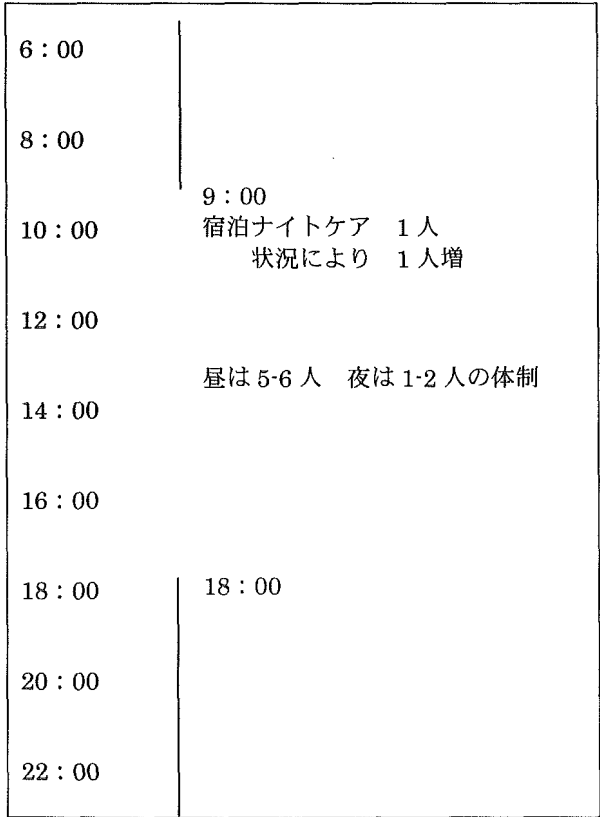
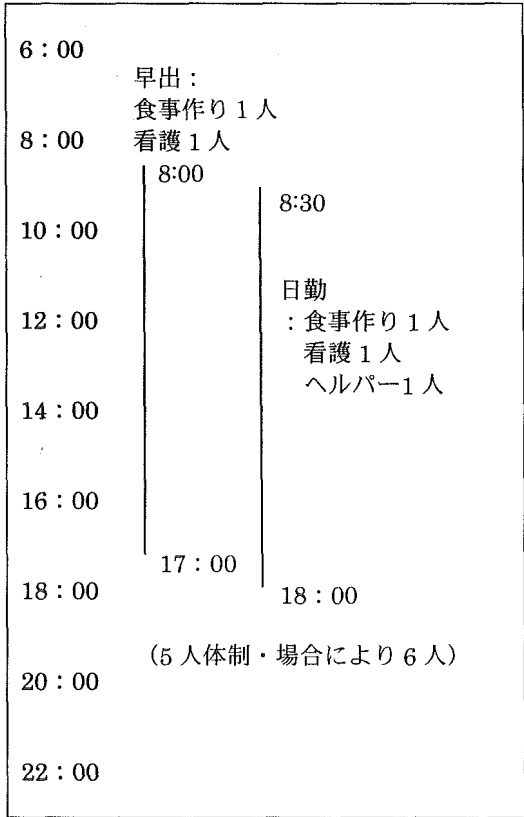


ケア

主なケア 内容	通って泊まれて住める 居宅介護支援事業/訪問介護事業/単独型通所事業所/ヘルパーセンター	利用者 の痴 呆度・要 介護度 など	要支援 2人 介護度1: 6人 介護度2: 3人 介護度3: 1人 介護度4: 6人 介護度5: 3人
	利用条件	必要な高齢者	
	一日あたり利用者数	通12人(登録21人) 入3人 泊5人/日間	ケア提供時間 通 9:00-17:00 泊 17:00-9:00 住 24時間
	利用者総数	21人	食事提供 通1、泊2、住3
	スタッフ数	生活相談員 常0 非5、介護・看護員 常4 非11 /スタッフの総数 80人 常勤17人 非常勤 63人	

スタッフシフト



スタッフ役割分担・所有資格・制服等

- ・代表（社会福祉士）は事務局の仕事をしている。ホームにおけるスタッフの業務は早出 2 人日勤 3 人の 5 人体制、夜勤は 1 から 2 人の体制をとる。
- ・スタッフの人数は 80 人で、常勤が 17 人、残り 63 人は非常勤職員。非常勤は時給 700 円、ヘルパーは時給 1100 円で、介護保険後ボーナスも支給できるようになった。
- ・介護業務、ヘルパー、食事作りの役割があり、その組み合わせでシフト交代をする。ヘルパー業務もするので、ヘルパー 2 級の免許を持つ人が多い
- ・福祉を受ける側の気持ちから離れないように職員が専門家になりすぎるのを避けてきたが、今は介護保険に対応するため、ヘルパー研修を職員にすすめている。
- ・スタッフの衣服はほとんどが私服にエプロンを着用する。
- ・送迎の時間はまちまちで 11 時に来たいという人がいれば合わせて迎えに行く。
- ・必要に応じて午後を往診の時間としている F 内科の先生に来てもらって往診を受ける。

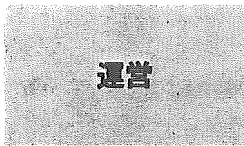
食事提供の特徴

- ・食事は食事作りのスタッフがつくる。献立もその日のスタッフが腕をふるい、利用者がおいしく食べてもらえる物、お年寄りにあったものと考えて作る。きざみなどは最初から手が加えてある。食事はスタッフも同じものを食べるが、2階ですませる人が多く、一緒に食べる姿は見られない。
- ・スタッフが食事を作って席に並べると、お年寄りが食卓に集まって来られる。ソファから車いすに乗せられて連れてこられる人もいる。ちゃぶ台で 3 人が TV を見ながら食べている。ただ、皆が同じ時間につれてこられて食べ始めるように見える。
- ・食事の間はスタッフからお年寄りに話しかける会話が少なく、食事を取るための介護業務の方が中心のように見える。
- ・食事は出来る限り自分で食べていただく
- ・お年寄りはお年寄りなどもうまく、お茶碗を洗ったり、ごはんをついだりしている。
- ・10 時と 3 時はおやつ時間。

ケア内容詳細

- ・朝は掃除洗濯の後、利用者の方とお茶を飲んだり、一緒に散歩に行ったり、歌を歌ったり、TV を見たりして過ごしている。規則がなく、自由に過ごせることに配慮する。
- ・入浴は、風呂に入る前に血圧測定などを行い健康面にも気を遣う。
- ・排泄はトイレでしてもらう。
- ・洗面や身繕いは、洗面台の前で職員が介助しながら行う。
- ・食事作りを手伝ってくれる人にはお願いしているが、「もういや」という方には無理に誘わない。もやし根切りや鯛の頭取りなどの長く同じ事をするには割と参加してくれる。
- ・入浴は 3 人ぐらいが一度に入れる大きさの浴槽で、車いす使用者もそのまま入れるつくり。スタッフは入浴介助を服を着たまま行う。
- ・以前は畑（小さな庭がある）をいじっている人がいて、その収穫物が食卓にのぼることがあったり、お年寄りにもいろいろ教えてもらいながら、野菜が大きくなるのが話題にのぼった。
- ・散歩が日課になっている人にはスタッフがその人だけ散歩について行く。
- ・おにぎりを作ってハイキングに行ったり、コンサートに行ったり、新年会や月に 1 回の誕生会、敬老会などもある。（施設行事の発想で月 1 や皆一緒にしている）
- ・月に 1 度のスタッフ会議

運営主体が経営する他の施設



1999年10月に「S託児所」設立。2001年8月宅老所Y、2001年12月宅老所T設立。

施設整備費 改築で約300万

「訪問介護、通所介護（デイ）、訪問入浴のサービス事業者」「居宅介護支援事業所」、「泊まり」はNPO独自の「高齢者生活支援事業」

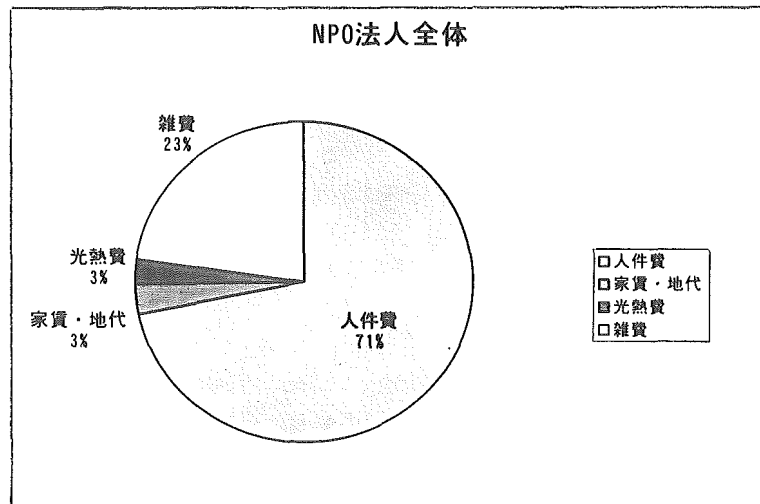
補助金の利用 土地及び建物は賃貸。建築整備費は民間財団の助成により。運営は介護報酬と会員寄付収益。

介護報酬 約587.2万 高齢者生活支援 99万円 会員費 65万 寄付金 6万/月

この月額757.2万で3カ所の宅老所と訪問介護へのスタッフ時給700円、ヘルパー時給1100円の人件費・運営費をまかなう。（この他に在宅福祉、子育て支援、障害者在宅支援の費用や、助成金収入などがNPO全体の事業費に加わる。）

運営費内訳

人件費は託児所、宅老所3カ所、在宅支援などNPO法人の総事業に対するスタッフ80名の人件費。NPO法人全体での収支報告を行っている。NPO法人では人件費が70%ぐらいだが、宅老所だけだと人件費は80%にも上る。他の事業収入により調整しているという



利用者負担

サービス内容	負担額	備考
通い 9:00-17:00 開所日 月曜—日曜	1000円／1日+食500円+入300円+送迎500円=2300円 介護保険なし デイ2000円 (介護保険外)	介護度に関係ない
泊まり 17:00-9:00 365日対応	3000円／1日+食1000円+入300円+送迎500円=4800円	介護度に関係ない
住む 24時間 365日対応	1ヶ月15万	介護度に関係ない

運営上の課題・問題点など

- ・介護保険前は月10万の通所の利用をとっていた。経営は苦しく、介護保険の事業者指定を受けて経営を安定させたかったが、「通い」と「ショートステイ」は併設で両方の指定を受けるにはデイとショートの部屋を分けなければならず、両方に専従職員をおかないといけなかったのが当初は利用できなかった。(現在は縁側と8畳間で6人のベットをおいて、「通所」と分けるという強引なやり方をしている)。介護保険後は介護報酬が入るようになりようやく運営が安定した。「介護保険通所事業所」として指定を受けたが、いつでもどこでも利用したいときに利用できるよう、介護保険だけでは在宅生活をし続けられるのが難しい高齢者にNPO事業で「泊まり」を取り入れた。
- ・利用者に不便をかけていたケアプランサービスは2001年に事業者指定をうけサービス事業を開始し、会独自でケアプランを作成できるようになり、たすけあいというインフォーマルサービスと介護保険のフォーマルなサービスを組み合わせた在宅支援ができるようになった。たすけあいの家事援助は介護保険の訪問介護サービス(月平均458軒の依頼)になり、訪問介護員19人(介護福祉士4人、ヘルパー19人)と充実、通所介護事業は宅老所の「通い」だが(月平均418回/3つの宅老所の登録者数46人)の利用があった。居宅介護支援事業はケアプランサービスをしたことで相談があれば迅速に認定、申請代行、サービスの開始は2名だったのが、37名に増えた。

(ここは、もともとボランティアで託児サービス、移送サービス(いずれも障害を持つ人や幼児・幼児・高齢者)家事援助や、在宅支援をしていたところからNPO法人となり、「通い」「泊まり」とニーズからサービス増えていったため、介護保険の事業所になってそのサービスのすそ野の広さが強みとなったと同時に、ボランティアが次々にヘルパーの資格を取ったことで、介護保険の介護報酬がまたたく間に運営を安定させ、宅老所での急なときの「泊まり」にも対応できるようになっている。その反面、日中は多くのお年寄りがぼんやりしている、すわっていることが多く、会話も少ないという印象をうけた。それをうめるように行事がつくられている。ボランティアから専門職に移行したスタッフが多く、ケアの質と技術向上の研修をしていきたいといい、バリデーション勉強会や他施設への研修などをすすめている。)

利用者の生活

利用者の生活事例 1

6:00	
7:00	
8:00	
9:00	8:30 迎えに行く
10:00	朝ご飯を家で食べても 「ながせ」で食べてもいい。
11:00	10:00 おやつが提供 昼寝、散歩、歌、踊り などゆったり過ごす
12:00	12:00 前頃 食事が食卓に運ばれる
13:00	食事 歯磨きなど洗面
14:00	入浴、昼寝、散歩、歌、 踊りなどゆったり過ごす
15:00	3:00 おやつが提供
16:00	入浴、昼寝、散歩、歌、 踊りなどゆったり過ごす
17:00	17:00 送ってもらう
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	

利用者の生活事例 2

6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	

地域との関わり

- ・ボランティアが来ることはあるが、地域の人からの訪問はほとんどない。
- ・近隣の幼稚園の幼児を会おうと孫にあったような喜びようの人もある。ただ見に行くことはあってもあちらから来たりはしない。
- ・このあたりの散歩にはよくでかけているから地域の人はずっと知っている。
- ・時々津軽三味線のボランティアさんがきて、その伴奏で大きな声を出して歌っている
- ・近隣の3軒に頼まれて夕食を届けるサービスもしている。

生活の場所・行動・姿勢など

- ・スタッフが食事を作って席に並べると、お年寄りが食卓に集まって来られる。ソファから車いすに乗せられて連れてこられる人もいる。ちゃぶ台で3人がTVを見ながら食べている。ただ、皆が同じ時間につれてこられて食べ始めるように見える。スタッフはお年寄りを別な部屋で食べて、一緒に食べない。食事の間はスタッフからお年寄りに話しかける会話が少なく、食事を取るための介護業務の方が中心のように見える。
- ・食事は出来る限り自分で食べていただく
- ・お年寄りは気が向けばお茶碗を洗ったり、ごはんをついだりするそう（見学したときはそういった様子は見られなかった）。
- ・10時と3時はおやつで同じように食道の椅子に座ってお菓子を食べる。
- ・調子が悪いお年寄りは、別の部屋で寝ている。その他の人はご飯の時は食道で、食事が終わると居間のソファに座って過ごす人が多い。
- ・8畳間にソファが四隅に置いてあり、ほとんどのお年寄りが座っている。またいつも座る場所が決まっているそう。ソファに座る人9人、畳に座る人3人が混在する。
- ・座ってTVを見たり、ソファで横になったり、毎日くるおじいさんが同じ場所に座って本を読みながらゆったり過ごす様子も見られる。
- ・何かを始めようとする「せん」「イヤ」「すかん」と言われるが風船バレーが始まると半分寝ていた人もソファに寄りかかっていた人も身体を起こして打ち返される。しりとりゲームも必ず昔のしりとり唄がでてきて、いつも同じ場所で皆さん笑われる。
- ・横のつながりができると、おしゃべりが増え、職員が満州の話をかかせてもらったり、台所仕事などもうまく、お茶碗を洗ったり、ごはんをついだりするようになった。
- ・家では仕事をされなかった人でも、アイロンがけや洗濯物たたみなど、何かしらされる人も多くなった。広間に広げて機関誌の切手貼りなんかも畳やソファに座って手伝ってくださる。
- ・大規模施設からうつってきたり、施設とホームの両方を組合せて利用したり、徐に利用する日を増やす人など利用の仕方は様々。スタッフは1日ベットの過ごしていた人ならば、車いすに乗ることから練習を始め、食事をしたりレクに参加するようになった。

痴呆高齢者の施設への適応過程

- ・宅老所が正月休みの間に6日特養に預けられた要介護5のお年寄りが、帰ってきたら立てなくなっていた。車いす生活をしていたことが原因らしい。最初にホームに来たのも特養でどんどん足が悪くなるのを見かねて息子が連れてきたため、歩けなくなっていた。支えられて散歩に出たり、一緒にボール投げやカラオケに興じるうちに歩けるまで回復し、表情が戻ってきた。1ヶ月で歩けるようになり、ストーブや壁につかまっては歩き回っている。
- ・病气やけがで入院される方がいると、仲のよかったお年寄りやスタッフと一緒に病院にお見舞いに行ったり、定期的なケアに通ったりしてなじみの関係を継続するようにつとめている。
- ・以前は通われていた方が、少しずつ泊まるようになる。その人のニーズに応じてプランをたてることが大切だと考える。

高齢者と幼児・障害者等の受け入れに関する特徴・高齢者の生活の変化・問題点・スタッフの介入方法等

- ・施設が在宅かとの選択に限られるけれど、中間層の人の受け入れが求められている。施設になじまない人や自分が住み慣れた地域で老いをまっとうしたいという高齢者の居場所を作り、その地域ならではの介護をつくりだしたい。
- ・もともと障害者も含めた託児サービスをしていて、それからお年寄りへの家事援助や訪問介護が加わった。最初は緊急避難の場所としてお年寄りも、子供も障害児も一緒に預かっていた。ただ行政の事業所指定を受けるには、子供もお年寄りもということが大変しづらく、それぞれが託児所、宅老所と分かれて活動するようになった。
- ・現在は宅老所、通所介護の他に通院、買い物などの時にお預かりする託児サービス、障害児や、子供が病気の時も預かり、逆に家庭に出張する訪問託児サービスを提供する。子供が病気の時に保育所は預かってくれないが、子供が病気だからといって会社はそう頻繁に休めない、さりとて子供をほっておくわけにもいかない。1時間 300 円ぐらいでそんなサービスがあったら働くお母さんも助かるだろうと考えた
- ・その他にも入院されている人の洗濯物を届けるサービスや病院。そうじ、洗濯、炊事買い物、など家事援助の薬とりなどの代行業務
- ・お年寄りや障害者が地域で安心して生活が出来るように掃除・洗濯・炊事・買い物などのお手伝い、家事援助サービスもしている。
- ・通院や買い物の送り迎えなど移送車両を使った移送サービスも提供する
- ・70 歳代の託児所の非常勤職員も入れば、60 歳代の宅老所の職員もいて、高齢者は介護されるだけの人ではなく、地域の幅広い年齢の人が、やれる範囲で自分の地域の人たちと関わるのが大切だと考えている。

新規支援サービスの経済効果

—— 地域のケアマネジャーに対する介入による費用対効果分析 ——

分担研究者 池上 直己 慶應義塾大学医学部

研究要旨

介護負担感の軽減を目的とし、ケアマネジャー対象の介入研究を行った。北九州市内の3地区を介入地区、2地区を対照地区とし、介入前後の2時点において家族介護者を対象とした質問紙調査の実施、並びに、ケアマネジャーからは要介護者の容態や介護サービス利用総額、対応時間、対応回数、対応内容について情報収集した。そして、家族介護者へ介入に要する直接の費用（対応時間・対応回数・介護サービス利用総額）と効果（家族介護者の負担感・充実感）を介入地区、対照地区において、それぞれ介入前後で比較した。また介入地区についてはケアマネジャーの対応内容についても調査した。

費用分析の結果、介入地区で「対応時間」「介護サービス利用総額」には介入前後で有意な差はなかったものの、「対応回数」は介入により増大した。しかし効果分析の結果、全体で負担感軽減効果は得られず、束縛感得点、孤立感得点、充実感得点ともに介入による差がなかった。

次に「痴呆なし・自立群」「痴呆なし・援助群」「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」の4群別に分析をした。その結果、費用の「対応回数」は、「痴呆なし・援助群」「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」の3群で増大していた。しかし効果は、「痴呆なし・援助群」においてのみ「束縛感」の軽減していたが、「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」において「孤立感」が増大していた。したがって、今回の介入は「痴呆なし・援助群」において束縛感の軽減に留まり、「痴呆あり」の2群については、むしろ「孤立感」を増大させた。次に、対応内容として、効果があった「痴呆なし・援助群」においては、「かかりつけ医との連携」「ヘルパーとの情報交換」「主介護者との話し合い」などが相対的に多く実施されていた。しかし、同じような対応内容を実施した「痴呆あり」の2群においては、マイナスの影響となっていた。今後は、「痴呆あり」事例について軽減効果のあった成功事例に限って対応内容を定性的に分析し、さらに介護負担感の経過を研究する必要がある。

研究協力者 池田俊也・山田ゆかり・橋本栄里子（慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室）

A. 研究目的

在宅痴呆高齢者を対象とした新規支援サービスを開発する際は、要介護者の機能レベルや生活の質（QOL）の向上と同時に、家族介護者の負担の軽減も目的とすべきで

ある。したがって、これらのサービスの効果を評価するためには、要介護者の様態以外に、ケアマネジャーの家族介護者に費やす対応時間や対応回数や対応内容、また介護負担感・充実感への影響についても測定する必要がある。また痴呆でない要介護者

と比較することにより、在宅痴呆性高齢者のケアマネジャーの対応時間や対応回数の特徴、現行介護サービス利用の特徴や、家族介護者の介護負担感・充実感の変化を明確にする必要がある。

そこで本研究では、北九州市をフィールドにケアマネジャーに対する介入研究を実施した。

第1に、社会的立場からのケアマネジャーの時間と介護サービス利用総額を、介護に関わる費用指標とし、直接にそれぞれの要介護者並びに、家族介護者への対応時間と対応回数、介護サービス利用総額を算出した。また、介護に関わる効果指標として、2時点で同居家族介護者の介護負担感・充実感を測定した。

第2に、要介護者の様態の差による費用指標と効果指標との比較を実施するため、要介護者を認知障害の有無と日常生活動作能力（ADL）の程度により在宅要介護者を4タイプに分類し、介入地区と対照地区における介護者の介護負担感・充実感の差があるのかについて検討した。

第3に、介入地区である3地区においては、具体的にどういった新しい介入(対応内容)をケアマネジャーが実施したのかを検討した。

B. 研究の方法

1. 調査対象と方法

調査対象は、北九州市全5地区全域にある50の居宅介護支援事業者を利用する利用者と同居家族介護者541名である（調査対象者介入地区281名、対照地区260名）（事業者介入地区30事業所、対照地区20事業所）。

第1回目調査は、8月に質問紙調査ならびにケアマネジャーからの給付管理票、経過記録表を提出してもらい、介入前の地域の介護状況を把握した（第1回目回収数は介入280票、対照252票、合計532票）。

次に介入地区に所属するケアマネジャー61名を対象に9月にワークショップ並びに事例検討会（グループディスカッション）を実施した。また、その際に、ケアマネジャーが調査担当したケースの第1回目の介護負担感・充実感得点を個別にフィードバックし、各自に介入を依頼した。

第2回目の調査は、約4ヵ月後の12月に介入地区と対照地区ともに再度、1回目と同じ方法で、質問紙調査ならびにケアマネジャーからの給付管理票、経過記録表を収集した。

自記式質問紙の回収方法は、ケアマネジャーが調査依頼を説明した上で、家族介護者に同意書と質問紙を配布し、回収は郵送法とした。質問紙による調査項目は、家族介護者の基本的属性、介護負担感・充実感尺度、余暇活動の状況、地域資源の活用状況、自由解答欄である。

ケアマネジャーからの情報収集は、要介護度、痴呆度、寝たきり度（JABC）などの要介護者に関する基本的情報や、1回目2回目の調査月の給付管理票・別表、経過記録表（対応回数や対応時間、対応内容も追加的に記入）、及び、ケアマネジャー記入表として、認知評価尺度やADL尺度などに回答してもらった。

最終的に、第2回目調査では介入地区241票、対象地区207票が回収されたが、1回目と2回目の回収状況から、介護負担感・充実感尺度を構成する質問に記載不備のケース、死亡や施設入所など2回目調査

不可能ケース、介入地区については、ケアマネジャーのワークショップへの不参加ケース、新しい介入未実施ケース、また経過記録表の対応時間や対応回数の未記入や解読不可能ケースの条件に1つでも当てはまるケースを除外し、最終的に介入地区 186 票、対照地区 186 票、合計 372 票の有効回答が得られた（回収率 82.8%、有効回答率 68.8%）（表 3）。

2. 分析方法

1) 費用分析の方法

本研究では費用を下記のように算出した。

第 1 に、経過記録表に記載された調査開始日から調査終了日までのケアマネジャーの対応時間と対応回数の総時間、総回数を、調査期間の日数で割り、1 週間あたりの「通常の対応時間」「通常の対応回数」を算出した。また介入地区については、9 月 14 日に実施されたワークショップの前までの対応時間と対応回数と、その後の対応時間、対応回数を別々に同じ方法で算出し、ワークショップの前を「通常の対応時間」「通常の対応回数」とし、ワークショップ後を「介入中の対応時間」「介入中の対応回数」とし、介入地区と対照地区、介入の前後で尺度得点の平均値を比較した。

第 2 に、第 1 回目と第 2 回目の調査月の介護サービス利用票に記載された在宅サービス利用総額並びに短期入所利用額を合わせた介護サービス利用総額を算出し、介入地区と対照地区また、介入の前後で尺度得点の平均値を比較した。

2) 効果分析の方法

本研究の効果指標は、家族介護者の介護負担感・充実感とした。介護負担感の測定は、平成 13 年度「介護負担感・充実感に

関する簡便な尺度の開発と介護サービス利用に関する調査研究」（主任研究者池上直己）（H13—長寿—024）において開発した尺度を用いて評価した。この負担感・充実感尺度は、合計 12 項目の介護に対する気持ちについて 5 段階で自記入する質問表で、我が国の介護現場での簡便な活用を念頭に置いて開発された。下位尺度として「束縛感」（0 点～16 点）と「孤立感」（0 点～16 点）と「充実感」（0 点～16 点）を測定できる。尺度開発の手順や信頼性・妥当性検証方法については、詳しくは平成 13 年度「介護社負担感・充実感に関する簡便な尺度の開発と介護サービス利用に関する調査研究」（H13—長寿—024）の報告書を参照されたい。

そして、この尺度から得られた束縛感得点、孤立感得点、充実感得点を、対照地区と介入地区、また、介入の前後で比較した。

3) 介入内容分析

介入内容については、介入 3 地区について、「要介護者への介入内容」として 15 項目、「家族介護者への介入内容」として 7 項目、「介護関係者の連携による介入内容」として 9 項目を複数回答で記入してもらい実施した具体的な新しい対応の内容を明らかにした。

4) 在宅要介護者の 4 タイプ分析方法

在宅痴呆高齢者を抱える家族介護者への介入の費用対効果を明らかにするため、Ljunggren らの既存研究⁽¹⁾の分類方法に従い、痴呆の有無のみならず、日常生活動作能力の程度に応じて要介護者を 4 タイプに分類した。まず痴呆の評価についてはケアマネジャー記入表に記入された Cognitive Performance Scale（以後 CPS^(2,4)）を算出し、「認知障害なし」（0）と「境界的である」

(1)を「痴呆なし」とし、2点以上を「痴呆あり」と分類した。また日常生活動作能力については、ADL ロングスケール^(5, 6)を用い、9点以下を自立群、10点以上を援助群とした⁽¹⁾。そしてその2つの組み合わせにより、「痴呆なし・ADL自立群」、「痴呆あり・ADL自立群」、「痴呆なし・ADL援助群」、「痴呆あり・ADL援助群」と操作的に定義した⁽¹⁾。

5) 統計的検定方法

まず、介入地区と対照地区との間に有意な差があるかどうかについては、1元配置分散分析を行った。次に、介入地区については、介入前後と考えられる第1回目と第2回目の変化に有意な差があるかどうかについて、対応あるT検定を実施した。

C. 結果

1. 費用対効果分析結果(全体集計)(表1, 2)

まず、ベースラインとして、介入前の費用指標である「対応時間」「対応回数」「介護サービス利用総額」並びに効果指標である「束縛感得点」「孤立感得点」「充実感得点」すべてに介入地区、対照地区において差が無かった(ANOVA $P < 0.05$)。

次に介入地区のみ介入費用の結果は、対応時間・サービス利用総額には介入前後に差は無かったが、対応回数は、1週間あたり0.82回だったのが、1.14回と有意に増えた(Paired T $p < 0.05$)。

また、介入効果の分析結果は、束縛感得点、孤立感得点、充実感得点は、介入前後で差は無かった(Paired T $p < 0.05$)。

2. 4分類別 費用対効果分析結果

1) 「痴呆なし・自立群」(表4, 5, 12, 13, 14)

まず、ベースラインとして、介入前の費用指標である「対応時間」「対応回数」「介護サービス利用総額」並びに効果指標である、「束縛感得点」、「孤立感得点」、「充実感得点」すべてに介入地区、対照地区において差が無かった(ANOVA $P < 0.05$)。

次に介入地区についての介入費用結果は、対応時間、対応回数と介護サービス利用総額には介入による差は無かった(Paired T $p < 0.05$)。また、介入の効果分析結果は、束縛感得点、孤立感得点、充実感得点は、介入前後で差は無かった(Paired T $p < 0.05$)。

対応内容は、「訪問介護サービスの開始」(14.3%)「介護タクシーの利用」(14.3%)また、「主介護者との話し合い」(62.1%)「愚痴を聞く」(55.1%)が多いが、他の群に比べては低かった。さらに、介護関係者との連携については「ヘルパーとの情報交換」「勉強会講習会への参加」が50%程度で実施されていた。

2) 「痴呆なし、援助群」(表6, 7, 12, 13, 14)

まず、介入前のベースラインとして、費用指標である対応時間、対応回数、介護サービス利用総額、並びに効果指標である、「束縛感得点」「孤立感得点」「充実感得点」すべてに介入地区、対照地区において差が無かった(ANOVA $P < 0.05$)。

介入地区のみ介入の費用分析を実施した結果は、対応時間、サービス利用総額には介入前後に差は無かったが、対応回数は、1週間あたり0.89回だったのが、1.12回と有意に増えた(Paired T $p < 0.05$)。

また、介入効果の結果は、孤立感得点、充実感得点は、介入前後で差は無かったが、束縛感得点では、介入前には8.44点だったのが、8.06点と軽減していた(Paired T

p<0.05)。

具体的な対応内容は、「要介護者への介入」(31.3%)と他に比べて利用が高く、また「主介護者との話し合い」(81.3%)や「かかりつけ医との連携」(37.5%)「ヘルパーとの情報交換」(75.5%)などが、他と比較して活発に行われていた。

3)「痴呆あり、自立群」(表 8,9, 12,13,14)

まず、介入前のベースラインとして、費用指標である「対応時間」「対応回数」「介護サービス利用総額」並びに効果指標である「束縛感得点」「孤立感得点」「充実感得点」すべてに介入地区、対照地区において差が無かった(ANOVA P<0.05)。

介入地区のみ介入の費用分析を実施した結果は、対応時間・サービス利用総額には介入前後に差は無かったが、対応回数は、1週間あたり 0.73 回だったのが、1.35 回と有意に増大していた(Paired T p<0.05)。

しかし、介入効果の分析結果は、束縛感得点、充実感得点は、介入前後で差は無かったが、孤立感得点では、介入前には 5.29 点だったのが、5.95 点と増大していた(Paired T p<0.05)。

具体的な介入内容では「主介護者との話し合い」や「主介護者の愚痴をきく」が 70%程度実施され、「短期入所の開始」が 21.5%で実施されていた。しかし、「かかりつけ医との連携」が 20.0%と他の 3 群と比べて最も低く、「ヘルパーとの情報交換」(41.5%)と他と比較して低い傾向にあった。

4)「痴呆あり、援助群」(表 10,11,12,13,14)

まず、介入前のベースラインとして、費用指標である「対応時間」「対応回数」「介護サービス利用総額」並びに効果指標である「束縛感得点」「孤立感得点」「充実感得点」すべてに介入地区、対照地区において

差が無かった(ANOVA P<0.05)。

介入地区のみ介入の費用分析を実施した結果は、対応時間・サービス利用総額には介入前後に差は無かったが、対応回数は、1週間あたり 0.89 回だったのが、1.15 回と有意に増大していた(Paired T p<0.05)。

しかし、介入効果の結果は、束縛感得点、充実感得点は、介入前後で差は無かったが、孤立感得点では、介入前には 4.16 点だったのが、5.13 点と増大していた。

具体的な対応内容は、「介護者の愚痴を聞く」が全体の 80%以上、「主介護者との話し合い」も 70%以上で実施されており、かかりつけ医との連携も 40%程度、ヘルパーとの情報交換も 60%程度と高かった。しかし、訪問看護サービスの開始(14.3%)短期入所の開始(14.3%)程度にとどまっており、具体的介護サービスの増加にはそれ程繋がっていなかった。

D. 考察

ケアマネジャーに介入研究を実施した分析の結果、全体集計では、介入地区で「対応時間」「介護サービス利用総額」には介入前後で有意な差はなかったものの、「対応回数」は介入により増大した。しかし効果分析の結果、全体で負担感軽減効果は得られず、束縛感得点、孤立感得点、充実感得点ともに介入による差がなかった。

次に「痴呆なし・自立群」「痴呆なし・援助群」「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」の 4 群別に分析をした。その結果、「対応回数」は、「痴呆なし・援助群」「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」の 3 群で増大していた。しかし効果は、「痴呆なし・援助群」においてのみ「束縛感」の

軽減していたが、「痴呆あり・自立群」「痴呆あり・援助群」において「孤立感」を増大させる結果となった。したがって、「痴呆なし・援助群」において束縛感の軽減に留まり、「痴呆あり」の2群については、むしろ「孤立感」を増大させた。次に、対応内容として、効果があった「痴呆なし・援助群」においては、「かかりつけ医との連携」「ヘルパーとの情報交換」「主介護者との話し合い」などが相対的に多く実施されていた。しかし、同じような対応内容を実施した「痴呆あり」の2群においては、マイナスの影響となっていた。

E. 今後の課題

今後は、「痴呆あり」事例について軽減効果のあった成功事例に限って対応内容を定性的に分析し、さらに介護負担感の経過を研究する必要がある。

【参考文献】

- 1) Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A: Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Aging*, 26 [Suppl. 2]: 43-47(1997).
- 2) Morris JN, Fries BF, Mehr DR, Hawes C, et al: MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol*, 49: M174-182(1994).
- 3) 山内慶太、池上直己: 介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale (CPS)の信頼性と妥当性— *老年精神医学雑誌*; 10(8): 943-952 (1999).
- 4) 山内慶太、池上直己: 包括的アセスメントにおける痴呆の評価と活用の仕方 MDS 方式の場合 *看護学雑誌*; 65(12): 1121-1126 (2001).
- 5) Morris JN, Fries BF, Steel K, et al: Comprehensive clinical assessment in community setting applicability of the MDS-HC. clinical assessment in the community, *J AM Geriatric Soc* 45(8): 1017-1024(1997).
- 6) Landi F, Tua E Onder G, et al: Minimum data set for home care —s valid instrument to assess frail older people living in the community, *Med Care* 38(12): 1184-1192(2000).
- 7) 新名理恵: 痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減. *老年社会科学* 4: 38-44(1992).

表 1 費用（全体集計）

	ケアマネジャーの費用				介護サービス利用総額(円)	
	対応時間		対応回数		1回目 調査月 (円)	2回目 調査月 (円)
	通常の 対応時間 (分)	介入中の 対応時間 (分)	通常の 対応回数 (回)	介入中の 対応回数 (回)		
通常と介入の対応時間の差の検定(注1)	-		+		-	-
介入地区(N=186)	9.38	9.48	0.82	1.14	111,661	112,970
対照地区(N=186)	9.72		0.86		120,141	127,931
介入と対照との平均値の差の検定(注2)	-		-		-	-

注1) 対応あるT検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法 (- 有意差なし + p<0.05)

注4) 対応時間、対応回数は、担当する対象者に対して1週間あたりの数値

表 2 効果（全体集計）

	第1回目 束縛感得点	第2回目 束縛感得点	第1回目 孤立感得点	第2回目 孤立感得点	第1回目 充実感得点	第2回目 充実感得点
1回目と2回目の平均差検定(注1)	-		-		-	
介入地区(N=186)	7.27	7.45	4.14	4.72	9.85	9.89
対照地区(N=186)	8.25	7.91	4.88	4.84	10.12	10.2
介入と対照との平均値の差の検定(注2)	-	-	-	-	-	-

注1) 対応あるT検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法 (- 有意差なし + p<0.05)

表 3 介入対照地区別 4群分布表

			介入前12月の高齢者の4タイプ分類				合計
			痴呆なし・ 自立群	痴呆なし・ 援助群	痴呆あり・ 自立群	痴呆あり・ 援助群	
対照地区、 介入地区	介入 地区	度数	49	16	65	56	186
		対象地区、介入地区の%	26.3%	8.6%	34.9%	30.1%	100.0%
		介入前12月の高齢者の4 タイプ分類の%	52.1%	50.0%	50.0%	48.3%	50.0%
	対照 地区	度数	45	16	65	60	186
		対象地区、介入地区の%	24.2%	8.6%	34.9%	32.3%	100.0%
		介入前12月の高齢者の4 タイプ分類の%	47.9%	50.0%	50.0%	51.7%	50.0%
合計		度数	94	32	130	116	372
		対象地区、介入地区の%	25.3%	8.6%	34.9%	31.2%	100.0%
		介入前12月の高齢者の4 タイプ分類の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表4 費用（痴呆なし・自立群）

	ケアマネジャーの費用				介護サービス利用総額 (円)	
	対応		対応		1回目 調査月 (円)	2回目 調査月 (円)
	通常の 対応時間 (分)	介入中の 対応時間 (分)	通常の 対応回数 (回)	介入中の 対応回数 (回)		
通常と介入の対応時間の差の検 定(注1)	-		-		-	
介入地区(N=49)	10.52	10.61	0.84	1.80	69,102	73,066
対照地区(N=45)	10.74		0.80		78,454	76,965
介入と対照との平均値の差の検 定(注2)	-		-		-	

注1) 対応あるT検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・有意差なし + p<0.05）

注4) 対応時間、対応回数は、担当する対象者に対して1週間あたりの数値

表5 効果（痴呆なし・自立群）

	第1回目 束縛感得 点	第2回目 束縛感得 点	第1回目 孤立感得 点	第2回目 孤立感得 点	第1回目 充実感得 点	第2回目 充実感得 点
1回目と2回目の平均差検定(注 1)	-		-		-	
介入地区(N=49)	6.09	5.57	2.67	2.81	9.33	9.35
対照地区(N=45)	7.09	8.06	3.80	3.70	10.23	9.83
介入と対照との平均値の差の検 定(注2)	-		-		-	

注1) 対応あるT検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・有意差なし + p<0.05）

表6 費用（痴呆なし・援助群）

	ケアマネジャーの費用				介護サービス利用総額 (円)	
	対応		対応		1回目 調査月 (円)	2回目 調査月 (円)
	通常の 対応時間 (分)	介入中の 対応時間 (分)	通常の 対応回数 (回)	介入中の 対応回数 (回)		
通常と介入の対応時間の差の検 定(注1)	-		+		-	
介入地区(N=16)	10.24	10.34	0.89	1.12	102,245	111,665
対照地区(N=16)	9.45		0.95		162,136	166,962
介入と対照との平均値の差の検 定(注2)	-		-		-	

注1) 対応あるT検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・有意差なし + p<0.05）

注4) 対応時間、対応回数は、担当する対象者に対して1週間あたりの数値

表 7 効果（痴呆なし・援助群）

	第1回目 束縛感得点	第2回目 束縛感得点	第1回目 孤立感得点	第2回目 孤立感得点	第1回目 充実感得点	第2回目 充実感得点
1回目と2回目の平均差検定（注1）	+		-		-	
介入地区(N=16)	8.44	8.06	4.19	4.25	10.75	10.94
対照地区(N=16)	8.50	8.06	4.75	4.63	10.25	11.19
介入と対照との平均値の差の検定（注2）	-	-	-	-	-	-

注1) 対応ある T 検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・ 有意差なし + $p < 0.05$ ）

表 8 費用（痴呆あり・自立群）

	ケアマネジャーの費用				介護サービス利用 総額（円）	
	対応		対応		1回目 調査月 （円）	2回目 調査月 （円）
	通常の 対応時間 （分）	介入中の 対応時間 （分）	通常の 対応回数 （回）	介入中の 対応回数 （回）		
通常と介入の対応時間の差の検定（注1）	-		+		-	
介入地区(N=65)	9.04	9.14	0.73	1.35	106,552	104,970
対照地区(N=65)	9.41		0.85		110,175	110,710
介入と対照との平均値の差の検定（注2）	-		-		-	-

注1) 対応ある T 検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・ 有意差なし + $p < 0.05$ ）

注4) 対応時間、対応回数は、担当する対象者に対して1週間あたりの数値

表 9 効果（痴呆あり・自立群）

	第1回目 束縛感得点	第2回目 束縛感得点	第1回目 孤立感得点	第2回目 孤立感得点	第1回目 充実感得点	第2回目 充実感得点
1回目と2回目の平均差検定（注1）	-		+		-	
介入地区(N=65)	7.20	7.68	5.29	5.95	9.38	9.39
対照地区(N=65)	8.48	8.00	6.05	5.72	9.46	9.54
介入と対照との平均値の差の検定（注2）	-	-	-	-	-	-

注1) 対応ある T 検定

注2) 一元配置による分散分析

注3) 検定結果記述方法（・ 有意差なし + $p < 0.05$ ）

表 10 費用（痴呆あり・援助群）

	ケアマネジャーの費用				介護サービス利用 総額（円）	
	対応		対応		1 回目 調査月 （円）	2 回目 調査月 （円）
	通常の 対応時間 （分）	介入中の 対応時間 （分）	通常の 対応回数 （回）	介入中の 対応回数 （回）		
通常と介入の対応時間の差の検 定（注 1）	-		+		-	
介入地区(N=56)	8.35	8.45	0.89	1.15	154,736	153,952
対照地区(N=60)	9.28		0.91		154,518	179,565
介入と対照との平均値の差の検 定(注 2)	-		-		-	-

注 1) 対応ある T 検定

注 2) 一元配置による分散分析

注 3) 検定結果記述方法（- 有意差なし + p<0.05）

注 4) 対応時間、対応回数は、担当する対象者に対して 1 週間あたりの数値

表 11 効果（痴呆あり・援助群）

	第 1 回目 束縛感得点	第 2 回目 束縛感得点	第 1 回目 孤立感得点	第 2 回目 孤立感得点	第 1 回目	第 2 回目
1 回目と 2 回目の平均差検定(注 1)	-		+		-	
介入地区(N=56)	8.07	8.71	4.16	5.13	10.55	10.84
対照地区(N=60)	8.82	8.92	4.48	4.75	10.75	10.90
介入と対照との平均値の差の検 定(注 2)	-	-	-	-	-	-

注 1) 対応ある T 検定

注 2) 一元配置による分散分析

注 3) 検定結果記述方法（- 有意差なし + p<0.05）

表 12 要介護者への対応内容（4 タイプ別）

<要介護者への対応内容>	介入地区							
	痴呆なし・自立群 (N=49)		痴呆なし・援助群 (N=16)		痴呆あり・自立群 (N=65)		痴呆あり・援助群 (N=56)	
訪問看護サービスの開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	14.3%
訪問入浴サービスの開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.4%
訪問介護サービスの開始	7	14.3%	0	0.0%	1	1.5%	7	12.5%
訪問リハビリサービスの開始	1	2.0%	0	0.0%	1	1.5%	2	3.6%
福祉用具貸与サービスの開始	3	6.1%	0	0.0%	7	10.8%	6	10.7%
通所介護サービスの開始	2	4.1%	1	6.3%	1	1.5%	3	5.4%
通所リハビリサービスの開始	4	8.2%	0	0.0%	9	13.8%	3	5.4%
短期入所の開始	5	10.2%	1	6.3%	14	21.5%	8	14.3%
かかりつけ医を勧めた	1	2.0%	2	12.5%	12	18.5%	3	5.4%
痴呆専門外来受診を勧めた	0	0.0%	0	0.0%	5	7.7%	0	0.0%
SOSネットワークの利用	0	0.0%	0	0.0%	2	3.1%	0	0.0%
介護タクシーの利用	7	14.3%	5	31.3%	6	9.2%	9	16.1%
すこやか住宅修繕の利用	2	4.1%	1	6.3%	3	4.6%	2	3.6%
行政のサービスの利用	3	6.1%	2	12.5%	7	10.8%	5	8.9%
ボランティアによるサービス	0	0.0%	0	0.0%	3	4.6%	0	0.0%
利用者への介入合計	35		12		71		59	

表 13 家族介護者への対応内容（4タイプ別）

<家族介護者等への対応内容>	介入地区							
	痴呆なし・自立群 (N=49)		痴呆なし・援助群 (N=16)		痴呆あり・自立群 (N=65)		痴呆あり・援助群 (N=56)	
主介護者と話し合った	30	61.2%	13	81.3%	46	70.8%	40	71.4%
主介護者の愚痴を聞く	27	55.1%	11	68.8%	49	75.4%	45	80.4%
主介護者以外の副介護者等と話し合い	4	8.2%	4	25.0%	9	13.8%	5	8.9%
人間関係調整	6	12.2%	2	12.5%	1	1.5%	2	3.6%
主介護者に医療機関受診を勧めた	2	4.1%	1	6.3%	6	9.2%	6	10.7%
主介護者に家族会を紹介	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%
区主催の集いへの参加を勧めた	3	6.1%	1	6.3%	7	10.8%	3	5.4%
家族介護者への介入合計	72		32		119		101	

表 14 介護関係者の連携による対応内容（4タイプ別）

<介護関係者の連携による対応内容>	介入地区							
	痴呆なし・自立群 (N=49)		痴呆なし・援助群 (N=16)		痴呆あり・自立群 (N=65)		痴呆あり・援助群 (N=56)	
利用者についてかかりつけ医と情報交換	11	22.4%	6	37.5%	13	20.0%	22	39.3%
在宅介護受け入れ調整	3	6.1%	1	6.3%	4	6.2%	4	7.1%
主介護者についてかかりつけ医と情報交換	0	0.0%	0	0.0%	3	4.6%	4	7.1%
施設探しと入所調整	3	6.1%	0	0.0%	12	18.5%	5	8.9%
行政と連絡をとった	6	12.2%	3	18.8%	5	7.7%	5	8.9%
ヘルパー等と情報交換	26	53.1%	12	75.0%	27	41.5%	34	60.7%
勉強会・講習会に参加	26	53.1%	7	43.8%	33	50.8%	33	58.9%
ボランティア団体サービスと情報交換	0	0.0%	0	0.0%	2	3.1%	0	0.0%
カンファレンスを開く	6	12.2%	1	6.3%	13	20.0%	8	14.3%
介護関係者との連携による介入合計	81		30		112		115	

在宅介護者の主観的 QOL について
—— 介入前後の被介護者の属性に基づいた検討と
被介護者の介護サービスニーズ ——

分担研究者 長嶋 紀一(日本大学文理学部心理学科)

研究要旨

新たな在宅支援サービスの開発・構築を目的として、主観的 QOL の視点から、在宅介護者を対象として介護サービスの内容について検討を行うと共に、在宅介護者に対する介入活動についても主観的 QOL の視点でどのように関われるかについて検討した。

研究①では在宅介護者を対象に、介入として専門家による講義および家族懇談会を行なった。そして被介護者の要介護度、および在宅介護者が被介護者にどのような認識を持っているかを手がかりに、質問紙による調査を介入前後に行い、在宅介護者の主観的 QOL の変化について検討を行なった。調査対象者は在宅介護者 53 名。質問票は①在宅介護者の属性、②被介護者の情報、③主観的 QOL 尺度(石原・内藤・長嶋ら 1992)、④Self-rating Depression Scale 日本語版(SDS)の 4 種類から構成した。分析の結果、主観的 QOL 尺度得点に関して、介護度の高い被介護者を介護する在宅介護者は、介護度の低い被介護者を介護する在宅介護者よりも有意に QOL 得点が低かった。また在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群間では、「心理的安定」に関する項目について、痴呆なし群の方が痴呆あり群よりも得点が高く、より安定していることが示された。介入の効果について、介入前後の QOL 得点に関して統計的に有意な変化は認められなかった。しかしながら、統計的に有意ではなかったものの、例として、痴呆あり群は痴呆なし群よりも介入前後で在宅介護者の心理的安定感の数値が上昇していた。今回は対象者が少なかったこと、介入後から評価までの期間が長かったことも結果の原因として考えられる。そのため、対象者を増やすこと、介入から効果測定までの期間、さらには介入の効果測定するための妥当性のある評価方法を考えていくことが今後の検討課題である。

研究②では、介入も含め、在宅支援サービスの対象として、どのような観点が必要かについて検討するために、地方の中核都市を選択し調査を行った。調査対象者は 4262 名。質問票は、①在宅介護者属性、②要介護高齢者の状態に関する情報、③介護保険制度で利用できるサービスに関する質問、④介護や痴呆に関する相談対象、⑤QOL 尺度(石原・内藤・長嶋ら 1992 一部改変)の 5 種類から構成した。分析の結果、現行サービス利用の結果が必ずしも QOL 得点にポジティブな影響を与えとは限らないことが示された。このことは、現行のサービスの見直し、在宅介護者の視点を取り入れることの必要性と共にその専門性に関しても、在宅介護者の視点に立った十分な情報開示と理解が必要であると考えられた。

A. 研究目的

介護保険が開始されてから、数年の経過

をたどっているが、サービスの内容や質に関する調査は多く行われており、それぞれのサービスについて、その有効性が確認さ