

#### f. 糖尿病や他の主な疾病に関する疾病管理と生活習慣等指導

上記のサービスの中でも、特に中心となる a トリアージ機能は、下記のプロセスによって行なわれる。

コンタクトセンターでは、症状をもった住民から電話がかかってくると、その症状を訓練された看護師が聞き、ガイドラインにそってトリアージの判断をし、適切な受診行動（受診の必要性和その緊急度、どの医療機関のどの職種に予約を入れるべきか）を助言する。その助言を聞いて住民が診療をすることを希望した場合は、コンタクトセンター看護師が医療機関に予約を入れる。

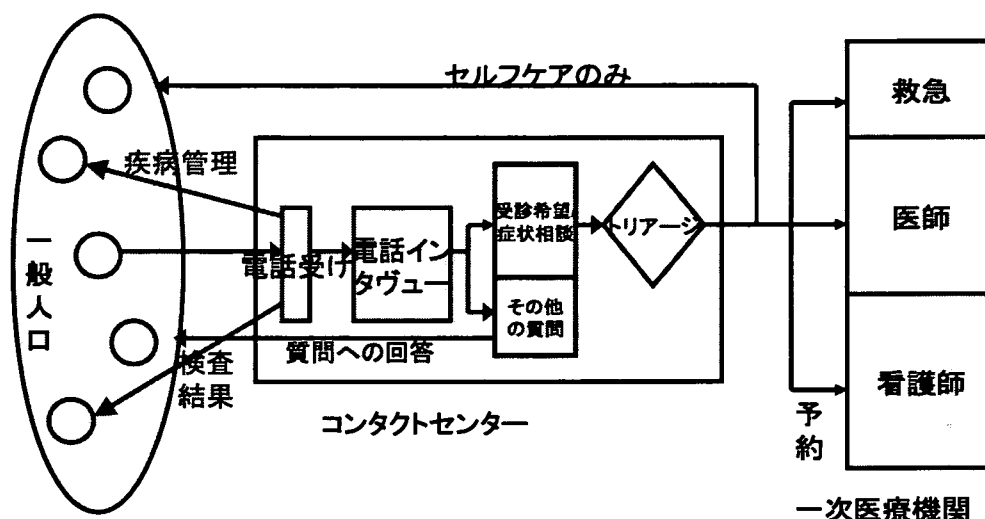
この過程で、どこの医療機関のどの職種に予約を入れるかという判断がトリアージ機能の中核をなす部分であるが、それには次のようなフィンランド特有の背景がある。

フィンランドでは、看護師が、所属する自治体の医療部長（責任者）によって許可された範囲で、原則的には医師によらねばならない医療行為を代替することができる制度となっている。その医療行為をしてよい範囲は、一人ひとりの看護師に対して個別に許可証のような形で定められている<sup>12</sup>。そのため、地域によって、ある治療行為（例えば、切創の縫合）を受ける場合に、看護師にやってもらえる地域と医師にしかやってもらえない地域がある。もし、ある住民の症状に対して看護師が対応できるならば、費用対効果の面からも、その住民は医師ではなく看護師を受診すればよいので、住民は、看護師へ受診予約を入れることになる。

すなわちフィンランドでは、その患者の症状をコンタクトセンター看護師が聞いて、どのくらいの緊急性で受診すべきかということと同時に、看護師ですむのか医師に行くべきなのかということのアセスメントしている。しかも、看護師による医療行為の代替は看護師個人によって許可されている範囲が違うので、患者の住所地と受診の時間帯によって、同じ症状でも異なった職種を受診する必要が出てくる<sup>13</sup>（例えば、切創縫合の許可を持つ看護師のいる A 町では看護師に予約をいれるが、B 町には許可を与えられた看護師がいないので医師への予約となる）。

このようなサービスの構造を図示すると、下記のようになる<sup>14</sup>。

## フィンランドのコンタクトセンターサービスモデル



### (5) コンタクトセンターサービスに関する重要な法律について<sup>15</sup>

現在、コンタクトセンターによるアセスメントとトライージ、予約といった一連のサービスは、2005年に施行された法律に基づいて行なわれている。

法律によれば、コンタクトセンターまたは一次医療機関（電話応対をコンタクトセンター会社にアウトソーシングしていない自治体は、自治体の一次医療機関であるヘルスセンターがその役割を果たす）は、住民から最初の連絡から3日以内に、医療の必要性の評価を行わなければならない。この評価は直接の診察ではなく、電話だけでもよい。津上は、看護師等の医師ではない医療職による。受診が必要と判断された場合は、外来受診の予約を行い、最初の連絡から遅くとも3ヶ月以内に外来治療を行い、必要ならば、6ヶ月以内に入院治療を開始しなければならない、とされている。

3ヶ月、6ヶ月という単位からわかるように、救急医療についてはこの限りではなく、これはあくまでも、通常の医療に関する法律である。このことから分かるように、コンタクトセンターの役割は、フィンランドの医療提供体制の一部として、その役割が位置づけられている。

### (6) 電話相談で使用するガイドラインについて<sup>16</sup>

トライージを含む助言については、原則的に、フィンランド医師会の出版社である

Duodecim 社によるプライマリケア用の EBM ガイドラインにそって行なわれている。

この EBM ガイドラインは書籍でも出版されているが、コンタクトセンターで用いられているものは、コンピュータの画面上で、症状から疾病の可能性、対処法、その根拠が順次見られるようにシステムが組み立てられており、それをみながら助言をしていくことになる。

Duodecim 社のガイドラインは、常に、最新の医学研究の知見を取り入れて、更新されていく。英語でも提供されており（米国 Wisley 社が提供）、国際的にも評価の高いプライマリケアガイドラインといわれる。

#### （7）患者の電子カルテ情報へのアクセス<sup>17</sup>

フィンランドのコンタクトセンターサービスを理解する上で重要なもう一つの点は、フィンランドでの個人情報（カルテ情報含む）データベースである。コンタクトセンター看護師は、電話を受けるとまず、その住民の社会保険番号を聞く。その番号をコンピュータの画面に入力すると、その住民の住所や連絡先、年齢といった基本情報にアクセスでき、また、これまでのカルテ情報にもアクセスができる仕組みになっている。

フィンランドでは、公的な一次医療機関の 96%が電子カルテを用いており、それらの情報は自治体ごとにデータベースとして集約されている。コンタクトセンター会社の IT システムは、契約を受けた自治体のデータベースと連結している。

実際の助言時には、電話でのやり取りだけで助言ができる場合は過去の電子カルテ情報は見ずに、必要なときのみ参照して助言する。

#### （8）コンタクトセンター看護師のトレーニング<sup>18</sup>

詳細なトレーニングマニュアルと質管理システムによって、電話回答の質を保っている。質は、サービス種類別、チーム別、個人別に測定しており、研修プランはチーム単位と個人単位で作られる。初期研修として平均 6 週間の研修と、年間 2～4 週間に相当する中途研修を実施している。

#### （9）訴訟リスクについて<sup>19</sup>

何か問題が起きたときは、患者安全局が一律で苦情等の受付を行なっている。一年に 60 万件の電話を受けるうち、1, 2 件の訴えがあるが、これまでのところ賠償に至ったケースはない。

#### （10）民間のコンタクトセンター会社と自治体の契約類型

##### a. 健康医療何でも電話窓口の受託（ヘルシンキ・エスポー・バンターらの首都圏）

フィンランドの人口の 2 割を占める首都圏（ヘルシンキ・エスポー・バンター）では、健康や医療に関して統一の番号（09-10023）で何でも聞ける健康医療なんでも電話窓口を設置している。2006 年では、人口 100, 000 万人に対して、1 ヶ月に約 30, 000 件の電話があっ

た。

この契約形態によるサービスは、健康医療なんでも相談であるため、この電話相談窓口には、症状を抱えて電話をかけてくる人もいれば、自治体の医療サービスに関する一般的な情報や、薬についての質問など、さまざまな内容の電話がかかってくる。

#### b. 一次医療機関で受ける電話の受託

個々のヘルスケアセンターにかかってくる電話を回線で転送することで、コンタクトセンター会社のコールセンターで受託するという契約類型である。住民は、自治体のヘルスケアセンターに電話しているつもりで電話をするが、実は、民間のコンタクトセンター会社で受けていることになる。中でもオウル市では、ヘルスケアセンターで受ける電話のすべてが転送されるのではなく、各ヘルスセンターで対応できなかった（回線が一杯であるなど）場合のみ、Mawell 社のコールセンターに転送される仕組みとなっている。このシステムより、オウル市の電話対応の約 10%を Mawell 社で受けていることになっている。

#### c. 救急医療受付電話の受託

ヘルスケアセンターがしまっている時間（平日の夜や休日）は救急医療センターに電話をかけて受診をするシステムになっている。Mawell 社はこの救急医療受付の電話の受託もしている。

例えば、Mawell 社は、オウル大学病院における救急医療受付電話の受託を行なっている。オウル大学病院は、複数の役割での医療提供を行なっている。オウル市の一次医療機関として、Northern Ostrobothnia 医療地区（人口 384,000 人）の 2 次医療機関として、さらにラップランド地方も含む広い地域（人口 727,000 人）の高度医療機関として、そして、オウル市周辺（人口 235,000 人）に対する救急医療機関としてである。

この人口 235,000 人の地域の人々が夜間や週末に急病になったりけがをした場合には、オウル大学病院を受診することになる。Mawell 社では、オウル大学病院の救急医療受付の電話の受託を受けている。住民は、救急の場合に、電話をかけずに直接受診をしてもよいが、その場合、到着してから、初期対応の看護師によってその場でトリアージされ、A から E の 5 段階に振り分けられる。例えば、もっとも緊急性が低い E クラスと判断された場合には、5、6 時間待たされることになる。もし、住民が事前に電話をかけてくれば、電話で、病院のトリアージ基準と同じ基準を用いてトリアージし、E などの緊急性が低い場合には、事実上セルフケアや翌日以降の通常医療の受診を進めるというシステムである<sup>20</sup>。

オウル大学病院と Mawell 社では、両方でのトリアージ基準や助言に齟齬が生じないように、毎月一度の看護師による打ち合わせを続けている。

コンタクトセンターに委託をしてから、オウル大学病院が救急医療を担当すべき地域住民の人口は、近年増加（現在 235000 人だが、7 年前から 20,000 人増えたことになる）しているものの、救急受診する者の数は毎年減り続けていることから、コンタクトセンター

を含めたトリアージの効果が現れていると考えられる<sup>21</sup>。

#### d. 疾病管理サービスの提供

オウル市では、コンタクトセンターを通じて疾病管理を行なうことを目指している。2007年から、糖尿病と喘息について実験的に開始された。患者はインターネットアプリケーションを使用して、血糖値などの検査値を入力し、コンタクトセンター看護師がその数値を継続観察しつつ、生活習慣やセルフケアについての助言をする。そして、測定値から看護師や医師の診察が必要と判断された場合に、コンタクトセンターへ予約を代行する。

#### (11) 民間のコンタクトセンター会社に受託していない自治体について

2006年の時点において、21の医療地区のうち、8の地区では、民間のコンタクトセンターに委託しており、また、7つの医療地区では地区行政の一環として公的にコンタクトセンターを運営している<sup>22</sup>。4分の1の地域では、コンタクトセンターではなく、各医療機関ごとの代表電話・受付電話で、対応を行なっているということになる。

オウル大学 COE の FinnTelemedicum では、コンタクトセンターサービスが導入される前の自治体の一次医療機関での電話対応の現状についての詳細な調査を行なっている<sup>23</sup>。オウル市周辺地域を対象として調査を行なったところ、すべての曜日を平均してかかってきた電話に回答できている割合は、最も忙しい朝の時間帯で約4分の1、また、最も応答しやすい時間帯でさえ約5分の3とのことであった。とくに忙しい曜日の朝は、15%ほどしか回答できていないという結果が出、医療機関ごとでは安定した電話回答ができていないという現状があった。ただ、これについては、現在でもコンタクトセンターを委託していない Utajarvi-Vaala 地区の医療部長への取材によれば、僻地では、患者の数も少ないため、忙しくて電話が取れないという問題はさほど起きていないとのことであった。すなわち、電話応答率が悪いのは、都市部など担当人口の多い医療機関に特徴的であるとも考えられる。

また、対応する医療機関職員のバックグラウンドであるが、民間のコンタクトセンターが臨床経験を5年以上もち電話によるヘルスカウンセリングの訓練を受けた看護師がすべて対応するのに対して、オウル市周辺の自治体の調査によれば、非専門職が受けている場合が9%、専門職の中でも看護助手が受ける割合が70%強で、それを学歴で見ると、全体の74%が義務教育か高等学校教育までの人が受けていたということが報告されている。

## 7. 日本への応用可能性についての考察

本稿では、上記のような特徴をもつフィンランドのコンタクトセンターサービスを、日本に導入することの、可能性と問題点を、医療政策的観点から考察する。

急性期医療の機関を中心に過重負担が問題になり、また、超高齢社会の到来により医

療費の増大と財源確保が問題になっている中、医療資源の有効活用は喫緊の課題である。その意味で、不必要な受診を抑制し、必要な受診を推進するための、コンタクトセンターのようなトリアージの仕組みは、今後の日本の医療システムへの導入が期待される。

しかし、フリーアクセス制度を前提とする日本では、フィンランドのようなシステムを導入する場合には、次のようなことが問題になってくると考えられる。

(1) 初診が予約制では日本では、住民が自ら医療機関にかかる前にコールセンターに電話をしない

フィンランドは、日本の20分の1の人口密度に極寒という環境もあり、医療機関への受診は都市部でない限り容易でない場所も多い。また、文化的に、日本に比べ、よほどの必要性がない限りできるだけ医療機関にはかかりたくないとする国民性があるとも指摘される。そのような環境と文化的要因に加え、医療機関が初診も含めて予約制であるため、住民は受診前に電話相談をする。

しかし、日本では、多くの医療機関で電話等での予約なしに医療機関への受診が可能である。そのような中であって、症状が出て健康への不安をもっている住民は、看護師との顔の見えない電話相談よりは、医師との直接対面による受診を好み、電話相談を設定してもそれが利用されない可能性もある。

日本で、このような受診前の電話相談を機能させるためには、法的な拘束か何らかのインセンティブ—例えば、電話相談を経て受診すると医療費が大幅に安くなる、等—が必要と考えられる。

(2) トリアージで人を流す方向と、費用勾配の方向がそろっていないと、医療費抑制にはつながらない

フィンランドで、コンタクトセンターでのトリアージを通じて判断しているのは、受診の必要性のみならず、受診すべき職種をもであることを述べた。住民の住所地の医療機関で、その住民に必要な医療行為を医師でなく看護師でもできる場合には、より単価の安い看護師への予約を入れることで、医療資源の効率的活用とその結果での医療費の抑制を行なっている。

日本にも同様の効果を期待する場合、トリアージによりより軽症者を流す方向と、費用勾配がそろっていないとこの仕組みは機能しない。例えば、軽症者が病院ではなく診療所に行くように振り分ける場合、病院よりも診療所の方が単価が安いのでなければ、医療費の抑制にはつながらない。日本では、ナースプラクティショナーもおらず、病院と診療所の費用勾配も必ずしも病院の方が高くなっているわけではない。この仕組みを機能させるためには、診療報酬の組みなおしが必要になる。

(3) トリアージで、医療機関への受診患者数を減らすことは、医師会や医療機関の利益

と反する

フィンランドでは医療機関の 9 割が公的医療機関であるため、そこでの医療スタッフは公務員である。彼らの給料は、その医療機関に受診する患者の数とは関係なく一定である。しかし、民間の医療機関が大半を占める日本では、患者の数が減ることはその医療機関の収益減に直結する。そのため、受診患者数を減らすというトリアージは、医療機関や医師会の利益と相反するという問題がある。

しかし、現在の急性期病院や救急医療機関のように、需要過剰・医師不足であれば、患者の数を抑制するトリアージは、医療機関のニーズとも合致する。

(4) 一元的に管理された患者の医療記録にアクセスすることは、日本ではまだ難しい

フィンランドでは、患者の医療記録が電子化されており、コンタクトセンターの業務もその記録を見たりあるいはその記録に書き込みながら、一連の医療行為の一部として行うことができている。しかし、日本では、電子カルテも普及しておらず、仮に電子カルテが導入されている医療機関があっても、その患者の医療記録はその病院の内部のみにとどまって、コンタクトセンターのような外部のセンターから一元的にアクセスすることは不可能である。患者の医療記録を見ながら助言できるかどうかは、その助言の質に大きく関わる要素である。

医療記録の電子化と、医療機関間での共有のための仕組みは、コンタクトセンターの導入の有無に関わらず、日本においてもすすめるべき喫緊の課題である。

(5) 出来高制の支払い制度をとる限り、EBM ガイドラインの普及は難しい

フィンランドのコンタクトセンターでは、その助言を、フィンランド医師会が作成した GP 用のガイドラインに沿って行なっている。国民のコンセンサスを得た全国一律のガイドラインに沿って助言を行なっているからこそ、住民も納得してその助言を受け入れることができ、また、コンタクトセンターでのアセスメントとトリアージが医療機関での診療行為とも整合性をもって機能することになる。

しかし、日本では、また、一部の診療所医師や総合医が海外のガイドラインを独自の判断で使用しているにすぎず、全国的に受け入れられているような GP 用のガイドラインはない。第一、フィンランド医師会のガイドラインを含む多くの GP 用ガイドラインは、費用対効果という観点から、ベストの選択肢を示しているものであるが、日本の医療制度は出来高払いであるため、費用対効果の高い治療選択肢をとるというインセンティブがなく、ガイドラインが普及しにくいという問題点がある。

フィンランドのコンタクトセンターは、医療制度論の観点から見れば、徹底した医療の機能分化とコントロールされたアクセスという一環として行なわれているものである。したがって、フリーアクセスで出来高払い制である日本においては、フィンランドの

コンタクトセンターサービスをそのまま導入しても同じようには機能しないと考えられる。

日本において導入する場合には、高齢化と医師不足に対応するため、医療制度の変更とセットにして導入していく必要がある。医療制度の急激な変更を全面的に行うことは難しいが、救急など、医師不足と需要過剰が健在的な問題になっている部分を手始めに、限定した場面で導入を試みることが有効と考える。

特に日本でも、トリアージを意図した電話による医療相談の機能として、都道府県による小児救急#8000の制度がある。これらに関する統計を見ると、相談のあった電話のうち、すぐに受診が必要と判断されたのは全体の約1割程度であることがわかっている。

これらのことから、日本においても、電話でのトリアージが医療資源の有効活用に有効であることが示唆されている。成人の救急では、小児ほどの効果は見込めないかもしれないとしても、近年、成人軽症者の救急車要請が増えている等の事態に対応するため、成人も含めた救急トリアージのシステムとして電話によるトリアージの導入を検討する価値はあると考える。

## 8. おわりに

フィンランドでは、医療サービスの徹底的な機能分化とコントロールされた受診プロセスを目指す制度設計の中の一部としての、医療機関の受診前に電話で看護師がアセスメントトリアージを行なうコンタクトセンターサービスが機能している。

コンタクトセンターでは、臨床経験に加えて電話相談のトレーニングを受けた看護師が、フィンランド医師会によるガイドラインにそってトリアージを行なっている。95%以上の一次医療機関で電子カルテが稼動しそれらの情報が自治体単位あるいは国全体で統合的にデータベース化されているという中で、必要ならばその医療記録を用いながら行うことができる。

このような制度は、無駄な受診を抑制し必要な受診を推進することで医療資源の有効活用をするための制度として、高齢化と急性期病院の医師不足等の問題を抱える日本においても有効であることが期待される。

しかし、フリーアクセス、出来高払い制をとる日本では、コントロールアクセスを前提としたコンタクトセンタートリアージを導入するためには、制度上の変更を検討する必要がある。全面的な導入はすぐには難しいとしても、現在、医師不足と需要過剰が問題になっている領域から実験的に導入を試みても価値があると思われる。

世界で前人未踏の超高齢化社会を向かえる日本は、その大きな社会変動を前に、大きな制度変革も含めて、新しい社会への対応を検討していく必要があるだろう。フリーアクセスを安心安全の基本としていた日本においても、コンタクトセンタートリアージを含めたアクセスコントロールが必要な社会はもうそこまでやってきているのではないだろうか。



## 参考文献

- <sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）出生中位・死亡中位推計 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/suikai.html>（2008. 3. 3 閲覧）
- <sup>2</sup> 厚生労働省社会保障審議会医療保険部会：第 15 回資料 2005. 5. 25  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/dl/s0525-9e.pdf>（2008. 3. 3 閲覧）
- <sup>3</sup> 石原明子：フィンランドの健康サービス産業. JAHIO 委託事業報告書健康サービス産業市場調査. 2006. 3
- <sup>4</sup> 井上まり子：フィンランドの保健医療制度. 健康サービス産業市場調査, 2006. 3, JAHIO 委託事業報告書  
シニッカ・サロ：フィンランドの保健福祉. 仙台フィンランド健康福祉センター提供資料
- <sup>5</sup> オウル大学病院救急医療部 医師 Juhani Valkama 医師インタビューによる. 2007. 9. 27
- <sup>6</sup> STAKES : e-health of Finland Check Point 2006. 2007. 1  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R1-2007-VERKKO.pdf>  
(2007. 9. 23 閲覧)
- <sup>7</sup> Kimmo Alaniska : 健康管理コンタクトセンターのサービス、2006 年のフィンランドの状況について. 厚生労働科学研究費補助金 遠隔医療(テレケア)の開発と評価の研究 : 54-62, 2007. 3
- <sup>8</sup> 同論文
- <sup>9</sup> Vahakuopus, Matti, Ikka Winblad, Tuula Tahtinen : Mikset sa vastaa?  
Winblad 氏提供論文
- <sup>10</sup> Kimmo Alaniska : 健康管理コンタクトセンターのサービス、2006 年のフィンランドの状況について. 厚生労働科学研究費補助金 遠隔医療(テレケア)の開発と評価の研究 : 54-62, 2007. 3
- <sup>11</sup> Kimmo Alaniska 氏提供資料による(2007. 12. 22 提供)
- <sup>12</sup> Utajärvi-Vaala 自治体医療部長 *Olavi Timonen* 博士インタビューによる. 2007. 9. 28
- <sup>13</sup> Mawell 社の Kimmo Alaniska 副社長 (疾病管理・コールセンター担当) インタビューによる. 2007. 9. 27
- <sup>14</sup> SITRA Timo Haikonen 氏提供資料より筆者作成
- <sup>15</sup> Kimmo Alaniska : 健康管理コンタクトセンターのサービス、2006 年のフィンランドの状況について. 厚生労働科学研究費補助金 遠隔医療(テレケア)の開発と評価の研究 : 54-62, 2007. 3  
STAKES 遠隔医療・遠隔福祉研究部長 Hannele Hyppönen 氏インタビューによる. 2007. 10. 3
- <sup>16</sup> Duodecim 社 Pekka Mustonen 社長インタビューによる. 2007. 10. 2  
Mawell 社の Kimmo Alaniska 副社長 (疾病管理・コールセンター担当) インタビューによる. 2007. 9. 27
- <sup>17</sup> Mawell 社の Kimmo Alaniska 副社長 (疾病管理・コールセンター担当) インタビューによる. 2007. 9. 27
- <sup>18</sup> Kimmo Alaniska 氏提供資料による(2007. 12. 22 提供)
- <sup>19</sup> 同資料
- <sup>20</sup> オウル大学病院救急医療部 医師 Juhani Valkama 医師インタビューによる.

---

2007. 9. 27

<sup>21</sup> 同インタビューによる

<sup>22</sup> Kimmo Alaniska : 健康管理コンタクトセンターのサービス、2006年のフィンランドの状況について. 厚生労働科学研究費補助金 遠隔医療(テレケア)の開発と評価の研究 : 54-62, 2007.3

<sup>23</sup> Vahakuopus, Matti, Ikka Winblad, Tuula Tahtinen : Mikset sa vastaa?  
Winblad 氏提供論文

※1 本研究は、仙台産業振興事業団からの委託事業「フィンランドにおける医療相談コンタクトセンターサービスの実情調査に基づく、日本におけるコールセンターサービスのモデル開発研究」の研究成果に基づいたものである。

※2 本論文は、現在、学会誌に投稿予定である。

---

# 在宅要介護者の生活評価と家族の介護負担感についての一考察

道祖崇正、塩田琴美、赤池学、石原明子、長谷川敏彦

---

## 1. はじめに

高齢社会が進行する中、健康で、子供夫婦・孫たちに囲まれて、住み慣れた街で、老後を快適に過ごしていくことは難しい。特に不本意にも加齢や障害を伴って老後を過ごしていくには、家族の介護がどうしても必要になってくる。それらの問題に対処するために、平成12年に介護保険が創設された。以来さまざまな介護サービスが充実しつつあるが、それでも家族の介護負担は現実に継続している。

一方、リハビリテーション前置き主義が前提で開始された介護保険だが、訪問リハビリテーションのサービス提供量不足によりその役割を未だ果たしていない<sup>1)</sup>。しかし一部の地域では、訪問リハビリテーションの利用が進み、住み慣れた街・我が家で生活を続けたい、という利用者・家族の要望に応じている。

そこで今回は、訪問リハビリテーションのサービスを利用している利用者への観察とインタビューにより、本人の生活状態と家族の介護負担にどのような関係があるかを調査した。その結果をもとに若干の考察を試みたのでここに報告する。

## 2. 仮設定

高齢者の疾患、家族、住宅、生活、地域などの要因により、その人生そのものが、その人の願いによらず大きく変わることがある。しかし訪問リハビリテーション担当者が本人・主介護者・家族に関わっていく場面で、その願いを実現していくことは可能であり、そのために必要なことは、本人の日常生活と家族の介護負担の関係を観ていくことと考えている<sup>2)</sup>。

本人の日常生活は、本人の能力と環境の設定と家族の介助によって成り立っている。例えば階段を上るとき、下肢筋力が不十分で自力では昇れないため、手すりを握って身体を引っ張り上げ、さらに家族に後ろからお尻を押してもらい、という場面を想像すると理解できる。その他の、食事、排泄、入浴、起居移動、整容、更衣などの日常生活動作も同様である。この本人と家族とが行っている、「毎日の動作全般に介護を伴う」、という生活を、本人の生活評価と家族の介護負担感調査を行い、分析考察することとする。

## 3. 調査

### 1) 調査票

#### ①在宅リハ生活評価表<sup>3)</sup>

本人の生活評価には、在宅リハ生活評価表を使用する。この評価表は、在宅りはびり研究所の所長、吉良健司が作成した。すでに訪問リハビリテーション研究会などで広報され、活用されている。この調査票を基に日常生活の自立の程度を Barthel Index (BI)を指標と

して用いる。

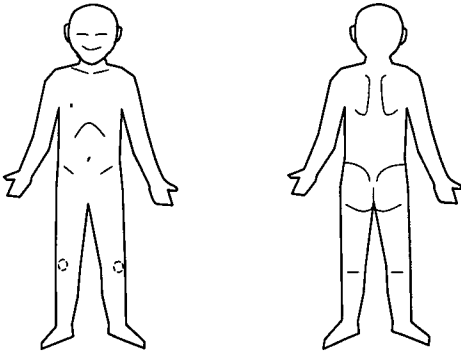
## 在宅リハ生活評価表

初期・中間・最終

評価日				評価者			
氏名	( 才)男・女			介護度	要支援・要介護( )・申請中・更新中		
疾患名			障害名			家族構成	
主訴				生活状況	臥床中心・中間・離床中心、 外出頻度:週( )回		主介護者( )
要望				余暇活動:			
ADL	本人の状態			介助の状態	住宅・用具環境の状態		パーソル インテック
コミュニケーション	理解:良・可・不可、表出:良・可・不可 失語:無・有、構音障害:無・有 聴力:難聴・軽度難聴・普通			指導:要・不要	補聴器・呼び鈴・電話		
起居 移乗	布団着脱( )、寝返り( ) 起き上り( )、イス立上り( ) 床立上り( )、端座位保持( ) 立位保持( )、トランスファー( )			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	持家・借家、一戸建・集合住宅 寝具:電動ベッド・一般ベッド・布団 移動バー:無・有、座椅子:無・有		自立 15 最小介助10 移乗介助5 全介助 0
屋内 移動	独歩・杖歩行・伝い歩き・W/C ウォーカー歩行・いざり・四つ這い ふらつき:無・有、転倒既往:無・有			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	T杖・4脚杖・歩行器・シルバーカー ウォーカーケイン、装具:無・有( ) 車椅子:無・有・レンタル 玄関手すり:無・有、上り框( )cm 動線上バリア:無・有 (敷居・家具・物 ) 動線上手すり等:無・有		自立 15 部分介助10 W/C自立5 全介助 0
屋外 移動	独歩・杖歩行・ウォーカー歩行・W/Cシルバーカー 転倒既往:無・有			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	近隣交通量:多・普通・少 路面:平坦・坂・凹凸		
階段 昇降	2足1段・1足1段			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	居室( )階、階段・エレベーター・昇降機 手すり:無・有		自立 10 部分介助5 全介助 0
食事	食欲:良・普通・不良、使用:右手・左手 食べこぼし:多・少・無 ムセ:無・有			実施・未実施 指導:要・不要	食形態 はし・フォーク・スプーン・自具 義歯:上顎・下顎、ベッド上・横・食卓		自立 10 部分介助5 全介助 0
整容	洗面( )、歯磨き( )、整髪( )、 化粧( )、髭剃り( )、			実施・未実施 指導:要・不要	洗面台・台所 鏡:無・有		自立 5 介助 0
更衣	毎日・時々・外出時のみ・殆どなし 上衣( )、臥・座・立位 下衣( )、臥・座・立位			実施・未実施 指導:要・不要	パジャマ・普段着・正装 服の工夫・改造、リチャー		自立 10 部分介助5 全介助 0
入浴	週 回、自宅:シャワー・浴槽 デイ・訪問入浴 洗体( )、洗髪( )、またぎ( ) 浴槽起立( )、着座( )			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	浴室:無・有:据え置き・半埋め込み 手すり:無・有、シャワース・シャワーキャリー バスボード・滑り止めマット		自立 5 部分介助 0 全介助 0
トイレ 動作	移乗( )・着座( )・起立( ) ズボン上げ下げ( )・陰部処理( ) 手洗い( )			実施・未実施 痛み: 指導:要・不要	トイレ:洋式・簡易洋式・和式 手すり:無・有 ポータブルトイレ:無・有		自立 10 部分介助5 全介助 0
排尿 自制	尿意:無・有、失禁:無・有、頻尿:無・有			時間誘導 指導:要・不要	オムツ・パッド・トイレトイレ・尿器		自立 10 部分介助5 全介助 0
排便 自制	便意:無・有、失禁:無・有、便秘:無・有			指導:要・不要	オムツ・トイレトイレ		自立 10 部分介助5 全介助 0
IADL						BI合計	100点

\* 自立○、一部介助△、全介助×、未実施ー

在宅りほびり研究所

1日の生活の流れ		日中座位時間:( )						訪問リハ	
0		6		12		18		希望頻度: (週 回) 希望曜日: ( ) 希望時間: ( )	
週間予定		月	火	水	木	金	土	日	
AM									
PM									
身体機能				精神・高次脳機能		長谷川式: / 30点			
視力障害:無・有( )				痴呆度:無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
聴力障害:無・有( )				生活意欲:無・有、リハ意欲:無・有					
運動機能 (MMT・BRS-Stage・Yhar)				性格:外交的・内向的、神経質・うつの・楽天的 記憶障害・見当識障害・注意力障害・失認・失行 失語:無・有					
持久力				内服薬					
ROM制限:無・有									
感覚障害:無・有 表在( ) 深部( )				住宅・他					
疼痛:無・自制内・自制外 部位( )									
バランス障害:無・有 座位( ) 立位( ) 片脚立ち:右 秒・左 秒									
									
予後予測		生活アプローチポイント							

在宅りはびり研究所

②Zarit 介護負担尺度 (ZBI : Zarit Burden Interview) <sup>4)</sup>

Zarit らは、「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的健康・社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」を介護負担と定義した。この操作的定義に基づき、身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括し、介護負担として測定することが可能な尺度を作成した。この尺度は、22 項目の質問から構成され、1 から 21 の項目は、さまざまな場面における介護の負担感に関する質問であり、それぞれ 0 : 思わない、1 : たまに思う、2 : ときどき思う、3 : よく思う、4 : いつも思う、の 5 段階であり、0 点から 4 点まで負担感が大きいほど高得点となる。そして第 22 項目の質問は、Zarit が” a single global burden” と定義した質問項目であり、全体として介護がどの位大変であるかを、0 : 全く負担でない、1 : 多少負担に思う、2 : 世間なみの負担である、3 : かなりの負担である、4 : 非常に大きな負担である、の 5 段階からなる。負担が最大のときの総得点は 88 点で、介護負担が全くないときの総得点は 0 点となる。

また、下位尺度として、介護そのものにより生じる負担 (Personal strain) : 項目番号 1、4、5、8、9、14、16、17、18、19、20、21) および介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなったことにより生じる負担 (Role strain) : 項目番号 2、3、6、11、12、13) の 2 つが設けられている。

**表 1 Zarit 介護負担尺度日本語版**

1. 患者様は必要以上に世話を求めてくると思いますか？
2. 介護のために、自分の時間が十分とれないと思いますか？
3. 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレス」と思うことがありますか？
4. 患者様の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか？
5. 患者様のそばにいると腹が立つことがありますか？
6. 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか？
7. 患者様が将来どうなるか不安になることがありますか？
8. 患者様があなたに頼っていると思いますか？
9. 患者様のそばにいると、気が休まらないと思いますか？
10. 介護のために体調を崩したと思ったことがありますか？
11. 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか？
12. 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか？
13. 患者様が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか？
14. 患者様は「あなただけが頼り」というふうに見えますか？
15. 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか？
16. 介護にこれ以上時間はさけないと思うことがありますか？
17. 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？
18. 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか？
19. 患者様に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか？
20. 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか？
21. 本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか？
22. 全体を通してみると、介護をするということはどうれくらい自分負担になっていると思いますか？

2) 調査対象：

首都圏、一都一県に隣接している2市を訪問エリアとする訪問看護ステーションの利用者のうち、個人情報保護に関して同意を得た47名。

3) 調査方法

あらかじめ調査する対象者には、事前に日時を告げて、定期的に訪問している時間の中で実施する。在宅リハ生活評価は、対象者と主介護者に聴取する。Zarit 介護負担尺度日本語版は主介護者に記載していただく。それぞれ訪問終了後に回収する。調査は平成20年3月に実施した。

4) 調査回収

対象者47名中、在宅リハ生活評価は45名聴取でき、Zarit 介護負担尺度日本語版は34名記載していただいた。そして在宅リハ生活評価と Zarit 介護負担尺度日本語版の双方を取得できたのは32名であった。

在宅リハ生活評価の未聴取は、項目の一部に未聴取があった2名であった。

Zarit 介護負担尺度日本語版の未記載は、日中独居で主介護者記載不可能8名、本人への気遣いで記載拒否5名、合計13名であった。

4. 結果

在宅リハ生活評価表および Zarit 介護負担尺度日本語版のそれぞれの項目を利用者ごとにエクセルのシートに一覧表にして入力した。

主な項目の集計結果を下記に記載する。

経過(年月)		歳	性別	介護度		疾患分類		
最小値	00年01ヶ月	最小値 47	男性	25	5	12	中枢	32
最大値	06年08ヶ月	最大値 88	女性	22	4	7	難病	6
平均	01年07ヶ月	平均 71			3	8	整形	8
					2	12	呼循	1
					1	7		
					支2	1		
					支1	0		

生活状況	同居世代	同居人数	主介護者	
離床中心 33	1世代 19	6人 6	妻	22
臥床中心 8	2世代 15	5人 6	夫	7
中間 5	3世代 13	4人 3	娘	4
		3人 10	嫁	4
		2人 18	母	1
		1人 3	息子	1
			義姉	1

バーセルインデックスの各ADL項目に対する点数分布（人数）

	起居	移動	階段	食事	整容		
15点	21 自立	11 自立	—	—	—		
10点	11 最小介助	19 部分介助	17 自立	35 自立	—		
5点	5 移乗介助	1 W/C自立	5 部分介助	7 部分介助	25 自立		
0点	8 全介助	14 全介助	23 全介助	3 全介助	20 全介助		
	更衣	入浴	トイレ	排尿	排便	合計	
15点	—	—	—	—	—	~100点	15
10点	18 自立	—	28 自立	37 自立	39 自立	~80点	13
5点	11 部分介助	7 自立	6 部分介助	4 部分介助	2 部分介助	~60点	5
0点	16 全介助	38 全介助	11 全介助	4 全介助	4 全介助	~40点	8
						~20点	4

Zarit 介護負担尺度日本語版の各項目に対する点数分布（人数）

	Z-1	Z-2	Z-3	Z-4	Z-5	Z-6	Z-7	Z-8	Z-9	Z-10	Z-11		
4点	1	2	3	1	1	2	5	9	1	0	0		
3点	1	8	4	3	0	7	4	13	1	4	3		
2点	9	7	8	7	5	3	7	6	9	9	2		
1点	6	11	12	7	13	10	14	5	9	13	10		
0点	17	6	7	16	14	12	4	1	14	8	19		
	Z-12	Z-13	Z-14	Z-15	Z-16	Z-17	Z-18	Z-19	Z-20	Z-21	Z-22	合計	
4点	4	2	8	1	2	6	0	0	1	1	1	~88点	0
3点	6	4	8	2	2	8	2	0	3	1	6	~66点	6
2点	8	8	5	4	6	4	5	5	6	3	13	~44点	13
1点	6	9	8	9	13	11	13	14	10	6	12	~22点	14
0点	10	11	5	18	10	5	13	15	14	23	2	0点	1

分析結果

Barthel Index の各項目と Zarit 介護負担尺度日本語版の各項目の相関を試みたが、相関は得られなかった。

生年、経過（ヶ月）、歳、性、介護度、同居世代、同居家族人数、Zarit 各項目で相関係数を求めた。しかし相関は得られなかった。

そこで、Zarit の各項目間で因子分析を行った。6つの因子が抽出され、パターン行列(a)において相関が得られた。



パターン行列(a)						
	因子					
	1	2	3	4	5	6
Z-1	-0.035	0.292	-0.013	0.261	-0.083	0.498
Z-2	<b>0.993</b>	0.073	-0.097	-0.097	-0.251	0.177
Z-3	0.742	0.194	0.158	-0.023	-0.018	-0.133
Z-4	0.104	0.090	0.017	0.351	-0.010	0.246
Z-5	0.166	0.513	-0.138	0.044	0.166	0.183
Z-6	0.472	-0.137	0.133	-0.228	0.201	0.374
Z-7	0.065	0.015	0.408	0.079	-0.080	0.373
Z-8	-0.002	-0.049	0.001	<b>0.936</b>	0.227	-0.043
Z-9	0.659	0.223	-0.049	-0.026	-0.002	0.168
Z-10	-0.048	0.524	-0.117	0.128	-0.010	0.350
Z-11	0.302	0.455	0.350	-0.037	-0.042	-0.023
Z-12	0.310	-0.162	0.218	-0.011	0.499	0.306
Z-13	-0.144	0.126	0.115	-0.004	<b>0.937</b>	-0.036
Z-14	-0.039	0.063	0.160	0.697	-0.256	0.241
Z-15	-0.008	0.582	0.028	0.037	-0.166	-0.124
Z-16	0.408	0.002	-0.290	0.064	0.425	-0.177
Z-17	0.633	-0.153	-0.033	0.077	-0.061	0.643
Z-18	0.027	0.609	-0.059	-0.069	0.179	0.259
Z-19	-0.020	<b>0.818</b>	0.019	-0.045	0.243	-0.024
Z-20	-0.214	-0.072	<b>0.816</b>	0.026	0.163	0.156
Z-21	0.129	0.025	<b>0.952</b>	0.072	-0.015	-0.155
Z-22	0.744	-0.162	-0.074	0.266	0.142	-0.009

因子分析を行った結果、パターン行列(a)で、因子ごとに相関関係にある Zarit 介護負担尺度日本語版の各項目を整理する。

因子1では、Z-2が一番相関が強く(0.993)、順に、Z-22、Z-3、Z-9、Z-17、Z-6の6項目があった。

因子2では、Z-19が一番相関が強く(0.818)、順に、Z-18、Z-15、Z-10、Z-5、Z-11の6項目があった。

因子3では、Z-21が強かった(0.952)が、Z-20も強く(0.816)、2項目があった。

因子4では、Z-8が強く(0.936)、次にZ-14の2項目があった。

因子5では、Z-13が強く(0.937)、順に、Z-12、Z-16の3項目があった。

因子6では、Z-17が比較的強く(0.643)、次にZ-1の2項目があった。

これらより、因子ごとに、Zarit 介護負担尺度日本語版の各項目をまとめて、名称をつけてみると、

因子1は、「介護のために、自分の時間が十分とれないと思いますか？」(自分の時間)をはじめ、介護負担感、時間配分、拘束感、生活スタイル、お付き合い、などがあげられる。これらから因子1は、『介護者の時間制約』が適当と思われる。

因子2は、「ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか？」(介護困惑)をはじめ、介護逃避、金銭的余裕、体調管理、感情コントロール、プライバシー、などがあげられる。これらから『経済的・身体的・精神的な介護継続困難』とする。

因子3は、「本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか？」(介護技術)と介護努力があげられる。これらより、『介護技術向上』とする。

因子 4 は、「ご本人があなたに頼っていると思いますか？」（介護依存）ともう一項目も介護依存であるので、これは『介護依存』とする。

因子 5 は、「ご本人が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか？」（友人招待不可）と、社会参加減少、介護時間増加不可、となるが、相関の強い、『友人招待不可』とする。

因子 6 は、「介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？」（生活継続困難）、と介護要求過度があげられる。これより、『主介護者の生活継続困難』とする。

以上より、因子 1 は介護者の時間制約、因子 2 は経済的・身体的・精神的な介護継続困難、因子 3 は介護技術向上、因子 4 は介護依存、因子 5 は友人招待不可、因子 6 は生活継続困難となる。

今回の調査により、本人の生活自立度と介護者の介護負担感との相関をみることはできなかったが、介護負担感の各項目間の因子分析の結果、6つの因子で相関がみられた。

これらの因子より、介護者が日ごろ感じている、介護負担感には、時間制約をはじめ、介護継続困難、介護技術向上、介護依存、友人招待不可、生活継続困難、の 6 項目に分類できることが推定可能となった。

<b>因子1</b>		
Z-2	介護のために、自分の時間が十分とれないと思いますか？	0.993 自分の時間
Z-22	全体を通してみると、介護をするということとはどれくらい自分の負担になっていると思いますか？	0.744 介護負担感
Z-3	介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレス」と思うことがありますか？	0.742 時間配分
Z-9	ご本人のそばにいと、気が休まらないと思いますか？	0.659 拘束感
Z-17	介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？	0.633 生活スタイル
Z-6	介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか？	0.472 付き合い
<b>因子2</b>		
Z-19	ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか？	0.818 介護困惑
Z-18	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか？	0.609 介護逃避
Z-15	今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか？	0.582 金銭的余裕
Z-10	介護のために体調を崩したと思ったことがありますか？	0.524 体調管理
Z-5	ご本人のそばにいと腹が立つことがありますか？	0.513 感情コントロール
Z-11	介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか？	0.455 プライバシー
<b>因子3</b>		
Z-21	本当は自分は今よりうまく介護できるのになあと思うことがありますか？	0.952 介護技術
Z-20	自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか？	0.816 介護努力
<b>因子4</b>		
Z-8	ご本人があなたに頼っていると思いますか？	0.936 介護依存
Z-14	ご本人は「あなただけが頼り」というふうに見えますか？	0.697 介護依存
<b>因子5</b>		
Z-13	ご本人が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか？	0.937 友人招待不可
Z-12	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか？	0.499 社会参加減少
Z-16	介護にこれ以上時間はさけないと思うことがありますか？	0.425 介護時間増加不可
<b>因子6</b>		
Z-17	介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？	0.643 生活継続困難
Z-1	ご本人は必要以上に世話を求めてくると思いますか？	0.498 介護要求過度

## 5. 考察

・ Barthel Index と Zarit 介護負担尺度日本語版との相関が得られなかったことについて  
 今回、本人の日常生活動作（ADL）<sup>5)</sup>の自立度が低くなることにより、主介護者の介護負担感が高くなることを予想していたが、主介護者の介護負担感の調査項目が本人の日常生活動作との関連性がないことにより、相関が得られなかった。

本人のADLが自立していると、主介護者の介護が不必要になるので介護負担感はなくなる。しかしADLが一部介助のレベルになると、目的を達成するためには、原疾患や障害の程度などによるが、主介護者の介助が必要となる。

その場合、本人の動作と主介護者の介助能力の関係が重要なものとなる。その介助する場面には、時間帯、頻度、タイミングの想定、本人の反応、などの要因が考えられる。またその背景には、本人の病状安定性、介護者の健康状態、同居家族の介護協力、介護を支える経済状態、介護サービスの提供体制、などがあり、それらが主介護者の介護負担感に影響を及ぼす。

またそれらの要因や背景より強く作用するものとして、本人と主介護者との関係性があ

る。例えば、奥様を献身的に介護しているご主人にとっては、自分の両親を最後まで面倒見てくれたことへの感謝が込められていたり、ご主人の障害が重度なため介護疲労が継続しても、いつも笑顔で応えている姿に徐々に充実感を抱くようになっていたりしている。介護そのものが双方の人生を喜ばしいものになっている<sup>6)</sup>。

これらより、本人の生活状態と主介護者の負担感の関係を今後さらに明らかにしていくには、上記に挙げた、要因、背景、関係性を各要素に調査分析していく必要があると考える。

#### ・ 因子分析について

因子分析に結果より、介護負担感には、因子1の「主介護者の時間制約」、因子2の「経済的・身体的・精神的な介護継続困難」、因子3の「介護技術向上」、因子4の「介護依存」、因子5の「友人招待不可」、因子6の「主介護者の生活継続困難」、の6項目に分類できると推定した。

実際の訪問リハビリでこれらの因子を想定して妥当性があるかを検討してみた。

これらの項目を軸にして、訪問リハビリを継続しているご家庭の状況をイメージしてみると、主介護者の日常生活において自分の思うとおりに時間が使えない、自分の思うとおりに生活していない、という会話を多く聞いている印象がある。因子1の「主介護者の時間制約」と因子6の「主介護者の生活継続困難」は主介護者の関することで、介護することによって直接的に生じている介護負担感のことである。

また実際にリハビリを進めていく場面になると、主介護者が日ごろ行っている介護能力レベルによる本人の状態、また介護を要するときの主介護者の顔を伺う本人の様子を体験する。因子3の「介護技術向上」と因子4の「介護依存」は、介護場面に関することで、介護そのものによって負担感が生じている。

さらに、介護の状況を詳しく聴取していくと、介護を継続していく上で困難を引き起こす様々な話を聞くことがある。また以前のような友人との付き合いができない話も確かに聞くことがある。因子2の「経済的・身体的・精神的な介護継続困難」と因子5の「友人招待不可」は、なかなかうかがい知れないことではあるが、継続された介護環境に関して間接的に発生していると考えられる。

これらより、因子分析の結果を検討してみるとさらに、主介護者に関する直接的に生じる負担感、介護場面に関する介護そのものによる負担感、継続された介護環境に関する間接的に生じた負担感、の3つの領域に分類されると考えられる。

今後の介護負担感の調査は、上記の考察を踏まえて、Zarit介護負担尺度日本語版を使用するとともに、訪問リハビリの場面に適した、オリジナルな調査項目も追加することを前提にして進めていきたい。

## 6. おわりに

今回、訪問リハビリ利用者を対象に、本人の日常生活と家族の介護負担の関係を調査して検討してきた。しかし、本人の障害による日常生活の自立の程度と主介護者の介護負担感との関係性には相関がないことがわかった。そのかわり、本人の動作と主介護者の介助能力の関係には、時間帯、頻度、タイミングの想定、本人の反応、などの要因、またその