

Q&A でわかる専門職のための
認知症の家族等介護者支援
ガイドブック

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業 認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業

家族支援ガイドライン作成委員会



認知症介護研究・研修仙台センター

目次

はじめに 5

本ガイドブックの作成の目的と活用方法 6

本ガイドブックの作成過程 6

第1章 本人の状況による家族支援方法.....7

- Q1-1 専門職が本人や家族に病院の受診を勧める際にはどのような助言をするのか
- Q1-2 本人が違和感を覚えているときの家族、本人への対応はどのように行うか
- Q1-3 認知症の疑いで相談と対応はどのように行うか
- Q1-4 軽度認知障害（MCI）の人の家族支援にはどのようなものがあるか
- Q1-5 受診に来た際の家族支援はどのように行うか
- Q1-6 認知症と診断された場合の家族の支援方法
- Q1-7 認知症ではない、または別の病気と診断された場合の家族支援方法
- Q1-8 病院での家族支援方法（入院時・退院時）には、どのような方法があるか
- Q1-9 アルツハイマー型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか
- Q1-10 レビー小体型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか
- Q1-11 前頭側頭型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか
- Q1-12 血管性認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか
- Q1-13 若年性認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか
- Q1-14 幻覚・妄想がある場合の家族への助言はどのように行うか
- Q1-15 徘徊、暴力や不穏がある場合の家族への助言はどのように行うか
- Q1-16 睡眠障害がある場合の家族への助言はどのように行うか
- Q1-17 転倒、骨折の対応や予防はどのように行うか
- Q1-18 便秘や排尿障害の対応の助言はどのように行うか
- Q1-19 褥瘡の予防への助言はどのように行うか
- Q1-20 服薬についての助言はどのように行うか
- Q1-21 糖尿病をもつ認知症の人を介護する家族への支援はどのように行うか
- Q1-22 高血圧の症状をもつ認知症の人を介護する家族への支援はどのように行うか

第2章 家族等介護者の状況に応じた家族支援方法.....49

- Q2-1 高齢者同士の介護者への支援にはどのようなものがあるか
- Q2-2 後期高齢者同士の介護者への支援にはどのようなものがあるか
- Q2-3 要介護者同士世帯の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-4 認知症の人同士の介護の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-5 複数の被介護者が世帯にいる場合の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-6 経済的な困難がある場合の家族支援にはどのようなものがあるか
- Q2-7 介護者に発達障害・精神疾患などがある場合の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-8 子育てと介護を同時に行っている人（ダブルケア）の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-9 遠距離介護の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-10 通い（別居）介護者の支援はどのように行うか
- Q2-11 介護者が男性の場合の支援はどのように行うか
- Q2-12 虐待とは言いがたいがそのリスクが高いケースへの支援をどのように行うか
- Q2-13 虐待の疑いがあるがお互いに離れられない（共依存）家族への対応はどのように行うか
- Q2-14 独居者の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-15 介護サービスを拒否する（できる限り自分で介護をしたい）人の支援はどのように行うか
- Q2-16 認知症の本人が介護サービスを拒否している場合の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-17 若年性認知症の人を介護する家族の支援にはどのようなものがあるか
- Q2-18 家族介護者の健康づくりのための支援をどのように行うか
- Q2-19 家族介護者の心の健康のための支援をどのように行うか
- Q2-20 電話やインターネットや小冊子を用いた家族支援はどのように行うか

第3章 サービス利用時の家族支援方法.....91

- Q3-1 通院や通所を拒む要介護者を介護する家族への支援にはどのようなものがあるか
- Q3-2 地域包括支援センターでの家族への支援にはどのようなものがあるか
- Q3-3 入所施設（特養，老健，療養型）における家族支援はどのように行うか
- Q3-4 居宅系介護サービス（通所，訪問，小規模多機能）での家族支援はどのように行うか

第4章 地域における家族等介護者の支援方法.....101

- Q4-1 中山間地域で医療福祉機関や社会資源が少ない場合の家族支援はどのように行うか
- Q4-2 民生委員や町内会等自治組織との連携による家族支援はどのように行うか
- Q4-3 認知症の人と家族の会での家族支援はどのように行うか
- Q4-4 地域支援事業（介護者交流会）での家族支援はどのように行うか
- Q4-5 認知症カフェの運営方法やその活用方法はどのようなものがあるか
- Q4-6 訪問活動（認とも等）での家族支援方法はどのようなものがあるか
- Q4-7 家族介護者への支援として福祉用具の活用方法はどのようなものがあるか
- Q4-8 見守りネットワークと SOS ネットワークの違いと活用方法にはどのようなものがあるか
- Q4-9 認知症初期集中支援チームと認知症サポート医の活用方法にはどのようなものがあるか
- Q4-10 認知症ケアパスはどのように活用すればよいか
- Q4-11 行政機関窓口（地域包括支援センター以外）における家族支援にはどのようなものがあるか
- Q4-12 家族介護者教育等の事例にはどのようなものがあるか

索引 128

執筆者一覧 131

委員一覧 132

はじめに

認知症の人にやさしい地域づくりを推進していくためには、在宅で共に暮らす家族の支援を欠かすことはできません。しかし、現状では次のようなことが課題となっています。

- 認知症の人の増加に伴い介護する家族も増加しています。
- 家族等介護者等による高齢者虐待は、2008年以降、毎年2万件以上の相談通報件数があります。
- 少子高齢化と世帯数の増加、共働きや晩婚化により、通い介護、遠距離介護、介護と仕事の両立など、新たな介護のあり方が問われています。
- 認知症になっても住み慣れた地域でできる限り長く安心して暮らすためには、生活の中心である自宅にいる時間が長いことから、共に暮らす家族の生活の支えも同時に行っていくことが大切です。

認知症施策推進総合戦略（以下、新オレンジプラン）では、認知症の人の介護者への支援を行うことが、認知症の人の生活の質の改善にもつながるとの観点に立ち、「4. 認知症の人の介護者への支援」の柱で具体的な取り組みを推進しています。

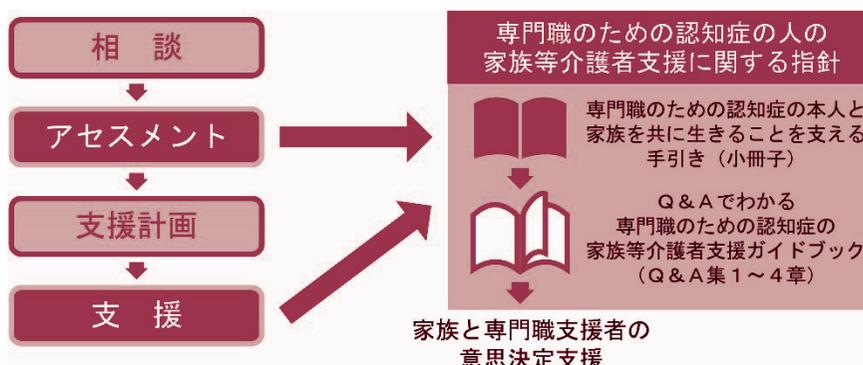
在宅で認知症の人を介護する家族等がよいケアをするためには、専門職による支えは欠かすことができません。そして、当センターが実施した調査でも、初期の家族等介護者への専門職からの支援は、その後の介護負担を軽減することが明らかになっています。本ガイドブックは、新オレンジプランに基づき、認知症の人の家族等介護者1人ひとりに、必要なときにいつでも必要な支援が行き届くための、専門職による家族支援の指針となる手引書としてまとめたものです。

なお、家族支援の基本的な姿勢を示した小冊子「専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き；2,400人の家族の声からつくる家族等支援者必携」に掲載しておりますので合わせてご参照ください。

家族支援ガイドライン作成委員会 委員長 長田 久雄
認知症介護研究・研修仙台センター センター長 加藤 伸司

本ガイドブックの作成の目的と活用方法

- 認知症の人を介護する家族等を支える役割にある、専門職が家族支援を行う際に使います。



- 家族が相談に来たときに、家族にアセスメントを行う際、または支援計画を立てるときにその支援者が手軽に参照・閲読して活用することを想定しています。
- 本冊子のほかに、家族支援の基本的な姿勢を示した小冊子「専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き；2,400人の家族の声からつくる家族等支援者必携」を作成しました。下記よりダウンロードしてご利用ください。

認知症介護研究・研修仙台センターホームページ URL：

<http://www.sendan.or.jp/contents/kenkyusho/index.html>

本ガイドブックの作成過程

- 本ガイドブックは、平成 29 年度厚生労働省老人保健事業「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」で、本ガイドブック作成のためのガイドライン作成委員会（委員長：長田久雄）にて、内容の検討がなされました。
- 委員会は、認知症の当事者、家族を介護する当事者、行政職員、心理、社会福祉、認知症介護、医療、看護の各研究者で構成され、作成方針やスケジュール、掲載するクエスチョンを定め、分担などを決めました。
- 本ガイドブック作成は、『Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014』を参考に、その作成プロセスに準じています。文献の系統的レビューは、文献調査委員会を設置し、掲載するクエスチョンをキーワードに、エビデンスレベルの高さと、支援場面で参考になると考えられることを条件に、2001 年以降の国内外の原著論文 108 件、商業誌ならびに事例文献 61 件を抽出し、これをもとに作成されました。なお、執筆段階ではハンドサーチで集められている文献もあります。

第1章

本人の状況による 家族支援方法

Q1-1

専門職が本人や家族に病院の受診を勧める際にはどのような助言をするのか

回答（推奨）

受診を勧める際には、本人や家族の状況や気持ち、困りごとや不安なことをよく聞き、ニーズにこたえることを優先する。そのうえで、本人が自ら受診の意思決定ができるように、本人にとっての受診の利点を伝えることが大切である。その際、事前にかかりつけ医や認知症疾患医療センターなどの医療機関と連携し、確実な受診ができること、受診後も医療機関や地域包括支援センターなどの関係機関と連携して支援し続けることを保証し安心を提供する。

解説

認知症医療やケアにおいて、とりわけ意思決定においては、従来本人不在であった¹⁾という指摘がある。受診においても、専門職は本人が受診の意思決定をできるように助言する。そのためには、信頼関係と、受診に伴う不安の解消や受診後の支援の保証という安心が必要である。したがって、受診を勧める際には、①本人や家族のニーズにこたえる、②認知症の人の前向きな姿を伝える、③確実に受診につながるように、医療機関と連携を図る、④関係機関と連携して必要な支援が提供できるようにするなど、十分準備してから本人や家族に受診の助言を行う。

1. 本人や家族のニーズにこたえる

本人や家族は、もの忘れによる生活の混乱、家族間や近隣との関係悪化など解決したい優先課題がある。もの忘れ外来の相談支援では、「支援ニーズのスクリーニング」から開始し、「相談者の事案に応じた受診の後押し」をしている²⁾。地域包括支援センターでは、「本人の生活不安に関する多面的な状況確認」を行ったうえで、一般診療科への受診支援やサービス活用による生活不安の軽減という初期介入を行う。その後、「受診に向けた提案や説明」を行っている³⁾。困りごとや心配ごとへの支援過程で、受診の提案を行うことが可能である。

2. 診断後の認知症の人の前向きな姿を伝える

本人や家族は、認知症イコール絶望と思い、受診を望まない場合がある。告知後4年たった認知症の人が、「もの忘れは増えているが、以前より気持ちが楽になり、病気が改善しているように感じる」と述べている。告知後周囲の環境

が変わり、パートナーとともにさまざまなことに取り組み、生き生きと暮らしている⁴⁾。地域では、認知症の人同士の交流の場ができています。認知症という病気に上手につき合っていく方法があることを伝えることで、認知症に対するイメージが変わる可能性がある。

3. 確実に受診につながるように、医療機関と連携を図る

地域包括支援センターの受診援助では、本人の同意が得られたうえで「ネットワークを活用した専門医への受診促進」が行われている³⁾。本人の自覚症状や受診歴などの情報、一般診療科への受診から得られた情報を専門医に提供し、医療機関と情報を共有することで、スムーズで確実な診療に結びつく。本人や家族にとっては、初めての専門医への受診は不安である。本人と家族が困らないように、医療機関の場所や受診時間、担当者などの情報を本人と家族に伝える。さらに、受診後も医療機関と連携して支援していくことを本人と家族に伝える。

4. 関係機関と連携して必要な支援が提供できるようにする

受診後も本人や家族には心配や不安がつきまとう。本人や家族の思いをよく聞いて真摯に対応する。専門職が心理精神的支援、介護支援、家族支援などのために関係機関と連携していることが、本人や家族の安心につながる。認知症初期集中支援チームの活動で、認知症疾患医療センターへの受診と並行して生活支援へのつながりが行われている⁵⁾。地域包括支援センターでは、壊れた家族関係再生に向けた介入を行っている³⁾。

文 献

- 1) 繁田雅弘：認知症の人の視点を重視した施策を実現するために。老年精神医学雑誌，**28(10)**:1156-1160 (2017)。
- 2) 鈴木智子，大塚真理子：認知症看護認定看護師が行う病院の忘れ相談窓口における支援方法。老年看護学，**22(1)**:139-147 (2017)。
- 3) 杉山 京，広瀬美千代，竹本与志人：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)**:69-83 (2017)。
- 4) 丹野智文：笑顔で生きる；認知症とともに。文藝春秋，東京 (2017)。
- 5) 中西亜紀：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割。老年精神医学雑誌，**26(10)**:1106-1113 (2015)。

Q1-2

本人が違和感を覚えているときの家族、本人への対応はどのように行うか**回答（推奨）**

認知症の人が認知機能低下を自覚し悩んでいる場合、安易に否定したり気休めを言ったりせず、受容的に接する。認知症の初期が疑われる場合は、できる限り専門外来の早期受診を勧めるが、その際には、受診の動機づけや不安の軽減となるような声かけや配慮を行い、認知症カフェなどを紹介する。専門外来受診の際は家族介護者や支援者が同席し、あとで主治医の説明を再確認できるようにする。その後も心理的支援を続けることが必要である。

解説

認知症の人が初期に記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの認知機能低下を自覚し、違和感を覚えていることは多い。これは家族介護者などが認知機能低下に気づく以前のこともある。また、その悩みが深刻な場合、うつ状態や自殺企図に至るリスクもあるため注意が必要である。さらに、怒りっぽくなったり、外出しなくなったりする行動の背景には、本人が認知機能低下を自覚しているものの、プライドの高さや認知症への偏見などにより失敗することを恐れて回避行動をとったり、素直に周囲に伝えられず、精神的ストレスを感じたりしている事例もある。このようなことから、支援者は、まず本人の思いを言語化できるような信頼関係を築く必要がある。

本人が何らかの違和感を訴えている場合、本人の話に対して受容的に接することが重要である。安易に「気にしなくてよい」「年をとったらそんなもの」といった発言をしてはならない。このような不用意な発言のために、本人は「周囲は分かってくれない」と考えたり、なにも相談できなくなってしまう、苦悩や孤独感の内在化をさらに深めたりしてしまいかねない。家族介護者に対しても、このような対応をするよう助言する。

本人、家族介護者と相談のうえ、認知症の初期が疑われる場合は、できる限り早期に専門外来を受診するよう勧める。その際には、受診に対する抵抗・不安を少しでも軽減するために、「早期に治療すると治る認知症もある」「アルツハイマー型認知症のような治らない認知症でも、早い時期に薬を開始すると進行を遅らせることも可能である」といった説明や、認知症カフェなどで、医師などの専門職の相談を受けたり、すでに診断を受けている認知症の人と接したりすることも有効である。

専門外来では、本人が認知機能低下を自覚している場合、主治医は十分に納

得できるよう診断結果を説明し、質問に答える必要がある。家族介護者や専門職などの支援者が本人の診察に同席し、診察終了後、自宅などで主治医の説明を再確認することは、本人の理解を深めるために有効である。支援者にとっても、本人との信頼関係を築くうえで有効である。

精神科などの一部の専門外来では、診断後に本人に対する支持的療法・心理療法などの治療的介入が行われることがある^{2,3)}。そのような外来が近隣にない場合であっても、その後も本人に対する心理的支援を続けていく必要がある。それらによって本人が病気を受容し、積極的に生きていくことができるように支援していく。

文 献

- 1) 繁田雅弘：本人に対する病気の説明；告知。（繁田雅弘編）実践認知症診療；認知症のひとと家族・介護者を支える説明，45-48，医薬ジャーナル，大阪（2013）。
- 2) 日本認知症ケア学会編：改訂5版 認知症ケアの実際Ⅱ；各論。ワールドプランニング，東京（2016）。
- 3) 和氣大成，三村 将：認知症の診断・告知をめぐる心理的問題。精神科，**28(5):394-398**（2016）。

Q1-3 認知症の疑いで相談と対応はどのように行うか

回答（推奨）

家族介護者等から認知症を疑う相談があった場合、話をよく聞くこと以外に、家族介護者の心理状態について注意し、その不安、困惑といった心理に受容的に接する必要がある。認知症かどうかははっきりしない状態が長引くことは望ましくないため、できる限り早期の専門外来受診を勧める。その際は、動機づけとなるような説明や、認知症カフェの利用が有効である。診療に同席することにより、家族の負担を軽減するような工夫を行う。

解説

家族介護者などから認知症を疑う相談があった場合、症状や経過について聞き取りを行うことは当然のことであるが、合わせて家族介護者がどのような心理状態であるかにも留意する必要がある。家族介護者は、本人の認知機能低下に気づいたとしても、すぐに専門職に相談することはまれである。認知症を思わせる本人の症状に対し、そのことを受け入れたくないといった心理などから、「元から忘れっぽい人であった」「家系に認知症の人はいないから違うであろう」「時間がたてばよくなるかもしれない」といった、そのことを否認できるような原因を探したり、心配しつつも放置したりすることがある。時間の経過とともに、このまま放置できないと判断したとき、あるいは家族介護者自身では判断できないと考えたときに、初めて専門職に相談することとなる^{1,2)}。したがって、相談を受けた人は、このような家族介護者の心理をよく理解したうえで、家族介護者の気持ちを受容・共感する態度が望まれる。さらに、話の内容から認知症の可能性がある場合、できる限り早期の専門外来受診を勧める。その際には、家族介護者の心理的葛藤を軽減するために、治療可能な認知症の可能性もあること、アルツハイマー型認知症のような治らない認知症であっても早期の治療やケアの工夫により、行動・心理症状の最小化や予後の改善が期待できることなどを説明する。家族が受診を迷っている場合、認知症カフェなどで予備的に医師などの専門職に接したり、ほかの家族介護者と交流したりすることも、受診の抵抗を軽減させるために有効である。専門外来受診に際しては、支援者が同席することが有効である。ときに家族介護者は、主治医から診断告知を受けた際には混乱してしまい、その後の説明を聞き取る余裕がないことも多い。診察終了後、家族介護者が落ち着いたときに、同席した支援者が主治医からの説明を家族と再確認したり補足説明したりすることにより、

家族介護者の理解が深まることも多い。また、診察場面というもっとも緊張する場につき合ってくれた支援者に対し、気楽に相談しやすくなったり、診断後支援を円滑に進めたりできる可能性がある。

専門外来受診が遅れ、認知症かどうかはっきりしない状態が長引くことは、家族介護者の不安や戸惑い、苦悩を長引かせることにしかならないことに留意し、できる限り早期に専門外来受診ができるよう支援していく必要がある。

文 献

- 1) 秋吉知子，中島洋子，草場知子：認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理．日本認知症ケア学会誌，**15**(2):470-479（2016）．
- 2) 木村裕美，神崎匠世：初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究．日本認知症ケア学会誌，**12**(2):397-407（2013）．

Q1-4

軽度認知障害(MCI)の人の家族支援にはどのようなものがあるか

回答(推奨)

軽度認知障害(MCI)とは、認知症とまではいえないが、本人や周囲の人がもの忘れに気づくといった状態であり、認知症への移行期ととらえられているが、一定の割合で正常に戻る場合もあるため、過大な不安を与えないようにする。もの忘れについては、メモやカレンダー等を活用するよう提案する。運動や生活習慣病の予防など、危険因子を減らすように生活するとともに、定期的に医療機関を受診し、状態を確認してもらうように助言する。

解説

本人の言動がいままでとは違うことに気づいても、気にとめない家族も多い。とくにもの忘れに関しては、その傾向が顕著である。変化に気づいてから専門医療機関を受診するまでの期間は22か月という結果があり、以前の研究による平均値よりは短くなっているものの、2年程度は受診していないことになる。これは家族の心理として、変化の状態について「認知症」かもしれないとはとらえていない、あるいは、とらえたくないという場合がある。また、症状があっても家族のなかで容認して、何とか対応してやりすごしているという場合もある。「認知症」に対するある種の偏見や恐れのようなものが、受診を遅らせる場合もある。このようなケースに対しては、専門職の価値観を押しつけるのではなく、家族の心情を聞き取り、共感しながら別の考え方もあることを伝えていく。

また、受診の勧めに本人が応じない場合もある。しかし、ほかの疾患と同様に、認知症においても早期発見・早期治療の重要性は明らかであるため、相談を受けた場合は速やかに受診を勧めることが肝要である。医療機関でMCIと診断を受けた場合は、MCIについて分かりやすく説明し、認知症ではないこと、必ずしも認知症に移行するわけではないことを伝えていく。可能であれば、認知症予防教室などのフォーマルあるいはインフォーマルなサービスを紹介したり、医療機関への定期的な受診、危険因子を避けたり、減らしたりする生活を勧めて、家族の不安を軽減していくことが重要である。

文献

- 1) 秋吉知子, 中島洋子, 草場知子: 認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理; 発症から現在, 将来の思い. 日本認知症ケア学会誌, **15(2)**:470-479 (2016).

Q1-5 受診に来た際の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

認知症専門外来においては、本人の診断・治療のみならず、家族介護者の支援も重要である。初診時の家族の心理状態は多様であるため、その状態を把握したのち、それにふさわしい支援が行われる必要がある。診断を告げられた後は、地域包括支援センターを紹介するなど本人家族に対する診断後支援につなげていく。

解説

認知症専門外来を受診した家族介護者に対しての支援でもっとも重要なことは、家族介護者がどのような心理状態であるかに留意し、それぞれにふさわしい支援を行うことである¹⁻³⁾。

通常、多くの専門外来では、主治医による診察の前に、看護師やソーシャルワーカーと家族介護者による予診が行われる。これは、多くの場合、家族介護者が本人の前では話しにくいことがあることに対する配慮である。予診にあたっては、認知症の有無、その種類や重症度を明確にするため、症状の経過について問診を行うことは当然であるが、それ以外にも、家族介護者がなにを目的に専門外来を受診したのかを明確化することは重要である。家族介護者によっては診断が目的のこともあれば、特定の行動・心理症状に困っていることもある。さらに、ただ単に混乱しており、どうしたらよいか分からないといった状態のときもある。このような場合、予診の段階で家族の話を整理し、問題点を明確にしたり、家族介護者の思いを整理したのち、医師の診察に臨むことは、診療に対する家族介護者の満足度を上げるために重要である。

諸検査が行われたあと、主治医より診断や治療方針が告げられる。中核症状に対しては、抗認知症薬が開始される。さらに行動・心理症状があれば、それに対する非薬物療法や薬物療法が開始される。その際、可能であれば支援者は診察に同席することが望ましい。家族介護者の心理状態によっては、主治医の説明を十分に受け止められないこともあるため、診察終了後、家族の理解度を確認したあと、必要に応じて補足的説明を行う。

一部の専門外来では主治医より家族心理教育が行われるが、すべての外来ではないため、支援者は必要に応じて家族心理教育などの診察後支援を進めることが望まれる。合わせて、地域包括支援センターを紹介するなど支援が円滑に進められるよう配慮する。

文 献

- 1) 秋吉知子, 中島洋子, 草場知子: 認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理. 日本認知症ケア学会誌, **15**(2):470-479 (2016).
- 2) 木村裕美, 神崎匠世: 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, **12**(2):397-407 (2013).
- 3) 全国訪看護事業協会 (2015)「認知症高齢者とその家族に対する適切な支援技術を用いた支援方法に関する調査研究」(<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/h26-3.pdf>).

Q1-6 認知症と診断された場合の家族の支援方法

回答（推奨）

本人，家族介護者に対して，診断後支援を進める．内容は，①疾患の理解，症状への対処法などの情報提供，家族支援制度の紹介，②本人が属していたコミュニティへのつながりを維持する支援やインフォーマルケアの導入支援，③本人，家族介護者それぞれのピアサポートの機会の提供，④本人が将来に関する希望などを表明し，文書に残すよう支援することなどである．以上について専門外来や行政，地域と連携を図りながら進める．

解説

認知症専門外来で診断が告げられたあとの支援として，できる限り早期から本人，家族介護者に対して，いわゆる診断後支援を提供することが必要である¹⁾．診断後支援には以下のようなものが含まれる²⁾．

①疾患を理解し，症状に対処するのに役立つ情報提供を行うこと．家族支援ネットワークにつながるよう促すこと．

これには家族心理教育が含まれる．家族心理教育は，主治医，介護支援専門員などの専門スタッフによって個別に提供される個人療法的介入と，介護者教室や認知症カフェなどによって提供される集団療法的介入とがある．両者は互いに補完的役割を果たすため，すべての家族介護者に対して，できる限り早期から両方の支援が並行して行われることが望ましい．認知症専門外来で行われる支援はさまざまである．主治医が診察時間のなかで本人への精神療法や家族心理教育を行っている場合や，看護師やソーシャルワーカーによる心理教育が提供される場合，通院者を対象とした家族介護教室を開催している場合，あるいは診断のみでそれ以外の支援はっさい行っていない場合などがあり，単に専門外来といってもその役割は医療機関ごとに大きく異なっている．したがって，家族介護者に対する診断後支援にあたっては，専門外来でどの程度の支援が行われているかについて情報を得ておく必要がある³⁾．

②本人が属していた職場やコミュニティへのつながりを維持するよう支援し，周囲からのインフォーマルケアを最大化するような工夫をすること．

本人が，地域のなかで培ってきた信頼関係は，患者が地域でできる限り長く生活を続けるために有用であり，このことが介護コストの削減につながる可能性がある．

③本人，家族介護者共にピアサポートの機会を提供するよう支援すること．

認知症カフェや当事者の会，家族会などへの参加を勧めることは本人・家族介護者の心理状態の安定のために有効である⁴⁾。

- ④本人が将来に関する希望などを表明し，あるいは文書に残すよう支援すること。

診断後支援にあたっては，個別の家族介護者の心理状態や理解力をみながら支援を進め，必要に応じて同じ内容の説明を繰り返すなど，家族介護者の達成度に合わせた個別の説明・支援が行われる必要がある^{5,6)}。さらに，効果的な支援のためにはできる限り早期からの介入が重要である。

文 献

- 1) 日本神経学会監：認知症疾患診療ガイドライン 2017。医学書院，東京（2017）。
- 2) Simmons H (2011) 「Getting post-diagnostic support right for people with dementia」 (https://www.alzscot.org/assets/0001/1226/Getting_post_diagnostic_support_right.pdf) 。
- 3) 菅沼一平，上城憲司，白石 浩：認知症高齢者の家族介護者に対する心理教育介入；ソーシャル・スキルズ・トレーニングの効果について。認知症ケア学会誌，**13**(3):601-610 (2014)。
- 4) 菅沼真由美，新田静江：認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者間交流プログラムの効果。老年看護学，**19**(1):81-89 (2014)。
- 5) 扇澤文子：家族心理教育の視点からの説明。(繁田雅弘編) 実践認知症診療；認知症の人と家族・介護者を支える説明，113-118，医薬ジャーナル，大阪（2013）。
- 6) 繁田雅弘：認知症の人の家族が知りたいこと。(繁田雅弘編) 実践認知症診療；認知症の人と家族・介護者を支える説明，39-44，医薬ジャーナル，大阪（2013）。

Q1-7

認知症ではない、または別の病気と診断された場合の家族支援方法

回答（推奨）

認知症専門外来により認知症でないと診断されたときには、本人や家族介護者がそのことをどのように受け止めたかを評価する。家族が納得していない場合、補足的説明を行ったり、ときにはセカンドオピニオンを受けることを勧める。その後も、経過を慎重に観察する。いわゆる治る認知症などと診断された場合、それらに対する治療が行われるが、生活障害や症状に対する対処法をアドバイスするなど支援を続ける。

解説

一般に認知症専門外来を受診したときには、多くの場合、家族介護者は本人が認知症である可能性を覚悟している場合が多い。「認知症ではない。年相応である」と診断された場合、家族によっては安堵するどころか、むしろ診断に疑問を感じたり、主治医に対する不信感を抱いたりすることさえある。したがって、支援を行うにあたって、診断時の主治医の説明内容やそれに対する家族介護者の評価などを聞き取ったのち、家族介護者が診断に十分に納得していない場合には、補足的な説明を行うか、または必要に応じてセカンドオピニオンを利用することを勧める。その後も本人の症状の観察や家族介護者の支援を続けながら慎重に経過を見守り、その間に認知機能障害が進行していると判断できる変化がみられた場合、再度専門外来受診を勧める。「異常なし」と診断され安心した家族は、疾患の進行がみられても放置してしまうことも多く、その結果、認知症支援が遅れてしまうこともあるため、慎重な支援が必要である。

主治医から慢性硬膜下血腫、特発性正常圧水頭症などのいわゆるトリートブル・ディメンシア（治療可能な認知症）と診断された場合、多くの場合それらの治療が開始される。その対応は疾患ごとに異なっているため、主治医の治療方針に従うこととなるが、重要なポイントとして、これらの疾患であっても何らかの生活障害は出現していることが多く、そのために家族が介護負担を感じていたり、症状に対する対応方法が分からずに困惑したりしていることもあるため、家族介護者に対する心理教育は進める必要がある。さらに、これらのトリートブル・ディメンシアの一部には、アルツハイマー型認知症などの変性型認知症を合併している症例も少なくない。完全治癒に至らない可能性も考慮しながら、家族介護者への支援を続ける必要がある。

Q1-8

病院での家族支援方法(入院時・退院時)には、どのような方法があるか

回答 (推奨)

まず、家族介護者の思い、家族介護者が把握している要介護者（認知症の人）のことをていねいに聞き（傾聴）、家族介護者が抱える不安・困惑・不明点の明確化を図る。傾聴した内容に基づき、2点の支援の方向性が挙げられる。第一に、家族介護者が、要介護者の状況や対応方法を理解できるよう、病状説明の場の設定や対応方法の指導を図る。第二に、介護負担軽減のための社会資源の説明および利用調整を図る。事例の状況に応じ、院内、院外の医療（リハビリを含む）・看護・心理・福祉領域の専門職が協働して家族に対応する。

解説

退院に向けては、プライマリー看護師、老人看護専門看護師や認知症看護認定看護師、地域連携や退院支援部門に属する看護師やソーシャルワーカー等を中心に、入院時から退院後の要介護者や家族介護者の生活を視野に入れた、多角的なかかわりが重要となる。つまり、医療（リハビリを含む）・看護・心理・福祉領域の専門職が専門性を生かしたチームアプローチによる支援であり、多職種協働ともいう。

まず支援の基本は、要介護者の加療状況をみながら、家族介護者が把握している要介護者のこと、家族介護者が抱えている不安・困惑・不明点を明らかにできるように、自由な語りを促しながら、ていねいに話を聞くかかわりである。傾聴を通じ、ていねいなアセスメントが可能になる。そのうえで、2点の支援の方向性が挙げられる。

第一に、家族介護者が要介護者の状況や対応方法の理解につなげる支援である。たとえば、医師による病状説明の実施または、説明の場を設定する調整、家族介護者が専門職に言いづらそうにしている場面で質問しやすく促す等の仲介的なかかわりが挙げられる。また、看護師やリハビリスタッフによる、要介護者への対応方法の指導が挙げられる。具体的には、認知症看護認定看護師をはじめとした看護師による認知症の正しい知識の習得を目指した指導がある¹⁾。一方で、入院中の診療科病棟内だけではなく、他科の医師やリハビリスタッフの協力も得ながら、症状改善プログラムを立案し、落ち着いた入院生活の環境づくりを目的とした支援もある²⁾。そして、このようなプログラムに無理のない範囲で家族の参加を促し、認知症理解につなげる支援方法もある。

第二に、介護負担軽減のための社会資源の利用につなげる支援である。要介護者の病状や生活障害の状況に応じて、自宅退院・施設入所（一時的・常時）・転院の選択肢が生じる。それぞれの選択肢について、家族の informed-choice（説明のうえでの選択）、informed-decision（説明のうえでの決定）を実現できるように、各選択肢にかかるメリット・デメリットを含めたていねいな説明が重要である。そして、家族介護者の葛藤や不安を受け止め、心身の安定保持につながるような³⁾心理的支援が求められる。

また、要介護者の退院後の生活場所（選択肢）が決定したあとは、選択肢および要介護者・家族介護者のニーズに即したシームレスなケアの提供のために、院内・院外の専門職が連携していく。要介護者や家族介護者が大切にしてきた価値観、拭いきれない家族介護者の不安等、心理的側面も含めた情報共有を図りながら、家族介護者、かかわる専門職がていねいに合意を形成していくプロセス、アプローチが重要な支援ポイント⁴⁾となる。

文 献

- 1) 後藤聡美：家族の認知症への不安が強いケース（急性期家族ケア）。*Nursing Today*, **29**(1):41-43（2014）。
- 2) 篠田 守，牧内敦子，千村恵理，ほか：認知症が急増する病院として臨床現場から生まれる多様な取り組み。看護実践の科学，**40**(11):21-29（2015）。
- 3) 荒木さおり，原 祥子，長谷川沙希，ほか：一般病院に勤務する認知症看護認定看護師の認知症高齢者に対する専門的実践活動。日本認知症ケア学会誌，**14**(4):858-867（2016）。
- 4) 柴田明日香，大久保和実，徳山まどか，ほか：低活動型せん妄を発症した認知症高齢者とがん終末期の妻への在宅支援。老年精神医学雑誌，**25**(10): 1161-1166（2014）。

Q1-9

アルツハイマー型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

病気の特徴や症状の経過が分からないことが介護家族を不安にさせ、理解不足による不適切ケアが認知症の人と介護家族の両者にストレスを与えるため、病気の理解や適切なケアの方法を理解してもらうための教育的支援を行う。また介護負担軽減に向けたサービス利用や補助介護者の確保を提案する。アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の作用と副作用の情報提供を行い、必要に応じて在宅ケアの将来的な展望についても検討する。

解説

アルツハイマー型認知症のケアにあたっては、本人の個性を受け止め、意思を尊重することが不可欠である¹⁾。しかし、病気の特徴を理解していないことが介護家族の不安を増大させるため、正しい知識を得るための教育的支援が重要となる。家族介護者は、認知症の人の理解しがたい行動・心理症状（BPSD）に目が向きがちである。しかし主要な症状（中核症状）は、もの忘れに代表される記憶障害や、見当識障害、理解力や判断力の障害、実行機能の障害などであり、アルツハイマー型認知症の人には必ず出現する症状である。これらの中核症状に対して適切なケアを行うことがBPSDの予防や軽減につながるため、介護家族は中核症状に対する適切なケアを理解することが必要である。このため、記憶障害に対しては、もの忘れを責めず、根気よく対応すること、見当識障害に対しては、時間を分かりやすくすることや混乱しにくい環境づくりを心がけること、判断力障害に対しては情報を簡潔に伝えること、実行機能障害に対しては、物事の手順を1つずつ説明することなど、適切なケアの方法を提案する。介護ストレスや病気の理解不足からくる不適切ケアは認知症の人にとってストレスとなり、症状を悪化させるだけでなく、介護負担を増大させるという悪循環を生み、悪循環を放置すると虐待などが起こりやすくなることを理解してもらうことが大切である。悪循環に陥ることなく、家族による介護を継続するためには、介護負担の軽減を行う必要がある²⁾。利用の可能性のある公的なサービスやインフォーマルなサービス、サポートに関する情報を提供することは有用であり、本人や家族が選択可能な形で提示することや、介護を分担してくれる補助的介護者を確保すること、介護者自身の健康を維持することなどを提案する。

また、現在アルツハイマー型認知症に適用される抗認知症薬は、飲み薬や貼

り薬など2種類で4剤ある。診断が確定し、治療の段階に入った場合には、医師から抗認知症薬についての説明があると思われるが、抗認知症薬に過剰な期待を寄せる家族や、副作用について理解が不足している家族もいる。このような場合には、抗認知症が症状を改善させるものではなく、症状を遅らせる薬であることや、作用だけではなく副作用もあることなどを改めて理解してもらう必要がある。飲み薬の副作用として消化器症状が出現したり、貼り薬の副作用として皮膚症状等が出現したりする場合があることなど、情報提供を行うことも必要である。アルツハイマー型認知症は進行性の病気ではあるが、進行がゆっくりであるため発症から重度に至るまでには一定の期間がある。そのため、現時点での支援方法だけではなく、家族介護者が本人の意思や現在の状況、今後の見通しをどのように理解しているかを確認し、必要に応じて在宅ケアを含めた生活上の将来的な計画を立てることも検討する。

文 献

- 1) 池田良昭：通院治療センターにおける外来がん患者に対する作業療法；化学療法中のアルツハイマー型認知症患者への介入。作業療法, **35**(5):537-544 (2016)。
- 2) 矢吹知之, 吉川悠貴, 阿部哲也, ほか：認知症家族介護者における高齢者虐待の蓋然性自覚の生起要因；介護者と被介護者の続柄および性別による検討。老年社会科学, **37**(4):383-396 (2016)。

Q1-10

レビー小体型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

レビー小体型認知症特有の症状である「認知機能の動揺」「幻視」「パーキンソン症状」と対応法を家族に理解してもらうための教育的支援を行う。認知機能の動揺があるため、コミュニケーションやケアは意識レベルのはっきりした時間帯に行うこと、幻視は否定せず、病気が原因で起こるもので危害を加えるなどしないことを本人に伝えること、転倒の危険性が高いため環境調整や見守りを行うことなどを提案する。

解説

レビー小体型認知症の特有の症状を理解できないと家族介護者は混乱し、その混乱が認知症の人の症状に影響を与えるため、教育的支援が重要となる。

1. 認知機能の動揺

認知機能の動揺は高い頻度で認められ、1日のなかで起こったり、数日間、あるいは数週間単位で起こったりすることもある。家族介護者は、認知機能の動揺を観察し、そのときの状態に合った対応をすることが大切である。とくに大切なことを伝えるときには、注意・覚醒レベルが良好で、意識がはっきりしているときに伝えることを提案する。

2. 幻視

幻視はもっとも特徴的な症状であり、人物、動物や虫などの内容が多い¹⁾。幻視は明確であり、ときに恐怖を抱かせたり、幻視が妄想を誘発させたりすることもあるが、幻視を否定すると逆効果になる場合がある。認知機能障害が軽度で病識がある場合には、本人に対して病気が原因で起こることを伝え、環境調整を提案したり、対処法の工夫を提案したりする。また、家族介護者に対しても、幻視に関する教育と環境調整などの予防を提案する。病識がない認知症の人を介護している家族介護者に対しては、危険はなく、怖いものでもないと本人に説明するように提案したり、幻視が起こりにくい環境調整を提案したりする²⁾。幻視は、近づいたり触ったりすると消失するため、本人に促すのも1つの方法である³⁾。また、壁にかけたコートやカーテンの模様などが幻視を誘発することもあるため、環境の整備が重要であることを伝えることも大切である。

3. パーキンソン症状

パーキンソン症状は、レビー小体型認知症の人の多くにみられる。とくに筋肉や関節が硬くなることや、前傾姿勢、小刻み歩行などは転倒の危険性を高める。転倒を予防するため、滑りやすいスリッパの使用をやめることや、自宅をなるべくバリアフリー化して本人が転びにくいように環境調整することを提案する。

4. その他

レビー小体型認知症では、起立性低血圧や失神などの自律神経症状が出現することも多く、この症状が転倒を誘発することも理解してもらう。また、薬物に対して過敏に反応するため、薬の使用にあたっては専門医に相談することを勧める。

文 献

- 1) Nagahama Y, Okina T, Suzuki N, et al.: Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**(11):961-967 (2007).
- 2) 太田一実, 井関栄三, 村山憲男, ほか: レビー小体型認知症患者の幻視に対する心理的介入の有用性; 2症例での検討. *精神医学*, **53**(9):845-853 (2011).
- 3) 小坂憲司, 羽田野政治: レビー小体型認知症の介護がわかるガイドブック. メディカ出版, 大阪 (2010).

Q1-11

前頭側頭型認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

前頭側頭型認知症はアルツハイマー型認知症とは異なり，初期には記憶力が保たれていることが多い．同じ行動を繰り返す「常同行動」を利用し，生活リズムを整えることができる．常同行動で生活に支障がある場合は，デイサービスなどを利用してこれまでのリズムを修正し，本人の生活に適した方向に向けていくよう助言する．デイサービスにおいても，場所やスタッフとのなじみの関係を築くことで，プログラムを覚え，作業やゲームを楽しむことを勧める．

解説

前頭側頭型認知症では，適応となる抗認知症薬がないなど薬物療法には限界があるため，特徴的な症状を利用したリハビリテーションが行われる．「ルーティン化療法」では，常同行動を利用し，毎日同じ場所，同じスタッフによるケアを繰り返し，デイケアに参加できるよう促す．また，運動機能や手続き記憶などは比較的保たれているため，作業療法を導入することも可能である．本人の趣味や興味があることを勧めると，日課として固定する場合がある．

万引きやほかの家の敷地に立ち入るなど反社会的行為がある場合は，短期間入院させ，問題の少ないパターン化された行為が新たに形成されるよう誘導し，これを常同行動とすることで，家庭でのケアが可能になる場合もある．

アルツハイマー型認知症の家族介護者に比べ，前頭側頭型認知症の家族介護者は，ケアの困難度が高い．また，対応できる介護サービス事業者も少ないのが現状である．家族介護者に対しては，本人の状態に応じた個別の指導や支援が必要である．この疾患の病態を家族介護者が理解することにより対応の仕方が変わってくるため，情報の共有や医療者との連携が重要となる．

文献

- 1) 兼田桂一郎, 橋本 衛, 池田 学:変性性認知症;前頭側頭型認知症について. *MB Medical Rehabilitation*, 91:47-54 (2008).

Q1-12

血管性認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

血管性認知症とは、脳の血管障害に伴って起こる認知機能低下である。その症状は、血管障害の部位により多様である。そのため、ケア方針を考えるうえで神経心理学的検査が参考になる。多くの場合、身体機能低下による寝たきりや廃用性萎縮を予防するためにリハビリテーションを積極的に勧める。

解説

血管性認知症は、脳内血管の出血や梗塞などの脳血管障害により、脳の一部機能低下が起こったため認知機能が低下し、日常生活や社会生活に支障をきたしたものである。いうまでもないが、脳はそれぞれの部位が違った役割を担っているため、血管性認知症の症状は血管障害の部位によって異なることに留意する必要がある。たとえば、発語に関係した脳の部位の障害によって失語症がみられることがある。たとえ発語に障害がみられたとしても、状況の認知や記憶に支障がないこともあり、そのような場合、家族介護者の不適切な発言をよく理解したり覚えていたりすることが多いため、留意する必要がある。

支援にあたっては、リハビリテーション科や神経内科、もの忘れ外来などで、本人の高次脳機能がどの程度障害・保持されているかについての評価、すなわち神経心理学的評価が行われることが有用である。その結果に従ってどのような生活が可能であるか、家族介護者はどのように支援するとよいかについての情報提供が不可欠である。

アルツハイマー型認知症などの変性型の認知症疾患群が、ゆっくりした経過をたどるのに対し、血管性認知症では階段状の経過をたどることが多い。新たな血管障害の発生に伴い症状が一段進行するが、それ以外のときには現状維持が続くことがある。このような脳血管障害の特徴を家族介護者が理解できるように説明する。

血管性認知症では、血管障害によるまひや失語症などがみられる場合があるが、その際、急性期や亜急性期には、主として医療機関において身体リハビリテーションが行われる。「慢性期になると医療機関によるリハビリテーションを終了することが多いが、この時期以降においても、廃用性の身体機能低下を防ぐためにリハビリテーションは継続する必要がある。この時期のリハビリテー

ションでは、機能回復は望めないことがほとんどであるが、機能維持ができることで廃用性萎縮を予防しているということから、リハビリテーションの効果がみられていると考えることもできるため、家族介護者に説明し、リハビリテーションを継続できるよう支援する¹⁾。

文 献

- 1) 日本認知症ケア学会編：改訂 5 版 認知症ケアの実際Ⅱ；各論．ワールドプランニング，東京（2016）．

Q1-13

若年性認知症と診断された場合の家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

若年性認知症の人は現役で働いている場合が多いため、家族にとっては病気に対する不安だけでなく、仕事を辞めることになった場合の経済的不安が大きい。この不安を軽減するためには、現在働いている職場での就労継続支援の可能性、休職・退職時に利用できる経済的支援のサービスや制度について情報を提供するよう勧める。また、退職後の再就職や居場所に関する支援を行うよう助言する。本人が専業主婦の場合には、家事代行についての支援も必要になる。

解説

若年性認知症と診断された場合も、認知症高齢者と同じで、家族にとって心理的な負担が大きく、とくに現役で働いている人は、経済的な課題が大きいのしかかってくる。若年性認知症の人や家族が直面する課題として、①症状が進行していくことによる健康面や将来的な不安、②退職に伴う収入の減少による経済的な不安、③周囲の理解不足や自らの病状への不安による社会参加の機会の不足、④家族の介護負担の増大が挙げられる。

認知症高齢者に比べ、療養期間や介護期間が長期になることが想定されるため、子どもの教育、親世代の介護、在宅・施設等の住まいの選択などライフイベントについてある程度想定しておくことが重要である。本人や家族の不安に対しては、傾聴するとともに、自己決定のプロセスに寄り添うことが望ましい。健康面に関しては、医療者と連携して疾患の説明や治療などを理解してもらうようにする。本人と家族が希望をもって生活していくことができるよう支援することを伝える。医療的負担に対しては、自立支援医療制度、高額療養費等の制度がある。

就労継続に関しては、企業の理解と支援が欠かせないが、作業能力のアセスメント、本人の希望、業務内容とのマッチングなどが支援者に求められる。また、障害者手帳や障害者雇用枠等、経済的支援には傷病手当金、障害年金等の情報を提供し、必要時に申請などの手続きを支援する。

社会や家族のなかで役割を果たしてきた人が、病気になっても社会や地域とかわり続けられるように、本人の居場所づくりを含めた社会参加を進めていく。たとえば、障害者総合支援法による就労移行支援や就労継続支援、介護保険法のデイサービス等やボランティアなどの地域交流事業への参加等である。

家族への支援には、家族介護者の就労継続や介護による心身の負担軽減のための支援がある。具体的には、休日や夜間にも利用できる相談窓口、介護保険サービス等公的サービス利用に対する理解の促進、家族交流会、認知症カフェなどインフォーマルサービスに関する情報提供と利用の促進などがある。

症状の進行に伴う行動・心理症状の出現は、家族介護者の負担を大きくする。また、認知症のリスクファクターである生活習慣病などの身体合併症の治療も必要になる。これらに関しては、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関と連携し、必要な場合は早めの入院を促すとともに、かかりつけ医の協力を得られるようにする。

文 献

- 1) 栗田主一：医療サービス，生活支援サービス，介護保険サービスを利用する．老年精神医学雑誌，**26**(4):398-405（2015）．
- 2) 若年性認知症の人の対する支援コーディネートのあり方に関する調査研究事業検討委員会：若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書．平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，認知症介護研究・研修大府センター，愛知（2015）．

Q1-14 幻覚・妄想がある場合の家族への助言はどのように行うか**回答（推奨）**

最初に、認知症の人や家族の心身の健康への影響を確認する。だれも困っていない幻覚には、対処は必要ない。本人の訴えを否定したり、事実を説得したりすることは症状の増悪につながることを伝えたくて、家族に、妄想・幻覚が生じる状況を観察してもらい、家族とともに幻覚や妄想のきっかけ・原因を推測する。せん妄が疑われるときは体調管理を促して、必要に応じて医療機関で身体的不調がないか確認するように勧める。次に、症状のきっかけや原因を除去したり、視覚的コントラストを高めたりして環境を調整してみるよう助言する。いずれでも改善が見込めないときは、再度医療機関への相談を勧める。

解説

幻覚や妄想は、それが異常ではあっても本人や家族の心身の負担が大きくなければとくに対処しなくてもよいが、妄想の多くは、本人の不安やその後の攻撃的言動を引き起こす。そのため、最初に家族の負担をねぎらう声かけを行う。

幻覚・妄想は、一般にそれを周囲が否定したり、正しい事実を理解させようとしたりすることで、かえって本人が混乱して症状が増悪することが多い。そこで家族には、幻覚・妄想を経験している認知症の人にとっては、幻覚・妄想は現実として経験されているので、説得しても多くの場合うまくいかないことを伝える。そして対処として、幻覚・妄想の内容には肯定も否定もしないこと、幻覚・妄想の対象に家族が含まれている場合は、その家族はいったん認知症の人の視界から離れて注意をそらすことを勧める。もし家族に余裕があれば、幻覚・妄想によって生じている、認知症の人の感情に共感を示すことはよい対処であることを伝えてもよいが、家族が追い詰められている場合には家族の負担がかえって増大してしまうこともあり、伝え方には十分な配慮が必要である。ただしレビー小体型認知症で生じる幻視は、ときに本人も幻視に対して疑問視していることもあり、その場合は病気のせいである生じる幻視であり、実際は存在しないことを説明すると、本人が納得する場合もあることを説明する。

行動・心理症状（BPSD）への対処は非薬物療法から始める¹⁾。家族による対応の工夫や環境調整を最初に行い、ケア専門職によるケア提供を進めて、薬物療法の選択は最後に行う。家族への助言に際しては、妄想・幻覚が生じたから

とってほかの試みを行わずに鎮静化を図ることは倫理的に許されないことに留意すべきである。また、幻覚や妄想と、せん妄とは対処の方法が異なるため、その区別をすることが重要である。①急な兆候と変動の激しい経過, ②不注意, ③支離滅裂な思考, ④意識レベルの変化, がみられる場合には, 代謝異常や感染症, 薬物の影響などによるせん妄を疑い, 必要に応じて医療機関で身体的な異常の有無を確認するように勧める²⁾。

せん妄ではなく、幻覚や妄想であることが明らかになれば、それらが生じる原因やきっかけを推測し、その除去や環境調整を試みる。最初に家族が状態を観察して、支援者とともに原因を探して対処するが、それでも改善が見込めない場合は、専門職によるケア提供を進めて、同様に原因を探して対処する。

幻覚や妄想は、認知症に伴って生じる生物学的要因によるものであるが、そこに心理・社会的な原因が加わって「大声を上げる」「攻撃的言動」などの行動を引き起こす。このような妄想・幻覚の結果として生じる認知症の人の攻撃的な行動は、家族に「予測不能で怖い・不安」「理解不能でイライラ」などのような負の感情を喚起しやすく、介護負担を増大させる原因となっている³⁾。そのため幻覚や妄想が生じる前兆が把握できたり、認知症の人の心理をある程度理解できたりすると、家族の負担感は減少する可能性がある。そこで妄想・幻覚に伴う認知症の人の行動に影響している心理・社会的原因を、観察によって探し出して原因の除去を試みることによって、家族がある程度、認知症の人の行動を予測できるようになることで、介護負担を減らすことが可能になる⁴⁾ (幻覚・妄想がもとになって攻撃や興奮につながる場合、Q1-15を参照)。

文 献

- 1) 日本老年精神医学会:認知症の行動と心理症状 BPSD. 第2版, アルタ出版, 東京 (2013).
- 2) 長谷川典子, 池田 学: 認知症とせん妄. 日本老年医学会雑誌, **51(5)**:422-427 (2014).
- 3) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋: 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. 日本老年医学会雑誌, **44(6)**:717-725 (2007).
- 4) 鄭 尚海, 近藤辰比古, 西元幸雄, ほか: 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援の視点; 特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに. 発達科学研究誌, **9**:85-94 (2010).

Q1-15

徘徊、暴力や不穏がある場合の家族への助言はどのように行うか

回答（推奨）

徘徊、暴力や不穏には、まずは、どのような時間や状況で発生しているのかを介護者から詳しく聞き取り、その人の苦痛や不安、苛立ちなどの心理的状況を環境や健康、性格等から原因を特定する。徘徊ではリスクを軽減するための GPS 活用や関係機関と連携、社会資源の整備や活用を検討する。暴力は、その状態が生じた原因や背景を考えて、本人の混乱がないかを検討し、介護者の適切な会話方法や環境づくりについて助言し、その場面が起こらないようする。薬物療法は、これらの対応で変化がみられない場合に医師に相談するよう勧める。

解説

第一選択は、家族介護者と認知症の人の健康な生活の継続であり、それを阻害する課題の解決方法について助言する。家族介護者の負担がいちじるしく、それにより、家族介護者や本人に生命や健康上の重大な影響がみられる場合には、一時的な施設入所を提案する。

1. 徘徊

徘徊は、さまざまな理由から起こる。目的があり歩いている場合と目的を忘れてしまい歩いている場合など、その原因については深く観察し背景を読み取る必要がある。いずれにしても、1人で外出してしまう場合はその理由やいまの環境について、認知症の人の立場になって考えることが大切である。迷子になって歩き回っていることを責めることや外出しないよう行動を抑制することは、状況をより悪化させることがあり望ましくない。なにをしようとして外出したのかについて傾聴し、その気持ちが安定する方法はないかを検討する。常に徘徊がみられる場合には、家族介護者の負担が大きく、家族等の協力者を増やすことや在宅サービスの増加を検討すべきである。しかし、経済的負担が大きくなるため、その状況を確認する必要がある。合わせて、最寄りの行政機関窓口、警察や交番等で SOS ネットワークや見守りネットワークに登録することを勧める。見守りのための GPS（靴や洋服等に装着）やセンサーも市販されているので紹介する。徘徊は、当日であれば 82.5%が生存して発見され、それ以降急激に発見率と生存率が下がる^{1,2)}。そのことから、なるべく早い発見につながるよう、専門職が地域への理解を促す呼びかけや徘徊模擬訓練などを実施し、

地域で見守る体制づくりを検討する³⁾。薬物療法については、徘徊に絞ってその有効性を検証した研究は少ない⁴⁾。

2. 暴力・不穏

暴力や不穏は、焦燥性興奮（認知症に伴う易怒性の高まりによる症状）のひとつである。認知症の人が興奮状態になった時間や前後の行動や活動、環境を家族介護者から聞き取り、介護負担や心理状況についてよく聞き取る。興奮や不穏は、家族介護者を怯えさせるため、まずは落ち着いて家族介護者と支援者だけでその状態を聞く場を設ける。せん妄が疑われる場合には、せん妄への対応を助言する（Q1-16）。その状態が起っている原因を、便秘や脱水、疼痛などの体調や身体的状況からくるものか（Q1-18）、幻視や幻聴、妄想等の精神的状態によって生じているのか（Q1-14）、介護者の介護方法によるものなのか、または複合的な要因なのかを明らかにし、介護方法や環境からの影響がある場合は、家族介護者にその調整方法を助言する。グループ活動は有効であり、デイサービスやデイケア等の活用も検討する⁵⁾。

薬物療法は、これらで効果が得られない場合、これまでの経過をメモ等にまとめたいうで医師と相談するよう助言する。

文 献

- 1) 菊地和則，伊集院陸雄，栗田主一，ほか：認知症の徘徊による行方不明死亡者の死亡パターンに関する研究．日本老年医学会雑誌，**53**(4):363-373（2016）．
- 2) 山崎健太郎，田宮菜奈子，松澤明美，ほか：高齢者事故死検案事例の山形県・東京都区部の地域差と山形県の高齢者徘徊死亡事例の実態調査．法医学の実際と研究，**53**:195-202（2010）．
- 3) 認知症介護研究・研修東京センター（2017）「行方不明をみんなて防ぐアクションガイド」（http://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail.html?CENTER_REPORT=303）．
- 4) Rabinowitz J, Katz IR, De Deyn PP, et al.: Behavioral and psychological symptoms in patients with dementia as a target for pharmacotherapy with risperidone. *The Journal of clinical psychiatry*, **65**(10):1329-1334 (2004).
- 5) Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al.: Non-pharmacological interventions for agitation in dementia; systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, **205**(6):436-42 (2014).

Q1-16 睡眠障害がある場合の家族への助言はどのように行うか

回答（推奨）

認知症の進行に伴い、中途覚醒が頻回となり、中途覚醒している時間も長くなるため、睡眠・覚醒リズムは乱れる。まず、認知症の人の睡眠障害の具体について家族介護者に確認し、実際に睡眠障害があるかどうかを確認する。家族介護者には、睡眠障害の改善のために良質な睡眠を得るための生活習慣を取り入れ、継続できるようにすることが重要であることを説明し、認知症の人の生活習慣をどのように改善できるかについて話し合う。

解説

認知症の進行に伴い中途覚醒が頻回となり、中途覚醒している時間も長くなるため、睡眠・覚醒リズムは乱れる。まず、認知症の人の睡眠障害の具体について家族介護者に確認し、実際に睡眠障害があるかどうかや睡眠障害による家族介護者の介護負担を確認する¹⁾。若いころより睡眠は浅くなり、睡眠時間も短くなるのが高齢者の睡眠の特徴であることの理解を促し、日中の生活に支障の出ていない中途覚醒は、問題視する必要はないことを説明する²⁾。

睡眠障害の改善のために、家族介護者が薬物療法、すなわち睡眠薬の服用を望む場合もある。その場合は、睡眠薬の効果が朝方以降も持続する持ち越し効果によって朝の覚醒と日中の活動が妨害される場合があること、転倒、せん妄、認知機能の低下などの副作用が出現しやすく、認知症の人の生命に危険を及ぼすことを伝え、非薬物療法が第一選択であることの理解を促す。さらに、睡眠障害の改善のために、良質な睡眠を得るための生活習慣が重要であることを説明し、認知症の人の生活習慣をどのように改善できるかを話し合う。

具体的には、朝、覚醒したらカーテンを開けて日光が部屋に差し込むようにすること、たとえ曇りの日であっても午前中に外出して、日光を浴びることを促すことが挙げられる。一方、夜間のトイレ誘導やオムツ交換のときは間接照明を利用することで、まぶしい照明を避けることを心がける。朝、目が覚めたら寝衣から着替えて日中外で活動できるようにする。さらに、入眠する1時間ほど前に入浴して深部体温を上げること、夕食後にはカフェインを含む飲み物を避けることも睡眠障害の改善に有用である³⁾。好みの活動を生活のなかに取り入れることも、睡眠覚醒リズムを整えることにつながる⁴⁾。

疾患の治療が不十分で、認知症の人にとって不快な症状がみられるために、

睡眠障害の原因となる疾患もある。それらは、せん妄、パーキンソン病（筋固縮、不随意運動）、高血圧、糖尿病（夜間の口渇、発汗、神経痛）、不整脈、夜間狭心症、喘息発作、慢性閉塞性肺疾患による肺泡低換気、むずむず脚症候群などである。なお、レビー小体型認知症では、レム睡眠行動異常症が現れることがある³⁾。これはレム睡眠時に筋緊張の抑制が欠如することで、大声を上げる、隣で寝ている人を殴るなど、夢の内容と一致する行動をとってしまう。この場合は、認知症の人に危険が及ばないように見守るよう伝える。薬物治療については、医師に相談するように推奨する。

疾患にかかわらず、不快な症状によって睡眠障害を引き起こしやすくなる。具体的には、疼痛（腰痛、関節痛、神経痛、口腔内の痛み、歯痛、頭痛、胸部痛、腹痛など）、掻痒感（ドライスキン、排泄物や汗による皮膚汚染、衣類やオムツ類、洗剤などの刺激）、夜間頻尿（夕方から夜間の飲水量過多、とくに、利尿作用のある飲み物、利尿剤、冷え）、便秘、下痢^{5,6)}などが挙げられる。

これらの疾患や症状を改善することが、睡眠障害の改善となる。なお、睡眠障害を生じさせやすい薬物もあるため、医師に相談することを推奨する。

睡眠・覚醒リズムを把握するセンサーも商品化されているため、認知症の人の普段の睡眠・覚醒リズムを確認し、そのリズムから逸脱する場合は身体疾患の発症・増悪の可能性があるため、バイタルサインや痛みの把握に努める⁶⁾。

文 献

- 1) 杉浦恵子, 伊藤美樹子, 三上 洋: 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. 日本老年医学会誌, **44**:717-725 (2007).
- 2) 三島和夫: 認知症の身体合併症へのアプローチ; 睡眠障害. 老年精神医学雑誌, **25**(増D):103-110 (2014).
- 3) 内山 真: 睡眠障害の対応と治療ガイドライン第2版. じほう, 東京 (2016).
- 4) 小西 円, 陶山啓子: 介護老人保健施設入所者の生活習慣要因が夜間睡眠に与える影響. 老年看護学, **20**(2):76-82 (2016).
- 5) 鄭 尚海, 近藤辰比古, 西元幸雄, ほか: 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援の視点; 特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに. 生活科学研究誌, **9**:85-94 (2010).
- 6) 酒井郁子, 諏訪さゆり, 飯田貴映子, ほか: 高齢者が生活リズムを整えるためのケア. (中島紀恵子, 石垣和子監) 高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール; 連携と協働のために, 27-69, 日本看護協会出版会, 東京 (2010).

Q1-17 転倒、骨折の対応や予防はどのように行うか

回答（推奨）

行動・心理症状（BPSD）を伴う認知症高齢者は、徘徊中に転倒する危険性が高い。施設入所者の場合は職員が見守るなどの対策が講じられるが、家族介護者の場合は始終見守ることはむずかしく、日常生活における転倒の危険因子の排除が欠かせない。危険因子には、内的因子（体力低下など）と外的因子（段差など）があるが、転倒予防には、個人のもつ危険因子に応じた対策が有効となる。まずは、転ばない環境をつくり（たとえば、小さな段差にはすりつけ板をつけるなど）、すでに転倒経験がある場合には、大腿骨頸部骨折予防装具（以下、ヒッププロテクター）の装着も検討する。そのうえで、バランス運動を含めた体操やレクリエーションへの参加を勧める。

解説

高齢者の転倒発生を考えた場合、認知症高齢者においては、その発生率が一般高齢者に比べ、かなり高率になることを念頭におく必要がある。とくに、BPSDとして頻回に徘徊がみられる場合には、常に転倒の危険性をはらんでいる¹⁾。老人保健施設や特別養護老人ホームといった介護施設では、徘徊のある入所者を職員が見守ることによって、転倒しないように配慮している。しかし、在宅で家族が介護する場合には、施設のように交代で、始終見守る体制をとるわけにはいかない。家族介護者における認知症高齢者のBPSD由来の介護負担感に関する質問項目のうち、要介護者に認知機能障害がある場合、もっとも選択割合が高いのは「常時監視の必要性」である²⁾。したがって、在宅においては、家族介護者の介護負担を軽減する意味でも、転倒の不安による常時監視の必要性を排除する必要がある。そのために「転ばない家づくり」の視点での対策を提示する。

地域居住高齢者の転倒予防には、バランス運動を含む運動の実践が有効とする数多くの報告がある一方で、健康教育による行動変容アプローチや住宅改造などを含む、個人の危険因子に応じた内的因子および外的因子に対する介入が転倒発生予防に効果があることが指摘されている³⁾。しかし、介護施設や病院などに長期入所している場合の運動プログラムの転倒予防効果を示す研究は少なく、転倒を予防するうえでは、環境改善を含めた介入やヒッププロテクターの装着の有効性を示唆する研究がある^{3,4)}。認知症高齢者の特性を考慮した場合、まずは転ばないような環境改善を行うことの必要性を本人や家族に説明する。

たとえば、みえにくい段差、床を這うコード類、マットの縁のめくれ上がり、置かれたスリッパなど、つまずきを誘発する要因を排除し、夜間でも廊下などを明るくするように照明器具をつけ替えるなど、物理的に配慮できるものはすべて検討するように助言する。また、玄関の上がりかまちや階段など、視覚的に明らかに認知できるはずの段差であっても、実際の段差の高さと本人が認知する高さとの不一致や、認識はしていても股関節の柔軟性や筋力の低下により、足がそれを越えるための高さまで十分に上げられないといった原因で、段差に足をぶつけるケースも想定される。そうした明らかな段差には近づけないように柵を設置するなど、やはり環境側の危険因子への操作についても助言する。

これらのことから、転倒の予防には、①外因性の危険因子を排除するために、環境改善により転倒発生を防ぐ努力を最優先で行うこと、②すでにかなり頻回に転倒を経験している高齢者の場合には、仮に転んだ場合でも、臀部を強打し大腿骨頸部骨折に至ることがないようにヒッププロテクターを装着するといった、転倒を想定した対策を講じること、以上の対策を検討し、そのうえで、③バランス運動を含んだ、認知症高齢者でも楽しく実施できる、音楽に合わせた体操やグラウンド・ゴルフのようなレクリエーション・スポーツを導入し、「転ばない体づくり」を支援する。

文 献

- 1) 鄭 尚海, 近藤辰比古, 西元幸雄, ほか: 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援の視点; 特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに. 生活科学研究誌, **9**:85-94 (2010).
- 2) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋: 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. 日本老年医学会雑誌, **44**(6):717-725 (2007).
- 3) 金成由美子, 安村誠司: 転倒対策による骨折予防のエビデンス. 日本衛生学雑誌, **58**(3):347-356 (2003).
- 4) 金成由美子, 安村誠司: 高齢者における転倒予防介入プログラムの有効性に関する文献的考察. 日本公衆衛生雑誌, **49**(4):287-304 (2002).

Q1-18 便秘や排尿障害の対応の助言はどのように行うか

回答（推奨）

便秘や排尿障害の対応では、まず、どのような排便や排尿の状態なのかを、本人、家族介護者、訪問看護師やホームヘルパーなどのケア提供者から詳しく聞き取る。便秘や排尿障害は、食事や水分の取り方などの生活習慣の見直しや排泄パターンに合わせたケア、環境調整によって改善することもあるが、背景に疾患が潜在している場合もある。便秘や排尿障害が一過性のものでない場合は、医師や訪問看護師への相談につなげ、障害が起こっている原因を特定し、家族介護者を含むチームで対応を検討する。

解説

まず、本人、家族介護者、訪問看護師やホームヘルパーなどのケア提供者から排泄の状況を詳しく聞き取る。必要に応じて、カレンダーや連絡ノートに排尿の回数、排便の有無・性状・量などを記載するように依頼する。排尿日誌（排尿時間、尿の量・性状、尿失禁の有無、飲水量などを記録）や排便日誌（排便時間、便の量・性状、下剤の種類・量、便失禁の有無、食事摂取の状況、飲水量などを記録）を用いると詳細な排泄パターンが把握できるが¹⁾、家族介護者の負担には十分に配慮する。

1. 便秘

認知症の人の場合は便秘による不快が、表情が陰しくなる、落ち着かなくなるなど認知症の行動・心理症状（BPSD）として示されることがある^{2,3)}。便秘の対応は予防することが第一であり、以下に要点をまとめる¹⁻³⁾。

- ①食生活を整える：十分な量の食事と水分をとる、食物繊維をとる（便の量を増やす）、発酵食品をとる（腸内細菌を整える）。
- ②排便習慣の確立：朝食後や飲水、食事後の胃結腸反射を利用してトイレに行くと、排便が起こりやすい。洗浄便座を使って肛門を刺激したり、肛門周囲を温かいタオルで温めたりして、便意を誘発する。
- ③排便姿勢と排便環境：座った姿勢で、やや前かがみになって膝を曲げ、かかとを浮かすと、腹圧がかけやすくなる。プライバシーや臭気に配慮された、落ち着いて排便できる環境にする。
- ④運動：散歩やレクリエーション活動など、適度な運動により筋力を保つ。食欲が出て、ストレスの緩和になる。

⑤下剤の使用は最低限にする：まずは、①～④のケアによって便秘の予防に努め、下剤の使用は最小限にする。腸の走行に沿った腹部マッサージや腹部温罨法を行い、腸の蠕動運動を促す。直腸に便が詰まり（嵌入便）、その隙間から下剤による泥状便が流れることによる便失禁が起こる場合があるが、この背景には便秘があるため、適切な下剤の使用の検討、浣腸等による嵌入便の除去が必要になる。

2. 排尿障害

尿失禁は、以下のように分類されるが、複数のタイプが合併していることもある¹⁾。

- ①腹圧性尿失禁：咳や運動など腹圧が急に加わった際に尿が漏れるもの。
- ②切迫性尿失禁：急に起こるがまんできない強い尿意と同時または直後に尿が漏れるもの。
- ③溢流性尿失禁：前立腺肥大や神経因性膀胱で尿閉や多量の残尿がある場合に、腹圧を上昇させるような動作で尿が溢れ出るもの。
- ④機能性尿失禁：認知機能や運動機能の低下により排泄動作に困難があり尿を漏らすもの。

尿失禁の対応は原因に応じて行うことが必要であり、薬物療法や手術の適応の場合があるため、医師との連携が求められる。尿失禁の対応の要点を以下にまとめる^{1,4-7)}。

- ①時間排尿誘導：あらかじめ時間を決めて排尿誘導を行う時間排尿誘導は、尿失禁のなかでもとくに腹圧性尿失禁や切迫性尿失禁に有効であるといわれている。
- ②パターン排尿誘導：排泄パターンを踏まえて、適切な時間に排尿誘導を行う方法である。排尿日誌でとらえた排尿時間、尿失禁の状態を参考に、排尿誘導の時間を設定する。
- ③尿意のサインに合わせた排尿誘導：失語などで尿意を訴えられない認知症の人の排尿のサインとして、そわそわする、陰部を触わる、ズボンを引っ張る、部屋の隅へ行くなどが知られている。観察により排尿のサインを見つけ、トイレに誘導する。
- ④排尿習慣の再学習：排尿の促しに応じる人に有効である。方法は、定時で尿失禁の有無をたずね、尿失禁の有無を確認し、排尿の意思を確認してトイレに誘導する、尿失禁がない場合は賞賛するなどである。
- ⑤排泄環境の整備：認知症による場所の見当識障害や失行、視空間認知障害は、排泄動作に困難をきたす。トイレの表示を認知症の人にとって認識しやすい表現（便所など）や色にする、着脱しやすい衣服を提案する、便座に

はカバーをかけるなどして認識しやすくするなど、認知症の人が遂行困難な排泄動作を見極め、それを補うかわりをしたり環境を整えたりする。

文 献

- 1) 辻村真由子：排泄（排尿・排便）を整える。（渡辺裕子監）家族看護を基盤とした在宅看護論；Ⅱ実践編，第3版，18-37，日本看護協会出版会，東京（2014）。
- 2) 梅崎かおり，堀内ふき：認知症高齢者の便秘．認知症ケア事例ジャーナル，**10**(1):45-49（2017）。
- 3) 平原佐斗司：医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門；早期診断，BPSDの対応から緩和ケアまで．288-289，中央法規出版，東京（2013）。
- 4) 厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進事業（国立高度専門医療研究センターによる東日本大震災からの医療の復興に資する研究），「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」（H25-医療-指定-003（復興））研究班，東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座，ほか（2015）「在宅医療に関するエビデンス；系統的レビュー」（https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/20150513_01.html，2017.12.11）。
- 5) 影山慎二：排尿障害で患者さんが困っていませんか？ 泌尿器科医が教える「尿が頻回・尿が出ない」の正しい診方と，排尿管理のコツ．170-174，羊土社，東京（2016）。
- 6) Hagglund D: A systematic literature review of incontinence care for persons with dementia; the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, **19**(3-4):303-312 (2010).
- 7) 梅崎かおり，堀内ふき：認知症高齢者の尿失禁．認知症ケア事例ジャーナル，**9**(4):423-427（2017）。

Q1-19 褥瘡の予防への助言はどのように行うか

回答（推奨）

認知症の人の要介護度や寝たきり度が高くなると、身体の活動性が低下するため、同一部位の圧迫により褥瘡発生のリスクは高まる。褥瘡ケアは予防、早期発見が第一であるため、更衣や保清ケアの際、褥瘡の好発部位である骨の突出部位（仙骨部、後頭部、耳介部、肩甲骨部、踵骨部など）を中心とした皮膚の観察を促す。圧迫やずれの除去のため、体位のとり方、体圧分散寝具の使用、生活リズムに無理のない体位交換のスケジュールを多職種、家族とともに考える。栄養状態を整えられるように、調理方法や栄養補助食品を含め、食事について、医師、看護師、管理栄養士と相談しながら助言する。皮膚の清潔と乾燥の予防ができるようなスキンケア、失禁のケアについて、医師、看護師と相談し、適切なケアができる体制を整える。

解説

褥瘡予防の基本として、皮膚の観察、圧迫・ずれの除去、栄養管理、皮膚の清潔が挙げられる¹⁻³⁾。

褥瘡発生のリスクアセスメントツールとして、ブレーデンスケール⁴⁾やOHスケール⁵⁾が開発されている。ブレーデンスケールでは、知覚の認知、湿潤、活動性、可動性、栄養状態、摩擦とずれに着目している。OHスケールは、自力体位変換能力、病的骨突出（仙骨部）、浮腫、関節拘縮に着目している。つまり、褥瘡発生のリスクとして、知覚がない、皮膚が湿っている、活動性が低い、栄養状態が悪い、寝具との摩擦やずれを生じやすい、仙骨部が突出している、関節拘縮があるなどが挙げられる。ツールを用いてアセスメントすることは、褥瘡予防ケアの必要性の判断に役立つ。家族やホームヘルパー、訪問看護師とともに、更衣、入浴などの機会を用いて、褥瘡の好発部位である骨の突出部位（仙骨部、後頭部、耳介部、肩甲骨部、踵骨部など）を中心に皮膚の観察を行い、発赤を認めた場合は、褥瘡の初期であるため、ケアプランの見直しを行う。

圧迫やずれの除去のため、体位のとり方、体圧分散寝具の使用、生活リズムに無理のない体位交換のスケジュールを家族とともに考える。

体位のとり方は、ベッドの頭部拳上は30度までを基本としてずれを防ぐ¹⁾、クッションを使用して局部への圧の集中を防ぐ²⁾などがある。円座など不適切な用具は使用しない¹⁾。対象者の自力体位変換能力、骨突出の程度など、個人の状態に適した体圧分散寝具の使用を、医師、看護師、介護支援専門員などと

もに検討する。体位交換は2時間以内が理想とされているが、在宅では家族介護者の負担を考え、高性能な体圧分散寝具の活用、ホームヘルパーの利用などの工夫をしながら、生活リズムに無理のない体位交換のスケジュールを考える。認知症の人の活動性が高い場合、車いす乗車時は15～30分ごとに座り直すように本人に伝えたり、2～3時間ごとに立ったり歩いたりすることを勧める⁶⁾。

低栄養状態は褥瘡発生のリスク因子であり、全身の栄養状態を整えることは、褥瘡予防に重要である。栄養管理については、調理方法や栄養補助食品を含め、食事について、医師、看護師、管理栄養士と相談しながら助言する。本人の嗜好を踏まえた食品の使用、摂食・嚥下障害に合わせた調理方法の工夫、既存の介護食の活用など、家族の家事の負担や経済的負担にも配慮しながら助言する。

皮膚の清潔と乾燥の予防ができるようなスキンケア、失禁のケアの実施について助言する。入浴時や清拭時は、低刺激性石けんを用い、皮膚をこすりすぎないようにする。洗浄後は、保湿外用剤を使用し、皮膚の乾燥を防ぐ。骨突出部の皮膚のマッサージは禁止する¹⁾。失禁は、皮膚の湿潤、刺激を招くため、尿失禁や持続的な下痢や水様便については、オムツの選択や、撥水性皮膚保護材の使用を含め、医師、看護師と相談し、適切なケアができる体制を整える。

文 献

- 1) 日本褥瘡学会編：在宅褥瘡予防・治療ガイドブック。第2版，照林社，東京（2012）。
- 2) 鈴木 央編著：在宅医療の技とこころ；在宅で褥瘡に出会ったら。第2版，南山堂，東京（2016）。
- 3) 鈴木 央：褥瘡。（在宅医療テキスト編集委員会企画・編集）在宅医療テキスト，第3版，在宅医療助成勇美記念財団，東京（2015）。
- 4) 真田弘美，金川克子，稲垣美智子：日本語版 Braden Scale の信頼性と妥当性の検討。金沢大学医療技術短期大学部紀要，**15**:101-105（1991）。
- 5) 大浦武彦，堀田由浩編著：日本人の褥瘡危険要因「OH スケール」による褥瘡予防。日総研出版，愛知（2005）。
- 6) Alzheimer's Society (2016) 「Factsheet Pressure ulcers (bedsores)」 (https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1800/factsheet_pressure_ulcers_bedsore.pdf)。

Q1-20 服薬についての助言はどのように行うか

回答（推奨）

可能な限り服用回数を少なくすることや服用薬の一包化，服用しやすい剤形について，主治医に相談することを促す．服薬ボックス，お薬カレンダーを利用することによって，家族が認知症の人に服薬を促し，確実に服薬したことを確認できるように勧める．また，新しい薬の服用が開始されたときや服用量が増加したときに，認知症の人の心身状態にこれまでと違いがあると感じたときは，副作用の可能性のあることを家族に伝えておく．以上を確実に行うために，お薬手帳の活用や訪問薬剤師や訪問看護師によるサービスを利用することを家族に推奨する．

解説

認知症の人は薬を飲み忘れることが多い．そのため，可能な限り服用回数を少なくすることや服用薬の一包化について，主治医に相談することを促す．

服薬ボックス，お薬カレンダーを利用することによって，家族が認知症の人に服薬を促し，確実に服薬したことを確認するように勧める^{1,2)}．

万が一飲み忘れが生じたときの対処方法を共有しておく．基本的には，飲み忘れた薬の血中半減期が長いか短いかで対応が異なる．

服用薬の剤形は，主治医と相談し，認知症の人の嚥下機能に応じてより飲みやすい形を選ぶことが，家族の負担の軽減につながることを伝える^{3,4)}．抗認知症薬の剤形はさまざまある．嚥下がむずかしい場合は，服薬ゼリーの利用やOD剤，貼付剤（パッチ剤）が利用できる．ただし，パッチ剤では，皮膚トラブルを生じる可能性があるため，貼付部位を毎日変更することや貼付前に保湿剤を使用することを勧める⁵⁾．また，ゼリー剤，ドライシロップには味に工夫が施されているため，認知症の人にとって服薬に対する抵抗は少ない⁶⁾．

高齢者では，ふらつきや消化器症状，便秘など，薬の副作用が出現しやすいため，服用する薬の副作用について，主治医から説明を受けることを推奨する．また，副作用は新しい薬の服用が開始されたときや服用量が増加したとき，また別の薬に変更になったときに，認知症の人の心身状態に異変が起こりやすいため，これまでとの違いを感じたときは副作用の可能性のあることを家族に助言する．認知症の人が服薬を嫌がるときは，薬の副作用や新しい病気の出現の可能性が考えられる．そのため，服薬を嫌がることも含めて，どのような違い

を感じるのかを主治医に相談するように伝える⁷⁾。

家族が高齢である場合や就労などで服薬にかかわることがむずかしい場合は、ホームヘルパーやデイサービスのスタッフによる服薬支援を活用できるように、介護支援専門員に相談することを勧める。とくに、認知症の人がほかの疾患を合併していて体調管理がむずかしい場合は、訪問看護師や訪問薬剤師による支援によって服薬の効果や副作用を確認できるようにする⁸⁾。

文 献

- 1) 七海陽子, 的場俊哉, 恩田光子, ほか: 訪問薬剤管理指導を受けている認知症治療薬服用患者の属性及び服薬アドヒアランスとの関連要因に関する予備的研究. 薬学雑誌, **132**(3):387-393 (2012).
- 2) 土井信幸, 斎藤正典, 佐藤安紀子, ほか: 認知症対応型共同生活介護施設における薬剤師による効果的な服薬支援. 日本認知症ケア学会誌, **12**(2):440-445 (2013).
- 3) 今井幸充: 痴呆性高齢者の在宅服薬管理と介護負担の関連について. 治療, **87**(2):433-442 (2005).
- 4) 坂田吉史, 久保田正和, 木下彩栄: 認知症患者に対する服薬調査. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, **8**:46-50 (2012).
- 5) 稲村圭亮: 抗認知症薬とはなにか; 種類, 作用, 副作用, 選択基準を理解する. 認知症ケア事例ジャーナル, **10**(1):21-25 (2017).
- 6) 小池健太: 「剤形・漢方薬・お薬情報」安全・有効に薬を使うために. 認知症ケア事例ジャーナル, **10**(1):16-20 (2017).
- 7) 元永拓郎, 木之下徹, 本多智子, ほか: 在宅認知症患者2例の行動障害の改善; 薬物療法を中心とした家族への往診チーム介入に対する家族面接調査. 日本認知症ケア学会誌, **7**(1):85-97 (2008).
- 8) 日本訪問看護財団監: 認知症訪問看護. 中央法規出版, 東京 (2015).

Q1-21

糖尿病をもつ認知症の人を介護する家族への支援はどのように行うか**回答（推奨）**

糖尿病は、認知症の発症や進行の重要な危険因子である。さらに、認知症になると食事療法や服薬遵守、運動などが困難となり、血糖コントロールが不良となることが多いため注意が必要である。高血糖や低血糖はいずれも認知機能悪化のリスクであるが、とくに低血糖に伴う意識消失発作については注意が必要である。一方で、食事量についてのあまりにも厳密な本人への介入は本人・家族双方にとってストレスとなるため注意が必要である。

解説

糖尿病などの生活習慣病は、認知症の発症や認知症の症状悪化の重要な危険因子である¹⁾。したがって中年期からの糖尿病発症予防や発症後の運動療法、食事療法、薬物療法などによる治療は将来の認知症発症予防のために重要である。さらに、認知症を発症したあとであっても、糖尿病が認知症の進行を早めてしまうことから、その治療を積極的に行う必要がある。糖尿病の治療には、食事療法、運動療法などの非薬物療法と、薬物療法がある。薬物療法については、経口薬やインスリン製剤（注射剤）がある。治療にあたっては、血中ヘモグロビン A1c 値が指標として使用されるが、認知症の重症度、ADL（日常生活動作）、予後などにより、その目標値が個別に設定されることから、主治医にこれらの状況を伝え、よく話し合う必要がある²⁾。

認知症発症とともに、過食・不食などの食事量の不安定化、運動などの活動性の低下、定期的な服薬やインスリン自己注射の遵守の問題などにより、血糖コントロールが不良となることが多い。血糖コントロール不良を契機に、初めて周囲が認知症発症に気づくこともあるので注意が必要である。

高血糖や低血糖は、いずれも認知症悪化や身体機能低下のリスクとなるために血糖値の適正化は必要であるが、なかでも重症低血糖は意識障害を引き起こしたり、転倒・骨折のリスクとなったりする。さらにこのことが、急速に認知機能を悪化させることもあるため注意が必要である。低血糖発作を防ぐためには、規則正しい食生活や服薬の遵守が不可欠であるため、このことを家族介護者によく伝え、必要なサービスの整備をしておく必要がある。また、主治医と十分なコンタクトをとり、生活状況についての報告やアドバイスを受けることが必要である。

糖尿病の良好なコントロールのためには食事療法は重要であるが、家族介護

者によっては、食事量について過度に本人に介入するために、本人の精神症状を不安定にさせ、そのことが行動・心理症状につながったり、家族自身の介護ストレスとなったりすることがある。このような場合、主治医とよく相談のうえ、どの程度まで許容ができるのかといったことについてよく話し合うように伝える必要もある。

文 献

- 1) 横野浩一：糖尿病と認知症。日本内科学会雑誌，**99**(7):1678-1684（2010）。
- 2) 日本老年医学会，日本糖尿病学会：高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017。南江堂，東京（2017）。

Q1-22

**高血圧の症状をもつ認知症の人を介護する家族への支援
はどのように行うか****回答（推奨）**

高血圧は認知症の発症・進行リスクとなる。認知症になると血圧のコントロールが不良となるリスクがあるため注意する。認知症発症後も、食事療法、運動療法が適切に行えるように指導する。一部の認知症では、血圧の変動が激しくなることがある。診察室での血圧測定のみでは不十分であるため、自宅で複数回血圧測定を行い、主治医に報告するように指導する。起立性低血圧や臥位高血圧、食後低血圧などの急速な血圧の変動に注意する。

解説

高血圧などの生活習慣病は、認知症発症のリスク要因となるため、中年期からの良好な生活習慣を維持することは認知症の発症予防において重要である。さらに、認知症に罹患すると、服薬遵守がむずかしくなることや、食事療法や運動療法に対する関心・意欲の低下などをきたしやすく、結果として、それまで良好であった血圧管理が認知症発症・進行とともに不安定となることもある。また、レビー小体型認知症などの認知症では、自律神経障害などにより、血圧の変動幅が大きくなることもあるために注意が必要である。

高血圧の治療には、食事療法、運動療法などの非薬物療法と薬物療法とがあり、非薬物療法が優先的に行われる。主治医のアドバイスに従い、塩分制限、適度な強さの有酸素運動などを継続するように、本人、家族介護者に伝える必要がある。一般に認知症の人の場合、目標設定は状況を総合的に判断したうえで決められるため、必要に応じて主治医と連携を図ることが望ましい。

一般に、診察室では血圧が上昇することもあり（白衣高血圧）、前述のとおり高齢者は血圧の変動が大きい場合が多いため、自宅で血圧を測定し、ノートに記載のうえ主治医に提出することが有効である。その際、朝起床後1時間以内を含む複数回の測定が参考となるため、家族介護者にそのように指導する。

レビー小体型認知症などでは、起立性低血圧、臥位高血圧、食後低血圧などの血圧の急激な変動がみられることがある。したがって、日ごろより血圧を定期的に測定する習慣をつけるよう勧める。さらに食後のめまい、ふらつき、意識消失などの症状があれば、その場で血圧を測定し、主治医に報告するよう勧める。

文献

- 1) 日本老年医学会：高齢者高血圧診療ガイドライン 2017. 日本老年医学会，東京（2017）.

第2章

家族等介護者の状況に 応じた家族支援方法

Q2-1 高齢者同士の介護者への支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

老老介護・認認介護では、双方が介護者であり、要介護者（もしくは要介護のハイリスク者）であることが多い。そのため、同居の有無を問わず、介護者と要介護者双方の心身の健康や生活環境、ほかの家族の協力状況、今後の生活場所の希望など『多角的な評価』が重要となる。評価の結果、双方の意向を尊重した社会資源の活用を進めていく。在宅生活の継続を選択したとしても、双方の健康状況や生活環境の評価を、多職種協働で継続的に実施していく。その結果、在宅生活の継続が困難であると判断された場合は、双方への状況説明を実施し、施設入所の検討や利用手続きの支援を進めていく。

解説

近年、高齢者のみの世帯が増加し、介護者、要介護者ともに高齢者（老老介護）でお互いが何らかの支援を要するケース、さらには認知症の人同士で支え合うケース（認認介護）が増加している。支援困難と挙げられるケースは、虐待疑い、支援介入の拒否、判断能力の低下に伴う金銭管理やサービスの利用契約の不安定さ（詐欺まがいのキャッチセールスの被害に遭い続ける等含む）を伴うものである。担当の介護支援専門員等、中心的不にかかわる専門職が孤軍奮闘するのではなく、客観的な視点から事例を分析し、ほかのスタッフ（他職種含む）からアドバイスがもらえるような、オープンな事例検討を重ねることも重要である。

第一に、多職種協働で老老介護・認認介護世帯に対する多角的な評価と継続的な見守りが大切である。介入の当初は、玄関先で門前払いされる等、専門職を受け入れない場合もある。しかし、根気よく介護者、要介護者とコミュニケーションを図り、信頼関係を築くことが重要である。

そして、老老介護・認認介護を担う介護者と少しずつコミュニケーションが図れるようになれば、介護者の同居の有無を問わず、介護者と要介護者双方の心身の健康や生活環境¹⁾、ほかの家族の協力状況、今後の生活場所の希望等の多角的な評価を継続的に実施する。継続的な多角的評価は、生活上の異変を早期に発見し、介護環境を整えるための支援を適時提供できる利点がある。さらに重要な利点は、介護者の心身の健康維持につながることである。先行研究では、老老介護における介護負担感と主観的健康感に関連があること²⁾、認知症の介護者（配偶者）は、ほかの疾患や障害の介護者に比べ、認知機能の低下を

早める結果が示されており³⁾、早期の認知機能スクリーニングや心理社会的介入により³⁾、健康関連 QOL 促進を図る必要性が示唆されている。

多角的な評価の結果、双方の意向を尊重した社会資源の活用を進めていく。万一、社会資源の活用が円滑に進まない場合、その理由をていねいに評価する必要がある。理由として、拒否（要介護者・介護者・要介護者と介護者双方）、介護者の罪悪感、世間体などによる活用抵抗感、世帯の経済的事情等が挙げられるが、拒否や罪悪感、抵抗感など感情的なものに対しては、感情に焦点化した傾聴を重ね、実際の利用場面を見学するなど客観的な情報を提供していく。また経済的事情がある場合は、減免など必要な措置が活用できないか、検討を進めていく。

一方、在宅生活の継続が困難であると判断された場合は、双方のこれまでの生活に対する思いをていねいに聞きながら、状況説明を実施し、施設入所の検討や利用手続きの支援を進めていく。

文 献

- 1) 寺島涼子, 菊池由美: 認知症高齢者を介護する認知症の家族; “認認介護” への先見的な支援. 家族看護, **11**(10):106-113 (2013).
- 2) 堀田和司, 奥野純子, 深作貴子, ほか: 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, **33**(3):256-265 (2010).
- 3) Dassel KB, Carr DC, Vitaliano P: Does Caring for a Spouse With Dementia Accelerate Cognitive Decline? Findings From the Health and Retirement Study. *The Gerontologist*, **57**(2):319-328 (2017).

Q2-2

後期高齢者同士の介護者への支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

後期高齢者同士は、虚弱や要介護の状態であり、認知症やそのほか複数の疾病を有している。また、生活機能が低下し、生活に破綻が生じる高齢者虐待となっている、経済的困窮や地域からの孤立など、複雑な困難事例であることが多い。このような事例では、家族介護者への支援と後期高齢者同士を家族としてとらえる支援が必要であり、家族介護者の心身へのアプローチ、家族の暮らしへのアプローチ、家族の関係性へのアプローチを行う。

解説

後期高齢者同士の家族介護者は、自身の身体の衰えから被介護者の介護ができなくなっている、被介護者の認知症を受け入れられない、介護サービスを受け入れようとしない、将来を悲観してうつ的になっているなど、家族介護者自身の課題がある。被介護者によくなってほしい、よい介護がしたいと思っているが、意図せざる結果¹⁾として高齢者虐待になっている場合もある。「後期高齢者同士の介護者はケアの対象者である」と認識して介護者にアプローチすることが大切である。一方で、後期高齢者同士は、長年連れ添った夫婦のみの家族や単身の子どもと同居などの家族形態で暮らしている。「家族という単位で支援を行う」という認識も大切である。家族の暮らしにアプローチして暮らしを改善し、家族の関係性にアプローチして家族機能を高める支援を行う。

1. 家族介護者の心身へのアプローチ

家族介護者の心身の状況を観察し、話をよく聞いて情報収集し、家族介護者を取り巻く課題を分析する。介護者自身の自覚症状や疾患に対する治療やケアが行われているかを確認し、健康状態の改善を行う。また、心理精神的支援として、被介護者の認知症を受容できない場合の心理的アプローチ²⁾や、高齢者虐待の予防的相談面接³⁾などがある。主介護者が後期高齢者である場合に、前期高齢者よりも介護負担感が有意に低いという調査結果がある⁴⁾。後期高齢者である家族介護者は、介護疲れがあっても訴えない場合もあるので、心身のようすをよく把握してアプローチする。

2. 家族の暮らしへのアプローチ

後期高齢者同士の暮らしは、サービスを導入しても中断してしまう、2人で

家に閉じこもる、ゴミ屋敷になりつつあるなど、暮らし向きが低下している場合がある。2人がどのような暮らしを望んでいるのかについて、2人の要望をよく聞き、それにこたえるアプローチを行う。多職種による在宅療養支援体制をつくるアプローチ⁵⁾や、認知症を隠して孤立している場合には近隣とのかかわり方を助言する⁶⁾というアプローチがある。認知症の人が暮らしやすい地域づくりも同時に行いたい。

3. 家族の関係性へのアプローチ

後期高齢者同士は、長年いっしょに暮らしてきた歴史があり、2人にしか分からない関係性や強い絆がある⁶⁾。嫉妬妄想を抱く夫が、妻に暴力をふるう場合などは、一時的に2人を引き離すことが必要な場合もある。けんかしているようでも、昔の話をすると互いにいたわり合うようすがみられ、互いに支え合うという家族の機能が発揮されることもある。後期高齢者夫婦の特性を常に念頭におき、2人の関係性をよく観察してアプローチする。

文 献

- 1) 矢吹知之：高齢者虐待と家族支援；高齢者虐待を未然に防ぐ3つのアプローチ。ケアマネジャー，**19(7)**:74-81（2017）。
- 2) 山田雅子：認知症の夫をもつ妻への受容までの援助；心理的ステップを活用して。日本ハンセン病学会雑誌，**80(2)**:202（2011）。
- 3) 藤江慎二：老老介護における高齢者虐待の予防的相談面接。高齢者虐待防止研究，**4(1)**:159-167（2008）。
- 4) 堀田和司，奥野純子，深作孝子，ほか：老老介護の現状と主介護者の介護負感に関連する要因。日本プライマリ・ケア連合学会誌，**33(3)**:265（2010）。
- 5) 高崎潔子：ケーススタディー認知症患者。調剤と情報，**18(13)**:57-62（2012）。
- 6) 矢吹知之：家族支援の工夫と実例。認知症ケア最前線，**60**:77-80（2017）。

Q2-3 要介護者同士世帯の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

世帯（高齢者夫婦のみ世帯を想定）が在宅介護を望む間は、住宅改修サービス利用などの在宅介護が継続しやすい環境整備を促す。また、男性介護者の多くは料理が不得手であるなど、家族介護者の性別による需要の違いにも留意し、望まれているサービスを把握するよう努める。家族介護者もしくは被介護者の重篤度が進んだ場合、双方の介護保険サービス利用を勧める。たとえば、家族介護者の下肢筋力低下などが認められてきた場合、「デイケア」「デイサービス」を通じてリハビリを勧めるとともに、被介護者には、認知症対応型通所介護サービス利用を勧める。最終的には、夫婦双方の施設入所も視野に入れる。

解説

身体機能が低下し、介護が必要な高齢者への支援の第一の担い手は「家族」、多くは「子ども」であるが、核家族化が進んだ現在ではそれも多くは望めない。必然的に、要介護者同士世帯は夫婦のみ世帯、老老介護のケースが圧倒的に多くなる。ただ、親子関係が疎遠になっているとしても、連絡が取り得る限りは、子どもに親の現状を伝えることは重要である。同居していない限り、日ごろのようすをみていないことから事態の深刻さを理解しがたく、また、夫婦共に認知症が発症し、成年後見制度導入の必要性などが生じるケースもあるからである。福祉の原則として、家族介護に限界が生じた場合、かつては地縁や血縁などで結ばれた地域の共同体も大きな役割を果たしてきた。現在でも、自主的な見守りなどが機能している地域はあるが、文字どおり地域差がある。現在では、介護保険を通じてサービスを受給し、それでも対応ができない場合は最終的に行政が支援にあたる。この「福祉の実現」の原則に照らして、要介護者同士の夫婦世帯においても、支援を行っていくのがよいと考えられる。

要介護度の程度の違いはあっても、介護者・被介護者双方が、すでに要介護状態になっていることから、介護保険サービス利用は必須である。ただ、サービスを利用したくても「どこに相談すべきか分からない」といったケースがある。この場合、身内や隣近所から地域の「高齢者総合相談センター」や「地域包括支援センター」の利用を勧めるのが望ましい。介護者の要介護の程度が比較的軽く、在宅介護を望む間は、継続しやすい環境整備を促す。たとえば、自

宅に段差が多くある場合などは、介護保険により住宅改修サービスの利用を勧める。また、介護者の性別にも留意する。男性介護者の多くは料理が不得手であるなど、需要サービスが異なるからである。家族介護者に、下肢筋力低下などが認められてきた場合、「デイケア」「デイサービス」を通じて介護者本人のリハビリを勧める。家族介護者の負担感は、被介護者の排泄行為の援助時に大きいとの報告²⁾もあり、同時に被介護者にはこれにも対応してくれる認知症対応型通所介護サービスの利用も勧める。さらに、家族介護者にも認知症の症状が出現し、認認介護に移行した場合には、自分自身に支援が必要という認識もできなくなってくるため、民生委員を中心とした地域の見守りがより重要となる。認認介護の場合には、優先的に入所させてくれる施設もあるため、最終的には夫婦双方の施設入所（措置入所も含む）も視野に入れる。

認認介護に陥る前に、介護者は自分の容態も常に気遣い、軽い症状でも違和感があるときは小まめに病院へ行き、要介護度が進行するきっかけを見逃さないことが大切である。要介護者同士世帯の介護の場合は、病院が介護者側の容体も気にかけて、チェックしてくれると同時に、他機関へも支援要請ができる。

また、定期的に病院に通う機会があると、介護者に認知症の症状が出たときも早めに気づいてもらうことができる³⁾。

文 献

- 1) 社会福祉士養成講座編集委員会：新・社会福祉士養成講座 10；福祉行財政と福祉計画。第4版，2-3，中央法規出版，東京（2014）。
- 2) 堀田和司，奥野純子，深作貴子，ほか：老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因。日本プライマリ・ケア連合学会誌，**33**(3):256-265（2010）。
- 3) イリーゼ（2017）「老老介護・認認介護とは？ 増加している原因と問題点，今後の対策」（<https://www.irs.jp/article/?p=191>）。

Q2-4 認知症の人同士の介護の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

身体管理，服薬管理，金銭管理を中心とした生活支援が中心となる。当事者同士の生活能力を明確にしたうえで，訪問，通所，ショートステイなどの利用を提案し，納得の下で支援につなげる。とくに引きこもりを防ぐために認知症カフェへの参加やデイサービスの利用を勧める。また民生児童委員や地域住民に地域の見守りを依頼し，支援者同士で情報共有を行う。権利擁護や危険回避の観点から，成年後見制度の利用やSOSネットワークへの事前登録を勧める。当事者以外の家族がいれば，当事者が判断できない事柄について考えてもらう。

解説

認知症の人同士の介護に関する研究は，現時点では見当たらないが，認知症の人同士の介護はお互いが当事者であり，介護者でもあるという問題がある。日常生活においては，食事や入浴，排泄など基本的な生活に困難を伴うことが多く，栄養不良や感染症などのリスクが高まるだけでなく，事故の危険性や災害時の危険性もあり，さらに虐待や心中，孤独死など重篤な状況に陥る可能性があるため，早期介入が重要である。

必要な支援には，訪問系のサービスやデイサービス，ショートステイなどがある。

認知症の人同士の介護では，当事者同士が互いに補い合ってバランスをとっていることを考慮し，現在2人でできることと困難なことを明らかにするとともに，生活していくうえで必要なサービスを提案する。当事者同士の理解力や現実検討力が低下している場合には，身のまわりのことを自分たちでできると思い込んでいることもあり，サービス利用を拒むこともある。その場合，支援を受けることで負担が減り，生活が楽になることを説明し，当事者たちに納得してもらったうえで支援につなげる。また当事者たちでできることはなるべく継続してもらい，自分が役に立っているという実感をもってもらうことも必要である。とくに引きこもりを防止するうえでも認知症カフェへの参加を促すことや多くの人とかかわりをもつことを目的としたデイサービスの利用を勧めることは重要である。

一方，地域の見守りは不可欠であり，民生児童委員と近隣の人たちの見守り体制を構築する必要がある。支援者側のキーパーソンを決め，地域ケア会議の

個別事例として取り上げ、主治医やサービス事業所スタッフ、介護支援専門員、民生児童委員などが情報の共有を行い、支援することが必要であり、ICT活用による情報共有も有効である。さらに事故防止の意味で、警察署や交番などにSOSネットワークの事前登録を勧めることや服薬管理に関して薬剤師の協力を得ることも検討してもらう。当事者以外の家族がいれば、当事者が判断できない事柄について考えてもらう必要がある。金銭管理や財産保護に関しては、当事者、あるいは当事者以外の家族とも話し合っ、成年後見制度の利用を勧める。在宅生活が限界に達したときにどのようにしていくのかをあらかじめ考えてもらうことも重要である。

Q2-5

複数の被介護者が世帯にいる場合の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

要介護者の心身の障害内容、生活ニーズには、個別性がある。そのため、要介護者ごとに心身の健康や生活環境、主たる介護者およびほかの家族の介護従事状況、今後の生活場所の希望確認等、ていねいで多角的な評価が重要となる。要介護者の疾患や障害の種類、医療依存度により、要介護者に対する介護方法、医療および介護・保健福祉サービスの提供機関が異なることが想定される。そのため、評価の結果を共有し、協議し合う多機関・多職種協働が重要である。同時に、家族に対して要介護者の状況に合致した疾患や障害に関する正しい知識の提供も必要である。

解説

第一に、家族が対応してきた経過を労いつつ、家族の思いや考えを傾聴することが重要である。家族が有する介護上の不安・困惑、葛藤等の感情に寄り添いながら、これらの感情が生じている点を明確にし、課題解決に向けて共に考えていくような支援計画を立案する。

1人の家族（主たる介護者）が、認知症、精神・発達・知的・身体障害を有する人、ほかの疾患の継続的加療に伴う医療的支援（胃ろう、人工呼吸器、褥瘡などの創部処置、インスリン注射等）を要する人等、複数の要介護者のケアを実施しなければならないとき、主観的・客観的介護負担は増大する。そのうえ、主たる介護者が就労、家事、子育て等、日常的に実施している責務を背負っている場合、さらに負担が増す。主たる介護者の責務や負担の分散可否について、当人の思いも尊重しながら専門職は慎重に評価する必要がある。なかには、ほかの力を借りることに対する抵抗感や罪悪感を有している人がいる^{1,2)}。

一方、要介護者の心身の障害内容、生活ニーズには個別性がある。そのため、複数の要介護者の介護にあたっている家族を支援する場合は、要介護者ごとに心身の健康や生活環境、主たる介護者およびほかの家族の介護従事状況、今後の生活場所の希望確認等、ていねいで多角的な評価が重要となる。

また要介護者の疾患や障害の種類、医療依存度により、要介護者に対する介護方法、医療および介護・保健福祉サービスの提供機関が異なることが想定される。要介護者が高齢者であるとは限らず、乳幼児・学童・青年・中年期である場合もあり、就学や就労に向けた療育・リハビリに家族介護者が同伴対応する場合がある。家族介護者が、それぞれの要介護者にかかわる時間・量・内容は

まったく異なるため、専門職の評価の結果を共有・吟味し合うために、多機関・多職種協働を図りながら、世帯まるごと援助³⁾を実施することが重要である。同時に、家族に対し、要介護者の状況に合致した疾患や障害に関する正しい知識の提供やかかわり方の教授など、教育的支援も必要である。

文 献

- 1) Werner P, Goldstein D, Buchbinder E: Subjective Experience of Family Stigma as Reported by Children of Alzheimer's Disease Patients. *Qualitative Health Research*, **20**:159-169 (2010).
- 2) Werner P, Mittelman MS, Goldstein D, et al.: Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology*, **52**:89-97 (2012).
- 3) 太田眞智子：創造！ 2025年に向けた在宅介護事業。介護と看護，**40**:30-31（2014）。
- 4) 青柳真弓：多職種連携における診療所看護師の関わり。介護と看護，**40**:24-25（2014）。

Q2-6

経済的な困難がある場合の家族支援にはどのようなものがあるか**回答（推奨）**

経済的困難がある場合の家族支援は、何らかの理由により、制度利用へ抵抗感をもつ人も多いことから機関や事業所では早期発見と支援する体制をつくっておくことが必要である。生活が困難になる前の専門職のアウトリーチによる支援を行い「1人で抱えず、そしてあきらめない」ことを伝えることを推奨する。生活困窮者自立支援制度に位置づけられている「自立相談支援機関（相談窓口）」につなげることを目指す。

解説

経済的な困難がある家族へは、まずは「1人で抱えず、そしてあきらめない」ように、さまざまな社会的な支援の仕組みがあることを伝える。利用できる制度やサービスは、居住する市町村や就労する企業等によって利用要件が複雑であり多様でもある。そのため、利用以前に理解に悩む場合が多い。そのようなときにあきらめずに早めに相談することが重要であることを、相談を受ける側も認識しておく必要がある。早めの相談は生活課題の解決に向けた選択肢を広げ、生活を再構成する機会につながりやすくなることをしっかり伝えるよう心がける。

相談につながった段階では、すでに社会や地域から孤立している場合や、複数の機関に相談して疲れきっている可能性がある。さらに、経済的困難、認知症介護疲れ、家族の健康など、生活課題が複雑で多問題である事例も多い。相談を受けた機関は、相談者がこのような状態である可能性を十分に配慮し、単なる情報提供にとどまらず、まずは信頼関係を築くためにもしっかり傾聴し、そのうえで問題を整理する。

生活困窮への予防である方策に関する情報も収集する。とりわけ介護を理由にした離職（介護離職）を防ぐための制度として、介護休業、短時間勤務制度、介護休暇、所定外労働の制限、法定時間外労働の制限、深夜業の制限などがある。そのほかにも独自の制度をもっている企業もあるため、まずは就労する企業等の総務担当に相談をすること確認し勧める。しかし、パート就労などのため企業から十分な支援を受けられない場合があることにも留意する必要がある。

すでに生活困窮状態になっている家族へは、生活困窮者自立支援制度に位置づけられている「自立相談支援機関（相談窓口）」¹⁾への相談へとつなげる。厚生労働省のホームページにも各自治体の窓口名が掲載されているため、支援者

は確認をする。この窓口で相談すると、経済的困難者が必要とする、さまざまな制度やサービスについての情報提供を受けることができる。

また、①自治体が窓口の「生活保護制度」²⁾、②社会福祉協議会が窓口の「生活福祉資金」³⁾、③法テラス⁴⁾利用や司法書士・弁護士による「債務整理」、などの情報を集めておくことが重要である。

「休職・退職の際に利用できる制度等」や「家計を支援する制度等」については、京都地域包括ケア推進機構がまとめた『支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック』⁵⁾にまとめられ公開されている。このような既存の資料を使って相談者といっしょに対策を講じることも効果的である。

以上のように、制度によって窓口がさまざまであるために、実際には相談を躊躇してしまうことにも留意する必要がある。認知症の人の家族であれば、経済的な支援の仕組みに関する情報を収集しつつ、最寄りの地域包括支援センター、自治体の福祉事務所を通じて各申請窓口へのルートを確保することも支援を迅速に行うために有効である。

文 献

- 1) 厚生労働省（2015）「生活困窮者自立支援制度の紹介」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000073432.html>）.
- 2) 厚生労働省（2017）「生活保護制度」（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogu/index.html）.
- 3) 全国社会福祉協議会（2016）「生活福祉資金について」（<http://www.shakyo.or.jp/guide/shikin/seikatsu/index.html>）.
- 4) 日本司法支援センター（2017）「法テラス」（<http://www.houterasu.or.jp/>）.
- 5) 京都地域包括ケア推進機構（2014）「支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック」（http://www.kyoto-ninchisho.org/common/pdf/kyoto_ninchisho_orange_guide_1-33.pdf）.

Q2-7

介護者に発達障害・精神疾患などがある場合の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

発達障害・精神疾患などの明確な診断がある場合と、障害・疾患特性はあるが未診断の場合とがある。両者に共通する点は、介護者も対人関係やコミュニケーション、あるいは日常生活に何らかの支援ニーズを抱えているという点である。支援者は、まず認知症への適切な理解を促し、介護者の思いを傾聴し信頼関係を築くことに努め、介護者自身の困りごとやニーズについて十分なアセスメントを行う。前者の場合、本人の疾患・障害特性に沿った工夫や無理のない介護方法を提案することも可能であるが、後者の場合、本人が自分の特性に気づいていないことや向き合えていないことも多く、被介護者との関係性にも留意しつつ他機関連携の下に支援を進めていく必要がある。

解説

1. 介護者自身のニーズの理解と信頼関係を築くために

- ・介護に対する不安や困難に対する理解と寄り添い：支援ニーズのある介護者は、それまで被介護者に何らかの形で扶養・養護されてきた経験をもつ人も少なくない。またそのなかで介護者と被介護者の関係が良好でなかったり、介護することに精神的な苦痛や不安、強い抵抗感を感じたりする場合もある。たとえば被介護者である親が長年介護者を養護する関係のなかで、介護者に対して非常に指示的である場合、介護者からさまざまな提案をしても受け入れてもらいにくい、拒否されるなどの困難をもつこともある。このような介護者と被介護者の関係性の困難は、虐待などに発展してしまうリスクもあることに留意する。
- ・介護者自身のニーズの理解：発達障害や精神疾患がある場合、一方的な介護、不注意のため服薬管理がうまくできない、衝動的に買い物をしてしまい金銭管理が困難、ギャンブルやお酒などへの依存、片づけられない、セールスなどの被害に遭いやすい、だまされやすい、親戚や近所との関係が悪い、外出できないなど、さまざまなニーズをもっている場合がある。ケースのなかには、自らのニーズを訴えることが困難な人もいることに留意し、傾聴と共感をベースに実態把握を行う。
- ・介護者自身への支援：介護者自身が、支援ニーズを満たされていない状態での介護はさまざまなリスクを伴う。介護者が、必要に応じて利用可能なサ

ービスにつながるよう支援していく。診断や手帳があっても、具体的な福祉サービスを活用していない人もいることから、信頼関係を築きつつ地域の相談支援事業所などにつないでいく。診断のない人の場合、いきなり医療機関受診を勧められることに抵抗があることも多い。この場合は、発達障害者支援センター等に問い合わせ、最寄りの相談機関を利用することから開始する。

2. 介護上の工夫

介護にあたっては、認知症の症状についての理解を進める一方、それぞれの介護者の特性に合わせた工夫が必要である。たとえば、自閉症スペクトラムのある介護者であれば、被介護者の思いを察することや臨機応変な対応が困難な場合がある。この場合、介護の手順をマニュアル化したり、スケジュールを視覚化したりすることが考えられる。ADHD（注意欠如多動性障害）のある介護者であれば、次の予定をアラートで知らせてくれるスケジュール機能のついたスマートフォンアプリを活用する、不安障害で外出不安のために買い物ができないなどの人の場合もネットでの宅配を利用するなど、インターネットやスマートフォンアプリの活用方法を教えることが有効なケースもある。また、介護に困ったときの連絡先を介護者の目のつきやすいところに貼り出しておくなどの配慮も必要である。

3. 介護による症状の悪化

介護によって、元々の症状が悪化するリスクやうつ病に罹患するリスクがある³⁾。定期的なフォローを心がけ、地域での見守りができる支援体制の構築が望まれる。

発達障害やほかの精神疾患の特性や支援ニーズについて支援者が理解を深めておくこと、地域の発達障害者支援センター、精神保健福祉センターなどの専門機関と連携しながら、家族全体を支えていくという視点が重要である。

文 献

- 1) Buck TR, Viskochil J, Farley M, et al.: Psychiatric Comorbidity and Medication Use in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **44**(12):3063-3071 (2014).
- 2) Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al.: Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, **9**:35 (2009).
- 3) 松村 香：介護者の抑うつ状態や介護負担感と「介護に関する困ったことや要望」に関する自由記述との関連。日本健康医学会雑誌, **23**(2):125-135 (2014).

Q2-8

子育てと介護を同時に行っている人(ダブルケア)の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

家族介護者の社会的孤立の防止や不安の解消を目指す。ダブルケアの状態にある家族介護者には、①課題を細分化し、ダブルケアの視点をもった支援、②情報提供が重要となる。まず、ダブルケアの状況は多様であり、子育てと介護、あるいは相互的に発生する問題を同時に解決することは、困難であることを前提にかかわる。ダブルケアは、専門機関および行政窓口が不足しており、社会的認知はまだ薄い。情報提供のポイントは、ダブルケアは社会的課題であることを説明し、ダブルケア経験者が集うネットワークおよび事例を紹介することで不安軽減を図る。

解説

1. ダブルケアの社会的現状

ダブルケアとは「ケアの二重責任」を示す概念であり、子育てと介護の同時進行だけでなく、障害をもつ自身のケアと子育てなど、そのケア関係は多様である¹⁾。現在、子育てと介護の両方の支援を担当する専門機関および行政窓口は少なく、大阪府堺市で先駆的に取り組まれているが、まだ全国的に広がってはいない²⁾。

2. 課題の細分化とダブルケアの視点をもった支援

ダブルケアへの社会的支援体制が整っていない現状で必要なことは、介護と子育ての両専門家がダブルケアの視点をもつことである。たとえば、小学生の子どもの子育てと親の介護を担うケースを仮定して考えてみよう。日中はデイサービスを利用しており、施設の送迎が8時・16時とする。いっけん介護者は日中自由な時間があり、ゆとりのある状況と評価されがちであるが、この送迎時間では子どもの登下校に重なる。そのため、子どもを十分にかまってあげることができないことは、親にとってはささいなことではない。ダブルケア当事者にとって、子育てを十分に行えていないのではないかという不安感は非常に強い³⁾。その不安が、家族介護者としての負担感を増加させていることも考えられる。そのことから、子育て、介護の負担を同時に軽減することを目指すのではなく、それぞれの課題を1つずつ分割し、負担軽減のための優先順を付して段階的に解決していくことを心がける。それぞれの課題を整理するために、

いったんショートステイなどの利用を勧める。同時に支援者は、子育て支援担当課等との連携を図り対応する。

さらに、認知症介護の場合、子どもが物盗られ妄想や暴力の被害に遭う可能性も否定できない。支援者は、被介護者の様態および被介護者が不穏な状態にある際の対応（Q1-15 参照）について助言し家族で話し合い、共有することを勧める。子育ても介護も、担い手である介護者自身の生活の確立を優先することを伝え、それを補う介護サービスを活用するように心がける。

3. 情報提供

神奈川県や岩手県では、ダブルケア経験者が集う「ダブルケアカフェ」が精力的に開催されている^{4,5)}。全国的な広がりはまだであるが、こうした活動を紹介することは、当事者の社会的孤立を防止し、支援のネットワークを広げることにつながる。

文 献

- 1) Yamashita J, Soma N: The Double Responsibilities of Care in Japan: Emerging New Social Risks for Women Providing both Childcare and Care for the Elderly. (Raymond K. H. Chan, Jens Zinn, Lih-Rong Wang eds.) *New Life Courses, Social Risks and Social Policy in East Asia*, Taylor & Francis, United Kingdom (2015).
- 2) 大阪府堺市 (2017) 「ダブルケア相談窓口」 (<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/doublecare1.html>, 2017.11.30).
- 3) 相馬直子, 山下順子: ダブルケア ; ケアの複合化. *医療と社会*, **27**(1):63-75 (2017).
- 4) 神奈川ワーカーズ・コレクティブ連合会 (2017) 「イベント情報」 (<http://www.wco-kanagawa.gr.jp/event.html>, 2017.11.24).
- 5) 一般社団法人ダブルケアサポート (2017) 「平成 29 年度ダブルケアカフェ@奥州市」 (<http://wcaresupport.com/2017/05/246>, 2017.11.30).

Q2-9 遠距離介護の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

遠方の家族は、「同居や近居でなければ、認知症介護は成り立たない」とか「ひとり暮らしは困難」と決めつけ、途方に暮れる場合が多い。

どこで、どのように介護を行うことが本人にとっての自立的な生活につながるか、判断力がある場合は、本人、家族、地域の支援者も含めて、よく話し合うことが望まれる。家族には、本人の希望しない急な環境の変化は症状の悪化につながるケースもあることを理解してもらおう。その際、地域包括支援センターや介護支援専門員、主治医、地域の民生委員等の間で、情報や支援の方向性を共有し得ることを伝える。家族会などがあれば、その存在も提示する。また、支援を継続していくためには、決断や契約が必要となることも多く、家族の存在が重要なことを話す。家族間での意見を調整し、地域の専門職との窓口となるキーパーソンを決めてもらい、連絡方法を確認する。

解説

遠方に暮らす家族は、ふだん、その地域に暮らしていないために、本人の暮らしぶりについてよく理解していない。どういう機関や専門職が支援者となるのかも分からず、結果、本人の意思を確認しないまま、呼び寄せや施設介護を押し進めるケースもみられる。あるいは、どのように介護にかかわればよいか分からず、本人が地域からも家族からも孤立しているケースもみられる。うまく支援にかかわれないことに対して、罪悪感を抱く家族も多い。

まず、家族に対して、地域包括支援センターや介護支援専門員、主治医、地域の民生委員等の間で、情報や支援の方向性を共有し得ることを伝えたい。どのような介護を行うかについては、本人や家族も参加できるサービス担当者会議を開き検討することも提示する。

介護体制を構築する一環として、家族内の意見を調整し、専門職との窓口になる人を決めてもらいたいと提案する。いわゆるキーパーソンである。ただし、提案する際には、必要となる理由と役割をていねいに説明することが求められる。遠くに暮らしていることを責められていると勘違いしたり、「重責」であると尻込みしたりする家族もいるからである。

連絡方法も決めておきたい。なかには、「忙しい専門職に連絡したり、面談を求めたりすることは迷惑になる」と考える家族もいる。「毎回でなくても、帰省時に、事前に連絡をください」と伝えておけば、介護体制の見直しがスムーズ

になるばかりか、家族の不安が軽減するケースもあろう。

実は、遠方にいる家族は、本人の身近にいる専門職を頼りにしている^{1,2)}。反対に、専門職と連絡がつかないと不安になる^{1,3)}。

一方、コミュニケーションを確保しつつ情報提供することが、大きな支援となることもある。本人が嫌がるなどで、通院治療を受けていないケースも珍しくない。その場合、地域の専門病院の所在地や本人に通院治療を促す方法を提示する。治療がスタートした場合の服薬方法なども、共に検討する。

必要とされている情報は、入浴・排泄・食事の介助等のいわゆる介護のことだけではない。本人の生活全体に対する専門職の視点からのアドバイスは、家族にとって大きな安心感となり、新たな選択肢ともなり得る。たとえば、車の運転を継続しており、不安を抱えている家族はとても多い。車の運転をやめた場合の通院、買い物などの手段を提案する。悪徳業者に狙われ被害が生じるようなケースもある。日常生活自立支援事業や成年後見制度についての情報提供も行うとよいであろう。施設介護等の情報提供も、後手に回らない段階で行いたい。

文 献

- 1) NPO 法人パオッコ (2017)「ケアマネジャーとの付き合い方」(http://paokko.org/fact/051_075/)。)
- 2) NPO 法人パオッコ (2017)「遠距離介護の体験談」(<http://paokko.org/experience/>)。)
- 3) NPO 法人パオッコ (2017)「ケアマネジャーとの付き合い方」(http://paokko.org/fact/076_100/)。)

Q2-10 通い(別居)介護者の支援はどのように行うか

回答(推奨)

通い介護者とは、1時間以内で通える場所で、別居しながら介護を続けている家族介護者のことをいう。この場合、要介護者だけではなく、通い介護者も、支援を必要とする家族であることを前提として支援にあたる。住まい間の距離だけでその負担を判断せず、介護者の支援状況や内容をよく聞き取り助言するよう心がける。そして、要介護者の支援状況について介護者を含む多職種で共有し、緊急時の体制を整え、介護負担を軽減できるような介護保険内・外の支援サービスの情報を提供する。また、通い介護者特有の負担をとらえてその相談に対応し、地域やご近所および家族間の関係調整を行う。

解説

介護が必要な状態になっても、自宅での生活を望む高齢者は35%を超えている¹⁾。しかし、世帯構成をみると、単独世帯と夫婦のみ世帯がその多くを占め、子どもとの同居率は減少の一途をたどっている²⁾。住み慣れた地域・家ですごしたいという高齢者の希望も尊重したいが、子ども自身のライフスタイルもすでに確立されているため、介護のために転居・同居をするという選択は容易にできるものではない。以上のことから、別居の家族が通いながら介護を続ける「別居(通い)介護」は、今後も増加し続けるであろう。

介護は、日常生活にかかわる継続的な営みであるため、一口に別居(通い)介護と言っても、住まい間の物理的な距離の違いは、支援策を考えるうえでの重要な指標となる。支援者は、物理的な距離によって異なる状況を把握し、その不安感を傾聴する姿勢が求められる。たとえば、通い介護の場合は、食事や排泄の介助など日常的な支援を主に行う傾向がある。距離が遠くなるほど、電話や帰省等によって状態を確認し、見守るなどの情緒的な支援が主となり、介護に対する不安が強くなる傾向がある。また、交通費などの経済的な問題も大きくなる³⁾。その一方で、住まい間の距離では比べることのできない負担があることも認識しなくてはならない。通い介護者の場合、「自分がないときの不安」「自分の生活と要介護者の生活の維持」「家族間の関係性」という問題が顕著となる。生活を共にしていないということは、自身の不在時になにか問題があったらどうしようという不安を常に抱えることになる。とくに認知症の場合には、地域生活のリスクは高まり、見守り等の必要性がさらに高くなることから、介護者の抱える不安や負担は想像以上に大きくなる。また、別世帯での介

護であるため、自分の世帯の生活を維持しながら、要介護者の生活もサポートしなくてはならない。自身の家での家事炊事を行い、要介護者のところの家事援助も行う。ゴミ出しのことも気にしなくてはならない。ご近所との関係を築くことも必要となる。仕事の休日を返上して通う場合もあろう。通い続けることへの精神的・身体的負担は、通い介護者に特有のものといえる。このような、両者の生活の維持に伴う日常的な負担の積み重ねにも、配慮が必要である。同居の場合と異なり、別居の家族員で分担して通うことがあるため、主介護者が特定できない場合もある。このような状況は、家族間での認識のズレを生み、責任の押しつけ合いや家族員への不満など家族の問題を明るみにさせるであろう。以上のことから、通い介護者への支援方法としては、要介護者の支援状況について介護者を含む多職種で共有し、緊急時の体制を整えること、介護負担を軽減できるような介護保険内・外の支援サービス（見守り・安否確認・配食等）の情報を提供すること、通い介護者特有の負担をとらえてその相談に対応すること、地域やご近所および家族間の関係調整などが挙げられる⁴⁾。いずれにしても、介護を担う家族を社会資源の一部としてだけでなく、自らも支援を必要とする家族であることを忘れてはならない。

文 献

- 1) 内閣府（2017）「平成 29 年版高齢社会白書；平成 28 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」（<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html>, 2017.12.3）.
- 2) 厚生労働省（2017）「平成 28 年度国民生活基礎調査」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>, 2017.12.3）.
- 3) みずほ情報総研：家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業；別居介護・遠距離介護祖をめぐると支援のあり方（平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業報告書）。みずほ情報総研，東京（2012）.
- 4) 松下光子，米増直美：ケアマネジャーの通い介護家族への支援経験と支援についての意見。岐阜県立看護大学紀要，**10**(1):43-50（2009）.

Q2-11 介護者が男性の場合の支援はどのように行うか

回答（推奨）

責任感が強く、弱音を吐かずに介護を抱え込むことが男性の介護の特徴といわれる。ただ、留意したいのは、男性介護者といっても一様ではないということである。続柄や年齢等、介護者の属性によって抱える課題は異なってくる。ステレオタイプの理解と対応ではなく、信頼関係を築くことが支援の第一歩である。訴えにしっかり耳を傾け、多くの支援者や社会資源の利用の有用性を介護者への共感をもって助言し、対応することが必要である。

解説

多発する虐待や心中・殺人等の不幸な介護事件の加害者として、男性介護者が多くを占めていることは、政府統計や多くの調査研究が指摘している¹⁻³⁾。

男性介護者の介護スタイルは、男性による介護体験記⁴⁾が詳細につづっており、またその調査研究も近年増えているが⁵⁻¹¹⁾、一般的には次のようにいわれている。弱音を吐かずに助けを求めようとしない、本音を言わ（え）ず多くを語らない、研究熱心でより質の高い介護を追求する、責任感が強く1人で介護を抱え込む、被介護者の状態改善のために労を惜しまず献身する。また、こだわりの強い介護方針で、介護事業者とのトラブルが絶えないとの指摘もある。介護が始まれば炊事・洗濯など家事にも苦勞し、仕事との両立や家計の不安も増大し、孤立を深めるなど生活全般が深い葛藤要因となる。

こうした「家族主義」と「男らしさ」が深く刻印される男性の介護実態や介護スタイルの傾向は、支援する側とのコミュニケーションの課題を際立たせている。男性に特化した固有の支援策の必要性の根拠として強調されている。その第一関門は、相談場面である。介護者の訴えを整理し、課題を1つひとつ解きほぐし確認していくような介護者と支援者の共同作業を必要としている。ただ、支援において留意したいのは、男性介護者といっても決して一枚岩ではないということである。世代（年齢）や続柄（夫・息子¹²⁾）、生活（有業・無業）、家族（既婚・未婚）等、介護者の属性によって随分と異なる様相を呈している。ステレオタイプの理解と対応ではなく、対等なパートナーとしての信頼関係を築くことが、支援の第一歩である。

介護が始まれば、これまでの日常を一変させるような「つらくてたいへん」な暮らしが待っている。ただそれは、「つらくてたいへん」なことだけではない

ということを多くの男性の介護者は語り綴っている。介護のある暮らしには、健康なときには気づかなかつた、あるいは価値を見いだすこともなかつた世話をする、されることへのささやかなりとも希望や喜びもあるということである。つらさを潜り抜けた際に生じる気づきは、今日を生き明日をみようとする力にも連なるが、こうした発見や気づきは、介護者同士の交流のなかでは頻繁に起動していることが検証されており、ケア・コミュニティ¹³⁾と称されるゆえんでもある。このコミュニティの開発に支援者・支援機関はどのように関与するかが問われている、コミュニティを媒介にした双方向性と当事者性を組み込んだ支援の課題であるが、虐待の防止においても重要である。介護者もまた支援の対象であるということをおぼろげに忘れてはならない。

文 献

- 1) 厚生労働省：高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果（各年度）。
- 2) 加藤悦子：介護殺人；司法福祉の視点から。クレス出版，東京（2010）。
- 3) NHK スペシャル取材班：母親に，死んで欲しい；介護殺人・当事者たちの告白。新潮社，東京（2017）。
- 4) 男性介護者と支援者の全国ネットワーク：男性介護者 100 万人へのメッセージ；男性介護体験記。第 1～5 集，クリエイツかもがわ，京都（2009～2013）。
- 5) 一瀬貴子：在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題；高齢男性介護者の介護実態に着目して。家政学研究，**48(1):28-37**（2001）。
- 6) 津止正敏，斎藤真緒：男性介護者白書；家族介護者支援への提言。かもがわ出版，京都（2007）。
- 7) 森 詩恵：男性家族介護者の介護実態とその課題。大阪経大論集，**58(7):101-112**（2008）。
- 8) 森泉保子，小林和美，川野雅資：認知症の妻を介護する夫の実情；夫の『語り』から男性介護者支援を考える。臨牀看護，**35(11):1689-1694**（2009）。
- 9) 一般社団法人全国介護者支援協議会（2011）「男性介護者に対する支援の在り方に関する調査研究事業報告書（平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）」（http://zenkaikyo.or.jp/pdf/report_all.pdf）。
- 10) 工藤雄行，小池妙子，寺田富二子，ほか：在宅認知症者に対する男性家族介護者支援の方向性；フォーマル，インフォーマルサポートの側面からの検討。弘前医療福祉大学短期大学部紀要，**4(1):43-54**（2016）。
- 11) 彦 聖美，大木秀一：男性介護者の健康に関連する社会的決定要因と支援の方向性。石川看護雑誌，**13:1-10**（2016）。
- 12) 平山 亮：介護する息子たち；男性性の死角とケアのジェンダー。勁草書房，東京（2017）。
- 13) 津止正敏：ケアメンを生きる；男性介護者 100 万人へのエール。クリエイツかもがわ，京都（2012）。

Q2-12

虐待とは言いがたいがそのリスクが高いケースへの支援をどのように行うか

回答（推奨）

高齢者虐待防止法では、「身体的虐待」「心理的虐待」「介護の放棄・放任」「経済的虐待」「性的虐待」の5つの虐待を定義し、虐待のおそれの段階での通報義務（努力義務含む）を課している。認知症高齢者は、これまでの研究で虐待を受けるリスクが高いことが指摘されており、とくに高齢者のADLや介護状況が変わったときは、虐待が発生する契機となったり、エスカレートする可能性があるため、注意して虐待の芽の段階で発見し対応できるよう、本人の状況だけでなく介護者の心理や介護負担をアセスメントすることが必要である。

解説

平成27年度の高齢者虐待防止法に基づく調査では、虐待発生の要因としては「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」が1,320件（25.0%）でもっとも多く、「虐待者の障害・疾病」1,217件（23.1%）、「被虐待者の認知症の症状」852件（16.1%）であり、被虐待高齢者に認知症がある場合、介護等放棄を受ける割合が高いと報告されている¹⁾。

1. 虐待発生リスクのアセスメント

介護者の介護疲れや介護ストレスにより虐待のリスクが高まることから、まずは、介護者の介護状況や介護負担度をアセスメントする必要がある。高齢者の状態の変化や家族介護者の体調や状況に変化があった場合には、何らかのサービスを導入することを提案する、あるいはショートステイなどを利用して介護負担感を軽減することで、事態が好転する可能性がある。しかしサービスの利用を拒否する場合には、第三者の介入がなく、在宅の密室性が高まるために虐待が発生しやすい、あるいはエスカレートしやすい可能性がある。その場合は、地域包括支援センターが認知症高齢者の家族介護者にアウトリーチすることにより、一定の事態を好転させ、問題の複雑化・深刻化を防ぐことが有効である²⁾。

2. 虐待発生を予防するための介護者への支援

高齢者虐待において、生命にかかわる深刻な虐待であっても、そうでない虐待であっても、介護者が虐待をしているという自覚や被介護者である高齢者が虐待を受けている自覚がない割合は変わらない³⁾。また、「夫が妻」「息子が母

親」の場合、介護放棄の蓋然性を自覚しづらい傾向があったという報告もある

4) 介護者や高齢者の虐待の自覚の有無にかかわらず、あくまでも客観的な事実から、虐待が起きていないかを判断することが重要である。とくに、被介護者である高齢者に認知症がある場合には、行動・心理症状（BPSD）が家族関係を悪化させ、介護等放棄や心理的虐待に至る可能性が高いことや 5) 介護者の怒りが不適切な介護に関連するという報告がある 6) 介護者が介護ストレスや怒りを発散できるよう、介護者の話を傾聴することや、介護者の休養のためのショートステイの利用の勧奨、同じような介護者と交流できる認知症家族会や認知症カフェを紹介するなど、介護者自信の QOL 向上のための支援が、虐待のリスクを低減するための介護者への支援として重要である。

文 献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者支援課（2017）「平成 27 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000155598.html>).
- 2) 久松信夫, 小野寺敦志, 加藤伸司, ほか: 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**(4):780-791 (2016).
- 3) 高崎絹子, 岸恵美子, 吉岡幸子, ほか: 在宅高齢者に対する虐待事例の「深刻度」とその関連要因; 全国の実態調査をもとにして. 高齢者虐待防止研究, **1**(1):79-89 (2005).
- 4) 矢吹知之, 吉川悠貴, 阿部哲也, ほか: 認知症家族介護者における高齢者虐待の蓋然性自覚の生起要因; 介護者と被介護者の続柄および性別による検討. 老年社会科学, **37**(4):383-396 (2016).
- 5) 日野和子, 手嶋真由美, 多田功文, ほか: BPSD が家族関係を悪化させ「ネグレクト」「心理的虐待」に至った事例. 訪問看護と介護, **18**(6):456-459 (2013).
- 6) Gordon M, Jordan IK, Daniel WD, et al.: Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *The Gerontologist*, **50**(1):76-86 (2017).

Q2-13

虐待の疑いがあるがお互いに離れられない(共依存)家族への対応はどのように行うか

回答 (推奨)

高齢者虐待における共依存ケースの大半は、自立した生活がむずかしい介護者が経済的・精神的に被介護者に依存し、被介護者もそれに抗わない関係であり、その次に多いのが若いころからの DV 夫婦が高齢化したケースである。両ケースにおける対応の第一優先は、被虐待者の生命の救出とそのリスクを徹底的に下げることである。ただし、前者のケースにおける長期的展望としての優先は、家族介護者の自立であり、その多くは、分離という形をとることになる可能性が高い。

解説

共依存という用語は、もともとアメリカの依存症臨床のなかで生まれた言葉である。たとえば、アルコール依存症の夫が大量飲酒のために仕事に行けず無収入で、周囲の人との関係性も失い、自宅で家族に暴力をふるうにもかかわらず、なぜ妻は離婚しないのかという疑問から生まれた。結局、妻全員とはいわないが、そのようにだめな夫の世話をすることで、自分の存在意義を見いだすという妻の心性が示唆された。「世話をする」はそのまま「支配する」「コントロールする」ことに簡単に移行する。つまり共依存とは、アルコールに依存する夫の世話をすることで妻は夫をコントロールし、夫(依存症者)は飲酒「する—しない」で妻をコントロールするという病的な依存関係のことを表している。結果的に、両者が互いに相手の自立を阻むことになり、そのことについて本人は気づいていないことが多い。自立した人同士が複数の対象に依存するのは健全な関係であるが、自分の人生や生活、安寧を保つ責任を放棄して(蓋をして)、他者のことに固執する(支配しようとする)姿勢は、嗜癖的な対人依存である。依存症には、アルコールや薬物等への物質依存、ギャンブルや盗癖などの行為依存、それと共依存を典型とする対人依存があるが、依存の本質は対人依存である。対人依存は、ほかの依存と比較して第三者から掌握しづらいという特徴がある。

高齢者虐待の共依存ケースで多いのは、暴力をふるって母親の年金でギャンブルを続ける息子、息子に暴力をふるわれてもそれを言わずに「転倒した」と嘘をつく母親(ときに、認知症ゆえに暴力を受けていることを言えないこともある)、暴力が悪化していよいよ SOS を求めてきても、分離後になにかしらの理由をもって虐待者の元に戻ろうとする、それを何回も繰り返すというパターン

ンである。そのような中途半端な状態が何年も、数十年も続くこともあり、支援者や援助職者も疲弊する。共依存ケースを支援するうえでのアセスメントの基本としては、対象を家族システムとしてみることを推奨する。たとえ、現在は母と息子の2人きりの家族であっても、それまでの彼らの長い家庭（最小単位の社会システム）の歴史の結果である。自立した子どもは、成人になれば自ら家庭を出て行く。自立できない子どもは、親が養う力があるうちは保護され、それなりに生活が維持できるかもしれないが、その親が加齢でままならなくなったとき、自ら自立できない子どもが親の介護を担うことは困難である。したがって、このような共依存ケースへの対応は、いかに虐待者の自立を促すかが課題である。対応の第一優先は被虐待者の生命の救出とそのリスクを徹底的に下げることであるが、長期的展望としての優先は、虐待者の自立であり、その多くは分離という形をとることが多い。分離は、家族の歴史の最終幕ではなく、新しい歴史のスタートにもなり得る。それまでの家族システムの悪循環をいったん止める、なにかきっかけをつくる、普段と違う新しいことを始めることを目指す必要がある。なお、自立していない虐待者と、被虐待者の支援はそれぞれ別部署が担当し、連携して取り組んでいくことが重要である。

Q2-14 独居者の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

独居の場合、認知症が中等度、あるいは軽度であれば、何らかの介護サービスを利用して生活を維持していくことができるよう支援計画を立てる。別居の家族がいる場合は、あらかじめどの程度協力できるかを確認し、支援計画に入れる。サービスを受けていても、高齢者の認知症は進行し、その日の状態でも変わるため、高齢者の状態を観察し、変化がみられた場合には関係機関で情報を共有し、サービスを増やす必要があるかを検討する。認知力・判断力が低下し、在宅での生活継続が困難になった場合は、日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用し、その人らしい生活ができるよう支援する。

解説

これまでの文献検討から、独居の認知症者高齢者の課題は、「支援ネットワークによる早期介入の確立」「認知症状および生活能力に対する医療従事者の正確な診断・アセスメント」であると示されている¹⁾。独居の場合、早期から見守りネットワークなどを活用して孤立させないための支援を行うこと、医療職も交えて認知機能症状や生活能力のアセスメントを行い、必要な支援計画を立てることが大切である。

1. 認知症の独居者のアセスメントと支援

独居の場合は、本人が認知症の発症や症状の進行に気づかず、診断や治療が遅れる可能性がある。そのため、定期的な訪問により、症状の進行はもちろんのこと、生活能力の低下をアセスメントすることが必要である。本人が受診を拒否する場合には、別居の家族に協力してもらい受診を説得してもらうが、独居でまったく身寄りがない場合は、保健所の精神保健相談や精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班²⁾などのアウトリーチを依頼すること、初期であれば認知症初期集中支援チームに協力してもらうことも有効である。認知症状が進行し、日常生活の金銭管理がむずかしくなった場合には、日常生活自立支援事業が利用できるが、サービスを受けるかどうかの判断やそれに伴う契約が行えなくなってしまった場合には、成年後見制度の有効利用が不可欠である。しかし独居認知症高齢者は、その必要性を認識しその利用を求めることがむずかしいため、地域包括支援センターが適切に利用できるよう支援する³⁾。

2. 孤立させないための地域との連携

本人がサービスを拒否する場合には、「セルフ・ネグレクト」として対応する必要がある。セルフ・ネグレクトは自己放任であるが、認知症の場合、自分の行為や行為の結果が分からず、生命や安全がおびやかされる非意図的なセルフ・ネグレクトである。独居のセルフ・ネグレクト状態の高齢者の特徴として、男性、60代が多いことが報告されており⁴⁾、男性はとくに近隣との交流が乏しく、地域から孤立しやすい。また、セルフ・ネグレクト状態をいくつかのパターンに分けたとき、「不衛生型」よりも「拒否・孤立型」のほうがより深刻な状態に陥りやすい⁵⁾。孤立死予防対策として、民生委員、見守りボランティアなどの訪問が必要であることはもちろんのこと、地域住民や商店街、新聞配達などの民間事業者にも協力してもらい地域の見守りネットワークを構築していくことも必要である。緊急通報システムの設置や、見守りのためのさまざまなIT機器を、マンパワーによる見守りと合わせて活用することも有効である。

文 献

- 1) 松下由美子：一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー。日本在宅ケア学会誌，**15**(2):25-34 (2012)。
- 2) 大島健一，佐藤陽子，久野美也子，ほか：東京都の高齢者精神医療相談班の活動について。老年精神医学雑誌，**20**(6):661-667 (2009)。
- 3) 松崎吉之助：独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申し立て支援に関する研究；地域包括支援センター社会福祉士による支援プロセス。日本認知症ケア学会誌，**11**(2):506-515 (2012)。
- 4) 岸恵美子，吉岡幸子，野尻由香，ほか：セルフ・ネグレクト状態にある独居高齢者の特徴；地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より。帝京大学医療技術学部看護学科紀要，**2**:1-21 (2011)。
- 5) 齊藤雅茂，岸恵美子，野村祥平：高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連。厚生の指標，**63**(3):1-7 (2016)。

Q2-15

介護サービスを拒否する(できる限り自分で介護をしたい) 人の支援はどのように行うか

回答 (推奨)

介護サービス拒否については、まずは、なぜ拒否をするのかその理由を確認する。「できる限り自分で介護をしたい」という理由であっても、なぜそのように思うのかを介護者から聞き、問題解決の方向性を探る。介護者の介護をしたいという気持ちを尊重しつつ、介護能力や介護負担度から、介護サービスを利用することを助言する。介護サービス拒否で、サービスをまったく受け入れない場合は、専門職による定期的な訪問を行い、高齢者の状況や介護者の状況を確認し、状況の変化があった場合にはサービス導入を勧め、高齢者虐待予防のためにも第三者が見守りを継続することが必要である。

解説

介護者が、サービスを拒否する理由を以下の視点で分析し、問題解決の方向性を探る。

1. 介護サービス拒否のアセスメント

性別による役割意識が強い人では、サービスへの抵抗感が強いことや¹⁾、介護は家族の義務であると考えている介護者は、精神的健康と主観的健康に悪影響を及ぼすという指摘²⁾があり、家族介護を介護者自身がどのようにとらえているかは、介護者の健康にも影響を与える。家族介護者とほかの家族メンバーで、介護に関する考えが異なる場合には、専門職が調整して必要なサービスを導入することや、ほかの家族メンバーに介護に協力してもらうことで、主介護者の負担を軽減して介護を継続していく方法をいっしょに考えていく。サービス拒否の原因が経済的負担である場合に、介護者がなかなか言い出せないこともある。減免などの対象にならないかを確認するとともに、ほかの家族メンバーによる介護の協力の可能性、介護保険以外の在宅サービスを導入できないかを検討する。

2. 依存と家族支援

介護者と被介護者の2者間の役割が固定化していくと、容易に支配関係に陥り、依存、あるいは共依存に陥りやすい³⁾。このような場合は、家族をシステムととらえ、機能不全に陥っていないかなど、ほかの家族メンバーからも話を聞くことで、家族の力関係が浮き彫りになり、問題解決の糸口につながる可能性

がある。介護者の気持ちを尊重しつつ、繰り返し訪問することで信頼関係を築き、さまざまな選択肢を提示することで介護者自身が自己決定していくことができるように支援し、介護者自身を自立に導くことも家族支援につながる。介護支援専門員や地域包括支援センターが定期的にモニタリングやアウトリーチを行うことが有効である⁴⁾。

3. セルフ・ネグレクトと家族支援

介護者が依然としてサービスを拒否する場合には、介護者のみならず家族全体が社会から孤立する可能性がある⁵⁾。自らはSOSを出さない家族であることが少なくないため、孤立させないように、近隣住民や地域に理解や協力を求め、なにかあったときに連絡してもらえるよう地域に働きかけることや、今後のリスクを予測し、「やむを得ない措置」を視野に入れて対応をあらかじめチームで検討しておく。

文 献

- 1) 岸恵美子：性役割意識が介護サービス利用に及ぼす影響。女性心身医学, **7(2)**:226-237 (2012)。
- 2) Philip S, Bob GK: The Effects of Familism and Cultural Justification on the Mental and Physical Health of Family Caregivers. *Psychological Sciences*, **66B(1)**:3-14 (2010)。
- 3) 松下年子：家族介護者と共依存。日本認知症ケア学会誌, **13(3)**:560-567 (2014)。
- 4) 久松信夫, 小野寺敦志, 加藤伸司, ほか：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(4)**:780-791 (2016)。
- 5) 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, ほか：専門職がかかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題；地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より。高齢者虐待防止研究, **7(1)**:125-138 (2011)。

Q2-16

認知症の本人が介護サービスを拒否している場合の支援にはどのようなものがあるか**回答（推奨）**

認知症の非薬物療法のひとつとして、心理状態の安定のために対人交流の機会の提供は重要であり、そのことが行動・心理症状の予防や予後の改善につながる可能性がある。本人が介護サービスを拒否している場合、まず信頼関係を築くことから開始する。また、本人が信頼している友人や家族の協力を仰ぐことも有効なことがある。このような支援が遅れれば遅れるほど、さらにサービス利用が困難となることが多いため、できる限り早期より切れ目のない支援が必要である。

解説

一般に認知症の非薬物療法として、本人の自己肯定感の向上や心理状態の安定化のために、コミュニティとのつながりの維持や、ピアサポート（当事者同士の交流）の機会の提供が重要である¹⁾。一方、認知症においては、初期より意欲・自発性の障害などにより自宅に引きこもりの状態となり、家族以外の人との交流がほとんどないことも多い。この原因のひとつとして、自己肯定感の低下により失敗することを恐れ、外出することを尻込みしていると考えられる症例も少なくない。それらの事例では、何らかのきっかけで地域との交流が再開されたり、デイサービスなどの場に参加できるようになったりすると、表情が明るくなったり、易怒性や抑うつなどの行動・心理症状が改善することもある。さらに、自宅に引きこもる状態は日中の覚醒水準の低下をきたしやすく、その結果、夜間の不眠やせん妄などを引き起こしていることもある。

これらのことから、介護サービスの利用は単なるレクリエーション活動や、家族の介護休憩といったことだけではなく、本人の自己肯定感を改善させるために必要な治療ととらえることが必要である。

本人に介護サービスが必要であると考えられるにもかかわらず、サービスの導入に抵抗している場合、まず、本人や家族介護者にピアサポートの場が必要であることを説明する。そのうえで軽度のレベルであれば、本人が以前から培ってきた友人関係、地域とのつながり、趣味活動の場などのなかで本人の社会活動が継続できないか検討し、友人などに協力を仰ぐ。地域で開催されている認知症カフェなどを利用することも有効な手段である。それらがむずかしいようなら介護保険を申請し、デイサービスの導入を検討する。

デイサービスの選択にあたっては、本人の性格、社会性スキルの程度、趣味

や特技などを考慮し、もっとも適切なデイサービスを選択する必要がある。さらにデイサービス担当者が何度か本人の自宅を訪問し、信頼関係を築いておくなどの工夫や、サービス利用初日は、介護者や本人が信頼している人が同伴したり、一般の送迎車ではなく介護者の車を利用したりするといった細かい工夫や当日、なにをしてもらうかといった詳細な準備が必要である。

本人がヘルパーなどの導入に抵抗している場合も、まず信頼関係を築くことから始める必要がある。

このような支援が遅れば遅れるほど、本人の心理は不安定となり、さらにサービス利用が困難となることが多いため、できる限り早期より切れ目のない支援が必要である。

文 献

- 1) 日本認知症ケア学会編：改訂5版 認知症ケアの実際Ⅱ；各論．ワールドプランニング，東京（2016）．

Q2-17

若年性認知症の人を介護する家族の支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

若年性認知症の人の家族に関しては、介護者となる配偶者、子ども、そのほかの家族が考えられる。配偶者はもともと身近な家族であり、認知症という疾患に関する不安（症状への対応、治療、予後など）に加え、介護者としての不安、経済的な不安がある。子どもには、変わっていく親に対する不安やときには嫌悪、遺伝に関する不安がある。また、被介護者の親が、病気の原因を配偶者にぶつけるケースもあり、これらに対する支援をしていくよう助言する。

解説

若年性認知症の人を介護する家族の支援は、認知症高齢者の家族支援とは異なる側面がある。介護者の多くは配偶者であり、自らも現役世代であることが多い。介護のため、休職や退職することになると経済的な問題が生じる。また、もともと働いていた人ばかりではなく、専業主婦が認知症になった場合、家事をだれが担うかという課題が生じる。被介護者の日中の居場所を確保すること、介護者が離職しないですむよう、企業等の制度を利用することを勧める。

未成年の子どもが同居する場合、疾患の進行に伴う親の変化によって、養育者の役割をもっていた親が心理的に失われていくという経験をするようになる。子どもに対する直接的な影響だけでなく、ほかの家族にとっても大きな心理的負担となる。子どもに対しては、“疾患に対する子どもの理解や受け入れ”への支援を行う。子どもの年齢による影響が大きいですが、親の認知症への理解の程度にも影響される。認知症啓発のためのパンフレットなどで子どもにも理解できる内容のものを提供する。子どもが思春期である場合は、現実を受け止めるのに困難を伴うことが多い。子どもが成人して働いている場合は、親が働けなくなることで、子どもの仕事と介護の両立という課題が出てくる。子ども世代は、これから社会のなかで長く働く世代であり、再就職が容易でないこともあり、介護のために退職する決意をすることは困難である。介護による退職に至らないような支援が必要である。

同居していない家族や、被介護者の親がかかわってくる場合もある。遠方にいる家族に対しては、正確な情報を提供することで理解と協力が得られるようにする。親世代は、自分の子どもが認知症になることを受け入れられないかも

しれない。医療者などと連携して病気に対する理解を深めてもらうとともに、傾聴しつつ情報提供していく。また、被介護者が独身の場合には、親が介護するケースもある。介護者となる親自身にも疾患があったり、経済的に余裕がなかったりすることもあるため、介護保険サービスや障害年金など公的サービスを最大限利用できるようにして、介護者の負担を減らすよう提言していく。

文 献

- 1) 鈴木亮子, 森 明子, 小長谷陽子: 若年認知症の人の家族を支援するうえでの課題. 日本認知症ケア学会誌, **9(1):73-82** (2010).
- 2) 駒井由紀子, 野々山陽子, 森田絵里: 「若年性認知症に対する相談支援ツール」作成のための研究; 若年性認知症支援コーディネーターによる相談支援について. *Journal of Seizon and Life Sciences*, **26(1):243-260** (2015).
- 3) 戸田愛子: 発症に伴う世代間の葛藤おはよう 21, **24(10):70-71** (2013).

Q2-18 家族介護者の健康づくりのための支援をどのように行うか

回答（推奨）

わが国の家族介護は、「老老介護」が強いられる場合が多く、認知症高齢者の介護によるストレスや疲労感の増加が懸念されている。仮に、家族介護者の健康状態が損なわれれば、在宅介護は立ち行かない。そこで、家族介護者の健康づくりを支援するためには、介護者を介護による拘束から解放するために、短期入所サービスを積極的に活用することや、個人や集団を対象に、リラクセス法やコミュニケーション法、抑うつや怒りに対するコーピング法を学ぶ機会を定期的に設定すること、そして、家族介護者自身が、日ごろから痛みの緩和や転倒予防を念頭においた、いつでもどこでも実施できる体操等の運動を実践し、地域住民と交流できる場への参加を提案する。

解説

一般的に、家族介護者は、抑うつ症状や健康状態の悪化、失業、社会的孤立といった問題を抱える可能性が高いと考えられるが、介護そのものは必ずしも、抑うつ、健康状態、社会的孤立に悪影響を与えているわけではなく、要介護家族との同居、収入の不足、地域のケアサービスへの不満などが関係していることが指摘されている¹⁾。わが国における認知症高齢者の6割以上が同居している家族であり、その内訳は、女性が66.0%を占め、60歳以上が男女とも70%を占めていることから²⁾。いわゆる「老老介護」が強いられ、その多くが高齢女性であることがうかがえる。そうしたなかで、認知症高齢者の介護により以前よりも生活がしづらくなった点として³⁾、ストレスや疲労感の増加、自由に使える時間の減少や睡眠不足に加えて、排泄介助等で中腰姿勢に伴う慢性的な腰痛や膝痛、夜間の徘徊につき合うことでの疲労による意識低下に伴う転倒も懸念される。いったん、家族介護者の健康状態が損なわれれば、在宅介護は立ち行かないため、家族介護者の健康づくりを支援するための効果的な方法を示す。

家族支援のあり方に関するアンケート結果³⁾と、認知症高齢者の介護にかかわるさまざまな精神的なストレスに伴う抑うつなどの精神症状を緩和する効果を示した精神療法的介入の知見⁴⁾から、以下のことを提案する。

- ①介護者を介護による拘束から解放するための短期入所サービスの活用
- ②適切なストレスマネジメントを指導する認知療法的アプローチ法として、
リラクセス法やコミュニケーション法、抑うつや怒りに対するコーピング

法を学ぶ機会を定期的な設定

- ③認知症高齢者と介護者本人へのサポートグループの電話相談によるフォローアップと、認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）への対処法と介護者のストレスコーピング法を学ぶ機会の設定

次に、認知症の介護に従事する家族介護者は、介護ができなくなることを避ける意味で、日ごろから痛みの緩和や転倒予防を念頭においた「体づくり」が必要である。そこで、いわゆる「普通の高齢者」に求められる運動の知見を参考に、いつでもどこでも実施できる体操等の運動を実践し⁵⁾、地域住民と交流する場への参加を提案する。

文 献

- 1) Robison J, Fortinsky R, Kleppinger A, et al.: A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, **64B**(6):788-798 (2009).
- 2) 厚生労働省（2016）「平成 28 年国民生活基礎調査の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>, 2017.12.10).
- 3) 公益社団法人認知症の人と家族の会：認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書；介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケート。平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業，認知症の人と家族の会，京都（2012）。
- 4) 大村裕紀子，深津 亮：認知症のケアラーが経験する喪失体験とこれに対する精神療法的介入について。老年精神医学雑誌，**25**(9):1000-1008（2014）。
- 5) 植木章三：ボランティアによる高齢者への運動普及。体育の科学，**64**(12):863-867(2014)。

Q2-19 家族介護者の心の健康のための支援をどのように行うか

回答（推奨）

家族介護者の心の健康状態をアセスメントする。精神健康やうつ、介護負担感、ストレスなどの評価尺度の適用も可能である。家族介護者に強い介護負担感やストレス状態が認められた場合には、うつ病や心身症のリスクが高いため、本人の意思の尊重を前提として専門医の受診を勧める。家族介護者が孤立しないように配慮し、介護負担軽減の可能性を検討することも有用である。面接は、受容的・共感的・支持的に傾聴する姿勢を基本とする。

解説

家族介護者の心の健康支援の前提は、家族介護者の心の健康状態をアセスメントすることである。この際には、信頼性と妥当性が検証されている介護負担感尺度¹⁾や精神健康度、抑うつ、ストレスなどの評価尺度を用いることが有用な場合もある。

家族介護者との面接で専門職は、不安、抑うつ、怒り、苦悩、悲嘆、負担感、絶望などの否定的な感情やそれに結びつく発言などを敏感に受け止めることが必要である。家族介護者が、自分自身で対処できないほどの否定的な感情や困難感をもつと考えられる場合や、それを訴えている場合、あるいは専門職からみて、明らかに通常の範囲を超えて心の健康を損なっているとの危惧を感じた場合には、介護者自身の理解と承諾が得られれば、専門医への受診を勧めることが望まれる。介護者自身が心の健康に問題を感じていても、自分自身で対処したいと希望する場合には、楽しい体験を増やすことや休養などを通じた介護負担軽減や、認知症カフェや家族会への参加²⁾を勧めることが考えられる。家族介護者の心の健康の経過を見守ることは重要であるが、とくにうつ病は自殺のリスクが高いため、自殺徴候を見逃さないように留意することが必要である。

家族介護者は、負担感やストレスが強い場合には、うつ病^{2,3)}や心身症を発症するリスクが高まる。介護ストレスに対しては、ストレスを引き起こしている原因と対処法を検討することが一般にストレスの軽減に有用と考えられている。家族介護者にタクティールケアが有効であったという報告もある⁴⁾。最近では、ストレスへの対処やうつ病に認知行動療法の有効性が知られている。

家族介護者が強い負担感やストレスをもつことは、不適切な介護や虐待につながることで危惧される。家族介護者が孤立しないよう配慮することは重要である。

専門職が家族介護者と面接する際には、傾聴し受容的・共感的な姿勢で接することが不可欠である²⁾。家族の訴えの軽重は安易に判断せず、支持的に対応することが前提である。

文 献

- 1) 小林裕人：認知症高齢者を介護する家族自身の受診ニーズをとらえる；日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZB8) を用いた検討。老年精神医学雑誌, **19**(6):681-686 (2008)。
- 2) 井出順子：うつ病と認知症を併発した高齢者の家族支援。臨床老年看護, **23**(1):22-29 (2012)。
- 3) Hashimoto E, Washio M, Arai Y, et al.: Depression among Family Caregivers of Patients with Dementia Attending to Psychiatric Dispensary in Northern. *International Medical Journal*, **20**(1):9-12 (2013)。
- 4) 鈴木みずえ, 三浦真澄, 鈴木初枝, ほか：認知症高齢者の家族介護者に対するソフトマッサージ (タクティールケア) のストレス・介護負担の緩和, 健康の回復に関する有効性の検討。看護研究, **45**(6):589-602 (2012)。

Q2-20

電話やインターネットや小冊子を用いた家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

電話や小冊子を用いた計画的な家族支援は、介護負担感やうつ症状の軽減に有効である。電話による家族支援では、専門職が個別・計画的に働きかける教育的介入アプローチと、電話相談のように待機型アプローチとがある。教育的介入アプローチの効果を高めるためには、介護者が抱える個別的課題への情報提供や介護方法の助言、課題の整理など教育的指示を個別計画的に行う。電話待機型アプローチでは 30 分程度の時間を用いて介護者の話をよく聞き情報提供することが大切である。

解説

1. 電話相談アプローチ

待機型の電話相談は、計画的な介入ではないため、効果を明らかにすることはむずかしい。しかし、いつでも専門職や経験者の相談ができる環境が整っていることで孤立防止や孤独感の解消や、情報を得るうえで有用である。電話相談者は、同居家族からだけではなく、別居している家族からの相談が 3~4 割に上り^{1,2)}、相談時間は 20~30 分が多い傾向である。相談内容は、認知症の症状、人間関係、介護の不安、介護に関する諸制度やサービスについての相談が多い。以上から電話相談での支援は、結論を急がず、相談者の話にゆっくり耳を傾ける姿勢が第一に優先されるべきである。また、別居家族に必要な情報と思われる経済的な課題、介護離職防止、介護休暇制度等の情報や、それらに対する相談窓口の連絡先リストなどを用意しておくことも大切である。

【電話相談窓口に必要な連絡先の例】

地域包括支援センター（各自治体）、公益社団法人認知症の人と家族の会、行政の窓口（障害者福祉、年金、生活保護等）、医療機関窓口（認知症疾患医療センター、精神科等）、若年性認知症コールセンター、認知症カフェ連絡先、障がい者就労支援センター、ハローワーク、消費生活センター、家庭裁判所（成年後見関係）

2. 電話による教育的介入アプローチ

電話を用いた教育的な介入によって、うつ症状や介護負担感が軽減したとする報告は多い。短期間の介入ではなく 6 か月以上にわたり計画的に行われることが必要である^{3,4)}。その際、介護やストレス軽減についてチェックするなど簡

易な方法のできるツールを併用する。最低でも2週間に1度は電話連絡を入れることが求められている。たとえば、介護者が日記や記録を書くことや、専門職が知識や社会資源に関する情報提供を行うことなどは有効である⁵⁾。

3. インターネットを用いた方法

インターネットでの家族支援方法は、整理された情報提供が行えること、必要な情報が必要なときに得られるという利点がある。情報が得られる点での効果が報告されているが、介護負担軽減については統制のとれた結果はない⁶⁾。一方で、インターネットを利用しない介護者もまだ多数存在するために、小冊子や電話相談との併用が望ましい。

4. 小冊子での家族支援

小冊子は、インターネット同様の効果と利点が考えられる。現在、市町村自治体ごとに、認知症ケアパスの作成が進められている。認知症ケアパスは、地域ごとに認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもので、認知症の疑いの段階から、どのようなサービスや情報があるのかをインフォーマルなものも含めて図等で明示されており、小冊子として広く普及を図っているところである。これを用いることで、地域での介護生活への安心感と専門職間の連携にもつながることが期待されている。今後は、地域包括支援センターごとや個人が用いる個人版ケアパスなども作成されることで、より小冊子が有効に活用されることが期待されている。

文献

- 1) 湯原悦子, 尾之内直美, 伊藤美智予, ほか: 認知症の人を抱える家族を対象にした電話相談の役割; 認知症の人と家族の会愛知県支部が行う電話相談 5,300 件の分析から. 日本認知症ケア学会誌, **9**(1): (2010).
- 2) 田嶋愛子: 痴呆性老人を抱える家族に対する援助のあり方; 電話相談からの考察. ころの健康, **13**(1):43-47 (1998).
- 3) Lins S, Hyder-Beichel D, Rucker G, et al.: Efficacy and experience of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, **9**:CD009126 (2014).
- 4) No. 46 A telephone intervention for dementia caregivers: Background, design, and baseline characteristics
- 5) No. 45 Effectiveness of coping strategies intervention on caregivers burden among caregivers of elderly patients with dementia
- 6) Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RB, et al.: Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia; results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, **10**(2): e0116622 (2015).

第3章

サービス利用時の 家族支援方法

Q3-1

通院や通所を拒む要介護者を介護する家族への支援にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

通院を拒否する場合は、まずは通常の高齢者健診などで医師から「もの忘れ」の弊害などの説明を受け、精密検査のための通院につなげる。

すでに介護保険認定を受けている場合、デイサービス・デイケアなどの介護サービス利用を促す第一歩は、施設見学から始まるケースが多い。施設見学も拒否される場合は、散歩の途中などで、施設の前を通りかかったときに、いっしょに見学することを勧める。

また、介護支援専門員やヘルパーに自宅に来てもらい、その人たちと信頼関係を築き、専門職から通所を勧めてもらう。認知症が進み、医療的なケアが必要となってきたら、通院を促すために、この役割を訪問看護師に依頼する。

解説

認知症高齢者自身の認知症の病識が薄く、精神科などの受診を拒否する場合には、小さな脳梗塞や脳出血の疑いのため検査が必要などと誘い、まずは65歳以上対象の高齢者健診などに同行する¹⁾。医師から「もの忘れ」の有無をたずねてもらい、それが進むと普段の生活に支障が生じ、本人だけでなく、家族の生活にも影響が出ることを説明してもらう。そのうえで「もの忘れ」予防のためのさらなる精密検査の必要性を説き、通院へつなげる。

すでに介護保険認定を受けており、介護サービスの利用を拒否する認知症の人に利用を勧める際に大切なことは、さまざまな工夫をして根気よくサービス利用につなげようとする周囲の働きかけである。

認知症の人が介護サービスの利用を開始してから慣れるまでの間は、戸惑ったり、混乱したりする可能性がおおいにあるため、この混乱を最小限にする工夫が重要である。

また、認知症が進行すると、介護サービスを受け始めるときの混乱も大きくなり、サービス利用の効果も少なくなると考えられる。予防的な効果を期待するならば、認知症初期からのサービス利用が望まれる。

デイサービス・デイケアなどの介護サービスの利用は、認知症の人を自宅で介護する家族介護者のストレスを軽減させ、施設入所を遅らせるとの報告がある^{1,2)}。実際、認知症を患う被介護者がサービスを受けている間、家族介護者は休息したり、用事をすませたりできるため、定期的にこのような時間をつくることは、家族介護者、ひいては家族全体の生活の維持と精神安定に役立つもの

と考えられる。もちろん、被介護者にも利点がある。被介護者が満足できるサービスを受けると、生活全般で精神安定が得られる可能性がある。また、昼間に心地よく疲れることにより、夜間もよく眠るようになり、生活にリズムが生まれ、被介護者の規則正しい生活の維持につながる。さらに、介護の専門家と接する機会が増えるため、家族が介護について相談しやすくなる。しかし、だれしも慣れ親しんだ生活パターンを変えることには抵抗があり、介護サービスを自ら受けたいと考える人は極めて少ない。まして、認知症を患う人は環境の変化に合わせることが苦手になり、意欲低下のためになにをするのもおっくうになる³⁾。ひとり暮らしで認知症に罹患している人は、抑うつを合わせ持っている傾向にあるとの報告もあり⁴⁾、このことを裏づけている。

デイサービス・デイケアなどの介護サービス利用は、施設見学から始まるケースが多い。施設見学も拒否される場合は、散歩の途中などで、施設の前を通りかかったときに、いっしょに見学するのも有効と考えられる。この場合は、あらかじめ介護者が、その施設に見学に行くかもしれないことを連絡し、準備と対応を依頼しておく必要がある。

また、家族が地域包括支援センターなどに相談に行き、介護支援専門員やヘルパーに自宅に来てもらうことを依頼する。頻繁に来訪してもらい、その人たちと顔見知りになることで、被介護者に慣れが生じ、ひいては信頼関係が築かれ、専門職から通所を勧めてもらうこともできる。認知症が進み、介護保険サービス利用だけでなく、医療的なケアが必要となってきたら、通院を促すために、この役割を訪問看護師に依頼するのも有効と考えられる。

文 献

- 1) エス・エム・エス (2017) 「認知症ねっと」 (<https://info.ninchisho.net/>) .
- 2) Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, et al. Profiles in Caregiving: The Unexpected Career. Academic press, San Diego (1995).
- 3) Gaugler EJ, Jarrott SE, Zarit SH, et al.: Adult day service use and reductions in caregiving hours; Effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **18**(1): 55-62 (2003).
- 4) エーザイ (2001) 「相談 e-65.net」 (<http://sodan.e-65.net/>) .
- 5) Durand M, James A, Bamrab JS, et al.: Domiciliary and day care services: Why do people with dementia refuse? *Aging & Mental Health*, **13**(3): 414-419 (2009).

Q3-2

地域包括支援センターでの家族への支援にはどのようなものがあるか**回答（推奨）**

地域包括支援センターは、認知症の人自身のみならず家族を支えるための地域情報の把握に努めている。また、地域ケア会議などの開催により多機関、地域住民などとの支援チームを構築する役割がある。認知症ケアでは、認知症ケアパスの拠点的作用があり、認知症の容態に応じたサービスや情報をもっているため家族への説明に役立つ。相談以外にも介護者同士の集いや介護教室も実施されているところが多く、成年後見制度や高齢者虐待の相談通報窓口でもある。

解説

地域包括支援センターには、認知症の人への支援のみならず、家族を支援することも同時に求められている。

その際、ツールなどを用いて、家族の訴えを整理していくことも有効である。家族とともにアセスメントシートを記入していくことで、家族自身も自分の状況を客観的に把握できる。家族自身の悩みを表出してもよいことを理解してもらえるようなアプローチが求められる。地域包括支援センターにおける家族支援に関する事業の概要は以下のとおりである。

1. 介護者同士の交流や学びの機会

介護者同士の交流会や介護教室、認知症地域支援推進員などが企画する認知症カフェなどを開催している地域包括支援センターもある。

2. 地域で認知症の人が生活を継続するための支援

認知症の人が行方不明になった際などの早期発見に向けた、見守りやSOSネットワークなどの構築を行い、地域ネットワークづくりの拠点として、警察や行政等と連携し相談の窓口になっていたり、地域住民を対象に認知症サポーター養成講座を開催したり、認知症の人や家族を支える地域づくりにも取り組んでいる地域包括支援センターも多い。

3. 高齢者虐待の相談通報や支援窓口

高齢者虐待防止法（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援に関する法律）では、家族介護者（養護者）支援の業務について、業務委託を行うこと

ができるとされており、その多くは市町村とともに地域包括支援センターが担っている。虐待予防や対応に加え、家族支援のための負担軽減のための相談や指導も行われる（養護者支援）。

4. 家族介護者の権利を護る

認知症等によって判断能力が不十分な人の場合には、成年後見制度の活用が1つの有効な支援手段となる。また、訪問販売などによる消費者被害に対する相談窓口にもなり、消費生活センターや法テラスとの連携を図り解決への支援を行う。また、再発を防ぐための働きかけも行う。

5. 介護支援専門員の連携や調整

介護保険制度など利用できるさまざまなサービスの活用についての情報提供や手続きの案内、介護支援専門員の紹介や必要な人には申請代行を行う。地域包括支援センターでは、介護保険サービスはあくまで介護を受ける本人の自立支援を目指すものであるが、家族の介護負担軽減としての効果も得られるサービスがあることも説明される必要がある。

文 献

- 1) 相山 馨：介護者のケアマネジメントアセスメントツール活用マニュアル。介護者のケアマネジメントにおけるアセスメントツールの開発（科学研究費助成事業）、介護者ケアマネジメントアセスメントツール検討会，富山（2016）。
- 2) 前橋市（2016）「家庭介護ガイドブック；認知症の人と家族が穏やかに在宅生活を続けるための秘訣；平成28年度版」（http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/122/p012927_d/fil/kateikaigo.pdf）。
- 3) 松本一生：認知症ケアのストレス対処法；こころが軽くなる。中央法規出版，東京（2016）。
- 4) 奥村典子，藤本直規：認知症ケアこれならできる50のヒント。クリエイツかもがわ，京都（2013）。
- 5) 長寿社会開発センター：地域包括支援センター運営マニュアル；地域の力を引き出す地域包括ケアの推進をめざして。長寿社会開発センター，東京（2015）。

Q3-3

入所施設(特養, 老健, 療養型)における家族支援はどのように行うか

回答(推奨)

家族は、入所に対して否定と肯定を繰り返すほど不安定になるため、心理的支援が必要であることを前提として考える。入所にあたっては、入所させたことについてキーパーソンが責められることがないように、親族間の合意形成を支援する。入所後は、家族や知人との面会を促し、生活の流れをつなぐことが本人の QOL 向上だけではなく、家族の負の感情を和らげることになる。入所中の情報は定期的に伝え、家族に安心感を与える。しかし、家族によっては近況報告を苦情と受け取るケースもあるため、行動・心理症状 (BPSD) を含む報告は、あくまで本人の現況を知ってもらうためのものであると明示しておく。

解説

家族は、介護負担の増大により仕事に支障が出たり、家族関係が悪化したりするなど、生活上やむを得ない事情により、入所を選択しているケースが多い。

入所により、身体的介護負担からは解放されるものの、本人を入所させたことに対して親族から責められることがある。また、家で生活させてあげられないことに対する自責の念に駆られることもある。場合によっては、本人が亡くなったあとも後悔の念に苛まれていることもあり、決して入所がすべての負担から解放されるものではないことを理解して支援にあたる。

家族は、施設職員に対してつらく当たったり、非協力的であったりすることがある¹⁾。これは、必ずしもケアへの不満や本人への無関心とは限らず、入所を決断したことに対する「悩み」や「不安」、どのようにして施設職員や本人に接すればよいのか分からない「混乱」、自分ができなかった介護方法を介護職へ求める「投射」などが原因であることがある。ケアに非協力的な家族であるとレッテルを貼らず、その理由を幅広い視点から洞察して解決策を考える。

施設入所させるということは、家族にとっては人生において重い決断をした結果であり、家族の心情は揺れ動いて当然であるという意識を支援者側がもつ必要がある。

施設職員は、家族が負の感情から抜け出て、本人の生活が在宅時よりもよい生活ができているということを感じさせ、安心感を与えることが必要である。また、負の感情を受け止める機会をもつことも重要である。離れて住んでいても家族関係をつなげていくことが、本人、家族の心理的支援には重要であり、

近況報告や面会に必然性をもたせるための行事实施や、住み慣れた地域とのつながりを断ち切らない取り組みを積極的に検討する。

文 献

- 1) 認知症介護研究・研修東京センター監：新しい認知症介護；実践リーダー編．第2版，76，認知症介護研究・研修東京センター，東京（2006）．

Q3-4

居宅系介護サービス(通所, 訪問, 小規模多機能)での家族支援はどのように行うか

回答 (推奨)

居宅系介護サービスには、家族の介護負担軽減も含まれていることを理解する。利用前には、本人のアセスメントのほか、家族の意向や介護力、キーパーソン、介護ストレス等についてもアセスメントする。本人の自立支援と家族の介護負担となっている生活行為を見極め、インフォーマルな資源も含めて活用することを検討する。

家族の心身の健康が本人のケアに直結していることを理解し、家族の不安定な心理の解決についても多職種で検討する。

解説

居宅系介護サービス(通所, 訪問, 小規模多機能)は、本人の心身機能の維持・向上を目指すことを目的としているが、家族の介護負担軽減も実際には担っている¹⁾。在宅介護を継続する必須要素として、家族の心身の健康は優先順位の高い事項であり、本人の心身機能維持も含めて多職種で支援していく必要がある。

介護従事者は、本人のもっとも身近にいる専門職として、本人のケアやアセスメントのほか、家族の日々のようすもアセスメント²⁾し、思いを傾聴し、解決に向けて多職種への情報提供を行うことが求められる。計画作成担当や生活相談員、そして介護支援専門員や医療・リハビリ専門職などにおいては、自身の専門性から本人、家族への支援を実施するが、専門性ばかりにとらわれることなく、多職種協働で、本人や家族支援にあたることを意識する。

とくに、認知症の人の介護は、家族の心理的支援が欠かせない。「家族の心理的ステップ」³⁾によると、介護が必要になる初期には否定や混乱を感じやすく、日々葛藤しながら、徐々に納得や受容という心境に至るといわれている。

支援者は、今後、認知症の進行により想定される心身の変化や、それに対する対応方法を事前に説明しておき、症状の変化による家族の混乱を招かないようにする。また、1人で抱え込まないようにするための窓口の紹介(家族のつどいへの参加、電話相談窓口の紹介等)を行う。

通所介護は、心身の機能維持・向上ばかりに目が行きがちであるが、利用者が安心してすごせる場所としての機能や家族が介護から解放される時間づくりという介護負担軽減機能も持ち合わせている。利用時は、気分を高揚させることのみを目的とせず、在宅での生活の安定に主眼をおいてケアする必要がある。

訪問系サービスは、他人が家に入ることに抵抗がある家族の心理を理解しておく必要がある。介護ストレスがある状況では、何気ない言葉が家族の尊厳を傷つけることがあることに留意し、指導より促しや支持の姿勢を重視する。

小規模多機能は、家族や本人のニーズを踏まえて訪問や通い、宿泊を利用する事業所であり、通いを中心としつつ、独居や高齢世帯の場合は、訪問による在宅介護支援も検討する。宿泊は、家族が一息つける介護負担軽減機能を担う。在宅介護を無理なく継続するためには、定期的な心身のリフレッシュが必要であることから、家族の心理状態を観察し、必要に応じて利用を勧める。

文 献

- 1) 永田志津子，山口麻衣，笹谷春美，ほか：小規模多機能型居宅介護の検証；提供サービスの多様性と生活支援機能．札幌国際大学紀要，**44**:71-84（2013）．
- 2) 山村正子，李 泰俊，加瀬裕子：ホームヘルパーの認知症利用者に対する情報収集の特性．介護福祉学，**19**(2):147-156（2012）．
- 3) 杉山孝博：ぼけなんかこわくないぼけの法則．53，リヨン社，東京（1989）．

第4章

地域における 家族等介護者の支援方法

Q4-1

中山間地域で医療福祉機関や社会資源が少ない場合の 家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

まずは、要介護者と介護者の心身や生活状況、家族が可能な介護の内容・頻度の確認、ほかの家族の協力状況、要介護者の認知症や身体疾患の状況と生活にかかわる家族の不安・疑問点などをていねいに把握し、多角的な評価を実施する。

次に、要介護者や家族の支援ニーズに対し、中山間地域・近隣市町村の社会資源（住民同士の声がけなど互助を含む）やICTの活用（SNSも含む）で対応できるものか否か、要介護者や家族とともに整理する。既存の社会資源で充足できない支援ニーズについて情報を集積し、制度化・政策化の一助になるよう、行政等と情報共有やソーシャルアクションを図る。

解説

家族支援は、要介護者の支援と併せて検討する。支援を実施する専門職の立ち位置は2種類考えられる。第一に、医療機関や施設から居住地域に戻る際の在宅生活支援体制をつくるような場面、第二に、中山間地域での日常生活を支えるための恒常的な支援の計画・提供を行う場面が該当する。支援の基軸は、要介護者と介護者の心身や生活状況、家族が可能な介護の内容・頻度の確認、ほかの家族の協力状況、要介護者の認知症や身体疾患の状況、生活にかかわる家族の不安・葛藤・疑問点などをていねいに聞き取り、多角的な評価による要介護者、介護者のニーズを的確に把握することである。そして、社会資源の探索、利用調整を慎重に進める必要がある。

中山間地域においても、都市での介護のあり方（家族規模の縮小を外部サービスの導入で補てんする方法）がとられ、家族介護の都市化が示唆されている。しかし、市町村合併など行政システム規模の変化、社会の経済状況に伴う外部サービス事業所の経営効率化、高齢化の加速により、中山間地域の家族介護の都市化は頭打ちである。そのため、専門職は、家族介護に多くを依存しきれない現実の壁に直面しがちである。

しかし専門職は、家族が無理なく対応できる介護内容や量を考慮しつつ、中山間地域内もしくは近隣市町村の社会資源で対応できるニーズか否かの整理を行う必要がある。また対応可能な社会資源の利用形態について、①要介護者宅への訪問型（訪問診療、訪問看護、訪問介護等）、②利用者来所型（家族による移動支援もしくは送迎サービスを活用して、介護や医療サービス提供機関に出

向くもの), ③ICT 活用型(テレビ電話を通じた遠隔診療や介護相談, 遠隔安否確認等)のいずれに該当するか, 頻度と経費を確認しながら整理する必要がある。もう一点重要な視点は, 従来からの「互助」の活用である。

中山間地域は, 農業や林業等, 常々から協働作業や地域振興協議会²⁾等, 「集まる」機会が多く, 近所を行き来するお茶飲みの場合等, つながりや支え合いを継続させる基盤がある³⁾。中山間地域の住民同士のつながりを専門職が把握し, 互助の要になるような住民との協働を図ることも重要である。

一方, 既存の社会資源で充足不可の支援ニーズについては, 専門職が情報を集積する。そして, 制度化・政策化の一助になるよう, 行政との情報共有や要介護者や介護者とともにソーシャルアクションを図る等を継続的に実施する。

文 献

- 1) 家族介護の在り方に関する中山間地域と都市部の比較研究: 愛媛県中島町と松山市を事例として。林業経済学会, **51(2)**:30-38 (2005)。
- 2) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング: 地域包括ケアシステムと地域マネジメント。地域包括ケアシステム構築に向けた制度およびサービスのあり方に関する研究事業報告書; 平成 27 年度(老人保健事業推進費等補助金 老人保健増進等事業) (2016)。
- 3) 池田昌弘: 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」。老年精神医学雑誌, **26(5)**:493-497 (2015)。

Q4-2

民生委員や町内会等自治組織との連携による家族支援は
どのように行うか

回答（推奨）

診断を受けたあと、認知症という病気を周囲に知られたくないと思う人は多いが、認知症であることを地域住民に知ってもらい、地域住民と顔のみえる関係や支援体制をつくっていくメリットを家族と共有することから始める。

具体的には、地域包括支援センター、社会福祉協議会等から認知症カフェや家族会等の情報を集め、ほかの家族や地域住民と自然な形で出会える場をセッティングする。次に、地域包括支援センターや社会福祉協議会に相談に行き、地域住民を含めた地域ケア会議の実施を働きかける。

解説

診断直後は、認知症という病気を周囲に知られたくないと思う人は多いが、認知症であることを地域住民に少しずつでも知ってもらう必要があるため、その必要性について時間をかけて家族や本人と共有していく。

基本的なことではあるが、改めて、地域の民生委員、自治会の役員、自治会加入の有無、社会福祉協議会や地域包括支援センターの担当等について、確認しておく。

具体的な方法の第一歩として、地域包括支援センター、社会福祉協議会等から認知症カフェや家族会等の情報を集める。認知症カフェ等の住民組織による団体は、目的や活動内容もさまざまであるため、立ち寄りやすい場所を見つけ、通えるように調整する。家族がほかの家族とつながり、体験の共有や勇気をもらうことで、気持ちの変化と行動変容が生まれる。認知症カフェや家族会の運営には地域住民がかかわっていることも多く、参加することで地域住民との自然なつながりが生まれることもある。

次に、家族が日中や一定期間不在になる等、家族支援と本人支援は表裏一体であるため、本人の支援体制を構築しておく必要がある。具体的には、地域包括支援センターや社会福祉協議会に相談に行き、地域ケア会議の開催を働きかける。現状では、地域ケア会議の取り組み状況、進め方、地域の巻き込み方等において市町村ごとに差があるが、開催する際には、地域包括支援センター等と連携して本人と家族のアセスメントを十分に行い、課題を明確にしたうえで課題解決のための関係者や地域住民の参加を目指して調整を図る。また、認知症サポーター養成講座等の啓発活動と組み合わせることによって支援体制はよ

り構築しやすくなる。

地域住民による「本人支援」には、①買い物や通院等の生活上の支援、②新聞がたまっている、洗濯物が干したままになっている等の目配りによる安否確認の支援、③運動会、お花見会、清掃活動、サロン、敬老、シニアクラブの行事等の地域活動への参加支援、④行方不明等の不測の事態における情報収集や、搜索活動等の緊急対応支援等がある。

災害時の要援護者支援台帳への登録や地域での避難訓練に参加することで、普段から地域住民と顔のみえる関係や支援体制づくりが構築されていく。個人情報取り扱いについても、地域の運用を確認し、関係者と共通認識を図っておく。

Q4-3 認知症の人と家族の会での家族支援はどのように行うか

回答（推奨）

認知症の人と家族の会での家族支援は、介護家族が集まって思いを話し合う「つどい」やなかなか決まった場所に集まれない人のための「電話相談」「会報」などによる情報交換や交流を中心として実施する。

話題の中心は介護生活のグチ、介護方法や制度に関する相談などであるが、介護の方法や考え方を指導的に伝えるよりも、受容や共感の姿勢を重視する。また、体験に基づく事例も参考となる。介護者は介護の割り切れない思いを吐き出す場が少ないため、まずは「この場に来てくれてありがとうございます」という歓迎の意を表すことが必要で、「自分を解放できる場がある」と思えるようにかかわる。介護方法の善し悪しについては、参加者の発言から自然と気づきが得られるようにかかわる。

解説

つどいでは、普段、口に出せないような奥深い悩みも吐き出すことができるように、傾聴し共感を表すことが必要である。正直な気持ちは部外者にとって、ときに過激とも思える感情が垣間みえることがあるが、それも含めてこの場ではすべて認めるという姿勢をもつことが重要である。「死にたい」「殺したい」という気持ちは、通常、認めがたい感情であるが、それだけ追い込まれていることもあり、つどいの場では、そういった深い感情も吐露することができる唯一の場所であるとの理解をもって傾聴する。家族はそのような気持ちが正しくないということは理解していることが多く、それについて、専門職が正論を振りかざして指導することは、かえって家族介護者の心理的はけ口を失わせることになる。

電話相談は、地理的、時間的などのつごうにより、つどいに出ることができない人が中心である。これは、より深刻な場合もあり、家族介護者の気持ちを傾聴し、課題を抱え込んでしまわないように助言する必要がある。同じ立場の家族介護者と話したいという気持ちに応じること、家族介護者の苦労をねぎらいつつ、その経験を自らの人生に位置づけていく過程に寄り添うこと、自らの経験をだれかの役に立てたい、今度は自分が家族介護者を支えたいという人を仲間に迎え入れ、支援者として活躍してもらう場を提供すること、家族介護者の心情を専門職に伝えることなどが目的となることから、家族介護者のもつ課題解決のみならず、エンパワメントも視野に入れたツールと理解して勧める。

電話相談内容は、介護方法と精神的援助がもっとも多く、およそ半数を占める¹⁾。次いで多いのが受診希望、他機関紹介となっている。相談者の主訴を聞くことから始めるが、すでに結論が出ている場合もある。アセスメント表を活用し必要情報を聞き取りつつ、言いたいことをじっくり聞く姿勢が重要である。

会報は、自宅にいながら認知症治療やケアの最新知識を得られるものである。最近では、インターネットなどで情報を得る家族介護者も多いが、間違った情報も混在していること、インターネット環境がない家族介護者も多いことから、会報は、社会とつながるための重要なツールとして認識されている。本当に困っている人は、つどいや認知症カフェに行くこと、電話で相談する時間もとれないことがあるため、会報等の文書媒体も有効に活用し、家族介護者が孤立しないように支援する。

文 献

- 1) 認知症の人と家族の会東京都支部編：歩み続けて 30 年；認知症てれほん相談；1982 年度～2011 年度。113、認知症の人と家族の会東京都支部、東京（2013）。

Q4-4

地域支援事業(介護者交流会)での家族支援はどのように行うか

回答(推奨)

家族支援のための交流会や教室を開催する際には、地域の実情に合わせて開催目的を明確にする。継続的に使うことができる会場、予算、人員を確保して安定した運営を目指す。内容は、情緒的相互支援に加えて情報提供や学習の時間をとることも有効である。会の進行役は参加者に、互いに守秘義務を守ること、相互に尊重して批判的にならないこと、気持ちを相互に理解し合おうとすること、などの参加にあたって守るべきことを最初に説明し、参加者が安心して話ができる雰囲気をつくる。

解説

地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」からなるが、家族介護支援事業は任意事業のひとつであり、家族の身体的、心理的、経済的負担の軽減を目指した事業を、地域の実情に合わせて任意に行うものである¹⁾。具体的には、交流会や勉強会(家族介護者教室)、相談事業のほか、慰労金や物品支給、ボランティア養成やヘルパー派遣などが行われている。このうち家族介護者交流会は、家族介護者教室(約40%)とともに約46%と高い実施率である²⁾が、地域の要介護者数や地理的条件などの実情に合わせて、開催するかどうかを決定し、開催する場合はその目的を明確にしておくことが重要である。

家族介護者に向けたグループ活動の基本要素には、介護方法や介護に関する情報を提供すること、ほかの家族介護者と気持ちや意見を分かち合うことで情緒的に支え合うピアカウンセリングの要素がある。介護者交流会では最初に介護に関するミニレクチャーなどの情報提供も同時に行われることが多いが、交流会の主な目的は后者であり、第一義的には出席した介護者がお互いの経験や意見を語り合い、共感的に話を聞いてもらうことで、情緒的サポートを受けられることを目指している。そのため、司会者は意図的に話題を誘導したりせず、参加者が自由に発言できるように見守ることを基本とする。また、参加者同士の意見の相違などで場が緊張したときには、どちらかに加担せずにユーモアなどを使って、その場の緊張を緩和させるなどのグループ・ファシリテーションの技術を用い、交流会のなかで参加者が孤立したり、批判されたりすることがないように配慮する³⁾。

認知症の人の家族介護者に対する交流会や介護者教室への参加効果として、

介護負担感の軽減や精神的健康度の改善が認められるが、終了後3か月後には認められなくなるという結果もある⁴⁾ことや、気分・感情および抑うつ傾向には参加前後で変化がみられない⁵⁾ことから、家族介護者が精神的な健康を維持するためには、継続した交流会参加が望ましいと考えられる。また、家族介護者が交流会等に参加することによって、認知症の人におけるせん妄の出現頻度の低下⁶⁾の可能性が指摘されていることから、家族が交流会等に参加することによって、他者から情報提供を受けて介護技術を向上させたり、情緒的支援を受けて動揺せずに認知症の人に対応できるようになったりする可能性もある。

介護者交流会は継続して安定的に開催する必要がある。そのため会場や資金を確保し、名称決めやスタッフの確保、ときには運営ボランティアの養成までを視野に入れた運営を行う⁷⁾。

文 献

- 1) 社会保障審議会介護保険部会(2016)「地域支援事業の推進;参考資料」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125468.pdf)。
- 2) 厚生労働省老健局介護保険計画課(2017)「平成28年度介護保険事務調査の集計結果について」(<http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku-files/documents/2017/053111144618/ksVol592.pdf>)。
- 3) 松本一生：家族と学ぶ認知症；介護者と支援者のためのガイドブック。金剛出版，東京(2006)。
- 4) 菅沼真由美，新田静江：認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者間交流プログラムの効果。老年看護学，**19**(1):81-90(2014)。
- 5) 杉山秀樹，山縣真由美，杉山典子，ほか：認知症介護者に対する集団精神療法の試み。精神科治療学，**24**(2):247-252(2009)。
- 6) 松本一生，大矢 大：在宅痴呆老人家族への心理教育的家族療法の試み(第2報)；介護者としての「嫁」と「娘」の視点から。家族療法研究，**14**:40(1997)。
- 7) NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン：介護者支援実践ガイド；介護者の会立ち上げ・運営。筒井書房，東京(2012)。

Q4-5

認知症カフェの運営方法やその活用方法はどのようなものがあるか

回答（推奨）

認知症カフェは、認知症の人、家族介護者、地域住民そして専門職の会話や対話を基盤とした集まりであり、地域のなかで認知症について理解を深め、相互に支え合う関係づくりが醸成されることを目指している。運営主体は多様であるが、ボランティアで構成され地域支援専門員等の専門職が企画運営を担う。継続的な開催により早期支援や地域連携につながることを期待されている。

解説

認知症カフェは、オランダで始まったアルツハイマーカフェがモデルとなっており、日本では2012年ごろから徐々に広がりを見せた。認知症施策総合戦略（新オレンジプラン）のなかの柱のひとつ、「認知症の人の介護者への支援」で明示され、2020年までにすべての市区町村に設置されることを目指している。全国的に関心が高く、設置数は飛躍的な伸びを見せている。その反面、継続的な運営についてはまだ課題が残されている^{1,2)}。

1. 共通概念

認知症カフェについては、全国調査の結果より以下の共通概念が導き出されている³⁾。この共通概念をもとに運営方法を検討することを推奨する。

- ①認知症カフェは、認知症の人と介護者を第一に、地域住民や専門職も、住みやすい地域社会づくりに貢献できる場所であること。
- ②認知症カフェは、多様な人々の対話と会話を基盤としており、地域そして地域住民とのゆるやかな調和と協働により成立するものである。

そのためには、

- ・認知症の人が安心して参加できるよう合理的な配慮⁴⁾がなされること。
- ・内容については、とくに認知症の一次予防⁵⁾が主目的ではないなどの配慮がなされていること。
- ・アクティビティを取り入れる際は、対話と会話を促すための手段であり、それ自体が目的ではないことを意識すること。

等が必要であり、静かに休める場所なども準備されることが望ましい。

2. 認知症カフェのタイプ

①情報提供や学びを主たる目的としたタイプ

例：カフェスタイルでのミニ講話が用意されていたり、専門職等からの情報提供がなされていたりする

②とくにプログラムは用意されていない居場所を主たる目的としたタイプ

例：とくにプログラムなどはなく、場合によっては自由な時間枠のなかで開催され、そのなかで専門職による相談なども行われている

③家族と本人のピアサポートを主たる目的としたタイプ

例：地域住民はあまり参加せず、リラックスした雰囲気当事者同士や家族介護者同士の話し合いや相談などが行われている

3. 活用方法

認知症カフェは、認知症の疑いを心配する地域住民や家族、認知症の人への情報提供の拠点として、専門職との出会いの場や認知症の理解啓発促進の場として活用されることが望ましい。そのために、多くの専門職や認知症サポーターが運営にかかわることを推奨する。ここを拠点として、認知症サポーターのその後の活動としての訪問や初期集中支援チームの情報共有と連携につながる。また、認知症の疑いや診断直後の介護保険サービスをさほど必要としない初期認知症の人への支援の場として、活用されることが期待される。

注

- (1) なお、ここでいう合理的な配慮とは、認知症の人やその家族、認知症カフェで特別視されることや排除されることなく、自然に受け入れるための専門職等による専門的な配慮のことである。具体的には、認知症カフェに参加するうえで、地域住民に自然に受け入れられるように、会話の橋渡しや友達をつくるため関係づくりを意識した声かけや誘導、安心してすごせるための環境づくりなどである。
- (2) 一次予防とは、ここでは認知症にならないための取り組みのことをいう。

文 献

- (1) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書（平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）報告書）。認知症介護研究・研修仙台センター、宮城（2017）。
- (2) 矢吹知之；認知症カフェとは何か；世界の潮流と日本の動向。介護保険情報介護保険情報、17(11):42-49（2017）。

Q4-6

訪問活動(認とも等)での家族支援方法はどのようなものがあるか

回答(推奨)

“認とも”とは、認知症カフェ等で顔なじみになった地域のボランティアが、在宅で暮らす認知症の人や介護者宅に訪問し、話し相手や外出支援等を行う活動の全般または、それに類似する活動全般および担う人の総称である。“認とも”という名称を用いずに活動している例は多い。実施されている地域では、認知症サポーターのスキルアップ講座等で訪問や傾聴活動を学び、その後組織化し継続している例が散見される。家族支援または認知症の人の支援として、実施されている例が多い。

解説

在宅で介護を継続するには、介護保険サービスだけでは補いきれない課題がいくつかある。たとえば、家族構成員の減少に伴い介護者を助ける家族の不在、介護者の高齢化による身体的・経済的負担の増加、介護者の就労継続の問題、保護責任過大による心理的な介護負担感の増加などは、介護保険で補うことはむずかしい。認知症初期では、週数回の通所や訪問サービス等の利用は可能であるが、それ以外の時間は孤立している可能性が高い。ひとりで外出するには、不安もあり支援者が必要である。こうした介護保険サービスの隙間を埋めることは、インフォーマルサービスの活用が望ましいが、その社会資源は十分とはいえない。この役割の一端が“認とも”に期待されている。

1. 認ともと認知症カフェ

認知症カフェは、地域のなかで開催され、運営には地域支援専門員のほか、専門職や地域住民が協働でかかわることが望ましい。参加者には地域住民も多く含まれることから、認知症カフェを継続することで、地域住民のなかから認ともが育成されていき、認知症カフェのようなインフォーマルサービスにつなげること、介護者不在時の見守りや話し相手などの役割を担うことが期待されている¹⁾。

2. 認知症サポーターと認とも養成

認知症サポーターは、現在のところ地域の認知症の理解者という位置づけであり、積極的な活動や役割は明記されていない。また、その活動の義務もない。認とものような居宅訪問活動を行ううえでは、認知症サポーターに対してスキ

ルアップ研修が必要である。具体的には、傾聴のスキルや、認知症の人とのコミュニケーションスキルを学び、認知症の人の話し相手や見守りの能力を高めなければならない²⁾。養成事業を実施するのは地域包括支援センターや地域支援推進員の役割である。

3. 認とも活動の実際

2016年に実施された調査では、認ともに類似する事例は、40市町村自治体で実施されていた²⁾。その調査では、居宅訪問を行う場合には次の4パターンがあった。

- ①認知症サポーターのスキルアップ研修を行い、修了者がボランティア団体を組織化し居宅訪問や送迎、認知症カフェの運営などの活動を実施
- ②キャラバンメイトの活動として実施
- ③やすらぎ支援員が実施
- ④認知症の人と家族の会の会員が実施

認知症カフェを開催している地域では、どうしても参加できない認知症の人や家族等へのアプローチとして、居宅訪問活動や声がけ見守り活動を行っている例もある。“認とも”は、認知症の人の地域生活を支える地域ケアの隙間を埋めていく有効な手段であり、地域包括ケアおよび地域共生型社会構築に向けた、人材育成と活用による地域づくりの好循環を生み出す契機になることが期待される³⁾。

4. 認とも派遣方法

派遣方法の例を紹介する。“認とも”の訪問対象者の選定は、地域包括支援センターが見守りや話し相手が必要と考えられる人を抽出する。そして、地域包括支援センターは、訪問活動をする人選を行い、互いの合意があれば派遣する。1人で派遣される場合と複数で派遣される場合があり、原則1時間でその後地域包括支援センターに簡単な報告を行う。費用は、実施主体により異なる。

文 献

- 1) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書（平成28年度老人保健健康増進等事業報告書）。認知症介護研究・研修仙台センター、宮城（2017）。
- 2) 厚生労働省老健局：地域支援事業の実施について；別紙地域支援事業実施要綱。厚生労働省老健局長通知，平成29年6月28日老発0628第8号，54（2017）。
- 3) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症カフェに関する調査研究事業成果物；認ともはじめの一步事例集（平成28年度老人保健健康増進等事業成果物）。認知症介護研究・研修仙台センター，宮城（2017）。

Q4-7

家族介護者への支援として福祉用具の活用方法はどのようなものがあるか**回答（推奨）**

認知症の症状や身体状況によって適切な福祉用具は必要であるが、その利用にあたっては本人の意思の尊重と自立支援が前提である。介護保険で福祉用具貸与を利用する場合は要介護認定が必要となり、介護支援専門員、地域包括支援センター、市町村の窓口へ相談して、認知症の状態に合った福祉用具等を組み合わせて利用する。認知症の人の在宅生活で必要になる見守りセンサーや外出先が分かるGPSなどについては、自治体によりその補助の有無や補助内容が異なる。

解説

福祉用具は、本人や家族等の状況に応じて選択し、貸与、購入、補助などの制度を上手に活用することで、本人の自立や家族の介護負担軽減に有効であることを十分説明して理解を得るよう努める。

認知症の初期では、専用の福祉用具ではなくてもさまざまな工夫が可能である。たとえば、ホワイトボードを用いて予定や約束を書きとめておいたり、ボタンを押すと時間を読み上げてくれる機能がついた時計を使用したり、お薬カレンダーを用いたり、タンスに中身の写真や文字を貼っておくなどの工夫が考えられる。

外出先で道に迷う人の場合は、むやみに外出を制限するのではなく、たとえば、電車やバスで降りる駅や目的地を書いたカード（ヘルプカード）を持ち歩いたり、昼夜を問わず家から出しまう人には、ベッドの下にセンサー（徘徊防止センサー⁷）を設置したり、早期発見を助けるためにカバンや洋服などに連絡先を貼りつけておいたりといった工夫もある。自治体や家族会などが作成する専用のタグやキーホルダーを作成し配布しているところもあるため確認する。地域によっては事前登録制度により、行方不明時に防災無線や地域放送、ラジオなどで情報を流し、早期発見の取り組みを行っている。行方不明になることへの予防策と、行方不明になった際の発見の仕組み、家族だけで対応しなくてもよい安心な仕組みを案内することで不安の軽減を図る。

GPS機器は、自治体によりその補助内容が異なるが、福祉機器用品以外から選ぶこともできる。たとえば携帯電話やスマートフォンにその機能がついているものを利用することもできる。しかし、他者に位置情報を知られるという「プライバシー」や、利用方法によって行動を制限される問題もあるため、意思決

定ができる早い段階に将来の利用の可能性について本人の利用意思を確認することを推奨する。

認知症と加齢の影響などで、転倒のおそれがある場合、即座に行動を抑制するのではなく、転倒によるケガを防ぐことを検討する。たとえばマットの下にセンサー（立ち上がりセンサー⁷⁾などをつけて立ち上がり動作をした際に早期発見により介助ができるような工夫、トイレなどの失敗の原因を考ええる限り自立的に排泄ができる工夫や本人の意思に配慮し福祉用具の活用をすることを勧める。必要に応じて住宅改修などについても相談のなかで検討する。

文 献

- 1) 福祉医療機構（2017）「福祉用具貸与」（<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/c078-p02-02-Kaigo-14.html>）。
- 2) 全国福祉用具専門相談員協会（2017）「介護保険と福祉用具」（<http://www.zfssk.com/kaigo/>）。
- 3) 日本作業療法士協会（2017）「状態像に応じた効果的な福祉用具利用のためのガイドライン；自立支援の観点から」（<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2011/04/fukushiyogu-guideline.pdf>）。
- 4) 各自治体が発行している介護保険・福祉サービスガイドブック
- 5) 各種福祉用具パンフレット
- 6) 携帯電話の取扱説明書
- 7) 矢吹知之：家族支援の工夫と実例；認知症の人の家族支援に役立つ道具や制度。認知症ケア最前線，**56**:132-134（2016）。

Q4-8

見守りネットワークとSOSネットワークの違いと活用方法にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

「見守りネットワーク」は、高齢者の日常生活の見守りを通じ、異変の早期発見や虐待防止に力を入れており、認知症の疑いや初期の段階における日常生活の見守りにとくに有効と考えられる。「SOS ネットワーク」は、認知症の人が行方不明になったときの捜索や行方不明の防止を目的としており、心配がある場合は早めに登録を勧めるとともに、万が一の際には、生命の危機を回避するため、早い段階でSOS ネットワークに連絡し、支援を求める。

解説

見守り・SOS ネットワークには、①日常の見守りを行うもの、②緊急時の捜索や行方不明の防止を目的としているものと、大きく2つの機能があり、認知症の人やその家族のニーズに合わせ、登録もしくは利用を勧めたい。

①の日常の見守りを行っているネットワークは、独居や老老世帯、日中独居世帯などを中心に高齢者全般を対象にしているところが多く、市町村や地域包括支援センター¹⁾、自治会等が事務局になり、民生児童委員²⁾、認知症サポーター、介護保険サービス事業所や商店街、配達・配送業者等の民間企業が協力し、日常業務や生活を通じて認知症の人の見守りを行うほか、新聞がたまっているなどの異変があったときに、市町村や地域包括支援センターに連絡をするなど、早期発見や虐待防止の役割を担っている。とくに、孤独死・孤立死が社会問題化して以来、独居高齢者を対象にした見守りネットワークの構築が各自治体で進み、ボランティアによる定期的な訪問を行っている市町村、町内会、自治会も数多い。近年では犬の飼い主が認知症サポーター養成講座を受講し、犬の散歩時に認知症の人の見守りを行う「わんわんパトロール」といったユニークな取り組みをしている地域³⁾もある。

②の行方不明等、緊急時の捜索を行うネットワークは、認知症の人に特化しているものが多く、市町村等が事務局となり、行方不明の連絡があると警察に連絡、捜索要請・協力するとともに、ネットワークに登録しているボランティアや近隣市町村等に連絡が行き、捜索協力を行っている。なお、認知症の人が見当たらない場合、捜索依頼が出るまでの時間が長ければ長いほど、遠くに移動したり、事故に遭う危険や、夏であれば熱中症、冬であれば凍死など命の危険が高まったりすることから、認知症の人が見当たらない場合はできる限り早くSOS ネットワークに連絡を入れ、捜索を依頼することが重要である。認知症

の行方不明者の要介護度は、回答のあった 4,213 人のうち「認定なし」がもっとも多く 1,102 人 (26.2%)、次いで要介護 1 が 994 人 (23.6%)、要介護 2 が 854 人 (20.3%) であり、要支援 1, 2 は合わせて 243 人 (5.8%) にとどまった⁴⁾。行方不明は、未然に防いだり捜索したりするだけにとどまらず、保護後のアフターケアを提供する体制も重要である⁵⁾。

自治体や地域により、ネットワークの構成員や事務局等が異なる⁶⁾ため、あらかじめ確認のうえ、非常時に備えて登録をしておくことを勧めたい。

文 献

- 1) 矢板橋敦：地域ぐるみで高齢者・介護者を支援する高齢者見守りネットワーク；地域包括支援センターとしての取り組み。訪問看護と介護，**18(6):468-473** (2013)。
- 2) 岡田進一：認知症の人に対するインフォーマルケア。(日本認知症ケア学会編) 認知症ケアにおける社会資源，改訂 5 版，175-180，ワールドプランニング (2016)。
- 3) 岩手県矢巾町地域包括支援センター (2013) 「矢巾わんわんパトロール隊」 (<http://yahaba-houkatu.jp/menu06.html>, 2017.11.10)。
- 4) 厚生労働省 (2014) 「行方不明になった認知症の人等に関する調査結果の公表等」 (http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishou-gyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/1_1.pdf, 2017.11.10)。
- 5) 永田久美子：行方不明時の SOS ネットワークとは。 *Monthly Book Medical Rehabilitation*, **183:157-161** (2015)。
- 6) 黄 嘉倫：SOS ネットワークと高齢者見守り活動の違い；認知症の行方不明者を捜索する地域サポートのあり方。コミュニティ福祉学研究科紀要，**14:27-36** (2016)。

Q4-9

認知症初期集中支援チームと認知症サポート医の活用方法にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

認知症初期集中支援チームは、認知症の疑いはあるが医療や介護につながっていない人に対して、訪問、アセスメント、家族支援等の包括的支援を提供している。とくに、家族介護者の負担感の軽減が報告されていることから、介護認定を受けていない場合には積極的に活用を勧めたい。また、認知症サポート医は地域における医療と医療、医療と介護の連携の推進役を担っており、認知症初期集中支援チームの医師としてのみでなく、地域ケア会議等においても認知症が疑われるケースへの医療的アドバイスが求められている。

解説

認知症初期集中支援チームは市町村単位で設置されており、設置場所は地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、訪問看護ステーション等、地域によって異なることから、まずはどこにチームが設置されているかを確認しておきたい。ここでいう「初期」は必ずしも疾患の初期段階に限らず、「初動（First Touch）」の意味も含まれており、医療や介護につながっていない認知症の人およびその家族に対して、医療と介護・福祉の専門職が複数で介入し、訪問、アセスメント、家族支援等をおおむね6か月の間に集中的に行い、自立生活のサポートを行ったうえで、本来の医療や介護サービス等に引き継いでいく¹⁾。認知症は脳の病気であり、認知機能障害や行動・心理症状により、生活にさまざまな混乱や支障が生じるが、認知症初期集中支援チームによる適切なアセスメントと介入があることで、混乱を最小限に抑えることが期待される²⁾。医療や介護につながっていないケースで、医療機関や地域包括支援センター等に相談に行くことがむずかしい人、受診拒否のある人、家族等が疲弊しているケースがあれば、まずは認知症初期集中支援チームにコンタクトをとることを勧めたい。これまでの研究において、家族の介護負担感の軽減が報告されており^{3,4)}、認知症初期集中支援チームのかかわりにより、家族の認知症に対する理解が深まったり、対応力が向上したりすることが考えられる。

認知症サポート医の養成は都道府県および指定都市で実施されており、その役割として、①認知症の人にかかわるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携づくり、③かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発等、地域における医療と医療、医療と介護の連携の推進役として期待されている^{5,6)}。2012年に認知症サ

ポート医を対象に行われた調査において、医療連携・多職種連携を日常活動として報告した人は804人（全回答者のうちの84.0%）、研修・啓発活動は614人（同64.2%）と高い割合であった⁷⁾。また、初期集中支援チームの医師として、チーム員会議に出席し、対象者に対する医療的アドバイス等を行っている。そのため、地域ケア会議への参加、地域住民や医療介護福祉等の専門職を対象とした勉強会、研修会等で認知症に関する講演を依頼するなど、地域での取り組みに参加を依頼したり、企画の段階で案を相談したりするなど、コンタクトをとるようにしていく。

なお、認知症サポート医の名簿は都道府県のホームページで公開されていることが多いため、確認しておくことも大切である。

文 献

- 1) 鷺見幸彦：認知症初期集中支援チームとはなにか。老年精神医学雑誌，**26**(10):1077-1084 (2015)。
- 2) 小川敬之：現在の認知症ケアの動向と認知症初期集中支援チーム。作業療法ジャーナル，**48**(6):450-455 (2014)。
- 3) 山口智晴：前橋市における多職種協働での認知症初期集中支援の実際；作業療法士の視点から。 *Dementia Japan*, **30**(30):51-58 (2016)。
- 4) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター (2017)「平成28年度老人保健健康増進等事業 認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業報告書」 (<http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H28rouken-3houkoku.pdf>, 2017.12.6)。
- 5) 鷺見幸彦：認知症サポート医。医学のあゆみ，**224**:166-168 (2008)。
- 6) 鷺見幸彦：認知症学（下）；その解明と治療の最新知見；サポート医と介護研修。日本臨床増刊号，**69**(10):561-564 (2011)。
- 7) ニッセイ基礎研究所 (2013)「認知症サポート医等のあり方及び研修体系・教材に関する研究事業報告書」 (http://www.nli-research.co.jp/files/topics/40679_ext_18_0.pdf)。

Q4-10 認知症ケアパスはどのように活用すればよいか

回答（推奨）

認知症ケアパスには、認知症の人の容態とニーズに対し、市町村内にどのような社会資源があるかが示されており、認知症の人やその家族に、こういった社会資源を利用することで、どのような生活を送ることができるかを説明する際に役立つ。また、介護支援専門員が活用することで、予後を見据えたケアプランの作成に役立ったり、専門職間の連携や地域住民への認知症の啓発、地域の社会資源の不足の確認等、さまざまな形で活用したりすることができる。

解説

「認知症ケアパス」という言葉はさまざまな意味で使われることが多く¹⁾、情報連携ツール²⁾の意味として使われることもある。ここでは2012年に策定された「認知症施策5カ年計画（オレンジプラン）」の1つ目の柱として位置づけられた「認知症ケアパス」の定義である「認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいか」を分かりやすく示すもの³⁾とする。

認知症ケアパスの特徴は、認知症の容態と認知症の人のニーズに合わせて、市町村内にあるフォーマル、インフォーマルのさまざまな社会資源や支援を整理して表にしている点であり、「個々の認知症ケアパス」と「地域の認知症ケアパス」の2つの方法で活用できる⁴⁾。

「個々の認知症ケアパス」としての活用方法は、認知症の人やその家族に予後を含め、どのような社会資源・支援が地域にあり、それを利用することでどのような生活を送ることができるのか説明する際に用いることができる。また、介護支援専門員や医療介護福祉の専門職が、市町村内のフォーマル、インフォーマルの社会資源・支援を等しく把握することができることから、ケア会議や認知症初期集中支援チームのチーム員会議等での活用や、ケアプランの標準化、予後を見据えたケアプランの作成時に活用できる。同一市町村内で暮らす同様のニーズをもつ要介護者・要支援者に対して、居住地域や担当する介護支援専門員によって提案するケアプランに差があってはならず、認知症ケアパスを活用することで、フォーマル、インフォーマルを含めた標準的なケアプランが作成されることが期待される。

そのほか、認知症ケアパスを紹介する冊子に、認知症の症状を引き起こす疾

患の説明や対応例、認知症チェックリストなどを掲載している自治体もあり、市民への啓発や将来に向けた準備等に活用することもできる。

また、「地域の認知症ケアパス」としての活用方法として、現存の社会資源を認知症の人の容態とニーズに合わせて整理することで、不足している社会資源や過剰整備されている社会資源について確認することができる⁵⁾。とくに、要介護認定者の「認知症高齢者の日常生活自立度」ごとに「利用頻度の高いサービス」をみることで、介護保険事業計画の策定時や市民ボランティアの活用等を考えるときの参考にしてもらいたい。

なお、認知症ケアパスは一度つくって終わりというものではなく、社会資源の整備状況を踏まえ、地域で暮らす認知症の人やその家族のニーズの変化に対応し、アップデートをしていくことが重要である。

文 献

- 1) Samsi K, Manthorpe J: Care pathways for dementia; current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, **9**:2055-2063 (2014).
- 2) 東京都保健局 (2012) 「認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて」；東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書」 (<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2012/03/DATA/40m3m101.pdf>, 2017.12.3).
- 3) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム (2012) 「今後の認知症施策の方向性について」 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>, 2017.12.1).
- 4) 進藤由美：認知症ケアパスと介護保険サービスの使い方；地域で認知症の人を支えていくために。週刊日本医事新報, **4769**:24-29 (2015).
- 5) 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会 (2013) 「認知症ケアパス作成の手引き」 (<http://www.zaikei.or.jp/hbdcp.pdf>, 2017.12.1).

Q4-11

行政機関窓口(地域包括支援センター以外)における家族支援にはどのようなものがあるか

回答(推奨)

診断を受けたあと、さまざまな福祉サービスや制度利用を行うことで、直接的に家族を支援したり、本人の地域生活を支援することで間接的に家族を支援したりするものがある。行政機関窓口で制度利用のための手続きを行ったり、問い合わせたりすることで、診断後の相談支援、緊急時支援、活動支援、経済的支援、福祉サービス、就労支援等を受けることができる。また行政機関窓口では、市町村が作成している認知症ケアパスを取得することができる。

解説

認知症の進行程度や市町村により異なるが、行政機関窓口で手続きを行ったり、問い合わせたりすることで、直接的なものから間接的なものまで、次のようなサービスや制度を利用することができる。

- ①診断後の相談支援：認知症コールセンター等
- ②緊急時支援：行方不明時の市内放送，消費者被害相談等
- ③活動支援（情報提供含む）：家族介護教室，認知症サポーター，認知症カフェ，認知症家族の会
- ④介護保険サービス：ホームヘルプ，デイサービス，ショートステイ等
- ⑤経済的支援：自立支援医療，医療費控除，高額療養費制度，高額医療・高額介護合算療養費制度，障害年金，国民年金保険料の免除，特別障害者手当，障害者手帳（税金の控除，NHK受信料の免除等），雇用保険，傷病手当金，生活福祉資金貸付制度等
- ⑥在宅福祉サービス：見守り用GPS端末貸与，緊急通報装置貸出（ホームセキュリティ），介護用品支給（紙オムツ），配食，訪問理美容，寝具乾燥，家具固定等
- ⑦障害福祉サービス：生活援助，生活介護，就労継続支援等の日中活動，移動支援
- ⑧就労支援：ハローワークや障害者就業・生活支援センター等での就労相談等市町村では認知症ケアパスを作成しているため，さまざまな情報を確認したり，認知症家族の会，認知症サポーター，認知症カフェ，地域の高齢者サロン等の情報を得たりして参加してみるのも一つである。また，行方不明等の対応として，事前に警察や行政機関に相談しておくことも重要である。

Q4-12 家族介護者教育等の事例にはどのようなものがあるか

回答（推奨）

家族介護者教育には2つの場面設定がある。

まず日々の専門職の支援のなかで実施される家族介護者との「対話」である。支援過程で、認知症や社会資源に関する誤解、うまくいかないケア方法等について説明や助言をすることにより、個別の教育が実施されている。

もう1つは家族向け介護教室等、専門職や介護経験者等によって設定される「教育の場」である。実施機関（団体）により、①目的（期待する介入効果も含む）、②対象（続柄・要介護者の認知症の病期等）・人数、③内容、④方法、⑤期間・回数等が異なる。たとえば教育内容は、(1) 知識・技術の習得や情報提供（認知症の治療や病態、認知症の人への対応方法、利用できる社会資源の種類や活用方法等）、(2) 介護に伴う家族の心身のケア（介護感情の表出・共有・受容、介護者の健康維持）に大別される。

解説

認知症の人の家族介護者に対する教育は、日々、専門職が家族介護者の支援に従事している過程で、自然に実施されている。たとえば、認知症や社会資源に関する疑問点等の説明、認知症の人への対応方法や社会資源の活用方法の助言等が挙げられる。

もう1つは、医療・保健・福祉専門職や介護経験者等によって教育的な支援を提供する場として設定される、家族向け介護教室等が挙げられる。このような場では、すでに国内外で心理社会的支援を用いた、もしくは類する家族介護者教育が多数実践されている。心理社会的支援は、主にアルコール依存症や統合失調症など精神科領域において、当事者・家族教育で用いられてきた手法である。疾患に対する知識・ケア技術の習得、同じ経験を有する人同士の語り合いによる、感情の共有や経験知の交換に主眼がおかれている¹⁾。心理社会的支援を通じ、生活の諸課題に対応していく力をエンパワメントすることが目標となっている。国内における認知症の家族介護者教育の実施は、心理社会的支援に類するものが多く²⁻⁹⁾、実施機関により、①目的（期待する介入効果も含む）、②対象（続柄・要介護者の認知症の病期等）・人数、③内容、④方法、⑤期間・回数が異なる。例として、③教育内容と④教育方法を例示する。

まず、③教育内容は、(1) 知識・技術の習得や情報提供（認知症の治療や病態、認知症の人への対応方法）、(2) 介護に伴う家族の心身のケア（介護感情の表出・

表1 進行期の認知症家族介護者を対象にした家族教室プログラム

対象：進行期認知症につき継続的加療中，経過観察記の認知症の人の家族介護者
開講期間：基礎Ⅰ（3か月）+基礎Ⅱ（3か月）＝通算6か月

回	領域	コンテンツ（90分）：座学+GDやGW ※GD：グループ討議，GW：グループワーク	ナビゲーター	開始からの経過
1	医学	認知症の進行を緩やかにさせる方法（非薬物療法）	医師	1か月目
2	医学	BPSDの発生原因と治療や対応方法	医師	
3	医学	寝たきり予防のための健康管理方法	医師・看護師	2か月目
4	ケアⅠ	パーソンセンタードケアの考え方	看護師	
5	ケアⅠ	認知症を持つ人とのかかわり方（GD）	看護師	3か月目
6	福祉Ⅰ	必要な社会資源の種類と方法	PSW	
7	心理	認知症を持つ人への傾聴方法（GW）	心理士	4か月目
8	ケアⅡ	特に対応困難なBPSDの対応方法（GW）	看護師	
9	ケアⅡ	認知症を持つ人の口腔ケア	看護師	5か月目
10	ケアⅢ	認知症の症状と環境工夫（ADLケア方法）	看護師	
11	福祉Ⅱ	介護地図作成による介護の自己内省（GW）	MSW	
12	福祉Ⅱ	地図を用いた社会的支援の活用方法討議（GW/GD）	MSW+現役介護経験者	

出典) Seike A, Sakurai T, Sumigaki C, et al.: Verification of Educational Support Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 64(3):661-663 (2016).

表2 表1の効果検証結果をもとにプログラムを集約（RCTにて効果検証実施済）

回数	領域	テーマ	コンテンツ	ナビゲーター	提供方法
1	医療	認知症の基礎知識	・病気を理解する *認知症の種類，治療方法 *BPSDへの対応方法	医師	講義+質疑応答
2	ケア	認知症の人へのケア	パーソンセンタードケアの考え方	看護師	講義+GD
3			BPSDの種類に合わせた方法	看護師	講義+GD
4			認知症の人の心理的ニーズを事例検討	看護師 家族教室 修了者	講義+GW
5	心理	認知症の人とのコミュニケーション	・コミュニケーション方法 ・傾聴の仕方	心理士	講義+GW
6	福祉	認知症の人・家族とソーシャルサポート	・私の介護地図の作成 *介護環境のふりかえり *介護者の感情のふりかえり *ソーシャルサポートの活用とソーシャルネットワーク作り	MSW 家族教室 修了者	講義+GW+GD

※GD：グループディスカッション，GW：グループワーク

※GDやGWでは，ファシリテーター（看護師，心理士，MSWなど）配置

対象：継続的加療中，経過観察期の認知症の人の家族

開始：2013年12月

定員：20名（1コース）

開講期間：3か月完結（2週間に1回の割合で，1講義開講）

時間：90分（1回）

出典) 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター：あした晴れますように；認知症をもつ人と私。家族教室テキスト；中級コース，国立長寿医療研究センター，愛知（2018）。

表3 初期および診断間もない認知症の人および家族介護者を対象にしたプログラム

回数	領域	テーマ	コンテンツ	ナビゲーター	提供方法 と時間配分
1	医療	認知症の基礎知識	1 認知症について 2 MCI と認知症の違い 3 認知症の経過と療養計画 4 非薬物療法	医師	合計 60 分 ・座学 30 分 (15分/領域) ・質疑、意見交換 30 分
	薬剤	認知症の治療薬と管理	1 認知症治療の薬剤 2 薬剤の使用方法 3 薬剤の使用上の注意点	薬剤師	
2	ケア	認知症の人への理解と対応	1 認知症の症状進行と必要なケア 2 認知症の人の理解と対応方法	看護師	合計 60 分 ・座学 30 分 (15分/領域) ・質疑、意見交換 30 分
	福祉	社会資源に関する情報提供	1 認知症の人や家族を地域で支える取り組み 2 支援の種類	ソーシャルワーカー	

※本プログラムはテキスト化され（冊子・DVD：はじめの一步）、全国配信されている。

下記のサイトから無料でダウンロードが可能である。

冊子 <http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>

DVD <http://videovs.ncgg.go.jp/NCGG/000088/kazokukyousitu2015.mp4>

対象：MCI および初期認知症の人および家族

開始：2012年8月

開講期間：1か月完結（2週間に1回の割合で1領域を開講）

出典) Seike A, Sumigaki C, Takeda A, et al.: "Developing an Inter-professional Program of Educational Support for Patients and their Family Members in the Early Stage of Dementia; An Investigation Based on the Learning Needs and Attitude Changes of Patients and their Family Members" *International Journal of Geriatric Gerontology* 14(2):28-34 (2014)

共有・受容、介護者の健康維持)に大別される。次に、④教育方法は、(a) 個別型－集団型、(b) 単発型－複数回数型（プログラム形式）、(c) 対面型－媒体物提供型（リーフレット等）、(d) 時間や場所限定型（決められた場所に向かう）－即時対応型（テレビ電話、インターネット）に大別される。また、(a)から(d)で、それぞれどちらかの型ではなく、複合的に組み合わせて実施される場合があり、多様性に富む。しかし、多くの実践で共通することは、家族介護者の Well-being の向上と要介護者の well-being の向上を究極の目標としている点である。

一方、実施機関による家族介護者教育の方法や内容に多様性があるなか、介入効果は、家族介護者教育の実践を企画する専門職にとって非常に重要な指針となる。まず、複数の認知症の人の家族介護者を対象とした教育について、無作為化比較試験（RCT）を用いた効果検証研究¹⁰⁻¹⁷⁾で、主たる介入効果として用いられていた「抑うつ」や「主観的介護負担感」の低減が確認された介入の詳細は、①目的・ねらい：介護における問題解決スキルの習得、②対象：「認知症の人の介護者」という設定以外で、続柄の設定（配偶者・子ども等）、③内容：情報提供（認知症や介護、社会サービス）、スキルの習得（認知症の人とのコミュ

ニケーション), 感情的な支援(介護者同士の介護体験の共有)の複合形式, ④ 期間: 7~10セッション, 短期間(3~6か月)のプログラム提供であった。付随する効果として, 要介護者の症状の改善を示したものがあつた。

しかし, 抑うつや主観的介護負担感の低減等, 家族介護者の否定的な感情に焦点化した効果検証は, 介入の効果を過小評価する危険性がある¹²⁾。これらの批判を踏まえ, 複数の進行期認知症の人の家族介護者を対象とした教育の介入効果検証として, 肯定的・否定的な感情の両側面から介入効果を検証した研究がある^{7,9)}。12セッション(90分/セッション), 6か月間の包括的プログラム(表1, 2)を提供した結果, 家族介護者の抑うつが低減し, 活気が改善した⁹⁾。このプログラムの前段階として, 軽度認知障害(MCI)および初期認知症の人, 介護者を対象としたプログラム(表3)も用意されている^{7,17)}。

文 献

- 1) 清家 理, 住垣千恵子, 大久保直樹, ほか: 家族向けの認知症介護教室とは何かについて教えてください。 *Geriatric Medicine*, **55**(6):643-646 (2017)。
- 2) 梶原弘平, 中谷久恵, 小野ミツ, ほか: 認知症介護の肯定的認識に着目した家族への情報提供による介入と効果。日本認知症ケア学会誌, **14**(2):485-493 (2015)。
- 3) 菅沼一平, 上城憲司, 白石 浩: 認知症高齢者の家族介護者に対する心理教育介入。日本認知症ケア学会誌, **13**(3):601-610 (2012)。
- 4) 高見美保, 水谷信子: 認知症高齢者と家族介護者が関わり合う際に生じる困難に対する看護介入の開発; 介入プログラムの作成と実践。老年看護学, **15**(2):36-43 (2011)。
- 5) 上城憲司, 中村貴志, 納戸美佐子, ほか: デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果。日本認知症ケア学会誌, **8**(3):394-402 (2009)。
- 6) 桐明あゆみ, 森山美和子: 認知症を有する人を介護する家族介護者のパートナーシップを築く力の向上を目指した教育プログラムの効果の検討。日本看護科学会誌, **36**:1-8 (2016)。
- 7) 丸尾智実, 河野あゆみ: 家族介護者を対象とした認知症の症状に対応する自己効力感向上プログラムの効果。日本プライマリ・ケア連合学会誌, **37**(2):104-111 (2014)。
- 8) Seike A, Sumigaki C, Takeda A, et al.: “Developing an Inter-professional Program of Educational Support for Patients and their Family Members in the Early Stage of Dementia; An Investigation Based on the Learning Needs and Attitude Changes of Patients and their Family Members”. *International Journal of Geriatric Gerontology*, **14**(2):28-34 (2014)。
- 9) Seike A, Sakurai T, Sumigaki C, et al.: Verification of Educational Support Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, **64**(3):661-663 (2016)。
- 10) Jensen M, Agbata IN, Canavan M, et al.: Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community; systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **30**:130-143 (2015)。

- 11) Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, et al.: Screening for cognitive impairment in older adults; A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, **159**:601-612 (2013).
- 12) Prick AE, de Lange J, Scherder E, et al.: The effects of a multicomponent dyadic intervention on the mood, behavior, and physical health of people with dementia; a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, **11**:383-395 (2016).
- 13) Tang WK, Chan CY: Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers; a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **31**:475-493 (2016).
- 14) Weinbrecht A, Rieckmann N, Renneberg B: Acceptance and efficacy of interventions for family caregivers of elderly persons with a mental disorder; a meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, **28**:1615-1629 (2016).
- 15) Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, et al.: Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia; a systematic review. *Aging & Mental Health*, **5**:120-135 (2001).
- 16) Mittelman M: Psychosocial interventions to address the emotional needs of caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Caregiving for Alzheimer's Disease and Related Disorders*: Springer, 17-34 (2013).
- 17) Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P: How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, **42**:356-372 (2002).
- 18) 清家 理, 住垣千恵子, 大久保直樹, ほか: 認知症疾患医療センターにおける認知症家族介護教室の効果と課題. 国立医療学会誌『医療』, **71**(7):314-319 (2017).

索引

- 【A-Z】
- ADHD 63
 BPSD 22,37,85
 GPS 33
 informed-choice 21
 informed-decision 21
 MCI 14
- 【あ】
- ICT活用 57,102
 アルツハイマー型認知症 22
 アルツハイマーカフェ 110
 痛みの緩和 84
 一包化 44
 居場所 82
 医療依存度 58
 インターネット 89
 インフォーマル 98
 うつ病 86
 SOS ネットワーク 33,56,57
 エンパワメント 106,123
 お薬カレンダー 44
 お薬手帳 44
- 【か】
- 介護サービスの利用を拒否 92
 介護支援専門員 95
 介護事件 70
 介護スタイル 70
 介護ストレス 86
 家族の心理的ステップ 98
 介護負担感尺度 86
 介護負担軽減 98
- 会報 106
 家族介護者 106
 家族介護者の Well-being 125
 家族システム 75
 キーパーソン 56
 記憶障害 22
 虐待 86
 緊急通報システム 77
 金銭管理 56
 ケア・コミュニティ 71
 経済的不安 29
 傾聴 20
 軽度認知障害 14
 血管性認知症 27
 幻視 24
 見当識障害 22
 行為依存 74
 行動・心理症状 22,37,85
 行動変容アプローチ 37
 抗認知症薬 22
 高齢者虐待防止法 94
 高齢者精神医療相談班 76
 高齢者総合相談センター 54
 コーピング法 84
 互助 103
 コミュニケーション 70,84
- 【さ】
- 罪悪感 51
 自殺 86
 施設見学 93
 実行機能障害 22
 膝痛 84

【さ】

自閉症スペクトラム 63
 社会資源 102
 社会福祉協議会 61
 若年性認知症 29,82
 住宅改修サービス 55
 住宅改造 37
 住民同士 103
 就労継続支援 29
 小規模多機能 99
 焦燥性興奮 34
 常同行動 26
 自律神経症状 25
 心身症 86
 身体管理 56
 心理社会的支援 123
 睡眠・覚醒リズム 35
 睡眠障害 35
 睡眠薬 35
 ストレスマネジメント 84
 生活困窮者自立支援制度 60
 生活支援 56
 生活習慣病の予防 14
 生活福祉資金 61
 生活保護制度 61
 精神疾患 62
 精神保健相談 76
 精神保健福祉センター 76
 精神療法的介入 84
 成年後見制度 56,57,95
 前頭側頭型認知症 26

【た】

対人依存 74
 体操 37
 大腿骨頸部骨折 38
 多角的な評価 50
 多職種協働 20
 ダブルケア 64

短期入所サービス 84
 男性介護者 55,70
 地域ケア会議 56
 地域包括支援センター 54,61,93,94
 チームアプローチ 20
 注意欠如多動性障害 63
 中核症状 22
 中山間地域 102
 中途覚醒 35
 通所介護 98
 つどい 106
 デイケア 92
 抵抗感 51
 デイサービス 92
 転倒 24,25,37
 転倒予防 37,84
 電話相談 85,88,106
 投射 96
 特養 96

【な】

日常生活自立支援事業 76
 認知症家族会 73
 認知症カフェ 73,107,110,112
 認知症ケアパス 89
 認知症啓発 82
 認知症初期集中支援チーム 76
 認知症対応型通所介護サービス 55
 認知症の人と家族の会 106
 認知療法的アプローチ法 84
 認とも 112,113
 認認介護 55

【は】

パーキンソン症状 24
 徘徊 33,34
 発達障害 62
 判断力障害 22
 引きこもり 56

【は】

ヒッププロテクター 37

評価尺度 86

不安障害 63

不穏 34

副作用 44

福祉用具 114

服薬管理 56

服薬ボックス 44

別居（通い）介護 68

法テラス 61,95

訪問 99

訪問活動 112

訪問看護師 44

訪問薬剤師 44

暴力 33,34

保健所 76

【ま】

見守りネットワーク 33,76

見守りボランティア 77

民生児童委員 56

持ち越し効果 35

【や】

やむを得ない措置 79

要介護者同士の夫婦世帯 54

要介護者の well-being 125

腰痛 84

【ら】

療養型 96

リラックス法 84

レクリエーション 37

レビー小体型認知症 24

老健 96

老老介護 84

膝痛 84

執筆者一覧(五十音順)

秋田谷 一	公益社団法人認知症の人と家族の会
稲垣 康次	富士宮市産業振興部観光課
井上 雅彦	鳥取大学大学院医学系研究科
植木 章三	大阪体育大学教育学部
太田差恵子	NPO 法人パオッコ
大塚真理子	宮城大学看護学部
長田 久雄	桜美林大学大学院
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
岸 恵美子	東邦大学看護学部
北村 世都	日本大学文理学部心理学科
小長谷陽子	認知症介護研究・研修大府センター
斎藤 真緒	立命館大学産業社会学部
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科
清家 理	京都大学こころの未来研究センター／国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
関野 明子	桜美林大学大学院老年学研究科老年学専攻大学院生
高橋 正彦	クリニック医庵たまプラーザ
竹田 匡	公益財団法人日本社会福祉士会
辻村真由子	千葉大学看護学部
津止 正敏	立命館大学産業社会学部
中澤 伸	公益社団法人日本社会福祉士会
松下 年子	横浜市立大学大学院医学研究科
森下 久美	桜美林大学大学院老年学研究科老年学専攻大学院生
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
吉田 裕人	東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科

委員一覧(五十音順)

家族支援ガイドライン作成委員会

秋田谷 一	公益社団法人認知症の人と家族の会
稲垣 康次	富士宮市産業振興部観光課
井上 雅彦	鳥取大学大学院医学系研究科
植木 章三	大阪体育大学教育学部
長田 久雄	桜美林大学大学院
柏木とき江	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
岸 恵美子	東邦大学看護学部
小長谷陽子	認知症介護研究・研修大府センター
諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科
清家 理	京都大学こころの未来研究センター／国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
平 みき	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
高橋 正彦	クリニック医庵たまプラーザ
津止 正敏	立命館大学産業社会学部
吉田 裕人	東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科
太田差恵子	NPO 法人パオッコ
中澤 伸	公益社団法人日本社会福祉士会
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター

調査委員会

長田 久雄	桜美林大学大学院
北村 世都	日本大学文理学部
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター

Q&Aでわかる専門職のための
認知症の家族等介護者支援ガイドブック

2018年3月

(編集) 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1
TEL : 022-303-7550 FAX : 022-303-7570
(発行) 株式会社ワールドプランニング
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル 2F
TEL : 03-5206-7431 FAX : 03-5206-7757

*本書は、平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」にて作成されました。