認知症初期集中支援チームに家族が期待すること

Yoshihiro Tanikawa
谷川 良博*　　Mikita Togo
都甲 幹太**

要　旨

① 老・老介護世帯，認・認介護世帯，認知症単身者世帯が増加に伴い，近い将来に認知症家族介護の実態は様変わりする。変化に合わせた支援の実際を具体的に考える時期である。

② 初期集中支援チームが対象とする世帯は，医療・介護サービスを受けていない人や，サービスを受けていてもBPSDなどに苦慮している人である。そういった世帯では，医療や地域，金銭など多様な問題が入り組んでいる。それらを解決するには，多くの職種の手や知恵を借り，支援チーム内で連携をとって取り組まなければならない。

③ 介護者（地域住民）は，認知症高齢者を介護する実生活での様々な問題に，どのように対処してよいのかわからない。介護者には，どこまでを介護者にできて，どこから支援を受け入れたらよいのかを――介護者は一人ぼっちではないことを伝えることが重要である。

Key word

●世帯
●地域
●認知症

●はじめに

在宅介護は，その人の経験によってイメージは異なる。読者には，認知症高齢者を介護する家族をイメージしてほしい。ある人は，高齢者に娘あるいは嫁が付き添っている様子を描いたかもしれない。また，ある人は孫が高齢者の手を引いている光景かもしれない。あなたは，果たして現在の在宅認知症介護の現状を描けただろうか。本稿では，興味深いデータを紹介したい。

* 広島都市学園大学　作業療法学専攻〔〒731-3166　広島県広島市安佐南区大塚東3-2-1〕
** 介護老人保健施設　あやめの里
0917-0359/14/￥400/論文/JCOPY

▶▶表1　訪問支援を行う対象[2)]

①医療サービス，介護サービスを受けていない人，または中断している人
②医療サービス，介護サービスを受けているがBPSDが顕著なため対応に苦慮している人

超高齢化社会の介護者支援

2025年には，介護認定を受けている認知症高齢者数（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）は470万人で，高齢者（65歳以上）人口の13％となる見通しである。単身高齢世帯は700万世帯で全世帯の13％，夫婦のみ高齢世帯を加えた高齢世帯数は1,350万世帯となり，全世帯の26％になることが推定されている[1)]。

つまり，ごく近い将来には老・老介護（高齢の配偶者が，高齢の配偶者を介護する）世帯が増え，次第に，認・認介護（認知症の配偶者が認知症の配偶者を介護する）世帯に移行することが予測される。さらに，認知症単身者世帯が増加する。近い将来，今までの認知症家族介護の実態は様変わりするだろう。それに伴う支援の実際を，具体的に考える時期にきている。

これからの認知症を取り巻く状況

この状況下での初期支援とは，どのような内容を指すだろうか。認知症初期集中支援チーム（以下，支援チーム）が訪問支援を行う対象は，①医療サービス，介護サービスを受けていない人，または中断している人，②医療サービス，介護サービスを受けているがBPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）が顕著なため対応に苦慮している人とされている（表1）[2)]。

まず①のケースでは，なぜサービスが届いていないのだろうか。②では，なぜBPSDが顕著に出現しているのだろうか。特に，②のケースはBPSDが顕著で当事者も介護者も困っているために，支援チーム発足時には当面の対象となりやすいだろう。

支援チームが対象とする世帯は，介護サービスを利用している世帯に比べて，解決すべき課題は複雑に入り組んでいることが予想される。そこには，医療の問題，地域の課題，金銭問題など多種多様な課題が横たわっており，それらをほぐすためには多くの職種の方々の手や知恵を借りなければならないだろう。作業療法士は，専門外の案件であっても，支援チーム内での連携を十分にとりつつ取り組まなければならない。

では，実際にどのような事例が対象となるのだろうか。筆者が地域での認知症ケアで経験した4事例を紹介して具体的に考えてみたい。

事例紹介

1 ケース1：独居

A氏，81歳，女性。アパートで独居，3軒隣に兄が住んでいる。

借家の家主を麻薬の売人と思い込み，家賃を払わないため，介護者の兄が代わりに支払っていた。昼夜問わずに，ふらふらと出歩き，何度も警察に保護されていた。出

歩く理由は，「弟が迎えに来る」からだという。しかし，弟は10年以上前に亡くなっている。兄は高齢であるため，警察への身元引き取りも難しかった。

民生委員が状況を地域包括支援センター（以下，支援センター）に相談して援助が始まった。支援センター職員がA氏宅を訪問しても，兄以外とは会おうとしなかった。自身は「誰にも迷惑をかけていない」と言って，支援センター職員とは玄関の扉越しの会話で済ませていた。

1．関わりの経過

支援センターの関与が始まって2週間後，夜中に歩いている時にA氏が転倒した。両腕を骨折したため，整形外科に入院治療となった。しかし，「点滴や食事に毒を入れている」と暴れるようになった。整形外科での入院が不可能なため，自宅に帰されそうになる。兄が介護はできないと必死で伝え，精神科への転院となる。しかし，長期入院はできないために退院が近くなっている。

2．抱える課題

兄は高齢であり，妹へのこれ以上の支援は難しい。介入時，専門職に兄が期待していたのは，「人に迷惑をかけずに暮らせるようにしてほしい」ということであった。A氏は入院中に心身の状態が悪化したため，兄はアパートに引き取るのをためらっている。

2 ケース2：認・認介護世帯

B氏，80歳代，男性。レビー小体型認知症。妻は80歳代。認知症疑い。夫婦2人暮らし。

B氏は幻視が見えると，妻に「テレビから子どもが出てくる」「トイレに女性がいる」と話す。そのため，妻から気味悪がられていた。B氏は転倒が増えたため，主治医の勧めで通所サービスの利用を始めた。一方，妻は物忘れや失見当識が出現しており，軽度の認知症が予想された。

1．関わりの経過

B氏は通所サービスを利用することで体調面，精神面ともに改善した。しかし，妻はレビー小体型認知症特有の症状への対応・対処方法をすぐに忘れてしまう。さらに，B氏の認知機能に日内変動があることも忘れてしまう。そのため，B氏が故意に怠惰で過ごしていると誤解して，「やる気がない」と責めていた。

夫婦間のストレスは，極度にたまっていった。B氏は，イライラすると外に逃れた。ある日，道路で転倒して頭部を強打した。病院に搬送され，長期入院が続いている。妻は，夫の入院中に物忘れが進行し，買い物にも出なくなり，閉じこもるようになった。

2．抱える課題

筆者はB氏への支援と同時に，妻には専門医への受診を勧めていた。しかし，「私がいなくなったら，誰がじいさんの世話をするのか」と，生活上の心配を常に抱いていた。妻の受診を促すには，夫の介護問題が影響していた。

3 ケース3：高齢の妻が認知症の夫を介護している世帯

C氏，70歳代。脳血管性認知症。

通所サービス利用を拒否し，閉じこもりが続いていた。妻に対して，嫉妬妄想が強く，妻が買い物に行くのも許さなかった。このような状況のため，訪問リハビリテーション（以下，リハ）が開始された。

1．関わりの経過

C氏は身体機能の改善とともに，訪問リハの担当者の勧めなら聞き入れるようになった。訪問リハの担当者が通所サービスを勧めると，その時の返事は良かった。しかし，通所サービスから迎えが来ると，「おなかが痛い」「聞いていない」と理由をつくって休んだ。そこで，訪問リハの担当者が通所サービスで数回待つようにした。すると，「あなたが一緒なら安心だ」と，通えるようになった。

2．抱える課題

妄想の対象となった妻は，精神的に疲弊していた。当初の妻の希望は，「夫と離れて過ごす時間がほしい」であった。「頑固だから，何をしても無駄です」と，妻は投げやりな心理状況であった。

4 ケース4：単身生活の世帯

D氏，80歳代，女性。一軒家で生活しており，夫は数年前に他界。姪が遠方に住んでいる。

「ゴミステーションに決められた曜日にゴミを出せない」「やせている」など，地域住民たちの間で「最近，様子が変わった」と話題になっていた。近くの郵便局には，週に何度も「通帳を紛失したから」と通帳を作りに出かけていた。郵便局職員は対応に悩み，民生委員に相談をした。D氏宅を民生委員が訪問すると，家の中はゴミの山であった。

1．関わりの経過

D氏は偏った食生活のため，栄養失調が疑われた。体調面と生活環境を早急に整える必要性があった。配食サービスやホームヘルプを検討したが，本人がまったく受け入れなかった。

支援センター職員はD氏から断られても何度も通い，日にちをかけて関わった。その結果，この職員が勧めることなら聞き入れるようになった。

2．抱える課題

認知症が静かに進行していたため，地域住民に症状を気づかれることもなく過ごしていた。D氏の生活継続には地域住民による見守り・援助が必要だった。そのためには，D氏にはキーとなる人との関係構築が優先課題であった。

考察―介護する家族が期待することは…

紹介した4事例の状況と家族の状況を再掲する（表2）。

A氏のように精神疾患などを伴う場合，専門医の見立てができればと考える事例が増えている。さらに，B氏の世帯のように，B氏が支援の対象であったが，実は妻も

▶▶表２　４事例の概要

対象者	世帯内容	介護者
A 氏	単身世帯	兄
B 氏	認・認介護世帯	妻
C 氏	老・認介護世帯	妻
D 氏	単身世帯	なし

援助が必要だったというケースもある。当たり前のことだが，彼らの生活は日々続く。

認知症を抱えながら A 氏は，退院後には再び地域での生活を始める。D 氏の場合では，地域住民に見守りの担い手として協力を依頼することもあるだろう。これはとても重要な視点であり，地域の誰を最初に巻き込むか，地域住民と日々の関係をどのように保っておくかを考えておく必要がある。

さて，紹介した 4 事例から最も伝えたいことを以下に述べる。介護者（地域住民）は，認知症高齢者を介護する実生活でのさまざまな問題に，どのように対処してよいのか分からない。支援の際にわれわれは，介護者がどこまで自分ができて，どこに何の支援を受け入れたらよいのか，具体的に示す必要がある。つまり，「あなた（介護者）は，①『1 人で』介護しているわけではない，②自分『1 人が』この状況ではない」と伝えることが大切だと考えている。

具体的に C 氏のエピソードで伝えよう。C 氏は「認知症です」と，おもな知人に公表した。夫婦の思惑とは逆に，知人は今まで通り“飲み会”に誘ってくれた。妻は当初，迷惑をかけるからと，C 氏を引きとめていた。しかし，飲み会に嬉々として向かう夫の後ろ姿を見ているうちに，「みんなが私たちを支えてくれている」と考えるようになった。

訪問に来た専門職の作業療法士だからと肩肘を張らなくてよい。するべきことは，介護者が自身で気づけるように，認知症高齢者の「どこを」見ていればよいのか，それを彼らに伝える役割が大切ではないだろうか。

●おわりに

2025 年の予測データから，少し特異な事例を紹介したと思われるかもしれない。しかし，現実は紹介事例よりも深刻な問題は多い。支援の手が届いていない家族をこれからどのようにケアしていくか，実践の積み上げは始まったばかりである。

文　献

1）粟田主一：認知症の早期診断・早期対応．認知症ケア学会誌　**12**：563，2013

2）国立長寿医療研究センター：平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金―認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業報告書．2013〔http://www.ncgg.go.jp/research/pdf/topics/rojinhokoku1_24.pdf〕