

身体的・精神的虐待 86.3%、放置 45.4%、リスク全体 45.4%。B自治体では身体的・精神的虐待 73.6%、放置 59.2%、リスク全体では 42.1%。

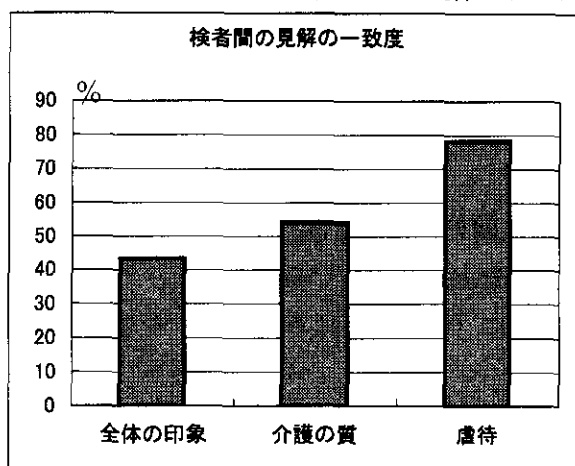


図 検者間の見解の一致度 (両自治体合計)

【考察】

介護保険導入前、要介護認定時に訪問相談員がハイリスクと評価した者は、導入前は両自治体で 107 名、導入後も 40 名存在した。このことから本研究で作成した調査票を用いれば、一定程度ハイリスク状態にある者を見つけ出せることが確認できた。ただし、信頼性の点では、特に放置の項目については高いと言えないことも明らかになった。

身体的・精神的虐待の場合、要介護者の状態や介護者の態度などから問題の有無は比較的判断しやすく、評価も一致しやすいのかもしれない。しかし放置についてはどこから問題ありとするか明確な基準があるわけではなく、調査者個人の価値観によるところもあるなど、評価が分かれてしまうことが考えられる。この調査をハイリスク者のスクリーニングと位置付けるならば、放置の項目についても 6 段階で程度を評価しなくても問題があるのかどうかを見極めることが重要と考える。従って、リスクを「問題なし」「やや問題あり」「問題あり」の 3 段階で評価する形が適切であろう。

リスク評価については、訪問調査員、ケアマネージャー、その他援助を行う者などの間で話し合い、調査項目に対する評価基準を共有すれば、調査の信頼性を向上させることが期待できる。ただし、1 度きりの調査では、リスクを見落としてしまう可能性がある。例えば、要介護認定の訪問調査員を「お迎えする準備」として、家族が普段行わない要介護者の清拭や部屋の掃除が行う、その日だけ介護者が高齢者にやさしくふるまってみせるなどの場合もあり得るからである。

これらの限界を克服するためには、訪問調査員のみならず、ケアマネージャーなど、日常的に要介護者に接する者も介護の質の低下や虐待の有無を評価する視点を持つことが求められる。そして調査は一度きりではなく、何回も継続して行うことが必要である。

【結論】

放置については4項目を3段階、身体的・精神的虐待については2項目を4段階で評価する評価手法を開発した。(資料2)(資料3)

b. ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界

【目的】

ハイリスク者スクリーニング調査を行う意義と限界を明らかにする。

【対象と方法】

1999年10月、2000年10月と2回のスクリーニング調査を行った後、両自治体の担当者に上記目的についてヒアリングをした。

【結果】

ハイリスク者スクリーニング調査にはリスク者の発見の他に以下7点の意義があること、しかしベンチマークとして用いるには現状では限界もあることが明らかになった。

7点の意義は、以下の通りである。①権利擁護担当者が自治体全体のリスクを把握できる ②ケアマネージャーがリスクの程度を自治体全体からみて把握できる ③自治体の政策立案の判断材料になる ④介護に関する相談を受け付ける窓口の仕事を充実させる客観的な資料になる ⑤リスク変化のきっかけ、介入方法を調べる前段階として必要な作業である ⑥ケアプランを客観的に評価する資料の一つとなる ⑦他機関と連携する必要があるケースの対応方法を考える資料となる。

限界については、次の2点が見出された。①リスク者の割合が多い結果がでた場合、調査員は自分の判断が厳しかったのではと、次回は疑わしいと思った事例でもリスクと判断しなくなる可能性がある ②数値の動きのみを見ては、政策判断がゆがむ可能性がある。以前ハイリスクと評価された者に支援を行い、状況が改善したとしても、新規にハイリスク者が多く出現したら援助者の努力は数値の上では表れてこない。

【考察】

ハイリスク者スクリーニング調査を行う場合、以下3点に配慮する必要があると考える。①調査員にはハイリスク者の割合のみを問題視するようなフィードバックは行わない ②個々のリスクに応じたような状況改善が見込めるか、どんな援助を行うか、最終的にどんな状態になったらよしとするかの目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価を組み合わせる ③介入前後の変化に注目する。

【結論】

ハイリスク者スクリーニング調査は、リスク者のスクリーニングに加え、自治体の介護政策充実の点でも意義があることが確認できた。調査を行う際には、介入前後の変化に注

目して結果を考察し、援助目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価等もあわせて行う重要性などが示唆された。

放置・過干渉、身体的・精神的虐待の有無と程度に関する調査

この調査は、援助の必要性を把握するためのものです。

訪問調査時の様子から、以下の点について調査者が判断してお答えください（評価のための補足資料を参考に評価を行ってください）。

1. 放置、過干渉（該当するところに○をつけてください）

項目	問題なし	やや問題あり	問題あり
起居移動動作の介助			
身の回りの介助 （排泄・清潔の保持等）			
毎日の家事 （炊事など）			
週に数回の家事 （掃除など）			

<具体的な問題の内容>

2. 身体的・精神的虐待（該当するところに○をつけてください）

項目	問題なし	否定できない	やや問題あり	問題あり
身体的虐待				
精神的虐待				

<具体的な観察所見>

	「問題なし」のイメージ	判断の幅	考える手がかり
起居移動動作の介助	動きたいときに動きたい場所へ行くことができる 身体的に動けない場合は、ある程度介助の手が期待できる	「問題あり」と「やや問題あり」の違いは程度に応じて。誰が見ても明らかに問題と感ずる状況であれば「やや」はつけない。迷った場合は「やや問題あり」と評価する。	「寝かせきり」にさせられていない 介護者の存在（独居、昼間独居）、介護者の健康（特に腰痛） 拘縮、じょくそうがない 本人の動く意欲 転倒の危険（ふらつき、めまいなど） 本人の自立の点から見て過干渉かどうか ポータブルの片づけができていない いつも汚れた服を着ている おむつの取替えができていない
身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）	そこそこ清潔な衣服を着ている 排泄で汚れたとき、すみやかに片付け、下着を取り替え、必要に応じて清拭してもらう 週に2～3回はお風呂に入る、または清拭してもらう		本人が貧血状態でないか 冷蔵庫の中に入っている食品の賞味期限 買ひ物はできているか 調理できる人はいるか
毎日の家事（炊事など）	3食食べている 食事はそこそこ栄養バランスがとれており、毎回同じ物ではなく、ある程度手の加わったものである		虫（ゴミブリなど）の巢の有無 炊事場に食器が放置されていないか 足の踏み場がないほど散らかっていないか ほこりだらけでないか
週に数回の家事（掃除など）	片付け、整頓がままあまあまできていない ゴミの放置がなく、異臭がしない		あざ、傷などの有無
身体的虐待	本人の体にあざや傷がない	「否定できない」は確信が得られているわけではないが怪しいと思う場合。「問題あり」は普段関わっている援助者の証言がある、証拠があるなどの場合。「やや問題あり」と「問題あり」の違いは程度に応じて。	
精神的虐待	毎日安定した気持ちで生活できている		家族がいなくなると調査員に家族の悪口を言う 調査時、本人と家族が全く話をしない 調査時、冷たい関係が感じ取れる

高齢者の状態に関する追加調査のお願い

この調査は、介護保険導入前後の約1年間で、要介護認定時に実施した介護状況（介護の質、虐待）に関する質問項目に変化が見られた方について、追加の情報をお教えいただくものです。

お忙しいところ恐縮ですが、ぜひご協力をいただきますようよろしくお願いします。

様 の介護状況（介護の質、虐待）について、介護保険導入前（1999年10月）と比較した導入後（2000年10月時点）の状況についておたずねします。該当するところにマルをつけてください。

1. 介護状況について、全体的な印象をお答えください。

	改善	やや改善	変わらない	やや悪化	悪化

2. 介護状況について、以下の個別項目に対する印象をお答えください。

	改善	やや改善	変わらない	やや悪化	悪化
(1) 起居移動動作の介助					
(2) 身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）					
(3) 毎日の家事（炊事など）					
(4) 週に数回の家事（掃除など）					
(5) 身体的虐待					
(6) 精神的虐待					

3. なぜ設問1, 2でお答えいただいたような印象を持たれたのか、それぞれの要因についてあてはまる箇所をマルで囲んでください。

※「変わらない」にマルを付けた場合もご返答いただきますようお願いいたします。介護の質の低下、虐待の恐れがある場合、時間が経つとともに悪化するのが通常であるため、変化がない場合は何が悪化を食い止めたのか、その理由を考えたいと思います。

	よく	やや	どちらとも	あまり	全く
A. 高齢者本人の状態の変化 (ADL,痴呆の悪化など)	あてはまる	あてはまる	いえない	あてはまらない	あてはまらない

	よく	やや	どちらとも	あまり	全く
B. 家族の変化 (家族が病気になったなど)	あてはまる	あてはまる	いえない	あてはまらない	あてはまらない

C. 介護サービスによる影響

	よく	やや	どちらとも	あまり	全く
a. 足りない介護力を補えた	あてはまる	あてはまる	いえない	あてはまらない	あてはまらない

b. 介護疲れが軽減された					
---------------	--	--	--	--	--

c. その事例について、 ケアマネジメント担当者が 決められた					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

d. 要介護者と介護者が離れて 過ごす、又は距離を置く機会が 作られた					
---	--	--	--	--	--

e. その他
(思い当たる事柄がございましたらお書きください)

4. ケアマネジメントを行ううえで、特に心がけたことがございましたらお教えてください。

ご協力ありがとうございました。

厚生科学研究費補助金（政策科学研究事業）
分担研究報告書

介護環境調査から在宅ケアへ

分担研究者 野口 定久 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨 介護サービス給付実績ソフトを用いて高浜市の介護サービスの利用状況を検討するなかで、在宅の訪問系サービスの伸びがあまり見られないことが判明した。介護保険の健全な運用は、施設ケアと在宅ケアのバランスにあり、また要介護者と家族が在宅ケアを選択しやすい環境づくりが求められる。そのためには、第1に、ひとり一人の要介護者や家族が在宅で受けているフォーマルなサービスとインフォーマルなサポートの実体を介護環境として総合的に把握する必要がある。第2に、要介護者を中心とした介護状況の情報をエコマップ上に分類整理する方法を開発する必要がある。第3に、個別の介護環境エコマップをもとに、多職種間でケース分析し、個々のケースごとの援助・支援方法を具体的に実践することが求められる。本分担研究のねらいは、ひとり一人の要介護者や家族の在宅ケアを可能にする一連のコミュニティソーシャルワークの援助プロセスを開発することに向けられている。

A. 研究目的

介護保険が始まって2年が経過し、介護保険サービスの利用状況に少なからず問題が表れてきた。例えば、①介護保険によって、老人医療費が大幅に減少するといわれていたが、削減は目標の半分程度、②在宅サービス利用は低調で、むしろ施設需要が急増している、③介護市場への民間事業者の進出が不調（二木立：日本老年社会学会第43回大会シンポジウム報告原稿より）、といったところである。介護保険によって、介護の社会化が進み、老人医療費が削減し、在宅ケアも拡大し、民間事業者による介護市場も拡大するというねらいは、いまのところ達成できていないというのが現状である。本調査研究は、1999年から2001年の3年にわたる厚生科学研究費補助金研究の対象自治体として一貫して協力をいただいている愛知県高浜市で行った。今回の調査にあたっては、高浜市の介護保険審議会において介護サービスの利用状況を検討いたしたところ、居宅介護サ

ービスの中でもデイサービス等の通所系のサービス利用は大幅に拡大されているものの、在宅の訪問介護サービスの伸びがあまり見られないことが判明した。いうまでもなく介護保険制度導入のひとつの理由は、在宅でも介護が可能なように、また家族介護者の負担を軽減するために発足したものである。高浜市の福祉行政においても、介護者が安心して在宅介護が継続できるように居宅介護サービスの充実に力を注いでいるところである。そこで、このたび、厚生科学研究助成の支援のもとに、高浜市の協力を得ながら、居宅介護サービスの利用拡大をはかり、利用者が安心して在宅介護を続けられるような環境づくりのためのアンケート調査を実施することにした。

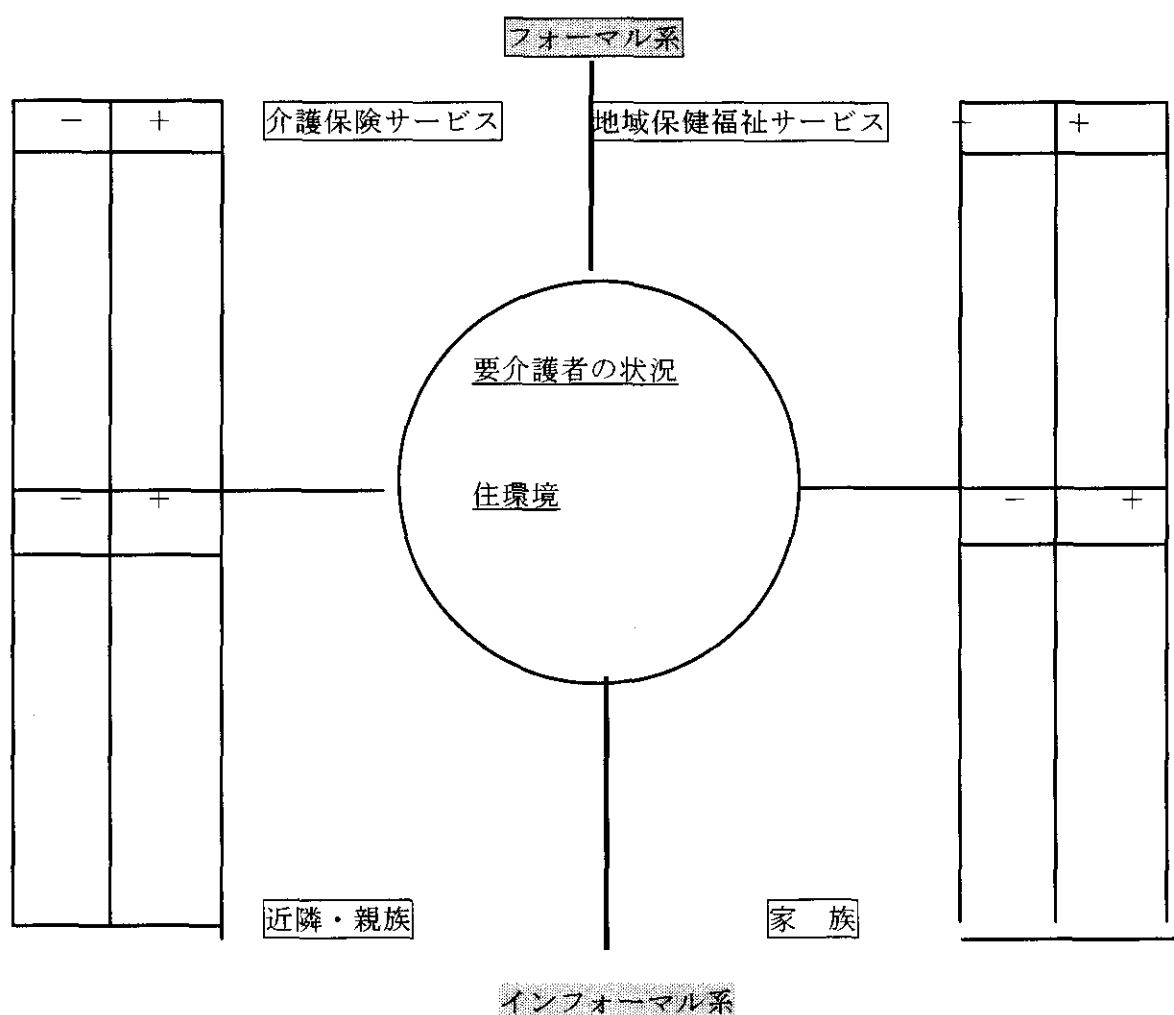
B. 研究方法

これまでの在宅ケアの問題状況を踏まえ、今回の調査研究では、要介護高齢者の介護環境の実態をありのままに図示してみよう方法をとった。調査項目は次のとおりで

ある。①要介護者の状況（性別、年齢、要介護度、痴呆症状、身体状況）、②介護者の状況（性別、年齢、続柄、仕事、健康）、③世帯構成（同居家族）、④家族介護状況、⑤介護保険サービスの利用状況、⑥地域保健・医療・福祉サービスの利用状況、⑦住

環境（住居形態、要介護者の居室、住宅改造、転倒しやすい箇所）、⑧インフォーマル・サポート（親族、近隣）

▼在宅要介護高齢者の介護環境エコマップ



C. 研究結果

今回の介護環境エコマップ調査では、20 ケースの在宅介護の状況を得ることができた。そのなかから、現在の在宅ケアにかかわる、いくつかの課題が散見できた。介護保険サービスについては、①介護認定の評価と実際の要介護者の在宅での生活環境に、少なからずギャップがみられたことである。とくに痴呆症状を有するケースの介護環境の

厳しさがみられた。②介護保険制度やサービスの相談体制に関する課題である。制度自体が利用者にあまり理解されていない、介護支援専門員とのミスマッチなど、利用者が安心して相談できるシステムづくりが急務である。③サービス利用に関する課題である。日々のサービス利用の手続きの煩雑さへの不満が多くみられた。ショートステイの予約に対する不便さやその日の体調

の変化でサービスの變更への手続きが大変、といった声がかかれた。④住宅改修費の適用範囲の制限条項が逆に利用を抑制している。⑤サービス利用の少ないケースほど、保険料や利用料を高く感じる傾向が見られた。地域保健福祉サービスについては、身体の状態、習慣を含めた個人のオムツの使用量に応じた支給やオムツの効率的な使用方法の指示は、在宅ケアを継続する上で必要である。また、話し相手や外出のボランティア、見守りボランティア、レスパイトサービスやガイドサービス、夜間のホームヘルプサービスなど家族介護と介護保険サービスの狭間をつなげる地域保健福祉サービスは重要である。日常の介護の連続性への援助・支援システムが介護負担の軽減につながるということがわかった。インフォーマル・サポートについては、介護問題を家族内で抱えてしまいがちになるのは、その家族員の地域社会関係が希薄化することに関連する。今日では、近隣や親族関係が弱くなったといわれているが、介護・ケアという課題を通して、もう一度近隣・親族網の支え合いを再生するよい機会ととらえるべきである。介護や子育てという本来家族で営んできた行為は、今日では社会化せざるをえない。したがって、近隣や親族をめぐる小地域で介護ネットワークづくりの実践を作為的に構成していく必要がある。そのような活動を通して、地域のキーパーソンとなる人を見出し、地域ケアのインフォーマルネットワークの形成が求められている。

D. 考察

今回開発した介護環境エコマップ法によって、在宅の要介護老人にかかわる介護問題は、複雑な要素や条件によって生起しており、さらに症状の個別性や特徴、家族や地域社会の介護体制によっても、その現れ方がいっそう複雑になっていることがわかった。これらのことは、今後の高齢社会を見通して保健・医療・福祉の協働の作業によって解明されていかなければならないことであるが、介護問題が要介護高齢者の状

況、介護者の条件、その家族や親族の条件、地域の援助関係などによって、その様相もかわってくることは明らかであり、それらをより深刻にしているのがフォーマルなケアシステム（介護保険サービス以外の地域保健医療福祉サービス）とインフォーマルなサポートネットワークとの不調整、フォーマルサービス系の不調性にあることも明らかとなってきた。

社会あるいはそれを構成している個人における現実の状況は、あらゆる多様性と混乱に満ちている。その混沌とした状態の中から、われわれに必要な一定の事象ないし事実が発見され、選別され収集されなければならない。その混沌とした生活問題の中から、ここでは要介護の高齢者世帯に焦点をあて、個人あるいはその家族が抱える保健福祉ニーズの発生の特徴およびポイントを次に述べていこう。

- ①高齢期における心身の自立度の低下は、高齢者本人の依存性を増大させるだけでなく、世帯の経済状況や家族構成、家族関係、家族員の就労状況・健康状態、住宅構造、親族や近隣からの援助、地域住民の福祉意識、社会サービスや社会資源へのアクセスの在り方など 総体的に関連しあって、ケアのニーズが決まってくる。
- ②ケアのニーズは、世帯の中に埋没していて潜在化しやすく、その量やレベルが把握しにくい。世帯内における対応の過程や問題点は外から見えにくい状態におかれている場合が少なくない。それゆえに小地域の中で、住民のニーズを具体的に発見・指摘し、保健・医療・福祉の専門機関につなぐ福祉協力員といった役割を担う人の役割が重要である。
- ③子世代と同居している高齢者世帯において保健福祉ニーズが高まり、拡がっている。「生活の社会化」の拡がり、伝統的家族観の動揺、世帯内における老親と子世代との家計・生活行動の分離が同居世帯における潜在的なケアのニーズを高めていると思われる。

- ④高齢者のケアニーズに対しては、家族がまずはじめに対応し、またその対応の仕方を選択し、決定する。行政はそれを可能にするための条件・基盤づくりをすることが重要である。在宅で要介護状態がどこまで支えられるかは、公的年金や介護手当による所得保障、住宅や道路の整備、緊急時の保健・医療サポートシステムなどにかかっている。
- ⑤ニーズの非顕在性は保健・医療・福祉サービスの在り方によって修正されやすい。したがって、保健・医療・福祉サービスの供給方法やレベル、量や頻度、時間帯、相談や利用の手続き、サービス間の連携やネットワークなどによって、自覚的なニーズの拡がり期待される。
- ⑥ニーズの限度を越えて自分で対応したり、ニーズの真の充足ではなく、介護負担の軽減という観点からのみ保健・医療・福祉サービスを利用している状況が少なくない。保健・医療・福祉ニーズは、家族の介護力や地域の社会的援助力とフォーマルなケアサービスに条件づけられており、そして、家族的ケアとその限界の中に閉じ込められながら、その枠をはみ出た人々は、あいもかわらず施設待機者として介護施設入所を希望している。
- ⑦したがって、フォーマルなニーズだけ取り出すのではなく、ある地域全体の保健・医療・福祉ニーズを総体としてとらえることが重要である。在宅ニーズから施設ニーズへ転換する契機の把握、家族の保健・医療・福祉サービスの選択行動の把握が必要である。
- ⑧ひとり一人の要介護高齢者世帯の介護環境を把握するための援助・支援システムの確立が重要である。たとえば、この介護環境エコマップを活用して多職種間での地域ケア会議を開催し、継続的にハイリスクケースを観察する。その際に、ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントと調整型のケアマネジメントを類型化する必要がある。そして、

ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントのケースを重点的に対応していく体制づくりを提言する。

E. 結論

今回の実験とこれまでの地域ケア研究に基づいて、在宅ケアを可能にする条件をランダムに抽出してみることにする。

- ①小地域＝コレクティブ方式のシステム化：ホームヘルパー、訪問ナース等医療系サービスと福祉系サービスの組み合わせによる小地域チームケアシステムの設置
- ②保健・医療・福祉サービスの地域トータルケアシステムの構築とそのための拠点施設の設置
- ③バリアフリー住宅の安定供給、住宅改修制度の利用拡充、低家賃等家賃の公的補助制度
- ④サービスの安（安心・信頼性）、近（近接性）、短（サービスの短さ・効率性）
- ⑤訪問系サービスと通所系サービス、医療系サービスと福祉系サービスの組み合わせ
- ⑥デイサービス利用の多様性；宅老所・ミニデイサービス
- ⑦近隣、親族、友人関係等のインフォーマル・サポート
- ⑧家族介護負担の軽減策
- ⑨ひとりのケースを総合的に見守る担当制のコミュニティソーシャルワークの配置
- ⑩ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントシステムの導入

第4節 介護環境調査から在宅ケアへ

分担研究者 野口 定久 日本福祉大学社会福祉学部教授

はじめに

本調査研究は、2001年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）の分担研究のひとつを構成する研究テーマに関する調査研究をまとめたものである。全体の研究テーマは、「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」（主任研究者：野口定久、日本福祉大学社会福祉学部教授）である。その中で、今回の調査研究は、家族介護者の負担度と在宅福祉サービス利用状況、インフォーマル・サポートとの関係性を明らかにする事例調査という位置づけになる。

1. 介護保険と在宅ケア

（1）在宅ケアは拡大したか

介護保険が始まって1年10ヶ月余り、介護保険サービスの利用状況に少なからず問題が表れてきた。例えば、①介護保険によって、老人医療費が大幅に減少するといわれていたが、削減は目標の半分程度、②在宅サービス利用は低調で、むしろ施設需要が急増している、③介護市場への民間事業者の進出が不調（二木立：日本老年社会科学会第43回大会シンポジウム報告原稿より）、といったところである。介護保険によって、介護の社会化が進み、老人医療費が削減し、在宅ケアも拡大し、民間事業者による介護市場も拡大するというねらいは、いまのところ達成できていないというのが現状である。

本調査研究は、1999年から2001年の3ヵ年にわたる厚生科学研究費補助金研究の対象自治体として一貫して協力をいただいている愛知県高浜市で行った。今回の調査にあたっては、高浜市の介護保険審議会において介護サービスの利用状況を検討いたしたところ、居宅介護サービスの中でもデイサービス等の通所系のサービス利用は大幅に拡大されているものの、在宅の訪問介護サービスの伸びがあまり見られないことが判明した。

いうまでもなく介護保険制度導入のひとつの理由は、在宅でも介護が可能のように、また家族介護者の負担を軽減するために発足したものである。高浜市の福祉行政においても、介護者が安心して在宅介護が継続できるように居宅介護サービスの充実に力を注いでいるところである。そこで、このたび、厚生科学研究助成の支援のもとに、高浜市の協力を得ながら、居宅介護サービスの利用拡大をはかり、利用者が安心して在宅介護を続けられるような環境づくりのためのアンケート調査を企画した。「介護保険時代における持続可能な基礎自治体の地域福祉システムの構築」にまで研究成果が及ばず、それを明らかにする上での基礎要件としての実態分析にとどまった。

（2）研究の背景

介護保険事業計画の策定作業にかかわってきた筆者の経験から、介護保険事業と高齢者施策における政策選択の議論を通して、次のような論点をあげてみよう。

第1に、介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画との位置づけに関する論点である。これまでの第一次高齢者保健福祉計画では、老人保健法と老人福祉法を根拠法としつつ、高齢者が住み慣れた地域で「いつでも、どこでも、だれでも」をキャッチフレーズにしたサ

サービスを利用できるように、住民に身近な基礎自治体が、地域の高齢者のニーズと将来必要な保健・福祉サービスの量を明らかにし、その提供体制を計画的に整備していくことを目的として作成されたものである。しかし、このうち「介護」の部分についてみると、高齢者本人が自力で行動がすることができなくなっていること、本人及び家族の精神的・肉体的・経済的負担が多いばかりでなく、行政機関が行政サービスとして従来のサービス提供方法では、質的にも量的にも限界があることが明らかとなってきた。このため、「介護」が必要となった高齢者等については、本人及び家族と社会が連携して十分な介護が受けられるよう介護保険制度が導入されるものであり、第二次の高齢者保健福祉計画は、介護保険法に基づく介護保険事業計画の内容を包含する位置づけとなっている。すなわち、介護保険事業は、寝たきりなど介護が必要な高齢者に対し、本人の選択と第三者機関による審査を経てサービスの提供が行われるものであり、対象者・目的・サービス内容等がある程度限定されている。しかし、介護保険でのサービスを希望しても対象と認定されなかった人に対する福祉サービスの確保、すべての高齢者を視野に入れた健康増進・疾病予防・生きがいづくり・一人暮らし高齢者の生活支援等、幅広い分野での総合的な保健・医療・福祉対策が必要であり、これらは新しい高齢者保健福祉計画でカバーすることになる。すなわち、介護保険は高齢者保健福祉計画の中の特定部分を対象とするものと位置づけられ、この二つの計画は一体のものとして作成されることが求められる。

第2に、介護サービス資源の基盤整備と効率的な運用に関する論点である。介護保険の導入により、施設サービスと在宅サービスの選択は、利用者である高齢者に委ねられることになる。高齢者の健康・自立生活や地域社会への参加を支援する上で、身近な地域における保健福祉サービス等の社会資源の充実が重要であり、今後ともこのための諸施策を進める必要がある。この場合、自立高齢者から要介護高齢者までの、それぞれのニーズに的確に対応したサービス施策や施設の整備、福祉機器の開発普及等を図るとともに、在宅で要介護高齢者を介護する家族等への支援も充実すべきである。さらに地域の資源としての老人施設等が有する専門機能の有効活用、関係機関の連携、民間事業者の参加の拡大により、的確かつ効率的なサービス提供が図られることが必要である。

第3に、保健・医療・福祉サービスの総合化に関する論点である。要介護者をはじめさまざまな課題やニーズをかかえる人たちが気軽に相談できる総合窓口の一元化と専門的な相談体制作り、情報提供システムの整備、そして介護保険実施に不可欠なケアマネジメント体制の構築、連携のためのサービス機関のネットワーク化をさらに図る必要がある。

第4に、福祉増進・予防活動の促進に関する論点である。健康づくりや介護予防等福祉の増進施策に力点をおく政策と実践が重要である。そのためには、予防的側面と、積極的に健康・福祉を増進するという2つの側面からの取り組みを重視する。予防的側面には、たとえば老人保健法における40歳からの保健事業のように、健康管理を適正に行うことで病気の早期発見・治療に結びつけることや、寝たきり予防のための介護指導や広報啓発によって寝たきり予防を地域住民に意識づけること、また、いかにして「要支援」（虚弱）から「要介護」への移行期間を延ばすかなどの要介護に至る事前の予防的施策を積極的に投入し、予防的サービス効果をあげていくことが求められる。また、積極的な福祉推進策としては、地域の高齢者を対象とした「ミニ・デイサービス」や「宅老所」等の取り組みや、老人福祉センターや保健センター等で痴呆性高齢者の入浴支援などを行う地域リハビリテーション、給・配食等のサービスによる栄養確保や孤独の解消・安否確認のような生活支援につながる活動などを重視する必要がある。

第5に、苦情処理及び権利擁護システムの構築に関する論点である。介護保険の導入により、契約を中心としたサービス提供の仕組みに変化するわけであるが、そうした契約文化に不馴れな、またなじまない人たちの地域及び施設において、高齢者等の人権の尊重や

権利擁護についての啓発を進めることや、権利が侵害され、高齢者等から申し立てが合った場合等において、トラブルが想定できるが、迅速かつ適切に対応できる仕組みを整備していくことが必要である。特に、痴呆性高齢者等の財産管理を支援するシステムの整備や権利擁護に関する成年後見制度の施行を踏まえた相談援助体制の強化が必要である。

第6に、住民参加、ボランティア活動、福祉NPOへの支援に関する論点である。地域福祉の推進のためには、地域住民の自主的な参加を支援・援助するとともに、要援護者の地域生活を可能にするための住民やボランティアによる見守り活動を含む幅広い支持・支援が必要である。また、NPO（特定非営利活動）法人格を取得し、介護保険事業に参入する市民活動団体等民間介護サービス事業者が介護市場に参入しやすいインフラの整備が重要である。さらに、住民参加型の協働事業（宅老所、生きがい対応型デイサービス事業）の展開の支援や行政の補助方式の開発、ルールづくりなどの整備が急がれる。

（3）問題の所在

われわれが継続して行ってきた2000年度の厚生科学研究のなかから、今回の調査研究の課題をリードしてきた研究を3つあげてみる。ひとつは、介護保険下における虐待事例の研究（加藤悦子）、第2は、「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価に関する研究（大橋美幸）、第3は、介護保険給付実績ソフトによるサービス給付分析の研究（平野隆之）である。これらの研究の詳細は、2001年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」（主任研究者：野口定久）報告書を参照されたい。ここでは、その中から要点をのべるにとどめ、問題の所在の一端を示すことにする。

▼虐待リスクの事例研究

この報告のねらいは、虐待が疑われる事例、介護の質に問題がある事例を1事例ずつ取り上げ、これらの状況にある高齢者や家族にどう関わり、どのような援助を行えばよいかを考察することに向けられている。

虐待が疑われる事例（身体的虐待と精神的虐待）は、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。

事例分析から、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く、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り、家族以外の第三者が関わりを持っても、家族の人間関係を変えることは非常に難しいとしている。そして、援助の方法として、①担当のソーシャルワーカーが家族個人々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、②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の2点を指摘している。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ことを強調している。

第2の事例は、なされている介護の質に問題がある事例（排泄の介護）をとりあげ、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」おり、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い合いになってしまう」とコメントしている。

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。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るとのコメントがなされている。

▼「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価

この報告は、「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での調査結果をまとめたものである。高浜市では、「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つの柱をかかげ、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、健常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観点からの分析が行われている。

研究方法は、①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、②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調査を実施している。

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と比較しながら、痴呆対応の点からの分析がなされている。

研究結果の要点をいくつか拾っておくと、①公民館と宅老所では参加者の傾向が異なり、公民館は、日頃から公民館活動に参加している比較的健康な高齢者が多く、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。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いない者の参加が増えている。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者を受け入れ始めていること、②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、③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。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。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、④「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こと、⑤一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こと、⑥痴呆対応型共同生活介護は、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

と一緒に食事を作り、買い物へ出かけており、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ことなど、多くのことが散見された。

そして、高浜市の宅老所はこれらのように痴呆性高齢者への対応を意図したものではないが、大人数の集団プログラムになじまない痴呆性高齢者などが、家庭的な雰囲気の中で手厚い対応を受けながらすごす場所として、最も近い環境や体制を備えているだけに、現在の対象者を限定した運用が惜しまれるという指摘がなされている。

▼介護保険サービス給付実績ソフトの解析

この報告では、介護保険事業実績の分析ソフトを活用した高浜市の介護保険事業の実績結果が紹介されている。高浜市における介護保険事業分析ソフトの特性を示しておく。用いられた指標は、『未利用率』、『重度比率』、『人数在宅率』、『費用在宅率』、『1当たり在宅費用額』、『利用率』、『対支給限度額比率』、『複数ケアプラン率』、『サービス・クロス率』、『身体介護比率』の9指標のうち4つの指標である。①『人数在宅率』、『費用在宅率』、『1人当たり在宅費用額』の指標では、かなり高い位置あること。②『利用率』の普及面では、訪問系サービスが相対的に低い位置ある。とくに重度層での普及の弱さが判明した。③『対支給限度額比率』では、相対的には高い比率を示しながらも、要介護5において低下する傾向にあり、重介護を支えるサービス支援の課題が明確となっている。④『複数ケアプラン率』においては、要介護度4-5において、相対的に低く、この点からも訪問系とくに訪問看護等の支援の課題を提案している。

2. 研究の枠組み

(1) 在宅ケアとしての介護問題

介護保険導入後も、家族介護者による高齢者への介護虐待といった悲劇が絶えない。筆者は、この原因を介護保険制度導入以前から各地の調査で追求してきた。それによると、①重介護状態にもかかわらず、高齢者を家族で介護しており、介護者の状況によって介護水準が決められてしまっていること、②在宅介護に対する住民の意識が低く、ニーズに適した住宅改造が行われていなかったり、講習会を受けてもそれが介護に生かされていないこと、③寝たきり老人の在宅率が高く、寝たきり老人の中でも重度化した高齢者を在宅に抱え込んでしまっており、住民の抱えている問題やニーズが潜在化してしまっているといった背景の中で生じていることがわかった。このことから、寝たきり状態が「在宅でつくられている」という実態をわが国の家族介護依存の中にみることができる。では、介護問題が、なぜ家庭内に潜在化しやすいのか、その要因をあげてみよう。

▼生存に関わる家庭内の介護水準

毎日の生活の中で、常にケアを要する高齢者を「受容」し、要求を受け入れるという姿勢を保ち続けることは困難であり、とくに、介護態勢が不十分な中では、しばしば老人の症状に翻弄され、自暴自棄に陥ってしまいがちとなる。そうした状態では、重介護症状の改善は困難であり、老人は精神的に不安定な状態におかれることになる。ましてや介護者や家族はそうした状況下にあって現状を冷静にみるというよりは、諦観していくしかないという傾向が強い。

▼同居の家族を中心とした介護態勢の脆弱化

家族構成は、三世代同居という、伝統的な家族形態の中での老親扶養という外面は保たれているが、三世代が同居するというのは、単に各世代が寄り合って形成されたというのではない。例えば多就労を可能にするのが有利だということ、家事や育児を親世代に任せ

て、子世代は共稼ぎ化して、現金収入を得る、いわば「寄り合い世帯」的性格がある。そうした家族が要介護状態になった老親を介護せざるをえないということだから、“配偶者ひとり”のところに介護が集中せざるをえない。また家族人数は多くても、実際に家事・介護を手助けすることができる家族は多くない。さらに介護者が、高齢・病弱化しており、多くの介護者が自分自身の健康に問題を抱えながら介護を行っているという状態がある。

▼介護を支える社会的支援システムの不備

保健・福祉サービスの利用のきっかけは、介護者や家族からの「申請」ではなく、むしろ民生委員や保健婦などの日常業務の中で発見され、サービス利用に結びつくケースが多い。一般の住民は保健や福祉の制度に熟知しているわけではない。実際に介護していても、その知識は不十分である。サービスを利用している場合をみても、その利用が、老人のニーズを充足し、症状の改善や緩和になるのかどうか、どのような方針でサービスを利用しているのかが必ずしも明確でない。極論すれば、介護者や家族のニーズの充足だけがはかられているという傾向が強い。

以上のことから分かるように、老人介護に対する援助の要点は、個々の介護問題に内在する生活上の課題に直接働きかけ、要介護老人と家族の社会生活を構成する複数の社会資源の結びつきを個別的・全体的に援助することにある。すなわち要介護老人と家族を全体として処遇することの背景には、個人の生活体系を社会関係の総体であると認識し、かつ実践するという地域福祉の価値が志向されているのである。それは個人の生活体系を地域における生活関係から切り離すことなく、むしろその保全こそ目的として介護サービスを連動させるということの意味している。

(2) 介護ニーズ発生メカニズム

在宅の要介護老人にかかわる介護問題は、複雑な要素や条件によって生起しており、さらに症状の個性や特徴、家族や地域社会の介護体制によっても、その現れ方がいっそう複雑になっているといえる。これらのことは、今後の高齢社会を見通して保健・医療・福祉の協働の作業によって解明されていかなければならないことであるが、介護問題が老人の状況、介護者の条件、その家族や親族の条件、地域の援助関係などによって、その様相もかわってくることは明らかであり、また、それらをより深刻にしているのがフォーマルなケア体制（介護保険サービス以外の地域保健医療福祉サービス）の不整備状況にあることも明らかとなってきた。

社会あるいはそれを構成している個人における現実の状況は、あらゆる多様性と混乱に満ちている。その混沌とした状態の中から、われわれに必要な一定の事象ないし事実が発見され、選別され収集されなければならない。その混沌とした生活問題の中から、ここでは要介護の高齢者世帯に焦点をあて、個人あるいはその家族が抱える保健福祉ニーズの発生の特徴およびポイントを次に述べていこう。

- ① 高齢期における心身の自立度の低下は、高齢者本人の依存性を増大させるだけでなく、世帯の経済状況や家族構成、家族関係、家族員の就労状況・健康状態、住宅構造、親族や近隣からの援助、地域住民の福祉意識、社会サービスや社会資源へのアクセスの在り方など 総体的に関連しあって、ケアのニーズが決まってくる。
- ② ケアのニーズは、世帯の中に埋没していて潜在化しやすく、その量やレベルが把握しにくい。世帯内における対応の過程や問題点は外から見えにくい状態におかれている場合が少なくない。それゆえに小地域の中で、住民のニーズを具体的に発見・指摘し、保健・医療・福祉の専門機関につなぐ福祉協力員といった役割を担う人の役割が重要である。
- ③ 子世代と同居している高齢者世帯において保健福祉ニーズが高まり、拡がっている。

「生活の社会化」の拡がり、伝統的家族観の動揺、世帯内における老親と子世代との家計・生活行動の分離が同居世帯における潜在的なケアのニーズを高めていると思われる。

- ④高齢者のケアニーズに対しては、家族がまず第一に対応し、またその対応の仕方を選択し、決定する。行政はそれを可能にするための条件・基盤づくりをすることが重要である。在宅で要介護状態がどこまで支えられるかは、公的年金や介護手当による所得保障、住宅や道路の整備、緊急時の保健・医療サポートシステムなどにかかっている。
- ⑤ニーズの非顕在性は保健・医療・福祉サービスの在り方によって修正されやすい。したがって、保健・医療・福祉サービスの供給方法やレベル、量や頻度、時間帯、相談や利用の手続き、サービス間の連携やネットワークなどによって、自覚的なニーズの拡がりが期待される。
- ⑥ニーズの限度を越えて自分で対応したり、ニーズの真の充足ではなく、介護負担の軽減という観点からのみ保健・医療・福祉サービスを利用している(例えば老人病院における社会的入院)状況が少なくない。保健・医療・福祉ニーズは、家族の介護力や地域の社会的援助力とフォーマルなケアサービスに条件づけられており、そして、家族的ケアとその限界の中に閉じ込められながら、その枠をはみ出た人々は、あいもかわらず施設待機者として介護施設入所を希望している。
- ⑦したがって、フォーマルなニーズだけ取り出すのではなく、ある地域全体の保健・医療・福祉ニーズを総体としてとらえることが重要である。在宅ニーズから施設ニーズへ転換する契機の把握、家族の保健・医療・福祉サービスの選択行動の把握が必要である。

(2) 在宅ケアを可能にする条件

- *小地域=コレクティブ方式のシステム化：ホームヘルパー、訪問ナース等医療系サービスと福祉系サービスの組み合わせによる小地域チームケア
- *保健、医療、福祉の連携と拠点施設の設置
- *バリアフリー住宅の安定供給、低家賃等家賃の公的補助制度
- *サービスの安(信頼性)、近(近接性)、短(効率性)
- *訪問系サービスと通所系サービスの組み合わせ
- *デイサービス利用の多様性；宅老所・ミニデイサービス、刺抜き地藏・釘抜き地藏
- *近隣、親族、友人関係等のインフォーマル・サポート
- *家族介護負担の軽減策

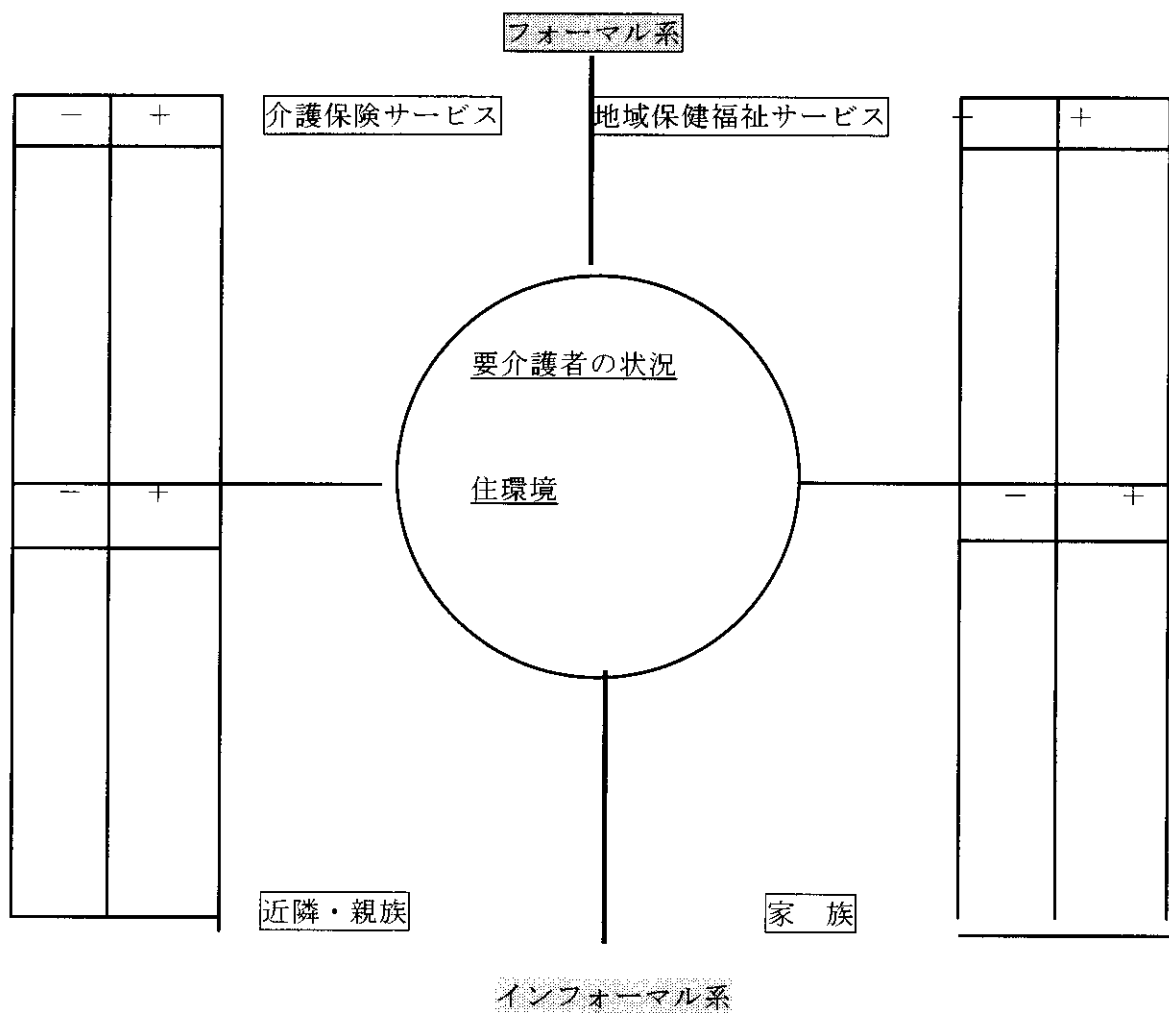
(3) 介護環境エコマップ

これまでの在宅ケアの問題状況を踏まえ、今回の調査研究では、要介護高齢者の介護環境の実態をありのままに図示してみることにした。調査項目は以下のとおりである。

▼調査項目

- ①要介護者の状況(性別、年齢、要介護度、痴呆症状、身体状況)
- ②介護者の状況(性別、年齢、続柄、仕事、健康)
- ③世帯構成(同居家族)
- ④家族介護状況
- ⑤介護保険サービスの利用状況
- ⑥地域保健・医療・福祉サービスの利用状況
- ⑦住環境(住居形態、要介護者の居室、住宅改造、転倒しやすい箇所)
- ⑧インフォーマル・サポート(親族、近隣)

▼在宅要介護高齢者の介護環境エコマップ



厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
 分担研究報告書

介護保険政策による要介護高齢者および介護者へのインパクト
 「単独方式」の2自治体を中心に

分担研究者 樋口 京子 岐阜大学医学部看護学科講師

研究要旨 介護保険政策の要介護高齢者および介護者に対するインパクトを明らかにするために、介護保険前後の2時点で、①要介護認定者の療養場所の変化と②介護者の心理・情緒的因子（主観的幸福感、抑うつ、介護負担感など）の変化を評価した。

その結果、要介護認定者では、要介護度3以上の重度群で在宅割合が減少し、2時点共に在宅で療養と確認できた人は41.4%に留まり、療養場所がかなり移動していた。

介護者では、横断・縦断データ共に、導入後も一般高齢者と比べると主観的幸福感は低く、うつ状態にある人が多い。介護負担感や主観的幸福感は有意に改善していたが総じて差は小さいものであった。層別分析をすると、要介護度や障害が軽度の群と介護サービス利用の多い群、介護者の年齢が65歳未満の群でのみ改善が見られた。しかし、介護サービス未利用者においても改善が見られるなど、介護保険の効果とは断定できなかった。「介護負担の軽減」効果は限定的であることが明らかになった。

A. 研究目的

介護保険政策の要介護者および介護者に対するインパクトを明らかにするために、介護保険前後の2時点で、①要介護認定者の療養場所の変化と②介護者の心理・情緒的因子（主観的幸福感、抑うつ、介護負担感）の変化を評価した。

方法：質問票を用いた留め置き郵送返送方式（大学宛に返送）とした。

調査内容：①介護の負担感：中谷ら（1988）の介護負担感尺度、経済状態と家族・親族間の人間関係を問う項目を加えたNFU版介護負担感尺度、全体的負担感（7段階）、②心理・情緒的因子：介護者の主観的幸福感（11項目の短縮版PGCモラル・スケール）、高齢者うつ評価尺度（GDS）、③社会的因子：介護者のソーシャル・サポート、④主観的健康感、⑤保健・福祉サービスの利用状況と満足度

B. 研究対象および方法

対象：人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%と類似した2つの単独自治体A市、B町の介護保険を申請した要介護高齢者と主に介護している家族である。

対照群としてA市居住の全高齢者（n=3461）の主観的幸福感と高齢者うつ評価を「導入前」に調査した。また、要介護度とレセプトのデータを自治体から提供を受けた。

①介護保険制度導入前後の2時点で要介護認定を受けた要支援、要介護者全数。

② A市とB町で要介護認定のための訪問調査を在宅で受けた介護者で①「（介護保険）導入前」（1999年度後期）405人、②「導入後」（2000年度後期）221人である。（前後両方の縦断データは135人）

C. 結果

① 要介護認定者の療養場所の比較

介護度別の全認定者に占める在宅で療養者の割合は、導入後要介護度3以上の重度群で約