

在宅の軽度認知症高齢者における性格特性と生活内容との関連

Relationships between Personality Traits and Daily Experiences of Elderly Persons with Mild Dementia Living at Home

大浦明美
OURA Akemi

要旨 2007年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正では、介護福祉士の定義が見直された。その部分には「心身の状況に応じた介護」とあり、これからは身体状況と心的状況の両方に対応した「その人らしい」生活への支援が求められていると言える。しかし、実際の支援の現場において、介護予防サービスにおける利用者の基本情報に心的状況に関する性格特性は含まれていない。本研究では、軽度認知症高齢者の性格特性と生活内容の関連が示されるならば、支援が必要な高齢者の基本情報の収集時に性格検査は必要であるという仮説を立てた。方法として、在宅の要支援1の軽度認知症高齢者を対象に新性格検査を実施し、性格特性と生活内容や言動との関連を分析した。その結果、5事例を大枠で3つの性格特性に分けることができた。また個々の事例において、先行研究との照合と、「つぶやきの言葉」を裏付けに、「その人らしい」性格特性と生活内容との関連が認められた。

I 問題の所在

わが国の将来人口推計の家族類型別一般世帯数をみると、2006年度以降は単独世帯が最も多い類型となっている。なかでも総単独世帯数における高齢者単独世帯の割合は、2005年の4世帯に1世帯という水準から、2030年には3世帯に1世帯の割合になると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所：2008）。

このように高齢者の単独世帯つまり一人住まい高齢者が急増している現代において、その高齢者が認知症を発症した場合、介護サービスや成年後見制度等を利用するまでの間に、地域で孤立し多くの生活課題を抱え込んでしまうことが少なくない。

たとえば、認知症の初期に見られる徴候として、「時間の観念がない」の見当識障害や「会話を理解することがかなり困難等」の文脈理解の低下により、人とのコミュニケーションが取れず地域から疎外され、金銭管理も不能状況となっていく事例があげられる。その場合、なるべく早期に支援を行うことが重要である。

さて、初期的兆候が見られる軽度の認知症高齢者の自立支援については、主に地域包括支援センターがその受け皿となって支援している。センターの相談員は、本人の人権を守りながら、本人の基本情報を参考に介護予防サービス・支援計画を作成し、切れ目のない支援を行っていく。基本情報とは、本人の現況、氏名、年齢、住所、日常生活自立度、認定状況、障害等認定、住居環境、経済状況、家族構成、連絡先、今までの生活、現在の生活状況、現病歴、既往歴、現在利用しているサービス、基本的日常活動等である。

ここで、その基本情報には、「その人らしさ」を表す一つの要素である性格や人柄に関する資料は含まれていないことに気付くのではないだろうか。

「その人らしさ」を、人的・社会的環境の中で培われたその人の価値観、こだわり、誇り等であると捉えるならば、また、認知症の介護支援について身体介護のみならず心理的・社会的支援が重視されてきている現状の対応に沿うのであれば、その支援の起点において、性格を把握するツールは必要であろう。

2007年、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律において、定義規定の見直しがあった。介護福祉士の定義で見直された部分は、「入浴、排せつ、食事その他の介護」が「心身の状況に応じた介護」に改正された。つまり、これからは身体状況と心的状況の両方に対応した「その人らしい」生活への支援が求められているのである。

このような文脈からいっても、介護保険制度が開始された当初から使用している基本情報の内容は早晩見直しが必要であり、さらに、認知症のある人の心的状況を知る性格検査を行うことは必然的な方向と考えられる。

もちろん、実際の支援現場においても、「その人らしさ」への援助が大切であるにもかかわらず、基本情報収集段階では性格検査等を行っていない。その理由として、そもそもアセスメントの時点で、認知症発症後の性格についての記入・記述欄は設けられていないことや、性格検査を行うにも認知症状により本人の自己評価が難しく、適切な結果が得られないことがあげられる。そのため認知症初期における高齢者用の性格検査の研究自体も数少ないものとなっているのが現状である。

しかし、性格特性の情報が取得できれば、介護サービスの提供はもとより、相談員が軽度認知症高齢者の周辺症状等の生活内容を理解する上で役立つとともに、その後により得る成年後見制度の利用においては、後見人が身上監護を行う上で、その人らしい日常生活を支えるための有効な資料になると捉えることができる。

本稿では、これまで述べてきた問題意識を前提に、在宅の要支援1の軽度認知症高齢者の性格特性と生活内容との関連について、新性格検査を用いて検討する。

II 先行研究

1 認知症

現代の超高齢社会において、認知症の問題は、一部の人だけの問題ではなく大きな社会問題となっている。それは、認知症が不治の病であることの恐怖と、そして人々の生活においては、認知症のある人と身近に接することがあり、自分にも発症しうる病気であるという心配から、問題を大きく深くしている。このような現代社会の潮流から、認知症についての研究は、分野を問わず豊富にある。そのほとんどは介護や看護、医学等の分野であり、認知症のある人の外側からの視点で研究が行われている。

ところが、最近、「認知症のある人へのケア」という、人と人との関係における新たな価値観が見直されてきている。「ケア」とは、介護という狭義の意味ではなく、「心づかい」や「配慮」という生活全般に関わる社会的対応を意味する。

「その人らしさを支えるケア」として、認知症のある人のすぐ横にいるという視点からは、「認知症の人と家族の会」等、自助グループによる全国規模での様々な活動がある。

そして、近々では、人々の「幸福感」の格差について世界中で注目されているが、「認知症のある人の幸福」の要素としては、その人の認知の世界における不安を和らげる、ま

たは取り除くことがあげられる。つまり、認知症の周辺症状である徘徊、暴言、被害妄想、夜間せん妄等がなく、記憶障害、見当識の喪失だけが見られる人は、安心して安定した状態であり、その点において「幸福・しあわせ」であると考えられる。

これに関連した認知症を抱える当事者という内側からの手記が、少数ながら情報発信されている。それは本稿で取り上げている軽度認知症のある人自身の語りであり、これについては後で触れることにする。

人々が、認知症を知り認知症のある人と身近に接することで、恐怖や心配から解放され、そして、認知症のある人がケアによる幸福を得るようになるまで、もうしばらくの時間はかかるであろうが、そう遠くはないものと推測したい。

1) 軽度認知症と人間関係

認知症を発症する様々な疾患の中には、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症のように手術によって治癒あるいは改善するものがある。また、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症、進行麻痺のように投薬によって認知症状が改善されるものもある。しかし、ほとんどの認知症は医学的治療が難しい。その代表的なものは、アルツハイマー病と脳血管性認知症である（小澤：2003）。

認知症の経過は個人差が極めて大きい、介護の分野では一般に、軽度、中度、重度と分類している。その中で本稿でも取り上げている軽度の認知症状は、主に近時記憶障害、見当識障害、計算障害、遂行機能障害、言語障害等があり、具体的には以下のような行動が見られる。

近時記憶障害は、約束や要件を忘れる、一度話した内容を忘れ何度も同じ話を繰り返す、薬の飲み忘れがある、鍋焦しがよくみられる。

また、時間に関する見当識障害として、日付や曜日を間違える、今の季節がわからない等がある。計算障害は計算の能力の低下のことで、お金の計算が難しくなり、いつもお札で買い物をするようになったり、財布が小銭でいっぱいになっていたりする。

遂行機能障害は目的を達成するため、効率よく手際よく行動をとる能力に対する障害であり、調理を手際よく作ることができなくなったり、銀行でお金を引き出すことができなくなったりする。そして、言語障害では、話の中で「あれ」「それ」といった指示語が増加する等が症状として見られる（池田：2010）。

このような軽度認知症状は、本研究の調査対象者にも見られる行動であり、本人も今までとは違う障害が自分自身の中に日常的にあることに気付いている。そして、その認知症状がその人の生活を支える周囲の人との関係を悪くすることもあり、また、その人間関係の悪さゆえに症状が悪化していくという悪循環の構造がみられる。認知症のある人に沿った介護、そして、その人らしい生活を支援することにより、周辺症状がなくなる、または出にくくなるというような生活環境と人間関係が必要となってくる。

2) 「認知症を抱えて生きること」と、死生観

軽度認知症時の苦悩について、クリスティーン・ブライデンは「自分ではどうすることもできない。自分は何かひどい状態にあることは気づいているが、自分が誰であるかさえわからず、あらゆる感情や自分を表現する能力を失っているように思える。」と言い、「不治の病だと診断されることは恐ろしいことだ。」と述べている（クリスティーン・ボーデン 2003：70-71）。しかし、進行する認知症状からの苦悩を経て、「私は痴呆とのダンスの

踊り方を学びたい。私のそばに強い信頼関係で結ばれたケアパートナーにいてもらい日々前向きに生きたい。」という考えに変わっている（クリスティーン・ブライデン 2004：230）。

この受容までの心情の変化は、キューブラ・ロスの示した不治の病を告知された者の心理の5つの段階説に沿っている。それは、第一段階として激しいショックを受け、不治の病のことを心の片隅に隔離してしまう「否認と隔離の時期」。第二段階は怒り、羨望、恨み等の否定的な感情が湧き上がる「怒りの時期」。第三段階は「取引の時期」、第4段階は「抑うつの時期」、そして最後の第5段階は、死病を受け入れる「受容の時期」である（キューブラ・ロス；1969）。ブライデンも、最終的に前向きに認知症を受け止めるという「受容の時期」に到達している。

認知症の進行を受容することは、過去と今とのつながりがなく、今と未来を結び付けようもないという現状を認め、今という「この時」において認知症を抱え生きていくことであろう。その「否認」から「受容」への変容には、「自信」、「誇り」、「自尊心」といった自我を支える心理作用が働いていると捉えることができる。そして、ブライデンもそうであったように、認知症のある人は、不自由さをカバーする信頼できるケアパートナーの存在のみならず、病前に形成された人格や人とのつながり、宗教への信仰等に依存していく心地よさを得ていくのではないだろうか。

また、認知症が不治の病であるということから、認知症のある人は多かれ少なかれ、おぼろげながらであっても自分自身に対し死生観を問うことになる。そこで、少し長い文にはなるが、広井の「個人としての人間の生」と「死そのものと私」について取り上げ、ここでの文脈と重ね合わせて考えてみたい。個人としての「人間の生」について、広井は「—私の生の時間—は、私をとりまく人々と共有する時間、すなわち「コミュニティの時間」とのつながりを持ってこそ、充足した意味を持ちうるように思える。言い換えると、私たちは無機的な時間軸上を生きているのではなくて、実は、自分の知っている人たちがともに生き、時間を共有しているという意味での「コミュニティの時間」を生きているのである。」と述べている（広井 2001：124）。

また、広井は「私の死において世界が「無」であるということは、まさにそうしたことを意識する自己自身が存在しないこと、「無」や「自己」を意識する私自身が存在しないということであり、「意識する私」そのものとの別れ、自分自身との別れに他ならない。これは恐ろしいことではないか。死の究極的な恐怖とは他でもなくこの点にある。」と述べている（広井 2001：126）。

認知症のある人の考える「生」とは、家族やケアヘルパーとの生活に寄り添い共有する時間、今を共に楽しむ時間のつながりを生きるということと考えられる。しかし、認知症のある人の考える「死」とは、人格が揺れ動く認知症の軽度の時期に思考することになる。広井の言う「意識する自己自身がいないこと」、あるいは「意識する私そのものとの別れ」をどの時点に置くのかは、認知症を抱える各個人に依るものであり、筆者の考えの及ばぬところである。

ただ、人が死ぬことは、その人自身のすべての命が絶えることと捉えるならば、認知症のある人の死生観も、広井の言う「世界が無である」という時空のなかで推考されていくのだろうと考える。

認知症のある人には、このような心情の流れがあり、認知症のある人がケアをする側に「自分らしさ・心情」を伝えることは、その後も「自分らしく生きる」ことに他ならない。つまり、認知症のある人は「自分らしい生活」を望み、ケアをする側はその心情に沿い「その人らしい生活」を支えていくことになる。

このような意味からも、軽度の認知症のある人の性格検査をすることは、心情的支援のために必要である。

2 性格検査について

性格検査としてはBASIC-3性格検査がある。これは32の質問項目からなり、人の基本となる性格構成因子の3つの因子（社交性、新奇希求性、精神症性）を測定する目的で開発されている。しかし、認知機能が低下した高齢者が回答する場合、32項目の質問数は負担となり、そのため検査結果の信頼性に疑問が生じるという理由で、谷らは15項目の質問数で構成する高齢者用簡易性格検査を開発している（谷ら他2名：2009）。BASIC-3または高齢者用簡易性格検査は、本研究が意図する生活の内容と関連づける性格の特徴を表すには性格構成因子が少なく、分析結果を読み取りづらい。

認知症を伴う要介護高齢者用としては、YG性格検査表を改変し性格検査表を考案し作成した羽田の性格検査がある（羽田：2002）。質問項目は「悲観的〈－どちらともいえない－〉楽観的」のように反対語を対置して3件法で答えるようにしている。この性格検査は他者評価を行っているため、必ずしも他者評価により対象者の性格を捉え切れるとは限らず、その点の課題は残る。また、質問項目も客観的項目であるため、軽度の認知症高齢者には質問をイメージしづらく、自己回答の検査には不適切である。

心理学関連の研究領域では、高齢者の性格の把握としてNEO-FFIがある。これは国際的に標準的な理論モデルとされるBig Five Modelに基づいて作成標準化されている。しかし、内容項目等について公表されていないため、本研究への利用は困難であると判断する。

さて、本調査で使用する柳井らの新性格検査は、YG検査の問題点を回避した質問紙法である。この検査の信頼性と妥当性は明らかにされており、13尺度（社会的外向性、活動性、共感性、進取性、持久性、規律性、自己顕示性、攻撃性、非協調性、劣等感、神経質、抑うつ性、虚構性）で構成していることから性格特性の傾向はより明確に示される。

質問項目は130項目あり、本研究の対象者には負担が大きいと推定し、質問形式で対象者に口頭で回答を得る。また、質問項目は日常での生活感情が文章化されており、性格を表す形容詞や行動記述文が多く、対象者が回答しやすい構成といえる（詳細は、柳井・柏木・国生：1987を参照）。

一般に性格検査により測定されるものは、性格そのものでなく「自己によって認知された性格＝自分らしさ」と捉えている。たとえば、「素直な性格」という場合、「素直さ」そのものを直接測定しているのではなく、「素直さ」に該当するような行為・言動を自己が行っているかどうかについて評定している。本研究においても同様である。

Ⅲ 研究の目的と方法

1 目的

本研究では、軽度認知症高齢者の性格特性と生活内容の関連が示されるならば、支援が必要な高齢者の基本情報の収集時に、性格検査は必要であると仮説を立てた。

それにより、在宅の要支援1の軽度認知症高齢者を対象に新性格検査を実施し、性格特性と生活内容との関連を分析する。

2 方法

事例対象者は、千葉県のA市から委託されている地域包括支援センターで担当している在宅の要支援1の軽度認知症高齢者5名（男3名：独居、女2名：家族と同居）であり、性格検査を行うことについて了解と協力を得た。

調査対象者は在宅の軽度の認知症高齢者とし、訪問ヘルパー等による日常生活の支援が入らず、以前から継続している生活状態にある。調査期間は2011年の6月から7月の間に行い、調査の場所は対象者の自宅である。

調査には新性格検査（測定尺度は13尺度、質問項目は130項目）を使用し、筆者が質問項目を読み上げ、対象者が口頭で回答した。

調査手続きとしては、対象者の緊張をなるべく少なくし、リラックスした雰囲気の中で自己評価に近い回答を得るため、対象者の担当の地域包括支援センターの相談員が同席した。

分析は、個別事例による、性格の特性と日常の生活との関連性について行った。

3 倫理的配慮

研究における倫理的配慮として、調査を始める前に、関係機関及び調査対象者に、調査目的、対象者の匿名性の確保やプライバシーの保護、データの管理、学会報告等について説明し同意を得たうえで実施した。

また、本研究での事例は、結果に影響がない範囲で一部改変し、個人の特定を防いだ。

Ⅳ 研究結果

1 事例の概要

5事例の概要は表1の通りである。5事例とも年齢は70代で、軽度認知症がある。

認知症高齢者の日常生活自立度とは、高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すものである。介護保険制度の要介護認定で認定調査や主治医の意見書でこの判断基準の指標が用いられている。ここでは、各事例の生活状態を日常生活自立度により示す。

事例A・D・E（ランクⅠ）の日常生活自立度の判断基準は、何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。また、在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能で、相談や指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。

事例B（ランクⅡa）は、家庭外で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思

疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できるくらいの状態である。たとえば、道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など、それまでできていたことにミスが目立つ等があげられる。事例C（ランクⅡb）は、家庭内でも、ランクⅡaのような状態が見られ、服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人では留守番ができない等が例としてあげられる。事例BとCは在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図るようにする。

表1 事例の概要

事例	年齢	性別	身体機能	世帯	認知症高齢者の日常生活自立度
A	70代	男	軽度認知症	単独	I
B	70代	男	軽度認知症、肝細胞癌	単独	Ⅱ a
C	70代	男	軽度認知症、	単独	Ⅱ b
D	70代	女	軽度認知症、気管支拡張症	高齢者夫婦	I
E	70代	女	軽度認知症、心室頻拍	娘と同居	I

2 事例の分析結果

1) 事例 A

事例 A の性格検査結果

社会的外向性	18
活動性	24
共感性	21
進取性	12
持久性	28
規律性	18
自己顕示性	13
攻撃性	16
非協調性	18
劣等感	14
神経質	16
抑うつ性	12
虚構性	23



事例 A(国民年金・一部生活保護受給)は、定年まで建築設計士として建築会社に勤め個人宅の設計をしていた。そのような経緯から、現在でも、「仕事をしている」と言って書斎の製図台で作業らしき事をしている。外出時は毎回1時間～2時間位徒歩で移動している。「歩くことは苦ではない。」と言う。金銭管理は、銀行に行き行員に頼み引き出している状況である。

性格検査の実施中、Aは、いくつかの質問に対して、しきりに「設計の仕事をしているからね、。」と言いながら回答していた。その質問項目は、たとえば「やりかけたことは最善をつくす」、「物事は順序よく行う」、「他人の行動をてきばきと指図する」等である。

つまり、この検査結果はAが設計の仕事をしていたころの性格の一面を表していると言える。そのような意味で、持久性、活動性、虚構性の性格特性が高く、認知症の周辺症

状は活発には見られない。また、持久性や活動性が高いことから、徒歩での移動時間が長くても苦にならない様子が見て取れる。

質問項目「心配事があって夜眠れないことがある」には、「兄が病気をされていて心配だ。見舞いに行かなければならないが、なかなか行けない。」とつぶやき、質問項目「思い立ったらすぐに実行する」には「やらなければすぐに忘れる。」と言っている。このように対象者の性格の特性が生活行動に表れてくる。

最近、地デジ対応のチューナーを取り付けるが、リモコン操作がわからず近所の人がある度（毎日何回も）調整してくれる。このように日常生活の中で近所の人等とのつながりがあることから、社会的外向性は高く、抑うつ性、神経質、攻撃性が低い傾向をなしていると見なせる。

2) 事例 B

事例 B の性格検査結果

社会的外向性	24
活動性	22
共感性	25
進取性	18
持久性	16
規律性	22
自己顕示性	12
攻撃性	27
非協調性	28
劣等感	26
神経質	19
抑うつ性	25
虚構性	13



事例 B（生活保護受給）は畜産関係の仕事をしていた。24 歳で独立し結婚した。事業に失敗し所有していたビルを売却し借金を返済した。離婚後 10 年以上、2 人の子供とも連絡を取っていない。住居を転々とし、1 年位前から現地に住む。

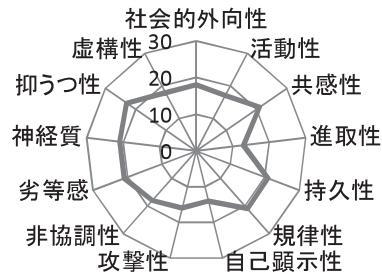
現在、配食サービスを週 1 回受けている。事業に失敗したことの心情から、他の人に対する攻撃性、非協調性、劣等感、抑うつ性が表れていると捉えることができる。また、B は、「現在は、生活保護を受けているから、、、。」と言っており、そのことから劣等感、抑うつ性の数値が高くなっていると伺える。

検査の実施中に、質問項目「注目の的になりたい」に対し「30 代、40 代の頃はよく動いた。」、質問項目「やりかけたことは最善をつくす」に対し「若い頃、寝ないで仕事をやった。」、質問項目「何につけても人より目立ちたい」に対し「若い時は人より目立ちたいと思った。」、質問項目「決めたことは何かが何でもやりぬく」に対し「そんなカッコいいことは言えない。」等々言っていた。このことは、現在の生活環境を否定しており、自己顕示性の低さに表れていると見られる。

3) 事例 C

事例 C の性格検査結果

社会的外向性	18
活動性	17
共感性	21
進取性	13
持久性	21
規律性	21
自己顕示性	14
攻撃性	16
非協調性	18
劣等感	21
神経質	21
抑うつ性	23
虚構性	18



事例 C（厚生年金受給）は、大手企業に勤め、27 歳で結婚し 3 人の娘を育て定年を迎えた。その後 10 年間は電気技術系の仕事でアルバイトをしていた。7 年前に妻を亡くしてから一人暮らしとなる。

2 年前、戸外で転倒し圧迫骨折、その 1 か月後、室内で転倒し肋骨を 4 本骨折したが、本人は覚えていない。若い頃から飲酒好きであり、朝から酒を飲むこともあり、生活、食事等が乱れ、気力体力ともに低下傾向がみられる。

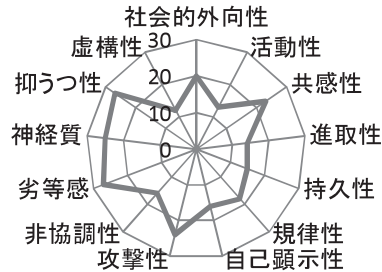
また、娘以外とは人間関係が薄く気持ちを閉じてしまう。気になる事があると、しつこいくらいに同じことを聞いてくる。日中も寝たり起きたりの生活、一人で外出することはない。金銭の把握は曖昧である。

性格検査の結果は全体に数値が低いものとなった。検査の実施中、質問項目「自信を持っている」に対し「昔できた事や今までできていた事ができない。」、質問項目「困難にあうと、うろたえてしまう」に対し「焼酎飲んで寝て、一晩開ければくよくよしない。」、質問項目「意見が合わない、相手の批判をしたくなる」に対し「相手を批判する元気もない。」、質問項目「やりかけた仕事は一生懸命最後までやる」に対し「諦め人生だ。」、質問項目「短期である」に対し「子供たちが私に大声で怒鳴ることがある。」、質問項目「失敗するといつまでもくよくよ考える」に対し「行動力がないからな。」「子供たちと俺と話をして、俺がいなくなったらどうなるか、俺はこう思うと、、、。」等々を語っていた。C は自己顕示力が低く、生活の中で人にとけ込めずにいる状況が見られる。

4) 事例 D

事例 D の性格検査結果

社会的外向性	20
活動性	13
共感性	23
進取性	14
持久性	15
規律性	18
自己顕示性	16
攻撃性	24
非協調性	16
劣等感	27
神経質	25
抑うつ性	27
虚構性	12

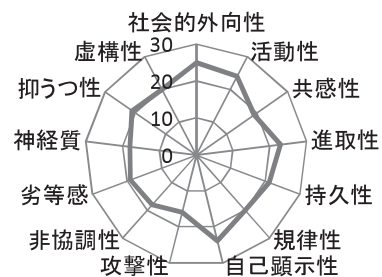


事例 D（国民保険受給）は、気管支拡張症のため関、痰、血痰があり療養生活が長かった。18 歳と 28 歳の時、肺を一部切除した。保母や検査技師の仕事をしていた。30 歳で結婚し男児 2 人を育てたが、長男が平成 11 年に肺動脈の破裂で急死した。D は平成 19 年に左耳の突発性難聴により体調を崩す。平成 21 年春から在宅酸素療法をしている。入浴は 10 日に 1 回のみとなる。日常的に気力がなく片付けができなくなる事があり、横になっていることが多い。講座を聞くのが好きで市民センターの講座等を聞きに行くなど共感性は見られる。60 歳から物忘れが始まり、物の名前や言葉が出てこない等のため、服薬をしている。D はお金を所持し扱っているが、通帳は夫が預かり一緒に家計を行っている。交通機関を利用して外出することは可能である。性格検査実施中、D は、質問項目「初対面の人には自分の方から話しかける」に対し「黙っているのがいや」、質問項目「他人の世話をすることが好き」に対し「この頃は体がついていかない」、質問項目「失礼な事をされると黙っていない」に対し、「言いたいことはあるが、言葉が出てこない。」等を話していた。性格特性は、抑うつ性、神経質、劣等感、攻撃性が高いのは、「つぶやきの言葉」によく表れていた身体的機能の衰えによる日常生活での不安と関連している。

5) 事例 E

事例 E の性格検査結果

社会的外向性	25
活動性	24
共感性	19
進取性	23
持久性	21
規律性	20
自己顕示性	24
攻撃性	16
非協調性	18
劣等感	19
神経質	18
抑うつ性	21
虚構性	20



事例 E（厚生年金受給）は、肥満傾向にあり、交通事故の後遺症で右膝痛のため、日中は居間のこたつで過ごすことが多く、自宅内は這って移動し、戸外ではシルバーカーに体重をかけて歩行し散歩する。家の中はひどく乱雑。娘は腎移植をして身体障害 1 級である。E は娘に無理をさせられず、入浴はせず、食事は店屋物を取ることが多い。平成 17 年に心臓頻拍発作を起こした。以後、薬物療法を行っているが薬の管理はできない。また、受診日がわからなくなり、頻繁に昼夜の区別なく支援センターに電話をすることがある。これは不安などの抑うつ性が行動に表れている。以前は地域での活動を活発に行っていたが、現在は、近所に知り合いもいるがコミュニケーションは少なくなっている。このことから社会的外向性、活動性、自己顕示性が高いことが示されている。質問項目「人のためにつくすのが好きだ」に対し「体が動かない。」、質問項目「ねばり強くあきらめないほうだ」に対し「年々、力がなくなる。」等、体調不良と不安を訴えている。

V 考察

本研究では、在宅の要支援 1 の軽度認知症高齢者の性格特性と生活内容や言動との関連について、個別の 5 事例の新性格検査結果から明らかにした。

本調査の実施場所は対象者の自宅にし、質問は筆者が読み上げ、対象者が口答するというスタイルで行った。これにより、緊張したり文章を読んだり書いたりする対象者の負担をできるだけ減らした。調査は会話形式の項目文の新性格検査を使用したため、対象者は無意識にその回答（質問による）の理由をつぶやいていたので記録した。これにより、性格特性と生活内容との関連を、その対象者の「つぶやきの言葉」により部分的にでも裏付けることができた。同行した地域包括支援センターの担当相談員は、回答に「その人らしさ」がよくでていると感想を述べていたことから、軽度認知症高齢者に対し新性格検査を使用したことは、妥当であったと考えられる。

今回の分析結果からは、事例を大枠で 3 つの性格特性に分けることができたので以下に述べる。

事例 A と E は、社会的外向性、活動性が高く、買い物や近所の知人に会うなど外出頻度が多く対人関係を形成しやすい傾向が明らかになった。人の交流により、ストレスの影響を受けにくいといった行動傾向を持つことは、神経質の数値の低さから推測できる。

事例 B と D は、自己顕示性が低く抑うつ性・劣等感が共に高い傾向があり、家に閉じこもりがちである。これらの不適応的な性格特性は認知症を重くする要因ともなり得る。

事例 C は、全ての性格特性が低く内向的で、気力自体が低く捉えどころがない。C は日常生活自立度がⅡ b であり、認知症は中度に近い状態と考えられる。

さて、ここからは、性格特性と生活内容との関連またはその傾向について、本事例を先行研究と照合しながら、より具体的、厳密に論じてみたい。

認知症高齢者の性格特性について柄澤らは、「正常群よりも認知症群に有意に多くみられたものとして、頑固、わがまま、交際が狭い、人にとけ込めない、気性が激しいなど、非協調的、非社交的な傾向のことが多い。」「これらの性格は、一般に老年期における生活適応に困難をもたらしやすい性格傾向であるといえる。」との研究結果を示している（柄澤・本間他 6 名：1991）。

本研究では事例 B、D が感情型に当てはまる。2 事例とも社会的外向性（交際が狭い、人にとけ込めない）は低く、攻撃性（頑固、わがまま、気性が激しい）は高い。事例 C は内閉型で、社会的外向性、活動性、（交際が狭い、人にとけ込めない、非協調的、非社交的な傾向）が低い。この 3 事例では、すでに人との交流が図れない、金銭管理ができないというような生活適応に困難をもたらしている。柄澤らが言うように「認知症の顕在化はその人のもつ代償能力によってある程度抑制される。その代償能力に影響を与える諸条件の一つが性格要因である。」と捉えるならば、その人の支援に際して、性格検査をすることは妥当であると言える。

また、地域高齢者における性格特性と高次生活機能低下との関連について、岩佐らは「外向性、誠実性の高い高齢者は、身体的な健康が維持されやすく、結果的に手段的自立（交通機関の利用・電話の対応・買物・食事の支度・服薬管理等）が維持される可能性がある。」とし、また「外向性、開放性が高い高齢者は、日常生活において対人交流を積極的に行うために、結果的に社会的役割が維持される可能性が考えられる」と結論付けている（岩佐・増井ほか 3 名：2010）。

本研究の軽度認知症高齢者においては、この岩佐らの結論に当てはまる事例は見当たらない。事例 A は、目立った持病はなく、社会的外向性や活動性が高く外出もよくしているが、10 年以上住民健診を受けた形跡もなく、身体的健康を維持しようとする意識は薄い。岩佐らの研究の手段的自立は、認知症がなく健康状態により優れた高齢者のものである可能性があり、本研究の事例 A は認知症の病前において、岩佐らの研究対象の高齢者のようであったと思われる。事例 E は、社会的外向性は高いが、手段的自立が維持されているとは言い難い。5 事例とも生活機能として身体的自立（移動・食事・入浴・排泄等の基本的動作）は維持している。在宅の軽度認知症高齢者の生活支援は、身体的自立を保持しつつ、手段的自立の維持への支援である。それには性格特性という精神面を組み込んだ支援が有効となる。

高齢者用簡易検査を用いて研究した森川らは「神経性得点の高い群は、ストレスを解消する手段が少なく、抑うつ傾向が高い。」と示している（森川・梯：2006）。本研究では、事例 B と D が同様である。両事例については、抑うつ性、劣等感、神経質の得点は高く、自己顕示性は低く、生活に不安があると見て取れる。また、外出は少ないためストレスを解消する手段も少ない傾向にある。この 2 事例は地域包括支援センターの相談員が担当してから日が浅い。今後の支援計画として、この性格検査の結果による性格特性とストレス解消の関連に基づく支援が望まれる。

今回の軽度認知症高齢者の 5 事例の新性格検査により、「その人らしい」性格特性と生活内容との関連は、先行研究と照合することで、より明確にできた。本研究の 5 事例とも介護認定では要支援 1 であり、介護サービスの利用は、利用していない（事例 A、D、E）か、週 1 回 - 2 回の訪問介護の利用（事例 B、C）の状況である。各事例の今後の支援課題は、在宅においての「その人らしい」日常生活の自立の維持である。そして、個別の生活機能を評価するには、身体状況や行動状況のみならず、性格特性をも踏まえて理解し行うことが重要となる。

VI 本研究の限界と今後の展望

在宅の軽度認知症高齢者でかつ介護認定が要支援 1 程度という事例は稀少であり、高齢者の体調等により要支援 1 から要支援 2 へ早期に移行する場合も少なくない。このように、今回も 5 事例と少なかったことから個別事例の研究とした。そして、本研究では、新性格検査を使用した。この検査は一般向けであり、高齢者用または軽度認知症向けには作成されていないため、質問項目は対象者に違和感のある回答しづらい項目があった。

しかし、先行研究と照合し、対象者の性格特性は概ね検査結果に反映されていると捉えることができた。このことから、新性格検査を原型とした、高齢者用または認知症高齢者用の性格検査を開発することは、十分可能であると考え研究を進めたい。また、生活支援への性格特性の反映の仕方と、新性格検査の質問項目をカウンセリングに利用する方法を検討し、地域に住む認知症高齢者の「その人らしい」生活への支援に役立てたい。

謝辞 調査にご協力いただいた地域包括支援センターの方々、また性格検査にご協力いただいた方々に対し、心から感謝申し上げます。

参考文献

- クリスティーン・ボーデン (2003) 『私は誰になっていくの？アルツハイマーから見た世界』 クリエイツかもがわ
- クリスティーン・ブライデン (2004) 『私は私になっていく』 クリエイツかもがわ
- 藤森克人 (2010) 「単身急増社会の衝撃」 日本経済新聞出版社
- 広井良典 (2001) 『死生観を問いなおす』 筑摩書房
- 羽田勝 (2001) 「痴呆を伴う要介護高齢者の性格と義歯使用の関係について」 『日本歯科心身医学会』 16-2 : 131-138
- 池田学 (2010) 『認知症』 中央公論新書
- 岩佐一・増井幸恵ら他 3 名 (2010) 「地域高齢者における性格特性と高次生活機能低下の関連」 『老年社会科学』 第 32 巻第 4 号 449-457
- 介護福祉士養成講座編集委員会 (2010) 「新・介護福祉士養成講座 3 介護の基本 I」 中央法規出版
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2008) 「『日本の世帯数の将来推計 (全国推計)』 (2008 年 3 月推計) について」 厚生統計協会
- キューブラ・ロス (1998) 『死ぬ瞬間—死とその過程について』 中公文庫
- 柄澤昭秀・本間昭ら他 6 名 (1991) 「痴呆の発症危険因子に関するケース・コントロール研究」 『老年精神医学雑誌』 第 2 巻第 4 号 549-558
- 森川千鶴子・梯正之 (2006) 「高齢者における人生総括と精神的健康との関連」 『広島大学保健学ジャーナル』 5 : 53-61
- NHK「無縁社会プロジェクト」取材班 (2010) 「無縁社会 “無縁死” 三万二千人の衝撃」 文藝春秋
- 国際老年精神学会 (2005) 「痴呆の行動と心理症状」 アルタ出版
- 小澤勲 (2003) 『痴呆を生きるということ』 岩波書店
- 大井玄 (2008) 「『痴呆老人』は何を見ているか」 新潮社
- 佐藤幹夫 (2011) 「ルポ認知症ケア最前線」 岩波書店
- 谷敏昭・森川千鶴子 (2006) 「高齢者用簡易検査」 『高齢者用広島大学保健学ジャーナル』 6 : 12-16
- 柳井晴夫・柏木繁男・国生理枝子 (1987) 「プロマックス回転法による新性格検査の作成について (I)」 『心理学研究』 Vol 58-3, 158-165