

高齢者・障害者の地域ケアネットワークづくりに関する研究

柴原君江¹⁾ 内田健夫²⁾ 竹内文生³⁾ 菅野清⁴⁾ 柿沼矩子⁵⁾ 原田二三子⁶⁾
遠藤慶子⁶⁾ 杉浦芳子⁷⁾

要 旨

高齢者や障害者が地域でよりよい生活を継続するための支援ネットワークづくりにむけて、介護の実態を明らかにすることを目的としてこの研究を行った。多くの介護者は疲労や不安など心身の辛さを抱えて、先の見えない長期的な介護をしている。思うようにならなくて、自己嫌悪に陥ったり虐待に繋がると思われる事態もあった。特に「痴呆あり」群に介護上の多くの問題がみられた。フォーマルな支援と共に、身近な近隣の小さな支援に支えられ安定した介護を続けている事例もみられ、問題への早期対処のために総合的な支援のシステム化の必要があると思われた。

キーワード：在宅高齢者・障害者、 ケアネットワーク、 家族介護者

I. はじめに

1. 本研究の必要性

本年4月公的介護保険制度が始まり、また成年後見制度も施行された。今後も、質的・量的な基盤整備がすすみ、QOLを重視した在宅ケアの需要はさらに増大するものと考えられる。しかし、在宅ケアの現状は、そのかなりの部分を家族に依存していることも事実である。高齢者・障害者が望む地域での生活を継続させるためには、最も身近な家族介護者とよりよい関係を維持・継続させなければならない。在宅における介護の場は、家族とともに主体的に生活を営む家庭であり、他者が踏み込むことができないプライバシーの問題がある。それだけに心の問題に深く関わった家族や親族関係など、個別の要件がからんで介入の難しさがある。家族が必要と思っで行っている世話も、高齢者・障害者にとって受け入れられないものであったり、時には虐待に繋がる事態も発生する。特に痴呆症状が現れた場合には、長

年築き上げてきた家族関係のバランスがくずれ、互いに理解し合うまでに多大な苦労や犠牲を伴うことも少なくない。介護を担っている家族の状況や心身の状態を理解して支援していくシステムを構築していくことが高齢者・障害者との適切な関係を維持・形成し、地域での生活を持続していくことに繋がっていくと思われる。そのためにどのような見守りや支援体制が望まれるか、検討が必要であった。

2. 研究の目的

高齢者や障害者が地域でのよりよい生活を継続するための支援ネットワークづくりにむけて、介護の実態を明らかにすることを目的とする。介護の実態を介護者の心身の疲労や健康状態だけでとらえるのではなく、介護している気持、不安、怒り、気がねなどから適切な介護がされにくい問題がないかを把握し、援助にかかわる専門職・非専門職の支援のありかたの基礎資料とし、新たな支援システム構築の可能性を考察する。

3. 用語の操作的定義

在宅高齢者・障害者のケアネットワーク：高齢者・障害者の在宅生活を支援するために、地域社会のさまざまな立場の人々や機関・組織を結ぶネットワークによって相互の連携・協力をすすめていくこととするものである。

- 1) 調布学園短期大学
- 2) 川崎市医師会
- 3) 川崎市立看護短期大学
- 4) 川崎区役所
- 5) 川崎市痴呆関係団体協議会
- 6) 在宅介護者の会
- 7) 川崎市看護協会

II. 研究方法

1. 対象：市内の在宅要介護者及び介護者を抱える家族のうち家族会に加入している方 280名
2. 調査研究期間：平成11年6月～平成12年3月
3. データ収集方法：
 - 1) 半構成的質問調査法による郵送留置調査 有効回答数136名 回収率48.6%
 - 2) 家族の理解を得て専門職やボランティアによる訪問調査を実施、質問調査票から得られる訪問調査の実施、質問調査票から得られるにくい介護者の生の声を聞き、介護実態を明らかにするための参考にした。
4. 分析方法：調査項目の構成比及び回答項目間の因子分析
5. 倫理的配慮：

本調査の実施にあたって調査対象者に目的を説明し、了解を得た上で協力を得られる範囲において調査を実施した。個人を特定できる項目は一切ない。また、得られた情報は調査目的以外に使用できないように配慮した。

III. 結果

1. 対象者の状況

①対象者の概要

対象者は136名で男性48名(38.2%)、女性84名(61.8%)、平均年齢は79.6歳であった。病名は循環器系の疾患が最も多く43名(31.6%)、次

いで精神及び行動の障害、神経系の疾患が各28名(20.6%)であった。痴呆ありは76名(55.9%)で、「軽度痴呆」が15名(19.7%)、「中等度痴呆」が36名(47.4%)、「重度痴呆」が19名(25.0%)、男女の比率の差はなかったが、80歳未満に多い傾向であった。

②生活自立状況

生活自立状況は表1の通り「寝たきり」状態の者は16名(11.8%)、「寝たきりおきたり」は48名(35.3%)、自立は51名(37.5%)であった。男女の差はなかった。

会話は「普通」が67名(49.3%)、「できない」が44名(32.4%)、女性のほうが会話能力は高く、痴呆ありに会話が「できない」が多い傾向にあった。外出については「一人できる」が19名(14.0%)、「付き添いでできる」が73名(53.7%)、「全くできない」が33名(24.3%)で、痴呆ありに外出が全くできないが多かった。

2. 介護者の介護状況

②介護者の年齢と対象者との関係

主介護者の平均年齢は60.2歳で、70～89歳の高齢介護者は32名(23.5%)、性別では女性が多く106名(77.9%)であった。介護者と対象者の関係は表2に示す通り「娘」「嫁」が共に37名(27.2%)で、妻が32名(23.5%)、「夫」が19名(14.0%)、息子が5名(3.7%)であった。

表1. 生活自立状況

		N = 136 (%)			
		総数	男	女	不明
総数		136 (100.0)	48 (100.0)	84 (100.0)	4 (100.0)
自立		51 (37.5)	16 (33.3)	35 (41.7)	
寝たり起きたり		48 (35.3)	19 (39.6)	29 (34.5)	
寝たきり		16 (11.8)	4 (8.3)	12 (14.3)	
不明		21 (15.4)	9 (18.8)	8 (9.5)	4 (100.0)

表2. 介護者と本人の関係

		N = 136 (%)			
		総数	男	女	不明
総数		136 (100.0)	48 (100.0)	84 (100.0)	4 (100.0)
夫		19 (14.0)		19 (22.6)	
妻		32 (23.5)	32 (66.7)		
娘		37 (27.2)	7 (14.6)	29 (34.5)	1 (25.0)
嫁		37 (27.2)	6 (12.5)	30 (35.7)	1 (25.0)
息子		5 (3.7)	3 (6.3)	2 (2.4)	
その他		2 (1.5)		2 (2.4)	
不明		4 (2.9)		2 (2.4)	2 (50.0)

②介護期間

介護期間は「0～4年」が最も多く53名(39.0%)、「5～9年」が40名(29.4%)で、平均介護期間は6.4年であった。介護期間を5年未満と5年以上に区分してみると5年未満の平均介護期間は2.5年で、5年以上の平均介護期間は9.3年であった。

③介護者の主訴と健康状態

介護者の心身の状態についての訴えは表4の通り「疲れ」が最も多く93名(68.4%)、次いで「いらいら」が72名(52.9%)、「肩こり」が65名(47.8%)、「腰痛」が64名(47.1%)であった。「いらいら」「気分がめいる」「悲しい」等は痴呆あり群に多くみられた。平均主訴数は5.1種類、痴呆なし群の4.3種類に比して痴呆あり群は6.1種類であった。

介護者の健康状態は、通院中が54名(39.7%)病弱が10名(7.4%)で約半数が何らかの健康問題を抱えていた。

④介護に対する意識

介護をしていて普段どのように感じているかについては表5の通り「心身の疲労・ストレス」が109名(80.1%)と高率であった。次いで「自分の健康への不安」が87名(64.0%)、「将来への不安」「自分の生活への犠牲感」が共に66名(48.5%)、「思うようにならない」が60名(44.1%)、「気持がつかまらない」が56名(46.4%)、「存在そのものが負担」が37名(27.2%)であった。また、「やるべきことはやっている」が74名(54.4%)、「介護は当然のこと」と答えた者は57名(41.9%)、「頼られている喜び」が35名(25.7%)と介護に前向きな気持も表現されている。介護の気持を痴呆の有無別にみると「心身の疲労・ストレス」、「思うようにならない」、「気持がつかまらない」、「自分の健康への不安」、「経済的不安」等は痴呆あり群が多い傾向であった。介護している気持は、全体で24項目があげられたが、これを類型化を試みる方法として因子分析を実施した。表6の通り4要因にまとめることができた。

表3. 介護者の介護期間

N = 136 (%)

	総数	5年未満	5年以上	不明
総数	136 (100.0)	53 (100.0)	70 (100.0)	13 (100.0)
0～4	53 (39.0)	53 (100.0)		
5～9	40 (29.4)		40 (57.1)	
10～14	21 (15.4)		21 (30.0)	
15～19	6 (4.4)		6 (8.6)	
20～24	3 (2.2)		3 (4.3)	
不明	13 (9.6)			13 (100.0)

表4. 痴呆の有無別にみた介護者の主訴(MA)

N = 136 (%)

	総数	痴呆なし	痴呆あり	不明
総数	136 (100.0)	33 (100.0)	6 (100.0)	7 (100.0)
疲れ	93 (68.4)	20 (60.6)	56 (73.7)	17 (63.0)
眠れない	50 (36.8)	11 (33.3)	29 (38.2)	10 (37.0)
頭痛	24 (17.6)	3 (9.1)	15 (19.7)	6 (22.2)
めまい	23 (16.9)	4 (12.1)	15 (19.7)	4 (14.8)
息切れ	15 (11.0)		13 (17.1)	2 (7.4)
吐き気	11 (8.1)	2 (6.1)	7 (9.2)	2 (7.4)
食欲不振	12 (8.8)	3 (9.1)	5 (6.6)	4 (14.8)
肩こり	65 (47.8)	14 (42.4)	39 (51.3)	12 (44.4)
目がかすれ	41 (30.1)	8 (24.2)	25 (32.9)	8 (29.6)
腰痛	64 (47.1)	15 (45.5)	39 (51.3)	10 (37.0)
耳鳴り	21 (15.4)	5 (15.2)	11 (14.5)	5 (18.5)
いらいら	72 (52.9)	16 (48.5)	45 (59.2)	11 (40.7)
気分がめい	61 (44.9)	9 (27.3)	42 (55.3)	10 (37.0)
腹がたつ	62 (45.6)	14 (42.4)	35 (46.1)	13 (48.1)
不安	56 (41.2)	9 (27.3)	33 (43.4)	14 (51.9)
悲しい	37 (27.2)	4 (12.1)	26 (34.2)	7 (25.9)
無気力	18 (13.2)	3 (9.1)	15 (19.7)	
その他	13 (9.6)	3 (9.1)	10 (13.2)	

表5. 痴呆の有無別にみた介護時の気持ち (MA) N = 136(%)

	総数	痴呆なし	痴呆あり	不明
総数	136(100.0)	33(100.0)	76(100.0)	27(100.0)
心身の疲労、ストレス	109 (80.1)	21 (63.6)	70 (92.1)	18 (66.7)
思うようにならない	60 (44.1)	9 (27.3)	41 (53.9)	10 (37.0)
気持ちつながらない	56 (41.2)	8 (24.2)	43 (56.6)	5 (18.5)
介護の仕方がわからない	18 (13.2)		15 (19.7)	3 (11.1)
怒りの気持ち	41 (30.1)	5 (15.2)	27 (35.5)	9 (33.3)
存在そのものが負担	37 (27.2)	6 (18.2)	23 (30.3)	8 (29.6)
思わず叩くことがある	24 (17.6)	1 (3.0)	17 (22.4)	6 (22.2)
自分の健康の不安	87 (64.0)	18 (54.5)	50 (65.8)	19 (70.4)
生活への犠牲感	66 (48.5)	13 (39.4)	42 (55.3)	11 (40.7)
経済的不安	28 (20.6)	2 (6.1)	22 (28.9)	4 (14.8)
近隣社会への気がね	19 (14.0)	4 (12.1)	13 (17.1)	2 (7.4)
孤立感	21 (15.4)	2 (6.1)	15 (19.9)	4 (14.8)
家庭内のいざこざ	32 (23.5)	3 (9.1)	26 (34.2)	3 (11.1)
支援サービスへの不満	19 (14.0)		16 (21.1)	3 (11.1)
将来への不安	66 (48.5)	10 (30.3)	44 (57.9)	12 (44.4)
自己嫌悪に陥る	46 (33.8)	6 (18.2)	32 (42.1)	8 (29.6)
施設に入所させたい	24 (17.6)	2 (6.1)	17 (22.4)	5 (18.5)
頼られている喜び	35 (25.7)	6 (18.2)	24 (31.6)	5 (18.5)
介護は生きがい	16 (11.8)	2 (6.1)	9 (11.8)	5 (18.5)
自分の力を見直した	18 (13.2)	2 (6.1)	10 (13.2)	6 (22.2)
介護は当然のこと	57 (41.9)	10 (30.3)	36 (47.4)	11 (40.7)
やるべき事はやっている	74 (54.4)	18 (54.5)	39 (51.3)	17 (63.0)
負担にならない	11 (8.1)	4 (12.1)	5 (6.6)	2 (7.4)
その他	27 (19.9)	5 (15.2)	15 (19.7)	7 (25.9)

表6. 介護時の気持ちの要因分析

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
怒りの気持ち	0.63786	0.02697	-0.03391	-0.05645	0.16259
自己嫌悪に陥ることがある	0.57872	-0.09300	-0.20698	-0.03781	0.25150
自分の生活への犠牲感	0.57488	-0.17525	-0.12749	0.09229	0.03409
存在そのものが負担	0.55889	-0.05211	-0.15129	-0.15402	-0.03621
気持ちつながらない	0.52539	-0.16481	0.07852	0.00518	-0.40386
思うようにならない	0.52404	-0.01959	0.32955	-0.07694	-0.04290
施設に入所させたい	0.51282	-0.07421	-0.16643	0.03052	-0.26368
将来への不安	0.48058	-0.12232	0.33086	-0.16339	0.14444
家庭内のいざこざ	0.45119	-0.11625	-0.02128	0.20127	0.06013
介護の仕方がわからない	0.43160	-0.13126	-0.07521	0.34995	-0.26587
心身の疲労ストレス	0.42720	-0.24666	0.15915	0.14376	0.19105
孤立感	0.40370	-0.07261	0.14211	-0.02790	0.07542
思わず叩くことがある	0.33713	0.16805	-0.31139	-0.00258	0.15360
自分の健康への不安	0.27381	0.13968	0.22962	-0.13653	-0.11279
支援サービスへの不満	0.24574	0.19265	0.09490	0.16597	0.10317
介護は生きがい	0.04983	0.62194	0.02003	0.14294	-0.04520
頼られている喜び	0.12073	0.52681	0.04127	0.09727	0.18063
負担にはならない	0.05979	0.47534	0.02798	-0.18983	0.15097
介護は当然のこと	0.12300	0.47408	0.23829	0.18072	-0.12885
自分の力を見直した	0.33182	0.31521	-0.33355	-0.14920	-0.01673
近隣社会への気がね	0.16421	-0.11557	0.24647	0.04056	0.09047
その他	-0.12955	0.06682	0.23847	0.13444	0.08279
やるべき事はやっている	0.18216	0.21448	0.07381	-0.52511	-0.19736
経済的不安	0.1577	0.02246	-0.03151	0.26638	-0.05612

3. 家族介護者への訪問面接

質問調査表からは得にくい介護者の生の声を聞くため、了解を得られた46名に訪問による面接調査を行った。46名のうち痴呆がある者は32名(69.6%)でさまざまな介護困難が記載されている対象であった。介護している気持として「思うようにならない」や「気持がつかまらない」と答えた者が多く、将来に不安をかかえていた。「思わず叩くことがある」と答えた者も19.6%で、全調査対象の17.6%より高率である。また、介護困難のとき「本人にあたってしまう」や「時々介護を放棄する」者は34.8%あり全体の29.4%より高率であった。

1) 面接によって家族介護者が問題としていたこととして、

- ①徘徊への家族の対処と不安.....徘徊のため常に付添っていなければならない、常に介護から開放されないことへのストレス
- ②痴呆による気分の変化への対応
- ③痴呆症状の進行と在宅介護か、施設介護か家族の気持の変化
- ④言語障害のため意志疎通困難で対処に困っている
- ⑤昼夜逆転による介護者の睡眠不足
- ⑥介護疲れ、早く死んで欲しい

2) 介護者が支えられていることとして、

- ①介護は生きがいと自分に言い聞かせてがんばっている
- ②家族会に支えられている。自分だけでないという精神的支えがある。
- ③痴呆をかくすことなく、近隣に支えられている
- ④多くの支援サービスに支えられ、自分をとりもどすことができた
等について知ることができた。

IV. 考察

調査対象者の5割以上に痴呆があり、そのうちの4割が中等度以上の痴呆で外出や会話に支障をきたしている者が多かった。介護者の平均年齢は60歳と高く、特に男性介護者の年齢は高く介護に不慣れであると同時に多くの健康問題を抱えていた。3割以上が本人と介護者のみの世帯(高齢者世帯)で、介護を代理する者がいない。したがって支援サービスに頼っている者が多かった。

1. 介護者の主訴

介護者は疲労や肩こりなど様々な心身の症状を抱えて介護していた。腰痛や頭痛などの身体的症状と、気分がめいる、不安、いらいら等精神的な多くの問題を抱えていた。痴呆あり群に精神的問題が多いことは本人との関係づくりの難しさを物語っている。また介護期間5年未満にいらいらや気分がめいる、悲しいなどの訴えが多いのは介護になれるまでの大変さがあるのではないと思われる。介護期間と主訴との関係を累積度数分布で現して見ると、疲労や肩凝り、腰痛、いらいら等は介護をはじめから早い時期に現れ、眠れない、頭痛、悲しい等は訴えの出かたがゆるやかであるという特徴がみられた。

2. 介護に対する介護者の意識

介護に対して介護者がどのように感じているかについて、当然ながら「疲労やストレス」等の大変さの表現が目立つ。痴呆あり群に「思うようにならない」や「気持がつかまらない」等のやりきれない気持の表現が多く、支援の対象として考えなければならない。

介護期間でみると、「思うようにならない」と感じているものは5年未満の対象で、介護期間が長期になるほうが「頼られている喜び」や「介護は当然」といったゆとりが出てくる。

これは、様々な支援サービスを活用して介護が定着していく結果とも思える。

介護している時の気持と介護期間の関係を累積度数分布で現して見ると、「心身の疲労、ストレス」「自分の健康への不安」「将来の不安」は介護をはじめから早い時期に現れ、「思うようにならない」「気持がつかまらない」「自分の生活への犠牲感」はゆるやかに現れてくるという特徴がみられた。一方「介護は当然のこと」や「やるべきことはやっている」といった前向きな自己認定もゆるやかに現れ、安定した介護環境を作っているたくましい介護者も見られる。数的には多くないが、「孤立感」や「近隣への気がね」「家庭内のいざこざ」などゆるやかに現れてくることも、見逃す事のできない個別の支援対象者である。

介護している気持は全部で24項目あげられていたが、回答傾向から近似した回答パターンをまとめて類型化を試みる方法として因子分析を実施した。

その結果24項目を4つの要因にまとめることができた。

①第1因子

介護を厭わしく思う感情に関する項目で、15項目を1つのまとまりとして第1因子とする。

怒りの気持	自己嫌悪に陥ることがある
自分の生活への犠牲感	存在そのものが負担
気持がつかまらない	思うようにならない
施設に入所させたい	将来への不安
家庭内のいざこざ	介護の仕方がわからない
心身の疲労・ストレス	孤立感
思わず叩くことかある	自分の健康への不安
支援サービスへの不満	

②第2因子

積極的かつ肯定的に介護することを受け止めていることを表す項目を第2因子とする。

介護は生きがい	頼られている喜び
負担にならない	介護は当然のこと

③第3因子、第4因子

明確に意味付けることは難しいが、対社会の関わりに関するものと言える項目を第3因子、第4因子とする。

第3因子	自分の力を見直した
	近隣社会への気がね
	その他

第4因子	やるべき事はやっている
	経済的不安

今後、介護に関する因子を分析し、精度を上げることによって、介護している介護者の気持の類型化が可能と思われ、質問項目をさらに考えていく材料とすることができると思われる。

3. 家族介護者への訪問面接調査

訪問面接に同意した対象の自由記載欄は5名の記載なしを除いて介護の大変さや不安、要望などが記載されていた。その主なものは、ショートステイやデイサービス、介護者の会で支えられていることや、家族親族の協力関係などが介護者の介護力に大きく作用している様子が記載されていた。身近な近隣関係の交流援助に支えられる反面、遠慮のない質問や差別に傷つくこともあって、介護者の辛さをどのように理解すべきか苦慮する場面もあった。

福祉サービスの利用については、「助かっている」、「介護の安定につながる」との意見が多いが、「週1日でも24時間介護」を希望するものや「手軽に利用できる施設がほしい」「問題の初期の専門的

なコーディネートが必要」という意見もあった。

介護者は日々終わりの見えない介護で辛い思いをしているが、最も支えられるのは同じ問題を持つ介護者の会で話し合うことやタイミングのよい近隣の支援であった。表面に現われにくい小さな支援に支えられることの意義は大きいと思われる。

家族に支えられることは最も重要なことであるが、配偶関係以外、子供や兄弟姉妹、親族まで期待する事は難しいようであった。特に、痴呆があって介護者が配偶関係以外であるとき、特に嫁・舅の関係では介護者のやりきれない辛さや悩み、不安があって介護関係の不協和音が聞かれた。これらの対象にどのような支援の手をタイミングよく差し延べたいか検討が必要である。

V. まとめ

公的介護保健法の実施によって、高齢者・障害者の社会的支援体制への出発になったと考えられるが、なお、地域における身近な近隣の支援や、ボランティア活動への期待は決して少なくない。高齢者・障害者と生活を共にしている家族の気苦労は、この調査でも明らかのように頭痛や腰痛、不安やいらいらなどの心身の辛さを抱えての介護である。多くの家族介護者は、我慢をして、先の見えない長期的な介護を行っている。

思うようにならなくて、時には怒りや思わず叩いてしまうこともあって、将来への不安や自己嫌悪に陥ることも少なくない。高齢者・障害者の家族の介護上の問題点として、虐待や虐待につながると思われる事態は「痴呆あり」群に多くみられたことも見逃せない。

面接した痴呆性老人を抱える家族から、問題に気付いた初期に「どうしてよいかわからず、どこに相談したらよいのか、その戸惑いと不安」の気持と「早期にケアのマネジメントがされていれば」と支援サービスの必要性を伺うことができた。

荒木¹⁾は家庭の介護能力の弱小化と共に高齢者虐待は増加していくのではないかと指摘している。さらに高齢者に対する虐待はその大半が身近な家族によってなされ、児童虐待以上に顕在しにくいといわれている。身近な近隣の小さな支援をシステム化していくことによって、家族の疲労や不安を早期にとらえていくことが必要であろう。

近年、保健福祉サービスの活用はかなりされてき

てはいるものの、地域におけるインフォーマルな支援への期待は本調査によっても明らかであった。

新しい社会福祉実践にもとづくネットワーキングは、山手茂²⁾によると「障害者等の生活権の拡大の運動、保健・医療・福祉サービスを総合的・継続的に提供しようとする活動、“自立と社会参加”すなわちノーマライゼーションとインテグレーションを目指す運動である」としている。ネットワーキングの主体は高齢者・障害者やその家族であり、行政や

専門職の団体との連携や市民参加によって可能となる。住民の誰にも分りやすい支援システムづくりや初期対応の重要性についての検討が必要あると感じた。

この調査を基礎的資料として、高齢者・障害者及び家族の実態をさらに明にしながら、対象のニーズにそった支援システムについてさらに検討を続けていきたい。

文 献

- 1) 荒木乳根子「日本における高齢者虐待の現状と対応における留意点」高齢者のケアと行動科学 第5巻 老年科学行動研究会 1998
- 2) 山手茂著「福祉社会形成とネットワーキング」亜紀書房 1996
- 3) 小田兼三・竹内孝仁「医療福祉学の理論」中央法規出版 1997
- 4) 小笠原裕次・橋本泰子・浅野仁「高齢者福祉」有斐閣 1997
- 5) 東京都老人総合研究所社会部門「高齢者の家族介護と介護サービスニーズ」光生館1996
- 6) 鶴見俊輔・浜田晋他「いま家族とは」岩波書店 1999
- 7) 野川とも江「介護家族のQOL」中央法規出版 2000