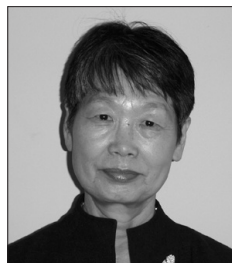


会 長 講 演

認知症の人と家族に対する看護支援

The Nursing-Support for the Life of Elderly People with Dementia and Their Family Caregivers

会 長 奥野 茂代 OKUNO Shigeyo (京都橘大学看護学部)
座 長 小西美智子 KONISHI Michiko (日本赤十字豊田看護大学)



奥野 茂代
OKUNO Shigeyo



小西美智子
KONISHI Michiko

キーワード：認知症の人、介護家族、くらしを支える看護

Key Words : elderly with dementia, family caregivers, nursing-support for the life

I. はじめに

わが国においては、引き続き人口の急速な高齢化が進み、2015年に「戦後のベビーブーム世代」が65歳以上になりきると推測されている。その10年後（2025年）は、後期高齢者が前期高齢者の数を上回る。後期高齢者の増加は、認知症をはじめとする要介護高齢者の増加を意味している。現在、要介護高齢者においては、ほぼ半数に認知症の影響があり、また、施設入所者の8割に認知症の影響が認められており、認知症高齢者への施策、ケア対応が強調されている。

しかし、現状は、ケアシステムやケア提供者の数や質に問題が多く、認知症高齢者に望ましいサービス提供が行われていなかったり、相変わらず介護家族の方々の負担による惨状が報告されている。

かつての日本において高齢者の介護は、ごく自然な

日常生活の一部であった。しかし今日の家族はライフサイクルの途上で、「家族介護者」としての役割や機能を果たしながらも、介護上の多様な課題を抱えている。

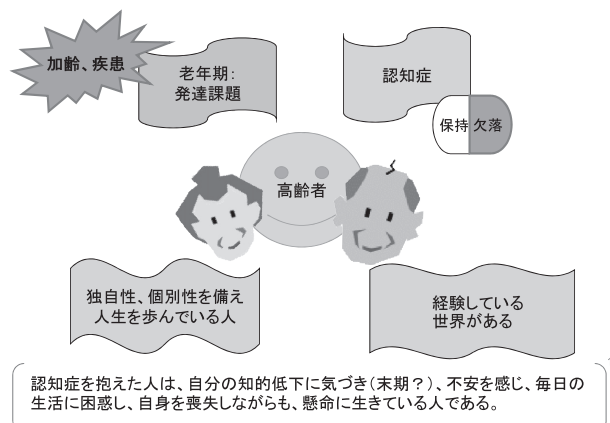


図1. 認知症高齢者とは

表1. 家族の気持ち

第一段階	第二段階	第三段階	第四段階	第五段階	第六段階
ショック・混乱	怒り・否認・抑うつ	苦悩・停滞	依存・回復への期待	再適応の努力	受容・再適応
・おかし ・年のせい ・目の前真っ暗	・将来不安 ・腹立たしい ・憎らしい	・心身とも疲れた ・なぜ自分だけ苦しむ ・死にたい	・認知症は、病気なのだ ・家族で見てやりたい	・母が喜んでうれしい ・母が愛おしい	・認知症を意識しなくなった ・自分の生き方を考えるきっかけとなった ・介護経験は人生のよい財産

高崎絹子：家族援助における看護の視点（老人介護の受容過程と家族関係を中心として），看護研究22(5)，pp.420-429，1989。および野村美涼：痴呆高齢者を抱える家族の障害受容過程 <http://www.showa.gunma-u.ac.jp/~shihara/soturon/cd/book/pdfs/15.pdf-230k>により作成（奥野，2005）

そこで本学術集会では、認知症高齢者と介護する家族の方々の暮らしを支える看護に求められるものはなにかについてあらためて考えてみたいと考えた。本稿では、会長講演の概要について記述する。

II. 認知高齢者と介護する家族とは

認知高齢者は、図1に示すように身体的、精神的、社会的、霊的な側面の統合体として存在し、さまざまな体験をしながら生きている人といえることができる。しかし我々は、どちらかといえば「認知症の欠落している部分」とらわれ、目を向けがちでないだろうか？

認知症を抱えた人は、認知症による生活障害を抱え、自分の知的低下に気づき（末期は不明）、不安を感じ、毎日の生活に困惑し、自身を喪失しながらも、懸命に生きている人である。

日本における認知症の人たちは、2004年10月に京都で開催された「国際アルツハイマー病協会国際会議」が契機となり、他者から認知症の欠落や否定的な面に目を向けられることや、自分自身が認知機能を喪失していく喪失感と悲しみについての体験を、公の場で語ったり、書物として出版されるようになった。看護・介護に従事する者は、対象となる認知症の人々の体験に耳を傾け、「認知症は、その人のすべてではなくその人の一部である」ことを理解する必要がある。どこに目を向けて看護・介護するか、ケアする立場の者の人間観が大きく問われる。

次に、認知症高齢者を介護する家族とはどんな状況に置かれているのだろうか？

介護家族・親族は、約6割が老老介護の状況といわれている。また、家族の会（2000）の調査によると、主な介護者は女性7割であり、女性が多い。主な介護者と要介護者等の組合せを性別にみると、女性が女性を介護している割合が4割、女性が男性を介護している割合は3割である。次に要介護者等からみた主な介

表2. 家族の気持ちに影響を与える要因

悲観的になる要因	前向きになる要因
<ul style="list-style-type: none"> ・徘徊や失禁などで、目が離せない ・認知症高齢者の敵対的な言動 ・意思の疎通が困難 ・周囲の理解が得られない ・福祉サービスが利用できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスや専門機関の利用 ・家族の協力 ・認知症高齢者の感謝を表す言動 ・周囲の理解と励まし、援助 ・「家族会」など介護者同士の交流

野村美涼：痴呆高齢者を抱える家族の障害受容過程 <http://www.showa.gunma-u.ac.jp/~shihara/soturon/cd/book/pdfs/15.pdf-230k>

護者の続柄は、「配偶者」「子」「子の配偶者」が各約3割で、これらを性別にみると「配偶者」「子」では女性が男性の約2倍、「子の配偶者」ではほとんどが女性となっている。さらに介護時間別に主な介護者の健康意識は、「ほとんど終日」介護にあたっている男性・女性ともに「あまりよくない」と「よくない」を合わせた割合は4割であり、「2～3時間程度」の2割に比べると多くなっている。これらから介護に伴う心身の疲労感の強いことが理解できる。

表1は、高崎（1989，pp.420-429）、野村（2003）の研究をもとに、認知症高齢者を抱える家族の障害受容過程として6段階で作成された。介護家族は、大切な身内が認知症となり、その人となりの変化とともに介護や自身の生活に多様な問題、難題に直面し、これらの事実を受け入れるのに時間を要し、さまざまな心理過程をたどり、行きつ戻りつの体験をしていると考えられる。さらに野村（表2）は、家族の気持ちに影響をあたえる「前向きになる要因」「悲観的になる要因」について記述している。これら「前向きになる要因」は、その質が影響し、悪ければかえってストレスとなり、「悲観的になる要因」になると考えられる。

家族の気持ちが悲観的になり、介護することに伴い心身の疲労や負担が募り、拳句の果てに虐待につながる可能性がある。介護家族の介護負担は、他のストレスとともに蓄積され、虐待という形で噴出するといわ

表3. 日本における認知症高齢者ケアの動向

年 代	焦 点	備 考
1970	ケアなき時代：身体介護中心	・ 3つのロック
1980	問題解決型・ケアサービス提供者の視点に立ったケア	・ 認知症対策の草創期
1990	全人的、生活を大切にするケア	・ 日本老年看護学会 (1995.11.23) ・ グループホームにおけるケアの取り組み
2000	自立支援・尊厳を支えるケア 課題解決型・ケアサービス利用 高齢者の視点に立ったケア	・ 介護保険 (2000.4.1) ・ 成年後見制度 (2000.4.1) ・ 日本認知症ケア学会 (2000.6) ・ 老年看護専門看護師認定 (2002) ・ 2015年の高齢者介護報告 (2003.6) ・ 国際アルツハイマー病協会・第20回国際会議・京都 (2004.10) ・ 「痴呆」の名称変更 (2004.12.24) ・ 認知症認定看護師認定 (2005) ・ 高齢者虐待防止法 (2006.4)
2010	認知症高齢者に対応したケア 認知症高齢者ケアの普遍化	

れており、高齢者虐待の発生要因のひとつとして考えられる。Fengler and Goodrich (1979, pp.175-183) は、このような心身の負担をかかえた家族のことを the hidden patients (隠れた患者) とよんだ。このような介護疲れ、負担をかかえる家族は、慢性の病気を抱えることになったりし、介護破たんにつながる予備軍と考えられる。

したがって介護する家族の心身の負担、ストレス管理は、家族の生活の質だけでなく認知症高齢者の生活の質にも大きくかかわってくる。

Ⅲ. わが国における認知症高齢者ケアの動向

認知症高齢者のケアの動向について、概観した(表3)。

1970年代：3つのロックー言葉のロック(「…してはだめ」のメッセージ)、身体のロック(身体を縛る、つなぎ服などによる身体拘束)、薬によるロック(向精神薬による沈静による拘束)が当たり前であった。

1980年代：後半になり痴呆性老人対策推進本部が設置(1986)され、認知症高齢者対策が取り組みははじめられた。しかし「寝たきり老人」モデルが中心とされ、また出現している問題行動に焦点があてられるという問題解決型のケア、ケアサービス提供者の視点に立ったケアが行われ、痴呆性高齢者対策は立ち遅れたともいわれている(北川, 2002, p.5)

1990年代：1980年代の流れが続くが、欠落した部分にのみ目を向けるのではなく少しずつ認知症高齢者を全人的に理解すること、本人の生活を大切にするという視点に立ったケアが見直され始めた。特にグループホームは、1985年頃からスウェーデンにおける認知症高齢者に少人数で快適な生活を提供することにより問題

行動を減らすことができるという報告から全世界に広がっていった。そして全人的、生活を大切にするケアの取り組みが試みられるようになり、非薬物的アプローチ、潜在力などの強みに目を向けたケアの工夫がなされるようになった。

2000年代：介護保険の実施が契機となり、認知症高齢者の自立、尊厳を支えるケアの推進が掲げられるようになった。また堀田 力(2003.6)らによる2015年の高齢者介護報告～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～の報告は、平成16年度末を終期とする『ゴールドプラン21』後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討するため、まとめられた。この報告書は、日本の高齢者介護はどのような方向をめざすべきなのか、国のビジョンが示され、改正介護保険や今後の高齢者政策やケアの方向に大きく影響していくと思われる。報告書には、認知症高齢者ケアの基本として尊厳の保持が明記され、その普遍化のための方向性が示されている。この年代には、「成年後見制度」(2004.4)や「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(2006.4施行)など法制度も整備された。

このような動きの中で日本老年看護学会(1995年設立)は、介護保険法(2000.4.1)、高齢者虐待防止法(2006.4)の制定、「認知症」への名称変更(2004.12.24)などの政策への提言、老年看護専門看護師認定(2002)、認知症認定看護師認定(2005)などの立ち上げ、カリキュラム原案づくりや教育などの活動を進めてきた。さらに認知症高齢者と介護家族に関する研究は、どう取り組まれてきたか、老年看護学会誌、学術集会講演集について設立翌年から2007年までを概観した。

表4. 高齢者を対象

カテゴリー	前期	後期
徘徊	1	1
攻撃性	2	5
生活リズム	1	1
栄養・食事	6	6
転倒	1	2
安全	1	6
アクティビティ	7	14
生きがい, QOL	4	4
生活の変化と適応	3	14
認知症原因疾患別の課題	1	5
認知症進行度別の課題	4	5
異食	1	
せん妄	1	
幻覚・妄想	1	
見当識障害		3
睡眠		1
排泄		1
清容動作		4
移動		1
終末期ケア		3
合計	34	76

日本老年看護学会学術集会における発表稿の焦点
 前期：1996～2001 後期：2002～2007

表5. 介護家族を対象

カテゴリー	前期	後期
介護者の特性	5	1
介護負担, ストレス	6	5
介護の意味(満足度)	1	1
介護の認識, 心理	4	15
介護の知識, 技術・スキル	2	1
家庭支援・教育	1	
介護による生活の変化		2
地域, 社会資源, サービス		3
家族のグループ活動		4
合計	19	32

日本老年看護学会学術集会における発表稿の焦点
 前期：1996～2001 後期：2002～2007

表6. 介護師を対象

カテゴリー	前期	後期
認知症高齢者、認知症ケアに対する認識	6	14
人間関係	4	6
ケアプロセス	2	19
認知症ケアの工夫	5	8
認知症予防プログラム	1	9
老年看護教育	3	18
チームケア	0	7
合計	21	81

日本老年看護学会学術集会における発表稿の焦点
 前期：1996～2001 後期：2002～2007

表7. 家族の背景

項目	日本 (n=124)	韓国 (n=74)
性別	女性103名 (83.7%) 男性 20名 (16.3%)	女性50名 (68.9%) 男性24名 (31.1%)
介護者の年齢	分布41～81歳 平均63.3±9.8歳	分布33～88歳 平均60.5±14.7歳
要介護高齢者の年齢	分布64～102歳 平均82.5±8.9歳	分布60～99歳 平均80.0±8.5歳

回答数198名

対象となった文献は、合計310で、看護学会誌47、学術集会講演集263であった。これらは、それぞれの全投稿数において約25%を占めていた。次に前半の6年を前期、後半の6年を後期と二分し、キーワードをもとに文献の分類を試みた(表4～6)。

主な特徴として高齢者に関しては、後期に生活の援助、終末期ケアが取り組まれていた。次に家族に関しては、後期に社会資源や家族の地域活動の取り組みが報告されていた。さらに看護職者に関しては、後期にチームワークが報告されていた。

これら研究の動向からは、医学モデルでない生活に根ざした生活モデルのケアの工夫や、認知症高齢者のケア環境を整える取り組みが広がっていると推察された。

IV. 取り組んだ研究から見えてきたこと

研究は、「在宅認知症高齢者の家族介護者におけるストレス・マネジメントスタイルとQOLの関係：日韓における比較」(代表：奥野)である。

東洋の文化を基盤とした価値観の似かよっている韓国との2国間において急増する認知症高齢者の家族介護者への支援やケア体制について検討したいと考えた。

先行文献の概観：介護負担と介護ストレスをキーワードの中心におき、国内外の文献検索(1982～2006年)し、以下の4つにまとめた。

①介護負担と介護ストレスに関する研究は1980年代より行われ、家族介護における否定的側面を表す概念として確立されてきた。介護負担と介護ストレスは同義語的に扱われることが多いが、研究者の立場によって明確に定義されて使用される必要がある。

②介護負担感は、介護者側の要因(続柄、介護期間、健康状態、抑うつ・ストレス、不安など)、外的要因(フォーマル、インフォーマルサポート)と関連し、介護者のQOLとも関連している。介護負担感を自覚する家族には、抑うつや不安がありQOLが低い。

表8. QOLの程度

項目	日本 (n=103)	韓国 (n=71)
QOL	分布0～100 平均60.93 (SD22.12)	分布0～100 平均46.06 (SD20.32)

t値=4.471 p=0.000

表9. 介護負担感

項目	日本 (n=124)	韓国 (n=74)
介護負担感 21項目合計得点	分布2～77 平均38.06±17.7	分布2～69 平均42.93±15.09

t値=-1.978 p=0.049

また、介護負担感を測定する尺度が多様であるが、把握された介護者の負担感は同居家族や社会的サービスの利用によって軽減され、同時に介護継続意向を高める可能性がある。さらに、介護者自身の対処行動によっても介護ストレスや介護負担感は異なる。

③介護負担や介護ストレスについて論じる際には、介護者と被介護者との関係の質が重要である。認知症高齢者と家族介護者の関係は、介護者が認知症高齢者を理解できずに苦しむ関係がある一方で、認知症高齢者を察し、認知症高齢者のその人らしさを認める関係が存在する。

④介護者の介護の捉え方は、その国や文化背景によって異なる実態がうかがえるが、家族介護者にとって認知症高齢者はかけがえのない存在であり、それゆえ認知機能が障害された高齢者の介護は悲嘆を伴う困難な作業となる。その一方で、家族介護は家族としての愛情や信頼感を持って取り組まれ、究極的には価値や生きがいを感じることもありうる課題である。

以上を概観すると、家族の介護負担に関する研究がさまざまな視点でなされているが、一致した見解は得られていない。またこれら文献では、介護負担感、QOLに影響する、介護者自身の対処行動によって異なる、また、介護家族のQOLの向上は、「認知症高齢者のQOLに関連する」と述べられ、介護家族のQOLの重要性が解説されていた。しかし、介護者のQOLと対処行動の関係、介護家族のQOLの維持・向上をめざすためどんな対処行動をとればよいかについて明らかにされていなかった。

研究目的：日韓における認知症高齢者を在宅で介護する家族の、介護負担に伴うストレスに対する対処行動とQOLを明らかにし、家族支援のあり方を検討する。

リサーチクエスチョン：①在宅で認知症高齢者を介

護している家族の対処行動は、どうか。②在宅で認知症高齢者を介護している家族の対処行動とQOLに関係があるか。③上記①、②において日韓に違いがあるか。

調査方法：面接調査および質問紙法。

対象：認知症高齢者を在宅で介護する家族介護者（以下、家族）。

データ収集方法：面接は、家族介護者のストレス・マネジメントスタイル、望む生活などについて半構成的面接法により質問紙調査に先駆けて実施、内容分析した（日本のみ）。

質問紙は、①ストレス・マネジメントスタイル（Carers' Assessment of Managing Index：CAMI, 38項目 by Nolan et al./山田ら（2004, p.28）、②介護負担感（Zarit Caregiver Burden Interview（ZBI, 22項目） by Zarit/荒井ら（1997, p.3）、③QOL（Quality of Life；Visual Analogue Scales by McCormac HM）、④属性、介護状況などである。

データ収集期間：平成18年3月～19年1月。郵送留め置き法（一部聞き取り法）。統計処理は、SPSS ver12.0Jを使用した。

倫理的配慮：長野県看護大学の倫理委員会の承認を得て遵守した（2004, #37）。

結果・考察

回答者は198人で、日本124人、韓国74人であった。日本の対象者は、N, A, Y県の認知症の家族の会メンバーであった。韓国の対象者は、C市（研究者の大学のある地方都市）で、病院通院中や、デイサービスを利用している家族であった。

介護家族は、両国ともに女性が多く、介護者の年齢、要介護者の年齢とも日本の対象者のほうが高齢であった（表7）。

QOLは、日本の場合60.93（SD22.12）mm、韓国の

表10. 介護負担感とQOLの関係

項目	日本	韓国
相関係数（Sperman） -0.400以上	「19. 要介護高齢者に対して、どうしていいかわからない」（-0.499）「5. 要介護高齢者のそばにいと腹が立つ」（-0.406）「1. 要介護高齢者は必要以上に世話を求めている」（-0.400）」 (3項目)	「15. 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はない」（-0.447）」 (1項目)
-0.399～-0.300	「11. 介護があるので自分のプライバシーを保つことができない」（-0.389）「18. 介護を誰かに任せてしまいたい」（-0.374）「17. 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなった」（-0.366）」 (3項目)	「9. 要介護高齢者のそばにいと気が休まらない」（-0.394）「3. 介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならず、ストレスである」（-0.389）「5. 要介護高齢者のそばにいと腹が立つ」（-0.383）「17. 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなった」（-0.382）「2. 介護のために自分の時間が充分にとれない」（-0.372）「4. 要介護高齢者の行動に対し、困ってしまう」（-0.368）」 (6項目)

表11. ストレスマネジメントとQOLの関係

項目	日本 (n=124)	韓国 (n=74)
問題解決対処行動	「1. いつもどおりの介護のやり方をきめて、それを守っていく」「13. 家族から実際のな支えを得る」「15. 家の環境を介護しやすいように整える」「30. 一番良い解決法が見出せるように、試みる」「31. 何を優先すべきか考える」(5)	「5. 前もって計画し、物事を行う」「23. 問題が事前に起こるのを防ぐ」「29. 自分自身の経験を立て直す」「33. 介護している高齢者に自分が何を期待しているか伝える」(4)
情緒的対処行動	「6. 状況の良い側面を見出す」「11. 介護している高齢者が非難されるべきでないことを悟る」「25. この状態に対処できる力があると信じる」「32. それぞれの状況で最も前向きな考えをする」(4)	「7. 私よりもっと悪い状況の人がいることを考える」(1)
ストレス対処行動	「2. 叫んだり、わめいたりして、気を紛らわす」「4. 自分自身のために使える自由時間を持つ」(2)	「21. 本を読んだりテレビをみたりなど、気分転換に役立つことをする」「38. 介護以外のことに興味を持つ」(2)

Mann-Whitney $p < 0.05$

場合46.06 (SD20.32) mmであった(表8)。これら2群間においては、有意差がみられた($p < 0.000$)。介護負担感、日本の場合42.38 (SD18.42)、韓国の場合46.06 (SD20.32)で、韓国が高い傾向にあったが、2群間において有意差がみられなかった(表9)。

介護負担感とQOLの関係は、相関係数(Spearman)で-0.400以上、-0.399~-0.300で整理した(表10)。「19. 要介護高齢者に対して、どうしていいかわからない」ということが解決すればQOLが高くなるということを意味している。

これらの回答の「いつも思う」「良くおもう」の得点率を2国間で比較した。日本が「19. が21.8%」「5. が24.2%」「1. が26.6%」で、韓国が「9. が50.0%」「5. が27.1%」「4. が41.9%」であり、「5.」を除いて韓国のほうが高い傾向にあった。

韓国の家族介護者は、認知症高齢者を否定的にとらえ介護の心理過程として第一段階(ショック・混乱)、第二段階(怒り・否認・抑うつ)の初段階の対象者が多かったと考えられる。

ストレスマネジメント(CAMI)の各項目について、対処群(回答の非常に役立つ/かなり役立つの回答)と非対処群(回答のあまり役立たない/ほとんどしないの回答)でQOL得点に差異があるかどうかにより検討し(Mann-Whitney検定)、NolanのCAMIの3つの対処行動の分類別に整理した(表11)。対処群と非対処群でQOL得点に有意差のみられた項目は、日本11項目、韓国7項目であった。

日本では、問題解決対処行動5項目、情緒的対処行動4項目、ストレス対処行動2項目であった。また、これら対処行動が(役立っている+かなり役立つ)の回答率は、「2. 15.3%」を除いて約6~7割であった。

一方、韓国では、問題解決対処行動4項目、情緒的対処行動1項目、ストレス対処行動2項目であった。また、これら対処行動が(役立っている+かなり役立つ)

の回答率は、約4~6割であった。

日本の家族介護者は、「優先すべき課題を明確にして実際のな支えを見出したり、良い側面を見出したり、前向きな考えをする」など多様な対処法を行っているという認識があり、QOLにつながっていると考えられた。

一方、韓国の家族介護者は、対処法、対処率が日本に比べて少なく、「問題が起きないようにしたり、自分の体験や気持ちのもちようで耐えながら対処するなど個人的に取り組もうとする認識が、QOLにつながっていると考えられた。

V. まとめ

1. 日本の対象者は、韓国の対象者に比べて介護負担感が低い傾向にあり、またQOLが有意に高かった。

2. 日本の対象者は、3つの介護対処行動をバランス良く役立てており、介護保険法によるサービス利用を含めて介護環境を調整しようとしていた。

3. 一方、韓国は、現在介護に関する公的サービスが検討されている段階であり(2008.6から介護保険開始)、介護問題を自分たちでかかえ込み、情緒的対処行動をとっているとうかがえた。

このような結果から、両国の介護家族への支援には、介護対処行動のタイプを考慮していく必要性が示唆された。

最後に看護への示唆についてまとめた。

1. 家族のストレスへの耐性を高める支援

1) 対処行動のタイプを考慮し、支援強化する

たとえば、日本では、家族介護者に対する認知症の知識、コーピング技術の啓発、情緒的サポート体制の充実など。韓国では、家族介護者に対する情緒的支援、公的サービス体制の早期の実現など。

2) ストレス成立を阻止する多様な対応策の開発

介護家族のストレスへの耐性を高め、エンパワメントの向上をはかる支援のために家族が試みている多様なストレス対応策を明らかにし、より有効な対応策を検討・開発する必要がある。

家族の方々の日ごろ取り組んでおられることに耳を傾け、家族の方々がご自身の力で課題解決にむけ必要なサポートを活用できたり、環境調整していくことができる、困難に立ち向かっていくことができるような方策について、エビデンスを蓄積していくことが望まれる。

2. 要介護高齢者との人間関係再構築、人間関係の質の維持・向上に視点をおいた支援

両国ともに要介護高齢者に対し「どうしてよいか分からない」「そばにいと腹が立つ」「行動に困ってしまう」など、戸惑いや不安など切実であった。

高齢者を「衰えて役立たない」「腹だたい」「きたない」など、否定的、差別的にみることをエイジズム(ageism: 高齢者差別、否定)という。介護側がこのような意識を持っていけば、相手との関係も歪んでいき、ひいては虐待にもつながっていく。

したがって、一生懸命に介護しておられるご家族の気持ちを理解し、受けとめるとともに、エイジズムの解消へのアプローチ、認知症を発症する前的高齢者像に固執、固持した関係でなく、今ここに生きておられる高齢者を理解し関係を見直し、柔軟で新たな人間関係の再構築ができるような支援、人間関係の質の向上に向けたエビデンスの蓄積が求められる。このような人間関係の調整にかかわる看護職者には、認知症高齢者や家族など他者理解はもちろんのこと、自身のエイジズムや人間観はどうかなど、自己理解を深めていく

ことが求められる。これらから認知症の人と介護家族への支援とは、これらの方々とのかわりあいを通して自らを育てるプロセスでもあると考える。

文 献

荒井由美子・細川 徹 (1997). 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感—日本語版評価尺度の作成. 第3回「健康文化」研究助成論文集, 1-6.

Fengler, A. & Goodrich, N. (1978). Wives of elderly disabled men; The hidden patients. *Gerontologist*, 19, 175-183.

北川公子 (2002). わが国における痴呆性高齢者のデイケアに関する研究の動向と課題. *看護研究*, 35 (5), 379-388.

野村美涼 (2003). 痴呆高齢者を抱える家族の障害受容過程.

<http://www.showa.gunma-u.ac.jp/~shihara/soturon/cd/book/pdfs/15.pdf-230k>

認知症の人と家族の会 (2007). 平成12年介護サービス世帯調査の概況.

<http://www.ascom.jp/welfare/024.html#3>
主な介護者と要介護者等の状況.

高崎絹子 (1989). 家族援助における看護の視点 (老人介護の受容過程と家族関係を中心として). *看護研究*, 22(5), 420-429.

山田皓子・佐々木明子・島内 節 (2004). 在宅高齢者の介護家族対処行動の日本・スウェーデン・フィンランドの比較. *日本公衆衛生雑誌*, 51(10), 28.