

トークンエコノミー法のセルフコントロールによる ADL 維持プログラム

—脳梗塞発症後の抑うつ症状のある高齢者を対象に—

阿多 敏江

(岡山大学大学院 文学研究科)

Key Words: 高齢者、トークン・エコノミー法、セルフ・コントロール

I. はじめに

1984年世界保健機構(WHO)は、「高齢者の健康は生死や罹病の有無によってではなく、生活機能における自立の如何によって判定する」ことを提唱した。脳梗塞発症後の高齢者にとって、生活モデルに適応しながらのリハビリテーションはその後のQOLに欠かせないものである。しかし、脳梗塞発症後は、①高頻度の麻痺の残存、②安静主体の生活習慣、③何をするのも億劫、興味・喜びの低下・抑うつ気分等の精神症状など、行動意欲を維持するのは困難なことである。

本研究では、QOLを第一義的に考え、高齢者の残存能力を引き出し、自立機能障害(disability)の予防も視野に入れて、セルフ・コントロールでリハビリ訓練が行える動作として「歩行」を選定した。

標的行動の生起頻度を増加させる随伴操作としてはトークン・エコノミー法を使用した。高齢者はトークンは好子であることを生活経験的に知っている。このことにより、言葉だけで裏づけ好子の存在が理解でき、飽和化を防ぐことができると同時に、「塵も積もれば山となる型」の強化随伴性を導くことができる。また、般性社会的強化子である構造化された「非言語的な表現」を対提示することにより、行動の長期維持に貢献できる(Alberto, 1999)。

これらのことは全て被験者の自発的参加の意思と希望に添って行われている。「自己決定したことを達成していく」過程において、主体的行動に好子が随伴するという事は、ひいては「生きがい」にも結びつくものである(Skinner, 1990)。

本研究は、脳梗塞既往の抑うつ症状をもつ高齢者を対象とし、トークン・エコノミー法を強化方法に、毎日の歩数を従属変数として、高齢者におけるトークン活用の有効性と特殊性を検討する。

II. 方法

対象: Y・S (79歳女性), 未婚, 定年まで国家公務員, ナーシング・ホーム入所者

病歴: 脳梗塞後遺症(片麻痺, 杖歩行), 高血圧

期間: 平成13年2月9日~4月9日の期間実施した。BL①期: 2/11~2/19, 介入期: 3/3~3/31, BL②期: 4/1~4/9のABAデザインを用いた。(注)2/20~3/2は測定者不在により中断。

手続き:

(1) 事前のカウンセリングにより、被験者の一番の希望は「自由に歩いておでかけしたい」ということがわかった。したがって行動目標は「歩行」とし、ベースライン測定後に被験者と相談したうえで「毎日1000歩以上歩く」ことを達成目標とした。

(2) ABAデザインを採用し、施設ヘルパーによって、毎日朝食時に万歩計を装着してから、夜ベッドに入るまでを一日の歩数として測定し記録した。

(3) 看護婦3人、施設ヘルパー5人には、事前に介入期の手続きの訓練をした。【手順】①、朝食時に万歩計を付ける(または本人がきちんとつけるのを確認する)。②、夜ベッドに入ってから、まず、万歩計をはずし、歩数を見る。③、にっこり微笑みながら目を合わせる。④、目が合うのを確認したら、「Sさん、今日は〇〇歩歩かれたんですね。良く歩かれましたね。」といいながら、表に歩数を記入する(歩数が多くても少なくとも歩いたことを認め、喜びを共感する)。⑤、目標の1000歩に達していたら、表の数字の横に赤い丸シールを貼る。

(4) ベースライン期には①と②の手続きのみ行ない、歩数は看護記録に記録する。介入期は①~⑤の手続きに加えて、ベッドサイドに歩数の累積記録表を貼っておき、被験者が毎日の達成の様子をいつでも見ることができるようにした。

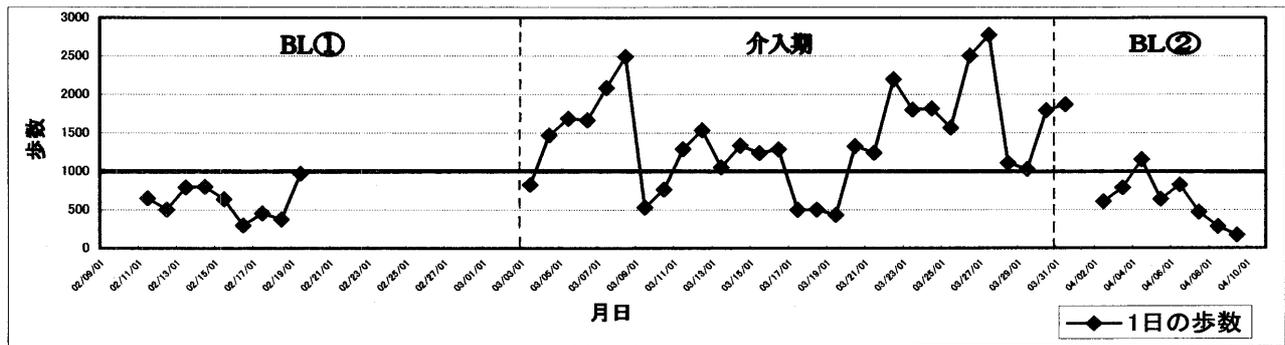


Fig. 1 一日の測定歩数の経過 (ABA デザイン)

- (5) 本被験者の場合、裏付好子は「おでかけできる」ことである。事前に被験者と相談し、おでかけ先(付添あり)はシール10枚でどこ、20枚でどこ、30枚でどこ、といった具合に傾斜を付けて3ヶ所の候補地を選定し、その決定は被験者の選択にまかせた。
- (6) 毎日、歩数と共にその日の活動や健康状態が看護記録に記載された。また、毎月初めには認知レベルとADLレベルが測定され、毎週1回のカウンセリングによって抑うつはコントロールされた。

III. 結果と考察

ABA デザインによる歩数の測定結果の経過を Fig.1 に示した。フェイズごとの平均値で行動レベルを検討すると、BL①期 608 歩、介入期 1438 歩、BL②期 617 歩であり、明らかに介入期には歩数が増加しており、目標歩数 1000 歩の達成率も 79% と高い。

認知のレベル (Mini-Mental State Examination: MMSE, 改定長谷川式簡易知能評価スケール: HDS-R)

Table. 1 各フェイズにおける
認知機能・抑うつ状態・ADL 機能の比較

	H13.2.2	H13.3.3	H13.4.4
MMSE	24 点 / 30 点	28 点 / 30 点	29 点 / 30 点
HDS-R	23 点 / 30 点	23 点 / 30 点	23 点 / 30 点
GDS-15	9 点 / 15 点	5 点 / 15 点	8 点 / 15 点
Up to Go	32 秒	31 秒	32 秒
FR	33cm	14cm	29cm
6 分間歩行	4 分で中断	施行不能	施行不能
臥位→立位	1 分 28 秒	31 秒	1 分 3 秒

は僅かに回復の傾向を示している。抑うつ状態 (Geriatric Depression Scale: GDS) は多少の動きがあったものの期間中は安定していた。高知医科大学老年科で開発された高齢者 ADL 機能評価 (Up to GO テスト, Function Reach, 6 分間歩行, 臥位→立位時間) のレベルは、いずれも低下は認められず ADL は計画当初以上のレベルで維持された (Table. 1)。

以上の結果から、脳梗塞発症後の抑うつ症状をもつ高齢者の毎日の歩数の増加に、トークン・エコノミー法は強化方法として有効であった。しかし、それが ADL の維持に直接貢献しているとはまでは言えなくとも、トークン・エコノミー法が高齢者の残された能力の普遍的ともいえる経済観念に働きかけ、高齢者からオペラント行動を引き出すことに成功したことは確かである。つまり、この研究で最も意味のあることが、介護・看護者たちの日々の観察記録の中に見てとれるのである。最初は、離床時間が増え、次に、それまでには見られなかった能動的な行動「施設周囲への散歩」が見られるようになり、最後には、介入期に歩数を増やす確立操作を自分で工夫するまでに発展した。たとえば、1. 別の階の食堂まで食事に行く 2. 病院の外に買い物に行く 3. ロビーに雑誌を読みに行くなどがあげられる。これらの行動は多くの介護・看護者たちから注目を受け、励まされ、予想外の社会的強化を受けたのである。

特筆されることは、目標シール数をはるか彼方に自ら設定したことで、被験者は未来に対して十分な希望を持っていたことがわかったことである。このことは、高齢者の「生きがい」に貢献できるかもしれない可能性をもつのである。 (Toshie ATA)