

認知症の介護家族へのソーシャルワーク支援 — 地域の拠点として現場の家族システム支援の役割を考える —

菊池 信子

Social Work Support to the Care Family of Dementia

- The role of the Family System Support of the Base of the Community -

Nobuko KIKUCHI

要 旨

ソーシャルワーク実践において、ニーズのアセスメントが難しい対象者のなかに認知症の人がいる。本人への意思確認の困難さは家族への確認に委ねる形でアセスメント、プランニング、インタベンションが行われることが多い。本論では、認知症の家族を当事者とともに、家族システムの構成員と捉え、当事者の主体性を無視せず、かつ介護家族をも含めて認知症の人を含む家族システム全体への支援としてのソーシャルワーク実践が必要であると捉え、そのうえで支援の方法について、具体性あるものを検討していくことを目的とする。

支援は、家族の関係性、家族生活の過程における生活の充実度、相互の関係性や地域の特性と資源状況によって、個別で多様にある。家族会活動や、現任者の家族との関わり方の配慮、家族との懇談会、家族の会の家族支援講習等をとおして家族システムの具体的支援方法と実践について検討した。その結果、介護職の就業条件等は研修等により質的改善はされているものの、労働条件上の問題は他職種と比べ十分とはいえず就業継続の困難さは質の蓄積の機会獲得という点から課題を残している。

家族のニーズは、当事者のニーズとともに家族システム全体を対象と捉えたニーズ把握をするソーシャルワーク実践が必要であり、1現場のアセスメントや支援だけでは困難な場合であり、地域の拠点として、他の社会資源の活用も重要になる。当事者と家族の関係性を情緒的に高め、家族も自己実現を妨げられない時間を過ごせるためには、家族との懇談会は家族システム理解の方法として有効性が高く、地域の他の機関・専門職との連携を含めた家族システム支援のソーシャルワークとして活性化の必要性を導き出すことができる。また、家族会が行っている家族支援プログラム等を手掛かりに、当事者組織以外でも活用できる家族支援プログラム開発が課題であることが明らかにされた。

キーワード：家族、家族支援、地域、認知症、家族システム、研修・講習、懇談会

はじめに

認知症の高齢者は、厚生労働省の推計によると、2012年8月現在300万人を超え、2002年時点の149万人から10年間で2倍に増加している。65

歳以上の10人に1人が認知症を患っている計算になり、過去の推計を大幅に上回るペースで増加している。2007年に厚生労働省が発表している認知症高齢者の施設利用状況は、以下のとおりである。

表1 認知症高齢者の施設利用状況

2005年（平成19年9月）

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	在所者数（人）	構成割合（％）	在所者数（人）	構成割合（％）	在所者数（人）	構成割合（％）
総数	405 093	100.0	285 265	100.0	102 753	100.0
認知症あり	388 945	96.0	265 953	93.2	99 077	96.4
ランクⅠ	25 471	6.3	33 462	11.7	4 276	4.2
ランクⅡ	81 205	20.0	83 440	29.2	12 292	12.0
ランクⅢ	140 069	34.6	104 148	36.5	33 438	32.5
ランクⅣ	118 740	29.3	38 803	13.6	37 740	36.7
ランクⅤ	23 459	5.8	6 099	2.1	11 330	11.0
認知症なし	13 115	3.2	17 888	6.3	3 211	3.1

厚生労働省：平成19年（2007年）介護サービス施設・事業所調査結果の概況による認知症のランク別にみた在所者数及び構成割合

上記の表1から、3種の介護保険適用入所施設では、いずれも90%以上の入所者に認知症があり、93%から96%程度の差があるものの、ほとんどの施設では認知症対応の介護が必要であることが明確である。

同上の調査によれば、居宅および、地域密着型の介護保険サービスにおいて認知症対応のものをみると、介護予防認知症対応型通所介護の利用者は803人、以下介護予防認知症対応型共同生活介護2852人、認知症対応型通所介護、44,753人、小規模多機能型居宅介護、10,407人、認知症対応型共同生活介護2852人、地域密着型特定施設入居者生活介護893人、地域密着型介護老人福祉施設1,951人となっている。これらはいずれも実人員数であり、月の延べ利用人数は当然ながら数倍の数にのぼる。^(注1)

それに対して、介護職を含むソーシャルケア従事者^(注2)は、認知症の当事者およびその家族システムに取り組みめるソーシャルワーク技術を身につけているのか、問われている。そこで、介護職の専門性向上の動向、介護職およびソーシャルワーカーなどソーシャルケア従事者による家族対応の実情について整理し、ソーシャルケア従事者とその職場が地域の認知症と家族支援の拠点として、

家族システムへの専門的働きかけとしての実践内容を検討し、必要な専門的要件について具体的な方法を明確にしていく。

1 介護職の専門性向上に向けた動向

2012年4月から財団法人介護労働安定センターによる実務者研修が制度化されている。本研修は、介護職員の質の向上とキャリアアップの仕組みを整備するために、法律改正されたものである。2015年（平成27年度）の介護福祉士国家試験の受験から、実務経験3年に加え、6ヶ月の実務者研修の受講が必要となった。実務経験者に対して実務者研修の受講が義務付けられるのは、2015年度からであるが、それに向けて2012年度から開始されている。実務者研修は、主に介護職が働きながらステップアップでき、介護職をめざすにあたり幅広い知識・技術が修得できる研修であるという。

資格の有無により研修条件は異なっている。

無資格者：450時間 週2日（全52日）程度のスクーリング

ヘルパー2級修了者：320時間 週1～2日（全35日）程度のスクーリング

介護現場勤務者：50時間 医療的ケア、全てス

クーリング

たんの吸引及び経管栄養に関する50時間の講義および演習

また、介護従事者の勤続年数についてみると、介護労働安定センター2012年度の「平成23年度介護労働実態調査」では、介護従事者全体の平均勤続年数は4.4年となっている。施設などで働く介護職員と訪問介護職員の年間離職率は16.1%で、全産業の14.4%より高い。また2005年統計では5年2か月であったことからみても、介護職の離職率は高まっている。厚生労働省の調べによると介護従事者の平均給与は200万円程度^(注3)と報告されており、サービス業平均と比較しても100万円程度低い傾向にある。

一方、職場・雇用事業者は変わっても介護職としてのキャリアが5年以上の人が半数を占めるといふ厚生省統計^(注4)があり、彼らに対し現任研修としてリーダー研修などが実施され、業務上研修受講が必要要件となっている職責にある人も多い。明白なことは、介護従事者の賃金条件は悪く、他業種に比べ離職率が高い、女性の比率が高いという点である。このような労働条件を踏まえ、一方では介護の重要性に対し質的な対応を迫られ、とくに認知症対策として、つぎのような質的向上プログラムが用意されている。

厚生労働省では、認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について2006年に都道府県・指定都市に通知している。そこでソーシャルケア従事者に対し、認知症介護実践者研修を経験年数2年程度の以上の人に、認知症実践リーダー研修を経験年数5年以上で介護実践研修終了者に課している。さらに認知症介護指導者養成研修、フォローアップ研修などを含めている。これら研修は認知症に対する地域支援体制、認知症介護従事者研修を支援の在り方の修得として位置付けている。^(注5)同研修には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護支援施設など多様な現場に所属する介護職をはじめ、看護、福祉職などソーシャルケア従事者が受講している。

また、介護支援専門員については、2006年度以降、地域包括支援センターに主任介護支援専門員が置かれたこと、介護支援専門員、主任介護支援専門員ともに経験年数、更新研修等、専門職として業務を継続するにあたり質的維持のハードルが課せられたことになる。^(注6)介護支援専門員とともに、地域包括支援センターに配置される社会福祉士（ソーシャルワーカー）は、利用者の生活を総合的に捉える視点とそれにもとづく多機能業務が課せられてきている。

2 認知症リーダー研修からみる家族支援

国で規定された研修のなかでも認知症介護実践研修（実践リーダー研修）について、家族支援の在り方の習得状況と習得後の意見をとおして、家族支援に関わる実際についてみることにする。

認知症介護実践研修は、認知症について以下の枠組みから現場のとくに介護経験5年以上のチームリーダーとしての視点や業務を確認し、新たな情報や方法を習得するものである。同研修のカリキュラムに認知症の家族支援が含まれている。

自己の表現だけでは十分にニーズを伝えにくい認知症の人にとって家族は、サービス担当者からみれば重要な情報源であり、家族の考え方や生活上の関わりの時間や対応方法は当事者に大きく影響している。当事者と家族のニーズが一致することが最重要であるが、認知症のため、この判別は困難でもある。

現場からの家族との接点を増やす、情報を集積する、家族の言葉を記録し、変化を捉える方法など、上記研修の講師として、数年間、家族ニーズ把握の方法を検討してきた。当事者と家族を共に捉え、家族システムとしての在り方を検討していく方法の1つに家族会があり、これもテーマにとりあげてみた。家族会については、定義として、家族のみが参加するといった限定要件に規定される場合がある。^(注7)現場によっては、自主的に利用者自身と家族が運営し、スタッフ側は介在しないという当事者自治を意識しているところがある。そのことがもつ意味は自律性という視点で重

要であるが、本稿では、限定された家族会の意味合いよりも、現場として家族との関わり方を高めていく目的を掲げたいという意味合いで、家族との懇談会という実際的な意味でこの会合を捉え、開催状況、方法、家族への提供事項、家族からのニーズ把握についてみていく。

3 現場による家族との懇談会等について

上記のリーダー研修受講経験者や現場でチームリーダー的役割を果たすスタッフを対象に、家族と当事者のニーズを把握するために、現場では家族とどのような懇談の場面をもっているのかについて、5か所の施設（兵庫県内4カ所、東京都内1か所）に対しヒヤリングを2012年1月から11月かけて9回行った。所属機関、回答者職名等は明示しない、特定の人、機関を明示しないことを約束している。現場で当事者と家族の調整に介入できる立場にあるスタッフを対象としている。その結果、方法や頻度にはかなりバラツキがみられている。この会合の目的、予測されるメリット、方法のバリエーションについて現場の実施状況からみていくことにする。

① 家族との懇談会の目的

i 日常の様子への報告

現場の日頃の業務、利用者への対応の工夫や意識的に実践されたプログラムと当事者のリアクションの伝達

ii 行事、家族参加の機会があるイベントについての報告（当該家族にだけ当事者の写真の配布をしているところもある。）

iii 法制度改正内容と、利用者側に影響のある事項についての説明

例えば、利用者への対応の時間・内容等、利用者および家族の負担額の変更点など

iv 交流

利用者と家族、他の家族同士の交流の機会づくりをとおして、サービス利用についての効果、安心感の共有、現場側の配慮点の理解促進

② 家族との交流会の実施方法

i 会食と懇談形式

当事者と家族の会食を実施し、後半は家族のみとの懇談を行う。

ii 懇談会形式

家族のみの懇談と後半は家族と現場スタッフでの懇談を行う。

iii 家族と当事者、現場スタッフでの茶話会・会食を実施し、後半は現場からの経過報告等を行う。

iv 家族と当事者の懇談、家族と現場スタッフの懇談、個別相談を行う。

③ 実施時間帯、頻度

i 1時間半から2時間程度

ii 2部構成で合計2時間半程度

iii 2か月に1回程度

iv 半年に1回程度

4 家族との懇談会をとおして

上記の家族との懇談会をとおして、現場のスタッフから、以下の点について状況把握、問題点の整理が可能である。

① 当事者への日常の支援（ケア）状況の報告

当事者へ日々どのような支援のプログラム展開をしているのか、具体的な内容や、気持ち・意欲など情緒的变化、身体的変化等を伝える。

② 当事者ニーズの把握（家族と懇談することによって）

まず第一に利用者のため、という確認ができる。改めて利用者を理解する（みる）ことに気づかされる。

向き合う時間を共有することがニーズ把握になることを家族とともに再認識できる。

③ 家族ニーズの把握

家族は聞いてほしい、気持ちを分かち合いたいと思っている。

職員以外の家族との交流から各家族の個別状況に気づくことができるようである。

家族の訪問頻度、疎遠な家族、利用料を安定して払わない家族など、家族とのやりとりから当事者との関係がみえることがある。

家族が利用施設以外の社会資源を知りたいことがわかる。

家族との親近感が高まり、以後話しやすい関係が築かれる。

④ 家族システムの問題把握

懇談会に参加できない家族の都合や気持ちを確認する方法を検討する必要がある。

家族システムの状況と問題の把握には当事者の利用施設のみでは不可能ことがある。

懇談会以外に家族に定期的に電話でニーズの把握に努める。

③ 家族システムの問題解決の方法

家族との懇談から情報を入手する。

家族のニーズにも注意して聞いていく。

家族はストレスを抱えている。

家族ニーズの解決が家族と当事者の関係の変容になる。

所属の現場だけでは扱いきれない家族システム上の問題がみいだされる場合がある。

地域からの情報が家族システム理解に役立つことがある。

5 家族支援のソーシャルワーク実践にむけての諸見解

上記以外に施設スタッフは、家族がニーズを理解してもらい、段階的支援を必要としている^(注8)という。それによると、とくに在宅で介護を行う家族は、以下の段階を要するという。

- 1 段階：戸惑いや否認
- 2 段階：混乱・怒り
- 3 段階：自認・割り切り
- 4 段階：適応・受容

また、当事者との続柄によってもニーズの特性は異なるという。夫婦の場合高齢者のみ世帯となると、体力的な介護負担と経済的問題への不安が高まる。

実の親子関係の場合には感情的対立が起りやすく、お互いの評価も低くなる傾向がある。このことに関して、春日^(注9)によれば、介護を受けている親は、介護を受ける期待、介護に費やす時間

を必要とするにも関わらず、社会的な地位など仕事などで子や孫を評価したいと考え、子世代への介護評価が低くなる。また同時に子世代の経済的安定度が低下する事実もある。男性介護者は、在宅の家事的、身辺介護的支援が苦手であり、当事者との向き合い方に学習が必要となる。子に関し、介護によって女性のみならず、男性もシングル化しているという。^(注10)

また、サービスへの適切な理解がないため、支援を拒む、偏った支援を受けているといった問題がみられる。認知症の家族を抱えると、とくに誤った介護利用への偏見やプライド、自分たちはまだ十分にやっていると一家を窮地に追い込む家族もみられる。

これらの状況から、専門職としてソーシャルケア従事者が家族システム支援を進めるにあたって、当事者ニーズとニーズ対応のサービスの長期目標・短期目標を掲げてプランを作成しているが、家族に対しても、上述の4段階の家族の変化に応じた対応策が必要なことがみえてくる。

認知症の当事者の場合には、具体的な方法として当事者との向き合いによる認知症特有の寄り添う時間の共有とともに、家族の個別ニーズにもとづく支援が必要である。現在のケアマネジメントが「システム志向モデル」^(注11)の傾向があるのに対し、家族も含めた潜在的ニーズを充足するためには「利用者志向モデル」のケアマネジメントが必要であり、ケアマネジメントとソーシャルワークの協働が必要という見解がある。ケアマネジメントをソーシャルワークとの関係でどう位置づけるかは、もうひとつの論点であるが、ここでは、介護保険のニーズ把握のチェックリストの回答項目を埋めるだけのケアマネジメントでは家族システムソーシャルワークには至らないという点は明らかにされたといえよう。

家族に対する4段階の受容には、家族のスタッフへの語りの場が活かされる。グラウンデッドセオリー、ナラティブアプローチなどは、社会学、看護学領域で理論研究や実証研究が行われている。ソーシャルワーク実践においては、ソーシャ

ルケア従事者のなかでもケアワーカーが中心となって向き合い実践している。まさにまったくの日常の語りの構成なのであるが、理論に基づく介入や実践の確認、蓄積や検証の場面設定の意図的介入意識、モニタリング、評価の仕組みが実施者に意識的になされ、検証され評価されるという機会を逸しているのが介護職の就労条件とあいまった現状である。

また、認知症の場合には、当事者へのコミュニケーションを介したアプローチが実践に取り入れられているが、評価が明確化されにくいなかにあつて、とくに家族の語りから、家族が当事者に、より前向きに関わり続けていく気持ちになることが期待され、そのような働きかけの有効性が検証される必要がある。

当事者に向き合うケアワーカーの専門的な働きかけ、サービス利用の初期の段階からソーシャルワーカーは家族の気持ちの変容を継続的に把握し、家族が当事者に対するストレスを見出し、より関係性の安定した家族として向き合う気持ちを高めていけるよう家族支援をプログラム化する必要がみえてくる。

6 家族支援プログラムの具体化にむけて

認知症の人と家族の会は全国規模で組織化されているが、そのなかで、家族支援プログラムを実施した例を取り上げる。^(注12) このプログラムの発想には、介護家族も支援の対象と捉え、家族に対する具体的支援を検討・整理しているという特徴がある。介護者支援プログラムでは「介護者が外出できる」つまり、自分の時間が確保できることを前提にしている。方法として、現場からの電話「いかがですかコール」、会報、交流会等、大別して3種類のアプローチをあげている。

さらに家族支援プログラムでは、月1回3時間、6回を半年間で行っている。

講師

1回目：作ろうネットワーク 家族会
昼食会

- 2回目：学びましょう、認知症のこ
事
認知症の基本的な知識
習得 医師
- 3回目：上手に使おうサービス ケアマネジャー
介護保険など社会資源
について学ぶ
介護者相談交流会
- 4回目：みつめましょう、あな
たの心
介護の仕方と介護者の
心、介護者相談交流会 家族会
- 5回目：寄り添ってみましょう、 PTまたはOT、
相手の心
認知症の方へのリハビ
リ、介護者相談交流会 施設職員
- 6回目：医者と上手に付き合おう 医師
医師との関わり方・葉
について、介護者相談
交流会

上記プログラムは参加者が共感できるという点から、介護経験者が行う。3人1組となり、コーディネーター1人と運営サポート（2人）で進める。実施後には介護負担感が減少し、視野が広がり現状を客観的にみられるようになったという介護者自身の変化が示されている。受講前の家族の期待は、知識やスキルの習得といった教育的効果が主であったが、受講後には、介護家族同士の交流を通じての情緒的支援効果が評価されていることが示されている。しかしこれは教育的支援の習得が導きだした認知症の知識習得によるトラブル回避などが可能となって併行して表出されたものといえる。教育的支援として①情報提供、②問題解決能力の向上、情緒的支援として③ソーシャルサポート、④エンパワメントの4項目に整理し、評価測定を行っている。

上記の例は家族の会同士での講習であり、セルフヘルプグループのメリットが活かされているといえる。受講者は、かつて認知症介護の経験者で

あり、後に講師側に成長していく。また、プログラムごとの講師の選択・依頼には地域の支援が必要である。地域包括支援センターのソーシャルワーカー、ケアマネジャーとの連携が重要になる。家族会からみれば地域の資源を活用することになるが、地域からみれば、上記家族会やその講習会は地域の資源としての活かしていくことができる。

おわりに

認知症の人の数は高齢化の上昇とともに一定比率で増加していく。それに対応する介護を含むソーシャルケア従事者の就労状況は不安定であり、賃金をはじめに労働条件は他職種と比べ十分な位置づけに至っていない。一方、認知症対策の重要性は国としても研修等の対策を要するところであり、専門的研修や訓練をとおして理解を高め、現場での支援の質の向上への努力が課せられ、成果も第三者評価等によって可視化されてきている。認知症に対する当事者と家族を家族システムと捉えた支援について検討した結果、上述の現場のソーシャルケア従事者による、家族との懇談会の試み、家族の会のセルフヘルプのメンバー内での試みをとおして明らかにされたことは、認知症の人とその介護家族はともに支援を要する当事者である、という認識が支援者側に必要な視点になるということである。

入所型の施設では、当事者の様子を家族に伝え、当事者が施設を利用していることが本人の生き方の選択として最良であると感じられるよう、家族からの入所させてしまったという罪悪感を取り払い、生活の場が別であっても施設スタッフと協働して家族として積極的に支え、家族自身が自分らしい生き方を妨げられないように自己実現できる生活を構成することを情緒的にもサポートすることが大切である。

方法として、施設訪問時、送迎時の家族とのコミュニケーション以外に、定期的に電話でニーズ把握に努めている施設がみられる。電話の頻度、家族から、施設側から、内容等を記録し、家族シ

ステム状況把握に役立っている。家族との懇談会以外にも、家族システムを意識する視点と方法は現場の動きのなかに導き出すことができる。家族にとっても、電話がかかってくる、聞いてくれる、という安心感が得られているという。

また、親族、近隣の理解と協力を得るための自己開示の範囲や方法は、生活史や周囲との関係によって異なり、ソーシャルワーカーの助言的支援のアプローチが期待される場所である。現在、認知症の当事者と家族が良好で安定した関係を維持できるように家族に段階的に語りを受容し、家族システムの力を高めていけるプログラムを開発・検討しているところである。本研究で得られた家族の会のプログラム等からの知見から、介護経験の共有が重要な信頼関係の基盤要素になっている点が明確にされた。それを踏まえ、ソーシャルワーク実践としては、専門職として認知症および介護の理解が客観的、科学的にできること、家族システムとの状況と、家族・現場スタッフと問題が共有化できること、その発展的変容過程がみえてくること、を構成要素とした家族支援プログラムの具体化とその枠組みを検討中である。その際、介護職を含めソーシャルワークの視点で家族支援に取り組み、現場が地域の拠点として、他の公私の社会資源、その中でもセルフヘルプグループについても視野に入れ、連携・活用といったアクションの具体化、蓄積が、科学的方法を確立していくことのために必要にであり、利用家族システムにとって期待されるメリットが得られるものになると考えらる。

注および参考文献

(注1) 厚生労働省：平成19年(2007年)介護サービス施設・事業所調査結果の概況による認知症のランク別にみた在在所数及び構成割合

(注2) ソーシャルケア従事者は、イギリスではケアワーカーおよびソーシャルワーカーを含め、介護サービスに関わる職種を指している。

- (注3) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」、2008。
- (注4) 厚生労働省、社会保障審議会－福祉部会「特別養護老人ホームにおける介護職員の業務に関する意識調査報告書」平成19年2月(2007年)より
- (注5) 厚生労働省では平成12年度(2000年度)から認知症地域支援施策事業として認知症介護の中核的役割を担う人材養成と資質の向上を図るため、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年通知)(2006年)にもとづき実施要綱を定めている。各地方自治体では、認知症介護研修事業実施要綱を策定し、地域での実務者研修を行っている。
- (注6) 地域介護支援専門員は5年ごとに更新手続きとして研修要件が課せられている。また、主任介護支援専門員は介護支援専門員としてのキャリアをもとに、実務経験年数と研修要件が課せられている。同職は元の専門職資格が多様であり、ニーズにもとづくサービスの提供に、ソーシャルワークの視点と知識、方法が重要視されてきたことが明らかである。
- (注7) 家族会については、当事者およびその家族の自主運営組織を意味することがある。当事者側の自律性を重視し、権利の獲得と実際の生活面でのQOLの改善などの要望をする場合が多い。
- (注8) 加藤伸司・矢吹知之編著「改訂・施設スタッフと家族のための認知症の理解と家族支援方法」、(株)ワールドプランニング、2012。pp28-29。
- (注9) 春日キスヨ「変わる家族と介護」、(株)講談社、2010。pp51-55。
- (注10) 前掲、pp65-67。
- (注11) 副田あけみ1999:43によれば、システム志向モデルのケアマネジメントは、管理運営方式を構築するため、ニーズのアセスメントやケアプラン作成において費用
- 効率の高いサービス分配がなされるよう誘導されるというものである。それに対して利用者志向モデルは権利擁護、臨床、エンパワメント、総合的視座から構成され、ソーシャルワークの価値・倫理を基盤としている。
- (注12) 認知症の人と家族を支える会愛知県支部「介護家族を支える－認知症家族会の取り組みに学ぶ」、中央法規、2012。pp75-90。