

## 痴呆性老人の在宅ケアに関する一考察

— ヘルパーの意識調査 —

森 下 早 苗  
岡 野 初 枝

### 要 約

人口の高齢化に伴い痴呆性老人は著しく増加した。痴呆性老人の多くは在宅で生活しており、在宅ケアの充実が早急な課題となっている。そこで、ホームヘルパーを対象に、痴呆性老人のケア（基本的事項、痴呆性老人のかかわり状況、保健・福祉サービス）について意識調査を行った。

岡山県内78市町村に配布したところ、60市町村から79部（回収率76.9%）の回答が得られた。結果は、ヘルパーの約8割がかかわっており、現在の受け持ち平均人数は、1.98人±1.85であった。ケースの把握はヘルパー自身によるものが最も多く、主な援助内容は、相談・助言、各機関との連絡、住居の清掃等であった。ヘルパーだけでかかわっているケースはなかったが、援助の中で、生活動作の指導・訓練、相談・助言等に困難を感じており、保健婦等の適切なアドバイスやかかわりが求められていた。

また、高齢者サービス調整会議等のケース会議は、市町村により実施状況に多少バラつきがみられた。痴呆性老人のケアについて、現状の評価と、今後の必要度について比較したところ、すべての項目において有意な差が見られた。最も必要度の高かったのは痴呆性老人の研修等によるヘルパーの資質の向上であった。また、家族に対する援助の必要性を指摘しており、広域的サービスの調整、保健・福祉の総合的ケアの充実が望まれていた。

キーワード：痴呆性老人、ホームヘルパー、在宅ケア

### 1. は じ め に

平成6年、日本人の平均寿命<sup>1)</sup>は男76.57年、女82.98年となった。高齢化率<sup>2)</sup>も平成6年10月に14.1%を越え、平成37年には25.8%に達することが予想されている。中でも、岡山県は全国平均を上回り、平成6年10月には高齢化率17.0%で、平成12年には概ね5人に1人<sup>3)</sup>が高齢者と予測されている。高齢者の人口の増加に伴って、痴呆性老人も増加傾向にある。現在わが国の痴呆性老人はおよそ百万人<sup>4)</sup>（平成2年度、厚生科学研究）と推定されており、その四分の一が施設に入所し、四分之三が在宅で生活していると考えられている。

痴呆は、脳の後天的な障害により、いったん獲得された知能が持続的かつ比較的短期間のうち

に失われるものであり、記憶、見当識の障害や理解力、判断力の低下が出現する疾患である<sup>5)</sup>。日常生活能力の障害だけでなく、異常行動及び精神症状、身体症状が現れることもある。これらは個人差が強く、また、治療方法も十分確立されていないのでケアが中心とならざるを得ない状況である。このことは一層介護を困難にしていると思われる。また、地域では痴呆性老人に対する偏見も強く、痴呆ではないかと疑いつつも家族で問題を抱えたまま2年も3年も放置し、介護者が倒れる等、どうしても介護を続けることができなくなってから初めて問題が出てくることも少なくない<sup>6)</sup>。家族に依存した介護ではなく、ホームヘルパー（以下「ヘルパー」とする）等の専門的なサービスを受けながら、高齢者が住み慣れた在宅で、24時間安心して生活ができるように援助していくことが求められている。

以上のように、今後増加していくことが予想される痴呆性老人に対し、在宅介護の担い手であるヘルパーはどのような役割を持てばよいのであろうか。ヘルパーが実際に痴呆性老人にどのようにかかわっているか、また、地域で問題となっていることは何か、そして痴呆性老人、家族にとって必要なものは何かといった点に着目し、意識調査を行ったので報告する。

## 2. 調査方法

調査対象は、岡山県内（78市町村）全ての各市町村役場、または社会福祉協議会（以下「社協」とする）に所属するヘルパーを対象にアンケート調査を実施した。60市町村から79部（回収率76.9%）の回答があり、この79部について調査分析した。

調査方法は郵送調査法、調査期間は平成6年9月から10月にかけて実施した。

調査項目は、A. 基本事項（性別、年齢、所属、市町村人口、資格）、B. 痴呆性老人のかかわり状況（痴呆性老人の受け持ち経験の有無、受け持ち人数、受け持ち経験なしの場合はその理由、痴呆性老人の連絡、サービスの内容、困難業務、他の在宅サービス利用状況、ヘルパー以外の訪問者）、C. 保健・福祉サービスについて（高齢者サービス調整会議等のケース会議、相談、望ましいケア）等である。

A項目、C項目については全員回答、B項目については痴呆性老人の受け持ち状況により調査内容を一部変更した。B項目の「サービス内容」については、平成4年10月に岡山県ホームヘルパー連絡協議会、社会福祉法人岡山県社会福祉協議会が調査した「ホームヘルパー実態調査<sup>7)</sup>」を参考に痴呆性老人に対するヘルパーのサービス内容についてまとめた。C項目の「望ましいケア」については、現状の評価と今後の必要度について以下のように3段階に分けて点数化し、その平均値を求め、t検定により比較した。

評価：1（1点）あまりしていない	必要度：1（1点）あまり必要でない
2（2点）まずまずできている	2（2点）ある程度必要
3（3点）十分できている	3（3点）是非とも必要

### 3. 調査結果

#### A. 基本的事項

- 1) 性別 79人全て女性 (100%)。
- 2) 年齢 平均年齢は、46.60 歳±6.81。
- 3) 所属 市町村役場25名 (31.6%)，社会福祉協議会54名 (68.4%)。
- 4) 市町村人口 5,000 人未満20名 (25.3%)，5,000～10,000人未満33名 (41.8%)  
10,000～20,000人未満14名 (17.7%)，20,000人以上12名 (15.2%)。
- 5) 資格

表1 資格 (n=79) 人 (%)

介護福祉士	ヘルパー 1級	ヘルパー 2級	ヘルパー 3級	その他	資格なし
28(35.4)	33(41.8)	3(3.8)	9(11.4)	5(6.3)	1(1.3)

業務遂行にあたり、最も関連のある資格を一つだけ選択し回答してもらった。例えば、介護福祉士とホームヘルパー 1級を取得している場合、介護福祉士を選択、看護婦、保母等とヘルパーを取得している場合、ヘルパーを選択、看護婦・保母等を取得している場合、その他を選択してもらった。介護福祉士とヘルパーを合わせると61名で、全体の約8割を占めている。

#### B. 痴呆性老人のかかわり状況

##### 1) 痴呆性老人の受け持ち経験の有無について

79名中、受け持ち経験ありのヘルパーは61名 (77.2%)，受け持ち経験なしのヘルパーは18名 (22.8%) であった。

##### ① 受け持ち経験ありの人数について

受け持ち経験があるヘルパーに現在の受け持ち人数を尋ねたところ、その平均人数は1.98人±1.85 (n=58) であった。

##### ② 受け持ち経験ありの痴呆性老人のランクについて

表2 「受け持ちあり」の痴呆性老人のランクについて

(複数回答) (n=58) 人

I	II	III	IV	M	不明
22	28	29	20	9	7

痴呆性老人ランク・・・厚生省より平成5年10月に示された「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」を示す

- Iランク：何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- IIランク：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- IIIランク：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
- IVランク：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- Mランク：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする。

表2に示すように、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準<sup>8)</sup>」を用いランク別に分けたところ、I～Mランクそれぞれにかかわりがあることがわかった。専門医療を必要とするMランクについては他のランクに比べると少ないが、9名のヘルパーがかかわっていることが明らかになった。

③ 受け持ち経験なしの理由について

表3 「受け持ち経験なし」の理由について (n=17) 人(%)

ヘルパーの対象外になっている	自分がかかわっていないが、他のヘルパーがかかわっている	痴呆性老人と思われるが、未だ診断が不明の人は受け持っている	担当地区に痴呆性老人はいない	その他
2(11.8)	7(41.2)	3(17.6)	1(5.9)	4(23.5)



担当地区の65歳以上の老人38人

(その他4人の内訳)

- ・現在はかかわっていない
- ・よく忘れる人はいるが、痴呆まではいっていない
- ・家族が痴呆病院に入院させる
- ・申請が出ていない

受け持ち経験なしの18名について、その理由を尋ねたところ、表3のような結果であった。ヘルパーの対象外になっていると答えた2名を除いては、ヘルパーも痴呆性老人にかかわる可能性があるということであった。

2) 痴呆性老人の連絡について

以下より、痴呆性老人の受け持ち経験がある61名と、はっきりと診断はついていないが痴呆と思われる3名の計64名について調査した結果をまとめる。

表4 痴呆性老人の連絡について (複数回答) (n=64) 人

家族親族	民生委員	愛育委員	近隣の人	市町村保健婦	保健所保健婦	訪問看護婦	在宅介護支援センター職員	医者	役場・社協の福祉担当者	ホームヘルパー	その他
27	31	0	15	22	5	3	1	10	14	32	2

痴呆性老人の連絡について最も多かったのは、ヘルパー自身によるものであった。次いで、民生委員、家族・親族、市町村保健婦、近隣の人、役場・社協、医者、保健所保健婦、訪問看護婦と続いていた。ヘルパー以外では家族、地域の人、福祉関係者からの連絡が多く、また、保健・医療関係者では市町村保健婦からの連絡が多かった。身近な相談窓口として期待されている在宅介護支援センターからの連絡は1名だけであった。

3) サービスの内容

岡山県ホームヘルパー連絡協議会等が平成4年10月に、県内のヘルパー 398人を対象に実施した「ホームヘルパー実態調査」の結果を参考(サービス内容は同じ項目)に今回の痴呆性老人のサービス内容と比較検討してみた。なお、前者を略して「県内A」、後者を「痴呆B」とした。サービス内容の項目については以下のとおりで、複数回答とした。

図1-①の家事援助については、調理、食事、連絡が「痴呆B」に多く、その他の家事援助は「県内A」の方が多かった。図1-②の身体介護についてはマッサージ以外の項目は全て「痴呆B」に多かった。痴呆性老人の援助に身体介護が多いことを表しているといえる。図1-③のその他については、代読・代筆以外の項目は全て「痴呆B」に多かった。

全体的に、家事援助よりも身体介護やその他の項目に「県内A」のヘルパーより「痴呆B」のヘルパーの方が多くかかわっている傾向にあった。また、今回の「痴呆B」で最も多くかかわっていた項目は、「20. 相談・助言」で64名中56名(87.5%)が答えていた。次いで、「8. 関係機関との連絡」が49名(76.6%)、「5. 住居等の掃除整理」が37名(57.8%)と続いていた。

① 家事援助について

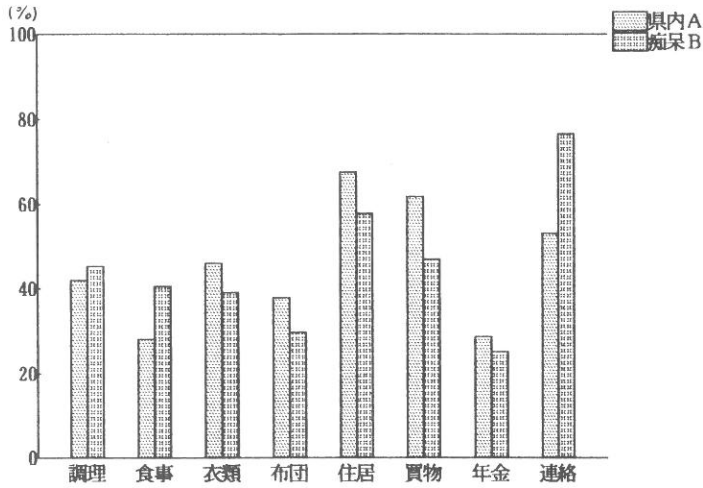


図1-① 家事援助について (複数回答) (n=64)

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1 調理       | 2 食事の後片付け  | 3 衣類の洗濯・補修 |
| 4 布団干し     | 5 住居等の掃除整理 | 6 買物       |
| 7 年金等の受け取り | 8 関係機関との連絡 |            |

② 身体介護について

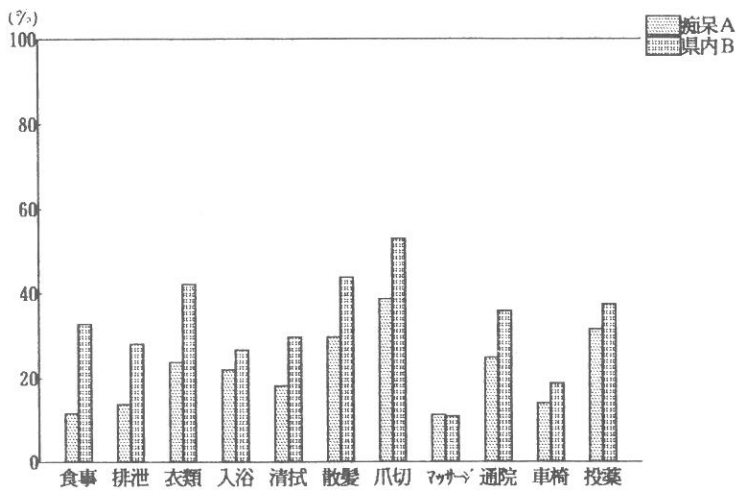


図1-② 身体介護について (複数回答) (n=64)

- |          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 9 食事     | 10 排泄      | 11 衣類の着脱 |
| 12 入浴    | 13 清拭      | 14 散髪・洗髪 |
| 15 爪切り   | 16 マッサージ   | 17 通院付添  |
| 18 車椅子介助 | 19 投薬の受け取り |          |

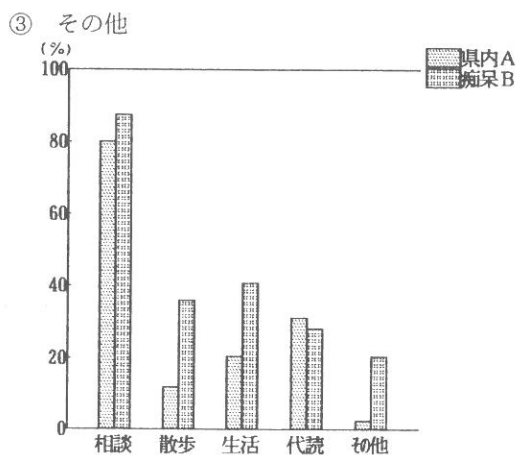


図1-③ その他について(複数回答) (n=64)

20相談・助言                      21散歩の付添                      22生活動作の指導・訓練  
 23代読・代筆                      24その他

4) 最も困難と感じる業務について

表5 最も困難と感じる業務(図2①~③の項目より2つのみ回答)

(n=41)

順	項目	人(%)		項目	人(%)
1	生活動作の指導・訓練	18(43.9)	9	調理	2(4.9)
2	相談・助言	12(29.3)	9	投薬の受取り	2(4.9)
3	年金等の受取り	6(14.6)	9	散歩の付添	2(4.9)
3	排泄	6(14.6)	12	食事の後片付け	1(2.4)
3	入浴	6(14.6)	12	住居等の掃除・整理	1(2.4)
6	その他	5(12.2)	12	買物	1(2.4)
7	食事	4(9.8)	12	清拭	1(2.4)
7	衣類の着脱	4(9.8)		- - -	--

(その他5人の内訳)

- ・家族・近隣とのかかわり
- ・留守番
- ・家族との連絡
- ・家族・地域への痴呆の理解を深める事
- ・金銭管理, 薬の服用

3) の①～③の各項目より、困難と感じる業務を2つのみ回答してもらった。結果については表5のとおりである。最も困難と回答していたのは、「22. 生活動作の指導・訓練」であり、41名中18名(43.9%)が答えていた。次いで、「20. 相談・助言」12名(29.3%)、「7. 年金等の受け取り」、「10. 排泄」、「12. 入浴」が同じで6名(14.6%)と続いている。「20. 相談・助言」はかかわりも多く、その困難性も高い傾向にあった。

5) 他の在宅サービス利用状況

表6 他の在宅サービス利用状況 (複数回答) (n=57) 人

デイ・サービス	ショートステイ	食事サービス	入浴サービス	日常生活用具給付	機能訓練事業	その他
39	23	24	15	17	15	6

(その他6人の内訳) ・紙おしめの支給  
 ・介護教室2人  
 ・訪問看護3人  
 なし・・・4人

ヘルパー以外の他の在宅サービスの利用状況についてみると表6に示すように、デイサービスが39名(68.4%)と最も多く利用しており、次いで、食事サービス24名(42.1%)、ショートステイ23名(40.4%)と続いていた。他の在宅サービス利用なしと答えたのは4名であった。

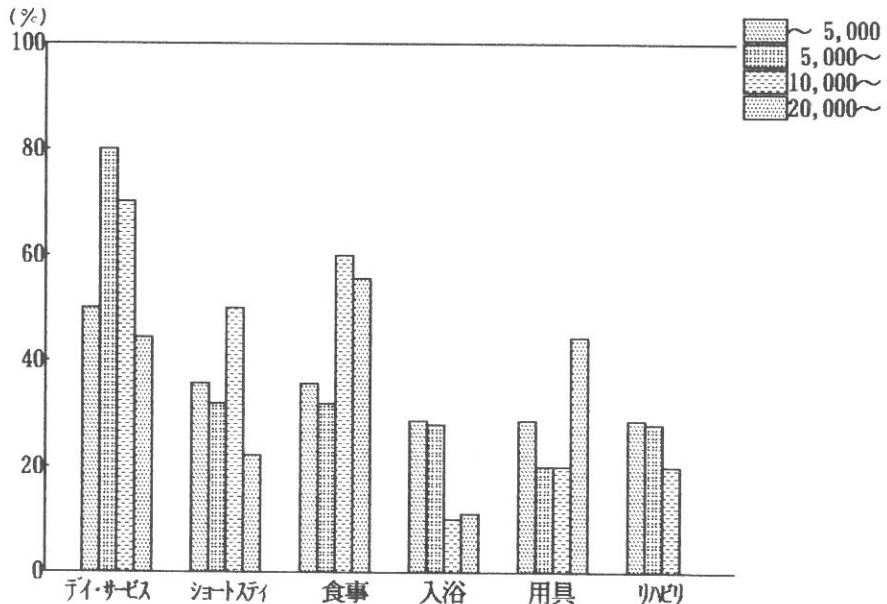


図2 市町村人口別在宅サービス(参考) (複数回答) (n=57)



市町村の人口規模からして他の在宅サービス利用状況に特徴があるのではないかと思  
い、市町村人口別在宅サービスについて参考にみた。図2のとおり、例えば、デイサービス  
では人口5,000人～10,000人、10,000人～20,000人規模の市町村は、7割から8割が活用し  
ていたが、5,000人未満、20,000人以上の市町村では4割から5割と前者に比べ少なかっ  
た。また、20,000人以上の市町村は機能訓練事業の活用はなかった。以上のように、各市  
町村の人口規模により、若干利用状況に差があることが示唆された。

6) ホームヘルパー以外の訪問者について

表7 ホームヘルパー以外の訪問者について (複数回答) (n=64) 人

市町村 保健婦	保健所 保健婦	医者	民生 委員	愛育 委員	老人 クラブ	社協 職員	役場 職員	ボラン ティア	近隣 の人	その他
46	19	31	49	10	5	12	11	14	39	9

(その他内訳) ・親戚                      ・子供・孫・親  
                  ・商店の人                    ・警察官  
                  ・看護婦4人                    ・消防署員

ヘルパー以外の訪問者について尋ねたところ、表7のような結果を得た。最も多かったの  
は、民生委員で49名(76.6%)、次いで、市町村保健婦46名(71.9%)、近隣の人39名  
(60.9%)、医者31名(48.4%)と続いている。保健所保健婦は19名(29.7%)であっ  
た。

C. 保健・福祉サービスについて

以下よりホームヘルパー全員(79人)の調査結果についてまとめる。

1) 高齢者サービス調整会議等ケース会議の実施状況

表8 高齢者サービス調整会議等ケース会議の実施状況 (n=76) 人 (%)

定期的実施, 有効活用 できている	定期的実施, 有効活用 できていない	随時実施有効 活用できている	随時実施有効 活用できて いない	ケース検討会 はしていない
22(28.9)	3(3.9)	24(31.6)	12(15.8)	15(19.7)

定期的にあるいは随時実施しており、有効活用できているとしたヘルパーは合わせて46名であり、60.5%を占めていた。定期的を実施しているが、有効活用できていないのは3名(3.9%)、また、随時実施で有効活用できていないのは12名(15.8%)であった。ケース検討会はしていないと答えたヘルパーも15名(19.7%)いた。

ヘルパーの所属(市町村役場、社協)別ケース会議の実施状況についてみる。所属により、会議の実施状況に違いがあるか調べたところ、社協に所属しているヘルパーは、市町村所属のヘルパーよりも定期的に実施し、有効活用できていると答えた者が少なく、また、ケース検討会はしていないと答えている者が多い傾向にあった。

また、市町村の人口規模により、ケース検討会の実施状況に違いがあるかをみた。定期的に実施しており有効活用できているとしているのは、人口5,000人未満の規模による市町村が最も多かった。随時実施しており、有効活用できているのは、人口20,000人以上の市町村が多く、半数以上を占めていた。ケース検討会はしていないと答えたのは、人口10,000人～20,000人の市町村に多かった。しかし人口20,000人以上の市町村では0人であり、何らかの方法でケース検討会を実施していた。これらより、市町村により若干の差が生じていることが明らかになった。

2) 痴呆性老人の相談について

表9 痴呆性老人の相談 (複数回答) (n=78) 人

市町村	保健所・老人性痴呆 地域保健福祉疾患センター	老人性痴呆 疾患センター	病院	在宅介護支 援センター	訪問看護ス テーション	社会福祉 協議会	その他
68	35	3	30	4	2	31	4

(その他内訳) ・特別養護老人ホーム2人  
 ・施設  
 ・民生委員

ヘルパーが痴呆性老人の相談をどこにしているのか表9によりみた。最も多かったのは市町村であり、68名(82.7%)が答えていた。次いで、保健と福祉が一体となった保健所・地域保健福祉センターが35名(44.9%)、社協が31名(39.7%)、病院30名(38.5%)と続いていた。

3) 痴呆性老人の望ましいケアについて

表10 痴呆性老人の望ましいケアについて (平均値)

	評価①	必要度②	差(②-①)
A. 家族・住民の声や理解不足な点を保健、福祉関係者に連絡し、住民の意識啓発・健康教育・福祉サービスへとつなげる	(1.66)	(2.74) ***	(1.08)
B. 痴呆性老人の早期発見・早期対応ができるよう、保健婦・医師等にホームヘルプ事業を通じて得た情報を伝える	(1.96)	(2.69) ***	(0.73)
C. デイ・サービス、ショートステイ、ホームヘルパー等の充実	(1.83)	(2.68) ***	(0.85)
D. 痴呆性老人のケアプランの徹底(高齢者サービス調整会議等の活用、保健・福祉のケアシステムの確立)	(1.45)	(2.59) ***	(1.14)
E. 痴呆性老人の研修等によるホームヘルパーの資質の向上	(1.63)	(2.75) ***	(1.12)
F. 痴呆性老人介護者研修事業の活用	(1.41)	(2.58) ***	(1.17)
G. 呆け老人をかかえる家族の会への援助	(1.35)	(2.68) ***	(1.33)
H. 痴呆性老人の介護等に関する調査・研究	(1.34)	(2.36) ***	(1.02)

( t検定, \*\*\*;P<0.001 )

「望ましいケア」について、現状の評価と今後の必要度について、3段階に分けて点数化し、それぞれの平均値を求めた。

現状の評価の中で最も高かったのは、項目Bの情報を伝える役割で、平均値は1.96 (SD=0.59)であった。次いで、Cの在宅福祉サービスで1.83 (SD=0.59)、Aの住民の声を他職種等に結びつける役割で1.66 (SD=0.53)と続いていた。逆に最も低い値だったのはHの調査・研究で1.34 (SD=0.50)であった。

必要度について最も高かったのはEのホームヘルパーの資質の向上で平均値は2.75 (SD=0.43)であった。次いで、Aの住民の声を他職種等に結びつける役割で2.74 (SD=0.47)、Bの情報を伝える役割2.69 (SD=0.46)と続いていた。逆に低かったのは、評価と同じくHの調査研究で2.36 (SD=0.56)であった。しかし、必要度についてはどの項目も評価よりも高かった (t検定, P<0.001)。

評価と必要度の差が最もあった (平均値による差が大きい) のは、Gの呆け老人をかかえる家族の会への援助であった (1.33)。次いで、Fの痴呆性老人介護者研修事業の活用 (1.17)、Dの痴呆性老人のケアプランの徹底・システムの確立 (1.14)と続いていた。これらは現状と必要度両者間に特に差が開いていたことを表している。

#### 4. 調査結果の検討

今回の調査では79名のヘルパーのうち、61名と実に約8割のヘルパーが痴呆性老人とかかわっていた。現在の受け持ち人数も平均1.98人と2人近くを受け持っていた。厚生省が示した痴呆性老人

のランクについては、比較的軽度の家庭内で自立が可能な老人から、重度で専門医療を必要とするような痴呆性老人にもかかわっていた。このことは、ヘルパーだけのかかわりではなく、保健婦、看護婦、医師等のかかわりの必要性を表している。実際、保健、医療、福祉分野の専門職種や地域のボランティア等のかかわりがあり、ヘルパーしか訪問していないということはなかった。

痴呆性老人は今後ますます増加していくことが予想されており、実際に多くのヘルパーがかかわっていたが、中にはヘルパーの対象外になっているとか、家族が痴呆病院に入院させるというような回答も見られた。もっとヘルパーが痴呆性老人にもかかわれるということをアピールする必要があるし、市町村行政によりヘルパーの業務に制限があったり、また、取得している資格の差も一因としてあるのかもしれない。より一層、痴呆性老人の研修の充実が望まれるところである。

痴呆性老人にかかわる際の連絡について、最も多かったのはヘルパー自身の活動から引き継いで援助しているということだった。早期発見により、適切な援助をしていくことで、改善の見られるケースもあるといった金子氏<sup>9)</sup>の報告もある。ヘルパー自身の判断力と観察力が必要になってくると思われる。また、今後市町村を中心に活躍が期待されている在宅介護支援センターからの連絡は1人にすぎなかった。また、保健所保健婦からの連絡は5人と少なかった。これらは、ヘルパーに直接連絡している場合が少ないのか、それともその他に理由があるのかははっきりわからない。いずれにしても、身近な市町村からの連絡が多いことがわかった。連絡を受けた後、他の職種、サービスへと結びつけるケースマネジメントの機能が必要になってくると思われる。

実際にヘルパーがしているサービスについて調査したが、これは比較検討したいために「ホームヘルパー実態調査」の項目と同様の内容にしたため、痴呆性老人独自のケアについてその特殊性がでなかったかもしれない。しかし、「関係機関との連絡」や「相談・助言」といった項目が全対象者を調査した「ホームヘルパー実態調査」の項目よりも高かったことが特徴としてあげられる。また、困難と感じる業務を同じ項目から選択してもらったところ、「生活動作の指導・訓練」や「相談・助言」が上位を占めていた。保健婦等専門職種の適切なアドバイスが望まれる。また、介護福祉士や、今後は主任ヘルパーによるスーパーバイザーの役割が期待される。

他の在宅サービスの利用状況、また、高齢者サービス調整会議等ケース会議の実施状況について、市町村により若干差が生じていることが示唆された。痴呆性老人あるいは家族等が利用したい時にいつでもサービスが受けられるようなシステムづくりが必要と思う。

痴呆性老人に対してヘルパー自身がどこに相談をしているか調査したところ、市町村が圧倒的に多く、次いで、保健所、社協、病院が上位を占めていた。つまり、これら関係機関は痴呆性老人にかかわる機会が多く、横の連絡が適切にとられていることが、ケアの向上につながると思う。

痴呆性老人の望ましいケアについて現状を評価し、今後の必要度について調査した。どの項目も必要性を高く感じているが、実際には十分な活動ができていないということであった。ヘル

パーの主観であるため、個人により差はあると思うが、この結果は今後のサービス充実のために、是非念頭においておく必要があるだろう。特に、評価と必要度の差が顕著であった、呆け老人をかかえる家族の会への援助、痴呆性老人介護者研修事業の活用、痴呆性老人のケアプランの徹底・システムの確立は、今後重点的に関わる必要があると思われる。特に岡山県については、呆け老人をかかえる家族の会がない（各市町村にて実施しているところもある）こともあり、家族支援に力点を置く必要があるのではないだろうか。また、保健、医療、福祉の連携を円滑にし、ケアプランの徹底・システムの確立を図ると共に、生活援助をする介護の専門職としてヘルパーの質の向上が望まれるのである。

## 5. 在宅痴呆性老人のケアについて

### 1) ヘルパーの役割と課題

#### ① 痴呆性老人の研修の必要性

今回の調査で、ヘルパーの多くが痴呆性老人に関わっていることが明らかになった。サービス内容も家事援助、身体介護、その他と多岐にわたっており、中でも連絡、相談・助言という項目が上位を占めていた。このことはヘルパー自身に痴呆に対する認識がないと対応しにくいと思われる。ヘルパーの多くが研修の必要性を叫んでおり、今後の充実が期待される。また、ケアの充実を図るために、ヘルパー自身が業務の中で感じた疑問点、気づきに対し調査、研究をすすめていくことも必要になってくると思われる。

#### ② 情報提供の役割

住民の生活の場に入って援助していけるヘルパーの果たす役割は大きい。つまり、住民の声や痴呆に対して理解不足な点等をいち早くキャッチすることができるからである。ここで、ヘルパーが情報提供の必要性を感じるか否かでサービス内容に差が生じていくことも考えられる。今回の調査では、ヘルパー1人のみでかかわっているということはなく、何らかの形で地域住民や市町村関係者、他の専門職種がかかわっていた。しかし、保健所保健婦のかかわりが少ないこと等もあり各市町村でケアシステムができていないと、サービスに偏りができることも予想された。

### 2) 保健・福祉の総合ケア

#### ① 地域住民への普及・啓蒙

ヘルパーの痴呆性老人に対する援助内容を具体的に示していく必要があると思う。これは、行政に対してヘルパー自身も働きかける役割があると思われる。ヘルパーが情報の発信地なら、これに答えていくことが行政の役割ではないだろうか。そして、痴呆性老人に対するヘルパーのかかわりが定着していくのだと思われる。数名ではあるが、ヘルパーは痴呆性老人にかかわらないことになっているという回答もあった。高齢化がすすむことを念頭に置いて、ヘルパーの役割を考える必要がある。

② ホームヘルパーへの指導・助言について

ヘルパーが困難と感じている業務に、「生活動作の指導・訓練」、「相談・助言」があった。保健、医療、福祉の専門職の役割が求められている。

③ 痴呆性老人のケアプランの徹底，ケアシステムの確立

今回の調査で，市町村により，サービス内容やケース検討会の実施状況に若干の差が生じていることが示唆された。専門機関である保健所・地域保健福祉センターの活躍が期待される。

④ 家族への援助

ヘルパーが現実の関わりを評価し，今後の必要な業務をみた際，特に家族に対する援助の必要性を述べていた。そのためには，いつでも相談できること，ヘルパーの訪問が頻繁に得られること，デイサービス，ショートステイ，また，ナイトケア等の利用，介護者研修，家族の会等保健福祉サービスの充実が望まれる。

## 6. おわりに

今後，ますます増えるであろう在宅痴呆性老人を地域でどう支えていくか，ヘルパーに期待されている役割は大きい。ヘルパーの確保と質の向上を図るために，ホームヘルパー養成研修カリキュラム検討委員会により新しいカリキュラムが提言<sup>10)</sup>されているところだが，3段階の研修システムでそれぞれの特性があるにしても，住民にとっては同じヘルパーである。全体的にもっと痴呆に関する研修も必要ではないだろうか。最も住民に密着しているヘルパーが情報の発信地として，各職種，機関へと働きかけること，市町村が中心となりケアシステムを確立させていくことがすなわち，痴呆性老人のケアの向上につながると思われる。

(謝辞) 本調査を実施するにあたり，ご指導・ご助言頂きました御津保健所の保健婦の皆様，建部町役場のヘルパーの皆様に深く感謝致します。なお，この研究の一部は第54回日本公衆衛生学会で発表した。

### 引用文献・参考文献

- 1) 村田幸持，『週間保健衛生ニュース』，社会保険実務研究所，第 802号，9-11 (1995)
- 2) 厚生統計協会，『国民衛生の動向』，37-42 (1995)
- 3) 村田幸持，『週間保健衛生ニュース』，社会保険実務研究所，第 813号，32-37 (1995)
- 4) 厚生統計協会，『国民衛生の動向』，129-130 (1995)
- 5) 大塚俊男，『痴呆性老人に対する社会的対策の現状』，老年期痴呆臨床研究会編，老年期痴呆，Vol. 6，No. 3，49-56 (1992)
- 6) 佐々木健，『ボケても心は生きている～エスポアール病院の新たな挑戦～』，創元社，130 (1994)

- 7) 岡山県ホームヘルパー連絡協議会, 社会福祉法人岡山県社会福祉協議会, 『ホームヘルパー実態報告書』 (1992)
- 8) 村田幸持, 『週間保健衛生ニュース』, 社会保険実務研究所, 第 709号, 2-4 (1993)
- 9) 金子満雄, 『老人性痴呆の正しい知識』, 南江堂, 10 (1993)
- 10) 金田一郎, 『ホームヘルパー養成研修カリキュラム検討委員会報告書』, 長寿社会開発センター (1995)

(平成7年11月30日受付)  
(平成8年1月18日受理)