

認知症の人と家族のくらしを支える看護を考える

Nursing Care to Support the Lives of Elderly People with Dementia and Their Family

司 会	百瀬由美子	MOMOSE Yumiko	(愛知県立看護大学)
シンポジスト	高崎 絹子	TAKASAKI Kinuko	(放送大学)
	渡辺みどり	WATANABE Midori	(長野県看護大学)
	鎌田 松代	KAMATA Matsuyo	(社団法人認知症の人と家族の会)



百瀬由美子
MOMOSE Yumiko



高崎 絹子
TAKASAKI Kinuko



渡辺みどり
WATANABE Midori



鎌田 松代
KAMATA Matsuyo

わが国の高齢化率は上昇し続け、昨年には21%を上回る超高齢社会となり、平均余命の延長とともに後期高齢者人口が増加している。それに伴い認知症高齢者数が漸増し、現在では約210万人と推定されている。年齢層別認知症発症率をみると年齢が高くなるほど高く、85歳以上では27.3%、4人に1人の割合である。このことは介護問題の発生にも多大な影響を及ぼしている。介護者にとって認知症高齢者の理解しがたい言動をはじめとして多様な問題がストレスの要因となっており、認知症のある要介護高齢者の介護者の精神的介護負担感が大きいことは周知のことである。しかし、介護者の中にはそれらの介護負担感に起因するストレスに上手く対処している場合もあれば、ストレスのために介護の継続が困難になる場合もある。ストレスの対処が上手くできず、それが高じて時には、虐待をひきおこすところまで発展することもある。したがって、看護職には認知症高齢者への看護とともに、

百瀬由美子

介護する家族に対しても専門的な看護介入や支援が求められている。そのためには、介護する家族の思いや困難、ストレス、そしてストレスへの対処方法を理解し、その対処を支援する方法を検討する必要がある。そこで、本シンポジウムでは、本学術集会のテーマを念頭に置きつつ、認知症の人と家族がよりよい生活を送ることができるための家族支援に焦点をあて、家族が混乱したり、家族機能が崩壊したり、さらには介護継続が困難になるような状況を予測し、それらを未然に防ぎ、あるいは早期に対応するための看護支援方法について示唆を得ることを目的とした。

はじめに、渡辺みどり氏より介護負担感と介護ストレスについての概念整理と、認知症高齢者家族介護者のストレスとその影響要因の特徴を説明する概念モデルの説明がなされた。

それに引き続き、渡辺氏を含めた本学術集会会長を研究代表者とする研究プロジェクトが実施した認知症

高齢者の家族介護者の介護負担感、ストレスマネジメントと介護者の生活の質（QOL）との関連性に関する調査結果の概要が報告された。その結果から、認知症高齢者家族介護者の介護負担感とストレスマネジメントの特徴と介護者のQOLとの関係が明らかにされ、介護者のストレス軽減のために有効と考えられる対処行動と支援方法が提案された。

2番目は高崎絹子氏より、長年に渡る高齢者虐待研究の知見の蓄積と日本高齢者虐待防止学会の活動を踏まえ高齢者虐待の理解と家族支援についてご発言いただいた。高崎氏は平成18年4月に施行された「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（Elder Abuse Prevention and Caregiver Support Law：以下、高齢者虐待防止法）の成立に尽力され、その過程において高齢者と養護者の双方への支援、予防活動が重要であり、地域全体で支援するネットワークの構築を推進していくことが必要であると強調してきた。高齢者虐待の要因は多様であるが、とくに認知症高齢者の介護との関連が深く、家族関係の問題が複雑に絡むことから、深刻な状況に至る例も多い。しかしながら、高齢者虐待の予防とケース援助の

方法については未開拓なところが多く、今後の看護に課せられた役割は大きいと課題が述べられた。

3番目は、鎌田松代氏「認知症の人と家族の会」における家族支援についてご発言いただいた。鎌田氏は、看護師であり、認知症高齢者を介護する家族でもある。この両者の立場に立ち、認知症高齢者介護の困難な現状の具体例と、介護者の集いの活動の効果が紹介された。

このシンポジウムは、認知症高齢者と家族の支援を研究的立場、支援の基盤となる法律の理解と看護の役割、家族の会の活動の具体例など多様な角度から課題について検討した。

そして、認知症の人と家族の暮らしを支える看護には、認知症高齢者への対応から生じるストレスに家族が対処できるように支援すること、家族の悩みや苦勞を受けとめ、家族の持つ力を引き出すことと、家族と家族をつなぐ橋渡しの役割を果たすこと、さらに虐待などに発展しないように認知症高齢者と家族を地域全体で支えていくシステムを構築していくことの重要性が確認された。

高齢者虐待の理解と家族支援 —法律の成立・施行の意義と看護職の役割—

高崎絹子

はじめに

近年、高齢者虐待や「介護殺人」等の事件がマスコミでも大きく報道されているが、法制度化に向けて政治問題として取り上げられるようになったのは近年のことである。きっかけとなったのは、平成13年に看護職でもある南野知恵子参議院議員（前法務大臣）の呼びかけにより、自民党の成年虐待防止に関する勉強会が開かれたことである。その後、筆者らが平成15年に設立した日本高齢者虐待防止学会の活動も後押しする形になり、平成17年11月に「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（Elder Abuse Prevention and Caregiver Support Law：以下、高齢者虐待防止法）が成立し、平成18年4月に施行された。同法の施行により高齢者虐待に対する活動は新たな展開の段階を迎えた。同時期に施行された改正介護保険法や障害者自立支援法とともに、同法は国際的にも注目されている。

しかしながら、高齢者虐待の予防とケース援助の方法については未開拓なところが多く、体制・仕組みづくり、多機関・多職種のネットワークづくり、虐待の

発見・通報、ケースへの対応方法、緊急保護、立入調査、家族分離、措置等の基準づくり等が課題としてあげられる。高齢者虐待の要因は多岐にわたるが、とくに認知症との関連が深く、それに介護や家族関係の問題が複雑に絡むため、深刻な状況にいたる例も多い。こうしたことを背景に、認知症ケアをはじめとする高齢者ケア全体の向上が高齢者虐待の予防と事例援助の基盤となるがとくに看護職の実践や研究・教育の場で果たす役割は大きいと考える。

1. 高齢者虐待の定義と「高齢者虐待防止法」の概要 1) 高齢者虐待の定義

一般的に「虐待とはひどい傷害の行使、不条理な拘束、脅迫または残酷な罰を与えることによって、身体的な傷、苦痛または精神的な苦痛をもたらす行為」と定義されている。

アメリカにおいては高齢者虐待の定義を「意図的な」行為とされている（高齢者アメリカ人法144条）が、高齢者虐待防止法では虐待の意図の有無を問わないとしている。

虐待の種類としては、①身体的暴力、②介護拒否・放任、③情緒的・心理的虐待、④金銭的・物質的虐待、⑤性的虐待、⑥その他(自虐、自己放任)がある。なお、高齢者虐待防止法においては、自虐・自己放任(self-neglect)は含まれていない。

2) 「高齢者虐待防止法」の概要

高齢者虐待防止法は30条と附則2項から構成されており、以下のような内容が含まれている。

- ①目的、定義、国及び地方公共団体、国民の責務等
- ②相談・指導・助言、通報、立ち入り調査など虐待事例への対応・措置、連携等
- ③養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置・通報等
- ④財産上の不当取引による被害の防止、成年後見制度の利用、罰則、附則等

高齢者虐待防止法の特徴としては、①高齢者と養護者の双方への支援や予防活動を重視した福祉的な性格をもつこと、②市町村と地域包括支援センターが事業の主体となっていること、③3層構造の支援ネットワークづくりの構築を強調していること、等があげられる。

2. 高齢者虐待の実態—虐待の要因を中心として—

近年、とくに「高齢者虐待防止法」の成立・施行の前後に全国的な調査(厚生労働省、平成16年、平成19年；認知症介護研究・研修仙台センター他、平成19年；高崎ら、2002；2005)が実施されるようになり、図1、2および表1～3は、高齢者虐待に関する全国的規模の調査から、とくに虐待の要因について示したものである。性格や人格、人間関係の問題はどのカテゴリーにも多いが、ついで高齢者側の要因として、「認知症による言動の混乱」「身体的自立度の低さ」「排泄介助の困難さ」があげられている。一方、虐待者側の要因として注目すべきことは「虐待者の精神障害、アルコール依存、身体障害、疾病など」が全体の約4分の1を占めている。また、生命に関わる深刻な事例の占める割合は、市町村・保健所や医療機関が1、2位を占めており、高齢者虐待のケース援助においては、看護職等の医療職による専門的な対応や、支援ネットワークの必要性が示された。

3. 高齢者虐待の家族類型と要因のタイプ

これまで筆者らが実施した調査や電話相談における高齢者虐待事例から分析すると、家族類型と虐待要因のタイプ(高崎、2002)として、以下のように示すことができる。

<家族類型>

- I 高齢者夫婦(虐待者が配偶者)
- II-1 高齢者と息子夫婦(虐待者が息子)
- II-2 高齢者と息子夫婦(虐待者が嫁)
- III 高齢者と娘夫婦(虐待者が娘)
- IV 高齢者と単身の子ども(虐待者が息子または娘)・その他(孫、兄弟姉妹等)

<虐待要因のタイプ>

- Aタイプ：介護負担・ストレス蓄積型
- Bタイプ：力関係逆転型
- Cタイプ：支配関係持続型
- Dタイプ：関係依存密着型
- Eタイプ：精神的障害型

こうした要因をタイプ別に検討した結果、①ストレス蓄積型、②力関係逆転型、③支配関係持続型、④関係依存密着型、⑤精神的障害型の5タイプに分類することができた。以下に5タイプの特徴と対応について述べる。

なお、以下に示した要因のタイプは、多くの場合、重複していることはいうまでもない。また、いずれの事例においても人間関係、認知症等の病気、経済的問題が背景にあることを理解しておく必要がある。

Aタイプ：介護負担・ストレス蓄積型

高齢介護者や共働き夫婦などでは、不慣れな、負担の多い介護を継続することに疲れてしまったり、先行きに希望が持てない状況に陥り、それらの不安や不満、孤立、疲労などのストレスを、被介護者高齢者に向けてしまうタイプである。このような事例援助においては、具体的な介護、家事サービスと心理的な支援、介護者の気分転換等が重要である。

Bタイプ：力関係逆転型

たとえば子どものころ、厳格な親に高圧的に育てられた子ども、あるいは支配的な夫婦関係、嫁姑関係があった場合などでは、高齢者の心身の衰えや介護をきっかけとして、それまでの力関係が逆転し、虐待行為にいたる例が多い。このようなケースに対しては、介護負担を軽減するとともに、虐待者の長い間のストレスや心のわだかまりを解放させるアプローチが必要である。

Cタイプ：支配関係持続型

Bタイプとは対照的に、長い間高齢者が弱い立場におかれ、被支配的な関係が継続していた場合、高齢者の心身の衰えがより支配一被支配の関係を強化していくタイプである。このようなケースにおいては、可能なかぎり高齢者自身の自覚を促すとともに、なんらかのきっかけをとらえて虐待者の自覚を促し、持続した力関係を絶つようにする必要がある。

高齢者側の要因	性格や人格	38.5
	認知症による言動の混乱	37
	身体的自立度の低さ	30.4
	排泄介助の困難さ	25.4
虐待者側の要因	虐待者の性格や人格	50.1
	虐待者の介護疲れ	37.2
	精神障害・アルコール依存・身体障害・疾病など	25.2
	虐待者の知識や情報不足	18.2
	虐待者のストレスやプレッシャー	12.5
	虐待者のギャンブル依存	3.7
	虐待者の知的障害	3.4
人間関係要因	高齢者本人と虐待者の人間関係	48
	配偶者や家族・親族の無関心	25.1
社会的文化的要因	虐待者のサービス利用への抵抗感	12
	高齢者本人の家族による介護は当然	8.2
	高齢者本人のサービス利用へ抵抗感	5.4
経済的要因	経済的困窮	22.4
	経済的利害関係	11.9

(複数回答) n=1.99 (%)

図1. 養護者による高齢者虐待発生の要因 (ケアマネジャーの判断)

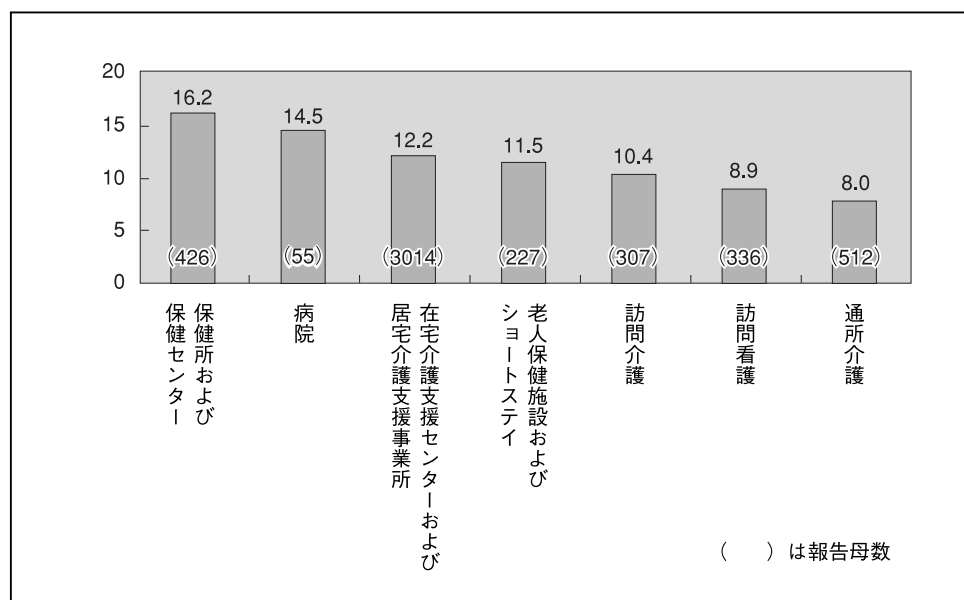


図2. 機関別にみた「生命にかかわる危険な状態」の虐待事例の割合

表1. 養護者による虐待 (厚生労働省平成18年度) (複数回答)

種別・類型	件数 (%)
身体的虐待	8,009 (63.7%)
介護放棄	3,706 (29.5%)
心理的虐待	4,509 (35.9%)
性的虐待	78 (0.6%)
経済的虐待	4,301 (27.1%)
合計	19,703

表2. 養護者による虐待の相談・通報者 (複数回答)

	人数 (%)
介護支援専門員・介護保険事業所職員	7,558 (41.1%)
近隣住民・知人	1,004 (5.5%)
民生委員	1,684 (9.2%)
被虐待高齢者本人	2,231 (12.1%)
家族・親族	2,464 (13.4%)
虐待者自身	270 (1.5%)
当該市町村行政職員	1,306 (7.1%)
警察	1,247 (6.8%)
その他	1,839 (10.0%)
不明	229 (1.2%)
合計	19,832

%は相談・通報総数18,390件に対する割合であるため、内訳の合計は100%にならない

表3. 養介護者による虐待分離を行った事例への対応(複数回答)

	件数(%)
契約による介護保険サービスの利用	1,608 (36.0%)
やむを得ない事由等による措置	606 (13.6%)
緊急一時保護	476 (10.6%)
医療機関への一時入院	903 (20.2%)
その他	881 (19.7%)
合計	4,474

%は分離を行った事例総数4,471件に対する割合であるため、内訳の合計は100%にならない

Dタイプ：関係依存密着型

親子、夫婦の間の関係に多く見られるタイプで、高齢者も虐待者もそれぞれのアイデンティティが確立していない、いわゆる共依存の関係が基盤にあり、介護の負担が生じたことにより、結果的に虐待の形を取ることが多くなる。第三者の介入やサービスの導入を図るとともに、家族それぞれの自立、自律を図るアプローチが求められる。

Eタイプ：精神的障害型

高齢者か虐待者のどちらかにアルコール依存や精神障害、人格障害がある場合、虐待の状況はより深刻になる。専門病院などでの治療的アプローチとともに、担当スタッフだけでなく、家族親族やコミュニティを含む支援のネットワークを拡げることが必要である。

4. 高齢者虐待の発見・通報から支援までの対応の基本

対応に関しては、厚労省の対応マニュアル(平成18年)や県、市町村で作成しているマニュアルを活用することが望ましい。

1) 高齢者虐待の発見、通報、届け出：高齢者虐待防止法では、医師、看護職、介護職、民生委員など、養介護施設や地域で高齢者と接する機会の多い専門スタッフ、さらに国民に対しても通報義務を定めている。虐待のサインを早期に把握し、虐待を受けたと「思われる」場合でも市町村の担当窓口や地域包括支援センターへ相談・通報し、対応することが求められる。身体的な外傷に限らず、病気の治療や介護の放棄・放置などによる悪化や衰弱、心理的、経済的な虐待も見逃さずに対処する必要がある。

2) 緊急性、高齢者の保護の必要性の判断と調査：虐

待を発見したり、連絡を受けた場合には、市町村や地域包括支援センターの職員が直接訪問して確認することが原則である。その際、直ちにコンタクトをとる必要があるかどうかの判断が大切であり、生命や健康に危険があると考えられる場合には、高齢者をショートステイなどへ緊急保護をしたり、入院させたりする必要があるため、相談・通報する際には、的確な情報を伝えることが重要である。虐待者の家族や施設職員が訪問調査を拒否したり、高齢者に会わせてくれない等の場合には立ち入り調査となるが、警察官の同行が必要になることもある。

おわりに

高齢者虐待は権利擁護の側面が強調されているが、ここに示したように、高齢者の認知症や慢性疾患、あるいは虐待者の精神的障害などが虐待の状況をより深刻にしていることが明らかになった。今後は家族援助という観点からも、在宅、施設を問わず、高齢者虐待の予防とケース援助において看護職が重要な役割を果たすことが期待されている。

文 献

- 厚生労働省(医療経済機構)調査検討委員会. 家庭内における高齢者虐待に関する調査(平成15年度老人保健健康増進等事業), 平成16年3月.
- 厚生労働省(医療経済研究機構). 高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援などに関する法律に基づく状況などに関する調査結果, 平成19年9月(確定版は平成19年12月).
- 厚生労働省老人保健局. 「高齢者虐待への対応と養護者支援について」, 平成18年3月.
- 認知症介護研究・研修仙台センター他. 施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業報告書, 平成19年3月.
- 高崎絹子・岸恵美子・小野ミツほか(2005). 在宅高齢者に対する虐待事例の「深刻度」とその関連要因—全国の実態調査を基にして—. 高齢者虐待防止研究, 1(1), 79-89.
- 高崎絹子(2002). 老年期の家族関係—家族類型と虐待の要因のタイプ—. 女性心身医学, 7(2), 198-206.

認知症高齢者家族介護者の介護負担感とストレスマネジメント

渡辺みどり

はじめに

日本の認知症高齢者数は、2004年時点で150万人を上回っており、2015年には、250万人に達すると推計されている（石原，2004）。介護保険制度下において、要介護高齢者の生活の質の向上、介護者の負担軽減を目的にデイサービス、デイケア、ショートステイなどの資源が増加してきた。しかし、認知症高齢者の家族介護者は、介護期間の長期化に伴う疲労、高齢者の記憶障害や行動障害への対応により、寝たきりの高齢者の介護よりも介護疲労をきたしやすい。認知症家族介護者へのより有効な支援方法をめざして、認知症高齢者の家族介護者の介護ストレスとその対処行動について検討する。

1. 介護負担感と介護ストレスの概念

介護負担に関する研究は1980年代ごろから行われてきた。Zaritら（1980）は、介護負担について、「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」とし、介護負担感とは「介護によって引き起こされる課題や制約に起因した苦悩（Suffering）である」と述べている。Braithwaite（1996）は、介護者の基本的ニーズに対する介護需要の矛盾の程度として、必要されるものとその需要という関係で定義している。

介護負担は、介護研究における中心概念として1980年代より位置づけられてきた。介護負担感とは介護状況に起因する介護者の重圧感のような感情であり、介護者の介護行為や介護量などを示す客観的介護負担とは異なった介護者の感情や評価を示す概念である。

介護ストレスは、Cohenら（1983）は、その個人のストレスが多いと感じる状態の程度と定義し、Nolanら（1990）は、Lazarus, Folkmanのストレス・コーピング理論に基づいて、環境と個人との関係から生じるものと捉え、個人がストレスを有益なものかまたは有害なものかを認知的に評価し、問題を処理したり、感情を調整するという対処を行うことにより、適応的な結果が現れるとしている。この考え方は環境と個人との関係からストレスは生じると考えるところにその特徴がある。

認知症の介護のストレスについては、Pallet（1989）がアルツハイマー型認知症の介護負担に関する概念モデルを提案している。このモデルによると、介護者と患者の特徴から介護者と被介護者のダイナミックスが生じ、その二者関係とソーシャル・サポー

トによって介護者のストレスは影響を受けると説明されている。

2. 調査報告

筆者らが行った日本の認知症高齢者の家族介護者の介護ストレス、ストレスへの対処行動、生活の質に関する調査について以下に述べる。

1) 研究課題

在宅認知症高齢者の家族介護者の介護負担感、ストレスマネジメントとQOL。

2) 目的

日本の認知症高齢者家族介護者の介護負担感、ストレスマネジメントスタイルとQOLの関係を明らかにする。

3) 方法

対象と期間：A県，G県，N県，Y県の「認知症の人と家族の会」に参加している家族介護者と、デイサービス利用者の家族介護者など212名を対象に平成18年3月～19年1月に行った。

調査内容：介護者の属性、介護期間、被介護者の属性、認知症の程度に加えZaritらが開発した介護負担感尺度22項目の日本語版、Nolanら（1990）によって開発され、佐々木ら（2002）によって翻訳されたストレスマネジメントスタイルの調査項目を用いた。QOLは、Visual Analogue Scaleを用いた。

データ収集方法：施設または公的サービスの責任者に口頭と文書で調査協力を依頼し、許可を得たのち、家族介護者に個別に研究趣旨と参加協力を書面または口頭で説明し参加協力の依頼をした。回収は無記名で個別に郵送により行った。

倫理的配慮：参加の自由、プライバシーの厳守、データの目的外不使用などについて説明した。

4) 結果

(1) 回答者の属性

123名（58.0%）から回答が得られ、115名（54.2%）から有効回答が得られた。対象者の概要を表1に示した。

(2) 介護負担感とストレスマネジメント

介護負担感の合計得点は平均 38.06 ± 17.67 点であった。認知症高齢者の家族介護者が用いているストレスマネジメントについての結果を示す。ストレスマネジメント調査項目は、問題解決的な対処行動、情緒的対処行動、ストレス対処行動という対処行動の性質で分類した3つの領域別に、70%以上の介護者が行ってい

表1. 対象者の属性

年 齢	平均±SD 最小～最大	63.3±9.8歳 41～86歳
性 別	男性 女性	17名 98名
被介護者との続柄	配偶者 実子 孫 兄弟・姉妹 その他	37名 64名 1名 2名 2名
被介護者の年齢	平均±SD 最小～最大	82.5±8.9歳 64～102歳

ると回答した項目を表2に示した。3つの領域の合計11項目の対処行動が該当した。問題解決的対処の仕方の具体的な内容と、その回答率をみると、70%以上の介護者が実際にしていた対処行動は、「できるだけ専門職や他のサービス提供者の支援を得る」「家の環境を介護しやすいように整える」「何を優先すべきか考える」「信頼できる人と問題について話し合う」であった。逆にあまりとられていなかった対処行動は「介護している高齢者に自分が何を期待しているか伝える」であった。

情緒的対処行動の具体的な内容と、その回答率をみると、0%以上の介護者が実際にしている対処行動は、「現状をありのままに受け入れる」「それぞれの状況で最も前向きな考えをする」「日々一日を過ごしていく」「私よりもっと悪い状況の人がいることを考える」であった。逆にあまりとられていなかった対処行動は、「ちょっと空想にふけり、自分自身の問題について考えるのを忘れる」「問題を無視し、良くなると考えられる」「歯をくいしばり、それに耐えていく」であった。とくに「歯をくいしばり、それに耐えていく」という対処行動は18.6%であり、介護は耐えて行うものという考えで対処している人は少ないという結果となった。

ストレス対処行動の具体的な内容と、その回答率をみると、70%以上の介護者が実際にしている対処行動は、「介護以外のことに興味を持つ」「本を読んだりテレビをみたりなど、気分転換に役立つことをする」「自分自身のために使える自由時間を持つ」であった。「家族会に参加する」は41.3%であった。逆に、「つらくて泣いたりする」「叫んだり、わめいたりして気を紛らわす」などの個人の中で感情を発散させるような行動は少ない結果であった。

表2. 70%以上の介護者が用いていたストレス対処行動

対処行動	項 目	割 合 (%)
問題解決的 対処行動	17 できるだけ専門職や他のサービス提供者の支援を得る	89.7
	18 家の環境を介護しやすいように整える	79.5
	31 何を優先すべきか考える	77.1
	3 信頼できる人と問題について話し合う	70.5
情緒的 対処行動	20 現状をありのままに受け入れる	80.3
	32 それぞれの状況で最も前向きな考えをする	75.7
	12 日々一日を過ごしていく	74.5
	7 私よりもっと悪い状況の人がいることを考える	70.1
ストレス 対処行動	38 介護以外のことに興味を持つ	76.1
	21 本を読んだりテレビをみたりするなど、気分転換に役立つことをする	75.4
	4 自分自身のために使える自由時間を持つ	70.3

表3. ストレスマネジメント行動の有無でQOLに有意差のあった項目 (Mann-Whitney検定)

対処行動	項 目	いつも/しばしば (%)
問題解決的 対処行動	1 いつもどおりの介護のやり方を決めそれを守っていく	58.1*
	13 家族から実際のな支えを得る	63.7*
	15 家の環境を介護しやすいように整える	71.8*
	30 一番良い解決法が見出せるように試みる	57.3**
	31 何を優先すべきか考える	63.7**
情緒的 対処行動	6 状況の良い側面を見出す	60.5**
	11 介護している高齢者が非難されるべきでないことを悟る	66.1*
	25 この状態に対処できる力があると信じる	55.6**
	32 それぞれの状況でも最も前向きな考えをする	67.7***
ストレス 対処行動	2 叫んだり、わめいたりして、気を紛らわす	15.3*
	4 自分自身のために使える時間を持つ	67.6*

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

(3) ストレスマネジメントとQOLの関係

ストレス対処行動と介護者のQOLの関係について検討する。それぞれのストレス対処行動をとっている群、とっていない群で有意差があった項目を表3に示した。11項目の対処行動の項目に有意差が認められた。問題解決の対処行動、情緒的対処行動、ストレス対処行動のいずれの対処行動も含まれていた。

3. 認知症高齢者の家族介護者のストレス軽減のために

以上述べてきたように、認知症家族介護者のストレス対処行動は、介護負担感や介護ストレスに影響をもたらすことが明らかになってきた。どのような対処行動が介護負担感を高め、どのような対処行動によって介護負担感を低めることができるのであろうか。既存研究結果も含めて検討する。

Prattら(1985)は、アメリカの家族介護者240人を対象に量的な研究を行い、「問題の解決を確信する」「問題を再評価する」「受容する」という対処行動と、「スピリチュアルな支えを得る」「家族に介護を分散する」という対処行動によって介護負担感が異なっていたことを報告している。Kramer(1997)は、アメリカの認知症の妻を介護する夫介護者において、情緒的対処行動は介護者の役割ストレインを強め、問題解決的対処は介護者の役割獲得に寄与していたことを報告している。

アジアにおいても、Chouら(1999)が、台湾において量的調査研究を行い、介護困難な状況と感情的対処は介護負担感を高め、介護への義務感、問題解決的対処行動は、介護負担感を低めていたことを報告している。

最近では、Papastavrouら(2007)が、アメリカの家族介護者を対象とし、情緒的対処行動と高い介護負担感、問題解決的対処行動と低い介護負担感の関係を報告し、問題解決的対処行動の中でも「社会的サポートを得る」という行動で介護負担感と負の相関が強かったことを報告している。

以上の文献から、介護に対する思い入れのみで解決しようとするような過度の情緒的対処行動は、介護負担感を高めると考えられる。逆に介護上の問題を正しく評価し、優先順位をつけて行っていくような問題解決的対処は介護負担感を軽減する方向に影響をもたらすと考えられる。

このような認知症高齢者の家族介護者に、看護職はどのように関わるべきであろうか。家族介護者に対して持つべき看護目標は、「問題解決的対処能力を高め、情緒的対処を緩衝できるよう関わる」ともいえるので

はなかろうか。問題解決能力を高めるための具体的な方法としては、「認知症の正しい理解を促し、受容的な対応方法とともに考える」「介護技術の習得を助け、対処能力を高める」「負担の少ない介護方法のコツとともに考える」「長続きできる介護のペースの配分とともに考える」などの方法が考えられる。

情緒的対処を緩衝するための具体的な方法としては、「介護者の抱く気持ちがあるがままに受け止める」「介護者の介護に対する気持ちを自由に出せる場や機会をつくる」「直面した介護問題に向き合えるような心理的支えに努める」「歯を食いしばったり、耐える介護が必ずしもよいとは限らないと思えるように関わる」などが考えられる。

昼夜を問わず、いつまで続くかわからない介護に取り組む介護者に、身体的・心理的ゆとりを確保することは必然であろう。多くの研究者が指摘しているように、使用可能な社会的資源の整備をさらに進め、必要な社会資源の導入を個別にすすめていくことが今後ますます求められる。

文 献

- Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiver process variables? *The Gerontologist*, 36(1), 42-53.
- Chou, K., LaMontagne, L. L. & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research*, 48(4), 206-214.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(Dec.), 385-396.
- 石原美和(2004). 介護保険制度の見直しについて. *老年看護学*, 9(1), 5-11.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37(2), 239-249.
- Nolan, M., Grant, G. & Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: Reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 544-555.
- Pallet, F. J. (1989): A concept framework for studying family caregiver burden in Alzheimer's-type dementia. *Image*, 22(1), 52-58.
- Pratt, C. C., Wright, S. S., Cleland, M. et al. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations*, 34, 27-33.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S. et al.

(2007). Caring for a relative with dementia : Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.

佐々木明子・山田浩子・浅川典子ほか(2002), 第28

回山形県公衆衛生学会抄録集, 718.

Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relative of impaired elderly : correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

認知症の人と家族の暮らしを支える看護を考える

鎌田松代

はじめに

私は社団法人「認知症の人と家族の会」(以下、「家族の会」)で常任理事・会報「ほ〜れほ〜れ」編集委員長をしている。

「家族の会」には、認知症のことを知りたく専門職の立場で1990年に入会した。

2004年に佐賀県に住んでいる実父に物忘れ症状が出現、2005年にアルツハイマー病の診断を受け、現在は遠距離介護中である。ほぼ毎月帰省し父(76歳)の様子見と母(75歳)の話相手、農作業の手伝いをして

いる。仕事は福祉施設看護師であるが、今日は父を遠距離介護する家族の立場で認知症の人を介護する家族が望む看護を考え、看護師に期待することを「家族をリンクー専門性をいかし家族と家族を橋渡しー」というテーマで話す。

このような大きな大会で本人、家族支援について考える場があること、発表できることに感謝している。

1. 家族の会のこと

「家族の会」は1980年1月20日に京都で90名の介護家族や医師、ボランティアなどによって結成された団体である。その当時は認知症への社会の理解は低く、介護は家族の責任で行政的な対策はなにもない状況だった。

家族は認知症への知識、相談するところもなく家族だけで悲痛な介護をしていた。「家族の会」はそんななかで、家族同士が励ましあい、助けあいながらも、認知症の問題を家族だけの問題にとどめず、社会に知ってもらおう活動を28年間してきた。現在会員は約1万人で全国に43支部があり、家族や本人が集まり話し合う「つどい」や会報、電話相談で本人や家族を支援している。

「家族の会」の名称は結成から2006年までは「呆け老人をかかえる家族の会」であったが、2004年の京都で開催された国際アルツハイマー病協会国際会議で本人が自身の病気を語り、また「痴呆」が「認知症」と名前が変わり認知症への理解が大きく変化し

た。このようななかで「家族の会」は2006年に会の名称を「認知症の人と家族の会」とし、本人も主人公にし、「ほけても安心して暮らせる社会」をめざし活動している。

2. 家族の介護状況

「何かおかしい。いままでと違う」とはじめに気づくのは家族である。私の父の場合はボーとして仕事の農作業の段取りをとることができず、田植えの準備ができなくなった。もともと無口だったのが一段と話さなくなった。おかしいと気づいてから4カ月ほどして、脳外科でMRIの検査などを受けたが「異常なし」だった。その後もおかしい症状は進行し翌年3月に「家族の会」からの情報で知った病院を受診し、アルツハイマー病の診断を受けた。診断の診察室で、今後どうして生活していけばよいか、認知症を理解している立場の私であったが、目の前が真っ暗になり涙を流していた。

家族がおかしいと感じてから確定診断を受けるまでに、父でも1年ちかく経過している。会員で5年ほど病院を転々とし、やっと診断を受けたという人も少なくはない。診断後、どう生活していけばよいか、介護はどうしたらよいか、そもそも認知症とはどんな病気なのか、予後は、などわからないことばかりである。また、家族が気づくのは生活への支障があるからで、そこへの介護をしながら、自分のところだけではとの孤独感や将来への不安をもち、また、認知症という病気に家族がなった悲しみをかかえて毎日暮らしている。

最近では核家族化が進み、介護者の25%は男性介護者となっている。女性が多いつどいでは、話しにくいという男性介護者の声から、昨年の8月から京都府支部では男性介護者のつどいを始めた。「調理が苦手。切り干し大根の炊いたのが載った本を妻が見て『食べたい』と言ったら困るので、料理の本は見せない」「妻の下着を買いたい、女性の下着売り場には恥ずかしくて行けないので、レジの女性店員に頼んで商品をもってきてもらう」など男性介護者の悩みは女性介護

者にはないデリケートな部分がある。「男性同士だから遠慮なく言える」と話す。また、夫である自分に「夫が帰ってくるので出ていってくれ」と言う。なぜそのように言うのかわからない。

病气や介護の方法を知りたい、同じような悩みの家族はいないのだろうか、話しをしたいと相談窓口へいったり、インターネットなどで調べ「家族の会」を知り、つどいに参加、そこで自分ひとりではなかったこと、介護の方法を教えてください、家族が認知症となった悲しさを理解してくれる同じ体験をしている仲間に出会えたことの安心感は大きい。現実の介護は本に書かれているようにうまくはいかない。24時間365日、認知症の介護は目を離すことができない介護である。難しいことができるのだから、こんな簡単なことはできるだろうに、と思うができない。口は達者で「ああいえば、こういう」思わず、手をだしそうになることもある。「私ひとりだけだ、こんなしんどい思いをしているのは」「なぜ私だけがこんな思いをしないといけないの」とだんだん追い詰められてくる。

つどいでは介護の先輩や同じ経験中の家族が経験談を話し、自分のところはこうしたらよかったとのアドバイスがあり、追い詰められた家族の気持ちはほぐされてくる。つどいの終わりには「話を聞いてもらえ、何かすっとした。私だけではない。同じようにがんばっている人がいる。もう少し頑張ってみる。アドバイスも試してみる」と参加当初の暗い声が、明るくなることも多い。

決して自分の介護が満点と家族は思っていない。何かもっと本人のためになり、病气が進まず、介護が楽にできる方法があれば、知りたいと家族は思う。医療的な部分でわからないことも多い。

つどいに専門職である看護師が参加していると医療情報のアドバイスが受けられ家族はもっと安心して自信をもって介護が続けられる。

3. 家族と家族をつないで

男性介護者のつどいでの話で「夫に出て行け」は認知症の中核症状である見当識障害で、妻が認識している夫は若い頃の夫で、現在の60歳代夫ではないことを話すとなんか介護はしやすくなる。夫を嫌っての言動ではないことがわかるからである。また、過呼吸となり苦しんでいる認知症の妻の介護に苦労してい

る夫の話では、過呼吸とはどんな病状か、その対処方法を看護師が説明することで、理屈がわかり慌てず、びっくりせずに介護できるようになる。

看護師は医学と、看護の知識をもち、そのうえに経験を重ね、さまざまな介護家族の情報を蓄積している。その専門的な知識や経験を家族は教えてほしいのである。私の介護にあう医療・看護情報の紹介である。家族の要介護者は一人である。看護師はそんな家族を多く見てきている。

看護師にとってもつどいでの家族の本音の話が大変勉強になる。家族はすごいと感心することはしばしばである。

看護師がさまざまな場面で家族から学んだ介護が、ほかの家族の役にたち、救われたことを聞くと家族はうれしい。

家族の悩みを受けとめ、家族の持つ力を引き出すこと、それは看護師の重要な責務だと思う。個々の家族の介護を学び、看護としての経験も入れて、それを基にしてさらに家族の安心につなげる。家族から学び家族と家族をつなぐ、橋渡しの役割である。看護師の専門性を加味したリンクに家族は期待している。

その始まりは介護する家族の「話を聞いてほしい。気持ちをわかってほしい」家族を知ることである。

4. 本人の声

最近、認知症となった本人たちが、自分たちの気持ちを語り始めた。認知症の介護に大切な部分であるので本人の声を以下に紹介する。

病气になったのは辛く、診断を受けたときは死んでしまいたいと思った。本人のつどいや交流会で同じ仲間と出会い自分だけではないと気づいたことからイメージがどんどん湧いてきた。ちょっとしたアドバイスや援助があれば自由に生きることができる。家族が介護しすぎのところもある。もっと自分たちの力が発揮できるようにしてほしい。今できることをして前向きに生きている。先のことはあまり考えすぎない。

治りたい。

働きたい。

家族に感謝している。

できることはある「重い荷物は運べる」

菩提