

認知症介護における介護者支援方法の検討

A Study of Support Strategies for Family Caregivers of People with Dementia

相山 馨
AIYAMA Kaori

老々介護が増加する中、認知症高齢者の介護は、その負担の大きさから虐待や介護殺人、介護心中といった深刻な事態を招くことがある。このような課題に対応するには、その介護を担っている介護者を効果的に支援することが重要である。そこで、長期間にわたり在宅で重度の認知症高齢者を介護している介護者を支援したケアマネジャーの実践を通して、その支援内容について検討した。その結果、介護者のアセスメントを実施し、介護者の強さや地域でのつながりを把握すること、介護者の訴えや思いを大切に課題を抽出すること、迅速に対応すること、関わる専門職に介護者への理解を促し介護者支援のチームを形成すること、タイミングを見計らって新たなサービスを提案すること等が在宅介護継続において効果的であることが明確になった。

キーワード：介護者支援、認知症介護、在宅介護

I はじめに

高齢者人口の急激な増加に伴い、増加の一途をたどる認知症への対策は、社会における重要課題の一つである。厚生労働省が公表したわが国における認知症高齢者数は、2012年（平成24）年で約462万人であるが、これは65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症であることを示している。また、この数はさらに増加し、2025年（平成37年）には約700万人に増加すると推計されており、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することになる。このような認知症高齢者の増加に伴い、在宅で介護する介護者数も増加することが予測されている。平成27年1月に厚生労働省は、団塊の世代が75歳となる2025年（平成37年）に向けて、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、関係省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同で「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定した。その施策の総合的な推進にあたっては7つの柱があげられており、「認知症の人の介護者への支援」がそのうちの一つの柱として位置づけられた¹⁾。その内容としては介護者の精神的身体

的負担を軽減する観点からの支援や介護者の仕事と介護の両立する支援があげられており、今後の具体的な取り組みが期待されることである。

認知症高齢者の介護はその負担の大きさから、虐待や介護殺人、介護心中といった深刻な事態を招くことがある。それは近年の「相手は誰でもよかった」という見ず知らずの人を殺めるような行きずりの殺人とは違い、もともとは愛情や責任感をもって介護にあたっていたはずが、介護により疲れ果て「死んでしまいたい」「相手を殺してしまいたい」と思ってしまう悲惨な状況に陥ってしまうことによって生じてしまうものである²⁾。また、わが国の介護者の7割は60歳以上であるという老々介護の実態があり、終わりのみえない長期の認知症介護により介護者が身体的にも精神的にも疲労困憊し、それが原因となって疾病の悪化や体調不良が生じ介護者自身が入院したり要介護状態になったりする事例も少なくない。介護者が介護できない状態になることは、認知症等の要介護高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続けることが困難になることにつながる。そのため、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活し続けることを目指す「地域包括ケアシステム」の構築を実現するためには、認知症高齢者を介護している介護者を効果的に支援する方法の検討が必要である。そこで、本稿は認知症介護における介護負担の要因を踏まえながら、認知症高齢者と介護者の地域生活継続に向けた介護者支援方法について検討することを目的とする。

II 認知症の症状と介護負担

WHOは「認知症とは通常、慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、概念、理解、計算、学習、言語、判断など、多数の高次脳機能の障害からなる症候群である。」³⁾と定義している。また、認知症は疾患によって起こる知的機能障害とされ、知能を獲得し成熟した脳細胞がなんらかの原因により損傷されることにより病前にあった知能を中心とする精神機能が低下し、日常生活に支障をきたす状態が生じさせるものである⁴⁾。認知症の原因疾患は100以上あるとされているが、認知症のタイプで多いのがアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症（ピック病）の4つであり、これらが全体の約90%を占めている。これらはそれぞれの疾患によって症状の個別性が高く治療も対応も異なる。それぞれの特徴は次のとおりである。まず、アルツハイマー型認知症には、「物忘れ」「エピソード記憶の障害」「取り繕い反応」があり、記憶障害に始まり、徐々に身体機能が衰える。脳血管性認知症は「まだら認知症」「感情失禁」があり、発作のたびに段階的に悪化することが多い傾向があり、一部の能力だけ低下する。レビー小体型認知症は「物忘れ」「幻視」「パーキンソン症状」があり、初期は記憶障害が目立たないものの、注意や覚醒レベルが変動する。前頭側頭型認知症（ピック病など）では「常同行動」があり、記憶や見当識の障害よりも、人格の変化や反社会的な行動が現れやすくなる⁵⁾。認知症の介護では、本人の行動や変化を介護者が理解できずに戸惑ったり困惑したりすることが多い。介護者は認知症を脳の疾患であることを捉えるとともにそれぞれの疾患の特徴についての知識をもつことが必要である。そのためには認知症の治療を行っている医療機関で受診する等、医療との連携が重要になる。

また、認知症の症状は中核症状とBPSD（周辺症状）の2つに大別される。中核症状は知的機能障害であり、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、理解・判断力の障害、失語・失行・失認などの症状がある。このような症状は認知症の原因疾患によって現われ方が多少異なるものの一般的に認知症

であれば出現する症状である。具体的には、新たに覚えることが非常に困難になり何回も同じことを言う、毎日探し物をする、約束を忘れる、段取りが立てられない、ものの名前がでない、迷子になる、場所や時間がわからない等の症状がみられる。このような中核症状が出現すると周囲の状況に適應することが困難になり、これに本人の性格や資質、周囲の環境や人間関係等による条件が加わって、不安・焦燥、幻覚・妄想、徘徊、興奮・暴力、失禁・弄便、介護拒否等の BPSD が出現する⁶⁾。認知症高齢者を介護する上では BPSD の出現が多いほど介護者の介護負担は大きく⁷⁾、介護サービスを利用していてもこのような症状が頻繁に出現することにより、介護者は身体的・精神的に疲労困憊し、在宅での介護継続が困難となり、認知症専門の医療機関への入院や介護施設への入所の原因となる事例が少なくない。また、経済的な課題等から介護負担を軽減するための介護サービスを利用できない場合や、適切な医療サービスの利用が困難な場合には、介護者が認知症高齢者本人から目が離せなかったり、夜間の睡眠時間が確保できなかったりすることから介護者は24時間の介護を強いられ、その疲労は深刻なものとなる。

BPSD は介護者のストレスを増大させ、介護者が「介護から解放されたい」「介護から逃げ出したい」といったところに追い込まれてしまう要因の一つであり、介護うつや高齢者虐待を引き起こす要因でもある⁸⁾。BPSD が出現するメカニズムとしては、記憶障害や見当識障害、判断力の障害などの中核障害を背景とし、それに加えて不安感や集燥感、ストレスなどの心理的要因が作用して出現するものと考えられている。興奮、不眠、抑うつや意欲低下などの症状には一般的に薬物療法が用いられる。また、この BPSD は個別性が高く、症状は一人一人異なる。重症度が同じ程度の認知症であっても不安感やストレスなどの要因が多いか少ないかによって BPSD の出現も変化することから、不安やストレスを生じさせない適切な環境や適切なケアは BPSD の予防や抑制を促す一方で、不適切な環境や不適切なケアは BPSD を誘発させてしまう⁹⁾。そのため、BPSD への適切な対応は介護者の介護ストレス³⁾介護負担の軽減につながるものであり、介護疲れ防止の取り組みの一つであると考えられる。認知症高齢者の介護者を効果的に支援するためには、認知症を脳の疾患として捉え、その疾患の特徴についての知識をもつとともに、症状やその対応方法について理解する必要性を介護者自身が認識できるような取り組みが必要である。

現在、認知症高齢者を在宅で介護する介護者への支援は認知症高齢者本人のケアマネジメントにおけるケアプランの中に「介護負担の軽減」を目的としてあげられていることが多い。そして、その内容は主に通所サービスや短期入所サービス等のフォーマルな介護サービス等に偏向し、実際に行っている具体的な介護者支援の内容があげられているわけではない。そこで、在宅介護を継続することができる介護者支援方法を明確にするために、10年以上、重度の認知症高齢者を介護し続けている介護者の事例を分析し、具体的な介護者への支援内容について検討する。

III ケアマネジメント事例からの介護者支援方法の分析

1 研究の方法

調査協力者は在宅で生活する認知症高齢者とその家族の支援に関わってきたケアマネジャーである。10年以上在宅で認知症高齢者を介護している家族を支援してきたケアマネジャーの支援経過の記

録をもとに、介護者の在宅介護の過程を辿りながら「要介護者の状況」「介護者の状況」「支援の内容」について介護者支援の視点から分析した。

2 倫理的配慮

事例に関するデータの管理は十分な秘密保持の配慮を行った。また、社団法人日本社会福祉士の事例を取り扱う際のガイドラインに基づき、事例の内容について、その本質や分析の焦点が損なわれない範囲において特定の事例として判別できないように修正もしくは改変し、個人が特定されないように配慮した。調査対象者には研究の主旨や目的、自由意志による参加、プライバシーの保護、目的以外にデータを使用しないこと等について口頭と文書で説明し同意を得た。また、介護者にも研究の主旨や目的、プライバシーの保護、目的以外にデータを使用しないこと等について口頭と文書で説明し同意を得ている。

3 事例の概要

本稿で考察するのは、A居宅介護支援事業所に勤務するBケアマネジャー（50歳代・女性）が重度の認知症高齢者を介護する介護者を支援した内容である。Bケアマネジャーは介護福祉士であり、ケアマネジャーとしての経験年数は約15年である。ホームヘルパーの経験があり、在宅介護における介護知識や介護技術がある。現在、介護者（70歳代）は要介護者である夫（80歳代）と持家にて二人暮らしである。大動脈狭窄症、すべり症、三叉神経痛、舌痛症があり、ストレスがたまると身体に痛みが生じる。ADL、IADLは自立している。自宅で美容院を経営しており、介護を担いながら美容師として働いている。要介護状態の夫を10年以上介護している。

夫は脳梗塞後遺症のため右片麻痺。支援開始当初（H12.12）は要介護4（障害高齢者の日常生活自立度:B1、認知症の高齢者の日常生活自立度:IV）、現在（H27.12）は要介護5（障害高齢者の日常生活自立度:B1、認知症の高齢者の日常生活自立度:M）である。在宅介護を始めてから、ADLの変化はほとんどなく、歩行:車いす使用、食事:スプーン使用にて自立、入浴:全介助・特浴使用、排泄:日中はトイレ使用・夜間はオムツ使用、着脱:全介助の状態である。特に排尿は立位にて男性用便器を使用し行っており、それも維持されている。脳梗塞発症後、認知症の症状が出現した。脳血管性認知症と診断された。言語障害のため、コミュニケーションは困難だが、「ウーッ」という発語がある。BPSDの症状が激しく、1分の間にニコニコ笑ったり、大きな声で「ウーッ、ウーッ」と威嚇し、健側の手で周囲の人を叩こうとしたり、実際に叩いたりする。その変化がとても激しいため、他の利用者が怖がったり怯えたりすることがあるため、通所サービスや短期入所サービスの職員はその対応に苦慮している。精神科の医師による診察を勧めるが、介護者が投薬を拒否するため状態は変わらない。

12年前のC総合病院の家族指導により習得した介護の方法を継続しているところもある。介護者は夫の介護にはこだわりがあり、①水分摂取量と排尿量、便の状態等を記入する「ノート」に記入すること、②虫歯にならないように食事後の歯磨きを1本ずつ丁寧に行うこと、③排尿は立位で行い、尿が出やすいようにお尻をトントンとたたくこと等を介護のルールとしている。このような介護を介護者自身が毎日実施し、通所介護サービスや短期入所サービス利用の際にも、それらを確実に実施するよう依頼している。また、それが実施されなかったり、何か困難が生じたりするとすぐにBケアマネジャーに相談している。夫の介護に対し熱心であり、そのあまり介護サービス事業者の対応が意に

そぐわない場合は泣きながら B ケアマネジャーに連絡することもある。また、その一方で自宅に隣接している美容院を経営していることから、常連客と介護の話をする事が多く、元看護師常連客から疾病や薬についての情報を得たり、在宅で家族を介護している常連客から介護サービスの情報を得たりしている。特に同じように在宅介護をしている常連客とは介護について語り合い、その大変さを共有している。今では介護期間が長いこともあり、町内の介護者からの相談にのることがあり、困っている介護者がいたら地域包括支援センターに連絡し、つなぐ役割を果たすこともある。

以下、支援経過を辿りながら、介護者が困難を抱えた局面を通して、ケアマネジャーの支援の視点から活用された社会資源や具体的な支援内容について検討する。

4 支援の経過

平成 12 年 12 月脳梗塞発症。C 総合病院に入院。入院中の検査により、硬膜動静脈瘤が発見され、その手術のため D 総合病院に転院し、平成 13 年 6 月に手術。その後、C 総合病院に再転院。平成 14 年 3 月、入院中にくも膜下出血発症し手術。病状が安定したため、主治医から療養型病院への転院の話有。療養型病院に入ると寝たきりになってしまうと考え、家での介護を決断。入院中は毎日 C 病院へ行き、要介護者のリハビリに付き添う。担当看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から家族指導を受け、在宅で介護やリハビリが実践できるように練習し、在宅介護の準備をした。要介護認定申請し、要介護 4 と認定。在宅サービスを利用しながら在宅介護を行うこととし。平成 15 年 4 月に退院。

1) 在宅介護の過程 1 (H15.4~6) 【介護者支援の開始】

(1) 要介護者の状況

右片麻痺 言語障害のためコミュニケーションが困難 <ADL>歩行:全介助・車いす使用、排泄:日中はトイレ使用・紙パンツ使用/夜間はオムツ使用、入浴:全介助・特浴使用、食事:スプーンにて自立、着脱:全介助

(2) 介護者の状況

自宅での介護全般を担っているが、美容院の仕事があるため、通所サービスを利用しない日中の仕事の時間帯は義母が要介護者の介護を行っている。通所サービスを利用しない日は介護者が自宅浴室でシャワー浴の介助をしている。5 月中旬に介護疲れの訴え有。

(3) 支援の状況

C 病院での家族指導の内容を介護のルールとし、必ず実施している。<介護保険サービス>①住宅改修:寝室・リビング・ダイニング・トイレ・浴室をバリアフリーに改修、②E 通所リハビリ:2 回/週、③F 通所介護:2 回/週、④福祉用具貸与:特殊寝台・特殊寝台付属品、車イス)5 月中旬以降、介護疲れの軽減のため、月に 1 回定期的に短期入所サービスを 3 日間、月に 2 回利用することになる。G 短期入所療養介護を利用するも夜間せん妄があり、夜間に起きて動こうとしたためベッドから転落。E 短期入所療養介護から B ケアマネジャーに連絡有。夜間、本人が動きまわろうとするので G 短期入所療養介護での受け入れは困難とのこと。E 短期入所療養介護での利用は中止となる。B ケアマネジャーは短期入所サービスの利用は介護者の介護疲れ軽減のため必要であることから、他の事業所の利用を調整。同市内にある H 短期入所生活介護利用に変更となる。

2) 在宅介護の過程2 (H16.3~10) 【介護の成果と介護サービスへの不満】

(1) 要介護者の状況

体力がついてきたこともあり、日中は家の中を動き回っている。6月に頭部に傷が生じ化膿したためC病院に入院。入院中に言語療法が実施された。退院後介護者、E通所リハビリ、F通所介護、H短期入所生活介護の連携による言語療法が実施されたことにより、11月には「いただきます」「ごちそうさま」と言えるようになった。E通所リハビリやF通所介護で行っているパズルもずいぶん上達した。しかし、1月にBPSDが悪化し暴言が激しくなった。

(2) 介護者の状況

要介護者がよく動くようになったため、サブ介護者である義母による日中の介護が負担になってきたとのことで、F通所介護を2回/週から3回/週に変更してほしいとの希望。要介護者の回復を願い6月の入院中に言語療法の実施を依頼。退院時には言語聴覚士から自宅でできる言語療法のメニューについて指導を受ける。退院後、介護者がC病院で習得してきた言語療法のメニューの実施をE通所リハビリ、F通所介護、H短期入所生活介護に依頼。H短期入所生活介護について「排泄と口腔ケアがうまくいっていない」「希望したとおりの介護が行われていない」とBケアマネジャーに連絡。本人の暴言が激しくなってきたため、困っているとのことで受診時に医師に相談。

(3) 支援の状況

サブ介護者の介護負担増大のため通所介護を増回。介護者の言語療法については各事業所に依頼し、実施となる。具体的なメニューについては介護者から各サービス事業者に連絡。Bケアマネジャーから介護者の要望をH短期入所生活介護に伝え、口腔ケアについて再度依頼。C病院受診時に介護者から暴言について相談があり、医師からは「暴言がでるのは神経的によくなってきているから。病気ではなく甘えだろう。周りがつらいようであれば感情を抑える薬を服用する方法もある。会話を増やすことや役立っていることを実感させることが大切。」との説明有。

3) 在宅介護の過程3 (H17.6~H18.1) 【BPSDの対応と治療】

(1) 要介護者の状況

車イスから立ち上がろうとして転倒し、右大腿部頸部骨折でC総合病院に入院し手術となった。治療のため手術前後を通してベッド上での常時臥床が要され、自由に動くことができず不安やストレスが増大し激しく暴れることが多くなった。大声・暴言・介護抵抗が頻出。昼夜問わず不穏状態が続く。2ヶ月間の入院予定だったが、1か月での退院となる。十分なりハビリを行う前に退院したため、手術した右下肢の関節に可動域制限有。退院後も入院中の不安やストレスは残り、常時興奮ぎみで、車いすで目的もなく動き回ることが多くなった。

(2) 介護者の状況

C総合病院から入院中の本人の大声・暴言・介護抵抗がひどく対応に困っているとの話があり、本人の精神状況が自宅に戻れば安定すると考え、早期の退院を医師に依頼。要介護者は自宅に戻っても興奮ぎみであり、介護抵抗があるため介護疲れが増大した。Bケアマネジャーに「病院での介護を思い出してしまうのか移乗やオムツ交換が大変であり、介護疲れがピークになってきている」と訴えることが多くなる。E通所リハビリから本人の状況をいろいろ聞かされるのがつらいとの訴え有。E通

所リハビリから精神科受診と服薬による対応が必要との話があったが精神科の薬は美容院の常連客（元看護師）からあまり身体によくないときいているので、精神科の薬は飲ませたくないとのこと。その状況の中、義母に認知症症状が出現。サブ介護者が要介護状態となり、2人を在宅で介護することになる。義母が要介護1と認定され、F通所介護利用となる。

（3）支援の状況

Bケアマネジャーは介護者が希望した早期退院に合わせE通所リハビリ・F通所介護の再開を調整。利用再開後E通所リハビリから要介護者が外に出ていくので困る、精神科での治療と服薬がない限り対応できないとのことで、E通所リハビリの利用が困難となり中止となる。Bケアマネジャーはこれまでと同様の回数での通所サービス利用確保のため、F通所介護の増回で調整し利用となる。また、Bケアマネジャーは義母のケアマネジメントも担当。F通所介護利用で調整し利用となる。

4) 在宅介護の過程4（H18.4～H19.12）【BPSDの進行とダブル介護の限界】

（1）要介護者の状況

大声は持続しており、健側の左上肢による暴力が出現。自宅・E通所リハビリ・F通所介護と多様な場面でのBPSDが目立つようになる。H短期入所生活介護利用時には、夜間せん妄が出現。声を出すため他の利用者に影響が生じるようになる。

（2）介護者の状況

BPSDの対応で介護疲れがひどい。介護者の状況を心配し、長女がサブ介護者として介護を手伝ってくれるようになる。しかし、H19.8頃から義母に幻覚が出現。その対応も加わり長女にも介護疲れが生じ、長女はうつ状態となる。介護者自身も体調不調となり右中動脈狭窄症と診断される。精神安定剤を処方されたが、効果を実感できず中止。その後もBケアマネジャーに「つらい」「大変」とよく訴えるようになる。在宅介護の限界を認識し、義母の介護老人保健施設入所を決断。

（3）支援の状況

要介護者のBPSDに加え、義母のBPSDが生じ、サブ介護者である長女がうつ状態、介護者本人も体調不調の状況が生じた。介護者は2人の在宅介護をなんとか継続させていくことを希望していたが、共倒れの状況が明らかになる中、義母がI老人保健施設へ入所となった。

5) 在宅介護の過程5（H21.7～H23.1）【BPSDと専門医による治療】

（1）要介護者の状況

H短期入所生活介護利用時に、絶え間なく大声がでる。奇声が出ることもあり他の利用者や面会の家族が驚くことがある。興奮状態の時間が長くなり、エレベーターで1階と2階を行ったり来たりすることが多くなった。面会の家族に突然「うーっ」と威嚇したり、食事中に他の利用者に向かって歯でギリギリと音を立てたりする症状が頻出するようになる。H短期入所生活介護から精神科受診の提案有。その後、F通所介護でも同様の症状が出現し、F通所介護からも精神科受診の提案有。精神科受診し、服薬することになる。

（2）介護者の状況

H短期入所生活介護からの連絡により、周囲の人に迷惑をかけていることを心配しているが、できるだけ精神科受診は避けたいと思っている。自分自身の介護がよくないことが影響しているのではな

いかと考えるとのこと。在宅での BPSD も引き続き生じており、胸の痛みが生じ受診。ストレスによるものと診断される。その後 F 通所介護、B ケアマネジャーからも精神科受診の提案があったことにより、要介護者の精神科受診を決断。

(3) 支援の状況

H 短期入所生活介護、F 通所介護での BPSD の症状が悪化し、他の利用者や家族から不安の声があがるようになる。H 短期入所生活介護では、他の利用者に夜間の不眠が生じたり、不穏、せん妄が生じたりするようになった。F 通所介護では BPSD への対応として、車いすで外を散歩する、他のフロアに移動する等の対応を行った。H 短期入所生活介護からは、「介護者ががんばっていらっしやるので、できる限り対応したいと思っているが、他の利用者・家族からの声についても対応していかねばいけない」とのこと。要介護者の BPSD への介護方法についてのケア会議を開催し、要介護者への介護の統一を図るとともに具体的な介護方法について検討している。B ケアマネジャーからも精神科受診を勧める。介護者の体調不調が生じたことがきっかけで、精神科受診となる。その後、介護負担軽減のため、J 通所介護 1 回/週の利用を増やすことを提案し利用となる。

6) 在宅介護の過程 6 (H23.9~H27.1) 【BPSD と介護負担の軽減】

(1) 要介護者の状況

要介護認定の結果、要介護 5 に変更となる。K 総合病院精神科受診。服薬開始となる。服薬後はよだれの量が増えるだけで症状に変化なし。H23.10 薬が変更。H 短期入所生活介護利用時、外に出ていこうとした。興奮して介護者につかみかかることがある。H23.12 薬が追加。薬が変更になるが、奇声や大声は続いている。他者への威嚇有。夜間の不眠と独語有。H24.8 薬が変更。夜間大声・奇声が生じている。また、ニコニコしていても、突然、表情が変わり周囲の人に「ウーッ」と威嚇したり、左の腕を上げて叩こうとしたり、場合によっては叩いたりすることがある。それを 1 分間に 2 回繰り返すこともある。非常にその切り替わりが早い。薬が変わり大きな声は出なくなり夜間良眠。日中ウトウトすることもなくなった。

(2) 介護者の状況

H 短期入所生活介護利用後、尿量が少ないため薬の副作用について調べた。薬を飲むようになってからよだれの量が増えた。よだれがでている姿は以前の姿とはぜんぜん違い、見ていて悲しくなる。できれば薬を飲ませたくないという思いがさらに強くなった。腕をつかみかかられたり、大声を出されたりと薬が変更になっても状態がそれほど変わらないことに不安を感じている。実父に認知症が生じ心配している。精神的なストレスが大きい。介助時に身体に負担がかかり、左肘関節腱鞘炎。短期入所生活介護を 3 日から 5 日に変更を希望。H26.1 B ケアマネジャーから特別養護老人ホームの見学を勧められ訪問する。H27.1 介護疲れから体調を崩すことがあり、妹から短期入所生活介護を 2 回/月から 4 回/月に変更したいとのこと。介護でつらい時は飼い犬の K がそばに来て心を癒してくれる。美容院の常連客はほとんど同じ地域の人たちであり、その中に在宅で介護をしている人たちがいるため、美容師として働きながら、介護の話をよくするが大変なのは自分だけではないことがわかり励みになるとのこと。また、短期入所生活介護利用時に、妹と一緒にデパートにでかけたり、娘夫婦と一緒に温泉旅行に出かけたりすることができるようになった。

(3) 支援の状況

B ケアマネジャーは介護者の精神科の薬に対する不安感等に丁寧に対応。精神的なストレス軽減のため、訴えを傾聴する。H24.8 要介護者の下肢機能の低下により、F 通所介護、J 通所介護、H 短期入所生活介護利用時に、立位での排尿が困難になり2人介助で行っているとのこと。今後のことを考え、H26.1 B ケアマネジャーから特別養護老人ホームの見学を勧める。介護者の介護負担の軽減のため、短期入所生活介護を4回/月に変更。B ケアマネジャーは介護から解放される時間を確保し、介護者が好きなショッピングや温泉に出かけることも大切であることについて助言している。

7) 全体を通しての B ケアマネジャーの所感

介護者は要介護者の脳梗塞発症から2年間にわたる入院生活において、毎日、C 病院に通い要介護者を支えてきた。医師からの提案であった療養型病院への転院も断り、要介護4の状態在宅介護をスタートさせた。C 病院の退院時の家族指導を忠実に実行し、要介護者の回復や心身状態の維持に向けて積極的に介護し、がんばっている姿に支援する側としてできる限りのサポートを行ってきた。何かあるとすぐに連絡をしてくれるので、その時はできるだけ迅速に訪問するように心がけ、介護者の訴えを傾聴し気持ちを受け止めている。身体的な介護については介護者ができるようになるまで一緒に行っている。介護者には介護へのこだわりがあり、介護サービス事業所にも同じ介護を求めるが、それを断らずに受け入れ実践しているのは介護者の日々の努力を認め、その思いを理解しているからである。要介護者の BPSD の状態は周囲に大きな影響を及ぼすものであり、介護サービス事業所の理解と協力がなれば、長期間の介護者のサポートは困難だったと考える。また、美容院の常連客との介護についての会話が「自分だけつらいのではない」「介護はみんな大変」といった介護者の精神的なサポートにつながっている。そして、愛犬の K は介護者に安らぎを与えており、生きがいでもある。一緒にいて心が和むだけではなく、介護者がイライラしたり落ち込んだりしている時は、それを察し K が介護者のそばにくるため、精神面での安定をもたらす役割も担っている。介護者の在宅介護に対する思いが強く、介護者の精神面での休息がなかなか進まなかったが、適切な医療と結びついたことにより BPSD が緩和し、短期入所生活介護の利用時に外出する等リフレッシュできる時間を持つことができるようになった。

5 考察

これは認知症の BPSD が激しく在宅での介護が困難な要介護者を長期にわたり在宅で介護している事例であるが、「在宅で介護したい」という介護者の強い思いと努力、それを理解し支えたケアマネジャーと介護サービス事業者の連携が長期間の在宅介護を実現させている。この事例において、要介護者の状態が悪化すると介護者の状態も悪化し、要介護者の状態が安定すると介護者の状態も安定するというように両者に強いつながりが感じられる。そのため、ケアマネジャーは要介護者のアセスメントと同時に介護者のアセスメントを行い、介護者の訴えには常に耳を傾ける等の精神的なサポートを行ってきた。

それぞれの段階におけるケアマネジャーの介護者支援の内容をみると、まず、「在宅介護の過程1」では、美容師としての仕事と介護の両立をさせながら自宅での介護を開始した時期であることから、介護者が仕事を継続することができるように、なおかつ介護者1人に負担がかからないように、介護を通所サービス利用と義母の介護協力を組み合わせてサービス調整している。また、介護者の介

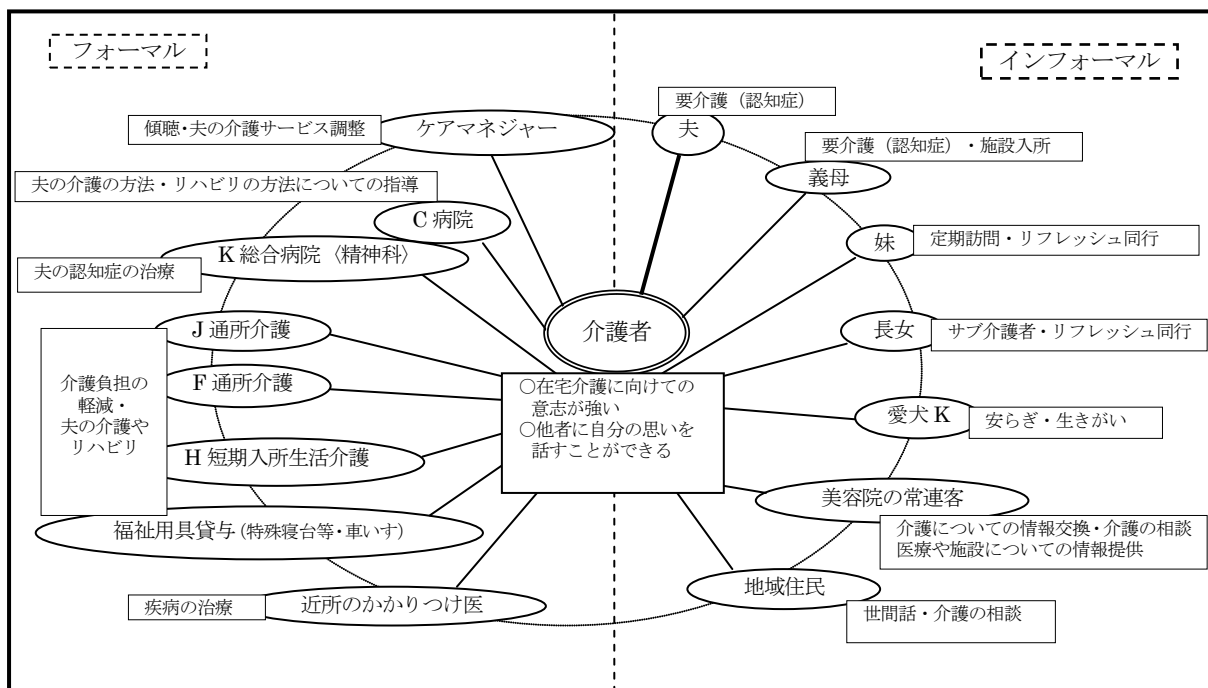
介護疲れの訴えが生じると迅速に短期入所サービスにし、休息の時間を確保している。実際、短期入所療養介護を利用したものの、要介護者の夜間せん妄がひどく、それ以降の受け入れは困難との連絡があったため、すぐに別の短期入所サービスの利用調整を図り、介護者の不安を軽減する対応をしている。「在宅介護の過程 2」では、要介護者に体力が付き家の中を動き回るようになったことから、サブ介護者である義母の介護負担が増大したため、通所介護を増回している。その矢先に要介護者が入院となり、言語療法が実施される。退院後も介護者が各介護サービス事業所での言語療法のメニューの実施を希望した時には、各介護サービス事業所での実施を依頼した。個別対応の内容であるため事業所内での検討が要されたが、介護者が要介護者の言語障害の改善を強く願っていることを伝え、理解を求めた。その継続実施により要介護者が「いただきます」「ごちそうさま」と言えるまでに回復した時には、介護者の努力をねぎらい、回復がその成果であることを言語化して伝えた。また、その後 BPSD が悪化した際には、受診時での医師への相談について助言している。「在宅介護の過程 3」では、要介護者の骨折が生じ、ベッド上での常時臥床が要されたことにより要介護者本人の不安やストレスが増大し、激しい BPSD が生じることとなった。この時に介護者が要介護者の不安を軽減するために早期退院を決定した際には迅速に介護サービスを調整している。その後 BPSD のさらなる悪化が生じたことによる介護負担の訴えやE通所リハビリからの申し送りに対する精神的な負担については傾聴し、ストレスの軽減を図っている。そして同時期に義母の認知症が出現し要介護状態となり、要介護者と義母の2人の在宅介護を担うことになった介護者をサポートするにあたっては、その困難さを受け止めてねぎらうとともに、休息できる時間の確保を意識して支援している。また、要介護者の BPSD への対応として、精神科での治療についての提案があった際には、「薬を飲ませたくない」という介護者の気持ちに寄り添いながらも BPSD への医療的な対応の必要性について助言している。

そして、「在宅介護の過程 4」では、要介護者の BPSD に加え、認知症の進行により義母にも BPSD が生じた際には、その対応についてあらためて説明している。サブ介護者として関わった長女の介護疲れからうつ状態となり介護者自身も体調不調となった際には、介護者の在宅介護継続に対する思いを大切にしながら、その一方で共倒れのリスクについて説明している。「在宅介護の過程 5」では、要介護者の BPSD により他の利用者への影響が大きくなった際には、要介護者への介護方法についてのケア会議を開催し、要介護者への介護の統一を図るとともに具体的な介護方法について検討している。H 短期入所生活介護から「他の利用者への対応からサービス利用が限界にきている」との連絡があった際には精神科受診が不可欠である状況であることを伝え、受診を強く促すとともに介護者の介護疲れにも配慮し、通所介護利用の増回を提案するとともに介護者の気晴らしの機会をもつことの重要性についても助言している。「在宅介護の過程 6」では、精神科の薬に対する介護者の不安に対応し、必要に合わせて医師と連携をとり、それが軽減できるように対応している。また、将来を見据え、特別養護老人ホームの見学を促すとともに、介護者が閉じこもりにならないように短期入所サービス利用時に介護者自身が楽しむ時間をもてるような機会をつくり、ストレスを解消したり気晴らししたりできるように配慮している。

このように、ケアマネジャーの支援において、介護者が介護の困難な局面に遭遇した時には介護者のもっている力を大切にしながら、フォーマル、インフォーマルな多様な社会資源が活用されている。介護者を取り巻く環境をみると、図 1 のように整理することができる。まず、フォーマルな社会資源として、C 病院は退院時の家族指導において要介護者である夫の介護方法・リハビリの方法につ

いて丁寧に指導していることがあげられる。ここでは介護者その方法が習得してから退院しているため、介護者自身がそのことに自信をもって取り組んでいる。また、BPSD への対応として K 総合病院精神科での治療がある。担当医は介護者の薬に対する抵抗感を理解し、思いや訴えを十分にきくための時間の確保に配慮し対応している。通所介護や短期入所生活介護、福祉用具貸与は介護負担の軽減や夫の介護やリハビリの役割を担っている。介護者自身の疾病については近所のかかりつけ医で治療を行っている。また、インフォーマルな社会資源としては同じ地域に住む妹が介護者の健康を気にかけており定期的に訪問したり、リフレッシュするためのショッピングに同行したりしている。長女はサブ介護者として関わり、時々介護者を温泉等の旅行に誘い休息の時間をつくっている。そして、愛犬の K は介護者にやすらぎをもたらすとともに生きがいとして欠かせない存在になっている。経営している美容院での仕事は介護者にとっては美容師としての自分らしい姿を発揮できるものであり、長年の常連客との会話は何よりの楽しみになっている。介護をするようになってからは在宅介護している地域の常連客と介護や医療、施設について情報交換したり、介護について相談し合ったりしており、それが介護継続の励みになっている。店を経営していることから地域住民が集まってくることがあり、井戸端会議で世間話をしたり、介護経験の相談を受けたりすることもあり、介護の経験を生かせることが少なくない。このような地域の住民との関わりは介護者の孤立防止にも役割を発揮していると考えられる。ケアマネジャーはこのような地域での日常生活のつながりを認識しながら、介護保険サービスを導入し、「在宅介護に向けての意志が強いこと」「他者に自分の思いを話すことができる」という介護者の強さを生かした支援を展開している。

図1 介護者を取り巻く環境



IV 在宅介護を継続するための介護者支援方法の検討

本稿では長期に及ぶ認知症高齢者の在宅介護を支援した事例を通して、その継続を可能にしたケアマネジャーの支援内容からその要因を分析した。具体的な支援方法としては、介護疲れの訴えは困難のサインとして受け止めてすぐに対応すること、介護者の不安を軽減すること、介護者一人に介護負担がかからないようにサービス調整すること、介護者の休息の時間を確保すること、介護者の精神的負担を軽減すること、将来的な見通しを踏まえた助言をすること、介護者のもっている力を大切にしながら、多様な社会資源を視野に入れながら課題解決すること、介護者の孤立防止を意識することがあげられる。

また、特筆すべき点として、ケアマネジャーの介護者支援の実践には要介護者のアセスメントと同時に介護者のアセスメントが行われている点があげられる。まず、介護者の要介護者の介護に対する思いを把握し、介護とそれ以外の介護者の生活を把握し、担っている役割や地域でのつながりを捉え、それらを支援に活かす取り組みが必要である。事例では介護者の訴えを傾聴し思いを受け止めること、迅速に対応すること、そして介護者の介護を認めることが繰り返し行われていた。このような介護者の訴えを大切にしながら、課題を抽出することは介護者への的確な支援に向けての実践であるといえる。また、必要に応じて医療や介護サービスにつなぐとともに、関わる専門職に介護者の思いやニーズを伝えたり、統一した介護の実践のためにケア会議を開催したりしながら多職種連携の介護者支援のためのチームケアが実践されていた。介護者と関わる人たちに介護者への理解を促す働きかけも重要である。そして、介護者の介護意欲を大切にしながら、タイミングを見計らって新たなサービスを提案するとともに、将来を見据えての活用可能な社会資源を介護者が認識できるような働きかけは今後に向けての不安を軽減するものである。

在宅介護を継続していくには、介護者が抱えている課題に適切にできるだけ早く対応することが必要である。介護者を要介護者とは違う独自のニーズをもつ個人であることを認識し、介護者を支援することが重要であるといえる。これからは要介護者と同様に介護者も住み慣れた地域で自分らしく生活し続けることができるような支援が求められる。

【文献】

- 1) 厚生労働省 (2015) 「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>, 2016.2.1) .
- 2) 社団法人認知症の人と家族の会 (2009) 『死なないで!殺さないで! 生きよう! いま、介護でいちばんつらいあなたへ』 クリエイツかもがわ, 4.
- 3) World Health Organization. International Statistical of Diseases and Related Health Problems.10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1993.
- 4) 長谷川和夫 (2008) 『認知症のケア』永井書店, 13.
- 5) 今井幸充 (2015) 『認知症を進ませない生活と介護』法研, 34-41.
長谷川和夫 (2009) 『認知症』池田書店, 67-80.
遠藤英俊 (2011) 「認知症の種類と症状、ケアのポイント」『ケアマネジャー』13 (1)

中央法規, 14-15.

6) 今井幸充 同書 46-55.

7) 大西丈二 梅垣宏行 鈴木雄介ほか(2003)「痴呆の行動・心理症状(BPSD)および介護環境の介護負担に与える影響」『老年精神医学雑誌』14(4), 465-472.

8) 湯原悦子(2011)「介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題」『日本福祉大学社会福祉論集』125, 日本福祉大学社会福祉学部, 49-54.

高原昭(2013)「認知症の人と暮らす人の“介護うつ”」『老年社会科学』34(4), 日本老年社会科学会, 519.

加藤伸司 矢吹知之(2012)『家族が高齢者虐待をしてしまうとき』, ワールドプランニング, 70-72.

9) 長谷川和夫 前掲書, 88-89.