

A 県内の地域包括支援センターに所属する 専門職の認知症支援における困難とその対処

依田純子¹⁾ 佐藤悦子¹⁾ 泉宗美恵¹⁾ 須田由紀¹⁾ 横内理乃¹⁾

要 旨

認知症支援に取り組んでいる専門職を支援するために、A 県内の地域包括支援センターの専門職の困難と対処に関する調査を実施した。その結果、専門職の困難と対処として、①認知症の医療導入や継続において、困難を感じている専門職が多い、②主任介護支援専門員は、利用者のかかりつけ医院への相談を行うことが多い、③認知症疾患医療センターへの相談には地域差がある、④家族に関する専門職の困難は多岐に渡る、⑤高齢化進展地域に、身体的・心理的・経済的虐待が多い、⑥各地域の実情に応じたチームを形成し支援体制をつくる、などの傾向が明らかになった。

専門職支援としては、医療導入時の本人や家族の認知症への偏見や精神的負担のアセスメントの重点化、日頃の医療機関との連携やアクセスの検討、認知症疾患医療センターとの連携協働体制の明確化、家族支援に関する研修の実施や家族問題に関わる専門職のメンタルヘルスなどの必要性が示唆された。

キーワード： 認知症支援 地域包括支援センター 専門職 困難 対処

I はじめに

地域包括支援センター（以下、「包括センター」とする）は、2005 年の介護保険法の改正によって、市町村が設置主体となり高齢者の包括的支援事業の拠点として人口 2～3 万人の日常生活圏域に 1 ヶ所をめぐりに全国に設置が義務付けられた。包括センターには、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員などの専門職が配置され、高齢者の総合相談支援、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、および家族介護者支援も含めて高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できる包括的ケアマネジメントによる地域包括ケアシステムの構築を目指す役割を担っている。

高齢化の進展に伴って 2025 年には、65 歳以上の高齢者の 5 人に 1 人が認知症になると推計されている¹⁾。認知症高齢者は、自宅で暮らしている人が最も多く^{注1)}、在宅生活を維持していくための支援が非常に重要な課題となっており、包括センターは、その中心的機関となっている。

認知症施策としては、市町村に認知症地域支援推進員が配置され、包括センターや地域の介護サービス事業所・関係住民・医療機関などとの連携・協働によって、認知症カフェや相談などの認知症地域支援が実施されてきた。また、2015 年の新オレンジ

プラン（認知症施策推進総合戦略）によって、全国的に認知症初期集中支援チームが設置されるようになり、包括センターと連携しながら、急増する在宅の認知症高齢者に対し適切な医療や介護を早期に提供できる体制づくりが推進されている。このように在宅の認知症高齢者には、医療と介護が同時に提供されることが必要であるが、地域によっては課題解決につながる資源が十分とはいえない状況もある。包括センターは、各地域の実情の中で、認知症の予防から複雑で多様な生活課題を抱える認知症高齢者や家族の支援とそのシステムづくりまでを担い、そこで働く専門職の役割は増大しており、様々な困難をも伴う状況にある。

先行研究では、困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象を、「家族介護者に関わる困難事象」や「地域社会との間に生じる困難事象」「虐待と財産管理に関わる困難事象」「身体医療に関わる困難事象」に類型化し、認知症の臨床ステージとの関連を明らかにした研究²⁾や、経済的困難を抱える認知症高齢者を困難事例化させる要因で回避可能なものを報告している研究がある³⁾。また、包括センターの 3 職種を対象とした調査では、家族からの虐待や不適切な介護のケース、および他の精神障害を併存

1) 山梨県立大学看護学部 地域看護学

しているケースにおいては、6割の人が強い困難感がある⁴⁾と報告されている。このような認知症支援における困難によって、包括センターの専門職の疲弊も懸念され、専門職の支援策を検討することが求められている。

本研究では、包括センターの専門職の支援に向けた基礎資料を得るために、A県内の認知症支援の第一線で活動している包括センターの専門職の困難と対処に関する調査を実施した。A県は、人口約83万人、高齢化率は29.4%であり⁵⁾、都市部に人口が集中し、周辺は高齢過疎化が進展した農山村地域が多く、医療機関も都市部に多く地域的な偏在がみられる。調査当時は、認知症疾患医療センターは県内に2ヵ所で初期集中支援チームの活動も県内で1ヵ所が始動している状況であった。県内地域の特性も含めて、本調査の結果を報告する。

II 研究目的

認知症支援におけるA県内の包括センターの専門職の困難とその対処を明らかにする。

III 用語の定義

認知症支援：認知症高齢者とその家族の支援を示す。

専門職：包括センターの保健医療福祉の専門職であり、事務職は含まない。

困難：包括センターの専門職が認知症高齢者やその家族の相談や支援を行う過程で、ひとりではその対応方法に苦慮する事象を示す。

対処：認知症支援における専門職自身の困難を解消するために、他者や他機関への相談を求めるなどの行動を示す。

IV 研究方法と手順

- 1 調査方法：郵送による無記名自記式質問紙調査
- 2 研究対象：A県内の全35ヵ所の包括センターに所属する保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の専門職
- 3 調査期間：2014年7月～10月
- 4 調査手順および調査内容
 - 1) 先行文献⁶⁾の認知症高齢者困難事例が抱える困難事象のカテゴリーおよびサブカテゴリー、定性的コードを参考にして、共同研究者間で検討し、認知症支援に関わる困難に関する質問項目を抽出した。また、認知症支援

に関わる困難への対処の項目は、日頃、研究者らが包括センター職員の研修や相談を受ける中で情報を得た対処と考えられる項目を選定し、調査票を作成した。

- 2) A県内で認知症支援のモデル事業に数年取り組んできたB市の包括センターに依頼し、保健医療福祉の専門職10名程度に、作成した調査票のプレテストを実施し、その結果をもとに質問内容を修正した。B市包括センターにプレテストを依頼したのは、モデル事業を数年経験する過程で、専門職が様々な困難を体験するとともにその対処についても経験を積んでいると考えたためである。
- 3) 調査票の内容は以下の項目とした。
 - ①基本属性：性別、年齢、職種、経験年数、就業形態
 - ②認知症支援の有無と対応困難の有無
 - ③認知症対応での困難の内容：医療に関する9項目、家族に関する11項目、地域とのつながりに関する4項目、権利擁護に関する4項目
 - ④困難時の対処：特定の方法6項目、相談相手3項目、相談場所5項目③と④については、該当する項目を選択する方式で複数回答可とし、その他の自由記載欄も設けた。
- 4) 調査実施方法は以下のとおりである。
 - (1) A県福祉保健部長寿社会課の協力を得て、研究者が県内保健福祉圏域毎の包括センター連絡会に参加し、管理者に研究の趣旨と対象者への倫理的配慮に関する説明を文書と口頭で行い、調査への協力を依頼した。
 - (2) A県内の包括センターの管理者へ研究趣旨説明書と調査協力依頼書及び同意書・調査対象者数を把握するための記入用紙を郵送し、調査協力の同意を確認した。
 - (3) 管理者からの同意が得られた事業所に対して、調査対象者別に研究趣旨説明書と調査協力依頼書及び質問調査票を封書で用意し一括して同封し管理者宛に郵送した。
 - (4) 管理者から調査協力の意思を示した専門職に、各対象者への調査票等の封書を渡してもらい、質問調査票の回収は、個別の返信により行い、調査票の返信をもって同意が得られたものとした。

V 分析方法

調査データを集計し、対象者の基本属性と認知症支援の困難に関する各項目の記述統計量を算出した。次いで、対象者の職種別や地域の高齢化率および医療福祉圏域別^{注2)}との関連について χ^2 独立性の検定を行い、有意水準は5%未満とした。さらに項目の頻度の差を残渣分析⁷⁾の算出によって分析し、本論文には、紙面の関係上有意差の見られた項目のみ表として示した。高齢化率別については、A県の高齢化率を基準に、各包括センター管轄地域の高齢化率が高い場合を「高齢化進展地域」、高齢化率が低い場合を「高齢化緩徐地域」に2分し比較した。さらに、医療福祉圏域別として、a～eの5地域で比較した。分析ソフトは、SPSSver.21を用いた。また、自由記述のデータ分析は、内容分析の手法を用いて、回答内容の記述を一文一義で区切ったものを1記録単位とし、さらに内容の類似性により帰納的に分類した。

VI 倫理的配慮

各包括センターの管理者から対象者に調査票等の封書を渡してもらう際には、強制力が働かないように、あらかじめ管理者の文書にも調査協力は対象者本人の自由意思であることを明記した。

各対象者への研究の趣旨説明と調査協力の依頼については、個別の文書にて行った。その内容として、調査協力はあくまでも本人の自由意思であり辞退することも可能であること、調査は無記名で個人が特定されたり業務上の評価をしたりするものではないこと、得られたデータは、研究目的以外には用いないことを明記した。

なお、本研究は、山梨県立大学看護学部・看護学

研究科研究倫理審査委員会にて承認を得て実施した(承認番号：1402)。

VII 結果

1 対象者数と調査票の回収状況

A県内の全35ヵ所の包括センターの協力が得られ、各包括センターに所属する専門職で調査への同意を得た175名のうち、158名から回答が得られた(回収率90%)。

2 包括支援センターの概況(表1)

A県内の包括センターは、市町村直営と社会福祉法人・医療法人・社会福祉協議会への委託によって運営されていた。各包括センターの管轄地域の人口は、600人弱～7.6万人程度と幅があり、高齢化率2地域別や医療福祉圏域5地域別の包括センター数は、表1のとおりである。

各包括センター所属の専門職数も2人～13人とばらつきがあった。

3 対象者の基本属性(表2)

158名の専門職は、女性が140名・男性18名で、平均年齢は42.9歳(SD10.0歳)であった。職種は、保健師76名、主任介護支援専門員38名、社会福祉士36名、看護師8名であった。対象者の現職種の平均経験年数は、11.5年(SD9.9年)であった。

4 認知症者支援における専門職の困難と対処

専門職158名のうち、認知症支援を経験している人は157名(99.4%)であり、認知症対応に何らかの困難を感じている人は154名(97.5%)であった。

	施設数	
運営主体	市町村直営	26
	社会福祉法人・医療法人等への委託	9
人口規模	1,000人以下	2
	1000～5,000人未満	4
	5,000人～1万人未満	3
	1万人～2万人未満	12
	2万人～3万人未満	5
	3万人～7.6万人未満	9
高齢化2地域別 (平均高齢化率)	高齢化緩徐地域(27.0%)	21
	高齢化進展地域(35.8%)	14
医療福祉圏5地域別 (市町村数：平均高齢化率)	a地域：(3市1町：26.7%)	11
	b地域：(3市：30.2%)	4
	c地域：(3市：30.9%)	3
	d地域：(5町：37.9%)	5
	e地域：(4市2町6村：29.6%)	12

表2 対象者の属性 n=158

		n	%
性別	女性	140	88.6
	男性	18	11.4
年齢		42.9歳 (SD10.0歳)	
職種	保健師	76	48.1
	主任介護支援専門員	38	24.1
	社会福祉士	36	22.8
	看護師	8	5.1
経験年数		11.5年 (SD9.9年)	
勤務形態	専任	141	89.2
	兼任	16	10.1
	無回答	1	0.6

表3 認知症支援における専門職の困難と対処の有無 n=158

項目	内容	困難あり	%	困難なし	%	
医療 (9項目)	受診拒否や中断	111	70.3	47	29.7	
	内服の自己管理	108	68.4	50	31.6	
	不穏な状態や危険行動	84	53.2	74	46.8	
	認知症の人の意思の確認	83	52.5	75	47.5	
	身体管理の不良	46	29.1	112	70.9	
	病気・治療・検査の説明	32	20.3	126	79.7	
	医療機関とのトラブル	19	12.0	139	88.0	
	終末期医療に関する意思決定	8	5.1	150	94.9	
	看とりの場所	1	0.6	157	99.4	
専門職の困難 家族 (11項目)	家族の認知症理解の不足や否認	107	67.7	51	32.3	
	キーパーソンの不在	94	59.5	64	40.5	
	介護負担の増大	82	51.9	76	48.1	
	サービス利用の拒否や中断	67	42.4	91	57.6	
	認知症出現以前の家族関係の不良	62	39.2	96	60.8	
	認知症出現後の家族関係の悪化	48	30.4	110	69.6	
	家族の健康状態の悪化	39	24.7	119	75.3	
	家族に関する情報不足	24	15.2	134	84.8	
	家族の医療不信	24	15.2	134	84.8	
	家族への助言の拒否	23	14.6	135	85.4	
	家族とセンターとのトラブル	9	5.7	149	94.3	
地域との つながり (4項目)	近隣とのトラブル	83	52.5	75	47.5	
	近隣住民との関係づくり	64	40.5	94	59.5	
	近隣者の理解不足	60	38.0	98	62.0	
	近隣者や地域からの協力支援の少なさ	44	27.8	114	72.2	
権利擁護 (4項目)	財産管理不能	74	46.8	84	53.2	
	身体的・心理虐待	54	34.2	104	65.8	
	介護放棄	53	33.5	105	66.5	
	経済的虐待	51	32.3	107	67.7	
専門職の 対処	項目	内容	対処あり	%	対処なし	%
	特定の 方法 (6項目)	所内会議で対応を検討する	121	76.6	37	23.4
		医療機関につなげる	97	61.4	61	38.6
		地域ケア会議を活用する	67	42.4	91	57.6
		サービス担当者会議を活用する	63	39.9	95	60.1
		しばらく期間を空けて対応する	24	15.2	134	84.8
		所内で担当者を代わる	15	9.5	143	90.5
	所内の 相談相手 (3項目)	異職種に相談する	118	74.7	40	25.3
		同職種に相談する	113	71.5	45	28.5
		上司に相談する	45	28.5	113	71.5
	所外の 相談場所 (5項目)	利用者のかかりつけ医院	121	76.6	37	23.4
		利用者が利用している他事業所	66	41.8	92	58.2
		認知症疾患医療センター	39	24.7	119	75.3
		県の担当部署	20	12.7	138	87.3
		他の包括支援センター	14	8.9	144	91.1

1) 専門職の困難の内容と対処の有無 (表3)

認知症者支援における専門職の困難の内容として、医療に関しては、「受診拒否や中断」で111人(70.3%)の専門職が困難ありとしており、全体の中で最も多かった。また「内服の自己管理」は108人(68.4%)、「不穏な状態や危険行動」84人(53.2%)、「認知症の人の意思の確認」83人(52.5%)の専門職が困難ありとしていた。家族に関しては、「家族の認知症理解の不足や否認」が107人(67.7%)、「キーパーソンの不在」94人(59.5%)、「介護負担の増大」82人(51.9%)の専門職が困難ありとしていた。さらに、「サービス利用の拒否や中断」「認知症出現以前の家族関係の不良」等と続いていた。家族に関するその他の記述には、〈経済的困窮〉〈認知症であることを隠したい〉〈サービス事業所との関係悪化〉などがあつた。地域とのつながりに関しては、「近隣とのトラブル」が83人(52.5%)、「近隣住民との関係づくり」64人(40.5%)や「近隣者の理解不足」が60人(38.0%)などであり、その他、〈近隣との関係性がなく孤立している〉〈地域へ頼ることができない〉などであつた。

権利擁護に関しては、「財産管理不能」で74人(46.8%)の専門職が困難ありと回答しており、「身体的・心理的虐待」54人(34.2%)、「介護放棄」53人(33.5%)、及び「経済的虐待」51人(32.3%)であつた。権利擁護に関するその他では、〈本人が記憶障害のため実態把握が困難〉〈子供の貯金通帳管理により年金の用途不明〉〈自立のためとしてサービスを利用させない〉〈高齢夫婦のみの場合、権利擁護に関する理解が困難〉などの本人や家族に関わる具体的内容や、〈ケアマネジャーの権利擁護意識が低い〉〈サービス付き高齢者住宅など介護保険施設以外での権利侵害〉〈権利擁護の意味の普及不足〉などの専門職や関係者側の課題も含まれていた。

認知症支援における専門職の困難時の対処としては、「所内会議で対応を検討する」や「利用者のかかりつけの医院」への相談が、いずれも121人(76.6%)と最も多く、次いで所内の「異職種に相談する」が118人(74.7%)、「同職種に相談する」が113人(71.5%)と多かった。さらに「医療機関につなげる」97人(61.4%)、「地域ケア会議を活用する」67人(42.4%)、「サービス担当者会議を活用する」63人(39.9%)や相談場所を「利用者が利用している他事業所」としている人は66人(41.8%)などであつた。また、その他の相談相手としては、〈認知症専門医〉〈認知症サポート医〉〈精神科病院の医師〉〈もの忘れ相談の医師〉〈精神科病院のMSW〉〈精神保健福祉相談員〉〈警察官〉〈民生委員〉〈家族や近隣〉〈認知症介護経験者〉〈地域支援のNPO法人〉〈スーパービジョンの学習会仲間〉など多様な記述がみられた。

2) 職種別にみた専門職の困難と対処 (表4)

認知症支援における専門職の困難の各項目において、職種別で有意差がみられたものはなかつた。認知症支援における困難時の専門職の対処については、所内の「同職種に相談する」は、保健師・看護師が多く(p=0.045, 残差2.3)、「利用者のかかりつけの医院」に相談するのは、主任介護支援専門員が有意に多かった(p=0.01, 残差3.0)。

3) 高齢化率2地域別にみた専門職の困難と対処 (表5・6)

認知症高齢者の「身体管理の不良」(p=0.031, 残差2.2)や「家族への助言の拒否」(p=0.038, 残差2.1)、および「身体的・心理的虐待」(p=0.021,

表4 職種別による専門職の対処 n=158 (有意差がみられた項目のみ抜粋)

専門職の対処	同職種に相談する (所内の相談相手)		利用者のかかりつけ医院 (相談場所)		
	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし	
保健師・看護師	度数	67	17	59	25
	調整済み残差	2.3	-2.3	-2	2
主任介護支援専門員	度数	25	12	36	2
	調整済み残差	-0.7	0.7	3	-3
社会福祉士	度数	21	15	26	10
	調整済み残差	-2.1	2.1	-0.7	0.7
p値	0.045*		0.01*		

*p<0.05 **p<0.01

表5 高齢化の進展地域と緩徐地域別の専門職の困難 n=158 (有意差がみられた項目のみ抜粋)

困難の有無	身体管理の不良		家族への助言の拒否		身体的・心理的虐待		経済的虐待	
	困難あり	困難なし	困難あり	困難なし	困難あり	困難なし	困難あり	困難なし
高齢化緩徐地域	21	72	9	84	25	68	22	71
調整済み残差	-2.2	2.2	-2.1	2.1	-2.3	2.3	-2.8	2.8
高齢化進展地域	25	40	14	51	29	36	29	36
調整済み残差	2.2	-2.2	2.1	-2.1	2.3	-2.3	2.8	-2.8
p値	0.031*		0.038*		0.021*		0.006**	

*p<0.05 **p<0.01

表6 高齢化の進展地域と緩徐地域別の専門職の対処 n=158 (有意差がみられた項目のみ抜粋)

専門職の対処	所内会議で対応を検討する		サービス担当者会議を活用する		認知症疾患医療センターに相談する	
	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし
高齢化緩徐地域	77	16	30	63	16	77
調整済み残差	2.2	-2.2	-2.3	2.3	-2.6	2.6
高齢化進展地域	44	21	33	32	23	42
調整済み残差	-2.2	2.2	2.3	-2.3	2.6	-2.6
p値	0.027*		0.019*		0.009**	

*p<0.05 **p<0.01

残差 2.3) と「経済的虐待」(p=0.006, 残差 2.8) の4項目において「高齢化進展地域」の専門職に困難ありと回答した人が有意に多かった。

また、認知症支援における困難時の専門職の対処については、「高齢化緩徐地域」の専門職の方が「所内会議で対応を検討する」と回答した人が有意に多く(p=0.027, 残差 2.2)、一方「高齢化進展地域」の専門職の方が「サービス担当者会議を活用する」(p=0.019, 残差 2.3) や相談場所を「認知症疾患医療センター」(p=0.009, 残差 2.6) と回答した人が有意に多かった。

4) 医療福祉圏域5地域別にみた専門職の困難と対処 (表7・8)

認知症支援における困難では、「家族の健康状態の悪化」(p=0.026, 残差 2.4) と「経済的虐待」

(p=0.011, 残差 3.1) の2項目において困難ありと回答した人が、d地域の専門職に有意に多かった。

認知症支援における困難時の対処については、他地域に比べてa地域の専門職は、所内の「異職種に相談する」と回答した人が有意に多かった(p=0.014, 残差 2.9)。また、c地域の専門職は、「地域ケア会議を活用する」と回答した人が有意に少なく(p=0.002, 残差 -3.8)、相談場所を「認知症疾患医療センター」と回答した人が有意に多かった(p<0.001, 残差 4.2)。さらに、d地域の専門職は「サービス担当者会議を活用する」が有意に多く(p=0.033, 残差 2.7)、e地域の専門職は、他地域に比べて所内の「同職種に相談する」が有意に少なかった(p=0.022, 残差 -2.4)。

表7 保健福祉圏域5地域と専門職の困難 n=158 (有意差がみられた項目のみ抜粋)

困難の有無	家族の健康状態の悪化		経済的虐待	
	困難あり	困難なし	困難あり	困難なし
a地域	15	34	10	39
調整済み残差	1.2	-1.2	-2.1	2.1
b地域	6	18	7	17
調整済み残差	0	0	-0.4	0.4
c地域	6	29	14	21
調整済み残差	-1.2	1.2	1.1	-1.1
d地域	9	10	12	7
調整済み残差	2.4	-2.4	3.1	-3.1
e地域	3	28	8	23
調整済み残差	-2.2	2.2	-0.9	0.9
p値	0.026*		0.011*	

*p<0.05 **p<0.01

表8 医療福祉圏域5地域別の専門職の対処 n=158 (有意差がみられた項目のみ抜粋)

専門職の対処	地域ケア会議を活用する		サービス担当者会議を活用する		同職種に相談する(所内の相談相手)		異職種に相談する(所内の相談相手)		認知症疾患医療センター(相談場所)	
	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし	対処あり	対処なし
a地域 度数	28	21	14	35	32	17	44	5	9	40
a地域 調整済み残差	2.5	-2.5	-1.9	1.9	-1.3	1.3	2.9	-2.9	-1.2	1.2
b地域 度数	10	14	9	15	21	3	17	7	9	15
b地域 調整済み残差	-0.1	0.1	-0.3	0.3	1.8	-1.8	-0.5	0.5	1.6	-1.6
c地域 度数	5	30	12	23	29	5	26	9	18	17
c地域 調整済み残差	-3.8	3.8	-0.8	0.8	2	-2	-0.1	0.1	4.2	-4.2
d地域 度数	11	8	13	6	14	5	14	5	1	18
d地域 調整済み残差	1.5	-1.5	2.7	-2.7	0.2	-0.2	-0.1	0.1	-2.1	2.1
e地域 度数	13	18	15	16	17	14	17	14	2	29
e地域 調整済み残差	-0.1	0.1	1.1	-1.1	-2.4	2.4	-2.8	2.8	-2.6	2.6
p値	0.002**		0.033*		0.022*		0.014*		p<0.001***	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Ⅷ 考察

今回、認知症支援におけるA県内の包括センターの専門職の困難や対処に関する以下の傾向が見出され、今後の包括センターの専門職支援について示唆が得られた。

1 認知症に関わる医療の導入や継続の困難

A県の包括センター全体において、「受診拒否や中断」及び「内服の自己管理」といった医療の開始や継続に困難を感じている専門職が多かった。「受診拒否」を専門職の困難としているのは、他の都県の先行研究^{8) 9)}とも同様の結果であり、認知症支援においては広く起こり得ることといえる。本調査では、認知症支援における困難の各項目において、職種別で有意差がみられなかったことから、保健師・看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士のいずれの職種であっても医療に関するこれらの項目の困難が少なくないと考えられる。杉山ら¹⁰⁾は、認知症が疑われる高齢者への受診に対する援助困難感を構成する4因子として、「当事者による受診拒否」「家族による受診拒否」「受診に向けたエンパワメント」「医療機関との協働」を挙げている。医療の導入や継続においては、まず、高齢者本人の受診の意思が必要であるが、本調査では「不穏な状態や危険行動」及び「認知症の人の意思の確認」に半数以上の専門職が困難を感じていることから、受診の意思を確認することも容易ではないことが予測される。また、「家族の認知症理解の不足や否認」で7割弱の専門職が困難ありとしている。認知症の診断は、本人にとっても家族にとっても精神的な影響が大きいこと

や認知症に対する誤った認識や偏見が本人の受診拒否や家族の躊躇につながっているという報告¹¹⁾もあることから、本人と家族の認知症に対する認識が医療の導入や継続に影響することも考えられる。そのため、専門職への支援としては、受診に向けた支援を行う初期の段階でのアセスメントポイントとして、認知症に対する本人や家族の偏見や精神的負担に重点をおき、高齢者本人や家族がエンパワメントできる要素を明確にする重要性を示すことが専門職の困難の軽減につながると考える。

2 日常の医療との連携協働による困難への対処

専門職の認知症支援における困難時の対処として、医療に関しては「利用者のかかりつけ医院」への相談や「医療機関につなげる」が多かった。特に「利用者のかかりつけ医院」への相談は主任介護支援専門員が多いという結果であった。包括センターの専門職は、地域の認知症対策全般に関わることから、地域の医療機関との連携の機会も多い。中でも主任介護支援専門員は、地域の介護支援専門員の相談に応じる立場でもあり、他の職種より、多くの利用者の状況をとらえながら地域の医療機関と関わることが予測され、これが「利用者のかかりつけ医院」への相談が多いという結果に結びついていると考えられる。そして専門職が、個別の困難事例の経験を重ねながら地域の医療機関と関わる機会を持つ中で、認知症高齢者支援のネットワークづくりを意図的に行っていくことが専門職の困難の軽減策としても重要な鍵といえる。高齢化進展地域では「身体管理の不良」において、専門職の困難感が多い傾向

がある。認知症支援においても身体疾患の合併を見逃さず、予防として日頃の健康管理を継続してくれる地域の医療機関とのつながりが必要であるが、高齢化が進展する地域は中山間地域が多く医療資源へのアクセスに問題も伴うため、包括センターの枠を超えて交通網を扱う行政や機関との連携も含め、地域システムを検討していくことが求められる。

さらに、「認知症疾患医療センター」を相談場所としているのは、c地域の専門職に顕著に多かった。調査当時のA県内には、b地域とc地域の2カ所に「認知症疾患医療センター」があり、c地域では、包括センターに初期集中支援チームを設置していた。認知症初期集中支援チームの設置が推進された当初は、困難事例化を予防するための“初期集中支援”の方法の確立を目指すもの¹³⁾であったが、現実には対応困難な事例のファーストタッチとしての介入も多い。c地域では、包括センターと「認知症疾患医療センター」との協働で、すでに認知症の進行やBPSDの出現による生活上の支障を生じている多くの高齢者に対応している現状があり、他地域に比べて「認知症疾患医療センター」が身近な相談場所となっていたと考えられる。資源の地域偏在¹⁴⁾がある中で、地域の実情に応じて「認知症疾患医療センター」といかに連携協働するかについて明確化していくことも専門職の困難に対処していく方策になり得ると考える。また、c地域が、他の地域より「地域ケア会議を活用する」が少ないことは「認知症疾患医療センター」との協働がその代替を果たしているとも考えられる。

3 介護家族のセルフケア機能支援に関わる困難と対処

家族に関しては、前述の「家族の認知症理解の不足や否認」が最も多かったが、「キーパーソンの不在」「サービス利用の拒否や中断」という家族内の意思決定ができないことや外部資源に結びつかないこと、「介護負担の増大」「認知症出現以前の家族関係の悪化」「認知症出現以後の家族関係の悪化」など、家族の介護負担や関係性への影響まで困難ありとしていた。これらは、専門職の職種別や地域別で有意差はみられず、認知症支援において広く多くの専門職が経験する困難といえる。家族の相互支援機能が脆弱な世帯で、認知機能の低下がある高齢者がサービス利用に拒否的である場合、包括センターは、支援困難を認識しつつアウトリーチによって継続的に働

きかけ、サービス利用に結びつける機能がある¹²⁾とされている。包括センターの専門職は、窓口における相談支援だけでなく、認知症高齢者や家族の生活の場に出向くことで、家族の生活上の課題や家族のセルフケア機能の低下を目の当たりにし、その対応に難渋している。

また、本調査では、財産管理不能などの権利擁護に関わるいずれの項目も3割～4割の専門職が困難を感じており、特に高齢化進展地域の方が、「身体的・心理的虐待」や「経済的虐待」が多く、さらに最も高齢化が進展しているd地域において「経済的虐待」が多いという結果であった。厚生労働省の調査¹⁵⁾によると、虐待の発生要因は「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」や「虐待者の障害・疾病」であり、家族の健康危機が認知症高齢者の権利侵害にも発展しやすいことが分かる。特にd地域においては、「家族の健康状態の悪化」にも専門職が困難を感じており、高齢者が多く、山間過疎地域で活用できる資源も十分とは言えないことから、家族の健康管理にも困難を感じていると考えられる。包括センターの専門職は、家族に関わるこれらの課題を回避できない現実があり、専門職支援としては、家族支援に関する研修や専門職のメンタルヘルスが重要といえる。

また、認知症支援における困難への専門職の対処としては、「所内会議で対応を検討する」が最も多く、高齢化緩徐地域で多い傾向がみられた。また、所内の「同職種」や「異職種」への相談も多いことから、各専門職の知識や経験を共有し、相互に補完しながら、困難に対応するモチベーションを維持し支援方法を工夫しているものと考えられる。所内の「同職種」への相談が他地域より少ないe地域は、規模が小さい包括センターが多いことや、所内の「異職種」への相談が他よりも多いa地域は、地方都市に位置し包括センター内の専門職の基礎職種の種別が多いなどの影響も考えられる。「サービス担当者会議を活用する」は、高齢化進展地域に多く、かつd地域に多いという結果であった。これらの結果は、各地の実情に応じて包括センター内外の関係者が支援チームを形成し、チームでアプローチする体制をつくらうとしている現れとも考えられる。さらに、認知症支援における専門職の困難を軽減するためには、現在、各地で推進されている地域包括ケアの構築において、その地域の認知症支援の困難事例をモデルとして、住民とともに新たな資源の開発につながる

策を検討するなど、地域住民を主体とした重層的な支援システムの検討も求められる。

IX 結論

認知症対応における A 県内の包括センターにおける専門職の困難と対処として、主に以下の傾向が明らかになった。

- ・「受診の拒否や中断」や「内服の自己管理」などの認知症に関わる医療導入や継続において専門職は困難を感じやすく、専門職の職種や地域による有意差はない。
- ・主任介護支援専門員が「利用者のかかりつけ医院」への相談を行うことが多い。
- ・専門職の相談場所として「認知症疾患医療センター」の活用には地域差がある。
- ・「家族の認知症の理解や否認」「キーパーソンの不在」「介護負担の増大」「家族関係の悪化」などに関する専門職の困難は多く、専門職の職種や地域による有意差はない。
- ・特に、高齢化進展地域において、「身体的・心理的虐待」や「経済的虐待」が多い。
- ・専門職は、各地域の実情に応じた認知症支援チームを形成し、包括センター内外の支援体制をつくろうとしている。

X 研究の限界

認知症支援に関する包括センターの活動は管轄地域の実情に根差したものであり、地域性に影響を受けるものでもあるため、本調査の結果は、必ずしも一般化できるものではない。また、急速な高齢化に合わせて、年月単位で認知症施策が進んでおり、地域資源の開発や包括支援センターの業務内容の拡大が進むため、専門職の困難もその影響を受けて変化することも考えられる。

謝辞

本調査に快くご協力頂きました A 県地域包括支援センターの管理者様および専門職の皆様、及び本調査の実施にあたりご調整・ご協力頂きました A 県福祉保健部長寿社会課担当者様に感謝いたします。

なお、本調査は、文部科学省の平成 26 年度「知(地)の拠点整備事業(大学 COC 事業)」の助成により実施したものである。

- 注 1) 認知症高齢者の居場所別内訳(平成 22 年 9 月末現在)によると、日常生活自立度 II 以上認知症患者 280 万人のうち、その半数 140 万人が居宅を居場所としている。
- 注 2) 医療福祉圏域については、現在 4 区分であるが、地域特性と人口割合を考慮して旧医療福祉圏域の 5 区分の地域にて検討した。

XI 引用・参考文献

- 1) 二宮利治他：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究による速報値(平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)、平成 30 年度 第 2 回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー「認知症施策の方向性と今後の展開」資料、
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/305/02_kouseiroudousyoroukenkyoku.pdf, 2019,8,27
- 2) 井藤佳恵・多田満美子・櫻井千絵他：地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴 認知症ステージによる検討, 老年精神医学雑誌 24 (10), 1047-1061, 2013
- 3) 井藤佳恵：経済的困難を抱える認知症高齢者を困難事例化させる要因 認知症高齢者困難事例を対象としたアウトリーチ型支援から見えるもの, 老年精神医学雑誌 25 (6), 644-650, 2014
- 4) 隅田好美・黒田研二・水上然：地域包括支援センターにおける認知症の人と家族の支援及びその関連要因, 社会福祉学 57 (1), 125-137, 2016
- 5) 平成 30 年度高齢者基礎調査概況(平成 30 年 4 月 1 日現在)：山梨県
https://www.pref.yamanashi.jp/chouju/documents/h30_gaiyiou.pdf, 2019,8,27
- 6) 前掲書 2)
- 7) 対馬栄輝：SPSS で学ぶ医療系データ解析, 東京書籍, 107, 2008
- 8) 前掲書 2)
- 9) 前掲書 4)
- 10) 杉山京・三上舞・中尾竜二他：地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の皇族に関する検討, 社会医学研究 33 (1), 49-57, 2016
- 11) 越谷美貴恵：地域住民の認知症早期受診に関する認識 地域住民へのインタビュー調査よ

- り, 日本早期認知症学会誌 10 (2), 113-124, 2017
- 12) 粟田主一:【オレンジプランと地域からの挑戦】
認知症早期支援体制とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題, 老年精神医学雑誌, 24 (9), 883-889, 2013
 - 13) 福島喜代子: 地域包括支援センターの機能, 現状と展望－サービス利用に拒否的な高齢者の支援に焦点を当てて－, 老年精神医学雑誌 28 (3), 254-261, 2017
 - 14) 平成 28 年衛生統計（医務課）医療施設数、施設の種別：山梨県
<https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/28eisei1.html>, 2019,9,12
 - 15) 厚生労働省：29 年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果, 厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00001.html 2019.9.12

Difficulties in dementia support for professionals belonging to the Community General Support Centers in A Prefecture and Countermeasures

YODA Junko, SATO Etsuko, IZUMUNE Mie, SUDA Yuki, YOKOUCHI Rino

key words: Support for dementia, Community General Support Center,
Professionals, Difficulties, Countermeasures