

地域包括支援センター看護職がとらえた認知症高齢者の 家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法

鈴 木 久美子（千葉大学大学院看護学研究科研究生）

宮 崎 美砂子（千葉大学大学院看護学研究科）

石 丸 美 奈（千葉大学大学院看護学研究科）

目的：地域包括支援センター（以下、地域包括）看護職がとらえている認知症高齢者の家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法を明らかにして、地域包括看護職の支援方法の特徴を考察する。

方法：一県内の地域包括の看護職に対して半構成的面接調査を実施し、データを質的帰納的に分析した。

結果：研究参加者は看護職5名（地域包括での平均勤務年数4.4年）であった。家族介護にかかわる課題は、家族による認知症の発見や対応の遅れ、認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難、介護の抱え込み、虐待や不適切な介護など7つが見出された。課題に対する支援方法は、別居家族の立場や心情に配慮して支援する、家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる、地域資源や制度の利用を促進する、家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する、など6つであった。

考察：地域包括看護職がとらえた課題の特徴は「本人および家族の社会的孤立」と「地域住民の認知症に対する理解不足」であると考えられた。支援方法の特徴として、社会的に孤立し自ら支援を求めない本人・家族にアウトリーチにより支援する、地域の協力者や資源と繋いで地域生活の基盤をつくる、地域住民の認知症の理解を促進し本人と家族が安心して生活できる地域を目指すことが考えられた。これらはいずれも認知症高齢者と家族が社会から孤立せずに安心して生活できる地域共生社会に向かう看護実践であるとする。

KEY WORDS : family care for older adults with dementia, community health nurses, community general support center

I. 研究背景

我が国では高齢化の進展に伴い認知症高齢者の増加が予測されている。団塊の世代が75歳以上となる2025年には認知症の人は約700万人前後と推計されており¹⁾、認知症の人が住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる地域共生社会の実現が求められている²⁾。

一方で、地域で生活する高齢者の家族形態は変化し、世帯の高齢化や小規模化が進行している。2018年現在で65歳以上の者のいる世帯のうち、単独世帯の割合は27.4%、夫婦のみの世帯32.3%であり、合わせると約6割を占める³⁾。また、同居する家族がいても交流が乏しい等の家族関係の希薄化が指摘されている⁴⁾。このように家族の機能が脆弱化する中で、高齢者に認知機能の低下が現れた場合に家族への影響は大きく、高齢者だけでなく家族も含めた支援の必要性が高いといえる。

認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるためには、高齢者本人と家族が支援を必要としたときに時期を逸することなく、身近な機関から適切な支援を受けられることが重要である⁵⁾。その初期支援の役割を担うのが地域包括支援センター（以下、地域包括とする）である。地域包括は介護保険法に基づき市町村により設置された公益的な機関であり⁶⁾、日常生活圏域（概ね中学校区）を担当地域として持つ。保健師または地域ケア・地域保健等に関する経験のある看護師（以下、看護職とする）が配置され、介護福祉士、主任介護支援専門員と共に活動している。看護職は3職種の中で唯一の保健医療の専門職であり、認知症高齢者と家族の支援においても看護の専門性を発揮して役割を果たすことが期待されている。

地域包括における認知症高齢者と家族に対する支援に関する先行研究として、認知症相談業務の実態調査⁷⁾や報告⁸⁾、認知症高齢者と家族に対するアウトリーチによる支援の成果⁹⁾、職員の認知症支援業務の実施状況と認知症の知識との関連¹⁰⁾等が明らかにされている。し

かし看護職の支援に焦点をあてた研究は、認知症相談における看護職の専門的判断と活動¹¹⁾や認知症高齢者に対するコーディネーション尺度の開発¹²⁾等がみられるのみであり、認知症高齢者と家族に対する地域包括看護職の支援技術の確立に向けた知見の蓄積は十分ではない。本研究において地域包括看護職がとらえている認知症高齢者の家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法を解明して地域包括看護職の特徴的な支援方法を検討することにより、地域共生社会の実現に寄与する看護実践方法への示唆を得ることができると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、地域包括看護職がとらえている認知症高齢者の家族介護にかかわる課題とそれに対する支援方法を明らかにして、地域包括看護職の支援方法の特徴を考察することである。

III. 用語の操作的定義

家族

家族とは、情緒的な親密さと絆を共有し、家族であると自覚している二人以上の集合体をさす¹³⁾。認知症高齢者との同居、別居を問わない。

認知症高齢者

地域包括に持ち込まれる相談は、認知症の確定診断を受けている高齢者だけでなく、認知症が疑われるが、受診に至らず診断を受けていない高齢者の場合も多いことが考えられる。そのため、本研究では認知症の診断を受けた高齢者だけでなく、認知症様の症状を呈しており認知症が疑われるが、確定診断を受けていない高齢者も含める。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述の研究デザインを用いた。

2. 研究対象者

地域包括に勤務する看護職とした。対象者の所属施設は直営型施設と委託型施設の両方を含めた。

研究者のネットワークにより、A県内の地域包括に勤務する看護職に研究協力を依頼し、研究の趣旨を理解して協力の意思を示した者を対象とした。

3. データ収集方法

研究対象者に対し、インタビューガイドを使用して、認知症高齢者（以下、本人とする）と家族を支援する上で家族に関して課題と感じていることと、それに対する支援方法について半構成的面接を実施した。調査の際に

は語られた課題とそれに対する支援方法が対になるように聴取した。面接回数は1回、時間は平均90分であった。面接内容は同意を得た上で録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は2016年8月から10月であった。

4. 分析方法

質的帰納的方法を用いた。

1) 認知症高齢者の家族介護にかかわる課題

対象者ごとに、家族に関する課題として語られた内容を抽出し、意味内容を損なわないように簡潔に記述してコードとした。各研究対象者のコードを、意味内容の類似性から統合整理し、サブカテゴリーを抽出し、さらに抽象化してカテゴリーを導き出した。

2) 課題に対する支援方法

上記1)の課題に対する支援方法として語られた内容を支援の意図も含めて取り出し、どの課題に対する支援方法がわかるように留意して簡潔に記述し、コードとした。課題に対する支援方法が明確になるように、1)で抽出した課題のサブカテゴリーごとにデータを集約し、意味内容の類似性から整理してサブカテゴリーを抽出し、さらに抽象化してカテゴリーを導き出した。

V. 倫理的配慮

研究協力を依頼する際には対象者と所属長に書面を用いて研究の趣旨を説明し、研究協力は自由意思に基づくものであり、研究に同意しなくても何ら不利益はないこと、同意後も途中で辞退できることを説明した。研究同意書の署名をもって研究同意とした。

なお、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号26-77）

VI. 結 果

1. 対象者および所属施設の概要（表1）

対象者は5名で全員女性であり、年代は30代～50代、職種は看護師4名、保健師1名であった。看護実践経験年数は10～26年（平均16.8年）、現施設での勤務年数は1～9年（平均4.4年）であった。所属施設の運営形態は直営型1か所、委託型4か所であった。管轄地域の人口は16,000人～52,000人、高齢化率は約18%～38%であった。

2. 地域包括看護職がとらえた認知症高齢者の家族介護にかかわる課題（表2）

41のコードから19サブカテゴリー、7カテゴリーが抽出された。以下にカテゴリーごとに課題を説明する。課題のカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを〔 〕, 看護職の語りを「 」で示す。

表1 対象者および所属施設の概要

事例 1		事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	
対象者の概要	年代・性別	30代 女性	50代 女性	50代 女性	40代 女性	50代 女性
	職種	看護師	看護師	看護師	保健師 (市から出向)	看護師
	看護実践経験年数	12年	16年	26年	20年	10年
	現施設での 勤務年数	2 年	9 年	8 年	2 年	1 年
対象者の所属施設の概要	種別	委託型	委託型	委託型	委託型	直営型
	運営主体	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉協議会	社会福祉協議会	D 市
	設置主体	B 市	B 市	B 市	C 市	D 市
	管轄地域の人口 (2014)	32,000人	26,000人	52,000人	16,000人	20,000人
	管轄地域の 高齢化率 (2014)	約24%	約26%	約18%	約38%	約20%

1) 【家族による認知症の発見や対応の遅れ】

看護職は、本人が独居である場合の課題として、〔独居者では別居家族が気づいて相談につながることは少なく、むしろ近隣や関係者からの情報で地域包括から家族に連絡することが多い〕など、〈独居者の認知症症状に別居家族が気づかないことによる発見や対応の遅れ〉をとらえていた。また、〔独居者では、別居家族が本人の認知症の症状を目にしないと受け入れることが難しい〕ために訪問や受診が遅れるなど、〈独居者の認知症の症状を家族が実際に見ていないための受け入れ困難から生じる対応の遅れ〉をとらえていた。

さらに、〔本人に物忘れがあっても家族が年齢のせいなどと思ってしまい、認知症がある程度進行してから相談に来ることが多い〕など、〈家族の認知症についての知識不足による発見や対応の遅れ〉が課題として挙げられた。

本人が配偶者と二人暮らしの世帯の場合、〔夫婦世帯では身近に相談相手がいないために家族（配偶者）が対応しないまま、本人に行動・心理症状が出現して問題が表面化してから地域包括に連絡が入ることがある〕など、〈夫婦世帯で介護協力者がいないことによる対応の遅れ〉が挙げられた。

2) 【認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難】

看護職は、〈本人の行動・心理症状に対する家族の介護ストレス〉、〈本人の介護保険サービス利用拒否による家族のストレス〉、〈本人の専門医療機関受診拒否による家族の対応困難〉のように、本人の認知症に特徴的な症状に家族が直面し、向き合うことによるストレスや困難をとらえていた。また、本人が専門機関で認知症と診断

されたが家族がそのことを受入れることができないといった、〈確定診断後の家族の認知症の受容困難〉をとらえていた。

3) 【介護の抱え込み】

看護職は、介護を担う家族員が〔家族や親族が少なく、介護を一人で抱え込んでしまう〕など〈家族員が少ないことによる家族の介護の抱え込み〉を課題としてとらえていた。また、夫婦世帯で本人の配偶者が別居の子どもに迷惑をかけたくないなどの理由から協力を求めないなど、〈夫婦世帯で別居家族への遠慮から生じる介護の抱え込み〉をとらえていた。

さらに看護職は〔認知症を周囲に知られたくないことから民生委員への連絡の拒否や他地区の民生委員に相談する事例がある〕など、〈家族が本人の認知症を周囲に知られたくないことによる民生委員の関わり拒否〉をとらえていた。

4) 【家族の介護力不足】

本人が独居の場合に〔もともとの生活歴や家族関係に問題があり、別居家族が本人との関わりを拒否している〕など〈独居者と別居家族の関係性希薄による介護への関わり不足〉が課題として挙げられた。

また、〔夫婦世帯で二人とも認知症であり介護者がいないために介護力が不足している〕のように〈夫婦世帯で二人とも認知症による介護力不足〉が挙げられた。

5) 【虐待や不適切な介護】

看護職は〔同居の息子が介護に無関心でネグレクトの事例がある〕のように、介護放棄や身体的虐待などの〈介護者による虐待〉を課題としてとらえていた。

また、〔家族に精神疾患を持つ人や引きこもりの人がいる場合は本人への対応が不十分でネグレクトとなる〕、

表2 地域包括看護職がとらえている認知症高齢者の家族介護にかかわる課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例
家族による認知症の発見や対応の遅れ	独居者の認知症症状に別居家族が気づかないことによる発見や対応の遅れ	・独居者では別居家族が気づいて相談につながることは少なく、むしろ近隣や関係者からの情報で地域包括から家族に連絡することが多い ・近隣住民から独居者についての情報があり別居家族に連絡したが本人の症状に気づいていなかった
	独居者の認知症の状況を別居家族が実際に見ていないための受け入れ困難から生じる対応の遅れ	・独居者では、別居家族が本人の認知症の症状を目にしないと受け入れることが難しい ・独居者で別居家族に専門医受診を勧めたが、認知症を受け入れられず受診までに時間がかかった
	家族の認知症についての知識不足による発見や対応の遅れ	・本人に物忘れがあっても家族が年齢のせいなどと思ってしまう、認知症がある程度進行してから相談に来ることが多い
	夫婦世帯で介護協力がいないことによる対応の遅れ	・夫婦世帯では身近に相談相手がいないために家族（配偶者）が対応しないまま、本人に行動・心理症状が出現して問題が表面化してから地域包括に連絡が入る場合がある
認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難	本人の行動・心理症状に対する家族の介護ストレス	・徘徊で家族が常に本人から目が離せない ・家族が常時一緒にいるので、認知症とわかっていてもつい本人を怒ってしまう
	本人の介護保険サービス利用拒否による家族のストレス	・サービスの利用を家族は希望しているが、本人の拒否により利用につながっていないため、家族がストレスを感じている
	本人の専門医療機関受診拒否による家族の対応困難	・本人が専門医療機関の受診を拒否しており家族がどのように連れ出したらよいか困っている
	確定診断後の家族の認知症の受容困難	・本人が認知症と診断されたが家族がなかなか受け入れられず、話を聞いてほしいという相談がある
介護の抱え込み	家族人員が少ないことによる家族の介護の抱え込み	・家族や親族が少なく、介護を一人で抱え込んでしまう
	夫婦世帯で別居家族への遠慮から生じる介護の抱え込み	・夫婦世帯では家族（配偶者）が別居の子どもに遠慮して協力を求めないことが多い
	家族が本人の認知症を周囲に知られたくないことによる民生委員の関わり拒否	・認知症を周囲に知られたくないことから民生委員への連絡の拒否や他地区の民生委員に相談する事例がある
家族の介護力不足	独居者と別居家族の関係性希薄による介護への関わり不足	・もともとの生活歴や家族関係に問題があり、別居家族が本人との関わりを拒否している ・独居で子どもがいない事例で甥や姪に連絡を取ってもなかなか対応してもらえない
	夫婦世帯で二人とも認知症による介護力不足	・夫婦世帯で二人とも認知症であり介護者がいないために介護力が不足している
虐待や不適切な介護	介護者による虐待	・同居の息子が介護に無関心でネグレクトの事例がある ・夫である介護者が本人に身体的虐待を加えてけがをさせ、措置入所になった事例がある
	健康課題を持つ介護者による虐待や不適切な介護	・家族に精神疾患を持つ人や引きこもりの人がいる場合は本人への対応が不十分でネグレクトとなる ・知的障害を持つ介護者が身体的虐待に至る事例がある
家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ	家族内での介護方針や経済的負担についての不一致	・家族員によって介護保険サービス利用に対する意向が異なったり介護に無関心な人がいたりして、介護方針が一致していない
	家族内のキーパーソンが決まらないことによる介護方針決定の遅れ	・家族内で情報共有や話し合いがされず、介護のキーパーソンが決まらないために、介護方針がなかなか決まらない
医療・福祉・相談交流資源の不足や利用困難	家族が身近な地域内で相談・交流できる場の不足や交通アクセス不足による利用困難	・本人と一緒に参加できて家族が相談できる場が地域内にはない ・家族会の開催場所が遠く交通手段がないと参加できない
	認知症に関する医療福祉資源の交通アクセス不足による利用困難	・家族に交通手段がなく専門医療機関に受診させられない ・認知症専門医療機関が地域外で受診しにくい

〔知的障害を持つ介護者が身体的虐待に至る事例がある〕など、〈健康課題を持つ介護者による虐待や不適切な介護〉をとらえていた。

6) 【家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ】

看護職は「家族員によって介護保険サービス利用に対する意向が異なったり介護に無関心な人がいたりして、介護方針が一致していない」など、〈家族内での介護方針や経済的負担についての不一致〉を課題として挙げていた。また、家族内で情報共有や話し合いがなされず、介護のキーパーソンが決まらないために介護方針がなかなか決まらないという、〈家族内のキーパーソンが決まらないことによる介護方針決定の遅れ〉を挙げていた。

7) 【医療・福祉・相談交流資源の不足や利用困難】

看護職は「本人と一緒に参加できて家族が相談できる場が地域内にない」など、〈家族が身近な地域内で相談・交流できる場の不足や交通アクセス不足による利用困難〉といった地域内の相談資源に関する課題をとらえていた。また、「家族に交通手段がなく専門医療機関に受診させられない」、〔認知症専門医療機関が地域外で受診しにくい〕など、〈認知症に関する医療福祉資源の交通アクセス不足による利用困難〉をとらえていた。

3. 認知症高齢者の家族介護にかかわる課題に対する支援方法（表3）

38のコードから18サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。支援方法のカテゴリーを《 》で示す。支援方法は、《別居家族の立場や心情に配慮して支援する》、《家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する》、《本人の介護保険サービス利用や受診の受け入れに向けて家族と共に関わる》、《家族の負担軽減を図る》、《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》、《地域資源や制度の利用を促進する》の6カテゴリーであった。以下に課題のカテゴリーごとに課題への支援方法を説明する。

1) 【家族による認知症の発見や対応の遅れ】に対する支援方法

支援方法は2つのカテゴリーが抽出された。

(1) 《別居家族の立場や心情に配慮して支援する》

2つのサブカテゴリーから構成され、本人が独居の場合の別居家族に向けた支援であった。

看護職は「（別居）家族に連絡するときは、家族が本人を放っておいたと責められていると思わないように、家族寄りに立つようにして、一緒にどうしたらよいか考えていきましょうというスタンスで話すようにしている。」（事例4）のように、突然に地域包括から本人についての連絡を受けた家族の衝撃や困惑、不安といった心

情に配慮して関わり方を工夫していた。

また、「別居家族に本人の状況を直接確認してもらうことを依頼し、必要時は相談にのれることを伝える」のように、別居家族が本人の認知症症状やそれによる生活への支障を目の当たりにしないと受け入れ難いことを考慮して、〈別居家族に本人の現状認識を意図して直接確認を依頼する〉支援を行っていた。

(2) 《家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する》

認知症の理解や受容を促進するために、家族を対象とした支援と、地域住民を対象とした支援から構成された。

看護職は、家族が本人の症状を「加齢による物忘れ」と判断するなどして対応が遅れてしまうことに対して「認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める」など、〈家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する〉支援を行っていた。

また、管轄地域の住民、特に若い世代の住民に認知症を理解し祖父母等家族の認知症を早期に発見してもらうことをめざして「認知症の早期発見のために若い世代を対象に認知症サポーター養成講座を開催する」など〈地域の認知症の理解促進のために普及啓発活動を行う〉支援を行っていた。

2) 【認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難】に対する支援方法

3つのカテゴリーが抽出された。

(1) 《本人の介護保険サービス利用や受診の受け入れに向けて家族と共に関わる》

本人が介護保険サービスの利用を拒否している場合に、看護職は「本人の介護保険サービス利用の意欲を高めるために本人の信頼度の高い人（家族員、主治医等）から利用を勧めてもらう」、〔本人の不安軽減のために家族に通所サービス利用に同行してもらう〕など、誰から働きかけてもらうと効果的かを家族と相談するなどして〈本人に介護保険サービスを受け入れてもらうために家族とともに工夫して関わる〉支援を行っていた。

また、認知症が疑われるために医療機関の受診が必要であるが本人が拒否している場合に、「本人に受診を受け入れてもらうために本人の信頼度の高い家族員から受診を勧めてもらう」、〔本人に受診を受け入れてもらうために健康確認の機会として受診を勧める〕など、本人に納得して受診してもらえるように〈本人に受診を受け入れてもらうために家族とともに工夫して関わる〉支援を行っていた。

(2) 《家族の負担軽減を図る》

看護職は本人の介護を担っている家族員に対して、認知症介護の不安や悩みが「誰にでも話せる悩みではないことを念頭に置き、家族の精神的負担軽減のために気持ちを傾聴する」など、〈家族の精神的負担軽減のために気持ちを受けとめる〉支援を行っていた。

また、「家族のレスパイトのために介護保険サービスの利用を勧める」など、〈家族のレスパイトのために介護保険サービス利用を促進する〉支援を行っていた。

(3) 《家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する》

看護職は本人の認知症の症状や行動・心理症状の対応にストレスを感じている家族員に対して「認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める」など、〈家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する〉支援を行っていた。

また、本人が認知症と診断されたことを受け入れられない家族員に対して「家族の認知症の受容を図るために心情を傾聴する」など、〈認知症の受容を図るために気持ちを受けとめる〉支援を行っていた。

3) 【介護の抱え込み】に対する支援方法

《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》の1カテゴリーが抽出された。

夫婦世帯で配偶者を介護している家族員が別居の子どもに遠慮して介護を抱え込んでいる事例に対して、看護職は「介護負担が増大して在宅継続困難とならないために家族（配偶者）の意思を尊重しつつ時機をとらえて別居家族に連絡を促す」など、〈家族の孤立を防ぐために周囲の協力を得ることを勧める〉支援を行っていた。

また、本人が認知症であることを周囲に知られたくないことから民生委員の関わりを拒否して介護を抱え込んでいる家族に対して「いつでも地域包括に相談できることを伝えるために、家庭訪問して地域包括の連絡先を伝える」など、〈いつでも地域包括に相談できることを伝える〉支援を行っていた。

4) 【家族の介護力不足】に対する支援方法

2つのカテゴリーが抽出された。

(1) 《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》

看護職は、独居者の別居家族が従前の生活歴や家族関係に問題があり本人との関わりを拒否している事例に対し「これまでの生活歴や家族関係はそれぞれ事情があるので、どこまで関わってもらえるかの意思を具体的に確認する。」（事例4）のように、〈別居家族に協力可能な範囲を確認する〉支援を行っていた。

また、夫婦世帯で二人とも認知症があり家族介護力が不足している事例に対して「介護保険サービスを活用し

て見守り体制をつくる」など、〈支援者や住民協力者による見守り体制を構築する〉支援を行っていた。

(2) 《地域資源や制度の利用を促進する》

本人が独居で別居家族の関わりが少ない場合、財産管理等で「別居家族に負担をかけないために成年後見制度の利用を勧める」など、〈利用可能な制度を紹介する〉支援を行っていた。

5) 【虐待や不適切な介護】に対する支援方法

《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》の1カテゴリーが抽出された。看護職は、家族による虐待の事例に対して地域包括の専門職である「社会福祉士と協働して事実確認と本人の保護を行う」や、精神疾患や知的障害を持つ家族員による虐待や不適切な介護の事例に対して「福祉部署職員と協働して世帯単位で支援する」のように、〈他職種と協働して世帯全体を支援する〉支援を行っていた。

6) 【家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ】に対する支援方法

2つのカテゴリーが抽出された。

(1) 《家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する》

家族内で介護保険サービス利用についての意向が異なる場合や介護に無関心な人がある場合、看護職は家族員の認知症についての共通理解と状況の共有をめざして「家族員の認知症についての理解促進のために主治医から家族員に説明してもらう」、「家族員の認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める」といった〈家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する〉支援を行っていた。

(2) 《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》

家族内で介護のキーパーソンが決まらず、介護方針がなかなか決まらない場合、看護職は「家族内で協力して対応できるように家族内での話し合いを促す」といった、〈家族の問題解決力向上のために話し合いを勧める〉支援を行っていた。

7) 【医療・福祉・相談交流資源の不足や利用困難】に対する支援方法

《地域資源や制度の利用を促進する》の1カテゴリーが抽出された。看護職は、家族が認知症に関する相談や他の家族との交流を希望しても資源がない場合や交通アクセスの問題から利用しにくい場合に、「本人と家族が参加できる家族会を紹介する」など、〈家族の相談ニーズに合った地域資源を紹介する〉支援を行っていた。認知症の専門医療機関が近くにない、アクセスが不便といった課題に対しては「専門医療機関の受診が困難なため主治医への相談を勧める」支援を行っていた。

表3 地域包括看護職がとらえている認知症高齢者の家族介護にかかわる課題に対する支援方法

課題	課題に対する支援方法		
	カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例
家族による認知症の発見や対応の遅れ	別居家族の立場や心情に配慮して支援する	別居家族の立場や心情に配慮して関わる	・突然地域包括から連絡すると別居家族が驚いてしまうので、民生委員と面識があれば民生委員から別居家族に声をかけてもらう ・別居家族が責められていると思わないように家族の立場に立って関わる
		別居家族に本人の現状認識を意図して直接確認を依頼する	・別居家族に本人の状況を直接確認してもらうことを依頼し、必要時は相談にのれることを伝える
	家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する	家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する	・認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める ・確定診断と家族の認知症の理解促進のために専門医療機関の受診を勧める
		地域の認知症の理解促進のために普及啓発活動を行う	・認知症の早期発見のために若い世代を対象に認知症サポーター養成講座を開催する
認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難	本人の介護保険サービス利用や受診の受け入れに向けて家族と共に関わる	本人に介護保険サービスを受け入れてもらうために家族とともに工夫して関わる	・本人の介護保険サービス利用の意欲を高めるために、本人の信頼度の高い人（家族員、主治医等）から利用を勧めてもらう ・本人の不安軽減のために家族に通所サービス利用に同行してもらう
		本人に受診を受け入れてもらうために家族とともに工夫して関わる	・本人に受診を受け入れてもらうために本人の信頼度の高い家族員から受診を勧めてもらう ・本人に受診を受け入れてもらうために健康確認の機会として受診を勧める
	家族の負担軽減を図る	家族の精神的負担軽減のために気持ちを受けとめる	・誰にでも話せる悩みではないことを念頭に置き、家族の精神的負担軽減のために気持ちを傾聴する ・家族の精神的負担軽減のために介護者の気持ちを傾聴して相談資源を紹介する
		家族のレスパイトのために介護保険サービス利用を促進する	・家族のレスパイトのために介護保険サービスの利用を勧める ・家族のレスパイトのために介護保険サービスの利用を増やすことを勧める
	家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する	家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する	・認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める
		認知症の受容を図るために気持ちを受けとめる	・家族の認知症の受容を図るために心情を傾聴する
介護の抱え込み	家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる	家族の孤立を防ぐために周囲の協力を得ることを勧める	・孤立して介護することの困難さを理解してもらうために、親戚や地域住民の協力を得る必要性を説明する ・介護負担が増大して在宅継続困難とならないために、家族（配偶者）の意思を尊重しつつ時機をとらえて別居家族に連絡を促す
		いつでも地域包括に相談できることを伝える	・いつでも地域包括に相談できることを伝えるために、家庭訪問して地域包括の連絡先を伝える
家族の介護力不足	家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる	別居家族に協力可能な範囲を確認する	・別居家族に負担をかけずに関わりを継続してもらうために、協力可能な範囲を具体的に確認する
		支援者や住民協力者による見守り体制を構築する	・地域住民の協力者に見守りを依頼する ・介護保険サービスを活用して見守り体制をつくる
	地域資源や制度の利用を促進する	利用可能な制度を紹介する	・別居家族に負担をかけないために成年後見制度の利用を勧める
虐待や不適切な介護	家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる	他職種と協働して世帯全体を支援する	・福祉部署職員と協働して世帯単位で支援する ・社会福祉士と協働して事実確認と本人の保護を行う
家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ	家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する	家族の認知症の理解促進のために健康教育参加や医師の説明を提案する	・家族員の認知症についての理解促進のために主治医から家族員に説明してもらう ・家族員の認知症の理解促進のために認知症サポーター養成講座の受講を勧める
	家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる	家族の問題解決力の向上のために話し合いを勧める	・家族内で協力して対応できるように家族内での話し合いを促す
医療・福祉・相談交流資源の不足や利用困難	地域資源や制度の利用を促進する	家族の相談ニーズに合った地域資源を紹介する	・本人と家族が参加できる家族会を紹介する ・利用可能な交通手段を説明する
		専門医療機関の受診が困難なため主治医への相談を勧める	・専門医療機関の受診が難しいため主治医に認知症について相談することを勧める

VII. 考 察

1. 地域包括看護職がとらえた認知症高齢者の家族介護にかかわる課題の特徴

本研究で明らかになった課題のうち、【介護の抱え込み】、【虐待や不適切な介護】、【家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ】について、介護を担う家族員が家族内や地域で孤立して介護しているという状況の共通性がみられた。これらの課題の特徴として、本人と家族が周囲から孤立し自ら支援を求めない、あるいは求められないことが挙げられる。高齢者の認知機能の低下は社会的交流の減少と関連するという報告がある¹⁴⁾。また、認知症の介護は周囲から理解を得られにくく¹⁵⁾、介護する家族は社会的な孤立感を感じている¹⁶⁾ことが指摘されている。本人と家族が周囲から孤立して適切な支援に結びつかない場合、閉塞した生活に陥り、心身の健康状態の悪化や虐待のリスクが高くなる¹⁷⁾。地域包括は市町村により設置された機関であり、担当地域の高齢者で支援を必要とする者すべてに対して責任を持つ¹⁸⁾。そのため、地域包括の役割として周囲から孤立し自ら支援を求めない本人と家族を早期に発見して適切な支援に繋ぐことや、本人及び家族の孤立を防ぐ予防的な関わりが重要であるといえる。

【家族による認知症の発見や対応の遅れ】、【認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難】、【家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ】の課題には、共通する特徴として、家族の「認知症に対する理解不足」が挙げられる。また、家族が本人の認知症を周囲に知られたくないことによる【介護の抱え込み】については、家族が認知症になった場合に半数以上の人が「周囲の人に迷惑をかけてしまうのではないかと不安に感じているという調査結果¹⁹⁾」にもみられるように、課題の根底には、地域住民の認知症に対する理解不足とそれに基づく偏見が存在することが考えられる。

以上より、地域包括看護職がとらえた認知症高齢者の家族介護にかかわる課題の特徴として、「本人と家族の社会的孤立」および家族を含めた「地域住民の認知症に対する理解不足」が考えられた。認知症に対する地域住民の理解不足は本人や家族の社会的孤立につながる²⁰⁾ことから、これらは地域包括が担当地域において共に解決すべき課題であるといえる。

2. 認知症高齢者と家族に対する地域包括看護職の支援方法の特徴

- (1) 社会的に孤立し自ら支援を求めない本人・家族にアウトリーチにより支援する
看護職は、独居世帯や夫婦世帯において本人や家族が

自ら支援を求めず問題状況が表面化して把握に至った事例に対して、家庭訪問という手段を用いて本人の健康状態や生活状況を把握し、別居家族に確認を依頼するなどの支援を行っていた。また、前述した虐待や介護の抱え込み等の「社会的孤立」という課題に対して、関係職種等の支援者と協働しながら本人と家族に積極的に介入し、世帯全体を対象に支援を行っていた。これらはいずれも本人や家族が自ら支援を求めないために、問題が潜在化し地域に埋もれてしまう恐れのある事例である。地域包括の活動の特徴の一つとしてアウトリーチ機能がある²¹⁾が、これは自ら援助を求めようとしない場合や、客観的にみて援助が必要と判断される問題を抱えている対象者やその家族に対して、援助者側から積極的に介入を行う機能である²²⁾。それと共に、アウトリーチ機能は公的機関としての責務を特徴づける機能であり、担当地域の住民全体を視野に入れて社会的孤立をつくらない、人権擁護の支援方法といえる。

このように、看護職は地域に潜在し埋もれがちな対象に対して、専門職として支援の必要性を判断してアウトリーチにより支援しており、これは公衆衛生看護における対象のとりえ方や活動方法²³⁾を適用して、担当地域の高齢者と家族の社会的孤立を予防する、地域包括看護職に特徴的な支援方法であるといえる。

(2) 地域の協力者や資源と繋いで地域生活の基盤をつくる

看護職は【認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難】という課題に対し、気持ちを受け止める支援を行っていた。また、【家族による認知症の発見や対応の遅れ】という課題に対して、別居家族の立場や心情に配慮して支援していた。これらは、家族も看護の対象ととらえ、家族員の健康状態や本人との関係性、介護に対する思いをアセスメントして支援する看護職だからこそできる支援であるといえる。さらに【家族の介護力不足】の課題に対して、従前の本人と家族の生活歴や関係性をふまえ、別居家族の介護協力を前提にするのではなく、協力可能な範囲を確認しながら《家族・支援者・住民協力者による支援体制をつくる》支援を行っていた。このように看護職は家族の意向を尊重して寄り添いながら、フォーマルな支援だけでなく、近隣住民等の協力を得て見守りを依頼するなどインフォーマルな支援も組み込んだ支援体制を作っていた。

また、〈家族が身近な地域内で相談・交流できる場の不足や交通アクセス不足による利用困難〉等の【医療・福祉・相談交流資源の不足や利用困難】という課題に対しては、家族が利用可能な地域資源を紹介して繋ぐ支援を行っていた。

看護職のこれらの支援は、家族や専門職だけでなく住民の協力を得ることや、地域内の認知症の人の介護者と交流し支え合うことにより、本人と家族が地域で孤立することなく共に暮らしていけるように、地域生活の基盤をつくる支援であるといえる。すなわち認知症により様々な困難を抱えた場合でも、本人と家族が社会から孤立せず、安心してその人らしい生活を送ることができる地域共生社会づくり²⁴⁾に向かう看護実践であると考えられる。

(3) 地域住民の認知症の理解を促進し認知症になっても安心して生活できる地域を目指す

【家族による認知症の発見や対応の遅れ】や【認知症症状と向き合うことによるストレスや受容困難】、【家族内での介護方針の不一致や決定の遅れ】に対する支援方法として、《家族や地域住民の認知症の理解や受容を促進する》支援が行われていた。家族が本人の認知症を理解し適切に対応できることは本人の行動・心理症状の低減につながり²⁵⁾、その結果家族の介護ストレスの軽減や家族の対応や協力促進にもつながるため、重要度が高い活動である²⁶⁾。そしてこの支援の対象は、当事者である家族だけでなく、近隣住民をはじめとする担当地域の住民全体も含まれるという特徴がみられた。すなわち看護職は前述した課題の特徴である「地域住民の認知症に対する理解不足」を担当地域における認知症の共通課題ととらえ、住民全体を対象に認知症についての啓発活動を行い、地域内での認知症の理解者や協力者づくりも意図したと考えられる。これは個別支援を通して、地域に共通する課題を把握し、地域全体への働きかけにより地域包括ケアシステムを発展させる²⁷⁾看護実践であり、認知症高齢者の個別支援から地域づくりにつなげていく地域包括看護職の専門的役割²⁸⁾と考える。

以上から、地域包括看護職による認知症高齢者と家族の支援方法の特徴は、社会的に孤立し自ら支援を求めない本人・家族にアウトリーチにより支援すること、地域の協力者や資源と繋いで地域生活の基盤をつくること、地域住民の認知症の理解を促進し認知症になっても安心して生活できる地域を目指すことであった。これらはいずれも、認知症高齢者と家族が社会から孤立せず、安心してその人らしい生活が送れる地域共生社会に向かう看護実践であると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は一県内の地域包括での調査であり、地域や対象者数が限定されていることが挙げられる。今後は、地域包括看護職が認知症高齢者、家族、地域住民をどのように支援しながら地域共生社会の実現に向かうのか、その役割を明らかにしていく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力頂いた看護職の皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究に利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略, 2015. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000/nop1-2_3.pdf (2020.3.30)
- 2) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱, 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2020.3.30)
- 3) 厚生労働省：平成30年国民生活基礎調査の概況, 2019. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/dl/10.pdf> (2020.3.30)
- 4) 杉山京, 広瀬美千代, 武本与志人：地域包括支援センター専門職による認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践, 社会医学研究, 34(2)：76, 2017.
- 5) 北村育子, 永田千鶴, 松本佳代, 森塚恵美, 清永麻子：認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察, 日本福祉大学社会福祉論集, 130：192, 2014.
- 6) 地域包括支援センター運営マニュアル, 一般財団法人長寿社会開発センター, 57, 2015.
- 7) 小長谷陽子：地域包括支援センターにおける認知症に関する相談の実態と課題, 日本医事新報, 4610：84-88, 2012.
- 8) 中嶋富美子, 中村馨, 目黒謙一：地域包括支援センター認知症相談事例の検討, 老年精神医学雑誌, 26：436-440, 2015.
- 9) 久松信夫, 小野寺敦志, 加藤伸司, 矢吹知之：地域包括支援センターにおける認知症高齢者と介護家族へのアウトリーチ機能の検討, 日本認知症ケア学会誌, 14(1)：780-791, 2016.
- 10) 水上然, 黒田研二, 佐瀬美恵子, 森岡朋子, 室谷牧子, 田中園代：地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係, 日本認知症ケア学会誌, 14(3)：667-678, 2015.
- 11) 早坂玉緒, 徳本弘子：地域包括支援センターで活動する看護職の認知症相談における専門的判断, 第49回日本看護学会論文集 在宅看護, 15-18, 2019.
- 12) 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度の開発, 日本地域看護学会誌, 23(1)：4-12, 2020.
- 13) Friedman, M.M.: Family Nursing Research, Theory, and Practice, 5th edition, Pearson, 11, 2003.
- 14) 加藤伸司：認知症の人の地域生活を守る介護, Geriatric Medicine, 55(10)：1079-1082, 2017.
- 15) 松岡広子, 村井美紀：認知症高齢者の家族介護者の心情, 日本認知症ケア学会誌, 12(4)：796-803, 2014.
- 16) 安武綾：認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合, 家族看護学研究, 17(1)：2-12, 2011.
- 17) 前掲書14), 1080-1081.

- 18) 福島喜代子：地域包括支援センターの機能，現状と展望，
老年精神医学雑誌，28：255，2017.
- 19) 内閣府：認知症に対する世論調査，2015. <https://survey.gov-online.go.jp/tokubetu/h27/h27-ninchisho.pdf> (2020.10.30)
- 20) 内田和宏，李泰俊，茨木裕子，加瀬裕子：地域住民の認知症の人に対する態度とその関連要因，老年社会科学，42(1)：30，2020.
- 21) 前掲書18)，258－260.
- 22) 前掲書9)，780－782.
- 23) 宮崎美砂子：公衆衛生看護とは何か，最新公衆衛生看護学総論（宮崎美砂子他編），第3版，医学書院，9－16，2018.
- 24) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (2020.3.30)
- 25) 箕岡真子：家族介護に携わる人の『認知症ケアの倫理』，認知症の人の家族支援（矢吹知之編），ワールドプランニング，36，2015.
- 26) 原直子，佐藤ゆかり，香川幸次郎：認知症の人の在宅生活を支援する地域包括ケアに関する研究，厚生指標，63(6)：15－23，2016.
- 27) 岡野明美，上野昌江，大川聡子：認知症が疑われる高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態，日本地域看護学会誌，22(1)：57，2019.
- 28) 前掲書12)，10.

CHALLENGES IN FAMILY CARE FOR OLDER ADULTS WITH DEMENTIA AND SUPPORT METHODS BY COMMUNITY GENERAL SUPPORT CENTER NURSES

Kumiko Suzuki ^{*1}, Misako Miyazaki ^{*2}, Mina Ishimaru ^{*2}

^{*1}: Research Student, Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2}: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

family care for older adults with dementia, community health nurses, community general support center

Purpose: To identify the challenges of family care for older patients with dementia and the support methods employed by community health nurses working at community general support centers, to examine support method characteristics.

Methods: Semi-structured interviews with five nurses working at centers (mean duration = 4.4 years), in one prefecture.

Results: Seven family care challenges were identified, including delayed familial recognition and responses, familial stress and difficulty accepting dementia, responsibility for all care for the patient with no support, and elder abuse or inappropriate care. Six forms of support were identified, including considering the perspectives and feelings of families living separately, creating support networks of families and others in the community, encouraging the use of community resources and social systems, and promoting acceptance of dementia among the family and community.

Discussion: Family care challenges were characterized by “social isolation of patients and their families because of not seeking help themselves” and a “lack of understanding of dementia among community residents.”

The characteristics of support methods were “providing support through outreach for patients and their families who became isolated,” “encouraging community life by connecting patients and their families with cooperators and resources in the community,” and “promoting a better understanding of dementia in the community to help patients and their families live without any worries.” These nursing practices promote inclusive societies in which patients and their families can live without social isolation.