小判型にして形を整える。
⑧ サラダ油をひいて焼く。片面が色づいたら裏返して，弱火で中まで火を通す。
⑨ 白味噌とマヨネーズをあわせて，たれを作る。
⑩ キャベツときゅうりのせん切りをつけ合わし（さっと湯がいて薄く味付けしておく）トマトを飾る。

【 [redacted] 】



果汁とゼリーが溶け合ってのどごし良く
カリッとしたタマゴボーロとよく合います。

冬期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（秋田桂城短期大学）
日景真由美（　　〃　　）
水木　暢子（　　〃　　）
奈良　知子（　　〃　　）
阿保美樹子（　　〃　　）
福岡裕美子（　　〃　　）
佐藤　　孝（秋田県合川町保健センター）

平成８年度～平成９年度は痴呆予防やリハビリのための遊具やゲームを開発したが、今年度は在宅の痴呆老人をモデルとして心身の刺激により脳の活性化を促し、痴呆の悪化を防止し生活力の改善を図るため、冬季４ヵ月にわたる脳活性化教室を開催しそのプログラムを研究した。

一方、他の地域にもこの活動が普及するようにいろいろな方法を試みたのでその概要を報告する。

キーワード：軽度中等度痴呆老人、冬季４ヵ月、脳活性化訓練教室、地域の担当者交流研修

Ａ．研究目的

１．痴呆老人の興味をひき、集団で楽しく遊べるゲームの創作、運動の研究

２．冬季間に行う痴呆予防教室の準備とプログラムのもち方

３．他地区にも痴呆予防教室を普及するための支援方法について検討

Ｂ．研究方式

１．平成10年８月28日
老健施設－鹿角微笑苑での脳活性化訓練教室の実践

２．平成10年11月から平成11年２月
合川町での脳活性化訓練教室“お達者交流会”での実践

３．痴呆予防教室普及のための研修交流会の実践

地域における痴呆予防のための実践研究方法

痴呆なし			3.若返り健康教室
痴呆軽度～中度		2.脳活性化訓練教室	
痴呆重度	1.病院、老健施設、特養等		
	個人	小集団	地域毎の住民高齢者

C. 研究結果

1．老健施設ー鹿角微笑苑でのプログラムと実施上の注意点

8月28日　午前10時～10時45分
1）楽器演奏による歌
　３６５歩のマーチ
2）玉入れ競争
　バケツにチーム毎玉入れ
3）二人の服装の間違い探し
4）ジェスチャーゲーム
　綱引き、花火、相撲、蛙
5）踊りに手拍子をあわせる
　一円玉の旅がらす

参加者は約４０名で障害老人や痴呆老人が殆どである。半数は車椅子で集まりグループ編成をして始まった。

実施上の注意点として

1）ゆっくりしたペースで、できるだけ2回同じゲームを行うこと。
2）ゲームのルールが分かるまで何度も説明する。
3）競争心を持たせると関心がわく。
4）六～七人のグループに補助者が二人必要。
5）少し進行を急いだがよい刺激になったようだ。

みんなに笑顔が見られた。

2．合川町における脳活性化訓練教室“お達者交流会”実施状況

・対象
平成7年度老人訪問調査で把握された中～軽度の痴呆老人１２名
男性3名、女性9名、平均年齢78.9歳

・実施時期及び期間
平成10年11月～平成11年2月まで月2回　合計8回

・送迎
保健センター職員、ひまわりの家職員、ボランティアが送迎を行う。

・実施内容
毎回2時間程度、グループワークの方法で行う。

・実施スタッフ
町保健婦、短大教員、学生、デイサービス職員介護ボランティア３名

実施月日	会場	主となる内容
11月11日(水)	ひまわりの家	始めましてわたしは…　（自己確認）
11月25日(水)	保育所	保育園児との交流
12月10日(水)	ひまわりの家	音と音楽（音当てクイズとの打楽器）
12月17日(水)	〃	回想しましょう（お正月の生活）
1月13日(水)	〃	ゲーム大会を短期大学生と共に
1月27日(水)	〃	文字と数と言葉と絵
2月10日(水)	〃	いきいき動いて楽しい舞リハ
2月25日(水)	〃	コラージュ製作

1）運営上の工夫

①対象老人のなかに痴呆のない老人を意図的に参加させファシリテーターの役を取らせた。
②対象である痴呆老人の参加を決定するのは家族であり、家族の理解を得ないと進まなかった。
③痴呆の程度がゲームの参加意欲に影響する。グループワークの良さとして段々とメンバーを引き込んで変化させていくのが見えた。
④会場は温泉付きの高齢者憩いの場である

“ひまわりの家”を準備した。日常的な集会所である場所は痴呆老人にとって違和感なく参加できた。

⑤冬季の老人を集めるには交通手段の確保が一番である。ボランティア等の協力が必至であった。

2）参加者の変化、具体的な評価の方法について

①出席状況

風邪以外では殆ど休む事なく、終了時には2名増加がみられた。

②ゲームに多少の好き嫌いはあるが、やってみようという参加意欲は会が進むにつれグループの力で高まった。

③最後の反省会でこの会の感想をきいたところ、全員一斉に冬の孤独を訴え、この会にくるのがとても楽しみであったと言っていた。同時の発言が多く聞き取れないほどであった。

④会の始まり当初はポツンといて無言だった老人が、だんだん仲間もでき、おしゃべりして帰ろうとしない様子は継続する効果と思われた。

⑤日常接触のある保健婦の観察によると、痴呆老人はメンバーとの交流、徘徊の減少ゲームなどへの参加、表情の変化、製作物などで痴呆は押さえられていると判断した。

⑥痴呆老人であっても、文字によるテストは拒否したり不快の感情を表す。絵や小さな文章をかいてもらっているが、その製作物を評価の基線にするように保存しておいた。

3）ゲームのもち方など

①女性が指導者であると、痴呆老人に対して幼児に対するような態度やゲームを考えがちであるが、そのとき老人は悲しそうで照れているような表情をした。

②歌唱指導やリズム体操の選曲は年代差があると難しい。こちらがしっかりリードできないと失敗した。

③踊りも同様である。その点“舞リハ”はきちんと指導を受けてから実施した。踊りを教えるにも“コツ”があることを知った。

④若い看護学生との交流会を持つことは双方に大変良い意義がある。ただし痴呆老人に接する場合、よく考えられたやり方と経験が必要であった。

⑤指導者側の技術としては

・大きい声で話すことが大切であった

・身振り手振りをオーバーに

・ゲームは必ずサポートして分かるまで繰り返す

・競争心をあおると真剣になる

・とにかく見せるだけでなく参加させること

⑥興奮すると発作を起こす老人がいたので、救急体制を考えておく必要があった。

3．痴呆予防教室普及のための研修交流会の実践

平成8、9年度は痴呆老人のために、家庭訪問や集団指導の場で用いる遊具のやり方とゲームの研究、一般老人に対する予防を目的とした若返り健康教室を実施してきたが、平成10年度は桂城短期大学側から地域に普及するような実践を行った。

・平成10年5月～平成11年2月
痴呆老人の家庭訪問や集団指導の場で使用できるパンフレットを作成して秋田県内の保健婦、介護職員の希望者に配布。３００部
・平成10年7月14日
大館市根下戸において、地域の一般老人対象の“若返り健康教室”開催。３８名参加
・平成10年10月5日
大館市機能訓練教室の一教室を借りて“若返り健康教室”を実施。４０名参加
・平成10年11月11日
大館保健所主催の痴呆・寝たきり予防集会において壇上で“若返り健康教室”のモデルを実演。健康推進員・一般市民約５００名参加
・平成11年1月14日
秋田県小坂町において秋田県北の保健婦、介護職員を対象に高澤淑先生をよんで“舞リハ”の研修会と痴呆予防の体験交流会を開催。８０名参加
・平成11年1月20日
看護協会保健婦職能集会にて“短大で行っている痴呆予防教室”について講演。全県の保健婦２７名参加
・平成11年2月22日
横手保健所保健婦業務研究会で同上テーマで講演。保健婦３７名参加
・平成10年11月12日、11年1月15日
秋田県の地元紙、秋田魁新報で秋田桂城短期大学の痴呆予防活動について全県に広報された。

平成１０年度秋田県では、『痴呆･寝たきり予防推進事業(市町村版)』を補助対象事業として１８市町村で実施しているがいずれも単発な事業である。

痴呆予防を目的とし、学級活動として数ヵ月にわたって実施しているのは、横手市と合川町の２箇所のみであった。殆どの市町村や施設ではその必要性は認めているが、年に一度、体操やレクリエーションで楽しんでもらっている程度である。

この事業を地域に普及するために、健康教育の普及方法に従ってまず遊具やゲームの作成や実践、次にパンフレットの作成と配布、講演会、実演見学、実習体験で若返り健康学級や脳刺激訓練教室のプログラムを示すことによって地域普及することが可能ではないかと考えた。また県北地区で専門家が初めて痴呆予防に関するグループワークでの体験交流を実施し課題を共有することができた。地域で痴呆予防活動を展開するには、予算、ボランティア、家族会の活用等話し合った。

D. 考察

“痴呆”という概念が問題になり始めたのは昭和４７年有吉佐和子著の“恍惚の人”からだという。それ以前は“耄碌”と言われていたに過ぎない。地域で生活をしながら予防する方法はないものだろうか。

柄沢は『痴呆老人の心理的対応とは痴呆老人にとって心地よい刺激ある生活環境を整える事』と言っている。

冬、積雪期の秋田県農村部の老人は、一人残され、話をする人も居らず、近隣との交流も少なく寝てばかりいる状況である。積極的に暮らすには厳しい環境であるといえる。軽度痴呆老人に対して配慮された交流の場が設置されることが望ましい。配慮されたとは暖かく、自由に話せる、楽しみもあり、少し頭

を使って、体も動かせる交流の場であり、その場には計画されたプログラムと指導者側に技術も必要である。このような場を農村部に多く作ることが、地域の老人を痴呆から守り問題行動を起こさせない原動力と考える。

この試みを大館市から大館保健所管内、県北地区に広めたいと思い、研修会や交流会を実施した。研修会では講演だけでなくモデル演習や実技を伴って行った。

どの地区でも大変関心のあるテーマであり、徐々に県南地区にも広がった。今後それらの地区に痴呆予防の取り組みが定例化することを望みたい。

研修のモデル演技や実演に秋田桂城短期大学の学生の協力を得、老人に喜ばれ、学生にも老人ケアのよい学習になった。

冬季積雪期の痴呆予防のための学級モデルとプログラムを試みたので、今後はこの事業が認められ、普及されることを図っていきたい。

E. 結論

1．冬季閉じこもりがちな初期の痴呆老人を把握し、交流の場を設け脳刺激訓練を視野に入れた学級をもつことは、脳リハビリとして効果的である。

2．関係者は、この学級の運営のために、痴呆老人に接し方、創作やゲームの持ち方等、熟練する必要がある。

3．地域でこのような運動が広がるように、保健福祉医療関係者は研修会、交流会をもって意見交換や技術をみがくべきである。

F．参考文献

1）シモーヌ・ド・オーヴォワール：老い（上）、（下），人文書院，1994.

2）柄沢明秀：高齢者の保健と医療，早稲田大学出版部，133頁，1996.

3）和田久恵：心に響け竹太鼓のリズム，地域保健，第29巻，11号：53～54頁、1998.

4）ジョルジュ・シノワ：老いの歴史，筑摩書房，1996.

5）藤本直規：初期痴呆気づきの重要性，おはよう21，第5巻，第6号：18～23頁，1996.

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）

分担研究者　石津　宏（琉球大学医学部精神衛生学教授）

研究協力者　與古田孝夫、下地敏洋、志良堂孝、金城　博、

与那覇司、柳田信彦、伊狩典子、仲本政雄、吉田　延

（琉球大学医学部精神衛生学教室）

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さぐり、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（18名）と、これらの工夫をとり入れず通常の療養ケアを行った群（18名）とで、臨床的な問題行動の消長を精神衛生学的に追うとともに、臨床症状の変化を評価尺度を用いて比較検討した。12カ月の変化を両群で比較すると前者は、ＡＤＬ、ＮＭスケール、島袋式ならびに下地式場面行動評定票において、後者を有意に上まり、問題行動がより改善された。

キーワード：沖縄の痴呆老人、社会文化的メンタルケア群、通常療養ケア群、経時的変化量比較

Ａ．研究目的

沖縄の人々の精神構造の基層には、地域特性に富む価値観、歴史観、宗教観、生命倫理観や、亜熱帯海洋性地理的環境と固有の歴史に基づく社会慣習などの、生活に根をおろしたさまざまな社会文化的背景の影響が大きく存在する。知的機能がおとろえた老人性痴呆患者においても、それは例外ではなく、むしろこれら精神の基層に培われている沖縄の社会文化的要因の影響は、健康な一般の人々よりも大きな意味をもつ。この視点から、痴呆老人の問題行動に対する有効な対処手段として、地域特性を踏まえたメンタル・ケアを、１人ひとりの症例に即して工夫を行い、臨床症状の改善を得ることを目的として、精神衛生学的に経時的に観察検討した。

第１報では、問題行動の様態、程度、特徴などを精神衛生学的な視点から検討し、個々の症例ごとに痴呆老人の問題行動出現の背景や問題行動形成のメカニズムなどを「行動分析 behavioral analysis」して、沖縄の社会文化的要因の様態をさぐり、そこに焦点を据え、地域特性に富むメンタル・ケアを intensive に施行して、問題行動の消長を観察し、考察する臨床精神医学的症例学的研究を行った。

第２報では、問題行動の消長と併行してみられる痴呆に基づく精神症状の改善状態を、評価尺度を用いて客観的に把握する経時的な研究を行った。

第１報、第２報で得られた結果からは、沖縄の地域特性を生かしたメンタル・ケアを施行することにより、長谷川式ＤＲスケールでは変化はつかめないものの、ＡＤＬの改善と併行して問題行動の改善がみられ、ＮＭスケール、島袋式ならびに下地式場面行動評定票において、有意な改善がみられることがわかった。

第３報では、これらを踏まえて、沖縄の社会文化的な地域特性を生かしたメンタル・ケアを行った群と、ごく通常の療養ケアのみですごした群との、両群間で、問題行動の消長

や臨床的諸症状の変化を比較検討する研究を行った。

B．研究方法

第1報では、沖縄の痴呆老人の問題行動の様態、特徴などから、痴呆老人の心的側面におけるニーズを、沖縄の社会文化的要因との関連で行動分析 behavior analysis の手法でさぐり、きわめて特色のある地域特性豊かな沖縄の方言（沖縄本島“ウチナーグチ”、宮古諸島“ミャークフズ”、八重山諸島“ヤイマムニ”）を用いた verbal な接近と沖縄の価値観、宗教観など文化的な雰囲気でのラポールをとるよう努めた。これを基に、第2報では、沖縄の方言と民謡をベースにして、民話や昔話や童話を共にし、方言による語りかけを行い、沖縄の子供が昔遊んだゲームにさそい、沖縄の地域特性に富んだメンタル・ケアを intensive に行って、経時的に観察した。測定に用いた評価尺度は、長谷川式簡易精神機能評価スケール（長谷川式ＤＲスケール）、Ｎ式老年者用日常生活動作能力評価尺度（Ｎ－ＡＤＬ）、島袋式（改変）場面行動評定票および下地式場面行動評定票で、12カ月後の評点を開始時の評点と比較し、統計学的に有意差の検定を行った。

第3報では、第2報の症例をＡ群〔沖縄の地域特性メンタル・ケア群〕とし、ごく通常の療養ケアのみを行っている痴呆老人入所者をＢ群〔通常ケア群〕として、12カ月後の評点の変化を追った（表1-1)2)3)4)5)）後、Ａ群、Ｂ群の両群間で比較検討した。

C．研究結果

沖縄の地域特性を生かしたメンタル・ケアを intensive に施行した症例〔Ａ群〕の経時的変化については、12カ月後と開始時の変化量（改善度）を表2-1）、および2-2）に示す。長谷川式ＤＲスケールでは、平均0.47点、Ｎ－ＡＤＬでは、平均10.17点、ＮＭスケールでは平均14.89点の改善がみられ、島袋式（改変）場面行動評定票では、行動・表情で平均1点、対看護者の対人関係で平均1.17点、合計で3.28点の改善がみられた。下地式場面行動評定票では、平均あたりの改善度は、表情全般1.11点、笑い1.22点、セラピストと対面時の反応表情1.33点、表情小計3.67点、全般的理解1.50点、セラピストに対する発語1.44点、話しの理解小計2.94点、意志の表示1.28点、陽性症状0.89点、働きかけに対する反応1.50点で、下地式合計点では平均10.44点の改善がみられている（表1-2)）。

一方、ごく通常の療養ケアを行い、これといった沖縄の地域特性を踏まえたアプローチを施行しなかった症例〔Ｂ群〕については、12カ月後の変化量（改善度）を表2-3）および2-4）に示してある。長谷川式ＤＲスケールでは変化量はみられず、Ｎ－ＡＤＬでは平均0.83点、ＮＭスケールでは平均1.5点の改善がみられている。島袋式（改変）場面行動評定票では、行動・表情で平均0.44点、対看護者の対人関係で平均0.11点、患者同士の対人関係で平均0.22点、合計で0.78点の改善である。下地式場面行動評定票では、平均あたりの改善度は、表情全般0.33点、笑い0点、セラピストと対面時の反応表情0.11点、表情小計0.44点、全般的理解0.28点、セラピストに対する発語0.11点、話しの理解小計0.33点、意志の表示、陽性症状、働きかけに対する反応はいずれも改善がみられず、下地式合計点では平均0.83点の改善であった。

沖縄の社会文化的背景を踏まえて地域性豊

かなメンタル・ケアを施したA群では、12カ月後の改善度は開始時に比べて、いずれの項目においても有意な改善がみられている（長谷川式DRスケールは$p<0.05$、そのほかの項目では$p<0.0001$）（第2報参照）。一方、ごく通常の療養ケアのみのB群では、12カ月後の改善度は長谷川式DRスケール、島袋式（改変）場面行動評定票、下地式場面行動評定票の笑い、セラピストとの対面時反応表情、セラピストに対する発語、意志の表示、陽性症状、働きけに対する反応において、いずれも有意な改善はみられていない。

A群とB群の両群間の比較については、表3に示す。長谷川式DRスケール、N－ADL、NMスケール、島袋式（改変）場面行動評定票の各項目、下地式場面行動評定票の各項目のいずれにおいても、有意差がみられ、A群はB群に比べて有意に症状の改善がみられている（表3）。

D．考察

痴呆老人患者の問題行動は、寡黙、不機嫌、易刺激性、拒絶、徘徊、失禁、放尿、便こね、奇声、独語、見当識障害、作話、昼夜逆転、自傷行為、不穏、興奮、など、症例によって多種多様であるが、これらは①脳の萎縮にともなう痴呆と器質的精神症状 organic syndrome、②痴呆に意識の軽度変容をともなう症候性精神症状 symptomatic syndrome、③家庭状況や入所、入院などの変化にともなう状況反応性の精神症状 situational / reactive syndrome、④心理的要因による精神症状 psychogenic syndrome および⑤はっきり分けられない unspecified に基づくことが考えられているが[1]、いずれも単一のものではほとんどなく、何らかの割合で他の症状が混在しているのがふつうであると考えるのが妥当である旨、第2報では述べた[2]。

この視点に立って、痴呆老人の精神構造の基層における沖縄の社会文化的要因の影響の可能性を考えて、地域特性を生かしたメンタル・ケアを intensive に施行し、問題行動の改善を検討したが、いずれの症例においても程度の差はあれ、軽減の方向に向かった。これはADLの改善に併行していることも興味のもたれるところである。またこれにともなって精神症状の改善もみられたことは、問題行動が痴呆の随伴症状としての関連で消長することも示唆する[3]。

ところで亜熱帯海洋性気候の地理的気候的環境と、固有の歴史と文化を有する沖縄の社会文化的環境が、人々のメンタリティの基層に大きな要因となっていることは、精神衛生学的に指摘されてきたことであるが[4]、本研究に際してもこのことを裏づける結果が得られた。

痴呆老人患者の問題行動への対処方略には有効な手段が一般にないことを考えるとき、本研究の示唆するところの意味は大きい。臨床的に有効性をもち、有用な対処方略の1つとして、痴呆老人患者の精神構造の基層にはたらきかけることの重要性をここに指摘したい。今後さらに症例数を重ねて、検討をすすめる必要がある。

E．結語

沖縄の老人痴呆患者を対象にして、問題行動の消長を、沖縄の地域特性を生かしたメンタル・ケアを施行して経時的に観察し、精神衛生学的に検討した。老人痴呆患者の精神構造の基層にはたらきかけるこれらのアプローチが、痴呆老人患者の問題行動への有効な対

処方略となりうることが示唆された。

F．引用文献

1）松下正明：皮質下性痴呆－老年期の痴呆の分類をめぐって．老年精神医学、1：172-180、1984

2）石津宏：沖縄県における老人痴呆患者の問題行動とその対処．平成10年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業、老人痴呆患者の問題行動への対処法(2)、1998

3）柄澤昭秀：老年期痴呆の精神的随伴症状とその発祥関連要因．老年精神医学雑誌、4：386-391、1993

4）石津宏：沖縄の地域特性と精神衛生．平山清武編　沖縄の医療と保健、徳明会、沖縄、69-82頁、1987

表1-1）B群〔通常ケア群〕．長谷川式DRスケール、N－ADL、NMスケール

症例	性	年齢	長谷川式DRスケール		N－ADL		NMスケール	
			開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後
B-1	女	80	2	2	6	8	4	8
B-2	女	73	19.5	19.5	48	50	43	45
B-3	女	75	10.5	10.5	18	20	21	25
B-4	女	81	2	2	6	6	4	4
B-5	女	81	8	8	11	12	13	15
B-6	女	87	6	6	8	8	11	11
B-7	女	79	8	8	10	11	13	15
B-8	女	90	9.5	9.5	16	15	21	23
B-9	女	75	11.5	11.5	16	18	20	22
B-10	女	83	2	2	4	4	3	3
B-11	女	77	10	10	18	19	20	22
B-12	男	88	19.5	19.5	43	45	44	47
B-13	男	90	19	19	35	36	30	32
B-14	女	89	2	2	6	6	8	8
B-15	女	88	2	2	4	4	4	4
B-16	女	80	13	13	20	20	21	22
B-17	女	82	21.5	21.5	48	50	48	49
B-18	女	86	2	2	8	8	8	8
平均		82.4 ±5.5	9.3 ±6.9	9.3 ±6.9	18.1 ±15.1	18.9 ±15.7	18.7 ±14.3	20.2 ±14.8
検定[1]			n.s.		**		***	

[1] T-test　** p < .01　*** p < .001

表1-2）B群〔通常ケア群〕．島袋式（改変）場面行動評定票

症例	性	年齢	行動及び表情		対看護者の対人関係		患者同士の対人関係		計	
			開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後
B-1	女	80	2	2	2	2	2	2	6	6
B-2	女	73	4	5	5	5	4	5	13	15
B-3	女	75	4	5	4	5	2	3	10	13
B-4	女	81	2	2	2	2	2	2	6	6
B-5	女	81	3	4	3	3	3	3	9	10
B-6	女	87	2	2	2	2	2	2	6	6
B-7	女	79	3	3	3	3	3	3	9	9
B-8	女	90	3	3	3	3	3	3	9	9
B-9	女	75	4	5	4	5	3	3	11	13
B-10	女	83	1	1	1	1	1	1	3	3
B-11	女	77	3	3	3	3	3	3	9	9
B-12	男	88	4	5	5	5	4	5	13	15
B-13	男	90	4	5	4	4	4	4	12	13
B-14	女	89	2	2	2	2	2	2	6	6
B-15	女	88	1	1	1	1	1	1	3	3
B-16	女	80	4	5	4	4	4	4	12	13
B-17	女	82	4	5	5	5	4	5	13	15
B-18	女	86	2	2	2	2	2	2	6	6
平均		82.4 ±5.5	2.9±1.1	3.3±1.5	3.1±1.3	3.2±1.4	2.7±1.0	2.9±1.3	8.7±3.3	9.1±4.3
検定[1]			**		n.s.		*		n.s.	

[1] T-test　* p < .05　** p < .01

表1-3）B群〔通常ケア群〕．下地式場面行動評定票（1）

症例	性	年齢	表情全般		笑い		セラピストとの対面時の反応表情		(表情小計)	
			開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後
B-1	女	80	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
B-2	女	73	4	4	4	4	4	5	(12)	(13)
B-3	女	75	3	4	3	3	3	3	(9)	(10)
B-4	女	81	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
B-5	女	81	2	3	2	2	2	2	(6)	(7)
B-6	女	87	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
B-7	女	79	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
B-8	女	90	3	3	3	3	3	3	(9)	(9)
B-9	女	75	4	4	4	4	4	5	(12)	(13)
B-10	女	83	1	1	1	1	1	1	(3)	(3)
B-11	女	77	3	3	3	3	3	3	(9)	(9)
B-12	男	88	4	5	4	4	4	4	(12)	(13)
B-13	男	90	4	5	4	4	4	4	(12)	(13)
B-14	女	89	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
B-15	女	88	1	1	1	1	1	1	(3)	(3)
B-16	女	80	4	5	4	4	4	4	(12)	(13)
B-17	女	82	4	5	4	4	4	4	(12)	(13)
B-18	女	86	2	2	2	2	2	2	(6)	(6)
平均		82.4 ±5.5	2.7±1.1	3.1±1.4	2.7±1.1	2.7±1.1	2.7±1.1	2.8±1.2	8.2±3.2	8.6±3.6
検定[1]			＊＊		n.s.		n.s.		＊＊	

[1] T-test ＊＊ $p < .01$

表1-4）B群〔通常ケア群〕．下地式場面行動評定票（2）

症例	性	年齢	全般的理解		セラピストに対する発語		(話しの理解・小計)		意志の表示	
			開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後
B-1	女	80	2	2	2	2	(4)	(4)	1	1
B-2	女	73	3	4	4	4	(7)	(8)	4	4
B-3	女	75	2	3	2	2	(4)	(5)	3	3
B-4	女	81	1	1	1	1	(2)	(2)	1	1
B-5	女	81	2	2	2	2	(4)	(4)	2	2
B-6	女	87	2	2	2	2	(4)	(4)	2	2
B-7	女	79	2	2	2	2	(4)	(4)	2	2
B-8	女	90	2	2	2	2	(4)	(4)	2	2
B-9	女	75	3	4	3	3	(6)	(6)	3	3
B-10	女	83	1	1	1	1	(2)	(2)	1	1
B-11	女	77	3	3	2	2	(5)	(5)	2	2
B-12	男	88	4	4	4	5	(8)	(9)	4	4
B-13	男	90	4	5	4	4	(8)	(9)	4	4
B-14	女	89	2	2	2	2	(4)	(4)	2	2
B-15	女	88	1	1	1	1	(2)	(2)	1	1
B-16	女	80	3	4	3	3	(6)	(7)	3	3
B-17	女	82	4	4	4	5	(8)	(9)	4	4
B-18	女	86	1	1	1	1	(2)	(2)	1	1
平均		82.4 ±5.5	2.3±1.0	2.6±1.3	2.3±1.1	2.4±1.3	4.7±2.1	5.0±2.5	2.3±1.1	2.3±1.1
検定[1]			＊		n.s.		＊＊		n.s.	

[1] T-test ＊ $p < .05$ ＊＊ $p < .01$

表1-5）B群〔通常ケア群〕．下地式場面行動評定票（3）

症例	性	年齢	陽性症状		働きかけに対する反応		合計	
			開始時	12カ月後	開始時	12カ月後	開始時	12カ月後
B-1	女	80	1	1	1	1	13	13
B-2	女	73	3	3	4	4	30	32
B-3	女	75	2	2	3	3	21	23
B-4	女	81	1	1	1	1	11	11
B-5	女	81	2	2	2	2	16	17
B-6	女	87	2	2	2	2	16	16
B-7	女	79	2	2	2	2	16	16
B-8	女	90	2	2	3	3	20	20
B-9	女	75	3	3	3	3	27	28
B-10	女	83	1	1	1	1	8	8
B-11	女	77	2	2	3	3	21	21
B-12	男	88	3	3	4	4	31	33
B-13	男	90	3	3	4	4	31	33
B-14	女	89	2	2	1	1	15	15
B-15	女	88	1	1	1	1	8	8
B-16	女	80	3	3	3	3	27	29
B-17	女	82	4	4	4	4	32	34
B-18	女	86	1	1	1	1	11	11
平均		82.4 ±5.5	2.1±0.9	2.1±0.9	2.4±1.2	2.4±1.2	19.7±8.2	20.4±9.1
検定[1]			n.s.		n.s.		**	

[1] T-test ** $p < .01$

表2-1）．改善度

A群〔沖縄の地域特性メンタル・ケア群〕(1)

症例	性	年齢	長谷川式DRスケール	N－ADL	NMスケール	島袋式（改変）場面行動評定票			
						行動・表情	対看護者の対人関係	患者同士の対人関係	計
1	女	84	0	23	25	2	2	1	5
2	女	85	0	19	22	2	3	2	7
3	女	75	0	4	18	0	2	1	3
4	女	70	0	1	2	1	0	1	2
5	女	84	0	10	19	1	1	1	3
6	女	85	0	11	14	1	1	1	3
7	女	83	2	14	11	1	1	1	3
8	女	86	0	7	17	1	2	2	5
9	女	79	0	9	20	1	1	1	3
10	女	89	2	8	19	0	1	1	2
11	男	85	0	10	20	1	1	2	4
12	男	82	2	6	3	1	0	1	2
13	女	85	0	11	19	1	1	1	3
14	女	89	0	4	5	1	1	1	3
15	女	84	1.5	12	18	1	1	0	2
16	女	85	0	9	17	1	1	2	4
17	女	75	1	1	1	1	0	1	2
18	女	90	0	24	18	1	1	1	3
合計			8.5	183	268	18	20	21	59
平均		83.1±5.2	0.47	10.17	14.89	1.00	1.11	1.17	3.28

表2-2)．改善度

A群〔沖縄の地域特性メンタル・ケア群〕(2)

症例	性	年齢	下地式場面行動評定票										
			表情全般	笑い	ｾﾗﾋﾟｽﾄとの対面時の反応表情	(表情小計)	全般的理解	ｾﾗﾋﾟｽﾄに対する発語	(話しの理解小計)	意志の表示	陽性症状	働きかけに対する反応	合計
1	女	84	1	2	2	(5)	1	2	(3)	2	2	3	15
2	女	85	1	2	2	(5)	2	2	(4)	2	2	3	16
3	女	75	1	1	2	(4)	2	2	(4)	1	0	1	10
4	女	70	1	0	1	(2)	1	0	(1)	0	0	1	4
5	女	84	2	2	1	(5)	2	1	(3)	2	1	2	13
6	女	85	0	1	1	(2)	1	1	(2)	1	1	2	8
7	女	83	1	1	1	(3)	1	1	(2)	1	0	1	7
8	女	86	2	1	1	(4)	2	1	(3)	1	1	1	10
9	女	79	0	1	1	(2)	1	1	(2)	1	1	1	7
10	女	89	2	2	1	(5)	2	2	(4)	1	1	1	12
11	男	85	2	2	1	(5)	2	2	(4)	1	1	2	13
12	男	82	1	1	1	(3)	1	1	(2)	1	0	0	6
13	女	85	1	2	1	(4)	1	2	(3)	2	2	2	13
14	女	89	1	1	2	(4)	2	2	(4)	1	0	2	11
15	女	84	0	0	1	(1)	1	1	(2)	1	1	1	6
16	女	85	1	1	2	(4)	2	2	(4)	1	2	2	13
17	女	75	1	1	1	(3)	1	1	(2)	1	0	0	6
18	女	90	2	1	2	(5)	2	2	(4)	2	1	2	14
合計			20	22	24	66	27	26	53	22	16	27	188
平均		83.1±5.2	1.11	1.22	1.33	3.67	1.50	1.44	2.94	1.22	0.89	1.50	10.44

表2-3）．改善度

B群〔通常ケア群〕(1)

症例	性	年齢	長谷川式 DRスケール	N－ADL	NMスケール	島袋式（改変）場面行動評定票			
						行動・表情	対看護者の対人関係	患者同士の対人関係	計
1	女	80	0	2	4	0	0	0	0
2	女	73	0	2	2	1	0	1	2
3	女	75	0	2	4	1	1	1	3
4	女	81	0	0	0	0	0	0	0
5	女	81	0	1	2	1	0	0	1
6	女	87	0	0	0	0	0	0	0
7	女	79	0	1	2	0	0	0	0
8	女	90	0	−1	2	0	0	0	0
9	女	75	0	2	2	1	1	0	2
10	女	83	0	0	0	0	0	0	0
11	女	77	0	1	2	0	0	0	0
12	男	88	0	2	3	1	0	1	2
13	男	90	0	1	2	1	0	0	1
14	女	89	0	0	0	0	0	0	0
15	女	88	0	0	0	0	0	0	0
16	女	80	0	0	1	1	0	0	1
17	女	82	0	2	1	1	0	1	2
18	女	86	0	0	0	0	0	0	0
合計			0.0	15	27	8	2	4	14
平均		82.4±5.5	0.00	0.83	1.50	0.44	0.11	0.22	0.78