

報 告 書

研究テーマ

認知症の人が可能な限り在宅で過ごせるための
家族向けケア技術研修の効果
～ユマニチュードという実践的ケア技法を用いて～

申請者名 伊東 美緒

助成対象年度 2014年度後期

提出年月日 2016年2月22日

1. 研究背景

2025年には認知症高齢者数は700万人を超える¹⁾といわれており、病院や介護施設などの受け皿が不足することが懸念されている。そのため、新オレンジプランにおいては、認知症があっても可能な限り地域で過ごすことを強く求めており²⁾、地域住民の認知症ケアに関する知識を高めることが課題となっている。

地域住民が認知症ケアに関する知識を高めることを目的として、行政を中心に、認知症サポーター養成講座が日本全国で開かれており、当講座を受講したものは認知症サポーターの証としてオレンジリングというブレスレットのようなものを受け取り、地域での目印としている。この認知症サポーターの数は、すでに713万人を超えており³⁾、一定の成果を出しているものの、認知症サポーターが実践する場がないことが課題で、地域住民が認知症ケアに精通する仕組みにはまだ至っていないといえる。

また、介護保険制度が導入されて約15年が経過し、ケアが必要な人を支える医療・福祉サービスは徐々に充実してきている。しかし、認知症の人を在宅でケアするには、身近な家族の負担を増加させやすく、認知症の人が長期間在宅で過ごすことを目指すことによって、介護する家族が早期に要介護状態になるような事態は避けなければならない。介護する家族の健康を保ちながら認知症の人が可能な限り在宅で生活するためには、認知症の人への接し方を学ぶことが重要である。

しかし、ケアを行うたびに大声を出したり、叩いたりする人に、どのように接すると混乱させないでおむつを交換できるのか、徘徊する認知症の人の人にどのようにアプローチすればよいのかといった現実的な問いに、相対的に答えてくれる技術は実はほとんどない。だからこそ、おむつ交換や入浴・食事のケアなど、どうしても行わなければならない場面において、つい強い口調で話しかけたり、強制的な力を加えてしまうことによって、認知症症状を悪化させてしまう。認知機能の程度と介護負担感には有意な関連はないとする報告が多く^{4) 5) 6)}、認知機能の低下よりもセルフケア能力の低下やBPSDの悪化が介護する家族を疲弊させるという指摘がある⁶⁾。

これまでパーソンセンタードケア⁷⁾をはじめとして国内外からの様々な認知症ケアに関する考え方や技法が紹介されてきた。しかし、その多くは理論的、哲学的なものであったり、ある程度の時間を設けなければ実施することができないなど、多忙なケア従事者や家族が日常的に活用することは難しいのが現状である。フランスで開発された“ユマニチュード[®]”⁸⁾というケア技法は、近づいて、ケアを行って、離れるまでの流れの中で、相手の見方・話しかけ方・触れ方といった最も根本的なケア方法について、認知機能のレベルにあわせた接し方を詳細に言語化している。例えば、1m離れたところから大きな声を出して声をかけても全く通じない人に対しては、まずは相手の視野に入り笑顔で近づく。相手がこちらを認識してから声をかける。声をかけるときには、相手の名前を読んだ後で必ず自分の名前を伝える。そして肩やひざなど、相手が嫌がらない部位にそっと手を触れて、日常会話からスタートする、といった風に、当たり前と思われそうで、実はできていないことを細部まで言語

化しているのが特徴である。

平成 26 年度は、療養型病床群および急性期病院の一部の病棟において、病棟すべての職員に 3 時間の基礎研修を受けてもらい、研修前、1 か月後、3 か月後の変化を調べた。とくに、抵抗の強い患者において、職員が改善を認めるケースが多く、同時に職員の負担感が高まらなかった。しかし、在宅で介護する家族に対する調査は、まだ実施できていなかったため、今回貴財団の研究助成を受けて、家族介護者を対象としたユマニチュードケア技術研修の効果調べることにした。

2. 目的

家族向けの認知症ケア研修プログラムを作成し、介護家族に研修を受けてもらうことによって、在宅での介護者の介護負担感および、BPSD(認知症の行動・心理症状)の変化を調べる必要がある。本研究では、介護する家族に対して、小グループでの研修を受けてもらい、それが在宅でのケアや家族の負担感にどのような変化をもたらすのかを明らかにすることを目的としている。今回、研究協力の得られた組織は、山陰地方の島しょ部と東北地方の地方都市である。過疎化する地域での認知症ケアのあり方を検討することは、わが国では喫緊の課題ともいえるため、家族だけでなく研究協力者に関わるケア専門職にも研修を行い、過疎地域における認知症ケアのあり方についても検討する。

3. 対象と方法

研究期間内に、山陰地方の島しょ部および東北地方の地方都市の 2 か所で調査を実施し、島しょ部で 5 名、地方都市で 4 名の介護家族から調査協力が得られた。認知症の人がデイサービス等を利用している間に、介護家族向けの研修を実施した。研修プログラムは、講義 30 分、実技 30 分の合計 1 時間の学習を 1 回実施した。計画では首都圏を基準として 1 時間の学習を 3 週間実施する予定であったが、介護家族の負担が大きいという意見に合わせて調整を加えた。研修は、11 時から 12 時までで設定し、その後昼食を食べながら雑談する時間を設けた。家族と専門職が情報を共有できるように、デイサービスのスタッフや訪問看護師らにも研修を実施した。研修内容を自宅でも確認できるように、家族が心がけるべきポイントをまとめた DVD および、DVD 中のポイントを示す部分を抜き出した印刷物を全員に配布した。

3 か月後のフォローアップ調査では、島しょ部の家族にはインタビュー調査として病院の一室に集まってもらい、昼食をとりながら、ユマニチュード技術の使用状況や、認知症の本人および介護家族の状況について語ってもらった。地方都市では、家族の都合が合わなかったため、訪問の許可の得られた家族に対して自宅を訪問し、主に口腔ケアの状況を観察した上で、ユマニチュード技術の使用状況や認知症の人、介護家族の状況についてインタビューを実施した。

研修前、1 か月後、3 か月後の段階で、調査票を送付し、認知症症状 (Behavioral

Pathology in Alzheimer's Disease Scale . 以下 Behave-AD) および介護負担感 (Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版. 以下 J-ZBI) を用いてアンケート調査を実施した。本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の倫理審査で承認され、実施した。

4. 結果

(1) 対象者の概要

調査対象は、認知症の人は9名、介護家族10名から研究協力の同意を得た。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、認知症の人は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。家族介護者と話をする中で、穏やかに介護できている人が多いようだった。明確に困難さを語ったのは、KとQの2名のみであった。

表1. 対象者の概要

	認知症の人						介護家族		
	年齢	性別	認知症の種類	要介護度	年齢		性別	続柄	
山陰地方	A	80	男性	アルツハイマー病	要介護1	I	76	女性	妻
	B	82	女性	アルツハイマー病	要介護1	J	61	女性	嫁
	C	80	男性	アルツハイマー病	要介護2	K	62	男性	息子
	D	89	女性	レビー小体型認知症疑	要介護1	L	62	女性	娘
	E	86	女性	アルツハイマー病	要介護1	M	88	男性	夫
東北地方	F	89	女性	アルツハイマー病	要介護2	N	69	男性	息子
						O	43	男性	孫
	G	82	女性	脳血管性認知症	要介護1	P	56	女性	娘
	H	64	男性	アルツハイマー病	要介護1	Q	69	女性	妻

(2) 認知症症状の変化

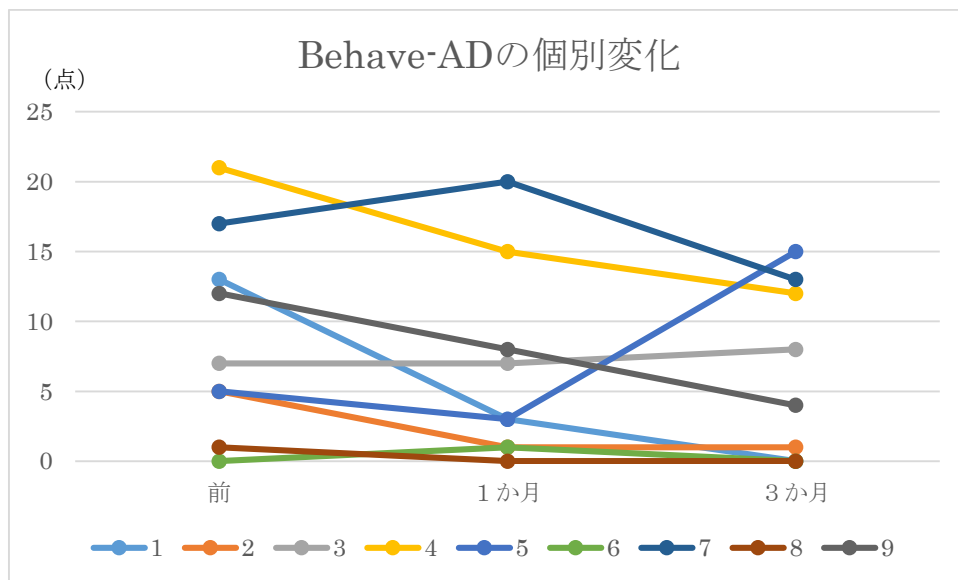
認知症症状の変化を、Behave-AD を用いて調べた。対象となる認知症高齢者は8名であるが、介護者がそれぞれ認知症症状を評価しているため、事例Hについては、息子と孫のそれぞれによる評価が含まれている。

研修前と1か月後、および研修前と3か月後で、t検定を行ったところ、研修前と1か

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た ($P < 0.001$)。

事例ごとにスコアの変化を調べた (図 1)。研修前に比べて、図 1 の 5 (表 1 の E) 以外は、維持もしくは低下していた。1 か月から 3 か月の段階でスコアが上昇した事例 5 については、1 か月後から 3 か月後の間で急激に認知症症状が進行し、受診して薬剤の調整を行っていた。

図 1 : 事例別にみた Behave-AD の変化

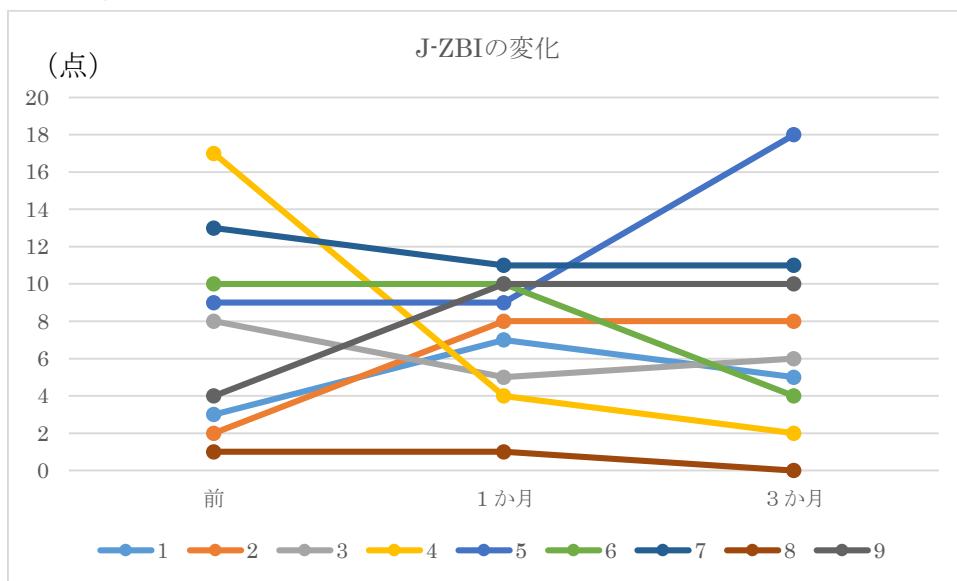


(3) 介護負担感の変化

介護負担感の変化について、J-ZBI を用いて調べた。研修前と 1 か月後、および研修前と 3 か月後で、t 検定を行ったが、平均値はほとんど変化せず有意な差は認められなかった。

図 2 の 5 (表 1 の M) のみで、1 か月から 3 か月にかけて大幅にスコアが上昇していた。図 1 の 5 の介護者であるが、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。

図2：家族介護者の介護負担感の変化



(4) 訪問調査で把握された変化

自宅への訪問およびケア状況の撮影の許可を得られたのは地方都市の3名で、そのうち研修前と3か月後の両方で訪問できたのは2名（認知症高齢者F-家族介護者O、認知症高齢者G-家族介護者P）であった。GとPは、研修前から穏やかにケアしており、明確な変化は認められなかった。しかしFとOについては、研修前には「もういいよ、そんなのしなくても」、「あー、もうお菓子こぼすなよ」などと否定的な発言がしばしば認められたが、3か月後には「いいよ、ゆっくりで」などと穏やかに声掛けをしていた。孫であるOに、研修前後での変化について聞いてみると、「自分ではあまり変わったとは思わないけれど、少し待てるようになった気がする」と語っていた。

(5) 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

島しょ部では、3か月後のインタビュー調査にA、B、Dの3名の協力を得られた。AとD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、Bのみ認知症症状はほとんどないと語っていた。図1、図2のD（図中の4）のスコアを見比べてみるとBehave-ADもJ-ZBIも低下していた。D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。B（図中の2）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、そのことについてたずねてみると、「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、次は気を付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。

5. 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、認知機能が低下した人たちへのアプローチ方法を学び、日々の生活におけるストレスフルなかかわりを少しでも減らすことが求められる。これまでに実施した介護施設における観察調査の中で、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た。小さな驚きであっても、それが繰り返されれば、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、（目の前の家族が嫌だ）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⁹⁾。

介護家族が、小さな驚きを感じさせないケアを実施することによって、不必要な苛立ちを感じるものが減り、認知症症状を軽減できると考える。Behave-ADの平均値が、研修前と1か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、認知症の人を苛立たせなくなった可能性がある。認知症ケアにおいては、日々倫理的な課題に直面する。よいことをするつもりで実際にはひどいことをしていることも実際にはある¹⁰⁾。例えば、清潔を保つために入浴介助をする時に、認知症の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。認知症の人は、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り、そのための一つのツールとしてユマニチュードの家族向け研修は役立つものと考えられる。

ただし、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、認知症が進行するときには、基本的なアプローチ方法だけでは症状を維持・軽減することは難しいことが理解できた。

（2）介護負担感の軽減

通常は時間の経過とともに認知症症状が悪化し、介護負担感が強まると考えられているが、今回の研究では、Behave-ADが低下したこともあり、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症状を軽減したり、認知

症症状が進行したとしても認知症の人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、最近の家族との関係性が影響する¹¹⁾ため、コミュニケーションが良好に保たれることによって、新オレンジプランの推進する“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、申請書にも記載した通り、地域で生活する認知症の人をケアする家族介護者を対象としたユマニチュード基本技術研修の効果を調べるためのプレテストである。そのため現段階では、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。

このプレテストで用いた手法を改善し、今後、さらに対象を広げて実施し、分析する予定である。

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)
- 2) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～厚生労働省 HP<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf>
- 3) 認知症サポーターキャラバン～全国キャラバン・メイト連絡協議会 HP <<http://www.caravanmate.com/>>
- 4) Ankri J, Andrieu S, Beaufils B, et al. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psych.* 2005, 20(3), 254-260
- 5) Bergvall N, Brinck P, Eek D, et al. relative Importance of Patient Disease Indicators on Informal Care and Caregiver Burden in Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics.* 2011, 23(1), 73-85
- 6) Springate B.A., Tremont G. Dimensions of Caregiver Burden in Dementia: Impact of Demographic, Mood, and Care Recipient Variables. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014, 22(3), 294-300
- 7) トム・キットウッド著、高橋誠一訳. 認知症のパーソンセンタードケア. 筒井書房, 東京, 2005
- 8) 本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ. ユマニチュード入門. 医学書院, 東京, 2014
- 9) 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, 66-84, 東京, 2013
- 10) Hughes J C., Baldwin C. *Ethical Issues in Dementia Care.* Jessica Kingsley Publishers, 15-22, London and Philadelphia, 2006
- 11) 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