

博士学位論文

認知症の人の家族に対する外来看護師による  
認知症診断後支援に関する研究

2023 年 9 月

北海道科学大学大学院保健医療学研究科  
保健医療学専攻

木島 輝美

# 学位論文内容の要旨

北海道科学大学大学院保健医療学研究科  
保健医療学専攻  
博士後期課程

木島 輝美

## 認知症の人の家族に対する外来看護師による認知症診断後支援に関する研究

### 第1章 序論

#### 1. 研究背景

わが国の認知症患者数は増加の一途を辿っており、介護保険の要介護状態となった主な原因で最も多いのは認知症となっている。このことから政府は認知症の早期診断・早期対応を推進しているが、早期に認知症の診断を受けても支援体制が未整備である。よって、早期に認知症の診断を受けた人は介護保険サービスの対象となりにくく、地域社会から孤立し、症状の進行を待つだけの空白の期間があると報告されている。そのため認知症の本人と家族は早期診断後すぐに支援につながるシステムの構築を要望しているが、わが国では認知症診断後支援のあり方を検討した研究は見当たらない。

現在、認知症診断後支援を実施できる可能性のある機関や専門職として、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員などがある。しかし、いずれも認知症を診断し確定する機能を有していないため、認知症の診断をした医療機関からこれらの機関や専門職につなげる役割が必要となる。よって認知症診断後支援の起点は認知症を診断する医療機関にあると考えられる。

認知症の診断・治療・対応の中心的な役割を担う認知症疾患医療センターでは、認知症診断後の相談対応をする職種は精神保健福祉士が最も多く、次いで看護師である。しかし地域の認知症外来では精神保健福祉士が配置されていない場合もある。一方で看護師は外来に必ず配置されており、認知症診断直後から認知症の人と家族に出会い繰り返し関わることができる。そして外来看護師には、外来患者や家族の支援の必要性を見極め、医療と生活の両方の観点から療養指導や支援を行うことが求められている。そのため外来看護師は認知症診断後支援の役割を担うことができる可能性がある。

#### 2. 研究目的

本研究は、認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要とする支援と認知症診断後支援における外来看護師の役割を明らかにすることを目的とした。

### 第2章 介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の特性—認知症介護と身体介護の比較から—

在宅において認知症介護または身体介護をしている家族介護者におけるインフォーマルな支援の必要性を概観し、介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の特性を検討することを目的として量的記述的研究を実施した。対象者は認知症介護の家族介護者 23 名、身体介護の家族介護者 27 名であった。

介護負担度を比較した結果、認知症介護の家族介護者は身体介護の家族介護者よりも、フォーマルな支援もインフォーマルな支援も受けている割合が高いが、介護負担度が強いことが明らかとなった。

### 第3章 認知症の人を介護する家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験

認知症の人を介護する家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験を明らかにすることを目的として、複線径路・等至性モデル(TEM)を用いて質的研究を実施した。認知症の人を介護する家族4名を対象に半構成的面接を実施して逐語録からTEM図を作成した。

分析の結果、認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験における等至点は「認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」であった。その径路のなかで重要な分岐点として認知症の診断後に介護サービス等をすぐに利用できたか否かがあった。すぐに利用できた家族のほうが大きな混乱がなく等至点に到達することができた。この分岐点に影響を与えたのは認知症診断直後の介護サービス等の積極的な勧めの有無であった。もう1つの重要な分岐点は信頼できる専門職との出会いであった。よく話を聴いてくれて要望にそって迅速に対応してくれる専門職の存在により認知症の人の家族は心理的安定を得ていた。

### 第4章 認知症の人の家族への認知症診断後支援の現状と課題—専門性の高い看護師へのインタビューを通して—

認知症診断直後から専門性の高い看護師が認知症の人の家族に対して実践している認知症診断後支援の現状と課題を明らかにすることを目的として質的研究を実施した。専門性の高い看護師6名を対象に半構成的面接を実施した。逐語録からSCAT(Step for Coding and Theorization)の手法を参考に分析した。

分析の結果、認知症診断後支援のシステムづくりでは、認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族の選定や医師との信頼関係を構築、自身の活動に裁量権がある、地域の専門職とのパートナーシップの構築など6項目に分類された。

認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際は13項目に分類された。なかでも診断後支援を必要とする認知症の人の家族と早期に出会い信頼関係を構築することが重要であった。そのため家族の介護力などから相談の必要性を見極め、専門性の高い看護師が相談窓口であることを明確化し、外来受診のたびに積極的に声をかけて相談しやすい関係づくりに努めていた。

## 第5章 総括

### 1. 研究の総括

#### 1) 認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要とする支援

認知症の人の家族は、認知症診断直後から信頼できる専門職と出会い、困りごとをタイムリーに相談できることで大きく混乱せずに心理的安定を得ていた。また認知症の人の家族が求める支援は、認知症の人の症状の進行とともに変化しており、状況に応じた適時、適切な介入が重要であった。例えば、診断時に認知症の症状が軽度である場合、その時には

相談の必要性を感じない家族もいる。しかし専門性の高い看護師は相談ごとがないときから家族との信頼関係の構築と継続的なつながりを重視していた。それは彼らが看護師としての強みを活かし、医療と生活の両方の観点から認知症の進行に伴う生活への影響を予測しながら認知症の人と家族の様子を継続的に観察することで、いつでも介入できるようにするためである。そしてつながりを持ち続けることは、認知症の人の家族が困難を感じたときすぐに専門性の高い看護師に相談できるようにするために重要である。これらの関係構築が適時、適切な認知症診断後支援を実践する鍵となると考えられる。

## 2) 認知症診断後支援における外来看護師の役割

専門性の高い看護師は、認知症診断後支援において認知症の人の家族への個別支援とともに、効果的な支援を実践できるように病院内外のシステムづくりにも尽力していた。しかし、地域の認知症外来の外来看護師は、多忙な外来業務のなかで認知症診断後支援を実践する十分な時間を確保することは困難が予測された。よって限られた時間のなかで外来看護師が実践可能で重要な認知症診断後支援の内容に焦点を絞る必要があった。それは専門性の高い看護師が特に重要視していた、認知症の人の家族が気軽に声をかけられる相談窓口としての役割を外来看護師が担うことであると考えられた。そして受けた相談内容に応じて、外来看護師から院内の各種専門職または地域の専門職やインフォーマルな支援への橋渡しをすることが重要である。

## 2. 今後の展望

本研究の結果にもとづき、外来看護師が活用できる認知症診断後支援のガイドラインを作成して支援の質向上を目指すとともに、認知症外来における看護の支援体制の構築が必要である。

## 目 次

概要 .....	II
目次 .....	V
図のリスト .....	VIII
表のリスト .....	IX
用語の定義 .....	X

## 本文

第 1 章 序論 .....	1
第 1 節 研究背景 .....	1
1. 認知症の疫学 .....	1
2. 認知症の臨床像と生活への影響 .....	1
3. 認知症の重症度別による課題 .....	2
4. スコットランドにおける認知症診断後支援の先駆的取り組み .....	3
5. わが国における認知症診断後支援を実施できる可能性のある 機関や専門職 .....	3
6. 認知症の診断をする医療機関における認知症診断後支援の可能性 .....	4
7. 認知症診断後支援における看護職の役割 .....	5
第 2 節 研究目的 .....	6
第 3 節 本論文の構成 .....	6
引用文献 .....	6

第 2 章 介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな 支援の特性—認知症介護と身体介護の比較から— .....	11
第 1 節 序論 .....	11
第 2 節 研究目的 .....	11
第 3 節 方法 .....	12
1. 研究デザイン .....	12
2. 調査期間 .....	12
3. 対象 .....	12
4. データ収集 .....	12
5. 調査項目 .....	12
6. 分析方法 .....	13
7. 倫理的配慮 .....	13
第 4 節 結果 .....	13
1. 対象者の概要 .....	13
2. フォーマルな支援の利用について .....	14
3. 介護負担度の比較 .....	14
4. 地域におけるインフォーマルな支援の状況 .....	15
第 5 節 考察 .....	17
1. 介護負担度について .....	17
2. インフォーマルな介護協力者の状況 .....	18
3. 地域住民によるインフォーマルな支援の必要性 .....	18

第 6 節	結論	19
第 7 節	研究の限界	20
引用文献		20

<b>第 3 章</b>	<b>認知症の人を介護する家族が認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験</b>	22
第 1 節	序論	22
第 2 節	研究目的	23
第 3 節	方法	23
1.	研究デザイン	23
2.	対象者	23
3.	データ収集方法	24
4.	分析方法	24
5.	厳密性の確保	26
6.	倫理的配慮	27
第 4 節	結果	27
1.	対象者の概要	27
2.	各対象者の分析結果	28
3.	TEM 図の統合と分類	40
第 5 節	考察	43
1.	第Ⅰ期【診断後すぐに気持ちを切り替える】と【認知症診断後の不安や混乱】	43
2.	第Ⅱ期【要介護認定を受けて信頼できる専門職の支援を受けて様々なサービスにつながる】と【認知症の人の状態に適した居場所やサービスを探すが見つからない】	44
3.	第Ⅲ期【サービス等の変更が必要になる】と【認知症症状の進行に伴い周囲に助けを求める】	45
4.	第Ⅳ期【新たな医療と介護サービスが軌道に乗る】と【信頼できる専門職の支援を受けて安定して介護サービスを利用する】	46
5.	認知症の人の状態によって変化する必要な支援	46
6.	認知症予防についての家族の思い	47
7.	全体の TEM 図の特徴	47
第 6 節	結論	47
第 7 節	研究の限界	48
引用文献		48

<b>第 4 章</b>	<b>認知症の人の家族への認知症診断後支援の現状と課題</b>	
	—専門性の高い看護師へのインタビューを通して—	51
第 1 節	序論	51
第 2 節	研究目的	52
第 3 節	方法	52
1.	研究デザイン	52
2.	対象者	52
3.	データ収集方法	53
4.	分析方法	54

5.	厳密性の確保 .....	55
6.	倫理的配慮 .....	56
第4節	結果 .....	56
1.	対象者の概要 .....	56
2.	専門性の高い看護師による認知症診断後支援の現状について .....	57
3.	診断後支援のシステムづくりにおける各対象者のストーリー・ラインと理論記述 .....	57
4.	Ns1 から Ns6 の認知症診断後支援のシステムづくりの理論記述の統合と分類 .....	62
5.	認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について の各対象者のストーリー・ラインと理論記述 .....	63
6.	Ns1 から Ns6 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の 実際の理論記述の統合と分類 .....	69
第5節	考察 .....	71
1.	認知症診断後支援のシステムづくりについて .....	71
2.	認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 .....	73
3.	考察のまとめ .....	76
第6節	結論 .....	77
1.	認知症診断後支援のシステムづくりについて .....	77
2.	認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 .....	77
第7節	研究の限界 .....	78
	引用文献 .....	78
<b>第5章</b>	<b>総括 .....</b>	<b>95</b>
第1節	研究の総括 .....	95
1.	認知症の人の家族が、認知症の診断を受けてから介護サービス 等を利用するまでの期間に必要とする支援 .....	95
2.	認知症診断後支援における外来看護師の役割 .....	96
第2節	研究の限界 .....	97
第3節	今後の展望 .....	97
	引用文献 .....	98
	謝辞 .....	99

## 付録

### A. 業績一覧

## 図のリスト

図 2-1	介護者からみた介護協力者の続柄 .....	16
図 2-2	地域住民に特に手伝ってほしいこと .....	17
図 3-1	TEM 図の最小単位 .....	25
図 3-2	A 氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験 .....	29
図 3-3	B 氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験 .....	32
図 3-4	C 氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験 .....	35
図 3-5	D 氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験 .....	38
図 3-6	介護サービス等をすぐに利用できなかった対象者が認知症診断 から介護サービス等を利用するまでの経験 .....	42



## 表のリスト

表 2-1	家族介護者の概要 .....	14
表 2-2	認知症介護と身体介護の J-ZBI_8 得点の比較 .....	15
表 2-3	地域におけるインフォーマルな支援の状況 .....	16
表 3-1	TEM の主な用語説明と本研究における適用 .....	25
表 3-2	対象者の概要 .....	27
表 4-1	対象者の概要 .....	56
表 4-2	Ns1 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	81
表 4-3	Ns2 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	82
表 4-4	Ns3 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	83
表 4-5	Ns4 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	84
表 4-6	Ns5 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	85
表 4-7	Ns6 の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT 分析表(分析例) .....	86
表 4-8	認知症診断後支援のシステムづくりの理論記述の統合と分類 .....	87
表 4-9	Ns1 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	88
表 4-10	Ns2 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	89
表 4-11	Ns3 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	90
表 4-12	Ns4 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	91
表 4-13	Ns5 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	92
表 4-14	Ns6 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際 SCAT 分析表(分析例) .....	93
表 4-15	認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の理論 記述の統合と分類 .....	94

## 用語の定義

### 1. 認知症診断後支援

認知症の人と家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用できるようになるまでの時期に行われる支援とする。

### 2. 介護サービス等

介護保険サービス全般，認知症カフェ，福祉就労，障がい年金等の経済的支援など認知症の人や家族が定期的に利用できるサービスとする。

### 3. 認知症外来

認知症の診断を専門的に行う医療機関の外来とし，認知症疾患医療センターの外来診療やもの忘れ外来，認知症外来等を標榜する病院の外来とする。

## 第 1 章 序論

### 第 1 節 研究背景

#### 1. 認知症の疫学

わが国の認知症患者数は 2012 年の時点で約 462 万人と推計<sup>(1)</sup>されており、2020 年には 600 万人を超え、2025 年には 700 万人に達して 65 歳以上の 5 人に 1 人が認知症を有すると見込まれている<sup>(2)</sup>。2012 年から 2025 年までの 13 年間の間に 238 万人の認知症患者が増加し、1 年間の新規に認知症と診断される患者は平均約 18 万人と推計できる。そして、認知症の有病率は年齢とともに増加し、65～69 歳では男女とも 1 割未満であるが、80 代の後半には男性では 3 割、女性では 4 割となり、95 歳を過ぎると男性では 5 割、女性では 8 割以上が認知症であると推計されている<sup>(1)</sup>。また、介護保険制度における要介護・要支援認定者数は年々増加しており<sup>(3)</sup>、要介護状態となった主な原因で最も多いのは認知症であると報告されている<sup>(4)</sup>。このように、介護を必要とする認知症の人の増加に伴い、その人を介護する家族(以下、家族介護者)も増加していることが推測される。このような状況のなか、2019 年には 65 歳以上の者のいる世帯は全世帯の約 5 割を占めており、そのうち夫婦のみの世帯および単独世帯がそれぞれ約 3 割であり年々増加傾向にある<sup>(5)</sup>。これらの単独世帯や夫婦世帯では介護力が脆弱であり、介護サービスへのアクセスが困難となりやすい<sup>(6)</sup>ことが予測されており、今後においても認知症の早期発見および早期からの支援が重要となると考えられる。

#### 2. 認知症の臨床像と生活への影響

認知症とは、米国精神医学会のガイドライン(DSM-5) 診断基準<sup>(7)</sup>では、1 つ以上の認知領域(複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下がある状態の総称としている。また、わが国では 2020 年の介護保険法の改正において、認知症とは、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により、日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態と定義されている<sup>(8)</sup>。

また、認知症の原因疾患は多い順にアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などになっている<sup>(1)</sup>。これらの主な原因疾患のうち、脳血管性認知症以外は神経変性疾患であり、徐々に脳が萎縮して認知機能の低下が進行していくが、現在のところ進行を遅らせる効果のある薬物はあるものの根治療法は確立していない。しかしその一方で、身体疾患に起因するせん妄やうつ病に代表される気分障害、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などの頭蓋内病変、甲状腺機能障害などに伴い認知機能障害が出現している認知症は、治療により回復する可能性があるため早期発見・早期治療が重要となる<sup>(9)</sup>。

認知症による症状は、脳の萎縮に伴い出現する中核症状と環境などの影響を受ける認知症の行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に分けられる。中核症状では、記憶障害により新しい情報を学習する記銘障害と以前学習したことの再生障害があらわれる、実行機能障害では行動の開始困難や行動転換の障害、衝動性行動や誤りの修正障害がみられる。失行では運動機能に障害はないが服の着方が分からない、道具がうまく使えないなどがみられる。失認では感覚器に問題はないが対象物の見分けがつかない、道に迷うなど地誌的失認がみられる。失語では語想起障害や流暢性失語を呈してコミュニケーションが困難となる<sup>(10)</sup>などの症状が認知症の

進行に伴い増えてゆき日常生活に大きな影響を及ぼす。

また、もう一つの症状である BPSD は、身体状態や環境によって影響され二次的に出現する症状をいい、妄想、幻覚、不安・焦燥、抑うつ、徘徊、攻撃的言動、睡眠障害、食行動異常、介護への抵抗などがあげられる<sup>(10)</sup>。こうした BPSD は初期には不安や焦燥感からはじまり、中等度に進行したころに最も出現頻度が高いといわれている<sup>(11)</sup>。このような認知機能の低下とともに、社会生活に支障が表れ、対人関係の失敗、自信の喪失、閉じこもりなど社会的孤立傾向を高めたり、運動機能の低下や慢性疾患の悪化などによる身体的健康状態の悪化につながったりと認知症の人にも苦悩し、家族介護者の負担も高まり疲弊していくことになるといわれている<sup>(6)</sup>。そのため栗田<sup>(6)</sup>は、認知症の人と家族がこのような苦悩や疲弊状況に陥る前に、必要な医療、介護、家族支援、福祉・権利擁護支援などのサービスを提供できるようにしていくことが認知症の早期診断・早期対応の役割であると述べている。

### 3. 認知症の重症度別による課題

認知症疾患医療センターにおいて初めて認知症と診断されたときの重症度についてみると、認知症の代表的な評価スケールである改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の平均点は  $14.2 \pm 6.3$  点と報告されおり<sup>(12)</sup>、点数が低い人は 8 点前後、点数が高い人は 20 点前後であったといえる。この HDS-R は 21 点未満が認知症の疑いとされるため、様々な重症度の人々が受診していることが伺える。その中でも認知症が中等度以上に進行しているの人の場合、家族介護者は認知症の BPSD の増加に伴い<sup>(12)(13)</sup>否定的感情や困難感を抱きやすく介護負担が増大するといわれる<sup>(14)(15)</sup>。したがって、認知症の診断後すぐに介護サービス等の利用を検討される場合が多いと考えられる。

つぎに認知症診断時に認知症が軽度であった場合について概観する。わが国では、2012 年に発表された認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)<sup>(16)</sup>において 7 つの柱の 1 つとして早期診断・早期対応が掲げられて以来、現行の認知症施策である認知症施策推進大綱<sup>(17)</sup>でも引き続き早期診断・早期対応を推進している。そこで、2014 年認知症の本人により組織された日本認知症ワーキンググループ<sup>(18)</sup>では、早期診断の広がりによって軽度の時期に診断される人が増えているものの、認知症の診断を受けてから介護サービスを利用するまでの「空白の期間」に対する支援体制が未整備であり絶望に陥る人があとを絶たないと訴えている。しかしその後の 2018 年の調査においても、認知症の診断直後や軽度の人々は介護保険サービスの対象となりにくく、地域社会から孤立し、場合によっては進行を待つだけの「空白の期間」があり、認知症診断から介護保険サービスを利用するまでに 1 年 5 か月ほどかかるという報告がある<sup>(19)</sup>。加えて、全国の認知症疾患医療センターにおいても認知症診断後支援を準備しているセンターは少ない現状がある<sup>(20)</sup>。この状況を受けて、家族の立場からも早期診断後、速やかにその状態にふさわしい専門職や専門機関による支援につながるシステムを早急に構築すること政府に要望しており<sup>(21)</sup>、支援体制の整備が急務となっている。

現在、認知症の人の家族介護者が診断後から介護サービス等につながるまでに求める支援に焦点をあてた研究は見当たらない。そこで、認知症が軽度の時期の家族介護者の体験や心理に焦点をあてた研究をみると、家族介護者は専門職からの情報は得られず、既存の介護サービスでは本人に合わないため利用できず、手探りの介護をしているといわれている<sup>(15)(22)</sup>。その中で、家族介護者は思い通りにならない介護に困惑し、認知症の人に対して否定的感情や態度が生じやすいが、介護の初期段階で適切な支援を受けることで受容に向かうと報告されている<sup>(23)(24)</sup>。しかし、認知症診断後間もない時期

の家族は、「周囲の人に気づかれたくない」、「社会資源導入の必要性をまだ感じない」という思いを持っていることもあるため<sup>(25)</sup>、家族の状況を理解し、迷いや不安を受け止め思いに寄り添う丁寧な対応が必要であると考えられる。

以上より、認知症診断直後から認知症の人の症状や家族介護者の心理状態に応じた支援が必要であるが、認知症の人の家族介護者が求める診断後支援の具体的内容は明らかになっていない。

#### 4. スコットランドにおける認知症診断後支援の先駆的取り組み

認知症診断後支援の先駆的な取り組みとしてスコットランドでは、認知症の診断後、速やかに専門職による支援につながるシステムを認知症診断後支援 (Post-diagnostic support) と称して取り組みを始めた。それは、2011 年スコットランド認知症ワーキンググループ<sup>(26)</sup>という認知症の本人組織による Getting post-diagnostic support right for people with dementia において提唱された。その後、2013 年スコットランド政府<sup>(27)</sup>は認知症国家戦略において、認知症と診断されるすべての人に少なくとも 1 年間の診断後支援を提供することを制度化した。この認知症診断後支援の基本理念は、認知症の初期段階の人を対象とした 5 つの柱で構成されており、①病気の理解、症状との付き合い方、②地域社会とのつながり、③仲間同士の支え、④将来のケアの計画、⑤将来の意思決定の計画である。この 5 つの柱にもとづき、リンクワーカーという認知症ケアに関する研修を受けた専門職が、認知症の人やその家族が病気と向き合い、将来を見据えて自立した生活を送るための体制づくりをサポートするシステムであり、その有益性も評価されている<sup>(28)(29)</sup>。

わが国でも認知症疾患診療ガイドライン<sup>(30)</sup>や Q&A でわかる専門職のための認知症家族等介護支援ガイドブック<sup>(31)</sup>において、スコットランドの認知症診断後支援の 5 つの柱にもとづく支援方法が推奨されているが制度化には至っていない。また、認知症診断後支援の実施状況についての実態調査では、支援を実施している施設が少ない現状が明らかとなり<sup>(32)(33)</sup>、認知症診断後支援のあり方を検討した研究は見当たらない状況である。そのため、わが国における認知症診断後支援のあり方や支援役割を担う機関や職種などの検討が必要である。

#### 5. わが国における認知症診断後支援を実施できる可能性のある機関や専門職

ここでは現状において、認知症診断後に軽度の認知症の人の家族介護者への支援が可能であると考えられる機関や職種について検討する。

まず、地域包括支援センターは、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設である<sup>(34)</sup>。そして、高齢者の身近な相談窓口としてすべての市町村に設置されており、2022 年現在で全国に 5,404 か所設置されている。保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が配置されており、業務内容は総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメントである<sup>(35)</sup>。特に総合相談支援業務は、住民の各種相談を幅広く受け付けて支援を実施するものであるため、認知症診断後支援に関連が深いと考えられる。しかし、地域包括支援センターの担う業務や役割が幅広く、対応困難な相談、虐待等への対応、複雑な相談の増加により、センター員の負担が大きく職員の体制の強化が課題となっている<sup>(36)</sup>。そのため、認知症診断時に軽度の認知症であり大きな問題のないケースに対して十分な対応ができない可能性がある。ま

た、家族介護者が地域包括支援センターについての知識がない場合には、認知症の診断をした医療機関から地域包括支援センターを紹介する役割が必要となる。

つぎに、認知症初期集中支援チームは、認知症の初期支援を包括的・集中的に行うことを目的として設置された多職種協働チームであり<sup>(37)</sup>、認知症診断後の初期支援も役割の一つとしている。認知症初期集中支援チームは全市町村に1チーム以上配置されている<sup>(17)</sup>が、チームの支援実績をみると、対象者の約7割は未受診事例で<sup>(38)</sup>、その多くは認知症が中等度以上に進行した人であり、対象者の約4割が困難事例であった<sup>(39)</sup>。こうした現状は、チームの設置目的である認知症の初期支援との齟齬があり<sup>(6)</sup>、認知症診断後支援まで網羅できていないといえる。そしてチームの過去6か月間の支援対象者数は1～5人が約半数を占め、専門家の多職種チームが1人の対象者を訪ねる方法は効率という点で限界があるという課題も指摘されている<sup>(38)</sup>。

また、認知症地域支援推進員は、認知症ケアパスの作成・活用の促進、地域の支援機関間の連携づくり、認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制づくり、認知症の人や家族への相談等への対応等を行っている<sup>(17)</sup>。なかでも認知症ケアパスは、市町村単位で地域の中で認知症の容態や段階に応じた適切な医療や介護サービス、地域住民によるインフォーマルサポートなど流れを示し、相談先や受診先等を整理したものである<sup>(17)</sup>。これは、認知症診断後に認知症の人と本人にとって重要な情報源となる。しかし、認知症と診断されたすべての人が認知症ケアパスを活用できるようにするには、認知症ケアパスを紹介して各機関につなげる役割が必要である<sup>(6)</sup>。こうした役割も認知症支援推進員は求められているが<sup>(21)</sup>、業務内容が多様である上、推進員の8割は他の職種と兼任であり<sup>(40)</sup>、認知症と診断されたすべての人への対応は難しい状況である。

最後に、若年性認知症支援コーディネーターは、認知症の人や家族からの相談窓口となり、自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役として配置されており<sup>(41)</sup>、スコットランドのリンクワーカーに近い役割であるといえる。しかし、都道府県ごとの配置であるため人数が少なく、対象が若年性認知症の人に限定されているため、高齢者を含めたすべての認知症の人の診断後支援に関わることはできないという限界もある。

このように認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターは、認知症疾患医療センターに配属されている場合もあるが、市町村や地域包括支援センターなどに配置されている場合が多く認知症を診断し確定する機能を有していない。よって、認知症診断後支援を行うためには、認知症の診断をした医療機関から地域にいる各職種につなげるための役割が必要となる。以上のことから、認知症診断後支援の起点は、認知症を診断する医療機関にあると考えられる。

## 6. 認知症の診断をする医療機関における認知症診断後支援の可能性

わが国で認知症の診断・治療・対応の中心的な役割を担う施設として認知症疾患医療センターがある。この認知症疾患医療センターは、認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等の実施、地域専門職への研修、地域における認知症の状態に応じた医療を提供できる機能体制の構築を図ることなどを目的に設置されている<sup>(32)</sup>。さらに2018年からは認知症疾患医療センターの医療相談に「日常生活支援機能」が追加され、認知症の本人と家族への診断直後の適切な支援の重要性が示された<sup>(42)</sup>。このように認知症疾患医療センターは、認知症診断後支援に先駆的に取り組む役割があると考えられる。しかし、全国の認知症疾患医療センターでの認知症診断後支援の実施率は3割程度と少ない状況である<sup>(32)</sup>。

認知症疾患医療センターは 2022 年時点で全国に 499 か所設置されており、そこで 1 年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数は約 8 万人と報告されている<sup>(43)</sup>。しかし 1 年間に全国で新規に認知症と診断される患者は平均約 18 万人と推計されるため、その多くは地域の認知症外来やもの忘れ外来を標榜する精神科、脳外科、神経内科、またはその他の診療科のかかりつけ医などが担っているといえる。そのため、これら地域の認知症外来においても認知症診断後支援は必要であり、認知症疾患医療センターは、地域の認知症医療の中核として、かかりつけ医への後方支援や認知症にかかわる医療介護専門職との連携や指導も重要な役割となる<sup>(44)</sup>。

認知症を診断する医療機関において、認知症診断後支援の役割を担う可能性がある職種についてみていく。まず、認知症疾患医療センターにおいて、認知症診断後の支援のきっかけは医師の指示および本人・家族からの意向によるものが約 8 割を占め、相談に対応する職種は精神保健福祉士が約 9 割と最も多く、ついで看護師が約 4 割であった<sup>(32)</sup>。その相談内容は、疾患の説明、介護サービス等の情報提供が過半数を占め、家族への心理的サポートの実施は約 3 割と少数であり、積極的に心理的なサポートの必要性が示唆されていた<sup>(32)</sup>。しかし、認知症の診断数の多くを占める一般の認知症外来においては、精神保健福祉士が配置されているとは限らず、認知症診断後支援のための人員を確保できない病院もあるため、その支援役割は看護師に期待される可能性がある。

## 7. 認知症診断後支援における看護職の役割

ここでは認知症外来における外来看護師に焦点をあてて、認知症診断後支援における役割遂行の可能性を検討する。

スコットランドでリンクワーカーが制度化される前に認知症の人と家族の診断後支援に該当する役割を担っていた職種は、精神科医、一般開業医、地域精神看護専門看護師であった。一般開業医は認知症への関心の違いにより対応に差が生じていたが、地域精神看護専門看護師は認知症の人に寄り添った支援をできていたと報告されている<sup>(45)</sup>。このことから看護師は認知症診断後支援の役割に適している可能性が示唆されている。しかし、わが国において認知症診断後の時期に焦点をあてた看護師の支援に関する研究は見当たらない。そのため認知症疾患医療センターにおける認知症診断後支援の事例集<sup>(20)(46)</sup>をみても、支援の実際では医師以外の職種のほとんどが専門職として表現されており、看護師の役割は明確化されていない。このように認知症疾患医療センターでは、多くの職種が認知症診断後支援に関わっていることがわかるが、一般の認知症外来では配置されている専門職の種類は少ないことが推測される。しかし、全国の医療機関の外来で看護職員がいない施設は 5%程度しかないといわれており<sup>(47)</sup>、ほとんどの認知症外来に看護師は配置されている。そのため外来看護師は他の専門職よりも、認知症診断直後から認知症の人と家族に必ず出会う機会があり、定期受診のたびに繰り返し関わることができる立場にあるといえる。

厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会<sup>(48)</sup>による「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」では、外来医療において看護職員は、医療と生活の両方の観点から患者・家族等に療養指導や支援を行っており、在宅療養生活の継続、身体症状や QOL の改善、医療の効率化に貢献するため、看護職員による療養指導や支援をさらに推進していくことが重要であると述べている。そして外来看護師には、外来受診中の今ここで看護を必要としている患者を見つけ出す能力や<sup>(49)</sup>、患者への直接的な支援だけではなく介護者の健康状態や介護負担感などの評価をする能力が

求められている<sup>(50)</sup>。これらのことから外来看護師は、認知症診断後支援を実践するために適した立場にあり、支援役割を担うことができる可能性があると考えられる。

## 第2節 研究目的

本研究の目的は、認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要な支援と認知症診断後支援における外来看護師の役割を明らかにすることである。

## 第3節 本論文の構成

本論文は、下記の5つの章から構成される。

第1章では、序論として本論文の背景、研究目的、本論文の全体構成について記述する。

第2章では、「介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の特性—認知症介護と身体介護の比較から—」というテーマで研究を行った。本研究は、認知症の人の家族の地域での介護の現状把握のため、在宅において認知症の人または身体障がいの人を介護している家族介護者に対するインフォーマルな支援の必要性を概観し、介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の特性を検討することを目的とした。研究デザインは量的研究で、地域住民を対象としてアンケート調査を実施した。

第3章では、「認知症の人を介護する家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験」というテーマで研究を行った。本研究の目的は、認知症の人を介護する家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験を明らかにして必要な診断後支援の示唆を得ることである。研究デザインは質的研究で、認知症の人を介護する家族を対象として半構成的面接を実施した。

第4章では、「認知症の人の家族への認知症診断後支援の現状と課題—専門性の高い看護師へのインタビューを通して—」というテーマで研究を行った。本研究の目的は、認知症診断後支援の実践経験のある専門性の高い看護師を対象に、認知症診断直後から専門性の高い看護師が認知症の人の家族に対して実践している支援の現状と課題を明らかにすることである。研究デザインは質的研究で、専門性の高い看護師を対象に半構成的面接を実施した。

第5章では、総括として第2章から第4章までの3つの研究結果に基づき、本論文の研究目的である、認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要な支援と認知症診断後支援における外来看護師の役割について考察する。

## 引用文献

- (1) 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(平成23年度～平成24年度総合研究報告書). 2013, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/19511>, (2023-6-7)



- (2) 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究(平成 26 年度総括研究報告書). 2015, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23685>, (2023-6-7)
- (3) 厚生労働省:令和 2 年度介護保険事業状況報告(年報)概要. 2021, [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02\\_gaiyou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02_gaiyou.pdf), (2023-6-6)
- (4) 内閣府:令和 4 年版高齢社会白書(全体版) 第 1 章 高齢化の状況 第 2 節 高齢期の暮らしの動向 2. 健康・福祉. 2022, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl_2_2.html), (2023-6-6)
- (5) 内閣府:令和 4 年版高齢社会白書(全体版) 第 1 章 高齢化の状況 第 1 節 高齢化の状況 3. 家族と世帯. 2022, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl\\_1\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl_1_3.html), (2023-6-6)
- (6) 栗田主一: 認知症が及ぼす影響と今後の認知症ケアの方向性. 薬局 68(1): 9-15, 2017
- (7) 日本精神神経学会監修:DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014, p594
- (8) 厚生労働省:「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」の公布について(通知)(令和 2 年 6 月 12 日)Ⅱ介護保険法の一部改正 二認知症に関する施策の総合的な推進等に関する事項. 2020, [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc5138&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc5138&dataType=1&pageNo=1), (2023-6-6)
- (9) 稲村圭亮, 繁田雅弘: 認知症-概念と分類 鑑別診断. 耳展 63(1): 36~41, 2020
- (10) 日本認知症学会: 認知症テキストブック. 東京, 中外医学社, 2012, p9-10
- (11) 日本看護協会: 認知症ケアガイドブック. 東京, 照林社, 2016, p170, 210
- (12) 山口晴保, 中島智子, 内田成香, 他: 認知症疾患医療センター外来の BPSD の傾向: NPI による検討, 認知症ケア研究誌 1: 3-10, 2017
- (13) Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H, et al: Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. PLOS One 11(8): e0161092, 2016
- (14) 伊藤恵美, 上城憲司, 井上忠俊, 他: もの忘れ外来における実態調査と認知症の重症度別比較, 日本臨床作業療法研究, 5, 41-46, 2018
- (15) 松岡広子, 村井美紀: 認知症高齢者の家族介護者の心情 文献研究が明らかにするその経時的様相, 日本認知症ケア学会誌 12(4): 796-803, 2014
- (16) 厚生労働省:認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)(平成 25 年度から 29 年度までの計画). 2012, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, (2023-6-6)
- (17) 認知症施策推進関係閣僚会議:認知症施策推進大綱(令和元年 6 月 18 日). 2019, [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho\\_kaigi/pdf/shisaku\\_taikou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf), (2023-6-6)
- (18) 日本認知症ワーキンググループ:設立趣意書. 2014, [http://jdwg.org/wp-content/uploads/2017/04/JDWG\\_prospectus.pdf](http://jdwg.org/wp-content/uploads/2017/04/JDWG_prospectus.pdf), (2023-6-6)
- (19) 平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症の家族等支援に関する調

- 査研究事業 家族支援ガイドライン作成委員会：専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き．2018，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000333992.pdf>，(2023-6-6)
- (20) 認知症介護研究・研修仙台センター：Q&A でわかる診断後の認知症の人とご家族の支援方法(認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集)全国の認知症疾患医療センター調査．2018，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000520666.pdf>，(2023-6-6)
- (21) 公益社団法人認知症の人と家族の会：認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書 2019 年版(2019 年 3 月 28 日)内閣官房長官,他 8 大臣省庁宛て．2019，  
<https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/anshinyoubousyo2019.pdf>，(2023-6-6)
- (22) 認知症の人と家族の会：認知症初期の暮らしと必要な支援ー認知症の人と家族からの提言ー(エーザイ株式会社 2017 年 3 月)．2017
- (23) 布元義人, 竹本与志人, 長安つた子, 他：認知症高齢者における家族介護者の介護認識の変容に関する研究の動向，日本認知症ケア学会誌，9(1)，103-111，2010
- (24) 安武綾：認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合，家族看護学研究，17(1)，2-12，2011
- (25) 秋吉知子, 中島洋子, 草場知子：認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理 発症から現在, 将来の思い，日本認知症ケア学会誌，15(2)，470-479，2016
- (26) Henry Simmons Chief Executive, Alzheimer Scotland, Getting Post Diagnostic Support (PDS) right for people with dementia. 2011，  
<https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/5-pillar-model-of-post-diagnostic-support>，(2023-6-6)
- (27) Scottish Government National dementia strategy: 2017-2020，  
<https://www.gov.scot/publications/scotlands-national-dementia-strategy-2017-2020/pages/4/>，(2023-6-6)
- (28) Levin KA, Lithgow S, Miller M, et al.: Post-diagnostic support for dementia; What can be learned from service providers' experiences, model variation and information recording?. Health Education 118(4): 320-338, 2018
- (29) Piercy H, Davis SF, Dunham M, et al.: Evaluation of an integrated service delivering post diagnostic care and support for people living with dementia and their families. Health Soc Care Community 26: 819-828, 2018
- (30) 日本神経学会監修：認知症疾患診療ガイドライン 2017．東京，医学書院，2017，p54-55
- (31) 平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症の家族等支援に関する調査研究事業 家族支援ガイドライン作成委員会：Q&A でわかる専門職のための認知症家族等介護支援ガイドブック．2018，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000333996.pdf>，(2023-6-6)
- (32) 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症疾患医療センターの効果的, 効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書 2018．2019，  
[https://www.tmghig.jp/research/info/cms\\_upload/951912af6e072c065147a4cde5f3495e.pdf](https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/951912af6e072c065147a4cde5f3495e.pdf)，(2023-6-6)

- (33) 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 認知症介護研究・研修仙台センター： 認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業報告書. 2019, [https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019\\_sendai0003.pdf](https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019_sendai0003.pdf), (2023-6-6)
- (34) 介護保険法： 第 115 条の 46 第 1 項 地域包括支援センター.  
[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=82998034&dataType=0&pageNo=4](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82998034&dataType=0&pageNo=4), (2023-6-6)
- (35) 厚生労働省： 地域包括支援センターについて. 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001088939.pdf>, (2023-6-6)
- (36) 令和 2 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターの効果的な運営に関する調査研究事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング： 地域包括支援センターの運営課題に対する取組ポイント地域包括支援センターの運営課題に対する取組ポイントー地域包括ケアを推進する運営を目指してー(令和 3 年 3 月). 2021, [https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai\\_200423\\_6.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai_200423_6.pdf). (2023-6-6)
- (37) 栗田主一： 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援. 東京, 中央法規, 2015, P3
- (38) 令和元年度老人保健健康増進等事業 国立長寿医療研究センター： 認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業報告書(令和 2 年 3 月). 2020, <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R1rouken-4houkoku.pdf>, (2023-6-6)
- (39) 伊藤米美： 認知症の看護と介護をする立場から認知症初期集中支援チームに期待すること 看護師の視点から. 老年精神医学雑誌 26(10), 1114-1123, 2015
- (40) 令和 4 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症介護研究・研修東京センター： 認知症地域支援推進員の配置形態や活動実態に応じた機能強化に関する調査研究報告書(令和 5 年 3 月). 2023, [https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/230410/t\\_r4\\_roken\\_hokokusho\\_zenpen.pdf](https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/230410/t_r4_roken_hokokusho_zenpen.pdf), (2023-6-6)
- (41) 平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 若年性認知症の人に対する支援コーディネネートの在り方に関する調査研究事業検討委員会 認知症介護研究・研修大府センター： 若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書. 2016, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/tebiki1.pdf>, (2023-6-6)
- (42) 栗田主一： 今日の認知症施策に関するいくつかの検討課題. 老年精神医学雑誌 30(12): 1379-1384, 2019
- (43) 令和 3 年度老人保健健康増進等事業 東京都健康長寿医療センター： 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書(令和 4 年 3 月). 2022, [https://www.tmghig.jp/research/info/cms\\_upload/%E2%84%962%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8\\_1.pdf](https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/%E2%84%962%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8_1.pdf), (2023-6-6)
- (44) 栗田主一： わが国の認知症施策の未来⑦ 質の高い診断と診断後支援. 老年精神医学雑誌 27(9) 993-1000, 2016
- (45) Innes A, Szymczynska P, Stark C: Dementia diagnosis and post-diagnostic support in Scottish rural communities: Experiences of people with dementia

- and their families. *Dementia* 13(2): 233-247, 2014
- (46) 平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業 東京都健康長寿医療センター： 認知症疾患医療センター先進事例集, 2016,  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/jirei.pdf>, (2023-6-6)
- (47) 令和 3 年度看護職員確保対策特別事業 日本看護協会： 地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業報告書. 2022,  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3\\_role4resources.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3_role4resources.pdf), (2023-6-6)
- (48) 厚生労働省 医療計画の見直し等に関する検討会： 外来機能の明確化・連携, かかりつけ医機能の強化等に関する報告書(令和 2 年 12 月 11 日). 2020,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000704605.pdf>, (2023.6.19)
- (49) 廣川恵子： 看護実践から見出した外来看護師の能力. 日本赤十字広島看護大学紀要 8: 21-29, 2008
- (50) 金盛琢也, 酒井郁子, 山川みやえ, 他： 老年看護政策検討委員会活動報告 外来診療における認知症患者に対する看護師の役割に関する展望. 老年看護学 24(1): 87-91, 2019

## 第2章 介護の種類の違いによる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の特性 ー認知症介護と身体介護の比較からー

### 第1節 序論

わが国では、介護保険制度における要介護・要支援認定者数は、2019年には660万人以上となっており、2010年から160万人以上増加している<sup>(1)</sup>。また、要介護状態となった主な原因で最も多いのは認知症17.6%であり、その他は脳血管疾患16.1%、老衰12.8%、骨折12.5%となっている<sup>(2)</sup>。このことから、わが国で行われている主な介護の種類は、認知症により認知機能が低下した状態の介護(以下、認知症介護)、脳血管疾患や老衰、骨折により身体機能が低下した状態の介護(以下、身体介護)に分類され则认为られる。このように、介護を必要とする人の増加に伴い、その人を介護する家族(以下、家族介護者)も増加していると考えられる。これらの家族介護者の生活や人生の質を高めることにも着目し、介護を受ける人と家族介護者の双方が安心して自分らしい生活や人生を送れるように支援することが必要であるといわれている<sup>(3)</sup>。

介護を必要とする人への支援体制として、国や地方公共団体など公的機関が行う法律などの制度に基づいたフォーマルな支援<sup>(4)</sup>と、家族や友人・個人・ボランティア団体・近隣住民などによる非営利の制度化されないインフォーマルな支援<sup>(4)(5)</sup>がある。わが国ではフォーマルな支援として医療サービスや介護保険サービスなどが定着しているが、フォーマルな支援だけでは介護を必要とする人と介護者のニーズは充足できていないといわれている<sup>(5)</sup>。特に心理社会的ケアにおいてインフォーマルな支援を求める傾向があるため、フォーマルな支援とインフォーマルな支援を組み合わせながら支援することが重要であると述べている。

インフォーマルな支援の現状を概観すると、認知症介護に焦点をあてた研究では、インフォーマルな支援のほとんどを家族が担っており、家族以外のインフォーマルな支援を活用していたのは3割程度であったと報告している<sup>(6)</sup>。しかし政府の認知症施策<sup>(7)</sup>では、認知症の人が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域住民が中心となり支援チームを構築して地域支援体制を強化することを推進している。また上野ら<sup>(8)</sup>の研究においても、認知症高齢者とその家族が在宅生活を継続するためには、地域住民や知人からのインフォーマルな支援を得るための支援の重要性が示されている。インフォーマルな支援を活用することにより、地域とのつながりを保ちながら<sup>(8)</sup>個別のニーズに柔軟に対応することができる<sup>(9)</sup>といわれている。

インフォーマルな支援に関する研究はフォーマルな支援に比べて少なく、なかでも認知症ケアに焦点を当てたインフォーマルな支援に関する研究では、ケアマネージャーを対象とした調査<sup>(6)</sup>や、認知症の人とその家族が対象であっても具体的な支援内容は示されていない<sup>(10)</sup>ため、家族介護者の視点から必要なインフォーマルな支援が特定されていない現状がある。また、身体介護のみに焦点をあてた研究はみつからなかったが、陳ら<sup>(11)</sup>によると認知症介護は身体介護よりも介護負担が大きかったと報告している。このことから、認知症介護と身体介護では必要とするインフォーマルな支援が異なる可能性があると考えられる。

### 第2節 研究目的

本研究は、在宅において認知症介護または身体介護をしている家族介護者におけるインフォーマルな支援の必要性を概観し、介護の種類の違いによる家族介護者が求める

インフォーマルな支援の特性を検討することを目的とする。

介護の種類に応じたインフォーマルな支援は、家族介護者の介護負担を軽減し、被介護者と家族介護者が住み慣れた地域での生活を継続するための一助になると考える。

### 第3節 方法

#### 1. 研究デザイン

量的記述的研究

#### 2. 調査期間

2020年11月から12月まで

#### 3. 対象

本調査は、A町の全世帯を対象として、地域における家族介護者の実態と支援に関するニーズを明らかにすることを目的として実施した。A町は北日本の農村地域であり2020年時点の人口は約11,000人、世帯数約5,600世帯、高齢化率40.2%であった。

A町の全世帯にアンケート調査票を配付して回収したものから、アンケート項目の1つである「家族や身近な人を介護している」と回答したものを抽出した。その中から、被介護者の病気や障がいの状態についての項目で「認知症」のみを選択したものと「身体障がい」のみを選択したものを抽出して分析対象とした。

#### 4. データ収集

はじめにA町の町長に文書および口頭で研究目的・意義、方法等を説明して承諾を得た。そして住民基本台帳から世帯主の住所及び氏名の情報を得て、全世帯を対象にアンケート調査票を郵送した。各世帯から1名の回答を依頼し、調査票は郵送により回収した。

#### 5. 調査項目

本調査の項目は、2015年にA町で実施された日本ケアラー連盟<sup>(12)</sup>による調査の項目をもとに作成した。主な調査内容は、基本属性、地域のつながりや支えあい活動状況、介護経験の有無、介護が必要な者の状況、家族介護者自身の状況、家族介護者が求める支援など約100項目であった。

本研究では、対象者の「基本属性」6項目、「フォーマルな支援の利用」2項目、「介護負担度」1項目、「地域におけるインフォーマルな支援の状況」6項目の計15項目を調査した。

基本属性は、家族介護者は性別・年齢・続柄・介護期間とした、また被介護者は性別・年代とした。

フォーマルな支援の利用は、利用サービスの種類とケアについて信頼して相談できる機関や窓口とした。

介護負担度の測定には、短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版(以下、J-ZBI\_8)を用いた。J-ZBI\_8 は、主観的な介護負担感に関する8つの質問に対して「いつも思う～思わない」の5段階で回答するものである。8つの質問の合計得点(以下、Total 得点)は0～32点であり、信頼性・妥当性が検証されており、Total 得点が13点以上は介護負担の高リスク群とされる<sup>(13)(14)</sup>。また、J-ZBI\_8 はつぎの2因子で構成されている<sup>(14)</sup>。1つ目の因子 Personal strain は、介護を必要とする状況に対する否定的な感情の程度

を測定するものであり、5つの質問で構成されており合計点は0～20点である。2つ目の因子 Role strain は、介護によって介護者の社会生活に支障を来している程度を測定するものであり、3つの質問で構成されており合計点は0～12点である。

地域におけるインフォーマルな支援の状況は、次の項目により回答を求めた。家族介護者に対して介護の協力をしてくれる者(以下、介護協力者)の有無について「頻繁に協力してくれる人がある」「たまに協力してくれる人がある」「誰もいない」の3択とした。介護協力者の続柄は10の選択肢から複数回答とした。支えてくれる地域住民の有無は「いる」「いない」の2択とした。地域住民とのつながりや助け合いの必要性については「必要である」「やや必要である」「あまり必要でない」「必要でない」の4段階とした。地域住民に実際に手伝ってほしいことの有無については「ある」「ない」の2択とした。家族介護者が地域住民に特に手伝ってほしいことを14の選択肢の中から特に手伝ってほしいことを5つ選択した。

## 6. 分析方法

アンケート項目の家族介護者が被介護者の病気や障がいの状態について「認知症」のみを選択したものは認知症介護群、「身体障がい」のみを選択したものは身体介護群として介護の種類別に2群に分けた。そして「基本属性」「フォーマルな支援の利用」「地域におけるインフォーマルな支援の状況」の各項目については単純集計を行った。また、介護の種類別の2群間で性別は $\chi^2$ 検定、年齢および「介護負担度」のJ-ZBI\_8についてはMann-Whitney U検定を用いて分析し、有意水準は5%とした。分析にはIBM SPSS Statistics Version 27を用いた。

## 7. 倫理的配慮

A町の町長に研究の趣旨・内容を説明して承諾を得た。調査票は無記名とし、説明文を添付して、研究の目的、調査協力の任意性、プライバシーの保護などを記載した。調査票内の同意確認欄を記載した上で返送してもらい同意を得た。北海道科学大学学長の承認を受けて実施した(承認番号：第512号)。

## 第4節 結果

### 1. 対象者の概要(表2-1)

回収されたアンケート調査票の中で、「家族や身近な人を介護している」の項目を選択した者は209名であった。この中から、家族介護者が被介護者の病気や障がいの状態について「認知症」のみまたは「身体障がい」のみを選択したものは計70名であった。さらに年齢・性別・介護負担尺度に欠損値があるもの、介護負担尺度の外れ値(四分位範囲 IQR による外れ値の検出方法)を示したものを除外した50名(有効回答率23.9%)を分析対象とした。

分析対象50名のうち、「認知症」のみを選択した認知症介護群は23名、「身体障がい」のみを選択した身体介護群は27名であった。家族介護者の性別は、認知症介護群では女性17名(73.9%)男性6名(26.1%)、身体介護群では女性11名(40.7%)男性16名(59.3%)であった。家族介護者の平均年齢は、認知症介護群では63.6±11.7歳、身体介護群では64.4±13.4歳であった。両群間で対象者の年齢および性別には有意差はみられなかった。

家族介護者の続柄で最も多かったのは、認知症介護群では実の娘が13名(56.5%)であり、身体介護群では夫が7名(25.9%)であった。介護期間は、認知症介護群では平均

73 か月(最短 12 か月～最長 480 か月), 身体介護群では 81 か月(最短 3 か月～最長 216 か月)であった。

被介護者の性別は, 認知症介護群では女性 17 名(73.9%)男性 6 名(26.1%), 身体介護群では女性 21 名(77.8%)男性 6 名(22.2%)であった。被介護者の年代は, 認知症介護群では 60 歳代以下が 1 名(4.3%), 70 歳代が 2 名(8.7%), 80 歳代が 13 名(56.5%), 90 歳以上が 7 名(30.4%)であり, 身体介護群では 60 歳代以下が 3 名(11.1%), 70 歳代が 10 名(37.0%), 80 歳代が 7 名(25.9%)90 歳以上が 7 名(25.9%)であった。

表 2-1 家族介護者の概要

	認知症介護群 n=23	身体介護群 n=27
性別		
女性	17 名 (73.9%)	11 名 (40.7%)
男性	6 名 (26.1%)	16 名 (59.3%)
平均年齢±SD	63.6±11.7 歳	64.4±13.4 歳
家族介護者の続柄		
実娘	13 名 (56.5%)	6 名 (22.2%)
実息子	4 名 (17.4%)	6 名 (22.2%)
義娘	2 名 (8.7%)	1 名 (3.7%)
義息子	1 名 (4.3%)	2 名 (7.4%)
妻	2 名 (8.7%)	3 名 (11.1%)
夫	1 名 (4.3%)	7 名 (25.9%)
きょうだい	0 名 (0.0%)	1 名 (3.7%)
孫	0 名 (0.0%)	0 名 (0.0%)
その他	0 名 (0.0%)	1 名 (3.7%)
平均介護期間 (最小値－最大値)	73 か月 (12－480)	81 か月 (3－216)

## 2. フォーマルな支援の利用について

フォーマルな支援の利用は, 認知症介護群では医療サービス 7 名(31.8%), 介護保険サービス 13 名(59.1%)その他 1 名(4.5%)であった。身体介護群では医療サービス 6 名(25.0%), 介護保険サービス 12 名(50.0%), 自立支援サービス 1 名(4.2%)であった。また, サービスを利用していない割合は, 認知症介護群では 5 名(22.7%), 身体介護群では 9 名(37.5%)であった。ケアについて信頼して相談できる機関や窓口については, 認知症介護群では「ある」が 14 名(60.9%), 「ない」が 6 名(26.1%), 「無回答」が 3 名(13.0%)であった。身体介護群では, 「ある」が 12 名(44.4%), 「ない」が 12 名(44.4%), 「無回答」が 3 名(11.1%)であった。

## 3. 介護負担度の比較 (表 2-2)

J-ZBI\_8 全質問の Total 得点は, 認知症介護群は中央値 6.0(四分位範囲 4.0-14.0), 身体介護群は 3.0(2.0-7.0)であった。Personal strain 得点は, 認知症介護群は 6.0(4.0-8.0), 身体介護群は 3.0(1.0-6.0)であった。Role strain 得点は, 認知症介護



群は 1.0(0.0-5.0), 身体介護群は 1.0(0.0-2.0)であった. Total 得点, Personal strain 得点, Role strain 得点のそれぞれについて, 認知症介護群と身体介護群の 2 群間で Mann-Whitney U 検定を行った. その結果, Total 得点と Personal strain 得点において 2 群の間に有意差( $p<0.05$ )が認められた.

表 2-2 認知症介護群と身体介護群の J-ZBI\_8 得点の比較

J-ZBI_8	認知症介護群 n=23	身体介護群 n=27	p 値
Total	6.0(4.0-14.0)	3.0(2.0-7.0)	0.028*
Personal strain	6.0(4.0-8.0)	3.0(1.0-6.0)	0.026*
Role strain	1.0(0.0-5.0)	1.0(0.0-2.0)	0.560

表記は中央値(四分位範囲)で示した

\* 認知症介護群と身体介護群の差の Mann-Whitney U-test の p 値

\* 有意水準は 0.05 とした(\* $p<0.05$ )

#### 4. 地域におけるインフォーマルな支援の状況 (表 2-3)

介護協力者については, 認知症介護群では「頻繁に協力してくれる人がいる」11 名(47.8%), 「たまに協力してくれる人がいる」11 名(47.8%), 「誰もいない」1 名(4.3%)であった. 身体介護群では「頻繁に協力してくれる人がいる」11 名(40.7%), 「たまに協力してくれる人がいる」10 名(37.0%), 「誰もいない」6 名(22.2%)であった.

介護協力者の続柄は複数回答であった. よって比率の母数は各グループの回答者数とし, 認知症介護群の回答者数は 22 名, 身体介護群の回答者数は 21 名であった. (図 2-1) 認知症介護群では配偶者 9 名(40.9%), 子ども 6 名(27.3%), きょうだい 5 名(22.7%)であった. 身体介護群ではきょうだい 12 名(57.1%), 子ども 9 名(42.9%), 配偶者 6 名(28.6%)であった.

支えてくれる地域住民の有無については, 認知症介護群では「いる」9 名(39.1%), 「いない」10 名(43.5%), 「無回答」4 名(17.4%)であった. 身体介護群では, 「いる」6 名(22.2%), 「いない」18 名(66.7%), 「無回答」3 名(11.1%)であった.

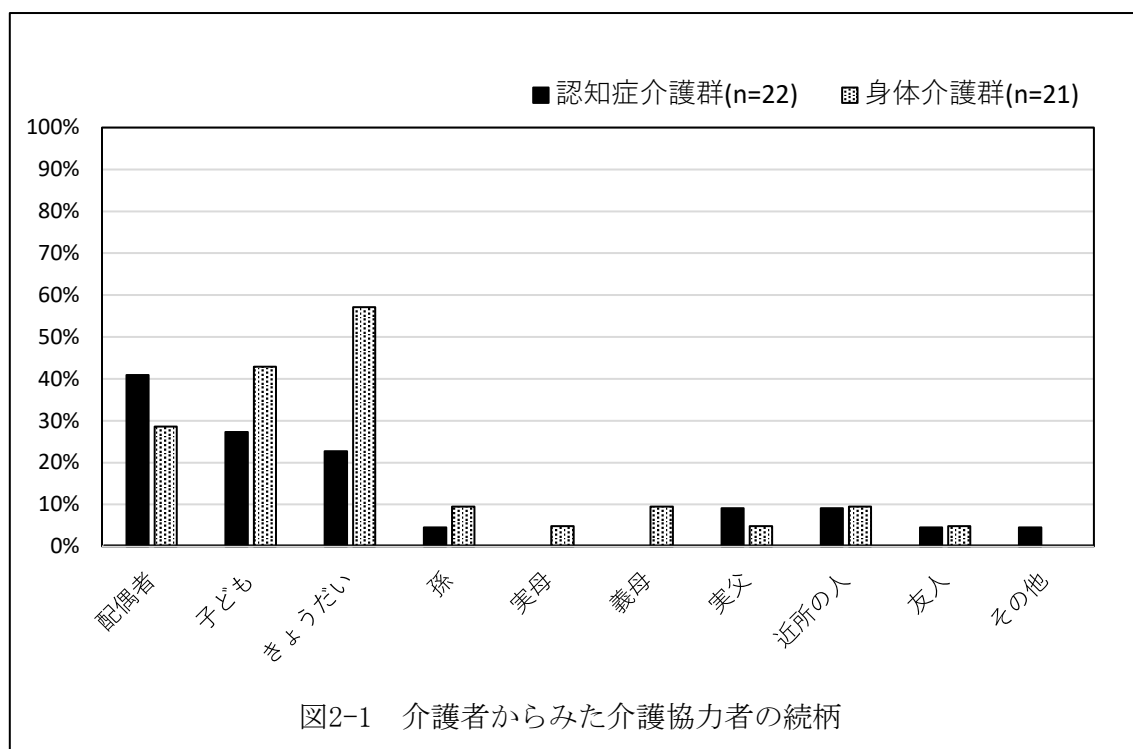
地域住民のつながりや助け合いの必要性について, 認知症介護群では, 必要である 15 名(65.2%), やや必要である 7 名(30.4%), あまり必要でない 0 名(0.0%), 必要でない 0 名(0.0%), 無回答 1 名(4.3%)であった. 身体介護群では, 必要である 13 名(48.1%), やや必要である 11 名(40.7%), あまり必要でない 2 名(7.4%), 必要でない 1 名(3.7%), 無回答 0 名(0.0%)であった.

地域住民に実際に手伝ってほしいことの有無については, 認知症介護群では「ある」5 名(21.7%), 「ない」18 名(78.3%)であった. 身体介護群では「ある」6 名(22.2%), 「ない」21 名(77.8%)であった.

家族介護者が地域住民に特に手伝ってほしいことを 14 の選択肢の中から 5 つ選択してもらった. 複数回答があるため, 比率の分母は各グループの回答者数とした. 認知症介護群は 9 人, 身体介護群は 9 人であった. (図 2-2) 認知症介護群では「見守り」4 名(44.4%), 「被介護者の話し相手」3 名(33.3%), 「外回り: ゴミ出し・草取りなど」3 名(33.3%)であった. 身体介護群では「車での送迎」5 名(55.6%), 「見守り」3 名(33.3%), 「家事全般」3 名(33.3%)であった.

表 2-3 地域におけるインフォーマルな支援の状況

	認知症介護群 n=23	身体介護群 n=27
介護協力者の有無		
頻繁に協力してくれる人がある	11 名 (47.8%)	11 名 (40.7%)
たまに協力してくれる人がある	11 名 (47.8%)	10 名 (37.0%)
誰もいない	1 名 (4.3%)	6 名 (22.2%)
支えてくれる地域住民の有無		
いる	9 名 (39.1%)	6 名 (22.2%)
いない	10 名 (43.5%)	18 名 (66.7%)
無回答	4 名 (17.4%)	3 名 (11.1%)
地域住民とのつながりや助け合いの必要性		
必要である	15 名 (65.2%)	13 名 (48.1%)
やや必要である	7 名 (30.4%)	11 名 (40.7%)
あまり必要でない	0 名 (0.0%)	2 名 (7.4%)
必要でない	0 名 (0.0%)	1 名 (3.7%)
無回答	1 名 (4.3%)	0 名 (0.0%)
地域住民に特に手伝ってほしいことの有無		
ある	5 名 (21.7%)	6 名 (22.2%)
ない	18 名 (78.3%)	21 名 (77.8%)



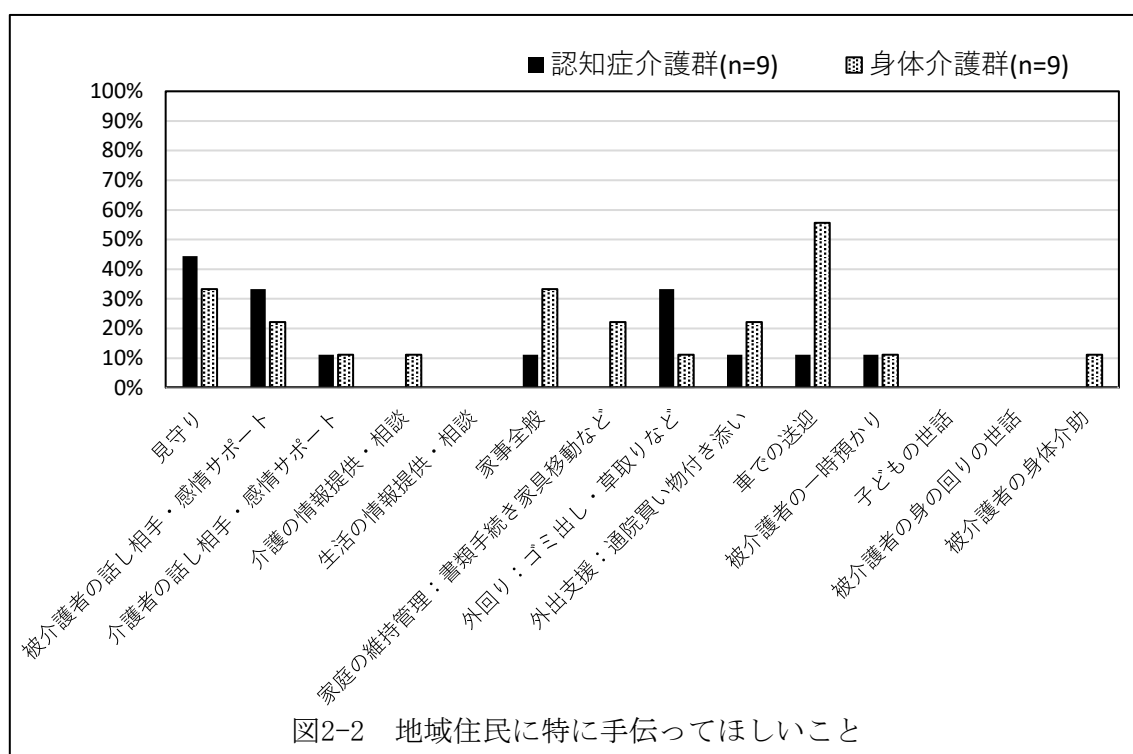


図2-2 地域住民に特に手伝ってほしいこと

## 第5節 考察

本研究の結果より、認知症介護と身体介護という種類が異なる家族介護者が求めるインフォーマルな支援の必要性を概観し、それぞれの特性を検討する。

### 1. 介護負担度について

介護負担度を J-ZBI\_8 を用いて測定したところ、本研究の対象者は認知症介護の家族介護者と身体介護の家族介護者ともに中央値が 13 点を大きく下回っており、介護負担度は低い状態にある。その背景として今回の対象者は被介護者の介護度が軽度であった可能性が考えられる。しかし今回の調査では被介護者の要介護度を調査していないため原因は不明であり今後の課題である。

認知症介護と身体介護の家族介護者の介護負担度を J-ZBI\_8 の Total 得点から比較してみると、認知症介護の家族介護者が身体介護の家族介護者よりも介護負担度が有意に高かった。これは陳ら<sup>(11)</sup>の結果を支持するものであった。

さらに J-ZBI\_8 の因子別の結果では、認知症介護の家族介護者において介護が必要となった状況への否定的な感情を示す Personal strain 得点が身体介護の家族介護者よりも有意に高いという結果が得られた。このことから、認知症介護と身体介護の家族介護者の介護負担の違いには、介護に対する否定的な感情が大きく関与しているといえる。扇澤ら<sup>(15)</sup>は、認知症の人の家族介護者の介護に対する否定的な感情を高める因子として、認知症の人の記憶力や問題解決能力の低下が関連していると報告している。これらの能力低下は、加齢による変化と病的な変化との境界が曖昧であるため、家族介護者の認知症に関する知識不足や認めたくない気持ちから介護を否定的にとらえやすいと考えられている。よって身体介護よりも認知症介護の家族介護者のほうが介護に対する否定的な感情が高まりやすいと考えられる。

## 2. インフォーマルな介護協力者の状況

認知症介護の家族介護者と身体介護の家族介護者ともに介護協力者の続柄は配偶者やきょうだいなど家族による協力が多く、中山間地域の家族介護者では、家族内の精神的なサポートが介護負担感の軽減に有効に働いていたと報告されている<sup>(16)</sup>。本研究の対象者の介護負担度が低い要因の一つとして、家族による協力体制の充実があると考えられる。一方で、近隣住民や友人など親族以外の協力者は少なく、これは伊藤ら<sup>(6)</sup>の結果と同じ傾向である。しかし、住み慣れた地域で介護を継続するためには、介護を地域全体で協力して支えることが重要である<sup>(8)</sup>。

また、認知症介護の家族介護者は身体介護の家族介護者よりも介護をインフォーマルに支援してくれる地域住民がいる割合が高く、フォーマルな支援を受けている割合も高いにも関わらず、介護負担が身体介護の家族介護者よりも高い。このことから、認知症介護の家族介護者が受けている支援の内容を確認する必要があると考えられる。また、身体介護の家族介護者では支援してくれる地域住民がいない割合が高い。これは、まだ介護負担が低いため支援を必要としていない可能性もある。しかし今後、被介護者の介護度が高くなることも予想されるため、早期から地域住民による支援につなげることで今後も介護負担が増加せずに介護を継続できる可能性がある。

## 3. 地域住民によるインフォーマルな支援の必要性

ここでは、地域住民による具体的な支援について検討する。認知症介護と身体介護の両家族介護者は、地域住民とのつながりや助けあいの必要性について 9 割前後が「必要である」または「やや必要である」と回答している。しかし、両家族介護者とも約 8 割が、実際に地域の人に手伝ってほしいことはないと回答している。この矛盾する回答の背景として以下のことが考えられる。一つ目は、被介護者の要介護度が軽度であるため、地域住民による支援は必要ないと考えている場合である。しかし今回の調査では、被介護者の要介護度を確認できなかったため今後の課題である。その他の要因として、インフォーマルな支援に対する認知症の人とその家族の思いには、人間関係に気を遣うので挨拶程度の付き合いで良い、家族が手を抜いていると思われたくないといった消極的な側面があるといわれている<sup>(10)(17)</sup>。このような思いを抱いている家族介護者の場合、自ら地域住民に手伝いを求めることはさらに困難となることが推測される。そのため、地域住民側から積極的かつ具体的な支援のアプローチを行うことが必要であると考えられる。

そこで、具体的に地域住民に手伝ってほしいことの結果をみると、認知症介護の家族介護者では、「見守り」と「被介護者の話し相手」という被介護者に対する支援を必要としていた。これはインフォーマルな支援では情緒的支援・趣味活動・対人交流などの「心理社会的ケア」を求めているという冷水<sup>(5)</sup>の結果を支持するものである。特に認知症介護では、家族介護者は認知症高齢者が体調を崩したり事故にあったりしないよう常に注意しなければならないことから家族介護者だけでは困難なことが多い<sup>(18)</sup>。そのため、被介護者の「見守り」や「話し相手」などのサポートを求めていると考えられる。また、認知症介護の家族介護者は被介護者の見守りのために、ゴミ出しや草取りなどの外回りにまで行き届かないと考えられる。身体介護の家族介護者では、最も多く求めている支援は「車での送迎」である。これは被介護者の身体可動性の低下により外出時の移動が困難であるためと推測される。これまで、身体的なケアはフォーマルな支援に求めることが多いといわれてきたが<sup>(5)</sup>、本研究ではインフォーマルな支援で車の送迎を求めていることから、外出時のフォーマルな支援が不十分であることが推測される。また身体介護の家族介護者では「家事全般」の割合が多いことが特徴的である。これは男

性介護者の割合が多いことが関連している可能性がある。これまで家事をしなかった男性の場合、介護だけでなく日常生活の維持にも困難を感じている可能性がある。また、今回の認知症介護と身体介護の家族介護者が求める支援の共通点は、「見守り」「被介護者の話し相手」「車での送迎」といった被介護者への支援が多い点である。これは家族介護者自身への直接的な支援よりも、被介護者を支援することが家族介護者の身体的・精神的なゆとりにつながる可能性が考えられる。これは、家族介護者支援マニュアル<sup>(3)</sup>において、支援の際は被介護者の状況だけでなく、家族介護者の生活の質に与える影響も考慮することの重要性が示されていることと合致する。

以上のように、家族介護者が求める支援は「見守り」「被介護者の話し相手」「車での送迎」「外回り：ゴミ出し草取りなど」「家事全般」など、地域住民が気軽に支援できるものが多い。しかし、これらの支援を家族介護者自身から地域住民に依頼することは遠慮や羞恥心などにより困難な場合もあると考えられる。そのため、まず地域住民に家族介護者が求める支援の具体的内容を理解してもらう必要がある。そして、地域住民側から積極的に支援できることを発信していく仕組みづくりが必要であると考えられる。また、心理社会的ケアの例として、地域住民と認知症の人と家族介護者が気軽に集まって交流する場として認知症カフェを開催したり、認知症に限らず介護予防の一環として体操教室を開催するなど地域住民主体のつどいの場をつくることも考えられる。この仕組みであれば複数の住民が見守りや話し相手をできるため個人への負担が少なく取り組みやすいと考えられる。そのためには、最初は地域の保健師や、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターなどの専門職の支援を受ながら取り組みをはじめ、徐々に地域住民主体のインフォーマルな支援に繋げていくことが望ましいと考える。

## 第 6 節 結論

1. 介護負担尺度では、J-ZBI\_8 の Total 得点と Personal strain 得点において、認知症介護の家族介護者が身体介護の家族介護者よりも介護負担度が有意に高かった。
2. 認知症介護と身体介護の両家族介護者とも、介護協力者は家族が多く家族以外の協力者は少ないため、地域住民によるインフォーマルな支援が必要である。
3. 認知症介護の家族介護者では身体介護の家族介護者よりもフォーマルな支援もインフォーマルな支援も受けている割合が高いにも関わらず介護負担度が強い傾向にあるため、現在受けている支援の確認が必要であった。
4. 認知症介護と身体介護の両家族介護者とも約 9 割が地域住民とのつながりや助け合いを必要としているが、約 8 割が実際に地域の人に手伝ってほしいことはないという回答した。この背景には、家族介護者の地域住民に対する遠慮や羞恥心などが関連している可能性があった。
5. 地域住民に求める支援として、認知症介護の家族介護者では「見守り」と「被介護者の話し相手」、身体介護の家族介護者では、「車での送迎」が多かった。
6. 被介護者を支援することが、家族介護者の身体的・精神的なゆとりにつながるため、被介護者の状況だけでなく、家族介護者の生活の質に与える影響も考慮した支援が必要である。
7. 家族介護者が求める具体的な支援内容を地域住民に周知して、地域住民側から積極的に支援できることを発信していく仕組みづくりが必要である。特に心理社会的ケアとして、地域住民と認知症の人と家族が気軽に集まって交流する場をつくることで複数の住民による見守りや話し相手が可能となる。

## 第7節 研究の限界

本研究は1つの町を対象として実施した結果であるため一般化することは困難である。また本研究は、介護していない住民も含めた全世帯を対象とした大規模調査の一部を使用したため、被介護者の状況や介護の内容の詳細について情報が不足していた。よって今後は対象を家族介護者に絞り、認知症や身体障がいの種類や要介護度の違いにも着目して、介護の種類による求めるインフォーマルな支援の違いを検討する必要がある。また、家族介護者が地域住民からインフォーマルな支援を受けることに対する思いも含めて検討することも重要である。

## 引用文献

- (1) 厚生労働省：令和2年度介護保険事業状況報告(年報)概要．2021，  
[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02\\_gaiyou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02_gaiyou.pdf),  
(2023-6-6)
- (2) 内閣府：令和4年版高齢社会白書(全体版) 第1章 高齢化の状況 第2節 高齢期の暮らしの動向 2. 健康・福祉．2022，  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl_2_2.html),  
(2023-6-6)
- (3) 厚生労働省：市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル～介護者本人の人生の支援～．2018，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>, (2023-6-7)
- (4) 今屋香澄，平山愛美，前田優美，他：T団地在住の高齢者と地域住民によるインフォーマル・サービスに関する調査－「助っ人隊」の事例を中心に－．保健学研究 25 (1)：29-40，2013
- (5) 冷水豊：フォーマルケアとインフォーマルケアの現状と今後の新たな関係．老年社会科学 31(3)：413-420，2009
- (6) 伊藤美智予，鈴木亮子，伊藤大介：認知症の人が活用しているインフォーマルサポートの種類と機能 認知症ケアマネジメントへの示唆．日本認知症ケア学会誌 12(4)：731-741，2014
- (7) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱(令和元年6月18日)．2019，  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho\\_kaigi/pdf/shisaku\\_taikou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf),  
(2023-6-6)
- (8) 上野陽奈，渡辺陽子，山中道代：認知症高齢者の在宅生活の継続に向けた支援に関する文献レビュー．人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌 20(1)：63-72，2020
- (9) 白澤政和：ケアプランの作成について．老年精神医学雑誌 14(9)：1081-1089，2003
- (10) 室谷 牧子，黒田 研二：地域で生活する認知症の人のソーシャルサポートの検証 当事者の語りの分析から．人間健康学研究 13：83-96，2020
- (11) 陳鳳明，若林緑：家族介護者の介護負担感は介護の種類によって変わるのか？認知症介護と身体介護を比較して．社会保障研究 4(3)：372-386，2019
- (12) 平成27年度老人保健健康増進事業 日本ケアラー連盟：ケアラーを支援する地域をつくる 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の支えあいに基づく介護者支援の実践と普及に関するモデル事業報告書．2016

- (13) 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 40(5): 497-503. 2003
- (14) 荒井由美子: Zarit 介護負担尺度日本語版/短縮版 使用手引. 京都, 三京房, 2018, p11
- (15) 扇澤史子, 古田光, 岡本一枝, 他: 認知症家族介護者の介護負担感の特徴とその関連要因: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)による検討. 生存科学 (Journal of seizon and life sciences) 25: 187-194, 2014
- (16) 橋村康二, 福田茉莉, 鈴木哲, 他: 中山間地域在住の家族介護者における介護負担感に関連する要因ーソーシャルサポートに焦点を当ててー. 島根大学医学部紀要 41: 23-28, 2019
- (17) 神崎匠世, 木村裕美: 認知症高齢者を介護する家族の家族生活力量における介護体験の質的検討. 家族看護学研究 19(1): 65-74, 2013
- (18) 西岡浩子, 高木初子, 水戸美津子: 在宅で認知症高齢者を介護する主介護者の日常生活を安定させるための対処行動. 日本認知症ケア学会誌 12(4): 715-722, 2014

### 第3章 認知症の人を介護する家族が認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験

#### 第1節 序論

第2章において、認知症の人の家族介護者は身体障がいの方の家族介護者と比較して、フォーマルな支援である医療や介護保険サービスを受けている割合、ケアに関する相談窓口をもつ割合、インフォーマルな支援として介護協力者がいる割合のいずれも高いことが示された。しかし、介護負担度でみると認知症の人の家族介護者が身体障がいの方の家族介護者よりも負担度が強く、特に介護が必要となった状況への否定的な感情が強い傾向にあった。これらの結果より、認知症の人の家族介護者の介護の負担は、現在受けている支援では軽減できていない可能性がある。その背景として、これまでの介護サービスでは要介護者を主たる支援対象としており、家族は要介護者の介護力として支援してきたことも影響していると考えられる。そのため厚生労働省<sup>(1)</sup>では、家族介護者を要介護者の家族介護力として支援するだけでなく、家族介護者の生活・人生の質の向上に対しても支援する視点をもち、要介護者と共に家族介護者にも同等に支援することを求めている。こうした中で2020年に埼玉県が国内で初めてケアラー支援条例を策定し、全ての高齢や障害等により援助を必要とする親族等へ無償で援助を提供するケアラーが個人として尊重され、健康で文化的な生活を営むことができるように支援することを基本理念として掲げた<sup>(2)</sup>。その後、国内の他の自治体でもケアラー支援の動きが高まっている<sup>(3)</sup>。このような機運の高まりにより、特に自治体が提供する介護サービス等では家族介護者への支援が強化されつつあると考えられる。

わが国の認知症施策では、認知症の早期診断・早期対応を推進しているが<sup>(4)(5)</sup>、早期に認知症の診断を受けても介護サービスを利用するまでに1年5か月ほどかかるという報告がある<sup>(6)</sup>。そのため認知症の人の家族会から認知症診断後支援のシステム構築を政府に要望している<sup>(7)</sup>。このように、介護サービスにおける家族介護者への支援が強化されていても、認知症の診断後にその介護サービスにつなぐことができない状況が生じているのである。しかし、わが国では診断後支援の実施状況についての実態調査がいくつか見られるのみであり<sup>(8)(9)</sup>、認知症の人の家族が認知症診断後に求める支援に焦点をあてた研究は見当たらない。そこで、認知症の人の家族介護者が診断後から介護サービス等につなぐまでに求める支援を探るため、認知症の診断を受けた人の家族の体験や心理に焦点をあてた研究について概観する。

認知症診断時に症状が軽度である場合は、家族介護者は専門職からの情報は得られず、既存の介護サービスでは本人に合わないため利用できず、手探りの介護をしているといわれている<sup>(10)(11)</sup>。その中で、家族介護者は思い通りにならない介護に困惑し、認知症の人に対して否定的感情や態度が生じやすいが、介護の初期段階で適切な支援を受けることで受容に向かうと報告されている<sup>(12)(13)</sup>。しかし、認知症診断後間もない時期の家族は、「周囲の人に気づかれたくない」、「社会資源導入の必要性をまだ感じない」という思いを持っていることもある<sup>(14)</sup>。そのため性急に正しい認識を促す教育的な関わりを行っても受け入れる余裕はなく、反対に精神的負担や専門職への不信感を増大させてしまう可能性がある<sup>(11)(15)</sup>。従って家族の状況を理解し、迷いや不安を受け止め思いに寄り添う丁寧な対応が必要であると考えられる。

以上より、認知症診断直後から認知症の人の症状や家族介護者の心理状態に応じた支援が必要であるが、認知症の人の家族介護者が求める診断後支援の具体的内容は明らかになっていない。よって、認知症の診断を受けた直後から介護サービス等を利用する



までの期間に認知症の人の家族介護者がどのような体験をしており、どのような支援を必要としているのかを明確化する必要がある。

## 第2節 研究目的

本研究は、認知症の人を介護する家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験を明らかにして必要な診断後支援の示唆を得ることを目的とする。

## 第3節 方法

### 1. 研究デザイン

複線径路・等至性モデル(Trajectory Equifinality Model: TEM)(以下、TEM)<sup>(16)(17)</sup>を用いた質的研究である。

TEMとは、人間の発達や人生径路の多様性・複線性の時間的変容を捉える分析・思考の枠組みモデルであり、個々人がそれぞれ多様な径路を辿っていたとしても等しく到達するポイントとして等至点があるという考え方を基本としている<sup>(18)</sup>。またTEMは、人間の具体的な経験に関心をもち、その経験は何を意味するのか、どのような径路でその経験に辿りついたのかを知り、多様な経験の類似性や相違性を比較検討することで径路の特徴やその事象の背景を明らかにする<sup>(17)</sup>。

本研究では、認知症の人を介護する家族が認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験に焦点をあて、時間の経過の中で彼らがどのような径路を辿るのか、またその径路に影響を与えたものは何かを明らかにするため、TEMを用いて分析することが適していると考えた。

### 2. 対象者

#### 1) 選定基準

TEMでは、人間の経験を扱い、人の具体的な経験に関心をもち、その経験の意味やどのような径路でその経験に辿りついたのかを知ろうとするため、研究目的にあった経験事象に焦点をあてたサンプリングが必要である。これを「歴史的に構造化されたサンプリング(Historically Structured Sampling: HSS)」という<sup>(17)</sup>。本研究では、認知症の人を介護する家族(以下、認知症の人の家族)であり、認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験をもつ者を対象とした。詳細な選定基準は以下の通りである。

(1) 下記の認知症の人の条件にあてはまる人を介護する家族とした。

＜認知症の人の条件＞

- ・ 年齢および性別は問わない
- ・ 認知症の種類および重症度は問わない
- ・ 認知症専門外来で診断を受けた者
- ・ 認知症診断時には介護サービス等を利用していなかった者とした。ただし、インタビュー時は介護サービス等を利用している者

(2) 年齢は20歳以上とし、性別および認知症の人との続柄は問わない。

(3) 認知症の人の主介護者とした。ただし、同程度の介護量を担う者が複数名いる場合は、主に認知症診断時から現在まで認知症専門外来の受診に同行している者とした。

(4) 認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間を振り返って語るができる者とした。

## 2) 対象者の選定方法

A 市内の 2 か所の認知症の人と家族の会より，選定基準に当てはまる会員の紹介を受けた。

## 3) 対象者の人数

TEM の対象者の必要数については， $1 \cdot 4 \cdot 9$  の法則といわれる考え方があり，1 人を丁寧に分析することで個人の径路の深みをさぐることができるが， $4 \pm 1$  人を対象として分析することで経験の多様性を描くことができるとしている。さらに径路の類型を把握するためには  $9 \pm 2$  人の対象者を必要とする<sup>(17)</sup>。よって，本研究の目的に合致する対象者 4 名を選定した。

## 3. データ収集方法

### 1) データ収集期間

2021 年 3 月

### 2) データ収集方法

半構成的面接法により，下記の質問項目に沿ってインタビューを実施した。ただし，質問項目だけに縛られることなく，対象者の語りにあわせて追加質問をして内容を深めた。

#### (1) 質問項目

- ・ 認知症を疑ってから病院を受診するまでの経過
- ・ 認知症の診断を受けたときの状況
- ・ 診断後から介護サービス等の利用開始までの状況
- ・ 診断後から介護サービス等の利用までに受けた支援の内容
- ・ 認知症の人の家族にとって必要な診断後支援

(2) インタビュー時間は，1 対象者につき 1 時間程度 1 回実施した。

(3) インタビュー方法は，対面または電話により実施した。

(4) インタビュー内容は，対象者の了承を得た上で IC レコーダーを用いて録音した。

## 4. 分析方法

### 1) TEM の概要

TEM では，非可逆的時間(irreversible Time)の流れのなかで生きる人の行動や選択の径路(Trajectory)は複数存在すると考えている，しかし，それはどこまでも自由に選択・行動ができ，末広がり的に径路が存在するというわけではなく，歴史的・文化的・社会的に埋め込まれた時間の制約によって，ある定常状態に等しく辿りつくポイントがあるそれが等至点(Equifinality Point: EFP)である。そして，経路が発生・分岐するポイントは，分岐点(Bifurcation Point: BFP)とされている<sup>(17)</sup>。TEMにおける重要な概念である 4 つの概念，非可逆的時間，径路，等至点，分岐点は，図 3-1 のような関係で示される。また，TEM の枠組みで用いられる主な用語の説明とそれらの本研究における適用を表 3-1 に示した。

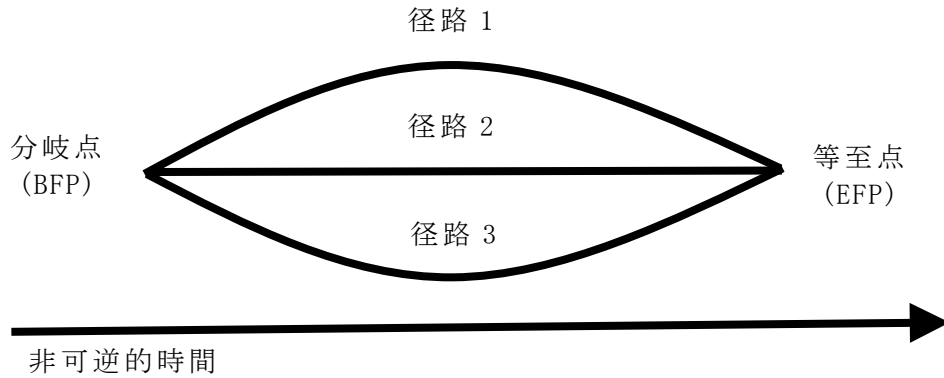


図 3-1 TEM 図の最小単位 (安田・サトウ<sup>(17)</sup>)

表 3-1 TEM の主な用語説明と本研究における適用

用語	意味	本研究における適用
非可逆的時間 Irreversible Time	決して逆戻りしない時間の流れであり時計で計測できる時間ではなく、人の生命・生活・人生とともにある概念的な時間	認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの後戻りできない時間
等至点 Equifinality Point (EFP)	異なる径路をたどりながらも類似の結果にたどりつくポイント	介護サービス等を利用することで生じた認知症の人の家族の正の認識であり、[認知症の人に合ったサービスを利用することで生まれる心の余裕]とした
両極化した等至点 Polarized Equifinality Point (P-EFP)	等至点として選んだ事象とは背反する補集合的な事象	介護サービス等を利用しても生じる認知症の人の家族の負の認識であり、[利用したサービスが認知症の人に合わず心の余裕をもてない]とした
分岐点 Bifurcation Point (BFP)	ある経験において実現可能な複数の径路が用意されている状態で複数径路を可能にする結節点	介護サービスの利用の有無に関して大きく影響したこと、認知症の人の家族の意識変化が生じた経験、印象深い経験等があった地点とした
必須通過点 Obligatory Passage Point (OPP)	ほぼ必然的に通らなければならない地点を示す 全員が必ずではなく、多くの人という意味	認知症の診断を受ける、介護保険の要介護認定を受ける等、認知症の人の家族の多くが経験することとした
社会的方向づけ Social Direction (SD)	等至点から遠ざけるように働く力、個人の行動や選択に抑制的にかかる文化的・社会的な諸力	介護サービス等を利用することを阻む要因、認知症の人の家族に不安や不満など負の感情を起させる経験や出来事、人間関係、環境等とした
社会的ガイド Social Guidance (SG)	等至点に近づけるように働く力、ある行動や選択を後押ししたり促したりする援助的な力	介護サービス等の利用を促進する出来事や、認知症の人の家族の自信や意欲を高めてくれた経験、出来事、人間関係、環境等とした

## 2) 分析手順

荒川<sup>(18)</sup>を参考に、以下の手順で分析および作図をした。

### (1) データのカテゴリー化

録音した対象者のインタビューから逐語録を作成して精読した。そこから、対象者ごとに認知症診断から介護サービス等の利用に関わる経験に関する語りを抽出し、意味のまとまりごとに切片化した。そして切片化したデータを対象者が経験した時系列に沿って並べた。つぎに切片化したデータ間の意味内容を比較検討し、類似したデータをまとめて抽象化してカテゴリーを抽出した。

### (2) 径路に与えた影響要因の検討

抽出されたカテゴリーから、対象者の経験や思いを中心に分岐点(BFP)を検討した。つぎに、分岐点に影響を与えている力のうち、等至点に近づけるように働く社会的ガイド(SG)または等至点から遠ざけるように働く社会的方向付け(SD)を検討した。そして多くの対象者が経験する必須通過点(OPP)の検討をした。また、対象者の時系列に沿って認知症の人の症状と生活の様子も整理した。

### (3) 各対象者の TEM 図の作成

まず非可逆的時間を表す矢印を引き、等至点と両極化した等至点を配置した。つぎに対象者の経験や思いに関するカテゴリーおよび BFP や OPP を明示し、時系列に配置して間を矢印線で結んだ。この際、データの中にはなかったが経験としてあり得るカテゴリーがある場合には点線として表した。そして BFP や OPP に影響する SG や SD を配置した。また、認知症の人の症状や生活の様子は、TEM 図の下部に時系列に沿って配置し、分岐点や等至点への影響を線で結んだ。そして、完成した TEM 図が各対象者の経験の流れとかけ離れていないか、逐語録に戻り確認した。

### (4) TEM 図の統合

各対象者の TEM 図を比較検討し、等至点に至るまでの経過に共通性がある対象者の TEM 図を統合した。対象者間で類似性のあるカテゴリーをまとめて抽象化し、カテゴリー名をつけて図に配置した。また、対象者間で類似性が見いだせないカテゴリーについては、各対象者の体験の特徴をよく表しているもの代表例として図に記載した。完成した TEM 図が個々の対象者の経験を反映できているか、各対象者の TEM 図および逐語録に戻り確認した。

## 5. 厳密性の確保

グレッグ<sup>(19)</sup>の方法を参考に厳密性を確保した。

1) 確実性は、分析結果が真実であることの信用性を確保するものである。本研究では、認知症の人の家族にプレインタビューを実施した。そして、認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間の経験と必要とする支援を聞き出せているか確認してもらい、意見に基づき修正してインタビューの精度を高めた。また、実際の対象者へのインタビュー中には、対象者の言葉を要約したり、繰り返したりすることで、研究者の解釈が間違っていないか確認しながらすすめることで確実性を確保した。

2) 適用性は、研究によって見いだされた概念が他の状況でどの程度利用可能かを示す

ものである。本研究では、分析結果を示す際には対象者の発言を引用して、読者が理解しやすく、認知症の人の家族への診断後支援の実践に適用できるか判断できるように記述することで適用性を確保した。

- 3) 一貫性は、結果の反復性を示すものである。本研究では、データ収集、分析など研究プロセスにおいて用いた記録物は保管し、研究結果とそのプロセスがわかるように示すことで一貫性を確保した。
- 4) 確証性は、研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けていないことを示すものである。本研究では、解釈に偏りが生じないよう複数の老年看護学の研究者よりスーパーバイズを受けて分析をすすめた。そして、分析結果と対象者の語りの内容に乖離がないよう逐語録を繰り返し参照しながら解釈をした。

## 6. 倫理的配慮

対象者および紹介を受けた認知症の人と家族の会の責任者には、本研究の主旨、目的、方法について書面および口頭で説明した。倫理的配慮については、研究参加の任意性、撤回の自由、個人情報保護について書面および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。本研究は、北海道科学大学学長の承認を受けて実施した(承認番号:第486号)

## 第4節 結果

### 1. 対象者の概要(表3-2)

対象者4名は、全員が認知症の人と配偶者関係にある主介護者であり、認知症の人の診断時の年齢が比較的近く、重症度は軽度であった。また認知症の原因疾患はアルツハイマー型認知症2名と前頭側頭型認知症2名であったが、いずれも神経変性疾患であり徐々に進行する共通点があった。

表3-2 対象者の概要

対象者	性別	年代	認知症の人の続柄	認知症の人の診断時の年代	診断名	診断後経過年数(面接時)
A氏	女性	60歳代前半	夫	50歳代後半	前頭側頭型認知症	3年0か月
B氏	女性	60歳代後半	夫	60歳代後半	アルツハイマー型認知症	1年2か月
C氏	女性	70歳代後半	夫	70歳代前半	アルツハイマー型認知症	7年1か月
D氏	男性	60歳代後半	妻	60歳代前半	アルツハイマー型認知症から前頭側頭型認知症に変更	4年0か月

対象者の性別は男性 1 名，女性 3 名であった．対象者の年代は 60 歳代前半から 70 歳代後半であった．対象者が介護する認知症の人の診断時の年齢は，65 歳以下で診断された若年性認知症が 2 名，高齢期で診断された者が 2 名であった．認知症診断後からの経過年数は 1 年 2 か月から 7 年 1 か月であった．面接は 3 名が対面，1 名が電話による面接であり，面接時間は平均 1 時間 28 分 (59 分～1 時間 44 分) であった．

## 2. 各対象者の分析結果

以下に対象者 4 名のそれぞれの TEM 図にもとづく結果を記述する．なお，本文中の括弧の意味は次の通りである．各期【】，必須通過点 OPP<>，分岐点 BFP<>，等至点 EFP【】，対象者の語り「斜体」である．

### 1) A 氏の結果

#### (1) A 氏の概要

A 氏は 60 歳代前半の女性で，健康状態は良好であり会社員として就労していた．認知症の人は夫であり，60 歳代前半で元団体職員であった．認知症の診断を受けたのはインタビューの 3 年前で夫が 50 歳後半の時であった．診断名は前頭側頭型認知症であった．夫は経過観察中の身体疾患はあったが概ね健康状態は良好であった．

#### (2) A 氏の TEM 図の説明 (図 3-2)

A 氏の径路は，第Ⅰ期【認知症診断後の混乱】，第Ⅱ期【暗中模索の状態を利用できるサービスを探す】，第Ⅲ期【困難を乗り越え前に進む】，第Ⅳ期は，【信頼できる専門職の支援をうけて念願のサービスを受ける】の 4 つの時期に分けられた．

##### ① 第Ⅰ期は【認知症診断後の混乱】であった．

A 氏は，夫が車をぶついたり，シャンプーという言葉に分からなくなったりという異変に気がつき，もの忘れ外来を受診するのを感じた．しかし，A 氏は認知症の専門外来についての知識はもっておらず，いくつかの病院に電話をしてすぐに予約がとれたもの忘れ外来を受診した．これが A 氏の経路の起点となる「必須通過点：認知症の診断を受ける」であった．そこで，夫は 50 歳代後半の若さで前頭側頭型認知症の診断を受けた．認知症を診断した医師からは，認知症の病態の簡単な説明があったのみで症状への対応や生活に関する説明はなく，看護師と話をすることもなかった．

一方で，認知症の診断を受けてからすぐに，夫が長年勤務していた職場に診断名を伝えようと，すぐに認知症を理由に解雇を迫られた．A 氏は「言ってしまったらダメな病気なんだなって思いました」と職場に認知症を報告したことを後悔した．その後，職場の対応は非常に不服だったが，争うことはせずに夫は退職することになり経済的にも生活が混乱した．

A 氏は，ひたすら認知症の本を読み夫に必要な対応を独学で知識を得なければならなかった．そのなかで，診断前には何かが起きているか分からず，夫に対して「何度同じことを言わせるの」と怒ることが多かったが，知識を得ることで診断後は夫に怒ることは半減した．この頃はまだ，夫は銀行など外回りを手伝ってもらうことができていた．そこで，認知症の進行を防ぐためにも前頭側頭型認知症の特性から言語療法のリハビリテーションが必要であることを知った．また経済的な問題を解決するために利用できる制度があることを認識した．そこで A 氏は，各種サービスを利用するために動き始めた．



② 第Ⅱ期は【暗中模索の状態利用できるサービスを探すが見つけない】であった。

A氏は、言語療法のリハビリテーションと経済的な支援制度を受けたい旨を認知症で通院中の病院の主治医や相談員に相談したが、対象外であると言われてしまい＜分岐点：利用できるサービスを探す＞が見つけないという壁にぶつかった時期である。

その後、A氏は利用できるサービスの情報を得るために、役所の窓口や地域包括支援センターに相談したが、いずれもその窓口が担当する内容しか教えてくれず有効なアドバイスがもらえなかった。また、各種申請は自己申告制であるため、申請したもの以外の制度を紹介してもらえたことはなかった。そのためA氏は、必要なサービスを受けるための次のステップにつながらず「なかなか *yes, no* で進んでいけなくて、ズブズブと切れてしまっ

た」という感覚をもっていた。そこでA氏は、独学で難解な各種制度紹介のパンフレットをボロボロになるまで読んで各種申請について学んだ。

この頃、夫は仕事を辞めてから一人で家にいることが多くなり言葉数が減っていった。また、夫の趣味仲間は認知症の診断を受けた途端に離れてしまい、身近に相談できる人はおらず、A氏は認知症への差別を感じ「誰も味方がいない真っ黒な人たちに囲まれていた感じ」と表現した。この時期はA氏にとって孤独な辛い時期であった。

③ 第Ⅲ期は【困難を乗り越え前に進む】であった。

ここでは、これまで病院の相談員や役所の申請窓口からは必要ないとされてきた制度について、＜分岐点：各種サービス申請を支援してくれる人に出会う＞ことにより自信をもってサービス申請ができるようになった時期である。

A氏は、各種の申請を繰り返す中で、役所の窓口の対応が、メールや文書を介すると非常に丁寧に対応してもらえることに気がついたり、知人の紹介で入会した家族会から各種申請について「必要がないものはないのよって、次こんなのあるよとか言われて」と後押しされたことにより自信をもつことができた。そして、「よく泣かないで過ごしてきたなって・・・やっぱり相談員さんに鍛えられましたから」と語り、たとえ病院や役所で否定されても強い心で必要な申請は何度もするという姿勢に変化していった。この時もまだ、病院の主治医は申請に必要な診断書作成に非協力的であったが、申請に必要な診断書を書いてもらうためと割り切って接することができるようになった。

ここでA氏は、家族会の紹介でケアマネージャーと出会い、診断から2年後に念願の《必須通過点：介護保険の要介護認定を受ける》ことができた。この時、夫は要介護度2であった。

④ 第Ⅳ期は、【信頼できる専門職の支援をうけて念願のサービスを受ける】であった。

要介護認定を受けてから夫の担当となったケアマネージャーに対して、A氏は「一生懸命なケアマネージャーさんなんですよ。就労支援とか探してくれたりとか、なんか気持ち的に落ち着いてきた感じ」と、初めて専門職に対して肯定的な感情を抱いた。ここが＜分岐点：信頼できる専門職と出会う＞となった。

また、＜分岐点：介護サービス等を受ける＞こととなり、診断直後からの念願であった言語療法を受けることができた。A氏は「STさんもすごい一生懸命で、すごく丁寧にきちんと対応してくれるんです」と評価しており、STの言語療法を始めてからの夫の発語の変化をみてリハビリテーションの効果を感じていた。

この時期には、A氏は夫の常同行動に対して「毎日一緒に散歩に行って、最初は1時間半歩かれて足が痛くなって困ったな」と思いながら、徐々にコースを変えて1時間にして」と夫が受け入れやすい方法で行動変容を促すことができていた。また、皿洗いや揚げ物料理など夫にできることはやってもらい現状維持して少しでも楽しく過ごして



いきたいという気持ちで見守っていた。そして、「私以外でも大変な思いをしている人たくさんいると思うから」と自分と同じ大変な思いをしている人のために役に立ちたいという心の余裕もでてきていた。この時点で認知症診断から約3年が経過していた。

この状態から、A氏は「等至点：認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」に到達していた。

## 2) B氏の結果(図 3-3)

### (1) B氏の概要

B氏は60歳代後半の女性で、健康状態は良好であり専業主婦であった。認知症の人は夫であり70歳代前半で元教育職であった。認知症の診断を受けたのはインタビューの1年2か月前で夫が60歳代後半の時であった。診断名はアルツハイマー型認知症であった。夫は服薬中の身体疾患はあったが概ね健康状態は良好であった。

### (2) B氏のTEM図の説明

B氏の径路は、第Ⅰ期【認知症診断後は何も分からず不安】、第Ⅱ期【介護サービスよりも気晴らしできる場所を探すが見つからない】、第Ⅲ期【認知症症状の進行に伴い介護サービスを求める】、第Ⅳ期【信頼できる専門職の支援をうけてサービスを利用する】の4つの時期に分けられた。

#### ① 第Ⅰ期は【認知症診断後は何も分からず不安】であった。

B氏は、夫が長年の趣味の道具の準備の手順を忘れる、パスポートを台所で探すなど気になる様子はあったものの歳のせいと考えていた。しかしある日、夫が成人している息子の年齢を小学生のように認識している様子があり認知症を疑う決定打となった。

そこでB氏は「Z病院を選んだのは、なんてことないインターネットで調べたら上から2番目にあったので選んだだけなんです」という状況でZ病院の認知症外来を選択した。そこで「必須通過点：認知症の診断を受ける」という径路の起点に至った。夫はZ病院でアルツハイマー型認知症の診断を受け、医師からは病気と治療に関する説明と介護保険についても少しは話があったが手続きの詳細については説明されなかった。B氏は「それまであまり知らなかった。まさか自分がこんな、お世話になると思ってなかったの、ちゃんと見てなかったんですね、広報なんか」と介護サービスについての知識がないため、この後どうしたら良いのかという将来への不安が大きかった。

認知症の確定診断後は、すぐに自宅から近いY病院を紹介してもらい通院することになった。Y病院でも医師や看護師など専門家から認知症の知識や今後の生活についての説明はしてもらえなかった。B氏は、「やっぱりお医者さんより看護師さんのほうが話しやすいですからね、でも看護師さんも忙しそうだから」と看護師に対しても遠慮していた。そのため、診断直後の混乱しているときに「(看護師から)一声かけて名刺だけでもいただければそれを頼りに行けるんですよ」と語っていた。

このような状況の中で、B氏は自分でインターネットや本を調べて認知症について理解していった。そして、病気について理解してからは、夫に怒ることもなく自分でも驚くほどゆったり構えることができた、知識を得ることで自身に起きた変化に気が付いていた。

この時、B氏は「介護認定を受けるという頭は飛んじやって、そんな必要はないと思ったんですね。まだ普通に歩いてますしね、歩きたがるだけだったから」と、この時はまだ夫には介護保険は必要ないと思っていた。

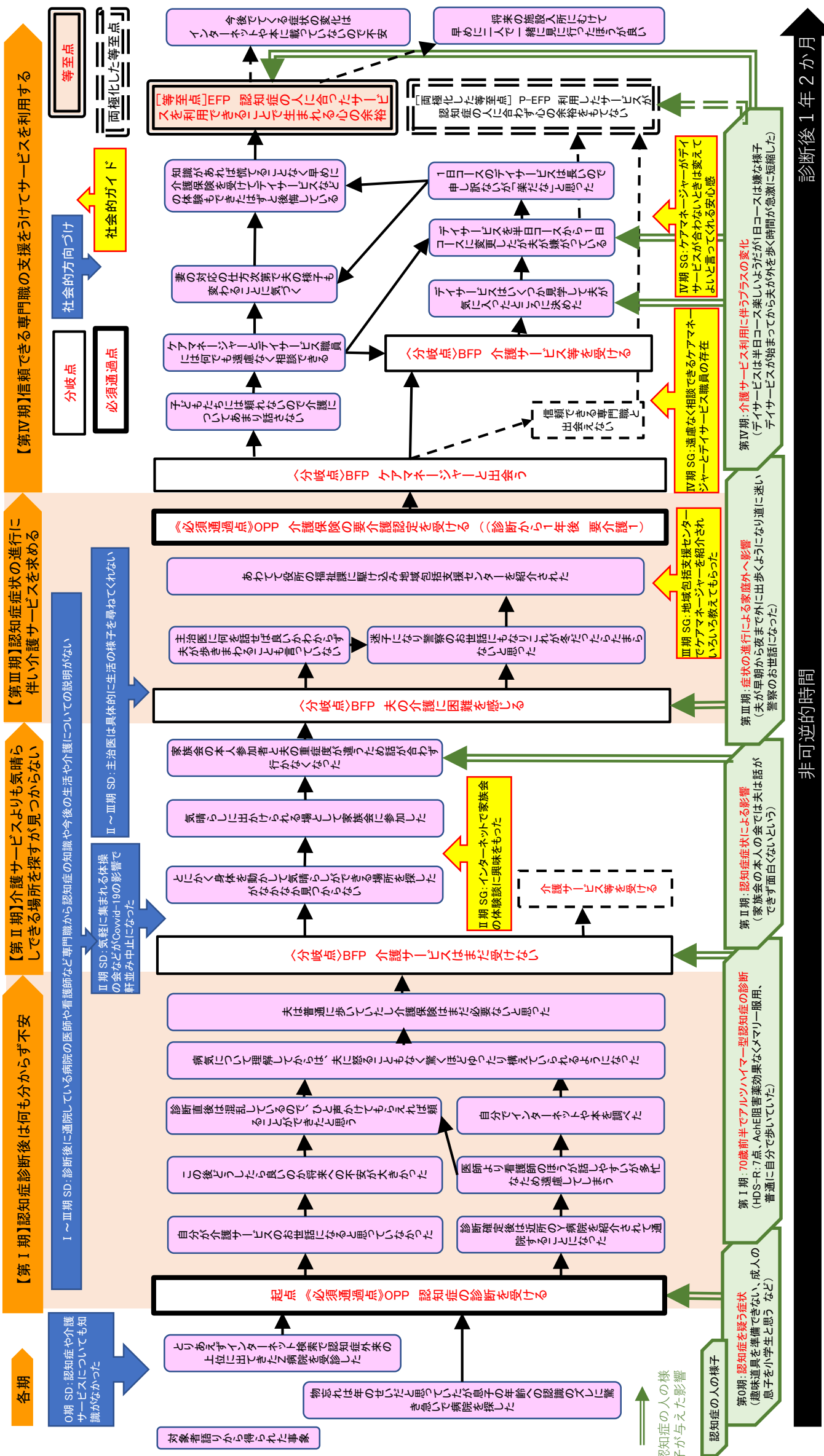


図3-3 B氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験

② 第Ⅱ期は【介護サービスよりも気晴らしできる場所を探すが見つからない】であった。

ここから B 氏は、＜分岐点:介護サービスはまだ受けない＞と判断して、夫が気晴らしをできる場所を探し始めた。夫はもともと体を動かすことが好きで外出したい気持ちが強いことから、とにかく身体を動かして気晴らしができる場所を探した。しかし、近隣の気軽に集まれる体操の会などは COVID-19 の影響で軒並み中止となり参加できる場所はなかった。そのとき、インターネットで見つけた認知症の家族会の体験談に興味をもった。B 氏は「なんでもいいから夫は外に出かけたがるんですよ。二人で出かけて行って何かをして帰ってくるっていうのを喜ぶんです」といい、気晴らしに出かけられる場として家族会に参加した。しかし、夫は家族会の認知症の人だけの集まりでは参加者と話が合わず面白くないと言って行かなくなったという経過があり、夫に合う気晴らしの場はなかなか見つからなかった。

③ 第Ⅲ期は【認知症症状の進行に伴い介護サービスを求める】であった。

この頃から、夫は早朝から夜まで外に出歩く頻度が増えていった。そのことで B 氏は、＜分岐点:夫の介護に困難を感じる＞ようになってきた。しかし、B 氏は夫の外歩きについて困っていることについて、通院している Y 病院の主治医は伝えていなかった。B 氏は「(主治医に)どうでしたか？と言われても、はい、元気ですっていうしかないんですよ。だから先生は知らないんですね、夫はうろうろ歩き回っていることも」と語り、主治医が具体的に生活の様子を尋ねてくれないため何を伝えてよいか分からなかった。

そして秋が近づいた頃に、夫が外を歩いていて迷子になり警察のお世話になるという事件が起こった。このことで「夫は夜遅くまでずっと歩き続けて、迷子になって警察のお世話にもなったし、こんなの冬にやられたらたまらない」と思い、あわてて役所の福祉課に駆け込み、地域包括支援センターを紹介された。そこで初めて介護保険を申請し「必須通過点:介護保険の要介護認定を受ける」こととなった。その時は要介護度 1 であった。このとき認知症の診断から約 1 年が経過していた。

④ 第Ⅳ期は【信頼できる専門職の支援をうけてサービスを利用する】であった。

ここでは、B 氏は夫が要介護認定を受けたことで担当のケアマネージャーが付き、＜分岐点:ケアマネージャーと出会う＞があった。その後、B 氏は「私たちのことをよく知っているのはケアマネージャーさんであり、デイサービスの方なんです。すべてケアマネージャーさんに電話しています」と語り何でも遠慮なく相談できる関係となった。また B 氏は、子どもたちには頼れないので介護についてあまり話さないようにしており、家族よりもケアマネージャーを頼りにしていた。

ケアマネージャーに相談しながら、＜分岐点:介護サービス等を受ける＞こととし、デイサービスはいくつか見学して夫が気に入ったところに決めた。更にデイサービスを半日コースから 1 日コースに変更した際には、夫が嫌がっている様子があったため B 氏は心配していたが、「(ケアマネージャーが)ダメならどんどん変えてもいいんですよって教えてくれたから」と、デイサービスが合わない場合は変えても良いという安心感をもつことができた。

そうした中で、B 氏は「やっぱり 1 日コースはかなり長いので、私なんてうわーすごく楽だなって。一瞬申し訳ないけど楽だなと思ったの、覚えてます」と気持ちを吐露していた。そして、B 氏自身が忙しくしている時には夫は外に出たがる、B 氏から夫に話しかけると外に行かないなど、B 氏の対応の仕方次第で夫の様子も変わること気づくことができるだけの余裕を持つことができていた。そして B 氏は、介護保険を受けた

後の変化を振り返り、知識があれば慌てることなく早めに介護保険を受けてデイサービスなどの体験もできたはずと後悔していた。この時点で認知症診断後から1年2か月が経過していた。

この状態からB氏は「等至点：認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」に到達していた。

そして、将来に向けては、今後でてくる症状の変化はインターネットや本に載っていないので不安な気持ちを持ちつつ、将来の施設入所にむけて早めに二人で一緒に見に行ったほうが良いと、さらに症状が進んだ際の備えについて考えることができていた。

### 3) C氏の結果(図3-4)

#### (1) C氏の概要

C氏は70歳代後半の女性で、健康状態は良好であり専業主婦であった。認知症の人は夫であり70歳代後半で元会社員であったが、インタビュー実施の3か月前に亡くなっていた。認知症の診断を受けたのはインタビューの7年前で夫が70歳代前半の時であった。診断名はアルツハイマー型認知症であった。

#### (2) C氏のTEM図の説明

C氏の経路は、第Ⅰ期【認知症診断後の不安】、第Ⅱ期【介護サービスよりも認知症の進行を予防できる場所を探す】、第Ⅲ期【認知症症状の進行に伴い周囲の助けを求める】、第Ⅳ期【信頼できる専門職の支援をうけてサービスを利用する】の4つの時期に分けられた。

##### ① 第Ⅰ期は【認知症診断後の不安】であった。

夫は認知症を疑うような症状はなく、健康診断のつもりで受診した脳ドックで脳の萎縮を指摘された。そこで地域包括支援センターに受診の相談をしたところ、評判が良いという認知症専門医Sを紹介された。しかしC氏は、新聞で認知症の連載をしていた医師がいるX病院の認知症専門外来を選択して《必須通過点：認知症の診断を受ける》が経路の起点であった。夫は認知症の診断を受けたが、このときは認知症の種類までは確定しなかった。X病院では認知症の確定診断がつくとすぐに、C氏の自宅近くの認知症専門ではないU内科病院を紹介されて通院することになった。

診断時、夫はまだ70歳前半であったため、C氏は「認知症なんて私もショックでしたけどね。まさかと思って。主人もかわいそうでしたけどね。どちらかというと、若年認知症に近い感じですよ。」と非常にショックを受けた。しかし当時は、認知症への偏見があり気軽に話せる場もなかったため、C氏は「誰にも話せないで悶々としていることが多かった」と周囲の人にも言えず一人で不安を抱えていた。しかし、認知症で通院している病院では相談やアドバイスをしてもらえるシステムはなく、「そういうシステムがあったらすごい助かるなと思っています。自分から声を上げられない人に対して手を差し伸べるにはどうすればいいだろうと思います。」と振り返った。

この頃、夫はまだ無症状であり生活上で認知症の影響はなかったことから、C氏は「認知機能を低下しないように、ゲームをしたり、好きな楽器をしたり、その人に合ったやることが出来る、定期的に通えるようなところがあればいいんじゃないかなと思いました」と夫の認知機能を維持したいという思いを強くしていった。

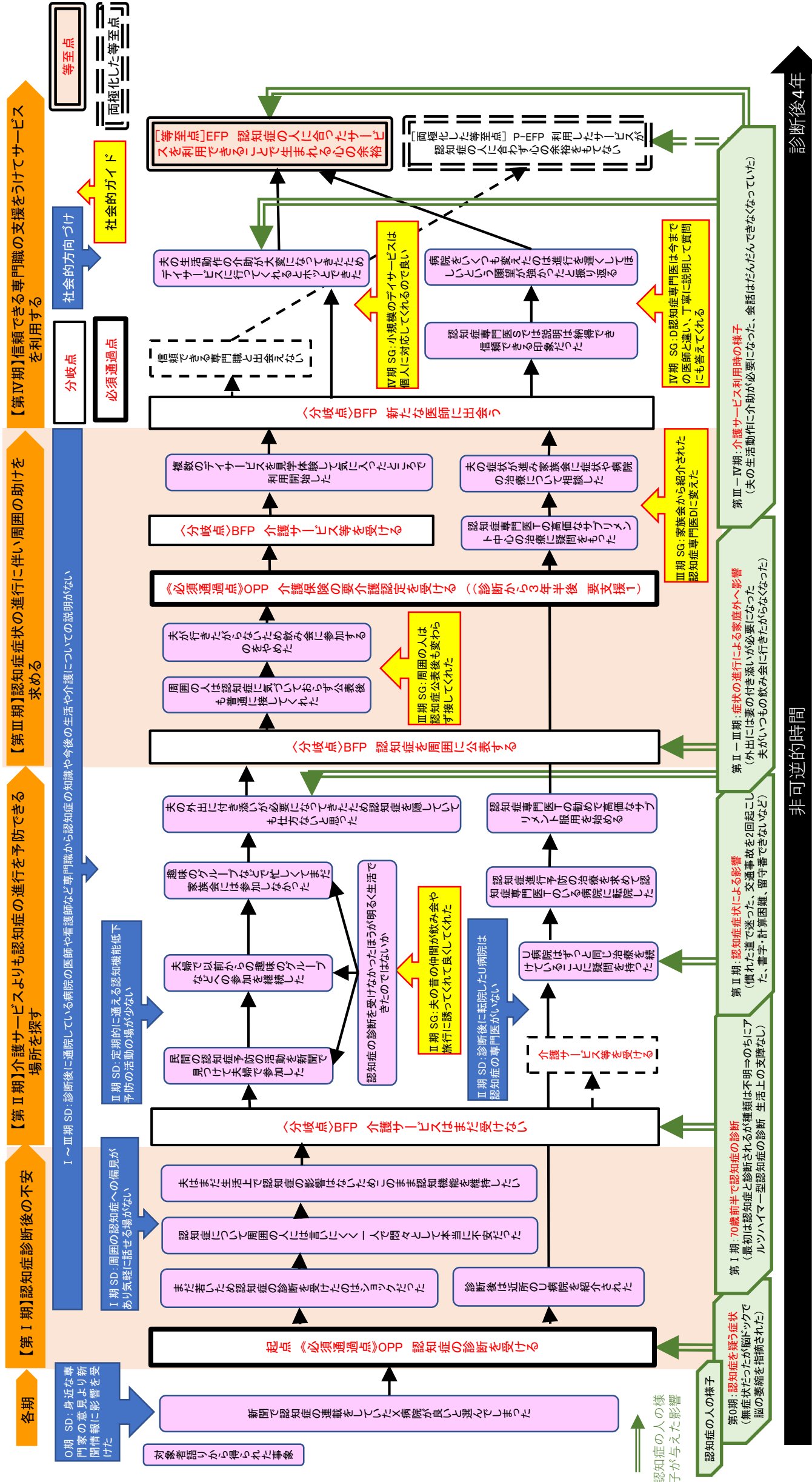


図3-4 C氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験

② 第Ⅱ期は【介護サービスよりも認知症の進行を予防できる場所を探す】であった。

ここで C 氏は、＜分岐点：介護サービスはまだ受けない＞と判断し、介護サービスよりも認知症予防活動をしたいという思いから、新聞や広報などで認知症予防の活動の場を探した。しかし、行政では認知症予防の取り組みをあまり行っておらず、定期的に通える認知機能低下予防の活動の場が少ない現状があった。そのような中で、唯一新聞で見つけた民間の認知症予防の活動に「週 1 回、介護予防運動のストレッチとか筋トレみたいなことを織り交ぜて、脳活で脳が活性化するように」と夫婦で一緒に参加した。その他にも夫婦で以前から参加していた趣味のグループへの参加をできる限り継続して認知症予防に努めていた。一方で C 氏は、認知症の家族会の存在は知っていたが、「そういうふうに忙しくあちこち顔を突っ込んでいますからなかなか・・・」と家族会にはまだ参加しなかった。

この頃、まだ周囲には夫の認知症を公表していなかったが、夫の昔からの仲間は今まで通り飲み会や旅行に誘ってくれて良くしてくれた。このような姿をみると、C 氏は「認知症の診断を受けないほうがよかったかな、知らないでいた方がね、もうちょっと明るく楽しく過ごせたかなと思って。やっぱりどこかの頭の片隅に不安と心配と・・・」と早期に認知症の診断を受けたことを後悔する思いが常にあった。

夫は、診断後 1 年くらいで道に迷う、交通事故を起こす、文書を作成できないなどの症状が出現し始めていた。このような夫の変化をみて C 氏は、U 内科病院は認知症の専門医がおらず同じ治療をずっと続けていたため「このままで良いのか」と疑問を持ち始めた。そこで、より良い治療を求めて息子がインターネットで探した認知症専門医 T に転院した。認知症専門医 T は認知症予防に積極的な姿勢があり、認知症予防効果があるという高価なサプリメントの服用を開始した。

しかし、転院後も夫の認知症症状はさらに進行し、「もう送迎しないと一人では出歩くと迷子になるということが分かったので、飲み会も私が付き添いで行くようになりまして」と外出には必ず C 氏の付き添いが必要になってきた。このことで C 氏は認知症を隠していても仕方ないという思いになっていった。

③ 第Ⅲ期は【認知症症状の進行に伴い周囲の助けを求める】であった。

夫の外出に付き添いが必要になったタイミングで、C 氏は「公表しました、隠していてもしょうがないと思ったので」という思いから、＜分岐点：認知症を周囲に公表する＞ことにした。

周囲の人は夫の認知症には気づいておらず、認知症公表後も変わらず接してくれたので有難かったという。その後しばらくの間は、夫は C 氏の付き添いにより飲み会や趣味活動に参加できた。しかし夫は、だんだんと昔の仲間との飲み会に誘われても行きたがらなくなってきたため参加しなくなった。

そして診断後 3 年が経過した頃には、徐々に夫は服薬や更衣などの生活動作に介助が必要になってきた。そこで、診断後 3 年半が経過して初めて介護保険を申請し、《必須通過点：介護保険の要介護認定を受ける》ことにした。その時は要支援 1 であった。介護認定を受けてから、＜分岐点：介護サービス等を受ける＞ため、複数のデイサービスを見学体験して夫婦ともに気に入ったところで利用を開始した。

その頃、C 氏は夫の症状の進行に伴い、認知症専門医 T の高価なサプリメント中心の治療に疑問をもち始めた。そこで、認知症の家族会に夫の症状や病院の治療について相談した。すると家族会では、認知症専門医 T はやめて認知症専門医 S に相談するように勧められ、C 氏は認知症専門医 S を受診することとした。

④ 第Ⅳ期は【信頼できる専門職の支援をうけてサービスを利用する】であった。

C氏は、家族会の紹介で認知症専門医Sを受診したことで、＜分岐点：新たな医師に出会う＞ことができた。認知症専門医Sは今までの医師と違い、「主人の話も聞いてくれてたし、診察の時間も結構取ってくれました。聞いたことにもちゃんと答えてくれましたし、やっぱり先生のお話は納得がいくような説明だったので、印象は信頼できるかな」と思ったという。そして認知症専門医Sと相談の上で内服薬をすべて中止して様子を見ることとなった。C氏はこの時、これまで病院をいくつも変えてきたことについて「私は欲が深かったのかもしれませんがね。もっといい治療があれば、進行なんか遅いというか、いい方向に行ってほしかったからそういう願望が強かったのかもしれませんが」と認知症の進行を遅くしたいという願望が強かったことを振り返った。

また認知症専門医Sに転院した頃には、通い始めていた小規模のデイサービスが個人に対応してくれるので良いと感じていた。その時、C氏は夫の生活動作の介助が大変になってきたため「まだ、進んでない段階であればね、一緒に行って楽しむというのでもいいのかなと思ってはいましたけどね、でも進んでからはね、やっぱり一人になりたいという気持ちもありましたね、ホッとするというかね」とデイサービスに行ってくれるとホッとできたという。この時点で認知症の診断から約4年が経過していた。

この状態からC氏は〔等至点：認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕〕に到達していた。

#### 4) D氏の結果(図3-5)

##### (1) D氏の概要

D氏は60歳代後半の男性で、健康状態は良好であり会社員として就労していた。認知症の人は妻であり60歳代後半で元会社員であった。認知症の診断を受けたのはインタビューの4年前で妻が60歳代前半の時であった。診断名は、最初はアルツハイマー型認知症だったが後に前頭側頭型認知症に変更された。妻は長年身体疾患の持病があるが服薬によりコントロールできていた。

##### (2) D氏のTEM図の説明

D氏の経路は、第Ⅰ期【診断後すぐに気持ちを切り替える】、第Ⅱ期【要介護認定を受けて信頼できる専門職の支援を受けて様々なサービスにつながる】、第Ⅲ期【サービス等の変更が必要になる】、第Ⅳ期【新たな医療と介護サービスが軌道に乗る】の4つの時期に分けられた。

##### ① 第Ⅰ期は【診断後すぐに気持ちを切り替える】であった。

D氏の妻は活動的で友人・知人が多かった。ある時、妻の知人より妻の様子がおかしいと連絡があったため、まずは妻が他の持病で受診歴のある精神科を受診した。そこで《必須通過点：認知症の診断を受ける》が経路の起点であった。妻は60歳代前半でアルツハイマー型認知症の診断を受けた。D氏は診断を受けたとき、「二人で仕事辞めてどこかへ行っているいろんなことが出来るねって言ってた矢先なんだもん、だから最悪さ」と当時の気持ちを語った。しかし、診断後すぐに主治医から積極的に介護保険やデイサービスを勧めてくれた。そのとき妻は買い物や留守番はできる状態であったが、D氏は「そうそう、すぐだ。早く、パッパパッパとやったから、あまり考えないで、こっちも仕事してたし困るからトントんやって。」というように気持ちを切り替えて、介護サービスの手続きを進めていくこととした。そして、D氏はすぐに親戚やD氏の会社に妻の



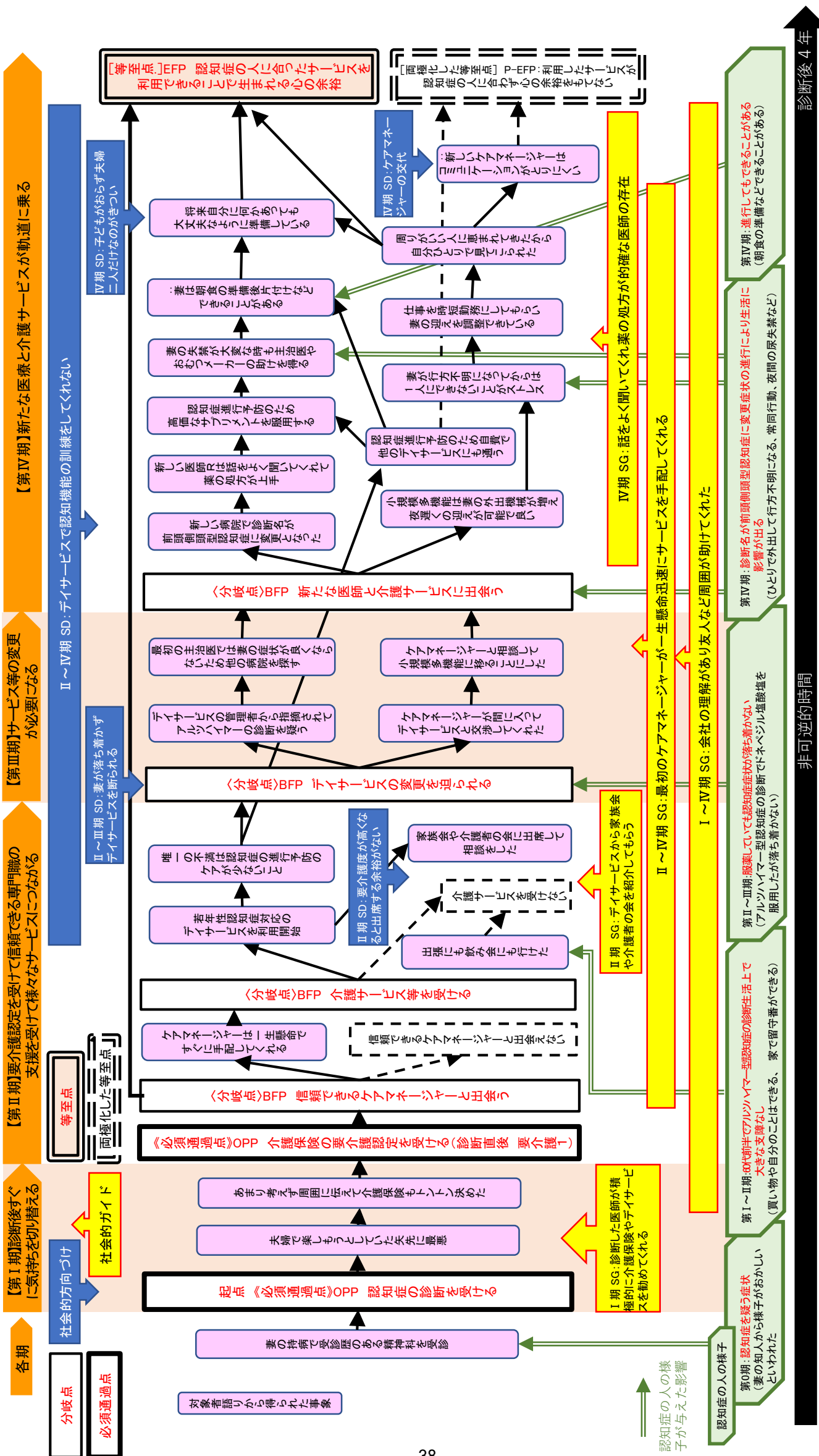


図3-5 D氏が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験



認知症について伝えた。

② 第Ⅱ期は【要介護認定を受けて信頼できる専門職の支援を受けて様々なサービスにつながる】であった。

D氏は診断後すぐから積極的に手続きを進めて《必須通過点：介護保険の要介護認定を受ける》に至った。その時、妻は要介護度1であった。そこで、妻に担当ケアマネジャーがついたことで、＜分岐点：信頼できるケアマネジャーと出会う＞こととなった。D氏はケアマネジャーについて、「本当に良くやってくれて、なんでも手配して、電話したらすぐね、バンバン相談。毎月来て色々話をしてコミュニケーションも取れてた」と強い信頼感を持っていた。ケアマネジャーより若年性認知症対応のデイサービスを紹介されて＜分岐点：介護サービス等を受ける＞ことにした。

D氏は、デイサービスへの感謝の気持ちは大きい、「一番不満、なんていうの？症状を抑えるような、それだけです」と唯一の不満がデイサービスでは認知機能低下予防の機能訓練をしてくれないことであった。この時、妻の認知症症状は軽度で買い物にひとりで行ける状態であったため、D氏は妻の症状の進行を遅らせたい思いが強かった。

この頃、妻は家でひとりで過ごすことができたため、D氏は仕事の出張にも飲み会にも心配なく行くことができた。また、デイサービスから若年性認知症の家族会や男性介護者の会を紹介された。D氏は、すぐに家族会に入会し、いろいろ相談をして情報をもらい、会員の明るい姿に感心したという。しかし、家族会や介護者の会は、妻の要介護度が低いときにしか出席できなかったと振り返っていた。

こうしてD氏は、デイサービスを利用しながら仕事を継続していた。しかし数か月後、デイサービスから妻が落ち着かないためこれ以上受け入れることができないといわれた。

③ 第Ⅲ期は【サービス等の変更が必要になる】時期であった。

妻は、アルツハイマー型認知症の診断のもとでドネペジル塩酸塩を服用していたが、落ち着かず、症状も進んでいった。そのため、デイサービスでは妻のことを見ることができないと言われた。そこで、＜分岐点：デイサービスの変更を迫られる＞こととなった。その時、すぐにケアマネジャーが「私、デイサービスの管理者に言うから、もう1回そっちに行きなさいって、その方が本人のために良いからって」間に入って交渉をしてくれて、デイサービスを継続できた。しかしその後、ケアマネジャーと相談して、より妻の状況に合う小規模多機能に移ることにした。

一方で、デイサービスの管理者から、妻の認知症症状の特徴からアルツハイマーではないかもしれないと言われ、診断名を疑うようになった。またこの頃、D氏は、「アリセプト(ドネペジル塩酸塩)は活性化もするから親戚もちよっと良くなったような気がするって言ってたんだけどね、だんだんやっぱり進んでいくんだ。で、いや、おかしいなって思って」と、妻が服薬を続けていても落ち着かず、症状が良ならないことに疑問をもちはじめていた。そこで、D氏はすぐに自分で認知症専門医を探して受診することにした。

④ 第Ⅳ期は【新たな医療と介護サービスが軌道に乗る】であった。

ここでD氏は、デイサービスから小規模多機能へと変更し、新しい認知症専門医を受診したことで、＜分岐点：新たな医師と介護サービスに出会う＞こととなった。

認知症専門医による検査の結果、診断名が前頭側頭型認知症に変更となった。診断名変更後、D氏自宅近くの認知症専門医Rを紹介してもらい、そこに通院することとなっ

た。認知症専門医 R は、D 氏や妻の話をよく聞いてくれて、薬の処方が上手という印象をもった。そこではメモリー 2 mg、デジレル 5 mg に加えて、認知症進行予防に効果があるという高価なサプリメントも処方された。D 氏は、「サプリメントは効いているかどうかわからないけど、安くは無いんだけどさ。効いていると思って飲ませてた方がいいよって。だからずっと、その先生についてから」と予防効果があると信じて飲ませていた。

また小規模多機能では、これまでのデイサービスよりも屋外活動が多く妻の外出機会が増えたことが良かったと感じていた。一方で、認知機能の活性化のために小規模多機能とは別に自費で機能訓練デイサービスに通っていた。「機能訓練型の運動をやってる、それは介護保険でできるんですよね。でも小規模多機能に行くとダメなんだよね、可哀そうだからさ、自費で介護保険なしで行かせてんの。自費だとね 5 万くらいかかるんだわ」と、予防に対する思いと、小規模多機能が他の介護保険サービスとの併用ができないことへの不満がきかれた。

また小規模多機能は夫が仕事などで迎えが遅くなっても対応してもらえるのが助かるとのことであった。しかしこの頃、妻がひとりで家を出て行ってしまい行方不明になるという事件があり、それからは怖くて妻を 1 人にしておくことができなくなった。そのことで会社の飲み会に行けなくなり、社内でのコミュニケーションに困るようになった。そのため D 氏は「やっぱり一人にしておけないっていうのが、それが結構ストレスだよ」という思いを抱えていた。しかし D 氏の周囲には、妻の迎えが遅くならないように時短勤務や在宅勤務を配慮してくれる会社の理解と支えがあった。また夫の昔からの友人や同僚と男同士で介護の経験を共有することもあった。そのため D 氏は「自分一人だったら、いろんな人が周りでね、手伝ってもらったから、それで見てこれたっていうか」と周りがいい人に恵まれてきたから自分ひとりで見てこられたという気持ちですごしていた。ただ最近の気持ちは、ケアマネージャーが交代してから、コミュニケーションがとりにくい状態にあることであった。

また、妻の症状の進行により夜間の尿失禁が大変になったが、D 氏はすぐに認知症専門医 R に相談をして夜の薬を飲むタイミングを調整したり、おむつメーカーに相談しておむつの当て方の指導を受けるなどして対処できていた。そのような中でも、D 氏は「朝はね、洗い物なんかはちゃんとやるんだわ、食事した後。風呂のガス釜のスイッチを何回も教えたらそれをちゃんと覚えるんだ」と、妻が朝食の準備後片付けができること、新たに覚えられることがあることなど妻のプラス面に目を向けることが出来ていた。

そして将来に対しては、D 氏夫婦には子どもがいないため「急に(自分に)なんかあった時に親戚にすぐに渡せるように書類だけ全部、大体まとめてあるんだけど、紙に全部書いて。なるべく早め早めにいろんな処理をして。」と、もしものことがあっても大丈夫なように準備していた。この時点で認知症診断から 4 年が経過していた。

この状態から D 氏は、[等至点:認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕] に到達していた。

### 3. TEM 図の統合と分類

対象者 4 名の TEM 図を比較検討し、認知症の診断から介護サービスを利用するまでの様々な分岐点のなかでも、認知症診断後に＜介護サービス等をすぐに利用できた＞もしくは＜介護サービス等をすぐに利用できなかった＞の違いに焦点をあてて分類した。介護サービス等をすぐに利用できなかった対象者は 3 名で全員女性(A 氏・B 氏・C 氏)

であり、介護サービス等をすぐに利用できた対象者は1名で男性(D氏)であった。

1) 介護サービス等をすぐに利用できた対象者の TEM 図の特徴(図 3-5:D 氏と同じ)

診断後すぐに介護サービスを受けた対象者は1名でD氏であった。

対象者の場合、第Ⅰ期【診断後すぐに気持ちを切り替える】で、認知症を診断した医師が診断直後から積極的に介護保険やデイサービスを勧めてくれた。そのため対象者は診断のショックから気持ちを切り替えることができ、すぐに介護保険の申請をすることにした。

そして第Ⅱ期【要介護認定を受けて信頼できる専門職の支援を受けて様々なサービスにつながる】では、要介護認定を受けてすぐに信頼できるケアマネージャーに出会うことができた。その後は、＜分岐点:介護サービス等を受ける＞こととなり、デイサービスを開始し、そこから家族会や男性介護者の会を紹介され支援が広がっていった。

しかし第Ⅲ期【サービス等の変更が必要になる】では、認知症の人がアルツハイマー型認知症ではなく前頭側頭型認知症を疑う症状が見られたため、デイサービスの利用を断られてしまい困難な場面があった。そこでもケアマネージャーの迅速な対応により、認知症の人の状態に適した小規模多機能に落ち着くことができた。

第Ⅳ期【新たな医療と介護サービスが軌道に乗る】では、小規模多機能の利用が軌道にのり、新たな病院では前頭側頭型認知症の診断が確定して適切な治療につながった。その後も対象者は認知症の症状の進行や介護サービスへの要望などを、その都度、主治医やケアマネージャーや周囲の人と相談しながら、大きな混乱がなく生活を維持できていた。

これらの経過から、第Ⅱ期で信頼できるケアマネージャーに出会いデイサービスを開始した頃から「認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」という等至点に至りその状態を第Ⅳ期まで継続できていた。

2) 介護サービス等をすぐに利用できなかった対象者の TEM 図の特徴(図 3-6)

介護サービス等をすぐに利用できなかった対象者はA氏、B氏、C氏の3名であった。

3名の共通点は、認知症の人が診断を受けた際に、主治医や看護師から今後の生活や介護サービス等の説明がなかったことである。そのため、診断直後の第Ⅰ期【認知症診断後の不安や混乱】では、対象者は診断を受けた不安のなかで、認知症の介護や介護サービスの知識を独学で学ばなければならなかった。

その後、第Ⅱ期【認知症の人の状態に適した居場所やサービスを探すが見つからない】では、対象者2名は、認知症の人はまだ普通に生活できているので、介護サービスはまだ受けないと判断し、認知症の進行予防の活動や気晴らしの場所を自力で探したが、なかなか見つからなかった。もう1名の対象者は、介護サービスと経済的支援を求めて様々な窓口で相談するが適応にならず、有効なアドバイスも得られずサービスを受けられなかった。対象者は3名とも、有効な支援をしてくれる専門職と出会えないまま、ひとりで認知症の人のために奔走していた。

次の第Ⅲ期【認知症症状の進行に伴い周囲に助けを求める】では、認知症の人の症状進行に伴い目が離せない状況が増えた。そのため、対象者3名はひとりでの介護に限界を感じて、周囲の人に助けを求めるように変化した。このときに、認知症の人の家族会に入会して介護サービス等の利用のアドバイスを受けて、認知症症状による事故等を防ぐため役所の福祉窓口相談をした。ここで初めて介護保険の申請に至った。

そして第Ⅳ期【信頼できる専門職の支援を受けて安定して介護サービスを利用する】では、信頼できるケアマネージャーや主治医に出会う＜分岐点:信頼できる専門職に出

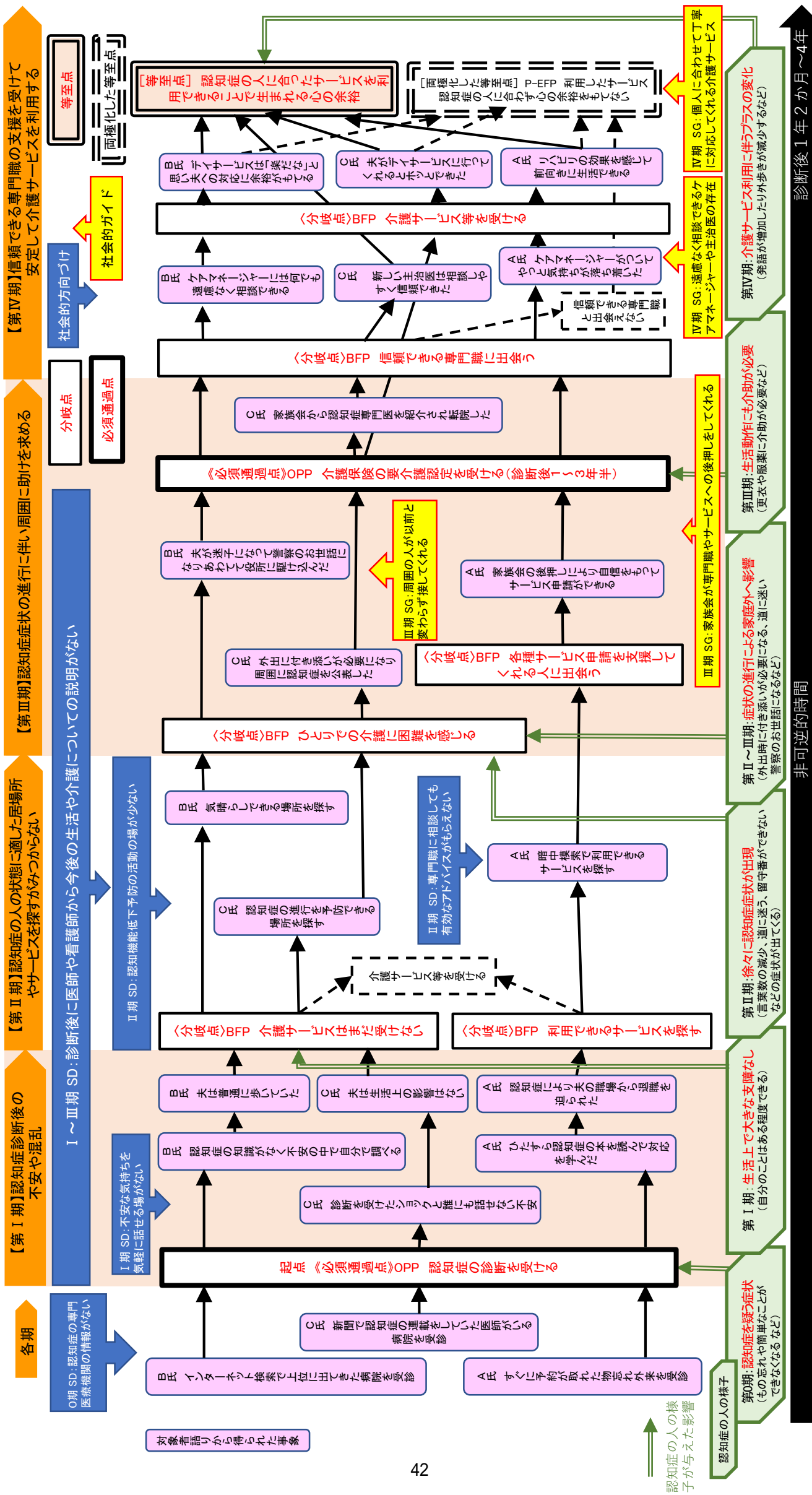


図3-6 介護サービス等をすぐに利用できなかった対象者が認知症診断から介護サービス等を利用するまでの経験

会う>があり、対象者の心がやっと落ち着いた時期であった。ここで<分岐点:介護サービス等を受ける>こととなり、認知症の人が嫌がらずにデイサービスに行く姿やリハビリテーションの効果がみられことで、対象者自身の時間を持つことができ、心の余裕や安心感を実感できた。

ここで対象者は、[認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕]という等至点に至った。

## 第5節 考察

ここでは、認知症の診断後に介護サービス等をすぐに利用できた家族介護者(以下、利用できた家族)と介護サービス等をすぐに利用できなかった家族介護者(以下、利用できなかった家族)の違いに焦点をあてて考察する。

認知症の診断後に利用できた家族は、利用できなかった家族よりも大きな混乱がなく等至点[認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕]に到達することができたと考えられる。どちらの家族も不可逆的時間のなかで認知症の人の症状の進行や変化により様々な対応を迫られていたが、利用できた家族の場合は常に相談できるケアマネジャーがいたため、困難な状況に出会っても大きな混乱がなく新たなサービスにつながることができた。しかし、利用できなかった家族は認知症の人の症状の進行による困りごとを相談できる専門職が身近にいなかったため、自力での対応を余儀なくされていたといえる。ここには、分岐点として信頼できる専門職と出会うタイミングも大きく関わっていたと考えられる。

以下に、各期における認知症の診断後に利用できた家族と利用できなかった家族の辿った径路の違いについて検討する。

### 1. 第Ⅰ期【診断後すぐに気持ちを切り替える】と【認知症診断後の不安や混乱】

利用できた家族と利用できなかった家族の介護サービス等の利用の分岐点に影響を与えたのは、診断直後の主治医からの介護保険の積極的な勧めの有無であったといえる。利用できた家族の主治医は、認知症診断後すぐに積極的に介護保険やデイサービスを勧めてくれた。しかし、利用できなかった家族の主治医は、認知症の診断後に認知症の病態についての説明はしてくれたが、今後の生活や介護サービスについてはほとんど説明がなかった。これは、認知症診断後の認知症の人や家族の心理として、診断後のショックや初めて聞く病態の説明などで頭がいっぱいになり、その他の説明まで受け入れられない場合もあるといわれ<sup>(11)(15)</sup>、主治医が介護サービス等の説明をしていたとしても、利用できなかった家族の記憶には残っていなかった可能性もある。そのため、認知症の診断後には、病態の説明だけに偏ることなく、生活への影響や生活を支えるための知識についてもわかりやすく説明する必要がある。ただし、利用できた家族の主治医のように、医師が病態も生活もすべての説明を行うことは困難な場合もある。そのため、病態の説明は医師が担当し、生活に関する説明は看護師や精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカーなどが役割分担して説明することも有効であると考えられる。そして説明のタイミングは、認知症診断直後にすべてを説明しようとせず、対象者の理解度や受け止めの様子を見ながら、数回に分けて説明する必要があると考えられる。

患者や家族が医師や他の専門職に何でも相談できるようにするためには、認知症診断直後からの信頼関係の構築が重要であると考えられる。しかし利用できなかった家族

の A 氏では主治医や医療ソーシャルワーカーに制度利用を断られて不信感を抱いていた。また B 氏では主治医に認知症の人の外歩きで困っていることを相談できていなかった。そして C 氏では主治医が認知症専門医ではなく漫然と同じ治療を継続することに疑問をもっていた。これらのことから、利用できなかった家族 3 名とも認知症外来において主治医や他の専門職と信頼関係を構築できていなかったといえる。認知症の人と家族が医療機関の専門職に求める機能や役割では、医師の態度・姿勢として丁寧な説明や認知症の人と家族の話の傾聴や相談への対応のニーズがあり、医療スタッフの支援体制として診断初期に認知症の人や家族の精神的ケアのニーズがあった<sup>(20)</sup>。よって、最初の受診時から認知症の人と家族の話を良く聴き、相談しやすい雰囲気づくりが重要である。

この関係性の違いの背景には、認知症の診断を最初に受けた病院の選択方法も影響していたと考えられる。利用できなかった家族が、認知症を疑って最初に受診した病院の選択方法には共通性があった。それは、家族が認知症専門医についての情報を持っておらず、新聞やインターネットなどで評判が良さそうだと感じた病院を選択しており、初めて受診する病院であった。一方で、利用できた家族は、もともと認知症の人が別の疾患で通院していた主治医に認知症の相談をした。そのため、家族にとって主治医は馴染みがあり相談しやすかったこと、主治医側も認知症の人のこれまでの様子や生活背景についての情報を把握しておりアドバイスがしやすかったことが考えられる。よって、認知症の検査を受ける病院の選択の際には、新聞やインターネットの情報だけでなく、地域包括支援センターや認知症の人と家族の会などに相談して経験者の情報を得たり、別疾患のかかりつけの病院がある場合にはその主治医に相談することも有効であると考えられる。

そして今回、すべての家族から看護師との関わりについての語りは聞かれなかった。彼らが通院していた認知症外来にも外来看護師は配置されていたが、家族の印象に残るような看護師との関わりはなかったといえる。しかし B 氏では、看護師からひと声かけてくれれば相談できたという語りがあった。外来看護師の実践能力として、患者・家族の状態を見極め支援に繋げる、患者と医師の関係を繋ぐなどの役割を果たす必要がある<sup>(21)</sup>。しかし認知症外来の看護師はそうした支援の必要性は認識しつつも実現できていないという課題を感じていると報告されている<sup>(22)</sup>。このことから今後、認知症診断後支援において外来看護師が担うべき役割について検討する必要がある。

## 2. 第Ⅱ期【要介護認定を受けて信頼できる専門職の支援を受けて様々なサービスにつながる】と【認知症の人の状態に適した居場所やサービスを探すが見つからない】

利用できなかった家族のうち B 氏と C 氏は、夫はまだ普通に生活できているため「介護サービスは必要ない」と判断していた。この時点では、実際に認知症の人は家族の見守りがあれば生活上で大きな困りごとは無かったものと考えられる。しかし原田<sup>(23)</sup>によると、今はサービスが必要ない、情報を見たくない、症状の進行や将来について考えたくないという家族介護者の思いも報告されている。また、実際に C 氏はこの時期に認知症の診断を受けなければもっと明るく毎日を過ごせたかもしれないと、早すぎる認知症の診断を後悔している。これも秋吉<sup>(14)</sup>によると、知らなければもっと頑張れたのにと受診について自問自答する思いがあることから、家族が徐々に現実に向き合えるような支援が必要であるといえる。これらの思いから、家族は介護サービス等の利用には向かわず、少しでも認知症の進行を予防でき、夫が楽しめる居場所を探していたと考えられる。認知症の初期の人の困りごととして、初期の症状に見合った居場所がない

ことがあげられている<sup>(10)(11)</sup>。大綱<sup>(5)</sup>では認知症の人と家族の社会的交流の場として認知症カフェを推進しているが、家族の語りからは認知症カフェは出てこなかった。しかし、この時期に専門職とのつながりがあれば、認知症カフェや介護予防教室などの交流の場を紹介された可能性もある。

利用できなかった家族のうち A 氏に関しては、介護サービス等を希望して様々な窓口に相談していたが、適応にならず希望のサービスに結びつかなかった。ここでの問題は、役所の福祉窓口は各種別々になっており相互の連携がなく、一つの窓口で申請を断られると次への示唆もなくブツブツと切れてしまうことであった。障害基礎年金を例にとっても、その受給手続きの困難さの要因は、障害基礎年金が一般的に周知されていないこと、障害基礎年金の受給手続きが煩雑であることが要因に挙げられる<sup>(24)</sup>。このように福祉サービスの難解さや複雑さは、初めて利用する者にとっては高い壁となる。そのため有効なアドバイスや橋渡しをしてくれる専門的な知識をもつ支援者が必要であったと考える。しかしそうした専門職はまだ少なく、ケアマネージャーに介護保険以外の支援制度に対する知識の向上を求める声もある<sup>(25)</sup>。

利用できた家族では、認知症の人はある程度生活が自立していた段階であったが、主治医のアドバイス通りに認知症診断直後から介護保険申請をした。そして信頼できるケアマネージャーに出会うことができ、迅速な対応によりすぐにデイサービス利用が開始され、家族の会など同じ経験をもつ人との出会いを果たすといった順調な介護生活をスタートできたといえる。また利用できた家族は、担当ケアマネージャーの話しやすさや迅速な対応を高く評価していた。これらより、大きな困りごとが無い時期から信頼できる専門職に出会うことの重要性が読み取ることができる。

### 3. 第Ⅲ期【サービス等の変更が必要になる】と【認知症症状の進行に伴い周囲に助けを求める】

利用できた家族と利用できなかった家族ともに認知症の人の症状の進行や変化が現れてきた時期であり、生活上の困難が顕在化して何らかの対応が必要となっていた。特に利用できなかった家族の B 氏では、夫が外歩きの際に行方不明になり警察のお世話になるという事件があった。このとき B 氏は夫の外歩きの危険性を実感して緊急に役所に相談して介護保険の手続きに向かった。他の利用できなかった家族 2 名は大きな事件はなかったが、認知症症状の進行により徐々に夫の生活上での介助量が増えてくることで一人の介護に限界を感じ、周囲の人に認知症を公表して助けを求める方向に動き始めた。そのなかで認知症の人と家族の会との出会いがあり、そこでのアドバイスや後押しをもらったことにより介護保険の申請へつながったり、主治医の変更に踏み切ったりできた。

この時期は、利用できなかった家族がこれまでひとりで認知症の人を支えてきたが、認知症症状の進行によりひとりでは手には負えない場面に直面し、家庭外の人への必要性を実感した時期といえる。原田<sup>(23)</sup>の研究でも認知症の家族介護者が介護サービスを利用するきっかけとなったのは、徘徊・幻覚・妄想などによりひとりで置いておけない状況であった。このように限界までひとりで介護を続けて、介護破綻の危機に直面してから周囲の助けを求める状況は、認知症の人の安全面や介護者の介護負担の面からも望ましくない。よって介護の限界を迎える前から、認知症の症状進行を予測して対応を準備できるよう専門職の支援が必要であったと考える。その点において、利用できた家族ではデイサービスから利用を断られるという不測の事態があっても、ケアマネージャーの迅速な対応により小規模多機能事業所への変更ができ、大きな混乱なく



過ごすことができたといえる。よって、D氏はケアマネジャーとの出会い後は等至点に到達し、その状態を維持できていたといえる。

#### 4. 第Ⅳ期【新たな医療と介護サービスが軌道に乗る】と【信頼できる専門職の支援を受けて安定して介護サービスを利用する】

この時期は、利用できなかった家族も信頼できる専門職に出会うことができた。A氏とB氏にとってそれはケアマネジャーであった。A氏は一生懸命なケアマネジャーの対応で気持ちが落ち着き、B氏はケアマネジャーが自分たちのことを一番知っていると表現している。またC氏においては、新しい主治医が信頼できる専門職となった。その主治医もよく話を聴いてくれて納得いく説明をしてくれるところに信頼をおいている。このように信頼できる専門職の条件は、利用できた家族とも共通しており、家族の訴えをしっかりと聴いて、家族の希望にそったサービスを的確に提供していることが重要であると考えられる。特に、利用できなかった家族のA氏とB氏は「話を聴いてくれる」ことに感動していることから、これまで出会った専門職が十分に話を聴くことができていなかったことが推測される。このなんでも話を聴いてくれると感じさせる技術は簡単ではない。家族の要望がケアマネジャーの専門的な判断と違う場合に、専門的な正しさだけを優先して対応してしまうと、家族は「話を聴いてくれない」と感じてしまう可能性がある。まずは専門家としての判断を保留して、家族の話を否定せずに受け止めることが信頼関係の第一歩であると考えられる。信頼関係が確立できれば、家族の希望とは違う提案も受け入れてもらえる余地ができるのではないだろうか。

また、利用できた家族も利用できなかった家族も、認知症の人が介護サービス等に適応できるか否かにより気持ちが揺れ動いていた。介護サービス等を利用することで、家族自身は物理的に楽にはなるが、その間に認知症の人が不満を抱いている様子があると安心して任せられないのである。よって、認知症の人が嫌がらずに利用でき、ポジティブな効果がみられるサービスを見つけられるかどうかが鍵となる。そして認知症の人に適した介護サービス等を安定して利用できる状態こそが、介護者の安定にもつながり、等至点「認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」となると考えられる。

#### 5. 認知症の人の状態によって変化する必要な支援

認知症診断後に家族が求める支援は、不可逆的時間のなかで認知症の進行段階や症状によって常に変化していくと考えられる。よって、認知症の症状が軽度のうちは介護サービス等を必要としない時期もあるが、その時にも生活上のアドバイスや居場所の提供は重要である。そして、症状の進行を見極めて介護負担が重くなりすぎない適切な時期に介護サービス等につなぐ必要がある。しかし、その見極めを誰が行うのかが問題となる。ケアマネジャーは介護保険申請後にかかわる専門職であるため、そのケアマネジャーにつなぐための役割が必要である。今回の対象者では、認知症の診断を行った外来の医師がその役割を担ったが、これは医師に限った役割とはいえない。厚生労働省<sup>(26)</sup>では、外来医療において看護職員による医療と生活の両方の観点からの患者・家族等への療養指導や支援をさらに推進していく重要性を述べている。よって認知症外来の看護師も認知症診断後の生活上の課題の抽出や介護サービス等の情報提供に積極的に関わる必要があると考えられる。



## 6. 認知症予防についての家族の思い

利用できた家族と利用できなかった家族の共通点として、家族は皆、認知症の進行予防を強く願っていた。利用できた家族においても、介護サービス等により生活の安定は得られていたが、唯一の不満は介護サービス等で予防的な活動が少ないことであった。そのために介護保険外で予防活動に特化したデイサービスを利用したり、高価なサプリメントの服用を継続していた。利用できなかった家族も介護よりも認知症の進行予防を願う気持ちが強く、予防活動の場を必死に探したり、高価なサプリメントを服用したり、リハビリテーションを受けるために様々な窓口に問い合わせるなどしていた。しかし、認知症の予防方法のエビデンスは確立していない現状があり<sup>(5)</sup>、病気と正面から向き合うことができない人のなかには、必要以上に、臨床検査や治療薬について医学的知識を強迫的に求め続けたり、有効性が確認されていない認知トレーニングや認知リハビリテーションや予防プログラムに逃げたりする人も多いたともいわれている<sup>(27)</sup>。とはいえ、認知症の進行を予防したい家族の思いを否定することは信頼関係を損なう可能性がある。そのため家族の思いをくみ取りながら、生活の中で無理なく楽しめる活動を取り入れて脳の活性化を目指す方法を提案していく必要があると考える。

## 7. 全体の TEM 図の特徴

利用できた家族の TEM 図では、等至点に近づけるように働く力である社会的ガイド(SG)が第Ⅰ期から多くみられるが、利用できなかった家族の TEM 図では、前半期には等至点から遠ざけるように働く力である社会的方向づけ(SD)が多く、経路の後半期の介護サービス等の利用の分岐点前後から SG が増えて SD が減っていく現象がみられた。認知症診断直後から周囲の支援体制を整えて SG を増やしていくことが等至点への近道となり、家族の心身の安定につながると考えられる。

## 第 6 節 結論

- ・ 認知症の人の家族の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験における等至点は「認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」という状態であった。
- ・ 認知症の人の家族にとっては介護サービス等につながるものが等至点ではなく、つながった介護サービス等が認知症の人に適しており穏やかに利用できる状態となって初めて心の余裕が生まれていた。
- ・ 認知症の診断後に介護サービス等をすぐに利用できた家族とすぐに利用できなかった家族では、すぐに利用できた家族のほうが大きな混乱がなく等至点に到達することができた。
- ・ 認知症の診断後に介護サービス等をすぐに利用できたかどうかの分岐点に影響を与えたのは、認知症診断直後の主治医からの介護保険の積極的な勧めの有無であった。
- ・ 介護サービス等の情報提供は、主治医に限らず外来看護師にも可能であるため医師と役割分担をして積極的な介入をしていく必要がある。
- ・ 認知症の人の家族が求める情報や支援は、時間経過や認知症の人の症状の進行とともに変化しており、状況に応じたタイムリーな介入が重要である。そのためには、家族がいつでも気軽に相談できるように認知症診断直後から信頼関係を構築する

ことが必要である。

- ・ 信頼できる専門職との出会いは重要な分岐点であった。認知症の人の家族が信頼する専門職の特徴は、よく話を聴いてくれて、要望にそって迅速に対応してくれる者であった。今回の結果では主にケアマネージャーがその役割を果たしていたが、これは認知症外来における医師や外来看護師等の専門職にも求められる姿勢である。
- ・ 認知症の人の家族は共通して認知症の進行予防を強く願っていた。認知症進行予防のエビデンスは確立していないが、家族の思いに寄り添いながら生活の中で無理なく継続できる脳の活性化の方法を提案していく必要がある。

## 第 7 節 研究の限界

本研究の対象者全員が認知症の人と家族の会から紹介を受けているため、家族会の会員に限定されている。家族会の支援が介護サービス等につながるきっかけにもなっていることから、家族会に参加していない家族の経過についても今後調査していく必要がある。また、今回は配偶者のみに焦点をあてたが、今後は他の続柄の介護家族にも範囲を広げてそれぞれの続柄における特徴を検討する必要がある。

## 引用文献

- (1) 厚生労働省：市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル～介護者本人の人生の支援～。2018,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>, (2023-6-7)
- (2) 埼玉県：埼玉県ケアラー支援条例（令和 2 年 3 月 31 日）。2020,  
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/jourei.html>, (2023-6-7)
- (3) 地方自治研究機構：ケアラー支援に関する条例。2023,  
[http://www.rilg.or.jp/htdocs/img/reiki/023\\_carersupport.htm](http://www.rilg.or.jp/htdocs/img/reiki/023_carersupport.htm), (2023-6-7)
- (4) 厚生労働省：認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)(平成 25 年度から 29 年度までの計画)。2012,  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, (2023-6-6)
- (5) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱(令和元年 6 月 18 日)。2019,  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho\\_kaigi/pdf/shisaku\\_taikou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf), (2023-6-6)
- (6) 平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症の家族等支援に関する調査研究事業 家族支援ガイドライン作成委員会：専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き。2018,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000333992.pdf>, (2023-6-6)
- (7) 公益社団法人認知症の人と家族の会：認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書 2019 年版(2019 年 3 月 28 日)内閣官房長官, 他 8 大臣省庁宛て。2019,  
<https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/anshinyoubousyo2019.pdf>, (2023-6-6)

- (8) 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター： 認知症疾患医療センターの効果的, 効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書 2018. 2019,  
[https://www.tmghig.jp/research/info/cms\\_upload/951912af6e072c065147a4cde5f3495e.pdf](https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/951912af6e072c065147a4cde5f3495e.pdf), (2023-6-6)
- (9) 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 認知症介護研究・研修仙台センター： 認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業報告書. 2019,  
[https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019\\_sendai0003.pdf](https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019_sendai0003.pdf), (2023-6-6)
- (10) 認知症の人と家族の会：認知症初期の暮らしと必要な支援—認知症の人と家族からの提言—(エーザイ株式会社 2017 年 3 月). 2017
- (11) 松岡広子, 村井美紀： 認知症高齢者の家族介護者の心情 文献研究が明らかにするその経時的様相, 日本認知症ケア学会誌 12(4)： 796-803, 2014
- (12) 布元義人, 竹本与志人, 長安つた子, 他： 認知症高齢者における家族介護者の介護認識の変容に関する研究の動向, 日本認知症ケア学会誌, 9(1), 103-111, 2010
- (13) 安武綾：認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合, 家族看護学研究, 17(1), 2-12, 2011
- (14) 秋吉知子, 中島洋子, 草場知子：認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理 発症から現在, 将来の思い, 日本認知症ケア学会誌, 15(2), 470-479, 2016
- (15) 渡邊裕美, 渡邊久美：軽度認知症高齢者との関わりの中で家族介護者が抱く気持ちの推移とコミュニケーションの変化, 家族看護学研究, 21(1), 2015
- (16) サトウ タツヤ, 安田 裕子, 木戸 彩恵, 高田 沙織, ヴァルシナー ヤーン： 複線径路・等至性モデル—人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して, 質的心理学研究, 5 (1) p255-275, 2006
- (17) 安田裕子, サトウタツヤ： TEM でわかる人生の径路—質的研究の新展開. 東京, 誠信書房, 2012, p1-6
- (18) 荒川歩, 安田裕子, サトウタツヤ：複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例, 立命館人間科学研究, 25, 95-107, 2012
- (19) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江： よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして. 東京, 医歯薬出版, 2007, p32-35, p69-70
- (20) 倉本亜優未, 杉山京, 仲井達哉： 医療機関に求められる機能と役割—認知症者およびその家族のニーズに関する文献的検討—. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 26(1)： 105-113, 2019
- (21) 山本 亜希, 加藤 麻衣子, 奥野 映子： 外来リーダー看護師の語りから導き出された実践能力. 島根県立中央病院医学雑誌 43： 41-45, 2019
- (22) 井上かおり： 認知症外来看護師による患者と家族への情緒的支援の実態. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 25(1)： 119-125, 2018
- (23) 原田小夜： 若年認知症者の家族が診断からケアサービス利用に至るプロセスと対処, 日本健康医学会雑誌, 24(1), 31-39, 2015
- (24) 相場恵： 障害基礎年金申請手続きについての課題 社会保険労務士への調査から. 東北福祉大学研究紀要, 45： 111-114, 2021
- (25) 原田小夜, 安孫子尚子： 若年認知症者と家族に対する地域包括ケアを進めるための支援者及び支援機関の役割. 日本健康医学会雑誌 24(1)： 49-58, 2015

- (26)厚生労働省 医療計画の見直し等に関する検討会：外来機能の明確化・連携，かかりつけ医機能の強化等に関する報告書(令和2年12月11日)．2020，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000704605.pdf>，(2023.6.19)
- (27)繁田雅弘：認知症の診断前後の支援において多職種で共有すべき視点とは．老年精神医学雑誌 30(8)：847-851，2019

## 第 4 章 認知症の人の家族への認知症診断後支援の現状と課題 ―専門性の高い看護師へのインタビューを通して―

### 第 1 節 序論

第 3 章において、認知症の診断時に医師から積極的な介護サービス利用の勧めがあった認知症の人の家族は、診断後すぐに介護保険を申請して信頼できるケアマネージャーにつながり、支援を受けながら安定した生活を送ることができた。一方で、認知症診断後に誰からも有効なアドバイスを得られなかった認知症の人の家族は、独力で情報収集をして認知症の人のために奔走していた。そして、認知症症状の進行により家族が独力での介護に限界を感じるまで介護サービス等につなげることができなかった。この結果から、認知症の診断を受けた外来において、医師やその他専門職が早期に介入することの重要性が示唆された。

認知症の人の家族が認知症外来に関わった専門職としてあげたのは医師と精神保健福祉士のみであり、外来看護師に関する語りはなかった。しかし、外来に看護職員が配置されていない医療機関は 5%程度であるため<sup>(1)</sup>、認知症の人の家族が受診した認知症外来にも看護師は配置されていたはずである。それでも認知症の人の家族の印象に残るような看護師の関わりは無かったと考えざるを得ない。

認知症の診断・治療・対応の中心的な役割を担う医療機関である認知症疾患医療センターの先進事例集<sup>(2)</sup>や診断後支援事例集<sup>(3)</sup>には様々な実践例が掲載されているが、医師以外の職種は専門職と表現されており看護師の役割は明記されていない。また、認知症疾患医療センター以外の認知症専門外来における看護師の支援に関する研究では、井上<sup>(4)</sup>の研究において外来看護師は、患者と家族への情緒的介入の必要性を認識しながらも実践できておらず、認知症専門外来における看護師の役割の明確化が課題となっていた。

認知症に限らず、外来看護師の役割について廣川<sup>(5)</sup>は、外来受診中の今ここで看護を必要としている患者を見つけ出す能力が重要であるとしている。しかし外来看護師は、看護師配置基準<sup>(6)</sup>30 対 1 のなかで 1 人の看護師が多くの患者に対応しなければならない現状がある。そして外来看護師のうち、正規職員の割合が 8 割以上であるのは 99 床以下の病院で約 4 割、500 床以上の病院で約 3 割<sup>(1)</sup>と少ない。これらの背景は夜勤ができない等の事情などケア能力に応じたものとはいえず、その勤務形態は多様であるためケアの質を一定に保つことは困難な場合があると考えられる。このような状況の中でも、外来看護師が短時間での的確に認知症の人と家族の状況をアセスメントし、支援につなげるため方法を検討する必要がある。よって、認知症の人と家族が認知症の診断を受ける際に必ず出会う機会がある外来看護師が、認知症診断後支援においてどのような役割を担うことができるのか検討していく必要がある。そのためには、認知症看護認定看護師や老人看護専門看護師などの認知症に関して専門性の高い看護師による実践から効果的な支援方法を導き出すことが有効であると考ええる。

認知症外来における専門性の高い看護師による支援についての研究では、認知症看護認定看護師のもの忘れ相談窓口への相談者を対象としたものがある<sup>(7)</sup>。しかし、この研究では認知症様の症状がみられる本人や家族などからの受診に向けての相談がほとんどであり、認知症診断後支援に焦点があてられていなかった。加えて、対象者側から相談を希望してきた事例に限られていたため、自ら積極的に相談ができる対象者であったといえる。また、認知症看護認定看護師による外来認知症高齢者の家族支援に関する研究では、支援時期は認知症診断後に限られておらず、詳しい支援内容までは言及され

ていなかった<sup>(8)</sup>。以上より、認知症診断直後から介護サービス等につながるまでの時期における専門性の高い看護師による支援を明らかにする必要があると考える。

## 第2節 研究目的

本研究は、認知症診断後支援の実践経験のある専門性の高い看護師を対象に、認知症診断直後から専門性の高い看護師が認知症の人の家族に対して実践している支援の現状と課題を明らかにすることである。

## 第3節 方法

### 1. 研究デザイン

SCAT(Step for Coding and Theorization)<sup>(9)(10)</sup>の分析手法を参考とした質的研究である。

SCATは質的データの分析手法であり、4ステップのコーディングから導き出されたテーマ・構成概念を紡いでストーリー・ラインを記述し、そこから理論記述をするという6つの手続きで構成されている。この手法は、比較的小さな質的データの分析にも有効であり、分析の過程が可視化され明示的に残るため、分析の妥当性確認のための省察を分析者に迫る機能も有していることが特徴である。またSCATは、テキストの4ステップのコーディングにより脱文脈化を行うことで、テキストの文脈の制約から解放されつつ分析を深めながら、ストーリー・ラインで再文脈化を行い、意味を再生・再創造し、最終的に理論を得ることを目的とする。また、SCATにおける理論とは「このテキストの分析によって言えること」であり、一般性や普遍性より個別性や具体性の深い追及にもとづき、多様性を前提としたものである<sup>(9)</sup>。

本研究では、専門性の高い看護師が様々な認知症の人の家族に実践してきた認知症診断後支援の語りから支援に必要な要素を抽出し、認知症診断後支援に必要な環境や場面に応じた支援内容および課題を再構成し、臨床での活用を考慮して各対象者の個別性や具体性を保ちつつ理論を導き出すためにSCATが適していると考えた。

### 2. 対象者

#### 1) 選定基準

下記の条件にあてはまる看護師(以下、専門性の高い看護師)とした。

- (1) 認知症外来において、初めて認知症の診断を受けた患者とその家族に対して、診断直後から継続的に支援をした経験がある者
- (2) 日本看護協会の資格認定制度の老人看護専門看護師(Certified Nurse Specialist in Gerontological Nursing :GCNS)または認知症看護認定看護師(Certified Nurse in Dementia Nursing :DCN)の資格を有している看護師、または認知症外来において5年以上常勤で勤務している看護師で、認知症看護について専門的な知識と技術を持つ看護師とする。
- (3) 年齢・性別は問わない

## 2) 対象者の選定方法

- (1) 対象者の選定方法は、非確率抽出法のひとつである機縁法のなかでも、ある研究対象者から次の対象者を紹介してもらい、つないでいくスノーボールサンプリング<sup>(11)</sup>を用いた。
- (2) 最初の対象者は、研究者の知人である対象者の選定条件を満たす看護師に直接研究協力の依頼をした。
- (3) 2 人目以降は、対象者より選定条件を満たす知人の看護師を紹介してもらった。インタビュー終了後に対象者に次の研究協力候補者の紹介を依頼した。
- (4) 紹介された研究協力候補者の指定する連絡方法を確認して研究者が連絡をした。

## 3) 対象者の人数

データの飽和(新しいデータが、すでに発見されていることを繰り返し始めた時点、データにパターンが現れてくる時点)に達するためには、等質な対象の場合には 5～8 名、異質な対象では 12～20 名が必要と言われている<sup>(12)</sup>。本研究の対象者は、認知症診断後支援の実践経験のある専門性の高い看護師であり等質な集団と考えられるため対象者数は 5～8 名とした。

## 3. データ収集方法

### 1) データ収集期間

2022 年 6 月 13 日から 2022 年 8 月 29 日まで

### 2) データ収集方法

半構成的面接法により、下記の質問項目に沿ってインタビューを実施した。ただし、質問項目だけに縛られることなく対象者の語りにあわせて追加質問をして内容を深めていった。

### 3) 質問項目

インタビューガイドにもとづき、主に以下の項目について質問をした。

- (1) 基本情報:年齢、性別、看護師経験年数、認知症外来の経験年数、専門看護師・認定看護師等の資格、認知症外来の種類、認知症診断後支援システムの有無
- (2) 認知症診断後支援を実践した経験について  
対象者が認知症診断後支援に関わった以下の 3 つの場合における、認知症の人の家族の主な特徴や共通点とそれについての考え、実践したこと。
  - ① 他職種からの依頼により支援を実施した場合
  - ② 認知症の人の家族から相談の依頼があり支援を実施した場合
  - ③ 他職種や認知症の人の家族からの依頼はなかったが看護師が主体的に支援した場合
- (3) 認知症診断後支援における困難と課題について
- (4) インタビュー時間は 1 時間程度とし、1 対象者につき原則 1 回実施した。
- (5) インタビューの方法は、インターネット回線によるビデオ通話 Zoom(以下、Zoom)を利用して実施した。

- 6) インタビュー内容は、Zoom のレコーディング機能を使用した。画像と音声は保存されるが音声データのみから逐語録を作成し、画像を研究データとして使用することはないことを説明して了承を得た。

#### 4. 分析方法

##### 1) SCAT による分析手順<sup>(9) (10)</sup>

分析の手順は、インタビューの音声データから逐語録を作成し、事例ごとに看護師による認知症診断後支援に関わる内容を抽出した。そこから一つの意味内容を語っている部分をセグメント化<切片化>し、それぞれに、<1>データの中の着目すべき語句、<2>それを言いかえるためのデータ外の語句、<3>それを説明するための語句、<4>そこから浮き上がるテーマ・構成概念の順にコードを考案して付していく 4 ステップのコーディングと、そのテーマや構成概念を紡いでストーリー・ラインと理論を記述する手続きをおこなった。

分析は SCAT の分析フォームにもとづき行った。具体的な手順は以下の通りである。

##### <1>データの中の着目すべき語句の書き出し

テキストをよく読む、その際、テキストの背景、テキストの奥の隠れた意味を読み出すつもりで、また、テキストに潜む内的現実、内的過程、内的構造を読み解くつもりで読む。そして重要な部分を<1>に書き出す。

##### <2>それを言いかえるためのデータ外の語句の記入

ここでは、<1>の書き出し 1 つに対して 2 つ以上書いても構わないし、<1>の書き出し複数に対して 1 つだけ書いても構わないが、テキストに無い語句を記入する。このことにより、着目した個別的な事象を一般化すること、あるいは一般的な概念で記述することを検討することになる。

##### <3>それを説明するための語句の記入

<2>に記入した語句をこのデータの文脈で説明できるような語句を記入する。言い換えれば<2>の語句の示すものの背景、条件、原因、結果、影響、比較、特性、次元<縦横高さの広がり>、変化等を検討する。

##### <4>そこから浮き上がるテーマ・構成概念の記入

<1>から<3>までを良く読み、分析者自身が新たな構成概念を考え、それを付す。話し手の発話から抜き出した表現やそこから工夫した表現を用いても良い。<4>で案出したコードは、異なる文脈への適用を試みたり、実践に用いたりする可能性があるもので、できるだけ端的でインパクトのあるものにすべきである。

##### <5>ストーリー・ラインの記述

<4>を記入したら、ストーリー・ラインを記述する。ストーリー・ラインとは、「データに記述されている出来事に潜在する意義を主に<4>に記述したテーマを紡ぎ合わせて書き表したもの」と定義されている<sup>(13)</sup>。「テーマ」とは<4>に書いたコード、構成概念のことである。

ストーリー・ラインは、<4>のコードを、相互の関係性を検討し、意味のつながりをもたせて一筆書きのように一筋につないだものである。

<1>から<4>までのコーディングは、データの部分に着目して概念化する作業であり、データの「脱文脈化<decontextualization>」を行ったのに対して、<4>からストーリー・ラインを紡ぐ作業は「再文脈化<recontextualization>」の作業である。

##### <6>理論記述

ストーリー・ラインによりデータの深層の意味を再文脈化したことで、複合的



で構造的な記述になっているので、ストーリー・ラインを断片化した、複合的で構造的な記述になっているので、ストーリー・ラインを断片化することで理論記述が行える。

<7> これらの手順にもとづき分析をすすめながら、分析結果と対象者の語りの内容に乖離がないよう逐語録を繰り返し参照しながら進めた。

<8> 対象者の全員の理論記述を集約し、意味内容ごとに分類して整理した。

## 2) 本研究における分析手順

本研究では各対象者のインタビューデータから、認知症診断後支援の現状に関連するデータを抽出し、意味内容から認知症診断後支援のシステムづくりと認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の 2 つの視点によりデータを分け、それぞれに上記の SCAT の分析手順を参考に分析した。

### (1) 認知症診断後支援のシステムづくりと認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の視点について

認知症診断後支援のシステムづくりとは、認知症診断後支援として、認知症の診断を受けた人や家族への支援を実践するための環境づくりを示す。認知症の人と家族に出会うための仕組みづくり、適時、適切に支援を実施するための体制づくり、継続的な支援につなげるための関係づくりなどの視点から分析した。

認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際とは、専門性の高い看護師が認知症の人の家族と出会ってから、どのように援助関係を構築し、どのような視点からアセスメントし、介入を実践しているかなどの視点から分析した。

### (2) 用語の統一

SCAT による 4 ステップのコーディングの<4>テーマ・構成概念の抽出にあたり、以下のとおり用語の統一を行った。

- ・ 相談とは、認知症の診断を受けた人とその家族に対する面談や電話などにより、思いを受け止めたり、認知症に関する知識を説明したり、生活上の困り事を確認してアドバイスをするなどを行うこと。
- ・ 地域の専門職とは、ケアマネジャー、保健師、訪問看護師、地域包括支援センター員など認知症の人の在宅介護サービスに関わる専門職。
- ・ 認知症相談外来とは、対象者が語りの中で表現している「もの忘れ看護相談外来」「認知症の看護専門外来」等、外来において専門性の高い看護師が認知症の人の家族および地域の専門職等の認知症に関する相談を実施する部署を示す。

## 5. 厳密性の確保

グレッグ<sup>(14)</sup>の方法を参考に厳密性を確保した。

- 1) 確実性は、分析結果が真実であることの信用性を確保するものである。本研究では、専門性の高い看護師へのインタビューを実施した際に、対象者の言葉を要約したり、繰り返したりすることで、研究者の解釈が間違っていないか確認しながらすすめることで確実性を確保した。
- 2) 適用性は、研究によって見いだされた概念が他の状況でどの程度利用可能かを示すものである。本研究では、分析結果を示す際には、SCAT により導き出された各対象者のストーリー・ラインと理論記述を詳しく記述することで、読者が理解しやすく、

認知症外来において認知症診断後支援の実践に適用できるか判断できるよう適用性を確保した。

- 3) 一貫性は、結果の反復性を示すものである。本研究では、データ収集、分析など研究プロセスにおいて用いた記録物は保管するとともに、各対象者の SCAT の分析過程を示すことで一貫性を確保した。
- 4) 確証性は、研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けていないことを示すものである。本研究では、解釈に偏りが生じないよう複数の老年看護学の研究者よりスーパーバースを受けて分析をすすめた。そして、SCAT による分析結果と対象者の語りの内容に乖離がないよう逐語録を繰り返し参照しながら解釈をした。

## 6. 倫理的配慮

対象者には、本研究の主旨、目的、方法について書面および口頭で説明した。倫理的配慮については、研究参加の任意性、撤回の自由、個人情報保護について書面および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。本研究は、北海道科学大学学長の承認を受けて実施した(承認番号:第 605 号)。

## 第 4 節 結果

### 1. 対象者の概要(表 4-1)

対象者は、認知症外来で診断後支援の経験を持つ看護師 6 名であり、全て異なる病院で活動していた。

対象者の年代は 40 歳代前半から 50 歳代前半であり、看護師経験年数は平均 24.8 年(15～29 年)、全員が認知症看護認定看護師(DCN)の資格を有しており(資格取得後年数 6～14 年)、そのうち 2 名は老人看護専門看護師(GCNS)(資格取得後年数 3～5 年)の資格も有していた。1 名あたりの平均インタビュー時間は 64 分(51～75 分)であった。

表 4-1 対象者の概要

ID	年代	性別	看護師経験年数	認知症に関する専門の資格	資格取得年数
Ns1	50 歳代前半	女性	25～29 年	DCN (認知症看護認定看護師) GCNS (老年看護専門看護師)	11 年 5 年
Ns2	50 歳代前半	女性	25～29 年	DCN	9 年
Ns3	50 歳代前半	女性	20～24 年	DCN	14 年
Ns4	40 歳代後半	男性	25～29 年	DCN	5 年
Ns5	50 歳代前半	女性	25～29 年	DCN GCNS	14 年 3 年
Ns6	40 歳代前半	女性	15～19 年	DCN	6 年

## 2. 専門性の高い看護師による認知症診断後支援の現状について

専門性の高い看護師が語った内容から、認知症診断後支援のシステムづくりと認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の現状の2つの視点から分析を行った。

各対象者の SCAT の分析フォームにもとづく4ステップのコーディングの分析例は、表4-2～4-7および表4-9～4-14に示した。ここでは、SCAT分析により導き出された各対象者の＜4＞テーマ・構成概念より紡いだストーリー・ラインおよび理論記述を記述した。そして6名の理論記述を集約し、意味内容ごとに分類して整理した(表4-8, 表4-15)。

## 3. 認知症診断後支援のシステムづくりにおける各対象者のストーリー・ラインと理論記述

以下に、専門性の高い看護師による認知症診断後支援のシステムづくりの視点から、ストーリー・ラインと理論記述および理論記述の分類について結果を記述する。なお、＜＞はテーマ・構成概念をあらわす。

### 1) Ns1の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表4-2)

#### (1) Ns1の概要

Ns1は、50代前半の女性であり、看護師経験年数は25～29年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN取得後11年、GCNS取得後5年であった。

A都道府県内の総合病院の認知症疾患医療センターに所属しており、認知症外来の管理職や認知症初期集中支援チームを兼務していた。

#### (2) ストーリー・ライン

Ns1は、病院内で＜外来業務に縛られず相談依頼に臨機応変に対応できる立場＞で活動していた。認知症診断後支援のシステム化はされていないが、＜医師が必要性を判断し専門性の高い看護師への相談依頼＞する 경우가多く、内容により＜専門性の高い看護師は介護問題・精神保健福祉士は社会資源利用の相談＞と役割分担されていた。しかし、臨機応変に相談に対応するには＜外来看護師は膨大な業務に埋没し相談時間の確保が困難＞であると考えていた。

#### (3) 理論記述

- ・ 認知症診断後支援を実践するためには＜外来業務に縛られず依頼に応じて臨機応変に対応できる立場＞が適している。
- ・ ＜医師が必要性を判断し専門性の高い看護師への相談依頼＞し、内容により＜専門性の高い看護師は介護問題・精神保健福祉士は社会資源利用の相談＞と役割分担する。
- ・ 現状では専属の＜外来看護師は膨大な業務に埋没し相談時間の確保が困難＞である。

### 2) Ns2の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表4-3)

#### (1) Ns2の概要

Ns2は、50代前半の女性であり、看護師経験年数は25～29年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN取得後9年であった。

A 都道府県内の総合病院の認知症疾患医療センターに所属しており、認知症外来の相談業務も担っていた。認知症診断後支援システムを構築しており、認知症の診断を初めてうける人の診察には必ず Ns2 または精神保健福祉士が同席し、診断後の相談を実施していた。

## (2) ストーリー・ライン

近年の調査報告から＜認知症診断後の専門的支援がない空白の期間に危機感＞を抱き、＜専門性の高い看護師が認知症診断後支援システムを発案＞し、外来において＜認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築＞した。認知症診断後支援においては＜周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得＞をして、＜地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入＞ができるよう準備をした。しかし、所属病院における＜外来看護師数の削減による認知症診断後支援への関与の困難＞に危機感をもっていた。

## (3) 理論記述

- ・ ＜認知症診断後の専門的支援がない空白の期間に危機感＞をもつことで、＜専門性の高い看護師が認知症診断後支援システムを発案＞する原動力となる。
- ・ 認知症診断後支援は＜認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築＞からはじまる。
- ・ 認知症診断後支援においては＜周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得＞をして、＜地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入＞ができるようにすることが重要である。
- ・ 近年の＜外来看護師数の削減による認知症診断後支援への関与の困難＞が課題である。

## 3) Ns3 の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表 4-4)

### (1) Ns3 の概要

Ns3 は、50 代前半の女性であり、看護師経験年数は 20～24 年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN 取得後 14 年であった。

A 都道府県内の精神科病院の認知症疾患医療センターの認知症外来に所属しており、2 年前までは認知症初期集中支援チームも兼務していた。

### (2) ストーリー・ライン

認知症の人の家族が初めて受診する際には＜初診前の問診はすべて精神保健福祉士が実施＞するシステムになっていた。認知症診断後の＜支援のきっかけは医師の依頼・問診時の様子・認知症初期集中支援チームからの継続＞が多かったが、認知症の診断を受けた後の相談は全員が対象ではなく＜認知症診断後支援のシステム化が課題＞となっていた。Ns3 が外来に配属された当初は＜医師が専門性の高い看護師にも診療の補助業務のみを期待＞していたため＜医師の許可がおりず認知症の人の家族への支援につながらない事例＞もあった。しかし、長い年月をかけて＜専門性の高い看護師が得意とする生活支援をアピールすることで医師の認識が変化＞していき、現在では＜医師から専門性の高い看護師へ生活上の問題の相談依頼＞が来るようになった。また Ns3 は病院内での活動だけでなく＜地域の専門職との連携により介護サービス利用を躊躇する家族をサポート＞することも行っていた。しかし、Ns3 のように活動に裁量権のない

＜外来看護師は多忙で認知症の人や家族と話す時間の確保が困難＞であるという課題があった。

### (3) 理論記述

- ・ 認知症の人の家族が初めて受診する際には＜初診前の問診はすべて精神保健福祉士が実施＞していたが、認知症の診断後の人を網羅するためには＜認知症診断後支援のシステム化が課題＞である。
- ・ 認知症診断後の＜支援のきっかけは医師の依頼・問診時の様子・認知症初期集中支援チームからの継続＞が多い。
- ・ ＜医師が専門性の高い看護師にも診療の補助業務のみを期待＞する場合＜医師の許可がおりず認知症の人の家族への支援につながらない事例＞が発生する可能性がある。
- ・ ＜専門性の高い看護師が得意とする生活支援をアピールすることで医師の認識が変化＞して＜医師から専門性の高い看護師へ生活上の問題の相談依頼＞が来るようになる。
- ・ 病院内での活動だけでなく＜地域の専門職との連携により介護サービス利用を躊躇する家族をサポート＞する。
- ・ 裁量権のない＜外来看護師は多忙で認知症の人や家族と話す時間の確保が困難＞である。

## 4) Ns4 の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表 4-5)

### (1) Ns4 の概要

Ns4 は、40 代後半の男性であり、看護師経験年数は 25～29 年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN 取得後 5 年であった。

A 都道府県内の精神科病院の地域連携部門に所属しており、認知症外来の相談業務や病棟のコンサルテーション、地域の専門職との協働など幅広く活動していた。

### (2) ストーリー・ライン

Ns4 は＜病院の管理職の理解を得て病院内外を自由に活動できる立場＞で認知症診断後の相談に携わっていた。所属病院には＜認知症診断後支援システムはないが相談内容に応じて専門性の高い看護師や精神保健福祉士が流動的に対応＞していた。＜認知症の人の家族に出会うきっかけは医師・外来看護師・精神保健福祉士からの依頼＞であり、最近は＜医師より専門性の高い看護師へ認知症の人の家族の精神的フォローや生活支援を委任＞されることが増えていた。また＜認知症の人が在宅生活を継続するための方針を地域の専門職とともに決定＞できる体制を整えるため、普段から＜地域の専門職と相互に知識と技術を提供＞して関係を深めたり、認知症の人が＜介護サービスを利用している場合はケアマネージャーを優先して必要時フォロー＞することで混乱を避ける配慮をしていた。このような認知症診断後支援の活動は＜外来看護師は切れ目のない小刻みな業務に追われじっくり相談を受けることは困難＞であるが、Ns3 が＜経験の浅い外来看護師などと一緒に活動して成功体験を積むことで成長を促進＞することで徐々に外来看護師の行動に前向きな変化が見られた。

### (3) 理論記述

- ・ 認知症診断後支援を実践するためには＜病院の管理職の理解を得て病院内外を自

由に活動できる立場>が望ましい。

- ・ <認知症診断後支援システムはないが相談内容に応じて専門性の高い看護師や精神保健福祉士が流動的に対応>する。
- ・ <認知症の人の家族に出会うきっかけは医師・外来看護師・精神保健福祉士からの依頼>であり、なかでも<医師より専門性の高い看護師へ認知症の人の家族の精神的フォローや生活支援を委任>されるケースの増加は専門性の高い看護師への信頼感の現れである。
- ・ 普段から<地域の専門職と相互に知識と技術を提供>して関係を深めることで、<認知症の人が在宅生活を継続するための方針を地域の専門職とともに決定>できる体制をつくる。
- ・ 認知症の人が<介護サービスを利用している場合はケアマネージャーを優先して必要時フォロー>することで混乱を避ける配慮も必要である。
- ・ <外来看護師は切れ目のない小刻みな業務に追われじっくり相談を受けることは困難>であることが課題である。
- ・ 専門性の高い看護師が認知症診断後支援を<経験の浅い外来看護師などと一緒に活動して成功体験を積むことで成長を促進>することにつながる。

#### 5) Ns5 の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表 4-6)

##### (1) Ns5 の概要

Ns5 は、50 代前半の女性であり、看護師経験年数は 25～29 年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN 取得後 14 年、GCNS 取得後 3 年であった。

B 都道府県内の総合病院の精神科外来で認知症に関する看護相談外来を開設して相談業務を行っていた。認知症診断後支援に特化したものではないが、多様な認知症の人や家族の相談を受けていた。インタビュー時には職場を異動しており相談業務には従事していなかった。

##### (2) ストーリー・ライン

認知症診断後の支援のため、<医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感>していた。そこで Ns5 は看護部長や病院長など<病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性和病院側のメリットをプレゼンテーション>した。加えて別ルートで<医師からも看護管理者へ認知症相談外来開設を打診>してくれたことでスムーズに認知症相談外来を開設できた。<認知症相談外来の対象となる家族は医師の診察と専門性の高い看護師の事前問診により選定>された認知症の人の家族であった。そして、<認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠>であるため、地域公開の研修会を開催して<地域の専門職と顔なじみの関係を構築して気軽に情報交換>をできるようにした。

##### (3) 理論記述

- ・ <医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感>することで認知症相談外来開設への勢いが加速する。
- ・ 認知症相談外来開設に向けて<病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性和病院側のメリットをプレゼンテーション>をして理解を得ることが重要である。
- ・ 専門性の高い看護師からだけでなく<医師からも看護管理者へ認知症相談外来開

設を打診＞することで承認が早まる。

- ・ <認知症相談外来の対象となる家族は医師の診察と専門性の高い看護師の事前問診により選定＞された認知症の人の家族である。
- ・ <認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠＞であるため<地域の専門職と顔なじみの関係を構築して気軽に情報交換＞をできることが重要である。

#### 6) Ns6 の認知症診断後支援のシステムづくりについて(表 4-7)

##### (1) Ns6 の概要

Ns6 は、40 代前半の女性であり、看護師経験年数は 15～19 年であった。認知症に関する専門の資格は、DCN 取得後 6 年であった。

A 都道府県内の総合病院に勤務しており、DCN 取得後も数年間は固定の病棟所属であり、病棟業務の傍らで各病棟や外来で認知症の人や家族の問題があった際に依頼され相談を受けていた。しかし、インタビューを実施する数か月前に固定の病棟から看護部所属に異動して、認知症に関する看護専門外来の開設準備中であった。

##### (2) ストーリー・ライン

Ns6 が認知症看護認定看護師の資格を取得して間もない頃、<専門性の高い看護師の支援により患者が変化するのを目の当たりにした医師の認識が変化＞し、<医師は専門性の高い看護師を全面的に信頼して意見を尊重＞してくれるようになった。そして認知症の診断後、<医師は認知症の病態説明以外はすべて専門性の高い看護師に委任＞してくれた。一方で、<地域の専門職や高齢者から指名を受けて認知症の相談を実施＞することとも増えて<地域の専門職と気軽に依頼できてすぐに対応してくれる関係＞に発展していった。そのなかで<認知症の人の家族を地域の介護サービスにつなげるためのバックアップシステム構築が重要＞であると実感していた。しかし、相談ケースが増えてきたことにより<ボランティア的に受けていた認知症に関する相談を本務として明確化＞する必要性を感じた。そのために退院後の訪問などは<自身の活動を診療加算に位置付ける＞こともしていた。しかし、<相談を受けるには自身の裁量で活動できる立場が必要＞であったため、それまでは病棟所属であったが<固定の所属から解放されることで時間を確保＞するために看護部への配置転換を実現した。

##### (3) 理論記述

- ・ <専門性の高い看護師の支援により患者が変化するのを目の当たりにした医師の認識が変化＞することで<医師は専門性の高い看護師を全面的に信頼して意見を尊重＞することにつながる。
- ・ 認知症診断後の支援は信頼関係のもとで<医師は認知症の病態説明以外はすべて専門性の高い看護師に委任＞される。
- ・ <地域の専門職や高齢者から指名を受けて認知症の相談を実施＞して貢献することで<地域の専門職と気軽に依頼できてすぐに対応してくれる関係＞構築につながる。
- ・ 地域の専門職との良好な関係を基盤とした<認知症の人の家族を地域の介護サービスにつなげるためのバックアップシステム構築が重要＞である。
- ・ 所属の業務の傍らで<ボランティア的に受けていた認知症に関する相談を本務として明確化＞する必要がある。

- ・ 認知症に関する相談を無報酬のボランティア的な活動ではなく＜自身の活動を診療加算に位置付ける＞ことも重要である。
- ・ 本務として認知症に関する＜相談を受けるには自身の裁量で活動できる立場が必要＞であり、＜固定の所属から解放されることで時間を確保＞するための配置転換を検討する必要がある。

#### 4. Ns1 から Ns6 の認知症診断後支援のシステムづくりの理論記述の統合と分類

Ns1 から Ns6 の理論記述を集約し、各記述の意味内容を比較検討し、類似した記述を集めて分類した結果、以下の 6 項目に分類された。（表 4-8）

##### 1) 認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族の選定

認知症診断後支援をシステム化している場合は、認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築していた。また、認知症診断後支援をシステム化していない場合には、主に医師が診察時の様子から、または診察前の問診時の情報から相談の必要性を判断していた。相談は内容により社会資源等の制度については精神保健福祉士、生活上の介護問題については専門性の高い看護師に役割分担されていた。しかし、認知症診断後支援がシステム化されていない場合には、認知症の診断を受けた人と家族全員を網羅できないことが課題であった。

##### 2) 医師との信頼関係を構築

認知症診断後支援を必要とする認知症の人の家族に出会うきっかけは、医師から専門性の高い看護師へ認知症の人の家族の精神的フォローや生活支援を委任するケースが多い。しかし、そのためには医師から専門性の高い看護師への信頼感が重要となる。最初から医師と専門性の高い看護師が相談役割の必要性を共感し、協力して認知症相談外来開設に向かう場合もあったが、医師の信頼を得るために時間を要する場合もあった。なかには医師が専門性の高い看護師にも診療の補助業務のみを期待していたため、必要な支援につながらない場合もあった。そのときには、専門性の高い看護師が得意とする支援をアピールしたり、医師が専門性の高い看護師の支援により患者が変化することを目の当たりにすることで認識が変化し、医師から専門性の高い看護師へ生活上の問題の相談依頼が増加していった。

##### 3) 自身の活動に裁量権がある

認知症診断後支援を実践するためには、相談依頼に臨機応変に対応できるように固定の所属から解放され、病院内外を自由に活動する必要があった。そのためには病院の管理職の理解を得て、自身の裁量で活動できる立場を確立することが重要であった。そのような立場を背景に認知症診断後支援システムを発案して構築していくことも可能となった。

##### 4) 認知症の相談業務の院内での位置づけの明確化

認知症の人や家族との相談は無報酬のボランティア的な活動として行っていたが、それを本務として明確化する必要性があった。そのためには病院の管理者へ認知症相談外来開設の必要性と病院側のメリットについてプレゼンテーションをして、自身の活動を診療加算等に位置付ける努力をしていた。



## 5) 地域の専門職とのパートナーシップの構築

認知症の人の家族を地域の介護サービスにつなげるにはバックアップシステムの構築が重要であり、そのためには地域の専門職の協力が不可欠であった。はじめに周辺市町村の認知症ケアに関する介護サービス等の情報収集を行った。そして研修会などを通して地域の専門職と顔なじみの関係をつくり気軽に情報交換をしたり、相互に知識と技術を提供しあったりすることで関係を深めていた。このような地域の専門職との緊密な連携により、スムーズな介護サービス等の導入ができるようになっていった。

## 6) 外来看護師の相談時間確保の困難

現状では、外来看護師は切れ目のない小刻みで膨大な業務に埋没し、じっくり相談の時間を確保することが困難であった。また近年は外来看護師数の削減により、ますます認知症診断後支援への関与が困難になっていた。しかし、専門性の高い看護師と経験の浅い外来看護師が一緒に認知症診断後支援を実施して成功体験を積むことで外来看護師の成長を促進することにもつながっていた。

## 5. 認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際についての各対象者のストーリー・ラインと理論記述

以下に、専門性の高い看護師による認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の視点から、ストーリー・ラインと理論記述および理論記述の分類について結果を記述する。

### 1) Ns1 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-9)

#### (1) ストーリー・ライン

認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族に出会うきっかけは<医師の診断時や事後のアンケートで不安が強い本人・家族に相談対応>するときであった。まずは<相談しやすい顔なじみの関係>をつくり<相談窓口の明確化により必要時いつでも対応>することを伝えていた。またすでに介護サービスを利用している場合には<他の専門職との相談窓口の整理>を行って混乱を防いでいた。もしも最初の面談時には相談ごとがなくても<認知症とともに生活する中で湧き上がる疑問にタイムリーに対応>することが重要であった。そして看護師が<医師へ生活の様子を整理して情報提供する橋渡し>となりスムーズな受診に繋げていた。初期の認知症の場合には<認知症進行予防のため無理なく生活に組み込める活動を提案>して生活の継続を支援していた。また家族に対しては<暗中模索の介護に対する保証>をして自信をもたせ、周囲からの<認知症に関する玉石混淆の情報の精選>をして、<認知症の人の現状分析に基づく不安の払拭>をすることで安心させていた。一方でお互いへの不満を持つ家族の場合は<各家族員の心情の吐露を助け認識のズレを調整>することで在宅介護の継続を支えていた。また、医師の配慮ある説明により前向きな気持ちになっている認知症の人の家族に対して<認知症進行による負の側面を知る必要性と苦痛を与える懸念>を持っており介入の難しさを感じていた。そのなかでも<将来の介護サービス利用に向けた心の準備>ができるように具体的なサービスの説明をしたり、日常では話題にしにくい<フォーマットを作成して終末期への認知症の人の希望を確認>できるように工夫していた。

## (2) 理論記述

- ・ 認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族は＜医師の診断時や事後のアンケートで不安が強い本人・家族に相談対応＞する。
- ・ ＜相談窓口の明確化により必要時いつでも対応＞することを伝えて＜相談しやすい顔なじみの関係＞をつくる。
- ・ すでに介護サービスを利用している場合には＜他の専門職との相談窓口の整理＞を行って混乱を防ぐ。
- ・ 最初の面談時には相談ごとがなくても＜認知症とともに生活する中で湧き上がる疑問にタイムリーに対応＞できるようにする。
- ・ 看護師が＜医師へ生活の様子を整理して情報提供する橋渡し＞となりスムーズな受診につなげる。
- ・ 認知症の初期には＜認知症進行予防のため無理なく生活に組み込める活動を提案＞する。
- ・ 家族に対して＜暗中模索の介護に対する保証＞をして自信をもたせる。
- ・ ＜認知症に関する玉石混淆の情報の精選＞して、専門職として＜認知症の人の現状分析に基づく不安の払拭＞をして安心させる。
- ・ 家族内のお互いへの不満など＜各家族員の心情の吐露を助け認識のズレを調整＞する。
- ・ ＜認知症進行による負の側面を知る必要性と苦痛を与える懸念＞を考慮しながら介入する。
- ・ ＜将来の介護サービス利用に向けた心の準備＞のために具体的なサービスの説明する。
- ・ 面談時に＜フォーマットを作成して終末期への認知症の人の希望を確認＞できるように工夫する。

## 2) Ns2 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-10)

### (1) ストーリー・ライン

Ns2 は、認知症診断後支援のシステム化により認知症の診断を受ける全ての人と面談する機会を確保し、＜最初に認知症の人と家族の日常生活上の困難の確認＞していた。そして初回面談時に相談ごとがない場合にも＜認知症の進行に伴う困り事への相談窓口を明確化＞したり＜地域の専門職に適宜相談窓口を委任＞していた。このように相談窓口を明確化することにより＜問題発生時に認知症の人や家族が相談先を想起＞することを期待していた。面談の際は＜認知症の人の負の感情を受容して支援が入る余地を確保＞するとともに＜認知症の人の正の感情を引き出すための多角的な情報収集＞を心がけていた。また認知症を＜身内の恥と耐え忍ぶ家族を繰り返し案ずる姿勢＞をみせることで心を開いてもらい＜長年の家族背景を考慮した各家族員への臨機応変な対応＞により家族関係の調整を行った。その他＜家族の相談内容を看護師が整理して医師へ伝達＞する橋渡しや、＜診療報酬制度を活用した認知症の人の将来の生活に対する希望の聴取＞により支援の見通しを立て、継続的な関わりにより＜認知症の進行による介護サービス導入タイミングの見極め＞も行っていた。また近年増加している＜認知症の初期や若年性の人に適した福祉施設等の増設が必要＞であると感じていた。

## (2) 理論記述

- ・ <最初に認知症の人と家族の日常生活上の困難の確認>することが重要である。
- ・ 認知症外来の看護師による相談の他に<地域の専門職に適宜相談窓口を委任>するなど<認知症の進行に伴う困り事への相談窓口を明確化>する。
- ・ 相談窓口の明確化により<問題発生時に認知症の人や家族が相談先を想起>できる。
- ・ 面談の際は<認知症の人と家族の負の感情を受容して支援が入る余地を確保>するとともに<認知症の人の正の感情を引き出すための多角的な情報収集>を心がける。
- ・ 認知症を<身内の恥と耐え忍ぶ家族を繰り返し案ずる姿勢>をみせることで心を開いてもらう。
- ・ <長年の家族背景を考慮した各家族員への臨機応変な対応>により家族関係の調整を行う。
- ・ <家族の相談内容を看護師が整理して医師へ伝達>する橋渡しをする。
- ・ <診療報酬制度を活用した認知症の人の将来の生活に対する希望の聴取>により支援の見通しを立てる。
- ・ 継続的な関わりにより<認知症の進行による介護サービス導入タイミングの見極め>を行う。
- ・ <認知症の初期や若年性の人に適した福祉施設等の増設が必要>である。

## 3) Ns3 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-11)

### (1) ストーリー・ライン

認知症診断後支援のシステム化はしていないが、<医師をはじめ病院全体の職員が患者を労う風土>があり、まずは受診してくれたことに感謝をあらわすよう心掛けていた。そして、認知症の人の家族が<困難を抱えていると察知したら躊躇なく声をかけて顔なじみの関係構築>し、毎回の<受診時は必ず声をかけ相談窓口として認識してもらいつながりを継続>していった。具体的には、<認知症を意識しない何気ない楽しい会話>をして明るい気持ちになるように心がけていた。相談時は<認知症の人の頻回な相談やまとまりにくい思考もひたすら傾聴>して受け止め、<医師よりも気軽に話せる看護師は橋渡し役>として医師へ情報を整理して提供していた。また、認知症の人や家族が能力の低下に着目しがちな場合には<認知症の人の強みやもてる力を支持>し、<家族が認知症の人に負の印象を持たないように配慮した面談>を心がけていた。その他、症状に異変があっても予約日以外に受診してはいけないといった<認知症の人の家族の予想外の思い込みの払拭>したり、ときには<看護師でも分からないことは素直に認めて共に考えて対応>することで関係を深めていった。そして必要なく介護サービス利用を躊躇する家族が実際をみることで前向きに変化>できるよう見学などをサポートしていた。また、近年増加傾向にある<若年性認知症の人の居場所として病院で認知症カフェを開設>して運営する中で、<共通の体験を持つ当事者同士の情報共有や共感こそが強力なエネルギー源>であることを実感し、<当事者同士の自主的な関係構築を脇役として支援>する姿勢の重要性を感じていた。

## (2) 理論記述

- ・ 認知症の人と家族が受診するまでの気持ちに配慮して<医師をはじめ病院全体の職員が患者を労う風土>が大切である。

- ・ 認知症の人の家族が＜困難を抱えていると察知したら躊躇なく声をかけて顔なじみの関係構築＞する。
- ・ ＜認知症を意識しない何気ない楽しい会話＞で＜受診時は必ず声をかけ相談窓口として認識してもらいつながり継続＞する。
- ・ ＜認知症の人の頻回な相談やまとまりにくい思考もひたすら傾聴＞して受け止めて、＜医師よりも気軽に話せる看護師は橋渡し役＞として機能する。
- ・ ＜家族が認知症の人に負の印象を持たないように配慮した面談＞を心がけ＜認知症の人の強みやもてる力を支持＞する。
- ・ 異変があっても予約日まで受診できないといった＜認知症の人の家族の予想外の思い込みの払拭＞が必要である。
- ・ ＜看護師でも分からないことは素直に認めて共に考えて対応＞することで関係を深める。
- ・ ＜介護サービス利用を躊躇する家族が実際にみることで前向きに変化＞できるよう見学などをサポートする。
- ・ 近年増加傾向にある＜若年性認知症の人の居場所として病院で認知症カフェを開設＞することも必要である。
- ・ ＜共通の体験を持つ当事者同士の情報共有や共感こそが強力なエネルギー源＞であるため＜当事者同士の自主的な関係構築を脇役として支援＞する姿勢が重要である。

#### 4) Ns4 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-12)

##### (1) ストーリー・ライン

認知症診断後支援を必要とする家族の見極めのポイントとして＜非常に熱心または無関心など両極端な家族は相談対象＞としており、問診時の＜認知症の人の生活史情報の多寡は熱心さの判断材料＞となっていた。非常に熱心な家族は＜知識としての理解と受け止める感情の不一致＞や＜認知症の人への思いが強く激しく動揺＞する面があった。一方、無関心な家族では＜割り切って淡泊だが理解度に疑問＞を感じる場合もあれば、＜認知症の人への思いが強く否認＞により無関心に見える場合、＜知識が豊富なため説明への反応が希薄＞になっている場合など多様であった。対象となる家族への面談に向けて最初は＜看護師から積極的に接近して時間の余裕とユーモアで気軽さを演出＞し、＜家族の希望に応じた相談しやすい環境設定＞をすることから始めた。診断直後には＜家族の認知症に対する羞恥心などの負の価値観の転換＞をはかりショックを和らげる。そして＜時間をかけて徐々に信頼関係を構築することで家族が本心を吐露＞してもらい、＜家族が認知症の人に対して抱いている感情の表出を支援＞していた。また、多くの認知症の情報が溢れるなかで混乱する家族には＜過去の支援事例から様々な可能性を提示＞しながら＜家族が認知症の人の現状を理解して少し先をイメージできる説明＞をして状況を整理した。そして今後に向けて＜生活史から現在の衣食住まで生活状況を把握して改善点の提案＞するにあたっては＜家族との信頼関係が基盤にあってこそ失敗を恐れず最善のケアを追求＞できると考えていた。そして外来受診日以外のおきでも＜相談窓口を明確化していつでも直通電話で対応＞することでタイムリーな支援を行っていた。

##### (2) 理論記述

- ・ 問診時の＜認知症の人の生活史情報の多寡は熱心さの判断材料＞として＜非常に

- 熱心または無関心など両極端な家族は相談対象>として認知症診断後支援を行う。
- ・ 非常に熱心な家族には<知識としての理解と受け止める感情の不一致>や<認知症の人への思いが強く激しく動揺>がある場合に介入する。
  - ・ 無関心にみえる家族では<割り切って淡泊だが理解度に疑問>もつ場合、<認知症の人への思いが強く否認>がある場合、<知識が豊富なため説明への反応が希薄>になる場合など背景が多様である。
  - ・ 対象となる家族との面談時は<看護師から積極的に接近して時間の余裕とユーモアで気軽さを演出>して<家族の希望に応じた相談しやすい環境設定>することで抵抗なく導入できる。
  - ・ 認知症の診断を受けるショックの背景にある<家族の認知症に対する羞恥心などの負の価値観の転換>をはかる。
  - ・ <家族が認知症の人に対して抱いている感情の表出を支援>するためには、初対面時に焦ることなく<時間をかけて徐々に信頼関係を構築することで家族が本心を吐露>できるよう関わる。
  - ・ <過去の支援事例から様々な可能性を提示>しながら<家族が認知症の人の現状を理解して少し先をイメージできる説明>をすることで混乱を回避する。
  - ・ 生活の継続のため<生活史から現在の衣食住まで生活状況を把握して改善点の提案>する際には<家族との信頼関係が基盤にあってこそ失敗を恐れず最善のケアを追求>できる。
  - ・ タイムリーな支援のためには<相談窓口を明確化していつでも直通電話で対応>できるようにする。

#### 5) Ns5 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-13)

##### (1) ストーリー・ライン

認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族の見極めのポイントとして<老々介護や独居など介護力が脆弱で困難が予測される場合に相談を実施>したり、<男性介護者は他者の援助を受け入れず抱え込む傾向>があるため声をかけるようにしていた。そして、<困ったときにはまず外来看護師に相談するよう推奨>し、外来受診時には必ず笑顔で挨拶するなど<自分のことを気にかけてくれる顔見知りの看護師がいる安心感>をもってもらうことで相談しやすい環境を作っていた。また、<外来受診時の家族の様子やさりげない会話から疲労度の観察>をしながら<看護師は支援経験に基づく知識や対処法を伝えることができる利点を示唆>することで相談する意義を伝えていた。また、徘徊や暴力など<認知症の人や家族の認知症に対する負のイメージを払拭>できるような説明をし、<教科書的な介護方法を押し付けず各家族のありのままを支持>することでその家族らしい介護の継続を支えた。そして、心の準備ができるよう<認知症の進行とともに変化する本人と家族の思いに寄り添い少し先の情報提供>していた。また、<最期の時についての話し合いは信頼関係と十分な説明が重要>であるため慎重にタイミングをはかっていた。相談のなかでは、言語的表現が難しくなった<認知症の人の表情など非言語的コミュニケーションに着目して意思疎通>を試みたり、<認知症の人がうまく表現できない変化や困難を看護師が解釈>して辛さを受け止めていた。また家族が<認知症の人の不可解な行動をその人らしさの視点から再考して対応を工夫>できるようアドバイスしたり、<多少の危険も引き受けて認知症の人が満足できる生活を継続>できるよう家族と一緒に考えていた。また認知症の人と家族の<共倒れを防ぐため家族自身の心身が安定することが重要>であることも伝え

ていた．このように＜家族員それぞれの複雑に絡まった思いを解きほぐす潤滑油＞として機能していた．一方で，家族に過度に依存されるなど＜看護師が単独で抱え込むリスクと多職種との連携の必要性＞についても考慮していた．

## (2) 理論記述

- ・ 認知症の診断時に＜老々介護や独居など介護力が脆弱で困難が予測される場合に相談を実施＞するとともに，＜男性介護者は他者の援助を受け入れず抱え込む傾向＞があるためつながりをもつ．
- ・ 相談しやすい環境を作るために，＜困ったときにはまず外来看護師に相談するよう推奨＞し，＜自分のことを気にかけてくれる顔見知りの看護師がいる安心感＞をもてるよう外来受診時には必ず笑顔で挨拶をする．
- ・ ＜外来受診時の家族の様子やさりげない会話から疲労度の観察＞をしながら，家族が相談する意義を感じられるよう＜看護師は支援経験に基づく知識や対処法を伝えることができる利点を示唆＞する．
- ・ 徘徊や暴力など＜認知症の人や家族の認知症に対する負のイメージを払拭＞できるような説明をする．
- ・ その家族らしく無理のない介護の継続のため＜教科書的な介護方法押し付けず各家族のありのままを支持＞する．
- ・ 心の準備ができるよう＜認知症の進行とともに変化する本人と家族の思いに寄り添い少し先の情報提供＞をする．
- ・ ＜最期の時についての話し合いは信頼関係と十分な説明が重要＞であるため慎重にタイミングをはかる．
- ・ 相談時は＜認知症の人の表情など非言語的コミュニケーションに着目して意思疎通＞を試み，＜認知症の人がうまく表現できない変化や困難を看護師が解釈＞して辛さを受け止める．
- ・ ＜認知症の人の不可解な行動をその人らしさの視点から再考して対応を工夫＞し，＜多少の危険も引き受けて認知症の人が満足できる生活を継続＞できるように家族と一緒に考える．
- ・ 認知症の人と家族の＜共倒れを防ぐため家族自身の心身が安定することが重要＞であることを伝える．
- ・ 看護師は＜家族員それぞれの複雑に絡まった思いを解きほぐす潤滑油＞として機能する．
- ・ 家族に過度に依存されるなど＜看護師が単独で抱え込むリスクと多職種との連携の必要性＞を考慮する．

## 6) Ns6 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際について(表 4-14)

### (1) ストーリー・ライン

認知症診断後支援を必要とする認知症の人の家族の見極めのポイントとして，＜介護力が脆弱な高齢夫婦や夫介護者にはすぐに介入＞するようにしていた．そして，連絡先が書いてある名刺を渡して＜相談窓口を明確化することで家族から直接連絡＞を取れるようにしていた．面談においては＜認知症について相談できる場がない家族の辛い体験を受容＞することで泣きながら話す家族も少なくなかった．しかし，＜家族から見た認知症の人への評価と事実とのズレに注意＞して専門職として客観的に評価する必要があった．そして，多忙な業務のなかでも時間を確保して＜認知症の人の話を積極的

に傾聴して支援の糸口を把握＞することを看護師の役割として重要視していた。また、＜認知症外来受診を躊躇する認知症の人の家族のために事前相談を実施＞しており＜地域の専門職の紹介により相談を希望して受診＞する事例も増えていた。

## (2) 理論記述

- ・ 認知症の診断時に＜介護力が脆弱な高齢夫婦や夫介護者にはすぐに介入＞する。
- ・ 名刺を渡すなど＜相談窓口を明確化することで家族から直接連絡＞を取れるようにする。
- ・ 面談時は＜認知症について相談できる場がない家族の辛い体験を受容＞することで家族の感情を表出させる。
- ・ ＜家族から見た認知症の人への評価と事実とのズレに注意＞して客観的に評価する必要がある。
- ・ 多忙な業務のなかでも面談時間を確保して＜認知症の人の話を積極的に傾聴して支援の糸口を把握＞することが重要である。
- ・ ＜認知症外来受診を躊躇する認知症の人の家族のために事前相談を実施＞することで＜地域の専門職の紹介により相談を希望して受診＞することが可能になる。

## 6. Ns1 から Ns6 の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の理論記述の統合と分類

Ns1 から Ns6 の理論記述を集約し、各記述の意味内容を比較検討し、類似した記述を集めて分類した結果、以下の 13 項目に分類された。（表 4-15）

### 1) 不安の強さや家族の介護力などから相談の必要性を見極める

認知症診断後支援で相談を必要とする認知症の人と家族の見極めとして、診察時やアンケートで強い不安が認められた場合や、老々介護や独居など介護力が脆弱な場合、男性介護者などがあった。その他、介護に対して無関心に見える家族はその背景を知る必要があったり、非常に熱心な家族は認知症の人への強い思いを受け止める必要があった。

### 2) 相談窓口の明確化と積極的な声かけによる相談しやすい関係の構築

専門性の高い看護師は、相談が必要と判断した認知症の人の家族に対して名刺を渡して直接連絡できるようにしたり、外来受診のたびに気軽な雰囲気ですぐに声をかけて顔なじみになり、相談しやすい関係を構築していた。その際、家庭内の問題を話しながら家族もいるが、焦らず徐々に信頼関係を築くことが重要であった。そうした関係の構築により、認知症の人や家族が感情を表出してくれたり、困り事が発生した際にはタイムリーに相談してもらうことができた。

### 3) 診断直後の認知症への負のイメージの払拭

認知症の診断によりショックを受けている家族に対しては、認知症に対する負のイメージを払拭する関わりをしていた。近年の超高齢社会において認知症は珍しいことでも恥ずかしいことでもないこと、徘徊や暴力など悪いイメージが強いがその人らしさは変わらないことなど価値観の転換を促していた。そして、将来の認知症進行に伴って生じやすい負の側面についての説明は診断直後には避ける配慮もしていた。

#### 4) 混沌とした現状を整理して橋渡しや将来を見据えた情報提供

認知症の人の家族は、認知症について周囲の人々やインターネットなどから多くの玉石混淆の情報が入ることで混乱したり、認知症の人の現状を正確に捉えられないことがあるため現状を整理する必要があった。そして情報提供の際は、遠い将来のことではなく、認知症の人の家族の思いに寄り添いながら、少し先の将来を具体的にイメージできる説明をしていた。一方で、今後の支援の見通しを立てるために、将来の終末期の医療や介護についての認知症の人の希望を確認することも必要と考えていた。そのために、面談の質問項目に組み込む工夫をしたり、十分な信頼関係のもとで慎重にタイミングをみて説明する配慮をしていた。また、認知症の人や家族は日常での出来事をうまく整理して医師に伝えられないため、看護師が情報を整理して医師に伝える橋渡しの役割も担っていた。

#### 5) 認知症の人の家族のありのままを支持

認知症の人は必ずしも納得して受診に至っているとは限らないため、受診時の気持ちに配慮して労う姿勢をみせたり、認知症の人の負の感情の表出を助けて受容することで正の感情を引き出す関わりをしていた。また、家族の辛い体験を受け止め、暗中模索のなかで行っている日々の介護を保証し、教科書的な介護方法を押し付けず、ありのままを支持して現在の介護方法の継続を勧めることで家族に自信をもたせていた。

#### 6) 認知症の人と家族との関係を調整

家族内の問題について、各家族員の不満などの心情を吐露する機会を設けて認識のズレを調整したり、長年の家族背景により様々な価値観を持つ家族に臨機応変に対応していた。また家族から見た認知症の人への評価と事実とのズレにも注意しながら専門職の視点で客観的な評価をしていた。そして、抱え込みすぎる家族に対しては共倒れを防ぐため家族自身の心身の安定にも配慮していた。このように、看護師が家族員それぞれの複雑に絡まった思いを解きほぐす潤滑油として機能していた。

#### 7) 多職種連携により認知症の人の家族との適度な距離感を保持

家族の中には専門性の高い看護師に過度に依存してしまうなど関係性が難しい場合もあった。そのため、専門性の高い看護師が単独で抱え込むリスクを考慮して、多職種が連携して関わる必要があった。

#### 8) 生活状況を把握して介入タイミングと具体策を検討

毎回の外来受診時には、日常生活上の困難の有無を確認したり、家族の様子やさりげない会話から疲労度を観察したり、衣食住などの生活状況を把握していた。それらの状況や生活史をふまえて対処方法を提案したり、認知症の進行にともない介護サービス導入時期を見極めていた。ここでは、専門性の高い看護師と家族の信頼関係が基盤にあつてこそ失敗を恐れずに最善のケアを追求できていた。

#### 9) 看護師の弱みも隠さずともに歩む姿勢

看護師でも分からないことは素直に認めて、ともに考えて対応することで関係を深めていた。

#### 10) 認知症の人のもてる力に着目

相談時には、家族が認知症の人に負の印象を持たないように配慮して支援していた。そ



のなかで、認知症の人とのコミュニケーションでは非言語的コミュニケーションに着目し、認知症の人がうまく表現できない部分を専門性の高い看護師が解釈していた。そして、不可解に見える認知症の人の行動の意味をその人らしさの視点から再考したり、認知症の人が満足できる生活の継続を目指していた。

#### 11) 初期認知症の人のための進行予防の取り組み

認知症の初期には、認知症進行予防のため無理なく生活に組み込める活動を提案していた。

#### 12) 初期や若年性認知症の人の居場所づくりの必要性

初期や若年性認知症の人は近年増加傾向にあり、病院で認知症カフェを開設したり、福祉就労施設と連携しているが、まだまだ適した施設の増設が必要であると認識していた。

#### 13) 当事者同士のつながりの重要性

当事者同士の情報共有や共感こそが強力なエネルギー源となることを実感しており、専門性の高い看護師は、当事者同士の自主的な関係構築を脇役として支援していた。

### 第5節 考察

ここでは、専門性の高い看護師による認知症診断後支援の実践について、認知症診断後支援のシステムづくりと認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の側面から考察する。以下〔 〕は理論記述の統合の分類項目を示す。

#### 1. 認知症診断後支援のシステムづくりについて

##### 1) 認知症診断後支援の必要な認知症の人と家族を見逃さないための仕組み

専門性の高い看護師は、初めて認知症の診断を受ける人と家族のなかで〔認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族の選定〕をして相談につなげる仕組みを作っていた。その仕組みは主に医師の診察時や精神保健福祉士の問診時の様子から相談の必要性が判断され、専門性の高い看護師に相談依頼が来るというものである。しかし、最も多い依頼ルートである医師からの依頼を確保するためには〔医師との信頼関係を構築〕することが重要である。そのためには、看護師の専門性として生活支援を前面に打ち出して精神保健福祉士との違いを明確化したり、看護師の関わりにより認知症の人と家族が変化する様子を医師に見てもらうことが効果的であったといえる。これらを通して、医師から専門性の高い看護師への依頼が増加するとともに、専門性の高い看護師から医師への依頼も受け入れられる関係が構築されていったと考えられる。

##### 2) 臨機応変な活動を可能にする病院内での立場の確保

急な相談依頼にも対応するためには、自由度が高い活動形態が必要になる。実際に今回の専門性の高い看護師は、面接時全員が病棟所属ではなく〔自身の活動に裁量権がある〕立場であった。なかでもNs6は元病棟勤務であったが相談業務との両立が困難となり病棟勤務から異動した経緯がある。全国の認知症看護認定看護師(DCN)の約7割が病棟所属であるという報告もあり<sup>(8)</sup>、今回の専門性の高い看護師の所属は少数派であ

ったといえる。また、DCN としての活動時間の保証は病棟所属よりもその他の所属のほうが確保されており、認知症の人の家族支援を行うための最も大きな関連要因は DCN としてのみ勤務し病院内を横断的に活動していることであるといわれている<sup>(8)</sup>。このことより、今回の専門性の高い看護師は DCN としての裁量をもって活動する時間を確保されており、病院内外を自由に活動していることから、認知症の人とその家族を支援するのに適した環境にあったといえる。

しかし、これらの活動しやすい環境を整備するためには「認知症の相談業務の院内での位置づけの明確化」のため、看護部長など病院内の管理者の理解が不可欠である。認定看護師が働きやすい環境を創るためには、看護部長による活動時間・場の確保や医師、他部門への紹介が重要といわれている<sup>(15)</sup>。そこで専門性の高い看護師は看護部長や病院管理者に対して地域のニーズや病院全体のメリットについてプレゼンテーションをして理解を得たことが活動の裁量権を得るために効果的であったと考えられる。また、これまで看護師による相談が無報酬のボランティア的に実施されてきたが、可能な限り診療報酬に関連させて活動することで、看護師の業務が明確化されて病院の利益にもつながり継続的な活動を可能にすると考えられる。

### 3) 支援の継続に向けた地域の専門職との連携

認知症の診断時に症状が軽度の場合には、介護サービス等を利用していない場合が多いと考えられる。しかし、認知症の進行に伴い将来的に介護サービス等が必要になる可能性が高い。そこで、認知症の人と家族の状況に応じて適時、適切な介護サービス等につなげるためには、日頃から専門性の高い看護師と「地域の専門職とのパートナーシップの構築」が重要である。

現在、認知症の状態に応じて適時、適切なサービスを利用できるよう、各地方自治体で認知症ケアパスを作成しているが<sup>(16)</sup>、そこに掲載されている各サービスがスムーズに連携するためには、各サービスの専門職間の関係性が影響すると考えられる。外来における看護師の役割は、認知症患者の直接的なフォローアップや介護指導のみでなく、サポートチームの構築やケースマネジメントの役割を果たすことが望ましいといわれている<sup>(17)</sup>。そこで、専門性の高い看護師は、地域の専門職との顔が見える関係性を重視し、病院内外を含めた公開研修会を開催したり、地域の専門職からの相談などに気軽に応じたり、一緒にケアプランを考えたりなどの活動により継続的なつながりを維持していた。これらの日々の努力により、専門性の高い看護師からの急な依頼にも地域の専門職が迅速に対応してくれるバックアップ体制の構築につながっていると考えられる。

### 4) 認知症診断後支援における外来看護師の現状

今回の専門性の高い看護師の所属病院では、認知症診断後支援を外来看護師が主体的に実践している例はなかった。専門性の高い看護師は自分たちのような自由な立場と違い、「外来看護師の相談時間確保の困難」があるという見解をもっていた。多くの外来看護師は外来専属であり、外来診療をスムーズに運営するための業務が多く、相談のためにまとまった時間を確保することは難しいと考えられる。専門性の高い看護師が病院内にいる場合には、外来看護師から専門性の高い看護師に相談を依頼することができるが、小規模の病院やクリニックの外来などではそのような人材確保は難しいと推測される。このような状況のなかでも診断後支援を実践するためには、必ず外来に居

て認知症の人と家族と接する機会のある外来看護師が何らかの役割をとっていく必要があると考える。今回の結果では、外来看護師は専門性の高い看護師と一緒に認知症診断後支援を実践することで前向きな変化が見られた。そのため、外来看護師にも実践可能な認知症診断後支援の具体的な方法を示すことが有効であると考えられる。

ここまでは、認知症診断後支援のシステムづくりについて考察してきたが、次に、専門性の高い看護師が認知症の人の家族に対して実践している認知症診断後支援の実際について考察する。

## 2. 認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際

### 1) 認知症診断後支援の対象となる認知症の人の家族との出会いから関係の構築まで

〔不安の強さや家族の介護力などから相談の必要性を見極める〕では、認知症の人や家族から不安の表出や相談の希望がある場合には支援の対象として明確となるが、それ以外の場合にはどのように必要性を見極めているのか、その特徴についてみていく。

まずは家族構成から介護力を見極めていた。最も介護力が心配されるのは認知症の人が独居の場合である、次いで高齢者世帯による老々介護、そして男性介護者が挙げられていた。男性介護者は女性に比べて周囲の援助活用力が低く、介護に対する負の感情表出力が低いといわれており<sup>(18)</sup>、高齢者虐待に関する調査では、虐待を行った全養護者のうち息子が約4割で最も多く、次に夫が約2割で全体の6割を男性が占めていた<sup>(19)</sup>。このことから専門性の高い看護師は男性介護者を気にかけていたと考えられる。家族構成以外では問診時や診断時の認知症の人の家族の様子から支援の必要性を見極めていた。具体的には、家族が無関心に見える場合や非常に熱心な場合などであり、これらの見極めは専門性の高い看護師の豊富な経験からの感覚に頼る部分が大きい。そのため、経験の浅い外来看護師には見極めが難しい可能性があるが、家族の様子を注意深く観察し、気がかりな反応がある場合には念のため声をかけて関わりをもつ必要があると考えられる。

支援が必要な認知症の人の家族を見極めた後の〔相談窓口の明確化と積極的な声かけによる相談しやすい関係の構築〕が、認知症診断後支援において最も重要であると考えられる。アルツハイマー型認知症をはじめ、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などの変性疾患では徐々に認知症の症状が進行する特徴がある。よって、軽度のうちに認知症の診断を受けた場合には生活上大きな困りごとが無い場合もある。また、そのような状態で認知症の診断を受けた場合、認知症の人も家族も精神的な衝撃が大きいと考えられる。そのため、認知症の診断を受けた直後には、混乱して相談すべきことが思いつかない、または生活上の問題は少ないため相談すべきことがない場合がある。しかし将来的には、徐々に認知症の症状が進行することで困難に直面する可能性が高い。そのため専門性の高い看護師は、将来の症状進行を予測したうえで相談窓口を明確化して伝えて、困りごとが生じた際にすぐに相談できるように準備をしていた。そして外来受診のたびに専門性の高い看護師から積極的に繰り返し声をかけることで徐々に関係性を深めていき、認知症の人や家族が相談しやすい状況を作る努力をしている。こうした専門性の高い看護師による継続的かつ積極的なアプローチが、認知症診断直後から認知症の人と家族の状況の変化に応じてタイムリーに支援にするために重要である。

### 2) 認知症の人の家族への支援内容

実際の相談場面では、最初に〔診断直後の認知症への負のイメージの払拭〕をするた

めの働きかけをしていた。多くの認知症の人や家族は認知症を疑って認知症外来を受診するが、実際に診断を受けたときにはすぐに認知症を受容ができる人は少なく、診断が正しくないかもしれないと否認したり、臨床検査や治療薬について医学的知識を強迫的に求め続けたりするなど正面から向き合えない人も多い<sup>(20)</sup>。また、初期の認知症の家族介護者の心理としては、周囲の人に気づかれたくないという思いがあるといわれている<sup>(21)</sup>。それらの思いの背景には、認知症に対して負のイメージを持っていることが推測される。そこで専門性の高い看護師は、認知症を取り巻く社会的な環境が変化していることや、認知症になってもその人らしさは変わらないことを伝えて、認知症の人の家族の認知症に対する偏見や羞恥心を和らげるよう働きかけていた。

つぎに認知症に関する情報提供を行っていた。これはスコットランドにおける認知症診断後支援の基本理念の5つの柱の1番目にも「病気の理解、症状との付き合い方」の情報提供がある<sup>(22)</sup>。現代は、テレビやインターネットを通じて一般の人々が認知症の情報を簡単に入手することができる。しかし、その膨大な情報の中には専門的な役立つものもあれば、根拠の乏しい情報もあり、その取捨選択は容易ではない。また、一般的な知識として提供される認知症の症状と目の前の家族の状況の違いに戸惑うことも多いと考えられる。そのため専門性の高い看護師は、〔混沌とした現状を整理して橋渡ししや将来を見据えた情報提供〕をすることで認知症の人の家族が混乱せずに現状を把握できるよう支援している。また、将来的には認知症の進行に伴い認知症の人の様子も変化し、必要な支援も変化していく可能性が高い。しかし石川<sup>(23)</sup>は、認知症の人の家族は、日々の生活のなかで直面している問題に対応していくことで精一杯であり、将来のことを考える余裕はないと述べている。そこで、専門性の高い看護師は将来的な変化を予測しつつ、遠い未来ではなく近い未来に起こりうることを具体的に少しずつ伝えていた。そのことで、家族は遠い未来に認知症が重度になることへの予期不安に振り回されることなく、いま起きつつある認知症の人の変化を予測し、落ち着いて対処することができると考えられる。

また専門性の高い看護師は、認知症の人が望む将来の介護や終末期の医療のあり方について知ることの重要性にも着目していた。認知症の人は症状の進行により自らの希望を的確に表現できなくなっていく可能性が高い。そのため、意思表示ができる初期のうちから将来の希望を確認していく必要がある。スコットランドの認知症診断後支援の基本理念のなかでも「将来のケアの計画」と「将来の意思決定の計画」について準備することの重要性が謳われている<sup>(22)</sup>。また杉原<sup>(24)</sup>は、認知症のエンド・オブ・ライフケアについて、認知症の人が正しく現在の病状と予後を理解し、その後の生活について身近な人たちと話し合い、自分の意思をその生活に反映させていくことができるよう、認知症の診断告知前後の適切な支援方法を確立する必要があると述べている。そして近年、厚生労働省でもアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に「人生会議」という愛称を決定し普及啓発に力を入れているが<sup>(25)</sup>、認知症の症状が軽度のうちから終末期のことを話題にすることに抵抗がある人も少なくないと考えられる。そのため、専門性の高い看護師の実践にもあるように、終末期について検討する際には信頼関係を基盤とし、誤解のないよう丁寧な説明をして慎重に話を進めていく必要がある。

〔認知症の人の家族のありのままを支持〕では、認知症の人も家族も認知症外来を初めて受診するまでには、認知症への疑いと認めたくない思い、不安や葛藤を抱えながら受診に至っているといわれている<sup>(21)</sup>。よって、今回の専門性の高い看護師の病院のように、最初の診察時から労いの言葉をかけるなど認知症の人と家族の心情に配慮した対応が重要である。もしも認知症の人が納得いかないまま受診した場合には、その不満を否定せずに傾聴し、家族の辛い体験を十分に受け止めることで徐々に心を開き良好

な関係を構築できると考えられる。また専門性の高い看護師の対応のなかで特に重要なことは、「正しい知識」を押し付けないことである。家族介護者は理想どおりにはいかない現状に悩み、苦しめられることもあるため、看護師が理想の介護を描かずに家族の価値観やその家族ならではの介護に関心を寄せることが大切であるといわれている<sup>(23)</sup>。専門性の高い看護師が、家族の理想的とはいえない介護も含めて一生懸命な姿をそのまま認めることで、家族の心理的負担の軽減につながったと考えられる。

認知症の人の家族は、認知症によって性格特性や言動が変容することで被介護者を喪失する感覚や被介護者との力関係が逆転するなど介護をめぐる家族関係の混乱を経験すると報告されている<sup>(26)</sup>。加えて、家族はこの混乱により長年抱えてきた家族の問題が一気に表出することもあるため、認知症の人単独ではなく家族単位でとらえるべきであるともいわれる<sup>(27)</sup>。そこで「認知症の人と家族との関係を調整」において専門性の高い看護師は、家族員それぞれの思いを聴く機会を設けて意見のすり合わせを行っていた。第三者として専門性の高い看護師が客観的かつ専門的な視点から調整することで、長年の生活歴のなかで硬直した家族関係を新たな形で再構築することにつながったと考えられる。その調整のなかで専門性の高い看護師は、認知症の人の希望を尊重しつつも、家族自身の健康や生活も大切にするように働きかけていた。家族介護者の自己の健康管理力は介護負担感に影響する要因であり、とくに介護初期では介護に没頭し自分自身の身体を壊してしまい介護継続ができなくなるケースもあるといわれており<sup>(18)</sup>、家族の誰かに過度の負担がかからないように調整することで在宅介護を長く継続することにもつながると考えられる。

このように、専門性の高い看護師が窓口となって相談対応をすることは、認知症の人や家族の混乱を避けるために有効なことである。しかし、1対1の閉ざされた関係により適度な距離感を保てないリスクや、専門性の高い看護師ひとりの判断では偏りが生じる可能性もある。そのため「多職種連携により認知症の人の家族との適度な距離感を保持」して、常に多職種が連携して客観的な視点を保ちながら関わる必要があると考えられる。

### 3) 看護師の強みを活かす

「生活状況を把握して介入タイミングと具体策を検討」では、専門性の高い看護師は、最初に衣食住などの情報収集をして日常生活上の様子を確認していた。そこから、認知症の進行にともなう生活への影響や介護サービス導入時期を見極めていた。看護の強みは、医療的知識をもとに、生活、環境、家族、その人の人生を包括的に捉え対応できることにあるといわれている<sup>(24)</sup>。専門性の高い看護師も認知症という疾患の知識を基盤として、病状の変化に伴う生活への影響を予測し、家族の疲労度なども考慮して、タイムリーに支援につなげるためのアセスメントを行っていたといえる。

「看護師の弱みも隠さずともに歩む姿勢」では、専門性の高い看護師であっても分からないことはあるため、その時には正直に誠実な姿勢で一緒に問題に向き合うことで信頼関係を維持できると考える。しかし経験の浅い看護師の場合、認知症の人や家族のニーズに応えられる知識が少ない状態で積極的に相談を受けることは勇気がいると推測される。たとえ有効な答えを持ち合わせていなかったとしても、関わりを避けるのではなく困難と一緒に立ち向かってくれる姿勢が信頼関係につながるものと考えられる。

「認知症の人のもてる力に着目」では、専門性の高い看護師は常に認知症の人の思いやもてる力の発揮を重要視していた。家族との相談場面においても、家族が認知症の人に悪い印象を持たないように配慮したり、認知症の人の言葉にならない思いを代弁する

ように働きかけていた。そのことにより、家族は認知症の人を新たな視点からとらえることができるようになり、家族の関係性も改善していったと考えられる。

#### 4) 初期の認知症や若年性認知症の人と家族への支援の特徴

認知症の進行を少しでも遅らせたいたいという気持ちは、認知症の人も家族も共通の願いであると考えられる。しかし現状では、認知症予防に関するエビデンスはまだ不十分であるとされている<sup>(16)</sup>。認知症という病気と正面から向き合うことができない人のなかには、必要以上に臨床検査や治療薬について医学的知識を強迫的に求め続けたり、有効性が確認されていない脳トレや予防プログラムに逃げたりする人も多いといわれている<sup>(20)</sup>。これらの認知症の進行を予防したい本人や家族の思いをエビデンスが確立していないからと頭ごなしに否定することは信頼関係の構築にはマイナスであると考えられる。若年性認知症の当事者である丹野氏<sup>(28)</sup>は、認知症と診断されたあと知りたかった情報は、今までの生活をどのようにしたら維持できるかということだけだったと述べている。そこで、専門性の高い看護師は、「初期認知症の人のための進行予防の取り組み」として、認知症の人や家族の進行を予防したいという思いに寄り添いながら、無理なく楽しく生活上で継続できる活動の提案をすることで認知症の人のやる気を引き出していた。その内容は、新しいことを始めるのではなく、これまで行ってきた習慣に認知症の進行予防の意味を持たせることで無理なく継続できるものとなっている。

また、わが国の認知症施策では、認知症の早期発見・早期対応や若年性認知症の人への支援を推進している<sup>(16)</sup>。しかし、認知症の初期段階で診断された人や若年性認知症の人にとっては、高齢者の介護保険サービスでは適したものがないという問題が生じている<sup>(29)(30)</sup>。スコットランドの認知症診断後支援の基本理念のなかでも「地域社会とのつながり」をあげており<sup>(22)</sup>、専門性の高い看護師も「初期や若年性認知症の人の居場所づくりの必要性」を感じていた。そうした人々の居場所の一つとして期待されているのが認知症カフェである。しかし、全国の DCN が所属している医療施設で認知症カフェを開設しているのは 1 割にも満たず少ない現状である<sup>(8)</sup>。今回の専門性の高い看護師は、認知症疾患医療センターで認知症カフェを開設したり、福祉就労施設と連携したりと先進的な取り組みをしているが、まだ選択肢は少なく、適した施設の増設が必要であると考えられる。

専門性の高い看護師は認知症カフェでの認知症の人の家族同士の姿から、「当事者同士のつながりの重要性」を実感していた。スコットランドの認知症診断後支援の基本理念のなかでも「仲間同士の支え」が重要であるとされており<sup>(22)</sup>、日本でも同じ立場にいる同じような経験をしている家族介護者同士であるからこそ、互いの経験や感情を理解し合えると報告されている<sup>(31)</sup>。よって、専門性の高い看護師はあくまで脇役として、当事者同士の出会いの橋渡しをしてスムーズな交流が継続できるようサポートすることが望ましいと考えられる。

### 3. 考察のまとめ

認知症診断後支援では、診断直後から認知症の人の家族と相談しやすい関係を構築することが特に重要である。そのためには、支援が必要な認知症の人の家族を見逃さず、専門性の高い看護師の相談につなげる必要がある。しかし、診断直後の認知症の人の家族は、診断のショックで混乱して相談ごとを整理できない、初期のため症状が軽度で大きな困りごとがない場合もある。このとき専門性の高い看護師は、その時点で相談ごと

がなくても、認知症の人の家族との信頼関係の構築と継続的なつながりを重視していた。それは看護師の強みを活かし、医学的知識にもとづき認知症の進行に伴い将来起こりうる生活への影響を予測しながら認知症の人と家族の様子を継続的に観察し、異変や困りごとの有無を見極め、いつでも介入できるようにするためである。そして認知症の人の家族側からも、困った時にはいつでも相談できる窓口として認識してもらえよう、専門性の高い看護師は積極的に家族に声をかけて存在を示していた。これらの関係づくりが適時、適切な認知症診断後支援を実践する重要な鍵となると考えられる。

また、専門性の高い看護師は医師、精神保健福祉士、外来看護師等の病院内での連携だけではなく、地域の専門職とのパートナーシップも構築できていた。これらの機能は、裁量権のある専門性の高い看護師だからこそ、単独で担うことができているといえる。しかし様々な認知症外来において認知症診断後支援を広く継続的に実施していくためには組織的な取り組みが必要になると考えられる。その中でも、外来看護師は受診時に必ず認知症の人と家族に出会うことができるため、気軽に声をかけられる最も身近な相談窓口としての役割が期待される。しかし、多忙な外来業務の傍らで、全ての相談に対応することは困難であるため、持ち込まれる相談内容に応じて院内の多職種や地域の専門職へ紹介する橋渡しとしての機能を果たすことは可能であると考えられる。そのためには、専門性の高い看護師が重要視していた認知症診断直後からの信頼関係の構築のため、積極的に認知症の人の家族に声をかけ、相談窓口としての存在を示していく必要がある。

## 第6節 結論

### 1. 認知症診断後支援のシステムづくりについて

- 1) 認知症診断後支援では、支援を必要とする認知症の人と家族を見逃さず、早期に出会うことが重要である。しかし、初めて認知症の診断を受けた人と家族すべてを対象とした認知症診断後支援システムを確立している認知症外来は少ない状況にあった。
- 2) 認知症診断後支援をシステムづくりについて、専門性の高い看護師は次のことに取り組んでいた。最初に「認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族の選定」をして、相談を必要とする人を見逃さず、専門性の高い看護師との相談を受けられる仕組みを作っていた。そこでは「医師との信頼関係を構築」することにより、専門性の高い看護師への相談依頼が増加した。そして、いつでも相談に応じられるように専門性の高い看護師は「自身の活動に裁量権がある」立場を獲得し、「認知症の相談業務の院内での位置づけの明確化」をしていった。また、専門性の高い看護師の活動は病院内に留まらず、日頃から「地域の専門職とのパートナーシップを構築」して認知症診断後支援のバックアップ体制を作っていた。一方で「外来看護師の相談時間確保の困難」が課題であり、専門性の高い看護師と同様の活動は困難であるが、専門性の高い看護師との協働実践の経験により認知症診断後支援に対して前向きな姿勢に変化した。

### 2. 認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際

- 1) 認知症診断後支援を必要とする認知症の人の家族と出会うために「不安の強さや家族の介護力などから相談の必要性を見極める」基準をもっていた。そして「相談窓

口の明確化と積極的な声かけによる相談しやすい関係の構築]のため、認知症の人の家族が外来を受診するたびに専門性の高い看護師から接触を試みていた。

- 2) 認知症の人の家族への支援内容では、最初に「診断直後の認知症への負のイメージの払拭」をすることで診断のショックを和らげていた。そして、世間にあふれる認知症の情報に振り回されないよう「混沌とした現状を整理して橋渡しや将来を見据えた情報提供」をすることで、認知症の進行に伴う変化に落ち着いて対処できるように配慮していた。また、家族に理想的な認知症ケアを押し付けず、不安のなかで必死に生活している「認知症の人の家族のありのままを支持」していた。そして、認知症により変化してしまった「認知症の人と家族との関係を調整」する潤滑油として機能していた。これらの支援は専門性の高い看護師がひとりで抱え込むことなく、「多職種連携により認知症の人の家族との適度な距離感を保持」していくことも重要であった。
- 3) 看護師の強みを活かした支援では、医学的知識にもとづき認知症の病状の変化に伴う生活への影響を予測しながら、認知症の人と家族の「生活状況を把握して介入タイミングと具体策を検討」していた。そして時には、「看護師の弱みも隠さずともに歩む姿勢」を見せることでより信頼関係を深めていた。また、「認知症の人のもてる力に着目」して、認知症の人の言葉にならない思いを代弁し、その人らしい生活に近づける努力をしていた。
- 4) 初期の認知症や若年性認知症の人と家族への支援の特徴では、既存の介護保険サービスでは適さない「初期や若年性認知症の人の居場所づくりの必要性」と、同じ経験をもつ「当事者同士のつながりの重要性」を実感していた。また、「初期認知症の人のための進行予防の取り組み」として自宅で無理なく日常生活に組み入れることができる活動を提案していた。
- 5) 認知症診断後支援を今後も継続するためには、専門性の高い看護師だけでなく多職種が連携して組織的に実践していく必要がある。なかでも外来看護師は認知症の人と家族に出会う機会が多いため、気軽に声をかけられる最も身近な相談窓口としての役割が期待される。

## 第7節 研究の限界

本研究により、専門性の高い看護師が認知症診断直後から認知症の人の家族に対して実践している支援の現状と課題については明らかになった。しかし今後、認知症診断後支援を多くの医療機関に広めていくためには、本研究のように専門性の高い看護師が配置されていない認知症外来においても実践可能な支援方法の検討が必要となる。

## 引用文献

- (1) 令和3年度看護職員確保対策特別事業 日本看護協会：地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業報告書。2022,  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3\\_role4resources.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3_role4resources.pdf), (2023-6-6)
- (2) 平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業 東京都健康長寿医療センター：認知症疾患医療センター



- 先進事例集，2016，  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/jirei.pdf>，(2023-6-6)
- (3) 認知症介護研究・研修仙台センター：Q&A でわかる診断後の認知症の人とご家族の支援方法(認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集)全国の認知症疾患医療センター調査．2018，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000520666.pdf>，(2023-6-6)
- (4) 井上かおり：認知症外来看護師による患者と家族への情緒的支援の実態．岡山県立大学保健福祉学部紀要 25(1)：119-125，2018
- (5) 廣川恵子：看護実践から見出した外来看護師の能力．日本赤十字広島看護大学紀要 8：21-29，2008
- (6) 厚生労働省：第7回医療施設体系のあり方に関する検討会(平成19年5月24日)資料4医療法に基づく人員配置標準について．2007，  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-9b.pdf>，(2023-6-7)
- (7) 鈴木智子，大塚真理子：認知症看護認定看護師が行う病院のもの忘れ相談窓口における支援方法．老年看護学 22(1)：139-147，2017
- (8) 内海史子，大塚真理子，出貝裕子：認知症看護認定看護師による外来認知症高齢者の家族支援の実施と関連要因．老年看護学 24(1)：50-58，2019
- (9) 大谷尚：質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで．名古屋，名古屋大学出版，2019，270-368
- (10) 大谷尚：SCAT: Steps for Coding and Theorization 一明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法一，感性工学，10(3)，155-160，2011.
- (11) Goodman, L. A: Snowball Sampling. The Annals of Mathematical Statistics, 32(1): 148-170, 1961
- (12) Kuzel, A. J.: Sampling in Qualitative Inquiry. Crabtree. B. F., Miller. W. L., Doing qualitative research, 2nd edition. Thousand Oaks, California. Sage Publications, 1999, p33-45, 1999.
- (13) 大谷尚：4 ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案 着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き，名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要(教育科学)，54(2)，27-44，2007.
- (14) グレグ美鈴，麻原きよみ，横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして，東京，医歯薬出版，2007，p32-35，p69-70
- (15) 神坂登世子，松下年子，大浦ゆう子：認定看護師の活動と活用に対する意識－看護管理者・認定看護師・看護師の比較－．日本看護研究学会雑誌 33(4)：73-94，2010
- (16) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱(令和元年6月18日)．2019，  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho\\_kaigi/pdf/shisaku\\_taikou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf)，(2023-6-6)
- (17) 金盛琢也，酒井郁子，山川みやえ，他：老年看護政策検討委員会活動報告 外来診療における認知症患者に対する看護師の役割に関する展望．老年看護学 24(1)：87-91，2019
- (18) 櫛直美，尾形由起子，江上史子：家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響．日本看護研究学会雑誌 42(1)：111-122，2019
- (19) 厚生労働省：令和3年度「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関

- する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果 資料 1. 2022,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001029242.pdf>, (2023-6-6)
- (20) 繁田雅弘: 認知症の診断前後の支援において多職種で共有すべき視点とは. 老年精神医学雑誌 30(8): 847-851, 2019
- (21) 秋吉知子, 中島洋子, 草場知子: 認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理 発症から現在, 将来の思い, 日本認知症ケア学会誌, 15(2), 470-479, 2016
- (22) Scottish Government National dementia strategy: 2017-2020,  
<https://www.gov.scot/publications/scotlands-national-dementia-strategy-2017-2020/pages/4/>, (2023-6-6)
- (23) 石川容子: 認知症の人と家族への継続的なサポート : 認知症の人のエンド・オブ・ライフケア. 老年精神医学雑誌 30 (8): 872-876, 2019
- (24) 杉原百合子: 認知症の人と家族に対する意思決定支援と看護職の役割. 人間福祉学研究 9(1): 21-34, 2016
- (25) 厚生労働省: 人生会議学習サイト ゼロからはじめる人生会議「もしものとき」について話し合おう. <https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/about/index.html>, (2023-6-7)
- (26) 寺岡貴子, 深堀浩樹, 野末聖香: 日本の認知症高齢者を在宅介護する家族介護者の体験のメタ統合. 日本精神保健看護学会誌 30(2): 39-49, 2021
- (27) 井桁之総: 基幹病院における老年医学の多面的アプローチ 虎の門病院「高齢者総合診療部」と「認知症科」の試みと老年病専門医の役割. 日本老年医学会雑誌 55(2): 237-243, 2018
- (28) 丹野智文: 診断前後のサポートはどうあるべきか 認知症とともに生きる. 老年精神医学雑誌 30(8): 852-856, 2019
- (29) Innes A, Szymczynska P, Stark C: Dementia diagnosis and post-diagnostic support in Scottish rural communities: Experiences of people with dementia and their families. Dementia 13(2): 233-247, 2014
- (30) 認知症の人と家族の会: 認知症初期の暮らしと必要な支援—認知症の人と家族からの提言—(エーザイ株式会社 2017 年 3 月). 2017
- (31) 黒澤直子, 竹田千春: 認知症高齢者の家族介護者における「集う場」の有効性. 北翔大学北方圏学術情報センター年報 12: 127-131, 2020

表4-2 Ns1の認知症診断後支援のシステムづくりSCAT分析表 (分析例)

ID	番号	発話者	テキスト	〈1〉テキスト中の注目すべき語句	〈2〉テキスト中の語句の言い換え	〈3〉左を説明するようなテキスト外の概念	〈4〉テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	〈5〉疑問・課題
Ns1	58	Ns1	Ns1: 先生から、少し今後も相談を受けてもらったらいいんじゃないかなっていいことまでご紹介ください、その後の相談窓口としておいてくれるっていいことと、あと認知症の初期集中支援チームのチーム員で活動しているの、そのチーム活動の中で、認知症の診断を受けて、その後もチームとしては終結するんですけど、モニタリングっていう機能があるので、引き続き支援をしていく中でご家族だったりご本人だったり、ちよっと関わっていくってパターンが多いかなと思います。	先生から、ご紹介いただいた その後の相談窓口 認知症の初期集中支援チームのチーム員で活動 モニタリングっていう機能 引き続き支援をしていく パターンが多い	主治医から、 看護師へつなぐ 医師に代わって相談をつける役割 認知症初期集中支援チームの一員 として外来以外でも活動 チームの事後フォローのため 続けて相談をける 事例も多い	医師から相談窓口の依頼 認知症初期集中支援チームの活動 支援チームの事後フォロー 様々なルールから支援	外来業務に縛られず相談依頼に臨 機応変に対応できる立場	自由に活動できる立場を獲 得できた経緯はどうだったのか
Ns1	76	Ns1	Ns1: そうですね、あの、主治医の先生のその認知症検査のICの場面で、かなりご家族の方が先生に今後どうしたいんではないかと、こいつ場合はどうしたいんではないんではないかというような訴えが多い場合に、あの恐らくちよっと今後も何かあったらちよっと相談に乗って欲しいっていうことで関わるのが多いかなーとは思っています。はい。	主治医の先生の 認知症検査のICの場面 今後どうしたいんではないかと 訴えが多い場合に 相談に乗って欲しいって 関わる人が多い	認知症を診断した医師 検査結果の説明の場面 同席した家族から 今後について不安や疑問が たくさん投げかけられた場合 医師に代わって相談を受けてはし いと依頼され 支援を始めることが多い	医師からの認知症診断結果の説明 家族からの多くの不安や疑問 医師から看護師への相談依頼	医師が必要性を判断し専門性の高 い看護師への相談依頼	具体的にはどのような心配事 があるのか
Ns1	78	Ns1 研究者	研究者: 先生から指示があるのは看護師としてのNs1さんのところに来る場合が多いですか？それ以外の職能に Ns1: そうですね、私以外だとPSW が多いので、PSW か私か、で、特にその介護のところで不安が強い場合は私の所に多分来るケースが多くて、社会制度とかそういう制度上の何か手続とかそういうのが必要の場合は多分PSW にすごい声がかわることも多いのかなあとは思います。はい。 研究者: いやあ、その辺の振り分けも医師が行なっている感じ？ Ns1: そうですね、役的には医師がですね。	相談依頼はPSW か私か 介護のところで不安が強い場合 私の所に多分来るケースが多く 社会制度とかそういう制度上の何か 手続とかそういう声がかわる 多分PSW にすごい声がかわる 役的には医師がですね	依頼先は精神保健福祉士または認 知症看護認定看護師 生活上のお世話の面での心配が多 い場合 看護師のところにまわってることが 多い 社会資源の利用については おそらく精神保健福祉士にまわる 振り分けの役割は医師である	看護師は生活上の介護問題 精神保健福祉士は社会資源の利用 医師が振り分け役	専門性の高い看護師は介護問題・ 精神保健福祉士は社会資源利用の 相談	
Ns1	236	Ns1	Ns1: 出来るかもしれないですけど、なんか外来ってやっぱり忙しいイメージなので、その忙しい中で、なんか理もれちゃっていついてしまった部分もあるんだろうなって。	出来るかもしれないですけど 外来ってやっぱり忙しいイメージ 忙しい中で、なんか理もれちゃって 行ってしまうって	本当は相談に乗ったりしているかも しれないが 外来は仕事がたくさんあって相談に 乗る暇がない印象 多くの作業に追われて身動きできな い感じ	外来看護師は多忙な印象 膨大な業務に埋没	外来看護師は膨大な業務に埋没し 相談時間の確保が困難	外来看護師は多忙な中でど のような役割を果たせるのか が課題
	番号	発話者	テキスト	〈1〉テキスト中の注目すべき語句	〈2〉テキスト中の語句の言い換え	〈3〉左を説明するようなテキスト外の概念	〈4〉テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	〈5〉疑問・課題
ストーリー・ライ ン				Ns1は、病院内でく外来業務に縛られず相談依頼に臨機応変に対応できる立場で活動していた。認知症診断後支援のシステム化はされているが、く医師が必要性を判断し専門性の高い看護師へ相談依頼をする場合が多く、内容によりく専門性の高い看護師は介護問題・精神保健福祉士は社会資源利用の相談と役割分担する。				
理論記述				・認知症診断後支援を実施するためにはく外来業務に縛られず依頼に応じて臨機応変に対応できる立場が適している。 ・く医師が必要性を判断し専門性の高い看護師への相談依頼とし、内容によりく専門性の高い看護師は介護問題・精神保健福祉士は社会資源利用の相談と役割分担する。 ・現状では専属のく外来看護師は膨大な業務に埋没し相談時間の確保が困難である。				
さらに追究す べき点・課題				具体的にはどのような心配事があるのか／自由に活動できる立場を獲得できた経緯はどうだったのか／外来看護師は多忙な中でどのような役割を果たせるのかが課題				

表4-3 Ns2の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT分析表 (分析例)

ID	番号	枝番	発話者	テキスト	①>テキスト中の注目すべき語句	②>テキスト中の語句の言い換え	③>左を説明するようなデクスト外の概念	④>テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	⑤>疑問・課題
Ns2	17		Ns2 研究者	Ns2: (認知症診断後支援システムは) 本当に始めたのは日が浅くて、去年の今頃くらいから始めたんですけども、私以外にセンターにPSWが2名いますので、私だけではなくてPSWも手分けをしながら、あのー診断、鑑別診断を行って、診断結果を患者さんにお話しする時には、誰かがかならず同席しちゃうってことでやっています、はい。 研究者: 初めて診断を受ける時には絶対必ず全員対象になるんですか? Ns2: そうですね、はい。	私以外にセンターにPSWが2名 診断結果を患者さんにお話しする時 誰かがかならず同席	看護師1名とPSW2名が担当 患者が医師から診断結果を聞く際 看護師がPSWのいっしょがが必ず一緒に聞く	認知症の診断結果を聞く際 相談業務担当者も必ず同席	認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築 人員確保が課題となる	
Ns2	41		Ns2	Ns2: まず包括支援センターの方に連絡して良いか家族さんに何とか了承取って包括にまず繋ぎました。で、包括の方が高齢者のお宅回りますという理由で自然な感じで訪問してくれて、まあ少し休んで来ていてるから、こういうサービスありますよーとか、体調面が心配だから訪問看護師さんとか来てくれるんです。よ、介護保険使いませんか? と上手に誘って、今訪問看護とドイサービスと使って、家族さんどちらよと離れる時間を作ったりするんですけど。	包括支援センター 連絡して良いか 家族さんに了承を取って 包括にまず繋ぎました 高齢者のお宅回りますという理由 で 自然な感じで訪問してくれて	地域包括支援センター 繋げてよい 家族に承諾を得て 地域包括支援センターに連絡した センター員は認知症の人が受け入れやすいように 自然な形で訪問してくれた	必要時地域包括支援センターへの 連絡 家族の了承 地域包括支援センター員は事情を把握してスムーズな対応	地域の専門職との緊密な連携により スムーズな介護サービス導入	地域の専門職と緊密な連携をとれるようになるためにどのような工夫を行ったのか、全員の面談を実施するための人員確保が課題となる
Ns2	104	1	Ns2	Ns2: 今この自治体も、ケアバスみたいなものを作っているところが多いので、やっぱり行政とか、まあ難しいのかもしれないけど、言えば冊単位でくれたりとかもするんで、もらっておいでお配りするっていうのも一つかなーとは思ったり...、まあ困った時には外来に連絡をくんだりって言えば、困った時に連絡して良いんだという糸が繋がって、連絡が来た時にじゃあここに相談に行ってみてという風にお伝えできてるっていう最低限のアイテムは持っておいた方がいいかなと思います。	自治体 ケアバスみたいなもの 冊単位でくれたりとかもする もらっておいでお配りする じゃあここに相談に行ってみて 最低限のアイテムは持っておいた方がいい	市町村などの行政 認知症ケアバスのハンフレット 依頼すれば何冊もくれる 確保しておいて必要な人に渡す この相談窓口に行ってみると良いですよと勧められる 認知症の人の家族に紹介できる基本的なものは知っておいたほうが良い	周辺市町村の認知症ケアに関する 情報収集 認知症の人や家族に提供できる基本的な知識の習得	周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得	
Ns2	109		Ns2	Ns2: 外来の看護師がどんどん減っていて、その代わりメディカルグ ラックという方たちが診察に入ってるんですけど、外来の看護師が入れれば良いと思うんですけども、私一人になっていきます。なので何か相談があるっていうと連絡が来るような。	外来の看護師がどんどん減られていて その代わりメディカルグ ラックという方たちが診察に入る 本当はもっと外来の看護師がうちも入れれば良い、 私一人になっていきます	外来看護師が削減されている 看護師の代わりに医療職ではない人が診察に入る 看護師がもっと外来に入ったほうが良いと思うが 今は自分ひとりしかない	外来看護師ではなく非医療職が診察を補助 外来看護師数の削減	外来看護師の削減は外来看護の質の低下を招く可能性がある 他の診療科でも外来看護師が削減されることで問題はあるのか	<5>疑問・課題
	番号	枝番	発話者	テキスト	①>テキスト中の注目すべき語句	②>テキスト中の語句の言い換え	③>左を説明するようなデクスト外の概念	④>テーマ・構成概念 (前後や全体の脈を考慮して)	

ストーリー・ライン	近年の調査報告から、認知症診断後の専門的支援がない空白の期間に危機感を感じ、専門性の高い看護師が認知症診断後支援システムを構築し、外来において、周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得をして、地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入ができるようになることが重要である。
理論記述	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症診断後の専門的支援がない空白の期間に危機感を感じ、専門性の高い看護師が認知症診断後支援システムを構築し、外来において、周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得をして、地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入ができるようになることが重要である。</li> <li>・認知症診断後支援は、認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築し、外来において、周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得をして、地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入ができるようになることが重要である。</li> <li>・近年の、外来看護師数の削減による診断後支援への関与の困難が課題である。</li> </ul>
さらに追究すべき点・課題	地域の専門職と緊密な連携をとれるようになるためにどのような工夫を行ったのか、認知症診断後支援のシステム化にあたりどのような困難や工夫があったのか、研究結果から危機感をもったが、実際の外来での様子からは危機感があったのか、全員と面談を実施するための人員確保が課題となる、外来看護師の削減は外来看護の質の低下を招く可能性がある、他の診療科でも外来看護師が削減されることで問題はあ

表4-4 Ns3の認知症診断後支援のシステムづくりSCAT分析表 (分析例)

[illegible]



表4-6 Ns5の認知症診断後支援のシステムづくり SCAT分析表 (分析例)

ID	番号	枝番	発話者	テキスト	＜1＞テキスト中の注目すべき語句	＜2＞テキスト中の語句の言い換え	＜3＞左を説明するようなテキスト外の概念	＜4＞テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	＜5＞疑問・課題
Ns5	39		Ns5	Ns5: 受験する前にも認知症認定看護師になって戻ってきたら、何か相談外来みたいな先生の外来の横でやらせてもらいたいことは可能かしらというのを、こそっとちよっと打診したんですよね、先生に直接、精神科の医師とちよっと打診した。医師がまさしくそんなことを思っていた。1時間とかかかってしまつて、まあ外来が回らない。そういうのに長けているまあ看護師がいいたらならって思ってた。利害が一致。	認知症の認定看護師になって戻ってきたら 相談外来みたいな先生の外来の横でやらせてもらいたいことは可能かしらというのを、こそっとちよっと打診した。 医師もまさしくそんなことを思っていた。 1時間とかかかってしまつて、まあ外来が回らない。 そういうのに長けているまあ看護師がいいたらならって思ってた。 利害が一致。	認知症看護認定看護師の資格を取ることができたから 精神科の医師に看護の相談外来を実施することは可能相談した 医師も自分が長時間相談を受ける と外来が滞ってしまつて、 相談を上手に受けてくれる看護師を 医師と看護師のニーズが同じだった	看護師も医師も外来で認知症の相談をうける専門職を求めている 看護師による認知症相談は看護師と医師の両者のニーズが一致	医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感	
Ns5	42		Ns5	Ns5: じゃあ今度は病院長にこういう人でこういう流れで、まあ例えば収益はどんだけのかとか、後はどれぐらいのニーズがあるのかっていうのを、まあ文献だった地域の声だったとかをまとめたのをやって、やらして下さって言ってやり始めて。	今度は病院長 こういう人でこういう流れで 収益はどんだけ れぐらひのニーズがあるのか 文献だった地域の声だったとか をまとめた やらして下さって言って	看護部長の次にには病院長へ打診 人員配置、相談の流れ、収益の見込み、地域のニーズ、文献の裏付けなど根拠を示して 実施させてほしいと頼んだ	病院の管理者へ看護看護師による認知症相談の必要性の根拠と具体策とプレゼンテーション	病院の収益をどのように示したのか	
Ns5	45	2	Ns5	Ns5: うちの病院のナースに研修みたいな感じで企画をしたのを、まあそれもちよっと上司と掛け合って、開放式に地域の包括支援センターからでも無料で足を運んでもらえれば同じ研修が受けられますよっていい風にしたい、でMAX 流して、いいいっつします、もしよろしければみたいな。で、私教えるっていう立場ではなく本当の目的は地区包括支援センターとかそういう訪問看護師さんだわ、近頃のケアマネジャーさんやられたる人との顔のつながりができて、最初そうやって公開講座にしましたんですよ、で、まあグループワークもうらの積極のナースとこちやまのグループを作つてやと、顔を見て話してこんな風に大事に思ってる、ちよっとでも良きたいと思ってる、同じ気持ちでいるんだな一つ一つのつながりがあるからとこそ近くなるとすよね、あんなにか、なんか協力できないかいかな。	病院のナースに研修 開放式に地域の包括支援センターからも無料で足を運んでもらえれば同じ研修が受けられますよっていい風にした 目的は地区包括支援センターとかそういう訪問看護師さんだわ、近頃のケアマネジャーさんやられたる人との顔のつながりができて、最初そうやって公開講座にしましたんですよ、で、まあグループワークもうらの積極のナースとこちやまのグループを作つてやと、顔を見て話してこんな風に大事に思ってる、ちよっとでも良きたいと思ってる、同じ気持ちでいるんだな一つ一つのつながりがあるからとこそ近くなるとすよね、あんなにか、なんか協力できないかいかな。	地域包括支援センターから病院の研修に参加できるようにした 地域包括支援センターや訪問看護師、ケアマネジャーなどの顔のつながりを持てなかった 最初に地域公開講座の形をとった 対面で話し合い 対象者と大切に思う気持ちと同じであることと理解すること 関係性がぐっと縮まる	認知症の人の家族を支援するためには地域連携が必要 地域の専門職と顔なじみになるため研修会を開催 対面で気持ちを共有することで親密な関係構築	地域の専門職と顔なじみになるため研修会を開催して気軽に情報交換	
Ns5	45	1	Ns5	Ns5: 地域包括支援センターの方との繋がりもすごく大きくて、それは看護相談立ち上げてから何年か経ってからなんですけど、認知症看護って病院の中でじゃないの、ケアマネジャーさんとか他の職種の方も認知症の事でまだ手探り状態だったの、	地域包括支援センターの方との繋がりもすごく大きくて 看護相談立ち上げてから 認知症看護って病院の中でじゃないの、 他の職種の方も認知症の事でまだ手探り状態だった	地域の専門職との連携が力になった 認知症の相談事業を始めから認知症の人への支援は院内だけでは完結しない は完結しない どの職種も認知症ケアのことはまだよくわかっていなかった	認知症ケアは病院の中では完結しない、 地域の専門職との協力が不可欠	認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠	
	番号	枝番	発話者	テキスト	＜1＞テキスト中の注目すべき語句	＜2＞テキスト中の語句の言い換え	＜3＞左を説明するようなテキスト外の概念	＜4＞テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	＜5＞疑問・課題
ストーリー・ライン									
理論記述									
さらに追究すべき点・課題									

ストーリー・ライン	認知症診断後の支援のため、＜医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感＞していた。そこでNs5は看護部長や病院長など＜病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性＞を病院側のキットをプレゼンテーション＞した。加えて別ルートで＜医師からも看護管理者へ認知症相談外来開設を打診＞することと承認が早まる。前開診により選定＞された認知症の人の家族であった。そして、＜認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠＞であるため、地域公開の研修会を開催して気軽に情報交換＞をできるようにした。
理論記述	＜医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感＞することと認知症相談外来開設への勢いが加速する。 ・認知症相談外来開設に向けて＜病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性と病院側のキットをプレゼンテーション＞をして理解を得ることが重要である。 ・専門性の高い看護師からだけでなく＜医師からも看護管理者へ認知症相談外来開設を打診＞することと承認が早まる。 ・＜認知症相談外来の対象となる家族は医師の診察と専門性の高い看護師の事前開診により選定＞された認知症の人の家族である。 ・＜認知症相談外来の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠＞であるため＜地域での専門職との協力を構築して気軽に情報交換＞をできることが重要である。
さらに追究すべき点・課題	外来看護看護師が診断後支援に携わるためにも＜外来医師や病院管理者の理解があるのか＞／地域での専門職との最初の対応はどうするのか／外来看護看護師の限られた時間の中で実践可能な認知症診断後支援の集点をしぼることが課題となる がケアマネジャーをうまくいかにしない場合の対応はどうするのか／地域での専門職との最初の対応はどうか／外来看護看護師の限られた時間の中で実践可能な認知症診断後支援の集点をしぼることが課題となる

認知症診断後の支援のため、＜医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感＞していた。そこでNs5は看護部長や病院長など＜病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性と病院側のメリットをプレゼンテーション＞した。加えて別ルートで＜医師から看護管理者へ認知症相談外来開設を打診＞してこれたこととスムーズに認知症相談外来を開設できた＜認知症相談外来の診察と専門性の高い看護師の事前問診により選定＞された認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職と顔なじみの関係を構築して気軽に情報交換＞をできるようにした。

＜＜医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感＞することと認知症相談外来開設への勢いが加速する。  
・認知症相談外来開設に向けて＜病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性と病院側のメリットをプレゼンテーション＞をして理解を得ることが重要である。  
・専門性の高い看護師からだけでなく＜医師からも看護管理者へ認知症相談外来開設を打診＞することと承認が早まる。  
・＜認知症相談外来の対象となる家族は医師の診察と専門性の高い看護師の事前問診により選定＞された認知症の人の家族である。  
・＜認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職と顔なじみの関係を構築して気軽に情報交換＞をすることができることが重要である。

外来看護師が診断後支援に携わるためにも外来医師や病院管理者の理解が必要である。／医師から相談を依頼されるようになるための工をかけたのか／外来看護師の限られた時間の中で実践可能な認知症診断後支援の焦点をぼろることが課題となる





表4-8 認知症診断後支援のシステムづくりの理論記述の統合と分類

分類	理論記述	ID
認知症診断後支援を必要とする 認知症の人と家族の選定	・ 認知症診断後支援は＜認知症の診断を受けた人と家族が必ず相談を受けるシステムを構築＞からはじまる。	Ns2
	・ ＜認知症相談外来の対象となる家族は医師の診察と専門性の高い看護師の事前問診により選定＞された認知症の人の家族である。	Ns5
	・ ＜医師が必要性を判断し専門性の高い看護師への相談依頼＞し、内容により＜専門性の高い看護師は介護問題・精神保健福祉士は社会資源利用の相談＞と役割分担する。	Ns1
	・ ＜認知症診断後支援システムはないが相談内容に応じて専門性の高い看護師や精神保健福祉士が流動的に対応＞する。	Ns4
	・ 認知症診断後の＜支援のきっかけは医師の依頼・問診時の様子・認知症初期集中支援チームからの継続＞が多い。	Ns3
	・ 認知症の人の家族が初めて受診する際には＜初診前の問診はすべて精神保健福祉士が実施＞していたが、認知症の診断後の人を網羅するためには＜認知症診断後支援のシステム化が課題＞である。	Ns3
医師との信頼関係を構築	・ ＜認知症の人の家族に出会うきっかけは医師・外来看護師・精神保健福祉士からの依頼＞であり、なかでも＜医師より専門性の高い看護師へ認知症の人の家族の精神的フォローや生活支援を委任＞されるケースの増加は専門性の高い看護師への信頼感の現れである。	Ns4
	・ 認知症診断後の支援は信頼関係のもとで＜医師は認知症の病態説明以外はすべて専門性の高い看護師に委任＞される。	Ns6
	・ ＜医師と専門性の高い看護師は外来で認知症の人の家族の相談役割の必要性を共感＞することで認知症相談外来開設への勢いが加速する。	Ns5
	・ 専門性の高い看護師からだけでなく＜医師からも看護管理者へ認知症相談外来開設を打診＞することで承認が早まる。	Ns5
	・ ＜医師が専門性の高い看護師にも診療の補助業務のみを期待＞する場合＜医師の許可がおりず認知症の人の家族への支援につながらない事例＞が発生する可能性がある。	Ns3
	・ ＜専門性の高い看護師が得意とする支援をアピールすることで医師の認識が変化＞して＜医師から専門性の高い看護師へ生活上の問題の相談依頼＞が来るようになる。	Ns3
	・ ＜専門性の高い看護師の支援により患者が変化するのを目の当たりにした医師の認識が変化＞することで＜医師は専門性の高い看護師を全面的に信頼して意見を尊重＞することにつながる。	Ns6
自身の活動に裁量権がある	・ 認知症診断後支援を実践するためには＜外来業務に縛られず依頼に応じて臨機応変に対応できる立場＞が適している。	Ns1
	・ 本務として認知症に関する＜相談を受けるには自身の裁量で活動できる立場が必要＞であり、＜固定の所属から解放されることで時間を確保＞するための配置転換を検討する必要がある。	Ns6
	・ 認知症診断後支援を実践するためには＜病院の管理職の理解を得て病院内外を自由に活動できる立場＞が望ましい。	Ns4
	・ ＜認知症診断後の専門的支援がない空白の期間に危機感＞をもつことで、＜専門性の高い看護師が認知症診断後支援システムを発案＞する原動力となる。	Ns2
認知症の相談業務の院内での 位置づけを明確化	・ 所属の業務の傍らで＜ボランティア的に受けていた認知症に関する相談を本務として明確化＞する必要がある。	Ns6
	・ 認知症相談外来開設に向けて＜病院の管理者へ専門性の高い看護師による認知症相談外来開設の必要性和病院側のメリットをプレゼンテーション＞をして理解を得ることが重要である。	Ns5
	・ 認知症に関する相談を無報酬のボランティア的な活動ではなく＜自身の活動を診療加算に位置付ける＞ことも重要である。	Ns6
地域の専門職とのパートナー シップの構築	・ 地域の専門職との良好な関係を基盤とした＜認知症の人の家族を地域の介護サービスにつなげるためのバックアップシステム構築が重要＞である。	Ns6
	・ ＜認知症の人の家族への継続的な支援には地域の専門職との協力が不可欠＞であるため＜地域の専門職と顔なじみの関係を構築して気軽に情報交換＞をできることが重要である。	Ns5
	・ 認知症診断後支援においては＜周辺市町村の認知症ケア介護サービス情報など基本的な知識の習得＞をして、＜地域の専門職との緊密な連携によりスムーズな介護サービス導入＞ができるようにすることが重要である。	Ns2
	・ 普段から＜地域の専門職と相互に知識と技術を提供＞して関係を深めることで、＜認知症の人が在宅生活を継続するための方針を地域の専門職とともに決定＞できる体制をつくる。	Ns4
	・ 認知症の人が＜介護サービスを利用している場合はケアマネージャーを優先して必要時フォロー＞することで混乱を避ける配慮も必要である。	Ns4
	・ 病院内での活動だけでなく＜地域の専門職との連携により介護サービス利用を躊躇する家族をサポート＞する。	Ns3
	・ ＜地域の専門職や高齢者から指名を受けて認知症の相談を実施＞して貢献することで＜地域の専門職と気軽に依頼できてすぐに対応してくれる関係＞構築につながる。	Ns6
外来看護師の相談時間確保の 困難	・ ＜外来看護師は切れ目のない小刻みな業務に追われじっくり相談を受けることは困難＞であることが課題である。	Ns4
	・ 現状では専属の＜外来看護師は膨大な業務に埋没し相談時間の確保が困難＞である。	Ns1
	・ 裁量権のない＜外来看護師は多忙で認知症の人や家族と話す時間の確保が困難＞である。	Ns3
	・ 近年の＜外来看護師数の削減による認知症診断後支援への関与の困難＞が課題である。	Ns2
	・ 専門性の高い看護師が認知症診断後支援を＜経験の浅い外来看護師などと一緒に活動して成功体験を積むことで成長を促進＞することにつながる。	Ns4

表4-9 Ns1の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際SCAT分析表（分析例）

ID	番号	枝番	発話者	テキスト	(1) テキスト中の注目すべき語句	(2) テキスト中の語句の言い換え	(3) 左を説明するようなテクニカルな概念	(4) テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	<5> 疑問・課題
Ns1	102		Ns1	Ns1:何か、やっぱり自信が無いかな、本当にこれで良いのかなって、やっぱり手探りとか、迷いながら色々やっちゃっていいじゃないか、そういうことは良いよねっていう、良いところは良いとお伝えして、何故良いのかも込められてお伝えしつつ、まあその他の工夫としては、こういうことはどうだろうかっていうことを、ちょっと話し合いながら... でせーねー	自信が無い これで行くのか 手探り 迷いながらも試している 良いところは良いとお伝えていく	心もどかない わからない 開き 戸惑いながら試している できていることを肯定する	暗中模索の行為 応援 支持	暗に模索の介助に対する保証	
Ns1	112		Ns1	Ns1:その時はその時でお話をするとすけど、やっぱり先生多分忙しいっていうイメージがあるの、10伝えたところを、10伝えられたら良かったら、そうじゃないと思うんですね。だから事前にある程度、伝えて欲しいっていうこともあったみたいで、結構そういうケースは多いかもしれないです。受診話に向けて先生にこういうことを知っておいて欲しいっていうところで、お電話いただいたりとか、そういうのは多いかもしれないですね。	先生多分忙しい 事前にある程度 知っている 先生にこういうことを知っていて欲しい	医師は長い話を聴く時間がない 印象 受診前に大體のことを 医師に事前情報を入れてほしい	多忙な医師 事前に概要を情報提供	医師へ生活の様子を整理して情報提供することへの配慮	
Ns1	125	2	Ns1	Ns1:その時には、名刺と連絡先をお渡しして、今すぐショックで、やっぱりいろいろ説明をした後だし、その他の事に悩まなければならぬんですよ、もうシャワー気分持たせて一杯だったし、結構何かお困りなことありましたからって聞いちゃったんですけど、今はおやつと思えばいいんじゃないですか、やっぱり多いので、その後、何かあった時の相談先を明確にして、名刺を渡したりして何かあれば、いつでも連絡がなきゃいけないという形、お帰りの頃にごめんなんですけどね。	名刺と連絡先 お渡しして 今はちょっと悪い気はない 何かあった時 相談先を明確にして	相談先を書いたもの 口頭ではなんでも持たせる 相談するために相談ごとがあったとき 相談したいことがあったとき 連絡できる窓口を知らせる	相談窓口的明確化 相談ごとが生じた場合	相談窓口的明確化により必要時いつでも対応	
Ns1	158		Ns1	Ns1:なんか無理なくしゃべろうって、日常生活の中で、進行を少しでも抑えられようとか工夫をしようって一縷に話をしたりして、提案したりとかはいしています。あの良く使うのが、新聞を読まれる方、新聞読みますか? っていう話をして、いやいや聞くというところであれば、時々あの裏に出て記事を読んで下さっているって、音読をする、音読使わない暇の部分が生きてくるので、そいいうのだっただけでできませんか? っていうこと、あつてくれぐれいだいたいねわっていうことで、無理な日常生活の中に少し新しいものを取り入れてもらえようかな、工夫をしようってお話の中でしょね、はい、提案させていただきますね。	日常生活の中で 進行を少しでも抑えられる 工夫 提案したり 新聞 意識	簡単な 普段の生活でできること 認知症の症状が進むのを遅らせる 少し変える 毎日の読むの 声に出して読む 少し変わったことをやってみる	認知症進行予防 生活習慣に取り入れる	認知症進行予防のため無理なく生活に組み込む活動の提案	
Ns1	199		Ns1	Ns1:それらの機会にご家族と今度だったらそれを選ぶ方がいいの話を話し合うきっかけにして下さいっていうこと、後も少し、準備性ですね、やっぱり準備性大事なの、考えてみたと思うのであれば、もう少し人生の最終段階、どこで、どのように過ごしたいのかで、誰に決めてほしいのか。その人に決めてほしいことを伝えていくの、っていう本今の導入部分ですよ。はい、代理意思決定者を確定していくところまでですけど、せめてでしようということまででよくと、いざいざ時にご家族も困らないんじゃないでしょうか、むしろ元氣なうちににしよう、これは考え方はどうでしょう? っていうお話をさせていただきます。	準備性大事 人生の最終段階 どのように過ごすのか 誰に決めてほしいのか 代理意思決定者を確定 いざいざの時 困らない 元気なうち	将来のことを考える必要がある 終末期に望む医療 終末期の生活 選択をゆだねる人 終末期になったときに 備えてない 自分で決められるうち	終末期医療への希望 当事者の希望を把握 意思表示が可能な時期	終末期への認知症の人の希望を認識	終末期に対するイメージが 認知症の人や家族のなかで それぞれ違っている可能性 がある/具体的な例を示す などイメージの統一が必要
Ns1	288		Ns1	Ns1:やっぱりたくさん情報はあふれているので、ご家族の方だけが勉強されたりとか、知識はたくさんもお持ちだと思うんですけど、それでかえって不安になったりとか、することもあるんだろ? うんって思うと、その辺もね、サポートしていただく必要あるんだろ? うんって思いました。	知識はたくさんもっておりすぎる サポートしていく必要	膨大な情報 玉石混濁 整理/精選	認知症に関する玉石混濁の情報 の精選	認知症に関する玉石混濁の情報 の精選	<5> 疑問・課題

[illegible]

診断後支援を必要とする認知症の人と家族は、医師の診断時や事後のアンケートで不安が強い本人、家族に相談対応とする。  
 ・相談窓口の明確化により必要時いつでも対応することと伝えてく相談しやすい関係をつくる。  
 ・すでに介護サービスを利用している場合には、他の専門職との相談窓口の整理を行って混乱を防ぐ。  
 最初の面談時では相談ごとがなくても認知症とともに生活する中で湧き上がる疑問にタイムリーに対応できるようにする。  
 ・看護師が、医師へ生活の様子を整理して情報提供する橋渡しとなりスムーズな受診につなげる。  
 ・認知症の初期には、認知症進行予防のため無理なく生活に組み込む活動を提案する。  
 ・家族に対して、暗黒模索の介入に対する保証を生活に組み込むことを自信をもたせる。  
 ・認知症に関する玉石混濁の情報提供の精選として、専門家として認知症の人の現状分析に基づく不安の払拭を安心してさせる。  
 ・家族内のお互いへの不満など、各家族員の心情の吐露を助け認識のズレを調整する。  
 ・認知症進行による負の側面を知る必要と苦痛を考慮しながら介入する。  
 ・将来の介護サービス利用に向けた心の準備のために具体的なサービスの説明する。  
 ・認知症時にスマートフォンを作成して終末期への認知症の人の希望を確認できるように工夫する。

あまり良くない介護を行っていた場合にはどのように対応するのか／不安の内容は具体的にどのようなものか／家族の長年の関係性や問題の内容により看護師だけでは対処が困難な場合もある／認知症の診断を受けて間もない時期に終末期のことを考えることは可能なか／認知症の人や家族の心理状態に応じて慎重に進める必要がある／終末期に対するイメージが認知症の人や家族のなかでそれぞれ違っている可能性がある、具体的な例を示すなどイメージの統一が必要／現状ではサービスが必要ないと思っている認知症の人や家族は将来のサービス利用の話を受け入れられるのか／認知症の負の側面を伝える際には認知症の人の家族は特に初期では認知症の進行予防を求めているため非常に重要な点である／認知症に関する情報が増大になりすぎる傾向は利用者のなかで、認知症の負の側面を伝える際には認知症の人の家族は特に初期では認知症の進行予防を求めているため非常に重要な点であるのか／身近な経験者は負の情報はなくはなく対処法などの情報はあったのか、

表4-10 Ns2の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際SCAT分析表（分析例）

ID	番号	枝番	発話者	テキスト	(1)テキスト中の注目すべき語句	(2)テキスト中の語句の言い換え	(3)左を説明するようようなアグリス外的概念	(4)テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	(5)疑問・課題
Ns2	53		Ns2	Ns2: だぶん皆に出来てはいる歌ではないとは思ってますけど、やっぱり患者さんがすごくて悩んでいるから、家族がすごく困っているのか、その部分ではまず全部吐き出さない、こっちが何を言っても多分受け入れないだろうなっていうのがある。	患者さんが凄く悩んでいる 家族が凄く困っている まず全部吐き出さない こっちが何を言っても多分受け入れない	認知症の人にとっても不機嫌な家族だと苦しい とわかってはいるけど苦しい 看護師の話はおそろしく気持にいらぬ	認知症の人や家族の負の感情を否定せずに全て受容 新たな情報を受けて入る余地		
Ns2	74		Ns2	Ns2: 診療報酬で4月から療養生活継続支援加算っていうのが始まって、面談をして、計画書を作ってもらってそれを患者さんや家族と共有して、関係機関と連携して診療報酬がつくっていう、まさに今まで私たちやがやってきたようにどこに診療報酬が付き始めたんですよね、精神科の通院何とかが加算っていうのを取っている方には全員取れるっていうところや、認知症にもないんですけど、計画書のなかには全員の目標とか、将来の希望みたいなものが載って、それを口裏にだして聞かれる方にはなかった、フォーメットはも自分たちで作ったもので、あの一般でそそ入れ込むっていう意図もあって、この先どう暮らしたいかなどか。	診療報酬の療養生活継続支援加算 面談をして計画書を作ってもらってそれを患者さんや家族と共有して、関係機関と連携して診療報酬がつく 精神科の加算 本人の目標とか将来の希望みたいなものが載って それを口裏にだして聞かれる方にはなかった この先どう暮らしたいかなどフォーメットに入れた	新たな診療報酬制度が導入された 患者さんと面談して計画書作成し、関係機関と連携することで診療報酬がつけられる 精神科に通院していることや将来の希望を記載することによって聞かれる診療報酬により将来について聞きやすくなった 将来どのように生活していきたいかを必ず聞く項目として欄を設けた	新規の診療報酬制度を活用 認知症の人の将来への思いを確認し、制度活用により将来の生活への思いを必ず聴取	認知症の診断直後から将来の希望を聴取する際に対象者に戸惑いは生じないのか	
Ns2	88		Ns2	Ns2: ご家族は、やっぱり介護が大変だし、もう早く施設に入らしてほしいとか、施設に何でも良いから入れてほしいと言っているが、ご本人の意見の乖離が凄く悪い場合もあります、昔すごい仕事にいらしたから本人が家に居たいというんだったら私はなるべく家で見てみたいんですけど、やっぱりこれまでの関係性による。	ご家族 早く施設に入ってほしい ご本人の意見の乖離が凄く悪い 大事な事にしてもらってほしい 昔でもお世話になったからできるだけ在宅介護を続けたい 昔からの家族関係が影響する	家族は在宅介護の限界を感じて施設を希望 本人は在宅を希望している意見が分かれている 昔でもお世話になったからできるだけ在宅介護を続けたい 昔からの家族関係が影響する	本人と家族の要望の乖離 本人の希望を尊重する家族 長い家族の歴史が影響	家族の長年の関係性や問題の内容により希望所だけでは対応困難な場合もある 多職連携が必要である	
Ns2	91		Ns2	Ns2: うちもすごく居場所が無くて、本当に困っているんですけど、例えば介護予防教室とか、通まないとめには通って体を動かして心細い寝れがこの気持ちに合いませんよっていうお話をし、じゃあ体を動かすようなところに行ってみませんかとか、中にはまだ60代、70代とかだと、まだ働きたいんですけど、やっぱり働く人がいて、何か支援があればよと働けそうかなんていうような就労希望の人は、福祉就労とか、そこののについて精神の方あるんですけど、PSWが福祉就労の食事を調理するのをお願いして精神の方の居場所づくりというところから始めたんですけども、認知症の方でも人へ受け入れをもらったりだしして、でも、もうちょっと、この色んなものがあっても通べる方がいんだろなと思って、やっぱり数は限られていてます。	居場所が無くて 本当に困っている 体を動かすようなところ 60代、70代とか働きたい 福祉就労したい PSWが福祉就労の食事調理するのをお願いして精神の方の居場所づくり 色んなものがあっても通べる方が多い やっぱり数は限られています	介護サービスの必要がない認知症の人の通える場所がなくて昔がゆい 地獄で実施している体操教室などを紹介 年齢が若い人をしてよりまだ仕事をしてほしい 本格的な仕事をしてほしい PSWが認知症の人が働ける食事を調理する たくさん通える場所があつてほしい 通える場所は少ない	認知症の初期や若年性の人が利用できる施設 認知症の初期や若年性の人は就労専門職が開発した福祉就労施設は通った居場所として重要 福祉就労など複数の選択肢が必要 介護保険サービス以外の施設が必要	認知症の初期や若年性の人に通じた福祉就労等の増設が必要 あるのか	
Ns2	102		Ns2	Ns2: 生活で何が困っているかについては、まず聞いた方がいいっていうのう、その困りごとを解決するため、将来困った時にはここに相談するっていうのだけは最低限お話しの方がいいかなって思っています。	生活で何が困っているか まず聞いた方がいい 将来困った時にはここに相談する 最低限お話しの方がいい	認知症の人の家族が日常生活の中で困っていることはあるか 最初に質問して確認した方がいい 今後大変なことが発生した時に相談する窓口 それだけでも伝えたい方がいい	最初に認知症の人の家族の日常生活上の困難の確認 困難発生時の相談窓口だけでなくも伝え	最初に認知症の人の家族の日常生活上の困難の確認	
		枝番	発話者	テキスト	(1)テキスト中の注目すべき語句	(2)テキスト中の語句の言い換え	(3)左を説明するようようなアグリス外的概念	(4)テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	(5)疑問・課題

[illegible]





表4-13 Ns5の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際SCAT分析表(分析例)

[illegible][illegible]

表4-14 Ns6の認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際SCAT分析表（分析例）

ID	番号	枝番	発話者	テキスト	(1)テキスト中の注目すべき語句	(2)テキスト中の語句の言い換え	(3)左を説明するようなテキスト外の概念	(4)テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	(5)疑問・課題
Ns6	40		Ns6	G: ご夫婦でいらしても心配だなとか、結構旦那さんが介護してる場合合ありサービスを導入しないことが多いんじゃないかっていうので旦那さんに了解もらって、旦那さんについてで連絡してもらったとか。	G: ご夫婦でいらしても心配だなとか旦那さんが介護してる場合合ありサービスを導入しないことが多いんじゃないかっていうので旦那さんに了解もらって、旦那さんについてで連絡してもらったとか。	高齢夫婦だけで受診されると介護力が低いと感じる 特に主が介護者の人々には介護サービスにつながりにくい その場で地域専門職に連絡して旦那さんについてで連絡してもらったとか	高齢夫婦・夫介護者は介護力が脆弱 地域専門職にすぐに連絡	介護力が脆弱な高齢夫婦と夫介護者にはすぐに介入 例はあるか	
Ns6	43		Ns6	G: 結構地域に名前が知られてきているので、患者さん側から言うてくることがあって、Gさんを呼んでますってもう医事課から呼ばれるので、分かりましたって言うて行くこともありますね。	結構地域に名前が知られてきている患者さん側から言うてくることある Gさんを呼んでますって医事課から呼ばれる	病院外にもCNの名前が認知されている 受診した認知症の人や家族のほうからCNを指名してくることがある 受付からCNに連絡が入る	地域の専門職からの知名度が上っている 受診時から認知症の人や家族から指名されて相談実施	地域の専門職の紹介により相談を希望して受診	地域の専門職にどのように知られていったのか
Ns6	70		Ns6	G: ご家族やっぱよく見る方と逆に悪く見過ぎる方という、いらっしゃるの、ご家族も夫婦とかなで、何かよくお互いにならなくて微妙で客観的にやない、実はご夫婦とかなでってことについていう事例も結構多かったりもしたもので、ご夫婦とかがいてる時、後視子二人、介助者が一人しかいない時は特に要注意で見てますね。	家族やっぱよく見る方逆に悪く見過ぎる方という 夫婦とかなでと客観的にやない 実はご夫婦とかなでってことについていう事例も結構多かったりもしたもので、 介助者が一人しかいない時は特に要注意	家族は認知症の人のことを過大評価するが過小評価する一方がある 各観的評価と一致しない 家族はさきで言うともう実際は大変なことになっていくこともある 特に介護者が一人だけの場合は注意して見ていく必要がある	家族の認知症の人への主観的評価は客観的評価とズレが生じやすい 介護者が一人しかいない場合は要注意	家族から見た認知症の人への評価と事実とのズレに注意	家族の認識のズレをどのように伝えて修正していくのか
Ns6	74		Ns6	G: 本人の話をとにかく聞いてって、私は看護士さん昔お話を聞いて、そっか何かをやったあけたいっていう思いはある人達だと思ってるので、話を聞く時間さあれば、何か気付くんじゃないかな？っていうところもあるの、外來でもとにかく本人が言ってるでますか？っていうのをまず聞くので、本人の話を、本人が何に困ってるか？何ができていて何に困ってるんだろ？っていろいろを聞いてあげてほしいっていろいろとこうですかね、それが一番きつかけづくりにはなると思うので。	本人の話をとにかく聞いてって話を聞く時間さあれば何か気付くんじゃないかな話をやる時間を作る 本人が何に困ってるか？何ができていて何に困ってるんだろ？一番きつかけづくりにはなる	認知症の人の訴えを積極的に聞ける機会があればサポートすることがわかる 認知症の人がどんなことに困難を感じているのか どんなことは大丈夫なのか 支援関係を築く入口になる	認知症の人の話を積極的に傾聴し支援の糸口を見出す	認知症の人の話を積極的に傾聴し支援の糸口を把握	
Ns6	77	2	Ns6	G: 結構私、家族さんに名前を渡すんですけど、名前にメールアドレスを一つ、病院のがあるで、書いてるんですけど、そのメールアドレスに結構、家族さんからメールが来るので、今まで良かったんですけど、誰も聞いてくれないとか、もう本当にその認知症の人はこういう人だったからっていうことも詳細に書いて、話を持って来たとか、多分、言えない家族の。	家族さんからメールが来る今まで良かったんですけど誰も聞いてくれないとか多分、言えない家族の	家族からの相談は今までの辛い体験について誰にも話さず一人で抱え込んでいたこと 認知症について誰にも相談できなかった家族の思いが溢れる	認知症について相談できる場がない 家族の苦悩 家族の辛い体験の受け止め	認知症について相談できる場がない 家族の辛い体験を受容	
				テキスト	(1)テキスト中の注目すべき語句	(2)テキスト中の語句の言い換え	(3)左を説明するようなテキスト外の概念	(4)テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	(5)疑問・課題

ストリーリー・ディメン	<p>認知症診断後支援を必要とする認知症の人の家族の見極めのポイントとして、＜介護力が脆弱な高齢夫婦や介護者がしくは十分に介入し＞るようになっている。そして、連絡先が書いてある名刺を渡して＜相談窓口を明確化する＞ことで家族から直接連絡＞を取れるようにしていた。面談においては＜認知症について相談できる場がない家族の辛い体験を容受＞すことで立ちながら話す家族も少なくなかった。しかし、＜家族から見ると認知症の人への評価と事実とのズレに注意＞して専門職として客観的に評価する必要がある。そして、多忙な業務のなかで＜時間を確保して＞＜認知症の人の話を積極的に傾聴して支援の糸口を把握＞することを看護師の役割として重要視していた。また、＜認知症外来受診を躊躇する認知症の人の家族のために事前相談を実施＞して＜地域・地域の専門職の紹介により相談を希望＞する事例も増えていた。</p>
理論記述	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の診断時に＜介護力が脆弱な高齢夫婦や介護者には十分に介入し＞る。</li> <li>・名刺を渡すなど＜相談窓口を明確化する＞ことで家族から直接連絡＞を取れるようにする。</li> <li>・面談時は＜認知症について相談できる場がない家族の辛い体験を容受＞することで家族の感情を表出させる。</li> <li>・＜家族から見た認知症の人への評価と事実とのズレに注意＞して客観的に評価する必要がある。</li> <li>・多忙な業務のなかでも、面談時間を確保して＜認知症の人の話を積極的に傾聴して支援の糸口を把握＞することが重要である。</li> <li>・＜認知症外来受診を躊躇する認知症の人の家族のために事前相談を実施＞することで＜地域・地域の専門職の紹介により相談を希望＞することが可能になる。</li> </ul>
さらに追究すべき点・課題	<p>老々介護と介護者以外の介護力の脆弱さを危惧する例はあるか／家族の認識のズレをどのように伝えて修正していくのか／直接連絡に対応できるためには時間の確保と裁量権が必要であるか／地域の専門職にどのような役割を知られているのか／受診を拒否する認知症の人に対してどのようにアプローチするか／家族相談できない原因の一つに認知症に対する周囲の偏見があるのか／家族にも認知症に対する負のイメージがあるためであるのか。</p>



表4-15 認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際の理論記述の統合と分類

分類	理論記述	ID
不安の強さや家族の介護力などから相談の必要性を見極める	・ 認知症診断後支援を必要とする認知症の人と家族は<医師の診断時や事後のアンケートで不安が強い本人・家族に相談対応>する。	Ns1
	・ 認知症の診断時に<老々介護や独居など介護力が脆弱で困難が予測される場合に相談を実施>するとともに、<男性介護者は他者の援助を受け入れず抱え込む傾向>があるためつながりをもつ。	Ns5
	・ 認知症の診断時に<介護力が脆弱な高齢夫婦や夫介護者にはすぐに介入>する。	Ns6
	・ 無関心に見える家族では<割り切って淡泊だが理解度に疑問>もつ場合、<認知症の人への思いが強く否認>がある場合、<知識が豊富なため説明への反応が希薄>になる場合など背景が多様である。	Ns4
	・ 問診時の<認知症の人の生活史情報の多寡は熱心さの判断材料>として<非常に熱心または無関心など両極端な家族は相談対象>として認知症診断後支援を行う。	Ns4
相談窓口の明確化と積極的な声かけによる相談しやすい関係の構築	・ 非常に熱心な家族には<知識としての理解と受け止める感情の不一致>や<認知症の人への思いが強く激しく動揺>がある場合に介入する。	Ns4
	・ 名刺を渡すなど<相談窓口を明確化>することで家族から直接連絡>を取れるようにする。	Ns6
	・ タイムリーな支援のためには<相談窓口を明確化>していつでも直通電話で対応>できるようにする。	Ns4
	・ <相談窓口の明確化により必要時いつでも対応>することを伝えて<相談しやすい顔なじみの関係>をつくる。	Ns1
	・ <認知症外来受診を躊躇する認知症の人の家族のために事前相談を実施>することで<地域の専門職の紹介により相談を希望して受診>することが可能になる。	Ns6
	・ すでに介護サービスが入っている場合には<他の専門職との相談窓口の整理>を行って混乱を防ぐ。	Ns1
	・ 認知症外来の看護師による相談の他に<地域の専門職に適宜相談窓口を委任>するなど<認知症の進行に伴う困り事への相談窓口を明確化>する。	Ns2
	・ <認知症を意識しない何気ない楽しい会話>で<受診時には必ず声をかけ相談窓口として認識してもらいつながりを継続>する。	Ns3
	・ 対象となる家族との面談時は<看護師から積極的に接近して時間の余裕とユーモアで気軽さを演出>して<家族の希望に応じた相談しやすい環境設定>することで抵抗なく導入できる。	Ns4
	・ 認知症の人の家族が<困難を抱えていると察知したら躊躇なく声をかけて顔なじみの関係構築>する。	Ns3
	・ 多忙な業務のなかでも面談時間を確保して<認知症の人の話を積極的に傾聴して支援の糸口を把握>することが重要である。	Ns6
	・ 認知症を<身内の恥と耐え忍ぶ家族への繰り返し案ずる姿勢>をみせることで心を開いてもらう。	Ns2
	・ <家族が認知症の人に対して抱えている感情の表出を支援>するためには、初対面時に焦ることなく時間をかけて徐々に信頼関係を構築することで家族が本心を吐露>できるよう関わる。	Ns4
	・ 相談しやすい環境を作るために、<困ったときにはまず外来看護師に相談するよう推奨>し、<自分のことを気にかけてくれる顔見知りの看護師がいる安心感>をもてるよう外来受診時には必ず笑顔で挨拶をする。	Ns5
	・ 最初の面談時には相談ごとがなくとも<認知症とともに生活する中で湧き上がる疑問にタイムリーに対応>できるようにする。	Ns1
	・ 相談窓口の明確化により<問題発生時に認知症の人や家族が相談先を想起>できる。	Ns2
診断直後の認知症への負のイメージの払拭	・ 徘徊や暴力など<認知症の人や家族の認知症に対する負のイメージを払拭>できるような説明をする。	Ns5
	・ 認知症の診断を受けるショックの背景にある<家族の認知症に対する羞恥心などの負の価値観の転換>をはかる。	Ns4
混沌とした現状を整理して橋渡しや将来を見据えた情報提供	・ <認知症進行による負の側面を知る必要性と苦痛を与える懸念>を考慮しながら介入する。	Ns1
	・ <認知症に関する玉石混淆の情報精選>して、専門職として<認知症の人の現状分析に基づく不安の払拭>をして安心させる。	Ns1
	・ 異変があっても予約日まで受診できないといった<認知症の人の家族の予想外の思い込みの払拭>が必要である。	Ns3
	・ 心の準備ができるよう<認知症の進行とともに変化する本人と家族の思いに寄り添い少し先の情報提供>をする。	Ns5
	・ <過去の支援事例から様々な可能性を提示>しながら<家族が認知症の人の現状を理解して少し先をイメージできる説明>をすることで混乱を回避する。	Ns4
	・ <将来の介護サービス利用に向けた心の準備>のために具体的なサービスの説明する。	Ns1
	・ <介護サービス利用を躊躇する家族が実際をみることで前向きに変化>できるよう見学などをサポートする。	Ns3
	・ <最初の面談時>に<最期の時>についての話し合いは信頼関係と十分な説明が重要>であるため慎重にタイミングをはかる。	Ns5
	・ 面談時に<フォーマットを作成して終末期への認知症の人の希望を確認>できるように工夫する。	Ns1
	・ <診療報酬制度を活用した認知症の人の将来の生活に対する希望の聴取>により支援の見通しを立てる。	Ns2
	・ 看護師が<医師へ生活の様子を整理して情報提供する橋渡し>となりスムーズな受診につなげる。	Ns1
認知症の人の家族のありのままを支持	・ <認知症の人の頻回な相談やまとまりにくい思考もひたすら傾聴>して受け止めて、<医師よりも気軽に話せる看護師は橋渡し役>として機能する。	Ns3
	・ <家族の相談内容を看護師が整理して医師へ伝達>するなど橋渡しをする。	Ns2
	・ 認知症の人と家族が受診するまでの気持ちに配慮して<医師をはじめ病院全体の職員が患者を労う風土>が大切である。	Ns3
	・ 面談の際は<認知症の人と家族の負の感情を受容して支援が入る余地を確保>するとともに<認知症の人の正の感情を引き出すための多角的な情報収集>を心がける。	Ns2
	・ 面談時は<認知症について相談できる場がない家族の辛い体験を受容>することで家族の感情を表出させる。	Ns6
	・ 家族に対して<暗中模索の介護に対する保証>をして自信をもたせる。	Ns1
	・ その家族らしく無理のない介護の継続のため<教科書的な介護方法を押し付けず各家族のありのままを支持>する。	Ns5
認知症の人と家族との関係を調整	・ 家族内のお互いへの不満など<各家族員の心情の吐露を助け認識のズレを調整>する。	Ns1
	・ <長年の家族背景を考慮した各家族員への臨機応変な対応>により家族関係の調整を行う。	Ns2
多職種連携により認知症の人の家族との適度な距離感を保持	・ <家族からみた認知症の人への評価と事実とのズレに注意>して客観的に評価する必要がある。	Ns6
	・ 認知症の人と家族の<共倒れを防ぐため家族自身の心身が安定することが重要>であることを伝える。	Ns5
	・ 看護師は<家族員それぞれの複雑に絡まった思いを解きほぐす潤滑油>として機能する。	Ns5
	・ 家族に過度に依存されるなど<看護師が単独で抱え込むリスクと多職種との連携の必要性>を考慮する。	Ns5
生活状況を把握して介入タイミングと具体策を検討	・ <最初に認知症の人と家族の日常生活上の困難の確認>することが重要である。	Ns2
	・ <外来受診時の家族の様子やさりげない会話から疲労度の観察>をしながら、家族が相談する意義を感じられるよう<看護師は支援経験に基づく知識や対処法を伝えることができる利点を示唆>する。	Ns5
	・ 継続的な関わりにより<認知症の進行による介護サービス導入タイミングの見極め>を行う。	Ns2
	・ <生活の継続のため<生活史から現在の衣食住まで生活状況を把握して改善点の提案>する際には<家族との信頼関係が基盤>にあってこそ失敗を恐れず最善のケアを追求>できる。	Ns4
看護師の弱みも隠さずともに歩む姿勢 認知症の人のもてる力に着目	・ <看護師でも分からないことは素直に認めて共に考えて対応>することで関係を深める。	Ns3
	・ <家族が認知症の人に負の印象を持たないように配慮した相談>を心がけ<認知症の人の強みやもてる力を支持>する。	Ns3
	・ 相談時は<認知症の人の表情など非言語的コミュニケーションに着目して意思疎通>を試み、<認知症の人がうまく表現できない変化や困難を看護師が解釈>して辛さを受け止める。	Ns5
	・ <認知症の人の不可解な行動をその人らしさの視点から再考して対応を工夫>し、<多少の危険も引き受けて認知症の人が満足できる生活を継続>できるように家族と一緒に考える。	Ns5
	・ 認知症の初期には<認知症進行予防のため無理なく生活に組み込める活動を提案>する。	Ns1
初期や若年性認知症の人の居場所づくりの必要性	・ 近年増加傾向にある<若年性認知症の人の居場所として病院で認知症カフェを開設>することも必要である。	Ns3
	・ <認知症の初期や若年性の人に適した福祉施設等の増設が必要>である。	Ns2
	・ <共通の体験を持つ当事者同士の情報共有や共感こそが強力なエネルギー源>であるため<当事者同士の自主的な関係構築を脇役として支援>する姿勢が重要である。	Ns3



## 第 5 章 総括

### 第 1 節 研究の総括

本研究は、認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要とする支援と認知症診断後支援における外来看護師の役割を明らかにすることを目的とした。そのために第 2 章から第 4 章にかけて 3 つの研究を実施し、明らかになったことは以下の通りである。

#### 1. 認知症の人の家族が認知症の診断を受けてから介護サービス等を利用するまでの期間に必要とする支援

第 2 章の地域住民を対象とした研究では、認知症の人の家族介護者は身体障がいのある人の家族介護者と比較してフォーマルな支援もインフォーマルな支援も受けている割合が高いが、介護負担度が強く、特に介護が必要となった状況への否定的な感情が強い傾向にあった。この結果より、認知症の人の家族介護者の介護負担は現在受けている支援では軽減できていない可能性が示された。

第 3 章の認知症の人の家族を対象とした研究では、認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験について明らかにして必要な認知症診断後支援を検討した。その結果、認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験における等至点は「認知症の人に合ったサービスを利用できることで生まれる心の余裕」という状態であった。これは認知症の人の家族にとって何らかの介護サービス等につながるものが等至点ではなく、つながった介護サービス等が認知症の人に適しており穏やかに利用できる状態となって初めて心の余裕が生まれることがわかった。

等至点に至るまでには重要な 2 つの分岐点があり、1 つ目は認知症の診断後に介護サービス等をすぐに利用できたかどうかであった。認知症の診断後すぐに介護サービス等を利用できた対象者のほうが、大きな混乱がなく等至点に到達することができた。そして、介護サービス等をすぐに利用できたか否かの分岐点に影響を与えたのは、認知症診断直後の主治医からの介護保険サービスの積極的な勧めの有無であった。このような介護サービス等の情報提供は、主治医に限らず看護師にも可能であるため積極的な介入をしていく必要があると考える。しかし家族によっては、認知症の人の症状が軽度のうちはまだ介護サービス等は必要ないと判断し、予防活動や体操教室など気軽に参加できる居場所を求めている。これらは介護保険サービスなどフォーマルな支援ではなく、インフォーマルな支援に近いものであった。そのため、認知症の人の症状や家族のニーズに応じて、地域住民によるインフォーマルな支援体制も必要であることがわかった。このように対象者が求める情報や支援は、認知症の人の症状の進行とともに変化しており、状況に応じたタイムリーな介入が重要であった。

2 つ目の重要な分岐点は、信頼できる専門職との出会いであった。認知症の人の家族にとって信頼できる専門職の特徴は、よく話を聴いてくれて、要望にそって迅速に対応してくれる者であり、今回の結果ではケアマネジャーと主治医が該当した。こうした信頼できる専門職の存在により認知症の人の家族は心理的安定を得ていた。しかし、認知症の人の家族からは看護師との関わりについての語りは聴かれなかったことから、認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの期間の看護師の役割について明確にする必要があった。

第 4 章の認知症診断後支援の実践経験のある専門性の高い看護師を対象とした研究では、認知症診断直後から専門性の高い看護師が認知症の人の家族に対して実践している支援の現状と課題に着目した。ここでは、認知症診断後支援のシステムづくりと認知

症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際が明らかとなった。

認知症診断後支援のシステムづくりについては、初めて認知症の診断を受けた人と家族すべてを対象とした診断後支援システムを確立している認知症外来は少ない状況にあった。しかし、専門性の高い看護師は、認知症診断後支援を必要とする認知症の人の家族を見逃さず選定する仕組みを作っていた。そこでは、医師との信頼関係を構築し、病院管理者に働きかけて自身の活動の裁量権を獲得することで多様な支援を可能にしていた。また、地域の専門職とのパートナーシップを構築して診断後支援のバックアップ体制を作り、認知症外来から地域への継続的な支援につなげていた。

認知症の人の家族に対する認知症診断後支援の実際では、専門性の高い看護師が最も重視していたのは、診断後支援の対象となる認知症の人の家族と早期に出会い信頼関係を構築することであった。そのために家族の介護力などから相談の必要性を見極め、専門性の高い看護師が相談窓口であることを明確化し、外来受診のたびに積極的に声をかけて関係づくりに努めていた。ここで信頼関係ができることで、認知症の人の家族は誰にも打ち明けられなかった心情を吐露することができた。そして専門性の高い看護師は認知症の人の家族を取り巻く混とんとした状況を整理して将来を見据えた情報提供をし、家族のありのままを支え、家族関係の調整をはかっていた。こうした専門性の高い看護師の関わりは、第3章の認知症の人の家族を対象とした研究で明らかとなった信頼できる専門職の特徴である、よく話を聴いてくれて要望にそって迅速に対応してくれるというものにも合致する。

また認知症の人の家族が求める支援は、認知症の人の症状の進行とともに変化しており、状況に応じたタイムリーな介入が重要であった。例えば、診断時に認知症の症状が軽度である場合、その時には相談の必要性を感じない家族もいる。しかし専門性の高い看護師は、相談ごとがないときから家族との信頼関係の構築と継続的なつながりを重視していた。それは看護師の強みである医療と生活の両方の観点から、認知症の進行に伴う生活への影響を予測しながら認知症の人と家族の様子を継続的に観察し、異変の有無を見極め、いつでも介入できるようにするためである。そして認知症の人の家族側からも、困難を感じた場合にはすぐに相談ができるようにつながりを持ち続けることが重要であった。これらの関係づくりが適時、適切な認知症診断後支援を実践する鍵となると考えられる。

専門性の高い看護師は、初期の認知症や若年性認知症の人の特徴をとらえた支援も行っていた。それは、既存の介護サービス等では適さない初期や若年性認知症の人の居場所づくりの必要性や当事者同士のつながりの重要性であった。また、初期の認知症の人のための進行予防の取り組みとして、無理なく日常生活に組み入れる予防活動を提案していた。これは、まだ介護サービス等を必要としていない段階の認知症の人の家族のニーズに寄り添う支援といえる。

## 2. 認知症診断後支援における外来看護師の役割

第4章の結果より、専門性の高い看護師は認知症の人の家族が求める支援を実践できていたといえる。しかし、彼らのような認知症ケアの専門的知識をもち、裁量権をもって活動できる看護師は多くはない。そこで、専門性の高い看護師がいない認知症外来においても認知症の人の家族が求める認知症診断後支援を実践するための外来看護師の役割について考える。

専門性の高い看護師を対象とした研究結果では、外来看護師は業務が多忙なため、認知症診断後支援のために十分な時間を確保することが困難であるにとらえていた。実

際に看護協会による調査<sup>(1)</sup>では、一般外来の看護要員配置状況では、看護職員 1 人で複数の診察室に対応していると回答した者が約 6 割と最も多く、支援を要する患者を抽出できていると回答した者は 1 割弱、患者・家族からの相談対応ができていると回答した者は約 1 割であった。このように外来看護師は患者・家族への対応が十分にできていない現状があるといえる。よって、限られた時間のなかで外来看護師が実践可能で重要な認知症診断後支援の内容に焦点を絞る必要がある。それは、認知症診断後支援を必要とする人を見逃さず、認知症の人の変化に応じて家族がいつでも相談できるようにすることである。そのための外来看護師の役割は、認知症の人の家族にとって最も身近な相談窓口として気軽に声をかけられる存在になることであると考えられる。第 3 章の認知症の人の家族を対象とした研究でも、外来看護師から声をかけて欲しかったというニーズがあった。このことから、外来看護師から積極的に声をかけ、相談しやすい関係を構築する必要がある。そして、受けた相談内容に応じて、外来看護師から院内の各種専門職または認知症ケアパスをもとに地域の専門職やインフォーマルな支援への橋渡しをすることが重要である。

## 第 2 節 研究の限界

本研究は、第 2 章で地域住民、第 3 章で認知症の人の家族、第 4 章で専門性の高い看護師を対象とした研究を実施し、認知症診断後支援において重要な内容を明らかにしてきた。しかし今回明らかになった認知症診断後支援の内容を、外来看護師が臨床現場でどこまで実践可能であるか検証できていないことが本研究の限界である。

## 第 3 節 今後の展望

今後は、本研究で明らかになった認知症診断後支援の結果をもとに、外来看護師が活用できる認知症診断後支援のガイドライン作成に繋げていく必要がある。その具体的なガイドラインには、第 4 章の専門性の高い看護師を対象とした研究結果を中心に認知症診断後支援に必要な支援項目を抽出し、第 1 章のインフォーマルな支援の視点、第 3 章の認知症の人の家族が求める支援の時間経過や認知症症状の進行により変化する様相を考慮することが重要である。そして、専門性の高い看護師が配置されている場合や経験の浅い看護師が配置されている場合など、優先度や実施可能性に応じて活用できる認知症診断後支援のガイドラインの完成を目指す。これにより、認知症診断後支援の普及と外来看護師の専門性や経験の多寡に応じて必要な認知症診断後支援の質を担保することが期待される。

また、各看護師の支援の質の向上を目指す一方で、有効な認知症診断後支援を実践するためには、病院内外のシステムづくりが重要である。そのためには、病院管理者や医師、看護管理者などの理解を得て病院全体として外来看護師の役割について検討する必要がある。そして、このシステムづくりには外来看護師個人や各施設の努力ではなく、国の支援が重要である。わが国の高齢化に伴い「治す医療」と「治し、支える医療」の役割分担が明確化されるなかで、疾患を抱えながらも住み慣れた地域の中で暮らすために外来医療機能の重要性が認識されている<sup>(2)(3)(4)</sup>。そのなかで外来看護の機能を明確化するとともに在宅療養生活の継続や質向上のための支援体制を構築する必要がある。

## 引用文献

- (1) 日本看護協会：令和 3 年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業報告書(令和 4 年 3 月). 2022,  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3\\_role4resources.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3_role4resources.pdf), (2023-6-7)
- (2) 厚生労働省 社会保障審議会医療部会：医療提供体制の改革に関する意見(令和 4 年 12 月 28 日). 2022,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001032085.pdf>, (2023-6-27)
- (3) 厚生労働省：外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第 8 次(前期)～(令和 5 年 3 月). 2023,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001088449.pdf>, (2023-6-27)
- (4) 厚生労働省 医政局 地域医療計画課：第 8 次医療計画における外来医療の見直しの方向性について(令和 5 年 1 月 20 日). 2023,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040962.pdf>, (2023-6-27)

## 謝辞

本論文を作成するにあたり，ご理解とご協力をいただきましたすべての方々に感謝を申し上げます．第2章の研究にご協力いただきました，A町の住民の皆様，A町の町長，A町職員の森英幸様，A町社会福祉協議会の高田宏明様，月輪淳紹様，第3章の研究にご協力いただきました，認知症の人の家族介護者の皆様，認知症の人と家族の会の運営事務局の皆様，第4章の研究にご協力いただきました，専門性の高い看護師の皆様に厚く御礼申し上げます．

本研究の計画段階から調査，分析，論文執筆など全過程を通じて，手厚くご助言，ご指導いただきました，北海道科学大学保健医療学部看護学科の前教授である林裕子先生，北海道科学大学保健医療学部看護学科の山本道代教授に深く感謝申し上げます．

本論文の審査を賜りました，北海道科学大学保健医療学部理学療法学科の宮坂智哉教授，北海道科学大学保健医療学部看護学科の福良薫教授，貴重なご助言をいただきました北海道科学大学保健医療学部診療放射線学科の真田哲也教授に厚く御礼申し上げます．

なお，本論文の一部は，JSPS 日本学術振興会科学研究費(20K10960)の助成を受けたものです．開示すべき利益相反関係にある企業，組織および団体はありません．

2023年9月 木島輝美

## 付録 A. 業績一覧

### A-1. 査読付き論文（原著）

Kijima T, Hayashi Y, Yamamoto M: Characteristics of informal support sought by family caregivers for different types of care: A comparison between dementia care and physical care. *Medicine and Biology*. 162(3), 2022

### A-2. 全国学会抄録（口演）

木島 輝美, 林 裕子: 認知症の人を介護する配偶者の認知症診断後から介護サービス等を利用するまでの経験. 日本看護科学学会第 42 回学術集会, 広島, 2022, 12

### A-3. 全国学会抄録（口演）

木島 輝美, 林 裕子: 認知症診断後支援における専門性の高い看護師の実践. 日本老年看護学会第 28 回学術集会, 横浜, 2023, 6

### A-4. 国際学会抄録（ポスター発表）

Kijima T, Hayashi Y, Umebayashi H: Challenges in Post-Diagnosis Support for Patients with Dementia and Their Families, 26th EAFONS in Tokyo, Japan, 2023, Mar.