

2000年4月から介護保険制度が施行され、ゴールドプラン21でも、具体的施策のひとつとして痴呆性高齢者支援対策の推進が掲げられている。

H市では高齢化の進行に伴い、高齢者のみの世帯と一人暮らし老人世帯が増加している。高齢者のみの世帯は平成10年度16.3%、平成11年度19.3%、一人暮らし世帯は平成10年度5.6%、平成11年度5.9%であり、高齢者のみの世帯については全国平均に類似している。当市で行っているボケ老人の家族の会、痴呆介護セミナーの状況をもても、痴呆性老人とは別居している実子の参加や相談が目立ってきている。これは核家族化など家族形態の変化の表れのひとつと思われる。

痴呆症の介護は単に身体障害をもつ高齢者のそれと異なり、さまざまな問題行動や、不安や抑うつなど精神面での不安定さが前面に出現し、介護者は痴呆性老人から常に目を離せない状況におかれるため、時間的、身体的な拘束感に加えて、精神面にも大きな拘束感を感じるといわれている¹⁾。また、痴呆症状は常に一定の状態を示さないことから、介護者を取り巻く家族や親族の理解、協力を得られにくく、そのことが介護者の介護負担感を増す一因となっていることがある。こうした介護者の問題を深刻化させないため、当市では痴呆性老人対策事業の一環として平成5年7月から保健師による痴呆電話相談を開設した。

本稿では、当市の痴呆電話相談における相談者の実態を分析し、電話相談の役割と今後の保健事業のあり方を検討していく。

痴呆電話相談は平成5年7月から市独自の事業として、1本の専用電話を開設し実施している。担当者は地区担当を1年以上経験した保健師のなかから5人選出し、指定相談日一日に対し保健師一人が担当するようローテーションを組んだ。すべての相談は保健師経験10年のリーダーに報告し、指導を受けながら実施した。

住民への周知は平成10年度から市の広報紙を通じて行っている。平成12年度からは開設日を従来の第2・4火曜日から毎週火曜日へと拡大している。

保健師が継続支援の必要性を判断した場合は、相談者の同意を得て地区担当保健師等へ引き継ぎ、家庭訪問、ボケ老人の家族の会、電話相談の続行などの継続支援をしている。

相談の記録については、痴呆電話相談専用の相談票を作成し、相談1件ごとに1枚の相談票へ相談終了後に記入する。相談票は受信時間、相談者と被介護者の氏名（匿名希望の場合は省略）、年齢、性別、連絡先、厚生労働省痴呆ランク、厚生労働省障害老人の日常生活自立度（以下ADLランク）、相談主訴、症状、電話相談の情報把握経路、医療機関の受診の有無、相談後の感想、保健師の助言内容、継続支援の必要性の判断等からなっている。相談時間は、午前9時から11時30分と午後1時から4時であるが、時間外および指定相談日以外であっても相談を受けつけ、相談票に記入した。

II 調査方法

1. 対象

平成11年度4月から3月の1年間に受信した相談103件と、平成12年度4月から9月までの半年間に受信した相談103件、計206件分の相談票を分析した。

なお、分析対象は、指定相談日の相談159件と、指定相談日以外の痴呆症に関する相談47件である。指定相談日以外の担当者は特に定めず、電話を受信した保健師が対応したが、いずれも1年以上の地区担当保健師の経験を持つ者であった。指定相談日以外の相談での被介護者が痴呆症かどうかについての判断は、痴呆症の判定基準を基に、相談時に情報収集を行い保健師が判断した。例えば、物忘れを訴えた場合、その物忘れの内容や程度等を聞き取り、痴呆症が疑われるときには、分析対象とした。

2. 方法

1) チェックリストの作成

相談票の記録内容を分析するためのチェックリストを作成した。作成方法は、まず調査メンバー全員で、相談票の記録内容を概観して基本的な項目を列挙し、さらに6事例を詳細に検討して不足する項目を追加し、項目を3つに分類した。すなわち〈被介護者のプロフィール〉、〈相談者のプロフィール〉、〈相談内容〉である。〈被介護者のプロフィール〉は、相談を受信した保健師がききとりから判断した問題行動（精神症状10項目、行動異常10項目）である。また属性として、被介護者のADLランク、保健・医療（痴呆症に関して診

断および治療を受けている者)・福祉サービス利用状況(平成12年度は介護保険の利用状況)を追加した。なおADLランクは、相談時に聴き取った状況を判定基準にあてはめ、判別可能なもののみを分析対象とした。〈相談者のプロフィール〉には、保健師が相談中に認識した介護困難感(精神的介護困難感・身体的介護困難感・社会的介護困難感・経済的困難感²⁾)が属した。社会的介護困難感とは、地域社会の中で孤立している、家族の協力が得られないなどが該当する。また属性として相談者の続柄、同居の有無を追加した。〈相談内容〉は、22項目に分類した。

問題行動、相談内容については相談者によって同じ問題を抱えていても重み付けが異なっていることが感じられたため、相談者が最も問題としていた訴えを1位とし、その他の訴えについては、相談票を読みとりながら2位、3位と順位付けを行った。

2) 分析方法

分類した内容をクロス表に整理し、項目間の関連を検討した。検定には χ^2 検定を用い、検定ソフトにはSPSS10.0Jを用いた。

Ⅲ 結 果

1. 被介護者のプロフィール

年齢は、45～64歳が16件(7.8%)、65歳以上が155件(75.2%)、不明が35件(17.0%)であった。

ADLランクは、Jランクが最も多く143件(69.4%)であった。医療を受けていることが確認された者は、101件(49.0%)、福祉サービスは48件(23.3%)、保健サービスは6件(2.9%)であった。また、介護保険の申請が済んでいる者、認定を受けている者(平成12年度のみ)は25件(24.3%)であった。

被介護者の問題行動ごとの順位別件数を表1に示す。問題行動の1位では物忘れが65件(33.0%)と最も多く、1位から3位までの合計においても106件(25.9%)と同様であった。

2. 相談者のプロフィール

相談者の続柄と同居の有無を表2に示す。別居者からの相談は87件で全体の42.2%であり、なかでも別居の娘からの相談は60件と別居の69.0%を占めており最も多かった。なお、別居の娘の相談後、保健師が継続してケースにかかわった件数は

表1 被介護者の問題行動

	1位		2位		3位		合計	
	件	%	件	%	件	%	件	%
物忘れ	65	33.0	30	21.4	11	15.3	106	25.9
妄想	40	20.3	8	5.7	6	8.3	54	13.2
見当識障害	20	10.2	20	14.4	12	16.7	52	12.7
徘徊、行方不明	13	6.6	7	5.0	5	6.9	25	6.1
失禁	12	6.1	9	6.4	3	4.2	24	5.9
夜間不穏	7	3.6	8	5.7	7	9.7	22	5.4
抑うつ、心気症	8	4.1	9	6.4	4	5.5	21	5.1
興奮	5	2.5	10	7.2	6	8.3	21	5.1
その他の精神症状	6	3.0	12	8.6	1	1.4	19	4.7
拒絶	6	3.0	4	2.9	4	5.5	14	3.4
排泄に関する行動異常	7	3.6	4	2.9	1	1.4	12	3.0
乱暴	4	2.0	5	3.6	2	2.8	11	2.7
その他の行動異常	3	1.5	3	2.1	3	4.2	9	2.2
火、水の不始末の危険	0	0.0	3	2.1	3	4.2	6	1.5
不機嫌状態	1	0.5	3	2.1	1	1.4	5	1.2
大声	0	0.0	2	1.4	2	2.8	4	1.0
異常習癖行動	0	0.0	1	0.7	1	1.4	2	0.5
過食	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.2
拒絶	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.2
合計	197	100.0	140	100.0	72	100.0	409	100.0

表2 相談者の続柄と同別居の状態

	同居		別居	
	件	%	件	%
妻	25	21.4	2	2.3
娘	12	10.3	60	69.0
嫁	49	41.9	12	13.8
夫	12	10.3	0	0.0
息子	11	9.2	3	3.5
孫	0	0.0	1	1.1
その他・不明	8	6.9	9	10.3
合計	117	100.0	87	100.0

続柄、同別居の状態不明 2件(1.0%)

17件で、相談継続ケース全体82件の20.7%を占めていた。

相談票から読み取れた相談者の介護困難感の件数を表3に示す。相談者の介護困難感には104件(50.5%)に認められ、精神的介護困難感あり89件、次いで社会的介護困難感あり33件、身体的介護困難感あり28件、経済的困難感あり8件で、102件については介護困難感が認められなかった。また介護困難感が2つ以上あると思われた相

表3 相談内容別の相談者の介護困難感・相談継続状況

相談内容	相談者の介護困難感(複数回答)※												相談継続状況※※																		
	精神的介護困難あり n=89				社会的介護困難あり n=33				身体的介護困難あり n=28				経済困難あり n=8				介護困難感なし n=102				相談継続 n=82				相談終了 n=124						
	件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2		件	%	χ^2
在宅福祉サービスの情報照会	11	31.4		9	25.7		4	11.4	1	2.9		18	51.4		12	34.3	23	65.7	*												
保健サービスの情報照会	0	0.0		2	28.6		1	14.3	0	0.0		4	57.1		5	71.4	2	28.6													
入所,入院施設の情報照会	5	35.7		4	28.6		3	21.4	3	21.4		5	35.7		3	21.4	11	78.6													
痴呆の専門医療機関の情報照会	6	24.0		0	0.0		2	8.0	0	0.0		18	72.0		8	32.0	17	68.0													
ホームドクターの情報照会	1	100.0		0	0.0		0	0.0	0	0.0		0	0.0		0	0.0	1	100.0													
症状の照会	8	22.2		1	2.8		1	2.8	0	0.0		26	72.2		8	22.2	28	77.8	*												
受診の必要性の確認	14	46.7		4	13.3		3	10.0	0	0.0		17	56.7		9	30.0	21	70.0													
今後の見込み	9	47.4	*	5	26.3	*	2	10.5	0	0.0		8	42.1		4	21.1	15	78.9													
家族や他の介護者,家族外の不満,苦情	11	78.6	*	6	42.9	*	1	7.1	0	0.0		3	21.4		7	50.0	7	50.0													
主介護者に対する心配,相談	6	25.0		3	12.5		2	8.3	0	0.0		16	66.7		11	45.8	13	54.2													
制度に対する苦情	2	40.0		2	40.0		1	20.0	1	20.0		1	20.0		2	40.0	3	60.0													
質的,人的苦情(病院福祉サービスなど)	1	20.0		1	20.0		0	0.0	0	0.0		3	60.0		2	40.0	3	60.0													
治療内容に対する苦情	0	0.0		0	0.0		0	0.0	0	0.0		2	100.0		1	50.0	1	50.0													
受診への不安	3	75.0		1	25.0		0	0.0	0	0.0		1	25.0		2	50.0	2	50.0	***												
精神症状への介護方法の照会	47	61.8	***	9	11.8	*	10	13.2	***	1	1.3	29	38.2		45	59.2	31	40.8	***												
行動異常への介護方法の照会	17	68.0	*	5	20.0		13	52.0	***	0	0.0	7	28.0		19	76.0	6	24.0	***												
身体介護の方法の照会	4	100.0		1	25.0		3	75.0	*	0	0.0	0	0.0		3	75.0	1	25.0													
相談者の感情の表出	28	93.3	***	11	36.7	**	8	26.7	*	2	6.7	2	6.7		14	46.7	16	53.3													
保健師の直接的な援助の希望	6	54.5		1	9.1		2	18.2		0	0.0	5	45.5		11	100.0	0	0.0													
介護役割に対する相談	4	44.4		3	33.3		1	11.1		0	0.0	4	44.4		4	44.4	5	55.6													
薬について	1	33.3		0	0.0		0	0.0		0	0.0	2	66.7		0	0.0	3	100.0													
制度の問い合わせ	2	66.7		0	0.0		2	66.7		0	0.0	1	33.3		0	0.0	3	100.0													
その他	1	33.3		0	0.0		1	33.3		0	0.0	2	66.7		1	33.3	2	66.7													

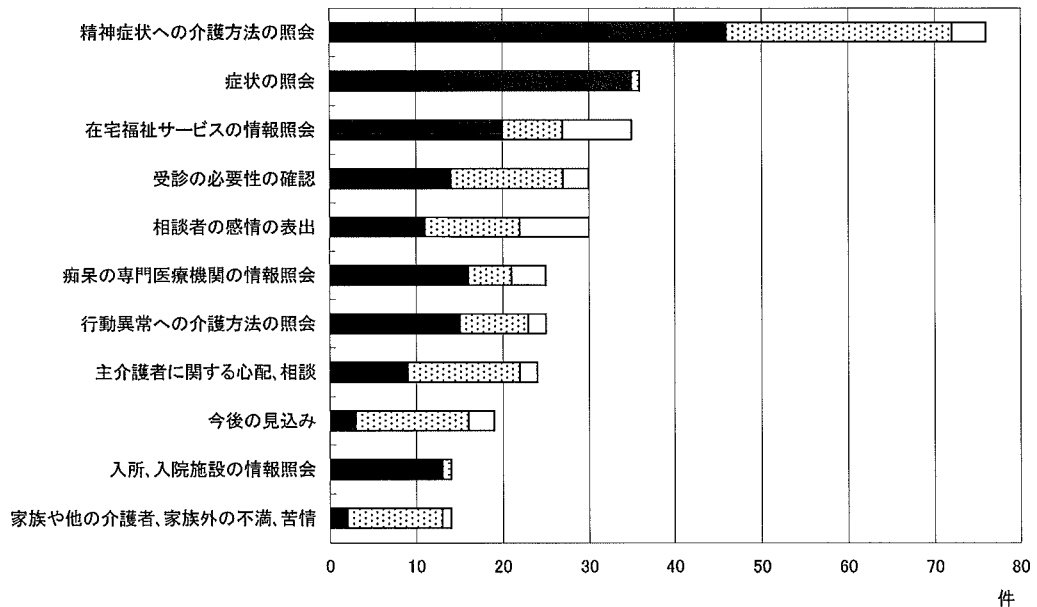
※ 検定方法 当該の相談内容以外を「その他」として, 2×2のクロス集計後, χ^2 検定した

※※ 検定方法 当該の相談内容以外を「その他」として, 2×2のクロス集計後, χ^2 検定した

* : $P < 0.05$ ** : $P < 0.01$ *** : $P < 0.001$

図1 相談内容（上位10項目まで）

相談の優先順位: ■ 1位 □ 2位 □ 3位



談者は42件で、介護困難感のみられた相談の40.4%を占めていた。

3. 相談内容

相談内容項目ごとの優先順位1位から3位までの総計、上位10項目までを図1に示す。精神症状への介護方法の照会が最も多く、1位から3位までを合計して76件であった。次いで、症状の照会36件、在宅福祉サービスの照会35件、受診の必要性の確認30件、相談者の感情の表出30件と続いた。

4. 相談内容別の介護困難感の状況

相談内容別の介護困難感の状況を表3に示す。相談者の感情の表出では、精神的 ($P<0.001$)、社会的 ($P<0.01$)、身体的 ($P<0.05$) 介護困難感が共通して有意に多く認められた。精神症状の介護方法の照会の相談者は精神的介護困難感 ($P<0.001$) が、行動異常への介護方法の照会の相談者には身体的介護困難感 ($P<0.001$)、精神的介護困難感 ($P<0.05$) が有意に多く認められた。

5. 相談継続状況

相談内容別の相談継続状況を表3に示す。相談内容をみると、精神症状への介護方法の照会、行動異常への介護方法の照会に継続支援をしている ($P<0.001$)。相談者の感情の表出については、介護困難感と関連がみられているものの、相談継続

には関連がなかった。

介護困難感の出現件数と相談継続状況を表4に示す。相談継続となった相談者に、精神的介護困難感 ($P<0.01$)、社会的介護困難感 ($P<0.05$)、身体的介護困難感 ($P<0.05$) が有意に多く認められた。

相談継続後の保健師の援助内容は、介護保険施行前では施設や福祉関係担当者とのサービスについての連絡調整、介護保険施行後では介護保険利用の導入援助等であった。また、介護保険施行前後に共通する援助内容は、介護方法指導、受診勧奨と援助、家族会への参加を促す等であった。

相談日と相談継続状況の関係では、指定相談日以外の相談47件のうち、相談継続となったものは32件 (68.1%) であり、有意に相談継続となっていた ($P<0.001$)。指定相談日以外の相談は、平成11年度が年間27件、平成12年度は半年で20件であり、平成12年度から相談日を拡大したが、指定相談日以外の相談は同様に続いている状況にある。

相談日と介護困難感の関係について表5に示す。指定相談日以外の相談者は、身体的介護困難感が有意に多かった ($P<0.05$)。

6. 保健師の経験年数と相談内容

調査期間で痴呆電話相談の受信をした保健師

表4 相談者の介護困難感と相談継続状況

	精神的介護 困難感あり			社会的介護 困難感あり			身体的介護 困難感あり			経 済 困難感あり			合 計	
	件	%	χ^2	件	%	χ^2	件	%	χ^2	件	%	χ^2	件	%
相談継続	46	56.1	**	20	24.4	*	16	19.5	*	3	3.7		82	100.0
相談終了	43	34.7		13	10.5		12	9.7		5	4.0		124	100.0

※ 検定方法 当該介護困難感以外を「その他」として、2×2のクロス集計後 χ^2 検定した

*: $P < 0.05$ **: $P < 0.01$

表5 相談日と身体的介護困難感の関係

	身体的介護困難感				χ^2
	あり		なし		
	件	%	件	%	
指定相談日	17	10.7	142	89.3	*
指定相談日以外	11	23.4	36	76.6	

*: $P < 0.05$

は、保健師経験10年以上8人と4年以下15人であった。チェックリストの項目について経験年数別に分析すると、精神的介護負担感については10年以上の保健師の方が40件と多く認識し、相談票に記録として残している傾向があった($P=0.05$)。しかし、他の項目については、経験年数の違いはみられなかった。

IV 考 察

1. 相談者の状況

第一に高齢者世帯が増加するなかで、別居者からの相談が4割を超えていることは、当市の高齢者のみの世帯と一人暮らし老人世帯の増加を反映するところとなっている。社団法人「呆け老人をかかえる家族の会」を対象にした全国調査によると、1991年の調査では別居の介護者が介護者全体の8.7%であったのに対し、1999年では27.8%に上昇している。また、この調査結果では痴呆高齢者と同居している平均家族世帯人数は1991年には4.9人、1999年では3.7人であった^{3,4)}。これらの結果から痴呆高齢者を抱える世帯において、世帯の縮小化が生じていることがわかる。この世帯規模の変化と相談の媒体が電話であったことが、別居者からの相談が多かった理由と考えられる。

第二に本調査では、相談継続ケースの2割あま

りが別居の娘からの相談であったことから、別居の娘が痴呆性老人の介護に何らかの形で関与していることが推測された。世帯の縮小とともに別居介護のような介護形態や、介護は同居の長男の嫁が行うものといった従来の介護の役割期待の考え方に変化が起り、同居の嫁以外の続柄、特に娘が介護の役割を担っているのかもしれない。高齢者は、情緒的一体感を持つ者との間でサポートの授受を行っており、同居の嫁よりも別居の娘への情緒的一体感を感じているという報告があり⁵⁾、親側の背景も別居の娘から多数の相談があった原因のひとつと考えられる。今後、介護の役割期待や介護形態の変化に対応した保健サービスの提供を行っていくことが求められている。

第三に、約半数の相談者において介護困難感が認められ、そのうち精神的介護困難感が最も多かった。また社会的介護困難感が身体的介護困難感よりも多かったこと、2つ以上の介護困難感を持つ介護者が多いことが特徴であった。痴呆性老人の介護者の心身のストレス症状は、痴呆の症状に対応することが困難であるという負担感、痴呆高齢者の今後の症状の変化やその介護について心配であるという負担感、家族や親戚との人間関係がうまくいかないという負担感により生じているという報告がある⁶⁾。今回の調査でも、相談者には精神的、社会的介護困難感が多く、これらが重複している傾向が認められたことなどから、痴呆性患者の介護者を支援するためには介護による身体疲労だけではなく、介護者を取り巻く家族等の人間関係にも注目していかなければならないことが明らかになった。

2. 介護負担感軽減を期待できる電話相談

相談者が最も問題としていると受けとれた相談内容は、精神症状への介護方法の照会で、次いで痴呆かどうかを尋ねる症状の照会が多い。問い合

わせの症状としては、物忘れなどの初期の症状が多かった。行政機関の相談窓口における相談内容は、多くが在宅福祉サービスや介護方法の照会であると報告されており⁷⁾、在宅介護が困難になって情報を求めている様子が推測できる。電話相談は直接相談者と面接する窓口相談と異なり、利用者主体で匿名可能であることから、家族が「痴呆ではないか？」と不安を覚えた時に気軽に相談できる利点がある。よって症状の照会の相談が多くなったと思われる。痴呆性患者の家族介護者のバーンアウトの軽減には、痴呆症状が軽度の段階から、病態と問題行動への対処に関する正しい知識提供の援助が有効であるという報告がされており⁸⁾、初期痴呆の段階で相談できる、つまり痴呆性患者の問題行動が深刻化する前に相談を受信できる電話相談は、介護負担感の軽減につながる機会であると言える。また、半数の相談者に介護困難感を認めなかったということからも、電話による相談が保健、医療、福祉窓口における相談に比し、バーンアウトには程遠い段階での相談にも利用されやすいことが推測される。相談を受ける保健師は、問題が深刻化する前に、病態と対処方法についての知識を相談者に提供することの介護負担感軽減効果を認識し、電話相談に対応することが必要である。

また相談内容に相談者の感情の表出が多くあり、精神的、社会的、身体的介護困難感に関連がみられた。しかし保健師の相談継続には関連がないことから、相談者が単に介護の苦勞を聴いてもらうことを目的に痴呆電話相談を利用していたと推測される。相談者にとって窓口相談では感情の表出は行いづらい行為であり、感情の表出が可能なことは電話相談の特徴といえる。在宅高齢者の介護者の精神的負担感の要因のひとつとして、置かれた状況でのほけ口がないという要因があげられている報告がある⁹⁾。電話相談は介護者のほけ口となり、そこで感情の表出をすることで、精神的介護負担感を軽減することが期待できる。今回の調査では、感情の表出をした相談者の追跡調査までは困難であったが、相談した後に「聴いてもらってすっきりした」という感想を述べている者が多いため、他の家族や親族、友人に介護の苦勞を語るほけ口がない介護者が電話相談を利用していることが推測される。

また、介護困難感が高い相談者にも感情の吐露のために電話相談が活用されていると思われることがあった。そのような相談者にとって電話相談の持つ匿名性や手軽さが重要なことであったと思われるにもかかわらず、相談するうちに氏名を明かし、家族会等につながるようなことを経験した。少数ではあるが、匿名のまま痴呆電話相談で相談を継続したのもあった。このように介護困難感が高い相談者にも、電話相談は有効な手段であると思われる。今後も電話相談のこうした利点を生かして、感情の吐露に関しての傾聴を保健師の役割と認識して対応していくことは重要と思われる。

指定相談日以外に身体的介護困難感を抱える相談者が多かったこと、相談継続となる場合が多かったことから、相談日まで待てずに電話をかけている状況が推測される。また、平成12年度から相談日を増設しても同様に指定相談日以外の相談があることより、単に相談を開設する日時の設定方法だけの問題ではないことがわかる。痴呆症状は変動しやすく、そのため介護者の心身の状況も日々変化する。そのため、困ったときにその場でアドバイスが欲しい、今すぐにでも気持ちを聴いてもらいたいという切迫した状況にあることが考えられる。こうした相談者にとっても電話相談を利用しやすいように、指定相談日以外であっても、相談を受けていくことを継続したい。また、相談時には、そうした切迫した状況があることを十分に聴き取り、相談者の気持ちに沿っていく対応が求められる。

3. 保健師による電話相談の有効性

今回の電話相談では、10年以上のベテラン保健師が精神的介護負担感を表す記録を多く残している傾向にあったが、その他の項目については、保健師の経験年数によって差がみられなかった。本調査は、既存の相談記録から分析する手法を用いたため、相談者や患者の年齢、性別等を調整した分析はできないが、看護師、保健師の基礎教育を受け、地区担当保健師として活動した保健師の相談の対応姿勢が、経験年数には関係ないという結果を生み出したのかもしれない。痴呆症の介護が身体介護とは異なる性格を持つため、相談を受ける側には単に介護の程度や介護方法の把握にとどまらず、介護者自身の精神面、社会面への働きか

けをするようなカウンセリング能力が必要である。介護者や家族を含めた視点に立った対応が必要である相談には、地区活動や相談活動を通じて経験を重ね、かつ地域の人々の生活を肌で感じている保健師は最適な人材であるといえる。今後も保健師の特性を生かしながら、地域住民のニーズに合った対応を考えて、痴呆電話相談を行っていくことが大切である。

V 本調査研究の特徴と限界

今回の調査は、相談票の記録を読みとるという方法で行っている。しかし、もともと調査を想定して受信内容を記録したものばかりではないため、相談者のすべての相談内容を把握できたとはいえない。そこが本調査の限界である。しかしながら、相談者ひとりひとりの相談を記録したことでもこうした振り返りが可能となり、今後の痴呆性老人の介護者への援助に対する方向性が明らかになった。保健師の事業評価については、近年特にその必要性が述べられている。今後も振り返りが可能になるような活動の蓄積と具体的な評価方法を検討し、質の高い地域看護活動につなげていきたいと考えている。

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました浜松市健康増進課毛利育子氏、高柳弥生氏をはじめ保健師の皆様、前浜松医科大学医学系研究科修士課程田

中芳和氏に感謝いたします。

(受付 2001. 7.26)
(採用 2002. 9.19)

文 献

- 1) 櫻井成美. 介護肯定感をもつ負担軽減効果. 心理学研究 1999; 70 (3): 203-210.
- 2) Sare. E. Association Among Caregiving Difficulties, Burden, and Rewards in Caregiver to Older Post-Rehabilitation Patients. journal of Gerontology 1998; 53B (3): 165-174.
- 3) 痴呆性 (ほけ) 老人を抱える家族全国実態調査報告書. 財団法人ほけ予防協会: 毎日新聞, 1991; 41
- 4) 痴呆性 (ほけ) 老人を抱える家族全国実態調査報告書. 財団法人ほけ予防協会: 健康保険組合連合会, 2000; 29
- 5) 浅川達人, 古谷野亘, 安藤孝敏, 他. 高齢者の社会関係の構造と量. 老年社会学 1999; 21 (3): 329-338.
- 6) 新名理恵, 矢富直美, 本間 昭. 痴呆性老人の在宅介護者の負担感とストレス症状の関係. 心身医学. 1992; 32 (4): 324-329.
- 7) 掛本知里, 鎌田ケイ子. 行政機関相談窓口における痴呆性老人の相談に関わる検討. 東京女子医科大学看護学部紀要 1999; 2: 23-28.
- 8) 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明, 他. 在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究 (2). 社会老年学 1996; 39: 23-34
- 9) 長谷川喜代美, 石垣和子, 松村幸子, 他. 特別養護老人ホーム入所待機者家族の統柄と介護負担感に関する研究. 家族看護学研究 2000; 5 (2): 86-93

STUDY ON THE EFFECTS OF TELEPHONE COUNSELING FOR FAMILY CAREGIVERS OF DEMENTED PATIENTS

Tomoko TAKABAYASHI*, Sachiko OSADA^{2*}, Shizuko HIRAGUTI*, Keiko ONAKA*,
Naoko KATAKURA^{3*}, and Kazuko ISHIGAKI^{3*}

Key words : Telephone counseling for caregiver of demented patients, caregiving difficulties, public health nursing, dementia

Purpose The purposes of this study were to clarify the impact of telephone counseling on the actual state of family caregivers of demented patients, and to investigate strategies of public health care for such caregivers.

Methods We classified 206 counseling cases, including 103 cases in 1999 and 103 cases through mid-2000, using several checklists, and analyzed data with the χ^2 test.

Results 1) The most common symptom of demented patients was “forgetfulness.” (106 cases)
2) 87 caregivers (42.2%) lived separately from demented patients, and in 60 cases the caregivers were daughters.
3) 104 caregivers suffered from stress because of caregiving difficulties, 89 (43.2%) having “emotional difficulties in caregiving,” 33 (16.0%) “social difficulties with caregiving,” 28 (13.6%) “physical difficulties with caregiving,” and 8 (3.9%) “financial difficulties.” While 102 caregivers (49.5%) reported no caregiving difficulties. 42 (40.4%) belonged to more than two of the listed categories.
4) The greatest concern of caregivers was “how to care for senile patients’ mental symptoms.” followed by “whether suffering from dementia” in 36 cases, “how to use welfare services” in 35, “whether the doctor should be consulted” in 30, and “expression of emotion” in 30 cases. The caregivers for whom “expression of emotion was an issue” had emotional, social and physical caregiving difficulties, prompting the contact for telephone counseling.
5) Public health nurses who had been working for more than 10 years tended to deal with the caregivers’ “emotional caregiving difficulties” ($P=0.05$). There were no differences regarding other items.

Conclusions 1) The results suggest that living apart, especially for daughters, has an effect on caregiving with senile patients if the number of family caregivers is reduced. In the future, we should consider ways to support families living apart from senile patients.

2) The results also reveal that caregivers of senile patients have emotional, social and physical caregiving difficulties. Therefore, a necessity for support of caregivers’ emotional and physical health maintenance, and provision of community education is indicated.

3) Caregivers can talk more freely on the telephone than face-to-face, and get help when senile patients’ symptoms are in the early stages. Therefore, it is possible to mitigate caregiving difficulties by intervening in their problems before these become serious and entrenched.

4) Telephone counseling gives caregivers the opportunity to express their emotions. Therefore, it can be expected to mitigate caregiving difficulties through appropriate targets of their expressed concerns.

* Hamamatsu City Office (Public Health Promotion Division)

^{2*} Yamanashi College of Nursing

^{3*} School of Nursing, Chiba University