

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

「医療機関外来部門における認知症看護相談・

教育統合プログラムの開発」に関する研究

平成18年度 総括研究年度終了報告書

主任研究者：水 谷 信 子

平成19(2007)年 3月

目次

I. 総括研究年度終了報告

「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発」 に関する研究 1
水谷信子	

II. 資料編

- 資料1 「認知症ってどんな病気？」
- 資料2 「認知症の方とのおつきあい」
- 資料3 「社会資源を利用しましょう」
- 資料4 「健康を守るために」

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究年度終了報告書

「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発」に関する研究

主任研究者:水谷信子 兵庫県立大学 看護学部 教授

研究要旨:本研究では、“認知症看護相談機能”と“認知症介護教育機能”を一本化した系統的プログラムとして、「認知症看護相談・教育統合プログラム」を開発した。このプログラムは、認知症高齢者の介護家族をグループ形成し、老人看護・認知症看護に特化した力量を持つ専門家が対話を基調に運営することで、介護知識の向上だけではなく、介護家族の Self-help- group の効用をプログラムに反映できることが分かった。また、このプログラムを医療機関外来部門で行うことは、早期段階の認知症高齢者の介護家族に対して継続的に介護知識や情報を提供できることから、認知症のステージや介護家族の生活状況に見合った介護の方向性を導ける点で有用であることが明らかとなった。

<分担研究者>

平林美保・兵庫県立大学看護学部・助手
得居みのり・兵庫県立循環器病センター
地域医療連携室、老人看護専門看護師
西山みどり・神戸海星病院・外来看護師長、老人看護専門看護師
森山祐美・新日鐵広畑病院・看護主任、老人看護専門看護師

A. 研究目的

本研究の目的は、認知症早期段階と診断された高齢者の介護家族に対する、「認知症看護相談機能」と「認知症看護教育機能」を一本化し、老人看護の専門性を反映させた系統的プログラム「認知症看護相談・教育統合プログラム」を開発することである。

B. 研究方法

本研究は、研究・1として、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の作成と実施、

評価・修正、研究・2として「認知症看護相談・教育統合プログラム」の改訂版作成と実施、評価、修正を行った上で、プログラム運営概要の作成と最終版プログラムを考案する、という2段階に分けた、実践介入研究である(図1・研究概要参照)。

C. 研究の実際

1. 研究1(平成17年度)

1)「認知症看護相談・教育統合プログラム」

試案の作成

老人看護専門看護師及び認知症看護を専門とする研究者らが、Alan. R(2004)¹の認知症介護教育プログラム、平林ら(2003)²、水谷ら³(2005)の「高齢者もの忘れ看護相談」実践、並びに臨床で実践している介護相談や健康教室、認知症高齢者の非薬物療法や介護家族への教育的指導を参考に「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案を作成した(表1)。



図1. 研究概要

表1. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案内容と運営概要

回数	プログラム担当者	実施時間・頻度	プログラム名	プログラム内容
1回	老人看護 CNS	各プログラム 1時間/1回 ・ 各プログラム 1回/2週間	「介護への不安、不満、 疑問を話そう！」	介護家族に日頃の介護に対する 思いや疑問を自由に語ってもらう
2回	老人看護 CNS		「認知症の介護を行う方 に知っておいていただき たいこと」	認知症の疾患メカニズムと、症状 に見合った対応について
3回	老人看護 CNS		「高齢者とご家族の健康 を守るために」	認知症高齢者に見られる身体変 調と、介護者自身の健康管理につ いて
4回	認知症看 護研究者		「生活の楽しみ方」	認知症高齢者をいかに理解し、楽 しく共に暮らしていくか、について

2) 研究協力者と「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実施について

在宅療養が1年以内の65歳以上の高齢者を介護している介護家族で、研究協力の同意が得られたもの2名(表2)を研究協力者とし、表1の要領で実施した。また、プログラム担当者は、講義形式ではなく、介護家族との対話を基調とした介護教育指導を展開することを意識し、「認知症の理解と受容」、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を促進することを目的とした運営を行った。

表2. 研究1/研究協力者概要

研究協力者	被介護者と介護の状況
A氏・女性 (82歳)	短期記憶障害を主訴とするアルツハイマー型認知症の夫(82歳)と2人暮らし。介護歴1年弱。A氏自身も糖尿病と頸椎症があり、体調不良を感じている。介護保険は未申請である。
B氏・女性 (72歳)	記憶障害、転倒による頭部外傷の既往を持つレビー小体を伴う認知症の夫(74歳)と2人暮らし。認知症の介護歴は1年未満だが、夫の病歴は心筋梗塞や脳梗塞等長期にわたっている。B氏自身も動脈硬化にて内科に入院、治療中である。介護保険は未申請である。

3) データ収集期間:

平成17年12月3日～平成18年1月28日

4) 研究に伴う倫理的配慮

研究は、認知症高齢者の介護者に対して、プログラムへの参加・中断は自由意志であるこ

と、拒否により医療機関で不利益を被ることは決してないこと、研究中に知り得た情報については、プライバシーの厳守を行い、個人が特定されないように配慮することを記載した書面をもとに説明し、同意・署名を得た。

また、研究の実施にあたっては、兵庫県立大学看護学部の研究倫理委員会、研究協力病院の研究倫理委員会の審査・承認を受けて実施した。

5) データ収集方法と分析

「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案は、パイロットスタディとしてH県内医療機関・認知症専門A病院^{注1}で実施した。その内容は、IC録音とフィールドノートの作成によりデータとして記録した。そして、収集した録音データは逐語録におこし、質的・帰納法的に分析した。尚、これらのデータ分析の信頼性・妥当性の確保については研究代表者、当学部大学院老人看護修士課程修了生も交えた研究会議での意見交換によって行った。

注1:A病院は、180床を有する総合病医であり、老人看護CNSと精神科の医師が2回/月の頻度で、認知症の外来診察「メモリー外来」を開設している。

6) 研究結果

① 研究協力者の確保

本研究の開始にあたり、表1の「認知症看護相談・教育統合プログラム」に研究協力することを同意していただいた介護家族は、当初4人であった。しかし、このプログラム実践の時期が、12月～1月という年末、年始の慌ただしい時期であったこと、被介護者の体調がすぐれず、家をあけてプログラムに参加することは難しい、などの理由から、実際に研究協力を得られた介護家族は2人とどまった(表2)。

②「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実践について

本研究では、表1のプログラムを「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案として作成し、対話形式で介護相談を行いながら実践した。その際には、認知症介護の専門的知識を相談内容に沿わせて提供し、介護家族の状況に見合った教育的指導を展開した。具体的には、各回の担当者（老人看護専門看護師^{注2}、認知症看護研究を専門とする大学教員）が、テーマに沿った配布資料（資料1～3参照）を作成し、その資料を介護家族と一緒に見ながら、認知症看護相談や介護指導を行った。いずれのプログラムも、対話を重視し、介護家族の介護ストレスに関する訴えに共感するあまり、プログラム中の“指導・教育”の割合が減少することもあった。しかし、プログラム終了後は「あー、聞いてもらってスッキリしました。」「このパンフレット、もらえるのね？家に帰ってお父さんともう一度勉強するわ。『僕のぶんも勉強してきて』ってお父さんも楽しみにしているのよ。」など、介護家族にとって有益なものとなったことがうかがえた。

注2:老人看護専門看護師(CNS)とは、実務経験を有し、看護系大学院修士課程・老人看護領域を修了し、かつ日本看護協会の専門看護師認定試験に合格した者である。卓越した看護実践能力を有し、水準の高い看護ケアの提供、保健医療福祉の発展と看護学の向上に寄与することが期待される⁴。

③介護家族の状況について

各プログラム終了後、テープ録音は逐語録におこし、実施記録と共に記述データとして質的・記述的分析を行い、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実施に伴う介護家族の状況を検証した。

表2にあるように、被介護者の疾患名や病状に相違はあるが、両者とも早期段階の認知症と診断され、介護歴が1年未満であること、「夫を介護する妻」という関係性であり、高齢期において持病を抱えている、という点では、「(認知症に関し)知識不足がある」、「介護の責任を感じる」、「介護にはらただしさ・不満を感じる」、「(心身に)不調を感じる」、「(行動の)解釈をする」、「生活の工夫をする」、「できる(できていた)夫を認める」という、共通点が見られた。しかし、心筋梗塞、脳梗塞などに罹患するたびに、心身に不自由が増えていく夫を見てきたB氏には、「(できない)夫を不憫に思う」という、感情も生じていた(表3参照)。

表3. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実施に伴う介護家族の状況

介護家族の状況	実際のデータ
知識不足がある	突然おかしなことを言うからびっくりした。こういう人は周りにおらなんだから、よう分からんのです。
介護の責任を感じる	私が先に失礼したいけど、後片付けできんと思ったら、死ぬに死ねない。
はらただしさ、不満を感じる	だって、腹立つよ、毎日のことやからね。私ばかり。
不調を感じる	私もあっちこっちガタガタになってしまっ。私もしんどい。
解釈をする	孤独なんですかね…。 (あの行動は)何かを発見したいんでしょう。
生活の工夫をする	服もね、(混乱しないように)全部並べとくんです。
できる(できていた)夫を認める	頑張りやさんですからね。百貨店に勤めて、それを大きくしたんですからね。
不憫に思う	やっぱり、(できないことが増えて)可哀想やわ。

6). 考察

①プログラム運営に必要な環境づくり

本研究では、認知症高齢者と介護家族が、少しでも長く地域で自律した生活を送ることを最終的な目的とし、「認知症看護相談・教育統合プログラム」では、介護家族を5～6人程度の小グループに形成することを考えていた。しかし、先述でも記したが、開催日時の時期的な設定や、被介護者の状態増悪、代替の介護者を依頼することの困難さなどから、介護家族のグループダイナミクスを反映させたプログラム運営に至ることはできなかった。

この点については、介護者と被介護者が共に高齢者であるという、「老々介護」の実態もふまえ、プログラム開催時期と時間の設定、代替の介護者を確保できるよう、他の家族構成員の協力の有無や、ヘルパー依頼等社会資源の導入の検討など、被介護者が医療機関に来所しやすい環境づくりを行うことも必要であったと考える。また、研究協力者のリクルートが困難であった点については、被介護者の認知症ステージと「介護の段階」、プログラム内容・展開の2点が要因として考えられた。

まず1点目としては、被介護者が早期段階の認知症であり、認知症の介護歴としてはまだ1年未満であったということである。高齢者の場合、認知症由来の認知機能障害は、「歳をとったのだから、これくらいはしょうがない。」というように、急激な変容、違和感として捉えられないことがある。そして、「何かおかしい。」と感じて医療機関を受診し、必要な検査や投薬等の医学的介入を受け入れることはできても、「デイサービスみたいなどころ、お父さん(夫)は嫌がると思うから」など、介護保険を申請し、サービスを利用することを躊躇したり、「家の中の色々なことを人様に話すのは恥ずかしい」という

ように、他者に生活上の困りごとを話し、指導を受けることへの抵抗感がある、ということも後期高齢者の特徴として見られる^{2,3}。認知症の診断、治療、介護指導は早期段階から行われることが望まれるが、被介護者の認知症ステージと「介護の段階」が、それを阻むことが考えられた。

次に2点目として、プログラム内容・展開についてである。今回のプログラムは、2週間に1回の頻度で合計2ヶ月に及ぶプログラム展開であった。実施各回における介護家族の反応は決して乏しいものではなく、プログラム実践者に話すこと、専門的知識や情報を見聞きすることを肯定的に受け止めていた。しかし、プログラム全体のバランスや各回の内容量を検討すると、参加する介護家族にとっては少々“間延び”した印象だったり、プログラムテーマの範疇が大きく、どのような話しを聞けるのか、聞いてもらえるのか、という具体的なイメージがつきにくかった、ということも起こり得たのではないかと考える。

次年度はこの2点について熟考し、早期段階の認知症高齢者を介護する家族が参加しやすいプログラム内容・展開に改良していく必要が明らかとなった。

②「認知症看護相談・教育統合プログラム」 試案の実践と介護家族の状況

本研究における、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実践結果からは、介護家族が慢性的に抱える感情の複雑さと、介護に対する一抹の決意が明らかとなった。

表3にあるように、介護家族は「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案への参加を通して、「介護にはらただしさや不満を感じ」ながら「介護の責任」をも感じており、家族介護者とし

て「介護への腹ただしさと責任感」という、相反する感情を持っていることが再確認された。また、長い時間を共に過ごした伴侶としては、病前の“しっかりした”夫を知っているだけに、「できる(できていた)夫を認める」という、被介護者の良い面を見ることができる反面、現在と過去を比較し、「(できない)夫を不憫に思う」という被介護者の減弱した面にも着目しており、ここでもまた、「被介護者の保持された能力を認めつつ、現状を不憫に思う」という、両極の感情が見出された。

平生の介護生活では、このような両極の感情のバランスが崩れたり、ネガティブな感情だけが突出することから、認知症介護のストレスが高くでていることが推測される。しかし、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案では、介護が行われている自宅から離れ、認知症看護や老人看護の専門家が「対話形式」で相談にのりながら、必要な介護知識を提供していくことから、介護家族の被介護者に対する感情のアンバランスさは次第に和らぎ、感情の平衡が保たれ、その結果、認知症高齢者を捉える視点が変化していくことで、プログラム終了後には、「スツとした」、「家でお父さんと一緒に勉強する」という反応が見られたと考えられる。

認知症患者の介護者を支える組織には“家族会”がある。“家族会”では、Self-help-group の考え方をを用い、同じ立場、同じ境遇を持つ者、同様の介護体験を持つものが互いの悩みを共有し、励まし合い、経験に基づいた介護のアドバイスをを行っている。介護者は“家族会”に参加することで、悩みを持つものは自分だけではないこと、そこでは自分の話を受け止めてくれる介護の先輩達、介護の仲間が居ることを知り、精神的安定も得ることができる。本研究で実践した「認知症看護相

談・教育統合プログラム」では、このような家族会が果たしている役割に加え、経験知だけではなく、老人看護の専門家、認知症看護の専門家から専門的知識がその介護家族らに即して提供されることで、より現実的でかつ、先を見越した介護体制を介護家族と共に作っていく可能性が期待できると考える。

例えば、プログラム第3回のテーマ「高齢者とご家族の健康を守るために」では、身体不調を自ら訴えにくい認知症高齢者の健康状態をどのように把握し、どの状況下で医療機関に受診させるのか、また、介護者自身の健康状態をいかに保っていくのか、ということについて介護家族に情報提供を行い、具体的方策を話し合った。このように、介護のあり方だけでなく、医学的知識に基づいた身体管理について教育的指導を展開できるということも、このプログラムを老人看護の専門家が企画し、運営している強みであると考えられる。

以上のことから、今回作成し、実践した「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の、「認知症の理解と受容」、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を促進するという目的は達成し、介護家族にとって本プログラムが有用であることが検証された。しかし一方で、介護家族のグループダイナミクスの検証が不十分であったこと、また、グループ形成した際に、個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導をどのように系統的プログラムとして組み込んでいくか、という点については、本研究結果から明示できるものはなかった。

尾之内(2005)⁵は、認知症高齢者を介護する家族の支援プログラムにおいて、有益度が高かったプログラムとして「参加者との交流」、「認知症高齢者の心情を理解する」、「介護者の心理プロセス」をあげている。そして、「認知

症に対する知識」は最下位であったことを報告しており、介護家族が必要としている支援は、知識習得だけではなく、他の介護者との交流や認知症高齢者の内面を理解することであった、と述べている。このことをふまえると、今後は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」モデル内容を追加・修正しながら、更に2箇所の医療機関・外来部門で実践して本プログラムの有効性を検討し、特に介護家族のグループダイナミクスの検証と、個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導のプログラムへの組み込み方について、新たなデータを見出していくことが重要であると考えている。

そして、更に「認知症看護相談・教育統合プログラム」が円滑に進められるよう、その運営方法についても、再検討することが必要であると考ええる。

7). 研究1(パイロットスタディ)の結論

研究1では、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の試案を作成し、実際にパイロットスタディとしてプログラムを実践した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 今年度の研究では、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案への参加協力を確保することが困難であった。次年度にむけての対策としては、プログラム内容の再検討、開催時期と時間の設定、代替の介護者を確保できるような他の家族構成員の協力を仰いだり、ヘルパー依頼等社会資源の導入の検討をするなど、介護家族が医療機関に来所しやすい環境づくりを行うことが必要である。
2. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案に参加した介護家族は、「スッキリした」、「家に帰ってもう一度勉強する」など、本プログラムを有意義に捉えていた。今後は、教育プログラム内容として、認知症の対応と介護に対する知識提供を行うこと、看護相談として、認知症高齢者を柔軟に捉える視点を引き出し、日常の介護を評価することが重要であり、それらの要素を組み入れたプログラム内容を、内容量の検討と共に追加・修正する必要がある。
3. 介護家族は、老人看護・認知症看護の専門家と対話し、教育的指導を受けることを通し、被介護者へのネガティブ、ポジティブ、両極の感情を表出し、感情の平衡を保つことができた。このことから、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の試案作成と実施に伴う「認知症の理解と受容」、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を促進するという目的は達成し、介護家族にとっての本プログラムの有用性が検証された。
4. 次年度は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」内容を追加・修正しながら、更に2箇所の医療機関・外来部門で実践して本プログラムの有効性を検討すると共に介護家族のグループダイナミクスの検証と個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導のプログラムへの組み込み方についても、新たなデータを見出していくことが必要である。

2. 研究2（平成 18 年度）

1) 「認知症看護相談・教育統合プログラム」の改訂版の作成

研究2では、研究1の結果もふまえ、「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を作成し、他の医療機関を含めた2箇所（A病院、B病院）で同様に実施しながら、そのプログラム内容の再検討・修正を行った。

2) データ収集期間：

平成 18 年 6 月 3 日～平成 18 年 7 月 22 日

3) データ収集方法と分析

「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を、H県内医療機関・認知症専門のA病院、B病院で実施し、その内容をIC録音とフィールドノートの作成によりデータとして記録、逐語録におこし、研究1と同様、質的・帰納法的に分析した。

4) 研究に伴う倫理的配慮

研究1と同様、認知症高齢者の介護者に対し、プログラムへの参加・中断は自由意志であること、拒否により医療機関で不利益を被ることはないこと、プライバシーの厳守を行い、個人が特定されないように配慮することについて書面をもとに説明し、同意・署名を得たのち、研究に着手した。尚、本研究は兵庫県立大学看護学部の研究倫理委員会、研究協力病院の研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

4) 研究協力者と「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実施

研究2では、早期段階の「認知症」と診断され、在宅療養が1年以内の 65 歳以上の高齢者を介護している介護家族で、研究協力の同意が得られたもの5名（表 4 参照）に対し、「認

知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版（表 5）を、H県内医療機関・認知症専門A病院、B病院^{注3}の2カ所で実施した。

研究1からの改訂点は、実施間隔の縮小と、社会資源の活用方法をプログラム内容に加えたことである。また、プログラム担当者は、介護家族との対話を基調とした運営に留意し、介護家族のグループ形成、グループ凝集性が向上するよう、交流場面を確保すると共に、各介護家族の生活状況に見合った介護体制を構築できるよう、その基礎情報（被介護者の認知症診断名、症状と投薬内容、介護歴及び被介護者との続柄）を得ておくことを心がけた。

注3：B病院は、350床の総合病院である。25床の認知症治療専門病棟を持ち、地域医療連携部門で老人看護CNSも勤務している。

5). 研究結果及び考察

まず、プログラム開催日程に伴う環境作りについて再検討を行った。「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実践については週1回の開催を定期的に行い、公共交通機関の時間帯に合わせた開始時間を設定したこと（A病院）、プログラム開催時、被介護者を医療機関で一時的にケアすること（B病院）により、介護家族が参加しやすい環境を提供した。次に収集した記述データの質的・記述的分析を、研究1の結果と比較、検討しながら行った。その結果、「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実践に表出された介護家族の状況として、「プログラム参加中に表出された思い」、「プログラムに参加して新たに獲得されたこと」、「介護生活で生じる思いと対処」、「介護家族同士の相互作用」の4要素が見出された（表 6）。

表 4. 研究2/研究協力者概要

研究協力者	被介護者と介護の状況	研究協力者	被介護者と介護の状況
C氏・男性 (56歳)	短期記憶障害を現症とするレビー小体型認知症の母(82歳)と息子の3人暮らし。介護歴1年弱だが、福祉課に勤務しており、社会資源等の情報は持っている。介護保険未申請。	E氏・女性 (39歳)	もの忘れ、被害妄想を現症とするアルツハイマー型認知症の義母(77歳)、夫と子供3人の6人暮らし。以前にも認知症の介護経験はあり。介護保申請中。
D氏・女性 (76歳)	記憶障害を現症とするアルツハイマー型認知症の姉(83歳)の近所に在住(弟も近所に在住)。介護歴は数ヶ月だが、頻回に訪問や電話をしている。自身も高齢であり、今後に不安を持っている。介護保険未申請。	F氏・男性 (40歳)	もの忘れを現症とするアルツハイマー型認知症の母(76歳)と2人暮らし。内科入院中に認知症を指摘されるまで、母親の症状に気づかず。介護歴はなし。介護保険未申請。
G氏・女性 (32歳)	もの忘れ、攻撃性を現症とするアルツハイマー型認知症の祖母(74歳)、夫、子供2人の5人暮らし。自身の子育てや仕事が忙しく、祖母の認知症を重要視していない。介護保険未申請。		

表 5. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版

回数	プログラム担当者	実施時間・頻度	プログラム名	プログラム内容
1回	老人看護 CNS	各プログラム 1時間/1回 . 1回/1週間	①疾患編:「認知症ってどんな病気?」	認知症は“病気である”こと、早期診断と継続的な治療が必要であること、について
2回	認知症看護研究者		②対応編:「認知症の方のおつきあい」	認知症高齢者をいかに理解し、楽しく共に暮らしていくか、について
3回	老人看護 CNS		③社会資源編:「サービスを利用しましょう」	抱え込まない介護のための、介護保険のしくみと活用方法について
4回	老人看護 CNS		④身体健康編:「健康を守るために」	認知症高齢者に見落としやすい身体の変調と健康管理方法

※B病院については、①②を1回目、③④2回目の計2回で変則的に行った。

下線部は研究1からの修正箇所

表6 「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実施に見られた介護家族の状況

プログラム 参加中に 表出された 思い	介護の責任を感じる	介護生活で 生じる思い と対処	認知症高齢者の行動に困っている
	あきらめる		認知症高齢者を恥ずかしいと思っていた
	分かってもらえない		知識不足がある
	はらただしさ、不満を感じる		指摘されて“おかしい”ときづく
	不憫に思う		できる部分、できない部分を把握する
	不安を感じる		解釈をする
プログラム に参加して 新たに獲 得されたこ と	知識を整理・更新する	介護家族同 士の相互作 用	自分なりの介護の工夫をする
	反省する		自分の体調不良を感じる
	介護している他者が居ることで勇気 が出る		相手にアドバイスする
	話を聞いてもらえたことに安心する		相手に興味を示す
	新たな知識を得る		相手をねぎらう
	自分のためになる		相手に共感する

「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版では、プログラム内容変更として、社会資源の活用方法を組み入れたこと、プログラム担当者が基礎情報をふまえ、介護に対する思いを表出することだけでなく、ポイントを絞った介護知識や情報を伝えるように努めたことが挙げられる。その結果、プログラムに参加して新たに得られたこととして、「知識の整理・更新をする」、「反省する」、「新たな知識を得る」、「自分のためになる」などであり、介護家族が情報や知識を獲得していく状況があらためて見出された。また、介護生活で生じる思いと対処については、新たに「認知症高齢者の行動に困っている」、「認知症高齢者を恥ずかしいと思っていた」、「指摘されて(自分の介護が)“おかしい”と気づく」が見出された。

これらのことから、本プログラムでは、単に認知症介護の一般的な方法を知るだけでなく、老人看護・認知症看護の専門家との対話を通し、他の介護家族と介護に対する考えや思いを述べ合うことで、介護家族自身が被介護者と

の関係性や生活を見つめ直す、自己洞察を促進することも可能であることが分かった。

そして、プログラム参加中に表出された思いとしては、新たに「(自分の大変さは身内には)分かってもらえない」、「あきらめる」、「不安を感じる」が見出された。周囲からは“日常生活上の支障はそれほどない”と見られがちな早期段階の認知症高齢者の世話を、引き受ける際の孤独感や、被介護者の家族として日々介護に関わりながら、明確な評価が得難いことに対し、報われない思いが続いていることも、改めて確認することとなった。

そのような中、研究2では、プログラム担当者が『介護家族のグループ形成、グループ凝集性が向上するよう、交流場面の確保を心がけた』ことから、「相手(他の介護家族)にアドバイスする」、「相手(他の介護家族)に興味を示す」、「相手(他の介護家族)をねぎらう」、「相手(他の家族)に共感する」というような、介護家族同士の相互作用が随所に見られ、“介護している他者が居ることで勇気が出る”など、

同胞者同士の Self-help-group の効用が確認できた。そして、このように介護家族のグループ形成、グループ凝集性を向上させるプログラム運営ができた背景には、単に介護家族をグループ形成したことだけではなく、プログラム運営の担当者が、老人看護及び認知症看護の知識と実践力を持っていること、参加している介護家族と被介護者に対する基礎情報を持っている、ということの重要性が分かった。

認知症ケアの専門家には、認知症患者とその介護者に対し、“感じて、向き合い、受け止め、共有し、支えるコミュニケーション能力”が重要な知識・技術として強く求められている⁶。また、介護保険改正に伴い、認知症高齢者の看護／介護は医療機関で開始・終結するものではなく、地域生活に根ざしたものとして位置づけられていることから、早期発見・早期治療を目指した受診行動を促進できるよう、疾患や治療、対応に対する卓越した知識も必要である。しかし、家族が認知症を疑い、医療機関を訪れる場合は、認知症が進行しているケースが多く、日常生活上の問題も決して小さくない。野中⁷は、“同居家族が認知症に気づいていても日常生活にとくに異常な問題もなく困った状態に追い込まれていない家族もあり、認知症の存在や診断テストの結果のみを説明してもその意義を正確に理解する同居家族は少ない”と述べている。これらのことを考え合わせると、認知症の状態把握を含む高齢者の心身の状態を生活者としての側面からもアセスメントし、各期に応じたケアの実践、体制づくり、介護家族のサポートができる能力を有する、スペシャリスト(老人看護専門看護師、認知症看護研究の専門家)がプログラム作成、準備／実施し、効果検証を行いながら、「認知症看護相談機能」と「認知症看護教育機能」を一本化し、

老人看護の専門性を反映させた系統的プログラム「認知症看護相談・教育統合プログラム」を開発したことは有意義であると言えよう。

認知症高齢者が持っている能力や障害されている機能を見極め、“その人らしい”生活を送るための支援を行うためには、認知機能に着目するだけでなく、その他の合併症や捉えにくい健康上の不調、慢性的に抱える疾患や治療経過を把握し、介護家族の理解や協力を得ながらタイムリーに関わっていく必要がある。そのためには、先に有効性を述べた「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を、医療機関外来部門で展開し、他科の医師とも情報を共有しながら、複合疾患として認知症を抱え持つ高齢者を早期発見、早期治療に導くことが重要である。

そこで、「認知症看護相談・教育統合プログラム」最終案として、「介護家族同士が語り合う状況の設定」を配慮したプログラム再編成、「繰り返し受講できるためのシステム作り」として、外来カルテに挟み込める形式の介護家族基礎情報シートの作成を行った(表 7、図2, 3)。

今後は、本研究成果の発展として、医療機関外来部門で「認知症看護相談・教育統合プログラム」最終版を実践しながら、「介護家族基礎情報シート」の使用について、その効果を検証していくことが、次の課題であると考えられる。

表7 「認知症看護相談・教育統合プログラム」最終版

回数	運営担当者	実施時間と頻度	プログラム名	プログラム内容
1回	老人看護 CNS Or 認知症認定 看護師 ^{注4}	各プログラム 1時間/1回 ・ 1回/1週間	日頃の介護を語ろう！	介護者同士の自己紹介、日頃の介護に対する考え、気持ちを語り合う
2回			「認知症とは？」 「健康管理について」	認知症という病気の特徴を理解し、見えにくい健康上の不調を見つける方法を身につけよう
3回			「認知症との付き合い方」 「サービスの使い方」	肩ひじの張らない介護のしかた、抱え込まないための介護保険の活用について
4回			まとめ会	今までのまとめ、これからの介護を考えよう

注4: 認知症看護に特化した力量を持つ専門家……引用文献8参照

カルテ番号	初診年月日	外来主治医	かかりつけ医	介護度	使用サービス
患者氏名・性別				生年月日（年齢）	
主介護者氏名・性別・関係性				生年月日（年齢）	
住所				連絡先（電話番号）	
家族構成	住宅環境		ADL機能		
疾患名（診断名）	主症状			MMSEスコア:	
				HDS-Rスコア:	
				その他テスト	
その他疾患、既往症	現在内服している薬剤				
現在困っていること（患者、及び家族）					

図2. 介護家族基礎情報シート(表)

相談・教育プログラムに期待すること	
相談・教育プログラムの指針	相談・教育プログラム参加スケジュール
相談・教育プログラム参加時の反応、言動	
相談・教育プログラム終了後の反応、言動	
今後の指導方針	

図3. 介護家族基礎情報シート(裏)

D .結論及び課題

研究1, 2により、以下のことが結論として導き出された。

1. 従来の講義式ではなく、介護家族をグループ形成した上で、対話を基調とした「認知症看護相談・教育統合プログラム」は、介護知識の向上だけではなく、介護家族同士の交流が精神的安定や安寧を導くことを可能にする。
2. 早期段階の認知症高齢者の介護家族に対して、認知症疾患を専門的に理解し、生活者としての側面も配慮できる老人看護の専門家が、対話形式で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することは、介護家族の Self-help- group の効用をプログラムに反映させることを可能とし、介護家族に見合った介護の方向性を導ける点で有効性が高い。
3. 医療機関の外来部門で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することは、他の疾患で受診した認知症高齢者を広く、早くキャッチすることができ、認知症の早期診断・早期治療につなげることができる。また、早期受診は、よりよいタイミングでケアに入ることを可能とするため、認知症悪化予防にも貢献することが可能となる。
4. 医療機関の外来部門で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することにより、外来における診療カルテから認知症高齢者の合併症を含む健康管理を行うことができる。そのため、他科の医師との情報共有ができ、捉えにくい健康上の不調
5. 本研究成果の発展として、「介護家族基礎情報シート」を使用しながら、「認知症看護相談・教育統合プログラム」最終版を実践検証していくことが、次の課題である。

の手がかりを発見することも可能となり、より効果的な医療やケアを提供することができる。

<引用文献>

1. Alan.R(2004):Transgenesis techniques : principles and protocols, Humana Press
2. 平林美保、江上史子、松岡千代、水谷信子(2003):高齢者看護が担う痴呆症相談活動の課題と方向性―「高齢者もの忘れ看護相談」を通して、兵庫県立看護大学附置研究所推進センター研究報告集、p39-45, vol.1
3. 水谷信子、松岡千代、平林美保、江上史子、梅垣順子(2005):「高齢者もの忘れ看護相談」の効果―継続利用により介護家族に生じた変化について―、p31-51, 看護大学が行う専門「まちの保健室」の効果とその活用方法に関する研究、厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 分担研究報告書
4. 水谷信子(2004):老人看護専門看護師の育成をめざす教育課程の展開と課題、p4-9、老年看護学、vol 8 (2)
5. 尾之内直美(2005):家族会から生まれた介護教室―オノウチ式家族支援プログラムによる家族支援、p485-492, 訪問看護と介護、vol10 (6)
6. 馬場先淳子(2006):認知症ケア専門士に望むこと、p85-88, 認知症ケア学会誌 vol5 (1)
7. 野中 博(2006):認知症とかかりつけ医、p89-91, 認知症ケア学会誌、vol5 (1)
8. 中島紀恵子、太田喜久子、水谷信子、奥野茂代(2006):認知症高齢者を支える現任看護職の認定教育プログラムの開発とこの研修の実現を可能にするフィールド実験的検討、p103-110、老年看護学、vol10 (2)

E. 健康危険情報

本研究において、研究協力者の生命、健康に重大な影響を与えた様な事象はなかった。

F. 研究発表

学会発表

得居みのり、西山みどり、高見(平林)美保、森山祐美、水谷信子
:医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発―パイロットスタディの試み―、第7回認知症ケア学会プログラム・抄録集(2006年9月)、vol5(2)、p326

G. 知的財産の出願・登録状況

本研究において、知的財産の出願、登録の予定は現時点で考えていない。

資料編

資料1 「認知症ってどんな病気？」

認知症ってどんな病気？



「いきいき家族の会」の皆様へ

認知症とは・・・

- 何らかの原因によって、
大脳の神経細胞が
広範囲に障害され、
本来あった認知機能が
著しく低下した状態



ふつうの物忘れとの違い

ふつうの物忘れ	病気からくる物忘れ
記憶の一部が抜ける	記憶が全部抜ける
人・場所・時間は分かる	人・場所・時間も分からないことがある
自覚していることが多い	自覚していないことが多い
進行しない	進行する
生活に支障は出にくい	生活に支障が出ることもある

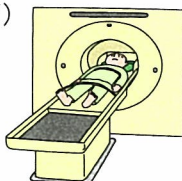
認知症の原因となる病気

- 変性疾患
- 脳血管障害
- 正常圧水頭症
- プリオン病
- 内分泌疾患
- 電解質・代謝異常
- 外傷性

などなど

認知症診断のための検査

- 採血（一般・ホルモン・ビタミン・感染症）
- 画像検査（CT・MRI・SPECT・PET）
- 認知症機能検査（長谷川式簡易知能検査・ミニメンタル検査など）



主な認知症を引き起こす病気

- アルツハイマー型認知症
- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症



アルツハイマー型認知症

- 原因はよく分かっていませんが、脳の神経細胞が障害され、脳が萎縮する病気のことです。



アルツハイマー型認知症の症状

- 物忘れ:ものの置き忘れ・同じ事を何度も言ったり聞いてきたりする
- 時間や日にち、場所が分かりにくくなる
- 精神症状:物盗られ妄想・幻視など
- 言葉が思い出せない



アルツハイマー型認知症の治療

- 薬物療法:アリセプト3mgと5mgがあり、初めは3mgから開始し、副作用がでなければ、5mgまであげて続ける。通常、1日1回、朝ご飯の後に服用する。



脳血管性認知症

- 脳梗塞や脳出血が起こることで、その部分の脳の機能が低下し、物忘れや言語障害などが見られる病気です。



脳血管性認知症の症状

- 物忘れ
- 精神症状:意欲がなくなる・うつのようななど
- 言語障害:言葉の理解ができない・言葉が上手く出てこない



脳血管性認知症の治療

- 再発予防⇒高血圧や高脂血症、糖尿病などを悪化させないようにする。

