

認知症高齢者における日常生活自立度と攻撃行動との関連¹⁾

上野 萌子^{***}・田村 啓子^{***}・内山伊知郎^{****}

The Relation of Daily Life Degree of Autonomy to Aggressive Behavior in Elderly with Dementia

Moeko UENO^{***}, Keiko TAMURA^{***} and Ichiro UCHIYAMA^{****}

In this study, we examined the relation of daily life degree of autonomy to aggressive behavior in elderly with dementia. In the results, Rank IIIa of daily life degree of autonomy exhibited many instances of physical aggressive behavior. Regarding aggressive behavior termination methods, in Rank IIb of daily life degree of autonomy there were many occurrences of "Environment Adjustment," whereas Rank IIIa showed "Acceptance and Supportive." In particular, in Rank IIIa communication becomes difficult. Therefore, the caregiver is required to take an acceptance response to provide the attacker with safety and security. As described above, the aim of the present study was to clarify the features of and effective response methods for aggressive behavior in each rank of daily life degree of autonomy. It is hoped this will lead to the reduction of aggressive behavior by elderly with dementia.

key words: elderly with dementia, daily life degree of autonomy, aggressive behavior

問 題

2010年、日本における認知症高齢者は280万人であり、2025年には470万人になると推計されている(厚生労働省, 2012)。その対応が社会問題になっており、今後ますます深刻化することが予想される。

認知症の主症状は、記憶障害、失見当識といった認知機能障害であるが、精神症状や問題行動が随伴することがある。特に、せん妄、徘徊、物盗られ妄想、興奮・暴力といった行動・心理症状 (Behavior-

and Psychological Symptoms of Dementia; 以下、BPSDと記す)が生じることが多い(Black & Almeida, 2004; 池田・福原・田邊, 2002; 鈴木・野呂瀬・須田・鈴木・関水・大内・猪狩・渡邊・中野・大庭, 2010)。BPSDは認知症高齢者のQOL(Quality of Life)を低下させるだけでなく、介護者の負担やストレスを増大させる原因になる。また、その認知症高齢者が施設を利用している場合、BPSDが他の利用者に影響を及ぼす可能性がある(九津見・山田・伊藤・三上, 2008)。

¹⁾ 本研究は、科学研究費補助金(基盤研究(B)25285188)の助成を受けて実施した。

* 同志社大学大学院心理学研究科

Department of Psychology, Doshisha University, 1-3 Tataramiyakodani, Kyotanabe, Kyoto 610-0394, Japan
e-mail: ekn1005@mail2.doshisha.ac.jp

** 日本学術振興会

Japan Society for the Promotion of Science

*** 社会福祉法人 乙の国福祉会

Otsunokuni Fukushikai Social Welfare Corp., 23 Asahidera, Inouchi, Nagaokakyo, Kyoto 617-0813, Japan
e-mail: oz-well@oz-well.jp

**** 同志社大学心理学部

Department of Psychology, Doshisha University, 1-3 Tataramiyakodani, Kyotanabe, Kyoto 610-0394, Japan
e-mail: iuchiyam@mail.doshisha.ac.jp

BPSDの中でも、特に攻撃行動は対応困難な症状であり、介護や治療にとって障害になっている。攻撃行動は、「危害を避けようとしている他者に危害を加えようとする行動」と定義されており (Baron & Richardson, 1994), 言語的なものや身体的なものなど様々な種類がある。この攻撃行動のために対人関係が阻害され、家庭での介護が困難となり、老人ホームへの入所が早まる傾向がある。また、攻撃行動抑制のために、薬物が必要になることさえある (Drachman, Swearer, O'Donnell, Mitchell, & Maloon, 1992; Nilsson, Palmstierna, & Wistedt, 1988; Ryden, Bossenmaier, & McLachlan, 1991)。

Bridges-Parlet, Knopman, & Thompson (1994) や平田 (2003) は認知症高齢者の攻撃行動について分析を行い、言語的攻撃行動と身体的攻撃行動の両方が生じることを報告している。Ryden et al. (1991) は、認知症高齢者の7日間に及ぶ調査から、50.3%が身体的攻撃行動を示し、47.6%が言語的攻撃行動を示すことを明らかにした。また、最も多く攻撃行動が生じる場面は、入浴や更衣介助といった身体への接触場面であることを報告している。認知症高齢者の攻撃行動が生じる要因は様々であるが、単なる怒りによる攻撃というよりも、むしろ介護におけるパーソナルスペースの侵害に対する防衛反応である場合が多いという知見もある (Bridges-Parlet et al., 1994)。しかし、認知症高齢者の攻撃行動を科学的に分析した研究はほとんどなく、攻撃行動の発生に関しては十分に解明されていない。そのため、介護の現場における攻撃行動に対する対応は、対症療法的に行われているのが現状である。

日本では、老老発第 0324001 号厚生省老人保健局長通知 (厚生省老健局老人保健課, 1993) に記された「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に従い、認知症高齢者の日常生活自立度を決定し、それらの情報を加えてケアプランが計画されている。その通知では、家庭内外での症状の出現や周囲との意思疎通の困難さを基に、認知症高齢者の日常生活自立度がランク I からランク M までの7段階に分類されている。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランク I は、何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立しているランクである。ランク II は、日常生活に支障をきたすような症状

や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できるランクである。ランク II は IIa と IIb に分けられ、ランク IIa では家庭外でのみこの状態が見られ、ランク IIb では家庭内でもこの状態が見られる。ランク III は、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とするランクである。ランク III も IIIa と IIIb に分けられ、ランク IIIa は日中を中心としてこの状態が見られ、ランク IIIb は夜間を中心としてこの状態が見られる。ランク IV は、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とするランクである。また、ランク M では、著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とするランクである。介護の現場においては客観的かつ短時間に判定できる評価法として日常生活自立度がよく用いられているが、これまで日常生活自立度と攻撃行動の関連を検討した研究はない。この日常生活自立度別に攻撃行動を分析することは、認知症高齢者の攻撃行動を理解することにつながり、介護の仕方にも示唆を与える知見が得られると考えられる。

そこで本研究では、認知症高齢者の日常生活自立度別に攻撃行動について検討を行う。特に認知症高齢者が施設を利用している場合、他の利用者や介護職員などに多大な影響を与える可能性があるため (e.g., 九津見他, 2008), 施設における認知症高齢者の攻撃行動を検討する必要性が高いと考えられる。施設を利用する認知症高齢者のうち特別養護老人ホームの利用が最も多いため (厚生労働省, 2012), 本研究では特別養護老人ホームにおいて認知症高齢者を介護する職員、看護師、生活相談員に対して攻撃行動に関するアンケートを実施する。そして、認知症高齢者の攻撃行動の理解を深めるために、攻撃行動を言語的攻撃行動と身体的攻撃行動に分け、認知症高齢者の日常生活自立度と言語的攻撃行動および身体的攻撃行動の出現の様相を明らかにすることを第1の目的とする。

また、認知症高齢者の攻撃行動を低減させるような対応を行うことが社会的に求められている。Ryden et al. (1991) は、介護者が攻撃行動への対応方法に関する知識が不足しているために、より攻撃行動を引き起こしてしまう可能性を指摘している。し

たがって、攻撃行動に対処するためにどのような対応方法が有効であるかを明らかにし、介護者に対して教育を行っていく必要がある。特に多くの認知症高齢者と関わる介護職員などの福祉専門職にとって、対応のための知識や技術の獲得が必要になる。

これまで、介護職員の日常的支援の中でのBPSDに対する対応方法に関する研究が行われている。例えば、山下・小林・藤本・松本・古河(2006)は、一般病院において調査を行い、どのような対応方法が行われているかを検討した。その結果、声かけ、観察室への移動、および環境調整などの13種類の対応方法があることを明らかにした。また、Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe, & Mikami (2009)は、高齢者福祉施設における専門職の介護職員を対象に、インタビューを行った。そして、対応方法を“情緒・行動的同調の技法”(Emotional and Behavioral-concordance techniques), “受容・支持的技法”(Acceptance and Supportive techniques), “制限の技法”(Restraining techniques), “回避の技法”(Avoidance techniques)の4カテゴリーに分類した。“情緒・行動的同調の技法”は傾聴, 要求に応じる, “受容・支持的技法”は注意をそらす, 安心してもらう, “制限の技法”は向精神薬の使用, 行動制限, “回避の技法”は他の職員の協力を求める, 無視するなどといった方法である。このように日常的支援の中で活用できるBPSDに対する対応方法が整理, 検討されている。しかし, BPSDの中でも攻撃行動に焦点を当てて, 日常生活自立度別に有効な対応方法を分析した研究はない。

そこで, 本研究では攻撃行動を低減させるための介護のあり方に示唆を与えるために, 介護職員などの福祉専門職を対象に, 認知症高齢者の日常生活自立度別に攻撃行動を終息させるための方法を検討することを第2の目的とする。

方 法

調査場所

京都府内にある特別養護老人ホームを調査場所とした。この施設には, 日常生活全般において介護が必要な68歳から101歳までの認知症高齢者80名(男性11名, 女性69名; 平均年齢85.08歳, $SD=8.67$ 歳)が長期入所していた。

調査対象者

特別養護老人ホームの正職員45名およびアルバイト職員8名の合計53名(平均年齢41.62歳, $SD=11.41$ 歳)を対象とした。内訳は, 男性15名(平均年齢32.67歳, $SD=5.05$ 歳), 女性38名(平均年齢45.16歳, $SD=11.31$ 歳)であった。

質問紙

質問の内容は, 認知症を発症している高齢者の攻撃行動に関してであった。質問紙の構成については, 以下の通りである。

1. 攻撃行動が起きた施設内の場所について, 居室, 廊下, 脱衣室, お風呂場, 食堂, 玄関, 洗面所, 中庭, その他から一つ選択するように求めた。
2. 攻撃行動が起きた時間について記入を求めた。
3. 攻撃行動を起こした対象の性別と年齢について, 性別を選択し, 年齢を記入するように求めた。
4. 攻撃行動の継続時間について, 1分以内, 1~2分, 3~5分, 5分以上から一つ選択するように求めた。
5. 攻撃行動の内容について, 言語的か身体的かを選択するとともに, その内容の詳細について記述するように求めた。なお, 言語的攻撃行動と身体的攻撃行動が同時に起きた場合は両方を選択し, その両方の内容を記述するように求めた。
6. 攻撃行動が起きる直前の状況について, その状況の様子を記述するように求めた。
7. 攻撃行動の終息方法について, どのようにおさまったかの方法を記述するように求めた。

調査実施期間

2012年9月10日から9月19日にかけて実施した。

手続き

調査対象者である特別養護老人ホームの職員に質問紙を配布し, 朝礼で記入方法などについて口頭で説明を行った。最初に1人当たり5枚の質問紙を配布したが, 不足する場合はいつでも所属長に質問紙をもらうことが出来ること, 5枚に満たなくてもよいことを教示した。また, 一つのケースについて, 1枚の質問紙に記載するように教示した。調査実施期間終了の翌日に, 調査対象者の所属長がすべて本人から回収をし, 提出を受けた。

分析方法

回収した 110 件のデータから、攻撃行動の内容およびその終息方法に関する回答を用いて、二つの分析を行った。以下に、分析方法の詳細を示す。

分析 1. 認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の関連 まず、攻撃行動の内容に関する記述から、攻撃行動の種類分類を行った。Ryden et al. (1991) に従い、ののしる、傷つけるような言葉を吐く、軽蔑的な言葉を吐くなどを言語的攻撃行動、殴る、蹴る、つねる、引っ掻く、かみつくなどを身体的攻撃行動に分類した。その後、長期入所の認知症高齢者 80 名のうち言語的および身体的攻撃行動を起こした人数をそれぞれ集計した。そして、言語的攻撃行動と身体的攻撃行動の出現率に違いが見られるかを検討するために、McNemar 検定を用いて分析を行った。次に、認知症高齢者の日常生活自立度ごとに、言語的および身体的攻撃行動を起こした人数を集計した。そして、言語的および身体的攻撃行動それぞれについて日常生活自立度によって出現率に違いが見られるかを検討するために、Fisher の直接確率法を用いて分析を行った。また、有意差が認められた場合は、下位検定として残差分析を行った。本研究では調整された残差を使用し、信頼区間 95% の信頼限界である ± 1.96 以上である場合を各ランクの同等性を乱すセルと判断した。なお、すべての検定において有意水準は 5% 未満とした。

分析 2. 認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の終息方法の関連 まず、終息方法に関する記述について、KJ 法により筆者 2 名で分類を行った。その後、Kutsumi et al. (2009) や山下他 (2006) の BPSD に対する日常的支援方法を参考に、分類名を付した。攻撃行動の終息方法は、環境的側面に働きかける“環境調整”、攻撃行動を起こした本人に直接働きかける“感情・行動的同調”、“受容・支持”、“指導”、攻撃者との状況から離れる“回避”の五つに分類がなされた。なお、“環境調整”は周囲の利用者に移動してもらうといった人的な環境調整、“感情・行動的同調”は傾聴、要求に応える、“受容・支持”は注意をそらす、安心感を与える、“指導”は言い聞かせる、“回避”は無視する、他の介護者に助けを求めるなどであった。そして、攻撃行動を起こした認知症高齢者のうち、これらの方法で攻撃行動が終息した人数をそれぞれ集計した。これ

らの方法の出現率に違いが見られるかを検討するために、McNemar 検定を用いてそれぞれ分析を行った。次に、認知症高齢者の日常生活自立度ごとに、これらの方法で攻撃行動が終息した人数を集計した。そして、それぞれについて日常生活自立度によって出現率に違いが見られるかを検討するために、Fisher の直接確率法を用いて分析を行った。また、有意差が認められた場合は、分析 1 と同様に、下位検定として残差分析を行った。なお、すべての検定において有意水準は 5% 未満とした。

倫理的配慮

本研究は、所属する同志社大学心理学部の倫理審査の承認を受け、倫理的配慮のもとに実施した。調査にあたり、調査への参加は任意であること、協力を拒否した場合でも不利益を被ることがないこと、調査の結果は個人が特定されないように統計的に処理を行うこと、および結果は学会などにおいて公表することについて口頭で十分に説明を行った。そして、調査対象者に口頭で調査実施の同意を得た後、調査を実施した。

結 果

本研究においては、認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の種類およびその終息方法の関連について分析を行った。なお、日常生活自立度のランク別の人数は、ランク I は 0 名、ランク IIa は 6 名、ランク IIb は 11 名、ランク IIIa は 38 名、ランク IIIb は 0 名、ランク IV は 25 名、ランク M は 0 名であった。

分析 1. 認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の関連

攻撃行動を言語的および身体的攻撃行動に分類して検討を行った。長期入所の認知症高齢者 80 名のうち攻撃行動は 26 名 (32.5%) において出現した。なお、言語的攻撃行動は 19 名 (23.8%)、身体的攻撃行動は 15 名 (18.8%) において出現した。言語的および身体的攻撃行動の出現率に違いが見られるかを分析した結果、有意な差は見られず、出現率は同程度であった。

長期入所中の認知症高齢者の日常生活自立度によって、言語的攻撃行動および身体的攻撃行動の出現に違いが見られるかを検討した。まず、認知症高齢者の日常生活自立度の各ランクにおいて言語的攻

Table 1 言語的攻撃行動の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIa	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)
IIb	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100)
IIIa	26 (68.4)	12 (31.6)	38 (100)
IV	23 (92.0)	2 (8.0)	25 (100)
合計	61 (76.2)	19 (23.8)	80 (100)

Table 2 身体的攻撃行動の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIa	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100)
IIb	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (100)
IIIa	25 (65.8)	13 (34.2)	38 (100)
IV	24 (96.0)	1 (4.0)	25 (100)
合計	65 (81.2)	15 (18.8)	80 (100)

撃行動の出現に分布差があるか否かを分析した (Table 1)。その結果, 言語的攻撃行動の出現の分布に有意な差は認められなかった。

次に, 認知症高齢者の日常生活自立度の各ランクにおいて身体的攻撃行動の出現に分布差があるか否かを分析した (Table 2)。その結果, 日常生活自立度によって身体的攻撃行動の出現の分布には有意な差が認められた ($p < .01$)。残差分析を行ったところ, 日常生活自立度のランク IIIa においては身体的攻撃行動が有意に多く (調整された残差 3.4, $p < .01$), 日常生活自立度のランク IV においては身体的攻撃行動が有意に少なかった (調整された残差 -2.3, $p < .05$)。

分析 2. 認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の終息方法の関連

攻撃行動の終息方法について分析を行った。攻撃行動を起こした 26 名の認知症高齢者のうち, “環境調整” は 9 名 (34.6%), “感情・行動的同調” は 13 名 (50.0%), “受容・支持” は 19 名 (73.1%), “指導” は 8 名 (30.8%), “回避” は 12 名 (46.2%) において見られた。終息方法の出現率に違いが見られるかを分析した結果, “環境調整” と “受容・支持”, “受容・支持” と “指導” の間に有意な差が見られた ($p < .05$)。このことから, 攻撃行動は “受容・支持”

Table 3 “環境調整” の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIb	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100)
IIIa	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (100)
IV	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)
合計	17 (68.0)	8 (32.0)	25 (100)

Table 4 “感情・行動的同調” の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIb	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100)
IIIa	8 (44.4)	10 (55.6)	18 (100)
IV	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100)
合計	12 (48.0)	13 (52.0)	25 (100)

Table 5 “受容・支持” の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIb	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100)
IIIa	3 (16.7)	15 (83.3)	18 (100)
IV	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100)
合計	7 (28.0)	18 (72.0)	25 (100)

により終息することが多かったと言える。

攻撃行動を起こした認知症高齢者の日常生活自立度によって, 攻撃行動を終息させるための有効な方法に違いが見られるか検討した。なお, 攻撃行動が出現した認知症高齢者が単数であったため, ランク IIa については分析から除外した。認知症高齢者の日常生活自立度のランクごとに, それぞれの終息方法の出現に分布差があるか否かを分析した (Tables 3-7)。

その結果, Table 3 に示したように, 日常生活自立度によって “環境調整” の出現の分布に有意な差が認められた ($p < .01$)。残差分析を行ったところ, 日常生活自立度のランク IIb においては “環境調整” が有意に多く (調整された残差 3.2, $p < .01$), 日常生活自立度のランク IIIa においては有意に少なかった (調整された残差 -2.6, $p < .01$)。また, Table 5 に示したように, 日常生活自立度によって “受容・

Table 6 “指導”の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIb	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)
IIIa	13 (72.2)	5 (27.8)	18 (100)
IV	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)
合計	17 (68.0)	8 (32.0)	25 (100)

Table 7 “回避”の日常生活自立度別の出現人数 (%)

日常生活自立度	出現なし	出現あり	合計
IIb	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)
IIIa	10 (55.6)	8 (44.4)	18 (100)
IV	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)
合計	14 (56.0)	11 (44.0)	25 (100)

支持”の出現の分布に有意な差が認められた ($p < .05$)。残差分析を行ったところ、日常生活自立度のランク IIIa においては“受容・支持”の出現が有意に多く (調整された残差 2.0, $p < .05$)、日常生活自立度のランク IV においては有意に少なかった (調整された残差 -3.0, $p < .01$)。その他の終息方法の出現について分布差は認められなかった。

考 察

本研究においては、特別養護老人ホームに長期入所中の認知症高齢者の攻撃行動について、介護職員などの福祉専門職を対象にアンケート調査を行い、日常生活自立度と攻撃行動の関連を検討した。

先行研究 (e.g., Ryden et al., 1991) において認知症高齢者は攻撃行動が生じやすくなることが指摘されているが、本研究においても長期入所の認知症高齢者のうち攻撃行動が 32.5% において出現した。佐藤・長田 (2012) は、認知症高齢者はせん妄や幻覚が起きやすく、正常な状況の把握ができなくなることにより攻撃行動が生じる可能性を指摘している。このように介護職員などの他者との関わりのなかで、他者が自分に対して危害を加えるとみなすことにより、攻撃行動が生じやすくなるのではないかと考えられる。また、攻撃行動を言語的攻撃行動および身体的攻撃行動に分類して集計した結果、言語的攻撃行動は 23.8%、身体的攻撃行動は 18.8% におい

て出現しており、出現率はほぼ同程度であった。

まず、本研究の第 1 の目的である、認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の出現の関連について考察する。認知症高齢者の日常生活自立度と言語的および身体的攻撃行動の関連を検討したところ、認知症高齢者の日常生活自立度のランク IIIa では身体的攻撃行動が優勢であることが明らかになった。言語的および身体的攻撃行動の出現は同程度であったが、認知症高齢者の日常生活自立度別に見ると、言語的攻撃行動から身体的攻撃行動に移行する可能性が示唆された。また、常に介護が必要となる日常生活自立度のランク IV になると、認知機能がさらに低下し、ほとんど攻撃行動が生じないことが明らかになった。これまで、Ryden et al. (1991) は、攻撃行動を起こす半数の認知症高齢者は日常生活がかなり依存的であったことを報告している。他方、平田 (2003) は、独歩可能で活動力が高いと攻撃行動を起こすと指摘しており、認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の関連については明らかにされていない。本研究においては、攻撃行動を言語的および身体的攻撃行動に分類し、日常生活自立度との関連を検討することにより、日常生活自立度と攻撃行動の種類が関係している可能性が示唆された。

日常生活自立度の判定基準によると (厚生省老健局老人保健課, 1993)、日常生活自立度のランク IIIa では特に意思疎通の困難さが大きくなることが特徴の一つとして挙げられる。福井 (2005) によると、BPSD は認知症高齢者のニーズの表現として捉えることができると言われている。高齢者が認知症により意思表示が制約されるため、自分のニーズを表すために BPSD が生じるということである。特に、日常生活自立度がランク IIIa になると意思疎通が困難になり、自分のニーズをうまく言葉で伝えることができないため、攻撃行動の身体化など攻撃行動の激しさになって現れると考えられる。このような身体的攻撃行動は、施設内において介護職員や他の利用者に影響を及ぼす可能性がある。そのため、身体的攻撃行動が生じやすくなる日常生活自立度のランク IIIa の認知症高齢者への対応には注意が必要であると言える。

次に、本研究の第 2 の目的である、認知症高齢者の日常生活自立度と攻撃行動の有効な対応方法の関連について考察する。介護職員などの福祉専門職に

おける認知症高齢者の攻撃行動を終息させるための方法について検討した結果、攻撃者本人に働きかける“受容・支持”が多く出現した。日常生活自立度別に見ると、日常生活自立度のランク IIb では周囲の人に移動してもらうなど環境的側面に働きかける“環境調整”の出現が多く、日常生活自立度のランク IIIa では“受容・支持”の出現が多かった。このことから、日常生活自立度によって有効な対応方法が異なる可能性が示唆された。

日常生活自立度の判定基準によると（厚生省老健局老人保健課，1993），日常生活自立度のランク IIb は日常生活に支障をきたすような症状や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できるランクである。このように認知機能が比較的高いことから、周囲の環境を整えることで状況に適応できるのではないかと考えられる。また、認知症が軽度である場合、他者との関わりのなかで、報復・制裁、印象操作といった戦略的な攻撃行動が見られることがある（佐藤・長田，2012）。したがって、認知症高齢者の攻撃行動の誘発刺激である周囲の利用者に移動してもらうなど、環境的側面に働きかけることが攻撃行動を終息させるために有効であると考えられる。

他方、日常生活自立度のランク IIIa はランク IIb よりも認知機能が低下し、状況を正しく判断することが難しくなると考えられる。したがって、介護の場面であっても何をされているかわからず、回避や防衛といったニーズの表現として攻撃行動が生じる可能性がある（e.g., Bridges-Parlet et al., 1994）。特に、日常生活自立度のランク IIIa においては意思疎通が困難になることにより身体的攻撃が生じ、攻撃行動の激しさが増すが、安全と安心を与える受容的な対応をとるといった感情面への働きかけをすることによって認知症高齢者を落ち着かせることができると考えられる。

日常生活自立度のランク IIIa における“受容・支持”の対応の中で、好きな歌番組を見てもらうという回答が多く見られた。Clark, Lipe, & Bilbrey (1998) は、入浴中に音楽を流すことにより、認知症高齢者の攻撃行動が減少するかを検討するために介入研究を行っている。その結果、音楽を聞いた認知症高齢者は攻撃行動が減少することが明らかになっている。この結果と同様に、本研究においても、ランク

IIIa の認知症高齢者を落ち着かせるためには、好きな歌番組を見てもらうことが有効である可能性が示唆された。

また、安心してもらえるように声かけをするといった回答も多く見られた。相手を落ち着かせるために、声かけは非常に重要である。例えば、高齢者に話しかける際、パトロナイジング・スピーチ (Patronizing speech) と呼ばれる短い文章でゆったりとした話し方になることが知られている (Williams, Kemper, & Hummert, 2003)。認知機能が低下した高齢者に合わせたこのような柔らかな声かけは、親密感を生み、落ち着かせるために重要な役割を果たすと考えられる。食事、更衣、および入浴介助といった介護をやめることができない場面においても、このような感情面への働きかけは最も有効な対応方法であると言える。

以上のように、日常生活自立度のランク IIIa では身体的攻撃行動の出現の割合が多く、介護において特に注意が必要であることが示された。これは意思疎通の困難さにより、ニーズの表現として生じている可能性がある。このような攻撃行動が生じた場合、日常生活自立度のランク IIb に有効な人的な環境調整だけではなく、攻撃者本人に直接介入し、安全と安心を与える受容的な対応をとることが有効であると考えられる。

このように日常生活自立度ごとに攻撃行動の特徴および有効な対応方法が明らかになったことは、介護の仕方に示唆を与えると考えられる。すなわち、日常生活自立度を参考に、攻撃行動に対応していくことで認知症高齢者の攻撃行動の軽減につながることが予想される。また、認知症高齢者を介護する福祉専門職に対して、これらの知見を基にした教育の機会を設けることが必要となるだろう。今後さらに、家庭において認知症高齢者の介護を行っている家族介護者についても、これらの知見がどこまで適用できるかを検討していくことが望まれる。また、介護者の対応のための知識や技術の獲得を促すために、さらに認知症高齢者の要介護度や身体状況などケアプランの計画に用いられている情報についても考慮していく必要があるだろう。

本研究においては、攻撃行動に関連する要因として認知症高齢者の日常生活自立度に焦点を絞り、検討を行った。しかし、認知症高齢者の攻撃行動には

年齢や認知症の原因疾患等の多くの関連する要因があると考えられる。そこで今後、年齢、認知症の原因疾患の種類、さらにはパーソナリティ特性などと攻撃行動の関連についても検討し、認知症高齢者の攻撃行動の特徴をより明らかにすることが望まれる。

引用文献

- Baron, R. A., & Richardson, D. R. 1994 *Human Aggression*. 2nd ed. New York: Plenum Press.
- Black, W., & Almeida, O. P. 2004 A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *International Psychogeriatrics*, **16**, 295–315.
- Bridges-Parlet, S., Knopman, D., & Thompson, T. 1994 A descriptive study of physically aggressive behavior in dementia by direct observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, **42**, 192–197.
- Clark, M. E., Lipe, A. W., & Bilbrey, M. 1998 Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, **24**, 10–17.
- Drachman, D. A., Swearer, J. M., O'Donnell, B. F., Mitchell, A. L., & Maloon, A. 1992 The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, **40**, 463–470.
- 福井貞亮 2005 ニードによって引き起こされた妥協的認知症行動 日本認知症ケア学会誌, **4**, 554–558.
- 平田弘美 2003 施設における痴呆老人による攻撃的行動の分析 福島県立医科大学看護学部紀要, **5**, 49–56.
- 池田 学・福原竜治・田邊敬貴 2002 痴呆の行動異常と他の症状との関連—アルツハイマー病の妄想を中心に— 老年精神医学雑誌, **13**, 157–162.
- 厚生労働省 2012 平成 24 年版厚生労働白書 資料編
- 厚生省老健局老人保健課 1993 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」について 老老発第 0324001 号
- Kutsumi, M., Ito, M., Sugiura, K., Terabe, M., & Mikami, H. 2009 Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*, **9**, 186–195.
- 九津見雅美・山田 綾・伊藤美樹子・三上 洋 2008 施設入所認知症高齢者にみられる BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) ケアのための新たな概念の構築: 問題行動パラダイムを越えて 日本看護研究学会雑誌, **31**, 111–120.
- Nilsson, K., Palmstierna, T., & Wistedt, B. 1988 Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **78**, 172–175.
- Ryden, M. B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C. 1991 Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing and Health*, **14**, 87–95.
- 佐藤美和子・長田久雄 2012 介護実践における認知症の攻撃行動対応モデルの検討 高齢者のケアと行動科学, **17**, 26–39.
- 鈴木達也・野呂瀬 準・須田 (二見) 章子・鈴木一成・関水憲一・大内基司・猪狩吉雅・渡邊健太郎・中野博司・大庭建三 2010 認知症の周辺症状 (BPSD) への対応 日本医科大学医学会雑誌, **6**, 135–139.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. 2003 Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. *Gerontologist*, **43**, 242–247.
- 山下真理子・小林敏子・藤本直規・松本一生・古河慶子 2006 一般病院における認知症高齢者の BPSD とその対応—一般病院における現状と課題— 老年精神医学雑誌, **17**, 75–86.

(受稿: 2015.1.27; 受理: 2015.4.27)