

在宅における高齢者介護の問題(5)

—地域で孤立している夫婦の例—

研 攻 一 幼児教育科
坂 倉 久美子 居宅介護支援事業所

(2009年10月1日受理)

〔要約〕

介護支援専門員の立場から扱った、地域から孤立がちでしかも老老介護のケースである。ケースを担当する半年前に、民生委員らから地域包括センターに、A(妻)の姿を見かけないから見て欲しいとの依頼があった。その時の訪問では係が玄関先で追い返され、半年後に長男から訪問入浴の介護サービスの申請が出たケースである。

このケースから、以下のような問題点が浮かび上がってきた。

- (1) 孤立しがちな家族に、介護サービスの受け入れや介護保険制度がどのようなものかについての認識を、どのように理解させられるか。
- (2) 介護サービスを受けることに抵抗する(金銭的なこと)夫をどう説得させ納得させられるか。
- (3) 家族関係の中で、誰を相談業務の対象としたら良いか。

I. 問題

平成21年度4月から実施された介護報酬改正で介護報酬改定率が3%増加した。その理由は、介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難であるといった状況、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」の成立、また、政府与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」によるものである。しかし、こうした改定率の増加が、介護従事者の待遇改善や就業率を高めるかどうかについては、疑問が残るところである。というのは、これまで介護報酬を引き下げてきた結果、各事業所や施設では経営が思わしくなく、そのしわ寄せを人件費を低くすることで切り抜けようとしてきていた。今回の介護報酬の改定で¹⁾、これまでの経営の赤字分を補填することになるだけで、介護従事者への待遇の改善に直結する可能性は少ないという声も聞かれる。

今回の改定では、介護従事者の人材確保・処遇改善と経営の安定化のために、①各サービスの機能や特性に応じ、夜勤勤務などの負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価 ②介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者のキャリアに着目した評価 ③介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法等の見直しが挙げられている。特に、介護従事者のキャリアについては、介護サービスとそ

の要件について、例えば、訪問入浴介護や夜間対応型訪問介護では、介護福祉士が30%以上配置されているか、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上になれば、1回当たり24単位と12単位が得られるようになっている。また、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養型医療施設では、介護福祉士が50%以上配置されているか、常勤職員が75%配置されているか、3年以上の勤務年数のあるものが30%以上配置されているかで、1人・日当たり12単位と6単位が得られるようになった。こうした専門性を求める政策は、各事業所や施設に勤務している介護従事者に介護福祉士の資格を取得させる契機となっている。また平成24年度からは、介護福祉士の国家試験を受験する要件が変わり、現場では3年以上の経験と600時間以上の講習を受講しないと受験できなくなる。これは介護従事者の質を高めるための政策であるが、他にも養成校修了者にも受験を課すようになっている。本学でも、国家試験の実技試験免除のための実技講習会を年に2クール実施しているが、最近の受講者の質はかなり低くなっていると担当教員は述べている。介護福祉士の資格に見合った質を問題にするならば、こうした講習会での学習の機会を与えることは好ましいものの、実技試験を免除する制度は、決して質を保証しないことは予想できるところである。一見すると、介護従事者の専門性の向上を求めることと、介護従事者の就業

率が低い問題をどう解決するかの展望は見られていない。

また、専門性は介護支援専門員にも求められており、今回の改定で一般的に担当件数が40件以内を想定しているが、40件を超えた超過分について一種のペナルティが課せられている。例えば、40～60件未満の場合、要介護1、2では超過分については600単位/月から500単位/月に、同様に要介護3、4、5では780単位/月から650単位/月に下げられている。また特定事業所加算では、◎主任介護支援専門員を配している ◎常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置 ◎月の利用者のうち、要介護3～5の割合が5割以上（これまでは6割以上） ◎介護支援専門員の計画的な研修を実施している ◎地域包括支援センターが実施する事例検討会に参加する などの10項目を満たせば、1件数につき500単位/月を得られる。こうしたことは、居宅介護事業所の介護支援専門員の質を高めることを目指していることは理解できるが、日本の在宅を含めて福祉現場の質を高めることに直接関わるかどうかについては疑問の残るところである。

日本の福祉現場は、困った人を助けるという善意の福祉の歴史から始まり、そうした情動的な福祉が蔓延しているように思えてならない。上述の国家試験の実技試験免除の講習会の現状のように、福祉を科学として捉えるという視点が欠落していることが、いつまで経っても合理的な人間理解や介護技術の展開が難しいことの原因でなかろうか。

こうした3年ごとの介護報酬改定が行われるとしても、それが具体的な在宅介護の改善にまで行き着いているかの検証はなされているのであろうか。介護報酬や介護従事者の就労が少ないことなどのニュースがマスコミ等で流されているが、介護を受ける人たちの実態の把握はどうなっているのだろうか。

これまでの検討してきた4ケースについても²⁾⁻⁵⁾在宅介護がうまくいくかどうかの要因には家族関係などの要因が大きいことが見られるし、また、介護支援専門員が熱心に利用者に関われば関わるほど、親などの在宅介護に責任を負っている筈の子供たちが、介護支援専門員に任せっぱなしになる傾向が見られる。こうした問題をどうするかを考えないと、制度の上だけの介護があるだけで、人間らしい老後を期待できないのではなかろうか。

本研究では、こうした介護の現場の現状について、介護支援専門員の立場から、介護サービスを十分提供できるかどうかについて検討する。本ケースでは、地域社会と疎遠な夫婦で、寝たきりの妻が5ヶ月間も入浴していない状況で、夫が妻の世話をしている老老介

護のケースである。こうした家庭に入り込み、在宅介護を可能にするための難しさについての問題を含んだケースとなっている。

II. 利用対象者及び相談内容

1. 事例者：A（女性）
生年月日 昭和2年1月（相談時 82歳）
2. 介護者 夫（キーパーソン）
3. 受付月日 平成21年4月
4. 介護度 要介護4
5. 家族構成 夫、長男（横浜在住）
6. 既往歴 高血圧 頭部打撲後遺症
7. 相談内容と経過

(1)受付までの状況

平成18年12月転倒し頭部をぶつけ、J病院に入院。退院後は血圧が高い程度で特に体調不調もなく、日常生活を送っていた。昨年11月、突然起き上がれなくなり、数箇所の病院で検査をしたが、はっきりとした診断名が出ないまま、現在に至る。ADLは全介助で家事・介護の全てを夫が担っている。食事は一日2回、尿臭が酷く、入浴は11月以降していない。今回は、横浜に住む長男が訪問入浴をさせたいと、郵送での申請申し込みとなった。長男は年に一度程度の帰省であるが、父親が難聴である事もあり、今後は電話で連絡を取りながら長男とサービス利用を考えていきたい。当面は訪問入浴を週1回利用して様子を見守ることとなった

(2)平成18年1月現在の認定調査状況

認定調査状況と主治医意見書項目は以下の通りである。

寝返り	できない
起き上がり	できない
座位保持	できない
両足の立位	できない
歩行	できない
立ち上がり	できない
片足での立位	できない
移乗	全介助
嚥下	見守り等
排尿	全介助
排便	全介助
洗顔・整髪	全介助
上衣の着脱	全介助
意思の伝達	ほとんど不可
毎日の日課を理解	できない
生年月日をいう	できない
短期記憶	できない
金銭の管理	全介助
日常の意思決定	日常的に困難
買い物	全介助
簡単な調理	全介助

主治医意見書項目

認知症高齢者自立度	IV
短期記憶	問題あり
認知能力	判断できない
伝達能力	伝えられない
食事	全面介助

認定調査の状況は次の通りであった。

- ①「麻痺」「拘縮」は、寝た状態でゆっくりではあるが手足を動かすことはできた。
- ②「寝返り」は、常時寝た状態なので、寝返りはできず声がけしても行わなかった。
- ③「起き上がり」「座位保持」については、常時寝た状態で5ヶ月間ベッドから一人で起き上がったことはない。夫が抱え込まなければ起き上がれない。
- ④「両足での立位」「歩行」「立ち上がり」は、ここ5ヶ月間で座位保持させようとしてもできなかった。片足立位保持は当然できない。ここ5ヶ月間位どこにも移動していない。
- ⑤「洗身」「爪切り」は、入浴しておらず日一回程度、夫が清拭している。Aは寝たきりで意欲なく、爪切りも全て夫が行っている。
- ⑥「視力」は、近視が強く眼鏡はしておらず視力表の図は読めなかったが、50センチ程度で指の数を読めた。
- ⑦「移乗」は、寝たきりでオムツ交換も夫任せで身体を動かすことはない。ここ5ヶ月間はどこにも移動していない。
- ⑧「嚥下」「食事摂取」は、夫が軟らかいおじや状にした物をベッドに寝かせ顔を横に向けた状態で摂取させているため、むせりもあり見守りながらゆっくりと口へ運んでいる。
- ⑨「排尿」「排便」は、寝たきり状態で下着ズボンをはいておらず、オムツ準備、後始末、交換は夫が行っている。
- ⑩「上衣の着脱」は、寝た状態で気力もなく全て夫が着脱させている。
- ⑪「口腔清潔」「整髪」は、歯もなく口腔清潔は介助されていない。本人気力低下のため、夫が濡れタオルを渡しても拭かないため、顔、髪の毛を夫が拭いている。
- ⑫「ズボン等の着脱」は、オムツをしており、夫は交換のため下着ズボンを穿かせておらず、ズボンの着脱行為に介助はない。
- ⑬「外出頻度」は、ここ5ヶ月の間、一度も外出なし。
- ⑭「意思の伝達」夫が聞くこと以外、自分から日

常的に話もしていないため、ほとんど伝達はない。

- ⑮「毎日の日課を理解」「生年月日をいう」「短期記憶」は、昼食を摂ったということはわかっていても、いつの食事なのか理解していない。年齢のみを答えるが間違った答えをした。
- ⑯「今の季節の理解」は、春と答えるがこれから寒くなると答え、季節は理解していない。寝たきりで認知問題行動はないが、息子の名前を聞いても答えられなかった。
- ⑰「薬の内服」「金銭の管理」「日常の意思決定」は、服薬全くなく介助はされていない。常時寝たきりで小遣いも持っておらず、収支も全く把握しておらず、全て夫が管理している。また、話もほとんどなく、意思決定は全て夫が行いAは行うことがない。
- ⑱「集団への不適応」「買い物」「簡単な調理」は、常時寝たきりで、集団への参加はないが、寝たきりになるまで集団での活動が好きで参加していたとのこと。寝たきりなので欲しい物の訴えもなく全て夫が介助で購入。

8. 介護支援専門員が集めた家族についての情報

(1)家族関係等について

Aの夫はこの地域の出身ではなく、小学校教員として転勤を繰り返し定年となってこの地域に居を構えた。また性格的に人を寄せつけないところが元々あり、近所との付き合いはほとんどなく20年以上経過してきている。玄関にはいつも鍵を掛けている状態なので、人が訪ねることもなく近所の人たちも親しく寄ってくることはない。また、去年の10月に民生委員が地域包括センターにAを見かけないから様子を見に行ってもらいたいと電話して、係が訪ねても玄関で帰されたということであった。その結果、Aは5ヶ月間も入浴しない状態のままであった。そんなことで、夫はそういう人柄だとか家庭だとかの印象を近所にも与えてきた可能性がある。妻であるAは、専業主婦で夫に従って転勤を繰り返してきた。定年後の年金生活になっても金銭的には困っていないと思われるが、お金の使い方について夫は細かくシビアである。また長男がいるが実子でなく、現在は横浜に住んでいる。1年に一度位しか帰って来ないようで、親子間に距離があるような家族関係となっている。そのため、今回の介護についての相談や決定についても、長男本人と電話での情報交換しかできず、直接会って話し合うということができない状況である。

(2)介護支援専門員から見た問題点

- ①夫はパーキンソン病であるが、夫も80歳と高齢であり、認知能力の低下が認められる。長年夫婦共に他者との交流を拒んできた為、地域で孤立している。
- ②ほとんど通院をしていない為、病名の確定ができず、主治医も認定時に往診する程度で状態把握がなされていない。
- ③夫は長年小学校の教師をしており、年金は夫婦二人が暮すには不自由がない程度の額をもらってはいるが、妻の介護保険サービス料がかさむ事に抵抗感がある。

(3)介護支援専門員の担当としての思い

訪問して夫と話す。何度話しても理解できない部分があり、夫の認知力の低下の確認をする。食事は朝・昼兼用で1日2食。作ったものを実際に見せてもらおうと、味噌汁にご飯を入れておじや状態にしたものだった。これをAに毎日食べさせている。下着は濡れると大変なので着用させない。おむつ交換は1日2回と決めている。入浴は昨年11月より行っていない。自分より他に頼れる者がいない夫が、夫なりに工夫して介護を行ってきたことは理解できる。しかし、重度のAを認知症である夫が介護して、二人で在宅での生活を続けること自体無謀だと思える。また、近隣には親しくしている人もなく、二人は地域から孤立しているような感じを受ける。「夫は夕方になると飲酒しているらしい。また長男はめったに訪れることはないが、実子ではないらしい。」とは近所に住む民生委員から得た情報であるが、民生委員もほとんど訪問はしていないとのことであった。直ぐにでも特別養護老人ホーム等に入所をさせることがベストだと思うが、Aがそれを望まないとのことなので、在宅での生活を継続させる為にどのようなサービスが必要であるか考えてみる。

- ①特殊寝台貸与で起居動作を楽にして、食事を座位で行えるようにする。また、エアマットで褥瘡予防を図る。
- ②訪問入浴で週1～2回程度入浴をできるようにする。
- ③訪問看護で、健康管理・主治医との連携を図る。
- ④訪問介護または配食サービスで栄養のバランスのとれた食事を確保。
- ⑤居宅介護支援で福祉の情報を提供し、夫に対しての相談・援助を行う。
- ⑥緊急通報装置での安否確認。
夫の私に対する態度は、そっけなくできれば関わって欲しくないという態度が顕著である。ひとつ、ひとつ時間をかけて上記のサービスの導

入を勧め、Aがやはり夫との生活を選んで良かったと思えるような支援ができたらと思う。

III. 居宅介護支援経過

H21/4/21

長男からの電話依頼により自宅を訪問し、居宅介護支援契約を締結する。その後、Aと面接。簡易ベッドに横たわっていたAは私が挨拶をすると、うっすらと目を開け「あー」と応える。自室は尿臭が漂っていた為夫におむつ交換の回数を問うと日に1～2回とのこと。食事朝昼兼用で日に2食を夫が全介助で食べさせているとの事であったので、できればおむつ交換や食事づくりの為、訪問介護の利用も検討して欲しい旨話す。帰荘後W市に計画作成届出書を提出する。

H21/4/21

長男に電話し本日、居宅介護支援契約を締結した旨報告する。その際、訪問入浴だけではなく、介護者である夫の介護負担減少の為、特殊寝台貸与や訪問介護サービスも検討してはどうかと話す。今後は電話でサービスを協議していくこととなった。

H21/4/22

訪問入浴事業所（以下 訪入）S氏より水曜日の16時30分であれば、サービス利用が可能との連絡有り。また、実態調査は24日の17時からにして欲しいとのことであった。

H21/4/23

自宅を訪問。夫に明日の17時に訪問入浴の担当者と訪問する旨伝える。ちょうど、地区の地域包括支援センターK氏が訪問中で、私に折り入って話したい事があるとの事であった為、包括センターに同行する。K氏の話によると、昨年10月、民生委員の紹介により自宅を訪問。しかし、夫の拒否が強く家にも上げてもらえず、Aに会うことも叶わなかった。認定申請もしたものの、主治医意見書を書いてもらう手立てがなく、認定申請を取り下げた経緯がある。夫の言動を見ていると、認知力の低下も疑われる。おむつ交換もほとんど行っていない為、褥瘡ができていた可能性も大であり、どのように関わっていけばよいか思案にくれていたとのこと。長男と連絡をとりながら、サービス利用を勧めていく旨報告する。

H21/4/24

地区の地域包括支援センターK氏より電話。昨日Aの夫より電話があり自宅を訪問。（夫はR荘と包括センターを混同して、間違えて電話をした様子とのこと。）昨年10月以来、気にかかりながらも拒否にあいAと面接ができなかった為、自宅を訪問し、

初めてAと会うことができた。尿臭の酷い部屋で、枕元にはビスケット数枚があるのみであり、早急に医療との連携を図り、環境を改善する必要があると痛感したとの事であった。本日、訪問入浴事業所の実態調査・担当者会議があり、自宅を訪問するので、その際、Aの身体状況を把握してみると話す。17時、自宅を訪問。訪問入浴の担当者がAの夫と契約をしている間に、看護師・ヘルパーとAの自室で身体を確認。Aは尿で冷たくなったおむつのみを着けて、下着もパジャマも着用せず、下半身裸の状態であった。布団も濡れており、おむつはAがはずせない様にガムテープがいたる場所に貼られていた。また、下半身に黄疸が見られ早急な対応が必要であると思われた。

H21/4/25

長男に電話して昨日の件を報告。黄疸が出ていることから、早急に訪問看護を定期的に利用して、主治医との連携を図りたい旨話す。また、現在の簡易ベッドでは、落下の危険性もあり布団も湿っているので、特殊寝台貸与も行ないたい旨話す。長男としてはサービス利用に異存はないのだが、父親が頑固なので・・・と躊躇している様子。月曜日に担当が自宅を訪問し、父親にサービス利用の許可を得られれば、訪問看護と福祉用具貸与のサービス利用を開始してもかまわないとの了解を得る。

H21/4/27

K氏に長男とのやり取りを報告。本日自宅を訪問する旨伝え、同行するとの事であったので、10時に自宅前で待ち合わせをすることとなった。10時、自宅を訪問。夫が留守であった為、再度13時30分に訪問する旨約束して別れる。13時30分、K氏と同行訪問。25日の長男とのやり取りを報告し、特殊寝台貸与と訪問看護の利用を勧める。しかし、夫はしばらく返事を保留にして欲しいとの事であった。私が、Aの下半身に黄疸が見られていること。また、高血圧でもあるので、在宅での生活をこれからも望むのであれば、医療系のサービスだけは導入させて欲しい旨話すと、とりあえず特殊寝台貸与は保留にして、訪問看護は利用しても良いとのことであった。帰荘後、Y訪問看護事業所（以下 訪看）S所長に来週からのサービス開始を打診する。明日自宅を訪問し実調をしたうえで返事をするとのことであった。

H21/4/28

11時30分。Y訪看S所長と同行訪問。夫にS所長の紹介をする。調整の結果、サービスは週1回（水曜日・午前10時30分～）で5月より開始することとなった。

H21/5/1

自宅を訪問。訪問入浴利用を終えたばかりのところだったので夫に感想を聞くが、はかばかしい返答はなかった。5月利用の説明をして、利用票・居宅サービス計画書に押印、署名をしてもらう。

H21/5/7

Y訪看S所長より電話。本日訪問看護サービス初日であったが、Aの背中の掻き傷の具合からみて疥癬の可能性が高い。早速、主治医であるMドクターにその旨報告したとのこと。その後、訪入S氏にその旨連絡する。夕方、S氏より電話があり、疥癬の疑いがあるのであれば、午前9時から入浴時間を午後5時30分に変更したいとのこと。夫に了解をとって欲しい旨伝える。17時、再度S氏より、夫の了解を得られたとの電話あり。訪問看護の報告を受けたMドクターが往診し、皮膚科の受診を勧めたとのことであった。その後、訪入N氏に通院介助の打診をする。検討してみるとの返答であった。

H21/5/8

訪入N氏より通院介助が可能である旨電話がある。

H21/5/11

Y訪問看護S所長より通院の件について電話あり。訪入で通院介助が可能である旨確認をとってあるので、1週間程度塗り薬で様子を見て改善されなければ通院させたい旨伝える。

H21/5/13

Y訪看T看護師より、自宅訪問し観察の結果、皮膚の掻き傷がだいぶよくなっており、疥癬の疑いは晴れたとのこと。しかし、依然として布団は尿臭が漂っており、湿っている事からラバーシーツの使用を勧めてきたとのことであった。明日でも、自宅を訪問してみる旨返答する。その後、訪入事業所に疥癬の疑いが晴れたので、入浴時間を定時に戻して欲しいと連絡する。

H21/5/14

地区の包括支援センターK氏が調達してくれたラバーシーツを持参して自宅を訪問。ラバーシーツの説明をして、明日の訪問入浴時に交換してもらうよう話す。

H21/5/20

介護認定が出たとの知らせあり自宅を訪問。要介護4の認定ができる。保険証を預かりその際、特殊寝台貸与の話をするが、もう少し考えてみるとの返答であった。

H21/6/15

自宅を訪問。夫に7月利用の説明をして利用票を渡す。その際、そろそろ特殊寝台貸与を考えてみては

どうかと打診すると「じゃあ使ってみる事にするか。」との返答であった為、近日中に福祉用具貸与事業所の担当者と訪問する旨話す。帰荘後、Y訪看S所長にその旨報告。また、福祉用具貸与事業所（以下 福用貸）B氏に同行訪問を依頼する。夕方、夫より電話。先ほどは特殊寝台の貸与を承諾したが、もう少し考えてみたいので時間が欲しいとのことであった。

H21/6/16

福用貸B氏と自宅を訪問。特殊寝台貸与については保留となったが、とりあえずパンフレットを持参したので、よく考えて結論を出して欲しいと話す。その際、夫より「横浜在住の長男が二人を引き取ると話している。そうなれば特殊寝台が不要になるので・・・」との話が出る。貸与の場合、不必要になれば、いつでも返却できるので現時点で必要かどうかだけを考えて欲しいと話す。

H21/6/24

訪看T看護師よりFAX受診。

H21/6/24

長男に電話をして主の褥瘡が悪化している旨報告。特殊寝台の貸与も保留のままで、あいかわらず布団・下着が濡れた状態が続いている。要介護4のAを認知力の低下した夫が介護すること自体無理だと思えると話すと、近日中に帰省して父親と話合ってみるとのことであった。長男が両親を引き取るという件について確認すると「現時点ではそのような事は考えていない。」との返答であった。

H21/7/1

Y訪看G看護師より電話があり、Aの褥瘡が悪化し白色化しているとのこと。寝具も下着も濡れており、薬を塗布しても改善が見られていないとのことであった。

H21/7/11

自宅を訪問。夫に8月利用の確認をして利用票を渡す。その際、14日の訪問入浴はお盆なので、16日に変更して欲しい旨話し了解を得る。

H21/7/22

Y訪看S所長よりメール受信。本日訪問時、体が斜めになっており、ベッドから足がはみ出し畳に落下しそうになっていた。夫に聞くと、何度か落ちた事があるとのこと。落下によって骨折の危険性があることを説明し、特殊寝台と柵を借りることを勧めたとのことであった。早速、自宅を訪問し夫に、落下すれば骨折の危険性があること。入院すれば特殊寝台貸与の数倍も費用がかかることを強調すると了解する。帰荘後、福用貸B氏に特殊寝台の納品を依頼

する。

H21/7/23

福用貸B氏より特殊寝台を納品したとの報告書が届く。

H21/7/25

自宅を訪問。夫に特殊寝台貸与が開始した事に伴うサービス利用票の差し替えを渡す。貸与が始まったこと感想を問うと、「楽なんじゃないかな。」と淡々とした口調で答える。

IV. 居宅サービス計画書

居宅サービス計画作成日（平成21年5月20日）

要介護状態区分	要介護4
利用者及び家族の生活に対する意向	家族：昨年11月から入浴を行っていないので、訪問入浴を利用させたい。他の事は自分でやれるだけのことはやりたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	夫婦の在宅で生活したいとの思いを受け止め、総合的・効率的なサービス利用により生活の質が高まるように支援します。また、介護保険サービス利用は初めてなので、随時訪問し情報の提供に努めます。
生活援助中心の算定理由	

居宅サービス計画書

課題 番号	生活全般の 解決すべき 課題(ニース)	援助目標				援助内容			
		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス 内容	サービス 種別	頻度	期間
1	昨年11月以来入浴をしていないので、入浴させたい(家族)	清潔を保持することができる	5/1~10/31	定期的に入浴の機会を保持することができる	5/1~7/31	・バイタルサインのチェック ・入浴介助 ・衣類着脱	訪問入浴	週1回 (金曜日)	5/1~10/31
2	全介助でのおむつ交換が不可欠なので、介護者が腰痛になる可能性がある	介護負担を軽減する	5/1~10/31	介護者が楽な姿勢でおむつ交換をすることができる	5/1~7/31	・福祉用具(特殊寝台)貸与	福祉用具貸与	随時	5/1~10/31
3	通院ができないが、医療との連携が必要である	継続的な医療を受け健康管理ができる	5/1~10/31	・診察の機会を確保することができる ・看護の相談ができ、適切なアドバイスを受けることができる	5/1~7/31	・診察による状態観察、全身管理 ・バイタルチェック ・主治医への報告 ・疼痛管理 ・介護指導	・主治医 ・訪問看護	・月1回 ・随時	5/1~10/31
4	定期的なおむつ交換が必要である	褥瘡の悪化を防ぐことができる	5/1~10/31	おむつ交換を定期的に行うことができる	5/1~7/31	・皮膚観察 ・おむつ交換 ・身体清拭	家族支援	毎日	5/1~10/31
5	栄養のある食事・水分の確保が不可欠である	健康体を維持することができる	5/1~10/31	バランスの取れた食事を食べることができる	5/1~7/31	・買い物 ・食事準備 ・食事介助 ・水分補給	家族支援	毎日	5/1~10/31
6	在宅での生活を継続するために、福祉の情報不足している	状態に即したサービスを利用することができた	5/1~10/31	定期的訪問で、福祉の情報を得ることができる	5/1~7/31	・福祉に関する相談援助	居宅介護支援	適時	5/1~10/31

V. 問題の検討

1. 家族関係の条件

(1) 家族関係が介護にどう影響するか

地域で孤立している夫婦であり、しかも長男は横浜に住み実子でないからか、年に1回ほどしか帰省せず、両親の介護について真剣に考えている様子はない。今回の訪問入浴の申請も、法事で帰省したときの恐らく部屋の尿臭の酷さが分かってのことではないかと思われる。これまで、夫が妻Aの介護を自宅ですてきたものの、十分なものとは言えず、介護

支援専門員が入り込んで徐々に改善の気配は見られるが、夫はこうした介護サービスが自宅に入ることについて未だ好ましく思っていないようである。Aの状態は5ヶ月にわたって入浴しておらず、しかも褥瘡が酷く疥癬らしきものが見られる状態である。こうした状態を放置しておいたままの責任の第一は、夫に帰すべきであるが、既に80歳を過ぎ認知力の低下が見られることから、全ての原因を彼に帰すことは現在の時点では酷かもしれない。しかし、夫の地域社会からの孤立傾向もこうした介護サービスを受

けることが遅れた原因となっている。近隣と付き合いわず、また金銭的に費用がかかることを好まないという傾向から、Aの状態についても医者にかかるような手配はしていない。こうした夫の傾向は、特殊寝台を断るときに、長男が自分たち夫婦を引き取ることになっているからとの理由を挙げているが、長男と介護支援専門員との話では、引き取る気はないと話している。このように、親子関係も親密でないこと、夫の金銭にシビアである様子が見られる。

また、この記録からは、Aの意思や考え等は、既に寝たきりという状態からか、一切手に入れることはできない状況である。こうして欲しいとか、こんな状態だというフィードバックが全くないことから、Aが今の状況についてどう感じているかについて全く手に入れることができない。このような夫婦だけでももってしまっている家族、そして離れている実子でない長男という関係の中で、適切な介護サービスのあり方を協調しながら行うことは難しいことである。

2. 介護サービス介入の問題点

今回の介護サービスの介入の仕方は、当初昨年10月に、民生委員から地域包括支援センターに、この夫婦の妻Aを見かけなくなった、様子を見て欲しいと言われて、見に行ったことがきっかけである。しかし、玄関先で拒否されて帰ってきたという。そのまま放置されていたが、半年後に入浴介護の書類申請が長男からあり、介護サービスが始まった。こうした経緯は夫婦と長男の間での話し合いが行われた結果だと思われるが、地域包括支援センターの係が行ったときに、介護サービスが開始されていたら、Aの褥瘡や疥癬らしき症状、部屋の尿臭などもこれほどにならなかった可能性が高い。このように、地域で孤立している家族で、介護保険制度や介護サービスについての認識を持たずに、老老介護を行っている家族や夫婦に、どう接しどう介護サービスを受けさせるかについて検討する余地がある。介護サービスを受ける際、誰をも自宅に上げることを平気な人もいるが、そうでない人も多い。ましてや尿臭が酷ければ当然だろう。

介護サービスを受けさせるために、心を開くようにどう接していくか、このケースの場合には、第一歩でつまづきがあり、利用者のほうから申請があったから、介護サービスの提供が可能になったが、そうでなければ更に酷い状況になったと考えられる。

また、実際に訪問看護を週一回入れているが、その回数を一日おきにすることで、コンスタントに入浴や褥瘡などの看護や介護ができる状態を維持できると考

える介護支援専門員に、夫はあまり積極的に受け入れようとはしていない。こうした介護サービスの充実についても、どのように理解し納得させるかの問題がある。このように、介護サービスを家族が納得する形で、ステップアップしていく方法や課題についても検討する余地があるだろう。

3. 心身の経過について

記録に見られるAの心身の状態については、以下のようなものである。

- (1)簡易ベッドに横たわっていたAは担当が挨拶をすると、うっすらと目を開け「あー」と応える。(4/21)
- (2)Aは尿で冷たくなったおむつのみを着けて、下着もパジャマも着用せず、下半身裸の状態であった。布団も濡れており、おむつはAがはずせない様にガムテープがいたる場所に貼られていた。また、下半身に黄疸が見られ早急な対応が必要であると思われた。(4/24)
- (3)Aの背中への掻き傷の具合からみて疥癬の可能性が高い。早速、主治医であるMドクターにその旨報告したとのこと。(5/7)
- (4)Aの褥瘡が悪化し白色化しているとのこと。寝具も下着も濡れており、薬を塗布しても改善が見られていないとのことであった。(7/11)
- (5)訪問時、体が斜めになっており、ベッドから足がはみ出し畳に落下しそうになっていた。夫に聞くと、何度か落ちた事があるとのこと。(7/22)

認定調査の時点で、既にAは寝たきりの状況で、手が少し動かすことができるだけで、会話ができない状況であった。食事は寝たままの状況で、ご飯に味噌汁をかけたおじやを日に2度食するだけとなっている。起き上がりはできない状況と記載されている。支援経過記録が、これまでのケースに較べて少ないので、大まかな傾向しか見られないが、認定調査時の状況が継続していることが分かる。褥瘡や疥癬状の症状が悪化してその治療を行っているが、心身の変化については、寝たきりで変化はないと言える。

4. 居宅サービス計画書からみた問題点

Aの要介護は4である。介護支援契約をしてから4ヶ月間しか経っていないが、1ヶ月後に立てたサービス計画表が前述の表（サービス計画表）である。

- (1)「入浴させたい」課題では、◎定期的に入浴の機会を保持することができるの短期目標を挙げている。前年の11月から入浴しておらず、しかも部

屋は尿臭がひどく、褥瘡も見られる可能性が高く、継続的な入浴は必要だと思われる。しかし疥癬になっている可能性があって、入浴が十分に行われる条件を満たしていない。これらのことから、訪問入浴ということについても受ける側の受けるための条件がなければ難しいことを示している。バイタルチェック、入浴介助、衣類着脱については行われているが、「入浴させたい」については、安定的には行われていない。

- (2)「全介助でのおむつ交換をする」課題では、◎介護者が楽な姿勢でおむつ交換をすることができるの短期目標を挙げている。夫は、Aのおむつ交換を1日に1～2回しか行っておらず、しかもおむつもはずれないようにガムテープを貼っていた。このために、特殊寝台の貸与を申し出るが、介護サービス費用を考えてか、躊躇している様子が見られる。Aの症状よりも費用を心配するなど、年齢や認知力の低下などの可能性もあることからか事態の理解ができていない可能性がある。その点で、この目標については十分達成できているとは言えない。
- (3)「通院ができないが、医療との連携が必要である」の課題では、◎診察の機会を確保することができる ◎看護の相談ができ、適切なアドバイスを受けることができるの短期目標を挙げている。訪問看護によるAの状態は、褥瘡が見られ白色化している状態であるが、こうしたことについての夫の理解は低いようである。こうした状態に対する情報はケアマネージャーにも連絡があり、また主治医の訪問もあって、疥癬の疑いがあるとのことで皮膚科での治療の指示を受けている。夫がAの状態を把握し、その改善のために治療を依頼している様子は見られない。介護サービスのスタッフが、バイタルチェック、疼痛管理、主治医への報告などはなされているが、キーパーソンである夫への介護指導は十分と言えない状況である。その点ではこの課題が十分達成できているとは言えない。
- (4)「定期的なおむつ交換が必要である」の課題では、◎おむつ交換を定期的に行うことができるの短期目標を挙げている。家族支援の形の介護サービスとなっており、夫がおむつ交換のメインである。訪問看護での皮膚観察、おむつ交換、身体清拭は行われているが、夫が定期的にAのおむつ交換をしている気配はない。この点から、この目標は達成できているとは言えない。
- (5)「栄養のある食事・水分の確保が不可欠である」

の課題では、◎バランスの取れた食事を食べることができるの短期目標を挙げている。家族支援の形の介護サービスとなっており、買い物、食事準備、食事介助、水分補給を行っているが、夫が十分に栄養がある食事と水分補給をAに提供している様子は見られない。夫の認知力の低下を考えると、こうした家族支援の形でのサービスはうまくいかないことが最初から予想されることである。この目標は達成できているとは言えない。

- (6)「在宅での生活を継続するために、福祉の情報が不足している」の課題では、◎定期的訪問で、福祉の情報を得ることができるの短期目標を挙げている。福祉に関する相談援助となっているが、夫は介護サービスを受けることに積極的でなく、介護サービスの提供についての理解や展望も持ち合わせていない。しかも長男は横浜在住なので、家族の統一的な意思も得られない状況である。このことからすると、介護支援専門員が積極的に介入し、Aの介護の改善をしなければならぬ状況となっている。この点から、この短期目標は達成できているとは言えない。

このように、短期目標を設定しているものの、十分に達成できているものは少ない。その原因は、まだ介護サービスを提供して時間が短いことや、夫の認知力の低さや介護サービスに対する認識が十分でないことなどが関係していると思われる。これらの目標を達成させるためには、夫の認知力を考慮しながらも介護サービスへの理解を得ること、長男との連携などの問題をクリアしないと、適切なサービスを提供し、目標を達成できないと考えられる。

VI. 終わりに

本来、介護サービスを受けるためには、家族全体で利用者の介護の必要の程度を考えて、認定調査を依頼し介護度の判定を受ける。そして、それに伴う介護サービスを受けるために居宅介護事業所に依頼し、介護支援専門員のケアプランを立てて実施するのが一般的である。しかし、実際には、介護保険や介護サービスについての認識を持っておらず、そうしたサービスを受ける、また受けられることを知らなかったりするケースも多々存在すると予想される。これは、介護保険制度が頻繁に変わって、介護サービスを担っている専門家さえ、法律や制度について詳しく知らないまま業務している場合があると聞くにつけ、利用者が理解できないのは仕方のないことかも知れない。

今回のケースは、こうした介護サービスを受けるための前提が満たされないケースということができる。

地域との交流がないためか、夫婦の実情を民生委員も詳しく知らず、Aを見かけないからと偶然に地区の地域包括支援センターに連絡したものの、包括センターの係は玄関で追い返される。もし、この時点で、適切な介護サービスが得られていれば、状況はこれほどになっていなかったかも知れない。結果的に、長男が帰省した折の説得で、認定調査、ケアプラン作成、サービス提供となってきたが、現在は入浴サービスが週1回、訪問介護が週1回となっており、十分なサービス提供とはなっていない。また特殊寝台についても、Aの生活を考えるとなるべく早く設置したほうが良いと思われるが、夫の反応は芳しくない。認知力の低下による部分があるとしても、金銭的問題を気にしている様子が見られる。年金額についても少ない筈はないと推定できるが、こうした場面での決断ができない、また自分の年齢や将来に対する必要な金額をどの位必要とするかについての判断もできない様子である。こうしたことは、Aの存在が夫にとってどのようなものかという夫婦関係にもよることである。

こうした状況の中で、介護支援専門員がどう入っていくか、どの程度の介護サービスが必要なのかについて、介護支援専門員の中に一般的な基準を内的に持っている必要があるのではないか。こうした基準と、夫や長男の考えとのせめぎ合いを通して、あるレベルの介護サービスが提供されるのではないだろうか。つまり、介護を受ける側の権利と、社会的に見て適切な介護サービスとの兼ね合いを決めるのは、その家族関係

やその人たちの性格などの条件に大いに依存するということは、これまでのケースと同様である。これまでように、介護支援専門員の手を離れるまでの経過を示したケースとは異なり、担当して半年程度のケースであり、今後どのように展開していくかについても見守ることが必要と思われる。

引用文献

- 1) 平成21年度介護報酬改定の概要, 厚生労働省議事録インターネットより, 08.12.26
- 2) 研攻一, 松田水月, 坂倉久美子「在宅における高齢者介護の問題(1) 介護支援専門員の立場を通しての事例研究」, 羽陽学園短期大学紀要 第7巻第4号, 2006.2
- 3) 研攻一, 坂倉久美子, 松田水月, 荒木隆俊「在宅における高齢者介護の問題(2) 暴力行為と見られる行動がある夫婦関係の事例」, 羽陽学園短期大学紀要 第8巻第1号, 2007.1
- 4) 研攻一, 坂倉久美子「在宅における高齢者介護の問題(3) 一貫した公的介護サービスが提供しにくい事例」, 羽陽学園短期大学紀要 第8巻第2号, 2008.2
- 5) 研攻一, 坂倉久美子「在宅における高齢者介護の問題(4) 息子夫婦、特に嫁と姑の確執が継続した事例」, 羽陽学園短期大学紀要 第8巻第3号, 2009.2

SUMMARY

Kohichi TOGI,
Kumiko SAKAKURA:

The Problem of Care Management for the Older People in the Home (5)
– The Case Study of an Elderly Couple Isolated in the Neighborhood –

This study is to clear the factors which influence care situation of older people in their home who have received the home care service based on the long-term care insurance, from stand of the care-manager who bear the responsibility of the care management.

In this study, before an elderly couple who have been isolated in the neighborhood receive the home care service based on the long-term care insurance, we examined what kind of the problems which we have to solve are.

As a result of consideration of the case, the following problems are acquired.

- (1) In order to make them receive the home care service, how do we get them to have the knowledge of the home care service based on the long-term care insurance?
- (2) How do we persuade and consent the husband who resist and reject the proposal of the home care service based on the long-term care insurance because of spending money?
- (3) Whom does the care manager should consult and talk to in the family?

(K.TOGI ; Uyo Gakuen College

K.SAKAKURA ; Support Office for Home Service)