

を考えると、住み慣れた家で家族に介護されて療養することが望ましいのではないかと思考される。しかし高齢者の家族形態が高齢者のみの核家族へと家族数が少なくなりつつある中<sup>9)</sup>、家族介護力を如何に確保するのかが課題である。

家族形態が2世代3世代の家族であっても、介護内容として食事、排泄、清潔の援助は、被介護者の生命活動そのものを支えたり代行したりするもので、一日とて休めるものではなく労力を必要とする。また介護期間は乳幼児を育児する場合とは全く異なり、いつ介護が終わるか分からない。また介護すればよくなるというものではなく、いつかは死別に至ることを考えると、高齢者介護は苦勞したことが直接報われるものではない

長期間介護を継続している事例は、介護者が介護することを日常生活の生活パターンとして組み入れ、介護が日常化していた。その上副介護者が介護者や被介護者を毎日あるいは定期的に訪れて、介護を行っており家族ぐるみで介護に関わっていた。介護を継続するためには、基本的には夫婦関係を核に家族関係の良好な形成を促すことが重要である。しかし家族関係が良好で介護を好意的にとらえている事例でも、介護の負担感を強く感じていた。

要介護高齢者の介護内容や介護の仕事量は、介護することによって一時的に介護内容が軽減することがあるかもしれないが、基本的には被介護者の加齢と共に介護内容は重度化してくる。加齢によるADLの低下は避けられないものであり、介護者も又加齢による身体機能の低下を認めつつ、介護を継続していくことは、大きなストレスである。介護者、被介護者双方のQOLを保ちつつ、介護を継続していくためには、被介護者への支援以上に介護者へのサポートが重要である。今回福祉サービスの利用については検討していないが、介護者の介護意欲を継続につながるようなサービス、又は介護者同士のセルフヘルプグループの育成が必要となろう。

## 5. 結論

家族介護者の長期介護を継続を支えている要因として特筆することは、緊密な家族関係の形成と、被介護者が健康なときの良好な夫婦関係、被介護者の人柄の良さである。

## 文献

- 1)小野ツルコ他：高齢者の在宅ケアに関する要因の研究 第1報 老人及び家族が期待する援助，岡山大学医療技術短期大学部紀要 1:61-68 1990
- 2)野川とも江他：在宅寝たきり老人の介護継続意志に関連する要因の検討，日本看護科学会誌15(3) 31
- 3)松田順子他：配偶者である介護者の在宅介護中断に関する意識と関連要因，日本看護科学会誌16(2) 415-416
- 4)百瀬由美子他：改訂版世間体スケールと介護負担感及び保健・福祉・看護サービス利用との関係，日本看護科学会誌17(3) 232-233
- 5)岸恵美子：介護継続意志に関わる要因についての一考察—老人福祉手当受給者の主介護者の実態調査より—日本公衆衛生雑誌，44(10)935
- 6)結城美智子他：在宅老人の介護者における家族・身内のサポートと介護負担の関連，第26回日本看護学科地域看護分科会集録104-106 1995
- 7)深沢華子：在宅療養に携わる男性介護者の介護力に関する基礎的研究，平成6・7年度科学研究費補助金（一般研究C）研究報告書 平成8年
- 8)吉田久美子他：要介護高齢者の介護者の負担感とその関連要因，社会医学研究 第15:7-13 1997
- 9)厚生統計協会刊：国民衛生の動向，厚生指標45(9)40 1998

## 在宅ケアにおける家族介護者の生活状況

小西美智子（広島大学医学部保健学科 教授）

永井真由美（広島大学医学部保健学科）

在宅ケアにおける家族介護者の生活行動と生活上の問題を明らかにするため、介護者 104名を対象に自記式質問紙による調査を行った。療養者の自立度別に分析した結果、介護に関する生活時間は療養者が寝たきりであるランク B, C（厚生省「障害老人の日常生活自立度判定基準」）の介護者に有意に多いが、精神的負担の問題はランク A（準寝たきり）の介護者もランク B, C と違いが少ないことが示された。

キーワード：家族介護者，生活行動，介護負担，日常生活自立度

### A. 研究目的

虚弱、寝たきり、痴呆症状のある高齢者を在宅で介護する場合には、家族の生活に様々な影響が生じる。これら在宅での介護に伴う家族の負担やそれに関連する要因等について既に多くの研究が行われている。

介護負担の要因に関しては、介護者に関するものとして高齢である、健康状態が悪い、就労していること、高齢者に関するものとして認知障害がある、排泄、入浴、移動動作等日常生活が自立していないこと、また、介護環境要因として、介護者へのサポートがないこと等が報告されている<sup>1)</sup>。在宅療養者の日常生活自立度については、その低下が在宅介護継続の阻害要因となり得ることや介護負担感と関連することが報告されている<sup>2)</sup>。しかし、その自立度の違いが介護者の日常生活に具体的にどう影響しているかを明らかにした研究は少ない。

本研究では、在宅療養者の介護に携わっている家族介護者の生活状況を在宅療養者の自立度に焦点をあてて明らかにすることにより、介護者を支援するための方法について検討す

ることを目的とした。

### B. 研究方法

#### 1. 対象及び方法

H市の保健センター 8カ所で行われている機能訓練教室利用者の主たる介護者（以下、介護者）74名、及びその近郊の町に在住し、A訪問看護ステーションのサービスを利用している療養者の介護者86名の計 160名を対象とした。調査方法は、研究者が作成した自記式質問紙を用い、機能訓練教室利用者の介護者には開催時に研究者が配布し、訪問看護サービス利用者の介護者には、訪問看護婦に配布を依頼した。両者とも郵送により回収した。調査期間は、それぞれ平成 9年6月～8月である。

#### 2. 調査内容

在宅療養者に関する調査項目は、年齢、性別、日常生活自立度、在宅療養期間、痴呆症状、治療中の疾患、社会資源の利用状況とした。日常生活自立度については厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基

表1 自立度別にみた在宅療養者の特性 (%)

自立度(ランク)		J	A	B	C
計		8	25	37	34
年齢	M±SD	68.1±9.4	68.8±10.7	74.5±10.6	83.5±9.8
性別	男	6 (75.0)	15 (60.0)	19 (51.4)	11 (32.4)
	女	2 (25.0)	10 (40.0)	18 (48.6)	23 (67.6)
療養期間	M±SD(月)	33.9±31.9	64.1±69.5	50.5±46.5	66.8±48.2
痴呆症状	あり	2 (28.6)	6 (24.0)	10 (30.3)	15 (48.4)
治療疾患	あり	7 (87.5)	20 (83.3)	33 (89.2)	26 (83.9)

表2 在宅療養者の自立度別にみた介護者の特性 (%)

自立度(ランク)		J	A	B	C
年齢	M±SD	57.8±9.1	61.4±12.9	63.3±11.2	62.4±9.4
性別	男	2 (25.0)	5 (20.0)	9 (24.3)	3 (8.8)
	女	6 (75.0)	20 (80.0)	28 (75.7)	31 (91.2)
家族構成	二人暮らし	3 (37.5)	9 (36.0)	14 (41.2)	5 (15.6)
体調	良好	6 (75.0)	15 (60.0)	19 (54.3)	21 (63.6)
疾患	あり	3 (37.5)	10 (43.5)	23 (67.6)	20 (60.6)
就労	あり	6 (75.0)	9 (36.0)	7 (20.0)	9 (28.1)

注)人数に対する割合が要因によって異なるのは、無回答者を除いているためである

準」を基本に用いた。

介護者に関しては、年齢、性別、家族構成、続柄、体調、治療中の疾患、就労、副介護者、生活行動、日常生活上の問題とした。生活行動は伊藤<sup>9)</sup>らの著書を参考に生理面、文化・社会面及び介護面からとらえた。生理面については睡眠時間、食事時間、くつろぎ時間、生活リズムの4項目、文化・社会面は趣味・娯楽時間、運動・散歩時間、友人、及び近隣との交際の4項目、介護面は家事時間、介護時間、夜間介護の3項目とした。日常生活上の問題については、厚生省による平成2年度保健福祉動向調査で頻度が高かった6項目を選択肢として用い、さらに自由記載欄を設けた。

### 3. 分析方法

在宅療養者の日常生活自立度と介護者の生活行動、日常生活上の問題との関連性は $\chi^2$ 検定またはFisherの直接確率法を用いた。平均値の検定には、一元配置分散分析を用いた。解析には、統計解析パッケージソフトSPSSを使用した。

表3 在宅療養者の自立度別にみた介護者の続柄 (%)

自立度(ランク)	J	A	B	C
妻	4 (50.0)	14 (56.0)	17 (47.2)	8 (23.5)
夫	1 (12.5)	3 (12.0)	7 (19.4)	3 (8.8)
息子の妻	1 (12.5)	2 (8.0)	8 (22.2)	12 (35.3)
娘	0 (0.0)	2 (8.0)	2 (5.6)	10 (29.4)
息子	1 (12.5)	2 (8.0)	1 (2.8)	0 (0.0)
その他	1 (12.5)	2 (8.0)	1 (2.8)	1 (2.9)
計	8 (100.0)	25 (100.0)	36 (100.0)	34 (100.0)

## C. 研究結果

### 1. 分析対象者

質問紙の回収数(率)は、機能訓練教室50名(67.6%)、訪問看護サービス67名(77.9%)、有効回答数は各々43名、61名であり、計104名を分析対象とした。

### 2. 在宅療養者の特性(表1)

在宅療養者の自立度別人数は、ランクJ8人、ランクA25人、ランクB37人、ランクC34人であった。平均年齢は、ランクCが83.5歳で最も高く、性別はランクJ、Aは男性、ランクCでは女性が多かった。在宅療養期間はランクCが5年6ヶ月と最も長かった。何らかの痴呆症状がある者は自立度が低いランク

ほど多く、ランクCは約半数であった。治療中の疾患がある者は8~9割で、疾患名は脳血管疾患、心疾患、高血圧、糖尿病、パーキンソン氏病等であった。

### 3. 介護者の特性 (表2)

介護者の平均年齢はランクJの57.8歳からランクBの63.3歳で、どのランクも7割以上が女性介護者であった。在宅療養者との続柄はランクJ, A, Bでは「妻」が約半数、ランクCでは「息子の妻」が約1/3を占めていた(表3)。ランクJ, A, Bでは3~4割が「夫婦二人暮らし」であった。体調は5~7割が「良好」と回答したが、ランクB, Cの約

6割に治療中の疾患があった。疾患名は、高血圧、腰痛、心疾患、糖尿病、不定愁訴等であった。就労者の割合はランクJが3/4と最も多かった。

副介護者がある者は、約5~7割であった(表4)。その内訳は「家族」が最も多く、「近隣」「友人・知人」は1人以下であった。交替状況をみると「いつでも交替できる」はどのランクも2人以下と少なかった。

### 4. 社会資源の利用状況(表5)

社会資源の一人あたりの平均利用数は自立度が低いほど多く、ランクCは3.2でランクJ, Aとの間に有意な差が認められた。項目

表4 在宅療養者の自立度別にみた副介護者の有無およびその担当者内訳・分担状況 (%)

自立度(ランク)	J	A	B	C
副介護者なし	2 (28.6)	13 (52.0)	17 (47.2)	12 (35.3)
副介護者あり	5 (71.4)	12 (48.0)	19 (52.8)	22 (64.7)
内訳(複数回答)				
家族	3 (42.9)	6 (24.0)	14 (38.9)	17 (50.0)
親戚	1 (14.3)	4 (16.0)	5 (13.9)	6 (17.6)
近隣	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (2.8)	1 (2.9)
友人・知人	0 (0.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.9)
その他(ホームヘルパー等)	1 (14.3)	3 (12.0)	1 (2.8)	5 (14.7)
分担状況				
いつでも交替できる	2 (40.0)	1 (8.3)	2 (10.5)	2 (9.1)
決まった時間のみ交替できる	1 (20.0)	3 (25.0)	1 (5.3)	6 (27.3)
頼めば交替してもらえる	2 (40.0)	5 (41.7)	11 (57.9)	12 (54.5)
その他	0 (0.0)	3 (25.0)	5 (26.3)	2 (9.1)

表5 在宅療養者の自立度別にみた社会資源利用者の割合 複数回答 (%)

自立度(ランク)	J	A	B	C
ホームヘルパー	1 (14.3)	4 (16.7)	9 (25.0)	16 (47.1)
訪問看護サービス	0 (0.0)	7 (29.2)	26 (72.2)	32 (94.1)
保健婦の訪問入浴サービス	2 (28.6)	7 (29.2)	12 (33.3)	9 (26.5)
デイケア/デイサービス機能訓練教室	0 (0.0)	5 (20.8)	13 (36.1)	22 (64.7)
ショートステイ	2 (28.6)	8 (33.3)	11 (30.6)	12 (35.3)
機能訓練教室	7 (100.0)	21 (87.5)	19 (52.8)	6 (17.6)
ショートステイ	0 (0.0)	2 (8.3)	10 (27.8)	12 (35.3)
平均利用数	1.7±0.8	2.3±1.2	2.8±1.6	3.2±1.2
M±SD			*	

\*:p<0.05 \*\*:p<0.01 \*\*\*:p<0.001

表 6 在宅療養者の自立度別にみた介護者の生活行動(生理面) (%)

自立度(ランク)		J	A	B	C
睡眠時間	M±SD(時間・分)	6.36±1.07	7.16±1.17	7.24±1.14	7.15±1.16
食事時間	M±SD(分)	80.8±44.3	78.0±26.8	65.6±24.1	67.4±31.4
くつろぎ時間	なし	5 (62.5)	4 (17.4)	9 (25.7)	9 (28.1)
	1時間未満	3 (37.5)	9 (39.1)	17 (48.6)	8 (25.0)
	1時間以上	0 (0.0)	10 (43.5)	9 (25.7)	15 (46.9)
生活リズム	規則的	6 (85.7)	19 (76.0)	25 (69.4)	26 (76.5)
	不規則	1 (14.3)	6 (24.0)	11 (30.6)	8 (23.5)

表 7 在宅療養者の自立度別にみた介護者の生活行動(文化・社会面) (%)

自立度(ランク)		J	A	B	C
趣味・娯楽時間	なし	3 (42.9)	11 (45.8)	11 (33.3)	15 (46.9)
	1時間未満	1 (14.3)	7 (29.2)	10 (30.3)	6 (18.8)
	1時間以上	3 (42.9)	6 (25.0)	12 (36.4)	11 (34.4)
運動・散歩時間	なし	6 (75.0)	11 (44.0)	21 (60.0)	25 (75.8)
				*	
友人との交際	ほとんどしない	4 (50.0)	6 (24.0)	13 (36.1)	14 (41.2)
	ある程度する	4 (50.0)	17 (68.0)	19 (52.8)	18 (52.9)
	頻回にする	0 (0.0)	2 (8.0)	4 (11.1)	2 (5.9)
近隣との交際	ほとんどしない	0 (0.0)	2 (8.7)	6 (16.2)	6 (18.2)
	用事の時のみする	7 (87.5)	20 (87.0)	28 (75.7)	27 (81.8)
	頻回にする	1 (12.5)	1 (4.3)	3 (8.1)	0 (0.0)

\*p<0.05

表 8 在宅療養者の自立度別にみた介護者の生活行動(介護面) (%)

自立度(ランク)		J	A	B	C
介護時間	4時間未満	5 (83.3)	13 (61.9)	19 (55.9)	7 (22.6)
	4時間以上	1 (16.7)	8 (38.1)	15 (44.1)	24 (77.4)
			**	*	*
夜間介護	あり	0 (0.0)	9 (36.0)	26 (72.2)	26 (76.5)
				*	**
家事時間	2時間未満	7 (87.5)	10 (43.5)	10 (28.6)	8 (25.0)
	2時間以上	1 (12.5)	13 (56.5)	25 (71.4)	24 (75.0)
		*	**		

\*p<0.05,\*p<0.01

別にみるとランクCはランクAに比べて「ホームヘルパー」「訪問看護サービス」「入浴サービス」「ショートステイ」の利用が有意に多かった。

### 5. 介護者の生活行動

生活行動に関する項目のうち、睡眠時間、食事時間は実時間で、その他の項目については選択肢により回答を求めた。

#### ① 生理面からみた介護者の生活行動(表6)

表9 夜間介護の内容

複数回答	(人)
排泄の世話	42
療養者の相手をする	7
体位変換	4
症状への対処(痒み、咳等)	4
着替え	3
水分補給	2
病状の把握	2

睡眠時間はランクJが最も短く、食事時間はランクB、Cが他よりやや短かったが、い

表10 在宅療養者の自立度別にみた介護者の生活上の問題 複数回答 (%)

自立度(ランク)	J	A	B	C
家を留守にできない	1 (12.5)	14 (58.3)	25 (67.6)	24 (70.6)
ストレス・精神的負担が大きい	1 (12.5)	16 (66.7)	22 (59.5)	23 (67.6)
自分の時間がない	2 (25.0)	11 (45.8)	25 (67.6)	19 (55.9)
世話の負担が大きい	0 (0.0)	8 (33.3)	13 (35.1)	13 (38.2)
睡眠不足	2 (25.0)	5 (20.8)	11 (29.7)	14 (41.2)
相談相手がいない	1 (12.5)	4 (16.7)	3 (8.1)	2 (5.9)
問題の数	M±SD	0.9±0.8	2.5±1.9	2.7±1.6
				2.8±1.6

\*:p<0.05 \*\*:p<0.01

表11 介護者の日常生活上の問題(自由記載)

ランクA

- ・直接の世話は少ないが療養者を1人にしておけない
- ・いつも見ていないと転倒して危険である
- ・痴呆症状があり、その世話が家業に影響する
- ・70歳を過ぎて初めて料理をするのはつらい(男性)
- ・痛みを和らげる手だてがなく、精神的につらい

ランクB

- ・状態が変化した時の対応に力不足を感じる
- ・自分が高齢なので世話をすることに無力感を感じる

ランクC

- ・実際に世話をした時間は少ないが療養者の日課に合わせることも外から世話に来る人の対応に時間が費やされる
- ・介護が変わってくれる人や急な事に対応してくれる所がない
- ・療養者の世話が自分や家族員の生活リズムに影響する
- ・家族と療養者の両方の世話で休む間がない
- ・療養者からの感謝がなく、満足感ややり甲斐がもてない

いずれもランク間の有意差はめられなかった。くつろぎ時間「なし」はランクJが約6割と最も多く、生活リズムは約7割以上が「規則的」であった。

② 文化・社会面からみた介護者の生活行動(表7)

趣味・娯楽時間「なし」が各ランクに約3~4割あった。運動・散歩時間「なし」がランクCでは約3/4あり、ランクA、C間で有意差が認められた。友人との交際を「ほとんどしない」がランクJでは1/2あり、近隣との交際については「用事の時のみする」が約7~9割と多かった。運動・散歩時間の項目以外は自立度との関連は認められなかった。

③ 介護面からみた介護者の生活行動(表8)

介護時間「4時間以上」はランクCが約8割と最も多く、ランクJ、A、Bとの間に有意な差が認められた。夜間介護「あり」はランクB、Cでは約7割で、ランクAとの間に有意差が認められた。介護の内容は「排泄の世話」が最も多かった(表9)。家事時間「2時間以上」は、ランクB、Cが約7割と多く、ランクA、B、CとランクJ間に有意な差が認められた。

6. 介護者の日常生活上の問題(表10)

介護者の日常生活上の主な問題は、「家を留守にできない」「ストレス・精神的負担」「自分の時間がない」であった。ランクA、B、Cは「家を留守にできない」「ストレス・精神的負担」が約6~7割あり、ランクJとの間に有意差が認められた。「世話の負担が大きい」はランクA、B、Cに3~4割あった。「自分の時間がない」はランクBに、「睡眠不足」はランクCに、「相談相手がいない」はランクAに多い傾向がみられた。その他、自由記載としてランクAでは「直接の世話は少ないが療養者1人にしておけない」等があった(表11)。

次に、介護者一人あたりの問題数を平均してみるとランクB、Cは2.7~2.8で、ランクJとの間に有意差が認められた。しかし、ランクA、B、C間の差は少なかった。

## D. 考察

### 1. 介護者の生活行動と在宅療養者の自立度との関連について

生理面に関する項目では、いずれも自立度との関連は認められなかった。しかし、睡眠、食事時間をNHKによる国民生活時間調査(1996)の60歳代女性の全国平均値と比較すると、いずれのランクも短かかった。このことから、介護者の必需時間は自立度による違いは少ないが、一般の人々の平均に比べて少ないものと推察された。

文化・社会面の項目では、運動・散歩時間の外は自立度による違いは認められなかった。しかし、運動・散歩時間、趣味・娯楽時間のない者、また、友人との交際をほとんどしない者があったことは、私的時間の充足に関する問題として注目すべきである。Haley<sup>9)</sup>は、介護者群は非介護者群に比べて友人との活動や計画的な休暇等が少ないとして、個人生活への影響を報告している。杉澤<sup>9)</sup>は介護者の余暇活動、社会参加は介護生活において重要な要素であると述べている。このことから、介護者自身のための時間を確保し、社会参加を支援するような対応が必要といえる。

ランクB、Cは他に比べて社会資源の利用数が多いにもかかわらず、介護に関する生活時間が多かった。これは、自由記載にあるように外部からの支援者がサービスを行う時も介護者がケアの場に同席する場合があることや介護者といつでも交替できない状況等によるものと推測される。

### 2. 介護者の日常生活上の問題と在宅療養者の自立度との関連について

介護者の主な問題は、介護よりもむしろ自由時間や精神的負担の問題など介護者自身の日常生活に関することであった。この結果は田中<sup>9)</sup>らが65歳以上の要介護高齢者の家族に行った調査と同様であり、また、先に述べた文化・社会面の私的時間の不足を主観的な側

面から裏付けるものといえる。問題を自立度別にみると、これら精神的負担の問題はランクAの介護者もランクB、Cと違いが少なく、また、1人あたりの問題の数においても同様であった。その理由には、自由記載にあるように、ランクAの療養者は屋内での生活が概ね自立しているため直接的な世話は少ないが、転倒の危険等から常時の見守りが必要なこと等が考えられる。

## E. 結論

家族介護者の生活状況について、在宅療養者の自立度との関連で検討を行った結果、次のことが明らかになった。

1. 介護者の必需時間である睡眠、食事時間は、他調査による一般住民の調査結果より短く、またランク間の差は認められなかった。
2. 文化・社会面の生活行動では、運動・散歩時間「なし」が各ランク約4~7割、趣味・娯楽時間「なし」が約3~4割あった。運動・散歩時間の外はランク間の差は認められなかった。
3. ランクB、Cは他に比べて社会資源の利用数が多かったが、ランクCは1日の介護時間「4時間以上」が約8割で、ランクJ、A、Bより有意に多かった。また、ランクB、Cは夜間介護「あり」が約7割で、ランクJ、Aより有意に多かった。
4. 日常生活上の問題として「家を留守にできない」「ストレス・精神的負担」がランクA、B、Cは各々約6~7割でその差は少なく、ランクJよりも有意に多かった。

以上の結果から、介護に関する時間は療養者の自立度が低いランクB、Cの介護者に多いが、介護者の自由時間や精神的負担の問題はランクAもランクB、Cと違いが少ないことが示された。これまで、在宅療養者及びその家族への支援は社会資源の導入によってその負担を軽減する方向で進められている。今

後、介護者の心理的拘束感の軽減や自由時間を確保するための新たなサポート資源開発等の必要性が示唆された。

## 謝 辞

今回の調査に御協力いただきました対象者及び関係者の皆様に深謝いたします。

## F. 引用文献

- 1) Jennifer S. Browning, Patricia M. Schwirian: Spousal Caregivers' Burden Impact of Care Recipient Health Problems and Mental Status, *Journal of Gerontological Nursing*: 17-22, 1994(5).
- 2) 日高正巳：在宅脳卒中後片麻痺者の自立度と介護者の負担との関係，*公衆衛生*，60:11:814-817, 1996.
- 3) 伊藤セツ，天野寛子：生活時間と生活様式，*光生館*，東京：19-22, 1994.
- 4) William E.Haley, et al: Psychological, Social, and Health Consequences of Caring for Relative with Senile Dementia, *American Geriatrics Society*, Vol.35, No.3:405-411, 1987.
- 5) 杉澤秀博他：要介護老人の介護者における主観的健康感および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究，*日本公衛誌*，39:1:23-31, 1992.
- 6) 田中真理他：大手健康保険組合の給付対象者における在宅介護の現状，*日本公衛誌*，44:9:702-712, 1997.

## F. 研究発表

### 1. 学会発表

- ① 小西美智子，永井真由美，CAREGIVING BURDEN AND LIFESTYLE IN PRIMARY CARE GIVERS OF FRAIL ELDER, *日本看護科学学会第3回国際学術集会*，1998.

# 健康問題をもつ高齢者の生活援助に関する研究 -高齢者の終末期ケアと家族-

小西恵美子(長野県看護大学 教授)

高齢者と同居する家族に対し、高齢者の終末期ケアについての意識を調査した。結果、家族は高齢者の終末期の望みをほとんど把握していなかった。高齢者は自からの終末期のケアについて家族にあまり語っていない。口には出さなくても、子供たちは「以心伝心」から自分の気持ちをわかってくれているという高齢者の期待は、子世代には伝わっていない。「おまかせ」や「世間体」などのわが国古来のものの考え方が高齢者の終末期ケアにもたらす影響について考察した。

キーワード：高齢者、家族、終末期ケア、おまかせ

## A. 研究目的

在宅生活を送る高齢者の生活援助の一環として、高齢者の終末期ケアに対する家族の意識を調査した。高齢者の終末期ケアあるいは死については、高齢者を対象にした意識調査が行われている<sup>1)</sup>が、家族の意識については、報告例が少ない。しかし、高齢者の終末期ケアのありようは、家族の意識に依存する面が大きい。

## B. 研究方法

1. 対象者：長野県南部のk市に在住する前期高齢者を実の親または義理の親とする娘(以下、同居子) 238名に質問紙を送った。対象者を同居の娘とした理由は、嫁あるいは実の娘として、高齢者との日常生活上の関わりが多く、また高齢者の終末期においてもそのケアギバーとして関わる可能性が最も大きいと考えたからである。高齢者が回復不能の病気になった場合を想定して質問を行い、同居子の立場から回答してもらった。
2. 対象地域：長野県は老人医療費が全国一少ない<sup>2, 3)</sup>が、なかでもこの地域の多くの市町村の老人医療費は、県内平均をさらに下回っている<sup>2, 3)</sup>。この地域の高齢者は次のような生活上の特性をもち、それが健康に寄与している可能性

が示唆されている<sup>2, 3)</sup>。①「おかみ」の世話になりたくないという意識が強い。②子世代との同居率が高く、病人がでたら家族で介護しようとする身内意識が強い。③年をとっても働いている人の割合が全国一高い。④農作業や花など、マイペースでできる仕事をしている。⑤自然の中のさまざまなものを栄養源として利用する伝統がある。⑥向上心、探求心が強い。⑦健康を害して病院に行くのは村を離れることであり、老人にとって大変辛い。だから、高齢になっても健康に対する意識が強い。寝たきり高齢者率が低い。⑨終末は自宅だという意識が高い。⑩高齢まで元気に暮らし、病気になったら寝込まないで亡くなる人が多い。

## C. 研究結果

172名(72.3%)から回答を得た。娘の平均年齢は40才、親は、男性62名(実父20、義父34)、女性110名(実母29、義母66)である。親との同居期間は1年以下から50年以上にわたっていた。結果は次のとおりである。

### (1) 終末期ケアについての高齢者と家族のコミュニケーション

①終末期にはどんな治療をして欲しいのか、高齢者が話しているのをきいたことがあるか

どうか質問した。きいたことがあるのは、回答した同居子全体の 24%であった。高齢者の性別では、女性が 30%、男性が 13%であり、女性高齢者の場合のほうが、きいたことがあるという人の割合が高かった。

②終末期にはどんな治療を受けたいか本人と家族とでよく話し合ったことがあるかどうか質問した。話し合ったことがあるのは全体の 17%であり、64%が話し合ったことはなかった。話し合ったかどうか知らない同居子は 19%であった。高齢者の性別では女性が 20%、男性が 13%であり、ここでも、女性高齢者のほうが家族と話し合っている割合が高かった。

これらから、終末期ケアの望みを高齢者はあまり家族に語らないこと、語らない傾向は男性高齢者のほうが強いこと、また、終末期ケアについての高齢者と子世代とのコミュニケーションが少ないことがわかった。

## (2)治療の決め方についての家族の認識

①終末期の治療はどう決めたらよいかについて高齢者は何と知っているか、質問した。27%が医療者に、18%が家族に、まかせたいと知っているという答え、48%が、高齢者は何と知っているか知らないと回答した。女性高齢者は、家族に(24%)、または医療者に(26%)まかせるとする人がほぼ同数であった。いっぽう男性高齢者は、まかせer対象を家族(7%)よりも医療者(28%)とする傾向が強かった。高齢者が自分で決めたいと知っているという回答は少なかった(5%)。

②高齢者の終末期の治療の決め方について同居子自身はどう思っているか、質問した。治療のことは本人が決めるのがよいとする人が 37%いるいっぽう、本人がきめるのではなく他者、すなわち、医療者に(35%)あるいは家族に(17%)、まかせたほうがよいとする人も多かった。

## (3)終末期の望ましい治療への家族の認識

①高齢者はどんな終末期治療を受けたいと思っているか、同居子に質問した。「わからない」とする同居子が、ここでも 60%いた。高齢者が望む治療としては、苦痛をとる程度の治療が最も多く(28%)、最後まで高度医療を望む高齢者(5%)は極めて少ないことがわかった。

②高齢者にどんな終末期治療を受けさせたいか、同居子自身の気持ちを訊ねた。苦痛をとる程度の治療を受けさせたいとする人が、高齢者の場合と同様に最も多かった(50%)。しかし、最後まで高度医療を受けさせたいという人が 29%あり、高齢者自身の望みとは食い違いが見られた。「わからない」という回答は 21%であった。

## (4)最後の看取りの場所についての家族の意識

最後の看取りはどこでしたいと思うか、同居子に質問した。自宅(45%)とする人が病院などの施設(42%)とする人よりも、わずかに多かった。

## D. 考察

高齢者の終末期ケアのありようは、家族の意識に依存する面が大きい。日常生活において高齢者との関わりがもっとも大きく、また高齢者の終末期においてもそのケアギバーとして関わる可能性が最も大きいと考えられる同居の娘に対し高齢者の終末期ケアについての意識を調査した結果わかったことをまとめると次のとおりである。

①高齢者は、終末期ケアの望みを家族にあまり語っていない。性別では男性のほうがその傾向が強い。

②高齢者と家族との積極的な話し合いが少ない。

③高齢者は、最後の治療は医療者や家族にまかせるとし、自分で決めるといっている人は少ない。

④同居子は、高齢者の最後の治療は医療者や家族にまかせるのがよいとするグループと高齢者自身が決めるのがよいとするグループとに、3対2の割合で分かれる。

⑤どのような終末期治療がよいか、高齢者の意向をわかっていない家族が多い。

⑥高齢者の多くは、終末期は苦痛をとる程度の治療を望み、最後まで高度医療をと願う人は少ない。

⑦同居子は、苦痛をとる程度の治療がよいと思うグループと、最後まで高度医療を受けさせたいと思うグループとに、5対3の割合で分かれる。

⑧最後の看取りは自宅だと思う同居子は、病院等の施設でと思う人よりもわずかに多い。

この調査と同じ地域で行われた高齢者を対象にした意識調査<sup>11)</sup>によれば、高齢者たちは、終末期の治療は特別なことはせず自然のまま、あるいは家族や医療者にまかせることを望んでいる。また、周囲の者にまかせたいとする傾向は「おじいさん」のほうが強い。本研究の結果はこれらの報告とよく一致している。

この地域は在宅死の割合が高いところである。同居子として、最後は自宅でみとりたいという人が半数近くいるのはそのような背景からきているといえよう。しかし、看取りは病院等の施設でと思っている人もほぼ同じくらいいる。外で働く女性が増え、また少子化が進み、看取りは施設でとする人は今後ふえるかもしれない。

この調査で対象とした前期高齢者が自らの終末期のケアについてあまり語っていないのは、その年齢がまだ若く死を口にするのは縁起でもない、と思っている可能性があること

は否定できない。しかし、わが国古来のいわゆるまわりの信頼できる人への「おまかせ」<sup>4)</sup>の気持ちもあるにちがいない。また、自分の気持ちを敢えて口に出していなくても、周囲はちゃんとわかってくれる、という、いわゆる「以心伝心」<sup>5)</sup>を期待する気持ちもあるだろう。しかし、高齢者が期待するような以心伝心は子世代には伝わっていない。それは、終末期について高齢者が何を望んでいるかわからないという同居子が6割もいることから明らかである。そしてそのような家族のかなりの人が、特別なことはしないで自然のままの終末期ケアをとという多くの高齢者の望みに反して、最後まで高度医療を受けさせたいと思っている。そういう思いは、わが国で古くから尊ばれてきた高齢者を大切にすることを反映していることはいままでもない。しかしもうひとつの価値観である「世間体」<sup>6)</sup>も関係しているといえないであろうか。つまり、世間の手前、特別なことはしないで自然のまま見送る訳にはゆかないという、家族の思いである。また、最後まで高度医療を、という家族の思いには、「おまかせ」のもうひとつの側面も感じられる。すなわち、ケアは専門家が責任をもってやるものであり、おじいさん/おばあさんの終末期は自分たちは手を出さない、専門家にまかせ、そういう意味の「おまかせ」<sup>7-9)</sup>である。在宅高齢者の容体が急変した場合、家族は救急車を呼び、その結果、終末期の多くの高齢者に対して延命治療が行われているという<sup>10)</sup>。高齢者の在宅生活を支えるには、その終末期において、救急車や救命医療に頼ることなく、最後はできるだけ自然のままという高齢者の気持ちを入れたケアが望まれる。そのためにも、たとえ死は遠い先のことに思われても、いずれ訪れる終末期のケアについては、家族と高齢者とでもっと密なコミュニケーションをもつよう、看護の働きかけが必要であろう。

今後、高齢者の年齢を中期および後期高齢

者として、同様の調査を行う必要がある。

#### E. 結論

高齢者の終末期のケアを検討するため、長野県南部に暮らす高齢者とその家族を対象に調査を行った。結果、この地域で長く受け継がれてきた伝統的なものの考え方を背景とした高齢者の平和な死への願いは、子世代には必ずしも伝わっていないことが明らかになった。「おまかせ」や「世間体」などのわが国古来のものの考え方は、高齢者の終末期ケアを高齢者自身の望みとは異なるものにしてしまう可能性がある。

#### F. 参考文献

- 1) 奥野茂代、多賀谷昭、田村正枝、土屋志保里:農村地域における高齢者の死 に対する意思決定、*Health Sciences* 13(4)289-290, 1997.
- 2) 国民健康保険中央会: 市町村における医療費の背景要因に関する報告書、平成9年3月.
- 3) 水野肇・青山英康編著: PPK(ピンピンコロリ)のすすめ、紀伊国屋書店、pp. 11-70、1998年.
- 4) Okuno S., Tagaya A., Tamura M. & Davis A. J. (1999) Small town Japanese elderly reflect on end of life issues. *Nursing Ethics* 6(4) (in press).
- 5) Izumi S., Uchinuno A. & Kawano A. (1997) The terminally ill patient in Japan: talking about death and dying(Presentation). In *Abstract and Symposia: International Council of Nurses 21st Quadrennial Congress*, Vancouver, p. 131.
- 6) 百瀬由美子、麻原きよみ: 長野県老人大学受講生の世間体と保健・福祉・看護サービス利用に関する研究、*日本公衛誌* 43(3)、209-219、1996.
- 7) Doutrich D. (1993) *The international educational experience of Japanese nurses* (Disserta-

tion). Oregon Health Sciences University, Portland.

- 8) Paton L. (1996) The growth of the hospice movement in Japan. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, July/August, 26-31.
- 9) Tierney M. J., Minarik P. A. & Tierney L. M. (1994) Ethics in Japanese health care: a perspective for clinical nurse specialists. *Clinical Nurse Specialist* 8(5), 235-240.
- 10) Emiko Konishi, Anne J Davis, Katsumasa Ota, Ayako Soyano, Mariko Suzuki : Ethical Issues at the Patients' End of Life : Japanese Nurses' Perception. Presentation at the 12th World Congress on Medical Law, Aug 3, 1998, Siofok, Hungary.

## 地域における痴呆相談内容の分析

鎌田ケイ子（東京都老人総合研究所）

掛本知里（東京女子医科大学看護学部）

### 1. 目的

本研究は、地域で生活する痴呆性老人が、在宅での生活を継続していく上で、問題となることおよび必要としている保健福祉サービスを明らかにすることで、地域における痴呆性老人の生活を支えていくために必要な、支援システムを明らかにしていくものである。

### 2. 研究方法

#### 1) 対象

平成10年4月～11月の8ヶ月間に、東京都内T区西部地域保健センター窓口で相談したもののうち、①被介護者の疾患が精神疾患・脳神経疾患であった者、②保健婦が痴呆に関わる相談を行った者、③現在痴呆性老人デイケアを利用している者、179名のうち、相談記録上に何らかの痴呆性疾患の記載があったものの135名について調査を行った。

#### 2) 調査方法

135名の調査対象者の相談記録を分析し、被介護者の基本的属性、被介護者の痴呆症状、家族構成、相談内容、相談回数、対応内容、利用している保健福祉サービスについて検討を行った。なお、コーディングは保健婦である2名の調査員が行い、不明確なものについては、その場で話し合い、コーディングが一致した基準のもとに行った。また、その他にコーディングした項目については記述し、集計の際にカテゴリーを新たに作り、コーディングした。

なお、調査結果の分析は統計ソフトHALBAU for Windows Ver. 5.22を用いた。

### 3. 結果

#### 1) 調査結果の概要

①被介護者の基本的属性および痴呆性疾患に関わる症状

被介護者は、表1に示すように男性に比べ女性が多く、その平均年齢は83.0±7.4歳であった。被介護者が示している痴呆症状については、表2に示すよ

うに「物忘れ」が最も多く、次いで「認知障害」の順となっていた。また、ケースによっては痴呆症状の存在については記録されているものの、症状の詳細が不明であった者については、「痴呆症状」としてコーディングを行った。

表1. 被介護者の性別 (N=135)

男性	42 ( 31.1)
女性	93 ( 68.9)

表2. 被介護者の痴呆症状 (N=135・複数回答)

物忘れ	47 ( 34.8)
認知障害	34 ( 25.2)
徘徊	24 ( 17.8)
妄想	22 ( 16.3)
幻覚	11 ( 8.1)
失禁	19 ( 14.1)
事故	10 ( 7.4)
不眠・不穩	28 ( 20.7)
暴言	4 ( 3.0)
暴力	5 ( 3.7)
うつ状態	17 ( 12.6)
不潔行為	14 ( 10.4)
痴呆症状	33 ( 24.4)
その他	3 ( 2.2)

#### ②被介護者の家族構成

被介護者の家族構成については、表3および表4に示す。家族構成としては、「子供の家族等との多世帯同居家族」が最も多く、次いで「高齢夫婦世帯」が多くなっていた。なお、平均家族数は2.3±1.4歳であった。

なお、被介護者についての相談者については、表5に示すように「子供」が最も多く、全体の半数以上となっていた。

表3. 被介護者の同居家族 (N=133・複数回答)

配偶者	43 ( 32.3)
子供	93 ( 69.9)
子供の配偶者	61 ( 45.9)
孫	44 ( 33.1)
その他	10 ( 7.5)

表 4. 被介護者の家族形態 (N=133)

独居	15 ( 11.3)
高齢夫婦世帯	43 ( 32.3)
子供等との2人世帯	13 ( 9.8)
それ以上の家族構成	62 ( 46.6)

表 5. 相談者 (N=133・複数回答)

本人	8 ( 6.0)
配偶者	6 ( 4.5)
子供	75 ( 56.4)
子供の配偶者	29 ( 21.8)
その他の肉親	13 ( 9.8)
他人	8 ( 6.0)

③相談内容・相談回数等

相談内容については表6に示すように、「デイサービスおよびショートステイの利用」についての相談が最も多く、次いで「福祉機器の利用」「ヘルパーの派遣」に関わるものが多くなっていった。相談回数については、表7に示すように、平均5.1±4.4回であったが、うち専門職が被介護者宅に訪問した回数は、表8に示すように平均1.1±1.2回であった。それらの、相談に対する対応方法については、表9に示すように、「申請手続き」が最も多く、次いで「サービスに関わる情報提供」が多くなっていった。

表 6. 相談内容 (N=135・複数回答)

デイ・ショートの利用	74 ( 54.8)
福祉機器の利用	67 ( 49.6)
ヘルパーの派遣	67 ( 49.6)
他の保健福祉制度	59 ( 43.7)
介護上の問題	45 ( 33.3)
サービスの情報	44 ( 32.6)
オムツの利用	37 ( 27.4)
入浴サービス	37 ( 27.4)
施設紹介・入所申請	36 ( 26.7)
訪問看護の利用	29 ( 21.5)
病院紹介	27 ( 20.0)
その他	8 ( 5.9)

表 7. 相談回数 (N=135)

1~2回	39 ( 28.9)
3~5回	43 ( 31.9)
6回以上	53 ( 39.3)

表 8. 訪問による相談回数 (N=135)

0回	56 ( 41.5)
1~2回	58 ( 43.0)
3回以上	21 ( 15.6)

表 9. 対応内容 (N=135・複数回答)

申請手続き	113 ( 83.7)
情報提供(サービス)	106 ( 78.5)
他機関紹介	39 ( 28.9)
専門知識の提供	25 ( 18.5)
保健所との協力	25 ( 18.5)
担当者等の調整	24 ( 17.8)
話を聞く	11 ( 8.1)
介護者の精神的サポート	5 ( 3.7)

④保健福祉サービスの利用状況

被介護者が利用している保健福祉サービスについて、相談記録の利用一覧表に記載してあるものについて、コーディングを行った。結果については表10に示すように、「ショートステイ」を利用している者が最も多く、次いで「おむつ助成」、「デイサービス」、「訪問看護指導」の順となっていた。

表 10. 各保健福祉サービスの活用状況等 (N=135)

ショートステイ	56 ( 41.5)
おむつ助成	55 ( 40.7)
デイサービス	52 ( 38.5)
訪問看護指導	50 ( 37.0)
ヘルパーの助成	47 ( 34.8)
車椅子の貸与	43 ( 31.9)
入浴サービス	38 ( 28.1)
日常生活用具の給付	25 ( 18.5)
高齢者福祉手当	18 ( 13.3)
出張理容	15 ( 11.1)
住宅改造費の助成・説明	10 ( 7.4)
緊急通報システム	9 ( 6.7)
配食サービス	9 ( 6.7)
特別養護老人ホーム入所申請	8 ( 5.9)
機能訓練	6 ( 4.4)
心身障害者福祉手当	4 ( 3.0)
リボンサービス	4 ( 3.0)
寝具の洗濯や乾燥	4 ( 3.0)
訪問リハビリ	3 ( 2.2)
老人保健施設	1 ( .7)

2) 痴呆症状と相談内容・対応方法および保健福祉サービスについて  
痴呆症状と相談内容等との関連性について検討を

行った。

相談内容については、表11に示すように「失禁」のあるものが全体的に各種のサービスについて相談しているものが多く、また「妄想」「徘徊」といった痴呆症状をしめいている場合、「病院の紹介」や「施設の紹介・入所申請」といった入院・入所を求めているものがほかに比べ多くなっていた。

対応内容に関しては、表12に示すように「失禁」については「専門知識の提供」を行っている者が多く、また「妄想」「幻覚」のあるものについては、専門医療機関等の「他機関の紹介」を行っているものが多くなっていた。

痴呆症状別の相談回数、訪問回数、社会資源の利用状況についても、表13、表14、表15に示すように検討を行ったが、有意な関連性は認められなかった。

### 3) 家族構成と相談内容・対応方法および保健福祉サービスについて

家族構成と相談内容等との関連性について表16～表20に示すように、検討を行った。全体的に有意な差が示されているものは少なかったが、その他多世帯家族等に比べ、独居世帯・高齢夫婦世帯・子供等との2人世帯の者の方が相談がやや多く、また内容としてはヘルパー等のマンパワーに対する相談や施設の入所等に関わるものが多かった。その他多世帯等の者については、福祉機器の利用等のサービスについての相談が多い傾向にあった。

## 4. 考察

行政の窓口での痴呆相談を取り上げ、相談内容を分析した。被介護者が示している痴呆症状は「物忘れ」や「認知障害」が多かった。しかし、家庭で介護する上で大きな問題となる「徘徊」「妄想」「不眠・不穏」といった症状を示しているものも約20%あり、このような問題行動が相談のきっかけとなっていることをうかがわせる。

相談者は子供や子供の配偶者が圧倒的に多数を占めていた。反面、被介護者の配偶者などによる相談は少なく、高齢世帯等子供が同居していない家族においては、早期段階における問題発見を相談に結びつけることが困難になる。このようなケースにおける問題の潜在化への対応が課題と考えられる。

相談内容はデイケア、ショートステイの利用、ホ

ームヘルパー派遣等の、社会資源の活用という具体的な目的を持った相談が多く、介護上の問題への相談は、全体の1/3にとどまっている。これは、行政窓口での相談の特徴とも言える。また、窓口相談のうち、家庭訪問に結びついているものが半数を超えている。これも、相談をきっかけとしてケースを把握し、訪問による状況確認ができる、行政窓口での相談の特徴であり、強味であると言える。

相談に対する対応内容としては、申請手続きや情報提供が約80%を占めている。相談窓口に来所した時点ではデイケア、ショートステイの利用や福祉機器の利用、ホームヘルパーの派遣に関する相談が多い。しかし、窓口での対応を行った結果、相談後の社会資源の活用状況としては、ショートステイやデイケア、おむつ助成や訪問看護の活用も多くなっている。このことから、デイケア、ショートステイなどについて、介護者はよく認知しているが、訪問看護の活用については、認識が低く、窓口での情報提供の結果、その活用が可能になっていることを示している。

痴呆症状別の相談内容をみると、「失禁」のあるものは、各種の在宅サービスの活用について相談しており、「妄想」や「徘徊」といった症状を示しているものは、施設紹介や入所について相談している。「失禁」といったサービスを活用することにより対応が可能な問題と、「妄想」や「徘徊」といった家庭内での対応が困難である問題に対する、家族の認識の違いが示されている。

しかし、痴呆症状別の社会資源の利用状況をみると、有意な関連はみられなかった。このことは、痴呆に対する社会資源の整備が十分でないことを示している。今後、痴呆介護サービスがさらに充実することにより、相談への対応が有効になされることになる。

今回の調査により、痴呆老人を抱える家族がどのような認識やニーズをもって行政の相談窓口を活用しているのか、またそれに対し行政窓口としてどのような対応をしているのかが、明らかにされた。今後、痴呆老人家族が実際に抱えるニーズと相談窓口を訪れる家族のニーズとの乖離を明らかにすることにより、表面化していないニーズを含めた、真のニーズに対応できる相談窓口のあり方を検討する必要がある。そのためにも相談窓口において、それぞ

れのニーズに即した適切な対応ができていないかを評価し、どのようなケースに対して誰が相談にのって

も、標準化された対応ができるようシステム化する必要がある。

表1. 痴呆症状と権限内容

	サービスの 割合(%)	福祉機器 の利用(%)	ヘルパー の派遣(%)	デイ・ショ の利用(%)	オムツ の利用(%)	入浴サ ービス(%)	訪問看護 の利用(%)	病院紹介 (%)	介護上 の問題(%)	他の保健福 祉制度(%)	施設紹介 入所申請(%)	その他 (%)	合計(%)
物忘れ	15(31.9)	19(40.4)	24(51.1)	29(61.7)	7(14.9)*	7(14.9)*	6(12.8)	11(23.4)	14(29.8)	20(42.6)	17(36.2)	2(4.3)	47(100.0)
認知障害	10(29.4)	15(44.1)	16(47.1)	18(52.9)	8(23.5)	8(23.5)	6(17.6)	7(20.6)	12(35.3)	17(50.0)	10(29.4)	1(2.9)	34(100.0)
徘徊	7(29.2)	8(33.3)	15(62.5)	18(75.0)*	7(29.2)	6(25.0)	4(16.7)	5(20.8)	5(20.8)	12(50.0)	13(54.2)**	1(4.2)	24(100.0)
妄想	7(31.8)	5(22.7)**	8(36.4)	12(54.5)	5(22.7)	2(9.1)*	5(22.7)	9(40.9)**	11(50.0)	10(45.5)	6(27.3)	2(9.1)	22(100.0)
幻覚	4(36.4)	6(54.5)	4(36.4)	5(45.5)	3(27.3)	2(18.2)	3(27.3)	2(18.2)	5(45.5)	5(45.5)	6(54.5)*	0(0.0)	11(100.0)
失禁	12(63.2)**	12(63.2)	13(68.4)	17(89.5)**	10(52.6)**	10(52.6)**	7(36.8)	6(31.6)	7(36.8)	13(68.4)*	9(47.4)*	1(5.3)	19(100.0)
事故	2(20.0)	4(40.0)	8(80.0)*	8(80.0)	3(30.0)	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	4(40.0)	6(60.0)	5(50.0)	0(0.0)	10(100.0)
不眠不穏	8(28.6)	16(57.1)	14(50.0)	19(67.9)	13(46.4)*	7(25.0)	9(32.1)	5(17.9)	6(21.4)	16(57.1)	8(28.6)	0(0.0)	28(100.0)
暴言	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)	0(0.0)	4(100.0)
暴力	3(60.0)	3(60.0)	2(40.0)	3(60.0)	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	3(60.0)*	2(40.0)	4(80.0)	3(60.0)	1(20.0)	5(100.0)
うつ状態	4(23.5)	9(52.9)	11(64.7)	10(58.8)	3(17.6)	4(23.5)	3(17.6)	2(11.8)	8(47.1)	10(58.8)	5(29.4)	0(0.0)	17(100.0)
不審行為	6(42.9)	4(28.6)	5(35.7)	9(64.3)	3(21.4)	3(21.4)	1(7.1)	3(21.4)	4(28.6)	7(50.0)	5(35.7)	1(7.1)	14(100.0)
痴呆症状	11(33.3)	18(54.5)	17(51.5)	14(42.4)	9(27.3)	14(42.4)*	9(27.3)	6(18.2)	12(36.4)	13(39.4)	4(12.1)*	3(9.1)	33(100.0)
その他	1(33.3)	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
合計	44(32.6)	67(49.6)	67(49.6)	74(54.8)	37(27.4)	37(27.4)	29(21.5)	27(20.0)	45(33.3)	59(43.7)	36(26.7)	8(5.9)	135(100.0)

表2 痴呆症状と対応内容

	情報提供 (サ・ビ・ス)(%)	申請 手続き(%)	専門知識 の提供(%)	話を聞く (%)	他機関 紹介(%)	保健所と の協力(%)	担当者等 との調整(%)	介護者の精神 的ケア(%)	合計(%)
物忘れ	40(85.1)	41(87.2)	9(19.1)	4(8.5)	17(36.2)	12(25.5)	6(12.8)	1(2.1)	47(100.0)
認知障害	29(85.3)	30(88.2)	7(20.6)	1(2.9)	14(41.2)	9(26.5)	4(11.8)	0(0.0)	34(100.0)
徘徊	18(75.0)	19(79.2)	6(25.0)	1(4.2)	3(12.5)	7(29.2)	6(25.0)	0(0.0)	24(100.0)
妄想	20(90.9)	17(77.3)	4(18.2)	3(13.6)	13(59.1)**	8(36.4)*	3(13.6)	1(4.5)	22(100.0)
幻覚	10(90.9)	10(90.9)	2(18.2)	0(0.0)	7(63.6)**	4(36.4)	0(0.0)	1(9.1)	11(100.0)
失禁	17(89.5)	19(100.0)*	8(42.1)**	0(0.0)	7(36.8)	4(21.1)	5(26.3)	0(0.0)	19(100.0)
事故	8(80.0)	9(90.0)	3(30.0)	0(0.0)	5(50.0)	3(30.0)	3(30.0)	0(0.0)	10(100.0)
不眠不穏	23(82.1)	27(96.4)*	5(17.9)	1(3.6)	10(35.7)	4(14.3)	5(17.9)	3(10.7)*	28(100.0)
暴言	3(75.0)	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)	3(75.0)*	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)*	4(100.0)
暴力	5(100.0)	5(100.0)	1(20.0)	1(20.0)	2(40.0)	3(60.0)*	2(40.0)	0(0.0)	5(100.0)
うつ状態	16(94.1)	15(88.2)	2(11.8)	0(0.0)	3(17.6)	2(11.8)	2(11.8)	0(0.0)	17(100.0)
不審行為	11(78.6)	13(92.9)	4(28.6)	0(0.0)	6(42.9)	2(14.3)	3(21.4)	1(7.1)	14(100.0)
痴呆症状	21(63.6)*	25(75.8)	3(9.1)	5(15.2)	6(18.2)	4(12.1)	9(27.3)	1(3.0)	33(100.0)
その他	2(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
合計	106(78.5)	113(83.7)	25(18.5)	11(8.1)	39(28.9)	25(18.5)	24(17.8)	5(3.7)	135(100.0)

表3. 痴呆症状と種類回数

	0~2回(%)	3~5回(%)	6回以上(%)	合計(%)
物忘れ	15(31.9)	17(36.2)	15(31.9)	47(100.0)
認知障害	13(38.2)	10(29.4)	11(32.4)	34(100.0)
徘徊	8(33.3)	7(29.2)	9(37.5)	24(100.0)
妄想	7(31.8)	8(36.4)	7(31.8)	22(100.0)
幻覚	3(27.3)	4(36.4)	4(36.4)	11(100.0)
失禁	2(10.5)	4(21.1)	13(68.4)	19(100.0)
事故	2(20.0)	3(30.0)	5(50.0)	10(100.0)
不眠・不穏	4(14.3)	7(25.0)	17(60.7)	28(100.0)
暴言	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	4(100.0)
暴力	0(0.0)	2(40.0)	3(60.0)	5(100.0)
うつ状態	5(29.4)	6(35.3)	6(35.3)	17(100.0)
不潔行為	5(35.7)	3(21.4)	6(42.9)	14(100.0)
痴呆症状	11(33.3)	8(24.2)	14(42.4)	33(100.0)
その他	1(33.3)	0(0.0)	2(66.7)	3(100.0)
合計	39(28.9)	43(31.9)	53(39.3)	135(100.0)

表4. 痴呆症状と訪問回数

	0回(%)	1~2回(%)	3回以上(%)	合計(%)
物忘れ	17(36.2)	24(51.1)	6(12.8)	47(100.0)
認知障害	18(52.9)	10(29.4)	6(17.6)	34(100.0)
徘徊	13(54.2)	7(29.2)	4(16.7)	24(100.0)
妄想	10(45.5)	9(40.9)	3(13.6)	22(100.0)
幻覚	6(54.5)	5(45.5)	0(0.0)	11(100.0)
失禁	6(31.6)	8(42.1)	5(26.3)	19(100.0)
事故	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)	10(100.0)
不眠・不穏	11(39.3)	12(42.9)	5(17.9)	28(100.0)
暴言	4(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(100.0)
暴力	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	5(100.0)
うつ状態	5(29.4)	11(64.7)	1(5.9)	17(100.0)
不潔行為	8(57.1)	3(21.4)	3(21.4)	14(100.0)
痴呆症状	14(42.4)	14(42.4)	5(15.2)	33(100.0)
その他	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	3(100.0)
合計	56(41.5)	58(43.0)	21(15.6)	135(100.0)

表5. 痴呆症状と社会的資源の利用の実態

	高齢者福祉手当(%)	心身障害福祉手当(%)	難病患者福祉手当(%)	訪問看護指導(%)	訪問リハビリ(%)	訪問歯科診療(%)	日常生活用具給付(%)	住宅改造費の助成(%)	ヘルパーの助成(%)	リボンのサービス(%)	入浴サービスのサービス(%)	出張費(%)	合計(%)
物忘れ	2(4.3)*	0(0.0)	0(0.0)	16(34.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(12.8)	2(4.3)	11(23.4)*	0(0.0)	9(19.1)	4(8.5)	47(100.0)
認知障害	4(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	7(20.6)*	1(2.9)	0(0.0)	6(17.6)	2(5.9)	10(29.4)	0(0.0)	5(14.7)*	2(5.9)	34(100.0)
徘徊	3(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	5(20.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)*	0(0.0)	7(29.2)	0(0.0)	6(25.0)	1(4.2)	24(100.0)
妄想	1(4.5)	1(4.5)	0(0.0)	8(36.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(9.1)	1(4.5)	4(18.2)	0(0.0)	3(13.6)	2(9.1)	22(100.0)
幻覚	2(18.2)	1(9.1)	0(0.0)	5(45.5)	0(0.0)	0(0.0)	2(18.2)	0(0.0)	2(18.2)	0(0.0)	3(27.3)	2(18.2)	11(100.0)
失禁	3(15.8)	1(5.3)	0(0.0)	8(42.1)	1(5.3)	0(0.0)	5(26.3)	4(21.1)*	8(42.1)	0(0.0)	6(31.6)	2(10.5)	19(100.0)
事故	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	1(10.0)	3(30.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)	10(100.0)
不眠・不穏	7(25.0)*	0(0.0)	0(0.0)	9(32.1)	1(3.6)	0(0.0)	6(21.4)	3(10.7)	7(25.0)	1(3.6)	7(25.0)	4(14.3)	28(100.0)
暴言	0(0.0)	1(25.0)**	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(100.0)
暴力	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	5(100.0)
うつ状態	5(29.4)*	0(0.0)	0(0.0)	5(29.4)	1(5.9)	0(0.0)	2(11.8)	2(11.8)	9(52.9)	1(5.9)	5(29.4)	1(5.9)	17(100.0)
不潔行為	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	5(35.7)	0(0.0)	0(0.0)	2(14.3)	1(7.1)	6(42.9)	1(7.1)	2(14.3)	0(0.0)	14(100.0)
痴呆症状	6(18.2)	2(6.1)	0(0.0)	17(51.5)*	1(3.0)	0(0.0)	7(21.2)	2(6.1)	16(48.5)	2(6.1)	13(39.4)	6(18.2)	33(100.0)
その他	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
合計	18(13.3)	4(3.0)	0(0.0)	50(37.0)	3(2.2)	0(0.0)	25(18.5)	10(7.4)	47(34.8)	4(3.0)	38(28.1)	15(11.1)	135(100.0)
	おむつ助成(%)	車椅子の貸与(%)	緊急通報システム(%)	寝具の洗濯と乾燥(%)	配食サービス(%)	ショートステイ(%)	デイサービス(%)	機能訓練(%)	特養入所申請(%)	老人保健施設(%)	病院入院(%)	その他(%)	合計(%)
物忘れ	10(21.3)**	10(21.3)	3(6.4)	0(0.0)	6(12.8)*	21(44.7)	15(31.9)	0(0.0)	4(8.5)	1(2.1)	0(0.0)	3(6.4)	47(100.0)
認知障害	12(35.3)	6(17.6)*	2(5.9)	0(0.0)	1(2.9)	19(55.9)*	15(44.1)	2(5.9)	2(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	34(100.0)
徘徊	5(20.8)*	4(16.7)	0(0.0)	0(0.0)	2(8.3)	13(54.2)	9(37.5)	1(4.2)	3(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.2)	24(100.0)
妄想	6(27.3)	4(18.2)	1(4.5)	1(4.5)	1(4.5)	8(36.4)	4(18.2)*	0(0.0)	3(13.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	22(100.0)
幻覚	5(45.5)	4(36.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(18.2)	7(63.6)	3(27.3)	2(18.2)*	1(9.1)	1(9.1)**	0(0.0)	0(0.0)	11(100.0)
失禁	11(57.9)	7(36.8)	2(10.5)	1(5.3)	1(5.3)	12(63.2)*	7(36.8)	0(0.0)	1(5.3)	1(5.3)*	0(0.0)	2(10.5)	19(100.0)
事故	3(30.0)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	10(100.0)
不眠・不穏	14(50.0)	10(35.7)	1(3.6)	0(0.0)	2(7.1)	11(39.3)	9(32.1)	2(7.1)	0(0.0)	1(3.6)*	0(0.0)	0(0.0)	28(100.0)
暴言	1(25.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(100.0)
暴力	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)
うつ状態	5(29.4)	3(17.6)	1(5.9)	0(0.0)	2(11.8)	8(47.1)	6(35.3)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	17(100.0)
不潔行為	6(42.9)	2(14.3)	2(14.3)	0(0.0)	3(21.4)*	8(57.1)	8(57.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	14(100.0)
痴呆症状	19(57.6)*	15(45.5)	3(9.1)	2(6.1)	1(3.0)	14(42.4)	17(51.5)	2(6.1)	1(3.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(18.2)**	33(100.0)
その他	1(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(100.0)
合計	55(40.7)	43(31.9)	9(6.7)	4(3.0)	9(6.7)	56(41.5)	52(38.5)	6(4.4)	8(5.9)	1(0.7)	0(0.0)	10(7.4)	135(100.0)

表6. 家族構成と種類内容

	サービスの 利用%	福祉機器 の利用%	ヘルパー の派遣%	デイナイト の利用%	オムツ の利用%	入浴サ ービス%	訪問看護 の利用%	病棟紹介 %	介護上 の問題%	他の保健福 祉制度%	施設紹介 入所申請%	その他 %	合計%
独居	2(13.3)	4(26.7)	10(66.7)	5(33.3)	3(20.0)	3(20.0)	1(6.7)	4(26.7)	8(53.3)	8(53.3)	7(46.7)	2(13.3)	15(100.0)
高齢夫婦	17(39.5)	23(53.5)	22(51.2)	26(60.5)	15(34.9)	16(37.2)	13(30.2)	10(23.3)	14(32.6)	20(46.5)	9(20.9)	4(9.3)	43(100.0)
2人世帯	3(23.1)	10(76.9)	9(69.2)	9(69.2)	3(23.1)	5(38.5)	5(38.5)	4(30.8)	5(38.5)	7(53.8)	3(23.1)	0(0.0)	13(100.0)
その他	22(35.5)	30(48.4)	26(41.9)	32(51.6)	16(25.8)	13(21.0)	10(16.1)	9(14.5)	18(29.0)	24(38.7)	16(25.8)	2(3.2)	62(100.0)
合計	44(33.1)	67(50.4)	67(50.4)	72(54.1)	37(27.8)	37(27.8)	29(21.8)	27(20.3)	45(33.8)	59(44.4)	35(26.3)	8(6.0)	133(100.0)

表7. 家族構成と対応内容

	情報提供 (サービス) %	申請 手続き%	専門知識 の提供%	話を聞く %	他機関 紹介%	保健所と の協力%	担当者等 との調整%	介護者の精神 的ケア%	合計%
独居	10(66.7)	12(80.0)	5(33.3)	1(6.7)	5(33.3)	4(26.7)	7(46.7)	0(0.0)	15(100.0)
高齢夫婦	33(76.7)	36(83.7)	9(20.9)	2(4.7)	12(27.9)	10(23.3)	10(23.3)	0(0.0)	43(100.0)
2人世帯	9(69.2)	13(100.0)	1(7.7)	1(7.7)	4(30.8)	0(0.0)	2(15.4)	0(0.0)	13(100.0)
その他	53(85.5)	51(82.3)	10(16.1)	7(11.3)	18(29.0)	11(17.7)	5(8.1)	4(6.5)	62(100.0)
合計	105(78.9)	112(84.2)	25(18.8)	11(8.3)	39(29.3)	25(18.8)	24(18.0)	4(3.0)	133(100.0)

表8. 家族構成と相談回数

	0~2回%	3~5回%	6回以上%	合計%
独居	4(26.7)	5(33.3)	6(40.0)	15(100.0)
高齢夫婦	11(25.6)	13(30.2)	19(44.2)	43(100.0)
2人世帯	3(23.1)	4(30.8)	6(46.2)	13(100.0)
その他	19(30.6)	21(33.9)	22(35.5)	62(100.0)
合計	37(27.8)	43(32.3)	53(39.8)	133(100.0)

表9. 家族構成と訪問回数

	0~2回%	3~5回%	6回以上%	合計%
独居	3(20.0)	8(53.3)	4(26.7)	15(100.0)
高齢夫婦	16(37.2)	21(48.8)	6(14.0)	43(100.0)
2人世帯	5(38.5)	5(38.5)	3(23.1)	13(100.0)
その他	30(48.4)	24(38.7)	8(12.9)	62(100.0)
合計	54(40.6)	58(43.6)	21(15.8)	133(100.0)

表10. 家族構成と社会的資源の利用の実施

	高齢者福 祉手当%	心身障害 福祉手当%	難病患者 福祉手当%	訪問看護 指導%	訪問リ ハビリ%	訪問歯 科診療%	日常生活 用具給付%	住宅改造 費の助成%	ヘルパー の助成%	リボン サービス%	入浴 サービス%	出張理容 %	合計%
独居	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)	1(6.7)	7(46.7)	0(0.0)	3(20.0)	0(0.0)	15(100.0)
高齢夫婦	7(16.3)	3(7.0)	0(0.0)	20(46.5)	2(4.7)	0(0.0)	8(18.6)	3(7.0)	14(32.6)	0(0.0)	15(34.9)	4(9.3)	43(100.0)
2人世帯	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	5(38.5)	0(0.0)	0(0.0)	4(30.8)	2(15.4)	7(53.8)	1(7.7)	4(30.8)	1(7.7)	13(100.0)
その他	10(16.1)	1(1.6)	0(0.0)	19(30.6)	1(1.6)	0(0.0)	12(19.4)	4(6.5)	18(29.0)	2(3.2)	16(25.8)	10(16.1)	62(100.0)
合計	18(13.5)	4(3.0)	0(0.0)	50(37.6)	3(2.3)	0(0.0)	25(18.8)	10(7.5)	46(34.6)	3(2.3)	38(28.6)	15(11.3)	133(100.0)
	おむつ 助成%	車椅子の 貸与%	緊急通報 システム%	寝具の洗 濯と乾燥%	配食 サービス%	ショート ステイ%	デイ サービス%	機能訓練 %	特養入所 申請%	老人 保健施設%	病院入院 %	その他 %	合計%
独居	3(20.0)	2(13.3)	2(13.3)	0(0.0)	4(26.7)	2(13.3)	3(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(26.7)	15(100.0)
高齢夫婦	19(44.2)	15(34.9)	4(9.3)	1(2.3)	1(2.3)	19(44.2)	18(41.9)	3(7.0)	3(7.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.7)	43(100.0)
2人世帯	7(53.8)	6(46.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	4(30.8)	2(15.4)	1(7.7)	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	13(100.0)
その他	26(41.9)	20(32.3)	3(4.8)	3(4.8)	3(4.8)	30(48.4)	27(43.5)	2(3.2)	4(6.5)	1(1.6)	0(0.0)	3(4.8)	62(100.0)
合計	55(41.4)	43(32.3)	9(6.8)	4(3.0)	9(6.8)	55(41.4)	50(37.6)	6(4.5)	8(6.0)	1(0.8)	0(0.0)	10(7.5)	133(100.0)

## ホームヘルプサービスの質の向上に関する研究

— 個別援助計画に使える簡便なアセスメントシートと介護記録様式の開発 —

橋本祥恵（岡山県立大学短期大学部健康福祉学科生活福祉専攻 教授）

研究協力者 古城幸子（新見女子短期大学助教授）小玉美智子（岡山県立大学短期

大学部教授）迫 明仁・谷口敏代（同助教授） 柴山邦子（同助手）

ホームヘルパーが要援助老人の生活支援を実践するにあたって必要な個別援助計画の立案を容易にするためのアセスメントシートと介護記録様式を試案した。現場での試用結果ではさらに研究目的に向けての検討が必要なことがわかったが、研究の経過中にホームヘルパーの資質の向上に関する検討課題をいくつか得た。

**キーワード：**ホームヘルプサービス、個別援助計画の策定、介護記録

### A. 研究目的

在宅サービスの要としてその活動が期待されているホームヘルパーが日頃の活動において利用者の個別援助をどう展開するかは重要な課題である。すなわち、利用者の自立支援のためのニーズの把握、援助の到達目標の設定、そのための援助の内容や方法、実践活動結果の評価等の実行ができる能力をもつことである。

しかしながら、現実にはこの過程を踏んでの援助がなされているとは限らない。多くの現場では、利用者の個別援助計画はほとんど作成しておらず、その日の活動後の業務報告・日報等として簡単に記録している程度である。

本研究は、ホームヘルプサービスにおける利用者の個別援助計画が簡便にできるアセスメントモデルと短時間で記入可能な実践記録様式を開発し、介護保険施行後の総合的なサービス計画の一端を担うホームヘルプサービスの現場に提供することを目的とする。

### B. 研究方法

平成8年度研究について

ホームヘルパー、訪問看護婦や保健婦が担当している要援助高齢者事例において自立ニーズの違いの程度を明らかにした。方法は、MDS-HC/CAPSを用いて、ホームヘルパー、訪問看護婦、市町村保健婦がそれぞれ担当している72事例をアセスメントした。その結果、各職種で担当している事例の持つ自立へのニーズはほとんど大差がないことがわかった（資料1：平成8年度研究報告書）。

平成9年度研究について

ホームヘルパーの援助計画策定に役立つアセスメントシートを作成する。

72事例について、アセスメントシートのチェック項目をラベル化して、問題ラベルの誘因や原因となることを視点において検討を加え、これを生活ニーズのカテゴリーとしてホームヘルパー業務と対比させながらKJ法でまとめた。このカテゴリー毎の項目をシー