

論文

認知症高齢者支援システムとセルフヘルプ・グループ機能に関する研究

—認知症の人と家族の会 A 県支部会員の取り組みより—

福岡千鶴¹

A Study on Support Systems and Self-Help Groups for Senior Citizens with Dementia:

Based on activities by a prefectural chapter of the Alzheimer's Association of Japan

Chizuru FUKUZAKI¹

Abstract

This study examines support systems for elderly patients with dementia, based on data taken from interviews with members of the Alzheimer's Association of Japan (henceforth known as the AAJ). We particularly focused on support systems that involved practices used by self-help groups. We conducted semi-structured interviews with 14 members of the AAJ from July to October 2007. We analysed the data using a revised version of grounded theory. The study's core theme is accurate awareness of dementia and understanding the functions of self-help group'. It seems highly possible that the inadequate provision of proper support is partly due to a lack of awareness in society regarding dementia and the importance of self-help groups.

Members of AAJ have grown through participating in self-help groups activities; simultaneously, they, have endeavoured to build a better society that includes a proper support system for elderly patients with dementia. It seems that multifaceted, integrated support in health preservation, medical care, welfare, education, and research are needed to support the lifestyle sought by seniors with dementia. It is important for all people, including dementia patients, to be able to function as resources in society, and to cultivate the various resources that they have at their disposal.

キーワード 認知症高齢者の支援, 認知症の正しい認識, セルフヘルプ・グループ, 家族の会

Keywords: support for senior citizens with dementia, accurate awareness of dementia, self-help groups, group for families

1. 問題意識と研究目的

1.1. 認知症支援の難しさ

超高齢社会は、介護期間の延長や医療支援、経済保障など様々な課題を生み出している。認知症高齢者の中でも、初期や軽度の認知症の場合、適切な支援に結びつかない場合も少なくない。認知症高齢者が望む地域での暮らしを支えるためには、保健・医療・福祉・教育及び研究における多面的で統合的な支援が求められる。

麻原・百瀬（1997: 97-105）の研究によると、「福祉サー

ビスを受けるのは恥ずかしい」「世間体が悪い」といった世間体を気にしてサービスを利用しない場合がある。介護を負担と感じている介護者ほど世間体を気にする傾向がみられ、介護負担感に世間体に関連している」という。家族が現状を否認し、認知症についての認識がないため、介護者を追い詰め、外部への相談を思いとどまらせてしまい、医療機関の受診が遅れる場合もある。また、医療機関を受診しても認知症の症状の特徴が弊害となり、異常が見逃されることもあり（鹿野ほか 2003: 158-

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程

Doctor course of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan
2015年5月30日受付, 2015年8月6日採録

181)、医療不信を招くこともある。認知症の早期発見や介入は、アウトリーチによる介入が必要な場合もある。

本研究は、認知症の人と家族の会（以下、「家族の会」）の取り組みを参考に、認知症高齢者への支援システムについて検討することを目的とする。特に、セルフヘルプ・グループの機能を活かした支援システムに焦点をあてて考察する。

1.2. セルフヘルプ・グループの定義と機能

セルフヘルプ・グループの最初の例は、1935年にアメリカで成立したアルコール依存症のグループ Alcoholics Anonymous（以下 AA の会と略す）である。わが国では、1950年代に AA 活動に刺激を受けて、断酒会がつくられ、1960年代には精神障害者の家族会がつくられている。先行研究ではセルフヘルプ・グループは、1960年代の人権・市民権運動などの影響を受け、1990年代後半から広がってきている。

中島（1989: 21-32）はセルフヘルプ・グループについて、「共通の問題をもっている者同士が支え合うことを目標にして連合したボランタリー集団」と定義しており、窪田（1991: 151-163）は、「対面関係を基調とした相互交流と相互援助、他者を援助することが自らの問題解決に繋がるメカニズム、自発的な発生と平等な関係、自立的な組織、経験的な知識・情報に基づく相互教育を通して問題の認識と対処行動の変化等がセルフヘルプ・グループの機能である」と述べている。谷口（2005: 55-61）は、ピアサポーターの重要な機能として「役割モデル（ロールモデル）」について述べている。

久保（1997: 29-39）は、「ごく少数のメンバーが真の積極的な貢献者となっており、創始者やメンバーにとって何らかの利益があり、見返りがあり、役に立つ。個人は、他者の承認によって、その人の自己概念や自尊心を形成するのは明白である」と述べている。

Riessman は、「ヘルパーセラピー原則」について、「他者を助けているような感覚でありながら、本当は自分が一番助かっているような面がある（谷口 2005: 55-61）」「援助する人が最もよく援助を受けられる」と定義している。つまり、スティグマや介護負担などによるパワーレスの状態から、セルフヘルプ・グループの活動に参加し、他者を援助することにより何らかの効果が得られ、エンパワメントすることができる。

セルフヘルプ・グループの専門職の関わりについて岡（1990: 103-127）は、「専門職の協力が皆無か、あるいは僅かなこと」と述べている。窪田（1991: 151-163）は、「日

本では患者家族リーダーが増加しつつあるほかは小数の専門職はボランティアの協力にとどまっているのに対して、アメリカの場合は大学院レベルの教育を受けたリーダーが増加し、専門職の参加・協力も多い」と述べている。

先行研究では、セルフヘルプ・グループと専門職を区別して述べているものが殆どであり、専門職は協力者、援助者にとどまっているものが多く、日本のセルフヘルプ・グループの活動で専門職がセルフヘルプ・グループの中心で活動している事例はない。また、日本の保健・医療分野のソーシャルワーク実践では、社会改良的な視点を強調したエンパワメント実践の一つであるセルフヘルプ・グループの活動は少ない（三毛 1997: 40-55）。

家族の会は、結成当初から介護家族だけではなく、介護家族以外の専門家や認知症に関心のある様々な分野の人が、セルフヘルプ・グループの中心で積極的に活動に参加している。これらは、他の日本のセルフヘルプ・グループと異なる点であるといえる。

1.3. セルフヘルプ・グループとしての認知症の人と家族の会

家族の会は1980年に地域医療に携わる医師と認知症の人の介護家族らによって京都で結成された。会員は、認知症の介護家族をはじめ、保健・医療・福祉・行政関係者（OBを含む）・教育者・研究者など様々な分野の会員で構成されている。また、認知症の人や介護家族等の「当事者の視点」を大切にしている。各会員の専門性や経験を活かし、認知症に関する問題について先駆的に取り組み、社会改良的な働きかけを行っているセルフヘルプ・グループである。本部と支部（47支部）の二つの体制で組織され、会員数約1万1千人の巨大組織である。

活動内容としては、①集い、②講演会・研究集会、③電話相談、④会報の発行、⑤認知症に関することの調査・研究、⑥国・自治会への陳情、⑦国際交流などを行っている。

会報は全国組織の会報と各支部発行の会報に分かれ、全国紙としては、世界中の最新情報や全国の介護体験談などの認知症に関する情報をまとめたものを発行している。会報は封書にて発送し、封書の表紙には「公益社団法人家族の会」と明記され、「呆け老人を抱える家族の会」「認知症の人と家族の会」という名称は記載していない。つまり、世間体を気にする家族や認知症の人へ配慮したものになっている。また、この会報の一部の内容は、インターネットで検索でき、会員以外の多くの人に

も最新の情報を提供している。

認知症高齢者などの要介護高齢者に対する社会の対応は、人権や尊厳などへの配慮に欠け、高齢者の権利が十分守られているとは言いがたい面もあった（日本弁護士連合会（編）1996: 22-41）。そこで家族の会では、認知症に関する実態調査・研究分析を行い、国や自治体に陳情活動や社会に認知症の正しい理解の浸透と対応の改善を訴えてきた。

家族の会では、1992年に国際アルツハイマー病協会に加盟し、国際交流などを行っている。また、1996年より毎年9月21日の「世界アルツハイマーデー」に全国各地で一斉に街頭啓発活動を行なっている。2004年10月に京都で開催された国際アルツハイマー病協会第20回国際会議では、若年期認知症の人が思いを語り、社会に大きな影響を与えた。2006年からは認知症の人が集まり「本人会議」を開催し、2007年2月に「若年期認知症サミット」を開催した。このように、家族の会では認知症の人の声を大切にしながら、認知症の人の生きづらさをキャッチし、先駆的に支援に取り組んでいる。

家族の会は、結成当初は「呆け老人をかかえる家族の会」という名称で活動を行なってきた。「呆け老人をかかえる家族の会」という名称については、発足当初から賛否両論あった。山添（2006: 38-39）によると、社会にアピールするためには多少耳障りの悪い言葉ではあるが、「呆け」という言葉を使ったほうが一般的に分かりやすいということもあり、「呆け老人を抱える家族の会」という名称で活動をはじめたようである。1994年に「社団法人ほけ老人をかかえる家族の会」に改め（社団法人ほけ老人を抱える家族の会京都府支部 2000: 9）、2006年6月から名称を「社団法人認知症の人と家族の会」に改めた。また、2010年に内閣総理大臣より公益社団法人の認定を受けて、現在、「公益社団法人認知症の人と家族の会」として活動を行っている。このように1994年以降、社会的に認知された公的な組織として活動を展開している。

2. 研究方法

2.1. 調査対象者および調査方法

2007年7月から10月にかけて家族の会会員14名に、半構造化面接調査を行なった（表1）。調査対象は、①結成当初から家族の会に関わってきた人、②現在家族の会で役員として積極的に関わっている人、③現在介護中の人、④体験を活かし積極的に家族の会の活動に関わっている人、⑤ソーシャルワーカーなど専門職として家族の

会に関わっている人に焦点をあてて、面接協力をお願いした。

面接の主な内容は、①家族の会に入会した経緯、②社会変化と家族の会の機能の変化（地域組織と全国組織）、③家族の会 A 県支部の支援ネットワークの現状と課題、④家族の介護・看取りと社会的活動であった。

2.2. 倫理的配慮

この調査では、筆者から調査協力者に研究の目的について説明し、話しにくい内容については、話せる範囲で構わないことやプライバシーの厳守について説明し、承諾した方のみ面接調査を実施した。面接の内容は IC レコーダーに録音すること、データの保管と処分までデータは厳重に保護されることを説明し実施した。また、面接の内容はフィールドノートにも記録した。面接は、プライバシーに配慮し個室で行った。IC レコーダーの記録をもとに逐語録を作成し、データ分析を行った。また、本研究は、個人が特定されないように、名前、年齢、性別、地域等のデータの取扱いに注意したうえで一部加工してまとめた。

2.3. 分析方法

面接を通して得られたデータを修正版グラウンデッドセオリー（以下 M-GTA）に基づき分析した。M-GTA は、研究対象の相互関係の中で現象がどのようにして起こるのか、データに密着しつつ解釈を積み重ねていくことにより独自の理論生成を可能にする研究方法である（木下 2003: 42-46）。この分析手法による概念化を試みた理由は、M-GTA は、生活問題を抱えている人々に専門的援助を提供するヒューマンサービスの領域を研究するのに適している（木下 2003: 25-29）からである。社会福祉士と看護師の経験をもつ筆者にとって、M-GTA は認知症の人の関わりや研究の中で得られた情報を分析し、現象を検証する方法として最も適していると思われたからである。

3. 研究結果

本研究におけるカテゴリーや概念の記載方法は次のとおりである。コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは〈 〉と標記する。M-GTA による分析の結果、1つのコアカテゴリーと、11個のカテゴリーが生成された。

調査協力者の概要は、インタビュー調査協力者の14名中8名が医療・福祉職の経験者であり、現在認知症の家族を介護中の方は1名であった。看取りを含めた家族の介護経験者10名、認知症の家族を2名以上介護した人は3

表1 面接協力者の概要

	職種等	家族介護 経験	要介護者との 関係	介護の形態	仕事と 両立	子育て と両立
A	保健師	あり	実母	職業的支援・別居	—	—
B	看護師	なし	—	職業的支援	—	—
C	看護師	なし	—	職業的支援	—	—
D	社会福祉士・介護福祉士	なし	—	職業的支援	—	—
E	社会福祉主事	あり	舅・姑	在宅・医療・福祉施設利用	○	—
F	看護師	あり	姑	同居	○	○
G	看護師	あり	姑・実母	別居（遠方から通い介護）	—	○
H	ホームヘルパー	あり	実母	別居	○	—
I	主婦	あり	舅	別居	—	—
J	主婦	あり	義姉	在宅・医療・福祉施設利用	—	—
K	主婦	あり	実父	同居	—	—
L	主婦	あり	姑・実母	同居	○	—
M	主婦	あり	姑	同居	—	—
N	主婦	あり	妻	同居	○	—

名であった。在職中に認知症の介護を行った人は5名であり、介護を理由に退職した人が2名であった。介護と子育てが重なった人は5名であり、遠方に別居中の親の介護を通いながら行った人は1名であった。

3.1. 認知症の正しい認識

〈認知症についての正しい認識〉がない場合は、トラブル、事件や事故などの発生要因になりうることを意味する。介護家族は、「こういう病気があるって知らないから」「何処に相談していいか分からない時代でしたから、ボケと言うのを、まだまだ隠したい頃なんですわ」「介護を知らないから虐待がある」「心はどこかに残っているんですってね」「それと目線を同じ目線に。あちらを変えることはできませんもんね。こっちが変わらなきゃね」と述べている。

つまり、1980年頃までは、認知症についての情報が少なく、〈認知症についての正しい認識〉が社会や専門職にも浸透していないため、情報や資源を求める方法も確立されていなかった。そのため、専門職を含む支援者は、認知症の人と介護家族との関わりを通して、認知症の症状と介護について当事者から学んでいた。そして、これまでの認知症への認識を覆す柔軟な発想で支援を行っていたようである。認知症になっても全てが出来なくなるわけではない。認知症の人の症状や能力を理解し、ストレスの視点で関わることにより、人間としての価値を見出すことはできるといえる。

2000年代に入り、認知症の研究は急速に進み、認知症に関する情報や相談機関も増加している。認知症高齢者についての情報や支援機関があったとしても、「知ろうとしない所には、何も入っていかないし、何にも変わら

ない。介護者自身が、知って、変わろう、みたいに前に踏み出さないと、人は何も与えてくれないし変わらない」というように、必要な知識を得ようとすることにより、介護負担や生きづらさの軽減に繋がれるといえる。

3.2. 問題を発見する

認知症高齢者の介護に関する〈問題を発見する〉ことを妨げる要因として、次のような事例があげられる。

「相手を何か差別の目で見たり偏見があったりすると、虐待に繋がっていきますよね」「介護中お母さんの首を絞めようとしたんですって。そして泣いて電話が来た。どうして私はこんなことをしたのか。はっとして手を離れたけれど、もう一度このようなことをしないとという自信はないって」「誰がキーパーソンかって言うことなんですけど、あまり昔みたいに長男の嫁って言う時代でもなくなってきています」「郷里の包括支援センターに相談に行きましたけど忙しいと思いました」

介護中は、冷静さを失い危険な行動をとる可能性もあり、早期に〈問題を発見〉し、適切な介入により事件や事故を回避する必要がある。〈認知症について正しい認識〉がないと問題の発見が遅れたり、発見を見逃してしまうこともある。また、本人が認知症を自覚していなかったり、家族が認知症を否認する場合もある。認知症の介護は世間体を気にするあまり、閉鎖的に介護が行われることもある。

認知症に関しての〈問題を発見する〉には本人や介護家族、地域や関係機関に関する情報を共有し共通認識で関わる必要がある。問題の発見が遅れる理由として、①相談機関に支援を求めても、対応する職員のスキルや問

題意識、認知症の人への関心の低さから問題が発見されない場合。②問題が発見されても、アセスメント能力の低さから、ニーズに応じた適切な支援に結び付けられない場合。③資源が限定的であり、適切な支援に結び付けられない場合。④関係機関の多忙さから問題が見逃されてしまう場合。⑤キーパーソンが不明瞭な場合（キーパーソンが複数いる場合。これまでの家族間のトラブルなどから、身内にキーパーソンとなりうる人がいない場合。身内も無く地域から孤立している場合。キーパーソンが遠方にいる場合）などが挙げられる。

相談機関が多忙な場合、相談者は相談をためらったり、十分話を聞いてもらえないのではないだろうかという不安を抱く場合もある。また、家族形態の変化や家族内の役割の変化に伴い、キーパーソンの存在も変化しているといえる。

3.3. 介入のプロセス

認知症介護には、認知症の症状や家族の介護に関する価値観や、社会の認識が影響する。〈介入のプロセス〉とは、認知症の人や家族に、いつ、誰が、どのように介入し、どのような支援に繋げるかということの意味する。認知症高齢者への支援には、情報の量や相談機関や介護支援サービスの量などに関して地域差がある。

社会全体が〈認知症についての正しい認識〉や情報、介護支援サービスもほとんどない環境の中で認知症の人の介護は、「私も最初はですね、精神病かなって思ったんですよ。恥ずかしいと言うか恥をさらしているような気がして」「呆けて言うのをまだ隠したい頃なんです」と述べている。つまり、閉鎖的な介護の場合は問題が発見されにくい面もあり、アウトリーチによる第三者の介入が必要といえる。

介入の方法としては、①同居または別居中の家族の介入、②地域医療の中でのかかりつけの医師らの介入、③保健所による介入、④近隣住民等による介入、⑤行政など制度や政策に基づく介入、⑥セルフヘルプ・グループなどボランティアによる介入などがある。

介入時期は、認知症に関する問題を発見する以前からの関わりにより、早期に問題を発見し、早期介入が望ましい。介入時期が遅れると事件や事故の発生につながる場合もある。認知症高齢者の状況によっては単独での介入が困難な場合もあり、様々な資源を活用し、複数で連携した介入が必要な場合もある。

介護家族は、「私は二人いるから、出て行けないって言ったら、行きましようかって（保健所の保健師が）言っ

てくださって」と述べている。家族によっては複数の要介護者の介護により支援を求めにくい場合があり、アウトリーチによる介入が行われていた。また、家族等に対して暴力行為がある事例では、医療機関や保健師によってアウトリーチによる介入が行われていた。認知症高齢者の支援では、緊急性を要する場合もあり、ニーズに応じた〈介入のプロセス〉を検討する必要がある。

3.4. 主体的に生きるプロセス

〈主体的に生きるプロセス〉とは、認知症の人も介護家族も、自分らしさを失わず、自分の考えや意見を持ち、自己選択と自己決定を基本とする生き方のプロセスのことである。

自分たちの権利や生き方は、自分たちの取り組みにより獲得することができる。認知症の人の介護は、在宅で介護を行うか、精神科病院などに入院させるか、施設に入所させる方法などの選択肢がある。介護者の中には、「精神科に入院させるぐらいだったらもう少し頑張ってみよう」という思いから在宅介護を選択した人もいた。認知症の人も主体的に生きるために、家族の会では、県や国へ陳情書を提出するなど、ソーシャルアクションを行っていた。また、自分の老後の生活をイメージし、歩きだそうとしている人もいた。つまり、介護中も、生活の中での喜びや楽しみを見つけるなど、自分らしく生きるためのプロセス〈主体的に生きるプロセス〉を構築していた。

3.5. 介護中の喜びや楽しみを見つける

認知症介護は介護期間が長期化することも多く、介護にゆとりをもち関わることにより介護負担が軽減し、在宅介護を継続的に行うことを可能にする。「介護が楽になれば母たちも楽になるわけですよ。いい介護が出来れば本人たちにもいいわけですよ。私は、介護が楽になる方法を常に考えていました」「突拍子もないことをして、腹が立つけど笑って、少し気を抜いて。何か、情がわかって言うのかな。介護を通じて何か、嫁姑という感覚がだんだん縮まっていったような、それはとてもありがたい点だったかなって。可愛らしいときがあるんですよ」と、〈介護中の喜びや楽しみを見つける〉など、喜怒哀楽のなかで介護を行っていた。

このように介護を行うことにより認知症の人と家族の心の距離が近づき、家族関係の再構築などに繋がり、援助者に何らかのプラスの影響を与えていた。

3.6. 看取り後の支援

〈看取り後の支援〉とは、介護を行っていた認知症高

齢者が亡くなった後の悲しみや悲嘆などへの支援のことである。認知症高齢者の介護は、看取りにより介護を終了することが多い。セルフヘルプ・グループの活動は、認知症の介護中だけでなく、看取り後も活動に参加していた。会員の中には、亡くなった家族への思いを、他者への支援を通して介護を振り返っている人もいた。例えば、介護中に関わった身近な高齢者を対象に、自宅を開放しサロンを定期的に開くなど、セルフヘルプ・グループの活動から学んだことを活かした活動を行っていた。つまり、看取り後の支援は、支援者と支援を受ける側との相互作用により、看取り後の気持ちを支えられていることを実感し、看取り後の回復に影響を与えていた。

3.7. 役割モデル

〈役割モデル〉とは、介護者のモデルとして機能することを意味する。わが国の特徴として、これまで家事や介護は主に、妻や嫁などの女性によって行われていた。しかし、妻が認知症になり、やむを得ず夫である男性が家事と介護を行うという状況もある。

介護者の中には、他の会員に支えられながら、認知症の配偶者の介護を積極的に行い、時には楽しみながら行っている人もいた。認知症の人は不安が強く目が離せないため、仕事を辞めて介護に専念している人もいた。また、仕事と家事を両立させながら介護を行い、認知症の人の不安感を少しでも取り除き、リロケーションダメージに配慮したケアの継続を実行している人もいた。様々な人がセルフヘルプ・グループの活動に積極的に参加し、活動に関わることにより〈役割モデル〉として機能していた。

3.8. 情報の発信や共有

認知症の介護に関する〈情報の発信や共有〉することにより、適切な支援に繋げる事ができる。セルフヘルプ・グループでは、認知症の人と介護経験者や専門職が中心となり支援を行っている。介護家族は、「新聞社からも言われたですよ。プライバシーにかかわる問題、家族の人とか、本人とかそんなことを書いて宜しいですかと念を押されましたけど、まあ、皆に分かってもらうためには、誰かが声を出さなければいけないから」と、自分の介護体験を、新聞社などのマスコミに提供し支援に繋げている人もいた。

認知症に関する最新の情報や介護方法など、認知症に関する〈情報の発信や共有〉することにより、介護負担も軽減すると思われる。新聞などのマスコミを活用する

ことで、より多くの人に認知症についての情報を提供することができる。しかしその一方で、プライバシーが侵害される可能性もある。

3.9. 信頼関係構築のプロセス

〈信頼関係構築のプロセス〉とは、保健師の取り組みや、セルフヘルプ・グループの活動の中での信頼関係構築のプロセスのことである。

介護家族は、「〇〇さんたちが来て、準備をして、その病院まで案内してくださって、そして、月に1回ぐらい来ますからね。だから、皆、凄く信頼していた」と述べている。保健師は保健所の中で相談援助や定期的在宅を訪問し、ニーズに応じた支援を継続することにより、認知症の人と介護家族との信頼関係を築いていた。また、セルフヘルプ・グループ活動に参加することにより、「いろいろな方の考えとか、家族の思いとかをある程度、本当の気持ちであろうということ、きれい事でないことが聞けますから、人と人との付き合い方というのかな、お互いの信頼関係が広がります」と、会員間の信頼関係を実感していた。

つまり、家族の会の会員たちは、長期化する介護の困難さを乗り越えられたのは、専門職やセルフヘルプ・グループのメンバーとの関わりや、活動が影響していると考えていた。

セルフヘルプ・グループの結成当初は、行政などに協力を働きかけても相手にしてもらえず、認知症や介護について理解してもらえない状況であった。そこで、「〇〇先生を呼んで、講演会をやったんですよ。ドクターで、そういう先生がいらっしゃるじゃないですか、色々なことを頼むときも、尋ねるときも、この先生に尋ねていたんですよ。私たちの非常に大事な相談役になっていかれたわけですね」と述べているように、医師など社会的に信頼度の高いと思われる人の協力を得ることにより、徐々に社会の信頼度を高めていたようである。

セルフヘルプ・グループの〈信頼関係構築のプロセス〉には、活動内容、活動力・組織力、会員数、会員個人の背景や属性、活動範囲や規模（地区活動、全国組織としての活動）が影響していた。また、継続的に活動を行なうことにより、信頼性の高いボランティアグループとして社会に認識され、発展し展望を続けていた。

3.10. 資源を自分たちの手でつくり出し、資源を育てる取り組み

認知症の介護家族は、自分たちの問題解決または改善に向けて、積極的にアドボケートしている。多くの人材

を確保し、それぞれの立場から意見やアイデアを出し合うことにより問題を明確にし、〈資源を自分たちの手でつくり出し資源を育てる取り組み〉が行われていた。

- ①課題の明確化と解決に向け、調査・観察・情報収集などを重ねていた。
- ②認知症についての理解や支援者を増やすために、講演会などの啓発活動を行っていた。
- ③資源としての活動力の確保および強化のために、様々な経験のある会員の確保に取り組んでいた。
- ④介護体験を集約しデータ化して、認知症の定義や介護の仕方などに活かしていた。
- ⑤セルフヘルプ・グループの会員は、個人的なネットワークも活動に活かしていた。
- ⑥財源確保として、認知症に関する映画の上映や、本の出版などにより収益を得ながら、一般市民に受け入れやすく分かりやすいと思われる方法で、情報を提供していた。
- ⑦社会改良的な取り組みとして、家族の会は、「介護保険制度ができるということで、制度の中身に声を出し、認知症の介護は大変だということで、毎年、いろいろな提言とか要望」を出し、制度などの改善を働きかけている。

3.11. 切れ目のない支援

制度上の支援は一定の枠内で支援が行われるため、柔軟性に欠ける面がある。認知症の介護は昼夜問わず介護が必要な場合も多く、柔軟に対応できる支援が必要である。支援方法として、いつでも、どこでも対応できる相談機関や情報の提供が求められる。また、緊急時の対応として、医療支援・警察・消防・近隣住民などの協力支援体制を整えることが必要である。認知症高齢者の心に配慮した支援の継続も大切な点として上げられる。

「認知症の人は徘徊、ろう便、異食、失禁をする。それを24時間看なきゃいけない」。また、保健所など公的機関では、「認知症の相談の個別相談は、認知症の家族と出会いがあっても、そのあとのフォローが出来ない」。そのため、認知症の人の心に配慮した〈切れ目のない支援〉を行うために保健所の保健師は、認知症高齢者の家族を集めグループワークを行った。

4. 考察

4.1. 認知症高齢者のエンパワメントへの取り組み

認知症の介護においては、認知症の症状に個人差はあるが、問題行動の出現や高齢者の人格の変容、あるいは

周囲の偏見などが起きやすい（和気 1998: 51）。介護家族は〈認知症についての正しい認識〉がないために、社会の偏見などにより生きづらさを感じ、世間体を気にしながら介護を行ってきたといえる。認知症についての正しい認識を得る為には“当事者の視点”を重要視した支援が求められる。認知症は誰でも起こりうる可能性があり、社会全体の問題として問題意識を高めながら取り組み、認知症についての正しい認識を社会全体に浸透させる必要がある。

認知症高齢者の介護家族は、〈認知症についての正しい認識〉が浸透していないことによるパワーレス状態から、個人レベルのエンパワメント、対人レベルのエンパワメント、政治レベルのエンパワメント（三毛 1997: 169-185）と、セルフヘルプ・グループの活動の中でエンパワメントのあり方も変化していた。セルフヘルプ・グループの活動も個人レベルから社会改良的な活動に重点がおかれるなど変化している。セルフヘルプ・グループは社会変化に応じて社会問題をいち早くキャッチし問題の根幹を明確にし、改善に向けた取り組みが行われていた。

認知症の人はすべてができないわけではなく、できる部分も残っており、社会の正しい認識と支援があれば、認知症の人の混乱を最小限にし、穏やかに生活を送ることができる。そのことを認知症の人本人が公の場で自分の思いに沿って語ることは、社会に大きな影響を与えられると思われる。

4.2. セルフヘルプ・グループと「当事者の視点」

認知症の支援においては、医学的な支援と生活支援を統合した支援が必要である。“当事者の視点”を重要視して関わることにより、認知症の人のニーズ把握ができ、認知症の人の自己実現にむけた支援を行うことができる。認知症やセルフヘルプ・グループについての理解を、専門職の養成や学校教育、社会教育に積極的かつ継続的に取り入れることにより、適切な援助に繋げられると思われる。

アウトリーチなどの支援は、エンパワメント・アプローチの一環として重要な意味を持つ（和気 1998: 183）。認知症の介護は、認知症の人の行動から目が離せない状況もあり、介護が閉鎖的に行われることもある。事件や事故の回避や、介護負担を軽減させるためには、柔軟な支援方法を検討する必要がある。柔軟な対応を行うためには、支援者として動ける人材の確保と人材育成や各関係機関との連携が必要である。

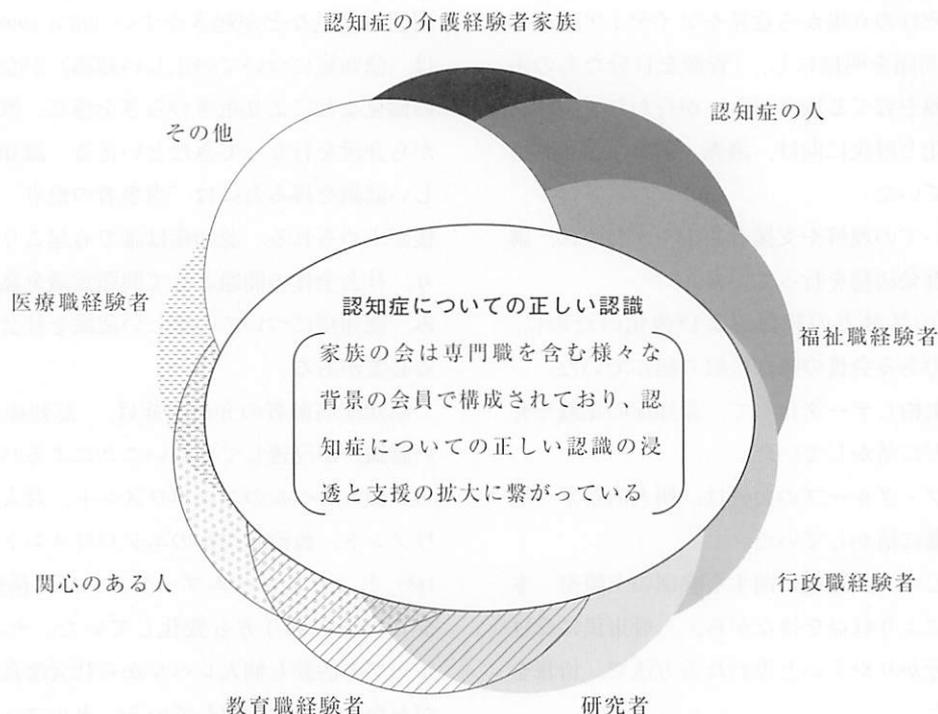


図1 専門職経験者がセルフヘルプ・グループに参加する事の意義・意味

人材確保は活動力に影響するため、家族の会では、講演会などの機会を利用し、参加者に入会を勧めていた。家族の会の支部の中には、訪問活動を行なっているところもあり、ニーズに応じた柔軟な活動が行われていた。

4.3. 専門職が参加することによる効果

セルフヘルプ・グループの活動について、中田（2000: 40-47）は、「セルフヘルプ活動とソーシャルワークの基本的に異なる点として前者にはメンバーが集積した体験的知識はあるが、後者の専門的に体系化された技術や知識はない」と述べている。家族の会は、認知症高齢者の介護家族をはじめ、専門職や様々な経験を持つ会員で構成されており、お互いの経験や能力を活動に活かしている。専門的に体系化された技術により認知症の人への支援が行なわれている点は、中田によるセルフヘルプ・グループの概念規定と一致しなかった。

認知症は、医療的な支援と保健・福祉的な支援が必要であり、状況に応じた支援を行なうためには様々な分野との連携が必要である。また、危機介入など専門的な技術と判断に基づく対応が必要な場合もある。セルフヘルプ・グループ活動に専門職が参加することにより、共通認識と情報の共有化により危険回避や適切な支援に繋げることができると言える。つまり、セルフヘルプ・グループでは専門職が活動に参加することにより、認知症の人と家族からの情報をもとに認知症についてのデータ

をまとめ、認知症についての正しい認識を明確化し、社会に浸透させるための支援が可能になっていると考えられる（図1）。

4.4. 家族の会の取り組みと公的機関との相互補完的關係

介護保険制度施行により要介護高齢者の、保健・医療・福祉の統合的な支援が体系化され始めた。しかし、認知症高齢者などの要介護高齢者に対する社会資源の絶対量が不足している為、地域によっては選択肢が極めて限定的な場合もある（畠中 2006: 1-21）。制度や政策にもとづく支援は、常に問題が発覚し社会問題化してから対応が検討されるため、常に事後的な支援になる傾向がある。また、制度の枠内のみで認知症高齢者などの要介護者の支援を行なうには限界がある。公的な資源で補えない部分をボランティア活動などのインフォーマルな資源で補うことにより、地域での生活の継続が可能となる。

地域での生活は、年代、家庭、個人ごとに多様な問題を持ち、重複する問題を抱えている場合もある。認知症高齢者に関する問題は、人権的な問題も絡み合っていることもあり、包括的な支援が必要である（池田 2006: 133-139）。永島（2005: 3-6）は、認知症ケアの鍵を握るのは、市町村行政で認知症ケアに携わる担当者の理解であり、地方自治体の担当者が認識に欠ける面があることを指摘している。中垣（1998: 49-69）は、人材養成と社会福祉

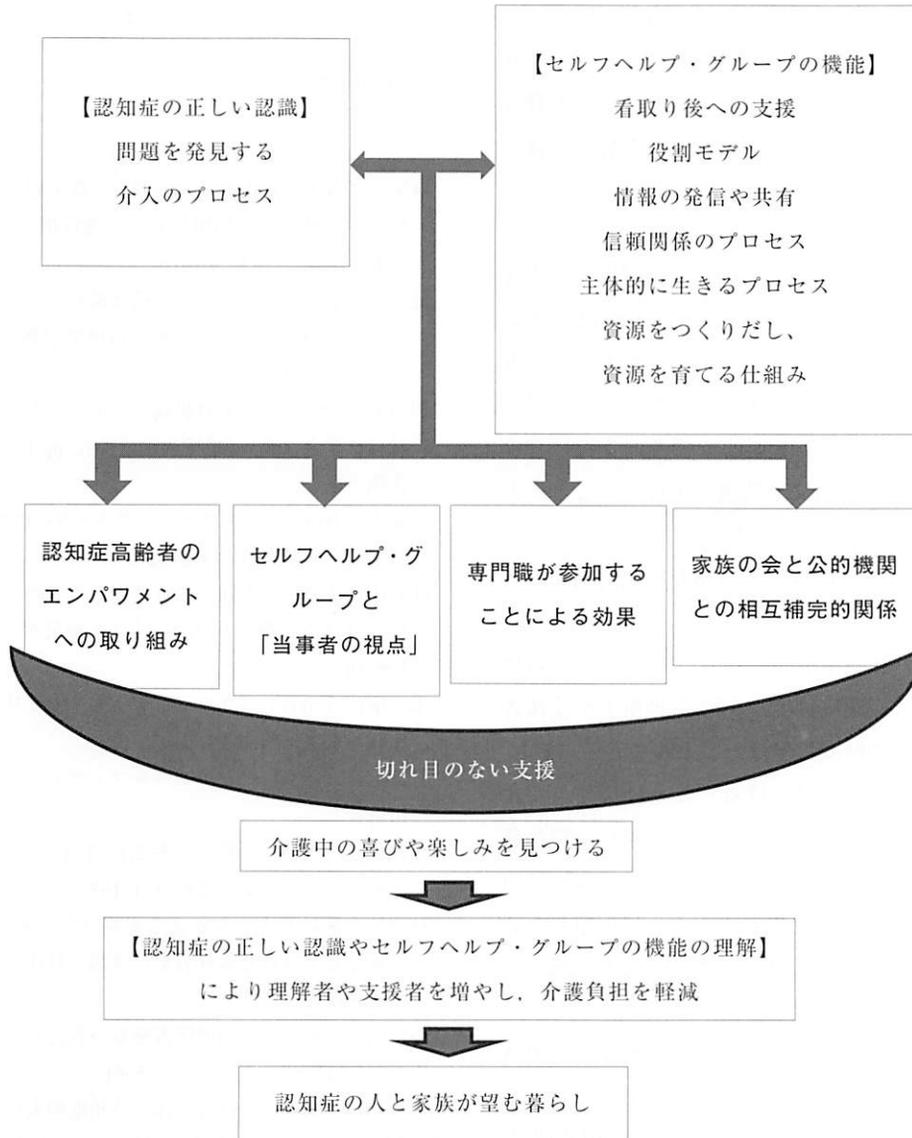


図2 セルフヘルプ・グループの機能を活かした認知症高齢者の支援システム

行政・機関の人材の配置について、行政現場における人事の体系化はきわめて不明確であり、社会福祉主事の専門性を軽視しており、一般行政事務職として採用している例が殆どであると指摘している。

面接調査では、認知症支援についての行政の取り組みに問題があるという意見への言及も含まれていた。認知症高齢者の支援システムを構築する中で、地方自治体の担当者が専門的な認識に欠けていることが、適切な支援に結びつかない要因の一つとなりうる。適切な支援を行うためには、相談や支援機関の担当者の専門性や問題意識を高め、地域活動などアウトリーチを重要視した、実態把握・介入・支援などの取り組みが必要である。

家族の会では、1980年より介護実態や認知症についての全国調査を行い、研究結果に基づいた支援活動を行っ

ており、介護保険制度の改正などにも影響を与えている。ここには、家族の会の取り組みと公的機関との相互補完的關係が見られる。

5. まとめ

本研究において生成されたコアカテゴリーは、【認知症の正しい認識やセルフヘルプ・グループの機能の理解】であった。セルフヘルプ・グループの重要性や認知症についての正しい認識が社会に浸透していないことが、適切な支援の不十分さに影響している可能性が高いことが示唆された。また、家族の会の会員は、セルフヘルプ・グループの活動を通して自己成長し、社会的な役割を感じつつ認知症高齢者の支援のための社会づくりに取り組んでいた。認知症高齢者が望む地域での暮らしを

支えるためには、保健・医療・福祉・教育及び研究における多面的で統合的な支援が求められることが示唆された。そして、認知症の人自身をも含めた全ての人が資源として機能しうる存在であり、多様な資源を育ててゆくことの大切さが示唆された。

認知症高齢者のエンパワメントへの取り組みや、セルフヘルプ・グループと「当事者の視点」に配慮した支援により、認知症の人が主体的に生きることが可能となる。また、専門職が参加することによる効果として、専門的で体系化された〈認知症の正しい認識〉に基づく〈情報発信や共有〉により、多面的で総合的支援に繋げることができる。家族の会に専門職が参加することにより、社会的な信頼感を得ることに繋がっている。そして、家族の会の取り組みと公的機関との相互補完的關係にあり、家族の会は成長を続けている。

【認知症の正しい認識やセルフヘルプ・グループの機能の理解】により、認知症の人に対する理解者や支援者を増やし、介護負担の軽減に繋げることができる。また、〈介護中の喜びや楽しみを見つける〉ことにより長期化する認知症介護を可能にし、認知症の人と家族が望む暮らしを助けることに繋がる。セルフヘルプ・グループの機能を活かすことにより“当事者の視点”に配慮した認知症高齢者の支援システムの構築に繋がるといえる(図2)。

本研究は、公益社団法人認知症の人と家族の会のA県支部の取り組みについて焦点を絞り研究を行った。また、主に結成当初から家族の会に関わってきた人に焦点を絞り研究を行った。2007年に実施した面接調査をもとに分析しまとめたものであり、調査より8年経過している。現在、認知症の人を取り巻く環境は大きく変化しており、認知症の人と家族介護に関するニーズも多様化している。家族の会は、結成時より成長を続けており、セルフヘルプ・グループの機能も変化してきているため、本研究結果と現在の状況に変化が生じていることが予測される。今後も認知症の人と家族の会の取り組みを参考に、認知症高齢者支援システムとセルフヘルプ・グループ機能に関する研究を継続していきたい。

謝辞

最後に、本研究の調査に協力して下さり多くの貴重なご意見を下さった、社団法人認知症の人と家族の会 A 支部代表をはじめ世話人や会員の皆様から感謝申し上げます。そして、貴重なご助言やご指導くださいました高木邦明教授、中山慎吾教授、鹿児島国際大学大学院の諸先生方に深く御礼申し上げます。

注

- 1) 看取り後の支援については、フィールドノートによる分析結果である。

文献

- 麻原きよみ・百瀬由美子 (1997). 「在宅要介護老人の介護者の世間体とサービス利用および介護負担感に関する研究」『老年看護学』, 2 (1): 97-105.
- 池田恵利子 (2006). 「地域包括支援センター事業を見据えた地域連携実践について」『老年精神医学雑誌』, 17 (増刊号-II): 133-139.
- 岡知史 (1997). 「当事者組織・セルフヘルプグループ」日本地域福祉学会 (編)『地域福祉事典』, pp.126-127. 東京: 中央法規出版.
- 岡知史 (1990). 「セルフヘルプグループの概念をめぐって」『社会福祉学』, 31 (1): 103-127.
- 鹿野由利子・花上憲司・木村哲朗・本間昭 (2003). 「痴呆の早期受診はなぜ難しいのか」『日本痴呆ケア学会誌』, 2 (2): 158-181.
- 木下康仁 (2003). 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』東京: 弘文堂.
- 久保紘章 (1997). 『セルフヘルプ・グループ』東京: 岩崎学術出版社.
- 窪田暁子 (1991). 「成立の社会的背景からみたその特質」『東洋大学大学院紀要』, 28: 151-163.
- 社団法人呆け老人をかかえる家族の会 (編) (2000). 『ほけても安心して暮らせる社会を』京都: 社団法人呆け老人をかかえる家族の会.
- 谷口明広 (2005). 「知的障害をもつ人たちのピアカウンセリング」『さぼーと』, 52 (9): 55-61.
- 永島光枝 (2005). 「社会全体で認知症の人に対する理解を深める必要がある」『月刊介護保険』, 10 (113): 3-6.
- 中垣昌美 (1998). 「社会福祉の歴史と社会福祉教育」一番ヶ瀬康子・大友信勝・日本社会事業学校連盟 (編)『戦後社会福祉教育の五十年』, pp.49-69. 京都: ミネルヴァ書房.
- 中島紀恵子 (1989). 「日本のセルフ・ヘルプ・グループ」『日本保健医療行動科学会年報』, 4: 21-32.
- 中田智恵海 (2000). 「セルフヘルプ・グループはソーシャルワークとは無縁か」『ソーシャルワーク研究』, 26 (3): 40-47.
- 日本弁護士連合会 (編) (1996). 『高齢者の人権と福祉』神奈川: こうち書房.
- 畠中宗一 (2006). 『老人ケアの中の家族支援』京都: ミネルヴァ書房.
- 三毛美予子 (1997). 「保健・医療ソーシャルワーカーのエンパワメント実践の現状と志向について」『医療社会福祉研究』, 6 (1): 40-55.
- 三毛美予子 (1997). 「エンパワメントに基づくソーシャルワークの実践の検討」『関西学院大学社会学部紀要』, 78: 169-185.

- 和気純子 (1998). 『高齢者を介護する家族』 東京：川島書店.
- 山添洋子 (2006). 「会の名称について」, 社団法人ほけ老人を抱える家族の会京都府支部 (編) 『笑顔の支えあい』, pp.38-39. 京都：社団法人ほけ老人を抱える家族の会京都府支部.