

要介護高齢者に対するショートステイサービスの再検討 — 施設機能利用サービスとしての問題点 —

A Review of Short Stay Care Service for the Dependent Elderly

— Issues in Utilizing Nursing Home —

岡村 裕* 萩原 清子**

Hiroshi Okamura Kiyoko Hagiwara

I. ショートステイサービスの再検討の必要性

加齢、疾病の結果、たとえ身体機能が低下しても、住み慣れた居宅において生活を続けたいという望みは誰もが捨てきれない。厚生省は、現在、その望みを実現するため、在宅福祉対策の緊急整備を推進している。

ショートステイサービス(以下ショートステイ)はその在宅福祉対策の一つであり、施設サービスを地域に開放する施策の一環として昭和53年度に制度化された。その目的は、現在、要介護高齢者を施設に一時的に保護し、介護者の負担軽減を図ることにより、要介護高齢者とその家族の福祉の向上を図ることとされている。また、その利用要件は、原則として、①概ね65歳以上で家族の介護を受けている者であり、②疾病、出産、冠婚葬祭、災害、失踪、出張、転勤、看護、学校等への公的行事への参加の社会的理由とそれ以外の私的的理由のために家庭での介護が困難な状態にあることに加えて、③実施主体である市町村の首長が保護する必要があると認めた場合とされている¹⁾。

当初、その利用要件については社会的理由のみに限られていた。それが、介護者のニーズの拡大に伴い、昭和60年度には社会的理由以外の介護疲れ、旅行等の私的理由による利用が可能になり、続いて平成元年度には、従前全額自己負担であった私的理由の利用料が、社会的理由と同額に改められた。さらに対象者についても常時の介護が必要な者に加え、虚弱な高齢者にまで範囲を拡大した。

このような利用要件の改定に伴い、その受け皿に関しても量的な拡大が図られてきた。当初、この事業は特別養護老人ホームの空きベッドのみを活用していた。それが、昭和60年度から国庫補助による専用ベッドの整備、虚弱な高齢者のための養護老人ホームにおける事業が開始され、平成元年度にはショートステイ専門施設の整備も始まった。そのベッド数については着実に整備されてきており、高齢者保健福祉十年戦略においては、平成11年までに5万床までの増床を計画している²⁾。また、原則として7日以内の利用期間についても、介護者の多様なニーズに対応して、状況に応じた期間の延長が検討されている。

本来、ショートステイは介護者のためのサービスという性格が濃い。前述したように、わが国では、その対象者は原則として家族の介護を受けている要介護高齢者である。また、サービス利用の契機となるのは、要介護高齢者の意志、選択ではなく、介護者の疾病、休息、用事等とされている。

アメリカにおいてもわが国のショートステイにあたるレスピトケアは、その名称が示すとおり、介護者の介護能力の維持、増進を目的とした介護者の休養サービスである。最近、高齢者の施設長期療養ケアは経済的問題から退院を迫られるケースが増加し、その結果として家族への介護負担が増えつつある。その介護負担を軽減するためにレスピトケアという一時的な介護の休止サービスへの要求がさらに強くなってきている³⁾。

イギリスにおけるショートステイについては、わが国やアメリカの場合と若干の差がみられる。

*長野大学研究生 **長野大学

介護者の休息、休養が最も多いが、高齢者自身の休暇、老人ホームへの入所準備といった理由も続いて多い⁴⁾。とはいえ、介護者のためのサービスという性格はやはり強い。殆どの介護者は、ショートスティの最も重要な効用を介護者の休養であると述べ、ショートスティに対する肯定的な考えを示している。その一方、高齢者についてはショートスティを楽しみにしている者もいるが、部屋の共有についての不満等から利用したくないと訴えたり、介護者のために仕方なく利用する等、家族と高齢者のニーズに不一致があるとも指摘されている⁵⁾。

このショートスティについて、全国社会福祉協議会は、平成3年8月に特別養護老人ホーム77施設、その利用者708人を対象として実態調査を行っている⁶⁾。それによると、ショートスティを利用した介護者の92.8%は再度の利用を希望している。そして、今後の利用形態については、「介護する自分の健康状態の維持のため」59.7%、「冠婚葬祭等、何か必要のある場合」91.2%、「高齢者の気分転換、療養」20.1%を希望している。また、高齢者のショートスティの利用に対する捉えかたについては、「自分から積極的に利用したいという気持ちを持っていた」13.1%、「説得し、納得してもらった」40.7%、「仕方なく」は10.6%、「はっきり知らせなかった」7.5%、「どう受け止めたのかわからない」20.6%と介護者は答えている。

さらに、調査結果の中には注目すべき部分がある。それはショートスティ利用後の高齢者の身体状況等の変化についての家族の回答である。最も多かったのは「特に変化はない」の57.8%であったが、続いて「落ち着いてきた」17.7%、「よく話をするようになった」13.3%、「家族に対して協力的になった」11.9%、「意欲が出てきた」11.4%、「病状がよくなった」10.7%とショートスティのプラス面が現れていた。しかし、その一方では、「病状が悪くなった」2.3%、「話しかけが少なくなった」3.5%、「積極性がなくなり、意欲がなくなった」3.1%、「不安定になった」3.8%とほんの少数ではあるが、マイナス面もデータから浮かび上がってきている。

数字的に少数ではあるが、この実態調査におけるショートスティのマイナス面を看過することは

できない。というのは、仮に介護者の負担を一時的に軽減できたとしても、ショートスティが高齢者にとって悪影響をもたらす要素を含んでいるならば、結果として、高齢者の身体あるいは精神機能を低下させ、利用後の在宅生活にも支障を与えかねないからである。では、実際、そのような事実があるのだろうか。もしあるとするならば、ショートスティが高齢者に悪影響を与えている要因は一体何か。

この問題を解決するためには、実際のサービスの提供主体である施設での実践の視点から検討しなおす必要がある。なぜなら、制度上ショートスティは、在宅サービスの中に含まれてはいるが、実際は、介護者の負担を軽減するために高齢者が施設に入所し、施設機能を利用したサービスを受けるといった性質のものだからである。しかし、これまでのところ、施設側の視点からショートスティについての検討は充分に行われてきたとはいえない。

そこで、以下、まずショートスティ利用者の実態をケーススタディし、その結果をもとに、現行ショートスティの抱える問題点について考察したい。

II. ショートスティサービスの利用実態

一 特別養護老人ホーム

A 施設における実践から

本章において分析する対象施設は、かつて岡村が勤務していた特別養護老人ホームA施設である。A施設は、23市町村の広域一部事務組合によって運営されている。定員は措置100人、ショートスティ20人であり、一般棟に90人、痴呆専用棟に30人が入所可能である。ショートスティは寝たきり14人、痴呆6人のベッドが用意されている。

調査は、1991年7月から1993年3月までの延べ利用者231人を対象とした。延べ人数を採用したのは、同一人物の再利用についてもその度に生活状態、利用理由は当然異なるためである。

ショートスティ利用者は、費用負担の関係で寝たきりか痴呆のどちらか一方に属することになるが、その区分は実施市町村で決定している。内訳は、

痴呆109人、寝たきり122人であった。

1. ショートステイ利用者の概要 (表1参照)

まず、利用日数についてであるが、平均はほぼ1ヶ月であった。7日以内の本来の意味でのショートステイ利用者は65人と30%にも満たなかった。一方、2ヶ月以上の利用者が13人いた。それぞれ63日、84日、90日、180日、180日、206日、271日、305日、305日、343日、411日という数であり、かなりの長期滞在である。

次に家族状況であるが、最も多いのは61%で息子夫婦との同居であった。また、主な介護者は息子の妻、つまり嫁の割合が54.1%とやはり多かった。

利用理由については、「介護者なし」、「介護者休養」、「介護者疾病」、「本人休養」、「冠婚葬祭」、「介護者仕事」、「農作業」、「住居改造」、「その他の私的理由」に分類された。このうち「その他の私的理由」の内容は旅行やレジャー等である。最も多かったのは「介護者休養」の48.1%、続いて「介護者なし」という利用理由であった。

入所経路は、自宅から、他施設のショートステイから、老人保健施設から、病院から等に分類できるが、自宅からが86.6%と圧倒的に多かった。また、退所場所については、自宅に帰ったものが76%と多かった。自宅からの入所86.6%を考えると、10.6%の利用者が自宅から入所しながら自宅に戻らなかったといえる。その自宅に戻らなかった者については、ショートステイで措置入所待機し、順番がまわってきた者は当施設か、他施設に入所した。しかし、入所が決まらない者は、他施設のショートステイか、老健施設に措置入所待機で入所していった。施設での対応が困難で医療行為が必要と判断されて病院へ入院となった者もいた。

最後に利用者のADL(Activity of Daily Living: 日常生活動作)についてであるが、ここでは排泄状況のみについて調べた。なぜなら、介護時における負担を考える場合、やはり一番重荷になるものは排泄行為だからである。排泄動作は精神機能と身体機能のいずれかに何らかの異常が生じている場合、正確に行うことができない。特に関連があるのは、痴呆の有無、移動する能力、尿便意

である。この3つの機能の程度によって実際の排泄状況が変わってくる。そして、これが施設の中ではほぼ7つの形に分類された。これについて、簡単に分類すると排泄自立、部分介助、オムツ使用になるが、それぞれ41人、120人、70人となり、部分介助を必要とする高齢者の利用が多かったといえる。

2. 利用の目的と利用実態

次に、利用の理由と利用日数、入退所経路、家族状況、ADLとの関係について、どのような利用者がどんな目的でショートステイを利用しているのか、その実状をみてみよう。

1) 利用理由と利用日数 (表2-(1)参照)

まず、利用の理由と利用日数の関係であるが、全体の利用日数のうち、「介護者なし」が46.2%とほぼ半分を占めた。1人あたりの平均滞在日数が最も長かったのは、97日の「住居改造」である。しかし、「住居改造」による利用日数が全体の5.1%であることを考えると、たいした数ではないといえる。

最高滞在日数411日は「介護者なし」であった。その他、「介護者休養」が60日、「介護者疾病」が60日、「介護者の仕事」10日、「農作業」90日、「住居改造」180日となっている。しかし、「冠婚葬祭」の58日については解釈が困難で、この理由の中には介護者休養等の理由も含まれていることも考えられる。

2) 利用理由と入退所経路 (表2-(2)、(3)参照)

入所前に自宅で生活していた者が、どのような理由でショートステイを利用するのだろうか。

最も多いのは、「介護者休養」であるといえる。しかし、ここで注目すべきは、「介護者休養」での利用者が入所前に111人いたにもかかわらず、自宅に戻った者が100人に減少していたことである。すなわち、「介護者休養」で利用したとしても全員が自宅に戻っているわけではないということである。そして、その11人については退所後どうなっているかということ、他施設のショートステイへの移動、病院、老健施設、特養への措置入所であった。さらに、「介護者の病気」、「本人の休養」で利用した者についても、それぞれ5人、1人

表1 ショートステイサービス利用者の概要

N=231

1. 性別	男 82人	女 149人
2. 区分	痴呆 109人	寝たきり 122人
3. 平均年齢	79.4歳	
4. 利用日数	平均日数 33日	
	7日以内 65人	8日～30日 100人
	31日～60日 53人	61日以上 13人
5. 世帯の状況	① 一人暮らし	16人 (6.9%)
	② 老夫婦	23人 (10.0%)
	③ 老夫婦息子夫婦同居	13人 (5.6%)
	④ 老夫婦娘夫婦同居	2人 (0.9%)
	⑤ 娘夫婦との同居	25人 (10.8%)
	⑥ 息子夫婦との同居	141人 (61.0%)
	⑦ 独身の子との同居	8人 (3.4%)
	⑧ 兄弟の家族との同居	1人 (0.4%)
	⑨ 兄弟との同居	2人 (0.9%)
6. 主介護者	① なし	23人 (10.0%)
	② 配偶者	39人 (16.9%)
	③ 息子	13人 (5.6%)
	④ 娘	25人 (10.8%)
	⑤ 息子妻	125人 (54.1%)
	⑥ 兄弟	1人 (0.4%)
	⑦ その他	5人 (2.1%)
7. 利用理由	① 介護者なし	41人 (17.7%)
	② 介護者休養	111人 (48.1%)
	③ 介護者の疾病	25人 (11.0%)
	④ 本人休養	5人 (2.2%)
	⑤ 冠婚葬祭	10人 (4.3%)
	⑥ 介護者仕事上都合	10人 (4.3%)
	⑦ 農作業	6人 (2.5%)
	⑧ 住居改造	4人 (1.7%)
	⑨ その他の私的理由	19人 (8.2%)
8. 入所前生活場所	① 自宅	200人 (86.6%)
	② 他福祉施設	13人 (5.6%)
	③ 老健施設	8人 (3.5%)
	④ 病院	10人 (4.3%)
9. 退所場所	① 自宅	176人 (76.2%)
	② 施設措置	17人 (7.6%)
	③ 他施設短期	23人 (9.9%)
	④ 老健施設	5人 (2.2%)
	⑤ 病院	15人 (6.5%)
10. 利用者 A D L	① 施設内自立トイレ	41人 (17.7%)
	② 常時臥床オムツ	65人 (28.1%)
	③ 部分介助ポータブル	17人 (7.3%)
	④ 痴呆臥床オムツ	40人 (17.3%)
	⑤ 痴呆オムツ	14人 (6.1%)
	⑥ 痴呆トイレ誘導	29人 (12.6%)
	⑦ 痴呆自立	25人 (10.8%)

表2 利用の目的と利用実態

(1) 利用理由と利用日数

(単位：日 N=7661)

	(1人あたり) 平均滞在日数	最高滞在日数	合計日数
介護者なし	86	411	3544 (46.2%)
介護者休養	20	60	2250 (29.2%)
介護者の疾病	29	60	738 (10.0%)
本人休養	36	60	181 (2.2%)
冠婚葬祭	11	58	112 (1.4%)
介護者仕事上都合	5	10	51 (0.7%)
農作業	38	90	228 (3.0%)
住居改造	97	180	388 (5.1%)
その他の私的理由	9	56	169 (2.2%)

(2) 利用理由と入所前居場所

(単位：人)

	自宅	特養短期	老健	病院
介護者なし	12	11	8	10
介護者休養	111	0	0	0
介護者の疾病	24	1	0	0
本人休養	4	1	0	0
冠婚葬祭	10	0	0	0
介護者仕事上都合	10	0	0	0
農作業	6	0	0	0
住居改造	4	0	0	0
その他の私的理由	19	0	0	0

(3) 利用理由と退所場所

(単位：人)

	自宅	特養短期	老健	病院	特養長期
介護者なし	5	12	5	9	10
介護者休養	100	6	0	5	5
介護者の疾病	19	4	0	0	2
本人休養	3	1	0	1	0
冠婚葬祭	10	0	0	0	0
介護者仕事上都合	10	0	0	0	0
農作業	6	0	0	0	0
住居改造	4	0	0	0	0
その他の私的理由	19	0	0	0	0

と数は少ないが、自宅に戻っていない者が存在している。「介護者なし」という理由による利用者の中に自宅に戻った者が少ないことについては、ある程度理解できるが、「介護者休養」、「介護者病气」、「本人休養」といった理由での利用者のすべてが自宅に戻っていないということは何を意味しているのだろうか。

このことは、「介護者休養」、「介護者疾病」という理由が、「介護者なし」という理由の前段階、すなわち、介護困難状態の予備群であるということ

を意味していると思われる。在宅介護が限界での利用のため、高齢者あるいは、家族の生活状況の微妙な変化により、自宅に戻ることが困難になっているのであろう。

一方、冠婚葬祭、仕事上の都合、農作業、住居改造については、全員が自宅に戻っている。これらの理由の利用については、在宅介護継続の危機的状況にはその時点ではなかったといえる。

3) 利用理由と家族介護状況(表2-(4)、(5))

「介護者なし」という理由で利用した者は、全員

(4) 利用理由と世帯の状況

(単位：人)

	一人暮らし	老夫婦	子との同居	その他
介護者なし	13	9	19	0
介護者休養	0	9	100	2
介護者の疾病	0	3	23	0
本人休養	3	2	0	0
冠婚葬祭	0	1	9	0
介護者仕事上都合	0	0	10	0
農作業	0	0	6	0
住居改造	0	2	2	0
その他の私的理由	0	2	17	0

(5) 利用理由と主介護者

(単位：人)

	なし	配偶者	子ども	息子の妻	その他
介護者なし	17	12	6	13	3
介護者休養	0	18	13	77	3
介護者の疾病	0	6	6	13	0
本人休養	5	0	0	0	0
冠婚葬祭	0	2	0	8	0
介護者仕事上都合	0	0	6	4	0
農作業	0	0	2	4	0
住居改造	1	1	0	2	0
その他の私的理由	0	3	3	13	0

(6) 利用理由とADL (排泄)

(単位：人)

	施設内自立	部分介助	オムツ使用
介護者なし	12	18	11
介護者休養	8	62	41
介護者の疾病	6	11	8
本人休養	5	0	0
冠婚葬祭	2	6	2
介護者仕事上都合	0	9	1
農作業	1	3	2
住居改造	2	0	2
その他の私的理由	5	11	3

が一人暮らしというわけではない。配偶者、子との同居をしている者のほうが多い。41人中28人と、半分以上が実際同居している。また、主な介護者も配偶者12人、子6人、息子の妻が13人と存在している。すなわち、「介護者なし」という理由での利用者は、実際介護者がいないわけではなく、介護する能力のある者がいないか、介護する意志がないか、あるいは介護の限界にきているものであるといえる。

4) 利用理由と高齢者のADL状況 (排泄)

(表2-(6) 参照)

「介護者なし」という理由による利用者と介護者に何らかの理由があって利用する者との間に高齢者のADLに明らかな差はない。むしろ、施設内自立者については、「介護者なし」の者のほうが多かった。

このうち「介護者なし」での利用による施設内自立者は、一人暮らしの者である。しかし、残りの者は明らかに介助が必要であり、一人暮らしは困難である。つまり、実際は「介護者なし」という理由で利用してくるが、何らかの形で介護者は存在していることが予測される。

3. 入所時と退所時のADL(排泄)変化

ADLの項目には、食事動作、入浴動作、更衣動作、排泄動作等がある。ここでは排泄状況のみについて調べた。前述したように、介護時における負担を考える場合、やはり一番重荷になるものは排泄行為だからである。

まず、入所前にどのような状況にあったかをみると、表3-(1)、(2)のように分類することができ

る。排泄動作は精神機能と身体機能のいずれかに異常が生じている場合、正確に行うことができない。特に関連があるのは、痴呆の有無、移動する能力、尿便意である。この3つの機能の程度によって、実際の排泄状況を7つの形態に分類した。そこで、入所時と退所時の排泄状況の変化を比較してみた。なお、「向上」のケースについては殆ど観察されなかったため、ここでは「維持」と同様みにみなした。

表3 ADL(排泄状況)の分類と変化

(1) 施設における精神、身体状況との関連からの実際の排泄状況分類

	痴呆症状	移動能力	尿便意	実際の排泄状況
1	無	自力でベッドから移動できる	有	トイレ、ポータブル
2	無	自力でベッドから移動できない	有	オムツ使用
3	無	自力でベッドから移動できない	有	介助で尿便器
4	有	自力でベッドから移動できない	無	オムツ使用
5	有	自力でベッドから移動できる	無	オムツ使用
6	有	自力でベッドから移動できる	無	誘導でトイレ
7	有	自力でベッドから移動できる	有	トイレ

(2) (1)の補足(分類1~7の具体的説明)

1. 室内での生活はほぼ自立で、尿便意もありトイレで排泄する
2. 常時臥床で、尿便意はあるがオムツ使用している
3. 常時臥床しているが、尿便意があるため、介助によりポータブルトイレ尿器等で排泄する
4. 常時臥床で痴呆症状があり、尿便意もないためオムツ使用している
5. 歩行は可能だが、痴呆症状があり尿便意がないためオムツ使用している
6. 痴呆症状があり、尿便意もないが歩行可能なためトイレへの誘導で排泄する
7. 痴呆症状があるが、軽度で歩行可能なためトイレで排泄する

(3) 排泄状況の変化

(単位：人)

退所時排泄状況	入所前	維持した者	低下した者	変化
1. 施設内自立トイレ	41	41	0	
2. 常時臥床オムツ	65	65	0	
3. 部分介助ポータブル	17	7	10	オムツ使用へ
4. 痴呆臥床オムツ	40	40	0	
5. 痴呆オムツ	14	14	0	
6. 痴呆トイレ誘導	29	14	15	オムツ使用へ
7. 痴呆自立	25	25	0	

(4) ADL低下と利用日数

入所時排泄状況	退所時変化	平均利用日数
部分介助ポータブル	維持	4日
	オムツ使用に低下	28日
痴呆トイレ誘導	維持	31日
	オムツ使用に低下	41日

その結果、入所後、排泄状況に低下がみられた者は表3-(3)にみられるように231人中25人で、残りは全員「維持」の状態にある。「低下」ケースは2つのタイプに分けることができる。一つは、自力でベッドから移動することができないため、介助によってポータブルトイレなどで排泄を行っていた者のタイプであった。もう一つは、痴呆症状があり尿便意はないが、歩行が可能のためトイレに誘導して排泄をしていた者のタイプである。両者とも半数が退所時にはオムツ使用になっていた。

さらに、その2つのタイプについて、それぞれ「維持」した者と「低下」した者に分け、その利用日数について比較調査してみた(表3-(4))。その結果、「低下」した者は「維持」した者に比べ、平均利用日数が多かった。このことは、施設入所期間が長ければ長いほど、ADLの低下する可能性が高いことを示しているといえる。

一方、この2つのタイプ以外の者、すなわち、生活がほぼ自立していて排泄を自力で行っていた者およびオムツ使用者には「低下」はみられなかった。

以上の調査結果から、A施設におけるショートステイとその利用者の実態が明らかになった。すなわち「介護者休養」という理由による利用者の多さ、「介護者なし」という利用者の利用日数の多さ、自宅復帰困難者の存在、そしてADL低下者の出現等である。

「介護者休養」が利用理由のほぼ半数を占めていたことについては、ショートステイが持つ介護負担の軽減サービスという性格から当然の結果といえる。しかし、その一方で「介護者なし」という利用理由による長期滞在者、施設間移動者の多さは、ショートステイが施設入所待機者の臨時的の居場所であることを示しているといえよう。利用日数のほぼ半分を占めていた「介護者なし」という理由での利用者は、入所待機者であることは間違いないからである。それは、入所前の生活場所や退所場所の大部分が、他施設のショートステイ、老人保健施設、病院であること、また施設滞在期間がかなり長いことから伺うことができる。

自宅復帰ができなかった者の出現については、

在宅福祉サービスとしての問題点を示していると思われる。しかし、自宅に戻らなかった者の中には、施設長期入所を待機し当施設か、他施設に長期入所した者がいたこと、また入所が決まらなかった場合には他施設のショートステイか、老健施設に措置入所待機で入所した者がいたことは、自宅復帰困難者の中に在宅介護の限界にきていた者が含まれていたことを示している。

A施設におけるショートステイ利用者の大部分は、在宅介護の限界が接近しつつある者、在宅介護がすでに崩壊状態にある者であったといえる。

しかし、ここで最も看過しえない問題は、利用者の中に少数ながらADL低下者が出現したことである。このことについては、次章でその原因を究明したい。

Ⅲ. 施設機能の利用サービスとしての問題点

前章で明らかになった利用者の実態の中でも、特に問題となるのはやはり、利用者のADL低下の問題である。「低下」する者は2つのタイプにみられた。一つは、自力でベッドから移動することができないため、介助によってポータブルトイレなどで排泄を行っていた者、もう一つは、痴呆症状があり尿便意はないが、歩行が可能のためトイレに誘導して排泄をしていた者であった。両者とも半数が退所時にはオムツ使用になっていた。

さらに、施設入所期間が長ければ長いほど、ADLの低下する可能性が高いことを示していた。一方、この2つのタイプ以外、すなわち生活がほぼ自立していて排泄を自力で行っていた者、完全オムツ使用者には低下はなかった。なぜ、このような形でADL低下者が出現するのだろうか。A施設におけるADL低下事例を検討しながら現行ショートステイの問題点について考察したい。

【事例1】 介助によるポータブルトイレ排泄からオムツ使用になったケース

Y・K 男 79歳

(入所までの過程)

2年程前に脳梗塞で倒れ、以後その後遺症の左半身マヒにより、常時臥床の生活。自宅で自営業の長男が介護していた。他家族員については不

明。日常生活は食事以外はすべて介助を要した。自宅ではベッド使用。歩行が不可能なため排泄はポータブルトイレ使用だが、部分的な介助でなんとかできていた。利用理由は「介護者休養」のため60日間の希望であった。

(入所時)

長男に付き添われて入所。車椅子で居室まで介助移動する。排泄は調子がよければ自力でできるとのことであった。軽度の痴呆があり、ナースコールを使用することができない状況であった。

(入所後の生活)

排泄時ナースコールにより職員を呼ぶことができないため、自力で排泄を試るがベッドから転落のような形になってしまうことが多かった。施設には常時観察の人員的余裕はなく、危険であるということで畳部屋での生活となり、オムツ使用となる。

(退所時)

60日間の予定であったが、家族の希望により6日で退所となる。排泄はポータブルトイレからオムツ使用になっていた。

(退所後)

特別養護老人ホームへのショートステイ利用の依頼は、それ以来こなかった。

【事例2】寝たきりになった痴呆性老人のケース M・Y 男 74歳

(入所までの過程)

2、3年程前より痴呆症状が現れてきていたが、自宅において妻の介護でなんとか生活できていた。日中は、妻と一緒に家の中にいた。また、デイサービスを週1回利用していた。家族は妻、次男、次男の妻、孫3人は学生で専業農家である。利用の理由は、介護していた妻が大腿骨骨折での入院となったことに加え、次男夫婦は農作業期であり、その期間だけ介護ができない状況のためであった。期間は30日間の希望であった。

痴呆症状は軽度であり、記憶障害、失見当識、判断力の知的機能低下が目立つが、徘徊、不眠、攻撃的行動、拒食といった問題行動はなかった。コミュニケーションは全く不可能ではない。介助を要するのは、排泄、入浴、着替えであった。しかし、排泄は失禁も少々あったが、トイレは誘

導すればなんとか可能であった。自力歩行が可能。健康状態については前立腺肥大があり、投薬管理していた程度。他の検査値に異常はなかった。痴呆症状に対しては投薬はなかった。精神科への受診はしたことがない。主治医は特別養護老人ホームの嘱託医（内科）であった。

(入所後の経過)

次男の妻に付き添われて歩行して入所。痴呆性老人専用棟での生活となる。入所当初より落ち着かず、辺りをあてもなく歩いていた。

徐々に痴呆症状が悪化し失禁が多くなるということで、オムツ使用となるが、オムツをはずしてしまうため痴呆症衣（つなぎ寝巻）を着ることになる。言葉が乱暴になりだす。ある日、職員の背後からエプロンの紐をひっぱり、結果としてそれが首をしめるような動作になってしまった。職員間では“対応しきれない”、“精神科に入院させたほうがいい”、“退所させてほしい”との意見が出たため、主治医である嘱託医に相談、精神科嘱託医の指導をうける。同時に家族に相談するが、今は家庭でみることはできないため、入所を継続してもらえるならば多少の投薬管理等は仕方ないとのことであった。職員間の話し合いの結果、施設での援助を継続してゆくことになる。精神科医の指導により、翌日から向精神薬が投薬されるが、調整が順調にいかず、まず歩行不可能となる。その後も観察しながら薬の量を調整していくが、寝たきりの状態になる。その後農作業が終了し、希望期間滞在後退所となる。

(退所時の状況)

自力で起き上がることができなくなっていた。精神的には、薬がかなり効いているようで反応が鈍くなっていた。ADLに関しては食事以外全介助が必要な状態であった。

(退所後自宅生活)

村からベッドをかり、次男の妻が介護することになる。そのうち自宅には妻も退院して戻ってきたが、褥瘡ができ寝たきり状態であった。妻は徐々に回復し、ベッドまわりのことは自分でなんとかできる程度にはなったが、次男の妻は2人の要介護高齢者を抱えることになってしまった。その後は、特別養護老人ホームには入浴サービスを車椅子の状態で行っていた。何日か後に、介護し

ている次男の妻の用事で再び M・Y さんについて 2 日程のショートステイ入所の話がくるが、MR SA 保菌者ということで入所拒否される。当時、特別養護老人ホームには保菌者はいなかった。妻が病院で保菌してきたらしい。その結果、入浴サービス利用もできなくなってしまった。家族は仕方がないというだけであった。

事例 1 および 2 はいずれも初めてショートステイを利用した者であった。両者の共通点は、軽度の痴呆はあるが、ほぼつききりの介護を受けることによって自宅で生活していたことである。また、日々の調子によって排泄状況が変化するなど、微妙なバランスの中で生活が成り立っていたともいえ、精神的にも不安定になりやすい状況であった。

事例 1 は、入所時自力でベッドから移動することができないため、介助によってポータブルトイレなどで排泄を行っていた者である。しかし、自力で排泄を試る高齢者を危険と判断し、結果としてオムツ使用にしたケースである。この高齢者は自宅では家族の手も少しは借りていたが、なんとかポータブルトイレを使って排泄をしていた。家族からは手厚い介護を受けていたようである。

事例 2 は、入所時痴呆症状があり、尿便意もないが、歩行が可能のためトイレに誘導して排泄をしていた者である。痴呆性老人に対する職員の対応の問題もあるが、精神的に興奮した状態は職員だけでなく他の入所者にとっても危険であったため、このような対応はその時点ではやむをえなかったケースである。精神的に不安定になったきっかけは明確ではないが、その時点で一時的でも自宅に戻ることができたならば、状況は変わっていたかもしれないと思われる。しかし、家族も農作業期間中という介護者自身の生活に関わる理由があったため、やむを得ず精神科医にまかせた形になった。結果として家族の要望は達成できたが、そのために高齢者の生活レベルが極度に低下することになり、同時に在宅介護の負担も増加させてしまった。

このように、ショートステイを利用することにより結果として ADL が低下した事例 1、2 はどのような問題を含んでいるのだろうか。

1. サービスの画一性

まず、考えられる問題は施設におけるサービスが画一的に提供されている事実があげられる。

ショートステイは施設機能の利用策であるため、利用者には施設長期入所者とはほぼ同様のサービスが提供される。しかし、施設生活を継続していた者と、在宅からショートステイで入所する者には当然そのニーズに違いがある。特に、環境の変化を体験したばかりのショートステイ利用者については細心の注意が必要である。しかし、実際は施設職員は特にそのような意識をしていない。すでに施設生活に馴染んでいる施設長期入所者と同様に対応する傾向が強いのである。

そのため、自宅で行ってきた介護方法を、最初から施設で継続しようとはせず、施設のやり方ややらせてもらうというように画一的サービスの枠の中に当てはめる傾向がある。施設が入所者に合わせるのではなく、施設生活に適応してもらう、極端に言えば、適応できない者は入所対象外であると考えているようである。しかし、その適応の基準というのは、決して明確な根拠があるわけではなく、職員たちの介護能力ではやりきれないからといった主観的性質のものである。そのため、少しでも手のかかる人が入所してきたならば、“いつ自宅に帰るのか”、“大変な人は受け入れ拒否して欲しい”、“問題のない人はほっとする”というのがショートステイ入所に対する職員の本音である。たとえ家族からの介護方法に関する要望があっても、家族はなんとか預って欲しいという状況にあるため、最終的には施設で介護しやすいようにかえられてしまうのが現実である。

加えて、現行施設の人員体制の問題による低水準のサービスにも関係があるだろう。家族にしてみれば、オムツ交換をすることのほうが費用的にも労力的にも介護の負担は大きい。あまり外出できないが、観察しつつ、少し手を貸しながら自力で排泄をしてもらっていたほうが介護量という点では最少限ですむ。

しかし、施設は限られた人員の中で業務を行うため、つききりの介護をする余裕はまずない。オムツ交換、トイレ介助については随時交換を当然のこととして実践している施設もあるが、大

抵、施設では随時に行わなければならないトイレ誘導やポータブルトイレ介助より定時に行うオムツ交換の方が労力を使わない。介護専門職にとってはオムツ交換はそれほど苦にならないため、定時介助を選択する場合も少なくない。さらに、設備面ではベッドの高さは介護労働負担の軽減を考慮して、家庭で使われているものより高い。当然ポータブルトイレで自立していた者が、足が床につかないためそれができなくなることもある。

現行ショートステイは、単に施設に短期間入所して、施設入所者と同様の画一的サービスをうけるという性質のものである。施設入所者と異なったニーズを持ちながら、それが充足されなければ、ショートステイ利用者の ADL 低下は起こって当然のことであるといえる。

2. サービスの無計画性

第二に、サービスの提供に関して、計画性のうすさをあげることができる。つまり、サービスの画一化を強める要因を現行制度そのものが持っているのである。それは、利用者の生活に関する詳細な情報収集、分析の不十分さ、サービス提供にあたっての無計画性である。特にショートステイサービスの提供は計画的でない場合が多い。

例えば、高齢者が病院に入院し、治療終了後退院を勧告された家族に在宅介護の準備が整っていなかった場合、次の過程を経てショートステイ利用に至る。

医療機関は、老人医療費抑制を意図する政策の中に存在するため、当然、長期入院を抑制せずには経営が困難な状態に追い込まれてしまう。そのため、原則として入院期間は最高でも6カ月程度をめどにしている。その結果、高齢者は治療不必要と医師より判断された場合、一定期間がくればその場所を移動しなければならない。老人保健法制定以前は、病院での治療が終了した後も、たとえ社会的入院という形であっても長期間の滞在が可能であったが、現在では期限による居場所の移動を余儀なくされる。

病院退院後の移動場所として設定されているのは、老人保健法制定によりあらわれた、病院と家庭をつなぐ通過施設としての老人保健施設である。厚生省は、基本的には、病院→老人保健施設→家

庭復帰あるいは、生活施設(特別養護老人ホーム)という形態を予想している。しかし、実際老人保健施設が期待どおりの機能を果たしているかというと、そうではない。平成3年全国老人保健施設実態調査によれば、家庭復帰できるものは29%とほんのひと握りにすぎないのである。自宅に帰るためのリハビリの場としては、あまりにお粗末な人員配置だからである。そして老健施設は、通過施設であるが故に、病院に続いてここでも期限により退所せざるをえない。しかも、老健施設退所後は前述したように、家庭復帰は困難である。

そこで、特別養護老人ホームへの入所という手段をとらざるを得なくなるが、この特別養護老人ホームは入所待機者は増加する一方で容易に入所できない。老健施設から家庭復帰できず、施設への入所待機の状態にある者は、どうなるかというと、ショートステイを利用して施設入所を待機することになるのである。

このように、行き場がないためとりあえず特別養護老人ホームのショートステイ利用に踏み切るというのが現状である。

現時点では、ショートステイの実施主体は市町村であり、サービス提供の決定、利用後の計画については市町村がその義務をおっている。しかし、実際はその計画はなく、結局は「居場所の確保」とどまり、入所後については施設おまかせ主義となる。しかし、施設側についても十分な情報収集、分析等を怠り、ただ専用ベッドを用意しているだけの状態である。その結果、施設での援助はその利用期間限りの、無目的な画一的サービスとならざるを得ない。

また、殆どの家庭はなんとかその場をしのぎたいというせっぱつまった状況のため、たとえ高齢者の身体あるいは精神的悪化があったとしても、実際、公に不満を訴えてくるケースはほとんどない。預かってくれる施設に対して不満を訴えるなんてとんでもないという意識を持っているのである。

施設、行政、家族の誰もが、ショートステイをその場しのぎのサービスとして捉え、是認しているならば ADL 低下をもたらす高齢者が出現しても当然であろう。

IV. まとめにかえて

－ショートステイが在宅サービスとして十分に機能するために－

本稿においては、現行ショートステイの利用実態を確認しながら、施設機能の利用サービスとしての問題点を指摘してきた。

現行のショートステイ制度は、多くの問題点を含んでいることが明らかにされた。在宅高齢者を対象にした現行の施設利用サービスは、家庭での生活や介護方法をほとんど考慮していない。施設サービスの枠組みの中に高齢者を適応させるという援助方法をとっているのが実態である。高齢者福祉対策が、施設福祉中心から在宅福祉中心へ移行する中、援助方法も変化するべきところを従来通り対応しているといえる。

また、施設体制が在宅要介護高齢者のニーズを充足できるほどに整備されていないため、家庭で家族の質の高い介護によって支えられていた高齢者の生活を維持することができない。さらに、ショートステイ事業の実施主体者である市町村が施設お任せ主義であり、サービスが無計画の状態で行われているため、ショートステイは十分に機能していない。ただ単に施設の画一的なサービスが無計画に提供するだけのサービスに留まっているのである。その結果として、利用した高齢者のADL低下という問題を引き起こしている。

ショートステイは在宅三本柱の一つとして、その数については、今後ますます増加していく。しかし、そのサービスが画一的で、無計画なサービスに留まっていたら、今後もADL低下という問題を増加させ、家族の介護負担を軽減するどころか、かえって増大させかねない。では、そのような事態を防ぐためには、今いったい何が必要か。

サービスの画一性、無計画性といった問題を引き起こしている最大の要因は、施設と在宅の連結といった視点の欠如であると考えられる。サービス利用時における在宅から施設、施設から在宅といった生活場所の移動を単なる場所のみの移動と捉え、施設での生活と在宅での生活はまったく別のものであるとみなしているため、現行ショートステイは在宅サービスとして十分に機能していな

いといえる。今後、ショートステイが在宅サービスとしてより機能するためには、在宅生活と施設生活は同一線上にあるという事実を認識した在宅生活と施設生活を連結するための活動が必要である。

(はぎわら きよこ 教授)

(94. 1. 11受理)

註

- 1) 『社会福祉六法平成5年版』厚生省社会局 pp.1037~1039
- 2) 『国民の福祉の動向』厚生統計協会 1993 pp.191~192
三浦文夫編『図説 高齢者白書』全国社会福祉協議会 1992 p.115
『月間総合ケア VOL.3 NO.10』医歯薬出版株式会社 1993 pp.36~39
- 3) Garro11 L., James H. Swan and Associates, *The Long Term Care Crisis*, SAGE Publications 1993 pp.160-164.
- 4) 伊藤真理子「高齢者の居住政策」、内海洋一編著『高齢者社会政策』ミネルヴァ書房 1993 p.164
- 5) Isobel Allen, Debra Hogg and Sheila Peace *Elderly People: Choice, Participation and Satisfaction Policy Studies Institute* 1992 pp.146-147
- 6) 『月刊福祉 増刊号 施策資料シリーズ 社会福祉関係施策資料集11 1991年9月~1992年12月』全国社会福祉協議会 1993 pp.93~104

追記：A施設の実態調査およびヒアリングに御協力下さった関係者のご好意に謝意を表します。