

認知症高齢者の在宅生活継続の可能性に関する研究
—家族介護者の視点に着目して—

Study on the Possibility of Continuing to Live at Home for the Elderly with Dementia
—Focusing on the Perspective of Family Caregivers—

竹 田 千 春 黒 澤 直 子
TAKEDA Chigusa KUROSAWA Naoko

北翔大学生涯スポーツ学部研究紀要
第12号 2021

認知症高齢者の在宅生活継続の可能性に関する研究 — 家族介護者の視点に着目して —

Study on the Possibility of Continuing to Live at Home for the Elderly with Dementia
— Focusing on the Perspective of Family Caregivers —

竹 田 千 春¹⁾ 黒 澤 直 子¹⁾
TAKEDA Chigusa KUROSAWA Naoko

I. はじめに

日本は2015年に全人口の26.7%が65歳以上となり、「超高齢社会」を迎えた。それに加えて、少子化も並行して進んだ為、医療・保健・福祉をはじめとした様々な政策的な変化を余儀なくされている。そのような中、もっとも人口比率の高い「団塊世代」と呼ばれる1947年（昭和22年）～1949年（昭和24年）生まれの人々が75歳という後期高齢者を超える2025年に注目が集まり、社会体制の整備を進めているところである。

このような状況下で、社会の変化に対応すべく打ち出された社会福祉政策として2011年の介護保険制度の改正にて打ち出された「地域包括ケアシステム」の構築があげられる。従来の医療施設中心のケアシステムから、長年住み慣れた地域において、保健・医療・福祉が提供されるシステムへの転換とされており、ここでいう地域とは概ね30分圏内において日常生活が行われる程度の範囲のことを指

している。地域包括ケアシステムに関わる法的定義としては、2013年の社会保障改革プログラム法と2014年の医療介護総合確保推進法において「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とされている。このように地域包括ケアシステムは法的には①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤自立した日常生活の支援の5つの構成要素からなっている。

しかしながら、現状はまだ発展途上のシステム転換であり、サービスを提供する保健医療・福祉のサービス提供事業者および専門職、地域を管轄する地方自治体の多くがその方法論を探っている段階であるとともに、各事業者が独自のサービス提供・実践をしながら競合しているという性質上、ネットワークづくりが難しく、事業者という垣根を越えてシステム構築できている地域はまだまだ少な

1) 北翔大学生涯スポーツ学部健康福祉学科

キーワード：認知症高齢者、在宅生活継続、家族介護者

いという現状がある。

また、地域で暮らすという点では欠かせない在宅医療や訪問看護介護を担う医師・看護師・介護福祉職の慢性的な人員不足という問題もあり、大型施設収容から、地域密着型の小規模対応への転換もスムーズにはいかないという側面や、地域によってはサービス提供体制の格差という問題もあり、現実のものには至っていないところが多い。

そのため、地域包括ケアシステムという言葉そのものが一般的に浸透しているとは言えず、在宅において家族を介護している「家族介護者」と呼ばれる者ですらも介護サービスの間接的な受益者であるにも関わらず、その内容を把握しているとは言い難い。

何らかの支援を受けながら、誰もが住み慣れた地域で生活するためにはサービス基盤がきちんと整備されるとともに、地域で暮らす主体者として大まかなしくみを把握して適切にサービス利用できることが望ましい。

しかし、地域住民には高齢者だけでなく障がい者も生活しており、さらには日常生活への支援を必要とする者はその限りではない。実際、地域包括ケアは、法的には65歳以上の高齢者を対象にしているが、安倍前首相や厚生労働省社会・援護局、老人保健局等は、対象を「全世代・全対象型」に拡大することを提唱しており、二木（2019）も愛知県知多半島の実践例である「0歳から100歳までの地域包括ケアシステム」を挙げたうえで、「地域包括ケアの対象拡大は妥当である」と述べている。

このように全世代・全対象型が推進される中で、着目すべきは、認知症高齢者の地域における暮らしをどのように保障していくかと

いうことである。高齢者の急増と比例して認知症高齢者の増加も社会問題の一つとなっている。今日の認知症高齢者介護においては、リロケーション・ダメージということがいわれ、環境の変化が周辺症状を悪化させる一つの要因と言われていることから、ますます「ケア・イン・プレイス（住み慣れた環境でケアを提供する）」という理念が強調されるようになってきた。認知症の症状の進行具合は違えども、日常生活全般において判断能力が低下していく認知症高齢者が、住み慣れた地域で独居もしくは家族介護者と同居しながら、人生の最終段階（従来における終末期）まで暮らし続けることは可能であるのか、また、どのような支援が望まれているのかについて家族介護者の視点から検討することとした。

Ⅱ. 方法

1. 対象者および調査方法

A市認知症の人の家族を支える会協力のもと、A市及びその近郊に在住する、在宅にて認知症高齢者の介護を行った経験がある方（または現在も継続中の方）120名を対象とした。無記名の自記式質問紙調査とし、回収数77名、回収率64.1%となった。

2. 倫理的配慮

調査協力者には、研究の趣旨を説明し、知り得た情報を研究以外には使用しないことを書面で説明した。また、アンケートは無記名回答および返送用封筒での郵送回収とし、回収したデータの管理については、管理者を研究責任者である筆者1人が一括して行い、プライバシー保護に留意し管理を行った。

Ⅲ. 調査結果及び考察

1. 家族介護者の属性

対象者の属性は表1のとおりである。年齢別でみると、「60～70代」が80%を占めていた。また、80代以上の方々の「老老介護」は9%であった。

在宅介護経験年数は10年未満が61%、10年以上が39%であった。

要介護者との関係性においては、「実母」が最も多い38%、次に「義母」の25%であった。「両親ともに介護経験あり」という方や、「両親・義両親も介護した経験がある」というダブル介護の経験者もいた。

同居家族については、女性回答者が多かったため「夫」が多かった。また、子どもと同居している者が32%おり、孫世代も認知症高齢者の在宅介護に直接的とは言い難いが、同じ居住空間に存在する者として何らかの形で関わっている様子が読み取れる。同居家族の中に、認知症高齢者本人と思われる実父・実母・義父・義母が少なくなっているのは、現在は入所または死亡しているというケースである。

2. 介護した(している)認知症高齢者の属性

要介護者である認知症高齢者の属性は表2のとおりである。

発症したのが50代の時という方も9%おり、若年性認知症の方の介護を経験した人もいたことが伺える。全体をみると、80代～90代の方が多く、60%にのぼる。

要介護度別にみると、要介護3以上が半数以上を占める。認知症診断名として最も多かったのが、アルツハイマー型認知症で45%で

表1 家族介護者の属性

		n = 77	
		(人)	(%)
性別	男性	20	26
	女性	56	73
	無回答	1	1
年齢構成	29歳以下	1	1
	30-39歳	0	0
	40-49歳	0	0
	50-59歳	7	9
	60-69歳	30	39
	70-79歳	32	42
	80-89歳	6	8
	90歳以上	1	1
在宅介護経験年数	1年未満	6	8
	1-4年	21	27
	5-9年	20	26
	10-14年	20	26
	15-19年	5	6
	20-24年	4	5
	25年以上	1	1
要介護者との続柄 (複数回答あり)	夫	6	6
	妻	2	2
	実父	17	17
	実母	38	38
	義父	8	8
	義母	25	25
	兄弟姉妹	2	2
	子ども	0	0
	その他	2	2
同居家族の続柄 (複数回答あり)	夫	47	35
	妻	16	12
	実父	3	2
	実母	9	7
	義父	3	2
	義母	5	4
	兄弟姉妹	3	2
	息子	19	14
	娘	23	17
孫	1	1	
その他	4	3	

表2 介護した(している)認知症高齢者の属性

		n = 89	
		(人)	(%)
性別 (n=89)	男性	26	29
	女性	63	71
年齢構成 (n = 79)	49歳以下	0	0
	50-59歳	7	9
	60-69歳	15	19
	70-79歳	9	11
	80-89歳	28	35
	90-99歳	19	24
	100歳以上	1	1
要介護度 (n=75)	要支援1	1	1
	要支援2	5	7
	要介護1	15	20
	要介護2	9	12
	要介護3	17	23
	要介護4	13	17
	要介護5	12	16
	未申請	3	4
認知症診断名 (n=80)	アルツハイマー型	36	45
	脳血管性	20	25
	レビー小体型	5	6
	前頭側頭型	0	0
	混合型	3	4
	未診断	10	13
	その他	6	8
現在の住まい (n=67)	自宅	25	37
	特養	13	19
	老健	6	9
	グループホーム	1	1
	ケアハウス	1	1
	サ高住	0	0
	有料老人ホーム	3	4
	病院	5	7
	その他(死亡)	13	19

※複数回答や無回答があり、数値にばらつきがみられる

あった。今回の調査においては在宅生活継続困難になる症状(社会的逸脱行為)が多い前頭側頭型認知症の方はいなかった。

現在の住まいについては、自宅が37%、施

設が34%、病院が7%となっており、自宅で生活を継続している者が施設入所者より多かった。その他は死亡しているケースであった。サービス付き高齢者向け住宅は0%であったが、これについては地域性や認知症の程度によっては入居ができないということが影響しているものと思われる。

3. 在宅介護および施設介護を選んだ理由についての比較検討

在宅介護および施設介護を選んだ理由について表3のとおりとなった。認知症が進行し、介護負担が増加するとともに、身体介護の必要が出てきたことも理由として大きいことがわかる。

在宅介護を選んだ理由として認知症本人の希望をあげた者が25名いた一方で、施設介護を選んだ理由に認知症本人の希望をあげた者は4名となった。認知症という特性上、症状が軽く在宅介護で対応できるうちは本人の希望を尊重していたが、施設入所時には、ある程度認知症が進行していることもあり、本人希望については配慮されていないことが伺え

表3 在宅介護および施設介護を選んだ理由(上位を抜粋)

		(人)
在宅介護 を選んだ 理由	認知症が軽度だから	35
	在宅サービスで十分賄えたから	34
	介護できる人が家庭内にいたから	30
	家族が面倒をみるのは当然だから	27
	認知症本人の希望	25
施設介護 を選んだ 理由	認知症における介護負担が増えたから	32
	身体介護が必要になったから	21
	希望する施設に空きがでたから	18
	周囲の人に勧められたから	6
	認知症本人の希望	4

る。

4. 利用した在宅系サービスについて

在宅介護を選択した理由として「在宅系サービスの理由で十分まかなえた」とあった通り、多くの方が複数の在宅サービスを併用していたことがわかる（表4）。最も多かったのが、デイサービス/デイケアの40%、次いでショートステイ（短期入所）の26%であった。日常的に通所系サービスを利用しつつ、必要に応じて宿泊のサービスも利用するということが、在宅介護においてスタンダードであることが伺える。一方、訪問介護や看護などの自宅に専門職が来てサービスを受ける訪問系サービスの利用は通所系と比較して少ないこともわかる。

表中のやすらぎ支援とはA市独自のサービスである。家族介護者の休養や、買い物などの外出時に、A市が委託した団体ボランティアが訪問し、家族に代わって認知症の人の話し相手となったり見守りを行うものである。月8日以内と利用回数の上限は決まっているが、利用料金が1時間100円と低料金であり、認知症のある方が自宅という落ち着ける環境で過ごしながらかみ守りサービスを受けられる仕組みは良い。ただ一方で、行政が委託して

表4 利用した在宅系サービス

	回答数	%
デイサービス/デイケア	55	40
訪問介護	19	14
ショートステイ（短期入所）	35	26
訪問看護	12	9
訪問リハビリ	3	2
往診	9	7
やすらぎ支援	1	1
その他	3	2

いるとはいえ、ボランティアという一般人を自宅へ招き入れることへの抵抗を感じる人は少なくないと考えられるため、今後の地域包括ケア推進における地域住民や社会福祉資源との連携や有効活用という点において、プライバシーや責任の所在という部分では課題となるだろう。

5. 認知症高齢者本人と発症前後に住まいの場所における意思確認の有無について

認知症発症前後で住まいの場所についての意思確認の有無に差があるかどうかを調査した。

発症前に住まいの場所に対する意思確認の有無については、大きな差は見られなかったが、認知症発症後には意思確認をしなかった割合が高くなった（表5-1）。

表5-2に示すように、両者を比較すると、認知症発症に関わらず、話しあったことがない人が50%を占めており、最も多かった。また、発症前に確認していた人は発症後も確認する傾向が高く、認知症発症前から親の老後について

表5-1 認知症高齢者本人と発症前後に住まいの場所における意思確認の有無
n=53

	ある	ない
発症前に住まいの場所について本人と話したことがある	22 (42%)	31 (58%)
発症後に住まいの場所について本人と話したことがある	19 (36%)	34 (64%)

表5-2 意思確認の有無についてのクロス集計結果
n=53

		発症後	
		した	しない
発症前	した	15 (28%)	7 (13%)
	しない	4 (8%)	27 (51%)

関心を持ち、本人の意思を尊重していることが伺える。発症前には話していたが発症後には確認しなかった人は13%である。発症前未確認だが発症後に意思確認を行っていた人は8%であり、認知症を発症した後でも、今後について、本人の意思決定能力を尊重したケースであるといえる。

6. 認知症高齢者を在宅介護する際に必要なことについて

表6で示すように家族介護者の約8割が「認知症の症状が安定している」「見守りする人が家庭内にいる」「家族介護者の休息」が必要であると回答した。

見守りする人が家庭内にいることが必要と捉えられており、言い換えれば独居では認知症高齢者の在宅生活が成り立たないと考えているという状況が明らかとなった。認知症があろうとなかろうと、住み慣れた地域で暮らせるように支援者が取り組む一方で、身近に介護を担ってきた家族介護者側の視点から見ると、在宅生活の継続が認知症の進行状況によっては非常に難しいと考えていることがわかる。また、行方不明時の捜索に使用されるGPSなどの現物支給に関してはあまり必要性を感じていないことがわかった。

表6 認知症高齢者を在宅介護する際に必要なこと（上位回答抜粋）

n = 72

	回答数	割合(%)
認知症の症状が安定している	57	79
見守りする人が家庭内にいる = 独居ではない	54	75
家族介護者の休息	56	77

7. 地域包括ケアに家族介護者の意見が反映されているか

地域包括ケアを推進する行政の取り組みに対して、家族介護者の意見が反映されていると答えた人は約6割であった。行政側から直接的な意見聴取を受けた経験はないものの、提供される利用サービスについては満足しており、結果的に家族介護者が求めていることに対する充足が図られていると捉えることができる。

一方、「いいえ」を選択した人からは、「そもそも地域包括ケアとは何か」「介護保険料の値上げが経済的に辛い」「介護従事者の待遇改善」「家族介護者への精神的ケアが不十分」「サービス利用時の手続きが煩雑」「訪問介護における生活支援の利用制限によって重度化防止や介護者負担軽減が妨げられた」「仕事をしながら介護ができる体制づくり」などが挙げられ、経済的支援やサービス内容の不満といった家族介護者の意見がある。このように行政側が地域包括ケアの推進を目指す一方で、地域において在宅介護を担っている家族介護者とその取り組みを認識していないということも明らかとなった。誰もが認識したうえで利用できるシステム構築および実践がなされるとともに、行政・福祉サービス事業所・家族介護者・認知症本人・地域住民による情報共有ネットワークづくりや地域包括ケアに関する啓発活動も課題であることがわかった。

8. 家族介護者自身が認知症になった時の住まいおよび介護者に関する希望について

在宅介護を経験した家族介護者自身が認知症となった場合、どこで誰に介護してほしい

表7 自身が認知症になった場合の住まいと介護者の希望

		n = 58	
		(人)	(%)
どこで生活したいか	介護施設	32	55
	自宅	24	41
	どちらでもよい	2	3
誰に介護してほしいか	介護専門職	36	62
	家族	17	29
	両方	5	9

かを聞いたところ、表7のとおりとなった。介護を受ける場所については、55%が施設での生活を希望していることがわかった。また、41%が自宅での生活を希望したが、中には「できる限り」や「認知症の程度によっては自宅から施設へ」などと、自身の介護経験から現実的かつ具体的に考えていたり、在宅介護を希望しながらも家族ではなく介護専門職を希望したりしていた。

Ⅳ. 考 察

今回の調査において、親の介護は子が担うものであるといった従来の家族介護規範は依然として根強いものの、義理の両親の介護を担う者が実父母と比較して少ないことがわかり、家族介護の形が少しずつ変化してきている状況が伺えた。2019年の厚生労働省による国民生活基礎調査においても主介護者の続柄について「子の配偶者（婿及び嫁）」の割合が全体の7.5%と同様の傾向が見られている。親との別居や共働き世帯の増加、未婚率の上昇などの家族機能の変化により、家庭における介護の形も変化しているといえるだろう。2000年に介護保険制度が開始されて20年が経過し、地域住民にも介護サービスを受けるといことが広く認識され、今回の調査におい

ても9割以上の者が何らかの在宅サービスを利用しながら生活していた。しかし、認知症の方が、加齢とともに機能低下することで日常生活全般において見守りや支援が必要な状態になると、排泄や移動において身体介護が必要となり、介護者が高齢になれば在宅生活継続はおのずと困難になる。そのため施設入所へ移行するケースも多く、今回も施設と在宅が拮抗する結果となった。理由としては、既存の在宅支援サービスでは、24時間切れ目ないサービス利用ができないことが挙げられるだろう。また、重度化になれば医療的ケアも必要となり、在宅医療や訪問看護もまだまだ整備されていないということもある。

地域において保健医療・介護のサービスを受けながら生活することを目指す地域包括ケアシステムが1978年の厚生白書で謳われた「同居家族は福祉における含み資産」というような発想や従来の家族介護規範から抜け出さない限り、大きな転換は図れないのではないかと考える。少子高齢化に伴う、社会保障費の抑制なども目的とされ、社会保障制度の早急かつ抜本的な見直しが求められているが、今一度、要介護者だけでなく、家族介護者を含む誰もが主体であることを認識したうえで、地域にどのようなサービスが求められているのかを、地方行政・民間事業者・地域住民と協力しながら地域特性を活かして整備することが必要である。

Ⅴ. おわりに

本調査では、A市及びその近郊に住む認知症高齢者の在宅介護を経験したことのある者を対象にした質問紙調査から、認知症高齢者の在宅生活継続可能性について検討を行っ

た。認知症が軽度なうちはデイサービスなどの在宅サービスを利用しながら在宅生活を送ることは可能だが、認知症の進行や加齢に伴い、排泄や入浴などの身体介護が必要になると施設入所へ移行することが改めて確認された。認知症高齢者の在宅生活継続がいかに難しいものであるかについて24時間介護をしてきた家族介護者の意見を聞き取れたことは成果として大きい。認知症の症状や進行具合によって個別性はあるものの、専門的教育を受けてこなかった者が介護を担う負担は大きく、今後も家族介護者への支援について検討する必要がある。

今回の調査では、「地域包括ケア」がまだ一般社会に認識されておらず、行政との乖離も浮き彫りになったため、今一度、地域における認知症介護の在り方について、その地域ごとに検討することも求められる。

参考文献

- 1) 宮崎徳子：地域包括ケアシステムのすすめ—これからの保健・医療・福祉—，ミネルヴァ書房，2016
- 2) 高橋紘士：地域包括ケアシステム，オーム社，2012
- 3) 二本立：日本の地域包括ケアの事実・論点と最新の政策動向，日本福祉大学社会福祉学部日本福祉大学社会福祉論集，第140号，2019，pp127-134，日本福祉大学
- 4) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：家族介護者支援に関する諸外国の施策と社会全体で要介護者とその家族を支える方策に関する研究事業報告書，2020
- 5) 厚生労働省：2019年度国民生活基礎調査，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/>

saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf,
2020/12/30