The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	アルツハイマー型痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究
Author(s)	森本, 美奈子
Citation	大阪大学, 2003, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/750
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

博士学位論文

アルツハイマー型痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究

大阪大学大学院人間科学研究科

森本 美奈子

博士学位論文

アルツハイマー型痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究

大阪大学大学院人間科学研究科

森　本　美奈子

はじめに ……5

第１章　序章

第１節　痴呆患者とそのケアに関する問題と動向 ……9
Ⅰ　痴呆患者の増加と痴呆ケアに関する理念の発展
Ⅱ　痴呆患者の臨床経過と痴呆ケアの方向性

第２節　痴呆に関する心理学的研究の動向 ……17
Ⅰ　痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究
Ⅱ　痴呆患者のQOLに関する心理社会的モデル

第３節　本研究の目的と概要 ……23

第２章　痴呆患者の心理的適応

序　論 ……26

第１節　痴呆患者における行動心理学的症候の実態 ……30
Ⅰ　緒　言
Ⅱ　方　法
Ⅲ　結　果
Ⅳ　考　察

第２節　痴呆患者における病前性格特性の検討 ……45
Ⅰ　緒　言
Ⅱ　方　法
Ⅲ　結　果
Ⅳ　考　察

第３節　痴呆進行および行動心理学的症候と性格変化 ……57
Ⅰ　緒　言
Ⅱ　方　法
Ⅲ　結　果
Ⅳ　考　察

総　論 ……67

第３章　痴呆患者のQOLにおける心理学的指標

序　論 ……69

第１節　痴呆QOLの定義と先行尺度の文献検討 ……71
Ⅰ　痴呆QOL評価尺度開発への背景状況
Ⅱ　先行研究にみる痴呆QOLの定義と指標
Ⅲ　痴呆QOL評価尺度開発における課題
Ⅳ　まとめと今後の展望

第２節　痴呆QOL評価尺度の開発 ……84
Ⅰ　緒　　言
Ⅱ　方　　法
Ⅲ　結　　果
Ⅳ　考　　察

総　論 ……97

第４章　痴呆介護における家族の態度

序　論 ……99

第１節　痴呆介護家族の態度に関する質的検討 ……102
Ⅰ　緒　　言
Ⅱ　方　　法
Ⅲ　結　　果
Ⅳ　考　　察

第２節　痴呆介護における感情表出の構造 ……113
Ⅰ　緒　　言
Ⅱ　方　　法
Ⅲ　結　　果
Ⅳ　考　　察

第３節　感情表出にみる患者と家族のQOLおよび関連要因 ……124
Ⅰ　緒　　言
Ⅱ　方　　法
Ⅲ　結　　果
Ⅳ　考　　察

総　論 ……139

第５章　痴呆患者と介護家族のQOL向上への提言

第１節　本研究の総合論議 ……141
Ⅰ　痴呆患者の心理的適応とその介入の可能性
Ⅱ　痴呆患者のQOL概念とその指標としての適性
Ⅲ　痴呆介護における家族の態度にみる患者と家族のQOL
Ⅲ　今後の痴呆介護における心理社会的アプローチへの適用

第２節　本研究における問題と限界 ……158
Ⅰ　方法論的問題
Ⅱ　倫理的問題

第３節　痴呆ケアにおける今後の課題と展望 ……165
Ⅰ　地域および施設における活動の推進
Ⅱ　倫理的課題に対する論議の推進
Ⅲ　学際的研究の推進

おわりに ……170
要　約 ……171
引用文献 ……174
謝　辞 ……204
付　録 ……206

はじめに

今ではよく知られている「ぼけ」「痴呆」といった言葉を世に浸透させた小説に，有吉佐和子の『恍惚の人』がある．この作品は，痴呆症となった84才の立花茂造を中心に，茂造の息子信利とその妻昭子・孫の敏の物語である．茂造と息子夫婦は同じ敷地内で別居していたが，ある日昭子は義母が死んでいるのを発見する．そして，茂造が痴呆症であることも発覚する．茂造の症状は激しく，昭子と敏はわかるが息子のことはわからないといった具合である．昭子は家庭で介護をしていくなかで，老人福祉の実態や同じ痴呆老人を持つ人々の体験を知る．茂造の症状はどんどん悪化していき，記憶障害，徘徊，妄想などで昭子たちを苦しめるが，風呂でおぼれたことをきっかけに，茂造はとても穏やかになり，家族に「恍惚としているようだ」と思わせる．しかしある日，茂造は夜中に自分の排泄物を畳一面になすりつけるという，人格欠損として昭子の恐れていた事態を起こした．そして，徘徊をして見つかった茂造は体が弱っており，次の日に息を引き取った．

『恍惚の人』が出版されたのは1972年であるが，当時の社会背景としては，人口の高齢化や核家族化が始まった頃であったことが注目される（清水，1993）．そしてまた1964年の老人福祉法をもとに，養護老人ホームや特別養護老人ホームが設立されたが，1972年当時はまだその数は少なく十分な数とは言えない状態であった．当然そのような状態では，社会的にも公的にも痴呆老人に対しては，ほとんど対策がとられていなかった．すなわち，ホームヘルパーや日常生活用具の支給などの老人福祉サービスの対象は寝たきり老人や一人暮らしの老人で，さらに低所得者に限られていた．生活用具の支給の対象に痴呆老人が含まれるようになったのは，1988年のことである．また痴呆老人は精神病院に収容するしか対策はないと小説の中で述べられているが（有吉，1972），精神病院内に老人精神病棟ができたのは1977年，痴呆老人専門の治療病棟やデイケア施設が整備され始めたのは1988年のことである．したがって，痴呆老人を抱えた各家族にとっては，その介護問題は切実な問題であった．当時有吉自身が述べているように，このような問題を世間に提示したと

いう意味で，この『恍惚の人』の意義は大きかった．

その後我が国では，1980年に「ぼけ老人をかかえる家族の会」が京都と東京で相次いで組織されるが，米国でも1980年アルツハイマーの研究を目的としたアルツハイマー病関連疾患協会が設立された．同年，アルツハイマー病患者やその家族へのケアを目的としたアルツハイマー協会が介護者たちによって設立され，現在最も広く使用されている痴呆の診断基準（DSM-IV）がアメリカ精神医学会によって作成されるまでに至った．このように，80年代に入って痴呆やアルツハイマー病への関心が社会的にも高まり，痴呆に関する様々な研究が積極的に推進されてゆくようになってきた．

ごく最近のエッセイに，McGowin（1993/1993）の『私が壊れる瞬間』がある．この作品は，アルツハイマー病の患者ダイアナが自らアルツハイマーが進行していく過程をつづったものである．著者は米国の女性で，55歳でアルツハイマーと診断されてから，それ以後の病気に対する不安や，家族や友人との関係が描かれている．著者は，アルツハイマーへの恐怖や，自分の記憶が失われて行くことへの不安を抱えるが，その後はアルツハイマー協会で仕事をしながら，アルツハイマー病患者の組織を広げる活動を続けている．この作品を書いたとき，著者は病状が一時安定する“寛解期”と呼ばれる時期にあり，さらに病気が進行する可能性の高い状況であった．しかし，あえてアルツハイマー病と闘い，前向きに生きることを著者は訴えている．因みに，ダイアナは1991年にアルツハイマーと診断されたが，彼女はアルツハイマーについての情報を医師や協会から手に入れることができ，また新薬のテストや研究プログラムにも参加している．

このように，1972年の『恍惚の人』と1993年にアメリカで発表された『私が壊れる瞬間』との間には，先述のような痴呆老人の当事者組織の結成や研究の進展という動向が介在している．『私が壊れる瞬間』から更に約10年経過した現在では，『恍惚の人』では対処のしようがない，と医師に言われていた痴呆に関する研究も飛躍的に進んできている．しかし現状では，痴呆の原因であるアルツハイマー病は，進行性の病気であることは否めない事実であり，医学的研究のみでは対処しきれないことは明らかである．そしてまた，先の

二つの作品における決定的な視点の違いは，「介護者の立場」と「患者の立場」という著者の立場の違いであることは，注目されるべきであろう．介護者に関する心理学的研究については盛んに行われるようになってきたが，そこでは患者自身の心理学的な Quality of Life（以下，QOLと略記する）の視点があまりにも無視されてきた感がある．核家族化が進む中で介護のあり方が変わり，患者の後見人制度をはじめとする人権問題がクローズアップされる昨今，アルツハイマー病を巡る視点は多次元化される必要があるだろう．

これらの現状をふまえ，本論文では，痴呆をめぐる近年の社会動向および研究動向をもとに，アルツハイマー型痴呆患者と介護家族，両者のQOL向上を目指して，心理学的見地からの調査および検討を行う．そして本研究から得られた知見をもとに，今後の痴呆ケアへの一助となることを願うものである．

第１章

序　　章

第１節　痴呆患者とそのケアに関する問題と社会動向

第２節　痴呆患者に関する心理学的研究の動向

第３節　本研究の目的と概要

第１節　痴呆患者とそのケアに関する問題と社会動向

Ⅰ．痴呆患者の増加と痴呆ケアに関する理念の発展

国立社会保障・人口問題研究所（2002）の予測によると，我が国の総人口に占める高齢者（65歳以上）の割合は，2000年の17.4%から，2050年には35.7%に上昇し，３人に１人が高齢者になるという．また，2018年には75歳以上（後期高齢者）の人口が65～74歳（前期高齢者）の人口を上回り，高齢者が増えると同時に，後期高齢者がさらに増えるとしている．そして2000年の男性の平均寿命は77.64歳，女性は84.62歳であったが，2050年には男性80.95歳，女性89.22歳に伸びると推計している．このように今後高齢化社会がすすむにつれて，痴呆性高齢者の数も必然的に増加することは容易に予測される．厚生統計協会（2000）によると，現在我が国の痴呆性高齢者の数は約160万人であり，将来予測では2015年で約260万人，2035年には340万人にまで増加する（Figure 1-1-1）．

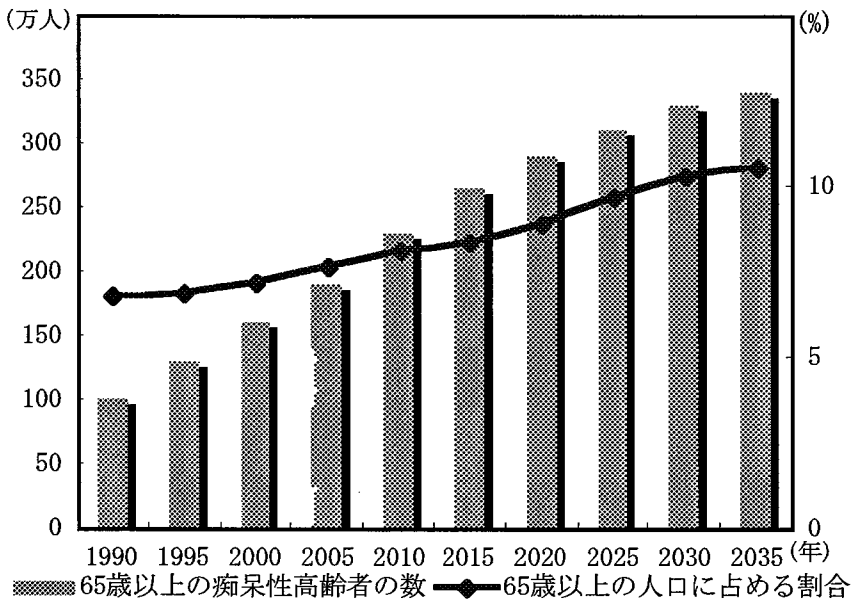

Figure 1-1-1
痴呆性高齢者数の将来推計

この数字は，これまでの国内における全痴呆有病率に関する様々な疫学的調査予測に基づけば，現時点で65歳以上人口の約7.5%，2015年で約8.5%，2035年で１割にあたり，年間平均10/1000人前後の人が痴呆を発症するという計算になる（今井・北村，2000）．

国際診断基準の一つであるDSM-Ⅳ（American Psychiatric Association, 1994）によれば，痴呆は，多彩な認知欠損の発現で，記憶障害および認知障害（失語，失行，失認，実行機能障害）により診断される．また認知機能障害のほか，それに伴う社会適応やセルフケア，自発性などの様々な周辺機能において障害をきたす．「痴呆」とは状態像を表す言葉であり，痴呆を引き起こす原因となる疾患は多種多様であるが，痴呆患者の約半数がアルツハイマー型痴呆患者[1]であり，脳の萎縮が痴呆の原因であるといわれる．人間の脳は加齢に伴って，神経細胞が脱落してくるため萎縮が起こってくるが，アルツハイマー型痴呆ではそれが病的な速さで起こり，その原因はいまだ明らかにはされていない．しかし危険因子の研究においては，加齢と女性であることが，発症に大きく関与しているとされている．実際，厚生省資料によると，高齢になるにつれて痴呆の発症率は上昇し，また特に80歳以上では圧倒的に女性に痴呆が多い（Figure 1-1-2）．

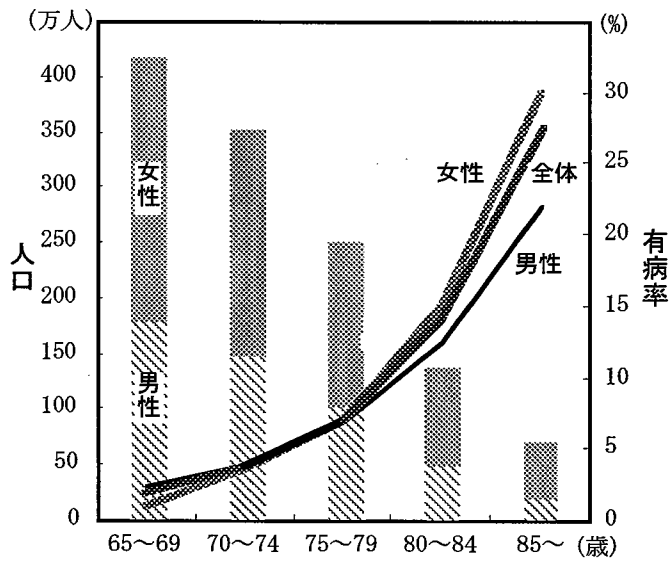

Figure 1-1-2
65歳以上の痴呆性高齢者の割合

[1] これまで脳萎縮性の痴呆として発症年齢別に，65歳以前の初老期に起こるアルツハイマー病と，65歳以後の老年期に起こる老年痴呆とに分類されていたが，近年ではアルツハイマー型痴呆として一つの概念で扱われる．よって以後本論文中の「患者」の表記は，特別な記述がある場合を除き，アルツハイマー型痴呆患者とする．

このように現在の医学では治療不可能とされる，認知機能障害が非可逆的で進行性の痴呆疾患を抱える患者の場合，自立した生活を送ることが困難であるのは否めない．患者は痴呆の進行とともに，様々な環境の変化や心身のストレスに対する適応能力が低下してくる．そして不穏行為や攻撃行動などいわゆる問題行動が生じる．このことは，患者本人のみならず周囲の家族にとってもきわめて大きな問題となる．つまり，患者にとっては生活世界で生じた変化により心身に変化が起こり，一方家族にとっては，一人の老人が痴呆を発症することによって，その生活世界全体が大きくゆらぐ（小澤，1998）．男女ともに世界一の長寿国となった一方で，寝たきりや痴呆，虚弱となり，何らかのケアを必要とする要介護高齢者は，2025年には520万人に達すると予測されており（厚生統計協会，2000），今日介護の問題は，誰にでも起こる問題となってきている．全国高齢者社会福祉協会（2000）によると，現在要介護高齢者の6割弱が在宅介護を受けている．また痴呆の有る者に限れば，彼らの4分の3は在宅患者によって占められており，家庭で家族によって介護されているのが実状であるという．

我が国の在宅介護に対する取り組みは，1992年から行われている在宅介護を地域単位で促進する高齢者保健福祉計画の推進とともに整備が進みつつある．また急速な高齢化と家族介護力の弱体化により，社会的な問題として対応が必要であるとの趣旨から，2000年4月からの介護保険の導入とともに，社会全体で支える仕組みが整えられつつある．そこでは公的サービスの利用者である患者に対して，いかに「利用者主体」という理念と実践に基づいたケアを実践することができるかが課題となってきている（中野，2002）．従来，痴呆患者の場合，その疾患特性が認知機能障害にあることから「主体」が欠如しがちな傾向にあった．痴呆患者のケア（以下，痴呆ケアと略記する）における背景理念の移行を『恍惚の人』の時代からみてみると，ここ30年にわたる痴呆ケア理念の発展がうかがえる（Table 1-1-1）．

Table 1-1-1
Dementia Care History

年代	ケアの発達段階	背景理念	実践
	1 ケアなきケアの時代	理念や方法論は皆無	患者の行動制限，収容や隔離が行われる
1970年	2 問題対処型ケアの時代	介護者にとっての問題行動	外見的な言動に対して表面的に対処 ex) 帰りたくて徘徊する患者に対して鍵をつけて外に出られないようにする
	3 文脈探索型ケアの時代	患者の言動の背景や意味を探る	言動の意味付けに応じた個別のケアが模索されるようになる
1980年	4 本人の可能性指向ケアの時代	・個別の可能性を指向 ・何らかの変化を指向	患者の残存能力やその人らしさを伸ばすケアが目指される 療法的集団アプローチを用いて，何らかの変化が目指される
	5 環境アプローチの時代	痴呆の特徴から，環境の重要性に着目	環境（建物・もの・人）づくりへの取り組み
1990年	6 ノーマライゼーション／人権擁護のケアの時代	ケアの前提として，患者の人権を尊重する	患者の人間としての人権を守りながら，支援することへの取り組み ex) 痴呆専用グループホームの登場
	7 全人的ケアの時代	統合されたケア	患者や家族のニーズに寄り添うケア ex) チームアプローチ，アセスメントやケアプランの真の目的を考慮
2000年	0 共存の時代	専門的なケア関係からより一般的な支えあいへ	自然な共存の人間関係のなかで支えあいができる社会（我々が痴呆になる時）を目指す

注）本表は，永田（2002）を改訂作成したものである．

Ⅱ．痴呆患者の臨床経過と痴呆ケアの方向性

痴呆ケアを考える上で，患者の基本的な臨床経過を具体的に知ることは重要である．何故なら患者の症状を理解することにより，ケアにおける方向性を定めることが可能となる

からである．ここでは，痴呆の進行および症状の種類別に臨床経過を述べた上で，現在有効とされる痴呆ケアについてふれる．

一般に痴呆進行にともなう主症状の経過は，老年精神医学上では「健忘期」「混乱期」「痴呆期」の三期に分けられ，その症状は大別すると，認知機能障害とそれ以外の症状，すなわち行動心理学的症候（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；以下，BPSDと略記する）に分けられる，BPSDとはいわゆる周辺症状であるが，近年「痴呆の行動と心理面での症状」として扱われるようになった（三好，2000）．これらをまとめた臨床経過はおおむね下図のようになる（Figure 1-1-3）．

1990年代以後神経学的研究と精神医学的研究が急速に進み，BPSDは様々な薬物療法の目的変数として扱われてきた．先行研究においてよく用いられるBPSD評価尺度には，1980年代から現在に至るまで様々な種類が挙げられる（Table 1-1-2）．BPSD研究においては，患者個々の症状が異なる場合が多く科学的研究の枠組みに適合しにくいという問題があったが，これらの評価尺度の発展により研究がすすみケアの方向性が提供されつつある（Shinosaki, Nishikawa, & Takeda, 2000）．

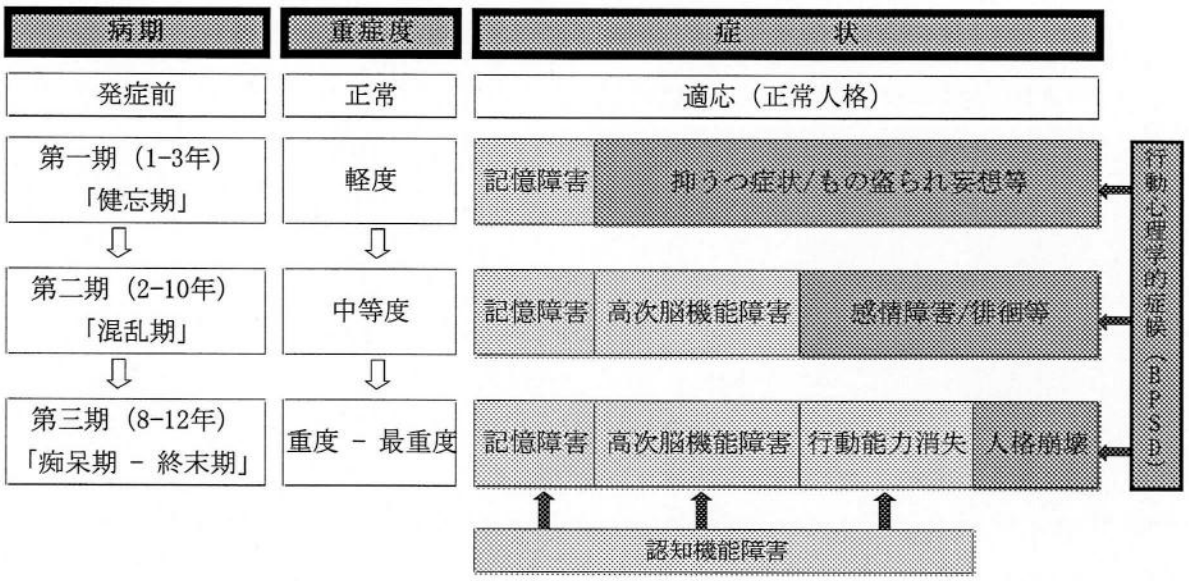

Figure 1-1-3
Clinical course of Alzheimer's dementia

Table 1-1-2
BPSD Scales in previous studies

BPSD Scales	Original author	Application	Japanese
① Psychogeriatric Dependency Rating Scale (PGDRS)	Wilkinson & Graham-White (1980)	• nurse s using	×
② Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD)	Reisberg, Borenstein, Salob et al. (1987)	• drug-intervention • 7 psychiatric syndromes	Asada, Homma, Kimura, & Uno (1999)
③ Ryden Aggression Scale (RAS)	Ryden (1988)	• home-cared patients • only aggressiveness	×
④ Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)	Baumgarten, Becker, & Gauthier (1990)	• home-cared patients • no subscales	Mizoguchi et al. (1993)
⑤ The Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE)	Patel & Hope (1992)	• psychiatric inpatient • only aggressiveness	×
⑥ The Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS)	Ray, Taylor, Lichtenstein, & Meador (1992)	• nurses using • nursing home patients • aggressive, agitated, disruptive behaviors	×
⑦ Revised Memory and Behavior Problem Checklist (RMBPC)	Teri, Truax, Logsdon, Uomoto, Zarit, & Vitaliano (1992)	• geriatric patients • memory-related / depression / disruptive behaviors	×
⑧ Troublesome Behavior Scale (TBS)	Asada, Yoshioka, Morikawa et al. (1994)	• nursing home / home-cared patients	—
⑨ The Neuropsychiatric Inventory (NPI)	Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, & Gornbein (1994)	• dementia outpatients • 10 psychiatric syndromes	Hirono, Mori, Ikejiri et al. (1997)
⑩ CERAD Behavior Rating Scale for Dementia (CERAD BRSD)	Tariot, Mack, Patterson, Edland, Weiner, Fillenbaum, Blazina, Teri, Rubin, Mortimer, & Stern (1995)	• home-cared patients	×
⑪ CERAD BRSD-46	Mack & Patterson (1996)	• nursing home / home-cared patients	×
⑫ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	Cohen-Mansfield (1996)	• nursing home / home-cared patients • only agitated behaviors	×
⑬ Agitated Behavior in Dementia scale (ABID)	Logsdon, Teri, Weiner, Gibbons, Raskind, Peskind, Grundman, Koss, Thomas, & Thal (1999)	• community-residing dementia patients • only agitated behaviors	×

アルツハイマー型痴呆の特徴は記憶障害を中心とした健忘性痴呆であり，認知機能障害の初期症状は，いわゆる「もの忘れ」で始まることが多い．記憶は短期記憶と長期記憶に大別されるが，アルツハイマー型痴呆の場合特に短期記憶の障害が起こる．そのため「もの忘れ」は直前の記憶に関して多く出現し，今聞いたことや自分が今言ったことをすぐに忘れる．一方，昔の出来事やなじみのある出来事などの長期記憶は比較的よく保たれているのが特徴である．また，加齢によるもの忘れでは体験や出来事の一部分を忘れるのに対して，体験そのものをそっくり忘れてしまう粗大な健忘がある．このように認知障害の初期症状が単なるもの忘れで始まることから，周囲の者からも「歳のせい」として片付けられてしまいやすく，病気の発症が見逃されがちであったり，病気としての認識さえもたれないことが多い．さらに病気が進行すると，記憶障害は粗大になり，それにあわせて理解力や判断力の低下，場所や時間が分からなくなる等の見当識障害，また失行，視空間失認など高次脳機能障害が進む．そして痴呆期から終末期になると，ほぼ寝たきり，無動無言状態となり死に至る．

一方BPSDとしてはしばしば，感情や意欲障害，幻覚妄想などの精神症状や，行動面での症状がみられる．初期には，患者自身にとって病識はなく，そのため自分の失敗に対して自尊心が傷付き抑うつ的になることもある．また患者は心理的混乱を引き起こし，妄想，あるいは不安，焦燥，不眠，攻撃性，徘徊，家族否認などの精神症状をもつようになったりする．さらに認知機能障害がすすむと，多幸的にみえたり，あるいはもっともらしく振る舞いその場を取りつくろったりする．そして徐々に何ごとに対しても無関心となり，人間らしさが無くなり，いわゆる人格崩壊へとその経過をたどる．

中核症状としての認知機能障害と周辺症状としてのBPSDに分類することは，理論的にも必要な作業であり，治療・ケアにとっても有用であるとされてきている（小澤，1998）．これまでの医学的アプローチを中心とした研究においては，認知機能障害以外の症状に対してあまり注意が払われてこなかった．しかし，ごく一部を除き痴呆性疾患自体の治療が不可能な現状においては，治療やケアの届きにくい症状に対して中核症状という概念を適用し，周辺症状の改善に的を絞るということが，多くの臨床において行われるようになっ

た．笠原（1992）は，周辺症状が痴呆を一見重篤に見せており，痴呆患者の介護・看護において大きな問題になっているとし，周辺症状には，可逆的で治療可能なものがあることから，患者の症状が，中核症状なのかあるいは周辺症状なのかを，早期に判断し治療していくことで痴呆の進行を遅らせることができると述べている．またFinkel（2000）は，BPSDから派生する様々な影響変数として，施設入居の促進や経済的コストの増加，介護ストレス，過剰な能力低下の促進，患者と介護者双方のQOL低下を挙げている（Figure 1-1-4）．このようにBPSDは，痴呆ケアの発展のためには必要な概念であり，今後その詳細を検討する余地がある．

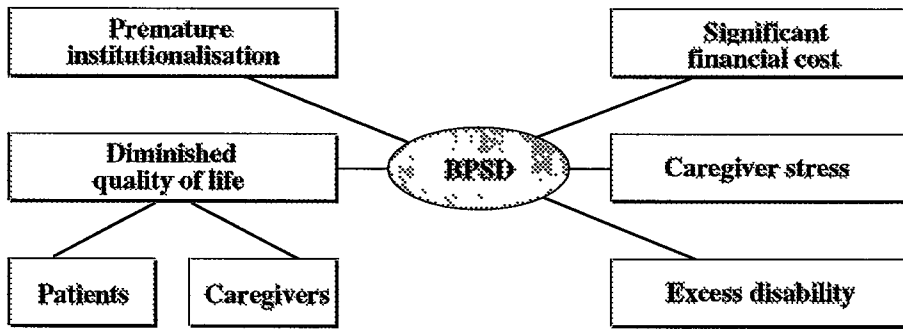

Figure 1-1-4
The impact of BPSD　注）Citation by Finkel（1999）より引用

第２節　痴呆に関する心理学的研究の動向

Ⅰ．痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究

1．痴呆患者の心理学的研究動向

第１節で述べてきたような痴呆ケアの発展における背景には，QOLの概念に関する様々な論議があった．虚弱な高齢者のQOLに関する研究は次第に増えてきたものの，その多くは身体的障害をもった高齢者を対象としたものであり，認知的障害をもった高齢者を対象として選択した研究は多くないのが実情である．痴呆に関するQOLの概念が取り上げられるようになったのはごく最近であり，Whitehouse & Rabins (1992) によってはじめて問題提起されたのは1992年であった．しかし，QOLは老年学研究において最も中心的な概念であるにもかかわらず，アルツハイマーの患者においてはほとんど無視されていたのが実状である (Lawton, 1994)．そこでは一般対象におけるQOLの概念と同様に，身体的・精神的・霊的健康，そして認知能力，社会的関係，仕事や趣味などが概念の中に含まれてきた．また主観的幸福感といった要素に関しては，介護者やケアスタッフによる推論から評価される傾向にあり (Albert, 1997; DeJong, Osterland, & Roy, 1989)，QOLを評価される本人の視点が無視されすぎてきたという経緯がある (Cotrell & Schulz, 1993)．

その後1993年から現在までの，MEDLINE，PSYCHLIT，およびCHINALに掲載されている，医学・心理学・看護学系雑誌における痴呆患者のQOLに関する研究をあつかった論文は63件であった．このうち41件が1999年以後の論文であり，ここ数年の痴呆に関するQOLへの着目は著しい．特に心理学的側面からの研究によって，医学的ケアに加えて，患者の精神健康や社会的住環境の重要性が示されてきた．それゆえに，疾病そのものよりも疾病の結果患者がどのような状態であるかということに，研究の焦点がおかれるようになってきたといえる．

このように研究がすすまなかった原因の大部分は，認知障害を持つ人に対してQOLを測定することの困難さにあると言ってよいだろう．QOLの概念においては，包括的な健康関連（health-related）QOLと疾病特定（disease-specific）QOLとが明確に区別されるようになり，痴呆に関しては疾病特定（disease-specific）QOLの観点が必要とされる（Rabins & Kasper, 1997）．現在のところ，痴呆患者にとって社会適応やQOLとはなにかという基本的な論議がなされている段階であり，いまだその定義は定まっていない（Lawton, 1997）．また，何らかの環境変化や介入によって患者のQOLに影響を与えうることは，現象学的には示されてきたものの（e.g., Gwyther, 1997; Kitwood & Bredin, 1992; Parse, 1996 ; Quayhagen & Quayhagen, 1996 ; Ronch, 1996），患者の心理的問題に関する体系的な研究は充分ではないのが現状である．痴呆QOL研究においてはその測度開発が主となっており，そのQOLへの影響要因に関する研究も必要となってくる（Whitehouse, 1999）．したがって今後，痴呆患者についての心理学的研究を進めることは，痴呆患者のQOL向上に寄与できるものであると考えられる．

2. 痴呆介護家族の心理学的研究動向

介護者の心理学的研究に関しては，比較的古くからその研究がすすめられてきたと言ってよい．Fengler & Goodrich (1979) は，障害高齢者の配偶者に対して「隠れた患者」としてはじめて紹介した．そして研究上の一概念として「介護負担」を最初に取り上げたのが，Zarit, Reever, & Bach-Peterson (1980) である．そして1980年代では，痴呆患者の増加とともに，障害高齢者の一部としての痴呆患者介護者の負担感および精神健康障害についての研究も急増した（e.g., Gilleard, Boyd, & Watt, 1982; Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988; Zarit, Birkel, & Malonebeach, 1989）．これらの先行研究では，介護者の陰性感情は，痴呆の重症度や罹病期間と相関せず，痴呆の経過中のいかなる時期にも起こりうるものであり，その原因は介護者側の要因にあると結論づけられている（新名・矢富・本間, 1991）．たとえば，配偶者や女性であること，痴呆患者と同居していること，コーピングが未熟であること，そして不毛な夫婦関係にあること，といった状況に

おいて精神的不健康がみられ，またその患者にもいわゆる問題行動が多いことが明らかにされている（e.g., Pearlin & Schooler, 1978; Gilleard et al., 1982; Brodaty & Hadzi-Pavlovic, 1990）.

患者のQOL向上を考える場合，介護者なしの日常生活が事実上不可能であるという疾患特性から，患者自身のQOLとともに介護者のQOLも同時に考える必要があるのは明らかである（岸川，2000）．痴呆患者にとって介護者の存在は，彼ら自身のQOLに大きな影響を与える（今井・北村，1999）．しかしこれらの研究を概観しても，これまで両者のQOLを考える際に重視されてきたのは，介護者の側からのアプローチであったといえよう．さらにまた，要介護高齢者全般としての介護負担の概念では，痴呆介護における真の負担を図り知ることが充分でない可能性も示唆されているものの，いまだその研究が多くないのも事実である．よって今後，患者とその家族を支援していくためには，痴呆介護特有の精神的負担の強さを考慮した上で，家族の精神健康を高めることを目指した実証的研究の積み重ねが必要であると言えるだろう．

Ⅱ．痴呆患者のQOLに関する心理社会的モデル

認知機能の衰えやそれに関連した行動障害の存在は，痴呆患者のQOLを低下させる可能性はある．しかしそれ以外にも，医学的疾病や心理社会的な問題も影響してくると考えられ，様々なライフイベントや，介護者との相互作用の様式が，患者のQOLにどのように影響するかについても，今後目を向けていかねばならない課題である（Whitehouse, 1999）．そこで，これまで述べてきたような研究動向をふまえた，いくつかの痴呆ケアにおける心理社会的モデルが提示されてきている．各モデルは，研究者の理論的枠組みとその臨床適用に基づいており，たとえば ①The Progressively Lowered Stress Threshold Model（PLST Model; Hall & Buckwalter, 1987），②Diarectical Framework（Kitwood, 1989），③Attachment Theory（Miesen, 1992），④The Adaptation-Coping Model（Droes, 1991/2000），⑤The Dynamic System Analysis Model（DSA Model; Bakker,

1992/2000），⑥The LIMIT Scheme（Souren & Franssen, 1993/2000），⑦The Hagberg Psychodynamic Model（Hagberg, 1997）がその代表として挙げられる．なかでも PLSTモデルと Adaptation-Copingモデル，SDAモデルでは，言語機能や感覚機能における疾病に関連する認知機能的要因などの生物学的要因，性格特性，ネガティブライフイベントやポジティブライフイベントの体験，ライフヒストリーなど，理論上考えられるすべての背景要因を含んだ包括的モデルを提示している．

Hall & Buckwalter（1987）は，「個人と環境の均衡のとれた相互作用」を基本概念としたPLST（Progressive Lowered Stress Threshold）モデルを提唱している．このモデルは，Lazarus（1966）とSelye（1980）のコーピング理論と，Hall（1994）の学習理論および生理学的理論に基づいている．そこではケア環境のおよぼす影響に焦点をおいており，環境が認知機能や様々な機能が低下していく患者にあわせるべきであるという考えが基本にある（Gerdner, Hall, & Buckwalter, 1996）．痴呆の進行（健忘期・混乱期・進行期・終末期）とともにストレス耐性は低下し，心身機能低下，介護者や環境，環境の変化，個人の能力を越える要求，喪失体験，急性の疾患や疼痛のような身体的ストレッサーなど様々なストレス因子によって，患者のQOLは左右されるとしている．その結果，認知能力の喪様々失，情動および人格変化，意志の喪失，計画能力の喪失，問題行動（不穏，反復行動，徘徊，昼夜逆転，攻撃行為）が生じるとしている．

Kitwood（1989; 1990; 1993a; 1993b; 1996; 1997; 1998）は，Dialectical Framework を理論モデルとし，神経心理的不能状況と社会心理的過程の一定した関係が痴呆を引き起こすという立場から，緊急の新しい状況にあわせた関係でなければならないとする（Kitwood, 1996）．このモデルは，痴呆過程を説明するには生物医学的視点のみでは充分でないとする考えから発展してきた．Kitwoodは生物医学的視点を無視したわけではないが，痴呆の症状を，性格やライフヒストリー，身体的健康，神経心理学的損傷，社会心理的環境など様々な要因間の相互作用の結果としてとらえた．脳の疾病が進行するにつれ，内的安定性を失い，心理機能が次第にネガティブな環境的要因の影響を受けやすくなる．それゆえに，患者に対して環境が充分な安定を与え，患者に最大限の心理機能を維持させ

ることが重要であるという．実際，たとえば患者を子どものように扱ったり，必要以上に過剰な活動をさせたり，患者の感情を無視したりといったネガティブな刺激は，患者によい影響を与えないといったことが示されている（Kitwood, 1990; 1993a）．また逆に，患者に安全な環境を提供し，患者の世界を受容し，出来ないことを出来るように援助し患者の感覚を刺激することは，患者の心理的well-beingによい影響をおよぼすことが示されている（Kitwood, 1996）．

またFinnema, Droes, Ribbe, & van Tilburg (2000) によれば，オランダのDroes (1991; 1996; 1997b) は，Adaptation-Copingモデルを提示し，患者の問題行動についての説明概念を示した．このモデルの基本は，Lazarus & Folkman (1984) のコーピング理論と Moos & Tsu (1977) の危機モデルである．すなわち，患者は深刻な疾病に直面したため均衡を失い，この均衡を保つために何らかの対処をしようとするが，その際の適応課題（adaptive tasks）を重視するものである．そのなかで彼女は，内的作業モデルとして学習理論を応用した認知適応課題を想定し，また外的モデルとして患者と環境の相互作用から情緒適応課題，社会適応課題を提示している（Droes, 1997/2000）．そして同じくオランダのBakker (1992; 1997) と Bakker, Lit, & Schroots (1994/2000) は，心理社会的要因と身体的要因をその相互作用も含めて統合させる試みとしてDSAモデルを提示した．彼は患者と環境の不均衡の結果，自律性や環境適応のための理解力の低下あるいは喪失をひき起こすとした．

このように各モデルにおいては，環境との相互作用を強調する考えが基本にあるといえる．これら心理社会的モデルと研究動向を参考に，痴呆患者のQOLに関する概念モデルをまとめたものが，Figure 1-2-1 (Brod, Stewart, & Sands, 1999) である．これらのモデルは，事例研究的あるいは経験的にまとめられたものであり，先行研究において実証的な試みはなされていない．そこで本研究では第２章以後，本モデルに基づき，各要因における心理学的要因に関する実証的検討を行うこととする．

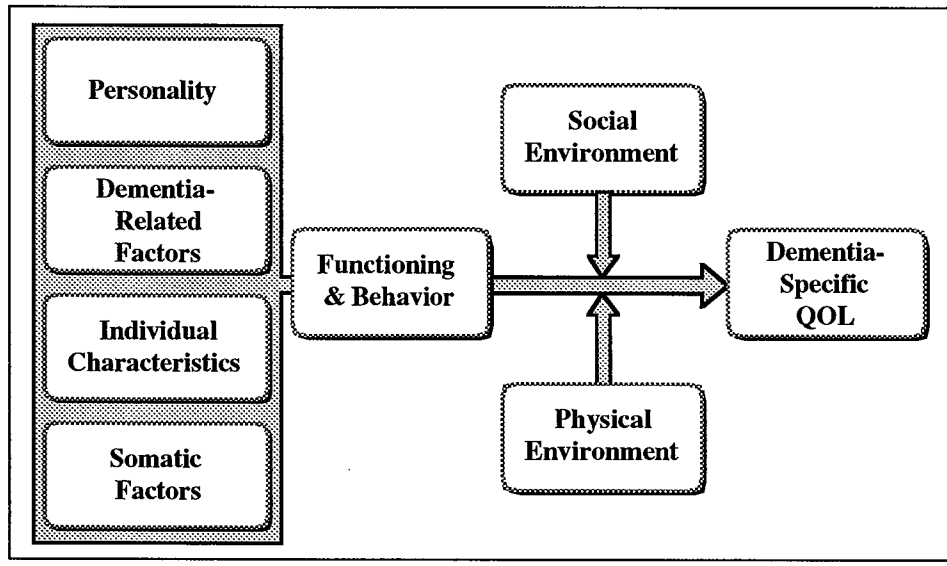

Figure 1-2-1
Conceptual Model of QOL in Dementia
注）Brod, Stewart, & Sands (1999b) より引用

第３節　本研究の目的と概要

本研究は，以下４章によって構成されており，ここでは各章の内容について簡単にふれる．本論文では，痴呆患者と介護家族のQOLに関する一連の研究について紹介する．

第２章では，痴呆患者の心理的適応状況について，既存の指標として用いられてきた行動心理学的症候と，性格変化から，主に認知機能低下との関連を検討する．第３章では，第２章における検討の結果明らかとなった心理的状況に基づいて，これまでの患者のQOLに関する定義を検討したうえで，新たに痴呆QOL尺度開発を試みる．第４章では，本章第２節で紹介したモデルのなかでも重要な社会的環境の一つとして，介護家族の患者に対する態度をとりあげる．質的検討に基づいて，感情表出（Expressed　Emotion）の概念を導入し，実証的検討の可能な尺度を作成する．さらに，この態度が患者のQOLにおよぼす影響を検討する．同時に感情表出への介入を前提に，患者を支える家族の精神健康との関連もふまえて検討する．第５章では，上記の各研究を総括して，本研究のまとめと意義を述べながら総合論議を行い，これらの知見をふまえた心理教育的介入へむけた提案を行う．さらに，これからの痴呆患者のQOLに関する研究と今後の展望についての考察を，方法論的問題を含めて行う．

なお本研究の一部は，すでに学術雑誌等において発表されている．本研究中の下記における各章は，以下の論文を加筆・修正したものである．

■第２章

Morimoto, M., Kashiwagi, T., Tsuneto, A., & Maeda, K.　(submitted)　The BPSD structure in patients with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics.

森本美奈子・前田潔・柏木哲夫　2002　アルツハイマー型痴呆発症における二次予防的アプローチからの心理学的研究―認知機能低下と性格変化の関連―大阪ガスグループ福祉財団報告書，**15**，143-149.

■第3章

森本美奈子・柿木達也・柏木哲夫・前田潔　2002　アルツハイマー型痴呆患者のQuality of Life 評価尺度「 Dementia Happy Check ―Home Care Version―」の開発．老年精神医学雑誌，**13**，1051-1060.

森本美奈子　（投稿中）　痴呆QOLの概念および指標に関する展望．老年社会科学.

■第4章

森本美奈子・柏木哲夫　2001　痴呆性高齢者に対する家族介護者の態度に関する研究．大阪大学人間科学部紀要，**27**，205-218.

第２章

痴呆患者の心理的適応

序　論
第１節　痴呆患者における行動心理学的症候の実態
第２節　痴呆患者における病前性格の検討
第３節　痴呆進行および行動心理学的症候と性格変化
総　論

序　論

序章において，痴呆患者のQOLに関する議論が盛んになされてきている中で，患者自身の視点を考慮した心理学的知見があまり積み重ねられていないことを述べた．そこで第２章では，痴呆患者のQOLを考えるにあたって，まず患者の心理的適応について，主にBPSDと性格変化の二点からの検討を行うこととする．なお「性格」の記述に関して，現在では「パーソナリティ（人格）」と「性格」の両概念はほぼ同義として扱われるため，人格障害などの用語および引用部分を除いて「性格」として統一する．

痴呆におけるBPSDについては，脳の障害の部位，程度など器質的なもの，あるいは身体的状況などに起因するだけでなく，患者を取り巻く社会的状況や心理的状況の変化など，心理的環境要因が関与しているとの見方が強いといわれる（小林，2000）．よって患者の心理的適応を考える上で，BPSDは重要な指標の一つとなり得る．痴呆の非認知機能障害としてのBPSDには，不安，うつ気分，幻覚，妄想，感情不安定，情動失禁，躁気分，意欲の低下などが含まれる．またいわゆる問題行動としてよく検討されるものに，攻撃や不穏，徘徊，不適切な行動などが挙げられる．痴呆におけるいわゆる人格変化は，このようなBPSDにおける心理面や行動面での障害と重複するところがある（三好，2000）．

これまで痴呆患者に関しては，一般に性格変化が診断の判断基準の一つとして挙げられており（World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1987），DSM-Ⅲ-Rでは「人格変化は，しばしば痴呆において観察され，病前の性格傾向の変化，または強調のどちらかをもたらす．よくみられる形は，正常に活動的な人が次第に無気力でひきこもりがちとなることである．すなわち，社会的活動範囲は狭くなり，人格は輝きを失い，他の者からは“病前の彼（彼女）”ではないと評される．もう１つの人格の変化の形は，病前はきちんとした几帳面な人が，だらしなくなり，自分の外見に関しても無関心となる．一方，病前の強迫性，演技性，衝動性，妄想性の人格傾向の強調が見ら

れる場合もある．怒りっぽさもひねくれも，痴呆には一般的な病像である」（American Psychiatric Association, 1987/1988）とされていた．その一方で，近年の痴呆診断基準では，痴呆における記憶・認知障害が注目される反面，性格変化については触れられなくなりつつある．DSM-Ⅳでは，痴呆は「記憶の障害を含む多彩な認知欠損の出現によって特徴づけられる」（American Psychiatric Association, 1994/1995）というように認知障害の側面が強調され，性格変化は痴呆の診断基準項目から削除された．この背景には，精神機能をすべて脳の認知機能に還元する見方が強まっていることと，性格変化を客観的かつ定量的にとらえることの難しさから，操作的基準としては適切でないとする傾向がある（高内，2000）．

しかし臨床あるいは介護の実際的場面では，患者の性格を考慮せずに治療や介護を行うことは不可能である．実際，彼らの性格の変化は，介護において身体的側面より負担感の強いものとして認知されているという（Williams, Briggs, & Coleman, 1995）．したがって，痴呆性疾患の疑いや危険性への理解（Contrada, Leventhal, & O'Leary, 1990），性格変化と疾患のプロセスとの関連，および患者と介護者のQOLへの理解を高める上で，患者の性格変化を理解することは，彼らの心理的適応に関する重要な指標を得ることにつながる．

一般に，性格と，不適応や病理性との関連については古くから研究されており，その関連は深いといえる．なかでも性格の分類と診断は，精神医学分野では伝統的になされてきており，たとえば統合失調症患者の病前・病中の性格変化などは，臨床的に早くから知られていた．性格は，精神・身体的な内的枠組みの個人的特質であり，その枠組みが集団や社会の中で許容されにくいと問題が生じる．すなわち，自分の話す内容があまりにも常識を逸していると他者が相手にしてくれない等のように，外界との関わりで内的枠組みとしての個人のあり方が十分に機能しないと，不適応あるいは病理という状況へ至ることになる（西井，1992）．このように自己が周囲にうまく適応できない場合，否定的な性格変化が生じると考えられる．この意味で，患者の適応状況を探るためには性格を理解することが必要と考えられる．

ところで性格研究にあたっては方法論上の様々なアプローチがあり，その二つの代表的な理論として，類型論（typology）と特性論（traits theory）があることはよく知られている．このうち，クレペリン（Kraepelin, E.）やシュナイダー（Schneider, K.）の精神病質人格の分類を代表とする類型論は，そのほとんどが精神医学的立場からのものである．類型論においては性格を恒常的にとらえるため，性格の変容という動的な側面は考慮されていない．また類型論における性格の記述はあまりにも粗雑であり，臨床的な観察から出発した分類であることから科学的でないという批判が起こり，特性論が台頭するようになる．特性論の立場では，すべての人が共通する特性を描き出し，その特性の相対的な大小によって性格を表現しようとする．また，いわゆる学習理論をもとに性格の形成が扱われ，社会・文化的な影響が考慮されている．そこでは類型論における「性格」という概念に代わり，「パーソナリティ（人格）」が用いられるようになった．Allport（1937/1982）によるとパーソナリティは，「その環境に対するその人独特の適応を規定する心理・生理的システムの，個体内における力動的体制」である．つまりパーソナリティでは，性格を科学的に観察可能な行動特性として，また外部環境との関連からとらえようとする側面が強調される．近年では，これまでの研究で提示されてきた性格における基本特性から，最終的に５因子が抽出されたとして，Big Five Model（McCrae & Costa, 1990）が着目されている．本章においては，特性論の立場から５因子モデルに基づいて，性格変化について検討することとする．

第１節では，まず本研究における対象患者の痴呆状況およびBPSDを把握し，患者の属性および痴呆進行との関連から患者の状態を考察する．なおここでは，環境変数に関しては直接扱わず，患者側の要因について検討する．またBPSDの評価尺度として，薬物療法などの介入効果測定において，国際的によく使用されている既存の包括的評価尺度を用いる．第２節および第３節では，第１節でのBPSDに関する結果を参考に，患者のより詳細な心理的適応を検討するため，性格変化に焦点をあて，患者の病前性格特性および性格変化について検討する．アルツハイマー型痴呆の病前性格特性に関しては様々な議論があるが，それらの知見はあまり一致しておらず，類型論的立場からのアプローチなど方法論に問題が

あるのが実状である．第２節は，病前性格に関して，発症危険因子として疾病特有の性格特性が，患者の発症以前から存在するのか，あるいは罹患にともない適応しにくくなった結果，性格変化として出現するのかを検討するための予備的研究として位置づけられる．第３節では，第２節の知見をもとに二次予防の視点も加味して，患者の性格変化に関する具体的な検討を行う．すなわち，認知機能低下などの痴呆進行との関連を，横断的研究デザインによって検討することとする．さらに患者の性格変化と，BPSDとの関連も検討する．そして最後に，これらの知見をまとめた上で一連の患者の心理的適応に関する検討結果を総合的に考察する．

第１節　痴呆患者における行動心理学的症候の実態

Ⅰ．緒言

痴呆性疾患にはしばしば行動の変化が伴い（Burn et al., 1990），その変化は患者が脳機能障害をきたし認知機能を喪失した結果生じるものとして理解されている．これらは問題行動としてとらえられることが多く，目的もなく周囲を歩き回ったり，物を盗られたと作話をしたり，暴力をふるうなどといった痴呆による行動面の障害であるとされる．いわゆる問題行動の出現は介護者の負担を高め（e.g., Teri & Wagner, 1992; Asada, Kinoshita, Morikawa, Motonaga, & Kakuma, 1999; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Kaufer, Cummings, Christine, Bray, Castellon, & Masterman, 1998），その結果患者の施設入居を早める（O'Donnell, Drachmann, Barnes, Peterson, Swearer, & Lew, 1992）といわれるように，患者と介護者双方のQOLを害する要因の一つとなる．

近年この「問題行動」に対して，「BPSD」への概念の見直しが論議された．すなわち痴呆患者のQOLを考慮するにあたっては，概念的に介護者や周囲の者にとっての問題行動としてとらえることよりも，むしろBPSDとしてとらえることが必要であるとの立場が明確にされた．痴呆患者は，自らの認知障害のために障害された関係によるストレスの多い環境が形成され，時にうまく対処できず破壊的行動等で反応するようになる（Silliman, Sternberg, & Fretwell, 1988）．つまり患者の心理的適応がうまくいかなくなった結果，BPSDが出現すると考えられる．またBPSDの出現は，疾病の進行を促進し予後不良を予測する主要な因子であるともいわれている（Teri, 1997; Rubin, Drevets, & Burke, 1988; Stern, Mayeux, Sano, Hauser, & Bush, 1987; Rosen & Zubenko, 1991）．このようなBPSDに対する影響要因として，痴呆重症度や性別，年齢などの患者に関する要因が挙げら

れている（Swearer, Drachman, O'Donnell, & Mitchell, 1988; Teri, Larson, & Reifler, 1988; Cooper, Mungas, & Weiler, 1990; Hamel, Gold, Andres, Reis, Dastoor, Grauer, & Bergman, 1990; Levy, Cummings, Fairbanks, Bravi, Calvani, & Carta, 1996）．また，患者のBPSDと痴呆進行過程との関連についての縦断報告も少なからずある（Levy et al., 1996; Koss, Weiner, Ernesto, Cohen-Mansfield, Ferris, Grundman, Schafer, Sano, Thal, Thomas, & Whitehouse, 1997; Marin, Green, Schmeidler, Harvey, Lawlor, Ryan, & Aryan, 1997; Patterson, Mack, Mackell, Thomas, Tariot, Weiner, & Whitehouse, 1997; Asada et al., 1999; Eustace, Coen, Walsh, Cunningham, Walsh, Coakley, & Lawlor, 2002）が，各知見は一致していないのが現状である．

このようなBPSD研究における問題点として，母集団の偏りおよび調査病期抽出における偏り，BPSDの指標に関する信頼性の問題などが挙げられる．たとえば，在宅から施設入所への移行といった患者の環境の変化，あるいは死亡という転帰をたどる患者も少なくないことから，追跡可能な母集団の偏りが生じる可能性が高い（Asada et al., 1999）．また個々の臨床経過における，特定の期間のみを抽出してBPSDの縦断変化を検討した研究もあるが，発症から死亡に至るまでの全体的な経過をとらえているわけではない．さらに，対象者によって病期が異なるという問題も孕んでいる．したがって，縦断的検討やその解釈に対しては慎重でなければならない．加えてBPSD尺度における因子構造においては，BPSDの下位概念として複数の症状が含まれるといった恣意的な概念によるものが多く（e.g., Reisberg, Borenstein, Salob, Ferris, Franssen, & Georgotas, 1987），内容的妥当性以外の側面で実証的に検討されないまま使われることが多いという問題がある（Harwood, Ownby, Barker, & Duara, 1998）．しかしこの疾患に対する治療や対策を進展させるためには，さらなる実証的研究の積み重ねが必要である．

そこで本研究では，横断的研究デザインによる調査を行うこととし，以下の二点から検討することを目的とする．第一に，アルツハイマー型痴呆患者におけるBPSDの実態を横断的に調査する．第二に，BPSDの構造を検討し，患者の属性および痴呆関連属性との関連を

検討した上で，痴呆進行との関連モデルを構築することを目的とする．

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

本研究の対象は，2001年6月から2002年6月にかけて，近畿圏の３大学病院内における物忘れ外来に通院する，アルツハイマー型痴呆と診断された在宅患者およびその家族である主介護者109組であった．調査は，患者の外来診察時に，研究者が心理検査法と半構造化面接法を用いて行った．なお心理検査は，患者の身体的状況や精神的状況を考慮して，体調の優れない者には検査を行わなかった．

対象患者のうち，男性は36名で平均年齢は72.30±9.08歳，女性は73名で平均年齢は74.55±8.37歳であった．また対象患者からみた家族の属性は，配偶者63名，子どもおよび義理の子ども42名，兄弟姉妹４名であった．

2．調査項目

2-1．N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

家族に対してN式老年者用日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）（小林・播口・西村・武田・福永・井上・田中・近藤・新川，1988）を用いて半構造化面接を行い，患者の日常生活動作能力（Activities of Daily Living; ADL）の評価を行った．歩行，生活圏，入浴，摂食，排泄の５項目について，その能力を各々０～10点で判定し，その総和（０～50点）で評価する．点数が低いほど自立度が低いと判断される．

2-2．Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease

2-1と同じ家族に対して，Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease（BEHAVE-AD）（Reisberg et al.，1987）の日本語版（朝田・本間・木村・宇野，1999）を用いて半構造化面接を行い，患者の行動心理学的症候（BPSD）を把握した．この尺度は，妄想観念（7

項目），幻覚（５項目），活動障害（３項目），攻撃性（３項目），日内リズム障害（１項目），感情障害（２項目），不安および恐怖（４項目）の７下位尺度25項目から構成される．各項目の障害の程度は「なし」「ありそう」「明らか」「重篤」の4件法によって評定し，最近２週間の患者の様子を各々０～３点として算出する．本研究の分析では，症状の有無および各下位尺度における合計得点を評価基準として用いることとする．

2-3. Mini - Mental State Examination

患者に対する心理検査では，認知機能障害の評価として，Mini - Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) を用いた．この尺度は，多くの疫学研究において標準的に利用されている．11項目から構成され，得点範囲は０～30点であり，総合点が低いほど認知障害が存在すると結論づけられる．なお重症度別の分類は，臨床的基準に基づいて，軽度（21点以上），中等度（11～20点），重度（10点以下）とした．

3. 分析

統計解析には，SPSS10.0J (SPSS Inc., 2000) のソフトウェアパッケージと，EQS5.6 (Bentler, 1995) を用いた．

Ⅲ. 結果

1. 患者の痴呆関連属性

患者の調査時点における平均年齢，平均痴呆発症年齢（推定），発症からの経過年数，およびMMSEによる認知機能得点とADL得点（Table 2-1-1），痴呆重症度別にみた対象患者の内訳（Table 2-1-2）は以下のとおりであった．

Table 2-1-1
Patients' profile

	Mean (SD)	Range
Age	73.13 (8.59)	52.00 - 89.60
Age at onset	70.09 (8.97)	48.00 - 86.30
Disease duration	3.19 (2.04)	0.50 - 10.60
MMSE scores	16.83 (6.99)	0.00 - 29.00
ADL scores	43.69 (8.94)	5.00 - 50.00

Table 2-1-2
Dementia severity of distribution

	Mild	Moderate	Severe	Unknown	Sum
Male	9	14	8	5	36
Female	31	23	15	4	73
Sum	40	37	23	9	109

2. 患者のBPSD出現状況

対象患者におけるBPSDの有無を，BEHAVE-ADで想定されている各下位尺度ごとにみたところ（Figure 2-1-1），出現率の低い症状としては，幻覚（28.4%）と日内リズム障害（22.9%）が挙げられた．またその一方で，出現が高い症状としては，妄想（59.6%），活動障害（64.2%），不安および恐怖（86.2%）が挙げられた．各下位尺度項目についての詳細は，各項目ごとの症状出現率を算出した結果，「妄想観念」における介護者への誤認（介護者をにせものと思い込む）項目と「幻覚」における幻嗅を示した対象者は皆無であった．また，幻触（2.0%），「不安および恐怖」における特定のものに対する恐怖（3.0%）においても，非常に低い出現率であった．なお認知機能重症度別の出現率は，Table 2-1-3の通りであった．

なお本研究では，Brodaty, Draper, Saab, Low, Richards, Paton, & Lie (2001) に従い，「妄想観念」と「幻覚」を精神症状因子，「活動障害」と「攻撃性」を行動障害因子とみなした．まず各下位因子ごとに信頼性分析を行ったところ，α係数は.52～.70と一応の内的一貫性を認めた．よって本研究の分析における下位因子ごとの得点算出には，単一

項目で出現の少なかった日内リズム障害を除く「精神症状」「行動障害」「感情障害」「不安および恐怖」の４下位尺度における各合計点を使用することとした.

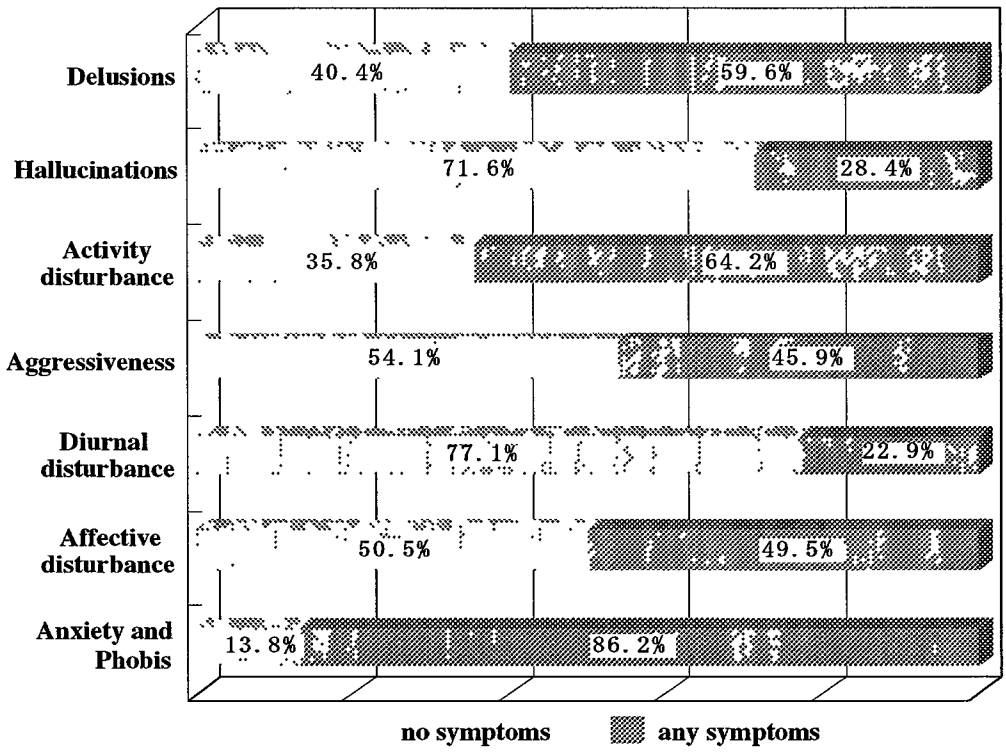

Figure 2-1-1
BPSD appearance percentage estimated on BEHAVE-AD subscales

Table 2-1-3
BPSD appearance percentage in each cognitive level

	mild (n=49)	**moderate** (n=37)	**severe** (n=23)
Delusions	53.06%	59.46%	73.91%
Hallucinations	24.49%	18.92%	52.17%
Activity disturbance	61.22%	62.16%	73.91%
Aggressiveness	40.82%	40.54%	65.22%
Diurnal disturbance	22.45%	27.03%	17.39%
Affective disturbance	55.10%	45.95%	43.48%
Anxiety and phobias	91.84%	86.49%	73.91%

2. BPSDと患者の属性との関連

2-1. 性別・年齢によるBPSDの検討

BPSDの各症状と性別との関連について検討するため，Mann-WhitneyのU検定を行った（Table 2-1-4）．その結果，いずれの症状においても有意な差はみとめられなかった．

またBPSDと年齢との関連について検討するため，相関分析を行った（Table 2-1-5）．その結果，BPSDの各症状と年齢との間には，相関関係は全くみられなかった．

Table 2-1-4
Mean BPSD scores in gender

	Male	Female	*Mann-Whitney*
	Mean(SD)	Mean(SD)	U
Psychosis (0-36)	1.53(1.86)	2.62(2.92)	591.50 ns
Behavioural disturbance (0-18)	1.81(1.83)	2.47(2.62)	698.00 ns
Affective disturbance (0-6)	0.64(0.90)	0.85(1.00)	613.50 ns
Anxiety and Phobias (0-12)	2.19(1.69)	2.19(1.48)	681.00 ns

$^{*}p < .05$　ns: not significant

Table 2-1-5
Correlations between BPSD scores and age

	Age
Psychosis	.08
Behavioural disturbance	.02
Affective disturbance	-.02
Anxiety and Phobias	.09

2-2. 発症年齢によるBPSDの検討

発症年齢によるBPSDの差異を検討するため，対象者における発症年齢の分布および若年性アルツハイマー型痴呆の存在を考慮して，65歳以下を早発群，65～75歳を平均群，75歳以上を遅発群の３群に分類した上で，Kruskal-WallisのH検定を行った（Table 2-1-6）．その結果，いずれのBPSDにおいても３群間で有意な差はみられなかった．

Table 2-1-6
Mean BPSD scores in each age at onset

	Early (n=23)	**Middle** (n=40)	**Late** (n=29)	***Kruskal Wallis***
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	χ^2
Psychosis (0-36)	1.83 (1.85)	2.53 (2.86)	2.17 (2.55)	0.21 ns
Behavioural disturbance (0-18)	2.09 (2.45)	1.98 (2.32)	2.35 (1.90)	1.61 ns
Affective disturbance (0-6)	0.83 (0.94)	0.90 (1.13)	0.76 (0.87)	0.06 ns
Anxiety and Phobias (0-12)	1.96 (1.33)	2.30 (1.56)	2.14 (1.51)	0.45 ns

ns: not significant

3. BPSDと患者の痴呆関連変数との関連

BPSDの各症状と認知機能レベルおよびADLとの関連を検討するため，相関分析を行った（Table　2-1-7）．その結果，BPSDのうち精神症状と行動障害に関しては，MMSEで示された認知機能レベルとの間に有意な負の相関がみられた（順に，r=-.27，　p<.05；　r=-.34，p<.01）．また，ADLとの間にも有意な負の相関がみられた（順に，r=-.41，p<.001；r=-.32，　p<.01）．一方，感情障害と不安および恐怖に関しては，認知機能レベル，ADLとの相関は全く示されなかった．

Table 2-1-7
Correlations between each BPSD scores and dementia variables

		X2	**X3**	**X4**	**X5**	**X6**	***Mean(SD)***
X1	**MMSE**	.43***	-.27*	-.34**	.02	.02	—
X2	**ADL**	—	-.41***	-.32**	-.01	-.10	—
X3	**Psychosis** (0-36)		—	.50***	.22*	.37***	2.26 (2.66)
X4	**Behavioural disturbance** (0-18)			—	.23*	.47***	2.25 (2.40)
X5	**Affective disturbance** (0-6)				—	.38***	0.78 (0.97)
X6	**Anxiety and Phobias** (0-12)					—	2.19 (1.54)

***p<.001　**p<.01　*p<.05

4. BPSDの因子構造の検討

上記４下位尺度に対して，Reisberg et al.（1987）の構成概念にしたがって共通の潜在因子としてBPSDを設定した上で，基本モデルを作成した（Figure 2-1-2）．このモデルに対して検証的因子分析を行ったところ，適合度指標はあまり良好ではなかった（χ^2(2)=9.53, p=.01; CFI=.90; GFI=.94; AGFI=.71; RMSEA=.21）．

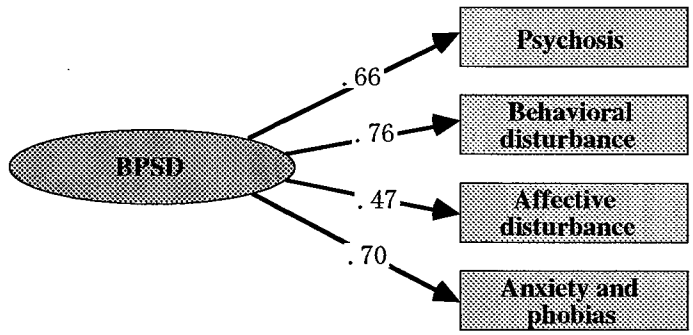

Figure 2-1-2
Primary model of BPSD
All pathes are significant(p<.05), standardized estimation are shown.

狩野（1999）によると標本数が少ない（300～400以下）場合，χ^2検定の指標を適合度の評価に用いるのが妥当であるとしている．よってこのモデルは棄却されており，またAGFIの値が.90を大きく下回っていることから，因子構造に何らかの検討が必要であることが示された．これら４下位因子について，痴呆関連属性との相関分析における結果から，「精神症状」「行動障害」と「感情障害」「不安および恐怖」では，各々構成概念が異なる可能性があり，一因子としてとらえることは適切でないと判断した．

そこでBPSDの各症状について，精神症状と行動障害に対して精神医学的症状，感情障害と不安および恐怖に対して心理的症状の上位概念を設定した．この両概念の関係に関して，患者における心理的不安が痴呆の重症度とかかわらないこと，また臨床的にも精神医学的症状の発現以前に，患者の心理的不安定さがしばしばみられることから，相関関係よりもむしろ，心理的症状を原因変数として精神医学的症状に影響をおよぼすという因果関係を

作成するのが適切であると判断し，因果モデルを作成した（Figure 2-1-3）．このモデルに対して共分散構造分析を行ったところ，すべての適合度指標は良好であった（$\chi^2(1)=0.01$, $p=.56$; CFI=1.00; GFI=0.99; AGFI=0.98; RMSEA=.00）．

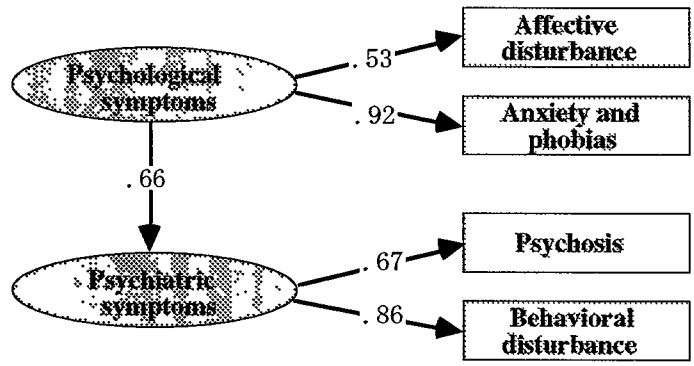

Figure 2-1-3
New model of BPSD
All pathes are significant(p<.05), standardized estimation are shown.

5. 痴呆進行とBPSDの因果モデルの検討

BPSD間の因果モデルに加えて，痴呆進行に関連のある変数，つまり認知機能レベルとADLが，BPSDのうち精神医学的症状に影響を与えるというモデルを設定した（Figure 2-1-4）．このモデルに対して共分散構造分析を行ったところ，すべての適合度指標は良好であった（$\chi^2(7)=5.40$, $p=.61$; CFI=1.00; GFI=0.98; AGFI=0.94; RMSEA=.00）．

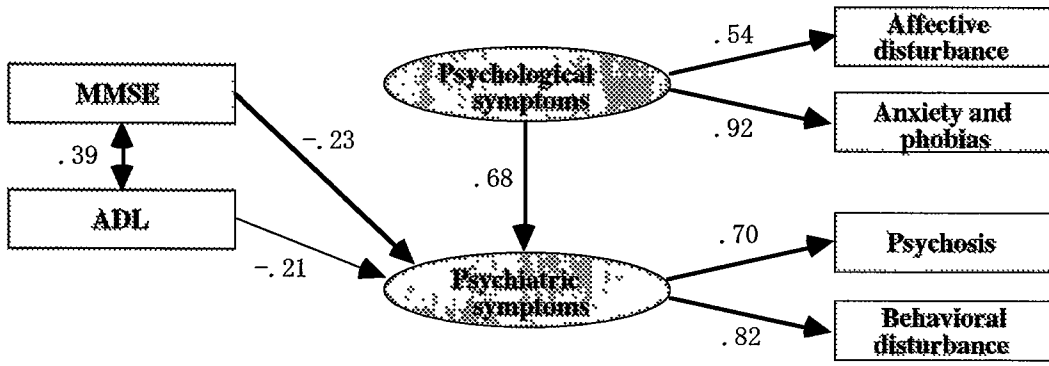

Figure 2-1-4
Model of dementia levels and BPSD
All —— pathes are significant(p<.05), ~~~~ is not significant.
Standardized estimation are shown.

Ⅳ．考察

1．対象患者のBPSDの出現状況

本研究対象者におけるBPSDの出現率をみると，妄想・幻覚などの精神症状，活動障害・攻撃性などの行動障害においては半数以上の者に，抑うつなどの感情障害では半数近くの者にその出現がみられた．さらに不安および恐怖は，ほぼ一般的にみられる症状であった．

Wragg & Jeste (1989) によれば，アルツハイマー患者の30～40%にうつ症状と精神症状が認められ，なかでもうつ症状の頻度は報告により様々であるが，おおむね40～50%にみられるという．Mega, Cummings, Fiorell, & Gornbein (1996) は，妄想が22%，幻覚が10%，不安が48%，活動障害が38%との出現率を報告している．また本研究で使用したBEHAVE-ADによる評価を行った欧米各国の先行研究によると，妄想が29.3～57.9%，幻覚が7.6～21.1%，行動障害が44.0～86.8%，攻撃性が18.5～84.2%，日内リズム障害が13.0～42.1%，感情障害が28.9～32.0%，不安および恐怖が22.9～50.0%であった (Patterson, Schnell, Martin, Mendez, Smyth, & Whitehouse, 1990; Reisberg, Franssen, Salan, Auer, & Kenowsky, 1989) .

これらの先行結果と比較すると，本研究の対象者は，BPSD評価，特に感情障害と不安および恐怖は，若干高い可能性が考えられる．しかし臼井・本間 (2000) も述べているように，BPSDが調査対象の環境や罹病期間などに影響を受けやすく，また民族的文化的差異によってBPSDに対する認識に相違があることから，報告される頻度にばらつきがあるとも考えられる．また，BPSD評価を患者の家族介護者に行うという方法論上のバイアスから，介護者における介護負担の大きさが結果に影響を及ぼしている可能性も，考慮しなければならないだろう．

2．BPSDにおける因子構造の検討

BPSD各症状間の関係については，各変数間で正の相関がみられるという結果を得た．各下位因子については，過去にHarwood et al. (1998) がBEHAVE-ADに対して主成分分析を

行った結果抽出された５因子と，ほぼ一致する内容であった．そこで「精神症状」「行動障害」「感情障害」「不安および恐怖」に対して一因子構造を想定しモデルを検討したところ，本研究対象者においてはデータへのあてはまりが悪かった．この結果には，Reisberg et al. (1987) の想定した因子構造においては内容的妥当性が重要視されていたこと，また回答上の分布が正規分布でないことが多い精神医学的症状を扱うという，BPSD評価尺度独自の性質が作用しているものと考えられる．

今回，各下位因子と認知機能およびADLとの関連を検討した結果，「精神症状」と「行動障害」に関しては高い負の相関がみられた一方で，「感情障害」と「不安および恐怖」に関しては全く相関がみられなかった．この結果は，認知機能と精神症状，行動障害が負の相関関係にあり (Harwood et al., 1998; Harwood, Barker, Ownby, & Duara, 2000)，また疾患の重症度と行動障害の間に相関が示されるなど重度痴呆において障害頻度が高いという報告 (Swearer et al., 1988; Teri et al., 1988; Cooper et al., 1990; Levy et al., 1996; Mega et al., 1996)，抑うつ症状などの感情障害と認知機能障害との間に相関がないとする結果 (Harwood et al., 1998; Comijs, Jonker, Beekman, & Deeg, 2001) など，多くの先行研究と一致する．このように痴呆進行との相関がみられなかった症状については，Harwood et al. (1998) によると，認知機能障害からくる神経生物学的な変化が大きく影響を及ぼしているという．しかし多くの研究者によって，生物学的要因との関連から痴呆症状を予測する試みが行われているが，生物学的要因のみでは説明できないことは明らかである（小林，2000）．さらに先述のように，BPSDが一因子構造ではない可能性が示唆されたことからも，BPSDの症状として総括的に扱うよりも，異なる概念として扱うことが必要と考えられる．

そこで，「精神症状」と「行動障害」に対する共通因子として「精神医学的症状」，「感情障害」と「不安および恐怖」に対する共通因子として「心理的症状」を想定した．この仮説モデルの設定に関して，精神医学的症状における，攻撃行動などの行動障害と精神症状の高い相関を示唆する過去の研究結果 (Kostrla, Chacko, Harper, & Doody, 1995; Aarsland, Cummings, Yenner, & Miller, 1996; Cohen-Mansfield, Taylor, & Werner,

1998; Kloszewska, 1998; Levy et al., 1996; Brodaty et al., 2001）や，心理的症状が軽度痴呆の段階から一般的にみられるという結果（Rubin, Veiel, Kinscherf, Morris, & Storandt, 2001），また特に不安に関しては，その出現率をみても一般的であったという Teri, Ferretti, Gibbons, Logsdon, McCurry, Kukull, McCormick, Bowen, & Larson（1999）の報告や本研究の結果を考慮した．

さらに，各々の上位概念の性質を考慮した上で因果モデルを想定し，その関係性を明らかにしようと試みた結果，このモデルのデータへのあてはまりは良好であった．つまり本研究の対象患者においては，抑うつ症状や不安などの存在が，精神症状や行動障害といった症状の発現につながることが示された．これらの結果は，Brodaty et al.（2001）も述べているように，介護者にとっての負担をも増加させる行動障害への対処には，患者の抑うつや不安の軽減を図ることが有効であるということを実証するものであると考えられる．

3. 患者の属性および痴呆関連変数とBPSD

患者の属性とBPSDの関連についていくつかの先行研究においては，女性が男性に比べて症状の出現が多く，さらに高年齢群においては精神症状が多い一方で感情障害が少ないと報告しているが（Swearer et al., 1988; Teri et al., 1988; Cooper et al., 1990; Hamel et al., 1990; Levy et al., 1996），本研究の対象者では，年齢，性別など患者の属性による症状の差異はみられなかった．BPSDに関しては患者の属性にかかわらず，出現の可能性があることが示唆された．

そこで痴呆進行とBPSDとの関連をみるため，本研究においては先述のBPSDにおける心理的症状からの影響も考慮に入れた上で，MMSEにみる認知機能レベルおよびADLを原因変数として，BPSDにおける精神医学的症状に影響を与えるというモデルを想定したところ，本研究の対象者においてはあてはまりが良好であった．つまり心理的症状の発現は，精神医学的症状に.68の正の影響を与えており，さらに認知機能が精神医学的症状に-.23の負の影響を与えていた．ADLに関しては有意な影響を与えていなかったが，これは認知機能とADLの正の相関関係に吸収された結果であると考えられる．したがって認知機能は，精神

症状や行動障害などの精神医学的症状に影響を与えているが，それ以上に，患者の感情障害や不安の高いことが，多大な影響を与えていることが示唆されたといえよう．

Teri, Ferretti, Gibbons, Logsdon, McCurry, Kukull, McCormick, Bowen, & Larson (1999) は，不安症状が患者に一般的にみられ，不安とADL障害や他の行動障害との関連が顕著にみられたと報告しており，本研究の結果もほぼその報告と一致する．これらの結果は，患者は認知機能が保持されている段階では，心理的症状を呈するにとどまるが，適応能力低下とともにストレスに対する自己の内部での対処能力が低下し，重篤な精神医学的症状を呈するようになることが示されたものとも考えられる．人々は外的環境を変化させる能力の低下に伴い，認知能力を情緒のコントロールのために働かせることによって適応する (Birren & Dieckmann, 1991) ．しかし痴呆患者にとっては，情緒コントロールを行うための認知能力が低下していくことによって適応が不可能になることからも，本研究における結果は首肯できよう．

一方，罹患期間と行動障害との関連については先行研究においても検討されてきているが，そこでは顕著な関連は示されなかったという報告 (Teri et al., 1988; Cooper et al., 1990; Hamel et al., 1990) ，また痴呆が中等度に進行した段階において最もその頻度が高くなると報告しており (Asada et al., 1999) ，これらは今回の結果と一致しない．しかし，罹患期間がすなわち痴呆の進行程度をあらわすものではないとも考えられ，今後さらに検討が必要であろう．

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では，BPSDの構造と痴呆進行との関連を検討することが目的であったため，BPSDへの影響要因として，患者の属性と痴呆進行に関する要因をとりあげた．その際，患者の身体的要因に関する変数，あるいは薬物変数の影響は重要であるが，本研究では心理的側面に重点をおいたため，集団を統制することで変数を扱わなかった．本研究の母集団では，まず患者にとって苦痛を与えるような身体疾病をもつ者や体調不良を呈する者は，調査対象として除外したため，身体的要因の影響 (Hall & Buckwalter, 1987) は統制されてい

ると判断した．また薬物変数の影響は，大学病院という薬物治療環境として比較的同一の投薬環境における母集団であることから，統制されているとして扱った．しかし，患者の体調不良や抗精神薬の投与の有無がBPSDの出現を左右している可能性は大きいため，今後これらの変数に関しても扱う必要がある．

また本節では，介護者への聞き取りによりBPSDという概念を用いて，患者の適応状況の概要を検討した．その結果，心理的症状の存在が，患者と介護者のQOLを考える際に重要である可能性が示唆された．しかし本研究では，感情障害と不安および恐怖という項目のみで測定されており，より詳細な心理的適応状態を検討する必要がある．そのためには，痴呆診断基準の一つでもあった性格変化について心理学的な検討を行うことが，痴呆患者の心理学的知見の発展につながると思われる．

第２節　痴呆患者における病前性格の検討

Ⅰ．緒言

第１節で，広く患者のBPSDの出現状況について主に痴呆進行との関連から検討したところ，患者は全般に感情障害や不安および恐怖などの心理的不安定さを呈していた．また認知機能低下とともに，精神症状や行動障害などの適応上重篤な症状が増加する傾向が明らかにされ，心理的不安定さがそれを助長している可能性が示唆された．これらの結果から，患者の心理的不安定さを軽減することにより，従来いわゆる問題行動とされてきた精神症状や行動障害を軽減できる可能性があると考えられた．そこでその詳細を検討するため，患者の心理的適応に関する指標として性格変化に焦点をあてることとした．本節では，患者の性格変化を検討する前段階として病前性格に着目する．したがって本節は，発症危険因子として疾病特有の性格特性が，患者の発症以前から存在するのか，あるいは罹患にともない適応しにくくなった結果，性格変化として出現するのかを検証するための予備的研究として位置づけられる．

これまで痴呆性疾患の発症と病前性格の関連については，精神医学的研究の中で検討されてきた経緯があり，痴呆発症にはある病前性格特性が関わっていることが強調されてきた．たとえば我が国では，アルツハイマー型痴呆患者の病前性格は健常高齢者と比較して，同調型，執着型が少なく，内閉性，自己顕示性および，ヒステリー性格が多いこと，また分裂気質であることなど，偏った性格特徴が指摘されている（笠原・柄澤・川島・守屋・竹内，1983；柄澤，1990；柄澤・本間・笠原・平沢，1991）．さらにまた中高年期における精神生活上の消極性が高いとの指摘もある（近藤・山下，1989）．しかし患者の中には，病前に対人的積極性を有して活動性の高かった人や，自己中心的な人よりも対他的配慮の強かった人も少なからずみられるという報告もあり（佐藤，1992），痴呆患者の病前性格

特性に関する見解は一致していない.

このように患者の性格に関する研究において見解が一致しない理由として，類型論的な立場からの研究が多いという研究方法論上の問題が挙げられる．たとえば柄澤（1990）は，痴呆患者の病前性格に関する先述の一連の研究において，Structual Personality Inventory（SPI）や新しい臨床的性格評価８類型（同調型・執着型・内閉型・感情型・無力型・強迫型・粘着型・意志薄弱型）を用いている．しかし柄澤（1990）も指摘しているように，類型論的立場からの研究では，患者の評価にあたって評価者の主観や先入観に左右されたり，重要な性格特性を見逃したりする危険性があり，客観的評価を把握することは困難であろう.

本節の目的は，第一に患者の病前性格について，本章の序で述べたBig Five Modelに基づき実証的に検討し，従来の知見のような偏りのある性格特性が存在するのかどうかを検討することである．第二の目的は，患者の病前性格とBPSDの関連について検討することである.

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

本研究の対象は，2001年６月から2002年６月にかけて，近畿圏の大学病院内における物忘れ外来に通院する，アルツハイマー型痴呆と診断された在宅患者およびその家族である主介護者110組であった．患者の外来診察時に，研究者が心理検査と半構造化面接法および質問紙調査法を用いた調査を行った．心理検査は，患者の身体的状況や精神的状況を考慮して，体調のすぐれない者には検査を行わなかった．また質問紙調査では，本研究に関して同意を得られた家族に対して，質問紙を手渡し後日郵送によって回収した．その結果，84名の家族から回答が得られ，この84名を本研究の分析に用いた.

対象患者のうち，男性は27名で平均年齢は73.20±9.00歳，女性は57名で平均年齢は

74.21±8.54歳であった．また対象患者からみた家族の属性は，配偶者46名，子どもおよび義理の子ども32名，兄弟姉妹３名であった．

2. 調査項目

2-1. N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

家族に対して，N式老年者用日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）（小林他，1988）を用いた半構造化面接を行い，患者の最近のADLを評価した．この尺度の詳細および手続きは，本章第１節で既述したとおりである．

2-2. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease

家族に対して，Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease（BEHAVE-AD）（Reisberg et al.，1987）の日本語版（朝田他，1999）を用いた半構造化面接を行い，患者の最近のBPSDを評価した．この尺度の詳細および手続きは，本章第１節で既述したとおりである．

2-3. Mini - Mental State Examination

患者に対する心理検査では，認知機能障害の評価として，Mini - Mental State Examination（MMSE）（Folstein et al.，1975）を用いた．この尺度の詳細および手続きは，本章第１節で既述したとおりである．

2-4. NEO-Five Factor Inventory

家族への質問紙調査では，患者の病前性格を測定するため，日本語版 Revised NEO Personality Inventory（NEO-PI-R）の短縮版である NEO-Five Factor Inventory（NEO-FFI）60項目を用いた（下仲・中里・権藤・高山，1999）．この尺度は，下仲他（1999）によって充分な信頼性，妥当性が確認されているものである．

NEO-PI-Rは，Costa & McCrae（1989）により開発されたもので，性格構造の５因子モデル「Neuroticism:神経症傾向（N），Extraversion:外向性（E），Openness:解放性

(O)，Agreeableness:調和性（A），Conscientiousness:誠実性（C）」を反映するべく作成されている．成人を対象として安定した構造が確認されており，内的一貫性や安定性も認められている．またNEO-PI-Rは，安定した性格特性を測定するものではあるが，経時的な性格変化を測定するために用いることも可能であるとされている（Clark, McDonald, Welsh-Bohmer, Siegler, Dawson, & Tupler, 1998）．

さらにこの尺度では，自己評定版（S版）と他者評定版（R版）があり，両評定版の間でデータの一致が確認されている．このことから，痴呆患者などの自己評定における信頼性が乏しい対象者に対する使用に最適であると判断され，これまでにも痴呆における性格研究の分野において多く用いられている（Siegler, Dawson, & Welsh, 1994）．

なお日本語版の場合，標準化されているのはS版のみであるため，本調査では，一人称を二人称として教示を変えた上でS版を使用した．そして「健康でおられた頃，つまりアルツハイマー病になる前の，患者さんの性格傾向についてお答えください．」との教示とともに，患者をよく知る家族に回答を求めた．各項目について，「全くそうでない」「そうでない」「どちらでもない」「そうだ」「非常にそうだ」の５件法で回答を求めた．各々０～４点で評価し，12項目の各得点の総和（０～48点）で評価する．高得点であるほど，各次元の性格傾向が強いことを示している．またNEO-FFIプロフィール（成人用）（Costa, & McCrae, 1992a　下仲・中里・権藤・高山，1999）にしたがってT変換した上で各次元共通の評価を行うことが可能であり，Tスコアの得点ごとに評定が示されている．すなわちT=０～35では「低い」，T=35～45では「やや低い」，T=45～55では「平均的」，T=55～65では「やや高い」，T=65～100では「高い」ことを示している．

3. 分析

統計解析には，SPSS10.0J（SPSS Inc.，2000）のソフトウェアパッケージを用いた．

Ⅲ．結果

1．患者の病前性格

1-1．NEO-FFI他者評定尺度としての使用適性

本研究の対象者において性格特性５次元の内的一貫性をそれぞれ検討したところ，α係数は.78～.85と高い信頼性が確認され，使用に問題はないと判断された．各次元における平均得点および標準偏差は，N=21.28±7.60，E=25.43±7.09，O=21.89±6.41，A=31.17±6.44，C=30.93±6.76であった．さらに歪度は-.59～.45，尖度は-.18～.78であり，回答に著しい偏りはみられなかった．また正規性を検討するためKolmogorov-Smirnov検定を行った結果，Lilliefors の有意確率から判断して，各次元の性格特性得点は0.1%水準で正規分布していると確認された．

また評価者の属性別の評価得点に差異の無いことを確認するため，配偶者群と子ども世代などその他の属性群の二群で比較を行った．t検定の結果，いずれの次元においても５%水準で有意な差は認められなかったため，本尺度は本研究対象者に対して適用可能と判断した．しかしN次元のみにおいて，子ども世代など他の家族構成員による特性評価が，配偶者群に比べて高い傾向にあった（$t(58.06)=-1.95, p<.10$）．

1-2．性格５次元における病前性格の一般成人サンプルとの比較

患者の病前性格としての５次元における得点を成人母集団の平均と比較するため，NEO-FFIプロフィール（成人用）（Costa & McCrae, 1992a/1999）にしたがって性別での平均を求めた．その上で，本尺度標準化の際に用いられた一般成人サンプルと，本研究における対象者を比較検討した（Figure 2-2-1, Figure 2-2-2）．

二群間でt検定を行った結果，男性患者の病前性格では一般成人平均に比べて，N次元，O次元，C次元において有意な差がみられた（順に，$t(48.49)=2.75$, $p<.01$; $t(12.56)=4.26$, $p<.01$; $t(18.56)=-2.58$, $p<.05$）．女性患者においても，O次元とC次元において同様に有意な差がみられた（順に，$t(82.14)=7.06$, $p<.01$; $t(49.12)=-2.50$, $p<.05$）．一方，E次

元およびA次元では，男女とも一般成人サンプルとの間に有意な差はみられなかった．

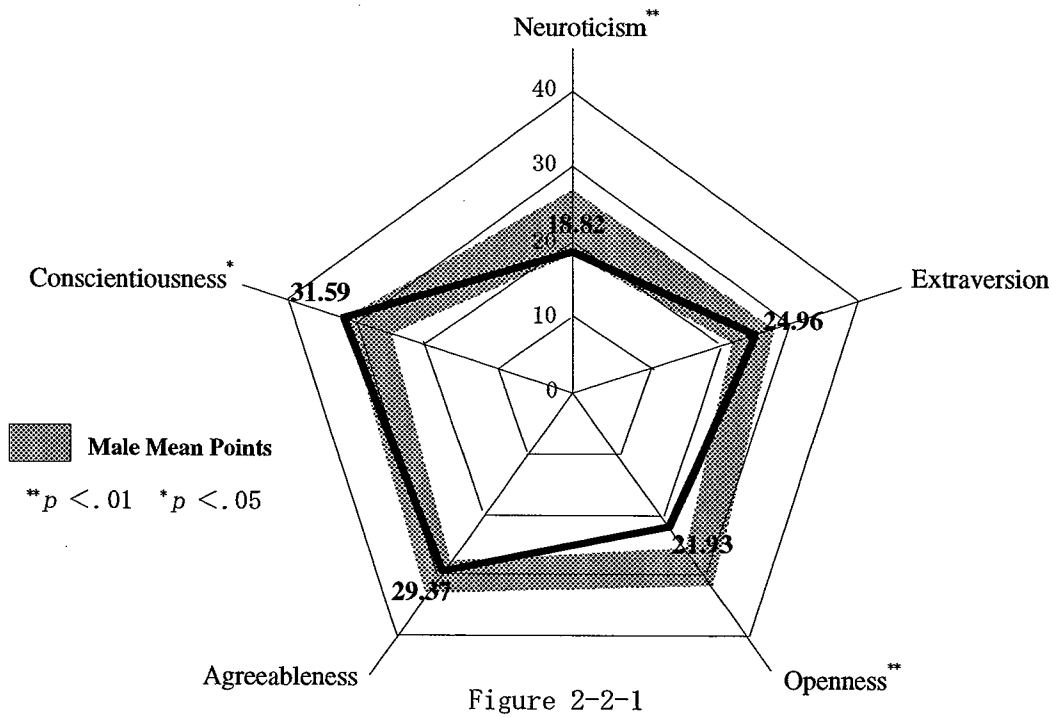

Figure 2-2-1
The male patients' NEO-FFI scores

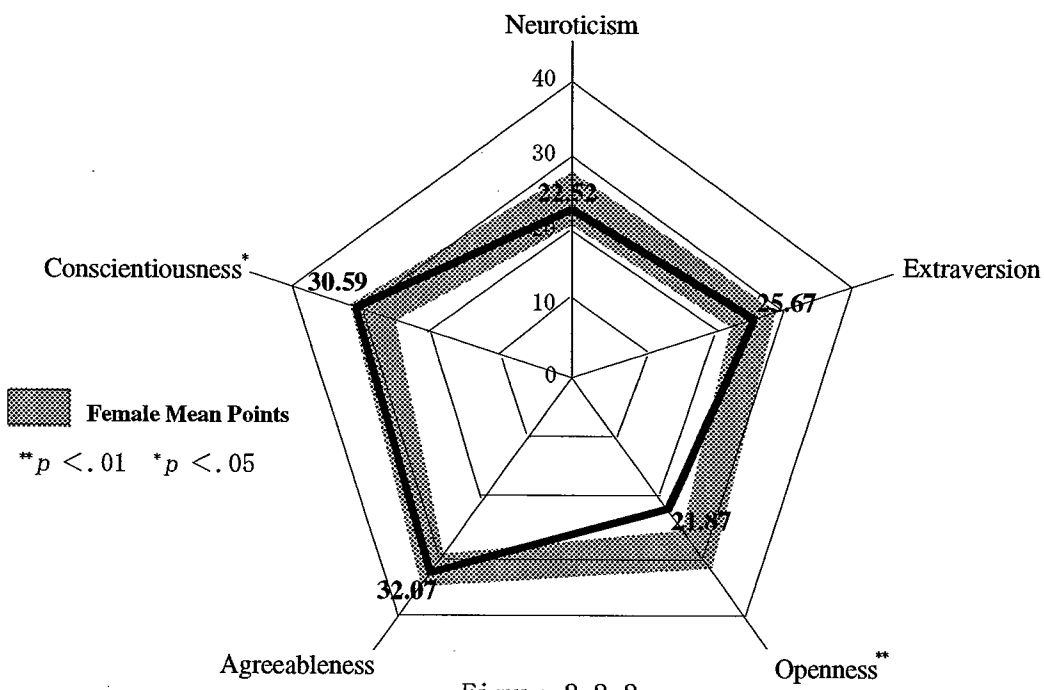

Figure 2-2-2
The female patients' NEO-FFI scores

2. 病前性格とBPSD

病前性格とBPSDの関連を検討するため，各特性における得点をNEO-FFIプロフィール（成人用）（Costa & McCrae, 1992a/1999）にしたがってT変換した後，相関分析を行った（Table 2-2-1）．その結果，開放性次元は精神症状との間に負の相関が若干みられた一方，他の特性に関しては全く相関がみられなかった．

Table 2-2-1
Correlations between BPSD and NEO-FFI T scores

	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	Mean(SD)
X1 Psychosis	.57***	.18	.40***	.15	.01	-.24*	-.00	-.01	—
X2 Behavioral disturbance	—	.26*	.51***	.14	.04	-.04	-.08	-.02	—
X3 Affective disturbance		—	.45***	.13	.07	-.11	-.01	-.05	—
X4 Anxiety and phobias			—	.17	.10	-.02	-.02	.11	—
X5 N t-score				—	-.25*	-.27*	-.34**	-.19	46.44(11.27)
X6 E t-score					—	.44***	.24*	.16	50.19(12.07)
X7 O t-score						—	.31**	.19	38.52(11.62)
X8 A t-score							—	.30**	50.79(13.65)
X9 C t-score								—	55.52(12.24)

***p <.001 **p <.01 *p <.05

次に対象患者の病前性格を５次元により総合的な類型化を試みるため，各次元のTスコアに対して Ward 法によるクラスター分析を行った（Figure 2-2-3）．その結果２群に分類され，各々の特徴をみるためt検定を行ったところ，各次元において有意な差がみとめられた（順に，N:t(82)=3.46, p<.01; E:t(82)=-6.26, p<.001; O:t(82)=-5.67, p<.001; A:t(82)=-5.35, p<.001; C:t(82)=-3.20, p<.01）．

これら二群でBPSD出現の差異がみられるかどうかを検討するため，Mann-WhitneyのU検定を行った（Table 2-2-2）．その結果，いずれのBPSDにおいても二群間で有意な差はみられなかった．

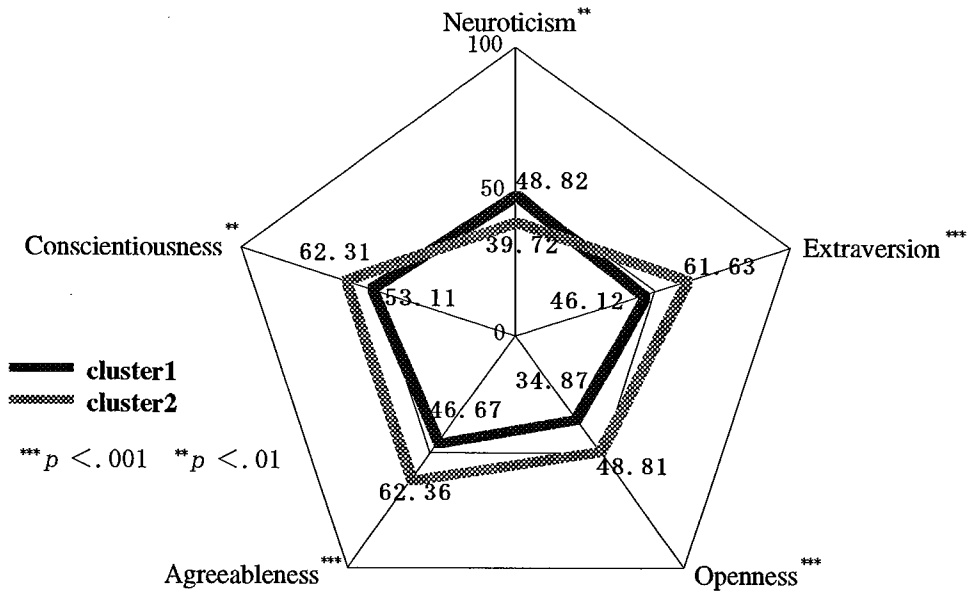

Figure 2-2-3
Mean premorbid NEO-FFI T scores in each cluster

Table 2-2-2
Mean BPSD scores in each cluster

	cluster1 (n=62)	**cluster2** (n=22)	***Mann-Whitney***
	Mean(SD)	Mean(SD)	U
Psychosis (0-36)	2. 55 (2. 90)	1. 82 (2. 15)	596. 00 ns
Behavioural disturbance (0-18)	2. 63 (2. 59)	1. 59 (1. 62)	536. 00 ns
Affective disturbance (0-6)	0. 77 (0. 93)	0. 77 (1. 19)	637. 00 ns
Anxiety and Phobias (0-12)	2. 32 (1. 63)	2. 09 (1. 23)	652. 50 ns

ns: not significant

Ⅳ. 考察

1. 一般成人サンプルとの比較による病前性格特性

対象患者の病前性格特性として，まず男女ともに0の開放性は一般成人サンプルに比べ顕著に低いことが示された．開放性とは経験に対して開かれている程度を示す次元である．その要素として，積極的な想像性，審美眼的感覚，内的感受性が強いこと，多様性を好む

こと，知的好奇心，判断の独自性といったものが含まれている（McCrae, 1996）．５因子モデルではしばしばこの次元を「知性（intellect）」ととらえており，教育年数や知能と中程度の関連があるという（Goldberg, 1992）．しかし開放性は決して知能と同じものではなく，知的能力が高くても新たに経験することに対して消極的な人も多い．男女を問わず開放性の低い人は，行動において保守的であり，外見も控え目である．彼らは新奇なものより馴染んだものを好み，情動的反応はあまり表出されない．心理的防衛反応の可能性もあるが，単に興味の範囲が狭いのかもしれない（Costa & McCrae, 1992a）．この意味で，対象患者が病前に開放性が低かったという今回の結果は，痴呆患者が中高年期に生活上の消極性が高かかったという，近藤・山下（1989）の報告と一致するといえよう．

この0次元に関して，E次元とあわせて考えることも可能である．Digman（1997）は，本研究の基本としている５因子モデルの高次因子構造として２因子モデルを提唱し，E・0次元に対して柔軟性因子，N・A・C次元に対して安定性因子を想定している．このような因子構造の可能性も考慮に入れるならば，本研究の対象者は，E次元で平均的なプロフィールであったこととあわせて，柔軟性がやや低かったという可能性も否定できないだろう．

次にNの神経症傾向においては，特に男性で低いことが示された．この次元は，性格研究のなかでは最も広く浸透している次元であり，恐怖や怒り，悲しみ，困惑などネガティブな経験をする傾向，そして心理的ディストレスに対する敏感さを含む．この特性が低い人は精神的に安定しており，またふだん落ち着いていて，ストレスの多い状況にも適切に対処できるという（Costa & McCrae, 1992a）．したがって，男女ともに病前における適応能力は良好で，特に男性ではむしろその能力が高かった可能性が示唆されたものと考えられる．

Cの誠実性に関しては男女ともに若干高いことが示された．人格理論の多くが衝動のコントロールに関するものであり，発達の過程で人は衝動のコントロールを学習する．衝動のコントロールは，いわゆる自己の統制，すなわち何かを計画し実行するといった自主的な過程とも関係があり，個人におけるこの傾向の差が誠実性の基礎となっている．誠実性

の高い人は，目的をもち達成への意志が強く断固としており，他者からも信頼される人が多いという（Costa & McCrae, 1992a）．このような理由から誠実性得点が高い人は，彼らの勤勉さゆえに目標が達成され幸福な人が多いという報告もある（McGregor & Little, 1998）．

DeNeve & Cooper (1998) は生活満足度への予測因子として，神経症傾向および誠実性が最も強い性格因子であるとしている．すなわち，神経症傾向が低く誠実性の高い人ほど生活満足度は高いという．またこのような人は，心理療法などの臨床現場においても予後がよいことがいわれている（下仲他, 1999）．患者のN次元およびC次元をみる限り，病前の彼らは比較的生活満足度が高かったことが推察される．

以上のように各次元における平均値の比較では，患者の外向性と調和性は一般成人とほぼ変わりなく，また開放性と神経症傾向の低さ，誠実性の高さがみとめられた．これらの特性を包括的にみると，患者は保守的で真面目な面がある一方で，社会適応は高くも低くもなく適度に良好であったと考えられる．またFigure 2-2-1およびFigure 2-2-2で，平均得点範囲と比較してみると，開放性の次元を除いてほぼ平均的な性格特性であったとも解釈できる．この結果は，同じくNEO-FFIを用いた Kolanowski & Garr (1999) の研究報告と一致するものである．しかし，このような見解と異なる報告があるのも事実である．たとえば Meins & Dammast (2000) は，５因子モデルに基づく尺度 Munich Personality Test (MPT) を用いて病前性格特性を測定し，パーキンソン病患者のそれとコントロール比較の結果，アルツハイマー患者は過去に高い神経症傾向をもっており，疾病発症の予測因子となる可能性を報告している．その一方で，過去の精神科入院患者のデータと比較を行った結果，アルツハイマー患者は彼らと比べ神経症傾向は低く，またストレス耐性や誠実性が高かったという．このような見解の不一致は，Meins & Dammast (2000) も述べているように，一般コントロール群との比較研究の必要性を促すものであろう．患者群と年齢や性別を符合させた上で厳密なコントロール研究を行うことにより，一定した見解を導き出すことが可能となるであろう．

2. 病前性格とBPSDの関連

病前性格特性とBPSDの相関を検討したところ，精神症状と開放性の次元の間で若干の負の相関がみられたが，他の次元に関しては全く相関はみられなかった．そこで，NEO-FFIにおける検査特徴はその包括性である（Costa & McCrae, 1992a）ことから，５次元を包括的に扱い，性格類型別に対象者の分類を行ったところ二群に分類された．すなわち，Oの開放性次元は低いが他の次元は平均的な群と，神経症傾向次元は低いがEの外向性，Aの調和性，Cの誠実性は高い群の二群であった．前者の群は，多少保守的な特徴のある群であり，一方後者の群は，EやC，Aが高くNが低い者は最も幸福である，あるいは心理的幸福感の高さとの相関が高いという先行結果（Costa & McCrae, 1984; DeNeve & Cooper, 1998; Siegler & Brummett, 2000）から，心理的well-beingが高い群と考えられた．

そこでこれら二群間でBPSDの差異を検討したところ，有意な差は認められなかった．したがって，先述の開放性の低さが精神症状の高さに関与する可能性はあまりないことが示唆されたと考えられる．この結果は，アルツハイマー型痴呆患者の病前性格特性が行動心理学的症候にかかりやすくしていることは明らかであり，また病前性格特性は単に痴呆症状を修飾拡大するのではなく，痴呆の発症にも関与する可能性が大きいとする報告（Chatterjee, Strauss, Smyth, & Whitehouse, 1992）と一致しない．しかし一方で“Need-driven Dementia-compromised Behavior Model（Algase, Beck, Kolanowski, Whall, Berent, Richards, & Beattie, 1996）”の，病前性格など背景要因が患者のBPSDに影響をおよぼすという仮説にしたがって検討したところ，相関は全くみられなかったという結果（Kolanowski & Garr, 1999）と一致する．このように各研究による見解の不一致がみられ，今後詳細の検討が必要であるが，本研究の結果からは，患者の病前性格特性がBPSDを予測するものではないと考えてよいだろう．

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，回顧的調査（retrospective study）であること，またR版を用いて行ったことによるデータの信頼性への影響は否定できない．まず他者評価による影響で

あるが，本研究における対象者からみた回答者の属性は半数以上が配偶者であった．属性別に痴呆発症前の患者評価への影響の有無を検討した結果，本研究対象者に対して使用に耐えると判断した．しかしN次元のみにおいて，若干配偶者による評価の方が，子ども世代などの他の家族構成員による評価に比べて，神経症傾向をやや低く評価していた．先行研究においては属性による比較を行ったものは見あたらないが，評価者における世代間格差も考慮に入れておく必要があるかもしれない．

このような研究デザイン上の制約は考慮に入れなくてはならないものの，本研究の結果をみる限り，患者の病前性格特性における偏りがみられなかった．このことから，痴呆患者にみられる性格変化は，患者に痴呆が発症した結果として生じたと考えるのが妥当であろう．よって今後，痴呆進行と性格変化との関連についての検討が必要であると思われる．

第３節　痴呆進行および行動心理学的症候と性格変化

Ⅰ．緒言

第２節で痴呆患者の性格変化を検討する予備的研究として，病前性格特性の検討を行った結果，一般サンプルと比較してもその偏りはみられないことが示唆された．そこで本節では痴呆患者の性格変化に着目し，痴呆進行との関連から検討することとする．

痴呆患者における性格変化については，臨床的な注意を要する変化に基づいたごく一部の性格特性，つまり介護者にとって厄介な行動特性が着目されてきた．第１節で扱ったBPSDのなかでも，いわゆる問題行動と疾患の進行との相関が強調されてきた（Rubin, Morris, Storandt, & Berg, 1987; Bozzola, Gorelick, & Freels, 1992）．痴呆の進行とともに消極的行動や焦燥行動が増加し，感情が粗雑になり，また自発性の低下がみられたという報告（Rubin, Morris, & Berg, 1987; Petry, Cummings, Hill, & Shapira, 1988）や，痴呆の中期には猜疑心や自己中心的行動は消失したという報告（Rubin, Morris, & Berg, 1987）がある．またこれらの性格変化と，患者の年齢性別，罹患期間，知的機能低下の程度，神経学的徴候の発現との間には関連があるという（Aitken, Simpson, & Burns, 1999）．このように痴呆における性格変化の生物学的基盤を強調する動向があるが，その一方でこれらの性格変化は，患者の性格特性や多様な介護環境の影響ゆえに，疾病の経過をあまり反映するものではないという研究報告もあり（Vitaliano, Dougherty, & Siegler, 1994），先行研究結果は一致しないといえる．

一方近年では，介護上問題となる一部の性格特性をとりあげるのではなく，問題とならない変化も含めた包括的な視点から，患者の性格変化を研究する試みがなされるようになっている．たとえば，第２節でもふれたNEO-PI-Rを代表とする性格特性尺度を用いた研究においては，患者の性格が病前性格に比べて神経症傾向が高く，外向性や誠実性は低くなっ

ていることが示されている（Siegler, Welsh, Dawson, Fillenbaum, Earl, Kaplan, & Clarke, 1991; Siegler et al., 1994; Chatterjee et al., 1992; Williams et al., 1995; Dawson, Welsh, & Siegler, 2000）．また，開放性および調和性に関しては，先述の３因子に比べて有意な変化はみられていない．

さらにこれらの特定の性格特性をとりあげた場合，病前にその傾向が他の患者より高い患者は，罹患後もその傾向が保持されているという．すなわち病前と罹患後の性格特性に関する値を比較すると，対象者のグループ内順位は比較的一定しており，また両値間で有意な相関がみられるという（Siegler et al., 1991; Chatterjee et al., 1992）．加えて，患者の性格特性の現れともいえる病前の行動特性が継続することは，いくつかの先行研究においても示されている（Shomaker, 1987; Hamel et al., 1990; Ryden, Bossenmaier, & McLachlan, 1991）．しかしこれらの研究は，BPSDとしての概念に基づいたものではなく，患者の心理的適応や痴呆の進行過程を検討する上で，より包括的な視点が必要であろう．

本研究の目的は，第一に患者の性格特性の病前から調査時点までの変化を検討し，さらに現在の性格特性とBPSDの関連を調べた上で，現在の心理的適応状況を検討することである．第二の目的は，性格変化と痴呆進行との関連を検討することである．

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

第２節と同様の対象者である介護家族110名に対して，第２節と同様の手続きで質問紙調査を行った．その結果，質問紙調査には84名の家族から回答が得られた．対象患者のうち，男性は27名で平均年齢は73.20±9.00歳，女性は57名で平均年齢は74.21±8.54歳であった．

2. 面接および検査指標

面接および検査指標は第１節および第２節と同じであり，家族に対する半構造化面接ではN-ADLおよびBEHAVE-ADを用いて患者の最近の様子を尋ねた．また患者に対する心理検査では，MMSEを用いて認知機能低下の程度を把握した．これらの尺度の詳細および手続きは，本章第１節で既述したとおりである．

3. 調査項目

患者の現時点における性格傾向を調べるため，第１節と同じ尺度NEO-FFI60項目を用いた．尺度の詳細および手続きは，本章第２節で既述したとおりである．そして「現在の患者さまの性格傾向についてお答えください．」との教示のもと，本章第２節と同じ家族に回答を求めた．

Ⅲ. 結果

1. 病前後の性格変化

まず，発症前の性格と発症後の性格を比較するため，５次元の性格特性因子におけるTスコアごとに，対応のある t 検定を行った（Table　2-3-1）．その結果，すべての次元において有意な差がみとめられ，神経症傾向（N）は増加し，外向性（E），開放性（O），調和性（A），および誠実性（C）は低下していた．

次に，病前後の順位相関を検討するため，Spearmanの順位相関分析を行った（Table 2-3-1）．その結果，５次元ともに病前後における順位付けには，高い相関が認められた．すなわち対象者群内での病前後における順位変動は見られず，一定していることが示唆された．

Table 2-3-1
Personality change in NEO-FFI T-scores

	premorbid	present	*t-test*	*Spearman's rho*
	Mean(SD)	Mean(SD)	*t* -value	*rs*
N	46.44(11.27)	53.12(12.57)	−5.81***	.51***
E	50.19(12.07)	42.94(11.59)	7.10***	.65***
O	38.52(11.62)	33.66(10.74)	5.55***	.69***
A	50.79(13.65)	48.35(13.99)	2.71**	.80***
C	55.52(12.24)	37.98(15.50)	10.19***	.39***

***p <.001　**p <.01

2. BPSDと現在の性格特性の関連

BPSDの出現状況と現在の性格特性の関連を検討するため，相関分析を行った（Table 2-3-2）．その結果，精神症状と開放性の間には負の相関がみとめられ，感情障害と神経症傾向は正の相関関係にあることが示された．その他の精神症状と性格特性との間には，全く相関はみられなかった．

Table 2-3-2
Correlations between present personality in NEO-FFI T-scores and BPSD scores in BEHAVE-AD

	N	E	O	A	C	*Mean(SD)*
Psychosis	.07	.10	−.19†	−.03	−.04	2.36(2.73)
Behavior disturbance	.04	.16	−.13	−.05	−.14	2.36(2.41)
Affective disturbance	.28*	.04	−.01	.02	−.04	0.77(1.00)
Anxiety and phobias	.14	.11	−.02	.02	.05	2.26(1.53)

*p <.05　†p <.10

3. 痴呆関連変数と性格変化の関連

認知機能，ADLおよび疾病罹患期間と，各性格特性の変化量（present-premorbid）の関連を検討するため，相関分析を行った（Figure 2-3-3）．その結果，神経症傾向の変化とADLの間に有意な正の相関がみられた．誠実性の変化とADLとの間に有意な正の相関，MMSEとの間に若干の有意な正の相関がみとめられた．また外向性の変化と疾病罹患期間との間

には負の相関がみられた．

各特性間の変化の関連に関しては，神経症傾向の変化と外向性の変化，調和性の変化との間にそれぞれ負の相関，外向性の変化と開放性の変化，誠実性の変化との間にそれぞれ正の相関がみられた．また開放性の変化と誠実性の変化との間に正の相関がみとめられた．

Table 2-3-3
Correlations between NEO-FFI T-scores changes and dementia variables

	E	O	A	C	MMSE	ADL	Disease duration	*Mean(SD)*
N change	−.25 *	.03	−.30 *	−.08	.19	.32 **	−.16	6.68(10.54)
E change	—	.33 **	.00	.37 ***	−.08	.13	−.24 *	−7.25(9.36)
O change		—	.07	.22 *	.06	−.03	−.09	−4.87(8.04)
A change			—	−.19	−.13	.01	−.01	−2.44(8.27)
C change				—	.21 †	.27 *	−.03	−17.55(15.79)
MMSE					—	.43 ***	−.35 **	16.59(7.48)
ADL						—	−.35 **	43.42(8.92)
Disease duration							—	3.20(2.03)

*** $p < .001$　** $p < .01$　* $p < .05$　† $p < .10$

Ⅳ．考察

1．性格変化にみる心理的適応の現状

本研究において認知機能低下による性格変動が明確であったことは，アルツハイマー患者の性格変化に関する多くの先行研究結果（e.g.，Siegler et al.，1991）と一致する．病前後では明らかな性格変化がみられ，中でも神経症傾向は高くなり，外向性や開放性，調和性，誠実性は低くなっていることが示された．これまで健康高齢者に関する縦断的研究においては，個人の基本的な性格傾向は老化によって変化せず，比較的安定していることが明らかにされてきている（Costa, McCrae, & Zonderman, 1987; Thomae, 1992）．よって，本研究の対象である痴呆患者において性格変化が明らかになったという結果は，疾病による患者の心理的well-beingへの影響を示すものといえる．さらに順位相関係数の結果

から，いずれの性格特性においても，病前と病後でその対象群内の得点順位が変わらない傾向が明らかにされた．この結果から痴呆発症後の性格傾向は，病前の性格傾向により大きく影響を受けることが予測できよう．

ここで，調査時点における性格傾向から心理的適応状況を検討する．調査時点における患者の各性格特性におけるTスコアの平均値を，NEO-FFIの判定基準に基づき評価すると，神経症傾向と調和性ではT=45～55の範囲内で，平均的な特性と判断され，外向性と誠実性はT=35～45の範囲内で，その特性はやや低く，また開放性についてはT=35以下であることからその特性が低いと判断された．現時点における神経症傾向と調和性の特性が平均的であったことは，アルツハイマー患者における臨床的特徴と合致する．たとえば会話をした場合，内容は支離滅裂で形骸化してはいるものの，もっともらしく他者の会話に合わせ，その場を取り繕うといった患者の様子はよく指摘されるところであろう（小澤，1998）．しかし本章第２節で検討した病前性格特性が開放性の低さを除いてほぼ平均的な性格特性であったことと比較すれば，心理的適応能力の低下は明らかであろう．既に述べたように，開放性の低さは柔軟性の低さを表している．さらに神経症傾向および誠実性は生活満足度の予測因子として最も強い性格特性であり，神経症傾向が低く誠実性の高い人ほど生活満足度は高く，逆に神経症傾向が高く誠実性の低い人ほど満足度は低い（DeNeve & Cooper, 1998）．またCosta & McCrae（1984）によると，外向性が高く神経症傾向が低い人は心理的well-beingが最も高く，逆に外向性が低く神経症傾向が高い人は心理的well-beingが最も低い．実際後者の傾向は，うつ病患者の特徴として挙げられている．これらのことから推察すると，本研究の対象である痴呆患者の場合，疾病の罹患により外向性の低下や神経症傾向の上昇がもたらされ，心理的well-beingが低下した状態である可能性が大きい．笠原他（1983）は痴呆患者の性格特性について，内閉性，感情的，無力，頑固といった特徴を見出し，それらの特性が老年期で生活不適応をもたらしやすいことは容易に理解できるとしている．本研究の結果は笠原他（1983）の報告と一致しており，痴呆患者の痴呆進行に伴う心理的適応能力の低下を推測するものであろう．

2. BPSDと性格特性との関連にみる精神力動

性格変化の状況をBPSDとの関連から検討した結果，神経症傾向と感情障害との間に正の相関，開放性と精神症状との間に若干の負の相関がみとめられた．すなわち，神経症傾向が高いほど感情障害が多く，開放性が低いほど精神症状の出現が若干多かった．本章第２節でも述べたように，神経症傾向の高さはストレス脆弱性や，適応能力の低下を意味するが，この不適応状況が抑うつなどの感情障害として現れたと考えられる．また開放性の低さに関しても，柔軟性の低さや知的機能の低さ，心理的防衛反応のあらわれとしての可能性が示唆されている．この開放性の低下と精神症状の増大の関連については，自我機能の弾力性という視点から考えることができる．小此木・中村（1998）は，一方で社会的に適応しながら，しかも他方で柔軟かつ自由に一時的な自我の退行を楽しむ能力は，心のもっとも重要な働きであるとしている．たとえば健康な心の場合，社会的場面ではそれぞれの立場や役割上の態度をとっているが，家族とくつろいだり，子どもと遊んだり，また酔っていたり睡眠状態にあったりといった場面では，自我の前意識への退行がすすみ，抑制や抑圧がとれて情動が開放される．しかし病的な場合，遊んでいても罪悪感に苛まれるなど，安心して退行することができず，退行が起こるとなると不随意的に起こってしまう．さらに重症になると，心の動きが弱くなり抑圧できないために混乱が生じる．そして自分の精神内界における欲動や原始的な超自我を外界現実に投影し，その投影の対象になった人物を巻き込み，その人物との葛藤として外在化してしまうため，様々な問題をひき起こすことになる（小此木・中村，1998）．介護場面で患者がしばしば，もっとも身近な介護者を妄想の対象として妄想観念を生じ，介護者の苦悩の増大から介護破綻が見受けられるのも，このような患者の精神力動の結果であると考えられる．

小澤（1998）は，精神症状におけるもの盗られ妄想の精神力動について，その前駆症状として抑うつ症状をみることから，喪失感と攻撃性の狭間におけるゆらぎの結果生じたものではないかと考察している．抑うつ感は，記憶再生事象における肯定的感情を低める（Mathews & Bradley, 1983）．抑うつ的な人々はさらに，より否定的な記憶を再生しやすく，否定的な自己スキーマに基づいた情報処理を行うという．またEllis & Ashbrook

（1988）によれば，人は抑うつなどの否定的感情が生起すると，その感情に対して対処するために注意資源が使用されるようになる．そのため抑うつ傾向にある者は，慢性的に情報処理に必要な注意資源が不足しているという．したがって，患者が常に注意散漫な状況にあり，またそのような状況で周囲の者が患者に注意をしても，「叱られた」という否定的感情のみが記憶されているということは，よく経験されることである．このような抑うつと記憶や情報処理などの認知能力との関連と，本章第１節で示された，精神症状の出現において認知機能低下の影響に増して不安など心理学的症状の影響を受けるといったBPSDの構造や痴呆進行との関連を併せて考えることは，介護者など周囲の者が患者の心的状況を理解する上で役立つだろう．すなわち，患者はもの忘れなどの記憶能力の低下から不安が高まり，認知機能が保持されている間はストレスへの対処能力が働き，不安な状況が抑うつなどの心理的症状でとどまっているが，認知機能の低下とともに，心理学的症状が精神医学的な症状に発展していくといった精神力動がうかがえよう．

3. 痴呆進行と性格変化の関連

本研究の目的の一つは，痴呆進行と性格変化の関連を検討することであった．誠実性の変化について，認知機能およびADLと正の相関関係にあったという本研究の結果は，痴呆進行とともに誠実性が低下していることを示唆していた．Dawson et al.（2000）は，誠実性の低下を痴呆化過程における証としており，本研究の結果はこの報告を支持するものであった．また神経症傾向の変化はADLと正の相関関係にあり，ADLが高いほど神経症傾向が高くなった状態であることが示された．本研究対象者のADL得点分布をみると，50点中40点以上の者，つまりほぼ自立した者が多かったが（68／84人），このADLと神経症傾向の関連に関する結果は，重度痴呆患者では，様々な機能低下により神経症傾向が低くなっている可能性を示唆するものであったと考えられる．アルツハイマー患者におけるADLの低下は認知機能低下のみならず身体機能の低下も加味されるが，誠実性の低下および神経症傾向の終末期低下は，全般的な痴呆進行との関連を示すものと考えられる．

さらに，これら２つの特性変化とともに，外向性および開放性の低下がみられた．開放

性については，これまでに知能との間に有意な正の相関がみとめられており（Goldberg, 1992），開放性の低下も誠実性の低下と同様に認知機能低下の証であるといえる．また外向性の低下については，罹患期間と負の相関がみとめられた．つまり，罹患期間が長くなるほど外向性の低下が顕著であったことが示唆された．外向性の概念は，ユングやアイゼンクなど多くの心理学者によって着目されきており，社交的で興味や関心が常に周囲の人物や事物に向けられ客体を基準に自らを位置付けようとする態度をさす．この外向性の低さは，神経症者やうつ病者に多くみられるというが，痴呆患者におけるこの特性の低下は，認知機能が低下したことによって，周囲に対する興味関心が薄れ，意識が自己の内部に向かうようになり，うつ状態になっている可能性を示唆するものであろう．

これらの結果は，痴呆進行との関連において，神経症傾向，外向性，開放性の変化に着目することが，患者の痴呆早期発見につながる可能性を示すものと考えられる．すなわち，外向性および開放性に関しては痴呆進行とともに徐々に低下を示し，神経症傾向については痴呆初期および中期では上昇しているものの，終末期になるにつれて再び低下してくることが推測されよう．

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，まず認知機能障害をもたない高齢者群をコントロール群とした検討を行っていないため，本研究の結果からは，患者にみられた性格変化が純粋に認知機能低下の影響によるものであるのか，正常な加齢に伴うものであるのかは明確にできない．

またこれまで多くの医学研究において，性格変化を痴呆の早期発見にむけて，痴呆性疾患の進行プロセス等の臨床的側面を反映しうる尺度に関連づけようとしてきた（e.g., Strauss, Pasupathi, & Chatterjee, 1993; Dawson et al., 2000）．しかし本研究は横断的研究デザインであったことから，明確な痴呆進行との関連を示すことはできなかった．今後は縦断的研究の必要性があり，また調査対象を増やすことが求められる．

さらに本研究の結果から，患者の心理的適応状態の概要を図り知ることはできたが，介護者による評価をとおしたバイアスは少なからず存在する．また臨床活用においては項目

数の多さなど多大な負担を要することから，より簡便に患者のQOLをとらえることのできる尺度開発が望まれる．

総　論

本章は，痴呆患者のQOLを考えるにあたって，患者の心理的適応について，主にBPSDと性格変化の二点からの検討を行うことを目的とした．

第１節では，広く患者のBPSDの出現状況について主に痴呆進行との関連から検討したが，患者は痴呆の重症度にかかわらず感情障害や不安および恐怖などの心理的不安定さを呈し，それらに加え重症度の高い患者では精神症状や行動障害が増加する傾向が明らかにされた．またこれらBPSD間の相関が示されていることから，患者の心理的不安定さを軽減することにより，従来いわゆる問題行動とされてきた精神症状や行動障害を軽減できる可能性があることが示唆された．そこで第２節および第３節では，性格特性５因子モデルを適用し，患者の心理的不安定さについて，性格変化の視点から詳細を検討することとした．

第２節では患者の病前性格特性に偏りがみられるのかを確認した結果，開放性の低さはあるものの他の特性に関してはほぼ平均的な性格特性であったことが明らかにされた．よって患者の性格変化は，痴呆疾患による影響が大きいことが示唆された．

第３節では性格特性の病前から調査時点までの変化を検討したところ，病前に比べて神経症傾向の増加と他の性格特性の低下が明らかにされた．さらに現在の性格特性とBPSDの関連を調べた結果，開放性次元の低さが精神症状と，神経症傾向が感情障害と関連のあることが明らかにされた．よってこのことから痴呆進行との関連では，神経症傾向，外向性，開放性の変化に着目することが，痴呆早期発見につながる可能性が示唆された．また彼らの心理的適応状況は，適応能力が低下し抑うつ的状況にあることが示唆された．

以上の研究結果より，患者のQOLを考えるにあたって，抑うつ的な心理的well-beingを反映するような簡便な尺度開発を行う必要性が示唆された．

第３章

痴呆患者のQOLにおける心理学的指標

序　論

第１節　痴呆QOLの定義と先行尺度の文献検討

第２節　痴呆QOL評価尺度の開発

総　論

序　論

第２章では，痴呆患者の心理的適応について検討してきたが、患者は疾病によって適応能力が低下している可能性が明らかにされた．一方これらの見解は，あくまで患者の介護家族からの視点であり，患者のQOLを論じる場合，そのバイアスがあることも確かである．このことは，第１章第２節においても述べたように，患者のQOLに関する議論が盛んになされてきている中で，患者自身の視点を考慮した心理学的知見があまり積み重ねられていない現状を示すものである．さらに，自律性を考慮したQOLを考慮する必要があるという社会的背景からのニーズがある．QOLは元来主観的な概念であることから，このようなニーズは必然ともいえる．一般高齢者のQOLに関しては，約20年前からその研究がなされてきている．たとえばその代表的な研究者であるLawton（1983）は，QOLを①行動能力（behavioral competence），②外的環境の質（external environmental quality），③心理的well-being（psychological well-being），④知覚された生活の質（perceived quality of life）の４領域を含む包括的概念としてまとめた．ではこのような概念全体を，痴呆患者にそのまま適用することは可能なのであろうか．この論点に関しては，賛否両論のあるところである．

これまでの研究においては，ごく軽度の患者を除き，彼らの主観的評価を求めるのは困難であるという見解から，主観的評価による領域以外の客観的評価の可能な領域を研究対象とせざるを得ないという立場が優勢であった．しかしQOLという主観的な概念をあつかう以上，患者の主観的評価をいかに取り入れるかが論点となるだろう．いずれにせよ痴呆患者にとって，アウトカム評価の指標としてQOLは重要であることは明らかであり，患者に対するサービスや治療の提供による介入効果の判定にも，信頼性のある尺度のニーズは高い．「QOL」という概念自体がきわめて広範でそれを測定する理由が多様である以上，あらゆる目的，対象にかなった一つの測度は存在しえない（山本・阿部・稲毛田，

2000）．どのような特徴をもった測度が望ましいかは，測定する目的，対象とする集団等によって決定される．痴呆患者の場合特に，QOL測度を開発する際にその定義上の問題は複雑であり，患者の疾病特性をふまえた様々な観点を考慮に入れなければならない．

そこで本章では，先行研究の知見や社会背景に基づき，痴呆患者のQOLに関する定義を改めて検討し，彼らのQOLを考えるにあたって，評価指標としての適切性を備えた心理学的指標を新たに開発することとする．第１節では，これまでの痴呆患者におけるQOL（痴呆QOL）の定義とそれに基づいた評価尺度について先行研究を概観し問題提起を行う．多くの先行研究では各研究者が様々なQOLの定義を提示し，その定義ごとに評価尺度が異なるのが現状である．しかし各尺度は定義と方法論にそれぞれ問題を抱えており，既存の尺度では患者の実状をとらえきれない可能性は否定できない．第２節では，痴呆QOL評価指標の更なる発展を目指すことが目的となる．本研究における患者のQOLの定義を明確にした上で，新たな痴呆QOL評価尺度を開発することとする．

第１節　痴呆QOLの定義と先行尺度の文献検討

Ⅰ．痴呆QOL評価尺度開発への背景状況

痴呆患者の増加に伴い，サービスプログラムや薬物が開発されるとともに，その介入効果測定の必要性から，痴呆患者のQOL（以下，痴呆QOLと略記する）に関する尺度化が進められてきた．その背景には，第１章でも用いたような，MMSE等の既存尺度では床効果のため，介入効果の判定には新たな尺度が必要となってきたという歴史がある（Albert, 1996）．床効果とは，尺度得点が０点となる対象者が多い場合，たとえ何らかの介入効果があったとしても，変化後の評価を含めて全て０点にとどまり，真の評価が得られない現象である．このような状況から，痴呆度によらない尺度が必要とされ（山本他，2000），海外では約20年前から痴呆QOLの尺度化がすすみ，個々の定義と指標に基づく痴呆QOL尺度が開発されてきた（Table 3-1-1）．

一方我が国においても，痴呆QOLに関する検討はここ10年である程度の蓄積があるものの，尺度開発はいまだ途上にある（山本 他，2000）．初期の研究では，既存のADLやBPSDにみる症状などをQOLとして定義した研究，これら症状以外の側面として人間関係に着目した研究，あるいは全体的な患者の満足度を１項目で把握しようと試みた研究などが多くみられる（e. g., 岸川・福居・小林・守谷・上田・村田・中嶋，1995；大友，1996；真田・高橋・佐藤，1996；斉藤，1996）．また中には岸川他（1995）のように，患者と家族を包括的にとらえ，家族介護者の困窮度が患者のQOLの一部として検討されているものもある．近年では，痴呆QOL評価尺度として我が国独自に開発されたものや，海外で開発された尺度の日本語版を検討したものが，いくつかみられる程度である（Table 3-1-2）．

Table 3-1-1
Dementia-specific QOL assessments in previous studies abroad

Authors	Year	Assessments	Subjects' dementia levels	Rater
① Teri & Lewinsohn	1982	Pleasant Activities Schedule (PAS)	軽度～重度	介護者からの報告
② DeJong, Osterlund, & Roy	1989	Progressive Deterioration Scale (PDS)	軽度～重度	介護者への面接
③ Hurley, Volicer, Hanrahan, et al.	1992	Discomfort Scale for Persons with Dementia of the Alzheimer's type (DS-DAT)	重度	介護者からの報告
④ Kitwood & Bredin	1994 (1992)	Dementia Care Mapping	軽度～重度	施設職員による観察
⑤ Lawton	1994	Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGCARS)	軽度～重度	患者への面接
⑥ Tappen & Barry	1995	The Dementia Mood Picture Test	重度	介護者 患者
⑦ Coons, Mace, & Weaverdyck	1996	Resident Behavior / Life-Quality Inventory	軽度～重度	施設職員による観察
⑧ Logsdon & Teri (Teri & Logsdon)	1997 (1991)	The Pleasant Events Schedule-AD (PES-AD)	軽度～中等度	介護者 患者
⑨ Brod, Stewart, Sands, & Walton	1999	Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)	軽度～中等度	患者への面接
⑩ Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri	1999	Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)	軽度～中等度	介護者 患者
⑪ Hurley, Volicer, Camberg, et al.	1999	Scale to Observe Agitation in Persons with Dementia (SOAPD)	重度	施設職員による観察
⑫ Lawton, Haitsma, Perkinson, & Ruckdeschel	1999	Apparent Affect Rating Scale (AARS)	軽度～重度	施設職員による観察
⑬ Rabins, Kasper, Kleinman, Black, et al.	1999	Alzheimer's Disease health-related Quality of Life (AD-HRQL)	軽度～重度	介護者への面接
⑭ Selai, Trimble, Rossor, & Harvey	2001	Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS)	軽度～中等度	介護者 患者

注）著者および発表年における（）は，改訂前の旧版を示すものである．

Table 3-1-2
Dementia-specific QOL assessments in previous studies in Japan

Authors	Year	Assessments	Subjects' dementia levels	Rater
① 中島・工藤・尾崎・芳賀	1992	生活健康スケール	軽度～重度	デイケアスタッフによる評価
② 阿部・山本・鎌田・山田	1998	痴呆性老人の生活の質尺度（AD-HRQL-J）	軽度～重度	施設職員による評価
③ 黒田・石津・寺田・田辺他	1999	痴呆性高齢者QOL評価票	軽度～重度	デイケアスタッフによる評価
④ 柿木・前田・中山・大植	2000	ゆたかさチェック（The Happy Check）	中等度～重度	施設職員による観察
⑤ 寺田・石津・藤沢・山本・藤田・山本	2001	痴呆性高齢者のQOL調査票	軽度～重度	施設職員による評価
⑥ Terada, Ishizu, Fujisawa, Fujita, et al.	2002	Quality of Life questionnaire for dementia（QOL-D）	軽度～重度	施設職員あるいは介護者からの報告

Ⅱ．先行研究にみる痴呆QOLの定義と指標

前述したように痴呆QOLに関する研究は，その定義に関するコンセンサスが得られないままにすすめられてきているのが現状である（Lawton, 1997）．その中で，多くの研究において踏襲されているのはLawton（1994）の定義であると考えられる．Lawton（1994）は，自身の一般高齢者のQOL研究における枠組みにそって，痴呆性老人のQOLを定義づけており，①ADL，認知機能，社会的行動，精神症状などの行動で示される活動能力，②物理的な居住環境や専門家による介護の質の評価などを含む生活環境，③幸福感などの主観的なQOL，④包括的な心理的well-being，の４領域を含む概念としている．これらの領域のどの側面を重視するのかは，研究者によって異なる．心理学的な見地からの研究に限れば，この４領域のうち①③④の領域に焦点をあてることになる．ここでは，主に先のTable 3-1-1における海外の尺度，そして Table 3-1-2 における日本国内の尺度について，それぞれのQOLの定義と指標，それにともなう評価方法に関する詳細を述べる．さらに，尺度作成

は行われていないものの，アウトカム指標としてQOLを扱った関連先行研究における，痴呆QOLの定義とその指標をふくめて現在の動向を述べることとする．

痴呆QOLを測定する尺度開発は，直接的に把握することのできる側面から患者のQOLをみようとする試みから始まり，様々な考察のもとに作成されてきた．①Teri & Lewinsohn (1982) は，53の具体的な活動内容について過去１ヶ月間の①活動頻度，②有効性，③過去・現在で楽しんでいるか，様々という３つの観点から評価を行うPleasant Activities Schedule (PAS) を作成した．

また②DeJong et al. (1989) は，アルツハイマー病によって患者のQOLがどのように影響されているかという介護者の受けとめ方について，介護者との面接結果から，①認知機能，②ADL，③IADL，④社会的不適切行動，⑤社会的活動性，⑥家族との会話，⑦趣味のための時間といった包括的概念をQOL指標として，27の評価項目からなるProgressive Deterioration Scale (PDS) を作成した．③Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, & Volicer (1992) は，重度の患者のQOLの指標として不快感情に焦点をあて，９項目からなるDiscomfort Scale for Persons with Dementia of the Alzheimer's type (DS-DAT) を作成した．これらの尺度では，介護者からみた患者の評価を測定するものであった．

一方1990年代前半には介護者の評価によらず，より客観的な手法として第三者である評価者が，患者の行動や様子を観察するという手法も用いられるようになる．④Kitwood & Bredin (1992) は，直接観察や患者との会話から，well-beingについて12の指標を見出し，①願望や意志の主張，②肯定的あるいは否定的感情の体験や表出，③social contact の導入，④愛情のこもった温かみ，⑤社会的安心，⑥自尊，⑦他者の受容，⑧ユーモア，⑨創造性や自己表出，⑩明確な喜びの表現，⑪役立つこと，⑫リラックスすることなどのQOL指標を見出している．そして，①他人との積極的な関わり，②消極的ではあるが社会的に巻き込まれている状態，③社会的に無関心な状態，④食行動への関心，⑤知的活動，⑥運動，⑦睡眠，といった活動の量と質を測定する尺度，Dementia Care Mappingを作成した．この尺度は，介護の質が患者のQOLを左右するという概念のもとに，評価者がより

患者の立場に近づき評価を行ったという意味で価値のある尺度であるといえる（Younger & Martin, 2000）.

また⑤Lawton（1994）は，評価者が患者との面接を行いビデオテープにより観察し，そのうえで一定の基準で評価を行うという独自の手法を取り入れた尺度作成を行った．すなわち①楽しみ（喜び），②怒り，③不安・恐怖，④抑うつ・悲哀（寂しさ），⑤関心（興味），⑥満足の６項目の感情をQOLの指標として，患者との20分の面接の結果，それぞれの気分の表出時間を５段階（全くなし，16秒未満，16～59秒，１～５分，５分以上，判定不能）で評価するPhiladelphia Geriatric Center Affect Rating Scale（PGCARS）を作成した．そしてこの尺度の簡易版に，Lawton, Haitsma, & Klapper（1996）のAffect Rating Scale（ARS）が開発されている．このような情緒や感情，表情にみる情緒変数をQOLとして扱った研究は，これらの研究以外にもみられる（e.g., Albert, Castillio-Castaneda, Sano, & Jacobs, 1996）．たとえば⑥Tappen & Barry（1995）は，重度患者を対象に①よい気分（good mood），②悪い気分（bad mood），③幸福感（happy），④悲哀（sad），⑤怒り（angry），⑥心配・恐れ（worried）の表情に対して単純な線描による顔（Allender & Kaszniak, 1989）を提示し，３件法で回答を求めるDementia Mood Picture Testを作成した.

⑦Coons, Mace, & Weaverdyck（1996）も，患者の行動や感情の観察を行い，それぞれについて①行動が皆無，②無目的あるいは不適切な行動，③攻撃的行動，④病気の徴候，⑤悲哀感・恐れ・不安などの表出，⑥機能的行動，⑦目的のある行動，⑧社会的活動に類似した活動，⑨仕事に関連した道具的行動，⑩レクリエーションに関連した行動，⑪社会的行動，⑫自発的行動の12カテゴリーから評価を行う，Resident Behavior / Life - Quality Inventoryを作成した．しかしこの尺度では，妥当性や信頼性の確認は行われていない.

そして1990年代後半から，観察という評価形式のみならず，痴呆患者は自分のQOLに関する評価を表現できないという前提を見直し，患者本人に直接尋ねる試みも始まる．⑧Logsdon & Teri（1997）は，痴呆性老人の行動能力に着目し，社会的活動能力の高いこと

がQOLに結びつくとして，彼らが一定の期間内にどの程度，外出やレクリエーションなどの社会的な活動に参加したかを把握する20項目からなる，Pleasant Events Schedule - AD（PES-AD）を開発した．この尺度の原版（Teri & Logsdon, 1991）では，53項目から評価していたが，Logsdon & Teri（1997）では統計的妥当性および信頼性の検討が行われている．またこの尺度は，一般高齢者における同様の尺度PES-Elderly（Teri & Lewinsohn, 1982）や，一般成人サンプルにおけるPleasant Events Schedule（PES; Lewinsohn & Talkington, 1979）からアルツハイマー患者に適当でない項目を除外して作成されたという背景がある．PES-ADの特色は，患者の考えを最大限に引き出すべく，家族と患者が同席し，双方に尋ねた上で評価を行う点である．

⑨Brod, Stewart, Sands, & Walton（1999）は，AD患者自身と介護者，ケアスタッフらへのグループインタビューを行い項目分析などを通して，①自尊感情（self-esteem），②肯定的情緒（positive affect）およびユーモア，③否定的情緒（negative affect），④所属感（feelings of belonging），⑤美的感覚（sense of aesthetics）の５つのサブスケールからなる29項目の尺度Dementia Quality of Life Instrument（DQOL）を開発した．そしてPES-ADと同様，患者と介護者双方に対して回答を求める形式で評価が行われている．

⑩Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri（1999）は，痴呆QOLに対して，身体的健康や気分，記憶機能，生活状況，物事を楽しむ能力などの包括的な概念を適用したうえで，13項目からなるQuality of Life in Alzheimer's Disease（QOL - AD）を開発し，患者と介護者双方に対して評価を求めた．内的一貫性や再検査信頼性も確認されており，この尺度得点の高いことは，患者のうつ症状が少なく，また日常生活上の自立度も高いことと相関していたとしている．

このように患者自身の評価を求めるという手法が使われるようになったが，この手法には重症度の高い痴呆患者への適用に限界を伴っていることから，やはり患者の行動を観察するという手法が根強く用いられているのも事実である．⑪Hurley et al.（1999）は，

患者の行動にみる心理的well-beingをQOL指標として設定し，特に不穏状態（agitation）をアウトカム指標として用いている．そして①１つの場所からの全体的な身体の動き，②上下運動，③一所での繰り返し運動，④外へ向かう動き，⑤せかせかしたあるいは騒がしい感じ，⑥同じ言葉を繰り返す行為，⑦否定的言語の発語の７項目からなる，Scale for Observation of Agitation in Persons with DAT（SOAPD）を作成した．⑫Lawton, Haitsma, Perkinson, & Ruckdeschel（1999）は，患者の施設内での感情状態を，施設職員の観察によって把握するApparent Affect Rating Scale（AARS）を作成した．しかしそこでは評価者間信頼性および妥当性の低さから，感情の観察評価という手法に対して，評価者側の訓練を多大に要するという問題が伴う．

このような手法上の問題から，介護者からの情報を主体として患者のQOLをとらえる試みも，継続して行われているのも事実である．⑬Rabins, Kasper, Kleinman, Black, & Patrick（1999）は，アルツハイマー病患者の介護者やケアスタッフらへのグループインタビューから，患者の健康関連QOLを，①社会的交流，②自己の気づき（awareness of self），③感情と気分（feelings and mood），④活動の楽しみ，⑤周囲への反応（response to surrounding）の５つの概念から構成されるとして，２件法48項目から評価するAlzheimer's Disease-Related Quality of Life（ADRQL）を開発している．この尺度は，Lawton（1994）の枠組みにとらわれず健康関連QOLとして痴呆QOLを包括的にとらえた結果見出された指標が用いられており，今後痴呆QOLを検討するうえで重要な指標となる可能性があると考えられる．しかしこのような流れの一方で，⑭ Selai, Trimble, Rossor, & Harvey（2001）のように，包括的概念をQOLとして適用する研究もある．すなわち，アルツハイマー患者の生活領域を，①身体，②心理，③社会・家族，④日常活動（daily activities），⑤認知の５領域をQOLの指標として検討し，Quality of Life Assessment Schedule（QOLAS）が作成されている．

海外における研究の概要は以上のようであるが，国内においては，当初痴呆QOLという考え方自体が存在していなかった．しかし欧米の動向から約10年遅ればせながら，尺度作成の試みが行われてきつつある．①中島他（1992）は，我が国における痴呆性老人を対象

としたQOL関連の調査としては非常に初期のものであるが，その中で，デイケア参加中の痴呆性老人の生活健康度をQOL指標とし，デイケアのスタッフが参加者の様子を20項目で評価する，生活健康スケールを作成した．この後しばらくは先述のように，ADLやBPSDが患者のQOL指標として用いられたり，満足度という単一項目がQOL指標としてあつかわれ，特に尺度作成は行われない時期が続く．

そしてここ５年間で国内でも，いくつかの研究グループを中心に尺度作成の試みがなされるようになる．その手始めに海外の尺度を翻訳するという形式で，②阿部他（1998）によって，先にふれたRabins et al.（1999）の日本語版AD-HRQL-Jが作成された．しかしこの尺度では，先の項目で用いられている行為や表情の多様性に関して，文化的な差異の問題や，信頼性・妥当性に問題があることが指摘されている．そこで③黒田他（1999）は，AD-HRQL-Jの項目をもとに，環境と人権に関する項目を加え，①健康，②環境，③尊厳，人権，自由，の下位尺度からなる計58項目の痴呆性高齢者QOL評価票を作成した．これらの痴呆QOLに関する定義においては，包括的な健康関連QOLとして位置づけられていることがうかがえる．

一方，④柿木他（2000）は，患者の満足度，幸福感を痴呆QOLの定義としたうえで，施設高齢者を対象に，①会話，②表情，③身のまわり，④食事，⑤活動行事，の５領域における身体的表出を観察し評価するThe Happy Checkを作成している．

その後，黒田他（1999）のグループでは，⑤寺田他（2001）が，患者の包括的な健康関連QOL尺度として，①陽性の感情や社会的交流に関する項目，②自己の認識・主張，③活動の楽しみ，④感情と気分，⑤周囲との関係に関する60項目，その他に環境関連QOL尺度に関する20項目，尊厳・人権・自由関連QOL尺度に関する20項目，計100項目からなる痴呆性高齢者のQOL評価票を作成した．そして⑥Terada et al.（2002）は，寺田他（2001）と同様の定義に基づいて，①陽性感情，②陰性感情と陰性行動，③コミュニケーション能力，④落ち着きの無さ，⑤他者への愛着，⑥自発性と活動性，計31項目についてその頻度を４件法で介護者に回答を求める，Quality of life Questionnaire for the Dementia（QOL-D）を

開発している．

以上，海外と国内の痴呆QOL尺度開発における定義と指標を概観してきた．これら以外の先行研究においても，尺度作成は行われていないが，QOLをアウトカム指標で用いている研究は少なくない．たとえば社会的活動能力に重点をおいた研究として，Albert et al.（1996）が挙げられる．そこでは，活動への高い参加頻度やその時に観察された肯定的感情を，高いQOLの指標として定義している．また，Younger & Martin（2000）も，活動への参加態度や社会的な関わりの量をQOLの指標としている．一方心理的well-beingに焦点をあてた研究では，たとえばAlexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian（1988）やSunderland, Alterman, Yount, Hill, Tariot, Newhouse, Mueller, Mellow, & Cohen（1988）は，抑うつ気分をQOLの指標としている．またVolicer, Camberg, Hurley, Ashley, Woods, Ooi, & McIntyre（1999）は，重度患者のQOL指標として心理的well-beingを用い，一般高齢者用の情緒尺度など既存の様々な尺度項目による評価基準をもとに，外界との関わりをもとうとするか，幸せそうに見えるか，落ち着いているか，といった指標を見出している．Camberg, Woods, Ooi, Hurley, Volicer, Ashley, Odenheimer, & McIntyre（1999）も，先述のSOAPD尺度および Positive Affect Rating Scale や Visual Analog Scaleなど，複数の気分測定尺度を用いて患者のwell-beingを測定しており，我が国の研究においても，片岡・千浦・森本・寺尾（2002）のように，表情のゆたかさをQOLの指標ととらえたものがある．

Ⅲ．痴呆QOL評価尺度開発における課題

ここまで先行研究における痴呆QOLを概観してきたが，既存の尺度および各研究者の，痴呆性老人のQOLをめぐる概念化は，研究者により様々であることが明らかとなった．そのなかで尺度開発の際に考慮されなければならない点として，以下の２点が浮き彫りにされたと考えられる．すなわち①痴呆QOLに対する定義上の問題，②評価方法および適用対象の問題であり，ここでは今後の尺度開発に向けてその課題を検討することとする．

1. 定義上の問題

既存の尺度および各研究者の痴呆患者のQOLをめぐる概念化は，研究者により様々であるが，大きく分類すれば以下の３つに代表される．第一に，健康関連QOLとして，従来の一般高齢者のQOL概念と同様に，認知機能やADLを含むとするものがある．第二に，患者の行動や社会的活動など，活動能力に限定されたものが挙げられる．第三に，気分や感情状態など，患者の心理的well-beingとしてあつかわれているものがある．後者２つの概念については，研究によっては混在しているものもあり，一概にその分類は明確でないかもしれないが，概ねこのように理解してよいだろう．

近年の研究では，QOLの指標の一つとして認知機能やADLといったものを含むことは不適切であるという論（本間，　2000）に対して，徐々に同意が得られつつあり，QOL尺度の作成においても考慮されるようになってきている．これは，何らかの環境変化や介入によって，患者のQOLに影響を与えうることが現象学的に示されてきたが（e.g.，　Gwyther, 1997; Kitwood & Bredin, 1992; Parse, 1996; Quayhagen & Quayhagen, 1996; Ronch, 1996），一時的に認知機能やADLで示される身体機能が改善されることはあっても，長期的にみれば経過は進行性であり非可逆的であることが明確になってきたため，疾病の進行の影響を受けない尺度が必要とされている現状があるからであろう．よってBrod et al.（1999）も述べているように，痴呆疾患自体が従来のQOL領域の全てに対して悪影響を与えており，その影響は多次元であることから，痴呆QOLに関する定義を再検討する必要がある．

このような動向に従えば，DeJong et al.（1989）で，認知機能がQOLの指標として含まれていること，また痴呆の重症度を評価するための尺度が，妥当性の基準として用いられていることは，痴呆QOLを測定するにあたっては妥当ではないと考えられる．また，患者のQOLが痴呆の重症度を反映していることを根拠に，尺度として有用性があるとする立場もあるが（e. g.，阿部他，1998；本多・吉山・渡邊・角田・旭，2001），これらの定義をうたった尺度は，不適切であるかもしれない．また，活動能力のみをQOLの指標とした

ものでは，Teri & Lewinsohn (1982) および Teri & Logsdon (1991) , Logsdon & Teri (1997) などが挙げられるが，そこでは測定された各種の活動に参加できなくなった時点が，QOLのエンドポイントとされている．すなわち，いわゆる床効果の問題が解決されていないことになる．したがってこの定義にもとづいた尺度においても，認知機能の低下をまぬがれない痴呆患者にとってはその重症度を反映しやすく，適切でないと考えられる．

では，疾病の進行の影響を受けない痴呆QOLの定義とはどのようであるべきなのだろうか．Kitwood & Bredin (1992) は，認知的障害のレベルとは独立したものとして患者のwell-beingを挙げ，「認知テストでのスコアが０である者にもなお人として完全なようである」(Kitwood & Bredin, 1992, pp.280) と述べている．このことは，痴呆QOLに対して心理的well-beingの定義を適用することによる，痴呆進行の影響の統制可能性を示唆しているものと思われる．また近年の研究動向をみても，情緒や気分などを指標とした尺度が多く，今後の尺度開発においては，患者の心理的well-beingを痴呆QOLの定義として考えることが，現段階では最適であると考えられる．

2. 評価方法および適用対象の問題

痴呆QOLを考える場合，もっとも問題となるのが評価方法上の限界であろう．患者自身がQOLを評価することはできないという前提のもとで，多くの研究が行われてきており，特に尺度開発の始まった初期には，主に本人に代わる周囲の者，家族介護者による評価が主たる手段であった．そして次第にケアスタッフや施設職員などの第三者が，一定の基準で直接またはビデオテープによる観察から評価を行うようになった．

介護者自身による評価については，先にも述べたように，介護者の精神健康や負担度による回答へのバイアスがあることから，適切な評価方法とはいえないことは予測できる．また後者に関しては，まず直接観察法の場合，客観的評価を得るためには複数の評価者が必要であり，評価者間相関が得られにくく信頼性が低くなりやすいという問題がある．またビデオテープによる評価では，時間とコストが多大にかかること，また患者の人権問題といった倫理的な問題も生じやすいことなどの問題が予測される．

一方，上記のような前提を見直し，患者本人に直接的に尋ねる試みが近年増加してきている（e. g., Brod et al., 1999; Selai et al., 2001）．そこでは，軽度から中等度痴呆の患者にインタビューを行い，ある程度の信頼性が得られているとの報告がなされている．この評価方法は，QOL本来の主観を導き出すという概念上，理にかなった方法であると考えられる．しかしその一方で，中等度から重度患者に対して適用することによる信頼性の限界など，新たな問題も考慮する必要があるだろう．たとえば Tappen & Barry（1995）は，重度の患者に対して直接，単純な線描による顔を提示しその気分を尋ねた結果，信頼性のある評価方法であると結論づけているが，このような重度患者にも理解できるような方法を用いることも検討しなければならない．

したがって評価方法に関しては，できる限り客観的に患者の主観をとらえるという意味で，患者の観察あるいは，第三者による一定の基準にもとづいた評価，患者への直接面接，いずれの方法においても一長一短があるというのが実状のようである．

さらに，評価に際して考慮しなければならないのは評価場面である．これまで，デイケアや社会的活動場面（Albert et al., 1996），評価者との面接場面（Lawton, 1994）など，一場面に限定した知見がみられるが，日常の介護や関わりを通した評価を得るのが望ましい（柿木他，2000）．このことは，重症度の高い患者のQOLを考える場合，いわゆる床効果のない尺度を作成する上でも重要である（山本他，2000）．また，痴呆患者の7割以上が家庭で生活しその家族が介護を行っている現状がある（厚生統計協会，1998）．したがって，施設居住者の場合を除けば，患者の日常生活場面全般，つまり家庭での状況も含めた評価が必要となるであろう．

Ⅳ．まとめと今後の展望

本節では先行研究を概観し，痴呆QOL評価尺度に求められる課題を検討してきたが，いまだ尺度開発はその途上にあるり，今後はより洗練された尺度が必要となっていることが示唆された．特に痴呆QOLの定義に関しては，包括的な健康関連QOLとして検討するべきか，

心理的well-beingとして検討するべきか，意見の分かれるところであろう．いずれにせよ，このような定義上の問題や方法論上の課題に対する議論が十分でない現状においては，様々な価値観を前提とした複数の尺度が作成されるべきであり，利用目的にかなう尺度を利用者が選択できるようにすることが望ましいとの意見もある（Selai et al., 2001）．しかしその一方で，患者や家族への介入を行うにあたって，その効果を実証するための精度の高い尺度開発が求められているのも事実である．今後は，さらなる痴呆疾患特定QOL尺度の開発が望まれる．

第２節　痴呆QOL評価尺度の開発

Ⅰ．緒言

第１節では，痴呆患者のQOLに関する先行研究を概観することにより，痴呆患者にとってのQOLとは何かという基本的な考察と，それをふまえた指標の開発・検討の中で各研究が抱えている課題を指摘した．今後，痴呆患者のQOL向上をめざすためには，患者に対するサービスや治療の提供による介入効果の判定を行う際に，信頼性のある尺度を開発することが不可欠である．

また先述のように，痴呆患者におけるQOL（痴呆QOL）の概念の中には，認知機能や日常生活動作能力（ADL），活動性，行動能力等を含む研究が多く見受けられる（DeJong et al., 1995; 岸川他, 1995; Logsdon & Teri, 1997; 真田他, 1996; Selai et al., 2001; Teri & Lewinsohn, 1982; Teri & Logsdon, 1991）．さらに，患者のQOLが痴呆の重症度を反映していることを根拠に，尺度として有用性があるとする研究もある（阿部他, 1998; 本多他, 2001）．

しかし特にアルツハイマー型痴呆患者に関しては，認知機能や身体機能の長期的な経過が非可逆的であるという特性を考慮した，疾病特定QOLの観点が必要であると言われる（Rabins & Kasper, 1997）．また疾病が進行しても，なお感情機能は比較的残存するという臨床経過の特徴も考慮に入れる必要がある（本間, 2000）．これらのことから，痴呆QOLは認知機能や身体機能を含有しない心理的well-beingとして検討するのが適切であるといえる．

そこで本研究では，痴呆QOLを心理的well-beingとしてとらえ，先行研究における評価上の問題を検討した上で，在宅患者に適用できる客観的痴呆QOL評価尺度の開発を目的とする．

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

調査は，近畿圏の大学病院もの忘れ外来に通院するアルツハイマー型痴呆と診断された，在宅患者とその家族に対して，各々著者が半構造化面接法を用いて行った．面接は，診察時の待ち時間あるいは診察時に，診療の一環として外来診察室で行った．調査期間は2002年１月から５月であった．

対象患者は，男性19名，女性37名の計56名で，平均年齢は，75.30±8.41歳であった．またこのうち32名は，主介護者との続柄が配偶者であった．なお分析では，面接時に身体の不調などにより，心理検査の実施が不可能であった患者を除く51名を対象とした．

2．調査項目

2-1．N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

主家族介護者に対し，N-ADL（小林他，　1988）を用いて患者の日常生活動作能力の判定を行った．この尺度の詳細および手続きは，第２章第１節で既述したとおりである．

2-2．Mini - Mental State Examination

患者に対する心理検査では，認知機能障害の評価として，MMSE（Folstein　et　al.，1975）を用いた．この尺度の詳細および手続きは，第２章第１節で既述したとおりである．

2-3．Dementia Happy Check

患者のQOL評価のため，精神科医および臨床心理士がDementia Happy Check（DHC）を用いた面接により，患者の状態評価を行った．

DHC作成にあたっては，まず豊かさチェック施設患者版（柿木他，　2000）から，患者の心理的well-beingの指標を検討するのに妥当と思われる７項目（会話量・会話表現・表情の変化・表情の明るさ・身振り・身辺の関心・活動への参加態度）を選択した．そして各内容を在宅患者に適用できるよう改訂した上で，精神科医および臨床心理士らによる充分

な検討を行った．その際，「会話量」においては，患者の同じ話題を繰り返す特性を考慮に入れた上で内容を改訂し，「会話の様子」に変更された．また「身振り」と「身辺の関心」については，在宅患者が適用対象であることを考慮に入れ，内容を再検討した結果，それぞれ「立ち居振る舞い」と「身だしなみへの関心」に変更された．

各項目における得点基準としては，柿木他（2000）を参考に，まず「適応の様子が全くない状態」を０点，「適応の様子が十分にある状態」を10点とし，各々得点間隔が均等になるよう内容を考慮した上で６段階に分類した．そして各段階毎に０・２・４・６・８・10点を与え，また各段階の中間の状態であると判断された場合には，中間の奇数を得点とした．

このようにして得られた判定基準に基づいて，患者の最近一週間の平均的な様子を尋ねる．すなわち，各項目に対して11件法（０～10点）で評価を行い，いずれも高得点であるほどその心理的well-beingが高いことを示す．

なお評価者間信頼性を検討するため，同一の対象者に対して，臨床心理士１名と精神科医１名が各々評価を行った．さらに再検査信頼性の評価のため，１カ月後に同対象者に対して同評価者が再度評価を行った．

2-4. Center for Epidemiological Studies Depression Scale 11項目版

DHCの基準関連妥当性を検討するため，Center for Epidemiological Studies Depression Scale（CES-D）（Radloff, 1977）を用いた．まず患者に対して，臨床心理士がCES-D11を用いた個別面接を行った．さらに家族に対して，患者の評価信頼性を補う目的で，家族からみた患者の様子を尋ねた．

CES-Dは抑うつを測定する評価尺度で20項目からなり，心理的well-beingの測定尺度の一つとして様々な研究が行われている．日本においても文化的な違いを考慮した研究があり（矢富, Liang, Krause, & Akiyama, 1993），その妥当性と信頼性には定評がある（島・鹿野・北村・浅井, 1985）．本調査では対象者の負担を考慮に入れ，11項目短縮版を用いた．

各項目について，この1週間にどの程度あったかを「１週間に全くないか，あったとしても１日も続かない」「週のうち１～２日」「週のうち３～４日」「週のうち５日以上」の４件法（順に，０～３点）で回答を求める．総合得点で評価し，得点範囲は０～33点である．高得点であるほど抑うつの度合が高いことを示す．

2-5. Positive and Negative Affect Scale

CES-Dと同様，DHCの基準関連妥当性検討のため，Positive and Negative Affect Scale (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) を並行して用いた．

PANASは肯定的情緒と否定的情緒を測定する評価尺度で，20項目からなる．本調査では，このうち肯定的情緒10項目のみを使用した．

各項目について，この１週間どの程度あったかを「１週間に全くないか，あったとしても１日も続かない」「週のうち１～２日」「週のうち３～４日」「週のうち５～６日」「１週間ずっと」の５件法（順に，１～５点）で回答を求める．総合得点で評価し，得点範囲は10～50点である．高得点であるほど肯定的情緒が高いことを示す．

3. 分析

統計解析には，SPSS10.0J (SPSS Inc., 2000) とSEFA2001 (Kano & Harada, 2000) のソフトウェアパッケージを用いた．

Ⅲ. 結果

1. DHCの項目分析

まず全項目間の相関分析を行った（Table 3-2-1）．ここで「会話表現」項目については，「会話の様子」項目との間に高い相関があることから，共線性の問題を避けるため削除した．次に残りの６項目に対して１因子構造を想定し，尺度を構成するのにより妥当な項目を選択するため，ステップワイズ因子分析（Kano & Harada, 2000）を行った．項目

の選択は，適合度（χ^2値，GFI，AGFI，CFI，RMSEA）に基づいて行った．その結果，「表情の明るさ」が削除され，５項目が採択された（Table　3-2-2）．この５項目に対してCronbachのα係数を求めたところ，α=.83であった．

よって，選択された５項目について，その合計をQOL得点（得点範囲は０～50点）として算出することは妥当であると判断された．各項目における評価の基準内容は，Table 3-2-3のとおりである．

Table 3-2-1
Correlations among DHC variables

	X2	X3	X4	X5	X6	X7	Mean (SD)
X1 会話の様子	.81***	.56***	.43**	.63***	.66***	.46***	7.89 (2.83)
X2 会話表現	—	.63***	.53***	.70***	.56***	.37**	7.43 (2.12)
X3 表情の変化		—	.62***	.54***	.49***	.26	6.45 (2.12)
X4 表情の明るさ			—	.51***	.38**	.20	6.88 (2.38)
X5 立ち居振る舞い				—	.54***	.48***	5.77 (2.51)
X6 身だしなみへの関心					—	.40**	7.96 (2.76)
X7 活動への参加態度						—	7.48 (2.22)

***p <.001　**p <.01　*p <.05

Table 3-2-2
Items and factor loadings of DHC

Items	Loadings
会話の様子	.86
立ち居振る舞い	.76
身だしなみの関心	.75
表情の変化	.66
活動への参加態度	.54

Fit Index：$\chi^2(5)$=3.06, p=.69; GFI=.98; AGFI=.94; CFI=1.00; RMSEA=.00

Table 3-2-3
The assessment of Dementia Happy Check

評価A	表情の変化	評価B	会話の様子
0 点	・話しかけたりして刺激しても，ほとんど表情を変えない	0 点	・全く話さない ・話しかけても，返事をしない
2 点	・他者から見て，快・不快が，何とか判る	2 点	・ほとんど話さない ・話しかければ返事をするが，誘導しても会話を続けようとしない
4 点	・誘導の仕方によっては，喜怒哀楽が何とか判る	4 点	・上手に誘導すれば，話を続ける ・自分から話をしたとしても，話題が限られている，あるいは同じ事を繰り返し語る
6 点	・喜怒哀楽など単純な表情であれば，誘導しなくてもハッキリと判る	6 点	・こちらが話題を提供すれば，それに合わせ話し出す ・それなりに話を合わせられ，誘導の必要はない
8 点	・複雑な気持ちまで，何とか伝わる	8 点	・挨拶などの刺激で，自ずから，話を切り出す ・相手，時間，状況によっては，よく話している
10 点	・表情豊かで，素直に自然な感情を示す ・微妙なところまで，表情を使い分ける	10 点	・家族がそばを通ったりすると，自分から声をかけ，そのまま会話に入る ・よく家族や知人と会話していたりその姿を見かける

評価C	立ち居振る舞い	評価D	身だしなみへの関心
0 点	・自分の意志の表出は全くない ・常にじっとして下を向いており，何かに対して興味を示すことはまずない	0 点	・便など明らかな汚物を指摘されても全く気にしない ・家族が身だしなみを整えても，他のことをしたり，嫌がる
2 点	・自分の意志はあまりない ・全体に暗い雰囲気があり，歩いたり座ったりしている姿勢など，生気がない	2 点	・便など明らかな汚物は，自分で何とかしようとする ・外出時など身だしなみを指摘されても，関心を示さず，家族が整えてもあまり意に介した様子がない
4 点	・何かを尋ねられたりすると，意志を伝えようとするが，積極的に何らかの関わりを自ら持とうとすることはない	4 点	・外出時など身だしなみを指摘されても，関心は示さないが，家族が整えると感謝等の様子がみられる
6 点	・時々自ら意志を表現する ・何らかの興味をもって，多少自ら他者に対して関わりを持とうとする	6 点	・外出時など身だしなみを指摘されれば，関心を示し，多少は身だしなみを整えようとする様子がある
8 点	・自ら積極的な関わりを持とうとし，自然に手や体が動く ・立ち居振る舞いをみると，自然な感じである	8 点	・自ら，衣服，頭髪，洗面等，最低限の身だしなみを整えようとする
10 点	・手を叩いて喜んだり相手にスキンシップを用いる ・立ち居振る舞いには，生き生きとした感じがある	10 点	・髪型や化粧など，自分をよりきれいに美しく見せようとする

チェック	活動内容	評価E	活動への参加態度
□	・デイサービスやホームヘルプサービスでの活動 （週　　回）	0 点	・勧誘しても全く無関心で，他のことをしたり，ウロウロしたり，昼寝などをしている
□	・通院やリハビリ活動	2 点	・連れられて（呼ばれて機械的に）参加しても，動かず話もせず，興味が感じられない
□	・普段の外出や散歩	4 点	・連れられて（呼ばれて機械的に）参加し，家族に言われ，最低限のことは行う
□	・家庭での日課や家事，買い物 ・近隣や友人とのつき合い，趣味　等	6 点	・連れられて（呼ばれて機械的に）参加するが，参加してしまえば，積極的に楽しんでいる ・仕事は手助けがあっても嫌々している
□	・報酬のある仕事	8 点	・自主的ではないが，活動を伝えると，うれしそうに参加する ・仕事は一人で何とかするが嫌々または義務的である
□	・その他 （　　）	10 点	・自ら率先して参加しようとする意志を示す ・仕事や趣味は積極的に楽しんでいる

3. DHCの信頼性の検討

DHCの評価者間信頼性と再検査信頼性を検討するため，測定可能であった対象者のみについて，各項目ごとにそれぞれ，評価者間および第一回測定値と第二回測定値の相関分析を行った（Table　3-2-4）．その結果，全ての項目得点および合計点における両測定値間に，高い正の相関が認められた．なお再検査信頼性の分析には，１カ月の間に何らかの身体的精神的不調があった者を除外した．

Table 3-2-4
Correlations of Inter-rater and Test-retest DHC scores

	Inter-rater (n = 20)	**Test-retest** (n = 21)
会話の様子	.94 ***	.86 ***
表情の変化	.95 ***	.84 ***
立ち居振る舞い	.97 ***	.71 **
身だしなみへの関心	.99 ***	.72 **
活動への参加態度	.94 ***	.70 **
DHC合計	.99 ***	.94 ***

***p <.001,　**p <.01

4. DHCの妥当性の検討

DHCの基準関連妥当性を調べるため，QOL得点と患者が評価したCES-D得点，および家族が評価した患者のCES-D得点とPANASの肯定的情緒得点との相関分析を行った（Table 3-2-5）．その結果，DHCによるQOL得点は，患者のCES-D得点とは有意な負の相関がみられたが，家族が評価したCES-D得点と肯定的情緒得点とは有意な相関がみられなかった．なお，CES-Dに対する患者の回答の信頼性を考慮し，痴呆重症度の高い（MMSE=10点以下）患者を除く38名を本分析の対象とした．

同一患者に対する主観評価と客観評価を比較検討するため，CES-D得点に対して対応のあるt検定を行ったところ，有意な差は見られなかった（$t(37)=-1.96$, $p>.05$）．

Table 3-2-5
Correlations between DHC scores and affective variables (n=38)

	CES-D/ P	CES-D/ C	P A	Mean (SD)
DHC	−.43**	−.26	.21	37.97 (6.31)
CES-D / patients	—	.28	−.11	7.07 (3.90)
CES-D / caregivers		—	−.17	8.96 (4.38)
Positive affect			—	18.08 (6.40)

**p <.01

ここで，患者の回答の信頼性が低いと判断された，重症度の高い患者（13名）についても，家族からのCES-DおよびPANASの肯定的情緒による客観評価とDHCによるQOL得点の関連に関して検討を加えた．すなわち，各変数間の相関係数に関して，重症度の高い群とそうでない群の両群間の相等性の検討を，Z変換を用いて行った結果，｜Z｜＝0.29および0.74となり，二群に有意な差は見られなかった．

5. 患者の痴呆状態とQOLの関連

患者の痴呆状態とQOL得点との関連を検討するため，ADLと認知機能，およびQOL得点の相関分析を行った（Table 3-2-6）．その結果，全ての変数間に高い正の相関がみられた．特にQOL得点とADLは非常に相関が高く，DHCによる評価ではADLの影響を強く受けることが示された．

そこで，さらに中核症状である認知機能低下との関連を検討するため，ADLを統制した上で認知機能とQOL得点の偏相関分析を行った（Table　3-2-6）．その結果，QOL得点と認知機能との間に有意な相関はみられなかった．

Table 3-2-6
Correlations between dementia variables and DHC scores

	ADL	cognitive levels	QOL	Means(SD)
ADL	—	.57***	.79***	43.06(9.50)
cognitive levels		—	.57***	16.73(7.29)
QOL	*controlling*	.22	—	35.55(9.74)

***p <.001

Ⅳ．考察

1．痴呆QOL評価尺度としてのDHCの有用性

本研究では痴呆QOLの評価尺度としてDHCを作成した．本尺度は，まずα係数が高いことから，十分な内的一貫性をもっていると判断された．また再検査信頼性および評価者間信頼性についても高い相関が示され，使用にあたって十分な安定性があると判断された．したがって，DHCは非常に信頼性の高い得点を検出できると言えよう．また基準関連妥当性として，DHCと抑うつの関連を検討したところ適度な負の相関が示された．抑うつは，痴呆患者のQOLを検討する際に，その指標として使用されてきている（Alexopoulos et al., 1988; Sunderland et al., 1988）．また本論第２章においても患者の抑うつ的な心理的適応状況が明らかにされていたことと併せて考慮すれば，本尺度は妥当性の高いものであると考えられる．

本研究の対象者における痴呆状態を検討したところ，ADLと認知機能はある程度高い正の相関が認められた．すなわちアルツハイマー型痴呆患者の特性として，認知機能の低下とともに，ADLもある程度低下してゆくことが推察された．DHCを作成するにあたっては，このような患者の特性を考慮した疾病特定QOLの観点を重視した．そこで，DHCによるQOL得点と，ADLおよび認知機能レベルとの相関を検討したところ，有意な相関がみられた．これらの結果は，痴呆が進行し終末期に近づけば，QOLの低下はある程度避けられないことを示唆していると考えられる．しかし，QOL得点に対するADLの影響を統制し再分析したところ，QOL得点と認知機能レベルとの相関は有意でなかった．この結果から，DHCによるQOL得点は，アルツハイマー型痴呆における中核症状としての認知機能低下の影響を，ほとんど受けないことが実証されたと言ってよいだろう．したがって本尺度は，認知機能低下が進行性であるこの疾患をもつ患者のQOLを測定する上で，非常に有効なものであると思われる．

このような痴呆QOL評価尺度の有用性の一基準として，床効果がないことが求められる．このことは，重度痴呆患者のQOLを考える場合特に重要となる（山本他，　2000）．先行研

究の中には The Pleasant Events Schedule - AD (Logsdon & Teri, 1997; Teri & Logsdon, 1991) のように，活動参加ができなくなった時点をエンドポイントとし，重度痴呆患者については評価できないという問題を抱える尺度もある．そこでDHC作成にあたっては，０点つまりエンドポイントとして，ほぼ植物状態を想定した．実際，本研究におけるMMSEが10点以下の患者では，QOLの平均得点は27.18±10.34点であった．この結果からDHCは，痴呆が進行した患者に対しても，QOL判定として床効果がなく十分使用可能であると考えられる．

2. 心理的well-beingとしての痴呆QOL

痴呆QOL評価尺度作成にあたって，その指標の適切性を検討する必要がある．本研究では分析の結果，会話の様子・表情の変化・立ち居振る舞い・身だしなみへの関心・活動への参加態度の５項目が選択された．心理的well-beingの観点からみた先行研究における指標には，活動への参加態度（柿木他，2000; Rabins & Kasper, 1997），表情や気分の状態（柿木他，2000; Lawton, 1994; Rabins et al., 1999），社会的交流，自己の気づき，周囲への反応（柿木他，2000; Rabins et al., 1999），さらには自尊感情，集団への所属感，美しさの感覚（Brod et al, 1999）などが挙げられる．つまりこれらは，いずれも他者との関わりにおける患者の適応について検討されているといえる．Hall & Buckwalter (1987) によると，痴呆患者の場合，環境が適応能力の低下した患者に合わせることによって，個人と環境の均衡のとれた関係を築くことができる．したがって，これらの適応状況からみる心理的well-beingを検討することにより，環境と均衡のとれた患者の安寧を測定することが可能であると言ってよいだろう．

このような環境をとらえる上で，その評価場面を考慮に入れることは重要である．これまでデイケアや社会的活動場面（Albert et al., 1996），評価者との面接場面（Lawton, 1994）など，一場面に限定した知見が多くみられる．しかし，日常の介護やかかわりを通した評価を得るのが望ましいとの指摘がある（柿木他，2000）．これらのことからDHCは，患者の日常生活場面全般における評価を求めているという点で，心理的well-beingを的確

にとらえていると考えられる．

ここで，削除された項目について検討すると，まず「会話の様子」との相関が非常に高かった「会話表現」については，積極的な会話が増えれば会話中の感情表現についても豊かになってくるのは，容易に想像できる．次に「表情の明るさ」に関しては，「活動への参加態度」との相関がほとんどみられなかったことから，因子構造に対して適切な項目でなかったものと考えられる．このことは，表情の明るさ自体が，特に活動の自主性や意欲に関係するものとはいえないことを意味している．患者に物事への関心がまったく無くなっても，多幸で屈託のない様子であるのは臨床的にも経験することであり，首肯できる結果と考えられる．

3. 痴呆QOLにおける主観

痴呆QOLの評価にあたっては，患者自身の主観をいかに扱うべきかが問題となる．痴呆は主観的評価に必要とされる記銘力や認知機能の障害が中核をなす疾患であり，そのため本人に認知されたQOLの測定がきわめて困難であると考えられてきた（Rabins, 1996）．したがって，介護者やケアスタッフによる推論や観察から評価される傾向にあり（Albert et al., 1996; DeJong et al., 1989; Rabins et al., 1999），QOLを評価される本人の視点が無視されてきた（Cotrell & Schulz, 1993）．その一方，患者自身の評価と周囲の者による評価は必ずしも一致しないことから，患者に対して直接面接を行うといった方法も見直されつつある（Brod et al., 1999; Selai et al., 2001; Tappen & Barry, 1995）．しかし両評価法ともに一長一短があるのが実情であり（山本他, 2000），評価対象者の特性を考慮した上で，主観的なQOLをある程度客観的に評価できることが求められている（柿木他, 2000）．

今回本尺度では，家族からみた感情評価とは相関が認められなかったが，患者の抑うつ感との相関が有意にみられた．この結果から，QOLという概念を考える上で，DHCは主観が反映されるべきであるというニーズを満たした尺度であると言えるだろう．先行研究においては，痴呆患者自身と周囲の者による抑うつ得点には相関がみられず，周囲の者の方が

当人より抑うつ的な症状を多く報告する傾向があるという（Hickey & Bourgeois, 1999）．この意味で，家族などの代理者と患者自身のアセスメントを混同するべきではないとする指摘がある（O'Boyle, 1993）．本研究でも，患者の報告と家族の報告の差異を検討した結果，５％水準では有意でなかったものの，若干家族の方が抑うつ傾向を多く報告していた．これらの結果は，これまで無視されがちであった患者の主観的な部分と，家族の評定によるQOL評価といった手法に対して，さらなる検討の必要性を示すものと考えられる．

ここで，DHCにおける重度痴呆患者の主観の位置づけについて考察を加える．一般に，重度痴呆患者に関しては，その主観的評価において信頼性が問題となることは当然である．そのため本分析中では，重症度の高い患者の主観的well-beingは用いなかったが，重度痴呆群と中軽度痴呆群で，家族からのCES-DおよびPANASの肯定的情緒による客観評価と，DHCによるQOL得点との相関関係には差が認められなかった．この結果は，DHCによる評価と既存の尺度による評価との相関の安定性を示しており，痴呆の重症度による影響を受けないことを意味する．このことから，重度痴呆患者においても，家族からの聴取によるDHCの評価結果には，患者の主観が反映されていたと考えてよいだろう．Birren & Dieckmann (1991) によると，人は高齢になるにつれて，情緒コントロールのために認知機能を用いて心理的適応を図るようになる．認知機能が著しく低下している重度痴呆患者の場合，表出された感情は，中軽度痴呆患者に比して率直であるといえる．したがって重度痴呆患者においては，表出された感情に対する客観的評価と患者自身の主観的well-beingとの一致度が高いと考えることは不自然でない．これらのことを考慮に入れると，DHCによる評価は，痴呆の重症度によらず患者の主観を推し量るための有用な方法であると考えられる．

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の問題点として，まず対象の偏りが挙げられる．本研究では臨床上の経過が一定した患者を対象とするため，大学病院への通院患者を母集団とした．このような対象の場

合，患者に対する治療意欲の高い家族が多い可能性がある．またそれだけに，家族の患者への関心が高く，データとしての信頼性が高いことから，DHCによるQOL得点に対して，患者の主観が反映される結果となった可能性も否定できない．また対象患者数が少ないことも，問題として挙げられるだろう．今後本尺度を用いて対象数を増やし，より信頼性と妥当性の高い尺度にした上で，本尺度の臨床使用の普及を目指すことが必要である．

さらに，薬物治療や心理的治療などの介入による効果が，本尺度で評価可能であるかを実証してゆくことも今後の課題となる．そのためにも今後さらに，このような痴呆QOLと患者の抱える精神症状との関連，患者を取り巻く環境要因との関連，また介護家族の精神健康なども含めて検討してゆく必要があると思われる．

総　論

本章では，痴呆患者のQOLについて，心理的適応の観点をまじえた上で，その定義と指標を検討し，新たな痴呆QOL評価尺度開発を目指すことを目的とした．

第１節では，痴呆患者のQOLに関する先行研究を概観し，文献的検討を行った．その結果，現状では各研究者によって痴呆QOLの定義が異なり，一定の見解は得られていない段階ではあるものの，QOLの指標の一つとして認知機能やADLといったものを含むことは不適切であるという研究動向が明らかとなった．そこで本研究においては，これらの研究動向と本論第２章の心理的適応に関する結果をふまえ，痴呆疾患特定QOL尺度のあり方として，心理的well-beingとして定義するのが望ましいとの結論を得た．

第２節では，第１節の結論に基づき，アルツハイマー型痴呆患者のQOL評価尺度（在宅患者版）の開発を行った．患者の家族介護者に対して，構造化面接法による聞き取り調査を行った結果，１因子５項目「会話の様子・表情の変化・立ち居振る舞い・身だしなみへの関心・活動への参加態度」が最適解となり，また尺度としての信頼性と妥当性はいずれも十分に認められた．DHCは，終末期低下を除けば認知機能低下の影響を受けず，さらに患者の心理的well-beingを反映するものであった．よって本研究で開発されたDHCは，痴呆QOL評価尺度として有用であると考えられた．

今後の課題として，不適切あるいは不充分な介護者による援助（Burgener, Jirovec, Murrell, & Barton, 1992），社会的環境の質（Cohen-Mansfield & Marx, 1992）など，患者のQOLに影響を与える可能性のある要因について検討する必要がある．今後患者の心理的適応やQOLを考えるにあたっては，これらの心理社会的要因に関する研究が望まれる．

第４章

痴呆介護における家族の態度

序　論
第１節　痴呆介護家族の態度に関する質的検討
第２節　痴呆介護における感情表出の構造
第３節　感情表出にみる患者と家族のQOLおよび関連要因
総　論

序　論

第２章と第３章では，患者の心理的適応やQOLとはどのようなものであるかについて，検討を行ってきた．患者のQOLを考える場合，これまでも述べてきたように，痴呆という疾病に罹患していても，質的に高く満足感のある生活を送る可能性を追求することが主たる目的となる．痴呆患者の脆弱性については様々に表現されるが，心・身体・生活世界が相互に透過性の高まった状態にあるといわれる．つまり，心的世界で生じたことが身体に激しい影響を及ぼし，身体的不調が心理的変調を招く．あるいは，生活世界のちょっとした揺らぎが，痴呆患者の心身に大きな揺らぎをもたらす（小澤，1998）．彼らの生活世界の大半は家庭であり，厚生統計協会（1998）によると，痴呆患者の7割以上が家庭で生活しその家族が介護を行っているという．このような現状を考慮に入れると，患者のQOLを論じる上でその大きな影響要因の一つに，家族介護者の存在が挙げられる．そこで本章では，患者にとっての介護環境に着目し，特に患者と介護者の関係性の概念について検討を行う．

痴呆患者とその家族介護者の関係性については，これまで様々な概念から研究がなされてきている．看護学の領域では，両者間の相互作用をみた研究（太田，1996；Orford & Goonatilleke，1987；Quayhagen & Quayhagen，1996）や，介護者の態度における継時的変化をみた研究（Kobayashi，Masaki，& Noguchi，1993；Quayhagen & Quayhagen，1996；Wuest，Ericson，& Stern，1994）がある．一方心理学の領域では，介護者の精神健康を目的変数として，介護に対する認知，情動，行動様式に焦点が当てられてきた．認知情動的反応（appraisal：評価）については過去20年間にわたって研究されており，その最も有名な概念として「caregiver burden（介護負担）」が挙げられる（Zarit，Reever，& Bach-Peterson，1980）．さらに近年では，介護満足度や報酬，精神的高揚感といった否定的でない介護者の評価についても研究されるようになってきた（Cohen，Pushkar，Shulman，

& Zucchero, 1994; Kinney, Stephens, Franks, & Norris, 1995）.

痴呆介護においては特に，家族の何気ない態度が痴呆症状を悪化させたり，あるいは逆に症状を緩和することがよくあり，患者のQOLを考えるうえで家族介護者の日常的態度は重要である（室伏，1990; Ory, Williams, Franklin, Lebowits, Rabins, Salloway, Sluss-Radbaugh, Wolff, & Zarit, 1985）．しかし先行研究においては，患者のQOLの視点からは論じられておらず，両者の関係性における態度が患者のQOLにおよぼす影響については，実証的研究はほとんど行われていないのが現状である．

一方，統合失調症やうつ病患者における疾病経過と，家族の態度との関連性については，欧米を中心に研究がなされている（Brown, Birley, & Wing, 1972; 伊藤・大島・岡田・永井・榎本・小石川・柳橋・岡上，1994）．これらの研究の中で用いられているのが，感情表出（Expressed Emotion; 以下，EEと略記する）という概念である．EEとは，慢性精神疾患患者をもつ家族が表出する，患者に対する感情や気持ち，態度であり，家族と患者との関係性の質として評価される（下寺・三野・高橋・真田・田中・井上，1998）．特に統合失調症の分野ではEE研究が盛んであり，疾病の再発に対して，薬物の維持療法に加えてEEが重要な役割を担っていることが明らかにされている．患者は，高EE（high-EE）の家族，つまり批判的かつ情緒的に過干渉な家族と接する機会を減らすことで，統合失調症の再発率が低下することが示されている．したがって，適切な薬物療法などの治療や支援だけでなく，患者とともに暮らし様々な介護を行っている家族への支援が，ひいては患者本人の支援にもつながることがEE研究で明らかにされているといえる．家族のEEは患者の精神健康に関連する心理社会的因子として，欧米をはじめ我が国においても評価が確立されてきている概念である．

そこで本章においては，まず第１節で，患者の介護家族環境として，在宅介護期間における痴呆性高齢者に対する家族介護者の態度要因について，質的検討を行うこととする．第２節では，第１節で導き出された態度における感情的側面に焦点をあて，EEの概念を用いた実証的検討を行う．すなわち，EEの概念にもとづいた痴呆介護における関係性を評価

できる尺度の作成を試み，それらの感情における構造を検討する．第３節では，第２節で作成された評価尺度を用いて，家族のEEを患者の介護家族環境として，また家族自身の精神健康の指標としてとらえたうえで，患者と家族のQOLに及ぼす影響について検討する．そしてこれらの結果を示すことにより，痴呆患者のQOL向上へむけての提言を行うことが，本章の大きな目的となる．

第１節　痴呆介護家族の態度に関する質的検討

Ⅰ．緒言

痴呆患者とその家族介護者の関係性に関する先行研究においては，各研究者が予め設定した枠組みに基づいて検討されてきた．Orford & Goonatilleke (1987) は，痴呆へのコーピングにおける家族負担を調べる目的で，情動的な言葉の分析を行うとともに，６次元の因子―無視・支配・服従・敵意・情感・保護―からなる尺度を用いている．Horowitz & Shindelman (1983) は，援助関係という視点で介護行動と相互交換，情感の影響をとらえるために，自ら開発した４尺度―ケア参加・ケア提供の結果・愛情・過去に受けた援助に関わる相互交換―を用いている．また介護負担研究においては，介護者の介護に対するストレス評価という概念が用いられており，その評価概念と実際の介護者の行動との関連は不明確である (Yamamoto-Mitani, Tamura, Deguchi, Ito, & Sugishita, 2000)．このように概念設定に差異があることに加えて，文化的な違いを越えて日本で適用できるかどうかという問題も指摘されており，関係性における構造について改めて検討する必要がある．

そこで本研究では，両者の関係性に関するより詳細な研究のため，介護者の「態度」概念 (Yamamoto-Mitani et al., 2000) を用いることとする．態度とは，経験をとおして体制化された精神的・神経的準備状態で，個人に関わりをもつあらゆる対象や状況に対するその個人の反応に，規定的で力動的な影響を及ぼすものである (Allport, 1935/1994)．すなわち態度は，刺激事象と行動反応の関係に影響する観察不可能な媒介変数であり，行動様式から推測される一連の認知情動反応である．ここではあらかじめ両者の関係性を規定せず，家族介護者の態度の構成要因について質的検討による理解を目指すこととする．

本研究の目的は，痴呆患者に対する実際の日常ケア場面の中で，家族介護者がどのよう

な態度で臨んできたかについて，その介護体験から質的に検討することである．なお，ここでのケア場面は家庭介護場面に限定する．

Ⅱ．方法

1．対象

対象者は，調査時において大阪府下H病院老人保健施設を利用している痴呆患者の家族介護者23名のうち，往復葉書にて調査協力への意思確認を行った結果，返信のあった９名である．なお，被介護者の特性を明確に把握する必要があるため（太田，　1996），痴呆の診断がある者に限定した．また調査時，あるいはそれ以前に在宅介護の経験のある者のみを対象とした．

2．調査手続き

調査は，個別で非構造化面接形式のインタビューによって行われた．インタビュー構成は，導入部分の質問以外は，予め質問項目や質問の順番を定めず，被調査者主導で進行する形式をとった．まず導入の質問は「痴呆症状発症から現在に至るまでの，患者様（被介護者）とその間のご家族のご様子についてお尋ねします．主にどういう気持ちで接してこられたか，あるいはどういう対応をされてきたかをお聞かせ下さい．」とした．そして対話の流れに応じて，主たる介護場面が家庭である時期ということを考慮に入れ，被介護者の痴呆初期から中期にかけての内容を中心に，事実関係の確認のための質問，述べられた言葉の意味やさらなる話を引き出すための質問は随時行った．なおインタビュー内容は，全て被調査者に許可を得た上でテープレコーダーにより録音された．

調査期間は，2000年９月上旬から10月中旬までの約１ヶ月半であった．調査時間は，１人当たり約40分から100分であった．調査実施場所は，対象者の自宅が４名，老人保健施設の面談室が４名，喫茶店が１名であった．また，インタビュー内容に対する研究者の解釈の妥当性を検討するため，随時電話にてフォローアップ調査を行った．

3. 分析手続き

内容分析は，川喜田（1986）のKJ法に基づいて行った．まず，テープに録音されたインタビュー内容を全て逐語的に文字化した．そして，それぞれのプロトコールを精読した上で意味単位で分割し，介護者と被介護者の関係性や相互作用，被介護者への関わり方等を表していると考えられるものを抽出した．次にこれらをカード化し，大学院生２名と本研究者により，親近性を覚えるカード同士をグルーピングし，第１段階の見出しが付けられた．その後，各見出しを見ながら，第２のグルーピングを行い，再度見出しを付けた．また構成内容の妥当性の検討に関しては，内容に関する解釈・分類を施設のスタッフ２名と本研究者で行った．

Ⅲ. 結果

1. 対象患者の背景

本調査における対象患者の背景はTable 4-1-1のとおりであった．

Table 4-1-1
The subjects' profile

	Patients			Family caregivers		
	性別	年齢	診断名	患者との続柄	年齢	介護期間
A	男性	83歳	アルツハイマー型痴呆	妻	72歳	17年
B	女性	83歳	アルツハイマー型痴呆	長男の嫁	56歳	5年
C	女性	93歳	アルツハイマー型痴呆	次男	69歳	12年
D	女性	88歳	アルツハイマー型痴呆	長女	59歳	0.7年
E	女性	78歳	アルツハイマー型痴呆	次男の嫁	54歳	2年
F	女性	91歳	アルツハイマー型痴呆	次男	64歳	8年
G	女性	80歳	脳血管性痴呆	長男の嫁	48歳	3年
H	女性	86歳	脳血管性痴呆	長女	61歳	1.5年
I	女性	77歳	脳血管性痴呆	次女	50歳	2年

注）年齢は、インタビュー実施時のものである．介護期間は、痴呆発症に気付いてからの期間とする．

2. 家族の態度構造のグルーピング

KJ法による分析手続きを行った結果（Table 4-1-2; Table 4-1-3; Table 4-1-4），合計

67項目が抽出され一致率は84.7%であった．不一致項目については，話し合いにより最終的に合意のうえグルーピングされた．

Table 4-1-2
Category Ⅰ from Interview records

グループⅠ　患者に対する行動的態度

1. **受容的態度**
   - **1-1. 保護的対応**
     - ① 小さな子どもと同じように面倒をみる
     - ② 長い時間放っておくのはできない
     - ③ 一人の外出を控えて一緒に家にいるようにする
     - ④ 介護者が出かける時は，安心させるためにメモを書いて渡しておく
     - ⑤ 名前と連絡先を書いたものを患者にはりつけておく
   - **1-2. 見守り的対応**
     - ⑥ 危なくないことは放っておいて見守る
     - ⑦ 介護者に迷惑をかけることでなければ，黙って見ている
     - ⑧ リハビリのためにもできるだけ自分で出来ることには手を出さない
     - ⑨ 患者の行動についてまわる
   - **1-3. 共感的対応**
     - ⑩ （同じ言葉を繰り返すので）出来るだけ会話をするようにする
     - ⑪ 患者がわからないときは，問いつめたりせずに介護者の方から手助けを言う
     - ⑫ 患者の要求は介護者が察知して尋ねる
     - ⑬ （ものがないと言うので）家族みんなで一緒に探す
     - ⑭ 患者の言ったことには逆らわずに，そうねと共感する
2. **積極的態度**
   - **2-1. 課題的対応**
     - ① リハビリの一つと思って，家庭での役割を患者にしてもらう
     - ② 洗濯物たたみなどの作業を家の中でしてもらう
     - ③ 将棋やパズル，童謡，絵本などで出来るだけ刺激を与える
     - ④ 散歩などで，看板の字を読ませたり，花の色を尋ねたりする
     - ⑤ 新聞の写し書きをさせる
     - ⑥ あちらこちらへ連れて刺激を与える
     - ⑦ 少しでも進行が遅れるようにと，頭を冷やすなどする
   - **2-2. 説得的対応**
     - ⑧ 昔していたお稽古ごとに行きたがるのを無理だとおさえる
     - ⑨ 怖くない，心配しなくてもいい，と一生懸命諭す
     - ⑩ 患者の言ったことに対して，～だから～なのよと，説明をする
     - ⑪ 患者に言って聞かせる

Table 4-1-3
Category Ⅱ from Interview records

グループⅡ　患者に対する情動的態度

1. 客観的態度

① 痴呆の本を読み，患者の行動が本の通りだなと思う

② 言葉や行動の端々をみると，昔の人格が出ている部分があるなと思う

2. 否認的態度

2-1. 期待不一致的な感情

① 何故このような人が痴呆になるのかと不思議に感じる

② 人格が変わって，今までに見たことのない患者を見て戸惑う

③ この人だったら言ったらわかってくれるという思いをもってしまう

2-2. 対外的な困惑感情

④ 介護者のいない時に病気のことを知らない人と約束をして、迷惑をかけるので困る

⑤ 患者の変な対応をする姿を外で見られるのはやはり抵抗がある

⑥ 外で患者に粗相をされて恥ずかしい思いをする

⑦ 近所にあまり知った顔がいなくてよかったと思う

2-3. 衝動的感情

⑧ 病気だと言い聞かせて，優しくしなければ，と頭に入れるが，言いたくなる

⑨ あまり怒ったり反対しないように心がけるが，つい言ってしまう

⑩ 思わずカッとなって怒鳴りつけて喧嘩してしまう

3. 非統制感的態度

3-1. 無力的感情

① 分からないものは分からない

② 理論を述べて怒っても仕方ない

③ 病気と思わないとやっていけない

④ 病気だと言われると仕方ない

⑤ 何だか自分でも分からないが哀しい

⑥ 患者が怒られてもすぐに忘れるのを見ると，怒っても仕方ない，意味ないなと思う

3-2. 閉塞的感情

⑦ トイレをする方法が分からなくなり，下の世話に振り回されてどうしようもない

⑧ 言っていることが通じず，二人で死にたいと思うくらいつらい

⑨ 食べなくなって，もうどうしたらいいか分からなくなる

4. 負担感的態度

① 24時間束縛される

② 束縛されて今までの生活スタイルを続けられなくなり，つらい

③ 適当なサポートがみつからず，手が離せなくてしんどい

④ 今患者が何をしているかということを常に把握していなければならないのがしんどい

Table 4-1-4
Category Ⅲ from Interview records

グループⅢ　患者に対する思考的態度
1. 防衛的態度
1-1.　他者との比較による感情転換
①　他の人と比べるとまだ楽で幸せだと思う
②　姑だとうまくやっていける自信はないが，親でよかったと思う
③　他の姑の介護をしている人を見ると，えらいなあと思う
1-2.　楽観的思考
④　将来患者がどうなるかということまで心配しないようにする
⑤　これからどうなるのか不安ではあるが，今のことを考えればいいと思う
⑥　楽天的に考える
2. 愛情的態度
2-1.　患者のQOLに対する願望
①　心穏やかにしてくれたらそれでいいと思う
②　生きている限り出来るだけ幸せに生きてほしいと思う
③　余生をその人らしく生きてもらいたいと思う
④　長生きしなくてもいいから，健康に生きてほしい
2-2.　自己犠牲的思考
⑤　患者の知らない顔の人が来ると混乱するかもしれないので介護を他人に頼むに頼めない
⑥　喧嘩をしても，自分さえ忘れればよいことだと思う
⑦　患者に文句を言われても甘えているのかなと思う
3. 役割遂行的態度
①　パーフェクトに介護をしようという思いがある
②　子どもの家族など他の家族には迷惑をかけずに介護をしようと思う
③　今まで世話になったのだから，今度は自分が子どもとしてしなければならないと思える
④　公的機関へ預けると症状が急激に進行してしまい，悔しくてまた頑張ろうとする

Ⅳ．考察

1．家族介護者の態度要因

1-1．行動的態度

「行動的態度」においては，「受容的態度（14項目）」および「積極的態度（11項目）」の２要因が含まれた．

まず「受容的態度」では，保護的対応・見守り的対応・共感的対応といった介護者側か

らは積極的な働きかけもしないが，まったく関与しないのでもないといった立場であることがうかがえる．つまり，被介護者の立場に立った，尊厳的なケアの態度が含まれていると考えられる．

また「積極的態度」では，課題的対応・説得的対応が含まれ，高齢者に対して教育的支配的な立場であり，介護者側の思いを高齢者に課するという態度であるといえる．そして，痴呆症状を少しでも改善しよう，現実に添って一生懸命に説得しようといった，被介護者に対して現実への適応を要求する立場であるともいえる．このような立場は，強制的なものであってはならず，Holden & Woods (1994) のいう「選択の権利」として，現実への窓口を提供するという意味では，有用な態度であるといえるだろう．

本研究の結果における行動的態度では，Orford et al. (1987) が報告している，支配・服従・保護といった保護的な立場や支配的な立場だけでなく，受容的な立場も見出された．しかしながら対象者の偏りから，被介護者にとっては比較的恵まれたケア環境としての態度がみられたという可能性も否定できない．

1-2. 情動的態度

「情動的態度」においては，「客観的態度（２項目）」「否認的態度（10項目）」「非統制感的態度（９項目）」「負担感的態度（４項目）」の４要因が含まれた．

まず「客観的態度」は，介護者のもつ知識や，知っている昔の被介護者の人格等と照らし合わせるといった，客観的に観察するという態度である．非常に知性化された情動であるといえるだろう．

次に「否認的態度」には，期待不一致的な感情・対外的な困惑感情・衝動的感情が含まれ，全般に否定的な情動であるといえる．介護者のもつ期待とは一致しない姿に戸惑い，対外的にも恥ずかしいといった感情，そして病気だと頭では納得させるが，思わず怒ってしまうといった衝動的な感情を含んだ態度である．これは介護者の意識の根底にある，現状の被介護者を尊重できない，認めたくないという思いの現れであると思われる．Orford et al. (1987) およびHorowitz et al. (1983) の結果では，介護者の痴呆患者に対する

敵意という概念が含まれていたが，本研究の結果ではみられなかった．ここでいう衝動的な怒りなどが敵意に当たるのかもしれないが，本研究の対象者においては，敵意というよりは困惑という情動の方が顕著であったとも考えられる．この傾向には，Yamamoto-Mitani et al.（2000）も述べているように，文化比較的な差異が影響しているのかもしれない．

また「非統制感的態度」には，無力的感情・閉塞的感情が含まれた．無力的感情は諦めにも似た情動であり，被介護者に対して色々と接してきた中で，現実を受けとめざるを得ない，といった感情であろう．そしてまた介護をしていくうちに，どうしていいか分からなくなり，介護者にとって自分では被介護者に対して統制できないという思いを味わっているといえる．Wuest et al.（1994）によると，痴呆患者と介護者の関係性について，痴呆の進行に伴い，親密から疎外へと「よそ者になっていく」連続した複雑な過程があるという．このような非統制感的な情動を繰り返すことによって，ケアを断念せざるをえない状況となり，ケア環境が在宅から施設へと移行し，ひいては「よそ者になっていく」のかもしれない．

最後に「負担感的態度」であるが，これまでのZarit et al.（1980）のいう介護負担と類似の概念であるといえる．すなわち，時間的束縛や社会的束縛といった被束縛的な情動が含まれる．Asada & Motonaga（1997）も述べているように，介護から派生して介護者とその家族が経験する「社会生活および家庭生活上の制約」という側面を重視しなければならず，重要な概念であると言えるだろう．

1-3. 思考的態度

「思考的態度」においては，「防衛的態度（６項目）」「愛情的態度（７項目）」「役割遂行的態度（４項目）」の３要因が含まれた．

まず「防衛的態度」には，他者との比較による感情転換・楽観的思考が含まれた．他者との比較では，介護が困難な状況でつらいと感じてはいるものの，他の介護者の大変な状況に比べればまだ楽であるといった価値観の転換が行われている．また楽観的思考では，

これからの介護状況がどのようになっていくのか非常に不安ではあるが，今現在の状況にのみ目をむけ，現実に対処していこうという姿勢の現れであるといえる．態度のもつ機能の一つに自我防衛的機能があり，自我を傷つけるような事柄がある場合にこの機序がはたらくという（岡本，1994）．このような思考転換を行うことによって，介護者自身と被介護者との介護関係を維持しようとしていると考えられる．

「愛情的態度」では，患者のQOLに対する願望・自己犠牲的思考が含まれた．生きている限り幸せであってほしいという，被介護者自身の主観的幸福感への願望や，被介護者の精神健康の維持のためには，多少なりとも介護者が犠牲になればよいという思考であるといえる．また「役割遂行的態度」では，パーフェクトに介護をしようといった態度や，自分が介護をしなければならないのだといった義務的な態度が含まれていた．今井（1998）によると，日本の在宅介護における特徴の一つとして，介護者にとって精神的肉体的負担があるにもかかわらず，在宅介護の継続を望む者が多いという．そしてその背景には，「恩」「孝」を意識した日本社会独特の家族関係が要因として存在していると述べている．このように，これらの態度は，両者の関係性によって一概には言えないが，権利―義務の一辺倒な関係ではなく，親に対する孝養や近親者への厚情，愛情といった感情も絡み合い，独特な親子・夫婦関係が存在している（今井，1998）ことの現れだろうと推察される．

2. 家族介護者の態度構造

これまで述べてきた，痴呆初期から中期にかけての，家族介護者の痴呆患者に対する態度は，大きく「行動的態度」「情動的態度」「思考的態度」の３つに分けられた．ここでいう「行動的態度」とは，全体的に観察可能な反応や行為傾向を含んでいる．また「情動的態度」には，怒りや困惑など比較的一時的で急激な感情の動きが含まれており，対象に対する感情や評価からなっている．「思考的態度」は，態度対象である患者についての意見や信念から成り立っていると考えられる．Yamamoto-Mitani et al.（2000）は，介護者の態度変数として，３因子「否定的態度」「受容的態度」「積極的態度」を見出しており，本研究の結果とは一致しない．しかしながら，Yamamoto-Mitani et al.（2000）による，

これらの因子にはその構造に内的一貫性等の問題があり，また他の変数との相関をみたところ，構成因子が操作的概念であったために，他の重要な因子が含まれていない可能性があるとされている．よって本研究の結果から，家族の患者に対する態度において，より包括的な側面を見出すことが可能になったと考えられる．

原岡（1994）によると態度構造（attitude structure）は，感情的成分，行動的成分，認知的成分が相互に強く関連している．本研究で得られた３つの態度因子は，社会心理学的にもその態度構造を反映しており妥当であると考えられる．またこれら３つの成分に現れる傾向は一般に一貫しているため，各因子は重要な態度構造である（原岡，1994）．認知論的立場によると，態度とは「人間が意思決定をするために，長期記憶内に保持している，当該対象に対する認知のまとまり」である（土田，1992）．人間が行う意思決定とは最大限に単純化するならば，対象を受容し接近しようとするのか，あるいは対象を拒否し回避しようとするのかの決定であるという．今回の被験者となったすべての家族介護者にとって，患者はその続柄が親であったことを考慮に入れれば，過去の親に関する記憶と現状とのギャップから，その意思決定や態度は不安定である可能性が強い．面接の中で，「どの時期にどんな思いというよりは，色々な思いがずっと入り乱れた感じ」といった介護者自身の発言に象徴されるように，介護プロセスにおいて様々な態度要因が複雑に絡み合っていることが予想される．

痴呆患者の場合，その脆弱性ゆえに感受性が強く，介護者の思いや気持ちを反映しやすい．また患者のみならず介護者のQOLを考えるうえでも，介護者の態度においては，その考えや行動が感情によって圧倒されないようにすることが重要であるという（笠原，1997）．この意味で，介護者の態度構造の根底にあるものは，本研究結果でいう情動的態度であると考えられる．

3. 本研究の限界と今後の課題

まず調査対象の偏りについてであるが，今回の調査対象者は調査協力意志を表明した者であり，家族介護者自身が比較的整ったケア環境を提供している可能性がある．このこと

は，被介護者にいわゆる問題行動がほとんど見られない者が多かったことからもうかがえる．したがって，今後はたとえば敵意などのような，より広範な態度構造を考慮に入れ，様々な家族介護者に対して検討を行う必要があるだろう．また介護時期による態度の差異や，介護者の属性による差異，患者の特性による差異等を検討する必要がある．これらを検討することによって適切な介入を行うことが，ケアの質を高めるだけでなく，介護者自身のストレス軽減にもつながるだろう．

加えて，このような介護者の態度を扱う場合，痴呆患者のもつ症状の多様性や，痴呆そのものに対する社会の根強い偏見等が考えられ，それ故に調査協力が得られにくいという可能性は否定できない．非常に困難な問題ではあるが，いかに介護者の気持ちを尊重しながら偏りのない態度を引き出し，介護者自身の気づきを得たうえでアプローチしていくか，今後検討していくべき点であろうと思われる．本研究で得られた各要因の内容をもとに，ケア環境の一つとして介護者の態度を測定できるような尺度開発および態度構造の検討が望まれる．

第２節　痴呆介護における感情表出の構造

Ⅰ．緒言

第１節では，家族の様々な態度構造が示されたが，それら家族の態度の根底にあるのは情動的態度であることが示唆された．そこで本節では，特に家族の患者に対する情動的態度に着目し，精神疾患患者の家族におけるEEの概念を，痴呆患者の介護家族の態度概念に導入し，計量的な測定尺度の作成を目指す．

これまで老人精神疾患におけるEE研究に関しては，欧米では７件の報告（Bledin, MacCarthy, Kuipers, & Woods, 1990; Fearon, Donaldson, Burns, & Tarrier, 1998; Gilhooly & Whittick, 1989; Orford, O'Reilly, & Goonatilleke, 1987; Vitaliano, Young, Russo, Romano, & Magana-Amato, 1993; Vitaliano, Russo, & Bailey, 1993; Wagner, Logsdon, Pearson, & Teri, 1997）があり，脳血管障害発症後の患者の気分とEEの関連，あるいは痴呆患者の精神症状との関連について示されているが，我が国ではその報告がないのが実情である．社会的サポートシステムが立ち後れている我が国では，介護の負担は家族にかかりやすく，その結果患者と介護者は長時間一緒に過ごすこととなり，患者の生活環境の中で家族のもたらす環境が主要なものとなる．したがって，家族がどのような態度で介護を行っているか，すなわち介護の質を何らかの評価尺度で測定する必要があり，EEはその有効な手がかりの一つである（下寺他，1998）．またEEを検討することは，患者の精神状態に影響する家族環境の指標としてだけでなく，家族員自身の精神健康とも関連しているとの報告があり（Gilhooly & Whittick, 1989; Rodger, 1987），介護者の支援にもつながる．

EE評価における代表的な尺度として，Camberwell Family Interview（CFI; Leff & Vaughn, 1985）や，CFIの簡易版尺度であるFive Minutes Speech Sample（FMSS; Magana,

Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins, & Falloon, 1986）がある．これらは，いずれもインタビュー形式によって評価が行われる．CFIでは１時間から２時間におよぶ面接を要するが，FMSSではより簡略的に５分間の面接により家族のEEを把握できるとされている．これらの尺度では主に，「情緒的巻き込まれすぎ（Emotional Overinvolvement; 以下，EOIと略記する）」「批判的陳述（Critical Comment; 以下，CCと略記する）」「敵意（Hostility）」「暖かみ（Warmth）」等が高いEEの判定基準として設定されている（Table 4-2-1）．またこのような面接法によるものではなく，精神疾患をもつ患者自身が回答する自記式の尺度として，The Level of Expressed Emotion Scale（LEE; Cole & Kazarian, 1988）が開発されている．

しかしこれらの尺度使用において，それぞれの評価尺度には難点がある．CFIでは多大な労力や訓練を要するという問題点があり，またFMSSでもその使用にあたっては公式のトレーニングを修了する必要があること，さらに５分間のみの面接から引き出されたもので測定することによる妥当性の問題を抱えている．LEEにおいても，その尺度構成に対する妥当性や患者自身が回答することによる信頼性の問題や内容妥当性の問題が指摘されている（上原，1998）．したがって，痴呆患者の介護家族のEEを簡便に測定することができ，

Table 4-2-1
Standard criteria in interview

Emotional Over Involvement	過保護的行動あるいは自己犠牲（患者に対する心配のしすぎ） 感情の現れであり，面接中に涙ぐんだり泣き出すこと 過度の過去の詳述（長々と過去の患者について語ったりすること） 患者のため何でもしてあげたいという過剰な愛情表現
Critical Comment	患者の行動や性格に対して好ましくないとするコメント 初発陳述，関係性，批判，不満などにおける批判的側面 内容や声のトーンや早さによって判定される
Hostility	批判がある一つのことに限定せず，全般化している 否定的陳述または否定的関係性に関するもの 拒絶感を示すコメントがある
Warmth	声の調子の暖かさや患者への思いやり，気遣い，共感を示す言葉

かつ信頼性および妥当性を伴った尺度を作成する必要がある．

ところで後藤（1998）によると，情緒的巻き込まれ行動は，その根源に愛情や共感がある．また痴呆患者と介護者の関係性の場合，痴呆の末期を除けば，態度の起点は親密さにあり（Wuest et al.，1994），さらに親密さや共感は本来，批判や支配といった外側からの働きかけとは対立した概念であることから，WarmthはCCに直接的には負の影響を与えることが予測される．しかしその一方で愛情が過剰になれば，巻き込まれにみられるように，無意識下で相手への支配感情をもつようになり，批判的になってしまうことが予測される．そこで本研究では，介護者と患者の援助関係におけるEEの発生メカニズムについて明確にするための一つのモデルとして，WarmthはCCに負の影響を与える一方で，EOIを媒介要因としてCCに影響を及ぼすという仮説モデルを設定することとした（Figure 4-2-1）．

本研究の目的は，第一に，アルツハイマー型痴呆患者と介護家族を対象とした，患者に対するEE判定のための尺度を作成することである．第二の目的は，これらの感情表出構造を，EEの発生メカニズムとして検討することである．

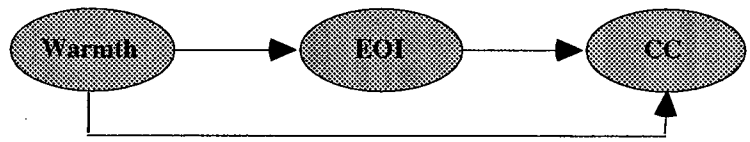

Figure 4-2-1
EE process model

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

対象は，近畿圏の大学病院に通う外来アルツハイマー患者の主家族介護者110名のうち，死亡ケースおよび協力意志を示さなかった者を除く80名である．2002年４月から５月にかけて，郵送法による質問紙調査を行った．本研究の趣旨を文書にて説明し，郵送にて同意書とともに返送するよう求めた．

80名の介護家族のうち返答のあった者は52名であり（回収率65.00%），男性14名，女性38名であった．患者との続柄は，娘12名，息子３名，義理の娘９名，妻16名，夫11名，妹１名であった．また平均介護年数は，2.62±1.82年，平均年齢は59.85±11.41歳であった．なお分析では，欠損値のあった者を除く50名を対象とした．

2. 調査項目

質問紙調査におけるEE判定尺度として，まず精神疾患患者を対象とした先行研究におけるEEの構成概念，および先述の既存尺度における面接基準，本章第１節で見出された家族の情動的態度におけるステートメント，FMSSによる感情表出コーディングの手引（Magana, 1990/1996），そしてこれまで著者が感じた面接場面での介護家族の様子を参考に，痴呆患者独自の状況を考慮した上で新たに項目を作成した．

今回項目の作成にあたっては，痴呆患者の家族教室にかかわっている精神科医２名・臨床心理士１名とともに項目内容を検討した．まず，自己犠牲・過干渉等を含むEOIに関する９項目と，批判・敵意（Hostility）等を含むCCに関する６項目，暖かみ（Warmth）を表す５項目の，計20項目を用意した．さらにこれらの項目以外に，全体としての家族と患者の関係性を示す１項目「ご本人と自分は，とてもうまくいっていると思う．」と，過去の関係性を示す１項目「健康でおられた頃のご本人と自分は，とてもよい関係であったと思う．」を設けた．なお，EOI項目作成にあたっては，統合失調症患者と痴呆患者の違いを考慮し，過保護感情が暖かみと重複する部分が多いとして項目内容には含めなかった．これらの詳細項目は，付録に示す．

回答には，「全くそう思わない」を１点，「あまりそう思わない」を２点，「まあそう思う」を３点，「非常にそう思う」を４点とし，４件法のスケールを作成した．そして「以下に，介護者の方がよく感じられる気持ちを挙げています．これらの気持ちを，あなたはここ最近患者様ご本人に対してどの程度感じておられますか？」との教示のもとに回答を求めた．その際，この評価が家族の態度の善し悪しを判定するものではなく，ありのままの気持ちを回答してもらうことを強調した．

3. 分析

統計解析には，SPSS10.0J（SPSS Inc.，2000），SEFA2001（Kano & Harada，2000），EQS5.6（Bentler，1995）を用いた．

Ⅲ. 結果

1. EE判定における各尺度の項目分析と尺度作成

1-1. EOIの評価項目

EOIを測定する９項目に対して，各項目の分布を，歪度，歪度から判断したところ，偏りのある項目はみられなかった．そこで全項目に対して，最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った．因子数を１から３に設定し，それぞれ分析を行ったところ，因子数を１と設定するのが適切と判断された．ここで因子負荷の低い項目を削除した結果，７項目が選択された．次に尺度として妥当な項目を選択するため，ステップワイズ因子分析を行った．項目の選択は，項目内容の整合性，適合度（χ^2値，GFI，AGFI，CFI，RMSEA）に基づいて行った結果，３項目が選択され，寄与率は50.56％であった．適合度とCronbachのα係数を算出した結果，高い適合性と高い信頼性が得られた（Table 4-2-2）．

よって，EOI因子の項目構成は高い妥当性と信頼性を持つものであり，それぞれの因子を下位尺度として，下位尺度ごとに尺度得点（得点範囲は３～12点）を算出することは妥当であると判断された．

Table 4-2-2
Items and factor loadings of the EOI category (n=50)

	Items	Loading
EOI（α=.75）		
V1	何をしていても，ご本人のことが頭から離れない．	.76
V2	ご本人と関わっていると，自分を見失ってしまう．	.74
V3	ご本人が自分の期待どおり正しくふるまってくれないと，がっかりする．	.63

Fit Index ： $\chi^2(2)$=0.42，p=.81；GFI=1.00；AGFI=.98；CFI=1.00；RMSEA=.00

1-2. CCの評価項目

CCを測定する６項目に対して，各項目の分布を，歪度，歪度から判断したところ，偏りのある項目はみられなかったため，全項目に対して，最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った．因子数を１から２に設定したところ，１因子解が最適と判断された．次に妥当な項目を選択するため，先の手順と同様にステップワイズ因子分析を行い，３項目を選び出すこととした．なお項目の選択は，先ほどの手順と同様に，項目内容の整合性，適合度に基づいて行った．適合度とCronbachのα係数を算出した結果，高い適合性と高い信頼性が得られた（Table 4-2-3）．なお，寄与率は58.50%であった．

よって，各因子の項目構成は高い妥当性と信頼性を持つものであり，それぞれの因子を下位尺度として，下位尺度ごとに尺度得点（得点範囲は３～12点）を算出することは妥当であると判断された．

Table 4-2-3
Items and factor loadings of the CC category (n=50)

	Items	Loading
CC (α=.79)		
V4	ご本人と関わっていると，その行動に対してうんざりしてくる．	.93
V5	ご本人に対して，どうも好きな感情はいだけない．	.69
V6	ご本人がいなくなればいいのに，と思ってしまう．	.65

Fit Index ： $\chi^2(2)$=0.23, p=.89; GFI=1.00; AGFI=.99; CFI=1.00; RMSEA=.00

1-3. Warmthの評価項目

暖かみを測定する５項目に対して，各項目の分布を，歪度，歪度から判断したところ，偏りのある項目はみられなかった．そこで全項目に対して１因子構造を想定し，ステップワイズ因子分析によって，尺度を構成するのにより妥当な項目を選択した（Table 4-2-4）．Cronbachのα係数を算出した結果，高い適合性と高い信頼性が得られた．

よって，選択された４項目について，その合計得点（得点範囲は４～16点）を算出することは妥当であると判断された．

Table 4-2-4
Items and factor loadings of the Warmth category (n=50)

	Items	Loading
Warmth (α=.70)		
V7	ご本人に対して，これまでの感謝の気持ちはいろいろとある．	.82
V8	ご本人と接するとき，あたたかい言葉をかけてあげたい気持ちになる．	.73
V9	ご本人自身が一番大変なのかもしれないと思う．	.50
V10	ご本人の気持ちに対して，共感できる部分はたくさんあると思う．	.40

Fit Index ： $\chi^2(2)$=0.58, p=.75; GFI=.99; AGFI=.97; CFI=1.00; RMSEA=.00

2. EOI・CC・Warmthの各尺度と過去および現在の全体的関係性の関連

上述の手続きで作成されたWarmth・EOI・CCの各尺度について，その妥当性の検討を目的として，各尺度得点と，過去および現在の介護者と患者の全体的な関係性との関連をみるため相関分析を行った（Table　4-2-5）．その結果，まず各尺度得点間での相関に関して，EOIとCCの間に有意な正の相関（r=.58,　p<.001），CCとWarmthの間に有意な負の相関（r=-.40,　p<.05）がみられた．過去の関係性評価については，EOIとCCとの間に負の相関（EOI: r=-.29, p<.05, CC: r=-.55, p<.001），現在の関係性評価は，全ての尺度得点との間に有意な相関関係にあることが示された（EOI: r=-.35, p<.05, CC: r=-.43, p<.01; Warmth: r=.45, p<.01）．

また現在と過去の関係性評価を比較検討するため，対応のあるt検定を行った．その結果，現時点での関係性の評価は病前に比べ有意に悪くなっていることが示された（t(47)=3.29, p<.01）．

Table 4-2-5
Correlations between EOI/CC/warmth and past/present total relationships

		X2	X3	X4	X5	*Mean(SD)*
X1	**EOI**	.58***	.02	-.29*	-.35*	7.28 (2.08)
X2	**CC**	—	-.40*	-.55***	-.43**	5.76 (2.05)
X3	**Warmth**		—	.24	.45**	11.92 (2.11)
X4	**Past relationship**			—	.35*	3.33 (0.72)
X5	**Present relationship**				—	2.92 (0.67)

***p <.001 **p <.01 *p <.05

3. 感情表出における構造モデルの検討

WarmthとEOIとCCの関連について，Figure　4-2-1の仮説モデルにしたがって共分散構造分析を行った（Figure 4-2-2）．その結果，モデル全体の適合度は，AGFI値が基準値をわずかに下回ったが，その他の適合度指標はすべて基準値を満たした（$\chi^2(32)=22.10$, $p=.90$；CFI=1.00；GFI=0.92；AGFI=0.89；RMSEA=.00）．よって，本モデルのデータへのあてはまりは良好であると判断した．

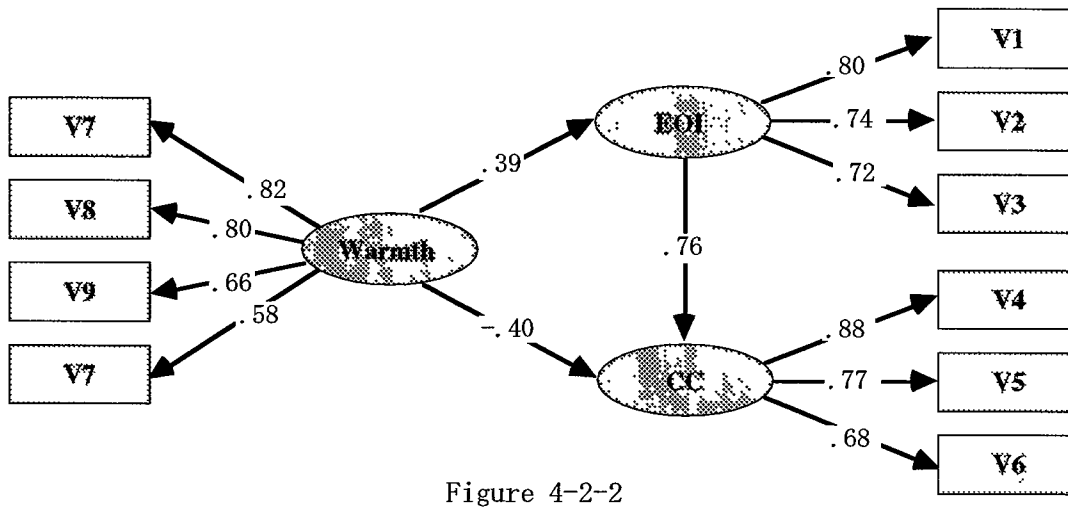

Figure 4-2-2
EE process model's verification
All ── pathes are significant(p<.05),Standardized estimation are shown.

Ⅳ. 考察

1. EE判定における基準尺度の信頼性および妥当性

本研究では，痴呆患者家族50名に対する質問紙調査により，CC尺度３項目とEOI尺度３項目，Warmth尺度４項目の全10項目を作成した．適合性の観点から構造的な妥当性を確認して項目を選択し，高い信頼性係数が得られた．なおCC項目については，本研究では当初２因子も想定していたが，敵意と重複する概念であることは否定できないため，１因子となった．井上・下寺（1998）は，精神疾患患者に家族が向ける感情のうち，症状の再発に

関連する感情の要素として，批判的言辞や敵意を含む陰性の感情と，自己犠牲や過保護，過干渉からなる情緒的巻き込まれすぎの，二つに大別されるとしており，因子構造を考える上でCC尺度における１因子構造は妥当な結果と考えられる．

全体の関係性としては，病前に比べ現時点での評価が低かった．さらに各尺度得点はそれぞれ，現時点での関係性評価との間に有意な相関がみとめられており，現在の関係がうまくいっていると評価しているほど，巻き込まれや批判感情を感じていないという関係が示された．これらの結果は，患者が痴呆という疾病を抱えたことによって家族関係が悪化し，それに伴ってEEが生じる可能性を示唆するものであろう．病気を巡って家族が抱える生活上の困難さを示す「困難度」とEEには，過去にも相関関係が示されており（大島・伊藤・柳橋・岡上，1995），妥当な結果であったと思われる．

またEOIとCCの概念の違いについて，現在の関係性評価とCCとの相関の強さ（-.43）は，EOIとの相関の強さ（-.35）に比べて若干大きかったことは，批判感情の概念が巻き込まれの概念より，関係性の否定的側面を反映した結果であると考えられる．Table　4-2-1で示したように，批判の概念として関係性の否定的評価や不満などが挙げられる一方で，情緒的巻き込まれの概念では自己犠牲的な側面が強調されている．このEOIにおける自己犠牲的側面は，いわゆる共依存の概念とも重複する部分があるだろう．共依存とは，頼られる必要のある人と頼る必要のある人との相互依存・支配－被支配関係のことである（斉藤，1995）．人間関係や行動，物事に過度にのめりこむことで，自分以外の他人をコントロールしようとして報われない努力を繰り返し，さらに自分の満たされない欲求を埋めようとするといった行動特性でもある（斉藤，1999）．今回対象となっている介護者にあてはめて考えれば，自らを犠牲にして患者を助けたり世話をしたりするが，無意識のうちに，自分が相手にとって必要となったり有り難がられるなどの報酬を期待してしまっているという可能性もある．また介護者は，無意識に患者の行動や感情を変えようとコントロールしているのかもしれない．つまり，Allport（1935/1994）の述べる，態度における規定的で力動的な影響が，EOIでは介護者自身に向かっているのに対して，CCでは患者に向かっているという点で異なる．したがって本研究で見出された，過去や現在における関係性評

価とEOIおよびCCとの関係でみとめられた相関の強さの差異は，EOIとCCの概念の差異を明確にしたものであるといえよう．

以上のことから，これらのEE判定基準尺度は，ある程度の信頼性と妥当性を伴った尺度であると考えられる．

2. 感情表出に関する構造

共分散構造分析の結果，EOIとCCおよびWarmthに関する次に示すような関係が明らかになった．まず「暖かみ」は「批判的感情」に対して直接的な負の影響を与えていた．そしてそれ以上に，「情緒的巻き込まれすぎ」を媒介して間接的な正の影響を与えていた．この結果は，暖かみの感情は，患者に対する批判的感情を軽減させる作用があるものの，その一方で，介護において情緒的に巻き込まれすぎた状況を生じやすく，さらにそのような感情が逆に批判的感情を増大させてしまう働きがあることを示唆している．

このような背景にある患者と家族の関係に関して，本研究対象者では，過去の関係性評価のみならず現在の関係性評価においても４点中２点以上の得点の者が多く，どちらかといえば関係性が良好であると評価している家族が多いという特徴をもっていた．また患者に対して，暖かい感情をもって接している者も多かった．一方，これまで研究対象とされてきた統合失調症患者の家族においては，批判的感情が，巻き込まれの高い，あるいは低いといった両極である場合にみられる傾向があり（Brown et al., 1972; 大島他, 1994），この場合家族は患者に対して突き放した見方をしていた（大島他, 1994）．つまり，統合失調症患者と痴呆患者では，年齢の違いなど社会的にも置かれている立場が異なることから，両者の関係性の背後にある愛情の程度や質は異なる可能性も高く，本モデルにおけるWarmthとEOIやCCとの関係は，痴呆患者の介護場面に限定した上で適用の可能性があると思われる．

これらの結果から，従来より患者のQOLに影響を与えるとされている高EEの状況に結びつかせないためには，家族介護者を情緒的巻き込まれすぎの状況に追い込まないことが必要であるとの示唆が得られたと考えられる．この「情緒的巻き込まれすぎ」に関しては，

あまりその知見の積み重ねがみられないのが現状であるが，特に我が国の統合失調症患者を抱える家族においては，EEの中でもEOIがCCよりも多く認められるという傾向が示されており（上原・横山・後藤・幸村・中野・豊岡・飯田，1997；Tanaka, Mino, & Inoue, 1995），EOIの持つ意味が大きいのではないかとされている（上原他，1997）．したがって本研究における知見は，患者と家族の援助を行う上で有意義であったと考えられる．

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，対象患者数が少ないこと，回収率が高くなかったことが挙げられる．返答の無かった対象者の中に，EE家族が含まれている可能性は少なくない．今後，本尺度を用いて対象数を増やし，他の態度構造の可能性についても検討し，より信頼性と妥当性の高い尺度にしていく必要がある．さらに，実際の患者の精神症状やQOLへの影響，介護家族自身のコーピングスタイルやパーソナリティといった他の要因との関連について検討することが今後の課題となる．

たとえば本研究では，EE判定の基準となる尺度を作成し，その構造を検討した結果，「情緒的巻き込まれすぎ」が重要な側面をもっている可能性が示唆された．ではこのような情緒的に巻き込まれすぎない状況を作るためには，どのようにすればよいのだろうか．これまで面接場面でコーディングに用いられてきたEEに関する尺度では，高EE（high-EE）と低EE（low-EE）として患者の疾病再発の危険性を推測している．よって，本尺度使用においても，EEに関するカットオフポイントの設定を行う必要があるだろう．そのためには今後，患者のQOLおよび介護家族のQOLへの影響に関する検討，介護者にとっての患者の続柄やその他の属性との関連についても検討する必要があるだろう．

第３節　感情表出にみる患者と家族のQOLおよび関連要因

Ⅰ．緒言

本章第２節においては，家族のEEに関する判定基準尺度が作成され，それらの尺度間の関連から家族におけるEEの構造モデルが示された．そこで第３節ではこれらの結果をふまえ，EEを患者にとっての家族環境，また家族にとっての精神健康の指標として位置づけ，臨床での有効活用を目指すこととした．

本章の序でも述べたように，家族のEEは患者の精神健康に関連する心理社会的因子として重要な指標である．統合失調症患者におけるEEの再発予測性については，我が国においても追跡調査の中で高EE群の再発率が低EE群に比べて有意に高かったという報告が多く（e.g.，伊藤他，1994；大島他，1994），家族のEEが患者のQOLに対して与えている影響については社会的に認知されるようになっている．

痴呆患者とその家族を対象としたEEに関する実証研究において，患者側の要因についての報告は我が国では皆無であるが，海外ではいくつかの報告がみられる．それらの結果によれば，高EE家族と低EE家族で，患者の認知障害やADL，性別や年齢には差異がみられない（Bledin et al.，1990；Gilhooly & Whittick，1989）ものの，介護者から報告された患者の陰性行動に関しては高EE家族において多くみられていた（Vitaliano，Young et al.，1993）．一方EEは，患者の精神状態やQOLに影響をおよぼす家族環境の指標としてのみではなく，家族自身の介護負担の指標としても扱われている（Jackson，Smith，& McGorry，1990）．たとえば，EEに対する家族側の関連要因として，家族自身の精神健康（Rodger，1987），ソーシャルサポートの有無，自己評価や生活満足度の低さ（Gilhooly & Whittick，1989；Vitaliano，Young et al.，1993；Vitaliano，Russo et al.，1993），ケアにおける休息の少なさ（Bledin et al.，1990）などが示されている．そし

てEEの示す家族の精神健康に関して，高EE家族は抑うつ傾向が高く，患者に対する怒りや敵意の感情をより多く表出しており（Vitaliano et al., 1989; Vitaliano, Russo et al., 1993），介護負担を多く訴えていた（Bledin et al., 1990）．また高EEの介護者は，女性に多く，他の同居人や友人との接触，介護から離れる時間が少なく，それに加えて自己評価の低さ，精神健康状態の悪さが関係していた（Gilhooly & Whittick, 1989）．逆に，批判的感情の表出が少なく肯定的言辞の多い介護者では，有効な対処方略をとっていた（Bledin et al., 1990）．

EEとは慢性疾患患者を身内に抱えたことに伴う一般的な情緒反応で，一種の対処方略でもある（石毛・江畑，1991；後藤，1998）．介護者の精神健康に与える影響要因として，対処方略をとりあげた研究（e.g., 和気・矢富・中谷・冷水，1994; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; 岡林・杉澤・高梨・中谷・柴田，1999）や，ソーシャルサポートに関する研究は多い（櫻井，1999）．しかしその多くは，在宅障害高齢者としての研究であり，痴呆患者のみをとりあげて検討したものではない．今後，介護における社会資源の拡充が重要であり（和気，1996），特に痴呆介護においてはその発展が求められる．これまで痴呆患者と介護家族のQOLや他の関連要因について，EEによる検討の可能性が示されているものの，充分な実証的報告が行われていないのが現状であり，さらなる検討が必要であろう（下寺他，1998）．

本研究における第一の目的は，これまで一致した見解の得られている介護者の精神健康の観点を用いて，EEに関する尺度からEE判定における有効な分類基準を提示し，さらに，そのEEを通して患者のQOLおよび介護家族のQOLを検討することである．第二の目的は，EE判定基準への影響要因として，患者の基本属性および痴呆関連属性，そして家族の基本属性および介護関連属性を取り上げ，検討することである．さらに，心理社会的支援への示唆を得るため，ソーシャルサポートがEEに及ぼす影響について検討することを第三の目的とする．

Ⅱ．方法

1．対象と手続き

対象は，近畿圏の大学病院に通う外来アルツハイマー患者の主家族介護者110名のうち，死亡ケースおよび協力意志を示さなかった者を除く80名である．2002年４月から７月にかけて，郵送法による質問紙調査を行った．本研究の趣旨を文書にて説明し，郵送にて同意書とともに返送するよう求めた．またそれと同時に家族と患者に対して，診療の一環として各々著者が半構造化面接を行った．面接は，診察時の待ち時間あるいは診察時に，診療の一環として外来診察室で行った．

80名の介護家族のうち返答のあった者は52名であり（回収率65.00％），男性14名，女性38名であった．患者との続柄は，娘12名，息子３名，義理の娘９名，妻16名，夫11名，妹１名であった．また平均介護年数は，2.62±1.82年，平均年齢は59.85±11.41歳であった．なお分析では，欠損値のあった者を除く50名を対象とした．

分析対象となった対象介護者の患者の属性について，男性19名，女性31名の計50名で，平均年齢は，74.27±8.29歳であった．またMMSEによる認知機能得点とN-ADLによるADLの平均点は，それぞれ16.41±7.09点，43.28±8.49点であった．経済状況は「かなり苦しい（１点）」～「余裕がある（５点）」で評価したところ，2.84±1.22点であった．また一日あたりの介護時間は，7.17±8.13時間であった．公的サービスの利用状況については，15名がデイサービスを利用しており，うち５名がショートステイサービスを併用していたが，他の利用者は皆無であった．

2．調査項目

2-1．EE判定尺度

家族介護者の患者に対するEEを測定するため，本章第２節で作成したEEにおけるEOI・CC・Warmthを測定する尺度を用いた．この尺度の詳細および手続きは，本章第２節で既述したとおりである．

2-2. GHQ日本版28項目版

質問紙調査における介護者の精神健康の測定には，GHQ日本版（中川・大坊，　1985）の28項目版（以下，GHQ-28と略記する）を用いた．GHQ-28は，①身体的症状，②不安と不眠，③社会的活動障害，④うつ傾向という４つの下位尺度（各７項目）で構成されている．GHQ採点法では，それぞれの項目について「全くなかった」「あまりなかった」を０点，「あった」「たびたびあった」を１点として，４件法で回答を求める．

GHQは，非気質性・非精神病理性の精神医学的障害の的確で客観的な把握，評価および発見に有効なスクリーニングテストである（Goldberg，　1978）．そこで本研究では，GHQ採点法に基づくGHQ-28総得点（０～28点）におけるカットオフポイント（cut-off point）として，福西（1990）に基づき６/７点を採用し，７点以上の者を精神健康上の問題を有する可能性の高い「高リスク者」とした．また分析で用いる際には，GHQ-28総得点および下位尺度得点の採点は，GHQ採点法（４件法の回答に０，０，１，１点を与える）と，得点が正規分布しやすくするためのLikert採点法（４件法の回答に０，１，２，３点を与える）にしたがって行い，総得点（０～84点）および下位尺度ごとの総和（０～21点）で評価した．高得点であるほど，精神健康度が低いことを示している．

2-3. ソーシャルサポート

坂田・Liang・前田（1990）に従い，肯定的支援を示す３項目，否定的支援を示す２項目を設定した．すなわちO’Reilly（1988）によるソーシャルサポートにおける支援行為の分類を用いて，①情報による支援(informational)，②情緒による支援(emotional)，③実体的手段による支援(tangible or instrumental)といった肯定的支援に対してそれぞれ１項目を，さらに否定的支援に関する２項目を設け，「普段患者様ご本人をお世話されるにあたって，主介護者のあなたは，どの程度周りの方から援助を受けられていますか？」との質問によって，「非常にそう思う＝4」「まあそう思う＝3」「あまりそう思わない＝2」「全くそう思わない＝1」の４件法で回答を求めた．なお，各項目の詳細は付録に示す．

2-4. Dementia Happy Check

患者のQOLを測定するため，介護者に対する半構造化面接において，第３章第２節で開発されたDHCを用い，患者のQOL評価を行った．この尺度の詳細および手続きは，第３章第２節で既述したとおりである．

2-5. N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

介護者に対する半構造化面接において，N-ADL（小林他，　1988）を用い，患者の日常生活動作能力の判定を行った．この尺度の詳細および手続きは，第２章で既述したとおりである．

2-6. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease

介護者に対する半構造化面接において，BEHAVE-AD（Reisberg et al.，1987）の日本語版（朝田他，1999）を用い，患者の行動心理学的症候（BPSD）を把握した．この尺度の詳細および手続き，得点使用法は，第２章で既述したとおりである．

2-7. Mini - Mental State Examination

患者に対する心理検査では，認知機能障害の評価として，MMSE（Folstein et al.，1975）を用いた．この尺度の詳細および手続きは，第２章で既述したとおりである．

Ⅲ. 結果

1. 患者家族の精神健康にみるEE基準尺度得点

EE判定の基準を検討するための予備的分析として，臨床的に神経症者やうつ病者のスクリーニングテストとしての信頼性が確立しているGHQを用い，患者家族の精神健康を測定したところ，GHQ-28のGHQ採点法によるカットオフポイントに基づく高リスク者は，50名中26名（52.00%）であった．そこで高リスク者とそうでない者の間で，EOI，CC，Warmthにおける尺度得点の比較をするため，t 検定を行った（Table 4-3-1）．

Table 4-3-1
Caregivers' mental health and EE subcategory points

	High risk (n=26)	**Low risk** (n=24)	***t* - test**
	Mean (SD)	Mean (SD)	*t* -value
巻き込まれ (EOI)	8.46 (1.77)	6.00 (1.59)	5.16 ***
批判感情 (CC)	6.62 (2.25)	4.83 (1.31)	3.46 ***
暖かみ (Warmth)	11.62 (2.33)	12.25 (1.82)	-1.07 ns
GHQ	14.23 (5.35)	2.58 (1.98)	10.37 ***
GHQ Likert	40.50 (10.38)	20.88 (5.34)	8.50 ***

***p <.001　ns: not significant

その結果，神経症傾向やうつ傾向が高いと判定された高リスク者では，低リスク者にくらべて，巻き込まれと批判が有意に高い傾向が示され（$t(48)=5.16$, $p<.001$; $t(40.76)=3.46$, $p<.01$），暖かみに関しては，両群で有意な差はみとめられなかった（$t(48)=-1.07$, ns）．

2. 高EE判定基準の設定

本章第２節において，家族のEEの構造を検討し，CCへの媒介変数としてのEOIに着目することが重要であるとの示唆を得た．そこで上述のGHQ高リスク者におけるEOIの平均得点を参考に，高EEと低EEのカットオフポイントをEOI得点の７／８点間に設定することとした．なおWarmthについては，痴呆患者の家族介護における態度の基本にあり肯定的態度であるため，変数として使用しないこととした．結果，50名中21名（42.00%）を本研究における高EEと判断した．そして，高EE群と低EE群で，患者のQOLとBPSDおよび家族の精神健康に差異がみられるかを検討するため，t 検定を行った（Table 4-3-2）．

その結果，高EE群と低EE群で，患者のBPSDについては有意な差がみられなかった．患者のQOL得点と家族のGHQ得点に関しては，二群で有意な差がみとめられた（順に，$t(48)=2.10$, $p<.05$; $t(48)=-5.11$, $p<.001$）．

Table 4-3-2
Differences of patients' / caregivers' QOL
between High-EE and Low-EE

	High EE (n=21)	Low EE (n=29)	*t* - test Mann-Whitney U
	Mean(SD)	Mean(SD)	*t* -value / U
Psychosis	2.14(2.26)	2.28(2.52)	296.50 ns
BD	2.62(2.36)	2.14(2.45)	249.00 ns
AD	0.62(0.92)	0.69(1.04)	300.00 ns
A & P	2.33(1.65)	1.97(1.45)	270.00 ns
Patients' QOL	32.48(10.56)	37.59(6.62)	2.10 *
GHQ	13.57(6.72)	5.07(5.04)	-5.11 ***
GHQ Likert	40.52(11.22)	24.24(9.28)	-5.61 ***

***p <.001 *p <.05　　ns: not significant

3. 患者の基本属性および痴呆関連属性とEOIとの関連

EE判定の基準としたEOIと，患者の年齢・性別・痴呆関連属性との関連を検討するため，相関分析を行った（Table　4-3-3）．その結果，EOIは，患者の年齢，性別，認知機能，ADL，BPSDとの間に有意な相関はみられなかった．

Table 4-3-3
Correlations between EOI categories and patients' dementia related variables

	Age	Sex	MMSE	NADL	BPSD			
					Psycho	BD	AD	Anxiety
巻き込まれ (EOI)	-.19	-.05	-.17	-.18	.04	.10	.00	.23

性別は男性=1，女性=0としてダミー変数化

4. 介護者の基本属性および介護関連属性とEOIとの関連

EE判定の基準となるEOIと，介護者の年齢・性別・患者からみた続柄・副介護者の有無・経済状況・介護年数・一日あたりの介護時間との関連性を検討するため，相関分析を行った（Table 4-3-4）．

Table 4-3-4
Correlations between EOI and caregivers' dementia related variables

	Age	Sex	Relation	Sub carer	Economy	Care duratio	Care time
巻き込まれ (EOI)	.31*	.07	.20	-.40**	-.22	.03	.33*

**p <.01 *p <.05
性別は男性=1，女性=0　続柄は配偶者=1，その他=0　副介護者有=1，無=0としてダミー変数化

その結果，EOIと相関が見られたのは，年齢（r=.31，p<.05），副介護者の有無（r=-.40，p<.01），一日あたりの介護時間（r=.33，p<.05）であった．

これらの相関関係について，詳細を明らかにするためにモデルを作成し，パス解析を行った．パス解析とは，想定される変数間の因果関係について，複数の変数の関係を考慮してその関係の大きさを求める分析方法である．作成したモデルでは，上記変数間の共線性を考慮し，配偶者である場合は年齢が高いことは容易に予測されるため，年齢は削除した．また相関分析の結果より，介護年数はEOIとほとんど関連がみられないことから，性別，続柄，副介護者の有無，一日あたりの介護時間，経済状況ををそれぞれ独立変数として設定し，EOIを従属変数とした（Figure 4-3-5）．その際，性別で男性介護者の場合は続柄が配偶者であること（11／14人），介護者が配偶者である場合，夫婦のみの世帯が多かった（19／27人）ため，副介護者の有無と続柄の間に相関を設定した．

上記のモデルがデータに適合するかどうかを検討したところ，高い適合度を得た（χ^2(7)= 3.00，p=.88；CFI=1.00；GFI=0.98；AGFI=0.94；RMSEA=.00）．よって，本モデルのデータへのあてはまりは良好であると判断した．そこで，このモデルのパス係数について検討したところ，一日あたりの介護時間がEOIに有意な影響を及ぼしていた（β=.30，p<.05）．他のパス係数は有意でなかった．

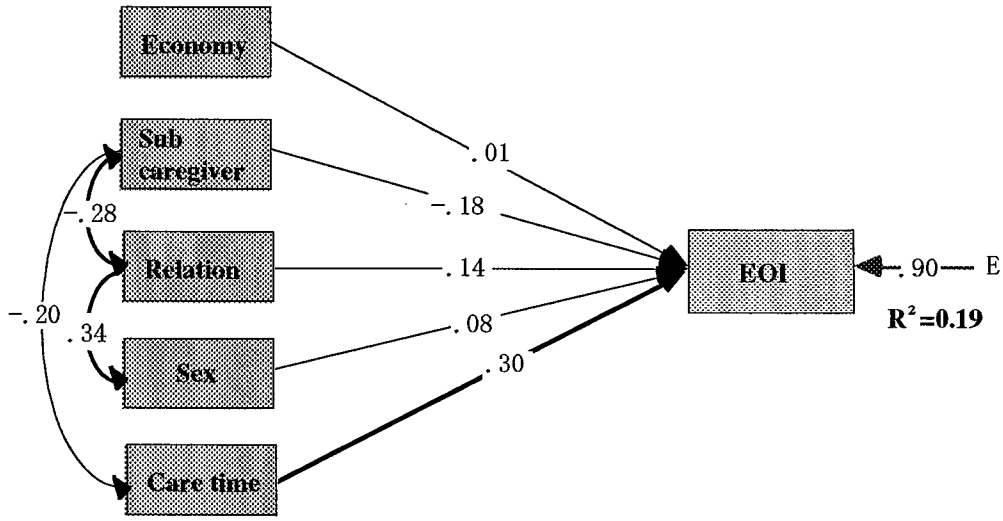

Figure 4-3-5
A path diagram of caregivers' variables and EOI

5. 介護者へのソーシャルサポートとEOIとの関連

先のパス解析でEOIへの介護関連属性として，一日あたりの介護時間がEOIへの影響要因として明らかになった．そこで今回，Figure 4-3-5で示されたモデルをもとに，ソーシャルサポートの各項目をEOIへの影響要因として加えた．その際，経済状況に関しては，EOIへの影響はほとんどみられなかったため削除し，さらに副介護者の有無は，ソーシャルサポート項目と相関が高いことが予測されるため，削除することとした．最終的に，介護者の性別，続柄，ソーシャルサポートを独立変数とし，一日あたりの介護時間を媒介要因とした上でEOIに影響を及ぼすというモデルを設定した（Figure　4-3-6）．そして肯定的支援である，情報サポート・情緒サポート・手段サポート間にはそれぞれ正の相関を設定し，否定的支援項目間にも正の相関を設定した．

上記のモデルがデータに適合するかどうかを検討したところ，高い適合度を得た（χ^2(14)=4.61，p=.99；CFI=1.00；GFI=0.98；AGFI=0.93；RMSEA=.00）．よって，本モデルのデータへのあてはまりは良好であると判断した．そこで，このモデルのパス係数について検討したところ，性別からEOI（β=.26，　p<.05），手段サポートからEOI（β=-.52，p<.05），また否定的支援における他者からの干渉や頼まれ事の多さからEOI（β=.35，

$p<.05$），同様に他者からの干渉や頼まれ事の多さから一日あたりの介護時間（$\beta=.45$, $p<.05$），一日あたりの介護時間からEOI（$\beta=.22$,　$p<.05$），干渉や頼まれ事の多さからEOI（$\beta=.22$,　$p<.05$）が有意となった．また肯定的サポートにおける手段サポートと性別の間に相関関係がみられた（$\beta=.23$, $p<.05$）．他のパス係数については有意とならなかった．なおここでは，有意とならなかったパスは省略した．

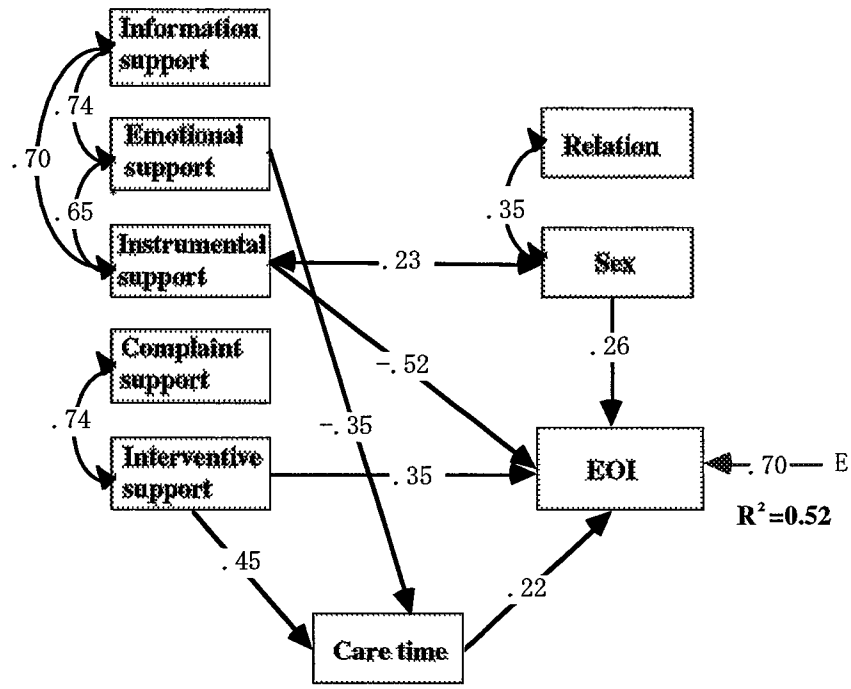

Figure 4-3-6
A path diagram of caregivers' variables and social support to EOI

Ⅳ．考察

1．患者家族のEE判定基準の検討

本研究対象者における患者家族の精神健康をみると，半数以上の者が神経症やうつ病などの高リスク者であった．この結果は，従来の介護負担研究で示されてきた，介護者の精神健康の悪さを示すものである．そして高リスク者と低リスク者で，本章第２節で検討し

てきたEOI・CC・Warmthの差異をみたところ，Warmthでは相違がなく，患者に対する愛情や共感は介護者の精神健康と関連があるものではないことが示された．また肯定的言辞については，これまでにも高EE判定基準として用いた研究はみられなかったことからも，EE判断の基準からWarmthを除外したことは適切であったと考えられる．本研究では，GHQによる高リスク者と低リスク者で，EE判定基準尺度における得点の差異を検討比較することにより，最終的なカットオフポイントを決定した．これは本研究と同様に，Bledin et al.（1990）が高EEの家族と低EEの家族を比較する際に，GHQのカットオフポイント（４／５）を用いたところ，有意な差がみとめられた結果を考慮したものであり，EE判定における妥当性の判断に適切であったと思われる．

ところで本研究では，EOIとCCのうち，EE判定基準としてEOIを採択した．しかし本章第２節の緒言で挙げた老人精神疾患とEEに関する過去の研究では，いずれもCCに焦点をあてており，EOIについては詳細な分析がなされていない（下寺他，1998）．また高EEと低EEの基準となる尺度や，その得点におけるカットオフポイントの設定，対象者の中で高EE家族の占める割合は，過去の研究において様々であり報告によって異なる．たとえば，Vitaliano et al.（1993）では，FMSSにおけるCCに基づいた高EEの割合は17.7%，EOIに基づいた高EEの割合は3.8%であった．Bledin et al.（1990）は，CFIにおけるCCの数によって判別し，56.0%（14／25人）を高EEとしている．彼女らによると，うつ病患者と統合失調症患者のカットオフポイントの中間点を，痴呆患者家族のカットオフポイントとして設定しており，対象によって基準設定は考慮されなければならないことがうかがえる．さらに下寺他（1998）は，EE判定基準における知見の不一致が生じている原因として使用した尺度による差異を指摘しており，たとえばFMSSとCFIで高EEと判断された割合が大幅に異なる理由に，両尺度の面接時間がそれぞれ５分と１時間という相違にあるとしている．これらの先行結果をみると，高EEと低EEの判定基準に関する知見は一致しておらず，今後さらなる検討が必要である．したがって本研究による結果を絶対的な基準として適用するのは早計であるが，痴呆介護家族のEE判定基準の一つとして考えることは有意義であると思われる．

2. EEにみる患者のQOL

EE判定基準としてEOIを採択し，高EE群と低EE群に分類し比較を行ったところ，患者のBPSDには有意な差はみられなかった．統合失調症患者では，EEは症状の再発率との関連でその判定基準の有効性がみとめられているという点で，痴呆患者においても周辺症状が改善する可能性が高いことが予測されていた（下寺他，1998）．Vitaliano et al.（1993）では，介護者から報告された患者の威嚇行動や怒り，妄想，徘徊傾向などの陰性行動が高EE家族で多くみとめられたとしている．また我が国においては，深山他（1985）が，痴呆性老人と介護者との人間関係と精神症状の発現頻度との関連を調べ，人間関係が悪い群では，よい群に比べて精神症状の発現頻度が高いことを報告している．しかし本研究の結果では，BPSDに差異がみられなかった．その理由として，今回対象とした患者が，精神科外来への通院患者であったことが考えられる．つまり，どの患者においても何らかの精神科的症状をもっていること，あるいは投薬によってその症状が抑制されていることが影響している可能性もある．また先行研究における問題行動の概念と，本研究で扱ったBPSDの概念との差異の影響とも考えられよう．

このようにBPSDに関しては先行研究結果と一致しなかったが，その一方で本研究では，高EE家族の方が低EE家族よりも患者のQOLが低いという結果が示された．本研究におけるQOLは，その定義の根底に心理的well-beingがあるが，家族による巻き込まれの少ない家族環境においては，患者の心理的well-beingが高いのは肯ける結果である．心理的環境が患者のQOLに与える影響の例として，施設入所痴呆患者における，スタッフや他の居住者による侵入（Bridges-Parlet, Knopman, & Thompson, 1994），自律性の欠如（Morriss, Rovner, & German, 1995）などの要因が報告されている．DHCにおいては，患者自身の能力如何に関わらず，本人らしさがQOL評価の中で強調されていることからも，介護者によって支配されにくい環境とも言える低EE家族においては，心理的well-beingが保たれていることが示唆されたと考えられる．介護者の心理的ストレスと痴呆患者の精神状態との関連については，意外にもこれまでほとんど注目されてこなかったが（Brodaty & Luscombe, 1998），患者の抑うつと介護者の精神健康の関連を示唆する報告がいくつかみられる．た

とえば高齢者における頭部外傷患者を対象とした，患者と介護者の精神健康の関連性に関する研究では双方の精神健康の間に正の関係が報告されている（e.g., Brooks, Campsie, Symington, Beattie, & McKinlay, 1986; Wade, Legth-Smith, & Langton-Hewer, 1986）．またBrodaty & Luscombe (1998) は，メモリークリニックに参加している痴呆患者を対象として，患者の抑うつと要求問題行動が，介護者の精神健康に関連していることを明らかにしている．本研究で調査に用いられたQOL尺度であるDHCでは，患者の主観的抑うつ感との相関の高さが示されており，家族の精神健康の悪さを反映している高EE家族において，測定された患者のQOLが低かったことは，前述の先行研究結果で患者と介護者双方のQOLが正の相関関係にあったことと一致する．

このように高EE家族と低EE家族において，患者のQOLに差異がみられたことは，統合失調症において家族の援助を心理教育的に行うことにより患者の症状の再発率を下げられるのと同様に，痴呆患者においても家族教育や家族自身の精神健康を改善していくことが，患者自身のQOLを改善する可能性のあることが示唆されたといえよう．

3. 高EE家族への心理社会的援助

家族のEOIへの影響要因として，どのようなものがあるかを検討するため，まず患者の基本属性および痴呆関連属性との関連を調べたところ，どの変数にも相関はほとんど示されなかった．この結果は，患者の痴呆進行やBPSDにかかわらず，介護家族の情緒的巻き込まれが生じることを示唆するものである．

このような情緒的巻き込まれが生じる背景要因として，介護家族の基本属性および痴呆関連属性との関連を検討した結果，年齢が高いほど，そして一日あたりの平均介護時間が長いほど，情緒的に巻き込まれやすく，また副介護者のいる者ほど巻き込まれは少なかった．さらに見かけ上の関係を統制した結果，EOIへの介護関連属性として，一日あたりの介護時間がEOIへの影響要因として明らかになった．EEとは慢性疾患患者を身内に抱えたことに伴う一般的な情緒反応であるとの定義をふまえ，このような情緒反応を生じさせる背景要因とそれに対する支援のあり方を検討するため，本研究では，関連性のみられた介

護者の属性とソーシャルサポートを独立変数とし，一日あたりの介護時間を媒介してEOIが生じるというモデルを設定したところ，モデルのデータへのあてはまりは良好であった．つまり，介護時間が増えればEOIは増加するものの，情緒的サポートを主体とした周囲からの肯定的支援は介護時間を減らすことに有効であり，また身近な人からの干渉的サポートなど否定的支援は介護時間を増加させ，EOIを悪化させてしまう．一方介護者自身の体調が悪いときなどに物質的な援助を得ることができるといった道具的サポートは，EOIを直接的に軽減させる可能性が示唆された．またこの道具的サポートに関して，妻を介護している男性介護者の場合，EOIの状況に陥りやすいが，道具的サポートを主体とした肯定的支援を得ることによりEOIを緩和させることができることが示唆された．これらの結果は，介護者の続柄によって，主体とするサポート内容を変更させることが必要であり，かつ否定的支援の阻止や肯定的支援の提供が，家族のEOIを緩和させ，ひいては患者のQOLを向上させる手がかりを示すものであると考えられる．

岡林他（1999）は，認知障害やADL障害を一次ストレッサーとしてとらえ，「介護拘束度」という二次ストレッサーの増大が精神健康の悪化を促進するが，「回避型」の対処方略には，二次ストレッサーや精神健康の悪化を減少させる効果があることを見出している．その一方で介護事態にあえて没入していくという「接近型」の対処方略は，精神健康の悪化を招くことを指摘している．本研究における一日あたりの介護時間と情緒的巻き込まれはそれぞれ，岡林他（1999）のいう「介護拘束度」と「接近型」対処方略に類似した概念とも考えられる．本研究におけるモデルでは，EOIを情緒的反応としてとらえたが，今後は対処方略としても検討していく必要があるだろう．

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では，痴呆介護における患者や家族への支援を念頭におき，EE概念を痴呆介護家族へ適用することにより，危機介入などのスクリーニングを主たる目的とした．そのため，ソーシャルサポートの概念においては，情報的支援・情緒的支援・道具的支援・否定的支援といった抽象的な示唆を示すにとどまったことは否めない．実際高EEは，疾患や症状，

治療法，社会資源，および対処資源に対する知識・情報の不足，そして不慣れな対処方法，不適切な対処技術の結果もたらされるというが（石毛・江畑，1991），具体的な内容に踏み込んだ研究が今後求められる．また縦断検討を行うことにより，EEが患者のQOLやBPSDに及ぼす影響に関する明確な示唆が得られるだろう．

またEEに関する手法上の問題であるが，EEの性質上，自己意識の中では気づきが得られにくく，特に巻き込まれの状態は，自身では客観的に把握することはできにくいかもしれない．後藤（1998）も臨床経験上，巻き込まれは批判よりも自分でコントロールがしにくいとしている．そのため，家族にとっては回答に際して敏感にならざるをえず，場合によっては防衛的な反応もあり得る．この点で，質問紙調査法によって実状を把握しきれるのかという問題は常に考慮しなければならないだろう．

総　論

本章では，痴呆患者の介護家族における感情表出を，患者のQOLへの心理社会的影響要因として検討した．同時に，介護者の精神健康の指標としての位置づけから，痴呆介護介入に向けた臨床指標の確立を目指すことを目的とした．

第１節では，介護者と患者の関係性における，介護者の態度要因について質的検討を行った．その結果，態度構造として「行動的態度」「情動的態度」「思考的態度」の３要因が見出され，介護者の態度構造の根底には，情動的態度があると考えられた．しかし患者のケア環境の一つとして介護者の態度を測定できるような尺度開発および態度構造の検討が必要であると考えられた．

そこで第２節では，第１節の示唆に基づき，介護者と患者の関係性に対してEEの概念を導入し，痴呆患者と介護家族を対象に，患者に対する感情表出判定のための尺度を作成し，態度構造を検討した．感情表出の基準となる情緒的巻き込まれ（EOI）と批判的感情（CC）および暖かみ（Warmth）について，それぞれ信頼性と妥当性を伴った尺度が作成された．これらの態度構造モデルを検討した結果，患者のQOLに影響を与えると考えられている高EE状態に結びつかせないためには，家族介護者を情緒的巻き込まれすぎの状況に追い込まないことが必要であるとの示唆が得られた．

これらの示唆をもとに，第３節では，介護者の精神健康における観点から，EEに関する尺度のEE判定における有効な分類基準を提示し，EEを通して患者および介護家族のQOLを検討した．その結果，EOI尺度を用いて高EE群のスクリーニングを行うのが妥当であり，高EE群の患者と家族におけるQOLの低さを検出することができた．さらに，主に介護者の介護時間の長さが高EEを増大させるという影響が明らかになり，いくつかの社会的支援の必要性が示唆された．

第５章

痴呆患者と介護家族のQOL向上への提言

第１節　本研究の総合論議
第２節　本研究における問題と限界
第３節　痴呆ケアにおける今後の課題と展望

第１節　本研究の総合論議

本研究では第２章から第４章まで，痴呆患者と介護家族のQOLに関する一連の調査研究を行ってきた．QOLとは非常に漠然とした概念であり，特に痴呆患者のQOL研究に関しては，「虚弱な高齢者（frail elderly）」に関する臨床，研究の中でも比較的歴史の浅い分野であろう．このような背景をふまえ，高齢化社会に伴う痴呆患者の増加の現状と，ケアのあり方について述べ（第１章第１節），痴呆介護における心理学的研究の動向を概観した上で，心理社会的モデルを紹介した（第１章第２節）．心理社会的モデルでは介護者が患者を理解し，それを活かして患者が適応するように導くという適応概念を用いており，心理的環境が患者のQOLに与える影響という側面が強調されている．これまでしばしばケア現場では，介護負担研究の発展にみられるように介護者の立場が重視されてきた．いわゆる「問題行動」という概念が定着してきたのも，介護者にとっての問題としてとらえられてきたためであり，患者の立場はあまり考慮されてこなかったと言えよう．しかし近年では，患者のQOLを重視しようとする動向の中で，認知機能障害以外の症状を包括的に扱うBPSDという概念が定着しつつある．そしてBPSDをとりまく様々な変数の一つとして，患者と介護者双方のQOL低下が挙げられてきた（Finkel，2000）．現状では，痴呆患者にとってのQOLとは何かという論議がなされてきているが，認知障害を持つ人に対してQOLを測定することの困難さなどの問題から一定の知見は得られていない．このような背景をふまえた上で，本節では，本研究における一連の結果をまとめ，その知見に基づき，①痴呆患者の心理的適応とその介入の可能性，②QOL概念とその指標としての適性，③痴呆介護における家族の態度にみる患者と家族のQOLに関して論議し，④これらが示唆する痴呆介護における心理社会的アプローチからの今後の方向性に関する見解を述べることとする．

Ⅰ．痴呆患者の心理的適応とその介入の可能性

本研究では，まず患者の心理的適応状況を探索するため，その心理指標として，従来から言われているBPSDと性格変化の二点から検討を行った．まずBPSDの指標として，医学的研究において汎用されているBEHAVE-AD尺度を用いてBPSDの発現状況をみた上で，BPSDの下位因子間の構造および，痴呆進行との関連を検討した（第２章第１節）．その結果，患者は痴呆の重症度にかかわらず感情障害や不安および恐怖などの心理的不安定さを呈し，それらに加え，重症度の高い患者では精神症状や行動障害といった精神医学的症状が増加する傾向が明らかにされた．これらの結果から，患者の心理的適応を促す上で，神経心理学的リハビリテーションの可能性と，心理的環境への援助の可能性という二つの介入可能性が示唆されたと考えられよう．

1．神経心理学的リハビリテーションへ向けて

まず本研究では患者の心理的不安定さを軽減することにより，従来いわゆる問題行動とされてきた精神症状や行動障害を軽減できる可能性が考えられた．その一方で本研究で示されたBPSDの因子構造および認知機能との関連モデルは，認知機能が精神医学的症状を軽減させる可能性をも示唆するものであった．

この結果は，認知障害への直接的な治療可能性が高くなれば，より一層問題行動が軽減され得るとも解釈できる．最近では脳損傷者に対する神経心理学的リハビリテーションがなされるようになってきており，またアルツハイマー患者を対象とした認知障害に対する治療介入も徐々に進められつつある．認知障害に対する介入については，統合失調症患者の例でもみられる．統合失調症の疾病モデルとして，遺伝やその他の生物学的見地，また環境ストレスの影響など様々な見地を含有した「脆弱性―ストレス」モデル（Zubin & Spring, 1977）がある．このモデルは，患者はストレス脆弱性の閾値が低いために，環境ストレスの影響を受けやすく，容易に発病に至るとされるものである．このような患者の脆弱性に対するスクリーニングにおいて，精神生理学的あるいは実験心理学的研究により，選択的注意障害などの情報処理障害を中心とした認知障害が重視されてきており

(Nuechterlein & Dawson, 1984)，神経心理学的リハビリテーションの有効性が実証されつつある．したがって，痴呆患者に対してこのような介入方法を適用し発展させていくことは，今後の痴呆ケアへの貢献につながると思われる．

2. 心理的環境への援助に向けて

しかし現時点においては痴呆患者の認知機能低下が非可逆的であるという特性を考慮すれば，患者の心理的不安定さに関して，より詳細に検討を行う必要があるのも事実である．そこで本研究では，患者の性格変化に着目した．性格変化の指標について，患者の性格評価を客観的に行うため，本研究では類型論的立場ではなく，特性論的立場に基づく性格理論を用い，かつ方法論上の問題を考慮した．まず患者の病前性格特性に偏りがみられるか確認した結果，開放性の低さ，つまり保守的な傾向はあるものの他の特性に関してはほぼ平均的な性格特性であったことが明らかにされ，患者の性格変化は，痴呆疾患による影響が大きいと結論づけられた（第２章第２節）．さらに，性格特性の病前から調査時点までの変化を検討したところ，病前に比べて神経症傾向の増加と他の性格特性の低下が明らかにされた（第２章第３節）．また現在の性格特性とBPSDの関連を調べた結果，開放性次元の低さが精神症状と，神経症傾向が感情障害と関連のあることが示された．これらの結果から，痴呆進行との関連では，神経症傾向，外向性，開放性の変化に着目することが，痴呆早期発見につながる可能性が示唆された．

これら一連の研究をとおして，患者の心理的適応状況は，適応能力が低下し抑うつ的であることが示唆された．近年の多くの研究では，痴呆のみならず老化による適応力の低下といった点からも，適応しにくい新しい生活様式や環境に対する反応として，自己中心的な傾向や内向的，抑うつ的傾向が現れることが明らかになってきている．そしてこれらの傾向は痴呆症状が現れると一層増加するが，逆に高齢者にとって適応がうまくいけばそのような傾向は和らぐことは，臨床的にもよく経験する．つまり，認知機能の低下から物事への流動的対応が困難になった結果，患者は不適応になりやすいが，逆に周囲の対応など環境によっては患者の適応はうまくいくと考えられる．さらに笠原他（1983）は，患者の

不適応状態が，結果として患者本人のストレス代償能力に影響を与え代償不全となり，痴呆の進行をより一層促進させるのではないかと考察しているように，痴呆の進行を抑制するためにも，不適応状況をできるだけ緩和させるような環境づくりを心がける必要があるだろう．

このことは，介護者の介護負担の一因ともなる患者の精神症状の出現に関する，患者の精神力動を考える上でも重要である．本研究の結果からは，抑うつと記憶や情報処理などの認知能力との関連についての先行結果と併せて，患者はもの忘れなどの記憶能力の低下から不安が高まり，認知機能が保持されている間はストレスへの対処能力が働き，不安な状況が抑うつなどの心理的症状レベルにとどまっているが，認知機能の低下とともに，心理的症状が精神医学的な症状に発展していくといった力動が推測できた．高橋（2001）は，臨床で経験した患者の例を挙げ，以下のような患者の心的状況を述べている．患者は痴呆であると周囲の者にみなされると，それまでにもっていた社会的参加，あるいは活動の機会をはく奪され，いわゆる「社会的な死」を経験する．そして患者自身もの忘れを自覚し始め，多くの場合不安で落ち着かなくなり，内にこもるようになる．一方家族の者や介護者も「痴呆にだけにはなってもらっては困る」とばかりに患者の言動を厳しく管理し，失敗を細かく指摘し訂正を迫る．それに対して患者は「叱られている」と感じ，どうすることもできず，さらにつらさと不安が募り，患者の中には病の否認が生じる場合もある．これらの過程の中で，家族の間に軋轢が生じるようになり，患者は「お荷物的存在」となる．患者にとって，家庭は本来もっとも安心できる場所であるはずが，不安な場所へと変わり，何らかのきっかけで精神症状やいわゆる問題行動へとつながっていくようだとしている．

しかしこのような患者と介護者の軋轢に関しては，本研究で考察してきたようなBPSDや性格変化にみる患者の精神力動を，介護者や家族に対して適切に説明するといった介入を行うことによって，緩和する可能性はあるだろう．実際，患者の気持ちを理解することができず，「痴呆は何もわからなくなった悲惨な病」という誤った痴呆観により，痴呆になったら人間の尊厳を失うととらえている人が多いという（高橋，2001）．また高橋（2001）は，老いることが自然に受け止められ，支えられる社会づくりを行うことで，患者は心理

的に適応して生きることができるようになると提唱している．このように周囲の理解を高めるなどの心理的環境を整えていくことによっても，患者の心理的適応状況が改善され，ひいてはQOLの向上を目指すことが可能になるのではないだろうか．

Ⅱ．痴呆患者のQOL概念とその指標としての適性

本研究で患者の心理的適応状況が実証的に明らかにされたため，QOLの向上を目的として，心理社会的環境による介入を目指すこととした．そのためには，まず介入指標となる患者のQOLの定義および指標について検討する必要があった．このような検討を行うことは，先述のような誤った痴呆観の是正に対する布石にもなり得る．

そこでまず，先行研究における痴呆患者のQOLに関する定義と指標を概観した（第３章第１節）．痴呆患者にとって社会適応やQOLとは何かという基本的な論議がなされているのが現状であり，いまだその定義は定まっていないからである（Lawton, 1997）．その結果，研究者によってQOLの定義は様々であり，大別すれば３種類の立場があることが示された．第一に，健康関連QOLとして，従来の一般高齢者のQOL概念と同様に，認知機能やADLを含むとするものがあった．第二に，患者の行動や社会的活動など，痴呆QOLを活動能力に限定したものが挙げられた．そして第三に，気分や感情状態など，患者の心理的well-beingとして扱われているものがあった．後者２つの概念については，研究によっては混在しているものもあり，その分類は明確でなかった．また先述のように本研究では，患者の抑うつを反映するような，簡便な痴呆QOL評価尺度の開発を行う必要性が示唆されていた（第２章）．これらの文献検討の結果と痴呆患者の疾病特性を併せて考えれば，痴呆患者のQOLに対しては，第三の心理的well-beingと定義するのが適切であると考えられた．

次にこのような定義に基づき，また方法論的問題を考慮した上で，新たに痴呆QOL評価尺度の開発を試みることとした（第３章第２節）．その結果，患者の主観的well-beingを反映した，かつ信頼性および妥当性を伴った痴呆QOL評価尺度であるDHCが開発された．本

尺度は，表情の変化・会話の量・身だしなみへの関心・立ち居振る舞い・活動参加態度の５つの側面から患者のQOLを測定することができ，今後の心理社会的介入における効果指標として有用であると判断された．

1. 痴呆患者のQOLにおける自律性

上述のように本研究では，「痴呆患者のQOLとは何か」という課題について扱ってきたが，実際ケア提供者としてどのような理念をもっているべきであろうか．介護サービスのあり方を振り返ってみると，自分の生活や生き方を自分で決め，それを実現するためのサポートである必要があった．つまり「自己決定」や「自立」，「自律」といった概念が，患者のQOL向上において重要な鍵をにぎっていることになる．本研究で開発されたDHCでは，その評価に際して，患者にその行為が「できるかどうか」が問題なのではなく，する「つもりがあるかどうか」を重要視した．この意味で，本尺度は患者の自律性（autonomy）を評価することが可能であり，患者のQOLを測定する上で有効であろうと考える．この自律性に関しては健常高齢者においても，一つの課題として考慮されなければならない．老年期は他の時期に比べ，人間関係の変化や社会経済面の変化，身体機能の老化など様々な喪失を体験しやすい．そのような背景から，老年期における不適応に関してはこれまでに，配偶者との死別，定年退職，身体疾病など，高齢者をとりまく様々な危機状況に着目した研究が行われてきた．エリクソン（Erikson,　1959/1973）の提唱した発達理論においても，老年期におけるその発達的課題と心理的危機は，自我の統合性と絶望であるとされている．また精神医学的診断を行う際にも，患者のパーソナリティの健康さや適応状況を把握するためには，自我の機能評価は重要視されている（小此木，1998）．この場合，その患者のパーソナリティにおける「正常」な部分とは，自律性をもった自我のことである．自我の自律性（ego autonomy）は，内的な不安や欲動の高まり，外的環境からのストレスや不安などから影響を受けずに自立的に働く自我機能のあり方である．たとえ痴呆患者であっても自我機能は重要であり，患者の尊厳を守りながら援助を行うことが求められているといえよう．

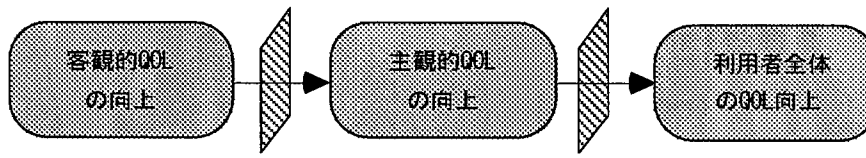

Figure 5-1-1
Dementia QOL process model
※　荒井（2002）を参考に作成

痴呆患者の自我機能を高めるためには，言うまでもなくケアの質を高めることが重要である．しかし痴呆患者へのケアアプローチを考える場合，意思疎通が困難であったり，行動を予測できなかったりといった，患者のQOLにおける主観的側面をはかり知ることが困難であるのも事実である．客観的QOLに関してはADLレベルと表裏一体であるため，具体的アプローチを考えた場合，ADLレベル向上に向けたケアが優先される（荒井，2002）．一方痴呆患者の場合，ADLの向上ひいては利用者全体のQOL向上に向けたアプローチの達成は容易でない（Figure 5-1-1）．つまり，ケアアプローチを達成するためには，患者の主観をいかに引き出すことができるかにかかっていると言える．

2. 痴呆患者への介入におけるQOLの指標

では，具体的にこのような患者のQOLにおける主観的側面をはかり知るための指標には，どのようなものが適切なのであろうか．臨床場面では，しばしば患者の些細な表情の変化を見逃さないことが，患者の意思や感情を読みとることにつながることが強調されている（須藤，2002）．意思疎通が困難であっても介護者が，言葉による表面的な理解ではなく，相手の心を理解することを心がけたとき，はじめて患者とのコミュニケーションが成立する．これは，乳児の微笑にみる発達的変化においても同様である．生後一カ月未満の新生児の微笑は生理的な顔面筋の反射であり，自発的微笑と呼ばれるが，重要なのはそれを受け止める母親の反応であろう．生理的微笑は母親との情緒的かかわりを通して，情緒的微笑みへと変化していく．その過程で母親が乳児の表情の一つ一つに社会的意味を見出し，敏感に応じようとするといった社会的相互作用があるため，意思疎通が成立する（高

橋，1994）．痴呆患者の介護場面においても，介護者がありのままの患者を受け入れ，かつ患者も自分の存在が受け入れられていると感じるとき，コミュニケーションは成立し，また患者は精神的にも安定し，表情も豊かになることは容易に予測される．このように，患者の主観的QOLをとらえることは重要であり，またその指標として表情や意思疎通への着目は非常に重要であることがうかがえる．

実際，現場での様々な介入実践において，「表情が出てきた」といった成果をよく耳にする．しかしそのような介入側の主観的な表情の変化だけではなく，その客観的評価方法が，今後の痴呆介護研究において求められている（須貝，2002）．本研究で，患者の主観的QOLをとらえる際の指標として適切であると示された「表情の変化」および「会話の量」は，患者の心理的安寧（心理的well-being）を推し量る指標として有用であろう．さらにこれらの指標が，「身だしなみへの関心」「立ち居振る舞い」「活動参加態度」といった，自律性を示していると思われる項目とも高い相関を示したことは，本尺度得点がADL得点と相関が高かったことからも首肯できる．何故なら，ADLの構成要素は「移動」「姿勢」「行動」であり，その基本に「認知」「意思」といったものがあるからである（高橋，2002）．つまり痴呆患者にみられるADL障害は，すべて認知機能障害によって生じるわけではなく，認知機能障害の存在および重症度がそのままADL障害を決定するわけではない．ADL評価を実施することにより，動作の障害となっている心身機能を含めて問題がどこにあるかを探り出し，今後どのように対応していくのかを決定することが求められるため，痴呆患者のQOLがADLを反映するのは必然であろう．またDHCはADLのみならず，患者の主観をも反映するものであったという結果（第３章第２節）と併せて考えれば，痴呆QOLの指標としては最適な尺度が開発されたのではないだろうか．

3. 痴呆患者のQOLへの視座の転換へ向けて

ともすれば，ケア提供者にとってコミュニケーションが成立しにくい痴呆患者のケアにおいて，患者の主観が第三者によって客観的に評価できたという本研究の結果は，患者のQOL向上に有効であろう．このような評価の確立によって，これまで介護者からの情報に

多くを頼ってきたケアの現状から，介護者の患者に対する評価における歪みを敏感に感じ取ることも可能になるだろう．治療者は，患者のQOLを適切に判断することにより，質の高いケアを行うことができる．たとえばケア提供者は，患者の障害に目を向けるのではなく，「今できること」に着目するといったように，介護者自身が患者に対して抱く評価を，より肯定的なものに転換していくことが可能になる．これは，介護家族のみならず，医療施設スタッフ，研究者を含め，すべてのスタッフにとっても重要な課題であり，ケア提供者の患者に対する意識のあり方に関する，一つの重要な示唆が浮き彫りにされたのではないだろうか．このことは，本研究結果（第３章第２節）においてみられた心理的well-beingに対する家族による評価と患者自身の評価の差異からもうかがえる．しかし，このような意識転換を浸透させるためには，心理社会的サポート体制の欠如など，解決されなければならない問題が現状では多いのも事実であり，この問題については本章第３節で述べる．

Ⅲ．痴呆介護における家族の態度にみる患者と家族のQOL

痴呆介護のはじまりは家庭であり，また多くの患者が在宅介護の形態をとっていることからも，患者にとっての介護家族の存在は重要である．本研究では心理社会的モデル（第１章第２節）にしたがい，患者のQOLに対して影響を与えるとされる家族環境について検討するため，介護家族の態度要因に着目することとした．まず質的検討の結果，「行動的態度」「情動的態度」「思考的態度」の３要因が見出され，介護者の態度構造の根底に，情動的態度があると考えられた（第４章第１節）．しかし患者のケア環境の一つとして，介護者の態度を測定できるような尺度開発および態度構造の検討が必要であると考えられた．そこで情動的態度要因に対して，統合失調症患者でその臨床使用が定着しているEEの概念を導入した（第４章第２節）．そしてEEにおける３つのカテゴリー，すなわち情緒的巻き込まれ（EOI）・批判（CC）・暖かみ（Warmth）に関する尺度を作成し，その態度構造を検討した．その結果，愛情や共感といった暖かみの感情は批判的感情を直接的には緩

和させるものの，その一方で情緒的巻き込まれを媒介すると，批判的感情を相乗させてしまうことが示された．よって患者のQOLに影響を与えるとされる高EEの状況に結びつかせないためには，家族介護者を情緒的巻き込まれすぎの状況に追い込まないことが必要であるとの示唆が得られた．

このような態度構造に関する考察をもとに，痴呆患者の介護家族におけるEE判定基準を検討した上で，EE判定に有効な分類基準を提示し，さらにEEを通して患者のQOLおよび介護家族のQOLを検討した（第４章第３節）．その結果，EOIにおけるカットオフポイントを用いて高EE群の抽出を行うのが妥当であるとの結果が見出され，それによって患者と家族のQOLの低さを検出することができた．さらにEOIへの影響要因として，主に介護者の介護時間の長さが高EEを増大させ，いくつかの社会的支援の必要性が示された．

1. 痴呆介護家族への危機介入指標としての適性

上述のように本研究で，介護家族環境の指標にEEの概念を導入し，いわゆる高EE家族のスクリーニングの有効性やQOL指標の有効性を確認できたことは，痴呆患者と家族のQOLを考える上でケアの質の判断に役立つと考えられる．実際これまでに，何らかの環境変化や介入によって患者のQOLに影響を与えうることは，現象学的には示されてきたが（e.g., Gwyther, 1997; Kitwood & Bredin, 1992），体系的な研究が充分でない現状では，本研究における実証的知見は有意義であったと考える．

今回高EE家族と低EE家族において，患者のQOLや介護者の精神健康に有意な差異がみられ，高EEへの影響要因として，一日あたりの介護時間の軽減が有用であり，介護者の続柄などを考慮した社会的支援が必要であるとの知見が得られたことは，今後の臨床適用の可能性を示唆するものである．また統合失調症患者における高EE家族と生活をすることに伴うリスクに対する防御策として，定期的な服薬か，あるいは家族との直接接触を減らすことが有効であるとの知見がみられるが（Vaughn & Leff, 1985），本研究でも一致した結果が得られた．これは，統合失調症患者における再発防止に果たすEEによる介入の役割を，痴呆患者に対しても適用できることを示唆しているものと考えられよう．

2. 介護態度における他の概念の適用可能性

ところでEEの概念について，「コーピング」との関連からみた位置づけにおいて検討するべき課題であるとの見解を既に述べた（第４章第２節）．また同時にEEに関しては，精神疾患患者とその家族を対象に研究がなされてきたことについても触れた．しかし一般的にも，EEと類似の概念として「敵意」や「攻撃性」という概念が，身体健康や精神健康との関連で扱われてきたことについても言及する必要があろう．

たとえば敵意の高さは，冠状動脈性心臓疾患（Coronary Heart Disease: CHD）の発症やそれによる死亡リスクの上昇と関連（Matthews, 1988; Hecker, Chesney, Black, & Frautsci, 1988; Dembroski, MacDougall, Costa, & Grandits, 1989; Barefoot, Dahlstrom, & Williams, 1983; Shekelle, Gale, Ostfeld, & Paul, 1983），また抑うつやストレス状態などと関連（Smith & Frohm, 1985; Houston & Kelly, 1989）のあることが示されている．敵意と健康との関連性について，敵意の高い人が嫌悪的な状態に対処すること，すなわちストレス・コーピングをうまく行うことができず，自らストレス状態を持続させていることに起因すると考えることができる．ストレス・コーピングとは，“外的・内的要求やそれらの間の葛藤を克服し，耐え，軽減するためになされる，認知的・行動的努力”（Folkman & Lazarus, 1980, pp.223）として定義されるものである．

このコーピングについて，心身の健康に対して適応的なコーピングの不足部分や，過剰になっている不適応的なコーピングを特定することは，心理学的立場から健康問題に対する予防的介入方法を探る上で，どのようなコーピングを拡充させるべきか，あるいは抑制すべきかという指針を得ることになる．さらに，敵意の高い人におけるコーピングの特徴を明らかにすることにより，敵意の高さに特に注目した場合の介入の情報を得ることにもつながると考えられる．この点に関連してFriedman（1992）は，敵意の研究とコーピング研究とは相互に意味のある知見を得ているにもかかわらず，両者のコミュニケーションは不充分であることを指摘しており，これらを併せて検討することは，双方から得られる知見を活かし，健康状態に対する予測力および説明力を高めることにつながると考えられる．

このような指摘を考慮に入れると，今後EEの下位概念とコーピングとの関係について検討することによって，介護家族の精神健康や介護負担に関する重要な知見を得ることができると思われる．

Ⅳ．今後の痴呆介護における心理社会的アプローチへの適用

痴呆患者を対象とした臨床現場では，近年様々な心理的アプローチによる実践的な試みがなされつつある．もっとも多くみられるのは，老人保健施設や特別養護老人ホームなどで，アクティビティ（生活の活性化）と称したレクリエーションに代表される何らかのプログラムの作成および導入であろう．また回想法，リアリティオリエンテーション（RO）法，音楽療法，芸術療法などの心理療法も，一部の施設では取り入れられつつある．その目的は，各個人がもっている達成感，自尊心，有用感，よい人間関係，自己実現，目標のある生き方などといった，基本的な欲求が充足されることである．ニーズが満たされることによって心が動き，心が動くことによって生活が活性化されるのが狙いであるといえる．

たとえば回想法は，健常高齢者やうつ病患者を主な対象としているが，実施の工夫次第では痴呆患者にも応用できるものとして行われている．高齢者の回想は，自身の人生を整理し，とらえなおすという意味で，人生に対する肯定的感情や受容を促進し，さらには，先述のような自我発達の最終課題である「自我の統合」の達成につながるとも言われている．痴呆患者への回想法の適用は，これらの意義をもつ回想法をケアに活かし，対象者のQOLを高めようとするものである．回想法の中でも特にレミニッセンス（Reminiscense）法は，痴呆患者の残存機能の賦活や情動の安定を目的としており，いわゆるアクティビティもこの中に含まれる．個人療法や集団療法など，その手法は様々であるが，日々のケアプログラムの中に，「お話の会」などの名称で臨床現場で親しまれている場合が多い．またアクティビティは，介護スタッフのバーンアウトなどを起こさせず，有用感や高齢者の生活を支えているという自負心を高め，介護者側の心の活性化というはたらきもある．ROは，広い意味で日常生活における基本的なコミュニケーションの方法であり，無意識のうちに

患者との間に行われるすべてのやりとりが，ROを用いる機会であるといえる．

しかしこれらの療法はどのような対象者にも適用できるわけではなく，たとえば回想法ではその参加によって一時的に行動が活発になりすぎるなど，副作用もみられる場合があり，その限界も指摘されている（奥村・藤本・成田，1998）．また患者の様々なプログラムへの導入に関しては，特に軽度の痴呆患者の場合困難なことがある．加えて在宅患者のQOLを考える場合，介護者抜きには語れないことから，介護者の参加を含めた介入方法を考慮する必要がある．介護の始まりは家庭であり，施設入居へ移行する前段階である在宅介護を支援することは，我が国の政策の方向性を考えても重要であろう．

このような背景と，本研究において得られた知見を併せて考えれば，今後臨床に活かすことができると考えられるアプローチとして，心理教育的介入が適切であると思われる．そこでここでは，これまで述べてきた知見をもとに，痴呆患者とその家族を対象とした心理教育的介入の紹介と今後の方向性についての提言としてまとめる．

1. 痴呆介護における心理教育的介入の背景

痴呆患者は，認知機能障害に加え様々な精神症状や行動障害を起こし，他の要介護高齢者とは質量ともに異なった介護が必要である（井上・森脇・大川・橋本・小林・博野・森，1999）．このような痴呆患者の介護者に対する心理社会的援助として，これまで様々な形の介入がなされてきている．たとえば，サポートグループや個人家族カウンセリング，レスパイトケア，スキルトレーニングなどが挙げられる（Bourgeois, Schulz, & Burgio, 1996）．そして介護者の抱えている幅広い問題と利用できる資源の個人差に応じて，色々な介入アプローチが展開されてきたが，近年では，サポートのみの介入に対してサポートと教育を組み合わせた介入といったように，単独のアプローチよりも複数のアプローチを行う介入の方が，よりその効果がみられることが明らかになってきた（Greene & Monahan, 1989; Haley, 1989; Mohide, Pringle, Streiner, Gilbert, Muir, & Tew, 1990; Toseland, Labrecque, Goebel, & Whitney, 1992）．

このような介入研究の流れから，痴呆介護上の援助的介入の一つとして心理教育が注目

されてきている．心理教育は元来，統合失調症の心理社会的治療として始められたものであるが，摂食障害や薬物依存，老年期痴呆など様々な精神疾患や身体慢性疾患を患う患者とその家族へも，その適用が広がってきた（後藤，2000）．一般に心理教育は，疾患に対する知識・情報提供といった教育的な要素と，参加者への心理的援助および対処技能向上への援助を目的とした家族療法的な要素との二つが組み合わされているのが特徴である（後藤，1992）．後藤（1998）によると，心理教育には後述のような三つの効果が期待される．まず第一に，知識・情報の伝達で本人や家族の不安を軽減する効果である．第二に，同じ立場の家族同士が心境を語り合うことによる癒し（心理・社会的サポート）の効果である．そして第三に，対処技能の向上効果が挙げられている．

これらを痴呆患者とその家族に応用すると，以下のような目的を掲げることができよう．まず，介護家族が痴呆性疾患についての知識を身につけることによって，介護に関する不安を最小限にすることができ，さらには安定した患者への対応により，患者本人のQOLも向上するという効果が期待できる．これは本研究第４章第３節において見出された情報的サポートにあたる．次に，介護者同士の自由な交流により共感を得ることができ，また他の家族を支援することによっても介護における自信がつくことが期待される．ここでは情緒的サポートにあたるであろう．そして最後に，周囲の助言や体験を通して介護における対処能力や技術を向上させることによって，介護にゆとりをもたらすことが期待でき，患者と家族の両者を考慮に入れた心理的適応状態に到達できると考えられる．このように介入の目的として，介護におけるゆとりが重要視される．本論第４章第３節の結果でも，介護時間が増えればEOIは増加するものの，情緒的サポートを主体とした周囲からの肯定的支援は介護時間を減らすことに有効である可能性が示されていた．このことから，介護時間の減少を目指すという意味では，心理教育的介入が効果的であろうと考えられる．

2. 介護家族に対する心理教育的介入への提案

従来の介護者介入プログラムでは，様々な内容のサービス提供が試みられてきた．たとえば，情緒的あるいは心理的問題の示唆を与える支援的なグループカウンセリング，教育

プログラムを通した痴呆疾患に関する知識提供，介護者のストレスの軽減や生活満足を高めるためのスキルトレーニング，問題解決スキルの向上，患者マネジメントの改善などがその例である．

このような介入を行う際に留意しなければならないのは，何らかの効果が得られること，また治療効果を検出することが可能なことである．つまり，経験的あるいは感覚的には効果があったように感じることは多々あるが，サービス提供者の主観による影響を除くためにも，その効果が実証に基づいたものである必要がある．介入の目標に関しては，多くの場合介護者に焦点をあて，介護負担を減らしたり，問題行動への介護者の対応など病気への対処や介護者自身の幸福感を改善したりすることが目的とされてきた（e.g.， Zarit, Anthony, & Boutselis, 1987; Toseland & Smith, 1990）．この他にもこれまでに家族に関する介入の目的変数として挙げられてきたものとして，Profiles of Mood States (POMS) や Geriatric Depression Rating Scale (GDRS) など気分や不安，抑うつを測定するもの，General Health Questionnaire-30 (GHQ-30) など精神健康を測定するもの，NK細胞活性，免疫機能を測定するものがある．

たとえば Hosaka & Sugiyama (1999) は，20家族介護者を対象に，グループ構造化介入を５週間のセッションを用いて行ったところ，POMSとGHQ-30の値，すなわち，POMSにおける抑うつ，怒り－敵意，疲労，混乱のスコア，GHQにおける一般的疾患傾向，不安気分障害，重篤な抑うつのスコアに改善がみられた．それぞれのセッションにおいては，教育的アプローチ，問題解決技術，心理的サポート，リラクゼーションが含まれている．同様に水野・保坂・荻原・日向野・眞野（1999）は，在宅痴呆性高齢者および虚弱高齢者を介護する家族に対して，「構造化されたストレスマネジメントプログラム」を施行し，その心身状態に及ぼす効果について検討した．心理社会的教育・問題解決技法・リラクセーション技法の３要素で構成されたプログラムを用い，対象者を６～10名のグループごとに分けて毎週１回90分計５回施行した．評価指標としては，POMS，GHQ-30，NK細胞活性を測定している．その結果，抑うつ，怒り－敵意，緊張－不安，混乱（POMS）と，一般的疾患傾向，社会的活動障害，不安と気分変調，希死念慮とうつ傾向（GHQ-30）が介入前より有意に改

善し，NK細胞活性の有意な上昇が認められた．

これらの心理教育的介入をみるとその介入の目的は家族にあり，家族の変数に関しては様々な指標が用いられているものの，患者の変数についてはあまり検討が加えられていない．松本・大矢（1998）の「家族の集い」としての心理教育的介入例では，患者のせん妄の有無がその介入指標として扱われているが，他の研究で用いられている指標においても，精神症状といった変数を除いて患者に関する指標はみられない，あるいは目的指標として扱われていないのが実情である．加えて従来の研究では，治療効果を調べるための客観的指標があまり適切でなく，しかも治療期間が短期間であること，また対象として介護者が優先されすぎたあまり，患者に関する情報が無視されてきたことが問題点として指摘される（Teri，1999）．

したがって介入の効果を実証するためには，介護家族を対象としては，介護上の不安，安定した対応，介護上の自信，対処技能，あるいは介護負担や精神健康について検討するのが妥当であるといえる．その意味で，本論第４章第２節で示唆されたEOIも指標として考えることが必要であろう．さらに患者を対象としては，たとえば，BPSDに関する指標だけでなく，本論第３章第２節で開発された痴呆QOL評価尺度をもとに患者のQOLを考慮し，また認知機能やADLなどの変数についても検討する必要があるだろう．

ところでプログラムの内容については，介護者の様々なニーズが明確になってくるにしたがって，一般的な教育やピアサポートプログラムといった形式のものから，特定の問題に対するスキルトレーニングを行うといったものまで，様々な形態があるという（Bourgeois et al.，1996）．先行研究の多くは，特定の介護者の状況あるいは特定の患者の行動に適合した介入プログラムの方が，一般的な枠組みやアプローチに比べて目的変数への効果がより有効であったことが示されている（Chiverton & Caine，1989；Lovett & Gallagher，1988；Mittelman，Ferris，Shulman，Steinberg，& Levin，1996；Zarit et al.，1987）．したがってプログラムの構成を考慮する上で，各介入対象者の特性を見極める必要があるだろう．本論第４章第３節における結果では，たとえば妻を介護している

男性介護者の場合，情緒的巻き込まれの状況に陥りやすいが，道具的サポートを主体とした肯定的支援を得ることによりその困難な状況を緩和させることができることが示唆された．また痴呆進行の状況による差異はみとめられなかったことから，病期に対する配慮はあまり必要がないという可能性も示されている．これらの結果は，介護者の続柄によって主体とするサポート内容を変更させることが必要であり，肯定的支援の提供が家族の精神健康を改善させ，ひいては患者のQOLを向上させる手がかりを示すものであると考えられる．よって心理教育的介入を行うにあたって，患者の痴呆重症度や精神症状，また患者の家族介護者個々の抱える問題やニーズによる違い，そして最適なアプローチの方法を考慮に入れる必要があるといえよう．

第２節　本研究における問題と限界

ここまで本研究における一連の調査結果から論議を行ってきたが，本研究は様々な問題点を抱えている．各章における問題点は，その章ごとにそれぞれ述べたが，ここでは本研究全体を通してみられる問題点，特に，方法論的問題と倫理的問題について述べることとする．方法論的問題においては，研究デザインの問題と対象者の問題を，そして倫理的問題に関しては，調査や検査を実施する上での問題とその結果をフィードバックするにあたっての問題をとりあげる．

Ⅰ．方法論的問題

1．研究デザインの問題

1-1．認知機能とADLの測定上の限界

本研究ではまず，痴呆進行と患者の心理的状況との関連について検討するため，認知機能やADLといった指標で包括的に扱ってきた．そしてここでは各々，簡便な尺度を用いて測定した．しかし「認知機能」といっても様々な機能から成り立っており，本研究ではたとえば記憶機能や空間認識機能などそれぞれの機能の詳細を検討したわけではない．痴呆の程度が軽度か重度かという視点のみならず，心理機能のどの側面が低下し，どの側面が保たれているかについての視点を加味する必要がある．つまり神経心理学的な見地から詳細を検討することにより，患者個々の脳機能における残存機能の状況を推測することが可能であり，脳機能と心的機能との関連も含めた状況を把握することが求められよう．

また患者のADL能力に関しては，日によっても時間によっても，また関わる人や場所によっても，その症状の出現の仕方や程度が異なり，実生活の中で行う実際の場面や状況で

はなく，特別な検査場面で行われる評価では本当のADLを必ずしも反映していない可能性もある．聞き取りにおいても，実生活の中で実際の場面や状況で患者の「しているADL」能力を評価することが可能であるようだが，情報提供者の続柄や関係，および観察力の相違に影響されるという問題点がある．たとえば，患者を重荷に感じている介護者は障害を重めに訴えたり，逆に充分な観察を行っていない介護者は，障害を軽めに報告したりすることも考えられる．痴呆患者にみられるADL障害は，すべて認知機能障害によって生じるわけではなく，認知機能障害の存在および重症度がそのままADL障害を決定するわけではない．ADL評価を詳細に実施することにより，動作の障害となっている心身機能，身体構造を含めて問題がどこにあるかを探り出し，今後どのように対応していくのかを決定することが求められる．

1-2. 痴呆QOLの定義における限界

痴呆QOLの定義と指標に関しては，本論第３章第１節においても述べたように，文献的検討を行った結果，広く健康関連QOLとして扱う立場と心理的well-beingや社会的活動能力として扱う立場の２つに大別されると考えられた．本論の結果からは，痴呆QOLを心理的well-beingとしてとらえることが適切であると判断したが，各研究者によって定義が異なるという現状を考えれば，この定義を全般化するのは早計であろう．たとえば一般対象におけるQOLを検討する視点としては，生活環境，経済状況などの社会的背景要因も考慮されてきた側面として挙げられる．しかし本論では，痴呆という疾病特性を考えた上で患者の生活環境や経済状況というよりむしろ，介護者の社会的背景要因としてしか考慮してこなかった．このことは，患者の後見人制度など人権擁護の動きが活発化される昨今，より熟慮されるべき問題である．今後，本研究において開発されたQOL尺度の洗練を含め，さらなる議論が必要とされるところであろう．

また本論ではBPSDと痴呆QOLの関連については触れなかったが，今後この両変数の関連を検討する必要がある．いずれの変数が原因変数として扱われるのか，あるいは並列の概念として扱うべきであるのか，先に述べた痴呆QOLの定義によっても異なるため，慎重に

考慮した上で研究上の定義を行う必要があるだろう．

1-3. 横断的デザインによる限界

本研究では第２章におけるBPSDや性格変化に関する検討をはじめとして，横断的検討による結果から論をすすめてきた．しかし厳密な変化を検討するためには，患者の痴呆発症からの臨床経過を縦断的に追っていく必要がある．また病前性格の検討についても，回顧的データであることは評価者による主観が何らかの影響を与えている可能性があることから，前向き調査（prospective　study）による研究を行うのが望ましい．大規模な疫学的調査などにより，痴呆発症群と正常群とのコントロール比較を行うことにより，より厳密な意味での痴呆に関する病前性格特性と性格変化を検討することが可能となるであろう．

また患者への一定したケアを考える上でも，患者の認知機能やQOLの縦断変化，介護者と患者の関係性の縦断変化などを検討する必要がある．本研究では，いずれも一時点における認知機能やQOL，両者の関係性を測定したにすぎず，継続的，長期的なケアが必要な痴呆患者にとっては，縦断的検討の必要性は明らかであろう．

2. 対象者の問題

2-1. サンプリングの偏りと限界

対象者のサンプリングの偏りについては，いかなる調査実施時にも問題となるが，本研究では対象の純粋さを優先したため，調査対象者として，大学病院における精神神経科外来患者を選択した．しかし，大学病院外来患者は，痴呆であろうという推測がなされている高齢者の数に比べれば僅かな割合であることは否めない．特に痴呆に関しては，身体的不調に比べて，「もの忘れは，歳をとっているから仕方がない」といった周囲の気付きの遅れから，早期に医療機関にかかる人は多くない．また医療機関にかかったとしても，地域の町医者で受診がとどまっている場合が多いのも現状であろう．

この意味で本研究の対象は，アルツハイマー型痴呆の診断があるというサンプルの質としての純粋性は保たれているものの，研究機関で調査を行ったことの特殊性は否定できな

い．また本研究においては，地域的にも近畿圏の大学病院に限られていた．痴呆という疾病の特性上，ライフイベントの影響を考えれば，たとえば阪神地域においては1995年に起こった阪神大震災の影響を受けている患者が含まれている可能性も否定できない．事実，前田・柿木（1996）は，震災による環境の変化や喪失体験によって，精神症状が悪化した事例を報告している．したがって本研究による結果が，全てのアルツハイマー型痴呆患者にあてはまるとは限らない．今後は，全国規模で研究をすすめてゆくことが必要であろう．

それと同時に，研究対象者数の確保が常に課題となる．痴呆研究において，特に本研究のようなアルツハイマー型痴呆に限った場合，その診断は複雑で慎重な判断のもとに行われなければならない．また質の高い研究が求められる以上，厳選された対象に限られるのは必然となってくる．しかし，統計的信頼性や妥当性の高い結果を導き出すためには，ある程度のサンプル数が必要なことは言うまでもない．

2-2. 身体的状況による影響への配慮

アルツハイマー病患者における身体的疾病の共存は，しばしばこの疾病に関する研究をより複雑にしていると言われる（Volicer & Hurley, 1997）．痴呆患者のみならず高齢者は，心理的問題と身体的問題が密接に絡むことが多く，身体的状況が患者のQOLに与える影響を考える必要がある．したがって，心理的問題を訴える高齢者の，身体的な問題を見逃さないようにしなければならない．

本研究では対象者の選択において，寝たきりの患者や重篤な身体疾患をもつ患者，健康状態の悪い患者を除外したため，身体的状況を影響変数として考慮しなかった．しかし，たとえば身体機能の低下を呈した痴呆患者に対して運動介入を行った，Ingebretsen（1982）の報告によれば，身体のトレーニングと動作運動は，彼ら自身と環境との双方に接する重要なきっかけを失った患者のQOL向上に大きく影響する．また「目がみえにくい」「耳が聞こえない」といった対象者の感覚機能の低下を把握しておくなど，高齢期に一般的な身体的機能低下への配慮も必要であろう．これは，本研究で用いたMMSEなどの心理検査を実施する際に留意しなければならない問題でもある．事実このような身体状況の悪化

によって，実際の認知機能より低く測定される可能性もあるため，慎重に扱う必要があるのはしばしば指摘されるところである．

このような身体状況を考えることは，本章第３節でも述べるが，終末期患者に対するケアを向上させる上でも役立つ．既に述べた本研究におけるサンプリングの偏りとも関連するが，本研究ではその内容上，在宅介護場面を重視したため，重症度の高い患者，特に末期患者に関しては扱わなかった．今後は幅広い対象者に対して調査を行い，身体状況に関する変数も考慮した上で，研究をすすめてゆくことが課題となるだろう．

2-3. 薬物変数による影響への配慮

また第２章第１節において患者のBPSDを扱ったが，大学病院外来患者という母集団であるがゆえの偏りがある．現段階では，本論第２章第１節でも述べたように，我が国における痴呆患者のBPSDに関する全国規模の調査研究は行われていないため正確には述べられないが，本研究で示したデータに関しては薬物変数の影響を考える必要がある．すなわち，多くの対象患者は医師による薬物処方を受けており，アリセプトなどの抗痴呆薬やガランタミンのような治験薬，さらに様々な抗精神病薬の投与など，薬物変数による影響を無視することはできない．特にBPSDのような精神科的症状を扱う場合，治療はその症状そのものに対する対症療法の一環として行われるため，薬物変数は必ずといってよいほど大きな影響をもっていることは明らかである．今後，このような薬物変数の影響を厳密に統制した上で，研究をすすめてゆくことが必要であろう．

Ⅱ．倫理的問題

1. 調査・検査実施による負担の問題

倫理的問題については，研究者が調査研究を行う上で基本となる態度であり，もっとも敏感でなければならない問題である．なかでも本研究の対象とする痴呆患者の場合，心理アセスメントは必要不可欠であり，実際，一連の調査を実施するにあたって，患者および

家族に対する面接場面が多かった．特に患者への心理検査を行う場合，患者のもつ心理検査に対する不安を取り除くことが必要である．一般に心理検査を受けるというのは，誰にとっても不安であり，検査場面では検査をする理由を分かりやすく説明することが必要である（松田，1998）．また検査場所の選択も重要である．狭いところを怖がったり，あるいはまた騒がしい場所で，患者の能力が最大限に引き出せない状況もあるため，心理検査の導入には慎重でなければならない．特に痴呆患者の場合，心理的構造として「いつもの」状況として馴染める関係を作ることが基本である．

しかし本研究では，対象者に対して本調査への同意を得た上で，慌ただしい診察の一環として心理検査を行うことも多く，患者や家族の拘束時間を延長させるなど負担を増大させた可能性は否定できない．加えて，「研究者」という新奇性が不安を生む要素ともなるため，本研究では調査を始める前段階として，患者とよくうち解けておくなどの配慮を行ったが，研究者が治療関係の中に入ることによる「いつもの」関係を破綻させてしまう可能性もあった．

また家族に対する面接においては，家族の思いによく耳を傾け，できるだけ客観的評価を行うよう心がけることが求められる．しかし，研究者の意図が面接場面で全く影響しなかったということは断言できない．さらに介護家族に対する質問紙調査においても質問項目が多く，対象者に少なからず苦痛を与えることになったことは否めない．患者や家族の負担を軽減させQOLを高めることを目指した研究において，対象者の負担を大きくすることを最低限にとどめることは，今後の研究においても常に心がける必要がある．

2. 調査・検査結果のフィードバックに関する問題

本研究のような調査や検査を行った場合，上述のような調査や検査上の負担に加えて，そのフィードバックをどのように行うべきかという問題がある．フィードバックをする対象としては，医師やケアスタッフ，家族，患者本人が考えられる．

まず医師やケアスタッフに対しては，プライバシーの尊重を最低限重視した上で，情報を共有することが重要であろう．逆に，研究者個人の独断と偏見によって結果を解釈する

のではなく，医師やケアスタッフからの情報に対しても敏感でなければならない．しかし，本研究を実施するにあたって，患者個々の情報共有という問題に対してあまり敏感でなかったことについては，反省すべき点である．この問題については本章第３節でも述べるが，チームケアの視点として重要であろう．

そして家族や患者本人に対して結果をどのように伝えるかについては，痴呆患者の場合特に重大な問題であり，慎重に考える必要がある．本研究への調査協力を求めるに際して，最大限の注意を払った上で，家族に対しては結果のフィードバックを，患者に対しては日常のケアや治療に活かすことで，間接的なフィードバックを行ったつもりである．しかし，研究者の未熟さから情報伝達の仕方に問題があったことも否定できない．今後も謙虚な姿勢を忘れることなく，患者や家族に対して接してゆくことが必要であろう．

第３節　痴呆ケアにおける今後の課題と展望

本研究では，痴呆ケアにおける様々な研究アプローチの一つとして，心理学的側面を主体として論議をすすめてきた．痴呆ケアの分野は，このような研究結果を臨床現場へより広くフィードバックするなど，研究と臨床・実践の統合がもっとも求められる領域であろう．さらにまた，改めて言うまでもないが，心理学的アプローチのみならず様々なアプローチが統合されてこそ，痴呆患者にとって最適なケアを提供することができよう．

そこで本節では，痴呆ケアの発展に必要な見地から，臨床・実践活動の現状と今後の課題および展望を述べ，倫理的見地，学際的見地から，より一層のケア発展を目指すために必要であろう今後の取り組みを課題として論じることとする．

Ⅰ．地域に密着した臨床・実践活動の推進と普及

これまで述べてきたような状況下，痴呆介護にかかわる有能な人材を育成し，質の高い痴呆介護を充実させることが早急に求められ，厚生科学省は2001年全国で３ケ所に，高齢者痴呆介護研究・研修センターを開設した．そこでは，痴呆介護に関する実践研究と研究支援を行うといった研究センターとしての役割，痴呆介護の専門技術に関する指導や普及を行う痴呆介護指導者を育てる研修センターとしての役割，痴呆介護の専門技術に関する国内外の人材交流や各種情報の収集・提供を行うといった痴呆介護に関する情報交流センターとしての役割を担っている．この他にも痴呆患者の介護者の経済的ならびに心身両面での支援を行うものとして，保健所，福祉事務所，老人性痴呆疾患センター，在宅介護センター，訪問看護ステーションなどの相談窓口や，痴呆患者を介護する家族間での情報や経験の交換のために役立つグループ，たとえば，呆け老人をかかえる家族の会，兵庫痴呆ネットワークなどがある．さらには，成年後見制度など患者の法的な権利を守る制度や地

域福祉権利擁護事業も存在している．

今回，本研究を行う際の面接経験をとおして，介護者は介護に慣れてくると次第に情報に詳しくなってくるものの，介護初期においては介護保険制度のしくみについてもよく理解されていないのが現状であった．また介護保険導入当初には，痴呆介護における要介護度が低く判断されるという問題が指摘され，現行の保険制度ではその問題が緩和されたという背景がある．このように，身体的障害のように目にみえない認知的障害や精神的障害をかかえた痴呆患者の場合，真のサービス提供につながらない可能性が大いにある．介護保険自体が在宅介護を最終目標にかかげている以上，社会サービス提供の充実は不可欠である．今後はこのような情報提供の場を紹介したり，実際に会を運営してゆくことは，地域に密着した治療サポートネットワークを育むことにもつながる．そしてひいては，本研究でこれまで述べてきたように，介護者を精神的に追いつめないようにすることができ，結果的には患者のQOL向上につながる．またその普及によって，今後痴呆患者が増えてくる事態において，将来介護者となる可能性のある人々にとっても早期の対処が可能となるだろう．

Ⅱ．倫理的課題に対する論議の推進

本研究における倫理的問題については先にも述べたが（本章第２節），今後様々な形で痴呆研究をすすめるにあたっても，研究のために患者や介護家族に対して負担を与えるようなことは極力避けなければならない．たとえば，縦断的調査のためには，一月ごとにMMSEなどの心理検査やMRIなどの画像検査を行う必要があるが，実際，患者の中には検査に対する恐怖を示す者，また大変なストレスを感じている者，さらには病院という場所自体への行き渋りをする者などがいた．また介護家族自身も，患者の付き添いにほとんど必ずと言ってよいほど同行しなければならない負担がある．しかし，治療の推進のためには，調査協力を得ることも必要であるのも事実である．したがって，研究協力のための同意書など，研究を行う前には必ず家族の同意を得る必要があることは言うまでもなく，様々な

倫理的配慮を欠かしてはならないだろう．特に終末期患者の研究においては，患者の代理人としての適切性の検討など，より慎重でなければならない．

また，痴呆診断において早期発見がキーワードとなっている昨今，比較的軽度な（Mild Cognitive Impairment）痴呆患者の場合の様々な倫理的問題について，心理専門家としては心得ておかなければならないだろう．たとえば介入などの試みに際して，患者自身のプログラム参加への意思を確認するなども考える必要がある．さらに，病名告知の問題も今後浮上してくると考えられる．現在では，外来診察場面において，家族のみに対して告知を行うということが日常茶飯事に行われている．なぜなら特にアルツハイマー患者の場合，自分の認知能力障害を認めたがらないという傾向があり，患者の尊厳を傷つけてはならないという配慮からであろう．

しかしこのような考えは，ガン告知などの問題と同様，実際のところ患者の尊厳を傷つけている可能性も考えられる．このような問題を解決するためにも，人生の早い時期からアルツハイマーになった場合には，告知を望むか否かなど，家族の間で話し合いをもつ必要があるだろう．さらにこの問題は，現段階でも取りざたされている成年後見人制度の問題とも関わってくるため，今後ますます重要な課題となってくることが予測されよう．また医学的研究の発展から近年，遺伝子異常のみられる家族性アルツハイマー病の場合の告知の問題も生じてきている．その際，遺伝子異常が直ちに発病につながるものではないことも含め，告知を受ける者への心理的な影響を可能な限り少なくするための配慮がなされるべきであり，今後研究の発展とともに考えてゆかなければならない．

Ⅲ．学際的研究の推進

これまで医学的研究については，急速に薬品開発がすすみ，治療試験薬として大学病院を主とした病院施設にアリセプトなどの抗痴呆薬を提供しているが，実験段階にあることは否めない．今の薬物では完治はせず，進行性であることには変わりない．痴呆発症を抑制したり，BPSDを副作用なしに抑えたり．薬を飲むことによって，患者を一時的に活性化

させることによる興奮などで，介護負担が増加する可能性がある．したがって今後，効果的な薬物の開発が望まれることは言うまでもない．このような医学的研究研究の発展と同時に，現在我が国の痴呆患者に関する社会状況をみてみると，2000年介護保険制度の導入以後，デイサービスや新たな試みとしてのグループホームのサービスなど，様々な社会的サービスが充実しつつある．グループホームでは，民家などで少人数の痴呆の方が，食事の支援や掃除など介護スタッフと共同で行い，家庭的で落ち着いた雰囲気で日常生活を送る．痴呆患者の尊厳をたもち，穏やかな生活を支えるための様々なサービスに加え，残された能力を発揮するための支援が今後の課題となっている．園芸療法や音楽療法，回想法など，痴呆があっても生き生きと生活してもらえるような取り組みが，今まさに始まったところである．

心理教育的介入，回想法や音楽療法，園芸療法などを用いた様々な介入に関して，現段階では試行錯誤しながら試験的に盛んにすすめられているが，事例的な試みは少なからずみられるものの，実証的研究はあまり見あたらないのが現状である．介入効果を実証的に示して，より効率的な介入を行っていくことが求められる．そして実証的知見の積み重ねにより，利用者に対して一定したサービスを提供することができると言えよう．黒川（2002）は，基本的な生活を保証するために身体的ケア技術やリハビリテーションが充実してきたのに比較して，心理的ケアの開発，普及は遅れをとっていると述べている．しかし医学的治療が困難な現状では，今後，心理社会的介入がますます必要となることは必至である．実際，須貝（2001）は，アリセプトなどの抗痴呆薬の有効使用について，投薬治療のみの場合よりも，適切なケアやリハビリと複合的に治療を行う場合の方が，治療効果は大きいと指摘している．このようなチームアプローチを行うことの重要性は明らかであるが，これまでそのような介入効果を判定できるような適切な評価尺度が無かったことも，心理的ケアの遅れの一因であったかもしれない．今後，神経心理学的研究や心理社会学的研究の発展により，記憶リハビリテーションサービスや心理社会的援助サービスの提供が可能になるだろう．

このようなサービスの普及を目指すためには，経済コストの問題も不可欠である．音楽

療法などの試みも行われつつあるものの，これらはほぼボランティア活動の一環として行われていることが多く，よりよいサービス提供のためには，人件費の確保などが必要不可欠であろう．加えて，痴呆が軽度のうちは在宅介護を継続させることは困難ではないが，痴呆が進行するにつれて，老人保健施設利用や特別養護老人ホームへの入所などの問題が生じる．その際に，患者やその家族が利用者であるという立場上，サービス提供者である社会福祉法人は，より安くより質の高いサービスが求められる．したがって，経済コストの問題も考慮していかなければ，老人病院や特別養護老人ホームなどの施設自身も経営が成り立たなくなる可能性や，また患者が劣悪な環境におかれる可能性もでてくる．したがって今後，学際的研究を推進し実証的見地を積み重ねてゆくことが，現段階で必要とされる最大の課題ではないだろうか．

おわりに

最後に，もう一度『恍惚の人』を振り返ってみたい．この著書が書かれてから30年経った現在，当時に比べ世の中は目まぐるしく変化したにもかかわらず，『恍惚の人』はまるでつい最近に書かれたもののように思える．それは，著者である有吉の先見性もあることながら，社会が当時に比べてあまり進歩していないことを物語っているように思えてならない．

昭子から見て義父である茂造は，物語の最初から最後までを自宅で過ごした．物語の途中で昭子が老人ホームを探す場面もあるのだが，結局茂造は死を自宅で迎えた．現代において，高齢者が介護を必要とする状態になった時，実際に介護をするのは「息子の嫁」や「娘」が多いのは事実である．そして，昭子の周辺にいる人々，夫や息子は殆ど介護には積極的な姿勢を見せることは無かった．現在「介護保険」の時代になり，介護は数人で分け合うという考えが浸透しつつあるが，その反面，実際の介護場面には反映されていない．

核家族化がすすみ，高齢者世帯が増える昨今，介護問題は一層深刻なものとなってくる．加えて「ADLからQOLへ」というスローガンのもと，質の高い介護が求められている現状がある．介護保険だけではなく，その他様々なサービスを改善・提起して行かなければ，『恍惚の人』のような事態が頻繁に起きる社会は一向に良い方向へは進んでいかないだろう．近い将来，『恍惚の人』がその現代性を失うのを願ってやまない．

生きる意欲と適切な介護，つまり当人がもっと質の高い生活を目指そうとするような介護があれば，幾つであっても元気になれるということを信じ，他人事ではなく私事としての将来への願いもこめて，今後も痴呆問題に真剣に取り組んでゆくことができれば幸いである．

要　約

本研究は，アルツハイマー型痴呆患者と介護家族のQOLの心理学的側面における現状を明らかにし，その心理社会的影響要因について，特に家族の患者への介護態度に着目し検討することを目的として行われた．

第１章では，高齢化社会に伴う痴呆患者の増加の現状と，ケアのあり方や，痴呆介護における心理学的研究の動向を概観した上で，心理社会的モデルを提示した．

その上で第２章では，まず患者の心理的適応状況を探索するため，その心理指標として，従来から言われているBPSDと性格変化の二点から検討することとした．第１節では，BPSDの指標として，医学的研究において汎用されているBEHAVE-AD尺度を用いてその発現状況を検討した．BPSDの下位因子ごとの構造を検討し，痴呆進行との関連を検討した結果，患者は痴呆の重症度にかかわらず感情障害や不安および恐怖などの心理的不安定さを呈し，それらに加え重症度の高い患者では精神症状や行動障害といった精神医学的症状が増加する傾向が明らかにされた．また患者の心理的不安定さを軽減することにより，従来いわゆる問題行動とされてきた精神症状や行動障害を軽減できる可能性があることが示唆された．

この心理的不安定さに関して，より詳細に検討を行うため，第２節と第３節では患者の性格変化に着目した．この指標について，患者の性格評価を客観的に行うため，本研究では類型論的立場ではなく，特性論的立場に基づく性格理論を用い，かつ方法論上の問題を考慮した．その上で，第２節では患者の病前性格特性に偏りがみられるか確認した．その結果，開放性の低さ，つまり保守的な傾向はあるものの他の特性に関してはほぼ平均的な性格特性であったことが明らかにされ，患者の性格変化は，痴呆疾患による影響が大きいと結論づけられた．さらに第３節で，性格特性の病前から調査時点までの変化を検討したところ，病前に比べて神経症傾向の増加と他の性格特性の低下が明らかにされた．また現在の性格特性とBPSDの関連を調べた結果，開放性次元の低さが精神症状と，神経症傾向が感情障害と関連のあることが明らかにされた．これらの結果から，痴呆進行との関連では，

神経症傾向，外向性，開放性の変化に着目することが，痴呆早期発見につながる可能性が示唆された．また患者の心理的適応状況は，適応能力が低下し抑うつ的状況にあることが示唆された．以上の研究結果より，抑うつ的な心理的well-beingを反映するような簡便な痴呆QOL評価尺度の開発を行う必要性が示唆された．

そこで第３章では，まず第１節で，先行研究における痴呆患者のQOLに関する定義と指標を概観した．その結果本節では，研究者によって定義は様々であり，大別すれば３種類の立場があることが示された．第一に，健康関連QOLとして，従来の一般高齢者のQOL概念と同様に，認知機能やADLを含むとするものがあった．第二に，患者の行動や社会的活動など，痴呆QOLを活動能力に限定したものが挙げられた．そして第三に，気分や感情状態など，患者の心理的well-beingとして扱われているものがあった．後者２つの概念については，研究によっては混在しているものもあり，一概にその分類は明確でなかった．これらの文献検討の結果と痴呆患者の疾病特性，さらに第２章における患者の心理的適応状況を考慮すれば，痴呆患者のQOLに対しては，第三の心理的well-beingと定義するのが適切であると考えられた．そこで第２節では，この定義に基づき，さらに方法論的問題を考慮した上で，新たに痴呆QOL評価尺度を開発することにした．その結果，患者の主観的well-beingを反映する，また信頼性および妥当性を伴った痴呆QOL評価尺度が開発された．本尺度は，表情の変化・会話の量・身だしなみへの関心・立ち居振る舞い・活動参加態度の５つの側面から患者のQOLを測定することができ，今後の心理社会的介入における効果指標として有用であると判断された．

第４章では，このような患者のQOLに対して影響を与えるとされる家族環境について検討するため，介護家族の態度要因に着目することとした．まず第１節では質的検討の結果，「行動的態度」「情動的態度」「思考的態度」の３要因が見出され，介護者の態度構造の根底に，情動的態度があると考えられた．しかし患者のケア環境の一つとして，介護者の態度を測定できるような尺度開発および態度構造の検討が必要であると考えられた．そこで第２節では情動的態度要因に対して，統合失調症患者でその臨床使用が定着しているEEの概念を導入した．そしてEEにおける３つのカテゴリー（情緒的巻き込まれ（EOI）・批

判（CC）・暖かみ（Warmth））に関する尺度を作成し，その態度構造を検討した．その結果，愛情や共感といった暖かみの感情は批判的感情を直接的には緩和させるものの，その一方で情緒的巻き込まれを媒介すると，批判的感情を相乗させてしまうことが示された．よって患者のQOLに影響を与えるとされる高EEの状況に結びつかせないためには，家族介護者を情緒的巻き込まれすぎの状況に追い込まないことが必要であるとの示唆が得られた．このような態度構造に関する考察をもとに，第３節では，痴呆患者の介護家族におけるEE判定基準を検討した上で，EE判定に有効な分類基準を提示し，さらにEEを通して患者のQOLおよび介護家族のQOLを検討した．その結果，EOIにおけるカットオフポイントを用いて高EE群の抽出を行うのが妥当であるとの結果が見出され，それによって患者と家族のQOLの低さを検出することができた．さらにEOIへの影響要因として，主に介護者の介護時間の長さが高EEを増大させ，いくつかの社会的支援の必要性が示された．

最後に第５章では，以上の研究をとおして得られた示唆に基づく総合論議を行い，痴呆患者とその介護家族を対象とした心理教育的介入へ向けた提言を行った．そして痴呆研究における今後の課題および展望について述べた．

引用文献

Aarsland, D., Cummings, J. L., Yenner, G., & Miller, B. 1996 Relationship of aggressive behavior to other necropsy chiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, **153**, 243-247.

阿部俊子・山本則子・鎌田ケイ子・山田ゆかり 1998 痴呆性老人の生活の質尺度（AD-HRQL-J）の開発. 老年精神医学雑誌, **9**, 1489-1499.

安達正嗣 1999 高齢期家族の社会学 世界思想社

Aitken, L., Simpson, S., & Burns, A. 1999 Personality change in dementia. *International Psychogeriatrics*, **11**, 263-271.

Albert, S. M., Castillio-Castaneda, C., Sano, M., Jacobs, D. M., Marder, K., Bell, K., Bylsma, F., Lafleche, G., Brandt, J., Albert, M., & Stern, Y. 1996 Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patients proxies. *Journal of American Geriatric Society*, **44**, 1342-1347.

Albert, S. M. 1997 Assessing health-related quality of life in chronic care populations. In J. Tresi, P. Lawton, D. Holmes., & M. Ory (Eds.), *Measurement in elderly chronic care populations*. Springer Publishing Company, New York, Pp.210-227.

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. 1988 Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, **23**, 271-284.

Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. 1996 Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, **11**(6): **10**, 12-19 (87 ref).

Allender, J., & Kaszniak, A. W. 1989 Processing of emotional cues in patients with dementia of the Alzheimer's type. *International Journal of Neuroscience*, **46**, 147-155.

Allport, G. W. 1935 Attitudes. In C. M. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology*. Clark Univ. Press, p.798-844. (原西一馬 1994 態度 古畑和孝 (編) 「社会心理学小辞典」, 有斐閣, pp.156-158 より引用)

Allport, G. W. 1937 *Personality* : A Psychological Interpretation Henry Holt. (オールポート G. W. 詫摩武俊・青木孝悦・近藤由紀子・堀 正 (訳) 1982 パーソナリティ「心理学的解釈」. 新曜社. より引用)

American Psychiatric Association 1987 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd (Ed.), Revised. American Psychiatric Association, Washington D C. (米国精神医学会 高橋三郎 (訳) 1988 DSM-Ⅲ-R 精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院. より引用)

American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM-Ⅳ). American Psychiatric Association, Washington D C. (米国精神医学会 高橋三郎 (訳) 1995 DSM-Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院. より引用)

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., & Gatz, M. 1988 Symptoms of psychological distress among caregiver of dementia patients. *Psychology and Aging*, **3**, 245-248.

荒井正俊 2002 痴呆性高齢者の“QOL”の本当の意味を理解しよう. 痴呆介護, **3**(2), 98-103.

有吉佐和子 1972 恍惚の人 新潮社.

朝田 隆・本間 昭・木村通宏・宇野正威 1999 日本語版BEHAVE-ADの信頼性について. 老年精神医学雑誌, **10**, 825-834.

Asada, T., Kinoshita, T., Morikawa, S., Motonaga, T., & Kakuma, T. 1999 A prospective 5-year follow-up study on the behavioral disturbance of community-dwelling elderly people with Alzheimer disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **13**, 202-208.

Asada, T., & Motonaga, T. 1997 Family burden in the care for the elderly with dementia: A preliminary respect of the longitudinal study of up to three

years. In Igbal, K. et al. (Eds), *Alzheimer's disease: Biology, diagnosis and therapeutics*, John Wiley & Sons Ltd., Chichester. pp.791-800.

朝田　隆・吉岡　充・森川三郎・小山秀夫・北島英治・川崎光洋・木之下徹・浅香昭雄 1994 痴呆患者の問題行動評価表（TBS）の作成. 日本公衆衛生雑誌, **41**, 518-527.

Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A., Richards, B., & Sime, M. 1999 A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, **13**, 80-88.

Bakker, T. J. E. M. 1992 *Integrale psychogeriatrie in de praktijk: diagnose en behandeling op basis van een dynamische systeem analyse*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam / Lisse. (Finnema, E., Droes, R., Ribbe, M., & van Tilburg, W. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

Bakker, T. J. E. M. 1997 *Psycho-Geriatrie behandelpraktijk in meer dimensies, diaghose en behandeling met dynamische systeem analyse*. Lisse, Swets & Zeitlinger. (Finnema, E. et al. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

Bakker, T. J. E. M., Lit, A. C., & Schroots, J. J. F. 1994 *Naar een nieuwe psychogeriatrie, pluriform en complex*. Lisse. Swets, & Zeitlinger, B. V. (Finnema, E. et al. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., & Williams, R B. 1983 Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 225 physicians. *Psychosomatic Medicine*, **45**, 59-63.

Baumgarten, M., Becker, R., & Gauthier, S. 1990 Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *Journal of the American Geriatrics Society*,

38, 221-226.

Bentler, P. M. 1995 *EQS structural equations program manual. Multivarite Software*, Inc, Encino, CA.

Birren, J. E., & Dieckmann, L. 1991 Concepts and content of quality of life in the later years: An overview. In J. E., Birren, J. E., Lubben, J. C., Rowe, & D. E., Deutchmann. (Eds) *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press, San Diego. pp.344-360.

Bledin, K. D., MacCarthy, B., Kuipers, L., & Woods, R. T. 1990 Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain and coping. *The British Journal of Psychiatry*, **157**, 221-227.

Bourgeois, M. S., Schulz, R., & Burgio, L. 1996 Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, **43**, 35-92.

Bozzola, F. G., Gorelick, P. B., & Freels, S. 1992 Personality changes in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, **49**, 297-300.

Bridges-Parlet, S., Knopman, D., & Thompson, T. 1994 A descriptive study of physically aggressive berhavioer in demintia by direct observation. *Journal of American Geriatric Society*, **42**, 192-197.

Brod, M., Stewart, A., & Sands, L. 1999 Conceptualization of Quality of Life in Dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, **5**, 7-19.

Brod, M., Stewart, A., Sands, L., & Walton, P. 1999 Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQOL). *The Gerontologist*, **39**, 25-35.

Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L. F., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. 2001 Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **16**, 504-512.

Brodaty, H., & Hadzi-Pavlovic, D. 1990 Psychosocial effects on carers of living

with persons with dementia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **24**, 351-361.

Brodaty, H., & Luscombe, G. 1998 Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **12**, 62-70.

Brooks, N., Campsie, L., Symington, C., Beattie, A., & McKinlay, W. 1986 The five year outcome of severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, **49**, 764-770.

Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. 1972 Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, **121**, 241-258.

Burgener, S., Jirovec, M., Murrell, L., & Barton, D. 1992 Caregiver and environmental variables related to difficult behaviors in institutionalized demented elderly persons. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, **47**, 242-249.

Camberg, L., Woods, P., Ooi, W. L., Hurley, A., Volicer, L., Ashley, J., Odenheimer, G., & McIntyre, K. 1999 Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, **47**, 446-452 (34 ref).

Chatterjee, A., Strauss, M., Smyth, K., & Whitehouse, P. 1992 Personality changes in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, **49**, 486-491.

Chiverton, P., & Caine, E. D. 1989 Education to assist spouses in coping with Alzheimer's disease: A controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, **37**, 595-598.

Clark, L. M., McDonald, W. M., Welsh-Bohmer, K. A., Siegler, I. C., Dawson, D. V., & Tupler, L. A. 1998 Magnetic resonance imaging correlates of depression in early- and late-onset Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry*, **44**, 592-599.

Coen, R. F., O'Boyle, C. A., Coakley, D., & Lawlor, B. A. 1999 Dementia carer

education and patient behaviour disturbance. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 302-306.

Cohen, C. A., Pushkar, G. D., Shulman, K. I., & Zucchero, C. A. 1994 Positive aspects in caregiving: An overlooked variable in research. *Canadian Journal of Aging*, **13**, 378-391.

Cohen-Mansfield, J. 1996 Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *International Psychogeriatrics*, **8**, 309-315.

Cohen-Mansfield, J., & Marx, M. 1992 The social network of the agitated nursing home resident. *Research of Aging*, **14**, 110-123.

Cohen-Mansfield, L., Taylor, L., & Werner, P. 1998 Delusions and hallucinations in an adult day care population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, **6**, 104-121.

Cole, J. D., & Kazarian, S. S. 1988 The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, **44**, 392-397.

Contrada, R. L., Leventhal, H., & O'Leary, A. 1990 Personality and health. In Pervin, L. A., (Ed.) *Handbook of personality*. Guilford Press, New York, pp.638-669.

Coons, D. H., Mace, N. L., & Weaverdyck, S. 1996 Resident Behavior/Life-Quality Inventory. In D. H., Coons., & N. L., Mace. (Eds), *Quality of Life in Long-Term Care*. The Haworth Press, New York, pp. 139-152.

Cooper, J. K., Mungas, D., & Weiler, P. G. 1990 Relation of cognitive status and abnormal behaviors in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, **38**, 867-870.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. 1989 *Neo-PI/FFI manual supplement. Psychological Assessment Resources*, Odessa, FL.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. 1992a NEO-PI-R professional manual: Revised NEO Personality and NEO Five-Factor Inventory. (NEO-FFI). Odessa, FL,

Psychological Assessment Resources. (下仲順子・中里克治・権藤恭之・高山 緑(訳) 1999 NEO PI-R/NEO-FFI共通マニュアル. 東京心理株式会社 より引用)

Costa, P. T., McCrae, R. R., & Zonderman, A. B. 1987 Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *The British Journal of Psychiatry*, **78**, 299-306.

Cotrell, V., & Schulz, R. 1993 The perspective of the patient with Alzheimer's disease: A neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist*, **33**, 205-211.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. 1994 The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, **44**, 2308-2314.

Dawson, D. V., Welsh, K. A., & Siegler, I. C. 2000 Premorbid personality predicts level of rated personality change in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 11-19.

DeJong, R., Osterlund, O. W., & Roy, G. W. 1989 Measurement of quality of life changes in patients with Alzheimer's Disease. *Clinical Therapeutics*, **11**, 545-554.

Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Costa, P. T. Jr., & Grandits, G. A. 1989 Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, **51**, 514-522.

DeNeve, K. M., & Cooper, H. 1998 The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, **124**, 197-229.

McGowin, D. F. 1993 Living in the Labyrinth—A Personal jurney Through the Maze of Alzheimer's. (ダイアナ・フリール・マクゴーウィン 中村洋子 (訳) 1993 「私が壊れる瞬間—アルツハイマー病患者の手記—」. DHC出版. より引用)

Digman, K. M. 1997 High-order factors of the Big Five. *Journal of Personality*

and Social Psychology, **73**, 1246-1256.

Droes, R. M. 1991 In *Beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Utrechet, De Tijdstroom. (Finnema, E. et al. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

Droes, R. M. 1996 *Amsterdamse ontmoetingscentra: Een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende mensen en hun verzorgers, eindrapport*. Thesis Publishers, Amsterdam. (Finnema, E. et al. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

Droes, R. M. 1997 Psychomotor group therapy for demented patients in the nursing home. In B. M. L. Miesen, G. M. M. Jones (Eds.), *Care-giving in dementia, research and applications*, vol 2., Routledge, London / New York.

Ellis, H. C., & Ashbrook, P. W. 1988 Resource allocation model of the effects of depressed mood state on memory. In K. Fiedler & J. P. Forgas (Eds.) *Affect, cognition and social behavior*. C. J. Hogrefe. pp.25-43.

Erikson, E. H. 1959 *Identify and The Life Cycle*, International University Press. (エリクソン 小此木啓吾(訳編) 1973 自我同一性. 誠心書房. より引用)

Eustace, A., Coen, R., Walsh, C., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., & Lawlor, B. A. 2002 A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **17**, 968-973.

Fearon, M., Donaldson, C., Burns, A., & Tarrier, N. 1998 Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, **28**, 1085-1090.

Fengler, A. P., & Goodrich, N. 1979 Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist*, **19**, 175-183.

Finkel, S. 2000 Introduction to behavioural and psychological symptoms of

dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**, S2-4.

Finnema, E., Droes, R. M., Ribbe, M., & Van Tilburg, W. 2000 The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**, 141-161.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. 1980 An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. 1975 "Mini-Mental State"; A practical method for grading the cognitive state for the clinitian. *Journal of Psychiatric Research*, **12**, 189-198.

Friedman, H. S. 1992 *Understanding hostility, coping, and health*. American Psychological Association, Washinton, D.C. Pp. 3-9.

福西勇夫 1990 日本版 General Health Questionnaire の cut-off point. 心理臨床, **3**, 228-234.

Gerdner, L. A., Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. 1996 Caregiver training for people with Alzheimer's based on a stress threshold model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, **28**, 241-246.

Gilhooly, M. L., & Whittick, J. E. 1989 Expressed emotion in caregivers of the dementing elderly. *British Journal of Medical Psychology*, **62**, 265-272.

Gilleard, J. G., Boyd, W. D., & Watt, G. 1982 Problems in caring for the elderly mentally infirm at home. *Archives of Gerontological Geriatrics*, **1**, 151-152.

Goldberg, D. P. 1978 *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON, Berkshire.

Goldberg, L. R. 1992 The development of markers of the Big Five factor structure. *Psychological Assessment*, **4**, 26-42.

後藤雅博 1992 複合家族療法 氏原 寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕(共編) 心理臨床大事典. 培風館. pp.344-347.

後藤雅博 1998 効果的な家族教室のために. 後藤雅博(編) 家族教室のすすめ方—心理教

育的アプローチによる家族援助の実際―. 金剛出版. pp. 9-26.

後藤雅博 2000 摂食障害の家族心理教育. 金剛出版.

Greene, V. L., & Monahan, D. J. 1989 The effect of a support and education program on stress and burden among family caregivers to frail elderly persons. *The Gerontologist*, **29**, 472-480.

Gwyther, L. 1997 The perspective of the person with Alzheimer Disease: Which outcomes matter in early to middle stages of dementia? *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **11**(Suppl 6), 18-24.

Hagberg, B. 1997 The dementias in a psychodynamic perspective. In B. M. L. Miesen, G. M. M. Jones, (Eds.) *Care-giving in dementia, research and applications*, vol 2., Routledge, London / New York.

Haley, W. E. 1989 Group intervention for dementia family caregivers: A longitudinal perspective. *The Gerontologist*, **29**, 481-483.

Hall, G. R. 1994 Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. *Nursing clinics of North America*, **29**, 129-141.

Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. 1987 Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, **1**, 399-406.

Hamel, M., Pushkar, D., Andres, D., Reis, M. Dastoor, D., Grauer, H., & Bergman, H. 1990 Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, **30**, 206-211.

Hardy, J. D., & Smith, T. W. 1988 Cynical hostility and vulnerability to disease: Social support, life stress, and physiological response to conflict. *Health Psychology*, **7**, 447-459.

Harwood, D. G., Ownby, R. L., Barker, W. W., & Duara, R. 1998 The behavioral pathology in Alzheimer's disease scale (BEHAVE-AD): Factor structure among community-dwelling Alzheimer's disease patients. *International Journal of*

Geriatric Psychiatry, **13**, 793-800.

Haley, W. E. 1989 Group intervention for dementia family caregivers: A longitudinal perspective. *The Gerontologist*, **29**, 481-483.

Hecker, M. H. L., Chesney, M. A., Black, G. W., & Frautsci, N. 1988 Coronaryprone behaviors in the Westurn Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, **50**, 153-164.

Hickey, E. M., & Bourgeois, M. S. 1999 Measuring quality of life (QOL) in nursing home residents with dementia. Poster presented at Annual Convention of the Gerontological Society of America, San Francisco.

博野信次・森 悦朗・池尻義隆・今村 徹・下村辰雄・橋本 衛・山下 光・池田 学 1997 日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. *Brain and Nerve* (脳と神経), **49**, 266-271.

Holden, U. P., & Woods, R. T. 1994 *Reality Orientation: Psychological approaches to the 'confused' elderly*, London.

本多雅亮・吉山容正・渡邊晶子・角田恵麻・旭 俊臣 2001 デイケアプログラムにおける痴呆患者の表情による心理評価スケールの作成. 老年精神医学雑誌, **12**, 787-793.

本間 昭 2000 痴呆性老人のQOL—精神科の観点から. 老年精神医学雑誌, **11**, 483-488.

Horowitz, A., & Shindelman, L. W. 1983 Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. *Journal of Gerontological Social Work*, **5**, 5-20.

Hosaka, T., & Sugiyama, Y. 1999 A structured intervention for family caregivers of dementia patients: A pilot study. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, **24**, 35-39.

Houston, B. K., & Kelly, K. E. 1989 Hostility in employed women: Relation to work and marital experiences, social support, stress, and anger expression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **15**, 175-182.

Howard, K., & Rockwood, K. 1995 Quality of life in Alzheimerっs disease. *Dementia*, **6**, 113-116.

Hurley, A. C., Volicer, L., Camberg, L., Ashley, J., Woods. P., Odenheimer, G.,

Ooi, W. L., McIntyre, K., & Mahoney, E. 1999 Measurement of observed agitation in patients with dementia of the Alzheimer type. *Journal of Mental Health and Aging*, **5**, 117-133.

Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. 1992 Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing and Health*, **15**, 369-377.

今井幸充 1998 日本における痴呆性家族介護者の意識と態度. 老年精神医学雑誌, **9**, 151-157.

今井幸充・北村世都 1999 アルツハイマー病の疫学. 臨床精神医学, **28**, 951-962.

Ingebretsen, R. 1982 The relationship between physical activity and mental factors in the elderly. *Scandinavian Journal of the Society of Medicine*, **29** (Suppl.), 153-159.

井上真由美・森脇由美子・大川敏子・橋本純代・小林広子・博野信次・森 悦郎 1999 痴呆症患者の主介護者の負担に対する教育介入の効果について. 看護研究, **32**, 227-234.

伊藤順一郎・大島 巌・岡田純一・永井將道・榎本哲郎・小石川比良来・柳橋雅彦・岡上和雄 1994 家族の感情表出 (EE) と分裂病患者の再発との関連. 精神医学, **36**, 1023-1031.

Lovett, S., & Gallagher, D. 1988 Psychoeducational interventions for family caregivers: Preliminary efficacy data. *Behavior Therapy*, **19**, 321-330.

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. 1996 A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**, 1725-1731.

柿木達也・前田 潔・中山隆人・大植正俊 2000 痴呆性高齢者の生活の豊かさに対する評価尺度（豊かさチェック）の開発. 財団法人ユニベール財団調査研究報告書「豊かな高齢社会の探求」, **9**, CD-ROM.

Kano, Y., & Harada, A. 2000 Stepwise variable selection in factor analysis.

Psychometrika, **65**, 7-22.

狩野　裕　1999　共分散構造分析入門．大阪大学人間科学部行動データ科学講義テキスト．

柄澤昭秀　1990　痴呆の病前性格．臨床精神医学，**19**，601-606.

柄澤昭秀・本間　昭・笠原洋勇・平沢秀人・小山恵子・今井幸充・石井徹郎・鈴木一夫　1991　痴呆の発症危険因子に関するケース・コントロール研究．老年精神医学雑誌，**2**，549-558.

笠原洋男　1992　痴呆患者の周辺精神症状　清水　信（編）高年期の痴呆シリーズ２・老年期痴呆の診断と治療．中央法規出版.

笠原洋勇　1997　家族介護者の陥りやすいこころの病い．こころの科学，**71**，27-32.

笠原洋勇・柄澤昭秀・川島寛司・守屋爽一・竹内　靖　1983　老人のぼけと性格に関する臨床的研究．老年社会科学，**5**，143-157.

片岡万里・千浦淑子・森本　恵・寺尾昭男　2002　世代間交流による痴呆老人の生活の質(QOL)に対する効果の研究．大和証券ヘルス財団研究業績集，**25**，168-173.

Kaufer, D., Cummings, J., Christine, D., Bray, T., Castellon, S., & Masterman, D. 1998 Assessing the impact of Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *Journal of American Geriatric Society*, **46**, 210-215.

川喜田二郎　1986　渾沌をして語らしめる．中央公論社.

Kinney, J. M., Stephens, M. A. P., Franks, M. M., & Norris, V. K. 1995 Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *Journal of Applied Gerontology*, **14**, 3-21.

岸川雄介　2000　薬物療法と痴呆性老人のQOL．老年精神医学雑誌，**11**，503-507.

岸川雄介・福居顕二・小林豊生・守谷　明・上田英樹・村田伸文・中嶋照夫　1995　在宅痴呆性老人のQOL向上に関する臨床精神医学的研究．京都府立医大雑誌，**104**，999-1011.

Kitwood, T. 1989 Brain, mind and dementia: With particular reference to Alzheimer's disease. *Aging and Society*, **9**, 1-15.

Kitwood, T. 1990 The dialectics of dimentia: With particular reference to Alzheimer's disease. *Aging and Society,* **10**, 177-196.

Kitwood, T. 1993a Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* **8**, 541-545.

Kitwood, T. 1993b Towards a theory of dementia care: The interpersonal process. *Aging and Society,* **13**, 51-67.

Kitwood, T. 1996 A dialectical framework for dementia. In R. T. Woods, T. Robert (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing,* John Wiley & Sons, Oxford, England. pp.267-282.

Kitwood, T. 1997 The concept of personhood and its relevance for a new culture of dimentia care. In B. M. L. Miesen, G. M. M. Jones (Eds.), *Care-giving in dementia, research and applications,* vol 2., Routledge, London / New York.

Kitwood, T. 1998 Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *The Journal of Clinical Ethics,* **9**, 23-34.

Kitwood, T., & Bredin, K. 1992 Towards a theory of dementia care : Personhood and well-being. *Aging and Society,* **12**, 269-287.

Kloszewska, I. 1998 Incidence and relationship between behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* **13**, 785-792.

Kobayashi, S., Masaki, H., & Noguchi, M. 1993 Developmental process: Family caregivers of demented Japanese. *Journal of Gerontological Nursing,* **19**, 7-12.

小林敏子 2000 BPSDへの対応—介護者・システムを含めて—. 臨床精神医学, **29**, 1245-1248.

小林敏子・播口之朗・西村 健・武田雅俊・福永知子・井上 修・田中重実・近藤秀樹・新川久義 1988 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）およ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.

国立社会保障・人口問題研究所編 2002 「日本の将来推計人口」平成12・13年度版社会保障統計年報 第２部 社会保障の動向 第４節 日本の将来推計人口（平成14年1月

推計），pp.3.

Kolanowski, A. M., & Garr, M. 1999 The relation of premorbid factors to aggressive physical behavior in dementia. *Journal of Neuroscience Nursing,* **31**, 278-284.

Koss, E., Weiner, M., Ernesto, C., Cohen-Mansfield, J., Ferris, S. H., Grundman, M., Schafer, K., Sano, M., Thal, L. J., Thomas, R., & Whitehouse, P. J. 1997 Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory: The Alzheimer's disease cooperative study. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders,* **11**(Suppl 2), S45-50.

Kostrla, K. J., Chacko, R. C., Harper, R. G., & Doody, R. 1995 Clinical variables associated with psychosis in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry,* **152**, 1377-1379.

厚生統計協会 1998 厚生の指標：国民衛生の動向. 財団法人厚生統計協会，東京.

厚生統計協会 2000 厚生の指標：国民衛生の動向. 財団法人厚生統計協会，東京.

黒田重利・石津秀樹・寺田整司・田辺康之他 1999 痴呆高齢者のQOL評価に関する総合研究. 平成10年度岡山県老人保健強化推進特別事業；要介護高齢者等のQOL評価に関する総合的研究 平成10年度研究報告書，川崎医療福祉大学要介護高齢者等のQOL評価に関する総合的研究班（主任研究者：江草安彦）.

黒川由紀子 2002 高齢者臨床におけるケア―遊び・笑い・色. 臨床心理学，**2**，452-452.

Lawton, P. M. 1983 Environment and other determinants of well-being of older people. *The Gerontologist,* **23**, 349-357.

Lawton, P. M. 1994 Quality of life in Alzheimer¬s disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders,* **8**(Suppl 3), 138-150.

Lawton, P. M. 1997 Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders,* **11**(Suppl 6), 91-99.

Lawton, P. M., Haitsma, K. V., & Klapper, J. 1996 Observed affect in nursing home residents with Alzheimer¬s disease. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences,* **51B**, 3-14.

Lawton, P. M., Haitsma, K. V., Perkinson, M., & Ruckdeschel, K. 1999 Observed affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. *Journal of Mental Health and Aging*, **5**, 69-81.

Lazarus, R. S. 1966 *Psycholigical stress and the coping process.* McGraw Hill, New York.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984 *Stress, Appraisal and Coping.* Springer, New York.

Leff, J., & Vaughn, C. 1985 *Expressed Emotion in Families.* Guilford Press, New York.

Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Bravi, D., Calvani, M., & Carta, A. 1996 Longitudinal assessment of symptoms of Depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry,* **153**, 1438-1443.

Lewinsohn, P. M., & Talkington, J. 1979 Studies on the measurement of unpleasant events and relations with depression. *Applied Psychological Measurement,* **3**, 83-101.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. 1999 Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging,* **5**, 21-32.

Logsdon, R. G., & Teri, L. 1997 The pleasant Events Schedule-AD: Psychometric properties and relationship to depression and cognition in Alzheimer¬s disease patients. *The Gerontologist*, **37**, 40-45.

Logsdon, R. G., Teri, L., Weiner, M. F., Gibbons, L. E., Raskind, M., Peskind, E., Grundman, M., Koss, E., Thomas, R. G., & Thal, L. J. 1999 Assessment of agitation in Alzheimer's disease: The agitated behavior in dementia scale. Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, **47**, 1354-1358.

Lovett, S., & Gallagher, D. 1988 Psychoeducational interventions for family

caregivers: Preliminary efficacy data. *Behavior Therapy*, **19**, 321-330.

前田　潔・柿木達也　1996　阪神大震災による環境変化と痴呆患者における症状の顕在化. 精神神経学雑誌, **98**, 320-328.

Magana, A. A., Goldstein, J. M., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R.　1986　A brief method for assessing Expressed Emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, **17**, 203-212.

Magana, A. A.　1990　Manual for Coding Expressed Emotion from the Five Minute Speech Sample. UCLA Family Project Revised.（大塚俊弘・岡崎祐士・中根允文・高野明夫・山口　一・小島卓也（訳）1996　5分間スピーチサンプル（FMSS）による感情表出コーディングのための手引. 後藤雅博(編) 家族教室のすすめ方. 付録, pp.201-234. より引用)

Marin, D. B., Green, C. R., Schmeidler, J., Harvey, P. D., Lawlor, B. A., Ryan, T. M., & Aryan, M.　1997　Noncognitive disturbance in Alzheimer's disease: frequency, longitudinal course, and relationship to cognitive symptoms. *Journal of American Geriatric Society*, **45**, 1331-1338.

Mathews, A., & Bradley, B.　1983　Mood and self-reference bias in recall. *Behavior Research and Therapy*, **21**, 233-239.

松本一生・大矢　大　1998　老人性痴呆の家族教室. 後藤雅博(編) 家族教室のすすめ方—心理教育的アプローチによる家族援助の実際—. 金剛出版. pp.94-103.

松田　修　1998　高齢者の心理アセスメント　黒川由紀子（編）老いの臨床心理—高齢者の心のケアのために. 日本評論社. pp.33-62.

Matthews, K. A.　1988　Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewly and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, **104**, 373-380.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr.　1990　*Personality in adulthood.* Guilford Press, New York.

McCrae, R. R.　1996　Social consequences of experiential openness. *Psychological Bulletin*, **120**, 323-337.

McGregor, I., & Little, B. R. 1998 Personal projects, happiness, and meaning: on doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**, 494-512.

Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorell, T., & Gornbein, J. 1996 The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's Disease. *Neurology*, **46**, 130-135.

Meins, W., & Dammast, J. 2000 Do personality traits predict the occurrence of Alzheimer's disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**, 120-124.

Miesen, B. M. L. 1992 Attachment theory and dimentia. In G. M. M. Jones, B. M. L. Miesen (Eds.) Care-giving in dementia, research and applications. Routledge, London / New York.

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. 1996 A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**, 1725-1731.

三好功峰 2000 BPSDとは. 臨床精神医学, **29**, 1209-1215.

溝口 環・飯島 節・江藤文夫・石塚彰映・折茂 肇 1993 DBDスケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会誌, **30**, 835-840.

水野恵理子・保坂 隆・荻原隆二・日向野春総・眞野喜洋 1999 在宅介護者に対するストレスマネジメントプログラムの効果. ストレス科学, **14**, 191-199.

Mohide, E. A., Pringle, D. M., Streiner, D. L., Gilbert, J. R., Muir, G., & Tew, M. 1990 A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, **38**, 446-454.

Moos, R. H., & Tsu, V. D. 1977 The crisis of physical illness: An overview. In: Moos, R. H., ed. *Coping with physical illness.* Plenum Medical Book Company, New York / London. pp.3-21.

森田昌宏 1995 老人の自殺と精神疾患. 老年精神医学雑誌, **6**, 164-170.

Morriss, R. K., Rovner, B. W., & German, P. S. 1995 Clinical and psychosocial variables associated with different types of behaviour problem in new nursing home admissions. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* **10**, 547-555.

室伏君士 1990 老年期痴呆の医療と看護. 金剛出版.

永田久美子 2002 歴史を知ることから始める痴呆介護; 痴呆介護問題の系統的発生の過程. おはよう21, 中央法規出版, 東京. pp.24-29,

中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版GHQ精神健康調査票手引. 日本文化科学社.

中野いく子 2002 新高齢者介護制度下における「利用者主体」の仕組みとその現状. 老年社会科学, **24**, 11-16.

中島紀恵子・工藤禎子・尾崎 新・芳賀 博 1992 デイケアにおける痴呆性老人に対する生活健康スケール作成の試み. 社会老年学, **36**, 39-49.

新名理恵・矢富直美・本間 昭 1991 痴呆性老人の在宅介護の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌, **2**, 655-663.

西井克泰 1992 性格検査 氏原 寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕 (共編) 心理臨床大事典. 培風館. pp.470-475.

Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. 1984 Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin,* **10**, 160-203.

O'Boyle, C. A. 1993 Diseases with passion. *Lancet,* **342**, 1126-1127.

O'Donnell, B. F., Drachman, D. A., Barnes, H. J., Peterson, K. E., Awearer, J. M., & Lew, R. A. 1992 Incontinence and troublesome behavior predict institutionalization in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology,* **5**, 45-52.

岡林秀樹・杉澤秀博・高梨 薫・中谷陽明・柴田 博 1999 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究, **69**, 486-493.

岡本浩一 1994 態度 明田芳久・岡本浩一・奥田秀宇・外山みどり・山口 勧 (著) ベーシック現代心理学7 社会心理学 第5章. 誠信書房. pp.57-66.

小此木啓吾 1998 記述的診断と精神力動的診断 小此木啓吾・深津千賀子・大野 裕 (編) 心の臨床家のための精神医学ハンドブック 第2章. 創元社. pp.375-402.

小此木啓吾・中村留貴子　1998　精神力動論　小此木啓吾・深津千賀子・大野　裕（編）心の臨床家のための精神医学ハンドブック 第２章. 創元社. pp. 105-123.

奥村由美子・藤本直規・成田　実　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・プログラムの試み. 老年精神医学雑誌, **8**, 951-963.

Orford, J. O. P., & Goonatilleke, A.　1987　Expressed emotion and percieved family interaction in the key relatives of elderly patients with dementia. *Psychological Medicine*, **17**, 963-970.

Ory, M. G., Williams, T., Franklin, E. M., Lebowits, B., Rabins, P., Salloway, J., Sluss-Radbaugh, T., Wolff, E., & Zarit, S. H.　1985　Families, informal supports, and Alzheimer's disease-current research and future agendas. *Research on Aging*, **7**, 623-644.

大島　巌・伊藤順一郎・柳橋雅彦・岡上和雄　1994　精神分裂病者を支える生活機能とEE (expressed emotion) との関連. 精神神経学雑誌, **96**, 493-512.

太田喜久子　1996　痴呆性老人と介護者の相互作用に関する研究と課題. 看護研究, **29**, 271-276.

大友英一　1996　老年者のQOLとは. 老年期痴呆, **10**, 361-369.

小澤　勲　1998　痴呆性老人からみた世界. 岩崎学術出版社. 東京.

Parse, R. R.　1996　Quality of life for persons living with Alzheimer's disease: the human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, **9**, 126-133.

Patel, V., & Hope, R. A.　1992　Aggressive behaviour in elderly psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **85**, 131-135.

Patterson, M. B., Schnell, A. H., Martin, R. J., Mendez, M. F., Smyth, K. A., & Whitehouse, P. J.　1990　Assessment of behavioral and affective symptoms in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, **3**, 21-30.

Patterson, M. B., Mack, J. L., Mackell, J. A., Thomas, R., Tariot, P., Weiner, M., & Whitehouse, P. J.　1997　A longitudinal study of behavioral pathology across five levels of dementia severity in Alzheimer's disease: The CERAD

Behavior Rating Scale for Dementia (BRSD). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, **6**, 53-58.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. 1990 Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, **30**, 583-594.

Pearlin, L.I., & Schooler, C. 1978 The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, **19**, 2-21.

Peterson, A., & Lantz, M. S. 2001 Is it Alzheimer's ? Neuropsychological testing helps to clarify diagnostic puzzle. *Geriatrics*, **56**, 58-61.

Petry, S., Cummings, J. L., Hill, M. A., & Shapira, J. 1988 Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology*, **45**, 1187-1190.

Quayhagen, M. P., & Quayhagen, M. 1996 Discovering life quality in coping with dementia. *Western Journal of Nursing Research*, **18**, 120-135.

Rabins, P. V. 1996 Developing treatment guidelines for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Clinical Psychiatry*, **57**(Suppl 14), 37-38.

Rabins, P. V., & Kasper, J. D. 1997 Measuring quality of life in dementia: Conceptual and practical issues. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **11**(Suppl 6), 100-104.

Rabins, P. V., Kasper, J. D., Kleinman, L., Black, B. S., & Patrick, D. L. 1999 Concepts and methods in the development of the ADRQL: An instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Mental Health and Aging*, **5**, 33-48.

Radloff, L. S. 1977 The CES-D scale: A self-report depressionscale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, **1**, 385-401.

Ray, W. A., Taylor, J. A., Lichtenstein, M. J., & Meador, K. G. 1992 The Nursing Home Behavior Problem Scale. *Journal of Gerontology*, **47**, 9-16.

Reisberg, B., Auer, S. R., & Monteiro, I. M. 1996 Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International Psychogeriatrics*, **8**,

301-308.

Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., & Georgotas, A. 1987 Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, **48**(Suppl), 9-15.

Reisberg, B., Franssen, E. H., Salan, L. E., Auer, S., & Kenowsky, S. 1989 Progression of Alzheimer's desease: Variability and consistency: Ontogenic models, their applicability and relevance. *Journal of Neural Transmission supplementum*, **54**, 9-20.

Robinson, K., & Yates, K. 1994 Effects of caregiver-training programs on burden and attitude toward help. *Archives of Psydhiatric Nursing*, **8**, 312-319.

Rodger, A. W. 1987 Social functional, and neuropsychological determinants of the psychiatric symptoms of stroke patients receiving rehabilitation and living at home. *Scandinavia Journal of Rehabilitation Medicine*, **19**, 93-98.

Ronch, J. L. 1996 Assessment of quality of life: Preservation of the self. *International Psychogeriatrics*, **8**, 267-275.

Rosen, J., & Zubenko, G. S. 1991 Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry*, **29**, 224-232.

Rubin, E. H., Drevets, W., & Burke, W. J. 1988 The nature of psychotic symptoms in senile dementia of the Alzheimer type. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, **1**, 116-120.

Rubin, E. H., Morris, J. C., & Berg, L. 1987 The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer type. *Journal of American Griatric Society*, **35**, 721-725.

Rubin, E. H., Morris, J. C., Storandt, M., & Berg, L. 1987 Behavioral changes in patients with mild senile dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry Research*, **21**, 55-62.

Rubin, E. H., Veiel, L. L., Kinscherf, D. A., Morris, J. C., & Storandt, M. 2001

Clinically significant depressive symptoms and very mild to mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **16**, 694-701.

Ryden, M. B. 1988 Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **2**, 342-355.

Ryden, M., Bossenmaier, M., & McLachan, C. 1991 Aggressive behavior in 25 cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing and Health*, **14**, 87-95.

斉藤和子 1996 痴呆性老人のQOL. からだの科学, **188**, 47-50.

斎藤 学 1995 イネイブリングと共依存. 精神科治療学, **10**, 963-968.

斎藤 学 1999 依存と虐待. 日本評論社.

真田順子・高橋正彦・佐藤博俊 1996 痴呆患者のQOLをどう評価するか. 老年期痴呆, **10**, 371-376.

Schuluz, R., & Quittner, A. L. 1998 Caregiving for children and adults with chronic conditions: Introduction to the special issues. *Health Psychology*, **17**, 107-111.

Selai, C. E., Trimble, M. R., Rossor, M. N., & Harvey, R. J. 2001 Assessing quality of life in dementia: Preliminary psychometric testing of the Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS). *Neuropsychological Rehabilitation*, **11**, 219-243.

Selye, H. 1980 *Selye's guide to stress research* (Vol. 1). van Nostrand Reinhold, New York.

Sendbuehler, J. M., & Goldstein, S. 1977 Attempted suicide among the aged. *Journal of American Geriatric Society*, **25**, 245-248.

Shekelle, R. B., Gale, M., Ostfeld, A. M., & Paul, O. 1983 Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, **45**, 109-114.

島 悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 1985 新しい抑うつ性評価尺度について. 精神医学, **27**, 717-723.

清水美登里 1993 高齢化に伴う保健・医療上の問題点 上田 敏・大塚敏夫 (編) 老年

医学とリハビリテーション 第２章, 第一法規出版.

下寺信次・三野善央・高橋正彦・真田順子・田中修一・井上新平　1998　老人精神疾患と家族の感情表出. 臨床精神医学, **27**, 99-105.

下垣　光・加藤伸司・藤森和美・今井幸充他　1989　痴呆性老人を抱える介護者の意識と態度, 老年社会科学, **11**, 249-263.

Shinosaki, K., Nishikawa, T., & Takeda, M.　2000　Neurobiological basis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**, 611-620.

Siegler, I. C., & Brummett, B. H.　2000　Associations among NEO personality Assessments and well-being at midlife: Facet-level analyses. *Psychology and Aging*, **15**, 710-714.

Siegler, I. C., Dawson, D. V., & Welsh, K. A.　1994　Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients. *Psychology and Aging*, **9**, 464-466.

Siegler, I. C., Welsh, K. A., Dawson, D. V., Fillenbaum, G. G., Earl, N. L., Laplan, E. B., & Clark, C. M.　1991　Ratings of personality change in patients evaluated for memory disorders. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **5**, 240-250.

Silliman, R. A., Sternberg, J., & Fretwell, M. D.　1988　Disruptive behavior in demented patients living within disturbed families. *Journal of the American Geriatrics Society*, **36**, 617-618.

Smith, T. W., & Frohm, K. D.　1985　What's so unhealthy about hostility?: Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.

Smith, T. W., Pope, M. K., Sanders, J. D., Allred, K. D., & O'Keeffe, J. L.　1988　Cynical hostility at home and work: Psychosocial vulnerability across domains. *Journal of Research in Personality*, **22**, 525-548.

Souren, L., & Franssen, E.　1993　Verborken verbindingen: de ziekte van Alzheimer

deel onttaan en verloop. In Lisse, Swets & Zeitlinger B. V. (Eds), Amsterdam. (Finnema, E. et al. 2000 A review of psychosocial models in psychogeriatrics: Implications for care and research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **14**, 68-80. より引用)

SPSS Inc. 2000 *SPSS Base 10.0J user's guide*, SPSS Inc.

Stern, Y., Mayeux, R., Sano, M., Hauser, W. A., & Bush, T. 1987 Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, **37**, 1649-1653.

Strauss, M. E., Pasupathi, M., & Chatterjee, A. 1993 Concordance between observers in descriptions of personality change in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, **8**, 475-480.

須藤演子 2002 表情から読みとる，表情の変化を見逃さない．痴呆介護，**3**(4)，18-30.

須貝佑一 2001 痴呆進行予防の最前線—アリセプトの効果と使用する際の注意点—．痴呆介護，**2**(3)，46-49.

須貝佑一 2002 高齢者痴呆介護研究・研修センター情報 —第２回 高齢者痴呆介護研究・研修センターが行うべきこと—．痴呆介護，**3**(2)，85-88.

杉澤秀博 1998 老年期の社会適応に影響を及ぼす身体的要因．老年精神医学雑誌，**9**，357-363.

Sunderland, T., Alterman, I. S., Yount, D., Hill, J. L., Tariot, P. N., Newhouse, P. A., Mueller, E. A., Mellow, A. M., & Cohen, R. M. 1988 A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *American Journal of Psychiatry*, **145**, 955-959.

Swearer, J. M., Drachman, D. A., O'Donnell, B. F., & Mitchell, A. L. 1988 Troublesome and disruptive behaviors in dementia. Relationships to diagnosis and disease severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, **36**, 784-790.

高橋道子 1994 乳児の認知と社会化．無藤 隆・高橋恵子・田島信元(編) 発達心理学入門Ⅰ—乳児・幼児・児童．第４章．東京大学出版会．pp. 36-60.

高橋幸男 2001 痴呆症地域ケアをとおして老いと死を考える．斉藤正彦(編) 老いと死の

臨床. こころの科学, **96**, 75-81.

高内　茂　2000　非認知機能障害. 臨床精神医学講座Ｓ９「アルツハイマー病」. 中山書店.

Tariot, P. N., Mack, J. L., Patterson, M. B., Edland, S. D., Weiner, M. F., Fillenbaum, G., Blazina, L., Teri, L., Rubin, E., & Mortimer, J. A. 1995 The Behavior Rating Scale for dementia of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, **152**, 1349-1357.

Tappen, R. M., & Barry, C. 1995 Assessment of affect in advanced Alzheimaer's disease: The dementia mood picture test. *Journal of Gerontological Nursing* **21**, 44-46.

Terada, S., Ishizu, H., Fujisawa, Y., Fujita, D., Yokota, O., Nakashima, H., Haraguchi, T., Ishihara, T., Yamamoto, S., Sasaki, K., Nakashima, Y., & Kuroda, S. 2002 Development and evaluation of a health-related quality of life Questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **17**, 851-858.

寺田整司・石津秀樹・藤沢嘉勝・山本　真・藤田大輔・山本智之　2001　痴呆性高齢者のQOL調査票作成とそれによる試行. 臨床精神医学, **30**, 1105-1120.

Teri, L. 1999 Training families to provide care: Effects on people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 110-119.

Teri, L., Ferretti, L. E., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Kukull, W. A., McCormick, W. C., Bowen, J. D., & Larson, E. B. 1999 Anxiety of Alzheimer's disease: Prevalence and comorbidity. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, **54**, M348-352.

Teri, L., Larson, E. B., & Reifler, B. V. 1988 Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *Journal of American Geriatric Society*, **36**, 1-61.

Teri, L., Longston, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. 1997 Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial.

Journals of Gerontlogy: Series B: Psychological Science and Social Sciences, **52**, 159-166.

Teri, L., & Lewinsohn, P. 1982 Modification of the Pleasant and Unpleasant Events Schedule for use with the elderly. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **50**, 444-445.

Teri, L., & Logsdon, R. G. 1991 Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist*, **31**, 124-127.

Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. 1992 Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, **7**, 622-631.

Thomae, H. 1992 Emotion and personality. In Birren, J. E., Sloane, R. B., Cohen, G. D. 2nd (Eds), *Handbook of mental health and aging*. Academic Press, San Diego, Califolnia. pp.355-375.

Toseland, R. W., Labrecque, M. S., Goebel, S. T., & Whitney, M. H. 1992 An evaluation of a group program for spouses of frail elderly veterans. *The Gerontologist*, **32**, 382-390.

Toseland, R. W., & Smith, G. C. 1990 Effectiveness of individual counseling by professional and peer helpers for family caregivers of the elderly. *Psychology and Aging*, **5**, 256-263.

土田昭司 1992 社会的態度研究の展望. 社会心理学研究, **7**, 147-162.

上原 徹・横山知行・後藤雅博・幸村尚史・中野靖子・豊岡和彦・飯田 眞 1997 Five Minute Speech Sample (FMSS) で評価された家族の感情表出 (EE) の特徴および再発との関連性—精神分裂病についての検討—. 精神医学, **39**, 31-37.

臼井樹子, 本間 昭 2000 BPSDの疫学と統計. 臨床精神医学, **29**. 1217-1223.

Vaughn, C., & Leff, J. 1985 *Expressed emotion in families*, Guilford Press, New York.

Vitaliano, P. P., Dougherty, C. M., & Siegler I. C. 1994 Biopsychosocial factors

and impaired quality of life as a risk for and outcome of CVD in caregiver's of persons with Alzheimer's disease. In Abeles, R. P., Gift, H. C., Ory, M. G. (Eds), *Aging and quality of life.* Springer, New York. pp.145-160.

Vitaliano, P. P., Young, H. M., Russo, J., Romano, J., & Magana-Amato, A. 1993 Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *Journal of Gerontology,* **48**, P202-209.

Vitaliano, P. P., Russo, J., & Bailey, S. L. 1993 Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, **55**, 164-177.

Volicer, L., Camberg, L., Hurley, A. C., Ashley, J., Woods, P., Ooi, W. L., & McIntyre, K. 1999 Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **13**, 192-201.

Wade, D. T., Legth-Smith, J., & Langton-Hewer, R. 1986 Effects of living with and looking after survivors of stroke. *British Medical Journal*, **293**, 418-420.

Wagner, A. W., Logsdon, R. G., Pearson, J. L., & Teri, L. 1997 Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, **1**, 132-139.

和気純子 1993 在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究. 社会老年学, **37**, 16-26.

和気純子・矢富直美・中谷陽明・冷水 豊 1994 在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究(2). 社会老年学, **38**, 23-34.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. 1988 Development and Validation of BriefMeasures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, **54**, 1063-1070.

Whitehouse, P. 1999 Quality of Life in Alzheimer's Disease: Future Directions, *Journal of Mental Health and Aging*, **5**, 107-111.

Whitehouse, P., & Rabins, P. V. 1992 Quality of life and dementia. *Alzheimer's*

Disease and Associated Disorders, **6**, 135-137.

Wilkinson, I. M., & Graham-White, J. 1980 Psychogeriatric dependency rating scales (PGDRS): A method of assessment for use by nurses. *British Journal of Psychiatry the Journal of Mental Science*, **137**, 558-565.

Williams, R., Briggs, R., & Coleman, P. 1995 Carer-rated personality changes associated with senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **10**, 231-236.

World Health Organization 1993 The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva.

Wragg, R. E., & Jeste, D. V. 1989 Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, **146**, 577-587.

Wuest, J., Ericson, P. K., & Stern, P. N. 1994 Becoming strangers: The changing family caregiving relationship in Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, **20**, 437-443.

Yamamoto-Mitani, N., Tamura, M., Deguchi, Y., Ito, K., & Sugishita, C. 2000 The attitude of Japanese family caregivers toward the elderly with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, **37**, 415-422.

山本則子・阿部俊子・稲毛田美香 2000 痴呆性老人のQOL. 老年精神医学雑誌, **11**, 489-495.

矢富直美, Liang, J., Krause, N., & Akiyama, H. 1993 CES-Dによる日本老人のうつ症状の測定—その因子構造における文化差の検討. 社会老年学, **37**, 37-47.

Younger, D., & Martin, G. W. 2000 Dementia care mapping: An approach to quality audit of services for people with dementia in two health districts. *Journal of Advanced Nursing*, **32**, 1206-1212.

Zarit, S. H., Birkel, R. C., & Malonebeach, E. 1989 Spouses as caregivers; Stresses and interventions. In M. Z. Goldstein (Ed.), *Family involvement in treatment of the frail elderly*. American Psychiatric Press, Washington, D. C.. pp.23-62.

Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutselis, M. 1987 Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, **2**, 225-232.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. 1980 Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, **20**, 649-655.

全国高齢者社会福祉協会 2000 21・社会福祉大鑑 第2版.

Zubin, J., & Spring, B. 1977 Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, **86**, 103-126.

謝　辞

この論文は，大阪大学大学院人間科学研究科での約４年間の研究活動および臨床活動をまとめたものです．今後の研究活動へのほんの始まりにすぎませんが，今現在の自分にとっては最大限の力を注いだ産物です．本論文における研究をすすめるにあたって，非常に多くの方々のお世話になり感謝の念に耐えません．この場を借りて深く御礼を申し上げます．

まずはじめに，本研究に対して快くご協力いただいた患者さん，ならびにそのご家族には，研究の内容以上に「ひとが老いてゆくこと」について，あらためて深く考える機会を与えて下さったことに深く感謝します．またすでに亡くなられた方々には，心からご冥福をお祈りします．

そして面接にあたりいろいろとお手伝い下さった，日野病院老人保険施設ソルヴィラージュの川村まゆみ主任，在宅サービスステーションロータス門真荘ならびにロータス守口のスタッフの方々には，現場の視点から様々なご助言をいただきました．龍谷大学大学院文学研究科の森田喜治先生には，心理臨床活動における多大なる示唆を頂戴しました．また調査をすすめるにあたり，被験者のご紹介を快く引き受けていただいた，大阪大学大学院医学研究科精神医学教室の武田雅俊先生，池尻義隆先生，関西医科大学精神神経科の木下利彦先生，吉田常孝先生，鈴木有美さんには，医学的側面，社会的側面を含めた幅広い貴重な経験をさせていただきました．ここに深く感謝の意を表します．

またこの論文執筆中の様々な局面で適切なご助言や協力を賜った，神戸大学大学院医学系研究科精神神経科学教室の前田潔先生，大植病院の柿木達也先生，そして，私の漠然とした考えや悩みに対して，いつも大きな視点から適切なご示唆を下さった柏木哲夫先生，恒藤暁先生に感謝の意を表します．また論文構成や分析において，細部にわたって適切なご助言を与えて下さった，日本学術振興会の坂口幸弘さん，大阪大学大学院人間科学研究科の臨床死生学研究室の大橋明さん，辰巳有紀子さんにも心より御礼申し上げます．その他様々なことで情緒的，道具的サポートを提供して下さった臨床死生学研究室の院生の

方々，臨床老年行動学研究室の４回生と３回生の方々にも深く感謝します．そして最後に，この論文の完成に際して，公私ともに支えてくれた家族に特別な感謝の念をあらわし，ここに筆をおきます．

森本美奈子　2002年12月25日

付　　録

＜著作権等の都合上，調査用紙の一部を掲載するにとどめる＞

記入日　　年　　月　　日

介護質問票

本質問票は，あなた様の介護のご様子および健康状態についてお聴かせ頂くものです．
項目Ⅰ～Ⅳについて各々あてはまる数字に○を，空欄には必要な内容を記入して下さい．

Ⅰ．現在の介護状況についてお尋ねします．あてはまる数字に○を付け，空欄にご記入下さい．

1	主介護者であるあなたの，患者さんからみた続柄	1 娘・息子 2 義理の娘（嫁）・義理の息子（婿） 3 配偶者 4 兄弟姉妹 5 その他（　　）
2	患者様の家族構成	1 夫婦二人暮らし 2 夫婦と子ども家族の同居 3 独居（主介護者が様子を見ている） 4 その他（　　）
3	あなたが患者様のお世話をされている時間（見守りなども含みます）	一日平均　　時間
4	デイサービス利用の有無	1 週に　回 利用 0 利用していない
5	ホームヘルプサービス利用の有無	1 週に　回 利用 0 利用していない
6	ショートステイ利用の有無	1 週に　回 or 月に　回 利用 0 利用していない
7	訪問看護サービス利用の有無	1 週に　回 or 月に　回 利用 0 利用していない
8	その他の福祉サービス利用の有無	1 週に　回 or 月に　回 利用 0 利用していない
9	現在の介護に対するお気持ちや状態	1 これからも在宅での介護を続けたい 2 施設等での介護をお願いしたい 3 現在既に、在宅介護ではない
10	現在の介護に対するうまくできているという自信の程度	1 全くうまくやっているとは思えない 2 あまりうまくやっているとは思えない 3 どちらともいえない 4 何とかうまくやっていると思える 5 非常にうまくやっていると思える

Ⅱ. 以下の事柄について，普段患者様ご本人をお世話されるにあたって，主介護者のあなたは，どの程度周りの方から援助を受けられていますか？各項目について，「非常にそう思う＝4」「まあそう思う＝3」「あまりそう思わない＝2」「全くそう思わない＝1」のいずれか一つに○をつけて下さい．

	非常にそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
1 困った時に，あなたに対して役立つアドバイスをしてくれる人がいる．	4	3	2	1
2 周りの方たちは，あなたにいたわりを示してくれたり，愚痴を聴いてくれたりする．	4	3	2	1
3 あなたが体調を崩した時，周りの親しい方たちのお世話をあてにできる．	4	3	2	1
4 周りの方たちは，あなたのすることに小言をいったり，文句をつけたりする．	4	3	2	1
5 身近な人たちからの頼まれ事や干渉されることが多すぎると思う．	4	3	2	1

Ⅲ. それぞれの項目について，カッコ内の4種類の選択肢の中から，いずれか自分の最近の状態に，最もよく当てはまると思われるものに○印をつけて下さい．

1 気分や健康状態は
（よかった　いつもと変わらなかった　悪かった　非常に悪かった）

2 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

3 元気なく疲れを感じたことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

4 病気だと感じたことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

5 頭痛がしたことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

6 頭が重いように感じたことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

7 からだがほてったり寒気がしたことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

8 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

9 夜中に目を覚ますことは
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

10 いつもストレスを感じたことが
（全くなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった）

11　いらいらして，おこりっぽくなることは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

12　たいした理由がないのに、何かがこわくなったり、とりみだすことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

13　いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

14　不安を感じ緊張したことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

15　いつもより忙しく活動的な生活を送ることが

（たびたびあった　　いつもと変わらなかった　　なかった　　全くなかった）

16　いつもより何かをするのに余計に時間がかかることが

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

17　いつもよりすべてがうまくいっていると感じることが

（たびたびあった　　いつもと変わらなかった　　なかった　　全くなかった）

18　毎日している仕事は

（非常にうまくいった　いつもと変わらなかった　うまくいかなかった　全くうまくいかなかった）

19　いつもより自分のしていることに生きがいを感じることが

（あった　　いつもと変わらなかった　　なかった　　全くなかった）

20　いつもより容易に物ごとを決めることが

（できた　　いつもと変わらなかった　　できなかった　　全くできなかった）

21　いつもより日常生活を楽しく送ることが

（できた　　いつもと変わらなかった　　できなかった　　全くできなかった）

22　自分は役に立たない人間だと考えたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

23　人生に全く望みを失ったと感じたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

24　生きていくことに意味がないと感じたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

25　この世から消えてしまいたいと考えたことは

（全くなかった　　なかった　　一瞬あった　　たびたびあった）

26　ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

27　死んだ方がましだと考えたことは

（全くなかった　　あまりなかった　　あった　　たびたびあった）

28　自殺しようと考えたことが

（全くなかった　　なかった　　一瞬あった　　たびたびあった）

Ⅳ. 以下に，介護者の方がよく感じられる気持ちを挙げています．これらの気持ちを，あなたはここ最近，患者様ご本人に対してどの程度感じておられますか？その程度を「非常にそう思う＝4」「まあそう思う＝3」「あまりそう思わない＝2」「全くそう思わない＝1」のいずれか一つに〇をつけて下さい．なおこの評価はその善し悪しを判定するものではありません．ありのままのお気持ちをお答え下さい．

		非常にそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
1	ご本人と接するとき，あたたかい言葉をかけてあげたい気持ちになる．	4	3	2	1
2	ご本人と自分は，とてもうまくいっていると思う．	4	3	2	1
3	手とり足とり，ご本人の世話をやいて，自分を犠牲にしてきたと思う．	4	3	2	1
4	ご本人も，本当によく頑張ってきたと思う．	4	3	2	1
5	ご本人の行動や態度が，正直なところ自分には好ましく思えない．	4	3	2	1
6	ご本人に対して感謝の気持ちは色々とある．	4	3	2	1
7	ご本人がこちらの言うことを聞かずに，自分勝手な人だと思う．	4	3	2	1
8	ご本人自身が一番大変なのかもしれないと思う．	4	3	2	1
9	ご本人の話になると，ちょっとしたことで自分の中で感情が高ぶる．	4	3	2	1
10	ご本人の何をとりあげても，気にいらない気持ちになってくる．	4	3	2	1
11	ご本人と関わっていると，その行動に対してうんざりしてくる．	4	3	2	1
12	ご本人と関わっていると，自分を見失ってしまう．	4	3	2	1
13	ご本人のことを思うと，思わず涙ぐんだり泣いたりしてしまう．	4	3	2	1
14	ご本人に対して，何故こんな行動をするのか，どうしてなのか問いつめてしまう．	4	3	2	1
15	ご本人に対して，どうも好きな感情はいだけない．	4	3	2	1
16	何をしていても，ご本人のことが頭から離れない．	4	3	2	1
17	ご本人の気持ちに対して，共感できる部分は沢山あると思う．	4	3	2	1
18	ご本人がいなくなればいいのに，と思ってしまう．	4	3	2	1
19	ご本人が不機嫌だったりつらそうにしていると，自分のせいのように感じる．	4	3	2	1
20	ご本人のためによかれと思ってやったことが感謝されないと，とても傷つく．	4	3	2	1

以上で設問はおわりです．ご協力ありがとうございました．
本調査に関してご感想・ご指摘等ございましたら，お書き下さい．