

## 【研究論文】

## 認知症のステージ進行に応じたケアの特徴

～ 認知症ケアに携わる専門職が留意する関わりを通して ～

高見 美保<sup>1)</sup> 中筋 美子<sup>1)</sup> 野村 陽子<sup>2)</sup>

## 要 旨

## 【目的】

本研究の目的は、「3つの認知症ステージ（軽度～中等度～重度）」に該当する認知症者とその家族および、その者への診療に関わっている医師に対して、認知症ケアに携わる専門職（看護師、介護福祉士）が留意している関わりの特徴を明らかにすることである。

## 【方法】

データ収集は医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム・認知症対応型グループホームで行い、看護師13名、介護福祉士9名から、研究目的に沿った聞き取り調査を面談方式で実施した。得られたデータは、内容分析法（content analysis）で分析した。

## 【結果・考察】

分析の結果、「認知症のステージが発症～軽度の時期」では、認知症者と家族に起きている状態を丁寧に聴取し、介入すべき時を待つという基本ケアは定着しているが、認知症者の有意義な治療効果を得るための介入は、ケア専門職に留意されることが明らかとなった。また、「認知症のステージが中等度の時期」では、行動・心理状況（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対するアセスメントとして、認知症者が示す言動から情報収集と検討を繰り返し、症状に隠された「その人」を掘り起していく、という関わりがなされていることが明らかとなった。そして、認知症者への療養環境づくりでは、ケア専門職が、認知症者に家族や医師からの関与を途切れさせない、という人的環境づくりを核に据えたケア環境の調整を実施していることが新たに分かった。さらに「認知症のステージが中等度～重度の時期」では、認知症者の意思をくみ取る努力が続けられ、医師と連携して、認知症者と家族にとって穏やかな最期の時が迎えられるように留意していることが明らかとなった。しかし、療養生活への具体的な意思決定支援や、認知症者の“合併症を予防する”ケアについては、明確に現れなかった。

これらのことから、多職種に働きかけて認知症者と家族にとって必要なケアを押し進めていく実行力とマネジメント力を持つことや、認知症者の全般的なフィジカルアセスメントを積極的に行い、認知症者のQOLを低下させない介入を実施することが、今後の認知症ケアの発展に求められることが示唆された。

キーワード：認知症のステージ進行、認知症ケア、専門職（看護師、介護福祉士）

---

1) 兵庫県立大学看護学部

2) 高知県立大学看護学部

## I. 諸 言

朝田ら (2013) によると、日本の認知症有病率は高齢者人口の15%、Mild Cognitive Impairment (軽度認知障害) でも13%に及ぶことが報告された。日本のヘルスケアにおいて認知症施策は重要課題であり、バイオマーカーを用いた病前診断、抗認知症薬の開発、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; 行動・心理症状) に対する学際的取り組み (Zwijssen, Gerritsen, Eefsting, Hetogh, Pot, & Smalbrugge, 2014) や認知症者の当事者研究 (永田, 2013) など、認知症関連の研究は多岐にわたるようになった。特に薬物療法では、抗認知症薬4種類に加え、抑肝散など周辺症状に対する漢方薬の開発も進んでいる (羽生, 2013)。しかし、認知症は“慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じる症候群”であり、「加齢」が発症を促進することから、根治的治療には限界がある。そのため、看護のアプローチとしては、アクティビティケア (非薬物療法) で協調性や社会性を促進し、精神状態の安定化を図るなど (平林, 水谷, 2003)、日常生活上の基本的な関わりで、緩やかな病状経過をもたらす援助方法が確立されてきた。また、介護のアプローチについても、食事行動への援助を模索する取り組み (渡邊, 小林, 片平, 別所, 2006) や「なじみの環境」形成と介護技術の関係を調査した研究 (浪速, 横山, 2012)、認知症者の日常生活における不適切ケアを見直す試み (榊原, 2017) など、対応が難しい認知症者のケアを検討する論文が多く見られている。そして、家族の孤立感や介護負担感の軽減、介護方法の理解を促進させる心理・教育プログラムの実践や研究数も増えている (Borson, Scalan, Sadak, Lessig, & Vitaliano, 2014)。特に最近では、終末期医療として認知症の end-of-life care が取り上げられており、認知症は発症前から発症後の治療、そして看取りに至るステージ進行を通して、診断・治療方法の確立や看護や介護による実践方法の検討がなされてきた。このような中、高見 (2011, 2014) は、認知症高齢者が地域社会で生活する中で、身近な支援者である家族と関わり合う際に生じる問題に着目し、両者の間に生じる困難を解消・軽減することを目的とした看護介入プログラム (認知症高齢者と家族介護者の「理解と関係を促進する介入プログラム」、認知症高齢者と家族介護者の「理解と関係を促進する介入プログラム」簡易版) を開発し、認知症高齢者のQOLの向上ならび

に、家族の介護負担感の低下と介護肯定感の向上に貢献できることを明らかにした。しかし、認知症が進行性であることを考えると、認知症ステージ (軽度, 中等度, 重度) の進行や生活状況の特徴に見合うように、介入プログラム内容と実施方法を検討することが課題となった。この課題は、2015年に発表された認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」 (厚生労働省, 2015) でも取り上げられている。また、現在の認知症者へのアプローチでも、医療を中心とした早期診断・治療から、介護を基盤とした日常生活支援まで医療と介護が統合し、切れ目のないケアが重要視されている (堀田, 2016)。そこで、認知症ケアに携わる専門職として看護師、介護福祉士を対象に、認知症の進行ステージ (軽度, 中等度, 重度) において、認知症者と家族に対する関わりや、医師とのやり取りで留意している特徴を明らかにすることを目的に、本研究に着手した。そして、本研究で得られた結果を先行研究や、認知症の各ステージに求められているケアの観点から考察・検討できれば、認知症ケアに携わる専門職が、「その先に必要となってくるケア」や「進行しても“混乱が最小限になるように”何を整えておくべきか」を明確にでき、医療と介護が統合した、切れ目のないケアの確立に貢献できると考える。

## II. 研究の目的

本研究の目的は、「3つの認知症ステージ (軽度～中等度～重度)」に該当する認知症者 (年齢, 認知症の原因疾患や類型, 介護度は問わない) とその家族 (性別, 続柄は問わない) および、その者への診療に関わっている医師に対して、認知症ケアに携わる専門職 (看護師, 介護福祉士) が留意している関わりの特徴を明らかにすることである。

## III. 方 法

### 1. 研究デザイン

本研究では、各認知症ステージにある認知症者とその家族、その者を診療している医師に対して、認知症ケアに携わる専門職 (看護師, 介護福祉士) が、日ごろの関わりで留意していることを明らかにし、得られた結果を認知症ケアの基本として提示されている文献や先行研究から考察・

検討することで、各認知症ステージで定着しているケアや必要となるケアを明らかにすることをねらっている。

そこで、対象者が述べた内容の記述データを分析対象にでき、そのデータを分類・命名することで、事象の特徴を体系的に同定し、その特徴がおこる要因や及ぼす影響を推論することができる（上野，2008）ものとして、本研究の研究デザインは、質的・帰納的研究方法の内容分析（content analysis）によるアプローチとした。

## 2. 用語の定義

本研究で用いる用語は、以下のように定義した。

### 1) 認知症ケアに携わる専門職

認知症者の療養場所は、医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームと多岐に渡っており、日常生活支援を行う専門職も、医療機関以外は介護職（介護福祉士）が中心となっている現状にある（日本看護協会，2015）。よって、本研究では認知症ケアに携わる専門職を、看護師・介護福祉士としている。

### 2) 認知症の進行ステージ

認知症の進行ステージは、原因疾患に関わらず、認知機能と心理・行動症状、生活機能と身体機能の増悪状況に応じて判断されており、類型や疾患で区分されていない。そこで、本研究では、認知症の進行ステージとして、認知機能と生活機能障害の程度で判定した3ステージを採用した（平原，2013）。なお、認知機能は認知機能障害の程度を測定するHDS-R；改訂長谷川式簡易知能評価スケール（カットオフポイント：20/21点）で評価し、日常生活行動は、正常段階から高度認知機能低下まで7段階で重症度を評価するFunctional Assessment Staging（以下：FAST分類）で評価した。

#### (1) 発症～軽度（地域での生活～認知症専門外来への受診）：自宅での生活が基盤

日常生活行動がFAST分類で1～3、認知機能がHDS-Rで19点以上の者。近時記憶の低下が中心で、他者の見守りで日常生活に支障はなく、BPSDの出現はほとんど見られない。

#### (2) 中等度（デイサービスの利用～ショートステイの利用）：通所サービスの利用および施設入所を検討する時期

日常生活行動がFAST分類で4～5、認知機能がHDS-Rで15点前後の者。即時記憶の低下や遠隔記憶の低下も見られ、

時間感覚を中心とした見当識障害が出現する。実行機能の低下も起こるため、日常生活を送る上で他者からの補助や介護が必要となる。

### (3) 中等度～重度（入所）：入所～看取りを検討

日常生活行動がFAST分類で6～7、認知機能はHSD-Rで4点前後であり、質問方式で認知機能レベルの判定をすることは困難になる。失行や失語、運動機能障害も出現し、失禁や歩行障害から寝たきりの状態へと移行し始める。経口摂取も困難になる時期であり、絶えず介護が必要となる。

## 3. 研究協力者

研究協力者は、本研究で規定した3つの認知症ステージに該当する認知症者のケアにあたっている専門職で、施設管理者より推薦を受け、研究への同意の得られた看護師；13名、介護福祉士；9名である。

## 4. 研究協力施設の選定

以下の条件に該当する施設を研究協力施設とし、施設管理者に研究協力の依頼を口頭と書面にて行い、了承の得られた施設を本研究の協力施設とした。

- 1) 認知症の発症～軽度の時期：認知症専門外来を持ち、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師を有する医療機関（3か所）
- 2) 中等度：認知症看護認定看護師を有し、認知症対応のデイサービスを併設する介護老人保健施設（2か所）
- 3) 中等度～重度：認知症者のターミナル期に対応し、“看取り”を行っている特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム（2か所）

## 5. データ収集方法

各認知症ステージに対応する医療機関及び施設に出向き、ケアに携わっている看護師および介護福祉士に対し、「認知症者への関わりで留意していること」、「家族への関わりで留意していること」、「医師とのやり取りで留意していること」について面談方式で聞きとり調査（1人あたり、20～30分程度）を行い、その内容を記録用シートに記録した。

## 6. データ収集期間

2015年1月30日～2016年6月10日

表 1. 研究協力者概要

認知症ステージ	研究協力施設	研究協力者
発症～軽度 FAST 分類で 1～3, HDS-R で 19 点以上。記憶障害はあるが、見守りと指示を受けることで、在宅生活を継続している。	認知症専門外来を持ち、老人看護専門看護師, 認知症看護認定看護師を有する医療機関; 3 施設	■認知症の診療・ケアのリーダーを担う看護師 5 名 看護師経験 10 年～20 年のうち、認知症ケアに特化した経験年数は、5 年～15 年
中等度 FAST 分類で 4～5, HDS-R で 15 点前後。施設でのケアを受けることで、日常生活を整えている。	認知症看護認定看護師を有し、認知症に対応したデイサービスを併設している、介護老人保健施設; 2 施設	■認知症ケアのリーダーを担う看護師 5 名 看護師経験 10 年～30 年のうち、認知症ケアに特化した経験年数は 3 年～15 年 ◆認知症ケアのリーダーを担う介護福祉士 5 名 介護福祉士経験 5 年～6 年のうち、認知症ケアに特化した経験年数は 3 年～5 年
中等度～重度 FAST 分類で 6～7, HDS-R で 4 点前後。失行や失語、運動機能障害も出現し、失禁や歩行障害、経口摂取も困難になる時期であり、絶えず介護が必要となる。	認知症者のターミナル期に対応し、“看取り”を行っている特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム; 2 施設	■認知症ケアのリーダーを担う看護師 3 名 看護師経験 18 年～40 年のうち、認知症ケアに特化した経験年数は 5 年～17 年 ◆認知症ケアのリーダーを担う介護福祉士 4 名 介護福祉士経験 4 年～8 年のうち、認知症ケアに特化した経験年数は 3 年～8 年

## 7. データ分析方法

記録用シートに記載した言語データは、各認知症ステージの研究協力者ごとに整理した上で、聞き取り内容ごとに全データを統合した(素データの作成)。その後、舟島(2007)による内容分析(content analysis)の手順に即して、以下のステップで分析を進めた。

### 1) 基礎分析

素データを「聞き取り内容に対して何が語られたのか」という観点で読み込み、意味内容を損ねない限りにおいて単純化した。

### 2) 本分析

各ステージの研究協力者ごとに、1)のデータから類似した意味内容の要素を探し、何度も読み返しながらかつそれを的確に表す表現に置き換え、それらに対比しながらカテゴリを形成した(本文中ではカテゴリを【】、カテゴリを形成する内容を< >にて記載した)。

### 3) カテゴリの真実性の確認

形成されたカテゴリについては、老人看護、認知症看護

を専門にしている大学教員と実践者で構成された研究チームで継続的にディスカッションを行い、カテゴリの示す意味とそれを含む内容の共通見解を確認しながら、真実性の確認につとめた。

### 4) 認知症の各ステージに求められるケアの検討

形成されたカテゴリの内容から、認知症ケアに携わる専門職が留意している関わりが明らかになった。その結果を認知症ケアの基本として提示されている文献や先行研究から考察・検討することで、本研究による新たな知見として、各認知症ステージで定着しているケアと必要となるケアを明らかにした。

なお、本研究では、現実的に認知症者が各ステージで提供されているケアに注目しているため、看護師と介護福祉士のデータを統合して分析した。

## IV. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会ならび、研究協力施設の研究倫理委員会の

承認を得た後に実施した（承認番号：教員-18）。研究協力施設の施設長、看護管理者に研究趣旨と研究協力内容を書面と口頭で説明し、承諾を得ると共に、研究協力者の推薦においては、自由意思が損なわれることが無いように申し添えた。研究協力者に対しては、書面と口頭で研究依頼をする際に、研究協力の是非が就業や診療、療養上の不利益に影響しないこと、研究データは匿名で取り扱おうと共に、鍵付のキャビネットで厳重に管理して個人情報の保護につとめることを説明した。

## V. 結果

### 1. 研究協力者の属性

本研究協力者は、各施設管理者から、認知症ケアに深い知識と経験を持つとして推薦された者であり、その概要は表1のとおりである。

### 2. 聴き取り調査の結果

各認知症ステージに応じて、看護師や介護福祉士が認知症者及び家族に留意している関わりと医師とのやり取りで留意していることを、表2に示す。以下、研究協力者が各認知症ステージにおいて留意している関わりの特徴を、分析結果のカテゴリ名を用いて述べていく。

#### 1) 認知症のステージが発症～軽度の時期における関わりの特徴

この認知症ステージのデータは、認知症専門外来を持つ医療機関で認知症者へのケアに携わっている看護師から得たものである。

看護師は、認知症ステージが軽度である認知症者に対して、＜失敗させないようにリード（する）＞しながらも、＜本人との距離感を持って関わる＞気づかいとともに、＜「試されている」と感じさせないように、さりげなく見守（る）＞りながら、【「その人」の自尊心に配慮（する）】した関わりをしていた。そして、そのような関わりを通して＜自分の価値観がアセスメントに影響しないように注意（する）＞しながら、認知症者の＜言動の背景を原因疾患の症状と照らし合わせ（る）＞て、【「認知症」の症状を見きわめ（る）】ていた。また、＜本人ができることを継続できるように関わる＞ことや、＜デイケアを利用し、人との交流の場を広げる＞など【緊張を緩和できる環境を提供す

る】ことを通して、＜本人ができることを見つけ出す＞こと、＜本人と会話を交わしながら、「その人」を見つめる＞こと、＜他者と関わる様子から、「その人」を知る＞など、【「その人自身」が持つ力を見出（す）】していた。

また、家族への関わりでは、＜家族が知りたいと思っっていることを想定し、先に声をかけ（る）＞たり、＜社会資源を利用し、1人で抱え込まないように伝える＞、＜家族の介護力を見て協力の範囲を調整する＞など【介護負担が増強しないように配慮（する）】した上で、＜「認知症」の正しい知識を提供する＞ことや、＜注意して見て欲しい生活行動を伝える＞こと、＜本人のコミュニケーション力に合う話しかけ方を指導する＞など、【認知症の見方や関わり方を指導する】ことに留意していた。そして、【今後の見通しを伝える】際には、＜一般論だけでなく、家族が変化を想定できるような例を示（す）＞したり、＜この先の変化を年単位で伝え（る）＞ていたことも明らかとなった。

そして、医師とのやり取りでは、＜医師の治療方針を理解（する）＞した上で、＜認知症増悪が疑われる際は、早めの診断・評価を依頼（する）＞し、＜医師と方針が食い違わないように注意する＞ことを通して【医師とのコミュニケーションを密に取る】ことにも留意していた。また、＜薬（向精神薬、睡眠導入剤）の使い方を相談（する）＞したり、認知症者の＜日常生活行動の様子を具体的に伝え（る）＞、認知症者の＜先入観を与える情報は入れない＞よう配慮をしながら、認知症者と家族が＜医師からの説明を主体的に受けられるよう、場を整える＞など、【医師と認知症者、家族をつなげる】ことにも気を配っていることが明らかとなった。

#### 2) 認知症のステージが中等度の時期における関わりの特徴

この認知症ステージのデータは、認知症に対応したデイサービス併設している介護老人保健施設で、認知症ケアに携わっている看護師と介護福祉士から得たものである。

看護師および介護福祉士は、認知症者をとらえるため、＜バイタルサインの違いから、今日の良し悪しをつかむ＞だけでなく、＜24時間のサイクルで「その人」の変化をみ（る）＞たり、その時々＜本人の服装の選び方に注意する＞など、【点で捉えた変化を線としてつなげて症状を見きわめ（る）】ていた。そして、＜うなずきや表情から「その人」の思いをくみと（る）＞ったり、＜「その人」の気持

表2. 認知症ケアに携わる専門職（看護師、介護福祉士）が認知症患者及び家族への関わりと医師とのやり取りで留意していること

認知症ステージ：軽度～重症	認知症ステージ：中等度	認知症ステージ：中等度～重度
<p>【「認知症」の症状を見きわめる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行動の背景を原因疾患の症状と照らし合わせる</li> <li>・自分の価値観がアセスメントに影響しないように注意する</li> <li>・日常生活の様子を機能評価に加えて考える</li> </ul> <p>【「その人」の自尊心に配慮する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人との距離感を保って関わる</li> <li>・「話されている」と感じさせないよう、さりげなく見守る</li> <li>・失敗させないようにリードする</li> </ul> <p>【緊張を緩和できる環境を提供する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイケアを利用し、人との交流の場を広げる</li> <li>・本人ができることを継続できるように関わる</li> </ul> <p>【「その人自身」が持つ力を見出す】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人ができていないことを見つけて出す</li> <li>・本人と会話を交わしながら、「その人」を見つめる</li> <li>・他者と関わる様子から、「その人」を知る</li> </ul>	<p>【点で捉えた変化を線としてつなげて症状を見きわめる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・バイタルサインの違いから、今日の良し悪しをつかむ</li> <li>・24時間のサイクルで「その人」の変化をみる</li> <li>・本人の服装の選び方に注意する</li> </ul> <p>【情報を繋ぎ合わせて「その人」を知ろうと努力する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「その人」を理解するための背景を知ろうとつとめる</li> <li>・「その人」の気持ちを想像し、行動の理由を考える</li> <li>・うなずきや表情から、「その人」の思いをくみ取る</li> <li>・「その人」の「できる面」を探す</li> </ul> <p>【「その人」の力を引き出せるように関わる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の笑顔が出るように話しかける</li> <li>・外から生活リズムをつつけるように心がける</li> <li>・本人から言葉が出るように働きかける</li> </ul> <p>【「その人」の世界を邪魔しないよう、見守る】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「その人」の世界を邪魔しないよう、見守る</li> <li>・伝える努力ではなく、見守る努力をする</li> <li>・自分の関わりが相手に及ぼす余韻を考えて関わる</li> <li>・「その人」は力を持っていると信じて関わる</li> <li>・本人が生きてきた意味を持って過ごせるよう関わる</li> </ul>	<p>【目の前であつた情報から「その人」の今を想像する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・表情や顔色から体調を想定する</li> <li>・目力や視線が合うかどうかのように注意する</li> <li>・生理現象（食べる、寝る、排泄する）のバランスの崩れを注意する</li> </ul> <p>【今に至る原因を辿りながら「その人」を知る努力を続ける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行動の経過や背景をたどり原因を考える</li> <li>・表出される言動の意味を季節毎、年単位で比較して考える</li> <li>・情報をあらゆる角度から取って整理する</li> <li>・不要な薬を切り、「本来の姿」を戻めるようにつとめる</li> </ul> <p>【「その人」の力が維持できるように関わり続ける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・できることを大事にする</li> <li>・言葉を使ってコミュニケーションを取ることをあきらめない</li> <li>・訴えを懸命に聞き、相手が訴えることをやめないように努力する</li> </ul> <p>【「その人」が安寧に過ごすことができるよう意識して関わる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相手に「その人」に「安心」になれるよう、相手の気持ちを常に想像する</li> <li>・1日1日が「その人」にとってよい日になるように関わる</li> <li>・「近すぎない」ことを心がけて、触れることを大切に</li> <li>・相手に成り変わって身体状況を整える</li> <li>・「その人」の日常に慣れさせてしまわないように気を付ける</li> </ul>
<p>【今後の見直しを伝える】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この先の変化を年単位で伝える</li> <li>・一般論だけでなく、家族が変化を想定できそうな例を示す</li> </ul> <p>【認知症の見方や関わり方を指導する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・注意して見て欲しい生活行動を伝える</li> <li>・「認知症」の正しい知識を提供する</li> <li>・本人のコミュニケーション力に合う話しかけ方を指導する</li> <li>・家族の関わり方を否定せず、改善すべき点のみ伝える</li> </ul> <p>【介護負担が増強しないように配慮する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会資源を利用し、1人で抱え込まないように伝える</li> <li>・家族の介護力を見て協力の範囲を調整する</li> <li>・家族が知りたかと思っていることを想定し、先に声をかける</li> </ul>	<p>【家族と認知症患者と過ごす時間を大切に】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経過を予測し、最期の迎え方について家族の意向を尊重する</li> <li>・家族が認知症者と過ごせる時期を過ぎないようにする</li> <li>・“いい時”を見てもらえるよう、連絡はまめにとる</li> <li>・家族が医師の診たてを聞けるように仲介する</li> <li>・家族が遠のかないよう、認知症者の様子をこまめに伝える</li> </ul> <p>【家族が「その人の面影」を穏やかに持ち続けられるように気を配る】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会話を交わしながら、家族の体調や様子に心配を寄せる</li> <li>・家族間の関係調整にも気を配る</li> <li>・家族から高齢者の関わり方を学ぶ姿勢を持つ</li> <li>・家族にとっての“高齢者像”を聞くようにしている</li> <li>・高齢者の色々な面を知ってもらえるよう、イベントにも積極的に誘う</li> </ul>	<p>【家族と認知症患者、家族をつなげる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬（向精神薬、睡眠導入薬）の使い方を相談する</li> <li>・日常生活行動の様子を具体的に伝える</li> <li>・先入観を与える情報は入れない</li> <li>・医師からの説明を主体的に受けられるよう、場を整える</li> </ul> <p>【医師とのコミュニケーションを密に】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症増悪が疑われる際は、早めの診断・評価を依頼する</li> <li>・医師と方針が食い違わないように注意する</li> <li>・医師の治療方針を理解する</li> </ul>
<p>【医師が認知症者の状態をイメージできるようにやり取りする】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活場面の様子（食べている様子や食の好み）を伝える</li> <li>・自分達のアプローチへの反応も一緒に伝える</li> </ul> <p>【認知症者をターゲットで見られるように働きかける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「リハビリ室」で「生活の場」は異なることを伝える</li> <li>・認知機能レベルが不鮮明な時の言動を共有する</li> <li>・向精神薬は「症状が少し取まる程度」で依頼する</li> </ul>	<p>【家族と認知症患者、家族をつなげる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が認知症者と過ごす時間を大切に</li> <li>・経過を予測し、最期の迎え方について家族の意向を尊重する</li> <li>・家族が認知症者と過ごせる時期を過ぎないようにする</li> <li>・“いい時”を見てもらえるよう、連絡はまめにとる</li> <li>・家族が医師の診たてを聞けるように仲介する</li> <li>・家族が遠のかないよう、認知症者の様子をこまめに伝える</li> </ul> <p>【家族が「その人の面影」を穏やかに持ち続けられるように気を配る】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会話を交わしながら、家族の体調や様子に心配を寄せる</li> <li>・家族間の関係調整にも気を配る</li> <li>・家族から高齢者の関わり方を学ぶ姿勢を持つ</li> <li>・家族にとっての“高齢者像”を聞くようにしている</li> <li>・高齢者の色々な面を知ってもらえるよう、イベントにも積極的に誘う</li> </ul>	<p>【医師が認知症者の状態をイメージできるようにやり取りする】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活場面の様子（食べている様子や食の好み）を伝える</li> <li>・自分達のアプローチへの反応も一緒に伝える</li> </ul> <p>【認知症者をターゲットで見られるように働きかける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「リハビリ室」で「生活の場」は異なることを伝える</li> <li>・認知機能レベルが不鮮明な時の言動を共有する</li> <li>・向精神薬は「症状が少し取まる程度」で依頼する</li> </ul>

(注)：【】内の記載はカテゴリ名、【】の下には、そのカテゴリを形成する具体的内容を記載している

ちを想像し、行動の理由を考える>だけでなく、<「その人」の“できる面”を探(す)>した上で、<「その人」を理解するための背景を知ろうとつとめ(る)>、【**情報をつなぎ合わせて「その人」を知ろうと努力する**】など、様々な観点から情報収集と検討を繰り返し、症状に隠された「その人」を掘り起し、見つめ続ける努力をしていた。また、とらえた認知症者の「その人」像をふまえ、医師が【**認知症者をトータルで見られるように働きかける**】ことができるよう、<「リハビリ室」と「生活の場」は異なることを伝え(る)>たり、<認知機能レベルが不鮮明な時の言動を共有する>ことを通し、<向精神薬は「症状が少し収まる程度」で依頼する>とともに、<生活場面の様子(食べている様子や食の好み)を伝え(る)>たり、<自分達のアプローチへの反応も一緒に伝える>ことで、【(医師が)認知症者をイメージできるようにやり取りする】ことに留意していた。そして、家族と<信頼関係をつく(る)>ったり、<家族の生活状況を見守(る)>ことを通して【**家族の心身が穏やかになるように気を配る**】こと、<普段の関わり方をモデル例として示す>とともに、<認知症の進行を現状を例に出しながら説明する>など、その人に生じている【**認知症との関わり方を指導する**】ことや、<認知症者の状態を定期的に報告(する)>し、<「家に帰れる」ことをイメージできるように関わる>こと、<認知症者が持っている力を伝え(る)>て、<(認知症者の心が)家族から離れているわけではないことを伝える>など【**家族と認知症者をつなぐ役割を果たす**】ことに留意し、認知症者が他者から関わる機会を失わないように努めていることが明らかとなった。その上で<自分の関わりが相手に及ぼす余韻を考えて関わる>ことで、<「その人」の世界を邪魔しないよう、見守る>こと、<本人が生きてきた意味を持って過ごせるように関わる>など、【**「その人」があまりのままで振る舞えるよう意識して関わる**】だけでなく、<外から生活リズムをつけるように心がけ(る)>つつも、<本人から言葉が出るように働きかける>など、【**「その人」の力を引き出せるように関わる**】ことに留意していた。

### 3) 認知症のステージが中等度～重度の時期における関わりの特徴

この認知症ステージのデータは、認知症者のターミナル期に対応し、“看取り”を行っている特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホームで認知症ケアに携わっている

看護師と介護福祉士から得たものである。

看護師および介護福祉士は、<生理現象(食べる、寝る、排泄する)のバランスの崩れを注意する>ことや、<目力や視線が合うかどうかに注意する>、<表情や顔色から体調を想定する>など【**目の前でつかんだ情報から「その人」の今を想像(する)**】したり、<行動の経過や背景をたどり原因を考え(る)>、<表出される言動の意味を季節毎、年単位で比較して考える>ことや<情報をあらゆる角度から取って整理する>、<不要な薬を切り、「本来の姿」を見つめるようにつとめる>ことで、【**今に至る原因を辿りながら「その人」を知る努力を続け(る)**】ていた。そして、家族に対して<会話を交わしながら、家族の体調や様子に心配を寄せ(る)>、<家族間の関係調整にも気を配る>ことに加え、<家族にとっての“高齢者像”を聞く(ようにしている)>ことや<家族から高齢者の関わり方を学ぶ姿勢を持つ>など【**家族が「その人の面影」を穏やかに持ち続けられるように気を配る**】ことで、反応も乏しくなった認知症者を“意思を有する人”として、また、家族にとっても“「その人」である”ことを受け入れられるように留意していることが分かった。そして、この時期の認知症者に携わる看護師および介護福祉士は、認知症者から発せられる微細なサインを逃すまいと、<訴えを懸命に聞き、相手が訴えることをやめないように努力する>ことや、<言葉を使ってコミュニケーションを取ることをあきらめない>といった【**「その人」の力が維持できるように関わり続け(る)**】ていることも明らかとなった。また、認知症者に対して<「安心できる人」になれるよう、相手の気持ちを常に想像する>ことや、<1日1日が「その人」にとってよい日になるように関わる>など【**「その人」が安寧に過ごすことができるよう意識して関わる**】ことにも留意していた。それと並行し、家族に対しては<(家族が)医師の診たてを聞けるように仲介する>こと、<“いい時”を見てもらえるよう、連絡はまめにとる>ことや<経過を予測し、最期の迎え方について家族の意向を尊重する>など、【(家族)が認知症者と過ごせる時間を大切にする】ことに努めてもいた。そして、医師に対しては、訴えることが困難となる認知症者の心身を日常的なケアで整えた上で、<認知症者の生活状況と、その状況に至った理由をアセスメントして伝える>ことを通し、【**医師が認知症者の状態をイメージできるようにやり取り(する)**】していたことが分かった。

## VI. 考 察

本研究の結果から、認知症ケアに携わる専門職（看護師、介護福祉士）が各認知症の進行ステージにおいて、認知症患者、家族、医師に対して留意している関わりの特徴が明らかになった。そこで、認知症ケアの基本的な考え方として教育・研修にも用いられている、認知症の病態過程に対応したケアマネジメント（中島，2017；以下認知症のケアマネジメントとする）と比較・検討しながら、本研究における新たな知見と求められる認知症ケアについて、考察を加える。

### 1. 認知症ステージが発症～軽度の時期

一般的に、認知症の発症から軽度のステージ（FAST分類で1～3，HDS-Rで19点前後）では、近時記憶の低下から始まった記憶障害が見られ始める。見守りと指示を受けることで、日常生活が大きく崩れることはないが、失敗を恐れることで活動性が低下したり、突発的な出来事に対処できず、家族との関係に困難が生じやすくなることから（高見，2011）、心理状況が不安定になりやすい時期でもある。認知症のケアマネジメントでは、この時期の認知症患者は、家族からの関わりで被る怒りや悲哀、表現の不適切さからストレスや身体的不調を生じやすいため、ケアに携わる専門職は認知症者と家族に起きている状態を丁寧に聴取し、寄り添いつつ介入すべき時を待つ、という姿勢が必要だとされている。これについては、本研究の結果においても、ケアに携わる専門職（本データでは、看護師）が認知症患者に対して【「その人」の自尊心に配慮（する）】し、【「その人自身」が持つ力を見出す】ことに留意しながら、【緊張を緩和できる環境を提供する】ことで、自尊感情の低下やうつ症状の出現を回避し、過度な緊張で“本来できない”とならないよう、機能維持へのアプローチを行っていることが明らかになった。また、家族に対して【介護負担が増強しないように配慮（する）】しながらも、【認知症の見方や関わり方を指導する】ことや【今後の見通しを伝える】とともに【医師とのコミュニケーションを密に取（る）】り、【医師と認知症者、家族をつなげる】関わりにも留意しており、認知症者の感情の起伏が周囲との関係を悪化させないように留意していることも明らかとなった。

以上のことから、「認知症者と家族に起きている状態を丁

寧に聴取し、寄り添いつつ介入すべき時を待つ、という姿勢を持つこと」については、実践されていたことが分かった。その一方で、医療的介入として抗認知症薬が投与され、認知機能や生活機能の維持を目指した生活指導や、認知機能へのリハビリテーションが計画される時期に、認知症患者が有意義な治療効果を得られることに留意した関わりは、結果として得られなかった。

認知症の発症～軽度の時期における Reality Orientation や記憶課題訓練、認知リハビリテーションの効果は、以前から見当識、記憶、言語、注意障害の部分的改善について報告されてきた（Sohlberg, & Mateer, 1987; 浜田, 飯干, 相星, 有馬, 吉村, 窪田, 2003）。現在では知的活動による認知症予防の機序モデルも提唱されており（Wirth, Haase, Villeneuve, Vogel, & Jagust, 2014）、認知トレーニングによって脳機能や構造に変化が引き起こされること（関口, 川島, 2007; Suzuki, Shimada, Makizako, & Doi, 2013）、プレクリニカルAD（preclinical Alzheimer's disease）期から、読書、楽器演奏などの知的活動を促進することの有効性も発表されている（島田, 2016）。しかし、これらについては、認知機能の判断や認知症予防対策として取り上げるにとどまっており、ケアとして看護職や介護職が関わることについては、言及されていない。その背景には、認知機能が個人特性や生活環境からの影響を受けやすく、効果判定が困難なことや、医療機関では臨床心理士や言語聴覚士、認知行動療法士が専門職として担っている、という現実がある。しかし、認知症の発症～軽度の時期は、症状が進行していく認知症者のQOLを左右するケアの最前線であり、治療効果が最も期待できる時期でもある。看護職や介護職も、より高い興味・関心を持って関わることは重要であり、認知症ケアに携わる専門職のケアマネジメントに含める必要があることが、あらためて考えられた。

以上のことから、認知症の発症～軽度の時期では、現状の認知症者へのアプローチや、家族介護者、医師に留意している関わりに加え、認知症への有意義な治療効果が得られるよう、意図的に日々のケアの中で見当識や記憶力、注意力などに働きかけることが必要である。そして、治療効果にケアの要素が組み込まれることで、認知症者にとって質の高い認知症治療が提供され得ると考える。

### 2. 認知症ステージが中等度～重度の時期



この時期は、見当識障害や実行機能の低下から、日常生活を送る上で他者からの補助や介護が必要となる反面、BPSD が最も出現しやすく、他者と関わることや関わられることが最も困難となる。認知症のケアマネジメントでも、BPSD の出現や ADL などに変化が大きく、多彩な病状変化のアセスメントとケアの優先順位を考えながら、認知症者の療養環境を整えることが必要とされている(酒井, 諏訪, 飯田, 大塚, 丸山, 淵田, 根本, 2010)。本研究では、多彩な病状変化のアセスメントとして、【点で捉えた変化を線としてつなげて症状を見きわめる】ことや【情報をつなぎ合わせて「その人」を知ろうと努力する】など、様々な観点から情報収集と検討を繰り返し、症状に隠された「その人」を掘り起し、見つめ続ける努力をするという、具体的な方法が明らかとなった。また、認知症者の療養環境として、物理的環境の整備に関するデータは得られなかったが、認知症者の「その人」像をふまえ、医師に【認知症者をトータルで見られるように働きかける】ことや【(医師が) 認知症者をイメージできるようにやり取りする】こと、家族には【(家族の) 心身が穏やかになるように気を配(る)】りながら、その人に生じている【認知症との関わり方を指導(する)】したり、【家族と認知症者をつなぐ役割を果たす】など、認知症者が他者から関わられる機会を失わないよう、人的環境を整えていることが分かった。

認知症者への環境支援には、PEAP (professional environmental assessment protocol) という環境づくりの指針が提唱されており、日本では翻訳・修正された環境支援目標 8 次元と支援ポイント 31 の中項目および具体例を示す小項目が発表され(児玉, 下垣, 足立, 潮谷, 2003)、施設ケアにおける環境支援として汎用されている(鈴木, 児玉, 2013; 児玉, 2015; 宮川, 2015)。この指針の中でも、支援ポイントとしてケア提供者が関わりながら、利用者(入居者)の自立や自己選択、他者との交流や精神的安寧を提供することが含まれていることから、ケアにあたる専門職(本データでは、看護師と介護福祉士)自身は、認知症者への環境づくりとして、人的環境を整えることを最優先にしていることが考えられる。また、認知症者に対する環境と行動・心理症状の関係について、Hall, & Buckwalter, (1987) は「認知機能の低下は、環境からもたらされる様々な刺激情報を処理し、対応することを困難にするため、認知症者のストレス刺激閾値は低くなり、不安行動や様々な行動障害が出

現しやすくなる。ストレス刺激が対応されずに放置されると、不安行動や行動障害が増悪し、でき得る日常生活行動もできなくなる。」と述べており(PLST モデル; progressively lowered stress threshold model; PLST Model)、環境からのストレス刺激を制御し、ストレス刺激閾値を超える前に対応することが、BPSD の出現や BPSD からの離脱に重要と言える。研究の結果でも、<「その人」の世界を邪魔しないように見守っている>、<伝える努力ではなく、見守る努力をする>、<自分の関わりが相手に及ぼす余韻を考えて関わる>など、ケアにあたる専門職自身が環境要因であることを自覚して【「その人」が有るままに振る舞えるよう意識して関わる】様子や、<外から生活リズムをつけるように心がける>など、ストレス刺激を制御して【「その人」の力を引き出せるように関わる】ことに留意しており、BPSD の出現を防ぐ努力をしていることが、明らかとなった。

以上のことから、認知症が中等度に進行したステージにおける療養環境づくりの特徴として、ケアにあたる看護師や介護福祉士自身が道具となって認知症者を見守り、関わることを通して家族や医師の関与を途切れさせないようにつなげながら、認知症者が過ごしやすい環境をつくっていくという、人的環境づくりを核に据えてケア環境を調整していることが、新たに分かった。

### 3. 認知症ステージが中等度～重度の時期

この時期は、失行や失語、運動機能障害の出現により、絶え間ない身体介護が必要となるが、認知症者本人から示される反応は乏しく、認知症者を主体としたケアの評価は難しくなる。そのため、認知症のケアマネジメントとしては、多様な視点から認知症者をとらえた統合的アセスメントを基盤に、認知症者の身体合併症を予防すると共に、家族や多職種と連携し、看取りに関する合意形成(意思決定支援)を進めることが必要とされている(諏訪, 2014; 長江, 2017)。

本研究の結果においても、<生理現象(食べる、寝る、排泄する)のバランスの崩れを注意する>など【目の前で見つめた情報から「その人」の今を想像(する)】したり、【今に至る原因を辿りながら「その人」を知る努力を続ける】ことを通して、反応の乏しくなった認知症者を“意思を有する人”として関わり、統合的アセスメントを導いていることが明らかとなった。このような対象理解は、表情

や顔色、生理現象といった、認知症者の反応から「その人」の今を想像するものであり、発症～早期の時期や中等度の進行ステージ以上に“不確かさ”の上に成り立っていた。そのため、認知症ケアに携わる専門職（本データでは、看護師と介護福祉士）は、認知症者から発せられる微細なサインをキャッチするため、＜訴えを懸命に聞き、相手が訴えることをやめないように努力する＞ことや、＜言葉を使ってコミュニケーションを取ることをあきらめない＞など、【「その人」の力が維持できるように関わり続ける】ことが、あらためて明らかになった。このように、関わりによって引き出される認知症者の反応に注目することは、湯浅、小川（2007）も、「問いかけに応じようとするしぐさ（心地よい状態）、ケアに対する拒否的なしぐさ（心地悪い状態）」が、重度認知症高齢者の意思をくみ取る際の指標になると述べており、本研究においても、ケアにあたる看護師と介護福祉士が、意思をくみ取る努力を続けていることが確認された。さらに本研究では、認知症者に対して＜1日1日が「その人」にとってよい日になるように関わる＞など【「その人」が安寧に過ごすことができるよう意識して関わる】ことと並行して、＜家族が医師の診たてを聞けるように仲介する＞など【家族が認知症者と過ごせる時間を大切にすることにも努めており、医師との連携も取りながら、認知症者と家族にとって穏やかな最期を迎えさせようと努力していることも、明らかとなった。しかし、療養生活に対する意思決定支援については、認知症が中等度に進行したステージ、中等度から重度のステージにおいても、データとして得られなかった。認知症者の微細なサインを得ようとする努力や家族への配慮が得られているだけに、その理由を考える必要がある。

認知症高齢者の意思決定支援としては、コンセンサス・ベースド・アプローチが提唱されている。このアプローチでは、認知症者のケアに携わってきたメンバー間で、提供された医療や家族が行ってきたケアの経過、予測される症状やその軌跡を共有した上で、本人にとってのQOLの維持向上と尊厳を守ることを代弁し、データやケアに関する知見、経験に基づくガイダンスを提供することが説明されている（高道，2015）。また、認知症高齢者のend-of-life careについて山崎（2016）は、多職種連携が必要であり、そのためには「連携・協働に望ましい関係づくり」と、「終末期ケアを行うことに対して共通の理念を持つ」ことの重要性

を述べている。本研究でも、看護師や介護福祉士といったケア専門職が認知症者の意思をくみ取る努力を続け、日常生活援助を通して認知症者の心身を整え、【医師が認知症者の状態をイメージできるようにやり取り（する）】しており、これまでの医療やケアの経過を共有することや、終末期ケアに対する共通の理念を持つことには留意していたと言える。しかし、コンセンサス・ベースド・アプローチで提唱されている、本人のQOLの維持向上と尊厳を守ることを代弁し、データやケアに関する知見、経験に基づくガイダンスを提供する、という実践には至っておらず、ここに意思決定支援が明らかにならなかった理由があると考えられる。認知症者のend-of-life careにおける意思決定支援について、杉原（2016）は「（認知症者）本人の理解・判断力を正しく評価することや、その確認方法が確立されていない現状であって、認知症者の意思決定に関する方法論の確立が必要である」と述べており、実践方法だけでなく、認知症者の現状に対する認識力のアセスメント方法にも課題があることが指摘されている。これらのことから、認知症ケアに携わる専門職が、認知症者の療養に対する意向を代弁し、ケアの根幹に反映させる実践を起すためには、多様な観察を基盤とした統合的アセスメントを通して、end-of-life careにおける認知症者自身の認識力を評価すると共に、多職種に働きかけて、認知症者と家族にとって必要なケアを押し進めていくマネジメント力を持つことが求められると考えられる。また、本研究では「合併症の予防」について明らかにならなかった。そこで、認知症者に対する統合的アセスメントを、どのように重度の認知症者への身体的ケアに反映させ得るか、について考察を加える。

平原（2013）は、認知症者の生活を支えるためのアセスメントとして、全身状態、合併症を評価する重要性を述べている。それは、身体診察の機会を設けて患者の持つ基礎疾患を評価し、それによる合併症のリスクを評価することで合併症によって急性増悪し、死亡に至る転帰を防ぐことが期待できるからである。しかし、認知症者の治療は、その治療効果を認知症者の微細な変化や生活機能の視点から評価することも必要であるため、医学的アプローチだけでは限界がある。ゆえに、認知症ケアに携わる専門職、特に看護師には、「認知症」の症状を見きわめるだけでなく、認知症者の全般的なフィジカルアセスメントを積極的に行い、本研究で明らかとなった【点で捉えた変化を線として

つなげて症状を見きわめる】ことや【目の前でつかんだ情報から「その人」の今を想像する】とらえ方を、失禁、歩行障害、嚥下障害を評価することに生かし、認知症者のQOLを低下させない介入を実施することが、求められると考える。また、「合併症の予防」がデータとして得られなかった理由として、看護師は「当たり前のこと」として、介護福祉士は「そこは看護師が対応するもの」として、認識していたことも考えられる。しかし、認知症者の統合的アセスメントを“その人を知る”ことに留めず、認知症者のend-of-life careを豊かにする、という文脈でとらえられれば、「合併症の予防」もこの時期の日常生活支援に留意すべきケアとしてあがり、具体的なケア実践につながることを期待できたとであろう。そのように、ケアの文脈で統合的アセスメントをとらえることが、認知症ケアの実践力向上にもつながると考える。

## VII. 結 論

認知症ケアに関わっている専門職（看護師、介護福祉士）は認知症の進行に伴う全ステージにおいて、認知症者に対する理解に力を注いでいた。そして、重度のステージであっても敬意をもって【「その人」の力が維持できるように関わり続ける】ことにつとめようと考えているが、認知症者の全般的なフィジカルアセスメントや、認知機能の維持向上を意識した介入に関するデータは、本研究では得られ

なかった。また、家族に対しても【認知症との関わり方を指導する】だけでなく、【家族と認知症者をつなぐ役割を果たす】ことを心がけ、【家族が認知症者と過ごせる時間を大切に（する）】したり、【家族の心身が穏やかになるように気を配る】ことを意識していた。しかし、医師に対しては【（認知症者を）トータルで見られるように働きかける】にとどまっており、意思決定支援の実践には至っていなかった。

以上より、認知症の進行ステージに応じた看護介入プログラムとしては、認知症者の全般的なフィジカルアセスメントを積極的に行い、認知症への治療効果が得られるよう、意図的に日々のケアの中で認知機能に働きかけること、出現する失禁、歩行障害、嚥下障害にアプローチすると共に、多職種に働きかけて、認知症者の意思決定支援を推進することが重要であり、強化する視点であることが考えられた。

**謝辞：**本研究のデータ収集にご協力いただいた協力者の皆様、研究チームの森山祐美様、玉田田夜子様、伊藤大輔様、稲野聖子様、西池靖子様へ感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS 科研費 15K11770（代表者：高見美保）の助成を受けて実施した。また、本研究の一部は、2017年ADI国際会議において発表した。

**利益相反：**本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

- 朝田隆 (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業, 総合研究報告書, 8.
- Borson, S., Scanlan, J., Sadak, T., Lessig, M., & Vitaliano, P. (2014). Dementia Services Mini-Screen: A Simple Method to Identify Patients and Caregivers in Need of Enhanced Dementia Care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (8), 746-755.
- 舟島なおみ (2007). 質的研究への挑戦 第2版, 東京, 医学書院.
- 羽生春夫 (2013). アルツハイマー病治療薬の最近の話題. *老年精神医学雑誌*, 24(8), 791-798.
- 浜田博文, 飯干紀代子, 相星さゆり, 有馬由紀子, 吉村京子, 窪田正大 (2003). 痴呆の認知リハビリテーション—見当識・記憶・言語・注意障害に対して—. *認知リハビリテーション*, 2003, 35-45.
- Hall, G., & Buckwalter, K. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399-406.
- 長谷川和夫 (2006). 「医療依存度の高い認知症高齢者の治療と看護計画」, 改訂長谷川式簡易知能スケール (HDS-R)活用のポ

- イント.264-269. 東京都, 日総研.
- 平原佐斗司 (2013). 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門. IV-5. 205-206. 東京都, 中央法規.
- 平林美保, 水谷信子 (2003). 痴呆症高齢者に対する新たなグループケアプログラムの開発—セッションの場で起きたこと, 引き出された力—. 老年看護学, 7(2), 44-56.
- 堀田聡子 (2016). 人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行—オランダ・ビュートゾルフを手がかりに—. 地域リハビリテーション, 11(11), 709-713.
- 石井徹郎 (1991). 高齢者のための知的機能検査の手引き, *Functional Assessment Staging*; 行動観察尺度 (観察式). 59-64. 東京都, ワールドプランニング.
- 児玉桂子, 下垣光, 足立 啓, 潮谷有二 (2003). 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり—実践に役立つ環境評価と整備手法—. 東京, 彰国社.
- 児玉桂子 (2015). 認知症の人が落ち着いて生活できる施設環境づくり—PEAPに基づく施設環境づくり支援プログラムの活用方法とその効果—. 認知症介護, 16(4), 76-83.
- 厚生労働省(2015). 認知症施策推進総合戦略 ~認知症高齢者等やさしい地域づくりに向けて~ (新オレンジプラン) について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>)
- 宮川永美子 (2015). 利用者の視点で環境を整える —PEAPを活用した環境づくりの工夫—. 認知症ケア最前線, 50, 40-43.
- 長江弘子 (2017). 認知症と共に生きる人と家族のエンド・オブ・ライフケア—日常生活の快適さを積み重ねるプロセスの共有化—. 日本認知症ケア学会誌, 15(4), 765-771.
- 永田久美子 (2013). 認知症の当事者研究とは何か. 看護研究, 46(3), 254-262.
- 浪花美穂子, 横山正博 (2012). 認知症高齢者のグループホームにおける「なじみの環境」形成の影響に関する検討. 認知症ケア学会誌, 11(2), 529-543.
- 榊原宏昌 (2017). 虐待・不適切ケアの予防とスタッフへの徹底の仕方 —知らず知らずやっていますか? 施設内に蔓延している不適切ケア—. 認知症介護, 18(2), 2-8.
- 酒井郁子, 諏訪さゆり, 飯田貴映子, 大塚真理子, 丸山優, 湊田英津子, 根本敬子 (2010). 高齢者が生活リズムを整えるためのケア. 中島紀恵子, 石垣和子 (監修) 高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール—連携と協働のために—. (pp.28-69), 東京, 日本看護協会出版会.
- 関口敦, 川島隆太 (2007). 認知症に対する学習療法. 脳と神経, 59(4), 357-365.
- 島田裕之 (2016). MCI とプレクリニカル AD への介入 —現在実施可能なアプローチ—. 老年精神医学, 27(6), 649-654.
- Sohlberg, M., & Mateer, C.(1987). Effectiveness of an attention training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol.19, 117-130.
- 杉原百合子 (2016). 認知症の人と家族に対する意思決定支援と看護 職の役割. 人間福祉学研究 9(1), 21-34.
- 鈴木みな子, 児玉桂子 (2013). デイサービスの環境づくり —認知症高齢者への環境支援指針 PEAP 日本版 3 のデイサービスへの適用—, 日本社会事業大学研究紀要, 59, 167-182.
- 諏訪さゆり(2014). 認知症ケアの倫理. 老年看護学, 18(2), 14-21, 2014.
- Suzuki, T., Shimada, H., Makizako, H., & Doi, T. (2013). A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS One*, Apr 9; 8(4):e61483.
- 高見美保, 水谷信子 (2011). 認知症高齢者と家族介護者が関わり合う際に生じる困難に対する看護介入の開発 —介入プログラムの作成と実践—. 老人看護学, 15(2), 36-43, 2011.
- 高見美保, 大久保和実, 稲野聖子, 伊藤大輔, 森山祐美, 石橋信江, 武林智子 (2014). 認知症高齢者と家族介護者の「理解と関係を促進する介入プログラム」簡易版の評価. 第 34 回日本看護科学学会学術集会講演集, 564.
- 高道香織 (2015) : 肺炎で入院する認知症高齢者と家族への意思決定支援のプロセス. 看護管理, 25(1), 43-51.

- 上野栄一 (2008). 内容分析とは何か—内容分析の歴史と方法について—. 福井大学医学部研究雑誌, 9(1), 1-18.
- 湯浅美千代, 小川妙子 (2007). 重度認知所高齢患者に対するケアの効果を把握する指標の開発 (第 1 報) —心地よさ “comfort” の概念を取り入れた指標の事例適用—. 千葉看会誌, 13(2), 80-88.
- 山崎尚美 (2016). 認知症高齢者の終末期ケアの現状と課題 —多職種連携のあり方—. 臨床老年看護, 23(6), 93-97.
- 渡部月子, 小林隆司, 片平伸子, 別所遊子 (2006). 認知症高齢者の食事行動援助における手がかりに関する研究 —介護老人保健施設における調査から—. 日本地域看護学会誌, 8(2), 58-64.
- Wirth, M., Haase, C., Villeneuve, S., Vogel, J., & Jagust, W. (2014). Neuroprotective pathways : lifestyle activity, brain pathology, and cognition in cognitively normal older adults. *Neurobiology Aging*, 35(8), 1873-1882.
- Zwijzen, S., Gerritsen, D., Eefsting, J., Hetogh, C., Pot, A., & Smalbrugge, M. (2014). The development of the Grip on Challenging Behavior dementia care programmer. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(1), 15-21.

# Characteristics of the care depending on stage aggravation of dementia

—Being aware of stage aggravation of dementia on Nurse and Care worker—

Miho Takami<sup>1)</sup>, Yoshiko Nakasuji<sup>1)</sup>, Yoko Nomura<sup>2)</sup>

## Abstract

### [Purpose]

The purpose of this study is to identify what healthcare professionals engaged in dementia care (e.g. nurses, care-workers) focus on when they interact with people with dementia, their families and physicians, in each (i.e. mild, moderate, or severe) stage of dementia.

### [Methods]

Data were collected at medical institutions, healthcare service facilities for the elderly, nursing homes, and group homes. For this study, 13 nurses and 9 healthcare workers were interviewed. The interviews were analyzed using content analysis.

### [Results and Discussion]

The results showed that in the period from the onset of dementia to mild stage, healthcare professionals engaged in dementia care focused on basic care, involving listening carefully to dementia patients and their families to understand their situations and watchful waiting until intervention is necessary. However, professionals seemed to pay little attention to interventions that could have a meaningful therapeutic effect on dementia. In the moderate stage, professionals focused on discovering the hidden “true personality” of dementia patients, by collecting and analyzing information on behaviors displayed, i.e. behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) assessment. Regarding efforts to create a comfortable therapeutic environment for patients, professionals made adjustments to the care environment, focusing on the “human environment,” to ensure that family and physician involvement in dementia care is not interrupted. In the moderate to severe stage of dementia, professionals focused their efforts on understanding dementia patients’ intentions and worked with physicians to help dementia patients experience a peaceful end of life, and their families to spend a peaceful time with them. However, the results were unclear concerning preventive care for complications and concrete support for decision-making about care.

These results show that professionals engaged in dementia care are required not only to possess the ability to act and the management capability so that they can deliver necessary care for dementia patients and their families in cooperation with multi-professional team members, but also to comprehensively assess dementia patients so as not to deteriorate their quality of life (QOL).

Key Words: stage aggravation of dementia, dementia care, nurse and care worker

---

1) College of Nursing Art & Science, University of Hyogo

2) Faculty of Nursing, University of Kochi