
研 究 報 告

変容した生活世界へ対峙する認知症高齢者の防衛の形

宮地 普子¹, 阿保 順子², 渡邊 智香³, 岡野 照美⁴

The Way of a Defense in Senile Dementia Patients who Confront Their Transformed Life-world

Hiroko Miyaji, Junko Abo, Chika Watanabe, Terumi Okano

キーワード：認知症高齢者、防衛、生活世界

key words : senile dementia patients, defense, life-world

Abstract

The purpose of this research was to describe the state with characteristic behaviors of the senile dementia patients who lived in a dementia special ward in order to interpret their behaviors.

Three senile dementia patients were observed and the term of this research was one year and seven months. The method of data collection was a participating-observation with the evaluation scale for the work and ability of senile dementia patients in a life-world. All the obtained data were compared, so that the feature of transformation was analyzed.

As a result, it was guessed that the characteristic behaviors of senile dementia patients could have influenced on the disorientation.

Moreover, their behavior's meaning kept the existence of self and the defense to life-world. Their behaviors were aimed to return for themselves a subjective reality.

It is suggested that the nurse needs to regard their behaviors as meaningful world and to support them concretely.

受付日：2010年10月1日 受理日：2011年1月20日

1. 旭川大学保健福祉学部 Asahikawa University, Faculty of Health and Welfare Science

2. 長野県看護大学 Nagano College of Nursing

3. 倉敷中央病院 Kurashiki Central Hospital

4. 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科看護学専攻博士前期課程 Health Sciences University of Hokkaido, Graduate School of Nursing & Social Services, Department of Nursing Master's Program

要旨

本研究の目的は、認知症専門病棟で暮らす認知症患者の状態像を記述し、彼らの行動の意味に関する一つの解釈を呈示することである。対象は認知症専門病棟入院中の認知症高齢者3名であり、調査期間はおよそ1年7カ月である。研究方法は、対象者の参加観察を実施し、評価表によって日常生活における行動機能を評価した。そして、得られた全てのデータを照合し、状態像の変化の特徴を分析した。

その結果、認知症高齢者の状態像の特徴は見当識障害に影響していることが推測された。また、彼らの行動には、生活世界に対する防衛の意味および自己の存在を護る意味があり、彼ら自身にとっては、その行動が主観的現実を捉えなおす側面をもつということが考えられた。看護者は彼らの行動を意味のある世界として捉え、具体的に支援する必要が示唆された。

I. はじめに

認知症高齢者が紡いでいる生活世界は、彼らの脳機能の変容からもたらされる状態像と環境との相互作用において、通常の世界のありようとは異なっている。脳機能の変容と生きる存在としての自己の不明瞭さに始まり、存在の基盤である場所、さらに他者までもが不明瞭になることで孤独になり、孤立していく過程も見受けられる。

このような認知症高齢者に関する対象理解を焦点とした研究によると、彼らは自己の存在を喪失してだけでなく、生活世界の混乱や不確かな自己に対して日々何らかの対処を繰り返しながら生きている積極的な存在と捉えられている(福田, 2005; 高山・水谷, 2000)。しかし、これらの研究は、認知症高齢者の参加観察や面談において語られる言葉を中心に解釈しており、語りの中から見出された彼らの努力や対処の状況について明らかにされてはいない。

一方、阿保は認知症高齢者の関係性やコミュニケーション行動などの参加観察によってその行動の意味を捉え、彼らの世界を描こうとしている(阿保, 1993; 1999)。また鈴木(2009)は、彼らの行動を意味のあることと捉え、看護援助を見直す必要性も指摘している。

看護の観点からは、彼らの生活世界を解明し、彼らの側から見えている世界に沿った生活を支援することが重要である。しかし、実際の臨床の場においては、その対応に戸惑うのも事実である。その理由の一つには、複雑で多彩な症状の変化を表しながら日常を生きる彼らを、動的に捉えられていないことが挙げられるだろう。彼らの日常に入りこみ、その複雑なありようを紐解きながらケアの方策を模索することが必要になる。

そこで本研究では、認知症高齢者の精神症状や行動などの状態像の変化に着目し、捉えることのできた特徴的行動から彼らの行動の意味に関する一つの解釈を試みた。

II. 目的

認知症専門病棟で暮らす認知症患者の状態像とその変化を記述し、彼らの諸行動と、認知障害によって変容する生活世界との関係に着目しながら、彼らの行動の意味に関する一つの解釈を呈示することである。

III. 用語の操作的定義

A. 生活世界

生活世界はあらゆる意味形成と存在妥当の根源的な地盤として自明視されている世界を意味し、自己の地盤として前提しているフッサールの現象学の概念として知られるものである。本研究では、認知症高齢者の日常生活において彼らの思考や行動によって意味のある現実として維持されている世界とする。

B. 状態像

認知症高齢者の行動・心理症状は一般にBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) という概念で表わされる。しかし、本研究は彼らの行動をできるかぎり詳細に記述しようとする試みであり、こうした症状は一般化して表現されるものではなく、見当識障害や記憶や言語の障害、身体疾患や生活環境などの個人の背景は異なっている。したがって、本研究では参加観察によって記述された認知症高齢者の精神症状や行動を状態像とする。

C. 生活行動機能

認知症高齢者の日常生活行動や機能の評価は、GBS Dementia Rating Scale (Gottfrid, C.G.・Brane, G. & Steen, G, 1982) やNMスケール(小林・播口・西村他, 1988) が一般的に用いられている。しかし、対象者の日常生活行動や機能は全体としての低下ではなく部分的に差があり、一般的スケールでは表現しきれないことがある(阿保, 1998)。本研究でいう生活行動機能は、阿保の評価スケール(阿保, 1993)で評価した日常生活行動や身体、認知、記憶、感情などの機能とし、対象者の機能全体とその変化を状態像と関連させて捉えた。

Ⅳ. 方法

A. 対象

2008年4月から2010年3月の期間に認知症専門病棟に入院中の認知症高齢者3名である。なお、重症度は当該病棟で使用しているN式老年者用精神状態評価尺度（NMスケール）に基づき、中等度認知障害（17～30点）にある者である。

B. データ収集方法

データの収集は、次の方法により収集した。

まず、対象者のプロフィールについて、生育史や既往歴、現病歴、入院後の経過、知的・身体的機能検査、合併症とその治療の詳細などを患者カルテと看護記録から収集した。次に、研究者2名が事前にフィールドである認知症専門病棟において、環境や日・週ごとの生活の経過を体験し、対象者とコミュニケーションを図りながら一定期間滞在した。その上で、対象者の行動、会話、対人関係の持ち方など日中の生活全般にわ

たり、1週間に1回の頻度でおよそ1年7ヵ月間、その様子をノートに記述した記録をデータとした。また、観察日以外の状況で必要だと思われた事項は、看護師からの聴取と看護記録から収集した。対象者への参加観察は研究の説明と同意を得た後から実施しており、1年の経過後、研究者1名がもう1名と交代して参加観察を継続した。

参加観察と同時に生活行動機能の変化を把握するため、認知症高齢者の日常生活における行動機能を点数化している阿保の評価表（阿保，1993）を用いた。評価内容は、食・排泄・衣生活・清潔行動からなる生活行動（Ⅰ群）、聴力・視力・歩行機能からなる身体機能（Ⅱ群）、見当識・記憶・言語機能からなる知的機能（Ⅲ群）、表情・刺激反応からなる感情機能（Ⅳ群）である。得点の範囲は4点から1点とし、得点が高いほど生活行動機能が高い、あるいは機能が保たれていることを示す。評価は対象者の参加観察日に機能面に変化のあった時点で評価を更新した。（表1）

表1. 生活行動機能評価スケール

（阿保順子，痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル 痴呆老人の生活世界への理解に向けて，看護研究，26(6)，1993，p48より引用）

項目/得点		4点	3点	2点	1点	
Ⅰ群 生活行動機能	1. 要する時間	速い	普通	やや遅い	遅い	
	食	2. 味覚の有無	はっきりある	少しはある	嫌なものは分かる	ない
	3. 摂食行動	一人で食べられる	声かけ必要	部分介助必要	全面介助必要	
	排泄行動	一人でできる	誘導必要	時々失禁	常に失禁	
	衣生活行動	一人でできる	声かけ必要	声かけでできるが誤り	ほとんどできない	
	清潔行動	一人でできる	声かけ必要	部分介助必要	全面介助必要	
Ⅱ群 身体機能	聴力	普通に聞こえる	やや悪い	悪い	きわめて悪い	
	視力	普通に見える	やや悪い	悪い	きわめて悪い	
	歩行	一人で歩ける	危なっかしい	車椅子のときが多い	車椅子	
Ⅲ群 知的機能	1. 場所	病院施設にいるなど家でないことがわかる	病棟内の場所はわかる	病棟内でも時々わからなくなる	まったくわからない	
	見当識	2. 時間	曜日・年月日を知っている	季節はわかる	朝昼晩は分かる	まったくわからない
	3. 自己	自分の氏名・年齢・生年月日を知っている	氏名は知っているが、その他は分からない	氏名を思い出すのにも援助が必要	氏名を知らない	
	4. 他者	他患者の氏名や顔を知っている	他患者の顔だけは知っている	他患者は知らないが家族は知っている	他患者・家族について正しく認識できない	
Ⅳ群 感情機能	1. 最近	少し前のことならよく覚えている	断片的にしか覚えていない	全く覚えていない	不明	
	記憶	2. 過去	よく覚えている	断片的にしか覚えていない	全く覚えていない	不明
	1. 語彙	語彙が多い	やや少ない	語彙が少なく造語がある	語彙が極めて少なく造語もない	
	言語	2. 組立	ストーリーが分かる	ストーリーが少しは分かる	ストーリーがあるのところが理解不能	まったくわからない
Ⅳ群 感情機能	1. 有無	はっきりした表情	ぼんやりしている	どちらともいえない	表情が感じられない	
	2. 変化	変化がある	時々ある	状況には不適切	ない	
	刺激	刺激に対する反応	はっきりある	強い刺激にはある	強い刺激に対してはある	ない

注：生活行動機能は、通常の行動手続きをとることを基準とする。
記憶については最近とは、外泊時または20～30分程度のことを、また過去とは主に若い頃の記憶をさす。
刺激とは、五感でとらえられて情動反応を引き出すような刺激全般である。
評価が困難であった場合は0点とする。

C. データ分析の方法

まず、収集した生データを参加観察した直後に逐語録として作成し、それをもとに研究者間で状況の確認を行いながら、状況説明を補足して記録データを完成させた。次に、収集した全てのデータを照合しながら、認知症高齢者の状態像とその変化を経時的に整理しコード化した。それらのコードをまとめ、見られた特徴を分析した。

D. 倫理的配慮

研究への参加依頼は、参加観察が進行して対象者との言語的、非言語的コミュニケーションが成立した段階で、研究の説明を理解できると判断できた場合には本人に了解を得た。しかし、研究の説明をうまく理解できないと判断した対象者においてはその家族に説明し、了解を得た。どちらの場合も、研究への同意書は家族に署名してもらった。その際、本研究の参加は自由参加であること、匿名性を保持すること、研究以外の目的にはデータを使用しないことを説明した。また研究の参加の拒否や途中中止の場合でも、その後の治療や受ける看護に影響がないことを説明した。なお、本研究は北海道医療大学研究倫理審査委員会の承認(第0823(5)号)を得ている。

V. 結果

A. 対象者の背景

対象者は70~90歳代であり、3名ともアルツハイマー型認知症の女性であった。また、データ収集期間はそれぞれ19ヵ月(A氏)、8ヵ月(B氏)、6ヵ月(C氏)であった。対象者3名の生育歴および健康状態とその経過は次の通りであるが、匿名性保持のため研究結果に支障のない範囲で表現を変更している。

1. A氏

70代。専業主婦であり、会社経営の夫と二人暮らしであった。15年前、夫の会社が倒産した。その後、転居前の町に戻るが精神的に不安定になっていた。また、7年前に癌で手術を受けた後に抑うつ状態となり、精神科病院に入院したことがあった。

3年前頃より、健忘・失見当識・作話・疎通性不良となり、在宅療養が困難なため入院となった。1年前に塩酸ドネペジルが投与されるが、落ち着きのなさ・焦燥・困惑・感情失禁がみられた。また、同年12月頃から家族への攻撃がみられ、切迫感・焦燥感・困惑・感情失禁がみられるようになった。現在はスルピリドに変更し、落ち着いている。

2. B氏

90代。中都市部で生まれ、高校卒業後は都心部で仕事をしていた。その後、生まれた町に戻って結婚した。二人の子供は養子である。

14年前に夫が事故死し、その後はデイサービスの利

用で独居生活をしてきた。長男が定年退職後にはB氏が住む町に移住予定であり、定期的に長男の嫁がB氏の身の回りの世話を行っていた。

17年前から糖尿病などの既往で治療しており、冠動脈バイパス術を受けた。退院後も独居で生活していたが、日常生活行動の低下によりそれが困難となり入院した。

入院後は看護ケアに対する拒否が強くみられた。また、調査開始1ヵ月後、不整脈でペースメーカー植え込み術を受けた。術後3ヵ月の間に意識消失発作が度々みられ、この頃より言葉が出にくくなり、会話の単語数も減少した。リハビリテーションにも消極的となっていった。調査開始10ヵ月後、転倒による大腿骨骨折のため他院で治療後、再入院し現在に至る。

3. C氏

80代。戦後すぐに夫とともに農業を営み、苦勞の多い生活であった。夫が会社勤めのため転居し、そこで4人の子供をもうけた。50歳頃に別の都市へ移住して夫婦で別の仕事に就き、子どもを育てながら舅の介護もした。70歳頃からは老人クラブに参加し、夫や友人と国内旅行を楽しんでいた。

6年前、心筋梗塞で入院し胸苦時にはニトログリセリンを舌下し経過していた。この頃より物忘れはあったが、とくに生活に支障はなかった。2年前に心臓の術後にICUでせん妄状態となった。この頃から見当識障害がみられ、1年前頃より、同じアパートの女性入居者に嫉妬妄想をもつようになった。

3ヵ月前に夫が入院し、2ヵ月後には死亡する。夫が入院している間C氏は独居状態にあったが、腰部を骨折したためC氏も他院へ入院する。歩行可能な状態まで回復すると、病院のエレベータで移動し「自宅に帰るから車に乗せてくれ」との訴えが頻回にあった。1ヵ月前より転院したが、そこでも帰宅欲求や被害妄想などが強く、2週間後に現在の病棟へ転棟した。

B. 生活行動機能および状態像の特徴とその解釈

対象者の生活行動機能の変化として、見当識および言語や記憶の認知機能の低下がB氏、C氏に認められた。その他に排泄機能の低下(A氏)、歩行機能の低下(B氏)、摂食行動の変化(C氏)があった(図1)。

また、生活行動機能と対象者の背景および参加観察による全てのデータを照合すると、3名の対象者は以下のように解釈できた。なお、状態像の分析経過の一部を表2および表3に示し、状態像の特徴は【 】で示した(表2)(表3)。

1. A氏

まず、A氏は生活行動機能においてほんやりしている表情と評価されるが、状態像では表情の硬さとして観察された。一方、生活行動機能の評価において言語や見当識の変化はなかったが、調査開始時点から造語があった。状態像では語彙が著明に少なく、場所と人

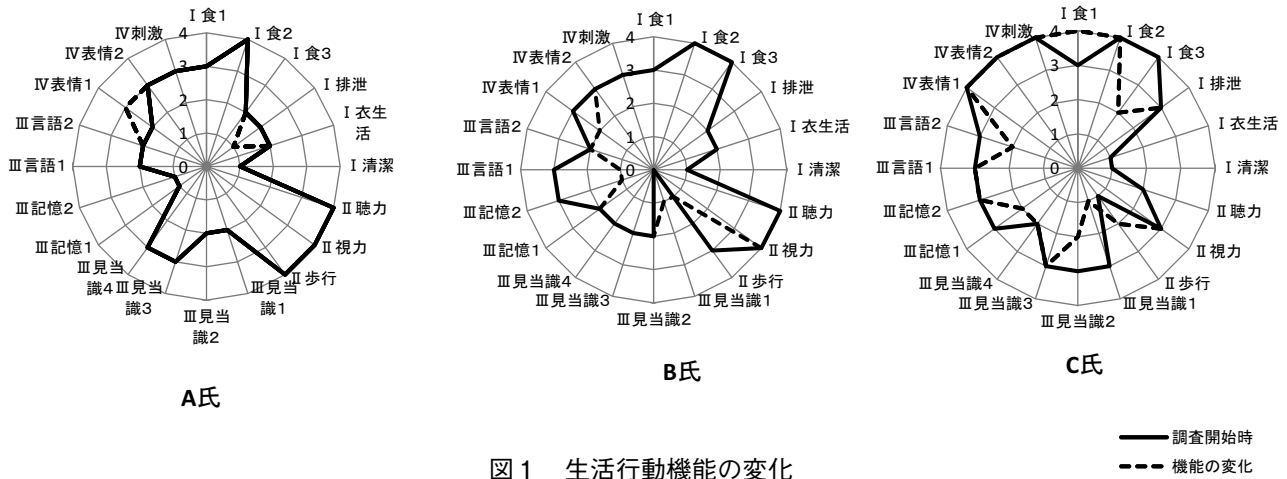


図1 生活行動機能の変化

※調査開始時、B氏のIII見当識1（場所）の評価が困難なため0点とした。

表2 観察場面とその特徴1

月数	観察された場面（A氏）	分析コード	対象者にみられた特徴
調査開始	他者が座れる空間を空けようとするなど、他者への配慮ができる 聞き取れる単語は限られるが簡単な言葉でのやり取りは可能である 例)「どうぞ」「わからないの」「いいの」「違うの」「なんだかね…」「どうだかね…」 「怒られる…」「そうでしょ」「ねえ～あの人ねえ～」「ねえ…」 [(テーブル上の空のコップを指すと) そう、全部飲んでいるでしょ]「(飲んでくださったのですね) そうなの」	他者に配慮する (A-1) 簡単な言葉のやりとりが可能 (A-2)	他者に配慮する (A-1) 簡単な言葉のやりとりが可能 (A-2) 表情の硬さ (A-3,8,11)
3	表情の硬さがみられ、尿失禁の回数が増す	表情硬い (A-3) 尿失禁増加 (A-4)	尿失禁の増加 (A-4)
10	「(ここはTさんのお部屋ですよ) 違うの」 面会時「(やさしいご主人ですね) そうなの」	場所の見当識障害 (A-5)	場所の見当識障害と否定的な言動 (A-5,7)
11	食後に「(今日の昼食おいしそうでしたね) そんなことないの」と言う。 スタッフから差し出される手に対しては素直に従うが、「いや」「いやなの」「いやだったら」と、入浴を執拗に嫌がる。 ヨーグルト(家族が持参)のおやつに対して「いや」と言うが、口元まで運ぶと食べる。 自分から研究者に近寄って「ねえ」と手をとる。	日常生活の介助に対する否定的な言動 (A-7)	
12	表情が能面様で、眉間にしわを寄せることが多くなる 「(あの方は旦那さま?) 違います」「知りません」 日めくりを見て「(これがかわいいですね)「これがね、こうなって…」「これが…こうで…」何ページも日めくりの写真を指で押さえているうちに、押さえる調子がきつくなり、「もういい!」とお尻をずらして研究者から離れて座る。別の場面でも、同様の行動が何度みられる。 また、肩がぶつかるような距離で並んで座りT氏の方から話しかけてくるが続き、1回の会話のやりとりで終了する。	表情硬い (A-8) 夫の否定(人を見当識障害) (A-9) 他者とのやりとりが続かない (A-10)	夫の否定という人物の見当識障害 (A-9) 他者とのやりとりが続かない、紋切り型の応答など、言語の喪失が著明 (A-10,13,16)
15	無表情で紋切り型の応答、やり取り後に表情のこぼれが目立つ。 他患者が大声で怒鳴っている場面に居合すると、右手でスポンを引く・緩めるという動作、手に力を入れる・抜くという動作を一定のリズムで繰り返す。それ以降も同様の行動がみられ、貧乏ゆすりを繰り返す。 「(笑顔を向けると) なに笑っているの!」と怒鳴る。	表情のこぼれ (A-11) 大声や怒鳴る場面を契機に、手の動作を繰り返すようになる (A-12) 紋切り型の応答 (A-13)	男性患者の怒声を契機に右手でスポンを引っ張る・緩める動作の繰り返し、手足による一定のリズムでみられる繰り返しの行動 (A-12,20)
16	便失禁がみられる。 スタッフや研究者を不思議そうな表情で見つめ、会話のやりとりがよそよそしくなる。 上手くないかないと行動が静止する。 警戒するような視線でスタッフを見る。	便失禁の出現 (A-14) スタッフや研究者など不思議そうに見つめる (A-15) 会話がよそよそしい (A-16) 行動の静止 (A-17) スタッフへの警戒する視線 (A-18)	便失禁の出現 (A-14) 研究者やスタッフを不安げにじっと見つめる (A-15,19)
19	研究者をじっと見つめる。お辞儀や挨拶が粗雑である。 看護師の姿をじっと見つめ、右手ではスポンや身に付けているエプロンなどの衣服の裾を引く・緩める動作を繰り返す。 食事を途中でやめてしまう。看護師をじっと見つめ、スプーンを持ったまま口に運ばず、行動が静止する。	スタッフや研究者など周囲をじっと見つめる (A-19) 手の動作を繰り返す (A-20) 行動の静止 (A-21)	行動が静止する (A-17,21)

※観察場面中の対象者の言葉は「 」で示した。また、特徴の()は分析コード番号である。

表3 観察場面とその特徴2

月数	観察された場面 (B氏)	分析コード	みられた特徴
調査開始	「ナースステーション内のCさんはお金がなくてね…動けない人は職員の人に嫌われる。あの人は歩けるからいい方なの。お金がない人や動けない人は向こうの奥の部屋にさせられているよ」と言う。 タオルをテーブルの上に広げてコップのお茶を全面に均等にかける。その後タオルを前に手を合わせ拝む。(「拝んでいるのですか?」 そうなの? 「(なんて拝んでいるの?) ねえ…お米をねえ…」 サンタのぬいぐるみを触っていることが多い。触りながら「ね…何も言わない、何ともいいね」「いいねえ…やさしい顔、怒らないからいいね」	独特な解釈や行動がある (B-1) 拝む行動 (B-2) ぬいぐるみやタオルを触る (B-3)	解釈が独特であるが脈絡はある (B-1) タオルを広げて水をかけ、それを拝む行動 (B-2) ぬいぐるみを抱き、触る (B-3)
1	「ねえ…」と一緒に来てという感じで肩間にしわを寄せ、顔はやや紅潮し、泣き出しそうな表情になり、お茶を飲むと表情は平靜になる。 「(時々おっかないことがあるんですか?) もうね、ぼけちゃってね、わからないの。」と再度泣き出しそうな表情になる。 悲しそうな表情で「行ってみようと思うの」と切迫した様子で「あっちが市街地ですよ」に対して「ああ、あの辺りがね」「どうなっているのかわからないの」という。B氏の母の話題に変えると断片的に母のことを話す(魚屋をしている・自分のことは後回しにして・介護が必要な状態なのに私は何もしていないと涙する)が切迫感に残る。 帰り道がわからなくなり「(Bさん道わかりますか?) わからないね…誰かに聞いてみる?」「(事務職員とすれ違う) ああ…あの、教えてほしいの。ここにね…あざをね、治すのにみてもらえるかしら」と声をかける。「(事務職員; 先生に聞いてみるといいですよ) そうね、そうしましょう」	切迫感を帯びた不安がある (B-4) 過去のことが現在のこのように感じ、切迫した気持ちになる (B-5) 場所がわからない (B-6) 視覚が過去の出来事と結び付けられて作話の形が作られる (B-7)	切迫感を帯びた不安がある (B-4,10) 過去と現在の時間が混在している (B-5,8) 居場所がわからない (B-6)
1	「(病衣を引っ張りながら) 私はこんな格好…寝るときと同じ。着ているだけいいの、ね。(一人の私服を着た男性がATMを利用しているのを見て) 銀行の人にして知っている人を紹介して…よく頼まれたの。だけどね…いいように利用されて…。(足だけが見えている) あそこ人も話しているでしょ」 幼少時に暮らした街の駅のことを断片的に語り「行ってみましょう」という。「(案内してください) 案内なんてできない…もうぼけちゃってわからなくなったの」「外へ出てみましょう」外に出ると寒かった。「(研究者に向かって) あなた半そでで大丈夫?」と気を遣う。外は雪道が続いているが開放感がある。「ああ…」と開放的な声をあげる。しかし寒いので研究者が、<寒くないですか? 中へ入りますか?>と尋ねるとすかさず、「そうしましょう」	現在と過去をうまく結び付けて会話する (B-8) 自分の提案を相手の言葉で取り下げる (B-9)	その時の気になることをベースに、視覚からの情報と組み合わせた高度な会話が可能 (B-7,8,9)
2	自室のベッドで休んでいる時、切迫感を伴って手まねきし、「どうしたらいい?」と聞く。そのまま休むこと、すぐそばにいること、また来ることを伝えるが、不安げな感じで「また来てね」と言う。	切迫感を帯びた不安がある (B-10)	
月数	観察された場面 (C氏)	分析コード	みられた特徴
調査開始	肺炎のため抗生剤の点滴中である。拒薬しており、朝食も拒否している。車いすで「あっちへ行け、ここに入る」など、廊下やカンファレンスルーム、他の患者の部屋へと移動を命じる。他患者の部屋に入ってもすぐに「もう行こう」「こんなところにいたら殺されてしまう」「死にそんな人ばかり」「(自分を) もう殺してしまつたらいい!」昼食も手をつけていない。「要らないいたら要らない、ここから出して」という。「まっすぐ行って!」「行こう、行こう」「ずっと奥まで行って」「こんな狭いところに入れて…」怪訝そうにしている。「行こう! 早く!」他患者が集まるロビーに来ると「ここには入らない」と強く拒否する。 首にタオルをかけておりじっとり汗で濡れている。タオルをはずしても抵抗しないが、「タオル頂戴」と1枚は首にかけ、1枚は頬被りのように頭を覆う。夕方になるとタオルを頬被りのようにして頭を覆う。 黄色の手拭きタオルを握りしめている。研究者には手を差し出す。 靴を履いたままベッドに横になることが多い。 「行こう・ここに入る」を病室などをめぐりながら繰り返す。 ロビーには昼食前で患者が集まってきている「ここにいたら殺されるよ」と大声でロビー内に向かって言う。 ロビーで他の患者に背を向けて側臥位・ベッドをロビーに移動させている。車いすから故意になだれ落ちる。	切迫した様子で次々居場所を変え、迫られる危機感がある (C-1) 食事を拒否する (C-2) タオル一枚を首に、もう一枚を頭に頬被り様に巻く (C-3) 靴を履いて寝る (C-4) 「殺される」と言う (C-5) 意図的に車いすから床に寝転がる (C-6)	研究者や一部のスタッフに対する場所移動の頻回な希望、車椅子での移動 (C-1,8,13) 食事を摂ろうとしない (C-2) タオル一枚を首に、もう一枚を頭に頬被り様に巻く (C-3) 「殺される」と言う (C-5,16)
0.7	ロビーに誘導されたが、車いすから床に寝転がるエレベータで「どこでもいいから行って」「ここは家じゃない。もっと真直ぐ行って」「ここに入れて」「ここに寝るの!」と興奮気味だが、「Nさんの部屋に戻りましょう」と言うとき顔色自分のベッドネームを見る。 靴は履いたまま自分のベッドで横になる。 頬が腫れており「(どうしたんですか) 痛い」と言う。しばらくして「寝る」と靴を履いたままタオルケットを首もとまでしっかり掛けて臥床する。体調がすぐれない様子である。	意図的に車いすから床に寝転がる (C-7) あちこち移動したが、居場所を探している (C-8) 靴を履いて寝る (C-9) タオルケットを首までかけて寝る (C-10)	車いすから床に意図的に崩れ落ちて、そこに寝転がる (C-6,7) 靴を履いたままベッドに寝る (C-4,9,12)
3	胸水貯留・心不全と診断される個室の患者の部屋に入っていく、「お父さん、しっかりして」「女性患者さんの手を触って「冷たいね。頑張るんだよ」 胸水減少し食事摂取量が増加し、動きや雰囲気は穏やかさがみられる。	他者をいたわる行動がある (C-11)	他者をいたわり、激励する (C-11,15)
4	「どこでもいいから行って」が頻回靴を履いたまま他の患者さんのベッドに横になる靴は履いたまま「いいの、このままで」「あっちへ行って」「どこでもいいの」「ここでもいいの」を頻発する。 「どこでもいい」「わかっているんでしょ」「(おっかないの?) おっかない」と答える。 靴を履いたまま自らの病室戻って横になるタオルケットは頭までかぶっている 他の病室の患者に「だめよ、しっかり目を開けて」「そう、話してみて」	靴を履いて他の患者のベッドに寝る (C-12) 切迫した様子で次々居場所を変え、迫られる危機感がある (C-13) タオルケットを頭までかぶる (C-14) 他の患者を叱咤激励する (C-15)	タオルケットを首・頭までかぶってしまう (C-10,14)
6	娘の面会の後「もう殺されたっていいんだ。死んでもいい。年だからね」「嫌、寂しいの。まだここにいて」「嫌だ、そしたら帰る」	「殺される」と言う (C-16)	

※観察場面中の対象者の言葉は「 」で示した。()内は分析コード番号である。

の順に見当識障害に伴う行動が捉えられていた。具体的には、A氏は他者との会話で【他者へ配慮する行動】がみられ、【簡単な言葉のやりとりは可能】であったが、調査開始3ヵ月目より状態像が悪化した。さらに15ヵ月目からはA氏の側からみる周囲がよそよそしいものになってきている。【表情の硬さ】と【尿失禁の増加】に始まり、【場所の見当識障害と否定的な言動】が見られた。また、様々な関わりに対する拒否が見られ【夫の否定という人物の見当識障害】が現れる。さらに【他者とのやりとりが続かない、紋切り型の応答など、言語の喪失が著明】な中で、周囲のスタッフらに対する警戒心が生まれた。【男性患者の怒声を契機に右手でズボンを引っ張る・緩める動作の繰り返し、手足による一定のリズムでみられる繰り返しの行動】、言語の喪失とその警戒心は倍増され、恐怖に変わっていく。また、自己接触行為は恐怖による緊張状態であると捉えられ、身体的にも【便失禁の出現】が生じた。【研究者やスタッフを不安げにじっと見つめる】行動は、見慣れない周囲の人物に対する警戒心の表れであり、周囲への緊張が高まることによって体の硬直や【行動が静止する】ようになった。

2. B氏

B氏は場所の失見当識があった。しかし、調査開始時はその程度についての生活行動機能評価が困難であり点数化できなかった。歩行機能の低下は骨折に伴うものであり、表情の変化や言語および記憶の知的機能低下は状態像においても変化が観察されていた。また、調査開始4ヵ月頃に実施された大腿部骨折の手術以後の行動はかなり退行していた。しかし今回の分析は、彼らの諸行動と認知障害によって変容する生活世界との関係に着目して、彼らの行動の意味に関する解釈を行おうとするものであるため、骨折以後は割愛し、調査開始から骨折に至る前までの行動の変化に限定して分析した。その結果、B氏は次のように解釈できた。

調査開始後3ヵ月頃まで【解釈が独特であるが脈絡はある】会話であった。また、【居場所がわからない】、【切迫感を帯びた不安がある】状態が続いた。一方では、普段から【ぬいぐるみを抱き、触る】という愛着行動がある。また、【過去と現在の時間が混在している】。例えば、母親が魚屋をしていたなど過去のことを話すうちに、時間が飛び、「今その母親が死んでいるかもしれないから行って見にいかななくてはいけない」というやりとりである。また、自らの提案を取り下げられるよう相手を誘導したり、【その時の気になることをベースに、視覚からの情報と組み合わせた高度な会話が可能】であり、つじつまを合わせている。また、【タオルを広げて水をかけ、それを舐む行動】は独特であり、身の安全や助けを求める行為と捉えることもできるが、過去に事故死した夫に向けた行為かもしれない。

3. C氏

C氏は、入院時から帰宅欲求・被害妄想・スタッフへの攻撃があり、状態像においてそれらが継続的に観察された。時間と場所の見当識障害は調査開始時からあったが、とくに場所の見当識が低下した。そして、調査開始後から次々と身体疾患（肺炎・心不全）が加わり、記憶や言語面の機能の悪化も観察された。歩行機能や摂食スピードの増加は身体症状の軽減が影響し、聴力機能は以前からある右耳の難聴によるものであった。

またC氏は、A氏とB氏に比べて認知機能は保たれており脈絡のある会話もできたが、入院時から居場所のなさを感じていた。調査開始3ヵ月目に身体症状が悪化した頃、居場所のなさが見知らぬ恐ろしい世界へと変貌し、【「殺される」と言う】ことに表現された。そして恐怖からの逃亡が、【研究者や一部のスタッフに対する場所移動の頻回な希望、車椅子での移動】である。同様に、【タオル一枚を首に、もう一枚を頭に頬被り様に巻く】、【タオルケットを首・頭までかぶってしまう】ことは自分の身を隠す行為であるが、【靴を履いたままベッドに寝る】ことも、見知らぬ世界にいる恐怖から逃れるための防衛である。さらに、【車いすから床に意図的に崩れ落ちて、そこに寝転がる】行為は、床との基底面を広くとることによる安心感と解釈できるかもしれない。【食事を摂ろうとしない】行為は、食事に疑いをもっていたか、恐怖の渦中では食事を摂っている場合ではないからであろう。そして徐々に会話には脈絡がなくなるが、【「殺される」と言う】ことを繰り返し、迫害感を募らせていった。そのような中でも【他者をいたわり、激励する】行動がみられたが、それは舅を介護していた背景を窺わせる。

VI. 考察

3名の対象者の生活行動機能の低下および状態像の変化の特徴が明らかとなり、彼らの状態像についての一つの解釈を提示した。以上の結果から、まず、3名の対象者に見られた見当識障害と彼らの特徴的行動との関係を考察する。次に、提示した彼らの諸行動の意味と、そのような諸行動をとりながら生活する認知症高齢者の生活世界について述べる。

A. 周囲世界の変容をもたらした見当識障害

3名に共通して見られたのは見当識障害であり、その内容と変化の順序は以下のようであった。

まず、A氏は場所の見当識障害から人物の見当識障害へと進んだ。B氏は過去と現在の時間の混交（時間の見当識障害）と場所の見当識障害があった。C氏は、もともと時間の見当識障害はみられたが、居場所のなさ（場所の見当識障害）が加わるという変化があった。本研究の対象者の疾患であるアルツハイマー病におい

て、見当識障害は、時間、場所、人物と状況といった順序で障害が加わっていく（三好, 1997, p.94）。また、室伏（1999）も軽度から中等度の認知症患者については時間、場所、人物（状況）において見当識が障害されると報告している。

本研究の対象者に見当識障害が観察された経過をみると、部分的にこれらの報告と一致している。つまり、今回の調査において観察された見当識障害は、時間、場所、人の順に進行していくことが想定される。今後、多くのデータ分析が必要であるが、認知症高齢者の周囲世界の変容には見当識障害の順序が大きく影響していると考えられる。

次に、見当識障害とともに表れていた対象者の行動との関連をみると、B氏とC氏の表情や「殺される」という言動からは、明らかに不安・恐怖をもっていただと考えられる。そして、彼らの居場所のなさや居場所を探す行動は、見知らぬ場所になってしまった周囲に対する警戒と推測できる。とくにA氏においては、言語の喪失が著明になった頃からA氏の側から見える周囲の世界がよそよそしいものに変化した。じっと見つめる表情や視線からも、研究者やスタッフなど自分の周囲に対する警戒心が生まれていることが推測できる。

大井（2005, p.130）は、「わたし」は記憶によって過去の自分とつながっており、現在とは視覚、聴覚、触覚などの五感を通じて環境とつながっている。また「いま」という時と、「どこ」という場所についての見当識もそのつながりを確かにしている。」と述べている。つまり、記憶や見当識は、世界とのつながりを確認するものであり、周囲世界と自分との関係は自分の存在を確認できるという重要な位置づけにある。したがって、彼らの警戒とみられる行動は、見当識障害によって周囲の環境が変容していく中で五感を活用している行動であると考えられる。

それでは、このような見当識障害の変化とともに表れた対象者の行動は、どのような意味をもつのだろうか。

B. 変容した世界へ対峙する方策としての防衛

本研究では、中等度の認知障害をもつ対象者が進行していく見当識障害への対峙する^{註)}策として、多くの防衛をとっていると考えられた。

まず、防衛としてははっきりと捉える事ができたのはC氏の行動である。場所に対する見当識障害から周囲世界に対する警戒心と恐怖が生じ、切迫した状況で場所移動をするというものである。靴を履いたままベッドにあがるという行動も含めて、C氏は安住の地を得られないまま、居場所を求めて彷徨い続けているのである。見知らぬ場所や人物ほど恐怖なものはなく、「殺される」とまで表現するC氏にとって、この行動は見知らぬ場所から逃亡することで自らを護ろうとしてい

ると考えられる。同様に、頬被りのようにタオルをかぶる、タオルケットで顔を覆うという行動についても、恐ろしい世界と自分を分かつことを意味するものであり、見知らぬ世界から自分の身を隠す意味を持っていると考えられる。また、B氏についても、居場所がわからず切迫感を帯びた不安をもってしたが、B氏はぬいぐるみを触るという愛着行動をとっていた。それは、身近に安心できるものを置くことによる（擬人化していたかもしれないが）、B氏自身の自己の安心を得るための行動と考えることができる。

大井（2005, p.135）は、「わたし」を「わたし」として社会にあらしめているのは、記憶や見当識のみならず、「わたし」を「わたし」として認め、手を差しのべてくれる人たちの存在である。」と述べている。我々は相手との関係において自己を知るという側面をもち、人とのつながりを求める。それは認知症高齢者においても同様である。つまり、見当識障害によってもたらされた周囲世界の変容は、認知症高齢者の自己の存在に関わる重大な出来事であるから、彼らの生活世界を独特な世界として尊重する（鈴木, 2009）だけではなく、意味のある世界として捉える必要がある。その上で、彼らの行動は自己の存在を脅かす可能性のある生活世界に立ち向かう積極的な姿として具体的に捉えて支援する必要性がでてくるのである。また、これまで述べたように、彼らの防衛として捉えることのできた行動は、変容していく世界において彼らが「わたし」を求める行為としても捉えなければならないだろう。自己の存在にとっては居場所も重要な意味があり、それは物理的環境のみならず、他者との関係性も影響する。看護においては、彼らの不安を緩和し、現実世界が恐怖である場合には彼らを保護する必要がある。また、居場所として安住できる場所や人的環境の提供、彼らの防衛として過去の世界に生きていることも認める必要があるだろう。

一方で、A氏は場所から人物への見当識が現れる頃に、言語の喪失が著明にみられ、徐々に人との距離をとっていくようになる。得体の知れない状況や人物に対する不安をもつことによって否定や拒否として表現されることもまた、生活世界に対する防衛であると考えられる。そのような中で、A氏には自己接触行動が繰り返し見られた。この自己接触行動は、阿保（1999）の研究においても観察されており、他者と関係を保つための彼ら自身のコミュニケーション技術として捉えられるが、生活世界の変容という観点からは、不安・恐怖からの自己を護る方策であると捉えることができる。A氏の防衛としての行動は、B氏やC氏に比べ、他者や物によらず自分自身で対処しようとするものとして捉えられた。A氏のように人物に対する見当識障害、さらに言語が失われる過程では、拒否や否定としての人との分離、または自分自身の身体や知覚を振り

所にすると、他者との関わりは減り、ますます孤立するだろう。防衛と考えられる彼らの行動の中には、彼ら自身を孤立させてしまう可能性がある。

しかし、本研究の対象者はC氏の難聴を除けば視覚や聴覚の機能は保たれており、過去と現在とが混交していたB氏は会話が可能で過去の体験が引き出されながらも穏やかに過ごすことができた。C氏をみても、恐怖を持ちながらも他者をいたわり激励しながら、彼らの生活している世界を維持している。

Berger, P.L. & Luckman, T. (1977 / 2003, p.197, 236) は、日常生活の現実、客観的現実と同時にその人の側からみている世界を有意味的で社会的でもある一つの主観的現実としても存在すると述べている。さらに、その主観的現実をつくり変えることが可能であり、それには個人が防衛手段をとることや社会化過程のやりなおしが必要であるという。つまり、認知症高齢者が見当識障害によって脅威とを感じる生活世界に対しては、主観的現実を変化させるとすれば、その一つは彼らが生きる過去の世界であることが考えられる。それは、記憶障害や見当識障害が悪化していく中で、つじつまを合わせることに周回の世界を内在化しようと努力している姿として捉えることが可能であろう。A氏にみられた夫の否定もまた、防衛としての性格を帯びた主観的現実の無効化とみなすこともできるだろう。これは彼らの生活世界において主観的現実を捉えなおす過程としての側面を示していると考えられる。今後は、本研究でみられた見当識をはじめとする認知障害の変化に伴う彼らの行動を継続して分析し、その状況に応じた看護者の介入方法を検討することが課題である。

Ⅶ. 結論

本研究は、認知症高齢者3名の状態像とその変化の特徴を分析し、彼らの行動の意味に関する一つの解釈を提示した。その結果、対象者3名それぞれに見当識障害がみられ、認知症高齢者の見当識障害は生活世界の変容に関係し、不安・恐怖や警戒心を伴うことが明らかとなった。このことから、以下のことが考えられた。

1. 見当識障害とその生じる順序が認知症高齢者の生活世界の変容に影響し、彼らの行動には防衛としての意味や自己の存在を護る意味があると考えられた。
2. 防衛としての行動には、彼らの生活世界である主観的現実を捉えなおす過程としての側面があることが示唆された。
3. 看護者は彼らの生活世界を意味のある世界として捉え、自己の存在を脅かす可能性のある生活世界に立ち向かう積極的な姿として彼らの行動を具体的に

捉え、支援する必要があると考えられた。

注) 対峙とは、一般に、相対してそばだつこと。向きあって立つこと(新村編, 2008, p.1680)である。認知症高齢者の日常生活に着目した室伏は、「彼らなりに何とか一生懸命生きようと努力している姿、あるいはそれができなく困惑している姿として認められる」(室伏, 1999)と述べている。これは見当識障害に伴って生活世界が変容することから逃れられず向きあう彼らの姿でもある。したがって、ここで述べている対峙とは、変容する生活世界と真正面に向き合っている状態をいい、不安や恐怖、緊張している姿や、それを乗り越えようとする態度を含んでいる。

文献

- 阿保順子 (1993). 痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル 痴呆老人の生活世界への理解に向けて. 看護研究, 26 (6), 45-67.
- 阿保順子 (1999). 痴呆老人がとる微細な行動の意味に関する考察. 看護研究, 32 (5), 67-81.
- Berger, P.L., Luckmann, T. (1977) / 山口節郎 (2003). 現実の社会的構成 知識社会学論考. 東京: 新曜社.
- 福田珠恵 (2005). 老年期に痴呆症という病を生きる体験: 「自己の存在の確かさを求めて」 - 病の兆候からグループホーム入居後まで -. 日本看護科学会誌, 25 (3), 41-50.
- Gottfried, C.G., Brane, G., Steen, G. (1982). A new rating scale for dementia syndromes. Arch Gerontol Geriatr, 1 (4), 311-330.
- 小林敏子, 播口之朗, 西村健ほか (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 (11), 1653-1668.
- 三好功峰 (1997). 各論神経変性疾患 I Alzheimer病. 松下正明編, 臨床精神医学講座10器質・症状性精神障害 (pp.87-100). 東京: 中山書店.
- 室伏君士 (1999). 痴呆老人の精神世界 - とくに健忘型痴呆について (1) -. 老年精神医学雑誌, 10 (10), 1173-1183.
- 大井玄 (2005). 痴呆の哲学. 東京: 弘文堂.
- 新村出編 (2008). 広辞苑第6版. 東京: 岩波書店.
- 鈴木千絵子 (2009). 中等度進行過程におけるアルツハイマー病患者の生活世界 - 面談による現象学的アプローチの試み -. 看護・保健科学研究誌, 9 (1), 160-169.
- 高山成子, 水谷信子 (2000). 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. 老年看護学, 5 (1), 88-95.