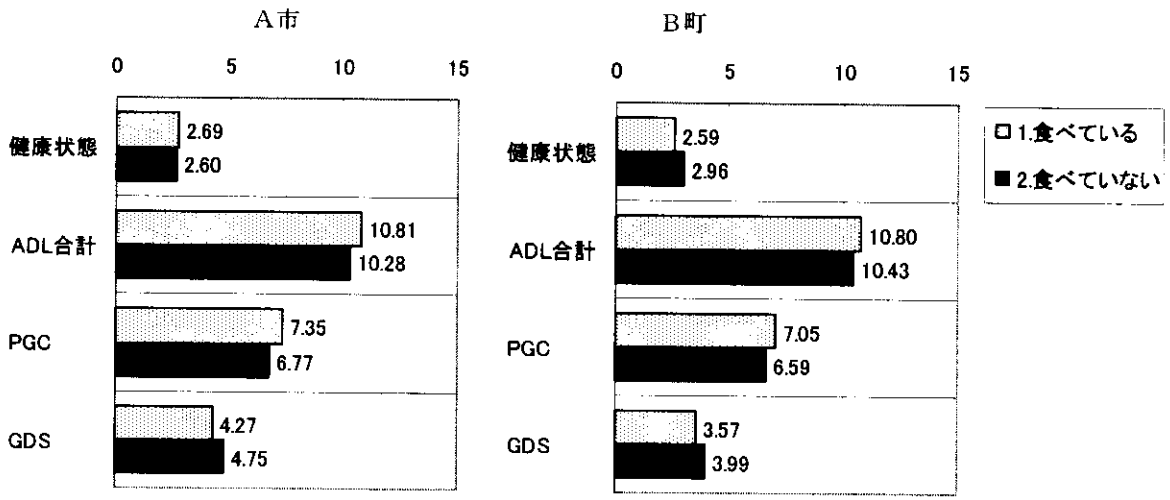
ウ．食習慣について

図４－９のように肉を２日に１回以上食べている人は、健康状態が良く、活動能力・主観的幸福感が高く、抑うつ傾向も低いことがわかる。

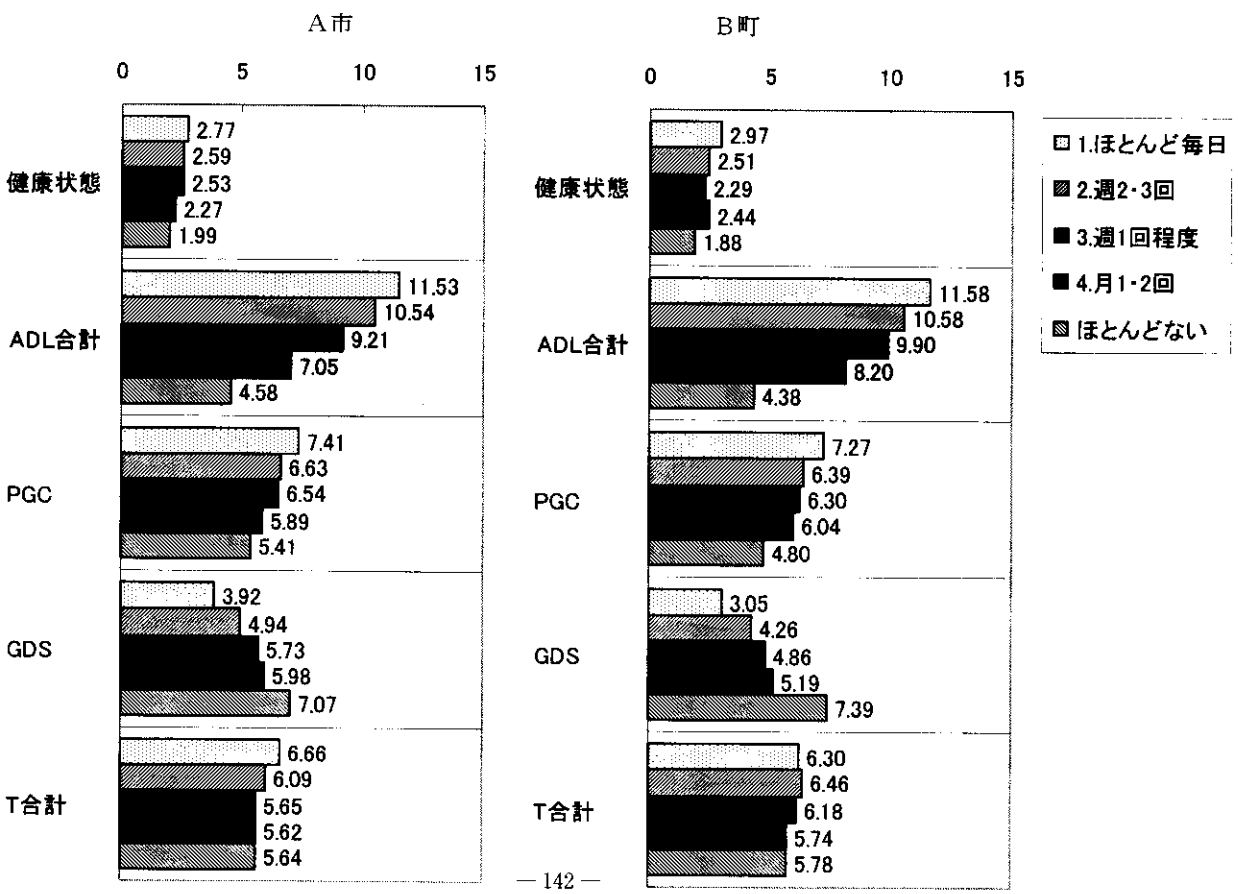
図４－９　「肉を２日に１回以上食べる」習慣別平均値の比較



エ．ソーシャル・ネットワークについて

「別居の家族や親戚」「近所の人」「外出」「老人クラブ等の会合」の４種類について尋ねたが、ここでは「外出」を紹介する(図４－10)。外出の機会が「ほとんどない」人では、健康状態が悪く、活動能力・主観的幸福感が低く、抑うつ傾向が高くなっていることがわかる。「歩行で全面介助が必要な人」を除いても同じ傾向が見られ、外出の機会の重要性がわかる。

図４－１０　「外出の機会」の頻度別平均値の比較



オ.　趣味や生きがいについて

オ. 趣味や生きがいについて

図４－１１のように, 趣味や生きがいを感じていることの有無でも、「ある」人はすべての指標が良い傾向が見られた。ここではソーシャル・サポート量（T合計）も加えた。趣味や生きがいがある人の方がソーシャル・サポート量が多いことがわかる。趣味や生きがいを通じて、人との付き合いが増えるのであろう。

図 ４－１１　趣味や生きがいの有無別平均値の比較

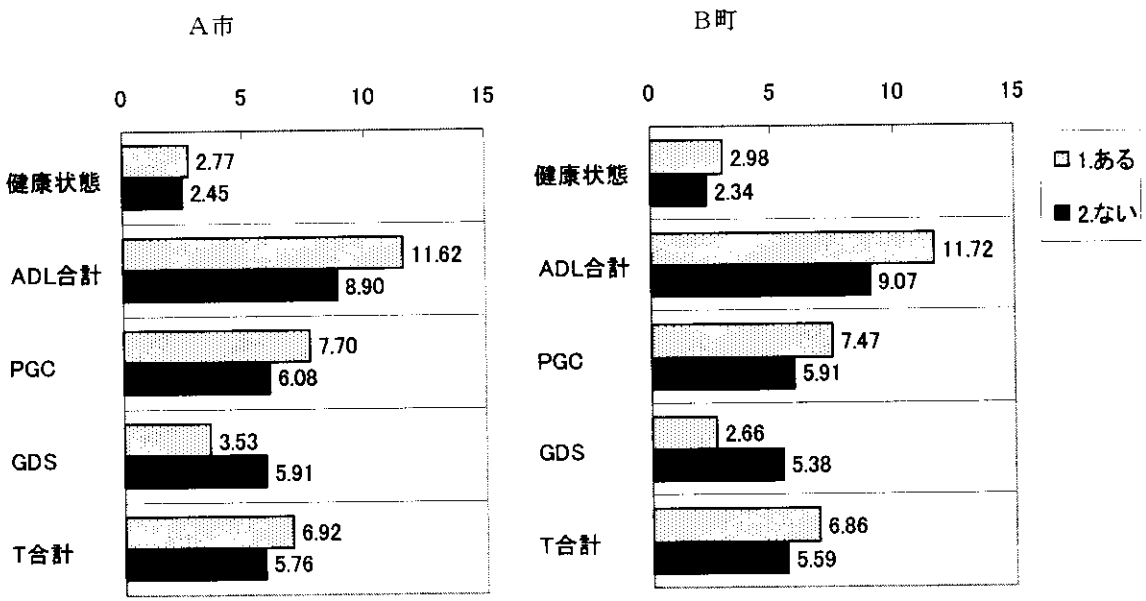
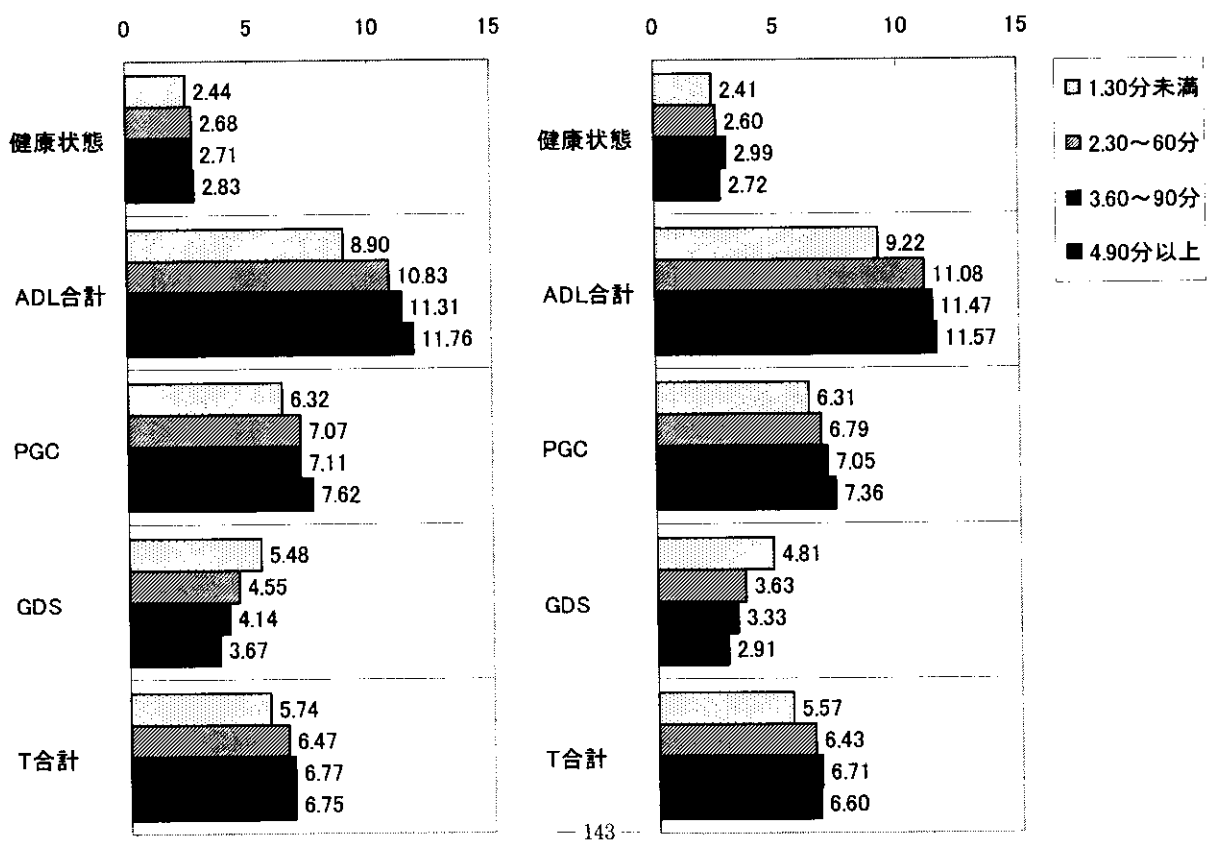


図４－１２　１日の歩行時間別平均値の比較



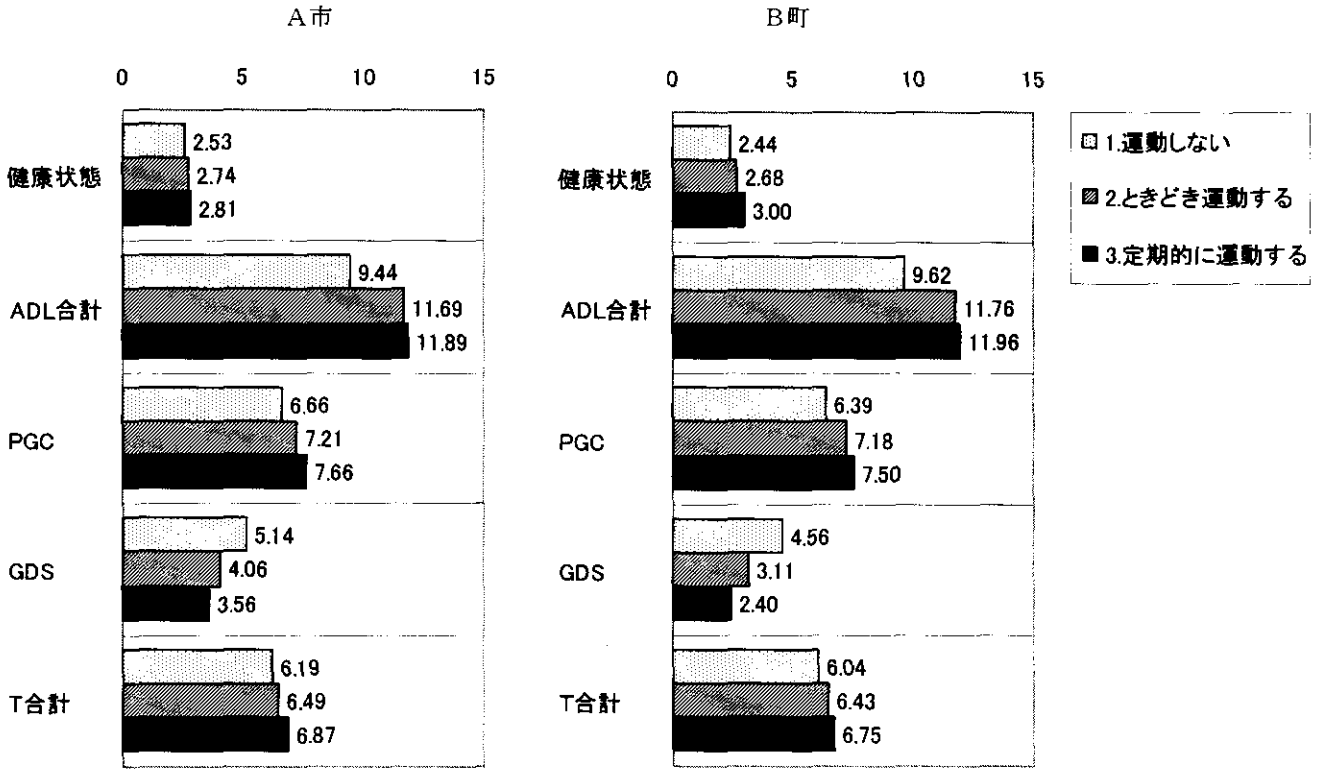
カ．１日に歩く時間（家事を含む）について

図４－１２のように１日に 60 分以上歩く人では、すべての指標で良い傾向が見られた。家事を含め、１日に 60 分というのが１つの目安になるようである。

キ．運動・スポーツ習慣について

図４－１３のように、運動する人では、すべての指標で良い傾向がみられる。「歩行で全面介助が必要な人」を除いても同じ傾向が見られており、ときどきでも運動することが健康を維持するために必要といえよう。

図４－１３　運動・スポーツ習慣別平均値の比較



ク．まとめ

歩行の自立の程度、歯の状態、「肉を２日に１回以上食べる習慣」は、主観的健康感や幸福感や抑うつ状態等の心理的な指標と関連していることがわかった。また、外出の機会の程度や趣味や生きがい、一日に歩く時間、運動･スポーツの習慣は、心理的な指標ばかりでなく、社会的なソーシャル・サポート得点などの指標と関連していることがわかった。これらの結果は、Ａ市Ｂ町でほぼ同じ結果であった。

Ｂ．閉じこもりについて

ＧＤＳが高い状態にある高齢者は痴呆予防対策の対象者でもあるといわれている[1)]。表４－４は、Ａ市のＧＤＳが 10 点以上であった 240 人のソーシャル・ネットワークを調べた結果である。ＧＤＳが 10 点以上でソーシャル・ネットワーク（別居の家族･親族と会う機会、②近所の人と会う機会、③外出の機会）が少ない人を「閉じこもりハイリスク」としてフ

ォローできるようにした。３種類すべてないと答えた人はＡ市では９人、Ｂ町７人であった。

表４－４　ＧＤＳ得点が１０点以上の人のソーシャル･ネットワーク

A市

	ほとんど毎日	週2･3回	週1回程度	月1･2回	ほとんどない
別居の家族や親族と会う機会	15.4%	9.7%	10.1%	37.0%	27.8%
近所の人に会う機会	23.8%	18.3%	14.0%	14.9%	28.9%
外出の機会	37.4%	23.0%	11.7%	6.1%	21.7%
老人クラブなどの活動への機会	2.2%	2.6%	3.0%	9.1%	83.0%

B町

	ほとんど毎日	週2･3回	週1回程度	月1･2回	ほとんどない
別居の家族や親族と会う機会	13.4%	9.5%	15.9%	31.9%	29.3%
近所の人に会う機会	22.2%	18.4%	11.7%	16.7%	31.0%
外出の機会	35.2%	24.6%	10.6%	5.1%	24.6%
老人クラブなどの活動への機会	1.7%	3.0%	3.0%	6.4%	86.0%

Ｃ．転倒と住環境について（転倒予防の観点から）

転倒は、既往研究の中で住環境との関係が報告されており、安全な住まいづくりへ向けた配慮事項が示されている[2-6]。転倒を予防し、高齢者の残存機能の維持を図る住居改善の手法と有効性を明らかにする必要がある。ここでは、日常生活に介助が必要になる前の、健常及び虚弱高齢者の転倒を取り上げ、住環境（の工夫）との関係を分析する。また、転倒予防に向けて、実際に転倒した経験だけでなく、転倒しそうになった経験（以下、ひやり経験）を含めて調査した結果を報告する。

調査項目は①基本属性（年齢、ADLなど）、②転倒＋ひやり経験の有無と場所、③住環境の工夫などであった。③住環境の工夫は、転倒と住環境に関する既往研究[3]で示されている安全な住まいづくりの配慮事項から、評価項目を作成した（表４－５）。

表４－５　住環境の工夫　評価項目

トイレ	洋式トイレ、手すりの設置、出入口の段差解消
浴室	半埋め込み式の浴槽、手すりの設置、床の滑り止め、出入口の段差解消
脱衣室	腰掛けがある
寝室	ベッドの使用、自動照明
居間・食堂など	椅子の生活、立ち上がる時につかまる所、床に物を置かずに片づけ
階段	手すりの設置，寝室が１階にある
廊下	段差解消
玄関	上がり框の手すり、腰掛け

※記入方法：項目のうち、該当するものに○を付ける。

転倒に関する項目に関する有効回答数は2,964で回収率53.5％、Ｂ町は有効回答数3,126で回収率62.6％であった。

対象をADL別に、①バスや電車に乗って一人で外出できる者（外出自立）、②バスや電車に乗って一人で外出はできないが、歩行・入浴・トイレ動作が自立している者（屋内自立）、③歩行・入浴・トイレ動作に何らかの介助が必要な者（屋内介助）の３群に分けて集計を行った。さらに、「外出自立」者について年齢別に集計を行った。その結果、比較的ADLが高い前期高齢者が多かった。

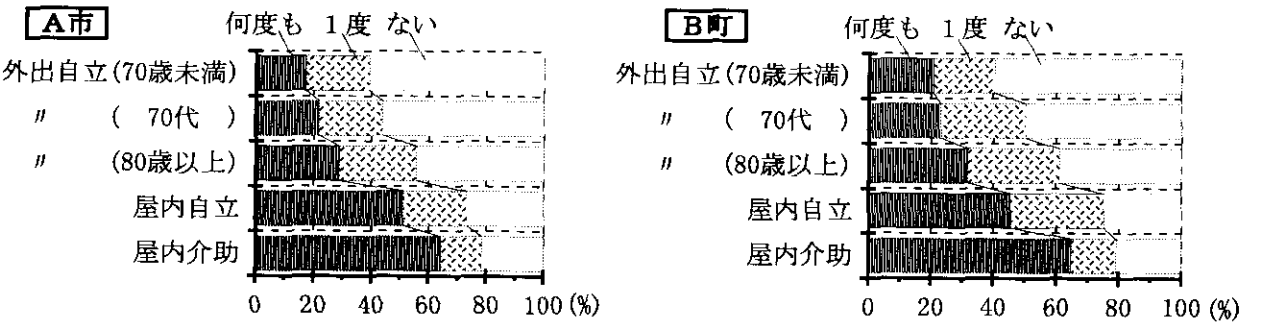
表４－６　ＡＤＬ別高齢者の分布割合

	Ａ市 N=2,964	Ｂ町 N=3,126
外出自立（70歳未満）	967 (32.6%)	1,088 (34.8%)
〃　（ 70代 ）	1,163 (39.3%)	1,231 (39.5%)
〃　(80歳以上)	249 (8.4%)	264 (8.4%)
屋内自立	353 (11.9%)	279 (8.9%)
屋内介助	232 (7.8%)	264 (8.4%)

ア．転倒＋ひやり経験の有無と場所について

過去１年間の転倒＋ひやり経験は、「何度もある」Ａ市28.4％、Ｂ町28.6％、「１度ある」Ａ市21.8％、Ｂ町23.9％であった。ADLが低いほど転倒＋ひやり経験者の割合が高く、比較的ADLが高い者でも、年齢が上がるにつれて転倒＋ひやり経験者の割合が高くなる傾向が見られた(図４－１４)。

図　４－１４　過去１年間の転倒+ひやり経験

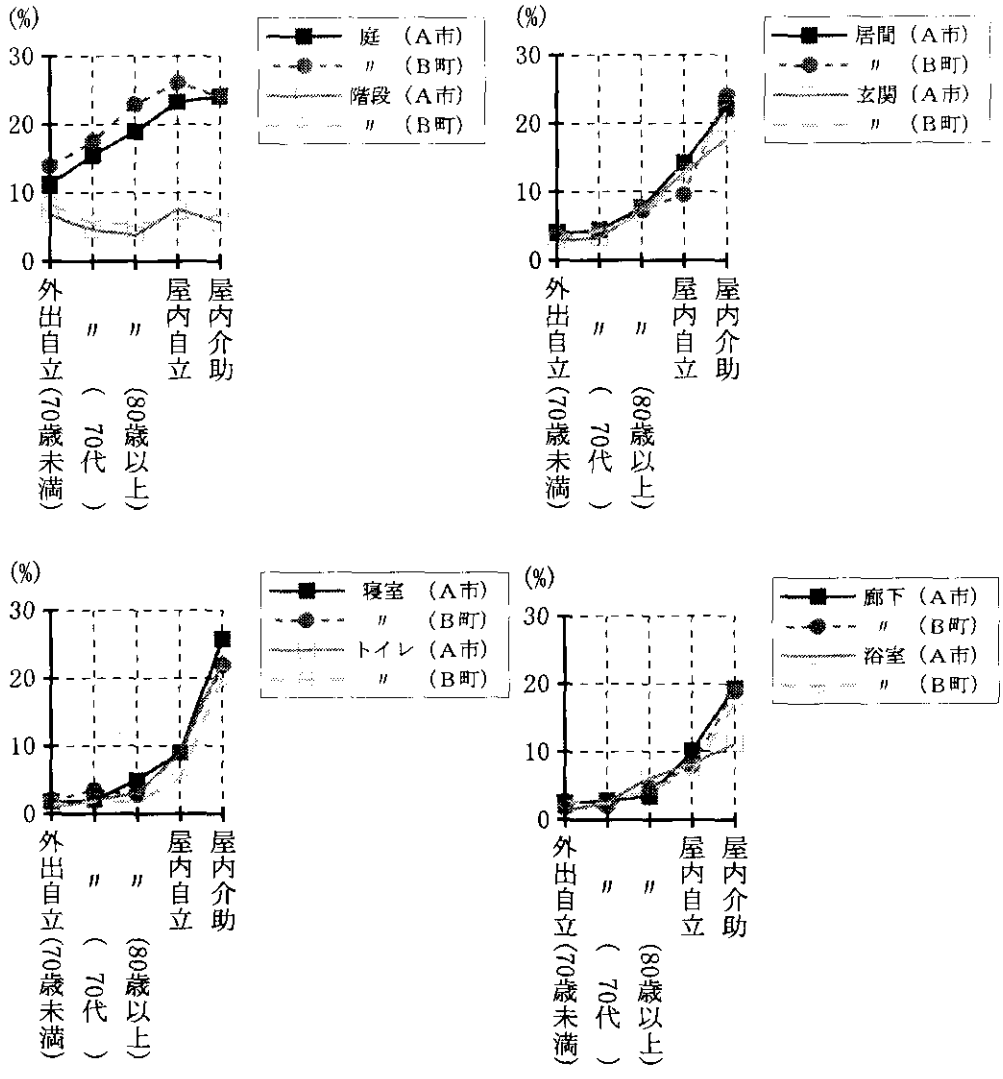


このうち、自宅での転倒＋ひやり経験はＡ市36.3％、Ｂ町39.5％であった。

転倒＋ひやり経験の場所は、ADLが高い者で「庭」「階段」が多かった（図４－１５）。特に「庭」は外出自立者で１割を越えており、１０人に１人が庭で転倒したり、転倒しそうになっていることが分かる。さらに「庭」での転倒＋ひやり経験者の割合は、ADLが低くなるほど、ADLが変わらなくても

年齢が高くなるほど増える傾向が見られた。逆に、「階段」はADLや年齢によってあまり変わらず、ADLが低くなったり、年齢が高くなると、階段を使わなくなることなどが推測される。

図　4－15　場所別転倒+ひやり経験者の割合



ADLが高い者で「庭」「階段」に次いで多いのは、「玄関」「居間」であった（図４－１５）。

ADLの低い者では、「庭」「玄関」「居間」に加えて、「寝室」「トイレ」「廊下」「浴室」の転倒＋ひやり経験が多かった（図４－１５）。特に「寝室」「トイレ」は屋内介助者で急増し、４～５人に一人が寝室・トイレで転倒したり、転倒しそうになっていた。

イ．住環境の工夫と転倒との関係

ADLの高い者で、転倒＋ひやり経験が多かった「階段」について、住環境との関係を見ると、寝室が１階にある者で、「階段」での転倒＋ひやり経験

が少なくなっていた。一方、階段に手すりがあるだけでは、ADLの高い者の転倒＋ひやり経験は少なくなっていなかった（図４－１６）。

ADLの高い者の転倒を防ぐには、寝室を１階にするなど、階段の利用自体を少なくする工夫が必要と考えられる。

図　４－１６　階段での転倒+ひやり経験者の割合
（χ^2　検定　＊１　$p<0.01$，＊２　$p<0.05$）

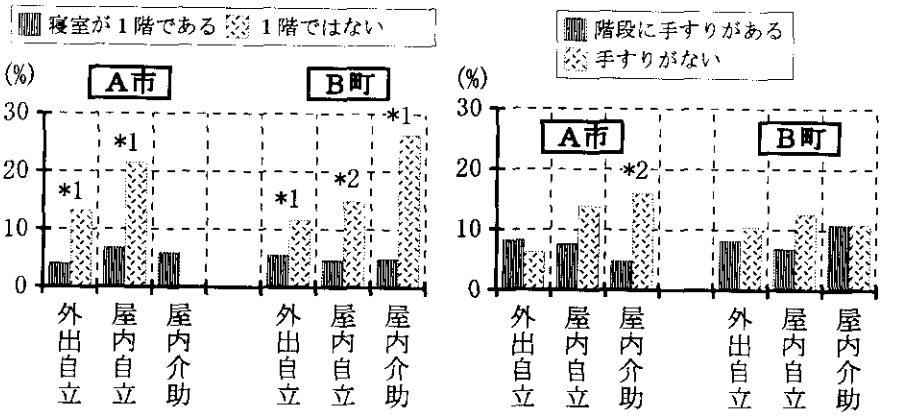


図　４－１７　寝室での転倒+ひやり経験者の割合

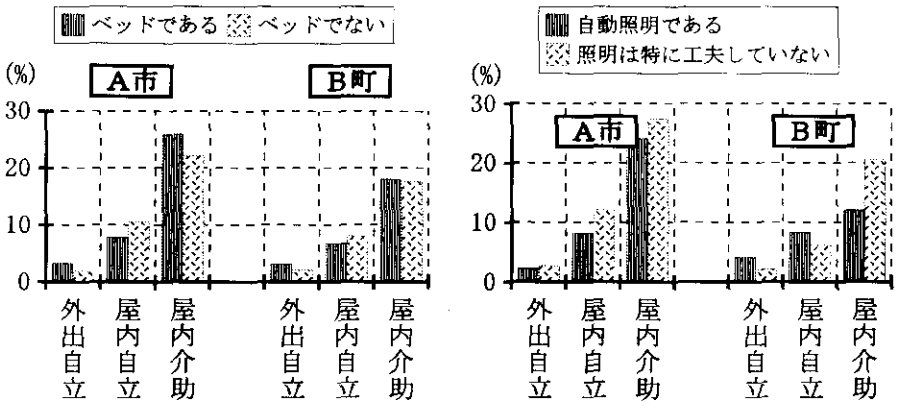
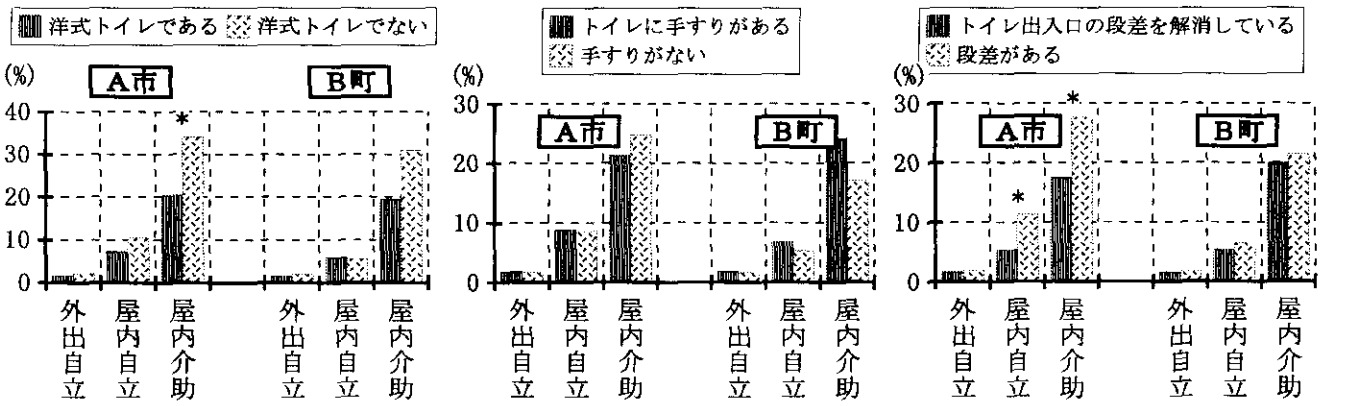


図　４－１８　トイレでの転倒+ひやり経験者の割合
（χ^2　検定　＊　$p<0.1$）



ADLの低い者で、転倒＋ひやり経験が多かった「寝室」「トイレ」について、住環境の工夫との関係を見ると、ベッド利用・自動照明によって「寝室」での転倒＋ひやり経験は少なくなっていなかった（図４－１７）。一方、「トイレ」では、洋式トイレ・トイレ出入口の段差解消で、ADLの低い者の転倒＋ひやり経験がやや少なくなっていた（図４－１８）。ADLの低い者の転倒を防ぐには、洋式トイレ・トイレ出入口の段差解消などを含めて、個々に応じた住居改善が必要と考えられる。

ウ．今後の課題

今回の結果は、一時点での住環境と転倒の関係をみたものであり、経過を追った縦断的な調査が必要と考える。転倒＋ひやり経験者に対する住居改善介入を含めて、継続的に調査を行っていきたい。

文献

1）第15回日本老年医学会　シンポジウム「老年期うつ病をめぐって」、medical　tribune、pp.４、2000.8.3.

2）安村誠司：高齢者の転倒・骨折の頻度、日医雑誌122巻13号、pp.1945-1949、1999.

3）橋本勉、吉村典子、檀上茂人：日本における老人の転倒・骨折の実態、別冊総合ケア老人の転倒と骨折、pp.26-32、医歯薬出版、1996.

4）平成10年度長寿社会福祉基金助成事業報告、高齢者の転倒（骨折）予防のための環境要因とその対策検討事業報告書、（財）骨粗鬆症財団、1999

5）東京都生活文化局編：高齢者の住宅関係危害情報の分析調査研究、住宅産業情報サービス、1986.

6）高齢者の安全確保に関する調査研究委員会編：高齢者の安全確保に関する調査研究報告書-身の回りの事故から高齢者を守るために、長寿社会開発センター、1998.

③　介護者調査からみた介護保険導入前の「介護負担感」をめぐる状況

要介護者の 2 次判定結果の分布は、A市とB町では、B町の方が重度の介護状況にある人が多い傾向が見られた。そのため、介護状況については、A市とB町それぞれ別々に調査結果を述べる。今回の分析対象は、2次判定結果とリンクすることが可能であったA市 242 人、B町 173 人である。尚、介護の質と虐待については訪問調査時に評価を行ったため、対象者はA市 310 人、B町 313 人である。

a．A市の介護状況

ア．主介護者の属性

図　4－19　主介護者年齢

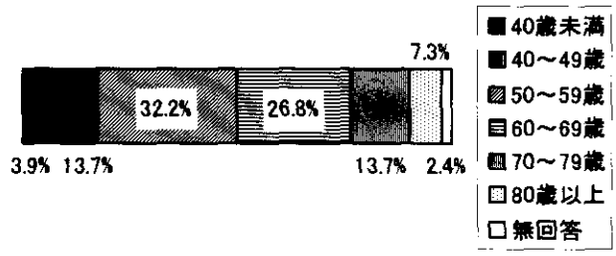
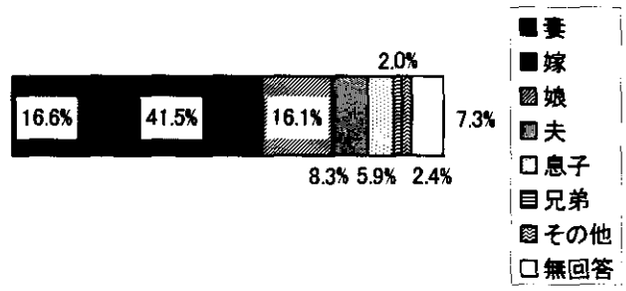


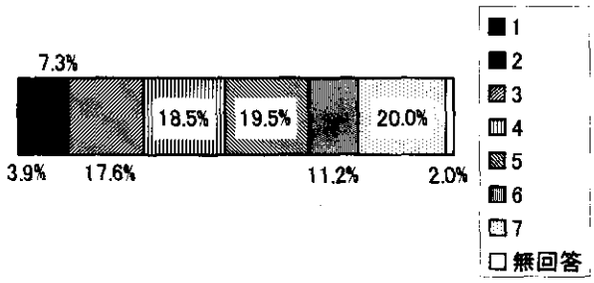
図　4－20　続柄



イ．全般的介護負担感

全体的な介護負担感を「1. 大変だとは全く思わない」から「7. 非常に大変だと思う」の 7 段階で問うた結果、6 段階、7 段階と答えた人は 32. 2%であった（図4－21）。また、全般的な介護負担感は、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。

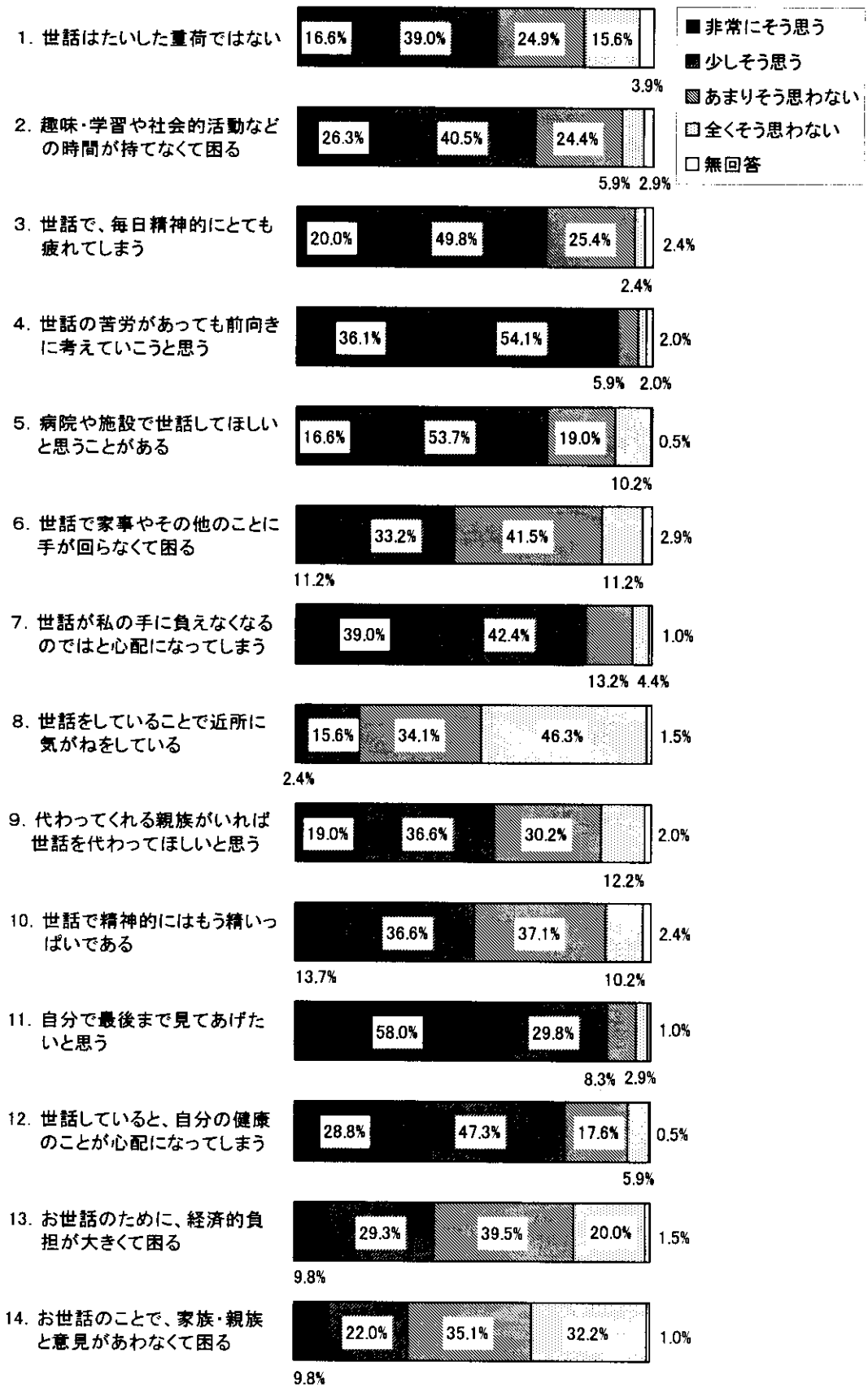
図　4－21　全般的介護負担感



ウ．　介護負担感（中谷等）について

中谷の介護負担感評価尺度は、介護に関する不安や疲労としての負担感や社会活動の制

図　4－22　介護負担感


1. 世話はたいした重荷ではない
16.6%
39.0%
24.9%
15.6%
3.9%
2. 趣味・学習や社会的活動などの時間が持てなくて困る
26.3%
40.5%
24.4%
5.9%
2.9%
3. 世話で、毎日精神的にとても疲れてしまう
20.0%
49.8%
25.4%
2.4%
2.4%
4. 世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う
36.1%
54.1%
2.0%
5.9%
2.0%
5. 病院や施設で世話してほしいと思うことがある
16.6%
53.7%
19.0%
0.5%
10.2%
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る
33.2%
41.5%
2.9%
11.2%
11.2%
7. 世話が私の手に負えなくなるのではと心配になってしまう
39.0%
42.4%
1.0%
13.2%
4.4%
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている
15.6%
34.1%
46.3%
1.5%
2.4%
9. 代わってくれる親族がいれば世話を代わってほしいと思う
19.0%
36.6%
30.2%
2.0%
12.2%
10. 世話で精神的にはもう精いっぱいである
36.6%
37.1%
2.4%
13.7%
10.2%
11. 自分で最後まで見てあげたいと思う
58.0%
29.8%
1.0%
8.3%
2.9%
12. 世話していると、自分の健康のことが心配になってしまう
28.8%
47.3%
17.6%
0.5%
5.9%
13. お世話のために、経済的負担が大きくて困る
29.3%
39.5%
20.0%
1.5%
9.8%
14. お世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る
22.0%
35.1%
32.2%
1.0%
9.8%
非常にそう思う
少しそう思う
あまりそう思わない
全くそう思わない
無回答

約からくる負担感など「主観的負担感」を問う１０項目と肯定的側面を問う「介護の継続意志」を問う２項目）で構成されている。今回は前者の１０項目を「介護負担感（中谷）」、後者の２項目を「介護継続意志※」、さらに経済的負担を問う項目と家族親族間の人間関係に関する項目を追加したものを「介護負担感（ＮＦＵ※※）」とし、介護負担感の評価尺度とした（図４－２２）。

非常にそう思う人の割合は「10. 世話で精神的にもう精一杯である」という項目で13. 7%、「6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る」という項目で11. 2%、「13. 世話のために経済的負担が大きくて困る」という項目で9. 8%などであった。「12. 今の自分の健康状態が気になる人」が28. 8%、「7. 今後、介護が自分の手に負えなくなるのではと将来が心配な人」が39. 0%、一方、「11. 自分で最後まで見てあげたい」と思う人が58. 0%であった。負担感と継続しようとする意志の間で揺れ動く状況が見受けられる。

※介護継続意志を問う項目：「４．世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う」「11. 自分で最後まで見てあげたいと思う」

※※介護負担感（NFU）：「13. お世話のために経済的負担が大きくて困る」「14. お世話のことで家族・親族と意見が合わなくて困る」

エ. 要介護度別の介護負担感とPGC・GDS等の比較

表４－７ 要介護状態区分別のPGC・GDS・主観的健康感・介護負担感の平均値±標準偏差

	PGC（11項目×1点）	GDS（15項目×1点）	主観的健康感（4段階）	全般的介護負担感（7段階）	介護継続意思（2項目×4点）	介護負担感（中谷）（10項目×4点）	介護負担感（NFU）（12項目×4点）
要支援(22)	6.76±2.86	3.53±3.14	2.22±0.55	4.14±1.74	6.33±1.24	24.47±5.15	28.68±6.04
要介護Ⅰ(66)	5.37±3.10	5.48±3.54	2.25±0.68	4.29±1.64	6.53±1.19	25.31±5.37	29.55±6.72
要介護Ⅱ(40)	5.17±2.72	6.27±4.49	2.37±0.65	4.29±1.59	6.44±1.29	26.26±4.39	30.57±5.40
要介護Ⅲ(23)	4.80±3.68	6.94±4.12	2.48±0.60	4.87±1.94	7.00±1.04	28.00±6.04	32.91±7.14
要介護Ⅳ(30)	5.88±2.83	4.52±3.11	2.54±0.69	5.27±1.66	7.00±0.91	27.83±5.09	32.24±6.28
要介護Ⅴ(24)	4.86±3.53	6.24±4.53	2.30±0.70	5.17±1.79	7.43±0.84	27.80±5.50	31.90±6.41
合　計(205)	5.41±3.10	5.53±3.90	2.35±0.66	4.59±1.73	6.72±1.17	26.37±5.32	30.72±6.44

	同居家族からのサポート	別居家族からのサポート	友人・隣人からのサポート	ネガティブサポート	ソーシャルサポート合計	年　齢
要支援(22)	2.91±3.21	1.27±2.41	1.18±1.59	1.59±1.68	5.36±3.86	63.19±14.24
要介護Ⅰ(66)	3.12±3.06	1.88±2.63	1.18±1.63	1.45±1.64	6.18±4.18	56.35±11.95
要介護Ⅱ(40)	2.63±3.26	2.17±2.63	1.40±1.79	1.62±1.86	6.20±4.44	60.11±12.60
要介護Ⅲ(23)	2.83±3.39	1.35±1.97	1.30±1.82	1.70±1.64	5.48±4.89	60.95±13.43
要介護Ⅳ(30)	3.80±3.33	2.30±3.00	1.37±1.79	1.30±1.37	7.47±4.97	60.20±13.25
要介護Ⅴ(24)	4.21±3.22	1.71±2.94	1.58±1.84	0.96±1.43	7.50±4.06	64.71±12.65
合　計(205)	3.20±3.21	1.85±2.63	1.31±1.71	1.45±1.63	6.36±4.40	59.85±12.92

- 全般的な介護負担感は、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。また、介護の継続意志も、要介護度Ⅲでやや低いがほぼ同じ傾向が見られた。
- 要支援の認定を受けた群の介護者では、主観的幸福感が高く、抑うつ傾向や介護負担感は低い傾向が見られた。

- 要介護と認定された群では、介護度Ⅲ群で主観的幸福感が低く、抑うつ状態の平均も高い傾向がみられる。
- 抑うつ状態の平均は、要介護度Ⅲ、Ⅱ、Ⅴ順で、やや高い傾向が見られた。
- ソーシャル・サポートでは要介護度Ⅳ、Ⅴでは、同居家族を中心に、サポートを受けていた。一方、要介護度Ⅱ、Ⅲでは、同居家族からのサポートは少なく、Ⅲでは、別居家族のサポートも少ない傾向が見られた。

オ. 訪問型・通所型等によるサービスの利用状況について

利用していたサービスを「訪問型：訪問看護・訪問指導、訪問介護、訪問入浴サービスのいずれかを利用」と「通所型：デーサービス・デイケア、ショートステイのいずれかを利用」に分け、さらに「両方利用」と「利用なし」に４区分して比較検討した。サービスの利用状況の分布は、「両方利用」44.9%、「訪問型」利用 9.3%、「通所型」利用 29.3%、「利用なし 10.2%などであった（図４－２３）。

図４－２３　訪問型・通所型等の区分によるサービスの利用状況の分布

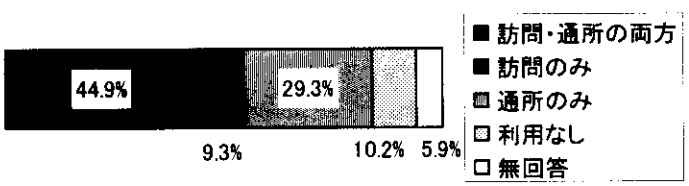
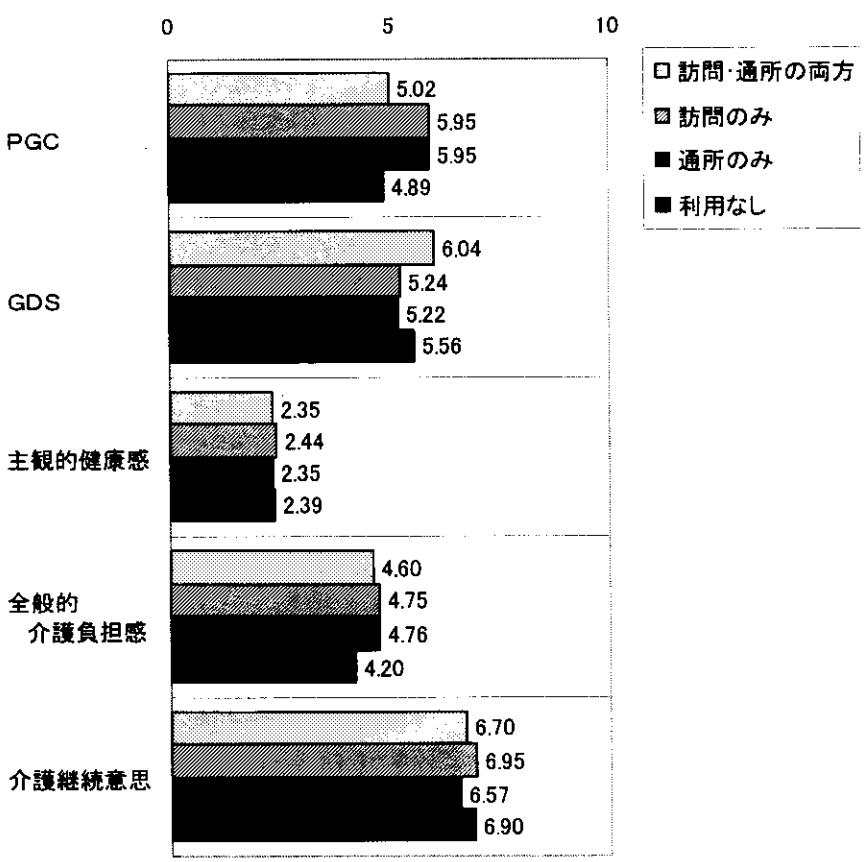
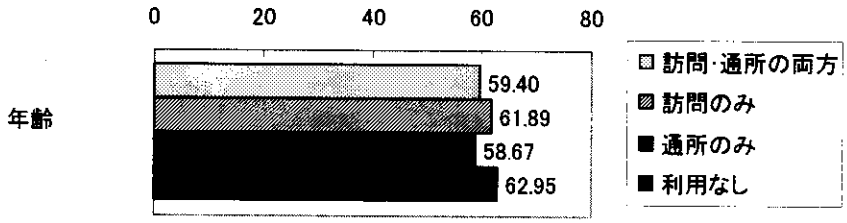
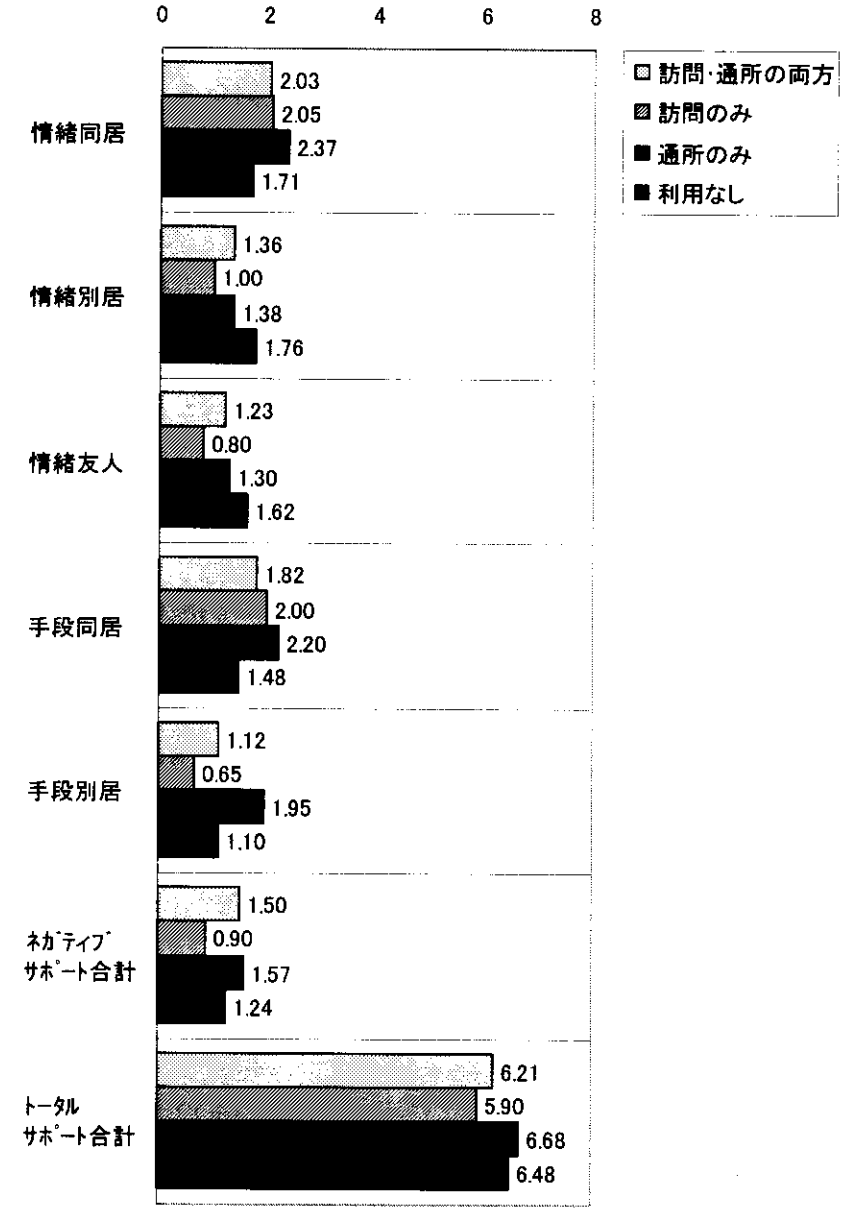


図４－２４　訪問型・通所型等の区分による PGC・GDS・介護負担感・ソーシャル・サポート等の平均の比較







- 訪問および通所の「両方」を利用していても、介護負担感は高い。
- 「訪問型」は抑うつ状態の平均は高めで、主観的幸福感もやや低い状況が見られ、介護継続意志はやや高い状況であった。友人からの情緒的サポートも低い状況が見られた。
- 「通所型」では、別居家族からの手段的サポートやネガティブサポートが他と比べてやや高い傾向が見られた。

- 「利用なし」群で、別居の子どもなどから情緒的サポートを受けている割合がやや高い傾向が見られた。
- 介護者の年齢の平均を比べると、「通所型」が低く、「利用なし」が一番高かった。

カ．介護の質について

介護の質について「やや問題あり、問題あり」の評価が 4 項目のうち一つでもついた人は、A市では62 人（20.0%）であった(表４－８)。

表４－８　介護の質について

N=310（無回答除く）

項目	十分	まあ十分	ふつう	やや問題	問題
起居移動動作の介助	21(6.7)	40(12.9)	195(62.9)	29(9.4)	1(0.3)
身の回りの援助（排泄・清潔の保持など）	24(7.7)	48(15.5)	169(54.5)	43(13.9)	4(1.3)
毎日の家事（炊事など）	21(6.8)	46(14.8)	184(59.4)	33(10.6)	4(1.3)
週に数回の家事（掃除など）	21(6.8)	48(15.5)	184(59.4)	28(9.0)	3(1.0)
延べ件数合計	87	182	732	133	12
組み合わせパターン	18(5.8)	38(12.3)	150(48.4)	16（5.2）	1(0.3)

※ 他の組み合わせの発生頻度は 0.3%～1.3%

キ．虐待について

身体的虐待、精神的虐待のどちらかで、「否定できない、やや問題あり、問題あり」の評価が一つでもついた人は、A市では 20 人（7.0%）であった。そのうち、16 人については介護の質についてもやや問題あるいは問題と評価されている。

表４－9　　虐待について

N=310（無回答除く）

項目	問題なし	否定できない	やや問題	問題
身体的虐待	279(90.0)	6(1.9)	5（1.6）	1(0.3)
精神的虐待	269(86.8)	14(4.5)	5（1.6）	2(0.6)

虐待の可能性がある介護者 20 人のうち 12 人が介護者調査に協力いただいた。身体的虐待および精神的虐待の可能性のある人を５人含んでいる。その主な結果を表 4－10 に示した。介護負担感が高く、主観的幸福感は低いが、介護の継続意志はあまり低くないことがわかる。ソーシャル･サポート得点は、3.92 と低く、同居家族からのサポートも低い。同居家族からのネガティブサポートは、2.57 であった。またネットワークの状況も身体的虐待および精神的虐待の可能性のある 2 名は、別居の子どもや近所の人、知人や友人に会う機

会いずれもなしであった。

ク．社会的な孤立状況やうつ状態にある介護者について

ソーシャル・ネットワークで「別居の家族や親戚に会う機会」、「近所の人に会う機会」、「友人や知人との交流の機会」の 3 項目すべてについて、「ほとんどなし」「なし」と答えた人はA市 8 人であった。これらの人の主な結果を社会的孤立状況にある人として表 4－10 に示した。ＧＤＳはやや高く、ＰＧＣもやや低い状況が見られた。「会う機会」はないが、ソーシャル・サポートは、4.00 で同居の家族や別居の子どもや親戚から情緒的サポートを中心に受けていることがわかった。

うつ状態にある（ＧＤＳ10 点以上）と考えられる介護者は、A市 30 人であった。介護負担感は高く、特に経済的側面や人間関係の項目を含んだ中谷（ＮＦＵ）介護負担感得点が高くなっていた。

表 4-10 虐待の可能性・社会的孤立、GDS10 点以上ある介護者のPGC・介護負担感・ソーシャル・サポートの平均値±標準偏差

A市

	PGC（11項目×1点）	GDS（15項目×1点）	主観的健康観（4段階）	全般的介護負担感（7段階）
虐待の可能性(12)	3.30±3.68	8.60±4.38	2.55±0.60	6.00±1.41
社会的孤立(8)	4.14±3.08	7.29±5.02	2.00±1.00	4.50±2.39
ＧＤＳ10点以上(30)	1.66±1.65	11.6±1.19	2.64±0.49	5.77±1.41
全　体（177）	5.41±3.12	5.53±3.95	2.62±0.67	4.66±1.73

	中谷(NFU)介護負担感（12項目×4点）	介護継続意思（2項目×4点）	同居家族からのサポート 8点	ソーシャルサポート合計 24点
虐待の可能性(12)	35.90±6.40	6.18±1.78	1.08±3.50	3.92±4.12
社会的孤立(8)	32.13±7.70	7.38±0.74	3.00±3.66	4.00±3.93
ＧＤＳ10点以上(30)	36.14±4.31	6.16±1.49	2.13±1.87	4.30±2.95
全　体（177）	30.96±6.60	6.72±1.20	3.17±3.20	6.26±4.39

b． B町の介護状況

ア． 主介護者の属性

図 4－25 主介護者年齢

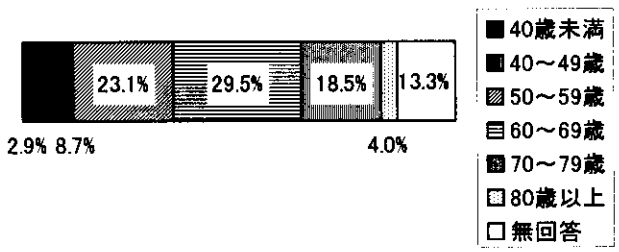
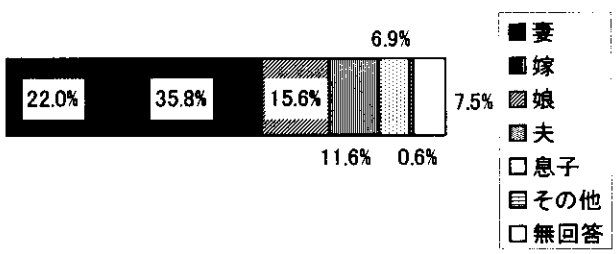


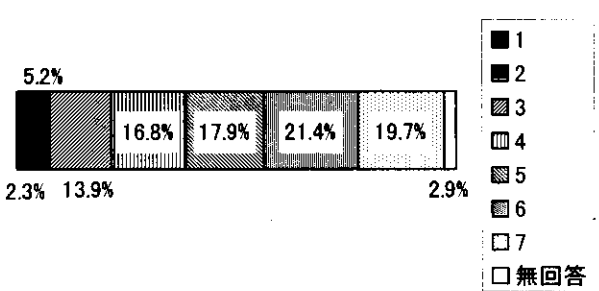
図 4－26 続 柄



イ． 全般的介護負担感

全体的な介護負担感を「1. 大変だとは全く思わない」から「7. 非常に大変だと思う」の7段階で問うた結果、6段階、7段階と答えた人は41. 1%であった。

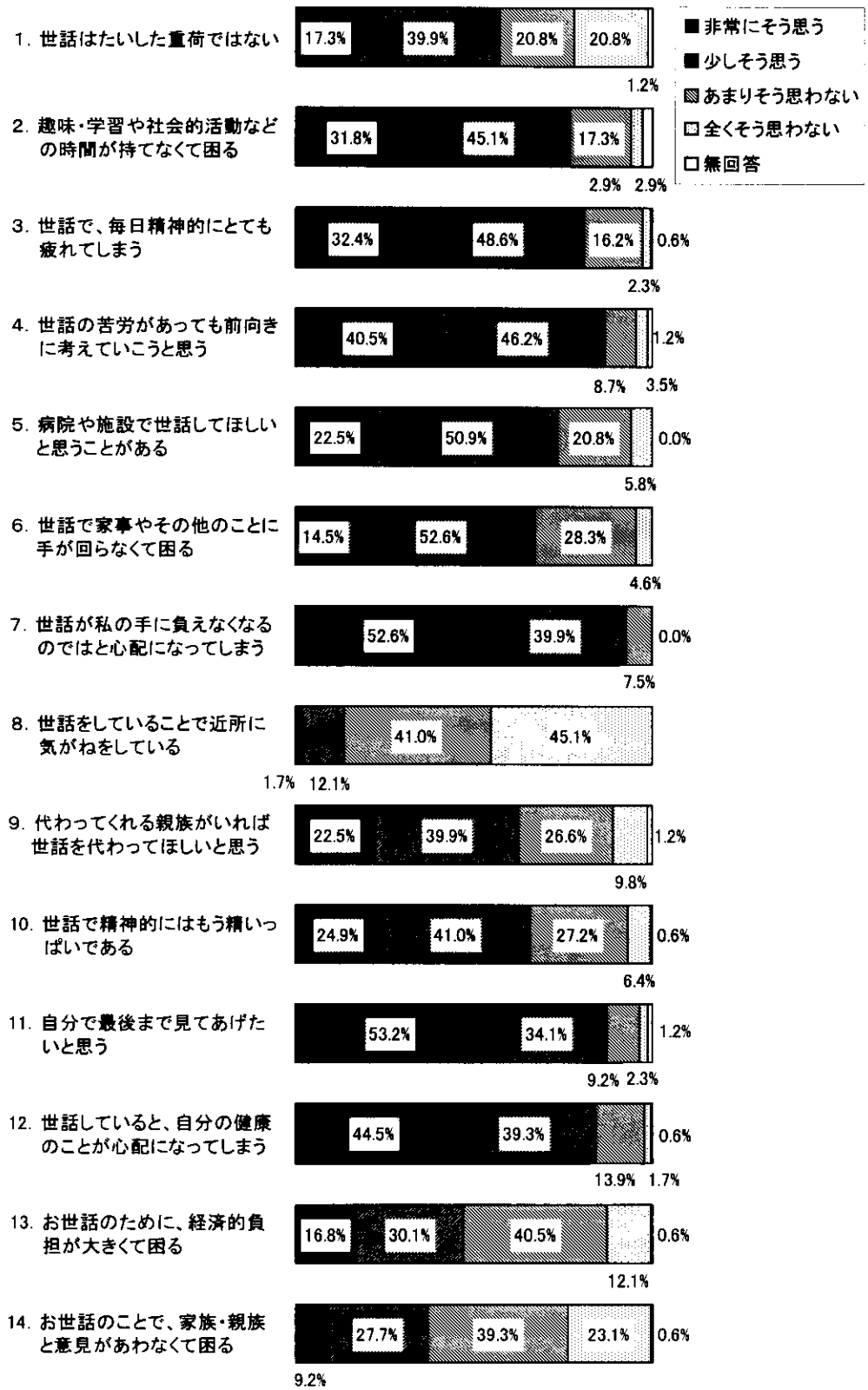
図 4－27 全般的介護負担感



ウ．介護負担感（中谷ら）

非常にそう思う人の割合は「10. 世話で精神的にもう精一杯である」という項目で24. 9%、「6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る」という項目で14. 5%、「13. 世話のために経済的負担が大きくて困る」という項目で16. 8%などであった。「12. 今の自分の健康状態が気になる人」が45. 5%、「7. 今後、介護が自分の手に負えなくなるのではと将来が心配な人」が52. 6%、一方、「11. 自分で最後まで見てあげたい」と思う人が53. 2%であった。負担感と継続しようとする意志の間で揺れ動く状況が見受けられた。

図　4－28　介護負担感


1. 世話はたいした重荷ではない
17.3%
39.9%
20.8%
20.8%
1.2%
2. 趣味・学習や社会的活動などの時間が持てなくて困る
31.8%
45.1%
17.3%
2.9%
2.9%
3. 世話で、毎日精神的にとても疲れてしまう
32.4%
48.6%
16.2%
0.6%
2.3%
4. 世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う
40.5%
46.2%
1.2%
8.7%
3.5%
5. 病院や施設で世話してほしいと思うことがある
22.5%
50.9%
20.8%
0.0%
5.8%
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る
14.5%
52.6%
28.3%
4.6%
7. 世話が私の手に負えなくなるのではと心配になってしまう
52.6%
39.9%
0.0%
7.5%
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている
41.0%
45.1%
1.7%
12.1%
9. 代わってくれる親族がいれば世話を代わってほしいと思う
22.5%
39.9%
26.6%
1.2%
9.8%
10. 世話で精神的にはもう精いっぱいである
24.9%
41.0%
27.2%
0.6%
6.4%
11. 自分で最後まで見てあげたいと思う
53.2%
34.1%
1.2%
9.2%
2.3%
12. 世話していると、自分の健康のことが心配になってしまう
44.5%
39.3%
0.6%
13.9%
1.7%
13. お世話のために、経済的負担が大きくて困る
16.8%
30.1%
40.5%
0.6%
12.1%
14. お世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る
27.7%
39.3%
23.1%
0.6%
9.2%
■非常にそう思う
■少しそう思う
▧あまりそう思わない
▨全くそう思わない
□無回答

エ．要介護度別の介護負担感とPGC・GDS等の比較

表４－１１要介護状態区分別のPGC・GDS・主観的健康感・介護負担感の平均値±標準偏差

	PGC（11項目×1点）	GDS（15項目×1点）	主観的健康感（4段階）	全般的介護負担感（7段階）	介護継続意思（2項目×4点）	介護負担感（中谷）（10項目×4点）	介護負担感（NFU）（12項目×4点）
要支援(9)	6.67±1.80	5.13±3.56	1.83±0.41	3.89±2.09	7.00±1.00	23.88±4.85	29.13±6.20
要介護Ⅰ(34)	5.76±3.04	6.38±4.17	2.55±0.85	4.42±1.54	6.39±0.89	27.12±5.05	32.12±6.06
要介護Ⅱ(36)	5.61±3.12	5.00±3.40	2.17±0.85	4.83±1.60	6.74±1.22	28.03±4.16	32.50±4.73
要介護Ⅲ(29)	5.44±3.07	5.96±4.55	2.15±0.60	4.83±1.77	6.31±1.67	29.96±4.30	35.07±5.34
要介護Ⅳ(25)	4.23±3.66	7.05±4.66	2.37±0.77	5.16±1.65	6.84±1.03	28.87±6.35	33.52±7.58
要介護Ⅴ(27)	5.17±2.87	4.48±3.94	2.58±0.64	5.58±1.27	7.15±1.05	29.20±4.73	33.72±5.65
合　計(160)	5.39±3.09	5.74±4.14	2.67±0.77	4.87±1.65	6.69±1.21	28.29±5.02	33.07±5.93

- 要支援の認定を受けた群の介護者では、主観的幸福感、主観的健康感はやや高い。抑うつ傾向や介護負担感はやや低く、介護の継続していく意志も高い傾向が見られた。
- 要介護と認定された群では、介護度Ⅳ群で主観的幸福感が低く、抑うつ状態の平均も高い。抑うつ状態の平均は、要介護度Ⅳに続いて、要介護度Ⅰ、要介護度Ⅲ順で、やや高い傾向が見られた。
- 全般的な介護負担感は、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。
- 介護の継続意志では、要介護度Ⅴ、要支援で高く、要介護度Ⅰ、要介護度Ⅲでやや低くなっている。

オ．介護者の今後の介護の継続方法についての希望別の比較

表４－１２　介護者の希望別PGC・GDS・主観的健康感・介護負担感の平均値±標準偏差

	PGC（11項目×1点）	GDS（15項目×1点）	全般的介護負担感（7段階）	介護負担感（中谷）（10項目×4点）	介護負担感（NFU）（12項目×4点）	同居家族からのサポート８点	ソーシャルサポート合計24点
家族中心で自宅で介護（25）	6.35±3.24	5.43±4.26	3.92±1.91	24.21±4.89	28.21±5.26	3.48±2.89	7.40±4.39
サービス利用し自宅で介護（114）	5.33±4.60	5.74±4.08	4.83±1.54	28.18±4.25	32.84±6.06	3.07±3.02	7.49±4.93
施設などへの入所希望（28）	4.60±3.64	6.12±3.90	6.04±0.92	32.96±4.50	38.58±5.59	1.32±2.74	3.82±4.39
	** p<0.01		**	**	**	**	**

- 介護者の今後の介護の継続方法が「施設等の入所希望群」と「自宅で家族中心の介護希望群」および「福祉サービスを利用しながら自宅で介護群」の間では、介護負担感やソーシャルサポートで有意な差が見られた。
- 「施設等の入所希望群」では、同居家族からのサポートが得られず、別居の家族、近所、友人からのサポートの合計得点も低い傾向が見られた。

カ. 訪問型・通所型等によるサービスの利用状況について

利用していたサービスを「訪問型：訪問看護・訪問指導、訪問介護、訪問入浴サービスのいずれかを利用」と「通所型：デーサービス･デイケア、ショートステイのいずれかを利用」に分け、さらに「両方利用」と「利用なし」に４区分して比較検討した。サービスの利用状況の分布は、「「両方利用」72 人（41.6%）、「通所のみ」36 人（20.8%）、「訪問のみ」30 人（17.3%）、「利用なし」24 人（13.8%）の順に多かった。(図４－２９)。

図４－２９　訪問型・通所型等の区分によるサービスの利用状況の分布

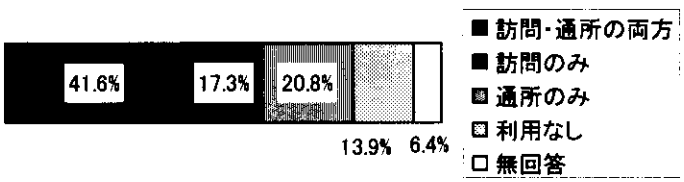
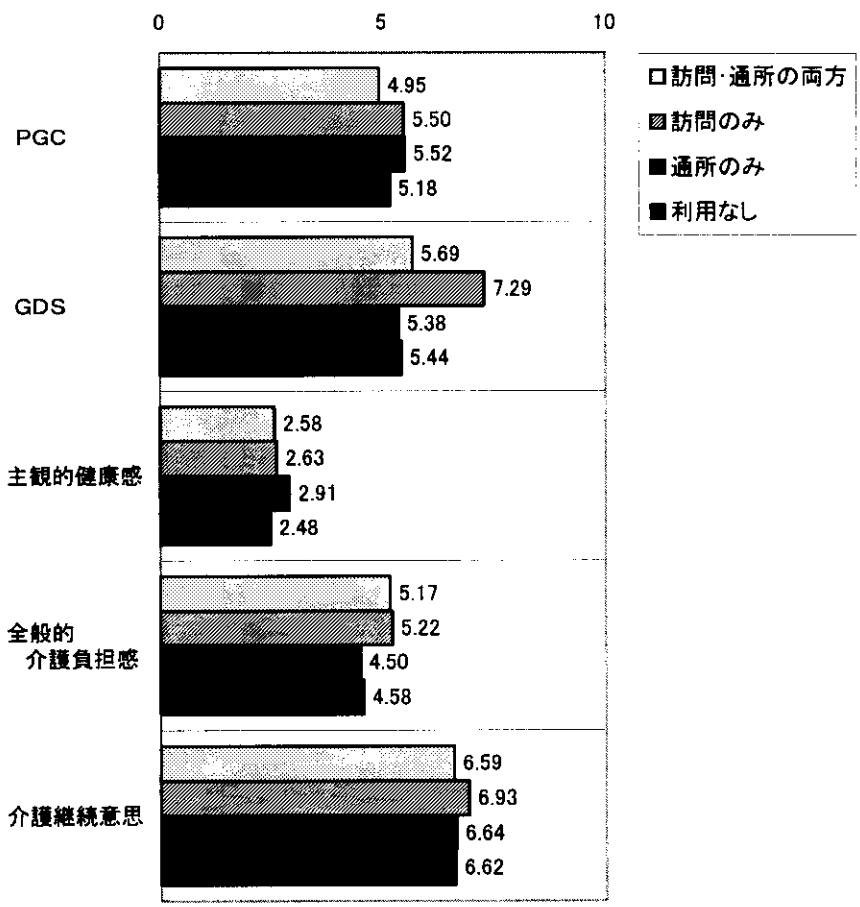
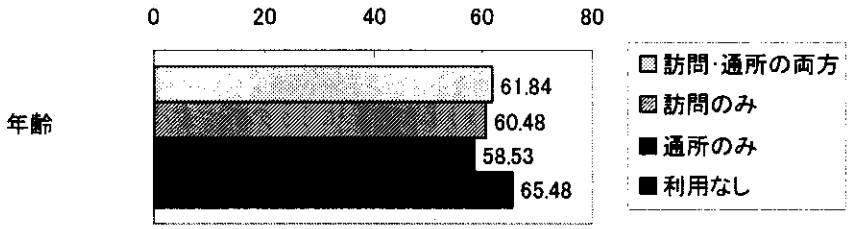
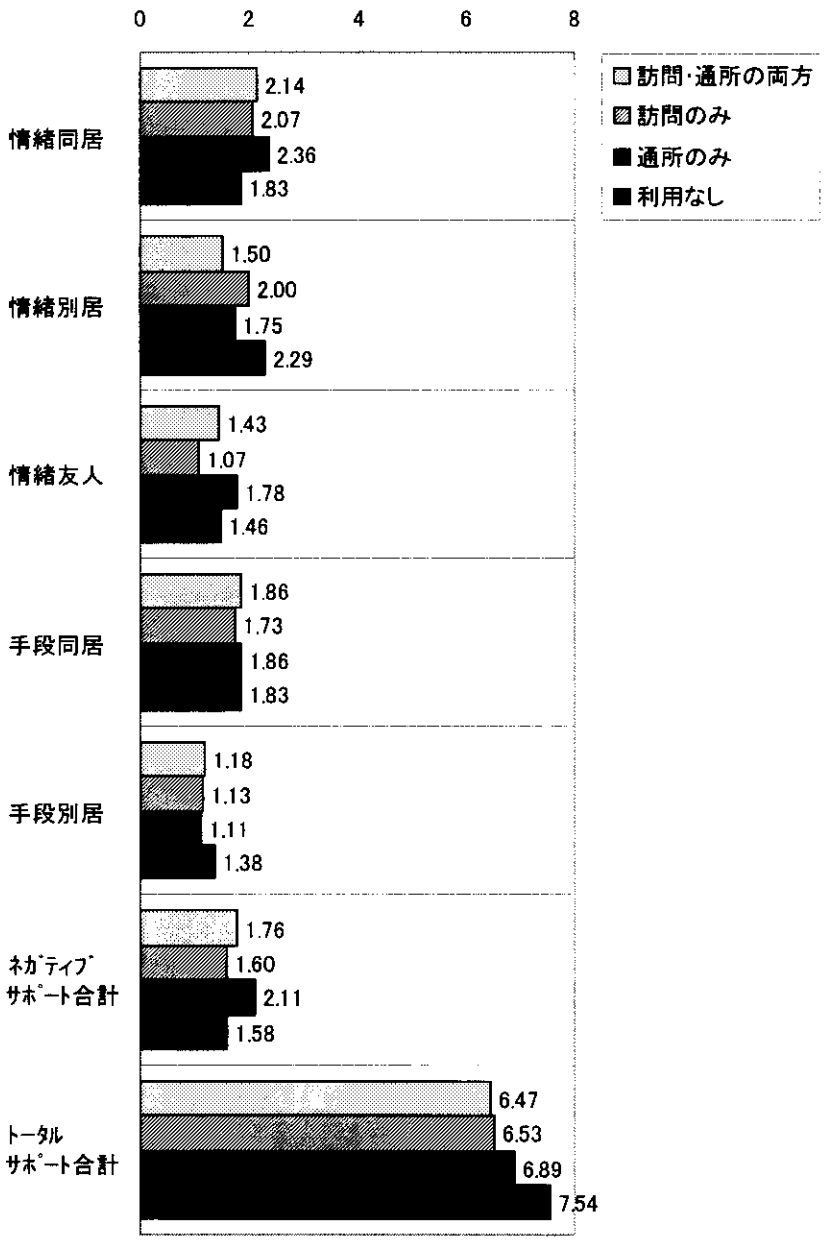


図４－３０　訪問型・通所型等の区分による PGC・GDS・介護負担感・ソーシャル･サポート等の平均の比較







- 訪問および通所の「両方」を利用していても、介護負担感は高い。
- 「訪問型」では抑うつ状態の平均は高めで、主観的幸福感もやや低い状況が見られ、介護継続意志はやや高い状況であった。友人からの情緒的サポートも低い状況が見られ