

# 認知症高齢者と環境調整に配慮した施設ケアの在り方

—ケア提供者との事例検討—

吉村夕里  
(京都市教大学)

## <要 旨>

本研究の目的は、1) 筆者らがケア提供者らと実施してきた事例検討方法を紹介するとともに、以上の事例検討方法を実施したある認知症高齢者事例へのケアと、ケア提供者の意識の変遷を分析すること、2) 認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方と関わりの視点の変容を明らかにすることである。事例検討方法としては、課題提出者が「場面エコマップ」「ビデオ記録」「プロセスレコード」等を呈示した後、事例検討参加者全員でSST(Social Skills Training)を実施するという方法を採用した。以上は、困難場面の人間関係や環境条件についての情報を事例検討参加者が共有できることと、ケア提供者が対応方法を獲得することが重要であるとの認識のもとで、筆者らが既存の問題解決技法や事例記述法を事例検討のために応用して、パッケージ化したものである。

本研究では、調査1として、上記の事例検討方法を実施した中等度の血管性認知症をもつ82歳の女性事例へのケアとケア提供者の意識の変遷を分析した。その結果、①ビデオ記録やプロセスレコード等に基づく討議によって、課題提出者が困難を感じている具体的な場面や環境に対する理解や、BPSDを誘発させる関わり方への共通理解が促されること、②SSTの実施によって、新たな関わり方の視点と支援方法の獲得が促されることが示唆された。

また、調査2として、認知症を対象としている31名のケア提供者へのアンケート及びインタビュー調査の質的分析を行った。その結果、①「利用者の表出」に対応した「ケア提供者の受けとめ方」として、<利用者には私は何をしてあげべきなのか><利用者は私をどう捉えているのか><利用者は私にどのように関わっているのか><利用者の生活世界のなかには私はどう位置づけられているのか>という4つの観点からの受けとめ方と、以上の受けとめ方に対応する「ケア提供者の視点」として、<ケア提供者中心の視点><相互関係的視点><協働的視点>という3つの視点を明らかにした。

以上の2つの調査結果から、認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方や関わりの視点は、事例検討や経験によって変容することが示唆された。また、施設内の空間とケア提供者という、入居者が身近に認知することが可能なモノやヒトが、その時々でどのように定義され再編されていくのかを把握していくことが、認知症高齢者の生活世界やライフスタイルの一貫性を尊重したケアを行う際に重要であることが確認できた。

## <キーワード>

認知症高齢者、グループホームケア、事例検討、SST、ケアの変容、環境調整

### 【はじめに】

本研究の目的は、筆者らがケア提供者らと実施してきた事例検討方法を紹介するとともに、以上の事例検討方法を実施したある認知症高齢者事例の分析と、ケア提供者を対象として実施したアンケート及びインタビュー調査の分析をおして、認知症高齢者の環境調整に配慮した施設ケアの在り方について考察することである。

### 【調査1：事例検討から】

認知症高齢者ケア現場には、様々なアセスメ

ント方法が導入されているが、アセスメントのための情報収集は必ずしもスムーズではない。

施設ケアでは、認知症が中等度や重度になってから導入される高齢者が多いため、ケア提供者がリロケーションダメージへの対応に追われるという実態がある。また、周辺症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に振り回された結果、在宅時の生活環境について、家族から施設に対して十分な情報伝達が行える状況ではない場合もある。

以上の状況のなかで、言語的表出が乏しい認

知症高齢者からの様々な表出を見逃さずにキャッチして、彼らが安心できる環境をケア提供者が整備していくことは困難だと思われる。さらに、ケア提供者は日々のルーチンワークに追われており、そのなかで特定の認知症高齢者に焦点をあてた観察ができない場合もある。

一方、ケア提供者が「困難を感じる場面」の事例検討では、参加者から提案される解決策が抽象的な心構えとして呈示されるに留まったり(玉城ら,2008)、個々のケア技術への批判に終始して、ケア提供者にとっては実現可能な解決策となっていなかったりする場合がある。

たとえば、あるケア提供者にとっては対応可能なことが、他のケア提供者にとっては対応が難しい場合もある。この場合、ケア提供者のケ

ア技術の問題だけではなく、個々の場面における認知症高齢者の側の状態の変動と施設内環境の問題等も関わってくる。

そこで、ケア提供者が実際に体験した個々の具体的な場面の人間関係や環境条件についての情報を事例検討参加者が共有することを目的として、従来から実施していた「場面エコマップ」<sup>1)</sup>に加えて、実際のケア場面についての「ビデオ記録」や「プロセスレコード」<sup>2)</sup>等を、事例検討の課題提出者が事例検討参加者に提示することとした。また、課題提出者にとって現実的に対応可能な方法を探求するために、SST<sup>3)</sup>(Social Skills Training)を導入した事例検討も併せて導入することとした。

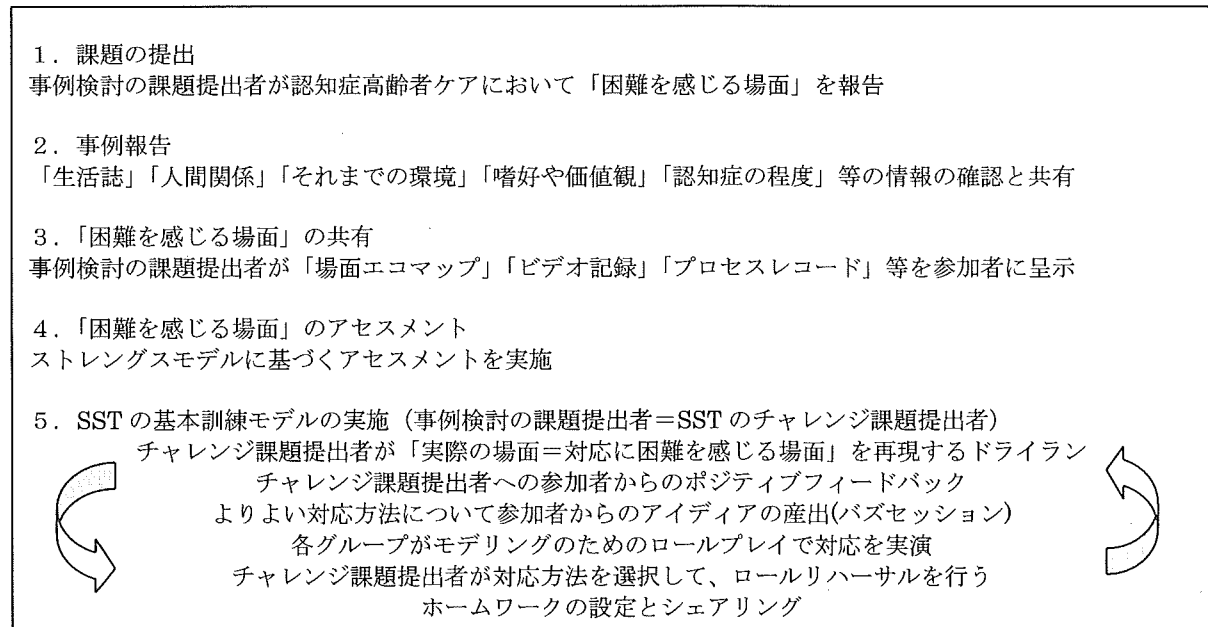


図1 事例検討方法

このうち、「場面エコマップ」「ビデオ記録」は、場面情報や環境情報を事例検討参加者たちが視覚的に共有することと、「プロセスレコード」と併せて、認知症高齢者とケア提供者との相互作用の文脈の把握を目的としている。

SSTを用いた事例検討は、ケア提供者が現在抱えている問題を、課題提出者であるケア提供者自身の言葉と表現で再現して、参加者とともに対応方法を探ることによって、実行可能な対応方法を選択していくことを目的とした。

具体的な進行としては、図1のとおり、最初に事例検討の課題提出者が認知症高齢者ケアにおいて「困難を感じる場面」を報告する。次いで、その事例の「生活誌」「人間関係」「それまでの環境」「嗜好や価値観」「認知症の程度」

等について、事例検討参加者が把握している情報の確認と共有を参加者全員で行う。そのうえで、課題提出者が認知症高齢者ケアにおいて「困難を感じる場面」についての「場面エコマップ」「ビデオ記録」「プロセスレコード」等を参加者に呈示して、認知症高齢者事例の対処法の「強み」を確認していくストレングスモデルに基づくアセスメントを実施。以上を基盤として、事例検討の課題提出者をチャレンジ課題提出者としてSSTの基本訓練モデルを実施した。

基本訓練モデルは、「チャレンジ課題提出者が『実際の場面=対応に困難を感じる場面』を再現するドライラン」「チャレンジ課題提出者への参加者からのポジティブフィードバック」「よりよい対応方法についての参加者からの

アイディアの産出」「各グループがモデリングのためのロールプレイで対応を実演」「チャレンジ課題提出者が対応方法を選択してロールリハーサルを行う」「ホームワークの設定とシェアリング」というプロセスをもつ。このプロセスのうち、「アイディアの産出」と「モデリング」では、小グループに分かれて討議を行うバズセッション方式を採用して、討議の活性化を図った。また、今回の事例検討では新たな対応方法をとった結果の報告を求めていくという継続的事例検討方式とした。

さらに、介護職員 34 名に対して、従来どおりの事例検討と「場面エコマップ」と SST の「ロールプレイ」を導入した事例検討の 2 つの事例検討方法を試行して比較した。その結果、「場面エコマップ」や「ロールプレイ」を用いた事例検討は、討議が活性化したり、多面的で具体的な解決策が産出されたりするという効果が見出された。一方、「課題が固定化される」等の問題も挙げられた(玉城ら, 前掲)。

そのため、事例の全体像について、参加者全体で「生活誌」「人間関係」「それまでの環境」「嗜好や価値観」「認知症の程度」等の情報を確認・共有する時間を設けたり、ストレングスモデルに基づくアセスメントでは、グループワーク方式での討議を導入したりするような改善を図っていったという経緯がある。

以下に、上記の事例検討で取り上げられたある認知症高齢者事例に焦点をあてて、施設内環境のアセスメントと、ケアの変容過程との関連について論述していく。

なお、事例検討の記録やビデオ観察場面等の研究目的の使用については当該施設の責任者及び入居者に対して、口頭説明を行ったうえで同意を得ている。また、施設名や事例検討実施年月日等については特定化を避けるために明記していない。

### 【事例の紹介】

分析対象としたのは、グループホーム入居当時 82 歳の女性 A さんの入所 8 カ月目の事例検討と、入所 10 カ月目の事例検討である。

A さんは大学を卒業後、花嫁修業をしながら気ままに暮らしていたが、35 歳で 10 歳年長の大学教員と結婚して 36 歳で長女を設けている。結婚後は専業主婦をしていたが、夫が他界して長女が嫁いではからは 20 年余り一人暮らしを続けてきた。グループホームに入居する 1 年余り前から記憶障害や見当識障害が認められるようになり、長女の依頼で週 1 回ヘルパーが安否

確認や買い物の付き添いのために派遣されるようになった。しかし、ヘルパーを認識できず「あなた、誰、何しに来たの」と尋ねたりしていた。82 歳の時に脳梗塞を起こして 20 日間入院。その後、左不全麻痺となり、グループホーム入所時は介助式の車イス移動であったが、リハビリにより 1 カ月で歩行が可能となる。

診断は血管性認知症 Vascular Dementia (以下:VD)で、認知症は中等度(HDS-R: 12 点 10)、NM スケール: 33 点 11)、要介護度: 3)。日常生活動作についてはほぼ自立しているものの、時に排泄の失敗等が認められる。また、歩行が可能となり、グループホームの生活に慣れてきたとケア提供者が感じるようになった頃から、易怒的となり、他の入居者やケア提供者に対して突然、怒鳴りつけるという場面が週 1 回程度認められるようになった。

入所 6 カ月で風邪をひいてからは、ベッドに居る時間が長くなるが、回復してリビングに居る時間が増えるにしたがって、再び他の入居者への注意や指示が多くなってきた。また、大声を出して興奮する場面も増えてきて、時には週 3、4 回程度認められるようになった。

たとえば、他の入居者が食器の音をたてたり、食事中に食べこぼしをすると注意したりして、無視されると「あなた、そんなに長生きしたいんですか」等と大声を出して興奮したりする。また、行動障害が認められる認知症高齢者に対して「ああいう人は見たくない、悲観的になる」と呟いたりする。元来、社交的で地域活動にも熱心だったという長女等の情報から、ケア提供者が同じ建物内で行われているデイサービスに誘ったり、外出やレクレーションへの誘いかけを行ったりするが、体調によって参加状況には波が認められたという。

### 【食卓場面のエコマップ】

入所 8 カ月目の事例検討では、ケア提供者から A さんが言葉を荒げたり、興奮したりする場面がしばしば認められ、その突然の怒鳴り声と威圧的な表情によって他の入居者とケア提供者を怯えさせているという報告がなされた。

当時、A さんが入居しているグループホームには、A さんを含めた 70 代～90 代の 6 人の入居者(男性 1 名、女性 5 名)が入居していたが、その入居者たちが揃う食卓場面において A さんの興奮が認められるという。

図 2 はリビングの食卓を囲む入居者たち位置関係を表わしている「場面エコマップ」である。図 2 のとおり、食卓を挟んだ A さんの右

前方に C さん(女性入居者)が位置しており、A さんの右隣りの B さん(女性入居者)と C さん(女性入居者)の間にケア提供者 1(年配の女性)が位置している。ケア提供者 1 が B さんと C さんの傍に位置しているのは、この 2 人に難聴が認められたため、他の入居者等との会話の橋渡し役をするためである。また、ケア提供者 2(若い女性)が A さんの背後にあるキッチンで調理作業にあたっていた。

以上の食卓をめぐる位置関係のなかで、A さんは、A さんの右前方に位置する C さんの一挙一動に特に過敏になり、C さんをしばしば怒鳴りつけるという。C さんはグループホームの中では最高齢の 99 歳で動作が遅く、転びやすいことも A さんの勘に触っていたようである。しかし、A さんが興奮するきっかけはそれだけではなく、物音等の聴覚刺激がきっかけになって興奮することがあることも報告された。

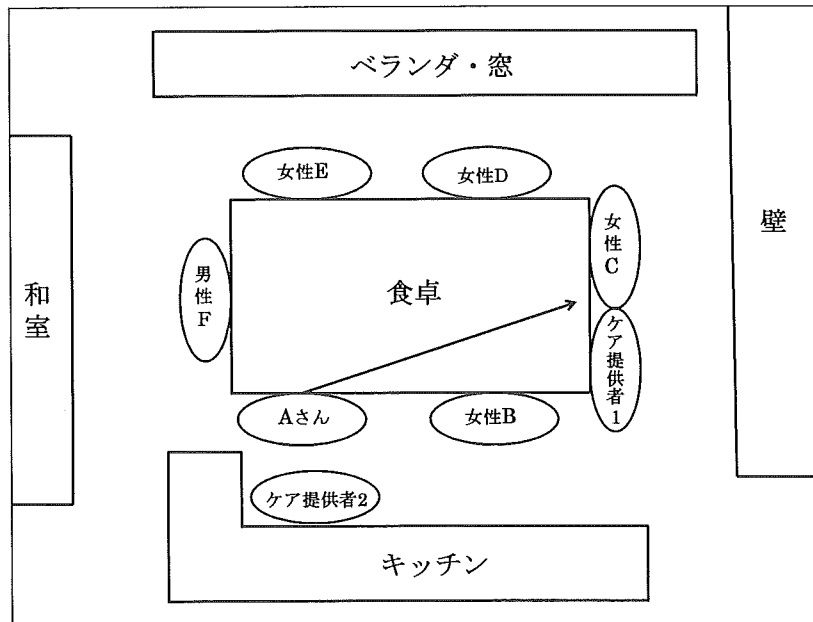


図2 食卓場面のエコマップ (その1)

### 【A さんのライフスタイル】

事例検討では、「食卓場面のエコマップ」についての情報に加えて、ケア提供者や事例検討の参加者たちが把握している A さんの生活誌や普段の様子についての情報が呈示された。以上の情報によれば、A さんは C さんや他の入居者だけではなく、ケア提供者にも指示したり注意をしたりすることが多いという。たとえば、失禁して濡れた下着を丸めてソファの下に置いて、それを指さして「始末して」とケア提供者に威圧的に言い放ったり、若いケア提供者に「化粧もせずにもみともない」と注意したりするという。

グループホームの食事内容についての注文も多く、間食にはコーヒーとチョコレートを好む等、明確な嗜好を示してくる。レクレーション参加についての「YES/NO」の意思表示も明確であり、たとえば「喫茶店でコーヒーが飲みたい」と頻繁な要望に対して、他のメンバーと一緒に喫茶店に行こうとケア提供者が誘っても、気が向かないと断ったりする。

このように、周囲の状況や情報を把握して主体的に統制しようとする傾向や、個人的嗜好を貫こうとする傾向をもつ高齢者は、かつての施設ケアのなかでは余り認められなかったものである。

従来の高齢者施設の入居者は、戦前戦中の横並びの集団行動に適応してきた人たちであり、ケア提供者の体面を重んじたり、遠慮した態度を示したりすることによって、施設適応を図ろうとしてきた人たちが多く。以上の適応の形は、日本の今までの高齢者世代の文化のなかで高い価値づけを伴って培われたものであり、認知症のような記憶障害があっても長く保持されている集団適応の形である。また、周囲の人々に好感をもって受け入れられてきた高齢者像でもある。

それに対して A さんには、集団行動を好まない個人主義的な態度と自由主義的な雰囲気が漂っており、ケア提供者に対しても遠慮のない堂々とした態度をとっている。また、経済的苦労とは無縁な気ままな娘時代を送ったとい

う語りや、結婚後も夫の教え子たちを自宅にもてなしたり、海外旅行やコンサートに行ったりする社交的な生活を送っていたという語りも繰り返して認められ、文化的で豊かな生活に価値づけをしていることが推察される。

実際、グループホームに入居してからも身だしなみに気を使い、紅をさす等のお洒落をしたり、リビングや食卓では、自分が客を招いているホストであるかのような振舞いをしたりしている。また、ケア提供者をあたかも自分のサーバントのように見なして、注意したり指示したりしてくる、しかも、突然、興奮して時々大声を出す姿も見られたために、そうした A さんの様子にケア提供者は怖いという感情を抱き、多大なストレスとなっていた。

一方、事例検討においては、A さんの「強み」として、ケア提供者から「社交性」が挙げられた。しかし「社交性」と一口に言っても、集団行動に自ら適応しようと努力していくような社交性ではなく、自らが主役として他の人たちをもてなすようなタイプの社交性である。以上の社交性は、A さんのライフスタイルのなかで培われたものであり、集合的な場面においてホストとして振舞い、場면을統制しようとするような形の社交性であると考えられる。

### 【食卓場面のアセスメント】

討議のポイントとして、A さんの物音に対する過敏さと脳梗塞の後遺症である左不全麻痺との関連や、A さんが場面統制感をもてるような環境アセスメントの在り方が課題となった。

このうち、A さんの物音に対する過敏さや定位の曖昧さについては、図 2 の「食卓場面のエコマップ」に見られる位置関係を基にした議論が展開した。図 2 のとおり A さんはリビングの食卓においてキッチンを背にして座っている。そのため、食事場面では、キッチンの物音が A さんにとっては後方から入ることになる。しかし、A さんには、左不全麻痺の影響もあり、特に左後方からの聴覚刺激に対しては振り向いて視覚的に定位することは困難である。事例検討参加者からも「左後方から食器を差し出した際に A さんが怒鳴った」等、左後方からの刺激への過敏さを示唆する情報がもたらされた。

定位が困難な刺激が存在する場面は、周囲の状況や情報を把握して自らが統制しようとする傾向をもつ A さんにとっては、物理的脅威場面であると同時に、自我脅威的な場面であると捉えられる。そのため興奮しやすい反面、脅威を感じた状況について情報を把握、理解でき

れば即、興奮を収められるとの仮説が成立する。とりわけ、A さんのようにライフスタイルにおける主体性や、場面統制感を重要視する生き方をしてきた人にとって、定位できない刺激が存在する事態は、自分自身が統制感を失っていく事態の象徴のように捉えられ、不安を掻き立てられる場面であると思われる。

A さんは認知症の告知を明確には受けていないものの、脳梗塞になったことは「一番悲しく思うのがね、脳梗塞になったことです。だからここにきちゃったのですけどね」と述べるように、明確に自覚している。また、時折「頭がガンガンする」という高血圧の自覚症状もある。さらに、当時としては高学歴な女性であり、脅威を喚起させる情報に対してモニタリングする傾向もあることから、認知症症状への自覚はある程度もっていると推察される。そのため、他の入居者の老化や認知症の進行を表わす言動に特に過敏になり、最高齢の C さんの言動に対して焦点が当たりやすくなっていると考えられる。

そこで、A さんにとって勘に触る相手である C さんが、A さんの視界に入りやすい右前方にケア提供者と並んで坐しているという位置関係の是非が議論された。その結果、右前方は左不全麻痺をもつ A さんにとって一番視界に入りやすい位置であり、しかもケア提供者も横にしているということが、両者のやりとりと C さんの言動に対して、A さんとしてはさらに過敏になるのではないかという仮説が立てられた。また、この仮説に沿った議論では、「食卓場面のアセスメント」について様々な意見が出ることとなった。たとえば、「キッチンを背にするのではなく、キッチンが正面に見える位置が良いのではないか」「C さんは A さんにとって視覚的に定位しにくい左前方に居た方がいいのではないか」「A さんの C さんへの注意を逸らすうえではケア提供者は A さんの正面に居た方がいいのではないか」等の意見である。

次いで、「ケア提供者から指示されることを好まない A さんに席替えの意味をどのように説明するのか」が議論されて、「A さん自身にどの席がいいのか聞いてみてはどうか」という結果となり、「食卓場面のアセスメント」に関する様々な工夫を行って、その結果を A さん自身に確認してみようという結論に至った。

なお、以上の討議においては、事例検討参加者たちが実際の食卓場面の位置関係を再現して SST のロールプレイを行い、その結果も参照しながら議論を進めていくというスタイルをとった。

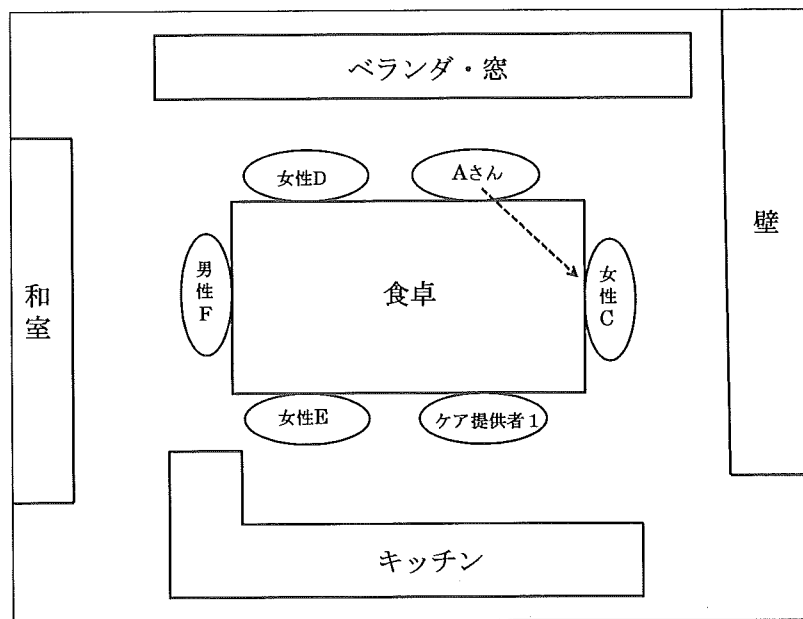


図3 食卓場面のエコマップ（その2）

### 【食卓場面のアセスメント結果】

左後方からの聴覚刺激等が脅威となっているのではないかと、入所8ヶ月目の事例検討結果を受けて、ケア提供者は図3のような食卓場面のアセスメントを行った。図3のとおり、Aさんは窓際を背にキッチンを正面に、Aさんの勘に触っていたCさんは、Aさんの視界に入りにくい左前方に位置するように取り計らうような食卓の配置が行われた。実際にこの位置ではAさんのCさんの言動に対する過敏さや興奮は幾分和らいだという。

しかし、以上の席替えはAさんの合意なく行われたために、当初Aさんは「どうして私がここに座るの」と不満気であったという。Aさんは、暫くその位置に坐した後に「ここは窓の外が見えないわね」とぼつりと述懐して、ケア提供者はその言葉にはっとしたという。Aさんが居室で窓の外をみるのが好きなことや、窓の外を見ながら語り合うと落ち着いた様子となることなどに気づいたからである。

さらに、Aさんの長女が面会に来た際、ケア提供者から一連の報告を受けた長女が「そう言えば昔母は後ろから襲われたことがあったと言っていた」と述べ、ケア提供者は再びはっとしたという。この時点で後方からの刺激に対して過敏に興奮するAさんの現状と過去の災難とが、長女とケア提供者によって結びつけられたと思われる。このケア提供者は「それまでは怖いと思っていたが、その背景を考えるようになった」と言い、Aさんに対するケアの視点は

変化していったようである。

入所12カ月目を実施された事例検討では、入所8カ月目の事例検討結果をグループホームのケア提供者全体で共有した後、Aさんが怒鳴ったり、興奮したりしても、それ程怖いと思わなくなったという感想が述べられた。

ケア提供者は「Aさんが怒っても動揺しなくなり、場面の状況を分析できるようになった。(私達の方がAさんから)世話を焼かれるのも(私達の)役割だと思う」という洞察を述べている。また、グループホーム入居者が入れ替わるたびに食卓の位置を工夫して変化させて、Aさんが入居者と窓の外が見られるような位置に誘導したりする等、食卓場面のアセスメントは継続して実施されていった。

### 【事例検討結果の考察】

以上、「食卓場面のエコマップ」等に基づいた分析結果を示してきたが、事例検討に基づいたケアを実行していく過程は、ケア提供者たちが、Aさんにとって脅威となる場面に気づいていく過程でもあったと考えられる。それはたんに、Aさんが脳梗塞の後遺症によって左不完全麻痺をもっているが故に「左後方からの刺激への過敏さ」「左後方への視覚的定位の困難さ」という障害をもっているという理解に留まるものではない。

「食卓場面のアセスメント」という、Aさんにとっての物理的脅威場面を分析する過程のなかで、Aさんが培ってきた個別的なライフスタ

イルと、そのなかで育んできた自己イメージが保持できなくなる、そのことがAさんらしさを保持するうえで重要であった場面統制感が失われるという、自我脅威的な状況につながることに気づきも含まれていたと思われる。物理的脅威場面を分析して軽減しようとする試みのなかで、ケア提供者はAさんが落ち着ける状況に気づき、その状況を保持できるように実際に配慮するようになった、そして、長女からの情報をとおして、Aさんにとってどのような場面が自我脅威的に感じられるのかという視点をもつに至ったと考えられる。

たとえば、「そう言えば昔母は後ろから襲われたことがあったと言っていた」という長女の回想から、Aさんにとって物理的な脅威場面は自我脅威的な場面にもなりうることにケア提供者は気づいたと考えられる。同時に「それまでは怖いと思っていたが、その背景を考えるようになった」ことによって、Aさんの生活誌と現在の状況を関連させていくというような連鎖が生じたと考えられる。

以上の気づきがAさんのライフスタイルを尊重する姿勢を生んで、Aさんに「(私達の方が)世話を焼かれるのも(私達の)役割だと思う」、即ち、場面におけるAさんの統制感の保持にケア提供者の側が協力していく態度を生じさせたと思われる。

## 【調査2 ケア提供者への調査から】

調査1では、筆者らが行ってきた事例検討方法を紹介するとともに、以上の事例検討方法を実施した認知症高齢者事例へのケアと、ケア提供者の意識の変化を分析して、認知症高齢者の表出に関するケア提供者の受け止め方の変遷と関わりの視点の変容を見出した。

調査2では、認知症高齢者の表出についてのケア提供者の受けとめ方や関わりの視点が現場経験を介してどのように変化するのかについて明らかにする目的でアンケート及びインタビュー調査を実施した。

## 【調査方法と対象】

特別養護老人ホームやグループホーム8か所に勤務するケア提供者に対して、「利用者と一緒に感を覚えた時、寄り添えたと思えた時」についてのアンケートを求め、70名から回答を得た。また、回答者のうち、対象者が認知症である31名に対してインタビュー調査を実施して、その記録を質的に分析した。

対象者が認知症であるアンケート及びインタビュー調査協力者計31名の内訳は、22名が

介護職(男性7名、女性15名)で年代は20代から60代(20代5名、30代8名、40代5名、50代2名、60代2名)。3名が看護師(女性3名、50代1名、60代2名)。その他には理学療法士、幼稚園教諭(元介護職)、フラワーセラピスト、鍼灸士、作業療法士、管理者(男性1名、女性5名：20代1名、30代1名、40代2名、50代2名)である(以下の文章では31名については「ケア提供者」と総称して表記している。また、「認知症高齢者である利用者」は「利用者」と表記している)。

## 【分析方法】

自由記述式のアンケート項目としては、WHOQOL/SRPB(1998)の第三領域「超越性」の中の第14項目「統合性・一体感」に沿って「利用者と一緒に感を覚えた時、寄り添えたと感じた時があれば、それはどういったときですか」「その時あなたは、どういう感じや気持ちをもちましたか」「その感じや気持ちは、どこから来た感情だと考えますか」とした。

分析方法は、グラウンデッドセオリー(以下：GT法)を援用した。以上の方法を採用したのは、「認知症高齢者の表出をケア提供者はどのように認識しているのか」を、ケア提供者自身の意識に焦点を当てて、そのプロセスを明らかにすることを目的とした本調査の趣旨に修正版GTが合致していると判断したからである。

なお、データの整理にあたっては、個人が特定できないように配慮すると共に、当該施設長ならびに当該職員に対して事前に説明をし、同意を得ている。また、データの分析にあたっては、筆者らが組織している認知症ケアに関わる検討会等の参加者実9名(介護職、医師、臨床心理士、社会福祉士、精神保健福祉士等)のディスカッション記録等も参照した。

## 【結果と考察】

「利用者の表出へのケア提供者の受けとめ方」として、表1のとおり、【平穏化】【柔らかな表情への変化】【意図が分かる】【知らない人ではない】【久しぶり】【依頼】【報告】【盛り上がる】【ひきとめ】【待たれる】【述懐】【礼】【出迎え】【見送り】【遠慮】【共に泣く】【慰められる】【私達】という18の概念を生成した。

また、以上をサブ概念として、【落ち着く】【知っている人】【気持ちの吐露】【気づかい】【分かち合い】という5つのコア概念を生成した(【】は概念名を表わす)。

表1 生成した概念

| コア概念     | サブ概念                                 |
|----------|--------------------------------------|
| 【落ち着く】   | 【平穏化】 【柔和な表情への変化】 【意図が分かる】           |
| 【知っている人】 | 【知らない人ではない】 【久しぶり】                   |
| 【気持ちの吐露】 | 【依頼】 【報告】 【盛り上がる】 【ひきとめ】 【待たれる】 【述懐】 |
| 【気づかい】   | 【礼】 【出迎え】 【見送り】 【遠慮】                 |
| 【分かち合い】  | 【共に泣く】 【慰められる】 【私達】                  |

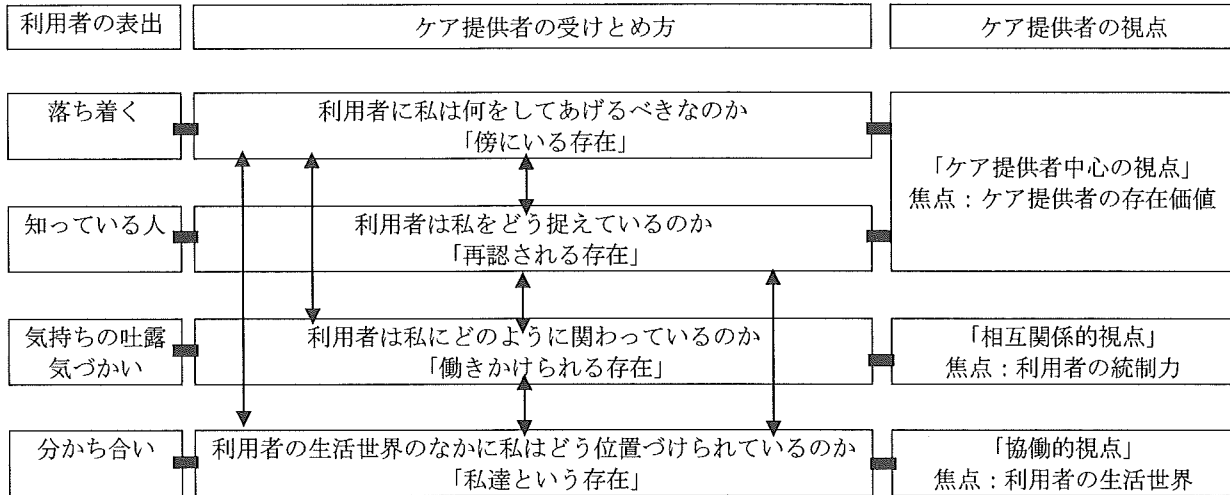


図4 ケア提供者の変容

図4のとおり、【落ち着く】【知っている人】【気持ちの吐露】【気づかい】【分かち合い】という「利用者の表出」に対応した「ケア提供者の受けとめ方」として、＜利用者に私は何をすべきなのか＞＜利用者は私をどう捉えているのか＞＜利用者は私にどのように関わっているのか＞＜利用者の生活世界のなかに私はどう位置づけられているのか＞という4つの観点からのケア提供者の受けとめ方を仮定した。また、以上に対応する＜ケア提供者の視点＞として、＜ケア提供者中心の視点＞＜相互関係的視点＞＜協働的視点＞という3つの段階を仮定した。以下に各段階の特徴について考察する。

#### ①ケア提供者中心の視点

【落ち着く】に含まれる利用者側の表出には、「不穏」（【平穏化】）、「いらいらした固い表情」（【柔和な表情への変化】）、「自室から逃避してきた」（【意図が分かる】）等があり、以上は在宅ケアから施設ケアへの移行に伴って出現してくるBPSDの症状とも関連していると思われる。ケア提供者側も利用者の現在の状態と、生活誌や嗜好や価値規範等との関係を把握できておらず、双方が手探りの状況にある。その際、ケア提供者が身につけている専門性を利用者への意図的な働きかけの拠りどころと

するのは、自然なことだと思われる。

一般に主な拠りどころとされるのは、マイクロカウンセリング技術のなかで信頼関係を築く技術として位置づけられている、一対一の対面関係における傾聴、受容、共感等の基本的関わり行動の技術である。また、近年は利用者へのアセスメント技術も現場に普及しており、観察に基づいた意図的な関わり行動も重視される。ケア提供者に限らず、人は自らが身につけている技術を意図的に用いようとする場合、専門職としての自らの存在価値を強く意識することとなる。

しかし、利用者の側は施設内の空間やケア提供者の意味づけ自体に、記憶障害やリロケーションダメージの影響も受けて混乱したり苦悶したりしているため、＜ケア提供者の存在価値＞や、利用者の環境に対する統制力についての双方の認識には差異が生じやすい。つまり、以上の事態のなかでは、＜利用者の統制力＞は低く見積もられやすくなると思われる。このなかで、ケア提供者は専門職として＜利用者に私は何をすべきなのか＞と考え、また、身につけた対面的な関わり行動の技術を行使するために、利用者の＜傍にいる存在＞になろうとする。

それに対して、【知っている人】に含まれる利用者の表出は、既知の存在として利用者



認されているとケア提供者に受けとめられる。一般に既知の人間との相互関係は、時間的経過とともに進行していく。それ故、ケア提供者の関心は、利用者との相互関係の進展具合と、相互関係のなかで<再認される存在>としての自分の地位の確認に向けられる。このなかで、ケア提供者は<利用者は私をどう捉えているのか>という観点から利用者の表出を受けとめるようになる。

このように、【落ち着く】【知っている人】に含まれる利用者の表出は、ケア提供者に自らの<存在価値>への関心を惹き起こす。このうち、【落ち着く】では、専門職としての存在価値に、【知っている人】では、利用者との相互関係における自らの地位に関心に向けられる。いずれも<ケア提供者の存在価値>に焦点が向けられている点では同様であり、<ケア提供者中心の視点>と言える。

## ②相互関係的視点

従来からの「利用者／ケア提供者」関係は、「ケアの担い手／受け手」という役割が固定した相補的關係であり、働きかけの主体はケア提供者であると見なされやすい。それに対して、【気持ちの吐露】【気づかい】に含まれる利用者の表出には、ケア提供者への積極的な働きかけが豊富に認められる。たとえば、ケア提供者に対する愛着や依存感情の表出、モノやイメージに焦点化した会話や語り、積極的な呈示儀礼等のバリエーションである。

このような利用者からの積極的な働きかけのなかで、利用者との相互関係には、対称的關係やモノやイメージを介した3項関係が含まれていること、利用者側の呈示儀礼によって相互関係が進展していることにケア提供者が気づく場合がある。この種の気づきは、専門職的な視点からではなく、専門職としての社会的役割から離れた利用者との相互関係のなかから生じてくることもあり、ケア提供者にとってはそれまでの認知症高齢者の表出に対する受けとめ方を覆すような意外性をもったエピソードとして体験される。

このなかで、ケア提供者の関心は、相互関係の進展に貢献している利用者からの働きかけに向けられる。また、「ケアの担い手」＝「働きかけの主体」という役割固定の社会的なイメージから、利用者から<働きかけられる存在>としての自己イメージが表れるようになり、<利用者は私にどのように関わっているのか>という新たな観点が獲得される。以上の過程は、利用者との様々な社会的相互行為をとおして

ケア提供者が<利用者の統制力>に気づく過程であると共に、<相互関係的視点>を体験的に獲得していく過程であると解釈できる。

## ③協働的視点

【分かち合い】に含まれる【共に泣く】【慰められる】【私達】という利用者の表出は、日常的なケアや、利用者との相互行為の積み重ねのうえに成立しているとケア提供者に受けとめられている。この時点で、ケア提供者は、「今、ここ」の場面における利用者との相互行為だけではなく、過去から現在に至る時間軸のなかでの相互行為に関心を向けるようになっている。以上の関心は、過去から現在、時に将来に至る<利用者の生活世界>というイメージを介して保持できる性質をもつものであり、生活世界のイメージにおいては、利用者は認知症者というだけではなく、ケア提供者と同様に固有の生活誌をもつ一人の人間として捉えられる。

たとえば、【共に泣く】【慰められる】【私達】という利用者の表出に対して、ケア提供者自身も「泣きながら」（【共に泣く】）、「うれしさを私の動作が一瞬とまってしまいました」（【私達】）、「思い出すと涙があふれてきた」（【慰められる】）という感情表出を意図せずに行っている。これらの感情表出は、専門職としての立場を離れて行われている自然な感情表出であると同時に、利用者と共に過ごしてきた過去から、共に過ごすであろう将来の時間軸のなかで、ケア提供者が既に組み込まれているという認識を伴っていると思われる。また、利用者の「今、ここ」の場面における利用者の表出のみを専門職として客体化して受けとめるのではなく、過去から将来に至る時間軸のなかでの<共有体験>であると主観的に受けとめているからこそ、ケア提供者の感情的な表出が自然に行われていると解釈できる。

したがって、【分かち合い】に含まれる利用者の表出を、ケア提供者は<利用者の生活世界のなかに私はどう位置づけられているのか>という観点から受けとめると同時に、<私達という存在>という観点から<利用者の生活世界>を<協働的視点>で認識していると思われる。

## 【おわりに】

以上、調査1、調査2をとおして、ケア提供者の意識の変遷や関わり視点の変容について分析してきた。

調査1の事例検討における「食卓場面のアセスメント」の遂行過程は、Aさんの易怒性や興

奮を鎮めるうえで直接的な効果を発揮していく過程というよりも、Aさんにとっての最適環境を状況や場面に応じて考えていくという態度をケア提供者に生じさせていく過程であったと解釈できる。調査2のアンケート及びインタビュー結果の分析では、認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめと関わりの変容が明らかにされた。

このように、入居者が施設側の統制に適應していくのではなく、ケア提供者の側が入居者の側の統制に協力して適應していくというケアの在り方は、今後の施設ケアのなかで益々、必要とされるようになっていくだろう。

認知症高齢者のライフスタイルの個別性や

## 脚注

1) エコマップ(ecomap)とは、ハルトマンが開発したソーシャルワークのアセスメントのツールであり、個人や家族と社会資源との関係を視覚的に図示する方法である(Hartmen, 1978)。「場面エコマップ」はエコマップを参考として、場面毎の物理的・人的要因等の環境要因を図示するツールとして筆者らが開発したものである。

2) プロセスレコードとは、ペプロウが開発した看護現場における看護者と患者の間の相互作用にかんする文章記録のことである(Peplau, 1952)。なお、筆者らの事例検討では、プロセスレコードの他にもビデオ観察場面を参加者が問題志向システ

継続性を尊重したケアを保障するうえでも、認知症高齢者自身が施設環境やケア提供者をどのように認知しているのかについて把握することは非常に重要であると思われる。

## 謝意

本研究に協力していただきました総合ケアセンター サンビレッジの利用者とスタッフの皆さん、アンケートやインタビュー調査に応じていただいた介護職を中心としたケア提供者の皆さん、認知症高齢者ケア研究会の代表者であった青木信雄医師に謝意を表します。また、ご逝去されました Aさんとグループホーム入居者に哀悼の意を表します。

ム(Problem Oriented System POS) (Weed, 1968)の記録法のひとつである SOAP 記録も試行している。

3) SST(Social Skills Training)は、「社会生活技能訓練」や「生活技能訓練」などと呼ばれる認知行動療法であり、対人関係を中心とする社会生活技能のほか、服薬自己管理・症状自己管理などの疾病の自己管理技能、身辺自立(ADL)に関わる日常生活技能を高める方法が開発されている。日本では1994年4月には「入院生活技能訓練療法」として診療報酬にも組み込まれ、医療機関や各種の社会復帰施設、作業所、矯正施設など多くの施設で実践されている(SST普及協会 HP)。

## 引用・参考文献

- ・青木信雄・吉村夕里.(2012).認知症ケア現場におけるスピリチュアリティ～アンケート及び聞き取りの分析から～.日本スピリチュアルケア学会第五回学術大会口頭発表.
- ・青木信雄・吉村夕里.(2012).認知症高齢者が表出するもの～アンケート及び聞き取りの分析から～.第13回日本認知症ケア学会大会口頭発表.
- ・Fast,B., Chapin,R.(2005).高齢者・ストレングスマodelケアマネジメント-ケアマネジャーのための研修マニュアル(青木 信雄・浅野 仁,翻訳).筒井書房.(Fast,B., Chapin,R.(2000). Strengths-Based Care Management for Older Adults.Health Professions Pr.).
- ・Hartman, A. (1995). Diagrammatic Assessment of Family Relationships." Families in Society, 76(2), 111-122.
- ・Peplau,H.E.(1988).人間関係の看護論—精神力

- 学的看護の概念枠(稲田八重子・小林富美栄・武山満智子・都留伸子・外間邦江,翻訳)(Peplau,H.E.(1952).Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: G. P. Putnam's Sons.).
- ・SST普及協会 HP <http://www.jasst.net/> 情報取得2012.10.21.
- ・玉城栄之助・太田澄子・桑原陽・吉村夕里・青木信雄.(2008).認知症高齢者困難場面解決の為の検討方法 第9回日本認知症ケア学会 ポスターセッション.
- ・Weed,L.L.(1968). Medical records that guide and teach. New Eng J Med, 278:593-9, 652-7.
- ・World Health Organization.(1998):WHO QOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs(SRPB).Report on WHO Consultation. WHO,Geneva.