

家族への介入は、具体的支持や助言の場合もあるし、連合を強化するように「宿題」をだしたりする。これは精神障害者家族への家族療法の技法であるが、介護家族にも応用が効く。

3. スーパービジョンやコンサルテーションを受ける

相談援助者は、自分が行っている家族介入について、スーパービジョンやコンサルテーションを受けると良い。新しい視点が学習できるし、自分自身の介護家族に向けた感情(逆転移)なども明確になる。定期的なスーパービジョンやコンサルテーションが無理ならば、事例検討という形式で自分の家族介入を提示して意見をもらうのが良いであろう。

介護保険制度を補完するための介護家族カウンセリング

介護保険制度において、介護家族への心理的は医療の必要性は従来から指摘されてきた。しかし現状は、実質的な介護サービスを提供するために、援助者の多くの時間が費やされており、十分な心理的ケアが行われているとは言い難い。現場で活動する援助者達は、心理的ケアの必要性を理解しているが、時間的制限や、技法や技術での戸惑いがあるため、実践に結びつかないのが現状である。

高齢者と介護者は、心理的なケアを求めている。訪問看護師、ケアマネージャー、往診医、ホームヘルパーなどが心理的、家族療法的視点を

持って家族に関われば、きっと多くの副次的な効果が生まれるであろう。すでに米国では、メディカル・ファミリーセラピー⁹⁾という領域があり、精神科医のみならず、開業医、訪問看護師、ソーシャルワーカーなど介護家族に関わるすべての職種を対象にトレーニングが行われている。そうした、教育システムや組織作りもわが国における今後の課題である。

文献

- 1)生命に寄りそう風景、ケアする人のケア、ケアする人のケアサポートシステム研究、2001
- 2)Yomiur Weekly,ストップ!介護悲劇「ケアする人のケア」、読売新聞東京本社、2002、8/4号:p22-24
- 3)渡辺俊之:在宅高齢患者と介護者におけるQOLと家族環境についての研究、精神医学41:1079-1086,1999
- 4)ケアの心理学、ベスト新書、渡辺俊之著 KKベストセラーズ、2001
- 5) Moos RH: Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedure:Resolving the case of the Family Environment Scale. Family Process 29:199-208 1990
- 6) 野口裕二、齊藤 学、手塚一朗、野村直樹:FES(家族環境尺度)日本版の開発:その信頼性と妥当性の検討、家族療法研究8:43-54,1991.
- 7) Holahan CJ, Moos RH(1983): The quality of social support: measures of family and work relationships. Br J Clin Psychol 22: 157-162.

8) Jacob J : Family therapy in the context of chronic medical illness, Psychiatric care of the Medical patient(ed.Stoudmire A and Fogel BS) : 19-30, Oxford university press 1993

9) Medical Family Therapy, McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ, Basic books, 1992

E. 結論

介護保険の導入が、家族環境にも影響するのではないかと仮説たてた。さまざまな介護サービスの導入が、家族の家族環境に影響するのではないかと考えたのであるが、前後で有意差は得られなかった。介護保険の導入は、要介護者や主介護者の QOL は改善するが、家族環境までは影響を与えなかった。この結果には二つの仮説が立つ。一つは、「家族環境というものは外的支援などで簡単には影響を受けない」という仮説。もう一つは、「介護保険が導入されたが故に、家族環境は導入前の環境を保持できたのではないか」という仮説である。この点については、今後詳細な検討が必要と考えている。

また、高齢者と介護者は、心理的なケアを求めていると言える。訪問看護師、ケアマネージャー、往診医、ホームヘルパーなどが心理的、家族

療法的視点を持って家族に関われば、きっと多くの副次的な効果が生まれるであろう。すでに米国では、メディカル・ファミリーセラピー⁹⁾という領域があり、精神科医のみならず、開業医、訪問看護師、ソーシャルワーカーなど介護家族に関わるすべての職種を対象にトレーニングが行われている。そうした、教育システムや組織作りもわが国における今後の課題である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 学会発表

渡辺俊之：リエゾン精神医学における家族アプローチ。第15回日本総合病院精神医学会総会，東京，2002年11月29日

H. 知的財産権の出願。登録状況

平成14年度はなし

【表一 1】

A施設		
要介護者	平均年齢	人
N=40		14
	女	26
	最年少(歳)	52
	最高齢(歳)	94
	平均年齢(歳)	80.2
	要支援	5
	介護度1	15
	介護度2	10
	介護度3	5
	介護度4	5
	介護度5	0
主介護者 N=40	男	9
	女	31
続柄	夫	7
	妻	10
	娘	9
	息子	2
	孫	0
年代	20代	2
	30代	1
	40代	6
	50代	10
	60代	10
	70代	10
	80代	1

B施設		
要介護者	平均年齢	人
N=54	男	19
	女	35
	最年少(歳)	52
	最高齢(歳)	98
	平均年齢(歳)	78.06
	要支援	1
	介護度1	15
	介護度2	15
	介護度3	11
	介護度4	7
	介護度5	5
主介護者 N=54	男	13
	女	41
続柄	続柄	10
	妻	13
	娘	17
	息子	3
	孫	0
年代	20代	1
	30代	3
	40代	8
	50代	13
	60代	13
	70代	12
	80代	3

【表-2】

F E S の比較

A施設における介護保健導入前後の比較

		G	Ex	Con	Ind	AO	ICO	ARO	MRE	Org	Cu
介護家族	介護保険導入前	6.45	5.83	2.91	4.34	3.08	4.53	3.22	5.64	6.92	3.87
	介護保険導入後	6.38	5.72	3.19	3.82	3.08	4.03	2.74	5.49	6.95	3.92

F R I の比較

B施設における介護保健導入前後の比較

		凝集性	表出性	葛藤性
介護家族	介護保険導入前	2.7	2.52	1.74
	介護保険導入後	2.9	2.35	1.55

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

要介護度分類による介護負担の特徴および社会的支援の方法の分析

分担研究者 眞野 喜洋

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科

総合保健看護学専攻 健康教育開発学講座 教授

【研究要旨】我が国の高齢化進行に伴い、要介護者数も増えた結果、高齢者の介護者となった人の介護負担は増し、介護により介護者が健康障害が発生している。本研究では、要介護度ごとに主観的健康感・現病歴・既往歴・自覚症状を整理し考え分析した結果、要介護度により、介護者の主観的健康状態の評価に差異はなく、総じて「やや不調」という評価が多いことがわかった。被介護者の現病歴については、「けがや骨折の発生」は、要介護度が低いほうで生じる傾向にあり、女性においてその有意差が見られ、有意確率は $p < 0.05$ であった。自覚症状は、頭痛、不眠、肩のこりや痛み、顔や足のむくみといった項目について、要介護度が高いほうで生じる傾向にあった。また要介護度に応じてさまざまなサービスを利用しているが、さらに「介護をするもの同志の集まり」といった自助的活動を行う機会や、医師や保健婦による個別の健康相談・健康教育といったきめ細かなサービスへのニーズがあることが明らかになった。

【はじめに】

日本では、高齢化が進行し、2000年には65歳以上人口は2,187万人、高齢化率は17.2%（概ね人口の6人に1人）となった。今後更に高齢者は増加し、2020年には、高齢化率は26.9%になると予想されている。

それに伴い介護を必要とする高齢者の数も増えた。その結果、高齢者の介護者となった人の介護負担は増した。自宅での介護に関連して介護者の健康障害が発生するとした研究が、海外には散見する。1980年ごろより欧米を中心に痴呆を有する高齢者を介護する人の健康や介護負担に関する研究が多く進められ、その多くは介護の負担感や身体的にも精神的にも不健康状態を認める報告であった。我々は、先行研究において日本においてもその傾向は同じであるという報告を出した。さらに、その介護負担の大きさを左右する要素として被介護者の要介護度を取り上げ、介護度毎に被介護者の健康状態の評価を行い、さらに利用しているサービスの種類を整理し、その上で介護者が希望する健康学習の機会はどのようなものを調査した。今回これらの分析に取り組んだためここに報告する。本研究は、介護保険制度が発足して1年経過時点での調査であることから、要介護度という分類をこういった観点で分析に使用するといった点で、新しい試みである。

【方法】

1. 調査対象および期間

神奈川県座間市在住者のうち、平成12年度公的介護保険申請者931名の家族である。2002年1月15日に調査票を発送し、同年1月31日までに返送を依頼した。

2. 調査内容

主たる介護者の年齢、性別、被介護者の有無（同居の家族のなかに高齢・寝たきり・痴呆・運動障害等により介助や介護を受けている方がいるか）、介護認定の申請状況、実際認定された要介護度、健康度の5段階自己評価（あなたの健康状態はどうか；とても健康、まあ健康、どちらでもない、やや不調、非常に不調）、20の疾患（1:高血圧、2:気管支喘息、3:胃腸病、4:骨関節疾患、5:糖尿病、6:慢性気管支炎、7:すい臓病、8:けがや骨折、9:心臓病、10:腎臓病、11:痛風・高尿酸血症、12:自律神経失調症、13:高脂血症、14:脳卒中、15:がん、16:精神疾患、17:貧血症、18:肝機能障害、19:婦人科疾患、20:動脈硬化症）についての現病歴、代表的な12のストレス性疾患³⁾（1:高血圧、2:脳卒中、3:十二指腸潰瘍、4:過呼吸症候群、5:糖尿病、6:肝臓の病気、7:かぜ、8:不眠症、9:心臓病、10:胃潰瘍、11:骨折、12:うつ病）の最近1年間の罹患、29の自覚症状（1:動機・息切れ、2:下痢、3:目のかすみや疲れ、4:首筋のこりや痛み、5:

頭痛, 6:心臓部痛, 7:便秘, 8:めまい, 9:腰の痛み, 10:体の脱力感, 11:不整脈, 12:腹痛, 13:耳なり, 14:皮膚のかゆみ, 15:不眠, 16:吐き気, 17:せき, 18:手足のしびれ, 19:頻尿, 20:食欲不振, 21:むかつき, 22:息苦しさ, 23:肩のこりや痛み, 24:残尿感, 25:のどのかわき, 26:胃痛, 27:顔や足のむくみ 28: うでのこりや痛み, 29:食べているのにやせる), 介護サービス利用状況 (1:ホームヘルプサービス, 2:デイサービス, 3:リハビリ, 4:ショートステイ, 5:訪問看護, 6:福利用具サービス, 7:グループホーム, 8:訪問入浴, 9:給食サービス, 10:医学管理等, 11:有料老人ホーム, 12:ケアハウス, 13:その他.), 今後の利用したいサービス (1:医師による個別の健康相談, 2:医師による健康教育の会, 3:保健婦による個別の健康相談, 4:保健婦による健康教育の会, 5:介護をするもの同士の集まり) である。

3. 分析方法

ノンパラメトリック検定の Kruskal-Wallis 検定を適用し分析した。

使用した統計パッケージは, SPS S10.1J である。

4. 回収状況

公的介護保険申請者のいる 931 家族より 549 名より回答が得られた。回収率は 58.9% である。

5. 分析対象の選定

549 名の回答のうち, 調査時点で同居家族内に被介護者のいるもの (以下介護者とする) は 457 名であった。他は施設入居や調査時点での入院や死亡が生じているため, 本分析の対象からはずした。

【結果】

介護者の平均年齢は, 63.5 (±12.2) 歳である。性別は, 男性 109 名 (23.9%), 女性 348 名 (76.1%) であった。介護認定について, 「受けている」と答えたものが 415 名 (90.8%), 「受けていない」と答えたものが 34 名 (8.2%), 「申請中」と答えたものが 7 名 (2%), 記載がなかったものが 1 名であった。

415 名の要介護度を整理すると, 「要支援」4 名 (10.8%), 「要介護度 I」100 名 (24.1%), 「要介護度 II」117 名 (28.2%), 「要介護度 III」68 名 (16.4%), 「要介護度 IV」54 名 (13.0%), 「要介護度 VI」3 名 (7.5%) であった (表 1)。

主観的評価による健康状態は, 男性と女性に共通して, 「やや不調」という回答が 33.9% で最も多く, 次に「まあ健康」という回答が 31.5% で多かった。性別による主観的評価による健康状態の差異はなかった (表 2)。

主観的評価による健康状態を介護者の介護認定別に比較した結果は, (表 3) に示す。この表より, 被介護者の要介護度により, 介護者の主観的健康状態の評価に差異はなく, 要介護度がいずれであれ, 総じて「やや不

調」という評価が多いことがわかった。統計学的検討においても差異は見られていない。

20 の疾患の現病歴について要介護度別にクロス集計し介護群と対照群を比べた結果、けがや骨折の発生は、要介護度が低いほうで生じる傾向にあり、女性においてその有意差が見られ、有意確率は $p < 0.05$ であった(表4参照)。

代表的な12のストレス性疾患の最近1年間の罹患について同様に要介護度別にクロス集計し介護群と対照群を比べた結果、要介護度による差異は見られなかった。

29の自覚症状についても、同様に要介護度別にクロス集計し介護群と対照群を比べた結果、頭痛、不眠、肩のこりや痛み、顔や足のむくみといった項目について、要介護度が高いほうで生じる傾向にあり、いずれも有意確率は $p < 0.05$ であった(表5, 6, 7, 8参照)。これらの自覚症状の介護認定による差は、男女をあわせた統計学的検定で有意差がでたが、表5, 6, 7, 8が示すように、頭痛に関しては女性で要介護度Ⅲをピークにして要介護度が高いほうで自覚症状が発生する傾向があり、不眠に関しては、女性で要介護Ⅱについてその自覚症状が発生する傾向があり、肩のこりや痛みに関しては女性で要介護度Ⅱをピークにして要介護度が高いほうでその自覚症状が発生する傾向があり、顔や足のむくみといった症状は、男性の介護者において要

介護度ⅡとⅣの二相性に自覚症状が多いといった結果である。

次に、介護関連の利用可能なサービスの実際の利用状況について要介護度ごとに分析した。結果の詳細は表9に示す。ホームヘルプサービス、ショートステイ、訪問看護、福利用具サービス、訪問入浴、医学管理等のサービスといった項目では、要介護度が高くなるにつれて利用が多い傾向があり、統計学的に有意差が見られる。

同様に今後の利用したいサービスについて要介護度ごとに分析した結果を表10に示す。総合して、介護者が利用したいと考えるのは、「医師による個別の健康相談」が34.9%、「介護をするもの同士の集まり」が25.3%、「個別の健康相談」が18.3%と多かった。ことに「介護をするもの同士の集まり」については要介護度Ⅱ・Ⅲの介護者を抱える被介護者において要望が強い傾向($p < 0.025$)があった。

【考察】

本研究の結果、被介護者の要介護度によって、介護者のストレスを主観的健康感、現病歴・自覚症状という角度で分析すると、主観的健康感については、要介護度による違いがみられないことがわかった。被介護者は、その主観においては、被介護者の状態が悪いであるとか、介護の仕事量に関連して自身の健康の感じ方が違うのではないかと想定したが、

こういった仮設は否定された。しかし、このことは、先行研究の介護に従事しているものとしていないものでは、主観的健康感が明らかに違うといった結果を踏まえると、被介護者は介護のよって自身の健康に影響がある場合、その影響について自覚しにくい状態であると考えられることもできる。こういった状態では、自覚がないゆえに、疾患について早期発見への要である早期の受療をのがす危険性を含んでいる。今後このことについて検討される必要がある。

介護者の平均年齢は、63.5 (±12.2) 歳で介護者自身も高齢であり、健康障害を起しやすい時期である。介護者の性別は、男性 109 名 (23.9%)、女性 348 名 (76.1%) というように女性が多いことが特徴である。

介護認定について、要介護度を整理すると、「要支援」4 名 (10.8%)、「要介護度 I」100 名 (24.1%)、「要介護度 II」117 名 (28.2%)、「要介護度 III」68 名 (16.4%)、「要介護度 IV」54 名 (13.0%)、「要介護度 VI」3 名 (7.5%) といった分布で、おおよそ「要介護度 I」、「要介護度 II」117 名といったものが在宅での介護の中心であることがわかる。しかし、「要介護度 IV」、「要介護度 VI」も少なくはなく、被介護者の状態によって、身体的負担が大きいとか、精神的負担が大きいとか、時間的拘束が多いといったような特徴があろうが、それがこの要介護度という分類整理のしかたで介護者の健康状態を分析すると、

けがや骨折（現病歴の調査項目中）の発生は、女性の介護者で被介護者の要介護度が低いほうで生じる傾向にあることがわかった。特に「要介護度 II」においてけがや骨折が多いのは、その在宅サービスの「週 3 回の日帰りで通うサービスを含め、毎日何らかのサービスを利用する」といった被介護者の状態に合わせて介護者も被介護者の護送を含む身体的介助を多く行っていることに関連しているのではないかと考える。

自覚症状は、女性で頭痛に関して要介護度 III をピークにして自覚症状が発生しており、早朝や夜間のサービスを受ける実態とこの症状についての関連性がうかがわれる。不眠についても時間的に「要介護度 III」以上の夜間の介護を必要とする要介護度にあてはまる介護者を介護しているものが多く訴えるのは、納得のいく結果であるが、こういった不眠が慢性的に続くことにより、被介護者の健康状態に悪い影響が出ることは当然であり、こういった状況が続く介護者へ夜間の十分な睡眠が取れるような機会を作ることが制度として検討される必要がある。肩のこりや痛みについてはその傾向としてけがや骨折の発生と分布が似ており、「要介護度 I」や「要介護度 II」において多いが、これは「要介護度 III」から適用される訪問看護により介護者の身体的負担がやや減少するのではないかと考えられる。ただし、ホームヘルプサービスとその関

係についてはこの結果からは言及できない。

男性で顔や足のむくみといった項目について、要介護度ⅡとⅣの二相性に自覚症状が多いといった特徴が見られたが、これらについては、傾向を読み取りがたく、実数も5前後であることから、統計学的有意差が何を示しているのか分析しがたい点がある。

先行研究において、高齢者の介護者は、腰の痛み、手足のしびれ、肩のこりや痛み、首筋のこりや痛みといった「骨格筋系の自覚症状」の訴え、動機・息切れ、心臓部痛、顔や足のむくみといった「心機能に関連する項目」、便秘、下痢、腹痛、吐き気、むかつき、胃痛、食欲不振、食べているのにやせるといった「消化器系の訴え」、頻尿、残尿感といった「泌尿器系の訴え」が多いことが明らかになったが、そのうち「肩のこりや痛み」や「骨折」といった因子については要介護度との関連があることがわかった。

けがや骨折以外の現病歴では要介護度による特徴は見られなかったが、介護期間や、介護人数等の影響を考慮して今後分析を進めていく必要がある。疲労感や介護者自身の様々な負荷への知覚の仕方や対処の方法と関連していると考えられる。そういったものを分析に含めることにより、さらに新たな特徴が浮き彫りにされる可能性がある。

介護者が、介護を行いながらも、自

身の健康を維持・増進しその生活の質を保つ対策が検討されている現在、公的介護保険制度がスタートし、要介護度といった曖昧さが指摘されているものの、我が国で共通したクリアカットな分類がなされるようになった現在、要介護度を示されれば、被介護者の状態がどのようなものであるかをおおよそ想定できる現在、それに付随して在宅を支援するホームヘルパー他医療職種が、被介護者の介護負担がどうであるかをある程度想定できれば、被介護者のみならず、介護者を含めた家族ケアの質が高まると考える。本研究では、その一部ではあるが、要介護度による被介護者の健康への影響の実際を把握でき、今後の研究の基盤となると考える。

それぞれの要介護度によって、その介護者のサポートの仕方も異なっていくようだが、同時に介護者の健康問題を軽減する方向で検討を進めていく必要がある。

本調査の結果が示すごとく、介護関連のサービスは、その介護度に合わせえて分配されているが、ホームヘルプサービス、ショートステイ、訪問看護、福利用具サービス、訪問入浴、医学管理等のサービスといった項目では、要介護度Ⅲ・Ⅳで利用が多い傾向があるが、実際に数が多い要介護度Ⅱ・Ⅲ

に当てはまる介護者では「介護をするもの同士の集まり」があったら参加したいと答えており、他にも介護者の約3分の1が「医師による個別

の健康相談」, 約5分の1が「保健婦による個別の健康相談」があったら参加したいと答えていることから, 個別に健康相談ができるようなサービス・システムがこれから検討されることが期待される。同時に地域ごとに「介護をするもの同士の集まり」に相当する自助活動を中心とする会を発足・定着させることが望まれている。こういった一連の介護者支持対策は, 在宅介護といったその場が自宅にある特徴を踏まえ, 自宅近隣の場所で, 市町村等ごとに場所・日時・回数・介護者に特徴・地域性等を含めてセッティングしていく必要がある。また今後われわれは, こういった地域性を考えた介護者支援についてさらに研究を進めていきたい。

本調査は, 先行研究に続く報告であるが, 介護保険制度がスタートしておよそ1年後の調査であり, データとしては新しく, こういった分析を行ったものは他にない。今後同様な検討が他研究でなされていく結果, 更なる考察が加わることを期待する。

【参考文献】

- 1) Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. : Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35(6), 771-91. 1995
- 2) Schulz R, Visintainer P, Williamson GM. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol*, 45(5), 181-91, 1990
- 3) 山田紀代美, 鈴木みずえ, 土屋滋, ショートステイ利用による介護者の疲労徴候の変化とその関連要因についての研究, *日本看護科学雑誌*, 14 (1), 39-47, 1994
- 4) 杉本秀博: 要介護老人の介護者における生活満足度の変化とその関連要因に関する研究—老人福祉手当受給者の4年間の追跡調査から, *日本公衛誌*, 39, 23-31, 1992
- 5) 土井由利子, 尾方克巳, 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究, *日本公衛誌*, 平成 12, 47; 1: 32~45
- 6) 横山美江: 在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因, *日本公衛誌*, 42, 777-783, 1992
- 7) 横山美江: 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候, *日本看護研究学会雑誌*, 16 (3), 23-31, 1993
- 8) 七田恵子: 介護の負担は減らせるか, *日本公衛誌*, 38 (10), 579, 1991
- 9) 中谷陽明: 在宅障害老人を介護する家族の燃えつき—Maslach Burnout Inventory適用の試み—, *老年社会学*, 36, 15-26, 1993)
- 10) A Study on Fatigue and Health Disturbance in Caregivers of the Elderly at Home : Mina OKUDA, Takashi HOSAKA, et al: プライマリケア学会誌投稿中

表1：対象（415名）

「要支援」	4名 (10.8%)
「要介護度Ⅰ」	100名 (24.1%)
「要介護度Ⅱ」	117名 (28.2%)
「要介護度Ⅲ」	68名 (16.4%)
「要介護度Ⅳ」	54名 (13.0%)
「要介護度Ⅴ」	3名 (7.5%)

表2：要介護度による主観的健康状態

健康状態	要支援	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	要介護度Ⅳ	要介護度Ⅴ	全体
とても健康	3	7	2	3	3	18	
%	16.7	38.9	11.1	16.7	16.7	100.0	
まあ健康	14	38	31	17	14	11	125
%	11.2	30.4	24.8	13.6	11.2	8.8	100
どちらでもない	5	11	18	11	10	1	56
%	8.9	19.6	32.1	19.6	17.9	1.8	100.0
やや不調	19	35	42	21	14	12	143
%	13.3	24.5	29.4	14.7	9.8	8.4	100.0
非常に不調	7	13	19	17	13	4	73
%	9.6	17.8	26.0	23.3	17.8	5.5	100.0

表3：被介護者の要介護度による介護者の主観的健康状態の評価

介護認定	とても健康	まあ健康	どちらでもない	やや不調	非常に不調	合計
要支援		14	5	19	7	45
%		31.1	11.1	42.2	15.6	100
要介護度I	3	38	11	35	13	100.0
%	3	38	11	35	13	100
要介護度II	7	31	18	42	19	117
%	6.0	26.5	15.4	35.9	16.2	100
要介護度III	2	17	11	21	17	68
%	2.9	25.0	16.2	30.9	25.0	100
要介護度IV	3	14	10	14	13	54
%	5.6	25.9	18.5	25.9	24.1	100
要介護度VI	3	11	1	12	4	31
	9.7	35.5	3.2	38.7	12.9	100
合計	18	125	56	143	73	415
	4.3	30.1	13.5	34.5	17.6	100

表4：介護認定による20疾患の罹患率の差異の検討

けがや骨折の現病歴				合計
		いいえ	はい	
男性	要支援	6	1	7.0
		6.6	20.0	100
	要介護度I	28	1	29
		30.8	20.0	100
	要介護度II	24	2	26.0
		26.4	40.0	100
	要介護度III	12		12.0
		13.2		100
	要介護度IV	15.0	1.0	16.0
		16.5	20.0	100
	6		6	
	6.6		100	
合計		91	5	96
		100	100	100
女性	要支援	36	2	38
		11.9	12.5	100
	要介護度I	69	2	71
		22.8	12.5	100
	要介護度II	81	10	91
		26.7	62.5	100
	要介護度III	56		56
		18.5		100
	要介護度IV	36	2	38
		11.9	12.5	100
	25		25	
	8.3		100	
合計		303	16	319
		100	100	100

表5：介護認定による頭痛発生の差異の検討

頭痛の自覚症状		いいえ		はい		合計
男性	要支援	7				7.0
		8.0				
	要介護度I	25	4			29
		28.4	50.0			
	要介護度II	25	1			26.0
		28.4	12.5			
	要介護度III	12				12.0
		13.6				
	要介護度IV	13	3			16.0
		14.8	37.5			
	要介護度VI	6				6
		6.8				
合計		88	8			96
		100	100			100
女性	要支援	34	4			38
		13.7	5.7			
	要介護度I	56	15			71
		22.5	21.4			
	要介護度II	77	14			91
		30.9	20.0			
	要介護度III	39	17.0			56
		15.7	24.3			
	要介護度IV	26	12			38
		10.4	17.1			
	要介護度VI	17	8			25
		6.8	11.4			
合計		249	70			319
		100	100			100

表6：介護認定による不眠発生の差異の検討

不眠の自覚症状		いいえ		はい		合計
男性	要支援	6	1			7.0
		6.6	20.0			
	要介護度I	28	1			29
		30.8	20.0			
	要介護度II	24	2			26.0
		26.4	40.0			
	要介護度III	12				12.0
		13.2				
	要介護度IV	15	1			16.0
		16.5	20.0			
	要介護度VI	6				6
		6.6				
合計		91	5			96
		100	100			100
女性	要支援	36	2			38
		11.9	12.5			
	要介護度I	69	2			71
		22.8	12.5			
	要介護度II	81	10			91
		26.7	62.5			
	要介護度III	56				56
		18.5				
	要介護度IV	36	2			38
		11.9	12.5			
	要介護度VI	25				25
		8.3				
合計		303	16			319
		100	100			100

表7：介護認定による肩のこりや痛み発生の差異の検討

肩のこりや痛み		いいえ		はい		合計
男性	要支援	6	1	7.0		
		8.6	3.8			
	要介護度I	20	9	29		
		28.6	34.6			
	要介護度II	22	4	26.0		
		31.4	15.4			
	要介護度III	7	5	12.0		
		10.0	19.2			
	要介護度IV	10	6	16.0		
		14.3	23.1			
	要介護度VI	5	1	6		
		7.1	3.8			
合計		70	26	96		
		100	100	100		
女性	要支援	28	10	38		
		15.0	7.6			
	要介護度I	43	28	71		
		23.0	21.2			
	要介護度II	59	32	91		
		31.6	24.2			
	要介護度III	30	26	56		
		16.0	19.7			
	要介護度IV	18	20	38		
		9.6	15.2			
	要介護度VI	9	16	25		
		4.8	12.1			
合計		187	132	319		
		100	100	100		

表8：介護認定による顔や足のむくみ発生の差異の検討

顔や足のむくみ		いいえ		はい		合計
男性	要支援	7		7.0		
		8.4				
	要介護度I	27	2	29		
		32.5	15.4			
	要介護度II	22	4	26.0		
		26.5	30.8			
	要介護度III	11	1	12.0		
		13.3	7.7			
	要介護度IV	10	6	16.0		
		12.0	46.2			
	要介護度VI	6		6		
		7.2				
合計		83	13	96		
		100	100	100		
女性	要支援	36	2	38		
		13.3	4.1			
	要介護度I	61	10	71		
		22.6	20.4			
	要介護度II	78	13	91		
		28.9	26.5			
	要介護度III	47	9.0	56		
		17.4	18.4			
	要介護度IV	30	8	38		
		11.1	16.3			
	要介護度VI	18	7	25		
		6.7	14.3			
合計		270	49	319		
		100	100	100		

表9：要介護度ごとサービスの利用状況について

	要支援		要介護度I		要介護度II		要介護度III		要介護度IV		要介護度VI		合計	
	45名	%	100名	%	117名	%	68名	%	54名	%	31名	%	415名	%
ホームヘルプサービス*	8	17.8	25	25.0	22	18.8	17	25.0	15	27.8	15	48.4	102	24.6
デイサービス	24	53.3	71	71.0	81	69.2	41	60.3	28	51.9	21	67.7	266	64.1
リハビリサービス	3	6.7	9	9.0	13	11.1	7	10.3	9	16.7	4	12.9	45	10.8
ショートステイサービス**	9	20.0	26	26.0	41	35.0	31	45.6	22	40.7	17	54.8	146	35.2
訪問看護サービス***	1	2.2	18	18.0	16	13.7	17	25	23	42.6	13	41.9	88	21.2
福祉用具サービス***	3	6.7	24	24.0	25	21.4	25	36.8	22	40.7	13	41.9	112	27.0
グループホームサービス	0	0.0	0	0.0	2	1.7	1	1.5	0	0.0	0.0	0.0	3	0.7
訪問入浴サービス***	1	2.2	3	3.0	9	7.7	14	20.6	16	29.6	11	35.5	54	13.0
給食サービス	6	13.3	18	18.0	27	23.1	9	13.2	3	5.6	6	19.4	69	16.6
医学管理等のサービス**	0	0.0	2	2.0	6	5.1	8	11.8	8	14.8	2	6.5	26	6.3
有料老人ホーム	2	4.4	5	5.0	4	3.4	4	5.9	5	9.3	2	6.5	22	5.3
ケアハウス	3	6.7	1	1.0	2	1.7	0	0.0	1	1.9	1	3.2	8	1.9
その他	1	2.2	6	6.0	2	1.7	5	7.4	6	11.1	3	9.7	23	5.5

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.025$, *** : $p < 0.001$

表10：今後の利用したいサービス（要介護度ごとに）

	要支援		要介護度I		要介護度II		要介護度III		要介護度IV		要介護度VI		合計	
	45名	%	100名	%	117名	%	68名	%	54名	%	31名	%	415名	%
医師による個別の健康相談	17	37.8	31	31.0	42	35.9	26	38.2	16	29.6	13	41.9	145	34.9
医師による健康教育の会	3	6.7	5	5.0	11	9.4	4	5.9	6	11.1	1	3.2	30	7.2
保健婦による個別の健康相談	6	13.3	18	18.0	23	19.7	11	16.2	10	18.5	8	25.8	76	18.3
保健婦による健康教育の会	3	6.7	7	7.0	10	8.5	3	4.4	2	3.7	1	3.2	26	6.3
介護をするもの同士の集まり**	11	24.4	13	13.0	36	30.8	23	33.8	15	27.8	7	22.6	105	25.3

** : $p < 0.025$

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研修報告書

施設入所者家族へのアンケート調査および

在宅介護者への精神科コンサルテーションに関する研究

分担研究者 佐藤 武 佐賀大学保健管理センター 教授

【研究要旨】入所者を有する痴呆老人の家族（N=98）に対して、独自に作成したアンケート調査を行った。55名（回答率は56.1%）から得られた結果を分析した。約3分の1の家族が、自宅での介護が困難と述べており、一度老人保健施設に預けると、家族は退所を望んでいないことが明らかとなった。情報を得た手段に関する結果では、指導員・職員による情報が60%と最も多く、最終的には人とのコミュニケーションによって決断するケースが多かった。メンタルクリニック相談の具体例を提示するとともに、痴呆老人の在宅医療における家族の問題、それを支援する介護者支援プログラムの開発を具体化するためには、その入り口となるメンタルクリニックと実際の支援施設である老人保健施設との密接な連携が、この問題解決に大きな貢献を果たすのではないかと考えられた。

A. 目的

介護する人が、痴呆の高齢者に暴力をふるったり、世話をせず放置したりする「高齢者虐待」が最近大きな問題になっている。家庭内のことで表に出にくく、周囲の人が気づいても直接注意しにくく、やめさせるのはなかなか難しいものである。介護担当者などの専門家に相談することが大切であるが、その上で虐待している人にも介護の悩みを聞いてあげるなどの対応も必要とされている。いずれも介護者のメンタルヘルスが問われている現状がある。

このような痴呆の高齢者をもつ家族の最大の悩みは、“在宅介護か”“施設入所”かという決断にある。その区別は、痴呆を抱える家族の許容力によると思われるが、実際は施設入所によって、家族の心理的負担が大きく軽減されることも事実である。さらに、施設入所によって一旦負担が軽減された家族は、次第に入所者の入所期間が長期化するといった問題点も生じてくる。

そこで、本調査の目的は、施設入所者の家族が痴呆をもつ高齢者の入所に対してどのように捉えているか、福祉サービスに対してどの程度の知識があるのか、在宅介護にどの程度理解があるのかを知ることにある。

B. 研究の対象と方法

1. 調査対象

研究対象は、長崎県佐世保市にある老人保健施設長寿苑に痴呆の高齢者を入所させている家族である。老人保健施設長寿苑は、昭和64年に開設された入所185床を有し、通

所者55名を有する施設である。平均96%の稼働率を維持しながら機能している佐世保市の中核的な老人保健施設であるが、近年その自宅復帰率は年々減少傾向にある。入所者との会話の中で、度々耳にする「家に帰りたい」との言葉に対して、家族も含めた意識調査を行い、家族会を開催する運びとなった。その試みの中で、入所者にとって「家=居心地のよい場所」という本来の在るべき構造が崩れつつある現在、老人保健施設がどのようなサービスを提供すべきかを検討することが早急の課題となっているため、家族会を通じて、入所者の家族や見舞いのために

来所した者98名を対象に、以下に示すような調査内容を含む「アンケート調査」を行った。

次に、在宅で痴呆老人を抱える家族にどのような心理社会的問題が生じているかを知る目的で、佐賀市内にある「諸隈心療クリニック」に在宅介護が困難なために、受診した家族の具体的問題について症例を通じて、提示する。

2. 調査内容

入所者を有する痴呆老人の家族に対して、独自に作成したアンケート調査の内容は、以下の通りである。

- (1) 入苑の理由はどのような問題があったからでしょうか。
- (2) 現在の家族構成はどのようになっていますか。
- (3) 老人保健施設や福祉サービスの利用法をご存知ですか。
- (4) 自宅での介護をお考えでし

ようか。

- (5) 老人保健施設に対して、どのような意見や感想をお持ちでしょうか。

調査は無記名とし、回答は重複回答を可能とした。さらに、調査の主旨を充分説明し、口頭にて承諾が得られた家族に限定した。また、得られた回答は家族会にフィードバックすることを説明した。

3. 解析方法

基本統計を中心とした数値を提示したが、対象群を比較する厳密な統計学的解析は施行しなかった。症例提示については、症例が少数のために、統計学的検討は施行していない。現在生じている問題をそのまま提示した。なお、最後に、調査および症例を通じて、「在宅介護か？施設入所か？」という最も現実的な問題について、どのような解決策が考えられるかを考察した。

C. 結果

98名にアンケート調査を依頼したが、55名から回答を得ることができた。回答率は56.1%であった。

1. 入苑の理由はどのような問題があったからでしょうか

表1 入苑の理由 (N=55)

介護困難	42%
リハビリ目的	21%
介護者の病気のため	20%
昼間家族不在のため	18%
一人での生活が無理	10%
寒い間の入苑	9%
本人の希望	3%

入苑の理由として、その半数が自宅での介護困難をあげている。その具体的な背景として、介護困難、共働き、狭い住居などがあげられる。一人での生活が無理という背景には、痴呆老人の日常生活動作の低下があげられる。心理社会的な要因としては、嫁姑の不仲を具体的に説明する家族も多かった。

2. 現在の家族構成はどのようになっていますか

表2 家族構成

(N=55)

子供と同居	56%
独居	20%
配偶者と2人暮らし	10%
配偶者と子供の同居	9%
嫁と2人暮らし	1.8%
兄弟と同居	1.8%