論文（『社会分析』30号，2003年，145-162頁）

痴呆性高齢者の在宅介護支援の現状

矢島 雅子

はじめに

超高齢社会を迎えるわが国では、痴呆性高齢者の介護問題は、重要な課題の 1 つであり、特に介護にあたる家族の負担は深刻である。痴呆性高齢者の実態については、全国レベルの調査は行われておらず、一部の地方自治体が実施した調査に基づき推計されているのが現状である。平成 12 年度の痴呆性高齢者の数は、約 160 万人程度と見込まれており、10 年後の平成 22 年には約 230 万人に達するものと予測されている。[1)]

介護を国民皆で支え合うという介護保険制度が実施されて 2 年半が過ぎた。保険料さえ払っていれば安心と思っていた人たちも介護保険の要介護認定の判定結果を見て、あるいはその要介護度で受けられるサービス内容を知り、不安をもつようになった。特に痴呆性高齢者とその家族の不安や当惑は非常に大きいといえる。痴呆性の実態に合わない要介護認定が行われたり、施設の絶対数の不足、グループホームの整備の遅れが指摘されている。つまり痴呆性高齢者も介護者も安心して普通の生活を送ることができる環境が十分に整っているとはいえないのである。

在宅介護を行っている家族が様々な苦労や問題点を抱えていることは、多くの調査によって明らかになっている。杉山（1995）によると、家族が抱える諸問題は、①介護そのものに要する身体的・精神的負担、②痴呆症状の理解不足や福祉制度などの知識の欠如などによる身体的・精神的負担、③周囲の理解不足・支持不足からくる孤立感、④当たり前の社会生活（旅行や買物、地域サークル活動な

ど）を送ることが出来ない問題、⑤突然の変化に対応できるかという不安、⑥部屋の広さなどの物理的条件、⑦自己負担の問題としての経済的条件である。[2)]

さらに、介護者家族の切実な声については、呆け老人を抱える家族の会が編集している『介護者家族の介護体験・意見（1999年～2002年）』からも伺える。[3)] 介護者は身体的、精神的負担をはじめ様々な介護負担を抱えながらも、何とか共倒れしないように、また負担を少しでも軽減するために社会福祉サービスを利用したり、医療機関から援助を受けている。さらに周りの家族や親族、地域の理解や支援を得られるよう求めている。しかしながら、医療に関する問題、医師・専門家による理解不足、施設・在宅福祉サービスの問題により専門家による支援が十分なされていない状況にある。家族や親族、地域からの介護者への支え、理解が乏しい中で、家族会を唯一の心の支えに介護を頑張っているケースが多数ある状況である。

本稿では、『要援護高齢者の在宅介護支援に関する実態調査』（平成13年11月～1月）の調査結果を基に、介護保険制度導入後、痴呆性高齢者を介護する家族の負担が軽減されているのかについて考察する。また、在宅福祉サービスの1つである訪問介護の現状を通して、地域社会の中でどのようにして痴呆性高齢者と家族を支えていくべきなのかを検討する。

1．調査の目的

本調査は、久留米大学文学部介護保険研究会が平成13年11月から平成14年1月15日にかけて実施した調査の一つである。在宅要援護高齢者の自立支援システムに関する実証的研究の一環として、介護保険の施行から1年半が経過した時点における在宅要援護高齢者と介護者家族の介護ニーズを、彼らの最も身近にいるホームヘルパーの目を通じて明らかにするとともに、痴呆性や鬱状態など、実際には手間のかかる要介護者とその他の要介護者の介護ニーズの違いを明らかにすることによって、どのような介護保険の見直しが必要になるのかを検討する調査である。

2．調査方法

調査対象者は久留米市、その他（八女市、筑後市）の在宅介護支援センター（8箇所）から介護サービスを受けている介護保険の利用者である。8 箇所の在宅介護支援センターを通じてホームヘルパーに調査票記入を依頼し、ホームヘルパーが解らない箇所についてはケアマネジャーの協力を得るという留め置き法による質問紙調査を実施した。調査期間は平成 13 年 11 月 1 日から平成 14 年 1 月 15 日である。調査票の配布数と回収数は表 1 に示した。調査票の配布部数は 508 票であり、回収部数は 433 票（回収率 83.7%）である。

表 1　調査票の配布数と回収数（率）

在宅支援センター名		配布数	回収数	不能数	合計
GC		105	105	3	102
IS		70	64	—	64
K園		40	37	2	35
S園		40	25	1	24
KLC		100	62	1	61
T園		70	69	1	68
M		50	50	—	50
T		36	29	—	29
合計		508	433	8	425

質問紙の内容は、利用者に関する項目、家族に関する項目、ホームヘルパーに関する項目の 3 部構成である。

利用者に関する項目としては、利用者の性別、年齢、介護判定、家族形態、介護者の続柄、病気の有無、病名、緊急援助者、受診状況、施設入所経験、在宅サービス利用状況、身障手帳の有無、ADL（日常生活動作）、社会生活状況、痴呆の有無、の 15 項目である。ADL（日常生活動作）と社会生活状況については、15 項目（「起き上がり」「室内移動」「歩行」「食事」「排泄」「入浴」「着替え」「お金の管理」「安全の管理」「会話の程度」「意思伝達」「認知能力」「最近の出来事、場所、人の名前の理解」「視覚の程度」「聴力の程度」）おのおのを「すべて自立」、「一部介助」、「全面介助」の 3 つの選択肢を設定した。

家族に関する項目としては、介護者の性別、年齢、職業、介護期間、利用者以

外の要介護者の有無、今後の暮らし方、介護者の困り事と介護者への支援の有無、の７項目である。　介護者の困り事と介護者への支援の有無については、13の質問項目（「身体的不調がある」「精神的不調がある」「就労制限がある」「家事の制約がある」「外出制限がある」「時間の拘束がある」「経済的負担がある」「共倒れの心配がある」「家族の協力がない」「親族との付き合いがない」「隣近所との付き合いがない」「家族とヘルパーが連絡がとれない」「家族介護は難しい」)おのおのを「全くその通り」、「まあその通り」、「少し違う」、「全く違う」の４つの選択肢を用意してホームヘルパーにたずねた。

ホームヘルパーに関する項目としては、ホームヘルパーの性別、年齢、勤労年数、利用者に対する満足感、利用者に対する疲労感、の５項目である。利用者に対する満足感については、７の質問項目（「利用者に好かれている」「利用者と話をするのが楽しい」「利用者のことをよく知っている」「利用者から信頼されている」「利用者にゆとりをもって接している」「利用者の家族とよく話をする」「利用者の家にまた介護に来たい」）　おのおのを「全くその通り」、「まあその通り」、「少し違う」、「全く違う」の４つの選択肢を用意してホームヘルパーにたずねた。利用者に対する疲労感についても、７の質問項目　（「利用者宅の訪問に気をつかう」「利用者がサービスに不満を言う」「サービスに時間が足りない」「利用者との接し方が分からない」「家族との話に気をつかう」「家族は勝手だと思う」「サービスを終えて何事もなくほっとする」）おのおのを「全く違う」、「少し違う」、「まあその通り」、「全くその通り」の４つの選択肢を用意してホームヘルパーにたずねた。

分析手法は、利用者に関する項目、家族に関する項目、ホームヘルパーに関する項目それぞれの単純集計を行い、また、痴呆の有無と家族の困り事、ホームヘルパーの満足感・疲労感との関係についてはクロス集計に基づき分析を行った。

３．調査結果

（１）単純集計結果

① 利用者に関する項目

介護保険施行後の利用者の属性は表２に示した。利用者の性別は、７割（72.0%）が女性、３割（28.0%）が男性で、女性の割合が高くなっている。

表２　利用者の属性

	カテゴリー	度数	%
性別	男性	119	28.0%
	女性	306	72.0
年齢	65歳未満	14	3.3
	65～74歳	94	22.2
	75～84歳	198	46.7
	85歳以上	119	27.9
介護判定	要支援	106	25.2
	要介護1	166	39.4
	要介護2	71	16.9
	要介護3	37	8.8
	要介護4	17	4.0
	要介護5	24	5.7
家族形態	一人暮らし	181	42.3
	夫婦のみ	95	22.2
	夫婦と未婚の子との同居	26	6.1
	片親と未婚の子との同居	29	6.8
	三世代	55	12.9
病気の有無	ある	381	92.4
	ない	15	3.6
緊急援助者の有無	いる	330	78.0
	いない	96	22.0
受診状況	通院	322	76.1
	往診	64	15.1
	受診なし	37	8.7
在宅サービス利用	訪問介護	377	87.1
	通所介護	104	24.2
	福祉用具貸与・購入	81	18.7
	通所リハビリ	52	12.0
	訪問看護	50	11.5
	住宅改修	48	11.1
身障手帳の有無	持っている	100	25.3
	持っていない	295	74.7
ADL	自立	273	64.2
	一部介助	118	27.7
	全面介助	34	8.0
社会生活状況	自立	307	72.4
	一部介助	77	18.1
	全面介助	40	9.4
痴呆症状	痴呆なし	298	70.4
	軽度痴呆	78	18.4
	中程度痴呆	30	7.1
	重度痴呆	17	4.0

利用者の年齢は、65歳から74歳までの後期高齢者が25.5%で約3割を占めるのに対し、75歳以上の後期高齢者は74.6%で約7割を占め、後期高齢者の割合が高くなっている。

介護判定は、「要介護1」が39.4%で最も高く、次いで「要支援」が25.2%、「要介護2」が16.9%、「要介護3」が8.8%などとなっており、「要支援」と「要介護1」の介護判定が6割（64.6%）を占めている。

家族形態は、「一人暮らし」が42.3%で最も高く、次いで「夫婦のみ」の22.2%、「三世代」の12.9%などとなっている。「一人暮らし」と「夫婦のみ」を合わせた別居世帯の割合が全体の6割（64.5%）を占め、高くなっている。

介護者の続柄は、「娘」が25.4%と最も高く、次いで「ヘルパー」が21.6%、「息子の嫁」が12.3%、「夫」が10.8%、「妻」が9.5%の順となっている。

病気の有無および病名については、「病気がある」と回答した人は、92.4%と高い比率を示している。該当する病名については、「骨折・整形外科」が37.7%と最も高く、次いで「高血圧」28.2%、「脳血管疾患」21.4%、「心臓病」18.5%、「眼の病気」17.3%が上位5位となっている。

緊急援助者の有無については、「いる」と回答した人が78.0%で7割を超えている。受診状況および施設入所経験については、「主に通院」が76.1%で7割を超えており、「主に往診」が15.1%、「受診していない」が8.7%となっており、未受診は低い割合である。

在宅サービス利用状況については、「訪問介護」と回答した人が87.1%と最も高く、次いで「通所介護を利用」24.2%、「福祉用具の貸与・購入」18.7%が上位3位となっている。身障手帳の有無は、「持っている」と回答した人が25.3%であるのに対し、「持っていない」と回答した人が74.7%となっており、身障手帳を持っていない人の割合が高くなっている。

ADL（日常生活動作）・社会生活状況については、介助を必要とする割合（一部介助と全面介助の合計）は、「入浴」で53.6%、「歩行」で45.5%、「着替え」で40.6%と高くなっている。このうち、全面介助の割合は、「入浴」14.0%、「歩行」8.7%、「着替え」8.3%を示している。表2には、ADL（日常生活動作）7項目（「起き上がり」「室内移動」「歩行」「食事」「排泄」「入浴」「着替え」）の合計値と社会生活状況8項目「お金の管理」「安全の管理」「会話の程度」「意思伝達」

「認知能力」「最近の出来事、場所、人の名前の理解」「視覚の程度」「聴力の程度」）の合計値をそれぞれ記した。「ADL総合」は、「すべて自立」が64.2%と最も高く、次いで「一部援助」が27.7%、「全面自立」は8.0%となっている。「社会生活総合」は、「すべて自立」が72.4%と最も高く、次いで「一部援助」が18.1%、「全面自立」は9.4%となっている。

痴呆の有無は、「痴呆なし」と回答した人が7割（70.4%）を占めている。「軽度の痴呆」18.4%、「中程度の痴呆」7.1%、「重度の痴呆」4.0%を合わせて全体の約3割（29.5%）が「痴呆あり」と回答しており、「痴呆なし」の割合の方が高くなっている。

② 家族に関する項目

介護者家族の属性は表3に示した。主介護者の性別は、男性（33.8%）より女性（66.2%）の割合が高くなっている。年齢は、「60歳未満」と「60歳以上」を分けると、「60歳未満」は60.4%で6割を占め、「60歳以上」は39.6%を占めている。

主介護者の職業は、「主婦」が全体の23.6%で最も高く、次いで「無職」が21.6%、「臨時雇用」が14.1%、「商工・サービス・自営業」が11.2%などとなっており、日常的に家に居る人が介護者になりやすいといえる。

家族の介護期間は、「6ヶ月未満」（5.3%）及び「6ヶ月以上1年未満」（9.9%）は15.2%、「1年～3年未満」（35.0%）及び「3年～5年未満」（18.6%）は53.6%を占め、1年以上5年未満の介護期間が5割を超えている。また、「5年以上」は31.3%を占め、介護者の介護期間が長期化している。

利用者以外の要介護者の有無は、「いる」と回答した人は全体の24.0%であり、「いない」と回答した人は全体の76.0%を占める。約4分の1の介護者家族の中に複数の要介護者が含まれている。

介護者家族が望む今後の暮らし方については、「家族だけの世話」が6.0%、「在宅＋サービス利用」が67.9%、「施設入所」が17.7%で、「在宅＋サービス利用」の割合が高い。

表３　介護者家族の属性

	カテゴリー	度数	%
性別	男性	121	33.8
	女性	237	66.2
年齢	40歳未満	20	5.6
	40～49歳	75	21.1
	50～59歳	120	33.7
	60～69歳	49	13.8
	70歳以上	92	25.8
職業	農林漁業	7	2.0
	商工・サービス・自営業	39	11.2
	管理・専門・自由業	20	5.7
	事務技術職	30	8.6
	労務職	24	6.9
	臨時雇用	49	14.1
	主婦	82	23.6
	無職	75	21.6
介護期間	6ヶ月未満	17	5.3
	6ヶ月～1年未満	32	9.9
	1年～3年未満	113	35.0
	3年～5年未満	60	18.6
	5年以上	101	31.3
利用者以外の要介護者	いる	83	24.0
	いない	263	76.0
今後の暮らし	家族だけの世話	20	6.0
	在宅＋サービス	226	67.9
	施設入所	59	17.7
	一人で暮らす	17	5.1

介護者の困り事と介護者への支援の有無の回答分布は、表４に示した。介護者家族の困り事については、「まあその通り」、「全くその通り」を合わせて『その通り』という回答は、「身体的負担あり」が 52.2%と最も高く、次いで「時間拘束あり」49.3%、「家事制約あり」44.2%、「精神的負担あり」43.8%、「外出制約あり」42.1%が上位５位になっている。

家族の協力や親族、近隣付き合いについては、「まあその通り」、「全くその通り」を合わせて『その通り』という回答は、「家族と連絡が取れない」と「介護困難」がともに 45.3%と最も高く、次いで「近所付き合いなし」28.4%、「家族協力なし」24.8%、「親族付き合いなし」22.2%が上位５位となっている。

表４　介護者の困り事と介護者への支援の有無の回答分布

項目	回答分布			
	全く違う	少し違う	まあその通り	全くその通り
介護者家族の様子				
身体的負担あり	12.1%	35.8%	36.7%	15.5%
精神的負担あり	13.0%	43.2%	31.4%	12.4%
就労制限あり	32.4%	27.6%	27.0%	13.0%
家事制約あり	22.6%	33.2%	31.4%	12.8%
外出制限あり	26.7%	31.2%	27.6%	14.5%
時間拘束あり	22.3%	28.4%	35.2%	14.1%
経済的負担あり	36.5%	33.7%	23.2%	6.5%
共倒れの心配あり	41.4%	32.1%	13.2%	13.2%
家族の協力や親族、近隣付き合い				
家族協力なし	31.4%	43.8%	16.9%	7.9%
親族付き合いなし	31.3%	46.0%	16.3%	5.9%
近所付き合いなし	24.8%	46.9%	20.3%	8.1%
連絡取れない	18.0%	36.6%	29.7%	15.6%
介護困難である	18.0%	36.6%	29.7%	15.6%

③　ホームヘルパーに関する項目

ホームヘルパーの属性は、表５に示した。ホームヘルパーの性別は、男性 9.4%、女性 90.6%となっており、殆どが女性である。年齢は、「40 歳代」41.2%、「30 歳代」28.1%、「50 歳代」23.0%で、「40 歳代」の割合が高い。勤労年数は、「2 年未満」の短期が 54.3%、「3 年以上」45.6%で、全体の過半数は「2 年未満」の短期勤続年数である。

利用者に対するホームヘルパーの満足感の回答分布は表６に、疲労感の回答分布は表７に示した。利用者に対するホームヘルパーの満足感は、「全くその通り」、「まあその通り」を合わせた肯定的な回答は、「利用者から好かれる」が 80.2%と最も高く、次いで「利用者と話をするのが楽しい」が 68.3%、「利用者のことをよく知っている」が 62.6%、「利用者から信頼されている」が 77.8%、「利用者にゆとりを持って接している」が 82.5%、「利用者の家族とよく話をする」が 44.8%、「利用者宅にまた介護に来たい」が 73.8%となっている。ホームヘルパーと利用者とのコミュニケーションはかなり良好であるが、利用者家族とのコミュニケーションが十分ではない。

利用者に対するホームヘルパーの疲労感は、「全くその通り」、「まあその通り」を合わせた肯定的な回答は、「利用者宅を訪問するのに気をつかう」が 54.1%、「利用者がサービスに不満を言う」が 5.4%、「サービスの時間が足りない」が 20.1%、「利用者との接し方が分からない」が 5.7%、「家族との話に気をつかう」が 40.2%、「家族は勝手である」が 19.1%、「サービス終了後はほっとする」が 73.6%となっている。利用者の直接的な不満の声は少ないものの、日常的なサービス現場でホームヘルパーの利用者への気遣いの大きいことが理解できる。

表 5　ホームヘルパーの属性

	カテゴリー	度数	%
性別	男性	38	9.4
	女性	327	90.6
年齢	30歳未満	11	2.7
	30～39歳	114	28.1
	40～49歳	167	41.2
	50～59歳	93	23
	60歳以上	20	4.9
勤務年数	1年未満	59	15.6
	1～2年未満	146	38.7
	3～5年未満	116	30.8
	6～10年未満	54	14.3
	10年以上	2	0.5

表 6　ホームヘルパーの満足感の回答分布

項目	回答分布			
	全くその通り	まあその通り	少し違う	全く違う
利用者に好かれている	18.0%	62.2%	12.9%	6.9%
利用者と話をするのが楽しい	24.3%	52.0%	16.3%	7.4%
利用者のことをよく知っている	6.7%	55.9%	35.9%	1.5%
利用者から信頼されている	13.2%	64.6%	20.8%	1.5%
利用者にゆとりを持って接している	18.1%	64.4%	16.6%	1.0%
利用者の家族とよく話をする	13.8%	31.0%	29.0%	26.2%
利用者宅にまた介護に来たい	17.2%	56.6%	19.8%	6.4%

表 7　ホームヘルパーの疲労感の回答分布

項目	回答分布			
	全く違う	少し違う	まあその通り	全くその通り
利用者の家を訪問するのに気をつかう	10.2%	35.7%	37.9%	16.2%
利用者がサービスに不満を言う	46.7%	47.9%	5.2%	0.2%
サービスの時間が足りない	36.3%	43.5%	17.4%	2.7%
利用者との接し方が分からない	40.9%	53.3%	5.5%	0.2%
家族との話に気をつかう	19.5%	40.4%	29.7%	10.5%
家族は勝手だと思う	42.0%	39.0%	12.7%	6.4%
サービス終了後はほっとする	8.7%	17.8%	55.5%	18.1%

（2）クロス集計結果

痴呆の有無と介護者家族の困り事、ホームヘルパーの満足感や疲労感との間にどのような関係がみられるのかをクロス集計によって分析した（表 8)。ここでは有意差が認められた項目を取り上げ、痴呆性高齢者及び家族とホームヘルパーの特徴について述べておく。

痴呆性高齢者の年齢については、「60 歳～70 歳代」では、“痴呆あり”が 23.2%、“痴呆なし”が 53.6%で、圧倒的に“痴呆なし”の割合が高い。これに対して「80 歳以上」では、“痴呆なし”が 46.4%、“痴呆あり”が 76.8%で、圧倒的に“痴呆あり”の割合が高い。

介護判定については、“痴呆あり”の 4 割近く（38.9%）が要支援や要介護 1 という低い判定、残る 6 割（60.8%）は要介護 2 以上の介護判定になっており、このうち要介護 3 以上は 4 割（41.4%）を占め、“痴呆なし”（12.3%）より中度以上の要介護者が多い。

痴呆性高齢者の家族形態は、「三世代」が約 2 割（21.6%)、「1 人暮らし」と「夫婦のみ」を合わせた別居世帯が 4 割以上（45.6%）で、痴呆性の別居高齢者が多い。

在宅サービス利用状況については、「訪問介護」の利用度は、痴呆の有無別に関係なく、9 割（90.2%）という高い割合に達している。「通所介護」については、“痴呆なし”（22.0%）より“痴呆あり”（32.5%）の割合が高い。また、「福祉用具の貸与・購入」についても“痴呆なし”（16.7%）より“痴呆あり”（24.4%）

の割合が高い。その他の項目についても、いずれも痴呆性高齢者の利用度の方が高い。

主介護者の続柄については、“痴呆なし”の場合は、「ホームヘルパー」が24.5%、次いで「娘」が 23.8%と割合が高い。これに対して、“痴呆あり”の場合は、「娘」が 28.6%、次いで「息子の嫁」が 22.7%と割合が高い。このことから、痴呆性高齢者は親族の女性によって介護が行われる傾向が強いことが伺われる。

家族の介護期間については、「3 年以上」は、“痴呆なし”(45.7%) より“痴呆あり”(58.5%) の割合が高い。このことから、痴呆性高齢者の場合は、家族の介護期間が長期化しているといえる。

家族が希望する今後の暮らしについては、“痴呆なし”の場合は、「在宅+サービス利用」が 73.1%で 7 割を超えている。これに対して、“痴呆あり”の場合は、「在宅+サービス利用」が 56.4%で 5 割を超えてはいるものの、「施設入所」が32.7%で 3 割以上を占める。このことから、痴呆性高齢者を介護する家族は、施設入所を希望する割合が高いことが分かる。

介護者家族の様子については、精神的、身体的、経済的負担等どの項目についても“痴呆なし”より“痴呆あり”の割合が高い。また、痴呆性高齢者を抱える家族の 3 割以上が家族、親族、近隣等のサポートが弱い地域社会で孤立しがちの人々である。つまり、痴呆性高齢者を介護する家族の方が精神的負担、経済的負担、身体的不調が大きく、家族協力度は弱く、また隣近所や親族付き合いが疎遠になりがちであるために、介護を続けることが難しい現状にある。

利用者に対するホームヘルパーの満足感については、「利用者の家族とよく話をする」、「利用者に好かれている」、「利用者のことをよく知っている」という項目は、“痴呆なし”より“痴呆あり”の割合が高いが、「利用者と話をするのが楽しい」という項目については、“痴呆なし”の割合の方が高くなっている。疲労感については、「利用者宅を訪問するのに気をつかう」、「利用者がサービスに不満を言う」という項目は、“痴呆なし”より“痴呆あり”の割合が高い。つまりヘルパーは、痴呆性高齢者をよく知っており、利用者家族とよく話をしてはいるものの、痴呆性高齢者とコミュニケーション図ることに困難を感じているのである。

表８　痴呆有無別のクロス集計

		痴呆あり	痴呆なし
利用者性別	男性	31.0%	69.0%
	女性	29.1%	70.9%
****利用者年齢	60～69歳	6.4%	11.4%
	70～79歳	16.8%	42.2%
	80～89歳	55.2%	39.1%
	90歳以上	21.6%	7.3%
****介護判定	要支援	8.1%	32.2%
	要介護1	30.8%	43.4%
	要介護2	28.4%	12.1%
	要介護3	15.4%	5.6%
	要介護4	8.1%	2.4%
	要介護5	8.9%	4.2%
在宅サービス利用	訪問介護	90.2%	90.2%
	通所介護	32.5%	22.0%
	福祉用具貸与・購入	24.4%	16.7%
	通所リハビリ	16.3%	10.8%
	訪問看護	14.6%	10.8%
	住宅改修	13.8%	10.5%
****家族形態	一人暮らし	32.0%	46.8%
	夫婦のみ	13.6%	25.6%
	夫婦と未婚の子との同居	8.8%	5.1%
	片親と未婚の子との同居	8.8%	5.5%
	三世代	21.6%	9.2%
****介護者の続柄	妻	11.8%	7.8%
	夫	5.9%	13.1%
	娘	28.6%	23.8%
	息子	10.1%	7.4%
	息子の嫁	22.7%	7.8%
	その他親族	5.0%	7.8%
	ホームヘルパー	15.1%	24.5%
	誰もいない	0.8%	5.0%
****家族の介護期間	3年未満	41.4%	54.3%
	3年以上	58.5%	45.7%
****今後の暮らし	家族だけの世話	4.5%	6.8%
	在宅＋サービス	56.4%	73.1%
	施設入所	32.7%	10.5%
	一人暮らし	5.5%	5.0%
介護者家族の様子	****精神的不調がある	61.7%	34.3%
	****経済的負担がある	40.9%	23.4%
	****家族の協力がない	38.2%	17.4%
	**近所付き合いがない	38.2%	23.2%
	*身体的不調がある	60.5%	46.9%
	*親族付き合いがない	30.2%	18.4%
	*介護困難である	57.0%	39.5%
ホームヘルパーの満足感	****家族と話しをする	56.2%	39.3%
	*利用者に好かれている	82.2%	79.0%
	*話しをするのが楽しい	71.0%	78.1%
	*利用者のことをよく知っている	72.5%	58.3%
ホームヘルパーの疲労感	*気をつかう	59.6%	52.4%
	*不満を言う	9.1%	3.9%

P<0.001 ****
P<0.005 ***
P<0.01 **
P<0.05 *

4．考察

（1）痴呆性の介護判定の問題点

痴呆症状（軽度、中程度、重度の痴呆の合計）がある利用者の4割近く（38.9%）が要支援や要介護1という低い介護判定であることが明らかになった。なぜ痴呆性高齢者の要介護度は低く判定されるのであろうか。

介護認定の判断基準を明らかにするために、介護判定と痴呆症状、ADL（「起き上がり」「室内移動」「歩行」「食事」「排泄」「入浴」「着替え」）、社会生活状況（「お金の管理」「安全の管理」「会話の程度」「意思伝達」「認知能力」「最近の出来事、場所、人の名前の理解」「視覚の程度」「聴力の程度」）の相関係数を算出した。表9にピアソンの相関係数を示す。

表9　介護判定・痴呆症状・ADL・社会生活状況の相関係数

	介護判定	痴呆症状
介護判定		0.415**
痴呆症状	0.415**	
起き上がり	0.693**	0.421**
室内移動	0.661**	0.359**
歩行	0.613**	0.349**
食事	0.628**	0.436**
排泄	0.731**	0.503**
入浴	0.690**	0.393**
着替え	0.750**	0.483**
お金の管理	0.620**	0.603**
安全管理	0.631**	0.526**
会話	0.347**	0.740**
意思伝達	0.490**	0.636**
認知能力	0.457**	0.804**
最近の出来事	0.376**	0.770**
視覚	0.339**	0.584**
聴力	0.169**	0.357**

**1%水準で有意

分析結果によると、介護判定は、「着替え」0.750、「排泄」0.731、「起き上がり」0.693、「入浴」0.690、「室内移動」0.661との相関性が高い（$P<0.01$）。一

方、痴呆症状は、「認知能力」0.804、「最近の出来事、場所、人の名前の理解」0.770、「会話の程度」0.740、「意思伝達」0.636、「お金の管理」0.603 との相関性が高い（P＜0.01）。

痴呆の診断には、その中核症状である認知機能障害を評価することが必要だと言われている。現行の介護判定にはこの認知機能障害やコミュニケーション機能障害、見当識などの影響力は小さく、ADL が重視されている。寝たきりの高齢者を重視し、痴呆性高齢者を軽視している要介護認定を早急に見直し、痴呆性高齢者と家族のニードを正しく把握する調査項目と基準を再考する必要がある。

（2） ホームヘルパーに求められるもの

前述の『要援護高齢者の在宅介護支援に関する実態調査』では、「ホームヘルパーが利用者の介護をする上で日頃感じていること、また介護保険について考えていることを、ご自由にお書き下さい。」という質問に対し自由記述回答を求める項目を設けた。その結果、自由回答への記入は 113 票（27.0%）あり、痴呆に関する記述は 7 票あった。

痴呆性高齢者の一人暮らしが約 3 割を占める中、自由記述回答には、「中程度の痴呆がある為、もう一人での生活は限界ではないかと思う。」、「痴呆がある方で一人暮らしの方は、金銭のトラブルが起きやすく、注意しているつもりでも勝手に思い込まれるので大変な面がある。」、「痴呆の高齢者の一人暮らしは何が起きてもおかしくないくらい危ないものである。」などと、痴呆性高齢者の 1 人暮らしがいかに様々な問題点を抱えているかが分かる。

その他、「痴呆による物取られ妄想があり、接し方が難しい。」、「軽度の痴呆があり、金銭管理が無くなっている高齢者で、預金をすべて使い果たして浪費したケースがある。痴呆と診断されていない為、弁護士や行政は取り扱ってくれず、施設入所となった。」、「痴呆の方を支える家族の大変さがよく分かる。とても介護保険で在宅は支えきれない。」などの自由記述もあり、ホームヘルパー自身が痴呆性高齢者ケアの難しさに直面しているといえる。

平成 10 年に福岡県ホームヘルパー連絡会と福岡県社会福祉協議会が共同して実施した『ホームヘルプ事業に関する緊急調査』によると、69 市町村社会福祉協議会の派遣総数 4,105 件のうち、「痴呆や金銭への執着心が極度に強いため、金

銭管理にかなりの時間を要するケース」が 88 件あった。また、「痴呆への対応が家事援助に要する時間の延長を余儀なくするケース」は 95 件あった。[4] さらに平成 11 年に福岡県ホームヘルパー連絡会が実施した『ホームヘルプサービス家事援助中心業務・利用者背景調査』では、診断書の有無に関わらず、痴呆やアルコール依存、老人性うつ、心気症などの精神的な症状を有している人は、全体の 33.5%を占めていた。[5]

介護保険制度導入後、ホームヘルパーから様々な問題点の指摘がなされている。いくつかを取り上げると、「在宅で痴呆性高齢者に対応する訪問介護サービスの実際が理解されていない。例えば 60 分で買物と調理というケアプランが作成されているが、実際は痴呆への対応に追われ、時間が足りない。」、「痴呆性高齢者が訪問日時を忘れて徘徊しており、不在の場合がある。」、「初期痴呆の方への 30 分の訪問を行っていたが、これでは精神的なケアはできず、不満が蓄積して体調を崩し、入院してしまった。」、「痴呆の方の認定が低いため、ヘルパーの訪問回数が減り、自宅で生活することが難しくなった。」、「初期の痴呆は発見・診断が難しく、痴呆そのものが一次判定には反映されにくくなっている。その結果、要介護認定が低く、支給限度額の範囲内のサービスでは対応しきれない。」、「訪問する度に状態が変わっており、お金がなくなったという突発的な訴えへの対応を求められることも頻繁にあるので、ケアプランという仕組みそのものに馴染まない。」などの問題点にホームヘルパーは直面しているのである。[6]

今後は一人暮らしや夫婦二人暮らしの痴呆性高齢者が増加していくと予想される。だが、痴呆の独居高齢者の場合、何が起こるか分からない中での訪問介護活動となり、在宅生活の継続は難しい場合が多い。最終的には施設入所となるケースもある。ホームヘルパー 1 人だけの力では限界があり、家族や近隣の人々の支えなど地域の力は重要である。ヘルパーとインフォーマルなサービスとの連携は、痴呆性高齢者のケアの質を高めていくものである。

一人暮らしで家族や親族、地域と交わりが少なくなると、痴呆の早期発見、早期治療がなされず、地域社会の中に取り残されて生活が破綻してしまう恐れがある。[7] 家族がいない一人暮らしの痴呆性高齢者の孤立化をどのように考え、援助していくのかは重要な課題である。また、金銭管理が困難になった場合や、訪問販売など、一人暮らしを狙った財産侵害などの問題にホームヘルパーは本人に

代わって権利を守り、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などを家族に紹介したりするなど、代弁者としての役割を果たすことも課題の一つである。

ホームヘルパーは痴呆性高齢者の不安感を取り除き、常に見守っていくことが必要であると同時に、介護者の悩みや不満を傾聴し、支えていくことも必要になってくる。サービス時間が限られている中、ヘルパー１人でどこまで出来るのか、検討すべき課題である。

５．痴呆介護に残された課題　－結びにかえて

痴呆性高齢者を介護する家族の身体的・精神的・経済的負担は、依然として深刻であり、介護問題が解決されていないことが伺える。

現在の介護保険が真に痴呆性高齢者の介護を支援するものへ改善していく必要がある。そのためには、痴呆性高齢者の介護判定を低くする現在の要介護認定の方法を見直すべきである。日常生活障害への見守り介護が痴呆性高齢者の介護の特徴であり、寝たきり高齢者への介護とは全く違った大変さがある。見守り介護が必要な痴呆性高齢者の介護の特徴を把握し、利用者の心身条件のみならず、介護者の家庭環境や生活条件、経済実態を考慮した介護認定でなければならない。在宅で介護したいという家族への支援策としては、在宅介護サービスのみならず、老人ホームやグループホームの施設の整備も怠ってはならない。

痴呆性高齢者及び家族を支えていくためには、フォーマルサービスのみならず、インフォーマルサービス充実が今後もさらに求められるであろう。社団法人呆け老人を抱える家族の会が発足されてから 22 年近くになる。介護者の大部分は孤立無援の状態にいるか、あるいは家族の会などの集いや電話相談などを通して互いに慰め合うしかない状態にあることは現在も変わっていないといえる。痴呆性高齢者を支える家族の実態を知り、家族の QOL を高めることは現在なお課題として残っている。在宅介護は介護サービスだけで解決できるものではなく、地域社会の理解と援助なしには成り立たないといえる。家族や親族のみならず、近隣の人々の痴呆に対する理解、そして介護者家族の心境を共感できる近隣ネットワークの構築が求められているといえる。介護者家族、ホームヘルパー、近隣ネットワーク、専門家による支援、家族会等の自助団体、ボランティアなどのネットワークが今後さらに強まることが期待される。

【注】

---

[1] 痴呆性高齢者支援対策研究会編『これからの痴呆性高齢者支援対策－痴呆性グループホームを中心に－』、中央法規、2001年、8頁
[2] 杉山孝博編『痴呆性老人の地域ケア』、医学書院、1995年、40－49頁
[3] 呆け老人を抱える家族の会編「私の介護体験　私の意見」（http://www.alzheimer.or.jp/）2002，9，11
[4] 福岡県ホームヘルパー連絡会編『ホームヘルプサービス対応困難ケース　－訪問介護への評価を高めるために－』、福岡県社会福祉協議会、1998年、7頁
[5] 福岡県ホームヘルパー連絡会編『ホームヘルプサービス家事援助中心業務利用者背景調査報告書』、福岡県社会福祉協議会、1999年、4頁
[6] 石田一紀、泊イクヨ、藤田博久『高齢・精神障害者とホームヘルパー　生きる意欲を高める家事援助の真価』、萌文社、2001年、55－63頁
[7] 保坂恵美子、2002年、「痴呆性老人の在宅介護支援の現状と問題点について」第42回日本社会福祉学会大会報告原稿

【参考文献】

・高崎絹子、野川とも江編『呆け老人と家族を支える看護－地域での援助事例から－』、日本看護協会出版会、1990年
・痴呆性老人症例研究会編『痴呆性老人の在宅ケア』、中央法規、2000年
・小室豊允編『痴呆性老人の介護』、中央法規、1988年
・厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課『痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の手引』、新企画出版社、1994年
・一番が瀬康子『痴呆性高齢者の在宅介護－その基礎知識と社会的介護への連携』、一橋出版、2000年
・富永昇助「痴呆性老人の支援を通して」『福祉のひろば』、2002年
・沖田佳代子「痴呆性高齢者の介護における倫理的諸問題」『社会福祉学』、日本社会福祉学会、1999年
・森本美奈子、柏木哲夫「痴呆性高齢者に対する家族介護者の態度に関する研究」『大阪大学大学院人間科学科』、2001年
・杉山孝博「痴呆介護に残された課題」『月刊総合ケア4月号』、医歯薬出版、2002年
・岡本民夫、井上千津子編『介護福祉入門』、有斐閣、1999年
・呆け老人を抱える家族の会編『呆け老人の生活と対応』、婦人生活社、1990年
・雨宮克彦『専門性あるケアのために　老年期痴呆のケア実践』、一橋出版、2001年
・石倉康次、森俊夫『痴呆老人と介護保険－問題点と改善への提言』、クリエイツかもがわ、2000年
・染谷淑子編『シリーズ家族はいま　老いと家族　変貌する高齢者と家族』、ミネルヴァ書房、2000年