



Title	スウェーデン・日本における認知症高齢者の家族介護者支援に関する比較研究：支援者の家族視点に注目して
Author(s)	久保, 恵理子
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2018, 44, p. 147-165
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/68295">https://doi.org/10.18910/68295</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

スウェーデン・日本における認知症高齢者の  
家族介護者支援に関する比較研究  
—支援者の家族視点に注目して—

久 保 恵理子

目 次

1. はじめに
2. スウェーデン・日本の家族介護者支援
3. 調査の概要
4. 結果
5. 支援システム
6. 展開される支援
7. おわりに



## スウェーデン・日本における認知症高齢者の 家族介護者支援に関する比較研究 —支援者の家族視点に注目して—

久保 恵理子

### 1. はじめに

認知症高齢者<sup>1)</sup>が増加するなかで、その介護に関わることとなる家族介護者への支援は重要な課題となっている。家族介護者にとって認知症高齢者の介護とは、排泄介助や食事介助など直接的な介護のみでなく、「見守る」「気遣う」といった、介護負担として計測することが困難な負担が大きい(Wimo et al. 2002)。同時に、家族介護者の負担感は家族介護者のそれまでの経験や高齢者との関係性にも影響を受ける(Torntore and Grant 2004)ことや、介護過程で経験する行為の意味や位置づけは個々の家族介護者によって異なってくる(井口 2007)<sup>2)</sup>ことも指摘されている。つまり、認知症高齢者の家族介護者の経験やそこで感じられる負担は極めて個別性が高く、彼らへの支援を考える上ではいかにその個別性に寄り添えるかが重要になると言える。

家族介護者支援は、その社会が家族介護者の負担をどのように評価するかによって様々であるが、多くの先進国では、認知症高齢者への社会サービスを整備することにより、その負担を社会化する取り組みを行ってきた。デイケアを始めとするサービスが直接的な介護に伴う家族介護者の負担を軽減することは、これまでの研究からも明らかであり(Mövall and Malmberg 2007, 桑原ら 2002, Zarit and Stephens 1998)、その効果は十分にあると言える。しかし、認知症が重度化し高齢者が施設へ入所した後も多くの家族介護者が高齢者と関わろうとしており、施設入所により新たなストレスが加わる場合もある(Schulz et al. 2004, Liken 2001)など、社会サービスが家族介護の代替とならない側面もあることが近年の調査から明らかになっている。日本でも2000年の介護保険制度の施行以後、在宅生活を支えるサービスの整備が進む一方で、利用する各種サービスの選択、調整や決定を行う責任など、長期化する認知症高齢者の介護における家族介護者の負担は増しているとの見方もある。

本研究で取り上げるスウェーデンは、高齢者の介護において世界で最も脱家族化(de-familialization)が進んだ国の一つとされる(Esping-Andersen 1999=2000)。しかし1990年代終盤以降、さらに要介護高齢者の生活や介護に何らかの形で関わる家族や近親者に

焦点を当てた政策が重視されるようになった (Albin and Siwertsson 2007=2007)。現在では、要介護者に必要な社会サービスをアセスメントし、サービスが決定する過程において家族介護者と協働することや、本人だけでなく家族を同居者として支援する視点 (Anhörigperspektiv : 以下、家族視点<sup>3)</sup>とする) が必要であるとされている。脱家族化を進めてきたスウェーデンで行われている家族視点からの支援とはどのようなものなのだろうか。

本稿では、スウェーデンにおける家族介護者支援システムの詳細を「家族視点」から明らかにする。さらに日本における認知症高齢者をとりまくシステムとの比較を通して、両国の認知症高齢者の家族介護者支援について考察を加える。

## 2. スウェーデン・日本の家族介護者支援

スウェーデン・日本の両国で、認知症高齢者の家族介護者の負担軽減策の中心となるのは高齢者本人への介護サービスの整備である。

スウェーデンの社会サービス法 (1982) は、必要な人に必要な社会サービスを提供する最終責任は自治体 (kommun) が負うとしており、高齢者の生活支援も自治体の最終責任のもとで行われる。スウェーデンでは老親扶養についての法的責任はなく、個人を単位とする包括的な社会サービスにより、家族の有無にかかわらず必要な介護給付が行われる。それでも 1990 年代以降、何らかの形で家族からの支援を受けながら生活を送る高齢者が増加していることが報告されるようになり、要介護高齢者と共に生活する家族介護者をどのように支援するかが盛んに議論されるようになった。(Albin et al. 2007) スウェーデン政府は 1999 年から 2001 年にかけて、家族介護者を支援する「家族 300(Anhörig 300)」プロジェクトを行った。同プロジェクトは、高齢者や障害者などの家族の介護負担を軽減し、その生活の質を向上させることを目的として行われた。政府が各自治体に補助金を交付し、具体的な内容については各自治体が決定・実施することとされ、多くの自治体で負担軽減のためのホームヘルプ (avlösning hemtjänst)<sup>4)</sup>、家族介護者のための教育プログラム (utbildning till anhörig)<sup>5)</sup> の実施、家族介護者の相談支援等を行う「家族支援員」(anhörigkonsulent) の設置などの新しい取り組みが見られた。プロジェクト終了以降も、多くの自治体は家族への支援策を展開し続け、2005 年からはその支援策をさらに充実させるために新たな予算が組まれた (Socialstyrelsen 2005)。現在、高齢者介護以外の分野 (障がい者や難病患者など) でも共に暮らす家族介護者への支援が必要であるとして、取り組みはより多様な分野に広がりつつある。

その中でも特に注目されるのは、「家族支援員」の役割である。家族支援員は、自治体によってその役割は異なるが、主には家族介護者へのコンタクト、家族介護者同士の会合のアレンジ、特別なニーズを持った家族介護者へのアプローチ方法の研究などを行う。スウェーデンの社会サービスシステムにおいて、高齢者や障害者本人ではなく、その家

族介護者を対象とした支援や取り組みを担っていることが大きな特徴である。

日本では2000年の介護保険制度の施行により、介護保険制度にケアマネジメントが導入された。要介護高齢者の個々のニーズに合わせて介護サービス計画（以下、ケアプラン）を作成し、必要な支援を調整するケアマネジャーの存在は、家族介護者に介護について相談をしやすい環境をつくりだした。しかし介護保険制度におけるケアプランの対象は高齢者本人であり、家族介護者は支援の対象とはならない。ケアマネジメントと家族介護者について畑ら（2010）は、個々のケアマネジャーは家族支援を積極的に志向しながらも、その業務量の多さなどから、重要な家族調整やインフォーマルサポートに関する情報提供を行えていないとの調査結果を報告した。また、実際に行われているケアマネジメントが可視的なニーズと既存のサービスの組み合わせにとどまり、利用主体でない家族介護者の問題はアセスメントされない危険性があるなどの指摘（後藤、小川2009）もある。

他方、日本では全国の各都道府県に支部を持つ「認知症の人と家族の会」など、ボランティアな活動を基本とする力強い市民活動がある。それらは介護保険制度の成立以前から「家族会」などの名称で、認知症の家族介護者が持つ経験や社会資源に関する情報などを共有してきた。各自治体の取り組みに目を向けると、既存の「家族会」等との共催する形で、介護者の集会や交流プログラムを行う例も見られるが、それらが高齢者の介護を担う介護保険制度上の事業者と連携することはほとんど見られない。

### 3. 調査の概要

#### 3-1. 調査目的

本研究では、スウェーデン・日本の認知症高齢者と同居する家族介護者への支援システムを明らかにし、支援における「家族視点」を引き出すことを目的としたインタビュー調査を行った。スウェーデン・日本でサービスを提供する支援者が、家族介護者の負担をどのように捉えるのか、負担に対してどのような対応をとるかについて比較することで、両国の認知症高齢者の家族介護者支援について考察する。

#### 3-2. 調査方法について

本件では、短文事例 (vignette) を用いたインタビュー調査を行った。この調査法は主に心理学等の分野の量的調査に使われてきた方法であるが、1990年代にイギリスで具体的な短文事例を用いて各国のソーシャルワーク機能を質的に比較する研究方法として広まった。ソーシャルワークの国際比較の中でも、それぞれの国で福祉サービスを利用して暮らす人々の生活のリアリティを描き出す上で有効（斉藤 2015 pp.62-65）な方法として、近年、上野谷ら（2015）がその方法の確立を試みている。

### 3-3. 調査内容

スウェーデンの調査は2014年8月にスウェーデンA市（人口約9万人）で、日本の調査は2015年4月～5月にB市、C市D区（いずれも関西地区の人口15万～35万の市および区）で実施した。短文字例は介護福祉士国家試験の2010年～2012年の試験問題のうち、認知症高齢者とその家族に関する以下のような事例問題2つを日本での一般的な事例として選定した。複数の事例を用意することで、調査においてインタビュイーが両方、もしくは答えやすいケースについて回答できるよう配慮した。

#### 短文字例の例（ケース1）

Xさん（75歳、男性）は、認知症の妻を自宅で介護している。Xさんはいつも明るく介護方法の勉強にも熱心である。最近、妻は排泄の失敗が増え、下着の交換や陰部清拭がたびたび必要になってきた。通所介護（デイサービス）職員との会話で、Xさんは「妻に対して腹立たしく思う自分が情けない。妻にすまないと思う」と、初めて気持ちを語った。

インタビューでは、インタビュイー（認知症高齢者および家族介護者の支援者・詳細は3-4）に短文字例を提示し、自分がこのケースに出会ったらどのように対応するかを回答するよう依頼した。その際、支援システムを明らかにする枠組みとして、上野谷・斉藤（2015）による分析枠組みを参考にし、「(1) 第一発見者（ファーストコンタクト）」、「(2) キーパーソン」、「(3) 連携（コラボレーション）」、「(4) 社会資源（リソース）」、「(5) 家族の負担」の項目に沿って回答してもらった。「(5) 家族の負担」は本調査独自の枠組みであり、認知症高齢者の家族介護者が抱える負担や苦悩をどのように捉えるのか、支援における家族視点を引き出す目的で設定した。

スウェーデンの調査では短文字例を英訳し、インタビューは英語で行った。スウェーデン・日本とも、インタビューの内容は許可のもとICレコーダーで録音し、文字データにして分析を行った。

### 3-4. 調査対象者

スウェーデンA市では認知症高齢者の家族を支援する専門職として、①認知症高齢者の家族介護者を直接的に支援している「家族支援員」（E氏）、②市内の認知症介護の総責任者である「認知症看護師」（demenssköterska）（F氏）、③介護付き特別住宅施設長（enhetschef, demensboende）（G氏）を調査対象とした。いずれも市あるいは県に所属する機関で勤務する職員である。

日本にはスウェーデンと同じ専門職がない。在宅における認知症介護で重要な役割を果たす専門職として、④地域包括支援センターの主任ケアマネジャー（H氏）、⑤ホームヘルプリーダー（I氏およびJ氏、I氏はケアマネジャーを兼任）を選定した。いずれも

民間介護事業者の職員である。また家族支援の実践者として、⑥家族の会職員(K氏・L氏)を選定した。選定にあたっては、スウェーデンでは調査地の大学教員、日本では関西で介護保険事業を行う民間介護事業者、および当事者団体の協力を得た。両国ではシステムが異なるため対象者の選定が難しいが、認知症介護、および家族支援に携わる人という共通点のもとで対象者を選定した

### 3-5. 倫理的配慮

本調査は、調査の目的、方法、内容等について大阪大学大学院人間科学研究科社会環境学講座研究倫理委員会の承認を得ている。当事者の個人情報また調査情報の管理については十分に配慮して行った。

## 4. 結果

短文事例を用いたインタビュー調査で得られた回答を、各質問項目とケースへの対応方法に分けて表1にまとめた。(ケース1のみ。キーパーソンについては同一の回答のため割愛する)また、インタビュー内でインタビューイが家族介護者や家族視点について言及したものを表2にまとめた。

表 1. ケース 1 への回答

	1. 第一発見者	3. 連携	4. 社会資源	5. 家族の負担	対応方法
家族支援員 (E氏)	ボードセントラル <sup>6)</sup>	判定員、認知症看護師、医師、デイサービス職員	新しいアセスメント、教育プログラム	■自分の感情を表現することが難しい、外部からのサービスを受け入れられない。	■家族介護者が自分の感情を表現しやすいように促す、その手伝いをする■高齢者ではなく、家族介護者本人の生活の様子など尋ねる■介護方法やコミュニケーションの取り方など伝える
認知症看護師 (F氏)	医療センター(県) →市を通じて	判定員、家族支援員、医師	デイケア、特別住宅 <sup>7)</sup> 、家族グループ、無料レスパイト	■病気について理解することが難しい	■何が不安かを理解するよう努める ■病気についての理解を促す
特別住宅施設長 (G氏)		デイケアスタッフ、地域看護師 <sup>8)</sup> 、福祉用具専門家 <sup>9)</sup> 、家族支援員	各種サービス(デイケア、介助用具、家族介護者へのプログラム)	■夫が妻のトイレ介助をしていること	■デイケアスタッフに、本人の排泄機能が落ちている可能性について確認、その後、看護師に原因や薬、必要な介助用品の相談■家族支援員に夫を訪ねて行くように依頼する
主任ケアマネジャー (H氏)	担当ケアマネジャー	担当ケアマネジャー	地域包括センター、介護教室、家族会	■排泄のケアなど、自分が想像していなかったことに対面、対処していかなければならない■これからどうなるか分からない不安	■(担当ケアマネジャーに)利用者のみでなく、家族の体調も気遣う声掛けをするようアドバイス■家族の話を開ける場所として自分を紹介してもらおう■何かあったときのために子供に連絡をとっておいでもらう■病気について知ってもらうためにパンフレットを渡す
ケアマネジャー・チーフヘルパー (I氏・J氏)	担当ケアマネジャー、ヘルパー	担当ケアマネジャー		■認知症に対する否定的な認識■高齢者が予期できない行動をとる、いつなるか分からない、家族は行動を理解できない、どうしていいか分からない■高齢の夫が認知症の方を見る難しさ	■現状の介護保険では、夫に何かをすることはできない。メンタル面のサポートとして業務外で相談にのる、話を聞くぐらい。
家族会スタッフ (K氏・L氏)	仕事場、近所の人	デイサービス職員、ケアマネジャー	家族の会、デイサービス	■妻への感謝を伝える機会を奪われた悲しみ、家族の歴史を否定してしまう■妻の下着の交換、清拭をすること	■病気の受け止め方、視点を切り替えられるように促す。正しい知識を伝える■家族の生活スタイルを聞き、本人が安心できるような対応を一緒に考える

表 2. インタビュー中の家族視点に関連する発言内容

スウェーデン	日本
<p>【S1】 どう対応すればいいかを伝え、解決策を見つける。在宅支援には技術が必要。家族への認知症教育が大切です。(F氏)</p> <p>【S2】 特別住宅への移行には時間をかけ、できるだけ家にいられるようにします。家族が豊かに暮らせるように支援をする、家族もその心の準備をしなければならないので。(E氏)</p> <p>【S3】 介護サービスと連絡をとることが本人や家族に安心感を与えるんです。チームで関わることが大切。(E氏)</p> <p>【S4】 家族が安心感を得られること、必要な時にどうやってサービスを使えるかといった情報も大切。(G氏)</p> <p>【S5】 家族介護者に援助を受け入れてもらうことが重要だが、それが難しい。だから、早い段階からコンタクトをとり続けるのです。(E氏)</p> <p>【S6】 ヴェクセルボード(2週間おきに在宅生活と短期入所を繰り返すサービス。特別住宅に移行する前に利用されることが多い)は、高齢者本人にはサービスに慣れる時間、家族介護者にとっては、本人と離れて暮らすことについて考える時間でもあるのです。(E氏)</p>	<p>【J1】 ケアマネジャーは、家族視点ではなく利用者視点に立たなければいけない。(H氏)</p> <p>【J2】 現状の介護保険で家族に何かしてあげることにはできない。話をきいてあげる、私たちができるとはそれぐらいしかない。ケアマネではあるけど、それは人として。(I氏)</p> <p>【J3】 ご家族の生活を重点的に考えていってあげられたらいいなっていう思いではあります。できるかどうかは分からないけど。(I氏)</p> <p>【J4】 (家族にとって介護は) 仕事じゃない、誰にも褒めてもらえない、当たり前といえば当たり前、でもそれがやりきれない時があるのではないかと。(H氏)</p> <p>【J5】 介護の講習があるって言っても、自分(家族介護者)が講習に行ったら誰が(高齢者を)見るの?ってなる。その時に「じゃあ私がみておきますよ」と言えるような人が必要だと思うんです。(K氏)</p> <p>【J6】 本人が本当に話したいと思っているかを見極めることが必要。気持ちのしんどさを傾聴して、共感した上で、「この人だったら話せる」と思ってもらえる存在にならないといけない。(K氏)</p>

#### 4-1. 第一発見者(ファーストコンタクト)

第一発見者(ケースに関する情報がどのように入るか)は、それぞれの支援者の立場によって決まる。スウェーデンでは、認知症看護師には、医師による認知症の診断を受けたケースが要支援ケースとして連絡が入る。家族支援員は、認知症看護師に入った情報を共有することに加え、医療による診断の有無にかかわらず、「支援が必要と考えられるケース」として近隣住民など様々なルートから情報が入っていた。日本では、ケアマネジャーなど介護保険制度上の支援者は、病院や要介護認定調査の介入を経て高齢者や家族介護者とコンタクトをとることとなる。対して家族会は、メンバーによる紹介や、近所の人から「認知症高齢者の介護で困っている人」「何らかの支援が必要な人」として情報が入る。

#### 4-2. キーパーソン

キーパーソンに関しては、はっきりした回答を得ることが困難であった。要因は、両国でどのケースにおいても同様の役職がキーパーソンとなるためと考えられる。スウェーデンでは、社会サービス法で定められたサービスの提供については、判定員が決定する。調査を行ったA市では、本人に提供されるサービスの種類や量の決定に関して特に判定員が持つ権限が大きい。そのため、どのケースにおいてもキーパーソンは判定員であると理解することができる。同様の理由で、日本では高齢者本人へのサービスを組み立てる立場として、キーパーソンはケアマネジャーであることが示唆された。

#### 4-3. 連携（コラボレーション）

支援者間の連携を問う質問への回答に関しては、スウェーデンと日本で大きな差異がみられた。スウェーデンでは、高齢者との関わりを主とする支援者（認知症看護師、サービス事業者）と、家族への支援を主とする支援者（家族支援員）は常に連携する、と答えた。日本では、高齢者との関わりを主とする支援者（ケアマネジャー、サービス事業者）間での連携は見られるが、家族への支援を主とする支援者（家族会スタッフ）が彼らと関わることはほとんどないとの回答だった。

#### 4-4. 社会資源（リソース）

各ケースで利用できる社会資源に関しては、スウェーデンはA市が展開する社会サービスから、日本では主に介護保険サービスから、ケースに必要なと思われるものを提示した。スウェーデンでは、サービスを受けるためにはアセスメントを必要とすることが強調され、目的が家族のレスパイトであっても再アセスメントが必要となるのが課題であるとのことだった。日本では、介護保険サービスから提示されるメニューは高齢者を対象としたサービスのみだった。家族介護者を対象とした支援については、自治体が独自に行っている事業のほか、介護教室や家族会などインフォーマルなものについての情報を伝えるとの回答だった。

#### 4-5. 家族の負担

各ケースにおける家族介護者の負担については、二国間の支援者の回答に大きな違いはみられなかった。ケース1では、「認知症の理解」「夫が妻の排泄介助をすること」「今後への不安」などが家族介護者の負担として共通して挙げられた。加えて、スウェーデンでは家族支援員が「(家族介護者が) 自らの感情を表現することが難しい」こと、日本の家族会スタッフが、個々の家族が持つ背景にも言及しながら「家族の歴史を否定してしまう」ことを挙げるなど、当該ケースを詳細に汲み取り、その負担を評価している。

#### 4-6. 対応方法

ケースへの具体的な対応は、二国間で大きく異なっていた。

スウェーデンの支援者は役職に応じてケースに対応していた。サービス事業者は各専門職と連携して認知症高齢者の生活上の困難の解決に取り組み、認知症看護師は認知症高齢者本人の様子を見ながら、家族介護者に介護やコミュニケーションの方法を伝えると答えた。家族支援員は、高齢者本人のことには触れず、家族介護者の話を聞くことに徹するとの回答だった。家族支援員は、最初に家族介護者がどのような生活を送っているのかを尋ねるなど、個々の家族介護者を理解することを重視していた。

日本では、ケアマネジャー、サービス事業者は、家族介護者の負担には言及しながらも、「家族のことを中心に考えたい部分もあるが、現行の介護保険制度の中で自らの役職とし

て家族介護者にできることはない」(表2・J2 および3)とし、認知症に関する情報を伝える、業務外で相談に乗る、などの回答をした。一方で家族会スタッフは、スウェーデンの家族支援員同様、家族介護者の話を聞く重要性をあげたことに加え、家族介護者が認知症を理解し、高齢者を受容できるようになるために、視点が切り替えられるような助言をするとの言葉が聞かれた。

## 5. 支援システム

以上の結果を踏まえ、両国の認知症高齢者の家族介護者への支援システムを比較する。ここでは特に、支援の対象、支援者の役割と連携について比較する。インタビューから分かった、スウェーデン A 市、日本における認知症高齢者、家族介護者と支援者の関係は図1の通りであった。

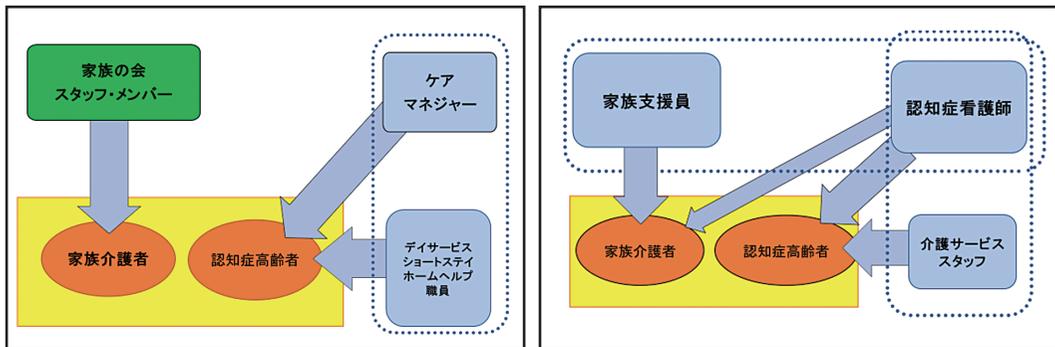


図1: スウェーデン(右)と日本(左)における認知症高齢者の家族介護者の支援者関係図(破線で囲んだものは協働、矢印は支援関係を示す。矢印の太さは支援のウエイトを表している。)

両国で、認知症高齢者に関わるサービス事業者(フォーマルな支援者)が認知症高齢者への支援を主な業務として行っているのは同様である。スウェーデンの認知症看護師は、認知症高齢者と家族介護者の両者の状況を考えることが重要であるとしながらも、業務の多くは認知症高齢者本人のケアに関する連絡や調整である。対して日本では、ケアマネジャーは「利用者視点に立たなければならない」(表2・J1)ことを強調しており、支援において家族介護者の状況や介護力は考慮されるが、支援の中心は高齢者本人であると言える。以上のように、スウェーデンの認知症看護師、日本のケアマネジャーにとって主な支援対象は高齢者本人である。

二国の支援者関係図で特徴的なのはスウェーデンの家族支援員と日本の家族会スタッフである。家族支援員は市の職員であり、フォーマルな支援者と位置付けられる。一方で日本における家族会は、公的に組織されるよりも当事者活動や施設単位で組織される

ものが多く、活動も盛んであることから、インフォーマルな支援者であると言えるだろう。両者はフォーマル/インフォーマルの違いはあるが、家族介護者を主な支援対象としているという点では同様の役割を担っている。家族介護者への対応をみると、どちらも「家族介護者の話を聞く」ことを重視しており、家族介護者の生活の様子を確かめたり（表1・家族支援員）、認知症高齢者と家族介護者が生活を送りやすくするための対応方法を一緒に考えたり（表1・家族会スタッフ）と、家族介護者の生活や心身の健康の維持に最も注目していることがわかる。

上記のような立場の違いは、支援上の役割や支援者間での連携にも影響を与えていると考えられた。

スウェーデンでは、高齢者や障害者などの支援について責任を担う単位は市(kommun)である。本件の調査地A市は、スウェーデンでは中規模だが人口9万人ほどで、日本に置き換えるとおおそ中学校区と同規模である。この地域に配置されている認知症看護師は1名、家族支援員は2名（調査時）であり、彼らの密な連携が可能であることは十分にうかがえる。スウェーデン調査では、認知症看護師は本人への支援、家族支援員は家族介護者の支援がそれぞれの主な役割であることが話されたが、いずれも「認知症高齢者と家族介護者の両者を支援すること」が重要であるという点では一致しており、両者がチームとして連携することの大切さも強調している。（表2・S3）

日本では、ケアマネジャーやサービス事業所スタッフ等のフォーマルな支援者間では、ケース会議等を通じた連携が行われていた。しかしながらその支援者らからは、「ケアマネジャーは、家族の視点ではなく、利用者本人の視点に立たなければいけない」（表2・J1）、「現状の介護保険で、ご家族に何かしてあげることにはできない」（表2・J2）といった、制度のもとでの家族介護者支援の限界が聞かれた。同時に「（家族の）話をきいてあげる、私たちができることはそれぐらいしかない。ケアマネではあるけど、それは人として。」（表2・J2）「ご家族の生活を重点的に考えていってあげられたらいいなっていう思いではいます、できるかどうかは分からないけど」（表2・J3）などの言葉もあり、ケースに関わる際に、行いたい支援と「役割」としてできる支援とに隔たりがあることもうかがえた。他方で家族会スタッフは、家族介護者を対象とした支援の役割を担っていると言えるが、彼らがサービス事業者などフォーマルな支援者の連携に加わる機会はほとんどないとのことだった。以上のように日本では、フォーマル/インフォーマルの違いを除けば、認知症高齢者、家族介護者を支援の対象とする支援者は存在し、いずれにおいても、高齢者本人と家族介護者の両方への支援が重要であると認識されている。しかしながら両者が協働したり連携したりする機会は少ない。

## 6. 展開される支援

それでは、以上のような支援システムにおいて展開される支援内容はどのようなものだろうか。

### 6-1. 家族介護者への認知症教育

認知症教育は、両国のフォーマルな家族支援サービスメニューに含まれている。今回の調査では、二国の支援者とも、認知症高齢者の家族介護者が抱える問題として「認知症への理解の不足」を挙げ、正しい知識を伝えることが自分たちの役割であると認識していた（表1）。

スウェーデンでは認知症看護師が主にその役割を担っており、時には家族支援員と協働し、家族介護者向けの教室を開催することもある。日本では、ケアマネジャーや家族会スタッフがパンフレットや講演会など適切な情報にアクセスできるよう支援を行っていた。特に日本の家族会等で行われる集まりでは、家族介護者が介護上の悩みや困りごとを話し、メンバーやスタッフがその要因や対処方法について伝える場面が多くみられる。その際、認知症についての基礎知識が伝えられることもある。認知症高齢者の介護に突然向き合うこととなった家族介護者には、認知症に関する知識がないことで高齢者の認知症症状、理解しがたい言動に戸惑う人も多い。家族会スタッフは、家族介護者の悩みを聞くことを通じて認知症の知識を伝え、家族介護者が混乱なく認知症症状を受け入れられるよう手助けをしていると考えられる。

### 6-2. 長期的な視点

症状の進行に伴う機能低下や介護ニーズの増大から、認知症高齢者の施設入居という選択肢は、多くの家族介護者が直面する問題である (Gaugler et al. 2008)。そのため、認知症高齢者とその家族介護者の支援では、長期的な視点から両者の生活形態について様々な選択肢を提案していく必要があり、両者との長期的な関わりや関係性が不可欠となる。スウェーデンの家族支援員は、高齢者本人の状態（認知症の進行の程度、必要なサービス）に関わらず、定期的に連絡をとって家族介護者との関係を維持する。また認知症の進行とともに在宅での高齢者本人の生活が難しくなることを踏まえて、時間をかけて家族介護者が心の準備をできるように働きかけている。（表2・S2,6）フォーマルな立場で長期に渡って認知症高齢者・家族介護者と関わる支援者がいることはスウェーデンの家族介護者支援の大きな特徴である。

日本では、在宅生活を送る認知症高齢者のサービス調整を行うのは居宅介護支援事業所のケアマネジャーである場合が多く、同時に家族の相談窓口ともなる。しかし入居型の施設サービスに移る際には、入居する施設のケアマネジャーがそのケースを引き継ぐため、施設への移行前後で同一のケアマネジャーが関わることは少ない。一方で家族会

を始めとしたインフォーマルな支援者は、高齢者本人や家族介護者の状況、利用するサービスの種類に関わらず、長期的に家族介護者に関わることができる。家族会などの集まりは家族介護者にとって、認知症症状の進行に伴う介護の悩み、高齢者が施設へ入居することへの葛藤など様々な負担感について、顔なじみのメンバーやスタッフと共有し、アドバイスを得られる場であり続けるのである。

### 6-3. 個別対応～それぞれの家族に寄り添う

インタビュー調査で、支援者によって評価された各ケースの「家族の負担」には、スウェーデン・日本間、また支援者間のいずれも大きな違いはなかった。しかしながらケースへの対応や展開される支援は二国間、支援者間で大きく異なっていた。

各ケースの家族介護者に対して展開される支援は、a. 利用できる社会資源の提案、b. 知識や情報の伝達、c. 介護方法の提案、d. 家族介護者の話を聞く、の4つに大別される。スウェーデンでは、認知症看護師が中心となってa～cを担っていた。a～cは認知症高齢者本人の生活やケアに関する対応と言えるが、日本ではそれらを、ケアマネジャー、ヘルパー、家族会スタッフがケースの状況やタイミングに応じて担っている。b、cについては、ケアマネジャーやヘルパーと比較して、家族会スタッフは個々のケースにより具体的な提案を行っていた（表1）。高齢者本人と家族介護者が混乱なく生活を送っていく上で、認知症症状が現れたときの対応はとても重要である。しかしながらその対応方法は画一ではなく、認知症に関する正しい知識を踏まえた上で、本人の認知症の種類、進行の程度、これまでの生活歴や症状が現れた時の状況などによって様々に応用する必要がある、必然的に個別性の高いものとなる。多忙な中で業務内容を越えた対応が困難になっているケアマネジャーやヘルパー（表1、表2・J1～3）に対し、家族会スタッフは、インフォーマルであるが故に家族介護者の話をじっくり聞き、ケースの個別性に寄り添って必要な情報、知識、対応方法を共に考え、提案していると考えられた。同様の対応は、スウェーデンの家族支援員の回答にも見られた（表1）。

d. 家族介護者の話を聞くという支援について言及したのは、スウェーデンでは家族支援員、日本では家族会スタッフであり、それらはスウェーデン・日本の家族介護者支援を特徴づけている。スウェーデンの家族支援員は、ケースに出会った際の対応として「高齢者の（サービス）判定の話はしない、家族介護者がどんな生活を送っているかを尋ねる」「家族介護者が気持ちを表現するのを手伝う」（表1）との回答をしている。また、在宅での生活が難しくなってきたケースでは、短期入所サービスの利用を、「家族にとっては、本人と離れて暮らすことについて考える時間」（表2・S6）と位置づけている。これらは家族支援員が家族介護者を支援の主な対象として捉えていることを象徴している。

同様に、日本の家族会スタッフの回答では「自分に関わっていいかどうか見極める」「（高齢者）本人が安心できるような対応方法を一緒に考える」（表1）、家族介護者と支援者

の関係性の上に成り立つ支援（表2・J5,6）を重視する発言が多く聞かれた。また家族の負担の評価でも、家族会スタッフは家族の歴史や背景にも言及し、そこから生まれる家族介護者の苦悩を負担として挙げている（表1）。このような対応は、家族介護者を「介護者」というカテゴリーに当てはめるのではなく、固有の歴史、ストーリーを持つ家族介護者として捉え、その思いに寄り添おうとすることで可能になると言える。

またそこでは、支援者が認知症高齢者と家族介護者の歴史や背景について深く知ると同時に、支援の受け手である家族介護者との関係性が不可欠となる。スウェーデンの家族支援員、日本の家族会スタッフは、「家族介護者にとって、信頼して相談できる相手になるため」（表2・S5,J6）、つまり、家族介護者との関係構築のために家族介護者の話を「とことん聞く」ことを支援の主眼としていた。そして、関係性の上で成り立つ様々な提案を重ねることで、その軽減や解消を試みている。このような支援は、単なる「アセスメントやサービス決定過程における協働」とは一線を画した「家族視点に立った家族介護者支援」であると言えるだろう。

## 7. おわりに

スウェーデンでは1990年代から要介護高齢者と暮らす家族介護者への支援が目立って、現在では高齢者の他、障がい者や難病患者など要介護者と暮らす家族介護者への支援が公的サービスとして拡充されつつある。日本では、歴史的に高齢者介護の多くを家族が担ってきた。要介護高齢者や家族介護者に近い立場にある支援者からその必要性が指摘されながらも、現在でも公的サービス（介護保険制度）における家族介護者支援は各自治体の任意事業に留まっている。

調査の結果、スウェーデン・日本において、支援者は認知症高齢者の家族介護者の負担を同様に評価しながらも、家族介護者を対象とした支援には様々な違いがあることが分かった。スウェーデンでは認知症高齢者と家族介護者に関わる公的な支援者間で家族視点が共有されていた。彼らが連携すること、家族介護者を主たる支援対象者とする支援者がその中にいることで、家族介護者の直接的・間接的な負担の軽減が目指されていた。日本では、家族の視点が重要であることは共有されながらも、認知症高齢者と家族介護者のそれぞれに関わる支援者間での連携はなかった。公的サービスの支援者の主たる支援対象は高齢者本人であり、家族介護者を対象としたフォーマルな支援の実践は困難であると考えられた。しかしながら、インフォーマルな支援者＝市民団体や当事者団体が、認知症高齢者と共に暮らす個々の家族介護者に寄り添い、スウェーデンの家族支援員と同様、家族介護者がもつ固有の経験を尊重し、家族視点からの支援を提供していた。

日本では介護保険制度の施行以降、要介護高齢者が利用できるサービスが格段に増え、家族介護者が担う直接的な介護の負担は軽減していると言える。しかしながら介護保険

給付費の削減、給付の削減等により、個々のケアマネジャーが志向する支援を実践できていない、家族介護者の負担が再び増加しているといった課題が顕在化・深刻化している。また本研究では、家族会を始めとしたインフォーマルな活動が個別性の高い家族介護者の負担に寄り添い、その軽減に資していると結論づけたが、そのようなインフォーマルな活動に参加できているのは、在宅で要介護高齢者を支える家族介護者のうちのほんの一部であることも述べておかなければならない。スウェーデンでは、家族介護者がそういった活動に参加する時間を確保するために利用できるデイサービスやホームヘルプ制度がある。家族介護者が抱える負担を軽減することは、認知症高齢者がより長く在宅で、地域で生活することを可能にする。家族介護者の負担をどのように捉え、その軽減のためにどのような策を講ずるか、そのシステムを構築する上でも、システムを運営する上でも、そこに携わる者の視点が重要な鍵となると言えるだろう。

## 註

- 1) 高齢社会白書（厚生労働省 2017）によると、2014 年時点で日本の認知症高齢者数は 462 万人で、2025 年には 700 万人を超えると推計されている。
- 2) 井口 (2007) は、家族介護者の経験の理解やその経験への働きかけを考える上では、家族介護を従来のようなグルーピング可能な労働内容の集積として捉えるのではなく、個別ケースにおける意味の違いへの注目する、つまり個々の介護者に定位した介護過程の分析が必要であるとした。
- 3) 英訳すると“family perspective”。スウェーデン語で“anhörig”は、家族や親類、近しい人を指す。スウェーデンでは介護が必要な人に対して、血縁関係のある家族や親類のみでなく、親しい友人や近隣の人が身の周りのちょっとした世話をすることも頻繁にある。そのため本論では「家族介護者」としているが、スウェーデンでその語が対象とする人はより広いと言える。
- 4) 家族が休息をとるために無料でホームヘルプサービスが利用できる。利用できる時間は自治体 (kommun) によって異なる。
- 5) 自治体の専門職員が小地域を対象に開催する、家族介護者のための勉強会。疾患に関する知識や対応方法、必要なサービスへのアクセス方法などが伝えられる。
- 6) 地域診療所 (vårdcentral)
- 7) 常時ケアや見守りが必要な人が介護職員のケアを受けながら暮らす住宅 (Särskilda boende)
- 8) 地域（主に自治体）でプライマリケアを担当する看護師 (district sköterska)
- 9) 介助用具や自助具についての専門職 (Fysioterapist)

## 引用文献・参考文献・参考 URL

Albin, B, Siwertsson, C. and Svensson, J. O. (2007), Situation for cares of the elderly in Sweden(=

2007, 斉藤弥生監訳, 久保恵理子訳「スウェーデンにおける高齢者の家族介護者の現状」  
地域福祉研究 36,72-83)

Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of postindustrial Economies*, Oxford University Press (=2000, 渡辺雅男・渡辺景子訳 『ポスト工業経済の社会的基礎—市場・福祉国家・家族の政治経済学』 桜井書店)

Gaugler, J. E., Roth, D. L., Haley, W. E. and Mittelman, M. S. (2008), Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's Disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University Caregiver Intervention Study, *The American Geriatrics Society*,56:421-428.

後藤みゆき, 小川全夫 (2009), 「在宅終末期がん患者の家族介護者支援をめぐる研究動向と課題 インフォーマル・レスパイトケアの提起」, 山口県立大学学術情報 151-159  
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

井口高志 (2007), 『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』 東心堂

Iliffe, S. and Drennan, V.(2001), *Primary Care and Dementia*, Jessica Kingsley Publishers

石黒暢 (2002), 「スウェーデンにおける介護家族支援策—『家族 300』(Anhörig 300) 補助金とその成果—」, 大阪外国語大学デンマーク語・スウェーデン語研究室紀要 IDUN (15),209-224

公益社団法人 認知症の人と家族の会 (<http://www.alzheimer.or.jp>)

桑原裕一, 鷲尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子, 森満 (2002), 「要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因: 福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較」  
保険医療科学 51(3),154-167

Liken, M. A. (2001), Caregivers in Crisis: Moving a relative with Alzheimer's to assisted living, *Clinical Nursing Research*,10(1),52-68.

Mövall, L. and Malmberg, B. (2007), Day care for persons with dementia: An alternative for whom?, *Dementia*6(1),27-43.

Riksrevisionen(2014), *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*, Riksrevisionen granskar medborgarna och förvaltningen.

斉藤弥生 (2015), 「第 4 章 小地域における福祉ガバナンスを比較する」, 上野谷加代子, 斉藤弥生編著『福祉ガバナンスとソーシャルワーク ビネット調査による国際比較』 ミネルヴァ書房

Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A. Stevens, A. & Zhang, S. (2004), Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being, *The Journal of American Medical Association* 292(8), 961-967.

Socialstyrelsen, (2002), *Anhörig 300 –Slutrapport*, Stockholm

Socialstyrelsen, (2005), *Kommunernas anhörigstöd 2004*, Stockholm.

Torntore, J. B. & Grant, L. A. (2004), Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of relative with dementia, *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 59(2), pp.80-88

上野谷加代子, 斉藤弥生編著 (2015) 『福祉ガバナンスとソーシャルワーク ビネット調査による国際比較』 ミネルヴァ書房

Wimo, A., Strauss, v. E., Nordberg, G., Sassi, F. and Johansson, L. (2002), Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden, *Health Policy* 61, pp.255-268

Zarit, S. H. and Stephens, M. A. P. (1998), Stress reduction for family caregivers: Effect of adult day care use, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 53(5), pp.267-277

## **A comparative study of Sweden and Japan: Support systems for family caregivers of the elderly with dementia based on a family perspective**

Eriko KUBO

This paper aims to compare support systems in Sweden and Japan for family caregivers of the elderly with dementia, from the family's perspective (*anhörigperspektiv* in Swedish).

First, the history and social support for family caregivers of the elderly with dementia in the two countries were analyzed. The Swedish government began focusing on family members living with the elderly requiring care in the 1990's, and developed a support system for family caregivers as part of the social services policy. The family consultant employed by the municipality provides support and advice to family caregivers—a signature system in Sweden. However, historically, Japanese society and social care insurance for the elderly have not supported family caregivers despite receiving requests for these services. Self-help groups have played an important role in supporting them.

Interview-based research using vignettes of the supportors for the elderly with dementia and family caregivers in the two countries was conducted. Each vignette was a specific case related to a conflict in a family that included an elderly person with dementia. Interviewees were shown the vignette and asked to respond on how they deal with the case. In both countries, all interviewees evaluated family caregivers' (living with the patient) burden as quite heavy. The responses regarding addressing the case differed between in the two countries. The family consultant in Sweden responded that he would suggest options for respite, for example, free respite care, as prepared by the municipality. He emphasized that the approach to family caregivers is necessary; placing them at the center of support. Interviewees in Japan, especially staff working for the elderly, indicated that they wished to do something for family caregivers; however, they had no suggestions as per the present system. Interviewees from the self-help groups responded that listening to what family caregivers feel and think when caring for the patient and sharing their feelings are important. Furthermore, if required, they provided advice on treating dementia symptoms and receiving help from the municipality.

The support for family caregivers in the two countries differs in terms of public or private systems. However, in both countries, supportors working for the elderly with dementia and family caregivers understand the family caregivers' burden. Furthermore, supportors of family caregivers (family consultant in Sweden, staff of self-help group in Japan) emphasize family caregivers themselves as the center of support.