

ピック病専門グループホームにおける ケア構築のプロセスとその支援要因

上村友希 塩谷久子

I. 研究の背景と目的

前頭側頭型認知症 (FTD:ピック病) は、前頭葉と側頭葉に著しい萎縮が認められる疾患である。前頭葉は、注意、思考、意欲、情操を司り、側頭葉は言語、記憶、聴覚に関わっている。そのため、前頭側頭型認知症 (ピック病) では性格変化や社会性の消失が早期からみられる¹⁾。本人に悪気がなく、食べたいから店先のものを取って食べるなどの反社会的行為、自己中心的な行動や、同じ時間同じコースを歩く、決まった種類のもを食べ続けるといった常同行動が行動障害として現れる。このような特異な行動障害により、ケアの面では家庭介護はもとより、施設においても対応が難しく、家庭や地域社会での人間関係が破綻することも多く、処遇困難な疾患と考えられている²⁾。

ピック病の疾患概念は、日本では、部位を問わず、脳に限局性の萎縮が見られる疾患をピック病と呼称してきた。しかし、現在では、前頭側頭葉変性症 (FTLD) の中に前頭側頭型認知症 (FTD) が含まれるとする概念が医学界では広く通用している。詳しくは、前頭側頭葉変性症は脳の最初に侵される領域に応じて、前頭側頭型認知症 (FTD)、進行性非流暢性失語症 (PA)、意味性認知症 (SD) の3つのタイプがあり、このうち前頭側頭型認知症の中にピック病が分類されている³⁾。したがって、厳密な意味では、前頭側頭型認知症イコールピック病というわけではないが、本研究で対象とするピック病専門の「グループホームC」が2001年に設立された当時の入居者の病名はピック病として取り扱われてきた経緯があるため、本研究では前頭側頭型認知症をピック病として取り扱う。わが国で2006～2008年に実施された筑波大学の朝田らによる「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」での疫学調査によると、前頭側頭葉変性症 (FTLD) は、若年性認知症の約3.7%を占め、変性性認知症のなかでは、アルツハイマー病 (AD) に次いで多いといわれている⁴⁾。

先行研究では、一般的な認知症のケアに関しては多く論じられているが、若年性認知症、中でも前頭側頭型認知症 (ピック病) のケアに関する発表は数少ないのが現状である。国内での若年性認知症全般に関する研究としては、若年性認知症の概念や種類について述べ

ているもの^{5,6,7)}、支援制度や施策に関して若年性認知症の諸問題を述べているもの^{8,9,10)}等がある。前頭側頭型認知症（ピック病）についての研究では、医学的及びケアを含む研究とピック病のケアに関する研究に分けられるが、両方で20編程度である。医学的及びケアを含む研究では、前頭側頭型認知症（ピック病）の上位概念としての前頭側頭葉変性症（FTLD）の臨床的な特徴について主に述べられている^{11,12)}。前頭側頭型認知症（ピック病）のケアに関するものは、特異な行動を活用してQOLを高める方針の研究と薬物療法や環境整備、スタッフの意識改革など総合的なケア方針による研究等^{13,14)}があるが、いずれも10編に満たない。また、これらは主に医療関係者によるものであり、ケアワーカー側からのケアに関するものは見当たらない。

A県B市に2001年に前頭側頭型認知症（ピック病）専門として立ち上げられた「グループホームC」は、認知症専門のD病院の院長が従来の薬物療法に頼りがちだったピック病のケアに限界を感じ、環境を整えることを重視したケアを試みるために開設された。「その人らしさ」を取り戻すこと、そのために、薬物による抑制からの開放をすること、人や物、雰囲気などの本人を取り囲む全ての環境を整えていくことという3つの方針でケアを行ったところ、入居者の周辺症状が落ち着き、表情が良くなるなどの良い結果が見られた。

「グループホームC」の取り組みについては、平成14年度老人保健健康増進等事業報告「前頭側頭葉型痴呆の高齢者に対するケアのあり方に関する調査研究」の報告書¹⁵⁾と「グループホームC」に関わった医師の論文¹⁶⁾で実践されたケアの有効性が述べられている。

その中でケアのポイントとして「スタッフの意識の重要性」が取り上げられているが、ケアそのものについて、また、スタッフの意識について具体的に分析されているわけではない。筆者の上村は開設時から6年間、当グループホームのスタッフとして勤務してきた経緯がある。そこで、開設以来、スタッフがケアの方針を実践する中で築き上げてきたケアへの意識、ケアを積み重ねてきたプロセスとケアの方針を継続し押し進めるにあたり影響があった要因は何かを明らかにすることを研究の目的とした。

II. 研究方法

1. 調査の概要

1) 調査対象者

調査の対象者については、グループホームCでの勤務経験を持つスタッフ9人とした。この9人は、筆者の上村が勤務していた当時及び開設から4～6年の間で一緒に働いていたスタッフである。なぜなら、グループホームCの開設後4～6年は、グループホームCにおけるピック病のケアが確立されたと筆者が感じた時期であり、さらに関連の医学的文献¹⁷⁾や放送局の福祉関連の番組¹⁸⁾で取り上げられ、外部から高い評価を得た時期である。

2) データ収集方法

調査方法は、質的調査法の半構造化インタビューを採用し、各人 30 分から 1 時間程度実施した。インタビュー内容を M-GTA (修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ) の手法を用いて質的分析を行った。

インタビューガイドは、「ピック病についての印象」「ケアを行う中で、嬉しい・楽しい・しんどいと感じたこと」「ケアを行う中で大切にしてきたこと」「薬を使わないことに対しての思い」「自分の支えになっていたこと」の項目である。このガイドに沿って話しつつ、スタッフが日々、何を考えたり感じたりしながらケアを行っていたかについて自由に語ってもらった。そこから、スタッフのケアに対する意識、ケアを確立するプロセスとそれに影響を与えた要因を明らかにした。

調査対象者に調査についての説明をして、協力を得た 9 名にインタビューを行い許可を得て IC レコーダーで録音を行い、逐語録にまとめた。データ量としての字数は 5297～17513 字であった。

3) 調査期間

インタビュー期間は、2011 年 1 月 26 日～2011 年 2 月 27 日であった。

4) 倫理的配慮

インタビュー調査を行う際には、研究の目的について説明し、口頭及び文書で了解を得た。インタビュー内容について IC レコーダーで録音することの許可を得て、また調査協力拒否を出来る権利を有していること、その後も随時これを撤回できることをインタビュー開始前に説明した。施設の場所や名称、スタッフや利用者の氏名についてはアルファベットに変換して、本人が特定されないように留意した。

2. 分析の方法

1) 分析テーマの絞込み

グループホーム C において、ピック病の人へのケアがプラスの結果をもたらしたのは、スタッフが日々のケアを通して、理想とするケアのあり方へ各個人の意識が確立され、グループホーム C のケア方針が確立してきたからであると考えられる。そこで本研究では、「グループホーム C のスタッフらがケアのあり方への各自の意識を明確にしていくプロセスと、そのケアの方針を継続し、押し進めるにあたり影響を及ぼしていた要因」を分析テーマとした。

2) 分析手順

分析手順は、IC レコーダーから逐語録として文字化した。そのデータから類似した部分を具体例としてまとめ、概念名をつけた。概念生成には M-GTA の分析ワークシートを用いた。また、一度概念を生成した後でも、概念間の関係性を考慮して概念名の修正を行った。分析ワークシートを完成させ、概念をカテゴリー化し、概念とカテゴリーを結果図 (図 1) に表した。分析は共同研究者と共に行い、さらに質的研究の経験がある研究者のスー

パーバイズを受けた。

3. 本研究の M-GTA への適合性

1) 理論生成への志向性

スタッフが入居者である対応困難とされるピック病の人たちとケア場面でかかわるときの意識をスタッフへの半構造化インタビューから M-GTA の手法を使い明らかにする。それにより、ピックの人のケアへの姿勢、ケアのあり方を理論化することを目指す。

2) 現象のプロセス的性格

明らかにする現象は、スタッフが日々のケアを通して、理想とするケアへの意識を確立していく過程であり、グループホーム C のケア方針が確立してきたプロセスである。そこには、M-GTA に適しているとされているヒューマンサービス領域の現象特性としてのプロセス的性格が見られる。

3) 分析結果の実践的活用

明らかになった結果は、若年認知症であるピック病のみではなく、広く施設・在宅を問わずケアワーカーが利用者との関係性に実践応用できるものにもなり得ると考える。

III. 結果

1. 調査対象者の基本属性

調査対象者は 9 名であり、内訳は男性 3 名女性 6 名である。勤務開始当時の年齢は 22 歳から 47 歳まで幅は広いが平均は 28.9 歳という若い集団であった。7 名は介護福祉士の資格を有していたが、1 名は調理師の資格を有していた。

表 1 分析対象者の基本属性

	性別	年齢 (勤務開始時)	福祉関連資格等 (勤務開始時)	開設時の ケア経験年数
A	女	47 歳	介護福祉士	4 年
B	女	25 歳	介護福祉士	3 年
C	女	26 歳	介護福祉士	2 年 4 か月
D	男	31 歳	元調理師	0 年
E	男	29 歳	社会福祉士 介護福祉士	1 年
F	女	25 歳	介護福祉士	5 年
G	男	25 歳	資格なし	6 年
H	女	30 歳	精神保健福祉士 介護福祉士	1 年
I	女	22 歳	介護福祉士	1 年

2. 分析結果図の提示

前述の分析手順にしたがって、データの分析を進めた結果、分析の最小単位である概念は22個が生成された。これらの概念間の関係から構成されるサブカテゴリーは2個、概念とサブカテゴリー両者の関係から構成されるカテゴリーは10個が生成された。図1は生成した概念間の関係をカテゴリーとしてまとめ、結果図としたものである。

記述の方法は、概念は「 」, サブカテゴリーは< >, カテゴリーは【 】 , 筆者による補足は()で示した。また、インタビュー・データからの引用は『 』で表した。

3. 全体のストーリーライン

分析から得られた22個の概念は、領域1:ピック病のケア開始から展開までのプロセス, 領域2:ピック病のケアの展開を支えた要因, 領域3:ケアの展開から得られた確信と自負の3つの領域を形成していた。

領域1のケア開始から展開までのプロセスは相互に影響しあう次の5つの段階である。

【ピック病の人のケアへの取り組み開始】のとき、スタッフらは「ピック病へプラスとマイナスの印象」を持ちつつ、「ピック病専門のグループホームをやってみたいという期待」があった。その中で始まったケアは【グループホームCにおけるケアの特殊性】を踏まえつつ【ケアに臨む姿勢の徹底】がなされていた。ケアを続ける中で【入居者との相互関係のダイナミズム】が生まれ、<ケアを積み上げる>こと<ケアワーカーとしての喜び・グループホームCで働けることの喜び>を感じられるようになり、グループホームCが利用者とケアワーカーの両者において【お互いの居場所感覚】と感じられるようになった。領域2ではこのプロセスの展開を支えた要因として「恵まれたハード面による住み心地の良さ」と「勤務時間を意識しない時間の流れ」という【グループホームCの時間と空間】、さらに【チームとしての結束力】【抜薬の効果に対する信頼】(注:ここで用いる「抜薬」とは医師の指示による投与薬剤の減量, または中止を意味する)であることが明らかになった。また、このプロセスの進行につれて、領域3として【ケアの方向性への確信】と【グループホームCのスタッフがケアのあり方を変えるという自負】としてプロフェッショナルへの自信が芽生えていった。

IV. 考察

分析の結果、得られた3つの領域について以下に詳述する。

1. 領域1:ケア開始から展開までのプロセス

「グループホームC」では、ピック病の人に先入観をもたずに、1人の人間として対応できることがスタッフには求められていた。しかし、開設当初のスタッフは、ピック病に関してプラスのイメージを持つスタッフや経験豊富なスタッフが揃っていたわけではない。

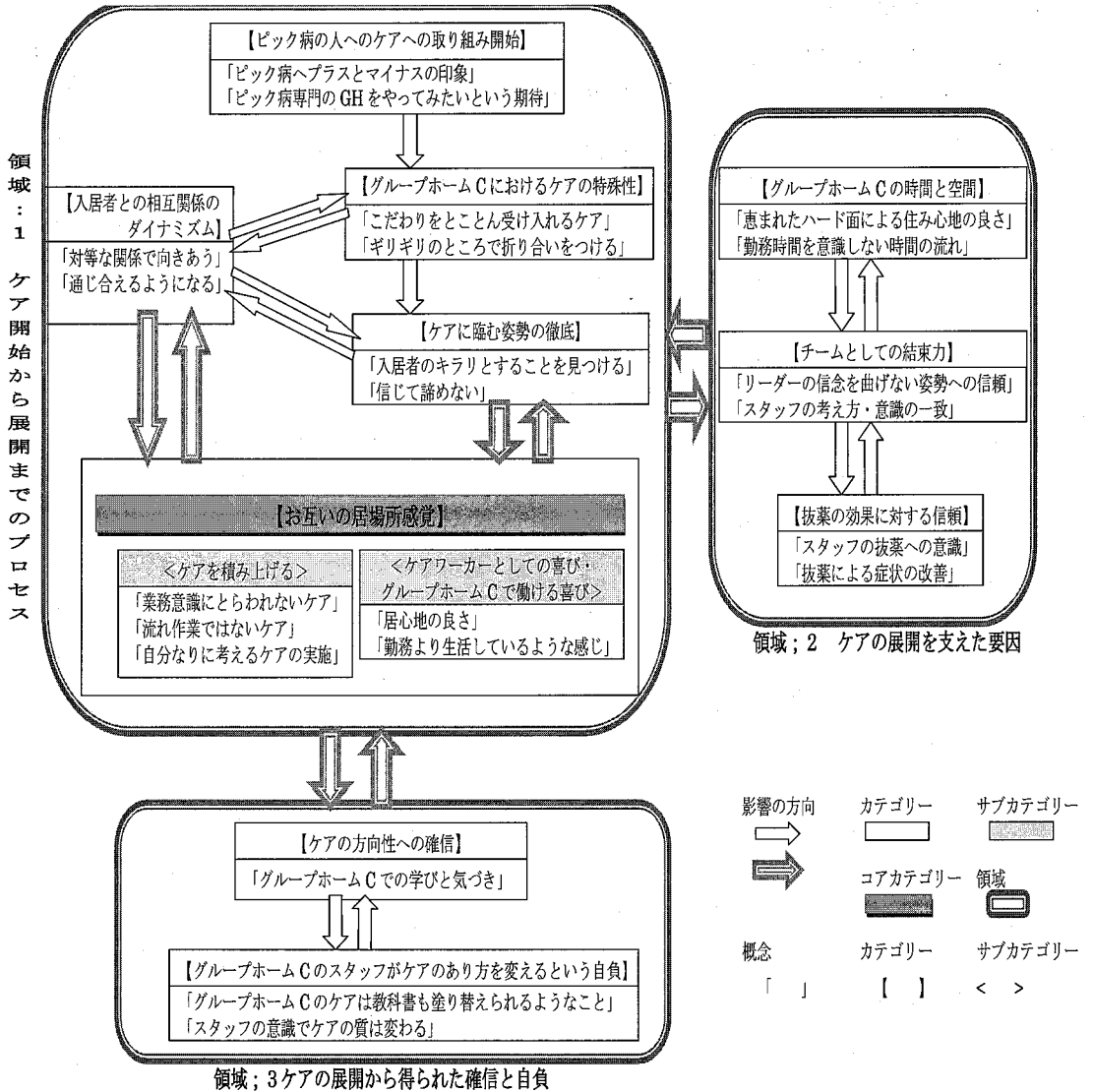


図1 結果図 ピック病ケアの構築プロセス

グループホームでの勤務経験の無いスタッフ、介護職としての経験の無いスタッフも加わっていた。そのため、【ピック病の人へのケアへの取り組み開始】には『難しいとか、怖いとか』というマイナスのイメージを持っていたスタッフもいた。「ピック病へプラスとマイナスの印象」のように、それぞれのスタッフの持つイメージは異なっていたが、「ピック病専門のグループホームをやってみたいという期待」を胸にスタートした。

「こだわりをとことん受け入れるケア」に加えこだわりの部分を変えていく働きかけを通して入居者とスタッフが「ギリギリのところまで折り合いをつける」といった【グループ

ホーム C におけるケアの特殊性】を試行錯誤しながらケアを積み上げていった。さらに、「入居者のキラリとすることを見つける」「信じてあきらめない」という【ケアに臨む姿勢の徹底】を基盤として「対等な関係で向き合う」「通じ合えるようになる」という【入居者との相互関係のダイナミズム】が生まれ、利用者とスタッフの【お互いの居場所感覚】へと収斂していくプロセスが明らかになった。【ピック病の人へのケアへの取り組み開始】から【お互いの居場所感覚】に繋がる過程を領域 1：ピック病のケアの開始から展開までのプロセスとした。

このプロセスにおいてスタッフの意識の中心は、利用者との【お互いの居場所感覚】であり、これがコアカテゴリーとなっている。お互いの居場所感覚を感じるために必要であったことは、一つは「業務意識にとらわれないケア」「流れ作業ではないケア」「自分なりに考えるケアの実施」という＜ケアを積み上げる＞ことであった。もう一つは＜ケアワーカーとしての喜び・グループホーム C で働ける喜び＞という意識である。ワーカーとしての仕事の誇り、喜びがケアを続けていくうえでの芯となっていた。このケアの意識は、支援する立場、される立場を超えている。これは、激しい周辺症状を示すピック病のケアの中で人間同士が対等に向き合っていく中で相互信頼に基づいて形成されたものであろう。さらに【お互いの居場所感覚】というケア意識の確立は、若年性認知症のみならず一般のケア場面においても、また、在宅、施設を問わず、すべての場面で有効な新しいケア理論となりえるのではないだろうか。

先行研究の中で、グループホーム C にかかわった精神科医の藤沢、横田は FTD（注：前頭側頭葉型認知症でピック病を含む）のケアとして、「FTD の症状を厄介なものとしなす、その人のもつ自然な欲求としてありのままを受け入れ、行動や症状をその人の示すコミュニケーションの試みとしてとらえ、それを汲み取るためにいつもだれかが傍らにいて、一緒に生活していくという姿勢を実現するためのスタッフの意識改革こそ、FTD ケアが成立するためのポイントと思われる」と述べている¹⁹⁾。これは医師の立場で書かれており、その具体的なケア内容や意識改革については述べていない。【お互いの居場所感覚】というコアカテゴリーは、この問いに対する答えとなり得ると考える。

2. 領域 2：ピック病のケアの展開を支えた要因

領域 1 のプロセスを支えた要因として、グループホーム C 独特の【グループホーム C の時間と空間】と【抜薬の効果に対する信頼】【チームとしての結束力】があった。この 3 つのカテゴリーを領域 2：ピック病のケアの展開を支えた要因とした。

【グループホーム C の独特の時間と空間】は、グループホームの建物はスウェーデンから輸入した住宅であり快適な居住空間であった。さらに、ピックの人が暮らす場所だから危険だと思われるものは置かないようにするといった意識ではなくまずは当たり前の環境を整えてみるという意識で花瓶やテーブルクロス等で整えられた空間である。時間は、ピッ

クの人たちをケアしていく中で、焦っても仕方がない、スタッフに合わせてくれる人たちではないということを実感していたことと、従来の業務に追われるという仕事からは抜け出したいという思いのあるスタッフがつくりだした「勤務時間を意識しない時間の流れ」である。

【抜薬の効果に対する信頼】は、「ピック病のケアの展開を支えた要因」の中心となったことである。グループホーム C では、「入居者のキラリとすることを見つける」ためにも、薬による抑制からの解放をケア方針の一つとしていた。『確実に自分らがしていることで、その人がなんか、素にもどってきているというか、薬で忘れられていた部分が戻ってきつつあるっていうのが、分かるからやりがいがあるよね』『経験したらどうなるか、なんとなく分かるっていうか、一人良くなればまた次の人も多分良くなるって期待するじゃない。しんどくても、あの人のときもしんどかったから、まだいける、みたいな。なんていうの、乗り越えたら、落ち着くときが良い時が待っていると思えるから、頑張ろうかと思って』と述べられていることから、抜薬でその人らしさが出てくるということを一度体験すると、その体験が糧になり、不安よりも期待する気持ちが大きくなっていったといえる。抜薬後、少しずつではあるが確実に変化していく入居者を目の当たりにすることが、スタッフの大きな喜びで仕事への意欲や、スタッフの意識の変化にも影響していた。

「リーダーの信念を曲げない姿勢への信頼」と「スタッフの考え方・意識の一致」の概念を含む【チームとしての結束力】は、スタッフらの望ましいケアのあり方への意識の一致の結果である。

このケア構築のプロセスとケア意識の創造を支えた要因としてのスエーデンハウスという恵まれた建物と通常的生活空間を保障する【グループホーム C の時間と空間】、【抜薬に対する信頼】、【チームとしての結束力】、は現在の高齢者施設での処遇を考えるとときに示唆に富むものである。

3. 領域3：ケアの展開から得られた確信と自負

さらに、このようなケア実践の積み上げから、ケアスタッフ等は【ケアの方向性への確信】【グループホーム C のスタッフがケアあり方を変えるという自負】を感じている。これらを領域3：ケアの展開から得られた確信と自負とした。スタッフは「グループホーム C での学びと気づき」から自分たちのケアのあり方が間違っていなかったと確信している。自分たちの実践がケアの教科書も塗り変えるようなことをしているというプロフェッショナルとしての自負に満ちたこの部分は、今後の介護の質の向上及び介護教育に大きな影響を与えるものであろう。

v. 本研究の限界と課題

本研究はピック病専門のグループホームという全国にも例をみないところで行われたケアとそこで勤務していたスタッフを対象としている。そのため研究対象が限定されており、他施設との比較検討ができず、今回の結果を一般化することには限界があるだろう。本研究で得られた結果は、特別な場所で特別なスタッフによって導き出されたものとならないよう、今後、調査対象を広げ信頼性を高めていく必要がある。

また、インタビュー調査は約10年～6年前の記憶からまとめたものであるため、今回の質的調査の結果になんらの影響を及ぼしていることも考えられる。

さらに若年認知症の場合は、家族の介護も困難度が高く大きな問題である。家族会の在り方や就労などの支援施策も含めて研究の幅を広げていきたい。

本論文は、上村による広島国際大学大学院医療・福祉科学研究科医療福祉学専攻修士論文「ピック病専門グループホームにおけるケア構築のプロセスとその支援要因」（2012年度）を加筆・修正したものである。

謝辞：ご多忙の中、長時間のインタビューに快く応じてくださり、本研究にご協力頂きました皆様に心より感謝いたします。

【引用文献】

- 1) 松下正明：Pick病再考。（池田学編）専門医のための精神科臨床リュミエール；前頭側頭型認知症の臨床，89，中山書店，東京（2010）。
- 2) 若年認知症家族会・彩星の会編：若年認知症 本人・家族が紡ぐ7つの物語，151，中央法規出版，東京（2006）。
- 3) 新井哲明：概念の変遷。（日本認知症学会編）認知症テキストブック。初版，291，中外医学社，東京（2008）。
- 4) 朝田隆，池島千秋：若年性認知症の疫学調査とその問題点。精神医学 Vol. 51. No. 10：945-952（2009）。
- 5) 小阪憲司：若年性認知症とは。精神医学，Vol. 51. No. 10：939-944（2009）。
- 6) 勝屋朗子，橋本衛，池田学：前頭側頭葉変性症。老年精神医学雑誌，20 巻 8 号：846-853（2009）。
- 7) 宮永和夫：若年認知症の医療上の問題点。精神医学 Vol. 51. No. 10：953-959（2009）。
- 8) 平野憲子：若年性認知症の支援制度の問題点，精神医学 Vol. 51. No. 10：967-971（2009）。
- 9) 伊藤信子，田谷勝夫：若年性認知症者の就労問題。精神医学，Vol. 51. No. 10：973-976（2009）。

- 10) 武田章敬：若年性認知症に関する施策. 精神医学 Vol. 51.No. 10 : 983-987(2009).
- 11) 勝屋朗子, 橋本衛, 池田学：前頭側頭葉変性症. 老年精神医学雑誌 20 巻 8 号 : 846-853(2009).
- 12) 清水秀明, 小森憲治郎, 榎林哲雄ほか：前頭側頭葉変性症の経過・予後. 老年精神医学雑誌 20 巻 6 号 : 623-629(2009).
- 13) 繁信和恵, 池田学：前頭側頭葉変性症のケア. 老年精神医学雑誌. 16 巻 10 号 : 1120-1126(2005)
- 14) 池田学, 田辺敬貴, 堀野敬ほか：Pick 病のケア—保たれている手続き記憶を用いて—. 精神神経学雑誌 97 巻 3 号 : 181-190(1995).
- 15) 社会福祉法人 浴風会：前頭側頭葉型痴呆の高齢者に対するケアのあり方に関する調査研究. 平成 14 年度老人保健健康増進等事業報告書:12-40(2002).
- 16) 藤沢嘉勝, 横田修：前頭側頭型認知症の治療—グループホームでの経験から—. 老年精神医学雑誌, 18 巻 6 号 : 616-623(2007).
- 17) 前掲書, 14) : 616-623(2007).
- 18) NHK 福祉ネットワーク：第 3 回 手探りで始まった“ピック病”のケア. シリーズ 認知症をみつめる : 2006 年 1 月 25 日放送
- 19) 前掲書, 16) : 616-623(2007)