

人間福祉研究
第1号/1998年度

在宅痴呆性老人の家族介護者の負担感

— 継続評価による変化の測定とその要因分析の試み —

ば ば じゅん こ
馬 場 純 子

〈要 旨〉

痴呆性老人の在宅介護方法開発研究の一環としてK県内のケアセンターを利用する痴呆性老人とその介護家族を対象とした継続評価観察調査において主介護家族の負担感を測定し、その変化や影響する要因について検討した。2ヶ月に一度ずつ計4回、質問紙調査票を用いて各ケアセンターの指導員・看護婦などの専門職による個別訪問面接調査を行った。有効回答票は28ケースである。負担感の測定には、Zaritらの負担感スケールを使用し、主介護者の負担感の変化について、何が効果的に影響したのかを探るため、要因と考えられる痴呆性老人の病状や行動評価、問題行動、サービス利用状況及びその他の支援との関連を検討した。その結果、ケースマネジメントによるサービスの調整や相談・助言などの支援を受けて8ヶ月後に負担感が変化したものは24ケース、そのうち負担感が増大したものが15ケース、軽減されたものが9ケースであった。負担感の変化と相関が認められたのは、老人への介護の対応状況とデイサービスの利用回数の変化であった。全体的な傾向は、ADLやACTIVITYなどの行動評価に顕著な改善が見られても、対応困難な問題行動が改善されない場合には負担感は増大する、また専門職による精神的支えや適切な助言及び諸サービスの調整などの援助が積極的に行われているケースにおいては、痴呆の程度が進んでも負担感が増大するわけではないなどの傾向が示された。

〈キーワード〉

痴呆性老人 在宅介護 家族介護者 負担感 評価

I はじめに

わが国の平均寿命は世界で最も長く、同時にかつてどの国も経験したことのない少子・高齢社会に移行しつつある現在、国民の誰もが安心して健康で豊かな生活を送ることのできる長寿社会の実現がわが国最大の課題であることはあらためて指摘するまでもない。

高齢化の進展の中でも、特に後期高齢者などの高年齢人口の飛躍的な増加が予測される

ため、痴呆性老人の増加は確実である。「痴呆」についてその発生や症状に関する医学的研究は各国においても年々進められているが、その病因や治療方法など未解明の部分が多く、保健・医療・福祉各分野における諸々の対策が充実してきているものの、初老期痴呆をはじめ未だ予防等困難な現状である。

痴呆性老人には、特有の精神症状や問題行動などさまざまな症状があり、しかもそれらの症状は一人一人異なり、変化し、それでいて発症の予測が困難である。治癒はまず望めず、各症状や問題行動への対応の予測もほとんどつかない。その反面、わが国においては、未だ痴呆性老人に専門的に対応する病院や施設が不十分であり、国の方針としても在宅介護を中心とした対策がなされている。

痴呆性老人の在宅介護は、他の要介護高齢者の介護とは質・量ともに異なる対応が必要となり、そのために痴呆性老人を介護する家族の負担は、身体的にも精神的にも大変な重荷となっている。在宅の痴呆性老人はますます増加する一方であるが、反面、そのような痴呆性老人を日常生活の中でどのように介護するかという介護方法については、施設や家庭で個々にはさまざまな工夫がなされているものの、未だ試行錯誤という状況にあり、とりわけ家庭で介護する家族の負担や悩みは深刻になっている。「患者だけがアルツハイマー病の犠牲者なのではない。おそらく、この疾患ほどに家族を巻き込み、家庭の崩壊へと導く可能性の高い疾患はほかにはあるまい」(Zarit, SH., et al. 1985.)この Zarit の言葉に表わされているように、家族介護者は変化する痴呆の症状や問題行動にとまどい、混乱し、あきらめ、受容するという心理的ステップ¹⁾をたどりながら適切な対応をしていくという、対処と適応の繰り返しを要求される。痴呆性老人の介護は次々と起こる困難に対する対応への取り組みなのである。介護者の状態や接し方などが痴呆性老人の症状や行動に影響を及ぼすこともあり、高齢者本人と介護者がともに well-being を維持していくことができるような、介護者の負担の軽減のための具体的な方策をはじめとする痴呆性老人の在宅介護問題への対策が今後の高齢社会における大きな課題の一つとなっている。

ところが、介護者の負担など家族介護の実態については、介護経験者の体験や専門職の経験をもとにおもに主観的、記述的な把握がなされ、客観的な評価基準を用いての評価はほとんど行われてこなかった。また、わが国においては特にサービス評価に関する研究の蓄積は非常に限られ、少ないという現状である。介護者の負担を軽減し、高齢者本人とともに安心して健やかな在宅生活を送ることができるよう具体的な対策を開発する上では、家族介護の実態の客観的、数量的な把握が先ず基本となる。さらに、在宅介護の支援をは

1) 杉山孝博によると「ぼけ老人をかかえる家族は、4つの心理ステップをたどる」ということである。『神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究報告Ⅲ「ぼけ」とのつきあい』p.6-8, 1994.

はじめとしてケースマネジメント（ケアマネジメント）方式によるサービス供給方法が普及しつつあるなかで、また今後の公的介護保険制度においても、ケアプランの作成などケースマネジメントの過程において客観的な基準を用いてのサービスの効果あるいは結果評価が必要であり、そのためにも何らかのサービス評価基準の活用が不可欠であろう。

以上のような状況のもと、筆者らは3年間にわたり、痴呆性老人を日常的に介護する人々の生活状況を明らかにし、同じ問題状況にある多くの高齢者や介護者にとってよりよい在宅介護方法を開発しようとするを目的に調査研究を行った²⁾。その一環として、ケアセンターおよび介護にあたる家族の協力により定期的な評価観察調査を行い、日常生活におけるさまざまな状況変化やその時々介護工夫によってどのような変化や成果を得ることができるか検討した。本稿で取り上げる継続評価観察調査は第2年度に実施され、在宅介護方法開発検討の素材としてだけでなく、副次的にケースマネジメント方式による在宅介護支援の効果評価という、これまでほとんど行われてこなかった評価研究の試みとしての意味もある。本来の目的からして評価研究そのものを第一の目的とするものではなく、したがって客観的な評価基準の指標の開発を含めた研究とはならなかったものの、ケースマネジメント方式による在宅介護支援の普及とそのための評価研究の必要を考えると、一つの試みとして今後の研究に多くの示唆や課題を残すものとなったことは、意義あることと考えられる。

本稿は、その一つの試みとして行われた継続評価観察調査の中から、主介護者の負担感について、負担感がどのように変化し、何に影響を受けたのか、負担の軽減に何が効果的であったのかその要因を探り、影響を及ぼす要因と想定される痴呆性老人の状況、サービスの利用状況、その他の支援などとの関連や介護の実態についての考察を行い、家族介護者の負担軽減への具体的な方策の探索の一助とすることを目的とするものである。（なお、本稿は日本社会福祉学会第42回大会における研究発表の中からまとめたものである。）

Ⅱ 先行研究

在宅痴呆性老人の家族介護者の負担感に関する継続的な効果評価に関わる先行研究は特に見あたらなかったが、痴呆性老人の家族介護者の負担感およびその影響する要因に関す

2) この研究は、痴呆性老人在宅介護方法開発研究事業として、神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究委員会（代表：一番ヶ瀬康子＝本委員会）より日本女子大学人間社会学部地域ケア研究会に委託され、平成3年度から3年間にわたり実施された。一連の調査研究作業は日本女子大学人間社会学部地域ケア研究会が行った。

る研究、効果評価研究に関する研究について、本研究の先行研究として以下のようにとりあげる。

1. 痴呆性老人の家族介護者の負担感に関する先行研究

(1) 痴呆性老人の家族介護者の負担感に関する研究

痴呆性老人の家族介護者の負担感に関する研究は、1980年代初めより米国を中心に心理学のストレス理論に基づいた研究がさかんに行われてきた。とくに Zarit et al. (1980) が「負担感スケール(The burden interview)」を用いた研究がよく知られている。この負担感スケールは、介護者の健康、心理的安定、経済状況、社会生活、痴呆性老人と介護者の関係といった側面における負担について尋ねる 29の質問文で構成されている。その後20項目の縮小版や修正版が開発され、それらを用いた負担感の測定および関連要因の研究が行われた(Vitaliano, et al. 1991)。その他、Greene et al. (1982)による家族介護者ストレス・スケール(Relatives' Stress Scale)、Zarit 負担感スケールを批判して主観的負担と客観的負担を区別して測定した Poulshock & Deimling (1984)、Morycz (1985)による家族負担尺度(Family Strain Scale)、Kosberg & Cairl (1986)の負担犠牲指標(CCI: Cost of Care Index)などがある。また、負担と幸福度(well-being)は表裏一体であるとして負担を捉えるために幸福度を測定した George & Gwyther (1986) による研究もみられる。

国内における研究としては、東京都老人総合研究所社会学部が行った障害老人を介護する家族介護者の一連の調査研究(1977, 1980, 1983)において、介護者の受ける負担について調査したものがあつた。第1回目の調査によると、「世話の困難」を高年齢者の障害の程度、介護者の属性・状況により範疇化し、家族類型別の分析を試みている。この研究では世話の困難を客観的なものととらえ、さらに主観的負担を「世話をする上で困ること」として調査している(冷水・本間、1978)。続く2回目の調査で冷水(1981)は、「困ることの数」を主観的な困難の量的把握として調査を試みた。3回目の調査では、主観的負担と客観的負担を区別し、家族の「困難表明」として12項目からなる主観的困難スケールにより介護者の負担を測定し、因子分析の結果「痴呆性老人や気難しい老人を介護する上での困難」と「世話する人の人手不足、仕事にかかる支障、経済的負担に関わる困難」の2つの因子を抽出している。中谷・東條(1989)は、Zarit の負担感スケールと類似したスケールの開発を試み、12項目からなるスケールにより痴呆性老人の家族介護者の負担感の測定と要因分析を行った。また、心理学の分野から新名ら(1992)が、ストレス研究の一環としてストレス認知理論を背景に在宅の痴呆性老人の家族介護者のストレス・モデルを仮定し、その中に負担感を位置づけ、Zarit の負担感スケールを用いての測定を行っている。中谷(1992)も、負担をストレス認知理論モデルに基づいてとらえ、ストレス反応の測定に燃

え尽き症候群の尺度(Maslach Burnout Inventory=MBI)の修正版の適用を試みている。

以上のように痴呆性老人の家族介護者の負担感を測定するスケールは開発されてきたが、おおむね「負担」を精神的・情緒的圧迫と社会的・経済的困難としているといえる。しかし当初より問題とされてきたのは、「負担」の定義付けの差異に起因することである。負担には客観的負担と主観的負担があり、それらを区別して捉えるべきであるということである。Poulshock & Deimling (1984) による Zarit への批判は、この区別があいまいであり、分けて測定すべきであるというものであった。ほとんどの研究者は、客観的負担とは、介護にかかる時間、経済的負担等「第三者によって観察・測定できる負担」で、主観的負担とは「当事者の客観的負担に対する解釈あるいはどの程度負担と感じているか」と捉えている。ところが、ほとんどのスケールが質問紙等を用いて介護者に直接質問する方法をとっており、その意味では主観的な負担感の測定となっている(中谷・東條、1989)。

本研究では、当初より負担感スケールの開発を主目的とするものではないため、主観的負担および客観的負担が混在しているという批判はあるものの、最もよく知られ、スケールとしての信頼性もある程度確保されているものとして Zarit の負担感スケールを用いることとした。

(2) 負担に影響を与える要因

上記に紹介した研究では、それぞれスケールを用いての痴呆性老人の家族介護者の負担感を測定し、その上で各々の負担感に影響を与える要因について探索している。これらのスケールを用いて測定した負担感、家族介護者が直接質問に答える方法による測定であり、その意味では主観的負担ともいえるが、ほとんどすべての研究でこの主観的ともいえる負担感について、主に痴呆性老人の身体状況・精神状況および問題行動、介護者の身体状況、介護のサポートや経済の状況などの客観的な要因が影響を与えるかどうか検討している。Zarit et al. (1980)では、痴呆性老人の身体症状および精神症状は負担に影響を及ぼさず、家族や親類の接触度が大きな影響を及ぼすという結果を得ている。Zarit の負担感スケールを用いた他の研究においても、痴呆性老人の身体症状および精神症状は負担に影響を及ぼさないという同様の結果をみている。ところが、Greene, et al. (1982)によれば、身体機能低下は負担に影響を与えないものの、問題行動や精神症状の一部が介護者の情緒面の負担に影響を与えるという結果を得ている。また、Morycz (1985)は、痴呆性老人の問題行動は負担に影響を与えているが、それ以上に何かのときの頼りになるサポートの有無というようなソーシャル・サポートが負担感に大きな影響を及ぼすという知見を得ている。Kosberg & Cairl (1986)は、介護者自身の身体的・心理的健康の低下、痴呆性老人の問題行動が負担を増大させ、痴呆性老人の認知機能の低下は反対に介護者の負担を減少させる

と報告した。負担感のかわりに幸福度を測定した George & Gwyther (1986)によれば、幸福度と痴呆性老人の身体症状および精神症状とは関連がないとい結果になっている。

国内の研究では、冷水(1981)のよると、困難の数として捉えた主観的困難に最も大きな影響を与えているのは障害老人の身体症状・精神症状であると報告されている。また主観的困難スケールを用いた研究では、要因分析の結果、高齢者の身体症状・精神症状、介護者の続柄、就業状況、世帯収入などが影響を与えていると報告されている(前田・冷水、1984)。中谷・東條(1989)によれば、主介護者の健康状態、就業状況、副介護者の有無が負担感に有意に影響を与えているという結果を報告している。新名(1992)らの一連の研究によれば、介護者側の要因として痴呆や介護についての知識の質や量、健康状態、家族が介護者に与えるサポートの内容や量、さらに医療・福祉サービスの利用などが考えられると述べている。

以上のように、家族介護者の負担感に影響する要因は、痴呆性老人の病状、介護者の特性、老人と介護者の置かれている介護環境、医療・福祉サービスの利用をはじめとする社会的要因などさまざまであることが報告されており、多面的に捉えることが重要と考えられる。

2. 評価研究に関する先行研究

先に述べたように、これまで国内におけるサービス評価に関する研究は、ほとんど行われて来なかった。欧米においてはサービスの効果評価をはじめとして、過程・方法の評価、投入資源の評価など数多くの研究が行われ、その蓄積も豊富である。冷水(1983)によれば、わが国においては欧米に比較して福祉サービス評価そのものが立ち遅れている状況であった。サービスの評価に関する研究についての先行研究およびわが国の福祉サービス評価の未発達背景要因については、冷水論文(1983, 1992)に詳しいのでここでは敢えて触れず、本研究で参考とした研究とわが国の福祉サービス評価をめぐる最近の動向について取り上げる。

本研究では、英国ケント大学対人社会サービス研究所(Personal Social Services Research Unit=PSSRU、以後 PSSRU と省略)と各自治体(および保健当局)の共同事業として実施されたコミュニティ・ケアの実験プロジェクトの一連の研究を参考に、ケースマネジメント方式による在宅介護支援を行い、その支援により在宅の痴呆性老人や家族介護者の状況および介護がどのように変化するか、その変化には何が影響するのかについて検討した。

この実験プロジェクトは、英国サッチャー政権のもとに行われた保健・福祉の分野における社会的資源や費用の効率的配分などの一連の改革以前に、1970年代後半から1980年代にかけてケント大学対人社会サービス研究所(Personal Social Services Research Unit=PSSRU)と各自治体(および保健当局)の共同事業として実施された。ケースマネジメン

トという新しいアプローチによるコミュニティケアを実施し、その評価を総合的に行ったものである。この PSSRU の研究事業は、経済学、心理学、社会調査、統計学、ソーシャルワークの有機的な結合による、政策課題と結びついた研究である。そして学問的な水準の高さでも定評があり、評価研究としても評価の総合性、方法、継続性などでも質の高いサービス評価研究といわれている。実験プロジェクトの特徴として、①従来よりも集中的かつ柔軟に各種の在宅サービスを提供することにより、高齢者と家族介護者の生活の質およびケアの質を既存の介護システムの場合より向上させることを目指して高齢者の在宅生活をできるだけ長く維持することを基本的な目標とする、②サービスの有効性、効率を向上させるために包括的なケースマネジメントが実施され、ケースマネージャーにより「ケアのパッケージ」が作成され、サービスが適切に提供されるよう手配、調整された、③プロジェクトが目的をどれだけ達成したのか、そのためにはどの程度の費用がかかったのか、厳密に学問的に評価調査が実施された(費用、資源投入、ケア提供過程、結果・効果という評価要素から総合的に評価を実施)、④結果・効果の指標として、ADL からみた身体的介護の必要、自立生活のための援助の必要、モラール、ソーシャルネットワーク、インフォーマルな介護者のストレスなど非常に多様な変数を用いた、⑤4年間の実験プロジェクトの事業展開の結果、ほとんどすべての変数からみて新しいコミュニティケア方式、すなわちケースマネジメント方式の方が現行の標準的なケアよりよい効果をもたらした、などがあげられる。

その結果、通常サービス群と比較して、コミュニティケア・サービス実験群では不必要な施設入所を防ぐことができ、死亡率が低下したことなど有意差が示された。また、生活の質における諸変化および生活満足度、健康状態の変化、負担感をはじめとする主な介護者にとっての成果も統計的に有意な成果が報告されている(平岡、1988, チャリス&デヴィス, 1991)。

一方、わが国では、近年ようやく介護や看護の専門職によるケアやサービスの質の評価が行われるようになったが、サービス事業の評価として、とくにケアやサービスの標準化が求められる施設のサービスについての評価が中心で、「特別養護老人ホームサービス評価基準」(東京都老人総合研究所、1987)や「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」(全社協、1993)などが開発されている。また、新たな高齢者介護システムの構築など高齢者介護をめぐるさまざまな状況変化のもと、施設介護から在宅介護へ移行が進む中で在宅福祉サービスについても評価の必要が高まり、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの在宅福祉サービス3事業の評価について「高齢者在宅福祉サービス事業評価基準」(全社協、1996)が作成されるなど、サービス評価に対する認識も高まりつつある。ところがいずれもサービス供給側のサービス事業の改善や向上を図ることを

目的として、「サービス提供の様式」「サービス提供体制」に重点をおいたアセスメントに近い意味での評価規準となっている。

また、在宅介護にはその一部の重要な担い手として家族介護があるが、在宅介護の評価を行う際にはこの家族介護についての評価も不可欠となる。ところが、この分野についての客観的な評価や研究についてはほとんど手がつけられていない状況である。欧米においては評価スケールの開発や適用に関する研究が進んでおり、在宅の要介護高齢者への虐待の察知や予防に役立てることを目的とした Qualcare という評価スケールも開発され、評価の信頼性を重視して実際の介護場面をビデオに映して検討するという特徴もある (Philips, L.R., et al., 1990, 和気他, 1998)。

以上のように、わが国においては在宅の家族介護についての本格的な評価研究はようやく進み出したところであり、本研究が行われた時点においては、国内においては先行研究とすべきものが見あたらない状況であった。その一方で、英国ケント大学 PSSRU によるコミュニティ・ケアの実験プロジェクト研究を参考にケースマネジメント方式による在宅介護支援を行うことになった。したがって、本研究では、この実験プロジェクトで使用されたコミュニティケア記録をわが国の実状に即して検討、修正したものを評価票として用いた。

Ⅲ 方 法

1. 継続評価観察調査——ひとつの試み——

今回の継続評価観察調査は、よりよい在宅介護方法を開発するために、実際に行われているケアの中で同じ状況にある人々の日常生活の介護に有効な介護方法や介護工夫を見いだそうとする目的で行われた。デイケアセンターを利用している痴呆性老人およびその主介護家族を対象に、一定期間ケースマネジメントの視点での在宅介護の支援を行い、痴呆性老人、主家族介護者、在宅介護の状況の変化などについて継続評価観察を実施したものである。それぞれの変化について何がどのように影響しているのか、影響を与えている介護方法や介護工夫は何かを探索しようというものである。

先の先行研究で述べた英国ケント大学 PSSRU の実験プロジェクトで使用されたコミュニティケア記録の様式をもとに、わが国の実状に即して検討し、修正を加えた評価観察票を作成し、その調査票を用いて、各デイケアセンターの指導員、看護婦などによる訪問面接調査を行った。支援の開始時より2ヶ月に一度ずつ8ヶ月間に計4回の評価観察を実施し、1回目から4回目まで評価調査を実施するごとに、アセスメントを繰り返し、そのた

びにサービスの調整や相談・助言などの支援を行った。

対象の選定にあたって、当初、①新規のケース、②状況が不安定なケース、③痴呆の程度が重い、徘徊、サービスの拒否などの問題のあるケースを選ぶことにした。しかし、調査開始時期にあう新規ケースを探すことは予想通り非常に困難であり、最終的にデイサービスの利用開始からまもなく比較的新規に近い、その上問題の見られるケースを選定した。

調査票作成の最終段階および調査開始前に各ケアセンターの評価観察担当者（訪問面接担当者）に対して調査項目のチェック、各ケースについてケースマネジメントの視点からサービスを調整し、相談・助言などの援助しながら評価観察を行うという調査についてのインストラクションを行った。

調査期間中、福祉関係の専門職ばかりではなく、痴呆専門の医師や看護婦、福祉機器や住居設備などの専門家を交えてのケースカンファレンスを2回開催し、特に問題と思われるケースについて適切な援助方法の検討を行った。

2. 調査対象および分析の方法

調査対象は、K県内11カ所のデイケアセンターを利用している痴呆性老人およびその主家族介護者55ケースである。調査期間中に入院、転出、死亡、入所などにより調査継続不能のケースを除き、有効回答票28ケースについての分析を行った。

評価調査者は、各デイケアセンターの指導員、看護婦、ケースワーカー、生活指導員などの専門職である。調査実施時期は、1992年8月から1993年3月の8ヶ月間であった。

調査項目は、先に述べたように、英国ケント大学 PSSRU の評価研究にも使用されたコミュニティケア記録をベースにわが国の実状に合わせて修正し、新たに負担感スケールや痴呆性老人の行動評価などを加えた。(1)痴呆性老人に関するもの、①基本属性、②家族構成（含む：家族の就業状況および家族関係）、③医療面、④痴呆の程度の判定（柄澤式判定規準＝柄澤, 1989）、⑤行動評価(中里他, 1991)、⑥生活歴、⑦問題行動など、(2)主介護者に関するもの、①健康状態・医療面、②負担感、③介護の対応状況(12項目)、(3)住居設備など物的環境、(4)現在の支援に関するもの ①医療・保健・福祉サービスの利用状況、②支援者（含む：別居家族）とその役割、③必要とされるサービス、④評価チー

の役割 (5)経済的條件と特別な支出などである。なお、第1回目から4回目の調査キ

表1 調査対象の状況

(N=28)

老人性別	男性	12 (42.9%)	(74.25)	
	女性	16 (57.1%)	(77.63)	
老人年齢	平均	76.1	最高	88
			最低	63
痴呆程度	柄澤基準(1)(点)	2.78	4	1

行動評価表」を修正・短縮して用いた。5つの下位尺度20項目について、各項目について0点から3点の4段階評価になっており、各項目各下位尺度ごとに点数を単純に加算したものが評価点となる。特別養護老人ホームに入所している老人を対象とした施設職員による評価の結果、信頼性、妥当性ともに検討された指標であり、寝たきり老人や痴呆性老人の行動を改善することにおいて、日常生活における老人の行動を適格に把握するために開発されたものである。内容を検討すると、在宅介護における介護問題と共通した項目であり、施設用に開発されたものではあるが今回在宅の老人についても使用することとした。

負担感の測定については、Zaritらによる「負担感スケール」(The burden Interview)の22項目版を使用した。これは、各項目について「全くない」から「ほとんどいつも」までの5件法で回答する自己評定式のものであり、信頼性、妥当性が確保されているスケールである。介護の対応状況は、先の英国のPSSRUによるコミュニティケア記録の中で使用されている主介護者の老人への対応状況を評価するための質問12項目で、これも5件法によって評価者によって回答されるものである(チャリス&ディヴィス「窪田他訳」, 1991)。

分析の方法は、調査結果を一つのデータファイルにまとめて、主介護者の負担感の合計得点やその変化について、全ケースを通しての傾向を全体的に可能な限り客観的に分析する。

IV 結 果

調査対象の基本属性などについては、表1に示すとおりであるが、主介護者は約半数が配偶者であり、6割以上副介護者がいる。家族人数、家族構成をみると、約7割が子供あるいは子供家族と同居している。また、主介護者の半数以上が健康上の問題をもっており、医学的診断を受けている。

老人について、痴呆の程度は、柄澤基準で第1回目の平均が2.78、4回目が3.00と、8ヶ月を経て大きな変化は見られないものの重度の痴呆に近い中等度の痴呆となっている。行動評価については、中里らの行動評価表を短縮修正し、ADL(食事、排泄、入浴など)、ACTIVITY(趣味や日常の活動等)、DEMENTIA(物忘れ、感情失禁、徘徊等)、SOCIAL COMMUNICATION(介護への協力、意志の伝達、表情等)、SOCIAL IRRITABLE BEHAVIOR(抑鬱、夜間の睡眠障害、暴力、いらいら)の5つの下位尺度からなる20項目の得点を単純加算、全項目の合計得点を算出し、行動評価得点とした。また、痴呆の程度および行動評価得点の第1回目と第4回目の変化については表2に示す通りである。行動評価のうち、ADL, ACTIVITY, DEMENTIA, SOCIAL COMMUNICATIONについては、確実に活動能

表1 調査対象の状況

(N=28)

老人性別	男性 女性	12 (42.9%) 16 (57.1%)	(74.25) (77.63)	
老人年齢		平均 76.1	最高 88	最低 63
痴呆程度	柄澤基準 (1) (点) 柄澤基準 (2)	2.78 3.00	4 4	1 1
ADL等程度	行動評価 (1) (点) 行動評価 (2)	29.54 27.68	43 44	8 1
家族人数		3.83	7	2
家族構成	夫婦のみ 夫婦+子供家族 夫婦+単子家族 夫婦+無配偶子 無配偶子のみ		6 (21.4%) 11 (39.3%) 7 (25.0%) 2 (7.1%) 2 (7.1%)	
主介護者	配偶者 嫁 娘 息子		13 (46.4%) 10 (35.7%) 4 (14.3%) 1 (3.6%)	
副介護者	なし あり (配偶者 嫁 娘 息子 別居の嫁 別居の娘 その他		10 (35.7%) 18 (64.3%) 1 3 3 6 2 2 1	
介護者の健康 (医学的診断)	問題あり 問題なし		15 (53.6%) 13 (46.4%)	

表2 痴呆および行動評価の変化

(人)

(N=28)
(点)

	(+)	変化なし	(-)	最大値	最小値	平均
柄 沢 基 準	5	23	0	1	0	.18
行 動 評 価	5	7	16	12	-11	-1.86
ADL	3	13	12	2	-4	-.68
ACTIVITY	4	12	12	4	-4	-.68
DEMENTIA	5	14	9	2	-4	-.29
SO-COM	6	18	4	3	-3	.00
SO-IRR	16	12	0	1	0	.57

力が低下していることが示されている。痴呆に伴う問題行動の数は54項目中、最大値29、最小値3、平均が12.36であり、その問題行動の発症の理由としては、入院21.4%、引退18%、配偶者の死14.3%となっている。

在宅支援サービスの利用状況であるが、利用しているのはデイサービスのみのケースが多くなっており、評価調査開始時には「週1回」が13ケースと最も多く、次いで「週2回」が8ケースであった。ショートステイについても17ケースが「利用なし」の状態であり、ナイトケアは全く利用なしというように、理由はさまざまであろうが、全体として在宅介護サービスの利用が浸透しておらず、家庭の中で介護者がその負担を一手に引き受けている状態がうかがえた。しかしながら、先にも述べたように今回の評価観察調査によって、ケアセンターの指導員や看護婦など専門職との関わることで、調査の度にアセスメン

トを受け、主にデイサービスとショートステイではあるが、在宅支援サービスを積極的に導入していくことが可能になり、第4回目の評価ではサービスの利用回数や種類が若干でも確実に増えているという変化がみられる。

その他の支援については、別居の親族・近隣・友人などのインフォーマルな支援については、別居の親族による支援のあるものが3～4割あるが、頻度としては週一回あるいは2週に一回程度とあまり多いとはいえず、また近隣・友人からの支援はほとんどない。また、必ず何らかの医療機関とはつながりをもってはいるものの、医師の往診、保健婦の訪問などの保健・医療のサービスについてもほとんど受けていないといってよいほど利用していない。

表3 負担感スケール 回答分布 (%) (N=28)

		い	つ	も	し	ば	し	ば	時	々	た	ま	に	な	い
1. 老人が実際に必要な世話以上のことをあなたに求めると感じるがありますか	(1)	7.1	10.7	7.1	7.1	7.1	67.9								
	(2)	3.6	14.3	7.1	17.9	57.1									
2. 老人の世話に時間がかかって自分の時間が十分にとれないと感じるがありますか	(1)	32.1	10.7	17.9	25.0	14.3									
	(2)	21.4	14.3	28.6	25.0	10.7									
3. 老人のせわと家族や仕事に対する責任を果たすこととの間で葛藤を感じるがありますか	(1)	25.0	17.9	21.4	17.9	17.9									
	(2)	14.3	14.3	28.6	25.0	17.9									
4. 老人の行動に困るがありますか	(1)	32.1	14.3	25.0	17.9	10.7									
	(2)	32.1	17.9	21.4	17.9	10.7									
5. 老人とかかかっていると腹のたつことがありますか	(1)	21.4	14.3	28.6	25.0	10.7									
	(2)	10.7	25.0	25.0	32.0	7.1									
6. 老人のせいで、家族や友人との関係がうまくいかないと感じるがありますか	(1)	3.6	17.9	14.3	10.7	53.6									
	(2)	7.1	10.7	21.4	17.9	42.9									
7. 老人の今後のことが心配になるがありますか	(1)	35.7	14.3	28.6	14.3	7.1									
	(2)	32.1	21.4	21.4	21.4	3.6									
8. 老人があなたに頼りきっていると感じるがありますか	(1)	71.4	—	10.7	10.7	7.1									
	(2)	71.4	10.7	3.6	7.1	7.1									
9. 老人とかかかっていると緊張するがありますか	(1)	10.7	7.1	28.6	3.6	50.0									
	(2)	14.3	3.6	21.4	14.3	46.4									
10. 老人を世話しているために健康を損ねたと感じるがありますか	(1)	14.3	10.7	10.7	17.9	46.4									
	(2)	10.7	21.4	14.3	28.6	25.0									
11. 老人のせいで自分の生活が満足のいかないものになっていると思うがありますか	(1)	10.7	10.7	17.9	21.4	39.4									
	(2)	14.3	17.9	21.4	25.0	21.4									
12. 老人の世話をしているために社会生活に支障をきたしていると感じるがありますか	(1)	7.1	10.7	25.0	25.0	32.1									
	(2)	7.1	10.7	21.4	21.4	39.3									
13. 老人がいるので友人を家によぶのをためらうことがありますか	(1)	3.6	7.1	14.3	3.6	71.4									
	(2)	7.1	3.6	17.9	10.7	60.7									
14. 頼れるのはあなただけというように、あなたが世話をすることを老人が望んでいると思いますか	(1)	60.7	3.6	7.1	7.1	21.4									
	(2)	53.6	10.7	7.1	10.7	17.9									
15. 老人の世話をするのに十分な経済状態ではないと思うがありますか	(1)	3.6	3.6	14.3	7.1	71.4									
	(2)	—	10.7	17.9	10.7	60.7									
16. もうこれ以上老人の世話を続けることはできないと思うがありますか	(1)	3.6	7.1	28.6	17.9	42.9									
	(2)	7.1	—	17.9	25.0	50.0									
17. 老人の病気のせいで自分の生活がめちゃめちゃになったと感じるがありますか	(1)	3.6	14.3	3.6	17.9	60.7									
	(2)	3.6	7.1	7.1	32.1	50.0									
18. だれかに老人の世話を替わってほしいと思うがありますか	(1)	10.7	21.4	17.9	17.9	32.1									
	(2)	10.7	17.9	28.6	17.9	25.0									
19. 老人に何をすればよいかかわからないことがありますか	(1)	7.1	7.1	32.1	17.9	35.7									
	(2)	7.1	—	28.6	32.1	32.1									
20. 老人のためにもっと何かをしてあげるべきと思うがありますか	(1)	3.6	17.9	25.0	28.6	25.0									
	(2)	3.6	10.7	21.4	39.3	25.0									
21. もっと上手に老人を世話できると思うがありますか	(1)	3.6	10.7	28.6	21.4	35.7									
	(2)	—	7.1	28.6	28.6	35.7									
22. 老人の世話をすることに負担を感じるがありますか	(1)	21.4	14.3	28.6	14.3	21.4									
	(2)	10.7	17.9	28.6	25.0	17.9									

今回の評価観察調査を機会に、評価者であるケアセンターの指導員などの専門職と定期的なケースマネジメントによるアドボカシー、情報助言、資源の連携や調整、安否確認、精神的な支えという援助がなされるようになり、約半数が老人・介護者ともに精神的な支えになっているという結果が示され、その他にも情報助言、資源の連携や調整という調査評価チームの役割が介護者にとって支えになっていることが認められた。

負担感については、22項目各項目回答分布は表3に示す通りである。各項目ごとに「ほとんどいつも」(4点)から順に「まったくない」(0点)とし、各回答を単純に加算したものを負担感スケールスコアとした。最大値、最小値、平均値などは表4に示す通りである。全体として第1回目の負担感スケールスコアの高い、すなわちのは負担が重いと感じているのは、(1)痴呆の程度が重く、幻覚、失禁、昼夜の逆転、徘徊、暴力などの深刻な問題行動のあるケース(72点、59点)、(2)未亡人の嫁が舅の介護をしているケース(50点)、(3)痴呆の程度が重く、行動評価のADL, ACTIVITYが0点、副介護者がいないケース(56点)、(4)嫁が問題行動の多い姑の介護をしていて、副介護者である夫の無理解のケースで痴呆や問題行動を主介護者のせいにしてしているケース(47点)、(5)主介護者が非常勤の仕事を持ち、老人の問題行動も多く、また親族との家族関係が悪く副介護者がいないケース(45点)などがあげられる。28ケース中、第1回目と第4回目でスケールスコアにまったく変化のなかったものが4ケース、スケールスコアが下がり、負担が軽減したものが9ケース、負担が増大したものが15ケースとなっている。負担感の変化の得点の最大値、最小値、平均値、標準偏差は表4に示した。

表4 負担感およびスケールスコアとその変化 (点)

	最大値	最小値	平均値	標準偏差
負担感スケールスコア①	72	11	35.32	13.24
負担感スケールスコア②	63	13	35.46	13.42
負担感の変化(②-①)	16	-18	0.14	8.88
対応スケールスコア①	23	0	7.89	6.84
対応スケールスコア②	21	0	7.07	5.62
対応の変化(②-①)	7	-12	-0.82	4.35

負担感の増大したケースをみると、(1)ADLが低下し、問題行動も多く、また、夫婦関係のよくない介護者が入所希望をしているケースでは、16点も得点が上がっており、負担感大幅に重くなっている。また、(2)もともと徘徊、妄想をはじめとする深刻な問題行動があり、その上に第4回目までにさらに問題行動の数が増えたケースでは、ADLにはほとんど変化がなく行動評価も高いために活動的であり、問題行動の数が増えた分だけ主介護者の負担感が増大している。(3)主介護者である妻の健康状態に心臓病や腰痛などの問題があるケースでは、夜間せん妄による不眠状態が続き、昼間は何もせずじっとして

いるために身体が硬直し、トイレや入浴などの介助が困難となり、さらに介護者の負担が増大するという悪循環を示していた。その他、(4)極端に問題行動の数が多いケースでは、主介護者がその対応に追われて介護疲れが積み重なり、負担感が重くなり、一方、(5)ADLが0点とまったく低下してしまったケースでも負担が増大する結果を示している。

負担感が軽減されたケースについてみると、(1)主介護者が非常勤の仕事を持ち、それまで一人で介護していたケースでは、一人きりでの介護の限界を認識して、デイサービスの利用回数を増やし、ショートステイの定期的な利用の他に家政婦も動員するというサービスや支援の積極的な導入により、負担感が大幅に軽減されている。その他のケースをみても、どのケースでもデイサービスやショートステイの定期的利用など積極的に在宅サービスによる支援を利用することで、(2)老人自身の痴呆の状態が安定し、問題行動が減少し、又、主介護者自身も自分の時間がもてるようになったことで老人を客観的に捉えられることができるようになり、在宅介護にゆとりが出てきたケース、(3)デイケアセンター指導員による働きかけにより、副介護者の痴呆に対する理解が深まり、主介護者の負担感が軽減されたケースなどがあげられる。

次に負担感に関連すると考えられる介護者の対応状況についてみると、対応状況の回答分布は表5に示すとおりである。対応状況としては、全体として、「(老人の)好きなよう

表5 介護者の対応 回答分布 (%) (N=28)

		い	しばしば	時	たまに	な
		つ		々		い
		も				
1. 叱責することが多い	(1)	—	10.7	17.9	17.9	53.6
	(2)	3.6		17.9	25.0	53.6
2. 憎悪・拒否の感情がある ¹	(1)	—	—	7.1	39.3	53.6
	(2)	—	—	7.1	39.3	53.6
3. 怒り・攻撃する	(1)	—	—	7.1	21.4	71.4
	(2)	—	—	7.1	21.4	71.4
4. 体罰・殴打がある	(1)	—	—	—	7.1	92.9
	(2)	—	—	3.6	7.1	89.3
5. あきらめ・放置している	(1)	3.6	3.6	10.7	28.6	53.6
	(2)	3.6	3.6	3.6	25.0	64.3
6. 絶望している	(1)	3.6	—	10.7	21.4	64.3
	(2)	3.6	—	7.1	17.9	71.4
7. 施設入所・入院のみを期待している	(1)	3.6	7.1	10.7	10.7	67.9
	(2)	3.6	7.1	7.1	17.9	64.3
* 8. 好きなようにさせている	(1)	53.6	32.1	7.1	3.6	3.6
	(2)	64.3	25.0	3.6	3.6	3.6
* 9. 本人の気持ちを大切にしている	(1)	42.9	35.7	10.7	10.7	—
	(2)	53.6	32.1	10.7	3.6	—
* 10. 騒がず、黙って対処している	(1)	46.4	32.1	14.3	7.1	—
	(2)	46.4	35.7	10.7	7.1	—
* 11. 明るさを保ち、親身な世話をしている	(1)	46.4	32.1	10.7	10.7	—
	(2)	50.0	25.0	17.9	7.1	—
* 12. 本人のペースに合わせて対処している	(1)	46.4	28.6	21.4	—	3.6
	(2)	46.4	28.6	21.4	—	3.6

*印はポジティブな対応を示す

にさせている」「本人の気持ちを大切にしている」「本人のペースに合わせて対応している」などポジティブな対応状況が示されている。比較的落ち着いて対応している様子が表れているといえよう。

以上のような結果をもとに、負担感とそれに影響を与えると考えられる要因との相関をみると、負担感の変化に有意な相関が認められたのは対応状況の変化のみであった。その他有意性は示されないまでもデイサービスの利用回数の変化と負担感にはわずかながら相関がみられた。しかしながら、負担感と有意な相関のある対応状況には、主介護者の健康状態、行動評価の SOCIAL IRRITABLE BEHAVIOR となっており、有意とは言えないまでも問題行動の数との相関も若干みられる。変化ではないが、この対応状況には評価チームの関わりとの有意な相関も示されている。その他の要因の中でデイサービスの利用回数と問題行動の数、ADL の変化および SOCIAL COMMUNICATION の変化とショートステイの利用回数、問題行動の数および評価チームの関わりと SOCIAL IRRITABLE BEHAVIOR に有意な相関が示されている。各変数の相関は表 6 に示すとおりである。

表 6 負担感と老人およびその他の状況との相互関係

	性	年齢	ADL	ACTIVITY	DEMENTIA	SO-COM	CO-IRR	負担感	対応	デイ	ショ	問題	評 価
											ート	行動	チーム
性	—												
年齢		—											
ADL		△	—										
ACTIVITY			***	—									
DEMENTIA	*				—								
SO-COM			**	**		—							
CO-IRR		*				*	—						
負担感								—					
対応								**	—				
デイサービス										—			
ショートステイ		*	**	△		**					—		
問題行動										*		—	
評価チーム							*						—

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

以上のように今回の調査結果では、負担感スケールの得点や負担感の変化との有意な相関はほとんど見られなかったが、次にクロス集計によりさらに具体的に検討を行った。負担感の変化とそれぞれの要因との関係をみると、問題行動の数は、数そのものは直接に負担感とは関連せず、むしろその内容によることが示唆された。介護者の対応は、負担感が増大すれば、老人への対応もネガティブになるという有意な関係が示されている。その他有意とは言えないまでも、デイサービスの利用回数が増えれば、負担感は軽減されるが、利用回数に変化がないと負担感は大きくなっている。またショートステイについてもその

利用回数に変化がなければ、負担感は増加することが示された。このように有意とはいえないまでも一つの傾向が見られる。例えば、デイサービスやショートステイ、問題行動に関しては、今回は単にその回数や数による分析であるが、さらにその内容について検討してみる必要があると考えられる。

V まとめと考察

主介護者の負担感を中心にその変化や影響する要因について検討を行った結果を要約すると、(1)老人の状況と負担感の関係については、痴呆の程度の変化だけでは負担感の増大につながらず、むしろADLやACTIVITYの変化、とりわけレベルダウンにより負担感は大きくなる傾向がみられた。しかし痴呆の重度化という変化と、このADL、ACTIVITYのレベルダウンが重なると、さらに負担感は大きくなることが示された。(2)問題行動の数だけが直接負担感の増大につながるのではなく、その内容による。このことはクロス表による検討でもそのような傾向が見られた。すなわち、具体的には失禁や入浴拒否など比較的対応しやすい、介護者の理解や受容が得られやすい問題行動が改善されても、夜間の不穏や徘徊、暴力などの深刻な問題行動が改善されないと負担感は軽減されない。次に(3)主介護者の状況との関係については、今回の調査結果では介護者の健康と負担感には直接的には影響はみられないものの、負担感と有意な相関のある介護者の対応状況と介護者の健康状態の間には有意な相関がみられ、間接的には負担感と介護者の健康状態に何らかの影響があると考えられる。健康状態が悪くなると、イライラがつのり叱責したり放置することが多くなっている。このことはいくつかの先行研究においても同様のことが示されている。

(4)評価チームは特に調査を機会としてケースマネジメントの視点で老人や介護者と関わった結果、その関わりと対応状況、また老人のSOCIAL IRRITABLE BEHAVIORには有意な相関が認められており、改めてケースマネジメントの有効性の一つが示されたといえよう。(5)デイサービスとショートステイの利用回数は、回数が増えれば、負担軽減となり、回数に変化がなければ負担が増大する傾向にあることが示された。有意な相関が認められたわけではないが、それぞれの利用回数の変化とADL、SOCIAL COMMUNICATIONの変化、問題行動の数には有意な相関が示されており、単に回数のみでなく、その内容について詳しく検討する必要があると考えられる。(6)また、副介護者の有無だけでは、負担感に影響を与えず、むしろその支援や協力状況、家族関係に影響されるのではないかと推測される結果を得た。副介護者がなくても、主介護者と老人との関係が良好である、積極

的にサービス利用の増加を図るなどして、その他の支援が得られれば、むしろその方が負担感は軽減されていた。さらに(7)ホームヘルプサービスについては、ニーズや希望があるにもかかわらず利用者は非常に少なく、十分な利用状況とはいえない。しかも週1～2度程度の利用であるが、それでも介護者の負担軽減だけでなく、ホームヘルパーによる痴呆性老人への個別的な対応による援助（話し相手、散歩、その他の作業など）によって老人の痴呆の状態が落ち着いたこと、日常生活における状況把握をはじめ、関わり方やその内容によって利用効果は十分にあったことが判明した。定期的なホームヘルプサービスの利用を介護者本人が希望したり、評価者もニーズを認めるケースが大部分であり、サービスを利用できない、しないことによる負担の増大や不便、不利益が評価者からも指摘されている。痴呆性老人にとっても介護者にとっても専門性にもとづいたホームヘルプサービスの利用は極めて有用と考えられ、その場合には利用回数の多少だけではなく、その援助の内容が重要になることが示唆されたといえよう。

いずれの場合もサービスの回数の多少や支援の有無だけでなく、その内容や関わり方が重要であり、痴呆性老人の状態と介護者の負担との間には適切なサービス利用や専門家によるソーシャルワーク援助により間接的な相関が見られると推察された。

以上、全体的な傾向は明らかになったが、負担感の変化について直接影響を与える要因が明確に示されるにはいたらなかった。しかしながら、その他の要因は互いに相関関係が認められたものも多い。ショートステイやデイサービスといった在宅支援サービスが、ADL や SOCIAL COMMUNICATION をはじめとする行動評価と相関が認められ、また痴呆の程度を表す柄澤スケールスコアとも有意な相関が示されていることは、そのことによって老人の行動評価、痴呆の程度が改善されれば、間接的に負担感にも影響を与えることも推察される。また、今回は負担感の変化と問題行動の変化や、一つ一つについての検討をするまでにはいたらなかったが、各事例ごとにみると先にも触れたように対処困難な問題行動と負担感については一定の傾向が見られる。一人一人の性格や生活歴によっても異なる痴呆に起因する負担の複雑さの現れとも考えられる。さらに各事例からの詳細な検討が必要であり、今後の課題の一つである。

さらに、今回すべてのケースにおいて厳密な意味で徹底したケースマネジメントが行われたといえないが、評価観察者および評価チームによるケースマネジメントの視点による（本来のソーシャルワークとしての）関わりの有効性がわずかながらも示されていることは、今後の公的介護保険によるサービスの提供を考える上で、ケアマネージャーの機能や役割について重要な示唆が残されたのではないであろうか。本研究においては、主に評価観察者がケアマネージャーの機能や役割を担っていたが、公的介護保険における介護支援

専門員（ケアマネジャー）は現実に今回のような本来のケースマネジメントにおけるケアマネジャーと同様の機能や役割までを担う者かどうかという点である。このことも今後の重要な検討課題の一つとして指摘しておきたい。

また、今回は一つの試みとして行った評価観察調査であるが、これまでに国内ではほとんど例のなかったものであり、評価調査研究の手法そのものについてもいくつかの示唆を得た。まず、調査対象の選定については、当初より非常に困難が予想されたが8ヶ月という調査期間を経て、入所や死亡をはじめとする調査継続困難ケースが続出した。その他調査期間、調査時間、ニーズアセスメントの方法、効果評価調査項目、評価者および評価方法など、調査方法全般にわたって今後の課題となる多くの示唆を得ることができた。今回の評価観察調査では、筆者もいくつかのケースで訪問に同行したが、毎回約2時間程度の調査時間を要した。いささか長く感じるが、その訪問調査によって痴呆性老人や介護者の状況および応答態度、介護の場である住宅状況の把握などを含めたアセスメントの重要性を実感した。さらに家族関係や家族の介護への姿勢なども知ることができ、家族全般を視野に入れたソーシャルワークの必要性もいくつかのケースで認められた。また、面接調査に快く協力してくださった介護者にとっては、この訪問調査自体が楽しみでひとつの息抜き効果となるケースさえあったのである。評価者にとってはそのようなことも支援の一つと自覚した上で訪問面接調査に臨むことも重要と考えられ、評価者側の調査に臨む姿勢や訪問調査の機能への一つの示唆と考えられる。

おわりに、本稿の調査研究以後になるが、著者自身も参加した東京都老人総合研究所社会福祉部門関係者により一連の在宅介護の質の評価研究が行われ、「家族（在宅）介護の質」評価スケールの開発と適用が試みられた。「家族（在宅）介護の質」評価では、環境次元、身体介護次元、心理社会的介護次元の3つの下位尺度をもつ16項目からなる評価スケールを作成し、要介護高齢者とその主介護者を対象に家族介護の質の現況評価に適用した。さらにこのスケールを用いて24時間対応（巡回型）ホームヘルプサービスの効果評価を行っている（和気他、1998）。公的介護保険の導入など、多元的なサービスの供給が進むことをうけて、サービスの評価や介護の質の評価への必要や関心が高まり、汎用性のある客観的な評価基準の作成が求められている現在、国内においても本格的な評価研究の草分けといえるものである。この評価研究における分析を参考に、本稿で得た知見や示唆と合わせてさらに詳細な各ケースごとの検討を次の課題としたい。

（本学人間福祉学科専任講師）

付記：痴呆性老人在宅介護方法開発研究事業は、神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究委員会（代表：一番ヶ瀬康子＝本委員会）より日本女子大学人間社会学部地域ケア研究会に委託され、平成3年度から3年間にわたり実施されました。一連の具体的な調査研究作業は日本女子大学人間社会学部地域ケア研究会が行い、メンバーは一番ヶ瀬康子、小笠原祐次、谷口政隆、田端光美の方々、そして筆者が研究協力者として参加させていただきました。また、本研究の実施にあたり、本委員会委員の皆様、神奈川県内11のケアセンターの関係者の皆様、そして高齢者および家族介護者の皆様、「呆け老人をかかえる家族の会」の皆様、その他調査研究にご協力いただきました皆様に誌面をかりて厚く御礼申し上げます。

【参考文献】

- (1) D.チャリス・B.ディヴィス、『地域ケアにおけるケースマネジメント（窪田暁子・谷口政隆・田端光美訳）』, 光生館, 1991.
- (2) George, L.K. and Gwyther, L.P., Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults, *Gerontologist*, 26, pp.253-259, 1986.
- (3) Greene, J.G., et al., Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study, *Age and Ageing*, 1982, 11, pp.121-126, 1982.
- (4) 平岡公一, 「イギリスにおけるコミュニティ・ケア実験プロジェクトの展開」, 『ボランティア・センター研究年報'89』, 東京ボランティアセンター, 1989.
- (5) 痴呆性老人在宅介護方法開発研究委員会, 『神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究報告Ⅰ—痴呆性老人在宅介護工夫調査結果—』, 神奈川県, 1992.
痴呆性老人在宅介護方法開発研究委員会, 『「ぼけ」とのつきあい—神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究報告Ⅱ—』, 神奈川県, 1993.
痴呆性老人在宅介護方法開発研究委員会, 『「ぼけ」とのつきあい—痴呆性老人在宅介護マニュアル—神奈川県痴呆性老人在宅介護方法開発研究報告Ⅲ』, 神奈川県, 1994.
- (6) 柄澤昭秀, 「行動評価による老人知能の臨床的判定規準」『老年期痴呆』第3号, P.81-85, 1989.
- (7) Kosberg, J.I. and Cairl, R.E, The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers, *Gerontologist*, 26, pp.273-278, 1986.
- (8) 前田大作・冷水豊, 「障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析」, 『社会老年学』, no.19, pp.3-17, 1984.
- (9) Morycz, R.K., Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease, *Research on Aging*, 7, pp.329-361, 1985.
- (10) 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, pp.27-36, 1989.
- (11) 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』, no.36, 1992.
- (12) 中里克治・下仲順子・成田健一・本城由美子, 「高齢者のための行動評価表の作成」, 『日本老年医学会雑誌』, vol.28, no.6, p.790-800, 日本老年医学会, 1991.
- (13) 新名理恵, 「痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減」, 『老年社会科学』, vol.14 Suppl., pp.38-44, 1992.
- (14) Philips, L.R., et al., The QUALCARE Scale, developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Study*, vol.27, no.1, pp.61-75, 1990.

- (15) Poulshock, S.W. and Deimling, G.T., Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden, *Journal of Gerontology*, 39, pp.234-239, 1984.
- (16) 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, pp.3-18, 1978.
- (17) 冷水豊, 「疾病・障害をもつ老人の家族のケア—社会福祉からのアプローチ」, 『社会老年学』, no.3, pp.36-45, 1981.
- (18) 冷水豊, 「福祉サービス評価の基本的課題」, 『季刊社会保障研究』, vol.19, no.1, pp.70-81, 1983.
- (19) 冷水豊, 「福祉計画におけるサービス評価」, 『これからの社会福祉』第8巻, 有斐閣, 1992.
- (20) 東京都老人総合研究所社会学部, 『在宅障害老人とその家族の生活実態及び社会福祉ニードに関する調査研究』, 1977.
- (21) 東京都老人総合研究所社会学部, 『在宅障害老人とその家族の生活実態及び社会福祉ニードに関する調査研究 (2) —3年後の追跡調査結果』, 1980.
- (22) 東京都老人総合研究所社会学部, 『在宅障害老人とその家族の生活実態及び社会福祉ニードに関する調査研究 (3) —東京の下町の場合』, 1983.
- (23) 東京都老人総合研究所社会学部, 『特別養護老人ホームサービス評価方法(老研版)』, 1987.
- (24) Vataliano, p.p., et al., Burden, A review of measures used among caregivers of individuals with dementia *Gerontologist*, 31. pp.67-75, 1991.
- (25) 和気純子・冷水豊・中野いく子, 「在宅要介護高齢者の家族(在宅)介護の質の評価—家族(在宅)介護評価スケールの開発とその適用—」, 『季刊社会保障研究』, vol.33, no.4, 1998.
- (26) 全国社会福祉協議会, 『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価規準』, 全国社会福祉協議会, 1993.
- (27) 全国社会福祉協議会, 『高齢者在宅サービス事業評価規準』, 全国社会福祉協議会, 1996.
- (28) Zarit, S.H., Orr, N.K., Zarit, K.M., The hidden victims of Alzheimer's disease; Families under stress. New York University Press, New York, 1985.
- (29) Zarit, S.H., Reeve, K.E. and Back-Peterson, J., Relatives of the Impaired elderly : Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20. pp.649-655, 1980.