

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

奥山正司

西下彰俊

I 本稿の目的と痴呆老人の社会的背景

本稿の目的は、東京都が都の単独事業として行っている「痴呆性老人短期保護事業」(痴呆老人¹⁾に対するショート・ステイ・サービス)を昭和56年10月から昭和59年3月の2年半の間に利用(厳密には申請)した痴呆老人の特徴を明らかにし、さらに介護者家族の援助状況とショート・ステイ・サービス(以下S・S・サービスと略す)がどのように利用されているかを明らかにすることにある。そしてこの課題を追求するために、われわれは2つの調査方法をとった。そのひとつは、大量調査による分析であり、他は、事例調査による分析である。この2つの調査は、お互いに他の欠点を補う意味で行ったものである。

ところで、わが国の人口高齢化は、西欧や北欧諸国が長い間年数をかけて体験してきた経験法則と異なり、その速度が世界に類をみない速さで進行していることは、つとに耳にする話である。それは、東京都においても例外ではなく、人口高齢化は絶対的にも相対的にも増加しつつあることが指摘できる。すなわち、東京都の65歳以上人口は「国勢調査」によると、昭和40年の46万8,963人(総人口に対する比は4.3%)から昭和55年には89万4,961人(同7.7%)、昭和60年現在では、106万5,400人(同11.0%)となっており、さらに昭和75年(2000年)には、約163万人(同13.8%)へと急増することが予測されている。このような傾向のなかで、それらの老人層から老年前期(65～69歳)と老年後期(75歳以上)の2つの年齢層を

とりだして²⁾比較してみると、この2つの層の増加率に著しいちがいがみいだされる。すなわち、この2つの層は、明らかに増加しているけれども、昭和40年を100(指数)として、昭和40年から昭和60年までの20年間の推移を検討してみると、老年前期の老人層は、100(21万755人)から174(36万6,800人)へと増加しているのに対し、老年後期の老人層は、100(11万9,860人)から583(69万8,600人)へと急増しているのである。つまり、東京都においても老年前期の老人に比較して、老年後期の老人層の著しい増加率が目立つのである。このことは、心身ともに虚弱な老人が増加し、それがひいては要介護老人の増加となってあらわれることを示唆している。具体的には、寝たきり老人、痴呆老人などの大幅な増加である。ちなみに東京都における65歳以上老人の痴呆の出現率(病院へ入院している老人や施設に入所している老人を含めず、在宅に限る)は、昭和55年の調査によると、4.6%±0.63%の範囲内で出現すると推定される³⁾。しかも、この出現率は、図1にみられるように、男女や年齢によって差異がみられ、老年後期には男性より女性に多く、また、高齢になればなるほど出現率も高くなる傾向がみられるのである⁴⁾。もし、かりに、この出現率(4.6%)を、単純に昭和55年、昭和60年、昭和75年の三時点で、東京都の65歳以上の男女別人口をもとにして痴呆老人の推計を試算してみると、その推計値は、昭和55年約4万1,000人、60年約4万9,000人、75年約7万5,000人となり痴呆老人が大幅に増加することが判明する。また、そのうち、(+3)の「高度」と(+4)の「非常に高度」⁵⁾の合計(その出

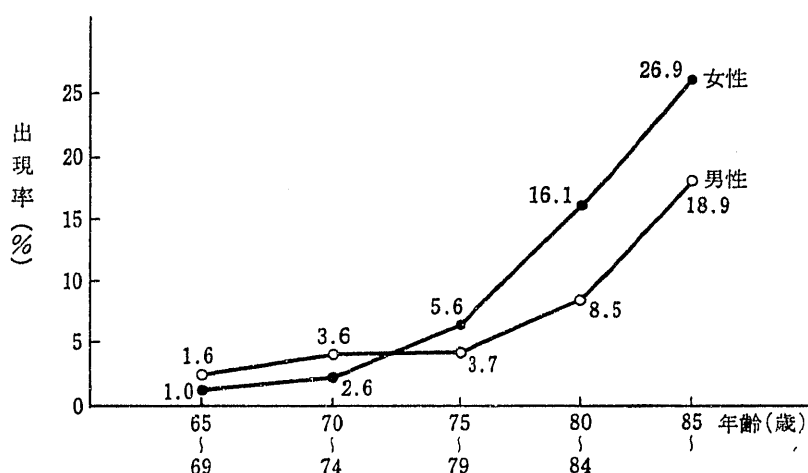


図1 年齢・性別にみた在宅痴呆老人の出現率（東京都，1980年調査）

現率は、先の調査結果から痴呆老人のうちの33.4%と推計される）をかりに、日常生活に支障をきたし、家族で介護することが困難な痴呆老人とするならばその痴呆老人は、60年約1万6,000人、さらに75年には約2万5,000人が存在することになる。しかも人口が高齢化すればするほど出現率が高くなることを考慮すれば、実在する痴呆老人は、今後この数値よりはるかに高くなることは確実である。

一方、東京都に居住する介護者の条件をみると、介護される老人側が高齢化するとともに、通常、家族のなかで介護の中心者となっている息子の妻（嫁）、配偶者、娘などもしだいに高齢化してきている。例えば、昭和52年の「東京都老人福祉基礎調査」や、昭和54年の全国社会福祉協議会で行った「老人介護の実態」（東京都分を筆者が集計）によれば、要介護老人の介護者の年齢が60歳以上をこえる者は約4割を占め、50歳以上を含めると、約6割に達しているのである。さらには、日常用語とまで化した「核家族化」の傾向を、老人のみの世帯に焦点をあててみると、ひとりぐらし老人の増加以上に老人夫婦のみの世帯の増加率が東京都（昭和55年の「国勢調査」では老人夫婦世帯の比率は21.1%）や過疎県といわれる地域において、ひときわ高くなっているものであり⁶⁾、それだけ介護が配偶者の肩に重くのしかかってくることになるのである。

それに加えて、「高度経済成長以降、自分を犠

牲にしても年とった親の面倒をみるといった家制度的な考え方は急速に弱まり、自己の欲求充足を第1に考える傾向が強まっている⁷⁾といえる。例えば、国民生活センターが行った「主婦の老後生活意識調査」（1981年）によれば、主婦の介護意識は「主婦が中心になってもいいが社会的なサービスも受けられるようにすべきだ」という比率は選択肢のなかでも最も高く（約3割）、地域別にみると、東京都区部が、また、年齢コーホートでみると、40代前半以下では年齢が下がるにつれて高くなっているのである⁸⁾。またわれわれの行った「三世代女性研究」⁹⁾でも世代が下がるにつれて、公的サービスに頼る傾向が強くなっているのである。

痴呆老人と介護者が以上のような状況にあるとき、要介護老人に対する国の在宅老人福祉対策は、ここ数年、どのような形ですすめられてきたのであろうか。いうまでもなく、その対人福祉サービスは、従来その方策として、要援護老人を施設に入所させ、必要な介護やその他の援助を施設のなかで行う施設サービスと要援護老人を居宅において援助を行う在宅福祉サービスとに大別して行ってきた。しかも、その場合の在宅福祉サービスは、施設福祉サービスを補完するものとして行われてきた傾向がきわめて強かったのである。昭和37年に創設された「老人家庭奉仕員派遣事業」はその典型例としてあげることができる。そして、近年、寝たきり老人など要援護老人に対しては、家庭訪

問サービス以外に、家庭で介護している介護者の心身上の負担をできるだけ軽減する方策として、福祉施設を活用する通所サービス事業（デイ・ケア・サービスなど）や、寝たきり老人短期保護事業（寝たきり老人のショート・ステイ・サービス）などが新しい福祉サービスとして展開されている。

とはいえ、これらの福祉サービスは、実施箇所数が少なく、利用できる地域がほんの一部に限定されていることから、介護者家族などの要望に十分対応しているとはいいがたい。しかも、現行の「寝たきり老人短期保護事業」（昭和53年開始）は、痴呆老人をもサービスの対象範囲とはしているが、主に寝たきり老人とその介護者を対象としているのであって痴呆老人のみの福祉サービスは、いまだ具体化されていないのが実情である。したがってこれらのサービスは政策的には端緒についたばかりであり、今後の福祉対策に多くを望むというのが現状である。

ところが要援護老人に対する福祉サービスがどうあるべきかについては、相異なった2つの立場がある。すなわち、そのひとつは、国の今後の福祉対策であり「家族、友人、知人などの人間関係を保持しながら、現在の住みなれた地域のなかで生活を維持することを希望する老人の福祉ニーズを勘案して、まず居宅処遇で対応することを原則とし、それが困難な場合に老人ホームに入所するという積極的な在宅福祉対策を確立することが必要である」¹⁰⁾とする立場である。これに対して、他は「老人福祉法に貫かれている家族による介護の考え方が、基本的には介護者の選択の権利を社会的に侵害しているとし、国の在宅中心の福祉サービスは、寝たきり老人を抱える家族の福祉、介護者の福祉が阻害される」¹¹⁾（傍点は筆者）とする立場である。

この2つの立場は、政策論的には先の福祉サービスについての本質的な問題であり、かつ、緊急に合意を要する問題である。しかし、福祉政策のレベルをどこに据えるかによって、その立場は大きく変わってくるといえる。すなわち、まったく理念的な立場で考えるのか、もしくは限られた財源を考慮に入れて考えるのかである。また、同じ

要援護老人といっても寝たきり老人と痴呆老人を基本的に同じ範疇で考えていいのかどうか。すなわち、在宅中心の福祉サービスにするか、施設中心の福祉サービスにするかといった本質的な政策論議はそれぞれ対象ごとに熟考を要する問題である。また痴呆老人のみをとり出してもその病状の程度によって、福祉対策がどうあるべきかを具体的に検討せねばならない問題もあるといえる。これらの点については本題から離れるので、ここでは、あまり深入りしないことにするが、ただ、われわれは少なくとも重度の痴呆老人に対しては、在宅中心の福祉サービスよりは、施設中心の福祉サービスを行うべきであると考ええる。

ところが、先にも述べたように、国の「痴呆老人のための福祉対策」は、昭和56年の中央社会福祉審議会によって意見が具申されているように（「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」）、当面の対策としては、寝たきり老人短期保護事業等を充実強化するほか、老人の精神衛生対策として、精神衛生相談事業と老人福祉業務に従事する職員の研修事業を実施することが望ましいとうたっているだけなのである。

このような状況にあるとき、東京都は、昭和56年10月より「痴呆性老人短期保護事業」を都の単独事業として国の事業を先取りするようなかたちで実施したのである。そこで、われわれは、都の痴呆老人のS・S・サービスが、どのような老人と介護者に利用されているのか。そして、その特性を明らかにすることによって、今後の痴呆老人の在宅福祉サービスや施設福祉サービスがどうあるべきか、といった手がかりをつかむことができるのではないかと考えたのである。以下は、その明らかになったことの一部を報告するものである。

II 調査方法と分析結果

1 ショート・ステイ・サービスの制度と仕組み

調査方法と分析結果を述べる前に、S・S・サービスの制度と仕組みがどのようなものであるかを、まず述べておきたい。

「痴呆性老人短期保護事業」（痴呆老人のS・S・

サービス)は、在宅福祉サービスを補完するために行われているものであり、利用者が特別養護老人ホームのもつ機能を一定期間活用するものである。すなわち、都のS・S・サービスの事業概要によれば、その目的は「家族の疾病等により居宅において介護を受けることが困難となった痴呆性老人を緊急に特別養護老人ホームに保護することにより、これら痴呆老人及び家族の福祉の向上を図る」¹²⁾ こととすると明記されている。そして、さらにその利用資格は「おおむね65歳以上の痴呆老人で、家族の疾病等により居宅において介護を受けることが困難となったもの」であり、その利用期間は、原則として1週間である。また、痴呆老人がS・S・サービスとして利用できる施設とその規模は、昭和56年10月に2施設5床で発足し、その後、57年4月には6施設で13床、57年9月に7施設13床、58年4月には9施設20床(調査時点)と徐々に増加し、60年4月現在では11施設25床となっている。利用料は、保護期間中の飲食物の実費程度を負担することになっており、調査時点(58年)では1日1,200円であった(60年4月現在では1,700円)。また、制度として、S・S・サービス利用老人に対し、自宅と施設間の送迎サービスは行っていないのが現状である。

さて、このような制度であるS・S・サービスを

利用者は、実際どのようなかたちで利用の手続きをしているのであろうか。図2によれば、対象老人(実際には老人を代行する申請者で主に家族員)と東京都の間で誓約がかわされ、数字の順序で手続きがなされ、利用の契約が成立すれば利用できることになっている。もちろん、その場合、老人を受け入れる委託施設(特別養護老人ホーム)、ないしは区市町村(福祉事務所、老人福祉課)をも含めて、四者間で①から⑧までの手続きが必要であるが、申請者は、区市町村の窓口と委託施設に直接手続きするだけで利用が可能である。そして、特に緊急に利用したい場合には、申請者が電話で区市町村に申請し、区市町村の担当職員が委託施設にベッドの空きを確認できれば、利用老人が、入所してから書類の手続きをすませることも可能である。

2 調査の方法

さて、われわれの研究目的は、S・S・サービスを利用している痴呆老人の属性とその介護者家族がどのようなかたちで援助しているかを探ることであった。そして、それを知る手がかりは、上で述べた利用者の申請書を、東京都福祉局で閲覧し、その書き写しができるかどうかにかかっていたのである。幸いにして、福祉局の担当者は、資料公

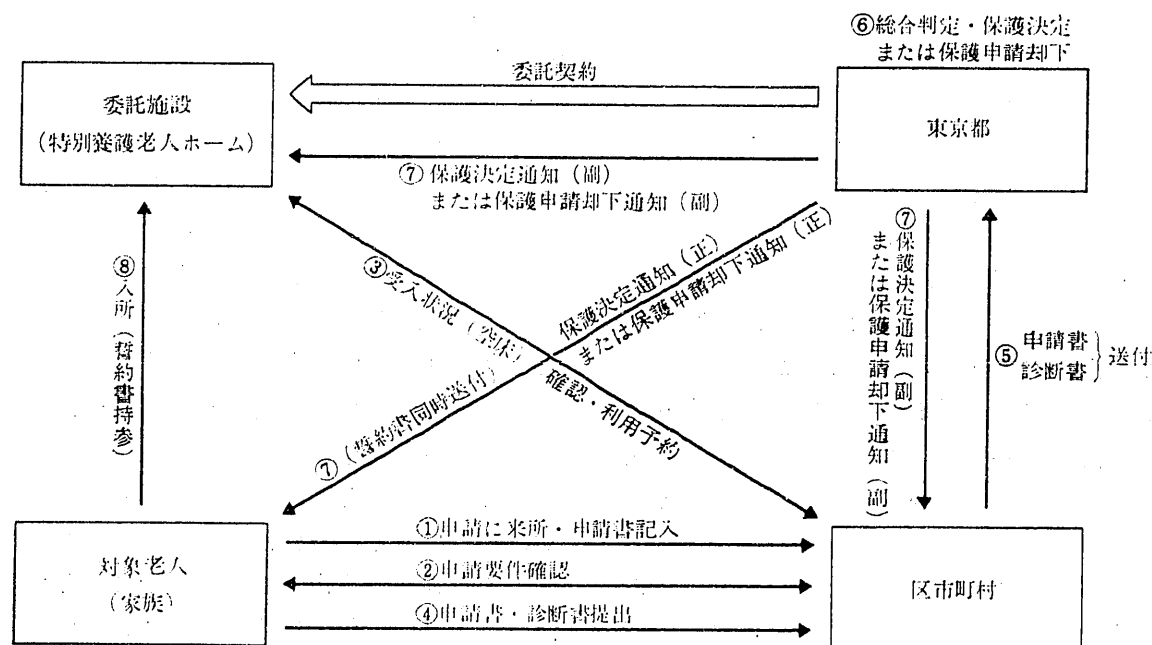


図2 ショート・ステイ・サービスの制度と利用の仕組み

開についての留意事項として、研究のためのみに利用すること、個人のプライバシーを遵守することなど、いくつかの厳しい条件のもとで、申請書の書き写しを許可されたのである。われわれはその許可のもとに、昭和56年10月のS・S・サービス発足時から昭和59年3月までの2年半にわたる利用者全員（申請書を提出して利用しないケースも1, 2ケースあるので厳密には申請者）の申請書をひとつひとつ転記し、後にそれをアフター・コーディング(after-coding)したのである。その結果、先の2年半にわたる申請者は、年度別にみると昭和56年度（10月から翌年3月まで）が実人数55人、延べ人数270人、昭和57年度（4月から翌年3月まで）が実人数270人、延べ人数640人、58年度（4月から翌年3月まで）が実人数292人、延べ人数649人であった。したがって、ここでの分析対象は、2年半にわたる申請者数であり、実人数にして617人、延べ人数にして1,353人の痴呆老人とその介護者家族である。ちなみに、S・S・サービス利用老人の性別は男子230人、女子387人、平均年齢は男子79.9歳、女子80.1歳、年齢幅は最年少57歳から最高齢98歳、最頻値は80~84歳（男女とも全体の約3割）である。

つぎに分析対象である痴呆老人の「短期保護申請書」の主な記載事項は以下のようなものである。すなわち、

老人本人および申請代行者の居住地、老人本人の性・年齢・同居家族全員の性・年齢・続柄、介護者の性・年齢、S・S・サービスの利用年月、期間、申請理由、利用施設、老人本人の身体等の状況（視力、聴力、言語、睡眠、食欲、便秘、アレルギーの有無）、日常生活動作（全般的動作、歩行、着脱衣、食事、入浴、排泄）、問題行動（①日常会話の支障、②場所に関する見当識¹³⁾、③外に出て迷う、④昼夜の区別がつかない、⑤家族・知人の見当識、⑥妄想、⑦失禁・不潔行為、⑧火の不始末、⑨邪推、⑩大声をあげて騒ぐ）などである。

ところで、研究は、演繹的であれ、帰納的であれ、仮説を手がかりとして法則の定立に至るのが究極の目的である。そしてそのためには、十分な

分析枠組みを用意するのが研究の第一歩と考える。しかし、殊に痴呆老人のS・S・サービスに限っていえば、先行する研究が皆無に等しいとき、われわれは分析枠組みを厳密に検討する以前に、あらかじめ用意されたこれらの項目をもとにし、量的分析をすることが最も重要であると考えたのである。そして、その量的分析をカバーする意味で、昭和56年度（10月から翌年3月まで）利用者にかぎって、22ケースのケース・スタディを行ったのである。その一部については後の191ページ以下を参照されたい。

さて、以上のような条件のもとで、ここでは主につぎのようなことが具体的な仮説として考えられたのである。

1. S・S・サービス利用在宅痴呆老人は、在宅痴呆老人のなかでも、日常生活動作、問題行動などにおいて、どのような特徴がみられるか。おそらくその比較においては、S・S・サービス利用老人の方が在宅痴呆老人より困難度が高いと考えられる。

2. S・S・サービスを行っている施設と行っていない施設の所在地を区市町単位で二分した場合、そこには、痴呆老人の利用状況に差異がみられるかどうか。おそらくS・S・サービス施設のある区市に居住している老人の方が、利用頻度も高く、問題行動などにおいても重度の痴呆老人が多いと考えられる。

3. S・S・サービスの利用状況を、各年度において月別にみた場合、そこにはどのような特徴がみられるのか。当然利用者（介護者）のニーズによって異なると考えられ、利用頻度などにおいて季節的変動がみられると考えられる。

4. 高齢人口の多い区市は、S・S・サービス利用の痴呆老人も当然多いと考えられる。

5. 介護者家族の家族形態や介護者については、在宅痴呆老人よりもS・S・サービス利用老人の家族形態の方が、客観的にみて利用しなければならない条件にある。また、S・S・サービス利用老人は、寝たきり老人よりも高齢化しているため、介護者は、次の世代である嫁や娘により傾斜している割合が高いと考えられる。

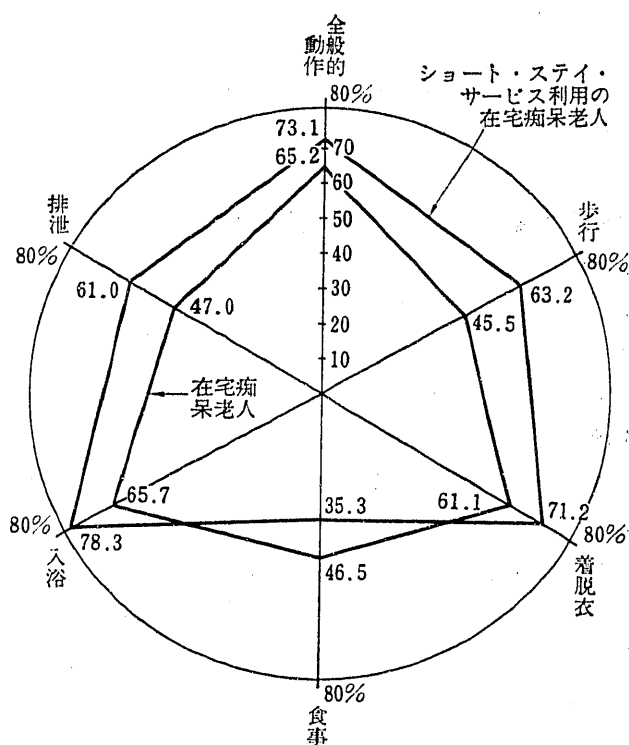


図3 日常生活動作能力の要介護状況

3 ショート・ステイ・サービス利用痴呆老人の日常生活動作能力, 問題行動

S・S・サービス利用痴呆老人の日常生活動作能力 (Activities of Daily Living) はどのような状態にあるのか, ここではその要介護状況を在宅痴呆老人¹⁴⁾とS・S・サービス利用の痴呆老人を比較し, その特性を明らかにしてみよう (図3)。「全般的動作」「歩行」「着脱衣」「入浴」「排泄」など, 「食事」を除くいずれの項目においても在宅痴呆老人よりS・S・サービスを利用している痴呆老人の方が, 何らかのかたちで, 介護を必要とする割合が高くなっている。すなわち, S・S・サービス利用痴呆老人の「排泄」「歩行」の要介護の割合は約6割, 「全般的動作」「着脱衣」については約7割, そして, さらに「入浴」の要介護に至っては約8割に達しているのである。このような高い要介護性は, 後にみる介護者の介護疲れに端的にあらわれ, 介護理由に如実に反映されている。

さて, 痴呆老人には, さまざまな精神症状と問題行動を伴うといわれ, しかもその割合は, 高度の痴呆老人ほど高いことがみとめられる。図4は,

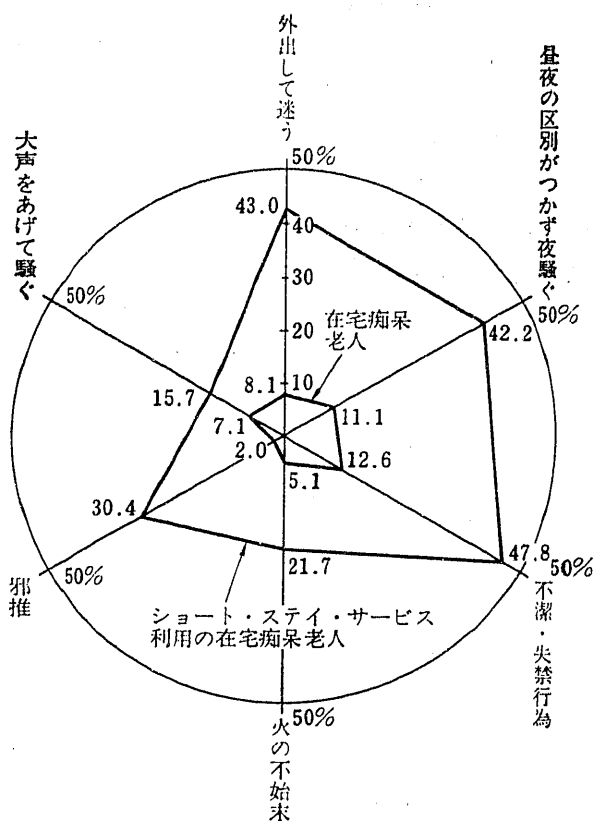


図4 問題行動の内容と発生率

問題行動の内容をS・S・サービス利用の痴呆老人と在宅痴呆老人を比較したものである。在宅痴呆老人の問題行動の発生率は, 各項目のなかでも「不潔・失禁行為」が最も高く約13%, 逆に「邪推」が最も低く2.0%である。また「昼夜の区別がつかず夜騒ぐ」「外出して迷う」「大声をあげて騒ぐ」「火の不始末」などの問題行動においてもそれぞれ1割内外の発生率である。これに対して, S・S・サービス利用痴呆老人の場合は, 「不潔・失禁行為」が約5割の発生率を伴い, 「外出して迷う」「昼夜の区別がつかず夜騒ぐ」などもそれぞれ4割をこえ, 在宅痴呆老人の状況よりはるかに発生率の高いことがみとめられるのである。また「大声をあげて騒ぐ」「火の不始末」「邪推」なども, 大まかには在宅痴呆老人の発生率の2倍から15倍の高さであり, 「妄想」「場所に関する見当識」「家族・知人の見当識」(表略)などにおいてもその発生率は4割から5割をこえているのである。これらの問題行動はどの項目をみても, 介護者家族にとっては介護負担が重く, また対処の

表1 日常生活動作(ADL)のレベル別問題行動
%, ()内は実数

		問題行動		
		低い (3~9点)	高い (12~30点)	計
日常生活動作 (全般的動作)	ふつうに外出できる 家のなかなら動ける	50.1 (226)	49.9 (225)	100.0 (451)
	あまり動けない ほとんど寝たきり 寝たきり	69.5 (98)	30.5 (43)	100.0 (141)
	計	54.7 (324)	45.3 (268)	100.0 (592)

(注) 不明は除く。

難しい問題である。しかもこれらの問題行動については、1人の痴呆老人が単一の問題行動を随伴しているだけでなく、複数の問題行動をあわせて持っている場合が多く、それだけに介護の負担が介護者家族に重くのしかかってくるのである(後のケース・スタディ参照)。

それでは、「日常生活動作」(全般的動作)のレベル別「問題行動」¹⁵⁾をみてみよう(表1)。S・S・サービス利用老人の「日常生活動作」は全体として「寝たきり」(不明を除く592人のうちの141人)の状態より「動ける状態(ふつうに外出できる、家のなかなら動ける)」(451人)の多いのが特徴であるが、問題行動は、その動ける状態の老人に、より高率となつてあらわれているところにその問題性(介護者側からみれば)があるといえる。つまり、寝たきりの老人よりは、活動レベルが高いがゆえに多くの問題をかかえているといえる(仮説1の結果)。

4 利用年度、居住地にみるショート・ステイ・サービス利用老人の特性

つぎに、対象老人の性、居住地別問題行動等の状況をみてみよう。なお居住地は、昭和58年度時点でS・S・サービスを開設している施設の「ある区市」(9区市)と「ない区市」(9区市以外)に二区分した¹⁶⁾。それによると男女とも、居住地の二区分によって身体等の状況、日常生活動作(ADL)の双方にちがいはみられなかったが(表略)、問題行動については居住地によって大きな差がみられたのである。つまりS・S・サービスを

行っている施設のある区市に居住している痴呆老人は、施設のない区市に居住している痴呆老人に比べて、問題行動がきわめて高いという結果がみられたのである。この差はどこに起因するのであろうか。断定はできないが、おそらくS・S・サービスを行っている地域では、ある程度痴呆が重くなっても家庭で介護しつつ近くのS・S・サービスを利用している介護者家族が相対的に多いのではないかと考えられるのである。これに反してS・S・サービスを行っていない地域(区市)に居住している重度の痴呆老人は、そのほとんどが何の福祉サービスをも利用せず(できず)地域に沈黙し、その一部が病院を利用したり、特養に入所したりしていると考えられるのである。

つぎに、S・S・サービス利用老人の問題行動のレベルは、利用年度(調査期間)がわずか2年半の期間であるが、その利用年度によって、どのような変化がみられるのであろうか。男女別にみても、全体でみても、56年度、57年度、58年度と年度を追うごとに、痴呆老人が伴う問題行動の平均得点数は低くなっている(表略)。それは、年とともに、相対的にみて痴呆の程度の軽い老人がS・S・サービスを利用していることを意味している。したがって、利用可能なベッド数のわずかな増加とともに、S・S・サービス利用老人の底辺も徐々に広がっていることが推察されるのである。

それでは、利用年度、痴呆老人の居住地別利用状況をみてみよう(表略)。それによると58年度になるにつれて、S・S・サービスを行っている施設のある区市に居住している老人の利用者が相対的に増加してきている。すなわち、その割合は、56年度32.7%、57年度38.9%、58年度46.3%である。昭和55年の国勢調査によると、S・S・サービス施設のある区市(9区市)に居住している60歳以上の老人数は、36万2,927人で、東京都全体(約127万人)の約28.5%にすぎないことから、上記地域に居住する痴呆老人の利用率の高さが目につくのである。その意味では、利用老人と施設が接近していればいるほど福祉サービスの量的効果は大きいといえる。

さて、これらの状況をさらに詳しくみるために、

表 2 ショート・ステイ・サービス利用老人の居住地と利用人数

利用老人の居住地	60歳以上 高齢人口	ショート・ ステイ利用 実人数	全利用老人 (617 人) に対する各区 市利用老人の比率	順 位	
				高齢人口数	S・S・利用率
●世田谷区 (56. 10～)	92,166人	68人	11.0%	1	2
大田区	79,993	26	4.2	2	5
杉並区	67,312	25	4.1	3	6
●足立区 (58. 4～)	59,065	11	1.8	4	20
練馬区	55,127	27	4.4	5	3
板橋区	50,995	24	3.9	6	7
北区	48,061	3	0.5	7	30
葛飾区	47,108	13	2.1	8	17
●品川区 (58. 4～)	44,929	13	2.1	9	16
●江戸川区 (57. 4～)	44,086	21	3.4	10	9
新宿区	42,936	18	2.9	11	11
●中野区 (57. 4～)	42,224	79	12.8	12	1
●八王子市 (56.10～)	38,120	15	2.4	13	13
豊島区	37,264	4	0.6	14	29
目黒区	35,284	14	2.3	15	15
墨田区	32,186	11	1.8	16	19
台東区	31,550	7	1.1	17	26
渋谷区	30,838	8	1.3	18	25
文京区	29,348	26	4.2	19	4
●江東区 (57. 9～)	29,104	23	3.7	20	8
港区	28,843	10	1.6	21	22
荒川区	28,368	10	1.6	22	21
町田市	23,621	2	0.3	23	30以下
府中市	17,363	11	1.8	24	18
三鷹市	17,027	9	1.5	25	24
武蔵野市	15,894	16	2.6	26	12
調布市	15,645	9	1.5	27	23
中央区	14,917	14	2.3	28	14
立川市	13,944	5	0.8	29	27
●小平市 (57. 4～)	13,233	21	3.4	30	10
その他の区市計	145,243	74	12.0	—	—
利用者合計	1,271,784	617	100.0	—	—

(注) 60歳以上の高齢人口は昭和55年の「国勢調査」による。また、利用老人の居住地の前の黒印はS・S・サービスを行っている施設のある区市(他に、多摩市内に1施設あり)であり、()内の数字はS・S・サービスを開始した年月である。

S・S・サービス利用老人の居住地(区市)とその利用老人数をみてみたい(表2)。表の左側に列挙している利用老人の居住地(区市)は、60歳以上の高齢人口を上から多い順にならべた結果である。それによると、高齢人口が最も多い世田谷区は、S・S・サービス利用老人数が68人で全利用者(617人)に占める割合も高く(11.0%)、東京都全体の区市町別でも2番目に多いことがわかる。また中

野区は、高齢人口が居住地別では12番目であり、しかもその絶対数は世田谷区の半分にも満たないが、S・S・サービス利用老人数は79人(12.8%)であり、居住地別では最も多いことが判明する。さらに、文京区、江東区などでは高齢人口比のわりには痴呆老人のS・S・サービス利用者が多く、逆に、足立区、北区、豊島区などでは高齢人口比のわりに、S・S・サービスの利用老人数がきわめ

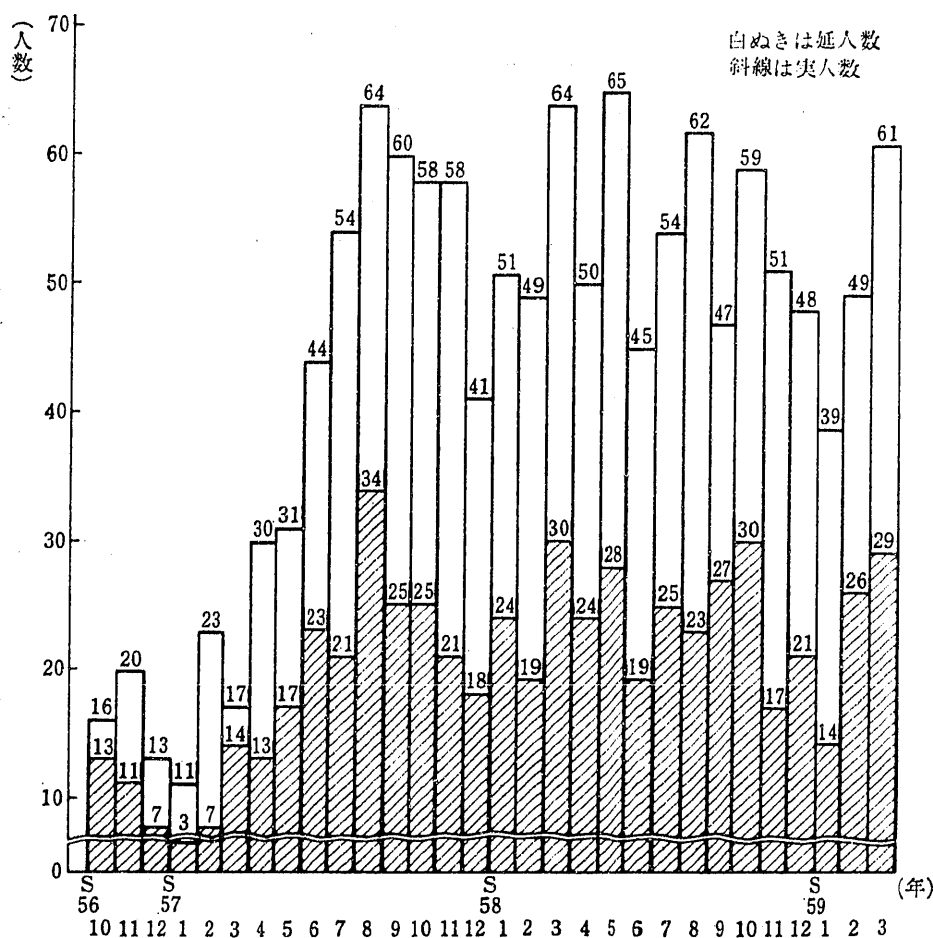
て少ない傾向にある。このようにしてみると老齢人口とS・S・サービス利用老人数の間では必ずしも相関関係のないことが判明する。それが、なにに起因するかは今後の緻密な研究を待たなければならない。ただ、それは少なくとも、介護者の諸々の条件、申請窓口になっている福祉事務所や区役所の対応、居住地の近くにS・S・サービス施設や病院などの社会的資源があるかどうか、あるいは区や市のPRの程度などが微妙に重なりあって反映していると考えられるのである（仮説2、仮説4の結果）。

5 利用日数、利用頻度、月別利用老人数の状況

では、在宅痴呆老人は、S・S・サービスをどのようなかたちで利用しているのだろうか。まず、全体としては、2年半にわたって、617人の痴呆老人が延べにして1,353回(人)利用していることから、老人1人当たりの平均利用回数は2.19回とな

る。すなわち、同一人物の痴呆老人がS・S・サービスを平均して2回以上利用している計算となる。しかし、その利用回数の分布をみると(表略)、1回だけ利用した痴呆老人が617人中299人も存在していることから、約半数の老人は、1回のみの利用で自宅にもどっているのである(その一部は入院したり特別養護老人ホームに入所したケースもある)。その一方、2回以上の利用者の分布は、2回22.9%、3回12.6%、4回7.6%、5回2.8%と、その比率は回数をますます減少しているが、その総計は51.2%を占めていることから、一度S・S・サービスを利用した者の半数は、何らかの理由で2回目のS・S・サービスを利用しているといえる。そして、最も多くS・S・サービスを利用した痴呆老人は、ケースは少ないが14回(0.3%)を数えるのである。

それでは、延べ利用人数をもとにして、利用者の1回当たりのS・S・サービス利用日数をみてみ



(注) 58年度に申請し59年度の4月に利用したケースは除く。

図5 各年度の月別利用老人数

たい(表略)。利用日数は原則として7日間であるので、利用者は制度にしたがって「7日間」利用したものが73.4%と圧倒的に多い。しかし、利用者の利用日数の分布は最少の「1日のみ」から最多の「5週間」まで分布しており、利用者のニーズが単純に一様ではないことを示している。その一例を申請書のなかの申請理由からひろってみると、「介護者が介護疲れをいやすために1日、2日利用するケース」から、「介護者の子どもが病気で入院し、その後に介護者も痴呆老人や子どもの介護疲れで入院し、長期間S・S・サービスを利用したケース」なども含まれているのである。

つぎに、S・S・サービスを利用している老人(介護者)は、1年を通してみると、どのような月に一番多く利用しているのであろうか。図5によれば、制度発足時の昭和56年度は、利用可能なベッド数も少なく、また制度自体が十分には知られていないこともあってか、それほど多く利用されてはいなかった。しかし57年4月から利用者は徐々に増加している傾向が読みとれる。そして、57年度、58年度の2年間においてはややおおまかにいえば、季節による変動がみられ、57年度は8月、3月、58年度は5月、8月(延べ人数のみ)、10月、3月などの月において、利用者は実人数、延人数ともやや多く、逆に57年度、58年度とも、冬期間はやや少ない傾向がみられるのである。また、老人1人当たりの平均利用回数(延べ人数÷実人数×100)も最少1.7回(58年9月)から最多3.0回(58年11月)と月によってはばらつきがみられるのも特徴的である。これは、申請書の申請理由や受け入れ側である施設側の意見によると、申請理由は単発的な理由によるものだけでなく、例えば「介護疲れを主な理由として、介護者家族がお盆に帰

省するとか旅行する」といったことが多いため、比較的休暇のとりやすい月に集中して利用する傾向があるといえる。その意味から、今後ともこのような傾向がつづくとすれば、利用可能なベッド数を月によってはかえる等、将来はやや弾力性をもった福祉サービスの運営も考えられるのである(仮説3の結果)。

6 ショート・ステイ・サービス利用痴呆老人と介護者家族

これまで、S・S・サービス利用老人の身体的・社会的状況と彼らがどのようなかたちでS・S・サービスを利用してきたかを明らかにしてきたが、ここでは、介護者家族の援助状況とS・S・サービスの利用理由を明らかにしたい。ただ、援助状況といっても、先に述べたように、「申請書」による限界があるので、とりあげる内容はS・S・サービス利用老人をとりまく介護者家族の家族形態、介護者の続柄、S・S・サービスの利用理由に限定することにする。

表3は、S・S・サービス利用痴呆老人の性別にみた家族形態の分布を示したものである。全体的な傾向として、表はS・S・サービス利用老人が配偶者以外の家族といっしょに居住している割合が85%前後を占め、きわめて高く、その一方で「ひとりぐらし」や「配偶者のみ」の世帯はそれぞれ4.4%、11.5%にすぎない状況にあることを示している。ところが、昭和56年の「老人生活実態調査」によると、東京都全体では老人が配偶者以外の家族と住んでいる割合は約6割であり、「ひとりぐらし」が11.1%、「配偶者のみ」の世帯が24.5%の多きに達している。したがって、S・S・サービス利用老人は、ひとりで生活するのがきわめて

表3 対象痴呆老人の性別家族形態

%, ()内は実数

	ひとりぐらし	配偶者のみ	配+息子 子家族	息子 子家族	配+娘 子家族	娘 子家族	配+無 配偶子	無配 偶子	配+娘 (孫、兄 弟姉妹)	娘 (孫、兄 弟姉妹)	配+養 子	養子 家族	配+息 子の妻 (孫)	息子の 妻(孫)	その他	計
対象痴呆老人																
男	3.9 (9)	24.3 (56)	19.6 (45)	20.4 (47)	4.8 (11)	4.8 (11)	5.7 (13)	1.3 (3)	6.1 (14)	2.6 (6)	0.9 (2)	1.3 (3)	1.3 (3)	0.9 (2)	2.2 (5)	100.0 (230)
女	4.7 (18)	3.9 (15)	4.7 (18)	43.7 (169)	1.8 (7)	14.2 (55)	0.5 (2)	3.6 (14)	1.8 (7)	10.9 (42)	0.3 (1)	3.4 (13)	—	2.6 (10)	4.1 (16)	100.0 (387)
計	4.4 (27)	11.5 (71)	10.2 (63)	35.0 (216)	2.9 (18)	10.7 (66)	2.4 (15)	2.8 (17)	3.4 (21)	7.8 (48)	0.5 (3)	2.6 (16)	0.5 (3)	1.9 (12)	3.4 (21)	100.0 (617)

(注) 家族形態のカッコ内は含むの意。

表 4 対象老人の性・介護者の年齢別介護者の続柄

%, ()内は実数

対象老人	介護者	配偶者	息子	息子の妻	娘	娘の夫	養女・養子	甥・姪・ きょうだい・ い・孫・母	友人・知人	その他	計
男 (対象老人)	20代	—	—	66.7(2)	—	—	—	—	33.3 (1)	—	100.0(3)
	30代	—	4.8(1)	76.2(16)	19.0(4)	—	—	—	—	—	100.0(21)
	40代	—	10.9(5)	67.4(31)	17.4(8)	—	2.2(1)	2.2(1)	—	—	100.0(46)
	50代	31.1(14)	4.4(2)	35.6(16)	22.2(10)	4.4 (2)	2.2(1)	—	—	—	100.0(45)
	60代	82.5(33)	—	—	10.0(4)	—	2.5(1)	2.5(1)	—	2.5 (1)	100.0(40)
	70代	97.9(46)	—	—	—	—	—	—	—	2.1 (1)	100.0(47)
	80代	100.0(13)	—	—	—	—	—	—	—	—	100.0(13)
	90代	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	計	49.3(106)	3.7(8)	30.2(65)	12.1(26)	0.9 (2)	1.4(3)	0.9(2)	0.5 (1)	0.9 (2)	100.0(215)
女 (対象老人)	20代	—	14.3(1)	14.3(1)	28.6(2)	—	14.3(1)	28.6(2)	—	—	100.0(7)
	30代	—	—	73.0(27)	16.2(6)	—	2.7(1)	8.1(3)	—	—	100.0(37)
	40代	—	12.5(12)	54.2(52)	26.0(25)	1.0 (1)	1.0(1)	5.2(5)	—	—	100.0(96)
	50代	0.7 (1)	10.5(16)	51.3(78)	27.6(42)	—	7.2(11)	2.0(3)	—	0.7 (1)	100.0(152)
	60代	7.3 (3)	9.8(4)	22.0(9)	56.1(23)	—	—	2.4(1)	—	2.4 (1)	100.0(41)
	70代	64.7 (11)	—	5.9(1)	5.9(1)	—	—	11.8(2)	—	11.8 (2)	100.0(17)
	80代	88.9 (8)	—	—	—	—	—	11.1(1)	—	—	100.0(9)
	90代	66.7 (2)	—	—	—	—	—	33.3(1)	—	—	100.0(3)
	計	6.9 (25)	9.1(33)	46.4(168)	27.3(99)	0.3 (1)	3.9(14)	5.0(18)	—	1.1 (4)	100.0(362)

(注) 不明と、介護者がおらず申請者が福祉事務所であるものを除く。

困難であり、かつ家族に依存しなければ生活できないことを示唆している。また、家族形態を、東京都全体のそれと比較すれば、「娘（未既婚を問わず）家族との同居」や「義理関係の家族との同居」（子世代が義理のみで構成される家族で、「養子家族」や「息子の妻家族」などの意）が多いのも、S・S・サービス利用老人家族のひとつの特色であることが示唆される。つまり、東京都全体では、「娘同居家族」は18%であるのに対し、本調査では約25%、さらに、「義理関係の家族」は約1割近くにも達し（東京都全体では不明）、双方で約35%にものぼっているのである。そして、これらの傾向は、S・S・サービス利用老人が女性である場合には、その夫が死亡していることが多いこともあって、いっそう強くみられるのである。これは、息子家族の場合には、介護者である息子の妻（嫁）が、夫方の親族に強く拘束されやすいのに対し、当該家族の介護者が、相対的には老人の肉親や近隣の意向よりもS・S・サービス利用の意向を自分自身で優先的に決定できることによるからであると考えられるのである（この点に関しては、ケース・スタディを参照）。しかし、いずれにしても、介護者の続柄を、家族形態別にみると

（表略）、S・S・サービス利用老人に配偶者がいるばあいには（S・S・サービス利用老人が男女の双方とも）、主な介護者として配偶者がかなりの割合を占めるが（その割合は家族形態によって差がみられ、40%から100%の範囲で分布する。ただし、S・S・サービス利用老人が女性で、かつ「配+息子家族」の家族形態においては、配偶者である男子老人が主たる介護者ではなく、息子の妻が介護の中心となっている点に日本的な特色がみられる）、その一方で、無配偶者の場合には、その介護が「息子の妻」や「娘」に集中し、その負担が重くのしかかっている状況がみられるのである。このような介護の状況を詳しくみるために、介護者の年齢別にその続柄をみてみよう（表4）。まず、続柄のみをみると、S・S・サービス利用者が男子老人の場合には、その主な介護者は「配偶者（妻）」が5割、「息子の妻」が3割、「娘」が1割、また、女子老人の場合には、「息子の妻」が5割、「娘」が3割となっている。これらの事実は介護者がほとんど女性に集中している点で他の寝たきり老人調査と同様である。しかし、寝たきり老人を対象とした「老人生活実態調査」（東京都）によると、寝たきり老人が男子の場合には、その介

表 5 老人の性別申請理由 (利用理由) %, ()内は実数

	男	女	計
介護者の疲労・休養	32.2(74)	27.1(105)	29.0(179)
介護者の病氣・入院	31.7(73)	23.0(89)	26.3(162)
親族の結婚式・結納・葬式など	9.6(22)	11.9(46)	11.0(68)
介護者の親の看護・見舞い・葬式など	5.2(12)	11.1(43)	8.9(55)
子の結婚式・結納・出産など	5.2(12)	7.0(27)	6.3(39)
家族員(親以外)の病氣・入院	3.9(9)	5.9(23)	5.1(32)
介護者の仕事・出張	2.2(5)	6.5(25)	4.9(30)
旅行・里帰り	2.2(5)	3.4(13)	2.9(18)
新築・改築・引っ越し	3.1(7)	0.8(3)	1.6(10)
老人の暴力・問題行動	2.6(6)	0.5(2)	1.3(8)
ひとりぐらしで生活できない	1.3(3)	1.3(5)	1.3(8)
今後の生活について親族と相談	—	0.8(3)	0.5(3)
その他の不明	0.4(1)	0.8(3)	0.7(4)
不	0.4(1)	—	0.2(1)
計	100.0(230)	100.0(387)	100.0(617)

介護者は配偶者(妻)が76%ときわめて高率であるのに対し、S・S・サービス利用老人の場合には、「配偶者」が約5割であり、逆に相対的に「嫁(息子の妻)」や「娘」に傾斜している点に大きな特徴がみられる¹⁷⁾。これは、S・S・サービス利用老人の場合、無配偶者が多かったり、配偶者が日常的に介護していくことが困難になってきている結果ともいえるのではないだろうか。すなわち、介護者である配偶者(妻)の年齢は、S・S・サービス利用老人が男子の場合、60代から70代が中心であり、また対象者が女性の場合には、介護者(夫)が70代から80代が中心となっているのである。またケースは少ないが、なかには90代の介護者が3人存在していることも見逃せない特徴である。もちろん、その背景には寝たきり老人よりもS・S・サービス利用の痴呆老人の方がより高齢化していることも関連しているのである¹⁸⁾。このように、痴呆老人の高齢化とともに、その配偶者や他の介護者も高齢化してきており、日常的な介護をますます困難にしている。それに加えて、「嫁(息子の妻)」や「娘」などは、老人の介護(夫の親、本人の親)と本人の子ども世話の過重な負担により、社会生活が質・量ともに極端に狭小化し、それだけ多く

のストレスをかかえこむようになってきているのである(後のケース・スタディ参照)。

このような状況は、介護者のS・S・サービスの利用理由に端的に示されている(表5)。すなわち、全体では、「介護者の疲労・休養」、「介護者の病氣・入院」の2つの項目で5割を大きくこえ、その深刻さをうかがいしることができる。そして、その他の項目においても、社会生活をするうえで、介護者が必要最小限かわらざるをえないために、やむをえずS・S・サービスを利用するに至ったケースがほとんどであることを示している。もちろん、その背後には、利用理由がS・S・サービス発足時には厳しい枠のなかで採用されていたという経緯もあった。しかし、近隣とのつきあいが、大都市地域ほど薄れてきている¹⁹⁾今日、S・S・サービスは、S・S・サービス利用家族に大きな役割を果たしているといえる(仮説5の結果)。

III 介護困難の実態とショート・ステイ・サービスのもつ機能

——ケース・スタディより——

1 はじめに

本節の目的はケース・スタディを通じて、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態と介護者が一時的に介護役割を遂行できなくなった時の対処行動として、S・S・サービスを知り利用していく過程、および在宅介護に対してS・S・サービス²⁰⁾が果たす機能を明らかにすることである。

まず、ケース・スタディの概要について述べておくと、調査時期は昭和58年3月から7月にかけての5ヵ月間であり、調査対象は、東京都の「痴呆性老人短期保護事業」(S・S・サービス)を事業開始時の昭和56年10月から57年3月までに少なくとも1回以上利用した介護者家族54ケース²¹⁾(そのほか、S・S・サービス利用の申請をしたものの、実際に利用しなかったケースが1ケースある)である。このうち訪問面接に応じてくれたのは22ケースであり、残りは拒否が13ケース、不能が20ケースであった²²⁾。

つぎに、ケース・スタディで調査した質問項目を表6として示しておきたい。このうち、Iの基

表 6 ケース・スタディ質問項目一覧

I. 基本的属性 1. 老人 (1) 老人の心身状況 身体等の状況: 日常の生活動作: 行動障害: その他: (2) 老人および配偶者の性格・特徴など (3) 老人および配偶者の最長職 2. 介護者 (1) 老人からみた統柄・介護者の心身状況 (2) 介護者および配偶者の性格・特徴など (3) 介護者および配偶者の最長職・現在職業 3. 家族等の状況 (1) 家族構成 (2) 面接時点での家族構成 (3) 経済状態・資産の状況 (4) 住宅事情						
II. 介護の状況 1. 介護にかかわる人々 2. 具体的な介護状況 3. 介護意識						
III. ショート・ステイ・サービスの利用状況 1. 利用に至るまでの経緯 (1) ショート・ステイ・サービスを知った経緯 (2) 利用提案者 (3) 利用期間と利用理由 2. 利用した感想・要望 3. 他の公的サービスへの要望						
IV. 老人および家族の生活歴						
年 号	年 齢	老人および家族の生活歴	居住地および家族構成の変遷	老人の心身の状況	介護の状況	医療・福祉サービスの利用状況

表 7 S・S・サービス利用頻度別ケアの形態

利用頻度	ケアの形態	在宅ケア継続	施設ケア移行
S・S・サービス 1回利用		2ケース (J ^{III} , S)	9ケース (C, D, H, I, K) (P, Q, U, V)
S・S・サービス 複数回利用		6ケース (B, F, E, M) (N, R)	5ケース (A, G, L) (O, T)

本的属性は、老人、介護者、介護者家族全体のそれぞれについてS・S・サービス利用前または利用時の状況を調べるためのものであり、IIの介護の状況とIIIのS・S・サービスの利用状況は、老人に痴呆症状がみられるようになってからの具体的な介護過程と、新しくスタートしたS・S・サービスを介護者家族が知り、利用していく過程とをより具体的に関連づけて考察するために設定された項目である。IVの老人および家族の生活歴は、IからIIIで得られた調査内容をより広い時間幅の中で位置づけるためのものである。なお、調査方法は準構造化法 (semi-structured method) を用いた。

2 ケースの検討

いうまでもなく、ここで22ケース全体について分析、考察する余裕はない。そこで基準を設けてケースを分類する必要がある。先述のとおり、本節のねらいは、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態とS・S・サービスの果たす機能を明らかにすることにあるので、第1の基準としてS・S・サービスの利用頻度に着目することにしたい。そして、つぎにサービスの利用頻度にかかわらず、調査時点で在宅ケアを継続していたか、施設（特別養護老人ホームまたは病院）に老人を入所させていたか（施設ケア移行）を第2の基準とする。これら2つの基準をクロスさせることによって4つのグループができるが、それぞれのグループに該当するケース数とケース名を記すと表7のようになる。

以下では、各グループから1ケースずつ選び²⁴⁾ インテンシブに検討していくことにしたい。

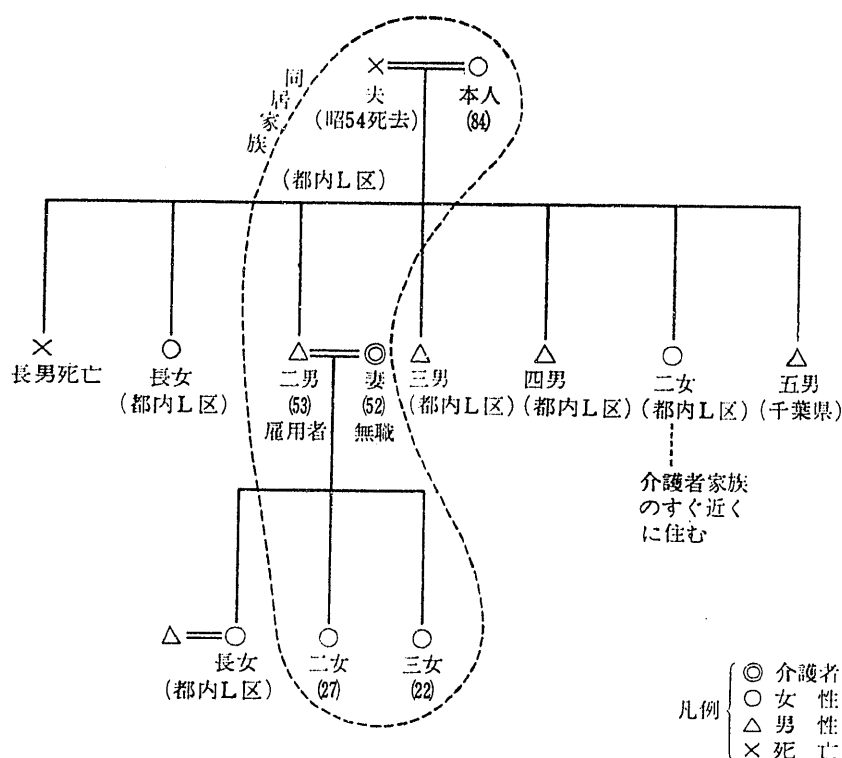


図6 ケースJの家族、親族構成

〔ケースJ(女)——S・S・サービス1回利用・在宅ケア継続グループ〕

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図6参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和50年, 75歳²⁵⁾

介護者(二男の妻、ただし長男が死亡している)は、老人の問題行動に気づいたが、身内のものは誰もわからず。老人は、タンスのなかの物を出したり入れたり、食事の後に食べていないといったりした。またお金をしまい忘れたり、誰かがお金を取ったとか隠したとかいうようにもなった。

昭和52年, 77歳

老人の夫が血圧降下剤を飲みすぎ倒れたため入院し、その後退院してから死去するまでの2年半寝たきり。老人は夜だけ夫のおむつの世話をするが、昼間は外出してしまうので、介護者がパートを辞め老人の世話をする。

昭和54年, 79歳

老人の夫、死去。その際、老人は夫を他人だといひ、夫の骨を拾うことを拒否。やっと身内も老人が痴呆であることを知る。また、親友の死によって、

老人の症状はさらに悪化。徘徊が増え、夜中に出かけようとしたりごみを拾い集めてきたりした。警察に何度も保護される。

介護者は、老人に1日中つきっきりで過ごす。介護者に用事ができたときは、娘が仕事を休んで代わりに介護。買い物などは娘や近隣の人が手伝う。

昭和56年, 81歳

老人の徘徊がなくなる。

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和56年, 81歳

10月、介護者の兄死去。介護者は葬儀に参列するため不在になるので、同じ区内在住の夫のきょうだいに老人の世話を頼んだが、誰も応じてくれず。ところが近所に住む夫の妹がS・S・サービスの制度を探してきて利用を提案。夫のきょうだい達が利用の手続きや施設への送迎を行い、6日間利用。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は、5つ。②²⁶⁾自分の部屋、トイレなどの場所を間違える。⑤家族、知人などを混同するなど、人を間違える。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたとかいって騒ぐ。⑦失禁などで汚したり、不潔になっても無関心である。⑨邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和56年, 81歳

1週間, B施設²⁷⁾のS・S・サービスを利用したが, 戻ってきたときには, 老人はおむつをしていた。介護者は, トイレでの排泄にもどすまでに大変苦労する。

昭和57年, 82歳

介護者は, 毎日老人を連れて買い物をしてしたが, しだいに老人は歩きたがらなくなり, ついには1日中家のなかにいるようになる。暮れ頃から, 老人は自分の子供達が誰だか分からなくなる。

昭和58年, 83歳

これまで時間を決めてトイレに連れていっていたが, 失敗が多くなったため, おむつを使用。問いあわせをして入手した特別の後ろファスナーの服を着せるとおむつをはずさなくなった。

(5) 介護者の介護意識

面接時に得られた介護者の言葉は以下のものであった。

「子供の手前, 老人の世話をやらざるをえないんですよ。親の私が卑怯なことをしていたら, 子供のためにもならないしね。(以下略)」

本ケースの場合, 老人は痴呆化する以前から介護者家族と同居していたのであるが, こうした肯定的な介護意識を支える要因は, 介護者と痴呆化する以前の老人との良好な人間関係ではなく, 介護者の子供に対するモデルとしての意識である。

(6) ケースの考察

本ケースの場合, 介護者はS・S・サービスを再度利用したいというニーズがない。その理由は2つある。1つは, 同じ区内に住む夫のきょうだい達と介護者の人間関係によるものであり, 介護者は, 「夫のきょうだいがいい出せば再度利用するかもしれないが, 自分からはいい出せない」と述べている。もう1つの理由は, 介護者が, 調査時点では健康であり, 介護によるストレスをかかえていないということである。すなわち, (2)の介護過程で明らかにしたとおり, 介護者は痴呆老人を約8年間(調査時点まで)にわたって介護しており, そのうえ昭和52年から54年にかけての2年半は, 寝たきりになった老人の夫の介護もあわせて行うという厳しい介護負担でありながらも, 介護者は少なくとも調査時点では心身のストレスを感じていないわけである。面接時に明確な言葉として表明されることはなかったが,

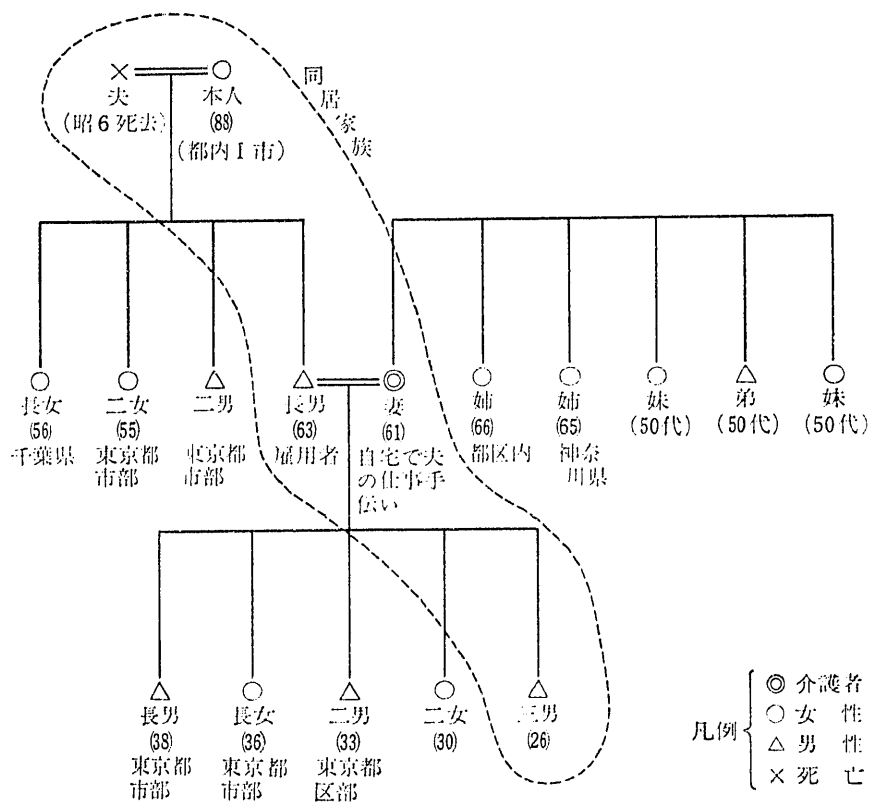


図7 ケースQの家族, 親族構成

痴呆老人が寝たきりになっていることが、介護ストレスの有無に大きく影響していると思われる。

つぎに、S・S・サービスが在宅介護に及ぼす機能についてであるが、本ケースの場合、介護者の兄の死去という予測不可能な突発的事態が生じ、それへの1回対処として介護役割を代替するという機能を果たすにとどまっている。もともと本ケースの場合、介護者の介護意識も強く、また親族の介護者に対する介護役割の期待も厳しく、さらにそのうえ当該痴呆老人が寝たきり老人になっていることを考えあわせると今後とも在宅介護が継続されていく可能性は高い。

[ケースQ(女)——S・S・サービス1回利用・施設ケア移行グループ]

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図7参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和52年, 83歳

介護者(長男の妻)がおこづかいをあげても老人はもらっていないといたり、郵便配達の人にも「私のはどうなっているんだ」と意味不明のことを何度もいったりする。この時期、老人の息子である介護者の夫は、老人の痴呆症状に気づかず。また徘徊もみられるようになったが敷地が400坪と広いことから迷子の危険性はなかった。ただ、徘徊のさいに転倒し、頭や足にけがをすることが何度もあり、介護者は苦慮する。この時期から、介護者と通いのお手伝い(60歳ぐらい)の2人で老人の介護をするようになる。

昭和55年, 86歳

痴呆の症状がいっそう悪化。老人の専用部屋、居間、台所、トイレなどいたるところに便をたれ流すことが毎日4, 5回あり。ただ便をこねくりまわすことはなかった。専用部屋からトイレまでござを歩いて目印にしたり、そのござの上にポータブルトイレを置いたり、おしめをあてたりしたが効果はなかった。また、ガスのスイッチを勝手にひねったり、飾ってある花やトイレトーパーをたべてしまったりした。

老人は、身体的には何ら問題なく歩行も十分可能であったため、介護者は、お手伝いの援助があるにしてもかなりの介護困難を覚えた。そのような状況のなかでも、同じ市内に住む介護者の夫の弟や妹は、

介護者に家庭で十分な介護をするように強く期待した。このときの心境を介護者は次のように述べている。

「どんなに老人が醜くなってもやっぱり家でみてくれているのが(夫の)きょうだいの希望なんですよ。」「私もやはり外の仕事がありますもので、よくお手伝いをお願いしていったんですけど、やっぱり(夫の)きょうだいはいったんうことが気にいらぬいものですから。」

「嫁さんばかり攻撃して悪くいて、それでそのわりにみんなそれぞれ忙しいものですから手を出してくれるかと思ったら手は出してくれない。」

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 88歳

1月に、新潟の親族の葬儀のため、介護者は1週間ほど家を留守にしなければならなくなった。たまたま、介護者の夫の妹(55歳)が福祉関係の仕事をしており、その妹から介護者の夫がS・S・サービスについての情報を得た。利用の提案も同じく介護者の夫であり、利用申請の手続きも夫がした。介護者は、新潟から帰京した後、急性気管支炎で寝こんだため、S・S・サービス利用の延長が4回認められ、1月末から2月末まで5週間にわたって老人を預けた。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は5つ。②自分の部屋、トイレ等の場所を間違える。④昼と夜の区別がつかないで夜騒ぐ。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたとかいって騒ぐ。⑦失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である。⑨邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

前述したように、介護者がS・S・サービス利用の提案をしたわけではなかったが、老人を施設に預けたという理由で、介護者は夫のきょうだいから強く叱られた。

「きょうだいにうんと怒られました。お金がないわけじゃないから、(老人の徘徊への対策として)家にもう1人のお手伝いさんを頼んで常につけて歩いてもらえばいいんじゃないかという意見があったんです。」

S・S・サービスを利用した後、介護者夫婦はそのまま老人をA施設に入所させた。このとき、介護者は老人を入所させてしまったことを多少後悔した。なぜなら、介護者は、老人が痴呆になっ

徘徊がなければ自宅で十分介護する意志があったからである。

「私もよく思うんですけど、全然動けなくて家にいるんだったらそのまま家にいる方がよいと思ったんです。」

老人はA施設に入所してから約4ヵ月後に死亡。

(5) 介護者の介護意識

本ケースの老人は、痴呆化する以前から介護者家族と同居していたが、介護者と老人の関係は、きわめて悪かった。そのため介護者は若い頃から姑に厳しくされてきた自分が介護をせざるをえないことについて複雑な心境であり、介護意識はどちらかといえばネガティブである。

「男まさんの後家さんと39年間一緒に暮らしてきて、若い頃は朝一番に起こされ夜は遅くまで縫い物をあてがわれてまったくつらい思いをさせられてきたけど、こうして世話をしてあげなければならぬなんて。」

(6) ケースの考察

本ケースの場合、介護者家族の経済階層がきわめて高いこととS・S・サービスを1回（延長による5週間連続）利用後、そのままその施設に老人を入所

させているという2つの点で、22ケース全体のなかでも例外に属する。本ケースの介護者は同じ市内に住む夫のきょうだい達との人間関係によるストレスをかかえており、悪口ばかりをいって、介護者不在のときだけでさえ、介護の代わりを拒否するきょうだい達の非人間的態度に強い不満をもっている。介護者家族の近隣に住む親族がS・S・サービス利用に否定的な作用をするのは、先のケースJとまったく同じであり、したがってこの意味では例外ではない。このように、痴呆老人をかかえる介護者と近隣に住む介護者の夫方のきょうだいとの人間関係が良好でない場合には²⁸⁾、たとえ経済階層が高くても、介護者だけに共通する悩みをかかえるものであることが、明らかになる。

つぎにS・S・サービスの果たす機能についてであるが、本ケースの場合、S・S・サービスを5週間継続して利用している間にその特別養護老人ホームにベッドの空きができてそのまま長期的に入所させることができたわけで、在宅介護継続という観点からみた場合には、むしろ逆機能的な作用²⁹⁾をおよぼしたと解釈できる。

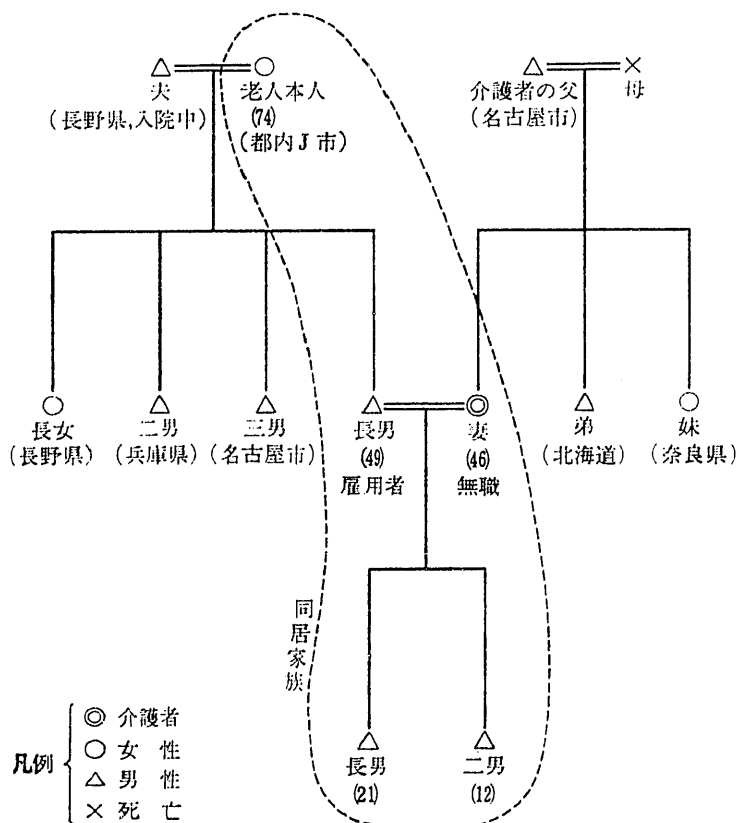


図8 ケースMの家族、親族構成

[ケースM(女)——S・S・サービス複数回利用・在宅ケア継続グループ]

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況 (図8参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和52年, 67歳

長野に住んでいる老人が上京した際、介護者(長男の妻)は、老人が身のまわりのことがきちんとできなかつたり、座ったまま動かなかつたり、口数が少なくなったことに気づく。

昭和55年, 70歳

奇妙に笑つたり、尿や便をもらすようになる。介護者はときどき長野へ老人の世話のためでかけるようになる。

昭和56年, 71歳

老夫婦で関西在住の二男の所へ遊びに行っている間、老人は尿の出が悪くなり、救急病院に入院。その夜、老人の夫の方が看病中に脳血栓で倒れる。その後、老人の夫は長野県内の病院に入院。老人は他人に反応しなくなり、まったく動けず、寝たきりとなる。

昭和57年, 72歳

介護者夫婦は、老人を都内K市の狭い2DK(1戸建て)の家ひきとる。約半年間は、介護者と老人が同じ部屋で生活(深刻な住宅問題)。介護者は、自分の子供(二男)に「たまには、子供の面倒をみる」といわれ、ショックを受ける。

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 72歳

介護者が親族の法事のため不在になるので福祉事務所に相談に行つて、S・S・サービスを知る。介護者が夫に相談し利用を決定。手続きはすべて介護者が行い、3日間老人をA施設に預けた。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は2つ。①日常会話に支障あり、⑦失禁等で汚したり、不潔になつても無関心である。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和57年, 72歳

S・S・サービスを利用してから半年後、介護者家族は都下J市に家を買ひ、老人と共に移り住む。

昭和58年, 73歳

介護者は、3月に長野の親類の葬式に出席するために2度目のS・S・サービス利用をし、5日間、老

人を預ける。5月には、名古屋でひとり暮らしをしている介護者の実の父親(78歳、2年ぐらい前から体が弱り、足をひきずるなど要介護性が高い)の世話をするため3度目は、5日間S・S・サービスを利用。

(5) 介護者の介護意識

介護者は社会参加志向が強く、ときには絵をかいたり、諸々の会合に出席したいと思っている。また数多くの友人をもっているが介護で外出できず接触が減つてしまい、なぜ長男の妻だけがこんなに苦労しなければならないのかと疑問に思っている。そして、介護者はいくら親でも植物人間同様になった人に対しての扶養は、公的サービスの機関に委ねるべきだと考えている。

(6) ケースの考察

本ケースの場合、介護者には、S・S・サービスを今後とも利用したいというニーズがある。その最大の理由は、介護者が名古屋でひとり暮らしをしている実の父親の世話を定期的にした(しなければならぬ)ためである。事実、父親の世話のために毎月1回4~5日程度、定期的に申請しS・S・サービスを利用できることを福祉事務所との間で確認している。幸い、このケースの場合、さきのケースJやケースQと違って、介護者家族の近隣に、介護者の夫の親族が居住していないので、S・S・サービスの複数回利用を抑制するような力は加わらない。

この介護者は、同居している痴呆老人の日常的介護だけでなく、ひとり暮らしをしている父親の定期的な世話や長野の病院に入院中の、痴呆老人の夫の見舞いなどをかかえ、当然ながらかなり体力を消耗している。たとえS・S・サービスを定期的に利用していても、それは同居していない老人の世話のためのものであり、いっこうに介護者の休養には向けられない。おそらく、介護者は介護力の限界まできていると思われるが、介護者の夫の介護援助がまったく見られないのは、どのように解釈すればよいのだろうか。

つぎに、S・S・サービスが果たす機能についてであるが、介護者の介護の対象が在宅の痴呆老人の場合にS・S・サービスを複数回利用することは、介護者の在宅介護能力を持続させる機能をもつと仮定されるものの本ケースのように、他に世話すべき老人をかかえている場合には、介護者不在時の介護役割を代替するという機能に限定されるといえる。現行制度では、最大限利用するにしても毎月1回で

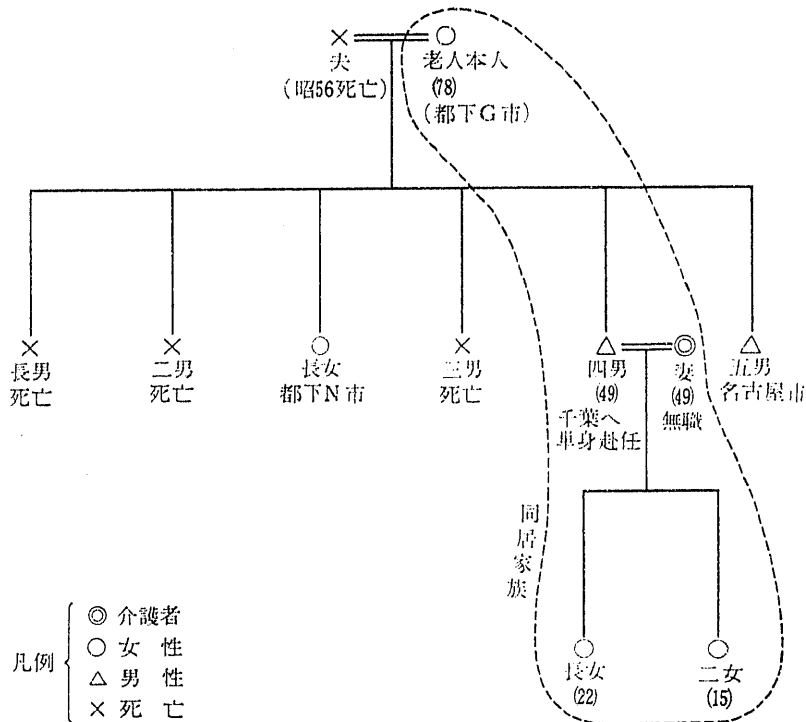


図9 ケースOの家族、親族構成

あるが、このケースのように、複数の要介護老人をかかえる介護者には、実際に疲労回復が図れるように優先権を与えてはどうであろうか。

〔ケースO(女)——S・S・サービス複数回利用・施設ケア移行グループ〕

- (1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図9参照)
- (2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和48年, 69歳

老人本人に痴呆の症状が出はじめたが、老人夫婦だけで別棟に住み、老人の夫が世話をしていたので、介護者(四男の妻。三人の兄が死亡しているので四男が実質的に長男)は、この時点での詳しい事情はわからず。

昭和51年, 72歳

介護者夫婦の長女が登校拒否をし、高校を退学。長女が、母(介護者)や妹に家庭内暴力をふるうようになる。

昭和52年, 73歳

介護者の夫が単身赴任(通勤すれば3時間前後)で千葉に行ってしまう。週末には帰宅するが、自分の母親の痴呆症状にまったく気がつかず。

昭和53年, 74歳

高校中退した長女が、学校へ行きたいといい、定時制高校に入学。ここで人間として立ち直るようになる。

昭和56年, 77歳

老人の夫がガンで入院。退院後死亡するまでの約2ヵ月間、介護者は老人の夫の看病と痴呆老人の介護をすることになる。介護者の長女は、介護者を助けるためにパートで働いていた保育園をやめ老人夫婦の世話をした。

老人の夫の死後、老人本人の痴呆はいっそうひどくなり、便をトイレトペーパーにくるんでベッドの上に並べたり、介護者の長女に暴力をふるい、「お金を返せ」と迫ったりした。誰もみていないときだけ暴力をふるわれることが多くなると、長女はノイローゼ気味になり、「老人を殺す」といい出す。ちょうどその頃、4年間の努力の成果が問われる定時制高校の卒業試験が目前に迫っていた。

- (3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 78歳

深刻な事態をむかえていたとき、たまたま市の公報でS・S・サービスのことを知り、さっそく市役所に行き、相談する。介護者が夫に利用の提案をすると、夫は「しょせんおまえは他人だからわからないのだ」といって強く反対したが、都下N市に住む老

人の長女（夫の姉）が説得をし、名古屋の五男にも了解を取りつけた。1回延長し、延べ12日間利用したが、その際の老人の問題行動の数は7つ。②自分の部屋、トイレ等の場所を間違える。③外出して迷子になることがある。④昼と夜の区別がつかないで夜騒ぐ。⑤家族・知人等を混同するなど人を間違える。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたといて騒ぐ。⑦失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である。⑧邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和57年、78歳

介護者の二女が高校入試を目前にし、精神的に動揺しないように2度目のS・S・サービスを利用する。6月には、S・S・サービスで2回預けたA施設に、老人を長期的に入所させ、現在に至っている。老人は体がいたって丈夫であり、ご飯をどんぶりで食べた後、おかわりを要求するなど過食がみられるが、A施設では暴力行為もなくなり模範生といわれている。

(5) 介護者の介護意識

介護者は老人をA施設に入所させた後一時ひどく後悔し、夫に対して申し訳ないと思った。老人の体が弱り寝たきり状態になったらいつでも引きとり介護するとの約束を夫との間にかわしている。

(6) ケースの考察

本ケースの場合、S・S・サービスを2回利用しているが、利用時に介護者の夫の強い反対があった点は、これまでのケースと異なっている。また、介護者の夫のきょうだいで、都内に居住している老人の長女（夫の姉）が介護者の置かれた立場を理解し、相談相手になり、介護のかわりもし、S・S・サービス利用に際して介護者の夫の説得にも一役買っている点でも、特徴的である。22ケース全体をみても、介護者の夫の親族が介護者をとりまくヘルピング・ネットワーク（helping network）の重要な一翼を担っているケースは、4ケースときわめて少ないが、ある特定の親族が介護者をこれほど強力に援助しているのは、このケースをおいてほかにはない。

本ケースの場合、在宅痴呆老人の介護問題だけでなく、子供の登校拒否、家庭内暴力、夫の単身赴任による家族機能の低下といったいくつかの家族問題が発生している。介護者家族に未成年の子供がいる

ケースは、全部で9ケースあるが、このケースのように痴呆化する以前の老人と介護者の長女の人間関係や介護者の夫と長女の人間関係が悪いような場合には、介護問題と密接に関連しあいながらいくつもの家族問題が噴出することになる。

つぎに、S・S・サービスの果たした機能についてであるが、本ケースについては、2回とも介護者が不在になるためでなく、介護者の長女の高校卒業試験と、二女の高校入学試験のために老人を一時的に隔離するという目的でサービスを利用したという性格が強い。

以上、4つのケースについて、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態とS・S・サービスの果たす機能を明らかにしてきた。ただ紙幅の関係で、4つのグループから1つずつ該当するケースを取り上げるにとどまり、例えば、他の老人福祉サービスを有効に活用しながら在宅で介護を続けているケースや、介護者がパートで勤めながら介護をしているケース、また自営業を営みながら介護者夫婦で世話をしているケースなどを紹介し検討することはできなかった。視点を変えた分析を別稿で行うことにしたい。

IV 要約と今後の展望

本稿の目的は、東京都における痴呆老人のためのS・S・サービスが、どのように利用され、しかも、その対象老人と家族の援助状況がどのような状況にあるかを探ることにあつた。そして、その方法として、われわれは痴呆性老人短期保護事業の申請書による量的な分析と、ケース・スタディによるインテンシブな分析を行ったのである。ここでは、そのおおまかな要約と今後の展望を述べてむすびにかえたい。

まず、2年半の間に利用した痴呆老人とその家族に対する量的な分析では、①当該老人の日常生活動作能力（ADL）と問題行動の状況、②利用年度や居住地のちがいによる老人の特性、③利用日数・利用頻度・月別利用老人数の状況、④対象老人と介護者家族などについて、おおまかな仮説をたてながら、それぞれ明らかにしてきた。その

主な結果は以下のとおりである。

1. S・S・サービス利用老人は、在宅痴呆老人と比較して、日常生活動作能力、問題行動のいずれにおいても、要介護の割合は高く、発生率も高いという傾向がみとめられた。

2. S・S・サービスを利用している痴呆老人の痴呆の程度は、年を追うごとに相対的に軽くなっている。また、S・S・サービス施設のある区市に居住している痴呆老人は、S・S・サービス施設のない区市に居住している痴呆老人より痴呆の程度が重く、利用者数も多かった。

3. 利用日数・利用頻度・月別利用老人数については、それぞれ制度の原則にしたがって利用している者が多い半面、その幅も大きく、利用者のニーズも多様化してきている。

4. S・S・サービスを利用した介護者家族については、その形態は「息子との同居家族」が多いが、相対的には「娘同居家族」や「義理関係の家族」が多い。また、介護者は、女性がほとんどであり、その年齢も配偶者などにおいてはきわめて高齢化している。

つぎにケース・スタディでは、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態と介護者が一時的に介護役割を遂行できなくなったときの対処行動として、S・S・サービスを知り利用していく過程、さらにまた在宅介護に対してS・S・サービスが果たす機能について、克明に検討してきた。ただ本稿では、介護者家族と老人との同居期間、同居過程がどのように介護意識、介護行動に影響を及ぼしてきたかといった視点については、その重要性を十分認識しながらもスペースの関係で割愛せざるをえなかった。ケース数は22ケースと少ないが表6で示したようにかなり多くの項目について情報を得ているので、さらに今後これらについて分析を続ける予定である。

さいごに、S・S・サービスについての要望が多くのケースにあらわれていたのでその点について触れておきたい。主な要望は、2点に集約されるが、その1つは、利用の期間が原則として1週間と非常に短いので、2週間から3週間程度にのば

してほしいというものである。たしかに、家庭から特別養護老人ホームに移すことに伴ってあらわれるマイナスのリロケーション・イフェクト(relocation effect)が痴呆老人に少なからず見られることや受け入れる特別養護老人ホームの寮母がS・S・サービスを利用して入ってくる新しい痴呆老人の行動のパターンをつかむのに数日かかることを考慮するならば、現行の1週間が短すぎることは明らかである。要望の第2は、特別養護老人ホームへの送迎サービスを行ってほしいというものである。介護者家族が自営業の場合はまだしも、サラリーマン家族の場合に、送迎がかなりの負担になっており、送迎サービスに対するニーズの高いことが本稿で紹介できなかったケースに多く示されている。送迎サービスが行われれば、S・S・サービスの果たす機能そのものが飛躍的に増大するのではないだろうか。

(注)

1) 痴呆老人への問題関心が高まるにつれて、さまざまな領域で、痴呆、痴呆性、ぼけなどの言葉が使用されている。医学的には「痴呆」の概念は、以下の3つに分類して定義されている。

(1) 脳の器質性病変によって生じた全般的な知能低下で、回復不能のもの。

(2) 脳の器質性病変を背景として生じた知能低下であるが、(1)のほかに機能性で可逆的な変化をも含める。

(3) (1)および(2)の他に、脳の器質性病変を持たないものに現れた一過性の知能低下状態(たとえば、症状精神病、うつ病などの機能性精神病にみられるような)をも含める。(柄沢昭秀『老人のぼけの臨床』、医学書院、1981年)

ここでは、S・S・サービスを利用した痴呆(痴呆性)老人が対象であり、最も広い概念の(3)の意味で、「痴呆」という言葉を使用する。

2) 老年期を分類する方法はいろいろあるが、ここでは、老年前期(65～69歳)、老年中期(70～74歳)、老年後期(75歳以上)の3つに分け、そのうちの2つをとりだして検討してみた。

3) 東京都老人総合研究所・精神医学研究室『東京都における在宅ぼけ老人の社会医学的実態』(昭和55年)、1981年。

4) 柄沢昭秀「東京都における在宅ぼけ老人の現状」『季刊養育院』No. 271, 東京都養育院、1981年。

5) 痴呆の判定は、臨床基準によって、以下のように分類される(柄沢昭秀「老人のぼけの実情と課題」『病院』Vol. 41, No. 9, 医学書院、1981年)。

+1 (軽度のほけ): 日常会話や理解は大体可能であるが内容が乏しくあるいは不完全。生活指導ときに介助を必要とする程度の知的衰退。

+2 (中等度のほけ): 簡単な日常会話がどうやら可能。馴れない環境での一時的失見当など。しばしば介助が必要。金銭の管理や投薬の管理を必要とする場合が多い。

+3 (高度のほけ): 簡単な日常会話すら困難。さつき食事したことを忘れ。施設内での失見当など、常時手助けが必要。

+4 (非常に高度のほけ): 自分の名前すら忘れる。寸前のことも忘れる。自分の部屋が分からない。身近な家族すら間違える。

- 6) 奥山正司「家族」『図説老人白書』, 碩文社, 1983年。
- 7) 袖井孝子「老親の家族扶養・家庭介護の可能性」『現代家族の諸問題のための基礎研究』, 生命保険文化センター, 1985年。
- 8) 『第11回国民生活動向調査——主婦の老後生活意識調査——結果報告書』, 国民生活センター, 1981年。
- 9) 奥山正司「私的扶養・公的扶養に対する選好度」『ライフ・スパン』(特集・三世代女性研究) Vol. 4, 寿命学研究会, 1984年。
- 10) 中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」(意見具申), 1981年。
- 11) 萩原清子「社会福祉と距離——老人と家族の『共存』を求めて——」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 4, 社会保障研究所, 1985年。
- 12) 東京都福祉局老人福祉部『東京都の老人福祉施策の概要』, 昭和59年度。
- 13) 一般に, 医学の分野では, 時, 場所, 人などに関する認識を「見当識」といっており, 痴呆の症状は, これが障害されることが多い。中島紀恵子, 石川民雄『ほけ——理解と看護——』, 時事通信社, 1983年。
- 14) 『東京都における在宅ほけ老人の社会精神医学的実態』(昭和55年調査)の対象である在宅痴呆老人と比較する。なお, 調査項目の選択肢に若干の違いがみられるので, なんらかのかたちで介護を必要とする割合をすべて合計し, それを要介護状況とし, 比較できるようにした。以下, 断らないかぎり, 在宅痴呆老人とは, この調査の対象者である。また, 横浜市でも同様の調査を行っており, 痴呆老人の出現率などにおいて, ほとんど同じ結果がでている。横浜市民生局『横浜市内在宅痴呆等老人に関する社会医学的実態調査報告』, 1983年。
- 15) 問題行動は, 申請書の項目が10項目である。そして, それぞれの項目の「あり」に1点, 「なし」に0点を与え, $N = (n_1 + n_2 + \dots + n_{10}) \times 3$ とし, 理論値としては, 最低点0から最高点30点に分布するようにした(3倍にしたのは, 明確な差がでるようにする意で便宜的なもの)。そして, さらに実際分布した数(3点から30点)を平均点の前後で二分し, 「3~9点」を「低い」, 「12~30点」を「高い」とした。
- 16) 居住地の二区分は, 本来からいうと, 厳密には, 各施設のS・S・サービスの開設年度が違うので, 56年度, 57年度, 58年度によって, 区市町村の範囲が異なっているが, 便宜上, 58年度時点で二区分した。
- 17) これらの事情について, 寝たきり老人の「介護者の年齢別続柄」と比較検討したいが, 「老人生活実態調査」(東京都)では介護者の年齢さえ集計されておらず, 比較することができない。他に全国社会福祉協議会の『老人介護の実態』1979年があるが, これも介護者の続柄については年齢別に集計されていない。ただし, 統計資料として「介護者の年齢」が各県別に掲載されているので, これを東京都分について再集計(不明を除く)してみると, 60歳以上の「主な介護者」は全体の約38%であった。これに対して, われわれの調査では, 60歳以上の「主な介護者」は約3割であり, S・S・サービス利用老人の介護者の方が全体としては若い傾向にあることがうかがえる。それだけ, 子ども世代の介護者が多く, かつ負担がかかっていることを示唆するものであろう。
- 18) 比較するものとして, 上にあげた寝たきり老人に対する『老人介護の実態』がある。その東京都分を再集計(不明を除く)してみると, 平均年齢はだせないが, 80歳以上の老人は約4割であるのに対し, S・S・サービス利用痴呆老人は約6割であった。それだけ高齢化していることがうかがえる。
- 19) 例えば, 総理府で行った『中高年の地位と役割に関する調査』(1976年)によれば, 近所づきあいの程度は, 「会えばあいさつをする程度のつきあいをしている」という選択肢は, 町村より「首都圏・近畿圏」になるほど高くなっており, 近所づきあいが形式化している傾向がみられる。
- 20) 前節までと同様, ショート・ステイ・サービスを, S・S・サービスと略称する。以下同様。
- 21) 調査対象をS・S・サービス開始後半年間の利用老人に限定したのは, 調査内容に関する守秘義務がある以上, 聞きとりができるのはわれわれ研究会メンバーだけに限定されるので, サンプル数を小規模に抑える必要があったからである。
- 22) 拒否のケースの中には, 現在も痴呆老人の在宅介護を続けており介護者の手が離せず応じてもらえなかったケースや老人を特別養護老人ホームや病院に入れており, すでに過去のことになった介護について調査されるのを拒んだケースなどが含まれる。また, 不能のケースの中には, 老人が死去された直後で介護者家族の心情を察して調査を見合わせたケースなどが含まれ, それぞれのケースの事情はさまざまであった。
- 23) ケースのイニシアルは, 本調査の内部資料(東京都老人総合研究所・社会学部)に対応させている。
- 24) 本節の目的とする観点について最もきこまかく聞きとりがしてあり, 状況の理解しやすいケースを, それぞれのグループから選んでいる。

- 25) 痴呆老人本人の年齢を示す。以下同様。
- 26) これらの番号は184ページに列挙してある10の問題行動の番号に対応させている。以下同様。
- 27) 施設のイニシアルは本調査の内部資料に対応させてある。
- 28) 介護者が妻（または夫）である場合の、夫（または妻）方のきょうだいとの人間関係とS・S・サービス利用との関連についてもわれわれは強い関心をもっている。本ケース・スタディでは介護者が老人の妻である場合が1ケース（ケースE）あったが、このケースについては、夫方のきょうだいに関する情報が得られなかった。
- 29) ある事象が、順機能的であるか逆機能的であるかは、ある特定の結果事象との関連で決まる。本節では、S・S・サービスが在宅ケア継続を促進させることを仮に順機能であるとみなしているのので、このケースの場合は逆機能的であると位置づけられる。いうまでもなく、施設ケアへ移行させることが順機能

であるという観点に立てば本ケースは順機能的であるということになる。

〈付記1〉 本研究は、東京都老人総合研究所・社会学部が、昭和58年度、59年度の2年間にわたって行ったものである。なお、そのメンバーは、われわれのほか、岡本多喜子、谷口和江（60年3月退職）と外部研究者、浅野仁（関西学院大学）、高橋博子（日赤武蔵野女子短期大学）、橋本泰子（弘済ケアセンター）である。記して感謝したい。また、いろいろ難しい条件下で、申請書の転記を許可してくれた、東京都福祉局老人福祉部計画課ならびに対象者の方々に謝意を表したい。

〈付記2〉 本稿は、ⅠとⅡを奥山が、Ⅲを西下がそれぞれ担当し、相互に意見調整をしたうえでⅣを共同で執筆した。

（おくやま・しょうじ 東京都老人総合研究所）
（にしした・あきとし “ ”）