

資料

在宅における痴呆性老人の家族が抱える問題について

三原 博光* 田崎 愛子** 森 しおり***

要 約

本研究の目的は、在宅で痴呆性老人を介護する家族が抱える問題について、文献と事例を通して明らかにすることである。まず、文献を通して、痴呆の定義や症状などを明らかにした。次に在宅で痴呆性老人を抱える家族のケースの事例では、脳血管性痴呆老人を抱えている家族とアルツハイマー型の痴呆性老人を抱えている家族の問題を取り上げた。その結果、脳血管痴呆性老人を抱える家族では、高齢者の徘徊などの痴呆症状に加えて、身体的介護が必要とされ、家族は精神的負担と身体的負担を感じていた。一方、アルツハイマー型の痴呆性老人を抱える家族は、高齢者の記憶障害や異常行動による負担を感じていた。このことから、医療、保健、福祉にかかわる専門家に対しては、痴呆の症状を考慮して、その家族を援助することが必要であることが指摘された。

キーワード：在宅ケア、脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆、家族

I. はじめに

現在、わが国は高齢社会を迎え、痴呆性老人も増加し、在宅で痴呆性老人を介護する家族は増加傾向にあると思われる。しかし、外見的には問題がないようにみえたとしても、物忘れや徘徊などの問題行動を示し、常に見守りが必要とされる痴呆性老人を抱えている家族にとって精神的、身体的負担は大きいと想像される。ある意味で、家族のそのような犠牲で、痴呆性老人の在宅介護が成立すると言っても過言ではないかもしれない。現在、介護保険が施行されているが、要介護認定において、痴呆性老人よりも身体的介護を必要とする高齢者の方が重い要介護度認定が行われ、痴呆性老人の痴呆症状は、要介護度のなかにあまり反映されていないと指摘されている。しかも、痴呆症状の出現は、個人差が大きく、家族の介護負担の内容も千差万別になってくるといえる。

本研究の目的は、痴呆症状に伴う家族の負担に焦点を当て、痴呆性老人の介護の問題点を追求することにある。この目的のために、在宅のなかで、痴呆性老人を抱える2つの家族の事例をここで紹介することにした。

II. 痴呆とは何か

まず、最初に痴呆の定義について触れる。これまでの痴呆の定義に関しては様々な議論が出されているが、概念、分類、臨床症状、病理、診断等について、必ずしも一定の見解は示されていない。それは、痴呆というものが特別な神経学的障害に関連した疾患という1つの広いカテゴリーであることが原因になっていると考えられる。

1. 痴呆の定義

アメリカ精神医学会¹⁾の診断基準によると、痴呆は次のように定義されている。

「痴呆とは、いったん正常に発達した知能が後天的原因により低下し、それとともに感情障害あるいは人格障害を伴う病態をさす。」そして、以下のような特徴が示されている。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 社会的・職業的機能を妨げるほど重篤な知的能力の喪失 (2) 記憶障害 (3) 以下の中の少なくとも1項目、 <ul style="list-style-type: none"> ①抽象的思考の障害 ②判断力の障害 ③その他の高次皮質機能の障害（失語、失行、失認、構成失行） |
|--|

*山口県立大学
**諫早総合病院
***長崎大学医学部付属病院

④人格変化

- (4) 意識混濁はない
 (5) 原因と考えられる既往歴、身体所見、検査成績が存在するか、または器質性精神障害以外の状態を除外しうる

この定義では、痴呆の原因を脳の後天的な障害によるものとし、社会的機能を妨げる知的能力の喪失として痴呆を捉えている。そして、この中でも痴呆による障害を社会的機能に加えて、職業的機能を妨げる知的能力の喪失と考えている点特徴的である。つまり、痴呆の問題を老人の社会生活全般から捉えており、単に痴呆を医学的観点のみだけでなく、福祉的観点から考えている。このような視点の背景には、アメリカのなかにノーマライゼーションの原理が痴呆性老人の問題のなかに浸透しているのかもしれない。

一方、わが国では、「痴呆とは、中枢神経系の高次機能が何らかの原因で慢性的に障害された結果としての状態である。」、あるいは、「痴呆とは、獲得した知能が後天的な脳の欠損によって障害された状態である。」と紹介されている²⁾³⁾。さらに「痴呆とは、一度獲得された知能が脳の器質的病変により失われ、“日常生活に何らかの支障をきたす程度の知的能力が低下”すること。」とも報告されている⁴⁾。

わが国の定義を見ると、非常に抽象的で、かつ医学的記述が多く、医学的見地のみで捉えようとする傾向が強いのではないと思われる。つまり、我が国の場合、痴呆の問題は、医学のみの研究対象としての傾向が強く、アメリカのように痴呆の社会生活全般についての視点が欠けているのである。わが国が他の国々と比べて、急速な高齢化社会に至ったため、痴呆の問題について、社会全体に関心が低く、社会的問題として捉えられていないこと、アメリカでは、わが国に比べて、早い時期に高齢化社会を迎え、痴呆に対する社会的関心が早くからあったことも両国の定義の相違に影響を及ぼしていると思われる。

2. 痴呆の症状

痴呆はただ一つの症状でなく、幾つかの症状が集まった症候群とみられる。つまり、痴呆の症状の特徴は脳障害による各種の知的機能低下によって起こる主要な症状（例えば、新しいことが記憶できない等の記憶障害）と一人ひとりに異なって現れる症状の2つがあげられる。ここでは、痴呆にみられる3つの主要な症状である行動異常、精神症状、神経症状をあげ、以下、簡単に説明をする。

まず、行動異常の最も代表的なものは徘徊・行方不明である。例えば、最も多いのは勘違い（記憶錯誤性）によるもので、定年退職しているにもかかわらず職場に行くと言って出かけようとする。その他、便いじりや異所排泄等の排泄に関する行動異常、指しゃぶりや異食等の異常習癖行為もあげられる。

次に精神症状としては、もの盗られ妄想、いじめられ妄想、捨てられ妄想などの、身近な人を対象とした被害妄想である。このほか抑うつや心気症、興奮、大声、乱暴、拒絶などがみられる。

神経症状は特に脳血管性痴呆に目立つが、身体麻痺症状や不随運動がみられる。特に、失語症、着衣失行、空間把握もみられる。その他、経過中に一時的に、鏡現象（鏡に映る自分を他人と違って話しかける）や人形現象（人形を自分の息子と違って現実的に対応する）をあらわすものがある。

その他、日常生活動作の障害では、食事、排泄、更衣、入浴、睡眠、移動、交流などの面に問題行動がみられる。

以上のような痴呆性老人の持つ問題症状のなかで、家族や施設職員のスタッフにとって、最も問題となる行動は不潔行為と睡眠の妨害であることが一般的に言われており、記憶障害などは、それ程、問題視されていない。つまり、介護者にとって、排便や排尿などの処理による衛生上の問題、それにゆっくり眠ることができないという身体的、精神的ストレスが介護上の問題となっているのである。そして、このような問題行動が継続し、外部から何ら援助が与えられない場合、高齢者の虐待という問題も生じて来ることが予想される。

痴呆症の典型的なものとして脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆があげられる。脳血管性痴呆はわが国では最も多い疾患であり、大脳皮質や皮質下の多発性梗塞および脳出血などの脳血管性疾患が原因になっているといわれる。多くは病変に対応した神経兆候を伴い、痴呆の症状も血管病変の場所によって決まるため、人格は保たれるが、認知機能が障害となり、「まだら痴呆」となることが多い。しかし時には病前の性格が尖鋭化し、短気、怒りっぽい、家人に乱暴する、などの性格変化がみられることがある。また、感情のコントロールが崩れ、些細なことで泣き出したりする感情失禁もよく見られる。その他、めまい、片麻痺、知覚鈍麻などの症状も見られる。この痴呆性の症状は脳卒中を繰り返しながら段階的に痴呆が増悪し、末期には高度の痴呆となり歩行不能、失禁状態となる。

一方、アルツハイマー型痴呆は、欧米では最も多い痴呆で、わが国でも脳血管性痴呆に次いで多い痴呆症である。大脳皮質の一次性変性による脳萎縮がみられ、通常約1300グラムある質量が、末期には約900グラム以下までになると言われている。主な症状の特徴は初期から記憶障害が認められ、忘れっぽくなったことを訴え、困惑し、自分の記憶障害に病感や病識を持っているような態度を示すようになる。数年後に、その他の認知機能障害も出現するという形で徐々に進行することが多い。失行も出現し、計算も障害される。無頓着、無感情、多動傾向が強まる。早期から人格の変化が生じる場合もある。最終的には運動の障害が顕著になり、口も聞かず、寝たきりになることもあると言われている。

Ⅲ. 痴呆性老人を抱える家族の事例

ここでは、脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆の事例を示し、それぞれの特性から、家族の援助のあり方を考察する。

事例1：脳血管性痴呆による痴呆性老人の家族についての事例

(1) 痴呆性老人の状況について

対象者：A氏（男性、85歳）、O県内在住、脳血管性痴呆、要介護度4。

なお、ここでの報告は、A氏を介護しているA氏の息子の嫁であるB氏（52歳）との面接によるものである。

平成8年2月脳溢血にて緊急入院となる。同年3月頃（入院中）より、妻が死亡した事実が理解できない、農作業の収穫時期や収穫方法が分からなくなる等の健忘より痴呆症状が認められた。同年4月頃より、日時が分からない、トイレの場所が分からない等の失見当識が出現した他、徘徊が夕方に頻回に起こった。その時は、デイケアを週1回利用するのみで、保健婦や看護婦の訪問は利用していなかった。この期間中も、A氏の痴呆症状は悪化し、行動異常としてぼや騒動や、食後すぐに「ごはんを食べていない」と訴える等の健忘が起っていた。

平成12年4月、自宅風呂場にて転倒し、大腿骨骨折。救急車にて病院へ搬送される。搬送時に救急隊員に対し、「殺す気か」などと大声をあげるような妄想的行動がみられた。骨折の治療に対し、外科医などは手術を試みようとするが、痴呆症状悪化と手術に耐えうる

かどうかという麻酔科医の治療への懸念から自然回復を待つ方針が決められ、平成12年7月から、O県内の老人保健施設に一時的に入所しているが、週末など家に帰省することもよくある。

A氏は、痴呆症状出現以前より、右麻痺、片目失明の機能障害があった。

現在の日常生活行動レベルは以下の通りである。

食事：主食 お粥 副食 刻み食

左手で自力摂取、毎食とも全量摂取

（一部介助：誘導が必要）

排泄：おむつ使用

入浴：機械浴、全面介助

衣生活：更衣については声掛けにて一部介助

移動：ベットから車椅子へ声掛けと見守りが必要ではあるが自力で移動

痴呆症状出現前のA氏の性格は、頑固、怒りっぽい、人に任せずに何でも自分で行う傾向があった。現在は、A氏は、自分の介護者であるB氏が長男の嫁であることは理解していないが、B氏が自分の家族の者であるという認識はあるようである。

(2) 家族の状況について

痴呆性老人であるA氏の家族構成としては、平成2年に長男が胆管癌にて死亡。A氏の妻は、昭和60年に軽い脳出血による右片麻痺を起こし、10年後の平成8年10月に脳血栓により死亡。平成8年の妻の死亡の際、現在の主な介護者である長男の嫁であるB氏はA氏とその妻を同時に介護をし、そのことで精神的・身体的にも非常に苦労していた様子である。現在、B氏はA氏、それにB氏の息子夫婦とその子ども2人との6人暮らしである。

平成12年3月より、同居している息子の嫁が勤めに出るようになったため、平日、B氏はA氏の介護と息子の孫の子供である孫の世話をしている。家族内の人間関係は、同居家族及びB氏の子どもの関係は良好であり、コミュニケーションは良好であるようである。

B氏の健康状態については、高血圧の既往、腰痛、心電図異常があるが、介護を行う責任から基本健康診査を受けるなど自己の健康管理意識については高い。B氏は、A氏がデイケアを利用していた際には、デイケアの寮母と毎日連絡を取り合ったり、市町村保健センターに出向き、保健婦と介護についての話をしている。このような社会的資源の利用が、B氏の介護に対するストレスの軽減にもなっているものと思われる。また、介護教室に参加した経験もある。

その他、平成11年12月から「痴呆性老人を抱える家

族の会」に参加し、他のメンバーの介護の経験を聞き、介護に苦しんでいるのは自分だけではないと勇気づけられたとB氏は述べている。

将来、今後の介護への見通しとしては、自分自身が元気である限り、他の人の力に頼りたくないことから、ホームヘルパーの利用は考えていないという。このように、自分自身が元気である限り、外部からの援助を受けないと言う考え方は我が国の伝統的な国民性の特徴であるかもしれない。一方、介護者が介護疲れで倒れたとき、介護者も被介護者も共倒れになり、家族が崩壊してしまう危険性が生じる。現在、B氏本人の血圧が高く不安定であることや腰痛の悪化、A氏が大腿骨骨折により寝たきり状態となってしまったことから、B氏は自宅での介護に限界を感じ、今後は施設介護を検討しているという。

(3) 痴呆の症状が家族に及ぼす影響について

A氏の痴呆症状は、平成8年の入院中より出現。以来、家の周りを徘徊したり、ぼや騒動を起こす等の行動異常が認められた。この期間、徘徊に関しては、近隣にA氏の痴呆症状を説明し、理解、協力を求めたことにより、実際、徘徊時に近隣からA氏が徘徊しているとの連絡が入ることもあった。この事例においては近隣からの協力が得られており、A氏を取り巻く環境は良好であったと考えられる。それは、B氏が日頃から地区の自治会活動に積極的に参加していたなどから、A氏の家族と近隣との関係が良好であったことがあげられよう。特に70%近くの介護者が、徘徊は負担と感じる行動であり、介護する家族に負担を与え、家族介護の限界を引き起こす要因の一つであると報告されている⁵⁾。しかし、この事例においては、近隣からの援助がB氏の介護負担を軽減しており、徘徊がB氏の介護意欲を軽減する要因とはならなかったと考えられる。また、近隣に住むB氏の娘が相談相手や手伝いに来てくれることがB氏の精神的負担の軽減になっていると思われる。

最後に介護のなかで、B氏とのコミュニケーションについては、A氏から介護者B氏に対して言葉を発する程度のコミュニケーション能力が残存していた。例えば、A氏は身体的苦痛を家族に直接（「痛い」など）訴えることができた。また、A氏は介護者に対し時々「ご苦労さん」、「サンキュー」と言うこともあった。このため、家族はA氏の身体的・精神的側面を直接的に理解でき、わずかな言語的コミュニケーションも交えながら信頼関係および人間関係を維持し続けることができているとB氏は述べていた。このことから、ど

のような痴呆症状であろうとも、介護者と被介護者との間にわずかなコミュニケーションが形成されていることが、介護者に介護に対する動機づけを与えるのかもしれない。

事例2：アルツハイマー型による痴呆性老人の家族の事例

(1) 痴呆性老人の状況について

対象者：C氏（女性、80歳）、O県内在住、アルツハイマー型痴呆、要介護度1。

平成6年11月にC氏は狭心症を来し、通院をする。しかし、このとき、担当した医師はC氏が痴呆であることを疑う。その後、平成8年、春頃、かかりつけ医はC氏をアルツハイマー型痴呆と診断するが、C氏が独居であるため、その事実を親類などには伝えていなかった。この時期に、近隣の親戚にお土産に腐った食べ物や食べ残しの弁当等を渡したりするなどの異常行動や、夜中に何度も電話がかかり、テレビがつかないとの近所の親戚に相談があり、訪問すると、テレビのコンセントを入れ忘れていたなどひどい物忘れの行動が見られ始めた。その他、物取られ妄想と考えられる金銭トラブルが起り始めた。また、これまで温厚であった性格が、一変し、乱暴な言葉を発したり、金銭の支払いなどについても物忘れが始まるなど人格変化が見られるようになった。

平成12年7月現在、C氏は特別養護老人ホーム入所中であるが、入所までの1年3ヶ月は、ショートステイ、社会福祉協議会の紹介によるホームヘルパーを週2回程度利用し、在宅で生活をしていた。

現在の日常生活行動レベルは以下の通りである。

食事：自立

排泄：見守り（夜間失禁あり）

清潔：排泄後の清潔行為は出来ない

衣生活：更衣については自立

活動・休息：昼夜の区別なし

C氏は、定年まで事務員として働き、定年後、痴呆症状が現れる前までには、俳句、茶道、華道等の免許を持つほどで、自ら教えていた。主な介護者である義理の姪のG氏と実の姪のF氏については、面会のときに「今日は」、「お初にお目にかかります」と述べ、親戚であるという認識も少ないようである。

(2) 家族の状況について

家族構成としては、C氏は独身であり、独居であった。しかし、近隣には甥夫婦や姪夫婦等の親戚が住んでおり、施設入所前はC氏との関係は良好で、常に連

絡を取り合い、家に行き来する関係であった。

主たる介護者である義理の姪（甥の嫁）G氏と実の姪F氏は、平成8年にC氏がアルツハイマー型痴呆であると知る前に、C氏の被害妄想による金銭トラブル等に悩まされていた。例えば、C氏がF氏にクリーニング代金を踏み倒されたと近隣の人や親戚に被害を訴えたが、実際にはF氏がC氏のクリーニング代金を肩代わりしていたなどのトラブルが起こった。

C氏のかかりつけ医により、C氏がアルツハイマー型痴呆とG、F氏に知らされ、当初は二人は「C氏は可哀想」という同情と、「まさか、自分の家族にアルツハイマー病の人が表われるとは思わず、ショックだった。」という複雑な気持ちを語った。G氏、F氏がショックから立ち直り、C氏に対する医学的診断を受容するのに3ヵ月の期間を要したという。この期間、C氏の被害妄想による金銭トラブルが近隣の話題となり、C氏のアルツハイマー型痴呆について十分な知識を持たない近隣の人々は、トラブルの際、C氏よりG氏、F氏を激しく非難し、そのことで、G氏、F氏は心身ともに疲れたと述べていた。

施設入所までの1年3ヵ月の間は、G氏、F氏が交代でC氏の食事、掃除、洗濯等の家事援助を中心とした介護を行なった。この期間もC氏の痴呆症状は悪化し、夜間、「玄関の外に誰かがいる」、「玄関の電気の消し方が分からない」等の理由で何度もC氏からの電話で呼び出され、G氏、F氏ともに心身両面での疲労が重なった。その結果、G氏、F氏はC氏の痴呆症状および介護方針について、かかりつけ医や民生委員に相談した。その結果、民生委員が現在入所中の施設を紹介し、民生委員の働きかけで施設入所に至ったのであった。

(3) アルツハイマー型痴呆が家族に及ぼす影響について

C氏が独居であるため、かかりつけ医は親戚の存在を知らず、約2年もの期間、親戚はC氏のアルツハイマー型痴呆症状について知る事がなかった。その結果、C氏の痴呆症状による物取られ妄想や被害妄想の出現により、病前より仲のよかったG氏、F氏が巻き込まれ、親戚間のトラブルが絶えなかった。このトラブルの重要な原因としては、C氏がアルツハイマー型痴呆に罹患していると言う事実を周囲が知らなかったということが考えられる。このことから、アルツハイマー型痴呆がいかに家族の混乱を引き起こすのかということが理解できよう。

実際、C氏のアルツハイマー型痴呆の罹患について、

かかりつけ医より親戚に知らされて以来、それまで絶えなかった親戚間のトラブルが減少したと述べられていた。また、G氏、F氏間の関係はC氏の痴呆症状出現前より良好であったが、介護をするにあたり、互いに協力しあうことでさらに関係を深めた。

G、F両氏にとっての現在の介護によって引き起こされる負担としては、C氏が施設に入所しているため、C氏を介護するという身体的な負担より、外見的には何も問題のないようにみえるC氏を施設に入所させたという近隣の人々や親類の関係者からの批判的な反応による精神的負担が大きい事が考えられる。

アルツハイマー型痴呆について様々な情報はマスコミなどを通して提供されているが、脳血管性痴呆との違いや老化による物忘れなどと症状が混同されやすい。また、アルツハイマー型痴呆は他の痴呆と比べ、身体的能力は残存している場合が多く、十分な会話は成立しないものの、挨拶程度のコミュニケーションをとることが可能なため、外見的には痴呆と判断しにくい。そのため、第三者からの理解を得ることは難しいと言われている。

IV 痴呆性老人を抱える家族に対する医療福祉サービス

以上の2つの事例から、痴呆の症状によって、家族の負担がどのように異なるのか、また痴呆性老人を抱える家族にはどのような医療福祉サービスが必要であるのかを、ここで検討してみたい。

事例1のA氏の介護状況から、脳血管性痴呆では身体的障害を伴っていることが多く、介護者は痴呆症状に加え、身体的な介護も必要となり、介護者にとって、精神的負担に加え身体的負担も余儀されることが多い点があげられた。一方、事例2から、アルツハイマー型痴呆症では、物取られ妄想や被害妄想、あるいは短期記憶喪失によって、介護者と被介護者が全く言語的コミュニケーションが持たなくなってきた点があげられた。しかも、初期においては身体的には自立しており、他者に対して礼儀正しい行動を見せるため、第三者には外見的には痴呆であるということを理解されにくい。そのため、介護者にとって、周囲からの理解が得られにくい事が精神的負担になっている場合が考えられる。この言語的コミュニケーションが持てるという点では、アルツハイマー型痴呆よりも脳血管性による痴呆の方が介護が容易である点は事例1の内容から理解できよう。例えば、それはA氏の介護者に対

するわずかな感謝の言葉「サンキュー」などによって、家族との人間関係や信頼関係が維持されていることから理解できよう。そして、2つの事例を比較し、脳血管性痴呆とアルツハイマー型の痴呆とどちらの痴呆が家族にとって、大きな負担となるとは必ずしも断定的には言えないが、敢えて述べるとするならば、アルツハイマー型痴呆の方が家族は、ほとんど言語的コミュニケーションの交流が持たなくなり、しかも家族や親類の存在も忘れられ、様々な異常行動を示すことを考慮すると精神的負担が大きいと言えるかもしれない。

それでは、このような痴呆性老人を抱える家族にとって、どのような医療福祉サービスが助けとなったのか触れてみる。

まず、事例1から、A氏がデイケアに通い、その機関を通して、保健婦の訪問を受けたり、B氏が介護教室や痴呆性老人を抱える家族の会にも参加するのである。B氏はこれらの医療福祉のサービスを通して、介護技術や知識を身につけながら、社会的経験を拡大させて行くのである。また、このような経験と同時に従来からの地区活動への参加を通して、近隣の人々にもA氏が徘徊をしたときには連絡をお願いするように、近隣の人々を社会資源として利用するのである。

次に事例2では、特別養護老人ホームの存在がC氏やその介護者であるG、F氏にとっても、好ましかったことがあげられる。C氏が施設に入所してから、G、F氏がC氏の問題を冷静に考えるようになったことから理解できよう。つまり、施設は隔離の場ではなく、痴呆性老人とその家族にとって救済の場となったのである。しかも、この施設への入所のきっかけは地域に住む民生委員の働きである。地域のなかで、住民にとって身近な存在である民生委員が痴呆性老人を抱える家族にとって大きな援助の役割を果たしたのである。

以上のことから、痴呆性老人を抱える家族に対して、インフォーマルなサービス（民生委員、近隣の人々）やフォーマルなサービス（デイケア、特別養護老人ホーム、保健婦の訪問など）は貴重な医療福祉サービスといえるであろう。

引用文献

- 1) 高橋三郎、大野裕、染矢俊幸（訳）：DSM—IV精神疾患の疾患・統計マニュアル、医学書院、1311、1996
- 2) 井村裕夫、尾形悦郎他（編）：老年の診療、中山書店、91、1995
- 3) 浜田晋、広田伊蘇夫、竹中星郎（編）：ナースの

ための精神医学、日本看護協会出版会、253、1997

- 4) 亀山正邦、亀田治男、高久史麿、阿部令彦：今日の診断指針第4版、医学書院、124、1997
- 5) 今井幸充：家庭看護者の精神保健、老年精神医学雑誌、3、1117-1124、1992

参考文献

- 1) 国民衛生の動向：第46巻第9号、1999
- 2) 高橋三郎、大野裕、染矢俊幸（訳）：DSM—IV精神疾患の疾患・統計マニュアル、医学書院、1996
- 3) 厚生省保健医療局精神保健課：我が国の痴呆疾患対策の現状と展望、中央法規出版、1994
- 4) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉平成11年度版
- 5) 高久史麿、鴨下重彦監修：治療薬マニュアル2000、医学書院、2000
- 6) 諏訪さゆり、湯浅美千代、正木治恵、野口美和子：痴呆性老人の家族看護の発達過程、看護研究、第29巻3号、1996
- 7) 大國美智子監修：痴呆性高齢者虐待の実態、財団法人長寿社会開発センター、1997

Title: A community perspective on problems of families with elderly persons who have dementia.

Author: Hiromistu Mihara*, Aiko Tazaki*², Shiori Mori*³

*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

*²Isahaya Insurance General Hospital

*³Nagasaki University Hospital

Abstract :

This study aims to analyze problems of families with elderly persons who have dementia from a community perspective through a review of the literature and case reports on the subject.

First, a definition and a description of the symptoms of dementia are given. Second, two cases of dementia are reported. One case is the family of an elderly person with atrophy of brain blood vessel dementia and the other is a family with an elderly person who has Alzheimer's disease.

The elderly person with atrophy of brain blood vessel nature of dementia showed symptoms such as wandering and needed physical care from the family.

Therefore, the family felt a physical and mental burden. In the other case, the elderly person with Alzheimer's disease showed defects of memory and abnormal behavior. Here the burden the family felt was of a particular mental nature.

These two reports indicated that professionals such as public health nurses and social workers need to take the kind of dementia into consideration when helping families .

Key words: community care, atrophy of brain blood vessel dementia, the dementia of Alzheimer's disease, family
