

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2015年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

**【研究テーマ】**

「在宅認知症高齢者の家族支援に対する在宅ケア専門職の実践と  
家族介護者の認識－訪問看護導入事例の分析より－」

申請者：高橋 芙沙子

所属機関：兵庫県立大学大学院看護学研究科博士前期課程

提出年月日：2016年8月31日

## I. 諸言

日本は 2013 年の高齢化率が 25.1%に達し、2025 年には 30%を超えるると予想されており、世界でもいち早く超高齢社会を迎えている。また、少子高齢化に伴い、家族構成の変化も起こっている。65 歳以上の高齢者のいる世帯は全体の 43.4%で、そのうち「高齢者の夫婦のみの世帯」は 37.5%にも上り、年々増加している（内閣府，2014）。また、女性の社会進出や介護観の変化など、家族介護力の低下も起こっている。更に、世界的な動向でもあるが、日本でも認知症患者数が増加しており、2010 年には全国推計認知症有病者数は約 439 万人であった。そのうち認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は推計 280 万人で、その半数の約 140 万人が在宅で生活している（厚生労働省，2013）。このことから、認知症の人の在宅介護を主に担っているのは、同じく高齢の配偶者やその家族であることが推測できる。国は介護保険制度やオレンジプランの施行など、在宅医療の基盤の整備に努めているものの、依然として家族介護者への介護力としての期待は大きいものがある。このように家族介護力の低下が高齢者介護の喫緊の課題となっている。

認知症高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続するためには、主介護者である家族介護者の認知症への理解と介護への協力は欠かせない。しかし、認知症の在宅介護は、その他の疾患への介護に比べ、家族介護者が精神的・身体的介護負担を感じやすいとされている。家族介護者が介護負担等により、認知症高齢者へ適切な対応ができなくなることで、認知症の行動・心理症状（BPSD）が出現し悪化することが報告されている。家族介護者が精神的・身体的に安定した状態で認知症高齢者に関わることが、認知症在宅介護には欠かせない。家族介護者への支援は、介護負担が限界に達し、介護が破綻する段階になってようやくなされることも多い。在宅認知症ケアは、要介護者である認知症高齢者本人へのケアは勿論のこと、その家族介護者への支援も同様に重要である。家族介護者は認知症高齢者へのケアチームの一員であると共に、ケアの対象者でもあるといえる。

在宅で療養する認知症高齢者のケアに携わっている訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士の各専門職は、それぞれの立場から、家族支援が必要であるとの認識をもっていることが報告されている。在宅認知症高齢者へのケアは、多職種が連携・協働することが必要であると言われているが、家族支援に関しても同様である。しかし、在宅ケア専門職が多職種で連携しながら行っている家族支援の実践に関する報告はほとんどみられない。在宅ケア専門職は、各専門職間で連携・協働することが重要であるという認識はあるが、実際にどのようにそれぞれの専門性を発揮し、連携しているのか、そこに職種間で共通性や相違点があるのかは明らかにされていない。また、当事者である家族介護者自身が、各専門職からの支援をどのように捉えているのかは明らかにされていない現状もある。

そこで本研究では、在宅で療養する認知症高齢者の実際の事例を通して、事例に関わっている訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士の各専門職が、それぞれの立場から認知症家族支援についてどのように捉え、ケアを実践しているのか、また、当事者である家族介護者が、各専門職からの支援をどのように認識しているのかをインタビュー調査により明らか

にし、専門職と家族介護者双方の視点からの家族支援の実態を明らかにすることを目的とした。

専門職と当事者双方が捉える家族支援に対する認識が明らかになることで、家族のニーズに即した効果的な支援の在り方について講じる基礎資料となると考える。また、在宅ケア専門職の円滑な多職種連携・協働により、家族支援の質が向上することで、家族の介護負担の軽減や介護継続への支援が適切になされ、ひいては在宅認知症高齢者自身の介護の質向上に繋がり、認知症高齢者と家族が共に安心できる在宅療養生活の継続に向けた一助となると考えた。

## II. 研究目的

在宅ケア専門職である訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士が、在宅認知症高齢者の家族支援をどのように捉え、実践しているのかを明らかにする。また当事者である家族介護者が、専門職による支援についてどのように認識しているのかを明らかにすることを目的とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接法による質的記述的研究

### 2. 研究協力施設および研究協力者

研究協力施設：A 県下で居宅介護事業所、訪問介護事業所を併設する訪問看護ステーション1施設を研究協力施設とした。

研究協力者：

- 1) 介護保険の居宅サービスである訪問看護、訪問介護を利用し、多職種からの支援を受けている在宅認知症高齢者の、同居、または近隣に在住している主介護者である家族。
- 2) 1) の在宅認知症高齢者の在宅ケアに携わっている、訪問看護・認知症看護の認定看護師資格を所有する訪問看護師、または在宅看護・老人看護専門看護師資格を所有する訪問看護師、もしくは訪問看護の臨床経験が5年以上ある訪問看護師。
- 3) 1) の在宅認知症高齢者の在宅ケアに携わっている、常勤、もしくは所属機関の管理者から推薦のあった介護支援専門員・介護福祉士の各1名。
- 4) 1)～3) の4名を1事例とし、3事例程度（計12名程度）を研究協力者とした。

### 3. データ収集方法

研究協力への同意を得られた研究協力者を対象に、1事例につき1人1回1時間程度、インタビューガイドに基づき個別に半構成的面接を実施した。インタビューは研究協力者の了承を得た上で、ICレコーダーで録音した。

インタビューは、各専門職に対しては、実践している家族支援の内容、家族支援の捉え方、多職種連携として実践していることやその課題などについて、自由に語っていただいた。家族介護者に対しては、各専門職から受けている支援の内容、各専門職からの支援をどのように感じているかについて自由に語っていただいた。

#### 4. データ分析方法

本研究では、インタビュー対象者は1事例につき各専門職および家族介護者の4名であるが、対象となる事例は記述の選定要件を満たす3事例程度の少数事例を取り扱うことになった。しかしながら、在宅認知症高齢者の認知症の進行度合いや症状、その他の疾患の有無、家族背景や家族介護者の心身の健康レベル、介護への協力度合い、経済状況、住環境、インフォーマルサポートの有無など、事例ごとに特殊性と個別性があると思われた。そのため、事例の特殊性や個別性を尊重しつつ、各事例から生じる文脈や背景を詳細に記述し、全体像と現象の特性を捉えることができるように、事例ごとにインタビュー内容を一つ一つ丹念に分析した。事例ごとに、ICレコーダーに録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、テキストデータを作成した。テキストデータを読み込み、意味内容を把握した後、家族介護者から得たテキストデータからは、自身が各専門職から受けていると考える支援や、各専門職に期待する役割について、質的意味を損なわない範囲内で区切って抽出・コード化した。専門職から得たテキストデータからは、実践している家族支援や、自分たちの役割についての認識、また多職種との連携に関する記述を、質的意味を損なわない範囲内で区切って抽出・コード化した。全てのコードを、意味内容の類似性と相違性を比較しながら、類型化し、サブカテゴリー化した。更にサブカテゴリーを、内容別に類型化し、抽象度を高めてカテゴリーを生成した。

#### 5. 研究期間

2015年8月（研究倫理委員会承認後）より、2016年8月31日まで

### IV. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て実施した。

### V. 結果

3事例、計9名、延べ12名の研究協力者から研究協力を得た。インタビューの平均時間は59分であった。事例の概要を表1に示した。結果は「各専門職が実践している家族支援と家族支援の捉え方」（表2）、「各専門職が実践している多職種連携」（表3）、「家族介護者が捉える各専門職からの支援」（表4）の3つの視点に大別された。

以下、結果を事例ごとにまとめた。抽出されたカテゴリーを【 】で示した。

## 1. 各専門職が実践している家族支援と家族支援の捉え方

### 1) 事例 A

全ての専門職が、家族介護者の不安への支援を行っていた。訪問看護師は、家族介護者の不安の対象と原因をアセスメントし、話を聞いて相談に乗り、不安を次回訪問に持ち越さないようにその場で解決するなど、家族をケアの対象者として捉え、アセスメントに基づくケア提供により【不安への対応】を行っていた。介護支援専門員は、介護保険制度においては、要介護者や家族介護者が初めに関わる在宅ケア専門職であり、介護初期の、家族介護者が介護に不慣れな時期に頻繁に電話対応するなど、【介護初期の不安の軽減】を行っていた。介護福祉士は、本事例では、家族介護者と接する機会是要介護者の透析送迎時に限定されていたが、【家族介護者の不安を軽減することが大切】と家族支援を捉えており、家族介護者が不安を最も訴えていた、【透析送迎に関する不安の軽減】を行っていた。

また、訪問看護師と介護支援専門員は、家族介護者の【介護負担の軽減】を行っていた。訪問看護師は、【家族介護者が自分の人生と介護のバランスを保てるように支援】するため、家族介護者が行っている介護を認め、無理をせずに妥協できる点を作りながら介護を継続できるように伝え、家族介護者の体調確認を行い、介護の方法に関するアドバイスを行うなど、精神的・身体的な【介護負担の軽減】を行っていた。介護支援専門員は、【介護支援専門員が家族支援のかじ取り役】と捉え、サービスの調整役としてケアプランを立案するなど、【サービス調整による介護負担の軽減】を実施していた。

さらに、訪問看護師は、家族介護者が認知症を理解し、要介護者の認知症症状へ適切な対応をとれるように、また、家族介護者が介護に対して精神的にゆとりを持って取り組めるように【疾患への理解を支援】していた。

このように、各専門職はそれぞれの専門性をもって家族支援を実践していた。

### 2) 事例 B

全ての専門職が、家族介護者の介護負担軽減に努めていた。訪問看護師は、要介護者への直接ケアによる家族介護者の負担軽減に加え、家族介護者の体調確認、介護への努力を労い介護継続への意欲を促進するなど、家族介護者自身への支援による【介護負担の軽減】を行っていた。介護支援専門員は、介護負担を軽減するためのケアプランを立案し、【サービス調整による介護負担の軽減】を行っていた。介護支援専門員は、【要介護者と家族介護者の間に立ち調整する】、【家族介護者が自分の生活と介護のバランスを保てるように支援する】役割を家族支援として捉えており、家族の成員間におけるコーディネーターとしての役割を意識していた。介護福祉士は、本事例では家族介護者と接する機会が最も多く、介護に関する相談に乗り、愚痴や介護の辛さを家族介護者が話しやすいように積極的にコミュニケーションを取っていた。家族介護者の頑張りを労い、無理をしなくてよいことも伝えていた。また、要介護者の身体介助と、家族介護者の体調確認をするなど、幅広く家族介護者を支援

することで【介護負担の軽減】を行っていた。

訪問看護師は、介護負担の軽減に加え、要介護者の体調をアセスメントし、適切に対応することで、家族介護者に安心を得てもらい、家族介護者から不安の訴えがあれば対応する、など【不安への対応】も行っていた。訪問看護師は、家族介護者の認知症介護に対する先の見えない不安を理解し、家族に寄り添うことを重要と捉え、【家族介護者が認知症の介護を安定して継続できるように支援】していた。また、【家族介護者が意思決定できるように支援する】ことも意識して行っていた。

### 3) 事例 C

全ての専門職が、要介護者と同居していない家族介護者のために、要介護者に関する情報提供を行っていた。訪問看護師は、家族介護者が要介護者の状態を把握できるように、また家族介護者と専門職の要介護者の症状に対する認識を一致させるために、【要介護者の精神的・身体的状況についての情報共有】を行っていた。介護支援専門員は、介護支援専門員ができる限り要介護者と関わり、家族介護者に役立つ情報提供をすること、家族介護者を傾聴することで、【介護負担の軽減】を行っていた。しかし、要介護者の介護は家族介護者に協力してもらわなければ成り立たないため、【家族介護者にもキーパーソンとしての役割を担ってもらい】ことは引き続き期待しながら、【家族介護者の生活と介護のバランスが保たれるように支援】していた。介護福祉士は、本事例では要介護者への支援が中心で、家族介護者とは【サービス担当者会議での情報共有】を行っていた。

訪問看護師は、要介護者が混合性結合組織病や心疾患を持ち、それらと認知症の精神症状が関連して起こっていたため、【病状の説明は訪問看護師の役割】と考え、家族が要介護者に何が起きているかを知り、これから起こり得ることへの心構えができ、対応できるように【疾患への理解を支援】していた。また、家族介護者には自身の家族もあり、家族介護者の生活を守りながら介護ができるように、【家族介護者が1人で介護の責任を負わないように】、【家族介護者の生活と介護のバランスを保てるように支援】していた。

3事例から得られた在宅ケア専門職の家族支援の特徴は、訪問看護師は、「家族介護者をケアの対象者として捉えて支援する」、「家族介護者の疾患への理解を支援する」であった。介護支援専門員の特徴は、「要介護者と家族の間の調整をする」、「家族支援のかじ取り役」であった。介護福祉士の特徴は、「家族介護者に一番近い存在として、介護者に寄り添った支援をする」であった。

## 2. 各専門職が実践している多職種連携

### 1) 事例 A

訪問看護師は、【他専門職へ医療的視点からのアドバイスをする】という、他専門職に教育的関わりをする役割を担っていた。介護支援専門員は、介護初期から家族介護者に関わる

ため、専門職側の窓口としての役割を担っていた。またケアのコーディネーターとしての役割を果たしていた。同時に【各専門職の専門性を互いに尊重し協働】しており、ケアプランを立案する立場ではあるが、各専門分野に関しては、その専門職を信頼し任せていた。介護支援専門員と介護福祉士は、【情報の共有】を多職種連携として行っており、情報交換を意図的に行って、ケアの方向性を共通認識として持つことを実施していた。

## 2) 事例 B

全ての専門職が、【情報の共有】を連携として実践していた。全ての職種に共通して「同一事務所で連携が取りやすい」と感じており、顔が見える相手と話をしやすい環境は、多職種での情報共有において有効な手段の一つであった。

訪問看護師は、介護支援専門員を要介護者、家族介護者、専門職を含めた【ケアの調整を行う】役割と捉えていた。介護支援専門員は、【各専門職の専門性を互いに尊重し協働する】、【多職種で意見交換しケアの方向性を決定する】ことを行っていた。介護福祉士は、【介護支援専門員とはお互いに意見交換】をし、【訪問看護師に医療的なケアのフォローアップをしてもらう】と捉えていた。

## 3) 事例 C

訪問看護師と介護福祉士は、【情報の共有】、訪問看護師と介護支援専門員は、【各専門職の専門性を互いに尊重し協働する】ことを共通認識していた。

訪問看護師は、【疾患への理解を支援し対応をアドバイスする】ことを実践し、介護支援専門員と介護福祉士は、訪問看護師に対し、【訪問看護師が医療的視点からの支援を行う】、【訪問看護師にケアに関する相談をする】と捉えていた。

訪問看護師は、【介護支援専門員が在宅療養のかじ取り役】と考えており、連携の中心として介護支援専門員を捉えていた。しかし、介護支援専門員は、本事例では、【訪問看護師が家族介護者との窓口】と感じており、訪問看護師が専門職側の窓口としての役割を担っていると考えていた。

介護福祉士は、【介護福祉士が訪問中に対応できなかったことのフォローを他専門職がしてくれる】と訪問看護師と介護支援専門員に対して考えており、限られた時間の中で互いの専門性を活かした連携を行っていることが示された。

3事例から得られた、在宅認知症高齢者の家族支援における多職種連携での各専門職の役割は、訪問看護師は、「他専門職に教育的に関わる役割」、介護支援専門員は、「ケアのコーディネーター」、介護福祉士は「訪問回数が多く、家族介護者の情報を多く持っている」ことであった。

また、在宅ケア専門職は、「情報の共有」、「各専門職の専門性を互いに尊重し協働する」ことを共通して行っていた。

### 3. 家族介護者が捉える各専門職からの支援

#### 1) 事例A

家族介護者は訪問看護師に対して、【要介護者の病気に対する相談と対応をしてくれる】、【介護者である自分の身体的・精神的負担を気にかけてくれる】と感じており、訪問看護師が実施している支援と合致していた。また、訪問看護師の訪問を、【訪問が介護者である自分の生活の刺激になっている】と感じていた。

家族介護者は介護支援専門員に対して、【介護に関するサービスの調整をしてくれる】、【介護者である自分のことも気にかけてくれる】と感じており、介護支援専門員が自分のニーズと照らし合わせてケアプランを立案してくれるなど、介護支援専門員が実施している支援と合致していた。

家族介護者は介護福祉士に対して、【要介護者に配慮して自分の話を聞いてくれる】と感じており、家族介護者と接する時間が短い中で、介護福祉士が家族介護者とコミュニケーションを取り、支援を行おうとしていることを感じていた。介護福祉士は透析送迎に関する不安に対する支援を行っていたが、家族介護者から言及はなかった。

#### 2) 事例B

家族介護者は訪問看護師に対し、【介護者である自分の身体的・精神的負担を気にかけてくれる】と感じており、訪問看護師が実施している家族支援と合致していた。

家族介護者は介護支援専門員に対し、介護初期に専門職側の窓口として関わり、介護に慣れるまでの【介護初期の身体的・精神的介護負担の軽減】をしてくれたと感じていた。介護が安定してからは、【介護が安定しているので定期的な訪問で話をする】、【介護者である自分が介護を継続できなくなった場合に備えて対応をしてくれた】と感じており、家族介護者は介護支援専門員を、介護に関する調整をしてくれる役割であると捉えていた。これは介護支援専門員が実施している【サービス調整による介護負担の軽減】と合致していた。

家族介護者は介護福祉士に対し、【要介護者への身体介助による身体的介護負担の軽減】、【話を聞いてもらうことでストレス発散できている】と感じており、介護福祉士が実施している家族支援と合致していた。また、【専門職との窓口になってくれる】とも感じており、介護福祉士が専門職の中で最も親しみのある存在で、何でも相談できる職種であると感じており、介護福祉士は最も身近で支援してくれる職種であった。

#### 3) 事例C

家族介護者は訪問看護師に対し、【要介護者の状況や病状に関しての情報とアドバイスをくれる】と感じていた。訪問看護師は、疾患に関する情報提供と教育的関わりを担っており、訪問看護師が実施している家族支援と合致していた。

家族介護者は介護支援専門員に対し、【介護支援専門員が専門職との窓口になってくれ



る】、【要介護者に関する情報を提供してくれる】と感じており、何か相談がある場合は介護支援専門員がキーパーソンであると考えていた。これは介護やサービスに関する情報提供を行っているという、介護支援専門員が実施している家族支援と合致していたが、専門職側の窓口としての役割に関しては、介護支援専門員と家族介護者の間で捉え方の違いがみられた。

家族介護者は介護福祉士に対し、接する機会が限定されているとしながらも、【要介護者の様子を尋ねるとおしえてくれる】と感じていた。介護福祉士の【サービス担当者会議での情報共有】だけではなく、訪問中にも介護福祉士は家族支援を実践していることが示唆された。

3事例から、家族介護者は各専門職からの支援を、訪問看護師は「要介護者の病気に関する相談と対応をしてくれる」、介護支援専門員は「介護サービスの調整をしてくれる」、介護福祉士は「話を聞いてもらいストレス発散できる」と捉えていた。

## VI. 考察

各専門職は家族介護者に対し、それぞれ専門的な立場から支援を行いながら、互いの立場を尊重しつつ、療養者の情報やケア目的を共有し、多職種連携による家族支援を実践していた。また、家族介護者は各専門職の役割や提供可能な支援を区別して認識していた。

これらの結果を踏まえ、1. 在宅ケア専門職の認知症家族支援の特徴、2. 在宅認知症高齢者の家族支援における多職種連携の実際と課題、という2つの視点から考察を行った。

### 1. 在宅ケア専門職の認知症家族支援の特徴

訪問看護師の在宅認知症高齢者の家族介護者に対する支援では、馬場先（1999）が述べているように、要介護者の病状に対する家族介護者の理解、精神的・身体的介護能力、介護環境、マンパワー、福祉サービス活用状況などを相対的にアセスメントし、具体的にケアプランを策定することが必要である。また、平原（2013）が、認知症家族介護者は身体的・精神的・社会的側面において、様々な思いや負担を抱えており、介護者が抱えている介護負担は何か、またその要因は何かということ、個別性に着目しアセスメントすることが求められる、と述べているように、家族介護者を「要介護者へのケア提供者」としてだけでなく、「家族介護者をケアの対象者として捉えて支援する」という視点をもって、看護アセスメントに基づきケア提供することが、訪問看護師の支援の特徴の一つであった。

訪問看護師はまた、医療の専門的視点から、家族介護者へ疾患に関する知識を提供し、認知症症状への適切な対応をアドバイスするなど、「家族介護者の疾患への理解を支援する」教育的支援を実施していたことが特徴的であった。認知症の BPSD は、疾患そのものの症状というより、本人と周囲の人との関係性によって悪化する場合が多い（池田，2014）。要介護者の認知症症状に対して、家族は知識や技術不足により不適切な対応に陥りがちで

あり、それにより症状の悪化を引き起こし、介護負担が増大することが指摘されている（前場，山田，水主，2009）。また、介護者の認知症に対する知識不足や介護技術不足は、高齢者虐待の大きな要因として挙げられている（前場ら，2009）。家族介護者が認知症を理解し、適切に対応できることは、要介護者の BPSD の予防や改善、また虐待予防にもつながる。訪問看護師は、医療の専門職として、知識提供や対応をアドバイスするなど教育的役割を担っている。

介護支援専門員は、家族介護者の疾患への理解を支援する、要介護者の状態や介護者に役立つ情報提供をする、サービス調整による介護負担の軽減、無理な介護をしないように家族介護者に伝える、要介護者と家族の間に立ち調整することなど、畑ら（2010）が介護支援専門員が主に行う 5 つの家族支援として示唆する、家族介護者への教育的支援、情報提供支援、サービス提供支援、心理的支援、家族調整支援という役割を果たしていた。認知症の介護においては、特に家族の介護負担が大きく、在宅療養を継続するためには、要介護者本人に加え、家族介護者に配慮したケアプラン立案が不可欠である。介護保険制度において、《家族支援のかじ取り役》としてサービスを調整することは、介護支援専門員の家族支援の特徴である。また、介護支援専門員は、要介護者と家族介護者の双方に必要なサービスをバランスよくケアプランに組み込まなくてはならない。介護支援専門員は、要介護者と家族介護者のどちらか一方が 100% 満足 of いくサービスを受けていても、他方が不満を抱えたままでは介護生活は破綻すると捉え、《要介護者と家族の間の調整をする》役割を担い、双方が互いに妥協する部分を作り、互いが納得したケアプランを立案していた。

介護福祉士の強みは、訪問回数が多く、家族介護者の状態をよく把握していること、また医療や看護とは異なる視点から要介護者と家族の生活を見ることができることである（渡辺，2001）。家族介護者は、介護福祉士には介護以外の日常生活に関する話もし、それによって家族介護者のストレスが発散されるという家族介護者からのフィードバックがあった。介護福祉士は、在宅ケア専門職の中でも、家族介護者にとっては身近で親しみやすく、身構えずに話せる存在である。ストレスは表出されることで軽減されるため、接する機会が多く、何でも話せる介護福祉士は、《家族介護者に一番近い存在として、介護者に寄り添った支援をする》ことで、家族介護者の精神的な支えとして重要な役割を担っていた。

認知症は進行していく疾患で、それぞれのステージに合わせた支援が求められる。本研究の対象事例では、現状では予防的支援が中心になっており、家族介護者も現状の支援で満足しているという捉え方であった。しかし、今後病状が進行した際には、更なる介護負担への支援、家族会などの介護に対する思いを共有できる場の紹介、サービスの質の確保、支援ニーズが増加することでの経済的負担も考慮した支援が求められることになる。家族介護者の支援に対する捉え方も、認知症の進行や介護状況の変化に伴い変わることを想定し、現在の安定期からの先を見越した支援計画を家族介護者やケアチームで話し合い、共有しておくことが求められるだろう。また、事例 C では要介護者の BPSD が悪化し、家族介護者が疲労を蓄積させた時期がみられた。このような時期には、家族介護者から支援の必要性の訴

えがなくとも、負担が過度に達し介護が破綻する前に支援を行うことができるよう、家族介護者の負担を専門職が汲み取ることができる能力をもつことが求められるだろう。

## 2. 在宅認知症高齢者の家族支援における多職種連携の実際と課題

訪問看護師は医療の専門職として、他の専門職に、要介護者の疾患に関する知識を伝え、理解を促し、症状への対応方法やケアプランへのアドバイスをを行うこと、また家族支援の大切さを伝えるなど、《他専門職に教育的に関わる役割》を担っていた。医療職ではない在宅ケア専門職は、医療ニーズを有する要介護者や家族への支援に不安を抱えやすい。そのようなケースでは、訪問看護師が積極的に指導的役割を發揮し、他の専門職を支え、他の専門職が安心して役割を果たせるよう支援することが重要である（渡辺，2001）。要介護者の認知症が進行するにつれ、要介護者のADLの低下による介護量の増加、コミュニケーションの困難さ、生活リズムの障害の出現などが予測される。これらに家族介護者が支援を受けながらも対応でき、生活が破綻しないように、在宅ケア専門職が支援することが求められる。例えば、要介護者の食事摂取が困難になった場合の対応、施設入所を考える時期など、家族介護者が意思決定に悩む時に、訪問看護師だけではなく、在宅ケアに関わる他の専門職からの精神的支援は、家族介護者にとって大きな支えになる。また、要介護者の医療ニーズも増えることが予測され、訪問看護師が他の専門職へ、介護やケアプランに関するアドバイスをする場面が多くなる可能性がある。訪問看護師は、要介護者の認知症の進行状況、家族介護者の生活、介護状況、精神的・身体的・社会的介護負担などの状況を見極め、アセスメントを行い、他の専門職に的確なアドバイスをを行う役割が期待される。

介護支援専門員の機能の中には、利用者の状態把握と課題分析を行い、ケア目標を設定しケアプランを立案すること、利用者へ提供されているサービスが適切に機能しているかをアセスメントし、必要に応じてケアプランを修正することがある。要介護者と家族に介護サービスを結び付け、適切なサービスを提供することに責任をもつ介護支援専門員は、介護保険制度促進の要として大きな役割を果たしている（渡辺，2001）。本研究でも、介護支援専門員は《ケアのコーディネーター》としての役割を果たしていた。介護保険制度においては、ケアプランによって、どの専門職がどのくらいの頻度で家族介護者に関わるのかが決定される。そのため、介護支援専門員は、ケアプランを立案、決定することで、家族介護者へのケアの組み立てに責任をもつことになる。各専門職のケアの質に関しては、それぞれの専門職が責任を担うことになるが、全体としてのケアの質の保障は、やはり介護支援専門員の役割である。認知症要介護者の家族介護者への介護負担は大きく、家族介護者の状況とニーズを的確に判断し、効果的なケアプランを立案、修正するためにも、他の専門職からの意見を聞き、多角的な視点でアセスメントを行うことが重要である。そのためには、在宅ケアに関わる専門職が、ケアのコーディネーターとしての介護支援専門員の役割を認識し、家族介護者に関する情報を介護支援専門員に適時提供することが求められる。本研究では、訪問看護師と介護福祉士は、介護支援専門員がケアのコーディネーターであることを認識し、情報

共有がスムーズに行われていた。

介護福祉士は、他の在宅ケア専門職に比べ、家族介護者と接する機会が多い。居宅サービス事業所の訪問介護事業所は、全国で約 34,000 箇所存在し、これは訪問看護ステーションの約 7,900 箇所の約 4 倍に及ぶ（厚生労働省，2015）。また、利用者 1 人当たりの 1 月当たり訪問介護利用回数は 18.3 回で、これは訪問看護の 6.6 回の約 3 倍に当たる（厚生労働省，2015）。専門職が常に要介護者や家族のそばに居ない在宅ケアにおいて、「訪問回数が多く、家族介護者の情報を多く持っている」介護福祉士からの情報を、他職種と共有し、要介護者や家族介護者に還元することは、介護福祉士の大きな役割の 1 つである。

在宅ケアは、各専門職が要介護者や家族と接する機会が限定されている。その中でより豊かな情報を得るためには、各専門職が「情報の共有」を行う機会をもつことが必須である。情報共有により、各専門職が自身の視点では気付かなかった、要介護者や家族の生活上の課題や強みに気付くことができ、単独でケアを行う場合に陥りがちな「思い込み」や「決めつけ」に陥ることなく、より適切な判断ができる（渡辺，2001）。サービス担当者会議での情報共有は、要介護者のケアに関わる専門職と家族介護者が一同に会し、要介護者や家族のケア目標を共有し、サービスの調整を行う重要な機会である。しかし、このような定期的な会議ではない日常的な情報共有は、よりタイムリーなケアの提供に繋がる。本研究の研究協力者である在宅ケア専門職は、研究協力施設である訪問看護ステーションに併設された事業所に所属しており、会議などの場を設けずともコミュニケーションが取りやすく、情報共有がスムーズに行われていた。しかし、情報共有しやすい環境が却って情報の煩雑さと過多を招いており、情報を整理して確実に伝達することが連携の課題としてあげられた。また、介護福祉士からは訪問看護師に対して意見を言いにくいとの発言もあり、職種間での立場の対等性という課題もあげられた。このように同一事業所の専門職間でも情報共有には課題があるが、他機関に所属する専門職間では、更に困難があると考えられる。在宅ケアの要となる情報共有を日常的にスムーズに行える環境を確立するためには、まずは各専門職が顔の見える連携を行うことが有効であると考えられる。多職種を交えたケア会議や事例検討会を積極的にもち、職種や事業所の壁を超えた交流を行い、互いを知ること、専門職間の「壁」を取り除くように努めることが在宅ケア専門職全てに求められる。

要介護者や家族介護者にとって最善となる支援を提供するためには、多職種が共通の目標を持ち、協働することが欠かせない。在宅ケアには多種多様な専門職が関わっており、例えば医療職と福祉職の教育背景やケア目標の違いなどが、チームでのケア提供を困難にすることもある。平原（2013）は、治療モデルだけで考える医療職と、生活モデルで考える他職種では互いに議論がかみ合わない場面が出てくることは容易に想像できると述べている。これらの職種による違いを互いに認め、尊重し、協働することが、効果的な支援には不可欠である。本研究では、在宅ケア専門職は、「各専門職の専門性を互いに尊重し協働する」ことが重要であると認識し、自身の専門外の分野は、その専門の職種に意見を求めたり、信頼して任せることで協働していた。大塚（2014）が、同じ目標をもつ専門職として対等な立場

で専門的な活動をするというパートナーシップの態度が大切であると述べているように、多職種連携は、各専門職がケア目標を共通認識し、その上で立場を対等にして、それぞれケアを提供することで、より効果的な支援を行うことができる。認知症の家族介護者は介護負担が大きく、1つの職種からの支援だけでは十分な負担軽減効果があるとは言えない。そこで、多職種がケア目標を共有し、互いの専門性を理解して、時には支援の役割に重複がみられたとしても、それを否定するのではなく、それぞれの立場からケアの受け手である家族介護者にとって最善の支援が行われるように協働することが重要である。

本研究では、事例によって家族介護者との窓口となる職種が異なっていた。介護支援専門員は、要介護者・家族と専門職の間の窓口になり、要介護者・家族のニーズを代弁し、両者の橋渡しをし、コミュニケーションを円滑にすることで介護負担の軽減を支援する役割があると考えられている（岡本，2003；中島，2012）。また、訪問看護師が家族に対する窓口になるとの見解もある（鈴木ら，1995）。しかし、本研究から、家族介護者にとって、専門職側の窓口になる職種は必ずしも特定の職種ではないことが明らかになった。家族介護者にとって専門職側の窓口となり得る職種の条件は、関わりが長くお互いに信頼関係が形成されていること、親しみやすい関係性が築けていること、専門職として信頼できること、などが考えられる。いずれも家族介護者から信頼の厚い専門職が窓口になっていた。渡辺（2001）が、家族との関わりが深く信頼の厚い専門職を中心として、連携を取っていくことが必要であると述べているように、窓口を特定の1職種と考えるのではなく、家族介護者が最も親しみを持ち、遠慮なく自身の不安や疑問を話すことのできる専門職が窓口となり、家族介護者と専門職間の橋渡しをすることが、よりスムーズな連携と家族介護者の支援につながると考える。そのためにも支援チーム内で専門職側の窓口となる職種を共通認識し、立場を対等にした日常的な情報共有と連携・協働が、効果的な認知症家族支援につながることが示唆された。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、特定の事例の在宅ケアにおける認知症高齢者の家族支援に関するインタビューであったこと、3事例と事例数が少ないこと、インタビューを行った在宅ケア専門職が3職種と限られていたこと、事例に関わる専門職が2事例で同一の専門職であったこと、事例の要介護者の認知症症状が比較的安定しており、家族介護者が介護を継続できていたことから、在宅認知症高齢者の家族支援の実態の全容を明らかにすることは困難であり、一般化することにも限界がある。

本研究は、同法人内に居宅介護支援事業所、訪問介護事業所を併設した訪問看護ステーションで行ったため、専門職間で対面による連携が取りやすい対象であったが、実際には多機関に所属する在宅ケア専門職が連携を取らなければならないケースが多い。また、事例に関する専門職間、家族介護者で発言が特定される可能性が高く、それぞれの語りに他の研究協力者への配慮が含まれている可能性がある。

今後は、在宅ケアに関わる専門職数を増やす、多様な状況の要介護者、家族を対象とする、対象の地域を広げるなど、更に研究対象の幅を広げて個別事例の分析結果を蓄積しながら、在宅認知症高齢者の家族支援の実態について、調査・研究を積み重ねることで、在宅認知症高齢者の家族支援に対する多職種による効果的なケア提供の方策を見出したい。

## 謝辞

本研究は、「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2015 年度在宅医療助成一般公募（前期）」の助成を受けて、実施しました。心より御礼申し上げます。また、ご多忙の中、本研究に快くご協力くださいました、家族介護者の皆様、訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士の皆様に心より感謝いたします。

## 研究を終えての感想

在宅認知症高齢者の家族支援に対し、在宅ケア専門職はその必要性を認識し、それぞれの専門性を活かした関わりを行っていた。多職種による情報共有を行うなど、訪問時間の限られる中でも効果的な家族支援に取り組んでいたが、現行の介護保険制度では、家族への積極的な直接支援には限界があることが研究を通して感じられた。認知症高齢者が在宅療養を継続するためには、その家族への支援は不可欠であり、今後家族介護者へ焦点を当てた支援を継続的に模索していかなければならないと感じた。

また、家族介護者が専門職の提供できるケアを区別して認識しているという結果から、家族介護者が各専門職の専門性を理解し、相談先を使い分けることで、よりタイムリーなケア提供が可能であることが推察された。家族介護者が自身に対して得られる支援を認識し利用することで、介護者の心身の健康を保ち、ひいては認知症高齢者への在宅介護継続につながっていくと考える。

このような貴重な機会をくださった研究協力者である在宅ケア専門職、また家族介護者の皆様方はもとより、研究資金をご提供くださった、公益財団法人勇美記念財団の関係各位に対し、厚くお礼申し上げます。

## 文献

- 馬場先淳子（1999）. 痴呆性老人を介護する家族を支えるために訪問看護婦はなにができるか. *老年精神医学雑誌*, 10(7), 806-811.
- 平原佐斗司（編）（2013）. 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門ー早期診断、BPSD の対応から緩和ケアまで. 東京都：中央法規.
- 平原佐斗司（2013）. 今後の多職種協同のあり方を考える. *Geriatric Medicine*, 51(5), 475-478.
- 畑亮輔, 岡田進一, 白澤政和（2010）. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造. *介護福祉学*, 17(1), 33-45.

- 池田学（編）（2014）．日常診療に必要な認知症症候学．東京都：新興医学出版社．
- 厚生労働省老健局（2013）．当面の認知症施策の取り組みについて―「認知症施策推進5か  
年計画」（オレンジプラン）の着実な実施について―．[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx\\_1\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx_1_1.pdf)
- 厚生労働省（2015）．平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況．  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/>
- 前場理恵，山田和子，水主千鶴子（2009）．家庭内高齢者虐待の実態と発生要因．*和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*，5，71-81．
- 内閣府（2014）．平成26年版高齢社会白書．<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html>
- 中島眞由美（2012）．認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係．*社会福祉学*，52(4)，66-79．
- 大塚眞理子（2014）．専門職の連携協働による認知症高齢者の家族支援―IPE/IPWの促進によるケアの質向上を目指して．*日本認知症ケア学会誌*，13(3)，568-578．
- 岡本玲子（2003）．対応困難な事例に学ぶケアマネジメント；質評価の視点とともに．東京都：医学書院．
- 鈴木和子，渡辺裕子（1995）．家族看護学 理論と実践（第4版）．東京都：日本看護協会出版会．
- 渡辺裕子（監）（2001）．家族看護を基盤とした在宅看護論；I 概論編（第3版）．東京都：日本看護協会出版会．

表 1 事例の概要

	要介護者	家族介護者
<b>事例 A</b>	<p>70歳代、男性、脳血管性認知症 要介護 3 認知症日常生活自立度 II a 短期記憶の欠落はあるが、目立った BPSD なし 血液透析 3 回／週 妻と二人暮らし 訪問看護 2 回／週、訪問介護 3 回／週</p>	<p>60歳代、女性 要介護者の妻 生真面目で不安をもちやすい。介護 初期は要介護者の認知症症状にイ ライラした。</p>
<b>事例 B</b>	<p>100歳代、女性、要介護 4 認知症日常生活自立度 IV 短期記憶の欠落あり、BPSDはみられな い 次女夫婦、孫と 4 人暮らし 訪問看護 1 回／週、訪問介護毎日 30 分 通所介護 2 回／週、 短期入所生活介護 1 回／月、往診 2 回／ 月</p>	<p>70歳代、女性 要介護者の次女 高齢と腰痛で介護が難しくなって きている。 自身の介護申請も考慮している。</p>
<b>事例 C</b>	<p>80歳代、女性、要介護 1 認知症日常生活自立度 I BPSDが悪化した時期があった 混合性結合組織病、認知症の夫と二人暮 らし 訪問看護 3 回／週、訪問介護 2 回／週</p>	<p>60歳代、女性 要介護者の夫の弟の妻 近隣市に在住、介護に協力的である が、BPSD が悪化した時期は疲労が 蓄積していた。</p>



表2 各専門職が実践している家族支援と家族支援の捉え方

事例A-訪問看護師	
カテゴリー	サブカテゴリー
不安への対応	不安をアセスメントする
	何かあればいつでも話を聞くことを伝える
	不安を訪問時に解決し次回に持ち越さない
	療養生活上の相談に乗る
	不安を煽らないために目先に感じられないことについて尋ねない
	安心感を与えて不安を軽減する
	家族介護者の要望を汲み取ったケアを提供する
介護負担の軽減	精神的介護負担をアセスメントする
	家族介護者のできる範囲での介護をすればよいと伝える
	介護への意欲を維持するために頑張りを労う
	家族介護者の体調確認をする
	身体的負担を軽減するため介護方法のアドバイスをする
疾患への理解を支援する	認知症への対応を伝える
	透析による身体への負担を説明する
	髄膜炎による影響を早期から説明する
家族介護者が自分の人生と介護のバランスを保てるように支援する	要介護者と家族介護者の生活を整える
	家族が倒れないように横に立ち支える
	介護以外の人生とのバランスが取れるように支援する
家族に巻き込まれ過ぎずに医療的視点からアドバイスを行う	受け身になって話を聞き、分からないことは分からないと素直に伝える
	看護師としての意見を譲らずに言う
事例A-介護支援専門員	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護初期の不安の軽減	不安が大きかった介護初期は不安を軽減するため頻繁に電話対応した
	不安が大きかった介護初期は専門職側の窓口になった
サービス調整による介護負担の軽減	家族介護者の意向に配慮したケアプランを立案しサービス利用をスムーズにする
	介護負担を軽減するケアプランを立案する
	家族介護者の不安と介護負担軽減のため訪問看護を導入した
	月1回訪問し家族介護者の状況・ニーズを確認する
	家族介護者に役立つ情報提供をする
介護支援専門員が家族支援のかじ取り役	支援サービスの選択を行う
	介護支援専門員が家族支援の中心的役割を担う
事例A-介護福祉士	
カテゴリー	サブカテゴリー
透析送迎に関する不安の軽減	透析からの帰宅時間を電話連絡し不安を軽減する
	透析送迎時に要介護者の透析での様子を伝える
家族介護者の不安を軽減することが大切	介護者をフォローし不安を軽減することが大切である
事例B-訪問看護師	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護負担の軽減	要介護者への身体介助で家族介護者の介護負担を軽減する
	家族介護者の体調確認をする
	家族介護者の労をねぎらい、介護を継続する意欲をもってもらう

不安への対応	家族介護者から不安の訴えがあれば対応する
	要介護者の体調をアセスメントし対応することで家族介護者の安心を得る
家族介護者が認知症の介護を安定して継続できるように支援する	家族への支援が認知症本人の周辺症状の安定へつながる
	家族介護者が認知症を理解し介護を行えるように支援する
	先の見えない介護に対する家族介護者の不安を理解し支援する
家族介護者が意思決定できるように支援する	家族介護者がケアの選択ができるように支援する
<b>事例B－介護支援専門員</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
サービス調整による介護負担の軽減	介護負担を軽減するためのケアプランを立案する
	家族介護者のニーズとケアプランの整合性をアセスメントする
	家族介護者の身体的介護負担を軽減するため介護者自身の介護保険申請を提案する
家族の認知症への理解を支援する	認知症症状は病気によるものだけということ繰り返し家族介護者に説明する
要介護者と家族介護者の間に立ち調整する	要介護者と家族介護者が互いに我慢し合う部分を持たない限り介護は成り立たない
家族介護者が自分の生活と介護のバランスを保てるように支援する	家族介護者が介護と自分の生活のバランスを取れるように精神的に支援する
<b>事例B－介護福祉士</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護負担の軽減	ポータブルトイレの清掃をして家族介護者の負担を軽減する
	家族介護者の体調を確認する
	介護についての相談などを中心に家族介護者と話をする
	家族介護者が愚痴や介護への辛さを言えるように積極的にコミュニケーションをとる
家族介護者の努力を認め、介護への意欲を高める	家族介護者の介護への意欲を高めるために頑張りを労う
介護の大変さを理解し家族介護者に介護の責任を全て担わせないように支援する	家族介護者にとって介護がどれだけ大変かを理解し、十分頑張っていることを認める
	専門職としての線引きはするが、介護を全て家族に担わせないように支援する
<b>事例C－訪問看護師</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の精神的・身体的状況についての情報共有	家族介護者と頻繁に連絡を取り、要介護者の様子を伝えた
疾患への理解を支援する	具体的に分かりやすく説明し、家族介護者が理解しやすいようにする
	精神症状やBPSDについて早い段階から説明し、家族介護者の疾患への理解を促した
	家族介護者の気持ちに配慮しながら要介護者の精神症状について説明した
	精神症状悪化への対応のために薬の力を借りることを家族介護者に提案した
家族介護者の生活と介護のバランスを保てるように支援する	家族介護者の生活を守りながら介護を継続できるように、過度な負担をかけないようにする
	要介護者に何かが起こってもそれは家族介護者の責任ではなく、その時に対応すればよいことを伝える
病状の説明は訪問看護師の役割	訪問看護師が病状を説明する役割を担う

家族介護者が一人で介護の責任を負わないように支援する	要介護者に何かが起こってもそれは家族介護者の責任ではないことを伝える 家族介護者の介護に対して否定的な親族や兄弟に対し、訪問看護師が説明して家族介護者の責任を軽減する
<b>事例C-介護支援専門員</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護負担の軽減	介護支援専門員が要介護者に関わることで家族介護者の介護負担を軽減する 家族介護者の介護負担を軽減するために役立つ情報提供をする 家族介護者を傾聴し介護の状況や介護への思いを理解する
家族介護者にもキーパーソンとしての役割を担ってもらう	家族介護者にはキーパーソンとしての役割を担ってもらわなければならない
家族介護者の生活と介護のバランスが保たれるように支援する	家族介護者の生活と介護のバランスが保たれるように支援する
<b>事例 C-介護福祉士</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
サービス担当者会議での情報共有	家族介護者とはサービス担当者会議で関わる

表3 各専門職が実践している多職種連携

事例A-訪問看護師	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護支援専門員が家族介護者との連携の窓口	家族介護者との窓口である介護支援専門員からの依頼を受ける
他専門職へ医療的視点からのアドバイスをする	介護支援専門員へケアプランに対する訪問看護師の意見を言う
	他専門職に認知症と認知症をもつ要介護者への対応を説明する
	家族支援が認知症在宅療養のキーになることを伝える
認知症に対する理解を深める	認知症に対する理解を深めてほしい
事例A-介護支援専門員	
カテゴリー	サブカテゴリー
各専門職の専門性を互いに尊重し協働する	他の専門職の専門性を尊重する
	介護保険に関して他専門職から相談を受けたりフォローアップをする
情報の共有	同一事業所で情報共有しやすい
	訪問看護師が専門用語ではなく分かりやすい言葉で説明してくれる
介護保険についてわからないことは相談してほしい	介護福祉士から介護保険についてもっと相談してほしい
必要な情報の共有を確実に行う	同一事務所で情報過多になる
	情報が確実に伝わっていないことがある
事例A-介護福祉士	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護支援専門員との情報共有	透析の時間に関して介護支援専門員に連絡する
	要介護者と家族の状態や訴えを介護支援専門員に連絡する
	介護支援専門員に必要時すぐに相談できる
必要な情報だけを伝達する	必要な情報だけを伝達する
事例B-訪問看護師	
カテゴリー	サブカテゴリー
情報の共有	訪問回数が多く要介護者と家族をよく知る介護福祉士からの情報は要介護者と家族介護者の状況を理解するために役立つ
	訪問看護師から他専門職にアプローチして情報を得る
	同一事業所で情報共有しやすい
	共通の言語を使い、情報共有を確実にを行う
介護支援専門員がケアの調整を行う	介護支援専門員は要介護者、家族、各専門職を含めたケアの調整をしてくれる
情報共有を確実にを行う	他の専門職が訪問看護師に話しやすい雰囲気を作ることが必要である
	報告を毎回してほしい
他専門職の専門性を理解して連携する	他専門職の専門性を理解して連携する
事例B-介護支援専門員	
カテゴリー	サブカテゴリー
情報の共有	必要時に随時情報共有する
	同一事業所で連携が取りやすい
各専門職の専門性を互いに尊重し協働する	各専門職が互いの専門分野を尊重し、協働する

多職種で意見交換しケアの方向性を決定する	それぞれの専門職の意見を聞き、総合する役割を介護支援専門員が担う
	多職種で意見を交換しケアプランの見直しをする
家族への精神的支援	要介護者と家族の関係が悪くならないように家族に精神的な支援をする
<b>事例B－介護福祉士</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
情報の共有	同一事務所で情報共有しやすい
訪問看護師に医療的なケアのフォローアップをしてもらう	訪問看護師に医療的なことを相談したり、ケアの方法を教えてもらう 介護福祉士が対応できないことは訪問看護師がフォローアップしてくれる
介護支援専門員とは互いに意見交換を行う	要介護者のケアについて介護支援専門員から意見を求められる 介護支援専門員とは医療的な話を遠慮なくできる
専門職間で意見交換をしやすい環境を作る	訪問看護師に対して介護福祉士の意見を言いにくい 他事業所の訪問看護師がどんな人かわからず、家族が聞きたいことを聞けたか確認できない
情報を整理して伝達する	情報が整理されず伝わってしまう
多職種の視点をまとめる役割をする人が必要	職種による視点の違いをまとめる人がほしい
<b>事例C－訪問看護師</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
情報の共有	頻繁な情報共有をする
	要介護者や家族介護者に対して主観的な見方に偏らないように他専門職の意見を聞く
	他専門職に情報収集を依頼する
疾患への理解を支援し対応をアドバイスする	疾患に対する共通認識を持つために家族と他専門職に同じ説明をする 要介護者の認知症症状の現状と今後起こり得る症状、その対応について他専門職に説明する
各専門職の専門性を互いに尊重し協働する	介護支援専門員はケアプラン立案、訪問看護師は医療的視点からの要介護者と家族介護者の支援を行う 他専門職を信頼して多職種で要介護者と家族を支える
介護支援専門員が在宅療養のかじ取り役	介護支援専門員が在宅ケアの調整をする
認知症に対する理解を深めてほしい	認知症の理解を深めてほしい
家族への精神的支援	家族とコミュニケーションを取り精神的支援をしてほしい
	各専門職の専門分野での意見を家族に伝えてほしい
<b>事例C－介護支援専門員</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
各専門職の専門性を互いに尊重し協働する	各専門職の専門性を尊重し協働する
訪問看護師が家族介護者との窓口	訪問看護師が専門職の窓口となり家族介護者と関わる
訪問看護師が医療的視点からの支援を行う	訪問看護師が要介護者の医療的支援を行う
	訪問看護師からケアに関する医療的なアドバイスをもらう
	家族介護者は医療的なことは訪問看護師に相談する
情報を整理して確実に伝達する	同一事務所で情報が過多になる
	情報を口頭で伝えるだけになっている

事例Cー介護福祉士	
カテゴリー	サブカテゴリー
情報の共有	同一事業所で他専門職と同じフロアにいるのですぐに連携できる
	情報共有は随時申し送りで行う
	要介護者の病状に関しては訪問看護師に報告する
	要介護者の訪問時の様子を介護支援専門員に報告する
訪問看護師にケアに関する相談をする	訪問看護師にケアにおける疑問や不安を相談できる
介護福祉士が訪問中に対応できなかったことのフォローを他専門職がしてくれる	介護福祉士が訪問中に要介護者に対応できなかったことを訪問看護師や介護支援専門員がフォローしてくれる

表4 家族介護者が捉える各専門職からの支援

事例A－家族介護者	
<b>1.訪問看護師からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の病気に対する相談と対応をしてくれる	要介護者の病気のことは訪問看護師に相談する
	いつでも電話で相談できるので安心する
	親身になって対応してくれるので本当に大丈夫だと思える
介護者である自分の身体的・精神的負担を気にかけてくれる	介護者である自分の身体的、精神的負担を気にかけてくれる
訪問が介護者である自分の生活の刺激になっている	訪問看護師の訪問が介護者である自分にとっても刺激になっている
<b>2.介護支援専門員からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護に関するサービスの調整をしてくれる	介護保険申請やサービス調整を全てしてくれた
	自分に何かあれば介護に関しては介護支援専門員に相談する
	介護者である自分の負担軽減のため訪問看護導入を勧めてくれた
介護者である自分のことも気にかけてくれる	介護初期に、気楽に考えて何でも話して落ち込まないようにと言われた
	電話や訪問で介護者である自分の様子を確認してくれる
<b>3.介護福祉士からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者に配慮して自分の話を聞いてくれる	要介護者がトイレに行っている時に自分のことを聞いてくれる
<b>4.多職種での支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
サービス担当者会議で支援サービスを決定してくれる	退院する前にサービス担当者会議で支援サービスを決定してくれた
専門職間で情報交換をしてくれる	訪問看護師と医師が連携を取って支えてくれているのが分かる
<b>5.各職種に期待している支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
専門職間の情報伝達を確実にしてほしい	透析の帰宅時間を確実に連絡してほしい
	専門職間の連絡ミスをなくしてほしい
介護者である自分の緊急時にフォーマルサポートがほしい	自分が外出するときに要介護者を預けられる場所が欲しい
	介護者である自分が介護をできなくなった場合にフォーマルサポートがほしい
新しい役割獲得への支援	要介護者の薬の管理をしなければならないことがプレッシャーになっている
	金銭や保険の管理を自分でしなければならなくなったことが辛い
<b>事例B－家族介護者</b>	
<b>1.訪問看護師からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護者である自分の身体的・精神的負担を気にかけてくれる	介護者である自分と話す時間を取ってくれる
	介護者である自分の体調のことを聞いてくれる
<b>2.介護支援専門員からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護初期の身体的・精神的介護負担の軽減	介護初期に介護支援専門員から介護の仕方を教えてもらった
	根を詰めずに気長に介護をするように言ってもらった
	いつでも電話してくださいと言ってもらっているだけで気が楽だった
介護が安定しているので定期的な訪問で話をする	今は月に1回の訪問の時に話をしている

介護者である自分が介護をできなくなったときに備えて対応してくれた	自分の体調が悪くなった時の対応を尋ねられ、対応してくれた
<b>3. 介護福祉士からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者への介護による介護負担の軽減	要介護者の介護は介護福祉士がしてくれる 要介護者が嫌がるショートステイへ行くことを介護福祉士が上手に説明して要介護者を納得させてくれる
話を聞いてもらうことでストレス発散できている	介護福祉士と話をすることでストレスを発散している
介護者である自分の体調を気にしてくれる	介護者である自分の体調を気にしてくれる
専門職との窓口になってくれる	何かあれば介護福祉士に連絡し、必要があれば他専門職と連携してくれる
<b>4. 多職種での支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
多職種で連携してケアを提供してくれる	介護福祉士と訪問看護師で連携して必要なケアをしてくれる
多職種からの支援を受けて安心して生活している	多職種から支援を受けて安心感があって生活させてもらっている
<b>5. 各専門職に期待している支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
家事支援サービスも利用できるようになってほしい	掃除サービスが利用できるようになってほしい
自分の代わりに介護してくれる人がほしい	自分の代わりに介護してくれる人がいない
<b>事例C 一家族介護者</b>	
<b>1. 訪問看護師からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の状況や病状に関する情報とアドバイスをくれる	要介護者の状況や精神症状についての情報をもらう 疾患への対応に関するアドバイスをくれた
<b>2. 介護支援専門員からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
介護支援専門員が専門職との窓口になってくれる	誰に相談すればよいかわからない場合は、介護支援専門員が専門職との窓口になってくれる
要介護者に関する情報を提供してくれる	要介護者の状態や精神症状に関して情報提供をしてくれる
<b>3. 介護福祉士からの支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の様子を尋ねるとおしえてくれる	介護福祉士に会ったときは要介護者の様子を聞くこともある
<b>4. 多職種での支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の支援で変更が必要な場合サービス担当者会議を開いてくれる	要介護者の介護で変更が必要な場合は担当者会議を開いてくれる
<b>5. 各専門職に期待している支援</b>	
カテゴリー	サブカテゴリー
現状の支援で満足している	現状の支援で助かっているので要望は特にない