

**ショートステイサービスから見た在宅介護の現状**  
Study of current state of in-home care by investigating short stay service  
— 認知症者の在宅介護 —  
— in-home nursing of dementia patient —

高 野 晃 伸  
Akinobu TAKANO  
上 條 節 子  
Setsuko KAMIJO

## 1. はじめに

松本市に平成16年4月から単独型短期入所生活介護施設のR施設を開設し、1年間に延べ1,330人（表7）が利用した。その約8割に何らかの認知症の症状がみられ、在宅に認知症の利用者が多いことに驚いた。そこで認知症の利用者は、在宅では、どのような状態にあり、家族がどのような問題をかかえ、短期入所生活介護（以下ショートステイと略す）はどのような対応をすべきかについて、若干の知見を得たので報告する。

## 2. 施設周辺地域（松本市）の状況

表1より、松本市の人口が平成17年12月現在228,847人であり、その内48,668人が65歳以上の高齢者である<sup>1)</sup>。よって高齢化率は約21.3%で、全国平均の19.5%（平成16年）より高い数値を示している<sup>1)</sup>。また表2より、要介護者は7,871人（平成17年3月現在）である。この中で、福祉施設への入所が可能な要介護1～5の方は7,179人である。それに対して福祉施設は表4より、老人保健施設が6施設（530床）・老人福祉施設が6施設（447床）であり、合計12施設（977床）の入所枠である<sup>2)</sup>。療養型は長期入所を目的にした形態ではなく、また、老人保健施設においても、長期化せずに自宅復帰を目的にした中間施設の役割を持つ意味からしても、長期的に入所が可能な施設は老人福祉施設の447床のみといえる。当然、近隣の市町村の施設を利用することも可能であるが、他市町村も同様の傾向がある為、ここではR施設が位置している松本市に対象を限定することとする。

ショートステイのベッド数は、表4より123床である。老人保健施設のショートステイは空床利用であり、その活用方法は施設の運営方針によるところが大きい為、確実な数としてここで示すことが出来るものは123床である。介護者が冠婚葬祭や介護疲れの軽減等を目的として、在宅から短期間離れて、施設に宿泊して生活を行うサービスで、最大で連続30日が保険給付の対象とされている。よって、利用者にとっては在宅が主な生活空間となり、介護保険上では在宅サービスに位置している。短期間の宿泊である為、1ヶ月で換算すると、1つのベッドを複数の方が利用することが可能となる。

## 松本市の概要

表 1

松本市の登録人口 (H17年12月1日)

年齢区分	区分数 (人)	合計数 (人)	割合 (%)
総 数		228,847	100
65～69歳	12,545	48,668	21.3
70～74歳	12,032		
75～79歳	10,581		
80～84歳	7,337		
85～89歳	3,921		
90～94歳	1,760		
95～99歳	437		
100歳以上	55		

松本市公式ホームページ「くるくるねっとまつもと」より  
 ※小数点第2位を四捨五入

表 3

松本市の要介護者の状況(H17年3月)

	H15年	H16年
認定者	7,065	7,750
居宅	4,258	4,775
施設	1,355	1,398
計	5,613	6,173

単位:人

「WAM NET」より

表 2-①

要介護認定者数 (H17年3月)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人数(人)	692	2,591	1,327	1,181	1,032	1,048	7,871
割合(%)	8.8	32.9	16.9	15.0	13.1	13.3	100

「第8次基本計画諮問項目説明書」より  
 ※小数点第2位を四捨五入

表 2-②

要介護認定者数(H17年3月)

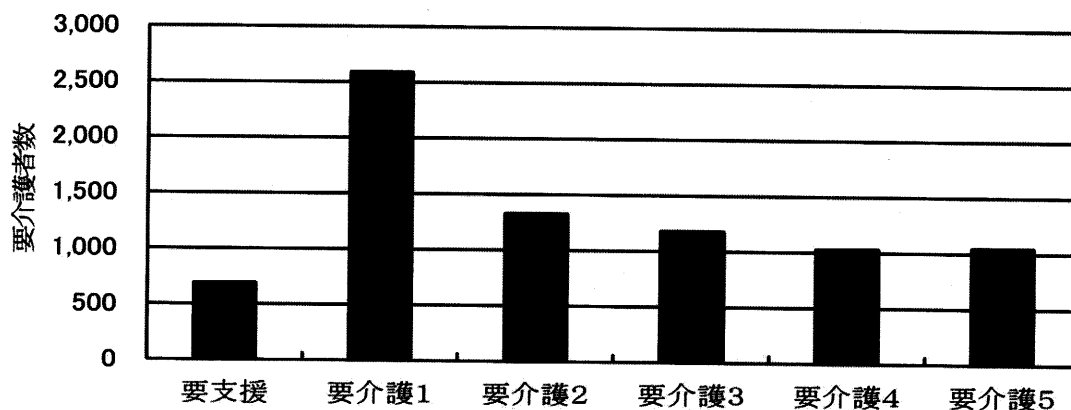


表 4

## 社会福祉施設一覧 (H17年度)

	介護老人 保健施設	特別養護老人ホーム		短期入所生活 介護施設 (単独型)
		長期入所	短期入所	
施設数	6	6		1
ベッド数	530	447	83	40

「2005年度版 長野県医療名鑑」より

## 3. R施設の概要

今回、平成16年4月～平成17年3月の1年間にR施設を利用した延べ数1,330人を研究の対象とした。そこで、R施設の概要を以下に示す。

【開設年月日】平成16年4月16日

【施設の構造】鉄筋コンクリート造 2階建て（地下1階）

40床（4人部屋8室・個室8室）

1階 認知症対応棟（4人部屋4室・個室4室）

2階 一般棟（4人部屋4室・個室4室）

【周辺環境】松本市南東部の山間部に位置している。同法人の福祉施設が隣接しており、行事等での交流や利用者やその家族が望むサービスを提供できる環境が整えられている。

【施設の形態】社会福祉法人

【稼動状況】（1）平均稼動率 約95%（開設月を除く）

（2）平均入退所数 入所…3.96人 退所…3.81人（日曜日を除く）

1日約8人の入替わりがある

（3）平均利用日数 10.84日

※平成16年度の実績（開設月を除く）

【利用者地域】主に松本市の利用者で、全体の約87%を占めている。他は、塩尻市・朝日村・安曇野市・波田町の松本市近隣の住所者が利用されている。

## 4. R施設での認知症者の割合

表5は、R施設を利用された方を、表6の「認知症老人の日常生活自立度判定基準」に当てはめ、一覧表にしたものである。この判定基準では、「自立」以外は、何らかの認知症の症状が見られるとし、それをI～Mの6段階に分けてランクを示している。この表からR施設のショートを利用されている方の約8割が、何らかの認知症の症状が見られることが読み取れる。この判定基準は、意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を評価するものであり、必ずしも医学的判定と一致するものではないが、その誤差を留意した上でも、ショートを利用される方の中で、認知症の症状が見られる方の割合は高いものといえる。この中で、ランク「Ⅱ」に該当する方が最も多く、104人（全体の28.4%）である。ランクⅡでは、表6より「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、

誰かが注意していれば自立できる。」が判定基準となる。在宅において、家族の注意のもとに生活を築くことができるレベルと言えるであろうが、家族が認知症を理解しにくい範囲とも取れるため、逆に家族に精神的ストレスが高くなると思われる。R施設のショートの介護度平均が3.34であるため、このランク数が高いことが理解できる。

次に、ランクⅣが54人（14.8%）と高い割合であり、在宅介護では、家族の負担が大きいと思われる。ランクⅣは「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。」状況であり、常に介護を行うことは、既存の在宅介護サービスでは不可能である。その結果、家族への負担がさらに強くなることが予測される。

表5-①

R施設利用者の「認知症老人の日常生活自立度判定基準」一覧表（H16年4月～H17年3月の1年間）

単位：人

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
I	4	10	4	8	1	7	3	3	4	4	1	0	49
Ⅱ a	2	7	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	11
Ⅱ b	15	23	12	8	5	3	7	2	6	5	2	5	93
Ⅲ a	11	13	4	4	4	4	5	6	4	6	1	2	64
Ⅲ b	2	2	3	1	0	1	0	0	2	2	1	0	14
Ⅳ	9	12	8	7	5	1	3	1	1	3	2	2	54
M	2	3	0	3	2	1	1	0	0	0	0	0	12
自立	6	13	10	6	6	4	6	1	4	5	3	3	67
合計	51	83	41	37	23	21	25	15	21	25	10	12	364

「R施設 平成16年度事業報告」より

表5-②

R施設利用者の「認知症老人の日常生活自立度判定基準」一覧表

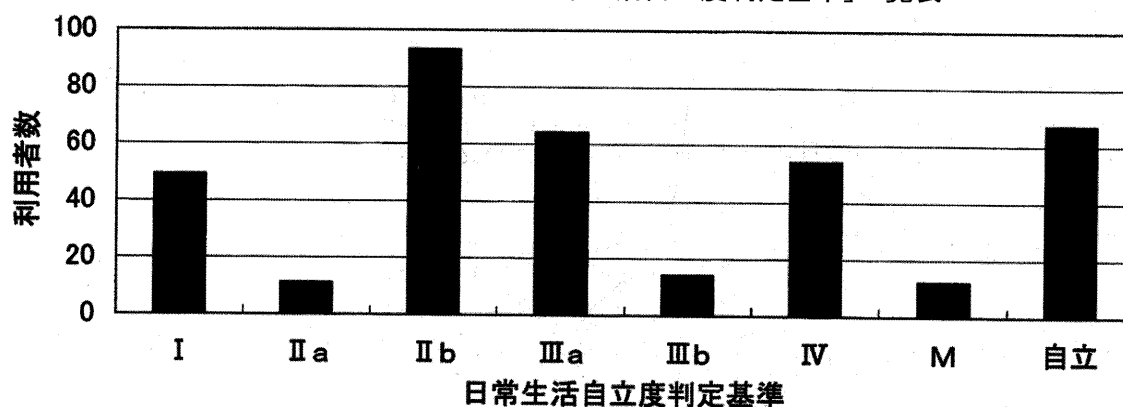


表 6

## 認知症老人の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症の症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家庭等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援を症状の改善及び進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排泄・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度をさすかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用を含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デ
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランク I ～ IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう進める必要がある。

## 5. 考察

### (1) R施設の地域社会での役割

この研究では、松本市のR施設の平成16年度の利用状況について分析を行い、考察を深めている。期間の限られた1施設内での分析であるが、松本周辺施設のショートスの割合からして、周辺地域の要介護者の在宅介護生活の状況を判断する1つの資料になると筆者は考えている。施設の稼働率からしても、在宅介護を継続されている方が多く、その中で、認知症の症状が見られる方が約8割を占めている。認知症の方に対する介護は、前文にも示したように大変な精神的ストレスを感じるケアとなる。専門的教育を受けた職員でさえ感じる事となるストレスは、在宅の家族にとっては重大な状況となるであろう<sup>5)</sup>。認知症を理解する機会がなく、昔の残像を追ったままで在宅介護を行う家族であれば、さらに負担は大きくなる。

松本市でのショートステイのベッド数は表4より123床である。この中で、R施設のショートステイベッド数は40であり、約3分の1を占めている。老人保健施設や療養型病棟のショートステイベッドや近隣市町村の施設を含めても、この割合は、在宅介護サービスとして大きな役割を示していると言える。この割合は当然、施設の稼働率にも反映しており、平均稼働率は約95%、表7より平成16年度の利用者延べ数は1,330人（利用者実数は364人）であった。平成16年度は施設の開所年であるが、その中にあって、この稼働率が示すように、地域でのニーズの高さが伺える。

松本市で、在宅で生活する要介護者は、4,775人（表3）である。長期入所は、限られた施設数である為、必然的に緊急性の高い、介護度の高い方が入所される傾向になることが予測される。その為、在宅で生活される方では、要介護度が低い方が多くなると予測されるが、実際の現場では、筆者の印象として長期施設の数自体がニーズに添えないほど不足している為、長期入所を希望していても入所には至らず、在宅生活を継続している方は少なく無い。表7が示すように、R施設の利用者の要介護度が最も多いのが要介護4で341人（25.6%）である。全体を通して介護度の平均は、3.34であり、ショートステイを利用する在宅介護者は、要介護が高い方も利用されている。

在宅生活を営んでいる要介護者の中でショートステイを利用する方は、介護者である家族の都合によるところが大きい。冠婚葬祭等により臨時的に利用することもあるが、実際は介護疲れの軽減を主な目的としている利用者が多い。それは表8から読み取ることができ、開所月の4月から徐々に継続利用者が増え、3月には9割の方が継続利用者となっている。定期的に介護者である家族と距離を置くことで、精神的安定が図られていることが予測できる。その意味で限られた人数ではあるが、ショートステイにおける地域での役割は大きいといえる。

平成12年4月から施行されている介護保険は、在宅介護に焦点が置かれているシステムとなっており、在宅サービスの充実が図られている。しかし、在宅介護では家族介護に対する期待が大きく、24時間専門職者による完全介護を求めることは困難といえる。特に要介護度が低い方は、それが強く見られる。これに対して施設サービスでは、24時間介護専門職者がケアにあたり、家族の負担の違いは歴然としている。

この保険制度では、要支援から要介護1～5という計6段階でその方の状態が評価され、利用限度額が設定されている。要介護が高い方ほど重介護が必要であり、このため家族の負担は大きい。専門的な教育を受けていない家族にとっては、その精神的苦痛は想像を超えたものが

ある。

しかし、施設サービスを希望しても、その数はニーズに追いつくことなく、不足している状況にあり、年単位で施設のベッドを待機している異常事態が続いている。このため、在宅サービスに対する期待は大きく、またその役割も大きい。この双方の期待を答え、その役割を大きく担っている一つが、ショートステイである。

### R施設の状況

表7-①

介護度別利用者延べ数（H16年4月～H17年3月の1年間）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人数(人)	6	141	229	298	341	315	1,330
割合(%)	0.4	10.6	17.2	22.4	25.6	23.6	100

「R施設 平成16年度事業報告」より  
※小数点第2を四捨五入

表7-②

介護度別利用者延べ数（H16年4月～H17年3月の1年間）

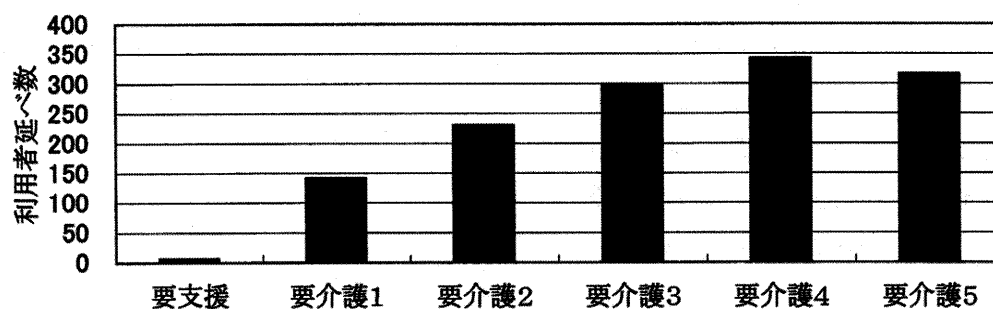


表8

月別利用者数（H16年4月～H17年3月の1年間）

単位：人

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
新規	51	83	41	37	23	21	25
継続	0	23	70	84	91	87	99

	11月	12月	1月	2月	3月	合計
新規	15	21	25	10	12	364
継続	100	101	93	107	111	

「R施設 平成16年度事業報告」より

## （２）認知症者に対する介護

認知症の方に対する介護について、バリテーション等多数の研究が進められてきている。また、認知症に対する認知も深まりつつあり、平成17年度からは、厚生労働省が、それまで「痴呆症」とされていた呼び名を「認知症」として、その偏見を見直す動きが図られている。理念の方向性としては良い方向に向かっていると筆者は見ているが、それを在宅の家族がケアすることは苦痛が多く、竹内<sup>3)</sup>によれば、認知症老人の異常行動に対するケアのほかに、毎日の生活を問題なく行っていく「生活機能」と、周囲の人々に生じる「ストレス」の問題があり、在宅ケアをすすめるうえではこの3つ（ケア・生活機能・ストレス）に対して解決をはかる必要が生じると論じている。いつ終わるかわからない介護を24時間繰り返し行うストレスは想像を超えるものがある。高齢者本人がそうしているのではなく、病気がそうさせていると頭では認識できても、精神的に簡単に納得のいくものではない。その意味で、在宅介護を進める家族に対する、負担のかからない教育の機会が必要であり、そして、ショートや訪問介護等による専門職者の十分なサポート体制が必要と考えられる。

在宅という環境は、時として他者が関わりにくい空間となる。児童や高齢者虐待を発見することが地域福祉の課題の一つでもあり、家族が外に声を発しない限り、相談員や民生委員が訪問しても発見には至らず、餓死や虐待・自殺等の悲しいニュースといして時々新聞紙上に載せられることがある<sup>5)</sup>。

このように、認知症に対する介護は、対人援助サービスの中でも大変難しく、理解をするだけでも時間のかかる援助という。介護保険の導入により、利用者が権利を主張するようになり、それ自体はよい傾向であるが、施設側としては事故を事前に回避する為に、施設利用を拒否する可能性もある。その結果、事故の可能性の高い認知症の方を介護する家族の負担は軽減されることが無い、悪循環が生まれることとなる。

認知症の症状がある要介護者への家族の介護負担が強い為、ショートステイでの施設との接点は、家族への安らぎと共に、職員との関り等により、認知症に対する教育と理解を得ることができると思われる。

介護という視点のみで捉えるのであれば、福祉施設は設備の整った環境といえる。しかし数の確保が困難であるのもそうであるが、在宅は住み慣れた環境であり、気の知れた家族や友人知人と過ごすことは何よりも心安らぐ日々となるであろう。しかし、要介護者の視点ばかりに捕らわれてしまうと、介護者である家族の負担が増大してしまい、結果、ストレスのはけ口が、要介護者本人に対する虐待等に向けられることとなってしまう可能性がある。その意味でも在宅介護の充実が重要な課題といえる。

## 7. まとめ

今回は、R施設でのショートステイ利用状況から在宅生活の現状をみることにした。以上により、在宅では、①要介護高齢者には認知症者が多い。②その介護は家族に依存されている。③認知症の視観が無い家族介護。以上3つを上げることができる。ショートステイでこれだけの認知症の症状が見られることから予測すると、在宅地域には、いまだ家族が抱えきれない介護を抱えざるを得ない状況が存在していると予測される。ショートや他の在宅サービスを利用することで、介護者がどこかに気持ちを開放できる時間や場が存在するならば、同時に要介護者



本人の精神的安らぎにも繋がることとなるであろう。今後の在宅介護の充実や、それに携わる家族へのサポート体制の整備が望まれる。

#### 参考文献

- 1) <http://www.city.matsumoto.nagano.jp/> : 松本市公式ホームページ「くるくるねっとまつもと」
- 2) 小出龍也：長野県医療名鑑2005年度版，(株)医療タイムズ社，2005年
- 3) 竹内孝仁：介護基礎学，医歯薬出版(株)，p. 193～p. 204，1998年
- 4) 関なおみ：時間の止まった家－「要介護」の現場から－，(株)光文社，2005年
- 5) 小林篤子：高齢者虐待，中央公論新社，2004年
- 6) 寝たきり予防研究会編：高齢者虐待－専門職が出会った虐待・放任－，(株)北大路書房，2002年
- 7) 下村恵美子・高口光子・三好春樹：あれは自分ではなかった－グループホーム虐待致死事件を考える－，筒井書房，2005年
- 8) むら山豊：痴呆，(株)編集工房ノア，2000年
- 9) 老人福祉関係法令研究会：老人福祉関係法令通知集〈平成15年版〉，第一法規(株)，2003年
- 10) 厚生労働省編：厚生労働白書（平成17年版），(株)ぎょうせい，2005年
- 11) <http://www.wam.go.jp/>: WAM NET
- 12) 岡本祐三：家族の介護負担感は減っているか，p. 22～p. 23，月間介護保険，(株)法研，2006年1月