

望ましい介護のあり方とは
—認知症高齢者の在宅介護を通して—

吉 田 裕 子

目次

はじめに

1. 認知症とはなにか

- 1. 1 認知症の定義
- 1. 2 認知症の原因疾患
- 1. 3 認知症の経過や特徴的な症状
- 1. 4 認知症の主症状

2. 在宅介護の現状

- 2. 1 データから見られる現状
- 2. 2 サービス利用の現状

3. 現状にみる認知症在宅介護の問題点

- 3. 1 介護保険における問題点
- 3. 2 認知症高齢者へのケアにおける問題点

4. 望ましい介護について

- 4. 1 望ましい介護とは何か
- 4. 2 望ましい社会のあり方について

おわりに

参考・引用文献

はじめに

自分の介護経験の中で、高齢者の気持ちをよそにケアが行われている（行わざるを得ない）状況に疑問を感じた。そのことをきっかけに、この状況の原因（問題点）はどこにあるのか、望ましい介護とは何かについて考えてみたくなった。

以上の問題意識から、「認知症高齢者」の「在宅介護」を中心に研究を行う。そして、その現状における問題点を通して、介護を受ける高齢者が幸せになれる介護とはどのようなものかを考える。さらに、介護という誰もが経験しうるケアについて考えることで、望ましい社会のあり方についても考察した。

本論の構成は、第 1 章でまずキーワードである認知症の概念について詳しく述べる。認知症がどのようなものなのか、それによって高齢者にどのような変化をもたらすのかを把握する。第 2 章では統計などのデータを用いて認知症高齢者の在宅介護の現状について述べる。第 3 章では、2 章であげた現状における問題点について述べる。第 4 章では、それらをふまえた望ましい介護についての考察と、それを実現できるような社会のあり方について考えた。

1. 認知症とはなにか

1. 1 認知症の定義

認知症の定義はいくつか提唱されている。その代表的なものとして ICD10（国際疾病分類 10 版）や DSM-IV（アメリカ精神医学会精神医学診断統計便覧第 4 版）があるが、これらを小澤(2005)は「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、それが意識障害のないときにみられる」（小澤 2005：2-3）と要約している。つまり、単に記憶力や判断力が低下しただけではなく、それによって日常生活に支障が出ている場合を認知症という。

1. 2 認知症の原因疾患

1. 2. 1 変性疾患による認知症

変性疾患とは、脳の神経細胞が死滅し脱落することで脳が委縮した結果、認知症を招く疾患群のことだが、その原因はまだ不明である。変性疾患による認知症は一次性認知症と呼ばれる。それに対して、次項以下で述べる変性疾患以外による認知症は、脳以外の疾患や物質乱用の結果生じるものであるために二次性認知症と呼ばれる。変性疾患による認知症の主な原因疾患として、アルツハイマー病・レビー小体病・前頭側頭葉変性症がある。以下にその詳細を述べる。

アルツハイマー病は認知症の原因疾患として最も多くを占める。2010 年の時点で 65 歳以

上の約 3.4%が発症し、その患者数は約 120 万人と推計されている。脳には、ものを覚える「記銘」、覚えたものを保つ「保持」、覚えたものを思い出す「再生」という機能があるが、アルツハイマー病ではこのうちの記銘機能や保持機能が著しく衰え、経験したこと自体を忘れる。ちなみに、65 歳以前の若い世代の発症を「若年性アルツハイマー病」、65 歳以降の発症を「アルツハイマー型老年認知症」として、両者を合わせてアルツハイマー病と呼ぶ場合もある。

レビー小体病は脳皮質などの神経細胞にレビー小体がたまり、細胞が死滅していくことで認知症を招く。40-50 歳代に発症するまれなケースもあるが、多くが 60-80 歳代で発症する。変性疾患による認知症の中ではアルツハイマー病に次いで多く、認知症の人のうちの 10~30%がこのレビー小体型認知症と診断されている。この疾患は、認知機能障害に加えて幻視という特徴的な症状がみられる。また、パーキンソン病との関連も深く、パーキンソニズムといわれるパーキンソン症の症状が起こることもあるという。

前頭側頭葉変性症では、脳の前頭葉や側頭葉の萎縮によって精神症状や言語症状が現れる疾患である。この病気は発見された当初は「ピック病」と呼ばれていたが、脳の研究や検査技術が進歩したことから、色々な病態の集合であることがわかってきており、近年その総称が前頭側頭葉変性症と定められた。また、発症年齢は若く 65 歳未満に多い。この病気では性格の変化や社会性の消失が目立つ。さらに規則性のある同じ行動を繰り返す・同じ言葉を繰り返すなどの常同行動も特徴の 1 つである。

1. 2. 2 脳血管障害による認知症

脳血管障害の結果、その血管で酸素や栄養を供給されている脳の部位が損傷を受ける。その結果生じる認知症を脳血管性認知症と呼ぶ。脳血管障害には様々な病気が含まれるが、その中心は脳卒中である。脳卒中は 3 つのタイプに分類できる。脳の血管が破れて出血する脳出血・くも膜下出血、そして脳の血管が詰まって起こる脳梗塞だ。

その中でも、多発性梗塞といわれるタイプが脳血管性認知症には多い。多発性梗塞とは、脳の小さな血管に梗塞が繰り返し生じる脳梗塞のことである。この場合は、認知症の発症時期が明確ではなく徐々に始まる。

一方で大きな血管に生じた梗塞の後遺症としてみられる認知症もある。このタイプは、意識障害や麻痺などの症状をもって急激に発症することが多い。

1. 2. 3 その他の疾患による認知症

前述の変性疾患と脳血管障害で認知症の原因の 8 割近くを占めるが、その他にも認知症の原因疾患はある。例を挙げると、ビタミン B12 欠乏症などの代謝性疾患・甲状腺機能低下症などの内分泌疾患・髄液が過剰にたまって脳を圧迫する特発性正常圧水頭症・脳の損傷が広範囲に及ぶ頭部外傷・発生する部位に応じて認知機能が低下する脳腫瘍・硬膜と脳の間血液がたまる慢性硬膜下血腫・クロイツフェルト-ヤコブ病やヘルペス脳炎などの感染症といったものだ。これらの疾患による認知症は早期に治療を受けることで治る可能性がある。

1. 3 認知症の経過や特徴的な症状

1. 3. 1 変性疾患による認知症

アルツハイマー病は徐々に進行していく。そのため、進行の段階によって異なる症状が現れる。様々な段階の区分がなされているが、東海林(2011)はそれを「軽度」「中等度」「高度」の3段階としている。この段階区分に沿っていくと、軽度のアルツハイマー病では少し前の出来事を覚えておく機能が損なわれるというような記憶障害を主とする。具体的には、同じ質問を何度も繰り返したり、約束をしたこと自体を忘れてりする。また、これは後に第4節で述べるが、時間の把握が難しくなってくるというような見当識障害もみられる。このような症状のため、だんだん日常生活に支障をきたすことが多くなる。そして中等度の段階になると、記憶障害が近時の記憶だけではなく、長期的な記憶にも及ぶ。見当識障害も時間だけでなく場所に及ぶため、慣れた道でも迷子になったりする。また、言語障害が進むことで会話の中に「あれ」「それ」といった代名詞が増え、文法も乱れてきて文脈が分かりにくくなる。このような症状の積み重なりは中等度段階で行動障害が目立つ要因になる。さらに高度の段階になるとこれまでの症状がさらに進み、人物の認識が困難となり、家族が誰だか分からなくなる。目的を持った行動がとれなくなるため、身だしなみに無頓着になったり、排便後にきちんと拭いたりすることをしなくなってしまう。また、歩行能力が低下し、寝たきりになる場合もある。

レビー小体型認知症においては、記憶障害のうちで「覚えているけれどなかなか出てこない」という再生障害が目立つ。また、先述した幻視は最も特徴的な症状である。人物や小動物が見えるのが典型的で、はっきりと見える場合もあればぼんやりと見える場合もあるという。夕方などの薄暗い時や一人でいる時に生じやすく、多くの場合不安や恐怖感を伴う。さらに、ものの形や大きさを正しく認識できなくなる「構成障害」や「視覚認知障害」が現れる。そのため、字を書くことが下手になったり、図形の模写が出来なくなったりする。空間における自分の位置をきちんと捉えられなくなる「市空間障害」が現れると、椅子に上手く座れなかったり、トイレの場所を忘れていないにも関わらずどちらの方向にあるのか分からなくなったりする。そして、「注意障害」も現れる。たとえ認知機能があまり落ちていなくても、注意力が低下するので仕事や家事での失敗が増えるため、早い段階で日常生活に支障をきたす。また、認知機能の変動によって頭がぼんやりしている時とそうでない時の差が生じる「認知機能の動揺」が現れる。

前頭側頭葉変性症による認知症は多くの場合アルツハイマー病などとは異なり、記憶はある程度保たれている。しかし、社会性の消失と常同行動という大きな特徴を持つ症状が生じる。社会性の消失は、抑制を担っている前頭葉が委縮することで、周りの目を気にせずにやりたいことをやるという行動で現れる。その中には、万引きのような反社会的行動も含まれる。しかし、本人には悪いことをしているという意識が無いため、堂々としているように見えるので、周囲と様々なトラブルを起こしてしまう可能性がある。常同行動はこのタイプの認知症の高齢者ほぼ全てにみられるものである。同じ行動を繰り返し行ってしまうのであるが、このことを逆に利用して、日常生活に必要な行動を上手く組み込むことで介護に生かす方法もあるという。また、右利きの人の場合、左側の側頭葉が委縮すると言葉の意味が分からなくなるという現象が起こったり、右側の側頭葉が委縮すると視覚

性の意味が失われる現象が起こったりする。

1. 3. 2 脳血管障害による認知症

脳血管認知症の症状は、アルツハイマー病のようにいつの間にか発病し徐々に進行していくのではなく、脳卒中の発作がきっかけとなって突然発症する。片麻と呼ばれる片側の手足の麻痺や、言語障害などの脳卒中の症状が現れたあとで認知機能が低下する場合と、それらの症状が無く、初めから認知機能が低下する場合がある。脳血管性認知症では様々な症状が現れるが、特徴的なのは夜中に大騒ぎをする・うつ症状・痛みやしびれなどの身体症状を訴える・感情的になる・早期から歩行障害や尿失禁がみられる、といったものだ。脳卒中の再発に合わせて段階的に進むのが典型的な症状の進行の仕方なので、脳卒中の再発の防止が脳血管性認知症の進行を食い止めることにつながるといえる。

1. 4 認知症の主症状

1. 4. 1 中核症状

認知症をかかえる高齢者に共通してみられる症状である。記憶障害・見当識障害・思考障害・抽象的能力の障害などがあげられる。また、中核症状には脳障害から直接引き起こされたとはいえない廃用症候群が関係している場合もある。廃用症候群とは、医学的にみるかぎりではそれほど機能が低下していないはずが、使用していないために機能低下が起こる場合をいう。具体的には、認知症をかかえながら一人暮らしで人との交流や刺激が乏しい生活を送っていると、認知症が深まってしまうという場合だ。

1. 4. 2 周辺症状

人によって全く現れ方が異なる症状が特徴である。もの盗られ妄想や嫉妬妄想、幻覚妄想、不安・抑うつ・不眠などの精神症状、徘徊・便いじり・収集癖・攻撃性などの行動障害といった様々な症状がある。周辺症状に個人差が見られる理由として、小澤は「①認知症の種類、進行の加速度、合併症の有無などの病の側の要因、②病をかかえた本人の人柄や生活史などの個人的要因、③彼らが今、どのような状況あるいは人と人とのつながりを生きているかという状況的要因」をあげている（小澤 2005：24-25）。したがって、周辺症状は中核症状に心理的・状況的要因が加わることで二次的に生成される複雑なものといえる。

2. 在宅介護の現状

2. 1 データからみられる現状

2. 1. 1 認知症高齢者介護の実態

わが国の認知症高齢者の介護に関する先行研究には、在宅の家族介護の実態を数量的に示したものがほとんど見られなかった。それは筒井ら（2004）によると、介護者に対して介護負担の程度などを示す評価尺度を項目とした質問紙による郵送調査、あるいは専門家による個別面接調査から得られた資料による研究が多いことが関係している。筒井ら（2004）は、在宅の痴呆性高齢者を介護している家族の介護内容やその量を明らかにすることを目的に、他形式の24時間1分間タイムスタディ法を用いて調査した。

その結果、在宅では専門的な介護や痴呆性高齢者の特性に応じた介護は提供されていなかった。また、家族の介護時間は、要介護度が高くなるほど長くなる傾向はなかった。

2. 1. 2 介護形態

厚生労働省の『平成22年 国民生活基礎調査』によると、介護保険制度において要介護者または要支援者と認定された高齢者からみた主な介護者の続柄は、64.1%が同居する者だった。その内訳は、配偶者が25.7%で最も多く、次いで子が20.9%、子の配偶者が15.2%となっている。

また、性別でみると男性が30.66%、女性が69.4%と女性が多い。

年齢階級については、男性では60～69歳が24.7%、50～59歳が22.5%、80歳以上が20.5%、70～79歳が19.7%の順だった。女性では60～69歳が31.3%、50～59歳が28.4%、70～79歳が21.0%、80歳以上が8.7%であった。

また、先述の『国民生活基礎調査』によると、同居の主な介護者が一日のうち介護に要する時間は、「必要な時に手をかす程度」が40.2%で最も多かった。しかし一方で、「ほとんど終日」も22.8%と目立っている。

要介護度別にみると、要支援1から要介護2までは「必要な時に手をかす程度」が最も多くなっているが、要介護3以上では最も多いのが「ほとんど終日」になっており、要介護5になると約半数の介護者がほとんど終日介護に費やしている。

2. 1. 3 介護意識

内閣府による『平成22年度 介護保険制度に関する世論調査』では、「仮に、自分自身が老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思うか」という質問に、37.3%が「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた。その他は「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい」が26.3%、「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」が18.9%、「病院に入院して介護を受けたい」が12.9%となっている。

同調査では、「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた者にどのような形で介護を受けたいかと質問したところ、半数が「家族の介護を中心に、ホームヘルパーなどの外部の介

護も利用したい」と考えていた。次いで「ホームヘルパーなどの外部の介護を中心に、家族による介護も受けたい」が 23.8%、「家族だけに介護されたい」が 20.0%、「ホームヘルパーなどの外部の介護だけを受けたい」が 3.5%だった。

内閣府による『平成 15 年度 高齢者介護に関する世論調査』によると、同調査で「家族の介護を中心とし、ホームヘルパーなど外部の者も利用したい」「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」と答えた者に、そうなった場合、家族の中では主に誰に介護を頼むつもりか質問したところ、「配偶者」が 57.3%と最も多かった。次いで「娘」が 19.6%、「息子」が 5.3%、「嫁」が 5.1%、「孫」が 0.3%、「婿」が 0.1%という順だった。また、同調査で「家族だけに介護されたい」と答えた者にも同じ質問をしたところ、こちらも「配偶者」が 60.7%と最も多かった。次いで、「娘」が 17.3%、「息子」が 7.2%、「嫁」が 6.2%、「婿」が 0.2%、「その他の親族」が 1.4%という結果だった。

2. 2 サービスの利用の現状

2. 2. 1 サービス利用のパターンとその規定要因

高橋ら（2010）は、東京都葛飾区と秋田県大館市で行った調査から、介護保険サービスの利用を以下の 4 つのパターンに分類した。以下、高橋ほか（2010：127-145）を参考にまとめている。

- ①訪問介護、訪問入浴、訪問看護などのような自宅でのサービスのみを利用する「自宅内型」
- ②通所介護（デイサービス）、通所リハビリ（デイケア）、短期生活介護（ショートステイ）などのような自宅外でのサービスのみを利用する「自宅外型」
- ③自宅内と自宅内のサービスを組み合わせて利用する「混合型」
- ④要支援・要介護認定を受けているがサービスの利用はしていない「未利用」

これらの分類を使って葛飾区と大館市のサービス利用の傾向をみた結果、葛飾区では①自宅内型が最も多かった。それに対して、大館市で最多だったのは③自宅外型だった。

さらに、高橋ら（2010）はこれらのサービス利用のあり方がどのような要因に規定されているのかを検討するために、調査でみられたサービスの利用パターンと高齢者の要介護度および家族介護者の続柄との関係を地域に比較した。その結果、葛飾区では「高齢者の要支援・要介護度」が高い場合、そして「家族介護者が認知する高齢者との関係」が良好である場合は①自宅内型が選択される傾向があった。一方で「高齢者の問題行動」があったり、「家族介護者が認知する高齢者との関係」が難しいものであったりした場合、②自宅外型が選ばれることが多かった。これに対して、③混合型の選択は、「高齢者の要支援・要介護度」のみに規定されていた。大館市では、「高齢者の要支援・要介護度」が高かったり、「高齢者の問題行動」が甚だしかったりする場合に①自宅内型が選ばれる割合が高かった。②自宅外は介護者が嫁であるケースで多く選択されていた。そして葛飾区と共通していたのは、③混合型の選択が「高齢者の要支援・要介護度」のみに規定されている点であ

った。以上をふまえて、高橋ら（2010）は介護保険サービスの利用パターンは基本的に高齢者の要支援・要介護度もしくは高齢者の問題行動に規定されるとした。そして、被介護者と介護者の続柄や関係性も一定の影響を持つと言える。

さらに、高橋ら（2010）は2年後の第2回調査で要介護高齢者が在宅生活を継続していたか否かと、それが第1回調査時のサービス利用パターンや家族介護の状況とどのように関わっているのかを検討した。その結果、葛飾区では家族介護者の負担感が限界に達した段階で高齢者の施設入所・入院が選択される傾向にあった。そしてその背景には、高齢者の問題行動が関係していると推察している。一方大館市では、家族介護者が被介護者との関係についてうまくいっていないと感じるほど、高齢者の施設入所・入院の可能性が高まることを示した。両者は家族介護者が高齢者の施設入所・入院を選択する段階において違いがみられたものの、どちらも家族介護者の認知に左右されていることから、家族介護者がサービス利用に影響を持っていることをうかがわせる。

以上をまとめると、介護保険制度のサービス利用パターンを規定するものとして、「高齢者の要支援・要介護度」や「高齢者の問題行動」など的高齢者側の要因とともに、「家族介護者が認知する要介護高齢者との関係」、「家族介護者の続柄」といった介護者側の要因があった。介護保険制度は個人を単位としている点が特徴である。しかし、実際は以上のように家族介護者の状況や判断が組み合わされてサービスが利用されているのが現状だ。

2. 2. 2 サービス利用における意思決定と家族

介護保険制度が始まり、利用者主体のサービスの重要性がますます唱えられるようになってきている。一方で先に述べたように、現状では高齢者の状況だけではなく家族介護者の状況や判断もサービスの利用に大きく関わっている。これは家族介護者の都合によって介護が行われているということになるのだろうか。先行研究からサービス利用における意思決定のあり方についてみてみたい。

高橋ら（2010）は、高齢者と家族介護者双方の意思に沿った介護がどの用実現されているか、また実現されていない者との間にどのような相違点が存在するかを検討した。以下に、その研究（高橋ほか2010：164-183）をまとめた。

まず、高齢者と家族介護者の介護に関する意思決定満足度の分布を検証したところ、高齢者と家族介護者ともに自分の意思が生かされていると感じている（以下「高：生 家：生」）のは全体の14.6%で、片方が妥協していると感じている（以下「高：妥 家：生」及び「高：生 家：妥」）ケースはどちらも約20%、両者とも妥協していると感じている（以下「高：妥 家：妥」）ケースが43.9%であった。このことから、必ずしも家族介護者の意思ばかりが通されているわけではないとわかる。

次に4つのグループのサービス利用に関する意思決定の過程にどのような違いがあるか比較したところ、3つの特徴が存在した。

1つめは「高齢者と家族介護者の意見交換」である。基本的に「高：生 家：生」グループでは、サービス利用に際して家族介護者は高齢者の同意を得ていた。一方、その他のグループでは、家族介護者が事前に高齢者の意思を確認せずにサービスを決定したり、高齢者が反対の意思を表示したにもかかわらずサービスを開始したりするケースがみられた。

2つめは「親族との関係性」である。高齢者と家族介護者がサービスの利用に関して同じ

ような考えを持っていても、親族の意見と対立した場合、スムーズな介護が行われていない状況がみられた。それは特に「高：妥 家：妥」グループで目立ち、その他のグループでは表立ってみられなかった。

3 つめは「サービス提供者との関係性」である。「高：生 家：生」グループではサービス提供者との間で日常的に活発なコミュニケーションがとられていた。それに対してその他のグループではサービス提供者と日常的に意見交換を行う環境が整っていない状況がみられた。また、サービスに関する要望に対しても、「高：生 家：生」グループでは積極的な要望提示が行われ、サービス提供者からも意見を積極的に求めたり要望に対して具体的な対応が行ったりといったようなやり取りがされている。一方で、その他のグループではサービスに対して不満を抱えたまま利用を継続し、サービス提供者も具体的な対応をほとんどしていないというケースがみられた。

以上のことをふまえると、在宅介護では被介護者の高齢者も介護者の家族も介護に対して十分な満足感を得ていないように感じる。このことは、認知症高齢者の介護ではなおさら言えるのではないだろうか。

3. 現状から見る認知症在宅介護の問題点

3. 1 介護保険における問題点

3. 1. 1 介護保険の理念

介護保険制度は、介護を支える公的なシステムとして 2000 年（平成 12 年）から始まった制度である。その目的は以下の 4 点にまとめられる。（佐藤 2002：2-14）

第一に、介護の社会化だ。介護保険には、それまで家族、特に「嫁」が担ってきた介護を社会全体で取り組むというねらいがあった。また、「社会化」とは、保険料を支払うことで誰でも等しくサービスを受けられるという意味合いもある。

第二に、医療と介護の分離だ。当時、老人病院などを中心に社会的入院が問題となっており、医療費を高騰させている要因ともなっていた。介護保険制度の発足によって介護を医療から分離させ、独自のシステムを構築することが図られた。（医学モデルから生活モデルへの転換）

第三に、競争原理の導入による多様なサービス供給主体の参入だ。これにより、利用者自ら「選ぶ」介護の実現が期待された。

第四に、市区町村の主体的な運営だ。国の主導ではなく、市区町村が保険者となって各地域に合ったサービス体系を構築することが目指された。

これらの目的は、在宅介護の推進や自立支援を大きな理想としているところに因る。つまり、「障害を持っても住み慣れた地域で自立した生活を継続する」（佐藤 2002：4）というノーマライゼーションの考え方が、介護保険制度の理念にある。しかし、認知症高齢者の介護の現状をみると、介護保険はそのような役割を十分に果たしているとは言い難い。その原因として考えられる 2 つの問題点を次に示す。

3. 1. 2 家族の存在を前提としているシステム

介護保険の目指す在宅介護の水準は、たとえ独居でも在宅で生活することができることとされている。しかし、実際には介護保険サービスのみで高齢者の自立した在宅生活を維持することは難しく、介護する家族の存在を前提として作られている。

こうした制度設計に至った背景には、家族に個人を守るセーフティーネットとしての役割を担わせ、福祉制度の根幹に置くという考えが関係している。そしてその考えは、子供（特に息子）家族と親の同居、子供世代の安定した雇用環境と結婚率、専業主婦としての嫁の存在、夫の親の介護は嫁の仕事という家族規範、などといった高度経済成長期以来の家族のあり方によって支えられてきた。

しかし、現代の日本の家族が置かれている状況は、その時代から大きく変化してきていると感じる。世帯構成を厚生労働省の『平成 22 年国民生活基礎調査』で見ると、65 歳以上の単独高齢者世帯は 24.2%、夫婦世帯は 29.9%、この両者を合わせると 54.1%で、子世代と同居していない世帯が全高齢者世帯の半数を超えている。他方で、子世代と同居している場合も、その形は変わってきている。同調査によると、三世帯世帯に住む高齢者が 16.2%ほどである一方で、親と未婚の子のみの世帯が 18.5%とその割合を増加させている。この状況が、別居のまま家族を介護するケースや、夫や息子が介護するケースの増大につながっていると考えられる。加えて、1990 年代以降の不況や雇用環境の変化によって子世代の経済基盤は不安定化し、親世代と子世代の経済力の逆転という現象もみられる。また、臨床社会学者の春日キスヨ（2010）は外部サービスの利用などで変化した生活様式が家族関係を希薄化させ、家族の生活能力の低下につながっていると述べている。（春日 2010:9-10）

現代家族のこのような状況をふまえると、高齢者のセーフティーネットとしての役割を家族が果たせない、つまり高齢者の介護を家族のみで担うことが困難になっていることが推測できる。逆にいえば、このような状況だからこそ介護の社会化が叫ばれ、介護保険という制度の設立につながったのではないだろうか。そうであるならば、たとえ一人暮らしの高齢者が認知症や寝たきりになっても、介護保険サービスで手厚い介護を受けながら自立した生活を維持できるようなシステムでなければならないのではないだろうか。

3. 1. 3 認知症に対応したサービスの欠如

先にも述べたように、介護保険制度は自立支援を目標として作られている。しかし、その内容をみると、認知症高齢者を想定していないと言わざるをえない。

東京都老人総合研究所（新名利恵・本間昭）が発表した『町田市における介護保険施行前後での在宅介護者のストレス反応』という報告がある。これは、介護保険が在宅介護を支援するシステムとしてうまく機能するのかどうかということ、要支援または要介護と認定された在宅被介護者とその主介護者を対象として、介護保険施行前の 2000 年と施行後の 2001 年に介護実態調査を実施し、介護者のストレス反応の観点から検証したものである。調査は要介護者を「痴呆」と「寝たきり」の有無で 4 つの群に分け、介護者の心理的・身体的ストレスについて介護保険施行前と施行後で比較調査を行っている。（『老年精神医学雑誌』13：517-523）

この報告によれば、「痴呆のない寝たきり」を介護している場合は、介護保険の導入によ

って介護者のストレスは若干であるが軽減されていた。しかし、要介護認定で要介護度が低く判定される傾向のある「元気な痴呆」の介護では、もともと介護者のストレスは高かったが、さらに大きく増加したのである。そして介護保険制度がもたらした影響として、「痴呆が疑われる介護者の介護、とくに寝たきりでない場合、介護保険制度施行後に介護がより大変になった可能性を示唆するもの」と結んでいる。つまり、「元気な痴呆」高齢者の介護が介護保険によって受ける恩恵は、「痴呆のない寝たきり」高齢者の介護ほど大きくないのである。

認知症高齢者の介護で最も大きいといえるのが「見守り」だ。排泄や食事の介助は介護の一部にすぎず、その多くはそばにいて声かけをしたり話を聞いたりというような「気にかける」時間である。しかし介護保険では、こうした行為は在宅介護の項目に入っていない。それは「見守り」が30分、1時間といった時間の単位に当てはまらない介護であるためだ。だからといって、介護保険で身体介護や生活援助だけを切り取って組み立てても、在宅介護は充実したものにはならないのではないだろうか。

3. 2 認知症高齢者へのケアにおける問題点

3. 2. 1 周囲の誤った関わり方

1980年代から特別養護老人ホームなどで独自の介護実践を主導してきた理学療法士の三好春樹（1997）は、周囲の対応が認知症の問題行動と言われる症状を作りだしていると主張している。多くの人が適切な介護を受けていないために認知症の程度を重くしているのだ。

なぜ周囲の誤った関わり方によって高齢者の認知症が重くなるのだろうか。それは、三好（1997）によると、高齢者が「生活障害」や「関係障害」に陥り意欲を失うことによるという。つまり、認知症高齢者の問題行動の多くは周囲の不適切な対応によって生活空間が狭くなること、コミュニケーションがなくなることに原因がある。1章で述べたような認知症の原因疾患はあくまできっかけにすぎず、それらによる症状に本人や周囲がうまく対応できないことから進行するということになる。

3. 2. 2 医学モデルによる介護

したがって、介護を「生活づくり」や「関係づくり」にもとづいて行えば、多くの寝たきりや認知症状態を改善できるはずである。

しかし、介護保険を見てもわかるように、介護は生活づくりや関係づくりではなく「介護力」として考えられている。だからこそ、介護保険には認知症に対応したサービスが欠如しているとも考えられる。

ちなみに、介護＝介護力という考え方は医学モデルの概念からきている。介護力とは物理的な（計測可能な）労働力のことである。それゆえ、介護が3K労働とみなされている。

以上のことから、介護の社会化とは、介護を介護力（＝3K）労働に疎外した上での社会化と言わざるをえない。また、それによって介護の本質的な意味や力を失わせることになった。

3. 2. 3 高齢者を受身の存在にする介護

介護＝介護力という誤った認識によって「後始末としての介護」が行われている。さらに、それが寝たきりや認知症につながる悪循環になっている。

在宅介護の長所は地域の間人間関係が持続でき、生活空間が広がっていくことにある。つまり、生活づくりや関係づくりがしやすい。認知症や寝たきりの程度が重度の人ほどそれが重要である。

しかし、介護保険による在宅介護はそれを「家の中に閉じ込めるケア」にしてしまった。ホームヘルプサービスや訪問看護などに代表される「家の中に閉じ込めるケア」においては、高齢者が相互的な関係ではなく、「一方的にしてもらおう」存在になっている。これは高齢者にとって心理的な負担になるのではないだろうか。

4. 望ましい介護について

4. 1 望ましい介護とは何か

4. 1. 1 医学モデルから生活モデルへ

ここまで認知症高齢者の介護の現状やその問題点をみてくると、それまでの生活を尊重したケアとコミュニケーション（人間関係）を保てるケア、つまり高齢者の主体性を保つ介護が「望ましい介護」だと思う。それは、認知症という現象を単に生物学的な疾患によるものと捉えることから、その人が生きている空間や周囲との関わりの中で生まれていると考えを変えなければならない。いわば、医学モデルから生活モデルへの変換が必要とされている。

4. 1. 2 認知症高齢者へのケアの変遷

実は、そのような考えは学術的レベルの世界ではすでに議論されてきている。

1960年代から1970年代にかけて、認知症は高齢者一般の問題として捉えられてはいたものの、生活の場で対応が困難なものは老齢期の精神病という病理状態の1つとして位置づけられていた。そのような認識の中で、認知症高齢者は治療不可能な病人として福祉的サポートの対象から除かれていた。

だが、1980年代になると、認知症とされている人が（結果的に）多く存在されていた老人福祉や精神医療などの政策領域において、他の対象者と同様に扱うべきだといった主張がされるようになる。例えば、「老人精神保健対策に関する意見」（公衆衛生審議会、1982年）においては、介護を必要とする高齢者一般として当時その重要性が強調されていた在宅福祉の中に位置づけていくことが望ましいとされている。確かに、そのような介護をするのに理想的なのが、住み慣れた家だ。在宅の介護では、地域の間人間関係や生活空間が持続しやすいからだ。しかし、高齢者に対する具体的なケアの方針・技術に関しては精神医療による管理と治療についての言及以外はほとんど見られなかった。

さらに1980年代後半になると、認知症の原因を疾患にみる傾向が政策言説の中に現れて

くる。痴呆性老人対策推進本部報告（1987）によると、認知症を老化による「物忘れ」と病気である「痴呆」に判別する必要があるとされている。すなわち、診断によって医療の枠内で語ることでできる認知症を判定する必要があるという主張がなされた。これは、認知症という「病気」にならないための予防や早期発見、リハビリが重視されていると思われる。

1990年代前半は、予防やリハビリによって避けるべき対象とされた認知症の標準化と精緻化が進められた。具体的には、要介護高齢者かどうか注目して認知症高齢者を把握するための基準や尺度が作成された。それは、身体能力を前提とした介護施策の体系の中に認知症高齢者を組み込むものであった。だが、この基準による判定は多様な認知症の程度と必ずしも一致するものではない。そのため画一的な施策に当てはまらない認知症高齢者もみられた。

1990年代後半になると、そのような高齢者たちにも焦点が当てられるようになる。それはアルツハイマー型認知症への言及として現れている。それまで大半を占めていた脳血管性認知症に代わってアルツハイマー型認知症が増加しているという認識のもと、予防や早期発見ではない「今現在認知症をかかえている高齢者」を対象としたケアが重要だとされた。

介護保険制度も開始された2000年代は、こうした認知用ケアの位置づけがより明確になっていった。身体的介護の枠組みでは対応しきれない認知症高齢者の介護を例外的な分野とみなすのではなく、重点的課題として取り組むべきという認識がみられる。こうした動きは、新たな認知症高齢者像の設定につながる。高齢者介護研究会『2015年の高齢者介護』（2003）でも、認知症高齢者に自己が存在していることが指摘されている。

こうして問題行動と言われる認知症の症状は、高齢者に自己が存在するために周囲の対応や自分のおかれている環境に対し適応行動をとろうとする結果起こるという認識へと変化していった。それではなぜ現在も認知症高齢者の介護は十分だといえないのか。そのような介護を実現するには、社会の1人1人が認知症を病気ですませるのではなく、「人間の変化」ととらえる意識を持つことが必要なのではないか。

4. 2 望ましい社会のあり方について

4. 2. 1 介護の充実を図るためには

それでは、認知症高齢者の主体性を保つ在宅介護を実現するために社会はどうあるのが望ましいのだろうか。介護の充実を図るために社会が取るべき行動として、「介護保険制度の見直し」と「認知症ケアの再考」が挙げられる。ここでは筆者が考えた若干の提案を試みたい。

4. 2. 2 介護保険制度の見直し

介護保険制度のなかでも取り組むべきなのは、要介護（・要支援 以下略）認定の廃止である。要介護認定不要論は制度設計の過程でもあがっていたが、一貫して封印されてきたという。それは、要介護認定が適切なサービスを提供するためではなく、サービス利用量の制限のためであるからだ。「何が適切な介護なのか」を判定するものではなく、サービ

スの利用量をいくらまでに抑えるのかを判定している。介護保険を持続可能な制度にすることを考えた場合、際限のないサービス利用を避けなければならないということでこのような仕組みができた。

しかし、3章でも述べたように、現代は家族による万全の介護が必ずしも保障されなくなっている。また、認知症高齢者には限られたサービスでは十分な介護が出来ない。要介護認定によるサービス利用の制限は現代の状況に合っていないのである。たとえ認定の制度を上げる努力を行ったとしても、それが適切なサービス給付の構造と結びつかないのでは意味がない。とりわけ、認知症高齢者については、現状の要介護認定が実態より低く認定される傾向がある以上、要介護度別の給付額というランク付けをする手間を、個々の利用者の状況に合ったサービスを考えることに充てた方が良いのではないだろうか。

4. 2. 3 認知症ケアの再考

3章でも述べたように、認知症高齢者が問題行動をとってしまう原因は、周囲の不適切な対応によって生活空間が狭くなること、コミュニケーションがなくなることにある。それは老いに私たちがうまく関われないということに加えて、高齢者自身が認知症の自分と上手く関われないということでもあるのではないだろうか。認知症高齢者は老いた自分、物忘れする自分、人の手を借りなければならない自分が受け入れ難いと思っている。その意味では、ヘルパーや訪問看護師といった専門職は大きな役割を持つ。単に家族の介護を補うものではなく、高齢者の「社会」との関係づくりの1つとして位置づけられるからだ。デイサービスやデイケアも、介護に大変な家族を一時解放するために高齢者を預かるのではなく、高齢者の関係づくりの場という重要な役割を持つ。抽象的な話しになってしまうが、認知症高齢者のケアにこれらの介護サービスが持つ意義を再認識し、高齢者の関係づくりを促すことで高齢者がいきいきとすごせることにつながると思う。

4. 2. 4 意識の変化が必要

ここまで現行制度の改善が充実した在宅介護を実現する1つの方法であるとして述べた。しかし、社会政策のみが良い介護を作るのではない。私たちの意識もそれに合わせたものでなければならない。抽象的な意見になってしまうが、いくら制度を見直したところでそれを支えていく人々の意識が変わっていなければ意味がないからだ。

現在、私たち（社会）は人を「健康かそうではないか」で考えがちだと思う。その2つの間に様々なレベルの人がいることを認識することが必要だ。

そして、それは高齢者の問題に限らず、障害者などにも言えることである。画一的にその人を見るのではなく、一人一人が多様で個別的なニーズを持つ存在であることを理解し、サポートできる環境が望ましい社会のあり方であると思う。

おわりに

本論によって得られた知見としては、介護を受ける高齢者も介護する家族の多数が充実しているという意識が薄いということ、そしてその背景にある問題点として考えられるのが、認知症介護において介護保険サービスが十分に機能していないということと、認知症高齢者への誤った対応による介護が行われているために、状況が悪化しているということだ。

それらをふまえて認知症高齢者の在宅介護では、高齢者の主体性を尊重したケアが望ましい介護のあり方であるとし、それを実現するためには制度だけではなく私たち自身の意識を変える必要があるという結論に至った。

参考文献

- 井口高志『認知症家族介護を生きる 新しい認知症ケア時代の臨床社会学』東信堂、2007
- 石川利江『在宅介護家族のストレスとソーシャルサポートに関する健康心理学的研究』風間書房、2002
- 石井京子『高齢者への家族介護に関する心理学的研究』風間書房、2003
- NHK 福祉ネットワーク編『ここまでわかった認知症』旬報社、2008
- 大井玄『「痴呆老人」は何を見ているか』新潮社、2008
- 小沢勲『痴呆を生きるということ』岩波新書、2003
- 小沢勲『認知症とは何か』岩波新書、2005
- 春日キスヨ『変わる家族と介護』講談社現代新書、2010
- 佐藤義夫『在宅介護をどう見直すか』岩波書店、2002
- 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子編著『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から—』三和書籍、2005
- 筒井孝子・東野定律「痴呆性高齢者の在宅介護の特徴からみた要介護認定のあり方に関する研究」『Health Sciences』第20巻第1号、2004、p.70-81
- 日米 LTCI 研究会編 高橋龍太郎、須田木綿子編集代表『在宅介護における高齢者と家族都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ書房、2010
- 比較家族史学会監修、山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子『介護と家族』早稲田大学出版部、2001
- 三好春樹『生活リハビリ講座シリーズ1 関係障害論』雲母書房、1997
- 三好春樹『生活リハビリ講座シリーズ2 生活障害論』雲母書房、1997
- 三好春樹『老人介護常識の誤り』新潮文庫、2006
- 三好春樹『認知症論集 介護現場の深みから』雲母書房、2009
- 室伏君士『認知症高齢者へのメンタルケア』ワールドプランニング、2008

山田正仁総監修『認知症 よりよい治療と介護のために』NHK出版、2011
結城康博『介護 現場からの検証』岩波新書、2008

厚生労働省『平成 22 年国民生活基礎調査の概況』

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/> (2011. 11. 14)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/10/index.html> (2011. 11. 24)

厚生労働省『平成 21 年度 介護保険事業状況報告 (年報)』

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/09/index.html> (2011. 11. 14)

厚生労働省『介護保険事業状況報告の概要 (平成 23 年度 3 月暫定版)』

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m11/1103.html> (2011. 11. 24)

内閣府『平成 23 年度版 高齢者社会白書』

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html (2011. 11. 14)

内閣府『平成 15 年度 高齢者介護に関する世論調査』

<http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-kourei/index.html> (2011. 11. 14)

内閣府『平成 22 年度 介護保険制度に関する世論調査』

<http://www8.cao.go.jp/survey/h22/h22-kaigohoken/index.html> (2011. 11. 14)