

認知症高齢者の家族介護者を対象とした 家族支援プログラムの考察

黒 澤 直 子

認知症高齢者の家族介護者を対象とした 家族支援プログラムの考察

黒澤直子*

1. はじめに

今年度、厚生労働省から出された将来推計によると、認知症高齢者（日常生活自立度Ⅱ以上）は平成24年度推計で305万人と、かねてから言われていた300万人を超えた。平成37年度には470万人と推計されている。認知症施策については、平成20年に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」、平成22年「介護保険制度の見直しに関する意見」、平成23年「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2Rとりまとめ」等で様々な提言がなされている。高齢者介護についての国の方針としては、介護保険制度にも見られるように、要介護者の尊厳を保ち精神的に安心できる生活を維持し可能な限り在宅で暮らすことを目指すことが掲げられているが、介護者の心身にかかる介護負担は大きく在宅介護の継続が困難となり、高齢者介護施設等での施設ケアの利用を望む家族も多い。

しかし、認知症高齢者にとっての環境の変化はBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；認知症の行動・心理症状）を誘発し、精神的安定に大きな影響を与えやすい。そのため、認知症高齢者のケ

アにおいては、急激な環境の変化を避け、安心して生活できるケア環境の整備を行うことが必要とされる。また、認知症であっても不安感や親近感といった感情負荷の強い記憶は継続するとされる（室伏,2006）。主な介護者と要介護者等との続柄では家族介護者が7割を超え、家族が介護の多くを担っている状況がある（厚労省,2010）。そのため、認知症高齢者を介護する家族は本人の不安感や孤独感と向き合う必要性もある。認知症の介護は長期に及ぶことも多く、その症状の変化により、家族は精神的な負担やストレスを抱えることが多く、「終わりが無い」「大変さを周りが理解してくれない」「孤立」「自己嫌悪」など先の見えない介護や周囲の無理解により孤独に陥ってしまう状況がある（日本認知症ケア学会,2010）。先に述べたように、厚生労働省の発表によると認知症高齢者は推定300万人を超え、その介護にあたっている家族への対応は急務であるといえる。

これまで認知症高齢者本人への支援に関しては、様々な観点から研究が行われている。一方で、認知症高齢者の家族介護者に対する研究は、家族介護者の介護における受け止め方に焦点をあてたもの、家族介護者への支援方法の2点に関するものがほとんどである。

*人間福祉学部医療福祉学科

キーワード：認知症高齢者、家族介護者、支援、家族支援プログラム

以前は介護における受け止め方は、介護負担感という介護に対する否定的な評価に焦点をあてた研究が中心だったが、最近では介護への満足感や充実感、自己成長感という肯定的な評価の研究もされるようになってきているという動向がある。また、家族介護者への支援は、家族会が積極的に行っており、電話相談や家族支援プログラムによって直接的に家族を支援することが中心である。

具体的に家族介護者を支援する試みとしては、家族支援プログラムの開発が行われ、実践されている。特に、認知症高齢者の家族介護者は、認知症によるBPSDへの対応や、性格の変化等、家族として困難な状況に置かれている場合も多い中での介護を強いられる。また、認知症への理解についてもまだ十分とはいえず、周囲に認知症であることを打ち明けられずに家族だけで抱えていることもある。そのような家族介護者を支援する具体的な方法の1つとして、家族支援プログラムがある。しかし、プログラムの内容やその評価方法については統一された基準等が設けられている段階にはない。現在実践されている家族支援プログラムの分析を通して、認知症高齢者の家族支援について考察したい。

2. 認知症に対する取り組みの現状

これまで認知症に対してはさまざまな取り組みがなされてきた。ここでは、今後の認知症施策について、国の取り組みの方向性を概観する。

厚生労働省は2012年9月に公表された「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」に基づき、全国の自治体で認知症の人とその家族の支援体制を緊急かつ計画的に整備する

取り組みを推進するとしている。その内容としては、次の3点が挙げられている。

- ・ 認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療介護サービス提供の流れ）の作成・普及
- ・ 認知症の早期診断・早期対応の体制整備（認知症初期集中支援チームの設置など）
- ・ 地域での生活を支える医療介護サービスの構築など

「認知症施策推進5ヵ年計画」は、2012年6月の厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームの報告書「今後の認知症施策の方向性について」に基づいて策定されている。この報告書では、精神病院への長期入院・施設入所する認知症の人が増加している現状から、本人の意見が尊重され、住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会への「ケアの流れ」の転換を目指している。

このようなケアの流れを変えることを基本目標としている背景には、高齢者数の急速な増加、特に要介護高齢者の増加がある。介護保険事業報告月報（23年4月）によると、65歳以上の被保険者数は2000年2165万人から2011年2907万人と11年間で約740万人（34%）増加している。要介護認定者については、2000年218万人から2011年508万人と11年間で290万人（133%）の増加となっている。また、高齢者人口と要介護認定率をみると、年齢が上がるごとに認定率も増加しており、80歳以上で認定率が約3割と急上昇している。要介護認定者の増加に伴い、介護保険サービスの利用も増加している。介護保険サービス種類別平均受給者数では、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスすべてにおいて増加しており、全体では平成12年度の184万人から平成22年の413万人と10年間で2倍を

超えている。

また、厚生労働省の調査（2010）では、介護される本人の希望として、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」46%で最も多く、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせた介護を受けたい」24%、「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」12%と続く。家族の希望としては、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」49%、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」27%となっており、介護される本人の場合と上位1位と2位が逆転している。本人も家族も、在宅で介護を受けたいという希望が上位を占めており、それぞれ約8割の人が何らかの形で介護を受ける状態になっても自宅で生活したい・してほしいという希望を持っていることがわかる。

このように介護を必要としている高齢者の増加、自宅で介護を受けることを本人や家族が希望している現状を踏まえ、「地域包括ケアシステム」の必要性がいわれている（厚労省, 2012）。地域包括ケアシステムが求められる理由として、今後、高齢者ケアのニーズの増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加が想定されることから、介護保険・医療保険サービスのみならず見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることが必要としている。しかし、現状では各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられないため、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み

が地域包括システムである。そのなかでは、①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など、⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備、という5つの視点での取り組みが包括的、継続的に行われることが必要とされている。具体的には、地域包括支援センターを中心として地域ケア会議によって、個別課題を解決することがあげられる。

認知症施策についても、「今後の認知症施策の方向性について」（厚労省, 2012）において、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指していくとし、次の7つの視点が挙げられている。①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成の7点である。特に、早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分な点を指摘し、早期の適切なアセスメントによるケアの提供や家族への支援があれば自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっていると、「認知症初期集中支援チーム」による早期支援機能を掲げている。この「認知症初期集中支援チーム」は地域包括支援センター等に設置するとしており、今後、地域包括支援センターは地域の認知症対応も含めた地域包括ケアシステムの拠点として、その機能強化が求

められているといえる。

認知症の人の家族への支援については、先に述べた「認知症施策推進5ヵ年計画」においても、「地域での日常生活・家族への支援の強化」が柱の1つとして掲げられており、「認知症初期集中支援チーム」についてもその役割として「家族支援」が明記されている。

3. 認知症の人の家族介護者の現状

家族介護者が必要としている支援については、家族会によって示されている。ここでは、2012年に家族会が行った調査結果等を参考に考察したい。

現在認知症の人を介護中の家族介護者を対象とした、認知症の人と家族の会の調査(2012)によると、「気が休まらない」「自分の時間が持てない」等の悩みを抱える家族の姿がみえる。介護をしていて「優しくできない自分に嫌悪感を感じる時がありますか」という問いに「はい」と答えた介護者は約8割を占めている。「家族が認知症になってから生活のしずらさに変化はありますか」という問いに、「かなり増えた」と答えた者は65.2%、「少し増えた」と答えた者は31.6%であり、合わせると96.8%となっている。これらの回答からは、認知症の人を介護する家族は、自分を責めるといった気持ちの面や、生活の変化に伴う抵抗や葛藤等から心のストレスを感じていることが推測できる。この「生活のしずらさ」の理由としては複数回答で上位から順に次のような項目があげられている。「ストレスや疲労が増えた」76.7%、「自由に使える時間がなくなった」51.7%、「時間のやりくりが難しくなった」45.2%、「家事時間が増加した」44.2%、「睡眠時間が減った」

42.9%、「支出が増えた」39.0%、「体調が悪くなった」33.9%。心身のストレスや疲労だけでなく、介護やそれに伴う家事等によって睡眠を含めた自分の時間が失われたり、経済的にも身体的にも生活のしずらさを抱えるようになるといえる。また、「どんな時に気が休まるか」という問いに対する自由回答では、介護歴が1～2年の人からは「気が休まる時などまったくない」という回答があった。自由記述からは本人が不在であったり、本人から離れてほかのことをしていても、時間を気にしたり、本人への心配等から、本人のことが頭から離れず、心から気が休まることがないということがわかる。介護が始まって間もない家族には、気の休め方がわからなかったり、気が休まる実感を得ることが難しかったりするという推測もできる。家族が認知症と診断され、介護が始まった時期にサポートする体制が望まれるともいえる。次に「家族として直接サービスを受けられるとしたら望む支援」についても自由回答を求めている。内容を分析した結果として、「介護者の心のケア」を望む回答が最も多かったという。しかし家族の会としては、家族が望む具体的な支援策が充実されることによって「介護者の心のケア」が実現すると考えている。具体的な支援策とは、次の7点である。①病気治療や症状への対処法支援、②介護者全般に該当する心身の休息支援、③介護者個人への健康支援、④同じ立場の人と話せる場、⑤偏見・差別に対する啓蒙、⑥サービスの質と量の向上、⑦経済面など制度上の支援。この具体的支援策は「介護者が認知症の症状や対応を知る等の知識情報を得る場をもち、休息できる時間を確保する支援、健康診断や受診できるシス

テム整備、介護者同士の情報交換の場などの介護者自身への直接的支援」、「社会全体の認知症に対する理解の促進」、「認知症の人本人への支援サービスの充実」、「経済的側面の支援」という4つの側面に分けることができると考える。つまり、認知症の人とその家族が周囲の人や地域の理解を得て、十分な介護サービスと経済的支援を得て安心して暮らすことができる社会の構築が望まれるということであろう。そして、このような社会が形成されたうえで、家族への心の支援を含んだ直接的な支援体制があってこそ、介護が必要になっても自宅で暮らしたいという多くの人の望みを実現する社会となるのではないか。

4. 家族支援プログラム

認知症の人の家族を支援する取り組みの1つとして、家族支援プログラムを活用したものがあ。家族会や介護支援サービス提供事業者、医療機関等が実施主体となって行っている。認知症の人を自宅で介護している家族を対象とし、その内容としては、家族を対象としたグループワークや講演、講習、研修という形をとっているものが多い。家族を支援

する取り組みとして、有効な方法であると考えられるが、その内容に統一した基準や効果を明らかにしているものは見当たらない。認知症の人の家族介護者を対象とした「家族支援プログラム」として、実践例やその効果を検証する研究として文献で確認できるものは、①家族会から生まれた介護教室（尾之内、2005；鈴木、2006）、②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（上城他、2009）、③認知症高齢者を介護する家族の心理的介護負担感軽減のためのアプローチ（結城、2011）、④認知症家族介護者の生涯発達を促す家族支援プログラムの開発（北村、2009）、⑤家族への心理教育アプローチと家族教室の持ち方（松本、2006）、であった。各プログラムの実践における組織形態、開始時期、スタッフ、プログラムにかかる時間、実施期間、プログラム内容、効果について表1に示した。以下に各項目について考察する。なお、スタッフの職名等の表記については原文のままである。

(1) 組織形態

家族支援プログラムは、家族会が積極的に取り組んでいる内容でもある。なかでも認知

表1：家族支援プログラムの特徴

	組織形態	開始時期	スタッフ	プログラム時間	期間	プログラム内容	効果
尾之内 (2005) 鈴木 (2006)	家族会	2003年 3月	家族介護経験者	1回3時間	月1回 全6回	60分介護者同士の交流 90分知識習得 (講義と質疑応答)	Zarit 介護負担感尺度において「家事や仕事」が「ストレス」「家族や友人とつきあいが」「将来どうなるか不安」の項目で軽減
上城他 (2009)	デイケア	2008年 3月	作業療法士 看護師・介護士	1回80分	2ヶ月間	20分講義 60分グループワーク	Zarit 介護負担感尺度40.3→32.9 介護肯定感尺度 16.8→19.2 Visual Analog Scale 5.2→4.7
結城 (2011)	居宅介護支援 事業所	不明	ケアマネジャー	1回90分	3ヶ月間 計6回	教育的内容 家族の反応・対応の検討	Zarit 介護負担感尺度55→46 精神健康度調査票 7→5
北村 (2011)	医療機関 地方自治体 地域包括支援 センター	2010年 5月	介護支援専門員 臨床心理士	1回2時間 ～2時間半	週1回 全7回	講義 体験学習	長期的・質的なストレス低減効果
松本 (2006)	医療機関	不明	医師・看護師 言語聴覚士 社会福祉士	1回120分	月1回 全6回	30分情報提供 90分家族同士の意見交換	不安の軽減 癒しの効果 介護技能の向上

症の人と家族の会愛知県支部において、プログラム開発や効果検証が綿密に行われ発表されていることがわかる（尾之内, 2005、鈴木, 2006）。また、医療機関でも家族会とも関わりながら独自の取り組みを長年続けていたり（松本, 2006）、介護保険制度の居宅介護サービスの一つであるデイケア施設（上城他, 2009）や介護保険サービスのコーディネートを担うケアマネジャーが独自に試みを行っていたり（結城, 2011）と直接、家族介護者と接することの多い施設・機関や専門職が家族支援プログラムを取り入れていることがわかる。他には、地方自治体や地域包括支援センターが地域のより広い対象者に向けて家族介護者支援策の一つとして、家族支援プログラムを行っている。

(2) 開始時期

文献で確認できたものとして早いものは、家族会が2003年から開始している取り組みである。受診している認知症の患者家族への支援として医療機関でも早くから取り組みを始めていたと思われる。早くから取り組みを始めている場合は、現在の形で始まったわけではなく、さまざまな試行錯誤を繰り返しながら、よりよいプログラムを開発するという取り組みがなされ、現在のプログラム内容に至っていると考えられる。

(3) スタッフ

医療や介護に携わる専門職がスタッフとして家族支援プログラムを運営している。それぞれの組織形態によって、携わる専門職も異なるが、作業療法士、看護師、介護士、介護支援専門員、臨床心理士、医師、言語聴覚士、社会福祉士と多岐にわたる。特徴的であるのは、家族会においては、家族支援プログラム

運営に専門職を招くのではなく家族介護経験者がコーディネーターとなることである。家族を介護した経験があるコーディネーター1人がプログラム全体の進行役となり、研修を受けたサポートスタッフ2人が、個々の受講者へのサポートや事務的な作業を担っているという（尾之内, 2005）。これは、介護者が共通して持つ感情を引き出し、共感し、話しやすい雰囲気にする役割を担うことを重要なコーディネーターやサポートスタッフの役割としており、そのためには家族介護を経験した同じ立場の者であることが望ましいからである。

(4) プログラム時間

プログラムの1回あたりの所要時間は80分から3時間までとさまざまである。最も長い時間を設定している家族会のプログラムでは、休憩やアンケート記入時間も含んではいないが、全6回のうち、初回は4時間となっている。これは家族の気持ちを受け止めラポールを築くことや仲間づくりを行うことを重視しているからである（鈴木, 2006）。

(5) 期間

1週間に1回、2週間に1回程度、月に1回と頻度はさまざまであるが、家族介護者が介護から離れて時間を取ることを考えた回数となるようである。期間はプログラムの目的に合わせて、一定の知識習得が完了し、家族介護者同士の交流や意見交換のなかで気持ちを受け止めたり、仲間づくりができたりすることを考えて設定されていると考えられる。

(6) プログラム内容

認知症の理解や対応等の知識習得を目的とする講義や研修と、家族介護者同士の交流や仲間づくりを目的とするグループワーク形式の2つを組み合わせるといったパターンがほと

んどである。家族会では、講義を担当する講師には家族の状況をよく理解できる人を選考するという（尾之内, 2005）。これはそれまでも行われていた家族介護者が介護技術等の知識を学ぶことを主な目的として行われてきた介護教室とは異なり、家族介護者の立場を理解し、介護によって追い詰められた気持ちを吐き出すことを重視するからである。各回のプログラム内容としては、家族会（尾之内, 2005）が第1回目を全体交流会のみとし、2回目以降は交流会と知識習得としており、テーマは「認知症の基本的な知識習得」「介護保険などの社会資源について学ぶ」「介護の仕方と介護者の心」「認知症の方へのリハビリ」「医師との関わり方、薬について」である。北村（2011）は、全7回のうち、1回目を教室の目的説明と場の雰囲気慣れるためのアイスブレイキングを行うこととしている。2回目以降は隔回で講義を取り入れ、テーマとしては「認知症高齢者の心の理解」「介護者自身の心に気付こう」「介護者と要介護者の関係と歴史」「サービスをうまく使おう」「明日からの介護に向けて」とし、毎回テーマに沿った体験学習としてのエクササイズを取り入れている。松本（2006）は、全6回のなかで毎回参加者の自由討議の時間を90分設け、情報提供は30分程度としている。情報提供の内容としては、「認知症とは何か」「認知症の病理について」「中核症状とBPSDについて」「薬物療法および副作用について」「社会、心理的支援について」「家族の反応および家族が本人にできる支援について」の順で行っている。このように講義の内容としては、医療機関であれば医師等が講師となり医療的な内容が中心であったり、家族会であれば家

庭での介護を想定した家族の立場に立った内容が中心となる等、プログラムを実施する組織形態による特徴がみえる。しかし、共通して参加する家族介護者同士の交流の時間を多くとっていることから、介護する者同士が気持ちを受け止めあい、感情を吐き出せる場であり、情報交換や意見交換の場であるという位置づけを重視していることがわかる。

(7) 効果

プログラム実施の効果測定の方法としては、Zarit 介護負担尺度を用いているものが多い。介護者自己評定式尺度であり、高齢者との関係や心理的安定、社会生活の拘束などの22項目からなり、得点が高いほど介護負担感が高くなるものである。家族会、デイケア、居宅介護支援事業所いずれもこの測定法を用いており、介護負担感が減少したと数値で示している。家族会では、特に「家事や仕事のストレス」「家族や友人とつきあいがづらい」「将来どうなるか不安」の項目で減少したとしている（尾之内, 2005）。他に、介護肯定感尺度や介護負担感調査、精神健康度調査などが効果測定として用いられているが、いずれも介護負担感の減少、介護肯定感や精神健康度の向上が数値として出されており、家族支援プログラムによる効果が有効である可能性が示されている。北村（2011）はプログラム実施後のアンケート調査等の自由記述からその効果について考察している。プログラムは即時的な効果ではなく、長期的・質的なストレス低減効果であったとし、プログラム開始直後はむしろ普段自覚していない介護に対する否定的な感情などと対峙することにもなるという。また、松本（2006）は認知症の本人への臨床効果として「せん妄」の発症の有無を指標に

している。プログラムに自発的に参加するA群家族と参加しないB群家族を分け1年後のせん妄の再発を比較したところ、A群では再発は23.9%、再発しなかったのは76.1%、B群では再発は42.6%、再発しなかったのは57.4%となっている。これは本人が混乱したり興奮したりした場合の家族の心理的動揺が低い傾向が見られたためだと分析している。

5. 家族支援における留意点

(1) 支援の時期

家族支援プログラムの活用において、家族会ではその受講対象者を介護を中心となって担っている介護初心者または介護困難になっている家族としている（尾之内, 2005）。松本（2006）は家族介護者が認知症高齢者を介護することは障害を受容するプロセスであるとし、病名を告知されると最初に「ショック」（驚愕）、次に「否認」、そして「怒り」「抑うつ」「適応」「再起」という過程をたどるとしている。家族会でもこのプロセス等を参考に独自の基準を設けており、驚愕、否認、怒り、抑うつの状態の頃の家族介護者を対象としている。認知症の介護において最もつらい時期でもあり、追い詰められて虐待をしてしまうのもこの時期であり、電話相談等の利用者を多いのもこの時期であるという。認知症の症状では、初期から中期にあたる。前述した家族介護者へのアンケートの結果からも、介護歴によって介護への意識の違いがあることがわかる。介護歴が1～2年の場合、気の休まる時が全くないという回答がある等、数年の介護経験を経て、介護への工夫の仕方や気分転換の方法を編み出していくのだろうという予測ができる。介護保険制度開始直後

の調査（黒澤, 2001）では、在宅サービスを受ける家族介護者は、独居でサービスを受けている高齢者よりもストレスを多く感じていることが明らかとなっている。特に介護サービス等を受け始めたばかりの介護者は慣れない他者との関係性にもストレスを感じることで、サービスを受けている時間も気を休めることができないと考えられる。家族支援プログラムでは、家族介護者同士の交流を重視しているところから、同じ経験を分かち合うことのできる時期という観点から、対象者別にグループを構成していくことも重要であると考えられる。

現在の制度のなかでは、認知症と診断を受けた時点ですぐにサービスに結びつくとは限らず、介護保険制度のサービス利用にもつながらず孤立したまま家族が介護を続けているケースも絶えない。松本（2006）は、病名告知前に、本人や家族に告知してほしいかどうか問うているが、告知を希望する割合は半数を超える程度とまだまだ認知症への世間の理解が乏しいことを伺わせる。そのような状況のなかで、病気への理解も乏しいまま認知症の症状が日々進行し、BPSDがさまざまな場面で出現するようになっていくことを家族介護者が受け入れることは難しいであろう。

このように、診断された段階ですぐに支援に結び付けられるシステムが望まれる。現在、認知症対策としてオレンジプランが公表されているが、地域包括支援センターだけでなく、診断時に医療機関と連携していくシステムの整備が必要であると考えられる。認知症の人本人への支援だけでなく、家族がどのように行動し介護の方法を選択するのか、検討できる方向性を示すように介護サービスのあり方を

検討し、家族会等の支援にも結び付けられるようにすることが重要であろう。

(2) 支援の対象

家族だけではなく、家族を通して本人への支援にもなっていることが注目すべきことであると思われる。せん妄の再発率の低下が示すように（松本,2006）、家族支援プログラムにより、家族介護者が病気を理解し不安や戸惑いが軽減することで、結果的に本人の状態が改善する。つまり、家族への支援は、本人への支援につながっているということである。本人への支援という意味での、講義や研修形式での病気や介護に関する知識習得を意識する必要がある。

また、家族介護者といっても、その続柄によって介護負担感や疲労、ストレスが異なるという調査結果もある（小澤,2006、山田・武地,2006）。つまり、家族支援においては、認知症高齢者と家族介護者の関係性によって、支援の内容が異なるのである。配偶者介護者には介護を前向きに考えること、義父母の介護者には社会的サービスの利用などのサポートが必要であれば、そこに関わる専門職の役割や支援方法も異なってくるであろう。

また、家族介護者の続柄によって、利用する社会的サービスの種類も異なるという調査結果もある（キャンベル他,2010）。家族介護者を嫁、妻、娘、息子、夫という5種類に分類し、サービス選択に相違があることを明らかにし、介護者は責任感から介護を引き受けているという共通項があることについても述べられている。介護は家族の責任という考え方が広く共有されているが、核家族化が進み、子どもや子どもの配偶者からの支援を期待することが難しくなっているなかで、介護は夫

婦間の責任とする考え方が高齢者の間にも広まりつつあるとしている。一概に家族介護者といっても、どのような関係性にあるかによって、その家族にかかってくる精神的な負担やストレス、求められる支援も異なってくるということになる。

また、先に述べた家族会でのアンケートでも、家族介護者の認知症の人本人との続柄が変化しているという点が挙げられている。嫁の割合が減少し、配偶者や息子である男性の介護者が増加しているという。配偶者や実子が介護者である場合、介護をストレスと捉えるより、介護を通して要介護者との関係を再考し、自己成長や視野の広がりの実感、自身の生き方を見直すプロセスと理解することが可能であるという指摘もある（北村,2011）。つまり、家族支援プログラムには、家族介護者が介護を通して、認知症の人本人との関係性を見直しや、介護を自分の人生にどのような位置づけていくかという方向性を示す内容をもたせる必要もあるだろう。

6. おわりに

家族介護者が抱えるストレスには、介護することそのものに対するものだけではなく、支援するスタッフあるいは介護サービス自体に向けられることもある。先に述べた介護保険制度開始直後の調査では、在宅サービスを受ける家族介護者は、独居でサービスを受けている高齢者よりもストレスを多く感じていることが明らかとなっている。つまり、家族介護者の感じるストレスにはさまざまな種類があり、それは日常生活に入り込んでくる他者となる在宅サービスの介護者等の専門職となる場合もありうるということである。特に

介護サービス等を受け始めたばかりの介護者は慣れない他者との関係性にストレスを感じ、サービス利用そのものを中止してしまうケースさえある。そうしたさまざまなストレスに晒されている家族介護者に対して、介護が負担であるならばサービスを増やせばよいという安易な助言は意味をなさない。介護をしている日常のなかにどのような困難を抱え、つらさを持っているのか理解できる立場の人が家族支援にかかわっていく必要があるといえる。家族支援プログラムは1つの手法として有効である可能性が示されている段階にある。さらにプログラム内容の評価や効果の検証が行われることが必要となるが、家族介護者を支援につなげる体制作りと合わせて検討することが今後の課題である。

文 献

- 室伏君士 2006 認知症高齢者へのメンタルケアの理念, 日本認知症ケア学会誌, 5(1), 51-61.
- 厚生労働省 2010 国民生活基礎調査
- 日本認知症ケア学会 2010 認知症ケア専門士制度がケア現場にもたらした効果の検証 研究事業報告
- 厚生労働省 2010 介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集 (結果概要について)
- 厚生労働省 2012 地域包括ケアシステムの実現に向けた地域ケア会議の活用について, 地域包括ケア研究会報告書
- 厚生労働省 2012 今後の認知症施策の方向性について, 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
- 認知症の人と家族の会 2012 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
- 尾之内直美 2005 家族会から生まれた介護教室: オノウチ式家族支援プログラムによる家族支援, 訪問看護と介護, 10(6), 485-492.
- 鈴木亮子 2006 「認知症の人と家族の会・愛知県支部」家族支援プログラムの活動: 認知症におけるサイコエデュケーションの視点から, 心理発達科学, 53, 147-161.
- 上城憲司・中村貴志・納戸美佐子他 2009 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.
- 結城千晶 2011 認知症高齢者を介護する家族の心理的介護負担軽減感のためのアプローチ: ケアマネジャーによる認知行動療法を取り入れた個別家族支援プログラムの試みと一考察, 病院・地域精神医学, 54(2), 155-157.
- 北村世都 2009 認知症家族介護者の生涯発達を促す家族支援プログラムの開発, 研究助成論文集, 45, 213-221.
- 松本一生 2006 家族と学ぶ認知症, 金剛出版.
- 黒澤直子 2001 介護保険下における在宅療養者におよぼす心理的ストレス, 第49回日本医療社会事業協会抄録集, 86-87.
- 小澤芳子 2006 家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究, 日本認知症ケア学会誌, 5(1), 27-34.
- 山田裕子・武地一 2006 もの忘れ外来通院患者の家族介護者の認知症と介護の受け止めに関する研究, 日本認知症ケア学会誌, 5(3), 436-448.
- ルース・キャンベル・西村ちえ 日米 LTCI

研究会編 2010 日本の家族介護者と介護
保険, 在宅介護における高齢者と家族, ミネ
ルヴァ書房, 146-163.