

2)研究テーマ別傾向

認知症介護に関する施策課題及び先行研究による認知症介護の課題を踏まえ、近年、重要と考えられる主要なテーマである介護手法について「認知症高齢者への身体介護やターミナルケア等の基本的な介護方法」、「BPSD への対応、コミュニケーション、若年認知症へのケア、生活支援・ケア全体等の認知症介護手法」、「環境支援の方法」の3つと、「人材育成や施設マネジメント」、「評価法」、「家族支援」の計6つのテーマについて研究内容の動向を報告する。

(1)身体介護やターミナルケア等の基本的な介護方法に関する研究の動向

高齢者の介護を語ることは、高齢者と家族の願いを語ることに思える。食べることも出す(排泄する)ことも、それを他人の手に委ねることの難しさとその世話を引き受けることの難しさは、当事者になってはじめて“わかる”ことに違いない。今も昔も、介護の多くは当事者の問題であることに変わりはなく、医療や社会福祉がいかに進歩し充実しようとも、当事者たちの“いたみ”にはそう易々とは近づけない。それは、介護にともなう苦労や負担があまりに過酷であることはもちろんなのだが、そこに織り交るふとした喜びや笑い、共に生きてきた時の流れに馳せる想いなどを、他人がわかるかたちで雄弁に語ることが非常に難しいものだと感じるからである。とりわけ、認知症という病においてはそのハードルが高い。それゆえ、介護の実体をとらえ真に必要なとされる支援を導き出すためには、起きている現象をつぶさに観察する技法と当事者たちの声を聴き届ける態度に極めて専心するほかなく、彼らのそばに居ずしては成し得ないのである。

そのような考えのもとに、本稿では、とくに認知症高齢者を対象とした身体および身体介護、身体介護の延長線上にあるとみなすことができるターミナルケアに関する研究の動向を整理し、明らかにされてきた成果と今後の課題を検討したい。

①研究動向

基本介護手法に関するものとして分類された研究は、合計47件である。それを研究テーマでさらに分類してみると、「口腔機能・口腔ケアに関する研究」17件、「栄養／摂食・嚥下機能とケアに関する研究」13件、「睡眠障害へのアプローチ」3件、「ターミナルケアに関する研究」7件、「その他、身体および身体介護に関する研究」7件となった。件数の多かった「口腔機能・口腔ケアに関する研究」と「栄養／摂食・嚥下機能とケアに関する研究」は、収集しているデータと主な分析内容からさらに分類を試みた。その結果、「口腔機能・口腔ケアに関する研究」は、[口腔内の状態および機能]4件、[口腔ケア]3件、[生活自立度との関連]10件に、「栄養／摂食・嚥下機能とケアに関する研究」は[摂取食物・栄養状態]4件、[機能障害のアセスメント]6件、[援助方法の検討・評価]3件に分けられた。なお、「その他、身体および身体介護に関する研究」に分類した研究は、類似するテーマでまとまりを作れなかったものである。

この研究テーマ群ごとに、研究数の経年変化をまとめた結果を表Ⅲ-1-1-2-1に示す。1991年から2010年までの20年間で5年ずつで区切ってみると、1991年から1995年までは6件、以降、8件、15件と増え続け、2006年から2010年には18件にまで右肩上がりが増加し、研究テーマの種類も多様になっていた。とくに、1996年から2005年までの10年間では23件(48.9%)を数える結果となっており、介護保険制度の施行にともなう認知症高齢者への関心の高まりを感じさせる。

これより先では、分類した研究テーマごとに報告されている成果をまとめ、最後に全体を通して今後の課題を述べたい。

表Ⅲ -1-1-2-1 基本介護手法に関する研究数のテーマ別の経年変化

研究テーマ	1991～1995	1996～2000	2001～2005	2006～2010	合計
口腔機能・口腔ケア (17)					
口腔内の状態および機能	1	1	2		4
口腔ケア	1		1	1	3
生活自立度との関連		3	5	2	10
栄養/摂食・嚥下機能とケア (13)					
摂取食物・栄養状態	2	2			4
機能障害のアセスメント		1	1	4	6
援助方法の検討・評価		1	2		3
睡眠障害へのアプローチ (3)			2	1	3
ターミナルケア (7)			1	6	7
その他、身体および身体介護 (7)	2		1	4	7
合計	6	8	15	18	47

* 研究テーマ群の () 内の数値は、該当した文献の合計

① -1 口腔機能・口腔ケアに関する研究

口腔機能・口腔ケアに関する研究は、それまで十分に把握されていなかった認知症高齢者の口腔内の状態や口腔機能を明らかにしようとするところから始まっている。とくに1990年代は、残存歯数や義歯使用率、口腔内の清潔状態、食べている食事形態の実態把握に焦点があてられていた。なかでも、長期入院中の高齢者において認知症が重度化するほどに残存歯数と義歯使用率が減少していたことを報告した沖本ら⁽¹⁾の研究と、特別養護老人ホーム入所中の高齢者の口腔内の状態は地域の高齢者と比べて不良であり、さらに認知症がある場合では未処置歯数や義歯不適合が多く口腔ケアの自立度が低いことを報告した大竹ら⁽²⁾の研究は、認知症の有無や程度と口腔内の状態および口腔機能に関するその後の議論につながっている。口腔機能・口腔ケアに関する全17件の研究をみると、認知症高齢者は残存歯数が少ないとの指摘^(1,3)がある一方で関係を認めなかったもの^(4,5)があり、また、義歯使用率が低いとの報告^(1,4,6,7)がある一方でその関係を認めなかったもの^(8,9)もあり、これらは一定の決着をみていない。しかし、認知症高齢者では、不適合な義歯を使用しているケースが多く^(2,10,11)、未処置歯数も多い^(2,12)こと、また、口腔ケアの自立度が低く^(2,13,6,14)、清掃状況も不良であり⁽⁵⁾、咀嚼しやすい食物形態に調整されている割合が高い^(6,13,15)ことは、複数の研究で同様の結果が示されている。なお、認知症の重症度と残存歯数⁽¹⁾、義歯使用率^(1,6)や義歯装着行為の自立度⁽¹⁶⁾、口腔ケアの自立度^(2,6,13)との関係も指摘されているが、研究数が少なくさらに検討を重ねる必要があるだろう。

2000年以降になると、口腔内の状態と機能が認知機能や身体機能、さらには生活自立度や栄養状態とどのような影響関係にあるかを探る研究へと広がりを見せていた。この背景のひとつには、咀嚼機能の低下が脳機能や全身の健康状態に影響を及ぼす可能性への注目があり、他方で、介護保険制度施行による医療・介護サービス設計のエビデンスを求める機運の高まりが指摘できるだろう。報告内容には、義歯使用の有無にかかわらず1年後の認知機能と身体機能は低下したというもの⁽⁸⁾があるが、義歯以外の要因による影響が否定できない。むしろ多くの報告で、咀嚼機能の維持と生活自立度の高さには関係を認めており、歯科治療や適切な義歯使用をかなえるために、歯科医や歯科衛生士を含めたチームアプローチによる口腔ケアの重要性を指摘している^(11,7,5,14,9,15)。ただし、認知症高齢者の口腔ケアは、認知機能の障害をはじめ全身状態の影響を受けて困難なケースが多いことも示唆されている^(7,12,17)。

これらの報告をみると、認知症高齢者の口腔内の状態は全身状態や生活全般に影響を及ぼす重要な問題であるにもかかわらず、ほとんどの場合で十分にケアされていない状況にあることがうかがえる。手指の運動機能障害によるセルフケア能力の低下のみならず、認知障害による理解力の低下や意欲の減退が問題となる認知症高齢者では、歯科受診も毎日の口腔ケアも困難を極めることは想像に難くない。しかし、問題はそこではない。ここまでの内容を

みて分かるかもしれないが、この17件の研究のうちの実に16件は歯学系の研究者による報告であった。残るたった1件⁽¹⁵⁾は社会福祉学系の研究者によるもので、看護学系の研究者による報告も臨床実践をまとめた事例研究もない。「基本介護手法」以外に分類された研究のなかに存在することを願って極論は避けるが、ここで報告されていた貴重な基礎データを実践に応用する取り組みがなくては、口腔機能を維持することも、後述する食事援助を充実させることもかなわないだろう。ケアの現場から問題を提起し、困難事例への実践報告やチームアプローチの成果報告などを蓄積していくことが望まれる。

①-2 栄養／摂食・嚥下機能とケアに関する研究

認知症の有無にかかわらず、高齢者の介護において食事援助が重要なキーワードのひとつであることは言うまでもない。例えば、栄養状態や誤嚥のリスクといった健康と生命にかかわる問題、食事援助に要する時間や労力など介護負担につながる問題、さらには、経口摂取が困難になった場合の対応をめぐる倫理的問題など、食事に関連した研究と実践の課題は実に多岐にわたる。

栄養状態に関連した研究報告では、認知症高齢者は摂取食物品目と摂取量が少ないこと^(18,19)や、認知症ではない高齢者と比較して、入院や寝たきりを契機に体重とBMI (Body Mass Index) が低下しやすい⁽²⁰⁾ことが指摘されている。摂取する食物の形態は、義歯の使用状況や摂食・嚥下障害との関連も報告されており⁽²¹⁾、とりわけ認知症高齢者の場合では、栄養状態と口腔機能および摂食・嚥下機能との密接な関係や、生活自立度や生活環境の変化によって受ける影響の大きさを強く認識しなければならない。

こうした調査報告があるなかで、1990年代後半から、摂食・嚥下障害に焦点をあてて有効なケアのあり方を模索する動きが出てきた。海外ではすでに議論が活発になされていたテーマではあったが、わが国においては、山田⁽²²⁾の研究を先駆けとして、今日までにいくつかの報告が続いている。山田⁽²²⁾は、認知症高齢者の摂食困難を「摂食動作上の困難」「摂食リズムの乱れ」「むせ」の3側面からとらえ、適切な援助で改善できる可能性を示唆した。これに続いて山田ら⁽²³⁾は、「摂食リズムの乱れ」の特徴に注目した介入研究を行い、食物を口へ運ぶ摂食動作の中断時間を短縮するための誘導方法や環境調整の視点を報告している。このように始まった摂食・嚥下障害に関する研究では、視覚・聴覚を刺激する周辺環境の変化と食物を口へ運ぶタイミングが摂食動作の中断につながることや^(23,24)、食事を開始することに困難さが目立つこと^(23,25,26)が明らかにされてきた。また、認知症高齢者の摂食動作は、他の生活動作に比べて自立度が高いとの報告⁽²⁷⁾があるが、身体疾患の合併や呼吸機能の低下が認められるケースに摂食・嚥下障害が多い⁽²⁸⁾ことも指摘されている。具体的なアセスメントと援助を模索する介入研究では、認知症に起因する摂食開始の困難さと摂食動作の中断に対する援助によって、自発的な摂食の割合が改善することが報告されている^(23,29,30)。なかでも、山田⁽³⁰⁾は、食事場面における援助者のかかわりや環境調整のみではなく、排泄や睡眠・覚醒などの一連の生活リズムに着目した生活全般にわたるセルフケア能力を引き出す環境アレンジメントの重要性を強調している。こうした生活全般にわたる視点での観察と援助は、対象者が暮らす場の物理的・社会的環境に大きく影響されるだろう。そうした影響を見極め、「どこから」「どのように」着手することが効果的であるかを検討するために、より多くの実践報告・介入研究が待たれる。

とりわけ、認知症高齢者では、咀嚼や嚥下機能に障害がなくても、認知症の中核症状と周辺症状にともなう注意障害や動作障害で摂食困難に至っている場合が多く、原因疾患と症状の重症化によって困難さの様相が異なるという特徴をもつ。大切なことは、食事を単なる生命維持のための捕食としてのみとらえるのではなく、長年の暮らしぶりを反映した社会・文化的な生活行為であることを理解した個別的対応の模索であり、豊かな食事が生きて活動す

ることの意欲や希望を生み出す大きな力になることを深く認識した熱意あるかわりである。援助者によって作られる摂食困難は決してあってはならない。

①-3 睡眠障害へのアプローチに関する研究

睡眠・覚醒のリズムは、食事や排泄などの一連の生活行為と密接に関連するため、認知症の人の生活全般に影響を及ぼす重要な要因として注目され始めている。それゆえ、今回はわずかに3件と少なかったが、ひとつのテーマ群としてまとめることとした。

村瀬らの一連の調査では、入院中の高齢者と健康高齢者との間で睡眠時間に差はなく、認知症の有無による違いも認めなかった⁽³¹⁾が、夜間の中途覚醒は多い傾向にあり、移動動作能力が低下している場合には転倒などの危険防止のための援助に主眼がおかれていること⁽³²⁾を報告している。一方、関ら⁽³³⁾の事例研究では、睡眠障害がある認知症高齢者に対して、高照度光による光療法を中心に細やかなかわりを継続したことで、日中の覚醒水準が上がり夜間の睡眠効率も改善したことを報告している。とくに、目を開けて声を出すようになったり食事摂取がスムーズになったりという変化が際立つ内容であった。

繰り返しになるが、睡眠への注目は、認知症高齢者が夜間に起き出すことへの介護上の問題だけではなく、覚醒や活動との影響関係をもつ生活リズムの構成要素としてとらえる視点をもつことが重要なのである。しかし、それは同時に、睡眠障害に関する研究が、対象者の生活全般にわたって生じている変化と環境要因を網羅的に把握する必要があることを意味しているともいえ、データを収集するうえで多くの課題があることが予測される。関係する要因を適切にコントロールした精度の高い研究成果が切望される一方で、臨床現場においては、これまで以上に認知症高齢者の睡眠状況に関心をもち、生活行為との相互関係を丁寧に確かめながら日々のケアに取り組み、その成果を報告してもらいたい。

①-4 ターミナルケアに関する研究

これに該当した研究は7件で、2004年の山下ら⁽³⁴⁾の報告が最初となる。つまり、この研究テーマは萌芽の段階にあるといえる。その山下ら⁽³⁴⁾が行った認知症の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査では、認知症が進行している現段階での病名告知を望む家族は4割程度だが、もっと初期の段階であったならば望むとの回答は7割以上にのぼり、仮に自分自身が認知症になった場合ではほぼ全員が告知を希望した。また、終末期医療について事前に意思表明をしている患者は約2割で、多くの家族が患者の意向を汲んで終末期医療の内容を決めていることを示した。また、高齢がん患者のターミナルケアと比較して、認知症高齢者では呼吸器疾患が多く、痰の吸引や抗生剤投与などにおいて違いがあるとの指摘⁽²⁶⁰⁾があるものの、認知症高齢者の終末期医療を担っている一般病院の医師や看護師の認識の低さや対応の不十分さが問題視されている⁽³⁶⁾。

その一方で、グループホームにおける終末期ケアの可能性を模索する研究が始まっている。グループホームでの終末期ケアの最大の課題は、医療的な判断や対処の難しさである^(37,38)。この課題に取り組むためには、終末期ケアにかかわる職員の教育や医療機関との協力体制を確立するといった、管理者の牽引力が問われると指摘されている^(39,40)。

振り返ってみれば、認知症ケアは機能障害に対する支援と介護家族の支援であって、生命にかかわる健康問題や生命の終焉は、認知症を知らない“医療”が取って代わってきたといっても過言ではないだろう。こうした状況に違和感を覚える家族や実践者、研究者はいたとは思いますが、ここ最近になるまで研究報告が見当たらないことからみれば、そうした疑問の声は多くはなかったのだろうと推察される。認知症患者数が増加の一途をたどるなか、認知症の診断技術や新薬の開発が進歩をみせ、さらに、社会の理解が深まりつつある今日、認知症高齢者のターミナルケアに関する議論はようやく始まったと感じる。課題は山積みである。尊厳ある生、尊厳ある死とは何かへの問いに向き合わなければならない。

①-5 その他、身体および身体介護に関する研究

類似する研究テーマでまとまりを作れなかった7件の研究を概観すると、スウェーデンにおける認知症高齢者の長期療養施設の実態報告⁽⁴¹⁾と、介護者が感じている介護困難とその理由から介護状況を評価するスケールの開発⁽⁴²⁾が、1990年代前半のもので古い。その後、2000年中盤以降になると、排泄や身支度に抵抗を示す患者への望ましいケアのあり方を模索する研究⁽⁴³⁾、日常生活自立度の維持に移動能力が影響していることを報告した縦断研究^(44,45)、更衣の援助で遭遇する対応困難場面についてのアンケート調査⁽⁴⁶⁾、椅子に座ることで座位姿勢が補正できたことを報告した事例研究⁽⁴⁷⁾といった、認知症高齢者の状態と援助方法へ具体的に注目する多様な研究テーマが登場している。

身体機能の変化や介護技術の追求に関する研究は、認知症高齢者の生活の質を左右する課題として、今後も継続的に取り組まれるべきである。人口構成の変動や経済問題から社会保障制度のあり方が議論されている今日において、過去、長きに渡り綿々と続けられてきた身体介護は新たな局面を迎えているといえる。国民の期待に応えられる医療・介護・年金などの制度づくりや質の高い専門職育成を目指すためにも、この古くて新しい研究テーマが、臨床現場の積極的な参加のもとにエビデンスを蓄積していくことを期待したい。

②今後の課題

率直な意見を言えば、基本介護手法に関するものとして分類された研究は、予想していたよりも少なかった。介護の代名詞ともいえる「排泄」や「入浴」に関するものはひとつもなかった。先述したように、他の研究テーマ群に分類されている可能性は高いが、もしもそうでなかったとしたら、この結果は何を意味しているのだろうか。近年の認知症ケアにおいて、「その人らしさ」という言葉が象徴するように、過去—現在—未来をつむぐ「その人」のアイデンティティやパーソナリティを見つめることが非常に重要視されている。そのことに疑問の余地はないが、対象者の身体に触れ、動作を身近で支える介護家族や看護・介護専門職にとって、身体の変化を適切に捉える知識と技術は不可欠であり、認知症高齢者の介護においてはとくに重要になる。なぜなら、認知症が脳の器質的变化によって生じることを考えれば、脳のダメージは感覚機能や恒常性維持機能にまで及んでいる可能性を否定できないからである。認知症高齢者の言動のすべてを中核症状と周辺症状のみで説明しようとするのは、あまりに危険であり怠慢であると言わざるを得ない。

基本介護手法に分類された研究における今後の課題は、ひとえに介入研究の少なさである。注目すべき視点、介入すべきタイミング、選択すべき手順、揃えるべき道具など、その全ては実践のなかでこそ検証される。要する時間が短縮できたり費やす費用が軽減できたりといったことも重要である。しかし、対象者が生活する場でのデータ収集は、細かな条件をコントロールすることが難しく、対象者の体調や加齢変化、場を共有する他者の存在や関係性、空間や設備などの環境といったいくつもの要因が複雑に絡み合うため、データの解釈には慎重さが求められる。この問題をクリアするためにも、多くの報告が蓄積されるべきであり、多職種による学際的な研究が求められる。さらに、若年性認知症の人へのアプローチも検討されなければならない。経験的に、認知症高齢者と同様の対応ではうまくいかないことは、多くの専門職が知るところであろう。身体介護は、ごく単純に言いかえれば、できないところを支えることである。認知症の人の立場に立てば、それは自分の衰えを改めて思い知らされる場面となり、なおさらに他者の世話を受け入れることは容易ではなくなる。こうした心情を慮ったうえで、まだ若い身体ゆえに残しているエネルギーを強みにできるような介護手法が求められるだろう。

(2) BPSDへの対応、コミュニケーション、若年認知症へのケア、生活支援・ケア全体等の認知症介護手法に関する研究動向

①研究の動向

①-1 BPSD に関する研究動向

1984年以降に発表された65論文について、BPSDの種類別に分類を行ったところ、BPSD全体に着目した42論文、徘徊行動に着目した9論文、精神症状に着目した4論文、暴力的行動に着目した3論文、介護に対する抵抗に着目した2論文、その他5論文となった。以下分類別に研究動向は以下のとおりである。なお初期の問題行動、行動異常等の用語を「BPSD」に統一して用いることとする。

BPSD全体に着目した42論文について、主に在宅の認知症高齢者のBPSDの実態についての調査研究成果(6件)は1980年代に発表された。1990年代以降は2002年にかけて、主に施設所在の認知症高齢者のBPSD実態調査に加えてBPSD評価尺度の作成に関する研究成果も6件発表されてきている。実態調査の主な内容としては、初期の研究を中心にBPSDを構成する各症状の頻度を明らかにしたものやBPSD生起関連要因について検討した成果が多かったが、2000年以降においてBPSDに対する介護者の認識や生命予後との関連を検討(BPSDの有無は生命予後を規定する要因ではないこと)した成果も発表された。また、BPSDと家族介護者の介護負担等心理変数との関連性について検討した研究は1990年代までに2件であったが、2003年から2007年にかけて7件発表された。さらにBPSDの緩和を意図とする介入研究の成果報告は1999年から2009年の10年間で6件であった。介入内容としては作業療法や音楽療法、動作療法等の非薬物的療法や、介護職員による声かけといったコミュニケーションが、BPSDの緩和にポジティブに影響する可能性を示唆するものであった。しかしながら事例検討的な介入研究であるものが多く、統制群を設定するなどの厳密な要因計画の導入には至っておらず、介入前後のBPSD生起頻度の変化量を検討したものが多かった。このことは日常の生活支援場面において、厳密な実験的介入法の導入の難しさを物語っていると考えられる。

徘徊に着目した9論文について1990年代は3件、2000年代は6件であった。このうち徘徊行動の状態像や生起頻度と介護職員の対応および認識、居住環境条件との関連性に関する実態調査(4件)や介護職員の声かけや会話による介入効果や環境改修による徘徊行動時間への影響について検討した介入的研究(2件)、徘徊行動と骨密度の関連性(1件)や、徘徊による移動と空間認識の関連性(1件)、そして観察による徘徊行動のある認知症高齢者へのケア上の課題を明確にする検討(1件)であり、いずれも事例研究であった。

精神症状に着目した4件については、3件が実態調査報告であった。施設や一般病院におけるせん妄や、自殺企図に関する内容であった。そしてagitationと施設の騒音との関連性についての検討では、agitationと認知機能低下および環境からの騒音刺激とその時間帯との関連性が報告され、施設環境設定に示唆を提供する検討と考えられる。

暴力的行動に着目した3件では、すべて介護保険施設または事業所における実態調査であり、特にグループホームにおいて暴力被害を受けた介護職員の自己帰責化と離職意向の危険性やメンタルヘルスやリスク管理等の研修内容の重要性を報告したものもある。

その他(5件)においては、睡眠障害の生起頻度、施設内における放尿と対応の実態、血液透析患者向けの自己抜針防止用アラーム開発といった内容であった。

以上の中から、BPSD緩和のための要因として、特に心理社会的要因においては、介護者に求められる基本姿勢として、相手をよくわかろうとする姿勢を身につけることがあげられていた。この姿勢が優れた観察を可能にして理解を深化させ、相互信頼の醸成に基づく行動変容を促すかわりにつながることが期待される。またBPSD生起の背景には目的や動機があるという姿勢をもちBPSDの生起した意味や原因を究明し認知症高齢者が安定した生活を

送れるような支援の方法を見出すことが求められる。さらに、特に施設・事業所内の対応として、管理ならびに画一的な対応ではなく、個別対応を考慮することが重要である。職員のかかわり方として「対等な姿勢(隣に座る、目線を合わせるなど)」、「提案(一緒にやりましょう)」、「日常会話などで意識転換をはかる」、「認知症高齢者のペースで誘導を実施する」が介護抵抗を導かず、認知症高齢者が満足できたケアにつながることを示唆されている。また別の検討では、職員による「声かけ」や「会話」といったかかわり方について、「あいさつや会話などのコミュニケーションのきっかけとなる声かけ」がBPSDを緩和する効果がある一方で「“～しましょう”と行動を誘発するため声かけ」はBPSD生起にネガティブに影響することが示唆されており、あくまでも認知症高齢者の状態像やペースに合わせたかかわり方を考慮する必要がある。また徘徊行動をポジティブにとらえる観点では、徘徊は過去の生活習慣を反映するとともに、認知症高齢者のストレスコーピングに資する行動であることが示唆され、摂取エネルギーと消費エネルギーの不均衡を考慮することが課題と考えられる。認知症高齢者の生活する場の環境調整がBPSDの緩和に影響を及ぼす要因として示唆されたのは、騒音要因と環境改修・アレンジメント要因である。騒音要因については、一日における騒音レベルの高くなる時間帯とAgitation生起の関連性が見出され、施設内の騒音レベルにも配慮する必要性が示唆された。また環境アレンジメント・改修要因では、環境アレンジメントが認知症高齢者の生活全般の自発性を誘発すること、認知症高齢者にとってなじみの場所を整えるといった環境改修が会話数の増加、無為の減少にポジティブに影響したことである。

最後に、社会的な相互作用をうながす小集団活動が中等度認知症高齢者の対人交流数の増加や日本語版NPI不安得点のポジティブな減少に効果があること、応用行動分析による取り組みにおいて介護抵抗や異食が改善した事例においては、介護実践において応用行動分析的視点・取り組みの有効性が示唆されている。

①-2 生活支援・ケア全体に関する研究動向

全51論文のうち、実態調査研究38論文、介入的研究13論文であった。

実態調査研究のうち、1980年代は短期入所事業や入所施設(特別養護老人ホーム)利用者および家族介護者の生活実態や介護状況を報告するもの(3件)であった。1990年代では外国(スウェーデン)の福祉施設において整備されている福祉サービスの実態調査報告や、国内における施設入所者のケアニーズと福祉サービス提供に関する実態調査において、施設種別ごとの役割(特にリハビリ機能や通過方施設としての老人保健施設の充実、BPSDが重度の利用者に対する生活環境の整備)を明確化することや、施設において実施されている療法の実施状況(音楽療法、遊戯療法、生活療法等が多く実施される一方で、作業療法等は少ない)が報告されている。1990年代後半では、デイケア利用の家族介護者の生活状況へのポジティブな影響を報告するもの、在宅介護の実態報告等がなされている。2000年以降は、主に介護保険施設における認知症高齢者ケアの技術の明確化や認知症の重症度ならびに寝たきり度と介護量との関連性を検討したものや、家族介護者の介護実践力や介護プロセスについて質的研究によるアプローチ等の報告がされている。また認知症高齢者本人の体験世界について検討したものや施設における非認知症の利用者との交流の実態が報告されている。特に近年では、施設ケアにおける認知症末期の利用者に対するケアプロセスや関わり方、さらに家族と職員が認知症高齢者のことについて情報共有する内容や方法について検討したものや、介護職員が認知症ケアを円滑に実践していくことを規定する(または阻害する)要因について検討したものがあり、介護職員のソーシャルサポートや介護充実感、介護方針の未徹底、仕事の忙しさ等が個別ケア等の円滑な実践を左右することが示唆されている。

介入的研究に関しては、1980年代から訪問看護実践効果に関する報告(家族介護者のケア改善、介護負担感の軽減、BPSDの緩和など)や視覚・聴覚などに働きかける感覚刺激を認知症

高齢者に意図的に提示した場合の改善効果(精神症状、意欲にポジティブに影響するなど残存機能を高め、特に日常生活面での改善につながることを示唆)、また施設において、職員数削減をきっかけに導入された心理社会的対応を専門的にこなす職員(コンタクトパーソン)の有効性(統制群実験計画法やビデオ観察を用いた検討、入所者の自発的行動の増加等)を報告したものが散見された。近年では、行動分析学による暴力的抵抗と異食の改善例(1事例研究)や Dementia Care Mapping 法を用いたケアの有効性(対処困難行動のコントロールが有意に改善、介護職員の意識も有意に改善、利用者の攻撃性、不安・恐怖等が改善傾向)、そして中等度・重度認知症高齢者の自己決定機会を提供する看護介入の効果(認知機能に改善は認められなかったが、認知症高齢者の動機づけ機能に有意な改善傾向を示した)を報告している。

①-3 コミュニケーションに関する研究動向

27論文については、1990年代にかけて、認知症高齢者のコミュニケーション能力の状態像を機能検査にもとづいて報告したものや、認知症高齢者と家族介護者の相互作用の特徴(家族介護者が高齢者の言動の「確かさ」にこだわることなど)、施設ロビーにおける認知症高齢者同士の相互作用の特性(コミュニケーションの成立と不成立のソシオグラムから構造的に分析し、多くの高齢者は安定的な相互作用を営み、数名を中心にした構造を形成していた)、心理療法を実施したことにより導かれた治療者の持つべき条件(プレバーバルな関わりが基本的要素、認知症高齢者がどのように体験しているかという問いかけを持ち続けること、体験世界のあり方を推測すること)が報告されている。2000年以降は、認知症高齢者のコミュニケーション能力を測定する尺度の作成(2件)、認知症高齢者に対する介護職員の意識を会話の有無から比較した検討(会話不可能な高齢者のほうが可能な高齢者に比べて、お互いの考え、感情、身振り等が伝わりにくいととらえており、会話の有無に影響を受けやすいことを自覚したうえで援助することの重要性)や中等度・重度の認知症高齢者との相互交流の特徴(互いに接点を持つこと、分かち合う、向き合う、摩擦を起こす等の要素が、諸障害や環境不備によりネガティブに影響を受ける)が報告されている。また一方で、介護職員の発話スタイルに着目して実験的に評価した検討では、発話スタイルの違いにより第三者からの評価が異なること(認知症の重症度に関わらず、敬意と親密さを兼ね備えた会話スタイルが高評価であり、子ども扱いするような会話スタイルでは、なれなれしい印象を与えること)が報告され、特に介護職員の介護実践における声かけ等のかかわりにおいて配慮すべき示唆を与えるものである。さらに近年、家族介護者や介護職員のコミュニケーションスキルと関連要因に着目し検討した報告では、特に介護職員において、介護経験期間の長さや仕事満足度の高さが、良好なコミュニケーションスキルと関連することが示唆されている。

以上の中から、認知症高齢者とのコミュニケーションにおいて有効性が示唆される要素としては、保護的・受容的にかかわること、傾聴の姿勢、認知症高齢者の体験世界を理解する姿勢をもつこと、認知症高齢者の個別的な障害や環境設定に配慮した個別的な対応をすること等であった。そして特に介護職員においては、利用者の人権に配慮した会話スタイルを心がけることが重要である。一方で、職員のコミュニケーションスキルの自己評価は、ソーシャルサポート有り、疲労感の低さ、仕事満足度の高さ、職務経験期間の長さに関連しており、これらの要因に配慮した組織体制・教育支援体制のあり方を考慮する必要がある。

①-4 若年認知症に関する研究動向

若年認知症に関しては、全体に占める割合が少なく、1993年に若年期における認知症発症率に関する実態調査が1件のみであり、2006年以降わずか3論文である。近年報告された3件は面接調査による家族介護者支援における課題抽出2件と、若年認知症に対するイメージ調査報告1件である。研究によって明示された課題としては、若年認知症についての理解の普及、サービス体系の開発、経済的支援策の構築、若年認知症の人と家族が集える場の創出、

相談体制の構築、若年認知症の人の子ども世代にかかわる懸念(子育て、疾患に対する子どもの理解や受け入れ、子どもの担う介護負荷、遺伝など)、家族・親戚の認知症に対する理解などであった。

今後は若年認知症者に関する実態調査報告も含めて、包括的な支援体制構築に資する研究・実践報告が待たれるところである。

(3)環境支援の方法に関する研究の動向

認知症高齢者のためのケア環境は、ケア方針などに関わる運営的環境、ケアする側とされる側の関係性を示す社会的環境、そして空間や家具などの物理的環境からなる⁽¹⁾。本稿では、ケア環境のなかでも物理的環境を着眼点として、認知症高齢者のための環境支援に関する研究動向を整理したい。

物理的環境の重要性が認識されたのは、1990年以前に建設された施設や病院の多くが無機質な環境であり、そこは、認知症高齢者の生活する場ではなく、収容される場になっているとの問題が提起されたことにある⁽²⁾。その後、住宅から施設に移ること、つまり環境移行しても、それまでの生活が継続できることが重要とされ、それを実現するための家庭的環境を設えることが主要テーマとなった。そして、調査研究に基づき具体的な環境支援の方策が多く提案された。特に建築計画分野においては、介護保険制度が創設された時期を中心にして、グループホームやユニットケアなどの新しい居住形態に対する知見が蓄積された。そして現在では、「認知症高齢者への環境支援のための指針(PEAP 日本版3)」⁽³⁾の普及や、環境支援に関する知見の体系化が図られるようになり⁽⁴⁾、認知症ケアの現場において、介護者が容易に参加できる環境支援についての関心が高まっている。

環境支援に関する研究では、研究目的に応じて調査分析方法も様々である。今回は対象とする環境のスケールに沿って研究論文を整理し、それぞれのレベルでの認知症高齢者と物理的環境との関係性に関する知見を把握することで、環境支援の課題を明らかにするとともに、今後の方向性を模索することを目的とする。

①研究動向

①-1 認知特性を考慮した環境支援

認知症高齢者の環境に関する認知特性を把握することが、環境支援を考察する上で重要であり、認知科学的なアプローチによる基礎研究が行われてきた。

認知症高齢者が床にある障害物を認知する状況を明らかにして、転倒防止につなげることを目的とした実験的研究では、周辺環境に比べて障害物の輝度が高い場合やコントラストが強い場合、障害物の形態が特徴的である場合に、認識しやすいと結論づけている^(5,6)。

安全な環境を提供するための研究がある一方で、認知症高齢者が自分のいる場所を同定しやすい環境に関する研究も行われている。そのひとつとして、認知症高齢者が施設内において目標を探しながら歩行する経路探索行動に着目した一連の研究がある^(7,8,9,10,11)。そこでは、アイカメラ法を用いた実験を行い、認知症高齢者の眼球運動から、注視範囲が狭いこと、低い位置に注視が限定されやすいことなどの注視特性を明らかにしている。この知見に基づき、迷いにくい施設環境とするには、連続的な誘導サインを床や壁の低い位置に設置することが有効であると指摘している。また、認知症高齢者の記憶障害を補助する環境について分析した研究もある^(12,13)。そこでは、台所には布巾やヤカン、浴室には浴槽、便所では便器など、対応する小物や設備を部屋の入口から見えやすい位置に置くことで、場所の同定がしやすくなるとしている。

記憶への心理的アプローチとしてグループ回想法による環境支援に着目した先進的な事例もみられる⁽¹⁴⁾。歴史博物館などにある懐かしい空間や小物により、認知症高齢者の回想が促進されることで、人生に対する肯定的な意味づけにつながることを示唆している。

①-2 パーソナライズを支援する環境

パーソナライズ(個人化)しやすい環境が整えられていることは、認知症高齢者の施設内での安定的な居場所の形成につながると言われている。特に、自室は第1の居場所になりやすいため、特別養護老人ホームの個室化の流れにあわせて、自分の所有物の持ち込み状況の研究が行われている⁽¹⁵⁾。ここでは、所有物を居室に多く持ち込むことで、認知症高齢者の施設環境への満足感が高くなる傾向が示されており、新しい環境への適応を促進するためにも、小物などでパーソナライズできる居室環境が重要であると言える。居室のパーソナライズは認知症高齢者の環境変化に伴う心的ストレスを減少させることにもつながる⁽¹⁶⁾。さらに、居室は、就寝機能だけにとどまらず、団らんや接客、食事、排泄など様々な機能をもつ空間として計画することが重要で、具体的には設備や面積を充実させることで、環境のパーソナライズは促進される⁽¹⁷⁾。

また、施設の共用空間においても、思い入れのある風景が見られる場所や、楽しみにしている日課が行われる場所が、認知症高齢者の個々人にとって意味合いの強い居場所となることが明らかとなっており、個人的要素に配慮した環境が求められる⁽¹⁸⁾。

個人的な状況に柔軟に対応できる要件は、特に在宅環境において強く求められている。しかし、在宅環境の研究はプライバシーなどの関係から少ないのが現状である。少ない知見ではあるが、それらからは、パーソナライズの結果が住居内の様々な工夫に現れていることがわかる。工事を伴う住居改善では、応急的に対応するケースが多くなるため、個人の能力変化など将来を見通した改善のあり方が課題となる⁽¹⁹⁾。認知症高齢者への在宅環境での細かな配慮としては、目印などで手がかりを与える工夫を施すことがあり、これらは自立行為を促すことに有効である。しかし、見当識の低下した場合には、個別性に配慮した工夫も必要となるケースが多い⁽²⁰⁾。また、在宅環境での支援は介護者が家族である場合も多いことから、介護負担の軽減など、介護者も含めた生活スタイルにも配慮する必要がある^(21,22)。

①-3 生活場面における環境支援

介護保険の制度化以降、認知症高齢者が入居する特別養護老人ホームやグループホームの施設整備が早急な課題となり、施設での環境支援をテーマにした研究が多く発表された。それらの多くに共通することは、共用空間において行動観察を実施していることである。展開される連続的な生活を場面単位で取り出し、その特徴を分析することで、食事や排泄などのそれぞれの生活行為に対して必要な環境支援を探っている⁽²³⁾。これは生活行為と環境の関係を客観的に捉えられることから、具体的な指針を得るために有効な研究手法であると言える。生活行為のなかでも扱われることの多いのは、入居者同士、あるいはケアスタッフとの交流場面である。これは共同生活を行う施設では住居と異なり、肯定的にも否定的にも、様々な交流が結ばれる空間であり、人との距離に特に注意を払う必要があると認識されているためと考えられる。

共用空間に多様な小さな空間があるグループホームでは、入居者が他入居者との距離を調節しながら、空間を自発的に選択して会話している様子がみられる^(24,25)。居間の設えも重要で、ソファやキッチンなどがあり住環境として良好である場合、入居者同士の会話が生まれやすい⁽²⁶⁾。また、施設内の廊下やロビーなどの移動空間に配置されたベンチや椅子においても、自然発生的に会話が生まれやすい^(27,28)。しかし、認知症高齢者の交流を考えた場合、アルツハイマー型と脳血管性の生活特性が異なることから、居住ユニットを分離する必要性もあると考えられ⁽²⁹⁾、交流範囲に配慮した環境支援が求められている。

ケアスタッフと入居者の交流では、大規模な居住ユニットでは入居者が身の回りのケアを一方的に受容しているのに対し、小規模ユニットにおいては入居者の個々人の役割や能力を活かすように共同生活が営まれる^(30,31,32)。小規模ユニットは連続的で緻密なケアが実践される

ことから空間的に有効である⁽³³⁾。また、認知症高齢者が入居後に生活の落ち着きを取り戻した段階においては、ケアスタッフは直接的ケアよりも見守りによる交流が増し、それには、自然な形でケア発生に関係するケアスタッフの日常動線が重要である⁽³⁴⁾。

近年では、家庭の環境の質が再考され、いわゆる「住宅力」という観点から民家改修型グループホームが注目されている。民家改修型は入居者とケアスタッフの距離が近く、既存の多様な空間構成を活かした柔軟な生活づくりが可能となる一方で、改修しても共用空間がひとつに集約される場合などには共同生活のなかで息抜きがしにくい状態を招く懸念があり、改修対象を選定する際には十分注意する必要がある^(35,36,37)。

①-4 環境適応に対する支援

認知症高齢者は新しい環境に適応することが難しい。環境に適応する過程を把握するために、グループホームなどの入居施設での生活場面が長期間にわたり継続的に調査されている^(38,39,40)。環境になじむことは、入居者が生活を与えられる側から、ケアスタッフとともに生活をつくる側へと主体性を持つことであり、したがって居室は共同生活からの「逃げ場」から、自分自身の「生活の場」へと役割が変化する⁽⁴¹⁾。そして、共用空間では入居者の状態の変化により使い方も変わることから、多様な場面で有効に働く空間が重要であり、畳コーナーやいろり、小上がり、廊下のベンチなど小さな空間が特に有効である⁽⁴¹⁾。また、施設内の場所や家具への思い入れは、入居者の認知機能などの状態が変化しても継続するため、これは長期間の生活を見据えた支援策のひとつの手がかりになると考えられる⁽⁴²⁾。

認知症高齢者への継続的な生活支援では、認知症の進行や身体機能の低下を含めて検討する必要がある。ターミナルケアのための環境支援についても考える必要がある。しかし、ターミナルケア環境を扱った研究は少なく、他施設への否定的な環境移行を防ぐためにも、医療と連携しながらグループホームで看取ることの重要性を指摘したものや⁽⁴³⁾、個室内に多様な設えがあることや、個室廻りにケアスタッフや他の入居者との交流が生まれる場所を多く配置することなど、ターミナルケアに関して個室を中心にした建築計画の必要性を述べたもの⁽⁴⁴⁾があるのみである。

また、環境への不適応行動に着目して、入居施設での介入研究を実践したケースもある。特別養護老人ホームにおいては、居住ユニットを小さくすること、家具や設えを工夫して共用空間の場所を増やすことにより、入居同士の親密な会話が増えている^(45,46)。また、ケアスタッフが入居者に対して、時刻や居場所について発話で伝えることや、景色が見られる場所に座らせることなど、生活の様々な場面における細やかな支援により交流や肯定的感情を引き出すことができる⁽⁴⁷⁾。これらの知見により、介護者がケア環境において物理的環境が果たす役割を認識し、介護者自身による自発的な環境支援の実践につながることが期待される。

①-5 地域における環境支援

近年、小規模多機能型居宅介護の制度化や、要介護となっても住み慣れた地域で暮らすことが尊重されるなど、高齢者と地域環境の関係が注目されている。それは認知症高齢者についても同様で、施設の入居者が地域にある小規模施設に通うというケア実践、いわゆる逆デイサービスの有効性が確認されている^(48,49)。

認知症高齢者と地域環境の関係を扱った研究としては、グループホームで行う外出行動の範囲が地域の生活域と重なることで、地域住民との交流が促進されることを検証したもの⁽⁵⁰⁾や、グループホームが立地する周辺環境の状況によって地域交流への満足度が影響されることを示したものがあげられる⁽⁵¹⁾。

これらの研究視点は、認知症高齢者を地域環境にある様々な資源を利用する側として規定している。しかし、今後、施設ケアから在宅ケアへの流れのなかでは、小規模施設を核にしながら認知症高齢者の在宅生活を支えるネットワークケアの構築の重要であり⁽⁵²⁾、地域にア

アプローチするための積極的な環境支援のあり方を模索する必要がある。

②今後の課題

本稿では、環境支援についての知見を知覚・認知から地域までスケールごとに整理した。共通する特徴として家庭的な環境づくりを実践するための指針を探っていることがあげられるだろう。これは、認知症高齢者が営んできた生活を尊重し、境移行してもその生活を継続できるように支援することが環境支援の基本的な考え方としてあるためと思われる。したがって、普段展開されていた生活行為や交流を、施設に移っても自発的に実行できるように環境が補完することを目標としている。

しかし、これからの超高齢社会では生活行為を補完するための環境要素の発見だけでなく、認知症高齢者が生き生きと暮らせる新しい生活モデルの提示を射程にした研究が必要となると思われる。その方向性として以下の2点をあげたい。

ひとつは、様々な状況にある認知症ケアの現場において、これまで蓄積された知見を介護者でも容易に応用できる方法論を確立することである。介入研究はいくつかみられるが、より多くの事例から体系化を目指すことが望まれる。介護者による環境支援の創意工夫が促されることで、認知症高齢者の個別性に対応したアレンジも可能になると思われる。

もうひとつは環境支援の脱施設化である。環境支援研究のフィールドは主にグループホームなどの入居施設である。しかし、認知症高齢者の生活の継続性や一貫性を踏まえると、住居や地域での環境支援についても積極的に取り組む必要がある。また、認知機能や身体機能が低下してもライフスタイルを尊重するという視点から、ターミナルケア環境は今後の重要なテーマになると思われる。認知症高齢者が選択する住居や施設の種類に関わらず、生活を支援する普遍的な空間や環境のあり方を模索することが重要であろう。

(4)人材育成や施設マネジメントに関する研究動向

質の高い認知症介護を実現するためには、介護者の知識や技術、コミュニケーション能力、社会性、モチベーションなどといった人的な環境の向上が重要である。また、認知症介護には強い身体的・精神的負担を伴うため、人的な環境の向上には、介護者自身の心身の健康も必要である。これらのことから、介護者のマネジメントや人材育成・教育は認知症介護の質を決定する上で重要な要因であり、更なる高齢化が危惧されている現在、積極的に組んでいかなければいけない課題であるといえる。

①マネジメントに関する研究動向

今回の事業によって収集された研究論文のうち、マネジメントに関係するものは5件あり、概要は以下の通りであった。

①-1 栗須ら(1994)「特別養護老人ホームにおける痴呆性老人の処遇の工夫について」

心理社会的対応を専門に行うスタッフであるコンタクトパーソンによって実践された処遇プログラムの効果を評価し、老人施設における認知症高齢者の処遇方法について検討した。その結果、コンタクトパーソンの有用性として、情緒的安定や、生活意欲、社会性の向上などに効果があることが示唆された。本研究は、数量データは扱われているが、統計的な検定は行われていない。

①-2 人見ら(2005)「認知症ケアに関する施設管理職の意識」

介護保険施設および老人性認知症治療病棟における管理者の認知症介護に関する意識を検討した。その結果、事故防止対策と、認知症介護に関するスタッフに対する特別の指示は、介護保険施設よりも老人性認知症治療病棟で有意にとられていることが示唆された。一方、介護保険施設は老人性認知症治療病棟よりも事故対策が徹底していた。これらのことから、施設の法的枠組みも考慮した管理者の意識改革が必要であると考えられた。本研究はFisherの直接確率を用いた検定が行われている。

①-3 照井ら(2006)「認知症ケアにおけるチームケア自己評価モデルの検討」

認知症介護の評価のなかでチームケアの自己評価について検討した結果、「資質向上への取り組み」「情報の共有」「協働の体制」の3因子(16項目)からなるチームケア評価尺度が得られた。用いられた分析方法は、KJ法、因子分析、共分散構造分析であった。

①-4 上田ら(2007)「認知症ユニットにおけるコンタクトパーソンの有効性：ケアの質向上と人員削減の両立の可能性を目指して」

ユニットケアにコンタクトパーソンを配置した効果を測定し、介護の質の向上と職員削減の両立の可能性を検討した。その結果、コンタクトパーソンの配置により利用者の自発的行動が増え、全般的に活性化した。職員削減が行われてもこれを配置することによって介護の質を高める機能が期待される。本研究はDementia Care Mappingを用いた事例研究であり、数量データは扱われているが、統計的な検定は行われていない。

①-5 田高ら(2007)「認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発」

在宅認知症介護の質の確保・向上に向けた認知症介護専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準として、サービスの構造の質(各資源の有無・内容)の評価基準14項目、および、サービスの過程の質(サービスの提供過程における行為や内容)の評価基準20項目を開発した。本研究は、数量データは扱われているが、統計的な検定は行われていない。

②人材育成・教育に関する研究動向

今回の事業によって収集された研究論文のうち、人材育成・教育に係るものは8件あり、概要は以下の通りであった。

②-1 堀口(1999)「痴呆性老人に接する時に感じる困難の処理のされ方：老人看護実習指導方法の向上をねらいとして」

学生の実習中に生じた認知症高齢者の言動による困難感が、どのように処理されるか検討した。34個の困難感を8個の処理パターンに分類した結果、それぞれ「困難は感じなくなる」、「困難感はそのまま残る」という2つの結果に結びついていることが示唆された。前者は、さらに、「困難を感じた状況が解決されたもの」と「困難のとらえ方が変わったもの」に分けられた。後者は、「解決のための機会がもてずに困難感がそのまま残る」と「看護ケアによっても状況が変化しなかったために困難感がそのまま残る」に分けられた。本研究では数量データは扱われていない。

②-2 森川(2004)「痴呆性高齢者の生活活性化と看護学生の関わり：MDS2.1アセスメント項目の検討から」

学生の実習による基本的な看護の実践が、認知症高齢者の日常生活の活性化にどのような影響を与えているかをMD2.1施設ケアアセスメント項目を用いて検討した。その結果、対象となった認知症高齢者には「コミュニケーション」「認知」「身体機能と機能問題」「活動のパターン」において改善がみられた。このことから、学生の基本的な看護の実践によって高齢者が無為に過ごす時間が減少し、特に「声かけ」に不安軽減効果があることが示唆された。本研究では数量データは扱われていない。

②-3 竹本ら(2005)「認知症高齢者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況：医療職と福祉職との比較を通して」

認知症高齢者のケアマネジメントにおける社会保障制度の理解と活用状況について、医療職と福祉職とを比較した。その結果、社会保障制度の活用状況では医療職と福祉職との間に有意差は認められなかったが、両職種ともに理解は不十分であり、特に福祉職に比べて医療職は制度を理解していない傾向が強かった。また、両職種ともに多くの者が社会保障制度活用に対して能力不足を感じていることが示唆された。本研究では χ^2 検定とクラスター分析が

行われている。

②-4 小野寺ら(2006)「認知症介護専門棟職員に対する職場内研修の試み：パフォーマンス・マネジメントを用いた取り組みの効果検証」

業務改善による生活環境の向上を目的に、認知症介護専門棟の職員に対してパフォーマンス・マネジメントによる職場内研修を実施した。その結果、職員の行動目標の実施率が有意に増加した。また、職員と入居者との対人交流頻度を職場内研修実施前後で比較した結果、有意に増加した。さらに、職場内研修によって、ストレスが有意に軽減された。自己評価による職場内研修の目標達成度は、研修後、有意に増加した。本研究では Mann-Whitney の U 検定と Wilcoxon の符号付順位検定が行われている。

②-5 吉本ら(2007)「看護学生の認知症高齢者に対するイメージの変化およびその影響体験：老年看護学実習に焦点を当てて」

老年看護学実習における看護学生の認知症高齢者に対するイメージの変化と、その影響体験について検討した。その結果、認知症高齢者に対するイメージは、実習によって「怖い」などのイメージから、「あたたかい人」などのイメージに変化することが明らかになった。また、「あたたかい人」というイメージへの変化は、「高齢者の笑顔」などの体験の影響が強かった。「行動に意味がある人」というイメージへの変化は、「行動と生活背景の関連を実感」などの体験の影響が強かった。本研究は、数量データは扱われているが、統計的な検定は行われていない。

②-6 鈴木ら(2009)「重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソンセンタード・ケアに関する介入の効果」

Dementia Care Mapping を用いたパーソンセンタード・ケアの効果を検討した。その結果、パーソンセンタード・ケアに取り組むことでスタッフの認知症に対する意識の改善や認知症高齢者の生活の質に対して良好な影響を及ぼすことが示唆された。本研究では T 検定が行われている。

②-7 三浦ら(2009)「認知症の行動・心理症状に対する介護職員のとらえ方と研修との関係について：在職年数別にみる内部研修の有効性」

認知症高齢者の BPSD に対する介護職員の解決すべき課題のとらえ方と研修との関係、および、研修を行う効果的な時期について検討した。解決すべき課題の捉え方は「問題解決的とらえ方」と「探索的なとらえ方」に分類され、内部研修参加経験がある場合にはない場合に比べて「探索的なとらえ方」が多いことが明らかになった。また、入職から36か月以下の職員で同様の結果が得られたが、37か月以上の職員の場合には有意な結果は得られなかった。本研究では χ^2 検定が行われている。

②-8 若山ら(2010)「認知症キャラバンメイトの活動志向性とその関連要因」

2004年から国により始められた「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」キャンペーンのなかの「認知症サポーター100万人キャラバン事業」において認知症キャラバンメイトの養成が行われている。本研究では、この活動志向性と関連要因を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。その結果、75.0%がキャラバンメイトの活動を継続したいと回答し、1回以上の講師経験がある者は39.6%で、受講直後の活動のやる気があり、活動が楽しいと感じている者ほど、活動志向性が高いことが示唆された。本研究では χ^2 検定と Fisher の直接確率、多重ロジスティック回帰分析が行われている。

③今後の課題

今回の事業で収集された認知症介護におけるマネジメント、人材育成・教育に関した13件の研究論文のうち、研修の方法や効果を直接検討した論文は小野寺ら(2006)と三浦ら(2009)の2件だけであった。また、看護実習の指導に関する研究としては、堀口ら(1999)と吉本ら(2007)

が挙げられた。竹本ら(2005)、人見ら(2005)、照井ら(2006)、田高ら(2007)は、マネジメントや人材育成・教育の基礎資料の調査ないし評価法の開発を目的としており、この分野の間接的な研究といえる。森川ら(2004)は看護実習を扱っているものの、実習による認知症高齢者への影響を検討していることから、この分野への関連性は低い。このほかの研究も、直接的にはそれぞれユニットケアやパーソンセンタードケア、認知症キャラバンメイトなどに関する研究であり、マネジメントや人材育成・教育における間接的な資料となる研究である。このように、この分野に関連する内容を直接的に検討した研究は非常に少ない。しかし、マネジメントや人材育成・教育は質の高い認知症介護を実現するために重要な要因であり、今後の積極的な研究が望まれる。

また、研究手法に関しては、統計的な検定や解析を行っているものは13件中7件であり、他の6件は数量データを扱っていないか、扱っていても検定や解析は行われていない。確かに、認知症介護に関する研究のなかで、マネジメント、人材育成・教育などは特に数量化しにくい分野である。例えば人材育成の効果を検討する場合、まず、求められている人材像が施設や利用者によって異なり、一般的な定義をすることが難しい。また、ある程度一般的な定義ができたとしても、認知症介護の現場で生じている認知症高齢者 - 介護者間や介護者 - 介護者間のダイナミックな相互作用まで含めて数量的な測定をすることには困難が伴う。妥当性の低い定義や数量化は認知症介護の本来の姿を歪める可能性があり、安易な定義・数量化は望まれない。しかし、一方で、統計的な検定や解析は、明らかにしたい内容を科学的・客観的に検討する上で非常に有効な手段である。そのため、マネジメント、人材育成・教育の諸要因に関する妥当性の高い定義や数量化、および、それに基づく統計的な検定や解析は、今後、この分野を科学的に検討していくうえでの重要な課題であると考えられる。

(5) 評価法に関する研究の動向

① 研究動向

認知症介護の評価法について、研究の目的、研究対象ごとにその動向の整理を行った。認知症介護の評価法についての研究を目的によって整理すると、評価法・尺度の開発を目的とした研究と、評価法を用いて現状の把握や介入効果の測定を行うことを目的とした研究に位置づけることができる。また、それぞれを目的とした研究のなかで、認知症高齢者本人を対象とする研究、認知症高齢者の介護者を対象とする研究、さらにその他として、ケア全般や環境、一般生活者からの視点を対象とした研究に分けることができる。認知症高齢者本人については①認知機能・中核症状、②BPSD、③ADL、④QOL、⑤非薬物療法の介入効果などを測定する評価法の開発がおこなわれてきた。介護者については、介護負担感を測定する評価法である。ケア全体についての評価尺度の開発および信頼性・妥当性の検討が行われている。

①-1 認知症高齢者を対象とする研究

①-1-1 認知症の中核症状および認知機能に関する評価法

認知症の中核症状および認知機能に関する評価法の研究においては、スクリーニング、重症度評価、状態像の把握が目的とされている。これらの研究においては、HDS または HDS-R、MMSE により基準関連妥当性の検討が行われ、より簡便な課題・作業の遂行により認知症のスクリーニング方法の開発を行っている。

スクリーニングを目的とした評価法に関する研究では、より早期に、弁別力が高く、かつ簡便な方法による尺度の開発が進められてきている。

4種類の難易度のパズル遂行について、実技の説明の有無・完成度・遂行時間による認知症高齢者の知的レベルの分類(野見山他, 1988)、11時10分を指す時計の理解を計る時刻テストと50円玉1個、10円玉7個、5円玉7個を適当に組み合わせて100円にする能力をみる勘定テスト(川本, 2000)など、課題の遂行により認知機能の評価を行う方法が

検討されている。また、視覚対連合野言語対連合、Kohs テスト、かなひろいテストなどの視覚を媒体とする認知テスト(山上他, 2003)、言語流暢性検査と数字変換課題の2課題からなる the Rapid Dementia Screening Test (RDST)(酒井他, 2006)などの検討が行われている。

また、記憶や認知機能の低下をより詳細に測定することによって、より早期の発見、原因疾患の鑑別を目的とした研究もおこなわれてきた。

羽生他(2007)は、軽症のアルツハイマー病や軽度認知障害の患者の記憶障害に対する病識のあり方の相違を鑑別点の一つとして活用できるとし、レビー小体型認知症では明らかな病識低下例を示す割合が少なく、アルツハイマー病とは異なる病態の相違が示されたと報告している。森他(2007)は、IADL 遂行能力と日常記憶能力の評価が軽度認知障害のスクリーニングに有用であるとした。山本他(2010)は、認知症発症前の早期の認知機能低下を発見する新しい認知機能検査として Simple Cognitive test (SC-test)を開発した。

さらに、専門家による評価によらず、本人または家族等の非専門家による評価をもとに、スクリーニングの手がかりにするための評価指標の開発も行われてきた。竹川他(1990)は、認知症高齢者の日常生活の行動特徴に精通している家族などの非専門家でも容易に回答可能である評価尺度を作成した。生地他(1990)は、行政サービスのための認知症高齢者把握の目的には、自記式アンケート調査によるスクリーニング法は有用であるとしている。また、寺岡他(2005)、地域高齢者のもの忘れ自覚症状としての「生活意欲の低下」、知的活動や社会活動頻度等の日常・社会生活の活性状態に関する状況を把握することが有用であるとしている。

重症度評価を目的とした評価法に関する研究においては、認知症高齢者の多面的な側面をとらえている。これらの評価法は、認知症の状態像の把握や進行度予測、治療・ケア効果の測定に用いることができるとされている。

本間他(1991)は、認知症の中核症状にみられる精神機能障害を認知機能、動機づけ機能および感情機能の障害と仮定し、それらを独立して評価する精神機能評価表(Mental Function Impairment Scale : MENFIS)を作成した。松田他(2001)は、認知機能の多面的評価尺度(覚醒水準、見当識、注意、言語、構成能力、記憶、計算、論理)である Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE)の日本版を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。また、松田他(2003)は、事例紹介を通じて、認知症患者の生活障害の理解や認知リハビリテーションの指針を得る際に NCSE が有用な検査であることが示唆している。鈴木他(2010)は、介護つき高齢者住宅に住むアルツハイマー型認知症患者の日常認知・行動の測定尺度を作成した。

コミュニケーション能力の評価を扱う尺度の作成も行われてきた。町田他(2003)は、高齢者の言語コミュニケーション障害に対し、既存の測定指標項目から13項目の構成概念を抽出し、短時間で測定出来る認知・言語コミュニケーションスクリーニングテストを開発した。そして、高齢者の総合的機能評価のなかで言語コミュニケーション障害をスクリーニングする有力な評価法になりうるとした。武田(2004)は、言語機能、判断力、感情機能等コミュニケーションに関連する能力を総合的に評価し、視線を向ける、うなずき、微笑などの非言語的コミュニケーションをも評価に含めた「簡易コミュニケーションスケール」が、認知症高齢者のコミュニケーション能力を測定するうえで有用な尺度であることが示された。松山他(2005)は、認知症高齢者の表象能力を太田の Stage の評価方法である LDT-R(言語解読能力テスト改訂版)によって評価した。表象能力の評価により言語理解の程度を把握しておくことで、その段階に応じた言葉かけ等の働きか

けをすることが可能になり、認知症高齢者とのコミュニケーションが容易になると考察された。

①-1-2 認知症の行動・心理症状に関する評価法

認知症の行動・心理症状(BPSD)に関する評価法の研究は、介護者の観察による行動評価、精神科医による評価による治療効果の測定指標として用いることを目的とした尺度、行動・心理症状全般をとらえる尺度などが作成されてきた。

溝口他(1993)は、Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD スケール)によって認知症高齢者の行動異常の評価を試み、信頼性と妥当性、介護者の有する負担感との関連について検討した。朝田他(1994)は、介護を困難にする重要な要因である在宅および病院・施設の認知症患者にみられる行動異常を評価する問題行動評価票(TBS : Troublesome Behavior Scale)を作成した。朝田他(1999)は、認知症患者にみられる異常行動、精神症状を測定する BEHAVE-AD の日本語版を作成し、その評価者間信頼性と内的整合性を検討した。坂井他(2002)は、国際老年精神医学会が提唱した BPSD の分類を独自に点数化した BPSD-IPA score が BPSD の評価尺度として有用であることを確認した。また、この指標を用いて BPSD への精神医学的治療の効果を判定したところ、十分な治療効果が得られることが示唆された。佐藤他(2007)は、認知症の行動・心理症状(BPSD : behavioral and psychological symptoms of dementia)を概念整理し、構造化された症状リストの作成を試みた。

認知機能、BPSD、ADL も合わせて検討することで、認知症の全体像を把握する観察評価による尺度の作成も行われてきている。山内他(1999)は、Minimum Data Set (MDS)の項目を用いて観察式の認知症の評価尺度である Cognitive Performance Scale (CPS)を作成した。CPS を用いた結果、徘徊や暴力等の問題行動を呈する対象者を適切に類別できることが確認され、介護保険制度の要介護認定の際に有用な尺度であると考えられる。小野他(2002)は、Assessment Scale for Symptoms of Dementia (ASSD)の信頼性・妥当性について検討した。認知症の重症度の重要な指標となり、臨床の場において有用であると考えられた。梅本他(2009)は、認知症に対する行動観察評価 Nurses' Observation Scale for Geriatric Patient (NOSGER)日本語版の信頼性の検討を行ったところ、抽象性の高い項目に改善の余地があるものの、各項目の一致率が高く NOSGER 日本語版の信頼性が示された。

①-1-3 ADL に関する評価法

日常生活動作を中心とした、介護必要度、介護ニーズ、ケア依存度というとらえ方で、生活機能の側面をとらえる尺度の検討も行われてきている。朝田他(1994)は、認知症患者に対する介助状況評価票(ABCD)を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。この評価票には、6つの基本的な日常生活動作に関する介助状況を、介護者が判断する介助の労力・心理的負担(困難度尺度)と、介助が必要な理由(理由尺度)の下位尺度によって評価する特徴がある。北島(1997)は、ファジィ理論を応用した介護必要度に関する数量モデルを提示することを目的とした。ファジィ理論の応用による介護必要度の数量化モデルから、ADL 尺度の方が認知症尺度より「あいまい」の程度が低く、介護必要度の「大変さ(重度)」より「手のかからなさ(中等度、軽度)」のほうがあいまいの程度(ファジィ・エントロピー)は低く、尺度として明確化しやすいことが推測できた。酒井他(2002)は、日常目に付きやすい生活動作の障害状況から、高齢者の要介護度を簡便に推定できる樹形モデルを開発した。藤原他(2003)は、在宅高齢者の生活機能をアセスメントする際に影響すると考えられる、高齢者本人による回答の信頼性と、それへの認知機能レベルの影響を検討した。高齢者の生活機能について本人と家族の評価が乖離することに認

知機能レベルは独立した要因としては寄与せず、むしろ、家族が抱く愁訴や介護の有無、既往歴の影響を受けやすいことが示された。鐘ヶ江他(2008)は、認知症ケアを意識した介護者による高齢者の総合的機能評価尺度である Care Planning Assessment Tool (CPAT)日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検討した。日本語版 CPAT は高齢者の身体機能、認知機能、精神行動障害、その他の日常生活機能を総合的に把握し、介護ニーズを簡便に評価できる尺度であると考えられる。鈴木他(2010)は、認知症高齢者のケア依存の程度を評価し、個人のニーズに合わせた看護自薦のために開発されたケア依存度尺度(Care Dependency Scale ; CDS)の日本語版を開発し、信頼性・妥当性を明らかにした。

①-1-4 QOL に関する評価法

生活の質(Quality of Life : QOL)の測定指標の開発も行われている。中島他(1992)は、デイケアに通所している認知症高齢者の生活者としての健全さ、健康さを、スタッフが積極的に進められる道具を意図して、20項目4段階の「生活健康スケール」を作成し、既存の行動観察尺度を併用することで、認知症高齢者の多面的な評価に有用であることを示した。森本他(2002)は、アルツハイマー型認知症患者の QOL 尺度(在宅患者版)を開発した。鈴木他(2005)は、認知症に特異的な QOL 指標である Dementia Quality of Life Instrument の日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証した。質問と回答が理解できる MMSE13点以上の認知症高齢者の場合、日本語版 DQoL を用いて主観的 QOL の測定が可能であることが示唆された。渡辺(2005)は、認知症高齢者の社会的行動、特に肯定的な感情の表出や活動への関与に関連する20項目によって、社会的行動に関連する生活の質スケール(A Scale for Old People with Dementia : QLRSB-D)の開発を試みた。

鈴木他(2008)は、Quality of life の評価手法でもある日本語版 DCM の Well-being and ill-being Value(WIB 値)の信頼性と妥当性を検証したところ、オリジナルの WIB 値と同様の信頼性、妥当性があることが明らかになり、わが国の認知症高齢者に対しても使用が可能であることが示唆された。河野他(2009)は、アルツハイマー病(AD)における日本語版 EuroQol (EQ-5 D, VAS)による QOL 評価の信頼性と妥当性を検討し、介護者による EQ-5 D 評価は、信頼性と妥当性、および実現可能性の点から最も優れていることが示唆された。

認知症高齢者の心理的特性の理解のために、絵画統覚検査やコラージュの作成過程等が用いられている。日下(1999)は、高齢者用絵画統覚検査(Projective Assessment of Aging Method : PAAM)は、認知症高齢者に対しても施行可能な手法であり、認知症高齢者の心理的な特性を把握するためにも有効であることが示唆された。柴田(2001)は、高年者用絵画統覚検査(Senior Apperception Technique : SAT)は、軽度認知症高齢者の心理的特性を把握するために有効な臨床的手段であることが示唆された。石崎(2001)は、コラージュは認知症高齢者の内的世界を理解するための有用な心理学的技法であると報告している。

①-1-5 非薬物療法等の効果に関する評価法

非薬物療法の効果測定のための尺度開発も行われてきている。非薬物療法のなかで、音楽療法の効果測定として渡辺他(2000)は、認知症高齢者に対する音楽療法の効果を測定する音楽療法評価表を作成し、その妥当性・信頼性を検討した。項目を選択することにより音楽療法以外の集団活動の評価にも応用できることが示された。また、評価者間の一致率から、音楽療法専門家以外のコ・メディカルスタッフにも使用できる利用範囲の高い評価表となりうる。鈴木他(2003)は、認知症高齢者を対象に音楽療法を実施し、介入中および介入前後の認知機能検査、行動評価を行い、症例を検討することによって

音楽療法の評価手法について検討した。鈴木他(2005)は、認知症高齢者の音楽療法における評価手法として行動障害、ストレス、免疫機能評価を検討した。行動障害の評価尺度である GBS、Behave-AD、ストレス指標である唾液 CgA などが、認知症高齢者の音楽療法の評価尺度として有効であることが示唆された。

また、回想法の効果測定として、柴田(2004)は、認知症高齢者を対象としたグループ回想法の効果評価を投影法テストである SAT(高年者用絵画統覚テスト)を用いて行った。評価には日常生活動作能力尺度(N-ADL)と精神機能障害評価票(MENFIS)も用いた。SAT に対する反応では、特異な反応の数の変化がうかがわれ、回想法グループの効果評価に SAT を用いることの有用性が示唆された。奥村他(2005)は、認知症高齢者への心理・社会的アプローチとして回想法の効果の評価方法や実施回数について検討した。短期間のセミ・クローズドの実施において回想法の効果がみられ、また、簡便な語想起課題が、回想法の評価に有用である可能性が示唆された。小海他(2008)は、認知症高齢者に対する回想法を行ううえで、コ・メディカルスタッフが回想法のセッション中の評価を簡便に行うことができる回想法観察評価尺度(Reminiscence Observational Rating Scale ; RORS)の作成を試みた。

また、その他非薬物療法としての作業療法やデイケアプログラム、動物介在療法等の効果の測定方法の検討が行われている。山田他(1996)は、日本版幼児発達スクリーニング検査(JMAP)項目を用いて、単一システムデザイン(SSD)によって、認知症患者の作業療法の効果を測定した。この検査は、①基礎能力、②協応性、③言語、④非言語、⑤複合課題の発達状態を評価するものである。本多他(2001)は、認知症患者に対するデイケアの個別プログラムを評価するために、認知症患者の表情から意欲などの心理面を評価する「認知症患者の表情による心理評価スケール(PAFED)」を作成し、信頼性・妥当性の検討を行った。金森他(2001)は、動物介在療法(Animal Assisted Therapy : AAT)介入による患者の状態を既存の尺度と CgA の測定から有効性を把握するための試みであり、既存の評価方法を組み合わせることにより患者の変化をとらえる可能性が示唆された。

①-2 介護者を対象とする研究

①-2-1 介護者を対象とする研究

介護者を対象とした評価法については、介護負担感の測定方法の検討が行われてきている。

溝口他(1995)は、介護者の負担感を半定量的に評価する指標として Cost of Care Index (CCI)を導入し、老年者を介護している家族が現在または将来受けるであろう影響や困難を分析する上で CCI は有用であるとした。木之下(1999)は、介護者の介護負担を精神的側面からではなく、社会・家庭生活上の制約として把握する評価尺度として、在宅認知症高齢者の主たる介護者に対する社会・家庭的負担評価票(CBS)を作成した。永井(2005)は、介護力の概念を「認知症高齢者および介護者の生活をさせる介護者の能力」と規定し、認知症高齢者の家族介護力評価指標を作成した。またそれに関連する要因を分析した結果、介護者の健康状況、認知症高齢者の自立度、デイケア／デイサービスの利用、認知用の相談希望、認知障害の対処に関する相談、認知症介護に関する学習の機会の有無が認知症高齢者の家族介護力に関連することが推察された。筒井他(2006)は、居宅で介護を行っている家族介護者のデータを用いて、Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)日本語版評価尺度の因子構造を明らかにし、日本におけるこの尺度の利用について検討を行った。

①-2-2 ケア・サービスを対象とする研究

照井他(2006)は、認知症ケアの質の向上を目的とするケア・ワーカーの研修や業務改善において重要な役割を果たすチームケア自己評価のモデルを検討し、その意義を明らかにした。このモデルは職員研修のツールとして、また、認知症ケアと認知症高齢者のQOLとの関連性を明らかにするための研究のツールとしての活用が可能と考えられる。田高他(2007)は、在宅認知症ケアの質の確保・向上に向けた認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準として、サービスの構造の質の評価基準14項目および、同過程の質の評価基準20項目が開発された。これらのサービスの質の評価基準と在宅認知症ケアにおけるアウトカム等との関連性を検証することが課題である。山本他(2008)は、高齢者訪問看護認知症ケア質指標を開発し、実務者による自己評価をもとに修正を行ったものを用いて、適用可能性を検討した。また、質指標を用いた看護記録から訪問看護実践の評価を試み、合わせてこのような看護記録を用いた評価の妥当性を検討した。

①-2-3 その他を対象とする研究

認知症高齢者および介護者や介護サービスに関する測定指標のほか、ケア全般や環境、また一般生活者からの視点を対象とした評価法の検討が行われてきている。認知症高齢者介護の環境についての評価法として、佐々木他(2004)、環境の個人化の観点から高齢者の新しい施設への適応程度の測定指標の開発を試みた。大島他(2006)は、認知症高齢者の状態像に対応する住宅環境配慮をとらえる評価軸を家族介護者の自由記述回答から抽出した。

一般生活者からの視点を対象とした認知症介護に関する評価法としては、安部他(2008)は、認知症の症状に応じて同居家族が診断および治療を求める行動を「認知症の症状に対する援助希求行動」として定義し、認知症の症状に対応した援助希求行動尺度を開発した。柴田他(2010)は、認知症の家族を介護する際に一般生活者が有する感情を測定する尺度を作成した。これらの尺度によって、同居家族の認知症の症状に応じた変化を把握することが可能である。

②今後の課題

評価法については認知症介護全領域に関わるため、それぞれの領域における課題が多岐にわたり、それらに合わせた測定指標が求められる。全体的な傾向として、認知や行動を対象とする評価法についての研究が多く、信頼性や妥当性の検証も実施され研究成果が着実に蓄積されていることが推測される。しかし、心理面や感情面、内的な側面に関する研究は、認知症高齢者の特性や実施上の制約等の理由から研究数も希少である。ケアやサービス、環境面の評価研究については、昨今少量ずつみられてはいるが今後の発展が期待されるテーマといえる。

(6) 家族支援に関する研究の動向

認知症の家族に対する研究は、きわめて膨大に存在し、研究手法や着眼点なども幅広い。本報告では、家族に関する108の論文を概観することを通して研究者の関心の変遷をたどり、家族介護者研究の動向ならびに展望について論じる。家族をテーマとして認知症介護の研究は、介護にともなう家族介護者の内的過程に焦点を当てた研究がまず挙げられ、それ以外の研究に比べて、膨大な研究実績がある。そこで、以下では家族介護者の内的過程につながる研究およびそれ以外の研究について分けて概観する。

①研究動向

①-1 認知症家族介護者の内的過程に関する研究

①-1-1 認知症の家族介護者の「発見」

1990年までの論文には、認知症の家族介護者の実態を明らかにする報告が散見される。それまで、その実態が十分には明らかにされていなかった認知症の家族介護者に、研究

者が関心を寄せ始め、家族介護者の社会的状況から、心理的な負担を生起させる要因を探索的に模索した時期といえるだろう。

岡本(1988,1989)は当時先駆的に導入されていたショートステイ事業の利用者家族への事例調査や数量化Ⅱ類を用いた分析結果をもとに、また野口(1989)と佐藤(1989)は、いずれも比較的大規模な調査から、家族の社会的属性を明らかにしている。こうした中、冷水(1989)は介護者における客観的困難をクラスタ化しており、単に介護者に負担があるということの指摘だけではなく、「負担の質」について言及しており、その後の1990年代の研究の先駆けとなるものであった。この頃の負担感研究は、その負担感の要因として社会的属性がよく検討されている(たとえば中谷(1989)など)。一方、介護継続意思とかかわる要因を検討する研究が同時期に見られ、負担の質の模索とともに、介護者の「意思」という形で、家族の主観に注目している。これらの研究は、2000年以降多くの研究がされる介護体験過程に関する質的な研究の萌芽といえるであろう。

①-1-2 介護負担感の尺度化とストレスモデルの適用

1990年代に入ると、介護負担感に「ストレスモデル」を適用した分析的枠組みが増えてくる。それまでの研究によって介護負担にどのようなものがあるかが明らかにされ、これを受けて、家族介護者の負担を数量的に測定するモノサシとして、海外では我が国に先行して Zarit ら(1980)を代表とする負担感尺度が開発された。日本では、荒井ら(1997)が日本語版を作成、続いて2003年に同短縮版を作成した。これらの介護負担に関する尺度に加え、QOL 尺度が多く開発されたのもこの時期である。これらの尺度は家族介護者に生じるネガティブな心理的側面を数量的にあらわすことを可能にし、負担軽減もしくは QOL 向上との関連があると思われる要因(たとえばソーシャルサポート、コーピング、社会的資源など)の検討に貢献した。介護負担とその軽減を模索するにあたり、説明モデルとしてストレス理論が多用されたのもこの時期である。介護負担の数量化は、これ以降、現在までさまざまに用いられ、一時の流行というよりは、尺度として定着したとみられる。

これらの介護負担とその軽減に関する研究は、2000年から実施された介護保険制度に向けて、当時さかんに繰り返された「介護の社会化」の必要性の証左であったかもしれない。また、1990年頃までは認知症家族介護者の負担を社会構造からとらえる研究枠組みが多かったのに対して、1990年以降、QOL 指標や精神的健康の概念が用いられるようになったことに示されるように、「家族の主観」に研究者が着目するようになった。介護負担を社会構造からとらえる視点から、ストレス理論に見られるような個人の内的過程に着目した研究にシフトしてきたといえる。QOL や精神的健康といった概念は、医療領域において、患者の疾患だけではなく患者の生活の視点から医療の在り方を見直すために導入された概念である。これらが介護者にまで適用されてきた背景には、家族介護者を、彼らの介護負担や抑うつといった1面でとらえるのではなく、生活全般まで含めた包括的視点から理解することが必要だという世論を受けたものかもしれない。

①-1-3 「介護負担」から「多様で変化する介護認知」へ

家族介護者個人の内的過程を捉えるもう一つの方向性に、1990年代半ばから2000年代に増えてきた、認知症介護体験の質を捉えようとする立場がある。「介護経験=負担」と一義的にとらえるのではなく、介護の捉え方(認知)には多様性があること、そして彼らが介護の時間経過にともなって変化しうることを想定した研究が行われた。このため、横断的な介護認知の研究に加え、縦断的な研究、すなわち1名もしくはごく少数の家族介護者の体験を縦断的にたどり、その体験過程を明らかにしようとする研究が散見されるようになってきた。そして縦断的な個人の体験過程の分析手法として、木下(1999)が

紹介したグラウンデッドセオリーが用いられることも増えた。この時期は介護保険制度の導入直後であり、認知症の家族介護者に関する論文数自体が大幅に増えていることも注目に値する。

①-1-3-1 横断的な介護認知に関する研究動向

小澤(2005)は「介護評価」、小林(2005)は「介護認識」、山田ら(2006)「介護の受け止め」として、それぞれ横断的な介護の捉え方について検討している。この中には、介護の肯定的側面と否定的側面がそれぞれ抽出された場合や、特定の属性(妻を介護する高齢男性)における介護の捉え方の分析がある。またこれらの介護認知と他の要因(たとえば介護負担感やQOL、抑うつといった介護者の心理指標および社会的属性など)との関連があわせて検討されることが多かった。

①-1-3-2 縦断的な介護認知に関する研究動向

天田(1999)、渡辺(2008)廣瀬ら(2006)(2010)、標(2001)、山本(1995)、鈴木(2006)、鶴田(1995)、西山(2005)宮上(2004)、池添ら(2009)、杉原(2010)では、グラウンデッドセオリーをはじめとした質的分析を通して、家族介護者の認知症介護の体験過程を導き出している。

これらの研究において導き出されたプロセスは、命名に統一がないため、それぞれ異なるプロセスを提示しているように見受けられる。また、論文の中で認知症家族介護者の体験過程そのものを明らかにしようとする研究に加えて、その体験過程における介護認知の転換がどのように行われたのかを検討して、家族支援に寄与することを目的にしたもの、すでに介護を終了した元家族介護者に後方視的に経験を回顧してもらい分析したものなどがあり、その目的も対象も異なっている。

しかしこうした研究視点の違いを超えて、認知症家族介護者の体験過程は、以下のようにならざるを得ないだろう。すなわち家族介護者は心理的な混乱、抑うつ等を経験しながら、認知症介護を行わざるを得ないが、ある時期から介護を、より納得のいく意味を積極的に自分で見つけるか、もしくは介護自体から心理的に距離をとるかして、生活を維持する努力をする。前者のように積極的に意味を見つめる群の中には、いわゆる介護受容の状態に至る家族もあるが、後者の場合は介護がより大変になると再び心理的距離を保つことが難しくなり、場合によっては介護の破たんを迎える場合もある。そしてこれらのプロセスで重要となるのは、周囲の人や環境などの資源(サポート)である。

このように、認知症の家族介護者の介護に対する認知は、今日、縦断的、横断的に検討され、その認知の種類や変化については、ある程度明らかになってきた状況である。そのうえで、今後の研究の展望について、研究者が理解しておくべき重要な点があるとするれば、それは家族支援の技法開発の必要性和「家族」定義の変化の可能性ではないだろうか。すなわち、認知症家族介護者の体験過程に限らず、個々の家族介護者の体験そのものは、類型化もしくは定式化された理論に完全に合致するものとは限らず、その続柄やサポートの状況等によって、きわめて複雑に体験されてゆく。それゆえ、類型や定式化の重要性は当然のこととして、これまでに集積されてきた介護認知や体験過程に関する知見を、どのように現場に還元してゆくかが常に課題となる。家族介護者支援の技法や介入効果の検討は、2000年代後半から徐々に増えてはいるが、これまで膨大に積み上げられてきた家族介護者の体験過程に関する知見が必ずしも十分に生かされているとは言えない。このような家族支援理論の不足は、家族を無理に類型化する恐れを生じさせ、これまでの研究の集積ゆえに、個別の援助においてもっとも尊重されるべき個別性が無視されるという逆説も招きうる。また家族介護者のコホートが変化すれば、介護認知や体験過程も変化する。先述したように、介護負担から介護認知の研究にシフトして

きた経緯は、「家族介護者の認知は多様である」ということに、研究者が気づきはじめてことを示している。家族介護者の介護に対する認知が多様化した背景には、家族介護者の属性や生活スタイルが時代とともに変化し、かつてのように「嫁が家制度の重圧を受けながら義理の両親を介護する」といった家族介護者像が典型性を失ったことも影響しているだろう。現在、家族介護者は配偶者、実子、実子の配偶者が拮抗している。さらに同じ配偶者介護者であっても、夫婦の関係性は時代とともに多様化しているうえ、そもそも、「家族が介護する」という前提そのものが社会的に変化してゆく可能性さえある。家族介護者研究の難しさは、時代により社会規範そのものが変化し、研究対象の定義さえ変わってしまう点にあるだろう。

①-2 家族の内的過程以外の研究

①-2-1 行動障害・BPSD と家族の関係に関する研究

認知症者の BPSD は、家族の心理に多大な影響をもたらし、介護の継続を困難に陥らせる可能性をもつことは、容易に想像できる。しかし、2000年代までの行動障害に関する研究は、どのような行動が介護者に影響があるか、というよりは、行動障害が総じて家族介護者の負担の原因となっていることの指摘のみであることが多かった。

それが2000年を超えて、BPSD と再定義されたころから、BPSD の内容そのものの分類や、介護負担と関係する BPSD の要素の検討が増えてきた。BPSD への対応として、まずかわり方の工夫があり、次に薬物療法へ、という原則が暗黙にあるが、家族介護者の心理的側面に強く負の影響を持つ BPSD に、家族がうまくかわることは困難を極める。家族に、かわり方を工夫するという助言を行うにしても、それを受け止められる程度に家族が健康であるかどうか十分に考慮される必要がある。BPSD が家族にとって大きな負担となるからこそ、それをふまえて、家族がどのように BPSD に対応するかが課題となる。

これまでの研究では、BPSD が家族に負担を強いること、そのうち、いくつかの BPSD の影響力が強いことなど、主に BPSD から家族への影響が明らかにされてきた。しかしさらに今後は家族のどのようなかわりが、BPSD に影響するかという、家族から BPSD への影響を検討することも必要となるだろう。ここが明らかにされてはじめて、家族による BPSD へのかわり方の工夫が可能になると考える。

①-2-2 認知症者と家族間のコミュニケーションに関する研究

太田(1994)や天田(1999)は1990年代から、認知症者と家族の関係性を、質的に検討した。しかし、その後は認知症者と家族のコミュニケーションを対象とした研究はほとんどみられない。家族という閉鎖的な関係性におけるコミュニケーションを研究対象とするため、困難を伴うことが予想されるが、しかし認知症者とのコミュニケーションのありようは、家族の生活の質にも影響することが予想される。また近年、配偶者を介護する家族介護者においては、認知症のある配偶者とのコミュニケーションの喪失それ自体を、家族介護者が恐れていることも多いように思われる。西田ら(2007)では介護者のコミュニケーションスキルという切り口で検討しているが、これまでとは異なる視点から再度、認知症者と家族間の双方向の関係性を明らかにしうる研究が必要であろうし、それを可能にする研究手法を開発することも期待される。

①-2-3 医療と家族に関する研究

認知症家族介護者にとって、認知症という診断が行われるときにはじめて医療と接点を持つことが多い。認知症が疾患だという認識がほとんどない家族の場合、病院で認知症と診断されることによって、はじめて自分が「家族介護者」という認識が生まれるのではないだろうか。

先行研究をみると、医療と家族に関する研究は、2000年以前はほとんど見られなかった。介護保険制度における要介護認定の手続き時に、医師の意見書が必要となることもあり、介護保険制度の施行後に医療と家族に関する論文が見られるようになったと考えられる。

研究テーマは、大きく分けると、医療受診に関するものと、病名告知やターミナル期の介護に関するものに分けられる。

①-2-3-1 認知症診断を目的とした医療受診に関するもの

認知症という認識のない家族が、受診を必要と考えて受診行動に至るまでに、どのような援助ができるか(田中ら,2010)、どのようなニーズが受診行動を促進させるのか(小林,2008)のように、受診経験がなく、認知症の診断がついていない認知症者を持つ家族が、どのようにして受診に結びつくかを検討することを目的とした研究がある。

最初に示した家族介護者の体験過程の研究においても時折指摘されるが、物忘れ外来や精神科、神経内科等を、認知症の診断を目的として受診するまでには、通常、家族介護者に相当の葛藤があり、家族内でもトラブルが聞かれることも多い。そのため受診行動は、単に認知症の診断がつくという意味以上に、家族の、いわば「最初の決断」を意味すると考えられる。

①-2-3-2 告知・終末期医療に関するもの

サービスの契約、権利擁護、病名告知、ターミナル、インフォームドコンセントといった一連のテーマは、本人の意思が病状の進行とともに確認しづらくなる認知症者の家族にとっては、きわめて重いテーマである。ターミナル期になってはじめて意思確認がとれなくなる疾患と異なり、疾患に気づいた時から、家族は認知症者本人の意思を問われることになるからである。

病名告知(杉山ら,2003)、終末期医療(山下ら,2004/2007)、事前意思代理決定(二神ら,2009)などの検討はあるものの、数としてはそのテーマの重要性に比して少ないと言わざるを得ない。倫理的課題を含むテーマであるため、ここでも研究手法の工夫が研究者に求められる。

①-2-4 介護サービスと家族に関する研究

デイケア(岡本,1998)、回想法(佐藤ら,2005)などのように、介護サービスやセラピューティックな介入が、家族にどのような影響をもたらすかを検討した論文、サービスの利用希望との関連要因の検討(岡本,1989)介護保険施行後の家族のストレスの変化の検討(新名ら,2002)があった。認知症者に対するサービス等が、家族にどのような効果があるかについて検討したものである。

他方、サービスや支援の対象自体を、認知症者ではなく家族介護者としたものについても検討されている。痴呆疾患センター(沖田,2004)、若年認知症家族が望む支援内容(沖田,2006)、電話相談(湯原ら,2010)、韓国における家族会(金,2010)などがある。

さらに家族支援を目的とした介護者教室等の効果に関する効果の検討(田所ら(2005)、塩山(2004)、鈴木ら(2010)、上城ら(2009))は2000年代後半に見られるようになり、今後、発展が期待される。加えて、こうした家族支援に欠かせないのが、家族と介護スタッフ等との関係性の問題である。入所施設(宮本,2005)、短期入所(松田,2008)、訪問看護(小西,2010)などで、スタッフと家族の交流や関係性に関する検討があるが、今後は、地域包括ケアを念頭におき、包括支援センターにおけるスタッフ家族間の関係性の検討、また地域密着型事業所における運営推進会議等の在り方など、より地域に根差した形で研究がすすめられることを期待したい。

①-2-5 その他

自動車運転(寺川ら,2009)、住環境(大島ら,2004)、経済的機会損失(河野,2010)、倫理(沖田,1999)など多くはないが特定のテーマで、認知症家族介護者の研究がある。今後、家族や認知症者本人の生活スタイルの変化が進めば、あらたな課題が生じる可能性もあり、新しい研究テーマが浮上してくるかもしれない。

②今後の課題

認知症家族介護者に関する論文を、いくつかの切り口で展望し、その動向や今後の方向性について論じた。認知症という疾患も、また家族も、時代とともに社会の影響を受けながらその位置づけは変化してゆく。家族介護者の研究においても、「認知症の家族介護者の介護負担を減らすべき」という価値が変化するかもしれない。すでに、配偶者介護者の中には、負担を減らすことを望まない家族介護者も実は少なくないように感じる。研究者が研究動向を踏まえたうえで、その研究の週上に乗らなかった対象の存在に目を向けること、そして新しい研究手法の開発の努力を惜しまないことが望まれるのではないだろうか。

2. 研究報告書の総括

1)認知症介護研究・研修センターにおける研究報告書

認知症介護研究・研修センターが1999年から2010年まで実施した認知症介護に関する研究報告書を収集し、研究内容別に分類しリストを作成した。研究の助成事業種は、厚生労働省老人保健健康増進等事業、厚生労働省科学研究費、福祉医療機構助成事業等が主な事業種であった。研究数をカウントし集計したところ3センターが実施した研究数は298件であった。研究内容別では、298件中地域ケア体制の構築や連携、地域への認知症普及等に関する研究が38件(12.75%)と最も多く、次いで研修法開発等の人材育成法や教育法に関する研究が37件(12.42%)、介護技法や生活支援法が35件(11.74%)、家族や介護者支援に関する研究が29件(9.73%)、リスクマネジメントの手法に関する研究が22件(7.38%)、認知症高齢者に対する療法やリハビリ、アクティビティ法の研究が19件(6.38%)、アセスメントやケアプラン作成法などケアマネジメントに関する研究が18件(6.04%)、認知機能やADL、QOL、コミュニケーション、介護等の評価方法に関する研究が12件(4.03%)、グループホームやユニットケア等の施設ケアの方法や効果に関する研究が13件(4.36%)、コミュニケーションの実態や方法、評価法に関する研究が12件(4.03%)、認知症の早期発見やリスク因子の解明等予防に関する研究が8件(2.68%)、若年認知症の実態把握や介護、サービス体制等に関する研究が7件(2.35%)、虐待の実態解明やシステム構築、教育法の普及等の虐待防止に関する研究が6件(2.01%)、介護職等専門家の資質向上に関する研究が5件(1.68%)、病態解明が4件(1.34%)、権利擁護が4件(1.34%)、サービス体制や効果に関する研究が3件(1.01%)、環境支援が3件(1.01%)、ストレスマネジメントが2件(0.67%)、ターミナルケアが1件(0.34%)であった。その他の研究としては、運転能力の解明や診断技術、IT技術を活用した介入効果、認知症高齢者の心理等に関する研究が15件(5.03%)実施されている。

総じて、多領域からのアプローチによる多種多様な研究内容を実施しており、特に地域ケアや人材育成、介護方法に関する研究が多く認知症介護研究・研修センターの特色を活かした研究内容や、社会的に重要な課題についての研究が多く実施されている傾向が伺える。しかし、ターミナルケアや環境支援など近年、認知症高齢者の介護を考える上で欠かせないテーマに関する研究数が少ない傾向がみられ、今後の課題と考えられる(巻末資料参照)。

2)全国自治体における研究報告書・成果物

全国の都道府県、市町村、23区1,791箇所を対象に、認知症介護に関する研究、事業の実施有無と事業名に関する調査を依頼し、事業を実施している自治体について、報告書の送付を依頼した。1,791件中1,045件(58.3%)の自治体より調査票を回収した。1,045件の自治体中、認知症介護に関する研究及び事業を実施している自治体は81件(7.7%)であった。81件中報告書を作成している自治体は67件

(82.7%)、成果物を作成している自治体は30件(37.0%)であった。

助成事業種については、有効回答57件中、認知症地域支援体制構築事業20件(35.0%)が最も多く、次いでその他の認知症対策等総合支援事業9件(15.8%)、老人保健健康増進等事業、社会福祉推進事業、長寿科学総合研究事業等の国の事業助成が6件(10.6%)、その他として自治体独自の研究会や、介護保険事業、自治体の助成事業等が22件(38.6%)であった。

事業内容については、有効回答74件中、早期発見、予防対策に関する事業が15件(20.2%)、地域連携や地域づくりに関する事業が22件(29.8%)、若年認知症の実態把握やケアに関する事業が9件(12.1%)、認知症高齢者数の調査や、意識調査等の実態把握に関する事業が15件(20.2%)、認知症の普及啓発に関する事業が5件(6.8%)、サービス体制の構築に関する事業が3件(4.0%)、物忘れ外来が1件(1.4%)、身体拘束廃止に関する事業が1件(1.4%)、家族支援事業が2件(2.7%)、運転の実態に関する調査研究事業が1件(1.4%)であった。

取り組み内容の傾向としては、地域での実態把握や普及啓発、地域づくり、予防システム構築等が多い傾向が見られ、近年の特徴として若年認知症へのケアや実態把握に関する取り組みが特徴的である。

3)関連団体における研究報告書・成果物

認知症介護に関連する職能団体、事業者団体17団体(日本認知症グループホーム協会、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、認知症の人と家族の会、全国社会福祉協議会、日本訪問看護振興財団、日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本社会福祉士会、日本介護福祉士会、日本ソーシャルワーカー協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本介護支援専門員協会、日本司法書士会連合会、全国ホームヘルパー協議会)について、認知症介護に関する研究事業実施の有無に関する調査を依頼し、実施している団体については研究報告書及び成果物の提供について依頼したところ、9団体(52.9%)より回答を得た。9団体中、認知症介護に関する研究を実施している団体は5団体(55.5%)であり、報告書は5団体、成果物は3団体で作成していた。研究の助成を受けている事業は、全て老人保健健康増進等事業による研究であり、1団体で福祉医療機構による事業も実施していた。

事業内容としては、事業者団体の場合は事業所の効果に関する研究が多く、職能団体の場合は、職能に関する能力向上や技術開発に関する研究が多い傾向が見られている。事業実施期間は、3団体において2年～3年間の継続事業として実施しており、2団体では単年度事業として実施されていた。成果物については職務上有効なマニュアルやツール、研修テキストなどが作成されている。

3. 認知症介護研究データベースの作製と普及

本研究によって抽出された認知症介護に関する論文及び報告書について、研究成果の普及や活用を目的とし、介護専門家、研究者、政策立案担当者、一般の利用を促進するためデータベースを作製し、認知症介護研究・研修センターが管理するインターネットサイトである DCnet(認知症介護情報ネットワーク)にて無料で公開することとした。データベース掲載の研究については、本研究において抽出された認知症介護に関する総説、特集記事、実践報告、研究論文等の文献1,090件を掲載し、許諾された文献について順次公開することとした。

1)データベース作製(巻末資料参照)

(1)研究論文

研究論文については、本研究における分析対象となった502件について、研究名、著者名、掲載雑誌名、発行年、抄録、キーワードを掲載することとした。データベースの検索仕様は、上記の情報以外に、本研究によってスクリーニングされた情報について簡易に選択式で検索できるように設計した。検索方法は、キーワード検索と、研究内容、研究方法、対象者の属性による検索を設定した。研究方法は、実態把握のか探索的か仮説検証による検索、定量的、定性的による検索、

定性的な研究の種類による検索、研究方法による検索、観察法の種類による検索、面接法の種類による検索、分析方法による検索、研究期間による検索を設定した。研究対象者の属性による検索は、研究範囲、事業所数、対象群数、対象者の属性、高齢者の属性、認知症の原因疾患、高齢者の所在、高齢者の利用サービス、介護専門家の種別、学生種別、平均年齢、対象人数によって検索可能とした。研究論文の検索は、フリーワード検索以外にも研究者向けに専門的な内容による検索項目を設定し研究資料の詳細な検索を目的としている。

(2)総説、特集記事、実践報告等に関する論文

総説、特集記事、実践報告等に関する論文については、認知症介護に関する専門家の知見や考え方が簡潔に述べられており、研究者だけでなく介護専門家や一般向けにも広く普及、活用されることが望ましいため、詳細な検索仕様は設定せずフリーワード検索によって公開することとした。

(3)報告書

報告書のデータベース掲載及び公開については、認知症介護研究・研修センターが実施し管理している研究報告書に限定し、研究名、研究実施年、研究内容をリストとして公開することとした。

2)データベース普及による研究成果の普及(巻末資料参照)

認知症介護に関する研究成果及び事業成果を関係各所に公開あるいは配布し、活用の促進、関係団体への周知を促し事業成果の普及を実施した。普及方法は、本事業によって作成された研究事業報告書及び認知症介護研究データベース普及用CDと広報チラシを作製し配布した。配布先と配布部数は、本事業の目的である自治体における認知症介護研究事業の促進、認知症介護実践者への普及、認知症介護研究に関連する学術団体への活用促進を目的とし、全国の都道府県、市町村、東京23区1,791か所の高齢者福祉担当部署及び高齢者福祉関連の事業者団体、職能団体17団体、本研究によって抽出された認知症介護関連文献を掲載する雑誌発行団体68団体の計1,876箇所を対象に配布した。さらに認知症介護における研究成果の普及を目的に、認知症介護情報ネットワーク(DCnet)への掲載による認知症介護研究データベースの無償公開を実施した。情報の公開については当センターにおける研究に関する倫理審査委員会の規定および審査内容に準拠し、データ公開に関する許諾が承認されたものに限定した。