



# 認知症疾患医療センターにおける 認知症家族介護教室の効果と課題

清家 理<sup>1)2)†</sup> 住垣千恵子<sup>1)</sup> 大久保直樹<sup>1)</sup> 藤崎あかり<sup>1)</sup>  
 竹内さやか<sup>1)</sup> 森山智晴<sup>1)</sup> 水野伸枝<sup>1)</sup> 米津綾香<sup>1)</sup>  
 佐治直樹<sup>1)</sup> 武田章敬<sup>1)</sup> 遠藤英俊<sup>1)</sup> 鳥羽研二<sup>1)</sup> 櫻井 孝<sup>1)</sup>

IRYO Vol. 71 No. 7 (314-319) 2017

【キーワード】 心理社会的支援, 教育的支援, 認知症家族介護者, 学び, 相互交流

## 医療現場における認知症家族 介護教室の位置づけ

新オレンジプラン<sup>注1)</sup>では、認知症の人の家族介護者に対する支援として、家族向けの認知症介護教室等の普及促進が明記されている(出典 [http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf))。今まさに、認知症家族介護教室(以下、家族教室)の重要性が増している。

過去、医療機関で「教室」と銘打つ取り組みは、数多く実施されてきた。糖尿病、腎疾患(透析患者も含む)、がん、筋委縮性側索硬化症(ALS)など難病疾患を対象にしたものが挙げられる。いずれも、疾患や障害を抱えながら、よりよく生きていくための方法や知恵を習得すること、生きづらさの苦悩の軽減が、ねらい goal である。実施者は、看護師、心理士、ソーシャルワーカーや相談員、リハビリスタッフ、薬剤師、医師等が挙げられる。しかも、「教

室」と銘打っている以上、集団的ケアである。つまり、同じ疾患や障害を有する患者、家族たちに対し、診療や入院加療の場面だけでは「十分サポートしきれない事柄」をサポートしていくものである。しかし、サポートしきれない事柄が、服薬や食事の指導、公的支援 formal support の情報提供など、専門職主体のアプローチだけでは意味がない。疾患や障害を抱えながら生きていく主体は、当事者(患者や認知症の人、家族)である。病気や介護に対する知識やケア技術の習得、相互交流による経験知や思いの共有を通じ、課題に対応していく、当事者のレジリエンス(逆境にうまく適応し、回復へ導くもの)の強化やエンパワメント<sup>1)3)</sup>に主眼を置くなら、精神科領域で用いられる「心理教育を中心とした心理社会的支援」が適している<sup>4)</sup>。しかし、支援の方向性が決まっても、提供プログラムが当事者からかけ離れているものであっては、参加者の主体性を維持することが困難になる。そのためには、当事者のニーズを把握し、ニーズに即したプログラムの設定が重要

1) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 2) 京都大学こころの未来研究センター上廣寄付研究部門 † 研究員  
 著者連絡先: 清家 理 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター  
 〒474-8511愛知県大府市森岡町7丁目430番地

e-mail: ayahime@ncgg.go.jp, seike.aya.6u@kyoto-u.ac.jp

(平成29年3月16日受付, 平成29年5月12日受理)

The Effect and Issue of Dementia Family Caregivers' Educational Support Group at Dementia : Related Disease Medical Center

Aya Seike<sup>1)2)</sup>, Chieko Sumigaki<sup>1)</sup>, Naoki Ookubo<sup>1)</sup>, Akari Fujisaki<sup>1)</sup>, Sayaka Takeuchi<sup>1)</sup>, Chiharu Moriyama<sup>1)</sup>, Nobue Mizuno<sup>1)</sup>, Ayaka Yonezu<sup>1)</sup>, Naoki Saji<sup>1)</sup>, Akinori Takeda<sup>1)</sup>, Hidetoshi Endo<sup>1)</sup>, Kenji Toba<sup>1)</sup> and Takashi Sakurai<sup>1)</sup>, 1) National Center for Geriatrics and Gerontology, the Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, 2) Kokoro Research Center, Uehiro Research Division for Ethics and Spirituality, Kyoto University

(Received Mar. 16, 2017, Accepted May. 12, 2017)

Key Words: psycho-social support, educational support, dementia family caregiver, learning, interaction

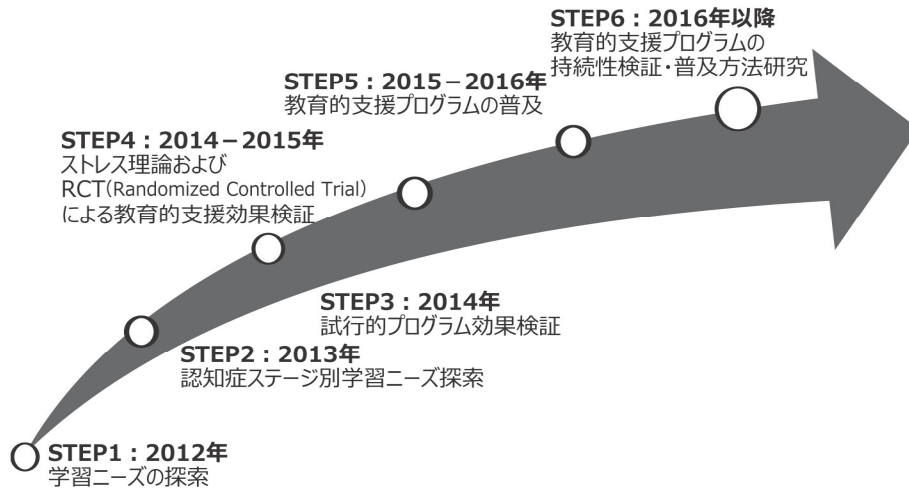


図1 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター家族教室の歩み

である。

## ● 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター<sup>注2)</sup>における2つの家族教室

関東方面の大学病院で先駆的に実施されていた「もの忘れ家族教室プログラム」を国立長寿医療研究センター（当院）で開始したのが、2010年である。診療と一体化したワンストップサービスの1つとして位置づけられた。今日までの5年間、家族教室はプログラムの改善を図るなど、段階的に歩を進めてきた（図1）。2012年、もの忘れ外来に通院している認知症の人の家族介護者（以下、介護者）に対し、認知症に関する疑問、知りたいこと等の把握目的で調査を実施した。調査結果が介護者のニーズであり、家族教室のプログラムコンテンツになりうると考えたためであった。その結果、認知症の病期によって介護者のニーズが異なること、MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）や初期段階では、認知症の進行予防法や治療薬に関すること等、医療領域のニーズが多いこと、進行期では心理・行動症状（BPSD；Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の対応方法、社会的支援の効果的な活用方法など、ケアや福祉領域のニーズが多いことが示された<sup>5)</sup>。これらの知見に基づき、病期に即した家族教室プログラム、二種類を作成した。1つが、MCIおよび初期認知症の人および家族を対象にしたプログラムで、医療・薬剤、ケア・福祉の2領域で構成、1カ月完結型（2週間に1回の割合で1領域を開講）であった（表1）。もう1

つが、継続的加療中、経過観察期の認知症の人の家族を対象にしたプログラムで、基礎Ⅰ（第1回-第6回：座学中心）、基礎Ⅱ（第7回-第12回：グループ討議（GD）やグループワーク（GW）中心）で構成される6カ月完結型（2週間に1回の割合で1コンテンツ開講）であった（表2）。

## ● 家族教室を実施する効果1 - 介護者 -

表1の家族教室プログラムⅠ<sup>注3)</sup>は、開始から2年で約60名の認知症の人、約200名の家族の参加があった。図2・図3は期間限定であるが、プログラムⅠの効果の一部である。参加者属性は、認知症の人では年齢：78.8±6.6、MMSE：19.9±4.5、最も多い診断名：Alzheimer's disease（AD）88.2%、介護者では最も多い年齢層：60代以上49.5%、同居有：95.8%であった。プログラム参加による効果（認知症の理解促進や生活不安解消）について、認知症の人にとってプログラムⅠへの参加は、医療・薬剤領域で、家族にとって、医療・ケア領域で効果が示された（図1・図2）。

一方、プログラムⅡは1年間の施行であったが（表2）、約40名の家族の参加があった。参加者属性は、約4年から5年の介護歴が多く、要介護者の診断経過年数は約7年、MMSE18.0±3.5、ADの人を介護している者が半数以上を占めた。効果検証では、1回の講義前後にTMS尺度（Temporary Mood Scale<sup>6)</sup>で表3に示したコンテンツのうちPositive emotion（活気：15点満点）、Negative emo-

表1 家族教室プログラムⅠ（文献5）より引用・改変

対象 : MCIおよび初期認知症の人および家族  
 開始 : 2012年8月  
 総参加数: MCIおよび初期認知症の人 150名, 家族 193名

	領域	テーマ	コンテンツ名	ナビゲーター	平均参加者数
1	医療	認知症の基礎知識	1 認知症について 2 MCIとの違い 3 認知症の経過と療養計画 4 非薬物療法	医師	9.3名/回
	薬剤	認知症の治療薬と管理	1 認知症治療の薬剤 2 薬剤の使用法 3 薬剤の使用上の注意	薬剤師	
2	ケア	認知症をもつ人の理解と対応	1 認知症の症状進行とケア 2 認知症をもつ人の理解と対応方法	看護師	10.6名/回
	福祉	社会資源に関する情報提供	1 認知症をもつ人や家族を地域で支える取り組み 2 支援の種類	ソーシャルワーカー	

1講義あたり: 座学15分×2領域=30分  
 質疑応答  
 意見交換 30分  
 合計60分

表2 家族教室プログラムⅡ（文献7）より引用・改変

対象 : 継続的加療中、経過観察期の認知症をもつ人の家族  
 開始・定員 : 2012年10月・20名  
 開講期間: 基礎Ⅰ(3カ月)+基礎Ⅱ(3カ月)=通算6カ月

回	領域	コンテンツ(90分): 座学+GDやGW ※GD: グループ討議、GW: グループワーク	ナビゲーター	開始からの経過
1	医学	認知症の進行を緩やかにさせる方法(非薬物療法)	医師	1カ月目
2	医学	BPSDの発生原因と治療や対応方法	医師	
3	医学	寝たきり予防のための健康管理方法	医師・看護師	2カ月目
4	ケアⅠ	パーソンセンタードケアの考え方	看護師	
5	ケアⅠ	認知症をもつ人とのかかわり方(GD)	看護師	3カ月目
6	福祉Ⅰ	必要な社会資源の種類と活用方法	PSW	
7	心理	認知症をもつ人への傾聴方法(GW)	心理士	4カ月目
8	ケアⅡ	とくに対応困難なBPSDの対応方法(GW)	看護師	
9	ケアⅡ	認知症をもつ人の口腔ケア	看護師	5カ月目
10	ケアⅢ	認知症の症状と環境工夫(ADLケア方法)	看護師	
11	福祉Ⅱ	介護地図作成による介護の自己内省(GW)	MSW	6カ月目
12	福祉Ⅱ	地図を用いた社会的支援の活用方法討議(GW/GD)	MSW+現役介護経験者	

tion (抑うつ・怒り・疲労・緊張・混乱: 各15点満点)を測定し、増減で効果を判定する手法を用いた。図6に示したコンテンツのうちPositiveな感情のスコアで増加、Negativeな感情のスコアで減少がみられたコンテンツを塗りつぶした。非薬物療法、認知症の人への関わり方・傾聴方法・BPSDの対応方法、介護者のストレスマネジメントと社会的支援活用等、日々の介護に直結するコンテンツで、参加者の心理的好転反応が確認された<sup>7)</sup>。しかし、プロ

グラムⅡの課題点は、6カ月間の開講期間であった。家族教室に参加するために、認知症の人の通所系サービスの利用調整や自身の勤務調整に苦慮されている方が多かった。そのため、心理的好転反応がみられたコンテンツでプログラムⅡのスリム化を図り(表3)、認知症の病期に基づく段階的プログラムに整理した(図4)。現在、基礎コースプログラム(表4)を施行中である。効果検証はストレス理論モデルをもとに、Stress mediators (介護コーピン



Q: 認知症理解の促進につながったか

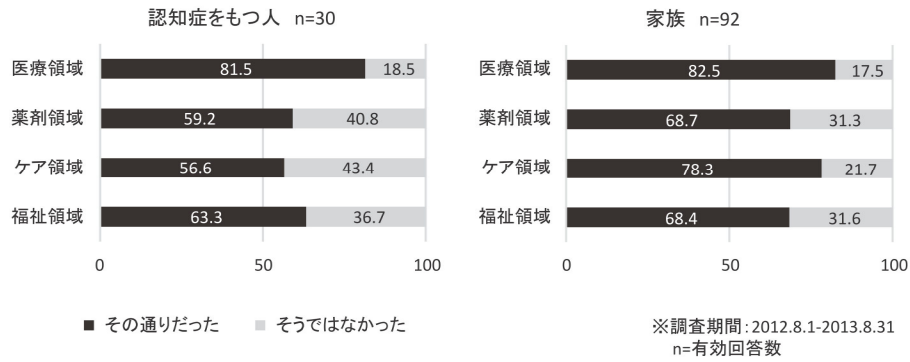


図2 家族教室プログラムⅠの効果(文献5)より引用・改変)

Q: 生活の不安解消につながったか

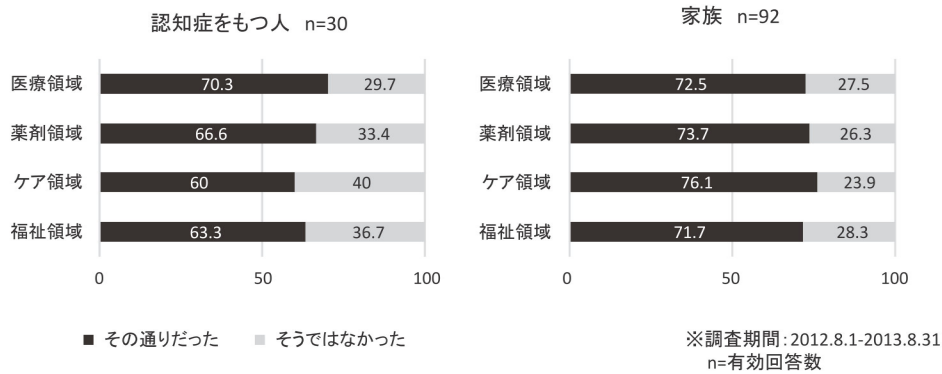


図3 家族教室プログラムⅠの効果(文献5)より引用・改変)

表3 プログラムⅡのコンテンツ(文献7)より引用・改変)

※望ましい感情スコア変化がみられたコンテンツを塗りつぶした。

回	領域	コンテンツ(90分): 座学+GDやGW ※GD:グループ討議、GW:グループワーク	ナビゲーター	期間
1	医学	認知症の進行を緩やかにさせる方法 (非薬物療法)	医師	1カ月目
2	医学	BPSDの発生原因と治療や対応方法	医師	
3	医学	寝たきり予防のための健康管理方法	医師・看護師	2カ月目
4	ケアⅠ	パーソンセンタードケアの考え方	看護師	
5	ケアⅠ	認知症をもつ人とのかかわり方(GD)	看護師	3カ月目
6	福祉Ⅰ	必要な社会資源の種類と活用方法	PSW	
7	心理	認知症をもつ人への傾聴方法(GW)	心理士	4カ月目
8	ケアⅡ	とくに対応困難なBPSDの対応方法(GW)	看護師	
9	ケアⅡ	認知症をもつ人の口腔ケア	看護師	5カ月目
10	ケアⅢ	認知症の症状と環境工夫(ADLケア方法)	看護師	
11	福祉Ⅱ	介護地図作成による介護の自己内省(GW)	MSW	6カ月目
12	福祉Ⅱ	地図を用いた社会的支援の活用方法討議(GW/GD)	MSW+現役介護経験者	



表4 新・基礎コースプログラム -1クール：3カ月完結型-

領域	コンテンツ(90分)※座学+GWやGD	ナビゲーター
1 医学	認知症の種類, 治療方法, BPSD対応方法	医師
2 ケアⅠ	パーソンセンタードケアの考え方(GD)	看護師
3 ケアⅡ	BPSDの種類とケア方法(GD)	看護師
4 ケアⅢ	認知症をもつ人の理解方法(GW)	看護師
5 心理学	認知症をもつ人とのコミュニケーション方法(GW)	心理士
6 福祉	ケアラーを取り巻く環境とソーシャルネットワーク理解(GW&GD)	MSW+ 介護当事者

※GW:グループワーク, GD:グループディスカッションには, ファシリテーター配置(看護師, 心理士, ソーシャルワーカーなど)

対象 : 継続的加療中, 経過観察期の認知症をもつ人の家族  
 開始・定員 : 2013年12月・20名  
 開講期間: 3カ月

出典: 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター編, 「あした晴れますように〜認知症をもつ人と私〜」家族教室テキスト  
 —中級コース—(収録映像): 2016.(2017年一般公開予定)

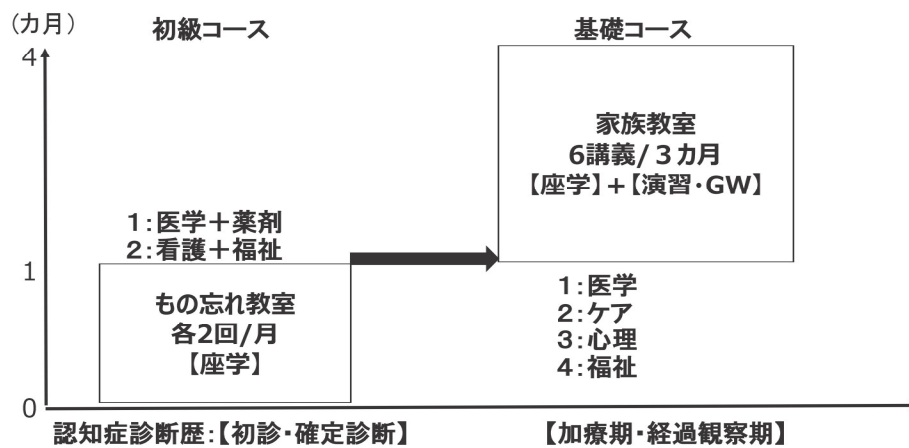


図4 認知症をもつ人・家族介護者への教育的支援の方向性の組み直し

グ(介護に伴う課題やネガティブな感情への対処), 介護評価), Stress outcomes(抑うつ・バーンアウト(燃え尽き感))の測定を2回(プログラム開始時, 3カ月後)実施し, 3カ月間のスコア変化で, 効果検証を実施している。中間結果では3カ月間の参加で, 介護者の介護コーピングや介護評価の上昇, ストレス反応の低減がみられている<sup>8)</sup>。

## ● 家族教室を実施する効果2 - 専門職 -

家族教室は, 認知症医療やケアに従事する専門職のみならず, 事務職など, 認知症の人や介護者に関わるすべてのスタッフにとって貴重な学びの場だと

いえる。たとえば, 家族教室の受付や茶話会の案内等は, 事務職が実施しているが, 対面や電話の時に, 「以前より随分表情が明るくなりましたね」「今日, 元気そうなお顔を拝見できてよかった」など, わずかな一声が, 絶大な介護者の心のケアになりうる。介護者にとっては, 孤独感の解消にもつながるであろうし, 一声をきっかけとして, 悩みの吐露につながる場合もある。

また, 家族教室で, 専門職がレクチャー, ファシリテーター(進行援助者)を担う場面があるが, 専門職にとって貴重な学びの機会になりうる。それは診療やケアの専門職が, 日常業務で使用している言葉で参加者に関わった時, 参加者の納得できていない反応を目の当たりにすることで, 改めて専門用語

駆使の罫<sup>わな</sup>に気がつき、相手にわかりやすい伝達方法を考える契機になるからである。いわば医療コミュニケーションを参加者から学ばせていただいているともいえる。

## 🔑 今後の課題

多くの機関が、各専門職に課される基本業務と併行して、家族教室に取り組んでいる。たとえ「良き」取り組みであったとしても、専任スタッフの配属が難しく、既従事者への役割が過重になる傾向も否めない。息の長い取り組みには、人員が必要で、人員には経費が必要である。経費捻出先が政策レベルで恒常的に確保されることが、一つの選択肢である。しかし恒常的に政策の俎上に載せるには、エビデンスが求められる。家族教室への参加により、介護者の心身の健康が図れ（心理社会的な効果）、最終的には医療への受診率が低下する（医療経済的な効果）等のエビデンスの集約が必要である。さらには、介護者の心身の安定が、認知症の人に好影響をもたらす（BPSDの出現率が低下した等）、医療に寄与するエビデンスの集約も必要である。一方、認知症の家族教室は、家族介護者、スタッフ共々、「教育・共育」であることも、効率化が求められる医療・ケアの世界で忘れてはならない価値観である。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

### [注]

- 1) 新オレンジプラン：正式には、認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～
- 2) 国立長寿医療研究センターもの忘れセンターは、認知症疾患医療センターに指定されている。
- 3) 本プログラムは、「認知症はじめての一步 -ご本人、ご家族のための教室テキスト-」（鳥羽研二、清家理、住垣千恵子、櫻井孝 他編著、国立長寿医療研究センター、2015）として、テキスト・DVDともに無料ダウンロード可となっている。

テキスト：<http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>

DVD：<http://videovv.ncgg.go.jp/NCGG/000088/kazokukyousitu2015.mp4>

### [文献]

- 1) 安梅勅江, 第1章コミュニティ・エンパワメントとは, In: 安梅勅江 編著, 『コミュニティ・エンパワメントの技法-当事者主体の新しいシステムづくり-』, 東京: 医歯薬出版: 2005; p5-9.
- 2) D. Nahmiash. 力を削がれた介護者のエンパワメントは可能か?. In: P. Orzeck, N. Guberman, L. Barylak 編 (高橋流里子 監訳). 家族介護者のサポート-カナダにみる専門職と家族の協働-. 東京: 筒井書房: 2005; p114-24.
- 3) 三宅広美. レジリエンスに着目した大学生のパーソナリティ理解: 文章完成法と半構造化面接による検討, 創価大学大学院紀要 32, 2010; 355-384.
- 4) 清家 理, 櫻井 孝. 第1章 認知症介護教室とは. In: 櫻井孝, 清家理編著. 「認知症家族介護教室」が分かる本. 東京: 中央法規; 2017 (8月末発刊予定).
- 5) Seike A, Sumigaki C, Takeda A et al. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: An investigation based on learning needs and attitude changes. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14: 28-34.
- 6) 徳田完二. 一時的気分尺度 (TMS) の妥当性. *立命館人間科学研究* 2011; 22: 1-6.
- 7) Seike A, Sakurai T, Sumigaki C et al. Verification of Educational Support Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia, *JAGS* 2016; 64(3): 661-3.
- 8) 清家 理, 櫻井 孝, 藤崎あかりほか. ケアラーに対する包括的教育支援プログラム効果の因果関係分析. In. 第58回日本老年医学会学術集会講演抄録集, 金沢, 6. 8-6. 10, 2016. *日老医誌* 2016; 53 (補遺): 29抄録.