

St. Luke's International University Repository

「 都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析 」 第2報 在宅寝たきり・痴呆高齢者の介護状況と

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): Urban elderly, home care, use of social services, family maslach burnout inventory, caregiving status 作成者: 野地, 有子, 飯田, 澄美子, 佐藤, 玲子, 村嶋, 幸代, 近藤, 優子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/301

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



『都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析』

第2報 在宅ねたきり・痴呆高齢者の介護状況と社会資源の活用について

野 地 有 子¹⁾, 飯 田 澄美子²⁾, 佐 藤 玲 子³⁾
村 嶋 幸 代⁴⁾, 近 藤 優 子⁵⁾

要 旨

都市在住の在宅寝たきり・痴呆後期高齢者の介護状況と社会資源の活用について、家庭訪問による面接ききり調査を実施した。前報の中央区在住の75歳以上後期高齢者に対する1次調査結果の回答者の中から、在宅ねたきり・痴呆高齢者をスクリーニングし、3,409名中197名(5.8%)が選出された。このうち、110名の有効回答を分析し、以下の知見を得た。

1. スクリーニングに基づく痴呆は17名であったが、柄沢式痴呆スケールで実際を観察したところ40名が+2以上であった。また、+1の31名をあわせると7割が意志疎通の低下および困難を示した。失禁問題のある者は59名(56.7%)であったが、失禁の有無別にみた施設入所に関する今後の介護方針には有意差はなかった。
2. 主介護者の平均年齢は61.9±12.7歳と高齢であり、副介護者のいる者は55.5%であった。介護期間の平均は6.3±8.2年であったが、介護期間に関わらず相談先がなく、研修・個別指導を受けていないものが62.7%みられた。家族MBIによる介護感は、「情緒的消耗」が23.3~58.1%、「離人化」は8.6~33.7%、「自己達成感低下」は、12.5~25.7%みられた。今後の介護方針で、「家族のみ」介護の希望が63.5%と最も多く、「社会資源の活用」を希望する者は25.0%と少なかった。
3. 社会資源25項目の知っている割合は52.2%であり、利用の割合は8.5%であった。両者とも直接サービスが多く、療養生活環境の整備に関するものは少なかった。

以上より、効果的な社会資源の活用のためには、ケース把握やアセスメントを含む情報のシステム化、直接サービスだけでなく予防の視点からの療養生活環境の整備および介護者の情緒的消耗をサポートするサービスの開発、さらに、家族によるケアと社会資源の効果的な組合せをすすめるケース・マネージメント機能の必要性が示唆された。

キーワードズ

都市在住後期高齢者 在宅ケア 社会資源の活用 家族MBI 介護状況

1. はじめに

高齢社会がすすむ我が国において、要介護率の高く

なる75歳以上の後期高齢者の介護問題は深刻な問題となってきた。特に、都市における問題では、家族の介護力の基盤が薄いことがあげられ¹⁾²⁾、ヘルパー等公的介護力が必要とされている³⁾。一方、社会資源の状況を見ると、量的な不足に加えて、療養者や家族の自律を支える機能としての質的な問題もあげられている⁴⁾。ソーシャル・サポートは、虚弱高齢者の免疫力や死亡率⁵⁾、健康感⁶⁾に影響を及ぼすだけでなく、介護負担のある介護者の免疫力にも影響していることが

- 1) 聖路加看護大学助教授(公衆衛生看護学部門)
- 2) 聖路加看護大学教授(公衆衛生看護学部門)
- 3) 聖路加看護大学助手(公衆衛生看護学部門)
- 4) 東京大学助教授(医学部健康科学・看護学科地域看護学教室)
- 5) 東京大学大学院修士課程(国際保健学)

明らかになってきており⁷⁾、要介護高齢者および介護者の健康管理の視点からも、社会資源の活用必要性が示されている。

そこで、都市在住の在宅寝たきり・痴呆後期高齢者の介護状況と社会資源の活用状況を明らかにし、在宅ケアを支えるサービスについて検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 対象

前報⁸⁾の中央区在住の75歳以上後期高齢者に対する1次調査結果の回答者の中から、在宅ねたきり・痴呆高齢者をスクリーニングした。1次調査からのスクリーニングの基準は、以下の通りであり、1)または2)のいずれかに該当した者を本調査(2次調査)の対象として選出した。1)寝たきり高齢者：6段階で聞いた健康状態のうち、5段階以上、すなわち、「トイレや食事にだけは起きるが、寝ていることがほとんどである」、「寝たきりである」のいずれかに該当する者、2)痴呆高齢者：精神状態に関する質問のうち、「外出して迷子になる」と「食事をしたことを忘れる」のいずれにも該当する者である。

2. 方法

平成5年11月～平成6年2月に、家庭訪問による面接ききとり調査を実施した。調査者は、保健所保健婦および保健婦の資格を持つ研究者で行い、事前に説明会をもち、評定者間の信頼性を図った。訪問は、事前に本人および家族に十分な説明を行い、承諾を得た上で実施した。質問は、家族および介護者の状況、介護状況、中央区居住期間、本人の心身の状況、生活環境、社会資源の活用等に関する質問紙を用いて行った。主介護者の介護感⁹⁾は、家族介護MBI⁹⁾(Maslach Burnout Inventory)を用いて測定した。家族介護MBIは、「情緒的消耗(EE)」8項目、「離人化(DP)」4項

目、「自己達成感低下(PA)」4項目の合計16項目から構成され、回答形式は「その通りだと思う」～「まったくそう思わない」までの4段階である。

統計的検定は、 χ^2 -testを用い、有意水準を $P < 0.05$ とした。

III. 地区概況

中央区の地区概況は、前報⁸⁾に記述した通りである。特に、平成6年2月には「中央区地域福祉計画—ふれあい・ともにあゆむ・福祉のまちづくりを目指して—」と「中央区保健医療計画—いきいき健康づくり—」が同時策定されている。これら行政計画とともに住民の主眼的活動に関する計画が重要となり、中央区社会福祉協議会において地域福祉活動計画(住民活動計画)が策定中であり、ボランティア活動が活発化してきている。

IV. 結果

1. スクリーニングの結果および訪問調査対象者

2次調査の対象となる寝たきりまたは痴呆高齢者を、先に示した基準でスクリーニングした結果、3,409名中197名(5.8%)が選出された。このうち、訪問調査が実施できた者は110名であった。この110名の有効回答を2次調査の分析対象とした。110名中、スクリーニングに基づく寝たきりは93名(84.5%)、痴呆は14名(12.7%)、寝たきりおよび痴呆は3名(2.7%)であった。

2. 対象者の属性

性別年齢別分布は表1に示す通りである。平均年齢は、84.7±5.6歳であり、最高年齢は96歳であった。男性の平均年齢は82.1±5.1歳、女性の平均年齢は85.8±5.5歳であった。年齢別では85～89歳が最も多く35名(31.8%)であった。この年齢分布には男女間で有意差があり、女性に年齢の高い者が多かった。家族類型は表2に示すように、二世帯世帯が44名(40.4%)と最

表1 性別年齢別分布

P<0.01 人(%)

性別 \ 年齢	75～79	80～84	85～89	90～	合計
男性	14(42.4)	8(24.2)	8(24.2)	3(9.1)	33(100.0)
女性	12(15.6)	16(20.8)	27(35.1)	22(28.6)	77(100.0)
合計	26(23.6)	24(21.8)	35(31.8)	25(22.7)	110(100.0)

平均年齢 全体 84.7歳±5.6(最高96歳) 男性 82.1歳±5.1 女性 85.8歳±5.5

表2 家族類型

P<0.01 人(%)

性別 \ 家族類型	一世帯世帯	二世帯世帯	三・四世代	その他	合計
男性	13(39.4)	5(15.2)	12(36.4)	3(9.1)	33(100.0)
女性	6(7.9)	39(51.3)	27(35.1)	4(5.3)	76(100.0)
合計	19(17.4)	44(40.4)	39(35.8)	7(6.4)	109(100.0)

も多かった。男女間で有意差があり、男性に一世帯世帯が多かった。

3. 介護者の特性

主介護者の続柄は表3に示す通り、最も多かったのが、娘39名(35.5%)、次いで嫁29名(26.4%)であった。要介護高齢者の性別で有意差があり、男性を介護する者は妻が最も多かった。主介護者の平均年齢は、61.9±12.7歳であり、要介護高齢者の性別でみると、男性を介護しているの方が70歳代が多く有意に高齢であった。主介護者の健康状態は、良好は63名(57.8%)、問題ありは46名(42.2%)であった。要介護高齢者の性別でみても有意差はなく、先の主介護者の年齢分布の結果と合わせると、主介護者は年齢に関わらず健康に問題を持つ者がいるといえる。主介護者の雇用形態は、最も多いのが、自営業19名(38.8%)であった。常勤は5名(10.2%)、パートは5名(10.2%)であった。

表3 主介護者の続柄 P<0.01 人(%)

続柄	性別	男性	女性	合計
嫁		6(18.2)	23(29.9)	29(26.4)
妻		19(57.6)	0(0.0)	19(17.3)
夫		0(0.0)	10(13.0)	10(9.1)
娘		5(15.2)	34(44.2)	39(35.5)
息子		2(6.1)	5(6.5)	7(6.4)
婿		0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
兄弟姉妹		0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
孫		0(0.0)	2(2.6)	2(1.8)
その他		1(3.0)	3(3.9)	4(3.6)
合計		33(30.0)	77(70.0)	110(100.0)

表5 介護期間 (平均6.3±8.2年) N.S. 人数(%)

介護期間	性別	男性	女性	合計
1~5月		0(0.0)	7(11.1)	7(8.1)
6~11月		2(8.7)	2(3.2)	4(4.7)
1~4年		6(26.1)	24(38.1)	30(34.9)
5~9年		6(26.1)	23(36.5)	29(33.7)
10年~		9(39.1)	7(11.1)	16(18.6)
合計		23(26.7)	63(73.3)	86(100.0)

表7 排尿問題(失禁)

性別	失禁	コントロール可能	通常なし	ときどき	しばしば	失禁状態	合計
男性		14(45.2)	2(6.5)	1(3.2)	4(12.9)	10(32.3)	31(100.0)
女性		31(42.5)	5(6.8)	10(13.7)	7(9.6)	20(27.4)	73(100.0)
合計		45(43.3)	7(6.7)	11(10.6)	11(10.6)	30(28.8)	104(100.0)

通常なし：1/W以下 ときどき：2/Wだが毎日ではない しばしば：毎日失禁傾向だがいくらかコントロールが保たれている

副介護者のいる者は、110名中61名(55.5%)であり、要介護高齢者の性別でみると、男性は48.5%、女性は58.4%であった。副介護者の続柄で最も多かったのは、息子21名(34.4%)であった。副介護者の平均年齢は54.8±14.1歳であり、主介護者より7.1歳若かった。

4. 中央区居住期間、介護期間

対象者の中央区居住期間は表4に示す通り、平均56.3±21.3年であり、男女間に有意差はみられなかった。最頻値は70年以上29名(27.1%)であった。一方、9年以下の者も3名(2.8%)みられた。介護者との同居期間は、平均37.3±21.2年であった。介護期間は表5に示すように、平均6.3±8.2年であり、最も多いのが1~4年の30名(34.9%)、6ヶ月未満は7名(8.1%)であった。

5. 精神身体状況および療養状況

柄沢式スケール¹⁰⁾により痴呆状態をみると、表6

表4 中央区居住期間 (平均56.3±21.3年) N.S. 人数(%)

居住期間	性別	男性	女性	合計
~9年		0(0.0)	3(4.1)	3(2.8)
10年~		3(9.1)	3(4.1)	6(5.6)
20年~		0(0.0)	4(5.4)	4(3.7)
30年~		1(3.0)	2(2.7)	3(2.8)
40年~		5(15.2)	12(16.2)	17(15.9)
50年~		6(18.2)	15(20.3)	21(19.6)
60年~		6(18.2)	18(24.3)	24(22.4)
70年~		12(36.4)	17(23.0)	29(27.1)
合計		33(30.8)	74(69.2)	107(100.0)

表6 痴呆判定(柄沢式) N.S. 人数(%)

痴呆判定	性別	男性	女性	合計
-		1(3.1)	7(9.3)	8(7.5)
±		11(34.4)	14(18.7)	25(23.4)
+1		9(28.1)	25(33.3)	34(31.8)
+2		6(18.8)	12(16.0)	18(16.8)
+3		2(6.3)	13(17.3)	15(14.0)
+4		3(9.4)	4(5.3)	7(6.5)
合計		32(29.9)	75(70.1)	107(100.0)

表8 現在の療養状況

N.S. 人数(%)

性別	療養状況	放置	経過観察	通院	往診	合計
男性		1(3.2)	1(3.2)	21(67.7)	8(25.8)	31(100.0)
女性		4(5.8)	3(4.3)	30(43.5)	32(46.4)	69(100.0)
合計		5(5.0)	4(4.0)	51(51.0)	40(40.0)	100(100.0)

表9 住居タイプ

N.S. 人数(%)

性別	住居	一戸建て	長屋	ビル	マンション	都営住宅	合計
男性		17(51.5)	0(0.0)	8(24.2)	5(15.2)	3(9.1)	33(100.0)
女性		37(48.7)	5(6.6)	17(22.4)	10(13.2)	7(9.2)	76(100.0)
合計		54(49.5)	5(4.6)	25(22.9)	15(13.8)	10(9.2)	109(100.0)

表10 住宅問題の内容(複数回答) 問題あり52名中の割合

住宅問題の内容	人数(%)
外出するときの階段や段差で困っている	28(53.8)
廊下や居室等の段差で困っている	16(30.8)
室内の階段の昇り降りが大変で困っている	17(32.7)
浴室や浴槽への出入りで困っている	11(21.2)
浴室が狭くて困っている	4(7.7)
トレの手すりがあったり、洋式でない等で困っている	5(9.6)
その他	10(19.2)

に示す通り、痴呆が日常生活に問題を起こす+2以上は40名(37.4%)みられた。境界域にはいる+1の「家庭内ではほぼ自立しているが、社会活動の低下がみられる」は、31名(31.8%)であった。

褥瘡のある者は10名(9.2%)、失禁¹⁾は表7に示すように、コントロール可能な者は45名(43.3%)であり、残りの56.7%の者には程度の差はあるものの何等かの失禁問題がある。失禁状態は30名(28.8%)であった。排便の問題ありは58名(52.7%)にみられ、内容をみると、便秘66.7%、失便31.5%であった。問題があるにも関わらず、排便問題に対して対応をしていない者は43.7%みられた。視覚では、問題なしは51名(49.0%)、支障なしは40名(38.5%)であったが、全面介護の2名を含み日常生活に支障のある者は13名(12.5%)みられた。

現在の療養状況は、表8に示すように、通院51名(51.0%)、往診40名(40.0%)であり、放置は5名(5.0%)であった。往診頻度は、定期が29名(69.0%)、不定期が13名(31.0%)であった。入院経験は、82名(78.1%)にみられた。

6. 住居タイプと住宅問題

住居タイプは表9に示すように、一戸建てが54名(49.5%)と最も多く、次いでビルが25名(22.9%)、マ

表11 相談先(複数回答)

相談先あり95名中の割合

相談先	人数(%)
家族	54(56.8)
親戚	24(25.3)
近隣の人	13(13.7)
友人	6(6.3)
家族会	0(0.0)
民生委員	12(12.6)
高齢福祉課や福祉事務所	19(20.0)
保健婦	26(27.4)
ホームヘルパー	3(3.2)
訪問看護婦	20(21.1)
医療機関	37(38.9)
特養ホームや福祉施設	6(6.3)
その他	5(5.2)

表12 研修や個別の指導先(複数回答)

研修や指導あり41名中の割合

研修や個別の指導先	人数(%)
保健所の講習	7(17.1)
社協の講習	4(9.8)
施設の講習	2(4.9)
病院の講習	3(7.3)
市民講座	2(4.9)
病院の個別指導	12(29.3)
保健婦の個別指導	14(34.1)
開業医の個別指導	5(12.2)
家族会からの指導	0(0.0)

ションが15名(13.8%)であった。長屋も5名(4.6%)みられた。住宅問題の有無をみると、あり52名(48.1%)であった。この52名中の住宅問題の内容を複数回答でみると、表10に示すように、「外出するときの階段

表13 介護費用

N.S. 人数(%)

性別 \ 介護費用	十分	家族援助	年金等のみ	困難	合計
男性	14(43.8)	13(40.6)	5(15.6)	0(0.0)	32(100.0)
女性	46(59.7)	16(20.8)	11(14.3)	4(5.2)	77(100.0)
合計	60(55.0)	29(26.6)	16(14.7)	4(3.7)	109(100.0)

表14 今後の介護方針

N.S. 人数(%)

性別 \ 介護方針	家族のみ	社会資源	病院	施設	その他	合計
男性	20(64.5)	7(22.6)	2(6.5)	1(3.2)	1(3.2)	31(100.0)
女性	46(63.0)	19(26.0)	5(6.8)	2(2.7)	1(1.4)	73(100.0)
合計	66(63.5)	26(25.0)	7(6.7)	3(2.9)	2(1.9)	104(100.0)

表15 失禁の有無別今後の介護方針

N.S. 人数(%)

失禁 \ 介護方針	家族のみ	社会資源	病院	施設	その他	合計
失禁あり	30(62.5)	14(29.2)	3(6.3)	0(0.0)	1(2.1)	48(100.0)
失禁なし	34(68.0)	11(22.0)	1(2.0)	3(6.0)	1(2.0)	50(100.0)
合計	64(65.3)	25(25.5)	4(4.1)	3(3.1)	2(2.0)	98(100.0)

失禁あり：ときどき、しばしば、失禁状態 失禁なし：コントロール可能、通常なし

表16 調査者のアセスメントより判別した問題とそれに対する指導

人数(%)

		項目	問題あり	指導あり				
		項目	問題あり	指導あり	項目	問題あり	指導あり	
本人	介護者	身体症状・全身状態	35(31.8)	30(27.3)	介 護 者	家事ができない	3(2.7)	1(0.9)
		ほけ症状・問題行動	23(20.9)	12(10.9)		その他	3(2.7)	1(0.9)
		食事・栄養面の不足	14(12.7)	15(13.6)		介護のための時間不足	2(1.8)	2(1.8)
		リハビリテーション	13(11.8)	20(18.2)		介護意欲がない・不十分	1(0.9)	1(0.9)
	介護者	受診	11(10.0)	10(9.1)	そ の 他	社会資源の不活用	24(21.8)	20(18.2)
		その他	6(5.5)	5(4.5)		住宅改造・住宅問題	19(17.3)	7(6.4)
		独居で昼夜介護者不足	1(0.9)	1(0.9)		他の家族員の健康問題	8(7.2)	5(4.5)
		疲労	39(35.5)	31(28.2)		生活上の不安	6(5.4)	4(3.6)
介護者	介 護 者	介護代替者がいない	29(26.4)	10(9.1)	本人と介護者の人間関係	5(4.5)	4(4.6)	
		自分の時間がもてない	28(23.6)	8(7.3)	親族の介護者への無理解	5(4.5)	1(0.9)	
		持病・症状	18(16.4)	12(10.9)	家族間の人間関係	4(3.6)	4(3.6)	
		介護の知識・技術不足	13(11.8)	15(13.6)	他の家族員の非協力	3(2.7)	1(0.9)	
		仕事に出られない、制限	12(10.9)	3(2.7)	近所とのつきあいがいい	3(2.7)	0(0.0)	
		買い物など外出ができない	11(10.0)	9(8.2)	その他	3(2.7)	1(0.9)	
		精神不安定	9(8.2)	8(7.3)	冷暖房	0(0.0)	0(0.0)	
		ほけの無理解	4(3.6)	5(4.5)				

や段差で困っている」が28名(53.8%)など、室内を含めた段差に関するものが多くみられた。次いで、浴室とトイレに関するものがあげられた。

7. 介護者に対する相談、教育

介護の相談先の有無は、あり95名(88.0%)、なし13名(12.0%)であり、介護期間別にみても有意差はみら

れなかった。相談先ありの95名中の相談先を複数回答でみると、表11に示すように、家族が最も多く54名(56.8%)、次いで医療機関37名(38.9%)、保健婦26名(27.4%)であった。介護者の研修や個別指導の有無をみると、あり41名(37.3%)、なし69名(62.7%)であった。研修や個別指導ありの41名中、研修や個別指導先を複数回答でみると(表12)、多い順に、保健婦の個別指導

表17 家族介護MBIの回答分布(%)

	家族介護MBI 16項目	その通り だと思う	少しそう だと思う	あまりそう 思わない	まったくそ う思わない	不明
EE1	お世話でくたくたになった感じがする	20.0	38.1	31.4	10.5	0.0
EE2	1日のお世話が終わると疲れはてた感じがする	23.1	32.7	30.8	13.5	0.0
EE3	お世話でお年寄りと一緒に過ごすのは気がつかうし骨がおれる	22.1	19.2	27.9	29.8	1.0
EE4	朝起きて、また今日も1日お世話かと思うと疲れを感じる	11.5	25.0	26.0	37.5	0.0
EE5	お世話で燃え尽きてしまった感じがする	10.7	12.6	39.8	33.0	3.9
EE6	お世話していてイライラを感じる	15.4	33.7	30.8	18.3	1.9
EE7	お世話を精を出しすぎている	15.2	25.7	36.2	20.0	2.9
EE8	自分でお世話できる限界まで来た感じがする	12.4	19.0	38.1	29.5	1.0
DP1	お年寄りにかわったことがあっても、あまり気にしない	19.8	13.9	10.9	55.4	0.0
DP2	お年寄りを「もの」であるかのように思ってしまう	4.8	3.8	10.6	79.8	1.0
DP3	お世話を始めてから、他の人にまで冷たくあたっている	6.7	9.5	21.0	60.0	2.9
DP4	お世話することで、自分の感情が鈍くなっている感じがする	10.5	18.1	37.1	30.5	3.8
PA1	お世話をすることで、お年寄りのために役にたっていると思う	66.3	19.2	10.6	2.9	1.0
PA2	お世話にかかわる問題を、自分はいまうまく処理できていると思う	41.0	30.5	18.1	7.6	2.9
PA3	お年寄りかどのように感じているか手にとるようにわかる	50.5	25.2	14.6	3.9	5.8
PA4	お世話することは価値のあることだと思う	62.5	21.2	10.6	1.9	3.8

14名(34.1%)、病院の個別指導12名(29.3%)、保健所の講習7名(17.1%)であった。家族会の研修や指導は全くなかった。

8. 介護費用および今後の介護方針

介護費用は表13のように、十分が60名(55.0%)、家族が援助可能が29名(26.6%)、年金等のみが16名(14.7%)、困難が4名(3.7%)であった。今後の介護方針は表14のように、「自宅で家族などだけで介護にあたる」が最も多く、66名(63.5%)であった。次いで、「家族に加え、訪問看護、ショートステイなどの社会資源を活用する」が26名(25.0%)、「病院に入院」が7名(6.7%)、「特別養護老人ホームや老人保健施設に入所」が3名(2.9%)であった。失禁の有無別に今後の介護方針をみると、表15に示すように、失禁の有無は病院や施設入所希望には影響していないことがわかった。

9. 訪問調査時アセスメント

調査者である保健婦が、訪問調査を通して、本人に関すること、介護者に関すること、その他に関して在宅療養上の問題をアセスメントした。その結果、表16に示すように、本人に関することでは、「身体症状・全身状態」35名(31.8%)、「ほけ症状・問題行動」23名(20.9%)、「食事・栄養面の不足」14名(12.7%)、「リハビリテーション」13名(11.8%)等であった。介護者に関することでは、「疲労」39名(35.5%)、「介護代替者がいない」29名(26.4%)、「自分の時間がもてない」28名(23.6%)等であった。その他に関することでは、「社会資源の不活用」24名(21.8%)、「住宅改造・住宅問題」19名(17.3%)等であった。

10. 介護感

家族MBIの回答分布は表17に示す通りであり、「そ

表18 社会資源(知っている割合と利用割合)

複数解答 人数(%)

社会資源		知っている	利用あり	社会資源	知っている	利用あり
訪問看護	区	72(65.5)	7(6.4)	理髪サービス	63(57.3)	4(3.6)
	病院	69(62.7)	9(8.2)	紙おむつ支給	87(79.1)	40(36.4)
	民間	68(61.8)	4(3.6)	日常生活用具等給付	45(40.9)	22(20.0)
ホームヘルプサービス	虹のサービス	66(60.0)	0(0.0)	付添看護料貸金貸与	34(30.9)	2(1.8)
	区のヘルパー	66(60.0)	3(2.7)	給食サービス	40(36.4)	0(0.0)
	介護券	66(60.0)	6(5.5)	緊急通報システム	32(29.1)	0(0.0)
	自費	63(57.3)	3(2.7)	保健婦	60(54.5)	20(18.2)
	その他	59(53.6)	0(0.0)	民生委員	91(82.7)	23(20.9)
ショートステイ・短期入所	82(74.5)	22(20.0)	身障手帳	55(50.0)	8(7.3)	
デイケア(通所サービス)	53(48.2)	15(13.6)	在宅介護支援センター	30(27.3)	4(3.6)	
機能訓練	57(51.8)	2(1.8)	住宅改善の相談事業	16(14.5)	3(2.7)	
入浴サービス	92(83.6)	32(29.1)	住宅改善のための補助金	11(10.0)	3(2.7)	
布団乾燥・丸洗い	58(52.7)	1(0.9)				

表19 現在の援助介入

N.S. 人数(%)

性別	援助	あり	なし	合計
	男性		16(53.3)	14(46.7)
女性		31(42.5)	42(57.5)	73(100.0)
合計		47(45.6)	56(54.4)	103(100.0)

表20 現在の援助介入の有無別継続援助の必要性人数(%)

人数(%)

性別	家族類型	継続の必要性あり	継続の必要性なし	合計
	援助介入あり		42(91.3)	4(8.7)
援助介入なし		35(67.3)	17(32.7)	52(53.1)
合計		77(78.6)	21(21.4)	98(100.0)

の通りだと思う」と「少しそうだと思う」を合わせると、情緒的消耗の「お世話でくたくたになった感じがする」は58.1%、「1日のお世話が終わると疲れはてた感じがする」は55.8%であった。離人化の「お年寄りに変わったことがあっても、あまり気にしない」は33.7%、「お世話をすることで、自分の感情が鈍くなっている感じがする」は28.6%であった。自己達成感の低下では、「お世話にかかわる問題を、自分はずまく処理できている」と思えない者は25.7%、「お年寄りがどのように感じているか手にとるようにわかる」と思えない者は18.5%であった。

11. 社会資源を知っている割合と利用状況

中央区で利用可能な社会資源について、知っている割合と、利用ありの割合をみた。表18に示すように、知っている割合の平均は52.2%であり、最も高かったのは「入浴サービス」の83.6%、最も低かったのは「住宅改善のための補助金」の10.0%であった。一方、利

用割合の平均は、8.5%であり、最も高かったのは「紙おむつ支給」の36.4%、まったく利用されていないものは「虹のサービス(ホームヘルプサービス)」「給食サービス」「緊急通報サービス」であった。訪問看護を知っている割合は61.8%~65.5%であり、これに対する利用割合は3.6%~8.2%であった。保健婦を知っている割合は54.5%であり、利用割合は18.2%であった。

12. 保健所からのサービスの提供状況

訪問調査対象者に対する調査時点での、保健所からのサービスの提供状況を見ると、表19に示すように、現在の介入がある者は47名(45.6%)であった。訪問面接者(保健婦)による、今後の継続援助の必要性を、現在の援助介入の有無別でみると、表20に示すように、継続援助の必要な者は77名(78.6%)であり、その内、今回の調査で新たに発見されたケースは35名であった。全体に対する新たに発見された割合は、35.7%であった。

IV. 考察

1. 都市在住の在宅ねたきり・痴呆後期高齢者の精神 身体状況および療養状況

中央区在住の後期高齢者全員に行った郵送法による1次調査の中から、要介護高齢者である、在宅ねたきり・痴呆高齢者をスクリーニングしたところ、3,409名中197名(5.8%)が抽出された。今回は、要介護高齢者の介護者に焦点をあてているため、ねたきりだけではなく、介護負担の大きいと考えられる痴呆も対象に含めた。痴呆のスクリーニングは、1次調査の精神状態に関する項目から選出した。実際に訪問面接調査のできた110名を分析したところ、平均年齢は 84.7 ± 5.6 歳であり、男性は一世代世帯が有意に多かった。中央区での居住期間の平均は 56.3 ± 21.3 年であり、9年以下は3名(2.8%)と少なく、中央区では他地区から介護のために呼び寄せられた高齢者は少ないと考えられる。

柄沢式痴呆スケールは、療養生活の観察から判断できる痴呆スケールであり、これによると、全体では痴呆が日常生活に問題を起こす+2以上は40名(37.4%)であった。2次調査スクリーニングでの痴呆の17名より23名多くみられた。さらに境界域の+1を合せると、全体の69.2%には精神状態の問題がみられた。問題行動をとらない者においても、日常のコミュニケーションをとる介護者の負担の大きいことから¹²⁾、介護者や家族が、高齢者の精神状態の変化を理解し、コミュニケーションをはかれるような支援プログラムの必要性が示唆された¹³⁾。

何らかの失禁問題のあるものは59名(56.7%)あり、そのうちの毎日頻りに失禁のある失禁状態は30名(28.8%)であった。在宅療養にとって失禁の有無は、介護する家族にとって施設療養への移行を決断する重要な要因であるとの報告もあるが¹⁴⁾、今回の対象者は、失禁の有無別にみた今後の介護方針に差はなく、失禁状態でも施設に入所希望する者は1例もなかった。介護者への負担がかなり大きいと考えられるが、家族のみで介護を希望する者が多いため、本人や家族の希望や方針に沿いながらサポートしていくことも必要であることが示唆された。

排便問題は介護上の視点だけでなく、療養者の健康管理上重要なポイントであるが、問題があるにも関わらず放置して対応していない者が43.7%みられた。本人や家族への健康教育も含めて、日常生活を整える看護ケアが活かされるための、アセスメント項目を検討する必要性が示唆された。米国において、高齢者の施設ケアの質を向上するために開発された、MDS(Minimum Data Set)とRAPs(Resident Assessment Protocols)がわが国に導入されはじめているが¹¹⁾、

今後アセスメントをケアに活かすこのような方法が、在宅ケアへ応用されることが必要と考える。

2. 都市在住の在宅ねたきり・痴呆後期高齢者の介護 者および介護状況

主介護者の平均年齢は 61.9 ± 12.7 歳と高齢であり、特に男性を介護している者には70歳代の妻が有意に多かった。身体ケアなどの介護はかなり負担になっていることが考えられる。また、健康状態は問題ありが42.2%みられ、年齢別にみても有意差はなく、主介護者は年齢にかかわらず健康問題をかかえていることが示唆された。このような状況の主介護者を支える副介護者についてみると、まず、副介護者のいる療養者は55.5%であり、療養者の性別でみると、副介護者のいる男性療養者は48.5%、女性療養者は58.4%であり、男性の方が少なかった。男性を介護している者には70歳代の妻が多かったことを考え合わせると、このグループへのサポートの必要性が示唆された。

つぎに介護状況を見ると、主介護者の同居期間は平均 37.3 ± 21.2 年、介護期間は平均 6.3 ± 8.2 年であった。本調査対象者はすでに数年間の介護を行っている者が多かった。一方、介護期間の短い6ヶ月未満7名(8.1%)、6ヶ月～1年未満4名(4.7%)をあわせ約13%は、特に在宅療養に関するアセスメントおよびサポートが必要なグループといえる。介護の相談先はありが95名(88.8%)であったが、相談先のない者も13名(12.0%)みられた。介護期間別にみても有意差はなかったことより、長期間介護していても相談先のない者のいることが示唆された。研修や個別指導を受けたことのある介護者は、41名(37.3%)と少なかった。これも介護期間別に有意差はみられず、介護期間に関わらず研修や個別指導が必要であることが示唆された。

主介護者の介護感を家族MBIでみると、「自己達成感低下」は少なく、今後の介護方針でも自宅で介護を継続希望が最も多かったことより、介護することに価値をおいている者が多い傾向である。しかし、「情緒的消耗」は半数以上の介護者にみられ、介護者の情緒面へのサポートに必要性が示唆された¹⁵⁾。また、「お年寄りのものであるかのように思ってしまう」などの「離人化」も8.6%～33.7%みられており、近年問題となってきた高齢者虐待¹⁶⁾への予防的アプローチの必要性も示唆された。中央区には家族会などの介護者の自主グループ活動はまだないが、情報交換や情緒面のサポートなど介護に関する幅広い学習の機会となるので育成が望まれる。またこのような自主グループの活動は、地域での在宅ケアへの理解を深めることにも有効に機能すると考えられる¹⁷⁾。

先にみたとおり本調査結果では、今後の介護方針で

は「家族のみ」63.5%が多く、「社会資源の導入」は25.0%と少なかった。1991年の東京都の調査結果¹⁹⁾では、「家族のみ」は49.1%、「社会資源の導入」は41.1%、「施設へあづける」は9.8%であった。本調査結果は東京都の平均に比べて、社会資源の導入希望が少なかった。家族による介護と社会資源は競合せず、両者のネットワークの大切さが報告されており¹⁹⁾、スウェーデンでは、家族による介護を引き出すために社会資源が活用されている²⁰⁾ことを考え合わせると、家族によるケアと社会資源の効果的な組合せをすすめるケース・マネジメント機能の必要性があると考えられる。ケース・マネジメント導入の効果には、必要なサービスにむすびつけられるや、問題をあげて医師などの専門家と話しあえるなどが²¹⁾報告されている。個別的な対人保健サービスを調整するケア・コーディネーション機能には3つ挙げられており²²⁾、1) 援助プロセス(インテーク・アセスメント、目標の設定、ケア計画、実施、評価)、2) 社会資源の知識とその対象に応じた使い方、3) この2つをつなぐ技法(カウンセリング技法などの対人援助の技法と、チームアプローチ技法などの連携調整の技法)があり、厚生省により平成5年度より主に保健婦を対象に研修が始められており、社会資源とその活用が注目されている。

3. 社会資源の活用

中央区で利用可能な社会資源25項目の、「知っている」割合の平均は52.2%であった。訪問看護、ホームヘルプサービス、入浴サービス、紙おむつ支給などの直接ケアに関係する対人サービスはいずれも50%以上であったが、日常生活用具給付、給食サービス、緊急通報システム、住宅改善の相談事業などの療養生活環境の整備に関するサービスは比較的lowであった。一方、実際の利用状況をみると、25項目の平均利用割合は8.5%と低かった。住宅問題ありは48.1%で、段差や浴室、トイレに関するものが多かったが、実際に社会資源を導入して解決しているケースは2.7%と少ないことが示された。利用できる社会資源の開発や、使いやすさなどの提供方法の工夫が今後も必要であるが、特に、身体問題に焦点をあてた直接サービスだけでなく、予防の視点からの療養生活環境の整備に関する社会資源の提供と活用促進が必要といえる。

保健所からのサービスの提供状況を、本調査対象者に対する保健所からの継続援助の割合でみると45.6%であった。これは、介護期間別でみても有意差はなかったが、介護期間6ヶ月未満の7ケースでは、保健所からのサービスの提供が実施されていたのは2ケースのみであった。特に、新たに介護が始まる時期は、情

報や支援の必要性が高いと考えられるので、全てのケースが保健所からの援助を必要としているとは限らないが、新たに在宅ケアがはじまるグループへの積極的な情報提供は必要と考えられる。

また、訪問調査時のアセスメントに基づく今後の継続援助の必要性は77名(78.6%)であり、その内新たに発見されたケースは35名で、全体に対する割合は35.7%であったことを考え合わせると、初期のケースを中心としたケース把握方法をシステム化することの必要性が示唆された。地域における要介護高齢者の発見と社会資源導入には、専門職よりトレーニングを受けた地域のキーパーソン(ゲートキーパー)が有効であるとの報告もあり²³⁾、地域での人材の開発も有効な方法の1つと考えられる。

米国の保健医療改革を進めている小児科医のブラゼルトン博士は、「タッチ・ポイント」²⁴⁾という著書の中で、子どもの養育にあたる両親、特に新しく親になる人々が孤立していることを指摘している。そして親が子どもを理解することを学んだり、新しい事態に適應できるような継続的サポートの必要性、すなわち保健医療専門家との定期的なタッチ・ポイントを持つことの必要性を述べている。これは、わが国の高齢者在宅ケアにおいても適應できる考え方といえる。そこで、ケース把握のシステムに加えて、在宅介護の始まる初期の段階およびその後定期的に、情報提供を含み相談にのれるシステムの必要性が示唆された。

V. 結論

都市在住の在宅寝たきり・痴呆後期高齢者介護状況と社会資源の活用について、中央区における悉皆調査にもとづくスクリーニングより110名の訪問面接調査を行った結果、以下の知見を得た。

1. スクリーニングに基づく痴呆は17名であったが、柄沢式痴呆スケールで実際に観察したところ40名が+2以上であった。また、+1の31名をあわせると7割が意志疎通の低下および困難を示した。
2. 失禁問題のある者は59名(56.7%)であったが、失禁の有無別にみた施設入所に関する今後の介護方針には有意差はなかった。
3. 主介護者の平均年齢は61.9±12.7歳と高齢であり、副介護者のいる者は55.5%であった。介護期間の平均は6.3±8.2年であったが、介護期間に関わらず相談先がなく、研修・個別指導を受けていないものが62.7%みられた。
4. 家族MBIによる介護感は、「情緒的消耗」が23.3~58.1%、「離人化」は8.6~33.7%、「自己達成感低下」は、12.5~25.7%みられた。

5. 今後の介護方針で、「家族のみ」介護の希望が63.5%と最も多く、「社会資源の活用」を希望する者は25.0%と少なかった。
 6. 社会資源25項目の知っている割合は52.2%であり、利用の割合は8.5%であった。両者とも直接サービスが多く、療養生活環境の整備に関するものは少なかった。
 7. 継続援助の必要な新たなケースの割合は35.7%であった。
- 以上より、効果的な社会資源の活用のためには、ケー

ス把握やアセスメントを含む情報のシステム化、直接サービスだけでなく予防の視点からの療養生活環境の整備および介護者の情緒的消耗をサポートするサービスの開発、さらに、家族によるケアと社会資源の効果的な組合せをすすめるケース・マネジメント機能の必要性が示唆された。

本研究は、平成2年度および3年度文部省科学研究費(課題番号04404083, 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。

<参考文献>

- 1) 村嶋幸代, 飯田澄美子他: 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, 15, 28-43, 1989.
- 2) 野地有子他: 家族介護力の低下が在宅療養者の介護に及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, 39(10), 768, 1992.
- 3) 村嶋幸代, 飯田澄美子他: 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—, 聖路加看護大学紀要, 16, 60-69, 1990.
- 4) 村嶋幸代, 野地有子, 中央区社会福祉協議会: 中央区の福祉の問題点, 中央区社会福祉協議会地域福祉活動計画策定委員会報告, 1-36, 1994.
- 5) Blazer, D.: Social support and mortality in an elderly community population, *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694, 1982.
- 6) Cohen, C. I., et al.: Social networks, stress, and physical health: A longitudinal study of an inner-city elderly population, *Journal of Gerontology*, 40, 478-486, 1985.
- 7) Kennedy, S. et al.: Social Support, Stress, and the Immune System, In Ed. Sarason, B. et al, *Social Support: An Interactional View*, 253-266, A Wiley-Interscience Publication, 1990.
- 8) 佐藤玲子, 飯田澄美子, 野地有子他: 都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析—第1報1987年と1993年の比較から—, 聖路加看護大学紀要, 21, 1-13, 1995.
- 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—, *社会老年学*, 36, 15-26, 1992.
- 10) 柄澤昭秀: 老人のほけの臨床, 4-5, 93-94, 医学書院, 1981.
- 11) 厚生省老人保健福祉局監修: 高齢者ケアプラン策定指針, 厚生科学研究所, 1994.
- 12) 杉本啓子: 失語・失行・失認, リハビリテーションと介護, からだの科学増刊 146-151, 1994.
- 13) 菊安誠: 高齢者の難聴とその問題点, *保健の科学*, 36(2), 131-134, 1994.
- 14) Ouslander, G. J., et al.: Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients, *The American Geriatrics Society*, 38(4), 440-445, 1990.
- 15) Thompson, JR., et al.: Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders, *Journal of Gerontology*, 48(5), s245-254, 1993.
- 16) 田中荘司: 高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究—わが国における高齢者虐待の基礎研究, 高齢者処遇研究会, 1994.
- 17) Magilvy, K. J., et al.: Circles of care—Home care and community support for rural older adults, *Advances in Nursing Science*, 16(3), 22-33, 1994.
- 18) 七田恵子, 野地有子他: 在宅ケア対象者における家族の介護継続意向とその要因分析, *日本公衆衛生雑誌*, 39(10), 767, 1992.
- 19) Logan, R. J., Spitze, G.: Informal support and the use of formal services by older americans, *Journal of Gerontology*, 49(1), s25-34, 1994.
- 20) 外山義: クリップパンの老人たち, ドメス出版, 1990.
- 21) Rogers, J., et al.: Participant evaluation and cost of a community-based health promotion program for elders, *Public health reports*, 107(4), 417-426, 1992.
- 22) 高崎絹子: ケア・コーデイネーションの概念と地域保健活動, *保健婦雑誌*, 50(10), 763-777, 1994.
- 23) Emler, A. C., et al.: Integrating the community into geriatric case management—Public health interventions, *The gerontologist*, 31(4), 556-560, 1991.
- 24) Brazelton, T. B.: *Touchpoints*, Addison Wesley Publishing Company, 1992.

A Study on Health and Caregiving Status of the Elderly over Age 75 Living in Urban Tokyo

—Social Services and Caregiving for the Bedridden and Senile Elderly—

Ariko Noji, Sumiko Iida, Reiko Sato,
Sachiyo Murashima, Yuko Kondo

Interviews during home visits were used to assess social services and caregiving status for the bedridden and senile elderly living at home in urban Tokyo. In Chuo ward 197 bedridden and senile elderly were identified from 3,409 mailed surveys (response rate 5.8%). This study analyses data from 110 subjects who were followed up with interviews during home visits.

As indicated by the Karasawa senile scale, 70% of the respondents have communication problems with the elderly person in their care. Incontinence problems are reported in 56.7% of the frail elderly. There is no significant association between incontinence problems and decisions by caregivers to institutionalize the elderly. The mean age of the main caregiver is 61.9 ± 12.7 years. There are 55.5% of the families with secondary caregivers. The mean period of care is 6.3 ± 8.2 years. Even the families who take care of their elderly relative for longer periods of time have no one to consult about caregiving. Caregiver strain was measured by the Family Maslach Burnout Inventory. The subscale, emotional exhaustion, occurs most frequently. Only 25.0% of caregivers indicate willingness to accept social services, on the other hand 63.5% of the caregivers desire family care.

The questionnaire listed twenty five resources currently available for families in this ward for social services. Only 52.2% know about resources for social services. Only 8.5% of the respondents use social services. Respondents know about and use social services for direct care of their elderly relative more than they use support for adapting the home environment for the care of the elderly.

These findings suggest the following. (1) In order to promote effective use of social services a systematic case finding and assessment plan is needed. (2) Development of services from the viewpoint of prevention and emotional support are needed. (3) Case management is needed to achieve a mix of both the family care and social services.

KEY WORDS:

Urban elderly Home Care Use of social services
Family Maslach Burnout Inventory Caregiving status