日本大学大学院総合社会情報研究科紀要　No.6, 291-302 (2005)

認知症高齢者に対する生活支援の試み

応用行動分析学的視点を用いた役割行動の再構築

小野寺　敦志
認知症介護研究･研修東京センター

Daily Life Support for the Elderly with Dementia

Rebuilding Role Behavior using Applied Behavior Analysis

ONODERA　Atsushi
Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

The purpose of this study was to examine the effectiveness of support for the elderly with dementia using applied behavior analysis. We chose 2 residents of a nursing home as the participants, and helped them assume new role behavior. The role behavior was to water flower beds and potted plants in the day space. The multiple baseline design across participants was used. The experimental period was approximately two weeks. As a result, the response rate of role behavior increased from 76% (baseline) to 96% (intervention) for one participant, and from 43% (baseline) to 62% (intervention) for the other. From these results, our study showed that using the applied behavior analysis for helping the elderly with dementia was effective. However, it also suggested the necessity of enlightening care staff in real nursing care fields on applied behavior analysis.

はじめに

2004 年 12 月に“痴呆”から“認知症”へ呼称変更が行われた(「痴呆」に替わる用語に関する検討会，2004)。これは，“痴呆”が侮蔑的表現であり，その実態を正確に表す名称ではなく，今後の医療･福祉･保健等の取り組みの支障になるという理由から変更された経緯がある。

この名称変更に代表されるように，まだまだわが国における認知症介護の現状は，模索段階にあるといえる。一方で，日本は高齢化の一途をたどり，将来推計では，認知症高齢者は，約 10 年後の 2015 年には 65 歳以上人口の 7.6%にあたる約 250 万人に，約 20 年後の 2025 年には 9.3%にあたる約 323 万人に達するとされている（高齢者介護研究会，2003)。この現状を受け，厚生労働省は，認知症介護をこれからの高齢者介護の標準的な介護にしていくと提言しており（高齢者介護研究会，2003)，認知症介護の確立は急務であるといえる。しかし，認知症介護の現状は，認知症高齢者への対応は，介護専門職にとってもストレッサーとなり，その背景には，介護における認知症高齢者への理解不足が指摘されており（加藤・西田，1998)，これを改めていくために，認知症高齢者に関わるための介護技術の向上やそれらの研究の必要性が指摘されているのである（中島，2003；加藤，2004)。

わが国における認知症介護については,多くの研究がなされている。その研究は主に，介護ストレスに関する研究（矢富・川野・宇良・中谷・巻田，1995；松井，2004)，試行錯誤的援助に関する介護記録を分析した事例研究（梓田，1994；音頭，1996；城間・三上，2003)，介護場面の観察調査と介護者への面接調査を用いた質的分析による研究（長畑・松田・小野，2003；六角，2003；小松・黒木・岡山，2003）

など，介護の現状や問題点を明らかにするもの，後ろ向き研究による介護の効果を検証するものがほとんどであり，認知症介護技術の向上を目的に，介護方法とその効果を仮説立てし検証するという具体的な方法論に基づいた実践研究は少ない。

諸外国においては，認知症高齢者への実践的研究として,行動分析学を用いた研究が報告されている。たとえば，Engelman，Altus & Mathews（1999）は，認知症高齢者の日常生活活動への参加向上を目的に,ナーシングスタッフ（日本の介護職に相当）の促しと賞賛による効果を分析した。実験参加者間多層ベースラインデザインを用い，5 名を対象に，テーブルセット，料理，趣味活動などの日常生活活動を 3 段階評定し,タイムサンプリング法により測定した。その結果，各実験参加者の活動への参加率が，ベースラインの 40％前後から，介入期には 80％を示し，認知症高齢者の参加率が増加したと報告している。

さらに Engelman, Altus, Mosier & Mathews（2003）は，認知症介護ユニットにおいて，看護助手に援助の仕方の研修を行い，朝の着替え援助を，賞賛を用いながら段階的に支援する方法で，高齢者の自立度を上げる介入を行った。その結果，看護助手の賞賛を用いた援助が約 50％から約 90％に増加したとともに，高齢者の着替えの自立度も，完全な身体的援助から身体的模倣による間接的援助へと自立度が上昇したと報告している。

これらの研究は，認知症高齢者の日常生活の向上を目的とした研究であり，賞賛という好子を活用した研究報告である。そのほかに，認知症の周辺症状の減少を目的とした研究として，Heard & Watson（1999）による他行動分化強化（Differential Reinforcement of other behavior：DRO）を用いた認知症高齢者の徘徊の減少を試みた研究や，Buchanan & Fisher （2002）による認知症高齢者の大声･奇声を非随伴的強化（Noncotingent Reinforcement：NCR）を用いて減少させることを試みた研究などの報告がある。

一方，わが国の行動分析学的視点に基づく研究は，1990 年代に入り，理学療法，作業療法の分野から認知症介護に関する研究が報告されている（小林和彦，1999；小林・高橋・辻下・岡崎・甲田，2002）。また，遠藤・芝野（1998）は，老人保健施設において頻繁な要求行動を示す認知高齢者に対し，要求行動の減少と社会的に好ましい行動の増加を目標として，刺激統制法とディファレンシャルアテンション（Differential Attention：DA）法を用いた環境調整の研究を報告している。林田・山中・窪田（2004）は，認知症高齢者グループホームの入居者を対象に，生活療法的介護として調理行動を通して自発性を促進する介入を，AB デザインを用いて検討した研究を報告している。日本においては，これらの研究報告以外は，行動分析の視点に立った認知症介護に関する研究は，文献検索をした限りでは見当たらず，その研究報告は数少ない。

以上より，わが国においては，研究はまだ少ないが，外国の研究状況から，認知症介護における具体的な方法論として，応用行動分析学的視点を活用した介護を実践していくことの有用性が推測される。そこで，本研究は，応用行動分析学の視点を用いて認知症介護の実践的研究を行い，その適用について検討することを目的とする。

本研究で取り上げる認知症は，“脳疾患による症候群であり，通常は慢性あるいは進行性で，記憶，思考，見当識，理解，計算，学習能力，言語，判断を含む多数の高次皮質機能障害を示す。意識の混濁はない。認知障害は，通常，情動の統制，社会行動あるいは動機づけの低下を伴うが，場合によってはそれらが先行することもある”（世界保健機構（WHO），1992）と定義される。これを介護面から記述すると，高齢者が環境との相互作用を通して，日常生活に適応していこうとする行動を，認知症が阻害している。つまり，多数の高次皮質機能障害によって，高齢者が環境に適応しようとする行動は，結果的に環境に適応しきれずに不適応行動となり，高齢者自身も混乱等を引き起こしてしまう。この不適応行動が，介護する家族や介護職からみると認知症の問題行動（周辺症状，随伴精神症状，行動障害を含む）と呼ばれるものになる。

これを行動分析学の視点から検討すると，Figure 1 に示すように，認知症による高次皮質機能障害が確立操作としてあり，高齢者を取り巻く生活環境の要因が先行条件となり，環境へ適応しようとする行動

が行われる。しかし環境に適応できないために，不適応による混乱などが結果として生じると記述できる。

認知症の高次皮質機能障害は，現在の医学では改善が不可能であるため，先行条件の環境を調整することで，高齢者の行動を適応的な行動に修正する援助が必要になる。つまり Figure 2 に示すように，先行条件の操作，つまり生活環境を調整することにより，高齢者が混乱をきたさず，環境に対して適応的な行動を行うことで，混乱という結果が生じず，安定することができるようになる。行動分析学的視点に立つと，行動随伴性の変化によって，問題行動や不適応行動をなくし適応行動が増える可能性が考えられる。

この仮説に基づき，本研究は以下の研究を実施した。

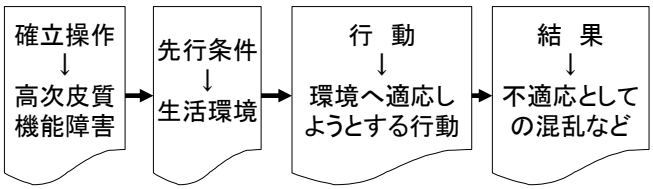


Figure 1. 認知症高齢者が不適応行動を生起する行動随伴性の仮説

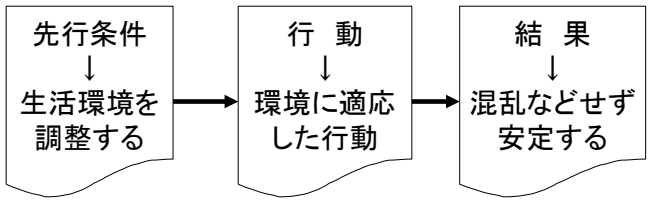


Figure 2. 認知症高齢者が適応行動を生起する行動随伴性の仮説

目　的

認知症高齢者は，認知症の進行に伴い，自発性の低下を呈する。これは，高齢者の病前の家事や趣味などの習慣化した行動を消失させる弊害となる。認知症のために老人福祉施設などに入所すると，その生活の中で高齢者自身が自ら新しい行動を行うことは非常に困難となる。しかし Figure 2 に示すように，環境調整による計画的な働きかけによって，施設内でも習慣化した生活を再構築することは可能であると考えられる。日常生活の中に役割を持ち，その役割行動が支持されることは，高齢者にとって好子として働くと考えられる。そこで，認知症高齢者に対して，新たな役割を提供することにより，新しい役割行動を獲得し，それが日常生活の中で習慣化されることを目的とした。

方　法

実験参加者

介護老人福祉施設を利用する認知症高齢者 2 名を対象とした。認知症の診断は 2 名ともアルツハイマー型認知症であった。事例 1 は，84 歳の女性，要介護度[注 1)]は 3, 認知症である老人の自立度判定基準[注 2)]はⅢb であり, 障害老人の自立度[注 3)]は A2 であった。事例 2 は，76 歳の女性，要介護度は 2，認知症である老人の自立度判定基準はⅡb であり，障害老人の自立度は A1 であった。2 事例とも，身体運動機能は維持されているものの，認知症の程度は中等度の実験参加者であった。

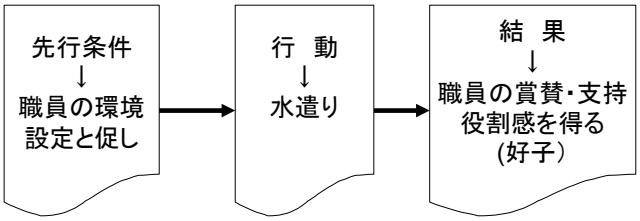
なお，2 事例とも本人の代理として家族に対し，研究に関する同意説明を行い，文書にて研究協力の同意を得た。

手続き

実験参加者の決定ならびにその標的行動と援助内容は，介護職員と研究者との間で，週 1 回 40 分程度の定期的なカンファレンスを実施し決定した。また，行動分析学的視点の理解を促すために，カンファレンスとは別に約 30 分の勉強会を, すべての職員が参加できるように，同一の内容を 3 回実施した。

標的行動　実験参加者 2 名のうち，1 名は家庭菜園の花壇への水遣りが自立して行われることとした。もう 1 名については，食堂に配置されている植物の鉢への水遣りが自立して行われることとした。2 名の実験参加者とも，施設の生活の中で役割を得ることにつながることを期待し，この標的行動が決定された。これを Figure 2 の適応行動を生起する行動随

伴性の仮説に当てはめると，Figure 3 のように示される。



認知症高齢者が水遣り行動を生起する行動随伴性

Figure 3. 認知症高齢者の役割行動に関する行動随伴性

援助内容　各実験参加者が行う水遣りの行動をいくつかの段階に分解した。事例 1 の内容は Table 1 に示したとおり 12 段階に分解した。事例 2 の内容は Table 2 に示したとおり 8 段階に小ステップ 8 段階を含む全 16 段階に分解した。

ベースラインの観察期間は，最初の段階で一括の指示を行い，実験参加者が自立してどの段階まで行えるかを観察した。自立して行えなくなった時点で職員が援助することとした。援助介入の前に，プロンプト期間を設けた。プロンプト期間には，実験参加者に実施を求めている新しい行動の流れ全体の学習を促すために，実験参加者が各段階の行動が自立して出来る，出来ないに関わらず，各段階の行動にプロンプトとして，声かけ，模倣，介助による誘導を行った。

援助介入期間は，観察期間同様に，最初の段階で一括の指示を行い，実験参加者が，自立して行った活動は,強化のため好子としての賞賛の声かけをし，自立して行えなかった段階の行動には，プロンプトによる援助（声かけ，模倣，介助による誘導）を実施し，徐々にプロンプトを減少させていく，フェイディング技法を用いた。

なお援助時間は，午前中の特定の時間帯とし，その時間帯に担当の介護職員が水遣りを行う場所まで事例を誘導し援助を行った。

Table1.　事例1の役割行動評価表

ステップ	行動内容	声かけ	*月*日	*月*日
1	【水やりへの誘導】	テラスの野菜に水をやるので、お手伝いをお願いします。		
2	テラスへの移動	ではお願いします。		
3	ジョウロを取る	そのジョウロを取っていただけますか。		
4	水がめに行く	そこの水がめに行きましょう。		
5	ひしゃくを取る	そのひしゃくを使ってください。		
6	ひしゃくでジョウロに水を入れる	ひしゃくでジョウロに水を入れましょう。		
7	野菜作りの作業台に移動する	あちらのプランター（花壇）です。		
8	土に水をやる	ジョウロで土に水をあげましょう。		
9	全体に満遍なく水をやる	（かけていない所があれば）ここの辺りにもお願いします。		
10	水がめに戻る	片付けましょうか。		
11	ジョウロの余った水を捨てる	水をかめに戻しましょう。 ※水が余らなければ、この行為は省く。表には斜線を。		
12	ジョウロを片付ける	ジョウロを片付けましょう。		
終了	【賞賛・支持の言葉かけ】	お手伝いありがとうございます。助かりました。またお願いします。　など		
実施者				

Table 2.　事例2の役割行動評価表

ステップ	行動内容		声かけ	*月*日	*月*日
1	【水やりへの誘導】		鉢植えに水をやるので、お手伝いをお願いします。		
2	ジョウロを持つ		赤いテープのところのジョウロを使ってください.		
3	水道に行く	1回目	鏡の前の水道で水を汲んできてください.		
		2回目			
		3回目			
4	ジョウロに水を入れる	1回目			
		2回目			
		3回目			
5	鉢に水をやる	1個目	黄色いテープのついている鉢に水をやってもらえますか　＝レ印のチェックを入れる。 (水をやりすぎた場合) もうそれくらいでいいんじゃないですか？ ＝☆印のチェックを入れる。		
		2個目			
		3個目			
		4個目			
		5個目			
6	水道に行く		なくなったら鏡の前の水道で水を汲んできてください.		
7	ジョウロの余った水を捨てる		余った水は捨ててもらえますか.		
8	ジョウロを片付ける		赤いテープのところへジョウロを置いてください.		
終了	【賞賛・支持の言葉かけ】		お手伝いありがとうございます。助かりました。またお願いします。　など		
実施者					

介入方法

実験参加者間多層ベースラインデザインを用いた。

期　間

実験参加者間多層ベースラインデザインによる事例 1 の観察期間は 3 日間であり，プロンプト期間は 3 日，援助介入期間は 9 日間であった。援助介入期間から 10 日後にフォローアップを行った。その期間は 3 日間であった。事例 2 の観察期間は 5 日間であり，プロンプト期間は 4 日，援助介入期間は 9 日間であった。援助介入期間から 13 日後にフォローアップを行った。その期間は 2 日間であった。

評　価

評価は，Table 1 ならびに Table 2 を用い，各段階が自発的に行えたかどうかの有無により評価した。評価は，援助を行った職員が評価した。評価は，その日のフロア担当職員が実施したため，複数の職員が，援助内容に沿って実施した。評価方法については，カンファレンスにおいて，統一を図った。

結　果

結果を Figure 4 と Figure 5 に示した。事例 1 ならびに事例 2 の結果について，河合・河本・大河内（1987）に基づき C 統計による検定を行った。C 統計は，観察期間と援助介入期間の 2 期間のデータの傾き（trend）の有無を，そのデータの分散の大きさとの比から推定するものである（河合ら，1987）。なお，プロンプト期間は，行動すべてにプロンプトによる関わりをしていたため，自立行動はないという考え方をとり，その結果はすべて 0 とした。そのためプロンプト期間の結果は, 統計処理から除外した。その結果，事例 1（観察期間：z=0.449，n=3，*n.s.*；観察期間+援助介入期間+フォローアップ期間：z=0.164，n=15，*n.s.*），事例 2（観察期間：z=0．397，n=5，*n.s.*；観察期間+援助介入期間+フォローアップ期間：z=0.185，n=16，*n.s.*）ともに統計的に有意な結果は得られず，統計上からの効果は示されなかった。

そこで，結果について視覚的検討を行った。事例 1 は，観察期間において，できたステップが 10 まで

上昇していた。プロンプト期間後の援助介入期では，できたステップが 11 までとなり，観察期間の自立行動の達成比率（その期間の平均達成数／課題ステップ数×100）76％から援助介入期には 96% に増加していた。このことから，導入の声かけでその後の動作はほぼ自立してできるようになったといえる。フォローアップ期間においてもその行動は維持されていた。つぎに事例 2 には，観察期間にできたステップ数は 6，7 個であったが，援助介入期間では，9 から 12 個に増加しており，観察期間の自立行動の達成比率 43%から援助介入期には 62% に増加していた。しかし 7 日目 9 日目が低下し行動にやや不安定さが示された。なお，フォローアップ期間においてもその行動は維持されていた。

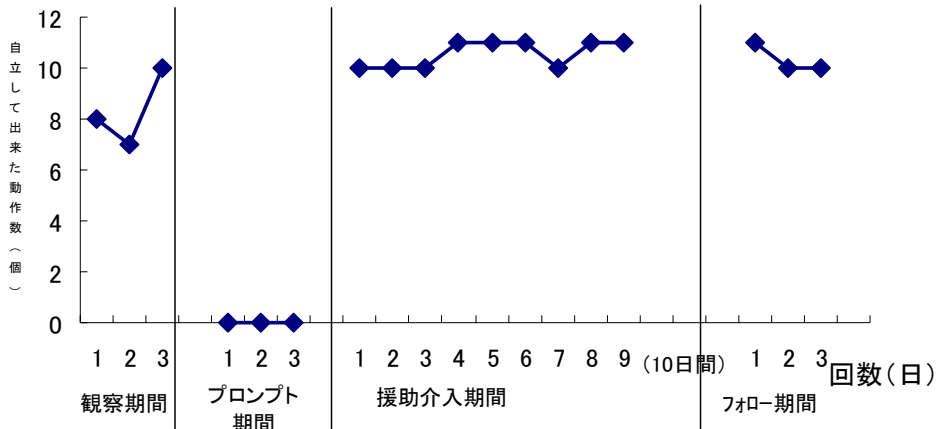


Figure 4. 事例1の結果

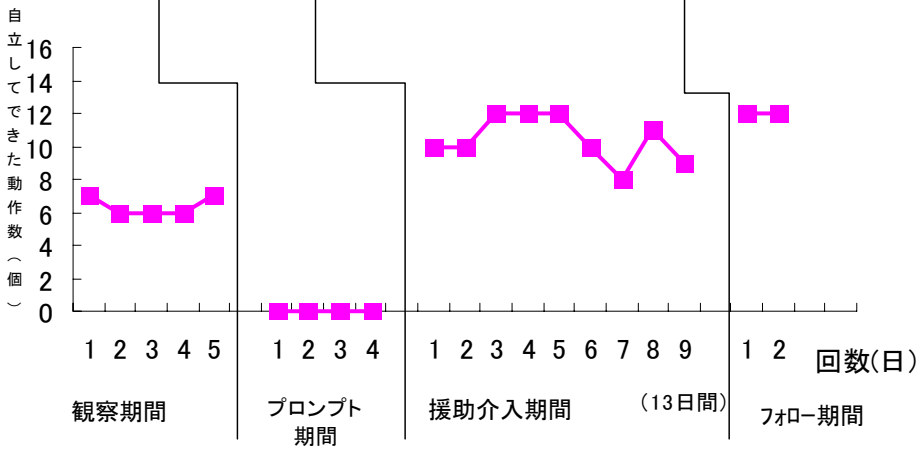


Figure 5. 事例2の結果

「プロンプト期間」は，行動のすべてにプロンプトによる関わりをしているので，「プロンプト期間」は自立行動はなかったという考え方に基づき，自立して出来た動作数は0とした．

考　察

認知症介護における行動分析学的視点の適用

本研究の目的は，行動分析的視点に基づいた援助の結果をもとに，認知症高齢者がより適応的な生活を営むための効果的な介護支援の方策について検討することであった。

本研究は，認知症高齢者に対して，新たな行動の学習を促し役割行動を再構築することを狙った介入であった。その結果，視覚的検討においては，援助介入の効果を示しうる結果を得たといえる。

事例 1 は，新しい行動を生活の中の役割行動として獲得できた。事例 2 は，十分に新しい行動を役割行動として獲得しえたとはいいがたいが，ある程度自発的な行動が形成されたといえる。

両事例とも，認知症の程度は中等度のレベルであったが，身体機能は維持されていた。さらに，本研究の行動内容は，言語的な関わりを必要とするが，体を動かすことが中心であり，かつ，水遣りは病気前の自立した生活の中で経験されていた行動と考えられる。

認知症高齢者の学習機能に関連して，Little & Burns（1993）は認知症の進行の状態を評価するに際して“一般に認知症患者では，行為や臨床的評価よりも認知機能の測定で比較的大きな変化が認められる”と述べる一方で，認知症の評価はより多様性が求められ，今後は，認知機能のみではなく，日常生活動作やその他の非認知機能的特徴も含む評価が必要であると指摘している。この指摘からも，認知症の記憶障害を中心にした言語的記憶の側面だけで認知症高齢者の能力を捉えるのではなく，日常生活行動の側面から捉えることにより，従来の認知症介護のアプローチとは異なるアプローチを行うことが可能であるといえる。

認知症における記憶機能の障害は，近時記憶の障害，エピソード記憶の障害から始まり，遠隔記憶，作動記憶，意味記憶の障害，続いて手続き記憶の順に障害されていくと指摘されるように（中村・武田，2001），非言語的記憶である手続き記憶は，認知症がある程度進行した場合でも保持されている。

本研究の実験参加者は中等度の認知症であり，認知症の記憶機能の面からすれば，近時記憶やエピソード記憶に働きかけることは困難であるが，手続き記憶に働きかけることは可能であったといえる。このことから，認知症がある程度進行している中等度の高齢者においても，身体機能が維持されていれば，本研究のような日常生活場面における行動内容は，新たに学習でき，習慣化可能であることが示唆される。

ただし，これらの行動に関して，水遣りを行う場面までは，職員が事例を誘導する援助を行い，事例は，水遣りを行う場面で，水遣りという行動のみを実施するものであった。つまり，事例が，自室から花壇まで自発的に移動し，すべての行動を実行するというものではなく，行動を行うまでの環境調整を援助者側が整えた上で，限られた環境下での行動のみを強化したことになる。

これを，Figure 1 に示した仮説に基づいて考察すると，確立操作として認知症の高次皮質機能障害が存在することにより，自発的に行動を想起し実行することは不可能な状態に置かれているといえる。ゆえに認知症介護においては，先行条件としての環境整備の部分も，援助もしくは介護に該当する。先行条件としての環境調整について，河合（1996）は高齢者の行動分析的アプローチにおいて“この技法はあまり多く用いられてはいないが，もっと多用されていい方法である”と指摘しているように，認知症高齢者への行動分析的視点を用いた援助介入においては，この先行条件の操作が，援助方法として重要なものであるといえる。

つぎに，本研究の介入方法は，実験参加者間多層ベースラインデザインを用いて検討された。しかし，本来実験参加者間多層ベースラインデザインによる研究を実施する場合は，実験参加者が 4，5 名いることが望ましいことから，実験参加者が 2 名のみであった本研究は，効果測定が不十分であったことが指摘される。

また，観察期間の設定に関しても，事例の行動観察を行う上では，3 日から 5 日の観察期間は観察期間としては短かったといえる。しかし，観察期間の日数に関しては，現状の介護現場では長期にわたる援助無しの観察は難しい。たとえば，観察期間は，

援助を極力控えて最低限の援助行動になる。これは認知症を有する実験参加者からすれば，混乱や失敗といった行動を体験することが想像される。援助者側からすれば，すべき援助やできるはずの援助を控えるという行動を余儀なくされるため，援助ができないという不全感や不満を体験することになる。

さらに，本研究の事例 1 においては，観察期間のデータが右上がりの傾きを示しており，観察期間が安定していなかったこと，事例 2 においては，援助介入期間の 7,8,9 日目のデータの変動が影響していることが推測される。この点は，C 統計を用いて検定した結果，有意な結果を示さなかったことに関連する。C 統計を用いるに際して，それぞれのデータの有意性を検定するためには，最低個数の 8 個が必要であるが（河合ら，1987），本研究の観察期間はその個数を十分に確保できなかった点が指摘される。

一方で，援助の有効性を客観的に評価していくことは，介護現場でも求められることであり，統計による検討はその有効性を明らかにする方法の一つといえる。ゆえに，実験参加者の混乱への対処や援助者側の不全感を十分に考慮しつつ，統計上も十分に検証可能な観察期間を確保できる方法を検討することが今後望まれるといえる。そのためには，研究計画の中に，介護職員への行動分析学的視点を用いた援助介入の理解を促す教育を組み込む重要性が指摘される。統計手法に関しても，本研究では C 統計を用いたが，C 統計は傾きの有無を検定する統計手法であり，今後の課題として，それ以外の統計手法による分析の検討も必要であるといえる。

また，本研究の援助は，介護老人福祉施設の介護職員が実施した。実施に際して，介護職員に対して，カンファレスを通して援助方法や行動分析学的視点の基本的な学習を平行して実施した。Burgio, Engel, Hawkins, McCormick, Scheve & Jones（1990）らは，ナーシングホームの認知症高齢者に対する排泄援助の介入研究で，介護職員に排泄状況の観察と記録の方法を教育し，介護職員が自己評価と教育指導によるフィードバックを受けることで，利用者への援助が継続できる効果を示した。この研究が示すように，介護職員側への教育的関わりが必要であることが指摘される。Engelman et al.（1999）も，認知症高齢者の日常生活活動への参加を向上させる研究において，介護職員の評価と教育の必要性を指摘している。本研究においても，研究内容の理解を促すために行動分析学に関する講義を実施したが，十分だったとは言い難い。この点は今後の研究課題といえる。

認知症介護に行動分析学的視点を導入する有用性と課題

つぎに，上記の考察を踏まえ，介護保険施設を利用する認知症高齢者に対して，行動分析学的視点を応用した援助方法を導入することの有用性とそれに伴う課題について検討する。

介護現場では，2000 年に介護保険の施行に伴い，アセスメントとケアプランが義務化され，3 ヶ月，6 ヶ月もしくは 12 ヶ月いずれかに，ケアプランの内容を再評価するモニタリングを行わなければならない。この方法論の課題として，アセスメントが所定の様式に沿って項目選択式により評価されるため，高齢者の個別状況が省略されてしまう。加えて，心身の状況を評価するために，その高齢者が置かれた環境の影響が省略されてしまう。ゆえに，ケアプランは，すでに形式化されたサービスの組み合わせになりやすい。モニタリングにおいても，アセスメントで用いた様式を使用して対象高齢者の心身の変化を評価する間接評価であるため，ケアプランの成果を直接評価するものではない。以上の点が指摘される。

その一方で，認知症介護においては，認知症高齢者が示すさまざまな行動，特に認知症の周辺症状や行動障害といわれる不適切な行動を，どのようにアセスメントし援助していくかという，高齢者個々の具体的な行動に対する対処方法の必要性が求められている。さらに，“個別性の尊重”“尊厳を大切にした介護”（高齢者介護研究会，2003）と，個人の状態に応じた自立した生活の支援の必要性が指摘され，そのニーズが高まっている。

行動障害においても，個別性の尊重においても，認知症高齢者に対して個別に日常生活支援を行うためには，既存の様式に基づいたアセスメントだけは不十分であり，対象となる高齢者の日常行動を評価し，その状況に応じた援助がなされることが必要となる。本研究の研究成果を踏まえれば，認知症介護に行動分析学的視点による援助方法を導入すること

は,これらのニーズに答えうるものであるといえる。

さらに，先に指摘したが先行条件としての環境調整は，認知症高齢者の介護にとっては最も重要な方法であることからも，認知症介護に導入する有用性が指摘される。ただし，今回実施した役割行動に関する行動随伴性を促す介入を行う場合には，役割行動の内容が，実験参加者に対して適切であるかという社会倫理性に基づいた課題分析が重要になる。この判断は,行動内容に関する課題分析のみではなく,高齢者の生活歴等のアセスメントに基づいた分析が必要であるといえる。それは，援助を必要とする高齢者の Quality of Life（QOL；生活の質，生命の質）に関連していくものであろう。そして，高齢者の QOL を考慮することは“個別性の尊重”を考慮することであるともいえる。

また，行動分析学における研究デザインである，観察期間の設定，介入期間の設定，その両期間の結果比較という手法は，モニタリングの具体的手法として使用できるばかりでなく，介護現場で介護職員が自らの援助内容をセルフモニタリングする手法として用いることも可能である。介護現場も医療現場同様に，エビデンス（実証的根拠）のある介護が求められる時代になってきている。今後はさらに，行動的側面の変化を一つの指標として，客観的に介護内容の質を評価することが可能な行動分析学の手法が重要視されうると考える。

以上論述してきたとおり，行動分析学的視点を介護現場に導入することは，介護職員によるセルフモニタリングを可能とし，介護の質を向上させうる可能性を有している。しかし,先にも指摘したように,認知症介護に行動分析学的視点を導入するためには,介護職員への教育が不可欠である。本研究においても，課題分析から援助内容の決定，介入の一連の作業を介護職員とともにカンファレンス形式で行ってきた。その中で可能な限り行動分析学の内容を伝達し，理解を深める努力を行った。しかし，研究計画の中に介護職員への教育を組み込んでいなかったために，十分な理解を得られたとは言い難い。今後行動分析学的視点を用いた研究を行う場合は，介護職員に対しての教育を含めた研究計画を立てることが望ましい。それは河合（1996）の指摘にもあるとおり，特に認知症高齢者にとっては，先行条件としての環境整備が重要であり，その実際の担い手となるのが介護職員であることを考えると，介護職員への働きかけは必要不可欠である。

最後に，本研究の実験参加者は介護保険施設を利用する認知症高齢者であったため，河合（1996）も指摘している“痴呆［認知症］状態に陥っている高齢者に対する家庭介護(家族によるケア)において行動分析的方法がどのように適用するのか”という在宅で生活する認知症高齢者とその介護家族への行動分析学的視点の適用については，今後取り組んでゆくべき課題である。

結　論

応用行動分析学の視点を用いて認知症高齢者に対して,水遣りという役割行動を獲得する援助を行い,介護職員の援助のもと新しい役割行動として習慣化された。以上のことから，認知症介護において応用行動分析の視点を用いた援助の有効性が示唆された。

しかし，介護現場で実際に活用していくためには,介護職員の応用行動分析学の理解を促していかなければならないという課題が明らかになった。

謝　辞

本研究において，協力いただいた施設の関係者の方々ならびに研究の実験参加者として研究協力をいただいた高齢者の方，研究協力同意を快諾してくださったご家族の方々に，この場を借りてお礼を申し上げます。

最後に，本研究をご指導くださいました日本大学大学院総合社会情報研究科河嶋孝教授に深謝いたします。

なお，本研究は，平成 16 年度老人健康増進等事業「痴呆（認知症）介護の基本的技術の開発と体系化に関する研究下部研究『介護専門職に対する OJT としての事例検討による介護技術開発事業』」の助成を受けた。

引用文献

Buchanan,J.A, & Fisher,J.E. （ 2002 ） Functional assessment and noncotingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **35**, 99-103

Burgio,L.D.,Engel,B.T.,Hawkins,A.,McCormick,K.,Scheve,A., & Jones,L.T.（1990）A staff management system for maintaining improvements in continence with elderly nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **23**, 111-118

「痴呆」に替わる用語に関する検討会（2004）「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書，厚生労働省
（“Thihou”ni kawaru yougo ni kannsuru kentoukai）

Engelman,K.K., Altus,D.E.,& Mathews,R.M.（1999） Increasing engagement in daily activity by older adults with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **32**, 107-110

Engelman,K.K., Altus,D.E., Mosier,M.C., & Mathews,R.M.（2003）Brief training to promote the use of less intrusive prompts by nursing assistants in a dementia care unit . *Journal of Applied Behavior Analysis*, **36**, 129-132

遠藤史子，芝野松次郎（1998）老人保健施設における頻回な要求行動を示す高齢者に対する行動療法：刺激統制法とディファレンシャルアテンション法（DA 法）に基づく環境変容の効果．行動療法研究，**24**，1-14.
（Endo,F., & Shibano,M.（1998）.*Japanese Journal of Behavior Therapy*,**24**,1-14.）

林田あゆみ・山中克夫・窪田理恵（2004）女性痴呆高齢者の調理場面における生活療法的ケアからの介入に関する事例研究.日本痴呆ケア学会誌，**3**，222-229.
（Hayasida,A., Yamanaka,K., & Kuobta,R.（2004）. A case study of cooking activity as therapeutic living care for elderly women with dementia. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*,**3**,222-229.）

Heard,K.,& Watson,T.S（1999）Reducing wandering by persons with dementia using differential reinforcement . *Journal of Applied Behavior Analysis*, **32**，381‐384

介護保険法規研究会（監修）（2003）介護保険六法平成 16 年度版．中央法規出版.
（Kaigohokennhoukikennkyuukai）

加藤伸司・西田トシ（1998）特別養護老人ホーム職員の痴呆老人に対する介護ストレスの研究．高齢者問題研究，**14**，69-86.
（Kato,S., & Nishida,T.（1998）.A study of Stress Felt by Skilled Nursing Homes’care-Providers in Nursing Elderly Persons with Dementia. *Gerontological Research*.**14**,69-86. ）

加藤伸司（2004）グループホームにおける痴呆ケアの実践：グループホームにおけるケアの現状と課題．日本痴呆ケア学会誌，**3**，77-81.
（Kato,S.（2004）.The role of group home care for elderly people with dementia. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*,**3**,77-81.）

河合伊六・河本肇・大河内浩人（1987）単一事例計画法における処遇効果の C 統計による検定．行動分析学研究，**2**，36-47.
（Kawai,I., Kawamoto,H., & Ohkouchi,H.（1987）. Applications of C statistic to test the treatment-effects in single-subject designs. *Japanese Journal of Behavior Analysis*, **2**,36-47.）

河合伊六（1996）高齢者の行動分析：高齢者の生き方にスキナーを活かす．行動分析学研究，**10**，15-22.
（Kawai,I.（1996）.Behavior Analysis of the Elderly : Practical Application of B.F.Skinner’s Ideas to Enjoy Old Age. *Japanese Journal of Behavior Analysis*, **10**,15-22.）

小林和彦（1999）痴呆を有する高齢者に対する行動分析的アプローチの適用　日本行動分析学会第 17 回大会発表論文集，104.
（Kobayashi,K.）

小林和彦・高橋洋・辻下守弘・岡崎大資・甲田宗詞（2002）痴呆を有する高齢障害者に対する介助

指導―老人保健施設における”起きあがり行動”介助に対する介護者指導―　日本行動分析学会第 20 回大会発表論文集，P-21.
（ Kobayashi,K., Tkahashi,H., Tsujishita,M., Okazaki,D., & Kouda,S.）

小松光代・黒木保博・岡山寧子（2003）介護老人福祉施設における痴呆性高齢者ケア技術の明確化―介護スタッフの日常生活援助場面への参加観察による質的分析―，日本痴呆ケア学会誌，**2**，56-67.
（Komatsu.M., Kuroki,Y., & Okayama,Y.（2003）. Establishment of care techniques for elderly patients with dementia in welfare facilities for the dependent ederly : Qualitative analysis by participation in and observation of daily support by care staff. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*, **2**,56-67.）

高齢者介護研究会（2003）2015 年の高齢者介護―高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて―．厚生労働省.
（Koureisyakaigokennkyuukai.）

Little, A., & Burns, A.（1993）アルツハイマー病にみられる変化の評価方法. Burns, A.（Eds.） *Aging and Dementia : Methodological Approach.* Boston : Little, Brown and Company. （宮尾眞一（監訳）（1995）アルツハイマー病にみられる変化の評価方法．老化と痴呆―研究のための方法論―. メディカルブックサービス．pp61-89）

松井美帆（2004）痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス．日本痴呆ケア学会誌，**3**，21-29.
（Matsui,M.（2004）. The stress of care staff members at group home. on dementia care. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*, **3**,21-29.）

長畑多代・松田千登勢・小野幸子（2003）介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対する捉えかたと対応．老年看護学，**8(1)**，39-49.
（Nagahata,T., Matsuda,C., & Ono,Y.（2003）. *Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing*,**8(1)**,39-49.）

中島紀恵子（2003）痴呆ケアと実践研究上の課題. 日本痴呆ケア学会誌，**2**，9-16.
（Nakajima,K.（2003）. The current issues research on dementia care. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*, **2**,9-16.）

中村祐・武田雅俊（2001）アルツハイマー型痴呆の症状．アルツハイマー型痴呆診断・治療マニュアル作成委員会(編)アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル．ワールドプランニング.
（Nakamura,Y., & Takeda,M.）

音頭直子（1996）とめどなく徘徊するアルツハイマー病入居者への援助：徘徊を抑制したことで攻撃的になったが，安全な空間で徘徊することによって，精神的安定がもたらされた事例．高齢者のケアと行動科学，**3**，22-30.
（Ondoh,N.（1996）. Care for the research with senile dementia who presents wandering behavior. *Journal of Care and Behavioral Sciences for the Elderly*, **3**,22-30.）

六角僚子（2003）痴呆性高齢者の徘徊行動に対するケアスタッフの対応に関する研究―マイクロカウンセリング技法での対応分析―，日本痴呆ケア学会誌，**2**，46-55.
（Rokkaku,R.（2003）. A study on the wandering behaviour of demented elders and care services provided by care-staff. *Journal of Japanese Society for Dementia Care*, **2**,46-55.）

城間睦美・三上奈緒（2003）環境の変化（居室の変更）から頻回に便を隠すようになった痴呆性高齢者への援助．高齢者のケアと行動科学，**9**，19-27.
（Shiroma,M., & Mikami,N.（2003）. Suuport for demented elderly who came to hide her feces because of environmental changes. *Journal of Care and Behavioral Sciences for the Elderly*, **9**,19-27.）

梓田俊邦（1994）異食のある痴呆老人の介護：不潔で危険なものの代わりに安全で無害なものを与えることで危機を乗り切った事例．高齢者のケアと行動科学，**1**，33-39.
（Soneta,T.（1994）. *Journal of Care and Behavioral Sciences for the Elderly*, **1**,33-39.）

矢富直美・川野健治・宇良千秋・中谷陽明・巻田ふき（1995）特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス. 老年社会科学, **17**, 30-39.（Yatomi,N., Kawano,K., Ura,C., Naktani,Y., & Makita,F.（1995）. The stress of　care staff members at dementia special care units in nursing homes.
J*apanese Journal of　Gerontology*,**17**,30-39.）

World Health Organization（1992）*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.（世界保健機構　融道男・中根充文・小見山実（訳）（1993）ICD-10 精神および行動の障害―臨床記述と診断のガイドライン―. 医学書院）

脚　注

注 1）　要介護度

要介護度は，2000 年 4 月より施行された介護保険において，“常時介護を要すると見込まれる状態であって，その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要介護状態区分）”（介護保険法規研究会，2003）を具体的に表すものである。要介護度は，1，2，3，4，5 の 5 段階に分類され，数字が上がるほど要介護度が増すことを示す。なお，要介護度 1 の前には，“要介護状態となるおそれがある状態”（介護保険法規研究会，2003）に該当する者をさす“要支援”がある。要介護にも要支援にも該当しない高齢者は“自立”と判定される。

注 2）　認知症である老人の自立度判定基準

この判定基準は，対象となる高齢者について，調査時の様子から，定められた判定基準に基づき該当する状態を評価するものである（介護保険法規研究会，2003）。評価は，ランクⅠからⅣまでの 4 段階のランクに分かれており，ⅡとⅢはさらに a，b の 2 段階に細分化され，合計 6 段階のランクに分類される。分類内容は，ランクⅠが認知症の程度が軽く，順にⅡ，Ⅲ，Ⅳに進むにつれて認知症の程度が重くなる。なおランク M はⅠからⅣに該当していた高齢者が精神症状等の悪化により病院での入院治療の必要性が生じた場合に判定されるものである。

注 3）　障害老人の日常生活自立度

この判定基準は，地域や施設等の現場において，保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたものである（介護保険法規研究会，2003）。評価に際しては日常生活自立度の「能力」ではなく「状態」の評価を行う。評価は 4 段階のランクに分かれ，さらにそれぞれのランクが 2 つの段階に分類されている。ランク J が最も自立度が高く，ついで，A，B，C の順で自立度が低下していく。ランク A は「準寝たきり」に，ランク B と C は「寝たきり」の状態を示す。

(Received : September 30, 2005)
(Issued in internet Edition: November 20, 2005)