介護施設における認知症高齢者の感情の動き

―― ユニット入居者同士ならびに介護者とのかかわりから ――

Emotional Contagion of Demented Old People in Nursing Home

岡 林 春 雄

Haruo OKABAYASHI

はじめに

認知症とは、脳の障害による記憶障害、見当識障害、判断力の低下などを中核症状としながら、周辺症状によってさらに対応が難しくなっている症状である。日本では、かつて脳血管性認知症が多いといわれたが、最近はアルツハイマー型認知症が増加している（岡林, 2010 a)。認知症の介護においては、中核症状への対応もさることながら、徘徊・不潔行為・暴言・暴行・いらいら感といった周辺症状への対応が必要である。この周辺症状は、感情的反応であることに留意すべきであり、できれば周辺症状が出現しないような対応をしたいものである。

認知症高齢者への形態的対応のひとつとして、ユニットケアという方法が考えられている。ユニットケアとは「配属された職員が患者・入居者・利用者の看護・介護・要望・苦情に迅速かつ柔軟に判断・対応ができるよう、規模を縮小した看護・介護の提供態勢」であり、①小規模ケアは、入居者・利用者の個別ケアを可能にする、②入居者・利用者と職員が顔なじみの関係になれる、③入居者・利用者とスタッフの距離を近づけることが可能になる、④職員が、入居者・利用者一人ひとりに深く関わることが可能になる、⑤入居者・利用者一人ひとりを知ることが可能になる、⑥入居者・利用者の要望・希望・苦情に耳を傾ける機会を増やすことが容易になる、⑦入居者・利用者が日常性の高い生活を営むことが可能になる、⑧入居者・利用者が主体性をもって生活することが可能になる、等の諸点が考えられてきた。これがメリットとなるかどうかは検討課題として、ユニットケアでは、介護者と入居者、入居者同士という関わりが大きなウエイト（分岐点にもなる）をもつことが想像できる。介護や看護を「感情労働」(Smith, 1992）としてとらえる視点があるが、介護場面では介護者と利用者の間に感情のやりとりがあるし、小さなコミュニティをつくるユニットケアでは、介護者と入居者、そして、入居者同士の感情のやりとりが認知症高齢者に影響する大きな要因になるのではなかろうか。

*

人間は、生まれてまもなく興奮から快・不快の感情をもち、泣いたり笑ったりしながら周囲に自分の感情を伝える。そして、１年も経たないうちに感情は分化し、６か月頃には喜び・驚き・悲しみ・怒り、１歳頃には愛情・得意・興奮・怒り・嫌悪・恐れの感情が出現すると考えられている（Bridges, 1932)。そして、そのような日々の感情の経験・蓄積とともにその人その人の特徴、いわゆるパーソナリティが形作られてくると考えられる（Lewis, 1995)。同じ事象に対しても、人によって異なった感情を持つことがあり、感情が出現してくる背景にはその事象をどのように認知するのかが関わってくる。さらに詳しく述べれば、生命にかんする事象に対しては、人は同様な感情をもつ（例. 暗闇の中で突然何ものかが飛び出してくれば人は驚き、恐れの感情をもつ）のに対して、社会的な事象に対しては、人はそれぞれ異なった感情をもつ（例.「君かわいいね」といわれ、喜ぶ人もいれば、「かわいいだけの人間じゃない」と怒る人もいる)。「認知が先か感情が先か」論争（いわゆるLazarus-Zajonc論争：例えば、Lazarus, 1982, 1984; Zajonc, 1980, 1984）もあったが、感情と認知は入れ子になっており、

相互作用をもっていると考えるのが妥当であろう。Lewis（1995）の「日々の感情の経験・蓄積がその人の特徴を形作っていく（自己組織化と呼ばれる）」という考え方からしても、高齢になり、認知症になった人がどのように変化していくのかは重大な関心事である。

目　的

一般に、高齢者の日常生活は毎日ほとんど変わりがなく、感情の変化もないのではないか、とくに認知症高齢者ともなると、高齢であるとともに状況認識ができていないがゆえに、感情的な高ぶりもなく、毎日たんたんと過ごしているのではないかと考える人も多い。しかし、実際には、認知症高齢者の生活は日内変動があり、週レベルでの変動もあることが報告されている（岡林，2010 b）。認知症高齢者は、目の前の状況を長期貯蔵庫の少なくなってきた情報やスキーマをもとに一生懸命考え、そして、感じているのである。日常における変容は感情の動きをともない、その感情の動きは、その認知症高齢者のウェルビーイング（well-being：肉体的・精神的に健康で幸福な状態）につながることが考えられるのだが、その感情の動きに影響を及ぼす要因は何なのだろうか。

日常生活の中で、あくびが伝染するように、感情は伝染する（Hatfield et al, 1993）。いらいらしている人がそばにくるとなぜだかこちらもいらいらしだすし、数人で山登りをしているとき、誰か（とくにリーダーにあたる人）が道に迷ったのではないかと心配しだすと他の人も心配になってしまう。

介護施設のようなある意味、閉鎖的な空間の場合、その施設に入居している高齢者同士のかかわり方は入居者の感情に影響を与えであろうし、介護施設（そして、ユニット）を取り仕切っている介護者の感情は入居者に影響を与えるのではなかろうか。本研究では、認知症高齢者のウェルビーイングがより高まることを目指して、介護施設でどのような感情的なかかわりをもっているのかを追ってみたい。

方　法

研究対象：ユニットケアを行っている介護施設の認知症ユニット入居者11人（表１参照）ならびにユニットのメイン介護者２人（ベテラン女性T、Y）。

表１

入居者のみなさん、ならびに、その様子				推移
Aさん	男性	82歳	要介護度4　（車椅子）食事がすんでも「何か食べ物はないか？」	↘
Bさん	男性	85歳	要介護度4　自室の写真などを見せてくれる。女性の声には「うるさい！」	↘
Cさん	女性	96歳	要介護度3　歩行まったく問題なし。介護スタッフの手伝いをしている。	→
Dさん	女性	91歳	要介護度4　（車椅子）下痢その他体調があまりよくない。	↘
Eさん	男性	85歳	要介護度3　（車椅子）大人しい。新聞を見ている。	→
Fさん	女性	92歳	要介護度4　（車椅子）腰が問題。ときどき大きな拒否の声を出す。	↘
Gさん	女性	85歳	要介護度5　（車椅子）「お腹に子どもはいないですよね？」	↘
Hさん	女性	90歳	要介護度3　（車椅子）元気。荒っぽい。ときどき、子どもの名前を叫ぶ。	→
Iさん	女性	85歳	要介護度3　（車椅子）なんとなくこちらを見ている。話しかけると目をそらす。	↘
Jさん	女性	91歳	要介護度4　（車椅子）何か歌っている。機嫌は良い。会話は成り立たない。	→
Kさん	女性	93歳	要介護度5　（車椅子）耳が遠い。目が見えていない。味覚は鋭い。Cさんと会話。	→

（注　年齢は調査開始時のもの、要介護度は入居当初のもの。推移は１年半の変化：↘　ダウン、→維持）

手順：1年半・14セッション（１セッションにつき６時間の観察：介護者それぞれ７セッション）にわたり、介護者と入居者のかかわりの様子を観察し、観察者が入居者の感情状態を評定した（評定項目は、「生き生きしている」等12項目４段階評定；快―不快３段階評定、表２参照）。あわせて、介護者にはその日の感情状態を自己評定してもらい（上記と同項目）、ユニット全体の雰囲気を４段階評定で記述した。

表２

評定項目

①生き生きしている　②いらいらしている　③くつろいでいる　④沈んでいる　⑤興奮している　⑥怒っている
⑦元気いっぱい　⑧ぐったりしている　⑨寂しそう　⑩不安そう　⑪物足りなさそう　⑫楽しそう
その他：　快―不快

結　果

介護者は、入居者の食事、排泄、睡眠といった日常生活の介助を行うルーチンワークのほか、入居者の話を聞いたり、施設としての行事に入居者とともに参加したりして、入居者とのかかわりは深い。ユニットでは、入居者同士が一緒に遊んだり（観察者は毎回、１時間近く輪投げをしてみんなで遊んだ）、けんかをしたり、そこに家族が来訪したり、また、介護実習やインターンシップで外部から学生が来りといろいろなことがあり、入居者の感情はフラットではない。そのようなユニットに、介護者はいろいろな感情をもって（夜勤明けで今日はきつい、入居者の〇〇さんは徘徊が多くなっているが今日は大丈夫だろうか不安、等々）入っていくのである。なお、ユニットは個室と共有スペースから成っており、入居者は寝る時間以外は、ほとんど共有スペース（３つの大テーブルと１つの小テーブルがある）で生活している。

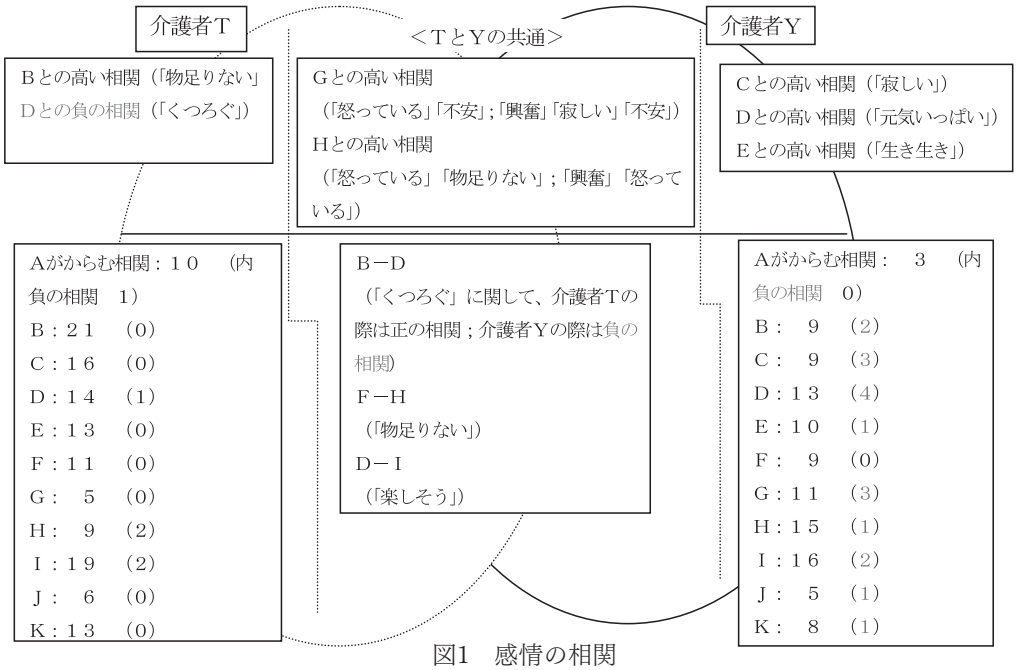

図1　感情の相関

図１に感情の相関の全体像を示す。図１に基づき、次の諸点について詳述する。

１．介護者と入居者の感情の連動

まず、介護者Ｔと入居者の関係を見ておこう。入居者Ｇ、Ｈとの間に［**怒っている**］に関して高い相関が見られる（r=1.000　α=0.000；r=0.798　α=0.032）。［**不安そう**］に関して、入居者Ｇとの間に高い相関（r=1.000　α=0.000）、［**物足りなさそう**］に関して、入居者Ｂと入居者Ｈの間に高い相関（r=0.801　α=0.031；r=0.795　α=0.033）が見られる。そして、［**くつろいでいる**］に関して、入居者Ｄとの間に負の相関が見られる（r=−0.764　α=0.046）。

次に、介護者Ｙと入居者との関係は、［**生き生きしている**］に関して入居者Ｅとの間に高い相関があり（r=0.854　α=0.014）、［**興奮している**］に関して入居者Ｇ、Ｈとの間に高い相関があり（r=0.919　α=0.028；r=0.801　α=0.031）、［**怒っている**］に関して入居者Ｈとの間に（r=0.930　α=0.002）、［**元気いっぱい**］に関して入居者Ｄとの間に（r=0.844　α=0.017）、［**寂しそう**］に関して入居者Ｃ（r=0.849　α=0.016）、入居者Ｇ（r=0.881　α=0.049）、［**不安そう**］に関して入居者Ｇ（r=0.881　α=0.049）との間にそれぞれ非常に高い相関が見出された。

つまり、介護者ＴとＹに共通するのは、入居者Ｇ（「怒っている」「不安」「興奮」「寂しい」）と入居者Ｈ（「怒っている」「物足りない」「興奮」）との高い相関である。Ｇ，Ｈは日頃から他者とそれなりにコミュニケーションが取れており、また、介護していて心配な面が予見できることにより、介護スキーマと呼んでよいような「構え」を介護者はもつことになるのかもしれない。

２．入居者どうしの感情の連動

各評定項目に関して、どの入居者とどの入居者が感情のレベルで相関があるのか検討しておこう。

［**生き生きしている**］

A−B、B−E、C−D、C−F、C−I、D−Fの間に非常に高い相関が見られた。動くことができ、日頃元気なCを軸に生き生きしている感じが伝わっている。その一方で、G、H、J、Kには相関が認められない。

［**いらいらしている**］

A−G、B−G、C−H、D−F、E−G、E−H、H−Jの間に非常に高い相関が見られた。A、B、D、Fが日頃から「いらいら」している傾向が高いのだが、彼らの「いらいら」感が他者にそのまま影響するのではなく、G、Hなどのマイペースの人に吸収され、ユニット全体としてはインフルエンザ流行時のユニット閉鎖を除いて「いらいら」感はあまり高くない。I、Kは他者との相関が認められない。

［**くつろいでいる**］

B−C、B−I、B−K、C−F、C−I、C−K、E−H、E−J、F−I、F−H、F−J、F−K、H−J、I−Kの間に非常に高い相関が見られた。入居者たちは、このユニットに慣れており、自分でくつろぎ方がわかっているのかもしれない。A、D、Gに他者との高い相関が認められないことにより、この人たちは自分の世界に入り込んでいるのかもしれない。

［**沈んでいる**］

A−C、B−E、B−Iの間に非常に高い相関が見られた。とくに、B−Eは食事の前後などで一緒のテーブルにいるので、直接お互いの雰囲気が伝わっているのであろう。Gが沈んでいる傾向が高いと評定されているが、車椅子で軽眠状態になっていることが多いからである。D、F、G、H、J、Kは他者との高い相関は認められない。

［**興奮している**］

A−C、A−G、C−F、D−F、G−Jの間に高い相関が見られた。Aの興奮の評定の高いのは、食事を食べても「食事はまだ？」と興奮しながら繰り返し食事を催促するところからきている。その行動が他の入居者にも伝わっている可能性はある。

［**怒っている**］

B−E、D−F、D−J、G−Hの間に高い相関が見られた。Bは女性入居者（とくにJ：よく歌を歌っている）の声が「うるさい！」、「黙れ！」と叫び、怒りをあらわにすることがある。その怒りがEに伝わっている可能性がある。D、F、JならびにG、Hは同じテーブルに座っていることが多いので、仲が良いようでもときどきぶつかっているようである。

［**元気いっぱい**］

A−G、B−D、D−E、D−I、F−I、G−K、H−Iの間に高い相関が見られた。とくに、J、H、Cなどは元気いっぱいの評定が高い。J、Hは歌を歌ったり、喋ったり、表出行動が多い。Cは身体がしっかりしており、自分で立ち歩くことができるというのが元気いっぱいの評定が高い理由であろうが、自分のことだけではなく、他者への手伝いができるというのは自尊感情を高めているのではなかろうか。

［**ぐったりしている**］

A−B、A−I、B−I、B−K、C−D*、C−J、J−Kの間に高い相関が見られた（注：＊は負の相関）。D、Fがぐったりしていると評定されたのは、日頃、車椅子等で軽眠状態になっているからである。同じテーブルで座っている横の人や前の人が軽眠状態になると別の人も手持無沙汰になり居眠りをしてしまう。CさんとDさんの関係で負の相関が出ているのは、Cさんが元気いっぱいで、介護者の手伝いをするために動けば動くほど、同じテーブルに座っており、あまり動けないDさんにとっては、相手をしてくれる相手がいないことになり、ぐったりしてくるのである。

［**寂しそう**］

A−B、A−C、A−E、A−J、B−C、B−J、C−E、C−J、D−G、I−Kの間に高い相関が見られた。F、G、Kはセッションを通して「寂しそう」尺度の点数が高い。身体が動きにくい、表出行動が少ない、といった状態になっているとどうしても内にこもり出すので「寂しそう」な様子は増えてくるが、同じテーブルに座っている誰かが「寂しそう」な状態になると、他の入居者まで影響を受けている。A、B、Eは同じテーブルに居ることが多いし、D、G、I、J、Kも同じテーブルか近くに座っている。

［**不安そう**］

B−E、B−H、B−J、D−I、D−K、E−H、E−Jの間に高い相関が見出された。セッションを通してA、G、Kに「不安そう」な傾向が見出されている。Aは「食事はまだ？」の問いかけと、そこから徘徊へと続く行動が不安な様相を呈しているし、G、Kは動かないことによって不安が増長されている。

［**物足りなさそう**］

A−K、B−D、B−E、B−F、B−G、B−H、B−I、B−K、D−F、D−G、D−H、D−I、D−K、E−G、E−H、E−I、E−K、F−G、F−H、G−H、G−I、H−I、H−K、I−Kの間に高い相関が見出された。セッションを通してF、C、Gに「物足りなさそう」な傾向が見出されている。F、Gは身体に障害があり、自由に動くことができないため「物足りなさそう」になるのはわかるが、Cの場合、自由に動けている。物足りなさが出てくるのは、身体の状態だけではなく、その人の生き方、もののとらえ方が出てきているのであろう。Cは気分の日内変動があり、調子がよいときにはよいのだが、落ち込んでくると独語が出現し、妄想の中で生活している模様である。その間に、椅子に座りこんだまま、ふと「物足りなさそう」にしているのである。この項目は、いろいろな入居者同士の相関が検出されている。お互いに影響を及ぼしやすい感情だと言えるのではなかろうか。

［**楽しそう**］

A−I、A−K、B−E、B−G、C−K、D−E、D−F、D−I、E−H、E−I、F−Iの間に高い相関が見出された。セッションを通して、J、C、K、B、E、Hが「楽しそう」な様子が見出されている。とくに、C、Jは「楽しそう」な傾向が高いと評定されているが、Cは身体的にしっかりしており動くことができるということが主体的な行動につながっており、その主体性が生き生きとして楽しそうという評定につながっている。Jは自分の世界に入り込んで歌を歌っていることが多いのだが、その入り込み方がきわめて楽天的で、

楽しそうなのである。歌は抑揚があり、リズムが明るく、同じフレーズを繰り返しながら、自ら手を叩き拍子をとっている。残念なのは、Jは会話ができないので、その明るい雰囲気が周囲の人に伝わらず、逆にBからは「うるさがられている」。

３．快－不快感情の連動

感情にかかわる項目の最後として、「快・不快」の相互作用を確認しておこう。A−E、A−F、A−I、D−E、D−F、E−I、J−Kの間に高い相関が見出された。J、K、E、Cが「快」感情が高いと評定されている。たしかにＪはセッションを通して楽天的であり、周囲で起こっていることをどれだけ理解しているのかわからないが、わけがわからなくても陽気に受け止めてしまうというのはJの優れた能力であろう。K、Eに関しては、身体的に動きづらい面はあるものの「快」の雰囲気を表出できていることはすばらしい。Cは身体的には一番しっかりしているので、身－心相関という観点からすればもっと「快」状態でいてもよいはずなのだが、ときどき独りでふっと沈み込み、「ボコ（子ども）はどこ？」と言い出すと不安を中心とした「不快」状態に陥ることになる。長年、生きてきて、いろいろな経験をしてきたのであろうが、認知症を患っても、そこだけはしっかり残っているというのは、人間のこだわり、いいかえればスキーマの強固さを示している。

４．担当介護者が違うと入居者どうしの感情の動きが違ってくるのか

さらに、Ｔ、Ｙそれぞれの介護者が担当の際、入居者どうしの感情の動きが違っているのかを、「寂しい」項目を代表させて見てみよう。

介護者Ｔの担当セッション（1，3，5，8，9，10，12）では、A−B（r=.795）、B−C（r=.944）、B−E（r=.881）、D−F（r=.830）、C−E（r=.979）、B−H（r=.761）、C−H（r=.806）、E−H（r=.789）、B−J（r=.801）、G−I（r=.816）、G−K（r=.866）、I−K（r=.766）の間に高い相関が見出され、介護者Ｙの担当セッション（2，4，6，7，11，13，14）では、A−G（r=.930）、C−G（r=.943）、E−G（r=.891）、G−J（r=.881）、C−Y（r=.849）、G−X（r=.881）の間に高い相関が見出された。

このデータから、担当介護者によって入居者どうしの感情の連動が違ってくることがわかるが、「寂しい」といった状態は、できるだけ避けたいものである。担当介護者の雰囲気や対応方法など、検討を示唆するデータである。

５．結果のまとめ

①介護者の感情が一方的に入居者の感情に影響を及ぼしたり、入居者の状態が一方的に介護者の感情に影響を与えるといったことはないが、入居者と介護者の感情は相互作用しているということが見出された。一方が他方の感情を支配するといったことを心配したのだが、実際には、そのようなことはなく、入居者には自分たちなりの感情の起伏があり、介護者には介護者なりの感情の起伏があり、その感情が相互作用をもっている。また、ユニットには介護者だけでなく、看護師、給食担当者、掃除担当者、風呂担当者等々の多くの職種の人が出入りしており、それぞれが入居者に声を掛けていくので、担当介護者のみに入居者の意識が集中することはないのかも知れない。

②介護者によって相関の高い入居者が違っている。介護者Ｔは、G,H,Bとの間に高い相関があり、Dとの間に負の高い相関が見られる。G,H,Bは自己表出をはっきりする人たちであるのに対して、Dは比較的ナイーブである。介護者Ｔは、アクティブな入居者への対応はやりやすい（自信をもっている）のではなかろうか。他方、介護者Ｙは、E,A,D,C,I,G,Hというように多くの入居者との間に高い相関が見出されており、負の相関はない。食事の催促への対応に腹を立てたAに腹を殴られるということが起こったが、介護者Ｙは、感情的に近い分、入居者の怒りの対象になることがあるので注意しなければならない。

③入居者どうしのかかわりには、パターンが見られる。Jが歌を歌う（快感情）。すると、IやF（ときにはG,D,Iも）いっしょに声を出すことがある（快）。そうすると、Bが「うるさい！」、「黙れ！」と

怒りだす（不快）。Bは自分の調子が悪いと音（とくに女性の声）が気に障るようである。「うるさい！」と叫び、静かにならないと自室（個室）にこもるようになった。

A,B,E（ときどきFも）は、お互いをどのくらい意識しているのかわからないのだが、主にいっしょのテーブルに居る。交流がないのは問題なのだが、何か感じているのかもしれない。

中央のテーブルは、座る位置が決まっているわけではないが、I,D,G,J,F（ときにはHやK）が座っている。Jは常に声を出しており、周囲の人たちは、気が向いたら、それに合わせて声を出す（会話は成立しない）。筆者がボールを渡すと、テーブルの上でボール転がしのやりとりが成立する。

窓際のテーブルに居るCとKは、調子が良ければ、会話ができる。「お名前は？」との問いに、自分の名前をしっかり応えている。

考　察

介護者によって入居者である認知症高齢者の感情表出が違っているのは興味深い。ユニットで生活していて、A、B、Eがいっしょのテーブルで、また、別のテーブルで、C、Gがいっしょに食事をしていることが多い。Cは動くことができ、介護者といっしょにおしぼりをたたむことなどもできる。BはJの歌や声がうるさいと言う。そのような中、介護者Ｙは、お手伝いができるCを中心に考えながら、日ごとのゆらぎの多いGを気にかけてユニット全体の介護を行っているのではなかろうか。それに対して、介護者Ｔは、ユニット全体の様子をとらえながら、個人対応が必要なときだけ介入するという姿勢があり、結果的に入居者同士の相関がいろいろな人同士で見られることになっている。

ポイントをまとめておこう。

１．高齢者にとって、かかわりがあること自体が重要（生きがいにつながる：結果としてサポートになるしＱＯＬを高めることになる）であり、感情がそのかかわりの中核にある。かかわりがうまくいかないと、ずるずる軽眠状態になり、心身の調子が悪循環しながら落ちていく。

２．介護者の感情的かかわり方が、認知症高齢者にも影響する。感情労働者としての介護者という点を考えておく必要がある。

３．ユニット入居者の感情・雰囲気が相互に影響を与える。ユニットケアでは、感情の相互作用に気を配る必要がある。

４．ユニット全体の雰囲気は、各入居者の感情に影響する。催し物がある日などは、ユニット全体がなんとなくソワソワしている。すると個人もなんとなく落ち着きがない。そのような揺れをうまく利用することによって、入居者の感情をリフレッシュすることができる。

５．各入居者の状態とユニット全体の雰囲気は相互作用をもつので、ボトムアップ（個人から全体を見る）とトップダウン（全体から個人を見る）の発想をもって介護に生かすことは重要である。（筆者は、入居者全員で「輪投げ」をして身体的・感情的に盛り上げるとともに、個別の回想法で感情の充実を図ろうとしている）

＊

乳児期に興奮から「快」「不快」を原点に分化し始めた感情は、生涯発達の集大成である老年期が進むにつれて「快」「不快」感情に集約されてくるのではなかろうか。つまり、老年期での「快」「不快」感情は、人生の終末をどのように迎えるのかを左右する最後の分岐につながるのではないだろうか。人生をここまで生きてきて、「快」感情、「不快」感情が積もり積もってくると、ある時点で、単純な量的な変化から質的変化に変異（位相のジャンプと複雑系では呼ばれる）する可能性がある。毎日の繰り返しは意味のない繰り返しではない。日常の繰り返しは、累積してくるうちに変異を起こすのである。

世界保健機関（WHO）の憲章（1946，1999）では、「健康とはただ疾病や傷害がないだけではなく、

肉体的、精神的ならびに社会的に完全に快適な状態であること」（ブリタニカ国際大百科事典，2008）と提唱されており、認知症者は当然、健康（health）であるとは言えない。しかし、一般に、この健康概念を満たして人はいない。そこで、ウェルビーイング（well-being：安寧）という概念が提出されてきたが、ウェルビーイングとは、必ずしも明確に規定された概念ではない。通常は「健康」や「健全な生活」「快適な生活」といった意味で用いられる。1946年に作成された世界保険機関憲章では健康を "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" と定義しているが、この "well-being" を厚生労働省では「社会的福祉」と訳している。自分の足で立って歩ければ、それに越したことはないのだが、もし車椅子の生活になっても、より良い生活を送るためには何を考えなければいけないのだろうか。認知症に罹ってしまっても、その中でより良い生活を送るためには何を考えなければいけないのだろうか。そして、自分の身近な人が先に亡くなり、社会的にもつながりが少なくなる中で、より良い生活を送るためには何を考えなければならないのだろうか。そのような中でも、認知症高齢者には生活があり、生きているのである。

東北関東大災害（2011）の際､避難所で避難生活をしていたお年寄りが体調を崩して亡くなっていったというケースがあった。避難所で窮屈な生活を強いられ、身体も自由に動かせず、亡くなっていったのである。身体の衰えは、気力をも奪う。これは、災害の避難所だけの話ではなく、日常の介護施設でも考えておかなければいけないことである。すなわち、一般的には、身体が衰えてくると、他者との関わりの機会が減ってくる。それとともに、他者と感情的な共鳴がなくなり、自己内に閉じこもりだすと良いことは考えず、気力がなくなっていくのである。本研究では、身体的な衰えが進んでも、上記の悪循環に陥らないようにするにはどうしたら良いのか、ということを提案した。

介護施設に入居している認知症高齢者も同居者ならびに介護者との間に感情の共鳴があり、それによって「生き生き」したり､「落ち込んだり」している。認知症高齢者を介護するにあたっては、この認知症高齢者の感情の動きに気を配る必要があろう。

引用文献

Bridges, K.（1932）. Emotional development in early infancy. *Child Development*, **3**, 324–334.

Hatfield, E., Cacioppo, J.T., & Rapson, R.L.（1993）. Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, **2**, 96–99.

Lazarus, R.S.（1982）. Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, **46**, 819–834.

Lazarus, R.S.（1984）. On the primacy of cognition. *American Psychologist*, **39**, 124–129.

Lewis, M.D.（1995）. Cognition-emotion feedback and the self-organization of developmental paths. *Human Development*, **38**, 71–102.

岡林春雄（2010 a）. 介護・看護の臨床に生かす　知っておきたい心のしくみ　金子書房

岡林春雄（2010 b）. 認知症高齢者の日常における変容―若者との関わりを中心に― *日本心理学会第74回大会発表論文集*　394.

Smith, P.（1992）. The emotional labour of nursing: How nurses care. Basingstoke, UK: Macmillan. 武井 麻子（他）訳　(2000).『感情労働としての看護』ゆみる出版

Zajonc, R.B.（1980）. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, **35**, 151–175.

Zajonc, R.B.（1984）. On the primacy of affect. *American Psychologist*, **39**, 117–123.