

らせることが重要であり、そのためには転倒および認知症予防が課題となる。本研究の目的は、地域で暮らす高齢者を対象にヘルスプロモーションに基づいた転倒および認知症の予防のプログラムを開発するため、その予備的な研究として、身体機能と認知機能、心理機能に関するわれわれが開発した予防プログラムを検討することである。

対象と方法

1. 対象者 (表 1)

対象者は、関東地方の首都圏近郊の A 町在住の 65 歳以上の在宅高齢者 16 名であった。しかし、介入中に入院や家庭の事情による理由により計 2 名が脱落したため、最終的に介入終了 6 カ月後での追跡調査が行えたのは、14 名 (男 4 名、女 10 名) であった。年齢範囲は 66~86 歳で、平均年齢は 77.8 歳であった。独居の者は皆無であり、14 名中全員が治療中の疾病を有していたが、現在の健康感について 11 名が比較的健康であると回答していた。生活習慣については、多くの対象者が 6 時間以上の睡眠時間を確保し、仕事活動や趣味活動をもっていた。そのおもな内容は前者では農業 (野菜作りを含む)、後者では園芸や散歩、カラオケであった。

適格条件は、①過去に精神病歴をもたない者、②明らかな認知障害を認めない者 (Mini-Mental State Examination [MMSE]¹¹⁾で 21 点以上)、③プログラムに参加するうえで介助を要しない者、④グループでの活動に際し、聴覚的、視覚的、言語的な問題を認めない者とした。

2. 介入方法

適格条件を満たした対象者に対して、2 週間に 1 回 90 分の転倒・認知症予防プログラムを計 10 回 (5 カ月間) 実施した。

プログラムは、①導入、②認知症または転倒予防の重要性の理解と予防に関する健康教育、③教育内容の理解を深め、今後の日常生活の実践を促すためのグループワーク、④身体機能の維持・向上を促すための体操、⑤楽しみをもって本プログラムへの継続的参加を促すためのレクリエーションから構成されている。

表 1 対象者の背景

		n=14
年齢 (歳)		77.8±5.0
性別	男	4
	女	10
婚姻	既婚	11
	未婚/離婚/死別	3
同居家族	有	14
	無	0
治療中の疾病	有	14
	無	0
健康感	良好	11
	不良	3
視力感覚	良好	13
	不良	1
視力	1.0 以上	14
	1.0 未満	0
聴力感覚	良好	13
	不良	1
仕事活動	有	11
	無	3
趣味活動	有	13
	無	1
睡眠時間	6 時間未満	1
	6 時間以上	13
喫煙習慣	有	3
	無	11
アルコール習慣	有	3
	無	11
身長 (cm)		148.1±7.8
体重 (kg)		51.9±8.8
BMI		23.6±3.4
老研式活動能力指標		12.4±1.9

(平均値±標準偏差)

具体的には、①としては、白澤¹²⁾の資料をもとに複式呼吸や発声、昔の懐かしい歌、歌・指体操を行い、グループセッションの導入を 15 分程度行った。②の健康教育は、認知症については田平¹³⁾の資料をもとに、そして転倒予防については鈴木¹⁴⁾の資料をもとにして、参加者が理解しやすいように OT が工夫して解説を 15 分程度で行った。

③のグループワークは、5 名前後の小グループとし、各グループに対しリーダーとして OT、PT、保健師のいずれかが加わり、相互理解を促し、20

分程度行った。④の体操では、武藤ら¹⁵⁾の資料をもとに、ストレッチ、筋力トレーニング、バランス訓練を含んだ家庭でも継続可能な簡便な内容とし、OTが中心に20分程度行った。⑤のレクリエーションは、身体活動や知的活動を含むゲームとし、OTが中心に20分程度行った。

セッションの内容は、以下のとおりである。第1回目：認知症と転倒予防の重要性、第2回目：転倒の状況について、第3回目：認知症の症状について、第4回目：認知症予防と身体活動、第5回目：認知症予防とライフスタイル [1] (生活習慣)、第6回目：転倒予防と家庭環境、第7回目：認知症予防とライフスタイル [2] (食事、口腔衛生)、第8回目：転倒恐怖について、第9回目：認知症の予防とライフスタイル [3] (睡眠、ストレス、趣味)、第10回目：まとめ (今後の生活について)

3. 評価

対象者に対して、ベースライン、10回のプログラム介入終了時、介入終了6カ月後の3時点で評価を行った。

1) 社会医学的項目

年齢、性別、同居者の有無、生活習慣 (飲酒・喫煙)、健康感、睡眠時間、趣味活動や仕事活動の有無、身長、体重、視力、日常生活活動¹⁶⁾について調査を行った。

2) 身体機能評価

静的バランスの評価として片足立ち検査を、動的バランスの評価として Functional Reach Test (FRT)¹⁷⁾を実施した。片足立ち検査は、開眼にて両下肢で行い、60秒間を上限として最長保持時間をストップウォッチにて測定した。

また、健脚度の1つの指標として、最大1歩幅についても測定を行った。

3) 認知機能評価

認知機能の評価には、MMSEを用いた。本テストは、Folsteinら¹¹⁾によって開発された国際的に最も広く使用されている認知機能測定のための検査で、信頼性・妥当性が確認されている。11項目の質問からなり、得点範囲は0~30点で、得点が高いほど認知機能が良好ということになる。

4) 心理機能評価

高齢者の抑うつ度を評価するために、Geriatric Depression Scale (GDS)¹⁸⁾を用いた。Blinkら¹⁹⁾によって作成された高齢者の抑うつ状態を測定するもので、現在では短縮版のGDS-15が世界的にも広く用いられ、信頼性・妥当性が確認されている。15項目の質問からなり、得点範囲は0~15点で、5~9点がうつ傾向、10点以上でうつ状態と評価される。

4. データの集計と解析

転倒・認知症予防プログラムの有効性を検討するために、ベースラインと介入終了時、介入終了6カ月後の3つの評価ポイントにおける各スケールの変化を、反復測定による分散分析 (repeated measure Analysis of Variance; ANOVA) によって評価をした。

次いで、上記で有意な変化があった評価項目について、ベースラインと介入終了時および介入終了6カ月後との得点変化をみるために、Dunnett's testによる多重比較を行った。

すべての検定におけるp値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。また、すべての統計解析には、Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 14.0Jを用いて行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、同意の得られた対象者にのみ実施した。対象者への開示文書には、研究参加に同意しない場合でも不利益が生じないこと、解析の結果を発表する場合、被験者の個人情報明らかにならないこと、心理的な質問項目に対して少なからず不快感が生じる可能性があり、その場合いつでも中止を表明することができ、そのことにより不利益を被らないことを記載したうえで、十分な説明を行った。その後、本人の納得と決定を元に実施した。

結果

転倒・認知症予防プログラムによる効果

身体機能と認知機能、心理機能における各評価について、ベースラインと介入終了時、介入終了6カ月後の変化をそれぞれ表2に示した。各評価

表2 ベースライン、介入終了時および介入終了6ヵ月後の各評価結果とその変化

	ベースライン	介入終了時	終了6ヵ月後	P
MMSE (点)	24.8±2.5	26.2±2.4	26.9±3.0	0.02
GDS-15 (点)	3.6±2.2	3.4±1.6	3.8±2.0	0.50
FRT (cm)	34.6±7.7	32.5±6.0	28.9±4.9	<0.01
右開眼片脚立ち (秒)	27.5±26.5	21.8±22.6	23.6±24.5	0.27
左開眼片脚立ち (秒)	27.1±25.8	24.3±23.0	26.5±26.4	0.67
右最大一歩幅 (cm)	80.1±9.8	83.6±16.7	83.4±13.9	0.34
左最大一歩幅 (cm)	78.3±12.4	83.3±15.3	84.0±14.7	0.12

(平均値±標準偏差)

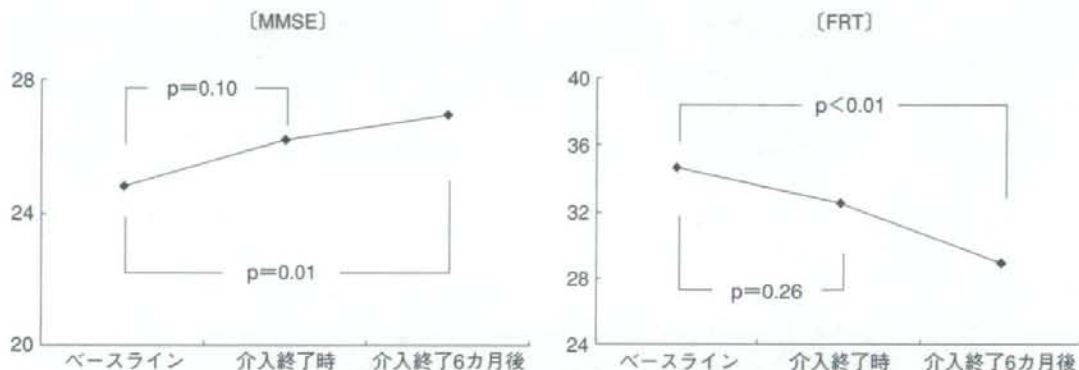


図 MMSE および FRT におけるベースラインと介入終了時、介入終了6ヵ月後との比較

について反復測定法による分散分析を行った結果、MMSE ($p=0.02$) と FRT ($p<0.01$) において有意な変化が認められた。変化に差がみられた上記の2項目について多重比較を行った結果を図に示した。ベースラインとの比較において、MMSE ($p=0.01$) と FRT ($p<0.01$) のいずれも、介入終了6ヵ月後で有意な差が認められた。

統計学的に介入終了6ヵ月後にベースラインと比較して、認知機能では有意な向上が認められた一方、身体機能と心理機能では有意な改善が認められなかった。しかし、身体機能の中で動的バランスについては有意な低下が認められた。

考察

介護予防の重要性が次第に明らかとなり、現在多くの取り組みが行われ、転倒後の低活動によって生じる寝たきり予防を目的とした転倒予防教室

がその代表的な取り組みとして知られている。また、身体機能の虚弱化だけでなく、同時に認知症高齢者の増加が懸念され、認知症予防の対策も急務となっている。

しかし、こうした現在の状況を踏まえた転倒と認知症の双方の予防に焦点をあてた介入効果の検討はなされていない。そこで、われわれは転倒および認知症を同時に予防するための包括的プログラムを開発し、身体機能と認知機能を中心に予備的な検討を行った。

1. 身体機能の変化

今回の包括的プログラムにおける身体機能に対する介入には2つの特徴が挙げられる。第1は、OTが各セッションにおいて基本的なストレッチ運動と筋力強化運動、バランス運動を含んだ体操を指導したこと。第2は、健康教育とグループワークを通して、日常生活において運動習慣の継続

を促すこと、であった。

介入の結果、開眼片足立ち検査および最大一歩幅には有意な変化はなく、FRT においてのみ有意な変化がみられた。すなわち、身体機能は維持されていた一方、介入後の6カ月間において動的なバランス能力が唯一低下していた。このことから1つ目には、身体機能を改善するために必要な頻度と量が考えられる。

井口ら²⁰⁾は、ストレッチ運動や筋力強化訓練、歩行運動、バランス訓練から構成されるプログラムを週1回(2時間)の頻度で4カ月間介入を行った結果、最大一歩幅、開眼片脚起立、FRT、全力歩行速度等で有意な改善を認めたと報告している。これに対して、2週間に1回の頻度で、健康教育やグループワーク等も含む本介入は、実際に行う運動時間が20~30分程度のため、直接的な介入頻度および量は井口ら²⁰⁾のそれらより少なく、短期的な改善効果を示すまでには至らなかったことが考えられる。

2つ目には、OTが中心となり日常生活において「いつでも」、「どこでも」実施できる体操を指導したことと同時に、5カ月間の介入期間中は、家庭における体操実施の有無を生活習慣チェック表に記入することにより、体操が継続的に実践されたが、OTによる指導・援助のない介入終了後は、当該プログラムが体操を継続し続けさせるに十分なインセンティブにはなり得なかったことが考えられる。

以上のことは、虚弱高齢者の場合、なんらかの介入がなければ機能低下が予想される状況にあることから²¹⁾も、介入期間中の機能低下予防も、その後の6カ月間の継続が介入中と同一レベルに保たれない場合、機能の維持・低下の可能性が高いと考えられる。

2. 認知機能の変化

今回の包括的プログラムの認知機能への介入の特徴は、おもに生活習慣に着目した維持・改善を促すための健康教育とグループワークである。介入の結果、全般的な認知機能を示すMMSE得点において有意な変化を呈し、ベースラインと介入終了時との間には有意差は認めなかったものの、

ベースラインと介入終了6カ月後との間に有意差、つまり認知機能が上昇する傾向が示唆された。

本研究の認知機能への介入には2つの特徴が考えられる。1つ目は、川島²²⁾は単純計算や文章の音読を用いた脳機能に直接働きかける介入を6カ月間実施し、FAB検査およびMMSEによる評価で介入直後に有意な改善を報告していることである。しかし、今回の介入では食事・運動・趣味・社会交流等の生活習慣に対する継続・改善を促す介入であったため、短期的な効果は示されなかったのではないかと考えられる。

2つ目は、本研究の参加者の多くが仕事活動や趣味活動を有していることである。こうした生きがいに関連した活動については、近年特にその重要性が報告されており^{23,24)}、グループセッションにおける教育内容やその後に行われるグループワークを通して、あらためて対象者自らが現在行っている活動性の重要性に気づき、日々の生活に生かしたことが中期的な効果につながったのではないかと考えられる。

3. 心理機能の変化

抑うつ傾向が日常生活の活動性に影響を与えることが報告²⁵⁾されていることから、本研究ではGDS-15を用いて心理的側面についても検討した。その結果、本プログラムに参加することで、有意な変化は認められなかった。ベースラインにおける平均値は3.6とカットオフ以下であり、参加者の特徴として精神的健康は保たれていたといえる。また、その後も有意な変化を示さなかったことから、本プログラム介入が対象者の精神的な負担を与えるものではなかったことが示唆される。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は予備的研究として、対象者は都市近郊の農業を中心に発展してきたA町B地域に在住する、家族同居の高齢者を対象とし、独居高齢者は含まれないことから、一般の地域在住高齢者として普遍化できない点が挙げられる。

また、身体機能の評価については、今回バランス機能を中心に評価を行ったが、今後は歩行能力等の検査を加えたより包括的な評価を行う必要性

がある。認知機能の評価については、今回 MMS Eにより測定を行ったが、認知症予防プログラムの介入効果をより詳細に検討するためには、天井効果等も指摘されていることから、今後はそのほかの検査と組み合わせて実施する等、検討の余地がある。また、検査に対する抵抗感を少なくするための努力を行い、より信頼性の高い結果を得ることも必要といえる。

さらに、倫理的問題から今回は無作為化比較試験を行っておらず、介入以外のそのほかの要因を排除しないかぎり、身体機能および認知機能の変化について、言及できない。加えて、介入後の追跡期間も6カ月後にとどまっていることから、今後は対照群をおいた無作為化比較試験による研究デザインにより効果を明確に示し、その長期的な効果についても検討する必要がある。最後に、転倒・認知症予防プログラムによる介入において、どの要因が関連して、身体機能および認知機能の変化が生じるのかについては検討が行えておらず、解明することが今後の課題である。

おわりに

本研究では、作業療法による生活習慣に着目し、ヘルスプロモーションに基づいた転倒と認知症予防を同時に実践する予防プログラムの検討を目的とし、地域在住の高齢者を対象に、2週間に1回の頻度で5カ月間の予防プログラムを実施した。その結果、介入直後ではなく、むしろ中期的な経過の中で認知機能が改善する傾向が示された。

しかし、介入を終了することにより、一部の身体機能低下の可能性が示されたことから、身体機能については継続的な介入の必要性と同時に、指導・援助された介入プログラムが終了後も日常生活において継続されるプログラムの立案の必要性が示唆された。

謝辞

この研究にご協力くださいました A 町 B 地域在住の高齢者の皆様、および A 町総合保健福祉会館 PT の真島美穂氏、保健師の糸賀明枝氏、関係者の皆様に深謝いたします。

文献

- 1) 巴山玉連, 他: 地域における介護予防の対象とその意義—高齢者の QOL の維持は可能か. 老精医誌 15:15-20, 2004
- 2) 金城由美子, 他: 転倒対策による骨折予防のエビデンス. 日衛誌 58:347-356, 2003
- 3) Campbell AJ, et al: Falls prevention over 2 year: a randomized controlled trial in women 80 year and older. Age ageing 28:513-518, 1999
- 4) Buchner DM, et al: The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 52: M218-224, 1997
- 5) Suzuki T, et al: Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. J Bone Miner Metab 22:602-611, 2004
- 6) Close J, et al: Prevention of falls in the elderly trial (PROFET); a randomized controlled trial. Lancet 353:93-97, 1999
- 7) Wilson RS, et al: Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA 287:742-748, 2002
- 8) Fratiglioni L, et al: Influence of social network on Occurrence of dementia; a community-based longitudinal study. Lancet 355, 1315-1319, 2000
- 9) 朝田 隆: 痴呆—発症遅延は可能か. 老精医誌 15:43-49, 2004
- 10) 杉山美香: 地域における痴呆の発症遅延活動の実際. 老精医誌 15:50-57, 2004
- 11) Folstein MF, et al: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12:189-198, 1975
- 12) 白澤政和 (監修): 高齢者のための音楽療法的音楽活動入門. ひかりのくに, 2003
- 13) 田平 武: ボケを防ぐ・抑える特効 book. 主婦と生活社, 2004
- 14) 鈴木みずえ: 転倒予防—リスクアセスメントとケアプラン. 医学書院, 2003
- 15) 武藤芳照, 他 (編): 転倒予防教室—転倒予防への医学的対応. 日本医事新報社, 1999
- 16) 古谷野亘, 他: 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発. 日本公衛誌 34:109-114, 1987
- 17) 鈴木隆雄, 他 (監): 指導者のための介護予防完全マニュアル. 東京都高齢者研究・福祉振興財団, 2004
- 18) 矢富直美: 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会科学 16:29-36, 1994
- 19) Brink TL, et al: Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1:37-43, 1982

- 20) 井口 茂, 他:在宅虚弱~要介護高齢者に対する転倒予防プログラムの検討. 地域医療 44: 393-398, 2007
- 21) 分木ひとみ, 他:虚弱高齢者に対する転倒予防アプローチ. 理学療法学 29, 147, 2002
- 22) 川島隆太:認知刺激. Prog Med 26:397-400, 2006
- 23) 柿木達也:認知症しあわせ計画(その4)認知症予防とは. 地域リハ 2:346-350, 2007
- 24) 竹田徳則, 他:地域在住高齢者の認知症発症と心理・社会的側面との関連. 作業療法 26:55-65, 2007
- 25) 鳥羽研二(監):介護予防ガイドライン. 厚生科学研究所, pp33-35, 2006

次 号 予 告

特集/終末期を支える作業療法

終末期におけるADL支援の意義	東北大学附属病院	高橋 晴美
作業療法士に必要な死の準備教育	近畿中央胸部疾患センター	目良 幸子
終末期の作業療法—小児医療の臨床から	静岡県立こども病院	鴨 下 賢一
終末期がん患者に対する作業療法		
—一般病院のOTの立場から在宅復帰という視点で作業療法の可能性を探る		
	ベルランド総合病院	島崎 寛将
進行性疾患,特にALSにおける作業療法の終末期支援		
—訪問リハビリテーションでの関わりを通して	松田病院	大貫 操
講座 作業療法面接のコツ! 12		
家族面接のコツ:発達障害	京都大学	加藤 寿宏
提言		
作業療法士に伝えたい「構造構成主義」の可能性	社会医学技術学院	京 極 真
私が教えられた患者・利用者さんたち		
意識に対する勘違い?	中国労災病院	甲斐 雅子
覗いてみたい!?先輩OTの頭の中:精神科OTの醍醐味!<その6>		
情報を納め集める	佛教大学	荻山 和生
OTの視点!—福祉用具マネジメントのポイントとコツ		
パソコン入力装置②:フリーおよびシェアウェアソフト,OS補助機能の利用方法	大阪市職業リハビリテーションセンター	米崎 二郎
私のOT日誌		
地域支援とOTのこれから—未来・地域支援の仕組みと底力を育む「鍵」	NPO法人いねいぶる	宮崎 宏興
OTのための教養講座 Lesson3・発達心理学		
その6・描画による表現	京都大学大学院	子安 増生
リカバリーショット		
残存能力・発生能力・補助能力	デイサービスけやき通り	葉山 靖明
MGマンのおじゃま虫レポート:医療と福祉の谷間を歩く		わたなべすがこ

*都合により内容に変更がある場合がありますのでご了承ください。

[原著論文]

認知症者の BPSD の解釈モデルについての検討

横井輝夫^{*1}・岡村 仁^{*2}

*1 吉備国際大学保健科学部理学療法学科, *2 広島大学大学院保健学研究科

抄録

認知症に伴う行動障害や心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) は認知症者や介護者の QOL に大きな影響を及ぼすことから、BPSD に積極的にアプローチすることが重要といわれている。本論では、BPSD を、認知症者がもてる能力を使い、人間関係を処理しようとしている姿であるとしてとらえた。人間関係を処理する能力は、「自己意識」の獲得に始まる。そこで、ルイスの「自己意識」と「内省」の獲得に伴う情動の発達モデルと、パーナーらの他者の心を推定する「心の理論」を組み合わせたモデルを BPSD の解釈に応用できるかどうか検討を行った。その結果、「心の理論」「内省」「自己意識」の有無で分類された4段階それぞれに特有の BPSD が存在し、各段階に重複してみられた BPSD には質的相違があることが明らかとなった。本結果より、「心の理論」「内省」「自己意識」の認知機能とそれに伴う情動がなければ、各段階の BPSD は起こり得ないことが示され、本モデルは人間関係の視点から BPSD を解釈する新しいモデルになりうることを示唆された。

Key words : 認知症, BPSD, 自己意識, 内省, 心の理論

老年精神医学雑誌 19 : 997 - 1008, 2008

緒 言

認知症とは、一度獲得された記憶や判断、言語、感情などの精神機能が減退または消失し、そのことによって日常生活や社会生活が営めなくなった状態である¹⁾。つまり、一度獲得された“知”が減退することで、人間関係が築けなくなり、その結果、日常生活や社会生活が営めなくなった状態といえる。人間関係を築くことができれば、身体障害が重くとも、他者を利用して日常生活や社会生活を営むことはできる。今日の霊長類学や進化論においても、“知”の進化を引き起こしたのは、ヒトが道具製作者だからではなく、集団内での他個体との協力や駆け引きなど、複雑な人間関係を処理していく必要があったからだとするマキャベリの知性仮説が定説になっている^{1,4)}。これまで

認知症に伴う行動障害や心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) は、認知機能の重症度や病型での相違から論じられてきた^{2,10,11)}。しかし、認知機能を改善させることが十分にはできない現在、この視点からのみでは、BPSD への対応方法を見いだすことは困難である。また BPSD は、認知症者や介護者の QOL に大きな影響を及ぼすことから、BPSD に積極的にアプローチすることが重要といわれている。そこで本論では、BPSD を認知症者がその人がもてる能力を使い、複雑な人間関係を処理しようとしている姿であるとしてとらえ直してみた。

複雑な人間関係を処理するための方略については、発達心理学者のマイケル・ルイスの「認知と情動の発達モデル」^{3,5,9)}に心理学者であるパーナーとヴィマーの「心の理論」¹⁰⁾を組み込んだ枠組みが示唆を与えてくれる (図 1)。ルイスによれば、人間は“充足”“興味・関心”“苦痛”の情動をもって誕生し、母親など他者とのかかわりのなかで

(受付日 2008年6月23日)

Teruo Yokoi, Hitoshi Okamura

*1 〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

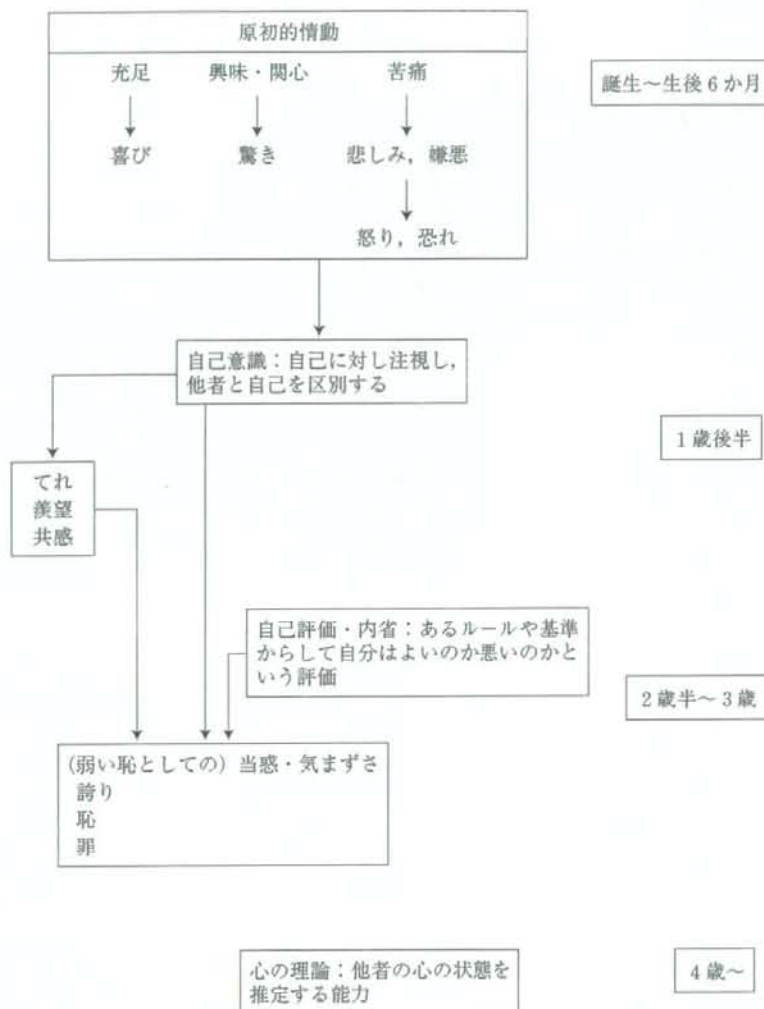


図1 認知と情動の相互発達と心の理論

“喜び” “驚き” “怒り” などの情動が分岐し発達する。1歳半ぐらいになると、自己に注視して自己と他者を区別する「自己意識」が芽生え，“てれ”や“共感”の情動が発達する。2歳半～3歳になると、自己が生きる社会のルールや基準を理解し、それらに照らし合わせて自己の思考や情動、行為がよいのか悪いのかを判断する「自己評価・内省」（以下、内省）の機能を獲得し，“恥”や“罪”の情動が発達する。また、動物心理学者のブレマックら¹⁰⁾は、チンパンジーが他の仲間をあざむく行動をとることを「心の理論」という考え

方で解釈したが、パーナーらはこの「心の理論」から登場人物の誤解を理解する「誤った信念」課題を用いて、子どもが他者の心の状態を推定できる年齢が4～6歳であることを明らかにした¹⁰⁾。

この発達モデルを逆に見ていくと、認知と情動の退行モデルであるにとらえることができる。すなわち、他者の心の状態を推定する「心の理論」の機能が失われると、他者の思考や情動、行為の意味がわからなくなる。「内省」の機能を失うと“恥”や“罪”の情動を失い、社会のルールや基準に反する行為をとることに抵抗がなくなる。

「自己意識」の機能を失うと、つまり自己と他者の心理的な区別がなくなると“てれ”や“共感”などの情動を失い、“充足”“興味・関心”“悲しみ”“怒り”など原初的情動のみで行動するようになると考えられる。これら人間関係を築く発達過程である「心の理論」「内省」「自己意識」の段階的な低下に伴い、不特定多数の人との複雑な人間関係を処理できなくなるといえる。

以上の背景から、本研究は認知症者を「心の理論」「内省」「自己意識」の有無で4段階に分類し、それぞれの分類に基づいてBPSDの特徴を解釈し、人間関係の視点から、BPSDの新しい見方のモデルを示すことを目的とした。

I. 対象と方法

1. 対象

対象は介護老人保健施設の認知症専門棟に入所し、DSM-IV-TRの診断基準¹¹⁾より認知症と診断された者のうち、家族に研究の目的と方法を説明し、書面で同意を得られた者とした。その結果、対象者は24人(男性4人、女性20人)で、平均年齢は83.4±7.8歳、アルツハイマー型認知症11人、血管性認知症12人、ピック病による認知症1人となった。新しい環境への適応を考慮して、入所1か月未満の者と知的発達障害や認知症以外の精神疾患との合併が疑われる者は対象から除外した。

2. 方法

1) BPSDの評価

国際老年精神医学会¹²⁾で分類されているBPSDの基準を参考にして、筆者と2人の介護福祉士が4か月にわたり観察を行った。

2) 認知機能の評価

「自己意識」「内省」「心の理論」の認知機能の評価にあたっては、日頃対象者の作業療法を担当している作業療法士と筆者の2人で、対象者の注意力の持続や難聴の程度を考慮し、静かな場所での以下の手順に従って確認した。また、調査期間内での認知機能の変化を考慮して、本評価は観察を開始して2～3か月目に実施した。

①「自己意識」の有無については、ルイスらは、乳幼児の鼻の頭に気づかれないように口紅を塗っておき、鏡に映った自分の顔を見たときに、自分自身の鼻の頭を触ろうとするかどうかで判断している³⁾。しかし重度の認知症者は、乳児のように興味や関心は高くはなく、また注意力障害のために口紅課題は使用できない。そこで、自他の認識の核であり、各人の実体を指し示すシンボルである本人の名前⁷⁾(姓と名)、他者の名前、および「あー」という無意味な音を対象者の後方から発し、返事または振り向きの有無で確認する方法を用いた。

②「内省」の有無については、筆者と対象者がテーブルに向かい合って座り、筆者が作成した日本社会の基本的なルールや基準の理解を評価する4組の絵カード(図2)を一組ずつ見せ、対象者の注意がカードに向いた状態を確認した後、絵カードの内容を図2の通りゆっくり読み上げた。○には対象者の名前をいれて読み上げ、女性には女性が描かれている同じ場面のカードを作成して用いた。4課題すべて正解の場合に「内省」可能とした。

ルイスによれば「内省」能力は、2歳半～3歳で獲得される。このため、あらかじめ上記の課題が、この年齢の認知能力に適した課題であるかを確認するために、まず子どもをモデルにした同様の絵カードを用い、保護者に了解を得たうえで、某保育園の1歳7か月～3歳11か月までの28人の子どもたちを対象に担任の保育士が実施してみた。その結果、2歳11か月から大多数の子どもが通過できる適切な課題であることが確認できた。

③「心の理論」の有無については、筆者と対象者がテーブルに向かい合って座り、バーナーらの「誤った信念」¹⁰⁾課題を無藤ら¹⁰⁾が描いた図をよりわかりやすくした4枚の絵カード(図3)を見せて、それぞれの場面について筆者が指でカードを指し示しながら、図3の表示内容をゆっくり読み上げて確認した。

3) 一般的な認知機能の重症度評価

Clinical Dementia Rating (CDR)¹³⁾を用い、筆者



課題1



課題2



課題3



課題4

課題1「〇〇さんは、便所のあと手を洗っています」「〇〇さんは、便所のあと手を洗いません。どちらが正しいですか」課題2「〇〇さんは、お友達と喧嘩をしています」「〇〇さんは、お友達と仲良くしています。どちらが正しいですか」課題3「〇〇さんは、皆の前で服を着ています」「〇〇さんは、皆の前で裸です。どちらが正しいですか」課題4「〇〇さんは、立って食べています」「〇〇さんは、座って食べています。どちらが正しいですか」

図2 自己評価・内省の有無を評価する4組の絵カード

と作業療法士、介護福祉士の3者で評価した。

4) 分析方法

対象者を「心の理論」「内省」「自己意識」の有無で区分された4段階（「心の理論」の課題を通過、「心の理論」課題は未通過で「内省」課題を通過、「内省」課題は未通過で「自己意識」課題を通過、「自己意識」課題を未通過）に分類し、各段階でみられたBPSDの特徴を、図1のモデルとBPSDが出現している実際の場面に基づいて解釈した。BPSDの実際の場面を用いた理由は、各

段階で重複し、同じようにみえながら質的相違が認められたBPSDを解釈するためである。

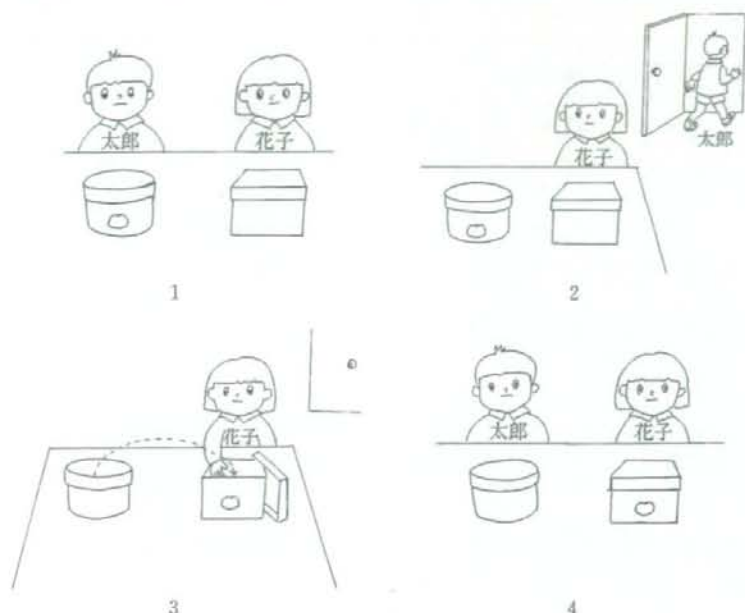
II. 結果

1. 各段階でみられたBPSDの特徴（表1）

1) 「心の理論」の課題を通過した対象者

この段階のCDRにおける重症度は、軽度～中等度であった。

心理症状として、焦燥、猜疑心、不安、幻視がみられた。行動障害として、言葉での性的脱抑制、



場面1「太郎と花子の前に丸い箱と四角い箱があります。丸い箱には、まんじゅうが入っています」 場面2「太郎が部屋を出ます」 場面3「その間に花子がまんじゅうを丸い箱から四角い箱に移しました」 場面4「太郎が戻ってきました。太郎は丸い箱と四角い箱のどちらにまんじゅうが入っていると思っていますか」

図3 心の理論の有無を評価する4枚の絵カード

収集癖、暴言、不眠がみられた。

2) 「心の理論」課題は未通過で「内省」課題を通過した対象者

この段階のCDRにおける重症度は、中等度～重度であった。

心理症状として、焦燥、心気妄想、被害妄想、抑うつ、不安など多様な症状がみられた。行動障害も暴言、暴力、介護拒絶、徘徊、同じ訴えを繰り返す、落ち着きのない行動など多様な症状がみられた。

3) 「内省」課題は未通過で「自己意識」課題を通過した対象者

この段階のCDRにおける重症度は、全員重度であった。

心理症状としては、不安と錯視以外はみられなかった。行動障害として暴力、介護拒絶、徘徊、落ち着きのない行動、人前で服を脱ぐ行動、不眠、そして「内省」課題を通過した者にはみられな

かった放尿・排便、弄便がみられた。

4) 「自己意識」の課題を未通過の対象者

この段階のCDRにおける重症度は、全員重度であった。

心理症状はみられず、「自己意識」課題を通過した者とまったく同様の行動障害がみられた。

2. 認知機能の各段階で重複しながら質的相違が認められたBPSDの実際の場面

認知機能の各段階で質的相違が認められたBPSD(表2)のうち、各段階で重複してみられた心理症状である不安と焦燥、行動障害の暴言、暴力、介護拒絶、落ち着きのない行動、徘徊、人前で服を脱ぐ場面を例示した。その際、焦燥、暴言、暴力、介護拒絶については、同一の場面で現れることが多いため、一群にして示した。また、場面の末尾に「心の理論」課題を通過した対象者をI段階、「心の理論」課題は未通過で「内省」課題を通過した対象者をII段階、「内省」課題は

表1 対象者別の認知機能とBPSDの一覧

対象者	年齢・性別	認知症の型	CDR	心理症状						行動障害				
				焦燥不安 焦燥 幻視	猜疑心	暴言 取集癖 暴言 言葉での性的 脱抑制	不眠	暴力 介護拒絶 不眠 介護拒絶	落ち着きのな い行動	徘徊 弄便 放尿・放便	不眠			
心の理論の課題通過														
事例1	90歳代女性	DAT	軽度	焦燥不安										
事例2	70歳代女性	DAT	軽度	焦燥										
事例3	80歳代男性	DAT	中等度	焦燥										
事例4	80歳代女性	VD	中等度											
事例5	80歳代女性	DAT	中等度	幻視										
事例6	70歳代男性	VD	中等度											
自己評価・内省の課題通過														
事例7	90歳代女性	VD	中等度	抑うつ										
事例8	90歳代女性	VD	中等度	不安	心気妄想									
事例9	90歳代女性	VD	中等度	不安	焦燥									
事例10	90歳代女性	VD	中等度	不安	幻視									
事例11	80歳代女性	DAT	中等度	不安	被害妄想									
事例12	80歳代女性	VD	重度	焦燥										
事例13	80歳代女性	DAT	重度	不安										
事例14	80歳代女性	VD	重度	不安										
事例15	70歳代女性	DPD	重度	意欲低下										
自己意識の課題通過														
事例16	70歳代女性	DAT	重度	不安	錯視									
事例17	60歳代女性	DAT	重度	不安										
事例18	80歳代女性	DAT	重度											
事例19	90歳代女性	VD	重度											
事例20	80歳代男性	VD	重度											
自己意識の課題未通過														
事例21	80歳代女性	VD	重度											
事例22	80歳代女性	DAT	重度											
事例23	80歳代男性	VD	重度											
事例24	80歳代女性	DAT	重度											

DAT；アルツハイマー型認知症、VD；血管性認知症、DPD；ビック病による認知症、GDR；Clinical Dementia Rating

表2 認知機能の各段階で質的相違が認められたBPSDの一覧

	心の理論の課題通過	内省の課題通過	自己意識の課題通過	自己意識の課題未通過
心理症状				
不安	○	○	□	
焦燥	○	○		
猜疑心	○			
心気妄想、被害妄想		○		
抑うつ		○		
意欲低下		○		
行動障害				
言葉での性的脱抑制	○			
収集癖	○			
暴言	○	□		
同じ訴えを繰り返す		○		
同じことを聞く		○		
暴力		○	□	▽
介護拒絶		○	□	▽
落ち着きのない行動		○	□	▽
徘徊		○	□	□
人前で服を脱ぐ		○	□	□
放尿・放便			○	○
弄便			○	○

○□▽の記号は、認知機能の各段階でのBPSDの質的相違を示している。

未通過で「自己意識」課題を通過した対象者をⅢ段階、「自己意識」課題を未通過の対象者をⅣ段階と表した。

1) 焦燥・暴言・暴力・介護拒絶

場面1: 同じテーブルの重度の認知症者が指でテーブルを叩いていると「やかましい、叩くな」と怒るが、おしぼりを巻く作業は続けていた(Ⅰ段階)。

場面2: 場所の見当がつかない入所者が、夜中に居室に入ってきたとき、「ここはどないなっとん、こんな人うろうろさせて、病気で入院しとうのに余計に病気になるわ、謝ってすまへん」と怒った(Ⅰ段階)。

場面3: 大きな声で意味不明なことを常に話している入所者が、なにかを訴えていると誤解し、隣の席で記録を書いている職員に「かわいそうや思わんか」と怒った(Ⅰ段階)。

場面4: 夕食が終わりまわりの入所者や職員が忙しそうに動いていると、本人も動き回り職員に「姉ちゃんどこへ行くんや」と怒鳴り声をあげて

追いかけてきた(Ⅱ段階)。

場面5: 重度の認知症者が「しんちゃん……」と叫んでいると、「私はしんちゃんなんか知らんよ、女やから」と怒った(Ⅱ段階)。

場面6: 汚染している下着を交換しようとする「もういいから、後でするから、そこまで男の人にしてもらわんでいい」と拒絶した(Ⅱ段階)。

場面7: 世話をしている男性入所者に「はよ帰れ……」と暴言を吐かれると、「なに言うてんねん」と言いながら叩いた(Ⅱ段階)。

場面8: 汚染した下着を交換するためトイレへ誘導しようとする、職員を叩き、つねるが、下着を替え始めると、暴力行為はみられなくなった(Ⅲ段階)。

場面9: ベッドと車椅子との移乗時、突然目を大きく開いて怒りの表情を表し、歯ぎしりをしながら職員の腕を強く握り、つねった(Ⅳ段階)。

2) 不安

場面10: 昨年は盆踊りの輪に一人で入って行ったが、今年は入所者の家族など多くの見知らぬ

人たちを見ると、最後まで介護職員の手を握って放すことはなかった（Ⅰ段階）。

場面 11：「にいちゃんの顔、憶えているんやけど、ぼけてないねん、ばかやねん、こんなぼけあかな、いやになる」と情けなそうな表情で話しかけてきた（Ⅱ段階）。

場面 12：お薬を余分に飲んでしまい気分がおかしい、めまいがすると何度も訴えた。余分には飲んでいないことを説明すると、「そしたら何でふらふらするの」と怒り口調で聞き返してきた（Ⅱ段階）。

場面 13：コーヒーを飲んで過ごしていたが、「ああ、子どものところへ行かなあかん」と独り言を言うと、その瞬間から心配そうな顔になり、立ったり座ったり、そわそわし始めた。しばらくすると、コーヒー皿をかじりだした（Ⅲ段階）。

3) 徘徊

場面 14：家へ帰ろうとエレベータやドアを無理に開けようとしてさまよっていた（Ⅱ段階）。

場面 15：徘徊している人の1mほど後方について、無言で徘徊していた（Ⅲ段階）。

場面 16：落ち着いて座っていることはほとんどなく、夜中も目が覚めると室内を徘徊していた（Ⅲ段階）。

場面 17：いつもは前方に職員がいても注意を向けず通り過ぎていくが、このときは立ち止まり、職員が着ている服をマネキンが着ている服のように触っていた（Ⅳ段階）。

4) 落ち着きのなさ

場面 18：入所者が使用するおしほりを2、3枚は巻くが、その後は続かなかった（Ⅱ段階）。

場面 19：椅子に座っておくことができず、すぐに徘徊を始めた（Ⅲ段階）。

場面 20：歩くことはできず、しばしば顔面から転落・転倒しているにもかかわらず、椅子やソファから頻回に立ち上がった（Ⅳ段階）。

5) 人前で服を脱ぐ

場面 21：食堂で服を脱ぎ、下着姿になっていた。「男の人が見ているよ」と言うと、「恥ずかしくない」と答えた（Ⅱ段階）。

場面 22：まわりの目を意識している様子もなく、食堂で下着姿になっていた（Ⅲ・Ⅳ段階）。

Ⅲ. 考 察

認知機能の各段階で質的相違が認められたBPSD（表2）とBPSD出現時の実際の場面、および図1のモデルから、認知機能の各段階におけるBPSDの特徴を解釈する。

1. 「心の理論」課題を通過した対象者

この段階の者は、なぜここに入所しているのかなど、自己の状況に関する理解は曖昧であるが（場面2）、「内省」が可能で「誇り」や「恥」の情動が保たれているため、不安や焦燥、猜疑心を抱きやすい状態と思われた。また、他者の心を推定できるが正確には理解できないため、他者の心や行動の意味を誤解していた（場面1～3）。その結果、不安や焦燥、猜疑心は「怒り」に発展し、不適切な場面で現れ（場面1～3）、暴言ととられてしまっていた。しかし、「内省」能力が「怒り」を制御し、暴力を振るうことはなかった。

またこの段階では、介護拒絶はみられなかった。それは、他者の心を推定できるため、日常生活レベルでは、職員の意図を理解できるからではないかと思われた。その一方で、他者の心を推定できる能力は、職員への性的脱抑制の言葉から、快の情動を得ることを可能にしているのではないかと推察された。さらにこの段階では、収集癖がみられた。収集癖は、所有意識を前提とするため、自他の区別が明確な段階でなければ、起こり得ないことを示していると考えられた。

2. 「心の理論」課題は未通過で「内省」課題を通過した対象者

この段階の者は、他者の心を推定できないが、「内省」は可能であった。つまり、彼らは他者の心がわからないなかで、「恐れ」や「怒り」、「誇り」や「恥」の情動を保ち、自己を見つめながら生きているのであろう。心理症状の不安、焦燥、心気妄想、被害妄想、抑うつ、意欲の低下、行動障害の暴言、同じことを聞く、暴力、介護拒絶、落ち着きのない行動、徘徊などは、この状況のな

かで現実生活を生きている自己が混乱している姿(場面4~7, 11, 12, 14, 18, 21)であると考えられた。逆説的な表現を用いれば、「内省」ができるから焦り、他者を疑い、自己の体にこだわり、悩み、同じことを聞くのである。複雑な人間関係を処理するためには「内省」は不可欠である。結局、人は自己にこだわって生きざるを得ない存在なのである⁹⁾。しかし、一度獲得された“知”が減退し始めると、生きるために不可欠な能力であった自己へのこだわりが、自己を混乱に陥れ、BPSDを生み出したといえる。

また、「心の理論」課題の通過者と重複してみられたBPSDのうち、暴言は質的に相違していた。「心の理論」課題を通過した者の暴言は、他者の心を誤解することが引き金になっていたが(場面1~3)、この段階の者の暴言は、他者の心と現在の状況を推定できないことによる混乱に基づいているようであった(場面4~6)。

3. 「内省」課題は未通過で「自己意識」課題を通過した対象者、および「自己意識」課題を未通過の対象者

この段階からは、「内省」ができず、「自己意識」は薄れ、喪失し、心理症状はほとんどみられなくなった。行動障害の暴力、介護拒絶、落ち着きのない行動、徘徊、人前で服を脱ぐ行動は、「内省」課題の通過者と重複していたが、質的に相違していた。また、「自己意識」課題の通過者と未通過者では、まったく同じBPSDがみられたが、暴力、介護拒絶、落ち着きのない行動については、質的な相違が認められた。そして、人前で服を脱ぐ、放尿・排便、弄便といった他者の目を気にしない行動がみられるようになった。

「内省」ができないこの段階からは、心理症状はほとんどみられなくなった。この現象は、心理症状とは、「内省」の結果生じる症状であることを示しているといえる。また、数少ない心理症状である不安は、「内省」の有無で質的に相違していた。「内省」課題を通過した者の不安は、「内省」に伴う自己不信によるものであったが(場面10~12)、「内省」課題未通過の者の不安は「内

省」を伴わず、心配の対象が偶然表象されたときに現れる一時的な情動であった(場面13)。

行動障害の暴力は、「内省」課題の通過者(場面7)と異なり、介護拒絶の場合に限ってみられた(場面8・9)。「内省」ができなくなると、他者の自己への暴言も「内省」できず、他者に侮辱されても喧嘩にはならない。その結果、自己から他者に暴力を振るうことはなくなり、他者からの働きかけに抵抗する際にのみ暴力を振るう。それが介護拒絶時の暴力であると考えられた。「内省」課題未通過の者の介護拒絶時の暴力は、「誇り」や「恥」によるものではなく、自己の状況が理解できないことに伴うものであり(場面8)、「自己意識」課題未通過の者の暴力は、原初的情動である“恐怖”感が前面に現れたものであった(場面9)。また、介護拒絶時の暴力は突然起こった。それは「内省」能力の喪失が、自己の情動の制御の低下を招き、残されている原初的情動である“恐れ”や“怒り”が不快刺激に対して容易に生じたためであると思われた。

落ち着きのない行動については、「内省」課題の通過者は、「内省」に伴う混乱に基づいていたが(場面18)、「内省」課題が未通過の者では、生理的な欲求に伴ったものであった(場面19・20)。とくに「自己意識」課題が未通過の者では、必ず転倒するにもかかわらず、立ち上がる行動がみられ(場面20)、身体防衛機能が著しく低下していた。また、この段階の者では、マネキンが服を着ているように、職員の服を触る行動(場面17)もみられ、他者と物、自己と他者との境界が曖昧になっていた。身体防衛機能の低下は、これらの境界が曖昧になり、自己の身体を守るべき対象として意識できないために生じたのではないかと考えられた。

徘徊については、「内省」課題を通過した者には、家に帰るという目的がみられたが(場面14)、「内省」課題未通過の者は、徘徊に目的はみられず、日中だけでなく夜中も繰り返されていた(場面16)。家に帰ろうとする目的行動は、施設で暮らしている自己の状況を「内省」できなければと

認知機能	保持されている情動	各段階の特徴
心の理論課題通過	誇り 恥罪 (弱い恥としての) 当惑・気まずさ	他者の心や行動の意味を誤解する
	共感 羨望 てれ	<ul style="list-style-type: none"> ・他者の心を推定できる ・自己の状況に関する理解は曖昧である ・内省が可能で誇りや恥の情動が保たれているため、不安や焦燥、猜疑心を抱きやすい。また、他者の心や行動の意味を正確には理解できず誤解するため、不安や焦燥、猜疑心は容易に怒りに発展し、暴言と受け取られる。しかし、内省能力が怒りを制御し、暴力を振るうことはほとんどない ・日常生活レベルでは、職員の意図を理解できるため、介護拒絶はみられない ・他者の心を推定できるため、言葉での性的脱抑制がみられる ・所有意識を保持しているため、収集癖がみられる
	<原初的情動> 恐れ 怒り 喜び 驚き 悲しみ 嫌悪 充足 興味・関心 苦痛	
心の理論課題未通過 内省課題通過	誇り 恥罪 (弱い恥としての) 当惑・気まずさ	内省ができるため自己は混乱する
	共感 羨望 てれ	<ul style="list-style-type: none"> ・他者の心を推定できないが、内省は可能である ・他者の心がわからないなかで恐れ、怒り、誇り、恥などの情動を保ちながら内省するため、混乱し多様な心理症状や行動障害が生じる
	<原初的情動> 恐れ 怒り 喜び 驚き 悲しみ 嫌悪 充足 興味・関心 苦痛	
内省課題未通過 自己意識課題通過	共感 羨望 てれ	自己評価・内省能力を喪失する
	<原初的情動> 恐れ 怒り 喜び 驚き 悲しみ 嫌悪 充足 興味・関心 苦痛	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価・内省ができず、自己意識が薄れている ・心理症状は内省の結果生じる症状であり、この段階からはほとんどみられなくなる ・内省能力を喪失しているため、自己の行動と結果の因果関係を内省できず、目的のある行動がとれない。そして現在という時点の外に立って自己を振り返ることができず、時間意識を失う。その結果、徘徊においても目的はみられなくなり、夜中も繰り返される ・内省能力を喪失しているため、情動を制御する能力が低下する。その結果、不快刺激に対して恐れや怒りに伴う暴力が容易に生じる。一方で、この段階から他者の暴言を内省できないため、自己から他者に暴力を振るうことはなくなる。暴力は、ケアの場面でなにをされるのかわからない場合や不快刺激に対する拒絶の意思表示として生じる ・落ち着きのない行動は、内省に伴う焦燥感からではなく、生理的欲求により引き起こされる ・内省ができないため、社会的なルールや基準に従えず、恥や誇りの情動が消失し、人前で服を脱ぐ、放尿・排便、排便といった他者の目を気にしない行動がみられるようになる
	<原初的情動> 恐れ 怒り 喜び 驚き 悲しみ 嫌悪 充足 興味・関心 苦痛	
自己意識課題未通過		自己意識を喪失する
	<原初的情動> 恐れ 怒り 喜び 驚き 悲しみ 嫌悪 充足 興味・関心 苦痛	<ul style="list-style-type: none"> ・自己意識を喪失し、自己に注意を向けない ・内省能力を喪失しているため、心理症状はみられない ・自己意識課題通過者と同様に目的のある行動がとれず、時間意識を失い、情動を制御する能力が低下し、他者の目を気にしない行動がみられる ・自己意識課題の通過者と同様の行動障害がみられるが、自己意識を喪失しているため、暴力、介護拒絶、落ち着きのない行動については、以下のように質的に異なっている ・介護拒絶は、なにをされるのかわからないからではなく、移乗時などの不安定性に対する恐怖感から生じ、暴力は恐怖感が前面に現れたものである ・落ち着きのない行動は生理的欲求によるが、自己を対象として意識できないため、自己の身体防衛機能が低下し、転倒などの事故を引き起こしやすい ・徘徊に目的はみられず、徘徊中もほとんど他者に注意を向けない

図4 認知症者のBPSDの解釈モデル

り得ない。「内省」課題未通過の者は、自己の行動と結果との因果関係を内省できないため、目的のある行動がとれないと考えられた。また、「内省」できなければ、現在という時点の外に立って、自己を振り返ることができなくなり時間意識を失う¹³⁾。その結果、夜中も徘徊が繰り返されたと推察された。

また、この段階から他者の目を気にしない行動がみられるようになった。これは「内省」ができないため、社会的なルールや基準に従えず、「誇り」や「恥」の情動を喪失した結果であると考えられた。「内省」課題を通過した者にも人前で服を脱ぐ行動はみられたが、恥ずかしい行為であることは理解できていた(場面21)。この場合は、この段階の特徴である混乱のために、自己の行動を制御できなかったためであると思われる。

以上のことより、「心の理論」「内省」「自己意識」の認知機能とそれに伴う情動がなければ、各段階のBPSDは起こり得ないことが示され、本モデル(図4)は人間関係の視点からBPSDを解釈する新しいモデルになりうることを示唆された。

結 論

本論では、BPSDを認知症者がもてる能力を使い、複雑な人間関係を処理しようとしている姿であるととらえた。人間関係を処理する認知機能の退行段階を「心の理論」「内省」「自己意識」の有無で分類し、各段階でみられたBPSDの特徴を解釈することを試みた。その結果、各段階に特有のBPSDが存在し、各段階に重複してみられたBPSDには、質的な相違があることが示された。本結果より、この退行モデルを用いると、BPSDの発生機序を理解することができ、人間関係の視点からBPSDを解釈する、新しいモデルになりうることを示唆された。

文 献

- 1) リチャード・W・バーン, アンドリュー・ホワイトゥン: マキャベリの知性。(リチャード・バーン, アンドリュー・ホワイトゥン編, 友永雅己, 小田 亮, 平田 聡, 藤田和生監訳) マキ
- 2) Cohen D, Eisdorfer C, Gorelick P, Paveza G, et al.: Psychopathology associated with Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol*, **48** (6): M255-260 (1993).
- 3) 遠藤利彦: 発達における情動と認知の絡み。(高橋雅延, 谷口高士編) 感情と心理学, 2-40, 北大路書房, 京都 (2002).
- 4) 長谷川寿一: 心の進化; 人間性のダーウィンの理解。(松沢哲郎, 長谷川寿一編) 心の進化; 人間性の起源をもとめて, 2-10, 岩波書店, 東京 (2000).
- 5) 本間 昭: Clinical Dementia Rating (CDR). (大塚俊男, 本間 昭監修) 高齢者のための知的機能検査の手引き, 65-69, ワールドプランニング, 東京 (1991).
- 6) 梶田毅一: 自己意識の心理学. 第2版, 1-18, 東京大学出版会, 東京 (1988).
- 7) 梶田毅一: 自己意識の発達過程。(梶田毅一編) 自己意識の発達心理学, 1-32, 金子書房, 東京 (1989).
- 8) Lewis M, Sullivan MW, Stanger C, Weiss M: Self development and self-conscious emotions. *Child Development*, **60**: 146-156 (1989).
- 9) Lewis M: The emergence of human emotions. *In Handbook of emotions*, ed. by Lewis M, Havilland M, 223-235, Guilford Press, New York (1993).
- 10) Linda T, Larson EB, Reifler BV: Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *J Am Geriatr Soc*, **36** (1): 1-6 (1988).
- 11) Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, et al.: Mental and behavioral disturbances in dementia; Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*, **157** (5): 708-714 (2000).
- 12) 松下正明: 痴呆の症候論。(上田慶二, 大塚俊男, 平井俊策, 本間 昭編) 老年期痴呆診療マニュアル 第2版, 56-62, 日本医師会, 東京 (1999).
- 13) ロロ・メイ (小野泰博・小野和哉訳): 失われし自己をもとめて, 改訳版, 87-129, 誠信書房, 東京 (1995).
- 14) 無藤 隆: 言葉と認識による世界の構築。(無藤隆, 久保ゆかり, 遠藤利彦編) 発達心理学, 15-35, 岩波書店, 東京 (1995).
- 15) 日本老年精神医学会 (監訳): 痴呆の行動と心理症状. 27-49, アルタ出版, 東京 (2005).
- 16) Premack D, Woodruff G: Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and*

Brain Sciences, 4 : 515-526 (1978).

- 17) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版, 141-180, 医学書院, 東京 (2004).

- 18) Wimmer H, Perner J : Beliefs about beliefs ; Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13 : 103-128 (1983).

A study on interpretation model of BPSD in dementia patients

Teruo Yokoi *¹, Hitoshi Okamura *²

*¹ Department of Physical Therapy, School of Health Sciences, Kibi International University

*² Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

It is said that a positive approach to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) is important because BPSD has a significant effect on QOL of dementia patients and caregivers. This paper describes our findings that BPSD are symptoms that mean dementia patients are trying to handle interpersonal relationships with their potential abilities. The ability to handle interpersonal relationships begins with acquiring "self-consciousness". Therefore we studied whether a combined model could be applied to understand BPSD : the model of emotional development through acquiring "self-consciousness" and "self-evaluation" (Lewis M) and "theory of mind" to guess another person's mind (Perner J, et al.). As a result, it was revealed that there were BPSD specific to each of 4 stages classified by the presence or absence of "theory of mind", "self-evaluation" and "self-consciousness" and that there was a qualitative difference in the BPSD redundantly found in each stage. This result shows that BPSD at each stage cannot occur without cognitive function of "theory of mind", "self-evaluation" and "self-consciousness" or emotions accompanying them, and it is suggested that the model of this study can be a new model to understand BPSD from the point of view of human relationships.

Key words : dementia, BPSD, self-consciousness, self-evaluation, theory of mind

研究報告

介護者が高齢者にとる位置と向きへの分析

Examination of Caregivers over Their Position and the Direction of Their Eyes toward the Elderly Care Receivers

小野ミツ¹⁾, 小西美智子²⁾, 岡村 仁¹⁾

Mitsu Ono, Michiko Konishi, Hitoshi Okamura

キーワード: 介護者, 高齢者虐待, 対人距離評価表

Key words: caregiver, elderly abuse, inter-personal distance evaluation form

Abstract

One purpose of this study was to examine how the relationship between caregivers and the elderly care receivers is associated with the position of caregivers and the direction of their eyes toward the elderly. The other purpose was to assess the usability of the inter-personal distance evaluation form. We examined 53 primary caregivers, which were classified into two groups: 27 of them who abused the elderly, and 26 who didn't. We also adopted the inter-personal distance evaluation form which projects psychological distance of caregivers toward the elderly who receive their care.

The result shows that in the situations set on the evaluation form, "caregiver stickers" were mostly affixed to the side or diagonally behind the elderly. However more than half of the abusive caregivers were situated outside the room or directly behind the elderly when they wandered or needed help with eating. Such positions are observed when caregivers disassociate themselves from the elderly. As for the direction of their eyes, caregivers mostly watched the elderly in front or within their views, yet in the case of the abusive caregivers, they cast their eyes to irrelevant directions when the elderly were wandering (77.7%) or being rebellious (70.3%). These results imply that the inter-personal distance evaluation form which describes the position of caregivers and the direction of their eyes reflects the relationship between caregivers and the elderly care receivers.

要 旨

本研究の目的は、介護者が高齢者との間にとる位置や視線の向きが虐待とどのように関係しているかを分析し、作成した「対人距離評価表」の有用性について検討することである。対象者は、主介護者53名である。分析は虐待あり群27名、虐待なし群26名の2群に分類し行った。対象者には、介護者の高齢者に対する心理的距離を投影的に捉える「対人距離評価表」を用いて実施した。

その結果、虐待あり群の介護者シールの位置は、高齢者が食事介助を必要としている、徘徊している場面で半数以上が、枠外(室外)や高齢者の真後ろであった。視線の向きは、高齢者が徘徊している場面(77.7%)、介護者に反抗的な場面(70.3%)が、高齢者に無関係な方向に視線を向けていた。

受付日: 2007年9月28日 受理日: 2008年11月13日

1) 広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University 2) 岐阜県立看護大学 Gifu College of Nursing

「対人距離評価表」の介護者シールの位置や視線の向きは、高齢者と介護者の人間関係など介護状況を反映することが示唆された。

1. はじめに

介護者による高齢者虐待は、要介護高齢者(以下、高齢者という)と介護者との人間関係が悪いことが要因の1つになっている。虐待要因の6割以上が介護者と高齢者との人間関係の悪さが基盤となっていることが明らかにされている(佐々木ら, 1997; 小野ら, 2000; 医療経済機構, 2003)。高齢者虐待を防止するためには、介護者と高齢者、両者の悪くなっている人間関係を早期に把握し支援する必要がある。

しかし、高齢者と介護者の人間関係は、複雑で捉えにくく、表面的なインタビューや観察では奥に隠されている感情は捉えることが難しい。介護者に高齢者との関係を聞き出そうとしても、両者の人間関係がうまくいっていない場合ほど、真実が語られることは少ない。一般的に肯定的な対人感情をもつ場合には、相手に接近し直面する行動がみられる。人と人との関係の良し悪しは、同席を嫌がる、視線をそらすなどお互いの行動を観察すると、その関係を理解することができる。Hall(1966)は人と人がとる距離、位置、向きのとり方と人間関係のあり方は密接に関連していることを明らかにしている。このように対人感情は、対人距離や位置、視線の向きに敏感に投影され表現されるので、対人距離や位置、視線の向きを手がかりに対人関係を理解することができる。渋谷(1985)は位置のとり方について、学生が講義室で教師との対人場面に適応するために、座席の位置を変えるなど教師に対する距離や位置を巧みに利用し、教師に対する不安や圧迫感、緊張感を軽減していることを明らかにしている。宮本(1965)は精神病理学における時間と空間の中で、人は前方と左右、そして上方の空間を現実「生きている空間」と、後ろの空間である「死んだ空間」をもってことを提唱している。「生きている空間」は世界に開かれており、「死んだ空間」はいっさいの環境との交渉を欠いていると考えられている。また視線の向きと対人関係について、渋谷(1984)は視線に関する研究の中で、eye-contactは社会的相互作用を望む時には増加し、回避したい時は減少する、eye-contactの頻度は、嫌いな相手に対して最小となることを報告している。人は見知らぬ他者に対する緊張を和らげようと、でき

るだけ身体を離そうとしたり位置や視線をそらすなどの行動をとり、心理的安定を図ろうとする(Horowitz et al., 1964)。eye-contactは親和行動を表し、会話場面での発言活動を補足したり調整したりする機能をもっている(大坊, 1979)。このように視線の向きには、二者間の相互作用の性質を明らかにする機能がある(Mehrabian, 1969)といえる。このように対人感情は、対人距離、位置のとり方、視線の向きなどに敏感に投影され表現される。板井は「母親の子どもに対する心理的距離の測定の試み」(板井, 1991)において、母子関係の調査方法として、母親の子どもに対する感情や態度、母親の性格とどう関連しているか、子どもの発達により、母親の子どもに対する距離のとり方がどのように変化するかの見点から、距離、位置、向きについて分析を行っている。その後、不登校児童や障害児と母親の関係について、心理的距離テストを用いて、母子関係を捉え、治療の経過の中での母子関係の変化について分析し、その有用性、信頼性、妥当性を明らかにしている。そこで板井の心理的距離テストを準用して、介護者と高齢者との関係を捉える対人距離評価表を作成した。

介護者が高齢者にとる距離については、対人距離評価表を用いて、距離と虐待との関係をすでに述べており、介護者の高齢者に対してとる対人距離のとり方は高齢者中心型、介護者中心型、密接型、遠隔型の4タイプに分類され、虐待している介護者は遠隔型が多かった。虐待のみられる介護者の特徴は、高齢者が失禁しているなど介護が必要な場面では、高齢者から離れた長い距離を取るのに対して、高齢者が不機嫌である、介護者に反抗的であるなど介護者の気持ちを刺激する場面では、高齢者との間にとる距離は短く接近する傾向がみられた(小野ら, 2003)。

介護は、高齢者に接近し密接した距離を取らざるを得ない場面が多く、身体的な接触だけでなく心理的な関わりの機会も多くなる。この状態は、高齢者との関係が悪いと、介護負担を強く感じさせ、介護に拒否的、回避的感情を生じさせる。介護者の高齢者に対する感情や態度は、高齢者との対人距離のとり方に表れる(Hall, 1966, Zarit et al., 1980)。しかし、介護者と高齢者の人間関係を距離だけで捉えようとすると、奥