

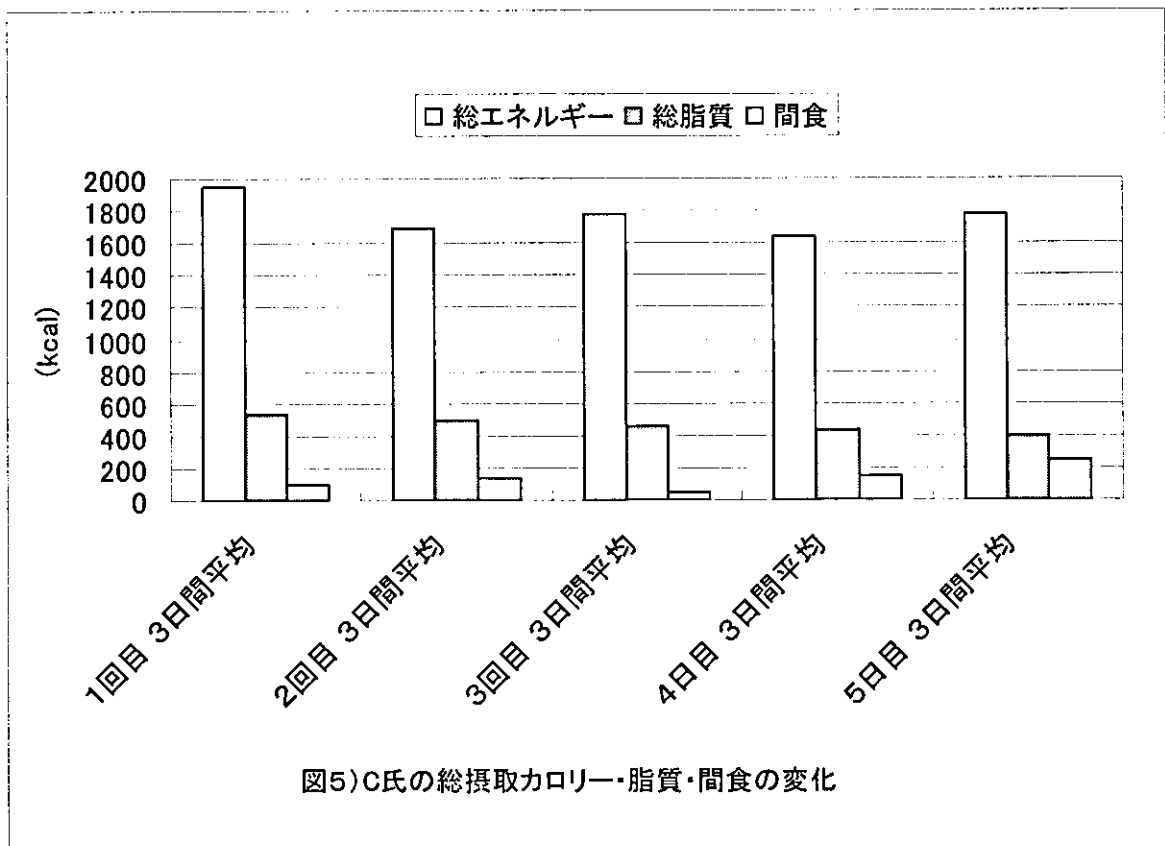
〈療養法を継続していくために専門的なアドバイスがほしい〉

ここでは、初回の相談時より1ヶ月後、3ヶ月後、21ヶ月後、6ヶ月後と計5回相談に来たC氏の看護相談の実践を示す。

C氏は、身近な弟が糖尿病の初期と言われたことと、自分自身の血糖値も103mg/dlと以前に比べ高くなってきていることからこのままでは血糖値も高くなるのではないかという不安が高まり、看護相談を申し込まれた。初回の健康ニーズは、検査の値を下げるためではなく、独立しはじめている息子達に頼ることなく元気で生きるために、良

くならなくても悪くならないように、薬に頼らずゆっくりと値を下げたいというものであった。初回の看護相談でC氏の生活体験を聴いていくと、C氏は40歳代にコレステロール高値を指摘され、周囲の人のコレステロールの値は低いので自分も下げたいと思い、食事を8分目にしたり、卵を食べないなど自分なりに食事に気を付け、また運動として山登りを取り入れていることがわかった。しかしその結果、体調を崩し栄養士から療養法が誤っていたと注意を受けていた。その後も動脈硬化につながるからコレステロール値を下げたいと考え、取り過ぎと感じていた果物を減らしたり、外出時はお弁当を持っていくなど工夫はしていたが自分で食事療法を行うのは難しいと感じていた。そこでC氏は運動や食事、体脂肪率について聞きたいと看護相談を希望されてきた。C氏は今までも朝昼夕食をバランス良く食べることなど自分なりに工夫を行っていたが、実際にC氏が摂っている食事内容を分析すると、総摂取カロリーが高く、脂質量も多いことが分かり、食事療法に関する知識が不足していることが明らかになった。そこで、まず食事を分析したグラフを用い現在の食事をC氏自身が実感できるように関わった。

2回目、3回目の看護相談時のC氏の健康ニーズは、脂質を減らした食事療法を実行したので今の食事でよいか確認して欲しいというものであった。2回目の食事の分析結果は、脂質量（3日間平均）が、537.8gから495g、総摂取カロリー（3日間平均）が1949kcalから1684.7kcalと減少し目標所要量以内となり（図5）、体重及びBMIの値からもその両方の効果を共に確認することができた。3回目のC氏の食事分析の結果は、日によって脂質の摂取量に変動があり、体重・BMIも増加傾向にあったが、C氏の体重は、標準体重内であったため無理な脂質制限を行うのではなく、再度療養法を確認する関わりを行った。



4回目の看護相談時の健康ニーズは、C氏の生活の変化から生じていた。C氏は、先天性股関節症の孫の病院通いや世話の手伝いで忙しくなり、今までの続けてきた山登りやヘルパーの仕事が行えなくなっていた。その結果、病院に行くほどの身体の不調はないが、食生活が乱れているのではないかと不安が生じ話を聞いてほしい、どうしたらよいかアドバイスしてほしいという健康ニーズを持っていた。看護師がC氏の話聴いていくと、子供の結婚、病気、出産などの影響を受け生活環境が大きく変化し、その結果今まで実践できていた療養法が継続できなくなったことによるストレスや、自分は食事に気をつけているのに、息子の嫁が菓子パンやケーキを食事代わりにするのを見ていて、言うにいわれないストレスが重なっていることが分かった。そこで、看護相談ではまずC氏の最近の生活や家族の事など気になっていることを話の流れを止めずに聴くようにした。C氏は相談後に、「家では日常のストレスを話す人がいないので、ここで話すとすっきりする」と話された。また、生活習慣の乱れが身体に与える影響について伝えるとともに、ヘルスアセスメントの技術を用い、身体を一緒にみることで、BMIも19.8と初回相談時とほぼ変わりがなく、身体の状態が悪くないことを確認した。その上でC氏の気になっている今の食事内容について分析結果のグラフを示しながら、説明を行った。C氏の食事は総摂取カロリーや間食量がやや増加傾向にあったため(図5)共に確認し、C氏が療養に取り入れやすいように、食品交換表や食物の現物大の写真入りのガイドブックを用いて、C氏にとっての適切な量を視覚的に示していくようにした。

その結果、C氏はすっきりしたと安心して帰られた。

〈なかなか改善できない生活を支え、長い療養生活を持ちこたえたい〉

ここでは、初回相談時より2ヶ月後、7ヶ月後、12ヶ月後の計4回相談に参加したD氏、その妻E氏の看護相談の実践を示す。

D氏は、初回の看護相談参加時は、自分の療養法が正しいのか知りたいという健康ニーズを持っていた。かかりつけ医で血糖降下剤が内服開始となったが、低血糖を起こした経験から医師の治療方針に疑問を持っていた。そして、低血糖を避けるために、自己判断のもと内服を中断し、その後は自分なりに運動療法・食事療法を行っていた。D氏は看護相談時、看護師に「自分はこういう考えで薬は必要ないと思っているのでまない」「医者言うことを聞いたら体調がおかしくなった」と自分の療養法の考えや方法を詳細に話している。このようにD氏は、薬を使用したくないという思いを強く持っていたが、高血糖、低血糖が身体に与える影響を十分に理解しておらず、体験を基に自分なりの療養法や対処法を選択していた。看護相談では、運動することや食事を控えることでなぜ、血糖が下がるのかという身体のメカニズムと、低血糖時の対処方法について説明を行い、今まで自分なりに行ってきた運動療法や食事療法が身体のメカニズムに基づいているので継続してよい療法であることを説明した。また、食事分析の結果は特に摂取量の過不足はなかったが、自家栽培の野菜・穀類・果物は身体によいと食べ過ぎる傾向があったため、それらの食物にもカロリーがあるため身体によいといても、食べ過ぎてはカロリーオーバーになることを説明した。また、一般的に身体によいとされる玄米も、胃潰瘍をかかえた人には身体に良い食べ物とはいえないことなど、個別的で具体的な指導を行った。その結果、D氏は自分の療養法を根拠を持って実践することができるようになった。

2回目、3回目の看護相談時のD氏の健康ニーズは、自分の療養法を確認したいという思いと同時に、改善したくても自分ではどうしてもできない思いを聴いてほしいというものであった。実際に分析した食事内容では、間食の総摂取カロリーは、徐々に減少傾向(147~356 Kcal→91~184 Kcal→0~82Kcal)にあったが、初回の看護相談以後、その他の療養行動や言動に変化はみられず、BMIも著しい変化はなかった。D氏は、妻と共に相談に参加していたため、妻にも食事内容の改善方法を説明していたが、自家栽培の食物を食べ過ぎる傾向を改められず、やはり総摂取カロリーが多い状況で、なかなか元の生活を変えることは難しいようであった。D氏はこの看護相談に参加したことで、自分なりの療養法を変えるまでには至らなかったが、自分の信念や療養法について看護師に話し、根拠に基づいた知識から自分の療養法の保証を得たことで療養生活を持ちこたえている状況だった。

E氏は、夫が心筋梗塞で倒れたことで、自分や夫の健康に関心が強くなるとかしたいと考えていた。初回相談時、通院をしているが、「医師には遠慮があって聞けないことがある」「医師には相談したいことはあるが、いざ行くと忘れてしまう」と上手く自分の考えを医師に表現することができないため、じっくりと話を聞いてもらい、自分の療

養法を見つけたいという健康ニーズがあった。E氏もD氏同様に、自家栽培の食物を食べることが健康を守る食生活の自信になっており、野菜や穀類、果物の摂取が多く、摂取カロリーが目標より多くなってしまっていた。しかし、なかなかそのような食生活を変えることは難しいようであった。また、E氏は自分に合った目標所要量がわからなかったため、夫と同じ量の食事を摂取してしまっていた。そこで、看護師は身長、年齢、活動強度からE氏の必要カロリーは夫D氏の8割であることをグラフを用いて示すようにした。

E氏は相談を受けた結果、食事療法への知識は持つことができ、前向きな発言があったが、なかなか食事を変えることができなかった。2回目、3回目、4回目の看護相談時のE氏健康ニーズは、食事を変えたいが変えられない思いを聴いてほしい、どうしたら良いのか教えてほしいというものであった。そこで、繰り返し夫の食事量に合わせるとカロリーオーバーになってしまうことを説明し、血糖値・血圧測定などヘルスアセスメントを通して身体の改善が行えていないことを説明していった。E氏はヘルスアセスメントの結果が、夫よりも悪い時は気にして食事の改善を決意するが、時間が経つと実践されていない状態が続いていた。BMIも著しい変化はなかった(27.2→26.3→27.0)。しかし、繰り返し看護相談を受けるうちに、食事摂取量の多さをようやく実感できるようになり、食事量を減らすことができた。また、E氏は、食事を減らしたことで「体調がよくなった」「次の食事がおいしくなった」と実践の効果を実感できていた。

## E. まとめ

今回明らかになったこととして、複数回参加者の健康ニーズには、新たに実践した自分の療養法の効果を確認したい、療養法を継続していくために専門的なアドバイスがほしい、なかなか改善できない生活を支え、長い療養生活を持ちこたえたい、という特徴があることが分かった。複数回参加者にとってこの看護相談は、実践しなければならないことを一方的に指導されるのではなく、今まで努力し実践してきたことに対して、助言や保証、安心を得ることのできる場として「まちの保健室」を求めている。そして、それを医療機関ではなく「まちの保健室」に求めているということは、「血糖が気になる方への看護相談」が、何でも気軽に話を聴いてもらえる場であること、専門的な知識を根拠に基づきながら説明してくれる場であることが大きいのではないかと考えた。生活習慣病患者には、日々自己管理のためにしなければならないことが多くあり、苦悩も多い。その方達が体験している苦悩を、じっくり、自由に話すことができるだけでも非常に意味があることだと感じている。特に、複数回参加者には、長い療養生活を持ちこたえることができ、参加者にとっての複雑な問題が解決するためには、生活習慣病予防を目的とした看護相談だけではなく、糖尿病患者に対する本格的な看護相談を展開していくことも必要だと考えた。

以上のことから、「血糖が気になる方への看護相談」の活用方法として、療養法を獲得する(療養法を見出す、療養法の効果を確認する、継続をアドバイスする)、自分の身体の変化を理解し実感できる、療養生活を持ちこたえ支える(心理的サポート)ことが明らかになった。そして、看護大学が行う専門「まちの保健室」に参加することで、早期に自分自身の身体に気づき、自分で対処できる力が持て、セルフケア能力の向上や

生活習慣病の予防、悪化の予防につながるのではないかと考えた。

今回、参加者の特性は、女性が男性に比べて多いこと、また女性は60歳代、男性は70歳代が最も多いことが明らかとなった。看護相談に申し込まれる方は、時間に余裕があること、健康意識が高いこと、相談会場である大学への利便性が高いことなどの条件が整った方が、参加へとつながったものと考えられた。

参加申し込み時の希望相談内容は、食事、血糖値、体脂肪の相談が多かった。それに対して実践した看護相談は、自分に合った療養法を見出すことのできる看護相談、専門的な知識を知ることによって不安を解消し、高血糖を自分の事として理解できる看護相談、身体に起きていることを実感することのできる看護相談、という3つの内容であった。看護相談の過程で、参加者は、「検査結果で悪いと言われたが身体的には問題がなく納得がいけない」、「健診で異常があると言われたが大丈夫だろうか。気軽に相談したり聞いたりする人が周りにいない」、「医師は忙しそうだから質問することができない」などの思いを抱えていることが明らかとなった。そして看護相談に来て、日頃抱えている不満や不安、疑問を話すことができたことに対して、「不安が解消された」、「話を聞いてもらってスッキリした」という反応も得られている。このように、最初見えていた健康ニーズは、食事や血糖値などの具体的な疑問であったが、それだけではなく、自分の身体に起きていることと検査結果や医師の説明と結びつかない、何となく納得できないなど、漠然とした疑問や不安が隠れていることが明らかとなった。

だからこそ、「血糖が気になる方への看護相談」を実践していくためには、参加者が抱えている漠然とした不安や、何となく納得できないと感じていることに、じっくりつき合っていく看護相談が必要であった。これからも、地域住民のための身近な専門的な資源として、地域住民を対象とした看護相談活動を展開し、地域での活動をより充実させていきたいと考えている。

## 引用・参考文献

- 1) 国民衛生の動向・厚生指標：厚生統計協会. 51 (9), 2004, 88-89, 144-148.
- 2) 秋山直子ほか：まちの保健室を拠点とした「血糖が気になる方への看護相談」. 兵庫県立看護大学附置研究所推進センター研究報告書. 1, 2003, 33-38.
- 3) 米田昭子：2型糖尿病患者の身体感覚に働きかけるケアモデルの開発. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 7 (2), 2003, 96-106.

厚生労働科学研究研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

「高齢者もの忘れ看護相談」の効果

—継続的利用により介護家族に生じた変化について—

平成16年度 分担研究報告書

分担研究者	水谷 信子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	教授
研究協力者	松岡 千代	兵庫県立大学看護学部老人看護学	講師
	平林 美保	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手
	江上 史子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手
	梅垣 順子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手

平成17（2005）年 3月

「高齢者もの忘れ看護相談」の効果  
－継続的利用により介護家族に生じた変化について－

分担研究者	水谷 信子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	教授
研究協力者	松岡 千代	兵庫県立大学看護学部老人看護学	講師
	平林 美保	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手
	江上 史子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手
	梅垣 順子	兵庫県立大学看護学部老人看護学	助手

### 研究要旨

「高齢者もの忘れ看護相談」は認知症高齢者及びその介護者を対象とし、平成14年から開始している。本研究の趣旨は、「高齢者もの忘れ看護相談」を継続的に利用した介護家族2ケースの相談記録を質的に分析し、相談の効果として“認知症高齢者の捉え方”と“自分に見合う介護のあり方”がどのように培われたかを明らかにすると共に、より効果的な相談を展開するための方策を提案することにある。

### A. 研究目的

厚生労働省は、2000年にスタートさせた介護保険制度の改正を発表した。今回の改正は制度全般についての見直しであるが、優先課題とされているのは、“新たな介護予防事業の創設”と、“認知症高齢者を念頭に置いた地域密着型サービスの創設”である<sup>1)</sup>。この動きは、現行の介護保険サービスが高齢者の状態改善や認知症を併せ持つ要介護高齢者の重度化防止への貢献には不十分であり、高齢者を「要支援・要介護」に移行させない仕組み作り、介護負担の増強する「認知症高齢者」の予防と症状増悪の防止に対するサービス体系の確立が急務となっていることを示している。

1989年から各都道府県に整備され始めた「老人性痴呆疾患センター」は、認知症高齢者の早期診断・治療、専門医療相談などを目的としており、当初から「認知症高齢者」の予防と症状増悪の防止に取り組んでいた。しかし、沖田ら<sup>2)</sup>の報告にもあるように、多くの介護者（家族）は診断や初期治療後に認知症の進行に不安を感じ、具体的な対処方法を相談できる窓口を必要としていることから、認知症の予防や症状増悪防止に関しては、専門医療機関では完結できない、身近な相談窓口が重要であり、改正後の介護保険制度においても重要な役割を果たすと考えられる。

認知症高齢者及びその介護家族に対する身近な相談窓口として、2002年より開催している本大学「高齢者もの忘れ看護相談」は、認知症高齢者看護を専門とする大学教員が、対話を通して継続的に認知症高齢者及びその介護家族の相談を受け、問題解決に向けた具体的な対処法を提案している。その成果は、“介護力を補う「積極的な見守り・援助」”を通し、“介護力を引き出す「サポート（支援）」”を担う、として報告した<sup>3)</sup>。しかし、継続的な相談により、介護家族が抱える不安や問題意識がどのように変化したのか、その変化に応じて専門家はどのような助言をしたのか、という相談のプロセスや具体的な関わりを明示するには至っておらず、そのような先行研究の蓄積も充分とは言えない。

そこで本研究の目的は、「高齢者もの忘れ看護相談」の継続的利用により、介護家族に



見られた“認知症高齢者の捉え方”の変化や“自分に見合う介護のあり方”を獲得していく過程、それに対応した認知症看護専門相談員の関わりを明らかにして、「高齢者もの忘れ看護相談」の効果を検討すること、そして、効果的な相談を展開する方策を提案することにある。

## B. 研究方法

### 1. データ収集・分析期間

平成14年6月～平成17年2月。

### 2. 研究協力者

「高齢者もの忘れ看護相談」に来所し、本研究の協力を得られた相談者のうち、配偶者（夫）を介護している女性介護家族2名とした。

### 3. データ収集方法

#### 1) 「高齢者もの忘れ看護相談」を開催する

- ①研究協力者と日程調整を行い、1ヶ月1回の頻度での来所日を決定した。
- ②認知症高齢者看護を専門とする大学教員が相談員となり、同一ケースを継続的に担当した。
- ③相談員は、相談内容を介護家族・被介護者の両側面からアセスメントし、地域生活を継続する上での介護指針を介護家族と共に考え、立案した。
- ④①～③については、相談中に簡易メモを取った後、逐語形式の相談記録として整理し、記述データを作成した。
- ⑤相談員の言動については、相談後日にケースを担当しなかった別の相談員が半構成的面接を行い、相談員の対応の意図を言語化し、記述データに加えた。

### 4. 分析方法

本研究は質的・帰納的に分析を行った。具体的な分析方法は以下の通りである。

- 1) 相談記録より作成した記述データは、各研究協力者の相談回数毎に、発言、様子、相談員の発言、相談員の意図に分けて整理した。
- 2) “相談を受けることで研究協力者の心情や振る舞いがどのように変わったか”を分析テーマとし、頻度の高い発言内容や印象的な様子について、データ上の言葉を用いてラベルを賦した。
- 3) 全体のデータと2)のラベルを照らし合わせ、類似する意味を持つものをまとめ、追加・修正を加えながらラベルの抽象化を進めた。そして、継続的な相談を通し、研究協力者に起きた事象を表した。
- 4) 1)の記述データから相談員の発言と意図を抜き出し、3)の研究協力者に起こった事象に対応した関わりとして整理した。
- 5) 3)、4)において形成された、研究協力者に起きた事象と相談員の関わりを継続的に比較・検討し、相談内容を研究協力者の視点で3つのカテゴリーに分類した。
- 6) 1)～5)の過程については、信頼性・妥当性を高めるため、認知症高齢者看護及

び認知症看護研究の専門家に、複数回にわたるスーパーバイズを受けた。

## 5. 用語の定義

本研究では、用語の定義を以下のように行った。

### 「高齢者もの忘れ看護相談」

： 看護師の資格を持ち、認知症高齢者看護を専門とする大学教員が、認知症高齢者及びその介護家族を対象に、介護状の疑問点や問題点、精神的な不安について相談に応じながら、対処方法を提供する相談活動とする。

### 「介護家族」

： 医師の診断により『認知症』の診断を受けた65歳以上の高齢者に対し、同居にて直接的な介護をしている家族構成員とする。

## 6. 倫理的配慮

研究協力者への相談活動は、「高齢者もの忘れ看護相談」の趣旨や方法を説明し、同意を得てから行った。その際、相談への参加・中断の自由や相談内容についてのプライバシーの厳守についても説明した。

なお、この研究は、兵庫県立看護大学研究倫理委員会の承認を得てから行っている。

## C. 研究結果

### 1. 「高齢者もの忘れ看護相談」の実際

#### 1) 「高齢者もの忘れ看護相談」を利用した介護家族の概要

平成14年6月の開催から平成17年3月までの「高齢者もの忘れ看護相談」の相談総数は、10ケースである。そのうち1ケースは老人性鬱病であったため、認知症高齢者に対する相談件数としては、合計9ケースとなっている（表1）。これらのケースにおける平均相談回数は3.4回、平均相談期間は3.8ヶ月となっており、相談内容を聞き取り、問題点を明らかにして介護方針を立てながら介護者を見守るという過程においては、複数回数での継続的相談が必要であることが分かる。

また、9ケース中、介護者と被介護者の関係性が「夫婦」であったものは6ケースと半数以上を占め、そのうち1ケースを除いた5ケースは“妻が夫を介護する”という介護関係であった。夫婦関係で介護を行っているケースでは、介護者が60歳代後半～80歳と高齢であり、ケース数は少ないながらも、認知症介護における「老老介護」の実態が現れていた。

#### 2) 介護歴と相談概要の特徴

「高齢者もの忘れ看護相談」では、認知症の早期段階から専門的な看護介入を行い、認知症高齢者の症状増悪予防と、介護者の精神的負担や疲労を減少させることを目的としていたことから、相談者の多くは介護歴が1～2年と、認知症早期段階であったと言える。

相談内容を比較すると、介護歴4年以上の相談者の場合は、自分なりの介護を確立させ

てはいるが、心身の疲労やストレスから「話を聞いてもらいたい」、「介護の期限を専門家に言って欲しい」など、介護を担う責任の肩代わりや、認知症介護の大変さを専門家の立場からも理解し、介護の努力を評価してほしい、という精神的拠り所を求めている様子が見られた（表1）。

しかし、介護歴1～3年の相談者の場合は、「この先どんなことが起こるのか、不安に思って来た。」、「なぜ、このような症状が出ているのか教えて欲しい。」など、認知症による生活障害が著明でないことから、被介護者の身に起きていることが理解できず、漠然とした不安を抱えていた。そのため、認知症高齢者の症状増悪を予防し、介護負担の状況を防ぐために必要な、“自分に見合う介護のあり方”に関心を寄せ、行動につなげることができずにいるようであった。

そこで、「高齢者もの忘れ看護相談」を継続的に利用した介護歴1～3年の介護家族（初期～中期段階の認知症高齢者の介護者、ケース3、ケース6）の相談内容と相談員の関わりの質的・帰納的分析結果から、介護家族が“認知症高齢者の捉え方”や“自分に見合う介護”を獲得する過程を明らかにし、本相談活動の成果と効果的な相談活動を展開するための方策について述べることにする。

## 2. 継続的利用により相談者に生じた変化と認知症看護専門相談員の関わり

研究協力者別に整理した記述データは、“相談を受けることで研究協力者の心情がどのように変わったか”を分析テーマとし、10の小カテゴリーに分けることができた。そして、それらは、更に4つの上位カテゴリーに集約することができた。

次に、相談経過を通して10の小カテゴリーを検討すると、それらは相談全体を通して出現していたもの、相談経過の中で出現し、変化したものとして読み取ることができたため、高齢者もの忘れ看護相談における「相談者の介護スタイル獲得過程」としてまとめることができた（表2）。

また、「高齢者もの忘れ看護相談」では、相談者である介護者の状況に応じて、同一相談員が関係性を構築しながら相談を実施している。記述データから相談員の発言と意図を抜き出したものを、相談者に起こった事象に対応した関わりとして整理すると、表2で示した介護者の変化と共に、認知症高齢者看護の専門家としての相談員の意図的な関わりの推移が明らかとなった。これについては、「高齢者もの忘れ看護相談」における相談員の意図的な関わりの推移として、経時的な相談の流れを基に表すことができた（図1）。

以上のことから、「高齢者もの忘れ看護相談」の利用における、初期～中期段階の認知症高齢者の介護者の“自分に見合った介護”の獲得過程は、図2のように示すことができた。

次に、図2に沿って具体的なデータを示しながら、相談時期4つの上位カテゴリーごとに相談者の“認知症高齢者の捉え方”、“自分に見合う介護”を獲得する過程について説明する。

### 1) 相談初期（相談1回目）

#### ①被介護者との付き合い方

<言動に違和感をおぼえ、内面の変化や可能性を見ることができない>

ケース3：「先生からCTの写真を見せてもらって『アルツハイマー型痴呆です。』って説明されたんだけど、本人は他人事みたいで顔して深刻にもなっていないんです。」

「散歩とか畑仕事と一緒にしているけど、考えることはさせない方がいいわよね？」

ケース6：「今まで頑張ってきたけどおかしくなって、でも本人は分かっていないから、今まで通りにやろうとする、なんでこうなの？と思う。」

「おまえは働いたことないから（仕事のことは）分からないなんて言っていましたけど、今は自分だってよく分かっていないのに。」

相談員：「（夫の言動変化をどう捉えるべきか量りかね、被介護者の気持ちまで注目していないようだ） 認知症という疾患から、現状理解が十分にできず、その場に合う反応できなかったのだと思いますよ。感情がなくなったわけではないし、考える力も失ったわけではありませんよ。」

「すべてを忘れてしまう、分からなくなるというわけではないので、顔なじみの人や居場所、落ち着く場所を提供することで、ご主人ができることもあるはずですよ。」

\*相談員の（ ）内の表現は、発言したのではなく、感じたことや考えたことを示している。

介護家族は両ケースとも被介護者の妻であり、40～50年間、夫婦として生活を共にしてきた。そのため夫の生活上の異変や支障をいち早く感じ取り、「何かおかしい。」と気づくことができた。その反面、病前の夫を誰よりも近くで見てきたことから、“何も分からなくなった”、“おかしくなった”と言うように、表面的に現れる言動の違和感に強く引きつけられるため、被介護者の感情変化や持っている能力について思いを巡らすことができない状況になっていたことが分かった。

その状況に対し、相談員は「認知症」が脳の器質的な疾患であり、出現している生活上の不自由さもその症状の1つであることを説明している。また、認知症の初期～中期段階は、被介護者自身が自分に起きている様々な問題に困惑し、不安感が高まっている時期であることや周囲環境を整えることで、日常生活も自立して行うことができるなど、認知症高齢者が感じる心身の変化について専門的な解説を加えていた。

## ②自己との付き合い方

<先行きの不安を抱えつつ落ち着いて暮らそうと努める>

ケース3：「この先、どういう介護が必要になるのかも分からないし、心配でしたらきりがなくらい。」

「こういうことって、すばっと答えが出ないから、先々のことを考えず、その時々で対応したらいいかな、と思うようにしている。」

ケース6：「お布団に入って目をつぶるとあれこれ考えてしまって余計に眠れなくなって。いつまでこんな生活なんだろうか、これからどうなるんだろうか、と不安になって、お医者さんに安定剤を出してもらったので、飲んで朝7時頃まではゆっくりと眠れます。」

相談員：「（診断されたばかりの来所であり、漠然とした不安やショックを受けている段階なので、傾聴や対話を通して相談者の心理状況を把握し、共に考えていくという姿勢を示していこう）」

初期～中期段階の認知症高齢者は、認知症診断を受けているが、日常生活に著明な支障が出現していないことから、具体的な介護不安や切迫した介護負担については表出されなかった。しかし、“この先、どういう介護が必要になるか分からない”、“これからどうなるのか不安”など、漠然とした先行きの不安を抱えながらも、妻という家庭内役割を継続するために、何とか落ち着こうと努力していることがうかがえた。この状況に対し、相談員は傾聴という姿勢でじっくりと介護家族の発言に耳を傾け、表情を読み取りながら、精神的状態を把握し、対話を通して介護家族談者と共に考える姿勢を示す、という取り組みを行っていた。

<生活の中で必要性を感じない情報は入らない>

ケース3：「痴呆のことは大まかなことしか知らない。」

「介護保険って手続きした方がいいんでしょうか？どうやったらいただけるの？」

相談員：「(相談には来ているが、介護や社会資源の知識の必要性は感じていないようだ。) ご主人の現状では、介護保険を申請しても要支援くらいかもしれません。でも、いつでも使えるように準備をしておいた方が、今後はスムーズに介護を続けることができると思います。市役所の介護保険課に行って、申請に必要な書類をもらって手続きを進めましょう。」

前述の「高齢者もの忘れ看護相談」を利用した相談者の概要でも述べたが、介護者の半数以上は60歳代後半～80歳代であり、「老老介護」と言える年齢構成となっていた。そのため、相談員は相談初期から、先を見据えた関わりとして、介護知識や社会資源について情報提供を行っている。しかし、ケース3の反応に代表されるように、この時期の介護家族にとっては、現在の介護状況や生活状況の中で具体的に必要性を感じない介護の備えについては、自分のものとして取り入れないことが明らかとなった。

### ③表出された感情

<今まで言えずにきた自分の思いを専門家に聞いて欲しい>

ケース3：「私1人、これからどうなっていくのかしら、と不安に感じているんです。」

ケース6：「友達にも言えないし、言うのも辛いから言えないんですよ。話をきいてもらえてうれしいです、話を聞いて欲しかったんですね。」

「近所の人でも痴呆の人を見て笑っていたんです。今は自分が笑われる気がして辛いです。」

相談員：「(認知症を受け止めきれない複雑な気持ちを抱え、孤独感や疎外感を感じているようだ。相談者が話し切るまで聞き役に徹し、対話を通して何でも話せる場であることを感じてもらいたい。)」

上記2ケースだけでなく、「高齢者もの忘れ看護相談」に来所される多くの介護者は、認知症介護に関する質問をするだけでなく、堰を切ったように介護上の不安や不満、奇妙に映る被介護者の行動に対するストレス、優しく対応できない自分を責める気持ちなど、複雑な心中を延々と話している。その背景には、「認知症」という疾患に罹患しているということが、他の慢性疾患を抱えているということとは異なり、「人に知られたくない」、「笑

われているのではないか」など、侮蔑されているという意識を持つことがあり、介護家族は誰にも言えない不安や不満を悶々と抱えてきたということがあらためて明らかとなった。

この状況に対し、相談員は思いを表出できる対応を通し、専門家として共に考える姿勢を示す、という関わりをしながら、介護家族の気持ちに寄り添い、受け止める対応を続けた。その結果、ケース6の「話を聞いてもらえてうれしい」という反応にあるように、介護家族は精神的落ち着きを得ることができるのだが、この感情は相談初期（1回目）～相談終結に渡って出現しており、介護を続けていく中で介護する者が抱え続ける感情であることが分かった。

#### ④家族との付き合い方

「高齢者もの忘れ看護相談」を利用した相談者の多くが「老老介護」であったことをふまえ、相談員は当初から、同居・非同居している他の家族構成員（子どもや嫁など）との協力体制をつくることを進めていた。しかし、相談初期（1回目）では、介護家族から他の家族構成員の話が出ることはなく、相談員の一方的な関わりに終始していることが分かった。

### 2) 相談中期（相談2回目）

#### ①被介護者との付き合い方

<見聞きした情報を利用して記憶力を鍛えようとする>

ケース3：「(漢方は) 効くか効かないか分からないけど、何もせんとジッと痴呆になるのを見ていることもないかなあ、と思っ

て。」  
「実はね、キーボードも始めたんです。ほら、指先を使った方が頭にいいってよく聞くから。」

相談員：「(漢方に限らず、どのようなことを試すのであっても主治医との風通しを良くして欲しい。介護者の判断で行っているのだから、被介護者の負担にならないかどうか、見守ってほしい。)」

初回相談を終えた後、介護者は生活の中で認知症を患う夫と向き合い始めていた。夫は日常生活全般に支障が出ているわけではなく、コミュニケーションを取ることも可能であることから、介護者は認知症を治そうという努力をし、特に認知機能（記憶力）に働きかける関わりをしていた。そして、先行きの不安を抱えつつ、落ち着いて暮らそうと努める中で、“ジッと痴呆になるのを見ていることもない”と、意欲的に介護に取り組む姿勢が出現し始めることが分かった。しかし、この段階では、被介護者を“認知症を抱えた自分の夫”と捉えて関わるのではなく、“夫の認知症”という疾患に向かって働きかけていることは明白であった。この状況に対し、相談員は初回同様、認知症高齢者が感じる心身の変化を専門的に解説することを継続しながら、記憶力を鍛えようとする介護家族の関わりが診療から逸脱したり、被介護者の心身の負担にならないように見守る、という関わりを開始していた。

#### ②自己との付き合い方

ケース6：「私の頑張りは誰からも認められないし、同じお仲間と思っても（介護する）立場が変わると、そうではなくなるんだな、と思い知らされました。」

相談員：「認知症の介護は生活環境を組み直すのに労力やストレスがかかるので、身体が元気で負担は大きい  
ですね。でも、そのあたりは周囲からなかなか理解が得られないのでお辛いですね。」

この時期の相談においては、初回相談に見られたような、漠然とした先行きへの不安が語られることは無くなっていった。しかしながら、被介護者と共に送る日常生活の中で感じるストレスや疑問、周囲からは自分の介護を認めたり、ねぎらってはもらえない、という不満はあり、「自分の思いを専門家に聞いて欲しい」という感情の表出は持続していることが分かった。

### ③家族との付き合い方

<介護の共有は一方向的な報告に留める>

ケース3：「息子はそれほど深刻には思っていないみたい。でも、私が「お父さん、こんなんなのよ！」ってよく話すから、状況を知っているとは思うんです。」

ケース6：「娘には「痴呆といっても身体は元気だし、ましな方だ、もっとひどい人もたくさん居る。」って言われますしね。」

相談員：「奥さんだけでご主人を支えきれなくなった時に初めて状況の深刻さを知らされると、お子さんたちも慌てられると思いますので、現状や介護状況を知っておいてもらうことは大切ですよ。」

初回相談では介護家族から語られることの無かった他の家族構成員の話が、この時期から話題に出始めた。上記データにあるように、非同居の家族構成員である息子や娘と全く交流が無いというわけではなく、連絡を取り合う中で被介護者の状況は報告していた。しかし、元々“夫婦”という家族単位で生活してきたライフスタイルがあることや、被介護者の日常生活に著明な支障が見られないことから、介護状況は知らせてはいるが、介護協力を呼びかける、介護を分かち合うという意味は生じていないことが明らかとなった。

この状況に対し、相談員は介護に対する家族の反応を把握しようと、対話を通して他の家族構成員の情報を収集していた。相談初期から将来的な協力体制を作ることすすめた  
が、介護家族からの反応が充分になかったため、まずは介護協力者としての家族状況を把握してから、時期に応じた介護協力体制を作ろうと、関わりの方角性を修正したことが分かった。

## 3) 相談中期～継続相談の終結(相談3回目以降)

### ①被介護者との付き合い方

<相手の真意や可能性を感じ取り、代弁者であろうとする>

ケース3：「良くなりたいたいと思っているみたい。私がどこかに出かけるというと、すぐに「車に乗りや」って車を出そうとするし。」

「元々、人付き合いとか趣味を持っていた人ではないから、介護サービスを使うことは嫌がると思うのよね。」

ケース6：「覚えられないだろうと思っていた部屋番号を、主人が覚えていたんです、忘れなかったんですね。」

相談員：「(被介護者の思いを考えたり行動の意味を読んで代弁しようとしたり、可能性に気づいたり、相手の立場に立った捉え方を掴んだようだ。介護の様子を見守っていけるだろう。)」

相談初期において、介護家族は被介護者の言動に違和感をおぼえ、内面の変化や可能性に着目することができなかったが、この時期になると、被介護者の病前性格をふまえて現在の気持ちや真意を推し量ったり、言語表現が乏しくなった被介護者の気持ちを代弁して行動しようすることが分かった。つまり、継続的な相談を通し、認知症を抱えた高齢者が生活体験の中で感じる不確かさや戸惑いを、共に生活する中で介護者が理解したことで、被介護者を変えるのではなく、自分の考え方や関わり方を変容させるという、認知症高齢者の視点に立った捉え方が培われたことが明白になったと考えられる。

<暮らしの中で介護を楽しみ自分なりに介護をアレンジする>

ケース3：「普段の暮らしの中で色々と試しながら、できないことはしないで、できそうなことはしてもらう、という感じでやっているんです。」

「車の運転をしていたんだけど、息子と相談してモーター付きの自転車を2台買って、それに乗ろうかと思っているの。」

ケース6：「家の中には閉じ込めておけないので、財布の中には3千円だけ入れるようにしています。小銭もいれません。そうしたら、主人が出かけたかどうか分かるでしょう？」

相談員：「(生活の幅を狭めることなく、自分も楽しみながら夫に合わせた関わり方ができているようであり、介護については大体支持していけるが、車の運転など危険を伴うことについては注意を示す必要があるだろう。)」

相談中期（相談2回目）では、認知症という疾患に向かって働きかけていることが明らかとなったが、この時期になると、共に暮らす生活の中で介護を無理なく楽しみながら試し、自分に見合う介護のあり方を作り始めることが分かった。これは、相手の真意や可能性を感じ取り、認知症高齢者の視点に立った捉え方が培われたことで、多面的に被介護者を見る力が介護家族に付き、介護をしながら自分も生活を楽しもうという余裕が生まれたことが影響したと考えられる。相談員はこの状況に対しても、基本的には被介護者の負担がないように介護を見守っていた。しかし、介護者が自分なりに介護をアレンジする中で、車の運転を継続させようとしたことを知り、リスクを伴う関わりには明確な注意と指示を出す、という方を新たに付け加え、介護を指示することも行っていた。

## ②自分との付き合い方

<備えと支持を得て日常生活に安心と自信を持つ>

ケース3：「ここで色々とお話を聞かせてもらって、「それでいい」って言ってもらって、今は自分なりのやり方に少しは自信も持っていますよ。」

ケース6：「まずは私がフラフラするのではなく、しっかりしなければ、と思いました。自分で施設を確かめてみて良かったです。」



相談員：「(初回来所時は、先行きの不安やショックを抱えていたようだったが、継続的な利用で認知症の理解や介護の工夫を実践できたことで、自信や行動力もついたようだ。)」

相談初期（相談1回目）において、介護家族は認知症に対する漠然とした不安を持ちながらも、日常生活を維持させようと努めていた。しかし、上記ケース3の発言からも分かるように、継続的に相談員から認知症に関する知識や情報を得たこと、介護方法を支持されたことで、これからの生活に安心感や自信を得ていたことが明らかとなった。

### ③家族との付き合い方

＜介護を通して家族の意味を再考し始める＞

ケース3：「分かり合えるというのはあるわね。うちの家族と息子の家族は1つの家族という感じではないし、別々だけど、無関係でもないし、お互いに無いところを助け合えればいいのか、って今、感じましたわ。」

相談員：「(家族を巻き込んだ介護体制を作ることは必要だが、まずは、家族の意味を考えることが出来て良かったのではないかと。) 干渉はし過ぎずに交流を保って互いを知るといのは他人の関係性ではなかなか難しいですけど、家族だからできる、ということがあるんでしょうね。」

相談中期（相談2回目）においては、介護状況は非同居の家族構成員（息子）への一方的な報告であり、介護を分かち合うという意味は生じておらず、この時期においても、息子家族と具体的な介護協力体制を考えるということは見られなかった。しかし、介護家族は、相談員から継続的に非同居の家族の反応や生活状況について質問されることで、あらためて自分にとっての家族の意味を客観的に捉え、家族が助け合う意識を持ち始めたことが分かった。これは、相談員が介護家族と対話を通して介護に対する非同居家族の反応を情報収集し、非同居の家族構成員を巻き込んだ介護体制作りを試みようとしたことで、介護家族は家族の存在や意味を考える機会が増え、これから先の介護においては、他の非同居家族との協力も視野に入れようという意識が芽生えたと考えられる。

### ④表出された感情

[介護に対して喜びや誇らしさを感じる]

ケース3：「頭がはっきりしてきましたねって、先生（医師）に褒められたんですよ！旅行に行ったことを、日にも行き先も何をしたかも詳しく話したもんですから、先生がびっくりしちゃってね！」

相談員：「(表情も活気に満ちている。認知症の専門医にほめられ、介護の良い評価を得たことで、やりがいの感じ、介護を継続させる原動力になりそうだ。) それは良かったですね。一緒に楽しめたことがいい評価になりましたね。」

相談初期には、介護家族は被介護者の言動への違和感から、先行きの不安を感じていた。

しかし、継続的な相談を受ける中で、認知症を持つ被介護者の視点に立った介護のあり方を身につけたことで、自分なりに介護をアレンジすることができ、その成果を医師に評価されたことで誇らしさを感じ、更に相手の真意を考えた関わりをすることが出来始めた。

以上のことから、「高齢者もの忘れ看護相談」のプロセスや相談員の具体的な関わりについては、以下のようにまとめることができた。

認知症高齢者の介護家族は一貫して「今まで言えずにきた自分の思いを専門家に聞いて欲しい」という感情を相談の場において表出させる。また、先行きの不安や認知症高齢者の言動に違和感をおぼえ、今まで共に生活してきた配偶者(夫)として見ることができず、障害された能力や生活上の問題だけを取り上げて困惑していた。しかし、継続的に認知症高齢者看護の専門家と対話を通じた相談をすることで、相手を元に戻す、相手を変える関わりではなく、被介護者である認知症高齢者の視点に立ち、自分の捉え方や関わり方を変えて、自分なりの介護のあり方を身につけることができた、ということが明らかとなったと言える。

#### D. 考察

##### 1) 認知症高齢者の捉え方の変化が自分に見合う介護を導く過程について

認知症高齢者とその介護者との続柄については、沖田ら<sup>2)</sup>や奥村ら<sup>4)</sup>の報告では嫁、娘、妻の順に多いとされており、井上<sup>5)</sup>の報告では妻、娘、嫁の順となるなど、若干の差異はある。しかし、その家族形態や性別については、いずれの報告も“同居者”、“女性”が最も多いとされていることから、日本の在宅介護の担い手は、多くの場合が同居している嫁、若しくは娘、妻という女性であり、本研究のケースも例外ではない。そして、そのような介護家族が被介護者の異変に気づくきっかけは、「何度も同じことを尋ねる」、「日付や曜日、季節を間違える」、「話の内容がちぐはぐになる」など、記憶力の減退を中心とする認知能力の低下であり、日常生活行動の中で見つけることから始まる<sup>4)</sup>。

本研究においても、被介護者の妻である介護家族が、「(検査結果を) 他人事みたいな顔して深刻にもなっていない」、「おかしくなって、分かっていない」など、理解力や認知能力の低下にいち早く気づくことができていた。この段階では、非同居の家族(息子、娘)にとっては「歳のせいだろう。」と、加齢現象の1つと捉えるような微細な出来事に過ぎず、認知症という疾患を疑ったり、医療機関、専門機関への受診の必要性に気づく状況ではない。最近では、テレビや新聞、雑誌の特集記事など、認知症に対する情報も一般のマスメディアを通して盛んに流れ始めており、「認知症」という疾患の認知も以前より進んではいる。しかし、そこから受診行動や相談機関の利用に至るまでには、1年以上かかることも多い<sup>6)</sup>。

これらのことから、認知症の介護家族は、認知症初期段階において被介護者の奇異な言動に気づくことはできる。しかし、それがなぜ起こるのか、検査や治療方法にはどのようなものがあるのか、という知識を得るだけでは、専門家に相談し、具体的な介護方法を獲得しようという行動を起こしにくい、ということが考えられる。

そこで、相談員は認知症高齢者看護の専門家として、認知症の疾患に対する知識提供だけでなく、奇異に映る行動の意味を認知症高齢者の視点や心情に触れながら、介護家族に継続的に説明している。そしてそのことが、継続的な相談の利用と、<見聞きした情報

を利用して記憶力を鍛えようとする>という介護を具体化する行動につながったことは、介護家族が自分なりの介護を考えられるよう、先導する役割を「高齢者もの忘れ看護相談」が果たしたと言える。

しかし、この<見聞きした情報を利用して記憶力を鍛えようとする>という介護家族の行動は、被介護者の記憶障害に限局した働きかけであり、訓練的な意味合いが強い。このような状況に対し、下垣は介護者が夫である場合が多いとしながらも、続柄が配偶者という場合については、何とか病気を治したいという気持ちが強く、厳しく接したり訓練しようとする傾向がある<sup>7)</sup>と述べており、介護家族が通る1つの道筋と考えることができよう。初期段階の認知症高齢者に対しては、認知リハビリテーションをはじめ、訓練的要素を持つ療法や働きかけは決して無効ではない。しかし、共に生活している家族が、認知症を持つ被介護者に生活の場で認知的側面に対する訓練を展開することは、双方に新たな心理的疲労や負担を生じさせることになりかねない。そこで、この段階で相談員は、自分に見合う介護を考え始めた介護家族を支持し、見守りながらも、その介護が認知症高齢者である被介護者の心身の負担になり得ていないか、対話を通して確認している。このような見守りの関わりは、介護現場に直接関わらない相談という形式であっても、介護の期限が見えない認知症介護を実践している介護家族への支援や介護者、被介護者が共倒れしないようにする働きかけとして有効であると考えられた。

そして、介護家族の認知症高齢者に対する捉え方は、相談活動の中期～終結期において<相手の真意や可能性を感じ取り、代弁者であろうとする>という、認知症高齢者の視点にたったものへと変化することができている。そしてこの捉え方の変化に対応し、<暮らしの中で介護を楽しみ自分なりに介護をアレンジする>という新たな介護スタイルの獲得が見られた。

太田は介護者と認知症高齢者の望ましい相互作用について、両者が語り合ったり、介護者が捉えた認知症高齢者への気持ちを表出していくことの重要性を述べている<sup>8)</sup>。本研究においても、認知症高齢者の視点に立った捉え方の出現と、訓練的要素から脱却した、新たな介護スタイルの獲得が[介護に対して喜びや誇らしさを感じる]という感情の表出を生み、原動力となって更にそれらを促進させる、という構造が見出された。生活を共にする介護家族であり、人生の半分以上をパートナーとして生きてきた配偶者であるからこそ、生活の中で衝突しながら言いたいことを言い、新たな夫婦としての可能性に気づくなど、望ましい相互作用の結果として獲得した介護方法ではなかったかと考える。

これについては、「高齢者もの忘れ看護相談」が、相談初期から一貫して「対話を通し相談者と共に考える姿勢を示す」という関わりを続けたことが大きな役割を果たしたと考える。つまり、介護家族は「高齢者もの忘れ看護相談」を継続的に利用することで、介護生活におけるストレスや先行きの不安を話すことができ、冷静に自己や被介護者を見つめ直す場を持てたため、実際の生活の場で被介護者への気持ちを表出して話し合い、自分も楽しめる介護へとアレンジすることができたと言えよう。

## 2) 予防的観点を持つ介護相談の展開について

脳の器質性疾患である認知症は、進行に伴い多様な生活障害をもたらすため、現状への対応だけでなく、先を見据えた予防的な関わりや介護体制への準備が必要である。また、

認知症高齢者の場合は、認知症の進行だけでなく、加齢を伴う心身諸機能の低下も合わせて生じることから、主介護者だけで完結する介護ではなく、同居・非同居の他の家族構成員（子どもや嫁など）の協力や社会資源の利用も含めた介護体制を整えることは、重要課題であると考えられる。

そのため、「高齢者もの忘れ看護相談」においても、相談初期（相談1回目）から非同居家族の情報を把握しようと努め、「家族と介護の協力体制を作ることをすすめる」という関わりに着手していた。しかし、この時期、認知症に対する漠然とした不安から、＜先行きの不安を抱えつつ落ち着いて暮らそうと努める＞状態であった介護家族にとって、先を見据えた介護体制を考えることは非現実的であり、＜生活の中で必要性を感じない情報は入らない＞という反応を示していた。宮上<sup>9)</sup>は認知症高齢者の介護家族がその実践能力を向上させる過程について、主介護者は他者の介護体験を見聞きしたり、日々の介護実践の中で認知症高齢者への理解や解釈のパターンを多様化させ、具体的な介護方法や対応を質的に向上させていく、と述べている。本研究でも“自分に見合う介護のあり方”を獲得する過程において、介護家族から非同居家族の話題が出現したのは相談中期（相談2回目）以降であり、＜見聞きした情報を利用して被介護者の記憶力を鍛えようとする＞という自主的な介護行動が芽生えた頃と合致していた。

これらのことを考え合わせると、初期～中期段階の認知症高齢者の介護家族にとって、介護開始の時期は、専門相談機関に辿り着き、認知症に対し漠然とした不安を抱えつつ落ち着いて暮らそうと努める＜こと＞で精一杯であり、先を見据えた介護体制作りはもとより、非同居家族の存在にさえ気づきにくい状態にあると言える。それゆえ、介護を1人で抱え込み、身体的・精神的疲労を蓄積していく恐れが十分に考えられる。

今回の相談過程では、相談員は当初から非同居家族の協力も含めた介護体制作りを進めており、介護家族の反応と噛み合っているとは言い難い。しかし、次ぎの段階で「介護に対する家族の反応を把握する」という情報収集の姿勢に徹することで、最終段階では介護家族に認知症高齢者の捉え方の変化が生じたこと、自分に見合う介護の獲得が見られたことから、再び「家族を巻き込んだ介護体制作りを試みる」という関わりを通し、＜介護を通して家族の意味を再考し始める＞という反応を導き出すことができた。

このことから、「高齢者もの忘れ看護相談」は、介護家族の認知症への理解や受容過程の段階に応じた継続的な相談を実践することで、認知症高齢者への具体的な対応方法だけでなく、先を見据えた予防的な関わりや介護体制への準備を導くことができたと言える。

### 3) 認知症高齢者の介護家族に対する効果的な相談を展開する方策について

#### ①相談初期（相談1回目）

本研究の結果より、介護家族による“認知症高齢者の捉え方”と“自分に見合う介護のあり方”の獲得は、認知症高齢者看護の専門家から、認知症高齢者に対する理解や受容段階に応じた介護の知識や助言を受けること、認知症高齢者と向き合い、日々の介護実践を行うことで変化し、成熟していくことが分かった。

諏訪ら<sup>10)</sup>は介護家族による認知症高齢者の捉え方と看護行動の変容の過程を7段階に分けて報告している。その第一段階は“痴呆症状（認知症状）に気づき、敵対的看護をする段階”としており、第4段階までは、不確実なバーバルコミュニケーションに振り回され、