

Results of a Survey Based on Short-Stay Utilization for Dementia Elderly Person

Atsushi Kuchimura

ABSTRACT

The purpose of this survey is to contribute to significant short-stay utilization for dementia elderly person. This survey objects were 115 dementia elderly person who have used short-stay. Their intention of short-stay utilization, the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), the physical symptoms and the human relations under short-stay utilization were grasped in this survey.

The survey revealed the following :

- ① The user of about 30% used short-stay after having consented.
- ② The appearance rate of BPSD was higher than that of the physical symptoms.
- ③ As for BPSD, about three times the difference were seen at the appearance rate due to symptoms.
- ④ Both BPSD and the physical symptoms were a lot of tendencies in heavy dementia.
- ⑤ BPSD were a lot of tendencies in the person who was not consented to the short-stay utilization, when the person who did not understand the short-stay utilization is not included.
- ⑥ As for the human relations under short-stay utilization, the exchange with other users was more than the staff.

認知症高齢者のショートステイ利用に関する実態調査

口村 淳

I. はじめに

高齢者のショートステイは、家族の介護負担を軽減するための制度として一般に知られている。先行研究からも、介護負担の軽減や介護者へのレスパイトケア¹⁾としての効果は高いという報告がある（工藤 1997；立松・齋藤・西村 2001；安部・中林・梶田・成瀬 2001；東京都社会福祉協議会 2003）。しかし一方で、利用者である要援護高齢者にとっては、利用効果やサービス満足度には賛否両論がある。そのなかでも、認知症のある高齢者がショートステイを利用するに際しては、様々な指摘がされている（奥山・西下 1985；北川・中島・工藤 1991；阿部 1996；櫻井 1997）。例えば、ショートステイの利用に対して、本人の意思が確認されないまま利用にいたる実状がある。意思疎通の困難性や判断能力の低下から、利用への意向を確認し、本人が納得して利用することは容易ではない。その結果、ショートステイの利用直前あるいは施設に到着してから、利用者の不安が増長され、混乱が生じることも考えられる。

また、リロケーションダメージ²⁾が生じやすいことも報告されている（北川・中島・工藤 1991；久保川・京谷・森・ほか 1998；大淵・大西・佐藤 2001）。例えば、急激な環境の変化にともない、徘徊や妄想など認知症の周辺症状³⁾の悪化や、発熱などの身体症状が現れることなどである。こうした症状は、施設における援助を困難にすることにも関連する。さらに、在宅に戻ってからの状態が利用前より悪化し、かえって介護負担が増えてしまうことも懸念される。

そこで、本調査では、認知症高齢者にとって有意義なショートステイ利用に資する目的で、以下のことを明らかにしたい。第1に、ショートステイ利用に際する利用者本人の意向の把握、第2に、ショートステイ利用中における認知症の周辺症状や身体症状の出現状況、第3に、それらの症状に関係している要素はなにか、第4に、ショートステイ利用中の人間関係の状況把握、の4点である。

II. 調査方法

1. 対象施設

対象施設は、筆者が勤務するTショートステイ（滋賀県栗東市）である。Tショートステイは、1985年に開設された。現在、利用定員は28人であり、特別養護老人ホーム（定員90人：1967年開設）に併設されている。介護保険制度上では、併設型短期入所生活介護と称する。居室形態は、

個室（8室）と多床室（5室）の両方を有する。利用者の概況は、2005年度（2005年4月1日～2006年3月31日）の実績で、261人（男性63人、女性198人）であった。そのうち認知症高齢者は、2006年3月31日時点で、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（厚労省⁴⁾）におけるランクⅠが30人、ランクⅡが64人、ランクⅢが69人、ランクⅣが76人、ランクⅤが4人であった。全利用者にしめるランクⅠ以上の認知症高齢者の割合は、92.4%になる。

2. 対象者

2005年3月1日～31日の期間中に、ショートステイを利用した全利用者122人の中から、ランクⅠ以上に該当する115人を対象とした。期間中に2回以上利用がある場合は、最初の利用を対象とした。

3. 調査項目

本研究では、①ショートステイ利用への利用者の意向（以下、利用者の意向と略す）②認知症の周辺症状（以下、周辺症状と略す）、③身体症状、④スタッフとの関係、⑤他利用者との関係、の範疇について調査する。

具体的な調査項目と評価基準について表Ⅱ－1にまとめた。

利用者の意向については、岩下・横田（1989）の調査項目および大淵・大西・佐藤（2001）の調査項目を参考に、「納得している」「不十分ながら納得している」「納得していない」「理解していない」の4段階⁵⁾を設定した。周辺症状については、北川・中島・工藤（1991）の調査項目および高齢者ケアアセスメント事典（西・原2000）を参考に、徘徊⁶⁾、帰宅願望⁷⁾、夜間行動⁸⁾、妄想⁹⁾、訴えが多い¹⁰⁾（以下、多訴と略す）の5項目を選定し、それぞれに3段階尺度を設定した。身体症状については、大淵・大西・佐藤（2001）の調査項目を参考に、発熱¹¹⁾、不眠¹²⁾、食欲低下¹³⁾の3項目を選定し、それぞれ2段階尺度を設定した。スタッフとの関係および他利用者との関係については、長谷川（1985）および納谷（1982）の調査項目を参考にした。前者については、交流、援助への抵抗¹⁴⁾の2項目、後者については、交流、トラブル¹⁵⁾の2項目について、それぞれ3段階尺度を設定した。

表Ⅱ－１ 調査項目と評価基準

要 素		事 項	
認知症の周辺症状	徘徊	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上
	帰宅願望	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上
	夜間行動	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎晩みられる
	妄想	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上
	訴えが多い	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上
身体症状	発熱	なし あり	37℃以上の発熱がみられる場合
	不眠	なし あり	午後11時以降、何らかの理由で寝つけない状態が数時間以上続いた場合
	食欲低下	なし あり	食事摂取量が普段の半分以下の場合
スタッフとの関係	交流	ほとんどない ややある おおいにある	1人であることが多く、交流や会話がみられない 1人であることが多いが、誘うことで交流や会話がみられる 自発的な交流や会話がみられる
	援助への抵抗	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上
他利用者との関係	交流	ほとんどない ややある おおいにある	1人であることが多く、交流や会話がみられない 1人であることが多いが、誘われると仲間に入る 自発的な交流や会話がみられる
	トラブル	全くみられない 時々みられる 頻繁にみられる	0回 2～3日に1回程度 毎日1回以上

4. 使用データ

介護スタッフ、看護師および生活相談員が共同で記録する各利用者の「ケース記録」に記載されている内容を情報源とした。また、認知症やADLの判定には、要介護認定の際に必要な各利用者の主治医意見書¹⁶⁾を参考にした。

Ⅲ. 調査結果

1. 基本属性（表Ⅲ－1）

1) 性別

対象者115人中、男性が31人（27.0%）、女性が84人（73.0%）であった。

2) 年齢

対象者の年齢構成は、60代が5人（4.4%）、70代が24人（20.9%）、80代が48人（41.7%）、90代が37人（32.2%）、100代が1人（0.9%）であった。最低は61歳、最高は103歳で、平均年齢は85.0歳であった。

3) 要介護度

要介護1が18人（15.7%）、要介護2が22人（19.1%）、要介護3が35人（30.4%）、要介護4が28人（24.3%）、要介護5が12人（10.4%）であった。平均要介護度¹⁷⁾は、2.9であった。

4) 認知症の診断

脳血管性認知症が40人（34.8%）、老人性認知症が34人（29.6%）、アルツハイマー型認知症が22人（19.1%）、診断不明が12人（10.4%）、パーキンソン病が原因の認知症が4人（3.5%）、レビー小体型認知症が2人（1.7%）、アルコール性認知症が1人（0.9%）であった。

老人性認知症という呼び方は、一つの病気を指しているわけではなく、高齢者で認知症を示している状態をまとめた言い方である（日本痴呆ケア学会 2004：49）。よって、その中には脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症の人が含まれるものと推測されるが、ここでは主治医意見書に記載されている老人性認知症という診断名をそのまま用いた。

5) 認知症高齢者の日常生活自立度（認知症の程度）

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でみると、ランクⅠが11人（9.6%）、ランクⅡaが10人（8.7%）、ランクⅡbが18人（15.7%）、ランクⅢaが13人（11.3%）、ランクⅢbが36人（31.3%）、ランクⅣが27人（23.5%）であった。今回の対象者の中には、ランクⅤはみられなかった。ランクⅡaとⅡbとあわせると28人、ランクⅢaとⅢbを合わせると49人となる。大別すると、ランクⅢ（42.6%）に該当する人が最も多く、以下ランクⅡ（24.3%）、ランクⅣ（23.5%）、ランクⅠ（9.6%）となる。

6) 障害高齢者の日常生活自立度（ADL）

障害高齢者の日常生活自立度判定基準（厚労省¹⁸⁾）でみると、ランクJ2が15人（13.0%）、ランクA1が28人（24.3%）、ランクA2が16人（13.9%）、ランクB1が15人（13.0%）、ランクB2が29人（25.2%）、ランクC1が7人（6.1%）、ランクC2が5人（4.3人）であった。大別すると、ランクAとランクBがそれぞれ44人（38.3%）で最も多く、以下ランクJ（13.0%）、ランクC（10.4%）となる。

表Ⅲ－１ 基本属性

		総 数 115(100)			総 数 115(100)
性 別	男 性	31 (23.0)	認知症自立度	I	11 (23.0)
	女 性	84 (73.0)		Ⅱ a	10 (8.7)
年 齢	60～64	1 (0.9)		Ⅱ b	18 (15.7)
	65～69	4 (3.5)		Ⅲ a	13 (11.3)
	70～74	9 (7.8)		Ⅲ b	36 (31.3)
	75～79	15 (13.0)		Ⅳ	27 (23.5)
	80～84	18 (15.7)	障害自立度	J2	15 (13.0)
	85～90	30 (26.1)		A1	28 (24.3)
	90～94	23 (20.0)		A2	16 (13.9)
	95～99	14 (12.1)		B1	15 (13.0)
	100～	1 (0.9)		B2	29 (25.2)
要介護度	1	18 (15.7)		C1	7 (6.1)
	2	22 (19.1)		C2	5 (4.3)
	3	35 (30.4)			
	4	28 (24.3)			
	5	12 (10.4)			
認知症の診断	脳血管性	40 (34.8)			
	老人性	34 (29.6)			
	アルツハイマー型	22 (19.1)			
	診断不明	12 (10.4)			
	パーキンソン病	4 (3.5)			
	レビー小体型	2 (1.7)			
	アルコール性	1 (0.9)			

2. 利用者の意向

対象者115人について、ショートステイに対する利用者の意向を表Ⅲ－2に示した。「納得している」が32.3%で最も多く、次に「理解していない」が28.7%、「不十分ながら納得している」が27.0%、「納得していない」が12.2%の順となった。

表Ⅲ－2 ショートステイに対する利用者の意向

項 目	人 数	%
納得している	37	(32.3)
不十分ながら納得している	31	(27.0)
納得していない	14	(12.2)
理解していない	33	(28.7)
合 計	115	(100)

3. 認知症の周辺症状

ショートステイ利用中における周辺症状の出現状況を表Ⅲ－3に示した。「時々みられる」と

「頻繁にみられる」を合計した値で最も高かったのは同率で「徘徊」と「帰宅願望」31.3%であった。それに対して最も低かったのは「夜間行動」9.6%であった。

すなわち、周辺症状は種類によって出現率に約3倍の差があることがわかった。

表Ⅲ－3 周辺症状の出現状況

項 目	頻 度	人 数	%
徘徊	全くみられない	79	(68.7)
	時々みられる	21	(18.3)
	頻繁にみられる	15	(13.0)
帰宅願望	全くみられない	79	(68.7)
	時々みられる	23	(20.0)
	頻繁にみられる	13	(11.3)
夜間行動	全くみられない	104	(90.4)
	時々みられる	3	(2.6)
	頻繁にみられる	8	(7.0)
妄想	全くみられない	100	(87.0)
	時々みられる	13	(11.3)
	頻繁にみられる	2	(1.7)
多 訴	全くみられない	91	(79.1)
	時々みられる	11	(9.6)
	頻繁にみられる	13	(11.3)
合 計		115	(100)

4. 身体症状

利用中の身体症状の出現状況は表Ⅲ－4の通りである。最も高い割合で現れたのは「不眠」13.9%であった。それに対して、「食欲低下」7.0%が最も少なかった。

表Ⅲ－4 身体症状の出現状況

項 目	症状の有無	人数	%
発 熱	な し	101	(87.8)
	あ り	14	(12.2)
不 眠	な し	99	(86.1)
	あ り	16	(13.9)
食欲低下	な し	107	(93.0)
	あ り	8	(7.0)
合 計		115	(100)

5. 認知症の周辺症状と他要素との関係

周辺症状について、「ADL」、「認知症の程度」、「利用者の意向」といった他要素との関係をクロス表で観察する。

表Ⅲ－５は、ADL別にみた周辺症状の出現状況を示したものである。ここでは「時々みられる」と「頻繁にみられる」の合計値に注目したい。「徘徊」の項目では、ランクAが52.3%で最も多く、ランクCでは周辺症状がみられなかった。「帰宅願望」では、ランクJが46.6%で最も多く、ランクCでは周辺症状はみられなかった。「夜間行動」では、ランクAが15.9%で最も多く、ランクCではみられなかった。「妄想」は、ランクBが13.6%で最も多く、ランクAが11.4%で最も少なかった。「多訴」はランクBが27.3%で最も多く、ランクCが8.3%で最少であった。

すなわち、「帰宅願望」についてはADLが自立している利用者に多くみられる傾向があったが、それ以外の症状では、ADLの程度との関係はみられなかった。

表Ⅲ－５ ADL別にみた周辺症状の出現状況

		N	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC
全 体		115(100)	15(13.0)	44(38.3)	44(38.3)	12(10.4)
徘徊	全くみられない	79(68.7)	11(73.3)	21(47.7)	35(79.5)	12(100)
	時々みられる	21(18.3)	1(6.7)	14(31.8)	6(13.6)	0(0)
	頻繁にみられる	15(13.0)	3(20.0)	9(20.5)	3(6.8)	0(0)
帰宅願望	全くみられない	79(68.7)	8(53.3)	25(56.8)	34(77.3)	12(100)
	時々みられる	23(20.0)	5(33.3)	14(31.8)	4(9.1)	0(0)
	頻繁にみられる	13(11.3)	2(13.3)	5(11.3)	6(13.6)	0(0)
夜間行動	全くみられない	104(90.4)	14(93.3)	37(84.1)	41(93.1)	12(100)
	時々みられる	3(2.6)	0(0)	2(4.5)	1(2.3)	0(0)
	頻繁にみられる	8(7.0)	1(6.7)	5(11.4)	2(4.5)	0(0)
妄想	全くみられない	100(87.0)	13(86.7)	39(88.6)	38(86.4)	10(83.3)
	時々みられる	13(11.3)	2(13.3)	5(11.4)	4(9.1)	2(16.7)
	頻繁にみられる	2(1.7)	0(0)	0(0)	2(4.5)	0(0)
多 訴	全くみられない	91(79.1)	13(86.7)	35(79.5)	32(72.7)	11(91.7)
	時々みられる	11(9.6)	1(6.7)	6(13.6)	4(9.1)	0(0)
	頻繁にみられる	13(11.3)	1(6.7)	3(6.8)	8(18.2)	1(8.3)

表Ⅲ－６は、認知症の程度別にみた周辺症状の出現状況を示したものである。全ての項目において、ランクⅠでは周辺症状の出現はみられなかった。「時々みられる」「頻繁にみられる」の合計値から、最も出現が多かったランクをみると、「徘徊」の項目では、ランクⅢが47.0%、「帰宅願望」では、ランクⅢが44.9%、「夜間行動」ではランクⅣが26.0%、「妄想」はランクⅣが33.3%、「多訴」は29.6%となった。

すなわち、認知症の程度が重度の利用者に周辺症状が出現しやすく、それに対して、認知症が軽度の利用者には周辺症状が現れにくい傾向があることがわかった。

表Ⅲ－6 認知症の程度別にみた周辺症状の出現状況

		N	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ
全 体		115(100)	11(9.6)	28(24.3)	49(42.6)	27(23.5)
徘徊	全くみられない	79(68.7)	11(100)	25(89.3)	26(53.1)	17(63.0)
	時々みられる	21(18.3)	0(0)	1(3.6)	16(32.7)	4(14.8)
	頻繁にみられる	15(13.0)	0(0)	2(7.1)	7(14.3)	6(22.2)
帰宅願望	全くみられない	79(68.7)	11(100)	22(78.6)	27(55.1)	19(70.4)
	時々みられる	23(20.0)	0(0)	5(17.9)	16(32.7)	2(7.4)
	頻繁にみられる	13(11.3)	0(0)	1(3.6)	6(12.2)	6(22.2)
夜間行動	全くみられない	104(90.4)	11(100)	28(100)	45(91.8)	20(74.1)
	時々みられる	3(2.6)	0(0)	0(0)	2(4.1)	1(3.7)
	頻繁にみられる	8(7.0)	0(0)	0(0)	2(4.1)	6(22.3)
妄想	全くみられない	100(87.0)	11(100)	26(92.9)	45(91.8)	18(66.7)
	時々みられる	13(11.3)	0(0)	2(7.1)	4(8.2)	7(25.9)
	頻繁にみられる	2(1.7)	0(0)	0(0)	0(0)	2(7.4)
多 訴	全くみられない	91(79.1)	11(100)	26(92.9)	35(71.4)	19(70.4)
	時々みられる	11(9.6)	0(0)	2(7.1)	7(14.3)	2(7.4)
	頻繁にみられる	13(11.3)	0(0)	0(0)	7(14.3)	6(22.2)

表Ⅲ－7は、利用者の意向別にみた周辺症状の出現状況を示したものである。全ての項目において「納得している」では周辺症状はみられなかった。「時々みられる」「頻繁にみられる」の合計値から、最も出現が多かった項目を中心にみていくと、「徘徊」の項目では「納得していない」78.6%、「帰宅願望」では「納得していない」100%、「夜間行動」では「理解していない」24.2%、「妄想」では「納得していない」35.7%、「多訴」では「納得していない」85.7%であった。

「理解していない」を除いて考えた場合、「納得していない」人に多くみられる傾向があることがわかった。

表Ⅲ－７ 利用者の意向別にみた周辺症状の出現状況

		N	納得している	不十分ながら	納得していない	理解していない
全 体		115 (100)	37 (32.2)	31 (27.0)	14 (12.2)	33 (28.7)
徘徊	全くみられない	79 (68.7)	37 (100)	20 (64.5)	3 (21.4)	19 (57.6)
	時々みられる	21 (18.3)	0 (0)	6 (19.4)	7 (50.0)	8 (24.2)
	頻繁にみられる	15 (13.0)	0 (0)	5 (16.1)	4 (28.6)	6 (18.2)
帰宅願望	全くみられない	79 (68.7)	37 (100)	17 (54.8)	0 (0)	25 (75.8)
	時々みられる	23 (20.0)	0 (0)	11 (35.5)	7 (50.0)	5 (15.2)
	頻繁にみられる	13 (11.3)	0 (0)	3 (9.7)	7 (50.0)	3 (9.1)
夜間行動	全くみられない	104 (90.4)	37 (100)	30 (96.8)	12 (85.7)	25 (75.8)
	時々みられる	3 (2.6)	0 (0)	0 (0)	2 (14.3)	1 (3.0)
	頻繁にみられる	8 (7.0)	0 (0)	1 (3.2)	0 (0)	7 (21.2)
妄想	全くみられない	100 (87.0)	37 (100)	26 (83.9)	9 (64.3)	28 (84.8)
	時々みられる	13 (11.3)	0 (0)	5 (16.1)	3 (21.4)	5 (15.2)
	頻繁にみられる	2 (1.7)	0 (0)	0 (0)	2 (14.3)	0 (0)
多 訴	全くみられない	91 (79.1)	37 (100)	23 (74.2)	2 (14.3)	29 (87.9)
	時々みられる	11 (9.6)	0 (0)	4 (12.9)	5 (35.7)	2 (6.1)
	頻繁にみられる	13 (11.3)	0 (0)	4 (12.9)	7 (50.0)	2 (6.1)

6. 身体症状と他要素との関係

「身体症状」について、「ADL」、「認知症の程度」、「利用者の意向」との関係をクロス表で観察する。

表Ⅲ－８は、ADL別にみた身体症状の出現状況を示したものである。「発熱」の項目は、ランクCが50%で最も多く、ランクJでは症状はみられなかった。「不眠」はランクAが18.2%で最も多く、ランクCではみられなかった。「食欲低下」は、ランクCが85.3%で最も多く、ランクJとランクAではみられなかった。

すなわち、「発熱」と「食欲低下」はADLが低い人に多くみられたが、「不眠」に関しては、そのような傾向はみられなかった。

表Ⅲ－８ ADL別にみた身体症状の出現状況

		N	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC
全 体		115 (100)	15 (13.0)	44 (38.3)	44 (38.3)	12 (10.4)
発 熱	な し	101 (87.8)	15 (100)	42 (95.5)	38 (86.4)	6 (50.0)
	あ り	14 (12.2)	0 (0)	2 (4.5)	6 (13.6)	6 (50.0)
不 眠	な し	99 (86.1)	14 (93.3)	36 (81.8)	37 (84.1)	12 (100)
	あ り	16 (13.9)	1 (6.7)	8 (18.2)	7 (15.9)	0 (0)
食欲低下	な し	107 (93.0)	15 (100)	44 (100)	43 (97.7)	5 (41.7)
	あ り	8 (7.0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)	7 (58.3)

表Ⅲ－９は、認知症の程度別にみた身体症状の出現状況を示したものである。「発熱」はランクⅣが29.6％で最も多く、ランクⅠではみられなかった。「不眠」はランクⅣが29.6％で最も多く、ランクⅠとランクⅡではみられなかった。「食欲低下」はランクⅣが22.2％で最も多く、ランクⅠとランクⅡではみられなかった。

すなわち、重度の認知症の利用者に身体症状は多く、その反対に軽度の認知症の人には周辺症状は少ない傾向があることがわかった。

表Ⅲ－９ 認知症の程度別にみた身体症状の出現状況

		N	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ
全 体		115(100)	11(9.6)	28(24.3)	49(42.6)	27(23.5)
発 熱	な し	101(87.8)	11(100)	27(96.4)	44(89.8)	19(70.4)
	あ り	14(12.2)	0(0)	1(3.6)	5(10.2)	8(29.6)
不 眠	な し	99(86.1)	11(100)	28(100)	41(83.7)	19(70.4)
	あ り	16(13.9)	0(0)	0(0)	8(16.3)	8(29.6)
食欲低下	な し	107(93.0)	11(100)	28(100)	47(95.9)	21(77.8)
	あ り	8(7.0)	0(0)	0(0)	2(4.1)	6(22.2)

表Ⅲ－１０は、利用者の意向別にみた周辺症状の出現状況を示したものである。「発熱」は「理解していない」が27.3％で最も多く、「納得している」にはみられなかった。「不眠」は「理解していない」が30.3％で最も多く、「納得している」が2.7％で最も少なかった。「食欲低下」は「理解していない」が15.2％で最も多く、「納得していない」ではみられなかった。

「理解していない」を別枠で考えた場合、「不眠」は「納得していない」人に多くみられたが、それ以外の症状では、そのような傾向はみられなかった。

表Ⅲ－１０ 利用者の意向別にみた身体症状の出現状況

		N	納得している	不十分ながら	納得していない	理解していない
全 体		115(100)	37(32.2)	31(27.0)	14(12.2)	33(28.7)
発 熱	な し	101(87.8)	37(100)	27(87.1)	13(92.9)	24(72.7)
	あ り	14(12.2)	0(0)	4(12.9)	1(7.1)	9(27.3)
不 眠	な し	99(86.1)	36(97.3)	28(90.3)	12(85.7)	23(69.7)
	あ り	16(13.9)	1(2.7)	3(9.7)	2(14.3)	10(30.3)
食欲低下	な し	107(93.0)	36(97.3)	29(93.5)	14(100)	28(84.8)
	あ り	8(7.0)	1(2.7)	2(6.5)	0(0)	5(15.2)

7. スタッフとの関係

スタッフとの関係について表Ⅲ－11に示した。スタッフとの「交流」については、「ほとんどない」が54.8%で最も多く、次いで「ややある」34.8%、「おおいにある」10.4%であった。「援助への抵抗」については、「全くみられない」が79.1%で最も多く、次いで「時々みられる」15.7%、「頻繁にみられる」5.2%であった。

表Ⅲ－11 スタッフとの関係

項 目	頻 度	人 数	%
交 流	ほとんどない	63	(54.8)
	ややある	40	(34.8)
	おおいにある	12	(10.4)
援助への抵抗	全くみられない	91	(79.1)
	時々みられる	18	(15.7)
	頻繁にみられる	6	(5.2)
合 計		115	(100)

8. 他利用者との関係

他利用者との関係について表Ⅲ－12に示した。他利用者との「交流」について、「ややある」が40.0%で最も多く、「ほとんどない」34.8%、「おおいにある」25.2%の順であった。他利用者との「トラブル」については、「全くみられない」90.4%で最も多く、「時々みられる」7.8%、「頻繁にみられる」1.7%であった。

表Ⅲ－12 他利用者との関係

項 目	頻 度	人 数	%
交 流	ほとんどない	40	(34.8)
	ややある	46	(40.0)
	おおいにある	29	(25.2)
トラブル	全くみられない	104	(90.4)
	時々みられる	9	(7.8)
	頻繁にみられる	2	(1.7)
合 計		115	(100)

9. スタッフならびに他利用者との「交流」の関係

スタッフとの「交流」と他利用者との「交流」の関係をみるためにクロス表（表Ⅲ－13）を用いる。スタッフとの「交流」が「ほとんどない」に該当する人のなかでも、他利用者との「交流」については、「ややある」と「おおいにある」を合わせると30人（63人中）におよぶ。その一方で、他利用者との「交流」が「ほとんどない」に該当する人は、スタッフとの「交流」も33人（40人中）が「ほとんどない」に該当した。

すなわち、スタッフとの交流が少なくても、約半数の利用者は、他利用者と何らかの交流があることがわかった。その反対に、他利用者との交流がほとんどない場合は、スタッフとの交流もほとんどない場合が多いと言える。

表Ⅲ－13 「スタッフとの交流」と「他利用者との交流」の関係

		スタッフとの交流			合 計
		ほとんどない	ややある	おおいにある	
他利用者との交流	ほとんどない	33	7	0	40(34.8)
	ややある	25	17	4	46(40.0)
	おおいにある	5	16	8	29(25.2)
合 計		63(54.8)	40(34.8)	12(10.4)	115(100)

IV. 考 察

1. 利用者の意向

ショートステイは家族の介護負担を軽減することを目的としたサービスであるため、その利用の決定には、利用者の意向がほとんど反映されないと指摘される（田中1998）。しかし、利用者の意向を無視し、利用にいたった場合、利用後の状態がかえって悪化することもあると考えられるため、利用に際して利用者の意向を勧誘することは重要である。そこで本研究では、認知症のある利用者115人に対してサービス利用に対する意向を調査した。その結果、「納得している」人が32.3%と最も多かった。しかし、「不十分ながら納得している」人が27.0%、「納得していない」人が12.2%みられた。また、認知症のため判断能力が低下しており、利用自体を「理解していない」人が28.7%みられた。つまり、納得して利用している人は約3割で、それ以外の人、その主旨を十分に理解できないまま利用していることになる。

ショートステイに限らず、福祉サービスを利用する上で、利用者本人がサービスに対して納得し理解していることが重要であることは言うまでもない。しかし、ショートステイは在宅の介護者の負担軽減を主要な目的としていることから、利用者自身の理解度や納得度が低い傾向にあることは

否めない。

立松・齋藤・西村（2002）は、ショートステイの利用回数が多い利用者は、利用回数の少ない利用者より高い効果が得られたことを報告している。また、波江・湯浅・今村・ほか（1999）は、利用者が円滑に施設に適応するための要因として、スタッフが利用者のことを熟知し、どのように援助すれば落ち着くのかを把握していることが重要であると述べている。こうした先行研究の結果をふまえ、認知症高齢者のショートステイ利用においては、利用者が納得していないから利用すべきではないという議論ではなく、根気よく、長期的な視点に立って、利用者に関わる必要があると考える。

2. 周辺症状ならびに身体症状の出現状況

ショートステイは急激な環境の変化をとまなうサービス形態であるため、利用者がリロケーションダメージを受けやすいとも言われる。特に認知症高齢者の場合、その傾向が顕著に現れる。そのため本研究では、利用中の周辺症状と身体症状の出現状況について調査を行った。その結果、周辺症状について、症状がみられる割合が高かったのは、徘徊（31.3%）、帰宅願望（31.3%）、多訴（20.9%）であった。身体症状については、不眠が13.9%で最も多かった。

今回の調査では、身体症状よりも周辺症状が多く出現することがわかった。雨宮（2004：73）は、「認知症高齢者は、頭痛、腹痛、歯痛などの苦痛を言葉で表現して伝えることができないため、多動、不穏、興奮、大声、不眠などの行動で表現する結果になる」と述べている。つまり、周辺症状や身体症状は、それぞれが別々に存在するのではなく、両者が互いに関連している可能性があることを、援助者は念頭におく必要がある。

今回の調査は、1回の利用中における状態の調査であるため、経過にとまなう心身状態の変化については、把握できていない。よって、今後は利用回数や利用日数の蓄積による変化を追跡調査する必要があると考える。

3. 周辺症状ならびに身体症状と他要素との関係

周辺症状や身体症状について、他要素とクロス集計することでその関係を観察した。本調査では、ADL、認知症の程度、利用者の意向の3つの要素との関係を取り上げた。

周辺症状の出現傾向として、認知症の重度の人に多くみられる傾向があることがわかった。しかし、ADL別にみた場合、「帰宅願望」についてはADLの程度と出現傾向の関係が確認できたが、それ以外はADLの程度との関係はみられなかった。利用者の意向との関係では、「理解していない」を除外して考えた場合、「納得していない」人に多くみられる傾向がわかった。

身体症状の出現傾向としては、認知症の重度の人に多くみられる傾向があることがわかった。しかし、ADL別にみた場合、症状によって出現傾向は様々であり、ADLの程度との関係は確認できなかった。また、利用者の意向についても、明確な関係はみられなかった。

4. 利用中の人間関係

2002年に東京都社会福祉協議会が都内のショートステイ事業所を利用した507人の利用者および家族に対して実施した調査結果をみると、ショートステイを利用して困ったこととしては、「職員が忙しく声をかけにくかった」(22.3%)が最も多く、次いで「何もすることがなく退屈だった」(22.1%)であった(東社協 2003 : 26)。こうした調査結果からも、ショートステイ利用中における人間関係も、サービス利用効果や満足度に関わる重要な要因であると考ええる。そこで、本研究では、利用中のスタッフならびに他利用者との関係を調査した。その結果、スタッフとの交流については、「ややある」と「おおいにある」を合わせて45.2%、他利用者との交流は「ややある」「おおいにある」を合わせて65.2%であった。また、スタッフの援助に対して抵抗がみられる割合は、「時々みられる」「頻繁にみられる」を合わせると20.9%であった。他利用者とのトラブルは「時々みられる」「頻繁にみられる」を合わせ9.5%とほとんどみられなかった。

調査結果から、スタッフとの交流よりも、他利用者との交流のほうが多い傾向があることがわかった。ショートステイは、岡村・萩原(1994)が指摘するように「施設機能利用サービス」であり、入所施設と同じ人員配置基準で、サービスが提供される。他の在宅サービスと比べると人員不足感是否めない。その結果、利用者が忙しく動き回るスタッフに遠慮してしまい、交流する機会が少なくなる傾向にあると筆者は推測している。そういう意味では、可能な限り、スタッフから利用者へ関わることで、利用者が気兼ねなく交流できるような環境を整備することが重要と考える。

V. まとめ

本研究は、認知症高齢者にとって有意義なショートステイ利用に資する目的で、ショートステイを利用する認知症高齢者115人を対象に実態調査を実施し、利用者の意向、周辺症状ならびに身体症状の出現状況、利用中の人間関係の実態を把握したものである。その結果をまとめると以下の通りである。

- ①納得してショートステイを利用している人は約3割であった。
- ②身体症状よりも周辺症状の出現率が高かった。
- ③周辺症状は、症状によって出現率に約3倍の差がみられた。
- ④周辺症状、身体症状ともに、認知症が重度の人に多くみられる傾向がわかった。
- ⑤周辺症状では、「理解していない」を除いた場合、利用を「納得していない」人に多くみられる傾向がわかった。
- ⑥利用中の人間関係では、スタッフよりも他利用者との交流が多いことがわかった。

【注】

- 1) 障害者を抱えた家族の介護からの一時的な解放を目的にした援助をいう。ホームヘルパーの派遣などによるインホームサービスと施設などのショートステイ利用によるアウトオブホームサ

ービスの2種類がある。 山縣文治・柏女霊峰編（2000）『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房,「レスパイトケア」（小澤温）。

- 2) 高齢期になるにつれ流動性機能が低下傾向を示し、環境の変化に対する適応力が低下したり、適応に時間がかかりやすくなる。このため、住み慣れた居住の移転など大きく環境が変化する際に混乱したり抑うつ状態が出現するなど不適応症状に陥ることも少なくない。一方で介護上の問題から病院や介護施設の入退所を短期間で繰り返すことを余儀なくされることも多く、それをきっかけに行動障害が出現したり要介護状態が悪化することもある。このように生活の場が変わることによる悪影響のことをリロケーションダメージという。 山縣文治・柏女霊峰編（2000）『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房,「リロケーションダメージ」（濱田和則）。
- 3) 認知症の症状は中核症状と周辺症状に大別することができる。中核症状とは、記憶障害・見当識障害・失行・失認など、認知症高齢者のほとんどにみられる症状である。周辺症状とは、うつ状態・意欲の低下・妄想などの精神症状と、徘徊・粗暴行為・異食などの行動障害に分類され、すべての認知症高齢者にみられる症状ではない。
- 4) この基準において、ランクⅠとは「何らかの認知症を有するが日常生活は家庭及び社会的にはほぼ自立している」、ランクⅡとは「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」、ランクⅢとは「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする」、ランクⅣとは「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」、ランクⅤとは「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」と定義されている。
- 5) 「納得している」には、積極的に利用する、自分から進んで利用するが含まれる。「不十分ながら納得している」とは、あまり利用したくないが、家族のことを考えると仕方がないといった相反する感情がある場合を指している。「納得していない」とは、利用したくないが半強制的に利用することになった、あるいは、本当のことを伝えられずに利用することになった場合等を指している。「理解していない」には、認知症による判断能力の低下により、利用していること自体がわからない場合を含む。
- 6) 一般的には「目的もなく動き回る移動のこと」をいう。また、医学的にもほぼ同様のとらえ方をされている。
- 7) 一般的には「家に帰ることを望み、そのことを発言したり、行動に移すこと」をいう。
- 8) 「夜間に起こるあらゆる行動障害のこと」をいう。「昼夜逆転」という言葉がよく用いられるが、昼夜逆転自体が問題ではなく、本来、就寝時間帯である夜間に何らかの行動を起こすために問題となるという視点から、ここでは夜間行動という言葉を採用する。
- 9) 「現実にあてはめられなかったり、明らかに間違っているにもかかわらず、事実と確信しており訂正が不可能な精神症状のこと」をいう。
- 10) 「日常生活において、他者に対して執拗に自分の思いを訴え続ける行動であり、それが常軌を

逸していること」をいう。多訴ともいう。

- 11) 利用中に一度でも 37℃以上の発熱があった場合を、「発熱あり」とした。
- 12) 何らかの原因により、寝つけない、熟睡できない、睡眠が妨げられる場合を取り上げた。具体的には、午後 11 時以降、上記の状態が数時間以上続いた場合を「不眠あり」とした。
- 13) 食事摂取量が、普段の半分以下の場合を「食欲低下あり」とした。
- 14) スタッフの援助に対して、何らかの言動による抵抗がみられた場合を取り上げた。
- 15) 他の利用者に対する言動の結果、口論、喧嘩となったり、迷惑をかけた場合を取り上げた。
- 16) 要介護認定に必要な書類で、本人の心身の状態や介護に関する意見等について主治医の所見を記したもの。
- 17) 要介護度に人数を乗じ、これを全利用者数で除した数。
- 18) この基準において、ランク J とは「何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる」、ランク A とは「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない」、ランク B とは「屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ」、ランク C とは「一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する」と定義されている。

【引用文献】

- 阿部哲也（1996）「在宅痴呆性老人に対するショートステイサービス」『在宅痴呆性老人に対する各種支援サービスの効果に関する研究』日本社会事業大学、368－81。
- 安部良・中林美奈子・梶田悦子・成瀬優知（2001）「家族介護者のショートステイサービス利用実態に関する調査」『富山医科薬科大学看護学会誌』1（4）、109－15。
- 雨宮克彦・雨宮洋子（2004）『老年期痴呆のケア実践』一橋出版。
- 岩下清子・横田喜久恵（1989）「ショートステイ利用の満足度及び在宅療養への影響」『月刊福祉』72（8）、72－133。
- 大淵律子・大西和子・佐藤敏子（2001）「高齢者のショートステイ利用により心身の変化」『三重看護学会誌』3（2）、145－54。
- 岡村裕・萩原清子（1994）「要介護高齢者に対するショートステイサービスの再検討：施設機能利用サービスとしての問題点」『長野大学紀要』15（4）、402－413。
- 奥山正司・西下彰俊（1985）「在宅痴呆老人への家族的援助とショート・ステイ・サービス」『季刊社会保障研究』21（2）、180－203。
- 北川公子・中島貴恵子・工藤禎子（1991）「痴呆性老人のショートステイ利用に関する状態評価の研究」『社会老年学』34、67－76。
- 工藤一彦（1997）「在宅介護者におけるショートステイ利用の効果：携帯型生理機能測定法を用いた勤労女性の生理機能評価」『平成9年度厚生科学研究費補助金（保健医療福祉地域総合調査研究事業）報告書』。

- 久保川真由美・京谷久子・森裕子・小玉敏江（1998）「ショートステイの実態と問題点」『看護』50（15）、197－207。
- 櫻井浩之（1997）「ショートステイ制度の現状と課題：統計的データと事例による考察」『老年精神医学雑誌』8（8）、810－19。
- 立松麻衣子・齋藤功子・西村一朗（2001）「在宅介護者の介護負担感とショートステイ利用効果」『日本家政学会誌』52（7）、617－626。
- 立松麻衣子・齋藤功子・西村一朗（2002）「在宅要援護高齢者のショートステイ利用効果」『日本家政学会誌』53（4）、61－71。
- 田中治和（1998）「老人短期入所運営事業に関する批判的考察：特別養護老人ホームA荘に併設するショートステイ事業の利用実態等から」『東北福祉大学研究紀要』23、51－62。
- 東京都社会福祉協議会編（2003）『ショートステイの利用に関する「ニーズ」と「サービス調整」の実態調査結果報告書』東京都社会福祉協議会。
- 波江綾子・湯浅美千代・今村美葉・野口美和子（1999）「ショートステイを利用する痴呆性老人の施設入所時の適応」『日本看護学会論文集 老人看護』30、3－5。
- 納谷敦夫・横山淳二・岡田英明・浅尾博一（1982）「慢性分裂病患者の病棟における行動評価：Wingの病棟評価尺度の応用」『臨床精神医学』11（8）、1004－1011。
- 西三郎・原慶子（2000）『高齢者ケアアセスメント事典：介護サービス計画策定の基礎知識』メヂカルフレンド社。
- 日本痴呆ケア学会編（2004）『痴呆ケアの基礎』ワールドプランニング。
- 長谷川和夫（1985）「高齢期痴呆のデイケアについての精神医学的研究」『高齢者痴呆等の医学医療に関する研究業績年報』1（1）、106－112。