

## 「認知症の人とその家族の会・愛知県支部」 家族支援プログラムの活動

— 認知症におけるサイコエデュケーションの視点から —

鈴木 亮子<sup>1)</sup>

### I はじめに

サイコエデュケーションとは統合失調症患者とその家族を対象として発展してきた bio-psycho-social な観点に基づく家族支援アプローチである (小林・堀川, 2006)。病気や障害に罹患したことによる心理的葛藤やメンタルヘルスの問題の改善を目指す精神療法的な取り組みと、病気の理解や必要なスキルおよび情報の獲得を目指した教育・啓発的な取り組みからなる心理社会的介入である (松田, 2006a)。また、集団で行われる場合は参加者の体験の分かち合いという側面も持ち (山口, 2001)、参加者間のピアサポートを促進しながら行われる。

サイコエデュケーションの効果については、日本においても統合失調症患者への取り組みの中で、EE (expressed emotion; 家族感情表出) と患者の病状の関連の研究において示されてきた (三野, 2001)。この EE 研究を基礎にした多くの研究の成果と前述の心理教育の構成の特徴から、感情障害 (上原, 2001) や摂食障害 (鈴木, 2001) などの各種精神疾患、身体の慢性疾患、災害の被災者など、さまざまな困難な状況で苦しんでいる当事者やその家族のために利用されるようになってきている (山口, 2001)。

一方、高齢者と非高齢者では、心身の状態やおかれている社会環境も異なっているため、サイコエデュケーションの構成や効果も異なる可能性がある。人口の高齢化は重大な社会問題であり、それについては精神保健福祉分野も例外ではない。その中でも認知症の問題はまさに高齢者の問題であり、そのサイコエデュケーションは今後の重要な課題である。

「認知症の人とその家族の会・愛知県支部」では、認知症の介護者に対して様々な援助を提供している。筆者

はその中でも「家族支援プログラム」に、立ち上げ当初から関わる機会を持った。本稿では、その「家族支援プログラム」の構成や活動を報告し、認知症に対するサイコエデュケーションの特徴に基づきながら、愛知県支部の「家族支援プログラム」の活動を検証し、認知症におけるサイコエデュケーションのあり方について考察することを目的とする。

### II サイコエデュケーションとは

#### 1. サイコエデュケーションの定義と理論基盤

サイコエデュケーションという言葉は Anderson ら (1986) が統合失調症の家族に行った家族介入から生まれた。Anderson らは従来の家族療法から発展した方法でサイコエデュケーションを行っており、疾病についての知識伝達と、対処の獲得、問題解決アプローチを組み合わせたものであった。この後、類似した多くのサイコエデュケーション的アプローチが試みられているが、少しずつ異なった特徴を持っている。

Leff ら (1985) の方法は、ファミリーワークとか、社会的治療パック (a package of social treatment) と呼ばれ、EE の低下に焦点を当てている。また、Falloon ら (1993) の方法は、行動療法的家族マネジメント (BFM: behavioral family management) と呼ばれ、行動療法的手法を多く取り入れていることに特徴がある。

わが国では原法をそれぞれの実情に従って改変して施行されることが多い (山口, 2001)。大島 (1993) はサイコエデュケーションを「(患者や家族に対して行われる) 正しい知識、情報を提供することが、治療、リハビリテーションに不可欠であるという心理的配慮を加えた教育的援助アプローチ」と定義している。さらにサイコエデュケーションのガイドライン作成の前提として、より具体的に①精神障害やエイズなど受容しにくい問題をもつ人たち (対象) に、②正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え (方法1)、③病気や障害

1) 名古屋大学大学院教育発達科学研究科博士課程 (後期課程)

の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を習得してもらうこと（方法2）によって、④主体的に療養生活を営めるよう援助する（目標）方法と定義している（大島，2000）。

鈴木・伊藤（1997）は「＜情報を共有する・対処方法について話し合い工夫を伸ばす・支え合う相互作用＞の場からなる支援方法のモデル」としている。

後藤（1998）は、Andersonら（1986）の①知識、情報の共有、②日常的ストレスへの対処技能の増大、③集団で行う場合は参加者同士のサポート、を基本構造として、「どう体験しているか、どう対処しているかに配慮しつつ行う教育的プログラムの総称」としている。また、さまざま定義はみられるが、同じようなことを言葉を変えて表現しているものであり、共通していることは

「一方的な専門家から患者、家族への疾病教育ではなく、SST（social skill training）や集団精神療法、解決志向アプローチにおける技術などを取り入れながら再発予防や問題解決を目的とする、かかわりの有効性を高めようという点である。」ともしている。

## 2. 他の援助との比較

小林・堀川（2006）は、介護者へのサイコエデュケーションが目指しているのはどのような援助かという点について、その他の様々な援助と比較することで特徴を明らかにしている（Table 1）。

## 3. サイコエデュケーションの構成要素

小林・堀川（2006）は各領域で行われてきたサイコエ

Table 1 サイコエデュケーションと他の心理社会的援助との比較

サポートグループ	教育的介入	カウンセリング
特に話題を決めずに話し合い分かち合う	専門家からの一般的な病気に関する情報が提供され、新しいスキルを学ぶ機会となるが、分かち合いがない	個人の問題を理解して援助が行われるが、一般的な情報が介護者の介護技術を高めるために提供されることはない
サイコエデュケーション		
疾患の情報が得られ、支持的な援助のもと、その情報を得た上で似たような経験をしている人と経験を分かち合い、生活に役立つ技術が向上するといったことが含まれている		

Table 2 サイコエデュケーションの構成要素

① サイコエデュケーションにおける情報提供
<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患を扱う場合は bio-psycho-social モデルに基づき、精神症状と患者の性格を区別して疾患を客観的にみる目を養う</li> <li>情報が専門家から当事者や家族へ一方的に伝えられるのではなく、それを受け取る側の生活に生かされるように選ばれ、わかりやすく整理されていること</li> <li>よりわかりやすい情報提供のために、自宅に持ち帰っても見直せるようなテキストや、プロジェクターなどを活用するなどの工夫が必要</li> </ul>
② 問題解決能力の向上
<ul style="list-style-type: none"> <li>対処可能な能力をもつ人として本人や家族を尊重し、問題を解決していくスキル自体を獲得することも重要となる</li> <li>これまで行ってきたことが正しかったかどうかではなく、これから問題に対処するためにどのような選択肢があるのか、選択肢をどれだけ広げられるかに焦点があてられる</li> </ul>
③ ソーシャルサポート
<ul style="list-style-type: none"> <li>複数家族を集めて実施する場合、参加者同士の相互のやりとりや、日常経験していることを共有できるようにして、特殊な問題を抱えているという孤独な感覚を軽減し、お互いの気持ちと経験を尊重しあうことができるように方向づける</li> <li>プログラムでの導入部分ではスタッフが参加者と協力して一緒に考えていくという姿勢を明確にして、暖かく共感的な態度でラポール形成を図ることが重要である</li> <li>長期的にはプログラム終了後のサポート源についても配慮しておく必要がある</li> </ul>
④ エンパワメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>治療者が患者や家族を「治す」という視点ではなく、病む本人や介護に疲れた家族の中に依然として備わっている力を評価し、その力を引き出すことでよりよい結果ができるように本人や介護者を力づけることが目的</li> </ul>

デュケーションの報告を通して、その重要な要素をひろいあげ、サイコエデュケーションの構成要素を以下のように述べている (Table 2)。

### Ⅲ 認知症のサイコエデュケーションの特徴

二宮ら (2003) は認知症におけるサイコエデュケーションの特徴を以下のようにまとめている (Table 3)。

また、松田 (2006a) も認知症の中でもアルツハイマー病に焦点を絞り、その課題をまとめている (Table 4)。松田はアルツハイマー病が進行性の疾患であることから、病期ごとに課題をまとめている。また、本人へのアプローチの課題が言及されている点が特徴的である。これは、二宮ら (2003) の報告から3年を経過した2006年の報告のため、認知症の早期診断の広がりにより、本人へのアプローチの重要性がより指摘されるようになったという

Table 3 認知症におけるサイコエデュケーションの特徴

① 対象者からの特徴
他の精神疾患の場合以上に、家族に対する比重が高くなる。疾患の性質上、患者のみを対象として治療を進めることには限界があり、介護者としての家族の役割が大きい
② 知識や情報の伝達からの特徴
認知症に含まれる疾患の多くは、進行性の疾患であり、病気の段階によって、各々介護負担の要因が異なる。進行性疾患の場合は、これから出現が予想される症状を予め家族に伝えて対処法を知らせておくことが、在宅での介護に余裕を持たせる
③ 家族の心境からの特徴
<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症の場合、家族介護者の多くは親世代である。認知症の場合、家族介護者の多くは配偶者であり、長期に介護を行う場合、子ども世帯が家族介護者となる</li> <li>進行性の疾患の場合、家族は患者を介護しながらも、患者を見送る「喪の仕事」を家族自身の心の中で行っている</li> <li>高 EE の家族には、統合失調症の場合、患者本人の再発率が高くなるという報告がみられるが、認知症では患者本人への虐待につながるものが指摘されている</li> </ul>
④ 対処技能に利用できる資源からの特徴
<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症で利用できる在宅サービスに比べ、認知症の在宅サービスは体系的で選択肢が多い。そのため、認知症の場合には介護保険や成年後見人制度の利用に関する情報提供も、より生活に密着した対応方法の一つとなる</li> <li>ある程度疾患が進行した患者の場合は、家族が患者の立場に立ってサービスの選択を行わざるを得ない。よって、予後を含む疾患の正しい理解へとつながる情報が必要となる</li> </ul>

Table 4 アルツハイマー病におけるサイコエデュケーションの課題

①初期：家族はもちろんであるが、患者本人に対する役割が大きい時期
【患者】患者の心理的葛藤や苦悩の緩和を図るための心理的サポートと、実生活上の問題への理解と対応を支える教育的アプローチが必要
【介護者】患者と同様に家族にも、発病まもない時期の家族の混乱や様々な心理的葛藤への対応が必要とされる。そして何より、患者の日々の生活を支える上での欠かせない実生活の問題解決に向けた具体的助言が求められる
②中期：患者のBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) 障害が著しくなり、それらに対する具体的な対応が必要となる
【患者】回想法やリアリティ・オリエンテーションなどの心理療法を取り入れながら、患者の情動面の安定を保つ取組みが重要となる
【介護者】BPSDをはじめとする患者の行動異常や精神症状、および生活障害の理解と対応をサポートすることが重要
③後期：患者の自立度はさらに低下するため、サイコエデュケーションの中心は家族支援となる
【介護者】家族の心身の健康を支えつつも、具体的な介護方法の指導や、必要とされる介護サービス (家庭内に専従介護者として高齢者の介護に当たる人材が確保しにくい) の利用に関する情報提供を行うことが重要な課題

Table 5 認知症のサイコエデュケーションの構成要素

認知症のサイコエデュケーションの構成要素		認知症のサイコエデュケーションの特徴			
サイコエデュケーションの構成要素	小林・堀川 (2006)	二宮 (2008)	初期	中期 (2006a)	後期
[1]	①サイコエデュケーションにおける情報提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患を扱う場合は bio-psycho-social モデルに基づき、精神症状と患者の性格を区別して疾患を客観的にみる目を養う [1]-1</li> <li>情報が専門家から当事者や家族へ一方的に伝えられるのではなく、それを受け取る側の生活に生かされるように選ばれ、わかりやすく整理されていること [1]-2</li> <li>よりわかりやすい情報提供のために、自宅に持ち帰っても見直せるようなテキストや、プロジェクトなどを活用するなどの工夫が必要 [1]-3</li> </ul>	②認知症に含まれる疾患の多くは、進行性の疾患であり、病気の段階によって、各々介護負担の要因が異なる。その場合は、これから出現が予想される症状を予め家族に伝えて対処法を知らせておくことが在宅での介護に余裕を持たせる [1]-4	④対処技能に利用できる資源からの特徴 <ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症で利用できる在宅サービスに比べ、認知症の在宅サービスは体系的で選択肢が多い。そのため、介護保険や成年後見人制度の利用に関する情報提供も、より生活に密着した対応方法の一つとなる [1]-5</li> <li>ある程度疾患が進行した患者の場合は、家族が患者の立場に立ってサービスの選択を行わざるを得ない。よって、予後を含む疾患の正しい理解へとつながる情報が必要となる [1]-6</li> </ul>	BPSD などへの理解の促進 [1]-7	患者の自立度低下に伴う、具体的な介護方法の指導と必要とされるサービスの情報提供 [1]-8
[2]	②問題解決能力の向上 <ul style="list-style-type: none"> <li>対処可能な能力をもつ人として本人や家族を尊重し、問題を解決していくスキル自体を獲得することも重要となる [2]-1</li> <li>これまで行ってきたことが正しかったかどうかではなく、これから問題に対処するためにどのような選択肢があるのか、選択肢をどれだけ広げられるかに焦点が当てられる [2]-2</li> </ul>	③家族の心境的特徴 <ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症の場合、家族介護者の多くは親世代であり、長期に介護を行う場合、子ども世帯が家族介護者となる [3]-4</li> <li>進行性の疾患の場合、家族は患者を介護しながらも、患者を見送る「喪の仕事」を家族自身の心の中で行っている [3]-5</li> <li>高EEの家族には、統合失調症の場合、患者の再発率が高くなるという報告があるが、認知症では患者への虐待につながる可能性があると考えられる [3]-6</li> </ul>	実生活の問題解決に向けた具体的な助言 [2]-3	BPSD などへの対応へのサポート [2]-4	
[3]	③ソーシャルサポート <ul style="list-style-type: none"> <li>複数家族を集めて実施する場合、参加者同士の相互のやりとりや、日常経験していることを共有できるようにして、特殊な問題を抱えているという孤独な感覚を軽減し、お互いの気持ちと経験を尊重しあうことができるように方向づける [3]-1</li> <li>プログラムでの導入部分ではスタッフが参加者と協力して一緒に考えていくという姿勢を明確にして、暖かく共感的な態度でラポール形成を図ることが重要 [3]-2</li> <li>長期的にはプログラム終了後のサポート源についても配慮しておく必要がある [3]-3</li> </ul>	①対象者からの特徴：疾患の性質上、患者のみを対象として治療を進めることには限界があり、介護者としての家族の役割が大きい。 [5]-1	初期の心理的葛藤や苦悩の緩和を図る [3]-7		
[4]	④エンパワメント <ul style="list-style-type: none"> <li>治療者が患者や家族を「治す」という視点ではなく、病む本人や介護に疲れた家族の中に依然として備わっている力を評価し、その力を引き出すことでよりよい結果がでるように本人や介護者を力づけることが目的 [4]-1</li> </ul>				
[5]			患者への役割大 [5]-2	患者・介護者 [5]-3	介護者への支援が中心 [5]-4

\* 松田 (2006a) は介護者に対する内容を中心に抜粋

状況の変化が背景にある。

小林・堀川(2006)のサイコエデュケーションの構成要素と、二宮ら(2003)と松田(2006a)があげている認知症におけるサイコエデュケーションの特徴や課題を一つにまとめ、認知症のサイコエデュケーションの構成要素としたものがTable 5である。一つにまとめた際の指針としては、小林・堀川の構成要素はベースにあるものとして、そこに二宮らと松田があげている認知症ならではの特徴や課題が、どこに該当していくかという視点でまとめていった。また、松田は前期、中期、後期によっても重点が置かれる点が変わってくると指摘しており、それぞれの時期での特徴が小林・堀川の構成要素にあてはまるように構成した。このようにしてTable 5を構成すると、他の疾患にも共通している小林・堀川の構成要素にはあてはまらない部分が生じた。それは対象者の特徴である。サイコエデュケーションが用いられる他の疾患に比べ、認知症は家族への比重が高くなることである。認知症の早期診断が可能になったという背景も受けて、松田は、患者と介護者のそれぞれに必要な課題を述べている(Table 4)。しかし、後期には介護者のみへの言及であり、認知症における介護者への比重の高さがうかがえる(Table 5は介護者に対する内容を中心に抜粋)。また、患者へのアプローチにおいても、認知症の原因となる疾患の多くは進行性で非可逆的であるため、疾患の再発予防ではなく、情動の安定といったQOLの向上に重点が置かれている。このような対象者への特徴は、小林・堀川の構成要素には含まれていない点であり、認知症のサイコエデュケーションに求められるものとして、大きな特徴と言える。

#### IV 「認知症の人とその家族の会」愛知県支部の家族支援プログラムの活動

##### 1. プログラム内容

愛知県支部が行っている「家族支援プログラム(オノウチ式)」(以下、プログラム)とは、介護家族への有効な支援方法として愛知県支部で考案し、2003年3月から実施している。当初は名古屋だけの開催であったが、2004年度は、徐々に愛知県下、及び他県の支部へも広がりをみせ、各地で社会福祉協議会や在宅介護支援センターの協力なども得て、2006年9月現在で27クール、延べ500人の参加者数に及んでいる。

①対象者：初期から中期の認知症患者を介護をしている家族で、定員は15人から20人。

②期間：月1回、3時間(13時～16時、初回のみ10時～14時の4時間)、計6回で半年間にまたがる。この講座では家族の気持ちと仲間作りを重視しているため、同じメンバーで継続受講の形態をとっている。

③プログラムの構成：前半約1時間が介護者同士の交流会、後半約1時間30分が「認知症の知識」「介護サービス」などの知識の習得にあてられる。他は休憩やアンケート記入にあてられる。後半1時間30分のうち、前半の1時間が講師による講義で、後半の30分が講師との質疑応答である。介護者交流会は、参加者個々の立場、介護状況、テーマにあわせて交流会の持ち方を変えて、各回をそれぞれ構成していく。

④各回の内容(Table 6)

##### 2. 基本的な運営方針と方法

運営は、家族を介護した経験があるコーディネーター1人がプログラム全体の進行役となり、サポートスタッ

Table 6 各回の内容

回	テーマ	内 容
1	作ろうネットワーク	・全体交流会(含む昼食会)
2	学びましょう、認知症のこと	・介護者交流会(続柄別) ・認知症の基本的な知識習得<講師：医師>
3	上手に使おうサービス利用	・介護者交流会(続柄別) ・介護保険などの社会資源について学ぶ<講師：ケアマネージャー>
4	みつめましょう、あなたの心	・全体交流会/介護の仕方と介護者の心<講師：家族会>
5	寄り添ってみましょう、相手の心	・介護者交流会(続柄混合) ・認知症の方へのリハビリ<講師：PT, OT, 施設職員など>
6	医師と上手に付き合う	・介護者交流会(続柄混合) ・医師との関わり方、薬について<講師：医師>

\* 特別講師として弁護士が加わる回もある

フ2名以上が、個々の参加者へのサポート及び受付、アンケートや資料配布を行う。

各回の講師には、家族の立場をよく理解できる人が選考されている。コーディネーターとサポートスタッフは、介護者が共通して持つ感情を引き出し、共感し、話やすい雰囲気にする役割を担う。そのため介護経験者が望ましいとしている。

### 3. 研究班の設置

プログラムの効果を検証し、その有用性を実証していくために、研究班が設置されている。研究班のメンバーは、老年医学分野（4名）、社会福祉分野（3名）、公衆衛生看護分野（1名）、臨床心理分野（1名）、家族会（1名）で構成されている。

効果の検証は、①プログラム参加による介護負担感の軽減、②参加者によるプログラムの評価、という2つの視点から行っている。

①の検証のため、プログラムの開始前と終了時に3種類の調査〔介護負担感、一般健康度、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 認知症の行動面および心理面での症状) に関して〕を実施し、②の検証のため、毎回の終了時に感想カード、プログラム終了時のアンケートを実施している。

## V 「認知症の人とその家族の会」愛知県支部の家族支援プログラムの活動の検証

### 1. プログラムの内容の検証

Table 5 で作成した認知症のサイコエデュケーションの構成要素 [1] ~ [5] に沿って、プログラムの内容を検証していく。具体的には、①プログラムの対象者、②講義の内容やプログラムの進め方、③交流会で参加者の中に生じているもの、④プログラム終了後の活動が、Table 5 の [1] ~ [5] の下位項目のどれに該当しているかを検証していく。その際、参加者が各回毎に記入する感想カードの自由記述内容（「」で表示）を引用し、参加者の実際の感想もあわせて記述していく。Table 5 の下位項目に該当する部分は、例えば [1]-2 のように文章中に記載していく。

#### ① プログラムの対象者

このプログラムは、認知症の初期から中期の患者を介護をしている家族が対象である。その時期が介護者が最も混乱、苦悩、停滞する時期（室伏, 1999; 土井・尾方, 2000）であるため、その時期を対象にしている。[5]-1

[5]-3

また、認知症の介護者は、続柄が配偶者、実子（主に

娘）、義理（主に嫁）にわかれる。[3]-4 定員を15~20人という人数に定めているのは、続柄別や続柄混合の介護者交流会を行う際に適当な人数となるためであり、全体交流会を行う際の、全体のまとまりが持てる上限が20人程度ということも関係している。

#### ② 講義の内容やプログラムの進め方

##### 【第1回：作ろうネットワーク】

初回は参加者同士、及び参加者とスタッフとの交流という意味もかねて、途中で昼食もとりながらおこなわれる。この回は、スタッフの自己紹介と、参加者の現在の状況や困っていることなども含めた自己紹介が行われる。

参加者は初回ということもあり「介護の大変さを背負って集まるのだからと大変緊張して出席しました。」というように、忙しい中時間を割いてきたが、いったいどのようなプログラムなのだろう、という緊張と不安を抱えて初回に参加している。そのため、まずは介護経験者であるコーディネーターとスタッフが、自分の介護経験を交えて自己紹介を行い、緊張と不安をほぐすのと同時に、ラポールの形成に心がける。[3]-2

次に、参加者の自己紹介の内容に応じて、コーディネーターが介護という共通の経験をしている者としての目線でコメントをしていく。そのような働きかけのなかで参加者は「『今が一番苦しい時ですね。』とっていただいたときに、体の力がスーと抜けていったような、わかっていただけたんだという安堵感とともに私の心の中に安心感が広がっていました。」と感ずることができ

[3]-2

必要に応じてコーディネーターがスタッフにもコメントを求めるが、そのようなやり取りの中で、「2年前に受講した講座は、格好良い上辺だけの話で、心はしらけていた。今度もそうかなと思ったが、少し本音が聞けた。」と参加者が感じるような、本音が語りやすい場の形成がこころがけられる。

##### 【第2回：学びましょう認知症のこと】

認知症といっても、その原因となる疾患（アルツハイマー病、脳梗塞、脳出血、ピック病、レビー小体病など）は多数あり、その疾患によってそれぞれ特徴、予後も含めた経過も異なる。そのため、認知症の原因となる疾患のそれぞれの特徴と予後を含めた経過が説明されている。

[1]-4 また、認知症の中には治療可能なものもあり、治療可能な原因疾患（慢性硬膜化血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症など）についての説明もされる。

また認知症の脳の器質的変化が原因の基本症状と、心理的要因など様々な要因が絡んで生じる周辺症状の説明

など、基本的な知識についての説明もなされる。基本症状は、記憶障害、見当識障害（日時、場所がわからない）、計算障害や実行機能の障害（ex. 料理がへたになった、洗濯機の使い方がわからない）などがあり、程度や時期の違いはあるが、認知症には必ずみられる症状である。一方、周辺症状は、感情的になる、物盗られ妄想に代表される妄想、幻覚、徘徊、作話、不潔行為などであるが、周辺症状は必ず生じるものではなく、その程度も人によってかなりの開きがある。[1]-1 周辺症状のことをBPSDというが、介護者の負担感に大きく影響するのは基本症状ではなくこのBPSDである（大西ら、2003）。また、BPSDは心理的要因など様々な要因が絡んで生じるため、ケアによっては改善する場合もある。よって、この基本症状と周辺症状つまりBPSDの区別、及びBPSDとケアとは影響しあうという認識をもつことは介護者にとって重要である。[1]-1 [1]-7

このような介護者が陥りやすい誤解に留意しながら、経験を積んだ認知症の専門医が、その臨床経験から、家族の介護に必要な視点で医学的知識を提供している。[1]-2 そのため参加者からは「医療的な考えの中で思い違いしていたこともあり参加してよかったと思います。」や「ステレオタイプの知識はあっても介護者が病気の原因や症状を把握する事がいかに重要であるかをひしひし感じます。」といった反応がみられる。[1]-1 また「〇〇先生のお話はとてもわかりやすく父の症状を思い起こしながら聞きました。」というように、自分自身の状況と照らし合わせることができるような形で、情報の伝達が行なわれていることがうかがえる。[1]-2 また、「先の見通しがあるのとないのでは心構えが大きく違うと思いました。たくさん見通しを知ることができて、楽な気持ちで帰れるのでありがたく思います。」[1]-4 というようにも感じている。

### 【第3回 上手に使うサービス利用】

ケアマネージャーから介護保険のしくみや各種サービスの説明がなされる。サービス内容は多岐にわたるため、参加者からは「老健、特養、グループホームなどが少しずつ増え、介護の形が少しずつ昔と違って来たことを感じました。」「福祉事業、介護に各種のサービスが多くあることがよくわかりました。一般的には各種のサービスを知らない方が多い。これを参考に他の方にも教えてあげたいと思います。」「サービスの利用方法や値段のこと、その他色々自分できけないことなど教えていただき助かりました。」という反応がかえってくる。[1]-5 [1]-6 また、要介護認定の申請に関して留意すべき点など各種情報の伝達が行なされる。介護保険制度の改正

が行われる際などは、介護者にとって、より影響があり重要な点に焦点付けての説明が行われる。[1]-2

講師との質疑の中では、サービス利用を躊躇していたり、利用したいが本人が行きたがらず困っているという点を取りあげられることが多い。このような場合は、コーディネーターが既にサービス利用を始めている他の参加者の経験を引き出したり、講師であるケアマネージャーからは、参加者の不安や困惑に即した形で再度サービスについての説明がなれる。それにより参加者は「ディサービスの利用方法のいろいろなやり方を聞かせてもらい、サービスを受ける際のよりよい方法を考えるよう努力しようと思う。」「父の衰えが目立ってきているので、私が動きづらくなってきています。今日のお話をもとに私自身を切り替えて進みたいので、ケアマネさんをはじめとして外に相談していきます。」「今日はディサービスの内容を具体的に詳しく説明していただき、自分自身もディサービスへの考え方見方が変わり、ぜひ父にも勧めたいと思います。」ととらえるようになっていく。[2]-1 サービスの利用により、一定時間、介護者は介護から解放される。そのことが、介護者の心理的負荷の軽減に繋がりが、在宅介護が継続していく要ともなる。

### 【第4回：みつめましょう、あなたのこころ】

コーディネーターが、参加者の全員の現状を聞いていくなかで、介護の仕方についてのヒントを介護者が得られるように話をすすめていく。

「痴呆者への対応の仕方ではわかっているつもりが、そうではない部分が多々あり本当に参考になりました。…これから長く続く介護に少々希望ももてるようになりました。」「介護する人とされる人との間のやりとりがとても参考になりました。」「入浴のはなしをお聞きして、これからどういように入浴させたらよいのか少しずつ考えていこうと思いました。」というように、参加者は具体的な話の中で、日々の介護に関するヒントを得ている。多くの参加者とのやり取りの中で、介護や種々の問題に対する対応の仕方の引き出しや選択肢を増やしている。[2]-2 [2]-3 [2]-4

そして、「介護はそれぞれ個性のある人に対してなので、ちょっとした工夫発想の転換で行なえるものと楽しいアイデアをいろいろ頂きました。その介護者にいくらかの余裕があることが必要かと思えますし、その余裕も考え方をちょっと変える事で生まれ来るものと改めて知った思いです。おかげ様で色々な方に色々なことを教えていただけて、楽しく過ごせました。」「『介護』といってもそれぞれ環境、家族の状態、本人の性格、などなど異なっていますのでこういうときはこうすれば…という

答えはないのですが、広い意味で大変参考になりました。」  
というように、介護の仕方はそれぞれであり、問題への  
対応も臨機応変が必要であるが、それぞれの工夫がそ  
れぞれの問題解決スキルへとつながっていくことを感じ  
とるようになる。[2]-1

また、介護者がどのような心理状態になりやすく、そ  
れがどのように経過していくのかという、介護者の心理  
的な経過について、コーディネーターの経験や、参加者  
の発言を取り入れながら、参加者に伝えていく。そのこ  
とで、介護者は自分が心理的経過の中でどの状態にあり、  
これからどう変わっていくのかということを実感として  
感じとる。[3]-5

#### 【第5回：寄り添ってみましょう、相手のこころ】

施設で行われている認知症の方へのリハビリテーショ  
ンとしての作業療法や回想法の紹介がなされる。その  
際、具体的エピソードと共に、認知症の方の内界を伝え  
ていくことで、「毎日言っている言葉が、不安から助け  
を求めているということが理解できたのがよかったです。  
」「本人に聞いても答えない事が多いので、考えてあげ  
ることが大切なんだと思いました。」「身の回りのケア  
はいろいろ知ったりやったりしてきましたが、心のケア  
についてはあまり意識してきませんでした。父の言葉を  
もう少ししっかり受け止める場面もあると思いました。」  
という反応がかえってくる。[1]-2

また、参加者は本人の能力が少しでも維持あるいは回  
復するようにと、認知症におけるリハビリを訓練ととら  
えがちで、本人の意志に関わらず計算ドリルなどを行っ  
ている場合もある。できないことを無理強いることで、  
本人の自尊心が低下し、挫折感を増大させることにもつ  
ながる（松田，2006b）。認知症におけるリハビリは、  
機能回復というよりも、QOLの維持を目指しているこ  
とが講師から説明される。それにより参加者は「介護が  
必要な父が何が好きなのか、何がやりたいのかがわか  
りません。毎日の散歩も楽しみではなくリハビリとして義  
務です。もう少し、父の本音が聞ける雰囲気を作ってい  
きたいと思いました。」「リハビリテーションとは、でき  
ない事をできるようにするのではなく、持っているもの  
を引き出してあげるということ…」というように、リハ  
ビリに対するとらえかたが変化している。[1]-2

しかし、「リハビリの意味を改めて知った日でした。  
相対する仕方です。随分心のあり方が違ってくる気がしま  
すが、現実はいつも受け入れる余裕がありません。」とい  
うように、参加者は介護をするだけで精一杯の場合も多  
い。そのため、講師はリハビリのあり方を説明しつつも、  
リハビリはサービスの利用先である施設に任せると

いう割り切りも必要、ということも参加者に伝えている。  
[2]-3

#### 【第6回：医師と上手につきあう】

第1回の講師とは別の医師が講師となる。別の医師が  
担当するのは、医師に対するイメージが固定しないため  
である。専門医とかかりつけ医の使い分けなど、今後の  
医師との関わり方についての説明や、認知症に係る薬を  
中心に、薬に対する説明がなされる。[1]-2

それにより参加者は「町医者からの一方通行（の情報）  
ではなく、知ることの大切さを本日の先生からいただき  
ましたこと大変うれしく思っております。」「薬について  
の情報は簡単なものしかわからない。今回薬を医者から  
もらってもやめてよいものか続けてよいものか判断基準  
がわかりませんでした。今回のレジュメを参考にさせて  
いただきます。専門的な知識は理解するのがむずかしい  
のですが、今回はわかりやすく説明いただいた事に感謝  
しています。」「お薬の飲ませ方などなど親切に教えてい  
ただき、少し安心と心のケアができたと思う。」という  
反応を示している。認知症の場合、本人が自分の状態の  
変化を伝えることが困難なため、薬の処方による本人の  
状態の変化を感じ取るのは介護者の役割になる。その変  
化を医師に伝えることが重要で、そのため医師とのコミュ  
ニケーションも重要となってくる。薬についての知識も  
もちろんだが、この講義の中で、参加者は医師とのコミュ  
ニケーションの大切さも感じ取っている。[2]-1

#### 【※弁護士からの講義内容】

高齢者や介護者をめぐる法律問題として、相続・遺言  
の基礎知識、成年後見制度、悪徳商法への対処などにつ  
いての説明がなされる。患者の財産管理をめぐる親  
戚間のトラブルは、交流会でも必ず話題になる内容であ  
る。そのストレスが、介護のストレスと同様に参加者に  
影響していることも少なくない。参加者のストレスの軽  
減、また、長年にわたり介護を引き受けることになるで  
あろう参加者が、その対価としての報酬を少しでも得る  
ことができるようにアドバイスがなされる。[1]-2

また、昨今は、認知症の高齢者をねらったリフォーム  
詐欺などの悪徳商法が多く、参加者の中にもこのトラブ  
ルに巻き込まれている人が散見される。それに対する対  
処や、巧妙になりつつある手口についても説明がなされ  
る。[1]-2

これに対する参加者の反応は「財産のどのくらいま  
で、相続税がかからないとか、寄与分とか、毎月介護料  
をある程度もらってよいとかいろいろわかってよかつた。  
」「お金が原因で兄弟げんかがないようお金での疎通



も弟と図らなければ…と介護で精一杯な上に財産管理なんて!!でも大事だと改めて思いました。」「弁護士さんからアドバイスをいただけ、自分の中の迷いも少し良い方向へ押し上げていただいたような感じです。」との反応がみられる。

また、2回～6回及び弁護士の講義に関しては、講師からの資料が配布される。[1]-3

### ③ 交流会で参加者に生じているもの

参加者全体で行う交流会（初回、第4回）とグループ別に分かれての交流会（第2・3・5・6回）とがある。

交流会では「同じような日常を過ごしている方から聞いてもらえる安心感が大きいのでしょうか、時間のたつのが早いと思えるひと時でした。」「なかなか介護の愚痴を言う相手もいないのでストレスをためやすいのですが、家族の会のみなさんと交流ができてとてもよかったです。」というように、日々の生活ではなかなか共有することができない気持ちを共有することができる。

[3]-1 [3]-7

また、交流会の構成も続柄別などで実施するなどバリエーションを持たせているが、配偶者、嫁といった、患者との関係性別にグループ分けして交流会を行うと、その続柄ならではの気持ちが吐露しやすく「今日の席の分け方は大賛成です。忌憚のない話がきけました。」と参加者は感じる。また、続柄混合でのグループ分けでは「やはり、私の中には『義理』と『身内』の違い、身内の問題を切実に語ってみえる方のお話はより教えられるものがあったと思います。」「私は主人の親を看ているといえるけど、自分自身の親の人は逃げ場がないので大変だと思いました。」と、異なる続柄の人にも思いがいたる。

[3]-1 ただ、参加者自身の気持ちが煮詰っていると、他に目が向くことは難しくなる。そのため、まずは同じ続柄同士で十分に気持ちを共有できるよう、第2、3回の交流会は同じ続柄同士で構成される。その後の第4回の全体交流会でコーディネーターがその点を意識しながら、交流会を進めていき、それを踏まえて第5、6回では続柄が混合で行われるといった構成になっている。

参加者は自分の中に罪悪感を抱いている場合も多い。他の参加者から同じような話を聞いて「自分の母親に『死にたければ死ねばいいでしょ』ととても優しい方でも言った…といわれて、私も苛立ったときに、痴呆の父には直接ではないが、母に対して『もう私充分看てる。いつ（父が）死んでも後悔しない』と言ってしまった。私だけではないんだと思いました。罪悪感にさいなまれていたのでほっとしました。」と自分の中の重荷を少し下ろすことができる。「いつも手を抜くことを考えてい

て、後ろめたい気持ちがあったが“いい加減がいい”との話で少し楽になりました。」という感想もあり、介護は献身的にしなくてはならない、という「社会的規範」というものが、薄れてきたというものの、まだまだ存在することがうかがえる。同じく介護をしている人から「手を抜いてもいい」「手を抜いている」と聞くことで、うしろめたさが軽減され、心身の負担の軽減にもつながる。[3]-7

また、「社会的規範」だけでなく、性格が几帳面であったり、まじめな場合も、献身的な介護をしなくてはならない、という気持ちにとらわれる。それは「一生懸命になりすぎ、もう限界だと追い詰められた気持ちになり、腹がたって爆発寸前のときもありましたが、“いいかげんがいい加減”とよいことを知りました」と、追い詰められた気持ちにもつながる。実際、高齢者虐待に繋がるケースの中で、元々熱心な介護者である場合は多いといわれている（松本，2001）。このような「爆発寸前の気持ち」を和らげることも、交流会の意義といえる。

[3]-6 松本（2001）も自身が関わった介護者を通して「介護者が秘密を守ってくれる第3者に、本人への怒りや否定的な気持ちを言葉にして語っている場合には、虐待につながる場合が多かった。」とその経験を述べている。しかし実際には「手をあげてしまうこと、ここに通うようになって、ずいぶん減ってはきましたが…」「義母をたたいたり、しかったりしている夫の姿をみて、気持ちのいいものではなく、義母がかわいそうになり止めに入ります。私のために怒っていると思う時もありましたが、夫本人が頭にきたからというときもあります。怒ったところで解決できるものではないと、その度に話しますが、義母の言葉にすぐ相対してしまうので、同じ事のくり返しになってしまいます。私自身も感情を抑えきれず、手をだしてしまい、後で悔やむ事も多くあり、しかし正当化して、その場をごまかしている。繰り返しの毎日になってしまっています。」と「手をあげてしまっている」場合もある。ただ、この場合、本人に対して、「手をあげてしまっている」ということを言語化できるようになった点には着目すべきと思われる。しっかりとしたラポールが形成されていなければ、非難をされると思ひ、そのことすらも表面化することがない。[3]-1

[3]-7 このように交流会で様々な感情を吐き出すことにより「自分だけがなぜこんな苦勞をしなければ!と置いていたが自分以上に大変な生活をしていらっしゃる事を聞き前向きに考えられるようになった。」「胸にためる事なくこのような場で話をし、誰かが聞いてうなづいてくれる、なぜかほっとする。また少し“がんばろー”と一歩前進

できる。」と、問題を抱えながらも、介護に向う力を得ているようである。[4]-1

また、一方では交流会で自分自身よりも大変な状況にある参加者の話を聞いて「母の状態がほんの入り口とは…考えてしまいます。」「結構重度の方のお話が多かったせいかなぜか先が暗く感じられました。」と逆に不安が高まる参加者もみられる。「準備して下さった方には申し訳ないのですが、受講していてもその場は皆でグチをこぼしても家に帰れば現実が待っている訳ですからどうしようもなくまだまだ続くのだなあと思いました。」というように、一時的な気晴らしにしかならないと感じている参加者もいる。全ての参加者に対して、プログラムが適応的に働くとは限らないが、予後について知ることが、結果的には介護に余裕を持たせることなどを、より明確に伝えていくといった配慮は必要と思われる。

#### ④ プログラム終了後の活動

プログラムの終了後、今後も継続的に交流会を持ちたいという希望が参加者からだされ、プログラム修了者が中心となった交流会を立ち上げる動きもみられる。現在、各地域で3つの自主グループ（「桜の会」「コスモスの会」「きずなの会」）が結成され活動しており、家族会からオブザーバーも参加し、必要に応じてコメントやアドバイスを行っている。[3]-3

また、交流会を通じて、お互いの経験がお互いの参考になることを知り、「役にたきたい」という感情から、各地域でのプログラムの開催の際、自主グループの中からの申し出で、「準スタッフ」として加わる動きもみられている。介護者が介護者の力を引き出し、地域においてお互いが支える力となっていくことも、このプログラムも大きな特徴と言える。[4]-1

## 2. 研究班の活動実績

IV-3で述べた効果検証については、①の「介護負担感の軽減」は、プログラム受講前後で、「世話で精神的にはもう精一杯である」の項目に、統計的に有意な差がみられた。一方、②の「参加者によるプログラムへの評価」は高く、感想カードの自由記述については、代表的なものをVで引用した。本稿では、プログラムの内容から、認知症におけるサイコエデュケーションを検討するものであるため、効果検証の分析結果の詳述は別稿にゆずる。研究班の活動は、今まではプログラムについて広く認識されることに重点（尾之内、益田 他 2005, 2006; 旭、伊藤 他, 2006; 伊藤、旭 他, 2006; 平松・加藤・伊藤, 2006; Onouchi N, Asahi T, Kato E, et al, 2006)をおき、IV-3で述べたプログラムの効果検証の内容を踏まえプログラムの啓蒙をはかっている。

## VI 考察

最初に、このプログラムのシステムとしての特徴を、愛知県支部の活動全体の位置づけにおいて考察し、次にプログラムの内容について考察を行う。

まず、システムとしての特徴であるが、Figure 1は後藤（1998）が「心理教育の基本構造と他の援助プログラムの関係」を表したものである。後藤はこの図を「例えば対処技能に重きを置き、単家族での介入を行うBFMは知識教育の部分で個別のインフォメーションで補い、サポート部分は家族会で補うなど、それぞれの援助法は単独で行われるのではなく必ず他のアプローチと関連していて補いあっている。そういう意味では心理教育のもつ基本構造は種々の他の治療法（薬物療法も含めて）をつなげる結節点（ハブ）の役割を持っており、特にこのことはさまざまな領域で地域ケアを行おうとするときに役立つものである。」と説明している

このFigure 1を愛知県支部での活動にあてはめてみ

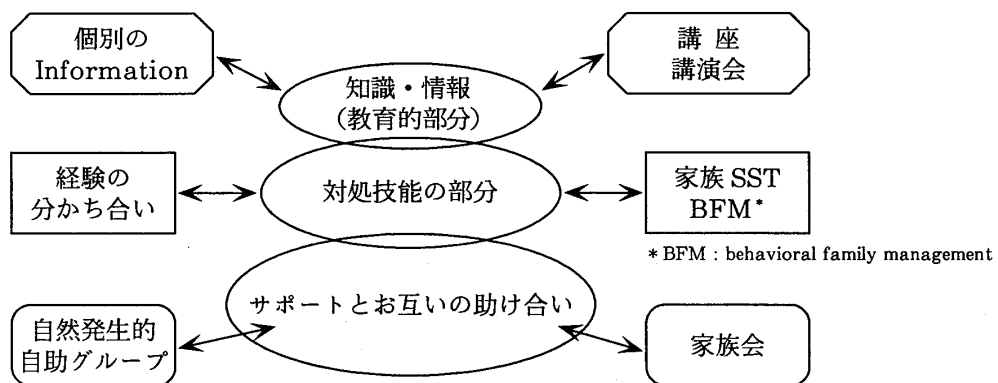


Figure 1 サイコエデュケーションと他の援助プログラムの関係

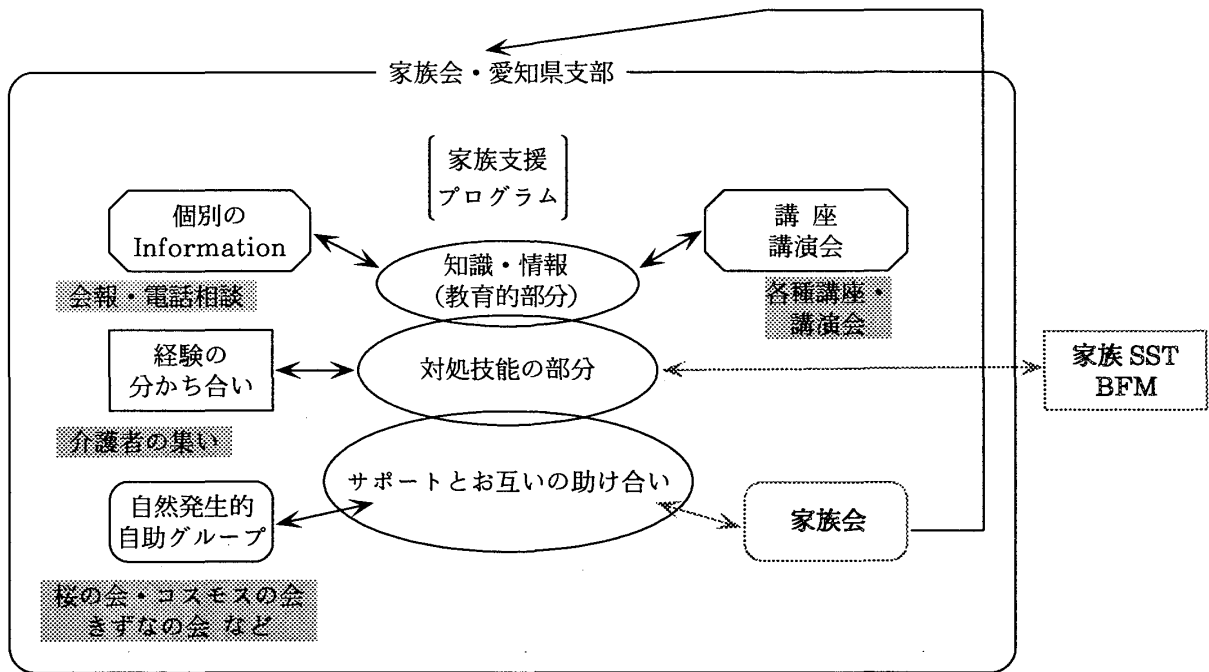


Figure 2 愛知県支部における各種の援助と家族支援プログラム

ると Figure 2 のようになる。「個別の information」は会員に送られる「会報」であったり、愛知県支部がおこなっている「電話相談」がそれに当たる。また、「講座・講演会」についても、愛知県支部主催の「講座・講演会」が、年間に複数回開催されている。「経験のわかちあい」は「介護者の集い」が月に1回定期的に行われており、若年認知症の介護者を対象にした「介護者の集い」も行われている。「自然発生的自助グループ」はプログラム終了生を中心に結成された3つの会を含め、複数が活動を行っている。このように見ていくと、愛知県支部の活動を集約させたところにプログラムがあると言ってよい。また各種の援助も、愛知県支部の活動の中にもあり、プログラム終了後も各種の援助につながる事が容易であることもシステムとしての特徴と言えるだろう。

しかし、Figure 2 では家族 SST や BFM に関しては枠外においた。認知症では Leff ら (1985) や Falloon ら (1993) が提唱しているようなシステムティックなプログラムが確立されていない。家族 SST にしても BFM にしても、家族と患者本人とのコミュニケーションの改善がその目的の中核であるが、認知症の場合は、患者本人の認知機能の低下という特徴により、本人との関わりの持ち方が、他の疾患とは大きく異なる。そのため、認知症の特徴を踏まえうえて、具体的な技法が洗練されていく必要があると思われる。

次にプログラムの内容であるが、Table 5 に沿ってそ

の内容を検証してきた。[1] ~ [5] の多くを網羅していると思われるが、プログラムの対象者を初期から中期としているため、後期である [1]-8 と [5]-4 はプログラムに含まれない。また、患者本人は対象としていないため、[5]-2 は満たしていない。[3]-6 の介護者の「喪の仕事」に関しては、認知症により変わっていく姿を受け入れるという点が特に難しい。本人が目の前にいながらその人を失っていくという感覚は、他の疾患とは異なるものである。「自分の親だけにありのまま受け入れるのは難しい。」という感想に見られるように、本人との結びつきが強いほど受け入れ難くなる。認知症における「喪の仕事」自体が長期におよぶものであり、6回の中で扱いきることは難しい問題である。第4回の中で、介護者の気持ちがどのように変化していくか、という中で触れてはいるが、それを実感するには6ヶ月という期間は短いといえるだろう。この点については、プログラム終了後に、修了生による自主的なグループや、介護者の集いに参加するなど、プログラムとは異なる他の援助プログラムで補っていく必要がある。その他の援助プログラムが、前述したように、愛知県支部の中に用意されていることもシステムとしての特徴であり、その後のフォローにつなげやすい。また、[3]-7 の高EEと虐待の問題についてであるが、十分なラポールの形成により、参加者の押さえ切れない感情と、つい手がでてしまうことについて、言語化できるまでに至っている。しかし、プログラムに参加している半年の間にその状態が完全に

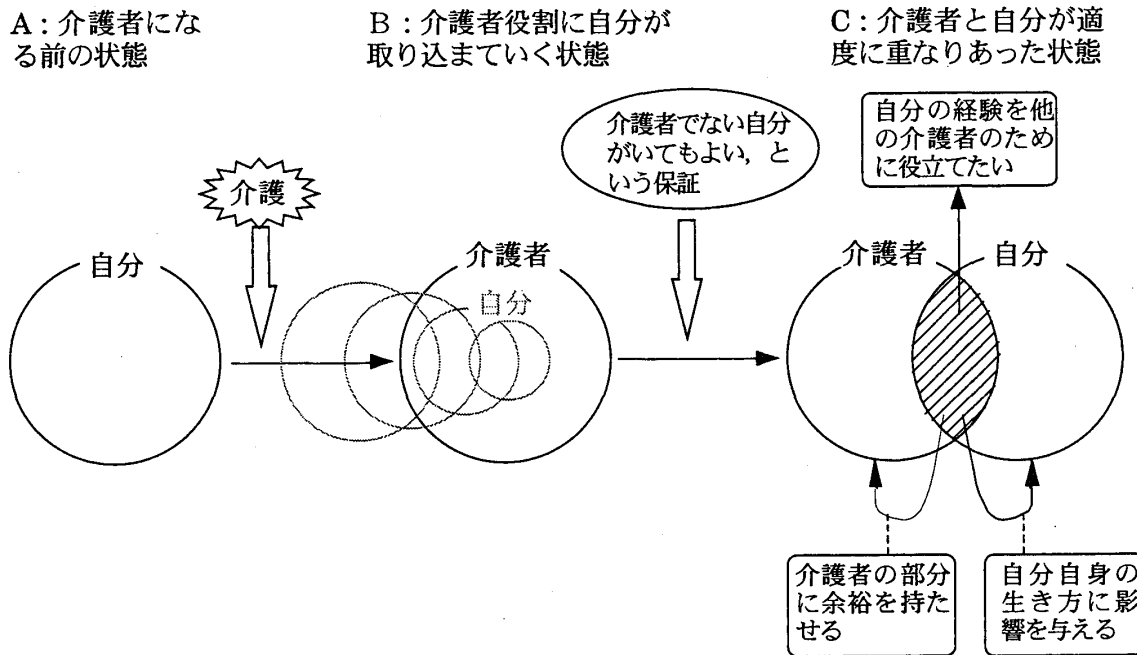


Figure 3 家族支援プログラムの中で参加者に生じている現象

くならない場合もある。プログラム参加者の場合、生真面目さや、熱心さのあまりにという場合ではあるものの、この点のフォローについては検討の必要がある。

このように、対象としている時期（初期・中期）の中で、不十分な部分は一部あるが、参加者の感想とあわせてみても、プログラムの内容は、認知症のサイコエデュケーションとしての役割を十分に果たしていると思われる。

また、このプログラムの最大の特徴は、やはり当事者である家族会が企画・運営していることである。多くの参加者は、感想に「同じ立場の人…」という言葉を書いている。この「同じ立場の人…」ということがなぜそれほど参加者にとって重要なのか。「同じ立場の人…」から様々な介護の上での智慧を学び、具体的な対処方法を学んでいく。これは専門職から提供される情報とは異なった、日常の中での智慧がちりばめられており、参加者にとって得がたいものであることには違いない。また、「同じ立場の人…」だからこそ、本音で話すこともでき、胸の中の重荷を下ろしていくこともできる。

参加者が、印象に残っている言葉として共通してあげているものがある。それはコーディネーターが言った「いいかげんがいい加減」「60%介護」「自分をほめる」である。介護者である参加者は、意識するしないに関わらず、介護者としての役割を家族からも社会からも期待される。その期待に応えようと、「できるだけことはしてあげたい」と思い、その一方で、介護者でない自分自身の人生も生きているため、その両者の中で葛藤が生

じる。その思いは本人との続柄が、嫁や実子の場合のほうが配偶者に比べ年齢が若い分より強い。しかし、「老々介護」である高齢の配偶者にも、自分の人生があり、自分がなくなってしまった介護は長続きはしない。介護経験者からの「いいかげんがいい加減」「60%介護」などの言葉によって、介護者でない自分があることを認めていいことを保証されるため、この言葉が説得力を持つのではないかと思われた。

Figure 3は参加者に生じていると思われる現象を模式化したものである。参加者は、認知症のかたを介護するようになり、徐々に介護者役割の中に自分がとりこまれていく。多くの場合は、このような状態でプログラムに参加する。しかし、前述のコーディネーターの言葉や、それぞれの参加者の中に、介護者でない部分の葛藤や、介護者でないその人の生き方を垣間見ることによって、参加者は介護者でない自分がいてもいいことを徐々に認めていくことができるようになる。それにより、介護者と自分が適度な重なりを持った状態へと変化していけるのではないだろうか。「介護者でない自分が認められている場」であるからこそ、「介護者である自分の様々な思いも語られる場」であり、「同じ立場…」での共感も、より深い意味を持つと思われる。

また、介護者と自分が適度に重なった状態が生じれば、「自分の経験が役に立つのではないか」という部分が生じてくる。この状態になると、介護者の部分においても少し余裕が生まれ、自分自身の生き方にも介護経験が影響を与えるようになる。プログラム終了者が、次回

その地域でプログラム開催されるときにスタッフを希望するなど、地域ごとのサイコエデュケーションの核にもなりつつある。このような繋がりが生まれるのは、当事者が企画・運営しているこのプログラムの大きな特徴の一つではないかと思われる。

## VII 今後の課題

介護保険導入による認知症への社会的認識の広がりや、専門の医療機関の増加、SPECT や MRI などによる画像診断などにより、認知症の早期確定診断は広がりつつある。そのことは、本人が病識がある時期に確定診断がなされることを意味している。松田 (2006a) の指摘にあるように、認知症の初期の段階でのサイコエデュケーションでは本人への援助が大きな役割を持つ。その意味でも、今後は本人へのサイコエデュケーションもなされていく必要がある。本稿において、その実践を紹介・検証してきたプログラムにおいても、介護者が参加するには、被介護者のその間のケアが問題となる。その問題による欠席や、講座自体の参加が不可能な場合もある。参加者からも「本人の勉強会（認知症とは何か? とか）は無理でしょうか?」という要望もあがっており、本人同伴で、なおかつ、それぞれがサイコエデュケーションに参加できるシステムが必要と思われる。

また、近年認知症の中でも若年認知症への問題がとりあげられている。そこには働き手であったり、育児や家事をこなす年代であるという被介護者の社会的役割の重さ、疾患の進行の早さやBPSDの深刻さの問題、子どもへの影響といった若年認知症独自の背景がある。家族会の愛知県支部でも若年認知症の「介護者のつどい」を開催しているが、そこではやはり若年認知症ならではの問題が話題となる。そこで語られる問題点を拾い上げ、若年認知症の本人と介護者が必要としているサイコエデュケーションを、現在のプログラムとはまた別に、検討していく必要があると思われる。

松田 (2006a) は「認知症のサイコエデュケーションに関する専門家の育成や、教育の取り組みについても本格的に論議する必要がある。サイコエデュケーションの取り組みが認知症治療の中に、ルーティン化されていくためには、優れた臨床実践と臨床研究の蓄積が必要である。」との指摘をしている。愛知県支部でのプログラムについて、これまで認知症におけるサイコエデュケーションとしての視点での検討を行ってはいなかった。しかし、本稿において、このプログラムが認知症におけるサイコエデュケーションとしての役割を十分果たしていることが示唆された。愛知県支部での取り組みは、行政との連携も図りつつ、愛知県下やその他の支部に広がって

おり、その広がりが臨床実践の蓄積につながりつつある。これまでも研究班によって効果検証を実施してきたが、従来の介護負担感ではその効果を測定しきれていない。他の指標も含めて効果検証の方法そのものも精査しつつ、臨床実践をより有効な臨床研究につなげていくことが必要である。更なる結果が、臨床実践に生かされるという循環の中で、始まったばかりである認知症のサイコエデュケーションのありかたを検討していくことが求められている。

## 引用文献

- Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE 1986 Schizophrenia and the family. Guilford Press, New York. (鈴木浩二, 鈴木和子監訳 1988 分裂病と家族. 金剛出版)
- 旭多貴子・伊藤美智予・尾之内直美・加藤悦子・益田雄一郎・鈴木亮子 2006 「家族支援プログラム」の地域における新たな展開 第7回日本認知症ケア学会抄録集, 175.
- 土井由利子・尾方克己 2000 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究 日本公衆衛生雑誌, 47(1), 32-45.
- Falloon IRH, Laporta M, Fadden G et al 1993 Managing Stress In families; Cognitive and Behavioural Strategies for Enhancing Coping Skills. Routledge. (白石弘巳, 関口隆一監訳 2000 家族のストレス・マネージメント; 行動療法的家族療法の実践. 金剛出版.)
- 後藤雅博 1998 家族教室のすすめ 金剛出版
- 平松誠・加藤悦子・伊藤美智予 2006 家族介護者への支援を目的としたプログラムの効果分析 第54回日本社会福祉学会抄録集.
- 伊藤美智予・旭多貴子・尾之内直美・加藤悦子・益田雄一郎・鈴木亮子 2006 家族の会・愛知県支部「家族支援プログラム」の効果について 第7回日本認知症ケア学会抄録集, 176.
- 小林清香・堀川直史 2006 高齢者におけるサイコエデュケーション 老年精神医学雑誌, 17(3), 267-271.
- Leff JP, Vaughn CE 1985 Expressed emotion in families. Guilford Press, New York. (三野善央, 牛島定信訳 1991 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版)
- 松田修 2006a 高齢者の認知症とサイコエデュケーション 老年精神医学雑誌, 17(3), 302-306.
- 松田修 2006b 認知リハビリテーション 老年精神医学雑誌, 17(7), 736-741.

- 松本一生 2001 痴呆性老人と心理教育 臨床精神医学, 30 (5), 477-482.
- 三野善央 2001 精神分裂病と心理教育 臨床精神医学, 30 (5), 459-465.
- 室伏君士 1999 痴呆性老人を介護する家族のメンタルヘルス 老年精神医学雑誌, 10 (9), 1033-1039.
- Onouchi N, Asahi T, Kato E, Fujishiro H, Hamajima J, Hirakawa Y, Hiramatsu M, Ito M, Masuda Y & Suzuki R. 2006 How could you support caregivers? - One notable trial in Japan - 22nd Conference of Alzheimer's Disease International, Berlin, Germany. (Ref. -No. alz00372)
- 二宮由美・池田学・頼田綾子・小森憲治郎・田辺敬貴 2003 老年期における心理社会的要因への対応 精神科治療学, 18 (5), 551-556.
- 大西丈二・梅垣宏行・鈴木裕介・中村了・遠藤俊英・井口昭久 2003 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響 老年精神医学雑誌, 14 (4), 465-473.
- 尾之内直美・益田雄一郎・加藤悦子・沖田裕子・旭多貴子 2005 認知症介護家族への効果的なサポート — 呆け老人をかかえる家族の会・愛知県支部の活動を通して — 第6回日本認知症ケア学会抄録集, 234.
- 尾之内直美・益田雄一郎・加藤悦子・旭多貴子・鈴木亮子・伊藤美智予 2006 家族の会。愛知県支部における人材活用について — 家族介護者への効果的な支援に関する研究 — 第7回日本認知症ケア学会抄録集, 174.
- 大島巖 1993 心理教育 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原嘉ほか編 新版精神医学辞典 弘文堂・414.
- 大島巖 2000 「心理教育」とは何か — そしてその可能性 地域精神保健福祉情報 Review, 9, 4-7.
- 鈴木廣子 2001 摂食障害と心理教育 臨床精神医学, 30 (5), 485-491.
- 鈴木丈・伊藤順一郎 1997 SST 心理教育 中法法規出版
- 上原徹 2001 感情障害と心理教育 臨床精神医学, 30 (5), 467-476.
- 山口一 2001 心理教育の実際 臨床精神医学, 30 (5), 451-456.

#### 謝 辞

アンケートの記入にご協力下さいました、家族支援プログラムの参加者の方々に申し上げます。また、家族支援プログラムを支えているスタッフ・講師の方々、調査研究に共に取り組んでいるメンバーの方々 (家族会: 尾之内直美さん・濱島純子さん, 日本福祉大学: 加藤悦子先生・伊藤美智予さん・平松誠さん, 名古屋大学大学院医学系研究科: 益田雄一郎先生・平川仁尚先生・藤城弘樹先生・旭多貴子さん) に感謝申し上げます。

(2006年9月29日 受稿)

ABSTRACT

The Family Support Program by Aichi Chapter of The Alzheimer's Association of Japan : From a Viewpoint of Psycho-Education in Dementia

Ryoko SUZUKI

The family support program was started in 2003 by the Aichi chapter of The Alzheimer's Association of Japan. The program intends to empower the care-givers whose family member is at the comparatively early stage of dementia. The program is held once a month for half a year. It consists of the lecture and care-givers free discussion. The program aims to derive the potential power in care-givers as well as to acquire the proper knowledge about dementia. The purpose of this research is to report the constitution and the activity of this program, and to inspect its effects from the viewpoint of psycho-education for dementia. Based on components required by psycho-education of dementia, the contents of each lecture and the impression of the participants were inspected. As a result, the program showed a certain function as psycho-education in dementia.