

神機能検査, 老年精神医学 5: 221-231, 1988.

Gelb D, St Laurent RT: Alternative calculation of the global Clinical Dementia Rating. Alzheimer Dis Assoc Disord 7: 202-211, 1993.

Gauthier L and Gauthier S: Assessment of functional changes in Alzheimer's disease. Neuroepidemiology 45: 1451-1455, 1990.

本間 昭, 新名理恵, 石井徹郎ほか: 老年期痴呆を対象とした精神機能障害評価票の作成. 老年精医誌 2: 1217-1222, 1991.

本間 昭, 福沢一吉, 塚田良雄ほか: Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) 日本版の作成. 老年精医誌 3: 647-655, 1992.

Homma A, Niina R, Ishii T: Relationship of behavioral complications and severity of dementia in Japanese elderly persons with dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord 8 (Suppl 3) : 46-53, 1994.

Homma A: A Japanese Perspective on the work of the international group on harmonization of drug guidelines. [Becker R and Giacobini E eds] , Alzheimer's Disease: From Molecular Biology to Therapy, p 858-859, Birkhauser, Boston, 1996.

Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al: A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry 140: 566-572, 1982.

加藤伸司, 長谷川和夫, 下垣 光ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精医誌 2: 1339-1347, 1991.

加藤伸司, 長谷川和夫, 下垣 光ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成 (補遺). 老年精医誌 2: 14(Suppl): 91-99, 1992.

柄澤昭秀: 行動評価による老人知能の臨床的判定基準, 老年期痴呆 3: 81-85, 1989.

北村俊則, 丸山 晋, 大塚俊男ほか: DSM-III 痴呆診断及び柄澤式ぼけ評価尺度の評価者間信頼度, 老年精神医学 2: 774-777, 1985.

小林敏子, 播口史朗, 西村 健, 武田雅俊ほか: 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度 (NM スケール) 及び日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL) の作成, 臨床精神医学 17: 1653-1668, 1988.

Mohs RC, Knopman D, Peterson RC, Ferris SH, Ernesto C, Grundman M, Sano M, Bieliauskas L, Geldmaker D, Clark C, Thal LJ and the Alzheimer's Disease Cooperative Study: Development of cognitive instruments for use in clinical trials of antidementia drugs: Addition to the Alzheimer's Disease Assessment Scale that broaden its scope. Alzheimer Dis Assoc Disord 11 (suppl 2): s 13- s 21 ,1997.

- 森 悦郎, 三谷洋子, 山鳥 重: 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性, 神経心理学 1: 2-10, 1985.
- Morris JC, McKeel DW, Storandt M, et al: Very mild Alzheimer' s disease: Information-based clinical, psychometric, and pathologic distinction from normal aging. Neurology 41: 469-478, 1991.
- O' Connor DW, Politt PA, Hyde JB, et al: The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British Community. J Psychiatr Res 23: 87-96, 1989.
- 大塚俊男, 丸山晋, 北村俊則ほか: 痴呆のスクリーニング・テストの開発に関する研究, 精神衛生研究 32: 39-48, 1985.
- Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 435: 481-483, 1984.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob S, Ferris SH, Fransseen E, Georgotas A: Behavioral symptoms in Alzheimer' s disease: phenomenology and treatment. J Clin Psychiatry 8: 9-15, 1987.
- Rosen W, Mohs RC, Davis KL: A new scale for Alzheimer' s disease. Am J Psychiatry 141: 1356-1364, 1984.
- Rubin EH, Kinscherf DA, Morris JC, et al: Psychopathology in younger versus older persons with very mild and mild dementia of the Alzheimer type. Am J Psychiatry 150: 639-642, 1993.
- Schmand B, Lindeboom J, Launer L, et al: What is a significant score change on the Mini-Mental State examination. Int J Geriatr Psychiatr 10: 411-414, 1995.
- Stern RG, Mohs RC, Davidson M, Schmeidler J, Silverman J, Kramer-Ginsberg E, Searcey T, Bierer L, Davis L: A longitudinal study of Alzheimer' s disease: Measurement, rate, predictors of cognitive deterioration. Am J Psychiatry 151: 390-396, 1994.
- Zec RF, Landreth ES, Vicari SK, Feldman E, Belman J, Andrise A, Robbs R, Kumar V, Becker R: Alzheimer Dis Assoc Disord 6: 89-102, 1992.
- 本間 昭, 朝田 隆, 新井平伊ほか: 老年期痴呆の臨床検査法 - 変化に関する全体的評価とサイコメトリックテスト -, 老年期精神医学雑誌 10: 193-229, 1999.
- Anthony JC, Leresche L, Niaz U, et al: Limit of the "mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. Psychol Med 12: 397-408, 1982.

### 3 在宅高齢者の日常生活活動（ADL・IADL）に関する研究

分担研究者 小野寺敦志（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター主任研究主幹）

研究要旨：個人の日常生活活動には、身辺動作が中心となる日常生活動作と、衣食住をささえる社会的な生活活動が考えられる。しかしADL・IADLは加齢の影響を受けると考えられるが、どの側面がどの程度衰退した時、日常生活の自立度に影響するのかが明らかになっていない。本研究では、高齢者が日常生活を営むうえで、ADL・IADLのどのような側面に支障を来しているかと主観的に感じているのかを明らかにすることを目的とした。対象者は東京都世田谷区内の65歳以上80歳以下の高齢者3555名であった。2358名の調査票が回収され（66.3%）、2332名が分析対象であった。評価項目は基本属性に加え、ADL・IADLの項目は、既存の評価尺度を参考に項目を設定した。それらは、基本的動作（多少の段差でつまづくことがありますか）、手段的動作（「バスや電車を使って1人で外出できますか」「自分で掃除ができますか」）、社会的活動（地域などのグループ活動に参加していますか）、知的活動（請求書の支払いができますか）など計39項目であった。回答は「はい」「いいえ」の2件法であった。手続きは訪問面接法を用いた。その結果、年齢を65-69歳、70-74歳、75-80歳の3群に分類し影響を検討した結果、加齢に伴う低下が認められた。つぎに、因子分析を行ない、以下の10因子が抽出されたそれらは以下のとおりであった。①「家計の管理」。②「家事」。③「他者との交流」。④「段取りと実行」。⑤「スムーズな身辺動作の衰え」。⑥「足腰の衰え」。⑦「交通手段の利用」。⑧「感覚器官の衰え」。⑨「出版物を読む」。⑩「電話の利用」。

#### 【 序論 】

日常生活をささえる日常生活能力の指標の一つとして、日常生活動作（Activity of Daily Living; ADL）があげられる。ADLは主に身辺動作を中心とした基本的な日常生活場面での身辺処理能力を示している。日常生活場面における日常生活活動としては、ADLにあわせ手段的日常生活動作

(Instrumental Activity of Daily Living; IADL) があげられる。IADL は Lowton により提唱された生活活動能力であり、ADL より、より高次の生活活動能力を示すものであり、家事の遂行や、家計の管理など社会環境に適応して生活していく上で必要にある生活活動能力である。

ADL・IADL の評価測定を行う評価尺度として、ADL の評価尺度として代表的な尺度は、N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)、Barthel Index、機能的自立度評価法 (FIM) などがあげられる。いずれの評価尺度も観察式であり、評価者が評価対象者の ADL を評価項目に沿って観察し評価していく。これらの評価尺度の特徴として、日本において作成された N-ADL は痴呆性高齢者の日常生活動作を測定することで、診断や治療、介護に際しての評価指標とすることを目的としている。Barthel Index と FIM はともに米国において作成されたものであるが、2 評価尺度とも医学的リハビリテーションのための評価指標として作成されている。Barthel Index は脳卒中患者のリハビリテーションにおける評価尺度として開発されたものであり、FIM はさらに対象を他の疾患にも広げて開発されている。また FIM の項目には、ADL 以外のコミュニケーション、社会的認知を評価する項目も含まれている。

IADL の評価尺度として代表的な尺度は、Lowton による IADL がある。わが国においては、老研式活動能力指標 (老研式) があげられる。これらの評価尺度は、評価者が対象者から各項目内用に関する聴取を行ない評価するものである。Lowton による IADL は施設入所者希望者と患者を対象として作成されている。老研式は 65 歳以上の在宅の一般高齢者を対象に作成されている。

既存の ADL・IADL の特徴は、自立の程度を評価するものであるが、老研式を除いて、その目的は介護の必要性の判断を下し、どの程度の介護が必要であるかを評価することである。特に高齢者福祉の現場では、介護の必要度と具体的にどのような介護が必要であるかを判断する評価尺度が重要である。そのため、わが国の施設においては、自施設で独自に介護面から見た ADL 評価尺度を作成し使用している施設も少なくない。これは、高齢者福祉の中で介護の有無と介護の必要度から高齢者の ADL・IADL をとらえる現状があるためである。

そのため、自立していると判断された高齢者は、その自立の度合いや内容を問われることがない。しかし、高齢者の ADL・IADL は、その活動能力が要介護の発生の予測、生命予後の予測、QOL との関連など様々な研究の指標として取り上げられている側面もある。しかし、これまでの評価尺度は、介護を前提とした評価基準であり、在宅で自立した日常生活を営む高齢者の日常生活活動である ADL・IADL の側面を詳しく分析した研究は少ない。上記の研究を行うに際しても、本来は、高齢者の日常生活活動が加齢等の影響でいかに減衰していくか

というプロセスを踏まえた研究が必要である。最近のわが国の研究でも、ADL・IADLを連続的に測定する拡大ADL尺度が開発されているが、評価尺度の基礎はBarthel Indexと老研式であり、その目的も軽度の障害を有する高齢者の残存機能の評価指標として作成されたものである点は、これまでの既存のADL・IADL尺度と共通する背景を有しているといえる。

このように介護を前提としてADL・IADLがとらえられてきた背景には、日常生活活動の内容自体が自明のこととして取り扱われ、内容は問わず自立した生活が営んでいるのならば、ADL・IADLは自立と判断され、それ以上の検討はされてこなかったといえる。しかし介護保険が開始され、介護予防の必要性、重要性が問われている今日において、単に自立しているという評価ではなく、自立した日常生活活動とはどのような内容であるのかを詳細に検証することは、今後の介護予防の具体的な施策を検討する上で重要になるといえる。高齢者が自立した生活を維持継続するための日常生活活動の内容や程度を明らかにし、その維持継続の方策を明らかにすることにより、介護予防の視点に立った積極的な介護支援が可能になるといえる。

本研究は、高齢者が日常生活を営む上で必要とされるADL・IADLの項目を検討するとともに、どの側面に支障を来しているかと高齢者自身が主観的に感じているのかを明らかにし、それが高齢者の自立した日常生活活動にどのように影響するかを検討することを目的とする。

#### 対象者：

対象は、東京都世田谷区、豪徳寺、梅丘、代田1～3丁目の65歳以上80歳以下の高齢者3555名であった。2358名の調査票が回収され（66.3%）、2332名が分析対象であった。

#### 評価項目：

基本属性に加え、ADL・IADLの項目は、既存の評価尺度である、N式、FIM、Barthel Index、LowtonによるIADL、老研式を参考にし、新たな項目を追加し設定した。

項目は、基本的動作（多少の段差でつまずくことがありますか）、手段的動作（「バスや電車を使って1人で外出できますか」「自分で掃除ができますか」）、社会的活動（地域などのグループ活動に参加していますか）、知的活動（請求書の支払いができますか）など計39項目であった。（質問用紙問11を参照）回答は「はい」「いいえ」の2件法であった。なお能力の高い方が高くなるように得点化した。

手続きは訪問面接法を用いた。

## 【 結果と考察 】

日常生活活動の全体得点を，図1に示した．

年齢を65-69歳，70-74歳，75-80歳の3群に分類し影響を検討した結果，加齢に伴う低下が認められた．また性別においても有意差を認めた．

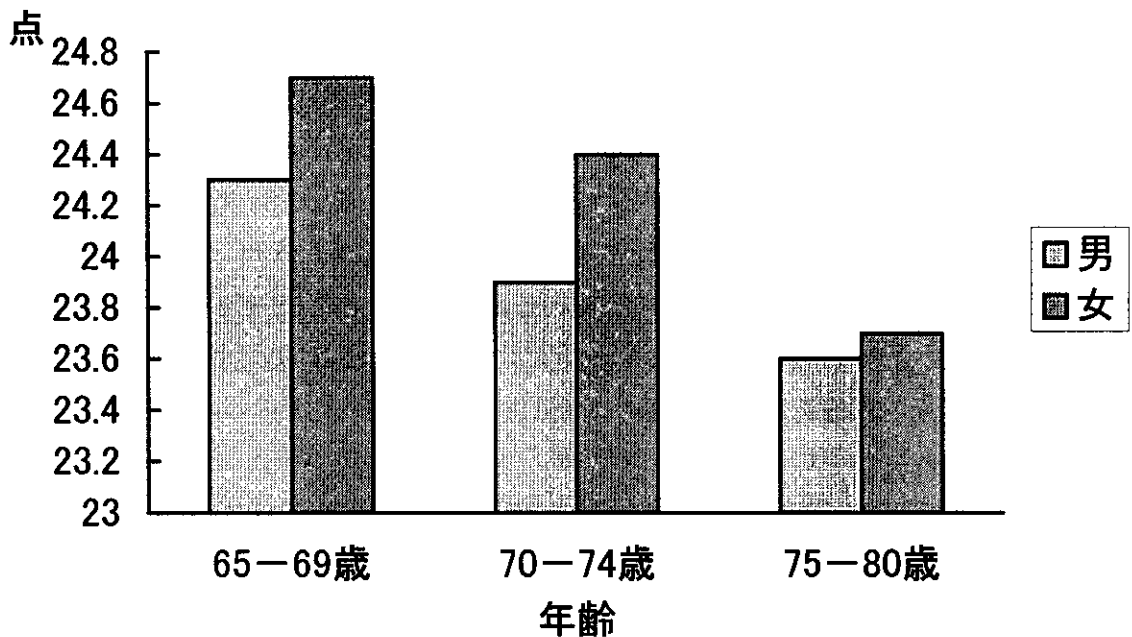


図1 日常生活活動の全体得点

次に，因子分析を行った．その結果，表1に示す因子を抽出した．

第1因子には，買い物・貯金・税金の管理から「家計の管理」と命名した．

第2因子には，食事・掃除・洗濯の能力から「家事」と命名した．

第3因子には，友達の家を訪ねる，病人を見舞うから「他者との交流」と

命名した。

第 4 因子には、行事の企画運営、1人で旅行するから「段取りと実行」と命名した。

第 5 因子には、トイレで立ち上がりにくい、浴槽の出入りがつらいから「スムーズな身辺動作の衰え」と命名した。

第 6 因子には、長時間歩く・階段の昇降がつらいから「足腰の衰え」と命名した。

第 7 因子には、バス・電車・車の利用から「交通手段の利用」と命名した。

第 8 因子には、食べ物の味・気温の変化がわからないから「感覚器官の衰え」と命名した。

第 9 因子には、新聞・本・雑誌を読むから「出版物を読む」と命名した。

第 10 因子には、電話番号を調べる・電話をかけるから「電話の利用」と命名した。

#### 表 1 因子分析の結果

---

##### FACTOR 1 (5項目) : 家計の管理

- 21. 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりができますか
- 22. 日用品の買い物をすることができますか
- 23. 請求書の支払いができますか
- 24. 銀行貯金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか
- 25. 年金や税金の書類が書けますか

##### FACTOR 2 (3項目) : 家事

- 26. 自分で食事の用意ができますか
- 27. 自分で掃除ができますか
- 29. 自分で洗濯ができますか

表1 (つづき)

---

FACTOR 3 (4項目) : 他者との交流

- 2. 若い人に自分から話しかけることがありますか
- 3. 友達の家を訪ねることがありますか
- 4. 家族や友人の相談にのることがありますか
- 5. 病人を見舞うことがありますか

FACTOR 4 (3項目) : 段取り

- 8. リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行うことができますか
- 9. 何かの会の世話係や会計係が努められますか
- 12. はじめての場所でも一人で計画を立てて旅行することができますか

FACTOR 5 (3項目) : 身辺動作の衰え

- 17. トイレで、スムーズに立ち上がりにくいですか
- 18. 手が上がりにくく、洗髪がしづらいですか
- 19. 浴槽の出入りがつらいですか

FACTOR 6 (3項目) : 足腰の衰え

- 13. 長時間歩くのがつらいですか
- 14. 階段の上り下りがつらいですか
- 15. 多少の段差でつまづくことがありますか

FACTOR 7 (2項目) : 交通の利用

- 10. ひとりでバスや電車を利用して、あるいは自分で車を運転して出かけますか
- 11. バスや電車を使って一人で外出しますか

FACTOR 8 (3項目) : 感覚の衰え

- 37. 食べ物の味がよくわからなくなってきたと感じますか
- 38. においがにぶくなってきたと感じますか
- 39. 気温の変化がよくわからなくなってきたと感じますか.

FACTOR 9 (2項目) : 出版物を読む

- 30. 新聞を読んでいますか
- 31. 本や雑誌を読んでいますか

FACTOR 10 (2項目) : 電話の利用

- 7. 自分で電話番号を調べて電話をかけることができますか
  - 28. 自分から電話をかけますか
-



各 10 因子に関して、性別、年齢との関係を検討した。その結果を表 2 に示した。表 2 は、年齢 3 群間を独立変数とした一要因の分散分析を行い、多重比較 (Tukey 法) による有意差 ( $p < 0.05$ ) の結果を示している。多重比較において、各群間で有意差があった場合、その該当する欄を「\*」を用いて示している。

その結果、性別においては、第 1 因子の「家計の管理」を除いた他の因子全てにおいて、性別の影響が認められた。男女差が第 2 因子から第 10 因子に関連することが示された。

年齢の影響に関しては、第 3 因子の「他者との交流」、第 4 因子の「段取りと実行」、第 6 因子の「足腰の衰え」において、年齢 3 群間で差異が認められた。つぎに第 2 因子の「家事」、第 5 因子の「スムーズな身辺動作の衰え」、第 7 因子の「交通手段の利用」において、74 歳以下と 75 歳以上の間で差異が認められた。次に第 8 因子の「感覚器官の衰え」において、69 歳以下と 70 歳以上の間で差異が認められた。これらの因子に加齢の影響が関連することが示された。

表 2 分散分析の結果

因子名/年齢群	65歳群 * 70歳群	70歳群 * 75歳群	65歳群 * 75歳群
家計の管理			
家事		*	*
他者との交流	*	*	*
段取り	*	*	*
身辺動作の衰え		*	*
足腰の衰え	*	*	*
交通の利用		*	*
感覚の衰え	*		*
出版物を読む			
電話の利用			

\* ;  $p < 0.05$

日常生活行動の 10 因子と同居の状況との関連を検討した。その結果を表 3

に示した(表の見方は表2に準じる)。

第1因子の「家計の管理」において、「一人暮らし」の場合と「本人と子どもが同居」、「夫婦のみ」の場合において差異が認められた。つぎに、第4因子の「段取りと実行」において「一人暮らし」、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」の場合と「その他」の3群の間で差異が認められた。つぎに第5因子の「スムーズな身体動作の衰え」ならびに第6因子の「足腰の衰え」において、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」の場合において差異が認められた。また、第9因子の「出版物を読む」において、「一人暮らし」、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」、「その他」の場合において差異が認められた。さいごに、第10因子の「電話の利用」において「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦と子どもが同居」の場合において差異が認められた。これらの因子において、同居の形態が日常生活活動に関連することが示された。

表3 日常生活行動と同居の関係

同居の状況/因子名	家計の管理	家事	他者との交流	段取り	身辺動作の衰え	足腰の衰え	交通の利用	感覚の衰え	出版物を読む	電話の利用
一人暮らしv.s.夫婦のみ	*								*	
一人暮らしv.s.夫婦+子ども				*					*	
一人暮らしv.s.本人+子ども	*			*						
1人暮らしv.s.その他									*	
夫婦のみv.s.夫婦+子ども										
夫婦のみv.s.本人+子ども				*	*	*			*	*
夫婦のみv.s.その他				*						
夫婦+子どもv.s.本人+子ども				*	*	*			*	
夫婦+子どもv.s.その他				*						
本人+子どもv.s.その他									*	

\* ; p < 0.05

つぎに、10因子と外出の状況との関連を検討した。その結果を表4に示した(表の見方は表2に準じる)。

第1因子の「家計の管理」、第3因子の「他者との交流」、第4因子の「段取りと実行」、第5因子の「スムーズな身体動作の衰え」、第6因子の「足腰の衰え」、第9因子の「出版物を読む」において、「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」「週に1日より少ない」の3群の間で差異が認められた。つぎに第2因子の「家事」において、「ほとんど毎日」、「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」「週に1日より少ない」の2群の間で差異が認められた。つぎに第7因子の「交通手段の利用」において、「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」の間で差異が認められた。第8因子の「感覚器官の衰え」において、「ほとんど毎日」、「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」の間で差異が認められた。「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」、「週に1日程度」の場合と「週に1日より少ない」の3群の間で差異が認められた。これらの因子において、実際の外出頻度が日常生活活動に関連することが示された。

表4 外出状況との関係

外出の状況/因子名	家計の管理	家事	他者との交流	段取り	身辺動作の衰え	足腰の衰え	交通の利用	感覚の衰え	出版物を読む	電話の利用
ほとんど毎日v.s.週に2,3日	*		*	*	*	*	*		*	*
ほとんど毎日v.s.週1日程度	*	*	*	*	*	*		*	*	*
ほとんど毎日v.s.週1日より少ない	*	*	*	*	*	*			*	*
週2,3日v.s.週1日程度	*	*	*	*	*	*		*	*	
週2,3日v.s.週1日より少ない	*	*	*	*	*	*			*	*
週1日程度v.s.週1日より少ない										

p<0.05

つぎに、10因子と健康感との関連を検討した。その結果を表5に示した(表の見方は表2に準じる)。

表 5 健康感との関係

健康感／因子名	家計の管理	家事	他者との交流	段取り	身辺動作の衰え	足腰の衰え	交通の利用	感覚の衰え	出版物を読む	電話の利用
とても健康v.s.まあ健康	*	*	*		*	*				
とても健康v.s.あまり健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
とても健康v.s.健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
まあ健康v.s.あまり健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
まあ健康v.s.健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
あまり健康でないv.s.健康でない				*				*	*	*

p<0.05

第 1 因子の「家計の管理」、第 2 因子の「家事」、第 3 因子の「他者との交流」、第 5 因子の「スムーズな身体動作の衰え」、第 6 因子の「足腰の衰え」において、「とても健康」の場合と「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」「健康でない」の 3 群の間で差異が認められた。第 4 因子の「段取りと実行」において、「とても健康」、「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」の場合と「健康でない」の 3 群の間で差異が認められた。第 8 因子の「感覚器官の衰え」、第 9 因子の「出版物を読む」、第 10 因子の「電話の利用」において、「とても健康」、「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」「健康でない」の 2 群の間で差異が認められた。これらの因子において、健康感が日常生活活動に関連することが示された。

### 【 まとめ 】

本研究は、高齢者が日常生活を営む上で必要とされる ADL・IADL の項目を検討し、高齢者の日常生活活動の自立の程度に影響もしくは関連する要因について検討した。

その結果、

1. 日常生活活動は因子分析より 10 因子が抽出された。
2. 10 因子に関連する要因を検討した結果、第 2 因子から第 10 因子において性別の影響を、第 4 因子から第 8 因子において加齢の影響を受けることが示された。
3. 10 因子と同居の状況、外出の状況、健康感の関連を検討した。その結果、

いくつかの因子において、同居の形態、外出頻度、主観的健康感における健康の程度が日常生活活動に関連することが示された。

今後は、因子分析により抽出された10因子に関してその再現性の検討を行ない、在宅高齢者の日常生活活動の自立を測定評価する尺度としての妥当性、有用性の検討を行うことが必要である。同時に、日常生活活動の自立の程度に影響する諸要因（加齢、性別、同居の形態、実際の外出頻度、主観的健康感）とどのように関連しているのかを詳細に検討していく必要がある。これらが明らかになることにより、介護予防としての在宅支援の施策に対する具体的な指針を提供しうるものになると考える。

## 4 日常認知・記憶の主観的側面に関する研究

分担研究者 石原 治 (東京都老人総合研究所心理学部門研究員)

研究要旨：高齢者自身が日常生活を営むうえで、認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とした。日常生活の認知・記憶に関する具体的な 36 項目を作成し、2332 名の高齢者対象として調査を行った。因子分析の結果、7 因子が抽出され、①表情認知、②記憶、③最新情報機器の使用、④展望的記憶、⑤環境認知、⑥自伝的記憶、⑦記憶補助と命名された。さらに 7 因子を従属変数、ADL・IADL や心理的側面など変数を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、QOL やうつなどの心理変数に加えて ADL・IADL のさまざまな側面が有意であった。認知・記憶と ADL・IADL との密接な関連が示唆された。

### 緒言

中高年者が日常生活を営む上で認知・記憶力の低下は多かれ少なかれ誰しもが痛感することであろう。「人の名前がどうしても思い出せない」とか「若い頃に比べて記憶力が落ちた」などの認知・記憶に対する不平や不満をしばしば耳にする。

このことに関して、心理学でも一般的には、中高年者の認知・記憶機能は、加齢の影響によって低下していくといわれている。生涯発達のにも、12 歳～14 歳頃の青年期から徐々に認知・記憶機能の能力は向上していくが、しかし、おおよそ 18～20 歳頃の成人期をピークとし、中高年期では徐々に衰退していくといわれている。

認知・記憶の加齢の影響に関して、老年心理学では認知心理学的な手法が専ら用いられている。つまり実験的な方法によって加齢がどのように影響しているかが検討され(例えば、石原ら、2002, 1998; 権藤ら、1997)、レビューも報告されるようになってきている(例えば、石原、1997, 2000; Zacks, Hasher & Li, 2000; Craik & Salthouse, 2000; Kausler, 1994)。この認知心理学的なアプローチは、いわば客観的な現象を捉える適した方法であると言えよう。しか

し、中高年が日常生活を営む上で、加齢の影響によって認知・記憶のこういった側面に関して、衰退しているか主観的にどのように感じているかに関する研究は、筆者らの知る限り心理学の分野では行われていない。冒頭でも述べたように中高年者は誰しも多かれ少なかれ認知・記憶機能が青年期より衰えている。しかしながら、果たして認知・記憶のこういった側面に主観的な衰えを感じているかを明らかにしていくのも心理学の担っている重要な仕事であると考えた。主観的な側面に関して、具体的にどの機能がどの程度衰退するのかは明らかになっていない。さらに、実際的でいわば応用的な高齢者研究を行うことも、超高齢化社会における重要なニーズであると考えた。

そこで本研究では、高齢者自身が日常生活を営むうえで、認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とした。高齢者が日常生活をのなかで、例えば、のどまで出かかっているが人の名前が出てこない (Au et al, 1995) などの高齢者の訴えは、典型的な記憶低下の1側面であろう。高齢になるにつれてこのような正常加齢の影響によって、認知・記憶の衰退による経験頻度が多くなることは明らかであろう。しかし、残念ながら高齢者自身が認知・記憶のこういった側面について不平や不満があるかの研究は、筆者らの知る限り行われていないのが現状である。高齢者の心理特性を明らかにするためにも必要であると考えた。

高齢者の記憶の主観的な評価に関しては、心理学ではメタメモリー (Perlmutter, 1978) というパラダイムで1970年代頃検討が盛んに行われた。このメタメモリーとは、一般的には「自分の記憶能力の自己評価」といわれている。例えば、成人の人間では既に蓄積された出来事の記憶は膨大な量である。そして過去の出来事の再生を求められると、具体的な出来事を思い出す前に、その出来事を思い出せるかどうかの判断をする場合もある。まさにメタメモリーを用いて、記憶能力の主観的な判断を行ったと言えよう。このメタメモリーでは記憶という単一の記憶を想定しているともいえよう。しかしながら、本研究では記憶を単一ではなく、現在の認知心理学的な流れに従い、複数の側面があることを前提として捉えていくこととする。その意味ではかつてのメタメモリーの研究に比べ、より緻密な検討が行えると考えた。

認知における失敗を測定する質問紙としては、Broadbentら(1982)が作成した認知失敗検査があり、類似の質問紙としてReason(1993)のShort Inventory of Minor Lapsesが挙げられる。両者とも認知の失敗といういわばネガティブな側面を評価するという点では共通しているが、前者は記憶や知覚の失敗、アクションスリップを個人がどの程度おかしやすいかを測定するために25項目から構成されている。回答は、ある特定の認知的失敗をどの程度経験するかを

「まったくない」から「非常にしばしば」までの5件法を採用している。後者は自己報告法による認知の失敗に関する質問紙である。15項目から構成され、前者とおなじように5件法を採用している。これらの質問紙は認知の失敗に関することから、高齢者の認知と密接に関連することは明らかである。しかしながら、高齢者が日常生活を営む際、認知と密接に関連する、むしろ明確に区分できないが、記憶に関する問題も必要不可欠であろう。つまり、高齢者の日常生活を理解するためには、認知的側面に加えて、記憶の側面も必要であろう。したがって新たな質問紙を作成する必然性があると考えた。

主観的な記憶機能の評価については、心理学の隣接領域の精神医学の分野でも検討が行われている。おもに記憶障害(memory impairment)や記憶の不平(memory complaint)という名のもとで研究が行われている。とりわけCrookらは精力的に記憶障害の主観的な質問紙の開発を行った(例えば、Crook, T.H. & Larrabee, G. J., 1990; Larrabee, G. J., & Crook, T.H., 1989)。そして彼らは49項目からなるMAC-S(Memory Assessment Clinics社のself rating scaleの略)を標準化を行っている(Crook, T.H. & Larrabee, G. J., 1990)。また6項目からなるMAC-S(Memory Assessment Clinics社のquestionnaireの略)も開発している(Crook, T.H., Feher, E.P. & Larrabee, G. J., 1992)。ところが、彼らの対象者は、記憶に既に何らかの障害をきたし、病院に来院する患者である。彼らの開発した質問紙のみでは、健全な正常加齢による記憶低下を正確には測定できないと考えた。健常者用の質問紙の開発が必要であると考えた。

このような背景から新たに質問紙を作成することにした。ところが、日常生活という多様な認知・記憶についての加齢の検討を行った研究が乏しく、確固たる理論やモデルに基づき質問紙を作成するのは困難であった。そこで新たな尺度を構成するために、高齢者自身の日常認知・記憶の主観的な衰退、失敗、不満などに密接に関すると考えられる尺度を採用することにした。それらは、符号化・貯蔵・検索に関する記憶、展望的記憶、表情認知、環境認知、自伝的記憶、最新情報機器、記憶補助であった。

以上、日常生活における高齢者の認知・記憶に及ぼす主観的な側面を調査するために質問紙を作成した。結果を因子分析によって分類することにした。ただし、認知・記憶に及ぼす影響が明らかになったとしても、それによって原因が明らかにされるわけではないことを注意しておく必要がある。最終的には、正常加齢における日常認知・記憶機能の低下を測定するための簡易的な質問紙の標準化を行いたい。実際の実験によるパフォーマンスとの比較も行いたい。さらには、痴呆の初期症状(probable dementia)と正常加齢とでは、どのように異なっているかの検討も予定している。



## 方法

**対象者：**東京都世田谷区，豪徳寺，梅丘，代田 1～3 丁目の 65 歳以上 80 歳以下の高齢者 3555 名であった。2358 名の調査票が回収され（66.3%），2332 名が分析対象であった。

**評価項目：**対象者の属性を調べるために，年齢，性，配偶者の有無，家族形態，主観的健康観，日常生活能力（IADL，ADL）などの項目を用いた。日常認知・記憶の調査項目には，認知失敗質問紙（Broadbent, 1982; Reason, 1993），メタ記憶質問（Perimuter, 1978）を参考にし，記憶（思い出すのに苦労するなどの符号化，貯蔵，検索），展望的記憶（待ち合わせの時間や場所），表情認知（喜びや悲しみの表情），環境認知（電車の行き先の掲示板が見にくい），自伝的記憶（小学校の頃の出来事），最新情報機器の使用（インターネット使う）であった。また，認知の失敗（言おうとしたことを忘れる），注意（新聞を見ながら，テレビを見る）も重要であると考えられたので項目に加え，合計 36 項目を用いた。回答は「はい」「いいえ」の 2 件法であった。

**手続き：**訪問面接法を用いた。調査時間は平均 38.5（SD 16.1）分であった。調査は大学生および大学院生 83 名が行った。

## 結果・考察

結果は（1）認知・記憶 36 項目の因子分析，（2）因子を従属変数，ADL・IADL や QOL，主観的健康感などの心理変数を独立変数とする重回帰分析によって整理した。

（1）因子分析を行なった。主成分法で因子を抽出後，スクリープロットにより 7 因子に決定し，バリマックス法で直交回転を行なった。その結果を Figure 1 に示した。各因子の因子負荷量の高い順に並べ，因子負荷量.40 以上の項目のみを示した。下段には各因子の寄与率を示した。なお寄与率は合計 36.7%であった。因子名は以下の通りであった。

①表情認知—高齢者自身が日常生活を営む際，表情認知機能に深く関与することが考えられ，表情認知と命名した。

②記憶—「言おうとしたことを忘れる」などの検索の困難さに関する項目が含まれていたが，「覚えるのに時間がかかる」などの符号化や「覚えていることが難しい」などの貯蔵に関する項目も項目が含まれていた。いずれにせよ，符号化，貯蔵，検索は，記憶の処理過程であることから，記憶に関する因子と

命名した。

③最新情報機器の使用—最新の情報機器に関する因子と命名した。

④展望的記憶—将来の記憶に関する項目が含まれるので展望的記憶と命名した。

⑤環境認知—駅や標識に関する項目が含まれるので環境認知に関する因子と命名した。

⑥自伝的記憶—自分の遠い過去の記憶に関する項目が含まれるので自伝的記憶と

命名した。

⑦記憶補助—手帳やカレンダーの使用などの項目が含まれるので記憶補助と命名した。

因子	10.7	7.7	4.9	4.1	3.7	3.2	2.4
第1因子	0.905	0.079	-0.009	0.077	0.144	0.001	-0.022
人の喜びの表情がわかりにくい	0.905	0.079	-0.009	0.077	0.144	0.001	-0.022
人の悲しみの表情がわかりにくい	0.878	0.058	-0.017	0.058	0.083	-0.050	-0.026
人の怒りの表情がわかりにくい	0.873	0.083	-0.017	0.058	0.087	-0.038	-0.027
人の驚きの表情がわかりにくい	0.846	0.091	-0.035	0.037	0.184	-0.031	-0.003
人の恐れ表情がわかりにくい	0.845	0.098	-0.042	0.037	0.169	-0.041	0.000
第2因子	0.012	0.607	0.015	0.075	0.066	0.038	-0.022
言おうとしたことを忘れてしまったことがよく	0.012	0.607	0.015	0.075	0.066	0.038	-0.022
何かをするはずだったのに何であつたか忘れ	0.023	0.586	-0.003	0.112	0.047	-0.008	0.002
覚えていることが難しい	0.048	0.546	-0.052	0.045	0.060	-0.085	0.026
何かを思い出すのに苦労しますか	0.066	0.459	0.076	0.099	0.020	-0.092	0.063
何かをするとき必要な手順や順番をとばして	0.051	0.447	0.004	0.159	0.087	-0.072	-0.027
新しいことを覚えるのに時間がかか	0.031	0.430	-0.006	-0.019	0.030	-0.041	-0.016
思い出すとずるが思い出せないことがある	0.008	0.395	0.092	0.043	0.015	-0.073	0.050
第3因子	-0.036	-0.060	0.925	-0.017	-0.064	0.051	0.052
コンピュータを使うようになりたい	-0.036	-0.060	0.925	-0.017	-0.064	0.051	0.052
インターネットを使うようになりたい	-0.051	-0.069	0.907	0.005	-0.058	0.049	0.074
楽しみにしていた予定や約束を忘れませんか	0.045	0.050	-0.001	0.674	0.041	-0.069	-0.022
予定や約束を忘れてしまつて人に迷惑をかけ	-0.001	0.127	-0.014	0.605	0.055	-0.017	0.006
待ち合わせの時間や場所を忘れませんか	0.088	0.065	0.003	0.554	0.028	-0.021	-0.045
第4因子	0.091	0.017	0.006	0.031	0.594	0.009	-0.040
公衆トイレの男女の標識がわかりにくい	0.091	0.017	0.006	0.031	0.594	0.009	-0.040
道路の信号の色がわかりにくい	0.105	0.022	0.011	0.015	0.560	0.026	-0.041
自動改札は切符が入れにくい	0.074	0.093	-0.053	0.064	0.427	-0.031	-0.073
道路標識がわかりにくい	0.092	0.189	-0.032	0.051	0.407	-0.070	-0.026
第5因子	-0.042	-0.133	0.032	-0.068	-0.037	0.704	0.030
20歳代の頃のことがかきりと思ひ出せませんか	-0.042	-0.133	0.032	-0.068	-0.037	0.704	0.030
小学生の頃のことがかきりと思ひ出せませんか	-0.017	-0.161	0.028	-0.053	-0.083	0.584	0.049
40~50歳の中年の頃のことがかきりと思ひ出	-0.042	-0.194	0.031	-0.066	0.007	0.470	0.042
第6因子	-0.039	0.075	-0.001	-0.002	-0.071	-0.023	0.636
忘れないようメモやカレンダーを利用していま	-0.039	0.075	-0.001	-0.002	-0.071	-0.023	0.636
忘れないよういろいろ自分なりに工夫してい	-0.012	0.059	-0.013	-0.018	-0.041	0.056	0.475
忘れないよう手帳を使っていますか	0.004	-0.018	0.086	-0.027	-0.047	0.046	0.425
第7因子	10.7	7.7	4.9	4.1	3.7	3.2	2.4

Figure 1 因子負荷量の結果

(2) 小野寺の分担研究によってADL・IADLに関して、10 因子が抽出された。したがって、ここではそれらの因子ごとに因子負荷量の高かった項目を用い得点化した。得点化に用いた因子および項目は以下の通りである。

①買い物、貯金、税金の管理から「家計の管理」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 21~25 の 5 項目を合計し、得点化した。

②食事、掃除、洗濯の能力から「家事」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 26~27, 29 の 3 項目を合計し、得点化した。

③友達の家を訪ねる、病人を見舞うから「他者との交流」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 2~5 の 4 項目を合計し、得点化した。

④行事の企画運営、1 人で旅行するから「段取りと実行」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 8~9, 12 の 3 項目を合計し、得点化した。

⑤トイレで立ち上がりにくい、浴槽の出入りがつらいから「スムーズな身辺動作の衰え」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 15~19 の 5 項目を合計し、得点化した。

⑥長時間歩く・階段の昇降がつらいから「足腰の衰え」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 13~14 の 2 項目を合計し、得点化した。

⑦バス・電車・車の利用から「交通手段の利用」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 10~11 の 2 項目を合計し、得点化した。

⑧食べ物の味・気温の変化がわからないから「感覚器官の衰え」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 37~39 の 3 項目を合計し、得点化した。

⑨新聞・本・雑誌を読むから「出版物を読む」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 30~31 の 2 項目を合計し、平均得点を用いた。

⑩電話番号を調べる・電話をかけるから「電話の利用」と命名された。したがって、調査票の問 11 の 7, 28 の 2 項目を合計し、得点化した。

従属変数には認知・記憶から抽出された 7 因子①表情認知、②記憶、③最新情報機器の使用、④展望的記憶、⑤環境認知、⑥自伝的記憶、⑦記憶補助の標準因子得点をそれぞれ用いた。

従属変数には上記の 10 の得点に加えて、年齢、性別、教育年数、主観的健康感、外出頻度、QOL の下位尺度の満足感、心理的安定感、生活のハリ、歩行に関する 7 項目の総得点 (問 9)、GDS うつスケール 17 項目の得点の合計 20 の変数を用いた。

Table 1 が示すように表情認知の因子には、生活のハリ、歩行、家計の管理、感覚器官の衰え、電話の利用の標準偏回帰係数が有意であった。

Table 2 が示すように記憶の因子には外出頻度、満足感、心理的安定、GD