

研究ノート

学生による介護保険利用者調査の経験 第2報 介護資源、利用状況及び利用者の生活の変化

簾 野 脩 一

B 介護資源とその利用

I 在宅介護者の特徴

1. 続柄
2. 健康状態
3. 職業、勤務形態
4. 他の要介護者
5. 代替介護者

事例紹介

II 社会的介護資源

1. 利用した介護資源
 - 1) 利用されたサービスの種類
 - 2) サービスに見られた変化
2. 医療の変化

III 利用者と介護者の生活の変化

1. 変化の目安
2. 判定項目別の改善状況
3. 3種判定項目の組合せによる総合判定
4. 効果判定のための問題点
 - 1) 判定基準の不統一
 - 2) プラセボ効果

3) 断面調査から因果関係が分るか？

IV 介護資源利用の作戦

1. 介護開始時点の区分
2. 資源の使い分け
3. 介護期間の期間別分布
4. 家事援助と身体介護を巡る考察
5. 家族介護と社会資源利用
6. 重度介護の経過に関する考察

第2報の要約

前報において、本調査研究の概要を説明し、調査対象者すなわち介護支援を必要とする人達とその予備軍の特徴について述べた。今回は、地域の介護資源の二種、すなわち最も基本的な介護資源である在宅介護提供者の特徴について述べ、他方利用者の立場から見える社会的な介護資源の介護保険前後の利用状況と、介護保険という画期的な制度変革の前後における介護者、利用者の生活の変化について述べる。終わりに介護期間からは利用者が家庭内、家庭外の介護資源を何時からどう組み合わせて利用したかという介護作戦の歴史的経験を学ぶ。

B 介護資源とその利用

I. 在宅介護者の特徴

在宅要介護者は、通常家族の世話になっているが、配偶者、娘、嫁など女性がその任務を果たしている場合が多いことはよく知られている。生活がほぼ自立していて、とくに生活上介護を受ける必要が無い人々がいる一方、病院や老人福祉施設に移動した人々が居た。この調査では、在宅の要介護者について、主な介護者は誰か、その他在宅介護に影響すると思われる環境条件等について尋ねた。

1. 続柄

利用者の性別に主介護者の続柄を下に示す。

表B—1 高齢者から見た主介護者の続柄ほか

高齢者の性別	介護不要		介護者		続柄		施設・病院	総数
	自立	配偶者	既婚の子	未婚の子	嫁	その他		
男	3	5	0	0	4	0	0	12
女	5(4)	5	6(1)	2	9(5)	2	3(4)	32(14)
男+女	8(4)	10	6(1)	2	13(5)	2	3(4)	44(14)

介護者続柄間には重複記載は無いが、介護の必要性や高齢者の所在との間には、重複記載例があり、重複記載がある者の数を（ ）内に別けて記載した。

施設在住の7名を除く在宅高齢者43名中8名は家族の介護を必要としなかった。施設を含めた自立高齢者総数は8+2（施設に重複記載）例であった。施設入居または入院中の3+4（2名は自立、2名は入所までの家族ケアと重複記載）例で全員が女性であった。

主介護者には男性6名、女性31名と大きな性差があった。次に高齢者の性別に、続柄を見ると、男では配偶者が最も多く、次いで息子の配偶者、いわゆる嫁の順、女では、嫁、実子、配偶者の順であった。未婚の子（女2名）は既婚子介護者（男1名、女6名）の3割弱であった。その他障害が軽度で、家族は居るがヘルパーに家事援助を依頼している1例と妹が姉を介助している1例とがあった。男は配偶者の世話を受けている者が半ばを越えるが、女では2割弱であった。通常夫が年長で妻より先に要介護状態になる確率が高く、妻が要介護になる頃夫は生存しないことが多いと理解される。しかし夫が妻のケアをすること自体、かつてはまれな出来事であり、公務要職の夫が退職して妻のケアに専念することが美談のように報道されたが、我が国でも次第に珍しくなくなりつつある。配偶者によるケアが男女同数であったことは、正に時代の変化を示していると思う。老人福祉施設や老人病院利用者はこの集合では全員女性であった。看取った夫に先立たれて老いていく女

性が一人で暮らせなくなった場合、家族介護者が居なければ施設が終着駅となる。独身女性が増加しつつある今日、施設を単なる養護施設と捉えるのではなく、魅力的な晩年の過ごし方のオプションとして、体力が衰えていく高齢者のニーズに十分配慮した豊かな住居が多数試作され、提供されることが望ましい。

2. 健康状態

家族による介護を必要とした37名の場合、介護者は、非常に健康な者7名、まあ健康である者25名、余り健康でない者4名、未報告1名で、健康者が大部分であった。健康でないという者は居なかった。健康でない状態は不安定であり、介護者としては長続きしないためと思われる。介護者も虚弱高齢者である高齢者夫婦の場合、障害の種別や自立度などを勘案して分離収容されることが多いが、施設側の都合でなく、本人同士の希望に沿った保護的住居が考案されるべきである。現在のように形式的規制によってパタン化した施設のどれかに入れるのではなく、高齢者の変り行くニーズに合わせて個性的な施設運営や人材の配置が変えられることが利用者本位の介護であると思う。

3. 職業、勤務形態

農業2、自営業3、主婦7、被傭者14、無職4、データ欠7例であった。介護者の勤務様式は、被雇用者14名について数えると退職者5、軽度の勤務に転換5、継続勤務が4であった。農業従事者、自営業者、主婦、無職者の場合この質問は非該当となる。「介護のために」と限定して、転退職、軽度勤務に移動等について尋ねたが、介護者のその時点の年齢情報を取らなかったもので、定年退職を除外できないが、額面通りに受け取ると、被傭者で退職した5名は妻1、既婚の娘1、嫁3名であり、軽度の職場に変った5名は夫1、嫁4名であり、継続勤務の4名は既婚の息子1、既婚の娘1、嫁2名であった。介護保険は外部の社会資源導入によって介護者である家族の就労継続が可能にできるであろうか。少子化の進行から将来の労働力不足が心配されて

いる。今社会的福祉資源を強化しておくことは貴重な労働力を失わずに家族による在宅介護を維持し易い国づくりになると期待される。

4. 他の要介護者

かつては三世代が揃って住む大家族が普通であったが、今は核家族が主流となり、高齢者の単独世帯、老夫婦のみの世帯が急増しつつある。家族規模が小さくなったこともあって、高齢者以外に幼児、学童、障害者など他の要介護者を抱えている家族が多いと予想したが、他の要介護者がある家族は31家族中5例しか無かった。複数の要介護者として、老親と子供とを同時に世話する立場を想像したのだが、5組の実態は、母と父2組、母と義父2組、そして義母と夫1組という高齢尊属の組み合わせのみであった。もう自分自身若くない中高年女性が、二人の超高齢者のお世話をしている姿がほとんどであった。長寿国日本ではこのような家庭がこれから急増すると思われる。とくに義父母に対しては世間の目もきつく、手をぬくことは許されない傾向があるのでないだろうか。理解のある家庭も少なくないだろうが、自分の人生の後期に、次第に厳しい生活に追い込まれていくのは気が重くなる状況である。しかも自分の老後は誰が見てくれるのかと不安がよぎる中での介護である。このような家族の配置状況は介護保険における介護費用認定では全く考慮されない。その取り込みは今後の国民的課題であろう。

5. 代替介護者

我が国の高齢者家族ケアの問題点の一つに、家族全員でケアを負担し合うのではなく、特定の一人に役割が回ると、その人だけが高齢者ケアの担当者と見なされて、介護者が固定され、他の日常の仕事を落ち度なく果たした上に、一人で介護を負担するといった特定個人集中型家族ケアが多いことがある。専任介護者はしばしば長男であり、その妻（嫁）であり、あるいは未婚の末娘である。他の家族は毎日介護のかやの外、不運な巡り合わせとなった女性が一人で介護に身も心も捧げ尽くす。元来介護保険には、このような家族の

負担を緩和する狙いがあった。現状はどうであろうか？介護保険制度とは関係なく、これは我が国の家族制度のひずみであり、地域による相違が大きい。老親の介護を複数の家族で介護すれば、一人当たりの介護は肉体的にも心理的にも軽減されるはずである。代替介護者は家族や親族内の役割分担と協力の問題であるが、解決は決して容易でない。

そこで主介護者に、代替介護者の有無を尋ねた。常時あると答えた人には、代替介護者が何人いるかを尋ねた。何時も頼める態勢でない場合は、緊急時に頼める人が居ないかを尋ねた。高齢者が要介護状態にあつて、家に住んで居る家族介護者は全員この質問に答えるべき対象者になる。該当する37家族の答えは、常時あるが16人、緊急時のみ頼めるが18人、誰も居ないが3人だった。常時ある予備軍の数は、1人が9例、2人が4例、3人が2例、5人が1例であった。常時代替者を頼める態勢がある家族は介護を必要とする家族の4割程度しかなかった。いざという場合には頼めるという家族がほぼ同数あつて、合わせて8割以上あるから、まだ熊本市周辺では家族の介護力は保たれている方ではないかと思われる。ただし「緊急時には頼める」というのは、専任介護者の主観的願望であつて、いざという場合実現するという保証はない。出勤の条件となる緊急か否かの判断には規準が無い。代替者が「誰も居ない」と明言する3家族があつた。これは少数ではあるが、緊急対策をとらなければ家族共倒れの危険が大きい。高齢者介護は家族や縁戚が看るべきものという固定観念から抜け出すべき時代が来ているのではなかろうか。

事例紹介

そこでこの3例について、調査票から汲み取れる限りの情報を整理して参考に供する。

ケース1. 82歳の母が娘と暮らしている。気管支拡張症と肺気腫があるが、月1回受診する程度で済んで居る。すべてのADLが自立し、痴呆は無い。介護負担はごく軽度であつた。娘は健康だが外で働いていないし、他に介護を必要とする者も居ないので母の生活支援は必要になれば十分にできる態勢である。代替者は居ないが、このことが不安材料になるほ

どの母親の状況では無かった。介護保険前は月1回程度の訪問看護を受けていたが、介護保険になってから回数が多いデイサービスに切り替えた。切り替え後とくに生活面の改善は認められていないが、これは、介護が普段負担として意識されていないからであろう。母親はデイサービスに満足している。要介護度1の支給限度額をすべて使っている。母親が面接に答えたが、「娘に任せているので、介護費用等の詳しいことは分らない」と答えた。

コメント：元気な高齢者の家でとくに問題は無いようである。留守番をしていた利用者は自立しており、調査は介護者からでなく、本人からすべて聴取できた。娘さんの気持ちを伺うことはできなかった。年齢も不詳である（調査票では介護者の回答を予想して、回答者の性別、年齢を尋ねたので母親の年齢が重複して記入された）。重篤な疾患にかからない限り、周囲からの援助は必要ない。ただ何分高齢者であるから、緊急時の迅速な対応の仕方を今から考え、準備していくのがいいだろう。介護保険を上手に利用していた。

ケース2．91歳の母を53歳の実娘が介護している。母はとくに病気はなく、高血圧と高脂血症が認められる程度である。ただし高齢のため、平成7年12月頃からほとんどの日常生活の一部を手伝う状況になった。歯磨き、入浴、外出などは全面的に手伝わなければならない。視力もかなり低下して介助の必要を高めている。中程度の痴呆があり、コミュニケーションは不自由だが、大体の話は通じる。時々夜中に騒ぐことがあるが、それ以外に問題となる行動はない。介護は結婚した長女が担当し、代替介護者は居ない。今回の調査は要介護高齢者1人の介護について調査したため、同居者について詳細な情報は得られていないが、93歳になる父も生活に介護を必要とし、長女一人で老親2人の世話をしている。母は要介護度4と認定された。介護保険の費用は全額を利用している。費用負担に問題は無い。親は高齢であり、最後まで家でお世話してあげたいと思っている。昨年4月からデイサービスを利用し始めたが、母はサービ

スに満足しており、生活は以前より楽になった。介護者としてはとくに介護負担は減っていない。調査記録から見て、高齢のご両親を支えてまめまめしく働いている一家の主婦の姿が眼に浮かぶ。中等度の痴呆がある母の世話に加えて父の世話までしておられるが、どちらかに、あるいは両親に急病が出たりして、介護量が急増すると困難が増すだろう。我が国の健康保険制度は急患を凌ぐ支えになるが、両親を同時に看ることはできない。外部からの援助が必須になる。我が国では社会支援ネットワークの形成が著しく遅れている。非常事態への対応について、ふだんから介護支援専門員の方などから情報を得て行動プランを立てておくと思う。

ケース3．99歳の父を健康な嫁が世話しているという70歳になる娘さんからの報告である。報告者は体力的に父の世話は無理であろう。高齢者は前立腺ガンを発見されているが、発育が遅いし、超高齢であるので、手術はせず静観している。緑内障のため、視力はほとんど無い。中等度の痴呆があるが、コミュニケーションは何とか保てる状態。問題行動は無い。介護保険になる前は入浴サービスを受ける程度であったが、平成12年肺炎を起こしてから、肺炎は治ったが寝たきりの状態になった。要介護度5と認定され、ヘルパーの訪問が毎日あり、良く世話してもらって助かっており、保険料や一部負担に問題を感じることはない。介護指導専門員の説明はよくしてくれるので満足しており、ヘルパーは毎日来てくれる。家族の介護負担は減り、本人の生活も良くなった。

コメント：年齢並みの心身の機能低下があるが、家族による介護とヘルパーの支援で、持病もあり、痴呆もある寝たきりの高齢者を支障なく世話している。

代替介護者が居ないという共通データを持つ3事例を検討したが、娘あるいは嫁のお世話と、介護保険を利用したヘルパー導入で問題なく介護できているようである。ただこの3家族は地域の成功例であって、多くの家族は高齢者を施設にまたは病院に送り込んだり、高齢者の異常

行動で崩壊しかかったりしている家庭があることを忘れてはならない。このような対象は本調査では見つけることができなかった。このような高リスク家庭の存在規模は不明である。こうした留保条件つきではあるが、介護保険制度は順調に地域に定着し、家族の介護負担を軽減し、高齢者にも満足してもらっているようである。これでいいのだと手放して礼賛するつもりはないが、急激な高齢時代への準備として、地域全体として見る限り、プラスが大きいと判断される。始まったばかりの制度である。このままで安全と言い切れない点が残る。不備はこれから補っていく必要がある。

II. 社会的介護資源

1. 利用した介護資源

1) 利用されたサービスの種類

介護保険が始まる前に受けていたサービスの利用状況と介護保険開始（平成12年4月）以降新たに始まったサービス利用及び減少または中止したサービスをすべて洩れなく書き出してもらい、追加、減少、中止のような変化があった場合にはその理由を挙げてもらった。

表B2 提供されたサービス種別数（調査票記載による）

表B-2-1 介護保険前から利用していたサービス

サービス種別記載数	記載欠	0	1	2	3	4	計
該当人数	10	8	15	12	4	1	50

表B-2-2 介護保険実施以後新たに開始したサービス

サービス種別記載数	記載欠	0	1	2	3	計
該当人数	14	8	21	6	1	50

表B-2-3 介護保険実施以後中止もしくは減らしたサービス

サービス種別記載数	記載欠	0	1	2	3	計
該当人数	34	10	4	1	1	50

介護保険開始前から受けていたサービスについては「無し」と答えた8名を含めると40名が記入し、10名は空白であった。新たに始まったサービスは、「無し」を含めて36名が記入した。僅か8ヶ月の期間に過半数28例に新しいサービスが導入されたことは異常事態であり、介護保険開始なくしては考えられないことである。その傍証として同じ期間に減少または中止したサービスは僅か6例のみで、「無し」という駄目押しの回答が他に10名あった。サービスの出入りは少なく、一旦始まったサービスは当分続く傾向があり、止めるのは頻繁には起こらない状況が、このサービスの入超から理解される。記載欠は実際サービスを受けていない場合と受けていても記入洩れの場合とが考えられる。

外部からサービスを受けた証拠となる他の資料として、今回使用した調査票には、初めて外部からサービスを受けた時点、介護保険給付利用状況、通所サービス利用の有無、サービスの変化の気付き、サービスの満足度等の質問がある。また要介護度やADL障害の程度等の個人の特性も、外部からのサービスが必要か家族の介護のみで支持できるかを考慮するのに参考になる。外部の支援サービス導入から9月（最大で平成12年4月から12月まで）以内であれば介護保険施行に関連して始まった可能性が濃くなる。介護サービスの記載が介護保険の前後とも欠落しているケースが4例あった。この4例全員介護保険以前に外部からサービスを最初に受けた日付の記入があった。ということは利用サービスの記載欠落は怠慢ということになる。介護保険給付に関しては1人の特別養護老人ホーム居住者は限度額まで使っていると言っているが、この施設ケア利用自体を利用しているサービスとして記入しなかった。（下表には加えて示す）これは日常化しているためにうっかり書き落したのであろう。他に要介護度4の方は上限の30%程度を使用しているがサービスの記載は欠けていた。他の2人は要介護度1及び3の方で介護保険給付利用の項は空白で残していた。このようなデータ入力との矛盾は随所に散見されるが、余り神経質にならず、概況を把握することにしよう。

介護保険開始前から何らかのサービスを利用していたとの報告は32名から

寄せられた。1、2種までのサービス名を挙げる方が最も多く最高で4種までであった。(平均 1.4)

質問された「サービス」と称する援助の範囲や、その種別の名称等をすべて想起することは高齢者には容易ではない。サービスリストを提示して○、×をつけてもらう方が、白紙の調査票に想起して書き込んでもらうより容易で記載洩れは少なかったと思う。要求過多であったと反省させられた。それ故下の表は、地域の要介護高齢者が利用している介護、福祉、医療サービスの内輪の見積りを提供するものと見て頂ければよい。

表B－3 各種サービスの種類別時期別利用者数（介護保険前及び後）

サービスの種類、名称	前から利用	介護保険開始後の変化	
		新たに利用	減少または中止
在宅維持のためのサービス			
給配食	1	1	
家事援助	6	3	
訪問介護(全般)	6	3	1
訪問身体介助	2	2	
巡回サービス		1	2
外出付き添い	3		
訪問入浴(特浴)	4	2	
訪問看護	5	2	1
訪問リハビリ	1	1	1
訪問診療	3		
歯科診療	1		
福祉機器導入		1	
送迎サービス	2	1	
住宅改造	1		
通所サービス			
通所入浴(特浴)	1	1	
デイケア、デイサービス	13	10	4
通所リハビリ	1	2	
施設、病院へ入所、入院			
短期入所(ショートステイ)	3		
一般病院	3	1	

療養型病床群		1	
老人保健施設		1	
<hr/>			
特別養護老人ホーム	1		
グループホーム		1	
経費老人ホーム	1		
サービス 延べ数	58	34	9

介護保険前から受けていたサービスで最も多かったのは、デイケア及びデイサービスで13ケースが利用していた。次いで家事援助、訪問介護と訪問看護とが競い合って続いた。その他はずっと少なかった。在宅、通所、施設サービスに分けると、在宅ケア支援サービスが最も多く、次に通所サービス、収容施設の順であった。豊富な種類に利用者は選択に迷うことであろう。ケアマネジャーの力量が問われる所である。

介護保険施行後に新たに加わったサービスは、さらに種類が増え、前に無かった24時間巡回サービスも出てきた。福祉機器導入と普及にも介護保険は寄与した。上位は依然としてデイサービスが最も多く利用され、ずっと下がって家事サービス、訪問介護、訪問看護が並んだ。

減少したサービスはずっと少なかった。デイケアの回数を減らし、ついに中止した人、巡回サービスを始めたが回数を減らし、結局止めた人、訪問看護から訪問介護へ、そしてデイサービスへとケアが次第に軽度になっていった方があった。サービス利用増加のみならず、サービス利用減少も介護保険の功に数えるべき場合もあろう。ただしサービスの質への不満やコストへの配慮等も述べられており、安易な評価はできない。

この全体の動きから、介護保険が広汎な国民層に静かに定着しつつある動きが感じられる。メニューの豊富さも大切だが、問題はサービスの中身である。この課題には後段（D章など）で触れる。

2) サービスに見られた変化

「受けているサービスの内容は変わりましたか？」という漠然とした包括的な質問で、提供システムが措置から契約、市場競争に変わったことで、利用者が

気づくような変化が感じられたかどうかを知ろうとした。質問者側が提示するサービスリストに束縛されない全般的な印象や率直な感想を聞きたかったからである。

改善を認める者が10例あったが、不変が最も多く26例と半数以上、悪化は1例も無く、回答なしが14例であった。続く改善内容への質問には4例しか答えなかった。この全例が改善を認めていた。特養入所の方は、介護者が増員され、手が届きやすくなったことを述べた。通所ケアを利用できるようになって子供に手が届くようになったと感謝の言葉を述べる在宅介護者、公民館のレクリエーションなど個々のサービスの種類が増えたとの報告があったが、この最後の方は実際にはデイケアしか利用していないと病院側のコメントがあったと学生が注記していた。

調査法に関するコメント

この最後の例に関連して蛇足を加えると、回答の信頼性チェックの方法、不確実なデータの取り扱いに関して定説はない。長谷川式知能検査である点数を割ったら除外するといった方法も考えられるが、不確実な報告をすべて排除すれば、標本数の損失を来すのみならず、サンプルが健常者に偏り代表性が失われ、痴呆がある高齢者のデータが選択的に廃棄されるというジレンマがある。

質問者としては個々のサービス自体の質の変化とその評価を聞きたいのだが、利用者は、たとえサービスの変化を何となく感じていても、専門外のことなのでそれを的確に表現することはできない。そこで利用者はサービス自体（プロセス）の変化の指摘ができないので、変化による結果（アウトカム）の報告にまとめてしまう傾向があることが分った。

もう一つ調査の質を上げる方法が考えられる。「何か変化が見られましたか？」というような漠然とした聞き方では回答者は何を答えればよいか分らない。サービス提供者の服装、言葉づかい、会話、接遇マナー、介助の仕方の微妙な相違、依頼への対応の早さ、訪問時間の正確さ等々の具体的なポイントを挙げて質問したら、利用者が何となく感じている印象を自ら整理し、

言語化することを助けて、実践に繋がるような返答が得られたのではないかと反省している。サービスの質の評価法自体が重要な研究課題の一つであり、安易に取り扱っても得る所は少ないと言える。

2. 医療の変化

増加、減少、中断、内容変更等の有無を尋ねた。医療方針の変更は介護保険の影響などよりも、病状の変化や医師の考えで変更されると思われるが、念のための質問に、38名は変化なし、僅か2名が変化ありと報告した。報告された変化は何れも薬剤減量で、グループホーム入居者の1例では向精神薬が減少から不要になった。医療費の節約など財政的な寄与もあるが、利用者のQOL向上への貢献を大きく評価したい。尤もこれは、介護保険の成果というよりも、利用者の紹介をお願いしたグループホームにおける個別のケアの功績が大きく、介護保険はそれを可能にした社会環境を育てた点を評価すべきであろう。

調査の方法に関するコメント

医療内容の変化に関しては、非専門家には判断できないことが分った。まして変化が介護保険施行に関係して起こったかどうかなど、患者サイドは推測する根拠を持たない。非医師でも気付くこととして、投与された薬剤の変化などが多く報告されることになる。薬物療法は医療行為のごく一部に過ぎず、ここにだけ注意が集中しても、変化の本質を見失う危険がある。医療に関しても、利用者に尋ねる内容を精選し、かつ分かりやすい質問を用意する必要があるが、それは容易なことではない。医師を対象とする調査の方が、より正確で信頼性が高い情報が得られるであろう。医療内容の評価に関して患者側調査は医師を対象とした調査を補強する情報に止まるのでないかと思う。

Ⅲ. 利用者と介護者の生活の変化

1. 変化の目安

回答者から見た主観的な日常生活及び負担感への影響評価を尋ねた。この

結果こそ、利用者が、あるいは行政が介護保険の功罪を判定する最終目標であると言える。

改善を測るデータとして、利用者の日常生活が好転したか、介護者の日常生活が改善されたか、介護負担が軽減されたかの3問を尋ねた。回答の選択肢は、改善、不変、悪化であった。

2. 判定項目別の改善状況

3種の判定事項の変化は似たりよったりで大きな相違は認められなかった。1割以上の回答が記載欠であった。「どちらとも言えない」、「分らない」という選択肢があれば、それが多数の者に無批判に選ばれて不答率は低下したかもしれないが、これらの判定保留はデータ解釈上不答と変らない。それこれ故これを許さず、総合的に判断して、良かったか、悪かったか、中立の3者の何れかに旗幟鮮明にすることを求めたのであった。あるいは変化がないので意に介さず結果をチェックしなかったのかもしれない。これを外しても半数が「不変」回答であった。回答した高齢者の状態が概ね安定していることを示している。変化した者については「改善」が圧倒的に多く1/3程度あるが、「悪化」は5%程度で少なかった。3種同様な中で、強いて言えば、「改善」が一番多かったのは介護者の日常生活であり、次いで高齢者の生活であった。3種のうちで介護負担の「軽減」は最も少なく、「悪化」は最も多かった。介護負担軽減が、大部分の高齢者世帯で感じられるようにすることは容易ならざる大事業であることが分る。

表B-4 施設と在宅の介護保険施行後の生活変化

介護の場	人数	介護負担			介護者生活			利用者生活		
		減少	不変	増加	改善	不変	悪化	改善	不変	悪化
施設	6	2	4	0	4	2	0	3	2	1
在宅	37	10	22	5	14	21	2	15*	23*	1
総数	43	12	26	5	18	23	2	18*	25*	2

*利用者生活変化にのみ答えた1例を含む

利用者の性、年齢階級、痴呆の程度、要介護度等との関係を見たが、改善ないし悪化と関連するような要因は見出せなかった。ただ一つ当然と言えば当然であるが、施設、病院へ高齢者が入所すると、軽費老人ホームと療養型病床（共にすべてが不変）を例外として、介護者の日常生活は改善し、介護者の介護負担は特養とグループホームで減少し、利用者の日常生活は入院、老健、グループホームで改善し、特養で悪化が見られた。各1例というごく少数例の経験であるが、全体としてまとめた6人の集計で、在宅者より改善が多く、悪化が少なかった。個人差、施設差はあるとしても在宅ケアよりも急な改善が見られる場合が多いことを示していると見てよいであろう。在宅ケアでも改善はしばしば認められたが、要介護老人のケアの上で、施設や病院が果たす役割が大きいことを示している。

表B－5 施設利用者の生活改善状況

施設別	人数	介護負担	介護者日常生活	老人日常生活
グループホーム	1	減少	改善	改善
軽費老人ホーム	1	不変	不変	不変
特別養護老人ホーム	1	減少	改善	悪化
入院	1	不変	改善	改善
療養型病床	1	不変	不変	不変
老人保健施設	1	不変	改善	改善

3. 3種判定項目の組み合わせによる総合判定

一部ないし全部が記載もれの者が7例あった。残る43名中、すべて不変の者が20名と半数近くを占めた。3項目すべてに改善が見られた者が8名、一部に改善が見られた者が10名、一部に悪化を認めた者が6名でそのうち1名はすべての項目が悪化した。改善と悪化が混在する者は4例に過ぎず、総体的に改善した者は14名と多かった。在宅介護が困難な状況から助けを求めて生活全般の支援を社会福祉施設または病院に委託したのであるから、その状態から改善できなければ存在意義が無い。いわば良くなって当たり前の状況

からの変化である。当然在宅例よりも改善が多く、悪化が少ない傾向が見られた。

まとめると、半数近くは変化を認めず、残る半数では改善が多く、悪化は少なかった。

この影響をすべて介護保険に帰すことはできないが、介護保険がプラスの効果を示した可能性を否定できない。また施設や病院の地域における支援機能が大きいことが確認された。

4. 効果判定のための問題点

この項は、専門家である読者には蛇足であるが、調査に協力して下さったご家族や学生諸君のために解説的コメントを付すことをお許し頂きたい。

1) 判定基準の不統一

一つの弱点は、改善、不変、悪化がすべて報告者の主観的判断に委ねられていることである。僅かな変化があっても悪化や改善と見る人もあろうし、この程度では不変とする人もあろう。生活のどこを見て評価するのかも指定していない。ある部分で改善しても他の面では悪化しているかもしれない。本格的な調査の場合、最も問題となり、議論が多い所である。今回の調査は、客観性は低いが、介護者に主観的に感じられた総体的変化を尋ねたもので、これは、客観的な判定基準よりも当事者には重要であるとも言える。介護者にとって、誰かが決めてくれた客観的と称する判定よりも、自分が感じる負担感の軽減こそが望まれることであるから。

2) プラセボ効果

薬剤を投与するとか、新しい政策を施行するのはその効果を期待してのことである。何らかの操作を加えてその効果を計ることを介入試験と称する。人は、新しい制度ができたり、新薬を投与されたりすると、これまでよりいいことが起こるのでないかと期待する。少しでも調子がいいと、これは新しい薬のおかげであろうと思ひ勝ちである。とくに効果が期待できない偽薬(プラセボという)を与えても症状が軽快することは臨床では常に経験され(実

に副作用まで現れる！)、これを プラセボ効果と称する。この効果を除くには、対照を用意してこれと比較する。外観等からは区別できないプラセボと本物の薬とを予め用意しておき、投薬する医師にも、どちらが本物かが分からないようにしておき（一連番号を付しておき、何れかの薬を番号でのみ割り付ける）、外部のレフェリーから指定された番号の薬を投与することにする。このやり方を二重盲検法（薬剤投与者も服用者も有効薬かどうかを知らない。服用する患者だけが知らない場合は単一盲検法）と言う。プラセボ効果を除いた判定ができる。介護保険のような国の制度として導入された場合はこれができないので、効果判定の客観性は低くなる。テストは法律上程の前に済ませておくことが前提である。

制度化される前に地域毎に、施策を試行する試験地域と実施しない対照地域を設けて、効果や害などを地域間で比べることができる。効果測定に最良の方法と国際的に認知されている標準法は、対照設定、盲検試験、無作為割付の3条件を満たした試験である。我が国では概ね（薬効試験の場合を除く）、新しい政策に関する対照試験による効果の実証を欠いたまま、提案が政治的判断で国会を通過して制度化される。我々が現行介護保険の事後調査を計画したのは、その効果等に関して現場での検証が不可欠と思ったからであった。

3) 断面調査から因果関係が分るか？

介護保健前後のサービスの変化について調査した。また利用者の生活改善について尋ねた。そこでデータの解釈に当たって警戒すべき落とし穴について説明しておく必要がある。介護保険開始の後でどう変化したかを尋ねているが、その変化は、介護保険導入を原因として起こったとは限らない。例えば介護保険施行後に病状に変化が起ったとしよう。その変化は病気自体の進行によっても起こり、家族関係や治療方針の変更や放棄によっても起こり、患者の療養態度によっても起こる。財政難のための予算カットによるかもしれない。多数の条件や原因によって多元的、複合的に起こるのであって、介護保険施行後に起ったからといって、患者を取り巻く多くの条件の中から介護保険という一つの出来事だけを恣意的に取り出して、変化の原因に擬す

ことはできない。行政調査の報告やマスコミ報道などでしばしば(意図的に)繰り返される過ちである。この危険を利用者自身がコメントの中で指摘していた。(C.5. 介護者のコメント、付録利用者の自由回答とその考察 参照)

ただし、少数の事例から推論するのではなく、個々の条件を異にする多数の対象者が、ある共通な体験を通じて生活改善(または悪化)を体験したとすれば、その体験が原因である確率は高くなる。その関係が一ヶ所だけでなく、至る所で経験されれば、因果関係があるかも知れないという確率はさらに高くなる。しかしその原因に擬された事象が原因かどうかは最後まで確実でない。取り上げられていないもっと有力な他の原因が隠されているかもしれないからである。施行前後の比較からある事業の評価を行なうことは常にこの危険を冒すことを意味する。犯人または功労者決定の前に十分な吟味が必要である。

統計学的に多数の要因相互の影響を取り除いて、各要因単独で有する、要因と結果との関連の大きさを判定する手法が開発されている。見かけ上関連があるように思われる時、それが偶然の結果とは考え難いことを保証する(統計学的有意性の検定という)ためには、関連の強さと調査対象の数が必要である。効果が強大であるなら50名でも十分であるが、微弱な効果の判定には50名では足りない。しかし、この方法でも、分るのは関連が強いかわいいかだけであって、その関係が原因と結果の関係にあるのか、何か他の要因に影響して間接的に影響を与えているのか、あるいは原因と結果とを取り違えているのか等の区別がつかない。

これを解決するには、前項に述べた、対照設定、無作為割付、盲検での効果判定という条件をできるだけ満たした介入試験を行なう以外ない。現実の社会では完璧な実験を行なう条件は存在せず、私達は多くの工夫と妥協を強いられる。(この工夫が研究者が創意を発揮する楽しみになる)

これらの限界を心得ながらも私たちが事前、事後の比較を試みたのは、論証より事実の確認が先ず必要と考えたからである。たとえ極めて弱い説明力でも、当てずっぽうな想像や、数例程度の経験に基づく判断より確かであり、

私たちは事実を共有した上で、それに基づいて論じ合う学習機会を求めたのであった。

Ⅳ．介護資源利用の作戦

要介護者が介護を受ける作戦として介護サービスには2つの資源がある。その一は家族による介護。その二は社会資源の利用である。介護保険は、従来その一に偏して不自然な倫理的強制まであって、介護者の人権を無視するくらいがあった介護を、その二を利用し易い環境を国が強制保険の形で推し進めたものである。その二は行政サービスとして給付されてきたためにサービス利用の制限、利用に伴うステイグマ等があったものを、抜本的に改革して使い易くした。また財政難の現実と世論の増税反対意向から運営費用は拠出保険金によることにしたのであるが、総費用の半分は国が一般会計から支出するので、国は責任を放棄したわけではない。

介護保険以前は、介護サービスの主体は家族による無償のサービスで、残りの多くが措置による自治体の無償または一部有償のサービスであり、住民ボランティアの有料ないし無料のサービスであった。介護保険施行の前にも長い介護の歴史があったはずであり、市民がどのように、家族、外部の介護保険を使い分けてきたかを省みることは、今後介護保険の功罪を判定する一つの拠り所になるはずである。

介護サービスに対する筆者の考えが未熟であったので、調査票は、この前置きに述べた研究目標に合致していない。費用負担などに関しては情報皆無である。従ってここに展開する内容は単に各種の規定条件を付した介護期間の長さしか分らないし、これらの分別も、定義の曖昧さにスポイルされているが、今後の展開の踏み台として、要介護高齢者の介護が介護者によってどのように組み立てられたかを不完全な資料から、理解すべく試みる。

1．介護開始時点の区分

介護が何時から必要になったかは、どのような介護サービスが利用されて

いるかに劣らず重要な情報である。しかし介護といっても漠然としていて、介護者によってイメージする内容がバラバラになる危険を感じた。そこでこの調査では、介護が必要になった時点を次の5問を調査票内の異なる2箇所で(①②の組み合わせと③④⑤の組み合わせ)尋ねた。介護サービス利用に関して

- ①外部から介護サービス（公私を問わない）を最初に受けたのは何時頃からか？
 - ②家事援助（清掃、洗濯、調理、給食、買い物、その他）を受けたのは何時からか？
 - ③身体活動（ADL 調査項目8項）に関して介助を受けた最初の時期。主な介護者に関連した質問に続けて（ただし家族介護も家族以外による介護も含めたと付記）質問。
 - ④生活の一部に介助が必要になった最初の時（質問の生活とは何を指すのか不明確であった。上掲の質問の①から③までの何れかと一致することになるだろう。）
 - ⑤全面的な生活介助が必要になったのは何時からか？（該当者のみに質問）
- 5つの質問への回答数は次の表に示すようであった。

表B—6 介護開始時点に関する5質問への回答数

回答された質問数	0	1	2	3	4	5	総数
回答者数	7	8	12	15	6	2	50

もちろん介護を必要としなければ、回答数は0になるので、0回答は必ずしも回答者の怠慢を意味しないが、回答無しの7例中介護不要者は3例のみ。回答数1回の例でも、介護不要者は1例のみであった。無記入は介護不要のため、または怠慢のためではなくて、日付の想起困難のためと思われる（第二部調査参加学生の意見 3 情報聴取の進め方参照）。逆に介護の必要なしと答えた7名について回答数を見ると、介護開始時点に関する5問すべてに答

えない人は2名のみで、他は外部からの支援は受けつつ、家族による介護を受けていない（回答から判断すると）人々であった。介護の性質から、徐々に世話が必要になり、必要の程度が増していくので、脳卒中発作で倒れるような急激な始まり方でも無いと、はっきりした開始時期は答えられないのが普通なのであろう。「全面的に」介護を必要とする状態と言うのも、同様に曖昧な概念であり、ADLの大部分が全面介助を必要としている12名中全面介護になった時期を答えている方は半数しか居らず、逆にすべてのADLが一部介助のみの方がこの間に答えていたりして、質問が分り難く、また答え難かったようである。

2. 資源の使い分け

この回答を用いて介護が必要になった時点から調査時点である平成12年12月末までの月数を介護期間とみなした。

介護期間は最小1～2ヶ月という新鮮例から、最長は30年間近の長期まで広範囲に広がっていた。参考までに平均値と標準偏差を表示したが、標準偏差の大きさは平均値を超えるほどのバラつきであったので、中央値も合せて示した。

表B－7 各種介護サービス利用開始からの経過月数

開始時点別	N 回答数	最小値 月	最大値 月	平均値 月	標準偏差 月	中央値 月
最初の外部 資源利用	38	1	156	25.47	30.31	16.0
最初の家事 援助利用	14	2	104	27.86	27.61	21.5
最初の身体 介護利用	23	1	104	24.13	26.27	17.0
生活の一部 に支援必要	28	2	353	56.25	74.00	27.0
全介助に なってから	8	1	348	73.13	123.28	7.0

介護期間の間ずっと継続して介護が続いていたものとみなすと、この要介護高齢者集合では生活の一部に支援が必要になってから平均4年8ヶ月の支援が続いており、やがて身体活動にも支援が必要になるが、身体介助が必要になったのは平均2年1ヶ月前からということである。これは調査月までの観察によるもので、対象者は1例を除き生存しており、生涯介護期間はこれよりさらに長くなることが予想される。また各種の介護利用者は回答数から分るように同一人が回答した数字でなく、それぞれ答えた人だけの集計で、対象者がすべて異なる構成になっており、各群相互の比較には問題があるが、それはおいて観察を進めることにする

経過月数の平均値は2年強であるが、標準偏差が平均値に匹敵するかこれを越えていた。すなわち個人差が極めて大きく、値が分散していることがこの集合の特徴であった。平均介護月数は外部資源の導入に関わる外部資源一般及び家事援助よりも、家族員の介助に関わる生活介助、全面介助の平均値が大きかった。すなわち家族介護が先に始まり、やがて外部資源も導入されるという関係が窺われ、前者が平均4年以上、後者は2年以上であった。平均値は極端に介護歴が古い少数例に引きずられており、中央値では平均値より短い15～27ヶ月、すなわち1～2年程度の所に集まる傾向であった。生活の一部に支援が必要になってからの期間と家事援助が必要になってからの平均期間が共に4.7年程度の長期間であるが、中央値で見ると、家事サービス開始より、生活支援の方が期間は長い、すなわち早く始まっているようであった。極端な例が全面介助の少数例のデータで、極度に長い1例のため、平均値は最も長い73ヶ月だが、中央値は最も短い7ヶ月となった。寝たきりのような重度の介護は家族に依存するケアには限界があり、早めに施設または病院に移送され易いこと、致命率が高いことなどの事情によると思われる。

経過期間の長短に影響する条件を調べた。経過期間の長さは、現在施設に居るかどうかには関係なく、性別、年齢別にも特別の傾向は見られなかった。現在のADL、痴呆の程度、要介護度等本人の障害の程度も介護者の就労条件等の何れも関係が認められなかった。

介護者の就労条件については、この情報と経過期間情報とが揃ったケースが極度に少なかったことが分析を妨げた。

3. 介護期間の期間別分布

介護開始時点を半年前（介護保険の適用開始当時）、1年前（要介護度認定開始）、1年以上3年以内、3年以上の4群に分けて頻度を見た。

表B－8 各種介護利用開始からの経過月数分布

介護種別	N 回答数	1～6 月	7～12 月	13～36 月	37～ 月	欠損回答数
外部資源	38 (100.0)	7 (18.4)	10 (26.3)	12 (31.6)	9 (23.7)	12
家事援助	14 (100.0)	3 (21.4)	2 (14.3)	5 (35.7)	4 (28.6)	36
身体介護	23 (100.0)	4 (17.4)	7 (30.4)	6 (26.1)	6 (26.1)	27
生活支援	28 (100.0)	4 (14.3)	3 (10.7)	9 (32.1)	12 (42.9)	22
全介助	8 (100.0)	4 (50.0)	1 (12.5)	0 (0)	3 (37.5)	42
延べ報告数	111	22	23	32	34	

長い最大介護月数や平均値から見られるように、介護は長期間続き得ることは事実であるが、細分して介護期間を見ると、1年未満の介護者が1/4から1/2とかなり多数を占めていた。この早い時機に介護支援、指導、援助が適切に行なわれ、社会資源の有効な利用が促進されるならば、在宅介護の不安は軽減される。介護保険の早期有効利用が望まれる。過去のデータが無いので介護保険開始以前との比較はできないが、在宅介護早期事例が多いことは、介護保険開始による在宅介護支援直近の増加の反映であるかもしれない。今後の動向に注目したい。

例数が少ないための偶然の結果を否定できないが、全介助は1～3年の中

間時点の層が薄く、半年以内の開始が半数、3年以上前の開始が4割近くと二極化の傾向が見られた。全面介護という重度障害者の場合、比較的高い致命率や再発による入院や、介護者の介護力の限界からの施設行きなどの影響が考えられる。

個々の例を見ると、僅か1～2月前の新鮮例から、30年に達せんとする陳旧例まで広範囲に分布した。10年を超す介護継続（調査では起点のみ尋ね、中間は調査していないので、継続的ケアがあったと断定することはできない）と見られる例が4例あった。適切なケアによって障害をもった高齢者でも長生きする確率が高まったことの証左であり、寝たきり者の長期介護は珍しくなくなった。最長例は80歳で中等度の痴呆を有し、最近老健施設に移った女性の353月であった。介護保険によって介護サービスが受けやすくなったことにより、高齢者介護期間のさらなる延長が予想される。要介護予防を目的とする老人病予防活動は、発病を高齢期に遅延させ、病変を限局し、軽症化させて高齢者の死亡率を低下させ後期高齢患者を増加させる。疾患の軽症化に寄与するが、これにより、障害や介護ニーズがある高齢者は減少せず、むしろ増加する結果になる。要介護予防活動は要介護高齢者を減らすのではなく、むしろ増加させるパラドックスを抱えている。

4. 家事援助と身体介護を巡る考察

②家事援助と③身体介助に着目して、その何れかに記載があった者、両者に記載があった者30名に関して、どちらが先に始まったかを見ると、身体介

表B－9 家事援助と身体介助のどちらが先行するか？

家事援助のみ記載（または家事援助が先行）	7（＋2）
身体介助のみ記載（または身体介助が先行）	16（＋0）
両者同時発生	5
総数	28（＋2）

（＋）内は両者の記載があり、一方が先発した例数

助がより頻繁に起こるニーズであったが、両者が記載された場合は同時発生（5例）か家事援助ニーズ先行（2例）かで、逆は無かった。家事援助は一人暮らしでは生活を制約し、支援が必要になった時受けないと生活できないが、家族が居れば必要性がない。両者が同時に不自由になっても家族が居れば外部資源は直ちに必要にはならない。一人暮らしでは、体力が低下すると、身体介助が必要になる前に先ず手段的 ADL サポート、例えば家事援助が必要になり、虚弱化がさらに進行すると、生理的 ADL すなわち住居内の身体活動まで要支援になる状況を反映しているのではないか。主介護者が常勤の場合、家事援助が先に始まる例が多い傾向があった。（表略）

この極めて当然の老化による衰退過程は、介護保険の認定では要支援状態とは認められず自立とされ、衰弱が進行して生理的 ADL までは低下し、自立回復が困難になる程度まで悪化しないと給付は始まり、それまで生活介助ニーズは自弁する状態が続く。介護保険計画には要介護予防や生活介助の意図は含まれていない。見直しが必要ではなからうか。

緩やかな老化の進行が原因でなく、脳卒中等急な発病が原因の場合は両者が同時に支援を要する状態になる。両者ともに記載があった7例中2例は家事援助が先行し、5例は同時に要支援となった。

5. 家族介護と社会資源利用

高齢者が要支援ないし要介護状態になると、通常は先ず家族が高齢者を介助し、その介護量が急増したり、家族が長期の介護負担に堪えられなくなると初めて外部の介護資源を求めるようになる。介護保険はこのように介護が過重になるまで家族が無理を重ねないで済むように計画された。その実状を、家事援助、身体介助、生活介護、全介助の各段階の開始と外部の介護資源導入の開始との比較により調べた。

両者が揃っている例数は、それぞれの介護のニーズと報告者の認識によって相違し、先に表B-7、8で見たように、外部資源の導入時期は最多の38名が報告した。次いで日常生活に介護が必要になった時期は28名が報告した。

図 1

家事援助開始と外部資源導入からの経過月数

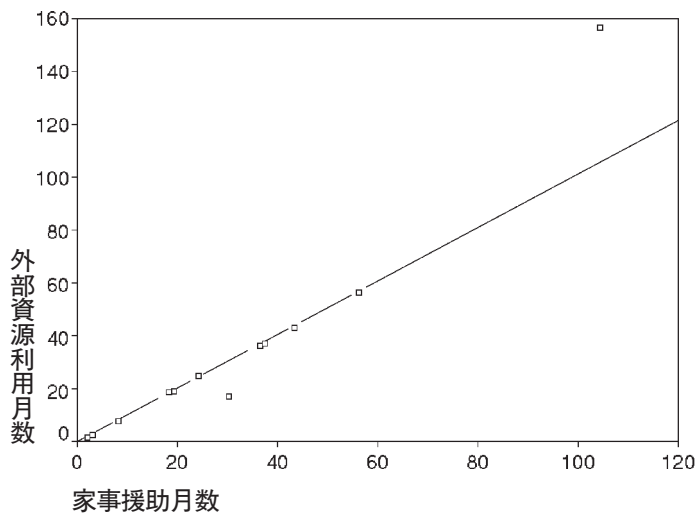


図 2

身体介助開始と外部資源導入からの経過月数

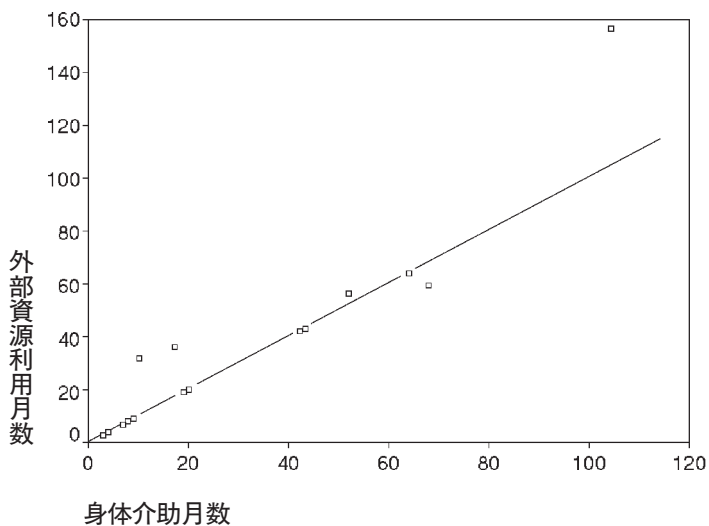


図 3

生活介護開始と外部資源導入からの経過月数

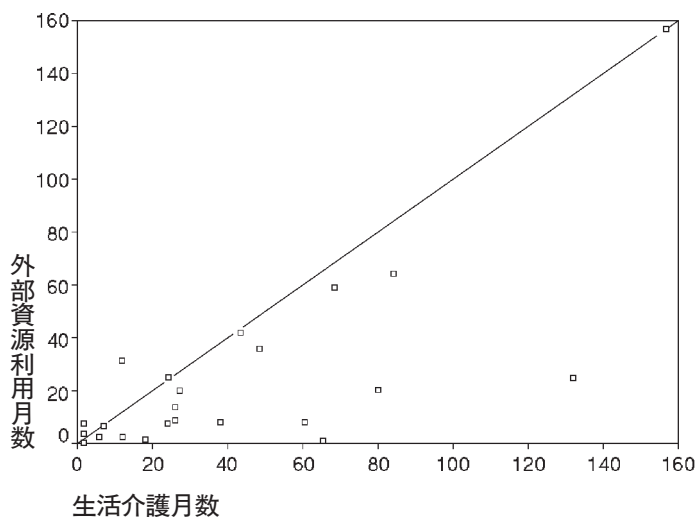
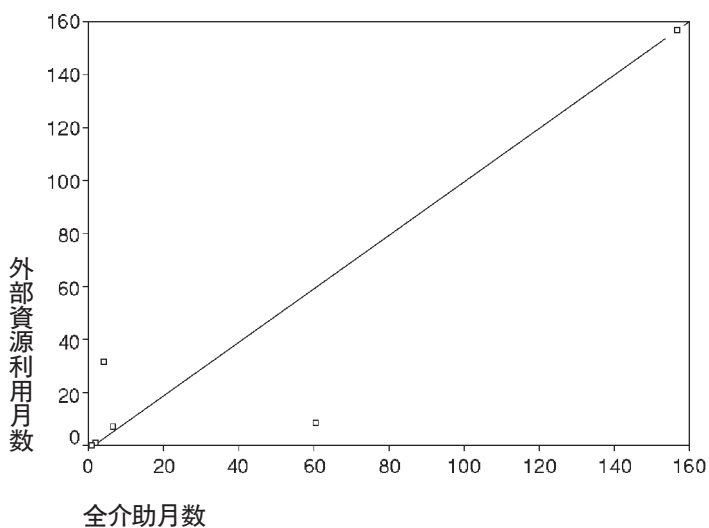


図 4

全介助開始と外部資源導入からの経過月数



外部資源の導入は家族生活上大きな変動であり、記憶に止まり易いと思われるが、要介護初期は何時とは無しに始まり、開始時期は明確に記憶され難い。これが老化過程に伴うものでなく、例えば脳卒中のような発作で始まった場合は要介護や外部資源導入等の発生時点の記憶は明確であることが多い。

個々の援助内容別に見ると、単身世帯、高齢者のみの世帯では要介護者の発生は直ちに家事担当の手不足を生じ、外部に家事援助者を求めざるを得なくなるであろう。家族が行なう家事は家族生活の一部であって個人介護上の問題としては認識されないこともあって、発生時期情報が両者について得られた14報告中12例の大多数で両者の発生は同時で単一の、あるいは複数のサービス導入が両者にカウントされたことを意味している。(図1)

身体介護についても同様に、23報告中17例で同時発生、4例で外部資源導入が身体介護以前から始まっており、逆順は1例、不明が1例のみであった。介護開始歴1年以内の身体介護11例中10例までが同時開始であり、介護保険による早期からの外部資源導入を反映していると思われる。(図2)

日常生活介護25例の経験では介護は初めは家族が担当し、後で外部資源が導入されることが多く(18例)、同時発生は3例のみ。逆順も3例のみ、不明1例であった。とくに介護の種別を限定しない介助が何時とはなしに始まり、次第にケア負担が重くなって外部資源が必要になる状況を反映していると見られる。(図3)

全介助の8例では、外資導入先行2例、同時発生3例、後に外部資源導入は2例、外部資源導入記載欠1例とバラバラであった。期間はごく短期と長期とに分れたが、期間別に見ても特定の分布を示さなかった。(図4 表B-8)

以上をまとめると、生活介護のように発生時期同定が難しい介護では、当初家族ケアに依存し、何時とはなしに病状が進んで、その一部が外部資源に援助を仰ぐといった形が多かった。援助内容を家事支援、身体介護と規定すると、外部資源を依頼した時が、要介護対応の開始時期として記憶される傾向が強いためもあってか、同時開始が大多数を占め、これには介護保険施行

の影響も大きいのではないかとされた。少数の全介護では、重度介護への移行と外部資源利用の利用開始時期は事例によって様々であった。

6. 重度介護の経過に関する考察

また③身体介護と⑤全介助とでは全介助が後になって生じる状態で、逆は少ないと思われる。つまり身体介助発現は全介助の始まりに先行するはずである。しかし長い寝たきりから徐々に回復し、最近は軽度の介護に移行したとすると、この逆が起こり得る。両者の記録が揃っている6例で比べてみると、発生時期の順は正逆相半ばした。逆順は全介助期間が5年以上の長期療養例ばかりであったから、発作直後の全面介護から回復して部分介助に移ったものと思われる。全介助後の経過や中間の時期の状態を調査しなかったことが、この矛盾を生じた原因であると思われる。しかし長い介護歴の詳細を尋ねることは今回の調査では不可能であり、別途調査が必要になる。疾病の経過に関する詳細な記録はむしろ臨床病歴によるのが至当であるが、医療専門家は、医学的事項に関心が集中してケアへの関心は低く、介護関連情報が臨床病歴に記録されている可能性は少ない。介護関連情報に関しては看護日誌などの方が参考になるであろう。今後ソーシャルワーカーが医療の場に参加し、専門的立場から記録を残し、要介護状態の経過や軽快促進要因、重度化要因、例外の発生条件等を多数例について集積し、研究していくことはサービス方法改良に役立つものと期待される。

第2報の要約

第2報は家族と社会資源の2種の介護資源とその利用状況について考察した。女性介護者は男性介護者の6倍強を占めた。高齢者の在宅介護の主な担当者は、男性では配偶者が最も多く、次が嫁、女性では嫁が最も多く、次いで実子、配偶者の順であった。男性高齢者は半数以上が配偶者に介護されていたが、女性では2割を切っていた。ただし配偶者によるケアは両性とも5名づつで同数であり、夫が妻の介護に参加し始めたようである。介護労働自

体は体力を要することばかりではないが、健康がよくない人は皆無。在宅ケアを維持するには健康でないと共倒れの危険が大きい。施設入居または入院中の7名は全員が女性であった。家族のケアを終えた女性の行く末は施設か病院というのでは余りにも寂しい。複数の要介護者を抱える者が5例あったが、子供と老人の組み合わせはなく、父母と義父母または夫と尊属の組み合わせで、このような複老介護はこれから急増すると思われる。代替介護者が常時ある者16名、緊急時に頼めば来てもらえると期待して一人で介護している者が18名であった。後者の場合確実な保証はない。代替者が全く居ない介護者が3名。今は高齢者が何れも元気であったが、将来は不安である。家族のみに頼らない地域の支援ネットワーク作りが緊急に求められる。介護保険に期待できない部分である。地域の住民同士で造り上げることが期待される。

社会資源では、介護保険以前からの利用も、介護保険以後の新規導入も、デイサービスが最も多く利用され、家事援助、訪問介護、訪問看護がこれに次いだ。利用者の日常生活や負担感への影響は半数程度が不変であったが、悪化はごくまれで、改善が多く報告された。また新しいサービスも取り込み易くなった。介護保険は一定の役割を果たしていると評価できる。病院や施設は、本人や家族の介護負担の軽減に有効な場合が多かった。在宅ケアが困難な場合の緊急避難施設として有効に機能している。介護保険により在宅ケアを強化してもそれだけで乗り切ることは無理で、高齢者のニーズと介護者の介護力に合せて、在宅ケア、施設ケアのどちらでも必要な場合に組合わせて利用できる柔軟な態勢づくりが望まれる。

介護期間は1、2ヶ月の新鮮例から30年に届こうとするベテランまであり、バラつきが大きかった。1年未満が1/4から1/2を占め、3年以上も同様の比率で、家事援助、身体介助、外部資源導入等は平均値が2年強で中央値が15から21ヶ月。生活の一部の介助については平均56ヶ月、中央値が27ヶ月と長期例が多く含まれた。身体介助と家事援助とは大同小異でほぼ同時に利用されるが、家族介護と社会資源利用は多くは同時に始まるが、異なる場合、予想に反して家族介護が後で始まっていた。その理由として、家族介護の開

始が事件性が薄いので記憶に残らないことなどが考えられる。介護資源の選択作戦に関わるこの領域の研究は MSW が自らの専門分野として展開できる領域である。

また今回の調査経験から、調査研究方法の改良について多くの示唆が得られ、学生と共に学ぶいい機会になった。