

I. 序論

1. 社会情勢からみた在宅支援

WHO は、2000 年に高齢化への対策の一つとして「健康寿命」を提唱してきた。健康寿命とは、日常的に介護を必要としないで自立した生活ができる生存期間であり、要介護状態となった期間を、平均余命から差し引いた寿命期間である。わが国でも、健康寿命の延長をめざし、2007 年度から厚生労働省における健康日本 21 の事業として「すこやか生活習慣国民運動」が行われてきた。運動の趣旨は、単なる長寿ではなく、国民一人一人がいつまでも元気で生活できるように、健康寿命を延伸し、「明るい活力ある社会」を構築するため、疾病の早期発見・予防など「一次予防」を重点とした健康寿命の延伸に向けた健康づくりを国民運動を展開している¹⁾。その背景には、死亡原因の約 6 割、国民医療費の約 3 割を占める生活習慣病など、超高齢社会から生じる健康問題が影響している。

平成 27 年版高齢白書²⁾によると、日本の総人口は、2014(平成 26)年 10 月 1 日現在、1 億 2,708 万人であり、65 歳以上の高齢者人口は過去最高の 3,300 万人(前年度 3,190 万人)である。高齢化率(総人口に占める 65 歳以上人口の割合)は、前年度の 25.1%から 26.0%に上昇した。平均寿命も 2014(平成 26)年は男性 80.50 歳、女性 86.83 歳と世界第一位となった³⁾。平均寿命の延伸に伴い、健康問題を抱えている高齢者が増加し、要介護・要支援と認定された要介護認定者のうち、65 歳以上の第 1 号被保険者(以下:要介護高齢者)は、2000(平成 12)年、2,470,982 人から、2014(平成 26)年では 5,457,084 人の約 2 倍となり、要介護別では、要支援 1.2、要介護 1.2 の要介護認定者が増加した⁴⁾。核家族化による高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加、老老介護の問題など介護を取り巻く環境は厳しく、平均寿命と健康寿命の格差によって医療費や介護給付の需要も拡大した。

一方、2012(平成 24)年度の高齢者健康に関する意識調査⁵⁾では、約半数である 54.6% の高齢者が自宅での介護や家族の看取りを希望しており、今後、益々、在宅介護への支援が必要となる。また、WHO(世界保健機関 World Health Organization: 以下 WHO)においても、国際障害分類 ICIDH(International Classification of Inpairments, Disabilities and Handicaps: 以下 ICIDH)から、国際生活機能分類 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下 ICF)となり、疾病・障害の捉え方が移行した。これまでは、国際障害分類 ICIDH に基づき、疾病や障害について、能力不全、社会的不利とマイナスの視点から捉える傾向にあった。しかし、WHO は 2001 年 5 月の第 54 回総会において、疾患や障害があったとしても、人間の能力のプラス面に着目していく国際生活機能分類 ICF の考え方を採択した。つまり、ICF は、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の 3 つの次元、及び「環境因子」、「個人因子」の背景因子によって、生活機能の視点から健康状態を

捉えていくもので、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆している⁶⁾。

このような現状の中、これからの在宅介護は、要介護高齢者のみならず、家族介護者への健康や生活を支援し、幸福感や生活の質(Quality of life : QOL)に着目した双方の身体的・心理的・社会的状態や、社会資源の活用状況に適した支援体制を検討していく必要がある。

2. 先行文献からみた在宅支援

要介護高齢者や家族介護者における主観的幸福感や QOL, 社会資源について先行研究において文献検索を行なった。CiNii 文献データベースに収録されている 1970 年から 2015 年までの文献では、「高齢者」×「主観的幸福感」240 件、「高齢者」×「QOL」2,298 件と、合計 2,538 件が該当した。

そのうち、介護として「家族」、「家庭」、「在宅介護」、「介護者」、4 つのキーワード、さらに、社会資源として「ソーシャルサポート」、「社会支援」、「福祉サービス」の 3 つのキーワードがテーマに含まれる文献を選択した。尚、テーマの中に介護と社会資源の両方のキーワードが含まれる文献については、社会資源の文献とした。また、重複文献も除いた。その結果、家族介護としての文献は 44 件、社会資源としての文献は 23 件の合計 65 件であった。しかし、特定の疾患・症状などの医療的視点、施設入居者、日本人以外の対象者が、テーマのキーワードに含まれており、要介護高齢者・家族介護者における在宅介護や在宅支援の先行文献について絞り込むことが難しかった。

そのため、高齢社会における保健・医療・福祉等の分野において、実践的調査研究を行っている公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団が作成した社会老年学文献データベース DiaL を活用した。公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団は、三菱グループ企業 29 社の出捐により 1993 年に設立され、社会老年学文献データベース DiaL は高齢社会の問題に焦点化したデータベースである。社会老年学文献データベース DiaL においても、CiNii と同様の手順で 1970 年から 2015 年までの文献検索を行った。その結果、「高齢者」×「主観的幸福感」は 50 件、「高齢者」×「QOL」は 179 件、そのうち重複文献 1 件を除く 228 件が該当した。さらに、介護として「家族」、「家庭」、「在宅介護」、「介護者」、4 つのキーワード、社会資源として「ソーシャルサポート」、「社会支援」、「福祉サービス」の 3 つのキーワードがテーマに含まれる文献を選択した。また、テーマの中に介護と社会資源の両方のキーワードが含まれる文献は、社会資源の文献とし、さらに重複文献も除いた。その結果、家族介護の文献は 19 件、社会資源の文献は 7 件、合計して 26 件が該当した。

先行文献は表 1-1 の「家族介護」、表 1-2 の「社会資源」の 2 つのカテゴリーに分けて、内容、著者名・発刊年、テーマ、研究対象、研究目的、研究方法に分類した。

内容については、「家族介護」の先行文献 19 件(73.1%)のうち、「高齢者の QOL」、「高齢

者の主観的幸福感」は4件(No. 1, 2, 3, 4,)、「介護負担」,「コーピング」5件(No. 5, 6, 7, 8, 9), 「介護者の QOL」,「家族支援」は9件(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), 「終末期医療の意識調査」1件(No. 19)であった。「社会資源」の先行文献7件(26.9%)においては、「福祉サービス・QOL」1件(No.20), 「ソーシャル・サポート QOL」, 「社会支援・QOL」6件(No. 21, 22, 23, 24, 25, 26)であった。

1) 研究対象

研究対象については、「家族介護」19件における対象をみると、高齢者4件(No. 1, 2, 3, 4,)、家族介護者14件(No. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) 高齢者・家族介護者・医療従事者の全ての対象が1件(No. 19)であった。「社会資源」7件(No. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)における対象は、全て高齢者であった。

つまり、26件の先行文献における研究対象は、高齢者が11件(42.3%)、家族介護者が14件(53.8%)、高齢者・家族介護者・医療従事者が1件(3.8%)であった。文献(No. 19)は、高齢者・家族介護者・医療従事者が全て対象であったが、「患者家族及び医療従事者に対する高齢者の終末期医療についての意識調査」のため、予防や慢性期の健康レベルの高齢者やその家族介護者は対象外であり、社会資源の活用を含めた QOL を目指した在宅支援の内容とは異なっていた。

2) 研究目的

研究目的については、26件の文献中「QOL」や「主観的幸福感」に関する内容は20件(No. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)と76.9%を占めた。そのうち、高齢者における QOL や主観的幸福感の検討や影響要因を目的とした文献は11件(No. 1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)、家族介護者における QOL や主観的幸福感の関連を目的とした文献は9件(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)であった。家族介護者における QOL や主観的幸福感の文献の中で、さらに家族支援を含めた文献は3件(No. 15, 16, 17)であった。「QOL」や「主観的幸福感」以外の研究目的として、「介護負担」,「コーピング」が5件(No. 5, 6, 7, 8, 9), 「終末期の老年科医師の役割」については1件(No. 19)であった。

3) 研究内容

研究内容については、「家族介護」の先行文献19件(73.1%)のうち、「高齢者の QOL」, 「高齢者の主観的幸福感」は4件(No. 1, 2, 3, 4), 「介護負担」,「コーピング」5件(No. 5, 6, 7, 8, 9), 「介護者の QOL」,「家族支援」は9件(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), 「終末期医療の意識調査」1件(No. 19)であった。「社会資源」の先行文献7件(26.9%)においては、「福祉サービスと QOL」(No. 20), 「ソーシャル・サポートと QOL」, 「社会支援と QOL」の6件(No. 21, 22, 23, 24, 25, 26)であった。

「家族介護」19件「社会資源」7件の先行文献26件のうち、高齢者のQOL・主観的幸福感の文献は11件(No. 1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)であり、家族介護者のQOL・主観的幸福感は9件(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)であった。高齢者、家族介護者におけるQOLや主観的幸福感の研究内容については以下のとおりである。

高齢者の文献11件(No. 1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)については、QOLや主観的幸福感における影響要因が主な研究内容であった。具体的には、No. 1, 高齢者の主観的幸福感には、男女とも健康度、女性は世帯収入、親族、男性は友人が影響している。No. 2, 高齢者の主観的幸福感には健康状態、生活水準、孫、地域社会に貢献、家事の担い手が影響している。No. 3, 高齢者の主観的幸福感には「家族との会話」が影響している。No. 4, 高齢者のQOLの「生活活動力」、「精神的活力」と家庭内役割は影響している。No. 20, 生活活力・年齢・学歴・健康状態・経済的余裕が主観的幸福感と影響している。No. 21, ソーシャルサポートの授受とQOLとの関連では、提供サポート、受領サポートともに高い群が生活の張り、生活満足度の得点が高い。No. 22, 高齢者の社会的支援は「友人・知人・隣人」との関係においては、ネガティブサポートと、手段的な提供サポートが主観的QOLに影響している。No. 23, サポート授受と主観的幸福感において、既婚男性は配偶者、既婚女性は友人からの受領サポートが主観的幸福感と負の関連し、配偶者のいない女性の友人サポートでは、提供サポートが多いほど主観的幸福感が高い。No. 24, 配偶者や友人とのサポート授受が多い者はQOLが高く、活動能力、同居世帯、75～84歳の年齢層、持ち家、受領サポートがQOLを高めている。No. 25, 心理的QOLと家族サポート・家族外サポートとの関連は、家族サポートが影響している。No.26, 「お茶のみ」は、主観的幸福感や充実感を高め、友人・知人・隣人からの情緒的サポートと手段的サポートを受けているという認識も強い。

家族介護者の文献9件(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)については、介護負担を含む、QOLや主観的幸福感の影響要因であった。具体的には、No. 10, 介護者のQOL指標として「健康面」、「経済面」、「家庭内面」、「親戚・近隣」、「余暇面」、「学習面」が影響している。No. 11, 介護負担は、女性、人間関係、健康状況の不良、手段的支援ネットワーク、情緒支援ネットワークの点数が低いほど介護負担が大きい。主観的幸福感では、副介護者、手段的支援ネットワーク、情緒支援ネットワークでの点数が高いほど幸福感が大きい。No. 12, 介護者全体のQOL得点は低く、介護負担感と関連するQOL項目は、抑うつ・不安などの嫌な気分と健康への不満である。No. 13, 身体的QOLと「肯定的認識」の関連はなく、心理的QOLと「肯定的認識」は続柄によって異なり、生きがい感は「肯定的認識」が強く関連する。No. 14, ①認知症介護者は非認知症介護者よりQOLが低い。②子供からの心理的サポートはQOLを低下させる。③実親の介護者は親族からの過剰なサポートでQOLを低下させる。④夫を介護する妻は、要介護高齢者本人からの情緒的サポートがQOLを高める。⑤義母を介護する嫁はQOLが高く、配偶者のサポートがQOLを高める。⑥介護者の続柄により

QOLを高めるサポートの種は異なる。No. 15, 主観的QOLには介護者の年齢, 健康状態が関連し, 認知症の方との関わり方, 認知症の知識, 介護の仕方に無関心群の方が, 経験群に比べて主観的QOLが低い。No. 16, 介護負担は, 要介護高齢者の認知症の有無に影響し, 認知症高齢者をもつ家族の方が, 介護負担は高く主観的QOLも低い。No. 17, 認知症高齢者の女性介護者における家族介護者間交流プログラムは, 介護負担感と精神的健康度の短期間の改善効果がある。No. 18, 介護肯定感の影響要因には, ストレス対処・健康保持力であるSOC (Sensen of Coherence) や精神的QOL, ソーシャルサポートが影響する。

これらの先行文献から, 要介護高齢者, 家族介護者におけるQOLや主観的幸福感の研究内容は, QOLや主観的幸福感に関する影響要因であった。主な影響要因は, 年齢, 友人・知人・隣人・家族などの相談・援助者, 経済面, 活動能力, 健康状態であり, 家族介護者については介護負担を視点とした内容を含むものであった。

4) 研究方法

研究方法については, 先行文献 26 件中, 質的研究は 2 件 (No. 7, 9) で「介護負担」, 「コーピング」について研究目的とした文献であった。それ以外の 24 件は量的研究であり, 評価尺度を用いて研究を行っていた。

また, 要介護高齢者, 家族介護者の「QOL」, 「主観的幸福感」に関する 20 件 (No. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26) において, 使用されている尺度は PGC モラールスケールが 6 件 (No. 1, 2, 22, 23, 24, 25), WHO/QOL-26 が 3 件 (No. 12, 13, 17), 主観的 QOL 尺度 3 件 (No. 14, 15, 16), Visual Analogue Scale of Happiness 2 件 (No. 11, 20), 日本循環器管理研協議会作成の主観的 QOL (No. 3), 地域高齢者のための QOL 質問表が 1 件 (No. 4), KC 生活評価シート 1 件 (No. 10), 包括的健康関連 QOL 尺度スタンダード版: SF-8 が 1 件 (No. 18), Kai らの QOL 測定尺度が 1 件 (No. 21), 尺度記載なしが 1 件 (No. 26) であった。

そのうち, 高齢者を対象とした文献 11 件 (No. 1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26) では, 高齢者の主観的幸福感を代表する尺度である PGC モラールが 6 件 (No. 1, 2, 22, 23, 24, 25) 使用されていた。また, 家族介護者を対象とした文献 9 件 (No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) においては, 田崎ら (1997), 山崎ら (1995) WHO/QOL-26 が 3 件 (No.12,13,17), 石原ら (1992) 主観的 QOL 尺度 3 件 (No. 14, 15, 16) であった。

5) 先行文献からみた今後の研究課題

我が国の在宅介護の現状は, 介護者も高齢化し, 介護負担や健康問題を抱えている。そのため, 今後の在宅介護は, 要介護高齢者だけでなく家族介護者への支援も必要である。

先行文献においても, QOL・主観的幸福感に関する文献は, 26件中, 20件と約7割を占めていた。高齢者のQOL・主観的幸福感の文献は11件 (No. 1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

であり、家族介護者のQOL・主観的幸福感は9件、(No. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)と約半数ずつであった。しかし、高齢者・家族介護者双方のQOL・主観的幸福感についての研究は見当たらず、どちらか一方のQOL・主観的幸福感への影響要因と介護負担への関連であった。QOL・主観的幸福感に関する主な影響要因としては、年齢、友人・知人・隣人・家族などの相談・援助者、経済面、活動能力、健康状態、介護負担である。そのため、身体面や社会面を視点とした影響要因は充実しているが、精神状態や価値観などの心理面の要因がなかった。また、評価尺度も高齢者と家族介護者では異なっており、高齢者は主観的幸福感を評価尺度であるPGCモラールスケール、家族介護者は、生活へのほりや生きがいなどQOLの評価尺度であるWHO/QOL-26や主観的QOL尺度であった。

これらのことから、今後の在宅介護における研究は、身体・心理・社会面から、要介護高齢者、家族介護者のQOL・主観的幸福感への影響を捉える必要がある。渡辺らはバイオ身体・心理・社会面からのサイコソーシャルアプローチを推奨している⁷⁾。また、共通した評価尺度も用いることで、双方のQOL・主観的幸福感の特徴や、相違点や共通点について理解する必要がある。

そのため、今後の在宅介護は、要介護高齢者、家族介護者の双方における身体面・心理面・社会面からQOL・主観的幸福感の影響を捉え、社会資源活用の現状調査から在宅支援の在り方を検討していく必要がある。

表 1-1. 先行文献からみた高齢者の QOL・主観的幸福感(家族介護)

No.	内容	著者年	論文名	研究対象	研究目的	研究方法
1	高齢者 QOL 主観的幸福感	直井 (1990)	都市居住高齢者の幸福感—家族・親族・友人の果たす役割—	地域在住高齢者 n:記載なし	大都市居高齢者の生きがい, 幸福感への配偶者, 子供など家族が果たす役割	PGCモジュール尺度量的研究
2		杉井ら (1992)	高齢者の主観的幸福感をめぐる—研究—家族システムの構造的要因との関連において—	老人大学講座の受講生 n=419	高齢者の家族システムの構造的側面と地域, 選別, 年齢, 健康状態, 生活水準などの属性, 主観的幸福感の影響	PGCモジュール尺度量的研究
3		岡本 (2000)	地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーション	地域在住高齢者 n=867	主観的幸福と生活習慣を種々の生活関連要因との関係の検討	日本循環器管理研協議会作成の主観的QOL 量的研究
4		佐藤ら (2011)	地域高齢者の家庭内役割とQOLの関連	地域在住高齢者 n=947	地域高齢者における役割とQOLの関連	地域高齢者のためのQOL質問表(太田ら 2003) 量的研究
5	介護負担 コーピング	大山ら (2001)	家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析	要介護高齢者の家族介護者 n=268	介護負担感への影響要因, 包括的な健康状況	MOS Short – Form36-Item Health Survey(SF-36) 量的研究
6		赤澤ら (2002)	痴呆高齢者の在宅介護長期継続と介護中断に影響する因子の検討	認知症高齢者の家族介護者 n=65	入院までの経緯と背景, 在宅介護困難要因, 長期継続介護支援, 双方のQOL保つ看護支援	CCLスコア(Cost Care Index(Kosberg) 量的研究
7		高井ら (2004)	在宅要介護高齢者の家族介護者のコーピングタイプとその特徴	要介護高齢者の家族介護者 n=50	介護者のコーピングタイプ, 在宅援助	PGCモジュール 量的研究
8		竹内ら (2002)	要介護高齢者の主介護者が抱える問題・訪問リハビリテーションの視点から	訪問看護利用者の家族介護者 n=22	介護者の介護現状, 主介護者抱える問題	尺度記載なし, 面接調査 質的研究
9		永井 (2005)	認知症高齢者の家庭介護力評価とその要因	認知症高齢者の家族介護者 n=13	認知症高齢者を介護する高齢介護者の介護困難への対処様式	半構成面接・質的帰納的分析 質的研究
10	介護者 QOL	綱ら (1997)	在宅要介護高齢者の介護者のQOL指標に関する研究	要介護高齢者の家族介護者 n=23	介護発生から介護生活受容までの過程での日常生活への影響, 介護者のQOL指標の要因	KC生活評価シート 量的研究
11		川本ら (1999)	在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究	訪問診療・看護利用, 長期臥床患者の家族介護者 n=20	在宅ケアの支援方法, 介護者の負担度, 主観的幸福感に及ぼす影響因子	松林らによるVisual Analogue Scale 量的研究
12		一宮ら (2001)	在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感とQOL:WHO/QOL-26による検討	認知症高齢者の家族介護者 n=85	介護者に対する介護負担感と介護状況ならびに介護者のQOLとの関連	WHO/QOL-26 量的研究
13		山本ら (2002)	高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL) 生きがい感および介護継続意志との関連:続柄別の検討	訪問看護利用者の家族介護者 n=322	家族介護者の肯定的な認識と介護者の心身のQOL, 生きがい, 介護継続意欲の関連	WHO/QOL-26 量的研究
14		北村ら (2005)	認知症高齢者の家庭介護者における家族からの心理的サポートニーズ充足状況と主観的QOLの関係	要介護認定者の家族介護者 n=7,500	認知高齢者と非認知高齢者の家族介護者とQOLの比較, ②心理的サポートの認知と主観的QOLの関係性, ③介護者と要介護者の続柄	主観的QOL尺度(石原ら1992) 量的研究
15		朴ら (2007)	認知症高齢者を自宅で介護する家族介護者の主観的QOLに関する研究—“介護に関する話し合いや勉強会”への参加経験や参加に対する意志との関連について—	要介護高齢者の家族介護者 n=2,262	介護に関する話し合いや勉強会への参加状況, 参加意思の把握, 家族介護者の主観的QOLと家族介護者の支援	主観的QOL尺度(石原ら1992) 量的研究
16		遠藤忠ら(2009)	要支援ならびに要介護高齢者を自宅で介護している家族介護者の介護負担と主観的QOLに関する検討:要介護度別と認知症の有無による違い	要介護高齢者の家族介護者 n=1,657	介護負担と主観的QOL, 要介護高齢者の要介護度・認知症の有無との関連性, 家族介護者支援	主観的QOL尺度(石原ら1992) 量的研究
17		菅沼ら (2014)	認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者間交流プログラムの効果	認知症高齢者の同居女性介護者 n=91	認知症高齢者の女性介護者に有効な支援プログラム, 心理と精神的健康度の効果	WHO-QOL26 量的研究
18		宮坂ら (2014)	認知症高齢者を介護する家族の介護肯定感に関する研究	認知症高齢者の家族介護者 n=450	認知症高齢者を介護する家族の介護肯定感とSOC, 主観的健康観などの影響要因	包括的健康関連QOL尺度スタンダード版(SF-8) 量的研究
19	終末期意識調査	水川 (2008)	患者, 家族及び医療従事者に対する高齢者の終末期医療についての意識調査	通院・入院(入所)高齢者n=148 家族介護者n=76 医師・医師会員 n=105 看護師n=784 介護職員n=193	高齢者の終末期医療の老年科医の役割	選択解答 5段階評価 量的研究

表 1-2. 先行文献からみた高齢者の QOL・主観的幸福感(社会資源)

内容	著者名 年	論文名	研究対象	研究目的	研究方法
福祉サービスとQOL	川元(1998)	高齢者への福祉サービスの効果評価に「幸せ」に関する概念を用いる際の尺度選択上の留意点: Visual Analogue Scale of Happiness(VAS-H)により測定される概念の内容と意味の検討	老人大学在籍者 n=282	Visual Analogue Scale of Happiness(VAS-H)により測定した主観的幸福度の関連要因	VAS-H(Visual Analogue Scale of Happiness) 量的研究
ソーシャルサポート 社会支援とQOL	金ら(1996)	韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャルサポートの授受とQOL	韓国居住在宅高齢者 n=18	サポート提供・受療及び交互作用とQOLとの関係、サポート授受の対象による関係の違い	KajらQOL測定尺度(1991) 量的研究
	中嶋ら(1999)	高齢者の社会支援と主観的QOLの関係	地域在住高齢者 n=800	サポートと主観的QOLの因果モデル、因果モデルの適合度、主観的QOLへのサポート影響	PGCモラール 量的研究
	金ら(2000)	農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感	地域在住高齢者 n=1,657	サポート授受の実態及び、サポート授受バランスの主観的幸福感の影響	PGCモラール 量的研究
	流石(2001)	障害を持つ在宅高齢者の生活の質への影響要因: ソーシャルサポート授受の視点より	機能訓練・デイサービス利用の障害在宅高齢者 n=253	ソーシャル・サポート授受パターン、QOL影響要因としてのサポート授受	PGCモラール 量的研究
友人 知人 家族 等	柳澤ら(2002)	家族および家族以外からのソーシャルサポートと高齢者の心理的QOLとの関連	地域在住高齢者 n=216		PGCモラール 量的研究
	斎藤美華ら(2005)	前期高齢者の「お茶のみ」がソーシャルサポートと主観的幸福感および交流の充実感に及ぼす影響	地域在住高齢者 n=1,000	お茶のみがソーシャル・サポートと主観的幸福感、交流の充実感への影響	尺度記載なし 量的研究

3. 在宅介護を取り巻く社会状況

1) 平均寿命と健康寿命

我が国の平均寿命は2014(平成26)年では男性80.50歳、女性86.83歳であり、1970(昭和45)年の平均寿命の過去44年間と比較すると、男性69.31歳から男性80.50歳、女性は74.66歳、86.83歳と男性は約11歳、女性は約12歳も寿命が延びている³⁾。

一方、男女別健康寿命との比較は、図1に示したとおりである。2001(平成13)年は男性69.4歳、女性72.65歳、2004(平成16)年は男性69.47歳、女性72.69歳、2007(平成19)年は男性70.33、女性73.36、2010(平成22)年は男性70.42歳、女性73.62歳、2013(平成25)年は男性71.19歳、女性74.21歳である⁸⁾。健康寿命も延びているものの、平均寿命には及ばず、平均寿命との格差は大きく、医療費や介護給付費を消費期間の増大につながっている。

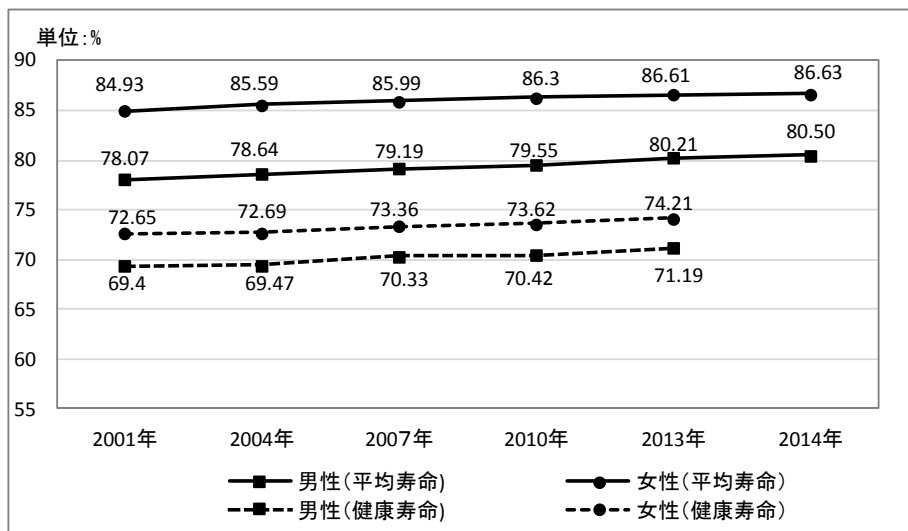


図1. 男女別健康寿命

注)厚生労働省. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 健康日本 21 (第2次) 推進に関する参考資料⁸⁾ を元に今井が作成.

2) 世帯状況

65歳以上の高齢者のいる世帯状況⁹⁾は, 2013(平成25)年現在, 世帯数2,242万世帯となり, 全世帯5,011万世帯数の44.7%を占めている. また, 核家族化の影響により夫婦のみの世帯が6,974世帯と最も多く全体の31.1%を占め, 次いで, 単独世帯が5,730世帯25.6%, 親と未婚の子のみの世帯が4,442世帯19.8%, 三世帯が2,953世帯13.2%, その他は2,321世帯10.4%の順となっている. さらに, 65歳以上の高齢者が子供と同居する割合は, 1980(昭和55)年の69.0%から, 2013(平成25)年の40.0%へ大幅に減少している.

経済状況においては, 60歳以上の高齢者の暮らし向き調査¹⁰⁾では, 家計にゆとりはないが, それほど心配なく暮らしている高齢者は53.0%と最も多い. 次いで, 家計にゆとりはなく多少心配である21.7%であり, 家計にゆとりがありまったく心配なく暮らしている18.0%, 家計が苦しく非常に心配6.6%, その他0.3%, わからない0.4%の順となっている.

このことから, 全体の約71.0%が暮らし向きに心配はないと答えているが, 心配の有無に関わらず家計にゆとりがないと感じている高齢者は8割を占める. また, 高齢者世帯の年間所得として, 2012(平成24)年の平均所得は309,1万円, 全世帯平均の537,2万円の半分強である. 所得の種別では, 公的年金・恩給の総所得が211,9万円(68.5%)と7割近くを占め, 次いで稼働所得55.7万円(18.0%), 財産所得22.2万円(7.2%), 仕送り・その他の所得16.8万(5.4%), 年金以外の社会保障給付金2.5万円(0.8%)の順である. このように, 公的年金・恩給の限られた所得で生活をやりくりしているのが現状である¹¹⁾.

3) 健康状態

2013(平成 25)年の国民生活調査によると、病気やけがなどで自覚症状のある有訴者率(人口千対)、傷病で通院している通院率(人口千人対)は以下のとおりである¹²⁾。

有訴者率は 31.24 であり、男性 276.8、女性 345.3 と女性の方が高くなっている。年齢階級では、80 歳以上が男性 528.1、女性 542.9 と最も高い。次いで、70 歳から 79 歳で男性 448.0、女性 49.74 となり、60 歳から 69 歳で男性 338.5、女性 385.5 である。主な症状は、男性の場合、腰痛、次いで肩こり、鼻づまり、鼻汁の順に多く、女性は肩こりが最も高く、次いで腰痛、手足の関節が痛むである。

傷病で通院している通院率(人口千人対)は、全ての年齢における総数は 378.3 で、男女別では男性 358.8、女性 396.3 である。通院率も年齢が高くなるほど上昇している。年齢階級では、80 歳以上で男性 733.3、女性 734.5 が最も高く、次いで、70 歳から 79 歳で男性 702.8、女性 711.5、60 歳から 69 歳で男性 574.1、女性 578.9 である。傷病別にみると、男性は高血圧症が最も高く、次いで糖尿病、歯の病気、女性も高血圧、次いで腰痛症、眼の病気の順である。受療状況における推計患者数¹³⁾は、2011(平成 23)年 10 月の調査日で、入院患者 134 万人、外来患者 726 万人となり、65 歳以上が入院の約 7 割、外来の 4 割 6 分を占めている。

入院、外来における性・年齢階級の受療率(人口 10 万対)¹⁴⁾は以下のとおりである。

入院受診率の総数は 1,068 である。男性 1,005、女性 1,129 で女性の方が高い。年齢階級では年齢が高くなるほど上昇している。90 歳以上で 9,733(男性 8,909、女性 9,965)が最も高く、次いで、85 歳から 89 歳は 6,170(男性 6,138、女性 6,188)、80 歳から 84 歳は 4,314(男性 4,508、女性 4,189)、75 歳から 79 歳は 2,927(男性 3,236、女性 2,686)、70 歳から 74 歳は 2,007(男性 2,301、女性 1,754)、65 歳から 69 歳は 1,445(男性 1,737、女性 1,179)、60 歳から 64 歳は 1,135(男性 1,377、女性 902)である。外来受診率は 5,784 である。男女別では男性 5,014、女性 6,514 である。年齢階級別では、最も高い年齢階級は、80 歳から 84 歳で 13,457(男性 13,367、女性、13,516)、次いで 75 歳から 79 歳が 13,363(男性 12,790、女性 13,803)、85 歳から 89 歳は 11,809(男性 12,437、女性 11,526)、70 歳から 74 歳は 11,617(男性 10,844、女性 12,293)、90 歳以上は 9,322(男性 10,928、女性 8,869)、65 歳から 69 歳は 8,802(男性 8,086、女性 9,463)、60 歳から 64 歳は 6,786、(男性 6,157、女性 7,392)である。

図 2 は、国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem:ICD10)による我が国の疾病・傷病別の入院・外来の受療率¹⁵⁾である。

60 歳以上の傷病別の入院受診率(人口 10 万人)は、多い順に循環器系 7,277、精神及び行動の障害 3,568、損傷・中毒・その他の外因影響 3,052(骨折 2,382)、呼吸器 2,649、神経系 2,465、新生物 2,385、筋骨格系及び結合組織 1,362、消化器系 1,244、腎尿路生殖器系 1,074、内分泌・栄養及び代謝疾患 858、感染症及び寄生虫 464、症状・兆候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 270、皮膚及び皮下組織疾患 373、眼及び附属器疾患 191、

血液及び造血器の疾患・免疫機構障害 142, 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用歯の補てつ 101, 耳及び乳様突起の疾患 33, 先天奇形・変形及び染色体異常 13 である。

60歳以上の傷病別外来受診率(人口10万人)は、循環器系が17,074, 筋骨格系及び結合組織14,616が最も多い。次いで、消化器系9,549, 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用歯の補てつ5,921, 内分泌・栄養及び代謝疾患5,078, 眼及び附属器疾患3,378, 呼吸器2,968, 腎尿路生殖器系2,709, 新生物2,609, 損傷・中毒・その他の外因影響2,290(骨折1,099), 神経系2,229, 皮膚及び皮下組織疾患1,724, 精神及び行動の障害1,470, 感染症及び寄生虫1,183, 耳及び乳様突起の疾患985, 症状・兆候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの813, 血液及び造血器の疾患・免疫機構障害159, 先天奇形・変形及び染色体異常38の順である。

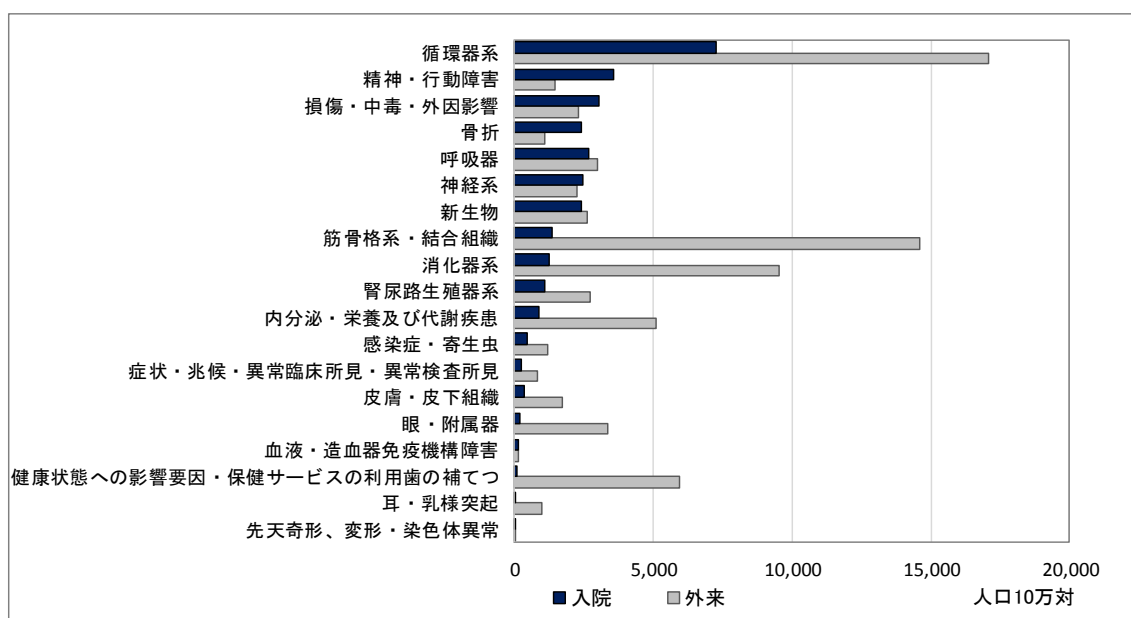


図2. 傷病分類別受療率

注)厚生労働省. 国民衛生の動向・厚生指標増刊 2015. 入院-外来・年齢階級・傷病分類¹⁵⁾を元に今井が作成.

4) 国民医療費

1961(昭和36)年に国民皆保険が実現し, 1968(昭和43)年には被用者本人だけでなく, 被用者家族や国民健康保険加入者の7割給付となり医療機関の利用が普及した。また, 高額療養費制度の新設, 1973(昭和48)年からは老人医療の無料化などが実施された¹⁶⁾。しかし, 平均寿命の延伸や健康寿命との格差は, 有訴者率, 通院率, 受療率の増加につながり, 医療の増加をもたらしている。

1955(昭和 55)年では 2388 億円だったが、平成 1965(昭和 40)年は 1 兆 1224 億円, 1975(昭和 50)年は 6 兆 4779 億円, 1985(昭和 60)年は 16 兆 159 億円, 1995(平成 7)年は 26 兆 9577 億円, 2005(平成 17)年は 33 兆 1289 億円, 2012(平成 24)年は 39 兆 2117 億円と年々増加している。また、2012(平成 24)年度国民医療費 39 兆 2117 億円の内訳を、65 歳以上の高齢者と、65 歳未満の年齢に分けて比較してみると、65 歳以上の国民医療費は 22 兆 860 億円で全体の 56.3%であるが、65 歳未満の国民医療費は、17 兆 1257 億円で全体の 43.7%となり、12.6%の差がある。そのうち、75 歳以上の後期高齢者は 13 兆 5540 億円で 34.6%を占めている¹⁷⁾。

5) 要介護高齢者と家族介護者の状況

65 歳以上の第 1 号被保険者の要介護度認定推移⁴⁾は、図 3 に示したとおりである。2000(平成 12)年 2,470,982 人, 2012(平成 24)年 5,457,084 人と約 2 倍近く増加している。要介護度別では、2009(平成 21)年から 2014(平成 24)年は、要介護 1, 要介護 2, 要支援 1 の順に増加している。40 歳以上の要介護者を含む世帯構造別においても、要支援 1 から要介護度 2 が多く、単独世帯では、要支援 1, 要支援 2, 夫婦のみの世帯では要支援 1, 要介護 2, 要介護 1, その他の世帯では要介護 1, 要介護 2 が多い¹⁸⁾。

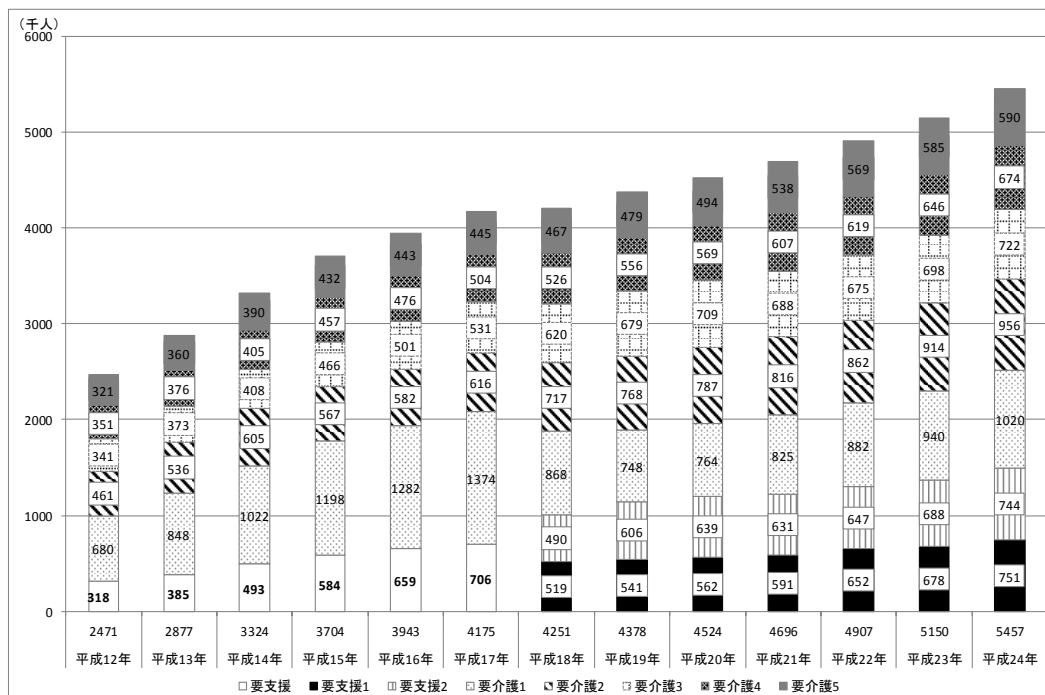


図 3. 65 歳以上の第 1 号被保険者の要介護度認定推移

注) 厚生労働統計協会. 介護保険関連統計年次推移による第 1 号被保険者数 階級別⁴⁾を元に今井が作成。

また、介護者の状況は、主な介護者の 61.6%が同居者であり、男性が 31.3%、女性が 68.7%と女性が多い。その内訳としては、配偶者が 26.2%、子供 21.8%、子の配偶者が 11.2%、その他の親族、1.8%父母 0.5%の順である。要介護度別による介護時間は、介護度が高くなるにつれて時間も増えている。要支援 1 の必要に手を貸す程度の介護時間が 70.7%、要支援 2 は 60.0%、要介護 1 は 56.2%、要介護 2 は 42.6%、要介護 3 を境に介護時間がほとんど終日であるが 35.6%、さらに、要介護 4 ではほとんど終日が 53.6%、要介護 5 では 56.1%となっている¹⁹⁾。

6) 介護保険制度におけるサービス利用状況

介護保険制度におけるサービス利用状況は、表 2、表 3 に示したとおりである¹⁹⁾。

表 2 は、65 歳以上の要介護者の介護保険サービスの利用状況を示した。2015 (平成 27) 年 1 月審査分で 4,8839,000 人となっており、男女比でみると男性が 1,4237,000 人(29.2%)、女性が 3,460,1000 人(70.8%)と、女性の方が 2.3 倍もサービスを利用している。また、要介護度別にみると、要介護 1、要介護 2 の利用者が多く、具体的には、要介護 1 が 9,480,000 人(19.4%)、要介護 2 が 9,426,000 人(19.3%)と、利用人数はほぼ同値である。次いで、要介護 3 は 7,245,000 人(14.8%)、要介護 4 は 6,528,000 人(13.4%)、要支援 2 は、5,960,000 人(12.2%)、要介護 5 は 5,196,000 人(10.6%)、要支援 1 は 5,001,000 人(10.2%)である。男女別においても要介護 1、要介護 2 のサービス利用が多く、男性は、要介護 2 が最も多く 3,083,000 人(21.7%)、次いで、要介護 1 が 288,500 人(20.3%)、女性は要介護 1 が最も多く 6,593,000 人(19.1%)、次いで、要介護 2 が 6,344,000 人(18.3%)である。

また表 3 は、要介護者全体でみた介護保険サービス利用状況を示しており、要支援 1、要支援 2、要介護 1、要介護 2 において、居宅介護(介護予防)サービスの利用率は約 9 割を占めている。一方、要介護度が高い要介護 4、要介護 5 では、施設サービスの利用率の割合が高く全体の約 5 割を占めている。つまり、要介護が高くなると、居宅サービスを利用した在宅介護から、施設入所に移行する要介護者が多いことが示唆される。

介護を受けたい場所については、「自宅で介護をしてほしい」が 34.9%(男性 42.0%、女性 29.1%)と最も多く、「病院などの医療機関に入院したい」20.2%(男性 16.4%、女性 23.0%)、「介護老人福祉施設に入所したい」19.2%(男性 19.5%、女性 19.0%)、「介護老人保険施設を利用したい」11.8%(男性 10.9%、女性 12.5%)の順である。また、看取りの場所として最後を自宅で迎えたいが 54.6%(男性 62.4%、女性 48.2%)を占めている²⁰⁾。

このように、今後、在宅介護を希望している高齢者は多く、社会資源の活用を含めた在宅支援の必要性は重要である。

表 2. 内閣府. 平成 27 年度版高齢社会白書. 65 歳以上の要介護者の介護保険サービス利用状況 (介護サービス受給者数) ¹⁹⁾

(単位:千人)

	総数	介護予防サービス		介護サービス				
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者総数	4883.9 [100.0]	500.1	596.0	948.0	942.6	724.5	652.8	519.6
(65歳以上の受給者)	(100.0)	(10.2)	(12.2)	(19.4)	(19.3)	(14.8)	(13.4)	(10.6)
男	1423.7 [29.2%]	135.3	147.9	288.5	308.3	232.0	183.3	128.2
	(100.0)	(9.5)	(10.4)	(20.3)	(21.7)	(16.3)	(12.3)	(9.0)
女	3460.1 [70.8%]	364.7	448.0	659.3	634.4	492.5	469.6	391.4
	(100.0)	(10.5)	(13.0)	(19.1)	(18.3)	(14.2)	(13.6)	(11.3)

資料: 厚生労働省「介護給付実態調査月報」(平成27年1月審査分)より内閣府作成

(注1) []内は受給者総数に対する男女の割合。()内は総数に占める割合(単位:%)

(注2) 65歳以上の受給者は、65歳以上の年齢・性別別の受給者数(千人単位)を足しあげたものである。

(注3) 端数処理等の関係上、内訳の合計が総数に合わない場合がある。

表 3. 内閣府. 平成 27 年度版高齢社会白書. 介護保険サービス利用状況 (介護サービス受給者数) ¹⁹⁾

(単位:千人)

	計	要支援1	要支援2
総数	1125.6	508.8	613.3
介護予防居宅サービス	1110.5	501.7	604.5
	(98.7)	(98.6)	(98.7)
介護予防地域密着型サービス	10.5	4.2	6.2
	(0.9)	(0.8)	(1.0)

(単位:千人)

	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
総数	3895.7	970.3	975.0	745.0	669.1	536.1
居宅サービス	2786.7	871.2	819.0	501.2	354.2	241.0
	(71.5)	(89.8)	(84.0)	(67.3)	(52.9)	(45.0)
地域密着型サービス	390.8	73.3	92.4	98.3	73.5	53.3
	(10.0)	(7.6)	(9.5)	(13.2)	(11.0)	(9.9)
施設サービス	913.3	52.8	108.5	197.5	283	271.9
	(23.4)	(5.4)	(11.1)	(26.5)	(42.2)	(50.7)

資料: 厚生労働省「介護給付実態調査月報」(平成27年1月審査分)より内閣府作成

(注1) ()内は要介護(要支援)状態区別の受給者総数に占める各サービスの受給者の割合(単位:%)

(注2) 総数には、月の途中で要支援から要介護又は要介護から要支援に変更となった者を含む。端数処理関係上、内訳の合計が総数に合わない場合がある。

(注3) 「介護予防支援」または「居宅介護支援」のみの受給者は、「総数」に含むが「介護予防居宅サービス」または「居宅サービス」には含まない。

II. 研究目的と意義

本研究の目的は、要介護高齢者と家族介護者の QOL (Quality of life : QOL) に影響を与える身体的・心理的・社会的特徴 (健康状態, 精神状態, 家族, 介護保険サービス) から, QOL を高める在宅支援構造を明確にすることである. 要介護高齢者, 家族介護者の社会資源の現状については介護保険制度の活用を中心に調査した.

介護保険制度は, 利用率も高く, 活用方法や内容も周知され, ケアマネジメントが既に構築されている. また, 新たな支援体制は業務の多様化・複雑化につながり, 要介護高齢者, 家族介護者にも混乱を招く. そのため, 既存の社会資源である介護保険制度を活用することによって, 組織的な在宅介護の支援体制づくりが整いやすいと考えた. また, QOL を高める在宅支援構造を提言することで今後の在宅支援の一助としていく.

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

調査協力を依頼した居宅介護支援事業所と、併設施設、協力人数については、表4に示した。居宅介護事業所の選定は、医療機関及び、介護保険サービスである居宅サービス、施設サービスなどが提供できる機関を併設している事業所で、調査内容に賛同した7か所の事業所に協力を依頼した。調査対象は事業所に登録しており、社会資源サービスを利用している者で、要介護高齢者及び家族介護者を1組として、質問紙に自分の意志で回答可能な者とした。尚、対象の協力依頼については、調査内容に双方に同意が得られた者を対象とした。

その結果、要介護高齢者86人、及びその家族介護者86人、計172人を対象とした。

表4. 調査協力事業所と協力人数

事業所	併設機関	協力人数(組)
A	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハビリテーション	12
B	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハビリテーション	12
C	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・訪問入浴・短期入所生活介護	5
D	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活・介護特別養護老人ホーム	6
E	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・訪問入浴・短期入所生活介護	6
F	病院・訪問看護・訪問介護・通所介護・訪問入浴・短期入所生活介護	30
G	訪問看護・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・老人保健施設・グループホーム	15
	計	86

2. 調査方法

1) 調査期間

平成25年5月から平成25年7月

2) 質問紙の内容と妥当性

質問紙は、身体・心理・社会面からQOLが捉えられるように、基本属性、QOL、精神

状況，家族機能の4種とした。また，基本属性は，先行文献より主観的幸福感やQOLに影響する因子項目を抽出した。QOL，精神状況，家族機能については，既に尺度化されている評価表を用いて妥当性を確保した。

(1) 基本的属性

要介護高齢者，家族介護者のQOLや主観的健康感に影響する共通要因として，性別，年齢，宗教・信念，教育歴，仕事・役割，経済，援助者・相談者，家族構成，健康状態，現在の生活上の支障10項目とした。また，特徴的な項目として，要介護高齢者は，要介護度，現在の病気の2項目を，家族介護者は，現在治療している病気，療養者との同居，介護時間について3項目とした。社会資源の利用に関する項目として，現在利用しているサービスと満足度，これから利用したいサービスとした。尚，本研究での社会資源は，現在利用している介護保険制度におけるサービスとした。

調査用紙は，本人用，家族用と分けて生活状況のアンケートを作成し配布した。

(2) WHO/QOL-26 (The World Health Organization Quality of Life Assessment)²¹⁾

WHO/QOL-26は，①身体的領域，②精神的領域，③社会的関係，④環境，⑤QOL全体の5領域である。身体的領域(7項目)，心理的領域(6項目)，社会的関係(3項目)，環境(8項目)，QOL全体(2項目)である。設問は26項目で，1点から5点の5段階評価で測定する。得点が高いほどQOLが高いと評価される。

尚，本研究では，WHO/QOL-26のQOL総合指標(①身体的領域，②心理的領域，③社会的関係，④環境，⑤QOL全体の合計点を26項目で割った5領域の総合QOL平均値：以下QOL総合指標)と，QOL中間指標(①身体的領域，②心理的領域，③社会的関係，④環境，⑤QOL全体の5領域における各QOL平均値：以下QOL中間指標)とする。

(3) 日本語版 POMS 短縮版(Profile of Mood States-Brief Form Japanese Version:POMS)²²⁾

「緊張-不安(Tension-Anxiety:T-A)」，「抑うつ-落ち込み(Depression-Dejection:D)」，「怒り-敵意(Anger-Hostility:A-H)」，「活気(Vigot:V)」，「疲労(Fatigue:F)」，「混乱(Confusion:C)」の6つの尺度に分類される。過去1週間について，気分や感情の状態を30項目にて測定する。評価は「まったくなかった」0点から「非常に多くあった」4点までの5段階評価で測定する。また，TMD(Total Mood Disturbance:TMD)は，「活気:V」以外の5項目の得点の合計から「活気:V」の得点を差し引いたもので，本研究では総合的な気分・感情の指標として用いる。

(4) 草田・岡田1993²³⁾²⁴⁾の邦訳による FACESIII

Olson,D.H. et al²⁵⁾によるFACESIIIを1993年に草田・岡田が邦訳した家族機能測定尺度を用いた。設問は20項目で，「まったくない」1点から「いつもある」5点までの5段階

評価で測定する。奇数番号は凝集尺度，偶数番号は適応性尺度として，逆転項目は「まったくくない」5点から「いつもある」1点とする。家族の円環性を測定する尺度で，凝集性と適応性を低いレベルから高いレベルの4段階に分類する。凝集性は，遊離10点～24点，分離25点～31点，結合32点～38点，膠着39～50点の4段階に分類し，適応性は硬直10～23点，構造化24～28点，柔軟29～34点，無秩序35点～50点の4段階に分類する。また，円環モデルを用いて家族を16のタイプに分類する。

3) 実施

事前に各事業所ごとに調査内容について説明を行った上で，訪問時に介護支援専門員が質問紙を配布し説明を行った。尚，質問など記述に関して不明な点がある場合は，質問を受け，それに対応する半構成面接にて要介護高齢者及び家族介護者が自己記述できるように配慮した。

4) 配布・回収方法

配布・回収については，訪問日時が異なるため期間を1ヶ月とし，介護支援専門員が要介護高齢者・家族介護者に調査用紙を封筒に入れて配布した。回収については，調査用紙，同意書などを封をした状態で預かり，事務所の鍵付きの保管庫に管理者が保管した。また，期日に事務所ごとで回収したアンケートを，研究者が管理者より受け取った。

5) 分析方法

要介護高齢者と家族介護者におけるQOLへの影響を明らかにするため，基本属性（共通要因のうち性別，年齢，宗教・信念，教育歴，仕事・役割，経済，援助者・相談者，家族構成，健康状態に関する9つ項目と，特徴的な要因としては，要介護高齢者は要介護度を加えた10項目，家族介護者は，現在治療している病気，療養者との同居を加えた11項目，いずれも自由記述を除く項目とした。），WHO/QOL-26（①身体的領域，②精神的領域，③社会的関係，④環境，⑤QOL全体の5領域）日本語版POMS短縮版（「緊張-不安」，「抑うつ-落ち込み」，「怒り-敵意」，「活気」，「疲労」，「混乱」の6つの尺度と，総合的な気分・感情の指標であるTMD），FACES III（凝集性，適応性）の集計結果から，WHO/QOL-26のQOL総合指標（5領域の総合QOL平均値），WHO/QOL-26のQOL中間指標（5領域の各QOL平均値）との相関分析を行う。

3. 倫理的配慮

平成25年3月，高崎健康福祉大学倫理審査委員会にて承認を得た（高崎健康大倫理大2418号）。事業責任者，介護支援専門員，本人と家族において書面にて説明・同意を得た。

IV. 結果

対象は、7か所の居宅介護事業所における要介護高齢者86人と、その家族介護者86人の計172人であった。そのうち、2組が基本属性以外のアンケートが未記入であったため、84組の168人を有効とした。回収率は97.7% (n=84) であった。

1. 集計結果

1-1. 基本属性の集計結果

要介護高齢者、家族介護者における基本属性について、QOL影響要因は表5-1、現在治療中の病気は表5-2、介護保険サービスは表5-3に示した。

1) 性別

要介護高齢者は男性34人(40.5%)、女性は50人(59.5%)であり、家族介護者は男性29人(34.5%)、女性54人(64.3%)、無回答1人(2.2%)だった。双方とも女性が6割であった。

2) 年齢

年齢については、要介護高齢者は、80歳代は48人(57.1%)が最も多く約6割、次いで、70歳代は18人(21.4%)、60歳代は9人(10.7%)、90歳代は9人(10.7%)の順であった。家族介護者は、30歳代から80歳代まで年齢層が幅広く、30歳代2人(2.4%)、40歳代10人(11.9%)、50歳代11人(13.1%)、60歳代18人(21.4%)、70歳代24人(28.6%)、80歳代18人(21.4%)、無回答1人(1.2%)であった。しかし、60歳以上の家族介護者は60人(71.4%)を占めた。

3) 宗教・信念

宗教・信念については、宗教・信念が「ない」要介護高齢者は67人(79.8%)、家族介護者は66人(78.6%)で、双方とも約8割が宗教・信念をもっていなかった。

4) 教育歴

教育歴は、双方とも高等学校が最も多く、要介護高齢者38人(45.2%)、家族介護者47人(56.0%)であった。次いで多い順に、要介護高齢者は中学校24人(28.6%)、その他13人(15.5%)のうち小学校が5人(6.0%)、大学・大学院5人(6.0%)であった。一方、家族介護者は大学12人(14.3%)、中学校10人(11.9%)、専門学校とその他が各7人(8.3%)であった。時代背景から要介護高齢者は義務教育が中心、家族介護者は進学傾向にあった。

5) 仕事・役割

仕事・役割をもっていない要介護高齢者は、59人(70.2%)、一方、家族介護者は24人(28.6%)であり、残りの60人(71.4%)は仕事・役割をもっていた。

6) 経済

経済については、双方とも「ふつう」が8割を占め、要介護高齢者66人(78.6%)、家族介護者70人(83.3%)と経済状態は安定していた。

7) 援助者・相談者

援助者・相談者は双方とも約9割が「いる」と答え、要介護高齢者76人(90.5%)、家族介護者72人(85.7%)であった。要介護高齢者は家族が中心であり、多い順に子供が28人(33.3%)、配偶者26人(30.9%)、子供の家族8人(9.5%)、その他の家族4人(4.8%)、職員3人(3.6%)、友人3人(3.6%)であった。家族介護者は家族以外の援助者・相談者も多く、子供が20人(23.8%)、配偶者19人(22.6%)、友人15人(17.9%)、兄弟・姉妹9人(10.7%)、職員5人(6.0%)、その他の家族4人(4.8%)、親1人(1.2%)であった。

8) 家族構成

要介護高齢者は夫婦のみが33人(39.3%)、二世帯同居27人(32.1%)、家族介護者は夫婦のみ32人(38.1%)、二世帯同居は32人(38.1%)であった。

9) 健康状態

要介護高齢者は、「やや不健康」34人(40.5%)が最も多かった。次いで、「健康」27人(32.1%)、「おおむね健康」18人(21.4%)、「不健康」4人(4.8%)、「非常に健康」1人(1.2%)の順であった。家族介護者は、「健康」30人(35.7%)が最も多かった。次いで、「やや健康」28人(33.3%)、「おおむね健康」22人(26.2%)、「非常に健康」2人(2.4%)、「不健康」1人(1.2%)、無回答1人(1.2%)の順であった。

不健康群(「不健康」,「やや健康」),健康の群(「非常」,「おおむね健康」,「健康」)の2群に分けると、要介護高齢者は健康群が46人(54.7%)、家族介護者は健康群が54人(64.3%)と、双方とも半数以上、自分は健康であると自覚していた。

10) 要介護度

要介護度については、部分的な日常生活の介助を必要とする要介護2が28人(33.3%)、要介護1が20人(23.8%)と多かった。また、要介護3が10人(11.9%)、要支援1と要支援2は同人数で8人(9.5%)、要介護4は5人(6.0%)、要介護5は3人(3.6%)、無回答2人(2.4%)であった。

11) 現在治療中の病気

現在治療中の病気はICD10の分類にて疾病・障害をカテゴリー化し、表5-2に示した。

要介護高齢者、家族介護者は共に2つ以上の疾患を抱えている対象が多かった。

要介護高齢者の最も多い疾患は、循環器系の疾患31人(36.9%)であった。内訳については、脳梗塞17人(20.2%)、脳出血8人(9.5%)、高血圧5人(6.0%)、心疾患1人(1.2%)であった。次いで、精神及び行動障害は12人(14.3%)であり、内訳は、認知症7人(8.3%)、うつ病3人(3.6%)、アルツハイマー2人(2.4%)であった。三番目には、損傷・中毒及びその他の外因の影響11人(13.1%)であり、内訳は、骨折10人(11.9%)、脊髄損傷1人(1.2%)であった。四番目には、筋骨格系及び結合組織の疾患10人(12.0%)であり、内訳は、関節症4人(4.8%)、腰痛4人(4.8%)、リウマチ1人(1.2%)、広範脊柱管狭窄症1人(1.2%)であった。五番目には、内分泌、栄養及び代謝疾患で糖尿病5人(6.0%)であった。六番目は、神経系の疾患4人(4.8%)であり、内訳は、パーキンソン病3人(3.6%)、水頭病の疑い1人(1.2%)と、呼吸器系疾患4人(4.8%)が肺炎3人(3.6%)、気管支炎(1.2%)が同値であった。七番目は、新生物のがん3人(3.6%)であった。八番目は、消化器系疾患2人(2.4%)として胃潰瘍1人(1.2%)、大腸穿孔1人(1.2%)と、尿路生殖器系疾患2人(2.4%)として、前立腺肥大1人(1.2%)、頻尿1人(1.2%)が同値であった。九番目は、感染症及び寄生虫症として、クルプトコッカス症1人(1.2%)と、症状・徴候・異常臨床所見・異常検査所見にて他に分類されないものとして、老化1人(1.2%)、先天奇形・変形及び染色体異常は脳動静脈奇形1人(1.2%)であった。尚、非該当者7人(8.3%)、無回答1人(1.2%)であった。

家族介護者84人中、46人(54.8%)と半数以上が病気で治療していた。家族介護者の最も多い疾患は、循環器系疾患27人(32.2%)であり、その内訳は、高血圧20人(23.8%)、心疾患4人(4.8%)、脈拍異常2人(2.4%)、脳梗塞1人(1.2%)であった。二番目は、筋骨格系及び結合組織疾患が9人(10.8%)であり、内訳は、腰椎圧迫骨折3人(3.6%)、腰痛2人(2.4%)、腰椎ヘルニア1人(1.2%)、変形性膝関節症肋骨骨折1人(1.2%)、リウマチ1人(1.2%)、首の痛み1人(1.2%)であった。三番目には、内分泌・栄養及び代謝疾患が8人(9.6%)で、内訳は、糖尿病4人(4.8%)、高脂血症2人(2.4%)、甲状腺1人(1.2%)、更年期症状1人(1.2%)であった。四番目には、神経系の疾患が3人(3.6%)であり、内訳は、偏頭痛2人(2.4%)、パーキンソン病1人(1.2%)であった。五番目は、新生物のがん2人(2.4%)、六番目は、精神及び行動障害であるうつ病1人(1.2%)、眼及び付属器の疾患1人(1.2%)、呼吸器疾患として花粉症1人(1.2%)であった。尚、無回答1人(1.2%)、非該当者38人(45.2%)は全体の約4割強を占めた。

12) 現在の生活の支障

要介護高齢者の生活の支障は、「健康」の問題が61人(72.6%)と7割を占めた。また、「経済」が16人(19.0%)、「介護サポート」が13人(15.5%)であった。一方、家族介護者の生活の

支障は、「介護」38人(45.2%)、「健康」32人(38.1%)に問題を感じていた。介護時間は最大は24時間であり、平均5.15時間であった。

13) 介護保健サービス利用について

表5-3は、現在の介護保険サービス利用状況、満足度、今後利用したい介護保険サービスについて示した。

現在利用している介護保険サービスは、1人が複数のサービスを利用していた。また、今回、要介護高齢者が利用している介護保険サービスの調査であるが、要介護高齢者と家族介護者の認識の差によってサービス利用回数が異なった。

介護保険サービスの利用状況について利用率が多い順にみると、要介護高齢者は、通所系サービスの利用が最も多く、デイサービスが40人(47.6%)、デイケアサービス31人(36.9%)であった。二番目は、生活環境整備サービスである福祉用具貸与31人(36.9%)であった。三番目は、短期入所サービスのであるショートステイ18人(21.4%)、四番目は生活環境整備サービスである住宅改修17人(20.2%)、五番目は訪問系サービスの訪問介護16人(19.0%)、六番目も訪問系サービスの訪問リハビリ12人(14.3%)の順となった。介護保険以外でのサービスとしては、医療機関の利用が31人(36.9%)を占めた。

家族介護者においても、要介護高齢者と同様に通所系サービス、生活環境整備サービス、短期入所サービス、訪問系サービスの順に利用率が多かった。しかし、内訳の数値が多少異なり、通所系サービスは、デイサービス38人(45.2%)、デイケアサービス31人(36.9%)、生活環境整備サービスは、福祉用具貸与30人(35.7%)、住宅改修16人(19.0%)であった。短期入所サービスは18人(21.4%)、訪問系サービスは、訪問介護13人(15.5%)、訪問リハビリ12人(14.3%)であった。また、介護保険以外でのサービスでは医療機関の利用が28人(33.3%)であった。

現在のサービスの満足度は、5段階評価のうち「非常に満足」「やや満足」の高い評価段階の2top比率とした。要介護高齢者は、訪問系サービスにおける訪問介護、訪問入浴、居宅療養管理指導がいずれも50.0%と満足度の割合が高く、次いで通所系サービスとしてデイケア48.5%、デイサービス47.5%であった。家族介護者は訪問入浴50.0%、福祉用具貸与41.4%、デイサービス39.5%、訪問リハビリ38.5%となり、いずれも4割から5割の高い満足度を示した。

今後、利用したいサービスについては、要介護高齢者は、訪問介護が3人(3.6%)、訪問入浴、訪問リハビリ、デイサービス、デイケアサービス、ショートステイ、居宅療養管理指導、病院・診療所、福祉用具貸与が2人(2.4%)、福祉用具購入1人(1.2%)であった。家族介護者は、ショートステイが5人(6.0%)と多く、訪問介護、デイサービス、デイケアサービスが各2人(2.4%)、訪問リハビリ、施設入所が各1人(1.2%)であった。

表 5-1. 基本属性(QOL 影響要因)

カテゴリー	No.	要介護高齢者(n=84)		家族介護者(n=84)		
		項目	人数	単位%	人数	単位%
性別		男性	34	40.5	29	34.5
		女性	50	59.5	54	64.3
		無回答	0	0	1	1.2
年齢		30代			2	2.4
		40代			10	11.9
		50代			11	13.1
		60代	9	10.7	18	21.4
		70代	18	21.4	24	28.6
		80代	48	57.1	18	21.4
		90代	9	10.7		
		無回答	0	0	1	1.2
宗教信念		はい	17	20.2	16	19.0
		いいえ	67	79.8	66	78.6
		無回答	0	0	2	2.4
教育歴		中学校	24	28.6	10	11.9
		高等学校	38	45.2	47	56.0
		専門学校	3	3.6	7	8.3
		大学	4	4.8	12	14.3
		大学院	1	1.2	0	
		その他	13	15.5	7	8.3
		無回答	1	1.2	1	1.2
仕事役割		はい	25	29.8	60	71.4
		いいえ	59	70.2	24	28.6
		無回答	0	0	0	0
経済		ゆとりがある	5	6.0	2	2.4
		ふつう	66	78.6	70	83.3
		困っている	13	15.5	12	14.3
		無回答	0	0	0	0
援助者・相談者		はい	76	90.5	72	85.7
		いいえ	8	9.5	10	11.9
		無回答	0	0	2	2.4
対象		子	28	33.3	20	23.8
		夫・妻	26	30.9	19	22.6
		子供家族	8	9.5		
		その他の家族	4	4.8	4	4.8
		兄弟姉妹			9	10.7
		友人	3	3.6	15	17.9
		職員	3	3.6	5	6.0
		親	2	2.4	1	1.2
		無回答	10	11.9	11	13.0
	家族構成		独居	8	9.5	3
		夫婦のみ	33	39.3	32	38.1
		二世帯同居	27	32.1	32	38.1
		三世帯同居	9	10.7	10	11.9
		その他	7	8.3	7	8.3
		無回答	0	0	0	0
健康状態		不健康	4	4.8	1	1.2
		やや不健康	34	40.5	28	33.3
		健康	27	32.1	30	35.7
		おおむね健康	18	21.4	22	26.2
		非常に健康	1	1.2	2	2.4
		無回答	0	0	1	1.2
現在の生活の支障		健康	61	72.6	32	38.1
		仕事	0	0.0	8	9.5
		経済面	16	19.0	16	19.0
		介護	13	15.5	38	45.2
		住まい	1	1.2	5	6.0
		家族関係	5	6.0	2	2.4
		その他	5	6.0	0	0.0
		無回答	5	6.0	19	22.6
要介護度		要支援1	8	9.5		
		要支援2	8	9.5		
		要介護1	20	23.8		
		要介護2	28	33.3		
		要介護3	10	11.9		
		要介護4	5	6.0		
		要介護5	3	3.6		
	無回答	2	2.4			
療養者との同居					74	88.1
					10	11.9
					0	0
現在治療の病気		はい			46	54.8
		いいえ			36	42.9
		無回答			2	2.4

表 5-2. 基本属性(現在治療中の病気)

要介護高齢者					
疾病・障害カテゴリー	人数	%	疾患名	人数	%
循環器系疾患	31	36.9	脳梗塞	17	20.2
			脳出血	8	9.5
			高血圧	5	6.0
			心疾患	1	1.2
精神及び行動障害	12	14.3	認知症	7	8.3
			うつ病	3	3.6
			アルツハイマー	2	2.4
損傷・中毒及びその他の外因の影響	11	13.1	骨折	10	11.9
			脊髄損傷	1	1.2
筋骨格系及び結合組織の疾患	10	12	関節症	4	4.8
			腰痛	4	4.8
			リウマチ	1	1.2
			広範脊柱管狭窄症	1	1.2
内分泌、栄養及び代謝疾患	5	6	糖尿病	5	6.0
神経系の疾患	4	4.8	パーキンソン病	3	3.6
			水頭病の疑い	1	1.2
呼吸器系疾患	4	4.8	肺炎	3	3.6
			気管支炎	1	1.2
新生物	3	3.6	がん	3	3.6
消化器系疾患	2	2.4	胃潰瘍	1	1.2
			大腸穿孔	1	1.2
尿路生殖器系疾患	2	2.4	前立腺肥大	1	1.2
			頻尿	1	1.2
感染症及び寄生虫症	1	1.2	クルトコツカツ症	1	1.2
症状・徴候・異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1	1.2	老化	1	1.2
先天奇形・変形及び染色体異常	1	1.2	脳動静脈奇形	1	1.2
			無回答	7	8.3
家族介護者					
疾病・障害カテゴリー	人数	%	病名名	人数	%
循環器系疾患	27	32.2	高血圧	20	23.8
			心疾患	4	4.8
			脈拍異常	2	2.4
			脳梗塞	1	1.2
			脳出血	1	1.2
筋骨格系及び結合組織の疾患	9	10.8	腰椎圧迫骨折	3	3.6
			腰痛	2	2.4
			ヘルニア	1	1.2
			変形性膝関節症	1	1.2
			リウマチ	1	1.2
			首の痛み	1	1.2
			関節炎	1	1.2
内分泌、栄養及び代謝疾患	8	9.6	糖尿病	4	4.8
			高脂血症	2	2.4
			甲状腺	1	1.2
			更年期	1	1.2
神経系の疾患	3	3.6	偏頭痛	2	2.4
			パーキンソン病	1	1.2
新生物	1	1.2	がん	2	2.4
精神及び行動障害	1	1.2	うつ	1	1.2
眼及び付属器の疾患	1	1.2	視力障害	1	1.2
呼吸器系疾患	1	1.2	花粉症	1	1.2
無回答				1	1.2
非該当				38	45.2

表 5-3. 基本属性 (介護保険サービス)

カテゴリー	現在利用しているサービス(n=84)				現在のサービスの満足度(n=84)				利用したいサービス			
	要介護高齢者		家族介護者		要介護高齢者		家族介護者		要介護高齢者		家族介護者	
	n	%	n	%	人数	2top比率	人数	2top比率	n	%	n	%
訪問看護	6	7.1	6	7.1	6	16.7	6	16.7	0	0.0	0	0.0
訪問介護	16	19.0	13	15.5	16	50.0	13	30.8	3	3.6	2	2.4
訪問入浴	2	2.4	2	2.4	2	50.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0
訪問リハビリ	12	14.3	12	14.3	12	33.3	13	38.5	2	2.4	1	1.2
デイケア	31	36.9	31	36.9	31	48.4	31	25.8	2	2.4	2	2.4
デイサービス	40	47.6	38	45.2	40	47.5	38	39.5	2	2.4	2	2.4
ショートステイ	18	21.4	18	21.4	17	35.3	18	27.8	2	2.4	5	6.0
居宅療養管理指導	4	4.8	3	3.6	4	50.0	3	33.3	2	2.4	0	0.0
病院・診療所	29	34.5	28	33.3	29	20.7	27	25.9	2	2.4	0	0.0
福祉用具貸与	31	36.9	30	35.7	31	32.3	29	41.4	2	2.4	0	0.0
福祉用具購入	9	10.7	9	10.7	9	33.3	9	33.3	1	1.2	0	0.0
住宅改修	17	20.2	16	19.0	17	23.5	16	25.0	0	0.0	0	0.0
施設入所									0	0.0	1	1.2
その他	5	6.0	4	4.8	5	20.0	4	25.0	4	4.8	2	2.4
無回答	0	0.0	4	4.8					70	83.3	70	83.3

1-2 . WHO/QOL-26 の集計結果

1) WHO/QOL-26 における QOL 総合指標と QOL 中間指標

表 6 は、QOL 総合指標 (①身体的領域, ②精神的領域, ③社会的関係, ④環境, ⑤QOL 全体の合計点を 26 項目で割った 5 領域の QOL 総合平均値) の得点と、QOL 中間指標 (①身体的領域, ②心理的領域, ③社会的関係, ④環境, ⑤QOL 全体の 5 領域の各 QOL 平均値) の得点を示した。QOL 総合指標の得点は、要介護高齢者 3.02 ± 0.56 、家族介護者 3.24 ± 0.42 となり、家族介護者の方が高かった。QOL 中間指標の得点は、QOL 全体の得点が最も低く、要介護高齢者 2.80 ± 0.68 、家族介護者 QOL 全体 2.96 ± 0.54 であった。それ以外の領域を比較すると、要介護高齢者は、身体的領域 2.89 ± 0.67 、心理的領域 2.95 ± 0.66 、環境 3.16 ± 0.62 、社会的関係 3.19 ± 0.76 の順に低く、家族介護者は、心理的領域 3.17 ± 0.45 、環境 3.23 ± 0.50 、身体的領域 3.35 ± 0.61 、社会的関係 3.36 ± 0.50 順に値が低かった。つまり、双方ともに共通して得点が低いのは QOL 全体と心理的領域であった。

表 6. QOL 総合指標と QOL 中間指標

基本統計量	項目	要介護高齢者(n=84)			家族介護者(n=84)		
		合計	平均	標準偏差	合計	平均	標準偏差
QOL中間指標	I 身体的領域	242.9	2.89	0.67	281.7	3.35	0.61
	II 心理的領域	248.0	2.95	0.66	266.5	3.17	0.45
	III 社会的関係	267.7	3.19	0.76	282.3	3.36	0.50
	IV 環境	265.8	3.16	0.62	271.1	3.23	0.50
	V QOL全体	235.0	2.80	0.68	248.5	2.96	0.54
QOL総合指標 (QOL平均値)		253.3	3.02	0.56	272.5	3.24	0.42

2) QOL26 項目の差異

要介護高齢者と家族介護者における QOL26 項目の得点の差異については、表 7 に示したとおりである。差異は、項目ごとの要介護高齢者の得点と家族介護者の得点の差をみた

ものである。双方の26項目の得点を比較すると、社会的関係の「Q12. 必要なものが買えるお金」、**「Q16. 睡眠」**の2項目以外は家族介護者の方が得点が高かった。家族介護者の得点差が0.5以上の高い項目は、身体的領域の5項目で差異の大きい順に、「Q3. 体の痛みや不快感のせいでの制限」-0.83, 「Q15. 家の周囲を出まわる」-0.74, 「Q4. 治療(医療)の必要」-0.61, 「Q18. 仕事をする能力」-0.58, 「Q17. 毎日活動をやり遂げる能力」-0.51であった。0.4以上から0.5未満で得点差がある項目は、心理的領域の2項目で「Q7. 物事への集中」-0.46, 「Q6. 自分の生活の意味」-0.40であった。逆に、要介護高齢者の方が得点が高い項目は、身体的領域の「Q16. 睡眠」0.25と、社会的関係の「Q12. 必要なものが買えるお金」0.09であった。

また、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境、QOL全体の領域別の得点の比較について、要介護高齢者は図4-1、家族介護者は図4-2に示した。3.50以上の高い得点を示した項目は、要介護高齢者の場合、身体的領域「Q16. 睡眠に満足」3.62、環境「Q24. 医療施設や福祉サービスの利用」3.58の2項目であった。家族介護者の場合、身体的領域では「Q4. 治療(医療)の必要」3.77, 「Q3. 体の痛みや不快感での制限」3.63の2項目と、心理的領域は「Q26. いやな気分」3.60の1項目、社会的関係は「Q22. 友人たちの支え」3.64, 「Q20. 人間関係」3.51の2項目、環境は「Q24. 医療施設や福祉サービスの利用」3.61の1項目の計6項目であった。

得点が高いと健康問題が懸念される項目として、要介護高齢者は、環境「Q24. 医療施設や福祉サービスの利用」、家族介護者は身体的領域「Q4. 治療(医療)の必要」、**「Q3. 体の痛みや不快感での制限」**、心理的領域「Q26. いやな気分」であった。

表7. QOL26項目の得点差異

	項目	本人(n=84)	家族(n=84)	差異(要介護高齢者-家族介護者)
Q1	生活の質	3.02	3.04	-0.02
Q2	健康状態	2.57	2.88	-0.31
Q3	体の痛みや不快感での制限	2.80	3.63	-0.83
Q4	治療(医療)の必要性	3.17	3.77	-0.61
Q5	生活を楽しく過ごす	2.92	3.00	-0.08
Q6	生活を意味あると感じる	2.83	3.23	-0.40
Q7	物事に集中できる	2.86	3.32	-0.46
Q8	生活の安全性	3.46	3.48	-0.02
Q9	生活環境	3.27	3.28	-0.01
Q10	生活を送るための活力	2.93	3.14	-0.21
Q11	容姿(外見)を受け入れる	2.93	2.98	-0.05
Q12	必要なものを買うお金	3.02	2.93	0.09
Q13	生活に必要な情報	2.99	3.35	-0.36
Q14	余暇を楽しむ機会	2.71	2.79	-0.08
Q15	家の周囲を出まわる	2.44	3.18	-0.74
Q16	睡眠に満足	3.62	3.37	0.25
Q17	活動をやり遂げる能力	2.74	3.25	-0.51
Q18	仕事をする能力	2.58	3.17	-0.59
Q19	自分自身に満足	2.75	2.99	-0.24
Q20	人間関係	3.37	3.51	-0.14
Q21	性生活	2.96	3.11	-0.15
Q22	友人たちの支え	3.37	3.64	-0.27
Q23	家と家のまわりの環境	3.44	3.46	-0.02
Q24	医療施設・福祉サービス	3.58	3.61	-0.03
Q25	周辺の交通の便	2.89	2.98	-0.09
Q26	いやな気分を感じている	3.43	3.60	-0.17



図 4-1. 要介護高齢者の領域別得点

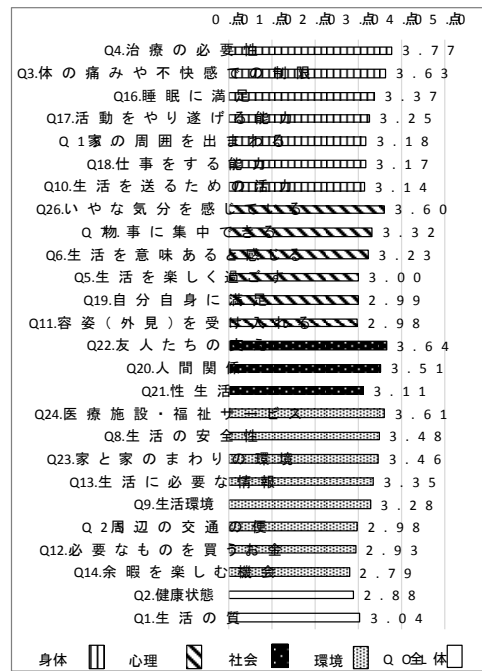


図 4-2. 家族介護者の領域別得点

1-3. POMS の 6 つの気分・感情の尺度

1) 男女別の素得点と TMD (Total Mood Disturbance:TMD)

要介護高齢者の平均年齢は 76.8 歳，家族介護者の平均年齢は 62.0 歳と，双方ともに 60 歳以上であった．要介護高齢者は男性 34 人(40.5%)，女性 50 人(59.5%)であった．家族介護者は男性 29 人(34.5%)，女性 54 人(64.3%)，無回答 1 人(2.2%)であった．

表 8 は，要介護高齢者，家族介護者の男女別に，6 つの気分・感情の尺度である「緊張-不安」，「抑うつ-落ち込み」，「怒り-敵意」，「活気」，「疲労」，「混乱」と TMD の得点について示した．要介護高齢者の男女を比較すると，男性の方が 6 つの気分・感情の尺度の得点が高かった．また，男女ともに得点が高い順に「混乱」，「活気」，「緊張-不安」，「疲労」，「抑うつ-落ち込み」，「怒り-敵意」となり，「混乱」が最も高く，「怒り-敵意」が最も低い値を示した．家族介護者については，男性は「活気」，「混乱」，「怒り-敵意」，「緊張-不安」，「疲労」，「抑うつ-落ち込み」の順に高い値を示し，一方，女性は「混乱」，「緊張-不安」，「疲労」，「活気」，「怒り-敵意」，「抑うつ-落ち込み」の順であった．家族介護者男性は「活気」，家族介護者女性は「混乱」高く，双方ともに「抑うつ-落ち込み」低い値を示した．つまり，6 つの気分・感情の尺度の素点においては，要介護高齢では男性，家族介護者では女性にネガティブな精神状態が示唆された．

TMD 得点については，要介護高齢者は男性 20.7，女性 18.1 と男性の方が高く，家族介護者は男性 18.2，女性 25.4 と女性の得点の方が高かった．TMD 得点とは，「活気」以外の 5

項目の得点の合計から「活気」の得点を差し引いた値であり、本研究では、総合的な気分・感情の指標とした。杉浦ら²⁶⁾のレクリエーション活動の実施前後の比較調査によると、実施後の TMD 得点の低さは、レクリエーション効果得点の「達成感」及び、「精神的疲れ」の回復の高さと有意な関連を示した。つまり、TMD 得点の低さは気分・感情の安定性を示唆している。今回の調査結果では、要介護高齢者女性、家族介護者男性、要介護高齢者男性、家族介護者女性の順に TMD 得点が低いことから、要介護高齢者では男性、家族介護者では女性に、気分・感情の不安定さがあり、特に家族介護者女性は、ネガティブな精神状態が強いことが示唆された。

表 8. 男女別からみた POMS 得点

エラー！リンクが正しくありません。

2) 男女別の T 得点の比較

表 9 は、要介護高齢者・家族介護者における男女別の T 得点を示した。T 得点は、得点が高いほど 6 つの気分・感情が高く、「緊張-不安」、「抑うつ-落ち込み」、「怒り-敵意」、「疲労」、「混乱」の得点が低く、「活気」の得点が高いほど良好な状態とされている。判定の目安として 40 点から 60 点は、一般の人 68% のが含まれ健全な状態であると考えられており、一つでも 25 点以下や 75 点以上(活気尺度 75 点以上は除)の尺度がある場合は、精神科などの専門医の受診を考慮した方が良いとされている²²⁾。

要介護高齢者の T 得点は、男女ともに 6 つの気分・感情尺度の中では、「混乱」の得点が高く、「活気」の得点が低かった。また、家族介護者の T 得点をみると、家族介護者男性は「怒り-敵意」、家族介護者女性は「混乱」の得点が最も高く、男女ともに「活気」の得点が最も低かった。

要介護高齢者・家族介護者の T 得点においては、家族介護者女性、要介護高齢者男性、家族介護者男性、要介護高齢者女性の順に「活気」を除く 5 つの気分・尺度の得点が高いことから、TMD 得点と同様に、要介護高齢者では男性、家族介護者では女性において気分・感情の不安定さがあり、特に、家族介護者女性は、ネガティブな精神状態が強いことが示唆された。

表 9. 要介護高齢者、家族介護者における男女別 T 得点

エラー！リンクが正しくありません。

3) 要介護高齢者・家族介護者 2 群の比較

表 10 は、要介護高齢者・家族介護者の 2 群における POMS 素点の比較である。6つの気分・感情の尺度において、要介護高齢者は「混乱」の得点が 7.24 ± 3.38 と最も高く、「怒り-敵意」の得点が 3.68 ± 3.98 と最も低かった。得点の高い順からみると「混乱」、「活気」、「緊張-不安」、「疲労」、「抑うつ-落ち込み」、「怒り-敵意」であった。家族介護者も「混乱」の得点が 6.55 ± 3.08 と最も高かった。得点の高い順からみると、「混乱」、「活気」、「緊張-不安」、「疲労」、「怒り-敵意」、「抑うつ-落ち込み」の順となった。

TMD 得点については、要介護高齢者は 19.1 ± 16.1 、家族介護者は 22.8 ± 16.5 と家族介護者の方が高かった。表 11 に示したように、T 得点においても、要介護高齢者、家族介護者ともに「混乱」の得点が最も高く、「活気」の得点が最も低かった。

このことから、双方とも抑うつ傾向にあるが、要介護高齢者と家族介護者を比較すると、家族介護者の方が、ネガティブな精神状態が強くみられた。

表 10. 要介護高齢者・家族介護者の 2 群における POMS 得点

	POMS素得点 2群比較					
	要介護高齢者(n=84)			家族介護者(n=84)		
	合計	平均	標準偏差	合計	平均	標準偏差
「緊張-不安」	413	4.92	3.69	517	6.15	3.84
「抑うつ-落ち込み」	364	4.33	3.78	382	4.55	3.56
「怒り-敵意」	309	3.68	3.98	503	5.99	3.93
「活気」	483	5.75	4.23	545	6.49	3.42
「疲労」	400	4.76	3.91	504	6.00	4.66
「混乱」	608	7.24	3.38	550	6.55	3.08
TMD	1607	19.1	16.1	1915	22.8	16.5

表 11. 要介護高齢者と家族介護者の T 得点

	T得点 2群比較							
	要介護高齢者 n=84				家族介護者 n=84			
	平均	標準偏差	最大値	最小値	平均	標準偏差	最大値	最小値
「緊張-不安」	46.2	8.07	66.0	35.0	49.5	9.24	83.0	35.0
「抑うつ-落ち込み」	50.1	8.96	80.0	40.0	51.5	9.13	76.0	40.0
「怒り-敵意」	46.8	8.24	76.0	38.0	52.8	9.76	85.0	37.0
「活気」	44.0	9.16	73.0	31.0	45.1	7.65	69.0	30.0
「疲労」	46.6	7.65	70.0	37.0	49.4	9.79	81.0	37.0
「混乱」	54.7	10.15	78.0	35.0	53.3	10.16	85.0	35.0

1-4. FACSEⅢの集計結果

1) FACSEⅢの 20 項目ごとの平均値

FACSEⅢは奇数 10 項目が凝集性、偶数 10 項目が適応性の 20 項目の設問からなる。家族機能は、凝集性、適応性、コミュニケーションの三次元から構成される。一次元は凝集性で、家族成員が互いにもつ情緒的つながり、一体感、連帯感である。凝集性の主な下位項目は、家族成員間での関与の程度、時間、空間、意思決定、友人、趣味、余暇活動がある。二次元は適応性で、夫婦や親子など、家庭における役割関係や構造など、状況的危機や発達の危機に対する変化させる能力である。主な下位項目はリーダーシップ、規律、話

し合いのスタイル、役割関係、規則である。三次元はコミュニケーションで、凝集性と適応性の2つの要素を円滑に機能させる役割をもっている。これらの三つの次元が、中間レベルであればバランスがとれた状態であり、家族機能が上手く機能しているとされている。

FACSEⅢの20項目の得点は表12に示したとおりである。要介護高齢者と家族介護者の得点を比較すると、奇数番号の凝集性の項目は全て要介護高齢者の方が得点が高かった。

偶数番号の適応性の項目では、「Q8. 私の家族では、問題の性質に応じて、その取り組み方を変えている。」3.26(差異-0.02), 「Q14. 家族の決まりは、必要に応じて変わる」2.75(差異-0.13), 「Q16. 私の家族では、家事・用事は、必要に応じて交代する」2.52(差異-0.18), 「Q18. 私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている」2.42(差異-0.18)の4項目において、要介護高齢者の得点が家族介護者の得点と比較して低かった。

要介護高齢者の得点が3.40点以上で、家族介護者より得点が上まわる項目は、凝集性6項目、適応性3項目であった。具体的には以下のとおりである。

凝集性の6項目において得点が高い順は、「Q19. 家族がまとまっていることはとても大切である」4.49(差異0.41), 「Q7. 家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感じている」4.04(差異0.30), 「Q11. 私の家族は、お互いに密着している」3.63(差異0.33), 「Q17. 私の家族では、何かを決める時、家族の誰かに相談する」3.61(差異0.24), 「Q3. 家族は、それぞれの友人を気に入っている」3.56(差異0.05), 「Q1. 私の家族は、困った時、家族の誰かに助けを求める」3.55(差異0.49)であった。

適応性の3項目において得点が高い順は、「Q6. 私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている」4.06(差異0.51), 「Q20. 私の家族では、誰かがどの家事・用事をするか決まっている」3.98(差異0.30), 「Q2. 私の家族では、問題の解決には子供の意見も聞いている」3.44(差異0.44)であった。

また、その他の適応性の項目で0.3以上の得点差がある項目は、「Q6. 私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている」4.06(差異0.51), 「Q1. 私の家族は、困った時、家族の誰かに助けを求める」3.55(差異0.49), 「Q2. 私の家族では問題解決のため、子供の意見も聞いている」3.44(差異0.44), 「Q19. 家族がまとまっていることはとても大切である」4.49(差異0.41), 「Q11. 私の家族は、お互いに密着している」3.63(0.33), 「Q7. 家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感じている」4.04(差異0.30), 「Q20. 私の家族では、誰かがどの家事・用事をするか決まっている」3.98(差異0.30)の7項目であった。

家族介護者の得点が3.40点以上の項目は凝集性3項目、適応性2項目の計5項目であった。凝集性項目では得点が高い順に、「Q19. 家族がまとまっていることはとても大切である」4.08(差異0.41), 「Q7. 家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感じている」3.74(差異0.30), 「Q3. 家族は、それぞれの友人を気に入っている」3.51(差異0.05)であった。適応性項目における得点が高い順では、「Q20. 私の家族では、誰かがどの家事・用事をするか決まっている」3.68(差異0.30), 「Q6. 私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決

まっている」3.55(差異 0.51)であった。

表 12. FACSEⅢの 20 項目の得点

20項目	平均得点 n=84		
	要介護高齢者	家族介護者	差異(要介護高齢者-家族介護者)
1.私の家族は、困った時、家族の誰かに助けを求める	3.55	3.06	0.49
2.私の家族では、問題の解決には子供の意見も聞いている	3.44	3.00	0.44
3.家族は、それぞれの友人を気に入っている	3.56	3.51	0.05
4.私の家族は、子供の言い分も聞いてしつけをしている	3.11	3.01	0.10
5.私の家族は、みんなで何かをするのが好きである	3.01	2.81	0.20
6.私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている	4.06	3.55	0.51
7.家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感している	4.04	3.74	0.30
8.私の家族では、問題の性質に応じて、その取り組み方を変えている	3.06	3.26	-0.02
9.私の家族では、自由な時間は、家族と一緒に過ごしている	3.29	3.23	0.06
10.私の家族は、叱り方について親と子で話し合う	2.51	2.40	0.11
11.私の家族は、お互いに密着している	3.63	3.30	0.33
12.私の家族では、子供が自主的に物事を決めている	3.35	3.15	0.20
13.家族で何かする時は、みんなでやる	2.99	2.98	0.01
14.家族の決まりは、必要に応じて変わる	2.75	2.88	-0.13
15.私の家族は、みんなで一緒にしたいことがすぐに思いつく	2.75	2.63	0.12
16.私の家族では、家事・用事は、必要に応じて交代する	2.52	2.70	-0.18
17.私の家族では、何かを決める時、家族の誰かに相談する	3.61	3.37	0.24
18.家族を引っ張っていく者(リーダー)は、状況に応じて変わる	2.42	2.60	-0.18
19.家族がまとまっていることは、とても大切である	4.49	4.08	0.41
20.私の家族では、誰かがどの家事・用事をするか決まっている	3.98	3.68	0.30

2) 凝集性と適応性

要介護高齢者、家族介護者の家族機能の凝集性と適応性について表 13 に示した。

要介護高齢者は、凝集性の「結合」が 33 人(39.3%)と最も多く、次いで「膠着」25 人(29.8%)、「分離」21 人(25.0%)、「遊離」5 人(6.0%)である。適応性では、「構造化」が 32 人(38.1%)最も多く、「柔軟」25 人(29.8%)、「硬直」19 人(22.6%)、「無秩序」8 人(9.5%)の順であった。

家族介護者も、凝集性においては要介護者と同様、「結合」32 人(38.1%)が最も多く、次いで「分離」21 人(25.0%)、「膠着」18 人(21.4%)、「遊離」13 人(15.5%)となり、家族成員である個々の存在も尊重していた。適応性については、「柔軟」30 人(35.7%)と最も高く、次いで「構造化」23 人(27.4%)、「硬直」21 人(25.0%)、「無秩序」10 人(11.9%)であった。

要介護高齢者、家族介護者の双方ともに、凝集性においては「結合」が最も多くみられた。このことから、凝集性においては、双方とも家族としてのまとまりはあるが、要介護高齢者は「膠着」、家族介護者は「分離」も多いことから、要介護高齢者の方が家族の連帯感が強く、家族介護者は個人を重視している傾向にあった。適応性においては、要介護高齢者は「構造化」、家族介護者は「柔軟」が多くみられた。つまり、要介護高齢者は、家族の役割やルールを重視し、家族介護者は時と場合によって役割・担当などを変えて対応している傾向にあった。

つまり凝集性、適応性の結果は、要介護高齢者は家族としてのまとまり具合や家族としてのそれぞれの役割がある。一方、家族介護者は個々の存在や臨機応変な役割で対応していることが示唆された。

表 13. 家族機能における凝集性・適応性

	要介護高齢者(n=84)		家族介護者(n=84)		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
凝集性 (Cohesion)	34.9	6.8	32.7	7.7	
適応性 (Adaptability)	27.1	6.1	27.8	5.9	
	レンジ	%	n	%	n
凝集性					
遊離 (Disengaged)	10-24	6.0	5	15.5	13
分離 (Separated)	25-31	25.0	21	25.0	21
結合 (Connected)	32-38	39.3	33	38.1	32
膠着 (Enmeshed)	39-50	29.8	25	21.4	18
適応性					
	レンジ	%	n	%	n
硬直 (Rigid)	10-23	22.6	19	25.0	21
構造化 (Structured)	24-28	38.1	32	27.4	23
柔軟 (Flexible)	29-34	29.8	25	35.7	30
無秩序 (Chaotic)	35-50	9.5	8	11.9	10

3) 16 タイプ別の家族機能

表 14 は、家族機能における 16 タイプについて示した。要介護高齢者の家族のタイプは、「結合-構造化」12 人(14.3%)が最も多く、次いで、「結合-柔軟」10 人(11.9%)と「分離-構造化」10 人(11.9%)が同値、「膠着-構造化」9 人(10.7%)、「分離-柔軟」8 人(9.5%)の順となった。家族介護者の家族タイプは「結合-柔軟」16 人(19.0%)と最も多く、次いで「分離-構造化」12 人(14.3%)、「遊離-硬直」9 人(10.7%)、「膠着-柔軟」8 人(9.5%)が主なタイプであった。

つまり、要介護高齢者は「結合-構造化」、家族介護者は「結合-柔軟」が最も多い結果となった。このことから、凝集性、適応性の組み合わせは、双方とも中間レベルを示しており、家族が最も機能的に働く段階にあり、バランスがとれた家族機能であることが示唆された。

表 14. 家族機能の 16 タイプ

		要介護高齢者(n=84)		家族介護者(n=84)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
		34.9	6.8	32.7	7.7
		27.1	6.1	27.8	5.9
凝集性	適応性	%	n	%	n
遊離 (Disengaged)	硬直 (Rigid)	4.8	4	10.7	9
	構造化 (Structured)	1.2	1	2.4	2
	柔軟 (Structured)	0.0	0	2.4	2
	無秩序 (Chaotic)	0.0	0	0.0	0
分離 (Separated)	硬直 (Rigid)	3.6	3	6.0	5
	構造化 (Structured)	11.9	10	14.3	12
	柔軟 (Structured)	9.5	8	4.8	4
	無秩序 (Chaotic)	0.0	0	0.0	0
結合 (Connected)	硬直 (Rigid)	8.3	7	6.0	5
	構造化 (Structured)	14.3	12	8.3	7
	柔軟 (Structured)	11.9	10	19.0	16
	無秩序 (Chaotic)	4.8	4	4.8	4
膠着 (Enmeshed)	硬直 (Rigid)	6.0	5	2.4	2
	構造化 (Structured)	10.7	9	2.4	2
	柔軟 (Structured)	8.3	7	9.5	8
	無秩序 (Chaotic)	4.8	4	7.1	6

2. 相関分析の結果

要介護高齢者と家族介護者の身体面、心理面、社会面における QOL の影響要因を明らかにするため、WHO/QOL-26 (①身体的領域、②精神的領域、③社会的関係、④環境、⑤QOL 全体の 5 領域)、基本属性、日本語版 POMS 短縮版(「緊張-不安」,「抑うつ-落ち込み」,「怒り-敵意」,「活気」,「疲労」,「混乱」)の 6 つの尺度と、総合的な気分・感情の指標である TMD)、FACESIII (凝集性、適応性)の集計結果から、WHO/QOL-26 の QOL 総合指標(5 領域の総合 QOL 平均値)、WHO/QOL-26 の QOL 中間指標(5 領域の各 QOL 平均値)を軸にして、WHO/QOL-26、基本属性、日本語版 POMS 短縮版、FACESIII との相関をみた。

2-1. WHO/QOL-26 と各変数

表 15 に示したように、WHO/QOL-26 においては、QOL 総合指標と QOL 中間指標との相関、QOL 中間指標と 5 領域の下位項目の相関における変数間の関係性は以下のとおりであった。

QOL 総合指標と QOL 中間指標の相関では、要介護高齢者は身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境及び QOL 全体の 5 領域において $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた。家族介護者は、身体的領域、心理的領域、環境において $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた。尚、社会的関係 $r=0.58$ ($p<0.001$)、QOL 全体 $r=0.68$ ($p<0.001$) には中程度の正の相関があった。

QOL 中間指標と下位項目の相関は、要介護高齢者、家族介護者ともに共通して、身体領域の「Q3. 体の痛みや不快感での制限」と「Q4. 治療の必要性」、心理的領域「Q26. いやな気分

を感じている」の3項目に負の相関を認めた。それ以外の23項目には正の相関を認めた。

共通する負の相関について、要介護高齢者は、身体領域「Q3. 体の痛みや不快感での制限」 $r=-0.62$ ($p<0.001$)、身体領域「Q4. 治療の必要性」 $r=-0.59$ ($p<0.001$)、心理的領域「Q26. いやな気分を感じている」 $r=-0.69$ ($p<0.001$) の中程度の正の相関を認めた。家族介護者は、身体領域「Q3. 体の痛みや不快感での制限」 $r=-0.79$ ($p<0.001$) が強い負の相関を認め、身体領域「Q4. 治療の必要性」 $r=-0.67$ ($p<0.001$)、心理的領域「Q26. いやな気分を感じている」 $r=-0.58$ ($p<0.001$) に中程度の相関を認めた。

一方、正の相関の中で $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた下位項目は、以下のとおりである。

要介護高齢者は、身体的領域の3項目「Q17. 活動をやり遂げる能力」 $r=0.79$ ($p<0.001$)、「Q18. 仕事をする能力」 $r=0.73$ ($p<0.001$)、「Q10. 生活を送るための活力」 $r=0.71$ ($p<0.001$) であった。心理的領域は3項目で、「Q19. 自分自身に満足」 $r=0.79$ ($p<0.001$)、「Q5. 生活を楽しく過ごす」 $r=0.77$ ($p<0.001$)、「Q6. 生活を意味あると感じる」 $r=0.70$ ($p<0.001$) だった。社会的関係は3項目で「Q20. 人間関係」 $r=0.77$ ($p<0.001$)、「Q21. 性生活」 $r=0.77$ 、「Q22. 友人たちの支え」 $r=0.74$ ($p<0.001$) だった。環境は3項目で、「Q9. 生活環境」 $r=0.75$ ($p<0.001$)、「Q23. 家と家のまわりの環境」 $r=0.73$ ($p<0.001$)、「Q14. 余暇を楽しむ機会」 $r=0.70$ ($p<0.001$) だった。QOL 全体的は2項目で、「Q2. 健康状態」 $r=0.85$ ($p<0.001$)、「Q1. 生活の質」 $r=0.79$ ($p<0.001$) の計14項目だった。

家族介護者は、身体的領域は2項目「Q17. 活動をやり遂げる能力」 $r=0.82$ ($p<0.001$)、「Q18. 仕事をする能力」 $r=0.71$ ($p<0.001$) だった。心理的領域は該当する項目はなかった。社会的関係は1項目「Q20. 人間関係」 $r=0.73$ ($p<0.001$)、環境は1項目「Q23. 家と家のまわりの環境」 $r=0.71$ ($p<0.001$)、全体的 QOL は1項目「Q2. 健康状態」 $r=0.89$ ($p<0.001$) 計5項目だった。

そのうち、QOL 中間指標との相関において要介護高齢者、家族介護者ともに共通して $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上で強い正の相関を認めた項目は、身体的領域の「Q17. 活動をやり遂げる能力」、「Q18. 仕事をする能力」、社会関係の「Q20. 人間関係」、環境の「Q23. 家と家のまわりの環境」、全体的 QOL の「Q2. 健康状態」で、計5項目だった。

表 15. WHO/QOL-26 と各変数の相関

※ 無相関の検定

QOL総合指標とQOL中間指標	単相関係数	p値	判定	n	単相関係数	p値	判定	n
I 身体的領域	0.89	0.0000	[**]	84	0.87	0.0000	[**]	84
II 心理的領域	0.89	0.0000	[**]	84	0.82	0.0000	[**]	84
III 社会的関係	0.77	0.0000	[**]	84	0.58	0.0000	[**]	84
IV 環境	0.86	0.0000	[**]	84	0.81	0.0000	[**]	84
V QOL全体	0.71	0.0000	[**]	84	0.68	0.0000	[**]	84
QOL中間指標と7つの下位項目(身体的領域)								
Q3.体の痛みや不快感での制限	-0.62	0.000	[**]	84	-0.79	0.000	[**]	84
Q4.治療の必要性	-0.59	0.000	[**]	84	-0.67	0.000	[**]	84
Q10.生活を送るための活力	0.71	0.000	[**]	83	0.63	0.000	[**]	84
Q15.家の周囲を出まわる	0.58	0.000	[**]	84	0.61	0.000	[**]	83
Q16.睡眠	0.55	0.000	[**]	84	0.52	0.000	[**]	84
Q17.活動をやり遂げる能力	0.79	0.000	[**]	84	0.82	0.000	[**]	84
Q18.仕事をする能力	0.73	0.000	[**]	84	0.71	0.000	[**]	84
QOL中間指標と6つの下位項目(心理的領域)								
Q5.生活を楽しく過ごす	0.77	0.000	[**]	84	0.69	0.000	[**]	84
Q6.生活を意味あると感じる	0.70	0.000	[**]	84	0.60	0.000	[**]	82
Q7.物事に集中できる	0.60	0.000	[**]	84	0.44	0.000	[**]	84
Q11.容姿(外見)を受け入れる	0.62	0.000	[**]	84	0.46	0.000	[**]	84
Q19.自分自身に満足	0.79	0.000	[**]	84	0.52	0.000	[**]	84
Q26.いやな気分を感じている	-0.69	0.000	[**]	84	-0.58	0.000	[**]	84
QOL中間指標と3つの下位項目(社会的関係)								
Q20.人間関係	0.77	0.000	[**]	84	0.73	0.000	[**]	84
Q21.性生活	0.77	0.000	[**]	80	0.68	0.000	[**]	79
Q22.友人たちの支え	0.74	0.000	[**]	84	0.60	0.000	[**]	84
QOL中間指標と8つの下位項目(環境)								
Q8.生活の安全性	0.68	0.000	[**]	84	0.58	0.000	[**]	84
Q9.生活環境	0.75	0.000	[**]	84	0.69	0.000	[**]	83
Q12.必要なものを買うお金	0.64	0.000	[**]	83	0.54	0.000	[**]	84
Q13.生活に必要な情報	0.54	0.000	[**]	84	0.68	0.000	[**]	84
Q14.余暇を楽しむ機会	0.70	0.000	[**]	84	0.59	0.000	[**]	84
Q23.家と家のまわりの環境	0.73	0.000	[**]	84	0.71	0.000	[**]	84
Q24.医療施設・福祉サービス	0.61	0.000	[**]	84	0.62	0.000	[**]	84
Q25.周辺の交通の便	0.46	0.000	[**]	83	0.64	0.000	[**]	84
QOL中間指標と2つの2つの下位項目(QOL全体)								
Q1.生活の質	0.79	0.000	[**]	84	0.63	0.000	[**]	84
Q2.健康状態	0.85	0.000	[**]	84	0.89	0.000	[**]	84

2-2. WHO/ QOL-26 と基本属性の相関

基本属性は要介護高齢者、家族介護者の QOL や主観的健康感に影響する共通要因として、「性別」、「年齢」、「宗教・信念」、「教育歴」、「仕事・役割」、「経済状態」、「援助者・相談者」、「家族構成」、「健康状態」、また特徴的な要因として、要介護高齢者は「要介護度」、家族介護者は「現在治療の病気」、「療養者との同居」をそれぞれ追加し、要介護高齢者は 10 項目、家族介護者は 11 項目とした。QOL 総合指標と基本属性の相関、QOL 中間指標と基本属性の相関については表 16 に示した。

QOL 総合指標と基本属性の相関では、要介護高齢者が「援助者・相談者」 $r=0.08$ ($p<0.01$)、家族介護者が「性別」 $r=0.05$ ($p<0.05$) を示したが、双方とも殆ど相関はなかった。

また、QOL 中間指標と基本属性の相関においても、双方とも殆ど相関はなかった。具体的には、要介護高齢者は、身体的領域 QOL 中間指標と「仕事・役割」が $r=0.07$ ($p<0.01$)、社会的関係と QOL 中間指標では「性別」 $r=0.06$ ($p<0.05$)、「経済状態」 0.09 ($p<0.05$)、「援助者・相談者」 0.07 ($p<0.05$) であった。環境の QOL 中間指標と「援助者・相談者」 $r=0.08$ ($p<0.01$)、QOL 全体の QOL 中間指標と「援助者・相談者」 $r=0.09$ ($p<0.01$)、「健康状態」 $r=0.19$ ($p<0.01$) であった。家族介護者は、QOL 中間指標と身体的領域と「健康状態」 $r=0.15$ ($p<0.01$)、「現

在治療の病気」 $r=0.11$ ($p<0.01$)であった。心理的領域の QOL 中間指標と「性別」 $r=0.08$ ($p<0.01$)，環境の QOL 中間指標と「年齢」 $r=0.14$ ($p<0.05$)であった。QOL 全体の QOL 中間指標と「健康状態」 $r=0.17$ ($p<0.01$)，「現在治療の病気」は $r=0.08$ ($p<0.01$) であった。

これらのことから，QOL 総合指標と基本属性の相関，QOL 中間指標と基本属性の相関は殆どなかったが，QOL 全体の QOL 中間指標と「健康状態」には要介護高齢者，家族介護者の双方とも $r=0.2$ に僅値を示し，弱い正の相関の可能性もあった。

表 16. WHO/ QOL-26 と基本属性の相関

※ 相関比の検定

QOL総合指標と基本属性項目						
	要介護高齢者			家族介護者		
	相関比	p値	n	相関比	p値	n
Q1.性別	0.00	0.544	84	0.05*	0.05	83
Q2.年齢	0.07	0.100	84	0.11	0.09	83
Q3.宗教・信念	0.00	0.769	84	0.01	0.43	82
Q4.教育歴	0.04	0.644	83	0.05	0.37	83
Q5.仕事・役割	0.02	0.201	84	0.00	0.60	84
Q6.経済状態	0.05	0.106	84	0.04	0.23	84
Q7.援助者・相談者	0.08*	0.011	84	0.00	0.74	82
Q8.家族構成	0.01	0.975	84	0.02	0.88	84
Q9.健康状態	0.06	0.261	84	0.09	0.10	83
Q10.要介護度	0.03	0.923	82			
Q11.現在治療の病気				0.04	0.07	82
Q12.療養者との同居				0.00	0.89	84

QOL中間指標と基本属性項目						
	要介護高齢者					
	相関比	I 身体的領域	II 心理的領域	III 社会的関係	IV 環境	V QOL全体
Q1.性別	0.00	0.00	0.06*	0.00	0.04	0.00
Q2.年齢	0.05	0.07	0.04	0.06	0.07	0.07
Q3.宗教・信念	0.02	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00
Q4.教育歴	0.02	0.12	0.04	0.04	0.04	0.04
Q5.仕事・役割	0.07*	0.01	0.01	0.00	0.00	0.02
Q6.経済状態	0.04	0.03	0.09*	0.04	0.04	0.05
Q7.援助者・相談者	0.04	0.03	0.07*	0.08**	0.09**	0.08*
Q8.家族構成	0.01	0.02	0.04	0.02	0.07	0.01
Q9.健康状態	0.10	0.07	0.03	0.06	0.19**	0.06
Q10.要介護度	0.04	0.04	0.03	0.05	0.03	0.03

p値						
Q1.性別	1.00	0.85	0.02	0.91	0.07	0.54
Q2.年齢	0.29	0.12	0.34	0.17	0.14	0.10
Q3.宗教・信念	0.25	0.90	0.59	0.43	0.44	0.77
Q4.教育歴	0.93	0.07	0.61	0.64	0.72	0.64
Q5.仕事・役割	0.01	0.40	0.35	0.69	0.88	0.20
Q6.経済状態	0.17	0.29	0.03	0.21	0.20	0.11
Q7.援助者・相談者	0.07	0.10	0.02	0.01	0.01	0.01
Q8.家族構成	0.96	0.78	0.47	0.82	0.24	0.98
Q9.健康状態	0.06	0.23	0.61	0.33	0.00	0.26
Q10.要介護度	0.76	0.82	0.87	0.68	0.89	0.92

家族介護者						
相関比	I 身体的領域	II 心理的領域	III 社会的関係	IV 環境	V QOL全体	QOL平均値
Q1.性別	0.02	0.08*	0.00	0.04	0.03	0.05*
Q2.年齢	0.11	0.12	0.02	0.14*	0.06	0.11
Q3.宗教・信念	0.00	0.00	0.01	0.04	0.00	0.01
Q4.教育歴	0.07	0.04	0.07	0.04	0.03	0.05
Q5.仕事・役割	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00
Q6.経済状態	0.02	0.03	0.00	0.06	0.02	0.04
Q7.援助者・相談者	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
Q8.家族構成	0.02	0.01	0.08	0.01	0.02	0.02
Q9.健康状態	0.15*	0.06	0.07	0.09	0.17**	0.09
Q10.現在治療の病気	0.11**	0.00	0.01	0.00	0.08*	0.04
Q11.療養者との同居	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00

p値						
Q1.性別	0.22	0.01	0.74	0.07	0.11	0.05
Q2.年齢	0.09	0.07	0.94	0.04	0.44	0.09
Q3.宗教・信念	0.74	0.66	0.45	0.08	0.76	0.43
Q4.教育歴	0.19	0.52	0.24	0.58	0.72	0.37
Q5.仕事・役割	0.89	0.71	0.20	0.67	0.66	0.60
Q6.経済状態	0.49	0.30	0.98	0.09	0.40	0.23
Q7.援助者・相談者	0.18	0.98	0.52	0.66	0.53	0.74
Q8.家族構成	0.75	0.88	0.15	0.97	0.74	0.88
Q9.健康状態	0.01	0.35	0.22	0.12	0.00	0.10
Q10.現在治療の病気	0.00	0.69	0.48	0.61	0.01	0.07
Q11.療養者との同居	0.65	0.65	0.17	0.61	0.50	0.89

2-3. WHO/ QOL-26 と POMS の 6 つの気分・感情の相関

QOL 総合指標と POMS の 6 つの気分・感情の尺度の相関, 総合的気分・感情としての TMD と QOL 中間指標の相関, TMD と 6 つの気分・感情の尺度との相関は表 17 に示したとおりである.

表 17. WHO/ QOL-26 と POMS の 6 つの気分・感情の相関

※ 無相関の検定								
QOL総合指標と6つの気分・感情尺度	要介護高齢者				家族介護者			
	単相関係数	p値	判定	n	単相関係数	p値	判定	n
「緊張-不安」	-0.34	0.002	[**]	84	-0.41	0.000	[**]	84
「抑うつ-落ち込み」	-0.23	0.039	[*]	84	-0.39	0.000	[**]	84
「怒り-敵意」	-0.29	0.008	[**]	84	-0.38	0.000	[**]	84
「活気」	0.46	0.000	[**]	84	0.23	0.036	[*]	84
「疲労」	-0.38	0.000	[**]	84	-0.54	0.000	[**]	84
「混乱」	-0.31	0.004	[**]	84	-0.32	0.003	[**]	84
TMDとQOL中間指標								
I 身体的領域	-0.35	0.001	[**]	84	-0.59	0.000	[**]	84
II 心理的領域	-0.48	0.000	[**]	84	-0.42	0.000	[**]	84
III 社会的関係	-0.41	0.000	[**]	84	-0.16	0.139	[]	84
IV 環境	-0.36	0.001	[**]	84	-0.32	0.003	[**]	84
V QOL全体	-0.42	0.000	[**]	84	-0.48	0.000	[**]	84
TMDと6つの気分・感情尺度								
「緊張-不安」	0.85	0.000	[**]	84	0.87	0.000	[**]	84
「抑うつ-落ち込み」	0.82	0.000	[**]	84	0.90	0.000	[**]	84
「怒り-敵意」	0.73	0.000	[**]	84	0.83	0.000	[**]	84
「活気」	-0.31	0.004	[**]	84	-0.04	0.691	[]	84
「疲労」	0.83	0.000	[**]	84	0.90	0.000	[**]	84
「混乱」	0.80	0.000	[**]	84	0.75	0.000	[**]	84

QOL 総合指標と 6 つの気分・感情の尺度の相関については, 要介護高齢者, 家族介護者ともに「活気」を除く, 他の 5 つの気分・感情の尺度に負の相関がみられた. 要介護高齢者は, 「活気」が $r=0.46$ ($p<0.001$) で中程度の正の相関を認めたが, 他の 5 つの気分・感情の尺度は, 「疲労」 $r=-0.38$ ($p<0.001$), 「緊張 - 不安」 $r=-0.34$ ($p<0.01$), 「混乱」 $r=-0.31$ ($p<0.01$), 「怒り - 敵意」 $r=-0.29$ ($p<0.01$), 「抑うつ - 落ち込み」 $r=-0.23$ ($p<0.05$) と弱い負の相関を認めた. 家族介護者は「活気」 $r=0.23$ ($p<0.05$) に弱い正の相関, 他の 5 つの気分・感情の尺度は, 要介護高齢者同様に負の相関となった. 具体的には, 「疲労」 $r=-0.54$ ($p<0.001$), 「緊張 - 不安」 $r=-0.41$ ($p<0.001$) が要介護高齢者よりも強い中程度の負の相関となり, 「抑うつ - 落ち込み」 $r=-0.39$ ($p<0.001$), 「怒り - 敵意」 $r=-0.38$ ($p<0.001$), 「混乱」 $r=-0.32$ ($p<0.01$) は弱い負の相関を認めた.

つまり, QOL 総合指標と 6 つの気分・感情の尺度との相関では, 要介護高齢者, 家族介護者ともに「活気」のみに正の相関を認めたが, 要介護高齢者は中程度の相関, 家族介護者は弱い相関であった. 他の 5 つの尺度については双方とも負の相関を認め, 中でも「疲労」, 「緊張 - 不安」の負の相関係数が高く, 特に家族介護者はその傾向にあった.

また, 総合的な気分・感情の指標としての TMD と QOL 中間指標の相関では, 要介護高齢者, 家族介護者ともに身体的領域, 心理的領域, 社会関係, 環境, QOL 全体の 5 領域全てに中程度から弱い負の相関が認められた. 要介護高齢者については, 心理的領域 $r=-0.48$ ($p<0.001$), QOL 全体 $r=-0.42$ ($p<0.001$), 社会的関係 $r=-0.41$ ($p<0.001$) に中程度の負の相関があり, 環境 $r=-0.36$ ($p<0.001$), 身体的領域 $r=-0.35$ ($p<0.001$) には弱い負の相関があった.

家族介護者については、身体的領域 $r=0-.59$ ($p<0.001$)、QOL 全体 $r=-0.48$ ($p<0.001$)、心理的領域 $r=-0.42$ ($p<0.001$) に中程度の負の相関があり、環境 $r=-0.32$ ($p<0.01$) に弱い負の相関があった。社会的関係には殆ど相関はなかった。

TMD と 6 つの気分・感情尺度の相関では、双方ともに「活気」を除く、他の 5 つの気分・感情の尺度には正の相関が認められた。要介護高齢者は「活気」 $r=-0.31$ ($p<0.01$) と弱い負の相関であったが、残りの 5 つの気分・感情の尺度において、 $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関があった。具体的には、「緊張-不安」 $r=0.85$ ($p<0.001$)、「疲労」 $r=0.83$ ($p<0.001$)、「抑うつ-落ち込み」 $r=0.82$ ($p<0.001$)、「混乱」 $r=0.80$ ($p<0.001$)、「怒り-敵意」 $r=0.73$ ($p<0.001$) であった。家族介護者は TMD と「活気」は負の値を示したが相関は認めなかった。それ以外の 5 つの気分・感情の尺度においては要介護高齢者と同様に、「抑うつ-落ち込み」 $r=0.90$ ($p<0.001$)、「疲労」 $r=0.90$ ($p<0.001$)、「緊張-不安」 $r=0.87$ ($p<0.001$)、「怒り-敵意」 $r=0.83$ ($p<0.001$)、「混乱」 $r=0.74$ ($p<0.001$) の強い正の相関が認められた。

2-4. WHO/QOL-26 と FACSEⅢの相関

QOL 総合指標と FACSEⅢの相関については相関は表 18 に示したとおりである。

QOL 総合指標と凝集性と適応性の相関について、要介護高齢者は凝集性に $r=0.34$ ($p<0.01$) の弱い正の相関を認めた。しかし、家族介護者は、凝集性、適応性ともに相関はなかった。

QOL 総合指標と FACSEⅢ20 項目の相関について、要介護高齢者は、20 項目のうち凝集性の 4 項目である「Q5. 私の家族は、みんなで何かをするのが好きである」 $r=0.33$ ($p<0.01$)、「Q15. 私の家族は、みんなで一緒にしたいことがすぐ思いつく」 $r=0.32$ ($p<0.01$)、「Q9. 私の家族では、自由な時間は、家族と一に過ごしている」 $r=0.31$ ($p<0.01$)、「Q13. 家族で何かする時は、みんなでやる」 $r=0.25$ ($p<0.05$) に弱い正の相関があった。しかし、家族介護者は凝集性、適応性の全ての項目に相関は殆どなかった。

表 18. QOL 総合指標と FACSEⅢ(凝集性・適応性)の相関

※ 無相関の検定

QOL総合指標と家族機能(凝集性・適応性)	要介護高齢者				家族介護者			
	単相関係数	p値	判定	n	単相関係数	p値	判定	n
凝集性尺度得点	0.34	0.002	[**]	84	0.02	0.824	[]	84
適応性尺度得点	0.07	0.546	[]	84	-0.03	0.757	[]	84
目的変数: QOL総合指標	説明変数: 家族機能尺度 20項目							
Q1私の家族は、困った時、家族の誰かに助けを求める	0.02	0.844	[]	84	-0.06	0.568	[]	84
Q2私の家族では、問題の解決には子供の意見も聞いている	0.14	0.219	[]	84	-0.14	0.199	[]	84
Q3家族は、それぞれの友人を気に入っている	0.10	0.358	[]	84	0.12	0.286	[]	84
Q4私の家族は、子供の言い分も聞いてしつげをしている	0.06	0.566	[]	84	0.00	0.985	[]	84
Q5私の家族は、みんなで何かをするのが好きである	0.33	0.002	[**]	84	0.07	0.511	[]	84
Q6家族を引っ張っていく者(リーダー)は、状況に応じて変わる	0.05	0.662	[]	84	0.10	0.373	[]	84
Q7家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感している	0.21	0.055	[]	84	-0.05	0.622	[]	84
Q8私の家族では、問題の性質に応じて、その取り組み方を変えている	0.07	0.523	[]	84	-0.07	0.553	[]	84
Q9私の家族では、自由な時間は、家族と一緒に過ごしている	0.31	0.004	[**]	84	0.02	0.847	[]	84
Q10私の家族は、叱り方について親と子で話し合う	0.04	0.729	[]	84	-0.09	0.392	[]	84
Q11私の家族は、お互いに密着している	0.17	0.118	[]	84	-0.04	0.704	[]	84
Q12私の家族では、子供が自主的に物事を決めている	0.03	0.757	[]	84	-0.07	0.515	[]	84
Q13家族で何かする時は、みんなでやる	0.25	0.024	[*]	84	0.07	0.531	[]	84
Q14家族の決まりは、必要に応じて変わる	-0.19	0.085	[]	84	-0.07	0.552	[]	84
Q15私の家族は、みんなで一緒にしたいことがすぐに思いつく	0.32	0.003	[**]	84	0.00	0.995	[]	84
Q16私の家族では、家事・用事は、必要に応じて交代する	0.13	0.254	[]	84	0.13	0.233	[]	84
Q17私の家族では、何かを決める時、家族の誰かに相談する	0.11	0.309	[]	84	-0.04	0.722	[]	84
Q18私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている	0.05	0.638	[]	84	0.08	0.456	[]	84
Q19家族がまとまっていることは、とても大切である	0.10	0.384	[]	84	0.11	0.339	[]	84
Q20私の家族では、誰かがどの家事・用事をするか決まっている	0.00	0.971	[]	84	-0.10	0.377	[]	84

3. 解析モデルのパス図

WHO/QOL-26 の QOL 総合指標(①身体的領域、②心理的領域、③社会的関係、④環境、⑤QOL 全体の合計点を 26 項目で割った 5 領域の総合 QOL 平均値)、WHO/QOL-26 の QOL 中間指標(身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境、QOL 全体の 5 領域の各 QOL 平均値)を軸として、WHO/QOL-26、基本属性、POMS、FACSEIII との相関を解析モデルのパス図として図 5 に示した。

1) WHO/QOL-26 の QOL 総合指標と各変数の相関

WHO/QOL-26 の QOL 総合指標と、WHO/QOL-26 の QOL 中間指標、基本属性、POMS による 6 つの気分・感情尺度、FACSEIII の相関については以下のとおりである。

- (1) QOL 総合指標と QOL 中間指標との相関において、要介護高齢者は全ての 5 つの領域に $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認め、家族介護者は、社会的関係、QOL 全体に中程度の正の相関、身体的領域、心理的領域、環境に $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた。
- (2) QOL 総合指標と基本属性は、要介護高齢者、家族介護者とも相関を認めなかった。
- (3) QOL 総合指標と POMS の相関は、要介護高齢者、家族介護者とも「活気」は正の相関を認めた。要介護高齢者は $r=0.46$ ($p<0.001$) 中程度の相関、家族介護者は弱い相関を認めた。その他の 5 の気分・感情の尺度は負の相関となり、要介護高齢者は $r=-0.2$ から -0.4 以下の弱い相関、家族介護者は「疲労」 $r=-0.54$ ($p<0.01$)、「緊張 - 不安」 $r=-0.41$ ($p<0.01$) に中程度の負の相関を認めた。

(4) QOL 総合指標と FACSEⅢの相関では、要介護高齢者は凝集性 $r=0.34$ ($p<0.01$)に正の相関を認め、家族介護者は凝集性及び適応性に相関は認めなかった。

2) WHO/QOL-26 の QOL 中間指標と各変数の相関

QOL 中間指標（身体的領域，心理的領域，社会的関係，環境，QOL 全体の各平均値）と WHO/QOL-26 の下位項目，基本属性，POMS の総合的な気分・感情指標として TMD の相関，及び TMD と 6 つの気分・感情の尺度との相関は以下のとおりである。

(1) QOL 中間指標と下位項目の相関

- ① 要介護高齢者・家族介護者ともに共通して $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めたのは，身体的領域「Q17. 活動をやり遂げる能力」，「Q18. 仕事をする能力」の 2 項目，社会関係「Q20. 人間関係」，環境「Q23. 家と家のまわりの環境」，全体的 QOL「Q2. 健康状態」の合計 5 項目であった。
 - ② 上記以外の項目で $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めたのは，要介護高齢者は身体的領域「Q10. 生活を送るための活力」，心理的領域「Q5. 生活を楽しく過ごす」，「Q6. 生活を意味あると感じる」，「Q19. 自分自身に満足」，社会的関係「Q21. 性生活」，「Q22. 友人たちの支え」，環境「Q9. 生活環境」，「Q14. 余暇を楽しむ機会」，QOL 全体「Q1. 生活の質」の 9 項目であった。
 - ③ 要介護高齢者・家族介護者ともに共通して負の相関を認めたのは，身体的領域「Q3. 体の痛みや不快感での制限」，「Q4. 治療の必要性」，心理的領域「Q26. いやな気分を感じている」の 3 項目であった。特に，家族介護者においては，「Q3. 体の痛みや不快感での制限」に $r=-0.7$ ($p<0.001$) の以上の強い負の相関を認めた。
- (2) QOL 中間指標と基本属性では殆ど相関は認めなかった。しかし，QOL 全体と「健康状態」において，要介護高齢者は $r=0.19$ ($p<0.01$)，家族介護者は $r=0.17$ ($p<0.01$) と $r=0.2$ に近い値を示し，弱い正の相関の可能性もあった。
- (3) TMD と QOL 中間指標の相関は，要介護高齢者・家族介護者ともに身体的領域，心理的領域，社会関係，環境，QOL 全体の 5 領域全てに中程度から弱い負の相関を認めた。要介護高齢者は心理的領域 $r=-0.48$ ($p<0.001$)，家族介護者は身体的領域 $r=-0.59$ ($p<0.001$) についての負の相関係数の値が高かった。
- (4) TMD と 6 つの気分・感情尺度の相関では，要介護高齢者は「活気」に弱い負の相関，家族介護者も「活気」に負の相関は示したが殆ど相関はなかった。残りの 5 つの気分・感情の尺度については，双方とも $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた。

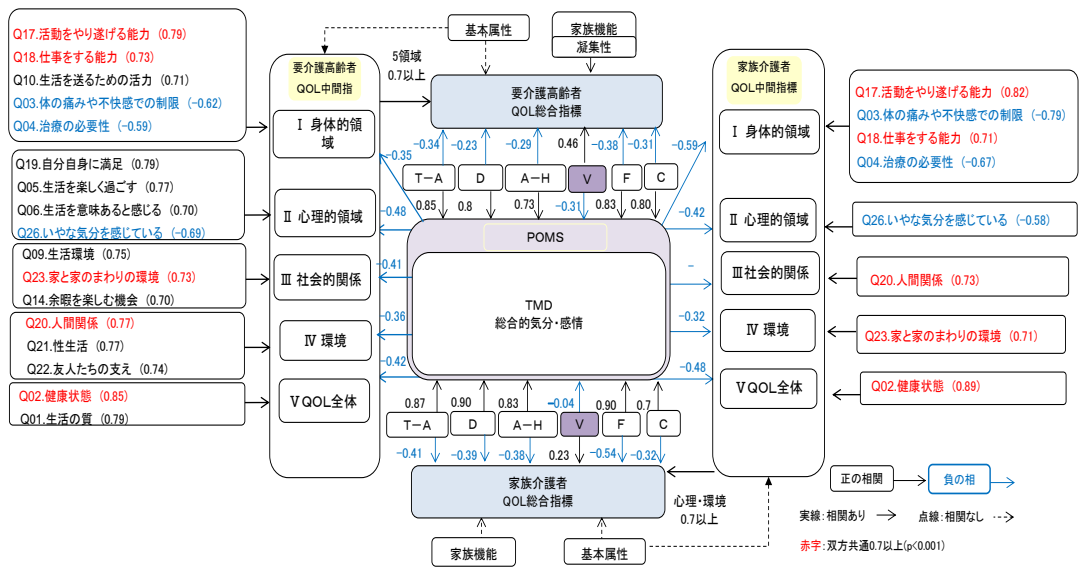


図 5. WHO/QOL-26 の QOL 総合指標・QOL 中間指標と各変数との解析モデルパス図

V. 考察

1. QOLにおける身体的・心理的・社会的影響要因

今回の調査では、QOL 総合指標と QOL 中間指標の相関において、要介護高齢者、家族介護者ともに共通して、身体的領域・心理的領域に $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上双方に強い正の相関があり、身体的・心理的要因が QOL に大きく影響をしていることが示唆された。また、QOL 中間指標と下位項目の相関においても、身体的領域の「Q17. 活動をやり遂げる能力」、
「Q18. 仕事をする能力」、全体的 QOL「Q2. 健康状態」に強い正の相関を認めたことから、健康状態が QOL に大きく影響していることが示唆された。そのため、三つの先行文献から健康状態別における QOL 総合指標の得点を比較した。

一つは、吉川²⁷⁾による調査で、生きがい活動支援通所事業や、老人クラブに参加している元気な高齢者の QOL 総合指標の得点は 3.68 ± 0.47 であった。二つには、濱野・堀内²⁸⁾による地域住民を対象にした調査で、様々な健康状態にある高齢者の QOL 総合指標の得点は 3.29 ± 0.54 であった。三つには、堀田・岩崎²⁹⁾による入院患者を対象にした調査で、精神病院の入院患者における QOL 総合指標の得点は 3.15 ± 0.51 、長期療養型入院患者は QOL 総合指標は 3.01 ± 0.37 であった。これらの先行研究の結果から、健康状態の良い方が QOL 総合指標の得点が高いことが示唆された。

しかし、要介護高齢者、家族介護者の QOL を改善させるプラスの影響要因は、社会関係「Q20. 人間関係」、環境「Q23. 家と家のまわりの環境」にも $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認め、要介護高齢者においては、心理的領域「Q5. 生活を楽しく過ごす」、
「Q6. 生活を意味あると感じる」、
「Q19. 自分自身に満足」などにも強い相関を認めたことから、身体面だけではなく、心理面、社会面の要因も QOL に影響していることが明確になった。特に、社会面においては、要介護高齢者は家族のまとまり、家族介護者は友人などの「Q20. 人間関係」、暮らしやすさとしての「Q23. 家と家のまわりの環境」である社会面の要因が、QOL にプラスに影響することが示唆された。

一方、QOL にマイナスに影響する要因として、双方ともに、身体的領域「Q3. 体の痛みや不快感での制限」、
「Q4. 治療の必要性」、心理的領域「Q26. いやな気分を感じている」の 3 項目が、QOL 中間指標と下位項目の相関において負の相関を認めた。このことから、要介護高齢者は老化による影響、家族介護者は介護負担による影響が示唆された。また、要介護高齢者・家族介護者ともに、QOL 中間指標と総合的な気分・感情の指標である TMD との相関は、身体的領域・心理的領域・社会的関係・環境・QOL 全体の 5 領域全てに負の相関を示していたことから、ネガティブな精神状態は、身体面、心理面、社会面に連動し QOL にマイナスの影響を及ぼしていたことが明らかになった。

濱野・堀内²⁸⁾は、QOL への影響要因として、身体的側面(健康状態)、心理的側面(情緒的サポート)、社会的側面(島民間の人間関係)、物質的側面(食材の提供や手段のサポート)、生産的側面(趣味や社会への関心、家族や島民に対する貢献ができること)があると指摘している。また、家族療法家の渡辺ら⁷⁾はシステム論の観点からバイオサイコソーシャルアプローチを推奨し、3つの側面を踏まえ、その相互作用を考えた上での支援を強調している。これらのことから、今後の在宅支援は、要介護高齢者・家族介護者の身体的・心理的・社会的要因と QOL の影響を理解した上で検討する必要がある。

2. 要介護高齢者の身体的・心理的・社会的特徴と QOL への影響

1) 身体的特徴と QOL

要介護高齢者の身体的特徴としては、老化により疾患・障害を抱えており、主な疾患は脳梗塞、脳出血、高血圧、心疾患などの循環器系の疾患であった。また、要介護 1、要介護 2 などの日常生活動作への部分的援助が必要な状態にあった。そのため、基本属性の「現在の生活で支障」でも、要介護高齢者 61 人(72.6%)が「健康」に支障を感じおり、その結果、身体的領域の QOL 中間指標の得点も 2.89 ± 0.67 と低い値を示したと考えられる。また、QOL 中間指標と身体領域の「Q3. 体の痛みや不快感での制限」、「Q4. 治療の必要性」に負の相関を認めた。つまり、要介護高齢者は、老化によって身体的機能が低下し、身体的健康が保たれにくい状態であるため、疾患や障害などの健康問題が QOL にマイナスに影響していることが示唆された。

一方、QOL 中間指標と身体的領域の下位項目である「Q10. 生活を送るための活力」、「Q18. 仕事をする能力」、「Q17. 活動をやりとげる能力」、QOL 全体的の下位項目の「Q2. 健康状態」との相関には、 $r=0.7$ 以上 ($p<0.001$) の強い正の相関を認めたことから、生活行動の自立は、QOL にプラスの影響を及ぼすことが示唆された。古城³⁰⁾によると、生活自立度、主観的健康感が自尊感情や主観的幸福感に影響していると報告している。本研究においても同様の結果となり、身体面における活動能力や仕事、健康状態を良好に保つことが、「自分ができる」という自尊心につながり、身体面と心理面は連動し QOL の維持向上に影響することが示唆された。

2) 心理的特徴と QOL

要介護高齢者の心理的領域の得点は、 2.95 ± 0.66 と身体的領域と同様に低い値を示し、心理面の QOL が保たれていないことが懸念された。心理的領域の下位項目である「Q26. いやな気分を感じている」と QOL 中間指標も $r=-0.69$ ($p<0.001$) と負の相関を示していることや、QOL 総合指標と 6 つの気分・感情尺度との相関でも、「活気」を除く 5 つの気分・感情尺度には弱い負の相関があり、特に「疲労」「緊張 - 不安」などのネガティブな感情が QOL

にマイナスの影響を及ぼしていることが明らかになった。

小坂³¹⁾によると、在宅高齢者の QOL について、「老化に伴う態度」、「心理的動揺」との関連など、老いの受け止め方や精神的要因が QOL に関係していると報告している。また、赤嶺・新ら³²⁾は、男性の方が心理的動揺が高く、孤独感や日常生活能力への不安、社会参加、社会的役割の減少の関連性を指摘しており、定年退職を迎え、今までの社会の役割や交流関係から新しく変化したことへの戸惑いや、不満、不安が大きいと報告している。今回の調査でも、要介護高齢者の男性は、要介護高齢者の女性と比較して、感情・気分の総合指標である TMD 得点が高く、男性の方がネガティブな感情を持ちやすい傾向にあることが示唆された。ネガティブな感情は、性格的な要因もあるが、老化による身体機能の衰えや、社会参加の機会が減少など、身体的・社会的要因が精神状態に影響している。このことは、阿部・佐藤³³⁾による、高齢者は身体的変化のマイナス面を日常生活で実感しながら時間をかけて自然に「老いの今」を受け入れてきた過程から生じた感情ともいえる。

そのため、感情・気分の総合指標である TMD と QOL 中間指標に負の相関を認め、ネガティブな感情は身体面・心理面・社会面の要因と連動し、QOL にマイナスの影響したと考えられる。

一方、QOL 総合指標と「活気」 $r=0.46$ ($p<0.001$) に中程度の正の相関を認めたことから、前向きな気持ちや生き生きとした感情が QOL にプラスの影響していることが示唆された。特に、心理的領域の下位項目「Q19. 自分自身に満足」、「Q5. 生活を楽しく過ごす」と QOL 中間指標との相関に $r=0.7$ 以上 ($p<0.001$) の強い相関があることから、要介護高齢者は、満足感、楽しみなどのプラスの感情が QOL の維持向上に影響することが示唆された。

高齢になると、今までできていたことができなくなり、老化によって失うものに焦点を当てがちである。しかし、老いへの変化を受け入れながら、今あるもの、今だからできるものに焦点をあて、プラスの思考、満足感、楽しみをもつことが、QOL にプラスに影響し、充実した人生を送るために欠かせないことが明らかになった。

3) 社会的特徴と QOL

要介護高齢者の社会的関係の中間指標の得点は、5 領域の中間指標の中で 3.19 ± 0.76 と最も得点が高く、次いで、環境の中間指標の得点 3.16 ± 0.62 の順であった。QOL 総合指標と中間指標との相関でも、社会的関係、環境ともに $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関があり、社会的要因が QOL を高めていることが明らかになった。QOL 中間指標と下位項目の相関をみると、社会的関係「Q20. 人間関係」、「Q21. 性生活」、「Q22. 友人の支え」の 3 項目と、環境「Q9. 生活環境」、「Q14. 余暇を楽しむ機会」、「Q23. 家と家のまわりの環境」の 3 項目において $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関が認められた。

その中でも、「Q20. 人間関係」や「Q23. 家と家のまわりの環境」は、家族介護者と共通する社会面の要因で、要介護高齢者の特徴として、「Q20. 人間関係」は子供・配偶者などの家

族のまとまり具合、「Q23. 家と家のまわりの環境」においては暮らしやすさが QOL にプラスに影響していた。

家族と QOL の影響について、岡本³⁴⁾は、家族との会話のある者、さらには頻回に家族と会話すると答えた者ほど、幸福感に対する関連の程度が強いと指摘している。その理由として、要介護高齢者にとって、長年連れ添った夫婦や、子供との絆は深く、家族は自分の気持ちを理解してくれている存在であり、自分の役割や居場所を実感できる存在でもありとえられる。また、高齢になるほど親しい友人や知人との別れも多く、外部の人との交流も少ないことも、家族との絆を深めている要因となっていると考えられる。

また、暮らしやすさと QOL の影響については、要介護高齢者は、老化による健康問題や日常生活動作の低下から、買い物、受診など便利が良いことや、子供家族が近くにいるなどの安心感は、身体面や心理面とも連動し QOL を維持向上させる要因となっている。

これらのことから、家族との交流や暮らしやすい環境などの社会面の要因は、身体面・心理面をサポートし、QOL を維持向上や改善することが明らかになった。

3. 家族介護者の身体的・心理的・社会的特徴と QOL への影響

1) 身体的特徴と QOL

家族介護者の身体的領域の中間指標の得点は 3.35 ± 0.61 であり、社会関係に次いで、二番目に高い得点であった。これは、家族介護者は年代も比較的若く、身体的健康が保たれていることが影響している。基本属性でも、「健康」と答えた人は 54 人 (65.5%) と 6 割を占めており、QOL 総合指標と QOL 中間指標との相関でも、身体的領域は $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認め、QOL 中間指標と下位項目の相関でも、身体的領域の「Q17. 活動をやり遂げる能力」、全体的 QOL の「Q2. 健康状態」に $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めた。このことから、身体面の健康状態は QOL にプラスに影響することが示唆された。

しかし、家族介護者は、60 歳代以上が 84 人中 60 人 (71.4%) を占めており、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織疾患など「現在治療している病気」を抱えている人は 46 人 (54.8%) と半数以上占めていた。つまり、家族介護者も高齢であるため、健康状態への影響が懸念され、介護者自身も要介護認定者になり得る可能性が示唆された。

基本属性においても、介護 38 人 (45.2%)、健康 32 人 (38.1%) が生活に支障を感じており、QOL 中間指標と下位項目の相関でも、要介護高齢者同様、身体的領域「Q3. 体の痛みや不快感での制限」、「Q4. 治療の必要性」、心理敵領域「Q26. いやな気分を感じている」に負の相関を認めたことから、介護による心身の健康問題が QOL にマイナスの影響を及ぼしていることが示唆された。中でも「Q3. 体の痛みや不快感での制限」は $r=-0.79$ ($p<0.001$) と強い負の相関がみられ、家族介護者も病気・障害などを抱えながら介護をしている様子が伺えた。森口ら³⁵⁾は、介護者が最も困難に感じているニーズは入浴介護、衣服の着脱、体動時の負

担感等，日常生活の中でも体力や知識や技術を要するケアに集中しており，外出が全くできないなど，要介護者から離れられないという社会的制約があると指摘した。

今回の調査でも介護時間の平均 5.15 時間であり，介護者も高齢であることから，家事や介護の両立は容易なことではなく，身体的疲労は精神的疲労や社会的制約につながり，QOL にマイナスの影響を及ぼしていると考えられる。

2) 心理的特徴と QOL

家族介護者の心理的領域の中間指標の得点は 3.17 ± 0.45 であり，QOL 全体を除く 4 領域の中では最も低い得点であった。心理的特徴としては，POMS の 6 つの気分・感情の尺度からみると，家族介護者全体では「混乱」の得点が最も高く，TMD 得点を比較すると，家族介護者女性，家族介護者男性，要介護高齢者男性，要介護高齢者女性の順に得点が高かった。このことから，家族介護者女性はネガティブな精神状態が最も強いことが示唆された。

鷲尾・斎藤³⁶⁾らは，主介護者の介護負担について，女性という性別が，介護時間，外出の制限，精神的疲労と関連を報告していた。今回の調査でも，家族介護者 84 人中 54 人 (64.3%) が女性，60 歳以上が 60 人 (71.4%)，介護時間の平均 5.15 時間，現在治療中の病気 46 人 (54.8%) という結果から，家族介護者は女性が多く，高齢化，介護負担，健康問題などの現状が明らかになった。そのため，家族介護者も高齢であり，健康問題を抱えながら家事と介護を両立することは，介護負担となり精神的健康に支障をきたす可能性が示唆された。桑原・鷲尾³⁷⁾は，家族介護者の介護負担と関連要因について，介護保険施行後も病気があり定期的に医療機関を受診している介護者は，病気のない介護者と比べ 25 倍以上，介護負担が重いと報告している。

6 つの気分・感情の総合指標である TMD と QOL 中間指標の相関においても，5 領域全てに負の相関が認められたことから，ネガティブな精神状態は身体面・心理面・社会面に連動し，QOL にマイナスの影響を及ぼしていることが明らかになった。つまり，介護負担は，精神的疲労，身体的疲労を蓄積させると共に，社会活動が制約されるなど身体面・心理面・社会面にも支障をきたす要因となることが示唆された。

一方，QOL 総合指標と 6 つの気分・感情尺度の「活気」において正の相関を認めたことから，前向きで，生き生きとした感情は，家族介護者の精神的健康を保ち QOL にプラスに影響することが明らかになった。このことから，今後の在宅支援は，家族介護者の精神的健康を保つことが必要であり，組織的・継続的に精神的支援を行うことで在宅介護の継続を可能にし，双方 QOL の維持向上につながると考える。

3) 社会的特徴と QOL

家族介護者の社会的関係の QOL 中間指標の得点は， 3.36 ± 0.50 で最も高く，次いで環境 3.23 ± 0.50 が二番目に高い得点であった。また，QOL 総合指標と QOL 中間指標の相関も，

社会関係は $r=0.58$ ($p<0.001$) と中程度の正の相関、環境は $r=0.81$ ($p<0.001$) の強い正の相関を認めたことから、社会面の要因は QOL にプラスに影響していることが示唆された。

特に、QOL 中間指標と下位項目の相関では、社会的関係「Q20. 人間関係」、環境「Q23. 家と家の周りの環境」においては、 $r=0.7$ ($p<0.001$) 以上の強い正の相関を認めたことから、人との関わりや、暮らしやすさが QOL にプラスに影響していた。

家族介護者の「Q20. 人間関係」の特徴は、要介護高齢者とは異なり、家族以外の友人などの人間関係が QOL にプラスに影響していることが示唆された。その背景には、介護保険制度の導入の影響が考えられる。渡辺氏によると、介護保険の導入前は家族介護者にも、家族との凝集性が認められたと報告されている³⁸⁾。しかし、今回の調査では、家族の凝集性は認められなかった。その理由として、介護保険サービスの活用によって、友人や介護保険サービス機関の職員と相談する機会が増え、その結果、QOL 総合指標と FACSE-III との相関は認めなかったが、基本属性の援助者・相談者において友人が多くみられた可能性が示唆された。その他にも、家族以外の友人が多い理由として、家族介護者は 30 歳代から 80 歳代と年代に幅があり、外部との交流や社会参加の機会が多く、「介護」について家族には言いづらい面や、介護から解放されたい気持ちなどが考えられる。

また、「Q23. 家と家の周りの環境」については、介護や家事、仕事などを行いながら生活をするには、便利さや安全な環境が必要であり、居心地良い時間や場所、人を確保するための暮らしやすさは、QOL の維持向上を図ることが示唆された。

このことから、社会面の充実を図ることは、自分の自由な時間を過ごすことにつながり、介護からのストレスを解消できる環境を整えることで、身体面や心理面をサポートし QOL にプラスに影響することが示唆された。

4. 介護保険サービス機関としての専門家による精神的支援体制

1) 在宅における精神的支援体制と職場による心の健康づくり

要介護高齢者にとって家族の存在は大きく、宅療養生活を支える上でも家族介護者の健康を保つことは重要である。社会資源は、要介護高齢者のみならず、家族介護者を支えるためにも役立つものである。2014 年の厚生労働統計協会の居宅サービス利用状況³⁹⁾によると、通所系サービス(通所介護・通所リハビリテーション)、訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護)、福祉用具貸与の順に利用率が高く、要介護 1、要介護 2 の受給者が多く、今回の調査結果と同様であった。通所系サービスが多い理由として、要介護高齢者にとっては機能訓練、気分転換の機会となり、家族介護者にとっては、介護や家庭から解放されるレスパイクアの要素を兼ねていることがあげられる。田中ら⁴⁰⁾は、主介護者にとって要介護者がサービスを受けている時間が介護から開放される瞬間であり、要介護者に対してサービスを提供する専門職は、その時間を主介護者が「介護」から完全に離れ、

趣味や余暇活動に当てられるように支援・指導することが重要であると指摘している。つまり、通所系サービスは、双方への身体面、心理面、社会面の支援が同時に行えるサービスであることが、利用率が高い要因であると考えられる。

今回の調査では、要介護高齢者、家族介護者ともに QOL 全体と心理的領域の QOL 中間指標の得点が、低い値を示しており、QOL 総合指標と POMS の 6 つの感情・気分の尺度との相関でも、「活気」に強い正の相関はなく、他の 5 つの尺度には負の相関が認められた。このことから、要介護高齢者、家族介護者ともにネガティブな精神状態にあり、特に、家族介護者は、介護による精神的健康への影響からうつ傾向が強いことが示唆された。また、TMD と QOL 中間指標の相関においても、5 領域全てに負の相関であったことから、ネガティブな精神状態は身体面・心理面・社会面の QOL にマイナスに影響していることが明らかになった。そのため、今後の在宅介護において、精神的健康に着目した支援が必要であることが示唆された。

わが国では、健康日本 21 による一次予防を重視した心身の健康づくり⁴¹⁾が推進され、在宅介護においては、2000(平成 12)年に介護保険制度が制定され、介護予防や自立支援が行われている。その後、2013(平成 25)年に地域包括ケアシステムが構築され、中核機関である地域包括支援センターでは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどが中心となり、①介護予防ケアマネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護、虐待早期発見・防止、④地域のケアマネジャーなどの総合支援が行われている。しかし、精神的健康に焦点をあてた在宅支援ではないのが現状である。

そのため、今回の結果を踏まえて、介護保険サービス機関を一つの職場と捉えて、専門家による精神的支援についての構造化モデルを提示した。職場では、既に、2006(平成 18)年、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」⁴²⁾によって、一次予防を重視した心の健康づくりが整っている。そのため、それを基盤として、介護保険サービス機関の専門家による精神的支援体制の構造化を考案した。また、人間関係や暮らしやすさなどの社会面は、QOL の改善や維持向上につながることから、現在利用しているサービスである通所系サービス、訪問系サービス、生活環境を整えるサービスを活用して、新たな支援体制への負担感がないようなシステムとした。

職場での心の健康づくりは、労働者自身がストレスに気づいて対処できるように、一次予防を重視したメンタルヘルスクエアが行われている。職場でのメンタルヘルスクエアは表 19 に示したように、4 つのメンタルヘルスクエアとして、「セルフケア」、「ラインによるヘルスクエア」、「事業内産業スタッフ等によるケア」、「事業外資源によるケア」によって組織的支援が行われている⁴³⁾。

具体的なケアの進め方⁴⁴⁾は、図 6 に示した。一つには、労働者・管理監督者・事業内産業保健スタッフに対して、職務に応じたメンタルヘルスクエアを推進するための教育研修・情報提供を行う。二つには、労働者の心の健康は、職場環境の様々な要因(作業環境、方法、労

働時間、仕事の質・量、人間関係、職場組織、人事労務管理体制)から影響されることから、職場環境を評価して問題点を把握し改善を図る。三つには、メンタルヘルスの不調に陥る場合は、早期発見して適切な対処を行う。それには、労働者自身のセルフチェック、管理監督者・事業内産業保健スタッフとの相談、労働者・家族による気づきなどの支援体制を整える。四つには、メンタルヘルス不調により休業していた労働者が円滑に職場復帰し、就業を継続できるように衛生委員会で調査審議し、職場復帰支援プログラム策定や体制を整え、組織的・継続的に行っている。

つまり、それぞれがケアや役割を遂行し連携して支援を行うことで、4つのメンタルヘルスカケアが継続的に計画的に、早期発見・早期治療を行い、離職を防ぐことができるシステムである。

在宅支援における精神的支援も、介護保険サービス機関の職員によって、専門的なケアができるように支援体制を整える必要がある。介護保険制度は、既にケアマネジャー(介護支援専門員)を中心としたケアマネジメントが構築されていることから、ケアマネジャーを中心とした4つのメンタルヘルスカケアの実施主体、実施内容、支援時期や評価時期、運用方法を考案した。予め、役割や運用方法を明確にすることで、在宅療養中に主じる様々な問題に迅速に対応し、長期的な問題には継続的に対応できるような、精神的健康に着目した在宅支援の構造モデルとした。

表 19. 職場における 4 つメンタルヘルスカケア

注)厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針⁴³⁾

予防段階	支援時期	担当	方法
一次予防 サービス導入 在宅療養開始時期	・退院予定決定から在宅療養開始まで ・在宅療養生活開始から最初のサービス利用提供表作成月	要介護高齢者 家族介護者	自己チェック表 講習会 パンフレット 担当者との面談
二次予防 途中評価時期	・介護支援専門員によるモニタリング(1か月・3か月) ・介護支援専門員によるサービス評価時期(6か月) ・入院などの突発的な出来事が起こった時 ・介護保険更新月 ・問題発生時	サービス利用機関の担当者 介護支援専門員 医療系職員(看護師・医師など) 福祉系職員(介護福祉士など)	自己チェック表の評価 利用施設担当者との面談 健康管理部門担当者との連携
三次予防 最終評価時期	・要介護度変更時期 ・介護保険更新月 ・問題解決時 ・年度末など	介護支援専門員 保健師・専門看護師 専門医・カウンセラー	自己チェック表の評価 外部機関及び利用施設 管理者との面談

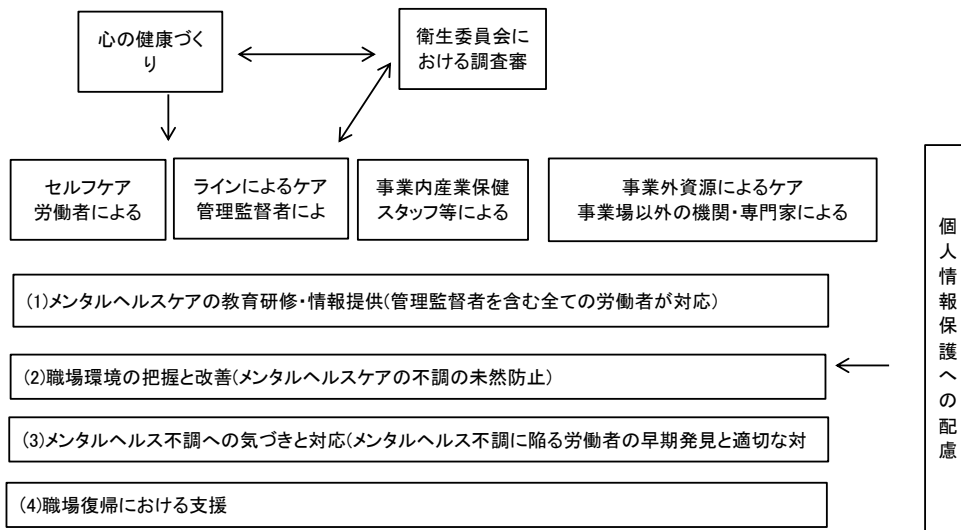


図 6. 職場におけるメンタルヘルスキアの具体的な進め方

注)厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針⁴⁴⁾

2) 疾病予防の見地からの在宅支援の構造

在宅介護においては、既に利用している介護保険サービスを活用し、業務やサービスの多様化・複雑化を避け、気軽に相談しやすい支援環境を基盤とした支援構造のモデル化を提示した。まず、在宅介護における4つのメンタルヘルスキアの実施主体、実施内容を明らかにすることで、支援組織としての役割や位置づけを明確にした。また、疾病予防の見地から、一次予防(未然防止・健康増進)、二次予防(早期発見・早期治療)、三次予防(再発防止・復帰)に分類し、予防段階ごとに支援時期、担当、ケア方法を明確にし、継続的・計画的なケアを提供することができるようなシステムとし、その具体的な運用方法について考案した。

このように、4つのメンタルヘルスキアの実施主体、実施内容、予防段階ごとに支援時期、担当者、ケア方法、具体的な進め方を明らかにすることで、早期発見・早期対処が可能になると考える。また、経時的な関わりから、在宅療養への復帰、突発的及び治療を含む危機的状況に至るまで、あらゆる状況の問題に適切に対応できることが期待される。

表 20 に示したように、在宅介護における4つのメンタルヘルスキアは、①家族成員によるセルフケア、②サービス利用機関によるケア、③サービス利用機関の健康部門によるケア、④外部機関によるケア、から構成され実施主体ごとにケアが提供できるような体制を整えていく必要がある。

4つのメンタルヘルスキアの実施主体は、セルフケアとして要介護高齢者、家族介護者自

身である。サービス利用機関としては、福祉系職員、医療系職員、事務職員である。サービス利用機関の健康部門スタッフとして社会福祉士、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師など専門職の担当が望ましい。外部サービスによるケアとして保健師、社会福祉士、専門医、専門看護師、カウンセラーなどを配置する。

表 20. 在宅介護における 4 つのメンタルヘルスクエア

注)厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針⁴³⁾ を元に今井が作成.

4つのメンタルヘルスクエア	実施主体	実施内容
セルフケア	要介護高齢者 家族介護者	・ストレスやメンタルヘルスに対する正しい理解 ・ストレスやへの気づき
家族成員		・ストレスへの対処方法
サービス利用機関によるケア	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 各サービス事業施設	・本人・家族からの健康情報の収集 ・要介護高齢者・家族介護者からの相談 ・健康管理部門との連携による助言
福祉・医療・事務系職員	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ デイサービス・デイケアサービス 福祉用具取り扱い店など	・在宅療養生活継続における支援 ・生活環境等の把握と改善
健康管理部門 によるケア	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 各サービス事業施設	・担当者・本人・家族からの健康情報の収集 ・個人の健康情報の取り扱い ・具体的なメンタルヘルスクエアの実施に関する企画立
社会福祉士・看護師・医師	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ デイサービス・デイケアサービス 福祉用具取り扱い店など	・担当者・本人・家族への助言・指導 ・外部機関との連携による助言・指導 ・外部資源とのネットワーク形成やその窓口
外部機関によるケア	居宅介護支援事業所	・専門的な情報や助言の提供
保健師・専門看護師	地域包括支援センター 市町村などの行政	・健康管理部門への情報提供・助言 ・診断・治療
専門医・カウンセラー	保健所 医療機関など	・在宅療養生活への復帰における支援など ・ネットワークの形成

また、表 21 に示したように、疾病予防の見地から、在宅介護における精神的支援の支援時期、担当、ケア方法について明確にすることで、継続的に支援できるシステムにする。

一次予防は、サービス導入・在宅療養開始時期で、要介護高齢者、家族介護者自身が自己チェック表・パンフレット・講習会などによって、生活環境への見直しや、改善ができるように支援する。自己チェック表は、今回の調査結果から、QOL の影響要因として「活動する能力」、「仕事をする能力」、「健康状態」、「人間関係」、「家と家のまわりの環境」、「介護状況」「生活の楽しみ」などの項目を含めたものにする。

二次予防、在宅療養途中で、経過時期に既に行っている介護保険制度サービスのモニタリング時期に合わせて行う。担当は利用サービス機関の面識のある介護支援専門員、看護師、社会福祉士などの担当者が、面談を行うようにする。自己チェック表を基に、健康管理部門の担当者とも連携し、今までの生活や健康状態を評価することで、要介護

高齢者、家族介護者だけでは気づかない徴候などを早期発見し対処できるようにする。

三次予防は最終評価時期ではあるが、介護は長期化するため、1年ごとに区切り定期的に評価・支援していく必要がある。また、要介護変更時なども介護状況が変わるために行う必要がある。担当は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業・医療機関などの専門的スタッフやサービス利用機関の医療・福祉部門の管理者から相談・助言が受けられるようなケア体制にする。

表 21. 在宅介護における精神的支援の予防時期・担当・方法

注)厚生労働省.労働者の心の健康保持増進のための指針⁴³⁾⁴⁴⁾を元に今井が作成.

予防段階	支援時期	担当	方法
一次予防 サービス導入 在宅療養開始時期	・退院予定決定から在宅療養開始まで ・在宅療養生活開始から最初のサービス利用提供表作成月	要介護高齢者 家族介護者	自己チェック表 講習会 パンフレット 担当者との面談
二次予防 途中評価時期	・介護支援専門員によるモニタリング(1か月・3か月) ・介護支援専門員によるサービス評価時期(6か月) ・入院などの突発的な出来事があった時 ・介護保険更新月 ・問題発生時	サービス利用機関の担当者 介護支援専門員 医療系職員(看護師・医師など) 福祉系職員(介護福祉士など)	自己チェック表の評価 利用施設担当者との面談 健康管理部門担当者との連携
三次予防 最終評価時期	・要介護度変更時期 ・介護保険更新月 ・問題解決時 ・年度末など	介護支援専門員 保健師・専門看護師 専門医・カウンセラー	自己チェック表の評価 外部機関及び利用施設 管理者との面談

具体的な進め方としては、図7に示しとおりである。予防段階ごとにケア内容を決め、担当を明確にした上で、4つのメンタルヘルスケアとして①家族成員によるセルフケア ②サービス利用機関によるケア、③サービス利用機関の健康部門によるケア、④外部機関によるケアを行う。予防段階ごとにケアを実施していく上では、第一次予防でも②サービス利用機関の職員やケアの連携や、第二予防でも③サービス利用機関の健康部門の職員とケアとの連携が必要になってくる。それぞれのケアの窓口をつなぐ役割としてケアマネジャー(介護支援専門員)が適切であると考えられる。ケアマネジャー(介護支援専門員)は、介護保険制度におけるケアマネジメントを行う役割をもっており、要介護高齢者、家族介護者の生活状況、サービス利用状況などを把握しているため、他職種とも連携がとりやすいと考えられる。しかし、ケアマネジャー(介護支援専門員)だけでは精神状態の判断は難しい。そのため、医療専門職と連携し、ケア担当者会議などで互いの意見を出し合い、継続的・計画的に支援ができるシステムにする必要がある。

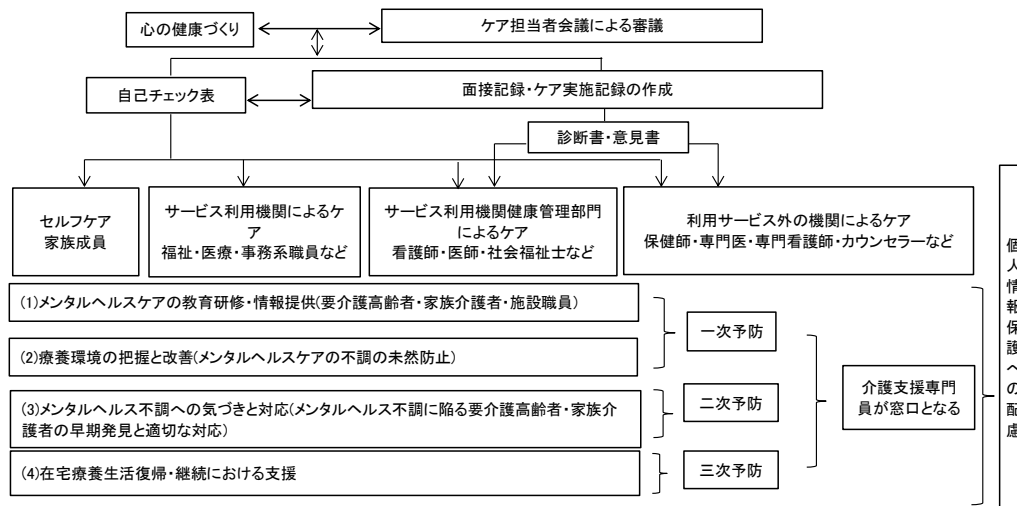


図7. 在宅介護の精神的支援における具体的な進め方

注)厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針⁴³⁾を元に今井が作成.

VI. 結論

要介護高齢者は老化、家族介護者は介護負担によって、身体面は健康問題、心理面はネガティブな精神状態、社会面では参加や交流の減少や、時間の制約などが QOL にマイナスに影響していた。一方、QOL にプラスの要因として、身体面では健康や生活行動の自立、心理面はプラス思考、社会面は人間関係や暮らしやすさが影響していた。社会面の特徴として、要介護高齢者は家族としてのまとまり具合、家族介護者は家族以外の友人などの交流が QOL にプラスに影響することが示唆された。

QOL の影響要因のうち、要介護高齢者、家族介護者ともに、ネガティブな精神状態は、身体面・社会面に連動し QOL に負の影響を及ぼすことが、今回の研究で明らかになった。特に、家族介護者はネガティブな精神状態が強くみられ、今後の在宅介護において、精神的健康に着目した支援が必要であることが示唆された。

そのため、今回の結果を踏まえて、介護保険サービス機関を一つの職場と捉えて、専門家による精神的支援についての構造化モデルを提示した。職場での心の健康づくりを基盤として、介護保険サービス機関の専門家による精神的支援体制の構造化を考案した。また、人間関係や暮らしやすさなどの社会面は、QOL にプラスに影響することから、現在利用している介護保険サービスとして利用率の高い通所系サービス、訪問系サービス、生活環境を整えるサービスを活用して、新たな支援体制に負担感がないようなシステムとした。

在宅支援として、4つのメンタルケアである①家族成員のケア、②サービス利用機関によるケア、③サービス利用機関の健康部門のケア、④外部機関のケアの実施主体と実施内容を明確にした。また、予防段階ごとに支援時期、担当、ケア方法、具体的な進め方など、在宅における支援構造化モデルを提示した。それにより、要介護高齢者、家族介護者の抱える健康問題や介護などに起因する悩み、不安、ストレスなどを把握し、迅速に、継続かつ計画的にケアが提供できるシステムとした。

今後の課題として、介護保険サービス提供施設や事業所の職員が既存の訪問や面接などを利用し、4つのケア支援体制づくりを整えることが望ましい。また、介護保険サービス以外の社会資源として、友人・知人・ボランティアなどのインフォーマルサービスを活用した支援づくりや、関係者へのメンタルヘルスケアにおける講習会や研修、パンフレットの配布など、メンタルヘルスケアへの理解を深める機会なども検討する必要がある。

謝辞

本研究をまとめるにあたり，ご協力頂きました療養者やご家族の皆様方，居宅介護支援事業所の職員に感謝申し上げます。また，ご指導頂きました渡辺俊之教授に，心より深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 資料 1 第 1 回健やか生活習慣国民運動 (仮称) について. 平成 19 年 6 月 26 日. 健康局総務課生活習慣対策室. www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0626-10.html (閲覧日 2015 年 9 月 8 日)
- 2) 内閣府. 平成 27 年度版高齢社会白書. 2-4, 2015.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> (閲覧日 2015 年 9 月 8 日)
- 3) 厚生労働省. 国民衛生の動向・厚生 の 指標 増刊 62(9). 976. 財団法人厚生統計協会: 85-86, 2015.
- 4) 厚生労働省. 特別編集号・厚生 の 指標 増刊 介護保険関連統計年次推移—制度創設から 14 年の動き—. 6(16). 967. 厚生労働統計協会:24-25, 2015.
- 5) 内閣府. 平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査結果(概要). 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付高齢社会対策担当: 8, 2015.
www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo (閲覧日 2015 年 9 月 8 日)
- 6) 厚生労働省. 国際生活機能分類—国際障害分離改訂版—(日本語版)の厚生省ホームページ掲載について. 平成 14 年 8 月 5 日 社会・援護障害保健福祉企画課. www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html (閲覧日 2015 年 9 月 9 日)
- 7) 渡辺俊之, 小森康永. バイオソーシャルアプローチ. 東京:金剛出版. 260頁, 2014
- 8) 厚生労働省. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 健康日本 21 (第 2 次) 推進に関する参考資料. 健康局がん対策・健康推進:24-27, 2012.
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (閲覧日: 2015 年 9 月 1 日)
- 9) 前掲 2), 13-14.
- 10) 前掲 2), 15-16.
- 11) 前掲 2), 17-19.
- 12) 前掲 3), 88-89.
- 13) 前掲 3), 90-91.
- 14) 前掲 3), 976, 440.
- 15) 前掲 3), 442-443.
- 16) 前掲 3), 232.
- 17) 前掲 3), 246-247.
- 18) 前掲 4), 47.
- 19) 前掲 2), 24-29.
- 20) 前掲 2), 30.
- 21) 田崎美弥子, 中根允文. WHO/QOL-26 手引. 東京:金子書房, 42頁, 2008.

- 22) 横山和仁. POMS 短縮版手引きと事例解説. 東京:金子書房, 30 頁, 2012.
- 23) 草田寿子, 岡田哲雄. 家族機能測定尺度. In: 心理測定尺度集 II (堀洋道 監修 吉田富二雄編), pp142-148, 東京:サイエンス社, 2014.
- 24) 草田寿子. 日本語版 FACES III の信頼性と妥当性の検討. カンセリン研究. 28(2):24-32, 1995.
- 25) Olson.D.H. Family Circumplex Model: Theory, Assessment and Intervention. Journal of Family Psychology Special Issue 4:55-64, 1990.
- 26) 杉浦春彦, 西田弘之, 杉浦浩子・レクリエーションの活動気分プロフィール (POMS) の変化について. 岐阜薬科大学基礎教育系紀要. 15:17-33, 2003.
- 27) 吉川法生. 健常高齢者の主観的幸福感に関する検討—WHO/QOL-26を用いた分析—. 秋田大学医短紀要. 10(1):87-94, 2002.
- 28) 濱野香苗, 堀内啓子: 離島在住高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の関連. 日本看護研究学会誌. 35(5):45-55, 2012.
- 29) 堀田英樹, 岩崎テル子. 精神病院入院者の主観的幸福感に関する調査報告—WHO/QOL-26を使用して—. 金沢大学医学部保健学科紀要. 23(1):67-70, 1990.
- 30) 古城幸子. 高齢者の幸福とその関連要因. 古備大学大学院社会学研究科論叢. 2:207-229, 2000.
- 31) 小坂信子. 在宅高齢者 QOL: PGC モラールスケール・フェイススケールを用いた調査から. 日本赤十字秋田短期大学紀要. 12:47-53, 2007.
- 32) 赤嶺伊都子, 新城正紀. 世帯形態からみた地域在住高齢者の支援—単独世帯に焦点をあてて—. 民族衛生. 72(5):191-207, 2006.
- 33) 阿南みと子, 佐藤鈴子. 中都市地域に住む在宅障害者高齢者の生きがい意識, 地域看護. 35:12-14, 2004.
- 34) 岡本和土. 地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連. 日本老年医学会雑誌 37(2):149-154, 2000.
- 35) 森口靖子, 古城幸子, 逸見英枝, 他. 要介護高齢者の在宅ケアに関わる家族介護者の意識調査. 香川県医療短期大学紀要. 2:129-133, 2000.
- 36) 鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子, 他. 北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担の影響を与える検討—日本語版 Zaris 介護負担尺度(j-ZBI)を用いて—. 日本老年医学会雑誌. 42(2):211-228, 2005.
- 37) 桑原祐一, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 他. 要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因. 福岡県京築における介護保険制度発足前後の比較. 日本公衆衛生雑誌. 51(3):154-166, 2002.
- 38) 渡辺俊之. 在宅高齢者と介護者の QOL と家族環境についての研究. 精神オキュペイションナルセラピー. 17-27, 1999.

- 39) 前掲4), 32-33.
- 40) 田中清美, 武政誠一, 嶋田智明. 在宅介護高齢者を介護する家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因. 神戸大学紀要. 23:13-22, 2007.
- 41) 厚生労働省. 地域における健康日本21実践の手引き. 東京: 財団法人 健康・体力づくり事業財団. 144, 2000.
- 42) 厚生労働省. 職場におけるこころの健康づくりー労働者の心の健康保持増進のための指針ー別紙1基0331001号. 平成18年3月31日:1-19, 2006.
- 43) 厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針. 独立行政法人労働者健康福祉機構:7, 2013. www.mhlw.go.jp>gyousei>anzen (閲覧日2014年12月3日)
- 44) 前掲43), 8-10.

文献レビューにおける表掲載使用論文

- No. 1) 直井道子. 都市居住高齢者の幸福感 家族・親族・友人の果たす役割. 総合都
究. 39:149-159, 1990.
- No. 2) 杉井潤子, 本村汎. 高齢者の主観的幸福感をめぐる. 一研究・家族システムの構造的
要因との関連において一. 家族社会学研究. 4:53-65, 1992.
- No. 3) 岡本和士. 地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーション. 老社
会科学. 37(2):149-154, 2000.
- No. 4) 佐藤美由紀, 斎藤恭平, 芳賀博. 地域高齢者の家庭内役割と QOL の関連日本保健福
祉学会誌. 17(2):11-19, 2011.
- No. 5) 大山尚未, 鈴木みずえ, 山田紀代美. 家族介護者の主観的介護負担における関連要因
の分析. 老年看護学. 6(1):58-66, 2001.
- No. 6) 赤澤寿美, 岩森恵子, 原田能之, 他. 痴呆高齢者の在宅介護長期継続と介護中断に影
響する因子の検討. 日本地域看護学会誌. 4(1):76-82, 2002.
- No. 7) 高井順子, 金川克子. 在宅要介護高齢者の家族介護者のコーピングタイプとその特
徴老年看護学. 8(2):73-80, 2004.
- No. 8) 竹内真澄, 吉田了. 要介護高齢者の主介護者が抱える問題・訪問リハビリテーショ
ンの視点から. 日本在宅ケア学会誌. 6(1):79-84, 2002.
- No. 9) 永井真由美. 認知症高齢者の家庭介護力評価とその要因. 老年看護学. 10(1):34-40,
2005.
- No. 10) 綿祐二, 山崎秀夫. 在宅要介護高齢者の介護者の QOL 指標に関する研究. 総合都
市研究. 63:15-25, 1997.
- No. 11) 川本龍一, 岡本憲省, 山田明弘, 他. 在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福
感に関する研究. 日本老年医学会誌. 36(1):35-39, 1999.
- No. 12) 一宮厚, 井形るり子, 尾籠晃司, 他. 在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感
と QOL WHO/QOL-26 による検討. 老年精神医学雑誌. 12(10):1159-1167, 2001.
- No. 13) 山本則子, 石垣和子, 河原(前川)宣子, 他. 高齢者の家族における介護の肯定的認識
と生活の質(QOL) 生きがい感および介護継続意志との関連 続柄別の検討. 日本
公衆衛生雑誌, 49(7):660-671, 2002.
- No. 14) 北村世都, 時田学, 長嶋紀一. 認知症高齢者の家庭介護者における家族からの心理
的サポートニーズ充足状況と主観的 QOL の関係. 厚生指標. 52(8):33-42, 2005.
- No. 15) 朴偉延, 遠藤忠, 佐々木心彩, 他. 認知症高齢者を居宅で介護する家族介護者の主
観的 QOL に関する研究 “介護に関する話し合いや勉強会” への参加経験や
参加に対する意志との関連について. 厚生指標. 54(4):21-28, 2007.

- No. 16) 遠藤忠, 蝦名直美, 望月正哉, 他. 要支援ならびに要介護高齢者を居宅で介護している家族介護者の介護負担と主観的 QOL に関する検討 要介護度別と認知症の有無による違い. 厚生指標. 56(15):34-41, 2009.
- No. 17) 菅沼真由美, 新田静江: 認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者間交流プログラムの効果. 老年看護学. 19(1):81-90, 2014.
- No. 18) 宮坂啓子, 藤田君支, 田淵康子. 認知症高齢者を介護する家族の介護肯定感に関する研究. 老年看護学. 18(2):58-66, 2014.
- No. 19) 水川真二郎. 患者, 家族及び医療従事者に対する「高齢者の終末期医療についての意識調査. 日本老年医学学会誌. 45(1):50-58, 2008.
- No. 20) 川元克秀. 高齢者への福祉サービスの効果評価に「幸せ」に関する概念を用いる際の尺度選択上の留意点 Visual Analogue Scae of Happiness (VAS-H) により測定される概念の内容と意味の検討. 高齢者のケア行動科学. 5:89-100, 1998.
- No. 21) 金恵京, 李誠國, 久田満, 他. 韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャルサポートの授受と QOL. 日本公衆衛生雑誌. 43(1):37-49, 1996.
- No. 22) 中嶋和夫, 香川幸次郎. 高齢者の社会支援と主観的 QOL の関係社会福祉学. 39(2):48-61, 1999.
- No. 23) 金恵京, 李誠國, 久田満・甲斐一郎. 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感. 老年社会科学. 22(3):395-404, 2000.
- No. 24) 流石ゆり子. 障害を持つ在宅高齢者の生活の質への影響要因 ソーシャルサポート授受の視点より. 日本在宅ケア学会. 4(3):32-39, 2001.
- No. 25) 柳澤理子, 馬場雄司, 伊藤千代子, 他. 家族および家族以外からのソーシャルサポートと高齢者の心理的 QOL との関連. 日本公衆衛生雑誌. 49(8):766-773, 2002.
- No. 26) 斎藤美華, 小林淳子, 服部ユカリ. 前期高齢者の「お茶のみ」がソーシャルサポートと主観的幸福感および交流の充実感に及ぼす影響. 日本地域看護学会誌. 7(2):41-47, 2005.

生活状況についてのアンケート

本人用

当てはまるものに○、もしくは記入をしてください。

1. 性別 ・ 年齢 男性 女性 _____ 才代
2. 要介護度に○をしてください。 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
3. 現在の介護サービスを利用することになった病気はなんですか。
病名 _____
4. 宗教・信念を持っていますか。
 はい いいえ
5. 卒業した学校はどこですか。
 中学校 高等学校 専門学校 大学 大学院 その他
6. 仕事・家や地域などでの役割をもっていますか。
 はい いいえ
7. 経済状態はどうですか。
 ゆとりがある ふつう 困っている
8. 援助者・相談者はいますか。またその方との関係を書いてください。
 はい いいえ その方との関係
()
9. あなたの家族構成にあてはまるものに○をつけてください。
 独居 夫婦のみ 二世帯同居 三世帯同居 その他
()
10. 現在の健康状態はいかがですか あてはまるものに○をつけてください。

| _____ | _____ | _____ | _____ |
非常に健康 おおむね健康 健康 やや不健康 不健康

11. 現在の生活をしていく上で支障となっているものはなんですか。(複数回答)

健康 仕事 経済面 介護サポート 住居 家族関係 その他 ()

12. 現在利用しているサービスの番号に○をして、利用回数、満足度、満足している理由・改善点を書いて下さい。

利用サービス	週・月利用回数 *どちらかに記入	満足度 (5段階)	利用理由
			改善点
1. 訪問看護	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
2. 訪問介護	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
3. 訪問入浴	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
4. 訪問リハビリ	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
5. デイケア	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
6. デイサービス	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
7. ショートステイ	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
8. 居宅療養管理指導	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
9. 病院・診療所	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
10. 福祉用具貸与		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
11. 福祉用具購入		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
12. 住宅改修		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
13. その他	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	

13. これから利用したいサービスに○をして下さい。また利用回数と希望する理由も記入して下さい。

サービス	利用曜日 月の利用回数	理由
1. 訪問看護	月火水木金土日 月に 回	
2. 訪問介護	月火水木金土日 月に 回	
3. 訪問入浴	月火水木金土日 月に 回	
4. 訪問リハビリ	月火水木金土日 月に 回	
5. デイサービス	月火水木金土日 月に 回	
6. デイケアサービス	月火水木金土日 月に 回	
7. ショートステイ	月火水木金土日 月に 回	
8. 居宅療養管理指導	月火水木金土日 月に 回	
9. 病院・診療所	月火水木金土日 月に 回	
10. 福祉用具貸与		
11. 福祉用具購入		
12. 施設入所		
13. 住宅改修		
14. その他		

ご協力ありがとうございました。

12. 現在の生活をしていく上で支障となっているものはなんですか。(複数回答)
 健康 仕事 経済面 介護 住まい 家族関係 その他 ()

13. 現在利用しているサービスの番号に○をして、利用回数、満足度、利用している理由・改善点を書いて下さい。

利用サービス	週・月利用回数 *どちらかに記入	満足度 (5段階)	利用理由
			改善点
1. 訪問看護	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
2. 訪問介護	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
3. 訪問入浴	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
4. 訪問リハビリ	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
5. デイケア	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
6. デイサービス	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
7. ショートステイ	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
8. 居宅療養管理指導	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
9. 病院・診療所	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
10. 福祉用具貸与		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
11. 福祉用具購入		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
12. 住宅改修		非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	
13. その他	月火水木金土日 月に 回	非常に満足、やや満足、満足、やや不満、不満	

14. これから利用したいサービスの番号に○をし、利用回数と希望する理由も記入して下さい。

サービス	利用曜日 月の利用回数	理由
1. 訪問看護	月火水木金土日 月に 回	
2. 訪問介護	月火水木金土日 月に 回	
3. 訪問入浴	月火水木金土日 月に 回	
4. 訪問リハビリ	月火水木金土日 月に 回	
5. デイサービス	月火水木金土日 月に 回	
6. デイケアサービス	月火水木金土日 月に 回	
7. ショートステイ	月火水木金土日 月に 回	
8. 居宅療養管理指導	月火水木金土日 月に 回	
9. 病院・診療所	月火水木金土日 月に 回	
10. 福祉用具貸与		
11. 福祉用具購入		
12. 施設入所		
13. 住宅改修		
14. その他		

ご協力ありがとうございました。