

認知症の在宅における家族の介護と 看護の役割

The role of the nursing and family caregivers of persons
with dementia in home

加賀谷 紀 子

要約 我が国は世界一の長寿国である。そのことから認知症の増加に伴い認知症予防の研究や、治療が試みられている。昨今、入所施設不足が大きな問題として挙げられているが、家族が介護する理由として、① 家族が望んで介護する一つの使命感 ② 経済的理由で施設入所ができない ③ 配偶者の親であるため介護を強いられるなど様々でありこれらに共通することは、介護を担う家族の心身の負担である。家族に一方的に押し付けるのではなく家族の心理的変化を受け止め「認知症の人の理解や接し方の指導などの働きかけ、家族の負担軽減のための自治団体の支援、家族が抱えている悩み、問題の察知—集いなどへの参加」に加え、負担軽減に繋がるために必要な情報の発信を行うなど看護の果たす役割は大きい。

I. はじめに

近年、日本の認知症高齢者が急激に増加している。その背景には医療の進歩等によって治療可能な疾病が多くなり、寿命が飛躍的に延びたことも要因であると言われている。また戦後日本人の生活が豊かになったことで生活習慣病患者数が増えたことにも関連している。認知症は「ボケ」「痴呆症」と称された以前から原因不明の疾患とされてきたが、医

療の進歩に伴い認知症に関する研究や文献も多く、認知症の解明が進展してきている。今日、認知症の解明と共に予防に関する研究も多くされてはいるものの、認知症者が減少しているわけではなく、また予防医学の発展によって著しく認知症者減少に繋がっているわけではない。

世界的に認知症患者数をみると、2012

年、WHOの調べでは、約3,560万人であったが、将来的に推測すると2030年には6,570万人、2050年では1億1,540万人と3倍に増加すると報告されている（WHO、Dementia: a public health priority、2012）。

日本の認知症高齢者は約439万人、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない）は約380万人と推定され、いまや65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症と言われる昨今、家族や身の回りの周辺に認知症者がいることも珍しいことではない。認知症の発症は、本人のQOL低下をきたし同時に認知症の人を支える家族への負担、QOL低下も問

題となっている（厚生労働省HP、2010）。特に在宅における認知症の人を抱える家族の負担に関わる諸問題があげられる。ここ数年、国民の健康意識も高まり行政の指導と共に健康教育や認知症予防のためのプログラムも様々な考案され活用されている。しかし、種々の事情で在宅看護を強いられ家族の介護負担にまだ注視すべき問題が残されている。

以上のことから、認知症および認知症治療と認知症予防の最近の状況と認知症の人の家族の介護状況とをあわせ、厚生労働省の認知症対策指針との関係における今後の課題と看護の役割をまとめた。

II. 認知症の現状—原因・症状と治療

認知症は世界的にも大きな問題であるが、日本は世界的に早いペースで高齢化が進んでいる。以下、高齢化と現在の認知症予防について述べる。

1) 認知症と認知症発症に関わる危険因子 β

認知症とは、「脳や身体の疾患を原因として記憶・判断力などの障害が起こり、普通の社会生活が営めなくなった状態」と定義されている（三宅貴夫、2008）。すなわち、社会生活に支障をきたすということで単なる加齢によって起こる状態ではなくケアの必要な「病気」である。認知症の始まりは、家族や知人が察知する「物忘れ」と言われるが、高齢になると生じる単なる「物忘れ」ではなく、脳の神経細胞が通常による減少より急激に神経細胞が消失してしまうことで、脳の働きの一つである認知機能が急激に低下するために起こる「病気」であるため、単なる老

化現象とは違い、社会生活に支障をきたす脳の病気であり当然ケアが必要になってくる。三山（2010）によると危険因子として挙げられている環境要因は、「高血圧」や「高脂血症」、「糖尿病」、「うつ病」、「肥満」、「喫煙」などがそれにあたる。その中でも特に「高血圧」、「高脂血症」、「糖尿病」、「うつ病」は多くの研究者が危険因子であることの可能性を示唆している。これらの危険因子は生活習慣病の誘発因子でもある。

厚生労働省の患者数統計では危険因子の有病者および予備軍は、高血圧症が5,490万人、糖尿病が1,870万人、脂質異常症が2,200万人とされている（厚生労働省、HP、患者数統計、2005）。

2) 認知症治療—薬物療法と非薬物療法

(1) 薬物療法—主にアセチルコリンステラーゼ阻害薬が用いられる。

これはアセチルコリンを分解するアセチルコリンエステラーゼという酵素の働きを妨げることで、脳内のアセチルコリンの濃度を高めて症状を改善する効果がある。

(2) 非薬物療法—① 回想法 ② 認知的アプローチ（認知リハビリテーション含む）③ 音楽療法 ④ 芸術療法（絵画、コラージュなど）⑤ レクリエーション療法 ⑥ 運動療法 ⑦ ※動物介在療法 ⑧ 電気生理学的脳刺激（田中 2016）。

* アニマルセラピー（動物介在療法。近年、動物と触れ合い気持ちに変化を期待すること目的で行っている施設もある。特に犬との対面や触れることで凶暴であった認知症の人が、穏やかな表情、笑う、落ち着きを取り戻すことができ成果を上げている（大木、2009）。双方が触れ合うことで動物と人間からオキシトキシンが分泌され、幸福感が生まれ癒されるとしている。（Miho Nagasawa 他、2015）。

3) 認知症高齢者と認知症の予防

認知症は発症起因別では神経変性疾患の代表である「アルツハイマー病」や「レビー小体症」脳血管疾患の「脳血管認知症」などがある。

日本人の認知症の罹患患者数はアルツハイマー病が最も多く、次いで、脳血管認知症と続く。医学・治療的側面の画像解析が可能になってから今まで原因不明とされてきた脳の疾患から明らかになってきており、認知症もまたそれと同様に明らかになりつつある疾患の一つである。認知症の原因の解明は疾患の発症を抑え、また発症を遅延させることが可能であるということを示している。しかしながら、特にBPSD（認知症の周辺症状—暴力、

徘徊、不安、妄想）の問題は在宅での認知症介護者（家族と称す）にとって深刻な問題となっている。

今後の認知症予防は、一説にはワクチン投与によって予防できるとされている。これは老人班を形成させないためにワクチン投与することで、老人班のもととなる「 β -アミロイド蛋白」に対して働きかけ、「 β -アミロイド蛋白」を体内で自然分解できるようにすることが可能になるという。現段階ではワクチンは開発段階であり、試験的に実験が行われている。

4) 予防可能な具体的危険因子

危険因子の中でも、「アルツハイマー病」と「脳血管認知症」に関連深いとされている「高血圧」、「糖尿病」、「高脂血症」は生活習慣病であり、「うつ病」もまた深く関係している。

しかし柳澤（2007）はその関連、原因は一義的に生活習慣病に求めることはできないと、自身の見解を述べている。

もう一つ注目すべきは iPS 細胞（京都大学 iPS 細胞研究所長 山中伸弥代表）を使った認知症の治療である。iPS 細胞は、ヒト細胞を未分化し遺伝子により神経や心臓の細胞に細分化させることができると言われている万能細胞である。認知症の治療として、アルツハイマー型認知症治療薬「T-817MA」の人の皮膚を iPS 細胞を用いて「T-817MA」の有効性を予測するバイオマーカーの特定を目指すなど全く新しい新薬開発へのアプローチであり、開発途上であるが臨床使用への期待が待たれる（認知症の人と家族の会ぼ〜れ ぼ〜れ（2013 年 4 月号 No. 393）。

III. 認知症予防とこれからの看護の取り組み

看護領域におけるこれまでの認知症予防の取り組みは医師、保健師、看護師による「健康教育」、「認知症予防のプログラム」の開発と実施、「認知症予防の情報発信」などがある。

「健康教育」は、様々な研究者によると高齢者を対象とした認知症予防教室を開き、認知症の知識を提供した、認知症と関連のある「食習慣」、「運動習慣」、「こころの健康」、「社会活動の心がけ」などの項目の作成からそれぞれの項目と認知症の関連性について予防の視点で指導、説明している。「認知症予防プログラム」ではプログラムを実施することによって軽度認知障害を持つ人にも効果があるとされている。特に保健所や役所等において全国的に展開され効果を上げている。

1) 長寿と認知症

高齢者の人口増加と認知症増加とは大きく影響するものであり、世界の長寿国である日本の平均年齢は女性は86.41歳で世界一位、男性は79.94歳で世界5位である。このようにいまや世界のトップレベルの長寿国であるが、日本人が長生きするようになったのは戦後のことであり、平安時代～江戸時代までの平均寿命は30歳ほどで、それまでは短命国と言われていた経緯がある。戦後昭和23年頃(1948年)から男女とも50歳を超えるようになったものの欧米の先進国とは比較ならず、15歳以上上下回っていた。昭和40年代(1965年)に入ると男性70歳、女性75歳と先進国と肩を並べるようになった。その後、50～70年代にかけての出生率の低い時期を経て、医療技術の進歩により死亡率が下がったが死亡率の低下に伴って平均寿命も長くな

り、高齢化率の割合も高くなった。2013年には高齢化率25.1%で過去最高となり、世界一となった(高齢社会白書、2014)。

そして男性より女性の方が平均寿命は高くなり、1980年代では男性は74歳、女性は79歳となり、2014年の日本人の平均寿命ではこれまで女性は3年連続世界一、男性は三位になった。海外と比較すると、女性は日本に次いで香港、スペイン、フランス、韓国、男性は香港が第一位、アイスランド、日本、スイス、シンガポールと続いている(厚生労働省HP、2015)。

日本は何故、長寿国になったかの第一の理由は世界的に感染症による死亡率が下がったことである。それは、抗生物質「ペニシリン」の開発を機に治療薬が次々と生み出された。

1) 感染症が減少したこと、特に体の弱い乳幼児の寿命が大きく伸びたこと 2) 国民皆保険制度の確立 3) 健康教育(食事、運動)の広まり、国民の健康意識の高揚があげられる。

そうした背景のある中で、日本でも社会の総人口に占める65歳以上の高齢者の人口が増加につれて、認知症患者数も増加し、次第に社会問題化していった(杉山、2008)。

2) 認知症支援の三要素と介護・看護の役割

認知症の看護・介護では認知症の人をよく理解することから始める事であり、認知症の人の家族に対し認知症を正しく理解し適切に対応し続ける必要がある。認知症は年単位でゆっくり進行する病気であり、早い段階から認知症をよく理解し、家族や周囲の人々が適切な対応を行えば進行を和らげることができ

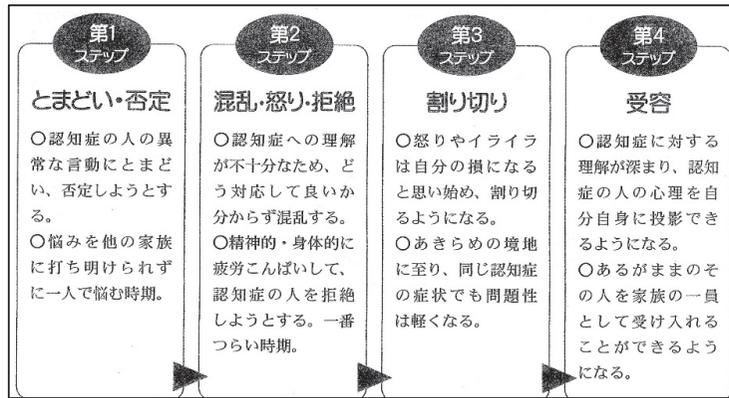


図-1 家族のたどる4つの心理的ステップ

る。認知症は記憶などの障害が出て、人としての感情の働きがなくなってしまう訳ではない。認知症支援の三要素とは ① より良い介護環境 ② 暖かい気持ちでの適切なケア ③ 薬による治療があげられる（長谷川2013）。在宅での認知症の人にとってのより良い環境とは家族であり、周囲の地域社会であり、気持ちでの適切なケアとは行政を含め医師、看護師等が家族に認知症の人の理解や接し方の指導を役割とする人々である。認知症の人の家族への働きかけとして認知症という病気の理解に付け加え、認知症者は ① プライドは失っていない ② 過去と現実を混同している ③ 介護する人の気持ちが伝わり、それが病状にも反映される ④ 感情がストレートに出る ⑤ 自分をもどかしく思い、心理的にも不安定であるのでよく理解し、一方的に家族に押しつけるのではなく、常に医療者や福祉関係者が見守っていき、必要な情報を発信していく役割がある。

3) 家族の気持ちを理解する

家族への支援として、最初に心掛けなければならぬことは認知症の人を理解するだけ

でなくその家族の気持ちを理解することである。家族の誰かが認知症になったショックにとまどい、混乱してしまうことが多い。杉山は「家族のたどる4つの心理的ステップ」として以下に表現している（図-1）。

(1) 第1ステップ→とまどい・否定 ⇒ 認知症の人の異常な言動に戸惑い、否定しようとする。悩みを他の肉親にすら打ち明けられないで1人で悩む時期である。

(2) 第2ステップ→混乱・怒り・拒絶⇒ 認知症の理解が不十分なため、どう対応してよいかわからず混乱し、ささいなことに腹を立てたりしかったりする。精神的・身体的に疲労困憊して認知症の人を拒絶しようとする。一番つらい時期である。医療・福祉サービスなどを積極的に利用することで乗り切る必要がある。

(3) 第3ステップ→割り切り、またはあきらめ⇒怒ったりイライラするのは自分に損になると思い始め、割り切るようになる。諦めの境地に至る。同じ症状でも、問題性は軽くなる。

(4) 第4ステップ→受容⇒認知症に対す

る理解が深まって、認知症の人の心理を自分自身に投影できるようになり、あるがままの認知症本人を家族の一員として受け入れることができるようになる。其々のステップの特徴は、認知症に対する理解が質的に異なっ

おり、このステップはとび越えることはできないが、第1、第2ステップを軽く、早く通り過ぎるよう援助することはできる。これは周囲の者ができる援助の本質であるとしている（杉山2008）。

IV. 考 察

1. 看護の役割—認知症予防

これまで看護は認知症予防をするためにさまざまな取り組みをしてきた。その取り組みは、「健康教育」「認知症予防ケアプログラムの開発」、「知識開発」などがある。これまで看護が行ってきた健康教育や予防プログラムは、65歳以上の高齢者を対象としている者が多い。認知症の危険因子は中年期から予防の働きかけをすることは重要であることから、40歳から対象者として健康教育や認知症予防プログラムを組むことが重要である。また、認知症と生活習慣病の危険・誘発因子は共通しているものがあるので、生活習慣病の予防は認知症の予防につながり、認知症予防に取り組む看護者も情報を発信していくことが望ましいと考える。食習慣に関しては「バランスのとれた食事」を摂取することであり、運動では「有酸素運動の実施」、「適度な運動」などである。そのほかに、「音楽療法」や「回想法」「外出による社会への参加」、「他者とのコミュニケーション」も重要である。

2. 認知症の人の介護と要介護者を介護すると家族の介護負担感との関係

最近の報道などによると、在宅での認知症の人の介護者の負担増大による身体的および精神的なストレスの経験やそれに伴う認知症

の人への虐待、介護放棄、介護生活を苦とした無理心中など後を絶えない。さらに拍車をかけるように認知症の人を介護する家族の高齢化に伴いいわゆる“老老介護”の問題も見えてくる。

家族看護者の介護負担には様々な要因が関連している。牧迫（2009）は認知症の人在宅で介護する場合多くの家族は負担感やストレスを感じる事が多く、それがうつ状態などの精神状態に悪影響を及ぼすことになり、多大な負担は介護者の健康様態を害することに繋がるとしている。

また、筆者の調べによると家族介護者が在宅で看取る事の理由として、自分の家族であるから自宅で介護したいという使命感を持っているケースや、経済的理由で施設入所ができないケース、夫に頼まれて仕事を辞め義母や義父の介護を行っているなど理由は様々である（認知症の人と家族の会、聞き取り調査から、2015）。

一方、在宅介護を担っている家族の支援を積極的に行っている公益社団法人「認知症の人と家族の会」の存在は大きいと言える。1980年に結成され、全国47都道府県に支部があり1万1千人の家族の会員が励まし合い、助け合って目標「認知症があっても安心して

暮らせる社会」を目指している。認知症の人の在宅介護を担っている家族の参加はもちろん、「家族の会」の世話人（過去に在宅での認知症介護を経験した人）が中心となり、ケアマネージャーや施設職員の介護士、看護職員などの種々な職種の参加による、介護者の相談を受けアドバイスを行っている。

家族は「家族の会」参加により、相談をし、アドバイスを受け、また「家族の会」を介して施設入所の機会を得、介護サービスを受けるまでになり心身の介護負担軽減に繋がっている（「家族の会」によるアンケート調査の結果、2012）。

3. 介護施設の充足

在宅看護によって家族の負担が大きすぎる場合は施設入所もやむを得ない。認知症介護における施設不足・患者数増による、治療や予防の外、施設の確保なども急務である。認知症になる可能性がある軽度認知障害(MCI)の高齢者も多く、400万人以上と推計されるが（前述）、認知症の305万のうち、半数近くの人が自宅で生活しているといわれる中で施設が不足していて在宅での介護を受けている認知症の人も多く、認知症の人への施設整備および在宅介護への支援が必要である。

〈厚生労働省における認知症対策指針と新オレンジプラン〉

1986（昭和61）年に、厚生省は、痴呆性老人対策本部を設置。以来、1989（平成元）年に、老人性痴呆疾患センターの創設、1997（平成9）年に、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の制度化、2001（平成13）年には、認知症介護研究・研修センターの開設など、施策の充実を図ってきた。2015（平成27）年1月27日、厚生労働省は、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を取りまとめ、公表している（厚生労働省HP2015）。新美（2016）は新オレンジプランは、認知症の人への理解を深めるための普及・啓発の推進他、計7つの柱を紹介し説明している。新オレンジプランの目指すものは、医療・介護にとどまらず、認知症の人に寄り添いながら認知症の人が認知症と共によりよく生きていくことができるように副題「認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていく」ことを目指している。ここでも、在宅療養と施設との連携を密にする看護師やケア・マネージャーの役割は大きく、期待するところである。現在、看護大学や日本看護協会等で、認知症看護認定看護師の養成が行われている。専門に関われる看護師養成と活躍の場の拡大も急務である。

V. 結 論

1. 日本の認知症患者の多くを占めるアルツハイマー病と脳血管認知症は、共通の危険因子があり、予防可能であれば家族や社会にとって経済的・心理的負担の減少につながり、

看護は認知症予防に対して大きな役割を担うことができる。

2. 認知症を引き起こす危険因子は認知症だけでなく、生活習慣病とも関連がある。危

険因子の有病者および予備群は将来認知症になる可能性のある患者であるとするれば予防は早期から早急に実施されることが望ましい。

3. 認知症の人を抱える家族の心理的、身体的側面から理解し、早期から健康教育や認知症予防プログラムを組み実施することが重要であり、情報を発信していくことも看護の役割である。

4. 家族の苦悩、悩みを早い時期に察知し問題解決につなげていく必要がある。日頃の団体支援や地域社会との関係を維持し家族や認知症の人を温かく見守ることや認知症の人、家族に生じた問題を共有しあい解決していく環境を整える。

看護による家族のたどる4つの心理はステップを理解することによって、最も困難な時期（ステップ）をのり越えるための心理的アプローチも必要である。

5. 厚労省の「認知症施策の推進5ヶ年計画（オレンジプラン）」において、今後、認知症高齢者の増加と危険因子の有病者及び予備群になりうることを考えると認知症予防における看護の役割は一人ひとりの老後のQOL向上・維持と認知症高齢者を減少できるように、看護者は認知症予防のプログラム開発や支援の方法を早急に検討することが今後望まれる。

引用・参考文献

1. 長谷川和夫：認知症ひとりで悩まず地域とともに、公益社団法人、認知症の人と家族の会、2013
2. 瓦林 毅他：欠陥因子からみた認知症 Up To Date、生活習慣病とアルツハイマー型認知症、分子脳血管病、先端医学社、vol.9、No 3、33-38
3. 厚生労働省 Hp、2015
4. 高齢者社会白書、内閣府、2014
5. 牧迫飛雄馬：介護負担感に關与する要因の相互関係性と家族介護者への介入プログラムご効果、早稲田大学院、2009
6. 三山吉夫：認知症のすべて、よくわかって役立つ、混合型認知症の実態と臨床的特、メジカルレビュー社、vol. No 3、33-38、2013
7. 三宅貴夫：認知症の人と家族の会ぼ～れば～れ No、393、2008
8. Miho Nagasawa 他、ヒトとイヌの絆形成とオキシトシンが關与する、麻布大学、2015
9. 新美芳樹：認知症予防と治療の進歩、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）、総合リハビリテーション、医学書院、44巻1号、7-13、2016
10. 認知症の人と家族の会ぼ～れば～れ 2013、4
11. 大木トオル：動物介護療養、セラピードッグの世界、あなたの愛犬も「名犬チロルになれる」、日本経済新聞出版社、2009

12. 田中尚文：認知症予防と治療の進歩—非薬物療法、総合リハビリテーション、医学書院、44巻1号、36-39、2016
13. 柳澤信夫：認知症は生活習慣病か—よく生きてほけを防ぐ—認知症の予防と治療、財団法人長寿科学振興財団、6-7、2007