

# 在宅認知症高齢者の家族支援に対する在宅ケア専門職の 実践と家族介護者の認識

— 訪問看護導入事例の分析より —

高橋 美沙子

## 要 旨

### 【目的】

在宅ケア専門職である訪問看護師、ケアマネジャー、介護福祉士が、在宅認知症高齢者の家族支援をどのように捉え実践しているのか、また当事者である家族介護者が、各専門職からの支援をどのように認識しているのかを明らかにすることを目的とした。

### 【方法】

在宅認知症高齢者の家族介護者と、そのケアに関わる訪問看護師・ケアマネジャー・介護福祉士の4名を1ケースとし、計3ケース、延べ9名を対象とした。個別に半構成的面接を行い、各専門職からは家族支援の内容を、家族介護者からは各専門職からの支援への認識について語りを得、テキストデータを質的意味を損なわない範囲内でコード化し、サブカテゴリー、カテゴリー化を進めた。

### 【結果】

全ての専門職が【介護負担の軽減】を行っていた。加えて訪問看護師は【不安への対応】、【疾患理解への支援】、【家族介護者の人生の尊重】、ケアマネジャーは【介護初期の相談窓口】、【要介護者と家族介護者間の調整】を家族支援として実践していた。多職種連携では、訪問看護師は【多角的な視点を獲得するための情報共有】、【医療的視点からのアドバイス】を、ケアマネジャーは【要介護者や家族の現状を正確に把握するための情報共有】、【各専門職の専門性を互いに尊重した協働】、【ケアの方向性の決定】を、介護福祉士は【訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供】を行っていた。

家族介護者は、訪問看護師は【要介護者の疾患に対する相談と対応をしてくれる】、【身体的・精神的負担を気にかけてくれる】、ケアマネジャーは【介護に関するサービス調整をしてくれる】、【精神的支援をしてくれる】、【専門職との窓口になってくれる】、介護福祉士は【話を聞いてもらうことでストレス発散できる】、【要介護者への介護をしてくれる】、【専門職との窓口になってくれる】と捉えていた。

### 【考察】

各専門職はそれぞれの専門性を活かしつつ、認知症の病状進行を見越し今後予測される家族介護者の不安や介護負担を考慮しながら多職種による支援を行っている。効果的な家族支援のために家族介護者との相談窓口となる職種を事例ごとに共通認識し、ケア目標の共有と日常的な情報共有、そしてケアチーム内での壁を取り払い、互いを尊重しながら家族支援を行うことで、より効果的な認知症家族支援に繋がることが示唆された。

キーワード：家族支援、在宅認知症高齢者、多職種連携、訪問看護

## I. 諸 言

日本では急速に高齢化が進み、内閣府<sup>1)</sup>によると、2016年の高齢化率は27.3%に達し、2025年には30%を超えることが予想されている。世界でいち早く超高齢社会を迎え、家族構成にも変化が起こっており、65歳以上の高齢者のいる世帯は全体の47.1%を占め、そのうち「高齢者の夫婦のみの世帯」は31.5%にも上っており、年々増加している。また、田中ら<sup>2)</sup>は、世帯構成の変化に加え、女性の社会進出が進むことが家族介護力の低下を招いていることを指摘している。

さらに、世界的な動向でもあるが、日本の認知症患者数は増加の一途を辿っており、厚生労働省<sup>3)</sup>によると、2012年には約462万人であった全国推計認知症有病者数は、2025年には約700万人に達すると推定されている。国は介護保険制度や新オレンジプランの施行など、在宅医療の基盤整備に努めてはいるものの、認知症介護における家族介護者への介護力としての期待は依然として大きい。世帯構成から鑑みると認知症の在宅介護を主に担っているのは、同じく高齢の配偶者やその家族であることが推測される。Pinquartら<sup>4)</sup>によると、認知症の在宅介護はその他の疾患への介護に比べ、家族介護者が精神的・身体的介護負担を感じやすいとされている。家族介護者が認知症高齢者へ適切な対応を取れなくなることは、認知症の行動・心理症状（以下BPSD）の出現に影響を及ぼすことも考えられるため、家族介護者が精神的・身体的に安定した状態で認知症高齢者に関わることが認知症在宅介護には欠かせない。しかし、家族介護者への支援は介護負担が限界に達し、介護が破綻する段階になってようやくなされることも多い。在宅認知症ケアは要介護者である認知症高齢者本人へのケア提供は勿論のこと、その家族介護者への支援も同様に重要である。家族介護者は認知症高齢者へのケアチームの一員であると共に、ケアの対象者でもあると言える。

在宅認知症高齢者へのケアは多職種の連携・協働が必要であると言われていたが<sup>5)</sup>、家族支援に関しても同様である。しかし、在宅ケア専門職が多職種で連携・協働して関わる認知症家族支援、及びそれに対する家族介護者の捉え方を、同一事例を通して分析、報告した研究は、十分であると言えない。

そこで本研究では、在宅で療養する認知症高齢者の実際の事例を通して、事例に関わっている訪問看護師、ケアマネジャー、介護福祉士が認知症家族支援についてどのように捉え実践しているのか、また、当事者である家族介護者が各専門職からの支援をどのように認識しているのかをインタビュー調査により明らかにし、在宅ケア専門職と家族介護者双方の視点からの家族支援の実態を明らかにすることを目的とした。

在宅ケア専門職と当事者双方が捉える家族支援に対する認識が明らかになることで、家族のニーズに即した効果的な支援の在り方について講じる基礎資料となると考える。また、在宅ケア専門職の円滑な多職種連携・協働により家族支援の質が向上し、介護継続への支援が適切になされることで、ひいては在宅認知症高齢者自身の介護の質向上に繋がり、認知症高齢者と家族が共に安心して在宅療養生活を継続できる一助となると考えた。

## II. 研究目的

在宅ケア専門職である訪問看護師、ケアマネジャー、介護福祉士が、在宅認知症高齢者の家族支援をどのように捉え、実践しているのかを明らかにする。また当事者である家族介護者が、専門職による支援についてどのように認識しているのかを明らかにすることを目的とした。

## III. 用語の定義

### 1. 在宅認知症高齢者

介護保険における要介護認定を受け、自宅で在宅療養している認知症と診断を受けている、または認知症症状のある65歳以上の高齢者。

### 2. 家族介護者

在宅認知症高齢者と同居、または近隣に在住し、介護を主に担っている家族や親類。

### 3. 在宅ケア専門職

介護保険制度における居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅

療養管理指導、通所介護・療養通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、福祉用具販売、居宅介護支援）に関わっている保健医療福祉専門職のことで、本研究で取り上げる職種は訪問看護師、ケアマネジャー、介護福祉士の3職種とした。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接法による質的記述的研究

### 2. 研究協力施設および研究協力者

研究協力施設：A県下で居宅介護事業所、訪問介護事業所を併設する訪問看護ステーション1施設を研究協力施設とした。

研究協力者：

- 1) 介護保険の居宅サービスである訪問看護、訪問介護を利用し、多職種からの支援を受けている在宅認知症高齢者の、同居、または近隣に在住している主介護者である家族。
- 2) 1) の在宅認知症高齢者の在宅ケアに携わっている、訪問看護の臨床経験が5年以上ある訪問看護師、もしくは訪問看護、認知症看護の認定看護師資格あるいは在宅看護専門看護師、老人看護専門看護師の資格を有する訪問看護師。
- 3) 1) の在宅認知症高齢者の在宅ケアに携わっている、常勤、もしくは所属機関の管理者から推薦のあったケアマネジャー・介護福祉士の各1名。
- 4) 在宅認知症高齢者1事例に関わる1)～3)の4名を1ケースとし、3ケース(計12名)を研究協力者とした。

### 3. データ収集方法

研究協力への同意を得られた研究協力者を対象に、1事例につき1人1回1時間程度、インタビューガイドに基づき個別に半構成的面接を実施した。インタビューは研究協力者の了承を得た上で、ICレコーダーで録音した。

各専門職に対しては、実践している家族支援の内容、

家族支援の捉え方、多職種連携として実践していることやその課題などについて、自由に語っていただいた。家族介護者に対しては、各専門職から受けている支援の内容、各専門職からの支援をどのように感じているかについて自由に語っていただいた。

## 4. データ分析方法

ICレコーダーに録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、テキストデータを作成した。テキストデータを読み込み、意味内容を把握した後、専門職から得たテキストデータからは、実践している家族支援や役割についての認識、多職種連携に関する記述を、また家族介護者から得たテキストデータからは、自身が各専門職から受けていると考える支援や、各専門職に期待する役割について、質的意味を損なわない範囲内で区切って抽出・コード化した。全てのコードを意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリー化した。更にサブカテゴリーを内容別に類型化し、抽象度を高めてカテゴリーを生成した。分析の過程は信頼性を確保するため、質的研究の研究者にスーパーバイズを受けた。

## 5. データ収集期間

2015年8月～2015年10月

## V. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には研究概要、参加の自由、プライバシーの保護、研究の公表について文書と口頭で説明を行い、同意書に署名を得て実施した。

## VI. 結果

3事例で計9名、延べ12名の研究協力者から研究協力を得た。インタビューの平均時間は59分であった。事例の要介護者、家族介護者の概要と各専門職の年齢、性別、経験年数、在宅ケア経験年数、その他資格等を表1に示した。結果は「各専門職が実践している家族支援」(表2)、「各専門職が実践している多職種連携」(表3)、

表1 事例の概要

	要介護者	家族介護者	訪問看護師	ケアマネジャー	介護福祉士
事例A	70歳代、男性、脳血管性認知症、要介護3、認知症日常生活自立度IIa、短期記憶の欠落はあるが目立ったBPSDなし、血液透析3回/週、妻と二人暮らし 訪問看護2回/週、訪問介護3回/週	60歳代、女性 要介護者の妻 生真面目で不安をもちやすい。 介護初期は要介護者の認知症症状にイライラした。	40歳代、女性 看護師経験年数24年、在宅ケア経験年数12年、訪問看護認定看護師	50歳代、女性 ケアマネジャー 経験年数10年、在宅ケア経験年数12年	50歳代、女性 介護福祉士経験年数8年、在宅ケア経験年数17年
事例B	100歳代、女性、要介護4、認知症日常生活自立度IV、短期記憶の欠落あり、BPSDはみられない 次女夫婦、孫と4人暮らし 訪問看護1回/週、訪問介護毎日30分、通所介護2回/週、短期入所生活介護1回/月、往診2回/月	70歳代、女性 要介護者の次女 高齢と腰痛で介護が難しくなってきた。 自身の介護申請も考慮している。	50歳代、女性 看護師経験年数24年、在宅ケア経験年数14年、認知症ケア専門士	60歳代、女性 ケアマネジャー 経験年数9年、在宅ケア経験年数12年、認知症ケア専門士	50歳代、女性 介護福祉士経験年数3年、在宅ケア経験年数8年
事例C	80歳代、女性、要介護1、認知症日常生活自立度I、 BPSDが悪化した時期があった 混合性結合組織病、認知症の夫と二人暮らし 訪問看護3回/週、訪問介護2回/週	60歳代、女性 要介護者の夫の弟の妻 近隣市に在住、介護に協力的であるが、BPSDが悪化した時期は疲労が蓄積していた。	40歳代、女性 看護師経験年数24年、在宅ケア経験年数12年、訪問看護認定看護師	50歳代、女性 ケアマネジャー 経験年数10年、在宅ケア経験年数12年	50歳代、女性 介護福祉士経験年数8年、在宅ケア経験年数17年

表2 各専門職が実践している家族支援

	カテゴリー	サブカテゴリー
訪問看護師	不安への対応	不安の要因をアセスメントする
		傾聴する
		不安をその場で解決し次回訪問に持ち越さない
		療養生活上の相談に乗る
		先の見えない介護に対する不安を理解する
		家族介護者の要望を汲み取ったケアを提供する
	介護負担の軽減	要介護者へのケアを行う
		家族介護者のできる範囲での介護をすればよいと伝える
		頑張りを労う
		家族介護者の体調確認をする
	疾患理解への支援	認知症の症状を説明する
		認知症症状への対応を伝える
情報共有する		
家族への支援がBPSDの予防・軽減につながる		
家族介護者の人生の尊重	認知症以外の疾患の症状を説明する	
	家族介護者自身の人生を尊重する	
	家族が倒れないように横に立ち支える	
ケアマネジャー	介護初期の相談窓口	不安の大きい介護初期に頻繁に電話対応する
		不安の大きい介護初期に専門職側の窓口となる
	サービス調整による介護負担の軽減	家族介護者の意向に配慮したケアプランを立案しサービス導入をスムーズにする
		介護負担を軽減するためのケアプランを立案する
		月1回訪問し家族介護者のニーズを確認する
	要介護者と家族介護者間の調整	介護保険サービスに関する情報提供を行う
認知症症状は病気によるものだということを説明する		
介護福祉士	介護負担の軽減	要介護者と家族介護者の折り合いをつける
		家族介護者の体調を確認する
		介護以外の些細なことについても話をする
		介護の愚痴や辛さを傾聴する
		頑張りを労う

「家族介護者が捉える各専門職からの支援」(表4)の3つの視点に大別された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 主な語りを「 」で示した。

## 1. 各専門職が実践している家族支援

### 1) 訪問看護師

訪問看護師は【不安への対応】、【介護負担の軽減】、【疾患理解への支援】、【家族介護者の人生の尊重】により家族支援を行っていた。以下に各カテゴリー内容について説明する。

#### (1) 【不安への対応】

家族介護者は認知症介護や療養生活に関し様々な不安を抱えながら生活していた。「どういう不安を持っているのかは私たちには分からない不安で、～中略～お話をよく聞いてね、ほんとの根本が一体どこにあるのかを聞きながら見極めていかないと」と<不安の要因をアセスメントする>、<傾聴する>ことを行っていた。また「その時の不安はなるべく次へ持ち越さないように」と<不安をその場で解決し次回訪問に持ち越さない>ように対応していた。介護以外に関しても「日々の生活の不安のほうが大ぶん大きくなって」と<療養生活上の相談に乗る>ことで支援していた。さらに、「ご家族もね、いつまでも元気で生きといてほしいところと、いつまで(介護が)続くんだろうって思う部分はあると思いますね。」と<先の見えない介護に対する不安を理解する>、「センサーマットって介護保険使ってもちょっと点数が高いんです。撤去してもいいんじゃないっていう話はケアマネジャーも含めてしたんだけど、奥さんの安心につながるならいいかっていうところで、そのままつなげている状況です。」と<家族介護者の要望を汲み取ったケアを提供する>ことを行っていた。このように訪問看護師は家族介護者をケアの対象と捉え、不安を軽減するための支援を行っていた。

#### (2) 【介護負担の軽減】

家族介護者は身体的・精神的介護負担を抱えており、訪問看護師は介護負担を軽減できるよう支援を行っていた。<要介護者へのケアを行う>、また「無理をしてここまでしなきゃいけないとか、ノルマのように考えてお

られるから『あんまり無理しないでくださいね』って言う。」など<家族介護者のできる範囲での介護をすればよいと伝える>、<頑張りを労う>、「『しんどくないですか?』とか、～中略～必ず声はかけます。」など<家族介護者の体調確認をする>ことを行っていた。

#### (3) 【疾患理解への支援】

訪問看護師は、家族介護者が怒りの表情や態度を要介護者に伝わる形で表現してしまうことがBPSDの出現や悪化を招くことを危惧していた。そのため、「ご家族の持っているご本人のイメージっていうのが今までのがあるんですよ。それが認知症って崩れていきますので、それを受け入れない方っていうのが結構いまして。～中略～認知症の状態っていうのがご説明できてご理解いただけたら、ご本人にとってもご家族にとってもいいかなって。」と<認知症の症状を説明する>、「『腹が立ったら離れて怒ってください』とか、顔ね、『怒りの表情だけ出さないようにしてください』って言っているんです。」と<認知症症状への対応を伝える>、「説明をしたり情報を共有して、何かあった時に連携取っていく、些細な事でも」と家族介護者と<情報共有する>、「ご家族が不安定になるとご本人のBPSDが悪化するんですよ。～中略～家族と本人の間に立って調整してあげる」と<家族への支援がBPSDの予防・軽減につながる>と考え支援を行っていた。また要介護者は高齢で複数の疾患を持っていたため、<認知症以外の疾患の症状を説明する>ことも行っていた。

#### (4) 【家族介護者の人生の尊重】

認知症介護は負担が大きく、家族介護者は介護に追われ自分の時間を持ってないことも多い。訪問看護師は、「自分たちの私生活壊してまでね、お兄さん夫婦の介護をするとか面倒見るっていうのはやっぱり現実的ではないですし。」と<家族介護者自身の人生を尊重する>姿勢を示し、「家族を支援する時っていうのは、腰のあたりに手を当てて、見守ってあげるっていうような感覚なんです。」と、<家族が倒れないように横に立ち支える>というイメージで家族支援を捉えていた。また、「看るが故に家族の負担が大きいので。何でも家族がする必要全くないですし。」と<家族介護者へ介護の全責

任を負わせない>ように支援を行っていた。

## 2) ケアマネジャー

ケアマネジャーは【介護初期の相談窓口】、【サービス調整による介護負担の軽減】、【要介護者と家族介護者間の調整】を行っていた。以下に各カテゴリー内容について説明する。

### (1) 【介護初期の相談窓口】

ケアマネジャーは介護保険サービス利用開始時に主に関わる職種である。そのため、「お父さんの体調の悪いこととか、～中略～そういうのもまだ分かっていらっしやらなかったし、どこに何を相談していいかも分からなかったからだと思うので。」と<不安の大きい介護初期に頻繁に電話対応する>、<不安の大きい介護初期に専門職側の窓口となる>ことで家族介護者の支援を行っていた。

### (2) 【サービス調整による介護負担の軽減】

ケアプランを作成する上で<家族介護者の意向に配慮したケアプランを立案しサービス導入をスムーズにする>、また「ちょっと離れることも大事だろうと思って、デイケアのほうに行ったんですね。」など、<介護負担を軽減するためのケアプランを立案する>ことを行っていた。ケアプランに関し「今困っている内容、今のプランでいいのかっていうその判断を、～中略～モニタリングしながらアセスメントもしながらということをしています。」と<月1回訪問し家族介護者のニーズを確認する>、また「弟さん夫婦から施設入所のご相談があったので。医療系でも対応できるような所のパンフレットをお渡しは一応してるんです。」と<介護保険サービスに関する情報提供を行う>ことを行っていた。

### (3) 【要介護者と家族介護者間の調整】

「もうこんなこと言うてね、腹が立つんですよって家族怒るんですよ。いや、でも病気なんですって。」と<認知症症状は病気により引き起こされていると説明する>、「本人中心のプランにしてしまうと家族にすごく負担がかかってくるし、逆に家族に重心を置き過ぎると本人さんに負担がかかってくるのでね、～中略～その折り合いのつけ方かなとは思ってますよ。」と<要介護者

と家族介護者の折り合いをつける>ことを行っていた。

## 3) 介護福祉士

介護福祉士は【介護負担の軽減】を行っていた。

### (1) 【介護負担の軽減】

「お顔がいつもと違うなっていう時はあって、『しんどいんですか?』って言うと『ああ、ちょっとしんどいね』とかいう感じですね。」と<家族介護者の体調を確認する>、「ちょっとでもね、しゃべったり自分がしんどいんよっていうのを外に向けてね、言えるだけでも違うかなとか。」と<介護以外の些細なことについても話をする>、<介護の愚痴や辛さを傾聴する>等、何でも話せる関係性を構築して支援していた。また『『すごく頑張っていますよ』って言うのは常に声掛けとか、助けを求めやすいふうにもっていったらなあとは思っています。』と<頑張りを労う>ことで介護負担の軽減を図っていた。

## 2. 各専門職が実践している多職種連携

### 1) 訪問看護師

訪問看護師は【多角的な視点を得るための情報共有】、【医療的視点からのアドバイス】を行っていた。以下に各カテゴリー内容について説明する。

#### (1) 【多角的な視点を得るための情報共有】

『『今日はどうだった?』て、何もなくてもですよ、～中略～情報を共有をしてというところを心掛けています。』と同一事業所であることから<ケアマネジャーや介護福祉士と日常的に情報共有を行う>ことを行っていた。また「一対一の人間で在宅って入っていくので。そこは密室で、こっちが言ってることが私の主観的な話なので、相手も同じように思ってるかはわからないじゃないですか。だからケアマネから見た目のCさんとか、～中略～そういう細かい情報も入れながら、情報の共有ですね。」と<介護福祉士からの情報を活用する>、<他専門職にアプローチして情報を得る>、<他専門職の意見を聞く>ことで情報を補足するを行っていた。また、「看護師からちゃんと歩み寄ってあげないと、言いやすい雰囲気っていうことね、しないといけない。」と訪問看護師が<話しやすい態度をとる>ことで

情報共有をスムーズに行うことができるよう心掛けていた。

「事業所同じですのでね、連携は取りやすくて」と、  
 <訪問看護師や介護福祉士と日常的に情報共有を行う>、  
 <情報伝達を確実に行う>ことを行っていた。

(2) 【医療的視点からのアドバイス】

訪問看護師は「ケアマネさんがしているケアの組み立てを、評価っていうか見たり」とケアマネジャーへケアプランに対して提案を行う>、「怒ったりは認知症の人にしないように、ていうところをケアマネさんやヘルパーさんにも言います。」と、<認知症と認知症症状への対応を説明する>。また「家族支援が上手くいかないと、家族が不安になると、本人のBPSDが悪化するっていうところは間違いなく起きるので、『まず家族の精神的な状態を整えてあげましょう』って言いますね。」と<家族支援が認知症在宅療養のキーになることを伝える>ことを行っていた。

(2) 【各専門職の専門性を互いに尊重した協働】

「それぞれ専門職なので、そこに任せる。」と<他の専門職の専門性を尊重する>ことを行っていた。また自らの役割については<介護保険に関して他専門職から相談を受ける>と認識していた。

2) ケアマネジャー

ケアマネジャーは【要介護者や家族の現状を正確に把握するための情報共有】、【各専門職の専門性を互いに尊重した協働】、【ケアの方向性の決定】を行っていた。以下に各カテゴリー内容を説明する。

(3) 【ケアの方向性の決定】

自らの役割を「私はみんなの意見を聞いて、じゃあどうしたらいいんかなって決めていく役割かな。」と<各専門職の意見を聞き、総合する役割を担う>と捉えていた。また「本当に今それが必要なのかっていうのは、周り入っているサービスの者とかみんなと相談しながらね、見極めていかないといけない。」と<多職種で意見を交換しケアプランの見直しをする>必要があると認識していた。

(1) 【要介護者や家族の現状を正確に把握するための情報共有】

3) 介護福祉士

介護福祉士は【訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供】を多職種連携として行っていた。

表3 各専門職が実践している多職種連携

	カテゴリー	サブカテゴリー
訪問看護師	多角的な視点を得るための情報共有	ケアマネジャーや介護福祉士と日常的に情報共有を行う
		介護福祉士からの情報を活用する
		他専門職にアプローチして情報を得る
		他専門職の意見を聞く
	話しやすい態度をとる	
医療的視点からのアドバイス	ケアマネジャーへケアプランに対して提案を行う	
	認知症と認知症症状への対応を説明する	
	家族支援が認知症在宅療養のキーになることを伝える	
ケアマネジャー	要介護者や家族の現状を正確に把握するための情報共有	訪問看護師や介護福祉士と日常的に情報共有を行う
		情報伝達を確実に行う
	各専門職の専門性を互いに尊重した協働	他の専門職の専門性を尊重する
ケアの方向性の決定	介護保険に関して他専門職から相談を受ける	
	各専門職の意見を聞き、総合する役割を担う	
介護福祉士	訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供	多職種で意見を交換しケアプランの見直しをする
		要介護者や家族介護者の様子や訴えをケアマネジャーに報告する
		要介護者の病状に関して訪問看護師に報告する
		訪問看護師やケアマネジャーと日常的に情報共有を行う

## (1) 【訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供】

＜要介護者や家族介護者の様子や訴えをケアマネジャーに報告する＞、＜要介護者の病状に関して訪問看護師に報告する＞、＜訪問看護師やケアマネジャーと日常的に情報共有を行う＞ことで連携していた。

## 3. 家族介護者が捉える各専門職からの支援

## 1) 訪問看護師

家族介護者は訪問看護師からの支援を【要介護者の疾患に対する相談と対応をしてくれる】、【身体的・精神的負担を気にかけてくれる】と認識していた。以下に各カテゴリ内容を説明する。

## (1) 【要介護者の疾患に対する相談と対応をしてくれる】

「薬が変わったりしたら聞かれたりするし、こんななんだけどうとか言うのは、まず私はケアマネジャーではなく看護師さんと言ってますね。」とく要介護者の病気のことは訪問看護師に相談する＞、またく要介護者の状況や精神症状についての情報を提供してもらう＞と訪問看護師は医療の専門職であると認識し支援を受けていた。

## (2) 【身体的・精神的負担を気にかけてくれる】

「私のことも、いつも必ず『奥さんはどう?』とか言って聞いてくださるし。」とく介護者である自分の身体的、

精神的負担を気にかけてくれる＞、＜介護者である自分と話す時間を取ってくれる＞と自分がケアの対象者としてケアを受けていることを認識していた。

## 2) ケアマネジャー

家族介護者はケアマネジャーからの支援を【介護に関するサービスの調整をしてくれる】、【精神的支援をしてくれる】、【専門職との窓口になってくれる】と認識していた。以下カテゴリ内容を説明する。

## (1) 【介護に関するサービスの調整をしてくれる】

ケアマネジャーはく介護保険申請やサービス調整をしてくれる＞と認識されていた。また「もし私が万が一何かになった時はケアマネさんに言おうかなって思っているの。」とく緊急時の介護に関してケアマネジャーに相談する＞としており、サービス利用に関してはケアマネジャーが支援していることを認識していた。

## (2) 【精神的支援をしてくれる】

介護初期の介護に不慣れな時期に、「私も初めての経験やったのでいろんなことを教えてくださって。」とく介護初期に精神的に支援してくれた＞と認識していた。またく電話や訪問で自分の様子を確認してくれる＞と捉えていた。

表4 家族介護者が捉える各専門職からの支援

	カテゴリ	サブカテゴリ	
訪問看護師	要介護者の疾患に対する相談と対応をしてくれる	要介護者の病気のことは訪問看護師に相談する 要介護者の状況や精神症状についての情報を提供してもらう	
	身体的・精神的負担を気にかけてくれる	介護者である自分の身体的、精神的負担を気にかけてくれる 介護者である自分と話す時間を取ってくれる	
ケアマネジャー	介護に関するサービスの調整をしてくれる	介護保険申請やサービス調整をしてくれる 緊急時の介護に関してケアマネジャーに相談する	
	精神的支援をしてくれる	介護初期に精神的に支援してくれた 電話や訪問で自分の様子を確認してくれる	
	専門職との窓口になってくれる	ケアマネジャーが専門職との窓口になってくれる	
介護福祉士	話を聞いてもらうことでストレス発散できる	要介護者に配慮して自分のことを聞いてくれる 話をすることでストレスを発散できている 介護者である自分の体調を気にしてくれる	
		要介護者への介護をしてくれる	要介護者の介護は介護福祉士がしてくれる 要介護者が嫌がるケアでも納得させてくれる
		専門職との窓口になってくれる	何かあれば介護福祉士に連絡する

## (3) 【専門職との窓口になってくれる】

「窓口ケアマネさんでしょう。だからケアマネさんにまず電話入れて、～中略～看護婦さんに代わられたりね。」とくケアマネジャーが専門職との窓口になってくれる>と認識していた。

## 3) 介護福祉士

家族介護者は介護福祉士からの支援を【話を聞いてもらうことでストレス発散できる】、【要介護者への介護をしてくれる】、【専門職との窓口になってくれる】と認識していた。以下カテゴリ内容を説明する。

## (1) 【話を聞いてもらうことでストレス発散できる】

「助かるし私も発散っていうかね、～中略～ここへ座ってしゃべれるでしょ。それで私も息抜きいうの？ストレスがないのがそのせいかなと。」とく要介護者に配慮して自分のことを聞いてくれる>、<話をすることでストレスを発散できている>、「お医者さん今度検査で行くねんわ、とか言ったりしたら、行っていかがでしたとか、次来た時に聞いてくださったり。」とく介護者である自分の体調を気にしてくれる>と介護福祉士と話をすることがストレスの軽減に繋がっていると認識していた。

## (2) 【要介護者への介護をしてくれる】

<要介護者の介護は介護福祉士がしてくれる>、<要介護者が嫌がるケアでも納得させてくれる>と要介護者へのケアにより、家族介護者の負担が軽減されていると認識していた。

## (3) 【専門職との窓口になってくれる】

「直接はヘルパーさんにかけますね、やっぱり何かあったら。分からないから。看護婦さんにはこんなん、なんか分からないから。」とく何かあれば介護福祉士に連絡する>とし、介護福祉士が最も相談しやすい専門職と認識していた。

## VII. 考 察

在宅ケア専門職が実践している認知症家族支援について、1) 在宅ケア専門職の認知症家族支援の特徴、2)

在宅認知症高齢者の家族支援における多職種連携の実態と課題、という視点から考察を行った。

## 1. 在宅ケア専門職の認知症家族支援の特徴

在宅ケア専門職はそれぞれの専門的な立場から家族支援を行っており、家族介護者は各専門職の役割や提供可能な支援を区別して認識していた。

## 1) 専門性を活かした認知症家族支援

訪問看護師は家族介護者を「要介護者へのケア提供者」とのみ捉えるのではなく、<ケアの対象者として捉え支援する>という視点をもっていた。介護負担が大きく、要介護者の認知症症状に加え、家族介護力、経済状況、療養環境など背景が多岐に渡る在宅ケアにおいて、馬場先<sup>6)</sup>が指摘するように、要介護者の病状に対する家族介護者の理解、精神的・身体的介護能力、介護環境、マンパワー、福祉サービス活用状況などを相対的にアセスメントし、個別性に即した具体的な看護計画を策定することで、家族介護者のニーズに即したケア提供が可能となる。

また、家族介護者は「介護をする人」である前に一人の生活者として存在する。負担の大きい認知症介護により家族介護者が心身の健康を保てない、社会生活を制限される等、生活が破綻しないよう、訪問看護師は<家族介護者自身の人生を尊重する>という姿勢をもって支援を行っている。

訪問看護師はまた、家族介護者へ疾患に関する知識を提供し、認知症症状への適切な対応をアドバイスするなど、<教育的支援>を行っていた。平原<sup>7)</sup>は、家族は要介護者の認知症症状に対して知識や技術不足により不適切な対応に陥りがちであり、それにより症状の悪化を引き起こし、介護負担が増大すると指摘している。また、前場ら<sup>8)</sup>は、介護者の認知症に対する知識不足や介護技術不足が高齢者虐待の大きな要因であると指摘している。家族介護者が認知症に対する正しい知識に基づいた適切な対応を要介護者に行うことで、要介護者の安全、安楽な生活を可能とする一助となると考える。訪問看護師は医療的視点を持った専門職として、疾患に関する説明役割を担っている。

ケアマネジャーは、介護初期の介護に不慣れな時期に

家族介護者と関わるが多いため、在宅療養が軌道に乗るまでの間、専門職側の相談窓口としての役割を担っている。また、畑ら<sup>9)</sup>が指摘しているように、家族調整支援はケアマネジャーの役割の一つであり、介護負担の大きい認知症の在宅介護では、要介護者本人に加え、家族介護者に配慮したケアプラン立案が不可欠である。要介護者と家族介護者のどちらか一方が満足のいくサービスを受けていても、他方が不満を抱えたままでは介護生活は破綻する可能性がある。ケアマネジャーは要介護者と家族介護者双方が納得できるケアプランを立案することで、《要介護者と家族の間の調整をする》役割を担っている。

介護福祉士の強みは、訪問回数が多く、家族介護者の状態をよく把握していること、医療や看護とは異なる視点から要介護者と家族の生活を見ることができることである<sup>10)</sup>。家族介護者は介護福祉士には介護以外の日常生活に関する話や愚痴など気軽に話をし、それによって介護のストレスを発散させていた。家族介護者にとっては身近で親しみやすく、身構えずに何でも話せる存在であり、《家族介護者に一番近い存在として、介護者に寄り添った支援をする》ことで、家族介護者の精神的な支えとして重要な役割を担っている。

## 2) 進行する認知症を見越した家族支援

認知症は進行していく疾患であり、ステージに合わせた支援が求められる。認知症が進行するにつれ、要介護者のADLの低下による介護量の増加、コミュニケーションの困難さ、生活リズム障害の出現などが予測される。それに伴い家族介護者に対し、更なる介護負担への支援、家族会などの介護に対する思いを共有できる場の紹介、サービスの質の確保、支援ニーズが増加することでの経済的負担も考慮した支援が求められることになる。経過が長く先が見えない介護に対する家族介護者の不安にも配慮し、ケアチームで先を見越した支援計画を共有しておく必要がある。また、要介護者のBPSDが悪化し、家族介護者が疲労を蓄積させるような時期には、家族介護者から支援の必要性の訴えがなくとも、負担が過度に達し介護が破綻する前に支援を行うことができるよう、家族介護者の負担を専門職が汲み取ることができる能力をもつことが求められるだろう。

## 2. 在宅認知症高齢者の家族支援における多職種連携の実際と課題

### 1) 多職種連携による家族支援における各専門職の役割

訪問看護師は医療の専門職として、ケアマネジャーや介護福祉士に対し、要介護者の疾患に関する知識を伝え、理解を促し、症状への対応方法やケアプランへのアドバイスを行うこと、また家族を支援することで要介護者のBPSDを予防・軽減することが可能となることを伝えるなど、家族介護者に対するのと同様に他の専門職に対しても《教育的に関わる役割》を担っていた。医療職ではない在宅ケア専門職は、医療ニーズを有する要介護者や家族への支援に不安を抱えやすい。認知症支援においては、疾患が進行していくステージに合わせた要介護者への支援、また家族介護者の変化する不安や介護負担に対し、適切な対応を取らなければならない。訪問看護師は要介護者の認知症の進行状況、家族介護者の生活、介護状況、精神的・身体的・社会的介護負担などを包括的にアセスメントし、ケアマネジャーや介護福祉士に対し、積極的に指導的役割を發揮し、これらの専門職を支え、安心して役割を果たせるよう支援する役割が期待される。

ケアマネジャーは《ケアのコーディネーター》としての役割を担う。各専門職がケアプランに基づき提供するケアの質は、それぞれの専門職が責任を負うが、ケアプラン全体として要介護者や家族介護者へのケアの質が保障されているのかをモニタリングする役割をケアマネジャーは担っている。家族介護者の状況とニーズを的確に判断し、効果的なケアプランを立案、実施するため、ケアマネジャーは他の専門職の専門性を十分理解し、意見を聞き、多角的な視点でアセスメントを行うことが求められる。

介護福祉士は他の在宅ケア専門職に比べ、家族介護者と接する機会が多い。厚生労働省によると<sup>11)</sup>、利用者1人当たりの1月当たり訪問介護利用回数は19.3回で、これは訪問看護の6.8回の約3倍に当たる。専門職が常に要介護者や家族のそばに居ない在宅ケアにおいて、《訪問回数が多く、家族介護者の情報を多く持っている》介護福祉士からの情報を多職種で共有し、要介護者や家族介護者に還元することは、介護福祉士の役割である。

## 2) 日常的な情報共有の推進とケア目標の共有

本研究では全ての在宅ケア専門職が情報共有を行っていた。医療機関におけるケアとは異なり、在宅ケアでは各専門職が要介護者や家族を訪問する回数や時間が限られている。訪問時間は要介護者へのケア提供が中心に行われるため、家族介護者に対する支援は更に限られた時間の中で行われることになる。その中でより効果的に家族支援を行うためには、ケアに関わる多職種間での情報共有が不可欠である。渡辺<sup>10)</sup>が述べているように、情報共有により自身の視点では気付かなかった要介護者や家族の生活上の課題や強みに気付くことができ、単独でケアを行う場合に陥りがちな「思い込み」や「決めつけ」に陥ることなく、より適切な判断ができる。本研究でも各専門職の情報共有には視点の違いはあるが、欠かせない連携の要素として情報共有が行われていた。

また、本研究では同一事業所に所属する専門職間の連携についての現状を明らかにしたが、在宅ケアでは多機関・多施設間での情報共有が必要な場合が多く、情報共有では更に困難が増すと考えられる。介護保険のサービス担当者会議は要介護者と家族のケア目標を共有する貴重な機会ではあるが、より密接でタイムリーなケア提供を可能にするためには、日常的な情報共有の機会を持つことが必要である。現状として多機関における日常的な情報共有は連絡ノートや電話を使うことが一般的であるが、より詳細で確実な情報共有を実現するためには、近年導入が進みつつあるICTの活用も今後考慮していく必要があると考える。

また、要介護者や家族介護者にとって最善となる支援を提供するためには、多職種が共通の目標の元、一貫したケア提供の実現に向けて協働することが不可欠である。しかし、平原<sup>12)</sup>が述べているように、治療モデルで考える医療職と、生活モデルで考える他職種では互いに議論がかみ合わない場面が発生することも否定できない。大塚<sup>14)</sup>が、同じ目標をもつ専門職として対等な立場で専門的な活動をするというパートナーシップの態度が大切であると述べているように、多職種連携は各専門職がケア目標を共通認識し、その上で立場を対等にケアを提供することで、より効果的な支援を行うことが可能となる。しかし、本研究でも介護福祉士から訪問看護

師に対して意見を言いにくいとの発言もあり、職種間での立場の対等性を保持するという課題が未だ存在することが示唆された。多職種連携教育（IPE）は2005年頃より我が国でも大学教育に導入されてきているが<sup>13)</sup>、IPEの更なる推進に加え、地域包括ケアに対応できる、多機関に属する専門職間での連携についても積極的に教育カリキュラムに取り入れていく必要があるだろう。また、在宅ケアの現場においても、多職種を交えたケア会議や事例検討会を積極的にもち、職種や事業所の壁を超えた交流を行い、互いを知ることで専門職間の「壁」を取り除くように努めることが求められるだろう。

## 3) 専門職側相談窓口の共通認識の必要性

中島<sup>14)</sup>は、ケアマネジャーは専門職側の窓口となり、要介護者・家族のニーズを代弁し、両者の橋渡しをし、コミュニケーションを円滑にすることで介護負担の軽減を支援する役割があるとしている。また鈴木ら<sup>15)</sup>は、訪問看護師が家族に対する窓口になるとしている。本研究では、家族介護者はケアマネジャーと介護福祉士を専門職側の相談窓口として認識していた。家族介護者にとって専門職側の窓口となり得る職種の条件は、互いに信頼関係が形成されていること、親しみやすい関係性が築けていること、専門職として信頼できることなどが考えられる。渡辺<sup>10)</sup>が、家族との関わりが深く信頼の厚い専門職を中心として連携を取っていくことが必要であると述べているように、窓口を特定の1職種と考えるのではなく、事例ごとに家族介護者が最も親しみを持ち、遠慮なく自身の不安や疑問を話すことのできる専門職を窓口として捉える必要がある。事例ごとに窓口となった各専門職が家族介護者と他の専門職間の橋渡しをすることで、よりスムーズでタイムリーな支援につながると考える。支援チーム内で専門職側の窓口となる職種を共通認識し、立場を対等にした日常的な情報共有と連携・協働をすることで、より効果的な認知症家族支援の実施へとつながると考える。

## VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は特定の事例の在宅ケアにおける認知症高齢者の家族支援に関するインタビューであったこと、事例数

が少ないこと、在宅ケア専門職が3職種と限られていたこと、事例の要介護者の認知症症状が比較的安定しており、家族介護者が介護を継続できていたことから、在宅認知症高齢者の家族支援の実態の全容を明らかにすることは困難であり、一般化することにも限界がある。また、同法人内に居宅介護支援事業所、訪問介護事業所を併設した訪問看護ステーションで行ったが、実際には多機関に所属する専門職間で連携を取るケースが多い。また、事例に関する専門職間、家族介護者で発言が特定される可能性が高く、それぞれの語りに他の研究協力者への配慮が含まれている可能性がある。

今後は、在宅ケアに関わる専門職数を増やす、多様な状況の要介護者、家族を対象とする、対象の地域を広げるなど、在宅認知症高齢者の家族支援の実態について調査・研究を積み重ねることで、在宅認知症高齢者の家族支援に対する多職種による効果的なケア提供の方策を見出したい。

## 謝 辞

ご多忙の中、本研究に快くご協力くださいました家族介護者、訪問看護師、ケアマネジャー、介護福祉士の皆様に心より感謝いたします。本研究は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2015年度在宅医療助成一般公募（前期）」の助成を受けて実施したものである。なお、本研究は2015年度兵庫県立大学大学院看護学研究科修士論文に一部加筆・修正したものであり、第36回日本看護科学学会学術集会にて発表を行った。

## 利益相反

本研究では開示すべき利益相反はない。

## 引 用 文 献

- 1) 内閣府. 平成29年度高齢社会白書. (オンライン), 入手先<<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>>, (参照2017-10-20).
- 2) 田中清美, 武政誠一, 嶋田智明. 在宅要介護高齢者を介護する家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因. 神大保健紀要, 23, 13-22.
- 3) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要. (オンライン), 入手先<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000076554.pdf>>, (参照2017-10-20).
- 4) Pinquart, M; Sorensen, S. Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta analytic comparison. *Aging & Mental Health*, 8(5), 2004, 438-449.
- 5) 今井幸充. 認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との多職種連携. *臨床精神医学*, 41(12), 2012, 1699-1704.
- 6) 馬場先淳子. 痴呆性老人を介護する家族を支えるために訪問看護婦はなにができるか. *老年精神医学雑誌*, 10(7), 1999, 806-811.
- 7) 平原佐斗司 (編). 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. 東京, 中央法規, 2013.
- 8) 前場理恵, 山田和子, 水主千鶴子. 家庭内高齢者虐待の実態と発生要因. *和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*, 5, 2009, 71-81.
- 9) 畑亮輔, 岡田進一, 白澤政和. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造. *介護福祉学*, 17(1), 2010, 33-45.
- 10) 渡辺裕子 (監). 家族看護を基盤とした在宅看護論; I 概論編 (第3版). 東京, 日本看護協会出版会, 2001.

- 11) 厚生労働省. 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況. (オンライン). 入手先<[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_02.pdf)>, (参照2017-10-20).
- 12) 平原佐斗司. 今後の多職種協同のあり方を考える. *Geriatric Medicine*, 51(5), 2013, 475-478.
- 13) 内海美保, 孫大輔, 川村和美, 中島美津子. 効果的なIPWに向けたIPEの取り組み. *薬学雑誌*, 135(1), 2015, 131-135.
- 14) 中島真由美. 認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係. *社会福祉学*, 52(5), 2012, 66-79.
- 15) 鈴木和子, 渡辺裕子. *家族看護学理論と実践* (第4版). 東京, 日本看護協会出版会, 1995.

# Care Received by Family Caregivers of Elderly with Dementia from Home Health-care Professionals' and Their Recognition of Such Care

## —An Analysis of the Case of Using Home Visiting Nursing—

TAKAHASHI Fusako

### Abstract

#### Purpose

This study aimed to clarify the care received by family caregivers of elderly with dementia who receive home visiting care from visiting nurses, care managers, and care workers, and to reveal family caregivers' recognition of such care.

#### Methods

The participants were family caregivers of elderly with dementia who receive home care, and the visiting nurses, care managers, and care workers who provide care to the elderly. These four types of participants were considered to be one case, and a total of three cases (the total of nine people) were interviewed. The home health care professionals described their practice toward the family caregivers, while the family caregivers described their understanding of the care received. Semi-structural interviews were conducted. The data were extracted and encoded as the divided length which does not affect the content, and were subcategorized and categorized.

#### Results

All professionals practiced "reducing care burden". Additionally, visiting nurses engaged in "managing anxiety", "supporting the care recipient to understand diseases" and "respecting family caregivers' own lives." Care managers practiced "consulting in the beginning of home care" and "mediating between the elderly with dementia and family caregivers". As interprofessional work, visiting nurses practiced "sharing information to have multiple perspectives" and "providing medical advice," while care managers practiced "sharing information to understand the condition of elderly with dementia and the caregiver", "cooperating with the other professionals respectfully" and "deciding the direction of the care". Care workers practiced "giving information to visiting nurses and care managers".

Family caregivers recognized the visiting nurses' care as follows: "I can consult them about the problems experienced by the elderly with dementia and they give me advice", "they care about my physical and mental health ". Care managers' care was recognized as "they coordinate the home health services", "supporting mentally" and "we could consul them first". Care workers' care was viewed as "they listen to

me and help me release stress”, “giving physical care to elderly with dementia”, and “we could consul them first.”

#### Discussion

All professionals practice family care with the consideration of the further progress of dementia symptoms, while practicing using their specialties. For more effective family support, it is important for all members of the care team to know who receives family caregivers' consultation first, and to share information on a daily basis, without any conflicts.

Key words : family caregiver ; dementia home care ; interprofessional work ; home visit nursing