

Nara Women's University

初老期認知症者の在宅療養支援とそれに関わる看護職の研究:取り組みの現状と課題を中心に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2018-06-21 キーワード (Ja): 看護職, 教育, 在宅看護, 初老期認知症, 療養支援 キーワード (En): care support, home care, nursing professional, presenile dementia, training 作成者: 家根, 明子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10935/4702

初老期認知症者の在宅療養支援とそれに関わる看護職の研究

－取り組みの現状と課題を中心に－

2018年

奈良女子大学大学院 人間文化研究科

博士後期課程 社会生活環境学専攻

家根 明子

論文題目

「初老期認知症者の在宅療養支援とそれに関わる看護職の研究
－取り組みの現状と課題を中心に－」

キーワード 初老期認知症・看護職・在宅看護・教育・療養支援

論文概要

本研究の目的は、初老期認知症を有する者の力を引き出し、新たな生活(生き方)を築くための支援と、それに関わる看護職の教育を考えることにある。そのために、初老期認知症者（以下、当事者）・家族・初老期認知症支援に携わる看護職を対象として、現状と課題を明らかにした。そして、認知症カフェや在宅看護実習の実践により、当事者の力を引き出し看護職の対応能力に向上に向けた教育と支援のあり方を提言した。

本論文はIX章で構成している。

第I章では、研究の背景と目的、研究の具体的課題と意義、用語の定義、方法、本研究論文の構成を述べた。研究の対象である当事者・家族・看護職の現状を把握し、課題を明確にするために、先行研究や資料を整理した。

第II章では、当事者と適切な社会資源を結ぶ上での支援と課題を明らかにするために、初老期認知症の代表的なタイプと原因疾患、社会資源を整理した。原因疾患により支援の方向性は異なり、当事者の QOL に影響するため、看護職は認知症の特徴を理解と適切な社会資源の活用力が求められる。看護職は当事者と適切なサービス利用のために、サービス担当者との連携を通して、実態把握や提供現場に出向くことが望ましいことを述べた。

第III章においては、文献研究及び当事者・家族・地域の人々への調査により、認知症への認識を明らかにした。初老期にある者が生きてきた「昭和」は、社会的弱者の人権を尊重しない風潮を生み出し、初老期認知症は、人々からネガティブなものと認識されていた。認知症を有しても住み慣れた地域で暮らすために、住民の互助関係を再構築する働きかけが必要であることを述べ、当事者が思いを語るために対等な関係の構築、思いを引き出すスキル、新しい場を生み出す支援が必要であることを示した。また、当事者らの不安を助長しないために、認知症への早期対応の重要性を知識として付与することが大切であることを述べた。

第IV章では、介護保険法を境として在宅での当事者支援の変化を述べた。保健師が地域で担ってきた当事者への支援が、介護保険法施行以降は、介護支援専門員が担うようになった。しかし、介護支援専門員の業務は、ケアマネジメントに比べ狭い概念であり、その中に介護保険給付サービスは包摂されることを述べた。ケアマネジメント過程において、介護支援専門員と看護職は、当事者に寄り添い、協働しながら業務の分担と柔軟性のあるイニシアチブに基づく支援を意識しなければならない。そして地域全体のケアシステムにまで発展させることが重要であることを述べた。

第V章においては、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に勤務する専門職を対象に、2011年に行った調査から、初老期認知症者支援への支援実態と課題を明らかにした。結果、方策の乏しさと自己効力感の低さが課題であった。2017年に実施した地域包括支援センターの認知症初期集中支援チームへの調査では、チーム員は専門性を活かしながら支援していることが明らかになった。しかし、2011年以降、専門職の支援経験は増えているが、自信を持つての支援には至っていなかった。このため方向性の決定では医師に役割を期待していた。センターの専門職は、チーム員であると同時に、地域包括ケアシステムを構築する役割もあるため、支援の方向性を提言できる力量形成が課題であることを示した。

第VI章では、当事者の力を引き出す看護職の支援の試みとして、認知症カフェと在宅看護領域の教育の実践を取り上げた。認知症カフェは、家族等が利用できて共に楽しめること、新たな人間関係の構築につながることで、認知症への疾病観の転換につながることで、当事者の力を引き出せること等の効用があった。そして専門職の支援姿勢は、「対等」を基本として、強みを引き出す、不安や悩みをくみ取り必要に応じて関係機関につなぐことにあり、認知症カフェは、初老期認知症に関する「地域づくり」の重要な資源という結論を得た。また、在宅看護実習が、協力する高齢者の自己効力感の向上につながることで、当事者に汎用性があることを示した。学生にとっても要援護者の生活実態から健康課題を把握し、様々な社会資源の活用方法を知ることによって、在宅療養者を支える看護職の役割について理解を深める機会となることが示唆された。

第VII章では、文献から在宅看護に関わる看護職の教育制度の変遷と課題を明らかにした。「在宅看護論」は、1997年に看護基礎教育のカリキュラムに組み込まれて僅か20年であり、看護基礎教育の中で一番歴史が浅い分野である。このため在宅で療養する当事者に関わる看護職の多くは、実務経験を通して支援を学んでいた。看護基礎教育において「在宅

看護」を学んだ看護職においても、初老期認知症者への支援に関する教育内容はまだ十分に確立されていないことを明らかにした。

第Ⅷ章で、当事者の力を引き出し、新たな生活を築くための支援を実践できる看護師養成のために、在宅看護に携わることへの不安についての対応と、卒業後に在宅看護に携わる者への現場での教育体制への支援が必要であるという結論を示した。

第Ⅸ章において、結論に対して二つの提言を行った。一つは、初老期認知症者への支援をめざした地域包括ケアシステムの構築につながる在宅看護教育のプログラムの提示である。もう一つは、前述した在宅看護教育のプログラムへの参加による現任教育と、教育機関の教育資源を活用して訪問看護事業所が担うところの初老期認知症者への教育支援を大学が担うことを提言した。

目次

第Ⅰ章 初老期認知症者の療養支援に関する現状と課題	1
A. 研究の背景	2
1. 認知症者の支援に携わる看護職の現状	
2. 認知症とは何か	
3. 初老期に認知症を有する意味	
4. 初老期認知症者を取り巻く現状と課題	
5. 初老期認知症者に関する研究の動向	
B. 研究の具体的課題と意義	20
C. 用語の定義	21
1. 認知症	
2. 初老期認知症	
3. 看護基礎教育	
4. 在宅看護と訪問看護	
D. 本論文の構成	23
第Ⅱ章 初老期認知症の特徴を踏まえた支援	26
A. 初老期認知症の原因疾患と特徴	26
B. 初老期認知症にとっての社会資源	29
1. フォーマルサービス	
2. インフォーマルサポート	
C. 看護職の社会資源活用における課題	34
第Ⅲ章 「認知症」へのまなざし	36
A. ステイグマがもたらす認知症の内包化	37
B. 当事者と家族の思い	38
1. 当事者が抱える思い	
2. 家族が抱える思い	

C. 認知症への人々の意識	48
1. 身近にいる「認知症者」へのふるまい	
2. 認知症施策先進地域での「認知症に関する意識調査」	
3. 認知症に関する世論形成の背景	
D. 当事者と向き合うこと	57

第IV章 介護保険法施行前後における

初老期認知症支援の変化がもたらした課題

A. 介護保険法施行後の在宅療養者への支援のあり方	59
B. 介護する家族に必要な支援のあり方	63
C. 支援の変化がもたらした課題	65

第V章 初老期認知症者への看護職のかかわりにおける実態と課題

A. 要介護認定を受けるまでの支援—地域包括支援センター	67
B. 要介護認定を受けた後の支援—居宅介護支援事業所	75
C. 地域住民主体による地域包括ケアシステムの構築にむけて	79

第VI章 初老期認知症者の力を引き出す支援の試み

A. 認知症カフェの試み	81
1. 認知症カフェの概要	
2. 認知症カフェにおける実践の効果と課題	
3. 認知症カフェの意義と専門職としての姿勢	
B. 在宅看護実習の副次的効果	95

第VII章 初老期認知症者の支援に関わる看護職の教育

A. 看護教育制度の変遷と特徴	105
B. 「在宅看護」教育の変遷と課題	106
C. 初老期認知症者への支援につながる看護職の育成	109

第Ⅷ章 結論	119
第Ⅸ章 提言—看護職の対応能力向上に向けて	124
謝辞	130
注	132
引用文献	138
附録	
附録 1. 調査内容「認知症に関する意識調査」	152
附録 2. 調査内容「地域包括支援センターにおける初老期認知症者に関する 相談業務の実態について」	152
附録 3. 調査内容「居宅看護支援事業所における初老期認知症者に関する 相談業務の実態について」	152

初老期認知症者の在宅療養支援とそれに関わる看護職の研究 —取り組みの現状と課題を中心に—

第 I 章 初老期認知症者の療養支援に関する現状と課題

私は、行政職の看護師として保健部門と福祉部門に約 20 年間の勤務経験を持つ。この経験の中で、2000 年からの介護保険法を円滑に施行するための人事異動があり、私は保健部門から福祉部門へ異動した。この異動後の経験が、本研究のテーマである「初老期認知症者への看護職の関わり方」の発端となった。この異動で、私に与えられた役割は、主に 4 点あった。第一に、看護職の立場から、地域住民に介護保険法によるサービスについて周知し、その円滑な利用に向けて彼らを支援すること、第二に、公平・公正な要支援・要介護認定をもたらす要介護認定調査員の育成と、認定業務の推進をすること、第三に、利用者にとって適切なサービスが提供されるように、居宅介護支援事業所と各種介護サービス事業所の専門職を支援すること、第四に、地域住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるシステムの構築を目指すことであった。

福祉部門への異動を契機として、私はそれまで所属していた保健部門における看護職の活動を客観的に捉えることができるようになった。そして、福祉部門に看護職が働く意義や、部門を超えて看護職同士が協働する仕方を再考することができるようになった。さらに、在宅で療養するための支援方法を様々な分野の専門職と工夫したり、場合によっては必要なサービスを創り出したりする体験をした。

これらの経験を通して私は、本研究に結びつく 2 つの課題を持つに至った。まず、多くの看護職が在宅療養者の“生活”を捉え、整えることに難しさを感じているのはなぜかという点である。医療機関や訪問看護ステーションに勤務する看護職が要介護認定調査員として、役割を果たす時の経験について、彼らに協力を得て調査した結果、認定調査の要である“日常生活の中でどのように介護が行われ、どのような介護の手間があるのか”を実際に理解するのに時間を要し、療養者の日常生活を整えるために社会保障制度をどう利用するかや専門職とどう連携するかを具体的に捉えることに困難があった。それは単に認定調査員の個々の資質の問題ではなく、彼・彼女らが受けてきた看護教育に課題があると考えた。

二つ目の課題は、認知症を発症した被保険者にとって、介護保険法には利用しづらさがあるのはなぜかという点である。介護保険サービスを希望する要支援・要介護認定者の多くは何らかの認知機能の低下を伴っていて、生活に支障をきたす者がいる。しかし、認知機能の低下によってもたらされる介護の手間が認定結果の対象にならないことが多く、在宅療養に必要なサービスを利用できない場合がしばしばみられた。この問題点はその後の制度見直しで改善されたものの、利用しづらさは40歳から65歳までの第二号被保険者に残ったままである。つまり、現状は、認知症者のための介護保険サービスは、第一号被保険者である高齢者には利用しやすく、第二号被保険者である若年者には利用しづらいといえる。このことに関して、印象深い例に、50歳代で認知症を発症した男性A氏とその家族のケースがある。A氏はアルツハイマー病と診断されたことを契機に退職したことで、妻が働きに出るようになってからは毎日一人で家に閉じこもるようになった。A氏は要介護認定を受けると、介護サービスの利用へと動き出したかに見えたが、妻からの相談で、何もサービスを使うことなく自宅にこもっていたことが明らかになった。妻の相談は、「ケアマネジャーの方から閉じこもらないようにとデイサービスを紹介されましたが、夫はすぐにやめてしまいました。夫は、『自分よりはるかに年配ばかりで、やらされることは幼稚で馴染めない』と言うのが理由でした。これからどうしたらよいと思いますか」であった。私は、途方に暮れる妻を目の当たりにして、自分が適切な支援の方策を持ち合わせていないこと、認知症に対して十分に理解していないことを痛感した。

本研究のテーマは、このように私の専門職としての経験から得た、看護教育の課題と介護保険サービスの利用困難さの課題につながっているのである。

A. 研究の背景

1. 認知症者の支援に携わる看護職の現状

我が国において、在宅療養者への支援に関わる専門職は、看護職¹⁾・社会福祉士・介護支援専門員・医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・栄養士など保健・医療・福祉分野に属し、多岐にわたる。その中において本研究で焦点をあてる看護職は、療養生活援助や診療の補助を業として、行政・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・介護保険サービス事業所など地域保健・地域医療・地域福祉分野において支

援する専門職である(表1参照)。このため、看護職は、在宅療養者の生活に密着した形で、健康状態を観察し、健康の維持や増進のための工夫、状態の悪化予防のために、些細な体調の変化を察知する。そして、療養生活が送れるように様々な社会資源を用いて支援する役割とともに(大津2014;山本2015;荻野2016)、多様な専門職間の連携や調整役を担うことが多い。終末期における退院支援(大木戸2014;松谷2014)、認知症を有する独居高齢者への働きかけ(松下2014)、認知症者を介護する家族への支援を検討するために日常生活を安定させる対処行動(西岡2014)への関わりなど、他の専門職と連携して円滑な在宅療養への移行を進める看護職の事例報告が見受けられる。

近年は、在宅ケアの対象となる療養者の状態が重度化・多様化・複雑化の様相を呈していることに加え、そのほとんどに何らかの認知機能低下が認められることから、さらに在宅療養者支援への看護職の役割と期待は、大きくなっていくと考える。

しかし、在宅療養支援に従事する看護職の人材は十分に確保されているとは言い難い。厚生労働省(2015a)の「平成26年衛生行政報告例」による就業医療関係者の概況が示すように、看護職の就労場所で最も多いのは医療機関である(全就業者の62.4%にあたる約95万人)。一方、訪問看護ステーションをはじめ在宅療養支援に携わる看護職は、全就業者の2.7%(約4万人程度)に過ぎない。在宅療養に望まれることは、住み慣れた地域で最期まで尊厳を保ちながら望む生活を実現することにあるが、我が国の在宅での看取りは、約13%にしか過ぎず、最期を在宅で迎える割合はまだまだ少ない現状にある。フランスやオランダなどでの在宅死の割合は30%程度であり、我が国もその割合まで引き上げていくとなると、必要とされる我が国の在宅療養支援に携わる看護職は、現在の約3倍となる15万人程度になる。このため、看護職の人材の養成と確保が急務になる。それには当然のことながら、量的だけでなく、質的充実も望まれる。このことから、在宅療養支援に携わる看護職の人材育成と確保がこれからの大きな課題と考える。平成26年度衛生行政報告例によると、医療機関に勤務する看護職の半数が20~30歳代であるのとは対照的に、在宅看護に携わる看護職は、40歳代以上が約70%を占めている。この70%の看護職は、医療機関での臨床経験を一定期間積んだ後に在宅看護に携わったと考えられ、看護基礎教育を受けた当時において、「在宅看護論」や「在宅看護実習」を履修していない年代が多い。さらに、「在宅看護論」や「在宅看護実習」を履修していた場合でも、訪問看護を行う上で現在の自分に不足している項目の一つに「認知症療養者を看護する力」を挙げている(木下2010)。

看護基礎教育において、在宅看護に関する科目を履修していても、認知症者への支援に




ついて自信を持って認知症者への看護を提供しているとは言い難い状況にあるといえる。

何らかの支援を必要とする在宅療養者の多くは高齢者で占められている。2014年6月に成立した「医療介護総合確保推進法²⁾」では、社会保障制度の維持を目的として、医療機関からの早期退院が推進されている。具体的には、医療機関は病床の機能分化³⁾を導入し、入院治療後に病状が安定すれば、「地域包括ケア病棟⁴⁾」でのリハビリテーションや退院支援など効率的で密度の高い医療・看護の提供により、最長60日以内で在宅に戻すことを目指している。増加し続ける国民医療費⁵⁾（厚生労働省2015b）を抑制する意図から、入院期間が短縮されていく方向にある。この結果、元来であれば、医療機関内で患者に用いられてきた様々な医療機器は、療養者の日常生活に持ち込まれ、それを利用しながら在宅療養へと移行する者が増えていくことになる。たとえ、そのような状態であっても、住み慣れた地域で社会資源を活用しながら自宅で最期を迎えることができる支援を国は目指そうとしている。言い換えれば、医療は、病床の機能分化や在宅療養の推進により、多職種連携を強化しつつ、「病院完結型」から「地域完結型」への転換を目指しているといえる（社会保障制度改革国民会議2013）。このように、保健・医療・福祉に関連する制度は、従来の疾病や障害の治療・回復を目的とする「医学モデル⁶⁾」から、“生活の質”に焦点をあてて、疾病や障害を有しつつも住み慣れた地域でその人らしい生活の構築を支える「生活モデル⁶⁾」にシフトすることを意味している。

しかし、現任の看護職の多くは、第VII章で詳述する教育背景の影響もあり、あまりにも長く「医学モデル」による考え方に基づいて対象を捉えてきた。筆者が、介護保険制度における要介護認定調査員の育成に関わった時に、多くの看護職が在宅療養者の“生活”を捉え、整えることに難しさを感じていたことにもつながる。このことから、「生活モデル」にシフトするためには、看護の対象は生活者であるということを十分に考え、理解につながる教育の機会が必要であると考え。そして、生活者として地域で療養する者たちは、医療や介護を多く必要とする、いわゆる重度要介護者ばかりではないことへの理解の促しも重要である。例えば、高齢化に伴い、増加する認知症者を例にとってみるとわかりやすい。専門職ですら「認知症」へのイメージは「何もわからない状態になる」という認知症の終末像を思い描き、対応の難しさを感じている（家根2014；京都式認知症を考えるつどい実行委員会2012）が、殆どの認知症者においては、いきなり重度な状態に至るのではなく、軽度な状態が何年も続く。生活者として、認知症を持ちつつ生活していく。その意味では、在宅療養者に必ずしも医学モデルが必要なわけではなく、むしろ生活者としての存

在を扱う分野として、生活者を支援する看護の存在意義が高まっている（第Ⅶ章 図7参照）。これから療養者が医療を生活に組み込みながら住み慣れた地域で、質の高い療養生活を主体的に送ることができるように支援することが、在宅ケア領域に働く看護職に求められるものといえる。そのために、看護職は、地域での療養を支える様々な専門職と連携しつつ、療養者が暮らすその地域の特性と社会資源を把握し、駆使しながら、医療・保健・福祉の分野にまたがった支援を期待されることになる。認知症者の増加に伴い、当事者は地域でどのように生きていくか（生活していくか）ということと向き合い、それを支援する看護職には何が求められるのかを考えることが必要である。そのために、認知症の中でもとりわけ生活者としての課題が多く、保健・医療・福祉分野の専門職による協働が不可欠となる初老期認知症者に焦点をあて、在宅ケア領域における看護のあり方や看護教育を述べていく。

表1 看護職が活動する場とその場における名称

領域	活動する場	活動する場での看護職の名称	
地域保健  地域医療  地域福祉 	行政（保健所・市町村） 地域包括支援センター	看護師 保健師 助産師 精神保健福祉士	
	病院・診療所 老人保健施設	訪問看護ステーション※ 居宅介護支援事業所※	看護師 保健師 助産師
	地域包括支援センター 介護老人福祉施設 授産施設等		看護師 保健師 助産師
学校保健	幼稚園 学校（小中高）	養護教諭	
産業保健	企業	看護師 保健師 衛生管理者	
教育機関	大学・大学院・短大・専門学校等	教員	

※ 「-----」は領域にまたがっていることを示す

2. 認知症とは何か

少子高齢化が急速に進む我が国では、人口は2013年から減少に転じ、2060年には9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。それに伴い、認知症高齢者数は約462万人と推定され、これに軽度認知症患者（MCI:Mild cognitive Impairment）約400万人を加えると、65歳以上のうち4人に1人が認知症患者とその可能性を有する者ということになる（内閣府2016）。介護保険制度における要介護および要支援認定者となった主な原因⁷⁾をみると、「脳血管疾患（脳卒中）」（17.2%）に次いで、「認知症」（16.4%）となっている（内閣府2017）。脳血管疾患は、認知症の発症にも関連することから、両者をあわせると33.6%を占めている。つまり、程度の差はあるものの要介護・要支援認定者の、少なくとも3人に1人という割合で、認知機能の低下を有しながら地域で生活する可能性がある。

認知症は、国際疾病分類10版（ICD-10）⁸⁾（WHO1993）において、精神および行動の異常に分類されていて、「獲得した知的機能が、後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、意識障害のないときに認められる」ものと定義づけられる。

認知症の分類や診断基準において、国際的に用いられているのは、WHOによるICD-10やアメリカ精神医学会によるDSM-IV⁹⁾が挙げられる。WHOによるICD-10では、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータを体系的に記録・分析をして、比較するため、に世界保健機関憲章に基づいて作成されたものである。

アメリカ精神医学会のDSM-IV(1994)⁹⁾では、独立した認知症の診断基準はないが、認知症をきたす疾患の診断基準として次の4項目を挙げている。①記憶障害(新しい情報を学習することや、以前に学習していた情報を想起するという能力の障害)と、記憶障害以外の失語(言語の理解ができない・話したい言葉が話せない状態)・失行(運動機能は障害されていないにもかかわらず、運動行為が障害される状態)・失認(感覚機能が障害されていないにもかかわらず、対象を認識・同定できない状態)・遂行機能障害(計画を立てる・順序立てる・抽象化することができない状態)の内の一つ以上を有する、②記憶障害は、その各々が社会的・職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準から著しく低下している、③記憶障害は、せん妄の経過中のみには現れるものではない、④認知症症状が、原因である一般的身体疾患の直接的な結果であるという証拠を有すること、である。しかし、これらの状態は、認知症の程度が進行した状態を示していることから、早期診断の必要性から新た

な診断基準が必要といえる。

認知症は、高齢化に伴い増加していることから、その対応は、日本をはじめ、世界各国において共通の課題であり、諸外国においては国家戦略として取り組まれている（東京大学医学総合研究所 2013）。認知症に関する包括的な国家戦略を打ち出し、既に関連施策を推進しているイギリス(西田 2013;西田・新川 2013)・フランス(近藤 2013;2013b)・オーストラリア(太田 2013)・デンマーク(山崎 2013)・オランダ(堀田 2013;2013b)・スウェーデン(西田・高野 2013)では、表 2 に示すような取り組みがなされている。これらの国家戦略に共通することは、①当事者の意思を尊重した関わりを基礎に、地域で支えること、②個の問題ではなく、国や地域などの集団の問題として多面的なアプローチが必要であること、③当事者を地域で支えるために多職種の連携が必要であること、④関わる専門職の質の向上のために、より充実した現任教育が重要となること、が挙げられ、日本の認知症施策への示唆につながっている。

前述のとおり、将来、65 歳以上のうち 4 人に 1 人が認知症者とその可能性を持つといわれている。我が国が、認知症支援の早急な対応に迫られている要因は、認知症の増加に強い相関を持つ高齢化率における倍加年数(高齢化率 7%から 2 倍の 14%に至るまでに要した所要年数)の著しい短さにある。現在、世界の平均寿命を維持している日本の倍加年数は、24 年である。これに比べ、欧米主要国ではフランス 115 年、アメリカ 72 年、ドイツ 40 年であることから、日本の社会保障施策の中でも認知症施策の優先順位の高さは明確である。そして、同じアジア圏にある中国と韓国は、倍加年数が日本よりさらに短く、それぞれ 18 年と 23 年と推定されている。このため、高齢化に伴い増加する我が国の認知症者への支援の実践は、欧米主要国のみならずアジア圏においても非常に注目されている。

我が国では、2012 年 9 月に実行計画として「認知症施策推進 5 か年計画（通称オレンジプラン）」が出され、若年性認知症施策が具体的に提示されることにより、その施策の強化方針が明確に示されるようになった(表 3 参照)。これに引き続き、2014 年 11 月に「新しいケアと予防のモデル」というテーマで、認知症サミット日本後継イベントを開催し、この時に認知症施策を加速するための新たな戦略を策定する方針が決まった。そして、2015 年 1 月に、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（通称新オレンジプラン）」が出されたのである(表 4 参照)。新オレンジプランは、団塊世代と言われる 1947 年から 1949 年に誕生した者が後期高齢者(75 歳以上)となり、認知症罹患率が、65 歳以上の 1/5 にあたる 700 万人に達すると推計される 2025 年までを目標到達年度とし

て策定された。基本的な考え方は、第一に、早期診断・早期対応と医療・介護の有機的な連携により、認知症者へのサービスが途切れることなく提供されるシステムを構築すること、第二に、認知症者の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域での良好な環境のもと、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指しているということ、第三に、認知症者を単に支えられる側と位置づけるのではなく、認知症者が、認知症とともによりよく生きることができるように環境整備を行う、とするものである。厚生労働省老健局認知症対策推進室の水谷(2016)は、オレンジプランと新オレンジプランの相違を「オレンジプランは、厚生労働省が単独で策定し、内容も医療・介護等の基盤整備を中心としたものであったが、新たな総合戦略では認知症高齢者等にやさしい地域づくりをキーワードに、関係府省庁が施策を持ち寄って総合的な戦略にしていくものである」と述べている。つまり、個への充実した支援に加え、俯瞰的視点のもと、地域の一員である初老期認知症者やほかの者もすべて含め、住み慣れた環境のもとで、当事者の意思が尊重され、より自分らしい暮らしができる地域づくりを目指すものとなったということである。

表2 諸外国における「認知症国家戦略」の概要

国名	「認知症国家戦略」の概要
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・2009年～「認知症とともに良き生活(人生)を送る:認知症国家戦略」 ・重点政策：①早期診断・早期支援のための体制整備，②総合病院における認知症ケアの改善，③介護施設における認知症ケアの改善，④ケアラー支援の強化，⑤抗精神病薬使用の提言 ・重点政策に対して2014年までに当事者にとって10の成果をあげることがめざし，認知症のイメージを変える啓発活動の実施した。 ・日本の認知症施策への示唆：①社会保障政策と明確に位置づけ，②当事者の意見を尊重し，当事者の生活の質を高めることに焦点，③当事者の視点に立ったサービス改革の推進
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年～「第一次プラン・アルツハイマー」をスタート ・第3次プランの基軸：①当事者と家族の生活の質を向上する，②行動するために知る，③社会全体で取り組む。この基軸にそって44の具体的施策を有機的に関連付けて実施 ・日本の認知症施策への示唆：①利用者のニーズに沿うようなケアの改革，②国民全体を巻き込んだ改革の推進
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> ・2006年～「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」 (サービスの重複・間隙や利用しづらさが認められた「認知症ケアに関する国家行動計画(1992)」を見直し，必要な支援が必要な人に届くことをめざした) ・日本の認知症施策への示唆：①できる限りながく自宅で暮らし続けたいという当事者の意思を尊重し，地域で支えるために多職種による地域ケアサービスの実施，②手厚い介護者支援(レスパイトケア・DBMAS)
デンマーク	<ul style="list-style-type: none"> ・2010年～「デンマーク認知症アクションプラン」 ・認知症ケアの基本理念（①認知症者を一人の人間として尊重，②専門性に基づいた支援，③責任の所在の明確化）をベースに地方自治体主導で認知症ケア体制を構築していたが，地域間の格差が存在。国全体で質の高いサービスの均てん化を目指すための7つのフォーカスと14のリコメンデーションからなる。 ・日本の認知症施策への示唆：①先進的な自治体の取り組みを国家全体に均てん化に取り入れ，レベルアップを図る，②認知症を単に医療福祉領域にとどまらず，国民生活全体の問題として取り組んでいる

オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ・目的：①認知症者のニーズと希望に基づくケア，②当事者と家族に対する十分なガイダンス，③支援の提供を通じての当事者と家族の生活の質の改善 ・2004年～3つの段階，①全国認知症プログラム(2004-2008)，②認知症統合プログラム(2008-2011)，③全国認知症ケア基準（2011-2013）を経て段階的に認知症施策を推進. ・日本の認知症施策への示唆：①全国一律の取り組みではなく，地域ごとのに当事者主体の目標設定し，②多様な関係機関の連携による段階的な改善への取り組み形態，③当事者・家族・専門職・行政が住民という立場で地域をよりよくする姿勢，ビュートゾルフ^{注1}という在宅ケア組織による支援
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> ・2010年～「認知症ケアガイドライン」 ・基本的理念：①可能な限り住み慣れた自宅で暮らせる社会を目指す，②person-centered-care，③認知症の早期診断体制，④認知症治療やケアの構造化，⑤評価制度の活用(レジスター制度^{注2})，⑥スタッフの教育（財団法人シルヴィアヘメットによるシルヴィアナース及びシルヴィアシスター^{注3}の養成，スウェーデン認知症ケアセンターによるWEB学習プログラムによる教育の質の向上) ・日本の認知症施策への示唆：①認知症ガイドラインによるケアのあり方の提示，②レジスター制度による自治体の取り組みを促進して地域格差を是正，③WEB学習システムによる認知症ケア教育の充実と質の向上

注1 ビュートゾルフ：「コミュニティケア」を指す。2007年にオランダにて地域ナースによる自立型チームで人口約1万人圏域の利用者40-60人を24時間サポートする(堀田2014)。2014年からアジアにもビュートゾルフアジアが設立(堀田2016)

注2 レジスター制度：ナショナルレジスターと称される臨床情報などの登録制度，社会資源の効果的な配置を目指して達成度を公開している。

注3 シルビアナース・シルビアシスター：シルビアホーム（認知症の母を持つシルビア王妃が1996年に設立した非営利財団法人）で認知症看護の教育を受けた看護職(家根・他2015)

表3 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

項目	内容 ^{注1}
1.標準的な認知症ケアパスの作成・普及	認知症ケアパスの作成・普及
2.早期診断・早期対応	1)かかりつけ医認知症対応力向上研修・認知症サポート医研修 2)認知症初期集中支援チーム ^{注2} の設置 3)地域包括支援センターにおける地域ケア会議の普及・定着 4)認知症の早期診断を担う医療機関の設置促進
3.地域での生活を支える医療サービスの構築	1)認知症の薬物治療に関するガイドラインの策定 2)退院支援・地域連携クリティカルパスの作成
4.地域での生活を支える介護サービスの構築	認知症者が住み慣れた地域で生活を継続するために必要な介護サービスの整備
5.地域での日常生活・家族の支援の強化	1)認知症地域支援推進員の配置 2)認知症サポーター養成 3)認知症者や家族への支援(認知症カフェ等)
6.若年性認知症施策の強化	1)若年性認知症支援のハンドブックの作成 2)若年性認知症者の意見交換会の開催
7.医療・介護サービスを担う人材の育成	1)認知症ライフサポートモデル(認知症ケアモデル)の策定 2)認知症介護実践リーダー研修 3)認知症介護指導者養成研修 4)一般医療機関の医療従事者への認知症対応力研修

注1 地域包括支援センター専門職の支援に関連する内容を抜粋したものを示す。

注2 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行うチームを指す。

表4 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の7つの柱

項 目	内 容
1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	1)社会の理解を深めるためのキャンペーン実施 2)認知症サポーターの養成と活動の支援 3)学校教育等における認知症者を含む高齢者への理解の促進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	1)本人主体の医療・介護の徹底 2)発症予防の推進 3)早期発見・早期対応のための体制整備 4)行動・心理症状や身体合併症等への適切な対応 5)認知症者の生活を支える介護の提供 6)終末期を支える医療・介護等の連携 7)医療・介護等の有機的な連携の推進
3. 若年性認知症施策の強化	1)当事者や家族への若年性認知症支援ハンドブックの配布普及啓発 2)当道府県相談窓口への支援関係者のネットワーク調整役を配置 3)若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援を推進
4. 認知症の人の介護者への支援	1)認知症者の介護負担の軽減 ・認知症初期集中支援チームによる早期診断・対応 ・認知症カフェ等の設置の推進 2)介護者である家族等への支援 3)介護者の負担軽減や仕事と介護の両立 ・介護ロボット等の開発支援 ・仕事と介護を両立できる職場環境づくり
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	1)生活の整備(買い物弱者への支援, 高齢者サロンの設置) 2)生活環境の整備(多様な住まいの確保) 3)就労・社会参加支援 4)安全確保(高齢運転者の安全確保, 虐待防止)
6. 認知症の予防・診断法・治療法・リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進	1)認知症等の病態解明を進め, 早期発見・診断・予防に繋ぐ研究の推進 2)ロボット技術や ICT 技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視	1)認知症者の視点に立った社会の理解を深めるためのキャンペーン実施 2)初期段階の認知症者のニーズ把握や生きがい支援（当事者のニーズへの実態調査の実施） 3)認知症施策の企画・立案や評価への認知症者やその家族の参画

3.初老期に認知症を有する意味

本研究は、介護保険法において第二号被保険者となる40歳から65歳の間認知症を発症した者を対象にする。その対象が、住み慣れた地域で生活の質を保ちながら豊かに暮らせるように、看護職の支援の在り方を探求するものである。本研究では、この一定の年齢層に焦点をあてるため、用語として「初老期」を用いる。この時期の年代を指すのに、これまでいくつかの言葉があった。そこで、本研究で、初老期を指す年代の人間の一生における意味を明確にする。石川(1996)は、「中年」を40歳から60歳までを指すと述べていることから、ここでは、「中年」を初老期と同義として、「中年」について書かれた先行研究(石川・小此木・小倉)を資料に、「初老期」という年代が社会の中で持つ意味を述べる。

小倉(2001a)は、「中年」という年代を「ライフコースの社会文化的枠組みの転換期(歴史時間における制度的再帰性の増大)と、人生前半の意味地平から人生後半の意味地平への転回点という個人史上の転換期(個人時間における自己再帰性の増大)とが交差する地点に立っている」と位置付けている。

人類学的知見によれば「中年」は、近代産業化の産物である(小倉 2001b)。近代産業化以前の文化では、活動的な「成人期」のあと直接「老年期」に移行していたが、医学の進歩・生活環境の改善をはじめとする近代産業化によりもたらされた恩恵の結果、平均寿命が20歳以上も延伸し、成人期以降の平均寿命が長期化した。このことにより、成人期と老年期の間を埋めるものとして、「中年」が誕生した。それまでは、人間の一生の時間は短く、生産性や生殖性を中心とした成人期を過ごし、短い老年期の後に天寿を全うすることができていた。

しかし、「中年」の誕生は、生産性や生殖性という役割だけでは事足りない、長い人生の存在をもたらした。小此木(1983)は、これを「中年のモラトリアム人間化」と命名している。それは、まさにこれから自身はどのように生きていくのかを自身に問う機会をもたらしたといえる。つまり、「中年」は、社会的責任が増える中で、自身のあり方・生き方を根底から問い直す、重要な時期と位置付けることができる。これからの人生をどのように過ごし、充実したものにしていこうかと考える、人生の一つの分岐点に立つことを意味する。例えば、自身の人としての成長に加え、後進を育み、社会に還元していくことに生きがいを見いだすなどが挙げられる。中年のモラトリアムは、決してネガティブなイメージのものではなく、むしろ老年期に向けて人生を再構築するポジティブなものだと考える。

中年は、エリクソンの生涯発達理論(Erikson.E.H.1973)によると、新しい自己を再構築す

ることにより人間的な成長を得る時期だと言え、人生の重要なターニングポイントになる。ハヴィガースト (Havighurst.R.J 1997) は、発達段階を「人生の一定の時期あるいはその前後に生じる課題」としていて、それをうまく達成することが幸福につながると述べている。発達段階における「中年期」は、①10代の子どもが責任を果たせる幸せな大人になれるように援助する、②大人の社会的な責任、市民としての責任を果たす、③職業生活で満足できる地位を築き、維持する、④余暇活動を作り上げる、⑤中年期の生理的変化の需要とそれへの適応、⑥老いていく親への適応、という様々な課題を有する。もし、この時期に認知症と共に生活するという出来事は、初老期という人生のポイントに立つ人々にとってどのような影響があるのだろうか。高齢社会を迎え、加齢により認知症を有する可能性は高くなる。ネガティブな印象をもって語られることが殆どである認知症を内に抱えながらも、初老期を起点として、人生を豊かにする生き方や、看護職の視点から支援について考えることは意義が大きいことである。

4. 初老期認知症者を取り巻く現状と課題

認知症について、本節の1にて述べたが、何よりも認知症は高齢期だけに限定されるものではなく、それよりも若くして発症する若年性認知症もあることを忘れてはならない。若年性認知症者に対して、どのような取り組みがなされているだろうか。これまでの調査結果を用いて、諸外国及び日本での現状を述べる。

我が国における若年性認知症に対する調査は1997年に実施された一之瀬らによるものを最後に、長くその実態は明らかにされてこなかった。ようやく2006年から2008年の3年間にわたり朝田らにより調査が行われたものの、若年性認知症の実態に応じた支援は、十分に行われてこなかった(2009a)。このように若年期に発症する認知症がクローズアップされながら、施策に反映されてこなかったのは何故だろうか。一つには高齢期に比べて、明らかに有症者の数が少ないことが挙げられるであろう。さらに、認知症が年齢の違いにより、本人に及ぼす影響が大きく異なるということが十分に認識されてこなかったことも関係するであろう。

朝田らによって実施された「若年認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究(2009b)」によると、全国における若年認知症者数は、3万7,800人と推計された。その推定発症年齢の平均は、51.3歳±9.8歳(男性51.1歳±9.8歳・女性51.6±9.6歳)である。年齢分布

をみると、表5に示すように40歳以上から65歳未満の初老期における発症が若年性認知症者数の94.1%を占めている。後述するように、認知症者に対する世の中の人々が持つイメージや理解の程度を考えると、未だに相談に至っていない潜在的な若年性認知症者が多くいることは想像に難くない。その者たちを加えるとさらに40歳代50歳代の有病者数はもっと高い値を示すと思われる。

若年性認知症の中でも初老期に発症するというところにどのような意味があるのだろうか。40歳から65歳までの初老期は、エリクソンの発達段階論から捉えると、次の世代を育むということに積極的に関与する時期である。つまり、「世代性」という課題を有する時期にあたることから、社会に果たす役割が大きい時期でもある。初老期に認知症を発症するということは、症状の進行に伴い就労が困難になることから、労働人口の減少と要介護者の増加をもたらすことにつながるため、社会に与える影響が大きい(谷向2007;小阪2009)。加えて、初老期に認知症を発症した当事者や家族の生活における経済的裏付けの喪失をはじめ、家族の介護にかかる負担など長期に及ぶ深刻な課題ももたらす。厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室によりまとめられた「若年性認知症の実態等に関する調査結果(2009b)」によると、初老期という時期の発症は、高齢期に比べ余命からみて療養が長期化することは明らかであり、予後の見通しがつきにくいことから、当事者だけではなく、家族のQOLが低下しやすい特徴がある。そのため、この時期に認知症を発症する者への支援は、高齢期と異なる意義を持つ。

このように高齢期に発症する認知症と初老期に発症する認知症には、異なる特徴を認めることから、両者をひとまとめに捉えて支援することは意味をなさないといえる。高齢期に発症する認知症とは課題と支援方法は異なるということを十分に認識した上で、我が国が初老期に発症する認知症について、当事者と家族への継続的で質の高い支援の構築を行う必要がある。そうした支援の標準化に取り組むことは、我が国のみならず、高齢化問題を抱える諸外国においても待ち望まれることといえよう。

次に認知症施策の取り組みの経緯に触れながら、初老期認知症施策に焦点をあてて述べる。

国は2008年5月に、認知症になっても安心して暮らせる社会を早期に構築する必要性を認識し、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を設置した。その目的は、認知症についての的確な実態把握、診断技術等の研究開発、保健・医療・福祉サービスや地域支援体制による総合的・継続的な支援の在り方など認知症対策の基本方針及び具体的な

対策を策定することであった(厚生労働省 2008)。このプロジェクトの報告書に、認知症対策の 5 つの基本方針が述べられていて、そのうち若年認知症に関する課題と対策が示され、施策の整備が進められることになった。示された課題は、以下の 3 点であった。

<現状・課題>

1. 若年認知症に対する認識の不足により診断前に状態の悪化を来たしやすい
2. 支援者側が、活用可能なサービスや雇用施策を十分に把握・活用していないため、当事者や家族が経済的に困窮しやすい
3. 自治体における相談を含めた支援システムが構築されていない

これらの点を要約すると、早期の診断を受けるには、どうすればよいか(当事者・家族)、当事者・家族の生活を経済的に、支援者がより適切な支援とするにはどうすればよいか(支援者)、自治体の支援システムの構築や改善をどうすればよいか(自治体)、となる。これらの課題への対策として示されたのは、次の 5 点であった。上記 3 点の課題のそれぞれに対応して、1~3 が示され、4~5 点目が、若年性認知症の知識の蓄積と、正しい知識をもとにした認識を広めるための対策となっている。

<今後の方向性>

1. 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置
2. 診断後からのオーダーメイドの支援体制の構築
3. 若年性認知症就労支援ネットワークの構築
4. 若年性認知症ケアの研究と普及
5. 若年性認知症に関する国民への広報啓発

こうした課題とその対策への考え方が示されたのを受けて、2012 年 9 月に実行計画として「認知症施策推進 5 か年計画（通称オレンジプラン）(厚生労働省 2012)」が出され、若年性認知症施策が具体的に提示されることにより、その施策の強化方針が明確に示されるようになった。これに引き続き、2015 年 1 月に、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（通称新オレンジプラン）(厚生労働省 2015d)」が出された。これら施策の焦点に、高齢者に加えて若年者が加えられたことで、認知症者施策は

整備されようとしている。しかし、解決すべき課題は山積している。とりわけ、初老期認知症者への支援におけるケアの適切化とその普及は、早急に整えるべき課題である。療養が長期にわたる初老期認知症者と家族にとって、住み慣れた地域での持続的な生活ができるように、早期の対応によりできるだけ身近なところで支援が受けられることが望ましい。そのためには身近に相談できる場と、そこで対応できる人材が不可欠となる。そして、認知症は誰でも発症する可能性があるという認識のもと、専門職も含め、地域に暮らす人々が、地域全体で認知症者の生活を支援するという意識づくりが重要である。そうした意識が形成されることで、各地域においてそれぞれの事情に応じた具体的な取り組みを考えることができるようになる。この考え方は、国が推進している「地域包括ケアシステム」の考えと重なり、認知症者にとって暮らしやすい地域づくりは、その地域の住民すべてが暮らしやすい地域になることとつながる。そのため、地域におけるケアシステムの構築は、優先度が高いことがらである。

表5 年齢階層別若年性認知症有病率(推計)

年齢	人口10万人当たり有病率(人)			推定患者数(人)	推定患者割合(%)
	男	女	総数		
18-19	1.6	0.0	0.8	20	2,230 5.9
20-24	7.8	2.2	5.1	370	
25-29	8.3	3.1	5.8	450	
30-34	9.2	2.5	5.9	550	
35-39	11.3	6.5	8.9	840	
40-44	18.5	11.2	14.8	1220	35,520 94.1
45-49	33.6	20.6	27.1	2090	
50-54	68.1	34.9	51.7	4160	
55-59	144.5	85.2	115.1	12010	
60-64	222.1	155.2	189.3	16040	
18-64	57.8	36.7	47.6	37,750	100

出典：厚生労働省，2009，『若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要
及び厚生労働省の若年性認知症対策について』，一部筆者改変

5. 初老期認知症者に関する研究の動向

諸外国の若年性認知症者の研究状況は、Dementiaと比較して、Early onset DementiaとYoung onset Dementiaに特定される論文は圧倒的に数が少なく、世界的にも十分な知見が蓄

積されているとは言い難い状況にあり、我が国においても同様の傾向にある(田中 2013)。

この項では、「初老期認知症者への在宅看護領域における看護職の支援」および「初老期認知症者の支援につながる在宅看護教育」に関する研究の動向を明らかにする。このために、介護保険法が施行された 2000 年以降に行われた研究に焦点をあて、関連する文献を分析した。対象とする文献¹⁰⁾は、研究目的を踏まえ、国内で発行された看護を中心とした関連領域の学会誌や紀要などを収集しているオンラインデータベースの医学中央雑誌Web版(Ver.5)およびGoogle scholarから抽出した(最終検索日は、2017年12月3日)。

「初老期認知症者への在宅看護領域における看護職の支援」に関しては、「認知症」・「在宅」・「療養」・「看護」をキーワードにして検索を行い、31編の原著論文を得たが、そのうち初老期認知症者への看護職の支援に関する文献は、わずか2編であった。その2編の内容は、若年認知症疑いで内服治療を受けている60代男性を対象としたもので、肺炎での入院中に人工呼吸器を装着した妻を自宅で介護したいという希望に向けた支援について検討したもの(山口 2016)、もう一つはレビー小体型認知症療養者と家族の薬物療法に関するニーズを明らかにして看護支援のあり方を検討したもの(湯本 2013)であった。その他29編については、高齢期発症の認知症を対象にした文献が12編、今回の検索目的に合致しない文献が17編、であった。高齢期発症の認知症に関する文献が殆どであり、初老期発症の認知症者への看護師による支援に関して、量・質的に乏しい現状であることが明らかになった(表6参照)。

「初老期認知症者支援につながる在宅看護教育」に関しては、「認知症」・「大学生」・「教育」をキーワードにして、塚本(2017)が、2004年から2015年までの12年間に発表された論文7編を用いて、大学生を対象とした認知症高齢者の教育に関する文献検討を行っているが、量的・質的にきわめて乏しい実情にあり、未開の分野だと述べている。筆者も同様のキーワードを用いて追跡を試みたところ、2015年以降に発表された論文は、この塚本の論文を含め、わずか4編しかなかった(塚本2017;増谷2017;荒井2016;津田2016)。さらに本研究のテーマである初老期認知症者に関連する文献は、増谷の論文1編のみであった。増谷の論文は、若年性認知症者へのボランティアに参加した経験を持つ看護大学卒業生を対象に、若年性認知症者へのボランティアを通じた学びと卒後の看護実践への影響を明らかにしている。当事者とその家族は7組で、半数が初老期に認知症を発症し、65歳以上の高齢期になっていた。学生は、ボランティア経験により若年認知症者への理解が深まり、関わりに必要なスキル習得や家族介護者の問題への支援のあり方を考える機会になっていた、また、卒業後

の看護実践に役立っていたという結論を得ている。若年性認知症という知見の少ない分野での研究であり、看護師としての実務経験による影響を配慮した上でのデータの蓄積が必要ではないかと考えた。また、これからの若年性認知症患者への支援につながる看護教育として、教員が学生にどのような働きかけを行っていくかという視点も人材育成の上で重要な要素であると考えた。

表 6 初老期認知症者の研究に関する動向

初老期認知症者への在宅看護領域における看護職の支援(2 編)
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症である介護者への退院指導の試みー人工呼吸器を装着した患者が在宅療養に結びついた要因についての検討(山口愛 2016) ・レビー小体型認知症療養者と家族の薬物療法に関するニーズ(湯本 2013)
高齢期発症の認知症を対象とした文献 (12 編)
<ul style="list-style-type: none"> ・疾患を有する認知症高齢者への看護実践：がん (櫻庭 2016) 糖尿病 (山本 2013;小松 2012) ・老年期援助困難事例の解決のための視点(中道 2012) ・認知症高齢者の在宅療養支援のため DCM を用いた行動心理症状改善への取り組み (又吉 2013a) ・認知症患者の在宅療養における入院及び緊急受療の実態 (北川 2013) ・一人暮らし認知症高齢者の支援者に対する看護師の働きかけ (松下 2014) ・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 (西岡 2014) ・認知症を持つストーマ造設者の訪問看護の実際 (山本 2015) ・訪問看護師が経験する認知症高齢者の性意識と性行動に関する研究 (河口 2014;松下 2016) ・尿閉になった認知症のある在宅療養者を地域連携で支援した症例研究 (荻野 2016)
今回の目的に合致しない文献 (17 編)
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護を行う息子介護者の健康習慣指数の実態 (草刈 2012) ・介護支援専門員と訪問看護師が医療機関に求める情報提供と退院調整システムのあり方(中田 2012) ・認知症に進行がんを合併した独居療養者の服薬アドヒアランスを高めるための在宅看護の実際 (山口友 2013) ・認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態(大津ら 2013) ・外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態(大津 2013) ・在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態(大津 2014) ・認知症がない在宅療養者を介護する主介護者の介護負担に関する研究(今村 2014) ・在宅復帰支援に関する研究(大木戸 2014;松谷 2014) ・認知症疾患医療センターに関する研究(永田 2015) ・入院・入所中の認知症ケアに関するもの(又吉 2013b,2014;大森 2015) ・在宅看護学実習における学習内容を記録から分析したもの(竹口 2014;島田 2016) ・訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズに関するもの(山本 2016) ・在宅療養を困難にさせる要因の一つとして「認知症」が挙げられたもの (加藤 2017)

B. 研究の具体的課題と意義

1. 目的と意義

本研究の目的は、初老期認知症を有する者の力を引き出し、新たな生活(生き方)を築くための支援と、初老期認知症ケアに携わる看護職の教育のあり方を考えることにある。それは、初老期認知症者が望む生活を住み慣れた地域で実現することにつながるとともに、地域住民が認知症を正しく理解し、共生できる地域づくりにもなることである。また、教育への取り組みを通して、看護職の初老期認知症者への対応能力の向上や、学生の初老期認知症者と家族への看護のあり方を学ぶことにつながる。そのために、筆者は、初老期認知症者・家族・初老期認知症ケアに携わる看護職の三者への関わりや調査により、現状と課題を明らかにする。その結果に基づいた認知症カフェや在宅看護教育での実践を試みることにより、初老期認知症を有する者の力を引き出し、初老期認知症者への専門職の対応能力の向上に向けた支援のあり方を検討し、提言する。

2. 研究の具体的課題と方法

本研究においては、初老期認知症者と家族が望む生活を構築するための支援を目指して、①当事者と家族、②在宅療養を支援する看護職、③在宅看護領域の教育という3つの方向にアプローチする(図1参照)。

研究の具体的な課題とその方法は、次の通りである。

課題1：研究の対象である初老期認知症者・家族・看護職の現状を把握し、課題を明確にするために、先行研究や資料を整理する(第I章)。

課題2：初老期認知症者の生活の質の向上につながる、適切な社会資源に結びつける上での支援と課題を明らかにするために、初老期認知症の代表的なタイプと原因疾患を整理した上で、初老期認知症者にとっての社会資源（フォーマルサービスとインフォーマルサポート）を明らかにする(第II章)。

課題 3：初老期認知症者とその家族、地域の人々が、「認知症」をどのように捉えているのかという意識を明らかにし、当事者や家族への支援の本質(語れる環境と不安を助長しない方策)を捉えなおす。そのために、専門職ボランティアとして認知症カフェや「認知症の人と家族の会」が開催する「若年のつどい」に参加して観察や聴き取りを行うとともに、地域住民に認知症への意識調査を行う(第III章)。

課題 4：介護保険法施行前後における初老期認知症者への支援の変化による課題を明らかにするために、保健師の活動に焦点をあてて先行研究や資料をまとめる(第IV章)。

課題 5：初老期認知症者への支援に向けて、専門職の実態と課題を明らかにするために、介護保険法施行前後の支援の変化について、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に調査を行う(第V章)。

課題 6：第I章から第V章にて明らかになった現状や課題を踏まえ、初老期認知症支援に携わる看護職の支援のあり方を明らかにするために、初老期認知症者への支援として「認知症カフェ」や「在宅看護実習」を試みる(第VI章)。

課題 7：第VI章で得た結果を踏まえ、初老期認知症者を支援する看護職者への教育に焦点を当て、初老期認知症者を支援する看護職者の課題と今後の教育の在り方を明らかにする。また、初老期認知症者が住み慣れた地域で、自分の持つ力を発揮し、共に暮らすための地域づくりにつながる看護教育のあり方を考える。(第VII章)

C. 用語の定義

1. 認知症

認知症は、ICD - 10 (国際疾病分類 10 版) や DSM - IV (アメリカ精神医学会精神医学統計便覧第 4 版) のに基づき、「獲得した知的機能が、後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、意識障害のないとき

に認められる」ものとする。

認知症の主な症状は、中核症状と周辺症状に分類されており、中核症状は、記憶障害・見当識障害・実行機能障害・言語障害・行為や認識の障害がある。また、周辺症状は、認知症の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological symptoms Dementia）と言われ、行動症状は、徘徊・攻撃性・不穏・焦燥・無為がある。心理症状は、幻覚・妄想・抑うつ・不安・誤認がある。

2.初老期認知症

認知症は、発症年齢により3つに分類され、次の表7にその違いを示す。

本研究では、40歳以上から65歳未満に認知症を発症した者を対象とする。このため調査時点において、65歳以上となっている初老期発症の高齢者も含む。

40歳未満は、若年期認知症として区別する。

表7 発症年齢による認知症の分類（太枠内は、本研究の対象世代を示す）

18歳以上 40歳未満	若年期認知症 [※]	若年性認知症（若年認知症 ^{※※※} ）
40歳以上 65歳未満	初老期認知症 ^{※※}	
65歳以上		老年性認知症（高齢期認知症）

※若年期認知症は、18歳以上から40歳未満に発症した認知症性疾患の総称で、認知症の原因となる疾患の種類を問わない。

※※初老期認知症は、40歳以上から65歳未満の間に発症した認知症性疾患であり、認知症の原因となる疾患の種類は問わない。

※※※若年認知症は、1997年に厚生科学研究「若年痴呆の実態に関する研究」において用いられた造語であり、若年期と初老期の認知症を含む（宮永 2007）。

3.看護基礎教育

1948年に制定された「保健師助産師看護師法(以下、保助看法)」による保健師・助産師・看護師(准看護師を含む)の資格を得るための教育とする。

4.在宅看護と訪問看護

在宅看護と訪問看護は、ほぼ同義語であるが、在宅看護は看護が行われる“場”を表し、訪問看護は“手段”を表す。在宅看護を実現する手段として訪問看護を位置づける。両者を合わせた定義は、地域で生活している、主に疾病や障害を持つ人やその家族、または健康な人々を対象に、看護師・保健師・助産師などの看護の有資格者がそれぞれ専門の看護を提供すること、とする。

D. 本論文の構成

本研究の構成は次のとおりである。

第Ⅰ章では、本研究の背景と目的、研究方法を述べる。初老期は、社会的責任が増大する中で自分の生き方を問い直す重要な時期であるが、その時期に認知症を有することにより様々な課題を抱えること、それを支援する施策はまだ整備途上であること、なかでも初老期認知症支援の中で重要な役割を担う看護職は十分に専門性を発揮できていないこと、その背景に看護教育が在宅療養する初老期認知症への支援に対応しきれていないことなど初老期認知症を取り巻く背景について考察する。

本研究の目的は、初老期認知症の現状と課題を明らかにし、初老期認知症者の持つ力を最大限に活用して支援を行う看護職の関わり方に関する課題を明らかにし、在宅看護における看護職の支援の可能性を検討するものである。

第Ⅱ章では、社会的資源の観点から初老期認知症者とその家族に対して看護職による質の高い支援を検討するために、初老期認知症の代表的なタイプと原因疾患を概観するとともに、初老期認知症者にとっての社会資源（フォーマルサービスとインフォーマルサポート）を明らかにする。そのうえで、初老期認知症者は原因疾患により特徴が異なることに留意して、社会資源がどのように機能することが望ましいかについて考察し、看護職の社会資源の活用における課題を述べる。

第Ⅲ章では、初老期認知症をはじめ認知症というものが、人々にとってどのように認識されているか、またその認識はどのような背景のもとに形成されてきたのかを先行研究、及び文献から検証を行う。そして、在宅療養する初老期認知症者とその家族が“認知症”をどのように捉え、考えているのかについての文献検討および「認知症カフェ」・「若年の

つどい」への参加を通して聴き取り調査を行い、具体的な事例を検証する。最後にこれらの検証から当事者と介護する家族の言葉に込められた意味を考察し、現在行われている初老期認知症者への支援を再考する。

第IV章では、在宅療養者への支援の変遷について介護保険法施行の前後の変化を中心に概観し、その変遷を背景にして現状の地域の支援体制にあるところの課題について考察する。

第V章では、初老期認知症者と家族への支援における専門職の活動と課題は、関わりを持つ時期により異なることに着目し、要介護認定を受ける前の段階で地域包括支援センターの専門職の関わりと、要介護認定を受けて介護支援専門員である専門職の関わりについて、実施した調査の分析を通して、初老期認知症者と家族への支援の実態と課題を明らかにする。

第VI章では、これまでに明らかにした課題への検討を踏まえ、当事者の力を引き出す支援の試みとして、認知症カフェを取り上げる。認知症カフェは、初老期認知症者への欠落したサービスを補うものと考え、参加者の様子や看護職を含む専門職のミーティング内容など取り組みを通して、その意義や課題を整理するとともに、専門職による当事者への支援と今後の可能性を明らかにする。教育は、在宅看護実習に協力した高齢者へのインタビューを通して、初老期認知症者の力を引き出すことへの汎用性を明らかにする。

第VII章では、訪問看護ステーションの看護職が受けてきた教育に焦点をあてる。「看護教育制度」と「在宅看護」領域における教育の変遷をまず概観し、現状の初老期認知症者を取り巻く環境において、在宅療養者を支援する看護職としてどのような役割が期待され、また検討すべき課題は何なのかについて検討する。

第VIII章では、本研究における要約、研究の限界と課題について述べる。

最後に、第IX章では、本研究の結論を踏まえ、専門職の対応能力を向上させるための提言について述べる。

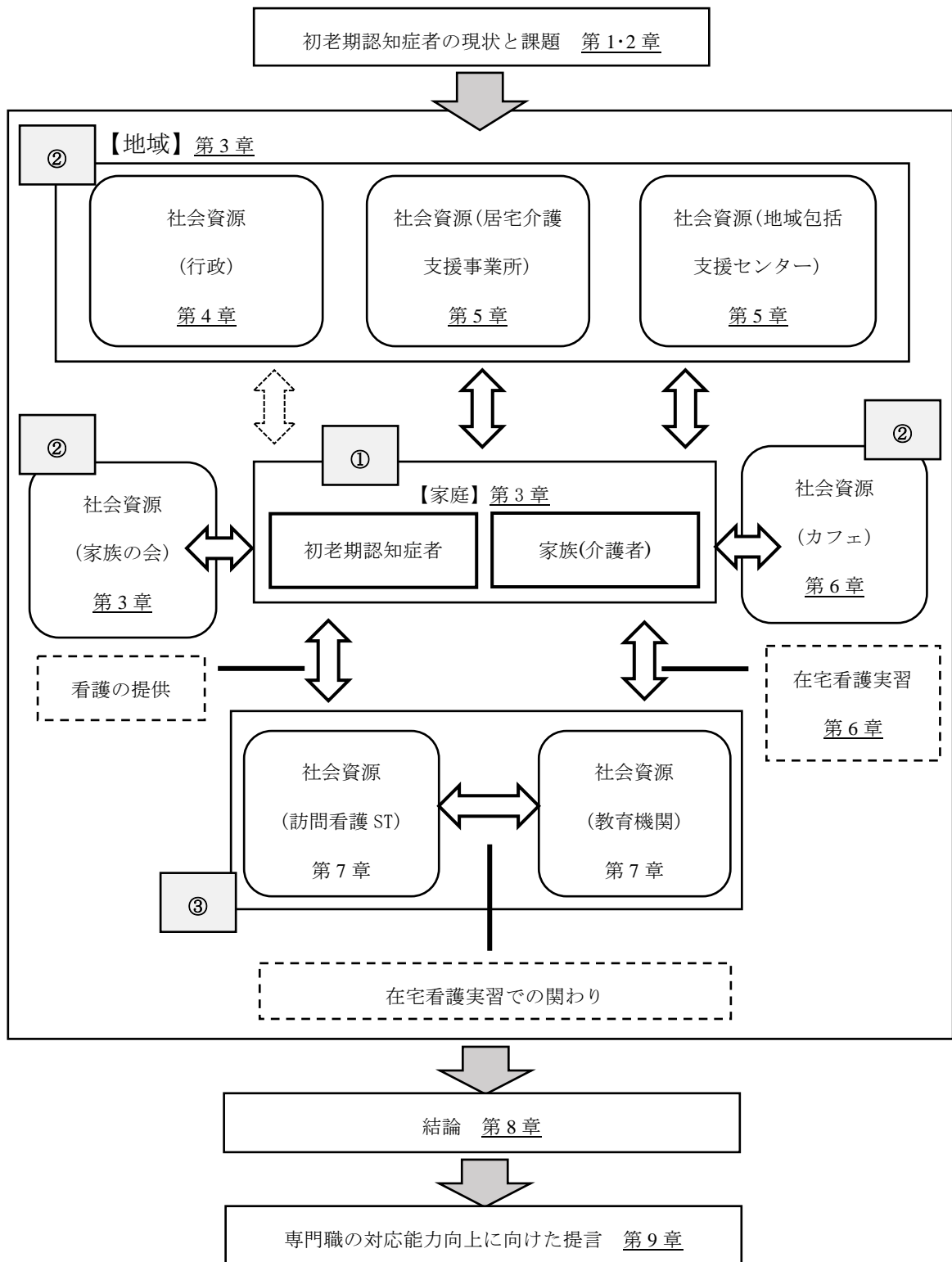


図1 本研究における対象へのアプローチ

<①当事者と家族, ②在宅療養を支援する看護職, ③在宅看護領域の教育>

第Ⅱ章 初老期認知症の特徴を踏まえた支援

本章では、初老期認知症者と家族への支援のために必要な社会資源を明らかにするとともに、看護職が活用するための課題を検討する。適切な社会資源に結びつけるために、初老期認知症の代表的なタイプと原因疾患の整理し、初老期認知症者にとっての社会資源（フォーマルサービスとインフォーマルサポート）を明らかにする。そのうえで、原因疾患により特徴が異なる初老期認知症者にとって、社会資源がどのように機能することが望ましいかということと、看護職の社会資源の活用における課題を述べる。

A. 初老期認知症の原因疾患と特徴

認知症の原因となる疾患は、多岐にわたる(池田 2010)。このため、原因疾患により認知症の症状や進行は異なる。原因疾患別に認知症を大きく分類すると、表 8 に示すように、①現在の医療で十分に根本的な治療ができる可能性のある認知症、②進行すると回復は困難であるが、十分に発症予防や進行予防が可能な認知症、③根本的な治療が困難な神経変性疾患による認知症の 3 種類になる。認知症を引き起こす原因となる疾患は、50 種類以上におよぶが、その中でも発症頻度からみて罹患割合が多いものは表 9 に示すように、アルツハイマー型認知症（約 50%）・血管性認知症(約 30%)・レビー小体型認知症(約 15%)・前頭側頭型認知症(約 2-5%)の 4 つである（全国キャラバン・メイト連絡協議会 2016）。初老期においても同様の傾向である。

アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's Disease : AD) は、 β アミロイド蛋白の脳への蓄積による神経細胞の死滅やタウ蛋白の神経細胞内への蓄積による神経原線維変化により発症すると言われている(三宅 2011)。「認知症の中でも最も頻度が高く、今後増加が予想される。一般的に認知症という疾患を理解する際に、アルツハイマー型認知症を基本的な概念として考えることが多く認知症にとって重要である(小長谷 2010a)

血管性認知症 (Vascular Dementia : VaD) は、脳血管障害による二次性の認知症であり、①大脳皮質下の広範あるいは多発性の微小血管障害、②大脳皮質や皮質下にまたがる広範あるいは多発する大血管の障害、③記憶障害を示す限局した障害、のタイプに分類できる(丸山 2004;宮永 2007)。このため、障害を受けた部位により生じる障害は大きく異なること

が特徴である。

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies:DLB) は、神経細胞内にユビキチンと α シヌクレインが蓄積することにより発症すると言われている。変動する認知機能障害で発症し、経過中にパーキンソン症状が出現する。早期から幻覚(幻視や錯覚)・被害妄想やせん妄を認めることが特徴で、男性に多い(宮永 2007)。

前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia:FTD) は、前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症・意味性認知症・進行性非流暢性失語症の3つに分類)に含まれる一つであり、従来はピック病と呼ばれていたものである。初期から言語の障害が多く、中期以降でないとは出現しない他の認知症と対照的である(小長谷 2010b)。万引きや交通事故など反社会的行動を起こすことによる社会的影響が生じる場合がある。

いずれの場合も早期発見・早期対応が原則であり、支援においては、当事者の QOL 低下の予防に努めることが重要となる。それぞれの原因疾患や障害部位、認知症の程度により状態は全く異なることから、支援においては個別性を十分に踏まえなければならない。

先述したように、認知症の原因疾患は多様であることから一人ひとりへの支援は異なる。血管性認知症を除き、根本的な治療が困難なものであることに注目すると、それぞれ進行が緩徐であるとはいえ、できるだけ重症化の時期を遅らせることが必要である。このため、早期発見・早期対応による支援を目指した関わりが専門職に求められる。出会う時期が遅いほど症状が進行した段階での関わりとなるため、当事者の意思表示や判断は難しくなり、それらを適切に汲み取ることが困難になるからである。加えて、疾患の特徴を踏まえ、進行に伴い出現する症状の変化に応じたケア(支援)が必要となる。支援の方向性を間違えると当事者の QOL 低下を招くことから、疾患の特徴を十分に理解しておかなければならない。例えば、初老期認知症は、すべて認知機能の低下から始まると認識している者も多いが、決してそうではない。中等度まで認知機能の低下を認めないタイプの認知症もあり、過度な支援により、本人の持つ力を十分に引き出せないまま自尊心を傷つけることも生じる。そのようなことを防ぐためには、認知症を引き起こす疾患とその症状を俯瞰的に捉える視点と、当事者の状態をきめ細やかに観察する力と配慮が必要となる。当事者の意思を尊重した QOL を保ちつつ、適切な療養環境を整えることが重要になる。

表 8 認知症の分類と原因疾患

分類	原因疾患
①根本的な治療ができる可能性がある認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外科的疾患（正常圧水頭症，硬膜下血腫，脳腫瘍） ・ 内分泌疾患（甲状腺機能低下症，下垂体機能低下症） ・ 炎症性疾患（脳炎，髄膜炎） ・ 廃用症候群
②発症予防や進行予防が可能な認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳血管疾患（多発性脳梗塞・脳出血） ・ ビンスワンガー病
③根本的な治療が困難な神経変性疾患による認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・ アルツハイマー型認知症 ・ レビー小体型認知症 ・ 前頭側頭葉変性症 ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症

表 9 認知症の代表的な原因疾患とその特徴

	血管性認知症 (VaD)	神経変性疾患		
		アルツハイマー型 認知症 (AD)	レビー小体型認知 症 (DLB)	前頭側頭型認知症 (FTD)
罹患割合*	約 30%	約 50%	約 15%	約 2 - 5%
病変 部位	脳血管	側頭葉内側部 (海馬)	大脳・中脳	前頭葉・側頭葉
進行	階段状進行	緩徐進行性	緩徐	緩徐
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・血管の障害部位や範囲により，症状は異なる ・記憶障害(初期は目立たない) ・見当識障害 ・意欲低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の中で最も多い ・近時記憶障害 ・遂行能力低下 ・視空間認知の障害や失見当識障害 ・女性に多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能障害の著しい変動がある ・パーキンソン症状 ・早期からの幻覚，妄想，せん妄を認める。 ・男性に多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期から言語障害が出現 ・脱抑制的行為・常同的周遊・滞続言語・反復行動・常同行動・食行動異常

参照：全国キャラバン・メイト連絡協議会，2016，「認知症サポーター養成講座標準教材」，5

B. 初老期認知症にとっての社会資源

社会資源とは、「社会的ニーズに充足する様々な物資や人材の総称で、社会福祉施設、備品、サービス、資金、制度、情報、知識・技能、人材などにわたる」ものである(日本介護福祉士会事典編纂委員会 2014)。初老期認知症特有の問題を有する当事者にとって、社会資源の活用は、生活の質に大きく影響を与える。

そこで、本節では、社会資源をフォーマルサービス¹¹⁾とインフォーマルサポート¹¹⁾に分けて整理し、初老期認知症者にとって社会資源がどのように機能することが望ましいのかを述べる。

1. フォーマルサービス (フォーマルケア)

初老期認知症者が利用することができるフォーマルサービスには、介護保険法に基づくもの、障害者総合支援法に基づくもの、その他と大きく3つに分類して、表10にまとめた。

2. インフォーマルサポート (インフォーマルケア)

インフォーマルサポートは、地域の特性によりその内容は様々である。ここでは、全国的な組織である「認知症の人と家族の会」の活動と、認知症者と家族や地域住民が集う場として注目されている認知症カフェについて整理し、初老期認知症者にとってどのような役割を果たしているのかを述べる。

a. 認知症の人と家族の会

(1) 家族の会設立の経緯

この会は、代表である高見国男の養母への介護体験が契機となっている。高見(2011)は、1943年に福井県に生まれるが、福井大地震での被災により、両親を亡くし、京都の養母に育てられてきた。その養母は高見が28歳の時に認知症を発症し、介護が始まった。当時は、法的整備は皆無であり、すべてが家族の手に委ねられていた時代でもあった。高見は、京都で開催されていた「高齢者なんでも相談」に参加することを通して、介護の苦労は自分だけではないとわかったという。同時に、介護者同士が話し合うことの意義に気付き、1980年に「認知症の人と家族の会(以下、家族の会)」を結成した。

家族の会は、京都市に本部を置き、全国の都道府県に47支部を持つという組織形態(2017

年9月現在 会員数1万1000人)で、世話人と呼ばれる介護経験者を中心に運営されている。

(2)家族の会の活動と社会資源としての活用

家族の会の活動は、「つどい」・「電話相談」・「会報発行」を共通の柱にして行われていて、地域ごとに特色を有する。

つどい

筆者が関西地域での専門職ボランティアとして参加している認知症の人と家族の会では、「若年のつどい」を年6回、サポーターと呼ばれる専門職のボランティアの協力を得て開催している。表11に示すように当事者同士・介護者家族同士がそれぞれに集まる場を別々に設け、当事者同士の集まりは、認知症の深さにより、グループ(A)とグループ(B)に分けられている。グループ(A)は、重度の認知症の人が参加するグループで、当事者の意向をさり気なく汲み取れるように世話人やサポーターが見守りながら、当事者が主役として安全に楽しく過ごせるように心がけている。グループ(B)は、軽度の認知症の人が参加するグループで、世話人やサポーターと自由に会話を楽しむ場であり、時には専門医も加わり、自身の症状・薬剤への疑問や日常生活での困りごとを相談することで、軽減する場である。この他に、家族の交流グループがある。そこでは、世話人が進行役となり、介護者家族が日頃の思いを十分に表出したり、介護における日々の不安や困りごとについて、話をしたりすることができる。世話人は、介護経験に基づく具体的なアドバイスを伝えている。家族はこうした交流を通して、日頃溜めていた思いを吐露し、引き続く介護に向き合うエネルギーや初老期認知症者の介護に携わる家族同士という連帯感を得ている。

電話相談

電話相談の活動は、世話人と研修を受けたボランティアが日本各地からかかってくる相談に対応する活動である。当事者の状態や家族の状況により「つどい」に参加できない者もいる。また迷いを払拭し、受診への後押しを希望する者もいる。日々の介護の不満や不安を相談する者もいる。そうした人からの実に多様な相談に対応するために毎月事例検討を行い、研鑽を積んでいる。初老期認知症者への対応経験も豊富なことから気軽に活用できる社会資源となっている。

会報発行

会報は、月1回のペースで全国版と支部版の二種類が会員のもとに郵送される。全国版の内容は、国内外の認知症に関連する先進的な取り組み、最新の治療情報による展望をはじめとした研究の紹介による情報提供、認知症施策の紹介と必要であれば、家族の会としてよりよい施策となるような提言、各地の家族の会の活動紹介、会員からの便りなどで構成されている。支部版の内容は、より地域に密着した形で当事者らの身近な地域での認知症に関する取り組みが具体的に紹介されている。たとえば、「つどい」で行われている内容が詳細に紹介されていることにより、参加に向けて気持ちが動きやすくなる。さらに介護者への世話人や専門職からのアドバイスが地域の実情に応じたものとなっていることで、サポート者の存在を身近に感じられるものとなる。たとえ、「つどい」に参加できない者であっても、情報を求める者にとって有益な社会資源となる。

(3) 家族の会の意義

家族の会により、当事者は、仲間との出会いによる連帯感を感じ、認知症と歩む生活を具体的に思い描くことができる。また、介護者は、思いを共有し、介護に苦勞しているのは自分だけではないという不安の軽減と励みを生み出すことができる。さらに、全国中に支部を持つ組織であることにより、単なる当事者とその家族の資源にとどまらず、認知症への理解を促す啓発や施策の提言も行うことができる。たとえば、認知症者の徘徊による鉄道事故により発生した介護者への多額の損害賠償請求は、介護者のみの責任ではないことを家族の会として訴え、最終的に撤回されている。

当事者や家族一人ひとりの声や力は小さなものであるが、家族の会は、活動の三本柱を通じて、丁寧に当事者らの思いを汲み取り、世間や行政に発信している。そうすることで認知症への理解を促し、施策への反映を通して、認知症者が住み慣れた地域で今までの暮らしを継続できる環境づくりまでを行っていることに認知症者の社会資源としての意義がある。

b. 認知症カフェ

(1) 認知症カフェの位置づけ

初老期認知症者の居場所として、認知症カフェは重要な社会資源の一つに位置付けることができる。2017年度現在、新オレンジプランの中で認知症カフェは、認知症の人やその

家族が、地域の人や専門家と情報を共有し、お互いを理解し合う場と定義される。運営のための財源は、2013年度から国が支援を開始したことから、フォーマルサービスに位置付けるという考え方もある。しかし、介護保険サービスのように設置基準や規制がなく、誰もが自由に運営することができる活動である。実際に、設置主体の6割以上が介護サービス施設・事業所、NPO法人、その他から構成されていることから、本研究ではインフォーマルサポートと位置づける。

(2) 認知症カフェの起こり

認知症カフェは、1997年(平成9年)にオランダの老年臨床心理学者であるベレ・ミーセン(Bere・Miesen)が発案し、アルツハイマー病協会と協力して立ち上げたアルツハイマーカフェが起源とされている(武地 2015)。ミーセンは、認知症者や家族らとの関わりを通し、認知症が家族の間でさえ話題にしにくいタブーであることに気付いたことから、認知症を話題にでき、情報提供できる場があれば、認知症への受容につながると考えた。このため当事者に加え、認知症と何らかのかかわりがある人、つまり家族・友人・近隣者・専門職などがくつろいだ雰囲気の中で互いの経験を分かち合い、認知症について話し合うことができればと思い、カフェというスタイルでスタートした。これが後にオランダ全土に広まり、イギリスでのメモリーカフェによる先駆的取り組みを経て欧米主要国に広がっていった。

(3) 我が国における認知症カフェの設置状況と内容

我が国においては2000年より認知症者と家族が安心して集える場の開設がスタートした(認知症の人と家族の会 2013)。この場が、認知症カフェとして普及し始めるのは、2012年9月に厚生労働省から出された「認知症施策推進5か年計画(以下、オレンジプラン)」の中で認知症の人やその家族等に対する支援として提唱されてからである。認知症の人と家族の会による調査では、当時、認知症カフェは全国で約30か所程度であり(2013)、2015年度に、41都道府県280市町村で655か所と増加した(厚生労働省 2015c)。認知症カフェは、自由に運営でき、認知症者やその家族が、地域住民や専門家と情報を共有し、互いを理解し合う場という主旨を共有する。これ以外は、内容に関して運営者の裁量に任されている。このため、ディサービスやサロンと同様のカフェから、アルツハイマーカフェのスタイルのカフェまで多様である(認知症介護研究・研修仙台センター2017)。それ故に、初老

期認知症者がサービスの一つとして利用する場合、見学などを経て自分にとって、居心地がよいと感じられるものを探すことが必要であるし、可能になる。なお、カフェの課題については、第VI章にて筆者が取り組んだ認知症カフェの実践について述べる時に後述する。

表 10 初老期認知症者が利用できるフォーマルサービス

サービスの種類	利用できるサービス
1.介護保険法に基づくサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度において初老期認知症者は、40歳以上65歳未満の第二号被保険者に位置づけられ、特定疾病を有する者として要支援・要介護認定状態にあると保険者から認定された場合に介護保険サービスが利用できる。介護保険サービスは、居宅サービスと施設サービスがある(具体的なサービス内容は第IV章 表14参照)。 ・高額介護サービス費は、利用者負担額が一定額を超えた場合、後ほど還付される。 ・介護保険法にはないサービスについては、障害者総合支援法の障害福祉サービスとの併用も可能となる。
2.障害者総合支援法に基づくサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村により、障害支援区分の決定を受けることにより「介護給付」サービスと「訓練等給付」サービスを利用することができる。 ・要介護認定を受けている場合は、障害者総合支援法より優先されるが、介護保険法にないサービスが必要な場合は、この限りではない。
3.手帳取得によるサービス	<p>身体障害者手帳および身体障害者手帳により、一定の障害を有することが証明するもので、税金控除をはじめとした優遇措置をうけることができる。</p>
4.医療費助成	<p>自立支援医療、高額療養費、高額医療・高額介護合算療養費制度</p>
5.日常生活支援に関するサービス	<p>日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) 成年後見制度</p>
6.経済的支援	<p>傷病手当金、障害年金、雇用保険制度、特別障害者手当、税金の控除</p>

参照:長野県健康福祉部「若年認知症の人と家族を支援する社会資源ハンドブック」(2013)

表 11 認知症の人と家族の会による「若年のつどい」

グループ*	内容等
本人交流 (A)	サポーター**と共に楽しく安全に過ごすグループ 歌, テーブル卓球, スカットボール, ゲームなどを楽しむ
本人交流 (B)	世話人や助言者(医師)も加わり, 本人同士で交流するグループ
家族交流	世話人や助言者(医師)も加わり, 家族同士で交流するグループ

*本人交流 (A) と (B) のグループ分けは, 本人や家族の希望を踏まえ, 認知症の重症度に応じて, 事前打合せの時に行われる。

**サポーターである専門職ボランティアは, 介護福祉士・社会福祉士・理学療養士・作業療法士・看護師と多岐にわたる。基本的にサポーターは事前の打ち合わせでその日のグループを選択することができる。

C. 看護職の社会資源活用における課題

原因疾患により初老期認知症者への支援は異なり, その方向性を間違えることは, 当事者の QOL を左右する。このため看護職には, 原因疾患により異なる認知症の特徴を理解することとともに, 当事者の状態をきめ細やかに観察し, 配慮した上で適切な社会資源を活用していく支援が求められる。

初老期認知症者の社会資源として, フォーマルサービスおよびインフォーマルサポートは, 個々の状態に合うことをめざしてきたため, 多様になりつつある。しかし, 初老期認知症者には, 利用できるサービスが少ないという言説がある。

斉藤 (2005) は, 現任ケアマネジャーの自己評価に関する調査にて, 公的介護保険以外の資源 (公的・私的) は殆ど使っていないと回答するケアマネジャーが多いことを指摘している。また, 実際に看護職への初老期認知症者への支援に関する聴き取りにおいても, 「初老期認知症者に利用できるサービスは少ない」と多くが語っている。例えば, 介護保険制度の中での通所介護 (以下, デイサービス) の場合, 初老期認知症者は第二号被保険者に該当し, 要支援・要介護状態にあると認定されれば, デイサービスを利用することができる。ただし, サービスは利用できても, 利用者の殆どが高齢者であることから, 内容

もそれに合わせたものとなっていて、初老期認知症者には“利用しづらい”場合が多い。一方、インフォーマルサポートである「認知症カフェ」や認知症の人と家族の会が開く「若年のつどい」は、認知症者、家族、地域住民、専門職と様々な年代の人々が参加していて、初老期認知症者にとって利用しやすいものとなっている。初老期認知症者にとって利用できるサービスが少ないという言説は、当事者と看護職が制度に関する情報を十分に得る機会や吟味する機会を持っていないことが関連しているといえよう。

また、サービス利用についての問いかけは、しばしばそれだけでは済まず、それと連動する形で、経済面に関する支援の問いかけが生じる。これに対して看護職側は聴きづらいつと感じている。大橋（2011）は、認知症介護者への意識調査から、「認知症の人と関わった経験を通じて、認知症で不自由なく暮らせるために『お金』が一番必要であること、その必要とされる金額の相場を把握しており、不安に関わりなく現実的な判断していた」と述べている。認知症介護者の「お金の必要性」に関する声は、単なる感情論ではなく、実体験を踏まえた現実的な意見である。経済面に関する支援の問いかけは、看護職側は聴きづらいつと感じるが、これは感情的な苦手意識だけではなく、経済面に関する社会保障制度上の支援が難しいと多くの看護職が認識していることにも関連する（木下 2010）。経済面に限らず、看護職自身の価値観から、聴かなければならないことを聴き逃すのではなく、信頼関係を基礎に、冷静に対処する能力が求められる。

さらに看護においては、自身の担当する地域に存在するフォーマルサービスやインフォーマルサポートを知っていなければならないと言われている。単にサービス内容を記載した資料を用いた把握ではなく、実際にサービス担当者との連携を通して、サービスの実態を把握することや、当事者との同行を通して直にサービス提供現場に触れることが望ましい。看護職は、当事者の思いや介護者の相談を傾聴するだけでなく、適切なサービスにつながるために、社会保障制度に関する豊富な知識を蓄積することが、支援の力量を十分に備えることにつながる。その積み重ねが、初老期認知症者に必要なサービスの創設につながり、地域での質の高い暮らしを生み出すからである。

第三章 「認知症」へのまなざし

「認知症¹²⁾」という言葉は、2004年12月24日の厚生労働省の通達により行政用語として使われるようになった(2004)。それまで、この症状を表す行政用語は、「痴呆¹³⁾」であったが、新しく「認知症」が導入されると同時に廃止されることになった。この用語変更の背景には、「痴」には、「愚かなこと」という意味が、そして、「呆」には、「愚かなこと、呆れること、あっけにとられること」という意味がある(新村2008)ことから、両方とも認知症者に対する尊厳といたわりに欠ける表現であり、「痴呆」という言葉から想起される偏見・差別・誤解・不遜さの存在があった。「認知症」がそれに替わる用語として選ばれたのは、一般にわかりやすく、不快感・侮蔑感を感じさせない言葉だったからである。変更は単に用語の問題だけではなく、認知症に焦点があてられ、人々が「認知症」を正しく理解する機会にもなり得ることも期待していた。その後10年以上が経過し、「認知症」という用語は保健・医療・福祉分野に限らず、広く社会一般に定着したと言えよう。しかし、用語の定着はしたものの、認知症の正しい理解は進んでいない。2015年に内閣府政府広報室は、認知症に関する国民の意識を把握することを目的に、全国20歳以上の日本国籍を有する者3,000人を対象に、「認知症に関する世論調査(2015)」を実施している(有効回答数1,682人、回収率56.1%)。この調査結果において、認知症に対するイメージとして、「認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる」と回答した者が33.5%であるのに対し、「認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる(35.9%)」・「認知症になると、暴言・暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる(7.6%)」・「認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう(10.9%)」と回答した者は54.4%を占め、半数以上がネガティブなイメージで認知症を捉え、地域で暮らし続けることが難しいと認識していた。認知症への正しい理解につながることを期待しての用語の変更であったが、10年以上たった今も、認知症への偏見や誤解は根強く存在すると言える。

そして、この調査で初老期認知症者のことを思い浮かべて回答した者はどれくらいいたであろうか。おそらく高齢期に比べ、数が少ない初老期の認知症をイメージしていた者は少ないであろう。しかし、初老期は、社会的役割が多い年代にあることから、経済的な困難さや初老期発症に特化した福祉サービスの少なさが課題となることや、介護を担う家族

の心身への負担の大きさも課題であることから、初老期認知症者への人々の十分な理解が必要である。しかし、まだそのような認知症者とその家族にとって暮らしやすい環境にあるとは言い難い。

そこで、この章では、初老期認知症者・家族・地域住民は、認知症というものをどのように認識しているか、その実態を理解し、それを通して初老期認知症者とその家族への支援への本質を捉えなおす。

A. スティグマがもたらす認知症の内包化

アメリカの社会学者アーヴィング・ゴッフマン(Erving Goffman)(1963)は、著書「スティグマの社会学」において、スティグマには「奇形や身体障害」・「精神障害」・「異なる人種・民族・宗教」の3種類があると述べている。この中で、認知症者は、認知機能に障害があることでその人の市民性がないと考える「社会的排除」という差別の対象になっていると述べている。このことは、有吉の「恍惚の人」の背景にある、高度経済成長期の中で生み出された、高齢者をはじめとした社会的弱者の人権を尊重しない風潮に通じる。

認知症を持つということは、認知症との対峙と認知症にまつわるステレオタイプとの対峙を、当事者の内に二重に抱えることを示す。認知症になると何もできなくなるのだという言説で形成されるステレオタイプである。

松下(2014)は、認知症の「診断」は、患者やその家族に対して、医学的な病名を告知することであり、その病名に基づいて治療を行うことを宣言することだと述べている。しかし、医師にとっては治療への宣言であったとしても、当事者にとっては認知症であるという「宣告」に他ならない。1995年に46歳でアルツハイマー病と診断を受けた初老期認知症の当事者であるクリスティーン・ブライデン¹⁴⁾は、著書『私は誰になっていくの(2003)』において、「多くの人にとって、痴呆症の診断はまさしく終わりの始まり(2003)」とし、「アルツハイマー病は、私たちの社会にある不治の病の中でも最も理解されていないものの一つである。この病気は、その人をその人たらしめるものから多くを奪っていく(2003)」とし、『私は私になっていく(2012)』では、「私は一夜にして病気の烙印を押され、痴呆の人になってしまった」と述べている。彼女にとっての診断は、病名の告知と予後の告知の二つの意味を含み、同時に、ボーデンという固有名詞を持つ人格から「認知症の人」という

曖昧な存在になることにもつながる。ケイト・スワファーも『認知症を乗り越えて生きる(2017)』の中で、医師からの告知を「断絶処方」と命名し、社会からの切り離しだと述べている(主体性や固有性のあるケアの必要性)。

また、「認知症だと知られると周囲の見る目が変わる」や、「認知症は治らないもの」という認識が与える影響力は大きい。これにより、当事者や家族が認知症に関して、家族以外の人に相談することを躊躇する事態が生じるのである。スティグマへの恐れや初老期認知症に対するネガティブなイメージが、当事者や家族が持っていることにより、当事者と家族は、現実を受けとめることが遅れ、認知症の症状から生じるさまざまな問題を家族内に留めてしまうことになる。そして、家族は問題を抱えきれなくなってから、初めて外部の相談を求めることになる。一方、専門職の側は、こうした状況の中で、進行した初老期認知症者への支援が通常になってしまい、彼らへ支援の困難さばかりが強調される。困難さばかりが強調される環境にいることになり、『対応が既に困難な者』と認識してしまい、当事者や家族に関わることを躊躇することにつながる。こうした連鎖を断ち切ることが初老期認知症者への支援のためには必要である。そのためには、スティグマやネガティブなイメージを払拭する方法を、支援システム創設時に、当事者がたどる段階ごとに具体的に示していかなければならない。

B. 当事者と家族の思い

1. 当事者が抱える思い

これまで我が国の認知症施策としての支援は、徘徊や暴力行為など顕在化した周辺症状の対処という事後対応中心のものであった。加えて、認知症施策の基礎資料を得るために実施されてきた多くの調査も、認知症者は、意思表示は困難と判断されて、当事者よりも家族やケアに携わる職員(専門職)により回答されてきたという事実があり、家族や介護する側が見た認知症に関する知見が多く蓄積されてきたといえる。この背景には、認知症が進行してから相談や受診することにより、サービス利用者の多くが重度の状態の人で占められていたことがあったと考えられる。こうした状況が“認知症者は自身の意思を示すことができない存在”という歪んだ当事者像を生み出してきたといえる。こうして、認知症施策や当事者支援の現場において、認知症者自身の意思が反映され難い状況が作り出され

たといえる。

こうした状況に対して、患者本人の話を聴くことの重要性が注目されるようになった。例えば、筆者が精神保健相談員の研修で講義を受けた小澤勲医師は、著書「痴呆老人から見た世界 - 老年期痴呆の精神病理(1998)」において、「痴呆老人から見た世界はどのようなものだろうか。彼らは何を見、何を思い、どう感じているのだろうか。そして、彼らはどのような不自由を生活しているのだろうか」と書いている。また、次のように、我々専門職や地域住民の関わりや関心に警鐘を鳴らしている。

「痴呆を病む人が私たちを、そしてこの世界をどう見ているかにこころを寄せるという視点が欠けていたのではあるまいか。これは、これまで痴呆を病む人たちは処遇や研究の対象ではあっても、主語として自らを表現し、自らの人生を選択する主体として立ち現れることがあまりにも少なかったことによると思われる。とすれば、これまでの痴呆ケアは、痴呆を病む人たちにとってどこかの外れになっていたに違いない」

ブライデンをはじめ当事者たちの語りに込められた意思を聴き、当事者らの失われてはいる力を目の当たりにすることを通して、確かに私たちは、認知症への正しい理解を十分にせず、認知症者は重度な、何もわからなくなる人というイメージにとらわれていたと自覚し始めている。そして、私たちは無意識に認知症者を、保健医療福祉等の支援を利用することで弱みを補う「弱者」というイメージで捉えていたために見失っていた「対等な生活者」、「共に生きる者」という視点が欠落していたことに気づき始めている。

こうした気づきをもとに、筆者が2011年から参加している「家族の会」や複数の「認知症カフェ」で聴き取った記録を読み返し、当事者や家族の“認知症かもしれない”というエピソードと、認知症への不安やそれに向き合う気持ち、周りの反応をどのように解釈したのか、という視点を新たに用いて語りを再分析し、そこから専門職としての姿勢を考察する。

Aさん(50代女性)～認知症かもしれないと気付いたエピソード

においが感じにくくなっていました。年をとったから代謝も落ちて汗もかかなくなっただけかな？あれだけ汗をかいていたはずなのに、あまり体からにおいがしないなあという程度に考えていました。だからそういう日は、お風呂に入らず、同じ服をその

まま着て仕事に行くこともありました。家族から、「お母さん、におうよ」と言われて、もしかして鼻が悪いのかなって気づきました。その時は気を付けようというくらいの軽い気持ちでした。でも、決定的だったことは、カレーを作ったときでした。カレールウの賞味期限が近かったので作ったのですが、カレー特有の香辛料の香りがまったくしなかったんです。ただ古くなった小麦粉のような酸っぱいようなにおいしませんでした。もう賞味期限が近いから使えないんだと理解して捨てました。そして、買ったばかりのカレールウを開けましたが、さっき捨てたルウと同じにおいでした。カレールウって香辛料が独特でわかりますよね。でも私は出来上がったカレーを食べてもただ塩辛いだけで少しも美味しく感じませんでした。その日以来、私は、それまで目分量で入れていた調味料を計るようになりました。家族にはそんなこと言えませんが、一人で調べたら、認知症の初期に嗅覚の機能が落ちると書いてありました。カレーのにおいすらわからないなんて、他のにおいなんてなおさらです。人に自分がおかしいことを悟られないようにするため緊張が続きます。

強いにおいすら識別できなかった事実、認知症かもしれないと気付くが、家族や周囲に知られることが怖いため、嗅覚機能が低下したことを知られないように緊張した振る舞いがストレスになっている。周囲が認知症である自身を受け入れないであろうし、何よりも自身が認知症であることを受け入れられないことが A さんから伝わった。

Bさん(50代男性)～仕事が苦痛だが、まだ働き続けたいといけない

文章を書いているとも考えがまとまらない。頭の中と胸のあたりがカーッとなってショートしたみたいに熱くなって叫びだしたい衝動に駆られます。表現したいことがそこにあるのに手が届かない。

もちろん早期に対応することが大事だとわかってる。でも今、病院には行きたくない。認知症と診断されたらきっと仕事を続けられなくなる。まだ子どもの教育費がかかるから、子どもが卒業するまでは働いていたい。もし認知症だったら車の運転をあきらめなければならない。そうなるとどこにも行けなくなるし、楽しみもなくなる。頭ではわかっているけど、自分の受診が遅れて認知症が進行してしまうよりも大事なことがある。

Bさんは、思うように仕事がかどらない毎日に苛立ちを感じているが、自分の置かれた状況を考えるとたとえ手遅れになっても家族のために、今は受診できないという切羽詰まった感じが伝わる。もし、高齢期での発症であれば、家族の扶養をはじめ人生設計への不安など自身の抱えるものが少ないことから、受診への躊躇いも軽減する。これが高齢期認知症との大きな相違点といえる。

Cさん(60代女性)～周囲の態度から自分の状態に気づかされた

認知症の講演会に出かけました。受付で氏名と住所を書くように求められましたが、住所が全く思い出せませんでした。ものすごくショック。もう何年も住んでいるのに…。受付で何とか思い出そうとしましたが、混み合ってきたから仕方なく「住所をど忘れしてしまったみたい」と受付の人に伝えました。受付の女性は驚きの表情をまず浮かべました。その次に、私はどうふるまえばいいのかと逡巡する表情がやってくる。そして彼女の中で対応の仕方が整理されたようで、ぎこちない表情とも憐みともつかない、形容しがたい表情でこちらに話しかける。表情は硬いけど優しい声で「大丈夫ですよ。このまま会場にお入りください」。これは私がそのように感じただけでその女性が本当はどう思っていたかはわかりません。被害的かもしれません。でも私にはそのように映りました。私は、話しかけられても素直にはその好意らしきものを受け取れなかった。同情しか感じ取れなかったから。

Cさんは、受付の女性の態度から、住所を思い出せないということが人にはどのように映るのかということに気づき、考えている。相手は丁寧な言葉で話しても、自分に対するふるまいに同情的な感情が含まれていると感じ、対等に扱われていないかもしれないと気付かされたことに悲しさを伝えている。

Dさん (50代女性) ～自分の記憶を試されるということ

市役所に行ったら、窓口で「私のこと、覚えてる？」と話しかけられました。親しげに挨拶をされてもピンときません。私が誰だろうと考えても思い出せなかったので

正直に伝えると、かわいそうにという表情で「疲れているせいだと思うよ。気にしないで」と言われました。そして、別の知り合いをわざわざ呼んで来て、また同じように「私のこと、覚えている？」と質問してきた。見覚えはありましたが、名前は出てきませんでした。失礼な態度だと思いました。

Dさんは、以前に勤務していた職場の元同僚から、自分の記憶を試されるようなことをされたことに悲しさを感じていた。同時に、思い出せないことで辱めを与えるような行動を元同僚がとったという事実にはショックを覚えていた。元同僚の態度に、身近な存在であった者に変化が見られた場合の行動を見て取ることができる。変化の程度が大きければ大きいほど、それをすぐには受け入れることができず、どのように変化したかを確認するふるまいを起す。そのふるまいは、自分を納得させることはできても、Dさんを傷つけることにつながるとは元同僚は認識していないと思われる。

Eさん（60代男性）～記憶の低下はずっと続くものではない

一日の中で、ほんの短い時間だけ頭の霧が晴れるような感覚になる。それ以外の時間は霞がかかったような状態で考えもまとまらないし、思考停止っていう感じかなあ。なんとなくあー、すっきりする時間がやってくるって予感みたいなものがして…その時に、考えないとできないことや集中しないとできないことをするようにしている。でもそれは30分の時もあれば1時間以上続くときもある。予測はできないけどその時があるから救われている。

Eさんは、記憶力の低下には変動があることを自分の経験から気付いている。認知症になったことで自分の力がすべて低下したのではなく、できることがある可能性に気付かされている。それは、Eさんにとって希望となるエピソードであり、自己効力感の回復につながる。

AさんからEさんまでそれぞれ感じたままの気持ちを語っている。どのようなきっかけで自分の中に違和感を持ち、それにどのように折り合いをつけていったのかを細かに語っ

ている。CさんとDさんにおいては、自分の言動に対して周りの人がどんなふうに捉えているかを詳細に記述していた。CさんやDさんの振る舞いに対する周りの人たちの反応は、当事者の主観的な解釈であるが、そのように捉えた事実に意味がある。

一般に認知症は高齢者になるもの、認知症になると何もかもできなくなるというネガティブなというイメージが根強い。このため初老期認知症の場合、相手は、イメージと乖離する外観から想像できない認知機能の低下を目の当たりにして、二重の戸惑いを感じ、スムーズさを欠くやりとりにつながる。しかし、小松(2013)によると、認知症当事者（以下、当事者）は、「認知症高齢者の日常生活自立度¹⁵⁾」の中等度（Ⅰ～Ⅱb）までは、過去の出来事・現在の心境・家族への思い・人生の捉えなおしによる心境を表出できることを明らかにしている。認知症は高齢期だけのものではないという正しい認識が必要であることと、認知機能の低下があっても他の力は保たれていること、当事者においても周囲のサインが決して差別的な意味合いを持つものばかりではないことを知ることも必要となる。

さらに踏み込んで、自分が認知症であることを当たり前で語れる社会が望まれる。近年、海外において、クリスティーン・ボーデン(2003;2012;2017)をはじめ、ジェームス・マキロップ、ケイト・スワファー (2017)など初老期に認知症と診断された人達が、認知症者の声を届けるために講演活動を精力的に行うようになった。日本においても、大田(2007)・佐藤雅彦(2014;2016)・丹野(2017)・藤田(2017)らが当事者の視点から感じたことを自らの言葉で表明している。これにより、多くの人々が持つ認知症者へのイメージ、つまり意思表示できない、理解が乏しい存在というネガティブなイメージを低減させるのに役立っている。

また、当事者は意思を表明することが可能な存在であり、その発言の重みと重要性が認識されつつある。たとえば、スコットランドにおいて、当事者団体「スコットランド認知症ワーキンググループ」が、認知症の人の権利を守るための活動を行っている。日本においても、2014年10月に当事者が自身で政策提言を行う「日本認知症ワーキンググループ」が誕生している。このグループは、「認知症になっても希望と尊厳を持って暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創り出していくこと」を目標として掲げている。そして、国に対して、認知症施策の策定や評価に当事者が参画できる機会を確保すること、初期認知症者に対する理解や支援の充実を図ることなどを提言した。「認知症の人と家族の会」の発祥の地である京都においても、2015年2月に「京都式認知症ケアを考えるつどい」において、当事者がステージ上でメッセージを発した。それまでは表舞台に出ることはなかった当事者が、診断を受けた時の思いにはじまり、日々の生活での困難さの経

験、支援してほしいことや社会に望むことなどを堂々と語った。認知症になっても地域の中で今まで通り暮らし続けたいという、当事者の思いに寄り添うことの大切さが参加者に伝えられた。

当事者らによる次々となされる発言を受けて、厚生労働省も 2016 年度から当事者を対象とした調査を実施することを明らかにした。これまで、認知症者は意思表示ができない存在と見なされていた時代から、当事者らの望む意思決定を踏まえた援助の時代へと移行することで、継続的な質の高い援助を生み出すことにつながると思われる（日本経済新聞 2016）。

2. 家族が抱える思い

認知症者への介護は、家族に依存していた時代から介護保険法施行後は、家族への支援をもとにした時代へと変わりつつある（矢吹 2011）。この変化の中で、家族介護者の実態も詳しく理解されるようになった。

渡辺は、認知症者の介護を通して、家族は孤立感・不安感・無力感・怒り・悲しみなどの否定的感情を体験しやすく、ストレスを抱えやすいという（2005）。初老期認知症者の介護者は、圧倒的に配偶者が多いことから、介護者も初老期、もしくはそれより若い年齢で介護を経験することになる。このような時期に介護者という立場になることは想定していないことは容易に想像できる。このため、前述したような否定的な感情を持ちつつ、日々の介護に向き合う介護者は少なくない。例えば、当事者の言動に対して、「言うてはいけない」と自制するとストレスにつながり、怒りの言葉を向けると強い自責の念に駆られる。そうしたジレンマに陥ることで、自己不一致の状態になりやすくなる（杉山 2013）。このような苦しい気持ちを誰かに話したいが、介護経験がない者に話した場合に、受容や理解をしてもらえない可能性や、論される可能性を考えると内に抱え込んでしまうこともある。それが積み重なり、閉塞感を生み出していく。このため、介護を苦にした殺人や心中・自殺もあとを絶たない（内閣府自殺対策推進室 2013）。介護者は、当事者の状態、つまり認知症の深さの程度により直面する感情は変化する。我々は、介護者の発言の裏にある感情にも目を向けなければならない。

一方、初老期認知症者の介護は、介護負担とイコールだとみなしがちであるが、そうでない場合もあることを理解しなければならない。次にそうした例を挙げてみる。

Fさん(40代女性, 夫はアルツハイマー病)～昼間ひとりで置いてはいけない

私は、公務員として働いています。夫は診断を受けて仕事を退職しました。私たちには子どもがいませんが、私が働かないと生活できません。毎日出勤する私を夫はさびしそうに見送ってくれます。たぶん私がいなくなるとどこにも出かけることもなく、ずーと家の中で過ごしていると思います。このままではいけないと思っていますが、まだ具体的に行動しているわけではありません。だから月1回、夫と二人でここ(カフェ)に来ることが楽しみです。

Fさんの場合、夫が働き盛りで認知症を発症し、退職したため家庭の収入が半減した。このため、Fさんは何もすることなく家の中で過ごす夫を置いて仕事に行くことに後ろめたさを持っていると思われる。夫婦でカフェに参加し、夫が周りからさり気なく気遣われ、居心地がよさそうにしているのを見て、後ろめたさがやわらいでいる。同時に、夫にとって外出することがよい効果をもたらすと気付かされることにもなっている。Fさんは、カフェへの参加により気持ちを立て直し、自分が働きに行くことや夫のサービス利用に向けての行動を起こそうとするエネルギーを得ているといえる。

Gさん(40歳代女性, 夫はアルツハイマー病)～私に情報を

私は認知症に関する情報を知りたいんです。あと、夫と共通の趣味を手段に、ホームページを開いて、介護の情報を得るようにしています。認知症であることを発信していきたいと思っています。

Gさんは、夫と同じ職場に勤務している。夫はアルツハイマー病と診断され、休職している。家族の会に参加した当初から、オープンに夫と自身のことを語り、自分たちの生活にプラスになることを積極的に取り入れようとする姿勢がみられた。しかし、Gさんに同行する夫は表情が暗く、自身の状況を受け入れているようには見受けられない。夫婦間での温度差が伝わってきた。Gさんの意図が夫に伝わらないことで互いの気持ちに溝を生む可能性があることから、二人の気持ちを伝えあい、調整を図る介入が必要である。

Hさん（50代女性，夫はアルツハイマー病）～絶対に認知症を知られたくない

絶対に主人のことを知られたくありません。だから写真撮影も映らないようにしてほしいんです。

Hさんは、他の参加者と会以外の場所でも出会い、食事を楽しむことができる。しかし、何年も通いなれた場・人であっても、周囲に認知症であることを知られることを頑なに警戒していることは表情の硬さから読み取れる。Hさんの夫の認知症は深くなりつつあるが、周りの人からさり気ない気配りを受けて、趣味を楽しんでいる様子が毎回みられる。しかし、隣に座るHさんは、それを受け入れてはいない。我々はさり気ない気配りをしていつもりであるが、Hさんにすれば、作為的な演出をされていると捉えているのではないかと感じることもある。

Iさん（60代男性，妻はアルツハイマー病）～発症前の関係が介護に出る

みんなから大変でしょと声をかけられますが、私は、妻の介護が辛いと思ったことは一度もありません。そう思えるかどうかは、この病気になる前に夫婦の関係がよかったかどうかによると思います。私らは本当に喧嘩らしい喧嘩をすることもないまま今日までできました。私は定年退職しましたからカフェや子どものところに一緒に出かけたりしています。介護者として、他の家族の人に相談にのったりすることもあります。

Iさんは、妻を介護することに生きがいを見出している。決して無理をしているのではなく、誰の目もないところでも一つ一つの動作は自然で妻へのいたわりがみえる。私の「24時間、ずっとそばに付き添うのは大変ではないですか」という問いに「この病気になる前の夫婦関係がよかったかどうかによると思いますよ」と即答だった。比較的状态は落ち着いているIさんの妻であるが、日常のあらゆる場面で目配りや声かけによる促しが必要になってきている。負担と感じている部分もあるのでは想像していたが、そうではなかった。思い込みが前提にあると支援の方向性を誤ることを我々に示していた。また、家族の会を通して、知り合った介護者達から頼られる存在になっていることも介護に前向きになれる一因であることを示す事例である。

松橋仁一さん(63歳)～かつて母を知る人に認知症であることを知られたくない

母・松橋マスエさん(88歳)の認知症のことを地域の人に隠し続けた。父親が脳梗塞後遺症で半身麻痺になったときは、わだかまりなく近況を住民に話した。かつて障害を持つ子とすれ違った時、ふりかえって見つめたことがある。今度は自分たちが振り向かれるかもしれない。かつての母親を知っている人だったらと考えると惨めな気がして母と近所を歩きたくなかった。認知症をテーマにした市民向け健康講座の資料に、認知症について「高齢者にはありふれた病気です」と書かれていた。高齢化が進む地域で、認知症は実際にありふれた病気だと感じているが、多くの人々が表立っては語れないでいる。認知症はまだ「ありふれた病気」にはなっていないのだ。

自分の血縁者が認知症になった時、どのような思いを抱えるのか。多くの人々が認知症に対して、正しく理解している訳ではなく、偏見やネガティブなイメージを持っていることを示すと同時に、認知症が、身体疾患と同様にわだかまりなく人に話すことができないものであることを示す事例である(信濃毎日新聞取材班 2010)。

金井静夫さん(63歳)～若年性認知症の進行で精神科を利用せざるをえなかった

金井さんは、53歳で初老期痴呆と診断された。若いため介護保険サービスに居場所は見つけれず、通える場所を見つけるまでに5年を要した。しかし、認知症の進行に伴い、増える暴言や暴行を理由に、通える場所が失われていく。家族は仕事もあり、自宅でもう一度介護することは、つらかった過去の介護経験につながり受け入れることができなかった。金井さんは、最終的に精神科に入院となった。

初老期に発症する認知症の当事者が、適切なサービスがないことや対応の難しさゆえに、尊厳を持って地域の中で生きていくことの難しさを表している事例である(信濃毎日新聞取材班 2010)。

C. 認知症への人々の意識

人々は、周囲の人間が認知症だと知ったとき、その人に対して、どのように思い、対応しているのか。本節では、2010年に信濃毎日新聞の社会面に連載されたルポ・ルタージュ「笑顔のままで 認知症—長寿社会」に紹介された事例(信濃毎日新聞取材班 2010)や、認知症施策先進地域における「認知症に対する意識調査」の結果(畑野 2017;木谷 2017)を用いて、人々の認知症に対する意識とその意味を考える。

1.身近にいる「認知症者」へのふるまい

自分の身近に暮らす人が認知症になった時、どのように感じ、ふるまうのか。コミュニティの長い付き合いの中で築かれた人間関係が、認知症によるエピソードを通して壊れていった事例である(信濃毎日新聞取材班 2010)。

松原好美さん(当時 79 歳)～本人の頻回な訪問への住民の拒否的な態度

人口 1,000 人に満たない村で暮らしてきた松原さん。花が好きで、周囲への気遣いを忘れない人柄が親しまれていた。住民は好美さんの来訪を快く受け入れていたが、認知症の進行に伴い、道すがら目についた花を摘んで頻回に訪問するため、住民は鍵をかける、花を受け取らない、外に出さないでほしいと匿名でディサービスや家族に電話をかける、などのあからさまな行動により徐々に好美さんを拒否するようになる。

好美さんを受け入れていた人に対しても住民は「相手をしていると同類とみられる」と交際を止めることもあった。認知症が進行して次第行き場を失い、住み慣れた土地を離れグループホームに移り住むが、1 か月もしないうちに沢に転落して死亡した。

認知症に対して適切な理解を周囲の人々が持つことができていたならば、彼女は地域の中で排除されることなく、住み慣れた場所で暮らすことができたと思われる。同時に、認知症を持ちながら暮らす彼女の姿を知り、かかわることは、地域の人々にとっても認知症を理解し、自分が当事者になったときの姿を思い浮かべることにつながる啓発的な経験になったはずである。

この事例は、決して特殊なものではない。日常生活の中で、認知症に限らず、一般的に一人だけ異なる行動をとる者に対して、排他的なふるまいがなされることは少なからず存在する。そこにどのような気持ちが働いているのか。事例から考えると、当事者があからさまに排除される背景に、「認知症」が集団において、異質なものであるという認識があることに他ならない。その思いやふるまいが、「認知症」になった時に、開示できない状況を生み出していて、今なお早期診断や早期対応を阻む要因になっている。

2. 認知症施策先進地域における「認知症に関する意識調査」

「認知症」が人々にとって開示できない状況にあることがこれまでの当事者や家族の語りから明らかになっている。そこで、ここでは認知症施策に積極的に取り組んできたA市の事例を通して、地域における認知症への意識について明らかにする。A市は、厚生労働省による「平成25年度認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」に採択された市町村のひとつであり、全国に先駆けて初期認知症支援に取り組んできた実績を有する認知症施策の先進地域と言われている。このため住民は、日頃から行政が主催する認知症に関する啓発事業（認知症サポーター¹⁶⁾養成講座、認知症に関する講演会、認知症カフェ、広報誌での認知症理解に関する記事など）に参加する機会が多い。これに伴い、住民は学習への意欲が高く、周囲への興味関心が高い地域と考えられる。

そこで、筆者は、A市の「生涯学習講座」を受講する地域住民(以下、受講者)に着目して、認知症への意識調査を2016年度に実施した。その結果を引用しながら、地域住民の認知症への認識を考察する。

a. 本節における調査方法

(1)調査期間：2016年10月～2017年1月

(2)対象（回答の依頼先）：A市の生涯学習講座受講者 117人

(3)回答方法：生涯学習講座終了時に配布した質問紙をその場で記入してもらい、用意した回収箱に入れてもらった。

(4)質問内容および分析方法

- ・ 選択回答部分は、①基本属性、②認知症者との関わりの有無、③認知症に対する知識、④認知症予防への意識、取り組み、⑤将来、認知症になる可能性への意識、⑥家族の認

知症に関する相談場所、住み慣れた地域で暮らし続けるためにできることの有無、である。自由記述回答部分は、住み慣れた地域で暮らし続けるためにできること、である(附録1参照)。

選択回答部分の分析は、統計ソフト (IBM SPSS statistics Ver.20 for Windows) を用いて、回答者が認知症と判断して関わろうとした経験・地域で暮らすために自分にできると考えていること・認知症になった場合に暮らしたい場所を従属変数とし、属性と認知症に関する意識との関連を χ^2 検定 (有意水準 5%) にて行った。

- ・自由記述部分の分析は、記述をテキストデータ化して、得られた内容を質的記述的に分析した。その手順を次に述べる。データ中の一文章にある、まとまった意味を一つのコードとした。そしてコードとしたものは、意味が類似するものをまとめ、サブカテゴリー< >とし、さらにサブカテゴリーを関連性の高いもの同士でまとめ、カテゴリー【 】として、構造化した。分析にあたっては、信頼性や妥当性を高めるために質的研究経験のある複数名の研究者と検討を重ねた。

(5)倫理的配慮：所属の倫理審査委員会の承認を得た後、対象者に対して、研究の意義・目的・方法・個人情報保護・研究参加の自由意思・得られた結果の公開について調査用紙に詳細に記述して十分な説明を行った。調査は匿名として、回答を以って同意とみなした。

b. 結果と考察

量的分析を行った結果を次に述べる。

回収数は 106 人分 (回収率 90.6%) で、有効回答数は 102 人分 (有効回答率 96.2%) であった。性別では、男性 46 人(45.1%) 女性 56 人(54.9%)、年齢別では 60 歳代 42 人(41.2%)、70 歳代 60 人(58.8%)であった。

これまでに「認知症と判断して関わろうとした経験」が「ある」と回答した者は 43 人 (44.3%)、「ない」と回答した者は 54 人 (55.7%) であった。「認知症と判断して関わろうとした経験」と有意な関連を認めた項目は、女性($p=0.007$)、医療関連経験者($p=0.03$)、認知症の人との交流経験がある群($p<0.001$)の 3 つであった。「住み慣れた場で暮らし続けるためにできる役割」について、「ある」と回答した者は 50 人 (69.4%)、「ない」と回答した者は 22 人 (30.6%) であった。「住み慣れた場で暮らし続けるためにできる役割」と有意な関連を認めた項目は、女性($p=0.005$)、認知症サポーター養成講座受講者($p=0.041$)の 2 つであった。「認知症になった場合の暮らし」については、「地域で生活したい」と回答した者は

51人(52.5%)、「施設で生活する」と回答した者は46人(47.4%)であった。認知症になった場合に「地域で生活したい」という回答と有意な関連を認めた項目は、70歳代($p=0.015$)、認知症者との交流経験がない群($p=0.004$)、認知症予防としての運動を行っている群($p=0.03$)の3つであった。

この結果の考察として、次のことがいえる。

認知症者への能動的に関わろうとする意識と行動は、男性より女性の割合が有意に高いことが明らかになった。そして、女性の方が積極的にコミュニケーションをとろうとする姿勢がうかがえた。また、認知症に関する知識を得る機会の多い群の方が能動的であることから、知識が行動を起こさせる基盤になっていることが示唆された。認知症を有した場合に地域で暮らすことへの意識として、認知症者との交流がある群は、施設での生活を希望するという結果であった。この背景には、対応の困難さの体験から家族や子どもたちには迷惑をかけたくないという意識が存在すると考えられる。一方、認知症者との交流がない群は住み慣れた地域での生活を希望しており、認知症に対する認識や経験が具体的に少ないことが関係していると考えられる。認知症を有しても住み慣れた地域で暮らせるために、地域住民の能動的行動を促す支援として、認知症に関する正しい理解に向けて、知識の啓発を積み重ねることが必要である。

認知症に関する生涯学習講座受講者の意識について、量的分析に加えて、質的分析を行った。その結果、次のことがわかった。

自由記述のあったものは56人で、性別は、男性19人(33.9%)、女性37人(66.1%)、年代は、60代23人(41.1%)、70代29人(51.8%)、80代以上4人(7.1%)であった。現地域での平均居住年数は41.3年 \pm 17.6年、認知症サポーター養成講座受講経験のある者は、22人(39.3%)であった。

長年同一地域に居住し、生涯学習に意欲的に取り組んでいる地域住民が認知症を有しても「住み慣れた地域で暮らし続けるためにできること」をどのようにとらえているかを分析の視点とした。この結果、13の<サブカテゴリー>から、3つの【カテゴリー】が抽出された。【A.健康で元気な老後のために備える】は、<余暇活動を充実させる><外出し、社会参加をする><人と交流を心がける><自分の生活・健康を管理する><事前に老後について相談する>の5つ、【B.隣近所の人と支え合う】は、<日頃から付き合いを大切にする><困っている時には助け合う>の2つ、【C.能動的に活動する】は、<見守る><声かけをする><話し相手になる><家事を手伝う><ボランティアをする><交流の場を

作る>の6つから形成された(表12参照)。毎日の具体的な行いは表12のコード欄に記した。

こうした結果からわかることは、住み慣れた地域に暮らすためにできることとして、A.健康で元気な老後に備えること、B.隣近所と支え合うこと、C.能動的に活動すること、の3つを備えることの重要性である。対象は、自分のためにできることを多く記載しており、余暇活動を充実させる・外出する・交流を持つと、積極的に介護予防に取り組んでいた。自分のために自ら出向き交流することは、自然と互助の活動にもつながる。近年、“ご近所づきあい”と呼ばれる親密な近隣同士の交流は希薄化しつつあるが、対象者は、平均居住年数が41.3年と長期にわたり近隣住民と関係を築いており、互いに協力しあうコミュニティが自然と形成されていると考えられる。このような近隣との付き合いは、最も身近な社会関係であり、顔なじみであれば、互いを気にかけて、支え合う関係構築につながる。そして、自分ができることを記載している背景には、人に迷惑をかけたくないという思いが存在すると考えられ、近隣と支え合うといった“お互いさま”という互助の関係づくりができれば、要援護者も含め、住民の地域での暮らしを支える基盤になっていくと考える。また、支援内容をより具体的に記載していた者は認知症サポーター養成講座の受講者であったことから、この生涯学習講座が地域で互いに支え合うイメージの形成に有効であることが示唆された。

カテゴリー間の関連は、図2に示すとおりである。「A.健康で元気な老後のために備える」ことは、自分のためだけでなく、隣近所や地域のためになることが考えられた。「B.隣近所の人と支え合う」、「C.能動的に活動する」には、内容が重なる部分もあり、「C.能動的に活動する」には、隣近所から地域全体の活動へと目がむけられているものも一部含まれている。以上のことから、自助行動と互助行動(身近な範囲での助け合い)は、相互に影響しており、自助・互助行動が高まることで、互助でもさらに広い範囲となる、地域における助け合い意識の高まりにつながっていくと考えた。今後は、生涯学習講座のプログラムに介護予防や認知症サポーター養成講座を盛り込み、受講者が講座修了後、地域で実際に活動できるシステムを構築していくことが望まれる。

表 12 地域住民が住み慣れた地域で暮らし続けるためにできること

カテゴリー	サブ カテゴリー	コード
A.健康で元気な老後のために備える	余暇活動を充実させる	ウォーキング, 体操をする
		地域の人達と一緒に何かを習う
		自分が趣味をしています(今はパッチワーク等)を地域の人とする
	外出し, 社会参加をする	出かけ, なるべく自宅にこもらないようにする
		出来るだけいろんな場所へ出向く
		地域の行事にできるだけ参加するようにしている
	人との交流を心がける	社会との関わりを持てる事に積極的に参加していきたいと思う
		なるべく人との接触をはかる事を心がける
		人とのコミュニケーションを図る
	自分の生活・健康を管理する	地域サロンを通じてコミュニケーションを深めたい
		メリハリのある日々を送る
		毎日規則正しい行動する事を心がける
事前に老後について相談する	ストレスなどためないようにする	
	認知症予防に努める	
	元気なうちに自分の考えを家族に伝えておく	
B.隣近所の人と支え合う	日頃から付き合いを大切にする	一人暮らしになったとき, どのように生活するか相談しておく
		困り毎などがあれば, 積極的に相談するようにする
		他人へのきくぼりをする
	困っている時は助け合う	自分の生活で他人に迷惑をかけないようにする
		近所の人々と常にコミュニケーションをとる
		友達, 近所の方々と付き合っていく
		困っている時は出来るだけ助ける
		困っている人がいれば聞いてあげる
		道に迷っている人に親切に対応する
	見守る	自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います
		自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います
		自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います
自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います		
自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います		
自分からは進んではいけないと思いますが, 声がかかればできることがあれば協力させて頂きたいと思います		
C.能動的に活動する	声かけをする	近所にいるお年寄り(特に一人暮らし)を常に見守る(一日一回顔を見たかどうか)
		いつも存在を確認する
	話し相手になる	近所, 知り合いに声掛けに心掛ける
		隣近所の人に挨拶をして声をかける事。
		声をかける(おはようや, 元気!とか何気なく)
	家事を手伝う	あいさつ等, 言葉がけを心がける
		話し相手になる
		同じ事を何度も繰り返し話しすることがあっても, 根気よく聞いてあげる
	ボランティアをする	家事手伝い(本人に確認しながら)
		食事作りの手伝い, 外回りの掃除, 庭仕事
		買い物等外出の同行
	交流の場を作る	買い物, 手つだい等をやってあげる(近所であれば)
食事		
地域での高齢者の集会のお手伝い		
交流の場を作る	ボランティアに参加する	
	地域ボランティア(観光案内等)	
	人と交わっておしゃべり, 笑いをおおいにしていく事に協力していく	
交流の場を作る	コミュニケーションを取れる様な場を作る・造る	
	集まって会話をする機会を作る	

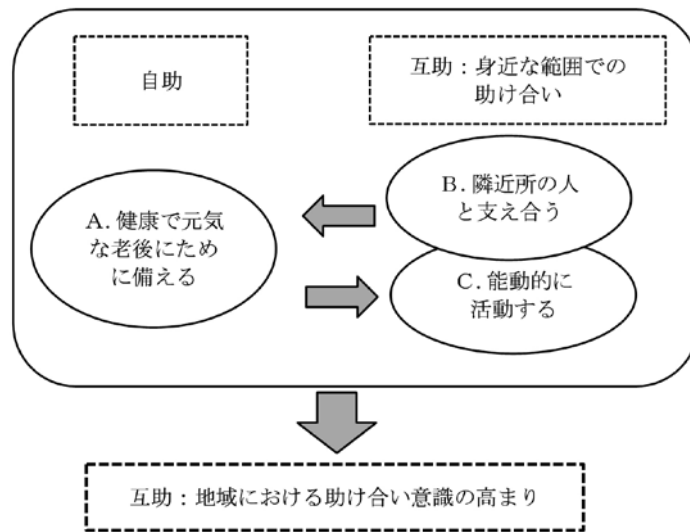


図2 カテゴリー間の関連

c. 「意識調査」に関するまとめ

「認知症に対する意識調査」の結果、認知症者に能動的に関わろうとする意識と行動は、男性より女性の方が有意に高く、積極的にコミュニケーションをとろうとする姿勢がうかがえた。また、認知症に関する知識を得る機会が多い方が能動的になるのは、知識が行動を起こさせる基盤になっているからだと考えられる。認知症者との交流経験を持っている人の場合、認知症を有しながら地域で暮らし続けるよりも、施設での生活を希望する傾向にあった。この背景には、対応の困難さを体験したことや、家族や子どもたちには迷惑をかけたくないという意識が存在すると考えられる。大橋(2011)が実施した市民講座参加者への意識調査において、「認知症について理解している方が、認知症に対する不安がある」と述べている。「理解が不十分であるから不安なのであり、情報提供と啓発が必要」という言説には当てはまらない。知識が行動を起こす基盤になっているが、同時に不安を招く可能性もあることから、情報提供と啓発には内容の吟味が必要といえる。また、大橋は、認知症介護者にも同様の意識調査を行っていて、認知症者と関わり困った経験がある場合、「自分自身も（認知症に）なるかもしれないし、なったら困る」と回答する傾向が多かったことを見出した。そして、この困った経験が認知症への不安をもたらす要因の一つだと考えている。困った経験を知っていることで、現状の不備に気づき、自身が認知症になった立場になることへの恐れにつながっているといえる。一方、認知症者との交流がない場合は、認知症を有しても住み慣れた地域での生活を希望する傾向があり、認知症に対する

認識や経験が具体的に少ないことで楽観的態度が取れるといえる。地域住民の中でも、とりわけ学習意欲が高く、周囲への興味関心が高い集団において、認知症者との交流経験が、地域で暮らし続けることへの意識を消極的にさせているという知見の持つ意味は大きい。

3. 認知症に関する世論形成の背景

これまで、「認知症」への当事者・家族・それを取り囲む地域住民の思いを取り上げてきた。このような思いの根底にある「認知症に対する価値観」や「認知症に対する言説」が形成されてきた背景はどのようなものであったか。本研究での対象となる認知症を持つ初老期の人々やその家族、それを取り巻く人々が、生きてきた時代となる「昭和」を概観しながら、世論形成の背景を考える。

高度経済成長期のピークを迎えていた1970年において日本で万博が開催され、その前半は当時、青壮年期にあった者にとって進歩と希望に満ちた時代であったといえよう（伊藤2005）。同時に高齢者人口が7%を超え、「高齢化社会」を迎える時代でもあった（長沼2006）。有吉佐和子の小説「恍惚の人（1972）」は、「痴呆」の怖さを社会に印象づけると同時に、日本の高度経済成長期、つまり近代化が高齢者を生業からふるい落とし、尊敬の対象から、そうではないものへと扱われるようになる「転換点」の中に登場した（宮島2017）。認知症の存在と介護の苦労が描かれたベストセラーであったが、日本が好景気に沸き立つという明るい部分とは逆に高齢化が進む我が国の未来を示した姿として多くの日本人に衝撃を与えたといえる。

有吉の小説にあるように、程度の差はあったものの、家族が介護を行う、もしくは家族が介護を行わなければならないという意識はあった時代でもある。認知症者を家族に持つ家庭は、その存在を極力外にわからないように務めてきた。ましてや初老期においては高齢期よりさらに周囲の理解が得難いことから外から隠すこととなる。しかし、認知症が深くなる（進む）ことにより家庭内では対処できなくなる、隠しきれなくなる、家族による介護では十分ではなくなるという局面を迎える。その過程における介護を担う家族の苦悩や負担は大きかったことが容易に想像できるが、家族の介護に代わるものとしての社会的な支援は皆無であった（認知症初期の課題）。

また、核家族化の進行や、女性の就業率の上昇を背景に、介護の含み資産とみなされていた女性の家庭内での力も得難くなり、自宅で介護することが困難になりつつある時代で

もあった。この結果、多くの認知症者は在宅の介護が困難、在宅で過ごす要件が整いにくくなり、本人の意向が十分にくまれないまま、老人病院や精神病院へと長期に入院となることも多かった。大熊による「ルポ精神病棟（1973）」、「ルポ老人病棟（1988）」や、宮崎による「認知症の人の歴史に学びませんか(2011)」で描かれるように、支援対象とみなされなかったり、十分な介護を受けられないまま生活を送る者も数多くいた。

認知症者が引き起こす様々な出来事を近隣の者は目の当たりにすることにより、「あのようにはなりたくない」「認知症という病はあのようになるのだ」というネガティブな理解に結びついていったことは想像に難くない。長生きすることへの不安や恐れを呼び起こすことに影響を与えたといえる(天野 1999)。つまり、多くの認知症の初期に認められる、自身の記憶力低下を自覚する機会があったとしても、それは何であるかを確かめるという行動に移すことへのためらいにつながることに他ならなかった。受診により、認知症と診断を受けるということは、希望のない、将来のない絶望的な宣告に他ならなかったからであり、それを先送りにしたいと願うのは当然のことであったといえる。

多くの人は、身体疾患を有していても、「その人は、変わりなくその人」と認識するが、認知症となると「変わりなくその人」という認識ではなくなっている。このため、多くの人は自分が認知症になったことや、身内に認知症を有する人がいても明らかにすることを躊躇う。どのような疾患や状態を抱えたとしてもその人は変わりなくその人であるのに、認知症という呼称を内に抱えることになった途端に、あたかも別の人格になったかのように捉える。加齢とともに認知症の発症率が高まるということが理解されている高齢期ですら認知症を有することで、周りから受け入れられなくなるくらいである。ましてや初老期となると、その年代に対して描くイメージと認知症のイメージとを結びつけて、当事者を見ることはさらに難しくなるであろう。これに対して、認知症は高齢期だけの課題ではないと、正しい理解するのを促していく必要がある。

また、2000年に介護保険制度がスタートして以降、介護が利用者と事業者との契約になったことから、地域で当事者の姿が見えにくくなった。たとえば、住民を支援する立場にある民生委員でさえ、通所介護事業所の送迎車が家の前に駐車しているのを見て、通所介護を利用していることに初めて気付くということが生じる。顔が見える関係から遠ざかりつつあるといわれて久しい今日の地域において、互いに支えあう「互助」の関係は希薄になることが、地域の中で当事者が生きづらくなる大きな要因であるならば、地域において、互いに支え合える関係を再構築することへの働きかけやシステムづくりが必要である。

D. 当事者と向き合うこと

当事者や家族の言語・非言語を含めた語りを通して伝えられたことを丁寧に受けとめ、理解することは、私たち専門職が当事者と向き合ってきた姿勢について自ら問い直すことに他ならなかった。

クリスティーン・ブライデンは、著者の中で「私は一夜でクリスティーンから、認知症の人になった」と書いている。これはどのような意味を持つのか。たとえ認知症と診断されてもブライデンという人間には変わりはないはずである。しかし、認知症の言われた時から別人格のように扱われることへの苦痛を伝えていたと考える。私たち専門職は、人そのものは変わらないにも関わらず、当事者と我々の間に川があるかのように対岸においてきたといえる。そして、「援助される側」と「援助する側」という二極化していたといえる。この二極的思考を専門職として問い直し、その姿勢を再考する試みが、第VI章にて詳細に述べる「認知症カフェ」で、当事者と共に取り組んだ実践である。

本章のまとめとして、当事者が語ることができる環境に必要な要件と、認知症への不安を助長しない方策の2点から述べる。

カフェでの経験を踏まえ、はじめに、当事者が語ることができる環境に必要な要件を三点述べる。一つは、どのように出会うか、つまり対等な関係をつくれるかということである。カフェでの実践では、誰が当事者で、誰が家族か、誰が専門職で誰が地域住民か、まったくわからない自然な環境づくりを試みた。その自然な環境の中で、当事者の語りは聴く者に偏見なく、あるがままの言葉として響いた。二極的ではないフラットな意識と環境づくりをすることが、当事者らが望む支援に向けての起点になる。そして、認知症への人々が持つネガティブなイメージを転換することにつながる。二つ目に、当事者らの思いを引き出すスキルが挙げられる。それは専門職が当事者から引き出すということではなく、当事者間の関係性、つまり、互いのピアサポートの中で展開される語りを側面から支えることを指す。三つ目に、新しい場を生み出す支援である。

次に、認知症への不安を助長しない方策であるが、それを示唆する杉山(2014)らは、認知症に対する良好な態度形成を実現するためには、とりわけ「認知症は治療可能である」といった治療に関する知識の付与に重点をおいた啓発活動を企画・実施することが重要であることを主張する。この主張のように、認知症は治療可能であることが十分に理解された上であれば、認知症者との出会い方、つまりどのような状態にある認知症者と関わる経

験を持つかに関わらず、地域住民の認知症者へのまなざしに不安をもたらすことが軽減されると思われる。しかし、認知症の原因疾患によっては根本的な治療方法はなく、進行を遅らせる対症療法を用いる場合も多い。このため、治療可能であることへの理解も事例によって是有効となるが、やはり認知症進行の見通しを持ったうえで早期対応の重要性を知識として付与することが大切であると考える。

互いに支え合うことの重要性の認識は、認知症サポーター養成講座受講者の方がより具体的であったことから、その講座をどのように有効に活用することが、地域で互いに支え合うイメージの形成につながるといえるだろうか。生涯学習講座のプログラムに介護予防や認知症サポーター養成講座を盛り込み、認知症に関する正しい理解を促すことが第一ステップとする。そして、講座修了後、受講者が地域で新たな講師となり、知識を啓発していくことが第二ステップとなる。この第二ステップには仕組みが必要であり、その構築は地域ごとに適切になされる必要がある。この2つのステップがふまれることで、受講者は話し合う機会を持ち、場の共有を通してピアカウンセリングの役割を果たし、不安の軽減につながっていくことになると考えられる。

第IV章 介護保険法施行前後における 初老期認知症支援の変化がもたらした課題

これまで看護職を一くくりにして論じてきた。本章では、看護職の一つである保健師に焦点をあてる。

保健師は、介護保険法施行前は初老期認知症者に対してどのように活動してきたのか。介護保険法施行後において、在宅療養する初老期認知症者は、保健師に代わり介護支援専門員¹⁷⁾（以下、ケアマネジャー）から支援を受けるようになった。支援者の交代によりどのような課題が生まれたのか。これらの問題について、介護保険法を境に在宅療養する初老期認知症者と家族(介護者)やケアマネジャーの認識に焦点を当てて検討する。そして、初老期認知症者をはじめ要援護者らの持つニーズを実現させるにとどまらず、最終的に地域全体でのケアシステムに発展させることができるような看護職としての方策を検討していく。

A. 介護保険法施行後の在宅療養者への支援のあり方

介護保険法は、2000年4月から「家族の介護から社会による介護へ」をスローガンに、介護の社会化を目指してスタートした。この法施行の前後において、地域で在宅療養者を支える看護職の役割に変化があった。

介護保険法が施行され、初老期認知症者への介護サービスの提供は、措置から契約により成立することとなったことに伴い、保健師がこれまで地域において担ってきた初老期認知症者への在宅での支援は、介護保険の範疇においてはケアマネジャー(表13)が主に担うようになったのである(家根2006)。このため、介護において生じる様々な困難への対応についてもケアマネジャーがその役割を果たすこととなった(吉江2004)。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、介護保険導入後に強化すべきこととして地域保健活動における介護予防対策が示されている(厚生労働省2003)。当時、厚生労働省に所属していた保健師の野村は、「保健師は、昨年度までは介護保険法の施行に全勢力を注いできたが、今年度からは介護保険の周辺対策としての介護予防活動をどのように進めるかが重要な課題となってきている」と述べた。このように、介護保険法導入以降の地域における40歳以上の要支援・要介護者への支援は、ケアマネジャーに任せられた感があ

った。しかし、初老期認知症者においては、介護保険制度の枠だけでは捉えきれない様々な社会保障制度に関連する課題も多く存在することから、ケアマネジャーだけでは対処が困難な場合もみられた。

2000年まで在宅看護を担ってきた我が国の保健師という職種は、感染症対策を活動の目的として設けられた職種であり、その時々時代の背景や国の施策に添う形で看護活動を進めてきた歴史を持つ(津村 2008)。保健師活動の原点は、地域の住民が健康的な生活が送れるように支援することであり、地域で暮らす人々が支えあい、主体性を持って健康を維持し、自己実現を果たせるように支援することにあつた。すなわち、個人の健康問題にのみ焦点を当てるのではなく、家族や地域など個人を取り巻く環境をも視野に入れた中で地域全体への関わりを通して、地域の住民のニーズ(専門職が客観的に判断した必要性)を把握し、地域ケアシステムにまで発展させることに専門性があつたのである。

初老期認知症者における保健師の関わりには、ディマンズ(本人が必要を感じて、それを態度で表明している状態)への対応だけではなく、ニーズからみえる顕在化していない課題へも対応してきたという事実がある。初老期認知症者の場合、単に認知症の重度化に伴う要介護状態の進行を防ぐという視点だけではなく、介護が必要になった要因を見極め、要介護状態での介護負担を軽減、また、負担を増加しないためにどのような支援が最良なのか、当事者・家族・生活環境・社会資源・地域での介護力も含めて総合的にアプローチすることであつた。すなわち、保健師は介護者である家族も視野に入れて課題を充足させるためにサービスの調整や資源の開発をはじめ、住環境や周辺の道路状況等の生活環境、近隣の関係性、地域住民の障害や疾病に関する理解という地域環境をも含んだ広範なレベルで課題解決に当たることを役割としてきたのである。

在宅における初老期認知症者をはじめ療養者への支援は、2000年から施行された介護保険制度によって一つの質的転換を迎えたその経緯は次のようにまとめられる。

1965年以降、核家族化の進行や寝たきり者・認知症者の増加により、介護負担が社会問題化してきたことを受けて、保健部門では老人保健事業として機能訓練、訪問指導、そして地域ケアのサービス調整が行われた。具体的には、1978年から在宅福祉部門で実施された「在宅老人家庭看護訪問指導事業」が、1983年に創設された老人保健法の保健事業として引き継がれ、市町村で寝たきり老人の訪問指導が16年間実施されてきたのである。そして、2000年からの介護保険制度の導入により、老人保健事業のうち個別性の高い寝たきり高齢者への訪問指導と機能訓練事業が介護保険制度でのサービスに移行し、市町村の保健

部門や保健所が行ってきた寝たきり高齢者へのサービス調整を様々な背景職種からなるケアマネジャーが行うことになったのである。

この役割の変化により、保健部門に所属する保健師は、要介護認定非該当者へのフォローや介護予防事業を中心に組み、介護保険部門に所属する保健師は、認定調査員への指導を含む認定業務、介護保険制度に関する相談や介護サービス事業者への指導などを行うようになり、直接的な関わりは減少した。そして、保健師が従来行ってきた「高齢者の生活全体に関わり、支援していく」ことはケアマネジャーが中心に担うようになった。

本来、ケアマネジメントとは、要援護者やその家族が社会生活を送る上で困っている生活上の問題と 地域に散在している様々な社会資源（サービス提供機関）とを結びつける方法・機能であると白澤(1998)は述べている。ケアマネジメントは、介護を必要とする人々が「地域での生活を継続する」あるいは「生活の基盤を、病院や施設から地域社会へ移す」ことを目的としており、在宅生活を支える一つの手法であるといえる。同時にケアマネジメントは、地域で生活する療養者の「自己決定」を促進し、「生活の質」を高めることを目標にしていることも忘れてはならない。

介護保険では、在宅療養生活を支えるために、表 14 に示すサービスなどが要介護度に応じた給付限度額をもって提供される。ただし、これらの給付は、療養者のニーズの一部を満たすに過ぎず、上記サービスの給付限度額を超えて必要とする人、また、自治体が独自で実施している保険外サービスを必要とする人、さらにインフォーマルサービスを求める人もいる。

ケアマネジャーが、要支援状態・要介護状態と認定された者と社会資源を結びつけることで自立支援を促していく際に利用する社会資源は、介護保険で給付されるサービスが中心になることが多い(斉藤 2005)。しかし、介護保険におけるマネジメントは本来のマネジメントの対象となる要援護者全体の一部分層に限定している。しかも、介護保険は、サービスの質の向上と効率化を、市場化によって誘導することをねらいとしていることから、利用者の自己決定、つまりディマンズを優先する傾向がある。このため、専門職によるニーズの判断や療養者やその家族の生活の充実を図るための生活環境全体を見る視点・予防の視点からのアプローチをとる機会が減少してしまった。

ケアマネジャーが対象の自己決定を援助することになってはいるが、ケアマネジャー自身も多くが営利を目的とする企業という市場システムに組み込まれていることから、対象者が本当に望んでいるニーズ（生活の到達像）に基づいた関わりをケアマネジャーが行う

ことは、限定的になる。市場の中にいるケアマネジャーが立てた事項が優先されることにならざるを得ない面がある。この結果、療養者の在宅生活を支えるには不十分な介護サービスを中心とした援助となり、療養者を取り巻く家族らのニーズも満たされない可能性も生じた。つまり、従来、在宅看護を提供してきた保健師の持つ個人の健康問題だけではなく、家族や地域など個人を取り巻く環境も視野に入れた専門性、すなわち、地域全体へのアプローチを行うという専門性を活かしづらくなったのである。

要約すると、療養者への関わりにおいて、ケアマネジャーが担うのは、保健師が担ってきたことの一部分となり、保健師もまた、国の施策の変化により、高齢者へ関わるのが希薄になってしまった。こうして介護保険サービスにおけるケアマネジャー業務は、ケアマネジメントに含まれる業務の一部分であるという意味で狭い概念となっているのである。

表 13 介護支援専門員の役割・資格・課題

介護支援専門員の 役割	介護保険法により要支援および要介護認定を受けた者が介護サービスを利用するにあたり、調整を行い、要支援および要介護認定者が健やかな在宅療養生活を送ることができるように支援する役割を有する。
介護支援専門員の 資格	様々な職種や経験を有する者が、都道府県が行う試験と実務者研修の受講により取得することができる。
介護支援専門員の 課題	介護保険法上の利用できるサービスを限度額内で組み合わせることで対応。介護予防の視点の弱さ（居宅介護支援事業所の経営、教育背景の中でマネジメントスキルを十分に習得しないままにマネジメント業務に従事した結果などが関係すると考える）

表 14 介護保険法により利用できるサービス

サービスの種類	サービス内容(下線は介護保険法施行時からのサービス)
訪問によるサービス	<u>訪問看護</u> ・ <u>訪問介護</u> ・ <u>夜間対応型訪問介護</u> ・ <u>訪問入浴介護</u> ・ <u>訪問リハビリテーション</u> ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・ <u>居宅療養管理指導</u>
通所によるサービス	<u>通所介護</u> ・ <u>通所リハビリテーション</u> ・ <u>短期入所療養介護</u> ・ <u>短期入所生活介護</u> ・ <u>認知症対応型通所介護</u> ・ <u>地域密着型通所介護</u> ・ <u>小規模多機能型居宅介護</u> ・ <u>看護小規模多機能型居宅介護</u>
生活環境を整備するサービス	<u>福祉用具貸与</u> ・ <u>特定福祉用具販売</u> ・ <u>住宅改修</u>
施設を利用するサービス	<u>介護老人福祉施設</u> ・ <u>介護老人保健施設</u> ・ <u>特定施設入居者生活介護</u> ・ <u>認知症対応型共同生活介護</u> ・ <u>介護療養型生活介護</u> ・ <u>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</u> ・ <u>地域密着型特定施設入居者生活介護</u>
介護予防のためのサービス	介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション・介護予防短期入所療養介護・特定介護予防福祉用具販売・介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
計画作成によるサービス	<u>居宅介護支援</u> ・ <u>介護予防支援</u>

B. 介護する家族に必要な支援のあり方

初老期認知症者の場合、介護者の大部分が初老期にあり、介護以外の様々な課題を抱える年代である。「国民生活基礎調査」によると介護者の年齢は、50歳から70歳代に多い(厚生統計協会 2001)。しかし、本研究で焦点をあてる介護者は、初老期にある認知症者の家族であり、先行研究よりその年齢が若いことが特徴の一つである。介護者の殆どが就業中であり、仕事と介護の二重負担に悩まされている。さらに高学歴化を反映して子どもの受験や教育問題に直面する機会が多いことも悩みを一層深くする。さらに親の介護も加わる場合もある。家族の世話、子どもの養育と、介護者は幾重もの負担を背負う。つまり、彼

や彼女たちは、配偶者の世話に加え、親の世話と家族の世話を挟まれるサンドイッチ状態になる可能性がある。夫・妻として、父・母として生きるという伝統的な価値と、女性においては、社会に出て活躍するという現代的な価値の狭間にあって悩む世代でもある。これらの特徴を背景に持つことを踏まえた上で介護者の介護する気持ちを受けとめる必要がある。

神部(2000)は、「ケア提供者の態度が利用者満足度の最も大きい影響要因である」と述べている。また、高見(2003)は、「ケアマネジャーに対する信頼、ケア提供の一貫性、スタッフへの好感の3項目が介護者の生活満足度との間に関連が見られる」と述べており、良好な関係の基礎に、援助者の言葉遣いや傾聴的姿勢等の態度、信頼感、統一したケアをケアマネジャーが意識していることがあると推測されている。支援者側は、療養者からの信頼を得ていくことが必要不可欠であり、相互の信頼を深めて初めて生活の視点に沿ったサービス提供をできることが重要である。つまり療養者とその家族がリアルニーズを表出できる関係性の保持が必要となる。同時に、家族においては、介護への肯定的側面にも目を向けることができるように、援助者としてのスキルを高める必要がある。

しかし、徳永(2004)が述べるようにケアマネジャーの基礎資格は様々で、教育背景も異なることから、支援者としてのスキルにもばらつきがあることが課題となってきた。今後、具体的な困難事例への関わりを通じて、教育と研修を積むことが必要であると考えられている。

介護者は前述したように心理的支援への関わりが求められているが、そうした関わり方にケアマネジャーが十分に理解するスキルを持ち合わせていない場合、介護者とケアマネジャーに溝が生じやすくなる。心理的支援の大きさが介護者とケアマネジャーとの関係性に影響してくるのである。時間を要する心理的支援は、ケアマネジャー自身が営利企業という市場の中に置かれている状況では、利潤につながらない無駄として低く評価されることが未だにある。つまり、質の高い支援につながるはずの姿勢が職務上許容されない場合が未だに存在する。このため心理的支援に関しては、ケアマネジャー個人の努力にかかってしまっている。こうした心理的支援にかかる問題点は、介護保険法施行後、初老期認知症者を含め、要介護者へのマネジメントの役割が保健師からケアマネジャーに代わったことで生じた援助における空白地帯の一つとなっているのである。筆者による聴き取りの協力者となったケアマネジャーの一人は、「現行のケアマネジメントシステムには、心理的支援への時間は取りにくい現実がある。これらが良好な援助関係を築く上で必要であり、介

護報酬にならない部分にこそ援助の本質が潜んでいる」と認識し、ジレンマを抱えていた。

一方、保健師においても、ケアマネジャーと療養者の間で契約関係を越えた関わり方をすることに對して、主導性や責任の所在の不明瞭さを感じていた。結果として、対象者やその家族にもたらされる QOL の向上は限定的となってしまう、制度のバックアップがない中で支援することは、ケアマネジャーの疲弊や自己効力感の低下につながることになる。

個々の事例への心理的支援を考慮することが必要であるとともに、保健師として契約関係の枠にとらわれず、ケアマネジャーとともにサポートしていくべきであった介護保険施行当初、ケアマネジャーは、保健師の関わりを、当事者を支える協働者という意識を持って評価することが求められた。当時のケアマネジャーの基礎資格は幅広く、様々な職種からなっていたので、保健師との関係を対等には捉えない者もいたからである。保健師をはじめ、医療職に対して敷居の高さを感じるケアマネジャーは未だ後を絶たないが、必要とされることは、地域で暮らす初老期認知症者をはじめ要援護者の「自己決定」を促進し、「生活の質」を高めることである。この基本的な共通認識のもと、対象者や家族の抱える問題や課題に介入しなければならず、関わりが困難な事例へのケアマネジメントにおいては、保健師をはじめとした看護職の機能が十分に発揮されるように、ケアマネジャーは配慮してケアチームの体制づくりをすることが重要になる。

援助における保健師(看護職)とケアマネジャーの役割の間の空白を埋めるものとして、対象者や家族との関わりを連綿と継続することが必要である。関係性の構築に難しさがある場合、ケアマネジャーのように“物理的拘束を伴う職種”だけでは、ケアマネジメントは難しい。こうした事例の時ほど対象者らのニーズの実現に向けてケアマネジャーと看護職が協働することが求められる。そのためには、ケアマネジャーと保健師において、業務の住み分けと支援の主導性に柔軟さを持たせることが必要であろう。

C. 支援の変化がもたらした課題

従来保健師活動は、対象となる人間とその環境も含めて生活そのものに時間や報酬という制約なしに関わることができる。それは、ケアマネジャーのように“在宅で生活する期間”という点としての関わりではなく、線としての関わりである。つまり、入院・入所や死という形で関係性が途切れるのではなく、入院中も退院に向けて準備や調整など、当事

者の死による介護者の悲嘆のプロセスに寄り添うことも含めて関わりは継続される。そして、当事者だけでなく、家族に生じた、当事者には直接的に関連しない問題にも介入が可能である。ここにケアマネジャーの活動との根本的違いがある。必要となる支援の種類や内容によって、関わりを分担する発想が求められるのである。単純で明快なニーズでは、どのケアマネジャーの援助でも充足度は高いが、多面的で、相互に関連し合う問題を抱える事例になればなるほど専門的援助が必要となり、ケアマネジャーの援助だけでは充足度が低くなる。しかし、当事者・家族、ケアマネジャー、保健師の三者で課題を共有し、課題の分担にある程度明確な指標を持ち、支援の主導性を柔軟に移行できれば、マネジメント業務に保健師活動のメリットを取り入れ、協働や交代体制を作り出すことができる。このためには、事例の初回面接から関わることのできるケアマネジャーが、専門的援助の必要性を判断できるアセスメント力を向上させ、保健師を含むケアチームに的確に伝えることができなければならない。そして、この力は具体的な困難事例にケアチームで関わることで習得されるものであり、保健師をはじめ看護職は、ケアマネジャーがアセスメント力の向上につながる関わりを持つことを意識的に理解する必要がある。

また、介護保険制度は、生活の主体者である当事者自らが、ケアマネジャーや保健師だけでなく様々な人々の考えを選択できるように配慮することも求められる。

ケアマネジメント過程において、当事者らに望まれていることは、制度上の形骸的な支援ではなく、利用者らに寄り添って一緒に考えることである。そして、介護保険法施行以後生じた援助における空白を埋めるために、「線」としての関わりを持つことが重要である。ケアマネジャーと保健師が協働し、業務の分担と柔軟な主導性に基づく支援を行うために、保健師をはじめとする看護職は、初老期認知症者やその家族に寄り添い、ケアマネジャーらとともに「生活の質」を高める援助を行い、最終的に地域全体のケアシステムを発展させる目的意識を持つことが望まれる。

第V章 初老期認知症者とその家族への看護職のかかわりにおける実態と課題

本章では、初老期認知症者支援体制の充実のために地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所に勤務する専門職の実態と課題を明らかにするとともに、それらをどのように解決していかなければならないかを考える。

初老期認知症者と家族への支援における専門職の活動と課題は、関わりを持つ時期により異なることから、要介護認定を受ける前の段階で地域包括支援センターの専門職が関わる場合と、要介護認定を受けて介護支援専門員である専門職が関わる場合に分けて述べる。

A. 要介護認定を受けるまでの支援—地域包括支援センター

初老期に発症する認知症の早期発見と早期対応が重要であり、それを実現するための体制づくりには、医療保健福祉と他の多様な分野との連携・協働体制が必要となる(沖田 2006)。現在こうした分野横断的な体制づくりとその維持の役目を果たすことができる社会的機関に地域包括支援センター(以下、センター)がある。

センターは、2005年に改正された介護保険法に基づき、2006年4月に創設された高齢者等における地域ケアの中核拠点である。市町村が設置主体となり、中学校区に1か所程度設けられている。センターには、保健師もしくは看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーという三つの専門職が配置することが介護保険法に明記され、公正・公平な立場から、地域の住民のための身近な相談窓口の役目を果たす。表15に示すように、地域における介護予防ケアマネジメントや総合相談支援、権利擁護事業等を担う機関として創設された(厚生労働統計協会 2013)。総合相談の中には、初老期認知症に関する実態把握や相談業務、ネットワークづくりの支援が含まれているが、厚生労働省の報告書はセンターの初老期認知症に関する支援機能が十分な成果を挙げていない現状を明らかにしている(厚生労働省 2011a)。これは我が国における初老期認知症支援に関する研究が萌芽期を抜けて、センターがその機能を十分に果たすための知識の蓄積や制度の充実を早急に行う必要があることを示していたといえる。

そのための動きの一つとして、表3に示したように、2012年に厚生労働省は「認知症施策推進5か年計画(通称オレンジプラン)」において、「認知症初期集中支援チーム」の設

置や、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着を、センターの新たな役割として付加したのである(厚生労働省2013a)。厚生労働省は、認知症について早期からの適切な対応や正しい知識と理解に基づく当事者や家族への支援体制を構築することが重要であるとしており、地域包括ケアシステム構築に向けた一つの取り組みとして推進されることが望ましいとした。しかしながら、認知症に対する支援、そして、初老期認知症者への支援は、まだまだ標準化されたわけではなく、確立への期待が高い。

そこで本節では、センターに勤務する専門職を対象に実施した調査の自由記述欄に書いた語りを分析することにより、専門職が初老期認知症者支援をどのように捉えているか、その支援にどのような思いをもっているか、初老期認知症者支援にどのような課題があると考えているのか、を明らかにする。

表 15 地域包括支援センターの基本機能

1	介護予防 ケアマネジメント	介護予防事業, 新たな介護給付が効果的かつ効率的に提供されるよう, 適切なケアマネジメントを行う。
2	総合相談支援 ・権利擁護	高齢者等の相談を総合的に受け止めるとともに, 訪問して実態を把握し, 必要なサービスにつなぐ。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努める。
3	包括的・継続的ケア マネジメント支援	高齢者等に対して包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう, 地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援する。
4	共通的支援基盤 構築	地域に, 総合的・重層的なサービスネットワークを構築する。

1. 本節におけるセンター専門職への質問紙調査方法

a.調査期間：2011年10月～2012年2月

b.対象（回答の依頼先）：厚生労働省介護情報(WAMNET)で検索した関西地方のA自治体下の全センター100か所

c.回答方法：留め置き法(対象に質問紙を郵送，一定期間留め置いて回答後に返送してもらう)(附録2参照)。

質問紙への回答は、介護保険法において三種類の専門職(看護職・主任介護支援専門員・社会福祉士)の役割は示されているものの、実態は業務の区別なく行われていることから(小長谷 2010c)、センターの専門職の間で話し合ったことをもとに、全体の意見として記入してもらうように依頼した。

d.質問内容および分析方法

- ・選択回答部分は、(1)初老期認知症者への支援経験の有無と、(2)センター開設以降の初老期認知症者への累積支援事例数、自由記述回答部分で、初老期認知症の相談や対応、今後の支援に関する思い、である。選択回答部分の分析は、統計ソフト SPSS Statistics 19 を用いた。
- ・自由記述部分は、記述をテキストデータ化して、得られた内容は、川喜田(1967)が発案した質的資料の整理法を用いて帰納的に一般化した。その手順を次に述べる。データ中の一文章にある、まとまった意味を一つのコードとした。そしてコードとしたものは、意味が類似するものをまとめ小カテゴリーとし、さらに意味が似ている小カテゴリーをまとめ中カテゴリーとした。最後に、中カテゴリーを関連性の高いもの同士でまとめ、大カテゴリーとして、構造化した。分析にあたっては、信頼性や妥当性を高めるために質的研究経験のある研究者と検討を重ねた。

e.倫理的配慮：所属の倫理審査委員会の承認を得た後、センターに対して、研究の意義・目的・方法・個人情報保護・研究参加の自由意思・得られた結果の公開について文書により十分な説明を行った。調査は匿名として、返信を以って同意とみなした。

2.調査結果

質問紙送付先のセンターのうち 43 か所から回答を得た (回収率 43%)。

a.回答したセンターの概要

選択回答部分をもとに、センターの概要について述べる。

初老期認知症者への支援経験があるセンター数は 19 か所(44.2%)、支援経験がないセンター数は 14 か所(32.6%)、支援経験の有無は不明と回答したセンターが 10 か所(23.2%)あった。不明の理由は退職等異動により引継ぎが十分に行われなかったことであった。支援経験がある 19 のセンターが開設以来におこなった初老期認知症者への支援事例の累積数は、1 事例のみが 8 か所(42.1%)大半を占め、次に多いのが 5 件以上の事例をもつ 5 か所(26.3%)であった。その中間の 2,3,4 事例がそれぞれ 2 か所(10.5%)、1 か所(5.3%)、3 か所

(15.8%)で、合わせると約3割を占めている。やや両極化の傾向があるものの、個々のセンターによって事情が異なることが示唆されている。

b.自由記述部分の分析

調査用紙の自由記述部分に記載があった21のセンターのうち、支援経験を有するセンターは、16か所、有しないセンターは5か所であった。この自由記述部分をコード化し、41のコードを見出し、それらを19分類した。これらをさらに抽象度を上げ、7つの中カテゴリーに、それをさらに3つの大カテゴリーにまとめることができた(表16参照)。

大カテゴリーA「方策が乏しい初老期認知症者の現状」

大カテゴリーB「専門職が思い描く支援に至らない現状への焦り」

大カテゴリーC「専門職の考える方策と展望」

以下で3つの大カテゴリーの内容について説明する。

なお、以下で、中カテゴリーは【 】、小カテゴリーは<>、コードは[]を示す。また、文中のコードにおいて、下線(6か所)は支援経験無あるいは支援経験不明のセンターによる記述、二重下線(2か所)は支援経験の有無に関係なくセンターが回答した記述、その他は支援経験(有)のセンターによる記述で、下線を付していない。

大カテゴリーA 「方策が乏しい初老期認知症者の現状」

この大カテゴリーを構成する3つの中カテゴリーについてそれぞれにわけて説明する。

- 1) 【初老期認知症者に適したサービスのなさ】で説明する内容は、初老期認知症者やその家族が何とか相談に至った場合でも、<適切と思われるサービスがなく、相談支援しづらい状況>にあり、[適切と思うサービスが地域にない]、[安心して通所できる施設サービスやフォローがない] ことである。また、様々なサービスが利用できる介護保険法でも、[ディサービスでは高齢者ばかり]で [介護保険対象でも実際に使えるサービスは少なく]、[高齢化の進んだ地域では受皿もない]状況にあることである。
- 2) 【初老期認知症者が能力・経験を発揮できる場の必要性】で説明する内容は、専門職が、[ボランティアなど活躍できる場の情報をあまり持たず]、[就労したい希望があっても場がない] ことから、[能力や経験を活かせる場が必要] であり、[本人が踏み込みやすい就労形態の支援が必要] である、と新たなサービスの創設を考えていることである。

3) 【当事者の状態を受けとめきれない家族の危機】で説明されている内容は、本人・家族共に疾患を受け入れられず、「病気を認めるのに時間がかかる」 ことである。そして初老期認知症が進み、「最悪な状態になってから家族は慌てはじめる」 ために、専門職は、「早期対応の重要性を家族に理解してもらおうという壁」 が厚いことを実感している。初老期認知症は、「支援困難状況になるまで把握できないことが多い」 ので、専門職の関わりは、「最悪な状態から開始される支援」 となることが多い。

大カテゴリーB 「専門職が思い描く支援に至らない現状への焦り」

この大カテゴリーは、次の対応の困難な 2 つの状況から派生している。【予防給付業務による支援へのしわ寄せ】と【支援を阻む専門職の置かれた現状へのジレンマ】である。しわ寄せの生じる要因は、「予防給付と相談支援業務の見直し」が必要とされてもそれがすすまず、「報酬が安価ゆえに地域包括で抱える予防給付業務」の煩雑さにある。報酬 400 単位では介護予防給付業務を受託する居宅介護支援事業所の増加は望めないことから、「報酬が安価故に地域包括で抱える予防給付業務」と捉えざるをえず、本来の業務が遂行できない現状が生じている。現状へのジレンマが生じる要因には、「潜在するケースの存在」が多いことを実感していること、「サービス開発の時間も確保できない忙しさ」で、よりよいサービスを生み出す下地が確保できないこと、「求められる対応の大きさ故の負担感」による重圧がかかっている。専門職は、センターの業務内容が多岐で量も多く、「把握できない」【相談があっても対応しきれない】ため、自分たちが初老期認知症者に必要だと考える支援を提供できないと捉えている。「包括職員が対応すべきと言われると負担」感のみが先行して、仕事自体への疑問すら生じるような状況を感じている。

大カテゴリーC 「専門職の考える方策と展望」

この大カテゴリーは、地域に関することと、自己開発に関することからなる。地域づくりに関することには、【安心して穏やかに過ごせる地域づくり】への希求があり、「安心して過ごせる社会の早期実現」、「社会への啓発が喫緊の課題」であることの意識をもっていることを意味する。支援経験の有無によって、具体的な認識のあり方に違いがみられる。未経験の専門職は 「認知症疾患医療センター・認知症サポート医を

中心とした地区医師会との連携構築が課題]と認識し、経験済みの専門職は、[支援体制の充実の早期実現]が必要と捉えていた。そして両者とも、「世の中に十分に知られていない」ことから、<安心して過ごせる社会の早期実現>を感じ、<社会への啓発が喫緊の課題>と捉えていた。

自己開発に関することには、支援経験の有無による違いがみられた。未経験の専門職は、「初老期認知症への対応は意義あること」と捉え、支援経験者は、「理解しておく必要性を痛切に感じている」と述べている。専門職としての心構えとして広範な情報の把握が求められていることから、「経済的支援や就労支援も含めて具体的な情報を知っておく必要がある」、蓄積されつつある情報をオンタイムで吸収して、実践に活かしたいと考えている。「若年認知症への知識は乏しい為研修に参加したい」、「ケアマネ研修で取り入れる」、「家庭全体を総合的に支える対応が必要」と記述していた。

3.考察

今回の調査協力センター43か所において、初老期認知症者支援の経験があるセンターは約半数で、経験した初老期認知症者への支援は、半数以上が1～2事例であることから十分な支援経験を有するとは言い難い。しかし、自由記述を分析することで、支援経験があるセンターの専門職は、支援経験がないセンターの専門職に比べ、援助者として初老期認知症者への関わりを、より身近なものとして捉え、初老期認知症者と専門職の現状や課題、その方策についてより多面的に捉えていることが明らかになった。

支援経験があるセンターの専門職は、初老期認知症者や家族がセンターへの相談に辿り着いても、当事者に適した利用サービスがないという現実と直面していることが語られた。このことは、専門職自身の支援が初老期認知症者や家族の満足につながらないことを意味し、専門職の間に自身の支援にたいする無力感と、自己効力感の低下を招いていると考えられる。また、当事者や家族が相談に辿り着きにくい実態があり、森(2013)が述べているように、従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されている。そして、社会が準備できているケアは中等度と重度の認知症に中心があり、初期で軽度の認知症に対するケアが欠落している背景が存在する。“認知症だと知られると周囲の見る目が変わる”，“治らないもの”，というスティグマや初老期認知症に対するネガティブなイメージが存在している。こうした環境のなかで、初老期認知症者と家族は、現実を受けとめるこ

とが遅れたり、認知症の症状から生じるさまざまな問題を家族で内包したりする、という状況が生まれる。こうして、家族は、問題を抱えきれなくなって初めて相談に向かうことになるが、進行した初老期認知症者への支援の困難さばかりが強調される環境にいる専門職が、『対応が困難な者』という認識にとらわれ、家族への関わりを躊躇してしまうことになる。初老期認知症者への支援のためにはこうした連鎖を断ち切ることが必要であり、語りの中でみたように、そうするには当事者が能力を発揮できるサービスを創設し、スティグマやネガティブなイメージを払拭する方法を考える必要がある。

センターの専門職は、多様な業務に従事していて、そのうち要介護認定により要支援1および2と認定された者への予防給付の業務が占める割合が大きいと感じている。このため、初老期認知症者や高齢者からの相談に、専門職が援助者として思い描くような十分な時間を十分に取れないと認識し、焦りを感じていることがわかった。一方、支援経験がないセンターの専門職は、自分達が初老期認知症者に対応しなければならないことに負担感を感じている。負担に思う背景には、初老期認知症への対応について自身が十分に理解していないことへの恐れや不安が存在すると考える。このため負担感を軽減する専門職への支援も今後、重要な課題だと考える。

専門職は、初老期認知症者らが安心して穏やかに過ごせる地域をつくる必要性と、そのために、自らが社会への啓発に積極的に関与する必要性を認識していた。この認識を支えるモデルに、人々からネガティブなイメージを持たれていた「うつ病」が、啓発をはじめとした支援の成果により、現在は誰もが発症する可能性がある疾患だと認識されるようになり、専門機関への相談や受診の敷居が低くなった例がある(厚生労働省 2011b;辻・田島 2008)。初老期認知症も同様に、啓発により人々の認識が変化することで、早期の相談から援助につながり、充実した生活を当事者が営める可能性は格段と広がるであろう。そして、専門職も『対応が困難な初老期認知症』だという認識を払拭して躊躇なく支援に携わることができるようになるだろう。

支援経験の有無に関わらず専門職は、初老期認知症に対する理解を深めるための研鑽が重要だと感じていることが明らかになった。このためには、経験した事例の蓄積と専門職間の共有が有効である。事例の蓄積と共有により、専門職は自信を持って支援することができ、技術の蓄積にもつながる。専門職による研鑽の積み重ねは、厚生労働省や沖田らが必要と述べる初老期認知症へのオーダーメイドの支援体制の構築につながり、益々増加する初老期認知症者への有効な支援に結び付く(厚生労働省 2008;沖田 2009)。これらの啓発

や研鑽の実現により、状態が悪化した時期からスタートする初老期認知症者との関わりに改善が期待できると考える。

表 16 地域包括支援センター専門職が捉えた初老期認知症者を取り巻く現状・課題・方策

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	コード
A 方策が乏しい初老期認知症者の現状	1) 初老期認知症者に適したサービスのなさ	(1) 適切なサービスがなく、相談支援しづらい状況 (2) ソフト・ハードともに不十分な公的サポート (3) 初老期認知症に馴染まない高齢者中心のサービス	適切と思うサービスが地域にない***。受け皿がなく、たちまち困ってしまう。安心して通所できる施設サービスやフォローがない。 デイサービスでは高齢者ばかり。公的サポートがソフト・ハード面でない。介護保険対象でも実際に使えるサービスは少ない*。高齢化の進んだ地域では受皿もない。
	2) 初老期認知症者が能力・経験を發揮できる場の必要性	(1) 活躍の場がない (2) 当事者が諦め込みやすい・就労支援の必要性	高齢施策に初老期認知症者は馴染まない。高齢者中心のサービス。 ボランティアなど活躍できる場の情報をあまり持たず。能力や経験を活かせる場が必要。 本人が諦め込みやすい・就労形態の支援が必要。就労したい希望があっても場がない。
	3) 当事者の状態を受けとめきれない家族の危機	(1) 早期対応の必要性を理解しづらい家族 (2) 最悪な状態から開始される支援 (3) 初老期認知症者であるが故に直面する困難 (4) 家族への影響の大きさから深まる本人の孤立感	病気を認めるのに時間がかかる。早期対応の重要性を家族に理解してもらおうという壁 最悪な状態になってから家族は慌て始める。支援困難状況まで把握できないことが多い。 子どもにも影響が出る等家庭への影響が大きい。心理面の援助や経済的不安の解消支援。 家族への影響の大きさが本人の孤立をさらに深める。
B 専門職が思い描く支援に手厚くない現状への焦り	1) 予防給付業務による支援へのしわ寄せ	(1) 予防給付と相談支援業務の見直し (2) 報酬が安価故に地域包括で抱える予防給付業務	予防給付と支援センターの二枚看板の解消。 400 単位という単価では委託を受ける居宅支援事業所は増えない。
	2) 支援を阻む専門職の置かれた現状へのジレンマ	(1) 潜在するケースの存在 (2) サービス開発の時間も確保できない忙しさ (3) 求められる対応の大きさ故の負担感	声を集め、サービスづくりが必要だが、包括にはその時間は取れない。把握できない。 相談があっても対応しきれない。 通所系サービスの職員は初老期認知症への対応に慣れていない。介護保険のサービスの利用が そぐわない場合策が見つからない。連携先に苦慮。包括職員が対応すべきと言われると負担。
	1) 安心して穏やかに過ごせる地域づくり	(1) 安心して過ごせる社会の早期実現 (2) 社会への啓発が喫緊の課題	認知症疾患医療センター・認知症サポート医を中心とした地区医師会との連携構築が課題。支 援体制の充実の早期実現 関係機関との連携は取れていないのが現状。世の中に十分知られていない**。安心して穏 やかに過ごせるような社会の理解。
C 専門職の考える方策と展望	2) 初老期認知症ケアへの研鑽と展望	(1) 初老期認知症に関わる意識の大きさ (2) 情報収集からより良い提案ができる支援者の必要性 (3) 知識の乏しさを補う研修の必要性	初老期認知症への対応は意義あること。初老期認知症は知っておく必要を痛切に感じる。 情報収集を行い、よりよい提案を相談者にしたい。経済的支援や就労支援も含めて具体的な 情報を知っておく必要がある。家庭全体を総合的に支える対応が必要。 若年性認知症の知識は乏しい為研修に参加したい。ケアマネ研修で取り入れる。

*下線:支援経験(無)又は(不明)と回答したセンターの記述 **二重下線:支援経験に関係なくセンターが回答したセンターの記述 ***下線なし:支援経験(有)と回答したセンターの記述

B. 要介護認定を受けた後の支援—居宅介護支援事業所

第IV章で詳述したように、在宅療養者と家族への支援は、自治体に所属する看護職、つまり保健師が担っていた。2000年の介護保険法施行を境に、介護保険法の被保険者のうち要支援・要介護認定を受けた在宅療養者への支援は、主に介護支援専門員が行うようになった。介護支援専門員は、「要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者または要支援者が心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるように、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者または要支援者が自立した生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者」である（介護保険法第69条の2）。介護支援専門員になるには、保健・医療・福祉に関する法定資格保有や生活相談員・支援相談員・相談支援専門員・主任相談支援員などの実務経験が、通算5年以上必要となる。この要件を満たしたうえで、都道府県主催の試験に合格し、実務研修修了の後に介護支援専門員証を得る。

このように介護支援専門員の背景は、実に様々な職種から成るため、その職種の特性が、介護支援計画の立案にあたり、支援対象となる在宅療養者が持つ課題への着眼や支援内容に表れる。介護支援専門員の選択にあたり、支援対象の状態や課題に応じて、介護支援専門員の基礎資格を踏まえることはなされていないため、対象に適した介護支援計画にはなっていない場合があるという課題は、今も根強く残っている。

全国における若年認知症者の推定数は378万人と言われている。とりわけ若年認知症の中でも40歳から65歳未満に発症する初老期認知症は、社会的役割の大きな年代であることから経済・就労・介護をはじめ様々な課題を有する。このため介護保険サービスを利用する初老期認知症者は高齢者と比較して少ないものの、今後増加することは容易に予測でき、支援する介護支援専門員(以下、専門員)の課題も多様化すると考える。

この節では、居宅介護支援事業所(以下、事業所)に勤務する専門員に実施した調査の自由記述部分を分析し、彼らを感じている初老期認知症者とその家族への思いから、専門員が捉えた支援の課題を明らかにする。

1. 本節における調査方法

A 自治体下の事業所600か所のうち200か所を無作為抽出して調査用紙(附録3参照)を

郵送した。回答が得られた 70 か所(回収率 35%)のうち、「初老期認知症の相談や対応、今後の支援に関する実態としたい」について、自由記述部分に記載があった 63 か所を本研究の分析対象とした。分析は、自由記述部分をコード化し、さらに類似するものをまとめてサブカテゴリーの抽出を行い、抽象度を上げた後にカテゴリーに分類した。

倫理的配慮として、本学の倫理審査委員会の承認を得た後、研究の意義・目的・方法について事業所に十分な説明を文書により行った。回答は匿名として、返信を以って同意とみなした。

2. 結果

事業所 63 か所のうち、初老期認知症者への支援経験は、[有]29 か所・[無]34 か所であり、支援経験:[有]の事業所が経験した支援数は、1名:12 か所・2名:4 か所・3名:1 か所・4名:2 か所・6名:1 か所・20名:1 か所・無回答:8 か所であった。自由記述部分から、初老期認知症者への支援実態とその思いについて、表 17 に示すように、7つのカテゴリー<1. 実態にそぐわないサービスに対する専門職のジレンマ>、<2. 支援者が捉える初老期認知症者支援の厳しい実態>、<3. 支援者から見た初老期認知症者らのイメージ>、<4. 居宅介護支援事業者の介護支援専門員に必要と考える支援>、<5. 啓発による周囲の理解の必要性>、<6. 関わりを通しての充足感>、<7. 初老期認知症ケアへの展望>と、それらを構成する 27 のサブカテゴリーが抽出された。

3. 考察

事業所の約半数は開所以降、初老期認知症者を支援した経験を有していない。また、支援した経験を有する事業所においても、その人数は開所以降 1~2 名と少なかった。

しかし、専門員は、支援経験の有無に関わらず、初老期認知症に関する学習を継続する必要性を感じ、その人らしさを見出す関わりや地域単位でのネットワーク構築という展望を持っていた。同時に、初老期認知症者が直面している厳しい現実に対して、既存のサービスだけでは対処できないことも痛感していた。このために専門員は、多くの事例による援助経験の蓄積・研修・協力し合える連携体制の構築とともに、地域包括支援センターも含め、多様な課題を相談できるスーパーバイザーの存在を求めていることが示唆された。

4.本節のまとめ

三菱総合研究所による「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」によると、介護支援専門員の基礎資格内訳において、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉系資格保有者が80%以上を占めている(2010)。この傾向は、現在も変わらない。例えば、「在宅療養者にとって最適なサービス提供につながる連携へー訪問看護に対するケアマネジャーの意識調査」において述べられているように、介護支援専門員の基礎資格が医療系以外であった場合、初老期認知症や難病など医療への適切な時期での介入が当事者の療養やQOLに大きく関係するが、そのタイミングが遅くなり、その後の療養やQOLに支障をきたす事例は多い。また、全国の若年性認知症者数は約37,800人程であるが、家族介護者の約6割が抑うつ状態に陥っていることや約7割が発症後に収入が減少しているため、多くが経済的困難を感じている。このため、白澤(2017)が述べるように、若年性認知症に特化した専門職を充実することが必要である。

初老期認知症者においては、医療機関で診断を受けてから介護保険サービスの利用に至るまでが「ケアの不在期間」となり、「空白の期間」と呼ばれている。もちろん本人だけでなく、家族もケアマネジャーから支援を受けることが制度上できない。しかし、この期間についても支援が必要である。白澤は、この期間を病院や診療所の医療ソーシャルワーカーや精神科ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの職員が担うことを提案している。ではこの時点でのケアマネジャーは受動的な状態でよいのか。ケアマネジャーの関わりを介護保険サービスの利用に至ってからと限定的に捉えるのではなく、柔軟な関わりを考えることが必要である。例えば、平素から地域で開かれる「認知症カフェ」への参加に努め、支援者との連携や参加者の様子を把握すること等が挙げられる。これにより、介護保険申請に至っていない当事者や家族との関係を持ち、ケアマネジャーとして担当するかは別にして支援することができる。ケアマネジャーは、この「空白期間」を生じさせない役割を果たしてきた保健師の地域での支援の在り方を踏まえ、能動的な支援の実践が望まれる。

表 17 介護支援専門員が捉えた初老期認知症者への課題

カテゴリー	サブカテゴリー
1. 実態にそぐわないサービスへの専門職のジレンマ	<ul style="list-style-type: none"> 1)やむを得ず利用する高齢者用サービス 2)各機関に相談しても何もならなかった 3)専門的な相談ができる機関の情報提供不足 4)サービスの利用のしづらさ 5)専門医療機関への受診のしづらさ 6)疾患の特性に対応した社会資源の不足 7)問題行動が多いために使えない介護保険サービス
2. 支援者が捉える初老期認知症者支援の実態	<ul style="list-style-type: none"> 1)受診に伴う経済的負担の大きさ 2)周囲の理解不足による家族らへの苦情 3)疲弊した家族 4)病を受容することへの抵抗
3. 支援者から見た初老期認知症者らのイメージ	<ul style="list-style-type: none"> 1)認知症になっても役に立ちたい思い 2)発症を受けとめられない家族の苦悩 3)当事者達の初老期認知症に関する情報の不足 (=理解の不足につながる)
4. 居宅介護支援事業者に必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> 1)支援のコツと工夫 2)相談できる窓口の幅広さ 3)研修に参加による初老期認知症者担当への自信 4)多くの事例による援助経験の積み重ね 5)関係機関との連携体制の構築 6)協力し合える事業者や仲間の輪
5. 啓発による周囲の理解の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 1)啓発による周囲の理解の必要性
6. 関わりを通しての充足感	<ul style="list-style-type: none"> 1)介護サービスの導入による本人や家族の安定
7. 初老期認知症ケアへの展望	<ul style="list-style-type: none"> 1)認知症に対する学習の継続 2)初老期認知症者に対応できる介護職の養成 3)介護ボランティアの養成 4)地域単位でのネットワーク構築 5)介護支援専門員研修体制への組み込み

C. 地域住民主体による地域包括ケアシステムの構築にむけて

2011年度に実施した調査において、センターおよび居宅介護支援事業所に勤務する専門職は、初老期認知症者への支援経験は少ないことが明らかになった。しかし、支援経験がある専門職は、少ない支援経験ながらも初老期認知症者について身近なものとして多面的に捉えていた。

初老期認知症者を支援する専門職の間にみられた、彼らの思いの特徴は、方策への関わりと研鑽による支援の展望であった。これらの思いから支援に関する課題を網羅的に明らかにすることはできないが、少なくとも、初老期認知症者への方策の乏しさ、初老期認知症者への人々のネガティブなイメージの強さ、方策の乏しさと初老期認知症者にまつわるネガティブなイメージから生み出される専門職の自己効力感の低さが、直面する課題であった。水上（2015）が実施した地域包括支援センターの専門職への調査においても、「看護師の認知症理解への自己評価は高まっているものの、若年性認知症への対応には課題がある」と述べていることから明らかなように、課題は継続しているといえる。

また、2017年に実施した認知症初期集中支援チームへの聴き取りでは、地域包括支援センターのチーム員である専門職がそれぞれの専門性を活かしながら支援を行っていることが明らかになった（家根2017）。しかし、専門職は、初老期認知症者への支援経験は増えつつあるものの、2011年度に実施した調査結果で明らかになったように十分な自信を持っての支援には至っていなかった。このため、医師に対して信頼関係をベースに方向性の決定において特に役割を期待していることも明らかになっている。しかし、センターの専門職は、チーム員であると同時に、初老期認知症者への支援について、個の課題を集積して地域の課題へのまとめ上げる「地域包括ケアシステム」を構築する役割も有することから、ケアの質の維持・向上にむけて、自らも支援への方向性を提言できる力量形成が課題と考える。

この地域包括ケアシステムは、2012年の介護保険法改正および介護報酬改定等で介護保険法第5条第3項¹⁸⁾にその定義が示された。国および地方自治体の責務として、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わったことで、地域包括ケアシステムに法的根拠が与えられたものである。地域包括ケアシステムは、人々が住み慣れた地域で最期まで暮らし続けることができる社会を構築することをめざし、そのためには、生活圏域において、「医療」・「介護」・「住まい」・「予防」・「生活支援」が有機的に連携し、一体的に提供さ

れることが望ましいとしている。また、2014年6月には、地域において効率的かつ質の高い医療供給体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、必要な医療および介護の総合的な確保を推進することを目的に、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以降、医療介護総合的確保推進法とする）」が成立している。地域包括ケアシステムの構築に向けて、自治体が「介護保険事業計画」や「高齢者等福祉計画」を地域の特性に応じてデザインし、実現に向けて施策の展開を試みる中、この法が加わったことにより、「医療計画」も含める形で、より一体的で強い整合性を持ちながら包括的に方針が明示されることになる。

地域包括ケアシステムの構築は、センター専門職をはじめ市町村だけの責任ではない。地域住民も自身に関わることに捉えて参画する意識と行動が求められると考える。2009年に厚生労働省から出された「これからの地域福祉の在り方に関する研究会」の報告書においても、これまで「公助・共助」が中心であった支援を、「互助・自助」へと重きを置くことを挙げている。例えば、初老期認知症者や高齢者は、介護保険法においてサービスを利用する存在であるが、初老期認知症者や高齢者自身も地域の住民同士との支え合いやケアを提供する側となりうる。単にサービスを利用するだけの存在ではなく、自らが社会資源として活動することが可能となるように専門職は支援することがこれからの役割として重要であると考え。それが初老期認知症者や高齢者自身の心身の健康維持だけではなく、自己効力感の向上につながり、社会的な健康の維持への貢献がおおいに期待できる（家根2013;2017）。この可能性を、第VI章での認知症カフェと在宅看護実習による試みから検討していく。

第VI章 初老期認知症者の力を引き出す支援の試み

これまでに当事者や家族の望む生活に、既存の社会資源では十分に対応しきれていないことを述べてきた。そこで本章では、これまでに明らかにした課題への検討を踏まえ、当事者の力を引き出す支援の試みとして、認知症カフェと教育での実践を取り上げる。認知症カフェは、初老期認知症者への欠落したサービスを補うものと考え、参加者の様子や専門職のミーティング内容など取り組みを通して、その意義や課題を整理するとともに、当事者への看護職をはじめ専門職の課題と支援を明らかにする。教育は、在宅看護実習に協力した高齢者へのインタビューを通して、初老期認知症者の力を引き出すことへの汎用性を明らかにする。

A. 認知症カフェの試み

高齢化に伴い増加する認知症者への支援は、先進諸国において国家戦略として積極的に取り組まれていることは先述したとおりである(Alzheimer Nederland, 2013)(Plan Alzheimer2008-2012, 2013) (UK Government Department of Health, 2009)。また、ADI(国際アルツハイマー病協会)が発表したアルツハイマーレポート (Alzheimer's Disease International, 2009) を受けて、WHO(世界保健機関)が2012年4月に公表したレポート

「Dementia : A Public Health Priority」においても支援の重要性が示されている(WHO, 2012)

我が国においても、2012年9月に認知症施策推進5か年計画(通称オレンジプラン)が策定され、実施されている。これにより、従来の、徘徊や暴力行為など顕在化した認知症症状への対応を主とする認知症施策は、早期発見・早期対応に向けた予防的な支援に重点を置いた施策へと転換した。そして、朝田らの調査が明らかにした、老年性認知症者(高齢期認知症者)の大幅な増加に対応するために、認知症施策のさらなる充実と、速やかな実施の重要性が一層明確となった(厚生労働省老健局高齢者支援課 2013a)。

しかし、第三章で詳述したように、認知症に対する当事者や家族の思いと人々の意識は乖離したままである。今なお認知症をネガティブなイメージで捉える者が少なくなく、認知症への正しい理解が人々に十分浸透しているとは言い難い状況にある(森 2013)。このため人々が、認知症を身近な病として捉え、正しく理解することが求められており、認知症支援に携わる専門職にとっても重要な課題である(家根 2014)。

我が国の「認知症カフェ」は、オレンジプランの中で「認知症の人やその家族等に対する支援」の一つとして位置づけられ、2013年度以降、「認知症カフェ」の普及などにより、認知症の人や家族等に対する支援を推進すると明記された。そして、新オレンジプランでは、「認知症の人の介護者への支援」において、「認知症の人と介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェの設置を推進する」と明記されている。

筆者は、認知症カフェに何を期待し、開設しようと考えたのか。認知症施策は、2000年の介護保険制度施行以降、認知機能の障害に伴って日常生活に支障を来した高齢者に対する介護サービスの提供を中心に進められてきた経緯がある。このため認知症の初期にある者や初老期に認知症を発症した者達へのサービスが欠落していた。ある初老期認知症者は、診断を受けた時のことを「雪の積もった地面に向かって、屋根の上から後ろ向きに飛び降りるような気持ち」と表現した。早期発見・早期絶望である。認知症者と家族は診断を受けた後、これからの生活をどう再構築するのかという課題に向き合わなくてはならない。その重要な時期への支援が欠落してしまっていたのである。筆者は、共同研究者とともに再構築に向けて歩み出す初老期認知症者への欠落したサービスの一つとなることを期待してカフェの開催を考えた。

オレンジプランにおいて、認知症カフェが認知症者と家族等に対する支援と明記された2012年9月から数か月後に、初老期認知症者に焦点をあてた「認知症カフェ（以下、カフェ）」を開始した。以下、2013年度からの「認知症カフェ」の推進に先駆けて、筆者らがA自治体において、2012年12月から2013年5月にかけて試行した認知症カフェ（以下、カフェ）」の概要を述べる。

1.認知症カフェの概要

a.カフェの目的

- (1)認知症者とその家族が、できるだけ早期から気軽に通える場を設け、認知症の初期段階から適切なケアや支援の利用に結びつく機会をつくる。
- (2)地域住民が持つ「認知症」に対するネガティブなイメージを転換する場を設け、認知症への理解を深める機会をつくる。
- (3)認知症者らを支援する保健・医療・福祉に携わる専門職の支援技術向上の機会をつくる。

b. カフェのスタッフ

スタッフは、地域包括支援センター・訪問看護ステーション・ディサービス・医療機関・行政・教育機関に勤務する看護職(看護師・保健師)、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、医師からなる、開催目的に賛同するボランティアであった。

c. カフェの運営でスタッフが心がけた点

- (1) 認知症者やその家族とスタッフの関係は、援助者と被援助者ではなく、場を共有する「対等な参加者」という姿勢を基本とした。
- (2) コミュニケーションを通して「フレンドリーな配慮のこころ」を忘れないことにした。
- (3) 毎回の様子を保存した記憶媒体(ビデオ・写真)を、スタッフの支援技術向上に活用することにした。また、参加者了承のもと撮影した写真は、アルバム風にファイルにまとめ、当事者・家族に配布することにした。話題提供と回想の機会となることを期待したためである。

d. カフェの参加者とカフェ開催の周知方法

- (1) 参加者は、初老期認知症者（以下、当事者）とその家族、地域住民とした。
- (2) 開催の周知は、スタッフによる個人的な声かけと文書による説明で行った。

当事者である参加者は、スタッフである医師の外来受診者に加えて、医療機関等を通して紹介を受けた者であった。彼らの中には、スタッフである地域包括支援センター専門職とすでに面識のある者もいた。また、地域からの参加者は保健師および地域包括支援センター専門職を通じて開催を知った人々であった。

e. カフェの流れと内容（表 18 参照）

カフェの開催は約 2 時間で 3 部構成とした。内容は、当事者もしくは医師による講演を 30 分程、地元のシンガーソングライターによるコンサートを 30 分程、ティータイムとトークを 60 分程であった。

f. 開催日程

月 1 回、休日の午後の開催を原則にし、2012 年 12 月、2013 年 1 月、および 3 月～5 月にわたって、計 5 回開催した。

表 18 カフェの流れ

時間	内 容
13:00	<u>準備 (会場設営と打ち合わせ)</u> 参加予定者の確認, 役割分担と座席決定
13:30	<u>受付開始</u>
14:00	<u>挨拶, ミニ講演 (30分)</u> 医師による講話: 認知症を取り巻く現状の紹介, 初老期認知症者の活動紹介 当事者による講話: 認知症発症までの生活, 診断を受けてからの生活と思い
14:30	<u>ミニコンサート (30分)</u> シンガーソングライターによるピアノの弾き語り. 選曲は, オリジナル曲と参加者からのリクエスト曲で構成
15:00	<u>ティータイムとトーク</u> お茶とケーキを囲み, 会話を楽しむ. スタッフの一人が店長役を務め, 緊張緩和や会話を促進するためにテーブルを回る *必要に応じて個別相談を実施
16:00	<u>終了</u> <u>スタッフによるミーティング</u>

2.認知症カフェにおける実践の効果と課題

a.資料の収集と分析方法

計5回開催したカフェの終了後に実施したスタッフ・ミーティングでの発言内容を詳細に記録し、逐語録を作成した。発言内容は、(1)観察した参加者の様子と気づき、(2)参加者が発言した内容と気づき、(3)参加者へのスタッフの関わり、(4)カフェの運営に関する意見の4点である。これらを、川喜田(1967)が発案した質的資料の整理法を用いて帰納的に一般化した。その手順を次に述べる。データ中の一文章にある、まとまった意味を一つのコードとした。そしてコードとしたものは、意味が類似するものをまとめサブカテゴリーとし、サブカテゴリーを関連性の高いもの同士でまとめ、カテゴリーとして、構造化した。分析にあたっては、信頼性や妥当性を高めるために質的研究経験のある研究者と検討を重ねた。倫理的配慮として、所属の倫理審査委員会の承認を得た。併せてカフェの参加者およびスタッフに、目的・内容・倫理的配慮について口頭や文書にて説明し、了承を得た。

b.結果および考察

表19に開催した5回のカフェにおける参加者について、表20にスタッフ数とその内訳についてまとめた。また、カフェ終了後のミーティングにおけるスタッフの発言は、表21のように5つのカテゴリーにまとめることができた。以下で5つのカテゴリーの内容について説明する。

なお、以下でカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは<>、コードは[]を示す。

カテゴリーA 対等な生活者として馴染みの関係を生み出せる場

【対等な生活者として馴染みの関係を生み出せる場】は、<1)自分の判断で席に着き、カフェを楽しむ>、<2)対等な生活者>、<3)馴染みの関係>、<4)特別なものではない当たり前雰囲気>の4つのサブカテゴリーから成る。

1) 自分の判断で席に着き、カフェを楽しむ

地域住民は、民生児童委員や自治会役員を含めて初回から多く参加した。カフェの初期において、参加者らが場に慣れるまで、参加者のタイプごとに大まかに座席エリアをあらかじめ決めておいて、スタッフが参加者を誘導して着席してもらうようにした。初

回は当事者らと地域住民は離れて着席し、それぞれのテーブルにスタッフが混ざるような配置にしていた。しかし、回を重ねるごとに参加者らは、[あらかじめ決めていた席には座らなくなり]、<1>自らの判断で席に着き、カフェを楽しみ、場に慣れていくことができるようになっていった。

2) 対等な生活者

カフェでは回を重ねるごとに、[(1)誰が当事者かわからないくらい自然]に皆が過ごせるようになり、専門職は、支援経験がなくとも[(2)専門職と意識せずに自然に楽しみ]、[(3)気負いなく互いに話せる]ようになったと語った。

開催開始から数回までの初期段階では、気軽に通える場を設けること、認知症の初期段階から適切なケアや支援の利用に結びつく機会をつくることが重要であった。そのためには、当事者・家族とスタッフである専門職が対等な関係性の中でその場を共に楽しみ、共有する<2>対等な生活者>という意識をスタッフ自らが徹底すること、そして、参加者にもこの意識を共有してもらえるようにすることが大切である。

3) 馴染みの関係

カフェでは、[(1)顔見知りができる]ことで会話が弾み、笑顔や笑い声が会場のいたるところでみられ、<3>馴染みの関係>が生まれるようになった。[(2)気軽に笑顔で声をかけあい]、当事者・家族・スタッフ間は、「対等な生活者」として自然体で過ごすことができるようになっていた。この結果、スタッフは、専門職という立場だけではなく、自然に[(3)自身も楽しめる]と感じ、同時に、[(4)カフェに当事者が馴染んでいく]という感覚を持てるようになったと考える。

4) 特別なものではない当たり前の雰囲気

このように場に馴染む感覚を得るというプロセスを経て、<4>特別なものではない当たり前の雰囲気>が生み出され、カフェの和やかな雰囲気の中、参加者同士の距離を縮めることができた。同時にカフェは特別な場ではなく、[誰にとっても居心地のよい場]であり、馴染みの関係を生み出せる場であったといえる。

カテゴリーB 思い描いていたものと異なる認知症の姿

【思い描いていたものと異なる認知症の姿】は、＜1)自宅では見られない当事者の姿の発見＞、＜2)多面的で新たな力を持つ存在＞、＜3)認知症を話題にすることへの躊躇いの消失＞の3つのサブカテゴリーから成る。

1) 自宅では見られない当事者の姿の発見

カフェでの参加者は、＜1)自宅は見られない当事者の姿＞を目にする機会があった。[(1)認知症ではない人と何が違うのかわからない]と話す参加者達は、そうした姿を目にした家族や地域住民が認知症に対する認識を変化させている様子を窺うことができた。例えば、カフェの開催当初は離れて座っていた参加者が回を重ねるごとに思い思いの席に座り、互いへの構えがなくなっていったこと、また、地域住民の一人が、(医師や当事者の)講演を聴いて、[(2)自分が持っていた認知症の人へのイメージと違っていた]という発言をしていたことから明らかである。

2) 多面的で新たな力を持つ存在

つまり、認知症者は[(1)生活者としてできなくなることが増えていく存在ではなく]、自分たちが気づかないだけで、実に＜2)多面的で新たな力を持つ存在＞だと知る機会をカフェが与えたといえる。今回実施したカフェで得られた資料から、カフェのような場が、参加者に当事者の新たな力を発見させ、認知症者の持つポジティブな側面に気づかせてくれる場となっているといえる。

3) 認知症を話題にすることへの躊躇いの消失

当事者のいる前で認知症について話題にすることにためらいを持っていた家族から、カフェに参加し続けることで、＜3)認知症を話題にすることへの躊躇いが消失＞し、家庭内で本人と[(1)認知症を話題にし、互いの思いを表出しやすくなった]と聴いた。当事者の家族は、「認知症」に対して当事者にどのように話せばよいのかわからない場合が多い。この家族も、認知症について話題にすることはデリケートすぎると認識してしまい、家庭内で互いに触れないようにしていたことが、理解できる。こうした語りから、カフェで情報を得る、他の参加者の姿や語りに触れる、という経験が、認知症を話題にすることへの遠慮や抵抗を解消させる効果があることが明らかになった。

カテゴリーC 当事者の姿を記録に残すことの意義

【当事者の姿を記録に残すことの意義】は、＜1)思い出せなくなる記憶の糸口＞、＜2)認知症を話題に語り合えることの意義＞、＜3)カフェを知り、不安なく参加できるためのツール＞の3つのサブカテゴリーから成る。

1)思い出せなくなる記憶の糸口

毎回のカフェの様子は、記憶媒体に保存し、アルバム風にファイルにまとめた。これを当事者と家族にも配布することで、この配布物が予想外の効果を持っていることがわかった。たとえば、ある当事者は、「思い出せないが増える中、一緒に [(1)アルバムを見ることで、あの時はこうだったと思い出せる]。共通の話題をもって話す、穏やかな時間を持てる」、[(2)見て、安心できる]、と語っている。他の当事者からも同様のことを聞いた。こうした話から、アルバムが、当事者と家族にとって場面とともに感情を呼び起こす装置となり、＜1)思い出せなくなる記憶の糸口＞となると考える。

2)認知症を話題に語り合えることの意義

同時に、＜2)「認知症」を話題に語り合う時のツール＞として活用されていることがわかった。参加を希望する人たちから、[(1)カフェの様子がわかった]、[(2)参加する不安が軽くなった] という声もあった。

3)カフェを知り、不安なく参加できるためのツール

カフェに参加を希望する者にとって、アルバムは、[(1)カフェの様子がわかり]、[(2)参加する不安が軽くなる]。そして [(3)参加してみたい] という気持ちになることから、参加への不安解消をもたらすツールとして活用できることに確信を持つ事ができる。こうしたアルバムファイルの作成を継続することに意味があると考えられる。

カテゴリーD カフェのプログラムがもたらす効果

【カフェのプログラムがもたらす効果】は、＜1)緩急をつけたプログラム＞、＜2)認知症への理解が促進される＞の2つのカテゴリーから成る。

1) 緩急をつけたプログラム

カフェを構成するものの一つである講演は新たな情報を得たり、当事者の声に耳を傾けたりすることから、参加者にとっては緊張を伴う経験となる場合がある。そのため、講演の後にコンサートを実施して緊張をといた。[(1)コンサートで緊張を解く]ことで、皆が歌を口ずさむ機会を多く持つことができ参加者はリラックスした状態になる。第三部の [(2)ティータイムは、緊張がほぐれ]、参加者同士が楽しみながら会話することができることから、参加者とスタッフが自由に語り合える場になっている。ティータイムを除いて一つの部を30分程度で構成することは、参加者が飽きることなく、[(3)緩急つけることで参加者に負担をかけない] 展開になる。これにより、参加者もスタッフも楽しみながら参加できて、フレンドリーな空間を生む効果につながる。

2) 認知症への理解が促進される

医師から認知症に関する医学的な情報をもたらされることや、当事者が認知症と告知されたことによりどのように感じているかを知ることで、[(1)講演で知識を得ることができる]。同時に、お茶を飲みながら気楽に話す時間を持つことをも通して [(2)認知症への理解につながる] と言える。プログラムを実際に進める上で、当事者の講演の持ち方や人材の確保という検討事項が生じる。しかし、カフェのプログラムの三部構成の内容は、オランダで行われているメモリーカフェの内容と一致していることがカフェの開始後にわかったこともあり、当面はこの3部構成で進行することが望ましいと考える。

カテゴリーE 専門職である自身の関わり方の発見

【専門職である自身の関わり方の発見】は、<1)当事者と家族から学ぶ>、<2)初老期認知症者と家族の戸惑いへの対処>、<3)急速に認知症が進んだ当事者への配慮と支援>の3つのカテゴリーから成る。

1) 当事者と家族から学ぶ

カフェのスタッフのほとんどは、初老期認知症者への支援経験を持っていない。このため、カフェ終了後のミーティングでは、スタッフ全員が感じたまま、参加者の様子と対応、スタッフの様子と動き運営方法、などを自由にディスカッションした。これを通

して、[(1)当事者の新たな一面の発見]を確認し、[(2)家族は当事者と異なる緊張感を持つ事に気づく]機会を得ることにつながったといえる。これにより、認知症を取り巻く現状の理解が深まるとともに、当事者・家族・専門職それぞれの思いをよりの確に知る機会となっている。そして、具体的な事例を取り上げて話し合うことで、具体的な関わり方や支援のしかたを学び、[(3)経験からつかめた接し方]の知識を蓄積する場となった。

2)初老期認知症者と家族の戸惑いへの対処

[(1)気持ちを吐露できる場]として、カフェ以外にも認知症の「家族の会」がある。認知症の「家族の会」に参加して得られること、たとえば、介護者どうしが思いを語りながら情報交換を通して得られることと、カフェで得られることは、同様の種類のものである。しかし、相違点としては、「家族の会」が介護する家族どうしで話題を内包しながら介護に向かう力を生み出すのに対して、「カフェ」は、話題を内包すると同時に参加者にそれらを発信するという両面性を有していることにある。[(2)家族会とは違うカフェの存在]は、特に地域住民に認知症への理解を深める機会をもたらすこととなり、同時に家族は、カフェは介護に向かう力をより多く生み出す機会を得ることにつながるという点である。この相違をスタッフは明確に認識することにより、当事者や家族が手段として双方をうまく活用できるようにする必要がある。

3)急速に認知症が進んだ当事者への配慮と支援

6か月にわたるカフェの期間中に、急速に認知症が進行する当事者がいた。この経験から、我々は、[(1)認知症が急速に進行することを想定しておく]ことが必要であることを改めて考える機会となった。加えて、状態の程度は一様ではなく異なるので、それに応じた配慮も欠かせず、対応できるスキルが必要となる。たとえば、開催中に尿意を催し、どう対処してよいのかわからない様子を当事者が示したときに、それを察知したスタッフは、さり気なく当事者に寄り添い、手伝いを依頼するような雰囲気のままトイレまで誘導する配慮である。しかし、支援経験が乏しいスタッフにとって、認知症の症状が進んだ当事者との関わりを通して、[(2)とっさにニーズをくみ取れないとまどい]は大きく、不安につながる。このため、参加者とスタッフは、対等という姿勢を基本としながらも、[(3)必要な介護を含む関わり方への配慮]が求められ、スタッフ自身が

認知症に向き合うことで、それを見出す機会にカフェはなっているといえる。つまり、支援者が支援者としての姿勢を育む機能をカフェは有しているといえる。

c.初老期認知症者への欠落したサービスとなり得るのか—支援を検討する上での課題

今回のカフェの試みを通して得られた資料と考察から、課題として次の3点を挙げる。

1)認知症の重度化に伴う参加と支援

参加者の中に、開始当初に比べ認知症が重度化していった者もいた。初老期認知症者に焦点をあてて開催したのであるが、その症状が進行した場合、カフェの利用の勧め方や開催中のスタッフの支援のしかたを具体的にどう工夫していくかが課題となる。また、カフェが地域に根付いたものとなるように、地域包括支援センターをはじめ、認知症に関連する機関との連携は必須である。認知症の重度化への対応だけではなく、生活を支援するという観点から、どのような状態にある認知症者においてもコミュニケーションの中から垣間見える不安や悩みにも専門職として聴き取り、連携を通して対応することが認知症者らのよりよい生活の構築につながる。

2)当事者・家族・専門職のそれぞれの視点からのカフェの評価

カフェをより良いものにし、その質を担保するためには、当事者・家族・専門職それぞれの視点から適切に評価していく必要がある。評価は、聴き取りにより得られた質的データの分析により得ることができる。これに加えて、将来、蓄積した記憶媒体を用いての評価指標・方法の開発を進めることが必要であるかどうか検討する必要がある。そのとき、専門職の支援技術向上のみを目的とするのではなく、参加者にとってカフェが充実したものになるのかという視点が必要である。

3)地域での初老期認知症支援の拠点となるカフェの増設

今回の試行をベースにして考えると、より早期の段階からの認知症ケアを充実できるように拠点となるカフェの増設を計画的に進める必要がある。このために、地域住民の誰もが立ち寄りやすい場を選定する必要があり、最低でも中学校区に一つ程度の設置が望ましい。そのためには、地域住民の理解と協力のもと、場の提供が必要であり、行政の理解を得るためにも、カフェで得られた成果をまとめ、周知を図ることも必要である。

3.認知症カフェの意義と専門職としての姿勢

認知症カフェに課題はあるものの、武地が述べているように、認知症への認識の不十分さから、支援への入口に辿り着くまでに時間を要する現状や、入口に辿り着いても適切な支援がない(2015)という現状が少しでも改善されるために、カフェは、切れ目のないサービスのスタートとして初期および初老期認知症者への支援にとって重要な位置を占める。

また、初老期認知症者や認知症の初期から利用できる地域社会に必要な社会資源であることから、しっかりと浸透していくべきものである。カフェは、既存の介護保険サービスと異なり、家族等と一緒に利用できるサービスであり、当事者と配偶者のみならず、子ども・孫、友人とも一緒に参加することが可能である。認知機能の障害を持つ者にとって、慣れない環境は緊張を伴い、疲労感を招く。家族や友人と共に参加することで、安心して楽しむことができるのは、カフェの強みといえる。安心して楽しめる環境の中、参加者同士の交流が促進され、カフェ以外の交流へと発展し、新たな人間関係の構築につながる。認知症を持つことが先の見えない絶望につながるのではなく、カフェでの出会いにより生活を豊かなものにできる装置としての役割を有する。専門職も含め、地域の人々にとって、その豊かな人間関係や生活を垣間見ることが、認知症の疾病観の転換にもつながっていく。そして、カフェは、初老期認知症者の持てる力を引き出す場に成り得る。寛いだ環境の中で、当事者らがカフェの企画を行い、参加者の前で成果を披露する場面は、当事者の持てる力の発見につながる。専門職は、力を発見し、当事者や家族に伝えることが必要である。当事者の自信や家族の介護に向かう力を引き出せる。これらは個々への支援にとどまるものではない。地域の中で、初老期認知症者らが暮らしやすくするために構築する「地域包括ケアシステム」の資源となる。

そのためにカフェにおける専門職の姿勢は、援助者と被援助者ではなく、場を共有する「対等な参加者」が基本でなければならない。専門職は、これまでの教育背景から、カフェで対等でありつつ専門性を発揮して支援するという在り方を実践することは容易ではない。参加者とのコミュニケーションを通して「フレンドリーな配慮のこころ」を心掛けていかなければならない。カフェの試行の中で筆者は、それぞれの職務の延長線上でふるまいがちであることに気付かされた。専門職がボランティアとしてカフェに参加する時には、対等性を保つためにも専門職の役割を敢えて前面に押し出さず、その場を参加者らと大いに楽しもうとするふるまいが求められる。その上でさり気なく参加者らとの会話の中から強みを引き出

すこと、不安や悩みをくみとり、必要に応じて関係する機関につなぐ等が専門職としての力を発揮することだと言える。

表 19 カフェ参加者内訳

開催時期		当事者	家族	スタッフ	地域住民	その他*	合計
1	2012/12	6	4	15	16	13	54
2	2013/1	4	4	15	1	1	25
3	2013/3	7	7	16	1	1	32
4	2013/4	5	5	13	9	1	33
5	2013/5	7	7	11	6	1	32
合計		29	27	70	33	17	176

※その他：行政職員，報道関係者など

表 20 スタッフの内訳

開催時期 専門職*	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	専門職別 の合計
	2012/12	2013/1	2013/3	2013/4	2013/5	
NS.PHN.	5	4	6	6	5	26<9>
CW.SW.	6	9	7	3	3	28<17>
PT.OT.	2	0	1	2	1	6<2>
Dr.	1	1	1	1	1	5<1>
シンガー	1	1	1	1	1	5<1>
各回の合計	15	15	16	13	11	70<30>

< >内は、実人数を示す

※専門職：NS.(看護師)，PHN.(保健師)，CW.(介護福祉士)，SW.(社会福祉士)，
PT.(理学療法士)，OT.(作業療法士)，Dr.(医師)

表 21 カフェへの専門職の気付きや思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
A. 対等な生活者として馴染みの関係を生み出せる場	1) 自分の判断で席に着き、カフェを楽しむ	(1)あらかじめ決めていた席には座らない、(2)自らの判断で席に着く
	2) 対等な生活者	(1)誰が当事者かわからないくらい自然、(2)専門職と意識せずに自然に楽しむ、(3)気負いなく話せる
	3) 馴染みの関係	(1)顔見知りができる、(2)気軽に笑顔で声をかけあう、(3)自身も楽しめる場、(4)カフェに当事者が馴染んでいく
	4) 特別なものではない当たり前の雰囲気	(1)誰にとっても居心地のよい場
B. 思い描いていたものと異なる認知症者の姿	1) 自宅では見られない当事者の姿の発見	(1)自分が持っていた認知症の人へのイメージと違っていた。 (2)認知症ではない人と何が違うのかわからない
	2) 多面的で新たな力を持つ存在	(1)生活者としてできなくなることが増えていく存在ではない
	3) 認知症を話題にすることへの躊躇いの消失	(1)「認知症」を話題にし、互いの思いを表出しやすくなった
C. 当事者の姿を記録に残すこと意義	1) 思い出せなくなる記憶の糸口	(1)アルバムを見ることで思い出せる、(2)見て、安心できる
	2) 認知症を話題に語り合えるツール	(1)認知症のことを一緒に話すことができる、(2)話題が途切れない、(3)認知症のことを話しやすい
	3) カフェを知り、不安なく参加できるためのツール	(1)カフェの様子がわかった、(2)参加する不安が軽くなる、(3)参加してみたい
D. カフェのプログラムがもたらす効果	1) 緩急をつけたプログラム	(1) コンサートで緊張が解ける、(2) ティータイムは緊張を解す、(3) 緩急をつけることで負担をかけない
	2) 認知症への理解が促進される	(1) 講演で知識を得ることができる、(2) 認知症への理解につながる
E. 専門職である自身の関わり方の発見	1) 当事者と家族から学ぶ	(1)当事者の新たな一面の発見、(2)家族は当事者と異なる緊張感を持つ事に気づく、(3)経験からつかめた接し方
	2) 初老期認知症者と家族の戸惑いへの対処	(1)気持ちを吐露できる場、(2)家族会とは違うカフェの存在
	3) 急速に認知症が進んだ当事者への配慮と支援	(1)認知症が急速に進行することを想定しておく、(2) とっさにニーズをくみ取れないとまどい、(3)必要な介護を含む関わり方への配慮、

B. 在宅看護実習の副次的効果

我が国の65歳以上人口は、2017年9月には3,514万人と、総人口に占める割合は27.7%を占めるまでになった。前年より57万人増加しており、人口・割合ともに過去最高となっている(総務省2017)。そして、90歳以上においては初めて200万人を超え、209万人となった。認知症者数においても、65歳以上人口の増加とあわせて今後も増加する。また、平成28年簡易生命表によると65歳の平均余命は男性19.55歳、女性24.38歳となり(厚生労働省2017b)、65歳で実に人生の四分の一を残すこととなる。人々にとって、人生80年と言われる長い老後をどのように過ごすかということへの関心は高く、単なる長命ではなく健康で充実した生活を構築することへの関心も高まっている。その一方で、地域で暮らす要援護者¹⁹⁾は増加しつつある。初老期認知症者も抱える課題は多くあり、支援が必要なことから保健・医療・福祉サービスを利用する要援護者に含まれる。しかし、初老期認知症者は、援護されるだけの立場ではないこともこれまで述べてきた。多くの力と可能性を持つ存在である。本研究で焦点をあてる初老期認知症者は、発症時期が初老期であるものの、その多くは高齢期を迎え、地域において療養している。とすれば、認知症を有しながらも他の高齢者と同様に充実した生活を希求しているといえる。そこで、本節では、初老期認知症者の高齢期を見据えて、看護基礎教育の中で当事者の力を引き出す試みを検討する。

中野ら(2012)は、高齢者をはじめとする要援護者の生きがいの対象として、社会貢献・自分の楽しみの追求・自己向上の意欲を挙げている。また、蒲原(2011)らは、生活に対する満足や“できる”という自己効力感が、高齢者であっても高齢を認識させないで、充実した生活につながるという。そして、このためには、要援護者が社会的役割を担える地域づくりが必要だと述べている。しかしながら、サービス利用が要援護者にもたらす効果について論じている研究(大竹2011;島貫2010)は多いものの、要援護者が社会的役割を担うことによる効果を論じた研究は少ない。

そこで、本研究では、要援護高齢者が実習協力という形で社会的役割を担うという視点から、在宅看護実習が高齢者に与える効果を明らかにし、初老期認知症者への支援の一つとして在宅看護実習の汎用性を考える。高齢者を対象とした実習に関する先行研究では、実習レポートの分析(辻2005;山田2008;金山2009)や、実習終了後に行われた訪問対象者へのアンケートの分析(辻2007)など保健師教育や在宅看護論の視点からの教育実践に

に対する評価 (大池 2003;小田 2006)などがほとんどで,高齢者が教育実践へ協力することでどのような効果を得ているかといった視点での研究はまだなされていない。

1.実習の概要

a.実習の目的

地域に暮らす要援護高齢者世帯(プライマリーファミリー²⁰⁾という)への訪問活動を通して,学生が地域で暮らすプライマリーファミリーの生活実態から健康課題を把握し,取り巻く様々な社会資源の存在と活用方法を知り,健康増進に働きかける看護職の役割を理解する。

b.実習の方法

本研究で取り上げる在宅看護実習は,図3に示すように,A自治体にある老人クラブ連合会女性委員(以下,女性委員という)の協力を得て,学生が2年生~4年生の3年間継続してプライマリーファミリーへの訪問活動や健康教育を行うものである。学生は,この実習を通して,地域に暮らす高齢者の生活実態から健康課題を把握し,自分達の創意工夫のもと援助活動を実践していく。同時に,この一連のプロセスから高齢者を取り巻く様々な社会資源の存在と活用方法を知り,必要な施策化への提言までをも含め,健康増進に働きかける看護職の役割についても理解を深めていく。

2.調査の目的

在宅看護実習で,実習協力という社会的役割を担う女性委員やプライマリーファミリーらへの効果を明らかにし,初老期認知症者への支援の一つとして在宅看護実習の汎用性を検討することを目的とした。

3.調査方法

a.調査期間:2012年1月~4月

b.対象者

在宅看護実習に協力する女性委員およびプライマリーファミリーのうち,筆者が口頭および文書にて説明した研究の趣旨・内容および倫理的配慮について了解し,研究への協力を申し出た者,各4名

c. データ収集方法と分析方法

インタビュー内容は、①訪問による学生の様子、②実習への期待と想い、③自身の変化(心身両面から)である。インタビューガイドに基づき、対象が希望する場所にて個別に約 60 分程度の半構造化面接を実施した。インタビューは対象の許可を得て録音し、データから逐語録を作成した。

分析は、逐語録の一文章にあるまとまった意味を 1 つのコード化し、さらに意味が類似するものをまとめてサブカテゴリーとして、最後にサブカテゴリーを関連性の高いものどうしでまとめカテゴリーとして、構造化した。

なお、分析にあたっては、質的研究の経験を有する複数の研究指導者からスーパーバイズを受けながら反復して行っている。

d. 倫理的配慮

所属の倫理審査委員会において承認を得た後、対象に研究の意義・目的・方法・個人情報保護・参加および辞退の自由意思・得られた結果の活用(学会発表等)について、文書および口頭にて十分な説明を行った。対象者に理解を得たうえで、同意書に署名または記名・押印を求め、契約を交わした。また、得られたデータは、鍵のかかる保管庫にて厳重に保管した。

4. 結果

対象者は 8 名で、女性委員 4 名は 70 歳代、プライマリーファミリー 4 名は 80 歳代女性であった。プライマリーファミリーの中には、認知機能の低下を自覚している者がいた。女性委員とプライマリーファミリーはいずれも近所に住み、この訪問を通して関わりが生まれている。

平均面接時間は 1 回約 60 分であった。逐語録を分析した結果、表 22 に示す通り、4 つのカテゴリーと 16 のサブカテゴリーが抽出された。以下、文中の【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、[]は代表的なコードを示す。

カテゴリーA 【高齢者の生活を豊かにする要素の存在】

<異世代との交流による学び>、<人に貢献できているという思い>、<自分を受けとめてもらっている実感>、<訪問後の高い満足感>、<和やかな時間の獲得>という 5 つのサブカテゴリーで構成されている。

＜異世代との交流による学び＞は、[今の時代の人と接することができる]、[自分の学びになる]というコードが得られた。＜人に貢献できているという思い＞は、[身の上話をしているだけで役に立っている]というコードが得られ、学生の役に立っているという社会的役割の認識が語られた。＜自分を受けとめてもらっている実感＞は、[学生があんじょう聞いてくれる]という学生の言動や表情から読み取っていた。他にも[これからもあの人に来てほしい]、[委員が終わっても〇〇さんへの訪問は続けたい]と高齢者相互が相手の存在を重要と認識している言動があった。＜訪問後の高い満足感＞は、[学生が帰ったあと、よかったと思える]、[また来てほしい]というコードが得られた。＜和やかな時間の獲得＞は、[一時間くらい皆と和やかに話せる]、[穏やかな気持ち]という、学生の帰宅後も温かい感情の余韻を持ち、豊かな感情の獲得につながっていた。

カテゴリーB【実習への期待】

＜様々な人生が存在することへの気付きの期待＞、＜年代の相違への理解＞、＜生活への看護の知識の活用＞、＜繰り返される訪問による学生の受けとめの変化＞、＜学生の深い読み取りへの実感＞、＜好感が持てる学生の態度＞という6つのサブカテゴリーで構成されている。

＜様々な人生が存在することへの気付きの期待＞は、[5人いたら5人とも生活が違うことを知ってほしい]と高齢者という枠で括ってほしくないという感情を表出した。＜年代の相違への理解＞は、[年代が違くと理解しにくい内容も、きちんと受けとめてくれる]と単に学生と年代が異なるというだけではなく、学生からの歩み寄る姿勢を実感していた。＜生活への看護の知識の活用＞は、[学生は血圧計の使い方を教えてくれた]と、エピソードを交えて語った。「主治医から一度説明を受けただけでは理解できなかった血圧計だが、学生の丁寧な説明により、毎日の血圧測定が自分でできている」と答え、自分の健康づくりに学生が役立っているという認識を示した。＜繰り返される訪問による学生の受けとめの変化＞は、[同じことの繰り返しだが、学生の受けとめが変わってくる]と述べている。＜学生の深い読み取りへの実感＞では、[深い読み取りができるようになっている]と成長を感じていた。＜好感が持てる学生の態度＞は、[さわやか]、[物静かな受けとめ方]という2つのコードから構成されていた。

カテゴリーC 【若者へ将来を託す安心感の芽生え】

＜若者観の変化＞，＜将来を託す安心感＞という2つのサブカテゴリーで構成されている。

＜若者観の変化＞は，[今の若者は…と言うが，そんなことはない]，[安心感を覚える]と，学生が元気であることや親の育て方が影響していると考えていると語った。＜将来を託す安心感＞では，[学生堅気。将来は安心かも]というコードが得られた。

カテゴリーD 【自身の生き方の再考】

＜ありのままの自分でよいという気付き＞，＜人生のふりかえりの時間＞，＜自身の高齢者観の見直し＞という3つのサブカテゴリーで構成されている。

＜ありのままの自分でよいという気づき＞は，[若い人やからどう言えばよいかとはじめは悩んだ]，[ありのままですぐよい]というコードが得られ，訪問から時間を経て，気持ちが変わっていったと感じていた。＜人生のふりかえりの時間＞は，[自分の生活をメモに書いて準備]というコードが得られた。＜自身の高齢者観の見直し＞は，[関係ができる]と我が強くなる]，[老人になると話すことを選ばなければならない]というコードが得られた。

5.考察

カテゴリーA【高齢者の生活を豊かにする要素の存在】に挙げた5つのサブカテゴリーによって女性委員とプライマリーファミリー(女性委員とプライマリーファミリーを一緒に述べる時は、「彼・彼女」と表記する)は，実習への協力を通して自分たちは存在の社会的意義を再認識していることが明らかになった。具体的には，彼・彼女らが経験してきた生活における様々なエピソードを学生から尋ねられることによって，これまでの自身の人生を肯定的に捉え，学生に対して“自分は人生の先輩だ”という誇らしい感情を持つことができているということである。そして，自身の経験を学生たちに伝えたい，伝えていくことが学生に役立つ，という強い思いが存在すると考える。同時に，彼・彼女らは，学生からのみならず，女性委員・プライマリーファミリー双方の関係を通して得るものと実感している。それは，「これからもあの人に来てほしい」，「委員が終わっても〇〇さ

んへの訪問は続けたい」という相手の存在に期待する言動から明らかであり、両方の関係が良好で、今の関係を継続したいと希望していることがわかる。ウォーカー(Walker2004)らは、近隣者との関係が良好であるときに抱く感情こそが、QOLの向上に貢献すると述べているが、このような教育実習への協力参加という経験は学生とのやり取りを通してウォーカーの言うところのQOLの向上につながるのではないかと考えられる。

カテゴリーB【実習への期待】においては、普段接する機会が少ない若者が見せる＜好感が持てる態度＞に触れて、彼・彼女らは、自分たちが思い描く若者像とは異なることに気付いている。ウォーカーらは、高齢者が孫と会うことがQOL向上に影響すると述べているが、自分たちの孫に近い年代の若者と一緒の時間を過ごすことは感情の高揚をもたらし、[学生が帰ったあと、よかったと思える]、[また来てほしい]という発言が引き出されるのだと考えた。また、彼・彼女らは、自分たちは[同じことの繰返しだが、学生の受けとめが変わってくる]と語っているように、訪問の都度特別なことはしていないのだが、学生が訪問回数を重ねるにしたがって学生に対して、「次も頑張って話そう」という前向きな思いを持てるといった効果を彼・彼女らが実感することとなり、そこから、自分たちの社会的な存在意義を認識し、活力ややりがいを得ていると言える。同時にその思いが、社会貢献への達成感や充実感を生み出すのではないかと考えられる。つまり、高齢者の思いが学生の反応を引き出し、それがまた高齢者に還元されるというサイクルにより、高齢者自身が健康づくりの社会資源だと認識することにつながると言える。

カテゴリーC【若者へ将来を託す安心感の芽生え】は、実習により彼女らが描く若者へのイメージがネガティブからポジティブへと徐々に変化した結果の表れである。[今の若者は…と言うが、そんなことはない]と自身が若者に対して描いていたステレオタイプの像を学生にも当てはめようとしたことを訂正し、[安心感を覚える]、[学生堅気。将来は安心かも]と、新たな若者像を構築しようとしている。ともすれば、高齢者は、悲観的に物事を考える傾向があるが、それを肯定的に転じることにより、より良い精神的健康が築かれると言える。

カテゴリーD【自身の生き方の再考】においては、実習する学生のために[自分の生活をメモに書いて準備]し、それを学生に伝えているという行動をプライマリーファミリーはとっている。また、女性委員は、メモにこそまとめてはいないが、プライマリーファミリーが準備したものを訪問時に見て、学生たちに語る時間を共有している。この過程は次のような意味を持つと考えられる。つまり、プライマリーファミリーが人生を学生に語ること

により、学生を“鏡”にして自身の人生を投影し、自分自身のこれまでの人生をふりかえるという経験をしているのである。自分のこれまでの生き方や考え方を改めて見つめなおし、学生から受けとめてもらっている実感を得て、人生を肯定的に捉えなおす機会となっている。それが、[関係ができると我が強くなる]、[老人になると話すことを選ばなければならぬ]という言葉に表れているように、学生とのやり取りの中で自分を客観的に見つめなおしていると考えられるのである。高齢者の持つネガティブな側面にも目を向けて、自分はどうか過ごすかということにも言及しているところに現れていると考えた。

ただし、彼女らは、主体的に社会的役割を果たすことで自己効力感を高めているが、深堀らが述べるように、そのためには実行負担の知覚を軽減させる支援も忘れてはならない(深堀・他 2009)。

この在宅看護実習により、彼・彼女らは【高齢者の生活を豊かにする要素の存在】に気付き、【実習への期待】を高めている。これら二つの相乗効果を得て、実習への積極的関わりと協力への動機が生まれ、自己が健康づくりの社会資源だと理解していく。その結果、生じる【若者へ将来を託す安心感の芽生え】も通して、【自身の生き方の再考】の中で自己を肯定的に捉えて、また実習に臨むという循環が起こると言える(図4参照)。

6.結論

女性委員とプライマリーファミリーは、この実習を通して学生の成長に手ごたえを感じるとともに、自身らがその一助だという自覚を持っていることが明らかになった。また、この実習によって構築された学生との良好な関係性を継続することによって、今後、年齢を重ね、認知症をはじめ加齢による心身状態の変化が彼・彼女らにもたらされたとしても、これらの関係を基盤に地域で互いを見守ることができる。加えて、彼・彼女ら自身が健康づくりの社会資源だと認識する機会になり、自己効力感や自尊心の向上にもつながることが示唆された。

この実習への参加協力は、彼・彼女ら自身が持つところの普段は気付いていない社会的な有益性に気づき、社会的な役割を担う存在であることへの自覚につながった。そして、一層の自己効力感の向上につながる機会になることが示唆された。積極的な社会参加は、認知症の有無にかかわらず様々な効果をもたらす。充実した時間の上に成り立つ地域での生活は、元来、個々の健康観に基づき、主体的に構築されるものであるが、その実現には個人の努力と併せて、個人を取り巻く地域としても支援する環境づくりが重要になる。認

知症者の場合、地域での豊かな生活のために特にそれが求められる支援となる。この実習での試みは、認知症者を地域の中で支えていくという意識の醸成にもつながるといえる。

今回、検証された在宅看護実習の協力参加を通じた高齢者への効用は、初老期認知症者が地域で自尊心を保ちながら暮らすための環境づくりの一方策になる得るのではないかと考える。

表 22 プライマリーファミリーおよび女性委員の実習への思い

* P：プライマリーファミリー、女：女性委員を示す。

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
A. 高齢者の生活を豊かにする要素の存在	1)異世代との交流による学び	P,女:今の時代の人と接することができる。自分の学びになる。
	2)人に貢献できているという思い	P:身の上話をしているだけで役に立っている。
	3)自分を受けとめてもらっている実感	P:学生があんじょう聞いてくれる。これからもあの人に来てほしい。 女:委員が終わっても訪問は続けたい。
	4)訪問後の高い満足感	P:学生が帰ったあと、よかったと思える。また、来てほしい
	5)和やかな時間の獲得	P,女:一時間くらい皆と和やかに話せる。穏やかな気持ち
B. 実習への期待	1)様々な人生が存在することへの気付きの期待	P,女:5人いたら5人とも生活が違うことを知ってほしい。
	2)年代の相違への理解	女:年代が違くと理解しにくい内容も、きちんと受けとめてくれる
	3)生活への看護の知識の活用	P:学生は血圧計の使い方を教えてくれた
	4)繰り返される訪問による学生の受けとめの変化	女:同じことの繰り返しだが、学生の受けとめが変わってくる。
	5)学生の深い読み取りへの実感	女:深い読み取りができるようになっていく。
	6)好感が持てる学生の態度	P:さわやか、女:物静かな受けとめ方
C. 若者へ将来を託す安心感の芽生え	1)若者観の変化	P,女:今の若者は…と言うが、そんなことはない。P:安心感を覚える
	2)将来を託す安心感	女:学生堅気。将来は安心かも。
D. 自身の生き方の再考	1)ありのままの自分という気付き	P:若い人やからどう言えばよいかはじめは悩んだ。ありのままよい。
	2)人生のふりかえりの時間	P:自分の生活をメモに書いて準備
	3)自身の高齢者観の見直し	女:関係ができると我が強くなる。老人になると話すことを選ばなければならない。

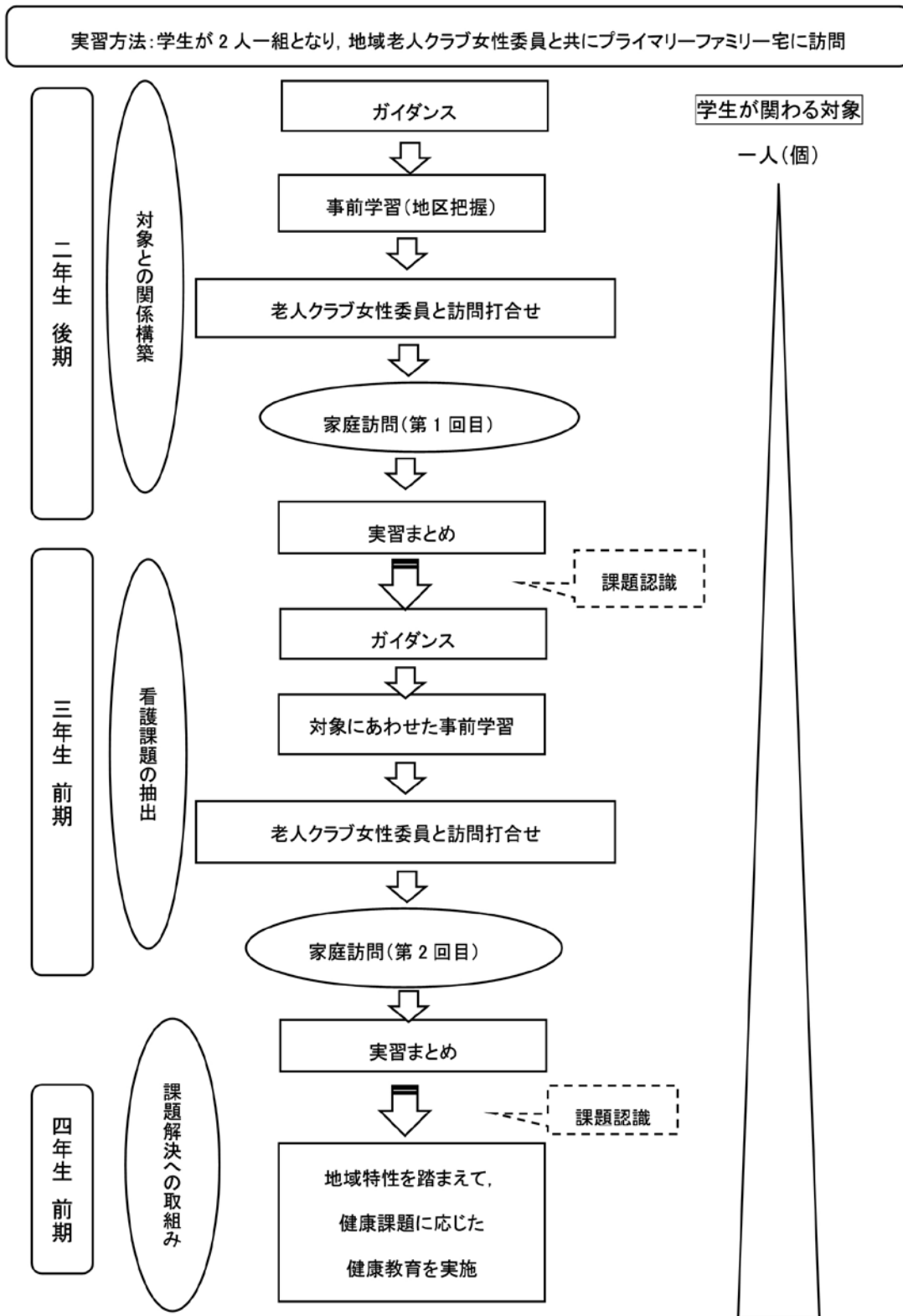


図3 在宅看護実習の概要

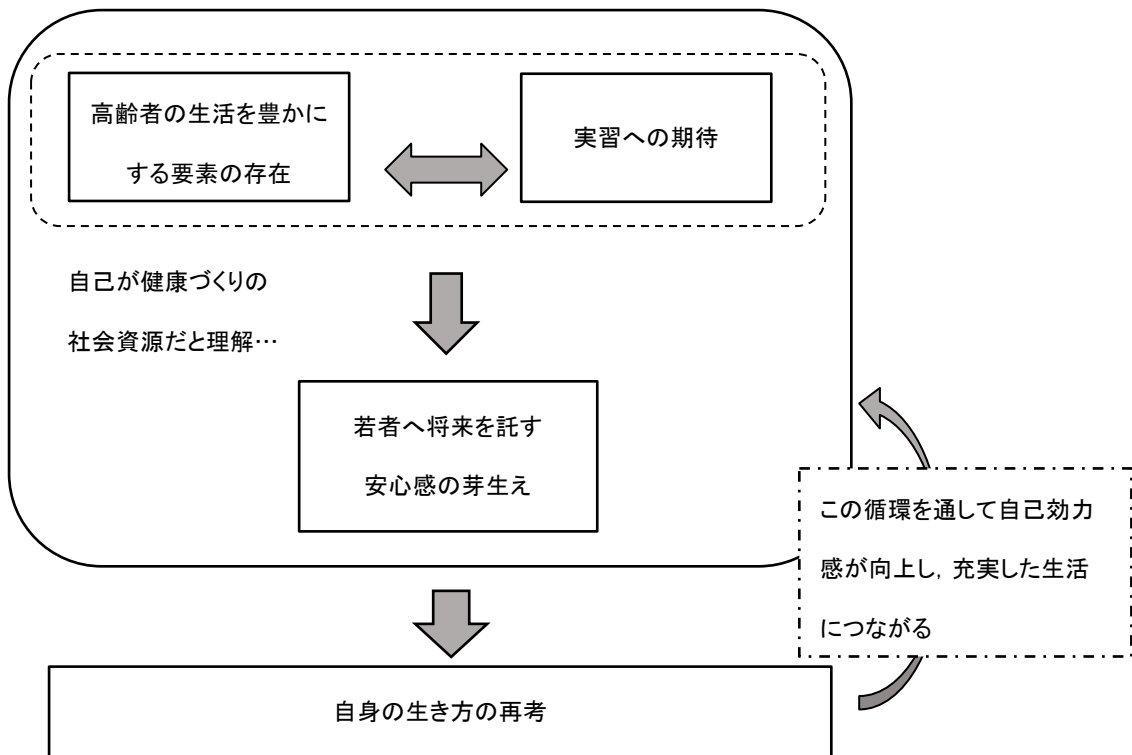


図4 カテゴリー間の関連（在宅看護実習による実習協力者への効果）

第Ⅶ章 初老期認知症者の支援に関わる看護職の教育

現在、「病院完結型」の医療から、地域包括ケアシステムの構築をめざし、「地域完結型」の医療・介護へとシフトしている。その中で、在宅療養者は増加の一途をたどっている。このため看護職には、生活者への支援に関わる分野として、多職種との連携を基盤とした在宅療養者へのよりよい支援が求められている。そして、教育機関においても地域包括ケアを基盤とした看護教育への取り組みが求められている（柏木 2017）。

しかし、地域包括ケアへの理解は、学生にとって容易ではなく、現任の看護職においてもその構築は容易ではない。このことから、学生への教育と現任者への支援の両面から検討を加える必要がある。

そこで、本章においては、初老期認知症者への支援に関わる看護職が受けてきた教育に焦点をあて、彼・彼女らが受けてきた「看護教育制度」と「在宅看護」領域における教育の変遷を概観することで、人材育成の課題を検討する。

A. 看護教育制度の変遷と特徴

我が国の看護基礎教育は、昭和 23 年に制定された「保健師助産師看護師法(以下、保助看護法)」に定められ、その教育カリキュラムは、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則(以下、指定規則という)」の第 2 条から第 4 条に学校養成所の指定基準の一つとして規定されている。文部科学省と厚生労働省の共同省令となっており、図 5 に示すように看護養成課程は、保健師養成所・助産師養成所・看護師養成所が厚生労働省によって、大学・短期大学・5 年一貫校が文部科学省によって指定されるという複雑で多様性のある教育制度となっている(日本歴史看護学会 2014)。この複雑さ故に同じ看護師国家試験受験資格でありながらも、資格取得後のキャリアや収入に差を生み出している。

日本の看護師養成教育は、1884 年(明治 17 年)に有志共立東京病院看護婦教育所で初めて開始された(臺ら 2017)。全国的に看護婦規則が制定されたのは、1929 年(昭和 4 年)の内務省令第 9 号によってであった。この時に教育を担当したのはアメリカやイギリス出身の看護師であったが、その後、日本人医師に引き継がれた(武分 2005)。このため日本におい

て、看護教育が医師主導で長く継続されることになり、教育カリキュラムとして全国的に統一されることがないまま、運営者の独自性に養成が委ねられていた。全国的に統一されたカリキュラムによる教育が行われるようになるのは、第二次世界大戦後の民主化政策が進む1951年(昭和26年)からであった(武分2005)。これ以降、カリキュラムは、表23に示すように、1967年の第一次改正(新カリキュラム)から2008年の第四次改正まで行われている(田村2008)。

この改正が行われてきた背景が看護の教育カリキュラムのあり方を特徴づけている。それというも看護の教育カリキュラムは、人々の健康に関わる分野であり、社会の看護への要望を反映するものだからである。政策や経済状況、人口動態など環境や社会の変化の影響を強く受けながら、その時代に応じた形で教育が進められてきたということである。

近年の看護教育は、豊かな教養と高度な知識を有する看護職の育成をめざし、教育機関を専門学校から大学へシフトしようとしている。1991年度には11校であった大学が、2017年度には専門学校の減少とともに増加して265校になっている(日本看護系大学協議会2017)。今後も大学は増え続けることが明らかであり、これに伴う課題を明らかにすることは、より質の高い看護教育の検討につながると言える。教育機関の増加に伴う看護職の育成における課題を、量と質の両面から課題を整理していく。量的な側面として、学生数に見合う実習施設の確保の困難性が挙げられる。学生は、一定期間に全員が実習を終えるために、学内での演習により、臨地(実習施設や場所を指す)での実習に備える。臨地での実習は、学内での講義を深める場であり、患者や療養者への直接的な関わりを通して看護を実践できる貴重な機会でもある。この時間が少なくなるということは、看護の実践能力(素地)を育む経験を十分に持てないことにつながる。また、質的な側面として、一つの教育機関に教員や実習指導者の必要数は、指定規則により定められていることから、教育機関の増加により、教育への経験を十分に持たない者も教育に携わる可能性が高く、質の低下が課題になると言える。次節では、これらの課題が在宅看護領域の教育にどのように関わっているのかを述べる。

B. 「在宅看護」教育の変遷と課題

この節では、「在宅看護」教育の変遷とともに、前節で述べた看護基礎教育での看護職

育成の課題が「在宅看護」教育にどのように関わっているのかを述べる。

高齢化への対処が喫緊の課題である我が国において、1989年に指定規則の中で高齢者に焦点をあてた「老年看護学」が教授されるようになった。医療の進歩により我々は疾患を持ちながらも長く生きることができるようになり、医療の場では成人看護学としての対象の捉え方の中に、高齢者への看護が必要とされてきたと考えられる(本田2015)。その後、親への扶養意識の変化・介護への価値観の多様化・女性の社会進出などを背景に、それまで一般的であった在宅での療養者介護に対する意識の変化がみられるようになった。これに伴い、療養者の居場所として、医療機関や老人保健施設などの「施設」を長期に利用する事例が増えていった。いわゆる「社会的入院(入所)」の増加である。この結果、医療費は、1970年には約2兆円であったものが、1996年には約18兆円となり、社会保障費の多くを膨大な医療費が占めるようになっていった。このため厚生労働省は、患者が治療を終え、「施設」に長期入院(入所)することなく、早期に在宅での療養を始めることを促すようになった。これが在宅療養・在宅医療への移行に対する関心の高まりを招くことになり、連動して在宅での看護に注目が集まることとなった。

看護基礎教育においては、こうした動きが反映された形で、カリキュラムが改正されていった。まず、在宅療養者への支援として「在宅看護論」が、1996年に看護基礎教育のカリキュラムに加えられた。そして、2009年(平成21年)にスタートした新カリキュラムにおいて統合分野の一つとして位置付けられた(図6参照)。「在宅看護論」が統合分野に位置付けられたのは、在宅看護の対象が、図7に示すように幅広いからである。つまり、在宅においては、母性・小児・成人・老人・精神というように支援の範囲を限定されるものではなく、妊婦から高齢者までのあらゆる年齢層にある者、あらゆる疾病を持つ者、あらゆる健康レベルにある者が生活を営んでいるからである。しかし、「在宅看護論」は1997年に看護基礎教育のカリキュラムに組み込まれて僅か20年である。「在宅看護論」は、学術性を示す学会が当時はなかったということもあり「学」とは認められず、現在も「在宅看護学」とはなっていない。

「在宅看護」は教育の歴史が短く、学問としての研究成果の蓄積も少ない領域である。学問体系としてはこれから成熟していく分野であるが故に、多くの課題も抱えている。

「在宅看護」に関する教育は、各教育機関により履修時期・時間数や科目名は異なるが、多くは、図8に示すように「在宅看護概論」、「在宅看護論」、「在宅看護実習」と順序性を持って教授する。「在宅看護概論」では、在宅看護の歴史や対象の特性、在宅看護を支える

専門職とその特徴, 在宅看護提供の法的根拠と仕組みなどを教授する。「在宅看護論」では, 在宅での対象別看護(母性・小児・成人・老年・精神), 在宅療養に多い看護技術(褥瘡・尿道留置カテーテル・人工肛門・人工膀胱・経管栄養・在宅中心静脈栄養・非侵襲的陽圧換気療法・在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法・腹膜透析等), 在宅療養する様々な疾患を持つ療養事例(脳血管疾患・パーキンソン病・認知症・筋萎縮性側索硬化症・慢性閉塞性肺疾患・がん・統合失調症など)を用いての看護過程の展開方法などを講義や演習を通して教授する。「在宅看護実習」では, 実習施設となる訪問看護ステーションの看護師に同行して在宅療養者の家庭に訪問する。そして療養者支援に関わる様々な専門職をはじめとする社会資源と連携しながら展開される看護計画に基づき, 具体的な方法と在宅特有の看護技術を通して, 在宅看護における看護師の機能や役割を学ぶ。

その中で他領域との大きな相違は, 実習にある。他領域での実習の多くは, 患者のベッドサイドに教員が学生に同行してケアを見守る。しかし, 在宅看護実習においては, 療養者のプライバシー性が高い生活空間に訪問することになるため, 教員が同行することは, 療養者への心身の負担から考えると難しい。かつ, 実習施設である訪問看護ステーションは小規模事業所が殆どであることから, 一回の実習で受け入れることができる学生数は1名ないし2名と少数となる。このため, 一度に複数の訪問看護ステーションに学生を配置することとなり, 医療機関での実習に比べて学生と関わる時間は少なくなる。つまり, 在宅看護実習は, 医療機関での実習に比べ, 訪問看護ステーションの看護師に学生を委ねる時間が格段と多いことに大きな特徴がある。それは, 実習施設である訪問看護ステーションに勤務する看護職の指導体制が実習効果に大きく影響することを意味するともいえる。日本看護協会の調査によると, 訪問看護ステーションに勤務する看護職の70%は40歳以上であり, 訪問看護の経験年数は, 平均8年となっている。1996年に在宅看護論が看護基礎教育に加えられて僅か20年であることから, 現在, 訪問看護ステーションに勤務する看護職の70%以上は, 「在宅看護論」がカリキュラムにない時代に看護基礎教育を受けていたことになる。このため, 在宅看護に関する知識や技術は, 卒業以降に個々人が身につけてきたと考えられ, ばらつきが大きいことは想像に難くない。このため, 看護教育は, 大学と実習施設が共に行うスタイルをとるが, 在宅看護教育においては, 前述した実習の特殊性を有し, 実習施設側の看護師の力量も大きく関与することから, 実習指導にあたる看護師の, 教育への理解と適切な指導能力が求められる。歴史が浅い在宅看護分野における教育は, 発展途上にあることから, 在宅看護の実践で得られた知見を蓄積し, 教育に取り

入れていくことが求められている。そして、学生の指導に当たる訪問看護師との連携を深めることが望まれる。

C. 初老期認知症者への支援につながる看護職の育成

本節では、初老期認知症者への支援に焦点をあてて、看護職の教育、特にその内容に焦点をあてて述べる。将来、初老期に認知症を発症しても住み慣れた地域で暮らし続けることができる支援につながる、地域づくりも視野に入れた活動ができる看護職者の育成が課題である。これに関して、現在考えられるところの課題は3点挙げられる。

まず現状において、認知症ケアの対象が高齢者に偏在している点である。認知症ケアに関する基礎的なことは、「老年看護学」で学ぶが、あくまでも高齢者を中心にしたものである。しかし、在宅看護の教育における認知症者への支援で対象とする認知症者は、地域で生活する若年者も対象になる。このため、高齢者に関わらず、幅広い年齢層を対象とした教育内容になるように留意しなければならない。

また、初老期認知症者において、本人とその家族の関心ごとは、望む在宅療養生活が可能か否かの判断であるのだが、それについては教育内容の中で明確に示されていない傾向にある点である。増田（2007）は、在宅看護領域が抱える教育の課題を明らかにするために、全国の看護師教育機関の教員を対象に在宅看護論テキストに示されている教育内容を抽出し、その重要度を問う調査を行った。その結果、療養者本人と家族が自ら希望する在宅での療養生活に関して意思決定ができるようにする観点からの教育内容は重視されていないことが明らかになっている。さらに上記と関連して、初老期認知症者の在宅療養支援に関連する内容が希薄な点である。これまでに述べてきた初老期認知症者の実態や施策の方向性から考えて、看護職に就くものは、認知症者への理解とともに、療養者と家族が自らの意思で希望する在宅での療養生活に向けて支援できる関係を構築することが望まれる。前述の増田の結果では、療養者の状態別の看護において、認知症者への看護は重要視していると回答している者の割合は90%であった。しかし、初老期認知症者において重要な、他の項目（アセスメント・関係性の形成・対象の理解・地域ケアシステム・在宅看護の特徴・看護の継続性など）は、重要視している割合が低い結果になっていた。重要視していないと回答した項目は、いずれも初老期認知症者が在宅で療養する上で必要なことがらば

かりである。このため、それらを教育に盛り込んでいくことが求められていると言える。

では、実際に在宅看護を担当する教員が使用している、看護師国家試験出題基準²¹⁾に準拠したテキスト「在宅看護論」での教育内容、特に認知症に関する教育内容はどのような量と内容が取り上げられているのか。「在宅看護論」がカリキュラムに加えられて以降に出版されたテキスト「在宅看護論（医学書院）²²⁾」を用いて第1版（松野 1997）から第5版（河原 2017）までを確認した結果、認知症に関する教育内容の記述は、表 24 に示す通りであった。

テキストの内容を概観すると、第1版（松野 1997）では、在宅看護は、人々の地域社会での生活を基盤として、健康の回復・保持・増進のために必要な看護を、地域内の医療・保健・福祉機関に属する看護職がそれぞれの役割を担いつつ協力して推進するとされている。そして、在宅看護を地域看護の一分野と位置づけ、地域保健医療福祉活動の全体像・地域看護の概念枠組み・地域看護の行われる場についての理解を前提にまとめられている。このため、在宅看護特有の援助を必要とする療養者への援助内容や技術よりも、在宅療養者を地域という集団の中でどのようにケア体制を整えていくのかという文脈で示されていることが特徴的であった。第2版（松野 2002）は、前半は第1版と同じように、地域保健医療福祉活動の全体像をまとめ、地域看護の枠組みを示しているが、後半の第5章以降には在宅看護の方法や技術、疾患別の看護の実際として、在宅療養事例を盛り込んでいる。認知症に関する内容は、「老人性認知症患者の看護」というタイトルで、4頁にわたり記載されていた。その中で、認知症の原因が、「脳血管障害やアルコール性など身体的な要因から発生する場合と産業発達に伴う社会の諸現象の急激な変化に伴う心理・社会的要因によるものなど様々である。たとえば、家族構成の変化によって住宅環境が激変したり、不況のため定年をまたずにリストラに出会うなどである」とあり、記憶や判断力の低下に影響する環境要因も含めて記述されていた。現代ではストレスの多いライフイベントと認知症の発症は関連しないという知見(Sundstrom2014)も発表されており、環境要因と認知症との関連については意見の分かれるところである。また、2002年に出版されていることから、介護保険法の創設を踏まえ、初版全体の構成は変更されているものの、認知症患者への看護を示す資料は1990年代のものが使用されているなど、当時の認知症ケアに関する重要度が現代よりも低いと推測される。あるいは、当時の認知症ケアに関する文献が少ない可能性を示唆している。第3版(河原 2009)は、実践編における第6章「在宅看護の実際」にて、「認知症の療養者に対する在宅看護の事例展開」というタイトルで9頁にわたり、老年期

にあるアルツハイマー病患者の看護に焦点をあてて記載されている。この中で若年性認知症について唯一触れた記述は、「認知症は、老年期だけではなく、30代後半から40代、50代にもあらわれる。同じ認知症であっても、育児や仕事に追われる年代にあらわれる場合と人生をまとめ上げる老年期にあらわれる場合では、生活で生じる問題が異なってくる。そのため、看護師は、その人のライフステージにも目を向けながら在宅での支援のあり方を考える必要がある」という部分で総論的に記述されるにとどまっていた。第4版(河原2013)も構成は第3版と同じで、用いる事例も老年期にあるアルツハイマー病の人であった。若年性認知症に関する記述は、「老年期にある人を対象としたが、認知症は若い世代にもあらわれる。同じ認知症であっても、成人期と老年期では生活で生じる問題が異なってくる。そのため、看護師は、その人のライフステージにも目を向けながら在宅での支援のあり方を考える必要がある」と類似する記述であった。第5版(河原2017)も構成と用いた事例はこれまでと同じで、老年期にあるアルツハイマー病の人であった。ただし、この版では若年性認知症に関する記述は認められなかった。

以上のように、在宅看護教育が1997年から始まり、そのテキストには、様々な年齢層・疾患・健康レベルにある在宅療養者への看護について、版を重ねるごとに記述が増えていることが特徴的であった。また、認知症者への支援に関する記述においては、第3版以降には援助の方法を考える課題用として事例が記述されるようになっており、その事例を通して看護計画における展開の手順と着眼点が記載されてより具体的な指導内容へと変化が見られる。しかし、初老期も含めて若年性認知症に関する記述は、他の記述に比較してその割合は少なかった。初老期に認知症を発症すると高齢期にまで介護が必要となることから、初老期認知症者への支援につなげるためにも今後、初老期から高齢期に至るまでの発達段階、あるいは症状の進行段階に応じた具体的な援助に関する記述が、望まれるところである。

一方、木下(2010)は、視点を変えて、看護基礎教育において在宅看護論を履修した訪問看護師による教育評価を行っている。その結果、訪問看護を行う上で現在の自分に不足していると認識している項目の一つに「認知症療養者を看護する力」があることがわかった。在宅看護の現場での課題を受けて、訪問看護アクションプラン2025の中でも、在宅療養者への支援の質を向上させるために看護基礎教育への対応強化が掲げられている(日本看護協会2013)。このプランの始動は、対象となる在宅療養者と家族の生活や地域を含めた視点に立つことができる人材を育成するために、現場と教育機関が協働していくことの必

要性に注目した結果であると考えられる。看護職は本来、対象者のニーズに適した社会資源を結び付けることにより、生活の質の向上を目指したケアマネジメント能力が求められることから、地域の社会資源を把握しておく必要がある（岡本 2002）。特に在宅療養者の支援に携わる看護職は、当事者が住み慣れた地域を拠点に、地域の保健・医療・福祉など様々なサービスを必要に応じて療養者が選択し、望む生活がおくれるようにケアマネジメントする力が求められ、地域の社会資源の現状を理解することが欠かせないとする。今後、初老期認知症に関するテキスト内容の充実、教育評価の活用、訪問看護アクションプラン 2025 の有効な実行、ケアマネジメントにおける社会資源のニーズの把握の必要性の認識等により、地域の関係機関との連携を通して、地域住民のニーズを捉え、地域の特性に合った、施策化への提言まで行うことができる看護職の育成が望まれるところである。

以上、初老期認知症者への支援につながる看護職の育成に向けて、変遷と取り組みを概観してきた。その結果、必要と思われることは次の2点である。

1点目は、看護師教育機関での認知症者への支援、特に在宅看護に関する指導内容の充実が挙げられる。看護学生が、「在宅看護論」や「在宅看護学実習」での経験を通して、その分野での就労に関心を持ったとしても、教員等の助言により、断念することが多い。教育機関卒業後の進路決定に影響を与える教員や実習現場での指導者らの殆どが「在宅看護」科目が存在しない時代に教育を修了していることから、在宅看護の現状にマッチした助言となっていない可能性もある。在宅看護への理解を深めるか、そして、その中で生活者としての認知症者への支援を考えられる看護職を育てることを教育機関と現場において考える必要があるといえる。

2点目は、卒業後に在宅看護に携わることを希望する者への現場での教育体制への支援が挙げられる。具体的には、現時点において訪問看護ステーション単独での育成ができるようになることが望ましい。訪問看護ステーション数は、全国訪問看護事業協会(2017)の「平成 29 年訪問看護ステーション数調査結果」によると、平成 5 年(1993)には 277 件であったものが、平成 29 年(2017)には約 35 倍の 9,735 件となっており、著しく増加した印象を受ける。しかし、平成 28 年を例にとると新規開設が 1,234 件あるものの、廃止 462 件・休止 224 件となっていることから、ステーションの開設と並行して、休止数・廃止数も多いのが実態である。また、一つの訪問看護ステーションに勤務する看護師数(常勤換算²³⁾は、「2.5 人～3 人未満」が 13%、「3 人～5 人未満」が 42%、5 人～10 人未満」が 38%、「10 人以上」が 7%であり、平均 4.7 人となり規模は小さい。このような状況から、現場に教

育体制の充実を任せることは負担を生み、現実的ではない。

今後の一つの方策としてインターネットを利用したeラーニング（アクティブ・ラーニング）の活用が考えられる。これまでの現場で行われてきた看護職への現任教育の歴史は、1992年から国が各都道府県に委託する形で、離職・退職した看護師を対象に「訪問看護師養成講習会」を実施したことに始まる。2004年には、日本看護協会が従来の講習会内容を見直したが、研修が長期に及ぶことやその間の給与保障などの課題が挙がり、受講者は増加しなかった。このため2008年度から日本訪問看護財団による「訪問看護eラーニング」教育が開始された。この教育は、パソコンを活用して個人の自由裁量で学べるシステムである。訪問看護に関する知識を幅広く網羅し、動画や多くの関係資料も配信されるなど多くの工夫がされている。視聴期間が短期間であることや資料内容が包括的になっている単元も見受けられることから、初学者が訪問看護に従事するための導入としてeラーニングを活用することは特に有効である。2016年には日本看護協会による「訪問看護入門プログラム」に引き続き、2017年3月には、日本訪問看護財団が「平成28年度訪問看護人材育成教育カリキュラムに関する検討委員会」報告書の中で、「訪問看護人材養成基礎カリキュラム」を示し、教育改善の試みが続いている。また、地域ごとに実施状況は異なるが、国が推し進める医療費抑制施策の一環として、入院期間を短縮して在宅への早期の復帰を高めることを目的に、医療機関に設置された地域包括病棟の看護職が在宅療養を理解するために訪問看護ステーションに数日間研修に参加する事例も見受けられる(山田2017)。

教育機関での取り組みとしては、2012年度から千葉大学大学院看護学研究科は、千葉県看護協会と協働して「新卒訪問看護師育成プログラム」を開発し、3名(2012年度2名・2013年度1名)の新卒訪問看護師を現場に送り出す取り組みを開始している(長江2013)。このように、教育側の支援を受けての人材育成への取り組みそのものが現場でスタートしたばかりである。ましてや、初老期認知症をはじめ認知症に関する部分はこれからの課題といえよう。現場が人材育成に取り組むことにより、現場の育成する側も育てるように、現場での教育体制への支援の普及が課題となっている。

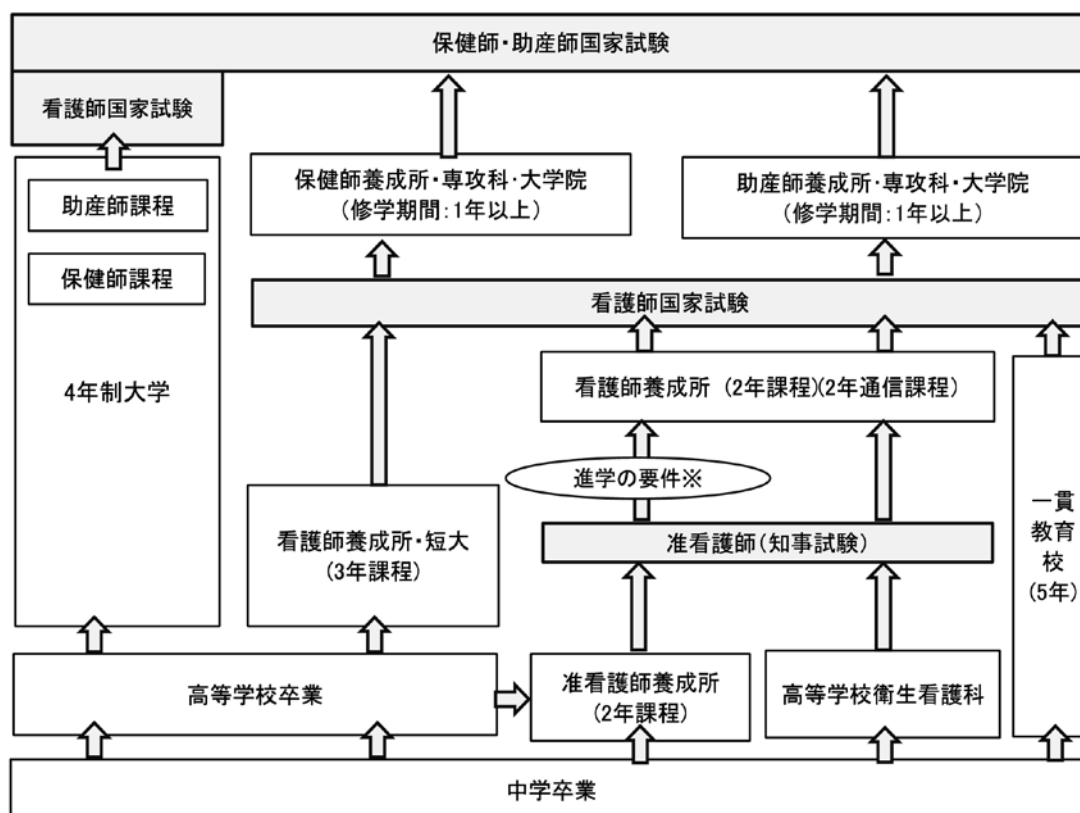


図5 看護教育制度

※進学の要件：①准看護師として3年以上の業務経験，②高等学校等の卒業，③准看護師として10年以上の業務経験(2年通信課程に入学する場合)

参照：保健師助産師看護師法60年史編纂委員会,2009,『保健師助産師看護師法60年史—看護行政のあゆみと看護の発展』,91

茂野香おる・他,2017,『系統看護学講座 看護学概論』,医学書院,153

表 23 看護師 3 年課程学校養成所カリキュラム改正の特徴と教育時間・内容

	第 1 次改正	第 2 次改正	第 3 次改正	第 4 次改正
改正時期	1967 年(S42)	1989 年 (H1)	1996 年(H8)	2008(H20)
教育時間	3,375 時間以上	3,000 時間以上	93 単位以上	97 単位以上
科目	母性看護学 小児看護学 成人看護学 看護学総論	<u>老人看護学</u> 母性看護学 小児看護学 成人看護学 <u>基礎看護学</u>	<u>在宅看護論</u> <u>精神看護学</u> 老年看護学 母性看護学 小児看護学 成人看護学 基礎看護学	<u>看護の統合と実践</u> 在宅看護論 精神看護学 老年看護学 母性看護学 小児看護学 成人看護学 基礎看護学
主な ねらい	1)包括医療・総合 看護の考え方の 普及 2)医学の枠組みか ら看護学の枠組 みへの転換	1)教育におけるゆ とりと自由裁量の 拡大 2)高齢化社会への 対応	1)在宅医療や精神 保健等, 国民のニー ズ拡大への対応 2)看護大学の増加 による自由裁量の 拡大	1)安心・安全な医療 の構築に向けた看護 師等の資質向上 2)看護実践能力の強 化と卒業時到達目標 の明確化
特徴	1)基礎科目の充実 2)人間の成長を軸 にした看護学の 構成を明示 3)教育方法として 実習を位置づけ* 4)専任教員を 3 人 から 4 人に増加	1)教育科目を各学 校が自由に設定で きる選択必修科目 を新設 2)専門基礎科目と して基礎医学化の 内容等を位置づけ	1)基礎分野・専門基 礎分野・専門分野の 教育内容で表示 2)「在宅看護論」「精 神看護学」の新設 3)時間数の表示か ら単位数に変更	1)専門分野の構造化 を図り, 「専門分野 I」「専門分野 II」「統 合分野」とした 2)統合分野は, 「在宅 看護論」・「看護の統 合と実践」で構成し, <u>実戦に近い環境での 学習を推進</u>

出典：田村やよひ,2008,「保健師助産師看護師法と看護教育の課題」,『保健の科学』,

50(5);304 より表 1 を引用 一部筆者改変

* 専門科目として看護学が独立. 臨床実習が各学科の授業に組み込まれる

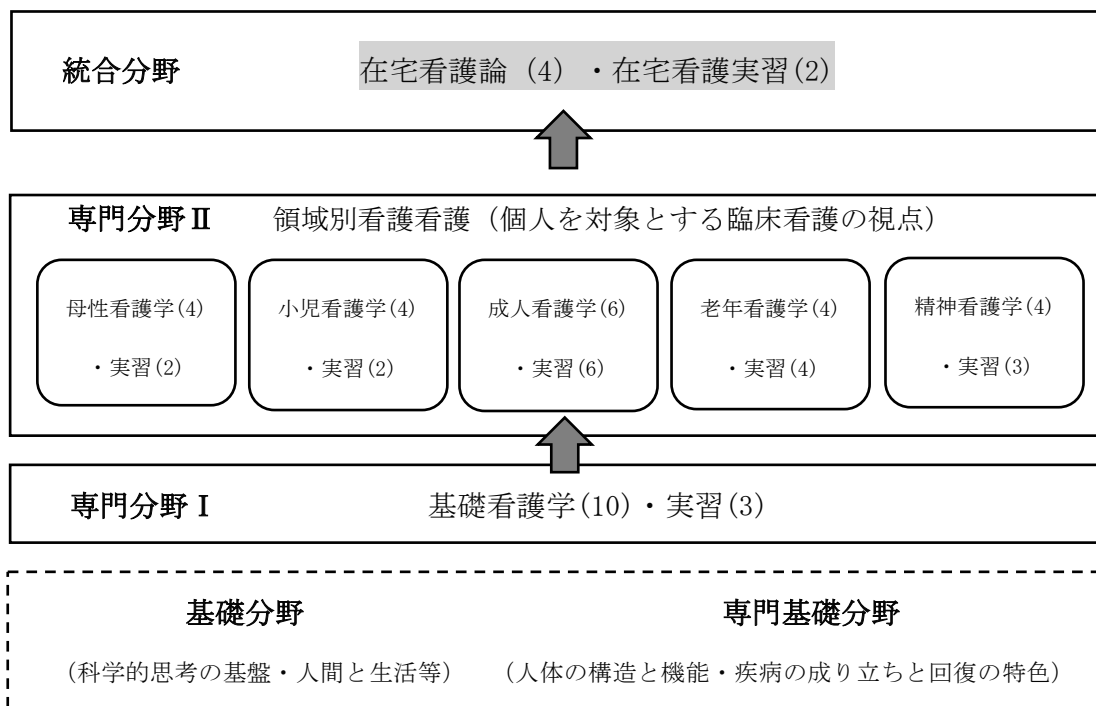


図 6 看護基礎教育における「在宅看護」の位置づけ

※()は単位数を示す(勝又 2017)

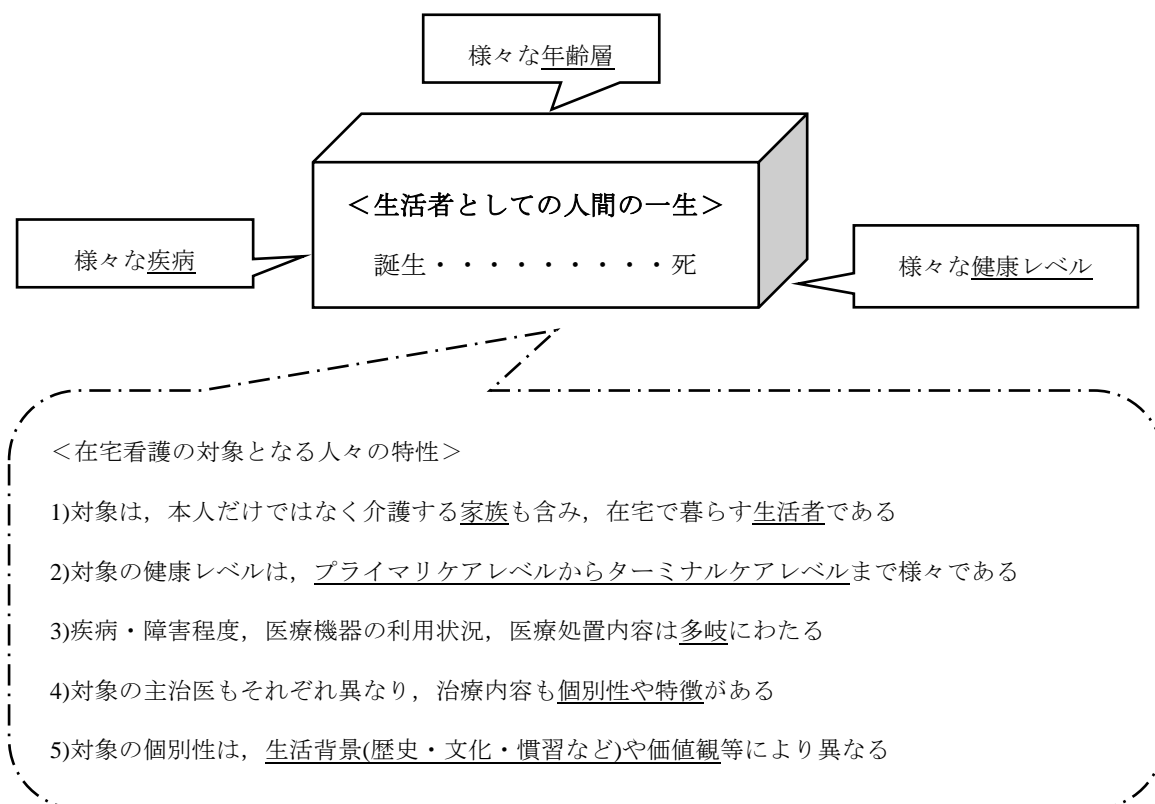


図 7 在宅看護の対象(対象の多様性と特性)

筆者,在宅看護概論講義資料から抜粋

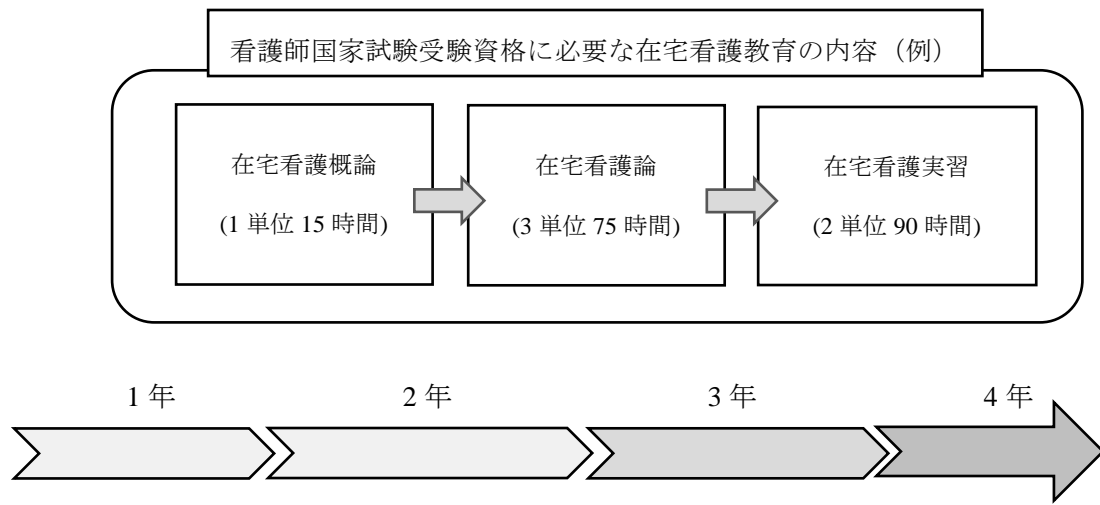


図8 「在宅看護」領域における学びの体系

表 24

「在宅看護論」における教授内容と認知症に関する内容の変遷

第1版 1997/2/1発行	第2版 2002/1/6発行	第3版 2009/1/15発行	第4版 2019/1/6発行	第5版 2017/1/6発行
<p>第1章 地域保健医療福祉</p> <p>A 地域保健医療福祉</p> <p>B 地域看護</p> <p>C 在宅ケア</p> <p>D 地域における看護活動の変遷と現状</p> <p>第2章 在宅看護活動</p> <p>A 在宅看護</p> <p>B 在宅看護の対象</p> <p>C 看護と介護</p> <p>D 在宅看護の経済性</p> <p>E 訪問看護</p>	<p>第1章 在宅看護学びにあたって</p> <p>A 看護をわくめる動情勢の変化と在宅</p> <p>B 在宅看護論を学ぶ目的</p> <p>C 在宅ケアの動向</p> <p>第2章 地域保健医療福祉と在宅看護</p> <p>A 地域保健医療福祉活動と在宅ケア</p> <p>B 地域における看護活動の変遷と現状</p> <p>第3章 在宅看護活動</p> <p>A 地域看護活動における在宅看護の位置づけ</p> <p>B 在宅看護活動の基本概念</p> <p>C 訪問看護の展開</p> <p>第4章 在宅看護の対象</p> <p>A 在宅看護の対象となる個人</p> <p>B ケアの単位としての家族</p> <p>C 在宅介護者の権利保障</p> <p>第5章 在宅看護の方法</p> <p>A 在宅看護の展開</p> <p>B 患者・家族に対する指導の過程</p> <p>C 患者と家族に対する援助の方法</p> <p>D 集団に対する指導</p> <p>第6章 在宅看護の技術</p> <p>A 在宅看護の技術とは</p> <p>B 在宅での療養生活の維持</p> <p>C 基本的な生活行動援助</p> <p>D 医療処置に伴う生活行動支援</p> <p>E 家庭におけるリハビリテーション</p> <p>F 緊急時のケア</p> <p>G 在宅でのターミナルケア</p> <p>第7章 疾患別在宅看護の実践</p> <p>A 対象となる主な疾患と看護</p> <p>＜1＞老人性痴呆症患者の看護(18-22)＜</p> <p>B 在宅における終末期ケア</p> <p>第8章 保健医療福祉が築く在宅看護</p> <p>A 保健福祉対象と高齢者保健福祉対策</p> <p>B 在宅ケア提供施設とその活動</p> <p>C 在宅ケア体制と看護活動</p> <p>D 在宅看護活動の実践例</p>	<p>＜第1部 総論＞</p> <p>第1章 在宅看護の目的と特徴</p> <p>A 在宅看護のめざすもの</p> <p>B 在宅看護における看護師の役割と機能</p> <p>第2章 在宅看護の対象者</p> <p>A 対象者の特徴</p> <p>B 家族</p> <p>3-2 障害からみた対象者の特徴-認知症の程度</p> <p>第3章 在宅看護の制度</p> <p>A 在宅看護のしくみ</p> <p>B 世界の訪問看護の動向</p> <p>第4章 在宅看護の展開</p> <p>A 在宅看護過程のポイント</p> <p>B 在宅看護過程</p> <p>C 地域性との連携</p> <p>D 在宅看護における安全性の確保</p> <p>E 対象者の権利保障</p> <p>＜第2部 実践＞</p> <p>第5章 在宅看護技術</p> <p>A 在宅で看護を展開するにあたって</p> <p>B 在宅で求められる技術の応用</p> <p>5-1 認知機能のアセスメント法と援助技術(183-149)</p> <p>C 在宅医療技術</p> <p>第6章 在宅看護の実践</p> <p>A 在宅看護介入時期別の特徴</p> <p>B 脳卒中をおこした患者の在宅介護導入の事例展開</p> <p>C パーキンソン病の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>＜5＞認知機能のアセスメント法と援助技術(177-182)</p> <p>D 認知症の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>E 小児の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>F ALSで人工呼吸療法を実施する患者の在宅看護の事例展開</p> <p>G COPDの患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>H 独居の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>I 終末期の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>J 統合失調症の患者に対する在宅看護の事例展開</p>	<p>＜第1部 総論＞</p> <p>第1章 在宅看護の目的と特徴</p> <p>A 在宅看護のめざすもの</p> <p>B 在宅看護における看護師の役割</p> <p>第2章 在宅看護の対象者</p> <p>A 対象者の特徴</p> <p>B 在宅ケアと看護</p> <p>C 家族</p> <p>第3章 在宅介護の支援</p> <p>A 在宅看護の提供方法</p> <p>B 療養の場の移行</p> <p>C 在宅看護の基本となるもの</p> <p>第4章 在宅看護にかかわる法令・制度とその活用</p> <p>A 訪問看護制度の創設と発展経緯</p> <p>B 在宅看護にかかわる法令・制度</p> <p>C 介護保険制度</p> <p>D 訪問看護の制度</p> <p>E 訪問看護サービスの提供</p> <p>F ケアマネジメントと社会資源の活用</p> <p>G 地域における多職種連携</p> <p>第5章 在宅看護の展開</p> <p>A 在宅看護過程のポイント</p> <p>B 在宅看護過程の展開方法</p> <p>C 療養上のリスクマネジメント</p> <p>D 在宅看護における権利保障</p> <p>＜第2部 実践＞</p> <p>第6章 在宅看護技術</p> <p>A 在宅で看護を展開するにあたって</p> <p>B 在宅で求められる看護技術</p> <p>6-1 認知機能のアセスメント法と援助技術(18-22)＜</p> <p>C 在宅における医療管理を遂行する人の看護</p> <p>第7章 在宅看護の実践</p> <p>A 在宅看護介入時期別の特徴</p> <p>B 脳卒中をおこした患者の在宅介護導入の事例展開</p> <p>C パーキンソン病の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>D 認知症の患者に対する在宅看護の事例展開(334-343)</p> <p>E 小児の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>F ALSで人工呼吸療法を実施する患者の在宅看護の事例展開</p> <p>G COPDの患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>H 独居の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>I 終末期の患者に対する在宅看護の事例展開</p> <p>J 統合失調症の患者に対する在宅看護の事例展開</p>	

第Ⅷ章 結論

本研究は、初老期認知症を有する者の力を引き出し、新たな生活(生き方)を築くための支援と、初老期認知症支援に携わる看護職の教育のあり方を探求することを目的とするものである。認知症への人々の認識は、ネガティブな印象が多くを占める中、初老期認知症との対峙が長く続く当事者やその家族にとって、カフェや家族会のつどい、在宅看護実習による取り組みは、新たな人生を構築し、初老期からの人生を豊かに生きる可能性につながるという結果が得られた。同時に、当事者らの支援に携わる看護職の関わりは、看護基礎教育における在宅看護領域での教育のあり方や、看護職の対応能力の向上につながる支援のあり方を示唆するものであった。

第Ⅰ章では、初老期認知症者の在宅療養支援に関する現状と課題を概観した。社会的責任が増大する中で自分の生き方を問い直す重要な時期である初老期において、認知症を抱えた場合に多くの課題があった。それに対応する施策は、利用しやすさという点からみるとまだ整備途上にあり、専門職も解決すべき課題を持ちつつ支援していることが明らかになった。なかでも、療養する初老期認知症とその家族の支援に携わる看護職は、殆どが「在宅看護」に関する教育が始まっていない時代に看護基礎教育を受けていたこと、在宅で療養する初老期認知症者とその家族への支援に関しては、実務経験を通しての学びが主であったこと、「在宅看護」に関する教育が始まった時代に看護基礎教育を受けている看護職においても、初老期認知症者への支援に関して十分な内容が教授されていないことが明らかになった。これら検証された3つの観点は、初老期認知症者の支援に携わる専門職にどのような教育内容を、どのような方法で教授すれば効果的かといった課題にも繋がる。これらを踏まえ、在宅看護分野で既に働いている看護職への「在宅看護」に関する現任教育と、看護基礎教育における「在宅看護」教育の充実が、今後の在宅療養する初老期認知症者への支援において重要だと示した。

第Ⅱ章では、初老期認知症者とその家族への質の高い看護職の支援を検討する前段階として、初老期認知症の代表的なタイプと原因疾患の整理を行い、次に、初老期認知症者の社会資源としてのフォーマルサービスおよびインフォーマルサポートを概観した。看護職は、単に資料から情報を得るのではなく、サービス担当者との連携を通して、サービスの実態を把握することや、当事者との同行を通して直にサービス提供現場に触れることが必要であり、フォーマルサービスやインフォーマルサポートをはじめ、社会保障制度に関す

る豊富な知識の蓄積とその活用が、初老期認知症者に必要なサービスの創設と支援が行える力量につながることを検証した。

第Ⅲ章においては、文献研究および本人・家族・地域の人々へのインタビューやアンケート調査により、認知症がどのように認識されているかを明らかにした。併せて、初老期にある人々やその家族、それを取り巻く人々が、生きてきた「昭和」という時代が「認知症」への認識にどのような影響を与えているのかについても文献研究から考察した。

「昭和」という時代は、高齢者をはじめとした要援護者が尊敬の対象から、そうではなくなる転換点であった。アーヴィング・ゴッフマン(Erving Goffman)が、著書「スティグマの社会学」において、認知症者は認知機能に障害があることで、市民性がない「社会的排除」という差別の対象にあたると述べているように、「昭和」は、社会的弱者の人権を尊重しない風潮を生み出していた。このため、「初老期認知症」は、人々からネガティブなイメージをもたれ、身体疾患とは異なる、周囲に知られたくないものと認識されていた。このようなことを背景に、認知症を有しても住み慣れた地域で暮らすために、地域住民の能動的行動を促す支援として、認知症への正しい理解のために啓発を積み重ねることが必要であり、「互助」の関係を再構築する働きかけやシステムづくりが必要であることを述べた。また、当事者が語ることができる環境に必要な要件として、①対等な関係の構築、②当事者の思いを引き出すスキル、③新しい場を生み出す支援が考えられた。また、認知症当事者やその家族の不安を助長しないために、認知症進行の見通しを持ったうえで早期対応の重要性を知識として付与することが大切であり、その際には住民同士が話し合う機会を十分に設けることが必要となることを述べた。

第Ⅳ章では、介護保険法を境として、在宅での初老期認知症者支援がどのように変化したかについて述べた。介護保険法施行以前は、保健師がこれまで地域において担ってきた初老期認知症者への支援が、施行以降は介護保険の範疇においては介護支援専門員が担うようになった。しかし、介護保険サービスにおける介護支援専門員の業務は、ケアマネジメントに比べ狭い概念であり、ケアマネジメントの中に介護保険給付サービスは包摂されるものであることを述べた。

ケアマネジメント過程において初老期認知症者への支援として望まれていることは、制度上の形骸的な支援ではなく、当事者らに寄り添って一緒に考えることである。介護支援専門員と保健師が協働し、業務の分担と柔軟な主導性に基づく支援を意識しなければならない。すなわち保健師をはじめとする看護職は、初老期認知症者やその家族に寄り添い、

ケアマネジャーらとともに「生活の質」を高める援助を行うことで、最終的に地域全体のケアシステムにまで発展させることを目指すことが望まれていることを述べた。

第V章においては、専門職に行った調査結果から、その課題を述べた。

2011年度に実施した地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所に勤務する専門職への調査において、初老期認知症者への方策の乏しさ、初老期認知症者への人々のネガティブなイメージの強さ、方策の乏しさと初老期認知症者にまつわるネガティブなイメージから生み出される専門職の自己効力感の低さが、現在直面する課題であることを明らかにすることができた。2017年に実施した認知症初期集中支援チームへの聴き取りでは、センターのチーム員である専門職がそれぞれの専門性を活かしながら支援を行っていることが明らかになった。しかし、2011年以降、専門職の初老期認知症者への支援経験は増えつつあったが、十分な自信を持っての支援には至っていなかった。このため、医師に対して信頼関係をベースに方向性の決定において特に役割を期待していた。しかし、センターの専門職は、チーム員であると同時に、初老期認知症者への支援において、個の課題を集積して地域の課題へとまとめ上げる「地域包括ケアシステム」を構築する役割も有することから、ケアの質の維持・向上にむけて、自らも支援への方向性を提言できる力量形成が課題となることを明らかにした(家根 2015)。

また、初老期認知症者や高齢者は、介護保険法においてサービスを利用する存在であるが、初老期認知症者や高齢者自身も地域の住民同士との支え合いやケアを提供する側と成り得る。自らが社会資源として活動することが可能となるように専門職は支援することがこれからの役割として重要であることを明らかにした。それが初老期認知症者や高齢者自身の心身の健康維持だけではなく、自己効力感の向上につながることを示唆された。

第VI章では、初老期認知症者の力を引き出す看護職の支援の試みとして、認知症カフェでの実践と在宅看護領域の教育での実践を取り上げた。

社会資源の一つとして焦点をあてた認知症カフェでは、カフェの意義や課題および、初老期認知症者への専門職の課題と支援を明らかにした。カフェは、既存の介護保険サービスと異なり、家族等と一緒に利用できるサービスであり、家族や友人と共に参加することで、安心して楽しむことができることが強みであった。そして、参加者同士の交流が促進され、カフェ以外の交流へと発展し、新たな人間関係の構築につながることで、カフェでの出会いにより生活を豊かなものにできる装置としての役割を有すること、専門職も含め、地域の人々にとって、その豊かな人間関係や生活を垣間見ることが、認知症の疾病観の転

換にもつながっていくこと、初老期認知症者の持てる力を引き出す場に成り得ることをその実践を分析することにより明らかにした。さらにこのようなカフェの効用を引き出すために、カフェにおける専門職の姿勢は、援助者と被援助者ではなく、場を共有する「対等な参加者」が基本であること、すなわち、専門職の役割を敢えて前面に押し出さず、その場を参加者らと楽しみ、さり気なく参加者らとの会話の中から強みを引き出すこと、その結果、不安や悩みをくみとり、必要に応じて関係する機関につなぐこと、そして、これらが専門職に必要な初老期認知症者への支援となることに言及し、認知症カフェは、初老期認知症者にとっての「地域づくり」につながる重要な資源と成り得るという結論を得た。

もう一つの「在宅看護」教育の試みでは、実習に焦点をあてた。老人クラブ連合会の協力を得て、学生が2~4年生の3年間継続して地域住民への訪問活動や健康教育を行うという在宅看護実習において、その参加協力者である高齢者を対象にインタビュー調査を行った。その結果、参加協力者が在宅看護実習に協力することにより、自身の持つ力が引き出され、自己効力感の向上につながることを示唆された。たとえ認知症を有するとしても社会とつながる機会、当事者の豊かな生活の再構築にも成り得る。そして、認知症者と共生する地域を創るといふ地域住民の意識の醸成にもつながると考えられた。これは同時に、学生にとっても認知症に関する正しい知識を再認識するという新たな機会をもたらすと言える。すなわち、地域の要援護者の生活実態を知る機会を通して健康課題を把握し、創意工夫のもと援助を実践する意義を学ぶことにつながる可能性が示唆された。また、要援護者を取り巻く様々な社会資源の存在と活用方法を知ることが、施策化への提言の意識づけにもつながり、在宅療養者を支える看護職の役割についても理解を深めていく機会となることを示唆された。

第Ⅶ章では、看護職の教育制度および在宅看護に関する文献から在宅看護に関わる看護職の教育制度の変遷と課題を明らかにした。在宅療養者への支援を教授する「在宅看護論」は、1997年に看護基礎教育のカリキュラムに組み込まれて僅か20年であり、看護基礎教育の中で一番歴史が浅い分野である。在宅療養する初老期認知症に関わる看護職の多くは、「在宅看護」に関する教育が始まっていない時代に看護基礎教育を受けているため、在宅で療養する初老期認知症者とその家族への支援に関しては、実務経験を通しての学びが主であった。「在宅看護」に関する教育が始まった時代に看護基礎教育を受講している看護職においても、初老期認知症者への支援に関する教育内容はまだ十分に確立されていないことも明らかになった。

今回の調査は、初老期認知症者とその家族、および看護職をはじめとした専門職の方々の協力のもとに行われた。しかし、「認知症」であることを知られたくないという思いが根強い方もいて、結果的に調査協力の同意を得ることが困難な場合があった。このため対象者数が少なくなったこと、専門職の所属場所の多くが都市部であったこと、などから、結果から一般論を導くことは難しいところもある。この研究を踏まえ、対象や地域を広げて継続的にデータの収集を行うことが今後の課題である。

また、当事者の力を引き出す試みとして実施したカフェや在宅看護分野における実習を今後も継続し、今回の提言の妥当性を確認することが必要であり、引き続き取り組んでいきたいと考えている。そして、その成果を学生や在宅看護の現場に働く看護職に還元することが、看護職による初老期認知症者への対応能力向上の寄与につながると考える。

第Ⅸ章 提言—看護職の対応能力向上に向けて

初老期認知症者への看護職の対応能力向上に向けた方策の検討においては、当事者が望む生活の実現に向けた支援に関わっている看護職への教育と、看護職をめざす者への教育という二つの面から検討を加えてきた。

本研究で焦点をあててきた初老期認知症者は、第Ⅲ章で述べたように、「昭和」という時代の中で、人生の多くの時間を過ごし、価値や意識の形成に大きな影響を受けてきた。しかし、これから初老期認知症者への支援に関わる看護職は、「平成」以降に生まれた者たちであり、価値観・生活習慣・家族形態の変化に伴うライフスタイルが大きく異なる世代である。このため、初老期認知症者への対応能力の向上に向けては、関わりの経験を作るところから始まり、相互理解を深めるという緩やかな段階を踏んだ、丁寧な働きかけが必要となる。

また、現在、在宅で療養する初老期認知症者に関わっている看護職においては、看護基礎教育において、在宅看護領域に関する教育よりも実務を通して多くの学びを得てきたという背景がある。その彼・彼女らは、現在、訪問を通して看護を提供する実践者という役割と、教育機関から委託を受けた場合に看護基礎教育の実習指導者という二つの役割を担っている。初老期認知症者とその家族が望む尊厳ある人生に関わる看護職の育成には、前述した背景や特徴を踏まえた、対応能力向上に向けた支援が必要である。

本章では、専門職の対応能力の向上に向け、看護基礎教育における「在宅看護」教育と、在宅看護分野で既に働いている看護職への現任教育という二つについて提言を述べる。

提言 1 看護基礎教育における「在宅看護」教育について

看護基礎教育における在宅看護分野に関する教育は、教育機関により科目名・時間数・配当年次が異なるものの、「概論（＝在宅看護概論）」、「方法論・実践論（＝在宅看護論）」、「実習（＝在宅看護実習）」という内容で構成されている。この中で、初老期認知症者に関する教育内容は、第Ⅶ章で述べたように、個別的援助として取り上げられるにとどまり、テキストへの記述も少ない。このため、学生が、地域で暮らす療養者として初老期認知症

者を捉え、包括的な支援を具体的に描くことができるような教育内容を示すことが必要と考える。

そこで、下記のプログラムを用いた在宅看護教育を提言する（家根 2017）。このプログラムの特徴は、階層的に教育内容を構成することにより、初老期認知症者への専門職としての支援のあり方を学ぶことにある。標準的な教育の中で、初老期認知症者への正しい理解を深め、対象を生活者と捉える視点を持って“個”への支援、つまり当事者とその家族への適切な支援を学ぶ。そして、積み上げるように、“地域（集団）”へ支援、つまり、初老期認知症者に対する地域包括ケアシステムの構築と、その中での看護職のあり方を学ぶ。在宅看護領域での講義・演習・実習内容の充実を図ることにより、将来、在宅看護分野に就労する可能性を考え、専門職として、初老期認知症者らに対応する力につながることを期待するものである。

図9に示すように、標準的な教育としてすべての学生が履修する在宅看護概論・在宅看護論Ⅰ・在宅看護実習Ⅰに追加する形で在宅看護論Ⅱ・在宅看護実習Ⅱの履修を行う。これにより、地域特性のアセスメント、地域包括ケアシステムの構築につながる在宅療養者への支援を中心に学び、在宅看護に特化した支援について知識・理論・技術の獲得を図る。

在宅看護に特化したプログラムの内容は、次の通りである。

1. 「在宅看護論Ⅱ」での学び

「在宅看護論Ⅱ」の目的は、地域医療サービスシステムにおける在宅看護の位置づけを明確にし、在宅看護が担う役割を多角的・総合的に理解することである。この中で、初老期認知症者に焦点をあて、現行の地域医療サービスシステムを基盤にして、学生自らが在宅看護支援を創造できることをめざす。

<具体的な学習内容>

a. 個へのアプローチ

初老期認知症者とその家族から、認知症を有することへの思いや日常生活の中で経験する困りごととその対処について、交流の中から聴く機会を設ける。

b. 集団へのアプローチ

実習地域に関する各種統計データを用いて、その地域の特性を把握する。地域特性

を明らかにするために必要と考える項目は、人口動態・生活状況・環境・健康状態(受診状況・要介護認定結果・介護保険・医療保険のサービス利用状況)・住民の意識・保健医療福祉に関連する社会資源の整備状況などである。収集したデータのアセスメントを通して、明確化した健康に関する課題を解決し、地域包括ケアシステムの構築につながる新たな在宅看護支援を見いだす。

c.個と集団にまたがるアプローチ

地域包括ケアシステムを構築する上で不可欠となる多職種連携の実際を学ぶために、保健医療福祉分野の専門職が行う事業や会議の実践場面に参加する。

2.初老期認知症者との交流による相互理解の促進

学生は、在宅看護論において得た初老期認知症への適切な知識のもと、主体的に当事者やその家族と交流する場(例：認知症カフェ)を企画・運営する。主体はあくまでも学生であり、教員はそれをサポートする。それを通して、学生は初老期認知症者と交流し、相互理解を図る。筆者が実践した認知症カフェの体験で得たように、学生は、当事者との会話を楽しむことを通して、認知症者へのイメージを変えていくという経験をする。当事者も学生との会話を楽しむ中で、学生への教育に役立っていると、自己効力感の向上を実感する。そのような双方にとって実りの多い関係を構築することができる。

また、第VI章で詳述したように、交流の場面を写真や映像で蓄積することは、当事者のみならず支援者側にもメリットがある。このため、可能であれば、交流の場面を記録して、当事者と後日に回想しながら楽しむと同時に、そこで行われたやり取りにみられる当事者との関わりを分析する。これも学生にとっては初老期認知症者理解につながる貴重な学びとなる。他にも、当事者と出会う前後に、学生間で行うロールプレイの様子を記録し、学生が自らの関わりの変化を分析することも学びの実感につながり、重要である。

従来の学習では、初老期認知症者の衰えている(衰えていく)部分や問題行動に着目して、事例検討を中心に、看護職はどのように支援すればよいのかという文脈で進められてきた。このため、症状に焦点をあて、“その人”に焦点をあててこなかった可能性や、正しく認知症を理解するという過程を踏んでこなかった可能性があるといえる。キットウッド(Kitwood.1989)が提唱したパーソンセンタードケアの理念に示されるように、初老

期認知症者と直接的に関わる日常生活の一場面を学生が経験することで、初老期認知症の人そのものに焦点が当てられ、従来描いていたイメージが変わり、当事者を理解することへの重要性を認識する機会になると考える。

先行研究では、学生の反応を老年看護学の講義・実習の前後で比較したもの(木下 2016 ; 大澤 2016)や、認知症サポーター養成講座受講前後での変化を比較したものが多く(東 2016;南部 2016,2017)。そもそも老年看護学実習で出会う当事者は、医療機関や療養施設などの入所施設が大部分であることから、そこで実習対象となる事例は、既に認知症が進行している場合が圧倒的に多い。しかし、本実践的実習をカリキュラムの中に取り入れることで、施設に入居している重篤な認知症患者ではなく、地域で自律的な生活が可能な初老期認知症者に対する理解を深めることができる。さらに発展してリエゾンの構築の模索や積極的取り組みが可能となり、結果的には有機的な地域における初老期認知症者に対する包括的なケアシステムが構築できるのではないかと考える。

3.初老期認知症者を含め、認知症を俯瞰的に捉えた記述のある在宅看護のテキストの作成

現在の在宅看護のテキストにおいては、認知症に関する症状や状態への対処について記載されたものは多くみられるが、認知症を持つその人への関わりに関する記述は殆ど見当たらない。例えば、初老期認知症者への支援の基本は、早期支援・早期対応にあり、重要と言われている。すなわち、初老期認知症者と専門職の出会いのポイントをできるだけ早期にすることが望ましいということである。教育においてもその機会を設けることは、認知症者への理解を深めるのみならず、早期支援・早期対応にも寄与するものと考えられる。認知症初期の段階で当事者と出会うタイミングを設定することが、学生の、認知症者への理解を深める一歩になる。従来のように、認知症をハンディキャップと捉え、それを補うための支援を検討するものではないからである。学生は、認知症を有するということは、喪失の体験とはじめは認識するかもしれない。しかし、喪失だけではないことを当事者との出会いを通して知る機会になることを期待する。認知症を有することは、獲得の体験の始まりであり、自分に誇りを持って、豊かに生きる時間の始まりでもあると筆者は考える。よって、そこに立ち会い、認知症を有しながらの生活において伴走者となる看護職も、これまでの認識をリセットして、共に当事者との時間を楽しむことが望まれる。

4. 「在宅看護実習Ⅱ」による学び

地域包括ケアシステムの中心にあり、看護職が大きな役割を果たしている「在宅療養支援診療所」・「居宅介護支援事業所」・「訪問看護事業所」・「地域包括支援センター」で実習を行う。それにより、各施設の機能・役割・連携の実際を学び、学生は、「在宅看護論Ⅱ」で考えた在宅看護支援についてさらに具体的な検討を重ねることが可能となる。

第Ⅰ章で述べたとおり、国が推進するところの「地域包括ケアシステム」においては、初老期認知症者への支援を地域全体で支えていく意識づくりが重要である。「在宅看護実習Ⅱ」のプログラムは、個への援助を学ぶことに加え、地域包括ケアシステムを構築することも視野に入れた在宅看護分野の実践を具体的に学ぶことを意図している。学生は、実習を通して個への援助を重ねつつ、並行して、地域のニーズ（課題）を多職種と連携しながら把握していく仕組みを具体的に学ぶ。そして、地域包括ケアシステムの構築に携わる在宅看護分野の看護職のあり方を考える機会を得る。すなわち、個への援助の修得に終わることなく、地域を俯瞰し、その地域特有の課題解決のために、地域包括ケアシステムがどのように築かれることが望ましいかを考える姿勢を身に着けることを期待するものである。

提言 2 在宅看護領域で働く看護職への現任教育について

学生の実習指導を担当する看護師は、その多くが看護師養成課程において、在宅看護領域に関連する科目を履修していない現状にある。このため、提言 1 において示したプログラムへの参加協力による現任教育を提言する。このプログラムへの協力を通して、在宅看護について理論的に体系づけて学ぶことができ、また、近年の在宅看護に関する動向を学生と共に学ぶ機会を得ることとなる。加えて、臨床での経験を学生に還元することで、学生が現場の実際を学ぶことができるとともに、看護師もまた教えることを通して知識や理論、技術の再認識につながることを期待できる。

また、卒業後ただちに訪問看護ステーションに働く看護師に対して、教育機関の施設・物品・教員を活用して、訪問看護事業所が担うところの初老期認知症者への支援教育を地域の社会資源の一つである大学が担うことを提言する。

第Ⅶ章にて先述したように、訪問看護事業所は、小規模事業所が多いことから、各事業

所における教育資源は豊富とは言えない。従来は、訪問看護ステーションに勤務して、経験豊かな看護師と同行訪問を行い、支援方法を学ぶというスタイルが一般的である(佐藤2017)。経験豊かな看護師と初老期認知症者への同行訪問を繰り返し経験することは重要なことであるが、初老期認知症者への自律的な看護提供を学ぶという点から考えると、それは十分とは言えない。このため、客観的に対象となる事例の振り返りや気づきを促す機会を設けることが重要である。教育機関は、その資源を豊富に持つことから地域にある資源の一つとして訪問看護事業所の人材育成に活用できると考える。

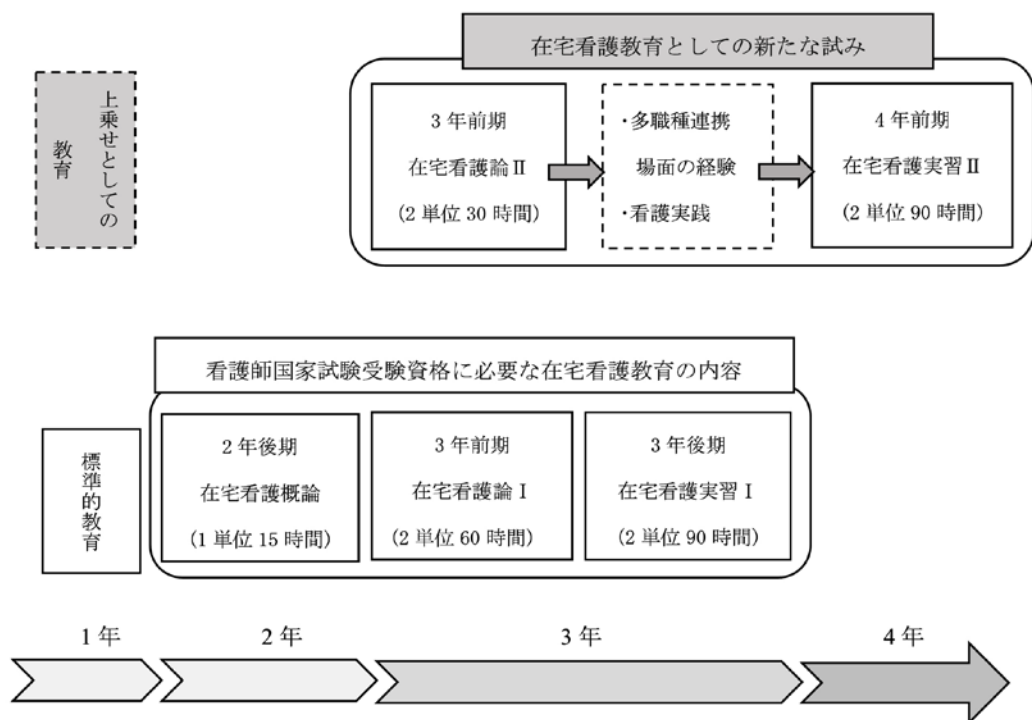


図9 在宅看護領域における学びの体系と新たな試み

謝辞

本研究は、これまで多くの方々のご教示、ご協力、ご支援を受けて遂行することができました。

主任指導教員の佐野敏行教授には、ここに至るまで何年にもわたり厚いご支援とご指導をいただきました。その感謝は、ここに書き尽くせるものではありません。遠方から通う私のために、他の学生の指導もある中で多くの時間を充ててご指導くださいました。そのたびに私の考えや研究の進捗状況を克明に記録にとどめてくださり、考えも及ばなかった視点からたくさんの問いをいただけたことが今日につながっているのだと痛感しています。一つのことへのめりこみ、周りが見えなくなる私に、章と章のつながり、全体のまとまりへ意識を向けること、常に俯瞰的に捉えることを折にふれて教えてくださいました。講義と実習指導に追われ、何度も挫折する私に、励ましのメールや助言を下さったことで何とか持ちこたえ、研究に立ち向かうことができました。さらに今年度になってからは、ご自身の休暇中にも関わらず論文を丁寧に添削して何度も送ってくださいました。とりわけ勤務場所を離れることができない私に、福井県まで出向いてご指導くださった時のことは忘れられません。

また、研究指導にあたり、私が理解できるように、わかりやすい言葉を選びながら繰り返しご助言をくださいました副指導教員の松岡悦子教授と井口高志准教授に心から感謝申し上げます。松岡悦子教授には、看護の中にどっぷりと浸る私が当事者研究の上で忘れてはいけない点をさり気なく、そして丁寧に教えてくださいました。そのおかげで考えが揺らぐことなく考察を深めることにつながりました。そして、認知症の方々への関わりを通しての研究を長く続けておられる井口高志准教授からは、看護教育のあり方を延べる上で、なぜ初老期認知症者に焦点をあてるのかという、認知症の方々への支援とのつながりを明確にするためのご助言をいただきました。自身の中で格闘していた問いでもあったことから、論文の組み立てを見直すことにつながりました。また、西村拓生教授には、報告会において教育学の視点からご助言をいただきましたことを心から感謝申し上げます。ご助言を踏まえ、学術的な貢献や提言について考察を深めることができました。先生方、あたたかく見守ってくださいまして、本当にありがとうございました。

自分の力で成し得ることに限りがあることを自覚する中で、周りの方々との巡りあわせに助けられてこの研究を遂行できたことを実感しています。とりわけ西田先生には、私の

研究テーマにつながる看護教育への道を拓いてくださいました。看護教育における上司として、叱咤激励してくださった日々が懐かしく思い出されます。今日に至るまで随分と時間を要したことを遠くで見守って下っていると想像しています。

そして京都府立洛南病院の森俊夫先生にも大変お世話になりました。「京都式認知症を考えるつどい」をご紹介くださり、それが「認知症カフェ」の試み、「認知症の人と家族の会」へのボランティアにつながっていきました。お世話になった認知症のご本人の方とそ
のご家族、そして世話人の方々、ボランティアスタッフの方々、研究に限らず、私にこれからの生き方について多くの示唆を授けてくださいました。こころの中でお一人お一人のお名前を挙げてお礼申し上げます。

また、調査にあたり、快くご協力くださいました地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の方々に心から感謝申し上げます。私の稚拙な問いに丁寧にご回答くださる姿勢を通して、研究遂行へのエネルギーをいただくことができました。

常に励まし、温かく見守ってくださった交野好子学長をはじめ、多くの先生方、共同研究者としてサポートしてくださった順天堂大学の長瀬雅子先生、長野県看護大学の小野塚元子先生に感謝申し上げます。

最後に、暖かく見守ってくれた家族に深く感謝します。残りの人生を自分なりに貢献すること、ポジティブ思考とチャレンジ精神を忘れずに新たな人生を創造していきたいと思
います。

私を支えてくださった皆様、本当にありがとうございました。

注

1) 看護職 (第 I 章 A 2 頁)

保健師・看護師・助産師・准看護師の国家資格のいずれかを持ち看護に従事する者をさす。それぞれの業務は、保健師助産師看護師法に定められている。

- ・保健師：厚生労働大臣の免許を受け、保健師の名称を用いて保健指導を行うことを業とする者
- ・助産師：厚生労働大臣の免許を受け、助産または妊婦、褥婦もしくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子
- ・看護師：厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者もしくは褥婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者
- ・准看護師：都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師または看護師の指示を受けて、傷病者もしくは褥婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者

2) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進 するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」 (第 I 章 A 4 頁)

2014年6月成立法。この法は、高齢化進行の中で、社会保障制度を維持するために、医療・介護提供体制の構築や、医療・介護を対象とした新たな税制支援制度の確立、地域包括ケアシステムの構築などを行い、地域における医療と介護の総合的な確保を推進することを目的とする。

3) 病床の機能分化 (第 I 章 A 4 頁)

2014年に改正された「医療法」に基づき、現在の一般病床及び療養病床が、新たに4つの機能に区分される。

- ・高度急性期機能：急性期の患者に対して特に特に診療密度が高い医療を提供する機能
- ・急性期機能：急性期の患者に対して状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
- ・回復期機能：急性期を経過した患者の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能（地域包括ケア病棟を含む）
- ・慢性期機能：長期にわたり、療養が必要な患者を入院させる機能

平成 29 年度病床機能報告 報告マニュアル①（厚生労働省 2017d）

4) 地域包括ケア病棟 (第 I 章 A 4 頁)

急性期医療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟もしくは病室を示す。 地域包括ケア病棟施設基準(地域包括ケア病棟協会 2016)

5) 『平成 27 年度国民医療費の概況』 (第 I 章 A 4 頁)

平成27年度国民医療費は42兆3,644億円、前年度の40兆8,071億円に比べ、1兆5,573億円、3.8%の増加となっている。人口一人当たりの国民医療費は33万3,300円、前年度の32万1,100円に比べ1万2,200円、3.8%の増加である。年齢階級別にみると、0～14 歳は2 兆5,327 億円（構成割合6.0%）、15～44 歳は5 兆3,231億円（同12.6%）、45～64 歳は9 兆3,810 億円（同22.1%）、65 歳以上は25 兆1,276 億円（同59.3%）となっている。人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は18万4,900円、65歳以上は74万1,900円となっている。そのうち医科診療医療費では、65歳未満が12万5,100円、65歳以上が54万2,700円となっている。

6) 医学モデルと生活モデル (第 I 章 A 4 頁)

	医学モデル	生活モデル
主体	援助者	生活者
責任性	健康管理を行う側	本人（自己決定）
関わり	規則正しい生活へと援助する	本人の主体性への促し
捉え方	疾病や症状を中心に捉える	生活のしづらさとして捉える
関係性	治療・援助関係	共に歩む・支え手として
問題性	個人の病理・問題性に重点	環境・生活を整えることに焦点
取り組み	教育的・訓練的	相互援助的・補完的

出典：谷中輝雄,1996,『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法』,やどかり出版

7) 介護保険制度における要介護及び要支援認定者となった主な原因 (第 I 章 B 6 頁)

平成29年版高齢社会白書(内閣府2017)によると、総数では、「脳血管疾患（脳卒中）」17.2%・「認知症」16.4%、男性では、「脳血管疾患（脳卒中）」26.3%・「認知症」14.1%、女性では、「脳血管疾患（脳卒中）」12.6%・「認知症」17.6%となっている。

8)国際疾病分類 10 版 (ICD-10) (第 I 章 B 6 頁)

「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (以下「ICD」と略)」とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関 (WHO) が作成した分類である。最新の分類は、ICD の第 10 回目の改訂版として、1990 年の第 43 回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10 (1990 年版) と呼ばれている。現在、我が国では、その後の WHO による ICD-10 のままの改正の勧告である ICD-10 (2003 年版) に準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」を作成し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されている(厚生労働省 2017c)。

9)DSM - IV (第 I 章 B 6 頁)

「精神障害の診断と統計マニュアル：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 以下「DSM」と略)」は、精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会によって出版された。

10) 初老期認知症者に関する研究動向における文献の抽出 (第 I 章 A 18 頁)

抽出は、初老期認知症者への支援に関する文献と、初老期認知症者支援につながる看護教育に関する文献について行った。

初老期認知症者への在宅看護領域における看護職の支援は、「認知症※」、「在宅」、「療養」、「看護」をキーワードにし、国内で発表された原著論文とした。

初老期認知症者支援につながる在宅看護教育に関する文献は、「認知症※」、「大学生」、「教育」をキーワードにし、国内で発表された原著論文とした。

※初老期に認知症を発症しながらも、研究時点で高齢期に達する者もいることから、検索を「初老期認知症」に限定せず、「認知症」として、抽出した文献を精読した後に、最終的に分析する文献を決定している。

11) フォーマルサービス, インフォーマルサポート (第Ⅱ章 B 29 頁)

フォーマルサービス(国や地方公共団体など公的機関が行う制度化されたサービスのこと)	制度・行政・社会福祉法人・医療法人・企業・民間非営利組織(NPO法人)	長所: 最低限のサービスが保障される・サービスの継続性や責任が明確・経済的負担能力に応じた利用料負担による公平性 短所: サービスが画一的・柔軟性に乏しい
インフォーマルサポート(明確に制度化されていない, 地域における支え合い活動)	家族・親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・民生委員・地縁型組織(自治会等)	長所: 即応性・柔軟性 短所: 専門性が低くサービスの継続性や責任性が不明瞭で, 安定した供給が難しい
フォーマルサービスとインフォーマルサポートの特徴を兼ね備えたサービス	NPO 法人・地域団体組織	

出典: 日本介護福祉士会事典編纂委員会, 2014, 『介護福祉学事典』, ミネルヴァ書房, 488

12) 認知症 (第Ⅲ章 36 頁)

2004 年 12 月, 高齢者痴呆介護研究・研修センター(東京・仙台・大府)センター長の意見具申に従い, 厚生労働省が 2004 年 6 月に「痴呆にかわる用語に関する検討会」を発足させて広く意見を求めて決定したものである。

13) 痴呆 (第Ⅲ章 36 頁)

いったん個人が獲得した知的精神的能力が失われて, 元に戻らない状態(広辞苑 1803 頁)

14) クリスティーン・ブライデン (第Ⅲ章 A 37 頁)

1995 年に 46 歳でアルツハイマー病と診断を受けた初老期認知症者である。当事者としての発言を通して, 認知症者への偏見をなくすために, 医療やケアへの提言を通して初老期認知症ケアに貢献している。2003 年から当事者として初めて国際アルツハイマー病協会理事に就任した。1999 年にポール・ブライデンとの再婚により, クリスティーン・ボーデンからブライデンに改姓している。著書によっては旧姓を記載しているため, 本研究の本文ではブライデンと統一して記述する。

15) 認知症高齢者の日常生活自立度 (第Ⅲ章A 43 頁)

認知症高齢者の日常生活自立度は、平成5年に老健第135号厚生労働省保健福祉局長通知として出されたものをさし、高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すものである。自立度Ⅰは、何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している状態を示す。自立度Ⅱbは、家庭内でも日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる状態を示す。具体例として、服薬管理ができない・電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等が挙げられている。

16) 認知症サポーター (第Ⅲ章C 49 頁)

認知症に対する正しい知識を持ち、地域で認知症者やその家族に対して、できる範囲で手助けするボランティアをいう。養成は、キャラバン・メイト（サポーターが研修を受けた後にキャラバン・メイトとなることができる。その養成は、全国キャラバン・メイト連絡協議会が担う）

17) 介護支援専門員 (第Ⅳ章 59 頁)

医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士等の保健・医療・福祉に関する法定資格保有者や生活相談員・支援相談員・相談支援専門員・主任相談支援員等の実務経験が、通算5年以上の者が、都道府県主催の試験に合格し、実務研修を修了した者。要介護者や要支援者の相談や心身の状況に応じてサービスを受けられるように、ケアプランの作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う。

18) 介護保険法第5条第3項 (第Ⅴ章C 79 頁)

「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」と規定している。

19) 要援護者 (第VI章 B 95 頁)

援護を必要とする者。寝たきり者および介護を要する認知症者を要介護者と言い、これに虚弱者を加えて心身機能の観点から介護のみならず、何らかの援助を必要とする者の総称(庄司・他 1999)

20) プライマリーファミリー (第VI章 B 96 頁)

在宅看護実習において、学生が、老人クラブ連合会女性委員の協力を得て、2~4年生の3年間継続して訪問活動や体力測定・健康教育を通して関わり、関係を築いていく家族のことである。具体的には地域に暮らす何らかの心身機能低下をきたしている要援護高齢者のことである。

21) 保健師助産師看護師国家試験出題基準 (第VII章 C 110 頁)

保健師助産師看護師国家試験出題基準(以下、出題基準)は、保健師国家試験、助産師国家試験および看護師国家試験の妥当な内容や範囲と適切な水準を確保する目的で作成された。保健師および助産師については1998年(平成10年)、看護師については2000年(平成12年)の国家試験から適用された(厚生労働省 2013b)。

22) テキスト「在宅看護論(医学書院)」 (第VII章 C 110 頁)

「在宅看護論」の講義に用いられている主なテキストは、1997年~2015年の間に7つの出版社から8種類出版されていた。「在宅看護論」の教育内容の変遷を概観するために、8種類のテキストを精読の上、初版の発行年度が早いテキストを用いた。

23) 訪問看護ステーションにおける看護師の常勤換算 (第VII章 C 112 頁)

「指定居宅サービス等事業の人員、設備および運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第37号)」により、訪問看護ステーションの開設は、保健師・看護師・准看護師を常勤換算で2.5人以上配置しなければならないと定められている。

常勤換算は、「当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の員数を常勤の従事者数に換算すること」を指す。

引用文献

Alzheimer Nederland:,2013,Publicksversie Zorgstan-daard

Dementie.http://www.alzheimer-nederland/nl/media/17634/AN_Brochure_Goede_Zorg_dementie_LOWRES.pdf.

Alzheimer's Disease International,2009,World Alzheimer Report 2009 Executive Summary.

American Psychiatric Association 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fourth Edition, American Psychiatric Association

天野正子,1999,「日本の 50 年 日本の 200 年」,『老いの近代』,岩波書店

Anderson,H.& Goolishian,H.1992,The Client is the Expert:A not-knowing approach to therapy.

荒井佐和子・進藤貴子,2016,「認知症進行期に関する認識 医療福祉系大学の学生を対象とした調査」,『川崎医療福祉学会誌』,25(2),251-257

有吉佐和子,1982,『恍惚の人』,新潮社

朝田隆,2009a,「若年認知症の疫学調査とその問題点」,『精神医学』,51(10), 945-952

朝田隆,2009b,「若年認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」,『平成 18 年度-平成 20 年度総合研究報告書』,厚生労働省,1-21

東久子,2016,「看護学生が受講した「認知症サポーター養成講座」での学び」,『兵庫大学論集』,21,131-140

Boden,Christine.,1998,Who will Be When I Die?,桧垣陽子(訳),2003,『私は誰になっていくのーアルツハイマー病者からみた世界』,クリエイツかもがわ,7-8

Bryden ,Christine.,2005,Dancing with Dementia,馬籠久美子・桧垣陽子(訳),2012,『私は私になっていくー認知症とダンスを』,クリエイツかもがわ

Bryden ,Christine., 2015,Nothing about us, without us!: 20 years of dementia advocacy,馬籠久美子・桧垣陽子(訳),2017,『認知症とともに生きる私:「絶望」を「希望」に変えた 20 年』,大月書店

地域包括ケア病棟協会,2016,「地域包括ケア病棟施設基準等について」,

<http://chiiki-hp.jp/jyouhou/pdf/160629-00.pdf> 2017 年 9 月 1 日閲覧

臺有桂・石田千絵・山下留理子編,2017,『ナーシング・グラフィカ 在宅看護論 地域療養を支えるケア』,メディカ出版,12

- Erikson,EH..1973,Psychological Issues:Identity and the Life Cycle, 小此木啓吾(訳)『自我同一性:アイデンティティとライフサイクル』, 誠信書房
- 藤田和子,2017,『認知症になってもだいじょうぶ!:そんな社会を創っていこうよ』,徳間書店
- 深堀敦子・鈴木みずえ・グライナー智恵子・他,2009,「地域で生活する健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因の検討」,『日本看護科学学会』,29(1)15-24
- Goffman,Erving.,1963,Stigma;Notes on the Management of Spoiled Identity, Prentice-Hall,Englewood Cliffs,NJ,石黒毅訳,1970,『スティグマの社会学;烙印を押されたアイデンティティ』,せりか書房
- 畑野相子・家根明子・鈴木隆史・他, 2017,「認知症に関する生涯学習講座受講者の意識と能動性のかかわりの実態」,『第76回日本公衆衛生学会総会』,536
- Havighurst,R.J.,1972,Developmental Tasks and Education,児玉憲典・飯塚裕子(訳),1997,『ハヴィーガーストの発達課題と教育:生涯発達と人間形成』,川島書店
- 保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会,2009,『保健師助産師看護師法 60 年史—看護行政のあゆみと看護の発展』,日本看護協会出版会
- 本田彰子,2015,「教育分野の取り組み—学校教育における取組」,『訪問看護のあゆみ』,公益財団法人 日本訪問看護財団,117
- 堀田聡子 2013a,「オランダの認知症国家戦略の概要」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,36-45
- 堀田聡子,2013b,「オランダの認知症国家戦略」,『老年精神医学雑誌』, 24(10),990 - 999
- 堀田聡子,2014,「Buurtzorg 解体新書」,『訪問看護と介護』,19(6),444
- 堀田聡子,2016,「ビュートゾルフのアジアでの展開と日本への期待(ステファン・ディッカーホフへのインタビュー)」,『訪問看護と介護』,21(5),373
- Howe,A.L.et al,1997, “From States of Confusion to a National Action Plan Dementia Care:The Development of Policies for Dementia Care in Australia” :Int J.Geriatr Psychiat.12:165
- 一ノ瀬尚道・他,1997,『若年痴呆の実態に関する研究:平成8年度研究報告書—厚生省精神保健医療研究事業』
- 池田学,2010,『認知症 専門医が語る診断・治療・ケア』,中央公論新社,19
- 今村圭子・立石憲彦,2014,「在宅における介護者の介護負担感に影響を及ぼす将来不安」,『長崎県立大学看護栄養学部紀要』,12,59-69

- 石川実,1996,「中年期の発見」,井上俊・ほか編『現代社会学 9 ライフコースの社会学』,岩波書店,95-118
- 伊藤正直・新田太郎,2005,『ビジュアル NIPPON 昭和の時代 高度経済成長期から現在まで,50年間の軌跡』,小学館,80-89
- 若年認知症サポートセンター,2008,『若年認知症の本人と家族の地域支援体制と設立支援マニュアル作成事業報告書』,141-143
- 蒲原真澄・加賀由紀子・鶴田来美,2011,「高齢者の高齢者認識に影響する要因 老人クラブ会員を対象として」,『日本健康医学会雑誌』,19(4),172-179
- 金山時子・福岡悦子,2009,「家庭訪問実習からの学びの分析による実習方法の検討」,『新見公立短期大学紀要』,29(2),63-69
- 神部智史,2000,「サービスに対する利用者満足度の構成因子と総合的満足度に影響を及ぼす要因に関する探索的研究」,『日本在宅ケア学会誌』,4(1),87-93
- 鐘ヶ江寿美子,2013,「オーストラリアの認知症国家戦略」,『老年精神医学雑誌』,24(10),1007 - 1013
- 柏木聖代・清水準一・其田貴美枝・他,2017,「訪問看護ステーションでの新しい実習のあり方～地域包括ケアを担う看護師育成に向けて～」,『日本在宅看護学会誌』,6(1),132
- 加藤はる美・田中たか子・菅野恭子・他,2017,「在宅療養を困難にさせる要因についての検討」,『練馬医学会誌』,23,50-56
- 勝又浜子・門脇豊子・清水嘉与子・他,2017,『看護法令要覧平成 28 年版』,日本看護協会出版会,93
- 河口朝子・松下年子・原田美智・他,2014,在宅療養中の認知症高齢者の性意識と性的言動に対する訪問看護師のかかわりと認識」,『性とこころ』,6(2),132-143
- 河原加代子,2009,『系統看護学講座統合分野在宅看護論(第 3 版)』,医学書院,249-257
- 河原加代子,2013,『系統看護学講座統合分野在宅看護論(第 4 版)』,医学書院,293-302
- 河原加代子,2017,『系統看護学講座統合分野在宅看護論(第 5 版)』,医学書院,334-343
- 川喜田二郎,1967,『発想法—創造性開発のために』,中央公論社
- 木谷尚美・中堀伸枝・畑野相子・家根明子・他,2017,「住み慣れた地域で暮らし続けることに関する生涯学習講座受講者の意識」,『第 76 回日本公衆衛生学会総会』,536
- 木下香織,2016,「認知症高齢者ケア」授業前後における看護学生の認知症の高齢者イメージの変化」,『新見公立大学紀要』,37,35-40

- 木下由美子,2010,「看護基礎教育において在宅看護論を履修した訪問看護師による教育評価」,『看護教育』51(8)708-713
- 北川公子,2013,「認知症患者の在宅療養における入院及び緊急受療の実態」,『ホスピスケアと在宅ケア』,21(1),46-51
- Kitwood,T.,1989 *Dementia Reconsidered:The Person Comes First*,Buckingham:Open University Press.,高橋誠(訳),2005,『認知症のパーソンセンタードケアー新しいケアの文化へ』,筒井書房
- 小松一子,2013,『認知症高齢者の感情表出とケアへの示唆』,かもがわ出版,182
- 小松桂・久保田睦子・河原田まり子,2012,「訪問看護における認知症高齢者の糖尿病ケア 家族生活力量アセスメントスケールを活用したケアの実践」,『日本糖尿病教育・看護学会誌』,16(2),187-192
- 近藤伸介,2013a,「フランスの認知症国家計画の概要」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,16-26
- 近藤伸介,2013b,「フランスの認知症国家戦略」,『老年精神医学雑誌』,24(10),984-989
- 小長谷陽子,2010a,「第1部第2章 原因となる疾患」,『本人・家族のための若年性認知症サポートブック』,中央法規,19,25-26
- 小長谷陽子,2010b,「第1部第8章 若年認知症になって生じる問題」,『本人・家族のための若年性認知症サポートブック』,中央法規,84-91
- 小長谷陽子,2010c,『平成22年度認知症介護研究報告書』,46
- 小阪憲司,2009,「若年認知症とは」,『精神医学』,51(10),939-944
- 高齢者介護研究会,2003,『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』
- 厚生労働省,2003,『地域保健対策の推進に関する基本的な指針』,厚生労働省告示第201号
- 厚生労働省,2004,『「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告』
- 厚生労働省,2008,『認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書』
- 厚生労働省,2009a,『これからの地域福祉の在り方に関する研究会報告書』
- 厚生労働省,2009b,『若年認知症の実態等に関する調査結果』
- 厚生労働省,2011a,『平成21年度介護予防事業の実施状況に関する調査結果』
- 厚生労働省,2011b,『患者調査(精神疾患患者数)』

厚生労働省,2012,『認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)』

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>.

2017年9月1日閲覧

厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室,2013a,「説明資料(平成25年度6月25日)」,3-6

厚生労働省医政局看護課,2013b,「保健師助産師看護師国家試験出題基準平成26年版の改定概要について」,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002ylby-att/2r9852000002yldf.pdf>

2017年3月3日閲覧

厚生労働省医政局,2014,『第106回市町村職員を対象とするセミナー 医療介護総合確保推進法(医療部分)の概要について』

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1_2.pdf#search=%27%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E7%A2%BA%E4%BF%9D%E6%8E%A8%E9%80%B2%E6%B3%95%2720 2017年12月3日閲覧

厚生労働省,2014,「第1回看護職員需給見通しに関する検討会資料:看護職員の現状と推移」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf#search=%27%E5%9C%A8%E5%AE%85%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%BE%93%E4%BA%8B%E8%80%85%E6%95%B0%27> 2017年9月1日閲覧

厚生労働省,2015a,『平成26年衛生行政報告例(就業医療関係者の概況)』

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/sanko1.pdf>,2017年9月1日閲覧

厚生労働省,2015b,『平成27年度国民医療費の概況』,

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/15/dl/kekka.pdf> 2017年12月3日閲覧

厚生労働省,2015c,「認知症カフェ実施状況」

厚生労働省,2015d,『認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて(通称新オレンジプラン)』

厚生労働省,2017a,「訪問看護 参考資料」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156008.pdf#search=%27%E8%A8%AA%E5%95%8F%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%BE%93%E4%BA%8B%E8%80%85%E6%95%B0%27> 2017年9月1日閲覧

厚生労働省,2017b,「平成28年簡易生命表の概況」,2

厚生労働省,2017c,「1.疾病, 傷害及び死因の統計分類」,<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>

2017年12月14日閲覧

厚生労働省,2017d,『平成29年度病床機能報告 報告マニュアル①』

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000176914.pdf#search=%27>

7%E7%97%85%E5%BA%8A%E6%A9%9F%E8%83%BD%E5%A0%B1%E5%91%8A+%E5%A0%B1%E5%91%8A%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB%27 2017年12月14日閲覧

厚生省健康政策局看護課,1995,『少子・高齢社会看護問題検討会報告書』,第一法規出版

厚生統計協会,2001,『国民生活基礎調査』

厚生労働統計協会,2013,『国民衛生の動向』,60(9),253-254

「京都式認知症ケアを考えるつどい」実行委員会(編),2012,「京都式認知症ケアを考えるつどいと2012 京都文書」,『認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア』,クリエイツかもがわ,26-29, 162-166

丸山哲弘,2004,「血管性痴呆による前頭葉機能障害」,『老年医学雑誌』,15(6),707-718

又吉忍,2013a,「認知症高齢者の在宅療養支援のためDCM(認知症ケアマッピング)を用いた行動・心理症状(BPSD)改善への取り組み」,『日本精神科看護学術集会誌』

56(2),207-210

又吉忍,2013b,「介護療養病棟における認知症ケアマッピング(DCM)を活用したパーソン・センタード・ケアの取り組み 退院支援・在宅支援への一歩として」『日本精神科看護学術集会誌』,56(3),135-139

又吉忍,2014,「介護療養病棟における認知症ケアマッピング(DCM)を活用した人材育成への取り組み パーソン・センタード・ケアを用いた在宅支援を通して」,『日本精神科看護学術集会誌』,57(3),125-128

増田容子,2007,「在宅看護論教育における教育内容の現状と教育の方向性」,『九州看護福祉大学紀要』,9(1),7-15

増谷順子,2017,「地域で暮らす若年性認知症者へのボランティアを通じた看護大学生に対する教育実践の検討」,『老年看護学』,21(2),67-74

松野かほる,1997,『系統看護学講座統合分野在宅看護論(第1版)』,医学書院

松野かほる,2002,『系統看護学講座統合分野在宅看護論(第2版)』,医学書院

- 松岡洋子,2013,「デンマークにおける「認知症国家行動計画」」,『老年精神医学雑誌』,
24(10),1000 - 1006
- 松下正明,2014,「痴呆から認知症へ—stigma と用語変更」,『老年精神医学雑誌』,25(2),207
- 松下年子・河口朝子・原田美智・他,2016,「訪問看護師が経験する在宅療養中の認知症高齢者の性意識と性行動 - インタビュー調査の結果から」,『性とところ』,7(2),176-179
- 松下由美子,2014,「一人暮らし認知症高齢者の支援者に対する看護職の働きかけ」,『聖路加看護学会誌』,18(1),30-37
- 松谷由美子,2014,「在宅での看取り支援 最期を家で迎えたい 希望にそった退院支援」,
『ホスピスケアと在宅ケア』,22(1),16-20
- McNamee,S.&Gergen,K,J.,1997,Therapy as Social construction,2014,野口裕二・野村直樹(訳),
『ナラティブ・セラピー：社会構成主義の実践』,遠見書房
- 三菱総合研究所,2010,『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書』
- 宮島渡,2017,「認知症とともに生きる人の介護サービスを普及させるために」,『老年精神医学雑誌』,28(4),401-409
- 三宅貴夫,2011,『認知症ぜんぶ図解』,メディカ出版,27
- 宮永和夫,2007,「Ⅱ.若年期に発症するおもな認知症疾患」,『若年認知症の臨床』,新興医学出版社
- 宮崎和加子,2011,『認知症の人の歴史に学びませんか』,中央法規
- 水上然・佐瀬美恵子・黒田研二,2015,「地域包括支援センターに勤務する専門職の認知症支援における特徴と課題」,『神戸総合リハビリテーション研究』,10(2),25-36
- 水野伊津子,2011,「在宅療養者にとって最適なサービス提供につながる連携へ—訪問看護に対するケアマネジャーの意識調査」,『訪問看護と介護』,16(7)585-589
- 水谷忠由,2016,「わが国の認知症施策の未来③ 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の理念と概要」,『老年精神医学雑誌』,27(4),449
- 森俊夫,2013,「「2012 京都文書」と京都市認知症ケア」,『老年精神医学雑誌』,24(9)890-896
- 長江弘子・吉本照子・辻村真由子・他,2013,「新卒訪問看護師育成プログラムの開発と概要」,
『訪問看護と介護』,18(8),624-631
- 長野県健康福祉部,2013,『若年認知症の人と家族を支援する社会資源ハンドブック』
- 長沼行太郎,2006,『嫌老社会 老いを拒絶する時代』,ソフトバンククリエイティブ株式会社

- 永田千鶴・松本佳代・北村育子・他,2015,「認知症疾患医療センターが担う在宅支援 独自の支援と地域包括支援センターとの連携による支援内容の分析」,『山口医学』,64(3), 183-189
- 内閣府自殺対策推進室,2013,「平成 24 年度中における自殺の状況」,
<http://www8.cao.go.jp/jistasutaisaku/toukei/h24.html> 2017 年 9 月 1 日閲覧
- 内閣府政府広報室,2015,『認知症に関する世論調査』
- 内閣府,2016,『平成 28 年版高齢社会白書』
- 内閣府,2017,『平成 29 年版高齢社会白書 (概要版)』
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html
2017 年 12 月 3 日閲覧
- 中道淳子・油野聖子・川端祥子・他,2012,「老年期援助困難事例の解決のための視点 事例検討会の議事録の再分析より」,『石川看護雑誌』,9,101-108
- 中野いく子・中島辰弥・森久保俊満,2012,「高齢者の生きがいとその関連要因」,『東海大学健康科学部紀要』,17,3-11
- 中田晴美・坂井志麻・犬飼かおり・他,2012,「介護支援専門員と訪問看護師が医療機関に求める情報提供と退院調整システムのあり方に関する研究」,『東京女子医科大学看護学会誌』,7(1),15-25
- 南部泰士,2016,「A 大学看護学生の認知症の人に対する知識, 態度, 介護意識の社会化に関する研究 認知症サポーター養成講座受講前後の比較」,『日本農村医学会座雑誌』,65(3),483
- 南部泰士,2017,「認知症サポーター養成講座受講による看護学生の認知症高齢者に関する意識変化」,『厚生の指標』,64(6),21-28
- 日本訪問看護財団,2017,「訪問看護人材養成基礎カリキュラム」,『平成 28 年度訪問看護人材育成教育カリキュラムに関する検討委員会』報告書
- 日本介護福祉士会事典編纂委員会,2014,「⑩家族・地域を支える技術 20 社会資源とその活用」,『介護福祉学事典』,ミネルヴァ書房,488
- 日本看護系大学協議会,2017,『日本看護系大学協議会 平成 29 年度会員校 (大学一覧)』,1-4
- 日本看護協会,2013,『訪問看護アクションプラン 2025』
- 日本看護歴史学会(川島みどり),2014,「保健婦助産婦看護婦法の歩み」,『日本の看護のあゆみ 歴史をつくるあなたへ』,日本看護協会出版会,8-26

- 日本看護歴史学会(吉川龍子・日下修一),2014,「看護史年表」,『日本の看護のあゆみ 歴史をつくるあなたへ』,日本看護協会出版会,225-240
- 日本経済新聞,2016,「認知症,初の本人調査へ 厚労省医療・就労施策に反映」(2016年5月9日記事)
- 認知症介護研究・研修仙台センター,2017,『認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書』
- 認知症の人と家族の会,2013,『認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書』,平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
- 西田淳志,2013,「イングランドの認知症国家戦略の概要」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,7-15
- 西田淳志・高野洋輔,2013,「スウェーデンの国家戦略の概要報告」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,55-60
- 西田淳志,新川祐利,2013,「英国の認知症国家戦略」,『老年精神医学雑誌』,24(10),977-983
- 西岡浩子・高木知子・水戸美津子,2014,「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
- 小田美紀子・落合のり子・斎藤茂子,2006,「保健師教育に有効な家庭訪問事例と教育方法」,『日本在宅ケア学会誌』,9(2),23-30
- 荻野栄美・錦織法子・上川禎典・他,2016,「尿閉になった認知症のある在宅療養者を地域連携で支援した症例」,『STOMA:Wound & Continence』,23(1),38-40
- 小倉康嗣,2001a,「後期近代としての高齢化社会と<ラディカル・エイジング>—人間形成の新たな位相へ」,『社会学評論』,52(1),5068
- 小倉康嗣,2001b,『高齢化社会と日本人の生き方 岐路に立つ現代中年のライフストーリー』,慶應義塾大学出版会
- 大橋美幸,2011,「超高齢社会における「不安」の構造-認知症意識調査より」,『函館大学論究』,42,1-22
- 大池明枝・高嶋伸子・合田加代子・他,2003,「保健師学生が訪問対象者から学んだこと・支援されたこと 母子の継続訪問実習において」,『日本看護学会論文集』,34,100-102
- 大木戸雅子・高野真理子・金子由香,2014,「終末期患者の在宅療養移行に必要な援助に関する一症例」,『新潟県厚生連医誌』,23(1),52-54
- 大熊一夫,1973,『ルボ精神病棟』,朝日文庫

- 大熊一夫,1988,『ルポ老人病棟』,朝日文庫
- 大森結実・田口敦子・加藤政子・他,2015,「慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による退院支援内容の検討 退院支援ハイリスク者事例に関する看護記録とインタビューから」,『東北大学医学部保健学科紀要』,24(2),77-88
- 大澤健司,2016,「在宅看護実習における認知症対応型通所介護施設実習での学生の学び実習記録の分析を通して」,『JCHO 東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校紀要』,2(1),22-30
- 太田正博,2007,『マイウェイ 認知症と明るく生きる私の方法』,小学館
- 太田美智子,2013,「オーストラリアの認知症国家戦略の概要」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,27-35
- 大竹まりこ,2011,「地域で暮らす高齢者を対象とした体操の介護予防効果」,『お茶の水雑誌』,59(1),11-20
- 岡本玲子,2002,『ケアマネジメントの質保証・活動指標』,日総研,20-26
- 沖田裕子,2006,「若年認知症の家族が必要としている支援内容とその時期」,『認知症ケア学会誌』,5(3),480-491
- 沖田裕子,2009,「若年認知症の人へのオーダーメイドの支援」,『認知症ケア学会誌』8(1)34-39
- 小此木啓吾,1983,「中年の危機」飯田真ほか編『精神の科学6 ライフサイクル』岩波書店,21-54
- 小野塚元子・家根明子,2017,「認知症初期集中支援におけるチームのかかわりの特徴と課題」,『日本在宅看護学会誌』,6(1),106
- 大津美香,2013,「外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態」,『日本認知症ケア学会誌』,12(3),619-630
- 大津美香・森山美智子・眞茅みゆき,2013,「認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態」,『日本循環器看護学会誌』,8(2),35-46
- 大津美香,2014,「在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態」,『保健科学研究』,4,31-39
- 小澤勲,1998,『痴呆老人からみた世界 - 老年期痴呆の精神病理』,岩崎学術出版社
- 小澤勲,2006,『認知症とは何か』,岩波書店
- 小澤勲・土本亜理子,2007,『物語としての痴呆ケア』,三輪書店

Plan Alzheimer2008-2012:<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-mesures-.html>.

UK Government Department of Health, 2009, Living well with dementia: A National Dementia Strategy.https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf,https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf.

斉藤順子,2005「介護支援専門員の職務意識とその課題ー利用者主導のケアマネジメントの実践に向けて」,『The Journal of policy Studies』,19,106-123

櫻庭奈美,2016,「認知症をもつ高齢がん患者に関する看護実践の概観」,『北海道医療大学看護学福祉学部紀要』,23,49-58

佐藤雅彦,2014,『認知症になった私が伝えたいこと』,大月書店

佐藤雅彦,2016,『認知症の私からあなたへ 20 のメッセージ』,大月書店

佐藤直子,山田雅子,2017,「看護系大学で行う新卒訪問看護師対象！すぐ使う看護技術と考
え方研修実践報告」,『日本在宅看護学会誌』6(1),109

茂野香おる・吉岡京子・林千冬・他,2017,『系統看護学講座 看護学概論』,医学書院,153

島田昇・丸岡紀子・樋口キエ子,2016,「在宅看護実習における学習内容の実態」,『群馬医療福祉大学紀要』,4,95-103

島貫秀樹・梅津梢恵・本田春彦・他,2010,「集会所を利用したミニ・ディサービスが地域在宅
高齢者の健康および QOL に与える影響」,『老年社会科学』,31(4),492-500

信濃毎日新聞取材班,2010,『認知症と長寿社会 笑顔のまままで』,講談社

白澤政和,1998,『ケアマネジメントハンドブック』,医学書院

白澤政和,2017,「認知症とともに生きる人のケアマネジメントを普及するために」,『老年
精神医学雑誌』,28(3),293-300

新村出,2008,『広辞苑 第6版』,岩波書店,1803

総務省,2017,「統計から見た我が国の高齢者」,2

杉山秀樹・一宮洋介・新井平伊,2013,「認知症介護者のメンタルヘルス」,『老年精神医学雑
誌』,1103-1109

杉山京・川西美里・中尾竜二・他,2014,「地域住民における認知症の人に対する態度と認知症
の知識量との関連」,『老年精神医学雑誌』,556-565

- Sundstrom,A.Ronlund,M Adlfsson,R,2014: Stressful life events are not associated with the development of dementia,- Psychogeriatr, 26(1),147-154
- Swaffer,Kate.,2016,Happened to my Brain?:Living Beyond Dementia,寺田真理子(訳),2017,『認知症を乗り越えて生きる』,クリエイツかもがわ
- 社会保障制度改革国民会議,2013,『社会保障制度改革国民会議報告書』, 28-30
- 庄司洋子・武川正吾・木下康仁・他(編),1999,『福祉社会事典』,弘文堂,994 高見千恵,2003,「在宅高齢者の介護保険サービス利用状況の実態」,『川崎医療福祉学会誌』,13(2) 369-374
- 高見国生,2011,『ああ認知症家族一つながれば希望がみえてくる』,岩波書店
- 武分祥子,2005,「看護の動向と今後の課題 [その 1] -教育カリキュラムの分析を中心に」,『立命館産業社会論集』,41(1),231-232
- 武地一・他,2015,『認知症カフェハンドブック』,クリエイツかもがわ
- 竹口和江・中尾八重子・山谷麻由美・他,2014,「在宅看護論実習の現状と課題」,『長崎県立大学看護栄養学部紀要』,12,71-78
- 田村やよひ,2008,「保健師助産師看護師法と看護教育の課題」,『保健の科学』,50(5);304
- 田中悠美子,2013,「若年性認知症者の総合支援システムの構築に向けた研究-実態調査から見えてきた生活課題の解析を基に-」,日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科(博士学位論文) 14
- 谷向知,2007,『若年性認知症 KEY WORD 精神』,先端科学社,72-73
- 丹野智文,2017,『笑顔で生きる』,文芸春秋
- 東京都医学総合研究所,2013,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報』,1-7
- 徳永恵美子,2004,「基礎資格別介護支援専門員の活動の現状と研修の課題 保健・医療職と福祉職の教育背景の違いに焦点を当てて」,『九州看護福祉大学紀要』
- 津田理恵子,2016,「認知症高齢者について学ぶ機会とイメージ 大学入学時にアンケート調査を実施して」,『神戸女子大学健康福祉学部紀要』,8,55-65
- 辻敬一郎,田島治,2008,「抗うつ薬の開発とうつ病臨床の変化」,『精神科治療学』,23(8), 925-932
- 辻よしみ・高嶋伸子・会田加代子・他,2005,「地域看護学実習の展開方法の検討 実習評価表と実習レポートの分析から」,『香川県立保健医療大学紀要』,1,123-128

- 辻よしみ・高嶋伸子・会田加代子・他,2007,「母子継続訪問実習対象者の実習の受け止め方
継続訪問実習後アンケート結果から」,『第 27 回日本看護科学看護学会学術集会講演
集』,345
- 塚本都子,2017,「大学生の認知症高齢者に関する教育に関連した研究動向と人材育成に向
けた課題」,『日本認知症ケア学会誌』 15(4),857-866
- 津村智恵子,2008,「第1章第2節 地域看護の歴史」,『地域看護学』,中央法規,9
- Walker,Alan.and Hennessey,Catherine.,2004,Growing Older:Quality of Life in Old Age,山田三知
子(訳),2009,『高齢期における生活の質の探究』,ミネルヴァ書房
- 渡辺俊之,2005,『介護者と家族の心のケア』,金剛出版
- World Health Organization,1993,International Statistical Classification of Disease and Related
Health Problems 10th Revision, World Health Organization
- World Health Organization,2012,DEMENTIA: A Public Health Priority.
- 矢吹知之,2011,「認知症介護における家族支援の必要性と課題」,『認知症ケア事例ジャー
ナル』,4(3),247-256
- 山田淳子・中山かおり・斎藤智子・他,2008,「地域看護学実習における学生の学びからみた家
庭訪問実習の効果と課題」,『日本地域看護学会』,11(11),81-86
- 山田由紀子・南江静代・下門すみえ,2017,「患者の在宅生活をイメージした看護につなげる
ために～訪問看護ステーション実習の取り組み～」,『第 1 回敦賀市立看護大学研究報告
会』
- 山口愛・伊藤淳子・高屋敷一恵・他,2016,「若年性認知症である介護者への退院指導の試みー
人工呼吸器を装着した患者が在宅療養に結びついた要因についての検討」,『日本看護学
会論文集：在宅看護』 46,27-30
- 山口友恵・近藤美恵子・上田信恵・他,2013,「認知症に進行がんを合併した独居療養者の服薬
アドヒアランスを高めるための在宅看護の実際」,『緩和ケア』,23(5),416-419
- 山本裕子・鈴木佑果・関岡未菜,2013,「高齢者糖尿病患者のインスリン注射継続のための支
援と課題 文献レビューを通して」,『摂南大学看護学研究』,19(1),35-41
- 山本克美,2015,「認知症をもつストーマ造設者の訪問看護の実際」,『STOMA:Wound &
Continence』 22(1),32-34
- 山本さやか・百瀬由美子・天木伸子・他,2016,「訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズ」,
『日本看護学会論文集:在宅看護』,46,99-102

- 山崎修道,2013,「デンマークの認知症国家戦略の概要」,『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』,46-54
- 谷中輝雄,1996,『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法』,やどかり出版
- 家根明子,2006,「介護保険制度改正における介護支援専門員の課題～住環境整備の視点から～」,『富山福祉短期大学紀要』,(5),39-46
- 家根明子,2013,「老人クラブと連携したプライマリ-ファミリー実習による高齢者への効果—実習協力という社会的役割に焦点をあてて—」,日本看護学会（地域看護）,175-178
- 家根明子,2014,「地域包括支援センターによる初老期認知症者支援の課題—専門職の捉え方の分析から—」,奈良女子大学人間文化研究科年報,29,191-199
- 家根明子・小野塚元子・廣川聖子・他,2015,「スウェーデンにおける高齢者支援の実践」,『奈良学園大学紀要』,2,119-125
- 家根明子,2015,「認知症カフェにおける初期認知症支援の実践」,『奈良女子大学人間文化研究科年報』,30,133-143
- 家根明子,2017,「地域包括ケアシステムの構築を視野に入れた在宅看護学実習」,『日本在宅看護学会誌』,6(1),110
- 家根明子・長瀬雅子・小野塚元子,2017,「認知症初期集中支援チームにおけるチーム員個々の役割と特徴」,『日本看護科学学会抄録集』,106
- 湯本昌代・諏訪さゆり,2013「レビー小体型認知症療養者と家族の薬物療法に関するニーズ」『千葉看護学会会誌』,19(1),19-26
- 吉江悟,2004,「同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状—長野県 A 市の行政保健師へのインタビューから—」,『日本公衆衛生誌』,51(7),522-529
- 全国訪問看護事業協会,2017,「平成 29 年訪問看護ステーション数調査結果」
- 全国キャラバン・メイト連絡協議会,2016,『認知症サポーター養成講座標準教材』,5

附録1 調査内容 「認知症に関する意識調査」

(第Ⅲ章 C)

1)基本属性

(年齢・性別・居住地・居住年数・保健福祉分野での勤務経験・認知症サポーター養成講座受講の有無・認知症に関する専門機関への相談経験・認知症者との交流経験)

2)認知症者へのイメージ

3)認知症になったらどのように暮らしたいか

4)認知症に関する情報源

5)認知症者との関わりの経験

6)日常場面における認知症への自覚症状

7)認知症カフェへの参加経験

8)認知症は予防できると思うか

9)将来、自分は認知症になると思うか

10)認知症を予防するために取り組んでいること

(規則正しい生活・適度な運動・バランスの良い食事・人との関わり・
頭を使う心がけ・健診を受けて健康状態を把握)

11)相談する機関

12)住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けるために自分にできると思うこと

(自由記述)

附録2 調査内容

「地域包括支援センターにおける

初老期認知症者に関する相談業務の実態について」

(第V章 A)

- 1)運営方式・運営主体・職員（数・職種・勤務形態）
- 2)初老期認知症者への支援経験の有無と支援経験人数・相談者および相談内容
- 3)センターに初老期認知症者への支援として必要と考える事柄
- 4)若年認知症就労支援・障害福祉サービスの作業所への紹介
- 5)若年認知症コールセンターの利用経験
- 6)初老期認知症の相談や対応, 今後の支援について感じていること・考えていること
(自由記述)

附録3 調査内容

「居宅介護支援事業所における

初老期認知症者への関わりの実態について」

(第V章 B)

- 1)運営方式・運営主体・職員（数・介護支援専門員の基礎資格・勤務形態）
- 2)初老期認知症者へのケアマネジメント経験の有無と経験人数・支援過程での
相談内容
- 3)初老期認知症者への支援として必要と考える事柄
- 4)若年認知症就労支援・障害福祉サービスの作業所への紹介
- 5)若年認知症コールセンターの利用経験
- 6)初老期認知症の相談や対応, 今後の支援について感じていること・考えていること
(自由記述)

“Home care support for patients with presenile dementia and the roles of nursing professionals—Current situation and challenges—”

Keywords: presenile dementia, nursing professional, home care, training, care support

The purpose of this study was to elicit the abilities of presenile dementia patients (hereinafter: “patients”) and consider providing support for developing new lifestyles through nursing education.

The subjects comprised the patients, their families, and nursing professionals. Materials, participation in dementia cafes and family gatherings, and specialists (including nurses) were investigated. The following five findings were revealed. 1) The Showa period that presenile individuals had experienced created a culture that did not respect the human rights of the socially vulnerable, resulting in negative perceptions by such patients. 2) To live in a familiar environment, the patients required support to reconstruct relationships of mutual aid with other residents. 3) A lack of policies for patients and a low sense of self-efficacy were issues encountered by specialists at regional comprehensive support centers and in-home long-term care support offices. Such specialists were responsible for constructing regional comprehensive care systems; therefore, developing the ability to make proposals regarding support directionality is required. 4) Dementia cafes are an important resource in creating communities for presenile dementia patients. 5) Home nursing training sessions improve the sense of self-efficacy of cooperating elderly individuals and can be universally applied to patients.

Support for coping with anxiety related to home nursing and creating systems for on-site nursing education is necessary for cultivating nurses who can support patients. We proposed a home nursing education program linked to the construction of a regional comprehensive care system to support patients and education to support patients utilizing university educational resources.