

2015 年 9 月 15 日

2015 年度 聖路加国際大学大学院 博士論文

論文題目

特別養護老人ホームに入所する認知症高齢者へのライフレビューの
効果の検証：ランダム化比較試験と混合研究法を用いて

Effects of Conducting Life Review in Elders with Neurocognitive Disorders Living in a
Japanese Nursing Home: A Randomized Controlled Trial with Mixed Methods

12DN11

山本由子

目次

第1章 序論.....	1
I. 研究の背景.....	1
II. 研究の目的	4
III. 研究の意義	4
IV. 用語の操作的定義	5
第2章 文献検討.....	6
I. ライフレビューの概念分析	6
II. ライフレビューの理論的根拠.....	8
III. ライフレビューに関する研究の動向	14
第3章 予備研究.....	22
I. 認知症高齢者への実践.....	22
II. 本研究に向けた示唆.....	24
第4章 研究方法	26
I. 研究デザイン	26
II. 研究の概念枠組み	26
III. データ収集方法.....	30
1. 研究協力施設と対象者	30
2. サンプルサイズ	31
3. 対象者のリクルート.....	32
4. データ収集期間.....	33
IV. 介入の方法	33
1. ライフレビューセッションの進め方	33
2. 提供するケアの定義.....	36
3. 認知症高齢者へのセッションにおける配慮	38
4. メモリーブックの作成と手交	39
V. 測定用具	41
VI. 分析方法.....	45
VII. 倫理的配慮	47
第5章 結果.....	52

I.	研究対象者リクルートの流れ.....	52
II.	ベースラインの対象特性	53
III.	ライフレビューセッションとメモリーブックの作製結果	54
1.	ライフレビューセッションの時間と内容.....	54
2.	メモリーブック作製と手交.....	54
IV.	測定値の主効果と交互作用.....	57
1.	GDS 得点の比較	57
2.	MOSES 得点の比較.....	61
3.	Vitarity Index 値の比較	64
4.	ケアスタッフへの自記式質問紙調査結果.....	68
V.	質的データの量的データ変換と分析.....	69
1.	ライフレビューセッション中の認知症高齢者の語りの文字数.....	69
2.	ライフレビューセッション中の認知症高齢者の非言語的表現.....	70
VI.	うつ傾向群と語りの内容の比較と関連	74
1.	うつ傾向群の GDS 変化と語りの特徴.....	74
2.	パターン別の事例による語りの特徴	77
3.	うつ傾向群の GDS 低減についての質的分析.....	77
第 6 章	考察.....	84
I.	ランダム化による対象者背景.....	84
II.	認知症高齢者へのライフレビューの効果.....	84
1.	RCT のアウトカム	84
2.	質的データの解釈	87
3.	GDS 変化と質的データの分析	88
III.	看護への示唆.....	91
第 7 章	結論.....	93
文献	94
資料		
謝辞		

第1章 序論

I. 研究の背景

我が国は 65 歳以上が総人口に占める割合が 25.9%の超高齢社会である(総務省統計局、2014)。さらに、認知症(経度認知障害を含む：DSM-5)の有病率は加齢とともに増加し、全高齢者数に占める割合は 15.0%と推計されている(朝田、2012)。認知症を含めた心身の障害によって生活に援助を必要とする要介護認定者数は 539 万人で、今後もさらに増加が見込まれている(厚生労働省、2013)。

一方、特別養護老人ホーム(以下、特養)は、老人福祉法、介護保険法に基づき在宅生活が困難な高齢者を支援する介護老人福祉施設である。2012 年の報告では 49.9 万人が利用し、要介護度の平均は 3.89(範囲：1-5)、入所者のうち認知症高齢者割合は約 8 割を占め、その対応は喫緊の課題となっている(厚生労働省、2014)。

認知症は、正常に達した知的機能が後天的な脳の器質的障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。これらは脳 β アミロイド、 α シンクレイン沈着、さらに加齢による変化が大きく影響するとされている(日本認知症学会、2012)。臨床症状の特徴では記憶障害、見当識障害など知覚・思考・感情・行動の障害として、不安や抑うつ、不眠といった周辺症状が 90%の患者に起こっている(Black et al, 2004)。一方、脳の器質的所見は症状の発現と一致しないなど、高齢者本人の気質や生活習慣、環境要素が認知症の発現や進行に影響していることが指摘されている。

そこで、認知症ケアでは、疾患に伴う症状に対してではなく、認知症で介護を必要とする一人一人に焦点を当て、個別性をとらえた関わり、何を感じ、何を求めているのか気づき、理解して、その人が主体的に価値を見いだせるよう支えていくことの大切さが指摘されている(Kitwood,1997; 木之下、2014)。認知症高齢者に、本人への丁寧な声掛けや納得抜きに物事を進めることにより、たとえ生活に必要なケアを提供する場合であっても、本人の視点におきかえると、意思を否定され、不安が増し、混乱に陥りがちとなる(Braiden , 2005)。本人が、いま起きていることがわかり、いまできる力を見出して行え、本人らしくあり続けるための援助が求められている。複数のスタッフが交代でケアにあたる特養では、障害を持ちながら生活を送る一人ひとりの声を聞き取り援助に関わる職種間で共有することが望まれている(永田、2013)。

ライフレビューは、系統的に過去の出来事の想起を促すことによって認知症高齢者が自身の人生史をたどり、昔の自分を生き生きと語り表現できる(野村、1999 ; 奥村、1999 ; 黒

川、2002)。自ら話しをする機会が次第に減っていく認知症高齢者が自身の思いを表出できるよう促すこと、その人の生き方に寄り添い、受け止めるかかわりである。意図的に過去を思い出し、語りや感情を表すことへの援助であり、その人の思いをとらえていくコミュニケーションツールとして用いることができる(Bourgeois, 1993; 桑原ら、2013; 山本ら、2013)。

このように、認知症高齢者においては何かを覚えることや咄嗟の対応が難しく、不安や混乱を抱きやすい(折茂、1999)。しかし、本人が落ち着ける環境で、個別的に、時系的に長期記憶を刺激する音や写真を用いて関わることで、認知症高齢者が生き生きと人生を振り返る実践が報告されている(野村、1999; 奥村、1999; 黒川、2002、山本ら、2013)。河合(1997)は「認知症で記憶力障害が著しい高齢者であっても、専門としていた領域での、だんだん内的で深い話になってくると、実に鋭く、的を得た言葉が出てくる」(河合、1997)など、長期記憶が想起され、記憶に伴う言葉も保持される可能性を指摘している。

認知症高齢者ケアにおける困難をテーマとした研究では、【認知症高齢者が示す行為や言動の意味とその背景を理解する方法が身についていない】看護師が70.8%に上ることが示されている(鈴木、2010)。一方、認知症高齢者の生活支援に関わるスタッフでは、「家族との連絡頻度が少ない」「他職種との連携がとれていない」など、コミュニケーションの問題や、役割の成果を感じる事が少ないと報告されている(阿部、2010)。

高齢者がしきりに過去を振り返り、話す傾向に着目したバトラー(Butler, 1963)は、ライフレビューを人が課題や困難に折り合いをつける自然な過程であり、専門家が共感的に傾聴することが心理的援助につながるとして推奨した。さらに高齢者の個人史を聞き取り、ライフワークをまとめていくことが効果的としている(Butler, 1963; Lewis & Butler, 1974)。

ライフレビューの看護実践では、ハイト(1988)が、ライフステージ毎の課題を想定するエリクソンの心理・社会的発達理論(Ericson, 1959)を用い、すべての発達段階に関して高齢者自身が再構成できるよう幼少期、青春期、成人期、老年期の4つのテーマを時系的に振り返ることを提唱した。これらは構造的ライフレビューモデル(Life Review and Experience Form: LREF)として確立した(Haight, 1986; Haight, Coleman, Lord, 1995)。その後、ライフレビューによる有意なうつ軽減(Blankenship, 1996; Hanaoka, 2004; Haight, 2003)、また生活満足度を高め(Chiang, 2008)、他者との対話や心を通わせ(Ando, 2012)、心の平穏を得られる変化が報告され、医療、社会福祉、介護の分野で幅広く応用されるようになっていく(Haight, 2007; 阿部、2010)。

ライフレビューは構造的、個別的、持続的、評価的で人生の統合を促し(Haight et.al, 1993)、

施設や通所センターで認知症高齢者に用いられる一般回想法が、一時的で単発的、楽しみを提供する活動として特徴付けられる点と異なると明記されている(Butler,1963)。しかし、実際に行われる中では思い出す主体は高齢者であり、ライフレビューと一般回想の意味付けは曖昧となりがちで、場面によって流動的であり、双方の意義を含んで使用される場合があった(Haight, 1988; 黒川,1995; 野村,1996; Webster & Young, 1998)。そのため、多くの実践報告が行われているものの認知症高齢者への有益なプロセスとしての効果、対象者の選択や介入手法、および評価方法にばらつきがあった。さらに、認知症高齢者へ個別に関わるライフレビューのプロトコルを示し、その効果を検証した研究は数少ない。

認知症高齢者を対象にしたライフレビュー実践の先行研究では、少人数で対照群を用いた効果の検証がある(田高ら、2000)。また対照群を設定しない片群のデザインでは、認知症高齢者とその家族が短時間同席し、写真やメモを基に振り返り、同じ内容を話題にすることで、高齢者の自尊感情を高め、生活の活性化や情緒機能回復によい影響を与えるとの報告もある(Bourgeois, 1993 ; 1996)。しかし、認知症高齢者においては、どのように変わったのか本人に問うこと、また問いの返答としての齟齬が予測され、事例の発言を記述した質的研究は散見されるものの、効果を明らかにした研究は数少ない。認知症の人へのライフレビューを含めた回想研究のメタアナリシスからは、ライフレビューのランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial : 以下、RCT)はいまだ数少なく、エビデンスの蓄積が求められている(Woods et.al, 2005)。

しかし、自らの感情や考えを表出することへの障害を持つ認知症高齢者へライフレビューの測定尺度として本人の主観を尋ね、そのまま数値データとして用いることには限界がある。そのため、効果を測る測定尺度は、客観的に観察可能な言動や生活行動の内容と、高齢者の目線や息遣いといった、身近で肌に触れ、些細な変化に気づくことが可能な介護者への調査が必要と考えられる。一方、認知症高齢者は、身体状況や住環境、人間関係の変化を受けやすい。そのため、人的環境や生活環境が一定で、ケアプランに基づいてケアが提供されている特養を研究フィールドとして考えた。よって本研究は、ライフレビューの効果として抑うつを測る RCT を設定した。対象者が想起を繰り返すことで生じる、ライフレビューのプロセスで起こる表出の変化などの現象をとらえるために、認知症高齢者の語りの質的分析、また観察法によるデータを並列的に収集し、それぞれを分析、比較・関連して解釈する混合研究法を用いることとした。

II. 研究の目的

本研究は、特別養護老人ホームに入所する認知症高齢者へライフレビューを提供し、混合研究法を用いてその効果を明らかにすることである。そのため、ランダム化比較試験を行い、プライマリーアウトカムを抑うつによる心理的安定性、セカンダリーアウトカムを生活行動の安定性、社会的交流とし、スタッフへの質問票と、言語的・非言語的コミュニケーションによる質的データと比較対照して検証する。

1. 量的データの収集

- ① RCT を実施する。介入群ではフォローアップ時の抑うつを示す GDS(Geriatric Depression Scale)変化量が、対照群と比較して大きい。
- ② ライフレビュー介入群は、フォローアップテストの生活行動の変化を示す MOSES (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects)、Vitality Index 変化量が、対照群と比較して大きい。
- ③ ライフレビュー介入群は、ライフレビューとメモリーブック手交後、スタッフの利用者理解など社会的交流に変化がみられる。

2. 質的データの収集

- ① 全4回のライフレビューセッションにおける逐語録。
- ② ケアスタッフへのライフレビューとメモリーブックへのコメント。
- ③ 認知症高齢者の逐語録から形態素（名詞、動詞、形容詞）を抽出し、量的データに変換する(data transformation)。

3. 量的データと質的データの比較と関連

- ① 語りとパターン、および GDS 変化別、認知症高齢者の心理的安定性、また、生活行動の安定性になぜその効果が生じたのかを検討する。
- ② ケアスタッフへのライフレビューとメモリーブックへのコメント内容を分析する。

本研究は、RCT で得られた認知症高齢者の変化がなぜ生じたのか、得られた言葉や非言語のデータにより意味づけを行う。量的データ・質的データをそれぞれ収集・分析する並列的混合研究法を用いる。両者を比較・関連付けて解釈し認知症高齢者へのライフレビューの効果を検証する。

III. 研究の意義

本研究によりライフレビューによって、認知症高齢者の語りの変化、心理的安定性、生

活行動の安定性、他者との交流への効果が明らかになり、ライフレビューを用いて共感的に話を聞くことで認知症高齢者は古い記憶や思いを語ることが示せる。これにより認知症高齢者は、限られた時間や瞬間であっても落ち着いて安心した感情を持つという経験が可能といえる。自分史に基づくメモリーブックにより、高齢者は自分の人生史を想起する機会が増やせ、感情や想いを他者に表出することにつながる。

ライフレビューを通して、施設のスタッフが認知症高齢者ひとりひとりの生活史と考えや生き方を知ることができる。これにより、特養で生活を送る認知症高齢者が感じている居心地、または不確かさ、困っていること、やりたいこと、些細な気がかりなど、認知症高齢者が言い表しにくい心情を、家族や施設のスタッフ、関わる人が理解することにつながる。ケアスタッフや関わる専門職が、認知症高齢者ひとりひとりへの理解を深めることにより、高齢者本人の心身の変化とニーズに添ったケアの提供につなげられる。

ライフレビューとその成果を共有し、実施可能な方法論を明確化することは、要介護度が高い高齢者が多く入所している特別養護老人ホームにおいて、その生活を支援していくための看護と他職種の協働、チームアプローチを通して、増加している施設に暮らす認知症高齢者が暮らしやすい地域社会実現に向けて有用であり意義がある。

IV. 用語の操作的定義

1. ライフレビュー

認知症高齢者が、自分の写真や思い出の品などを手がかりにして、人生史をライフステージに沿って系統的に振り返るプロセスを指す。

2. 認知症

アメリカ精神医学会により改訂された診断基準に従い、**Major 神経認知障害(Neuro Cognitive Disorder)**を指す。認知機能障害(複雑性注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚—運動、社会的認知)のうち、一つ以上の障害が著しいため日常生活の自立が障害される状態である(DSM-5, 2013)。本文中では「認知症」と記した。

3. 高齢者

特別養護老人ホームに入居している、概ね 65 歳以上を高齢者とした。

第2章 文献検討

認知症高齢者へのライフレビューの概念を明確化し、関連した研究の動向を整理するために、Ⅰ．ライフレビューの概念分析、Ⅱ．ライフレビューの理論的根拠、Ⅲ．研究の動向について文献検討を行った。

Ⅰ. ライフレビューの概念分析

ライフレビューは、回想法のなかにとらえられ、実践報告されてきた歴史がある(野村、2004 ; 田高ら、2005)。そのため様々な臨床における方法と定義にばらつきがあるという指摘がある(黒川、1995 ; 野村、1996)。よって、精神医学、看護学、心理学、公衆衛生学、社会学、作業療法の多分野における近年(1990 年以降)の 28 文献から、ライフレビューの定義が明確に記述されている文献を用いた。概念分析の手法として Rodgers の概念アプローチを参考にし、特性を捉えなおすことで概念を明確化し、看護への有用性を検討することを目的として「高齢者における life review」の概念分析を行った(山本、2014)。以下に、【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリーとして記述した。

1. 概念の定義

分析の結果、3 属性、4 先行要因、4 帰結が抽出された。ライフレビューの属性、先行要因、帰結の結果から、高齢者におけるライフレビューは「高齢者が想起を繰り返すことで人生を振り返り統合していく過程であり、さらに想起した思いを表現する状態」と定義した。先行要件から、【高齢期の特徴と身体的要因】【社会的交流の減少】および【精神的・認知的機能の低下】が基盤にあった。また、文献が対象としている高齢者は多様な特徴を示していたが、専門家による【インタビュー手法の柔軟性】によって、終末期であっても対応が可能である(Ando, 2012)ことが導き出された。よって、ライフレビューのプロセスによって【老いや死に向かう段階の受容】【他者との相互理解の促進】【他世代への伝承】が促され、これらは高齢者の【自分らしさの気づきと維持】という自己意識を導くことが示された。(山本、2014 より引用) (図 1)

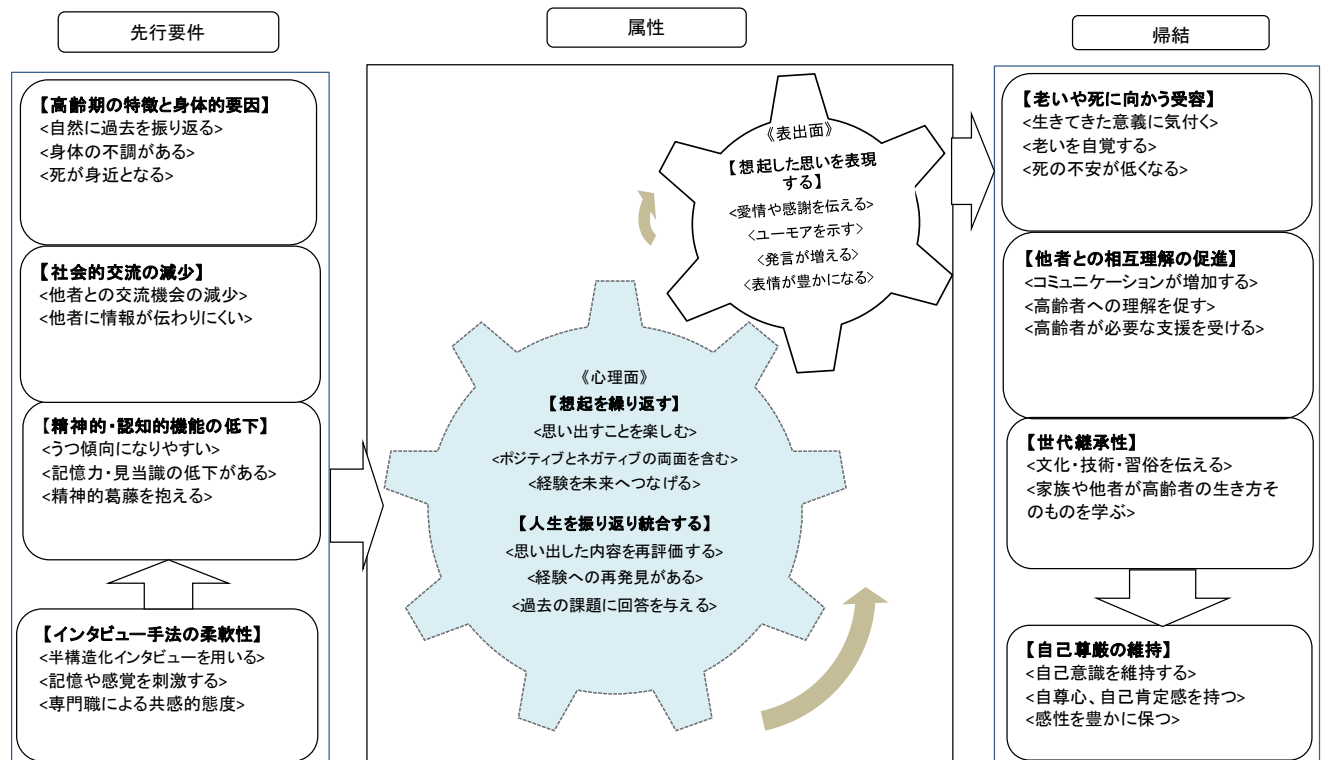


図1 高齢者における Life Review の概念モデル

【】はカテゴリー、<>はサブカテゴリーを示す。矢印は進行方向を示す。

2. 概念の特徴と課題

概念分析の結果から、高齢者におけるライフレビューは【想起を繰り返す】および【人生を振り返り統合する】プロセスを特徴とした。ライフレビューは個人個人の長期記憶を時系的に振り返るものであり、記憶障害が主症状の認知症高齢者であっても、長期記憶への刺激、LREFに従って複数回セッションを持つことが可能と考えられた。

また、統合の過程はエリクソン(1959)の心理社会的発達段階理論を用いて説明されており(Burnside et.al,1992)、老年期の課題である統合を達成するには、想起、再検討する意欲が必要とされ、ライフレビューは高齢者が自身の生活史を、ポジティブ、またはネガティブな部分も含めて再定義、再評価していく具体的な過程であり、専門職や訓練を受けた者が聞き手となって共感していくことが求められた(山本、2014)。

帰結として抽出された【自分らしさの気づきと維持】は、高齢期であっても過去から未来に至る自己の連続性の感覚が生じる(Lewis, 2001)など、高齢者の自尊心、自己効力感に関連する重要性を示唆しており、認知症高齢者におけるライフレビューの具体的な過程を

どのように測り、検証していくかが課題と考えられた。

(2) 看護における有用性

本概念の帰結である【老いや死に向かう段階の受容】【他者との相互理解の促進】がライフレビューの過程から発言、また表情や態度といったあらゆるコミュニケーションが増加する>ことが示された。高齢者は、身体的・精神的機能の低下を特徴として持ち、自らが自身の状態や希望を伝える機会が少なくなり、さらに自身に関する情報提供や、地域や組織を中心としたネットワークへの参加を難しくしていると考えられる。ライフレビューを実践する場所は医療施設ばかりではなく、ナーシングホームや生涯学習機関、在宅と多岐にわたっており、高齢者の生活の場の多様化が示されている。これは一人の高齢者が、身体的、精神的、また家族のあり様など社会的状況の変化によって、住み慣れた場所から離れ、家族以外の他者から医療や介護を受けながら、生活の場や人生の最後を迎える場所を変更して行っている現状も示唆している。

よって、ライフレビューを高齢者に行うことにおいては、想起される内容がネガティブであっても、高齢者の自然な表出に任せ、一方でしっかり受け止める姿勢が求められる。高齢者の発言には静かに耳を傾け、深く共感する（野村、2002）。ゆっくり、少しずつ語られる成し遂げたことへの感慨を最大限に評価していくこと（山本、2014）、自然に言葉となり態度となって示される今の思い、望みや考えを汲んでいくことが重要と考える。

II. ライフレビューの理論的根拠

認知症高齢者へのライフレビューを実施するために、関連する研究の歴史を踏まえ、研究デザインを構築する上で必要と考えられる理論、概念について整理した。

1. 自我心理学

自我や自己といった概念は、すべて多少とも互いに異なる意味を含み、「自分自身を知る」ことの困難さが自己観察や自己認知の方法に限界があること、本来自我は十分に完結顕現していないなど、容易に極め尽せないといった特徴が挙げられている(北村、1977)。

ミード(1947)は、具体的な全体としての現象をセルフとし、そのうちに主体としての自我と、客体としての自己を区別した。内観によって精神(意識)がまず存立を確認し、そこから自我が誕生し、他者との間の共通の空間である社会が生まれるとした。自我には環境に対して適応し、自我エネルギーを統合して行く機能があると考えた。北村(1977)は、個人の過去の経験が本人にとってつねに一定不変の意味や機能をもつものではなく、人生の

終わりに経験そのものの変容を認める事態があり得るとした。過去の緊迫した事態で行った自分の言動を想起するとき、しばしば一種のユーモアを感じるなどは、背景となる事態の変化がおこり、主体としての自我が個々の経験を以前と違った脈絡に編入するとしている(北村、1977)。よって、主体たる自我を意識するとは「自分の経験に気づくこと」というのが妥当であり、自己の起源と基礎とは社会的なものであるが、その本質性は自己意識そのものにあると考えられている(東ら、1993; 箱田ら、2010)。ライフレビューは<自己意識の維持>を帰結としていることから、自己心理学は必須の理論と考える。

2. 心理・社会的発達理論

エリクソン(1959)は、人間は、個人的欲求や能力と社会的期待や要求との相互的な関わり合いの中で、乳児から老年に至るまでのライフステージを通じて発達的に形成されていくとの視点に立ち、8つの段階を仮定した。段階ごとに発達課題があり、課題が解決されれば次の発達段階へ進むことができ、解決されなかった場合は発達は停滞する(Ericson, 1959)。

第1段階の乳児期においては(基本的信頼vs.不信)で、基本的信頼は主に授乳関係を通じて作られるとされ、後の人格発達の原型となる心理的な意味も含まれている。乳児は周囲の世界は自分を養い、頼ることができ、信頼できると感じることで、他者と親密な人間関係を築き上げていく土台が作られる。第2段階の児童前期は(自律性vs.恥、疑惑)で、幼児が歩行できるようになり、排泄など自律性の感覚を身につけ、自己主張をはじめる。第3段階は遊戯期(積極性vs.罪悪感)で、世界にどんどん進出して、攻撃をしかけ、自分を主張していく積極性と、それにより自分は罰せられるのではないかという罪悪感が発達課題となる。ここでは、自分が世界に対して積極的に取り組める存在であることを認識する。第1から第2段階では、脳の記憶機能の未熟さや言語の未発達からも体験として想起できると考えにくいため、第1から第3段階までを合わせて「幼少期」としてとらえられる。

第4段階は学齢期(勤勉vs.劣等感)で、学校で知識や技能を修得し、仲間との集団関係を育てる。物事を完成させる勤勉さ、自己の有能感や自尊心を得る。第5段階は青年期(同一性vs.同一性拡散)で、性欲、自己概念が新しく現れてくる。生理学的変化と社会的な葛藤とによる混乱の時期である。自分がどんな人間かを確立することが課題となり、これに失敗すると役割混乱が起こって同一性拡散という病理が生じる。また、自我同一性の確立を目指して試行錯誤しながら、自分の生き方、価値観、人生観、職業を決定し、自分

自身を社会の中に位置づけていく。この第4, 5段階は家庭の庇護のもとで自我同一性が確立されていき、身体的にも発達の著しい時代である。これを「青春期」としてとらえた。

第6段階は前成人期（親密さvs.孤立）で、発達課題は親密さである。自我同一性を確立したものは、他者と真の親密な相互関係をもつことができる。第6段階では家族からの独立や異性との出会い、結婚といった社会の一員としての発達課題が登場する時期であり、これを「成人期」としてとらえた。

第7段階は成人期（生殖性vs.自己没頭）で、発達課題は生殖性（生産性）である。次の世代を育てていくことに関心をもち、結婚と育児、社会的な業績や知的・芸術的な創造も含まれる。さらに、第8段階である老年期の発達課題は「絶望と嫌悪vs.統合、英知」であった(Erikson, 1959)。よって第7段階以降を「中年期以降」ととらえた。

心理社会的発達段階は、単に年齢的な結果としてではなく、各人それぞれの成長に対して意味を持ち、また各段階の発達はその後の全段階に重要な、漸成的原理に従うとし、すべての心理的成長の機能が出現し、統合には生涯が費やされると述べられている(Erikson, 1968)。ここで統合とは、自分の人生を自らの責任として受け入れていくことができ、死に対して安定した態度を持てる状態と説明されている。それはすべて完成された人生である。ジョウン・エリクソン(1997)は人の寿命の延びに伴い、さらに第9段階を構築した。身体的・生理的能力の低下に向き合わざるを得ないこの段階では、以前の8段階ともう一度対峙することとなった。この段階での統合とは、他者と「触れ合うこと」「触れること」を必要とし、手触りで世界と「つながる」という具体的で確実な機能を持っていると述べている(Erikson & Erikson, 1997)。さらに、老年期では能力の喪失や崩壊が関心のすべてとなるが、この危機を乗り越える経過の中で英知が育まれ、自身の人生に意義と価値を見出せると述べている。身近となる死を受容することができ、身体機能の低下に直面しても、依存と自立の間でバランスをとることができる。この場合に人は80歳、90歳以上となっても、他者と触れ合い、温かさを感じながら生への願望や希望を感じることができ、前進していくことができる。これは老年的超越性とされ(Tornstam, 1994)、加齢に伴い、生活する世界が縮小することに合わせた価値観や、思うように動けない、孤独な生活の中でも、高齢者は人とのつながりを感じ取り、時間や空間を超えて触れ合うといった感受性を持てると述べている(Erikson & Erikson, 1997)。

認知症高齢者が看護や介護を受けて生活するようになって、幼少期からの記憶を系統的に振り返り、人とのつながりの中で育まれてきた感覚、人とつながっている自分を認識

し、受け止めていく過程が統合と考えられる。よって、心理・社会的発達理論はライフレビューを行う上での基盤となる理論といえる。

3. 生涯発達心理学

人の発達を生物学的発達曲線ととらえると、上昇するものはいつか必ず下がらなければならないという自然原理から、高齢期は衰退のイメージでとらえられていた。1970年代に入り 65 歳以上人口が 10%に達した米国は、いち早く高齢化が社会的問題となり、定年の延長、年齢差別の撤廃、成人以降の変化の研究が進められ、社会科学の発達の中で老年心理学、また老年発達心理学が扱われるようになった。一方、東洋社会では、論語の「(略)、七十にして心の欲するところに従って、矩を超えず」の記述に象徴されるように、生涯にわたり精神的発達を受け入れる素地がみられていた。

バルテス(1987)は、理論的観点として、個体の発達は生涯にわたる過程であること、発達は全生涯を通じてつねに獲得(成長)と喪失(衰退)とが結びついておこる過程であること、発達には大きな可塑性(可変性)が認められること、個体の発達は歴史的文化的条件の影響を受けることなどを主張し(Baltes, 1987)、発達について新たな視点をもたらした。老年期は一般には衰退の時期ととらえられ、運動能力や知的能力などは年とともに衰えるようにも感じられる。しかし、速さや力を要するものは加齢とともに衰えるが、知的能力においては、言語的豊かさの増加、正確さを求めるような課題への応答は必ずしも衰えないことを明らかにした(Baltes et al., 1984; Dixon & Baltes, 1986)。また、高齢に至って以降も発達をつづける面もあり、「結晶性知能」と表現される過去の知識や経験を基にした適応能力や判断力などは、老年期にも維持されることを示唆した(Horn, 1982)。さらに、「知恵」という特性は人が高齢に至る十分な人生経験に基づいて発展するとして、老年期の意義を唱えた(Butler, 1963)。これは生涯発達の後半に現れる普遍的な心的過程として、人生を回顧し、吟味する過程が意味を持つことが指摘されている。この過程にはライフレビューも含まれると考えられることから(Butler, 1963)、認知症高齢者においても生涯にわたる発達理論に基づいてとらえ得るといえる理念である。

4. 認知心理学

人は日常生活の中で、絶えず過去の経験やそこから得られた知識をもとに、次の行動を決定している。その意味で記憶の情報処理は生活に不可欠とされている(梅田, 箱田ら, 2010)。

目で見、耳で聞いた情報を取り込み、一定期間蓄え、必要に応じて取り出すことができる(石原、2002)。記憶には記銘、保持、再生の三つの過程があり、認知心理学では外界からの情報はまず感覚記憶に取り込まれ、次に短期記憶、さらに長期記憶へと貯蔵されると説明されている。感覚・短期記憶では情報を反復しない限り短時間しか情報を貯蔵できない。経験や知識を通して蓄えられた情報は長期記憶に転送され、いったん入った長期記憶は数十年に渡って失われることはなく、必要に応じて情報を選んで引き出すことができる(折茂ら、1999)。長期記憶を質的にとらえると、経験や時間関係についてのエピソード記憶は加齢により低下するが、言葉や概念、それらの関係についての知識である意味記憶や手続き記憶は低下が起これないと考えられている(Light et.al.,1992; Backman et.al.,1993)。このように長期記憶は手がかりを提示することで引き出すことができると考えられており、よって記憶障害が中核症状である認知症においても、少なくとも軽度から中等度においては長期記憶の想起が可能であり、ライフレビューの対象とする。よって、本研究で長期記憶を刺激する手がかりとして古い写真や思い出の品を用いるにあたり根本となる理念である。

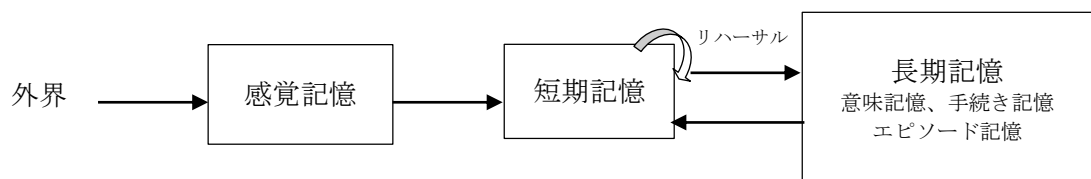


図2 記憶のマルチストア・モデル (Atkinson & Shiffrin, 1968)

次に、人生において経験した出来事の記憶の総体は自伝的記憶(Autobiographical memory)と呼ばれている(Conway et.al, 2000)。個人のライフスパンのどの時期に経験した出来事が、高齢者においてどの程度再生されるかを、手がかり語によって調査した再生記憶分布の研究からは、10代から30代の出来事の想起が多いことが特徴であり、この現象はレミニセンス・バンプと称されている(Rubin et.al., 1997a; 1997b)。高齢者における研究からは、バンプが頑健に生じること、ピークは概ね10代から20代で、単語による手がかり語の他、写真や生活用品を示す方法もある。よって、短期記憶が障害された認知症高齢者においても、写真を手がかりに想起

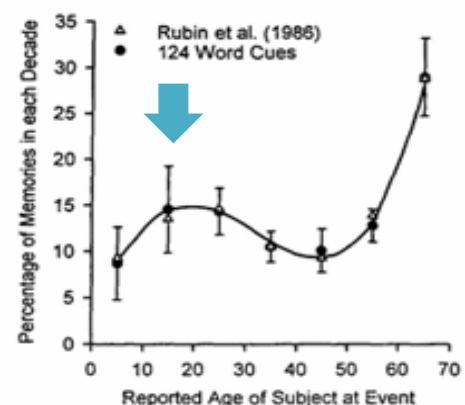


図3 レミニセンス・バンプ (記憶の分布)
(Rubin et.al, 1997a)より引用一部改編

を促す手法の根拠となる概念といえる(Fomholt et.al, 2003)。

5. 言語心理学

言語機能は他の心的諸機能、例えば思考や記憶、情緒との密接に結びついており、言語心理学の理論的出発点は話す個々人であり、その言語行動および心的神経学的条件である(Bloor, 1988)。カルナップは言語を理論言語と観察言語に大別し、理論言語は「観察できない事象、事象の観察できない側面または特徴」である一方、自身ではわからない観察言語は「観察できる事物や事象を記述するために、観察できる性質及び関係を指示する用語（日常的な事や物）を用いる」として、両者は対応するがすべての変化を説明することは難しいとした。

地図は土地の、レコードは音楽の像と表現されるように、言語は世界の全体を写し出す像であり、音声であり、文字といえる。また、「姿勢、声の調子、態度から、人の情動についての重要な情報が得られる」(David et al., 1979; 杉本, 1990)と述べられ、言語は、人においては顔つき、目つき、その他四肢の動き、音声の響きから成り立ち、何かを求めたり、手に入れようとしたり、避けようとする心の動きを示すことができる。よって、神経認知症高齢者のライフレビューにおいて、想起されたイメージや像を言葉や脈絡で表せなくとも、言葉以外の表情、身振り、声の様子などで示され、それを観察し記述することによって心の動きを表せると考えられることから、本研究の評価尺度、および観察項目を決定するうえで不可欠の理論である。

6. 認知症の人のパーソンフッド(Personhood)の概念

キットウッド(1997)が生み出したパーソンフッドとは、認知症の人の立場に立ち「人や社会のつながりのなかで、他人からひとりの人間に与えられる立場や地位である。それは、人として認めること、尊重、信頼を意味している」と、とらえた概念である(Kitwood, 1997)。認知症であるその人の過去と、現在のその人をとらえることにより「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」であり、「自分で自分の価値を感じられること」(水野, 2008)を意味し、認知症ケアの根幹として広まっている。

認知症では脳の器質的な障害によって思考のスピードが遅くなり、複雑な指示の理解がしにくくなり、反応も遅れがちとなる。ADを主とする臨床において、介護者や医療者から見ると有害で問題に映る行動に、行動心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of

Dementia; BPSD)がある。BPSD は周囲のかかわりの仕方、環境調整によって増幅し得るとされている。本人の立場で認知症の臨床症状への視点を端的に表すものとしてキットウッ드의示した公式がある。これは認知症の人を捉える際、疾病から避けられない病状と、看護を行う周囲の理解と接し方の重要性を示し、認知症状において、その人の生活史を理解することの重要性、そして心理的要因が強く関わっていることを示している。よって、ライフレビューによって家族やスタッフが高齢者ひとりひとりの生き方や考え方に気づき、その人の理解、周辺症状への理解、環境調整への示唆、看護へつながる重要な概念と考えられる。

表 1 キットウッ드의公式

$D = P \times B \times H \times NI \times SP$	
D ; dementia	認知症症状
P ; personality	性格
B ; biography	生活史
H ; physical health	身体の状態
NI ; neurological impairment	精神学的障害
SP ; social psychology	対人心理要因

(Kitwood, 1996)

III. ライフレビューに関する研究の動向

ライフレビューは医学・看護学、心理学、教育学、および作業療法の分野ともその成果を共有できるため、和文献、英文献から検索語を“life review”、“elderly”・“aged”としてデータベースを検索し、高齢者へのライフレビューの実施方法、測定指標について示唆を得た。これらの文献はライフレビューによる介入や対象とする事例による介入評価研究であったが虚弱高齢者、閉じこもり高齢者、抑うつ状態の高齢者、認知症高齢者と幅広い層を対象とされていた。そのためさらに“dementia”、“cognitively impaired”に関する文献を吟味し 4 文献が得られた。

以下に 1. ライレビュー研究の推移と課題、2. ライレビュー研究の動向、3. 文献検討の総括を述べる。また、表 2 として介入研究 19 文献の一覧を示す。

1. ライレビュー研究の推移と課題

1) 手法と概要

先行研究における RCT ではグループプログラムを対象に多く行われていた。高齢者は虚弱、閉じこもり、抑うつ状態、認知症高齢者と幅広い層を対象とし、抑うつのある高齢者への文献が多かった。そのため対象者のサンプリングでは精神科病棟(Blankenship, 1996)、緩和ケア病棟(Ando,2012)、ナーシングホーム(Haight,1995; 1998; Tabourne,1995)、デイケア(Hanaoka, 2004)、最も多かった場所が在宅(Haight,2003;藺牟田,2004; Koret, 2012; Mastel-Smith, 2006; Pot, 2010; Westerhof,2010)であった。すべての文献で、ライフレビューの定義、具体的な手法内容として実施回数、実施間隔が述べられ、所要時間が不明なものは 2 文献であった。

実施回数では、緩和病棟において終末期にある高齢者への個人ライフレビューで 2 回(Ando, 2012)、在宅または在宅者が通う機関で行われる場合は 12 回であった(Blankenship, 1996; Pot, 2008; Tabourne, 1995; Westerhof, 2010)。時系的に人生を振り返るライフレビューにおいては複数回の実施が必須であるが、対象者の心身の状況から、1 - 2 週間で 2 - 3 日間、期間を隔てて行うことが示された。高齢者を対象とした研究では長期間に渡ること健康面での低下や悪化による脱落の増加が検討事項に挙げられており(Haight,1998; Mastel-Smith,2006;Westerhof,2010)、認知症高齢者においては長期記憶が想起しやすいと考えられる人生の前半期を中心に、幼少期から系統的なテーマを設定して、実施回数は 4-6 回で行われていた。

実施間隔は週 1 回が最も多く、対象者の身体状況に合わせて週 3 回、隔週で 1 回とさまざまなケースがあった。その際、実施間隔が短いほど所要時間は 20~30 分と短く設定されていた。対象者の身体的状況に問題がなければ 60 分、アクティビティを含めて 2 時間のセッションとしている研究(Tabourne, 1995; Pot,2010)もあった。インタビュー時間として、認知機能低下のない高齢者を対象としたライフレビューでは、1 週間に 60 分の設定が多く認められた。さらに、限られた時間枠で負担なく想起を促すために、テーマに沿って写真や道具という手がかり刺激を用いて高齢者の想起を援助する試みが有効と考えられた。身体的なアクティビティは、施設によっては日常の活動プログラムに組み入れていることからライフレビューが目的の場合は行わず、対象者の特性によって適宜、歌やインターネット画像など写真以外の資料を用いる必要があると推察された。

高齢期の精神機能の特徴として、配偶者や親しい人の死、家族関係や居住環境の変化、定年や心身の不調により職業から離れる等の社会的地位や生活の変化、および急性・慢性疾患の合併が高齢期の抑うつに影響しており(折茂、1999)、複数の疫学調査から、抑うつ

は高齢者の 8-35%程度と、高い有病率であることが示されている(木戸、1981; 佐藤ら、1993)。ライフレビューが高齢者に多い抑うつへの精神的治療、また心理的援助として実践され(Korte, 2009 ; Pot, 2010 ; Serrano, 2012 ; Westerhof,2010)、RCT 研究を含めていずれも高齢者における抑うつへの有意な効果が示されている。また、在宅認知症高齢者への実践では、個別に介護者とともにライフレビューを行い、メモリーブックとして手交し、継続的な効果および介護者の理解を検討した(山本ら、2013)。この他、施設・病院における個別またはグループプログラムの報告では、サンプリング方法は記述されているが、具体的な介入のプロセス、アウトカムの評価が明確であったものは数少なかった。

(1) ライフレビュー実施回数

ハイトの構造的ライフレビューモデルを用いた先行研究では 2～12 回が行われていた。これには高齢者の加齢や疾患による身体的状況（終末期から在宅から生涯センターに通える範囲）が影響していると考えられた。そこで、特養に入所している要介護度 3～4 の、認知症高齢者の身体的状況におけるライフレビューの適切な回数を検討した。その結果、事前面接でセッションに必要な情報を収集し、準備して示すことにより 4 つのテーマに沿って各 1 回、また、記憶障害により近似記憶は失われていることから、全体のまとめを中年期以降の回に含めることが可能と考えられ、幼少期・青春期・成人期・中年期とまとめの全 4 回のセッションを考えた。

(2) セッションの所要時間

本研究は、特養で生活している認知症高齢者を対象としていることから、セッションによって施設における生活時間の流れを変えてしまうものであってはならない。また、認知症の人には「過去を思い出すことはハードワークである」(Haight,2007)と示されている。先行研究ではほぼ自立して生活が送れる認知症高齢者のグループホームで 40 分間、緩和ケア病棟では 20 - 30 分間と示されていた。特養における要介護度は平均 3.8～4 と報告されており（厚生労働省、2013）、身体的に虚弱で、想起による疲労が大きいことが予測される。よって、対象者の疲労や心身の状況で時間の短縮・延長が可能として、セッション時間は 30 分間迄とし、延長しても 10 分を超えないことと定義した。

2) ライレビュー研究の推移と課題（1960～1980 年代）

バトラーは高齢者がしきりに過去を語ることに着目し、心理療法のなかでも特徴的なその心的過程をライフレビューと命名した(Butler,1963)。その後、高齢者へ回想を促す働きかけは積極的に行うことが望ましいという考えが広まり(Lewis,1971)、ライフレビューを含

めたさまざまな回想法が普及していった。さらに、高齢者への心理療法としてライフレビューの有効性を示唆し、ライフレビューをより意識的に効果的に行う事により、精神的・社会的・身体的全ての要素が高齢者の生きる意義や統合、発達や平安につながるとされる一方、葛藤や抑うつと対することから、対象者と目的、手法を慎重に検討するべきであるとの指摘もあった(Lewis & Butler,1974)。良き聴き手としてのロジャース(1980)のカウンセリング技法、また時系的に尋ねるハイトの LREF は具体的なインタビュー内容として広まった。

2. ライフレビュー研究の動向 (1990 年代以降)

ハイトらは、個人の内的世界に関わる回想類型を整理し、ライフレビューの「人生の意味および継続性の発見」機能を示した(Webster & Haight,1995)。また、コールマンは社会的意味を検討し、ライフレビューは死を身近に感じる中で、現在と過去の自己を統合する分析的な回想で、恐れずに相対する必要がある、単に回数を増すことがその効果を高めるわけではないと報告した(Coleman,1974)。ギブソン(1989)はアルツハイマー認知症 (以下、AD) 患者を対象とした研究で、想起自体がライフレビューの過程を補助し、ライフレビューはより構造的で焦点化した手法であると述べた(Gibson,1998)。また、個別的、構造的、評価的ライフレビューが最も効果的であり、AD では疾患の進行により記憶と人生が混乱してしまうことから、人生のイベントを時系的に整理したライフストーリーブックを作成する支援が試みられた(Haight & Dias,1992)。また、非薬物療法として対象者にとっての効果だけではなく、ケア提供者にとっても楽しみを与えることが示唆されている(Woods et.al,2005)。

本邦においては医学中央雑誌の文献検索で、一般回想と区別してライフレビューが登場するのは 1990 年代以降であった。1998 年頃からは対象理解にライフレビューを用いる(中川、1995)、患者実践へどのように活かすかを紹介した(野村、1999；奥村、1999；黒川、2002)解説がある。認知症高齢者を対象に効果を検証しようとした試みでは、軽度の症例で認知機能の改善効果がみられた(田村、1997；野村、1996；松田、1999；田高、2000)。また重度であっても情緒の安定や問題行動の軽減が見られた報告や(森川、1999)、抑うつ傾向の軽減、対人関係の改善が見られる効果の報告が多くなされた(野村、1996；高橋、1997；為国、1999)。

さらに、認知症高齢者にあっては、記憶障害や認知障害がありながらも、少しずつ長期記憶を手繰る過程から、人生を送ってきた豊かさや、伝えたい知恵や時代を生き抜いてきた感情といったものが表れてくる。そして高齢者を囲む家族や、関わる介護・医療の職種へも言

葉や行動で示せる実践が報告されている(黒川、2005)。

3. 認知症高齢者と疾患の定義

神経認知障害(Neurocognitive Disorder)は、認知症(dementia)に代わって採択された診断名である(DSM-5, 2013)。6つの認知領域(複合的注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動、社会認知)についての障害の重症度と日常生活の自立度の程度に応じて評価がなされる。脳の器質的な疾患によって、発達した知的機能が持続的に低下し、生活に支障をきたした状態では自立度の程度に応じて Major か Minor かに区分できる。さらに、アルツハイマー病、前頭側頭葉変性、レビー小体病など 6 疾患の病因については、生物学的指標を用いて「ほぼ確実」「疑い」をつけることになった。ただし、我が国の臨床においては従来の軽度認知障害(MCI)を含めて「認知症」の語句を用いることは妨げられていない。よって、施設および家族への説明、書類には「認知症」の表現を用いた。

高齢者に多い認知症はアルツハイマー病(Alzheimer Disease:以下、AD)と血管性認知症(Vascular Dementia:以下、VD)で、両方で 75～80%を占めるとされている(日本認知症学会, 2012)。AD は緩徐に発症し、持続的に進行する。発症から 8 - 10 年の経過をたどり、最終的には言葉の理解や発語も難しくなり寝たきり状態となる。初期(軽度)の期間は 2 - 3 年続き、近時記憶の障害や日にちや曜日など細かな時間の見当識障害が中心で、基本的な日常生活はほぼ自立している。本人自身も「思い出せない」「間違いが多い」「気力がわからない」など、何となく辻褄の合わないことに気づき、困惑や混乱、不安や自信喪失といった感情を持ちやすい。この軽度の時期が本人の苦悩が最も大きいとされと指摘されている(平原、2013)。中等度の段階は 4 - 5 年続き、記憶障害の進行、見当識障害、実行機能障害、失認・失行・注意の障害により日常生活機能障害が進行する。また時間の感覚が薄れ、「わからないことがわからない」ように多くの物事を漠然としか感じらない不安がつきまとい、本人が自身の思いを言葉では正確に表現できなくなってくる。8-10 年経過し重度になると、新しい情報は保持できず断片的記憶のみとなり、日常生活動作は全てにおいて介助が必要となってくる。原因疾患はさまざまで多くは原因が不明であり、進行的、不可逆的で根本的な治療はいまだ確立されていない(日本認知症学会, 2012)。

本研究では、混乱や不安が生じやすく、その援助の必要性和、言語的コミュニケーションが可能と考えられることから、初期から中等度の段階の認知症高齢者を対象とする。

4. 文献検討の総括

多領域におけるライフレビュー実践の文献検討から、認知症高齢者に対する実践に向けての示唆を整理する。

- 1) ライフレビューに関連する自我心理学、心理・社会発達理論、生涯発達心理学の視点から、軽度から中等度の認知症高齢者においても長期記憶の想起が可能であり、手続き記憶の刺激によりさらに想起が促される可能性が示されている。
- 2) 看護領域におけるライフレビューではハイト(2007)の先行研究から、認知機能に障害がある高齢者においてもライフレビューは可能であり効果が期待でき、特に軽度 AD で最も効果的と述べている(Haight,2007)。セッションの実践においては想起の引き金になる写真や道具の準備、落ち着ける空間の設定、傾聴の際には時間を要する接し方についても指摘があり、特にネガティブな内容では慎重に対応する必要がある。
- 3) 看護実践においては、日常の医療的業務や生活行動援助の中で、認知症高齢者の語りに耳を傾ける時間を捻出することが難しい現状がある。そのためライフレビューによる対象者理解を深め、援助の意味と意義に生かすうえでは、セッションの進め方は、プロトコル化して（資料 14～18）文章化し、施設のスタッフにも行われている実際をわかりやすく示していくことが望ましい。
- 4) 生活史を時系的に想起するライフレビューは、軽度から進行した認知症高齢者に想起を促せる。具体的な手法として、ハイトらは在宅の軽度から中等度のアルツハイマー病高齢者を対象にメモリーノートブックを作成していくパイロットスタディから、セッションごとのテーマ設定や LREF による半構造化インタビューを用い、週 2 回で 30 分程度のセッションを繰り返すスケジュールを薦めている(Haight, 2007)。これは要介護度の高い特養入居高齢者に該当すると考えられる。
- 5) ライフレビューは、認知症高齢者その本人のための認知機能の改善や、患者のケアに生かす(松田、1999)、援助者にとっての看護の対象理解に活用され検証されてきている。対象者本人にとっても、ライフレビューで人生史を振り返ることにより、その中で自身が過去とつながる自分、頑張ってきた自分に気づいて行く過程である。記憶が途切れ途切れとなりながらも家族や他の人に伝えたい生き方や生活があり、その人のこだわりや思いがあると考えられる。この過程の実証研究は数少ない。

表 2 高齢者におけるライフレビュー 介入研究の対象者と手法

文献	著者、発行年	研究デザイン	対象者	場所	介入プログラム	期間と回数	測定用具	結果
1	Tabourne, C. E.(1995)	CCT 群別前後比較	中等度アルツハイマー型認知症32名。宗教別介入群各20名、対照群各16名	二か所のナースینگホーム	グループ 毎週時系的なテーマによるセッション後、アクティビティを行う二部構成。対照群はアクティビティのみ参加する。	週1回 時間不明 計12回(週)	Self-esteem Questionnaire(SDQ-3) Disorientation & Social Interaction (独自尺度)	介入群では、対人交流、失見当識、人生史を振り返り統合（自己価値感、過去の受容、現在の受容、将来展望）が有意に改善した。自尊感情は有意ではなかった 介入群はアクティビティにもよく参加した
2	Haight, B.K, Coleman, P.(1995)	群別前後比較	米国・英国の退職者240名を10グループに分け、5つのグループ介入と5つの個人介入 平均77歳	ナースینگホーム、高齢者住宅	介入前後で4つのアウトカムを測定。構造的ライフレビューは2グループ(評価・共感を含む、または含まない)他はランダムな回想が6グループ、最近の話題が2グループ。	グループと個人 週1回 計6回	Southampton Self-Esteem and Sources of Self-Esteem Scale Rosenberg Self-Esteem Scale Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	自尊感情は構造的LR群で有意に高まったがモラルの自変化は明らかではなかった LRはグループでも有意だが個別ではより深い想起がみられる
3	Blankenship, LM.(1996)	介入群のみ前後比較	うつ、気質障害、認知症（MMSEカットオフスコア18点）25人の退役軍人	精神科病棟	グループ 計12のトピックを用いる。	週3回 時間不明 計12回	MMSE(Mini Mental State Examination) Reminiscence Function Scale(RFS) Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS) HDRS(Hamilton Depression Rating Scale)	うつの改善、心配・不安・妨害の改善がみられた。LRによりポジティブな変化が起こる。1) 退屈の縮小、②死の準備、③アイデンティティ問題解決、④会話、⑤親交維持、⑥苦さの再現
4	Haight, B. K.(1998)	RCT	生活支援が必要な高齢者256人。64人ずつ4群に分けた	ナースینگホーム	グループ ソロモン4群比較,介入群にはLRRFを用いる。介入前後、1年後に測定。	週1回 計6回 前後も入れ全8週	Beck Depression Inventory(BDI) Psychologist well-being self-Esteem Scale The Hopelessness Scale Beck Suicide Identify	ライフレビューは絶望を防ぐ、尊厳を維持する、これは自殺を予防する。時間をかけることで統合が増す
5	Haight, B. K.(2003)	ミックス法	アルツハイマー型認知症高齢者とその介護者22組を3群に分けた	在宅	個別 本人と介護者が共に参加、介護者のみ参加、対象者の3群で、ライフレビューを行い、ライフストーリーブックを作成する。	週1回1h 計6回 前後も入れ全8週	Functional Assessment Staging(FAST) Global Deterioration Scale(GDS)	認知症高齢者のムードは明らかに改善した。認知機能はわずかに低下した。介護者の負担感、問題行動は共にライフレビューを行った群で改善した
6	Hanaoka, H.(2004)	RCT	要介護高齢者認知症なし(MMSE>21)介入群42名、対照群38名の計80名	デイケア ナースینگホーム	グループ 対照群は健康についての対話を行った。前・直後と3か月後測定する。	週1回1h 計8回	Life-Satisfaction(LSIF-A) Self-Esteem Scale(SES) Depression, Hopelessness GDS(Geriatric Depression scale) BHS(Beck Hopelessness Scale)	うつ(p=0.04)と絶望(p=0.04)が有意。うつ軽減はLR直後に著明ではなかったが3か月後は減少の傾向があつた
7	瀧 幸田(2004)	群別前後比較	準寝たきり高齢者52名を介入群23名、対照群23名。認知症状状除外 平均79歳	在宅	個別 訪問時の心理面の介入でライフレビュー、身体面の介入で脳卒中予防・腰痛予防・転倒予防、栄養・歯科予防のバンプレットの提供20分含む	隔週1回60分 計6回	視力・聴力 (歩行、食事、排尿、入浴、着脱) ADL Life Satisfaction Index 老研式活動能力指標 Falls Efficacy Scale改定版	いずれの尺度でも介入前後で有意差は見られなかった。LRが人生満足度などでマイナスの影響をもたらなかった
8	Mastel-Smith, B. et.al.(2006)	前後比較	在宅でケアを受けている虚弱高齢者20名	在宅	個別 心理社会的介入としてのライフレビューを訪問時に実施 前後、10,16,20w後測定する	週1回40分間 計6回	Short Portable Mental Status Questionnaire(SPMQSO) Geriatric Depression Scale(GDS)	LRは在宅高齢者のうつを減少する
9	Mastel-Smith, B. (2007)	RCT	抑うつの高齢者32人、ランダムに介入群15名、対照群16名	在宅	グループ 4・5人グループでライフストーリーを筆記し、発表し共有するワーキングショップに参加。	週1回2h 計10回	Brief Symptom Inventory18項目 (depression, somatization, anxiety含む)	自史を筆記し他者と共有することで自己効力感が高まり、うつ状態軽減効果がある
10	Chiang, K.J.(2008)	RCT	退役軍人75人を介入群36名、対照群39名	退役軍人施設	グループ 効果を介入前後とセッション終了して1か月後に測る	週1回60・90分 計8回	Life Satisfaction Index Rosenberg Self-Esteem Scale	自尊心self-esteem、人生満足感life satisfactionは改善し、1か月後もさらに改善した

文献	著者、発行年	研究デザイン	対象者	場所	介入プログラム	期間と回数	測定用具	結果
11	Pot, A.(2008)	RCT	うつ状態 公衆による地方および都市部の高齢者、介入群8名、対照群8名	都市・郊外の11のメンタルケア施設に通う在宅者	ライブレビュー 対照群は20分間のビデオを12回終了後に20回のインタビュー(1時間20分の半構造的インタビュー)	週1回80分 計12回	CES-D, HADS-D Locus of control (Pearling Mastery Scales) Satisfaction (MANSA12) COST(TIC-P, QOL(EQ 6-D)	Looking for Meaningはよく構造化されたLR方法である、うつ症状予防効果・不安の軽減、経済評価が図れた
12	鈴木(2008)	前後比較	認知症高齢者5名、介入群3名、非介入群2名	グループホーム	個別 介入群：LRを10セッション行う対照群：行わない。	週1回40分前 後 計10回	①MMSE、②HDS-R、③Behave-AD4、④MOSPS、⑤GDS短縮版、⑥やる気スコア、⑦ハウムテスト、⑧各セッション終了時の直後の気分を7段階評価	①～⑥は有意ではなかった、⑦では介入群に書かれた実の数の増加があり、⑧平均値は1.3±0.5で心理的安定を示したc
13	内田(2009)	小規模RCT	要介護高齢者10名、介入群5名、対照群5名 MMSE17～25点	介護老人保健施設	個別 セッション時、発語回数、発語の明快さ、話のまとまり、話し方の印象、顔の表情、身振りの有無を観察。対照群は経過観察のみ	週に2～3回、 20分 計10回	①MMSE、②modified Barthes Index、③Dementia Behavior Disturbance Scale、④東大式観察評価スケール、⑤Minimum Data Set、⑥Vitality Index、⑦満足感	認知機能の改善が看取された。発語回数、発語の明快さ、話のまとまり、話し方の印象、表情、ジェスチャーにはよい変化がみられた
14	Pot, A.(2010)	RCT	軽度うつ高齢者171名 (CES-D=0-4は除外) 介入群83名、対照群88名	在宅	グループ 体験や言葉のやりとりを組み、よく構造化された"Looking for Meaning"LR介入 教育ビデオ視聴 前、後(3M後)、6M後に自記式質問紙調査	週1回2h 計12回、対照群は20分	Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D)、Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)、Manchester Short Assessment of Quality of Life(MANSA)、Reminiscence Function Scale(RFS)	不安の軽減、特に女性に効果的。6M後では脱落数が増加するため長期的な観察は難しい、効果の過小評価、うつ状態の改善は不明
15	Westerhof, G.(2010)	RCT	うつ高齢者171名 実験群83名、対照群88名	在宅	グループ 各8名程で構造的ライブレビュー。対照群には20分間の教育ビデオ視聴、前・3か月、10か月後に自記式質問紙調査、	週1回2h 計12回	Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D) Positive sentence completions "Personal Meaning"はLRによって改善する	Personal MeaningはLR群で有意に改善し、6か月間維持された。LRは自分の人生の意味を見出す、これはうつを有意に減少する
16	Ando,M.(2012)	RCT	終末期がん患者、平均年齢65歳	緩和ケア病棟	個別 1回目セッション後にsimple album(個人のアルバム)を作成	隔週2回30-60m 計2回	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual(FACIT-Sp) Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)	精神的な意欲、Hope、死の準備はいずれも有意に改善した。primary concernを尋ねることでwell-beingが改善する
17	Chippendale,T.(2012)	RCT	抑うつで認知症を除外した45名。介入群23名、対照群22名	4つの高齢者施設	年齢を区切ってLRの自伝的記述、声に出して読む、ポジティブフィードバックを受ける	毎週1回90分 計8回	Mini-Cog, Geriatric Depression Scale, Duke Social Support Index, Social Support Appraisals Scale	うつの改善が有意 記述したものを家族や友人に配る。作業療法に基づく心理社会的介入
18	Korte,J.,Bohlmeijer,E.T. (2012)	RCT	メンタルヘルスサービスを利用する軽度うつ高齢者介入群100名、対照群102名 CES-Dが10以上	在宅	グループ 構造的ライブレビューと通常ケアに分けて比較。ライブレビューでは困難な過去の出来事、生活史の代弁と開発、前向きな記憶を捜すなどがコア	週1回2h 計8回	Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale Manchester Short Assessment of Quality of Life Scholar's Mastery Scale Reminiscence Function Scale	LRは抑うつに効果があり、9か月後のフォローアップでも有意であった。またさまざまな高齢者の生活の多様さに合わせることができる。ナラティブは精神活動を推進する
19	Serrano, J.(2012)	RCT	うつ治療中の高齢者37名 介入群18名、対照群19名 認知症がない(MMSE>24)	6つのヘルスケアセンター-外来患者	個別 対象者は2週目に自伝的記録を完成しLRは3-6週目に行う 対照群は心理学者と最近の関心事の相談を行う 前、直後、6w、6m後に調査	週1回1h 計4回	Mini International Neuropsychiatric (MINI) Geriatric Depression Scale(GDS) Autobiographical Memory Test(AMT) QOL in Depression Scale(Q1SD)	MINIおよびGDSでうつ改善が両群で示唆され、群間で差は見られなかった。AMTで特別な記憶をより多く想起できた者はうつの改善がより速かった。6m修了者は約半数であった。

第3章 予備研究

I. 認知症高齢者への実践

文献検討から得られたライフレビューの手法に基づき、認知症高齢者に向けた実践を組み立て、さらに示唆を得ることとした（山本ら、2013）。

1. 目的とデザイン

在宅の認知症高齢者に対し(1)認知症高齢者がライフレビューによって自分の生活史を辿る、その内容を研究者が継続的に聴取しながら、写真や語りの文章とともに冊子にまとめ、対象者オリジナルのメモリーブックを作成する。(2)このプロセスによる、対象者の精神面、日常生活での行動面の変化について検討することを目的とした。

デザインは1群事前－事後テストデザインとした。

2. 方法と内容

在宅認知症高齢者とその介護者を対象としたライフレビューセッションを、ハイトの構造的ライフレビューの手法に基づいて行った。LREFによる半構造化インタビューのみでは認知症高齢者に想起が難しいことが予測されたため、毎回のテーマに沿って写真を用意してもらい、その写真から対象者の心に残る出来事や想いを傾聴した。メモリーブックは既存のアルバム作成ソフトに写真を取り込み、語られた言葉を挿入して作成した。初回面接時とセッション終了後に、高齢者うつ尺度（Geriatric Depression Scale: GDS）- 15、高齢者の総合的精神身体機能評価法（ADL20）、属性について10分程度の質問紙調査を行った。

セッション終了後にメモリーブックを手交し、身近に置いて利用してもらい、1ヶ月後に介護者、保健師、介護専門指導員から対象者の行動変化について電話で聞き取りを行った。得られた情報を内容毎に整理して文中に示した（山本ら、2013）。

3. 結果と課題

1) 対象者属性

一般公募による参加者は12組で女性割合が高く、性別の偏りは避けられないと考えられた。N式老年者用精神状態尺度による測定から中等度認知症に該当する対象者が多いと判断されたが、医療機関で認知症の診断を受けていない対象者も4名あった(33.3%)。表3にセッションを振り返った介護者の声、表4に対象者と介護者の背景を示した。

表3 セッションを振り返った介護者の声

テーマ	感想	件数
幼少期	地名、建物、商店街の名前などよく覚えていた。正確だった。(10) 神社の名前、祭り、昔のことほどうすう話していた。(1) 家の造りや祖父母の名前、懐かしく思い出した。(1)	12
青春期	学校や友達、仲の良かった人たちのこと。(8) 昔のあだ名を口にして驚いた。よく思い出していた。(3)	11
成人期	配偶者の若いころの写真はわかるようだ。(3) 子供の思い出は話しても今はわからない。(2)	5
中年期以降	あんなに旅行に行ったのにほとんど覚えていない。(1) 災害にあったことは覚えていた。(1) 仕事で褒められてことは鮮明に覚えていた。(1)	3

表4 対象者と介護者の背景

	対象者 mean(SD)	介護者 mean(SD)
年齢(歳)	81.5(5.2)	67.3(11.2)
性別 人(%)	女 9(75.0)	娘 7(58.3)
介護歴(年)	-	3.1(1.4)
NMscale* 人(%)		
42-31点(軽度認知症)	3(25.0)	
30-17点(中等度認知症)	9(75.0)	

*N式老年者用精神状態尺度(0-50点): 点数が低いほど重度

2) 測定尺度の検討

予備研究で使用した測定尺度は、ライフレビューの先行研究で使用されていた質問式うつ尺度 GDS-15 を用い、有意な結果が得られた。介護者の介護負担感¹⁾は Zarit Burden Interview、日常生活動作の評価には ADL-20 を用いたが前後で差はなかった。認知機能評価には N 式老年者用精神状態尺度を用いたが、短時間の観察に基づく判定には限界があり、適宜、介助者の協力を得る必要があった。

3) セッション方法

時間設定では、隔週 1 回 60 分で計 4 回のセッションを基本とした。セッション途中で疲労が見られ、中断して休養を取った例も 1 件あったが、全 12 組において脱落はなかった。セッションの場所では、交通機関を使用することが難しくなるため、対象者の自宅や近所を設定するよう希望を受けた。内容では、テーマの提示だけではなく、想起のきっかけが必須であった。何度も繰り返される話題では、本当は辛く感じていた、悲しかったというネガティブな思いが重ねられている場合があり、安易に相づちで合わせることはせず、高齢者とともに昔の出来事を振り返り、当時の心情、発見や気づきを感じて受け止

め、その過程を支えるよう努めた。

4) 介護者、保健師の客観的評価

認知症状は人さまざまであり、環境によっても変わり得ることから、観察式尺度を用いる場合は対象者の日常の様子をよく知る第三者から、観察内容について評価を得る必要があった。対象者の状態のとらえ方、介護者（家族）との関係性は時間をかけて積み重ねられており、対象者らをよく知る第三者の視点が求められた。

5) 認知症高齢者の行動の変化

昔の習慣を思い出して行う、家族に過去の自慢話しをするなどの行動変化は、日常生活動作評価尺度で測定しきれない部分があった。出現した行動変化を記述するだけでなく、なぜ変化がみられたのか、観察可能な指標から質的に検討する必要があると考えられた。

表 5 高齢者と介護者のメモリーブックの使用 - 1M 後の介護支援専門員、保健師からの報告 -

	n (%)	n=9
週に1, 2回程度手に取って見ている。	6	(66.7)
自ら介護スタッフ、保健師、他の利用者に見せる。	2	(22.2)
介護サービスの利用回数が増えた。	4	(44.4)
落ち着かないときにはメモリーブックの中の話聞く。	2	(22.2)
夕方、家族と一緒に(メモリーブック)を見て、ゆったり過ごしている。	2	(22.2)
介護者(娘)の表情が穏やかになった。	2	(22.2)
急に昔の習慣を思い出してやってみたり、親しかった人をどうしているのかと聞く。	2	(22.2)

6) メモリーブックの使用

メモリーブックはセッション終了後も開いて見ることにより、認知症高齢者の長期記憶を刺激する可能性がある。高齢者の想起を促し、またコミュニケーションツールとして本人および介護者、在宅や介護施設の関係者等にも情報を共有して利用できる。よって、セッションに用いた写真や道具を形として対象者に進呈することは有用と考えられた。一般に汎用化していくためには作製方法を簡易に示していくことが必要である。

II. 本研究に向けた示唆

認知症高齢者へのライフレビュー実践、メモリーブックの作製と手交より、以下の点が示された。

1. 高齢者に対するライフレビューの先行文献ではグループ介入が多く、回数、内容共に

認知症高齢者に対して個別に行うプロトコルが示されているものは少なかった。ライフレビューセッションの具体的構造について記したハイトが示すように、認知症高齢者にとって想起することは疲労をもたらしやすく(Haight, 2007)、場所や時間帯の環境を揃え、週2回のセッションを短時間で行うことで、脱落を防げると考えられた。

2. ライフレビューにより抑うつ軽減が有意であった。さらに感情、表現、発言数の増加が家族、介護専門支援員より示された。記憶障害によりセッション自体は記憶されていないと考えられるが、限られた時間内でも感情を刺激することがその後の変化に関連していくことが推察される。さらに観察内容と方法を吟味していく必要がある。
3. 高齢者によっては古い写真がほとんどないケースもあった。故郷の古地図、地名、社寺、行事などを地元の図書館やインターネットから取り入れ、言葉だけでなく視覚で示すことは有効であった。青年期・成人期の自身の写真では「それは、私」である認識が強く示され、中年以降の写真に対しては自分を認識する反応は少なかった。認知症の場合は成人期頃までのライフレビューが主と考えられた。
4. 在宅高齢者を対象とした予備研究では、介護サービスの利用や介護者の都合といった影響でイレギュラーな日程調整となった場合があった。このため、ライフレビュー以外の生活環境の影響が考えられた。よって、ライフレビューの効果を測るためには一定の生活環境で暮らす高齢者を対象とすることが望ましい。
5. 中等度の認知症高齢者においても、写真を用いて当時を振り返ることは十分可能であった。表情や発言数が少なくなった中等度認知症の状態にあっても、過去の出来事、思いを想起し、言葉にできる可能性は高いと考えられた。辛かった体験、寂しさ、怖さの体験も自然に語られていた。これらは話せる範囲のことであったかもしれないが、ネガティブな語りによってセッションが中断や中止に至ること、および高齢者の心身の状態が問題になることはなかった。
6. メモリーブックはセッション終了後も、本人、また家族や介護者によって利用されていた。記憶をとどめることが難しくなっていく認知症高齢者にとって、セッションを形に残す試みは必要な援助と考えられ、手交した後を継続して観察する必要がある。一方、使用できる写真に個人差が大きく、作製したページ数にバラつきがあったことから、テーマ毎に写真を絞る、または最も語られた内容に沿った資料をダウンロードして画像を提供するなど、作製方法の一般化を検討していく必要がある。

第4章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、特別養護老人ホームに入居している認知症高齢者へのライフレビュー介入群と通常の生活ケアの対照群を設定するランダム化比較試験を用いた混合研究法とした。対象者の割り当ては、認知症の程度と人数に偏りが生じないように調整した層化ブロックランダム割り付け法とした(Burns & Grove, 2009)。認知症による記憶障害はライフレビューに直接影響すると考えられるため、研究群間で偏りが生じないように調整する必要がある。層化は、対象者をリクルート時に認知機能評価に従って2層に分け、それらの層をブロックに見立てた。各ブロックから選定するサンプル数を決め、各ブロック内での介入群と対照群のサンプル数が同数となるよう、ランダム割り付けの過程で調整した(Hulley, 2009)。割り付けは研究開始に先立ち、研究者がデータを管理する研究室において、該当施設の情報のない第三者が介入群、対照群の振り分け順を乱数表によってランダムに割り当て、研究対象者は層別に等人数が割り付けられた。本研究はランダム化試験が適正に実施されるようCONSORT2010 声明(Shulz et al., 2010)を遵守するが、ライフレビュー実施者が研究者であり、行動として施設内スタッフの目に入ることから、盲検化は図れなかった。

II. 研究の概念枠組み

本研究では、高齢者におけるライフレビューの概念分析で作成した概念モデル(図1)を基盤の概念とし、認知症高齢者への実践からの示唆を加えて概念枠組みを示した(図4)。ライフレビューは、幼少期からの記憶を系統的に振り返り、過去の出来事や家族や親しい人の状況、喜怒哀楽の感情や考えなど長期記憶を思い出す「想起」。その中でポジティブまたはネガティブな体験も含めた自身の人生に折り合いをつけながら、人とのつながりの感覚を持ち、人とのつながりを認識する「統合」。できていたことや、果たしてきた役割を思い出し、現在の、かけがえのない自分の存在に気づく「自己意識」が影響しあって繰り返されていく過程であり、言葉や、表情・態度の変化として表される。さらに概念分析から【インタビュー手法の柔軟性】には＜専門職による共感的態度＞があり、予備研究からも、認知症高齢者を対象とした場合、ファシリテーターの聴く態度としての共感的傾聴と、その人自身の古い写真やライフステージに沿った個別の情報を系統的に用いることが想起の促進刺激であると考えられた。

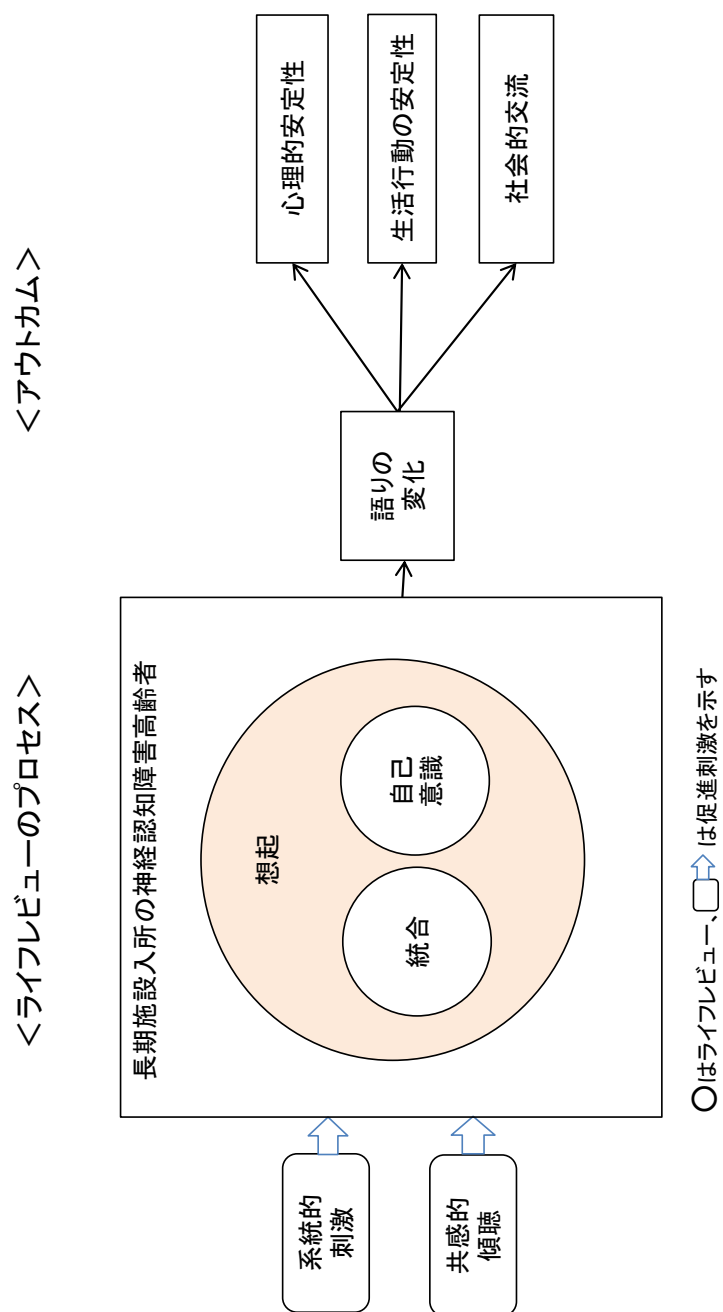


図 4 本研究の概念枠組み

よって、本研究では長期施設入所者である特別養護老人ホームの認知症高齢者を対象とし、ライフレビューのアウトカムとして、心理的安定性、生活行動の安定性、社会的交流の仮説を設定した。ライフレビューのプロセスでは、セッション前をベースラインデータ、後をフォローアップデータとして測定し、並列的に対象者の言語的、非言語的コミュニケーションを録音および観察して起こっている現象をとらえ、あわせて検証した。(図 4)

サブストラクションで示すように本研究では、ライフレビューセッション 4 回を実施する(図 5)。これにより、介入群では「語りの変化」がみられ、「心理的安定性」「生活行動の安定性」「社会的交流」に効果があると考え。心理的安定性は抑うつ、またイライラ感・怒りといった尺度から推測できると考え、仮説の証明には GDS-15 得点の低下をみる。生活行動の安定性は、起床、食事や睡眠、活動への意欲といった基本的な生活行動に着目し、Vitality Index 得点の増加、また高齢者用多次元評価尺度(MOSES)得点の低下として、これらの観察尺度を用いる。社会的交流は、介入後にケアスタッフへの質問紙調査で、対象者理解、ケアへの効果、メモリーブックの利用を尋ね得点化する。仮説は、ライフレビュー介入とメモリーブック利用によってスタッフの対象者理解と交流が増えるとする。さらに、自由記載欄を設けて、スタッフの行動変化やメモリーブック使用による対象者の行動変化を質的データとしてとらえる。

一方、本研究では発せられた言葉そのもの、および表現や態度、表情を含めて質的データとする。よって、ライフレビューによる対象者の発言、また言葉以外の表出の変化を含めて「語りの変化」とする。録音による記録や、話題への態度など文字に現れないプロセスをとらえるため観察者を置き、各セッション開始後 10 分程度の時点で、対象者が写真を見て、想いだし、語りだす表情や身振りを記録し得点化する。観察項目は、非言語的コミュニケーション、話題への注意・関心、感情の表出など東大式観察評価尺度(TORS)を用いた。言語の表出では、概念分析から＜ポジティブとネガティブの両面を含む＞想起が【人生を振り返り統合する】属性と並行していることから、人生史に対するおりあい、安心、家族や身近な人とのつながりを示す語彙の現われが推察される。さらに自己意識は、過去と現在の「私」「自分」を認識する語彙の出現によりとらえると考えられる。ライフレビューのプロセスにおける対象者の変化を観察することは、対象者にとって重要な出来事、人との関係性、経験をとらえることにつながると推測された。

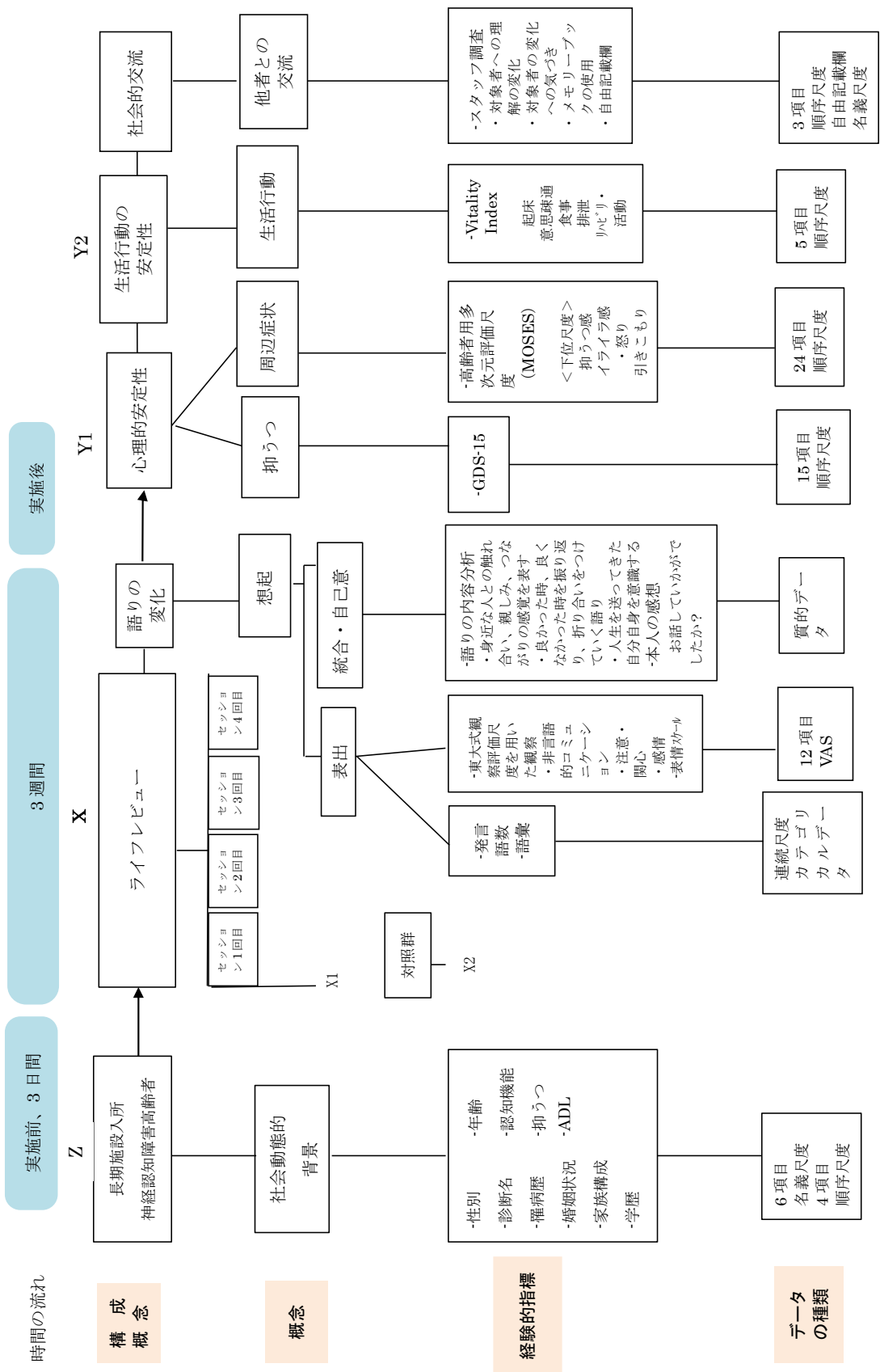


図 5 本研究のサブストラクション

III. データ収集方法

1. 研究協力施設と対象者

1) 研究協力施設

対象施設は、首都圏および他県より、研究の趣旨に協力の得られた定員数 50～100 名の特養 4 施設程度とした。

特養は日常生活で常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な要介護高齢者の終身施設となっている。我が国では全国に 6,590 施設、平均定員数は 72.2 人である(厚生労働省、2012)。全体の約 8 割が定員 50～99 名、入居定員による人員配置が生活ケアに反映すると考えられること、また、ユニット型老健が全体の 5 割、ユニット型以外の個室、4 人床部屋がそれぞれ 2 割であることから(厚生労働省、2012)、それぞれのタイプを含めて便宜的に研究協力を依頼した。

まず、施設長に書面にて研究協力依頼書(資料 1)、協力のお願いと調査手順(資料 2, 3)を郵送または持参して説明し、協力への承諾を求めた。

次に、研究協力施設の施設長、またはケア責任者に研究意義、目的、方法を説明した(資料 4)。許可を得てから、施設内のケアスタッフに書面と口頭で研究内容、研究期間、協力をお願いする事柄を説明した(資料 8)。

2) 研究対象者の条件

研究に協力が得られた特別養護老人ホームに入所し、以下の条件を満たす高齢者とした。また、対象候補者の選定は施設長またはケア責任者に依頼した。

- (1) 軽度から中等度の認知症高齢者である(CDR;1-2、FAST;3-4、HDS-R;11 点以上、MMSE;14 点以上)。
- (2) 失語症がない。
- (3) 昔の写真の提供を家族から得られる。または生育史の情報が得られる。
- (4) 重度の基礎疾患や合併症、精神疾患がない。

なお、(4)では人格障害、統合失調症、躁うつにより服薬治療を要する場合は除外とする。

これらの条件を設定した根拠は、本研究は、昔の写真などの手掛かりを用いて高齢者の長期記憶に働きかけ、想起される語りを繰り返し聴いていくものである。認知症高齢者にとって記憶を想起し、言い表す言葉を探すことは、心理面または身体面を刺激して疲労を招きやすい。特に認知症が重度になると記憶の障害が進み、意思疎通や人の顔の判断や感情を言葉に表すことが次第に困難となることから、ライフレビュー自体が難しいと判断される。(1)

の条件では会話が可能で、記憶障害や徐々に失見当識や生活行動が出来なくなることから、対象者本人が不安やよるべなさを抱いている時期であり(室伏、2008)、時系的に長期記憶を辿るライフレビューによって十分に想起が可能であり、効果がみられると考えられている(Haight,2007)。(2)では血管性認知症などで、特に言語中枢が障害され、言葉を発することができない、または意味を理解できないといったことが起こり得るために適応から外した。(3)は、特養に入所する高齢者では、昔のアルバムなどがどのくらい保存されているか、家族の協力がどの程度得られるか予測が難しい。入所時の資料やスタッフの把握している情報から、長期記憶に含まれている個人史があらかじめ得られることはセッションを進めるうえで重要である。さらに(4)では、ライフレビューでは対象者にとってネガティブな出来事の想起が含まれると推測される。本人にとって辛い、または苦しい思いが繰り返され、対象者の負担を増すことが推測されるため適応から外すこととした。

3) 対象者の割り付け

本研究はランダム化比較試験(RCT)デザインを用い、対象者をライフレビュー介入群と、通常的生活支援を行う対照群の2群に割り付けた。割り付け方法は、対象者の認知機能評価に基づき、軽度(CDR=1)と、中等度(CDR=2)の2層に区別し、それぞれの層で介入群と対照群の人数を均等にする、層化ランダム割り付け法を用いた(表6)。4人分のブロックに対象候補者を置き、あらかじめ①～⑥の番号を振った6種類の組み合わせのいずれかをコンピューターで一様乱数を発生させ、奇数なら①③⑤、偶数なら②④⑥の順にランダムに選び、割り付ける。実際の割り付けは研究者が所属する機関において第三者に依頼する。なお、対照群の希望者には、研究終了後、介入と同様のライフレビューを提供した。

表 6 対象者の割り付け方法

認知機能評価		割り付け順序		
軽度 CDR=1	①	A→ B→ A→ B	②	B→ B→ A→ A
	③	B→ A→ A→ B		
中等度 CDR=2	④	A→ A→ B→ B	⑤	B→ A→ B→ A
	⑥	A→ B→ B→ A		

*Aを介入群、Bを対照群とする

2. サンプルサイズ

本研究のプライマリーアウトカムでは抑うつ尺度(GDS-15)で心理的安定を測る。うつ高

高齢者を対象としたライフレビューの RCT による先行研究を参考にした。メタアナリシスからは標準化効果量 0.84 と報告されている(Bohlmeijer et al.,2007 ; Pinquart et al.,2012)。一方、予備研究からはライフレビュー前後の尺度得点で介入群の平均値の差から変化量を 1.5(d)、標準偏差の平均値 2.0(σ)と見込んだ。有意水準は $\alpha=0.05$ の両側検定、および $\beta=0.20$ とした(Cohen, 1988)。2 群間の平均値比較に対応のない t 検定を用いる場合のサンプルサイズは以下の通り片群 28 と算出された。

$$N = \frac{2\sigma^2 \{Z(\alpha/2) + Z(\beta)\}^2}{d^2} = 62.8096/2.25 = 27.92$$

よって、対象者が高齢者であることから 10%程度の脱落率を考慮し、介入群と対照群それぞれ 30 人で計 60 人を想定した(Hulley, 2009)。

対象候補者の割り付けのために、群の数の整数倍である 4 の倍数の人数でブロック化した。よって、一施設から 4 名、8 名、12 名などの対象候補者が想定された。介入群と対照群の割り付け結果は研究者のみが把握し介入を行った。介入場所は対象者の居住フロア内でありセッション中にスタッフが通りかかるなど目に触れたため、盲検化は図れなかった。

3. 対象者のリクルート

- 1) 研究者が研究協力候補施設の施設長に書面にて研究協力依頼書(資料 1)と調査手順(資料 3)を郵送し、協力を依頼した。(事務長の場合は資料 2)
- 2) 研究協力候補施設の施設長から協力の同意が得られた場合、看護責任者、介護責任者、スタッフに研究意義、研究目的、方法、協力を依頼する内容を口頭と書面で説明した(資料 4、8)。
- 3) 研究対象候補者名へ紹介してもらい、研究者が居室を訪問して口頭と書面で依頼した(資料 5)。この際、家族(後見人)、または家族がいないなどでは施設長の代諾をもって進めることとした(資料 5)。同意書に署名が得られた場合(資料 9)、説明書と一緒に断り書(資料 10)も手渡した。
- 4) 承諾が得られた対象者は、認知機能の判定により層別に均等の人数をリクルートし、データを管理する研究機関において第三者による乱数によりランダムに割り付けた。
- 5) 介入に先立って、研究協力施設で 3 日間の参加観察を行い、介入群と対照群の対象者の観察と事前調査を行った(資料 13、19、20、21)。
- 6) 割り付けに従って介入群にはセッション予定日時を施設担当者と打ち合わせて伝え、対照群には、2 週間経過後に再度質問式および観察による調査を行うことを伝えた。さ

らに对照群には、研究終了後に希望がある場合、2 週間のライフレビューを提供する旨を伝えた。

7) 参加観察の依頼

特養で生活している高齢者の心理、身体、社会的背景は多様であり、同じ生活環境における対象の個性をあらかじめとらえる必要がある。そのため、研究者は研究対象候補者に対し、その存在を明示しながら直接の働きかけは最小にして観察する時間を持った。施設ごとに複数の対象候補者が居るため、1 人を 30 分間、午前と夕方の 2 回に分け、食事、休養といった生活ケアの中でのスタッフとのやり取り、感情表現、コミュニケーションの特徴を観察した（下山、2008）。特に興奮している場合などは避け、理論的観察点である MOSES、Vitality Index の項目により、抑うつ感、イライラ感・怒り、引きこもり、起床、意思疎通、食事、排泄、リハビリテーション・活動面に留意した。特養という生活の場では、観察者は入居者にとって慣れない存在である。そのためライフレビュー介入前の 3 日間を用いて参加観察を行い、観察内容をケアスタッフに確認し、ライフレビューの前後における MOSES、Vitality Index 観察式尺度得点の信頼性の確保に努める。対象者に、なんとなく目にした姿や聞いた声と感じてもらい、普段からなじみでない者と話すという緊張が生じにくいよう図った。このセッション前の参加観察については、研究説明の際、施設長とフロア責任者、ケアスタッフに話し承諾を得て実施した。

4. データ収集期間

2014 年 8 月から 2014 年 11 月下旬を予定した。研究対象施設では一施設あたり 8 人から 24 人の研究対象者を募り、各 4~12 人の介入群が想定された。介入前の参加観察と、それぞれに週 2 回のライフレビューを提供して事後データを得るため、一施設あたり基本的に約 3 週間を要するプログラムであった。しかし、高齢者の体調等によりセッション間隔が延期されることが考えられた。よって、この過程を 4 施設で実施するための期間を想定した。さらに、对照群に対するライフレビューは 2015 年 2 月以降に行い、これらは本研究のデータとして使用しなかった。

IV. 介入の方法

1. ライフレビューセッションの進め方

介入はハイトの LREF モデルを用いた(Haight, 2007)。LREF ではセッションの一貫性を担保できるよう、ライフステージに沿った半構造的インタビュー項目が提示されている。

また、予備研究からは、認知症高齢者では質問項目を口頭または紙面で提示する形の想起は困難と考えられた。そのため対象者自身の古い写真や、故郷、住んでいた町などの情報を用紙に取り入れて刺激を可視化して用いた。これにより対象者の背景、個別性に合わせ、心理社会的発達理論を基盤にした計4回のライフレビューを実施した。以下に手順を示した。

- 1) 割り付けられた介入群では、情報源として施設の記録やケアプランを用いた。診断名、入所までの概要、親族、故郷、コミュニケーションの留意点などを情報収集した（資料13）。介入群の高齢者には事前面談に口頭と研究協力説明書（資料6）で説明した。対照群への調査の際には資料7を用いて2週間後にも再度質問を行うことを伝えた。
- 2) ライフレビューの実施場所は対象者の居室、または、プライバシーが保てる場所とし、余分な騒音がなく対象者が落ち着ける場所を確保できるよう事前に話し合った。
- 3) 研究協力の承諾を得た後、可能な限り家族に写真を用意してもらい、第1回目からのセッションの資料とした。以後も同様に写真を用いた。成育史の情報は、記録や、本人またはスタッフから収集して、あらかじめ可視化した手がかりを用意した。
- 4) ライレビューセッションは1週間に2回、毎回30分を基本とした。延長する場合は10分間で最長40分間迄とし、計4回行った。対象者の身体状態に合わせ、週1回にすることや時間を短縮することも考慮した。
- 5) セッションは、看護師で認知症看護の経験のある研究者と研究補助者の2名が訪問することを基本とした。研究者がファシリテーターをつとめ、研究補助者はセッション中の観察記録を担当した。対象者が見知らぬ者に敏感である場合は、ケアスタッフに導入時や終了時に紹介してもらってから、話に入るよう努めた。
- 6) 研究者と研究補助者はセッションの前、対象者の特性や留意点を話し合い（資料13）、回毎のテーマや進め方を確認した。研究補助者は観察記録用紙（資料11、12）を持ち、研究者はプロトコル（資料14）、毎回の記録票（資料15～18）を持って訪問した。
- 7) 開始時刻20分程前にはフロアに到着し、当日の担当スタッフにセッション時間を告げ、対象者の覚醒状況、表情、発語、活動の様子などを観察した。また、体調に変化がなく、面会などの予定がないこと、排泄などのタイミングに問題がないことを確認した。
- 8) 対象者の居場所がセッションに適さない場合は居室や、あらかじめ打ち合わせた場所に対象者の了解を得て移動した。また、対象者の約90度の位置に座り、顔の高さが同じで視線が合わせやすく、片腕の長さまでの距離をとれるよう椅子を配置した。
- 9) セッションの会話は対象者または家族（後見人）の了解を得てICレコーダーに記録した。

- 10) 毎回「わたしは△△といいます。今日は〇〇さんのお話を聴きに参りました」など自己紹介と挨拶をしてセッションに入った。
- 11) 対象者の写真がある場合は「〇〇さんのお写真をお借りしていますが…」などと導入し、想起された事柄、気持ちを聴いた。写真がない場合は、事前の情報からセッションのテーマに関する場所や建物、風景などをインターネットから画像を探し出して用いた。
- 12) 第1回目テーマは「幼少期」で、心理発達課題の第1～3段階にあたるライフステージを振り返った。誕生から就学前を振り返り、故郷、両親、家族、きょうだい、親しい肉親、いずれかの話題から当時を想起していく過程である。「生まれた場所」「両親、きょうだい」「目に浮かぶ風景」など、写真や地図または古地図を手がかりにした。
- 13) 第2回目のテーマは「青春期」で、心理発達課題の第4,5段階にあたるライフステージを振り返った。「小学校は（中学校は）どんなところでしたか？」「親しいお友達は？」など学校、友人、向学心、戦争の影響、周囲の社会の変化、などの話題で当時の想起を促した。予備研究では、対象者が頑張った自分、つらい経験、やりとげられなかったことなどを語り、最も反応の多かった時期であった。
- 14) 第3回目のテーマは「成人期」で心理発達課題の第6段階にあたるライフステージを振り返った。初めての仕事、行儀見習い、結婚、新しい生活などが話題となった。予備研究では、この時期は話題の多い者もあれば少ない者もあった。
- 15) セッションの第4回目は「中年期以降とまとめ」で、心理発達課題の第7段階以降のライフステージを振り返った。子育てや仕事など「重要な出来事」がテーマとなるが、予備研究から「忘れた」ことが増えてきていた。さらに、まとめとして、これまで用いた同じ写真や想起の手がかりを再度示して2度目の振り返りを行った。終了前に「思えば、〇〇さんの人生はどんなふうだと思われますか」などを尋ねた。
- 16) セッションではテーマに沿って話を始め、提供された写真すべてについて尋ねるなど、正確さや詳細さを求めることはしない。枚数が多い場合は対象者に選んでもらい、その数枚について思い出される語りを傾聴した。
- 17) セッションは対象者の体調に配慮しながら適時飲水(お茶)を促し、所要時間が30分を延長しないように注意した。
- 18) クロージングは「今日はお話していかがでしたか？」と感想を聞き、「また次を楽しみにしています」など感謝を述べ、次回のセッション予定を伝えて終了とした。

2. 提供するケアの定義

RCT 実施上の要件として、1)「通常ケア」の内容は下記の通りとした。これは介入群、対照群の両群に提供される。次に 2)「ライフレビューセッション内容とメモリーブック作製」についてセッションに用いたインタビュー項目と写真について述べる。

1) 通常ケア

特養は介護保険制度で定められた老人福祉施設であり、要介護度認定調査結果に基づいて要介護度区分と、その人の障害の有無や能力、介助の手段から要介護認定等基準時間が統計データに推計されている。たとえば、要介護度 3 では基準時間は 70 分以上 90 分未満、要介護度 4 では 90 分以上 110 分未満であり、これは公的機関の特養において差はないと期待される。よって、対象者の日常生活で介助を要する行為と介助の内容をに定義した。

表 7 特養における通常ケア

種類	援助項目	内 容	備考
直接生活介助	入浴 排泄	・ 週 2 回、曜日を決めて提供 ・ 日中は時間で声掛け誘導、一部介助。 夜はパット使用	機械浴と介助浴あり 対象者全員
	食事	・ 見守りまたはセッティングなど一部 介助のみで、自力で摂取可能	対象者全員
	移動 清潔	・ 車椅子使用、歩行器・杖使用、独歩 ・ 顔拭き、口腔清潔	両群で同割合 対象者全員
	集団アクティビティ	周 3～5 回＝口腔体操、関節体操など 週 2 回＝ゲーム、音楽を聴くなど	施設による違いあり
機能訓練・医療的処置		想定しない	胃ろう、創傷処置など

特養では、要介護者に個別に立てられたケアプランに基づいて、入浴、排泄、食事等の生活を支える介護が 24 時間行われている。これは個別のケアプランに明示されている。よって、週 2 回の入浴、時間による声掛け、誘導または一部介助によりトイレで排泄ができる。食事はセッティングなどの一部介助により自力で食べることができる者を想定した。さらに、身体的条件により移乗・移動も時間を要する介護であることから、車椅子利用者、杖が必要な対象者を分けて想定した。一方、医療行為である胃ろうからの栄養剤注入や酸素を必要とする利用者は適格条件に含まなかった。

2) ライフレビューのインタビュー項目と用いた写真

後期高齢者では、本人の写った、特に幼少期の写真の提供が難しい場合が想定された。予備研究から、高齢者は地名や住所、神社や寺院の名称、山や川、駅名などがよく思い出せていたことを踏まえ、詳細地図帳から対象者の故郷周辺を準備した。さらに、図書館等で該当

する地域の古地図（戸主名が記載されている）などがあれば可能な限り準備した。ライフレビューは介入前の面接、施設の資料から故郷を確認した。毎回用意する写真は、画像として取り入れて A4 光沢紙に出力したものを使用し、プロトコルに従って進行した（資料 14）。

表 8 介入群へのライフレビューのインタビュー内容と手がかり

回数	手がかり	インタビュー項目の内容*	キーワード
1 幼少期	地図帳 ・家の周囲 ・思い出の場所 写真 ・本人と両親と家族	・お生まれはどちらですか？ ・ご両親はどんな方ですか？ ・どんなお家でしたか？ ・どんな景色が見えましたか？ ・子どもの頃を思い出してどうですか？	故郷 両親 家
2 青春期	地図帳（再確認） 写真 ・学生時代の本人 ・実際の校舎 ・好きだったもの、場所	・小学校はどちらでしたか？ ・きょうだいはいらっしゃいますか？ ・好きだったことは何ですか？ ・学校時代を思い出してどうですか？	学校 きょうだい 自分、私
3 成人期	写真 ・職場での本人 ・職場の建物 ・結婚写真 ・家族写真	・どんなお仕事をされましたか？ ・結婚はいつごろですか？ ・お子さんはいらっしゃいますか？ ・自分でどんなタイプの人間だと思われますか？	(初めての)仕事 結婚 子ども
4 中年期以降～ まとめ	写真 ・本人の姿 ・旅行先 ・子ども、孫との写真 ・友人との写真	・これまでの写真について再度尋ねる。 ・ずっと続けてきたこと、思っていたことは何ですか？ ・これまでを振り返ってみてどうですか？	家族 仕事 振り返り

*インタビュー項目は LREF(Haight,2008)より和訳引用一部改編

写真では、高齢者にも見やすいとされる滑らかな画像を確保するために、印刷品質として十分といわれる解像度である 350dpi を確保したカメラ（Panasonic DMC-GF：1240 万画素）を使用して提供された写真を取り込んだ。インターネットから建物や風景等を取り込む場合には、表示してある縦横の画素数を参照して 350dpi 以上と算出されるものを用いた。これにより照度、鮮明度が調整可能となった。また、故郷の話題を広げる際の手がかりとして地図帳（「街の達人」昭文社）を用意し、高齢者に地名が確認できる 1 万分の一縮尺図程度を一緒に見ながら進めた。地図や地名から想起が促される場合は地図を複写して用いた。家族から提供された写真は画像に取り込んだ後、そのまま返却した。

3. 認知症高齢者へのセッションにおける配慮

高齢者は精神的な葛藤や挫折体験を自ら語ることが少なく、身体的・精神的変調を尋ねられると「別に」などと否認しがちである。長年の生活体験を一面的に言い尽くせない、また、気持ちを若い者に語っても仕方がないという諦観を抱いている場合もある。さらに、認知症高齢者では、記憶障害・失認により、個としてのその人の存在、役割、立場が次第に失われていく過程にある（竹中、2010）。本研究のライフレビューは、精神的な治療を目的としたセッションではないが、行うにあたっては以下を踏まえ、対象者ひとりひとりに対して真摯な態度で接した。1)～8)は想定した態度とパターンを表す。

1) 年長者への敬意

特養においては、入居者ほぼ全員が本人よりも若い世代の援助を受けつつ生活を送ることになり、高齢者はケアの受け手として、自らを「情けない」などといった見方で考えがちである。そのため、研究者と研究補助者は、高齢者を意義深い歴史をもった存在であり、かけがえのない個性と魅力をもった先輩としての敬意を挨拶や礼儀に込めて相対した。

2) 個別性を認めている態度

認知症では記憶障害に伴い、つい先ほどの出来事も記憶できない不安の中にある。毎日会っている人も初対面と受け止められ、緊張が続きやすいことが推測される。対象者が呼ばれてきた名前の呼び方で声をかけ、「あなたを知っています」というメッセージを伝えるよう努めた。

3) 謙遜や遜りに対して

高齢者では、「何もしていない、話すことはない」などの謙遜や、親しい妻に対して「愚妻は」など否定的な言い方で愛情や安心感を表現することが考えられる。対象者の想起とその表現に応じ、表層的な意味と、その人の心の中で表されている意味をくみ取りながら聴くことが必要である。また「何にもありません」などといったん述べてから、徐々に思い出した内容を語り始めることがある。そのため、発言は立場、話題や、語りの場面で意味が異なる可能性を踏まえ、語彙の分析の際に、表面的な分け方にならないよう、用いられ方をセッション後に研究者と観察者で話し合い意味内容を判断した。

4) 沈黙や話しの途切れに対して

認知症の進行に伴って、想起された事柄をまとめて語ることが難しくなると予測される。認知症高齢者が長期記憶を想起するにあたっては、時間を要し、なにも発言しない時間や、遠くに視線を送る、何かを探しているような視線、はっきり言葉にならなくとも驚きや喜び

などで声が大きくなるなどの場面、また、語られる人物が異なったり年代にずれが生じる場合があると考えられる。このような場合は話題を急かすなど、語りを遮ることはせず、表情の変化などから対象者が想起した場面や感情を推測した。よって、単語数や語彙数の増加がそのまま想起の状態を示すとは考えにくいため、全対象者が終了後の検討とした。

5) 話の繰り返し

繰り返される内容や言葉には、伝えたい意味が附せられている場合があり、なぜ繰り返されるのか、ストレートに言い得ない本人の気持ちに寄りそって推し量るよう努めた。認知症高齢者では、話した事実を憶えられずに繰り返す場合や、言葉の意味と異なる意味をまとまらないままに言い表そうとする、または、気がかりや関心が込められている場合もある。繰り返しによる発言数の増加、テーマと異なる語りについての扱いは記述した後、慎重に意味を判断することとした。

6) 矛盾する発言

想起される内容が常に一定しているとは限らない。語っていくうちに様々なことを思い出し、話題が変わることもありうる。ライフレビューは正確さを求めるものではないため、語りを遮ることはしないが、事実関係や感じ方の違いが、対象者の現在の体調や心情を反映している可能性を研究者は踏まえる。会話自体に食い違いがみられる場合、興奮や混乱が起こりうる場合は、お茶などでいったん話題から離れ、他の写真や話題へ向けた。

7) テーマと異なる話題での語り

対象者の写真を用いるセッションでは、全 4 回を通じて個人の生活史を振り返るものである。認知症高齢者においては、想起される内容の言語化が難しい、テーマ以外に気がかりがあるなど、別の話題に傾いてしまうことがあった。研究者は同時代の別の写真や話題を用いて修正を図った。集計時点ではテーマの想起と関係のない部分も含まれた。

8) 肯定的な傾聴

対象者の語りのなかで、過去の失敗や後悔の念が語られることがあっても、何かを担ってきた事実、成し遂げてきたどんな些細なことでも肯定的に受けとめ傾聴した。対象者の語りは基本的に本人にまかせ、内容や順序を支持したり、語られない部分に踏み込んだり、必要以上に詳細に尋ねて困惑を招かないよう努めた。

4. メモリーブックの作成と手交

ライフレビューからメモリーブックを作製する流れの手順を以下に番号順に示した。

- 1) 使用する写真は本人のものであることが間違いないよう、本人や家族のアルバムからのものを依頼した。写っているのが対象者か、あるいはゆかりの深い人物や風景であるか、いつ頃のものであるか等、あらかじめ確認して使用した。故郷の写真を用いる場合は、地名や本人との所縁などを調べ情報として知っておくことで、語られる単語や、身ぶりで表そうとする言葉の意味を推測した。
- 2) 写真、手に入る故郷の資料、また思い出の品などを確認し、テーマ毎にその日用いる写真などを取り込み、A4 光沢紙 1-2 枚に別途プリントアウトして用意し、セッション中に用いた。
- 3) 研究者は光沢紙を手がかりに用いながらセッションを進め、想起して語られた出来事や想いを毎回メモした。後にメモリーブックを作製する際に写真に加筆する言葉は、これらを使用し、研究者と補助者で内容を話し合って数行とした。
- 4) セッションで用いた光沢紙の扱いについて、最初の特養フロア責任者、研究に関する担当者と話し合った。対象者全員が毎回これを保持することや、居室のベッド脇や棚などへの掲示は、4 床部屋の場合は困難との指摘を受けた。
- 5) メモリーブックの作製は、アルバム作成ソフト(メモリーブックメーカー、印刷の栄文社)を参考にした。提供された写真を取り込み、写真に対しての語りや、想起されたその頃の出来事や想いを、写真の下に語られた言葉のままを用いて数行取り入れた。
- 6) 写真はページあたり 1-2 枚で目に入りやすい大きさに調整し、配置は右側、下部に語りを挿入するスペースを残した。既存の風景は可能な限り正確に web から取り入れた。
- 7) メモリーブックに写真とともに残る本人の語りについては、最も穏やかな口調であったり、生き生きと語ったり、ユーモアが現れた部分を取り入れた。人の名前、また、生活の個人的な部分は対象者に確認した。
- 8) 光沢紙に打ち出したメモリーブック用紙は、対象者が手に取り目にすることが出来る場所に置けるか、ステーション保管がよいかをそれぞれの施設で確認した。
- 9) 対象者の語る言葉を加えたメモリーブックは全セッション終了後に作製し、その翌週に直接対象者に手交した。その際、個人で保管が難しいと考えられる対象者では、フロア責任者に委託し、置き場所や用い方をケアスタッフと相談して決めてもらった。
- 10) 使用の様子、役立ちの程度は、1 週間以上経過後、対象者を担当するケアスタッフへのアンケート調査で尋ねた。

V. 測定用具

対象者への測定用具は、質問式尺度では、介入前の面接時と最後のセッション終了時に本人に読み上げて尋ねた。観察式尺度はフロア責任者またはケアマネージャーに依頼した。研究者は介入前に観察した項目を担当スタッフに確認した。セッション中の観察は研究補助者が行った。介入後には高齢者の生活行動について 4 項目を尋ねる自記式質問紙を無記名で担当ケアスタッフに依頼する。セッション中の発言はレコーダーを使用しその記録を分析対象とする。表 9 に測定用具の表としてまとめた。

1. 属性

年齢、性別、診断名、入所までの経過、家族構成、結婚歴、出身地、職業歴、特記事項は、第 1 回目セッションの前に施設記録から情報収集した。

2. 認知機能

入所前に実施された結果を情報収集して適格基準を判断した。診断時に最もよく用いられている尺度に Mini-Mental State Examination(以下、MMSE)、認知症のスクリーニングテストとして簡便な長谷川式簡易知能評価スケール(以下、HDS-R)がある。これらがいずれも行われていない場合は、臨床症状から研究者が Clinical Dementia Rating(以下、CDR)によって重症度を判断した。なお、CDR、FAST、MMSE の得点比較は AD の典型的な経過に沿った対応表(Reisberg,1994)を参照した。

3. 認知症重症度評価：(Clinical Dementia Rating, 以下 CDR)

観察式による認知症の重症度評価法として、国際的に最も一般的に用いられている。信頼性は医師対医師で 0.74(kappa)、医師対看護師では 0.87(weighted kappa)と十分な値が示され(McCulla, 1989)、神経病理学的変化についての検討を含めた妥当性が確認され、日本語版の評価者間信頼性も確立されている(音山ら、2000)。記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況と趣味・関心およびパーソナルケアの 6 項目について、それぞれ「障害なし」から「高度の障害」まで 5 段階で判定する。本研究では軽度認知症(CDR=1)から中等度認知症(CDR=2)を対象とする。

4. 高齢者うつ尺度短縮版:(Geriatric depression scale-15, 以下 GDS)

Yesavage ら(1983)により作成された高齢者用抑うつ尺度である。オリジナルは 30 項目からなり、95%の特異性(検知性は 84%)でうつ状態をスクリーニングできる点で優れている。短縮版との相関係数は 0.66 信頼性が検証されている。「はい」「いいえ」で答えることができるため簡便で、軽度から中等度の認知症高齢者まで広く使用できる。0-4 点が正常、5-9

点でうつ傾向。10 点以上でうつ状態とみなされている(Yesavage, 1983)。

5. 周辺症状の評価

Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects(以下、MOSES)認知症高齢者用に開発された多次元観察評価スケールである(Helmes et.al.,1987; 本間、1990)、MOSESは評価の基準が具体的に示されており、セルフケア 8 項目、失見当識 8 項目、抑うつ感 8 項目、イライラ感・怒り 8 項目、引きこもり 8 項目の 5 つがある。2,542 人の高齢者を対象にした各下位尺度の評価者間信頼性と内部一貫性は十分に高いことが示され、それぞれに対応する他尺度と有意な中等度から高度の相関が示され、十分な妥当性が得られている。(表 7) 本研究ではセルフケアと失見当識項目を除いた、抑うつ感、イライラ感・怒り、引きこもりの 3 領域 24 項目について各 4 段階 (1-4) で判定した(範囲: 24-96)。機能が低いほど得点は低くなる、最も整った尺度とされている(本間、1990; 中里、1993)。

5. 生活行動の測定: Vitality Index

高齢者の日常生活動作に関連した意欲を測定する尺度とした(鳥羽、1998)。介護者やスタッフによる観察法のため、回答の有効性が高い。起床、意思疎通、食事、排泄、リハビリ・活動の 5 項目に関して 0-2 点の 3 段階で評価し、得点が高いほど意欲が高いとされている。再テスト法により有意な相関($R=0.98$, $P<.01$)、および多施設集計により α 係数 0.88 で内的整合性が確認され、GDS との有意な負の相関($R=0.70$, $P<.01$)を示すなど信頼性、妥当性が検討されている(中居,1999)。対象者をよく知る者の観察法では、実施にかかる時間は 1 分以内が目安である。

6. 想起に伴うコミュニケーション・関心・感情の評価:

東大式観察評価尺度(Todai-shiki Observational Rating Scale; TORS)を参考にした。認知症高齢者に対するグループ回想法の効果を評価するために開発されたものである。「言語的コミュニケーション」「非言語的コミュニケーション」「注意・関心」「感情」の 4 領域からなり、計 20 項目なし(0)あり(1)で評価する。平均 0.83 の級内相関係数が示され心理社会性を測る尺度として信頼性が評価されている(Matsuda et.al, 2001)。本研究では「言語的コミュニケーション」と、「非言語的コミュニケーション」「注意・関心」の 2 項目を除いた 12 項目をセッション時の観察のベースとし、セッション中の変化を記録した。ただし、表情については、以下 7. のフェイススケールを用いて得点化した。

7. 表情の評価

Visual Analog Scale (VAS)Face Scale を用いた。認知症高齢者のために開発されたもの

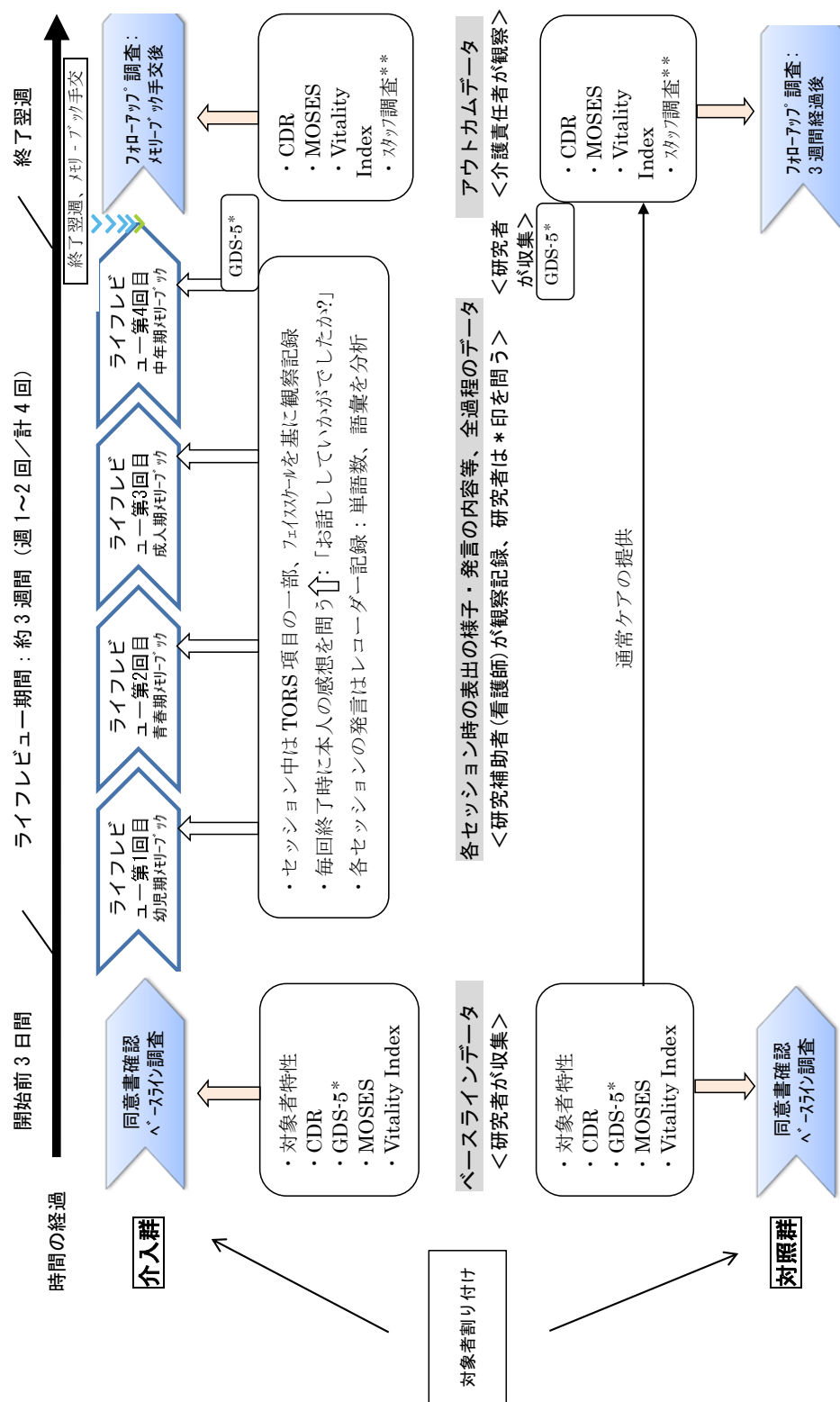
はみあたらないため、表情の変化が詳細に記されている痛みスケールを用い(Lorish & Maisaiak, 1986)、研究補助にあたる観察者がセッション終了前の表情を観察する。判定基準について事前に打ち合わせ、見方を統一して行った。

表 9 使用する測定用具

概念	測定用具	下位概念	項目数・尺度	信頼性／妥当性
認知機能	Clinical Dementia Rating (CDR) 観察式	記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況と趣味・関心、パーソナルケア	6 項目 それぞれを「障害なし=0」から「高度の障害=5」までの 5 段階で判定。これより健康(CDR=0)、(CDR=0.5)、軽度認知症(CDR=1)、中等度(CDR=2)、重度(CDR=3)と判定する	信頼性 医師対医師職種間で 0.74(kappa)、または医師対看護師で 0.87(weighted kappa) 妥当性 神経病理学的変化についての検討が確認日本語版の評価者間信頼性も確立
抑うつ	Geriatric Depression Scale (GDS-15) 質問式*	情緒・気分	15 項目 「はい」、「いいえ」の 2 値で 0-15 点。0-4 点が正常、5-10 点でうつ傾向、11 点以上でうつ状態を疑う	信頼性 90 例を対象に 11 点をうつ判定とし感度 84%、特異度は 95%。285 名の簡易版調査でうつ該当に感度 72%、特異度 57%。
周辺症状 日常生活動作	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) 観察式	<ul style="list-style-type: none"> セルフケア 失見当識、抑うつ感 イライラ感 怒り 引きこもり 5つの下位尺度、各 8 項目	全 40 項目 各 1~4、または 1-5 段階で判定する(40 ~179 点)。機能が低いほど得点は低い。 本研究では 3 つの下位尺度を使用	信頼性 2,391 人の高齢者を対象に各下位尺度の評価者間信頼性、内部一貫性が高い(0.8) 妥当性 各下位尺度と対応する他尺度と中等度から高度の相関示されている(p<.05~.001)
想起	東大式観察評価尺度 (Todai-shiki Observational Rating Scale; TORS) 観察式	<ul style="list-style-type: none"> 言語的コミュニケーション 非言語的コミュニケーション 注意・関心 感情 	20 項目 2 値(なし=0,あり=1)で得点化する。得点が高いほど活動量が高い 本研究では「言語的コミュニケーション」と重複を除き、11 項目使用	信頼性 軽度から中等度認知症高齢者 9 名を対象とした 5 回以上のセッションで級内相関 0.83 (0.53-1.0)。
表情	Face Scale 観察式	不安、痛み	20 段階 Visual Analog Scale (VAS)	標準化尺度
発言	録音記録	発言数	連続尺度	発言単語数を算出
生活行動・意欲	Vitality Index 観察式	<ul style="list-style-type: none"> 起床 食事 リハビリテーション、活動 意思疎通 排泄 	5 項目 それぞれを 0-2 点の 3 段階で評価し(0-10 点)得点が高いほど意欲が高い	信頼性 再テスト法で有意な相関(R=0.98, P<.01)内的妥当性は多施設集計で α 係数 0.88
統合 自己意識	語彙	<ul style="list-style-type: none"> 過去を振り返り感情を示す 「私」「自分」を示す語彙 	語り 形容詞、名詞	質的データ 形態素解析に用いる
他者との交流	スタッフ調査 自記式質問紙**	<ul style="list-style-type: none"> ライフレビューによる利用者理解 利用者の生活行動の変化 メモリーブックの役立ち 自由記載欄 	3 項目 4 段階リッカードスケール 1 項目：ライフレビューとメモリーブックの使用について自由記載	標準化尺度 質的データ

*印は対象者への質問尺度、**はスタッフへの質問式、他は観察尺度

対象者を各施設に等人数に割り付けを行った後のデータ収集の流れについて図 5 に示した。割り付けから 3 日間、研究者は参加観察の日程を設けた。質問式測定尺度の GDS は研究者が読み上げて尋ねた。介入群はその後 4 回のライフレビューを実施した。本研究では、この各セッションにおいても対話場面の観察データ、IC レコーダーによる発言のデータを得、変化を収集した。セッション終了時には研究者が再び GDS を読み上げて尋ね、Vitality Index、MOSES は直接利用者を受け持たないケア責任者に依頼した。そのため、フォローアップデータの収集時点が質問式尺度と観察尺度では異なった。



*印は対象者への質問尺度、**はスタッフへの質問式、他は観察尺度、矢印 ⇨ は測定時期を表す

図6 本研究におけるデータの収集過程

また、ライフレビューの成果物である思い出帳(メモリーブック)は第4回セッションの終了した翌週に手交とした。最後にスタッフへの4項目の質問紙調査(資料22)を依頼した。また、この間、対照群は通常の施設ケアを継続していた。

VI. 分析方法

混合研究法の並列的デザインを用い、量的データではRCTによるGDS、MOSES、Vitality Indexを介入群・対照群2時点の測定値、質的データでは対象者の語り、態度、表情の観察、自記式質問紙の自由記載等を収集した。両データは結果を比較・関連付け、解釈を収斂した(Creswell et al, 2010)。以下にその過程を述べる。

1. 量的データ収集

介入群と対照群の年齢、介護度など属性の等価性を確認した。

- 1) 介入前後の測定尺度の記述統計量(度数、平均値、標準偏差、範囲)を算出した。
- 2) メインアウトカムの、ライフレビュー介入前後のGDS得点の変化は、介入群と対照群の両群、介入前後の被験者間効果の検定として2要因分散分析(ANOVA)を行った。帰無仮説は「2つの母平均は等しい」とし、交互作用と主効果、交互作用が有意な場合は単純主効果を確認した。
- 3) セカンダリーアウトカムの生活行動の変化ではMOSES、Vitality Index得点において、同様に2要因分散分析、交互作用と主効果を確認した。
- 4) 認知症重症度の分類は均等であったが、うつの程度は両群で均等でない可能性があった。したがって、サブグループとしてベースラインでGDS ≤4 と(うつなし群)、GDS ≥5(うつ傾向群)、および介入の有無の2要因による群間差を比較し多重比較(Dunnett-t)を行った。MOSES、Vitality Index得点も同様にして検討した。
- 5) 他者との交流は介入後、直接ケアにあたるスタッフから、対象者の理解、ケアへの役立ち、メモリーブック使用の3項目と自由記載欄を含めて尋ねた。調査票(資料22)は、質問項目ごとに得点を集計した。

ANOVAの主効果、交互作用の効果の大きさを効果量(η^2)で示した。以上は、統計学的有意水準は両側5%未満とし、統計解析はSPSS Var.21 for Windowsを使用した。

2. 質的データ収集

- 1) ライフレビュー中の録音から逐語録を作成した。
- 2) セッション中に観察された対象者のTORS得点は1回目から4回目までの変化を非言

語的コミュニケーション、表情スケールとしてともに図 13 に示した。

- 3) 1 回目から 4 回目の逐語録から文字数の変化を示した。各テーマに沿った名詞など形態素分析によりリスト化した。発言の文字数に占める割合をセッション回毎に探り、表 27、図 14-17 に示した。なお、2)、3)は質的データを数値化し量的データに変換して行った(Doorenbos, 2014)。
- 4) ベースライン GDS 値のうつ傾向群で、介入後の GDS 変化量別にライフレビュー4 回目の語りの内容を分析した。
- 5) ケアスタッフの質問票に記された a) 「利用者理解への役立ち」、c) 「メモリーブックの役立ち」の自由記載データは、評価得点に該当する記述を内容分析した。

解析には SPSS Text Analytics for Surveys を使用した。

3. データの比較と関連

RCT から得られたライフレビュー介入群の、ベースラインにうつ傾向群に着目した。GDS 変化量の中央値より変化量が大きい者、変化が見られなかった者で、4 回目セッション時の語りの内容を比較対照した。また、Vitality Index 下位尺度で有意であった意思疎通に対し、ケアスタッフへのアンケート結果の量的データと自由回答欄のスタッフの意見の内容分析を合わせたディスプレイを作成し、変化の詳細を解釈した(Liamputtong,2012)。

4. 結果の収斂

量的データの分析結果から仮説が支持されたアウトカムの意味付けに、質的データを量的データに変換した分析を加えた。対象者のベースラインうつ傾向により、なぜ GDS 値の変化が生じたのか、ライフレビューによる語りの質的データの分析結果を示した。また、スタッフの自記式質問紙より、量的結果と、自由記載回答からその理由付けを分析して比較対照し、解釈した。本研究の流れは図 7 に示した。

用語の説明：形態素解析、係り受け分析

看護領域での記述の分析として、看護の場面での言葉を形態素解析や統計解析を用いて数字やグラフで明示化する。基本的な論理は論理実証主義者のカルナップ(1958)が構築し、バー・ヒル(1964)が展開した。対象者が語った言葉を最小の意味単位に分割する段階と、その使われ方を考慮しながら、形態素を数字に置き換えて処理する二つの段階から成り立っている。このため、分析者によって偏りのない結果が抽出できるとされている(服部、2013)。

- (1) 形態素解析：文章を単語に分ける。言語学で用いる意味の最小単位まで分類する。
- (2) 係り受け分析：手がかり語、注目語の分析。特定の語と隣接する語を示す。

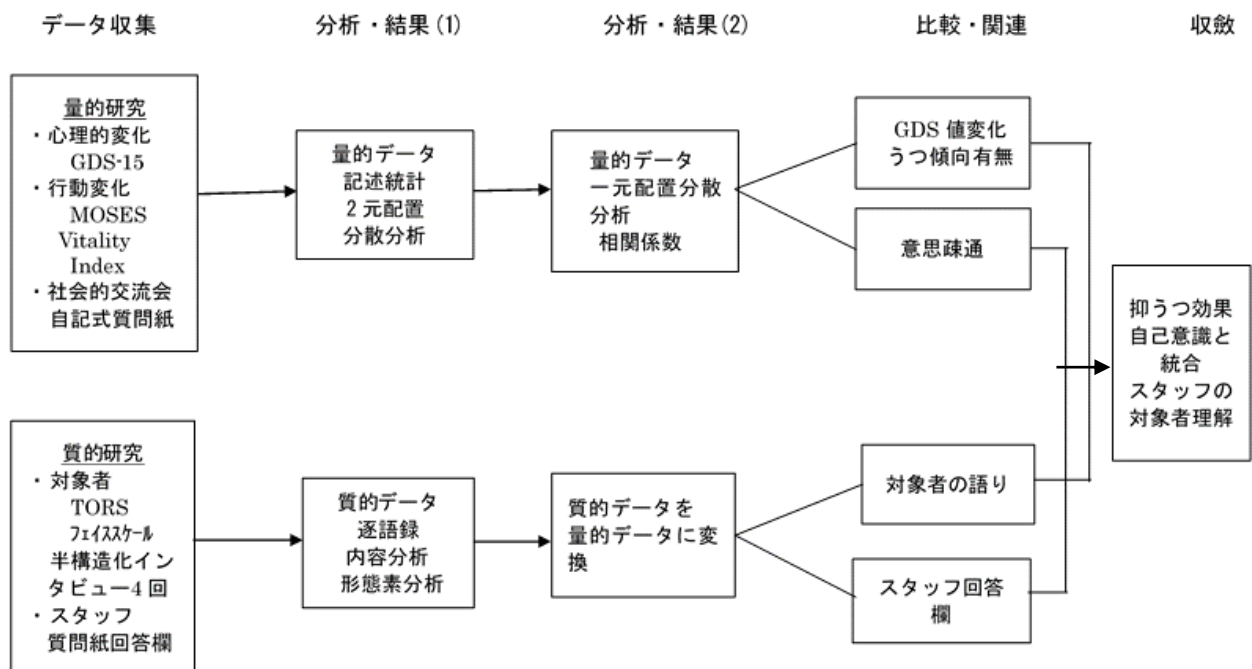


図 7 混合研究法の内容と流れ

VII. 倫理的配慮

本研究は人（認知症高齢者）を対象とするため「改訂臨床研究に関する倫理指針」（厚生労働省、2008.）、ならびに「看護者の倫理綱領」（日本看護協会、2003）、「ICN 看護師の倫理綱領」（国際看護師協会、2000）に従って倫理的配慮を行った。また、日本生命倫理学会は「認知症ケアの倫理」の必要性を提唱しており（箕岡、2010）、看護における4つの倫理原則として、自立尊重の原則、善行の原則、無害の原則、正義公平の原則が論じられている（Beauchamp & Childress, 2009）。よってこれらも含め、高齢者の特徴に配慮して実施する。まず認知症高齢者への配慮について述べ、次に研究の進め方に沿った倫理的配慮を述べる。

1. 認知症高齢者の心情に対する配慮

認知症では、記憶障害、日常生活上の失認・失見当識がその中核症状である。そのため、今、何をすればよいか、自分が遭遇している事態に不安を感じることが考えられた。また、失行により問いに対処することが難しいなど、焦燥感覚を抱く場合が考えられた。これらに対し、研究者は、毎回セッションで、自己紹介と「お話を聴かせてください」と

語りかけ、認知症高齢者が事態を把握しきれない様子がみられる場合は、急がず休息を入れ、対象者にとって優先すべきことの有無を判断した。疲労が強いなど、話を聴くことが困難な様子が見られる場合はセッションを中止して日時の変更を考慮した。感情的な敏感さに対しては、態度や言葉から思いを受け止め、共感を示し、安心できる空間であることを感じられるよう努めた。第1回セッションの翌日には、夜間などで対象者に普段みられない興奮など変化の有無を確認した。

2. 対象者の心身の補償への配慮

研究対象者の健康被害に対する補償では、本研究は研究者が対象者の施設に訪問する介入研究である。また、医療行為は伴わず、話を聴くというものである。よって医療的侵襲行為には該当しない。また、対象者の選定を厳密にして精神的侵襲が大きいと判断される者は含めないため賠償保険や傷害保険の加入は不要である。対象者が語る中で、精神的な辛さがみられる場合は直ちにセッションを中止する。また、セッション後に対象者の落ち着かない様子、うつ等が遷延する場合は研究継続を中止し、対象者の体調やセッションとの関連などをアセスメントし、施設責任者との相談、嘱託医の受診につなげるとした。

さらに研究者は、対象者に対してセッションでの場における疲労の予防など、危害が避けられるよう適切な注意を払った。

3. 話したくない、あるいは言語化できない記憶への配慮

本研究は古い写真や思い出の品を基に、昔の出来事や体験の想起を促すものであり、生い立ちの全過程を詳らかにすることが目的ではなく、また記憶の正確さを求めることはない。毎回のテーマに沿って、ライフイベントや生活の様子を尋ねる場合も、想起されないか返答がない場合は追及しなかった。

想起が始まる段階では、静かに思いをめぐらす様子や、言葉を探している様子が観察されることが考えられる。その場合は静かに対象者の様子を見守り、その心境に合わせる。この時間が長く続く場合には「誰が写っていますか」など回答可能な質問を加えた。一方、匂いや音、皮膚感覚といった言語化しにくい“感覚”についての想起を高齢者が表出しようとしている場合は「それは□□のような感じですか」などと推し測り、困惑感が残らないよう配慮した。

5. 研究対象施設に対して

- 1) 研究調査に協力を依頼した介護老人福祉施設には、研究者が責任者に対し研究の趣旨、対象者に対する倫理的配慮について文書と口頭で説明し、同意を得た上で実施した。

- 2) 研究調査に参加することで身体的・精神的に過度な負担が予想される参加候補者の場合は、あらかじめ施設責任者に確認し、対象者とはしなかった。
- 3) 研究調査の経過の中で、研究者で判断できない事態や問題が生じた際には、ただちに調査協力施設の責任者に報告し、対象者の身の安全を図った。
6. 研究の流れに沿った配慮
 - 1) 研究調査への協力を依頼するにあたり、研究対象者である高齢者および家族(後見人)に対して以下の内容を説明。
 - (1) 本研究の主旨、研究に参加することで危害がないこと、話された内容の守秘と匿名性の保持について、口頭と書面を通して説明する。
 - (2) 対象が高齢者であることを考慮し、紙面記載内容は理解しやすいよう配慮する。セッションの時間を決め、遷延しない旨を伝える。
 - (3) 高齢者が落ち着いて参加できるよう、セッションの環境を整え、毎回丁寧に説明するなどの援助を行う。研究者らの態度が強制や押し付けとならないよう、高齢者本人の体調や意思を尊重する。対象者と関わるスタッフにもセッションの時間を伝える。
 - (4) 研究に関する質問に対しては、書面の一部に研究者の大学名、連絡先、連絡可能な時間帯を明記し、不都合等が生じた際には連絡ができることを伝える。
 - (5) セッションでの話題はあらかじめ伝えること、話したくない内容は答える必要はないこと、セッションの前後を通していつでも研究参加を中止できることを説明する。および、研究協力を撤回しても不利益は一切ないことを保証する。
 - (6) 上記を説明した後、研究への参加は自由な意思によることを保証する。参加の同意が得られた場合、紙面による同意書に署名をとる。なお、記名が困難な高齢者においては、家族、後見人、施設長などの代諾者の署名を得る。
 - 2) データ収集場所と期間
 - (1) データ収集は、研究対象者の居室、または対象者になじみがあり、プライバシーの守れる場所を事前に話し合って決めておく。
 - (2) 施設の記録から収集する個人情報はライフレビューとメモリーブック作成において必要な項目に限り、個人情報の保護に留意する。
 - (3) 高齢者の身体的・心理的状态に十分注意しながら話しを進め、対処を要する変化がみられた場合はセッションを中止し速やかにケア担当者に報告し、適切な対応をとる。
 - (4) セッションは週 2 回とするが、高齢者の体調により調整する。計 4 回のセッションと

前後の観察期間で約 3 週間を要することを施設と対象者、家族に伝える。

- (5) データ収集期間は 2014 年 8 月 1 日から 11 月 30 日、研究期間は 2015 年 9 月 31 日迄とした。
- (6) 多施設において行うため、類似した状況にある両群の高齢者は同様な介入を受けることができるべきである。そのため研究の方法を明確に示しておくべきである。よって、介入そのものの機会が平等であること、対照群に割り振られた場合でも、希望により研究終了後に同様のライフレビューを提供することを伝える。

3. 得られた情報の公開と成果発表

- 1) 研究結果は、以下の方法で匿名性を保ち、関連の学会で公表することを研究の説明時に伝え、同意を得る。
- 2) 測定尺度や質問により得られたデータは、施設名や個人名を匿名化し、あるいは統計的处理を行い、回答者が誰であるかを一切特定できないよう調整する。
- 3) 観察票などの紙媒体や、得られたデータを入力した情報通信媒体などは、施錠できる場所に保存して漏洩防止に努める。
- 4) セッション内容を公表する際は、語られた記述そのままではなく、研究者がデータとしてカテゴリー化するなど個人的な発言が特定できないように取り扱う。
- 5) 研究終了後は、会話の録音記録・観察等で得られた記録チップ、メモ等は速やかに消去、およびシュレッダーで処理する。

4. データの保存と二次利用

セッションの記録、測定尺度などで得た情報は、研究目的以外には使用せず、研究者と研究指導者のみが関与する。得られた情報は定められた期間保存し、その期間に生じた関連する研究に使用することができる。

5. 測定用具の使用

介入効果を測定するために使用する尺度として、GDS-15、Vitality Index、MOSES は国内外の先行研究で使用されている。質的に記述する際の視点として用いる東大式観察評価尺度はすでに英文に翻訳した論文が公開されており、いずれも開発者の許可を必要としないで使用が可能である。

6. 対象者の不利益の回避

対象者は研究実施場所で生活しており、研究者らが居室などに訪問して行う。また、身体的アクティビティは含まないため侵襲は少なく、移動の危険や費用は発生しない。したがっ

て、損害保険加入の必要はない。プログラム内容は座って話しをするセッションであり、毎回終了後の感想を尋ねる 1 項目、および介入前後に 15 項目を研究者が読み上げて尋ね、他は観察による非侵襲的な内容となっている。対象者の参加に対しては、同意を得た後で介入群、対照群ともに謝品を渡した。

対照群の希望者には、本研究のデータ収集期間終了後に、同様のライフレビュープログラムを実施し、メモリーブックを作製して謹呈する。

7. 不測の事態への構え

セッションの途中、何らかの理由で急激な心身の変化が見られた場合や自然災害が生じた場合など、不測の事態に対しては施設と事前に打ち合わせを行う。研究者は対象者から離れないようにし、体制に準じて安全を確保する。

8. 倫理審査

本研究では、聖路加国際大学研究倫理審査委員会において倫理審査を受け、承認された後に実施した（承認番号：14-038）。また、研究者は同大学の研究倫理セミナーを受講した（受講証番号：S14-119）。

研究協力を依頼する介護老人福祉施設において、倫理審査委員会などが設けられている場合は、研究に先立って当該書類を提出し、承認を受けた上で実施を行うが、該当する施設はなかった。さらに、研究結果に影響を及ぼしかねない資金の受け入れ等はない。

9. 利益相反

本研究において、研究結果に影響を及ぼしかねない資金の受け入れ等はない。

第5章 結果

I. 研究対象者リクルートの流れ

研究協力施設は、関東地域にある定員数 50～100 名の特養 6 施設を便宜的に選んで協力依頼書を送り、承諾が得られたユニット型 1 施設、ユニット型以外の 3 施設の計 4 施設となった。その平均入所者数は 69.3 人であった。研究調査期間に入所していた高齢者 262 名（全数）のうち、本研究の適応条件を満たし、研究参加に同意が得られた 60 名を対象者とした。第三者によるコンピューターで生成した乱数表により介入群 30 名、対照群 30 名に均等に割り付けた。研究途中に介入群で 1 人が転倒による入院、2 人が合併症悪化、対照群 1 人が合併症のため参加中止し、最終的にフォローアップに至った者は介入群 27 人、対照群 29 人の計 56 人(93.3%)であった。本研究は割り付け通りを重視した Intention-to-treat(ITT)解析を用いた。加えて、質的データは per-protocol を解析に用いた(図 8)。

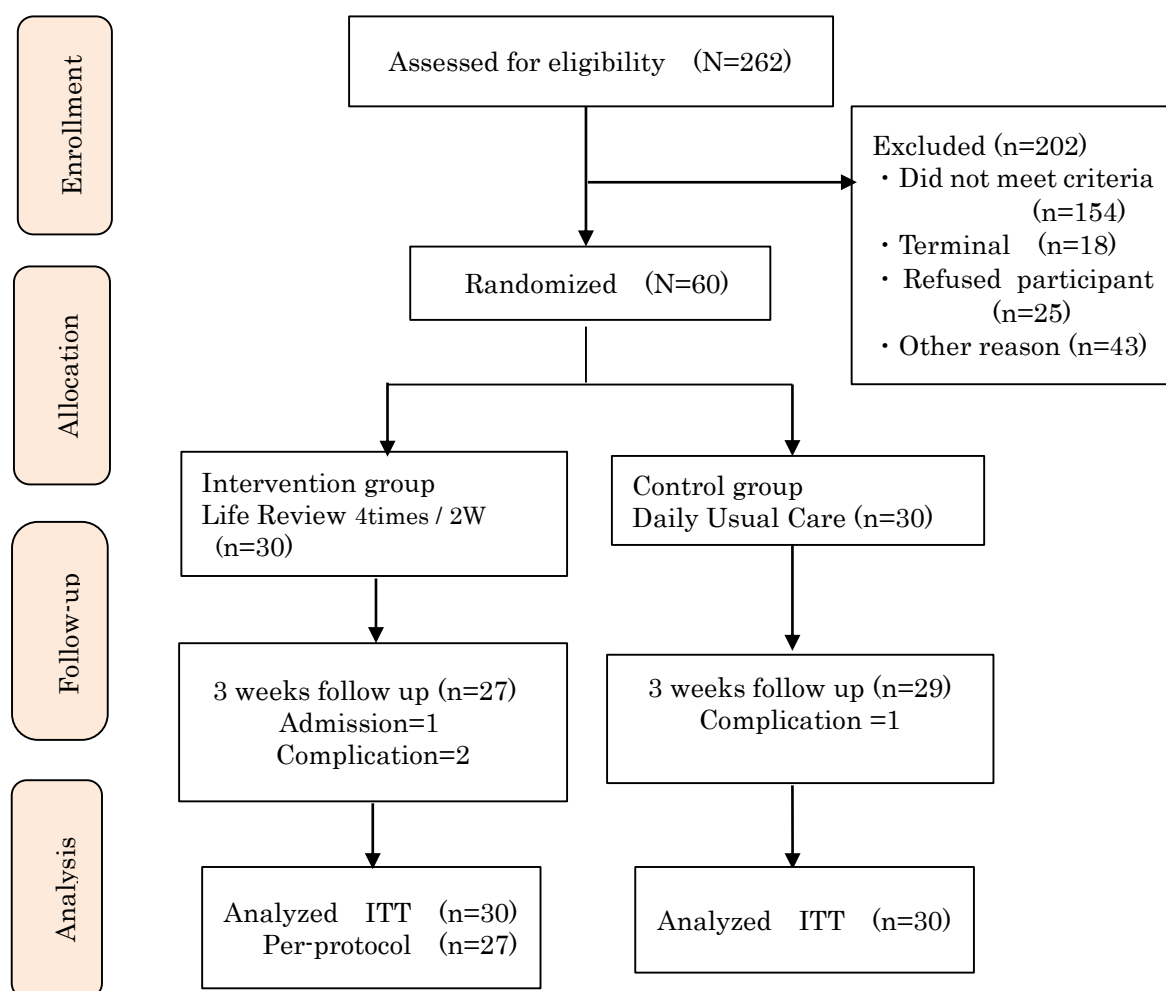


図 8 無作為化比較試験フローチャート

II. ベースラインの対象特性

研究対象者の平均年齢は 86.6 (SD 7.1) 歳、対照群 86.2 (SD 5.7) 歳で、両群とも 60 代が 1 人、70 代が介入群 2 人、対照群に 2 人でその他は 80 代以降の後期高齢者の割合が高かった。平均施設入所期間は両群とも 36 か月を超え、長期間にわたって特養で生活を送っている高齢者が対象者であった。対象者は全員に ID を振り匿名化した。

全体の性別は男性 11 人 (18.3%)、女性 49 人 (81.7%) で、介入群で男性が 26.7%、対照群では女性が 9 割を占めていた。認知症重症度では、観察によって評価が可能な CDR で評価すると、CDR=1 (軽度)、12 人 (20.0%)、CDR=2 (中等度) 48 人 (80.0%) であった。認知症の重症度は層化割り付けによって、両群に平等に割り付けられた。要介護度別にみると、要介護 3 は対照群では 4 割、要介護 4 は介入群の 5 割以上を占め、要介護 5 は介入群で 1.3 割、対照群で 1.6 割となっていた。よって、介入群で男性が多かった点が特徴に挙げられるが、年齢、施設入所期間、要介護度、婚姻歴の特性では両群に差異は認められなかった。

また、介入群、対照群ともに介入期間である 3 週間内に介護度の変化、および薬物療法やケアプラン上の変更はなかった。対照群では特養の通常ケアを継続して受けていた。

表 10 対象者のベースライン特性

特徴	対象者	
	介入群 n=30 mean (SD)	対照群 n=30 mean (SD)
年齢 [†] (歳)	86.6 (7.1)	86.2 (5.7)
範囲	64- 96	69- 99
性別 [‡] (女)	22 (73.3)	27 (90.0)
施設滞在期間(月)	36.2 (29.5)	36.7 (34.3)
婚姻歴 (有り)	30 (100.0)	30 (100.0)
家族の面会 (有り)	20 (66.7)	21 (70.0)
要介護度 [‡]		
要介護3	9 (30.0)	12 (40.0)
要介護4	17 (56.7)	13 (43.3)
要介護5	4 (13.3)	5 (16.7)
CDR [‡]		
1=軽度認知症	6 (20.0)	6 (20.0)
2=中等度認知症	24 (80.0)	24 (80.0)

[†] , 数値は平均、() は標準偏差

[‡] , 数値は人数、() は%

CDR=Clinical Dementia Rating

III. ライフレビューセッションとメモリーブックの作製結果

介入群 27 人には、メモリーブックを作製し、最終セッションの翌週に対象者へ手交した。

1. ライフレビューセッションの時間と内容

特養に入所する認知症高齢者に、一人平均 4.2 回、平均所要時間 24.2 分間(SD2.6)のライフレビューセッションを行った。各回別の所要時間は第 1 回 21.6 分間、第 2 回 26.1 分間、第 3 回 24.3 分間、第 4 回 25.2 分間であった。特養の生活スケジュールと対象者の予定や体調の調整からセッション時間の確保が限られ、計 4 回を終了するまでに当初の予定より長い約 3 週間を要した。対象者本人のアルバム、家族から写真の提供があった者は 10 人 (37.0%) であった。他は、家族がいないが 6 人 (22.2%)、家族が遠方・連絡が取りにくい 4 人 (14.8%)、写真を含めたすべての持ち物を整理したが 4 人 (14.8%)、不明 3 人 (11.1%) であった。

セッション第 1 回のテーマは「故郷」「家族」、第 2 回は「学校」、第 3 回が「結婚」「暮らし」、第 4 回は「仕事」や子育ての暮らしを尋ねたが、結婚以降の想起は少なく、写真がない場合は一緒に 1 回幼少期から第 3 回までを振り返った。その際、繰り返される話の内容は対象者によって異なった。

対象者は平均 86 歳以上の高齢者であり、子どものころの写真があった者は 1 人 (3.7%) であった。本人から提供された写真は、学校の記念写真、就職時、結婚式、中年期以降の旅行写真が多かった。予備研究で示したように、セッション前に生まれ故郷を確認し、地図・古地図を準備して初回に使用した。写真がない場合は、対象者がセッション中に語った名詞を手がかりに、次の話題の資料として、建物や人物、風景など 1~2 枚を準備した。

2. メモリーブック作製と手交

メモリーブックはテーマについて毎回話題となった内容を 1、2 ページにし、本人の言葉を追加した。表紙を含めて一人あたり 9.2 頁を作製した。本人の古い写真がある場合は平均 3.5 枚を挿入した。最終的に A5 のアルバム台紙にまとめメモリーブックとし手交した。自己管理が困難と判断される場合は、フロア管理者に渡して使用方法を委ねた。

メモリーブックの内容は高齢者本人の語りの一部であり、本人の写真、または繰り返された出来事や場所を web よりダウンロードした画像を用いた。また体験内容や人物の正確さは問わなかった。ライフレビューセッションのテーマとインタビュー項目、作製したページの内訳を表 9 に示した。また、作製したメモリーブックページの例を、第 1 回目から①～

④回として図 9～12 に示した。大きさは要介護高齢者も手に持つことが可能な A5 サイズとし、プリントアウトした光沢紙を差し込む形状とした。重さは 300g～310g であった。

表 11 各セッションのインタビュー項目とメモリーブック内容

n=27

	手がかり	インタビュー項目例	テーマ別タイトル	枚数
第 1 回	地図	・お生まれはどちらですか？	・故郷	27
幼児期		・ご両親はどんな方ですか？	・懐かしい場所(地図)	16
	親子の写真(1)	・どんなお家でしたか？	商店街、山、川、畑、	12
	(約 70 年前)	・どんな景色が見えましたか？	地名、駅・町名、鉄道、	6
		・子どもの頃を思い出してどうですか？	寺院	6
			・名所、風景	
第 2 回	地図、古地図	・小学校はどちらでしたか？	・10 代の頃	11
青春期	小学校	・きょうだいはいらっしゃいますか？	・よく行った場所	13
	思い出の場所		・小学校	7
	家族との写真(3)	・好きだったことは何ですか？	・女学校他	5
	家と周囲の写真	・学校時代を思い出してどうですか？	・行事、暮らし	6
	(2) (約 60 年前)		・好きだったこと	3
			・得意だったこと	2
第 3 回	暮らした場所	・写真について尋ねる。	・勤め先	10
成人期	仕事の写真(2)	・どんなお仕事をされましたか？	・暮らした場所	6
	結婚式写真(4)		・結婚、結婚式	6
	職場写真(2)	・結婚、子育てはどうですか？		
	夫婦写真(2)	・自分でどんなタイプの人間だと思いますか？	・好きだったこと	7
第 4 回	話題に多い事柄・場所	・写真について再度尋ねる。	・(繰り返される話)	7
中年期以降～まとめ・振り返り		・ずっと続けてきたこと、思っていたことは何ですか？	・結婚、子育て	6
	旅行写真(2)	・これまでを振り返ってみてどうですか？	・暮らした場所	6
			・今、思うこと	12
			*最近の本人写真付記	27

() ; 写真があった対象者の人数

枚数 ; テーマ毎に 1 ページとした内容

✧ 故郷は、



家は山のなか。周囲は、田んぼと畑だった。

親父は電機器の仕事かな、やさしかった。
母は話し好きでした。
桑の葉もぎながら、よく昔話してくれた。きょうだいは4人。
俺以外は、みんな女子だった。
段々畑で、いやあ～～、きらいでしたね。

図9 1回目テーマ「故郷」写真(例)

✧ 10代のこと



学校まで大分歩きましたよ、毎日。40分位か。
父は厳しかった。
母は、叱ることもあったんでしょうけどね。
まじめに学校行って、その繰り返し。
ほかに行くところないですもん。勉強はそれ相応。
田んぼや、それから色々家の手伝いはさせられた。

図10 2回目テーマ「学校」webより(例)

✧ 懐かしい場所

電話局



試験を受けて入りました。
試験はつづり方、筆記ね。「思っていることを書きなさい」って姉が教えてくれた。
袴はいてね、銀ブラもしたりね、憧れでした。
2年ぐらい勤めたかしらね。
結婚するんでって、辞めたの。まだ19歳くらい。若かった。

図11 回目テーマ「仕事」webより(例)

✧ いま、思えば



よく働いたわ～、頑張ったよ。好きだったもの。
まだまだやれることはあると思う

やれることをやって、
できるだけ元気でいます。
不平も不満もないわ、
友達もいる、周りの人は良い人ばかりだし。

図12 4回目テーマ「振り返り」本人写真(例)

IV. 測定値の主効果と交互作用

1. GDS 得点の比較

介入群と対照群の GDS 得点の、ベースライン時（以下、ベースライン）、3 週間後フォローアップ時（以下、フォローアップ）の 2 時点における変化の推移では、ライフレビュー介入群（介入群）は、ベースライン 5.10(SD 1.75)、フォローアップ 3.73(SD 1.51)で変化量は -1.37 であった。一方、通常ケア提供群（対照群）はベースライン 5.03(SD 1.33)、フォローアップ 5.33(SD 1.30)で変化量は 0.3 であった。

1) 介入の有無と時間経過の 2 要因による GDS 値への効果

介入群と対照群（グループ）と、ベースラインとフォローアップの時間経過（テスト時期）による GDS 値への交互作用を検討するため、被験者間要因を検討する 2 要因の分散分析を行った。交互作用は $F(1,116)=9.51$, ($p=.003$)で、群間に有意差が認められた（表 10）。

交互作用が有意であることから、グループとテスト時期の単純主効果の検定を行った。その結果、介入群においてフォローアップの有意な単純主効果が認められた $F(1,116)=11.38$ 、 $p=.001$ 。対照群においては有意な単純主効果は認められなかった $F(1, 116)=.61$, $p=.44$ 。次に、テスト時期に対するグループ別の単純主効果の検定では、フォローアップにおいて介入群の単純主効果が有意であった $F(1,116)=17.23$, $p=.001$ 。ベースラインではグループの単純主効果は有意ではなかった $F(1,116)=0.00$, $p=1.0$ 。なお、フォローアップ GDS における単純主効果の効果量は $\eta^2=.07$ （中等度）を示した。（図 13）

以上から、仮説①「ライフレビュー介入群は、フォローアップ GDS 得点変化量が、対照群と比較して大きい」は支持された。

2) ベースライン GDS 値別、介入の有無とテスト時期による効果

ベースラインの GDS 値から、グループにそれぞれ、うつ無し($GDS \leq 4$)、またはうつ傾向群($GDS \geq 5$)の 2 群を別に分析した。さらにテスト時期の 2 要因による交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=8.00$, $p=.00$ で群間に有意差が認められた（表 12）。

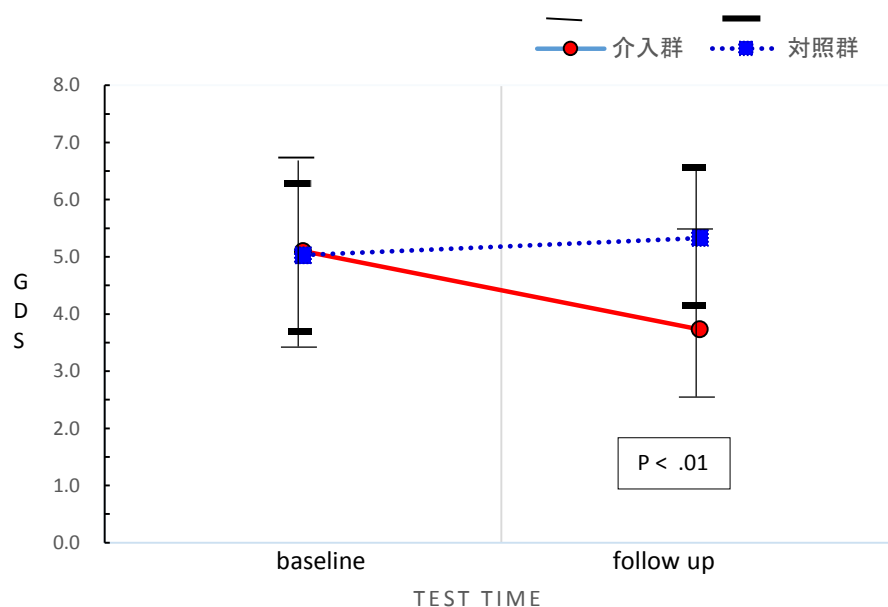
交互作用が有意であることから、グループ別うつ傾向の有り無し群とテスト時期の単純主効果の検定を行った。その結果、うつ傾向の介入群においてフォローアップの有意な単純主効果が認められた $F(1,112)=25.87$, $p=.00$ 。うつ傾向の対照群においては有意な単純主効果は認められなかった $F(1, 112)=.11$, $p=.74$ 。うつのない介入群・うつのない対照群ではいずれも有意ではなかった $F(1, 112)=.97$, $p=.33$ ・ $F(1, 112)=3.43$, $p=.07$ 。次に、テスト時期に対するグループ別・うつ傾向の有り無し群の単純主効果は、Dunnett-t（多重比較）に

よれば、うつ傾向対照群は、うつ無し介入群、うつ傾向介入群、うつ無し対照群のいずれの群間においても有意差があり、うつ傾向介入群のフォローアップ得点変化が有意であった ($p = .000$)。

3) CDR 別、介入の有無とテスト時期による効果

CDR1, 2 の認知症の段階でグループを分け、およびテスト時期の 2 要因により GDS 値を比較し、交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=3.48, p = .018$ で群間に有意差が認められた (表 12)。

交互作用が有意であることから、グループ別 CDR 別群とテスト時期の単純主効果の検定を行った。その結果、CDR1 の介入群 $F(1,112) = 7.25, p = .008$ 、CDR2 の介入群 $F(3,112) = 5.78, p = .018$ において有意な単純主効果が認められた。CDR1 対照群 $F(3, 112) = .00, p = 1.0$ と CDR2 対照群 $F(3, 112) = .75, p = .39$ においては有意な単純主効果は認められなかった。次に、テスト時期に対する CDR 別×グループ別の単純主効果は、フォローアップ時において有意な単純主効果が認められた $F(3,112) = 6.32, p = .001$ 。一方、ベースラインにおいての有意な効果は認められなかった $F(3,112) = 0.29, p = .84$ 。Dnnett-t (多重比較)を行った結果、CDR2 対照群は、CDR2 介入群と有意差があり、認知症中等度の介入群のフォローアップ時の GDS 得点の変化が有意である ($p = .015$) が認められた。



*バーの範囲は介入群、対照群ともに標準偏差 (SD) を示す

図 13 ライフレビュー二群間の GDS 変化の比較

表12 GDS得点の2要因（被験者間要因）分散分析結果

	Life Review group n=30		Control group n=30		Main effect		Interaction		Effect size		
	Follow up		Follow up		Test time		Test time×Group				
	Baseline	Mean (SD)	Baseline	Mean (SD)	F	p	F	p			
GDS ^{a)}	5.10 (1.75)	3.73 (1.51)	5.03 (1.33)	5.33 (1.30)	3.89	.051	8.05	.005 **	9.51	.003 **	.070
Baseline											
GDS (≤4)	3.18 (0.60)	2.73 (0.79)	3.93 (0.26)	4.67 (0.90)	4.15	.044 *	38.81	<.001 ***	8.00	<.001 ***	.090
GDS (≥5)	6.11 (1.29)	4.32 (1.53)	6.13 (0.99)	6.00 (1.31)							
CDR ^{b)}											
CDR1	5.50 (2.26)	3.17 (0.75)	3.17 (0.75)	4.83 (0.75)	4.80	.031 *	3.12	.029 *	3.48	.018 *	.078
CDR2	4.92 (1.69)	3.88 (1.62)	3.88 (1.62)	5.46 (1.38)							

a) Geriatric Depression Scale (1-15point) 1-4: not depression, 5-10: suggestive of depression, 11-15: depression

b) Clinical Dementia Scale(0-3) 1: mild cognitive disorder, 2: major cognitive disorder

* ; < .05, ** ; < .01, *** ; < .001

η^2 ; Small= .01, Medium= .06, Large= .14

表13 GDS得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	8.53	1	8.53	3.89	.051
Group	17.63	1	17.63	8.05	.005 **
Test time×group Interaction	20.83	1	20.83	9.51	.003 **
Error	254.20	116	2.19		
Corrected total	301.20	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

** ; < .01

表14 うつ傾向有無別GDS得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	4.88	1	4.88	4.15	.044
Depression	136.93	3	45.64	38.81	.000 **
Test time×depression Interacion	28.22	3	9.41	8.00	.000 **
Error	131.71	112	1.18		
Corrected total	304.37	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

** ; < .01

表15 CDR別 GDS得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	10.80	1	10.80	4.80	.031 *
CDR	21.08	3	7.03	3.12	.029 *
Test time×CDR Interaction	23.54	3	7.85	3.48	.018 *
Error	252.25	112	2.25		
Corrected total	304.37	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

* ; < .05

2. MOSES 得点の比較

介入群と対照群の MOSES 得点の、ベースライン、フォローアップの 2 時点における変化の推移では、介入群はベースライン 50.77(SD 9.74)、フォローアップ 48.50(SD 9.97) で変化量は -2.22 であった。一方、対照群はベースライン 48.87(SD 6.97)、フォローアップ 49.30(SD 8.07) で変化量は 0.43 であった。さらに MOSES の 3 つの下位尺度①抑うつ感、②いらいら感・態度、③引きこもり・活動、についても表 16 に示した。

1) 介入の有無と時間経過の 2 要因による MOSES 総得点平均値への効果

介入群と対照群 (グループ) と、ベースラインとフォローアップの時間経過 (テスト時期) による MOSES 総得点への交互作用を検討するため、被験者間要因を検討する 2 要因の分散分析を行った。交互作用は $F(1,116)=0.71, p=.40$ で群間に有意差は認められなかった (表 14)。また、主効果はグループが $F(1,116)=0.33, p=.57$ 、テスト時期で $F(1,116)=0.12, p=.57$ であり、ともに有意な差は認められなかった。3 つの下位尺度についても同様に 2 要因の分散分析を行った。その結果、① $F(1,116)=0.62, p=.43$ 。② $F(1,116)=1.07, p=.30$ 。③ $F(1,116)=0.05, p=.83$ で交互作用は有意でなかった。下位尺度主効果においてもグループで① $F(1,116)=0.09, p=.77$ 。② $F(1,116)=0.78, p=.38$ 。③ $F(1,116)=0.59, p=.44$ で有意差はなかった。以上から群間に有意な差は認められなかった。

以上により、仮説②「ライフレビュー介入群は、生活行動のフォローアップ得点変化量が、対照群と比較して大きい」は、MOSES 得点の比較からは支持されなかった。

2) ベースライン GDS 値別、介入の有無とテスト時期による効果

ベースラインの GDS 値から、グループ毎にそれぞれ、うつ無し群、またはうつ傾向群の 2 群を設定し、テスト時期の 2 要因による交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=0.39, p=.76$ で有意差はなかった。主効果では、グループが $F(3,112)=3.24, p=.03$ 、テスト時期は $F(3,112)=0.38, p=.54$ であった。主効果について Dnnett-t では、うつ無し対照群と有意差は認められなかった。以上から、ベースライン GDS 値・介入の有無とテスト時期で分けた群間に有意な差は認められなかった。

3) CDR 別、介入の有無と評価時期の効果

CDR1, 2 の認知症重症度でグループを分け、および評価時期の 2 要因による GDS 値を比較し、交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=0.42, p=.010$ で有意ではなかった。主効果はグループが $F(3,112)=2.27, p=.08$ テスト時期は $F(3,112)=0.00, p=.96$ で、以上により CDR 別介入の有無とテスト時期で分けた群間に有意な差は認められなかった。

表16 MOSES得点の2要因（被験者間要因）分散分析結果

	Life Review group n=30		Control group n=30		Main effect		Interaction		effect size		
	Follow up		Follow up		Test time		Group				
	Baseline	Mean (SD)	Baseline	Mean (SD)	F	p	F	p			
MOSSES total ^{a)}	50.77 (1.60)	48.50 (1.60)	48.87 (1.60)	49.30 (1.60)	0.12	.73	0.33	.57	.40	.010	
Areas											
Depressed/Anxious	16.17 (6.37)	15.67 (5.21)	14.47 (5.18)	15.57 (5.34)	0.79	.38	0.09	.77	0.62	.43	
Irritability	16.77 (4.17)	15.50 (4.31)	15.90 (2.71)	16.00 (3.01)	0.08	.78	0.78	.38	1.07	.30	
Withdrawal	17.83 (4.08)	17.40 (4.01)	18.50 (4.44)	17.73 (4.56)	0.41	.52	0.59	.44	0.05	.83	
Baseline											
GDS ^{b)} (≤4)	46.55 (7.49)	43.73 (5.83)	48.13 (8.39)	49.93 (9.54)	0.38	.54	3.24	.03 *	0.39	.76	.010
GDS (≥5)	53.21 (10.23)	51.26 (10.92)	49.60 (5.38)	48.67 (6.58)							
CDR ^{c)}											
CDR1	46.55 (7.49)	43.73 (5.83)	48.13 (8.39)	49.93 (9.54)	0.00	.96	2.27	.08	0.42	.74	.009
CDR2	53.21 (10.23)	51.26 (10.92)	49.60 (5.38)	48.67 (6.58)							

Range a); (1-4point)×24 items(24-96), b); (1-4point)×8 items(8-32)

a) Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects

b) Geriatric Depression Scale(1-15point) 1-4; not depression, 5-10; suggestive of depression, 11-15; depression

c) Clinical Dementia Scale(0-3) 1; mild cognitive disorder, 2; major cognitive disorder

* ; < .05, ** ; < .01, *** ; < .001

 η^2 ; Small= .01 , Medium= .06 , Large= .14

表17 MOSES得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	25.21	1	25.21	0.33	.57
Group	9.08	1	9.08	0.12	.73
Test time×group Interaction	54.68	1	54.68	0.71	.40
Error	8932.63	116	77.01		
Corrected total	9021.59	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

表18 MOSES得点のうつの有無別2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	27.45	1	27.45	0.38	.54
Depression	711.70	3	237.23	3.24	.03 *
Test time×depression Intreraction	85.33	3	28.44	0.39	.76
Error	8199.35	112	73.21		
Corrected total	9021.59	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

* ; < .05

表19 MOSES得点のCDR別2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	0.21	1	0.21	0.00	.96
CDR別	510.01	3	170.00	2.27	.08
Test time×CDR Interaction	94.29	3	31.43	0.42	.74
Error	8392.08	112	74.93		
Corrected total	9021.59	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

3. Vitality Index 値の比較

介入群と対照群の Vitality Index 得点平均のベースラインとフォローアップ 2 時点における変化の推移では、介入群はベースライン 6.93(SD 1.52)、フォローアップ 7.97(SD 1.27) で変化量は 1.04 であった。一方、対照群はベースライン 7.27(SD 1.91)、フォローアップ 7.13(SD 1.91) で変化量は-0.14 であった。さらに Vitality Index の 5 つの下位尺度①起床、②意思疎通、③食事、④排泄、⑤リハビリ・活動についても表 20 に示した。

1) 介入の有無と時間経過の 2 要因による値への効果

介入群と対照群 (グループ) と、ベースラインとフォローアップの時間経過 (テスト時期) による Vitality Index 値への交互作用を検討するため、被験者間要因を検討する 2 要因の分散分析を行った。交互作用は $F(1,116)=3.63, p=.059$ で、有意な傾向はみられたが、群間に有意差は認めなかった (表 18)。また、主効果はグループが $F(1,116)=0.67, p=.42$ 、テスト時期で $F(1,116)=2.16, p=.14$ と、ともに有意ではなかった。

下位尺度について、同様に 2 要因の分散分析を行った。その結果、① $F(1,116)=2.10, p=.15$ ② $F(1, 116)=5.51, p=.026$ ③ $F(1, 116)=0.88, p=.35$ ④ $F(1, 116)=0.33, p=.57$ ⑤ $F(1, 116)=0.99, p=.32$ で、②意思疎通において交互作用が有意に認められた。

交互作用が有意であった②意思疎通の、グループ毎のテスト時期の単純主効果の検定を行った。その結果、介入群において、テスト時期の単純主効果が認められた $F(1,116)=10.11, p=.002$ 。対照群においてはテスト時期で有意な単純主効果は認められなかった $F(1, 116)=.00, p=1.00$ 。また、テスト時期毎の介入群、対照群の単純主効果は、ベースライン $F(1, 116)=1.76, p=.19$ 。フォローアップ $F(1, 116)=3.44, p=.07$ で有意ではなかった。

交互作用が有意でなかった下位尺度の主効果はグループ① $F(1,116)=0.53, p=.47$ ② $F(1, 116)=0.88, p=.35$ ③ $F(1, 116)=0.33, p=.57$ ④ $F(1, 116)=0.99, p=.32$ 、テスト時期① $F(1,116)=1.18, p=.28$ ② $F(1, 116)=0.22, p=.64$ ③ $F(1, 116)=0.74, p=.39$ ④ $F(1, 116)=0.02, p=.89$ で有意ではなかった。

以上により、仮説②「ライフレビュー介入群は、生活行動のフォローアップ得点変化量が、対照群と比較して大きい」は、Vitality Index 総得点値の比較からは支持されなかった。

しかし、下位尺度の②意思疎通においては、介入群のフォローアップ時の単純主効果が有意に認められた。

2) ベースライン GDS 値別、介入の有無とテスト時期による効果

ベースラインの GDS 値から、グループ毎にそれぞれ、うつ無し(GDS<5)群またはうつ傾

向群($GDS \geq 5$)の2群を設定し、テスト時期の2要因による交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=1.44$, n.s. で有意ではなかった。主効果では、グループが $F(3, 112)=5.54$, $p < .01$ 、テスト時期は $F(3,112)=2.46$, n.s. であった。よって、ベースライン GDS 値×介入の有無で分けた群間では介入群の主効果のみ認められた。交互作用を確認した分散分析表を示した (表 19 - 表 22)

4) CDR 別、介入の有無とテスト時期の効果

CDR1, 2 の認知症の段階でグループを分け、およびテスト時期の2要因による GDS 値を比較し、交互作用を検討した。その結果、交互作用は $F(3,112)=0.42$, $p = .74$ で有意ではなかった。主効果はグループが $F(3,112)=2.27$, $p = .08$ 、テスト時期は $F(3,112)=0.00$, $p = .74$ であった。よって CDR 別、介入の有無とテスト時期では群間に有意な差は認められなかった。

表20 Vitality Index得点の2要因（被験者間要因）分散分析結果

	Life Review group n=30			Control group n=30		Main effect			Interaction			effect size
	Baseline		Follow up	Baseline		Follow up	Test time		Group	Test time×Group		
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)		F	p		F	p	
Vitality Index ^{a)}	6.93 (1.53)	7.97 (1.27)		7.27 (1.91)	7.13 (1.91)		2.16	.14		3.63	.059	.030
Areas												
①Wake up ^{b)}	1.57 (0.57)	1.77 (0.43)		1.60 (0.50)	1.53 (0.51)		1.18	.28		2.10	.15	
②Communication ^{b)}	1.33 (0.48)	1.73 (0.45)		1.50 (0.09)	1.50 (0.09)		0.14	.71		5.51	.026 *	.040
③Feeding ^{b)}	1.77 (0.43)	1.90 (0.31)		1.80 (0.41)	1.80 (0.41)		0.22	.64		0.88	.35	
④On and off toilet ^{b)}	1.23 (0.63)	1.33 (0.61)		1.20 (0.66)	1.17 (0.65)		0.74	.39		0.33	.57	
⑤Rehabilitation, Activi	1.03 (0.49)	1.23 (0.50)		1.17 (0.79)	1.13 (0.73)		0.02	.89		0.99	.32	
Baseline												
GDS ^{c)} (≤4)	7.55 (1.51)	8.73 (1.10)		7.80 (2.04)	8.73 (1.20)		2.46	.12		5.54	.001 **	.060
GDS (≥5)	6.58 (1.47)	7.53 (1.17)		6.73 (1.67)	6.40 (1.55)							
CDR ^{d)}												
CDR1	7.33 (1.63)	8.50 (1.05)		7.83 (2.32)	7.83 (2.71)		0.00	.96		2.27	.08	.010
CDR2	6.83 (1.52)	7.83 (1.31)		7.13 (1.08)	6.96 (1.68)					0.42	.74	

a) Range: (0-10)

b) Range: (0-2)

c) Geriatric Depression Scale(1-15point) 1-4: not depression, 5-10: suggestive of depression, 11≤; depression

d) Clinical Dementia Scale(0-3) 1: mild cognitive disorder, 2: major cognitive disorder

* ; < .05 , ** ; < .001

 η^2 ; Small= .01 , Medium= .06 , Large= .14

表21 Vitality Index得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	6.08	1	6.08	2.16	.14
Group	1.88	1	1.88	0.67	.42
Test time×group Interaction	10.21	1	10.21	3.63	.06
Error	326.17	116	2.81		
Corrected total	344.33	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

表22 Vitality Index②意思疎通得点の2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	1.20	1	1.20	5.06	.026 *
Group	0.03	1	0.03	0.14	.71
Test time×group Interaction	1.20	1	1.20	5.06	.026 *
Error	27.533	116	0.24		
Corrected total	29.967	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

*; < .05

表23 Vitality Index得点のうつの有無別2元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
Test time	27.45	1	27.45	0.38	.54
Dpression	711.70	3	237.23	3.24	.03 *
Test time×Depression Interaction	85.33	3	28.44	0.39	.76
Error	8199.35	112	73.21		
Corrected total	9021.59	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

*; < .05

表24 Vitality Index得点のCDR別2元配置分散分析結果

変動因	SS	df	MS	F	p
Test time	0.21	1	0.21	0.00	.96
CDR	510.01	1	170.00	2.27	.08
Test time×CDR Intraction	94.29	1	31.43	0.42	.74
Error	8392.08	112	74.93		
Corrected total	9021.59	119			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

4. ケアスタッフへの自記式質問紙調査結果

対象者を受け持ち、直接ケアを行うケアスタッフへ自記式質問紙を配布し、無記名で回答を依頼した。ライフレビューの実施期間からメモリーブック手交後の a) 対象者理解の変化、b) 介入群である利用者の生活行動の変化、c) メモリーブックの利用の 3 点を「まったく役立っていない／変わらない」から、「とても役立った／とても変わった」の 4 段階で尋ねた。および、自由記載欄を設けてライフレビューとメモリーブック使用への意見を収集した。

アンケートはライフレビュー介入が終了した後、メモリーブックを手交した際にフロア責任者へ配布と回収を依頼した。

1). アンケート調査結果

アンケートは 4 施設で 30 人から回答を得、その結果を表 16 に示した。返却までの期間は 2 週間から 4 週間であった。

- a) 「ライフレビューの情報は、あなたが利用者様を理解するのに役立ちましたか」では、全員が「少し役立った」以上で、「とても役立った」が 8 割を超えていた。よって、アンケートに答えた全員が役に立ったと回答した。
- b) 研究対象者への「生活行動（食事、睡眠、会話）は変化がありましたか」では、「少し変わった」が 5 割、「あまり変わらない」が 4 割で、1 人が「まったく変わらない」、1 人が「とても変わった」と答えた。よって、ほとんどの回答者が高齢者の生活行動の変化を実感できるとはいえない回答であった。
- c) 「メモリーブックは役立っていますか」は、全員が「少し役立った」以上を回答し、「とても役立った」と答えた者は 6 割を超えていた。よって、アンケートに答えた全員がメモリーブックは役に立っていると回答した。

表 25 介入群終了後の施設スタッフへのアンケート調査結果

質問項目	評価			
	1) まったく役立っていない／まったく変わらない	2) あまり役立っていない／あまり変わらない	3) 少し役立った／少し変わった	4) とても役立った／とても変わった
a) ライフレビューの情報は、あなたが利用者様を理解するのに役立ちましたか？	0	0	5(16.7)	25(83.3)
b) 普段の利用者様の生活行動(食事、睡眠、会話など)は変化がありましたか？	1(3.3)	12(40.0)	16(53.3)	1(3.3)
c) メモリーブック(思い出帳)は役立っていますか？	0	0	11(36.7)	19(63.3)

数字；回答数、()；%

2) スタッフアンケート回答の形態素解析

スタッフへのアンケートでは d) 「ライフレビューとメモリーブックについて気づいた点を記入してください」と記述欄を設けた。29 人(96.7%)の記入があり回答内容の形態素分析を行った。品詞では名詞は計 79、動詞が計 76、形容詞と形容動詞はそれぞれ 29 と 21 であった。スタッフがとらえた行動の変化をとらえるために名詞と動詞、また感情や心理状態の特徴をとらえるため形容詞別に語彙の係り受け分析を行った。名詞では「メモリーブック+(15)」、「利用者・本人+(15)」、「昔+(8)」、「写真+(7)」、「会話+(4)」、「家族+(4)」の順に多かった。動詞では「+くる(12)」、「+話す(9)」、「+する(8)」、「+できる(6)」、「+思う(4)」、「思い出す(4)」、「+増える(4)」、形容詞では「懐かしい(4)」、「嬉しい(4)」、「楽しい(4)」、「よい(3)」、その他では副詞の「とても+(15)」が多かった。行動の分類では「見せる・見る(4)」、「会話・話す(4)」、「話しかける(2)」があった。これらはすべてポジティブワードに分類された。また、ネガティブワードには「不安(1)」、「戦争(1)」が挙げられた。

V. 質的データの量的データ変換と分析

1. ライフレビューセッション中の認知症高齢者の語りの文字数

各セッションで対象者がどのくらい語りが増えるのか、または減るのかを 1 回あたりの高齢者の語りの文字数で表した。セッションはレコーダーから記録に起して文字化し、漢字も仮名も平仮名としてカウントした。対象者がセッションで語った文字数の平均は、第 1 回 1045.9(SD 493.4)、第 2 回 1245.3(SD 716.6)、第 3 回 1256.3(SD814.5)、第 4 回 1318.7(SD562.2)であった。対象者別に 1 回目から 4 回目までの文字数の推移をみると、語られる文字数は個人差が大きく、テーマ(回)と、写真があることによっても変化がみられた。GDS の変化との関連をとらえるために、ベースライン GDS とフォローアップ GDS の値の差で群に分類して示した。図 12 の、①はうつ無し群変化量=0(2 人)、②はうつ無し群で変化量=1(6 人)、③はうつ傾向群で変化量=0(4 人)、④はうつ傾向群で変化量=2-3(14 人)とした GDS の増加者は 1 名で⑤とした。数字は対象者ナンバーを示す。

4 回のセッションのうちで 1 回目の文字数が最も多い者は 27 人中 3 人(11.1%)、2 回目最も多い者は 5 人(18.5%)、3 回目最も多い者は 4 人(14.8%)、4 回目の文字数が最も多い者は 15 人(55.6%)であった。1 回から順に文字数が増えている例は①はなし(0%)、②で 4 人(66.7%)、④うつ傾向群では 1 人を除くほぼ 5 人(83.3%)で増加がみられた。対象者によっ

ではテーマにより語りが増減する場合と、そうでない場合もあることが読み取れた。

うつの有り無しのグループごとにみると、うつのない①群では、3回目の話題が多く語られている。②群では、初回より2回目目、3回目というように話題が増えて行くが全体の文字数は少ない。うつ傾向の③④群は、2回目の話題が増えて行っているように受け取れ、対象者文字数の平均からは回数とともに語りが増えているが、個人別にみると、もともとの文字数などから、回を重ねても変わらない例や、数としては増えない例もあったことが確認された。また、文字数はTORSとフェイススケールいずれとも相関はなかった。

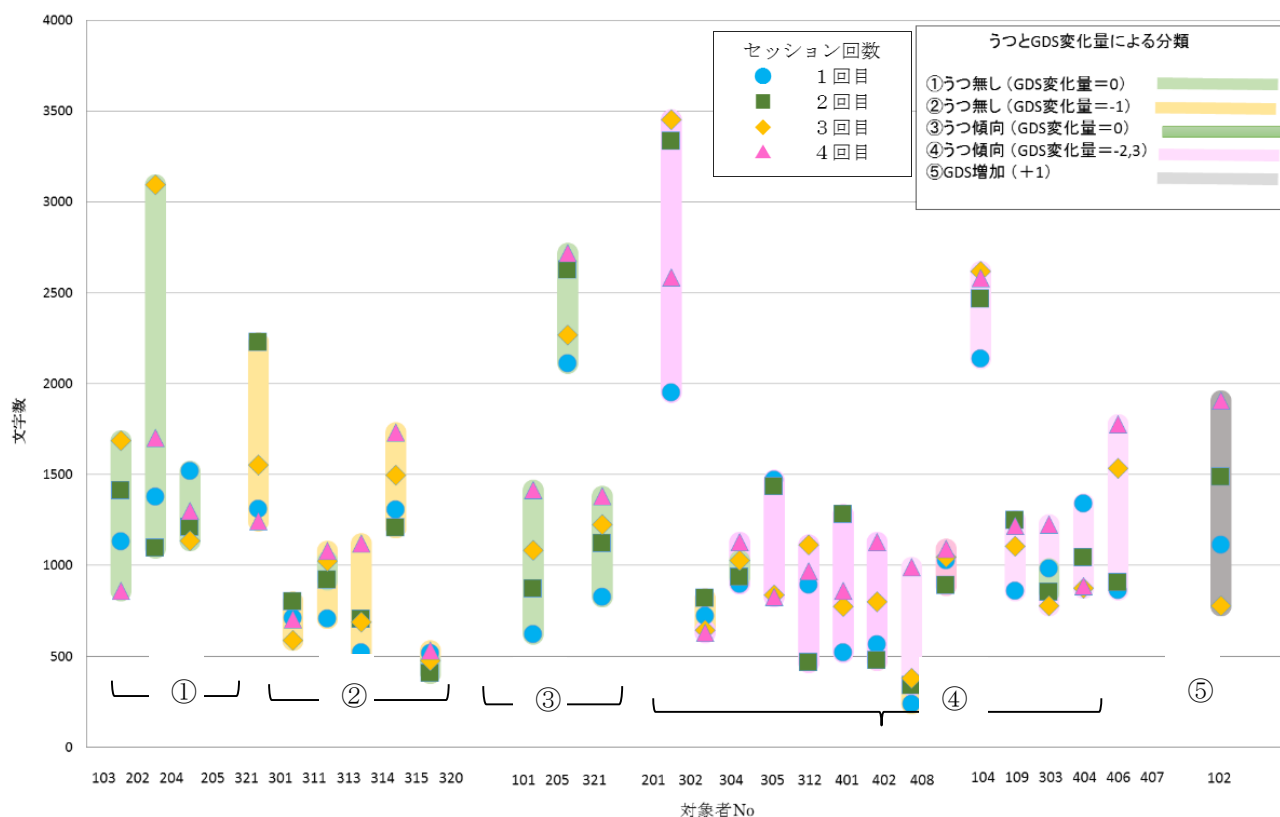


図 14 うつ無し・うつ傾向別 GDS 変化量別回数毎の言葉数

* 太い線は個人の話した文字数の範囲、柱中の記号はセッションごとの文字数変化を示す

* ①②はうつ無し群(GDS 変化=0)と(GDS 変化=1)、③④はうつ傾向(GDS 変化=0)、(GDS=-1,2) ⑤は GDS 増加例

2. ライフレビューセッション中の認知症高齢者の非言語的表現

ライフレビューセッションにおいて、対象者の非言語的コミュニケーションである、態度や身振り、頷きを東大式観察評価尺度(TORS)により得点化した。そのうち表情は詳細なフェイススケールを用いて得点化した。

計 4 回のライフレビューセッションでの表現量と表情の変化を検討するために、TORS とフェイススケール得点それぞれの反復測定分散分析を行った。その結果、TORS は $F(3,78) 25.77, P<.01$ 、フェイススケールは $F(3,78) 39.09, P<.01$ で、ともに、1 回目から 4 回目の回数ごとの得点間に有意差が認められた (表 26)。さらに、どこに差があったのかをペアごとの比較で確認した。TORS とフェイススケールともに 1 回目と 2 回目 ($p<.01$)、1 回目と 3 回目 ($p<.001$)、1 回目と 4 回目 ($p<.001$)、2 回目と 4 回目 ($p<.001$)、3 回目と 4 回目 ($p<.001$) に差がみられた。2 回目と 3 回目 ($p=.74$) には差はみられなかった。4 回目では、非言語的コミュニケーションとして TORS とフェイススケールと言葉数の相関関係をみると、TORS とフェイススケールは、セッション 1 回目 ($r=.75, p<.001$)、2 回目 ($r=.56, p<.01$)、3 回目 ($r=.49, p=.01$) から 4 回目 ($r=.50, p<.01$) と全ての回で比較的強い相関がみられた。

表26 ライフレビュー回数毎のTORSとFace scale得点被験者内比較結果

times	n=27				
	1	2	3	4	Effect [†]
	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	F p
TORS ^{a)}	7.11 (2.08)	8.30 (2.05)	8.85 (1.59)	9.96 (1.02)	25.77 < .001 ***
Face scale ^{b)}	7.26 (2.44)	4.85 (2.21)	5.48 (1.95)	3.11 (1.58)	39.09 < .001 ***

†; one-way repeated ANOVA

a) Todai-shiki Observational Rating Scale; Range (0-11)

b) Face scale; Range(1-20)

***; < .001

表27 TORS得点の1元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
LR(four times)	114.00	3	38.00	25.77	< .001 ***
TORS	199.67	26	7.68		
Error	115.00	78	1.47		
Corrected total	428.67	107			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

TORS: Todai-shiki Observational Rating Scale

***; < .001

表28 Face scale得点の1元配置分散分析結果

Source	SS	df	MS	F	p
LR(four times)	237.66	3	79.22	39.09	< .001 ***
Face scale	287.91	26	11.07		
Error	158.09	78	2.03		
Corrected total	683.66	107			

ss: Sum of Square, df: degree of freedom, MS: Mean Square

*** ; < .001

TORS 値（は得点が高くなるほど表現量が多いことを示す。またフェイススケール得点は得点が下がるほど和んだ（リラックス・笑い）の表情を示す。4回目でフェイススケールの得点変動（点線）があった4人では、写真を眺め、思い出すことで涙がみられたが、終了時には笑顔を示した得点であった（図15）。

図15より、セッション回を追うごとにTORS得点が上がり、フェイススケールで表情が穏やか・笑顔になることを示すa) 増加パターン、例えば、103、104、109、311、320、402のGDS変化量は平均1.17であった。また、ほとんど変化しないb) 不変パターン、例えば301、305、315、321の平均変化量は1.0であった。さらに、1回目よりも2日目、または2回目よりも3回目の得点が下がるc) 変化パターン、例えば202、205、304、312、401などがあり平均変化量は1.2であった。以上、3つのパターンがグラフから読み取れ、語りのパターンには人それぞれに違いがあることが推測された。これは図14のうつの有無による各セッションでの発言文字数の一覧からも、個人や回数での違いがあると読み取れた。

このように、必ずしも語りの多さや少なさ、観察された態度および表情変化のデータやパターンが、フォローアップ時のGDS変化量の大きさを示すとはいえなかった。従って、3つの語りのパターンの特徴を 2. 語りのパターン別の特徴(p.77) として、a) セッション毎に語り、態度、表情得点が増えた事例、b) 2回目または3回目で態度、表情得点が増える事例、c) 毎回、語り、態度、表情得点が変わらない事例として示した。

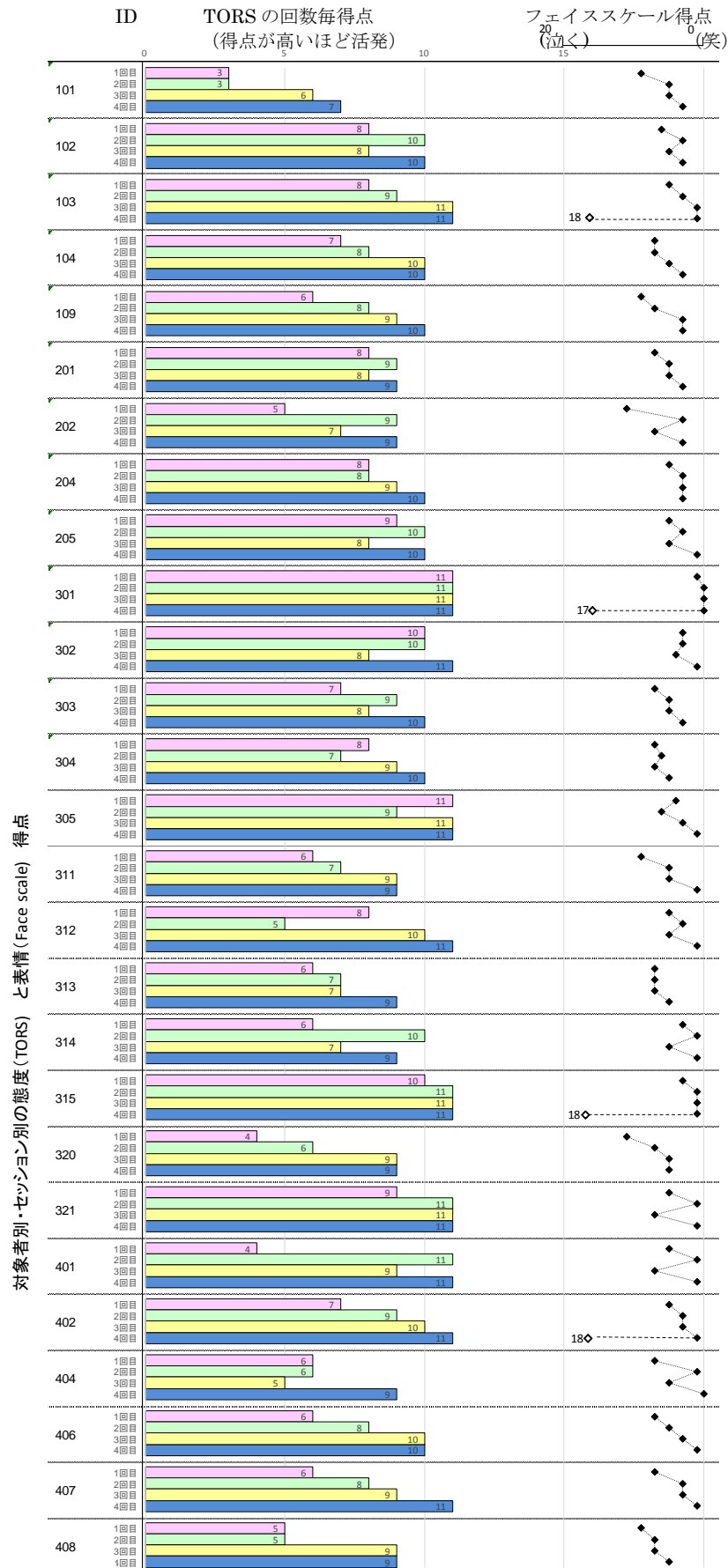


図 15 ライフレビューにおける非言語的コミュニケーションの変化

VI. うつ傾向群と語りの内容の比較と関連

ライフレビュー介入群のフォローアップ GDS 値が対照群と比較して有意な変化が確認された。さらに、ベースライン GDS 値の介入群対象者で、うつ傾向($GDS \geq 5$)群の交互作用と単純主効果がみられた。なぜ、うつ傾向介入群で有意な効果が認められたのか、まず質的データである語りを量的データに変換し、次に語りの内容を分析し記述した。

1. うつ傾向群の GDS 変化と語りの特徴

ライフレビュー介入群のフォローアップにおいて、うつ傾向群に単純主効果が有意であった。そのため、説明変数であるライフレビューと、うつの程度による組み合わせから分析を試みた。まず、ベースラインで分けたうつ無し群とうつ傾向群別に、フォローアップ GDS 値をみると、変化量が -2 以上であった者 14 名は全員がうつ傾向群であった。また変化量が -1 であった 6 名は全員がうつ無し群であった。変化がなかった者は 6 人で、そのうち 3 人はうつなし、3 人にうつ傾向があった。また、ライフレビューは毎回テーマに沿って尋ねるため、テーマに関する名詞がキーワードとなる。全体の発言内訳からキーワードを抽出することでテーマに沿った話題が語られたか、別の話題であったかは全体の発言文字数に対するキーワードの出現割合によって検討可能な資料と考えられる。そこで、GDS の変化量が大きかったうつ傾向群(変化大 $GDS \geq -3$)、変化量が小さかったうつ無し群(変化小 $GDS \geq 1$)、変化がなかった群(GDS 不変=0)でそれぞれ 3 例を用いて、形態素解析から品詞数を抽出し、テーマとなった名詞の出現割合を比較した。

各セッションのテーマにおいて出現した名詞では、第 1 回目が「故郷」「家族」、第 2 回目は「学校」、第 3 回目は「結婚」「仕事」、第 4 回目は「暮らし」で、幼少時からを再度一緒に振り返るため、合わせて「結婚・暮らし」とした。テーマに沿った名詞をどの回で発言していたか、キーワード全体におけるセッション毎の名詞出現割合で示した(表 29)。

たとえば変化大群では、テーマの名詞数は「故郷(85)」「家族(72)」「学校(136)」「自分(89)」であった。「故郷」の名詞が 85 のうち 1 回目から 4 回目で何%出現したかの割合を示す。

さらに、ライフレビューの概念分析の帰結として、今のかけがえのない自分に気づく【自己意識】のカテゴリーが示されていたため(山本、2013)、全 4 回を通して「自分」を指す名詞の出現を確認した。「故郷」「家族」「学校」「自分」はテーマ回のみならず他の回でも高い割合で語られていた。また、GDS 変化量別に語られた全名詞数のキーワードごと、回数ごとの出現率を示した(図 16、17、18、19)。

GDS 変化大群では全体名詞数は 581 であった。1 回目が「故郷」、2 回目が「家族」、3 回目が「学校」と、テーマに沿った想起が成された。対象者はテーマについて、手がかりを基にして時間をかけて想起していた。特に「学校」では当時の悩みや楽しみが次々と思い出されたが 3、4 回目の「結婚」以降の想起は少なかった。GDS 変化小の全体名詞数は 356、「故郷」「家族」「学校」は 1 回目の割合が高かった。不変例の全体名詞数は 731 で、故郷の想起が毎回多く語られた。テーマに沿った語りはあるが、全体の名詞数での出現率が少ないことから、テーマ以外の語りが多い様子が覗かれた。GDS 増加 1 例は全体名詞数 188 で、ベースラインでうつはなかった。「自分」に関する名刺の出現割合は不変例で少なかった。

以上より、名詞の出現割合からは、変化大群でテーマに沿っている割合が高いこと、不変群ではテーマ以外の発言が他より多くみられたことが示された。同じテーマであっても、手がかりや表現する言葉や使い方には個人によって特徴があり、事例ごとの変化をまとめた。

表29 GDSの変化量別、セッション別のテーマ内容を表す名詞内容出現割合

出現名詞	うつ傾向GDS変化大 (変化量 ≥ 3) n=3				GDS変化小 (変化量 ≤ 1) n=3				GDS不変 (変化量=0) n=3				GDS増加 (変化量+1) n=1			
	1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	3回目	4回目
故郷 (地名)	.36	.27	.21	.15	.29	.35	.22	.14	.35	.26	.09	.30	.35	.32	.06	.26
自分 (私)	.18	.28	.27	.27	.20	.38	.16	.26	.17	.14	.44	.25	.19	.31	.19	.31
両親	.19	.39	.21	.21	.42	.38	.07	.13	.26	.21	.32	.22	.45	.17	.28	.10
学校	.19	.19	.41	.22	.08	.21	.21	.50	.13	.23	.10	.55	.00	.29	.29	.43
仕事	.20	.11	.30	.39	.13	.18	.37	.32	.00	.14	.43	.43	.09	.09	.57	.26
結婚			1		.25	.63	.13		.19	.26	.31	.24			1	
戦争・震災		1					1				1				1	

*; 数値は該当するテーマの名詞の合計に対する、各回での出現割合。1回目～4回目で100%

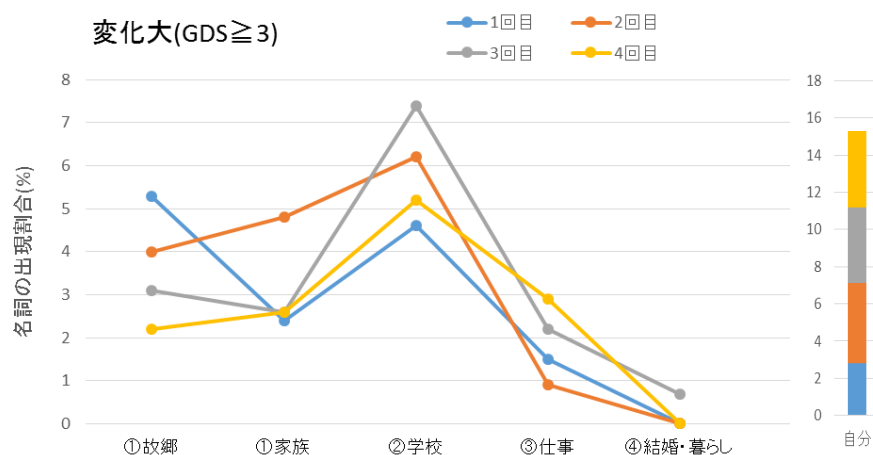


図 16 セッションのテーマ別名詞(変化大)

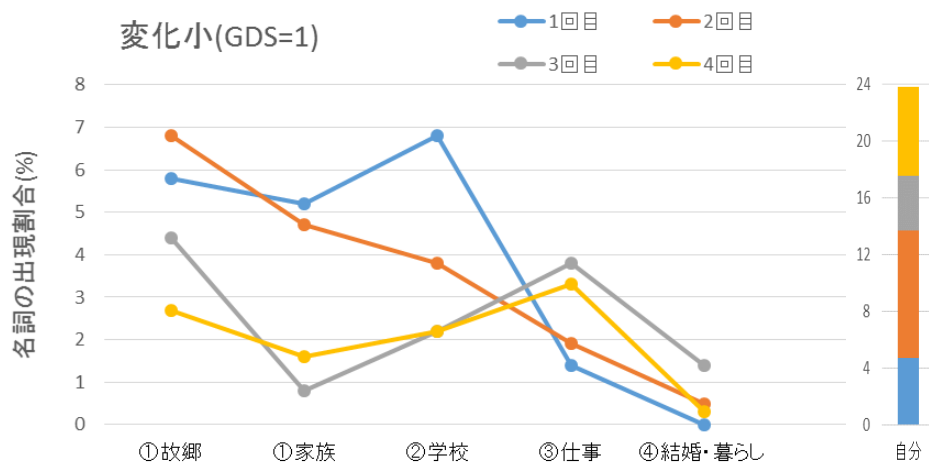


図 17 セッションのテーマ別名詞(変化小)

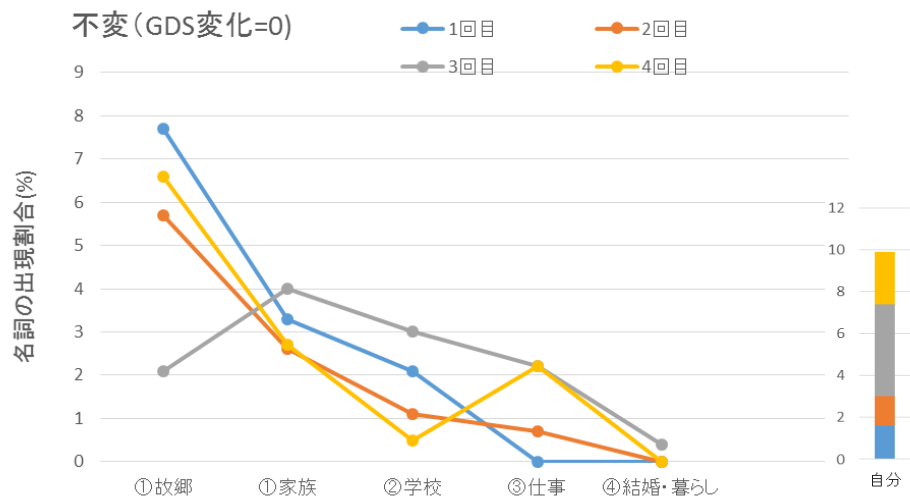


図 18 セッションのテーマ別名詞(変化なし)

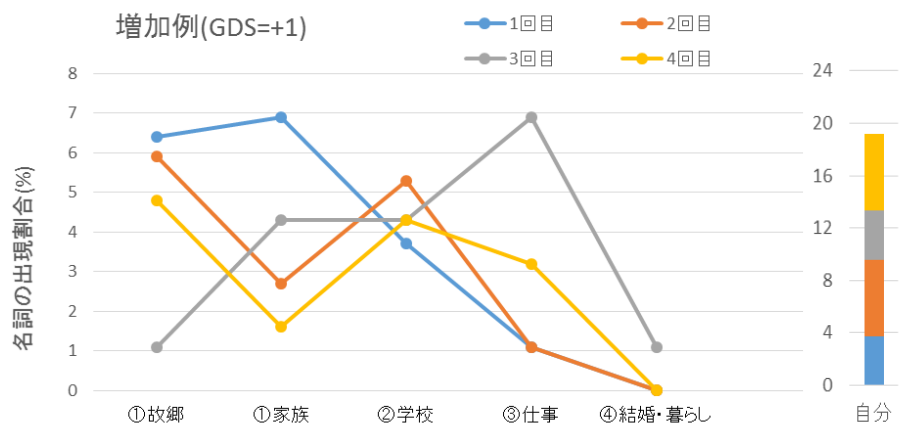


図 19 セッションのテーマ別名詞(GDS増加)

2. パターン別の事例による語りの特徴

a) では、1 回目の話の導入で生まれ故郷の地名が変わり、手掛かりとしての地図からも見つけられず、発言は単語やあいづちのみとなって会話が続き、故郷の想起が進まなかった。2 回目に記憶していた地名が地図上で確認されると、以降は想起が促された。子どものころからの生活の様子が文章で語られ、苦労が多い農家の生活であったが、家族で旅行に行けたことや姑への感謝の気持ちが述べられた。そのため、回を重ねるごとに、言葉、態度、表情得点が増加した(TORS は 1 回から 4 回にかけて 5,5,9,9 点と変化)。また、「野菜はみんなに喜ばれる」、頑張って続けたことは「巡り巡って、自分に返ってくる」と意味付けた。事例 b) では 1 回目で聞き取った情報を 2 回目に写真で示した。活発だった子どもの頃を、得意気に、多く語った。しかし、3 回目に故郷、最初の仕事の写真を提示したところ、寡黙となって、静かに当時を想起している様子がみられた。よって、3 回目では言葉、態度、表情得点が減少した(TORS は 4,11,9,11 点と変化)。沈黙の合間には自身の生き方や考えを振り返り、「ぎりぎり頑張ってやってきたんだよ」と自分自身を評価した。事例 c) は家族や友人の面会が多く、他者との会話の際の自己紹介の順序が組み立てられていた。1 回目のテーマに沿ったキーワードで、2、3 回分の話題も含まれており、繰り返し内容を語った。結婚後の暮らしの詳細はなかったが、夫との関係性と、明るく頑張ってやってきた自分を含め、肯定的に語った。よって 4 回を通して得点に変化はなかった(TORS は 11,11,11,11 点)。

3. うつ傾向群の GDS 低減についての質的分析

量的分析から GDS の低減はベースラインでのうつ傾向群に多いことが示された。どのような語りの内容であったか、違いはあるのかを検討するために、1) うつ傾向群の GDS 変化量別に、ライフレビューセッションでの語りの内容を分析した。また、生活行動の変化を測った量的分析から Vitality Index 項目の「意思疎通」が有意であった点を説明するために、2) 対象者へ直接介護にあたっているケアスタッフ行った自記式質問紙の設問結果と自由回答をそれぞれ分析した。

1) うつ傾向群の GDS 変化量とライフレビュー4 回目の語りの内容分析

ベースライン値よりうつ傾向群で、介入後の GDS 変化が中央値(GDS=2)より大きい値を示した 7 名の、4 回目ライフレビューの語りのデータをジョイントした。方法は、GDS 変化量を縦軸にとり、振り返りでの語りを、概念枠組み(図 4)で示したライフレビューのプロセス【統合】と【自己意識】に基づき分析して記述した(図 29)。そのため、図 16 に示

した GDS 変化の大きい群、図 18 に示した不変群のテーマに着目した名詞の出現割合からは、1 回目「故郷」、2 回目「家族」、3 回目は「学校」の話題が含まれていたことがわかる。

表29 うつ傾向群のGDS変化量別、ライフレビュー4回目語りの内容分析

GDS 変化 (median=2) [†]	対象者No 背景	ライフレビュー4回目の振り返りの語り	【統合】、【自己意識】に基づく分析
GDS変化 >2 n=7	406 80代男性	だいたい普通だね。大事は経験した。楽はできねえね。昔のことだから、だから、楽はねえ。今になってやっと楽が見えてきたよね。だって、もう、84,5くらいになるんだね。 (子どもは) 同じだね。うんと苦勞もしねえし、楽もできねえし、親の子は親の子だよ。うん、真面目さ、すごく。 親父には逆らわない、なんでだろうね。仕事と一緒にあって出てるんだから。でも家を出ちゃえばね、それっきりだし、うちにいるなら、うちにいられるんだからね、みんな百姓だからね。よくやってきたよ。だけど、だんだんだんだん、昔のことは忘れちゃうから。ここは、心配ないんだよね、今のとこね。	過去を振り返り、楽はなかったと語っている。家の農業と仕事を続けてきたと語り、辛かったこと、よかったことははっきりと言葉にしていけないが、「みんな百姓だからね」と、親との関係と、父親への自身の思いを表出している。「親父には逆らわない」と語り「よくやってきた」と自身を評価している。
	404 80代女性	どれだけ泣いたかわからない。人にはあんまり、言わないけど。泣いた。ずいぶん…。苦勞した。みんな持って行っちゃうんだから。よくやったと思うよ。ひどい嫁ぎ先だけど。でも、あの家の人は悪い人じゃないから。悪くないよ。夫は長男だったからね。いろいろあるんだと思うよ。 ここは？、「〇〇」。初めて聞いた。悪くないね。わるくない。 姉とわたしは競争でやってたんだ。学校で一番。一生懸命勉強した。やればいいんだよ。がんばってやれる。できないことはないんだから。	対象者は嫁ぎ先で、辛くて泣いた過去を振り返っている。その生活の中での相手に対し、「悪いひとじゃない」「あの家の人は悪くない」と思いやり、相手の事情を思いやる関係性を示している。その生活の中でがんばってやってきた自分自身を「よくやってきた」と評価している。
	407 90代女性	やりたいこと、あったんだかなかったんだか覚えがないよ。なんだから知らないけど、小学校から上がっていったでしょう、だからいろんなことが夢中だよ。 田舎の女の子だった。学校が好きだった。勉強大好きだった。女の子が教育受けるのはそんなにはなかった。うれしかった、楽しかった。できなきやしょうがなかった、親が喜んでたからよかったんじゃない。女の子が教育受けるのはそんなになかった。 本当はもうちょっと上まで行きたかった。そのころは上まで行くのは男の人ばかり。今、気になることもないし、痛いところもないし。息子はあんまり外出ないね、なんかしてんじゃない。とくに美人じゃないけど、上の子は器量よかったんですよ。まあ、田舎のことだからね。子どもはどうだったか、学校もどこまでいったか忘れちゃった。心配はしてないよ。きつとうまいことやってる、と思いますね。…ま、いいですよ。健康でいてくれれば。思い出すときがない。ありがとう。	親の期待に応じて学校で学んできた過去と想いを振り返っている。子どものころから学校が好きで、女性の教育が少ない中を勉強を続けてきた。親にも喜んでもらえたと関係性を述べている。また、自分の子どもへは「心配はしていない」「きつとうまいことやっている」と想いを表している。夢中で頑張ってきた、そしてやりとげてきた自分を「よかった」と評価している。
	109 90代女性	ありました、その時はあれもやりたい、これもやりたいっていうのはありました。そのあとでてくるお話しは、ああ、あれどうしたかしら、あそこ行けばできたかしら、って思うことはありました。和裁も、洋裁も、お花、そろばん、そういうのはちゃんとやりました、好きだったんですね。何でも一生懸命、これは言えますよ。もういいのいいの、みんなに喜んでもらって、よかった。 (正装の写真) これはご祝儀のときじゃありませんけど、正式な時です、ね、丁寧に着付けしている。顔もだいたい似てますね。(沈黙) 紋がついてないね、儀式のときにはちょっと。丁寧に、箆の下にしまったおいた。自分が、子どもに作りました。人さまのじゃなく。(沈黙) ああ、これは私、わたしだね。こういう顔をして…	対象者は、自分で着物を縫い、見合い写真としたと推察される。初め、着物に目が向くものの、写真の人が自分と気づいていなかった。娘に似ていると話していたが、大切にしまったものを着ているところから、短い沈黙の後、当時の自分を探し当てた様子がうかがえる。記憶をたどることで、当時の「こういう顔」をしていた自分自身に気づけた。 子どものころから学校にかけて習い続け、身に着けた数々を語る。女性のたしなみとして、また自分が頑張ってきた、そして責任を果たしてきた自分を伝えている。
	104 90代男性 写真の提供なし 要介護度4、CDR2 AD 随筆家	留学するよって言うと、親が黙って金を出してくれた。親に二度三度迷惑かけることはしない、って男心が発奮した。しかし、日本って国はどこからもういじめられてきたって気がした。だからよけい、日本人として発奮した。原爆までくらって、先々までいじめられなきゃいけないのかって。発奮したね。	「発奮」という言葉を繰り返して述べている。戦後、海外へ目を向け、自ら自身を奮い立たせている。これから世の中に出ていくという発言と、親への感謝が含まれていると考えられる。

GDS変化	対象者No 背景	ライフレビュー4回目の振り返りの語り	【統合】、【自己意識】に基づく分析
GDS変化 >2 n=7	303 70代男性 要介護度4、CDR2 写真提供5枚 パーキンソン症状 転倒多い 家族とは疎遠 無口でカメラが趣味	<p>上が亡くなったから上になっちゃった。五人きょうだいの二番目だけど。ばかばかしかったよね。。絶対、下の方がいいよ。ばかばかしいことばかりだった。手伝いやら、したのきょうだいの世話やら。親父は温厚で、よかったですよ、叱られたことはそりゃありますよ。だいぶやんちゃだったから。おふくろはねー、がみがみがみがみうるさかった。…かんがえてみりゃあ、大変だったろうね。洗濯なんかこれ（手で）だもんね。川で皆、写真撮ってるんだよ。聞いたら『かわせみ』がいるっていうんで。安っぽいカメラ持ってたらせせら笑われちゃった。くやしかったねー。それから勉強した。カメラもって山に行ったりさ。いろいろ思い出すと、楽しいね。忘れてしまいそうでも思い出せるから。</p>	<p>きょうだいの長として苦労をしてきた過去を振り返っている。きつく言われた母親の立場を、「大変だったろうね」と思いやっている。具体的にやり遂げたことは述べられていないが、「悔しい」思いから勉強を続けた自分自身を評価して「楽しかった」と振り返っている。</p>
	305 60代女性 要介護度3、CDR2 若年性認知症 写真の提供なし 家族の面会なし 自分からはほとんど話さない	<p>家は牛を飼って、煙草も作ってた。ヤギも飼ってたし。ほとんどかまってもらえなかった。わたしは祖母に育てられた。それからしばらく親戚の家に出された。母親にはかまってもらえなかった。きょうだいは5人いたけど男2人は戦争で亡くなった。父親は35歳で死んでしまった。もう少し甘えたかった。結婚はしたけどね、姑さんがきつくてね、あれやつとけ、これやつとけて。ごはんも食べれなかった。若かったでしょ、家の仕事やらご飯やらは、祖母に習ってたんだけど。やつぱりね、教えてくれようとしたんじゃないの。子どもでできたでしょ、そしたらお乳出なくて、実家に戻っちゃった。それからもう帰らなかった。手伝いしながら子ども育てた。一人じゃ限度があるからね。姉やらに手伝ってもらって。頑張ったんだよ。なんでもやってきた。でも、あの頃もよかったね。また戻りたいけど戻れないけどね。よくやってきたね。大変なこともあったよ。大変は大変だったよ。やってきたからね。</p>	<p>対象者は多感な時期に家族から離れて暮らした体験があった。家の中での自分の役割を振り返り、親に甘えたという思い出がない、家を離れる経験をした、などのネガティブな出来事や思いを語った。さらに嫁ぎ先での苦労、夫との別居など辛かった体験を語る。しかし、姉などに支えられ、頑張ってきた人生を振り返りかえている。人に支えられ、苦労の多い頃も「あの頃もよかった」と思えるなど、辛かった時期を乗り越えてきた自分を認識している。</p>
不変 GDS変化=0 n=3	321 90代女性 要介護度3、CDR2 写真の提供なし AD 家業はメディア関係 接客をしていた 日中黙って過ごすことが多い	<p>心はきれいなんですよ。顔はこんなだけど。父は美男子でした。だから弟は映画会社から引っ張られてるの、お姉さんがいるのに。泣いちゃいますよね。残念無念。あたしは箸にも棒にも。劇場で素敵なのをいっぱい見ました。だってあたしが18やそこらですもの。しわが増えますわね。頭の進みかたが遅いんでしょう。頭の進みかたが遅いんでしょう。飛行機に乗ると「夜光」って、書いたものが光るんですね。飛行機だけでした。夜、それを見て操縦士さんが飛ぶんですね。それは日本が最初でした。その仕事をしていました。やつぱり、お働きになってるときが一番いい思い出になりますもんね。変な話で。また話す機会を楽しみにしております。</p>	<p>姉の自分が、弟の次にみられていた昔を語った。しかし、自分は「きれいな」心の人間であるとユーモアを交えて評価している。「箸にも棒にも」かからないような存在に感じ、「泣いて」しまった頃があった実際の日々があったと察せられる。戦争当時、「夜光」を塗った飛行機は貴重であった。具体的な内容ややりがいは語られていないが、自分がそこに関わっていたことを思い出し、果たしてきた役割があったことに気付いて「いい思い出」と述べたと考えられる。</p>
	205 80代女性 要介護度4、CDR2 写真の提供10枚 AD、腰痛 主婦で忙しい夫を支えてきた 話し好き	<p>（写真）ちょっと、ちょっと見せて下さい。いい？ ああ、これはあそこ、すぐそこ。そうですね。網代もよく行ったんです、今ちょっと行ってないけど、前はね、もうしょっちゅう行ってた。これもいいね。（仲間との写真）うん、うちかもわからない、うちやね、これほとけさん、うち。長女いますでしょ、これは次女、孫。すぐよくしてくれるんですよ。二人とも大きくなりました。戦争中は嫌だった。早く戦争終わって欲しいって何回も思った。街が燃えてるの、よく分かるんですよ。かわいそうでねえ。そんなとこですね。もう戦争中のことが、さっきも思ってたんだけど、一番大変だった。もう、もう、もう二度といけない。</p>	<p>仲間との写真を眺めながら、それぞれの関係などを説明する。地名は述べるが、思い出の内容などは少なかった。普段から親しい、子どもや家族との関係性は述べられた。孫の成長の話から、戦争はいけないと話題が移る。子どもや家族との関係性は話すか、本人がやり遂げてきたことなどは語られなかった。</p>
	101 90代女性 要介護度4、CDR2 写真の提供4枚 記憶障害進行 離れた特養に入所 娘家族が頻繁に面会	<p>10人きょうだいの7番目。大変だとは思わなかった。みんなが居たから。しばらく会ってないわ。（結婚式の写真）これ、私たち夫婦？ ちょっとちがう顔してる気もするわ。どうしてここにあるのかしら。文金高島田、まあねえ。そういえばこんなんだったわ。（写真を見て）どれもいいわ。ありがとう、もうこれでみんな終わった。まあまあみんな収まった。まあまあ、それでいいのよ。これから、老婆の生活よ。昔のことは思い出ね、半分忘れてるわ。でも、みんなで寄って、思い出を語りたいわ、きょうだいね。一緒に住めたら、楽しいわ。自分はどうしてるのか、誰と暮らしてるか、そこがわからないの。自分はどうしてるのかわからない、だから困ってるの。主人はなくなってるでしょうし。誰かにお世話になってるんでしょう。そこんところこがはっきりしない。お世話になってるんでしょう。これから私、どこに帰るんやろ、部屋、あるんですか？ みんな忘れちゃって、どこへ住んでんのか、だれが母親で父親で、世話になってるのか、なんにもわからない。</p>	<p>対象者は、多くのきょうだいと家族の中で、守られて成長してきた。大事に保存されていた結婚写真も、自分であることはわかるが、鮮明ではない。自分から想起を終わる。発言からは、安心できる環境を懐かしむ気持ちが述べられた。記憶で情報をとどめておくことが難しい様子がうかがわれた。そのなかで、安心して暮らしていた家、きょうだいのなかの自分を思いだして懐かしんでいた。一方、果たしてきた役割や人とのかわり合いは含まれなかった。抱えている混乱感と困惑、夫への心配を言葉にし、忘れていってしまう不安をありのままに語った。</p>

GDS; 高齢者うつ尺度短縮版(Geriatric Depression Scale 15)

3 回目のテーマについての想起割合は変化大群で高いが、両群とも過去の振り返りは 4 回目セッションでにおいて尋ね、返答を得ていることからこの語りを分析の対象として用いた。

高齢者におけるライフレビューの概念分析を踏まえて、本研究は【統合】とは「ポジティブまたはネガティブな体験も含めた自身の人生に折り合いをつけながら、人とのつながりの感覚を持ち、人とのつながりを認識する」過程とした。また【自己意識】は「できていたことや、果たしてきた役割を思い出し、今のかけがえのない自分の存在に気づく」とし、言葉や、表情・態度の変化として表出されると定義した。4 回目セッションでは、仕事や生活への問いの後、1 回目からの写真を見ながら振り返り「(振り返って) いかがでしたか？」と尋ねた。その語りの部分を表に示した。

GDS 変化が大きかった事例 406 では、ポジティブ・ネガティブな経験を「うんと苦勞もしねえし、楽もできねえし」と表現し、父親・こどもの関係性を再考しつつ「よくやってきた」自身を語っている。事例 404 では、高等女学校で一番だった自分、辛いことが多かった嫁ぎ先を語り「あの家の人は悪くないよ」と思いやりながら、「がんばって」やってきた自分を「わるくない」と語っている。事例 407 は、「田舎の女の子」で「もっと上まで」は行けなかった学校ではあったが、好きな勉強をやってきた自分を語り、親と子どもへの思いも述べている。これらは【統合】と【自己意識】を含んだ語りであるといえる。

また、事例 407 からは、「誰かに喜んで」もらえるよう、「一生懸命」やってきたこと、「子どもに作った」品について語るうちに、写真の人物が「ああ、これは私…」と自分であることに気づいた。自分がやってきたことと、今の自分、当時の自分の姿がつながっており、【統合】と【自己意識】を含んでいる。

事例 104 では、親とのつながりと当時の自分を語ったが、今の自分については不明瞭で【自己意識】ははっきりしなかった。事例 303 では、きょうだいのなかで自分の思うようにいかず「ばかばかしかった」過去と振り返っているが、やはり、当時の親の立場を見つめ直し、「大変だったろうね」と思いやり関係性をとらえなおしている。さらに、過去のくやしさを、それをばねにして「勉強した」自分を表している。事例 306 でも、親に甘えられなかった寂しさや、辛い体験を多く語りながらも「教えてくれようとしたんじゃないの」ととらえ、姉や人とのつながりのなかで頑張ってきた自分を語っており、【統合】と

【自己意識】を含むといえる。よって、7 事例のうち 104 を除く 6 事例においてライフレビューの概念が確認でき、心理的安定性としてのうつへの低減への関連が示された。

一方、うつ傾向群で GDS 値の不変例は 3 例であった。事例 321 では、家族との関係性をユーモアを交えて述べ、セッションの中で過去の体験を想起して語った。しかし、その中で、自分自身が果たしてきた「いい思い出」の役割と、今の自分のつながりがみられなかった。事例 205 では、過去の体験や写真を通しての思い出、当時の思いを語ったが、今の自分とつながるやり遂げてきた内容などは述べられなかった。また、事例 101 は、記憶障害のために数分程度で同じ質問を繰り返す場面が見られた。写真を通して、その場面、場面の想起は繰り返されるが、果たしてきた役割や、やり遂げてきた自分への振り返りは見られなかった。子どもの頃の「みんな居た」生活を懐かしみ、きょうだいを思う発言が見られた。さらに「どうしているのかわからない」自分の不安を語ったが、過去の自分と現在の自分がつながらなかった。よって、GDS 不変例では、【統合】と【自己意識】の語りの内容が GDS 変化大の事例の語りよりも少なかった。

2) 質問項目 a), c) のスタッフ評価と自由記載

さらに、本研究では対象者に身近で接し、変化に気付けるケアスタッフへの自記式質問紙から、質問項目への評価得点と、得られた自由回答の内容分析の比較を行った。a) のライフレビューの患者理解への役立ち、c) メモリーブックの役立ちの評価はいずれも全員が「3. 少し役立った」「4. とても役立った」で、「役立った」と回答したため、評価点に該当する記述からサブカテゴリー（以下、＜ ＞）を抽出した。また、カテゴリーは【スタッフがとらえた利用者の変化】【スタッフの気づき】【スタッフの行動変化】として表 30 に示した。

表30 ケアスタッフがとらえた高齢者の変化と評価

スタッフ評価 [†] (%)	a) 「ライフレビューの情報は、あなたが利用者様を理解するのに役立ちましたか？」に関する回答の内容分析		
	カテゴリー	サブカテゴリー	回答数
4. とても役立った (83.3) 3. 少し役立った (16.7)	スタッフがとらえた 利用者の変化	今の年齢を認識して、「やってもらおうか」と 介助を受けることが増えた	1
		記憶を鮮明に語った	3
		表情が明るくなる	2
		言葉数が増えた	2
	スタッフの気づき	人生を振り返る手伝いや、知ろうとする努力が おろそかになっていた	3
		生活歴を知ることは重要である	2
		知らない情報を得ることができた	2
		育ったところから順番に話すと本当によく思い 出せるとわかった	1
		普段ゆっくり会話をしていなかった	1
		昔を思い出すときは柔らかい表情になる	1
		思い出を形に残すことは心に響いた	1
		若い時代があったことを考えた	1
		会話をすることが大切だとわかった	1
	スタッフの行動変化	昔を知ると、自然と態度・言葉が丁寧になった	1
		今までよりもコミュニケーションが取れるよう になった	1
		普段できない会話ができた	1
スタッフ評価 [†] (%)	c) 「メモリーブックは役立っていますか？」に関する回答の内容分析		
	カテゴリー	サブカテゴリー	回答数
4. とても役立った (63.3) 3. 少し役立った (36.7)	スタッフがとらえた利用 者の変化	笑顔が増えた	5
		他の利用者に見せて説明する	5
		一人で見ながら笑い、楽しそうな表情になる	2
		とても嬉しそうに見て、話が弾んだ	2
		「自分の本」だと認識があった	1
		「作ってくれて感謝している」と語った	1
	スタッフの気づき	写真があることでさらに思い出すことがあった	2
		家族間で見ながら笑顔で話している	2
		知らない情報を得ることができた	2
		家族も何となく誇らしい表情に見えた	1
	スタッフの行動変化	一緒に見て話しをした	3
		感情を引き出すのに役立った	2
		話題のきっかけに用いた	2

†) ; (%) 該当する回答割合 N=30
利用者; 対象となった特養に入居している高齢者を指す

ライフレビューの情報が「役立った」と評価したスタッフのうち、【スタッフがとらえた利用者の変化】では、「こんなにも昔の記憶が鮮明に残されていたのか、と驚かされた」など、対象者が昔の出来事や自分について＜記憶を鮮明に語った＞こと、それまでの認知症の人の表情と比べて「…曖昧だった記憶が鮮明になり、本人の表情もとても明るくなった」と、＜表情が明るくなる＞＜言葉数が増えた＞などの変化をとらえていた。また、回答数は1であったが、日ごろは「まだできるから」と排泄介助を嫌がっていた対象者が、ライフレビュー介入後、＜今の年齢を認識して、「やってもらおうか」と介助させることが増えた＞と、ケアの場面での、対象者の変化をとらえていた。

【スタッフの気づき】では、「初対面の時に相手の方はすでに要介護の状態であり…」「目の前の介護をする日々に追われ」てしまい、＜人生を振り返る手伝いや、知ろうとする努力がおろそかになっていた＞と、これまで行ってきたケアを振り返っての気づきが3件述べられた。また、「高齢者としての尊厳を守る対応をするために」として、＜生活歴を知ることとは重要である＞と気づいていた。この他には、ライフレビューの特徴を理解して＜育ったところから順番に話すと本当によく思い出せるとわかった＞、＜昔を思い出すときは柔らかい表情になる＞＜会話をするのが大切だとわかった＞などが挙げられた。

【スタッフの行動変化】では、高齢者に生活歴を聞いたスタッフでは、＜昔を知ると、自然と態度・言葉が丁寧になった＞、「今までは断片的なことを会話していた」が、その人の昔を知ることによって会話が広がり、＜今までよりもコミュニケーションが取れるようになった＞＜普段できない会話ができた＞など、話す時間と内容が増したことがうかがえた。

設問c)のメモリーブックが「役立った」と評価した【スタッフがとらえた利用者の変化】では、＜笑顔が増えた＞が最も多かった。その具体的な様子として、＜他の人に見せて説明する＞が多く、＜一人で見ながら笑い、楽しそうな表情になる＞＜とても嬉しそうに見て、話が弾んだ＞が挙げられた。＜「自分の本」だと認識があった＞＜「作ってくれて感謝」している＞は、いずれも1人の報告だが、相手が認知症の人であることに注目している。【スタッフの気づき】では、＜写真があることでさらに思い出すことがあった＞、また本人と家族の関係性では＜家族間で笑顔で話しているところを見た＞＜家族も何となく誇らしい表情をしていた＞と家族の態度も含めての気づきがあった。【スタッフの行動変化】では、＜一緒に見て話をした＞と、会話の手段や「本当によく思い出され、今までにない話を聞かせる」ことから、＜感情を引き出すのに役に立った＞＜話題のきっかけに用いた＞と述べていた。このように、ケアスタッフは対象者の変化をとらえ、自らの行動変化につなげていた。

第6章 考察

本章では、混合研究法の流れに従って RCT による量的分析からプライマリーアウトカム、セカンダリーアウトカムを仮説に沿って考察し、これに質的データの分析結果を組み込んでライフレビューの効果を示す。

I. ランダム化による対象者背景

層別ブロック割り付けにより、平均年齢、平均入所日数、要介護度などのベースラインデータは均等に割り付けられた（表 10）。性別は層化に加えなかったが、介入群の男性割合は 26.7%で、対象群 10.0%よりも高かった。性別によるベースラインとフォローアップ GDS 値に差はみられなかった（ $F(1,116)=.997, p=.32.$ ）。また、我が国の人口構造における高齢者の性別の割合は女性が高く、施設に入所する割合では女性が約 70～78%となっている（内閣府、2014）。よって、両群において女性の割合は高く、割り付けた対象者間に考慮すべき差はなかったと考えられた。

II. 認知症高齢者へのライフレビューの効果

1. RCT のアウトカム

本研究では本研究では、ライフレビュー介入とテスト時期の交互作用が認められ（ $F(1,116)=9.51, p<.01$ ）、さらに単純主効果が有意であった $F(1,116)=11.38, p=.001$ ）。介入群において、ライフレビュー介入群のフォローアップ GDS 得点平均が対照群に比べて、有意であった。認知症高齢者の心理的な状態は全員が同じといえないため、ベースライン時の GDS 得点を認知症の程度に着目してさらに層別し、ベースライン GDS 値により CDR を要因に加えたサブグループで解析すると、 $CDR=1$ の軽度認知症高齢者、および $CDR=2$ の中等度であっても、ライフレビュー介入群フォローアップでは GDS 得点の変化が有意であり、抑うつ効果があることが示された（表 12）。

うつ高齢者を対象として、ライフレビューの効果を検証した研究では、高齢者のうつ症状へ効果があることが報告され、効果量 $0.84(95\%CI=0.31-1.37)$ が示されている（Bohlebijer, 2003）。また、心理療法、作業療法といった領域での近年の認知症の高齢者を対象としたシステマティックレビューから、高齢者のうつの改善に効果的であることが示されている（Woods, 2012）。認知症の人を対象にしたライフレビューの少人数の介入研究では、うつ（ $F=7.54, P<.05$ ）、積極性（ $F=9.47, p<.001$ ）、認知機能（ $F=20.77, p<.01$ ）が有意であったと

報告がある(Haight, 2006)。よって、本研究は先行研究と同様に、心理的安定性としての抑うつへの効果が明らかであり、効果量は中等度の効果が示された ($\eta^2 = .070$)。

認知症の高齢者では、記憶障害の進行によってセッションでの想起、その時の思いや心情を記憶にとどめておくことが困難となる。しかし、共感的な傾聴者、系統的な刺激、適切な時間と場所といった条件下では、実際の想起内容が記憶にとどめられなくとも、「楽しかった」「うれしかった」といった感情はむしろ強く残るといわれている(室伏、2008)。よって、ある程度の時間が経過する観察法では拾いきれない、認知症高齢者の気持ちの変化を、本研究で行ったように、セッション直後に本人に問うことが実際の効果の評価により近いと考えられる。

うつ症状は高齢者に起こりやすい精神症状のひとつであり、老年期は人との別れ、社会的な地位からの退く喪失体験、およびさまざまな身体疾患の罹患や合併症、生理機能の低下・視聴覚の低下をつぎつぎと体験する。このような身体的・心理社会的要因、および、セロトニンやドーパミンなど脳内ホルモンのバランス変化といった生理的变化が絡み合って発症することが報告されている(Mayo, 2007)。本研究で対象とした特養に入所している認知症高齢者もまた、家族や住み慣れた家や地域から離れ、スタッフに食事や睡眠、排泄といった、生活を営む上で基本的な活援助を受けながら日々をおくっていた。この状況は高齢者にとって気分が沈み、憂うつとなり、意欲低下や悲観的思考になる(折茂他、1999)。認知症にみられるうつ症状では、アルツハイマー(AD)の 40~50%、血管性認知症(VD)では 60%に抑うつ気分が認められ、AD で 10~20%(Cummings et.al., 1987)、VD で 27%にうつ病が合併していると報告されている(Lyketsos et.al., 2002)。また、このような、基準に適応しないが正常よりは抑うつ気分として不快気分を示す気分の障害に相当する状態が高齢者では 5-35%程度の有病率が報告されている(佐藤他、1993)。このようにうつ的な気分や症状が持続することで行動・思考・身体面にも影響し、不眠や焦燥感、日常生活に支障をきたすだけでなく、ケアスタッフとの言葉のやり取り、言葉以外の交流、介護の受け入れにも影響すると考えられる。ライフレビューの現場では、「昔の話を思い出して語る」だけで、説得も説明もしなくとも、対象者が笑顔で「じゃあ、もう一晩泊めてもらいましょう」「そろそろお風呂の順番ですか？」などと普段の生活を受け入れる場面がしばしば見られた。

セカンダリーアウトカムの社会的安定性の効果は MOSES および Vitality Index を尺度として用いたが、ライフレビュー介入とテスト時期の 2 群間の差は有意ではなかった。

これは対象者全体の平均年齢は 86 歳と高く、生理的な加齢の影響、身体的な衰えのため

に生活動作の援助が必要な人々で、自立した歩行、立ち上がりにも援助を要するなど、生活行動の変化としてどの場面をとらえるか視点を定める必要性も考えられた。さらに、視力、聴力の感覚器の衰えにより、本を読むこと、スタッフや他の利用者の声が聞き取りにくいなどちょっとした会話からも遠ざかる。どんなに考えられた環境であっても、高齢者一人一人にどのように見え、聞こえている生活空間であるかを捉えておく必要がある。

MOSES 尺度は高齢者施設や病棟においての認知症高齢者の行動評価のために開発された観察尺度である。そのため特徴として MOSES スケールは「過去一週間の」との条件が質問項目に含まれ、一定期間の対象者の様子を評価する観察評価尺度である。また、その内容は「声を上げて泣くこと」「将来に対する悲観」と具体的な項目として示されている。ライフレビューは短時間のセッションであり、その直後の変化を観察するものではなかった。さらに、セッション後に手交したメモリーブックの使い方が統一されておらず、対象者各々のペース、担当者によってばらつきがあったと考えられた。そのため項目内容にある「職員の指示に従う」「攻撃的行為」、「他の患者にケンカを売る」などの場面がもともと少なく、さらにそれらが行動変化として新たに起こらなかった。そのためセッション終了後に本人に問う GDS では有意差が認められた抑うつ得点と、観察する期間を提示して一定の行動変化を問う MOSES「抑うつ感」得点結果とは食い違いが生じたと考えられた。また、一人で出来なくなったことを認めて「やってもらう」変化からは、高齢者が「自分でできる、自分からやる」生活行動の観察につながらなかった。よって、生活行動の変化としてとらえられた場面は少なく、多面的生活行動を観察する MOSES 得点は有意な変化が確認できなかったと考えられる。このように、介入直後にデータ収集する、本人への質問式で得られるメインアウトカムに関しては有意な結果が得られたが、各施設のケア責任者による観察からは MOSES の下位尺度の抑うつ効果はみられなかった。これは、抑うつ的な訴え、発語の程度が項目に含まれることから、はっきりと言葉で語られ、行動の変化として習慣化までに至らない、些細な変化を見立てることへの限界に関する示唆が考えられる。

また、Vitality Index では、合計得点において 2 群間比較では有意ではなかったものの、観察項目による評価では「意思疎通」の項目で 2 群間での有意差が見られた。ケアの提供者である介護スタッフと、ケアの受領者である認知症高齢者との間の交流と考えられ、さらに「意思疎通」は介入群でフォローアップ時の交互作用が有意に認められた($F(1,116)=5.51$, $p=.026$)。中等度認知症ではライフレビューによる想起や感情の高まりを維持することは難しくなることから、直接声をかけ、目を合わせ、身体に触れる関係性の中に、変化への気づ

きの機会があることが考えられた。Vitality Index では起床、食事、排泄、リハビリ・活動について「自分から進んでしようとする」「促されるとしようとする」「反応がない」などと、自主性の変化を観察する尺度であった。ライフレビュー後の気分の持続のみならず、これらは要介護度の高齢者では身体機能・生理機能とも関連し、ライフレビューによる効果だけでは測れない要素があったと考えられた。よって、MOSES および Vitality Index の観察式測定尺度では効果が有意ではなかった。認知症高齢者はいま起こったことを記憶にとどめ、日常生活への行動につなげることが困難であること、介入後の一定期間の生活行動の変化をとらえることの限界と考えられた。

2. 質的データの解釈

対象者の第 1 回から第 4 回までのセッション時の態度と表情は、TORS 得点変化では $(F(3,78) 25.77, P< .01)$ 、およびフェイススケール得点変化は $(F(3,78) 39.09, P< .01)$ で、回を重ねるごとに活発な態度やリラックスした表情となった。一方、発言の文字数は態度と表情に相関がなく、話し方や沈黙、語りのパターンの個別性が強いことが察せられた。

本研究では形態素解析、係り受け解析を用いて対象者の逐語録から文字数の変化を示した。品詞の種類、語彙をリスト化し、他のデータとのつながりの探索を試み(Feldman & Sanger, 2007)、セッションのテーマに沿った名詞に着目した。そこで、抑うつ変化が大きかった群では、テーマに沿った名詞の出現割合が増えていることが示唆されたことから、認知症高齢者へのライフレビューは幼児期から 20 代の想起が促しやすいと考えられ、セッションテーマに沿って時系的に想起を促すことがライフレビューのプロセスを援助しやすいと考えられた。

セッション前半の「子どもの頃」、「学校時代」、「初めての仕事」の想起は本人の写真がない高齢者においても、故郷の風景や建物の写真を手掛かりにして思い出されていた。予備研究からも、昔の地名や建築物、行事名が正確に言葉に挙がってくるのが家族への聞き取りから報告されている(山本, 2014)。セッションの 3 回目には仕事や、結婚、家族との暮らしを振り返るが、自身の結婚写真、配偶者の写真を見ても「誰かわからない」など、想起が困難となり語りにつながらない場合があった。

また、高齢者では、35 年以上のライフスパンを振り返る際、10 から 30 歳代にイベント記憶が増す、レミニセンス・バンプと呼ばれる特徴がある(Comway, 1997)。レミニセンス・バンプは心理学領域など多くの先行研究から、手がかり語を用いるなどにより、60 歳以上の高齢者に頑健にみられるとされている(Rubin et al, 1997a)。歴史的な事実に基づいた想

起の観察など、さまざまな手法で多くの研究が行われており、高齢者では堅固で自然な状態であると報告されている(Rubin,1997)。本研究の対象者も、幼少期は10歳前後、青春기는14、15歳頃、その後の「初めての仕事」も20歳前後の記憶にピークがあるレミニセンス・バンプに一致すると考えられる。特に10代では自我同一性の確立の過程の中で、自身の体験を既存の枠組みや知識の体系に取り入れるために繰り返し、強化し、意味を精緻化していったことによると考えられている(Holmes & Conway, 1999)。「家族」はライフレビューにおいては幼少期、青春期のインタビュー項目のひとつである。認知症高齢者は家族とともに「自分」の存在を想起し、当時の体験や感情を語った。また、思い出すこと、語ること自体を「楽しみ」と認識していた。戦争体験や震災の体験、子を失った過去が語られてもフォローアップ時のGDS変化量は大きかった。自我同一性は「これが自分である」という確信を意味しているとされ、思い出すことで「自己」意識につながったと考えられた。ライフレビューを提唱したバトラーは「高齢者の過去の振り返り recall には積極的な意義がある」と述べている。よって、幼少期や青春期(思春期)の想起を促す援助は、高齢者にとって想起が容易であり、自己の意味づけ、自分を確認できることから、喜びや楽しみ、嬉しさ、頑張った自分を想起できる、よって抑うつ効果があると考えられた。

3. GDS 変化と質的データの分析

ライフレビューによって抑うつ効果が明らかにみられたのか、量的分析と質的分析をジョイントした表29と表30から考察する。

1) うつ傾向群の GDS 変化とライフレビュー振り返り

GDS 変化の大きかった語りの内容からは、本研究の概念枠組のなかでライフレビューのプロセスの内容として述べた【統合】と【自己意識】が語られていた。認知症高齢者では、子どもの頃や、ごく限られた範囲であっても、繰り返し想起を重ねることで、4回目のセッション時において、生きてきた自分、よくもわるくも乗切ってきた時間、いったんそのような自分と、関わってきたひととを俯瞰した言葉を振り返って語る。数少ない、普段のことばで、その人の生き方が伝わってくる。過去からの一貫性を保ち、自身と向き合うことによって獲得された「生きてきた」ことの意味や「生きる」意味を他者、または、若い世代に示している。自分の境遇を見つめて、同じ環境にいても、新たな「自分」という意識を持つことといえる。一方、へ GDS 変化のなかった3名の語りからは、自分の果たしてきた役割や思いの具体的な、しみじみ見つめて語った言葉はまだきかれなかったが、「自分がどこにいるのか、だれといえるのか、そこがわからない」など、いま自分が抱えている不安、驚き、感覚

は充分ことばに表現されていた。この言葉により、周囲のスタッフらはその人の気持ちや困惑に気づくことができる。よって、ライフレビューはうつ傾向のある認知症高齢者の【統合】と【自己意識】を促して表出でき、GDS が変化しなかった高齢者でも、自分の不安や困惑を表現することにつながると考えられる。

ライフレビューの情報が「役立った」と評価したスタッフでは、【スタッフがとらえた利用者の変化】では、「こんなにも昔の記憶が鮮明に残されていたのか、と驚かされた」など、対象者が昔の出来事や自分について＜記憶を鮮明に語った＞こと、それまでの認知症の人の表情と比べて「…曖昧だった記憶が鮮明になり、本人の表情もとても明るくなった」と、＜表情が明るくなった＞＜言葉数が増えた＞などの変化をとらえていた。また、回答数は1であったが、日ごろは「まだできるから」と排泄介助を嫌がっていた対象者が、ライフレビュー介入後、＜今の年齢を認識して、「やってもらおうか」と介助させることが増えた＞と、ケアの場面での対象者に対応の変化をとらえていた。

2) 高齢者の変化へのスタッフの気づき

高齢者の身近でケアにあたるスタッフでは、ライフレビューによって、まず＜記憶を鮮明に語った＞＜表情が明るくなった＞変化をとらえて、＜人生を振り返る手伝いや、知ろうとする努力がおろそかになっていた＞と、これまで行ってきたケアを振り返っての気づきがあった。また、「高齢者としての尊厳を守る対応をするために」として、＜生活歴を知ることとは重要である＞と気づいた。認知症の人には＜会話をするのが大切だとわかった＞ことから、＜今までよりもコミュニケーションが取れるようになった＞と【スタッフの行動変化】を行っていた。＜昔をすることで自然と態度・言葉が丁寧になった＞と述べていることから、スタッフと高齢者の、ケアをする立場とされる立場ではなく、人と人との関係性の形成につながったと考えられる。

また、メモリーブックの役立ちでは、＜写真があることでさらに思い出すことがあった＞＜家族も何となく誇らしい表情に見えた＞と気づき、自らは高齢者の＜感情を引き出すのに役立った＞＜話題のきっかけに用いた＞と【スタッフの行動変化】につなげ、すでに怪腕の機会を増やしていた。このことから、ライフレビューを記録したメモリーブックは本人とケアスタッフ、そして家族にも一緒に利用できるツールとなりうることが考えられた。

ライフレビューセッションを通した対象者の変化を、分析を行った言葉を用いて説明する。認知症高齢者は、その心細さや焦りが、言葉や態度、表情から伝わりにくい。記憶障害により、想起された出来事は長く留めることはできないが、なくなることはない長期記憶を

高齢者とともに体験することができる関わりがライフレビューである。

うつ傾向のある高齢者では、1回目のセッションで話し出すまでの話題提供に思い出しやすい内容の提示が望ましい。予備調査と LREF(Hsight,2007)から得たテーマ「故郷」では、所縁のある地名や場所は正確に鮮明に記憶していた。昔の写真、故郷の風景を静かに、見入って考えることにより、「楽しみ」や「いやだった」こと「つらかったこと」が想起され、次々と言葉になって出始めた。2回目のセッションでは、ほとんど時間を要せずスッと話題に入る。用意していた写真を出すと「ああこれかあ」と話しが始まる。テーマの「学校」では、学校名や場所を思い出せない高齢者はいないが、女性のほうが話題にして語ることが多かった。「そうそう、…が好きだった」「もっと勉強したかった」と当時の感情や「女の子が教育うけることはそんなになかった」との時代背景が影響していることも考えられる。家の手伝い、きょうだいの話で時間が過ぎる。率直に話すことを楽しみ、このように話せる、声が出せるのかと思わされることがあった。3回目のセッションでは、20歳前後が話題となり、初めての仕事や結婚がテーマとなってくる。この回では、テーマに沿って語る人とこれまでの話を再度繰り返す人それぞれであった。久しぶりに語られる過去の体験は、食い違いが生じる場合や、たどたどしい場合もある。断固と語られる場合もあった。普段、うなずきや微笑むなどの応答をしている高齢者では、働き抜いた暮らしを「がんばった」「大変だった」と語った。4回目のセッションでは、家庭生活や仕事の話題となる。男性の場合は仕事に関する話題が多い。セッションの5分ほど前に「今、振り返っていかがですか？」と尋ねてまとめとした。その際、表 29 の分析で支援されたような語りが、必ず全員から返された。

10代から20代にかけての想起された記憶は、「自分はこういう人間だ」「自分なりにやってきた」「一生懸命生きてきた」など、自分自身を振り返る言葉と、家族や夫、知人など、人とのつながりが含まれ、「あの人もいろいろあるんだよ」「一人じゃ限度があるから」「まあまあだね」など、と教諭するように、相手を受け入れ、思いやる心の動きが伝わる発言が聞かれた。

認知症高齢者へのライフレビューの効果を RCT で測り、過去の経験の振り返りからどのような変化が起こったのかをうつ傾向のある参加者の語りを質的に分析して比較参照した。さらにケアスタッフと対象者の交流、メモリーブックの使用状況から「意思疎通」の効果が認められた。10歳から20歳のテーマにおいて、想起される割合が高かったことから、さらに、混合研究法では、スタッフや家族とともに尺度では測れなかった対象者の他者との交流効果を確認し、想起して語られた意味を量的データに組み入れることにつながり、有効な手

法であるといえる。

III. 看護への示唆

認知症の対象者では認知機能障害により、物事の実行には時間がかかる。また、過去の出来事を思い出し、振り返る過程は疲労を伴う作業であると報告されている(Haight,2007)。よって、要介護度4の状態の特養に入所する認知症高齢者へのライフレビューにおいては、集中可能な時間として20分から30分程度で週1,2回の時間設定が適当と考えられた。今後はセッションの回数を増やし、フォローアップ期間を延長すること、さらに症例を重ねて、うつ傾向のある認知症高齢者の想起を促す援助について、継続的に心理的効果を検討していく必要性が考えられた。また、ケアスタッフへの質問紙調査から、計4回のライフレビューによる効果として対象者の変化をとらえ、スタッフが自ら認知症高齢者の生活史を知ることの重要性に気づき、会話の機会や話題を広げる行動変化をとっていた。よって、家族も含めた看護、介護、施設の連携により、よい聴き手となっていくための理解や研修を通して、認知症高齢者へのケアにライフレビューを用いていくこと、メモリーブックなどの形に残していく方法への教育支援など、認知症の人へのケアに役立てていくことが考えられる。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究は認知症高齢者を対象としたライフレビューの効果の検証方法として、いくつかの限界が考えられた。まず、ランダム化比較試験では、対象者と周囲のスタッフ双方への盲検化が求められる。しかし、生活の場としての特養では多くの時間帯で居住空間を共有しており、セッションのための場所の移動、普段と異なる部屋への移動など、生活スタイルを変えることで認知症高齢者の不安が高まることが危惧された。そのため、プライベートな場所を確保してセッションを行うことが難しく、通路や部屋の隅のスペースを利用する場合があった。これによりスタッフがセッションの様子を知る機会が生じ、盲検化が図れないことが課題として残された。また、ライフレビュー介入期間、対照群では通常ケアの提供としたが、季節や地域の特性から、外出のイベントや訪問といった企画が実施されることがあり、その内容や対象者への影響は予測できなかった。これは「通常のケア」を計画する限界と考えられた。今後、ライフレビューの効果を検討する上では他者と「会話」においてライフレビューと異なる内容を計画して提供し、比較することが望ましいと考えられた。これらをケアスタッフに教育伝達していくことで、家族、認知症高齢者のケアに関わるスタッフ、専門

職が共にその人を理解でき、本人の意思を生かす Person- Centered Care につながると考えられる。さらに、質的データの収集では、視覚的な観察は記録できるが、声の質・声の高さ、イントネーション、話のテンポといった準言語をとらえることは難しかった。この測定指標の検討は今後の課題である。

第7章 結論

特別養護老人ホームに入所する認知症高齢者を対象として、計4回のライフレビューを行う介入群と、従来通りの施設サービスを受ける対照群の2群を設置した無作為化比較試験を行った。高齢者のうつを測るGDSの改善をプライマリーアウトカム、生活行動の変化、社会的交流をセカンダリーアウトカムとして、これらの量的データに対象者の語った内容や質問紙調査の質的データの解釈を加える混合研究法によって検討し、以下の結論を得た。

1. ライフレビューは特別養護老人ホームに入所する抑うつに効果があり、特にうつ傾向の高齢者で効果が見られた。
2. セカンダリーアウトカムの生活行動の変化は、MOSES、Vitality Index 得点からは有意に示されなかった。実際の高齢者の生活行動への効果として、一定期間継続し、誰もが認識可能な変化ではなかったことが示された。しかし、「意思疎通」の効果があることが示された。スタッフからは対象者への理解、ケアへ役立てる行動が示唆された。
3. 言語的・非言語的コミュニケーションの質的データから、ライフレビューセッションにおいて活動的な態度やリラックスした表情が増した。語りでは、テーマに沿って子どものころの想起しやすい傾向が示された。
4. うつ傾向群でGDS変化の大きかった者では、ライフレビュー4回目の振り返りの語りに【統合】と【自己意識】が含まれ、うつの低減に関連していることが示唆された。

文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)5* 精神疾患の診断統計マニュアル. 医学書院.
- 朝田隆(2013). 認知症の有病率. 厚生労働省. 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム.
- Ando M, Morita T, Akechi T, Takashi K(2012): Factors in narratives to questions in the short-term life reviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliative and Supportive Care*. 10(2).83-90.
- Atkinson, R.C., & Shiffrin, R.M.(1968). Human Memory: A Proposed System and It's Control Processes. The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory, *Academic Press*, New York.
- 阿部邦彦、小川恵子、辻郁(2010).認知症を対象とする作業療法士が抱える問題とその要因分析. *リハビリテーション科学ジャーナル*. 6. 21-28.
- Baltes, P.B. & Brim, OG.(1984). Life-span development and behavior. 6. *Academic Press*. New York.
- Baltes, P.B.(1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*. 23(5).611-626.
- Bar-Hillel Y.(1964). Language and Information. Addison-Wesley Educational Publishers Inc. Boston.
- Beauchamp T.L & Childress J.F.(2009). Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press.6th ed.
- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ(1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*.174.307-11.
- Black W, Almeida OP(2004): A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *International Psychogeriatric*. Sep. 16(3).295-315.
- Blankenship LM, Molinari V, Kunik M(1996): The Effect of a Life Review Group on the Reminiscence Functions of Geropsychiatric Inpatients. *Clinical Gerontologist*. 16(4).3-18.

- Bloor, D(1988). Wittgenstein, A social Theory of Knowledge. ウィトゲンシュタイン 知識の社会理論. 戸田山和久訳. 勁草書房.
- Butler, R.N.(1963). The life review: An interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26. 65-76.
- Bourgeois M., Mason LA(1996). Memory wallet intervention in an adult day care setting. Behavioral Intervention. *Theory and Practice in Residential and Community-based Clinical Programs*. 11. 3-18.
- Bourgeois M(1993). Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 26. 77-87.
- Burns N, & Grove S. (2009). The Practice of Nursing Research/ 黒田裕子、中木高夫、小田正枝ら. 看護研究入門 - 実施・評価・活用 -,エルゼビア・ジャパン.
- Burnside I, Haight BK(1992): Reminiscence and life review: analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing*. 855-862.
- Carnap R.(1958). Introduction to Symbolic Logistic Logic and Its Applications. New York. Dover Publications.
- Cohen J (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences(2nd ed.). New York. Academic Press.
- Coleman PG(1974): Measuring reminiscence characteristics from conversion as adaptive features of old age. *International Journal of Aging and Human Development*. 5. 281-294.
- Creswell JW & Plano Clark, VL(2007). Designing and Conducting Mixed Methods research. Thousand Oakes: Sage Publications. 大谷順子訳(2010). 人間科学のための混合研究法. - 質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン. 北大路書房. 京都.
- David, R.E., Margaret, T.H., Max, R.U.et.al,(1979) Essential interviewing: a programmed approach to effective communication. 杉本照子 (訳, 1990) . 面接プログラムの学習. 相川書房.
- Dixon, R.A. & Baltes, P.B.(1986). Toward life-span research on the functions and pragmatics of intelligence. In R.J. Sternberg & R.K. Wanger (EDs.) Practical intelligence: *Nature and origins of competence in the everyday world*.27-38.
- Doorenbos, A.Z(2014): Mixed Methods in Nursing Research : An Overview and

- Practical Examples. *Kango Kenkyu*. 47(3). 107-217.
- Ericson, E.H(1959). Identity and the life cycle. International Universities Press. New York. 小此木啓吾訳(1973). 自我同一性 - アイデンティティとライフ・サイクル. 誠信書房)
- Ericson, E.H(1968). Identity: Youth and Crisis. New York: Norton.
- Ericson, E.H. & Ericson, J.M.(1997). The Life Cycle Completed. A Review Expanded Edition. *Norton & Company*. New York. 村瀬孝雄、近藤邦夫訳(2001).みすず書房.
- Fetters M.D(2014).Introduction to Mixed Methods Research PPT. 日本地域看護学会. Reaching people with dementia through reminiscence work. In P. Schweitzer(Ed.) *Reminiscence in dementia care*. 73-80.
- Fiske A, Loebach W, Gatz M(2010): Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. NIH Public Access. 5. 363-389.
- Haight, B. K.(1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology*. 43(2). 40-4.
- Haight BK, Coleman p, Lord K(1995): The Linchpins of a Successful Life Review: Structure, Evaluation, and Individuality. *The Art and Science of Reminiscing*. Taylor & Francis. 179-192.
- Haight BK, Michel Y, Hendrix S(1998): Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short- and long-term effects. *Int. Journal of aging & human development*. 119-142.
- Haight B.K., Gibson, F Michel Y.(2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's & Dementia*. 56-58.
- Haight B. K., Haight, B.S.(2007). The Handbook of Structured Life Review. *Health Professions Press*.
- 箱田裕司、都築誉史、川畑秀明、萩原滋(2010). 認知心理学 Cognitive Psychology: Brain, Modeling and Evidence. 有斐閣.
- Hanaoka H, Okamura H(2004): Study on Effects of Life review Activities on the Quality of Life of the Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 302-311.

- 服部兼敏他(2013). 看護研究におけるテキストマイニング(I). 医学書院. 45(05).
印刷の栄文社. マイメモリーブック. <http://www.value-press.com/pressrelease/97004>
東洋、柏木恵子(1993). 障害発達の心理学-1 巻 認知・知能・知恵-. 新曜社. 173-204.
東京.
- Helmes E, Csapo K G. and Short J A. (1987). Standardization and Validation of the
Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *The
Gerontological Society of America*. 42(4). 395-405.
- 平原佐斗志 (2013). 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門早期診断
BPSD の対応から緩和ケアまで. 中央法規.
- Horn, J.L.(1979). The rise and fall of human abilities. *Journal of Research and
Development in Education*. 12. 59-78.
- Horn, J.L.(1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts
of cognitive psychology and aging in adulthood. *Aging and cognitive process*. 237-
279.
- 石原治、榎藤恭之、Lronard, WP.(2002). 短期・長期記憶に及ぼす加齢の影響, 心理学研
究, 72, 516-521.
- 本間昭(1990). 痴呆の行動評価. 老年精神医学雑誌. 1(4). 403-421.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, et.al., (2009). Designing Clinical Research. 木
原雅子訳. 医学的研究のデザイン. メディカルサイエンスインターナショナル.
- 河合隼雄(1977). 無意識の構造. 中央公論社.
- 木田次朗、朝田隆(2009). 高齢者のうつ病の疫学. *Geriatric Med*. 47(11).1421-1426.
- 木之下徹(2014): 認知症医療(Super General Doctors), 中山書店
- 木戸又造(1981). 高齢者のうつ. *Practices in Gerontology*. 2. 9-11.
- 北村晴朗(1962). 自我の心理. 誠信書房. p364.
- Kitwood, T.(1996). A dialectical framework for dementia. In Woods, R.T. ed. *Handbook of
Clinical Psychology of Ageing*. John Wiley & Sons. London. 267-282.
- Kitwood, T(1997). Dementia Reconsidered the person comes first. 認知症のパーソンセン
タードケア(2005). 高橋誠一訳(2005). 筒井書房.
- 黒川由紀子, 斉藤正彦, 松田修 (1995). 老年期における精神療法の効果評価: 回想法をめ
ぐって. 老年精神医学会雑誌. 6(3). 315-329.

- 黒川由紀子(2002).高齢者の心のケア. *看護実践の科学*. 58-61.
- 黒川由紀子(2005). 高齢者の心理療法回想法.東京：誠信書房.
- 桑原良子、亀井智子(2013). ライフレビューによる認知症高齢者の語りの内容分析中等度認知症高齢者を対象とした1事例の実践経過から. *聖路加看護学学会誌*,16(3), 10-17.
- 厚生労働省(2012). 介護サービス施設・事業所調査の概況. [2014.5.28]
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/soshiki/toukei/tp120924-01.html>.
- 厚生労働省(2012). 社会保険審議会HP. www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000.../0000025314.pdf [2013.12.28]
- 小海宏之、岡村香織、岸川雄介、園田薫、石井博他 (2008). 回想法観察尺度作成の試み. *老年精神医学雑誌*.19.1. 61-69.
- 厚生労働省報道発表資料.<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>
 [2014.3.15]
- 国際看護師協会 (2000). ICN 看護師の倫理綱領.
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/icnrinri.html> [2013.12.10]
- Lewis, M., Butler, R.N.(1974). Life Review therapy: Putting Memories to Work in Individual and Group Psychotherapy. *Geriatrics*. 29(1). 165-173.
- Lewis, M.(2001). Spirituality, counseling, and elderly: An introduction to the spiritual life review. *Journal of Adult Development*. 231-240.
- Liamputtong P.木原訳(2012). 現代の医学的研究法質的・量的方法、ミックスメソッド、EBM. *メディカル・サイエンス・インターナショナル*. 東京.
- Light(1991). Memory and aging: Four hypotheses in search of data. *Annual Review of Psychology*. 42, 333-376.
- Lorish C.D. & Richard M. (1986). The Face Scale: A Brief, Nonverbal Method for Assessing Patient Mood. *Arthritis and Rheumatism*. 29 (7). 906-909.
- Mastel-Smith B, Binder B, Malecha A, et al(2006): Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. *Issues in Mental Health Nursing*. 1037-1049.
- 松田ヒトミ(1999).介護の対象者理解に活用するライフレビューと回想法. *臨床老年看護*. 6. 133-141.
- Matsuda O, Kurokawa Y, Masahiro S, et.al.,(2001). Interrater Reliability of the Todai-

shiki Obseration Rating Scale (TORS) for Group Psychotherapy of Elderly Patients with Dementia.

箕岡真子(2010).生命倫理の新しい一分野としての『Ethics or Dementia Care 認知症ケアの倫理』. *Bioethics Study Network*. 9(1).18-23.

水野裕(2008). 日本認知症ケア学会特別講演会抄録.

室伏君士(2008). 認知症高齢者に対するメンタルケア. *老年精神医学雑誌*. 19(1). 21-27.

森川千鶴子(1999). 重度痴呆性高齢者のグループ回想法が QOL にもたらす効果. *看護学統合研究*. 8. 61-67.

内閣府(2012). 高齢社会対策大綱. <http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/index-t.html>. [2013.2.5]

内閣府共生社会生活統括官(2011). <http://www8.cao.go.jp/souki/about.html>[2014.3.15]

中居龍平(1999). 高齢者の意欲を客観的に測定する「意欲の指標」の開発. 東京大学博士論文. 14405.

中島紀恵子(2013). 新版 認知症の人々の看護. 医科歯科出版. P11.

永田久美子(2013). 認知症の当事者研究とは何か - 超高齢社会の生き方・看護・研究の共創に向けて -. *看護研究*. 16(3). 医学書院.

長沼亨、鈴木宏幸、安永正史他(2013). 認知症高齢における通所介護(ディサービス)利用の有無が認知機能へ及ぼす影響 - もの忘れ外来通院患者を対象とした縦断的検討 -. *老年精神医学会誌*. 24(5or 493-501).

Newman, B.M. & Newman, P.R.(1984). *Development Through Life (Third Edition) A Psychosocial Approach*. Dorsey. 福富護訳(1988)新版生涯発達心理学. 川島書店.

日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領.

<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> [2013.12.10]

日本認知症学会 (2008). 認知症テキストブック. 中外医学社.

野村豊子 (1996). 痴呆高齢者へのグループ回想法. *看護研究*. 29, 224-243.

野村豊子 (2002). 痴呆の人のライフレビューと家族のライフレビュー. *日本認知症学会誌* 1 (1) . pp.9-12.

野村豊子 (2004). 回想法の実践と臨床評価の課題. *老年社会科学*. 26(1). 24-31.

音山若穂、新人理恵、本間昭他(2000). Clinical Dementia Rating(CDR) 日本語版の評価者間信頼性の検討. *老年精神医学雑誌*. 11(5). 521-527.

- 折茂肇, 他(1999). *新老年学*. 350-351. 東京 : 東京大学出版会.
- Plummer, K.(1983). *Docummmments of Life*, 原田勝弘、川合隆男、下田平裕身監訳
(1991). *生活記録の社会学 - 方法としての生活研究案内*. 光生館.
- Post, F (1962): *Maudsley Monograph*, 10. Oxford Univ. Press. London.
- Pot AM, Bohlmeijer ET, Onrust et al. (2010): The impact of life review on depression in older adults: A randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*. 572-581.
- 佐藤聡、坂戸薫、佐藤新他 (1993). *臨床精神医学*. 22. 833－847.
- 下山晴彦、能智正博編 (2008). *心理学の実践的研究法を学ぶ*. 新曜社.
- Reisberg B. Ferris SH, Steinberg G,et.al.,(1989). Longitudinal study of dementia patients and aged controls. In: Lawton MP, Herzog AR, editors. *Special Research Methods for Gerontorogy*. Amityville, NY: Baywood: 195-231.
- Rodgers BL, & Knafl KA,(2000): *Concept velopement in nursing*: Foundations, techniques, and applications(2nd ed). Philadelphia. Saunders.
- Rubin DC, Schulknd MD.(1997a): The distribution of autobiographical memories across the lifespan. *Memory & Cognition*. 25(6). 859-866.
- Rubin DC, Schulknd MD.(1997b): Distribution of Important and Word-Cued Autobiographical Memories in 20-, 35-, and 70- Year - Old Adults. *Psychology and Aging*. 12(3).524-535.
- 佐藤聡、坂戸薫、佐藤新他 (1993). *臨床精神医学*. 22. 833－847.
- Schmitter-Edgecombe M, et al(2008). Multidyad memory notebook intervention for very mild dementia: a pilot study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. Oct-Nov.23(5). 477-87.
- Schulz KF , Altman DJ, Moher D(2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Jpn pharmacol Ther*. 38(11)
- Scoville, W.B. & Milner, B.(1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 20. 11-21.
- Serrano JP, Latorre JM, Segura LR, et al.(2012): Life review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults with Clinical Depression.

- Psychology and aging*. 244-299.
- 総務省統計局(2012). <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf> [2014.12.12]
- Squire, L.R., Zola-Morgan, S.(1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*. 253. 1380-1386.
- Tabourne, C. E.(1995). The effects of a life review program on disorientation, social interaction and self-esteem of nursing home residents. *International journal of aging & human development*. 251-266.
- 竹中星郎(2010). 老いの心と臨床. みすず書房.
- 田高悦子、金川克子、天津栄子他 (2005). 在宅痴呆高齢者に対する回想法の意義と重要性. *老年看護学*. 9(2), 56-63.
- 為国佳子、松村礼子、杉森恵理子 (1999). 痴呆患者に対する回想法の試み. *日本精神科看護学会誌*. 42.
- Teuber, H.L., Milner, B., & Vaughan, H.G. Jr.(1968). Persistent anterograde amnesia after stab wound of the basal brain. *Neuropsychologia*. 6. 267-282.
- Tornstam, L(1994). Gerotranscendence: A Theoretical and Empirical Exploration. In Thomas, L.E., Eisenhandler, S.A., eds. *Aging and the Religious Dimension*. Westport, Conn., Greenwood Publishing Group.
- 田村恵子、小島操子(1997). 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発 - ライフレビュー・インタビューを取り入れて -. *日本看護科学学会*. 17. 242-243.
- 東京都老人総合研究所 (2008) .老人研 NEWS. <http://www.tming.or.jp>. [2013.12.28 閲覧]
- 鳥羽研二(1998). 認知症高齢者の意欲の客観的指標に関する研究. 厚生省長寿科学研究(遠藤班)1998 年報告書.
- Webster JD, Young RA.(1988). Process variables of the life review: counseling implications. *Journal of Aging and Human Development*. 26(4). 315-327.
- Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, van Beljouw MJ (2010): Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The Gerontologist*. 541-549.
- Woods, B.(1998).Reminiscence as Communication. In P. Schweitzer. *Reminiscence in dementia care*. London.143-148.
- Woods, B., Spector AE., Jones CA. et.al, (2005). *Reminiscence Therapy for Dementia*.

The Cochrane Library.

Woods, RT., Bruce E., Edwards RT.,(2009). Reminiscence Groups for People with Dementia and Their Family Carers: Pragmatic eight-centre Randomised Trial of Joint Reminiscence and Maintenance versus Usual Treatment: A Protocol. *Trials*, 10:64, 1-10.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al(1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psych Res.*17-27.

山本由子、亀井智子(2013). 認知症高齢者のライフレビューに基づくメモリーブック作成とその利用による行動変化の検討. 聖路加看護学会誌. 16(3).1-9.

山本由子(2014). 高齢者における Life Review の概念分析. 老年看護学会誌. 18(2).85-93.

謝辞

本研究にご協力いただきました高齢者の皆様に、心より御礼申し上げます。長い人生を歩んでこられた皆様にお会いでき、貴重な体験や大切な思い出を聞かせていただけたことは、振り返りまして、素晴らしい時間でした。暖かく、明るいお部屋で、じっと座っていらっしゃる、外を見ていらっしゃる、周りの人を感じていらっしゃる。何か考えていらっしゃる。そこに加えていただき、同じ景色や、時間、出来事やその時の思いを感じさせていただきました。ふだん、使われてきたであろう言葉が自然に出てきて、表情や、仕草や、ため息などと一緒に、昔の様子や、今いらっしゃる空間や気持ちを表現されました。聴く者へ、伝えて下さろうとする温かさがわかりました。いただいた笑顔と励ましのお言葉を忘れません。

特別養護老人ホームの施設長はじめ、フロアマネージャー、生活指導員、介護専門指導員、看護師、ケアスタッフの皆様には、お忙しい勤務のなかに入らせていただき、さまざまなご協力、ご配慮を賜りました。この研究を通して、対象者の方々とそのご家族様が快く参加・協力くださった背景には、日常生活を送られる中で、皆様方と築き上げられてきた信頼関係があつてのことと思ひ至りました。おかげさまで無事に研究を遂行することができました。深く御礼を申し上げます。

聖路加国際大学 亀井智子教授には、つねに研究者の姿勢、着眼、信念を示していただき、導いていただきました。臨床のころからもややとくすぶっていた、看護の場面の現象をとらえ、研究につなげる取り組みへの疑問に対し、学際的かつ国際的な視野からのご指導いただきました。本研究では、混合研究法を用いる意義と意味を考え行ってきましたが、未だ出発点です。何度も頭痛を招いてしまってすみません、尊敬と感謝の念でいっぱいです。

聖路加国際大学の麻原きよみ教授からは優しく、きっぱりと研究の稚拙な点をご指摘いただき、面接のたびに貴重なご助言をいただきました。この度は主査をお引き受けいただきながら、予定よりもはるかに遅い作業や提出で、ご心配やご迷惑の数々をおかけしました。我ながら何ということだろうと、ため息ばかりでした。謹んで御礼を申し上げます。

廣瀬清人教授にはいつも励ましの言葉をいただきました。研究法に対する緻密な設計、丁寧な視点、さらに、専門分野からの知識や考え方の示唆を沢山いただきました。最後はやはり、ご心配をおかけいたしました。研究投稿へ向けてのご配慮、重ねまして御礼申し上げます。ありがとうございました。

上智大学の黒川由紀子教授におかれましては、まさに本邦の回想法の第一人者であり、正直なところ、緊張感でいっぱいでした。修正を確認いただく際には、海外のご出張より戻られて非常にお疲れのところを、時間の余裕なくお願いするという、この上ない無理を申し上げてしまいました。つくづく申し訳なく、自分の至らなさが身に沁みました。先生の文章の精緻な表現、言葉の使い方、本研究への考察や本質への示唆を忘れません。誠にありがとうございました。

先生方の情熱と洞察とお人柄に感激いたしました。常に、非常に、お忙しい中、時間を割いていただき、査読を賜りましたことに心より感謝申し上げます。

最後になりましたが、ともに暑い夏、寒い冬の日々を過ごし、声をかけあった博士後期課程院生の先輩、後輩、そして同級生に深謝いたします。目標は常に霧に隠れ、人は簡単に落ち込み、荒び、迷うということを思い知った3年半でした。数々のところに響くアドバイス、素晴らしい理解者で聴き手である仲間の存在があってこそ、前を向くことができました。ありがとうございました。

博士後期課程という貴重な機会をいただきました、聖路加国際大学（元聖路加看護大学）、先生方、職員の皆様方の、益々のご発展とご活躍を心よりお祈り申し上げます。

本研究は、文部科学省科学研究費補助金 基盤研究(C)(課題番号 26363472)を受けて行いました。

平成 27 年 9 月吉日

山本 由子