

在宅ケア推進に関する研究事業

総括研究者 荒井 由美子（国立長寿研究センター研究所長寿看護介護研究室）

A 研究目的

在宅ケアを推進していくためには、高齢者が介護を必要としない状態を保つためにはどのような支援が有効であるのか、また、介護が必要になった場合に、それによって生じる諸問題に対してどのような支援が有効であるのかを検討することは不可欠であると考えられる。そこで以下の研究が行われた。

荒井の研究では、在宅痴呆高齢者の問題行動と家族介護者の介護負担との関連を確認し、更に、個々の問題行動の出現頻度と介護負担との関連を検討することを目的とした。遠藤の研究では、回想法の有効性とその応用について考察することを目的とした。益田の研究では、痴呆介護を乗り切るための支援プログラムを介護家族に実施し、その有効性を検証することを目的とした。尾之内の研究においては、痴呆啓発事業、介護家族支援事業、そして医療・保健・福祉・家族ネットワークづくり事業の一環として、地域出前講座、介護講演会、介護者交流会、介護家族の個別相談・交流会を開催することを目的とした。

B 研究方法

荒井の研究においては、調査の趣旨を書面および口頭にて説明した上で、書面での同意を得られた 32 組を対象とし、家族介護者に対しては自記式質問票によるアンケートを実施した。質問票の内容は、家族介護者の人口統計学上の属性（年齢、性別）、日本語版 Zarit 介護負担尺度の短縮版（J-ZBI_8）、Troublesome Behavior Scale（TBS）とした。遠藤の研究においては、高齢者に対して回想法を実施した。益田の研究においては、介護者同士が集まって在宅介護に関する知識や考え方を学び、話し合う機会を設定するという家族支援プログラムを 6 回実施した。また、その効果を評価するために、プログラム実施 2 週間前に日本語版 Zarit 介護負担尺度（J-ZBI）に回答してもらい、プログラム終了後に再度回答してもらった。尾之内の研究においては、参加者に講演会や交流会等に参加しての感想を記入してもらった。

C 研究結果

荒井の研究では、問題行動の頻度が多い痴呆高齢者を介護する家族介護者は、介護負担も高いことが確認された。また、個々の問題行動と介護負担との関連を明らかにするために、TBS 全 14 項目のそれぞれにおいて、家族介護者を痴呆高齢者の問題行動の頻度により群分けし（なし群、低頻度群、高頻度群）、群間の介護負担を検討した。その結果、「徘徊」、「隠蔽」、「仮想作業」、「団欒妨害」、「放尿・弄便」の 5 つの項目において、群間の差が有意であった。遠藤の研究では、回想法の実施前後で Moses 得点に有意差がみられた。益田

の研究では、支援プログラムの実施前後で、J-ZBI 得点に有意差は見られなかった。尾之内の研究では、地域出前講座 1 回、介護講演会 2 回、介護者交流会 5 回、介護家族の個別相談・交流会 2 回、医療・保健福祉ネットワークづくりの話し合い 1 回が開催された（感想の詳細は、個別の報告書を参照のこと）。

D 考察

荒井の研究結果から、問題行動の発生頻度の増加に伴う介護負担の増悪という側面とともに、その有無自体が既に介護負担の増悪に大きく関与している可能性も示唆された。益田の研究結果においては、支援プログラムの有効性は支持されなかったが、対象者数が 5 名と少なかったため、今後も研究を継続し、データを蓄積し、結果の再評価を行う必要があることが示唆された。また遠藤の研究結果においては、回想法の高齢者施策への応用の可能性が述べられた。尾之内の研究結果から、介護専門職が痴呆を学ぶ場が少ないこと、介護者交流会は介護者の心のケアの場として重要なこと、家族介護者だけではなく介護専門職へのメンタルサポートも必要であること等が示唆された。

E 結論

介護負担の原因解明という観点から荒井は、問題行動が少しでも見られること自体が負担を高めると考察した。介護負担の軽減という観点について益田は、介護者への支援プログラムとして、介護者同士が集まって在宅介護に関する知識や考え方を話し合う交流会を開催した。一方、遠藤は回想法の応用に関しての考察を行った。また、尾之内は家族介護者や要介護高齢者への支援だけではなく、在宅ケアに携わる介護専門職への支援の必要性を指摘した。

F 参考文献

分担報告書参照

G 研究発表

分担報告書参照

痴呆症の介護予防を目的とした地域包括ケアシステムの構築に関する研究事業

主任研究者 遠藤英俊（国立療養所中部病院）

分担研究者 来島修志（日本福祉大学高浜専門学校）

A 研究目的

介護保険は2000年4月に導入され、現在2005年の改正にむけて社会保障審議会・介護保険部会で審議がなされている中で、痴呆症の予防医療や介護予防の重要性が増している。しかし痴呆症の介護予防のノウハウについて確立されたものはなく、これまでは手探りの状態であった。2000年当時から我々は介護予防の標準化をはかり、その効果を実証し、その方法の普及をはかることを目的にいくつかの研究事業を行ってきた。介護予防とは介護を必要としないように、寝たきりや痴呆症にならないように努力すること、また要介護状態になった場合に進行しないように、また残存機能維持のために、ケアやリハビリテーションを継続的に行うことである。

痴呆症の介護予防を考える上で、音楽療法や芸術療法など多種多様な取り組みがなされてきたが、これまで認知機能など痴呆症に特化したデータは十分ではなかった。その中で我々は数年来、回想法に関する研究事業を行ってきた。すなわち回想法を用いた介護予防の方法とその成果のエビデンスを求めてきたところ、健康高齢者に対して、また痴呆性高齢者に対して有用性がいくつか蓄積された。そこで本研究ではこれまでに行った研究成果をもとに、介護予防を確立し、地域にフィードバックし、介護支援専門員との連携による新しい地域包括ケアシステムの構築に関する研究を行ったので報告する。

B 研究方法

厚生労働省の図1に地域包括ケアシステムの概念図を示した。以下にその内容、説明を述べる。

介護保険制度の創設により、ケアマネジメント（個々の要介護者の心身の状況等に合致したケアを総合的かつ効率的に提供する仕組み）が導入された。

・ケアマネジメントの手順

- (1) 高齢者の状況を把握。生活上の課題を分析（アセスメント）した上で、
- (2) 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、(1)に応じた介護サービス等を組み合わせる（プランニング）
- (3) (1)及び(2)について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で（多職種協働）、意思統一を図る

(4) サービスを実施するとともに、サービス等の実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図る

ケアマネジメントを立て直すには、ケアマネジャーの資質の向上とともに、ケアマネジメントの標準化、困難事例等への支援、ケアマネジャーの中立・公正の確保が必要である。また、要介護高齢者の生活を支える観点からは、高齢者の状態の変化に対応し、様々なサービスを継続的・包括的に提供していく必要があり、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行う必要がある。介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなど地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）が提供されることが必要である。地域包括ケアにより、医療サービスと介護サービスが適切に組み合わせられて提供されれば、ターミナルケアが必要な状態に至るまで、高齢者の在宅での生活を支えることが可能になる。地域包括ケアを有効に機能させるためには、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う在宅介護支援センター等の機関が必要であり、市町村から介護予防事業も請け負う場合も多く、現実的である。以上の状況をふまえ、介護予防との連携についてまとめる。

C 研究成果

現在、要支援や要介護1において、介護予防の成果があがらず、要介護度が1年後に悪化することが注目されている。そこで要介護度にあわせた介護予防、リハビリが重要とされているが、痴呆症においては介護予防のエビデンスがなかった。しかし最近我々のグループは回想法を用いた痴呆症の認知機能に関する有意差のあるデータを得た。現在はさらに検討を加えている。そこで介護予防事業と地域包括ケアシステムにおいて、回想法をどう結びつけるかが重要である。つまりケアプランの中に要介護度の維持、または向上のために介護予防を取り入れる必要があり、アセスメントで痴呆症の課題を抽出し、その上で有効なりハビリなどのサービスを提供することとなる。表1に痴呆症の介護予防とケアマネジメントの関係について示した。つまり地域包括ケアシステムにおいて介護予防はケアマネジャーによりデイサービスはインフォーマルケアで取り入れることが可能であり、自立、非該当の対象者には保健事業として取り組みが可能であり、長期的にみれば痴呆症の介護予防は回想法など種々の取り組みにより可能となる。

我々は痴呆症に対して回想法を用いた介護予防を検証してきた。痴呆症の介護予防に道をひらき、平成15年度の老人保健等健康増進事業でも、市町村担当者むけの研修を行った。いくつかのデータを得て回想法による介護予防が可能であることを実証した。なお回想法の技術的な課題については来島班員が回想法プログラムを作成し、資料1として添付する。

D 考察

回想法を包括ケアシステムに取り入れることは、介護費用を削減することになり、さらに長期的には痴呆症の進行遅延と高齢者のQOLの向上を軸とする介護予防が可能となる。したがって介護支援専門員に回想法を教育すること、もしくはよく理解してもらい、デイサービスを利用するだけのプランを立案するのではなく、在宅介護支援センターやボランティアによるミニデイなどで介護予防教室に参加してもらえば、簡単に実現は可能となる。

E 結論

介護予防と地域ケア包括システムのドッキングをし、地域における介護予防の展開を行うことが求められる。回想法により痴呆症の介護予防は可能であり、その主体となるのはケアマネジャーである。介護予防の導入のための現任研修の検討が必要である。

F 参考文献

- 1) 黒田研二、藤井博志編集、地域で進める介護予防、中央法規出版
- 2) 野村豊子著 回想法とライフレビュー その理論と技法 中央法規出版 1998
- 3) 回想法・ライフレビュー研究会編 回想法ハンドブック - Q&Aによる計画、スキル、効果評価 - 中央法規出版 2001

G 研究発表 なし

図 1、地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム

個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み

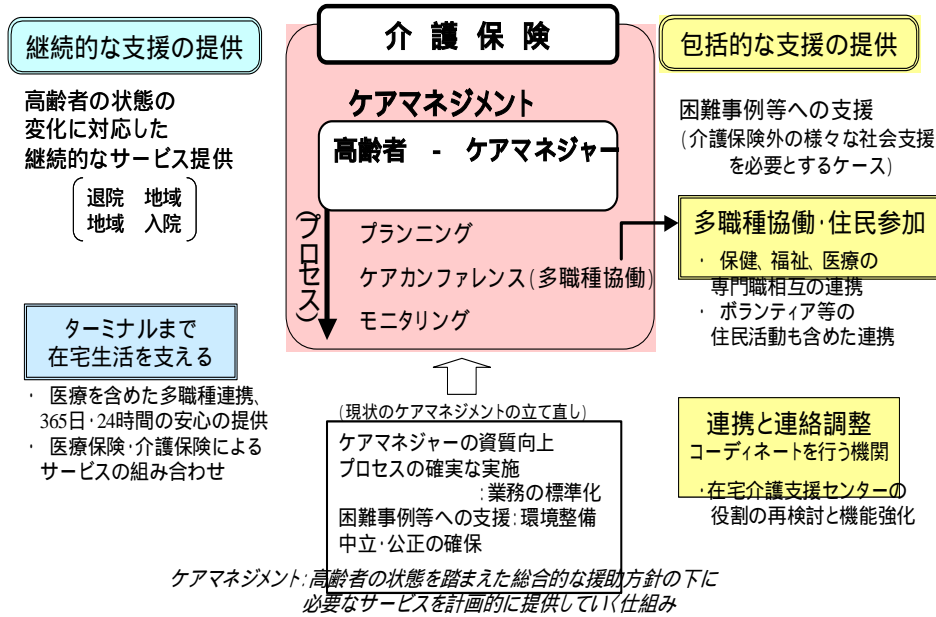


表 1 . 痴呆症の介護予防の取り組みとケアマネジメントとの関係

- 1) デイサービス、デイケアにおいて回想法の取り入れ(ケアマネジメント)
- 2) ミニデイ、ボランティアによる回想法の取り入れ(ケアマネジメント)
- 3) 市町村担当者による介護予防教室での回想法の取り入れ(保健事業)

回想法プログラムの紹介

回想の意味とプログラムのすすめ方

日本福祉大学高浜専門学校

来島 修志 (作業療法士)

1. 「回想」体験

- ◇ 回想のきっかけづくり
- ◇ 「モノ」の力
- ◇ 「集団」の力

2. 「回想法」とは？

- ◇ 回想：高齢者にとって自然な過程であり、積極的な意味・役割をもつ
(Robert N. Butler 1963年 米国)
- ◇ 老年期の課題「自我の統合」(Erikson E.H.) 達成の機会として重要
- ◇ 欧米を中心に、心理社会的アプローチとして様々な職種によって実践
- ◇ 痴呆性高齢者に対する非薬物療法，地域高齢者の介護予防・閉じこもり予防を目的としたアクティビティとして注目！

3. 「回想法」の意義

- ◇ 回想すること自体心地よい**満足**の得られる楽しい活動である
- ◇ 人前で話すことによって人生の主人公としての自分を**受け入れてもらえる**
- ◇ 人に伝え今に活かされる**伝承の役割**を発揮できる社会参加の機会となる

4. 「回想法」の対象と種類は？

- ◇ 一般高齢者，痴呆性高齢者～疾患・障害・重症度別
- ◇ グループ回想法と個人回想法
- ◇ クローズド・グループとオープン・グループ
- ◇ 一般的回想法とライフレビュー（人生回顧）
- ◇ 治療として構造化された（例えば週1回，1時間，12回，固定スタッフ）方法と，生活の中に溶け込んだアクティビティ・ケアやコミュニケーションへの応用
- ◇ 展開としての「テレビ回想法」や「作業回想法」
- ◇ 援助手段としての「回想法」と，茶話会や生活の自然な井戸端会議の中での回想話

5. 「グループ回想法」の実際

グループホームにおける実践（ビデオ）

デイサービスにおける実践（ビデオ）

6. 「グループ回想法」はどうやって行うの？

- ◇ 毎週1回1時間，12回程度続けて，6～8人が円形に座り，計画したテーマに沿って，リーダーがひとりひとりの思い出話を尋ね，**傾聴**していきます．
- ◇ 傾聴を通して参加者が共に語り合い，共感し合えるようにお手伝いします．リーダーは進行役を務めながら，参加者一人一人が人生のドラマを再演する舞台の主演となるよう，**スポットライト**をあてたり，参加者同士の**相互交流**を促したり，いわば舞台監督と演出の役割をとります．それを補佐するのがコ・リーダーです．
- ◇ 古い写真や，学校時代の教科書，昔の遊び道具，生活や家事で用いた古い道具など，“モノ”を効果的に使います．昔使った**なじみのモノ**を見て触れて，思わず名前を言ったり，ウンチクを解説したり，実演して使い方を教えるという行動を**促します**．
- ◇ 現在のことやなじみのない物よりも，高齢者が理解可能で思い出せること，即ち残存能力である**長期記憶**や**手続き記憶**を引き出すテーマや道具を用います．
- ◇ ひとりひとりの生活史を事前にアセスメントしておき，特に悲惨な戦争体験や身内との死別体験を持つ方にはテーマを考慮し，配慮や事後の心理的サポートが必要です．

表1 「グループ回想法」のすすめ方

- * 事前に会へのお誘いをし，インフォームド・コンセントを得ておく
- * 会への招待状・参加簿などを準備し，動機付けを高める工夫をする
導入（起）：挨拶，会の趣旨説明，テーマの紹介
進行（承）：指名，質問，傾聴，相互交流を促す，時に軌道修正
 - ◇ **うなずき，繰り返し，顔を見回し視線を合わせる**
 - ◇ 個々の反応をキャッチする**アンテナ**を常に張っておく
 - ◇ キャッチしたら身振りを交えお互いをつなぐように相互交流を促す展開（転）：道具，物品による情緒的回想の強化
まとめ（結）：参加者の感想，スタッフから参加者への感謝の言葉がけ，会の趣旨の確認，次回の確認
- * 初回時：会の名前を皆で決める
- * 中間時：次回のテーマをリクエストしてもらう
- * 最終回：振り返り，感想，若者への提言，新たな活動へ向けて今後行ってみたい希望

表2 12回のテーマおよび使用道具の例

回	テーマ	使用材料・道具	回想内容の例
1	自己（故郷）紹介	地域の特産物，日本地図	浅草の活動写真，富山の売薬さん
2	名前の由来	赤ちゃん・家族集合写真	個々人の家族・親族の思い出
3	小学校の思い出	尋常小学校国語読本	教育勅語，皆勤賞，お弁当
4	昔の遊び	お手玉，独楽，メンコ	お手玉唄，竹馬，魚採りの仕掛け
5	おやつ	金平糖，麦こうせん	二銭の小遣い，氷棒，かきもち
6	お手伝い	一升枧，ヒノシ，洗濯板	子守り，お蚕さん，米櫃に米の字
7	戦争	出征兵士・学童疎開の写真	折れた針，防空壕，兵隊検査
8	戦後の生活	「りんごの唄」音楽CD	物々交換，闇市，届けられた遺品
9	結婚式	昭和天皇御成婚の写真	三日間夫の顔見られず，人力車
10	子育て	デンデン太鼓，薬箱	ハルビンで出産，息子への仕送り
11	季節の行事・風習	お盆～お供えの野菜の馬	精霊流し，大入道，鯨舟，屋台曳
12	会を振り返って	茶菓子，お茶	集まって話すことはいいこと

参加者の具体的発言，反応は？

- “戦争は絶対だめ！今は幸せ...” “そんなことばかり言うところから戦争がなくならん
のやわ！”とはっきり意見を述べたMさん
- “小学校の先生は 先生やった，ほんまにいい先生やった”回想法が終わると名前
を忘れていたKさん
- “息子の新しい家に泊めてもらって大きな風呂に入ったんよ”とうれしそうにご披露
され1週間後に亡くなられたTさん
- “そんなことも知らんでどうするだ，ほんとに何も知らんなあ”とリーダーをコケお
ろすTさん
- “遊び場はお薬師様” “弟をおぶって子守しながら遊んだ...縄跳びをしたとき，よう舌
を噛まんかった，ハウって”と爆笑を誘い，今のやさしさを感じさせてくれたMさん
- 男は黙って立ち上がる？弓を引くマネ，ショウヤ打ち，竹とんぼ飛ばしを披露してく
れたKさん
- “みなさんいかがですか？”と仕切り始めるFさん
- お話しいたきありがとうございましたとお礼を言うと “こちらこそ教えていただきか
ななりません，先生のおかげです，ありがとうございました”と切り返すHさん

7. 「回想法」の効果は？

- ◇ 各回のテーマや他参加者の回想をきっかけに、また懐かしいモノを見たり触れたりすることによって、回想が促され、笑顔が増え、脳への刺激となり、コミュニケーションや対人交流が増えていきます。
- ◇ グループ体験を通して、スタッフやお年寄り同士との絆が結ばれていきます。その絆が心の拠りどころとなり、不安を取り除きます。
- ◇ お年寄りにとって昔とった杵柄やスタッフが知らない体験を他者に披露する機会となり、自尊心を取り戻し、抑うつ改善、活動性向上などの効果が期待できます。
- ◇ 「これからやってみたいこと」が見つかり、“今これから”の原動力になります。
- ◇ スタッフや介護者にとって、お年寄りの力を発見し、新たな関係作りにつながり、コミュニケーションや対応の仕方を学ぶ機会となります。
- ◇ これらの相互作用によって、それまでの悪循環からよい循環へと転換し、お年寄り一人ひとりの残存能力や潜在能力が発揮され、QOLを高めていきます。

表3 効果測定のための評価スケール

- * 認知機能を測定し痴呆のスクリーニングや重症度の判定を行うもの
改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
Mini Mental State Examination (MMSE)
SKT
Clock Drawing Test (CDT) 時計描画テスト
- * 行動観察により運動機能、知的機能、感情機能および精神症状の4領域を評価するもの
Gottfreies-Brane Scale (GBS)
- * 行動観察により老年者の身体機能、認知機能、感情機能を評価し社会活動性を判定する
Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) 高齢者用多元観察尺度
- * 行動観察による日常生活における精神機能、痴呆状態を評価するもの
N式老年者用精神状態尺度 (NM スケール)
- * 行動観察による日常生活動作能力を評価するもの
N式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)
- * 行動観察によりアルツハイマー病の精神症状・問題行動を評価するもの
Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD)
- * 行動観察により認知障害のある患者のうつ状態の重症度を評価するもの
Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) 痴呆患者の気分評価スケール
GDS
- * 身体的機能、精神的健康、社会生活、身体的な快・不快等健康関連 QOL を評価するもの
Medical Outcome Study Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36)

- * 健常高齢者もしくは老年有患者の社会心理特性を評価するもの
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC) 改訂 PGC モラル・スケール
- * 在宅要介護高齢者の介護者を対象とした介護負担を評価するもの
Zarit Caregiver Burden Interview (Zarit 介護負担尺度日本語版)
- * その他評価のための記録
回想法個人継続記録表, 回想法グループ記録, 回想法個人記録

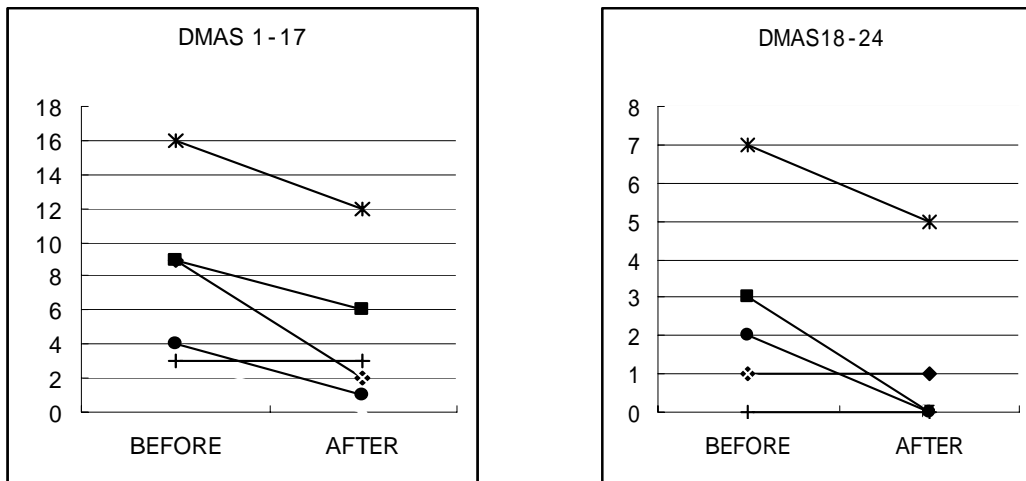


図1 グループホームにおける「グループ回想法」による DMAS の改善効果

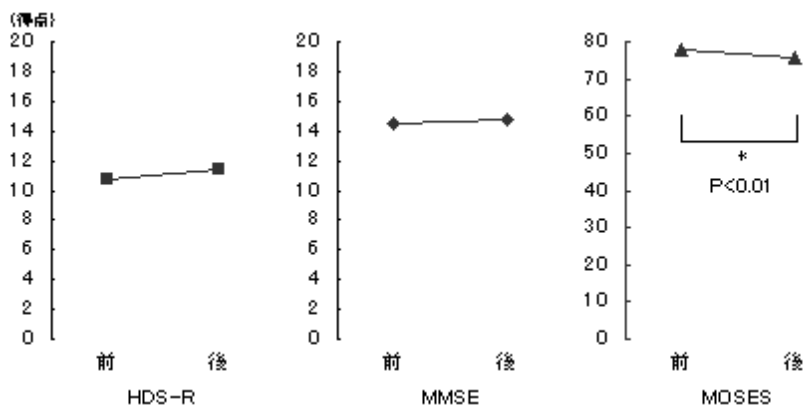


図1 介入前後の各評価スケールによる平均

図2 痴呆性高齢者に対する「作業回想法」介入前後の各評価スケール別平均値の変化 (N = 11)

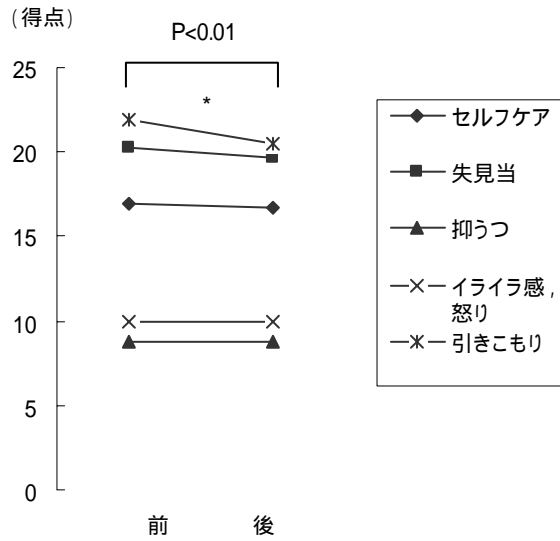


図3 介入前後のMOSES下位尺度別平均値の変化

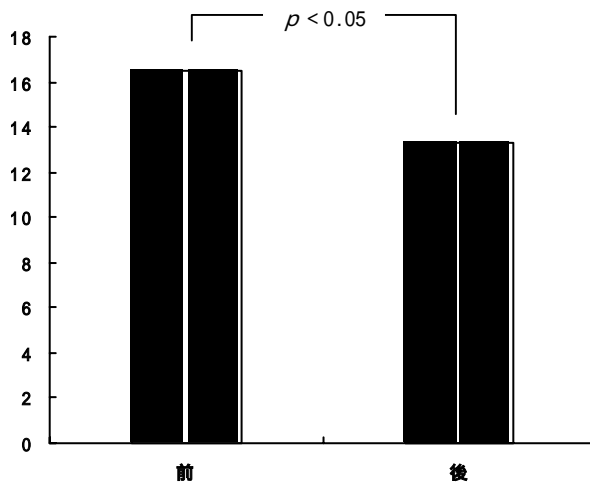


図4 師勝町回想法スクールM組の認知機能 (SKT) への効果

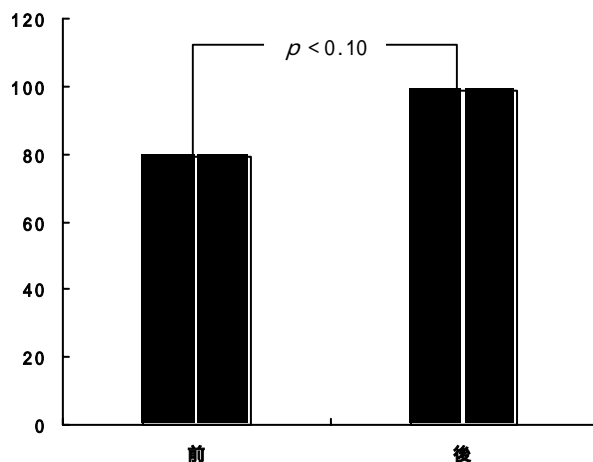


図5 師勝町回想法スクールT組のQOL (SF-36) 社会生活機能への効果

8. 「グループ回想法」の適用

- ◇ 言語的コミュニケーションが可能な方
- ◇ 施設内で目立たない交流の乏しい孤立した方
- ◇ 身体活動の乏しい（機能訓練にのらない，レクリエーションにのらない）方
- ◇ 居場所不安が原因と思われる精神症状・行動障害のある方
- ◇ 生活集団に対する取り組みとして 通所サービス，グループホーム，ユニットケア
- ◇ 地域における閉じこもり傾向のみられる在宅高齢者
- ◇ 職員，家族，介護者にとって，対象者を理解するアセスメントや学習，啓発の機会

9. 「回想法」の展開 ～テレビを使った回想法「テレビ回想法」～

- ◇ テレビ映像を用いて，梅干，糠漬け，とろろご飯の作り方，洗濯，雑巾がけの仕方，昔の遊びなど生活に密着したテーマの，懐かしい映像とともに出演者の回想場面をモデルとして見ていただき，**回想のきっかけ**をつくります．
- ◇ スタッフはテレビを観ながら興味をもったことを自由に尋ねたり，時に**テロップ**の通りに質問をしたり，観終わった後に質問を繰り返したりして，回想を促していきます．
- ◇ テレビを観るという活動は日常の生活で慣れ親しんでおり，**気軽に**参加できます．
- ◇ 視覚に訴える「映像」や「字幕」は，痴呆の方や難聴の方にも**わかりやすく集中して**観ることができ，通常の回想法に比べ適用範囲が広いと考えています．
- ◇ **スタッフも興味をもちながら**，プログラムを**気楽に**リードでき，余裕をもってお年寄りに関わるができます．
- ◇ 事前にスタッフだけで視聴することによって，テーマに沿った質問の内容や質問の仕方，また回想の展開を予測するための**予習**ができます．

- ◇ 毎回のプログラムの導入や全プログラムの導入に活用することができます。
- ◇ 家族と一緒にお茶の間で視聴することによって、コミュニケーションのきっかけとなり、在宅における日課になることを期待しています。

表4 「テレビ回想法」のすすめ方

<p>導入（起）：テレビの前に10人程度の集団あるいは家族で集まりオリエンテーション * “面白いテレビが始まります” “懐かしいものが映りますよ” “自由におしゃべりして結構ですよ”</p> <p>進行（承）：テレビ（ビデオ）視聴開始～感想，自然な会話，相互交流 * 参加者のうなずきやつぶやきをキャッチし，うなずいたり聞き入ったり，突っ込んで質問をしたり，声をかけたり，画面に出てくるテロップの質問をしたりする</p> <p>展開（転）：テレビ（ビデオ）終了後の自由会話 * 連想ゲームのように会話を続けたり，テレビに出てきた道具，物品を用いて情緒的回想を促したり，実際に使い方を実演してもらったりする</p> <p>まとめ（結）：参加者の感想，スタッフから参加者への感謝の言葉がけ，次回の確認</p>
--

10. 「回想法」の展開 ～作業を引き出す回想法「作業回想法」～

- ◇ 高齢者自身が人生で体験してきた家事，手仕事，遊びなどをテーマに，馴染みの古い道具を使いスタッフに対しそれらの作業を指導してもらおうという内容
- ◇ 『作業し回想する』，『人に教え伝える』という高齢者本来の役割を遂行する機会
- ◇ 役割を発揮してもらうことにより，自尊心を取り戻し，意欲，活動性，QOLを高める

11. 愛知県師勝町の取り組み

- ◇ 歴史民族資料館
- ◇ 師勝町回想法センター
- ◇ 師勝町思い出ふれあい（回想法）事業
 - 回想法スクール
 - 師勝町回想法研修
 - 回想法キットの貸し出し「回想法スターターキット」

表5 平成14年度「師勝町回想法スクール」のプログラム

回	テーマ	使用した「テレビ回想法」ビデオ	使用した物品
第1回	自己紹介～ふるさと自慢		釣りのウキ

第2回	小学校の思い出	「小学校の思い出の巻その3」	尋常小学校の教科書
第3回	遊びの思い出	「女の子の遊びの巻」	お手玉，竹とんぼ
第4回	ご飯炊きの思い出	「玉子ごはんの巻」	くど，お釜，せいろ
第5回	食事支度の思い出	「とろろごはんの巻」	すり鉢，すりこ木
第6回	お手伝いの思い出	「子どもの頃のお手伝いの巻」	乳母車
第7回	お洗濯の思い出	「お洗濯の巻」	たらい，洗濯板
第8回	茶話会・感想		麦こうせん，砂糖，湯

表6 平成15年度「師勝町回想法スクール」のプログラム

回	テーマ	使用した物品
第1回	自己紹介 思い出の品選び思い出語り 会の名前決め	教科書・水筒・アルミの弁当箱・5つ玉そろばん・一尺差し(ものさし)・お手玉・けんだま・うげ・ラムネ瓶・火吹き竹・火のし・こて・アイロン・しんし張り・紘け台・練炭おこし・アンカ・洗濯板・一升枧・すし箱・くすり箱・箱枕
第2回	小学校の思い出	教科書(国語読本，修身)，教育勅語，始業の鐘
第3回	遊びの思い出	お手玉，おはじき，竹とんぼ，ベーゴマ，メンコ，ビーダマ
第4回	おやつの思い出	麦こうせん，ポット，お椀，さじ，お茶セット
第5回	お手伝いの思い出	木槌(藁打ち用)
第6回	自由：古民家見学 藁打ち，藁ない，藁草履作り	藁，木槌，霧吹き，藁草履，草鞋，ゴザ
第7回	自由：蓄音機をさわってみよう	蓄音機，レコード
第8回	茶話会 スクールの思い出色紙作り	電蓄音機，レコード(誰か故郷を思わざる，オクラホマミキサー)歌詞カード(誰か故郷を思わざる)，

	発表 終了式	色紙，B紙，デジカメ写真，ハサミ，糊，サインペン
--	-----------	--------------------------

おわりに

高齢者ケアに求められていることは、「与えるケア」から「受け取るケア」への意識改革ではないでしょうか？思わず語り始め、お年寄りが主役となる「回想法」が、日常のアクティビティ・ケアとして普及し、お年寄りとのコミュニケーションやおつきあいを深める手段として定着すること、また効果的な痴呆リハビリテーションプログラムとして、さらに地域の高齢者に向けた介護予防事業として、いきいきとした社会をつくるきっかけになることを願っております。

参考・引用文献

- ◇ 「回想法とライフレビュー」野村豊子 / 中央法規出版 / 1998 年
- ◇ 「テレビ回想法」のねらいと効果 生活場面で手軽に回想をー
/ 来島修志 / 月刊 GPnet2002.5 厚生科学研究所
- ◇ 回想法を用いた痴呆性高齢者のコミュニケーションに関する研究
グループホームにおける回想法の試み
/ 来島修志他 / 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター平成 12 年度研究
- ◇ 衛星放送を用いた痴呆性高齢者への介入研究
/ 遠藤英俊他 / 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター平成 13 年度研究
- ◇ 痴呆性高齢者に対する「作業回想法」の開発と効果に関する調査事業
痴呆性高齢者の人間性の回復を目指して
/ 来島修志他 / 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター平成 13 年度研究
- ◇ 痴呆老人に対する援助を考える～作業療法実践を通して～ / 来島修志 / 日本福祉大
学専門学校紀要 3 : 155 ~ 164 , 1998 年
- ◇ 痴呆性高齢者に対する作業療法を考える 「作業回想法」の開発と効果研究を通し
て / 来島修志 / 日本福祉大学専門学校紀要 6 : 65 ~ 72 , 2002 年
- ◇ 回想法の効果的な進め方 / 来島修志 / 高齢者ケア 2003 . Vol.7.No.1 ~ 4 日総研
- ◇ 「高齢者のための知的機能検査の手引き」大塚俊男, 本間昭 監修
/ ワールドプランニング / 1991

在宅痴呆高齢者を介護する家族介護者の負担に関する研究

主任研究者 荒井 由美子（国立長寿医療センター研究所 長寿看護介護研究室）
研究協力者 熊本 圭吾（国立長寿医療センター研究所 長寿看護介護研究室）
研究協力者 牛山 道雄（国立長寿医療センター研究所 長寿看護介護研究室）
研究協力者 橋本 直季（一宮市立市民病院今伊勢分院）
研究協力者 水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

A 研究目的

痴呆高齢者を介護する家族介護者の負担は、介護者と痴呆高齢者の状態が複雑に絡み合っていて生じている。中でも、痴呆高齢者の問題行動と介護負担との関連については、多くの先行研究において指摘がなされている。しかしながら、徘徊、妄想、弄便などの多岐にわたる問題行動のうち、どのような種類の問題行動が介護負担と関連しているかについて、実証的に検討した研究は少ない。家族介護者の負担を軽減するためには、個々の問題行動の頻度と介護負担との関連についての知見を得ることが有用であると考えられる。

そこで本研究では、在宅痴呆高齢者の問題行動と家族介護者の介護負担との関連を確認し、更に、個々の問題行動の出現頻度と介護負担との関連を検討することを目的とした。

B 研究方法

1 対象と調査期間

平成 14 年 10 月～12 月に、一宮市立市民病院今伊勢病院にて外来診療を行った 65 歳以上の痴呆性変性疾患による痴呆症患者とその主たる家族介護者のうち、調査の趣旨を書面および口頭にて説明した上で、書面での同意を得られた 32 組を対象とした。

2 調査手続き

痴呆高齢者の診断、認知機能（改訂長谷川式簡易知能評価スケールHDS-R¹による）、痴呆の重症度（CDRによる）の評価は主治医が行った。また、家族介護者に対しては、自記式質問票によるアンケートを実施した。質問票の配布は主治医を通して行われ、回収は回答者が直接調査者に郵送する方法によった。質問票の内容は、家族介護者の人口統計学上の属性（年齢、性別）、日本語版Zarit介護負担尺度の短縮版（以下、J-ZBI_8）、Troublesome Behavior Scale（以下、TBS²）とした。J-ZBI_8は、Zaritらにより開発された介護負担尺度^{3,4}を基にして作られたJapanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview（J-ZBI）の短縮版であり、ともに信頼性、妥当性が確認されており^{5,6,7}、多くの研究において利用されている^{8,9,10,11,12}。J-ZBI_8は、全8項目からなり、それぞれの質問項目に「思わない(0)」、「たまに思う(1)」、「ときどき思う(2)」、「よく思う(3)」、「いつも思う(4)」の5件法で回答し、得点が高いほど介護負担が高いと解釈する。今回、フルバージョンのJ-ZBIではなく、その短縮版であるJ-ZBI_8を採用した理由は、誤記入や未記入による欠損

値をできる限り排除し、分析対象となる対象者を最大限に確保するためである。一方、TBSは全14項目からなる問題行動の評価尺度であり、14の問題行動に関する質問項目に「ない(0)」、「月に一回程度ある(1)」、「月に数回程度ある(2)」、「週に数回程度ある(3)」、「日一回以上ある(4)」の5件法で回答し、得点が高いほど問題行動の頻度が高いと解釈する。

3 分析

介護負担と問題行動の関連を調べるためにスピアマンの順位相関係数()を算出した。更に、TBSの全14項目において、家族介護者を「(問題行動)なし群(0と回答した者)」、「(問題行動)低頻度群(1 或いは 2 と回答した者)」、「(問題行動)高頻度群(3 或いは 4 と回答した者)」として操作的に定義し、3群に分けた。次に、これらの群間においてJ-ZBI_8の得点に差があるかを調べるため、Kruskal-Wallis 検定を行った。また、多重比較はMann-Whitney 検定に基づくRyan法を用いた。以上の分析をTBSの項目1から項目14に対して実施した。

C 研究結果

1 分析対象の設定

主治医の診断の結果、患者32名全員がアルツハイマー病と診断された。質問票の回収率は90.6%だった(32通中29通回収)。更に、J-ZBI_8とTBSの質問項目に欠損値がなく、尺度の得点を算出できた家族介護者は27名であった。よって、これら27組の痴呆高齢者(男性6名、女性21名;平均年齢:79.6±6.7歳;HDS-R:7.2±6.2;CDR:軽度痴呆7名、中等度痴呆9名、重度痴呆11名)とその家族介護者(男性8名、女性19名;平均年齢62.7±12.7歳)を分析対象とした。

表1 TBSとJ-ZBI_8の基礎集計

	TBS	J-ZBI_8
平均値	17.8	15.3
標準偏差	13.6	9.5
中央値	17.0	11.0

2 TBSとJ-ZBI_8の基礎集計

表1にTBSとJ-ZBI_8の基礎集計(平均値、標準偏差、中央値)を示す。TBSの平均値、標準偏差、中央値はそれぞれ17.8、13.6、17.0であり、J-ZBI_8は15.3、9.6、11.0であった。

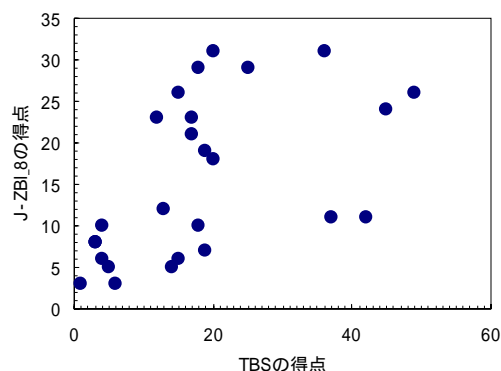


図1 TBSとJ-ZBI_8の得点散布図

3 スピアマンの順位相関係数()からみたJ-ZBI_8とTBSの相関関係

図1にTBSとJ-ZBI_8の散布図を示す。TBSとJ-ZBI_8のスピアマンの順位相関係数は $=0.64$ で有意であった($p<0.01$)。つまり、問題行動と介護負担には正の相関があり、問題行動の頻度が多い痴呆高齢者の家族介護者は、介護負担も高いことが示された。

4 TBSの各項目からみた介護負担と問題行動の関連

(1) 項目1(「徘徊」に関する項目：家の中や外をしきりと歩き回ったり、家から出て行くとする)における3群のJ-ZBI_8得点の比較

表2に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す。群間でのJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果、差は有意であった(

$\chi^2=10.711$, $df=2$, $p<0.01$)。Ryan法による多重比較の結果、なし群と高頻度群($U=16.50$, $p<0.01$)、なし群と低頻度群($U=5.00$, $p<0.05$)の間に有意差が見られた(図2)。

表2 項目1における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目1	なし群(n=10)	低頻度群(n=6)	高頻度群(n=11)
中央値	7.0	24.5	12.0
平均ランク	7.7	19.6	16.7

*は5%水準で有意
**は1%水準で有意

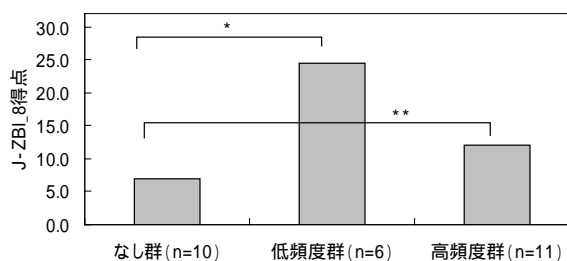


図2 項目1における各群のJ-ZBI_8の中央値

(2) 項目2(「異食」に関する項目：石鹸や紙くずなど食べられない物を口に入れたり飲み込もうとする)における3群間のJ-ZBI_8得点の比較

表3に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す。群間のJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果、差は有意ではなかった($\chi^2=3.841$, $df=2$, $p=0.147$)。

表3 項目2における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目2	なし群(n=20)	低頻度群(n=4)	高頻度群(n=3)
中央値	10.0	26.5	12.0
平均ランク	12.3	20.3	17.0

(3) 項目3(「危険行為」に関する項目：車やバイクの運転、ガス・電気器具の誤った使用や消し忘れなど、危険行為がある)における3群のJ-ZBI_8得点の比較

表4に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す。群間でのJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果、差は有意ではなかった($\chi^2=1.490$, $df=2$, $p=0.475$)。

表4 項目3における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目3	なし群(n=9)	低頻度群(n=11)	高頻度群(n=7)
中央値	10.0	21.0	11.0
平均ランク	11.5	14.7	16.1

(4) 項目4(「誣告」に関する項目：現金、通帳、権利書などが見当たらない、盗まれた

などと誰かを責め、追求する)にお

ける 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 5 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す。群間の J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果、差は有意ではなかった ($\chi^2=2.235$, $df=2$, $p=0.327$)。

表5 項目4における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目4	なし群 (n=13)	低頻度群 (n=7)	高頻度群 (n=7)
中央値	10.0	21.0	19.0
平均ランク	11.7	15.2	17.0

(5)項目 5 (「否定・曲解」に関する項目：妄想や幻覚や作り話、思い違いと思われる迷惑な発言や主張をする。説明しても否定したりゆがんだ解釈をする)における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 6 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す。群間の J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果、差は有意ではなかった ($\chi^2=5.584$, $df=2$, $p=0.061$)。

表6 項目5における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目5	なし群 (n=7)	低頻度群 (n=8)	高頻度群 (n=12)
中央値	8.0	24.5	14.5
平均ランク	8.6	18.3	14.3

(6)項目 6 (「隠蔽」に関する項目：自分や家族の所持品や家庭用品を、必要もないのに隠したり、しまい込んだりする)における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 7 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す。群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果、差は有意であった ($\chi^2=6.165$, $df=2$, $p<0.05$)。Ryan 法による多重比較の結果、なし群と高頻度群の間に有意差が見られた ($U=15.000$, $p<0.05$; 図 3)。

表7 項目6における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目6	なし群 (n=8)	低頻度群 (n=8)	高頻度群 (n=11)
中央値	7.0	20.0	23.0
平均ランク	8.2	16.0	16.8

*は5%水準で有意
**は1%水準で有意

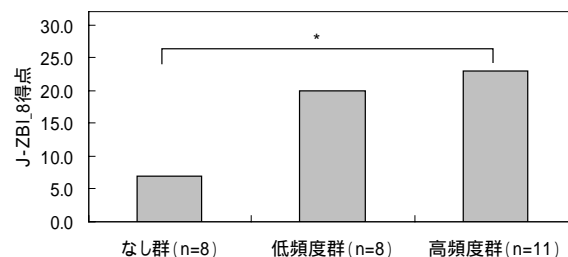


図3 項目6における各群のJ-ZBI_8の中央値

(7)項目 7 (「仮性作業」に関する項目：たんすや衣装ケースをいじって衣類を散らかしたり、トイレ・台所用品などを台無しにするなど、無意味な作業をする)における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 8 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す。群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果、差は有意であった(

表8 項目7における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目7	なし群 (n=13)	低頻度群 (n=5)	高頻度群 (n=9)
中央値	8.0	21.0	26.0
平均ランク	7.8	17.6	20.9

*は5%水準で有意
**は1%水準で有意

$\chi^2=15.685$, $df=2$, $p<0.01$). Ryan法による多重比較の結果, なし群と高頻度群 ($U=4.000$, $p<0.01$), なし群と低頻度群 ($U=7.000$, $p<0.01$) の間に有意差が見られた (図4).

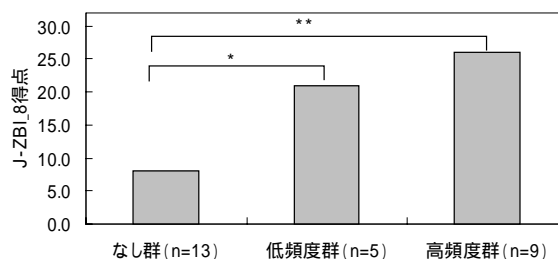


図4 項目7における各群のJ-ZBI_8の中央値

(8) 項目8(「団欒妨害」に関する項

目: 家族の団らんや会話, くつろぎなどのじゃまをするような行為がある)における3群のJ-ZBI_8得点の比較

表9に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す. 群間でのJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果, 差は有意であった ($\chi^2=7.834$, $df=2$, $p<0.05$). Ryan法による多重比較の結果, なし群と高頻度群の間に有意差が見られた ($U=21.000$, $p<0.05$; 図5).

表9 項目8における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目8	なし群 (n=15)	低頻度群 (n=4)	高頻度群 (n=8)
中央値	8.0	22.0	25.0
平均ランク	10.2	17.3	19.4

*は5%水準で有意
**は1%水準で有意

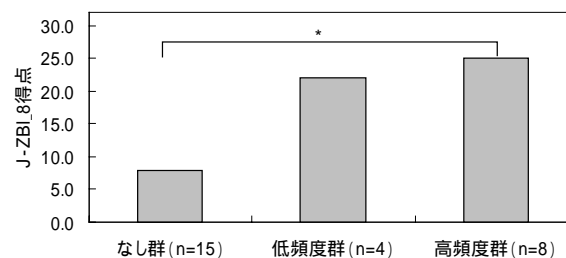


図5 項目8における各群のJ-ZBI_8の中央値

(9) 項目9(「トラブル」に関する項

目: 他人と言いやけんかをする)における3群のJ-ZBI_8得点の比較

表10に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す. 群間でのJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果, 差は有意ではなかった ($\chi^2=3.547$, $df=2$, $p=0.170$).

表10 項目9における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目9	なし群 (n=18)	低頻度群 (n=7)	高頻度群 (n=2)
中央値	9.0	21.0	21.0
平均ランク	12.0	17.9	18.5

(10) 項目10(「夜の騒ぎ」に関する項目: 夜間, 消灯後に物音や大声をたてて, 騒いだり人を起こそうとする)

表11に各群のJ-ZBI_8得点の中央値と平均ランクを示す. 群間でのJ-ZBI_8得点の差を検討するためにKruskal-Wallis検定を行った結果, 差は有意ではなかった ($\chi^2=3.518$, $df=2$, $p=0.172$).

表11 項目10における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目10	なし群 (n=17)	低頻度群 (n=6)	高頻度群 (n=4)
中央値	8.0	14.5	25.0
平均ランク	12.0	15.7	19.9

(11) 項目 11 (「放尿・弄便」に関する項目：大小便をトイレ以外の場所で行ったり，自分の便にさわってこねるなどして，衣類や住居を汚す) における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 12 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す．群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果，差は有意であった ($\chi^2=9.298$, $df=2$, $p<0.01$)．Ryan 法による多重比較の結果，なし群と低頻度群の間に有意差が見られた ($U=5.000$, $p<0.01$)．

表12 項目11における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目11	なし群 (n=19)	低頻度群 (n=4)	高頻度群 (n=4)
中央値	8.0	29.0	17.5
平均ランク	11.2	23.8	17.6

*は5%水準で有意
**は1%水準で有意

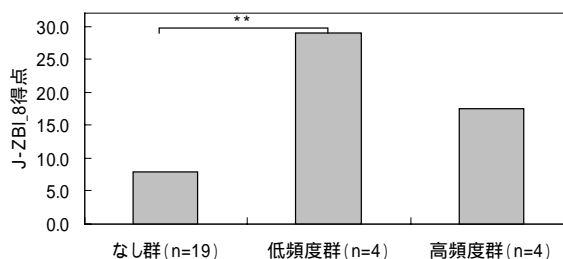


図6 項目11における各群のJ-ZBI_8の中央値

(12) 項目 12 (「暴力・暴言」に関する項目：暴力・破壊行為や暴言がある (介助の際の抵抗は含まない)) における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 13 に各群の J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す．群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果，差は有意ではなかった ($\chi^2=5.391$, $df=2$, $p=0.068$)．

表13 項目12における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目12	なし群 (n=17)	低頻度群 (n=6)	高頻度群 (n=4)
中央値	8.0	22.5	15.0
平均ランク	11.4	19.8	16.3

(13) 項目 13 (「まつわり」に関する項目：介助者に終始つきまったり，依存しすぎたりする .また何度説明しても繰り返し同じことをたずねる) における 3 群の J-ZBI_8 得点の比較

表 14 に J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す．群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果，差は有意ではなかった ($\chi^2=2.412$, $df=2$, $p=0.299$)．

表14 項目13における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目13	なし群 (n=6)	低頻度群 (n=8)	高頻度群 (n=13)
中央値	9.0	22.0	18.0
平均ランク	9.6	15.0	15.4

(14) 項目 14 (「叫び」に関する項目：理由や意味がないと思われる叫び声，金切り声をたてる) における各群の J-ZBI_8 得点の比較

表 15 に J-ZBI_8 得点の中央値と平均ランクを示す．群間での J-ZBI_8 得点の差を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った結果，差は有意ではなかった ($\chi^2=$

表15 項目14における各群のJ-ZBI_8の中央値と平均ランク

項目14	なし群 (n=21)	低頻度群 (n=3)	高頻度群 (n=3)
中央値	10.0	26.0	18.0
平均ランク	12.4	22.3	16.8

$\chi^2=4.555, df=2, p=0.103$).

D 考察

本研究は、在宅痴呆高齢者の問題行動と家族介護者の介護負担との関連を確認し、更に、個々の問題行動の出現頻度と介護負担との関連を検討することを目的として行われ、以下の知見を得た。

第1に、TBSとJ-ZBI_8の間に正の相関が見られた。これは、問題行動の頻度が多い痴呆高齢者を介護する家族介護者は、介護負担も高いことを意味し、先行研究で得られた知見を支持するものである。

第2に、個々の問題行動と介護負担との関連を明らかにするために、TBS全14項目のそれぞれにおいて、家族介護者を痴呆高齢者の問題行動の頻度により群分けし、群間の介護負担を検討した。その結果、「徘徊」、「隠蔽」、「仮性作業」、「団欒妨害」、「放尿・弄便」の5つの項目において、群間の差が有意であった。更に多重比較を行った結果、上記いずれの項目においても低頻度群と高頻度群の間に差が見られなかった。一方、なし群と低頻度群、なし群と高頻度群との間には差が見られた。

「徘徊」と「仮性作業」の項目では、なし群と低頻度群、なし群と高頻度群の間に差が見られた。これは、「徘徊」をしない痴呆高齢者を介護する家族介護者は、「徘徊」をする痴呆高齢者を介護する家族介護者に比べて介護負担が低い可能性があることを意味する。また同様に、「仮性作業」をしない痴呆高齢者を介護する家族介護者は、「仮性作業」をする痴呆高齢者を介護する家族介護者に比べて介護負担が低い可能性があることを意味する。加えて、低頻度群と高頻度群の間に差が見られなかったことから、「徘徊」や「仮性作業」の頻度と介護負担が対応しているとは解釈しにくい。むしろ、痴呆高齢者が「徘徊」、「仮性作業」症状を呈すること自体が、介護者の高い介護負担との関連をもつのではないかと考えられた。

「団欒妨害」「隠蔽」の項目では、なし群と高頻度群の間に差が見られた。一方、なし群と低頻度群の間には差は見られなかった。よって、これら2つの問題行動においては、出現頻度が低いときは介護負担にさほど影響を及ぼさないが、高頻度で出現すると介護負担が増すという可能性が示唆された。これは、「徘徊」や「仮性作業」の項目を分析して得られた知見とは異なっていた。

「放尿・弄便」の項目については、なし群と低頻度群の間のみ有意差が見られ、なし群と高頻度群の間には差が見られなかった。これは「放尿・弄便」がみられない場合と高頻度にみられる場合の介護を比較した際、介護者の負担の程度に統計的に差がないことを意味する。但し、低頻度であっても「放尿・弄便」がみられる痴呆高齢者を介護する者の負担は高かったことを鑑みると、「徘徊」や「仮性作業」と同様に、発生頻度のみではなく、その有無にも注目すべきであろう。

以上をまとめると、問題行動の発生頻度の増加に伴う介護負担の増加という側面ととも

に、その有無自体が既に介護負担の増悪に大きく関与している可能性も示唆された。

最後に、今回の分析においては、対象者数が少ないこと、及び、ノンパラメトリック検定を用いたことで、介護者の年齢、性別などの属性や痴呆高齢者の認知機能、ADL 自立の程度など、介護負担に影響を及ぼすことが予想される変数を統計的に補正することができなかった。また、TBS において取り上げられている問題行動は、どれか 1 つが単独で生じることが稀である。例えば、「徘徊」に関する項目でなし群に属していても、他の問題行動がある場合は、それらが介護負担を高めてしまうことは十分に考えられる。つまり、問題行動の項目間の影響を分離することで、特定の問題行動と介護負担の因果関係を説明することができるが、今回はその解明には至らなかった。この点については、多変量解析に耐えうるデータ数を確保することが必要条件になるため、今後、データを蓄積していくことが重要である。

E 結論

在宅介護における家族介護者の介護負担と痴呆高齢者の問題行動との関連を検討した。その結果、問題行動の頻度と同様に、その有無自体が既に介護負担を増悪させる可能性があることが示唆された。

F 参考文献

- 1) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 植田宏樹, 老川賢三, 池田一彦, 小坂敦二, 今井幸光, 長谷川和夫: 改訂版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 1991; 2(11): 1339-1347.
- 2) 朝田隆, 吉岡充, 森川三郎, 小山秀夫, 北島英治, 川崎光洋, 木之下徹, 浅香昭雄: 痴呆患者の問題行動評価票 (TBS) の作成. 日本公衛誌 1994; 41(6): 518-527.
- 3) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20: 649-655.
- 4) Zarit SH, Zarit JM: The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview. Pennsylvania State University Gerontology Center: University Park, PA. 1990.
- 5) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry

Clin Neurosciences 1997; 51: 281-287.

- 6) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003; 40(5): 471-477.
- 7) 熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 鷺尾昌一: 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌 2004; 41(2): 206-212.
- 8) Arai Y, Washio M: Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. Aging and Mental Health 1999; 3: 158-164.
- 9) 鷺尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子, 森 満: 介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit 介護負担尺度日本語版による検討. 日本老年医学会雑誌 2003; 40(2): 147-155.
- 10) Arai Y, Zarit S, Sugiura M, Washio M: Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. Aging and Mental Health 2002; 6(1): 39-46.
- 11) Arai Y, Masui K, Sugiura M, Washio M.: New Japanese Long-Term insurance system slashes carer time but problems remain. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17(5): 489-491.
- 12) Arai Y, Ueda T: Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18(2): 188-189.

G 研究発表

1 論文発表

Arai Y, Ueda T. Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18(2): 188-189.

Arai Y, Zarit SH, Kumamoto K, Takeda A. Are there inequities in the assessment of dementia under Japan's LTC insurance system? Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18: 346-352.

Washio M, Inoue H, Kiyohara C, Matsumoto K, Koto H, Nakanishi Y, Arai Y, Mori M. Depression among caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int Med J 2003, 10(4): 255-259.

Washio M, Oura A, Arai Y, Mori M. Depression among caregivers of the frail elderly: Three years after the introduction of the Public Long-Term Care insurance for the elderly. Int Med J 2003; 10(3): 179-183.

Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care Insurance system. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58(4):(in press)

Arai Y, Kumamoto K, Washio M. Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system: J-ZBI. Geriatrics & Gerontology International 2004:(in press)

荒井由美子, 熊本圭吾. 高齢者リハビリテーションと介護. 老年精神医学雑誌 2003; 14(3): 367-375.

荒井由美子. 介護負担についての調査研究の現状. 医事新報 2003; 4117: 112-113.

鷺尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子, 森 満. 介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit介護負担尺度日本語版による検討. 日本老年医学会雑誌 2003; 40(2): 147-155.

荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二. Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003; 40(5): 471-477.

工藤 啓, 右田周平, 菅沼 靖, 荒井由美子. 地域ケアシステム構築の手法について 企画書と計画書の重要性. 公衆衛生 2003; 67(6): 449-451.

増井香織, 荒井由美子, 鷺尾昌一, 工藤 啓. 介護保険制度導入直後の介護負担の変化 - 要介護度, サービス利用との関連 -. 保健婦雑誌 2003; 59(11): 1060-1065.

松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 朔義亮, 井手三郎. 訪問看護サービスを利用している在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担 - 福岡県南部の都市部の調査より - . 臨床と研究 2003 ; 80(9) : 1687-1690 .

荒井由美子 .Geriatric Assessment .ジェロントロジーニューホライズン 2003 ; 16(2) : (印刷中) .

荒井由美子 . 介護負担の評価 . 日本臨床 2004 : (印刷中)

荒井由美子 .Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の開発について .Gp net 2004 ; 50(11) : 22-23 .

荒井由美子, 工藤 啓 .Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)および短縮版(J-ZBI_8) . 公衆衛生 2004 ; 68(2) : 125-127 .

山崎律子, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎. 大都市における訪問看護サービス利用者の公的サービスの利用状況と介護者の負担感 - 福岡市の一訪問看護ステーションの調査より - . 臨床と研究 2004 ; 81(1) : 115-119 .

熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 鷺尾昌一. 日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討 . 日本老年医学会誌 2004 ; 41(2) : 206-212.

三浦宏子, 苅安誠, 山崎きよ子, 荒井由美子 . 虚弱老人における摂食・嚥下障害に関するケアアセスメント . 日本老年医学会誌 2004 ; 41(2) : (印刷中)

荒井由美子 精神障害の現状と動向 鈴木庄亮・久道茂 編 .シンプル衛生公衆衛生学 2003 . 東京 : 南江堂, 2003: 295-305 .

荒井由美子 . 介護負担 現状と対策 . 柳澤信夫, 編 . 老年期痴呆の克服をめざして . 東京 : 長寿科学振興財団, 2003: 239-299.

荒井由美子 . 介護保険がはじまって介護負担はどう変わったか . 柳澤信夫, 編 . 健やかに老いるために2002 . 東京 : 長寿科学振興財団, 2003: 50-51 .

荒井由美子, 熊本圭吾 . 高齢者リハビリテーションと介護 . 武田雅俊, 編 . 老年精神医学

の専門医のために．東京：ワールドプランニング，2004：印刷中

荒井由美子．在宅介護者の抱える諸問題．上島国利，他，編．精神障害の臨床．東京：日本医師会．2004：印刷中

荒井由美子．Zarit介護負担度日本語版：J-ZBI．福地義之助，編．MOOK・高齢者ケアマニュアル．2004：印刷中

荒井由美子 精神障害の現状と動向 鈴木庄亮・久道茂 編 シンプル衛生公衆衛生学 2004．東京：南江堂，2004：293-303．

2 学会発表

Arai Y. Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system: J-ZBI. Geriatric Assessment (Symposist). The 7th Asia/Oceania regional congress of gerontology. 2003 November 25, Tokyo, Japan. (Invited).

荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二．Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成：その信頼性と妥当性に関する検討．第45回日本老年医学会，2003年6月18-20日(発表18日)，名古屋．

熊本圭吾，荒井由美子，上田照子，鷺尾昌一，三浦宏子，工藤 啓．日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討．第45回日本老年医学会，2003年6月18-20日(発表18日)，名古屋．

熊本圭吾，荒井由美子，橋本直季，水野裕．前頭側頭葉変性症患者の在宅介護における問題点-家族介護者の視点から-．第18回日本老年精神医学会，2003年6月18-20日(発表19日)，名古屋．

上田照子，荒井由美子．要介護高齢者を介護する家族の介護意識とサービス利用との関連-縦断研究より-．第45回日本老年社会学会，2003年6月18-20日(発表20日)，名古屋．

三浦宏子，山崎きよ子，苅安誠，荒井由美子，角保徳．高齢者の咬合力変化と全身の健康状態との関連性-縦断調査による疫学的解析-．第14回日本老年歯科医学会学術大会，2003年6月18-20日(発表20日)，名古屋．

工藤 啓, 右田周平, 荒井由美子. 住民参加型健康日本21市町村計画策定方法の新しい試み. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003年10月22-24日(発表22日), 京都.

熊本圭吾, 荒井由美子, 工藤 啓, 三浦宏子, 上田照子, 鷺尾昌一. 日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)下位尺度の検討. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003年10月22-24日(発表23日), 京都.

上田照子, 荒井由美子, 西山利政. 在宅要介護高齢者の施設入所と家族の介護意識について-縦断調査から-. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003年10月22-24日(発表23日), 京都.

和泉比佐子, 鷺尾昌一, 森 満, 荒井由美子. 介護保険利用者の家族の介護負担感とその関連要因. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003年10月22-24日(発表23日), 京都.

三浦宏子, 山崎きよ子, 荒井由美子. 虚弱老人における摂食・嚥下障害のリスク評価. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003年10月22-24日(発表23日), 京都.

荒井由美子. 高齢者に対する家族介護者の介護負担に関する疫学的研究, 第14回日本疫学会学術総会 日本疫学会奨励賞受賞講演, 2004年1月22日~23日, 山形県山形市.

痴呆介護者のための地域ネットワークに関する支援事業

主任研究者 尾之内 直美（呆け老人をかかえる家族の会・愛知県支部）

研究協力者 益田 雄一郎（名古屋大学大学院 医学研究科老年科学医員）

A 事業目的

1、痴呆啓発事業

「呆けても安心して暮らせる地域づくり」への取り組みとして、一般を対象に痴呆の知識と介護の仕方を学ぶ“地域出前講座”及び“介護講演会”を開催する。

2、介護家族支援事業

三河地域における家族会の立ち上げ支援を行ない、介護家族同士の交流の場を醸成し、介護者のストレス軽減を図る。

介護家族の個別相談及び交流会を開催する。

3、医療・保健・福祉・家族ネットワークづくり事業

福祉関係者間のネットワークづくりと介護職の心のケアを目的に、交流の場を開催する。介護の質についても話し合う場とする。

B 事業内容

1、痴呆啓発事業



（地域出前講座）

開催日 平成15年11月12日（水）

場 所 東海市文化センター

内 容 痴呆について学ぼう

参加者数 48名

講師 益田雄一郎・尾之内直美

（介護講演会）

場 所 ウィルあいち

開催日 平成16年2月13日（金）

内 容 「痴呆介護を学ぼう」参加者 200名

講 師 谷向 知氏

（筑波大学臨床医学系精神医学講師）



開催日 平成16年2月14日(土)
 内容 「痴呆介護 明るい未来に向かって!!」 参加者300名
 講師 西村 健氏 (甲子園大学大学院人間文化学研究科長)



2、介護者支援事業

介護者交流会(三河地区)

場 所 カリオンビル(豊橋市)

開催日 1回目 平成15年5月31日(土) 参加者 35名

内容 介護教室 「痴呆について」

講師 川畑 信也 (成田記念病院 神経内科部長)



2回目 平成15年7月5日(土) 参加者 21名

3回目 平成15年9月6日(土) 参加者 17名

4回目 平成15年11月15日(土) 参加者 11名

5回目 平成16年1月31日(土) 参加者 15名

介護家族の個別相談及び交流会



開催日 平成16年2月13日(金)

場 所 ウィルあいち

内 容 痴呆介護個別相談

相談件数 23件

相談スタッフ 医師1名・看護師1名・ケアマネ2名
 家族の会 TEL 相談スタッフ3名



開催日 平成16年2月13日(金)
場 所 ウィルあいち
内 容 介護者交流会
参加者数 35名

医療・保健・福祉ネットワークづくり事業



開催日 平成16年2月14日(土)
場 所 ウィルあいち
内 容 「しゃべり場」
参加者数 50名

3、考察

< 痴呆啓発事業 >

(地域出前講座)

地域住民に対する痴呆への理解を深めるために、東海市福祉課および在宅介護支援センターの協力を得て介護教室を開催した。講座開始前に簡単なアンケートへの記入をお願いした。参加者は40代～80代までの48名(アンケート記入者38名)。介護中および介護経験者は24%の9名であった。「介護が必要になった時にどこに相談すればいいのか?」の問いに、介護中または介護経験者のほとんどは知っていたが、介護の経験のない人の80%は知らないと答えた。「痴呆について話を聞いたことがあるか?」の問いには全体の65%が聞いたことがないと回答しており、痴呆についての学習の場を望む声も多く、今回の出前講座はとてもよい痴呆への理解の場であったと思われる。今後の痴呆人口の増加を考えると、地域での介護教室開催など知識習得のための取り組みはますます重要であり、積極的に開催されることが必要である。また地域住民の痴呆への知識が増すことにより、地域での理解と支え合いの意識も高まるのではと考える。

(介護講演会)

別紙アンケート(資料)

痴呆に対する知識を習得する場として2日間にわたり痴呆講演会を開催した。参加者の8割が仕事で痴呆介護に携わっている人で占められていたことは、一般の住民だけでなく専門職に対しても痴呆を学ぶ場が少ないのではと思われる。また短期間での広報であったにもかかわらず多くの参加者があり、このような場はとても必要とされていることを合わせて痛感した。

<介護家族支援事業>

(介護者交流会) (資料 交流会記録)

三河地域での家族会を発足し、定期的に交流会を開催した。

回数を重ねることで常連での参加も多くなり、参加者の絆が強まっていることを感じる。また毎日の生活の中での困り事や、悩みなども持ち寄りお互いに相談しながら解決の方法を見出そうとしており、それぞれに交流会で知恵を交換し合い、介護ストレスの軽減を図っていると思われる。また「ここは本音がしゃべれる」という言葉から、このような介護者同士の交流は介護者の心のケアの場として重要な位置づけにあると考える。

(相談会)

面談での個別相談を開催した。介護度は、認定受けていない・4名 要介護 ・2名 要介護 ・5名 要介護 ・3名 要介護 ・2名 要介護 ・2名 記入なし1名 であった。相談は医療職・福祉職と介護経験者がペアを組んで多角的な助言が図れるように配慮した。介護度の低い方のご相談が比較的多かった。内容については、初期の段階での痴呆介護の仕方です戸惑っているご家族が多数あり、初期痴呆に対する情報提供や家族支援の取り組みの必要性を感じた。また介護サービスを使用していないご家族もあり、上手にサービスに繋げて介護負担の軽減を図れるように、ケアマネージャーの力量アップも合わせて望まれる。

(交流会)

交流会は、連れ合い・おじおば・実姉 嫁 娘・息子と、3つのグループに分けてそれぞれにコーディネーターを配置した。グループはより介護への共感を深めるために同じ立場で分類した。時間を1時間近く延長して話に夢中になっていたグループもあり介護者の交流の場の重要性を実感した。また時間の経過とともに疲れきっていた介護者の顔からも笑顔が見えるようになってきた。介護者支援においてはこの介護者同士のエンパワメント力を有効に活用することが大切であると考え。

<医療・保健・福祉ネットワークづくり事業>

仕事で介護に携わっている人たちの情報交換の場を開催した。職種は看護師・ケアマネジャー・施設職員・ヘルパーなど様々であった。1グループ7～8人程度に分け、「仕事上の悩みと専門職の連携」についてディスカッションした。職種と職場を越えた情報交換のよい機会となり、それぞれの苦労も知ることができた。その他、お互いの痴呆介護への取り組みについても情報交換がなされ、介護の質が求められる中、介護職の意識向上も図られたようである。また、仕事の苦労を話し合うことにより介護家族と同様共感による心のケアも出来、燃え尽き状態寸前の介護職も元気を取り戻す機会になった。介護する側が元気でなければいい介護は提供できない。このような専門職同士の情報交換の場も定期的に開催される必要があると考える。と同時に早急な介護職のメンタルサポートへの取り組みの必要性を感じる。

資料 : アンケート

痴呆介護・公開講演会 感想 2月13日(金)

- * とても勉強になりました。私はサービス職員として3年目の23歳ですが、先生のおっしゃる通りの利用者さんも多く、納得です。薬を変える事で暴力のあった方が急に穏やかになったり痴呆進行を止める反面ふるえがでたり、やはり副作用ではないかなあと思われる行動も多く、又、痴呆であることを理解しようとは思いますが、自分の考えを上回る行動に驚いたり、笑ったり落ち込んだりです。私からみれば利用者さんは血のつながりもない他人であります、大切な大切な家族でもあります。一日のリズムを持っていただくため朝、起き、出かけ、交流をもち、表情も変わり、楽しんでいただき帰っていただく、そうやって毎日60人ほどの方とふれあい、利用者さんの素直でまっすぐな性格に自分もとても感動します。また、今の話でなく昔の話をする利用者さんは生き生きしています。もっと社会が福祉に対し積極的であり高齢者の方が安全で外出しやすい環境になることを心より願っております。
- * 初めての参加でしたがこんなにもたくさんの方達が悩んだり学んだりしていただけるのを知り、少し勇気がわいてきました。これから少しずつ勉強していきたいと思います。
- * 講演は症例をあげながらの説明でわかりやすかった。でも、室内が暗くてメモがとりにくいので明るくしてほしい。もう少しゆっくり項目をクリアーしてほしい。
- * 日頃、夫を介護していますがわかっていてもつい腹がたつてがみがみ言ってしまうことがあります。勉強して本人の心をよくわかってあげなければいけないとつくづく思いました。
- * 痴呆についてわかりやすく講演していただき今後の介護に役立てていきたいと思ます。介護者として家族のつながりを大切にしていきたいと思ます。
- * 2時間でしたが痴呆の対応の仕方などよくわかりました。私はサービスで働いていますが、やはり問題なのは痴呆者の対応の仕方です。今日のことを参考にしていきたいと思ます。
- * 資格を取って働き、初めて講義を聞かせていただきました。スライドをひかえるのに時間がかかりすべてを筆記する事ができなく残念に思ます。機会があれば又ぜひ参加したいと思ます。
- * 初めての参加でした。サービス勤務しておりますが痴呆の方々に対する対応、参考になりました。谷向先生の話もわかりやすく、医療側からの話も興味深く聞けました。
- * 痴呆の方、問題行動のある方などに対する接し方 etc.これからの自分自身の行動を少しずつ考え、利用者さんへのアプローチをしていきたいと思ました。十人十色というように痴呆の方の症状も人それぞれなのでその方にあったものを提供していきたいと思ました。問題行動の人に対しても、まだまだわからないことだらけなので勉強

していきます。

- * 専門的なことを大変わかりやすく話していただきありがとうございました。
- * とても具体的な内容で分かり易くまた有効なものでした。このような内容を盛り込んだ会がいろいろな地域に届くようになればと思います。まだまだ家庭から出にくい介護者が多いのが現状ですから。また、介護者以外の家族・親戚・地域の方々にもきいていただけるような催しもあればと思います。午後の話し合いは本音のぶつけあいができる参加者はそれぞれ収穫があったのではないのでしょうか。
- * 初めてこの様な会に参加させていただきました。沢山の方が熱心に集まっていました。これからは私ひとりでかかえこまないようにしていきたいと思いました。
- * 今回は訪問介護の会社の代表で参加し後にレポートにしてヘルパー達に配る予定でしたが、スライドのスピードが速く全ての話をメモにとることができなかったのが残念でした。しかし、このような機会はあまりないのでまたぜひ参加したいと思います。
- * 痴呆介護について勉強になりました。これを期に勉強してこれからの介護に役立てていきたいと思います。
- * 知識不足を補う機会として参加しましたが、うっすらと理解できたかなあという感じです。今後に生かして介護の仕事、張り切りたいと思いました。
- * とてもよかったのですが、あまり多すぎて一つのことが深くわかりたいのにわからないということが出てくるので、何かテーマを一つか二つ程度でおさえて深くやってほしかったです。痴呆の人にたいしての入浴や食事、排泄などの行い方をやってほしかったです。福祉サービスの利用に仕方もとり上げてほしいです。
- * 痴呆介護の知恵袋と題して谷向先生からお話をきかせていただき本当にありがとうございます。痴呆介護実務者講演会にも参加させていただきましたが、より端的でわかりやすく聞かせていただきました。グループホームに勤務しております。一人一人の痴呆の状態を思い浮かべながら聞かせていただき介護の心得をもう一度改めて考えなおしました。
- * 痴呆について最近身近に感じこの会に参加できたことに感謝いたします。今ヘルパーをしています。痴呆の方をみています。少しでも良い方向にと思い勉強しなければと…今日の講義は大変わかりやすく今後に役立てることが出来ます。痴呆は病気と聞きももっとも多くの人が知っていただければと思います。多くの人が知識を持ちたいと思っても気軽に参加できる場所がありません。参加料を支払ってでも今月のような会を開催していただけたらと願っています。
- * 痴呆にたいする基本的な考え方がよくわかりました。痴呆の義母を介護していますが、今のところ問題行動で困るというほどのことはなかったので病気の診断をしてもらっていませんでしたが病院へ行ってみようという気になりました。かかりつけの先生に看ていただいています。「ボケやしたかなー」と言われても、特別な薬はでていないので、大きな病院へ行く必要を感じました。(ひどくなる前に)主人(息子)を説得し

ようと思います。

- * 谷向先生のとてわかりやすいお話でした。スライドがはやすぎたのが残念です。第三者として痴呆を見ていると指摘はできると思われるが実際に家族や介護している者としては感情がどうしても先に入ってしまうので冷静な判断ということができにくく困ってしまいます。
- * 老人保健施設で働いてもうすぐ2年になります。毎日痴呆の方とふれあいながら改めて痴呆とはなにか考えることができました。精神科に対する薬漬けのイメージはやはり今もあり家族も敬遠する場合があります。今回、先生の話聞いて暖かいなぁと考え直すべきところがたくさんありました。日々、暖かい出会いの中でがんばっていきましょう。
- * 介護側が本人の立場になって考え接していくことが重要だと思いました。
- * 大変勉強になりました。痴呆に関して医学的な立場から客観的な意見が聞けました。原因、結果に対して適切な介護ができるよう今後も努力していきましょう。
- * 痴呆を感じたばかりです。是非参考にさせていただきます。
- * 知っているようで、痴呆の方と接しているとひきこまれるような感じになっています。しかし、愛情をもって体のことも食べることも接するようにしています。
- * 痴呆の方の介護をヘルパーとしてさせていただいています。困難といえば物忘れがほとんどです。これから大変になってくるかと思しますので機会があればまた参加させていただきたいです。
- * これからの介護の参考になりました。
- * 家族に痴呆があらわれた場合、どのように対応していけるか疑問です。
- * 痴呆症について大切なことを再認識させられたり自分が気付かなかったことがあり反省させられました。
- * 痴呆介護にたずさわる側の問題だけでなく今後、本人の思いをどううまく受け止めてそれに対応していけばよいのかについての講演もあるといいと思う。
- * 質疑応答の時間がもう少しほしかったように思います。
- * 痴呆の方に対する接し方を見直すいい機会になった。痴呆の方と毎日接している中でいくつかしてはならない対応をしていたことに気付くことができた。
- * 普段自分がしている介護は利用者さんたちにはあまりよくないかなと考えさせられました。
- * 家族側からの福祉サービスの利用のアドバイスや、状況に応じた具体的な対応がわかりやすかった。施設側のアドバイスをもう少し聞きたかった。
- * 要介護2のおばあさんと同居しています。もっと大変な人もいらっしゃるのだなと思いつつも自分ももっとがんばらなくてはいけないと心をあらたにいたしました。
- * 谷向先生の話はたいへんわかりやすくポイントをついていてよかったのですが、スライドが早すぎてメモについていけず苦労した。

- * デイサービスに勤務していますが、利用者さん、家族の方と良い関係を保ちながら快適に過ごしていただきたいと思います。
- * これからの介護にプラスになるとよいと思います。
- * 今日はいろいろと独りで心配していたことがわかりました。
- * 家族側の意向もしっかりと把握し、利用者を主体にサービスを考えていきたいと思えます。
- * 痴呆の専門的な知識を多くの介護従事者が学ぶ必要性があると思います。
- * 講演はわかりやすく施設職員に伝える伝え方のヒントとなりました。家族に信頼してあずけていただける施設の環境（スタッフを含めて）整えていけるように努力していきたいと痛感しています。
- * 痴呆の診断の大切さがよくわかりました。介護福祉士として今後の仕事のなかで今日聞いた話をご家族や職場の人たちに伝えていきたいと思えます。
- * 痴呆に対しての基本的な対応が学べて良かった。診断の必要性の大切さを知りました。
- * 痴呆、うつ病のある方の対応について戸惑っていましたが今日の講演を聞き少しこうしてみようという思いになれました。ピック病についても聞きたかった。
- * 父をアルツハイマーで亡くし痴呆のことには他人事とは思えない想いがあります。近い将来グループホームの仕事につきたいと思っています。
- * 祖母はたぶん痴呆と思われれます。一度も受診せずに4年がたちました。今日のセミナーに参加して、医療機関にかかることは大切だったと思うし、祖母にとっても違う生活を過ごすことができたのではないかと思いました。痴呆症は病気。介護者や社会は痴呆症のことをちゃんと理解しなければいけないと思った。
- * かかりつけ医にこちらから痴呆の薬を投与してもらうようお願いをするなど不安があったが今日の話聞き専門医へいかなくても強く反省させられました。しかし嫁の立場ではそれもなかなか困難なのが現実です。
- * まったく痴呆の事を知らず、痴呆の講演会に参加しました。これからたくさん痴呆について知りたいと思いました。
- * 痴呆が病気だということがよくわかりました。実習で痴呆の方とかかわり、症状の多様性や介護職員の気持ちがわかりましたが、今日の講演でそれに対する医療という側面をすごく感じました。忘れてはいけない部分だと思います。
- * 痴呆とそのケアについて細かく説明していただきありがとうございました。
- * 講演の中の事例紹介がとても参考になりました。介護現場で活かせるようがんばりたいです。
- * 痴呆のある高齢者と関わらせていただいているのですが様々な問題にぶつかります。今後は今日のお話を援助の中で役立てていけるようにしたいと思いました。
- * 介護職員としての視点と家族からの視点の違いがわかりました。入所される以前の段階を知ることができました。

- * たくさんの方の参加、介護に対して真面目に取り組む姿勢に勇気をもらったような時間でした。

2月14日(土)

西村先生のお話が楽しく少し明るい気持ちになりました。

家内の調子が悪いので、家庭介護する上でとても参考になりました。

とてもわかりやすく勉強になりました。医学は日々進歩していてアルツハイマーや痴呆に関しては今後よりよい対応ができるようになってきて変わってくるとは思うがそういう情報を早く知るきっかけになり、参考になります。

今後もこのようなお話が拝聴したいです。利用者の気持ち、ご家族の気持ちがわかって差し上げられるケアマネージャーになりたいです。

医療の現場からのお話は新鮮なものがあり、感激を覚えました。介護に携わる者としてこのような勉強の芭を作ってもらうことは非常に嬉しいことです。

母親が47歳でアルツハイマーになったため、自分もそうなるのではと心配していましたが、講演を聴き早期発見、予防で遅らせることができるというのがわかり早速参考にさせていただこうと思います。

学生なのであまり痴呆について学ぶ機会がないので良い機会ができました。

とても参考になる講演で介護が暗いものという感じがなくなりました。すこし元気がでたのでがんばります。

本日の講演を主人の家族にきいてもらえればと思いました。現在介護支援専門員として働いて、主人の母親も利用者の中の一人ですが、介護者は母の症状について病気として受け止めていないと思われる部分が非常に多く、もう少し痴呆症状について勉強すれば、母に対する言葉がけもかわり、温かい目でみられるのではないかと思います。有意義な話で参考になりました。

痴呆に対する早期発見の必要性、チームで対応することの大切さを学びました。

講演はとてもわかりやすく痴呆介護にたずさわるものにとって新しい医療の情報はまさに痴呆介護の明るい未来につながるものだと思います。

市役所の介護保険課窓口勤める者ですが痴呆のため申請にみえる家族が多くいます。痴呆についての再確認、新たな知識を得ることができたことで明日からの活力につながると感じています。

ケアマネ一年目ですが今まで学んできた看護師としての知識にさらに新しい情報を聞くことができこれからの仕事に活かしていくことができたらと思います。

すごく分かりやすかった。

ホームヘルパーとして、関わっている方がうつ病なのか痴呆なのかどの時点で受診をすすめるのがよいのかなど、介護しながらも症状として現れている諸問題を解決することもできず悩んでおりました。周囲、家族の方の痴呆に対する知識の習得と理解の

必要性の難しさを感じています。医療、福祉関係者でもまだまだ痴呆について知らない方が多く知らないことも多くあります。一般の方が興味をもつのは自分が介護に困るときがほとんどだと思います。早く広く痴呆についての啓蒙活動が行なわれることをのぞんでいます。

西村先生の介護体験談がとてもわかりやすかった。

これから介護していきにあたってもう少し自分のことにも気を使っていこうと思った。西村先生のお話にとっても心温まる思いがしました。気持ちが楽になり希望がもてました。

痴呆に対する家族指導の大切さを感じ医療の場で実現されることを望みます。

大変勉強になりました。明日からの業務に活かしていきたいと思います。

専門職という立場になるので、自信をもって仕事できるようになればと思いました。

若い方の参加が多かったですが高中年の方の参加も望みたい。

三河ブロック交流会

平成 15 年 5 月 31 日

於 豊橋市カリオンビル

季節はずれの台風の影響で朝からの大雨に心配しましたが、皆さんがみえるころには上がり始め、40名近くの方々にお集まりいただき、会場の席も一杯になるほどの盛況の中「三河ブロック発足記念講演会&交流会」が開催されました。まず最初に成田記念病院の川畑先生に痴呆について、スライドを使用しながら40分ほど基礎的なお話しをしていただいた後、参加者全員に自己紹介をしてもらい介護中の悩みなどを話し合いました。今回は参加の皆さんの声をお伝えします。

<交流会より>

- A 10年前に脳梗塞をし、病院は現在の状況ではあまり対処の方法はないと言われるが、幻覚のような症状が出ていてこれから先不安です。
- B 83歳の母は3年前に動脈瘤をし、その後アルツハイマーと言われ、アリセプトを1年くらい飲んでます。しかし、もう一度しっかり受診してほしいのですが、本人が病院に行くのを嫌がります。運転も危ないのでしてほしくないのですが、本人は自覚がないため、免許の書き換えに行って死ぬまで運転したいと言っているので心配です。
- C 夫は20年前にクモ膜下出血で倒れ、その後脳梗塞をし最近もの忘れが多くなり今後が不安です。
- D 姑(81歳)とは別居していますが、舅の死後、痴呆が進み毎日電話で「出て行け。」とか泥棒呼ばわれされたりして大変です。警察にまで行って、いろいろと言っ

たりするので言われるたびに自分自身が弱くなっていく気がして、今後どうしてよいのか不安です。

- E 姑は糖尿病で入院後、家でもデイでも「昼間からお風呂に入りたくない」と言って風呂に入らなくて困っています。



「これからも
よしくお願い
します」
大須留さん

- F 91歳の母を10年間在宅介護し、現在は施設に入れましたが、在宅介護は患者の介護と同時に介護者のケアを同時進行することでより良い介護ができることを実感しました。今後は時間を見つけ、こうした介護者のケアの大切さを伝えていけたらと参加しました。

- G 1ヶ月前より兄の所から86歳の実母を引き取り、午前はヘルパーさん、午後は姉と二人で交代で見ているのですが、週1回のデイに行くと表情が硬くなってしまったり、行きたくないと言えず母は倒れてしまうのです。一日中一緒にいたがり、何度も同じことを聞きそのたびに返事をすると言う繰り返りで疲れます。何とかデイに行ってもらいたいのですが。

- H 現在72歳の母は40代でリウマチになりクモ膜下出血、肺炎をし、現在は酸素を使用しており、病院以外は出たがらず、今までは80才の実父と一緒に介護していましたが、父も年を取り介護で疲れ、先行きに不安を感じています。

- I 若年性アルツハイマーの妻を在宅介護中で、昨年の秋より週5回のデイサービスには喜んで通っていて現在は特に困っていることはないのですが、今後が不安です。

J 痴呆と診断されているにもかかわらず車に乗り、物損事故を2回、その後人身事故で免許になり、それでも運転してしまうので運転をしないように「車は自動車会社に返した」と言い運転できないようにすると、30分かけて自動車会社まで歩いて行ってしまいます。そのつど説明をしてわかったと言うのですが、すぐ忘れてしまい、今後が不安です。

K 父が55才頃よりアルツハイマーと診断され自分が介護していました。兄が結婚を機に実家に戻り、介護を交代したのですが、父の部屋に置いてあったファンヒーターが火元で実家が全焼してしまいました。父はその後特養に入ったのですが、急激に痴呆が進行してしまい、施設より遠まわしに出てほしいと何度も催促され今回は変わることになっていますが先行き不安です。



川畑先生の講演

L 82歳の姑は週2回デイサービスに通っていますが、薬を飲んだことを忘れてしまい、飲みすぎてしまうのが心配です。

M 義父は1ヶ月前くらいに痴呆と診断され現在は義母が面倒を見ています。車を運転していましたが、「壊れた」と言って運転を止めさせています。が「なぜ運転できないんだ」と運転したがります。一生懸命介護している義母を見ていると大変そうで、この先が不安です。

N 内科的にはこれと言って悪い所はないのですが、家の中ばかりいて寝ていることが多く、最近昼夜逆転気味になりこれから先が不安です。

O 主人は58歳です。平成7年にピック病と診断され現在は失語症でほとんど会話はできなく、そのためのストレスからでしょうか、大声を出し、近所迷惑で困っています。又、食べ物など何でも口の中一杯に入れてしまい困ります。

P 67歳の母は4年前にアルツハイマーと診断されました。昼間よりカーテンを閉めたり、電気製品等についている豆電気等が気になりだすとそのことばかり言っていたり、「外に人がいる」と妄想があったり。病院へ行くたびに先生より介護者の介護の仕方について指摘され、介護者のストレスもたまり大変でした。病院を変わることはずいぶん勇気があることでしたが、変わったらずいぶん楽になりました。

現在在宅介護中で特に問題はないが、将来について不安を持って見える方、ショートステイを利用したいのだけれどご本人が行きたがらず困っている方、病院に行きたがらない方、病院の選択について悩みを持って見える方、施設使用中で次の施設入所に不安を持って見える方、在宅で介護した経験より、良い痴呆介護をするためには介護者も同時にケアすることが一番大切であることを身を持って感じられた方、と本当に皆さんいろいろの問題を抱えながら、毎日大変な思いで介護をされています。

痴呆介護の大変さ、つらさを誰にも相談できないと一人で悩み抱え込むのではなく、自分の悩みを吐き出し、そして少しでも介護が軽減され、介護の力をつけていただくための交流会になればと思います。「次回は2ヵ月後に同じ場所で開催します。お気軽にお越しください。」と会を締めくくる頃には、雨もすっかり上がり、時ならぬ台風一過の五月晴れ、これからの三河ブロック相談交流会を見守ってくれているかのような青空でした。 (記 井上)

相談交流会

三河ブロック

(平成15年7月5日 於 豊橋カリオンビル)

A 91歳の義母ですが、現在要介護3で週1回デイを利用してしています。朝早くから夜寝るまで家中を歩き回ったり、何度のご飯をくれと言ったり、汚れたオムツを自分で片付けてしまったり、訳の分からない事を1日中言っていて、イライラしてきます。デイサービスもいっぱいだとと言われて1日だけです。

司会 同じところでなくても違う施設も併用して使えます。ケアマネさんに相談して、探して貰うといいですね。

M 私の経験ですが、痴呆の方はどれだけ食べても腹を壊すことはありませんので、心配しないでいいと思います。食べさせないでストレスになるよりは食べさせてあげた方が良くはないでしょうか？

B 主人が20年前に動脈瘤で倒れ、現在は物忘れがひどいくらいで何とか生活できるのですが、将来が不安です。

C 実母を10年間在宅介護し、現在は特養にいますが介護をバネに前向きに豊かに生活できたらと考え参加しました。

D 義父を義母が見ているのですが、私は義父に対しては大変かわいいおじいちゃんと感じ優しく接することができるのですが、義母に介護の大変な事を愚痴られ、私と義母との関係がギクシャクしてしまいそうでイライラしてきます。

E 要介護3の実母を週6回デイサービスを利用して看ています。夜勤がある娘

夫婦と8人家族で生活していますが、主人と母は気が合わないで、母は自分が思うようにならないと私にひどくあたり、調子が悪いと暴言を吐き荒れて大変になります。夜勤の時は母が騒ぐと困るので特に気を使い、私がストレスから10kgも肥え病気になるてしまいました。そんな母と自分自身とのジレンマに襲われています。

司会 実の親子だけにご主人、娘婿さんへの気使いが大変ですね。呆けると物事を関連付けて考えられなくなり自分に都合のいい勝手な話をしますので、嫌といわれても話を半分くらいに聞いてまともに受け止めない方がいいですよ。

C 私も始めの頃は他人には良い所だけを見せ、私にはむきになって接してくる母を、死んで欲しいと思うようになり「死んでください」とメモに書いては捨て、書いては捨てと何回したか分かりません。本気で相手にしなくても良いと思えるまでに8年かかりました。距離感をおくと自分の優しさが出てくるものです。10年過ぎた今では、長生きして欲しいと思うようになりました。

F 実母を3年前から看ています。変化に気付いていたのですが、年のせいと思っていました。様子がおかしくなり検査をしたら重度の痴呆と診断されました。徘徊がひどく4~5時間も歩き回ることが3年間位続き今は、足が弱くなって家の中をはっているのに、外に出たがったり、紙パンツを使用しているのにトイレに自分で行き失敗をしたりで、これから先どうなるのか不安です。

M つなぎの服を使用したら上手くいったと言う例もありますよ。

司会 現在はつなぎの服は施設病院等では、身体拘束禁止の要項に入っていて使用はよくないことになっていますが、在宅ではどうしても使わなくてはいけない症状の方もあります。

F 失敗すると母は「馬鹿になってしまった。」と感情が波立ってしまうのです。

司会 まだ自分自身が不安に思ったり、羞恥心もあり一番難しい時ですね。失敗した時「誰かに水でも掛けられたの？」と人のせいにしてあげるのも良い方法ですよ。

M 責めたり叱ったりしないで、雑巾を沢山作り汚れても大丈夫なように対処すると失敗しないようになりますよ。介護の方法は経験者の方とお友達になり相談しあうと色々な良い方法が見つかり良いですね。

G 82歳になる実母と3年前より同居していますが、10年前に父の介護で腰を傷め圧迫骨折、鎖骨4本骨折で1ヶ月入院で寝たきり後、現在は車椅子使用で施設に入っています。眠剤を(半錠)使用しているのですが、一晩に18~22回もトイレに行き危ないと施設から言われました。「このまま、もう家に帰れない」と言う不安があるのでしょうか？不穏になるので週2~3日外泊して家で見ているのですが、家でも一晩に8回位起き私の方が眠れません。今までに病院で診察を受けた事が無いので一度行った方がよいでしょうか？

司会 ご家族が今のかかりつけの病院でいいと思っていられるのであれば、あえて行く必要は無いと思いますよ。

H 90歳の姑ですが、朝ベッドから出ては来るのですが、1日ごろごろしていることが多く、日に日に痴呆がひどくなる気がします。私がいないと遊びに行ってしまったとか、ご飯を食べさせてくれないなど主人に私の悪口を言っていますが、私には遠慮があるのか私の前では何も言いません。最近は気に入らないと物を投げたり、自分がこの家に嫁に来た事の不満を何回も言ったりするのですが、1~2分で自分のしている事を忘れてしまい大変です。

司会 若い時に考えていたり、気になっていたような事を今言っていたり、性格が強くなったりと言うこともあるので、介護者があまり責任を感じたりする必要はありません。

I 姑は要介護1で週3回デイを利用しています。同居していないのですが、毎日何回も電話を掛けてきて私を泥棒だと責めます。電話が鳴るたびにビクビクしていますが、出かけて行って会って話をする時はそんなことは言わずわりと落ち着いています。

あまりにもひどい時は主人に私は「里に帰っていると」と言ってもらいます。その間はいないと思って電話がかかってくる暇がありません。電話の時の事を考えると、対応が分からずウツになってしまいます。最近は主人も母と私の間に入って私に当たるようになり、グループホーム等を考えた方がよいでしょうか？

司会 お姑さんにとっては電話口に出ている貴女と会っている時の貴女は多分違う人なのです。もう少しすると変わってきますよ。だんだんと電話をかけることが出来なくなってくるでしょう。当然1人暮らしも難しくなってくるでしょう。

グループホームを利用しようというお気持ちがあるのでしたら、あちこち見ていろいろと調べておかれると良いと

思いますよ。

電話の件は一度「私が泥棒ですよ」と言って反応を見てみてはどうでしょうか？否定すればするほど、執着します

M 痴呆でなくても嫁は自分の大切な息子を取った泥棒とよく言われます。嫁と姑は他人、そう考え割り切られたらどうでしょう？

J 私は母子家庭で4年前に癌を患った実父と、アパートの上と下で住んでいます。健康な時はコミュニケーションが下手な人で、病気以来頼りにされないとか生き甲斐がないとかひがみが強くなり、今になりまわりと溶け込もうとしてもできず、食事、風呂等が一人ではできず今は、施設に入ってもらっています。外へ出るとは倒れ救急車で運ばれることが4、5回もあり、また、シルバーカーを持って階段を降りてしまうので困っています。病院の先生に「賭けと思い自由にさせてみましょう」と言われやってみたところ、元気になり歩けるようになってしまいました。また、施設の人の事を聞かず、自分が一番不幸と思う不幸症候群になっていて、どうしてもそんな父に説教をしてしまいます。施設の人には「言われるまま聞いてあげてください。」と言われますが、出来ずまた出来ない自分自身がイヤになってしまいます。

司会 無理をするとストレスになるからあまり無理をしない方が良いですね。

D 自分を責めないで、今自分のしていること、また、できた時は自分で自分を誉め、ほうびにケーキでも食べ贅沢を試みるのです。自分自身を誉めると言う事は年月がいきますが、慣れてくると今度は病人がいとおしくなり、切り替えが上手になりますよ。

K 私の妻は週5回デイを利用し、今はわりと落ちついていますが、朝6時には起こすのですが、夜早く12時~2時頃と寝つきが悪く、また、私がいないと息子が一緒に寝るのですが「お父さん、お父さん」後追いして困っています。痴呆の人は寝ないでも大丈夫なのですか？

司会 痴呆の人はサイクルが違うので一日が36時間とか24時間でない人もありますし、疲れが表に出にくいですね。

L 94歳の姑を看て4年になります。始めは一人で看ていたのですが体調が悪くし、施設に入れたのですが主人がかわいそうだと言出し、現在は主人と娘の3人で在宅介護をしています。3人で介護するようになり「良い嫁をしない、行動は優しく心は冷静に、60%の介護をしよう。」と考えるようになりとても楽になりました。それでもまだまだ続くであろう介護に対して、こうした所に出て来てネットワークを張り頑張りたいと思い来て見ました。

あつというまに過ぎてしまった時間に、司会者から、次回の予定は9月6日（土）に開催しますが、この会は「皆で作る交流会にしたいと考えています。皆さんの意見がありましたら」の声に参加者の方より「話を聞いてもらえ、楽になりました。」「時間が短すぎるので食事でもしながらゆっくりしたい。」との意見があり、まだ2回目と開催間もないこの会も次回へつなげられる大きな力を皆さんに頂いた気がしました。

(井上)

三河ブロック交流会

平成 15 年 11 月 15 日
於 豊橋カリオンビル

第 4 回目を迎えた三河ブロック交流会は、今回参加者皆さんのご要望の中からグループホームについて「あおいの里」グループホームの介護支援専門員である鈴木佳彦さんに、お話して頂きました。

グループホームの概要の説明をして頂いたあと、現状と将来のありかたとして、利用内容、費用等にはまだまだバラツキがあったり、本当に痴呆の方が落ち着ける場所は建物が新しく近代的でスタッフが作業のやり易い場所ばかりでなく、昔ながらの古い民家でお年寄りが今まで住み慣れた場所に近いと言うこともあるでしょう。設備の工夫にスタッフとのかかわり方と、検討すべきこれからの課題も多いのが現状のようです。

将来進むべき方向としては地域で支えあえる組織になって行く事がより良いグループホームの展望であるとお話して見えました。

月 1 度の「お便り」は利用者さん 1 人 1 人のその月の様子を個人別に、ご家族へ配布しているなど「あおいの里」独自の活動等も話して頂きました。

司会：あるグループホームの話ですが、利用者さんがホームを抜け出して、近くの家に戻って入りこみ、ご飯を無断で食べていたそうです。しかし、その家の方はその人がホームの方だと知っていたため、無断で家に入った事をとがめることなく、一緒に食事を済ませた後、ホームまで送ってくださったと言うエピソードを聞いたことがあるのですが、普段からの地域のつながりの大切さを感じますね。

A： 私の母が入所中に転んであざを作ってしまった時、施設の方が「申し訳ありませんでした」と謝ってくれました。家族もお願いしたあとも、何か出来る事を考え、職員の方の大変さを理解し、施設とのコミュニケーションをとることにより、職員のかたのストレスを減らすことで、良い介護をお願いできることにつながると思います。職員の方と良い関係を持つことは大切なことだと思います。こうした職員の方とコミュニケーションをとり地域でも関わって行くことが、これから先は大切だと感じますね。

B： 病気などで転所しなければならなくなった時は家族が転所先等を探さなければならないのですか？

講： 明快な解答は出来ませんが、本来は施設が責任を持ってするのが良いと思います。家族との連携も必要でしょうね。

C： 私の母は現在要介護 3 ですが、手のかかる人は駄目だといわれてしまいました。、そうですか？

講： グループホームの入所は身の回りの事が援助すればできると言うのが条件ですが、施設によって対応は違うと思うので、一般的な説明だけではなく、本人に施設の職員と会って貰ったりし、もう少し詳しい所まで話を聞いてみられたら良いと思いますよ。私の施設では体験入所もしています。

D： 義母はデイに慣れたと思ったら病院に入院してしまったのですが、現在施設の入所待ちなのですが、施設は医療行為があると入れないと聞きました。又3ヶ月で出て欲しいとの説明もありましたが本当ですか？

講： 介護保険では施設入所は3ヶ月と言う期限は基本的には無いはず。家族の方は預かってもらっていると言う引け目もあり、なかなか、言いにくいと思われれますが、家では介護する事が困難である事をよく説明すればなんとか受け入れてくれるはずですよ。

E： ご飯を食べないから帰ってくれと施設から言われたのですが。

講： 本来は規制できないはずですが…。

司： 家ではもっと大変だと説明しながらズルズルお願いして行くのもコ

ツですよ。

F： グループホームは痴呆が進むと出ないといけないのでしょうか、看護師さんは見えるのですか

講： 今までは重度になれば出なければならなかったのですが、現在は終末まで見てくれるところも増えていきますね。私のところでは現在看護師はいませんが、週2回施設にて協力医療機関の外来受診ができます。又協力医療機関外の受診については家族のお手伝いを御願ひする場合があります。

司： 介護保険の制度は重なってサービスを使えないのでグループホームに訪問看護をお願いすることが出来ませんが、それが可能になると重度の方もそのままグループホームで安心して過ごしていただくことが出来るのではと思います。介護保険も少しずつ改正されながら進んでいますので、そのうちにそういう利用も可能になることでしょう。

G： 母は一人暮らしで介護度2～3の時は1日4～5時間の徘徊、失禁もひどく、ベッドを汚したり臭いもひどくて、とても大変な時期は私が泊って介護をしていましたが、要介護5になり寝たきりになってしまったら、週1回のデイを利用しながら通いで介護できるようになり、とても楽になりました。

司： 痴呆と言う病気は初期の見守りが必要な時が一番大変ですが、進行して来ると嘘のように、楽になる事もありますね。

H： 私の妻は自分が少しでも離れるとすぐに探し、あと追いをして気の休まる暇がありません。またデイで風呂に入りたがらなかつたり、孫の首をしめたりする事もあり将来はグループホームを考えています。

司： 子どもさんは年長さん位になるときちんと話をしあげると理解出来るようになりますので、ご家族と一緒に考えられると良いですね。

小さな頃からお年寄りと接することは大切ですから、子どもさんの将来にとってはとてもいい経験になっていると思います。

それと、ご主人の健康を考え、ショートをしつづつ増やし、ご主人の居ない生活に慣れて貰えるといいですね。グループホームも1つの選択と考えて行かれると良いと思います。

I： 私の夫は要介護2で、危ないと言うのですが近くのふれあい農園に自分で運転して行きます。他は家に閉じこもりぎみで、最近失禁の回数も増え歩行も少々弱くなって来ているようです。新しい事を覚える事は苦手ですが、着替えはまだ自分で出来ますし、過去の事、感情等はしっかりしていて私の事を「クソ婆」と言う事もあ

り、いやになる事もありますが、他の人と比べるとまだ まだ楽なのかなぁ？と思っています。

司： まだ楽かなと言って見えますが、お一人で介護されているのは大変でしょうから、奥さんの健康も十分気をつけてくださいね。

J： 私の母は要介護3で、ヘルパーさんにデイの朝の送りをお願いするようになり「Sさんの家に行って来てね」と言うと、本音は行きたくないのかもしれませんが、この頃は喜んでデイに行ってくれるようになりました。