

た。

- ・ 「通所型」では、主観的健康感やネガティブなサポートや友人からのサポートが他と比べてやや高い傾向が見られた。
- ・ 「利用なし」群で、別居の子どもなどから情緒的または手段的サポートを受けている割合がやや高く、トータルソーシャルサポート得点も一番高い。
- ・ 介護者の年齢の平均を比べると、「通所型」が低く、「利用なし」が一番高い。

キ. 介護の質について

介護の質について「やや問題あり、問題あり」の評価が4項目のうち一つでもついた人は、B町で34人(11.0%)であった。

表4-13 介護の質について

N=313 (無回答除く)

項目	十分	まあ十分	ふつう	やや問題	問題
起居移動動作の介助	67(21.4)	77(24.6)	78(24.9)	27(8.6)	1(0.3)
身の回りの援助(排泄・清潔の保持など)	65(20.8)	91(29.1)	74(23.6)	19(6.1)	1(0.3)
毎日の家事(炊事など)	77(24.6)	94(30.0)	71(22.7)	8(2.6)	0(0)
週に数回の家事(掃除など)	76(24.3)	95(30.4)	71(22.7)	8(2.6)	0(0)
延べ件数合計	285	357	294	62	2

組み合わせパターン	64(20.4)	73(23.3)	60(19.2)	4(1.3)	0(0)
-----------	----------	----------	----------	--------	------

※ 他の組み合わせの発生頻度は0.3%~2.2%

ク. 虐待について

身体的虐待、精神的虐待のどちらかで、「否定できない、やや問題あり、問題あり」の評価が一つでもついた人は、B町では10人(4.0%)であった。そのうち、4人については介護の質についてもやや問題あるいは問題と評価されていた。

表4-14 虐待について

N=313 (無回答除く)

項目	問題なし	否定できない	やや問題	問題
身体的虐待	246(78.6)	2(0.6)	3(0.9)	0(0)
精神的虐待	241(77.0)	5(1.6)	5(1.6)	0(0)

・虐待の可能性のある介護者10人のうち7人が介護者調査に協力いただいた。身体的虐待および精神的虐待の可能性のある人を3人含んでいる。その主な結果を表4-15に示した。介護負担感が高く、主観的幸福感は低いが、介護の継続意志はあまり低くないことがわかる。ソーシャル・サポート得点は、3.29と低く、同居家族からのサポートも低い。同居家族からのネガティブサポートは、2.57であった。またネ

ネットワークの状況も身体的虐待および精神的虐待の可能性のある 2 名は、別居の子どもや近所の人、知人や友人に会う機会いずれもなしであった。

ケ. 社会的な孤立状況やうつ状態にある介護者について

ソーシャル・ネットワークで「別居の家族や親戚に会う機会」、「近所の人に合う機会」、「友人や知人との交流の機会」の 3 項目すべてについて、「ほとんどなし」「なし」と答えた人は合計で 27 人であった。

これらの人の主な結果を表 4-15 に示した。会う機会はないが、ソーシャルサポートは、6.19 で同居の家族や別居の子どもや親戚から情緒的サポートを中心に受けていることがわかった。抑うつ状態はやや高く、PGC もやや低い状況が見られた。介護者の属性では、嫁が多く、年齢は 50 代と 60 代が多いことがわかった。

うつ状態にある (GDS 10 点以上) と考えられる介護者は、B 町 30 人であった。主観的幸福感が 1.40 と低いのが特徴である。介護負担感も高いが、特に経済的側面や人間関係の項目を含んだ中谷 (NFU) 介護負担感得点が高くなっていた。

表 4-15 虐待の可能性・社会的孤立、GDS10 点以上ある
介護者の PGC・介護負担感・ソーシャル・サポートの平均値±標準偏差

B 町

	PGC (11項目×1 点)	GDS (15項目×1 点)	全般的 介護負担感 (7段階)	中谷(NFU) 介護負担感 (12項目×4点)
虐待の可能性(7)	4.20±4.27	6.17±3.25	6.14±0.90	39.57±5.13
社会的孤立(27)	4.65±2.83	6.13±3.35	4.29±1.74	34.43±6.00
GDS 10 点以上 (30)	1.40±1.75	12.1±1.51	5.77±1.41	36.14±4.31
全 体 (173)	5.31±3.12	5.85±4.11	4.91±1.63	33.12±5.94

	介護継続意思 (2項目×4点)	同居家族からの サポート 8点	ソーシャル サポート合計 24点
虐待の可能性(12)	6.28±1.11	1.57±2.64	3.29±2.98
社会的孤立(8)	6.74±1.06	1.93±2.50	6.19±4.50
GDS 10 点以上 (30)	6.66±1.34	2.00±3.21	5.40±4.71
全 体 (173)	6.66±1.21	2.82±3.00	6.80±4.92

まとめ

全体的な介護負担感を「1.大変だとは全く思わない」から「7.非常に大変だと思う」の 7 段階で問うた結果、6 段階、7 段階と答えた人は、A 市 32.2%、B 町 41.1%であった。また、全般的な介護負担感、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。

介護の質について「やや問題あり、問題あり」の評価が 4 項目のうち一つでもついた人は、

A市では62人(18.0%)、B町34人(11.0%)であった。

虐待の2項目について「否定できない、やや問題あり、問題あり」の評価が一つでもついた人は、A市では20人(6.0%)、B町34人(4.0%)であった。

ソーシャル・ネットワークでは、「別居の家族や親戚に会う機会」、「近所の人に合う機会」、「友人や知人との交流の機会」の3項目すべてについて、「ほとんどなし」「なし」と答えた人はA市8人、B町27人であった。GDSはやや高く、PGCもやや低い状況が見られた。

うつ状態にある(GDS10点以上)と考えられる介護者は、A市30人、B町30人であった。介護負担感が高く、特に経済的側面や人間関係の項目を含んだ中谷(NFU)介護負担感得点が高くなっていた。

(4) 政策提言とその後の動き

一般高齢者調査と介護者調査の結果を分析した結果から、政策提言できる内容を次のように精選し、2自治体それぞれと報告会を持ち協議した。

(1)介護者は一般高齢者と比べ、主観的健康感はほぼ同じ傾向であったが、社会的に孤立し、主観的幸福感が低く、うつ状態にある人が多い。介護負担感が高く、社会的に孤立している介護者や虐待の可能性が高い介護者には、有効な手だて探る必要がある。

(2)GDSが高い状態にある高齢者は、痴呆予防対策の対象者でもあるといわれている。また、閉じこもりハイリスクにある人は、虚弱高齢者予備軍と思われる。このようなリスクのある高齢者に的を絞った援助策が必要である。

(3)生活習慣や住環境と健康状態や介護予防は関連があることがわかった。今回の結果だけでは因果関係は不明である。今後追跡調査を実施し、縦断的に研究を進めることで因果関係が明らかになってくると思われる。

報告会の後、虚弱高齢者予備軍と思われる閉じこもりがちな高齢者や介護負担感が高く、社会的に孤立している介護者や虐待の可能性のある人に的を絞り、フォロー体制を強化した。また、一部事例検討を実施している。

(5) 結論

自治体政策評価のための基礎作業として、一般高齢者調査と介護者調査の結果を分析した。心理的社会的因子を測定する評価尺度を用いることによって、うつ状態や閉じこもり状態に陥っている一般高齢者や介護者の状況が明らかになった。

(6) 今後の課題

一般高齢者や介護者のPGC・GDSに関連する要因の分析、閉じこもりや虐待に関連する要因の分析およびハイリスク者に対する訪問調査の実施、介護保険導入前後の比較を行う予定である。

第2章 介護の質や虐待に関する事例検討

(1) 目的

虐待が疑われる、またはなされている介護の質に問題がある事例を発見した場合、援助者にとって虐待されている高齢者本人や家族にどう関わり、どんな援助をすればよいのかを判断することは重要な課題である。また、行った援助が虐待されている高齢者本人や家族にどんな影響を与えるのか、虐待防止の点でどのような効果が期待されるのかについては早急に検討を要する課題と言えよう。

このような認識に基づき、ここでは虐待が疑われる、またはなされている介護の質に問題がある事例について調査分析を行う。調査分析の目的は次の3点である。①虐待が疑われる、またはなされている介護の質に問題がある事例について、虐待を受けている高齢者本人や家族にどう関わり、どのような援助を行えばよいのかを考察する。②介護者の主観的な介護負担感が、虐待や介護の質にどう影響しているのかを検討する。③訪問調査時の介護の質に関する評価の信頼性や妥当性を検証する。

(2) 対象と方法

① 対象

要介護認定時に訪問調査員が虐待、またはなされている介護の質について「問題あり」と評価し、かつ介護者調査で介護者が設問「全体として、お世話することがどの程度大変だと思うか(7段階評価)」に対し、7(非常に大変だと思う)と答えた事例とする。

② 調査方法

対象に該当する事例は虐待、介護の質についてそれぞれ一事例ずつ存在した。

調査員1名がこれら事例を担当しているケアマネージャーを訪問し、直接面談して聴き取りを行った。聴き取りを行った日は2001年3月17日である。聴き取った項目は、次の5つである。①事例の概要 ②援助者が考えた援助方針 ③初回訪問から平成13年3月現在までに行った援助の経過 ④現在の高齢者と家族の状況 ⑤援助者が関わることで生じた変化。

(3) 事例検討および考察

虐待が疑われる事例、なされている介護の質に問題がある事例の順に検討を行う。

a. 事例① 虐待が疑われる事例(身体的虐待と精神的虐待)

この事例は要介護認定訪問時の調査において、訪問調査員が「嫁姑関係が非常に悪化。お互いケンカの時に手も出ているようである」とコメントし、身体的虐待・精神的虐待について、「問題あり」と判断した事例である。

ア. 概要

<氏名、年齢>

Aさん(85歳)。

<家族構成>

長男夫婦（夫 52 歳、妻 42 歳）、孫 2 人（14 歳男、12 歳女）と同居。夫は既に死亡。長男は自営業を営んでおり、妻がそれを手伝っている。Aさんは昼間独居状態。

<収入状況>

自営業で得られる収入がこの一家の主たる収入である。福祉サービス利用には本人の年金を充てている。経済的負担に関しては、サービス利用量がそれほど多くないこともあり、今のところ問題は生じていない。

<住宅状況>

一軒家（持ち家）である。住居と瓦の加工などを行う仕事場とを兼ねている。

<病歴>

変形性膝関節症、骨粗しょう症、高血圧があるが、現在は安定している。

<要介護度>

要介護度 1。身辺自立はしている。痴呆はなく、特に介護が必要な状態ではない。

<親族関係>

離れたところにAさんの兄弟がいるが、ほとんど交流はない。Aさん自身の子どもは同居の長男一人のみである。

<近隣関係>

自営業を営んでいることもあり、特に問題はなく、良好。

イ. 援助に至るきっかけ

平成 9 年、Aさん本人が孫 2 人とともに市の福祉相談窓口で相談に訪れた。有償ボランティア（ふれあいサービス）が独居の家庭に派遣されているのを知り、自分も足腰が弱っているので家事の手伝い、特に掃除をお願いしたいと希望しての来所であった。

ウ. 初回訪問

市の窓口で相談を受けた在宅介護支援センターのソーシャルワーカーは、相談を受けた後、さっそくAさん宅を訪問。同居の長男も交えて、今後のサービス利用について相談した。

Aさんははっきりとものをいい、自分のことは自分で何とかしようとする人柄である。一家の中で最もしっかりしている。長男の妻は、長男とは年の離れた結婚で、ちょっと幼い感じのする人である。知的レベルが少し低く（知的障害のボーダーライン）、感情の抑えがきかない面がある。長男は母と妻との間で中立を保とうとしているが、実際には妻に対してあまり抑えがきかない。

Aさんは長男の妻に不満を持っており、ストレスが溜まっている。長男の妻とはちょっとしたことで言い合いになることがある。Aさんがサービスを利用したいと希望したのも、嫁に頼るのではなく、自分のことは自分で何とかしたいとの気持ちがあったことだった。

エ. 援助方針

長男の妻はAさんに対しすぐに怒り、その怒りを抑えることができず、時には子どものケンカのように手が出たり、暴言が出たりすることがある。

ソーシャルワーカーは、まずはAさんの話を伺いつつ、Aさんがあまりストレスを溜め

ないですむ働きかけに重点を置いた。Aさんがストレスを溜め、長男の嫁と争うことが少なくなれば、結果としてAさんは穏やかに日常生活を送ることができると考えたからである。

具体的援助としてまず公的ヘルパー（家事援助、週1回）の利用を勧めた。有償ボランティアサービスではなく公的ヘルパーを勧めたのは、当時の世帯の収入から考えると公的ヘルパーが無料で利用できたからである。同時にAさんが社会的であること、Aさんが外出すれば長男の嫁も気が楽になることなどから、週1回のデイサービスの利用も勧めた。

オ. 援助経過

週1回のホームヘルプ、デイサービスの利用は順調である。Aさんは外出することによって愚痴を言い、ストレス発散ができていようである。さらに平成12年からは、友人に誘われ、近くの宅老所も利用し始めるようになった。

Aさんは将来、施設に入所することも考えていたため、ショートステイの利用を勧めたが、かわいがっている孫と離れるのが辛いこと、長男が自分のいない状態に慣れてしまうのではとの恐れがあり、利用には至っていない。

長男の嫁は気分の起伏が激しく、ソーシャルワーカーが訪問するとたまに爆発し、一気に愚痴を言うことがある。そんな時、長男は抑えるでもなく「福祉の人が来たから言いたいことを言ったらよい」等、嫁をあおる一面がある。ソーシャルワーカーはそのたびに嫁の話を辛抱強く聴くように努めている。嫁は愚痴を言い終わるとすっきりして落ち着く。

Aさんはソーシャルワーカーに信頼を寄せており、愚痴を言ったり、話をしたりしたいとの思いがある。ただ、長男の嫁が居る時にはゆっくり話を伺うことが難しいため、デイサービス利用の時などに話をするように心がけている。

現在の援助としては、直接家族関係に介入するのではなく、Aさん本人を支え、力を添えるような形で援助を行い、何かあったらすぐ相談を持ちかけてもらえるような関係の維持に努めている。同時に、福祉事務所との連携関係も築き、緊急の対応が必要な場合にも応じられるよう援助体制を組んでいる。

カ. 援助の課題

高齢者に対する暴行、暴言があったとしても、重要かつ難しいのは、その危機の状況を援助者がどう見極め、判断するかである。すぐに直接的な介入を行うべきかどうか等の「危機の程度」、そしてどのような手段を用いて関わるべきか等の「援助者の関わり方」は事例の状況に応じて個別に判断しなければならない。

この事例の家庭は一見すると、Aさんと長男の嫁のトラブルがあり、危機的な関係に思える。しかし、裏を返せばトラブルを隠さない分、状況が見えやすい家庭とも言える。確かに長男の嫁を見るとAさんへの暴行・暴言はあるが、陰湿な虐待というよりも、抑えのきかない嫁に対し、つい応戦してしまうAさんといった状況である。Aさんは家庭の中で疎外されているわけではなく、孫との関係も良好で、友人らとの交流もあり、孤立した閉塞状況に陥っているわけではない。長男の嫁自身も、ストレスを溜めつづけるタイプではなく、愚痴を言い終わるとスッキリし、いつまでも根に持つタイプではない。

キ. 事例①の考察

虐待が疑われる事例では、家族関係に問題がある事例が多い。そして、その問題が生じた原因にもその家族なりの背景と長い歴史がある。そのような事例では、家族以外の第三者が関わりを持って、家族の人間関係を変えることは非常に難しい。このような場合、援助者は何をすべきなのだろうか。

この事例から他の事例に応用できる点として、主に次の2つが挙げられよう。第一に、担当のソーシャルワーカーが家族個々人の状況を冷静に判断し、危険度を見極め、Aさん本人のストレスを減らすことに主眼を置き、日常生活がうまく回るよう働きかけていることである。第二に、福祉事務所などとの連携関係も築き、緊急の対応が必要な場合にも応じられるよう、援助の環境を整えていることである。ソーシャルワーカーを含め、援助者の関わりは、Aさん家族の人間関係に直接変化をもたらしているわけではない。しかし、彼らの関わりが結果としてAさんと長男の嫁との緩衝材になっている。それらが結果としてAさん自身の平穏な生活につながっており、これ以上の関係性の悪化を食い止めている。

b. 事例② なされている介護の質に問題がある事例（排泄の介護）

以下に述べる事例は要介護認定訪問時の調査で、訪問調査員が「本人が重度の痴呆で介護者の抵抗も激しいため、同居の長男夫婦は本人にさわれない状況。別居の娘とデイサービスが入浴介助などをしている」とコメントし、排泄について問題あり、掃除についてやや問題ありと判断した事例である。なお、精神的虐待について否定できないと判断し、「本人会話でき、口も達者なため、どうしても長男と言ひ合いになってしまう」とコメントしている。

ア. 概要

<氏名、年齢>

Bさん（78歳）。

<家族構成>

長男夫婦（夫55歳、妻53歳）、孫2人（29歳男、25歳女）と同居。夫は平成2年に死亡。長男は会社員。兼業で農業もやっている。妻はパートで働いている。

<収入状況>

福祉サービス利用には本人の年金を充てている。長男は大企業に勤めている。サービスの経済的負担に関しては、今のところ問題は無い。

<住宅状況>

一軒家（持ち家）である。

<病歴>

平成4年から呆け症状が見られた。平成5年に脳梗塞を罹患。さらに、平成12年に硬膜下血腫になり、その後、足腰が弱ってきた。

<要介護度>

要介護度3。重度痴呆（痴呆度Ⅳ）。平成5年の時はADLがJ2で徘徊があった。現在、移動は這ったり、車椅子を用いたりしている状態で、ADLはB1にまで低下した。

<親族関係>

親戚が近くに住んでおり、まだ動けたときにはBさんは自転車に乗って親戚の家にまで行ってしまったこともある。同居の長男の他に別居の娘がおり、娘は時々訪問し、介護などの面倒をみてくれている。

<近隣関係>

特に問題は無い。

イ. 援助に至るきっかけ

介護保険導入前の平成11年7月、市では65歳以上の高齢者全員に対し、介護サービスについてアンケートを実施した。そして、返答があった方全員を訪問した。Bさんはその訪問を通じて会うことができた方である。Bさんはその当時、既に重度の痴呆であったが、それまでに何のサービスも利用していなかった。

ウ. 初回訪問

Bさん、そして家族ともども、始めはサービス利用に関し、拒否的であった。ソーシャルワーカーはなかなか訪問の約束が取れず、勤務時間外の夜遅くや日曜日に訪問してようやく会うことができるような状況であった。

Bさんは痴呆ではあるが気丈でプライドが高い。長男と長男の妻は、そのようなBさんと同席して話をしたがらず、関わりたくない様子が見てとれた。わがままで、やりたい放題であり、自分達も手を焼いている状態なので、Bさんはとても福祉サービスを利用することはできないだろうと考えていた。

長男の妻はBさんに対しストレスが溜まっていた。感情の起伏が激しく、ソーシャルワーカーに対してかなりの時間愚痴を言いつづけることもあった。しかし、ソーシャルワーカーから見ると、Bさん本人に対する介護は十分にされておらず、放置状態であった。長男の妻は愚痴をいうほどに介護を行っているようには思えなかった。

エ. 援助方針

Bさん自身も口が達者で長男の嫁にいろいろ言うこともあり、長男の嫁はこれ以上関わりたくない、受け入れたくないとの態度であった。そのため、援助はまず放置状態に対し、具体的なサービスを用いて状況を改善し、家族には今の状態でできることをやってもらうよう考えた。

オ. 援助経過

ソーシャルワーカーは、長男が仕事で忙しく、妻がパートに行きたいと強く望んでいることなどに注目し、まずは週1回のデイサービス利用を提案した。家族はBさんが果たしてサービスをすんなり利用できるかどうか危ぶんだが、思いがけずデイサービスになじんだので自信を深め、デイサービスの回数を増やし、ショートステイも利用するようになった。次第に利用するサービスの量が増え、デイサービスは週6日、ショートステイは月14日の利用になった。平成13年に入ってから日曜日も含め、毎日デイサービスを利用するようになった。そして平成13年3月、申請してあった特別養護老人ホームの順番が回ってきたため、施設入所に至った。

カ. 援助の課題

家族がほとんど介護を担えておらず、介護の質に問題がある場合、介護の質をあげようと思えばそれだけの量の介護サービスが必要になる。介護保険導入後、Bさんの介護度は要介護度3であり、定められた利用限度額では十分なサービス量を確保することができなくなってしまった。結局、単価の高い単独痴呆型のデイサービスの利用を無くし、安い施設併設型、一般型のデイサービスの利用に変更する対応をとった。しかし、たまたま施設併設型、一般型のデイサービスの変更ができたからよかったものの、もし変更できなかったらデイサービスを十分な回数確保することができず、Bさんの介護の質は確実に下がったものと思われる。

キ. 事例②の考察

家族が介護を放棄するなどの「放置」は、程度の差はあれ生じやすく、援助者の働きかけによって家族の変化が期待できにくい種類の虐待である。

この事例について言えば、最初介護サービス利用に拒否的だった家族がサービスを利用するようになり、それによってBさん本人や家族の生活の質がよくなり、介護の質の悪化も防ぐことができたことに注目すべきであろう。

Bさんに対する家族の放置状態は、初めから施設入所に至る現在まで、基本的に変わってはいない。極端に言えば、サービスがきめ細かく入ることによって、Bさんに必要な介護をカバーしたにすぎない、とも言える。しかし、サービスが入ることによってBさんの身辺が清潔になり、接する職員のやさしい対応などもあって、表情が明るくなるなどBさん自身の生活状況は改善している。家族も、Bさんに変化が現れたことでサービス利用に前向きになり、介護そのものは行わなくてもデイサービスに出かける用意だけはするなど、できる部分をそれなりに担当している。家族がやれない、又はやりたくない部分は思い切ってサービスに任せることで、家族のBさん本人に対する感情は穏やかになり、結果として保護者としての役割を何とか保つことができています。

(4) 今後の課題

最後に、今回の分析を通して浮かび上がった「援助の工夫のみでは解決できず、今後改善が必要と思われる制度・政策上の課題」について、以下の2点を指摘しておきたい。

1) 動ける痴呆状態に対する要介護認定

自由に動ける状態で、なおかつ重度の痴呆がある要介護者の場合、「目を離せない」状況を誰がどうカバーするのは大きな課題である。自由に動ける分、要介護度は低く出、サービスの利用限度額は限られてしまう。そのような場合、単発のヘルパー利用ではまず対応しきれない。ショートステイや頻回のデイサービス利用が不可欠だが、かなりのコストがかかる。現在の介護保険制度のもとでは、動ける痴呆の人に対しては、家族の介護疲れも考えつつ、無理のない見守り状況を作り出すことは難しい。結局、家族は気持ちの上では在宅介護を継続したくても、現実の選択肢は施設入所しかなくなってしまっている。

2) 家族関係の悪さに対するサービス

そもそも介護保険では、基本的に家族と要介護者の関係が悪い場合を想定してサービスを設けているわけではない。従って、家族関係の悪さに対応する意味で何らかのサービスを用いる場合、想定された利用法から外れるため柔軟な利用はできず、ケアプランに書くこともできない。

実際、専業主婦がいるなど客観的には介護力があると見られた家庭でも、十分な介護が行われているとは限らない。また、要介護度は軽くても、虐待があるためにショートステイやデイサービスを用いて家族と要介護者との間に距離をおきたい場合もある。要介護度とは別に、家族関係も考慮して介護サービスを柔軟に提供できる仕組みが必要である。

おわりに

これら2事例の分析を通じ、今後同様な事例が生じた際に応用できる援助方法と、援助の工夫のみでは解決できず改善が必要と思われる制度・政策上の課題について検討することができた。そして、介護者が介護負担感やストレスを感じている具体的な状態を明らかにすることができた。さらに、虐待や介護の質にどう現れてくるかの具体的なまた、少なくとも今回の2事例については訪問調査時の介護の質に関する評価が妥当と思われることが分かった。ただし今回分析に用いた2事例は、訪問調査前から援助者の何らかの関わりがあった事例であり、特に虐待との認識そのものはなくても「暴力がある」「関係性が悪い」「援助困難」などと思われていた事例である。したがって、事前に情報が無い初回の訪問調査時に虐待の可能性をどこまで評価できるのか、危険をどう見極めたらよいのかについては、今後さらに検討を重ねていきたい。

(この事例検討については、加藤悦子氏(日本福祉大学大学院)のご協力を得た)

第3章 「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価

A. 研究目的

「介護予防」及び痴呆対策プログラムは、介護保険下で、就労援助や生涯教育などを含む健全な高齢者に対する社会生活支援活動と、身の回りに介護が必要になった高齢者に対する介護保険サービスをつなぎ、これらの事業の有用な運用を助けると共に、高齢者へ必要なサービスや活動を継続的に保障するものである。

「介護予防」及び痴呆対策プログラムについて、先駆的な取り組みを行っている愛知県高浜市を調査する。高浜市は、「介護予防」について痴呆予防・閉じこもり防止・転倒骨折予防・脳血管疾患等予防の4つの柱をかけた、複数拠点を巡回する痴呆予防教室、介護保険「自立」認定者などに対する住宅改修費助成など、積極的な取り組みを行っている。

また、痴呆対応を重視したサービスメニューでは、痴呆対応型デイサービスや痴呆性高齢者グループホームを早期から設置しており、特に質的な面で介護保険下での動向が注目される。さらに、高浜市は、介護保険「自立」者などが通う宅老所事業を行っている。宅老所では様々な趣味活動と共に痴呆予防教室が行われており、この宅老所事業などが、健全な高齢者の社会生活支援活動から「介護予防」プログラム、介護保険以外の痴呆対策プログラム、介護保険サービスをつなぎ、地域における高齢者を支援する様々な活動やサービスを連動的に機能させていく可能性が考えられる。

個々の「介護予防」及び痴呆対策プログラムを検証すると共に、介護保険下で地域の高齢者ケア資源を再編する点から考察を行う。

B. 研究方法

高浜市の「介護予防」プログラムのうち、「痴呆予防」事業・痴呆予防教室、「転倒骨折予防」事業・住宅改修の2つについて、事業概要、利用実績、利用対象者の属性、利用形態などを調査する。調査方法は、資料調査、利用者アンケート、スタッフへのヒアリング、観察である。なお、調査者は理学療法士として実際に事業の一部を担っている。

また、痴呆対応プログラムに関して、介護保険・通所介護事業(痴呆専用型を算定している1事業者)、痴呆対応型共同生活介護事業、介護保険以外の宅老所事業を調査する。調査内容は事業概要、利用実績、利用対象者の属性、利用者の過ごし方などである。調査方法は資料調査、訪問によるヒアリング、観察である。通所介護、痴呆対応型共同生活介護は、愛知県調査(文1)や全国調査(文2)の結果を比較に用いながら、痴呆対応に関するサービスの質に着目して分析を行う。宅老所は、他市町村における介護保険以外の痴呆性高齢者デイサービス(文3、文4)と比較しながら、痴呆対応の点から分析を行う。

C. 研究結果

1. 「介護予防」プログラム

1-1. 「痴呆予防」事業・痴呆予防教室

痴呆予防教室は平成12年度、公民館など3ヶ所、宅老所2ヶ所を巡回する形で、それぞれ月1～2回、延べ72回行われた（表1）。

表1 痴呆予防教室の実施状況（平成12年度）

①老人憩いの家	12回
②公民館A	24回
③公民館B	12回
④宅老所A	12回
⑤宅老所B	12回
計	72回

近隣の高齢者が1回に5～20人参加しており、保健婦または理学療法士・作業療法士に加えて、保育士、ボランティア2～3人が一緒に、90分程度のレクリエーションや作業などを行う。保健婦と理学療法士・作業療法士は交替で、保健婦が行く時には血圧測定があり、年2回、かなひろいテストを実施し、生活指導を行っていた。

公民館などと宅老所では参加者の傾向が異なり、公民館などは、日頃から公民館活動に参加している比較的健常な高齢者が多く、宅老所は、日頃から宅老所を利用している後期高齢者が多い。1年がすぎ、両者共、参加者の年齢層が上がっている。後期高齢者の参加割合が増えているためと考えられる（表2）。

表2 痴呆予防教室の参加者

		性別	平均年齢	平均参加回数
老人憩いの家	6月 N=19	男性6、女性13	72.6歳 (62～81)	5.4回 (1～10)
	2月 N=21	男性6、女性15	75.2歳 (66～87)	
公民館A	6月 N=13	男性6、女性6	73.3歳 (65～84)	11.4回 (4～18)
	2月 N=8	男性3、女性5	75.1歳 (66～85)	
公民館B	6月 N=13	男性9、女性14	73.8歳 (65～83)	6.4回 (4～9)
	2月 N=8	男性1、女性7	74.3歳 (66～80)	
宅老所A	6月 N=6	男性0、女性6	78.8歳 (74～89)	3.9回 (2～7)
	2月 N=10	男性1、女性9	83.4歳 (76～91)	
宅老所B	6月 N=14	男性1、女性13	81.9歳 (75～87)	8.9回 (3～11)
	2月 N=15	男性1、女性14	82.3歳 (77～91)	

※調査日は(6月)平成12年5月31日～6月21日、
(2月)平成13年1月31日～2月21日 以下同様

また、公民館などは、外出頻度や近所の行き来が比較的少なく、老人クラブなどへ行ってない者の参加が増えている（図1）。頻繁に公民館活動などに参加している者だけでなく、少しずつ閉じこもりがちなる者を受け入れ始めていることが推測される。

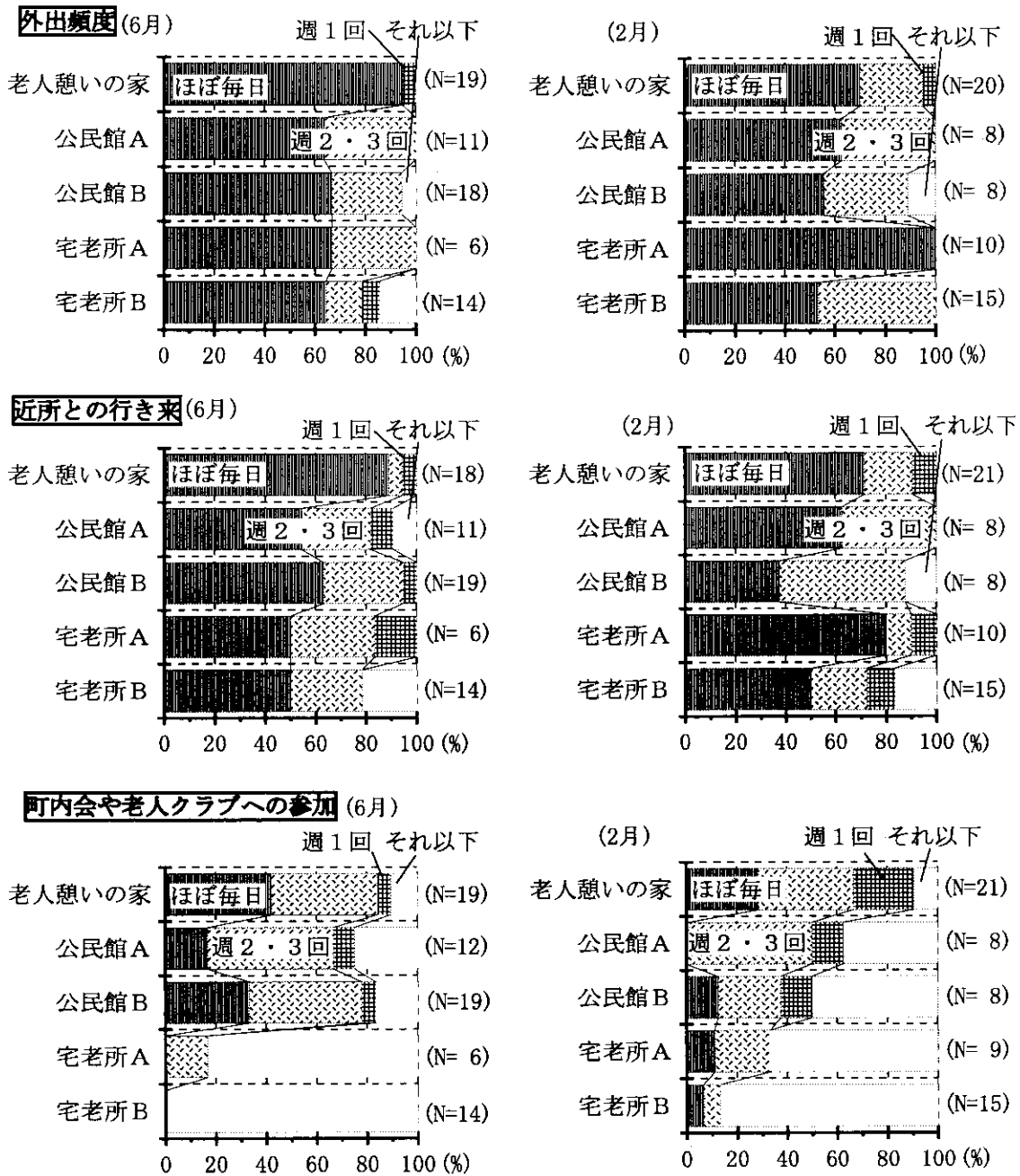


図1 参加者の生活内容

宅老所では、逆に、参加者の活動能力が高くなっている（図2）。1ヶ所の宅老所は宅老所利用者のうち、活動能力の比較的高い者が痴呆予防教室へ参加するようになっており、もう一方の宅老所では、活動能力が比較的低い者の一部が宅老所を利用しなくなったため、痴呆予防教室へも参加しなくなっている。宅老所や、宅老所で行われる痴呆予防教室が、活動能力が低い者を受けきれていないことが推測される。

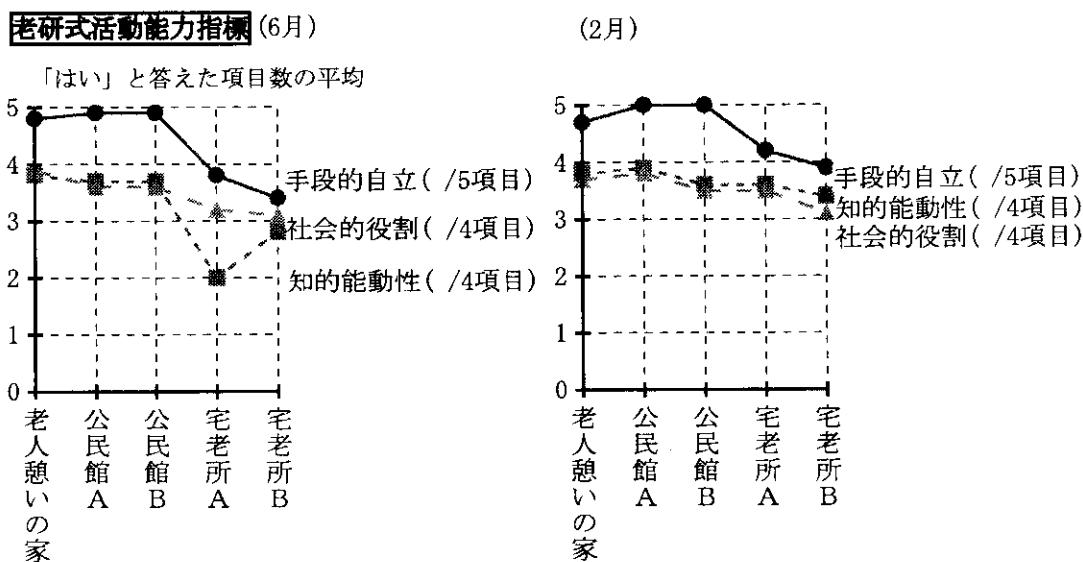


図2 参加者の活動能力

1年の中で、痴呆予防教室の痴呆予防に関する有効性はまだ明らかになっていない。継続参加者の生活内容、活動能力に大きな変化は見られなかった（表3、図3、図4）。

表3 継続参加者※の基本属性

	性別	年齢	参加回数
老人憩いの家 + 公民館 B	男性 6 女性 9	平均 75.1 歳 (66 ~ 82)	平均 6.9 回 (2 ~ 10)
公民館 A	男性 2 女性 4	平均 73.7 歳 (66 ~ 84)	平均 13.5 回 (4 ~ 18)
宅老所 A + 宅老所 B	男性 0 女性 12	平均 82.3 歳 (78 ~ 91)	平均 9.7 回 (6 ~ 11)

※ 6月、2月の調査に回答した者。以下同様

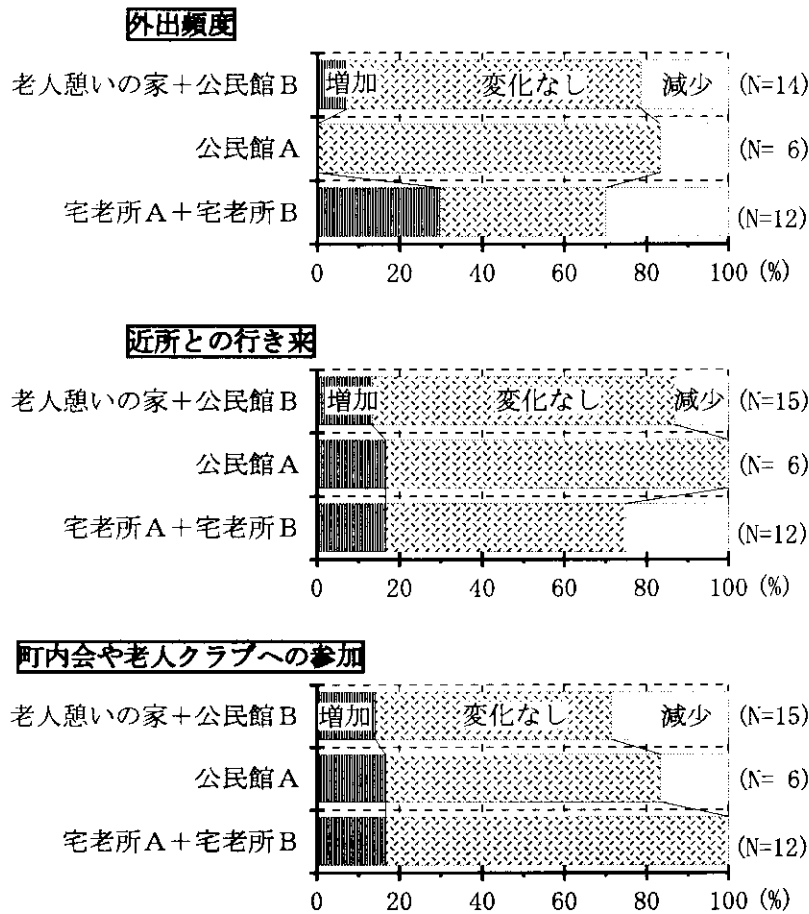


図3 継続参加者の生活内容の変化

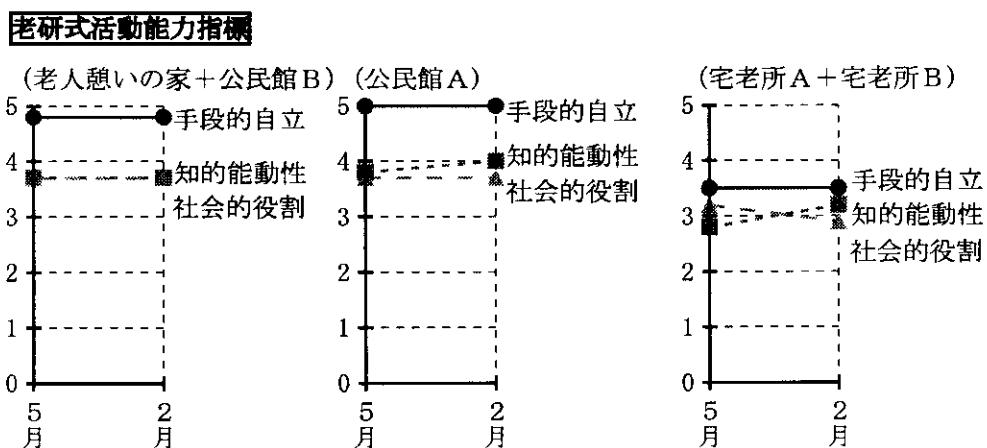


図4 継続参加者の活動能力の変化

1-2. 「転倒骨折予防」事業・住宅改修

高浜市は介護保険の居宅介護住宅改修費支給に加えて、独自の補助金交付を行っている（表4）。介護保険「自立」認定者をはじめ、介護認定が比較的軽い者に対して補助金交付を行っている点が特徴的であり、早い段階での住宅改修によって、事故予防や身体機能維持を図ろうとするものである。

表4 高浜市の介護保険前後における住宅改修に関する事業の比較

	介護保険前 「高浜市高齢者等住宅改善費補助金交付規則」	導入後 介護保険の居宅介護住宅改修費支給+高浜市補助金交付 ※これらにあてはまらない者はこれまでの「住宅改修費補助」																
対象	高齢者：高浜市在宅ねたきり老人手当支給の認定者またはこれに準ずる者 障害者：身体障害者手帳（下肢、体幹）または視覚障害で1～3級	要支援・要介護者 「自立」認定者で住宅改修相談担当者が必要と認められた者 ※上記にあてはまらない障害者は介護保険前と同じ																
内容	高齢者等が日常使用する居室、浴室、便所等の安全性もしくは利便性に配慮した改善工事、または安全のための必要な設備の取り付けでリフォームヘルパーチームが必要と認められたもの。新築を除く。 リフォームヘルパーチーム ①介護福祉士またはソーシャルワーカー ②理学療法士または作業療法士及び保健婦 ③建築士	介護保険の居宅介護住宅改修の範囲 ※要支援・要介護、「自立」者以外の障害者は介護保険前と同じ																
限度額	一世帯につき50万円	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>介護保険 給付限度</th> <th>補助金 交付限度</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「自立」者</td> <td>—</td> <td>10万円</td> <td>10万円</td> </tr> <tr> <td>要支援・ 要介護1～3</td> <td>20万円</td> <td>10万円</td> <td>30万円</td> </tr> <tr> <td>要介護4・5</td> <td>20万円</td> <td>30万円</td> <td>50万円</td> </tr> </tbody> </table> ※上記以外の障害者は介護保険前と同じ		介護保険 給付限度	補助金 交付限度	合計	「自立」者	—	10万円	10万円	要支援・ 要介護1～3	20万円	10万円	30万円	要介護4・5	20万円	30万円	50万円
	介護保険 給付限度	補助金 交付限度	合計															
「自立」者	—	10万円	10万円															
要支援・ 要介護1～3	20万円	10万円	30万円															
要介護4・5	20万円	30万円	50万円															

平成13年1月までの住宅改修実績は介護保険前に比べて3倍以上になっている。一件あたりの改修費用は総額が半額以下になり、自己負担額は1/7～1/9になっている（表5）。改修内容は、介護保険後、要支援・要介護1～3を中心に、手すり設置・敷居に三角板を取り付ける段差解消が増えている（表6）。早い段階での住宅改修を進めることで、小規模な改修が多くの高齢者に行われるようになってきていることがわかる。

実際の事例を見ると、介護保険「自立」認定者が市の補助金交付を受けて、階段や2F廊下の手すり設置を行っており、要介護1の身障高齢者が玄関・廊下・居間・便所の手すり設置や段差解消、扉の交換、間仕切り壁の除去、便器の交換などを行っている（資料）。これらは、高齢者が安全に生活を上げていくことを助けるものになると思われる。

ただし、住宅改修の「転倒骨折予防」に関する有効性はまだ明らかになっておらず、継続的な調査が必要である。

表5 住宅改修の実績

	介護保険前	導入後																				
件数	平成9年～11年度で20人	平成12年4月～平成13年1月 介護保険の居宅介護住宅改修費支給23人 そのうち高浜市補助金交付10人 (要支援～要介護3 18人のうち8人) (要介護4・5 5人のうち2人) 「自立」認定者の高浜市補助金交付2人																				
改修費用	※訪問調査した高齢者5人について 総額 平均591千円(48～1,367千円) 補助金 平均326千円(48～500千円) 自己負担 平均265千円(0～867千円)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>「自立」者</th> <th>要支援～要介護3</th> <th>要介護4・5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総額</td> <td>平均128 (100、157)</td> <td>平均225 (74～459)</td> <td>平均254 (72～517)</td> </tr> <tr> <td>保険給付</td> <td>—</td> <td>平均155 (66～180)</td> <td>平均142 (65～180)</td> </tr> <tr> <td>補助交付</td> <td>90</td> <td>平均79 (52～90)</td> <td>平均210 (150、270)</td> </tr> <tr> <td>自己負担</td> <td>平均38 (10、67)</td> <td>平均38 (7～189)</td> <td>平均28 (7～67)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">[千円]</p>		「自立」者	要支援～要介護3	要介護4・5	総額	平均128 (100、157)	平均225 (74～459)	平均254 (72～517)	保険給付	—	平均155 (66～180)	平均142 (65～180)	補助交付	90	平均79 (52～90)	平均210 (150、270)	自己負担	平均38 (10、67)	平均38 (7～189)	平均28 (7～67)
	「自立」者	要支援～要介護3	要介護4・5																			
総額	平均128 (100、157)	平均225 (74～459)	平均254 (72～517)																			
保険給付	—	平均155 (66～180)	平均142 (65～180)																			
補助交付	90	平均79 (52～90)	平均210 (150、270)																			
自己負担	平均38 (10、67)	平均38 (7～189)	平均28 (7～67)																			

表6 改修内容

		介護保険前	導入後			合計 (N=25)
		訪問調査した高齢者 (N=5)	「自立」認定者 (N=2)	要支援～要介護3 (N=18)	要介護4・5 (N=5)	
玄関	手すり	3	0	9	0	9
	踏み台	1	0	4	0	4
	スロープ	2	1※	0	2	3
	その他	1	0	1	1	2
廊下	手すり	1	1	8	1	10
	段差解消	1	0	8	2	10
居間 台所	手すり	2	0	4	1	5
	段差解消	1	0	6	1	7
	踏み台	0	0	1	0	1
	畳を板間に変更	0	0	0	1	1
	その他	0	0	0	1	1
便所	手すり	3	0	1	1	12
	扉の交換	0	0	1	1	2
	段差解消	1	0	6	0	6
	便器の交換	2	0	1	0	1
	その他	2	0	1	1	2
洗面所	手すり	2	0	8	1	9
	段差解消	0	0	6	1	7
	洗面台の交換	2	0	0	0	0
浴室	手すり	1	0	7	1	8
	全面改修	0	0	1	0	1
階段	手すり	0	1	1	0	2
屋外	手すり	1	0	1	0	1

※同居家族の介護のため

資料 住宅改修事例

ケース1 男性「自立」認定者

改修費用 総額157千円、高浜市補助金90千円、自己負担67千円

改修内容 階段 手すり

2F廊下 手すり

地域の介護保険サービスの説明会で、「自立」認定者に対する住宅改修補助があることを知り、本人が福祉窓口に応じた。急な曲がり階段を壁を伝いながら上り下りしており、階段と2F廊下に手すりを設置した。

ケース2 女性 要介護1（痴呆）

改修費用 総額200千円、介護保険給付180千円、自己負担20千円

改修内容 廊下 段差解消

居間 段差解消

便所 手すり、段差解消

洗面所 手すり、敷居の撤去

長男夫婦と3人暮らしだが、日中は一人になる。立ち座りや歩行が不安定だが、不注意に動作をしてしまい、廊下の敷居につまづいて転倒したこともあった。

移動の安全性を確保するため、居間、玄関ホールの敷居を取り外し、洗面所の敷居を取り替え、トイレ前廊下とトイレの床をかさ上げして段差を解消した。また、トイレと洗面所に手すりを取り付けました。

ケース3 男性 要介護1（変形性脊椎症）

改修費用 総額300千円、介護保険給付180千円+高浜市補助金90千円、自己負担30千円

改修内容 玄関 手すり、踏み台

廊下 手すり、段差解消

居間 手すり

便所 手すり、扉の交換、段差解消、便器の交換、間仕切壁の除去

トイレが和式便器であり、一人で立ち上がることができず、妻が介助していた。また、玄関の上がりかまちは高く、一人で上がるができなかった。

トイレを洋式便器に変更し、床をかさ上げして段差を解消した。介助が必要になることも想定して、間仕切壁を除去して介助スペースを作り、ドアからアコーディオンカーテンへ変更している。玄関は上がりかまちに手すりを取り付け、踏み台を使って上がり下りできるようにした。合わせて、居間や廊下の手すり設置などを行っている。

ケース4 男性 要介護3（脳梗塞右片麻痺）

改修費用 総額300千円、介護保険給付180千円+高浜市補助金90千円、自己負担30千円

改修内容 玄関 手すり

廊下 手すり、段差解消

居間 段差解消

洗面所 手すり、段差解消

便所 手すり、扉の交換

家の中で杖を使って歩いている。廊下幅が広くつかまるところが少ないため、トイレ前でよく転倒していた。居室からトイレ、食堂、洗面所、玄関の生活動線上に手すりを設置し、敷居に三角板をつけて段差を解消した。また、トイレは内開きのドアから、引き戸へ交換している。

ケース5 男性 要介護4 (脳梗塞右片麻痺)

改修費用 総額 367 千円、介護保険給付 180 千円+高浜市補助金 150 千円、自己負担 37 千円

改修内容 玄関 スロープ

居間 畳を板間に変更、手すり

便所 手すり

半年前に脳梗塞を発症、入院。自宅退院にあたっての改修である。家の中を車椅子で移動できるように、土間の半分に、床を張って居室とトイレを作った。居室から直接外に出られるように、残りの土間部分にスロープを付けている。トイレは居室の隣にあり、洋式便器の手すり付き。また、居室から食堂へ移動するために、間にある和室の畳を一部板間に変更した。このうち、居室横のスロープ、トイレの手すり、和室の一部の板間と手すりが介護保険・居宅介護住宅改修費及び高浜市補助金の対象となっている。

1-3. 「介護予防」プログラム相互の関係性

来年度、痴呆予防教室は、宅老所での実施内容を充実し、比較的健常な高齢者が多い公民館などで「痴呆予防」のハイリスク者を拾い上げ、宅老所へつなげる形へ変更される。

また、公民館などは比較的健常な高齢者が多いものの転倒経験者が少なくないため(図5)、実施内容を転倒予防を重視したものに切り替え、住宅改修などを含めた「転倒骨折予防」事業と関連を持って運用していく予定である。

「介護予防」プログラムは、事業が相互に乗り入れるものへと拡がりを見せている。

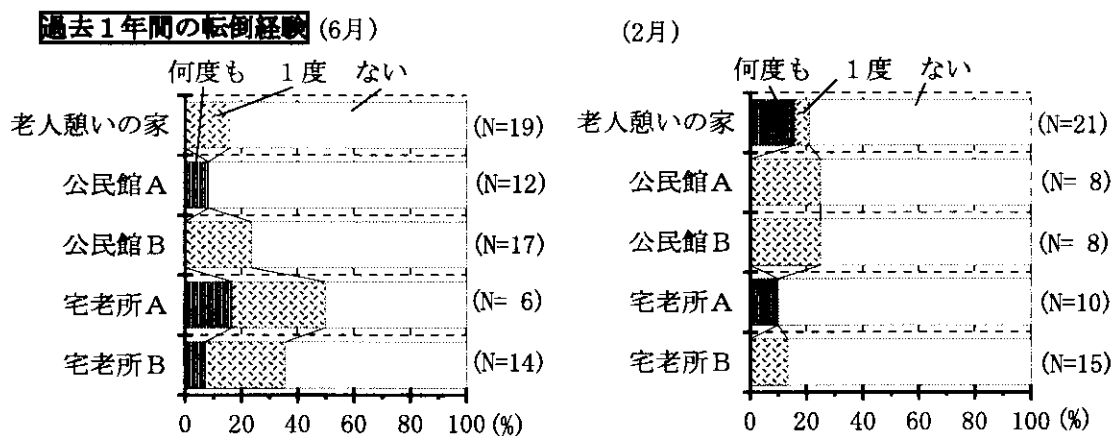


図5 痴呆予防教室参加者の転倒経験

2. 痴呆対応プログラム

2-1. 痴呆対応を重視した介護保険サービスの質

(1)通所介護 (痴呆専用型)

高浜市には3ヶ所の通所介護事業所があり、このうち1ヶ所を調査した(表7:A)。一般型と痴呆専用型の併設であり、デイサービスB型とE型から移行したものである。

表7 高浜市の通所介護事業者

	運営主体	介護保険前	→ 導入後	併設施設
A	社会福祉協議会	デイサービスB型+E型	一般型20人+痴呆専用型10人	(単独)
B	社会福祉法人(施設)	デイサービスB型+E型	一般型20人+痴呆専用型9人	特養併設
C	社会福祉法人(施設)	デイサービスB型	一般型15人	養護併設

このような一般型と痴呆専用型の併設では、利用者数が多くなりやすく、大人数での集団プログラムを好まない痴呆性高齢者などに対応したグループ編成やプログラム上の配慮が必要になる。実際に愛知県の通所介護事業者調査では、痴呆性高齢者などに対応したグループ編成などに取り組んでいる事業者が見られる。しかし、ここでは特に積極的な取り組みは見られなかった。また、利用者の7割が要介護1であり、利用者層が軽度な方へよっている。

(2) 痴呆対応型共同生活介護

高浜市には痴呆対応型共同生活介護事業所が1ヶ所ある。定員7人、現在5人が入居している。民家を改修したもので、家庭的雰囲気の中で、スタッフと痴呆性高齢者が一緒に食事を作り、買い物へ出かけている。近隣の幼稚園との交流や、研修生の受け入れなど、地域とのつながりもできている。

また、痴呆対応型共同生活介護事業の利用者は5人だが、もう1人、同じ建物に住んで生活を共にしている高齢者がいる。これまでから入居しており、介護認定で「要支援」になったために、痴呆対応型共同生活介護を利用できなくなった者である。高齢者はここになじんでおり、退居が生活の質などの低下につながるおそれがあったため、介護保険とは別扱いで住み続けられるようにしたのである。

このような柔軟な対応が行われている一方で、逆に、介護度が重い側で入居条件が厳しくなっている。要介護3までのいわゆる問題行動がない者に限っており、現在の入居者も要介護1が3人、要介護2が2人である。全国調査の結果と比較しても、やや軽度な方へよっている。

2-2. 介護保険以外の痴呆性高齢者デイサービスと宅老所

高浜市には5ヶ所の宅老所がある(表8)。介護保険「自立」認定者などを対象に、それぞれ週2～3日、午前10時から午後4時まで行っており、社会福祉協議会のスタッフ1人とボランティア数人が対応にあたっている。

平成12年11月末の登録者数は301人、1日あたりの利用者数は1ヶ所あたり4～18人である(表9)。