

〈研究ノート〉

認知症介護家族のための心理教育プログラム START (STrAtegies for RelaTives) の紹介

樫村正美¹・川西智也²・山下真里³・川島義高⁴・
石渡明子⁵・館野周⁶・野村俊明^{1,3}

Introduction to a psychoeducational program “START” for family
caregivers with people living with dementia

Masami KASHIMURA¹, Tomoya KAWANISHI², Mari YAMASHITA³,
Yoshitaka KAWASHIMA⁴, Akiko ISHIWATA⁵,
Amane TATENO⁶, Toshiaki NOMURA^{1,3}

1. はじめに

平成30年版高齢社会白書によれば、わが国の総人口に占める65歳以上人口の割合は27.7%に達しており（内閣府，2018）、世界に前例のない速さで高齢化が進んでいる。この急速な高齢化、そして世界的にもトップクラスの長寿国である日本が抱える問題のひとつに、認知症が挙げられる。高齢化に伴い、認知症有病者数は増加の一途を辿っており、2012年時点では全国におよそ462万人と推計

¹ 日本医科大学医療心理学教室 Department of Medical Psychology, Nippon Medical School

² 鳴門教育大学大学院学校教育研究科 Graduate School of Education, Naruto University of Education

³ 武蔵小杉病院街ぐるみ認知症相談センター *Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital Dementia Centre*

⁴ 国立精神・神経医療研究センター) Department of Neuropsychopharmacology, National Centre of Neurology and Psychiatry

⁵ 日本医科大学大学院医学研究科神経内科学分野) *Department of Neurological Science, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School*

⁶ 日本医科大学精神医学教室) *Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School*

されている。さらに、この増加傾向は今後も続く見通しであり、2025年には700万人に及ぶとされている（厚生労働省, 2015）。

わが国の認知症に関する国家戦略として、2015年に厚生労働省から発表された「新オレンジプラン」がある（厚生労働省, 2015）。このプランでは、認知症の普及・啓発にとどまらず、予防、治療や支援のための具体的な対策を行うことを急務とする7つの指針が提言されている。またそのなかで、「認知症の人の介護者への支援」「認知症の人やその家族の視点の重視」など、認知症の人本人に加えて家族の視点を重視しながら支援を行う必要性が示されている。実際、認知症は本人だけの問題ではなく、その家族にも大きな影響をもたらす。特にわが国では、認知症の家族成員の主たる介護者となるのは配偶者やその子ども、孫、親族など家族が中心であり、介護保険制度の導入によって介護の社会化が推し進められている現在においても、その傾向はさほど変わっていない。

認知症の家族成員を介護する家族（以降、認知症介護家族）には、介護によって心身にネガティブな影響が及んでいることが様々な先行研究によって明らかにされている（e.g. Schulz et al., 1995; Schulz & Beach, 1999）。しかし、多くの医療従事者の関心は認知症の患者に集まり、診察に同席する家族には目が向きにくいと筆者らは考える。介護家族には介護の質に影響しうるような健康状態の悪化がみられており、介護家族は見えない患者であるといえる（Adelman et al., 2014）。

こうした社会的状況に対して、認知症介護家族の抱える介護ストレスや介護負担の軽減のため、個別または集団形式の心理社会的な介入プログラムが欧州や米国を中心に開発されてきている。その多くは、介護家族に認知症や介護ストレスに関する正しい知識・情報を提供し、日常生活における困りごとの対処を学習し、練習を行うことで介護家族の抱えるストレスを自身でマネジメントできることを目指す心理教育的なプログラムである（檜村, 2018）。海外では介入プログラムの効果が実証され、続々と報告されている一方、わが国では認知症介護家族を対象とした介入プログラムの開発と効果の実証的な検討が圧倒的に不足している。そこで本稿では、英国で開発され、介護家族のストレスや介護負担の改善、軽減が実証された介入プログラムである“STrAtegies for RelaTives（以降、START）”の概要を紹介する。そして、試験的に実施した一事例の要約を報告し、STARTプログラムの課題や今後の展望について述べる（日本語版STARTを以降、START-Jと表記する）。

2. プログラムの特徴

STARTはマニュアルベースの構造化された介入プログラムであり、8回のセッションで構成される(表1)。原則としてセッション1から順に進める。つまり、実施する回数、期間、時間の設定、そして取り組む内容が定められている。プログラムの実施者用と参加者用にそれぞれマニュアルテキストが用意されており、テキストを用いながらセッションを進める¹。参加者がテキストを予習すべきかどうかについては、事前に読んでおいた方が当然進行はスムーズになるが、介護家族の多忙さや参加へのモチベーションの程度は様々であるため、必ずしも予習を強いる必要はない。予習をしない参加者がいることを踏まえ、実施者は話題として取り上げるべき重要な箇所を事前に絞るなどの準備が必要である。各セッションの実施時間はおよそ60～90分と幅があるが、実施状況に応じてさらに長く、もしくは短くもできる。各セッションには毎回異なるリラクゼーション法が紹介されており、セッション内で実施者と一緒に練習を行う。各セッションでは、前回のホームワーク²の振り返り、新しいセッション内容の紹介、新しいリラクゼーション法の紹介と練習、次回までのホームワークの確認という流れで進行する。

Livingston et al. (2013) のランダム化比較試験によれば、認知症の人の主たる介護者である家族173名(女性約67%、配偶者：子：その他=3:3:1)を対象に10～14週の期間でSTARTを実施した結果、対照群(通常サービス群)と比較してSTART介入群では不安や抑うつ症状、生活の質などに有意な改善がみられた。START介入群において、全8セッションを完遂した割合は全体のおよそ7割であった。介入による効果は8ヵ月後のフォローアップ時にも持続しており、さらにはその介入終了後から24ヵ月後の長期フォローアップでも気分の改善効果が持続していた(Livingston et al., 2014)。費用対効果の面でも、通常治療と比べてSTARTの実施は優れていることも示されている(Knapp et al., 2013; Livingston et al., 2013, 2014)。英国において、STARTは認知症介護家族

¹ START-Jマニュアルは、日本医科大学医療心理学教室の教室紹介ページにてダウンロードが可能である(現在ver.3.0)。ワークシートに使いにくさを感じた場合、無理して使う必要はなく、各自で使いやすいように修正したものを使用することもできる(https://www.nms.ac.jp/college/schoolroom/kisokagaku/shinrigaku/_9152.html)。

² セッション内で話し合ったことを参加者の体験を通して確認してもらった作業のこと。頭で理解するだけでなく、実際の生活の中で学んだスキルを実践し、効果を検証することが重要である。

を対象とした有効で費用対効果の優れた介入プログラムとして評価されており、臨床心理士やアドミラルナース（認知症専門看護師）を対象としたトレーニングコースが頻回に開催されるなど、プログラムの普及が図られている（Lord et al, 2017）。

以下、START-Jの各セッションについて概説する。

セッション	タイトル	内容	リラクゼーション	ホームワーク
セッション1	ストレスと健康について	本プログラムの目的、概要説明、物忘れや介護者のストレスに関する情報提供を行う。日常生活で起きている出来事と、感情とのつながりを理解する。個人の目標を設定する。	呼吸法 (シグナルブレス)	困りごとの同定 出来事と気分のつながり
セッション2	行動の理由	認知症の家族がする、困った行動の理由を考える。その行動が出現する状況や、その結果について家族と話し合う。	呼吸法 (フォーカスブレス)	家族の行動記録 (状況・行動・反応)
セッション3	行動計画を立てる	ホームワーク結果に基づき、引き金と反応で変えられそうな要因がないかどうかを家族と検討する。家族がいつもと異なる行動パターンとは異なるパターンに挑戦してみる。	フィジカル グラウンディング	引き金、いつもの行動パターン を変える（引き金・行動・反応）
セッション4	行動戦略と考えの見直し	新たに標的とする困った行動の同定、戦略の見直し、考えと気持ちのつながりを理解し、見方を変えたと気分が変わることとを学ぶ。	イメージ法 (草原と川の風景)	行動パターンの見直し 考え直しの練習
セッション5	コミュニケーションの コミュニケーション パートナー	受身的、攻撃的、アサーティブの3種類のパートナーの紹介。相手に上手に物事を伝える方法、物忘れのある方とのコミュニケーションのコツを学ぶ。	瞑想	アサーティブな伝え方
セッション6	将来に向けた計画	公的サービスなど、家族が利用可能な社会資源に関する情報提供。ソーシャルサポートの探索。一人で抱え込まないことの重要性を説明する。	イメージ法 (海の見える風景)	テキストの復習 家族との話し合い
セッション7	楽しい活動と気分の関係	気持ちと行動のつながりを理解する。介護中心の生活ではなく、介護家族が楽しめる活動、認知症の家族と一緒に楽しむ活動などを同定し、挑戦する。	ストレッチ	行動実験 楽しめる活動に取り組み
セッション8	これからもスキルを 使い続けるために	これまでのセッションの振り返り。できているところ、できていないところの同定。これから予想される困難を話し合う。	イメージ法 (山小屋の風景)	振り返り・スキルの継続

注) 櫻村 (2018) から抜粋

3. プログラム内容

セッション1 ストレスと健康について

プログラムの全体構造を簡単に紹介し、プログラムの目的と内容について説明する。セッションごとに用意されているホームワークについて説明を行い、ホームワークの目的や実施の重要性について話し合い、参加者の反応をうかがいながらモチベーションの評価を行う。初回では、認知症や介護ストレス、そして感情と行動のつながりに関する心理教育を行う。また、参加者が問題視する認知症の人の行動や症状、あるいは参加者自身が抱える問題をリスト化し、8回のうちに取り組みべき課題を大まかに定め、目標設定を行う。マニュアルの情報量も多いため、すべて読み上げながら進めるよりも、介護家族の生活の様子を確認しながら、話の流れに沿ってポイントを絞ってマニュアルの内容に触れるとよい。ここで記入する問題のリストについては、後のセッションでいくらかでも追加することが可能である。現在生じている問題のうち、何をどうしたいと望んでいるのか、参加者のニーズを明らかにするためのセッションでもあり、現時点における参加者のプログラムに対するモチベーションの程度を評価しておきたい。

セッション1で行うリラクゼーションは、“シグナルブレス”と呼ばれる呼吸法と筋弛緩法を組み合わせたものである。ゆっくり息を吸いながら体の部分(手、腕、脚、肩、顔の順番で)の筋肉を緊張させ、ゆっくり息を吐き出す際に筋肉の緊張も緩めるという方法である。次回のセッションまでに毎日少なくとも一回は練習し、シグナルブレスの効果を検証する。

セッション1のホームワークは、認知症の家族が示す行動によって生じる参加者の感情の記録(行動の記録)と、シグナルブレスの練習である。

セッション2 行動の理由

前回のホームワークを振り返った後、「引き金-行動-反応」の連鎖を紹介し、マニュアルに掲載された事例や参加者の実際のエピソードを用いながら、人間の行動原理について学ぶ。認知症の家族が示す行動には、引き金となるきっかけや出来事が先行して存在しており、それによって引き起こされる。その家族の行動に対して周囲の人は何かしらの反応をしていることが多い。例えば、認知症の人が同じことを繰り返し聞いてくることに対して、怒りで反応する介護家族は口論を激化させてしまうかもしれない。また、認知症の人が不安を解消しようと示す安全行動に介護家族が毎回応じてしまい、安全行動が強化されている可能性も考

えられる。参加者が現在困っている認知症の人の行動を詳細にみていくと、特定の時間や場所、状況でその行動が生じているというパターンが見えてくる。また、認知症の人が示す行動に、参加者である介護家族が普段どのように反応しているかについても、いつも繰り返されるパターンが見えてくる。セッション2では、そうした一連の流れに変化を起こすことなく、あくまで観察に主眼が置かれる。

セッション2の最後では、新しい呼吸法である“フォーカスブレス”を紹介する。この呼吸法はゆったりとした呼吸に意識を集中させ、呼吸のプロセス（息を吸う、鼻を通る息をどう感じるか、吸われた息が肺やお腹を膨らませる感じはどうか、息を吐く際に膨らんだ肺やお腹が萎む感じはどうかなど）を味わう。呼吸以外のことは考えずに呼吸に注意を集中させる様子は、いわば気逸らしの一種であるともいえる。不快にさせられるような出来事にばかり目を向けるのではなく、自分の身に今生じている呼吸の流れに注意を集中させることで、不快な事象から注意が逸れ、気持ちの切り替えを図ることができる。

セッション2のホームワークは、自宅で起こっている行動の一連の流れについて、マニュアルにある「行動の記録シート」を用いて記録すること、そしてフォーカスブレスの練習である。行動のパターンの発見については、セッション3の冒頭に実施者と一緒に行ってもよい。

セッション3 行動計画を立てる

前回のホームワークの振り返りから開始し、行動の観察結果を確認する。そしてセッション3では、参加者が変えたいと思う認知症の家族あるいは参加者自身の行動を特定し、引き続き「引き金－行動－反応」の連鎖に基づき、認知症の人の行動に対する介護家族の反応が、当該行動を持続もしくは悪化させてしまっているという循環の可能性を検討する。引き金を変えるために可能な環境調整には何があるか、あるいは介護家族が普段と異なる反応パターンをすとしたら何ができそうかなどを話し合う。例えば、口論は介護家族が認知症の人の行動を批判することで生じているかもしれない。また、認知症の人の困った行動は特定の時間と場所で生じ、介護家族の先回り行動によって持続しているかもしれない。こうした検討に加え、認知症の人の行動を直接変えることは難しいが、引き金（環境調整の試み）と介護家族の反応（異なる対応へのチャレンジ）は直接変えられること、そして認知症の人の望ましい行動は強化して望ましくない行動は強化しないことについて、心理教育を行う。

セッション3では、新しいリラクゼーション法であるフィジカル・グラウンディングを紹介する。この方法では、導入の際にリラックス状態を作り、その後手や足の感覚をじっくり味わう。足の指先の感覚に意識を向けたり、自分の座っている椅子や目の前にあるテーブルの材質を手で味わったりすることで、参加者の意識を今現在の体験に集中させる。

最後に、前回の行動記録に加え、いつもと異なる反応をすることで結果がどうなるかについて、マニュアルの「行動記録表」に記録すること、そしてフィジカル・グラウンディングを1日1回練習することをホームワークにする。フィジカル・グラウンディングに違和感ややりにくさを感じる参加者は少なくない。このリラクゼーション法に固執する必要はなく、これまでに紹介した呼吸法の練習を継続しても構わない。

セッション4 行動戦略と考えの見直し

セッションの冒頭で、前回のホームワークからうまくできたこと、できなかったことなどを振り返り、今回新たに組み組めそうな、困っている家族の行動を挙げ、引き金もしくは反応の変化の試みについて話し合う。その話し合いを終えた後、セッション4の新しい内容である「考え方の見直し」について紹介する。不快な気持ちが生じるのは、不快な気持ちにさせる出来事が起こったからだけではなく、その出来事への考え方や評価から生じていることを伝える。これに基づくと、例えば夫が言うことを聞かないことに妻が腹を立てるのは、「夫はわざと私を無視する」と状況を解釈するためであると理解することができる。この「状況－考え－気持ち」の連鎖で参加者自身が経験した出来事を捉え、その時の考えを違った考えで捉え直すことによって、その後の気分はどう変わるかについて話し合う。説明の仕方によっては、「あなたの考え方がおかしい」という非難のニュアンスを与えてしまいかねないため、注意を要する。あくまで、自分の視点だけで物事を捉えるのではなく、相手あるいは他者の視点で考えてみるとどう違って見えるか、結論を急がずに自分の考えを「本当にそうなのだろうか?」と疑問の目で見るようにしてみると、自分の考えや気持ちはどう変わらうのかについて、丁寧に話し合う必要がある。

セッション4では新たなリラクゼーション法である、草原と川のイメージ法が紹介される。きれいな草原が広がる中を歩く自分をイメージし、草原を流れる川に1枚の大きな葉っぱが自分に向けて流れてくる。その葉に自分の嫌なこと、困っていることを載せ、川に流す。見えなくなるまで見送り、イメージから現実に戻

るという一連の流れで行う。イメージ法は一種のタイムアウトのようなものであり、苦しい現実からの一時的な離脱を意図している。また、川に流すという比喻は、不快な事象にとらわれないようにすることをねらいとしている。

最後に、考えの見直しを記録する「思考記録」のワークシートへの記入、そしてイメージ法を1日1回練習することをセッション4のホームワークとする。また、マニュアルにはセッション3で使用した「行動記録表」のワークシートも掲載されており、必要に応じて新たに取り組む行動パターンがあれば、それを記録してもらうことも追加する。

セッション5 コミュニケーションのパターン

最初に前回のホームワークである思考記録（あれば行動記録も）を振り返る。セッション5では、受身的、攻撃的、アサーティブ³の3種類のコミュニケーションパターンを紹介する。コミュニケーションとは、本来双方の努力や意識の変化によって改善しうるものである。だが、相手が認知症の人である場合、相手に変化を求めるのは非常に難しいため、介護家族の側に工夫が求められる。普段、介護家族がどのようなコミュニケーションパターンを取りがちであるか、アサーティブなコミュニケーションを築くにはどうしたらよいかについて話し合う。また、物忘れのある人に配慮したコミュニケーション上の工夫についても情報提供を行う。

セッション5のリラクゼーションでは、瞑想法を紹介する。最初にリラックスした状態を作り出し、「私は心穏やかだ」、「私の腕は重く、あたたかい」などの自己教示を行う。心地よいイメージにさまざまな体の感覚を組み合わせる。

最後に、家族を含め他者とのコミュニケーションで工夫したことを「コミュニケーション記録表」に記録すること（必要に応じて行動記録、思考記録を追加する）、そして1日1回瞑想法の練習、もしくはこれまで練習したリラクゼーション法を行うことをホームワークとする。セッション5の最後では、次回のセッション6の内容を予習してくるよう参加者に求める。また、必要であれば他の家族をセッションに招いても構わないことを伝える。

セッション6 将来に向けた計画

このセッションは、介護の選択肢に関する情報提供が中心となる。介護生活を支える福祉サービスや制度に関して情報提供を行うとともに、福祉サービスを利

³ アサーティブとは、他者だけでなく自分も尊重した上で自分の伝えたいことを他者に伝える方法のこと。アサーションともいう。

用することへの抵抗、他の家族と介護について話し合う機会を持つことへの抵抗、自分の身に何かあった場合にどうしたらよいか、認知症の家族がこの先判断能力が乏しくなった際にどうすれば良いかなどのテーマについて話し合う。これらの話を通じて、普段から一人で介護を背負いすぎていないか、他者に頼ることに強い抵抗を持っていないかなど、参加者の考え、思いを確認する。今後必要となるサービスの利用に向け、介護家族と話し合う機会を設けるのがセッション6である。このセッションは、福祉サービスに関する情報提供が中心であるため、プログラム実施者の専門性によっては、マニュアルに記載されている内容以上のことはわからない場合もある。わが国では、介護に関する地域の主たる相談窓口は地域包括支援センター（以降、包括）であるため、実施者は参加者の居住地域担当の包括を把握しておき、必要に応じて参加者に包括を紹介することや、包括との連携の上でより詳細な情報を提供することも可能である。実施者は無理せずに参加者からの質問に対してわからないことがあれば正直に伝え、次回のセッションで回答してもよい。まだ包括につながっていない参加者であれば、ホームワークとして包括に一度電話してみることを提案してもよいかもしれない。

セッション6のリラクゼーション法は、海のイメージ法を紹介する。気持ちのよい海の光景をイメージしてもらいながら、浜辺でゆったりと過ごすイメージを通してリラクセスを図る。セッションの最後にホームワークを提示する際、参加者の状況に合わせてこれまでの行動記録、思考記録、コミュニケーション記録などを紹介するが、ホームワークを実施する時間がない場合には、セッション6の復習を優先するように伝える。

セッション7 楽しい活動と気分の関係

感情と行動とのつながりを紹介するセッションであり、楽しい出来事と気分の関係について心理教育を行う。認知症介護家族は、認知症の進行ステージに左右されるものの、基本的には介護中心の生活を送りがちである。軽度であっても認知症の家族が気になって、以前よりも気軽に外出できないと訴える介護家族は少なくない。このセッションでは行動活性化と呼ばれる手法を参考に、普段の生活で気軽に取り組みそうな楽しい活動を計画する。活動内容として、一人で楽しむことと、家族と一緒に楽しむことの2種類をブレインストーミングによって案出する。最初は介護家族の提案するアイデアを評価せずに聴取し、十分出尽くしたところで、気軽さ、簡易さ、継続性など実現可能性の観点から、いくつかの活動に絞っていく。例えば、旅行は家族にとっての効果的な気晴らしになりうるもの

の、すぐに実施できるものではない。そこで、旅行の計画を立てる、興味のある国や土地の情報収集を行う、旅行代理店を覗いてみるなど、より実現可能な活動に落とし込む。取り上げる活動は些細なものでも構わない。ホームワークでは、計画を実際に実行できたかどうかの観点から、各活動に1～9点の点数をつけ、楽しかった活動は何か、家族と一緒にやる活動は楽しめたかどうかを、セッション8の冒頭で振り返る。

セッション7の最後にストレッチ法を紹介する。通常、ストレッチは自分の体の健康のために行われると認識されがちだが、気晴らしや気逸らしの手段としても有効である。

セッション8 これからもスキルを使い続けるために

最終セッションでは、これまでの学びを振り返り、何が役に立ったか、もう少し練習が必要なスキルは何か、これから先に起こりそうなストレスイベントには何があるか、その時にはどうすればよいかについて話し合う。

セッション8では、雪山の山小屋のイメージ法を紹介する。最終セッションであるため、紹介する新しいイメージ法を日常生活で実施してみた感想を聞くことができない。これまで紹介した複数のリラクゼーションはすべて行うことに意味があるわけではなく、参加者が好む方法を見つけ、それを中心に練習するだけでも十分である。効果的なリラクゼーション法は参加者によって異なるため、一通り紹介する必要がある。

4. プログラムの試験的实施

筆者らはSTARTの開発者であるLivingston博士の承諾を得た上でマニュアルを翻訳し、これまで医療機関の外来、および地域支援の現場でプログラムの実施を試みてきた。ここでは、START-Jの一事例を紹介する(Kashimura et al., 2018)。なお、本事例については筆者が所属する機関の研究倫理委員会で承認を得た上で行われた研究の一部であり、本事例の発表にあたり口頭と文面で趣旨説明を行い、研究参加者から同意を得た。参加者は軽度のアルツハイマー型認知症の母親を介護する娘Aであり、強い介護負担感や気分の悪化がみられていた。Aの母親の主治医から、Aの訴えを受けて院内の臨床心理士に紹介された。

母親の介護を理由に仕事を退職せざるを得ず、介護中心の生活となったAは、次第に交友関係も乏しくなり、母親と過ごす時間が生活のほとんどを占めるようになっていた。熱心に介護をしながらも、母親に対する怒りや憎しみの感情が湧

いてきたり、時に強い物言いで当たってしまったりと、かなり行き詰まった介護状況であることがうかがえた。また、このような介護の問題は誰にも相談できていなかった。そこで、臨床心理士は A に START-J を紹介し、参加の同意を得た。

プログラムを通して、A と母親が口論に発展しやすい行動パターンを分析し、関わり方の修正を行った。A からみた母親の問題行動のパターンを同定し、A の普段の反応の仕方を変え、母親による問題行動の引き金となっていた環境を調整することで、母親の行動修正を試みた結果、当該行動が軽減または消失したことが報告された（セッション 2～3）。その後のセッションでは、物事をネガティブに捉えすぎてしまう A の考え方の癖を特定し、考え直しの練習を図り（セッション 4）、ホームワークの結果から考え直しによって気分が少しずつ改善されてきたことが A から報告された。また、A は普段から介護について一人で抱えこみ、親族とも話し合うことができていなかった。そこで、相談できずにいた親族に働きかけてみようかと決意し、アサーティブなコミュニケーションの工夫をしたり（セッション 5）、他者に相談したり公共のサービスを頼ることについての A 自身の抵抗感などを話し合う時間を設けた（セッション 6）。A 自身のストレス管理として、A がやりたいことや挑戦してみたいことを探索し、実際にやってみることを提案した（セッション 7）。セッションの経過とともに、A の介護負担感や気分、生活の質は徐々に改善されていき、プログラム終了後から 12 ヶ月が経過した時点でも、A の気分や介護負担感、生活の質はほとんど維持されていた。また、プログラムの実施中に有害事象は発生せず、終了するまで安全にプログラムを実施することができた。事例 A の結果から、START-J のわが国での実施可能性を示すことができたといえる。

5. START-J を実施した上での課題

START-J の実施にあたって検討すべき点として、実施者、実施場所、運用方法、そして多様な参加者のモチベーションへの対処などが挙げられる。START-J の実施者については、心理学的なアプローチに精通した臨床心理士などの心理職によって実施されることが望ましいものの、わが国では高齢者の生活を支援する心理領域の実践活動は乏しいことが指摘されている（日本学会会議, 2011）。Livingston et al. (2013) では、START の実施者は臨床心理士のような専門性の高い者だけではなく、臨床経験のない心理学を専攻する大学院生に START に関する教育と研修を行うことで人材を養成している。START は認知行動療

法 (Cognitive Behavioral Therapy, 以下 CBT) に基づいたプログラムであるが、CBT を原理主義的に遂行するプログラムではない。CBT とは、人間の情緒が認知のあり方 (受け取り方や考え方) の影響を強く受けることに注目して、認知や行動に働きかけて心を軽くしたり、問題解決を手助けしたりする構造化された精神療法 (心理療法) である (大野, 2014)。CBT の理解と実施の経験は、START のプログラムの理解やスムーズな進行に役立つ。だが、START の実施にあたっては CBT の経験を必須の条件とする必要はないだろう。また実施場所については、英国では主に介護家族の自宅で行うアウトリーチ型の支援が展開されているのに対し、わが国では START のような心理社会的な介入プログラムを介護家族の自宅に訪問して実施する環境が整っていない。そのため、当面は医療機関の外来、あるいは包括や民間団体などの協力を得てそれら施設内の一室を借りて実施したり、地域の公共スペースを借りて実施するのが現実的であろう。なお、START-J の導入にあたっては、実施者および参加者の双方がプログラムを安全に実施できることを第一に考えなければならない。

参加者のモチベーションは、プログラムへの参加に意欲的な人から消極的な人、アンビバレントな態度を示す人など多様であることが予想される。参加者のモチベーションが低い場合、ホームワークへの取り組みも消極的となりやすい。さらに、認知症の介護家族はその生活の多忙さからホームワークに取り組む時間の確保自体が難しい場合もある。CBT では、参加者はホームワークを通してセッション中に学んだことを実生活の中で体験し、考え直しや行動の修正などのスキルを習得することを目指すため、ホームワークの実施は介入の効果を左右する重要な要因である。CBT においてホームワークを実施しない理由については、参加者がホームワークの意義や目的を理解していない場合、そしてホームワークそのものが難しすぎる点が挙げられている (大野, 2014)。ホームワークの導入や説明を丁寧に行うだけでなく、参加者の考えを伺いながら事前に対応策を考える必要がある。しかし、厳密にホームワークを実施しようとすることで参加者のモチベーションを下げってしまう恐れもあるため、ホームワークを実施していない場合には、次のセッションの冒頭でこれまでの生活を振り返りながら、その場で一緒にホームワークを取り扱うような柔軟さも必要という意見もある (Livingston や Rapaport との私信による)。START は構造化されたプログラムではあるものの、実施状況に応じた柔軟な運用にも開かれている。

ホームワークだけでなく、セッション数も START-J の実施上の障害となりう

る。筆者らはSTART-Jを隔週に一度のペースで進行するため、8セッション完遂までにおよそ4ヵ月の期間を要する。Livingston et al.(2013)の報告でも、全セッション完遂率は全体の約70%であり、5セッション以下しか実施できなかったケースは約27%にも及ぶ。8回という回数に固執せず、参加者の生活状況やニーズに合わせて実施可能なセッションを選択する工夫も可能かもしれない。幸い、START-Jの各セッションはほぼ独立していることもあり、介護家族との心理面接過程の中でSTART-Jの必要なセッションのみを取り上げて介護家族の支援に活かす可能性もある(榎村他, 2018)。しかし、柔軟すぎる運用によってプログラムの効果が薄れる恐れも十分考えられる。STARTの実施に慣れるまでは、プログラムのマニュアルに沿った進行を心がけながら経験を重ね、実施者の経験に基づく判断で少しずつ現場に適した形に変容させていくとよいかもしれない。

6. 今後の展望

先述の通り、STARTは認知症の介護家族の介護負担感やメンタルヘルスの改善に有効かつ費用対効果に優れた心理社会的な介入プログラムである。START-Jは未だ事例検討のレベルに留まっており、わが国での有効性の検討が待たれる。また、STARTは本来アウトリーチ支援が可能な環境において実施されているプログラムであり、わが国の心理職がアウトリーチの手段を持たない現状で、どのような場面でSTART-Jを活用することができるかについて検討していく必要がある。プログラム実施の環境が異なることによって、介入の効果に違いが生ずるのか、またセッションの回数や脱落率などの面接構造の違いについて、英国での研究結果との比較を試みたいと考えている。

さらに、近年遠隔医療が発展し、インターネットやスマートフォンなどの活用により、直接会わなくとも遠隔地から患者やその家族を支援できる枠組みが誕生しつつある。こうした通信技術を活用する方法では、利用可能な人がかなり限られるという限界はあるものの、うまく活用することによって場所を選ばず支援を行うことができるようになり、支援の対象の拡大が期待できる。オンライン技術を利用できないとしても、電話通信を利用した介入は実現可能性が高いといえる。実際、近年は電話を用いた心理学的介入が利用者のメンタルヘルスの改善に寄与することが報告されてきている(e.g. Furukawa et al., 2012)。認知症の介護家族は、認知症の家族がデイサービスへの通所などで不在の時にようやく自分の身

の周りのことができたり、家事その他を済ませたりと、とにかく多忙である。プログラムの実施場所まで足を運ぶ時間を割くことさえ難しい介護家族も少なくない。このため、今後は遠隔的な START-J の実施可能性についても検討していきたいと考えている。

最後に、START-J の実施者について、わが国において認知症支援の中心的な役割を果たしている地域の看護師や福祉領域の専門職によって実施可能なプログラムづくりを検討する価値があると考えている。わが国では認知症の医療や支援の中心は医療機関から地域へとシフトしてきているものの、地域支援の現場における心理職の活動は他の職種に比べて未だ広がりを見せていない。それにもかかわらず、START-J の実施を心理職に限ることは、妥当とはいえないだろう。START は確かに構造化されたマニュアルベースのプログラムとして完結しているものだが、その運用方法についてはさまざまな工夫の余地を有している。今後は START-J のわが国での有効性や安全性、費用対効果を明らかにしつつ、支援の現場に適した柔軟な運用方法やプログラム普及の方法についても検討していきたいと考えている。

参考文献

- [1] Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 2014; 311: 1052-60.
- [2] Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 2012; 7: e35330. doi: 10.1371/journal.pone.0035330.
- [3] 樫村正美 認知症と家族支援 (特集 福祉分野に生かす個と家族を支える実践). *家族心理学年報*. 2018; 36: 95-104.
- [4] 樫村正美・川西智也・野村俊明・辻正純・管谷由紀子 外来における認知症介護家族のための START プログラムの試み—プログラムの分解、必要セッションのみの実施に意味はあるか— 第 8 回日本認知症予防学会学術集会抄録集, 189.
- [5] Kashimura M, Nomura T, Ishiwata A, Kitamura S. Feasibility of applying the psychosocial intervention STRategies for Relatives to family caregivers of patients with dementia: a case report. *Psychogeriatrics*, 2018; 18: 235-238. <https://doi.org/10.1111/psyg.12315>.
- [6] Knapp M, King D, Romeo R, Schehl B, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Sampson EL, Cooper C, Livingston G. Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the

- mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347: f6342 doi: 10.1136/bmj.f6342.
- [7] 厚生労働省 2015 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（概要） https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf
- [8] Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, Romeo R, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Cooper C. Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(7): 539-548.
- [9] Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Sampson EL, Cooper C. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 2013; 347: f6276.
- [10] Lord K, Rapaport P, Cooper C, Livingston G. Disseminating START: training clinical psychologists and admiral nurses as trainers in a psychosocial intervention for carers of people with dementia' s depressive and anxiety symptoms. *BMJ Open*. 2017; 7: e017759. doi:10.1136/bmjopen-2017-017759.
- [11] 内閣府 2018 平成 30 年度版高齢社会白書（全体版） http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html
- [12] 日本学術会議 2011 提言：地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて 健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-2.pdf>
- [13] 大野 裕 うつ病と認知行動療法入門－日常診療に役立つうつ病の知識－ 総合病院精神医学. 2014; 26: 239-244.
- [14] Schulz R, O' Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlated, and causes. *Gerontologist*. 1995; 35: 771-791.
- [15] Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*. 1999; 282: 2215-9.
- [16] Battelli M. G., Bolognesi A. and Polito L. Pathophysiology of circulating xanthine oxidoreductase: new emerging roles for a multi-tasking enzyme. *Biochim Biophys Acta*. 2014; 1842: 1502-1517.

（受付日 2018 年 9 月 30 日）

（受理日 2018 年 10 月 30 日）