

地域における初期認知症高齢者と家族介護者への支援方法：文献検討

野 村 美千江

愛媛県立医療技術大学紀要 第4巻 第1号抜刷

2007年12月

地域における初期認知症高齢者と家族介護者への支援方法：文献検討

野村 美千江

Community Interventions for the Elderly with Early Dementia and Family Caregivers : Review of the Literature

Michie Nomura

序 論

認知症は、後天的な原因で認知機能が低下し、社会生活に支障が生じてきた状態である。脳科学の発達と近年の研究によって、認知症の前駆状態を表す軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment;以下、MCIと略す)という概念や正常の老化の過程と病的な過程を早期から区別する加齢関連認知的低下(Aging-associated Cognitive Decline;以下、AACDと略す)という概念が提案され、認知症予防の研究が進んでいる。

地域においては、後期高齢者の増加とともに要介護となる主な要因に認知症があげられ、行政はその対応に迫られている。初期認知症の相談件数の増加、社会資源の不足、家族の介護負担に対し、地域の看護職はその支援に取り組んできた。しかし、初期認知症者が利用できるサービスは限られており、介護を家族だけが抱え込むことによって家族関係の悪化や生活の破綻を招いている現状がある。認知症に関する啓発や初期段階の認知症者の早期発見とともに、相談やグループ支援など、より有効な早期介入の開発が急務である。

そこで今回、地域における初期認知症者と家族介護者への支援方法を先行研究から探ることを目的に文献検討を行った。

文献検索では、まずMedline, CINAHL, 医中誌Web, GeNiiを用いて、1995年から2006年までの文献から、認知症をキーワードにして抽出し、その中から総説タイプの文献と地域保健領域の文献を収集し、軽度認知機能低下または初期段階の認知症者に関する文献に絞り込んだ。また、上記と同じデータベースを用いて同期間の文献から、エンパワメントと地域看護をキーワードにして抽出し、その中から総説タイプの文献と高齢者や障害者への支援方法の開発に関する文献を収集した。

認知機能の低下と認知症予防

正常な高齢者が、認知的な変化を最初に示してから認

知症を発症するまでの期間は5～10年といわれている¹⁾。この時期には、エピソード記憶・注意分割機能・思考力の低下が起こり、それらの認知機能の低下が将来の認知症の発症を予測するのに有効であることが示されている²⁾。この時期の認知障害のうち記憶機能を重視した概念がMCIの概念であり、MCIと診断された人はその10～15%が認知症に転移する³⁾。

しかし、その後の研究で記憶障害のみよりも、言語・注意・視空間認知・言語流暢性などの領域の認知障害を併せもつ方が、認知症を発症する率が高いことが明らかになった^{4,5)}。MCIより広いこの概念がAACDで、国際老年精神医学会において基準が示された⁶⁾。地域高齢者の中に占めるAACDの割合は、ヨーロッパでは20～35%である⁵⁾。この数字から考えると、わが国においても認知症予防の潜在的ニーズは膨大である。

正常な高齢者からアルツハイマー病への移行を追跡した研究によれば、アルツハイマー病発症の予測妥当性を有する神経心理検査は、エピソード記憶と注意分割機能を反映する課題である。また、軽度認知症者の家族介護者への質問肢の中で、最も初期段階で出現するのは「1日や1週間の予定が立てられない」という項目である²⁾。よって、アルツハイマー病の発症および進行を予防するための認知的介入は、エピソード記憶・注意分割機能・計画力を含んだ遂行機能を刺激する要素を含んだものがふさわしい²⁾。

生活習慣における認知症の危険因子については、運動・睡眠・栄養などに加え、新聞雑誌を読む・トランプやクロスワードパズルなどのゲームをする・博物館に行くなどの知的な行動習慣の関与が明らかにされつつある⁷⁾。また、Fratiglioniら⁸⁾は、スウェーデンにおける地域在住の高齢者の縦断的調査で、社会的ネットワークや交流頻度と認知症発症との関連を報告している。これらの事実から、他者との交流や社会的な役割を保ち、知的な刺激によって脳を活性化させた生活を続けることが、認知症の予防や進行の遅延に有効な要因となりうる可能性を示している。

以上のことから、AACDやMCIに関する知識の普及や認知症発症に関連する生活習慣・知的活動について啓発を行う必要がある。さらに、軽度認知障害を早期に発見し、社会的交流を促すとともに、知的な環境刺激の中で遂行機能を活性化するケア方法の開発が急務である。

初期認知症者の特徴

初期認知症者は、認知機能の低下が軽度であるため日常生活を営む上での障害はそれほど大きくないが、無視できない有害な影響がある。例えば、抑うつ⁹⁾の罹患率が高く、これによって社会から引きこもり、精神的な健康をいっそう悪化させる⁹⁾。また、家族が初期認知症者との関わりや介護する上で、地域の社会資源を利用する必要性を感じないということも初期段階における認知症ケアの大きな障害である¹⁰⁾。

医学的に早期診断が可能になった近年、認知症者本人が体験している状況を自らの言葉で他者に語り始めた¹¹⁾。それによって初期段階における認知症者本人の体験の世界が明らかになるとともに、一般市民の認知症に対する見方が変わり始めている。

日常的に認知症患者を診療している精神科医師が、認知症の人々が自分の診断に関して心配していることやいかに自分の行動を変えたかを面接調査で明らかにしている¹²⁾。告知された認知症者は、他者に見つかること、周囲が困惑すること、長期に亘って他者に依存しなければならないこと、自分の要求が聞き入れられなくなることを恐れていた。そして、物忘れなどのような認知的失敗経験を繰り返すまいと常に意識することや社会的に引きこもることで対処しようとしていた。この医師は、告知によって自分の診断名を知った人々が自尊心の低下や社会的な烙印を押されること、そしてQuality of Lifeが低下することを懸念している¹²⁾。

臨床心理士のClare¹³⁾は、初期認知症者の自己効力感と適応可能なコーピングを強化する介入を開発するために、初期認知症者が日常生活を自ら調整し、様々なことに自然に対処している状況を明らかにした。初期アルツハイマー病者と配偶者それぞれに面接した結果、初期認知症者は、まず自己防衛コーピングで個性と正常性を維持しようと試みるとともに、そこから連続しておこる適応のコーピングで進行する脅威をチャレンジとみなして向き合おうとしていた¹³⁾。初期認知症者は、それらのコーピング戦略によって闘争と受容のバランスをとりながら自己の変化を統合している¹⁴⁾。

初期認知症と診断された人々が経験している精神的な世界と自身の生活の質に対する思いを調査した研究がある¹⁵⁾。質的分析によって抽出された概念は、神に対する信仰と信念、神からのサポート、人生における意味／目的の感覚、個人的実践、ボランティア的な社会的実践、認知症になったことによる変化という6つの概念であっ

た。この知見から、認知機能低下という自己の存在が脅かされる状況においては、その個人の信念や価値が、その人の生活の質に重要な意味をもつことが示唆される。

以上のことから、初期認知症者へのケアが目指す方向性は、本人の不安や恐れ、自ら対処しようとしている状況やその行動を理解し、その人の文化的背景や信念・価値に関心を寄せて、自尊心を保つことである。

提唱されている最新の初期認知症ケア

認知症者のために現在実行されている介入は、回想法、リアリティオリエンテーション、認知行動療法、運動、バリデーションセラピー、音楽療法、園芸療法などである。これらの介入の目的は、高齢者施設に入居している認知症高齢者の認知機能を改善すること、人との関わりを増加させること、そして抑うつを軽減することである¹⁶⁾。認知症の初期段階で有効性が認められているのは、抑うつを楽にする行動療法であるが、いずれもエビデンスが非常に少ない¹⁶⁾。また、中等度以上の認知症に対するケア方法やプログラムについては多くの研究があるが、大部分が施設入居者やデイケア参加者を対象に評価された研究であり、軽度の認知症者を対象にした研究は少ない¹⁶⁾。

近年、認知症ケアの分野に、認知リハビリテーションとエンパワメントの2つの新しい考え方が導入され、看護介入に活用されている^{17,18,19,20)}。

認知リハビリテーションの原理論である高次脳機能リハビリテーションは、1990年代に確立した。それは、脳外傷者の機能障害（記憶、言語、注意、視覚・空間認知、遂行機能）に対する機能回復訓練から生み出された。そして、高次脳機能リハビリテーションにおける記憶の訓練が、メモリークリニックなどの場でアルツハイマー病や脳血管性認知症者を対象に適用されるようになった。しかし、その介入方法は、神経心理テストを多用した評価的・画一的な訓練であるために、対象の緊張を高め、本人および家族介護者の抑うつや不安を増長することが明らかになった^{21,22)}。

認知リハビリテーションの目的は、障害された認知機能を改善または維持することである。アルツハイマー病の人々は、初期の段階では、記憶を貯蔵する際ではなく情報をコード化して検索することに問題がある。また、彼らは行為を遂行する際の機能と注意の集中や分割において問題に直面する。これらの障害された機能を改善するためにさまざまな方法と道具が開発され²²⁾、それはわが国にも紹介された²³⁾。

Clare²⁴⁾は、本人や家族にとって重要な問題や日常生活に関連する問題に立ち向かうための、より個別的なりハビリテーションを提案した。具体的な方法は、残された機能を強化するために情報とスキルを再学習すること、そして、十分に機能していない機能障害を代償する

戦略を用いることである。残された機能を学習する際には、“effortfulness”と“errorlessness”の2つの原理を取り込むことが重要である²⁴⁾。つまり、脳に負荷をかけながらも、本人の自尊心が傷つかないように失敗しない環境を設定し、身につけたスキルを生かして努力した結果、達成できるようなアプローチが望ましい。

また、適切なアプローチを見つけるには、神経心理学的な諸検査および日常生活機能に関する注意深いアセスメントが必要である²⁴⁾。認知症の初期の段階における介入の主な焦点は、長期のエピソード記憶または遂行機能の障害に起因する日常的な問題である。よって、初期認知症者の生活史、対処パターン、主観的健康観、認知機能障害の自覚、対処への準備などの幅広い文脈でアセスメントされなければならない²⁴⁾。

わが国の地域診療所のデイサービスに、認知リハビリテーションの理論を取り入れた若年・軽度認知症者主体のグループ活動がある²⁵⁾。従来のデイサービスはスタッフが予定したプログラムを利用者が満足しているかどうかにかかわらず、参加者の望んでいることを積極的に聞き取る努力や、希望を実現することへの工夫に乏しかった。その反省から、利用者とスタッフが一緒に予算計画し、活動拠点となる部屋の環境整備することからスタートした。初期の段階の活動内容は、①遂行機能へ働きかけるもの（買物など）、②エピソード記憶に働きかけるもの（1日の活動を記録するなど）、③注意分割機能に働きかけるもの（仲間と協力していくつかのことに同時に取り組むなど）に分類された。その効果は、参加者が認知症を受容し、乗り越えようという意思を表明し始めたこと、達成感・自己効力感の向上、スタッフの活用が上手くなった事である²⁵⁾。

認知リハビリテーションを推し進めている²⁾は、プログラムの計画と実行には、行動変容の知識と技術をもった実践者の参加を求めている。褒められる・評価される・注目を浴びるなどの報酬や行動の選択をメンバーに委ねることによる主体性の尊重が、より効果的に認知機能を使うことを動機づけることができるからである。初期認知症高齢者の場合、アクティビティの内容によっては自尊心を傷つけるので、料理や漬物作りなど、その人の遂行機能の能力を生かして役割を果たすことができるプログラムを勧めている²⁾。

認知リハビリテーションにおいて、一般住民が持っているスキルを生かすプログラムとして最もポピュラーなものは“料理”である²²⁾。認知機能障害者にとって、料理は、遂行機能のアセスメントや訓練に活用されるだけでなく、おいしい食事をとるために動機づけされやすい。また、料理というアクティビティは、安全・立位バランス・移動・繊細な手の協調運動・記憶・視覚的技能・忍耐・組織化・問題解決・社会性・言葉遣い・協調性の

向上など多岐にわたる目標をもつ²²⁾。料理という作業課題を遂行するための経路は複雑で高度である。献立を決める、予算を考えて買物をする、季節やイベントを考慮する、チームで役割分担する、時間を段取りする過程において、ハプニングの発生や他の作業者の会話などが注意をそらし、課題達成が難しいこともしばしば起こる²²⁾。

したがって、料理によるアクティビティを認知リハビリテーションとして導くためには、エラーレスな環境づくりが必要である。注意散漫を引き起こさないよう、例えば騒音をなくし、作業毎にスペースを区切る、集中と休息を交互に繰り返す、などの対応を行う。記憶障害に対しては、作業手順や品名を大きく表示する、一度に一つの作業を行う、必要物品の提示などの手がかりを与える、などの工夫によって、情報の符号化や検索の困難に対応できる。作業の遂行にあたっては、時間にゆとりをもたせる、能力に応じた作業を割り当てる、大きな課題を小さな課題に分解し成功体験を重ねるといった個別的な対応がより求められる²²⁾。

以上のことから、認知リハビリテーションの理論を用いて、認知障害に応じた手助けやエラーレスな環境の整え方を初期認知症者への介入プログラムに生かすことが可能である。特に料理によるアクティビティは、初期認知症者が長年の生活の中で身につけてきた手続き記憶を復活させて自信を取り戻すことができる。さらに、支援者が参加者の認知機能障害を生活レベルにおいて観察し、その対応への工夫を生み出す良い機会となる。この理論は、自信を失っている初期認知症者の遂行機能・エピソード記憶・注意機能に働きかけ、その生活機能を改善する全人的なアプローチとして役に立つ。つまり、認知リハビリテーションの理論は、初期認知症者をエンパワーするためのひとつの道具として活用可能である。

認知症ケアの分野に導入されたもうひとつの考え方は、エンパワメントである^{17,18,19)}。

エンパワメントは、社会心理学の領域では信念、考え方、価値、知覚および環境との関係といった主要概念によって、個人の成長や発達のプロセスに適用される。社会福祉の分野においては、精神障害者や高齢者のために適用される概念で²⁶⁾、近年、認知症ケアに適用可能な理論として注目されている。クリニック等における社会心理学的介入と同様に、作業療法領域や看護・介護領域において、記憶保持の改善を目的とするもの²⁷⁾や自己有効感の促進を目的としているもの^{28,29,30)}とがある。

例えば、Clare²⁵⁾は、初期認知症者に対する認知リハビリテーションにおいて、エンパワメントの重要性を指摘している。認知リハビリテーションにおける最終目標は、初期認知症者と家族が、自分たちに固有な問題や障害に対して、いかに取り組んだら良いかを考え、自分たち自身の解決法を探り当て、自分たちをエンパワーする

ことであると主張している。

看護領域におけるエンパワメントの研究はパワーレスネス（無力感）という概念から始まった¹⁹⁾。パワーレスネスは個人の健康や病気からの回復に根本的な影響を与える。その状態からの回復は、個人のみならず家族、コミュニティを含む社会的な拡がりの中で検討される必要がある¹⁹⁾。

文化的見地からエンパワメントを研究している麻原³¹⁾は、エンパワメントプロセスにおいて変容しなければならぬ価値基準（ものの見方や考え方、行動パターン）は文化にかかわるので、対象の文化的背景の理解が大切であると述べている。また、エンパワーのプロセスは相互作用により生じることが前提であるので、地域における障害者の教室活動のような介入には、個人の変化に関連する集団の力の働きに注意を払うよう忠告している。また、看護者は、援助すること自体が目的ではなく対象者のエンパワメントが支援目的であることを認識すること、ならびに対象者と平等な関係性の中で学び合い、変化し合うことに意義を見出す協働関係を作ることが大切であると説いている³¹⁾。

以上のことから、初期認知症高齢者に対するエンパワメントを目的にした支援では、認知機能やうつ改善といった限局性ではなく、パワーの回復や本人の生きる意欲そのものに働きかける。例えば、潜在的な力の発揮や成功体験によって自己効力感を高め、睡眠パターンの改善や感情の落ち着き、笑いや意欲向上による生活全体の活性化が期待できる。また、本人の意欲向上が介護者との関係性の改善をもたらす、家族全体の健康の改善・維持に貢献することが期待できる。エンパワメントを目的とした支援では、集団やコミュニティの力を活用する視点、対象の文化的理解、学び合う姿勢が重要である。

初期認知症者と家族介護者への同時介入の必要性

多くの家族介護者は、家族員の認知症の発症に気がつくのが遅れ、気がついてサポートサービスを活用する必要性を自覚していない¹²⁾。ヨーロッパにおける³²⁾の調査において、認知症者の家族介護者は、医学的治療や有効なケアの方法に関する情報が不十分であると結論づけている。家族介護者を支援する際に、認知症という病気の理解を促すだけでは不十分である。認知症と総称される症状を家族介護者がどのように理解しているかをわかってもらう努力¹²⁾や身内が認知症になったことを受容を助け、同じ立場の介護者に出会う機会を作ることがケア提供者の側に必要である。

初期段階にある認知症者と家族介護者84組を対象にした調査で、本人と家族が失ったものや病気の意味について明らかにした³³⁾。初期認知症者が経験しているのは、楽しい余暇活動や意思決定の機会の喪失だけでなく、意

味のある過去の関係性の喪失であった。さらに家族関係の変化として、配偶者との親密な関係の喪失、介護負担の増加、日常生活行動範囲の制限が明らかにされた³³⁾。

認知症者への支援では、本人だけでなく、家族介護者への同時介入の有効性が指摘されている。それは、介護者と初期認知症者の関係が本人の抑うつや生産的行動に関連すること³⁴⁾、初期認知症者と家族介護者のニーズやQuality of Lifeが異なるので両者の希望や考え方のバランスをとる必要があること³⁴⁾、認知症の家族介護者は抑うつのような精神的健康問題を抱える人が多い³⁵⁾といった理由からである。しかしながら、多くの介入研究は、在宅の初期認知症者と家族介護者の両者に焦点を当てていない。

認知症の家族介護者は、レスパイトケアその他のさまざまなサービス受益者であり、心理・社会的な介入研究の対象である。よく見られる介入は、認知症者の示す怒りや抑うつなどへの対処方法に関する介入や家族介護者自身のストレスマネジメントに関する介入である^{36,37)}。文献検討の総説では、電話相談、継続訪問指導、集合型教育などいくつかのプロジェクトにおいて有望な結果が示されているが、介入のタイプ、測定尺度、強み、プロジェクトの期間、目標集団などが異なっている。エビデンスの構築のためには、研究デザインがより改良される必要がある^{38,39,40)}。

家族のエンパワーを目指した介入では、家族がコントロール感を獲得し健康感を向上させることによって、本人と家族介護者の関係が改善されている^{33,34)}。初期認知症者の自主性や自尊心を守る必要性を家族や周囲の人々に理解してもらう必要がある。そして、認知症者の話を聞くこと、アセスメントや意思決定の過程にその人の考え方を取り入れる関わりが始まっている³³⁾。

認知症者を介護する家族は、自らが周囲の力を借りて対処できる能力を身につける必要がある。対処力向上のために注目されている技術が、問題解決型コーチングである^{41,42,43)}。“コーチは、個々の対象者が自らのニーズにどのようにアプローチするのかを観察し、話を聞くことを訓練する。コーチは、解答と戦略を対象者自身から得ようとする。本来創造的で資源に満ちた存在として対象をみなす”⁴⁴⁾。つまり、コーチングの理念は、人間は自分自身で問題を解決する潜在能力を持っているという考え方であり、コーチングとはその力を引き出すべく支援する技術である。支援者は、家族介護者への共感を示した上で、問題点とその解決法を一緒に探り、最後にまた共感を示して相手を力づける。問題解決型コーチングをタイミングよく用いることで、家族介護者は自ら対処することができると同時に、介護者として自尊感情を高め、エンパワーされる可能性が高い⁴³⁾。

以上のことから、家族介護者に対する社会心理的な介

入のみでは、複合的な問題を有する初期認知症者とその家族のニーズに対応することは難しい。まず、初期段階の認知症を家族はどのように理解しているのか、コミュニケーションの障害や種々の困難にどのように対処していくのか、それらを理解することが必要である。そして、支援する側は、問題解決型コーチングの技術を用いてその時々に適したケア方法を一緒に考えるとともに、本人と家族介護者自らが対処法を獲得して、精神的な健康や家族の良好な関係性が維持できるように両者をエンパワーする支援が求められている。

初期認知症者への地域介入とその評価

諸外国では、初期認知症者への早期介入は、メモリークリニックや教会、コミュニティカレッジなどで実施され、個人の認知機能や対人関係の改善を目指した介入が多い^{13,34,45)}。一方、わが国は、行政区・市町を単位とした地域保健活動の一環として認知症ケア対策に取り組むところが多い。その中に、看護学研究者や大学医学部の精神科医師たちのアウトリーチを得て、保健所や市町の保健師が中心となって認知症対策に取り組んだ実践報告がある^{46,47)}。

例えば、福井県K市における軽度認知症高齢者を対象としたリハビリ教室では、全町高齢者調査によって認知症と診断された高齢者を対象に、季節の伝統行事を取り入れ、手先を使うプログラムと屋内外の活動を交互に編成したグループ活動が行われた⁴⁶⁾。8ヶ月間に16回開催された教室に8回以上参加した軽度認知症高齢者20人が評価対象となった。参加前後の評価結果から、機能の改善や維持にもっとも効果を示したのは、心理社会的機能(家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話)であった。また、福祉サービス利用の改善など社会的機能の拡大を促進し、記憶・見当識などの認知機能が改善した高齢者もみられた。

地域を基盤としたこのような形態のグループ活動は、軽度認知症高齢者の閉じこもりを予防し、潜在的機能・能力の活性化に効果をもたらす可能性が示唆される。また、国内の地方都市や農村部で参加者・家族が望むケアプログラムは、農村に住む高齢者の価値や規範にフィットしたもので、地域の伝統文化や季節的な要素が重要である⁴⁶⁾。

上記の実践例と同様、疫学的な地域調査の後に、地域在住高齢者で非常に軽度のアルツハイマー病者に対し、心理社会的介入を行った田尻プロジェクト⁴⁸⁾がある。実験群14人と対照群11人が6ヵ月間、週に一度デイケアのような設定で活動に参加。対照群は活動なしで、各群は、約9ヵ月後に再評価された。その結果、活動参加者の前頭葉機能や情動が活性化し、残存能力の賦活効果が認められた。著者らは、地域においては、認知症高齢者の全

人的な理解と医療福祉の連携による包括的介入によって、社会性の向上や社会参加を効果指標とすることが望ましいと結論付けている⁴⁸⁾。

都会型の認知症予防活動として、東京都老人総合研究所が行っているプロジェクトは、認知リハビリテーションの理論を適用し、臨床心理士がアウトリーチの中心となっている²⁾。例えば、東京都の豊島区における実践は、旅行・園芸・調理・パソコンなどの活動を参加者自らが選択・決定するプログラムである。手順を考え、計画を立てて行う活動は、認知症の前駆状態で低下する計画・遂行力を鍛える効果が期待できる。さらに、やりたいことを集団で話し合いながら進めていくことは、エピソード記憶と注意分割機能を刺激することになり、脳機能を活性化する²⁾。

上記のいずれの活動にも共通している点は、グループ支援であり、社会参加によって情緒の安定や希望を取り戻したことであった。地域を基盤とした集いの場(グループ)をつくり、伝統文化・季節的な要素を取り入れることは、共同体の価値規範に沿って生きる価値をもつわが国の農村部の高齢者^{49,50)}への支援に適しており、個人・家族・地域をエンパワーするために有効な地域看護介入方法であることが示唆される。また、エンパワメントの効果測定には長期間を要するので、仲間ができることによって活動の継続が容易になれば、その変化を長期にわたり観察することができる。

以上のことから、地域における初期認知症者への介入方法としてはグループ支援が適している。地域の特性や価値規範にフィットしたもので、伝統文化や季節的な要素を取り入れたアクティビティを、参加者が主体的に実施できることが望ましい。介入効果の指標として、身体的機能(家事・身辺整理)の向上、心理的機能(関心・意欲、交流・会話、自己効力感、自尊感情)の向上、社会的機能(スタッフの活用、社会参加、地域資源の活用)の向上などが考えられる。

結 論

認知症の前駆状態を表すMCIやその前段階のAACDが定義され、認知症の早期発見が可能になった今、発症に関連する生活習慣や脳科学の知見に基づいた地域の初期認知症者に対する支援方法の開発が急務である。

初期認知症者は、物忘れなどのような認知的失敗を繰り返し経験し、自尊心を傷つけて社会的に引きこもる。初期認知症者への支援の方向性は、脳機能の活性化によるエンパワーである。本人のもてる力を生かして自尊心を保つことであり、本人の力を信じ、それを引き出す行動的戦略を用いる。介入の際の要件は、社会的交流、社会参加、身につけたスキル、知的な環境刺激、個人にとつ

て意味のある精神的刺激である。

エンパワーを目的とした支援の場合には、支援者側に、集団やコミュニティの力を活用する視点、対象の文化的理解、学び合う姿勢が重要である。グループ支援は、参加者が主体的に活動できる場とし、自由度の高い運営や参加者の信念・価値を重視する。

認知リハビリテーションの理論は、初期認知症者が自信を取り戻し、エンパワーするための道具と用いることができる。その適用によって、認知障害に応じた手助けの仕方や環境の整え方を学ぶことができる。ケアプログラムは、仲間が居る知的な環境の中で、エピソード記憶・注意分割機能・計画力を含んだ実行機能を活性化するのがふさわしい。

地域における初期認知症者とその家族への支援は、本人と介護者への同時介入によって、両者をエンパワーすることを目的とする。本人あるいは家族が自らの潜在的な力に気づき、その力の発揮によって自己効力感を高め、コントロール感を獲得できるとよい。家族の情緒的安定や対処法の向上だけでなく、家庭内コミュニケーションの改善や社会資源の活用によって、関係性の悪化を予防し、在宅介護の長期安定が図られる。

引用文献

- 1) Hall, C.B., Lipton, R.B., Sliwinski, M., et al. (2000) : A change point model for estimating the onset of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Statistics in medicine*, 19(11-12), 1555-1566.
- 2) 矢富直美(2003) : 早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方. *老年精神医学雑誌*, 14(1), 20-26.
- 3) Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., et al. (1997) : Aging, memory, and mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*, 9, 65-69.
- 4) Bozoki, A., Giordani, B., Heidebrink, J.L., et al. (2001) : Mild cognitive impairments predict dementia in non-demented elderly patients with memory loss. *Archives of neurology*, 58(3), 411-416.
- 5) Ritchie, K., Artero, S., Touchon, J. (2001) : Classification criteria for mild cognitive impairment : a population-based validation study. *Neurology*, 56(1), 37-42.
- 6) Levy, R. (1994) : Aging-associated cognitive decline, Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. *International psychogeriatrics*, 6, 63-68.
- 7) Wilson, R.S., Bennett, D.A., Bienias, J.L., et al. (2002) : Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology*, 59(12), 1910-1914.
- 8) Fratiglioni, L., Wang, H.X., Ericsson, K., et al. (2000) : Influence of social network on occurrence of dementia : a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- 9) Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., et al. (2002) : Depression and anxiety in memory clinic attenders and their carers: implications for evaluating the effectiveness of cognitive rehabilitation interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 962-967.
- 10) Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., et al. (2005) : Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546.
- 11) Christine Boden. (1997) : Who will I be when I die? Harper Collins Australia. 桧垣陽子訳(2003) : 私は誰になっていくの? アルツハイマー病患者からみた世界. クリエイツかもがわ.
- 12) Husband, H. (2000) : Diagnostic disclosure in dementia: an opportunity for intervention? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 544-547.
- 13) Clare, L. (2002) : We'll fight it as long as we can : coping with the onset of Alzheimer's disease. *Aging, Ment Health*. 2002 ; 6(2) : 139-148.
- 14) Pearce A., Clare L., Pistrang N. (2002) : Managing sense of self - Coping in the early stages of Alzheimer's disease. *Dementia* 1(2), 173-192.
- 15) Katsuno, T. (2003) : Personal spirituality of persons with early-stage dementia - Is it related to perceived quality of life? *Dementia*, 2(3), 315-335.
- 16) Burgener, S.C., Twigg, P. (2002) : Interventions for persons with irreversible dementia. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 89-124.
- 17) Camp, C.J., Judge, K.S., Bye, C.A., Fox, K.M., Bowden, J., Bell, M., Valencic, K., Mattern, J.M. (1997) : An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist* 37(5), 688-692.
- 18) Chenoweth, L., Kilstoff, K. (1998) : Facilitating positive changes in community dementia management through participatory action research. *International Journal of Nursing Practice*, 4(3), 175-188.
- 19) Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S. (1998) : A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in nursing science*, 21(2), 62-68.
- 20) Orsulic-Jeras, S., Judge, K.S., Camp, C.J. (2000) : Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia : effects on engagement and affect. *Gerontologist* 40(1), 107-111.
- 21) Clare, L., Woods, R.T., Moniz, C.E.D. (2003) : Cognitive

- rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (4), CD003260.
- 22) Johnstone, B., Stonnington, H.H. (2001): Rehabilitation of Neuropsychological Disorders, 松岡恵子他訳. (2004): 高次脳機能障害のリハビリテーション, 新興医学出版社.
 - 23) 目黒謙一(2004): 痴呆性高齢者への包括的介入: 認知リハビリテーションの可能性. *高次脳機能研究*, 24(2), 72-79.
 - 24) Clare, L. (2001): Rehabilitation for people with dementia. in Wilson B, A. : *Neuropsychological Rehabilitation -theory and practice*. Swets & Zeitlinger. Pp197-215.
 - 25) 奥村典子, 藤本直規(2005): 若年・軽度認知症の人たちによる自主的なデイサービス「もの忘れカフェ」の運営. *月間福祉*, 82-87
 - 26) Cox, E.O., Parsons, R.J. (1994): *Empowerment-Oriented Social Work Practice with the Elderly*. pp.31-58. Brooks/Cole.
 - 27) Chung, J.C. (2001): Empowering individuals with early dementia and their carers: an exploratory study in the Chinese context. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(2), 85-88.
 - 28) Carpenter, B., Ruckdeschel, K., Ruckdeschel, H., et al. (2002): R-E-M psychotherapy : a manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. *Clinical Gerontologist*, 25, 25-49.
 - 29) Ducharme, F., Levesque, L., Gendron, M., et al. (2001): Development process and qualitative evaluation of a program to promote the mental health of family caregivers. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 182-201.
 - 30) Martin, G.W., Younger, D. (2000): Anti oppressive practice: a route to the empowerment of people with dementia through communication and choice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 59-67.
 - 31) 麻原きよみ(2000): 高齢者のエンパワーメントー文化的見地からのアプローチ. *老年看護学*, 5(1), 20-25.
 - 32) Bond, J., Stave, C., Sganga, A., O'Connell, B., Stanley, R.L. (2005): Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice Supplement*(146), 8-14.
 - 33) Burgener, S.C., Dickerson-Putman, J. (1999): Assessing patients in the Early Stages of Irreversible Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(2), 33-41.
 - 34) Keady, J., Woods, B., Hahn, S., et al. (2004): Community mental health nursing and early intervention in dementia: developing practice through a single case history. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6B), 57-67.
 - 35) Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., Fine, M. (2005): Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20(6), 537-546.
 - 36) Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., Gallagher-Thompson, D. (2003): Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist* 43(5), 678-689.
 - 37) Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., Burns, A. (2000): Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British journal of psychiatry* 176, 557-562.
 - 38) Lee, H., Cameron, M. (2004): Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Systematic Reviews* (2), CD004396.
 - 39) Peacock, S.C., Forbes, D.A. (2003): Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *The Canadian Journal of Nursing Research* 35(4), 88-107.
 - 40) Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M., Belle, S.H., Burgio, L., Gitlin, L., Coon, D., Burns, R., Gallagher-Thompson, D., Stevens, A. (2002): Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist* 42(5), 589-602.
 - 41) Gant, J.R., Steffen, A.M., Lauderdale, S.A. (2007): Comparative outcomes of two distance-based interventions for male caregivers of family members with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 22(2), 120-128.
 - 42) Hepburn, K.W., Tornatore, J., Center, B., Ostwald, S.W. (2001): Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(4), 450-457.
 - 43) Mahoney, E.K., Trudeau, S.A., Penyaack, S.E., MacLeod, C.E. (2006): Challenges to intervention implementation; Lessons learned in the bathing persons with Alzhemier's disease at home study. *Nursing Research* 55, S10-S16.
 - 44) International Coach Federation. What is Coaching? [Cited 6 Aug 2007] Available from URL: <http://www.coachfederation.org/ICF>.
 - 45) Fitzsimmons, S., Buettner, L.L. (2003): Health promotion for the mind, body, and spirit : a college course for older adults with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 18(5), 282-90.
 - 46) 別所遊子, 細谷たき子, 長谷川美香他. (2000): 痴呆性高齢者のための地域リハビリ教室の成果と評価

- 尺度の検討. 福井医科大学研究雑誌, 1(2), 341-353.
- 47) 堀井とよみ(2003): 滋賀県水口町における軽度痴呆早期発見への取組み. 老年精神医学雑誌, 14(1), 47-58.
- 48) 目黒謙一(2006): 地域における認知症の早期発見と対処. 大崎-田尻プロジェクト, 20(3), 207-215
- 49) 野村美千江, 大名門裕子(2005): 農村に暮らす初期痴呆高齢者と配偶者の生活特性とその全体像. 日本看護研究学会雑誌, 28(1), 91-100.
- 50) 麻原きよみ(1999): 一過疎農山村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する記述的研究. 日本看護科学学会誌, 19(1), 1-12.

要 旨

初期認知症者が利用できる社会資源は限られ、介護を家族が抱え込むことで家族関係の悪化を招いている。初期認知症高齢者と家族介護者への支援方法を先行研究から探ることを目的に文献検討を行った。

初期認知症者は、個人の信念や価値に基づいて自己防衛・適応・挑戦などのコーピング戦略を用いるが、物忘れなど認知的失敗を繰り返し経験し、自尊心を傷つけて社会的に引きこもる。初期認知症者への支援の方向性は、身につけたスキルを生かして自尊心を保つことである。エンパワーするための道具として、認知リハビリテーション理論の適用やグループによる社会的交流が有効である。家族介護者へも同時介入し、相談的・教育的支援によって情緒的安定や対処法の向上を図ることが、家族関係の悪化防止や社会資源活用の促進につながる。