

St. Luke's International University Repository

介護を要する後期高齢者の健康状態と介護状況:都市と都市近郊の比較

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 聖路加看護大学 公開日: 2007-12-26 キーワード: 介護者, 介護問題, 後期高齢者, 在宅ケア, 地域差 作成者: 村嶋, 幸代, 飯田, 澄美子, 石井, 享子, 松下, 和子, 藤村, 真弓, 佐貫, 淳子, 花沢, 和枝, 渡辺, 裕美, 桜井, 尚子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/220

介護を要する後期高齢者の健康状態と介護状況

——都市と都市近郊の比較——

村 嶋 幸 代* , 飯 田 澄美子* , 石 井 享 子*
松 下 和 子** , 藤 村 真 弓** , 佐 貫 淳 子**
花 沢 和 枝* , 渡 辺 裕 美*** , 桜 井 尚 子****

要 旨

介護を要する老人の介護体制を考えるために、都会として東京のT区、都市近郊として神奈川県M市で後期高齢者の健康状態と介護上の問題を家庭訪問で調査した。両地域は老人に対するヘルスケアサービス体制と伝統的な家族機能、家屋の状況が異っている。対象は、郵送法による第一次調査の結果から、一定の基準で心身に問題のあるケースを選定した。

その結果、以下の知見が得られた。

1. 家庭訪問が可能であった対象者は、T区206名、M市109名であった。『ねたきり』の人の割合は、T区27%、M市21%、『痴呆』は各々47%、27%であった。この両者および問題行動はいずれもT区の方がM市より多かった。
 2. 疾病の保有率のうち、脳血管疾患はM市の方が多かった。しかし、『ねたきり』はM市の方が少なく、その地域で行っている機能訓練の成果があると考えられた。一方、骨折等の事故はT区に多かった。これには、1軒の家屋面積が少なく、狭い急な階段が多いといった貧しい住宅事情が関与していると考えられた。これら家屋の条件は、加齢に伴って老人の機能が低下した時に大きな問題になると考えられる。
 3. 両地域は、家族構成も異っており、それが介護者の続柄にも反映していた。主介護者は、M市では嫁50.3%、娘7.4%、これに対し、T区では嫁29.7%、娘25.7%と大きな違いがあった。都市のT区では、家族の介護力の基盤が薄く、ヘルパー等公的介護力を導入して、2人以上による介護体制を組んでいた。一方、M市では、嫁に介護負担が集中していた。
- 以上の結果から、各々の地域に応じた介護体制が、地域の努力を通じて作り上げられるべきだと考えた。

キーワードズ

後期高齢者 在宅ケア 介護問題 介護者 地域差

I. はじめに

日常生活に援助を必要とする老人の介護負担は、介護者の状態、副介護者や援助者の有無、老人と介護者との人間関係、利用できる社会資源等によって異なることが知られている^{1)~5)}。副介護者や援助者の得やす

さ、利用可能な社会資源は地域によって異なっている。従って、介護負担や介護上の問題、必要な対策も地域特性やそれに伴う家族の構造・機能によって異なると考えられる。

我々は既に特性の異なる2地域で、75歳以上の在宅の後期高齢者の健康状態等について郵送調査した結果を報告した⁶⁾。今回は、その中から心身に異常があり、問題の見られるケースを選出し、家庭訪問で調査した結果を報告する。

* 聖路加看護大学
** 聖路加国際病院
*** 東洋大学院生
**** 日本橋保健所

II. 研究方法

1. 対象

前報と同じく、都市として東京都中央区(以下、T区とする)、都市近郊として神奈川県南足柄市(以下、M市とする)を選定した。

前報の郵送法による質問紙調査に回答した在宅の後期高齢者の中から、心身や介護に問題がみられたケースを選定した。選定基準は以下の通り、基準①～⑤のいずれかに該当する人を対象とした。

- ①健康状態が、“寝たり起きたり”、“ほとんど寝ている”、“寝たきり”のいずれかである。
- ②身体症状として、“完全麻痺”、“不完全麻痺”、“褥瘡”のいずれかを有する。
- ③精神症状(例えば、“家族もわからない”、“外出して迷子になる”、“被害妄想がある”等)が、4項目以上ある。
- ④生活する上で介助の必要な項目(例えば、“食事”、“排泄”、“入浴”等)が3項目以上ある。
- ⑤介護上困ること(例えば、“生活が老人に振りまわされる”、“家庭内がうまくいかない”、“介護者が心身共に疲れる”、“老人をどのように扱ってよいかほとんど困っている”等)が、3項目以上ある。

2. 方法

家庭訪問による面接調査を、T区は昭和61年7、8月と62年7～9月に、M市は63年8、9月に行った。質問内容は、本人の生活歴、既往・現病歴、寝たきりや痴呆の原因、ADL、長谷川スケール・MSQ・柄沢尺度による精神状況、問題行動の有無、受療状況、生活環境、家族と介護者の状況、社会資源の利用状況、現在在宅ケアをしている理由、介護上の悩みや問題点等である。

III. 地域概況

前報⁹⁾に記述したので省略する。但し、1987年に充実された施策は次の通りである。

T区：保健所における機能訓練事業

(脳卒中患者、パーキンソン病患者対象)

M市：主婦のボランティア活動

(健康普及員卒業生の会)

IV. 結果

(1) 基準該当者と訪問調査対象者について(表1)

両地域で、基準に該当した人と、そのうち訪問可能であった人とは表1の通りである。選出された者に対

表1 調査対象者の選出

項目	地域	T区	M市
一定基準による抽出者		326	187
訪問調査できた対象者		206	109
抽出者に対する%		63.1	58.3

表2 調査対象者の性と年齢

地域	T区 (%)	M市 (%)
男性	65 (31.6)	44 (40.4)
女性	141 (68.4)	65 (59.6)
合計	206 (100.0)	109 (100.0)
75～79歳	50 (24.3)	37 (33.9)
80～84歳	73 (35.4)	40 (36.7)
85～89歳	56 (27.2)	23 (21.1)
90～94歳	22 (10.7)	7 (6.4)
95～99歳	5 (2.4)	2 (1.8)
平均年齢	83.7±4.9	82.1±5.0

し、訪問可能だった者はT区の方がやや多かった。以下では、訪問調査を実施した対象者のことを、対象者、または、調査対象者と呼ぶ。

(2) 調査対象者の性と年齢(表2)

M市の方が75～79歳の比較的若い層が多かった。そのためか、M市の方が若干男性が多かった。

(3) 現在の状態—身体面—(表3, 4, 5)

両地域共麻痺は約1/4、拘縮は1/6の人にあった。褥瘡はT区9名、M市3名と、T区に若干多い。視力、聴力、言語は、表4に示したが、T区の方が視力、聴力、言語共に若干劣る人が多い傾向にある(表4)。

日常生活動作(ADL)は、T区、M市で大きな差はない(表5)。ただし、食事の項で、T区に“できない”がやや多い(T区22名10.8%、M市7名6.4%)。また、排泄の項で、T区の方が、“便所まで介助・自力で便器使用”が多い傾向にある(T区30名14.7%、M市7名6.4%)。

(4) 現在の状態—精神面—(表6)

長谷川スケールを一助として用いて痴呆の有無を判断したところ、表6のように、0～10点の“痴呆”がT区30人、M市16人いた。但し、難聴等で調査不明だった人は各々73、19人である。

(5) 現在の状態—心身両面—(表7, 8)

各々の調査者が、先の身体面と精神面の状態を含め

表3 身体症状

項目	T区 (%)	M市 (%)
麻痺有り	50 (24.3)	29 (26.6)
拘縮有り	33 (16.0)	20 (18.3)
褥瘡有り	9 (4.4)	3 (2.8)

表4 視力・聴力・言語の状況

項目		地域	
		T区 (%)	M市 (%)
視力	普通	84 (40.8)	60 (55.1)
	やや悪い	89 (43.2)	39 (35.8)
	人の動きがわかる程度	25 (12.1)	8 (7.3)
	見えない	8 (3.9)	2 (1.8)
聴力	普通	103 (50.0)	63 (57.8)
	大声だときこえる	70 (34.0)	28 (25.7)
	耳元で大声できこえる	30 (14.6)	14 (12.8)
	聞こえない	3 (1.5)	4 (3.7)
言語	普通	126 (61.2)	75 (69.4)
	ききとりにくい	66 (32.0)	26 (24.1)
	ききとれない位	9 (4.4)	7 (6.5)
	しゃべれない	5 (2.4)	0

て判断した老人の状態は、表7の通りである。このうち“ねたきり”は、T区56名(27.2%)、M市23名(21.1%)、“まげ”は各々97名(47.0%)、29名(26.6%)とT区の方に多かった。

また、問題行動も、表8のようにT区58名(28.2%)、M市19名(17.4%)と、有意にT区の方が多かった(p<0.05)。

(6) 現在の疾病と療養状況 (表9, 10)

各種の疾病の保有率は両地域ではほぼ等しいが、“脳血管疾患”の罹患率は、T区23.3%、M市28.4%とM市に多い。逆に、T区は、“筋骨格系および結合組織疾患”や“骨折・その他の事故”が多い(表9)。

一方、療養状況では、T区は約6割が“通院”しているが、M市は5割にとどまり、その分、“放置”や“不定期の往診”が増えている(表10)。

(7) 介助の必要な人 (図1)

介助を必要とする人が最も多い項目は、“保清”で、両地域共約6割の老人が必要としていた。次いで、“衣服の着脱”が約5割、“排泄”(両地域44%)、“食事”(T区35%、M市39%)、“体動”(同34%、30%)の順である。M市で食事の介助の必要性が若干高い他は、両地域で差はない。

表5 日常生活動作

項目		地区	
		T区 (%)	M区 (%)
歩行	自立	61 (30.3)	49 (45.4)
	杖使用	33 (16.4)	18 (16.7)
	つかまり歩き・歩行介助	62 (30.8)	14 (13.0)
	歩けない	45 (22.8)	27 (25.0)
行動範囲	単独外出	38 (18.6)	30 (27.5)
	家のまわり	52 (25.5)	18 (16.5)
	屋内のみ	72 (35.3)	38 (34.9)
	床の上	42 (20.6)	23 (21.1)
床上動作	正座	102 (49.8)	51 (46.8)
	足投出し	49 (23.9)	33 (30.3)
	座位介助	14 (6.8)	5 (4.6)
	ねがえり可 ねがえり不可	19 (9.3) 21 (10.2)	8 (7.3) 12 (11.0)
食事	はして自由に	156 (76.5)	83 (76.1)
	さじ使用	17 (8.3)	14 (12.8)
	手づかみ	9 (4.4)	5 (4.6)
	できない	22 (10.8)	7 (6.4)
排泄	自立	115 (56.4)	67 (61.5)
	便所まで介助・自力で便器使用	30 (14.7)	7 (6.4)
	便器使用	16 (7.8)	11 (10.1)
	おむつ(失禁無) おむつ(失禁有)	11 (5.4) 32 (15.7)	5 (4.6) 19 (17.4)
入浴	自立	70 (34.1)	45 (41.3)
	浴場まで介助・自力で洗う	17 (8.3)	5 (4.6)
	浴場で洗ってもらう	68 (33.2)	36 (33.0)
	できない	50 (24.4)	23 (21.1)
衣服の着脱	自立	84 (41.2)	55 (50.5)
	少し手をかせば1人で着られる	51 (25.0)	19 (17.4)
	ほとんど着せる	26 (12.7)	23 (21.1)
	できない	43 (21.1)	12 (11.0)
寝具の始末	自立	54 (27.0)	31 (28.4)
	低い押し入れなら1人でいれられる	3 (1.5)	2 (1.8)
	たたむだけ	24 (12.0)	13 (11.9)
	できない	119 (59.5)	63 (63.8)

表6 長谷川スケールの得点分布

(): %

項目	地域	
	T区 (%)	M市 (%)
痴呆 (0~10.0点)	30 (14.6)	16 (14.7)
準痴呆 (10.5~21.5点)	38 (18.9)	24 (22.0)
境界 (22.0~30.5点)	48 (23.3)	34 (31.2)
正常 (31.0~32.5点)	16 (7.8)	16 (14.7)
測定不能	73 (35.4)	19 (17.4)
合計	206 (100.0)	109 (100.0)

表7 調査対象者の現在の状態

状態	地域	T区 (%)	M市 (%)
ねたきり		24 (11.7)	11 (10.1)
ぼけ		27 (13.1)	6 (5.5)
ねたきりとぼけ		32 (15.5)	12 (11.0)
ねたりおきたり		49 (23.8)	37 (33.9)
ねたりおきたりとぼけ		38 (18.4)	11 (10.1)
日常生活可		36 (17.5)	31 (28.4)
その他			1 (0.9)
合計		206 (100.0)	109 (100.0)

表8 問題行動

問題行動	T区 (%)	M市 (%)
有	58 (28.2)	19 (17.4)
無	123 (59.7)	89 (81.7)
不明	25 (12.1)	1 (0.9)
合計	206 (100.0)	109 (100.0)

(8) 家屋構造 (表11, 12)

T区では、206人中60人(29.1%)が集合住宅に住んでいる。これに対し、M市では、3人(2.8%)だけである(表11)。

一軒あたりの部屋数は、T区 3.73 ± 1.45 、M市 6.07 ± 2.73 と、M市が有意に多い($p < 0.01$)。また、老人が部屋を他の家族と共有しているのは、M市は4人(3.7%)にすぎないが、T区は51人(24.8%)と、これも有意に多い($p < 0.001$)。

浴室もM市では全家庭にあったが、T区では浴室のある家庭は3/4にすぎず、その分公衆浴場が利用されていた。即ち、T区では家屋が狭く、老人の居住するスペースが少ないことが示された。

トイレは、表12のように、M市では和式トイレとポータブルトイレが多かった。逆に、T区では、オムツの利用が多い傾向にある(T区34人16.5%、M市9人8.3%)。

実際、家庭を訪問すると、T区の商業地帯では2階、3階建の家屋の1階部分が店になっており、狭い急な階段を上った2階部分が老人の居室になっている家が多い。トイレは1階にあり、トイレに行く度に急な階段を昇り降りせねばならない。また、都営住宅は、6畳、4.5畳、台所、浴室、トイレの2DKが多い。長屋の多い地帯もあり、そこでは浴室の無い家が多い。平日は嫁が介護し、土曜日に同居の息子と近所に住む息子との2人がかりで公衆浴場に連れていく例も見られた。

一方、M市は家屋が広い家が多いが、ろう下と畳と

表9 現在の疾病(重複回答)

傷病大分類		T区	M市
I	結核	1(0.5)	
	その他の感染症	1(0.5)	2(1.8)
II	悪性新生物	4(1.9)	3(2.8)
III	糖尿病	3(1.5)	2(1.8)
	その他の内分泌・栄養・代謝性疾患	3(1.5)	
IV	血液・造血器の疾患(含貧血)	1(0.5)	
V	痴呆	24(11.7)	10(9.2)
	その他の精神障害	3(1.5)	2(1.8)
VI	眼・視器の疾患	13(6.3)	10(9.2)
	耳・聴器の疾患	5(2.4)	3(2.8)
	その他の神経系及び感覚器の疾患	8(3.9)	6(5.5)
VII	高血圧性疾患	20(9.7)	19(17.4)
	虚血性心疾患	4(1.9)	5(4.6)
	その他の心疾患	11(5.3)	6(5.5)
	その他の循環器系疾患	3(1.5)	3(2.8)
	脳血管疾患	48(23.3)	31(28.4)
VIII	肺炎	4(1.9)	
	喘息	1(0.5)	1(0.9)
	その他の呼吸器系疾患	5(2.4)	2(1.8)
IX	胃と腸の疾患	7(3.4)	3(2.8)
	肝の疾患	4(1.9)	
	その他の消化器系疾患	6(2.9)	3(2.8)
X	腎・泌尿器系疾患	6(2.9)	1(0.9)
XI	皮膚及び皮下組織の疾患(含褥瘡)	8(3.9)	1(0.9)
XII	慢性関節リウマチ	5(2.4)	4(3.7)
	腰痛症	7(3.4)	4(3.7)
	骨粗しょう症	3(1.5)	1(0.9)
	その他の筋骨格及び結合組織疾患	28(13.6)	9(8.3)
XIII	骨折	14(6.8)	5(4.6)
	その他の事故	21(10.2)	6(5.5)
XIV	症状・徴候及び診断不明確の状態	23(11.2)	3(2.8)
	特になし	12(5.8)	13(6.3)
合計		306(148.5)	158(145.0)

表10 現在の療養状態

状態	地域	T区 (%)	M市 (%)
放置		15 (7.3)	13 (11.9)
通院		122 (59.2)	55 (50.4)
定期往診		32 (15.5)	17 (15.6)
不定期往診		26 (12.6)	23 (21.1)
通院と往診		5 (2.4)	1 (0.9)
その他		6 (3.0)	

の間に段差がある家が多く、半身麻痺になるとやはり生活しづらいつ言える。

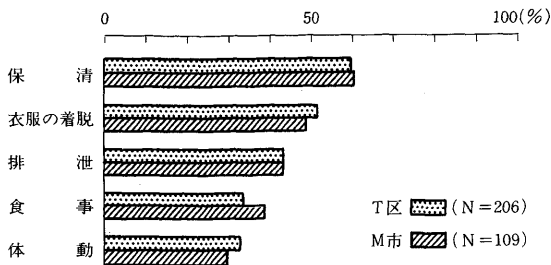


図1 介助の必要な人の割合

表11 家屋の状況

項目		地域	T区	M市
立ち方	一戸建(含長屋)		146 (70.9)	106 (97.2)
	集合住宅		60 (29.1)	3 (2.8)
部屋数	平均		3.73±1.45	6.07±2.73
浴室	有		154 (74.8)	109 (100.0)
	無		52 (25.2)	0
老人の部屋	専用		155 (75.2)	105 (96.3)
	共用		51 (24.8)	4 (3.7)
合計			206 (100.0)	109 (100.0)

表12 トイレの様式 (p<0.05)

様式	地域	T区 (%)	M市 (%)
和式		37 (18.0)	31 (28.5)
洋式		92 (42.7)	47 (43.1)
和式と洋式		4 (1.9)	
ポータブル		29 (14.0)	19 (17.4)
便器・尿器		6 (2.9)	
オムツ		34 (16.5)	9 (8.3)
留置カテーテル		3 (1.5)	1 (0.9)
不明		11 (5.3)	2 (1.8)

(9) 世帯構成 (表13)

T区では、“夫婦のみ”の世帯が29人(14.1%)と、M市の3人(2.8%)に比べて多い。また、T区は二世帯世帯も多く、殊に“娘との同居”が43名(20.9%)と非常に多い。これに対し、M市では息子の家族と同居した三世帯・四世帯世帯が74名(67.8%)を占め、T区の64名(31.1%)に比べて倍以上多くなっている(p<0.001)。

(10) 介護者の人数と続柄 (図2, 表14)

都市近郊のM市では、“介護者が1人だけ”の人が71名(66.1%)と、T区の117名(56.8%)よりも多い。T区では、“介護者が2人”が60人(29.1%)、“3人”が17人(8.3%)、“4人”が4人(1.9%)といずれもM市の31人(27.5%)、4人(3.7%)、1人(0.9%)を上回っている。即ち、都市のT区では都市近郊のM市よりも複数の介護者による体制が組まれていることが示された。

介護者の続柄をみると、M市では“嫁”が75名(介護者総数の50.3%)を占め、T区の90名(同29.7%)に比べて多い(表14)。これに対し、T区では、“娘”(25.7%)、“孫”(6.2%)、“ヘルパー”(3.0%)が挙げられている。先の介護者人数と重ね合わせるとT区では複数の介護体制を組んでいることがうかがわれた。これに対し、M市では“嫁が老人をみる”という考え方が伝統的に残っており、嫁が介護負担をになわざるを得ない状況があると言えよう。

(11) 介護時間と夜間の起床回数 (表15)

1日の介護時間が5時間以上になる老人は、T区52名(25.2%)、M市17名(15.6%)存在する。また、介護者が1晩に1回以上起きている老人は、T区35.0%、M市28.4%にのぼる。そのうち、3回以上起きているのは、T区14名(6.8%)、M市11名(10.1%)である。

(12) 社会資源の利用状況 (表16)

利用可能な社会資源のうち、M市では保健センターがよく利用されていた。今回“ねたきり”とされた23名中22名は既に保健センターの保健婦の日頃の活動で継続的に訪問されているケースであった。そのためか、

表13 世帯構成

世帯構成		T区 (%)	M市 (%)
夫婦のみ		29 (14.1)	3 (2.8)
二世帯	(息子)	22 (10.7)	14 (12.8)
	(娘)	43 (20.9)	
	(その他)	9 (4.4)	4 (3.7)
三世帯	(息子)	63 (30.6)	60 (55.0)
	(娘)	21 (10.2)	5 (4.6)
	(その他)	10 (4.9)	1 (.9)
四世帯	(息子)	1 (.5)	14 (12.8)
	(娘)	1 (.5)	1 (.9)
他の血縁者		2 (1.0)	1 (.9)
他人と一緒に		2 (1.0)	
その他		3 (1.5)	1 (.9)

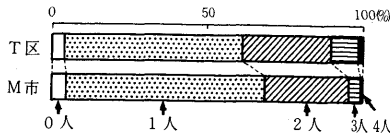


図2 介護者の人数

表14 介護者の続柄

() : のべ合計に対する%

介護者続柄	T区 (%)	M市 (%)
配偶者	53 (17.5)	28 (18.8)
息子	36 (11.9)	18 (12.1)
娘	78 (25.7)	11 (7.4) **
嫁	90 (29.7)	75 (50.3) **
養子	5 (1.7)	3 (2.0)
孫	19 (6.2)	5 (3.4)
孫の嫁	3 (1.0)	5 (3.4)
他の血縁者	6 (2.0)	3 (2.0)
ヘルパー	9 (3.0)	— *
他人	4 (1.3)	1 (.6)
のべ合計	303 (100.0)	149 (100.0)

* : p<0.0
** : p<0.01

それ以外の社会資源も、「日常生活用具の支給」(21.1%)、「ふとん乾燥丸洗い」(16.5%)、「ねたきり老人・痴呆老人短期保護事業」(5.6%)とかなり利用されていた。一方、T区では、「家庭奉仕員の派遣」(3.8%)がM市より多く、利用されている。

(13) 現在、在宅ケアを(可能に)している要因(表17)

最も多いのは、「本人が在宅を希望しているから」、次いで、「当然だから」、「家族の協力があるから」である。「ADLが向上したため在宅ケアが可能になった」人が、両地域共10人ずつおり、ADL向上にむけて努力することの必要性が示された。

一方、「良い施設がない」、「過去にトラブルがあった」等の施設側の理由も挙げられている。

又、大家族の多い都市近郊のM市では、都市のT区よりも「嫁の勤めだから」や「親戚の手前」が多く挙げられている。逆に、T区の方は、「孫娘が仕事を止めて介護」している例もあり、介護力を家族内で供給することの大変さが示された。

(14) 介護上の悩みと問題点(表18)

両地域共、家族の側からは、「家族がふりまわされ、外出できない」、「介護者が高齢、病弱」、「介護者の疲労・健康障害」等の介護体制に関するものと、老人本

表15 夜間の介護状況

夜間	地域	T区 (%)	M市 (%)
起きない		134 (65.0)	78 (71.6)
起 き る	1,2回	58 (28.2)	20 (18.3)
	3-5回	10 (4.9)	7 (6.4)
	6-回	4 (1.9)	4 (3.7)

表16 社会資源利用状況

(** : p<0.01)

社会資源	地域	T区	M市	有意差
老齢福祉年金・敬老年金		124 (60.8)	87 (79.8)	
入浴サービス		29 (14.1)	12 (11.1)	
保健所・保健センター保健婦訪問		24 (11.7)	27 (24.8)	**
日常生活用具支給		9 (4.4)	23 (21.1)	**
家庭奉仕員、家事援助者		8 (3.8)	0	
ふとん乾燥・丸洗い		3 (1.5)	18 (16.5)	**
理髪サービス		3 (1.5)	3 (2.8)	
警報ベル		2 (1.0)	—	
老人福祉電話		1 (0.5)	0	
ねたきり老人家族介護者見舞金		—	19 (17.4)	**
ねたきり老人短期保護事業		0	3 (2.8)	
痴呆老人短期保護事業		0	3 (2.8)	
ねたきり老人家庭水道料減免		—	2 (1.8)	
老人性白内障手術費助成		—	2 (1.8)	
リハビリ教室		0	1 (0.9)	

() : 各々の地域の人数に対する%
— : その施策が無いことを示す

表17 在宅ケアを(可能に)している要因

在宅ケアの理由	T区 (%)	M市 (%)	
本人関係	本人が在宅希望	40 (19.4)	19 (17.4)
	ADL向上した	10 (4.9)	10 (9.2)
	性格柔和・ケア可	4 (1.9)	—
	その他	3 (1.5)	4 (3.7)
家族に関して	当然だから	29 (14.1)	14 (12.8)
	家族の協力有り	13 (6.3)	11 (10.1)
	孫が退職し介護	2 (1.0)	—
	介護者が健康	2 (1.0)	3 (2.8)
	家族の絆が大切	2 (1.0)	4 (3.7)
	嫁の勤めだから	3 (1.5)	6 (5.5)
施設に関して	良い施設がない	8 (3.9)	2 (1.8)
	過去にトラブル	6 (2.9)	1 (.9)
	空きがないから	3 (1.5)	—
	入れたら可哀想	4 (1.9)	3 (2.8)
	経済的に無理	3 (1.5)	6 (5.5)
他	呆けの進行心配	—	1 (.9)
	ヘルパー協力有	1 (.5)	—

人の「呆け症状・異常行動・水の不始末」、呼吸困難等の身体的問題、口うるさく文句が多い・感謝しない等の老人の性格が挙げられている。又、介護内容については、「失禁・失便・導尿等の排泄の世話」、入浴の世話が家族の悩みとして挙げられている。更に、「経済的負担が大きい」、医療機関からの往診がな

い・夜間の対応が悪い」等が家族の悩みとして挙げられている。

一方、調査に携った保健婦の側からは、「家族間の協力体制が無く、介護負担が一人の介護者に偏っていること」が第一位に、次いで、「介護者の疲労・健康障害」、介護者が高齢、病弱が挙げられている。また、「ケアの適切さへの評価（例えば、リハビリが不適切、病気の理解不足、等）」や「家屋構造の危険性」等が指摘され、若干の違いを示している。但し、「医療機関の問題（例えば、往診が無い、夜間の対応が無い）」もやはり指摘されている。

表18 介護上の悩みと問題点

— 家族、保健婦各々の視点 —

介護上の悩みと問題点		家族		保健婦	
		T	M	T	M
老人本人	呆け症状・異常行動・水の不始末	44	8	3	
	身体的問題（呼吸困難・難聴等）	18	3	2	
	口うるさく文句多い、感謝しない	13	5	11	
	被害妄想・金銭トラブル	12	2		
	ひがみっぽい、生きる意欲無し	6	2		
介護体制	家族が振りまわされ外出不可	43	25	2	2
	介護者が高齢、病弱	33	9	20	6
	介護者の疲労、健康障害	28	11	24	8
	夜間の介護者不在	7	4	3	
	家族間協力体制なし負担偏在 介護者不在中の事故が心配	5	4	39	16
家屋	家屋を改造したい（2階で大変）	5		9	
	階段急勾配、転倒・転落危険				6
介護内容	排泄の世話（失禁、失便、導尿）	16	11	4	
	入浴の世話困難、浴室無し	6	6	6	
	過保護になりやすい	3	2	4	
	リハビリ不適切			7	3
福祉	患者・家族の病気の理解不足			2	4
	福祉サービスが使いにくい 社会資源の活用不十分	3	2		
経済	経済：経済的負担が大きい	14	1		
	医療機関：往診無し・夜間対応無し	12	1	6	2

(15) 将来、在宅ケアが困難になると考えられる要因 (表19)

家族、保健婦共通して、第一位に「介護者が病気になる」と「本人の病状の悪化」を挙げている。これに加えて保健婦は、「介護者間の協力体制が破綻した時」、「介護者の精神的緊張が高まった時」を挙げている。

V. 考察

1. 訪問調査対象者について

方法の項で述べた選定基準①～⑤に従って選定した対象者は表1に示すように、T区326人、M市187人であった。このうち第2次調査が実施できたのは、T区206人（63.1%）、M市109人（58.3%）とM市の方が少なかった。その理由として、1次調査を基に選定された対象者のうち、2次調査までに死亡した者がT区は16人（4.9%）であったのに対し、M市は46人（24.6%）と多かった。これには、1次、2次調査の間がT区は5、6カ月であったのに対し、M市は1年かかっていることが大きく影響していると考えられる。表7にみ

表19 将来、在宅ケアが困難になると考えられる要因

項目		家族からみて		保健婦からみて	
		T区	M市	T区	M市
介護体制	介護者が病気になる時	93 (45.1)	37 (33.9)	89 (43.2)	44 (40.4)
	介護者の精神的緊張が高まると			4 (1.9)	6 (5.5)
	介護者間の協力体制が崩れた時			11 (5.3)	12 (11.0)
	仕事と介護の両立が無理の時			1 (0.5)	6 (5.5)
家族	もう一人病人が増えた時	5 (2.4)	2 (1.0)	3 (1.5)	10 (9.2)
	在宅ケアによる孫たちの葛藤が問題化すると			2 (1.0)	
老人	本人の病状の悪化（ねたきり、ADL低下、ぼけ、食事摂取不能）	75 (36.4)	35 (32.1)	71 (34.5)	40 (36.7)
経済	経済的にゆきづまった時			3 (1.5)	1 (0.9)

るように、M市では日常生活を自力でできる人の割合が多いが、これはM市では重症者が亡くなったためとも考えられる。介護負担に関する項目を検討する際、再度対象者を選定し直す方法も考えられるが、今回は、一定基準で選定したことを考慮し、介護上の問題をより幅広く把えるために、訪問調査した対象者全数を用いて集計した。

2. 両地域間で差が大きかった項目について

T区、M市の間で差が著しかった項目は、家屋の状況(表11)、トイレの様式(表12)、世帯構成(表13)、介護者の続柄(表14)である。即ち、都市のT区では、集合住宅が多く、部屋数が少く、浴室の無い家が約1/4あり、老人の部屋も共用が多いことが示された。自宅に浴室が無いと公衆浴場まで移動せねばならず、ADLが低下した時に入浴できない状態となりやすい。

また、T区の商業地帯では、2階にある老人の居室から1階のトイレまで、狭い急な階段を降りていく必要のある家が多い。M市とT区の老人では麻痺や拘縮を有する率は等しいにも拘らず、表9にみるように“骨折”や“その他の事故”がT区に多い。これには家屋のこのような構造も影響していると推察される。都市では、集合住宅に住む人は益々増えると考えられ、家屋の狭さは介護上問題になろう。又、M市にしても、家を建てるのは30代、40代の壮年期で、その際老後のことが考慮されることは少いと言われるが、これからは障害をもっても暮らしていけるような家屋作りが重要となってこよう。

世帯構成では、都市近郊のM市が、息子もしくはその家族との同居が80.6%と大多数を占めるのに対し、T区ではそれが41.8%と少く、その分、娘や娘の家族との同居が31.6%と多くなっていった。これを反映して、主な介護者の続柄も、M市では嫁が50%を占めるのに対し、T区では30%にすぎず、その分を娘が補う形になっている。また、介護者の人数もM市は“1人のみ”がT区よりも多い。T区の要介護老人がヘルパー等の協力を得て複数での介護体制を組んでいるのに対し、大家族のM市では嫁一人の肩に介護負担がかかる傾向にあると言えよう。そのことは、表17の在宅ケアをしている要因として、M市に“嫁の勤めだから”や“親戚の手前”があることからもうかがわれる。この成績は尾谷ら⁷⁾の、農村の方が都市よりも家族内の看護機能が大きいという結果と異なっている。また、昭和48年になされた飯田の結果⁸⁻¹⁰⁾とも若干異っている。その理由として、1つにはM市の産業構成がこの15年間に変化し、専業農家が減ったことが挙げられよう。その産業構成の変化に、社会通念の変化が追いつかず、その分、嫁への負担が大きくなったと考えられる。し

かし、M市では、日常生活用具の支給やふとん乾燥といった対物サービスの社会資源はかなり取り入れられており、今後はこれに加えてヘルパーやボランティアが導入される必要があろう。但し、その場合にも家族は近隣の援助を拒否することもあり、他からの援助を受け入れられるようなコミュニティー作り¹¹⁾が必要であろう。

また、M市、T区共に、介護が圧倒的に女性の肩にかかっている。T区の世帯構成では娘との二世帯世帯が20.9%あるが、これはほとんど独身の娘である。娘は勤めをもちながら老親を介護しているわけで、ヘルパー等を導入しなければやっていけない¹²⁾ギリギリの状態で介護していると言えよう。T区ではM市に比べて社会資源の活用が少ないが、それには広報活動の問題、導入する家族側の問題が考えられる。今後は、導入し得ている人としてない人との差を検討し、介護に必要な条件を検討していきたいと考えている。

VI. 要約

地域特性の異なる2地域—都市と都市近郊—で、心身に異常があり、問題の見られる後期高齢者に家庭訪問で健康状態と介護上の問題を調査した。対象は、郵送法による第1次調査の結果をもとに、両地域共一定の基準で選定した。都市は都心の中央区(T区)、都市近郊は神奈川県南足柄市(M市)である。

その結果、以下の知見を得た。

- 1) 訪問可能者は、T区206人(選定された者の63.1%)、M市109名(同58.3%)であった。
- 2) 現在の状態のうち、“寝たきり”はT区27%、M市21%、“呆け”があるのはT区47%、M市27%とT区に多かった。また、“家族からみて問題となる行動”も有意にT区に多かった。
- 3) 疾病の保有率のうち、特に脳血管疾患はM市に、骨折等の事故はT区に多かった。M市の脳血管疾患の多さにはその地域の生活習慣が影響していると考えられるが、それでも“寝たきり”はT区より少く、機能訓練の成果があると考えられた。一方、T区の事故の多さには、狭い住宅事情が影響していると考えられた。
- 4) 家屋環境は両地域で大きく異なる。M市に比べてT区では、部屋数が狭く、老人の居住は他の家族と共用が多く、浴室の無い家が1/4を占めた。これら家屋の条件は、老人の機能が低下した時に大きな問題になると考えられた。
- 5) 両地域は家族構成も大きく異っていた。都市近郊のM市では“息子ないしはその家族との同居”が80.6%と圧倒的に多いが、都市のT区は52%にすぎず、その分、“娘ないしはその家族との同居”が32%

と多かった。

この家族状況は介護者の続柄にも反映し、M市では嫁が50.3%、娘が7.4%、一方、T区は嫁29.7%、娘24.7%と大きな違いがあった。都市のT区では、ヘルパー等公的介護力を導入して複数による介護体制をとっており、そのようにせねばならない家族の介護力の基盤の薄さが示された。一方、M市では大人数の家族の中で嫁に介護負担が集中し、ヘルパー等の利用は少なかった。

今後は、1人1人の老人に必要な介護体制を検討していく必要があろう。

本研究は、昭和62、63年度文部省科学研究費（課題番号62440084、研究代表者 飯田澄美子）の助成を受けて実施した研究の一部である。

なお、本研究の要旨は、第54回日本民族衛生学会総会で発表した。

引用文献

- 1) Poul Shock, S.W. & Deimling, G.T.: Families caring for elders in residence—Issues in the measurement of burden, *J. of Gerontology*, 39(2), 230-239, 1984.
- 2) Robinson, B.C.: Validation of a caregiver strain index, *J. of Gerontology*, 38(3), 344-348, 1983.
- 3) 山岡和枝：在宅ねたきり老人介護負担評価尺度，日本公衆衛生学雑誌，34（5），215-224，1987.
- 4) 中谷陽明，東條光雅：家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析，社会老年学，No. 29，27-36，1989.
- 5) 冷水豊，本間みさ子：障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因，社会老年学，No. 8，3-18，1978.
- 6) 村嶋幸代他：後期高齢者の健康状態と介護状況—都市と都市近郊の比較—，聖路加看護大学紀要，No.15，28-43，1989.
- 7) 尾谷正孝他：老人の疾病に伴う家族の看護機能の研究—都市と農村の脳血管障害事例を中心として—，社会老年学，No.17，83-96，1983.
- 8) 飯田澄美子他：南足柄市における老人に関する研究（第1報）—65歳以上の老人の生活の実態—，保健婦雑誌，30（3），245-252，1974.
- 9) 同上（第2報）—老人の援助過程に関する研究—，保健婦雑誌，30（5），375-380，1974.
- 10) 同上（第3報）—65歳以上の老人の事例—，保健婦雑誌，30（8），551-562，1974.
- 11) 久常節子：在宅ケアの発展要件を实践事例から考える，保健婦雑誌，42（11），922-930，1986.
- 12) 大原啓志他：在宅病臥老人の介護の実態と需要評価（3）—家庭奉仕員の活動について—，保健婦雑誌，41（2），1985.
- alone—The effect of community context on living arrangements, *J. of Gerontology: Social sciences*, 44(2), s54-62, 1989.
- Noelker, L.S. & Bass, D.M.: Home care for elderly persons — Linkages between formal and informal caregivers, *J. of Gerontology: Social Sciences*, 44(2), s63-70, 1989.
- Osberg, J.S. et al.: Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults, *J. of Gerontology*, 42(2), 228-230, 1987.
- Roberts, C.S. & Feetham, S.L.: Assessing family functioning across three areas of relationships, *Nursing Research*, 31(4), 231-235, 1982.
- 今井裕美他：在宅要介護老人をとりまく介護者・家族関係に関する研究，聖路加看護大学紀要，No.14，54-65，1988.
- 鎌田ケイ子：在宅ねたきり老人の療養過程における諸問題，社会老年学，17，97-107，1983.
- 川村佐和子：家庭看護と女性，公衆衛生，50（2），107-111，1986.
- 木下由美子：家族を単位とした看護の展開，看護，37（14），12-21，1985.
- 大井玄他：寝たきり老人の異常精神症状発現の要因—知力低下と介護者との人間関係—，老年社会科学，6（2），124-138，1984.
- 大國美智子他：老年期痴呆の発症や増悪に関する危険因子についての研究，日公衛誌，33（1），17-27，1986.
- 大國美智子：疾病・障害をもつ老人の家族ケア—公衆衛生学の立場から—，老年社会科学，3，24-35，1981.
- 奥山正司：老年期における家族形態—その推移と実態—，老年社会科学，6（1），15-36，1984.
- 奥山正司：大都市における老人とその子供にみる同別居意向，社会老年学，No.26，32-42，1986.

参考文献

- Krivo, L.J. & Mutchler, J.E.: Elderly persons living

（平成元年11月14日受理）

Health Condition of Home-care for
Persons Aged 75 and Over Who Require Assistance
— Regional Differences between Urban and Suburban Areas —

SACHIYO MURASHIMA et al.

As part of our study of care systems for persons aged 75 and over, we examined by home visits health conditions and care problems of persons aged 75 and over in an urban area of Tokyo (T ward) and a suburban area of Kanagawa prefecture (M city). Both areas are different from each other with regard to health care service systems for the aged, traditional family functions and house structures.

Subjects who had physiological or mental problems were selected by applying specific criteria to those of the first study.

The results were as follows:

1. The number of subjects whom we could study by home visits were 206 in T ward and 109 in M city. The percentage of the “bed-ridden” among them was 27% in T ward and 21% in M city. Those suffering “dementia” accounted for 47% and 27% respectively. Both percentages were higher in T ward than in M city. Similarly, the rate of troublesome behavior of the aged was higher in T ward than that in M city.

2. Among the disease rates of the subjects the rate of cerebral vascular disease was higher in M city than in T ward, but the percentage of “bed-ridden” persons was smaller in M city. This seems to be the outcome of rehabilitation in M city. On the other hand, the rate of accidents like fractures was higher in T ward. It reflected the poor conditions of houses in T ward. For example, houses in T ward had a lot of narrow, steep stairs and limited spaces. The poor housing conditions in T ward are big problems when the aged become infirm.

3. The composition of family members was different in the two areas and this was reflected in the care-givers. They were different in the two areas : 50.3% were daughters-in-law and 7.4% were daughters in M city, but the figures were 29.7% and 25.7% respectively in T ward. In T ward care by family members was so weak that public care-givers like housekeepers were used and care systems by more than two care-givers were common. On the other hand, the care load was concentrated on daughters-in-law in M city.

In conclusion, the care system should match the conditions in the area in which it is instituted through the efforts of the community.

Key Words

persons aged 75 and over
home-care
problems of care giving
care givers
regional differences