

**目標症例数：**10 家族

**介入：**自宅で介護を行っている家族に認知症ケア技術研修を行う。

**研究方法：**

- ① 研究同意が得られた協力施設のケアサービスを利用している認知症高齢者の認知症行動心理症状等に関する基礎データ取得を行う。
- ② 基礎データ取得後に自宅で介護を実施している家族を対象とした簡易認知症ケア技術（ユマニチュード）研修を行う。研修時間は2時間とし、自宅に持ち帰り利用できる映像および書面による資料を提供する。
- ③ 認知症ケア技術研修実施後1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月に認知症行動心理症状等に関するデータを取得する。
- ④ 同意の得られた患者・家族を対象にケアの様子を撮影し、映像の情報学的分析を行う。
- ⑤ 追加調査として同意の得られた家族に対して個別インタビュー調査を行う。

**尺度：**

認知症行動心理症状の評価尺度として、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)、および Neuropsychiatric Inventory (NPI) を利用した。

また、介護負担感は、Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI) を用いて検証した。

**期間：**

平成 27 年 7 月より組み入れを開始し、組み入れ後 3 ヶ月の追跡調査を行う。

**倫理的配慮：**

本試験においては通常のケア範囲を超え

るものではなく、健康被害が生じる可能性は著しく低い。万一健康被害が生じた場合には、通常の保険診療の範囲で必要な処置をとる。本人・家族のプライバシー保護に関しては十分な配慮を行う。本試験のプロトコルは施設内倫理委員会の承認を得た。

**統計解析／分析方法：**

カイ 2 乗検定、一元配置分散分析、映像の情報学的分析、内容分析

**C. 結果**

**(1) 対象者の概要**

調査対象は、認知症高齢者 9 名、介護家族 10 名から研究参加同意を得た。調査開始後、病状が急変した 1 名は調査から除外され、最終的には 8 名、介護家族は 9 名のデータを分析した。

平均年齢は、認知症高齢者は 81.5 (±8.0) 歳で、家族介護者は 65.1 (±12.7) 歳であった。認知症の種類は、レビー小体型認知症疑いが 1 名、脳血管性認知症が 1 名、それ以外はアルツハイマー病であった。要介護度は 1~2 のみであった。

介護家族の続柄は、嫁、息子、娘、夫、妻、孫と様々であった。家族介護者との事前面接では穏やかに介護できている人が多く、明確に困難さを語ったのは、2 名のみであった。

**(2) 認知症症状の変化**

認知症症状の変化につき BEHAVE-AD を用いて検証を実施した。

研修の前後比較では、研修前と 1 ヶ月後において平均値 9.0 から 6.4 へと有意な低下が認められ ( $p<0.001$ )、認知症行動心理症状の改善が明らかとなった。

事例ごとのスコアの変化では、9 例中 8 例に BEHAVE-AD の維持または低下が認められた。BEHAVE-AD が増悪した 1 例では、1 ヶ月後から 3 ヶ月後の間で急激に認知症症状

が進行し、向精神薬剤の調整を行っていた。

### (3) 介護負担感の変化

介護負担感の変化について、J-ZBI を用いて検討した。

研修前と1ヶ月後、および研修前と3ヶ月後でt検定を行ったが、期間中の介護負担感の増悪は認められなかった。1例のみ1ヶ月から3ヶ月にかけて大幅に介護負担感スコアが上昇していたが、認知症高齢者の認知症症状が悪化したことに加えて、家族介護者自身の体調不良がこの時期に重なっていた。

### (4) インタビュー調査で語られたケア技術研修の在宅での有効性

僻地で実施した3ヶ月後のインタビュー調査に3名の協力を得られた。2名は研修時にすでに認知症症状への対応が大変であることを語っていたが、1名は認知症症状がほとんどないと語っていた。

BEHAVE-ADもJ-ZBIも低下していた患者家族は、「ユマニチュードの技術を気持ちに余裕があるときに意識して用いることで、素直な返事が得られることが増え、それによってさらに気持ちに余裕ができることを体験した。すべてが解決するわけではないけれど、関係が良いときが増えてきたと思う」と語っていた。

1名はBEHAVE-ADの変化は認められないものの、訪問看護師からは認知症症状が急激に進んできたという報告があり、そのことについて家族に尋ねてみると、「研修を受けたときは、まだそんなに症状がなかったから、皆さん大変だな・・・くらいにしか思わなかったのですが、症状が進行してきたときに、これのことかと思って、ユマニチュードの資料を見直して、できるときに使うようにしました。母が怒り出したときに、(あ、突然声をかけたからだ)と理解できると、次は気をつけるようになるので、症状が出る前に聞いておいて本当によかったと思っています」という

発言があった。

## D. 考察

### (1) 認知症症状の軽減

認知症高齢者が在宅での生活を継続するためには、同居する家族が認知機能の低下した人へのアプローチ方法を学び、日々の生活において本人のストレスをできるだけ減らすことが求められる。

介護施設における観察調査では、職員に声をかけられるたびに肩を動かし驚く高齢者をたびたび見かける。それが小さな驚きであっても、繰り返されれば苛立ちにつながり、「ここにいたくない」という感情を抱けば徘徊に、「この状況が嫌だ」と思えば暴言や暴力につながってゆくと考えられる。つまり、認知機能の低下が直接的に認知症症状を引き起こすのではなく、身近な人との関係性が認知症症状を左右するといえる<sup>4)</sup>。

この観点から認知症ケアを考えると、介護家族が認知症高齢者本人に驚きを感じさせないケアを実施することによって、本人が不必要な苛立ちを感じるものが減り、認知症行動心理症状の軽減が可能となる。BEHAVE-ADの平均値が、研修前と1ヶ月後では有意に低下していたことから、今回の調査対象者においては、ユマニチュードの基本的技術を学び、気づいたときに活用することによって、認知症高齢者を苛立たせなくなった可能性がある。

認知症ケアでは日々倫理的な課題に直面する。ケア提供者はよいことをするつもりで行なっている行動が、結果として実際には認知症高齢者本人にとってつらいことを行なってしまっていることも実際に起こりうる<sup>5)</sup>。

例えば、清潔を保つために入浴介助をする時に、本人が入浴を嫌がると、大声および力をこめた強制的誘導によってケアを遂行しようとする。認知症高齢者は、強制的な誘導に不安や恐怖を感じ、さらに暴言や暴力といったBPSDが悪化するという悪循環に陥ってし

まうことは少なくない。

清潔を保つという“よいこと”をするつもりが、結果的には認知症の人を不安や恐怖に陥れるという“ひどいこと”をしてしまっていることに気づき、このような事態を回避するためのアプローチ方法を学ぶ必要がある。そのための一つのツールとして本研究で用いた知覚・感情・言語による包括的ケア技術・ユマニチュードの家族向け研修はBPSDの軽減に有効であることが本研究で示された。ただし、本パイロット研究では明らかに認知症症状が進行し、BPSDのスコアが上昇したケースがあり、認知症が進行する場合は基本的なコミュニケーション技法だけで症状を維持・軽減することは難しく、包括的な介入が必要であることが示唆された。

### (2) 介護負担感の軽減

一般に時間の経過とともに認知症症状が悪化し、ケア提供者の介護負担感が強まる傾向があるが<sup>6)</sup>、今回の研究では、BEHAVE-ADの有意な低下を示した認知症行動心理症状が改善し、介護負担感のスコアは増加することなく維持できていた。介護負担感の得点は変化がなかったものの、訪問調査、インタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることによって認知症の行動心理症状が軽減したり、認知症が進行したとしても認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれる可能性が示唆された。

施設入所の要因としては、認知症発病前の家族との関係性ではなく、現在の家族との関係性が影響するため<sup>7)</sup>、コミュニケーションが良好に保たれることによって、新オレンジプランが推進する“認知症があっても可能な限り地域で過ごす”施策を推進できる可能性が期待できる。

### (3) 本研究の限界と課題

本研究は地域で生活する認知症高齢者をケアする家族介護者を対象とした知覚・感情・

言語による包括的ケア技術・ユマニチュード基本技術研修の効果のパイロット研究である。このため、現段階では対象者数が少なく、対象者の条件のばらつきも大きいため分析には課題が残る。

今後の研究計画として、本パイロット研究で用いた手法を改善し、さらに対象を広げた研究実施および分析が予定されている。2016年度においては、大都市圏のコミュニティを対象とした臨床研究を、人口150万人の政令指定都市の自治体と共同で実施する。

### E. 健康危険情報

なし

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) Honda M, Ito M, Tierney L et al. : Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital. Case Reports in Medicine 2016: in press.

#### 2. 学会発表

- 1) 本田美和子：知覚・感情・言語による包括的ケア技術。日本在宅医学会，盛岡，2015.4.26.
- 2) 本田美和子：優しさを伝えるケア技術。日本精神保健看護学会，つくば，2015.6.27.
- 3) 本田美和子：プライマリケアにおける脆弱な高齢者のための包括的ケア技術。日本プライマリケア連合学会，つくば2015.6.13.
- 4) 本田美和子：優しさを伝えるケア技術。全国個室ユニット型施設推進協議会学会，仙台，2015.11.25.
- 5) Ishikawa S, Honda M.: Multimodal care evaluation system for geriatric care.

- Annual conference for non-pharmacological approach for dementia, Paris, November 13, 2015.
- 6) Ito M, Honda M.: Is it because of dementia? Considering the difficulty of bathing care for person with dementia. Nursing home research international working group annual conference, Toulouse, December 3, 2015.
- 7) 本田美和子：集中治療の場においてこそ必要な優しさを伝えるケア技術。日本集中治療学会，神戸，2016.2.12.
- 3) Ishikawa S, Ito M, Honda M, Takebayashi Y: The skill representation of a multimodal communication care method for people with dementia. Proceeding of the 14th international conference on global research an education: 1-8, 2015.
- 4) 伊東美緒：認知症の方の想いを探る。介護労働安定センター，東京，pp66-84, 2013.
- 5) Hughes J C., Baldwin C.: Ethical Issues in Dementia Care. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, pp15-22, 2006.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### 文献

- 1) 竹林洋一，上野秀樹：認知症の人の情動理解基盤技術とコミュニケーション支援への応用。第27回人工知能学会全国大会プロシーディング 3A1-NFC-03-2, 2013.
- 2) 竹林洋一：認知症の人の暮らしをアシストする人工知能技術。人工知能学会誌 29(5):515-23, 2014
- 6) Adelman R, Tmanova L et al.: Caregiver burden, a clinical review. JAMA 311(10):1052-60, 2014.
- 7) Spruytte N., Audenhove C V., Lammertyn F.: Predictors of institutionalization of cognitively-impaired elderly cared for by their relatives. Int J Geriatr Psychiatry 16: 1119-1128, 2001.

### 3章. 研究成果の刊行に関する一覧

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
佐藤さやか	海外の精神障害リハビリテーション研究の紹介「包括型地域生活支援プログラムに対するエビデンスベースドな支援の付加：実施可能性の検討」	精神障害とリハビリテーション	19(2)	211-213	2015

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

**精神障害者の地域生活支援の在り方と  
システム構築に関する研究**

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

**平成27年度総括・研究分担報告書**

発行日 平成28年3月

発行者 研究代表者 伊藤順一郎

発行所 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

