

在宅ケアを可能にする要因 —— 老人保健施設の実態調査から ——

尾 台 安 子
Yasuko ODAI
渡 辺 千 枝 子
Chieko WATANABE

1. はじめに

我が国では、高齢化が急速に進行しており、2050年には国民の3人に1人が、65歳以上という高齢社会を迎えようとしている¹⁾。このような高齢社会にとっては、当然の如くに寝たきりや痴呆という要介護高齢者が増加するとともに、介護期間の長期化に伴って、家族介護にとっては心身の負担が重くのしかかることになる。また、核家族や女性の社会進出など、国民のライフスタイルの変化により、家庭の介護力は低下し、老々介護という言葉に象徴されているように介護者の高齢化の問題があり、家庭の介護者にかかる負担をどのように軽減するかが大きな課題となってきている。

新ゴールドプランにおいては高齢者の在宅介護の充実を目指すものになっており、福祉の社会化を進め、要介護老人を医療施設で世話をすることをやめて、本来の生活の場にもどすことを目的にしているものである。そうしたなかで医療と在宅を結び、両者の中間施設として老人保健施設が創設されてきた。老人保健施設の充実拡大も在宅ケアの大きな柱でもある。

しかし、平成2年の老人保健施設の実態調査からでも、病院から老健に、そして在宅へ移行できたのは29、2%にすぎず、社会施設から入所したものは24、1%とさらに少なくなっている²⁾。介護保険が平成12年度より開始されることになり、在宅ケアを可能にする諸条件は7年前より改善されてきているのだろうか。老人保健施設が特養化しつつあるという声も聞かれる中で、在宅ケアを可能にする要因を実態調査の中から明らかにし、今後の在宅ケアの支援の一助としたい。

2. 施設入所になる要因と在宅ケアを可能にする要因の概念枠組み

在宅介護の現状から、施設入所になる要因・在宅ケアを可能にする要因を考えてみると、様々な要因が重なり合って、複雑さをきわめている。しかし、考えられる要因を整理してみた。

1) 施設入所になる要因

(1) 家族的要因

① 介護者の年齢・性別

高齢になればなるほどに介護の負担感は増してくる。また、日本社会では性別役割規範ができたおり、女性が介護を担うことが多い。³⁾⁴⁾男性の介護者の場合は、介護に慣れていない、方法がわからないなど負担が大きいものとなる。

- ②介護力の問題（介護時間、介護者の健康状態、介護のサポート、介護の知識技術等）
介護を要する時間と介護にあたる時間の不一致、主たる介護者や家族の健康不良、また介護を家族でサポートする体制が組まれていないと介護者の負担は増し、精神的に追い詰められたりストレス過大になる。

介護に対する知識、技術があるかないかによっても介護の負担度は違ってくる。

- ③家族関係（人間関係）

家族関係は家庭介護を成立させていくときに大きな影響力をもっている。介護者と要介護者の関係はもとより、その家庭全体の人間関係が影響する。独立した息子、娘を含めた広い意味での家族全員が常日頃互いに気遣い、協力しあえる家族関係づくりをしていなければ、長丁場の老親介護はできない。

- ④中途同居

介護を必要とするようになってから生活を共にするようになった場合は、それぞれの生活リズムや生活習慣の違いから、トラブルを起こしやすい。

- ⑤家族の意志

家庭介護は介護負担が大きいと判断した場合施設介護を選択しやすい。

(2)要介護者の要因

- ①寝たきり度

介護を要するADL状況が重ければ重いほど、介護者は束縛されることが多くなり、精神的にも身体的にも負担が増す。

- ②痴呆の有無と程度

中等度から高度の痴呆になると昼夜の逆転や夜間せんもうを起こしたり、徘徊や妄想が出てくると家族介護は困難をきわめてくる。

- ③一人暮らし

高齢者の一人暮らしが増加してきているが、介護を要するようになった時、近隣に介護できる身内がいなかったりすると施設に入らざるを得なくなる。

- ④医療的ケアを要する場合

訪問看護制度で担われる部分であるが、家族にとっては不安感が増し、束縛感をうけ精神的身体的負担が大きい。

(3)経済的要因

①介護者の就労

介護者が家計の一端を担っている場合は、介護力に影響する。

介護者の85%が女性であるが、仕事をもつ女性が増加している。¹⁾⁵⁾そうしたなかで介護のために退職したり休職を余儀なくされることもあるが、この事は本人にとっても社会にとっても女性就労の促進に大きな障害となる。仕事と介護を両立させるためには社会福祉サービスの充実が必要になってくる。

②自営業

自営の場合は、介護の時間がとれるようでとれないという実態がある。介護者が無理をすることになり、過労になっていく。

(4)社会的要因

①社会福祉サービスの種類と量の不足

在宅ケアを支えていくためには、それぞれの事情に対応できるようにきめ細かくなくてはならない。必要なときに必要な援助が公平に受けられなくてはならない。

②在宅ケア支援体制の不備

家族介護は24時間365日にわたり行われていくものである。介護の重度化、長期化のなかで、さまざまな思いをもちストレスとなっていく。介護問題を社会が支えていくとするならば、支援体制の充実がなくてはならない。

③在宅ケアサービスのPR不足

サービスの内容を知らない、何処へ相談すれば良いのかわからない、どういう手続きが必要なのかわからないなどで利用しない。

④社会福祉サービスを利用する際の手続きの煩雑さ

高齢者は書くことが苦手であることが多い。最低限の必要書類数とし、記入欄の簡略化が必要であろう。

2) 在宅ケアを可能にする要因

(1)要介護者の要因

①意志決定

自宅で過ごしたいという要介護者の意志が尊重されていくかは、家族関係に影響される。家族がその意に沿うことが出来るかどうかである。

②他者の援助の受容

他者の援助を気軽に受け入れることは、家族の介護負担の軽減につながる。

(2)家族的要因

①家族関係

要介護者に対してどのような気持ち、考え方で接しているかという家族間の人間関係が大切になってくる。

②介護力

家族の介護のサポートがあり、介護の時間的、精神的余裕がもてる。

③家族の意志

自宅で最後まで介護していくという意志が明確である。

④世間体

日本の福祉の発展は救貧的であったため、施設入所等は世間体が気になってできない

(3)経済的要因**①在宅ケアは安上がり**

介護にかかる費用としては、平均して在宅の場合は月4～5万円、施設入所は7～8万円である。経済的には在宅である。

②介護の社会的保障

介護保険にて介護の負担を担ってもらえる。

(4)社会的要因**①社会福祉サービスの整備**

必要ときに必要なサービスが受けられるようなきめ細かなサービス体制である。

②医療との連携

かかりつけ医との連携と信頼関係ができており、また、専門的知識を持った相談相手がいる。

以上の要因から調査用紙を作成した。

3. 調査方法**1) 対象者**

松本市及び近隣の市町村にある4老人保健施設の長期入所者178人を無作為に抽出。

2) 期間

平成9年8月～10月

3) 方法

調査用紙に基づき記録類から情報収集をし、不足部分については施設職員より聞き取り調査を行う。調査内容は、以下の通りである。

①入所前の状況（病院・自宅・施設）

- ②退所後の予定（病院・自宅・施設）
- ③入所者の年齢・性別・病名
- ④寝たきり度（厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」）*注1
- ⑤痴呆の有無と程度
- ⑥入所前の状況と入所の動機
- ⑦自己決定の有無
- ⑧家族構成と介護状況及び家族関係
- ⑨医療的処置
- ⑩福祉サービスの利用状況

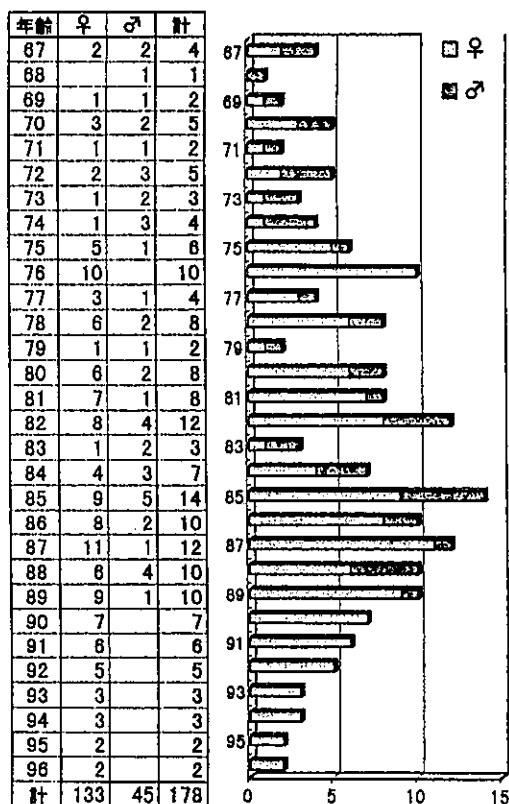
以上の内容の関連性を検討しながら、要因となりえるのか分析していく。

4. 結果

1) 対象の概要

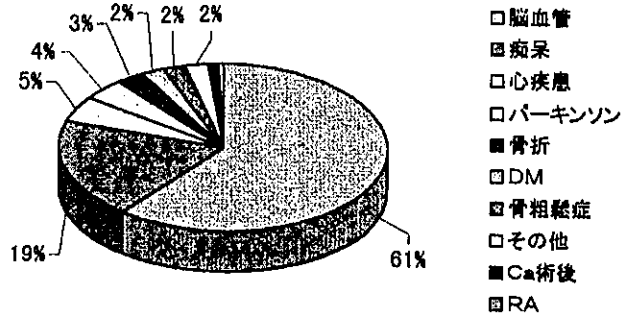
(1)年齢は67歳から96歳で、平均年齢は82,5歳。女性が圧倒的に多く75%を占め、後期高齢者が85%であった。その性差をみると女性は男性の約3倍にものはる。

図1 入所者の年齢、性別



(2)病名は主たる病名をとりあげ、複数回答はないものとする。病名として脳血管障害がもっとも多く、その中で痴呆を合併させているものは82%に及ぶ。疾患別分類は図2の通りである。

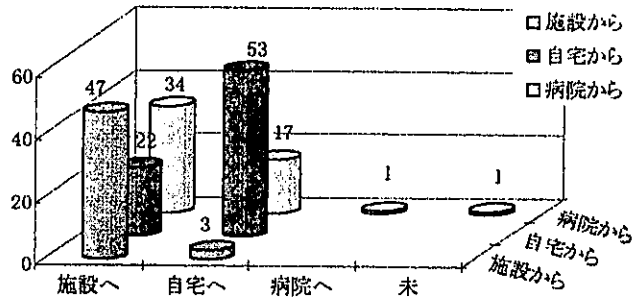
図2 疾患別分類



2) 入所前の状況と退所後の状況

表1 入所前、退所後の比較

前/後比較	施設へ	自宅へ	病院へ	未	計
施設から	47	3			50
自宅から	22	53			75
病院から	34	17	1	1	53
計	103	73	1	1	178



退所後の予定は、入所者の57.9%が施設であり、41.0%が自宅へ戻る。施設から施設へとなるのは26.4%である。入所前が施設で、自宅に戻るのわずか1.7%である。入所前が病院で、退所後施設へとなるのは19.1%、自宅へ戻るの9.6%である。老人保健施設の役割からすると、もっと自宅へ戻れるものでなくてはならない。入所前が自宅で、退所後施設となるものは12.4%で、自宅へ戻るの29.8%である。

3) 入所前と退所後の関係からみる寝たきり度

表2 入所前と退所後の関係からみる寝たきり度

寝たきり度									
入所前 退所後	施設		自宅		病院				総計
	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	病院	未	
J-2				1		1			2
A-1	2	1	7	10	5	2			27
A-2	3		5	11	5	1			25
B-1	7	1	3	9	3	3			26
B-2	25	1	5	14	10	9		1	65
C-1	3		1	4	2	1			11
C-2	7		1	4	9		1		22
総計	47	3	22	53	34	17	1	1	178

寝たきり度のB-2、C-1、C-2を自分の身の回りのことが介助なくてはできないレベルとして考えると、退所後に施設へいくものの61.1%がこのレベルである。J-2、A-1、A-2、B-1を身の回りのことが自力でできるレベルとすると、このレベルのものは38.8%となる。逆に退所後自宅に戻れるもののうち、要介助のレベルは45.2%で、自力で出来るレベルのものは54.8%となる。

利用者全体でみると要介助のもので退所後施設へいくものは35.4%、自宅に戻るものは18.5%で、約2倍のものが施設入所の予定となる。一方、自力でできるレベルのものは、退所後の予定が施設、自宅ともに22.5%という結果が出た。

4) 入所前と退所後の関係からみる痴呆の程度と有無

表3 入所前と退所後の関係からみる痴呆の程度と有無

痴呆の程度と有無									
入所前 退所後	施設		自宅		病院				総計
	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	病院	未	
軽度	12		2	20	4	6			44
中等度	14		8	12	11	3	1	1	50
高度	15	1	10	10	11	3			50
不能	2			1	3				6
無	4	2	2	10	5	5			28
総計	47	3	22	53	34	17	1	1	178

退所後施設にいくもののうち高度の痴呆があるものは35%で、中等度のものは32%、軽度のものは17.5%で、痴呆が重くなるほど施設入所となっている。また、自宅に戻るもので、

高度の痴呆があるものは17.8%、中等度は39.7%、軽度は35.6%となっている。一方、痴呆がなく、退所後施設へいくものは10.7%、自宅に戻るものは23.2%となる。測定不能者は準植物的状態で高度痴呆として評価してもよいものである。

利用者全体からみると、痴呆が軽度のもので退所後施設へいくものは、10.1%、自宅に戻るものは14.6%ある。中等度の痴呆で施設へいくものは18.5%、自宅に戻るものが10%である。高度の痴呆で施設へいくものは20.2%、自宅に戻るのは9%と、約3倍の人が施設に引き続き入所している。痴呆のない人で引き続き施設に入所する人が6.2%、自宅に戻る人は9.6%となっている。

5) 痴呆と寝たきり度の関係

表4 痴呆と寝たきり度の関係

退院後施設	痴呆軽度	中等度	高度	不能	無	合計
ADL自立	7	14	13		7	41
要介助	11	19	23	5	4	62
合計	18	33	36	5	11	103
退院後自宅	痴呆軽度	中等度	高度	不能	無	合計
ADL自立	17	8	4		9	38
要介助	14	7	10	1	5	37
合計	31	15	14	1	14	75

退所後施設へいくもののうち、身の回りのことがほぼ自力で可能な人と要介助者とを比較してみると、痴呆の程度が同じレベルならば、要介助者の方が退所後施設へいく比率が高い。また、痴呆が進むにつれて施設入所は増加してくる。高度の痴呆をもつ要介助者の施設入所は23名、痴呆が無くて身の回りのことが自力でできる人は7名で、痴呆が軽度で身の回りのことが自力でできる人の約2倍となっている。

6) 入所前と退所後の関係からみる福祉サービス

表5 入所前と退所後の関係からみる福祉サービス

福祉サービス									
入所前 退所後	施設		自宅		病院				総計
	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	病院	未	
1			1	2	4				7
3				1			2		3
4	1		2	3	1	1			8
5	4	1	2	3	1				11
6	1								1
1・3・4・6				1					1
1・4・6・7							1		1
1・5・6	1			1					2
1・6				1					1
2・5				1					1
3・4				5					5
3・4・5	1			1					2
3・5			1	2					3
3・5・6				1					1
4・5			5	7	1	1			14
4・5・6			1			1			2
4・6				1					1
5・6				3					3
無	21	2	8	7	17	8			63
総計	29	3	20	40	24	14			130

※ 福祉サービスの利用

1. ホームヘルプサービス 2. 訪問入浴 3. デイサービス 4. デイケア
5. ショートステイ 6. 訪問看護 7. 日常生活用具給付 貸与

退所後施設へいくもので、何らかの福祉サービスを利用していたのは37%である。自宅へ戻るものの利用は70.2%と圧倒的に多い。これを更に細かくみていくと、入所前が自宅で退所後施設へいくものの利用は16.4%である。これに比べ入所前が自宅で退所後自宅へ戻るものは57.9%が福祉サービスを利用している。

利用者全体からみると退所後施設へいくものの福祉サービスの利用は20.8%、利用なしが35.4%となっている。退所後自宅へ戻るものの利用は30.8%、利用なしが13.1%となっている。

また、利用しているサービス内容をみると、デイケア、ショートステイの利用が圧倒的に多く、次いでデイサービス、ホームヘルプサービスとなっている。

7) 入所前と退所後の関係からみる家族構成

表6 入所前と退所後の関係からみる家族構成

家族構成									
入所前 退所後	施設		自宅		病院				総計
	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	病院	未	
2世代	16	2	10	20	14	6			68
3世代	13	1	3	14	7	6	1	1	46
4世代	1		1	2					4
一人暮らし	7		5	3	9				24
甥夫婦			1						1
姉と二人	1								1
息子	2			2	1				5
孫				1					1
孫家族と				1					1
夫婦	6		2	5	3	3			19
夫婦・娘				1					1
妹と二人						1			1
娘と二人	1			4		1			6
総計	47	3	22	53	34	17	1	1	178

退所先が自宅であるものの同居率は33、1%であり、施設であるものは38、2%である。同居ということは在宅ケアを可能にする要因の一つであるが、同居していても施設入所になっていくものの方が多かった。そこで、施設入所になる予定者のデータのとれる同居者54名の、在宅ケアのできないと考えられる要因を検索してみた。表7の通りである。

表7 同居者の介護力に関する要因

n = 54

介護能力に問題あり	主介護者の就労	家庭関係不良	中途同居	医療依存度高い
37	37	15	3	3
72.5%	72.5%	29.4%	5.9%	5.9%

在宅ケアのできない要因として、介護力に問題のある人は72、5%であり、仕事をもっているために昼間の介護ができないとするものが多く、主たる介護者の健康上の問題や家族のなかに有病者がいるため介護負担が大きいとするものであった。家庭関係が不良とするものは29、4%であるが、介護力の問題や仕事の関係等が絡み合っているものであった。

8) 入所前と退所後の関係からみる主たる介護者の状況

表8 入所前と退所後の関係からみる主たる介護者の状況

介護者	入所前	施設		自宅		病院				女性136人 (84.0%) 男性 26人 (16.0%)	
	退所後	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	病院	未定	合計	
嫁		19	2	10	25	15	9	1	1	82(50.6)	女 性
妻		6		5	8	3	3			25(15.4)	
娘		6	1	1	9	4	1			22(13.6)	
姉妹		1					1			2(1.2)	
孫娘		1			1					2(1.2)	
その他				1	2					3(1.3)	
息子		6			5	3	1			15(9.3)	男 性
夫		3		2	1	1	2			9(5.6)	
その他		1			1					2(1.2)	
合計		43	3	19	52	26	17	1	1	162	

主たる介護者は女性が84%と圧倒的に多い。嫁が50.6%、妻が15.4%、娘が13.6%であり、いかに介護は女性の肩にかかっているかということがいえる。男性の介護者は16.0%で、息子が9.3%、夫が5.6%である。これは女性の後期高齢者の入所者が多いことに関係している。

9) 入所前と退所後の関係からみる介護者の就労状況

表9 入所前と退所後の関係からみる介護者の就労状況

共働き	退所後	施設		自宅		病院		合計(%)
	入所前	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	
無		12	1	7	18	5	76	49(40.3)
有		15	72	610	321	215	18	71(59.2)
合計		27	3	17	39	20	14	120

退所先が自宅であるもの71名中有効データ数54名について、女性の就労との関係を見ると、介護者が女性で就労者は28名、そのうち嫁の就労者は20名、介護に専念している女性は23名であった。さらに介護者が就労の場合は87.1%が何らかの福祉サービスを受けている。その他、家族での介護のサポートが得られるものや介護困難なため在宅サービス調整中の状況であった。

介護者が就労していないものの中より、配偶者及び兄弟姉妹という高齢の介護者を除くと仕事をもたないで介護に専念しているものは27名、22.5%となる。

10) 入所前と退所後の関係からみる家族関係

家族関係に問題ありとするものは26名、21.3%であり、その内訳は、退所先が施設になっているものが70%を占める。また、中途同居したものが5名あり、介護者が有職で介護負担が大きいと考えられるものが6名であった。

表10 入所前と退所後の関係からみる家族関係

家族関係	退所後	施設		自宅		病院		合計(%)
	入所前	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	
不良		7		7	6	3	2	25(20.5)
やや不良		1						1(0.8)
良		20	3	10	34	17	12	96(78.7)
合計		28	3	17	40	20	14	122

5. 考察

本調査から様々な要因の中で在宅ケアを考えていくときに、問題と思われることを4つにまとめてみた。1) 要介護者の要因の中の意志決定について、2) 介護負担の軽減をどのように図っていくか、3) 家族関係が及ぼす影響について、4) 福祉サービスの活用について、である。

1) 意志決定について

施設から施設へとたらい回しの移動していかざるをえない措置入所待ちの高齢者も何人かいた。その中では一人暮らしのために施設入所をせざるを得ないケースや、家族関係の問題や介護力がないために施設入所になるケース、高度の痴呆にて介護負担が大きいために施設入所になるケースなどがみられた。本調査では自己決定ができるかできないかを問うだけであったため、本人の意思が何処にあるのかは明確にできないものであった。施設側でもこ

の事の確認がなされておらず、比較的家族の意志で決定されていることが多いように思われた。要介護者の意志の確認は重要であり、家族がその意志をどのように受け入れていくかは長い間の家族関係に左右されたり、キーパーソンが誰であるかにより影響を受ける。また、介護負担の大きさにも影響される。要介護者の意志決定が尊重されて、その上で家族介護が検討されねばならない。痴呆が中等度以上になってくると自己決定はできにくくなるが、痴呆老人の家族介護を継続できるような対応を考えていく必要がある。現在グループホーム等の取り組みがなされているが、より家庭的な環境で安定した生活ができるように配慮する事が大切と考える。

2) 介護負担の軽減について

在宅ケアを可能にするためには家族介護力の問題が大きい要素となる。介護力の問題は介護者の年齢・性別・就労の有無、家族構成、家族関係、介護者及び家族の健康状態などの諸要因が関係してくる。介護力の調整は問題となる要因を見極めることが重要である。実質的に家族がどう機能しているか、どの程度の介護力を有しているかの評価は、社会資源の種類と量を導入する際に不可欠である。わずかな家族員であっても、うまく機能し合っていれば十分な介護力を有する場合もあれば、様々な理由によって要介護者のニーズに対して家族機能が働かず、介護力になりえない場合もでてくる。家族関係も深く影響してくるが、介護負担の軽減を図るためには、今後必要になってくることは24時間体制のサービスであろう。

3) 家族関係について

家族関係は介護力にも影響してくるが、長年築かれてきた人間関係である。本調査では家族関係に問題ありとする詳細はつかめないが、介護者が就労のため介護負担の増大や中途同居であったり、その家族の人間関係の問題が考えられる。日本では同居世帯が約6割を占めているが、同居・別居にかかわらず、結婚して家族として機能しだしたときより人間の一生をどうとらえ、老いをどのように考えていくか老親介護をどう支えていくかというライフサイクルを明確にし、家族というものを考えていく必要がある。家族関係はプライベートなことであり、他人が介入しづらい部分でもあるが、専門職としての関わりをもつべきである。人間としての尊厳を失わずに在宅で最後を全うするには家族関係が大切である。この家族関係までも詳細に把握できるように、支援者側も信頼関係を築き、調整する必要がある。

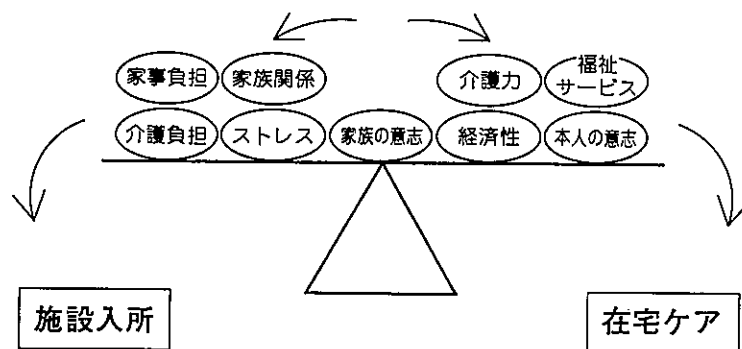
4) 福祉サービスの活用について

今回の調査で印象的だったことは、福祉サービスの利用が少ないということであった。何種類かのサービスを組み合わせるとして利用していけば在宅も可能になるのではないかと思われるケースが幾つかみられた。福祉サービスの利用拡大にあたっては、積極的に専門職の介入に

より早期対応を図り、在宅ケアサービスの調整を行う必要がある。また、家族介護の建前や家のなかを他人に見られるのは嫌だとする要介護者や家族の意識変革も必要である。後期高齢者ほど福祉サービスの利用に対して抵抗感があり、他人が家に入ることの抵抗感も強いといわれているが⁹⁾、多様なサービスなどの未経験者が多いため、在宅ケアサービスの内容や利用時間、機関、手続き方法、職種、料金、専門性などの選別や活用には知識不足である。誰もがわかるように利用しやすいようにしていく必要がある。

以上本調査から得られたことをまとめてみたが、在宅ケアを可能にするには、その家庭によって違ってくるが、様々な要因がシーソー関係にある。

図 3



それぞれの要因となるものの大きさ、重さにより傾きが変わってくる。これを事例を通して説明する。

(事例 1. 在宅から措置待ちの施設入所となったケース)

84歳、男性 病名：腰部脊柱管狭窄症、褥瘡 寝たきり度：C-1 痴呆軽度

身体状況は約1ヵ月前より腰痛、膝関節痛のため寝たきり状態となり、褥瘡3ヵ所にできしており、治療が必要。家族構成は長男54歳、嫁50歳、孫2人の5人家族で家族関係は嫁・男の問題あり。嫁ははっきり言うほうで、舅も頑固な面があり折り合いがわるい。経済的な問題はなく、福祉サービス利用はデイサービス、車椅子・エアマット貸与。

長男が糖尿病にて入院治療を要することになり急遽ミドルステイを利用する。その後も介護負担の大きいことを理由に措置申請をする。本人は在宅を強く希望していたが、介護のサポート不在、嫁の実母の介護、嫁舅の問題などから施設入所となった。

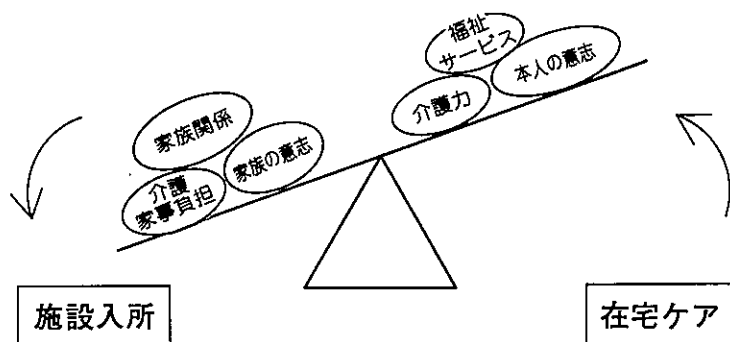
問題点

#1. 本人は在宅を希望しているが、介護のサポートがなく要介護者が複数いること、嫁舅問題などから在宅が継続できない。

事例の考察

複数の要介護者が存在したことにより、介護負担の増加と家族関係の悪さがマイナスの方向に大きく傾いたため、在宅が困難になったと考えられる。本人は在宅で過ごしたいとの意志を示すが、家族関係の悪さがそれを上回ったといえる。

図 4



(事例2. 介護力がないが在宅で過ごすケース)

77歳、女性 病名：脳梗塞後遺症、乳癌、1度褥瘡 寝たきり度：C-2

身体状況は全介助の状態であるが、食事は自力摂取である。疼痛は内服薬にてコントロールされている。キーパーソンは要介護者であり、夫は糖尿病で人工透析をうけ入退院を繰り返している。介護者は夫のみで、経済的には問題がない。家族は養子が遠方にいる。福祉サービスの利用はホームヘルプサービス、訪問入浴、訪問看護、ショートステイ（1回利用するが、後は拒否）、ベッド・エアマットの給付と貸与。本人は強く在宅を希望。

問題点

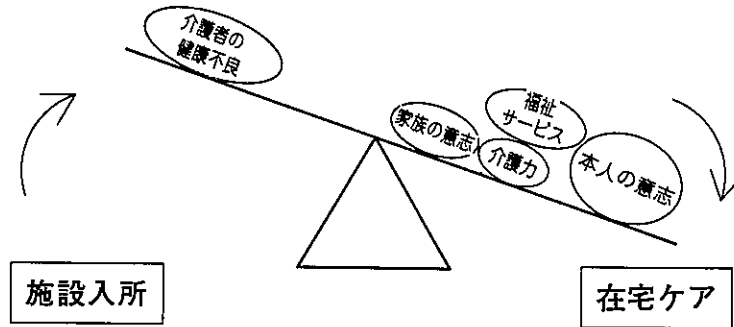
- #1. 介護者が病弱で介護が不十分である。
- #2. 本人は在宅を強く希望しているが、介護者が時々入院で不在になるため、心身の安全の確保や日常生活を続けることが困難になる。

事例の考察

圧倒的に本人の意志という要因が重い例である。介護者の入院中も本人は強く在宅を望んだ。不十分なながらも福祉サービスがそれを支え、施設に傾くところをかりうじて在宅側にした。もっときめ細かいサービスが可能ならば、シーソー関係の傾きは確実に在宅になっていたはずである。更に要介護者が施設に行かされるという悲壮感から開放される施設的环境づくりも必要ではないかと思う。話し相手が必要な人には其れなりの居室の配慮が必要であろうし、ある種の快適さが求められても良いのではないだろうか。介護職や看護職その他のス

スタッフも専門的技術に支えられたサービス業的な要素をもつべきである。

図 5



(事例 3. 共働きで日中の介護力がないケース)

78歳、女性 病名：脳梗塞後遺症、腰痛 寝たきり度：C-1 痴呆中等度
 身体状況は脳梗塞の再発作で右片麻痺が強くなり、介護者不在の日中に転倒し腰痛増強し寝たきりとなる。家族構成は娘夫婦と孫 2 人の 5 人家族。共働きであるが、介護者は娘で介護のサポートはあり、家族関係は良好。経済的な問題はない。福祉サービスの利用はホームヘルプサービス、訪問看護、ベッドの貸与。家族が在宅を希望している。

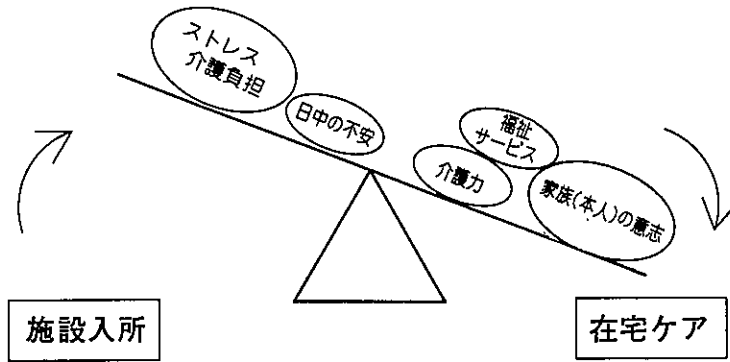
問題点

- #1. 家人が日中不在のため日中の日常生活に支障をきたす。
- #2. 家人が日中不在のため心身の安定と安全が確保できにくい。
- #3. 家人が日中不在のためデイサービスの利用ができず、家族の負担がでてくる。

事例の考察

家人（多分本人も）は在宅を希望しており、シーソー関係は在宅に傾いているが、共働きのため福祉サービスのいかんによっては、施設入所に傾く可能性がある。問題の#3についてはデイサービスの送迎時に家族が不在のため利用できずにいるが、今後共働きの家庭ではこうした要因が大きな影響を与えると思われる。デイサービスを利用できれば、日中の安全が確保でき、また、集団のなかに出かけることにより痴呆の進行を最小限にし、さら入浴することができれば介護の負担も軽くなるのではないだろうか。

図 6

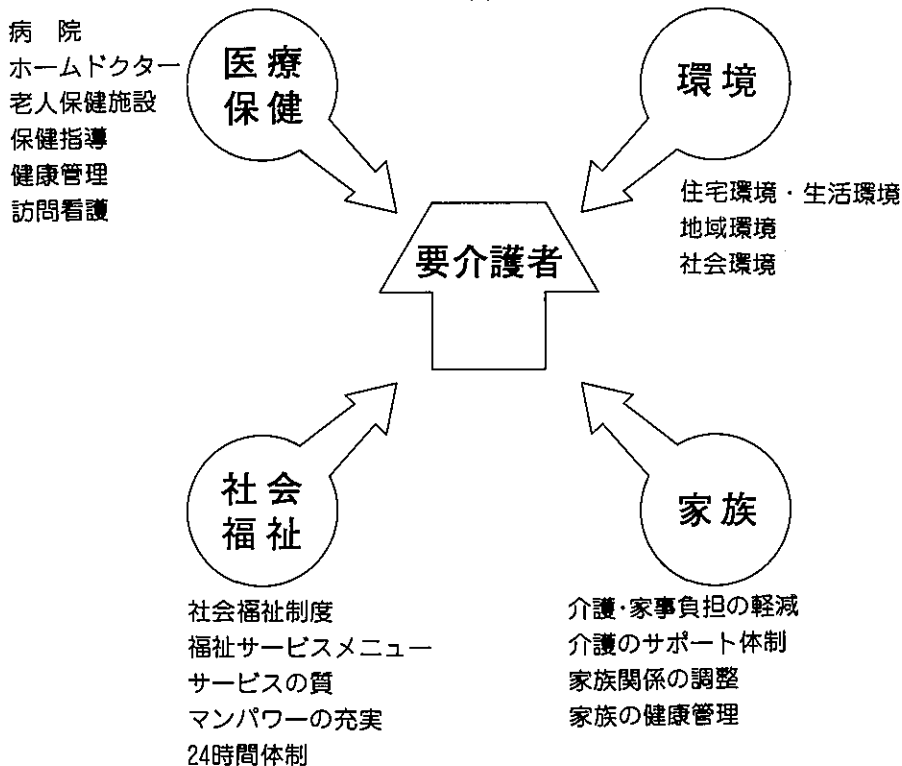


以上のように、具体的な例から施設入所の要因、在宅ケアを可能にする要因を考えてみた。これ以外にも様々な要因が加わってさらに複雑になっていく例もあると思うが、最終的には、本人の意志と家族の意志によって決定されることが多い。

6. まとめ

要介護者が在宅で生活を営んでいくためには、大きく分けて4つの分野の支援体制が整備されなくてはならない。

図 7



1つの分野の整備不足があれば、在宅での生活は困難をきたしたり、どこかに歪みが生ずる事になり、長期の介護ができなくなってしまう。在宅ケアでは長期の介護を支えていくという視点が必要になってくる。この中で最も重要な関わりのあるものは家族である。家族に関する要因は、たとえ他の分野のものが不十分であっても、それをカバーできるものがある。しかし、少子化、核家族化が進み、家族の規模が小さくなったうえに、女性の社会的労働力化が進み、家族ケアの能力は低下してきている。要介護者と介護者の意向をできるだけ尊重し、家族のつながりや生活、介護の状況、家事の状況と負担度を把握し、積極的に福祉サービスの導入を図っていく必要がある。

平成12年度には介護保険が実施されていく。この制度の理念は「介護の社会サービス化」による「高齢者の自立支援」である。これまでの妻・嫁・娘が担ってきた介護を、つまり、社会が家族に依存した介護を、家族のもつ本来の役割機能を評価しつつ支援する「社会システムとしての介護」と位置づけられている。このことは日本型福祉といわれてきた家族による扶養と介護を基盤にしているものである。今後在宅ケアを行っていく場合は、家族に関する要因を深く把握せねばならない。

家族に関する要因を整理してみる。

家族構成、家族世代の関係：同居家族、別居家族などの年齢、性別、続柄、家族の人間関係、主な介護者の実態、キーパーソン、介護の協力者など
介護状況、家事状況とその負担：家族の生活、介護者の就労状況、介護の状況、家事の状況、その負担度、介護の受容、介護継続の意志など

在宅ケアを推進していくためには、施設も在宅ケアを念頭に入れていかなければならない。そのためにはアセスメントとケアプランが一人一人に立てられなければならない。介護保険制度が高齢者介護に希望と明るさをもたらすものになってほしいと願っている。

引用・参考文献

- 1) 平成8年版厚生白書、第3章少子・高齢化社会に対応した新たな社会保障制度の確率に向けて、P106-132、1996
- 2) 大内高雄：在宅支援の施設ケア、ビジュアル老人看護百科サルス、P220-232、1993
- 3) 井上輝子他：性役割、岩波書店、P98-111、1995
- 4) 樺山紘一、上野千鶴子：21世紀の高齢者文化、第一法規、1993
- 5) 平成9年版厚生白書、第4章高齢化をめぐる課題、P100-123、1997
- 6) 百瀬由美子、麻原きよみ：介護者の世間体と介護負担感およびサービス利用に関する研究、日本看護科学会誌、15(3)、P115、1995
- 7) 布施晶子他：現代家族のルネッサンス、青木書店、P194-220、1992
- 8) 有地亮：家族は変わったか、有斐閣、P281-349、1993
- 9) 森岡清美：現代家族変動論、ミネルヴァ書房、P179-189、1993
- 10) 後藤澄江：現代家族と福祉、有信堂、P80-91、1997
- 11) 野々山久也他：いま家族になにが起こっているか、ミネルヴァ書房、P119-135、1996
- 12) 広井良典：高齢者ケアをみる視点、看護学雑誌、VOL.61 NO.10、1997
- 13) 関井友子：家族をとらえる視点、看護学雑誌、VOL.61 NO.1、1997
- 14) 竹内伸夫、柴田祐介：トータルケアシステムと老人保健施設の役割、別冊総合ケアIII／施設ケア最前線、1996
- 15) 高原敏夫：これからの老人ホームの在り方、在宅医療、第4巻、1号、1997
- 16) 山崎摩耶他編：介護保険とケアマネジャー、日本看護協会出版会、1997
- 17) 内田恵美子他：在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン、日本看護協会出版会、1997

※注1 厚生省「生涯老人の日常生活自立度（ねたきり度）判定基準

何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

J-1 交通機関を利用して外出する。

J-2 隣近所なら外出する。

屋内での生活は概ね自立しているが介助なしには外出しない。

A-1 解除により外出し、日中は殆どベッドから離れて生活する。

A-2 外出の頻度が少なく日中でも、寝たり起きたりの生活をしている。

屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。

B-1 車椅子に移乗し食事、排泄はベッドから離れて行う。

B-2 介助にて椅子に移乗する。

1日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

C-1 自力で寝返りをうつ。

C-2 自力で寝返りもうたない。