平成16年度老人保健健康増進等事業報告書

（介護保険制度の適正な実施及び質の向上に寄与する調査研究事業）

介護家族から専門職まで人材育成に関する
研修システムと教材開発に関する研究

「軽度痴呆性高齢者とその介護家族への
心理教育的プログラムの開発と検証」

報　告　書

介護早期支援プログラム
「もの忘れケア教室」マニュアル

平成17年3月

社会福祉法人　浴　風　会
認知症介護研究・研修東京センター
（旧 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター）

はじめに

平成 16 年度は、認知症ケアにおいて、エポックメイキングとなる年であったといえます。それは、「痴呆」という名称が「認知症」という名称に変更になったことです。名称変更の背景には、「痴呆」という名称が、侮蔑感を感じさせる表現であること、「痴呆」の実態を性格に表していないこと、早期発見・早期診断等の取り組みの支障になることといった理由が指摘されます。この理由を受け、「認知症」という名称に変更されたのです。

名称が変更されたことで何が変わるのか、と考える方々もいるかと思います。これは「変わる」のではなく「変えていく」ことが大切です。「痴呆」が有していたマイナスのイメージを払拭し、正しい理解、偏見のない理解がなされていくことが重要なのです。つまり、名称が変わっただけではなく、名称変更に伴い認知症ケアの考え方も、より良い方向に変わっていくことが重要です。その新たなスタートの年が、本年度であったといえます。

高齢者痴呆介護研究・研修センターも、平成 17 年 4 月より「認知症介護研究・研修東京センター」と名称変更がなされます。名称変更に伴い、より一層認知症ケアの質の向上と発展に寄与すべく、努力していく所存です。

ここに、平成 16 年度老人保健健康増進等事業のうちの介護保険制度の適正な実施及び質の向上に寄与する調査研究事業による報告書をお送りします。

本報告書の中で、一部名称において「痴呆」という表現を使用している場合がありますが、事業申請名称のためにそのような表記になっています。本文中は「認知症」と名称を改めて表記していますことご了承ください。

平成 17 年 3 月

＝目　次＝

第１章　「もの忘れケア教室」とは …… 1

Ⅰ　はじめに …… 1

Ⅱ　「もの忘れケア教室」の目的 …… 1

Ⅲ　「もの忘れケア教室」の構造 …… 2

第２章　「もの忘れケア教室」家族グループ …… 9

Ⅰ　家族グループのねらい …… 9

Ⅱ　手　順 …… 9

Ⅲ　各セッションの実施方法と講義の概要 …… 11

第３章　「もの忘れケア教室」本人グループ …… 27

Ⅰ　軽度認知症高齢者の心 …… 27

Ⅱ　本人グループのねらい …… 27

Ⅲ　手　順 …… 28

Ⅳ　グループの展開例 …… 30

Ⅴ　グループ運営のための参考文献 …… 33

第４章　「もの忘れケア教室」の効果 …… 35

Ⅰ　対　象 …… 35

Ⅱ　評価方法 …… 36

Ⅲ　結　果 …… 36

Ⅳ　考　察 …… 40

Ⅴ　まとめ …… 41

第５章　終わりに …… 43

第1章　「もの忘れケア教室」とは

Ⅰ．はじめに

現在、認知症の診断技術が進み、早期診断、早期治療の可能性が拡大しています。しかし根治的治療法は未だ確立されていないため、認知症高齢者の残存する機能をできる限り保持・活性化し、症状の進行・悪化を抑制することが、現在の薬物療法および非薬物療法の目的とされています。近年、福祉サービスの充実に伴い、非薬物療法的介入（デイケアなど）が試みられています。しかし、その対象者の多くは中等度～重度以上の認知症患者であり[1)2)]、軽度認知症高齢者に対する介入法は未だ少なく、模索段階にあるといえます。軽度認知症高齢者は短期記憶障害以外の認知機能や日常生活動作(Activity of Daily Living ： ADL)は比較的維持されており、「多くの者に障害の自覚がある」といった特徴を有しています。従って、他の障害と同様、本人が「なぜ自分だけが、なぜ今(このような状態にあるのか？)」という自問をくり返し、もの忘れの原因に考えを巡らせ自責的になることや、「もうどうなっても構わない」といった絶望感や孤独感に苛まれる場合が少なくありません。

家族の側としても、大きな外見的変化がほとんどない本人が、進行性の疾患であることを受け入れ難い場合が多く見られます。また身体的介護はまだ不要である場合が多いものの、「同じことを何度も聞く」「同じものを何度も買ってくる」といった言動に対する家族の心理的ストレスは存在します[3)]。そのような本人に対してどう接してよいのかわからず「訓練すれば治るのでは」「やる気がないのでは」と訓練を強要したり叱責したりすることによって本人との関係が悪化することもあります。さらに、これを契機に親子や夫婦間にあった問題が再燃する場合もあります。

そこで、軽度認知症高齢者とその家族特有の問題に焦点をあてた支援が必要と考え、そのための支援プログラム「もの忘れケア教室（以下、教室と略します）」を提案します。

Ⅱ．「もの忘れケア教室」の目的

本人と家族の両者が障害受容のプロセスを辿ることが重要であることから、本人と家族の参加を原則とし、両者に対して同時並行的な支援を行います。それぞれの目的は以下のとおりです。

1. 本人への支援

1) もの忘れの自覚に付随する喪失感や苦悩をグループの中で共有する。

2) 回想法の手法を取り入れ、受容的な雰囲気の中で各々の回想を語ることにより、自己評価や自己肯定感の回復を図り、人生の再評価、アイデンティティの再統合を促す。

2. 家族への支援

1) 家族の心理的ストレスの焦点をあて孤独感・不安感を軽減させ、今後のことを現実的に考えられるようサポートする。

2) 認知症を正しく理解することにより、適切な対応が可能になるための心理教育を施す。

3) 介護者がスムーズに社会資源・介護サービスを利用できるよう情報提供する。

教室の名のとおり、その特色は「集団的介入」にあります。他の参加者とともに参加することで、本人、家族ともに「悩んでいるのは自分だけではない」ことを知り、孤独感が軽減することに大きな意味があるといえます。さらに、より適切な支援を適切な時期に受けられるように、地域の医療や福祉サービスへつなぐことが重要といえ、本人や家族の問題をひとつの機関のみが引き受けるのではなく、それぞれの家庭にふさわしいやり方で対処していけるように、本人と家族の問題解決能力を引き出すことを考慮に入れる必要があります。特に家族にとっては来るべき患者の症状の進行に備え、具体的に今後の見通しを立て、必要な社会資源や介護サービスについての情報を収集することが重要といえます。つまり患者の症状が軽度の段階は、家族にとっては「介護導入期」にあたるといえ、状況に合わせた介護環境を整えることが最大の課題になります。

以上のねらいを踏まえた上で検討された具体的なプログラムとその構造化について、以下に詳述します。

Ⅲ.「もの忘れ教室」の構造

1. 回数設定

先述したとおり教室は本人や家族の問題を 1 から十まで引き受けるのではなく、

各々が障害を受容し、自分たちで問題を解決していけるよう促す役割を担っているため、支援プログラムは短期的な設定にします。

1セッション90分間を週1回行い、全5セッションで1クールとする構造が挙げられます。本人と家族の負担が大きくなければ5セッション以上の設定でも構いませんが、介護導入期の支援を目的とするため、期間を制限する方が望ましいでしょう。

2. 参加人数

教室では、1グループ5組の家族（おもに主介護者）と本人ペアを上限とします。グループの効果をできるだけ引き出す人数としては 5、6 組の参加が適切であるといえます。この人数が、集団の凝集性※)が高かまりやすく、ひとつつのテーマに集中し話題を共有しやすいといえます。

※ 凝集性：メンバーを自発的に集団に留まらせる力。これが高いと、メンバー間での相互理解や受容が深まり、集団による課題遂行に正の効果をもたらす。つまり、問題解決に向かう上で支えや励みになる。

3. 部屋の構造

本人、家族に対して同時並行的に働きかけるため、二つの独立した空間を用意することが望ましいでしょう。しかし、部屋の確保が難しい場合には、ひとつの部屋でもパーテーションを用いて、空間を二つに区切ることができればよいでしょう。

4. スタッフ構成

本人・家族それぞれのグループに対してスタッフが 1、2 名ずつ配置されることが望ましいでしょう。認知症に関する知識と臨床経験のある医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士等のソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士などがスタッフになりえます。

5. 対象

対象は軽度認知症高齢者とその介護者家族です。参加者の状態や背景状況が大きく異なると、問題を共有しにくく、「集団的介入」では扱いきれなくなる可能性があります。そこで、教室のねらいが活かせるよう、以下のような基準を設けるとよいでしょう。

1) 認知症診断：DSM-Ⅳ（「精神疾患の分類と診断の手引　第 4 版」）のアルツハイマー型認知症もしくは脳血管性認知症の診断基準に準じる。

2) 認知症の程度は以下を目安にする。

(1) Clinical Dementia Rating(以下、CDR と略す)[4]の 0.5 または 1 に該当する。

(2) 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール[5](以下、HDS-R と略す)は 15 点以上とする。

3) 導入を検討するにあたっては、以下の 5 点を考慮する。

(1) 本人はもの忘れを自覚し心配や不安を感じており、教室の性質や目的を理解した上で参加動機が確認されている。

(2) 家族は今後についての不安があり、認知症の症状理解や介護についての情報提供を求めている、あるいは援助の必要性が主治医やスタッフから認められる。

(3) 本人・家族ともに「集団」に対する親和性があること。元々他人と馴染みにくく、グループ活動を好まない方には不向きといえる。

(4) 本人や家族の抱える問題が「集団」に馴染まない特殊な問題がないこと。特殊な問題を有する場合(例：親子や夫婦間の葛藤的な関係性が問題の前面に現れている場合など)は、問題をグループで共有しにくいため、個別的な支援が必要になるため。

(5) 介護家族が、講義形式による知識の習得が可能であること。つまり、介護者も高齢の場合は、理解力に制限が生じやすく、講義形式による知識の習得に時間を要することが多く、負担となりやすい。そのため、個別的な介護相談などのより具体的・直接的な支援が優先されるため。

6. 教室の実際

ここでは、教室運営の実際について、事前準備、1 クールの流れ、1 セッションの流れ、そしてスタッフミーティングに分けて概説します。

1) 事前準備

基準を満たすと判断された場合、スタッフより教室の概要が本人およびび家族に説明され、同意が得られればエントリー完了となります。

教室を始めるにあたり、事前の情報収集が肝心です。医学的評価だけでなく、本人・家族の生活背景を含む心理社会的評価を加味したアセスメントをすることが、短期的介入、およびび集団の効果を上げるポイントです。

必要な情報として、本人に関して、診断名、認知障害の程度（HDS-R など神

経心理学検査結果)、もの忘れの自覚の有無、ADL 自立度、身体状況、そしてグループ活動への適性が挙げられます。家族に関しては、現在の気持ち、困っていること、教室に期待すること、そして介護申請・サービスの利用状況が必要です。

また、カルテの情報だけではなく、実際に教室に関わるスタッフが、教室の開始前に個別的なインタビューを行うとよいでしょう。表1-1に、インタビュー項目の一例を掲載しました。

表1-1 インタビュー項目の一例

＜本人に対して＞
①もの忘れの自覚について
②過去の社会適応に関して
③もの忘れ出現後の生活上の変化について

＜家族に対して＞
①現在家族が一番困っていることについて
②介護ストレスについて
③診断後の気持ちについて
④今後に対する不安
⑤教室へ期待すること
⑥介護者の健康状態に関して
⑦補助介護者の有無について
⑧介護保険の申請についての現状
⑨福祉サービスの利用をどう考えているか

2) 1クール、セッションの流れ

1クール5セッションにて実施する例について説明します。週1回1セッションのペースで実施しています。メンバー同士の馴染みの感覚を維持するためにも、2週間以上の間隔画空くことは望ましくないでしょう。表1-2に各セッションの内容を例示しました。

教室では、各セッションの始めに本人、家族、スタッフが一同に会し、挨拶、自己紹介、当日のプログラムを確認します。とくに第1回は、グループの目的を明確にするため、丁寧に説明することが大切です。一同に会することで、教室はスタッフと参加者の皆が一緒にもの忘れの症状に取り組む場である、という理解を促進します。

自己紹介の後、本人と家族のグループに分かれてセッションを進行します。本

人グループはグループ回想法を行います。家族グループは心理教育を、スタッフの講義と質疑応答を中心に行います。

セッションの最後には再び合同で全体のまとめを行います。4 回までは、次回のセッションの日程を確認して終了です。本人、家族の感想を一言ずつ求めてもよいでしょう。1 セッションの流れを表 1-3 に示しました。

表1-2 1クールの流れ

	家族グループ	本人グループ
第1回	導入の回	回想法「生まれ故郷の話」
第2回	認知症の理解を深める回	回想法「家族の話」
第3回	関わり方の理解を深める回	回想法「仕事の話」
第4回	ストレスマネジメントの回	回想法「思い出の写真①」
第5回	まとめの回	回想法「思い出の写真②」

表1-3 セッションの流れ

<table>
<tr><td>13:30～</td><td colspan="2">挨拶・自己紹介・当日のプログラムの確認
オリエンテーションの確認</td></tr>
<tr><td rowspan="2">13:40～</td><td>家族グループ</td><td>本人グループ</td></tr>
<tr><td>・講義
・質疑応答
・家族間交流</td><td>集団回想法</td></tr>
<tr><td>14:50～
15:00</td><td colspan="2">まとめと連絡事項の伝達</td></tr>
<tr><td>15:00</td><td colspan="2">終了</td></tr>
</table>

3) スタッフミーティング

スタッフミーティングは、1クール開始前（プレミーティング）、各セッション終了後、1クール終了後（ポストミーティング）に実施します。

プレミーティングは、教室担当スタッフおよび外来スタッフが合同で行います。事前に収集した参加者に関する情報を共有できるような一覧表があると便利です。教室で実際に使用している、『参加者状況一覧』を添付資料 1 に紹介しましたのでご参照ください。これらの情報に加え、スタッフが受けた参加者への印象、参加者同士の相性など、教室の運営上必要な事項について、幅広く意見交換をします。

各セッション終了時、本人およびび家族グループのスタッフが合同でミーティングを行います。各グループのミーティングについては各章で詳説します。

この教室は、本人、家族が同時並行で実施するため、双方で得られた情報を申し送ることが大切です。会を重ねるごとに、参加者の抱えている問題や、介入すべき点がより明確になる場合が多く、当初の方針から軌道修正する場合もあります。終了時のミーティングは、介入プランの検討のためだけでなく、スタッフのモチベーションの維持のためにも大切な時間です。

1 クール終了後、事後評価が揃った時点でポストミーティングを実施し、総合的な振り返りを行います。参加者のセッション中の観察から得られた評価や、介入により変化した点、変化しなかった点、運営上の改善すべき点について検討します。そこで挙がった反省点や改善点は、次回に生かすことが重要です。そして、セッション中に得られた情報や介入プランについて、外来スタッフに申し送ることが必要です。

短期間の設定であることから、できるだけ計画的な介入を行い、効率よく教室の「ねらい」が達成されるよう、スタッフが情報を共有し意見交換しあうことが、柔軟な運営に役立ちます。

<引用文献>

1) 黒川由紀子：痴呆性疾患に対する心理療法．老年精神医学雑誌，15(5)；483-488，2004

2) 中村重信：痴呆疾患の治療ガイドライン，第 1 版，26-35，株式会社ワールドプランニング，東京(2003)

3) 本間昭：痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか．老年精神医学雑誌，10(7)；787-793，1999

4) Burke WJ，et al.：Reliability of the Washington University Clinical Dementia Rating. Arch Neurol，45；31-32(1988)

5) 加藤伸司，下垣光，小野寺敦志ほか：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成．老年精神医学雑誌，2；1339-1347，1991

第２章　「もの忘れケア教室」家族グループ

Ⅰ．家族グループのねらい

参加する家族と本人は軽度の認知症と診断を受けて間もない時期にあります。この時期、本人は日常生活に大きな支障をきたさないものの、「同じ事を何度も聞かれる」など家族にストレスが蓄積されていく時期といえます。また疾患がどのような進行を辿っていくのか、治療法はあるのだろうか、また認知症特有の症状をどう理解すればいいのか、などと思いを巡らせ、先の不安が募り見通しが立たない時期でもあります。さらには介護家族として周囲に同じ悩みを抱える人も少なく、孤独感に苛まれる時期といえるでしょう。

家族グループでは初期の段階で、心理教育的支援をすることにより疾患を多面的に理解し、できるだけ早くに環境調整を進めるための手助けをします。また同じ悩みを抱える家族と接し、支えられる体験から認知症と向き合い、介護を肯定的に捉え、継続していこうとする意思を高めることを目的としています。

Ⅱ．　手　順

1. 情報聴取面談（同時にアンケート記入）

教室開始前に家族と面談を持ち、生活状況の確認をします。内容は「介護者の年齢」「健康状態」「補助介護者の有無」「介護認定について」です。本人情報として「社会適応力」「症状出現による変化」「元来の対人様式について」「もの忘れの自覚」を家族から聴取します。また家族情報として「今一番困っている事」「ストレスになる事」「今後の不安」「教室に何を求めるか」など項目にわけて質問します。

アンケートは「認知症介護の理解度を測る小テスト」「介護肯定感」「介護負担感」「日常生活動作能力尺度（IADL）」を家族へ実施します。

2. プレミーティングとアフターミーティング(反省会)

プレミーティング：家族から得られた、本人・家族情報と神経心理学的検査の結果等から、参加者の特性や留意点を把握し、開始前までの問題点や介入ポイントを明確にします。個々の目標等を検討してから会に臨みます。

アフターミーティング(反省会)：１クールを振り返り、家族の変化を参加スタッフで

振り返ります。また教室終了後は通常の診察(当教室では認知症専門外来)に戻る為、外来スタッフへ申し送りを行います。

プレミーティング･アフターミーティングは多くの情報を共有して意見交換をするため、担当している全てのスタッフが参加できることが望ましいでしょう。

3. スタッフの役割

司会進行１名、講義担当者１名、書記１名の３名で進めていきます。

４．１クールの流れ

第１セッションは「導入の回」、第２セッションは「認知症の理解を深める回」、第３セッションは「関わり方の理解を深める回」、第４セッションは「ストレスマネジメントの回」、第５セッションは「まとめの回(最終回)」になります。講義形式での進行は第２セッションから第４セッションまでの計３回です。講義の担当者は会の内容を講義できる専門的知識を持ち合わせたスタッフが適当でしょう。当教室では第２セッションを医師、第３セッションを看護師、第４セッションを臨床心理士が担当しています。

5. 場面の設定

講義後にグループで意見交換する時間を設けていることもあり、参加家族が話しやすい場面設定を心がけます。当教室では円卓を囲み、司会進行、講義スタッフ、書記も同席して進行しています。

6. １回の流れ

各セッションともまず全体で自己紹介をした後、本人グループと家族グループに分かれて実施します。最初に事務的な確認事項を行い、講義に移ります。講義中も適宜質問を受けながら進行し、終了後家族間交流を促します。「認知症介護の理解度を測る小テスト」の答え合わせを行い、講義の復習と理解の程度を確認し再び本人グループと合流します。最後に次回の確認をして終了になります。

7. 進行上の注意点

限られた時間の中で、講義の理解を促し、家族間交流を進めなければなりません。

参加する家族の多くは聞きたいことや解消したい不安を抱えていますが各家族の全ての質問に答える事は困難です。できるだけ各セッションの講義内容に対する質問に絞り、セッションの中で各家族が解決に向かうよう心掛けます。

Ⅲ. 各セッションの実施方法と講義の概要

各セッションの実施方法・進行ならびに講義の概要について以下に紹介します。

1. 第1セッション：導入の回

1) ねらい

本人、家族ともに初顔合わせであるため、会の趣旨の説明とともに各家族から家庭状況や本人の現状を聞き、整理しながらグループで共有できる点や達成課題を探し出していきます。また問題点を明確にしながら他の家族に聞いてもらうことで、今後のグループの凝集性が高まるよう働きかけをしていきます。さらに抱えている悩みがどのセッションで解決に向かう手立てを得られるのかをあらかじめ提示しておくことで、家族の参加に対する不安を軽減させる手立てとなります。

2) 流れと内容

(1) 会の趣旨説明

1クール全体の流れを説明しながら、当教室神経精神科外来に通院している認知症の家族で構成される家族会（3ヶ月に1回開催）を紹介しています。外来治療の一環として教室があることに加えて、自助機能を高められるアフターケアの場を提供するようにするためです。そのため家族会への参加は希望者に限っています。

(2) 構造について説明

①日程の確認／②各セッションの内容について／③休みの場合の連絡について／④参加料金について／⑤家族会の日程について／⑥その他(講義の参考図書、回想法で使用する写真を持参してもらうことなど)

(3) 現状把握と情報の共有

自己紹介を兼ねて今一番困っていること、本教室の参加にあたり希望することを手短に各家族に話してもらい、あらかじめ聴取してある情報であっても必要があれば再確認します。また話の中でわからないことは司会進行役が質問して、情報を整理しておきます。さらに講義と関連付けをし、家族同士で共有できる話題も取り上げておきます。講義内容に即した具体的な質問は、講義時に解決できるように伝えておきます。

(4) 本人グループと合流し終了

次週の日程を確認して終了解散となります。

2. 第2セッション：認知症の理解を深める回

1) ねらい

「何度も同じことを聞いてくる」、「さっき頼んだことを忘れる」など、なぜこのような現象がおこるのかという理解がないと、家族は混乱し振り回されてしまいます。また、本人を叱ったり、家族が自分を責めたりと、好ましくない状況に陥ることにもつながります。そこでまず、本人に対し適切な対応ができるようにするため、介護者が認知症に関する知識を習得することが必要です。

また病気を知ることで、将来的な予測をたて、より早く準備ができるようにする目的があります。

2) 流れと内容

参加対象が主にアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の患者の家族であるため、この2疾患を中心に講義します。当教室では講義は医師が担当しました。ほかに、看護師、保健師、臨床心理士など認知症についての医学的知識を有する者が担当してもよいでしょう。講義に使用するレジュメを以下に示します。

(1) 認知症という概念について

成人になってから、脳が障害を受けて起こる知能障害のために日常生活に支障をきたした状態。

◇健康な物忘れと認知症の物忘れの違い(表1)

(2) 認知症の原因

アルツハイマー型痴呆が最も多く、次が脳血管性痴呆であり、この両者で8割以上を占める。

◇認知症または認知症様症状をきたす可能性のある疾患

ⅰ) 内科的疾患 ：肺炎、心不全、電解質異常、透析脳症、甲状腺機能低下症、葉酸欠乏症、ビタミンB1欠乏症、ビタミンB12欠乏症、肝性脳症、神経梅毒、全身性エリテマトーデス、降圧薬や抗不安薬などの薬物など

ⅱ) 精神科的疾患：うつ病、せん妄、統合失調症、アルコール中毒など

ⅲ) 器質性疾患：アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、混合型痴呆(アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の共存)、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、ピック病、パーキンソン病、進行性核上麻痺、線条体黒質変性症、びまん性レビー小体病、脳炎、ヘルペス脳炎、AIDS脳症、クロイツフェルトヤコブ病、多発性硬化症など

(3) 認知症の症状

ⅰ) 中核症状：認知症に必ず起こってくる症状

記憶障害、失見当識、理解力や判断力の低下

ⅱ) 随伴症状：認知症に伴って起こってくる二次症状

精神症状—うつ状態、心気症状、妄想、幻覚、興奮、せん妄

行動障害—徘徊、不潔行為、大声、食行動異常、性的逸脱行為

ⅲ) アルツハイマー型痴呆の症状の変遷：

初期ー中期ー末期（図1）

(4) 認知症の診断

DSM-Ⅳ(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition：米国精神医学会で作成し、世界で最も広く使用されている診断基準)によるアルツハイマー型痴呆の診断基準。

ⅰ) 記憶障害

ⅱ) その他の認知障害（以下のうち1つ以上）

失語、失行、失認、実行機能の障害

上記の認知障害によって、社会生活に支障をきたしている

ⅲ) うつ病等の明らかな精神疾患によらないこと

iv） 診断時、意識清明であること

(5) 診断に用いられる検査

i） 神経心理学検査（記憶力検査など）

ii） 画像検査（CT、MRI など）

iii） 身体検査（血圧、血液生化学検査など）

(6) 認知症の治療

i） 薬物療法

・アルツハイマー型痴呆：現在（平成 17 年 2 月）日本で治療薬として認可されているものは塩酸ドネペジル（商品名；アリセプト）のみである。

・脳血管性痴呆：脳血流改善薬や脳梗塞の予防薬

・随伴症状に対して抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬、睡眠薬など

ii） 非薬物療法

集団療法やリハビリテーション、介護相談など。

(7) 認知症の予防について(発症前)

◇危険因子

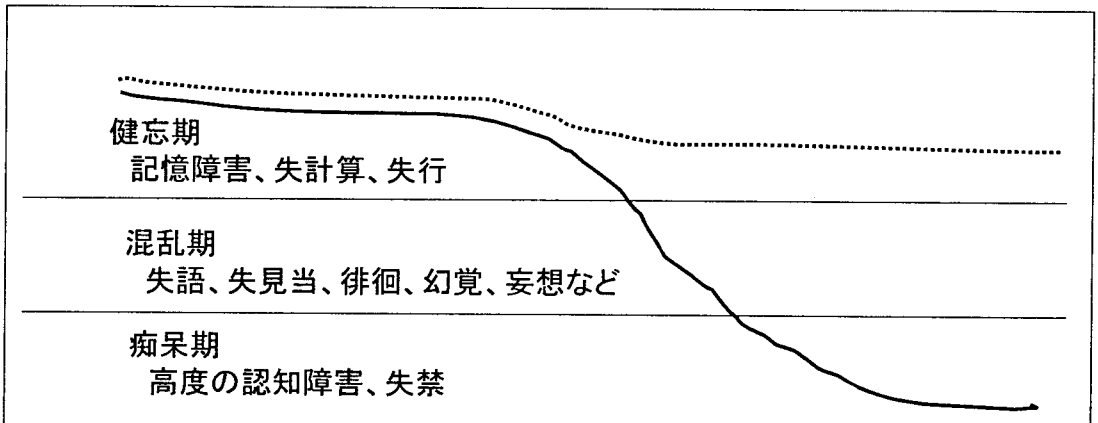
i） アルツハイマー型痴呆：加齢、女性、痴呆の家族歴、意識を失う頭部外傷、ダウン症や精神遅滞の家族歴、アポリポプロテイン E4 遺伝子の存在、ライフスタイル(運動しない、趣味がないなど)

ii） 脳血管性痴呆：高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙

表2-1　健康な物忘れと認知症の物忘れの違い

健康な物忘れ	認知症の物忘れ
体験の一部を忘れる	体験全体を忘れる
進行しない	進行する
失見当なし	失見当あり
物忘れの自覚がある	初期では自覚していることもある
生活に支障なし	生活に支障あり

（森敏：痴呆性老人のとらえ方、対応の仕方、金芳堂より抜粋（一部改変））



（長谷川和夫ら：痴呆　予防と介護、PHP出版より抜粋）

図2-1　アルツハイマー型痴呆の症状の変遷

3. 第3セッション：関わり方の理解を深める回

1) ねらい

認知症の医学的知識を得たうえで、本人に対する基本的な対応や、問題行動に対する対応などを講義します。認知症の症状の中でとくに周辺症状は周囲の環境が大きく影響するため、家族が本人にどのように対応するのかが大事です。

2) 流れと内容

「何度も同じことを聞くが、　どう対処したらいいのか」、「つじつまの合わないことを言ってきたら、訂正したほうがいいのか」、「メモをとるばかりで覚えようとしないが」など多くの家族が抱く疑問に対するアドバイスも行います。当教室では看護師が講義を担当しましたが、臨床経験のある保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、介護支援専門員などでもよいでしょう。以下に講義で使用するレジュメを示します。

(1)認知症の方との基本的な接し方

ⅰ） 本人の誇りや自尊心を大切にする

叱らない、否定しない、訂正しない、ほめる、認める

ⅱ） 納得してもらえるよう話す(説得より納得)

事実や常識だけで対応しない。　情報を簡潔に伝え、判断材料を限定する

ⅲ） 本人のペースに合わせる

(2) 生活の中でできること、できないことを見極める

(金銭管理、火の管理、食事の準備、買い物など)

ⅰ） できることは行ってもらう。できないことはさり気なく手伝う。

ⅱ） できないことは無理に教え込まない。

ⅲ） 張り紙の活用（玄関先に「鍵をかける」など）

(3) 毎日規則正しく過ごす

ⅰ） 規則正しい生活→生活リズムの獲得

ⅱ） イベントはスケジュールの中に計画的に入れる

ⅲ） 声かけを心掛ける(「朝ご飯を食べましょう」など)

ⅳ） カレンダーや時計を活用する

(4) 健康管理

i) 寝込むと認知症の進行につながる

ii) かかりつけ医を持つ

(5) 問題行動に対するかかわり

(徘徊、妄想、失禁など)

i) その行動の意味を理解する－何かきっかけがあるのか

ii) 無理にその行動をやめさせない

注意や説得は効果がない

iii) 気分をかえる

時間や関わる人をかえる

iv) 問題行動に至る前に予防できることはないか

混乱するような状況をできるだけつくらない

体調を整える(脱水を防ぐなど)

4. 第4セッション：ストレスマネジメントの回

1) ねらい

在宅介護を続けていくために、家族が自身の介護ストレスの自己管理の必要性を学ぶこと、そしてその方略を知ることをねらいとします。

家族は他者に手を借りることに罪悪感を持ってしまいがちです。そこで、介護者が自分のための時間を持てる環境を整えておくことが、結果的には本人のためになることを伝えます。そして、主介護者がひとりで介護を抱え込まず、他の家族構成員の手を借りる、事情によりそれが望めない場合は公的サービスを積極的に利用するなどの具体的な方略を提案します。

特に高齢の介護者の場合には、公的サービス利用の手続きの時点で困難が生じることが予想されます。そこで介護保険申請によって、どのようなサービスが利用できるのか、またその利用手続きを支援するための公共機関（在宅介護支援センターやケアプラザ）などの情報提供も同時に行うことが必要となります。

2) 流れと内容

ストレスマネジメントの必要性や一般的なストレス解消法の理解を深め、家族が

抱える様々な疑問や問題へのアドバイスを行います。当教室では臨床心理士、看護師が講義を担当しましたが、臨床経験のある保健士、精神保健福祉士、介護支援専門員(以下、ケアマネージャーと略す)などが担当してもよいでしょう。
以下に具体的に講義内容を示します。

(1) 導入：介護者にストレス状況の自覚を促す

「介護はいつから始まるか」「介護ストレスを感じているか」と問われるまで介護者はストレス状況にあることを自身で自覚していない場合がほとんどです。

通常、身体的な介護が始まった時点を介護と捉えがちであるため、認知症の介護の場合は「症状が始まった時点がスタートである」点を明確にする必要があります。また「介護をしなければならない」と感じた時点ですでにストレスは生じており、たとえ自覚はなくても、こうして教室に参加している時点でストレスが発生していることを、まず介護者各々に伝えます。

(2) ストレスマネジメントの必要性

もの忘れに自覚がある本人は、そもそも精神的動揺や混乱が生じやすい状態にあります。さらに家族と本人は鏡であり、家族がイライラしていると本人もイライラして気分が不安定になってしまいます。とは言え、家族が感情を押し殺していると介護ストレスや負担感が高まり、本人のイライラを増長させてしまいます。こうした介護状況の悪循環のメカニズムを説明し、家族自身のストレスマネジメントが結果的に本人のためになることを伝えます。

(3) 介護ストレスにはどのようなものがあるか

介護ストレスには以下の①～③があげられます。できるだけ参加者が現在困っていることや将来予測される困難に即した具体例をあげて説明するとよいでしょう。

ⅰ) 介護に伴う身体的・精神的負担感

「介護を手伝う人がいない」「夜休めない」「同じ事を何度も聞く」

「近所に迷惑をかけるのではないかと心配」

ⅱ) 周囲の理解不足・支持不足からくる孤立感

「本人が上手に取り繕うため周囲に大変さが理解されにくい」

ⅲ) 将来の介護状況への不安

「当たり前の社会生活が送れないのではないか」「突然の変化に対応できるのか」

(4) ストレス軽減につながる要因

(1)～(4)の具体例を用いて説明します。

ⅰ) 近隣・親戚・専門家・家族会メンバー等相談者がいる

ⅱ) 認知症に関する知識がある

ⅲ) 在宅介護のための経済的支援が受けられる

ⅳ) 家族会などの互助組織に加入している

(5) 公的サービスを利用するための情報提供

介護保険を申請することで受けられる公的サービスの具体的な内容などの情報提供を行います。軽度の段階では入浴介助やトイレ介助の必要性がないため、「介護している」という認識が家族には希薄であり、申請には消極的な場合が多いようです。

本人の障害が軽度であっても残存機能の維持のためにはデイサービスなどの利用が有用であることや、家族の入院などの万が一の事態に備えて申請しておくことのメリットを説明し、申請のための問合せ先などの情報提供も行います。以下に介護保険や公的サービスの種類や内容について示します。

(家族への配布資料1を参照)

介護保険について

ⅰ) 概要

介護保険は社会保険の1つであり40歳以上（40歳以上64歳以下は医療保険加入者）は強制加入である。毎月保険料を納め、寝たきりや認知症など介護が必要な状況が生じた時に、市町村の認定を受け、サービスを利用する。サービスを利用できるのは基本的に65歳からだが、40歳以上64歳以下でも15種類の特定疾病によって介護状態になった場合は利用が可能である。

ⅱ) 保険料

＊65歳以上の被保険者の場合

所得に応じて市町村ごとに決定される。老齢退職年金の年金額が一定以上の場

合は、年金から天引きとなる。年金額が一定未満の場合は、市町村に個別に納めることになる。

＊40 歳以上 64 歳以下の被保険者の場合

保険料は加入している医療保険の算出方法で決まり、医療保険に上乗せして徴収される。

iii) 利用料

介護保険のサービスを利用した場合、かかった費用の 1 割を利用者が負担することになる。施設サービスの場合、食費は自己負担となる。

iv) 利用方法

申請：家族および本人が市町村の窓口（高齢福祉課、介護保険課など）に申し込む。

※申請に行けない場合、在宅介護支援センターで代行が可能である。

認定調査：要介護度を決定するために、調査員が訪問し 79 項目について調査し調査票を記入する。調査認定の際に調査項目に関連して、特に重要と思われる事（特記事項）を書き留める。要介護度は、一次判定、二次判定を経て決定される。

※調査の時には、調査員に日頃の本人の様子がわかるように伝える。

一次判定：訪問調査員が調査したデータをコンピュータに入力し判定される。

二次判定：コンピュータによる一次判定に、訪問調査時の特記事項とかかりつけ医の意見書を加えて審査される。二次判定において要介護度が決定される。

通　知　：結果は申請後 30 日以内に通知される。通知を受けたら、介護支援専門員（ケアマネージャー）にケアプランの作成を依頼し、サービスの利用となる(ケアプランは本人や家族が作成してもよい)。

※要介護認定の判定前にサービスが必要な場合は、介護支援専門員（ケアマネージャー)に暫定プランを立案してもらい、サービスを利用することができる。

5. 第 5 セッション：まとめの回　(最終回)

1) ねらい

第 5 回目では、参加時の本人の様子、回想法中に本人が表現した言葉などから、

本人の特徴や適応状態、心理状態について家族にフィードバックを行います。第4回までの回想法を通じ、本人が自宅では見せないような一面を垣間見ることがあります。家族の前では消極的な態度が目立っている人でも、グループの中では他の参加者と積極的に交流を図ったり、グループを盛り上げようと自ら役割を買って出たり、本人と家族がそれぞれのグループに参加することにより、しばしば言うに言えなかった家族への思いが語られることがあります。本人のこうした様子に着目しフィードバックを行うと、家族は本人の状態や性格について再認識すると同時に、本人の新たな側面を発見することができるでしょう。フィードバックによる情報を通して、家族が本人との新たなかかわりを検討し、より良い介護を検討し継続していくことがフィードバックのねらいです。いいかえれば、家族が認知症に関する一般的な知識を得るだけでなく、専門家による意見(アセスメント)によって本人の行動、態度、心理状態についての理解を深めることを目指します。これは、本人と家族に同時に支援する、教室ならでは特徴であり、専門家によるフィードバックが両者を「つなぐ」役割を果たしているといえましょう。

例えば、同一の出来事（例：本人が家族と一緒の食事を断る）であっても、家族の認識(例：食事が合わないのかしら？)と、本人の気持ち(例：お嫁さんに遠慮してしまって…)の間にギャップが生じることがあります。このような場合、フィードバックが両者の橋渡しとして有用であり、フィードバックを通じて介護における関係性の変化を望むこともできるでしょう。

フィードバック終了後、教室最終回としてまとめに入ります。第2回から第4回の講義を振り返り、質疑応答を行います。現時点での問題点を明確にし、病状や生活状況などの見通しを立て、今後どのような援助が必要であるか、家族として何に気をつけどんなことに努力していったらよいのか、介護の方向性をスタッフと共有し、今後の生活に生かすことをねらいとします。

2) 流れと内容

(1) フィードバック用紙作成

事前に、各参加者についてフィードバックの内容をまとめた用紙（フィードバック用紙）を作成します。フィードバック用紙の内容にそって家族グループスタッフがフィードバックを行い、家族は配布されたフィードバック用紙を見ながらスタッフの話を聞くことになります。介護者が高齢の場合もあるので、見やすいように大き目の文字を用い(通常 MS 明朝体で 12 もしくは 14 ポイント)、A4 用紙

1枚にまとめるとよいでしょう。

作成にあたっては、家族グループスタッフと本人グループスタッフの十分な情報交換が大切です。フィードバック用紙は家族の手元に永く残るものであるため、「今後の介護に役立てる」というねらいを前提にした配慮ある記述が求められます。

(2) フィードバックの内容

フィードバック内容は、「①回想法の説明」、「②グループの中でのご本人の様子」「③お話の内容から考えられること」「④今後の対応について」記載します。

i) 回想法の説明

回想法について、簡潔に分かりやすい言葉で説明します。この説明は、どの参加者にも共通した内容を記載します。

ii) グループ内でのご本人の様子

第1回から第4回までのグループにおいて、本人がどのようにふるまっていたか、毎回与えられるテーマに対しどのように回想しお話されたか、他の参加者との交流はどのようであったか、こうした点に注目します。

iii) 話の内容から考えられること

本人が以前興味・関心があったこと、人生において興味深かった体験、さらには人生そのものを今どのように感じているか、に注目します。

あわせて、本人のもの忘れに対する自覚の程度や、もの忘れの心理的受容について検討します。さらに、住居環境についてどう感じているか、周囲の人（配偶者、家族、友人など）との関係をどのように受け止めているか、推測します。

iv) 今後の対応について

家族グループでの情報も踏まえ、デイケア活用やヘルパー導入の推薦など、具体的な援助法の検討について記載します。

(家族への配布資料2を参照)。

(3) 注意点

家族グループスタッフがフィードバックを行う時、いくつかの注意点が挙げられます。フィードバックを行う者は、フィードバック用紙の内容を棒読みするのではなく、家族に伝わりやすい言葉を選んで家族の様子を確認しながら行うこと

が望まれます。内容を聞いた家族の表情、反応について敏感に察知し、今後の支援の参考とします。

そして、参加全家族についてフィードバックが終了したら、1 家族ごとに質問を投げかけます。受身的にとらえるだけではなく、内容についてどのように感じたか、不明点や疑問点がないか確認をすることが重要です。

(4) もの忘れケア教室のまとめ

教室もいよいよ終盤です。この段階で家族には 2 点に絞り質問します。

ⅰ) 家族から見て、本人が教室に参加することにより、どのような変化が見られたか。

ⅱ) 家族（介護者）として教室に参加してどう感じたか。教室に参加することによって得られたことは何か。反対に、教室に参加して得られなかったこと、不明な点は何か。

以上 2 点に焦点をあてた質問を行います。その際、司会者は、教室開始時にそれぞれの家族が語った「今一番困っていること」「教室への希望」「教室に期待すること」を念頭に置き、それらがどの程度達成されたか、解消されていない事項は何かといった点に注意を向け、家族の言葉をサポートします。例えば、「A さんは最初の回で同じことを繰り返し尋ねるご本人にイライラして抑えられないとおっしゃっていましたが、この 5 回を通じ A さんのイライラはいかがですか」「この回に参加されることによって、A さんのご本人に対するイライラ加減に何か変化は見られましたか」等と水を向けてみます。そして、家族の反応を受け入れ、ポジティブな変化が見られた点については評価と保証を与え、今後の支援につながるような応答を心がけましょう。

＜参考文献＞

1) アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル製作委員会：アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル、日本老年精神医学会、ワールドプランニング. 2001
2) 竹中星郎：鏡の中の老人、ワールドプランニング. 1996
3) 長谷川和夫ら：痴呆　予防と介護、PHP 研究所、1997
4) 室伏君士：痴呆老人の理解とケア、金剛出版. 1985
5) 森敏：痴呆性老人の捉え方・対応の仕方、金芳堂. 2001

介護保険　サービスの種類と内容

＜在宅サービス＞

サービスの種類		内　容
1	訪問介護（ホームヘルパー）	ホームヘルパーには大きく分けて身体介護型、家事援助型の2種類のサービスがある。 身体介護型ホームヘルプ 食事や排泄の介助、着替えの援助、入浴、洗面、歯磨きなどの援助、お風呂に入れない場合は清拭や洗髪、通院の介助など身体の介護に関することが中心となる。 家事援助型ホームヘルプ 炊事、洗濯、掃除、買い物、関連機関との連絡など家事の援助を中心としたサービス。
2	訪問入浴	移動可能な特別な浴槽を自宅に運び入れ入浴を行う。
3	訪問看護	かかりつけ医の指示のもと看護師などが健康チェックや療養の世話などを行う。
4	訪問リハビリ	理学療法士等の訪問によりリハビリなどを行う。
5	通所介護（デイサービス）	週に何回かデイサービスセンターなどの施設で、日中だけ高齢者を預かるサービス。センターでは健康チェック、入浴、日常動作訓練をかねたレクリエーションなどのサービスを受けられる。
6	通所リハビリ（デイケア）	老人保健施設や病院で専門家がリハビリを行う。
7	福祉用具貸与	車椅子、ベッド、エアーマットなどの貸与
8	居住療養管理指導	訪問診療、訪問薬剤管理指導
9	短期入所生活介護 （ショートステイ）	介護の必要な方を短期間、特別養護老人ホームなどの施設で介護・日常生活の世話を行う。
10	短期入所療養介護	医学的管理の必要な方を短期間、老人保健施設や病院などの施設で介護を行う。
11	認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	認知症の高齢者が対象。 5～9人のグループで共同生活を行う。 ※要支援の方は利用できない。
12	特定施設入所者生活介護	有料老人ホームにおける介護サービス
福祉用具購入費		特定福祉用具：入浴・排泄などに用いる福祉用具の購入
住宅改修費		手すりの取り付けなど簡単な住宅改修
居住介護サービス計画費		ケアプランの作成、事業者との利用調整

＜施設サービス＞

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	常時介護が必要な方で、家族の介護が困難な場合
介護老人保健施設（老人保健施設）	病状安定期でリハビリ・看護・介護が必要な高齢者
介護療養型医療施設（療養型病床群）	長期療養が必要な高齢者

特定疾病： 40 歳以上 64 歳以下の方は、加齢に伴う特定疾病が原因の場合申請の対象となります。

1．初老期認知症	9．慢性閉塞性肺疾患
2．脳血管障害	10．変形性関節症
3．筋萎縮性側索硬化症	11．慢性関節リウマチ
4．パーキンソン病	12．後縦靭帯骨化症
5．脊髄小脳変性症	13．脊柱管狭窄症
6．シャイ・ドレーガー症候群	14．骨折を伴う骨粗鬆症
7．糖尿病性腎症・網膜症・神経障害	15．早老症
8．閉塞性動脈硬化症	

要介護度別の身体状況と支給限度額

要支援	日常生活を行う能力はあるが、社会生活の上で一部介助が必要な場合がある。	月 6万円
要介護1	立ち上がりや歩行などに不安定さが見られることが多い。排泄や入浴などに一部介助が必要な場合が多い。	月 17 万円
要介護2	立ち上がりや歩行などが自力ではできない場合が多い。入浴、排泄に一部または全介助が必要な場合が多くみられる。	月 20 万円
要介護3	立ち上がりや歩行などが自力ではできない。入浴、排泄、衣服の着脱などに全面的な介助を、清潔・整容に一部または全介助を必要とする場合が多い。	月 26 万円
要介護4	日常生活を行う能力はかなり低下している。入浴、排泄、衣服の着脱、清潔、整容の全般にわたって全面的な介助を必要な場合が多い。食事に部分的な介助が必要。	月 31 万円
要介護5	日常生活の能力は著しく低下している。生活全般にわたって介助が必要。	月 35 万円

その他：快適で安全な暮らしのために、次のサービスは介護保険の対象としては含まれませんが、
とても便利なサービスです。

移送サービス

車がない、あっても車椅子は乗せられないといった場合に利用したいサービス。車椅子がそのまま乗り込める車や寝台付きの車で、通院の時、入退院の時、転院の時などの移動を手助けしてくれます。

配食サービス

高齢者に食事を届けるサービスです。食事を届けることで安否の確認ができます。

A　様 の回想法について

回想法は、自分の過去を振り返り、さまざまな人生史を語りあいます。そして、グループの中でその語りに心を込めて耳を傾け合い、気持ちを尊重し合います。これは、語ることで脳の機能を活性化し、気持ちを尊重し合うことで心の安定を図ろうとする技法です。回想法はもの忘れの方にも一定の効果があると言われています。

「もの忘れケア教室では」全５回にわたる回想法を実施していますが、今日までの４回の内容について報告させていただきます。

1.　グループの中でのご本人の様子

最近はご自宅にこもりがちであるとのことでしたが、グループの中では皆さんの言葉ににこやかに耳を傾け、またご自分の考えを適切にお話し下さる、良き聴き手、語り手として会をまとめあげてくださいました。

参加の方々はもちろん、スタッフにまで気を配ってくださる暖かいお人柄で、速やかに“馴染みの関係”を作っていかれました。

2.　お話の内容から考えられること

ご家庭を持ちながらお仕事も続けられた人生をとても誇らしく感じられ、その誇りはＡさんご自身を支えているようでした。お仕事を続けられたのも「夫の理解あってこそ」だったこと、また現在も何もできなくなった自分に代わって身の回りのことをして下さる旦那様に「とても感謝している」と語られました。しかし、実際には「恥ずかしくって“ありがとう”なんて絶対言えない」と素直になれず強がってしまう自分について、もどかしく感じられている様子がうかがえました。

3.　今後の対応について

Ａさんは人とのつながりを築くことが本来得意な方であり、こころの触れあいを何よりの楽しみと感じられるようです。症状の進行をくい止め、問題行動を防止するためにも、馴染みの人との暖かい交流の場、生き生きとした情緒を感じられる場を早期に確保しておくことが重要と言われています。Ａさんの資質を考慮すると、地域のデイサービスなどへの参加は、こころの安定に有効な方法と考えられます。

また、最初は抵抗を感じる方も多いようですが、在宅でのサービス（ヘルパーなど）の利用もおすすめしています。介護環境のなかに人とのつながりを取り入れていくことは、ゆとりを持って介護を続けて行くための“コツ”と言えるかもしれません。

第３章　「もの忘れケア教室」本人グループ

軽度認知症高齢者により構成される本人グループでは、どのようなセッションが展開されるのでしょうか。ここでは、軽度認知症高齢者の心のありようを理解した上で、我々は何を目的とし、どんな配慮のもとにグループの対話を行っていくのか、具体的、実際的に案内します。

Ⅰ．軽度認知症高齢者の心

欧米では、認知症の当事者が「大切なことを忘れ、何も考えられない」という先入観や偏見に対して声をあげ始めています(Dementia Advocacy and Support Network International)。実際に私たちも、物忘れを自覚し、「大切なものなのに、後になって探せども見つからない。情けなくて、悲しくて…」と、哀しみや不安に苛まれ、自己評価を低めている軽度認知症高齢者の方々に多く出会います。

C. ブライデン氏は著書の中で、疾患に直面したときの心境を「絶壁に爪をたててしがみつくような恐怖と不安」と表現しています。たとえ「物忘れはあるけれど、そんなに困っていない」と語っていても、心中は喪失感や自信のなさでいっぱいであり、しっかり者として踏ん張ろうという必死の努力を重ねていることも少なくありません。スタッフにはそのような基本的視点を踏まえ、参加者の個々の胸の内に思いを馳せながらお話に耳を傾けていく姿勢が必要とされます。

Ⅱ．本人グループのねらい

スタッフは「何のための集まりなのか」「ここで何をするのか」その目的を毎回伝え、共有しています。これも、自分自身の意思とは無関係に物事が進む、と体験されやすい状態にある軽度認知症高齢者が、主体的に、不安なくグループに参加できることへの配慮です。

もちろん病気の治癒は見込めませんし、５回のセッションの限界もあります。しかし、初期の段階で、物忘れに悩む本人同士が自由に語り合い、情緒的つながりを体験して本来の力を取り戻し、自身の置かれた「いま」に能動的に関わっていけるように援助することは有用です。病気と共に生きていく、各々のスタンスを築いていくための一助と教室の支援を位置付けています。

それは例えば、「認知症は敵であり、除去すべく戦う」「タブーとして封印する」という姿勢から、「困りごとが少なくなるような日常生活上の工夫を家族と一緒に考える」などの姿勢への変化として現れてくるものです。

Ⅲ. 手　順

1.　場面設定

1)　部屋

家族グループと同室、別室どちらにせよ、参加者間のコミュニケーションがとりやすく、安心して話ができるための配慮が必要です。ソファやお茶などを用意し、ゆったりとしてくつろげる雰囲気の提供をこころがけます(下の写真「本人グループの部屋の様子」参照)。

2)　準備

「日付・会の回数・回想法テーマ」を記載した貼り紙（リアリティーオリエンテーション)、時計、お茶、名札。

3)　座席

事前情報から難聴者、身体的に不自由な方など把握しておき、コ・リーダーが隣に座ります。基本的には座席は固定しますが、グループの力動や状況変化（関係性、参加人

数など）によって、柔軟に対応していきます。同じ時間、同じ場所、同じ参加者、同じスタッフと、一定の「枠組み」を提供することにより、参加者が「馴染みの場所」と感じられることが重要です。

2. スタッフの役割

1) リーダー

セッションの司会進行、グループ全体を見渡し、支援を行う。

2) コ・リーダー

リーダーの補助、参加者個々への援助。

3) 記録者

発言や表情や身振りなど非言語的表現の記録。セッションの流れや特徴を把握するための補助となります。スタッフの人数に制限がある場合は記録者を設けず、終了後にリーダー、コ・リーダーが記録を作成します。

3. プレミーティング、アフターミーティング(反省会)

1) プレミーティング

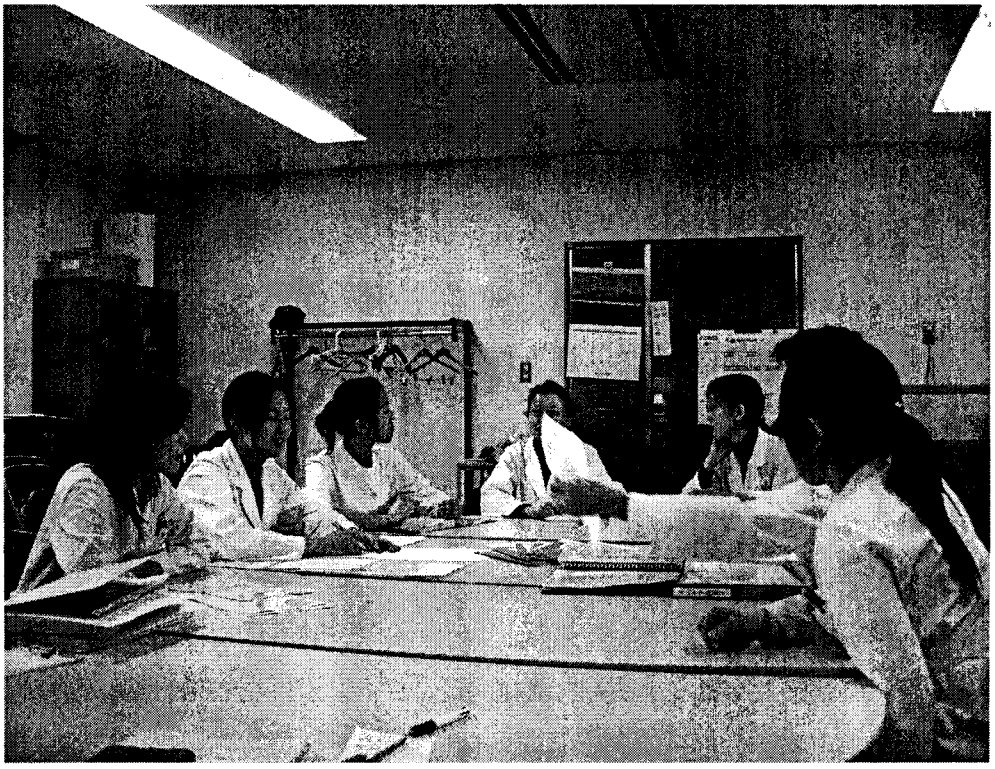
これまでの会の流れを再確認しながら、参加者の特性や留意点を把握します。そして、スタッフの役割分担を共有し、毎回の会に臨みます。

2) アフターミーティング(反省会)

セッションを振り返り、率直な意見や感想を話し合います。とくにリーダーとコ・リーダーは、互いにフィードバックすることにより、責任を分担します。また、記録者は、グループの動きや参加者個々の気持ちのありよう、スタッフの機能などについて客観的立場からコメントすることもできます。

3) 評価：

個人記録表と東大式観察スケールをスタッフが分担して記録します。個人の参加度や語った内容から考えられること、ミーティングで話し合われたことをまとめておき、個人やグループを理解していく資料とします(参考文献 1 を参照。下の写真は「アフターミーティング(反省会)の様子)。



Ⅳ．グループの展開例

1．１回の流れ

事前にお茶や名札の準備、部屋のセッティングは済ませておきます。

まず初めに、教室の目的、内容についての説明を行います(図３－１の①)。

「皆さんは、もの忘れを心配されてこちらにいらっしゃいました。もの忘れにはまずはお薬、そして、こうしたお薬以外の方法を併せて対応していきます。こちらでは、みなさんの昔の懐かしいお話をうかがってまいります。昔のことといっても、思い出を語っているうちに、まるで今この時のことのように様々なお気持ちが蘇ってくるものです。そうすることで、心も身体も脳も活力を取り戻していくと言われています。また、皆さん物忘れを心配されていらっしゃる点は共通していますので、ご心配やお気持ちなど自由に語っていただいても構いません」

そして、②では回数やスケジュール、本日のリアリティーオリエンテーションを確認します。③では毎回スタッフも含め、全員が簡単に自己紹介をしていき、セッション開始です。

終了5～10分前には、「今日は初回でした(例：少し戸惑いもあったと思います／今日は～など、いろいろ話題に上りました等)が、いかがでしたか？」のような形で、セッショ

ンの感想を尋ねて終わります。

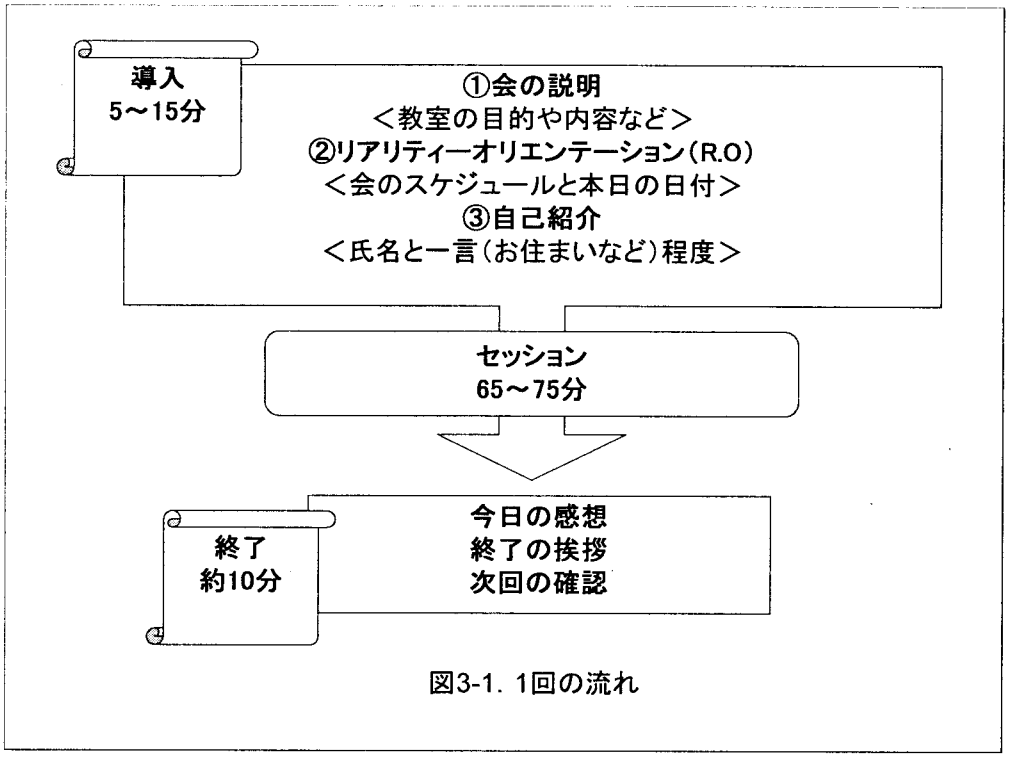


図3-1. 1回の流れ

2. 5回の経過

初回、スタッフは一連の説明への反応から、参加者が会に対して抱く思い(会への期待、抵抗感)を観察します。参加者のニーズを探りながら、第1回「自己紹介」、第2回「家族の話」といった話題も利用してラポール形成を行っていきます。特に男性の場合は、こういったグループ体験に馴染みが薄く、戸惑いを感じられる方も多いものです。そういった不安や抵抗感について言語化し参加者間で共有していくこと、スタッフは目的意識を明確に示し、グループをリードしていく姿勢なども求められます。

物忘れについて話題に上るグループでは、参加者各々の語る思いを傾聴し、その普遍性、あるいは考え方の相違についても話し合えると、集団としての治療的機能は高まります。

第3回を迎えた頃には、参加者同士が挨拶を交わし、「名前は覚えられないけれど、馴染みの顔に囲まれてここにくるとほっとする」というつながりや安心感が熟成されます。自発的な発言が増え、相互交流が活発に行われるようになります。

中盤から終了に至る時期には、「別れ」が意識され、困りごとや不安について語り、物忘れに関して「今できることはないか」というテーマが浮かび上がってくることもあります。喪失感や哀しみにじっくり耳を傾け、共有し、ピアサポートを促すことが重要ですが、

症状に対する参加者各々の工夫やスタッフからの専門的な助言を提供することも有用です。「この先どうなってしまうんだろう」と心細さや不安を募らせる参加者には、日常生活での具体的な指針が将来的な希望や支えとして機能します。

また、回想法テーマとしては、「仕事の話」「写真の話（古い写真を持参し、紹介してもらう）」などを取り上げ、「いま」に至るまでの歩みを改めて紡ぎなおすことによって、過去－現在－未来というつながりを回復していく様子も認められます。

さらに、せっかくの縁でお互いに知り合い、親愛の情を抱いた仲間との別れを迎えるにあたり、寂しさや残念さなど各々の気持ちを振り返り、語り合うことも第4回、第5回の大切なプロセスになります。そして、デイサービスなど継続的に利用可能な場についての情報提供も行い、エネルギーを回復した他者との接触を求める貴重な気持ちを今後につなげられるよう配慮しています。

このように、回想と現在の様々な思い、将来への不安と希望を自由に行き来しながら進行するのが本人グループの特徴といえます。喪失の只中にある軽度認知症高齢者の思いを理解し、グループをファシリテートしていくスタッフの充分な訓練が必要です。参加者が傷つくことのないよう、スタッフは責任感をもち、細心の注意を払ってグループを運営していきます。

3. 困ったときの処方箋

1) 発言が少ない参加者

その理由について検討します。聴覚や認知機能の問題により集団での対話に困難が生じている際にはスタッフが積極的に援助します。

引っ込み思案な性格の持ち主は、活発に発言しなくても、自分のペースで参加できていれば満足感を得られていることもあるかもしれません。スタッフからの促しやきっかけが必要な、遠慮がちな参加者もあります。やはり個のアセスメントの視点が重要です。

2) 繰り返しが多く、目立つ参加者

短期記憶障害のため、同じ話の繰り返しが生じるのは仕方ありません。繰り返しにも共感的に耳を傾けていく態度が前提です。加えて、お話が展開しそうな質問をしたり、その人の話題に他の参加者の参加を促したりして、相互交流を深める工夫も必要です。

3) 怒りやイライラが激しい参加者

軽度段階のしんどさは前述したとおりであり、心理的な危機状態にあるといえます。

そのため、見知らぬ者が集うグループという不慣れな状況によって不安が高まり、攻撃的になる場合もあります。その際は、特定の参加者や、発言した本人が批難の的になったりしないよう、スタッフが不満や怒りをしっかりと引き受けていく必要があります。

例えば、初回に「声が聞きづらい」と部屋の構造について不満を訴える参加者がありました。不満を受け止めた上でよくよく聞いていくと、その背景には「話した内容を後々テストされるのではないか」という不安があったことがわかりました。スタッフは「後でテストすることはありませんので安心してください」と保証し、「最近忘れっぽいと自覚があるからこそ、普段よりも緊張してしたり、構えてしまったりすることがありますよね」と返すと、他の参加者からも同意の声が上がりました。これは、部屋へのクレームが、参加者の本音を語る糸口になった例です。

ただし、症状のひとつとして、感情のコントロールが難しい状態もあります。グループへの適応が困難な場合は、無理に参加を継続せず、薬物療法や環境調整による安定を優先させるべきです。

4. 介護者へのフィードバック

本人グループでは、第三者にだからこそ語れる本音や家族への思いを耳にすることができます。教室は家族、本人双方を支えるためのプログラムですから、グループ間の情報交換、橋渡しは大切な機能のひとつです。フィードバックを行う際の注意点などについては、第2章の「家族への配布資料2」を参照してください。

V. グループ運営のための参考文献

1. 回想法についての手引き

回想法の内容、具体的な実施方法については、以下の文献を参考にしてください。

1) 黒川由紀子，松田修，丸山香，斉藤正彦：回想法グループマニュアル．ワールドプランニング，1999

2) 野村豊子：回想法とライフレビュー．中央法規，東京，1998.

3) Butler, R, N:The life Review ； An interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry, 26, 65-75, 1963.

4) Osborn, C. 著，矢部久美子訳：レミニッセンス・ワークへの実践的ガイド．ソーシャルワーク研究，17(4)，279-286,1992.

5) 黒川由紀子：痴呆老人に対する回想法グループ．老年精神医学雑誌，5(1)，73－81，1994.
6) 松田修，黒川由紀子，斎藤正彦，丸山香：回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法－痴呆の進行に応じた働きかけの工夫について－．心理臨床学研究，19(6)，566－577,2002.
7) 林智一：人生の統合期におけるライフレビュー．心理臨床学研究 17(4)，390－400,1999.

2．軽度認知症高齢者、集団療法の知識

軽度認知症高齢者の心理的な理解、集団療法の内容ならびに実施方法については、下記の文献を参考にしてください。

1) 近藤喬一，鈴木純一：集団精神療法ハンドブック．金剛出版，東京，1999.
2) Bryden，C 著，馬籠久美子・桧垣陽子訳：私は私になっていく－痴呆とダンスを－，クリエイツかもがわ，2004.
3) 萱原道春：老年期痴呆への心理療法的アプローチ－痴呆老人の心理力動的理解－．心理臨床学研究，5(1)，4－13,1987.
4) 黒川由紀子：痴呆性疾患の回想法－初期痴呆症患者の事例－．精神療法，23(6)，558－561，1997.
5) 新福尚武：老年期の精神療法－その特殊性と基本的問題－，精神療法、23(6)，535－541，1997.
6) 伊藤幸恵：軽度痴呆患者に対する集団回想法．デイケア実践研究，7(2)，19-23，2003.

第4章　「もの忘れケア教室」の効果

本教室は平成 12 年から追跡調査を開始し、今迄に一定の成果を得ています。本報告でその結果を提示して介入効果について紹介致します。

本研究は介入群と非介入群を設定し、それぞれを基準時と 6 ヵ月後で評価比較しています。

Ⅰ．対　象

介入群は 17 名で男性 5 名、女性 12 名、平均年齢 75.7 歳．家族の続柄は配偶者 9 名、子 7 名、姉妹 1 名で平均年齢は 64.5 歳でした。

非介入群は 7 名で男性 0 名、女性 7 名、平均年齢 76.1 歳．家族の続柄は子が 4 名、姉妹 1 名、嫁 2 名で平均年齢は 48.7 歳でした．以下に基準時の評価得点を示しました（表 4-1）。

表4-1基準時の評価得点

	評価項目	介入群	非介入群	P
		平均(SD)	平均(SD)	
本人	年齢(歳)	75.7(5.5)	76.1(5.8)	n.s.
	HDS-R(満点30点)	19.4(3.9)	19.9(4.2)	n.s
	STM-COMET(総得点)	61.1(11.5)	68.1(18.9)	n.s.
	IADL(満点8点)	5.3(1.8)	6.0(1.5)	n.s.
家族	年齢(歳)	64.5(12.6)	48.7(12.2)	*
	介護肯定感(満点68点)	50.7(8.8)	53.9(4.9)	n.s.
	介護負担感(満点28点)	17.4(2.6)	18.2(1.9)	n.s.
	痴呆介護の理解度を測る小テスト(満点25点)	17.2(4.2)	19.1(2.9)	n.s.

Mann-WhitneyのU検定による　　＊＝p＜0.01，　n.s.=no significance

Ⅱ. 方　法

1. 本人に対する評価

(基準時・6ヵ月後に評価)

1)改訂版長谷川式認知機能評価スケール(以下 HDS-R) [1]

2)聖マリアンナ医科大学式コンピュータ化記憶テスト(以下 STM-COMET) [2]

3)日常生活動作能力評価尺度(Instrumental Activity of Daily Living：IADL) [3]

1)、2)ともに本人の見当識、短期記憶、精神的敏捷性などの程度を評価する検査で臨床心理士によって実施される。3)は家庭での様子を家族に評価記入してもらう。

2. 家族に対する評価

(基準時・6ヵ月後に評価)

1)痴呆介護の理解度を測る小テスト

25問から成り○×で回答する小テスト方式。疾患、介護方法、介護ストレス、福祉サービスなどの情報についての知的理解度を評価する。問題は教室のスタッフが考案し、講義内容の理解により得点が上昇するように作成されている。

2)介護負担感(質問紙：4件法) [4]

6項目から成り、不安感、拘束感、対人葛藤、限界感の因子から構成されている. 4件法で得点が高いほど介護負担感が高いことを示す. 満点は28点である。

3)介護肯定感（質問紙：4件法）[4]

18項目から成り、満足感、自己成長感、介護継続意思、有能感、ストレスマネジメントの5因子から構成されている。4件法で得点が高いほど介護肯定感が高いことを示す。満点は68点である。

結果の統計処理はSPSS10.0 for windowsを使用し、各群内比較はWilcoxonのT検定を、介入群と非介入群の2群間比較はMann-WhitneyのU検定を用いた。危険率5%を有意水準とし、10%を傾向とした。

Ⅲ. 結　果

1. 基準時の群間比較

2群間の基準時の属性を、Mann-Whitney の U 検定により検定した。その結果、表4-1に示したとおり基準時の家族の平均年齢において有意差(Z=-2.479, df=16, p<.1)を認めた。そのほかの評価尺度については、統計学的な有意差を認めなかった。

2. 本人評価尺度の比較

表4-2にはHDS-R、STM-COMET、IADLの比較結果を示した。

1) HDS-Rの6ヶ月間の変化は、各群内比較ならびに2群間比較を行った結果、共に有意差を認めなかった。

2) STM-COMET総得点の6ヶ月間の変化は、介入群内の6ヶ月比較ならびに2群間比較において、それぞれ有意差を認めなかった。しかし、非介入群内の6ヶ月比較において得点の増加傾向が窺われた（Z=-1.78, df=6, p<0.1)。

3) IADLの6ヶ月間の変化は、非介入群内の6ヶ月比較ならびに2群間比較において、それぞれ有意差を認めなかった。しかし、介入群内の6ヶ月比較において得点の減少傾向が窺われた(Z=-1.89, df=16, p<0.1)。

表4-2 本人における介入群と非介入群のHDS-R、STM-COMET、IADL得点の比較

			介入群 (N=17)	介入群内比較	非介入群 (N=7)	非介入群内比較	2群間比較
			平均値 (SD)	(基準時-6カ月後の比較) P2)	平均値(SD)	(基準時-6カ月後の比較) P2)	(変化量) P1)
本人	HDS-R	基準時	19.4(3.9)	n.s.	19.9(4.2)	n.s.	
		6カ月後	20.4(4.5)		21.0(5.8)		
		変化量(6カ月後－基準時)	1		1.1		n.s.
	STM-COMET	基準時	61.1(11.5)	n.s.	68.1(18.9)	†	
		6カ月後	63.6(13.2)		72.9(17.0)		
		変化量(6カ月後－基準時)	2.5		4.8		n.s.
	IADL	基準時	5.3(1.8)	†	6.0(1.5)	n.s.	
		6カ月後	4.8(1.6)		6.0(1.4)		
		変化量(6カ月後－基準時)	-0.5		0		n.s.

)Mann-WhitneyのU検定による, 2)Wilcoxonのt検定による　　†=p<.01, n.s.=no significance

3. 家族評価尺度の比較

1) 痴呆介護の理解度を測る小テスト成績の6ヶ月間の変化において、介入群内で統計的に有意差($Z=-3.63$, $df=17$, $p<0.01$)を認めた。これは、介入前より6ヵ月後の方が有意な得点上昇を示した。さらに介入群と非介入群の2群間比較において、統計的有意差($Z=-2.53$, $df=23$, $p<0.01$)が認められ、介入群が非介入群に比して有意な得点の上昇を示した(表4-3)。

2) 介護負担感においては、介入群と非介入群の2群間比較において統計的有意差が認められた($Z=-2.18$, $df=23$, $p<0.05$)。介護負担感の因子ごとでは、限界感において、2群間比較で有意差を認めた($Z=-2.04$, $df=23$, $p<0.05$)（表4-3)。

3) 介護肯定感において介入群内の6ヶ月比較で、有意な得点増加が認められた($Z=-2.08$, $df=16$, $p<0.05$)。介護肯定感内の因子ごとでは、自己成長感においてのみ、統計的に有意差は示さなかったが、介入群内の6ヶ月比較において得点の増加傾向が窺われ($Z=-1.85$, $df=16$, $p<0.1$)、2群間比較においても、変化量に有意傾向が窺われた($Z=-1.93$, $df=23$, $p<0.1$)。

表4-3 家族における介入群と非介入群の介護の理解度を測る小テスト、介護肯定感、介護負担感の得点比較

				介入群(N=17) 平均値(SD)	介入群内比較 (基準時-6ヵ月後の比較) P[2)]	非介入群(N=7) 平均値(SD)	非介入群内比較 (基準時-6ヵ月後の比較 P[2)]	2群間比較 (変化量) P[1)]
家族	痴呆介護の理解度を測る小テスト		基準時	17.2(4.2)	*	19.1(2.9)	n.s	
			6ヵ月後	21.9(2.6)		20.6(1.6)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	4.7		1.5		*
	介護負担感	負担感(合計点)	基準時	17.4(2.6)	n.s	18.1(2.0)	n.s	
			6ヵ月後	18.2(1.9)		15.7(5.1)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.8		-2.4		*
		拘束感	基準時	2.8(1.1)	n.s	2.1(0.9)	n.s	
			6ヵ月後	2.7(0.8)		1.6(0.5)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	-0.1		-0.5		n.s
		対人葛藤	基準時	3.2(0.6)	n.s	3.3(0.5)	n.s	
			6ヵ月後	3.1(0.3)		2.9(0.9)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	-0.1		-0.4		n.s
		限界感	基準時	8.7(2)	n.s	10.1(1.5)	n.s	
			6ヵ月後	9.5(1.5)		8.3(3.7)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.8		-1.8		*
		不安感	基準時	2.7(1.0)	n.s	2.6(1.1)	n.s	
			6ヵ月後	2.9(0.6)		3(1.0)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.2		0.4		n.s
	介護肯定感	肯定感(合計点)	基準時	50.7(8.8)	*	55.7(6.5)	n.s	
			6ヵ月後	53.9(4.9)		54(10.0)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	3.2		-1.7		n.s
		満足感	基準時	15(3.7)	n.s	16.9(2.2)	n.s	
			6ヵ月後	16.1(2.2)		16.0(3.0)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	1.1		-0.9		n.s
		自己成長感	基準時	22(4.3)	†	23.4(3.1)	n.s	
			6ヵ月後	23.5(2.4)		22.4(4.6)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	1.5		-1		†
		介護継続意思	基準時	3.5(0.8)	n.s	3.9(0.4)	n.s	
			6ヵ月後	3.7(0.5)		3.6(0.8)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.2		-0.3		n.s
		有能感	基準時	3.1(0.9)	n.s	3(0.6)	n.s	
			6ヵ月後	3.2(0.5)		3.1(0.7)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.1		0.1		n.s
		介護状況の満足感	基準時	2.5(0.8)	n.s	2.7(0.8)	n.s	
			6ヵ月後	2.6(0.7)		3(0.6)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.1		0.3		n.s
		ストレスマネジメント	基準時	4.6(1.4)	n.s	5.9(1.1)	n.s	
			6ヵ月後	4.8(1.4)		5.9(1.3)		
			変化量(6ヵ月後－基準時)	0.2		0		n.s

1)Mann-WhitneyのU検定による　　*= p<0.05　　†=p<0.1　　n.s=no significance
2)WilcoxonのT検定による

Ⅳ. 考　察

以上の結果を踏まえ、本教室の効果について検討します。

1. 家族年齢の有意差(基準時)について

基準時の家族の平均年齢において、非介入群が介入群に比して若いことが示された。介入グループは必然的に毎週水曜午後に本人・家族共に来院できる人たちに限定されたため、介入群・非介入群の2群の無作為化は臨床上困難であったことに起因するといえる。さらに非介入群の家族は続柄が子供・嫁などが多い一方で、介入群は配偶者が多かった。非介入群は、年齢的にも続柄の役割からも家庭内で多様な役割を担っている年代であることも、本教室への参加困難を生じさせ、結果的に年齢や続柄に偏りを生じさせたと考えられる。

2. 本人に対する介入効果

2群間で有意差は認められなかったが、非介入群が STM-COMET 総得点ならびIADLにおいて、悪化傾向を窺わせた。このことから、本研究の5週間という短期間の介入では、本人の認知機能や日常生活機能に有意な変化を及ぼす効果は示しえなかったといえる。先行研究同様、本研究においても短期間の介入や、介入後に積極的な関わりを本人に持たなかったことからもこの結果は妥当といえる。さらに、本教室で本人に用いた回想法は、情緒的安定への働きかけを主目的とするものであり、今回の評価尺度だけでは、その効果を捉えきれてなかったことが指摘されるだろう。

3. 家族に対する介入効果

1)　痴呆介護の理解度を測る小テスト

介入群の理解が非介入群に比して、6ヶ月間で有意に高まっていた。このことは本教室の家族に対する心理教育的介入が、疾患の理解、AD 患者の特徴ある行動の理解、ストレスの対処方法などの理解を促した結果といえる。

2)　介護肯定感

介入群の肯定感が向上し、その下位因子の自己成長感が非介入群に比して高い傾向を窺わせていた。これらのことより、本教室の介入が家族の介護に対する肯定的態度を維持向上させたといえ、その中で、自己成長感の向上が特に促進されたこと

が窺われる。

上記の痴呆介護の理解度を測る小テストの結果と合わせると、知的理解の促進は介護者自身の介護への自信や人間的成長を促すものであり、その効果はある程度の時間が経過しても維持され、介護に肯定的に取り組む姿勢を支えている可能性が指摘できる。

3) 介護負担感

予想を反し、介入群に比して非介入群が有意な軽減を示した。これは、6 ヶ月の間に本人の認知機能ならびに ADL において病状悪化がほとんど認められなかったことが指摘される。加えて、非介入群も本教室に不参加でも、痴呆専門の外来治療の中でサポートを受けていたことが、介護への対応や介護負担の軽減に関連していると推測される。

しかし、介入群の介護負担感に変動がなかったものの、非介入群との間で差異を生じたことは、本教室の心理教育は痴呆介護に関する情報や知識を得ることで、介護状況への直面化が促され、介護負担は軽減されなかったと考えられる。逆をいえば、非介入群で介護負担感が低下したことは、認知症の軽度期で具体的な介護に直面していないため、認知症を過小評価したり、否認したりしているためと考えられる。重大な疾患等に関する家族の受容プロセスとして、大島ら[5]は 6 段階に分類しているが、非介入群は、その分類の第 3 段階の「否認・過小評価」の時期にいるといえる。一方介入群は第 4 段階以降のプロセスに進んでいると考えられる。このことは、介護肯定感が両群とも得点はほぼ同等であったが、介入群の介護肯定感が上昇していた一方で、非介入群においては不変であったことからも指摘される。つまり、介護肯定感の上昇は、介護を受け入れていこうとする主体的な態度が介入群には存在することを示している。それは自己成長感で 2 群に差異の傾向が窺われたように、介護を通して本人と向かい合うことで、自身も成長していくのだという実感を、介入群は得ていると指摘できよう。本教室における介護家族への心理教育は、介護という現実への直面化を促し負担感を引き出す面はあるが、同時に介護に主体的に関わっていく態度の獲得、介護への準備を家族に促す効果があると推察されるだろう。

V. まとめ

1. 認知症高齢者本人に対する効果

・認知機能や日常生活機能に変化は認められなかった。

2. 介護家族に対する効果

・講義形式による心理教育的介入は、認知症に関する知的理解を促進させた。

・その心理教育は、介護という現実への直面化を促し負担感を引き出す面はあるが、同時に介護に主体的に関わっていく態度の獲得、介護への準備を家族に促す効果があった。

<引用文献>

1) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志ほか:改訂長谷川式簡易機能評価スケール(HDS-R)の作成. 老年精神医学雑誌, 2 ; 1339-1347, 1991.

2) 青葉安里(監) : 聖マリアンナ医科大学式コンピュータ化記憶テスト(STM-COMET). 1999, NECメディカルシステムズ(東京).

3) 大塚俊男, 本間昭(監) : 高齢者のための知的機能検査の手引き. 95-98, 1991, ワールドプランニング(東京).

4) 櫻井成美:介護肯定感が持つ負担感軽減効果. 心理学研究, 70(3) ; 203-210, 1999.

5) 大島啓利・鈴木康之 : 障害者(児)を持つ家族(岡堂哲雄・鑪幹八郎・馬場禮子編, 臨床心理学体系第4巻家族と社会). 267-284, 1990, 金子書房(東京).

第５章　終わりに

聖マリアンナ医科大学病院神経精神科にて「もの忘れケア教室」がスタートしたのは平成 12 年の夏でした。当時、当院では認知症の早期発見の研究を行っており、もの忘れが気になる高齢者が大勢受診されました。しかしそのもの忘れが 「軽度の認知症」によるものと診断されても、疾患そのものに関する情報や、薬物療法以外の治療法、ご家族の対応に関する情報が十分でなかったせいか、ご家族やご本人が「これからどうなるのかもう少し詳しく教えてほしい」「せっかく早くわかったのなら、少しでも進行を防ぐために、できることがあれば教えてほしい」といった希望が多く寄せられました。早期に発見できても「発見しっぱなし」では不十分ということであると理解しました。そこで、「早期発見の利」を生かしてもらうためにも、症状や問題行動が深刻化しないうちに、ご家族やご本人が疾患を理解し、今後について主体的に考え、住み慣れた環境で少しでも長く自立した生活を送ることができるためのお手伝いとして心理教育プログラムが考案されました。以後試行錯誤しながら、本マニュアルの形として定着するまでに 19 グループが終了しています。

知識が増えると、過剰な不安が軽減したご家族もいれば、ピンと来なかった現実が急に身近に感じられ、余計不安になったご家族もいらっしゃいました。ご本人の場合も同様に、同じもの忘れを持つ仲間に出会い安心する方もいれば、落ち込む方もいらっしゃり、反応は様々でした。しかし多くの参加者に生じたのは、「思い込みが修正され、現実的になる」という変化であると感じています。つまり疾患の受容に対してコマを一歩進めたといえるでしょう。疾患を受け入れることなくては、先のことなど考えられるはずはありません。しかし現実へ直面する作業は個人では難しいものです。それをスタッフや、同じ状況にある仲間の力を借りながら、少しずつ行うこととなります。

しかし当然ながら「これで無事終了」、というわけではありません。認知症という病気の道のりが長く、決して平坦ではないことは皆さんがご承知のとおりです。「もの忘れケア教室」は、いつまで続くかわからない長い旅に対するオリエンテーションのようなものです。その旅の長さに対してたった５回のセッションはあまりにも短いとお感じの方も多いことでしょう。しかし旅にずっと付き添うわけにはいかないのです。進む方向や装備をチェックし、専門家を適宜利用する方法をお教えすることが専門家の役割です。あとは個々がご家庭の事情に応じて、「ルート」や「移動手段」等を選択していきます。つまり当事者の主体性をできるだけ多く引き出すことが、早くその家族らしい生活を後押しすることにつながるといえるでしょう。援助する側は、一般的な情報提供をしつつ、参加者が

抱えている不安や心細さ、悔しさに寄り添い、自分たちで解決法を模索していくのを見守ります。これらは心理療法的なスタンスと共通するもので、援助を仕事にする場合、常に留意すべき点と我々は考えています。

さて、このプログラムはどんな施設で実践可能でしょうか。プログラムには疾患教育も含むため、認知症の治療を行っている医療機関での実践はすぐにでも可能だと思われます。また医療機関と連携可能な高齢者福祉施設や公的機関でも十分応用できるでしょう。特に認知症の早期発見を積極的に行っている医療機関の場合、このようなプログラム導入は利用者のニーズに適しているものと推測できます。一方医療機関から独立した機関の場合は、軽度認知症の参加者をリクルートする方法に工夫が必要になるでしょう。現在の我が国では、特に軽度の認知症高齢者を対象にしたサービスやリハビリテーションが圧倒的に不足しています。今後、早期発見の技術はますます向上していくと予想されますが、新たな治療法の開発を急ぐとともに、彼らを支えるサービスの増加が望まれます。その際、「もの忘れケア教室」の手法が応用できるものと思っています。

ただし、本稿をお読みになり、「スタッフが足りないのでうちの施設では無理」「手続きが煩雑すぎて現実的でない」という印象を持たれた方も多いかもしれません。当教室の場合、大学病院という現場の特性上、介入効果を検討する必要性や、学生・研修医の教育義務もあるため、プログラム構成が細かくなっておりますが、これが一般の施設で容易に行えるものではないと承知しています。このマニュアルでは、「実施したい」とどなたかが思った場合、すぐにでも実践できるよう、手続きを可能な限り具体的に記述してあります。またより軽度認知症の理解を深めるための参考文献も添付しております。これらを参考として、それぞれの現場に合った人員配置や内容を検討していただければ幸いです。

最後に「もの忘れケア教室」が多くの施設で応用され、軽度の認知症の方々とそのご家族が、重症度に応じたサービスを受けられる環境が整うことを切に願います。

抱えている不安や心細さ、悔しさに寄り添い、自分たちで解決法を模索していくのを見守ります。これらは心理療法的なスタンスと共通するもので、援助を仕事にする場合、常に留意すべき点と我々は考えています。

さて、このプログラムはどんな施設で実践可能でしょうか。プログラムには疾患教育も含むため、認知症の治療を行っている医療機関での実践はすぐにでも可能だと思われます。また医療機関と連携可能な高齢者福祉施設や公的機関でも十分応用できるでしょう。特に認知症の早期発見を積極的に行っている医療機関の場合、このようなプログラム導入は利用者のニーズに適しているものと推測できます。一方医療機関から独立した機関の場合は、軽度認知症の参加者をリクルートする方法に工夫が必要になるでしょう。現在の我が国では、特に軽度の認知症高齢者を対象にしたサービスやリハビリテーションが圧倒的に不足しています。今後、早期発見の技術はますます向上していくと予想されますが、新たな治療法の開発を急ぐとともに、彼らを支えるサービスの増加が望まれます。その際、「もの忘れケア教室」の手法が応用できるものと思っています。

ただし、本稿をお読みになり、「スタッフが足りないのでうちの施設では無理」「手続きが煩雑すぎて現実的でない」という印象を持たれた方も多いかもしれません。当教室の場合、大学病院という現場の特性上、介入効果を検討する必要性や、学生・研修医の教育義務もあるため、プログラム構成が細かくなっておりますが、これが一般の施設で容易に行えるものではないと承知しています。このマニュアルでは、「実施したい」とどなたかが思った場合、すぐにでも実践できるよう、手続きを可能な限り具体的に記述してあります。またより軽度認知症の理解を深めるための参考文献も添付しております。これらを参考として、それぞれの現場に合った人員配置や内容を検討していただければ幸いです。

最後に「もの忘れケア教室」が多くの施設で応用され、軽度の認知症の方々とそのご家族が、重症度に応じたサービスを受けられる環境が整うことを切に願います。

「軽度痴呆性高齢者とその介護家族への心理教育的プログラムの開発と検証」
委員会委員名簿

山口　登*　　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室　助教授

新妻　加奈子　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室

伊藤　幸恵　　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室

松尾　素子　　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室

川合　嘉子　　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室
（平成17年4月より　鶴川サナトリウム病院　）

高澤　みゆき　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室
（平成17年4月より　東京女子医科大学小児科学教室　）

森嶋　友紀子　医療法人　新光会　生田病院
聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室

田所　正典　　うるし原メンタルクリニック

小野寺　敦志　社会福祉法人　浴風会　認知症介護研究・研修東京センター
研究企画主幹

＜研究協力者＞

三宅　裕子　　聖マリアンナ医科大学　神経精神科学教室

報告書名

平成16年度老人保健健康増進等事業報告書
(介護保険制度の適正な実施及び質の向上に寄与する調査研究事業)

介護家族から専門職まで人材育成に関する研修システムと教材開発に関する研究
「軽度痴呆性高齢者とその介護家族への心理教育的プログラムの開発と検証」
報告書
介護早期支援プログラム「もの忘れケア教室」マニュアル

発行元

社会福祉法人　浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
(旧　高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西1-12-1
電話：03　3334　2173　FAX：03　3334　2718
URL　http：//www. dcnet. gr. jp/

発行年月

平成17年（2005年）3月