

原 著

老人施設における痴呆性患者の不穏行動の発生頻度に関する研究

塩谷久子*, 山本映子**, アンドレア, シュライナー***

Aggressive Behavior in Nursing Home Residents with Dementia

Hisako Shiotani*, Eiko Yamamoto**, Andrea S.Schreiner***

Abstract

This study is the first investigation of the frequency of agitated behaviors in elderly dementia patients in Japanese nursing homes using the Cohen-Mansfield Agitation Inventory(1991). Despite major differences between Japanese and American cultures, findings were highly consistent with those of previous U.S. studies. Physically aggressive behavior, although evidenced by only 10-20% of the sample, comprised the strongest factor. A separate factor for verbal agitation also emerged. The behaviors declined in the evening and night shifts. In both our sample and U.S. samples, wandering, general restlessness, and verbal agitation such as repetitious questions, cursing, and complaining occurred most frequently. Another four point scale was used to code the degree to which agitated behavior occurred during eating, dressing, bathing, and toileting for each resident. The majority of aggressive behavior occurred in relation to personal caregiving, especially in regard to bathing. Despite major cultural differences, Japanese findings paralleled previous US results.

キーワード: 老人施設(Elderly nursing homes), 痴呆性患者(Dementia), 不穏行動(Agitated behavior), CMAI.
(Key Words)

I. はじめに

わが国における高齢化の進行に伴い高齢期の痴呆の出現率は2015年には262万人に達すると推測されており、とくに老人施設入所者に占める痴呆性患者の割合は約3割といわれている。

従って、このような高齢期の痴呆性患者の実状を知り、より適切な介護方法については、今後ますます情報が必要となってくる。

老人施設に入所している痴呆性患者の精神症状や

行動を測定し、評価するスケールとして、われわれは、今回、コーエン・マンズフィールド不穏調査票 Cohen-Mansfield Agitation Inventory (以下CMAIと省略する) を用いた。これは1991年に米国のCohen-Mansfield博士によって開発されたスケールである。

このスケールは痴呆性高齢者の不穏行動の頻度を測定するものであり、米国で広く用いられている。われわれは、1999年に、Cohen-Mansfield博士の許可を得て、このスケールを翻訳し、わが国で初めて使用し、広島県の6つの老人施設で調査を試みた。

*広島国際大学医療福祉学科(Hiroshima International University)

**広島県立保健福祉大学看護学科(Hiroshima Prefectural Health and Welfare University)

***日本赤十字九州国際看護大学老年看護学科(The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing)

受稿2003.06.20 受理2003.08.30

ここで言う「不穏行動」は、英語のagitationの訳であり、1986年の、Cohen-MansfieldとBilligによると「agitationとは、見かけ上の要求や精神的混乱だけでは説明できない不適切な言語的、語調的あるいは身体的行動を言う。診断上の用語というよりも、臨床医によって使用される、潜在的疾患によって起こりえる一連の症状に対する用語である」と定義されている。Agitationを日本語に訳すると、いくつかの英和辞書によると「興奮」「不安」「動揺」「焦燥」等である。しかし、Cohen - Mansfield等は調査の結果、CMAIに含まれる29項目を、①攻撃的行動、②身体的非攻撃的行動、③言語的不穏行動、④物を隠したり、ため込む行動、の4つに分類している。これらの項目の最初の①、②、③は、あきらかに、攻撃的意味合いを持っており、日本のagitationの訳にぴったりと当てはまるわけではないが、1998年に高内がCMAIの説明の際に「不穏」と翻訳しているのに習い、われわれも、これを「不穏」と翻訳した。

このような用語の概念上に若干の差はあるが、痴呆性患者の多くに見られる、落ち着きのなさ、徘徊、不適切な行動などの頻度を測定するには、便利かつ有効な方法であると考えられる。米国では多くの先行研究がなされていること、また、日本ではこのような不穏行動に注目したスケールがないことから、われわれは、このスケールを、老人施設入所の痴呆性患者の行動測定に用いた。併せて、「個別介護時の不穏行動測定」(表6参照)を組み合わせ、より具体的な実態把握を試みている。

得られた結果を通して、第一に、老人施設における痴呆性患者の不穏行動の実態を知ること、第二に、不穏行動に対処するための基本的な考え方を探ること、第三に、米国の結果と比較して、このスケールを多国間で用いることができるかどうかを検討する。以上の三点を目的として本研究を行った。

II. 研究方法

1. 調査対象

広島県にある任意に選択した6つの老人施設(3つの老人保健施設、3つの特別養護老人ホーム)において1999年1月から3月にかけて調査を行った。対象者は3ヶ月以上の入所者で痴呆症と診断された患者であるが、完全に寝たきりの痴呆性患者は除外した。理由は行動が身体状況の悪化により制限され、正確な情報となり得ないからである。また、3ヶ月以上の入所者と限定したのは、米国におけるCohen-Mansfield等の研究が調査対象を3ヶ月以上の入所者としているため、本調査結果との日米比較が可能となることを前提にしている。

2. 調査方法

行動の基礎データ収集にはCMAIを用いた。痴呆性患者の29種類の典型的な不穏行動の頻度を調査者が介護スタッフに面接して7段階で評価してもらう方法である(Table 1)。最初に介護スタッフにそれぞれの行動の定義と分類方法を説明し、過去2週間にそれぞれの行動が認められた頻度を「(1)まったくない」から「(7)1時間に数回見られる」までの7段階で評価をしてもらった。研究チームのメンバーが介護者と面接し、回答を回収した。1施設あたり、60名前後の痴呆性患者について3-4名の介護者から回答を得た。患者の行動データは、日勤、準夜勤、深夜勤の3つの時間帯に分けて聞き取った。調査票は米国の勤務時間帯となっているので、調査時には、その時間帯に合わせて回答してくれるように依頼している。面接した介護者の平均年齢は45歳、その施設での平均勤務年数は7.8年、平均介護経験年数は12.7年であった。

次にCMAIによる採点后、個別介護時の不穏行動を把握することを目的とした聞き取り調査を行った。介護者に、食事、着脱、入浴、排泄の個別介護を行った際の痴呆性患者の行動を1、助けを借りず

Table 1 CMAI 質問票-1 不穏行動頻度の調査票

次の29の不穏行動に目を通し、入居者のそれぞれの行動の、過去2週間での発生頻度(1~7の段階)に丸をつけてください。(勤務時間の違いは鉛筆の色で区別する)

	7:00-15:00 赤	15:00-23:0 青	23:00-7:00 黒				
	全く なし	週に 1回未満	週に 1~2回	週に 数回	日に 1~2回	日に 数回	1時間に 数回
1. 徘徊 Pace, aimless wandering	1	2	3	4	5	6	7
2. 不適切な着衣・脱衣 ¹ Inappropriate dress or disrobing	1	2	3	4	5	6	7
3. つばを吐く (食事時を含む) Spitting(include at meals)	1	2	3	4	5	6	7
4. 悪態をつく・攻撃的言語 Verbal aggression	1	2	3	4	5	6	7
5. 常に注意を引く Constant unwarranted request for attention or help	1	2	3	4	5	6	7
6. 同じことを繰り返して言う・ 質問する Repetitive sentences or questions	1	2	3	4	5	6	7
7. 叩く (自分も含め) Hitting(include self)	1	2	3	4	5	6	7
8. 蹴る Kicking	1	2	3	4	5	6	7
9. 人につかみ掛かる Grabbing onto people	1	2	3	4	5	6	7
10. 押す Pushing	1	2	3	4	5	6	7
11. 物を投げる Throwing things	1	2	3	4	5	6	7
12. 異常な声をたてる (異常な笑い声・意味のない音など) Strange noises(weird laughter or crying)	1	2	3	4	5	6	7
13. 叫ぶ・悲鳴を上げる Screaming	1	2	3	4	5	6	7
14. 噛む Biting	1	2	3	4	5	6	7
15. ひっかく Scratching	1	2	3	4	5	6	7
16. どこかへ行こうとする (部屋・建物から出ようとする) Trying to get to a different place (e.g., out of the room, building)	1	2	3	4	5	6	7
17. 故意に物を落とす Intentional falling	1	2	3	4	5	6	7
18. 不平不満 Complaining	1	2	3	4	5	6	7
19. 拒絶症 Negativism	1	2	3	4	5	6	7
20. 不適切な物の飲食 ² Eating/drinking inappropriate substances	1	2	3	4	5	6	7
21. 自他を傷つける (たばこ・湯などで) Hurt self or other (cigarette, hot water, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
22. 物の扱いが不適切 Handling things inappropriately	1	2	3	4	5	6	7
23. 物を隠す Hiding things	1	2	3	4	5	6	7
24. 物をためこむ Hoarding things	1	2	3	4	5	6	7
25. 物を破る、破壊する Tearing things or destroying property	1	2	3	4	5	6	7
26. 性癖を繰り返す Performing repetitious mannerisms	1	2	3	4	5	6	7
27. 言葉による性的言い寄り Making verbal sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
28. 行動による性的言い寄り Making physical sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
29. 全般的な多動 General restlessness	1	2	3	4	5	6	7
30. その他 (ほかの行動)	1	2	3	4	5	6	7

① 着脱の必要性がない場面で着脱する、すべきではない場所で着脱する。何枚も着る。

② 食物ではないものを飲食する。

に自分でできる、2. 多少の助けは必要、3. 何度も支持やなだめすかしが必要、4. 非常に困難の4つのレベルで評価してもらった (Table 6参照)。評価は日常動作機能が損なわれている程度についての評価ではなく、患者自身の動作遂行の意欲の程度を評価するものである。

なお調査方法の信頼性を確認するために、ブリテストとして、同じ痴呆性患者29名を2名の介護者が同時に観察し、別々に評価を行った。その結果、評価一致率 (一致した場合は1、しなかった場合は0とする) は0.91であった。

3. 分析方法

調査結果の集計・分析はSPSS ST for Windowsを使用した。それぞれの調査項目に関して単純集計を行った後、日勤帯の不穏行動の構造を明らかにするために、因子分析 (主因子法・バリマックス回転) を行った。ついで、各行動間の相関関係を見た。日米の不穏行動間の相関関係はピアソンの積率相関係数を用いている。

Ⅲ. 結果

6施設より396名の調査結果を得た。対象者の平均年齢は男性81.0歳、女性84.2歳であった。そのうち女性は79.8%である。本調査が比較を試みる米国での調査は408人を対象としたものであり、女性が77.5%、平均年齢85歳であった。

1. 不穏行動の頻度

Table 2は、1日の勤務時間帯における不穏行動頻度を7段階で評価したものの平均スコアを示している。Table 2より、本調査の対象集団の不穏行動頻度の高いものを順に6個あげると「徘徊2.64」「全般的な多動2.38」「同じことを繰り返して言う・質問する2.30」「どこかへ行こうとする2.02」「悪態をつく・

攻撃的言語2.01」「不平不満1.88」である。

Table 2の () 内は米国のCohen-Mansfield等が報告した数値である。これらの各行動平均スコアを米国と本調査でt検定によって比較したが、有意差は認められなかった ($p=0.555$)。日米の平均スコアのピアソン積率相関係数は0.831 ($p<0.01$) であった。米国と本調査で0.3を超える平均スコアの差が見られた行動は、「徘徊」「どこかへ行こうとする」「拒絶症」「物の扱いが不適切」「性癖を繰り返す」の5項目のみであった。それ以外では、平均スコアのほとんどにおいて0.3を超える差は見られなかった。本調査においては、「徘徊」「どこかへ行こうとする」「物の扱いが不適切」について米国より高い平均スコアを示したのに対し、米国の調査では「拒絶症」「不平不満」「性癖を繰り返す」についての平均スコアが高かった。

いずれの行動も夜間には減少傾向が見られた。本調査と米国での調査のどちらの集団でも平均スコアが2.0以上であって最も頻回に見られた行動は「徘徊」「全般的な多動」「同じことを繰り返して言う・質問する」であった。ついで、「悪態をつく・攻撃的言語」「拒絶症」「不平不満」の3つも日米両集団で高頻度で見られた。本調査では「悪態をつく・攻撃的言語」が、スコア2.0以上でこの中では一番多かったが、米国の調査では「不平不満」「拒絶」が2.0以上であった。「叩く」「人につかみ掛かる」「押す」「かむ」などの行動は本調査と米国で大変似通った値を示している。

2. 不穏行動頻度の分析

前述した本調査の不穏行動頻度の平均スコアが最も高い6つの行動に注目し、出現頻度を7段階で表わしたものがTable 3である。これを見ると行動によって出現頻度に差がある。たとえば、徘徊は、約63%の痴呆性患者には見られないが (評価1)、10%前後は1時間に数回徘徊し (評価7)、13~14%近くは1日に数回徘徊する (評価6)。このため、痴

Table 2 各勤務時間帯毎の不穏行動頻度の平均スコア

()内の数字はCohen-mansfield et al.(1989)らの調査結果の平均スコアを示す

行動	勤務時間区分		
	日勤	準夜	深夜勤
徘徊	2.64(2.36)		1.66(1.54)
不適切な着衣・脱衣	1.72(1.54)	1.88(1.49)	1.42(1.41)
つばを吐く(食事時を含む)	1.40	1.33	1.08
悪態をつく・攻撃的言語	2.01(1.99)	1.95(1.86)	1.40(1.46)
常に注意を引く	1.72(1.60)	1.67(1.96)	1.41(1.66)
同じことを繰り返して言う・質問する	2.30(2.24)	2.26(1.94)	1.54(1.68)
叩く(自分も含め)	1.48(1.35)	1.45(1.38)	1.18(1.27)
蹴る	1.21	1.20	1.06
人につかみ掛かる	1.30(1.49)	1.30(1.48)	1.09(1.25)
押す	1.27(1.33)	1.26(1.30)	1.08(1.114)
物を投げる	1.17(1.08)	1.15(1.10)	1.04(1.02)
異常な声をたてる(異常な笑い声・意味のない音など)	1.49(1.71)	1.45(1.55)	1.20(1.50)
叫ぶ・悲鳴をあげる	1.30(1.56)	1.29(1.59)	1.13(1.29)
嘔む	1.24	1.23	1.07
ひっかく	1.16(1.05)	1.14(1.12)	1.03(1.07)
どこかへ行こうとする	2.02(1.38)	2.00(1.34)	1.47(1.15)
故意に物を落とす	1.06	1.06	1.04
不平不満	1.88(2.13)	1.82(2.03)	1.45(1.61)
拒絶症	1.60(2.09)	1.52(1.89)	1.26(1.64)
不適切な物の飲食	1.28	1.23	1.02
自他を傷つける(たばこ・湯などで)	1.03	1.01	1.01
物の扱いが不適切	1.71(1.36)	1.65(1.23)	1.19(1.03)
物を隠す	1.56(1.30)	1.51(1.14)	1.16(1.08)
物をためこむ	1.54(1.41)	1.48(1.24)	1.16(1.08)
物を破る・破壊する	1.11(1.18)	1.10(1.09)	1.05(1.02)
性癖を繰り返す	1.14(1.78)	1.12(1.45)	1.07(1.16)
言葉による性的言い寄り	1.08(1.11)	1.08(1.09)	1.04(1.03)
行動による性的言い寄り	1.04(1.08)	1.04(1.18)	1.02(1.04)
全般的な多動	2.38(2.44)	2.35(2.33)	1.62(1.89)

呆性患者の24%前後は施設内を1日中動きまわっていることになる。また、週に数回というように頻度の少ないものは「同じことを繰り返して言う・質問する」「悪態をつく・攻撃的言語」「不平不満」のように言語に関する項目に多く見られる。

Table 3は高い頻度で現れる不穏行動の男女差についても、述べている。これらの項目において不穏行動の「全くなし」の割合は男性に少ない。つまり、男性のほうに不穏行動が多く見られているが、特に男女差が大きいのは「悪態をつく・攻撃的言語」に16.8%の差、「全般的な多動」11.0%の差、「どこかへ行こうとする」8.1%の差となっている。

Cohen-Mansfield等の研究報告によると、痴呆性患者が1種類以上の行動を少なくとも週に1回示す割合は93%、一人の痴呆性患者が1勤務時間帯あたりに示す行動の種類数の平均は3.8である。本調査では、それぞれ、79%と5.36である。また、Table 2で示したように、不穏行動頻度の平均スコアが米国とあまり差がないことから、日本では、不穏行動を示す痴

呆性患者の人数は少ないものの、1人の患者が示す行動の種類が多いこと、その頻度も高いことを意味している。

3. 因子分析の結果

不穏行動は日勤帯に頻度が高いので、日勤帯における不穏行動の因子構造に着目した (Table 4)。米国の調査結果における因子分析と整合性を持たせるために、5%以下の頻度でしか観察されなかった行動「故意に物を落とす」「自他を傷つける」「物を破る、破壊する」「性癖を繰り返す」「言葉で性的言い寄り」「行動で性的言い寄り」を除外した。

Cohen-Mansfield等は29項目を独立変数として因子分析し、以下の4因子を採用している (Table 4参照)。

第Ⅰ因子 aggressive behavior—攻撃的行動—
「叩く」「蹴る」「押す」などの行動。

第Ⅱ因子 physically non aggressive behavior—身体的非攻撃的行動—
「徘徊」「不適切な着衣・脱衣」な

Table 3 日勤帯の高頻度の不穏行動と性別比較(%)

行動	性別	評価 1	評価 2	評価 3	評価 4	評価 5	評価 6	評価 7
		全くなし	週に 1回未満	週に 1、2回	週に 数回	日に 1、2回	日に 数回	1時間に 数回
徘徊	男	60.30	2.60	5.10	1.30	6.40	12.80	11.50
	女	64.20	2.30	2.90	3.20	4.20	13.50	9.70
全般的な多動	男	53.80	5.10	11.50	9.00	5.10	3.80	11.50
	女	64.80	4.50	6.10	5.50	3.50	9.70	0.80
同じ事を繰り返して 言う・質問する	男	61.50	3.80	5.10	9.00	10.30	6.40	3.80
	女	62.60	4.50	5.80	10.00	48.00	10.60	1.60
どこかへ行こうとする	男	66.70	6.40	5.10	5.10	3.80	11.50	1.30
	女	74.80	1.00	1.60	5.50	5.80	8.70	1.60
悪態をつく・攻撃的言語	男	53.80	10.30	6.40	12.80	7.70	7.70	1.30
	女	70.60	4.80	5.20	9.40	3.80	5.20	1.00
不平不満	男	67.90	9.00	6.40	10.30	3.80	2.60	0.00
	女	68.40	6.50	7.10	8.70	3.90	4.50	1.00

ど。

第Ⅲ因子 verbally agitated behavior—言語的不穏行動—「不平不満」「常に注意を引く」「拒絶症」など。

第Ⅳ因子 hiding/hoarding behavior—ものを隠す・ためこむ行動—「物を隠す」「物をためこむ」のみ

で構成される。

Table 4はCohen-Mansfield等の調査結果と本調査の結果を比較しているが、これが示すように、本調査においても、最適解を得たのは因子数を4にしたときであった。負荷量と位置は概ね、米国での調査と一致していた。この調査結果が米国での調査と異

Table 4 日勤帯の不穏行動の因子負荷量
(主因子法、バリマックス回転)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
徘徊	0.59	0.49(.79)		
不適切な着衣・脱衣	0.56	0.36(.67)		
つばを吐く	0.42			
悪態をつく・攻撃的言語	0.69(.54)			
叩く	0.70(.81)			
蹴る	0.64(.82)			
人につかみ掛かる	0.74			
押す	0.74(.72)			
物を投げる	0.62			
異常な声をたてる	0.48			
叫ぶ・悲鳴を上げる	0.43			
ひっかく	0.60(.66)			
噛む	0.60		<u>第3因子</u>	
拒絶症	0.48		0.78(.55)	
どこかへ行こうとする	0.55	0.50(.56)	0.80	
全般的な多動	0.68	0.35(.74)		
常に注意を引く			0.63(.71)	
同じことを繰り返して言う・質問する			0.50(.45)	
不平不満			0.50(.78)	
不適切な物の飲食	0.33			
物の扱いが不適切	0.54	0.49(.60)		<u>第4因子</u>
物を隠す				0.57(.99)
物をためこむ				0.60(.56)
固有値	7.08	2.4	1.3	1.5
累積固有値	30.8	41.2	46.9	53.4

注. ()内の数値は Cohen-Mansfield 等の調査結果の負荷量と位置を示す

なった点は、第2因子の身体的非攻撃的行動に負荷する「徘徊」「不適切な着衣・脱衣」「どこかへ行こうとする」「全般的な多動」「物の扱いが不適切」という項目が、第1因子と第2因子の両方に負荷していたことである。第1因子：攻撃的行動、第3因子：言語的不穏行動、第4因子：ものを隠す・ためこむ行動のパターンはおおむね同じであった。

4. 各不穏行動間の相関関係

日勤帯で見られる各不穏行動間の相関関係をみるとそれぞれの関連性がわかる(Table 5)。(対象者の5%以下でしか見られなかった行動は除外)。各不穏行動間には強い関連性がみられ、241通りの組み合わせのうち有意な関連が認められなかったのは66組(27%)のみであった。有意な関連がなかったのは主に言語的不穏行動と攻撃的行動の間においてである。また、「物を隠す」「物をためこむ」行動も、

攻撃行動と相関しない場合が多い。

例えば、高率で見られる「徘徊」は、「不適切な着衣・脱衣」「どこかへ行こうとする」「物の扱いが不適切」「不適切な物の飲食」「全般的な多動」と強く相関していることが見いだされた。このことから、毎日、1日に数回または1時間に数回の徘徊を繰り返す24%の痴呆性患者は、他人の食事を食べてしまったり触れてはいけないものにさわったりする傾向があることがわかり、介護をする側は多大な注意を払う必要に迫られる。

また、「叩く」「蹴る」「押す」などの攻撃的行動のほとんどが互いに強く相関していることがわかる。

この相関係数では年齢との関係もみたが、有意水準0.001 (Bonferroni補正)では、年齢にはいずれの行動とも有意な関連は認められなかった。有意水準0.05では、「徘徊」と「どこかへ行こうとする」には

Table 6 個別介護中における困難度の性別比較

レベル	日常生活							
	食事		着脱		入浴		排泄	
	女	男	女	男	女	男	女	男
1	68.5%	67.1%	22.1%	13.2%	11.1%	9.2%	24.6%	27.0%
2	10.1%	14.5%	35.1%	40.8%	36.5%	31.6%	28.6%	20.3%
3	18.5%	14.5%	35.4%	40.8%	42.7%	40.8%	31.4%	37.8%
4	2.9%	3.9%	7.5%	15.8%	9.8%	18.4%	7.4%	14.9%

レベル

1. 助けを借りず自分で出来る
2. 多少助けは必要 — 言葉をかけたり実際に示すなど。
(例: こういう風にブラウスを着て)
3. 何度も口頭の指示やなだめすかしが必要、または身体的介助が必要。
(例: 着衣介助が必要だが、いやがらずにさせる。)
4. 非常に困難一抵抗、拒絶行動(着脱、排泄、入浴、食事)を実行したくない、口論、けんかになる。時には、介護者は行動を延期するか強制的にやらせなければならない。

負の相関がみられた。

5. 個別介護時の不穏行動

次に、食事・着脱・入浴・排泄という4種類の個別介護を行なっている最中に起こる不穏行動の程度を調べた (Table 6)。

食事は最も問題が少なく、男女差はほとんどなく、介助無しに行える入所者の割合が最も高かった (約67-68%)。

これとは異なり、着脱・入浴・排泄については、レベル4の問題行動を示した男性の割合は女性の倍になっている。つまり、男性はこれらの動作を延期するか強制しなければならぬほどの抵抗を示す傾向が強いことを意味する。最も問題が大きかったのが入浴で、男性の90.8%、女性の約88.9%は、入浴するのに何らかの指示や介助を必要とした。そして、入浴を延期せざるを得なかったり強制しなければならぬほど抵抗した痴呆性患者の割合は、女性が9.8%であったのに対して男性は18.4%である。前述したように、ここでは日常動作機能が損なわれている程度についての評価ではなく、患者自身の動作遂行意欲の程度を評価するものである。

Table 5からわかるように、「悪態をつく」の頻度は入浴や排泄時に負の相関が見られた。入浴や排泄の介助が大変とみなされる痴呆性患者は悪態をつく頻度が高いことを意味し、これは「叩く」「蹴る」「人につかみ掛かる」「物を投げる」「叫ぶ・悲鳴をあげる」「ひっかく」についても同様であった。実際に、ほとんどの不穏行動は個別介護中、特に入浴中にみられたと介護職員は報告している。不穏行動が週に1、2度みられ、入浴も週に2度程度であることから、頻度分布とも一致する。

全体としてみると、食事・着脱・入浴・排泄の4種類の個別介護間にも問題行動の頻度に高い関連性が見られた (Table 5)。入浴と排泄時の不穏行動頻度に高い相関があるということは (0.773)、いずれかの介助時に職員に対して不穏行動をとりがちな人

は、別の種類の介護を受けている時にも不穏行動をとる傾向があることを意味する。

IV 考察

1. 不穏行動の実態と発生頻度の特徴

本研究の対象群における不穏行動発生頻度を日勤帯の行動に着目して因子分析を行った結果、4つの因子が出現した (Table 4)。これは米国のCohen-Mansfield等によって抽出された4因子とほぼ同じ構造であった。第1因子は、攻撃的行動と名づけられたグループであり、このグループの「叩く」「蹴る」「押す」などの各項目は互いに強く相関している。第2因子：身体的非攻撃的行動に属する項目では、Cohen-Mansfieldの報告と異なるのは「徘徊」「物の扱いが不適切」などの項目が、第1因子と第2因子の2つの因子に影響している事である。この結果は、徘徊する患者を攻撃的行動を伴うもの (因子1に影響している行動群) と伴わないもの (因子2に影響している行動群) の2つのサブグループに分けたLogsdon等の研究を支持するものである。

第3因子の言語的不穏行動に属する項目、第4因子は米国の調査とほぼ同じである。

また、日本の特徴として、何らかの不穏行動を示す痴呆性患者の割合は米国93%に比べて79%と低いにもかかわらず、一人平均にみられる不穏行動の種類は米国3.9に対して日本は5.36と多い点である。

年齢との関係では、Beck等がdisruptive behavior「混乱した行動」の見られる痴呆性患者の要因を調べ、年齢とは負の相関があることを発表している。これは、加齢につれて、肉体的な運動機能が衰えるためであろう。本調査でも、「徘徊」「全体的な多動」は年齢と負の相関がある事が明らかになった。本調査で、年齢との関係を詳細に検討したところ、徘徊のピークは男女とも、74歳で、これより高齢になると減少している。

性差についてはBeck等が同論文で「混乱した行動」の出現率は男性に高いと述べているが、本調査集団でも男性に不穏行動頻度が高い。これはコミュニケーション伝達能力の性差、現在の高齢者層の男性の男性性という社会規範の存在などが影響していると考えられる。

個別介護に関連して起きる不穏行動の頻度の高さも本調査の介護者からの報告で明らかである。Deutsch & Rovner や Middleton等の調査でも、個別介護における痴呆性患者の不穏行動の研究がある。これは、認識機能の全般的な低下により些細な状況の変化に対応できないことと多分に関係していると考えられる。本調査においては特に入浴介護時に最も不穏行動頻度が高いが、これは的確な状況判断ができない上に、脱衣の意味が理解できなかつたり、裸という無防備な状態になることへの抵抗等が考えられる。個別介護は痴呆性患者にとっては日常の生活として、介護者にとっては、日常の援助業務としてあるのだが、患者個々人の意志と介護者の立場がうまく一致しないのである。患者にとって状況判断が適切にでき、意志決定が円滑になるような情報提供の在り方、対応が必要であろう。本調査の結果では、痴呆性患者は他の個別介護に比べると、食事時に一番手がかからないことを示した。食事は意味がはっきりしていて一番楽しみな動作である。また、上半身の運動だけを必要とする動作であるため、他の動作よりも長時間自分で続けることができる。そこで、これらの楽しみ・意味づけ・非依存性という要素を何らかの形で他の介護動作にも取り入れて、痴呆症患者が動作に関心を抱くようにするのも一案である。

また、「叫ぶ・悲鳴をあげる」「異常な声をたてる」は、痛みと関係していることを介護職員は報告しており、これはCohen-Mansfield & Werner の報告とも一致する。Deutsch & Rovnerも、痴呆症患者の行動は刺激に反応して起こるものであり、ある程度までは理解して対処できると述べている。最近の研究では、

背景要因とこのような不穏行動の出現の関係が深く掘り下げられて調べられており、不穏行動が、痛み・健康の衰え・抑うつなどに由来する欲求不満と関連していることが指摘されている。

行動的側面や環境的側面からこのような痴呆性患者の介護体制を改善していく試みは、米国においても、最近の研究報告に散見されている。日本においても、処遇の質の向上や多様なプログラムの充実などが最近の報告に数多く見られる。

本研究とCohen-Mansfield等の調査を対比してみると、対象群が民族や生活上の違いがある集団であるにもかかわらず、痴呆性患者の行動に大きな差がないことが窺える。これは、CMAIが多国間で用いることが可能であることを示唆している。その使用成果を生かして研究成果を互いに適用しあえると考えられる。

2. 本研究の限界と課題

本研究では対象地区が一つの県内であり、対象数も必ずしも、充分とは言えない。今後はより規模を拡大した調査が必要であろう。また、対象者の基礎疾患、ADL、服薬のデータ等がないなどの制限がある。今後精度の高い調査のためには、これらの情報を集める必要があるであろう。

CMAIを翻訳するにあたり、できるだけ適切な訳をと心がけたが、言葉の持つ微妙な日米の概念上の差をどのようにするかという問題があった。引き続いて検討したい。

V 結論

本調査は、CMAIを用いて施設における痴呆性患者の不穏行動の出現頻度を調査した。

1. その基礎データから、因子構造、各行動間の相関関係を得、対象群の不穏行動の実態と特徴を把握した。不穏行動は4因子を構成し、その構造は

米国のCohen-Mansfield等の研究とほぼ同じである。また、不穏行動は、特に個別介護時に多く発生していることが明らかになった。

2. 今回得られた不穏行動頻度に関する基礎資料から、不穏行動出現に関連する要因、内在する心理的な問題点等に目をむける必要性が明らかになった。従って、介護介入は各関連要因を理解した上で、認識力の低下を考慮したケアに留意しなければならない。
3. このCMAIスケールは言葉の持つ概念の若干の差を理解した上で使用するなら、多国間で共通して使用可能と考える。この使用成果を、他の国と互いに適用し合えるであろう。

謝辞

本研究を実施するにあたり、調査に必要なスケールや参考文献を提供して下さいましたCohen-Mansfield博士に感謝の意を表します。また、調査にご協力下さいました6つの老人施設の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- Beck, C., Rossby, L. & Baldwin, B. 1991 Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5): 281-291.
- Burgio, L. D. & Scilly, K. 1994 Caregiver Performance in the Nursing Home; The use of staffing and management procedures. *Seminars in Speech and Language*, 15: 313-322.
- Cohen-Mansfield, J. 1991 Instruction Manual for the Cohen- Mansfield Agitation Inventory(CMAI). The Research Institute of the Hebrew Homes of Greater Washington, 6121 Montrose Road, Rockville, Maryland 20852,USA.
- Cohen-Mansfield, J. and Billig,N.1986 Agitated Behaviors in the elderly. I.A conceptual review. *Journal of American Geriatric Society*, 34: 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S.& Rosenthal, A. S. 1989 A Description of Agitation in Nursing Homes. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 44(3): M77-84.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. & Werner, P. 1992 Agitation in elderly person : An integrative report of finding in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 4(Suppl.2): 221-240.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. 1998 Predictors of Aggressive Behaviors: A Longitudinal Study in Senior Day Care Centers. *Journal of Gerontology*, 53B(5): 300-310.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. 1998 The Effects of an Enhanced Environment on Nursing Home Residents Who Pace. *The Gerontologist*, 38(2): 199-208.
- Deutsch, L. H. & Rovner, B. W. 1991 Agitation and other noncognitive abnormalities in Alzheimer's Disease. *The psychiatric Clinics of North America*,14(2): 341-351.
- 本間 昭 1997 高齢者の問題行動とその対策「Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSSD)の概念について」. *Geriatric Medicine*, 35(12): 1667-1672.
- 厚生省老人福祉課 1996 痴呆性老人対策に関する検討会報告書. 2513- 2528. 厚生福祉 1997「介護老人ホーム入所者の3割が痴呆 -厚生省の社会福祉施設等調査結果-」 10.25.2 - 3.
- Logston, R. G., Teri, L., McCurry, S. M. et al. 1998 Wandering A Significant Problem Among Community-Residing Individuals with Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology*, 53B(5): 294- 299.
- Middleton, J. L., Stewart, N. J. & Richardson, J. S. 1999 Caregiver Distress Related to Disruptive Behaviors on Special Care Units Versus Traditional Long-Term Care Units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(3): 11-19.
- 西元幸雄 1997 特別介護老人ホームの痴呆性老人専用棟の意義と今後のあり方. *老年精神医学雑誌*, 8(9): 915-923.
- 小笠原祐次 1997 特別介護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準. *老年精神医学雑誌*, 8(9): 909-914.
- 奥村由美子 1997 軽度アルツハイマー型痴呆患者のためのリハビリテーション・プログラム. *老年精神医学雑誌*, 8(9): 951-963.
- Smyer, M., Brannon, D. & Cohen-Mansfield,J. 1991

Improving nursing home care through training and job redesign. *The Gerontologist*, 32 : 327-333.

高内 茂 1997 高齢者の問題行動とその対策「攻撃的行動」. *Geriatric Medicine*, 35 (12) : 1621-1625.

田中荘司 1997 養護老人ホーム入所者の機能活性化のための方策. *老年精神医学雑誌*, 8 (9) : 924-93