

[Original Paper]

**Problems of care-givers who take care of aged demented people :  
burden and support**

Maki Uchida\*, Rie Takahashi\*, Akiko Taki\*  
Yumiko Den\* and Kimihisa Nomura\*

\* Aino Gakuin College

**Abstract**

As the population of Japan increases, the population of aged people (more than 65 years of age) increases, from one in six in 2000 to probably one in three in 2025. As a result, it is assumed that the number of family who take care of aged demented people at home also increases. We thus made a survey on care-givers and demented people by visiting their homes and found their present situation. The most serious problem the families suffered from was that care-givers are not able to have their own time due to the roam of the demented. Nevertheless, as far as we have visited, the present condition of the care-givers in the family who take care of demented seems stable by using nursing services. In conclusion, public health nurses are expected to play an important role in supporting not only aged demented people but also care-givers in the family.

**Key words :** aged demented people, problematic behavior, care-giver, QOL

# 痴呆性高齢者の問題行動と介護者の負担と支援

— よりよいQOLをめざして —

内 田 真 紀\*, 高 橋 理 恵\*, 瀧 明 子\*  
田 弓 子\*, 野 村 公 寿\*

**【要 旨】** わが国の人口の高齢化は急速に進み、2000年では全人口の6人に1人であった高齢者(65歳以上)が、2025年には3人に1人になると予測されている。それに伴い、痴呆性高齢者の数も確実に増加し、在宅で痴呆性高齢者を介護する家族も増加することが考えられる。今回著者らは、介護者だけでなく介護を受けている痴呆性高齢者に対しても家庭訪問による聞き取り調査を行い現状を把握した。

調査の結果、痴呆性高齢者の問題行動は徘徊が最も多く、そのため介護者は自分の時間が持てないことが一番の悩みであった。しかし訪問したうち多くの家庭では、それぞれ介護負担はあるが、介護サービスを利用して介護状況は安定していた。保健師は専門職として介入する役割が求められていることが明らかになった。

キーワード：痴呆性高齢者、問題行動、介護者、QOL

## I はじめに

わが国の高齢化の波は急速に押し寄せており、2000年には全人口の6人に1人であった高齢者が、2025年には全人口の3人に1人になると予測されている。特に後期高齢者人口が飛躍的に増加するため、痴呆性高齢者の増加は避けられないであろう。在宅ケアの最大の特徴は、高齢者たちが自宅で家族とともに生活しているということである。家族は、高齢者が長く、ともに過ごす人たちであり、家族の痴呆性高齢者への対応・受け入れなどが高齢者自身の心身の安定に大きく影響する。痴呆性高齢者は、特有の精神症状や問題行動を示すため、ほかの要介護高齢者とは質・量ともに異なった介護を必要とし、介護する側、特に家族にとっては多大な身体的・精神的負担を伴うことになる。このような現状のもとで、痴呆性高齢者が人間らしい

充実した生活を送れるよう、また、介護者の身体的・精神的負担を軽減させるためにも、より充実した保健活動を展開することが期待される。

そこで私たちは、痴呆性高齢者と同居する家族に焦点を当てて、その負担と支援について検討することにした。介護負担感の強い介護者はもちろんのこと、現在順調に介護されている介護者に対しても訪問聞き取り調査を行い、その現状を把握した。その結果、お互いがより快適に生活していくためには、今後保健師がどのように痴呆性高齢者と介護者に対して介入していけばよいのか、また、その中で今後の保健師としての役割やサポートシステムの重要性について考えることができたので、ここに報告する。

\* 藍野学院短期大学

## II 対象と方法

- 1 調査対象：O市T区の痴呆性高齢者11名と同居中の介護者12名
- 2 調査期間：平成14年10月2日～23日
- 3 調査方法：訪問聞き取り調査。調査対象者27名に電話連絡を行い、家庭訪問の協力が得られた11名の各家庭を、地域看護学専攻科学生2名ずつが訪問した。
- 4 調査内容：聞き取り調査項目…氏名、性別、生年月日、居住地（校区）、世帯構成、疾患名、罹患年数、痴呆老人の日常生活自立度、障害老人の日常生活自立度、問題行動、食事、排泄、衣服の着脱、清潔、移動、コミュニケーション、住居環境、主な介護者、介護者の年齢、介護歴、職業、介護協力者、介護に対する不安・悩み、生きがい・趣味、健康状態、介護意欲、介護保険サービス認定の有無、保健サービス、在宅福祉サービス、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者福祉手帳
- 5 分析方法
  - 1) 研究に先立ち、次の2つの仮説を立てた。
    - (1) 痴呆性高齢者の問題行動があるほど、介護者の負担が増す。
    - (2) サービスの利用により介護者の負担が軽減する。
  - 2) 聞き取り調査項目から、痴呆性高齢者の問題行動と介護者の負担の有無を単純集計し、分析する。
  - 3) 訪問した11件中、地域看護学専攻科学生が、うまく介護していると思われる家庭と、保健師

の介入がより必要と考える家庭を1件ずつ選出し、具体的に分析する。

- 4) 1)～3)をもとに、保健師としてどのように介入していくべきか、また今後どのような地域のサポートが必要なのかを考察する。

## III 結果

### 1 被介護者の属性

11名の内訳は、男性5名、女性6名であり、平均年齢77.9±10.8歳（60歳-94歳）であった（表1）。痴呆を分類すると、アルツハイマー型痴呆が5名で最も多く、次いで脳血管性痴呆が3名であった（表2）。罹患年数は、1～3年が5名で最も多く、4～6年が2名、7～9年が2名、10～12年が0名、13～15年が2名であった。

表1 痴呆性高齢者の年齢

年齢（歳）	人数
60～64	2
65～69	1
70～74	0
75～79	3
80～84	1
85～89	3
90～94	1
合計	11

表2 痴呆の種類

痴呆の分類	人数
アルツハイマー型痴呆	5
脳血管性痴呆	3
老人性痴呆	2
その他	1
合計	11

表3 痴呆性高齢者の日常生活自立度と被介護者数

ランク	人数	判定基準
正常	0	非該当（痴呆なし）
I	0	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
IIa	0	家庭外で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
IIb	2	家庭内で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
IIIa	4	日中を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IIIb	3	夜間を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IV	1	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
V	1	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。
合計	11	

（平成5年・厚生省検討委員会報告書より）

表4 障害老人の日常生活自立度と被介護者数

	ランク	人数	
生活自立	ランク J 1	1	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。交通機関などを利用して外出する。
	ランク J 2	6	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランク A 1	2	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
	ランク A 2	1	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランク B 1	0	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
	ランク B 2	0	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。介助により車椅子に移乗する。
	ランク C 1	0	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつ。
	ランク C 2	1	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力では寝返りもうたない。
	合計	11	

資料：厚生省 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準作成検討委員会報告書，1991

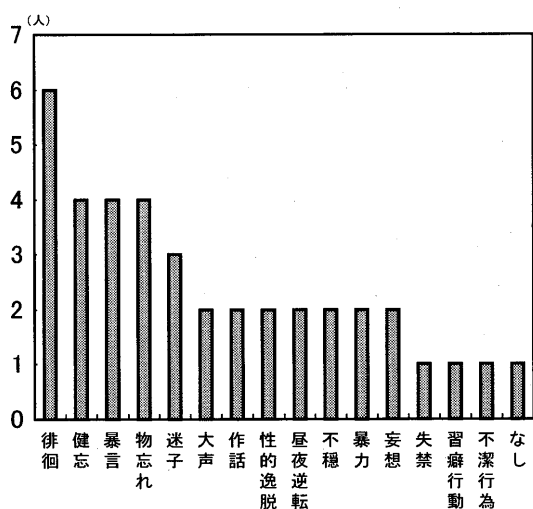


図1 被介護者の問題行動

痴呆性高齢者の日常生活自立度は、Ⅲaが4名と一番多く、次にⅢbが3名であった（表3）。障害老人の日常生活自立度は、J2が6名と一番多く、次にA1が2名であった（表4）。問題行動では、徘徊が6名と一番多く、次に健忘、暴言、物忘れが各々4名、迷子が3名であった（図1）。ADL項目については、食事は自立6名、一部介助4名、全介助1名、排泄は自立4名、一部介助6名、全介助1名、衣服の着脱は自立2名、一部介助7名、全介助2名、清潔は自立2名、一部介助6名、全介助3名、移動は自立8名、一部介助1名、全介助2名、コミュニケーションは良好10名、不良1名であった。

## 2 介護者の属性

11件中、主な介護者が妻であるのは5件、娘3件、夫1件、夫と娘1件、孫1件であり、平均年齢は60.1

表5 介護者の年齢

年齢（歳代）	人数
30	1
40	3
50	3
60	0
70	3
80	1
90	1

±22.5歳（38歳-90歳）であった（表5）。介護歴は、1～3年が5名と最も多く、次いで4～6年が3名、7～9年が2名、10～12年が0名、13～15年が1名

で、平均年数が5.1年であった。職業は、主婦・主夫（無職の夫）8名と一番多く、自営業3名、パート1名であった。11件中、介護協力者があるものは10件（夫、妻、息子、娘、嫁、婿、孫、義母）、ないものが1件であった。

介護に対する不安・悩みでは、「自分の時間が持てない」が最も多く、「外出できない」、「目が離せない」が次に多かった。その他「本人の火の不始末」、「外食できない」、「このまま症状が進行しないで欲しい」、「本人の暴言による精神的負担」、「食事を作っても食べてくれない」などであった（図2）。

生きがい・趣味では、ありが9名（手芸、孫が来ること、茶道、旅行、ガーデニング、仕事、釣り、囲碁、将棋、読書、トールペイント等）、なしが2名であった。健康状態では、良好が6名、不良が5名（腰痛、関節痛、更年期障害、高血圧、貧血、糖尿病等）であった。介護意欲に関しては、ありが10名（義務感、よりよい介護をめざしている、生活の一部となっている等）、なしが1名であった。

介護保険認定は全員受けており、サービスの利用として、ありが9名で、そのうちデイサービス利用が7名と一番多かった。その他ショートステイ、日常生活

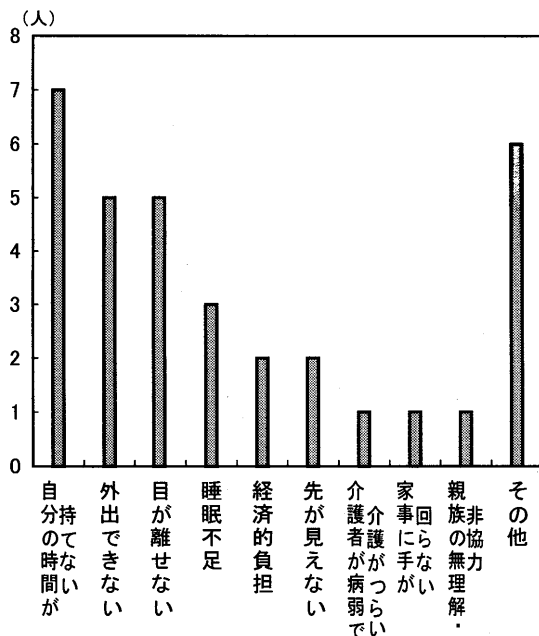


図2 介護者の介護に対する不安・悩み

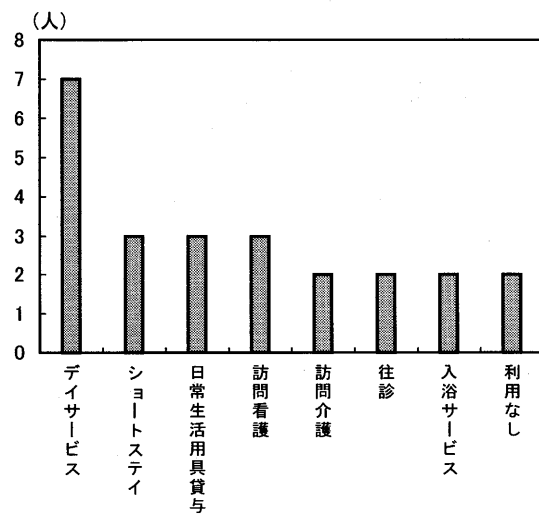


図3 介護保険サービスの利用

用具貸与、訪問看護、訪問介護、往診、入浴サービスの利用があった。利用なしは2名であった(図3)。

介護者からの声として、「(介護者が)希望したときはデイサービスの時間延長をして欲しい」、「(介護者が問い合わせない限り)公的機関から情報が得られない」などが聞かれた。

#### IV 考 察

##### 1 聞き取り調査

痴呆性高齢者は男性に比較して女性が多いといわれ

ている(松下, 2000)。今回の対象者についても同様に女性が多く、T保健センターの介護保険同行調査や精神保健福祉士、保健師が関わっているケースも男女差に関しては女性が高率という傾向が見られた。また、年齢構成については、男女とも75歳以上の後期高齢者が多かった(表1)。五島ら(1998)の報告では、わが国における65歳以上の痴呆性高齢者出現率は6.3%(男性5.8%, 女性6.7%)で、85歳以上では27.3%(男性22.2%, 女性29.8%)と高率である。今後、後期高齢者がますます増加することが予測され、それに伴い保健・医療・福祉などの面におけるニーズがさらに重要視され、痴呆に対する医療や介護の問題が深刻になってくることが考えられる。

高崎(1993)の調査では、「知能低下が著しく、寝たきり状態に近くなるほうが、むしろ家族はほっとする」という介護者の声が聞かれている。しかし、今回の訪問聞き取り調査では、問題行動として徘徊が多く、日常生活自立度Jランクが多いことから、行動範囲の広い痴呆性高齢者が多いことがわかった。実際には、介護者から上記のような声は聞かれなかったが、介護者にとっては介護による身体的・精神的ストレスが大きいと考えられる。そのため、保健師は、介護者の心の奥底にある潜在的な感情まで十分理解・受容し、適時有効な社会的サービスの利用を勧めながら、介護負担を軽減するように努めなければならないと考えられる。

今回訪問した多くの家庭の介護者は女性(妻・嫁・娘)が多く、ほかに協力者がいる家庭が多かった。しかし、日中は介護者が1人で介護している家庭も多く、「自分の時間が持てない」という介護者の悩みも多く聞かれた。このように、現在の介護状況が安定しているからといって全く問題がないとは限らない。介護者の続柄や介護に対する受け止め方などによっても違いがあるため、介護者の些細な言動にも気を配りながら介護状況を把握し、これからの介護についても考え、援助する必要があると考えられる。さらに、高齢者人口の増加とともに、高齢者世帯の増加・核家族化・少子化・女性の社会進出などの現状から考えると、痴呆性高齢者の在宅介護はますます困難になることが予測される。このような状況も考慮し、介護者が1人で負担を背負うことがないようにサポートしていく必要があると考えられる。

介護歴としては1~3年が多かった。しかし、五島ら(1998)の調査では、全国的に見ると5年以下が29.9%、6~9年が34.8%、10年以上が30.4%で、

一般に介護期間が長期にわたることが明らかとなっている。介護期間が長期化するほど介護者も年齢を重ねて老々介護となり、さらに介護負担が増大すると考えられる。そのため、介護者の介護負担軽減に努め、長期にわたることが予測されても無理をすることなく、介護者も自分の時間を持ちながら生活できるように支援していかなければならない。

## 2 事例10, 11について

うまく介護している事例として事例10を、また、介入が必要と考える事例として事例11を取り上げたい。

### 〈事例10〉

U氏(67歳、女性)を介護している娘の話では、母親の介護をすることは自然なことで、生活の一部となっており、特に困ったこと、不自由なこともなく、苦痛なことでもないとのことであった。U氏の場合、脳動静脈奇形、症候性てんかんによるてんかん痴呆で、15年前から発症しており、若い時から痴呆が出現しているため、急に痴呆になった人よりも比較的受け入れやすく、介護がしやすい面もあると考えられる。現在のところ、父親と協力して介護ができていると考えられる。室伏(1998)は次のように述べている。すなわち、「老人との心の交流には、心身の障害があればあるほど、非言語的な心づかいのある接近的態度が必要となる。この場合に最も印象的なのが、微笑み(温和な親しみの表情)、うなずきの交わり(情熱的な同意の表情)、温かいまなざし(融和的な目の表情)、手のぬくもり(手は心の絆)などである。これらは感情移入(相手との間に、感情や情緒の表す心理を感じとり理解する)の素朴な基盤となり、状況や人間関係や問題点を同じくした共感的な(実感として共に感じ、共に通じてわかる)良いコミュニケーションを形成する上で重要な役割を果たしている」。このように、U氏と娘とのコミュニケーションは、親密であり、温かいものであった。

また、この一家は自営業でパン屋を営んでおり、昼間は店へ一緒に車椅子で行ったり、近隣者が声をかけるなど地域住民との交流もある。息子夫婦も協力してくれるとのことで、周囲の理解不足・支持不足などもないと考えられる。痴呆性高齢者であっても、なじみの深い人間関係は、生きる拠りどころであり、安心、安楽、安住して過ごすことができると考えられる。店へ行くなど生活を通して働きかけることは良い刺激に

なると考えられる。現在、訪問看護、往診を利用しているが、ボランティアによる友愛訪問などにより、様々な人々と出会うことによって、社会との交流が行われ、その刺激で痴呆の進行も緩和されると考えられる。

しかし、家族にとって介護は生活の一部となっており、「出かけることができないというより、しない」というような考えに傾き、趣味も特にないとのことで、母親の介護をすることは当たり前であり、介護者の義務感が感じられた。

また、娘は40歳女性であり、結婚や出産により家庭を形成し、家族の中心となって支えていく年代である。しかし、U氏の娘は現在独身で、25歳時に母親が発病し、15年間介護を続けている。母親の介護をするために結婚していないのか、介護に関係なく結婚していないのかは不明であるが、娘は自分自身の時間を介護に費やしている。

介護における不安・悩みは特にないとのことであったが、強いて言えば、「父が倒れたら、介護的にも、経済的にも困るし、先が見えない。また、母親が体調を崩すと心配だ」と娘は答えた。現在、2人で介護をして安定しているが、将来に関し不安が感じられた。入浴介助など2人または1人で行っているため、介護者に腰痛などの身体的負担もある。これらから、彼等の年齢とともに不安が高まると考えられた。

以前、訪問介護を利用していたが、このように身体的負担が高まるにつれ、再び利用することを考えていく必要がある。また、U氏は特別障害者手当や障害者年金など受けられる可能性がある。今回確認できなかったが、経済的な面からも、今後の計画を専門職と話し合い、サービスを見直し、介護・生活の質を維持していくことが大切である。

### 〈事例11〉

杉山(1995)の指摘する「家族のかかえる諸問題」、すなわち、①介護そのものに要する身体的・精神的負担、②知識の不足からくる身体的・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当り前の社会生活を送ることができないという問題、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、の7つの視点から本事例を考察する。

#### 1 介護そのものに要する身体的・精神的負担

杉山(1995)は、「痴呆性老人の示す問題行動は、

どれもが家族にとって心配や苦労のたねであるが、なかでもいっつきも目が離せない状態は、毎日24時間介護を続ける家族にとってつらいものとなる」と述べている。現在のI氏(60歳、男性)は障害老人の日常生活自立度J2と、何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、近隣なら1人で外出できる状態である。しかし、痴呆性老人の日常生活自立度はIVと、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする状態である。小林(1995)は、「老人の心の生活の場は次第に過去へ帰っているため、家族もその場へ帰って話を合わせていかねばならず、家族のほうで混乱を起こしてしまうこともしばしばある」と述べている。そのため、介護者である妻にとって介護負担が非常にかかる状態であると考えられる。また、徘徊・迷子・健忘が見られるI氏に対して、「介護に対して強制する必要はなく、仕事と介護を両立しながら行っている」と妻は発言しているものの、「外出できない」、「自分の時間が持てない」、「目が離せない」などの不満をもっている。それは、I氏は現在サービス利用を拒否しており、妻がほとんど自宅で介護しているからである。このような心理的葛藤の中、保健師は現在の介護状況が良好か否かを見極めるだけでなく、妻の感情を十分くみ取りながら話を傾聴することが大切であると思われる。また、介護負担軽減のためにもサービスの利用を勧めたいが、I氏の意味も無視してはならない。そのため、妻の介護状況や意向を把握するとともに、I氏とコミュニケーションをとる努力をして、その意思を反映させつつ、時期を考慮しながらサービス利用へと働きかける必要があると考えられる。

## 2 知識不足による身体的・精神的負担

I氏の痴呆症状は一時期安定していたが、最近症状が悪化し、子どもの名前を忘れてしまい、妻は衝撃を受けている。痴呆症状が改善する可能性はないとわかっているため、家族にとってI氏の症状の変化に直面することの衝撃は大きい。このことを理解し、家族・妻のその時々感情を受容する必要がある。また同じような疾患をもつ家族とのふれあいが、痴呆に対する知識の獲得や精神的負担の軽減につながるのではないかと考え、今回の訪問時「老人介護家族の会」についての情報提供を行った。杉山(1995)は、「適切な情報が適切な時期に得られるなら、介護者の苦労は相当に軽減されるものである」と述べている。このことから、知識不足による介護負担の増大は適切な情報

を提供することによって徐々に改善できると考えられる。しかし、現在の妻の介護状況を考慮すると、適切な情報が適切な時期に得られていたのかどうかという疑問が残る。公的サービスに関する情報提供やケアマネージャーとの関係などを優先して家族と話を進めていくことが重要であったと考えられる。

## 3 周囲の理解不足・支持不足による孤立感

I氏の親族は離れた場所に住んでいるため、彼等の協力は得られていないようである。しかし、身近な存在として3人の息子(社会人、中学生、小学生)や職員の協力が得られており、妻は1人で対応しなければならないという精神的負担は軽減しているようである。ある介護者は次のように語っている。すなわち、「わかってもらえる気持ち、こんなにうれしいことはありません。その通りなんです。ほかに何もいらないので。ちょっとした支えの言葉ひとつで何事も一所懸命できるのです」と。このように、ほんの些細な言葉や協力が、介護者にとって大きな安らぎになるのではないだろうか。今後、近隣の人々への理解や協力を求めることで、妻の介護負担が軽減されていくのではないかと考えられる。

## 4 正常な社会生活を送ることができないという問題

I氏から目が離せない妻にとって、自分の時間にゆとりはない。また、次男・三男が学生であるため、学校行事などへの参加も必要であり、その分妻は余計に介護、仕事、家事に追われる生活を送っている。このような妻に対し、妻自身の時間や気分転換の時間などが持てるような援助をしていくことで介護負担が軽減し、今後も介護を継続していけるのではと考えられる。多様なサービスの充実も必要であり、利用するもの立場を理解したサービスが確立されなければならないと考えられる。

## 5 突然の変化に対応できるかという不安

現在I氏は、サービス利用を拒否しているが、妻は頻繁にケアマネージャーと連絡をとっているようである。杉山(1995)は、「最も大切な点は、介護者の気持ちや立場を理解した素早い対応である。困ったときはいつでも相談でき、対応してくれるという安心感、介護力を飛躍的に高めるものである」と述べており、今後も妻とケアマネージャーとの関係は重要になると考えられる。

## 6 部屋の広さなど物理的条件

I氏の部屋は1階にあり、トイレに近い場所である。しかし、玄関が狭く段差があり、車椅子に乗ったままの外出はできない。また、自宅前の道路は狭く車が入らない。そのためI氏は受診時、自宅前の道路まで歩行し、そこから車椅子に乗って車がある場所まで移動しなければならないという状態である。現在I氏は移動可能な状態であり、ほとんど支障はない。しかし、I氏の症状には徘徊があり、外出すると迷子になることがあるので、常に玄関の鍵はかかっている。このような状態が続くと、今後ADL低下が進行し、外出困難な状態になると考えられる。したがって今後、住宅改修が必要となる可能性が高くなる。そのほか、妻の介護負担が増大しないよう移動時の介助方法なども考慮し、知識・技術の提供を行っていく必要があると考えられる。

## 7 自己負担の問題としての経済的条件

I氏宅は、I氏の介護費用以外にも次男・三男の学費などを必要とするため、妻は平常の勤務以外にも夜間のアルバイトを行っている。このようにI氏宅の場合、介護負担に加え、経済的負担が大きな問題となっている。杉山(1995)は、「家族が介護を負担しながら家計を支えなければならないということを考慮すること、つまり、社会保障の問題としてとらえる必要がある」と述べている。保健師としてサービスは、その家庭の経済的面も考慮したうえで行き、よりよい介護が行えるよう介護者の仕事と介護力の関係なども考慮することが大切だと考えられる。

## 8 全体を通して

介護負担というものは時期に応じて変化する。つまり、ある時期で一定の解決が得られたとしても、そこで援助を終了できるものではない。痴呆性高齢者と家族が発病以来たどってきたさまざまな経過を知り、新たな課題が生じたときに、常に変化に応じられる専門職の存在は重要である。

筆者らは、研究に先立ち2つの仮説を立てた。まず、「痴呆性高齢者の問題行動があるほど、介護者の負担が増す」については、問題行動は個人個人により異なっており、介護負担の重さとは必ずしも比例しないことが考えられる。また、問題行動が痴呆性高齢者と介護者との間のそれまでの人間関係の上に新たな確執を招きやすいことが考えられる。そのため保健師として、痴呆性高齢者の問題行動にだけ着目するのではな

く、広い視野で痴呆性高齢者と介護者の関係をとらえていかなければならない。

次に、「介護者の負担がサービスの利用により軽減する」について実際は、現在入院中の事例も含め、ほとんどの場合サービスの利用経験があった。サービスを利用することによって負担が軽減されている介護者が多かったが、その一方、痴呆性高齢者がサービスを拒否する場合や介護者からサービスに対して特別な要望がある場合があった。このように、痴呆性高齢者や介護者の要求は多様であるため、サービスや支援体制の確立には困難が多いと思われる。そのため、保健師は介護者の介護状況や意向を把握することともに、本人とコミュニケーションを密にする努力をし、患者を代弁してその意思を反映させていかなければならないと考えられる。また、痴呆性高齢者に対する支援サービスの充実を図るとともに、痴呆介護の質的向上を図るために実際に介護者の声を大きく反映させなければならぬと考えられる。

痴呆性高齢者の問題行動や介護者の負担、サポートシステムは常に関連し合っている。そのため、1つの課題の解決が他の課題の解決をもたらす可能性は大きいと考えられる。また、介護者が抱えている問題が1つでも解決できると介護に自信がもてるようになり、より良い介護が可能となることも考えられる。これらのことを考慮し、保健師は痴呆性高齢者と介護者がよりよく地域で生活できるような環境を整えていかなければならない。

今回、筆者らは痴呆性高齢者の問題行動と介護負担に着目し、保健師の介入方法について考えようと研究に取り組んだ。実際に家庭訪問を行い、介護者の生の声を聴くことによって介護についての実態を知ることができた。保健師として筆者らは、1つの問題にとらわれず、広い視野で本人と介護者に関わる必要があることを学んだ。ここで学習したことを今後の保健師活動に生かして生きたいと考えている。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり、訪問聞き取り調査を快く引き受けてくださったO市T区の痴呆性高齢者の介護者の皆様には、深く感謝申し上げますとともに、今後のご健康とご多幸をお祈りいたします。また、最後までご指導、ご助言のみならず、多大なお力添えをいただきましたT区保健センターの所長をはじめ、副主幹、指導保健師、保健師、その他関係各位の皆様方、研究のご指導を頂いた本学の河野益美



講師，論文の校閲を頂いた増田芳雄客員教授に深く感謝いたします。

引用文献

五島シズ他：痴呆性老人の看護，医学書院，61頁，1998  
小林敏子：痴呆性老人の心理と対応，ワールドプランニング，96頁，1995  
松下正明総編集：臨床精神医学講座，中山書店，23頁，2000

室伏君士：痴呆老人への対応と介護，金剛出版，120頁，1998

島内 節，高崎絹子他：ビジュアル老人看護百科 SALUS 5，地域老人看護の展開，ダイレック，175頁，1993

杉山孝博：痴呆性老人の地域ケア，医学書院，17，29，41，52～53，66頁，1995

氏家幸子：成人看護学 A，成人看護学原論，廣川書店，40頁，1999