

重度障害者の家庭復帰を目指して ——低介護能力家庭の在宅介護——

石曾根 雅 之
Masayuki ISHIZONE

I. はじめに

障害者福祉や老人福祉の領域において、身体障害者福祉法の改正（在宅福祉サービス法的整備）や「高齢者保健福祉10か年戦略」を契機に一層の地域・在宅福祉が促進されようとしている。

医療の現場からも家庭復帰に関する様々な実践が報告されている。中でも重度障害者の家庭復帰を扱った報告は興味深い。行政側が用意したサービスだけに頼るのではなく、個々のニーズに応じた保障を創造していく悪戦苦闘の跡が伺える。

現在重度障害者はどのような状況下で家庭復帰しているのか、公的サービスは充足しているのか、現場のメディカルソーシャルワーカー（*以下MSWと略す）としてケースを通じ考察してみたい。

II. 病院概要

当院（豊科赤十字病院）は南安曇郡下7町村の東部に位置し、日本赤十字社医療施設としてベット数350床、外来受診者数平均500人／日を持つ総合病院である。

III. 事例概要

1 患者 M. T 男性 63歳（T15年1月15日生）

南安曇郡H村在住 建具職

2 病名 1回目入院：脳（右被殻）出血（H1. 9. 1発症）

脳（左視床）出血（H1. 12. 26発症）

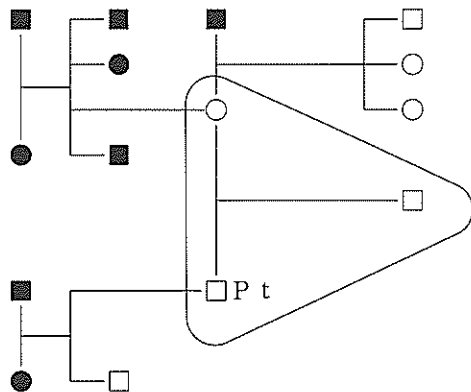
2回目入院：褥瘡、感染症

3 入院期間 1回目入院：H1. 9. 1 ～ H2. 4. 1

2回目入院：H2. 4. 13 ～ H3. 3. 11

4 既往歴 本態性高血圧症、腰痛症

5 家族状況



(*□男性、○女性、黒印は死亡)

◆同居家族

妻 73歳。専業主婦。患者とは再婚で前夫との間に3人子供がいるが、現在援助関係はない。患者家庭の中核的役割を担っており、家計・家事一切を任されている。

老齢国民年金受給

既往歴：両変形性膝関節症、腰痛症

長男37歳。結婚歴なし。地方公務員。生活能力に欠けている。酒癖あり。

収入：給与 家計には食費(20000円/月)を加えるのみ。

既往歴：特になし。

◆兄弟・親戚

弟 隣村にいるが兄弟関係不良。20年前相続問題でトラブルがあり、現在まで絶縁状態が続いている。

親戚日頃あまり親戚付き合いをしておらず、援助関係はない。

IV. 経過

<1回目入院時 (H1. 9. 1~H2. 4. 1)>

1 病状経過

H1年8月31日作業中に、意識障害、左上下肢麻痺出現。当院内科に緊急入院となる。翌日精検にて右脳内に血腫を認め、直ちに脳外科転科。同年9月5日開頭血腫除去術が行われ、意識障害については軽度障害を残すのみとなる。その後リハビリテーションにより左上下肢麻痺も改善し、片手杖歩行が可能となる。この時点では職業復帰は困難だが、家

庭内の生活には支障を来さない程度までに達していた。しかし退院を目前に控えた同年12月26日排便中に左脳視床下出血を発症。前回同様開頭血腫除去術を行ったが不良経過をたどり、遷延性意識障害及び四肢完全麻痺の状態ですべて固定となる。経管栄養、痰随時吸引、バルンカテーテル挿入の状態ですべて退院の運びとなった。

2 ケース経過

病棟婦長を通じて経済的問題と今後の将来設計について相談したいと患者家族より申し出があり、H 2 年 2 月 21 日ケース開始。

○病状経過の把握及び治療方針の決定

まず Dr、病棟 Nr、PT とカンファレンスを行い、病状経過と今後の治療方針を協議する。既に重度障害状態で症状固定となっている。継続的な医学的管理は必要だが開業医の往診により十分フォローできる状態にあることを確認。家族側の受入れ体制が整った時点で家庭復帰することをゴールとすることに決定した。

○問題の把握

本ケースは妻主導型の家庭であり、また家庭復帰後は妻が主介護者となることからキー・パーソンを妻に設定。面接も主として妻に行い、必要に応じ長男を面接した。まず経済的問題としては家計に余裕がなく、また患者は建設国保資格喪失(H 2 年 1 月 26 日付)後の国保加入に伴い負担増となり、医療費の支払いが困難となっていることが明らかになった。

妻は疾病の把握や障害の受容が十分できておらず、家庭復帰については否定的な態度であった。面接を通じて介護方法への不安、妻自身の高齢化への不安、長男の飲酒及び協力姿勢への不安、親戚縁者の援助が得られないことなど問題が存在していることが浮き彫りになってきた。

○援助方針

上記の問題をふまえて援助方針を立てる。

- (7) 医療費の負担軽減を図る
- (イ) 疾病の把握、障害の受容を図る
- (ウ) 家庭復帰について
 - (a) 介護方法への不安解消を図る
 - (b) 妻の負担軽減を図る
 - (c) 長男のサブ・パーソンとしての自覚を促す
 - (e) 患者及び妻の生活費を確保する

○援助内容

(ア)についてはH 2年3月1日付で長男の共済保健の被扶養者とし、2月分については国保高額療養費貸し付け制度の活用によって支払いを済ませ、加えてH 2年3月26日付で遷延性意識障害者医療の請求することで解決をみることができた。

(イ)についてはD rから病状経過及び治療方針について重ねて説明してもらうことにより、現状態で症状固定であることが理解できてきた。そこで(ウ)ゴールを家庭復帰とし、(a～e)の不安材料を消去していく作業を繰り返す中で障害の受容を図ることにした。具体的援助方法としては

- (a) 試験外泊を通じて病棟N rより介護指導（経管栄養、吸引、体位交換、清拭、リハビリ（股関節拘縮防止）を受ける）
- (b) 長男の経済面、介護面での協力を促す
- (c) 再度親戚縁者（特にP t弟）の援助が得られないか確認する
- (d) 公的サービス（日常介護用具貸与（身体障害者手帳取得後に交付申請をするまでの間）、保健婦の訪問指導、ホームヘルパー派遣、入浴サービス、短期保護）を検討する
- (e) 障害基礎年金（1級）、特別障害者手当、介護慰労金の請求する
- (f) 地域開業医（往診体制）をつくる
- (g) 緊急時入院及び社会的入院を保障する

(a)については病棟N rに依頼し、カリキュラムを作り指導してもらうことにする。その甲斐もあり回を重ねるごとに自信を付けることができた（退院までに3回外泊）。試験外泊を行なうにあたり吸引器を購入、特殊ベットとエアーマットを村より(d)日常介護用具貸与で準備した。

(c)について再度確認したが、協力は得られないとのこと。このことで(b)長男の協力の重要性が増す結果となった。患者入院に伴い生活が不規則になっていたのか、長男の生活態度は公私共にかなり乱れた状態にあった。長男を面接し、妻単独の介護では年齢的に考えてみても負担過剰になることを説明。サブ・パーソンである自覚を促すと共に、経済面や介護面等の具体的役割について検討した。2度目の面接で長男自身から生活を是正するためにも飲酒をコントロールする方法はないかと問題提起があり、T病院精神科受診を薦める。これは試験外泊時に妻の負担を目のあたりにしたことが動機付けになったものと考えられる。その後精神科定期受診を継続し、飲酒量も減りだした様子だった。また(b)朝晩の介護と(e)月額60000円程の経済的援助を協力することを約束した。

(d)については行政と合同カンファレンスを行い、援助内容を決定することにした。これは医療機関側の情報（病状経過、治療方針、介護指導内容）を漏れるく申し送ること、患者及び家族の状況に合せた木目細かい援助体制を造ることを目的としたものである。既に試験外泊時に日常介護用具貸与を行っている。そこでカンファレンスの焦点はマンパワー

の確保に絞られた。長男の協力もあるが、それだけでは妻の年齢から考えても負担を軽減できたとは言いがたい。そこで公的サービスとして入浴サービスの利用、保健婦(週1～2回)やホームヘルパー(週3回)の訪問により介護指導・介助を実施してもらうことを計画する。保健婦には合わせて健康状態のチェックや拘縮予防リハビリも実施してもらい、開業医と連絡を取り合ってもらうことにする。

(e)に長男の経済援助増額を加えると、患者と妻の生活費を捻出することが可能となった。

(f)については地元開業医を依頼し、往診によってマーゲンチューブ、バルンカテーテルの交換もしてもらうことにする。

(g)当初施設での短期保護を検討したが、実施できる医療行為の範囲に制約があり、入所不可能という結論が出された。そこで緊急時入院と共に妻の疲労等に合わせて社会的入院を保障することを主治医に了解してもらう。

ケース開始から3週間を経た頃、妻から在宅でやっていけそうな気がする等の言葉が聞かれるようになり、障害の受容もかなり進んできたようである。これを契機に退院を3週後に設定し準備を重ねることにした。退院後も当院は直接援助には加わらないが、情報提供や必要に応じて合同カンファレンスを行い、援助体制を支援していくことを約束した。

H2年4月1日退院の運びとなった。

<2回目入院時(H2.4.13～H3.7.11)>

1 病状経過

前回入院より約2週間を経過し時点で、仙骨から腰部にかけて広範囲の褥瘡が開業医の往診で発見された。感染症状も認められたため入院となる。治療方針としては妻の介護能力も考慮し、できるだけ改善させて家庭復帰させることにした。

全身状態が改善せず褥瘡治療に長期間を費やすが、8中旬より再び家庭復帰を目指し試験外泊を開始する。しかし翌月に入り家族側の問題が深刻化したため、MSW調整完了まで退院を一時延期することになった。

11月頃より水頭症及び感染症を繰返すようになり、次第に重症化の様相を呈してきた。H3年3月小康状態となった折に家庭でのターミナルケアを検討したが、家族側の問題が十分解決できていないと判断し、妻の希望により入院を継続することになる。H3年7月11日呼吸不全のため永眠。

2 ケース経過

○治療方針の決定

褥瘡の治療については全身状態が低レベルで固定しているため、完治させることは困難とのこと。開業医往診で管理できるレベルまで改善し、再び在宅介護を試みることにする。

D r、病棟N rと協議し、不完全であるほど妻の負担を増やすことになるので、できる限り改善させて家庭復帰させることにする。

○問題の把握

退院前に行政側との合同カンファレンスで妻の介護内容について検討した訳だが、実際在宅介護を開始してみると妻の疲労蓄積は避けられなかったという。そこで行政側の訪問指導の際に妻の介護負担を軽減させる配慮から、体位交換の頻度を下げるようアドバイスがあった。しかし妻への配慮が逆に褥瘡を作る結果となり、更に対処が遅れたため重症になってしまった。このような事態を招いた原因として下記3点が考えられる。

- (a) 病院側の介護指導内容に無理があり、合同カンファレンスでもその点が十分検討できなかったこと
- (b) 行政側の指導内容が迅速に病院側にフィードバックされず、新たな対応を検討する機会がなかったこと
- (c) 行政側の訪問がスムーズに軌道に乗らず（保健婦やホームヘルパーの訪問が計画通りに行われていない）、平生の健康状態のチェックと開業医への連絡が遅れたこと

○援助方針

在宅介護において褥瘡予防の件以外は計画通りに介護できたという。妻と長男にゴールを家庭復帰にすることを確認し、前回の援助内容を再度検討。具体的には試験外泊時に病院スタッフと行政側スタッフが訪問し、下記事項について家族を交えて検討することにした。

- (a) 行政側と介護指導の内容について再検討する
- (b) 健康状態のチェックや開業医への連絡を徹底する
- (c) 諸サービスの開始時期やサイクルを確認する

○援助内容

入院して4か月を経過し、8月中旬には褥瘡もかなり改善してきた。この時点でD rから現状以上の改善は困難であり、開業医往診で管理できるレベルまで改善しいるとの判断が下される。そこで妻と長男の了解のもとに第1回目の試験外泊を行い、予定通り病院スタッフと行政側スタッフが訪問して家族と共に諸事項について検討した。

9月4日長男が自殺未遂を起こす。隣人の通報により救急車で来院。幸い軽症ですが、精神的にかなり動揺していたため一晩の観察入院となった。自殺未遂の原因は仕事上の失敗と人間関係の不振が原因だったという。翌日定期受診していたT病院精神科を受診した結果、主治医の薦めもあり入院の運びとなる。この時点で妻の心身負担が過剰となる

ことが予想されるため、家庭復帰を一時保留とすることを決定した。長男は翌年1月に退院（本人希望で2か月後にA病院精神科に転医）となったが、職場復帰するまでには安定していない。この間患者の病状は水頭症及び感染症を繰返すようになり、次第に重症化の様相を呈してきた。また重症化に伴い改善していた褥瘡も再び悪化した。

H3年3月に一時小康状態となる。主治医より家庭でのターミナルケアが提案されるが、長男の精神状態が十分安定しておらず家庭復帰は困難と判断。妻の希望を入れて入院継続することになる。H3年7月11日呼吸不全のため永眠。

V. 考察

今回は家庭復帰が成功したケースではないが、重度障害者の家庭復帰に関する問題点を幾つか明確にすることができたと思う。

重度障害者の場合は重介護を必要とするのは勿論のこと、全身状態が低レベルで固定しているため医療ニーズの高いケースが多い。家庭復帰を可能にするためには家族側の介護体制を充実させることが求められる。

今回のように介護者が同居家族だけに限られ、しかも主介護者が高齢で体力や理解力が低下しているケースの場合、一家庭内の扶助能力だけで解決するのはむずかしい。最近特に介護者の不足や高齢化が目につく。核家族化や農村の嫁不足問題は家族員の減少という問題を生み、高齢者であっても介護力として頼らざるを得ないケースが多くなってきている。

この問題を補うために公的サービスを活用するのだが、現行制度ではニーズに十分対応できないのが現状である。近年デイ・サービスセンターや老人保健施設など新たに在宅介護を支援する施設が開設されているが、重度障害者の場合は意識レベルが低いためにサービスの対象とされない例もあると聞く。仮に利用できても回数的に限度があり、活用目的は制限される（入浴等の目的は果たせるが、介護者の休養目的としては十分ではない）ことになる。また訪問看護婦やホームヘルパーの増員が保健福祉計画に盛り込まれているが、現時点では最低限のニーズを満たすのが限界であり、介護者の状況に合わせ柔軟に対応する余裕はない。結局のところ介護者は慢性的に過剰な負担が続くことになり、この傾向は重度になるほど顕著に現れている。

次に短期保護制度の問題である。介護者が極度の疲労から介護の継続が困難な場合に、一時的休養を保障するのが短期保護制度である。重度障害者は介護・医療ニーズが高く介護者にかかる負担の大きいため、短期保護制度の必要性が高い。しかし老人保健施設や身障・老人福祉施設では対応できる医療行為の範囲（制約）から、処遇不可能と判断され入所できない場合がある。介護者の休養を保障すべき短期保護制度が、疲労を招いた原因（医療ニーズ）のため対応できないという矛盾が存在している。

以上のように重度障害者を巡る状況は厳しいものと言わざるを得ない。家庭復帰を可能にするためには家族内の扶助能力だけに頼るのではなく、介護者のニーズを充足できる豊富なメニューを用意しなければならない。またより効果を上げるために医療機関と地域行政が相互に補完し、個別処遇という観点から積極的かつ柔軟に連携（ネットワーク）していく必要がある。MSWは医療機関と地域行政の間で相互の理解を深め、患者や家族のニーズに応えられるようなソーシャルアクションを展開していけるよう努めていかなければならない。

(注) 当院では重度障害者の在宅介護を支援するために、平成3年6月から訪問看護事業を開始しました。本ケースの時点では訪問看護が行われていません。

〔参考文献〕

- 由井厚子：「第一線医療機関におけるMSW実践」（『長野県医療社会事業協会会報』第23号 1989）
- 辻 哲夫：「高齢化と地方自治体」（『厚生』 1990,4）
- 京極高宣：「1990年の福祉戦略」（『厚生』 1990,4）
- 森山幹夫：「障害福祉の潮流」（『厚生』 1991,2）
- 斎藤吉雄・石澤志郎編：『ソーシャルワーク実践の基礎』（中央法規出版、1990）
- 厚生統計協会編：『国民の福祉の動向・厚生指標』（臨時増刊第40巻第12号 1993）