

高齢者在宅サービスとしてのレスパイトケアと ショートステイケア

Necessity of Difference between Respite Care and Short stay care in Community-based Services for the Elderly

岡村 裕¹⁾ 萩原 清子²⁾
Hiroshi Okamura Kiyoko Hagiwara

はじめに

近年、わが国の障害児(者)福祉の領域では、レスパイトケア (respite care) に注目が集まっている。このレスパイトケアという名称はわが国ではそれほど一般的ではない。他方、アメリカ、イギリス等の英語圏における文献では頻繁に用いられている。特にアメリカにおいては障害児(者)領域に留まらず、高齢者の領域でも多くの実践と研究が積み重ねられている。

わが国においては、厚生省心身障害研究班の「障害児(者)のレスパイトサービスの基礎的研究」を契機に、障害児(者)領域で「レスパイトケア」に注目が集まり、試験的な実践、研究が進行中である。

この「レスパイトケア」は、米国では「respite service」、「respite」、「respite care」、「respite program」等と使用されている。Oxford 辞典(第2版)によると、respite は「レスパイト」あるいは「レスピット」と発音され、「休息」、「休止」、「休養」、「休息期間」、「一時的中止」、「延期」、「執行猶予」、「苦痛の一時的軽減」等を意味する。わが国では短期介護¹⁾、一時的休息ケア²⁾等と訳されてもいる。「respite service」、「respite」、「respite care」、「respite program」は同義語であり、いずれも「一時的な介護休止を提供するサービス」を意味している³⁾。

一見すると、レスパイトケアは、わが国における高齢者、あるいは障害者の在宅サービスの一つ

である短期入所事業(通称ショートステイサービス)に類似している。実際、わが国のショートステイは欧米におけるレスパイトケアにあたるとする立場もある⁴⁾。

では、最近の障害児(者)領域における、一見、類似あるいは同様のサービスとも思える「ショートステイ」を敢えて「レスパイトケア」と呼称するという動きには、一体どのような意味があるのだろうか。

また、わが国の高齢者領域においては、障害児(者)領域のような動向は見られず、「レスパイトケア」という名称は、現在のところ使用されていない。高齢者領域においても、「ショートステイ」ではなく、新たに「レスパイトケア」という名称を使用することは必要なのだろうか。

本稿においては、まず第1章で、米国の高齢者領域におけるレスパイトケアの展開と厚生省心身障害研究班の「レスパイトサービスについての基礎的研究」から、「レスパイトケア」の意味するところを述べる。そこでは、「レスパイトケア」は、要介護者の在宅生活の継続を念頭においた家族介護力の強化策として捉えられていることを明確にしたい。

ついで、第2章においては、「ショートステイ」と「レスパイトケア」には、実は決定的な差異が存在し、利用主体者という視点で分類する必要があることを主張したい。そこでは、「ショートステイ」とは、高齢者が利用主体者となる高齢者在宅サービスであり、「レスパイトケア」は、家族

1) 東京大学医学部研究生 2) 長野大学

表1 レスパイトケアの諸形態

分類の基準	利用サービス
① 利用場所 ア. 施設一時入所型 イ. 通所型 ウ. 訪問型	nursing home, hospital foster care day care, day hospital home care, companion, respite worker
② 利用期間 ア. 時間単位 イ. 週、月単位	home care nursing home, hospital
③ 要介護者の介護量 ア. 軽度 イ. 重度	home care, day care nursing home, hospital

資料：Elose Rathbone-Mccuan, Respite and Adult day services, Abraham Moak, Handbook of Gerontological Services, 1990, pp. 546-555より作成

介護者が利用主体者となるサービスであることを示し、「レスパイトケア」という名称を使用することによって、これまで、曖昧にされてきた高齢者自身の意思や自己決定権の重要性について述べたい。

最後に第3章では、レスパイトケアは、家族介護を前提としたサービスであり、家族介護という形態を是認するというマイナス的側面も持つが、現在のわが国ではいまだその役割は大きく、今後さらに、発展させていかなければならないサービスの一つであることに触れたい。

1. レスパイトケアとはなにか

(1) 米国の高齢者領域におけるレスパイトケア—医療費抑制のための家族介護強化策としての役割—

レスパイトケアの定義については、Montgomery (1986) がレスパイトケアを目的、期間、場所、活動から定義しようと試みている⁵⁾。まず、その効果は別として目的を介護者の介護休止においている。そして、一時的な援助であること、数時間から数週間と範囲は広いが、あくまで利用は一時的なものであることを強調している。サービスの提供される場所は、介護者の希望、要介護者の状態によって、施設、病院あるいは、自宅と多様になる。活動は、介護者の介護休止時に高齢者への援助を行うことを含むとしている。

より具体的に言うと、提供場所は施設一時入所型、通所型、訪問型に分類される。施設一時入所型ではナーシングホーム、病院、里親的養護、グループホームを利用する。通所型ではデイケアプログラムや、地域センターを利用する。訪問型はホームケアのように、家事援助や介護サービスの提供が行われる。時間によって分類した場合、時間単位の利用ならば、通所型、訪問型であり、週、月単位の利用ならば、施設一時入所あるいは里親的養護になる。さらに、要介護者の状態に応じて、重介護を必要とする場合は施設あるいは病院のような一時入所型が利用され、必要としない場合は、訪問型、里親的養護が利用される。また、介護者、要介護者の希望によっても利用形態は異なる(表1)。

つまり、レスパイトケアには、その時間や、提供場所によって多様な形態があるが、介護者の一時的な介護休止を目的とした高齢者への一時的なケアは、すべてレスパイトケアであるとしている。外観は、ナーシングホームケア、ホームケア、デイケアといった従来のサービスと類似している⁶⁾。

このレスパイトケアについて高齢者の領域でさらに注目が集まってきた背景には、医療費高騰という問題がある。長期ケアを必要とする高齢者の増加に伴い、医療費の公的負担が増大したのである。

周知のとおり、米国における公費負担の形態にはメディケイドとメディケアがある。メディケイドは低所得者を、メディケアは65歳以上の者を対象にしている。高齢者が、この制度を利用する場合、メディケアは急性期の疾患にしか支払われない。一方、メディケイドは慢性期の疾患にも支払われる。

ナーシングホームは、急性期ではない慢性期の疾患を抱える者を対象としている。従って、このナーシングホームの費用はメディケアでは支払われない。おのずと、ナーシングホームには低所得者が多くなる⁷⁾。その結果、ナーシングホームケアはメディケイドの支出の40%以上を占め、福祉予算のはほぼ90%を長期ケアに使う状況になっている⁸⁾。自宅で生活する者が施設で生活する者よりはるかに多いにも関わらず、自宅生活者へのメディケイドの支出は1%以下にすぎなかった。そこで、低所得者層の施設入所を抑制するための方法が必要になってきた。

また、低所得者層でない場合、ナーシングホームの利用にはメディケアが支払われないため、長期間の入所は介護者の負担を増大する。家族はナーシングホームを利用するよりは、自宅で介護を継続することを選択することになる。事実、自宅生活者の80%が重い介護に苦しんでいる⁹⁾。その結果、家族介護者は身体的にも精神的にも過重な負担を背負う。しかし、この場合、一時的なナーシングホームの利用ならば、経済的負担が少ないため、施設を一時的に介護者の負担軽減のために利用する動きがでてきた。

これらの理由に加えて、ナーシングホームにおける長期ケアの質の問題、つまり高齢者への精神的、身体的悪影響が報告され始めた。長期施設生活の悪影響と公費負担の問題における施設入所の予防策として、また、介護者の一時的な負担軽減への要求からレスパイトケアの需要が高まっていた¹⁰⁾。

レスパイトケアは、政策的には、施設入所を可能な限り遅らせることを目的とし、家族介護力の強化策と位置づけられている。介護力の強化とは、介護者の身体的、精神的健康、介護意欲、介護者としての役割の自覚の維持である。米国における研究もこれらに注目し、効果を測定したもの

が多い¹¹⁾。レスパイトケアにより精神的、肉体的ストレスの軽減、介護力への自信、介護役割の自覚、主観的満足感が得られるとの報告がある。しかし、施設入所の時期を延期させることへの有意な効果は報告されていない¹²⁾。

一方、家族介護者の介護力を維持しようという政策的な意図とは無関係に、介護者はレスパイトケアを最も利用したいケアとしている¹³⁾。介護者はレスパイトケアを利用することによって、自分自身の時間をつくり重い介護負担に耐えるための生活力を養っている。しかし、休養のために、高齢者を施設に預けることへはためらいがある。施設一時入所型レスパイトケアはその効果とともに悪影響も指摘されているため、施設一時入所型よりも訪問型を介護者は好んでいる¹⁴⁾。

しかし、需要の多さにかかわらず、レスパイトケアは利用料が高額なため、個人の負担が大きいため特定の人しか利用できない。多くの介護者はレスパイトケア制度の成立を願っている¹⁵⁾。このレスパイトケアの制度とは、現存するサービスを介護者の介護休止に利用する場合に、公費による補助をつけるというものである¹⁶⁾。しかし、近年は、ますます介護は家族の責任とする傾向が強まっている。介護の問題は介護者の対処能力の不足にあるとし、社会制度の改革ではなく、カウンセリングや介護者教育の充実を強調している¹⁷⁾。

以上見てくると、米国の高齢者領域におけるレスパイトケアとは、制度としては未だ十分に確立してはいないが、従来の公的、私的、民間サービスを含めた社会資源を、介護者の一時的な介護休養、休止に利用でき、同時に経済的な支援を行なう家族介護力の維持、強化制度を意味しているといえよう。

(2) わが国の障害児(者)領域におけるレスパイトケア

—新たな家族支援サービス確立の強調—

障害児者の領域では、入所施設ではなく、「地域であたりまえの生活する」方法の開発が、最重要課題となっている。厚生省心身障害研究班は、「障害者の地域生活援助方法の開発に関する研究」の一つとして、平成3、4年度にレスパイトサービスについての基礎的研究を行った¹⁸⁾。(ここでは、レスパイトケアではなくレスパイトサービス

としている)。この研究は、従事者、あるいは研究者間のレスパイトサービスの理念、形態、機能等に関する情報の共有と、実施のためのガイドライン提示を目標として行なわれた。研究班は、諸外国における研究や、わが国における先駆的实践を整理、検討し、報告している。その中で、まず、レスパイトケア（サービス）を次のように定義している。

「レスパイトサービスとは、障害児（者）をもつ親・家族を一時的に、一定の期間、障害児（者）の介護から解放することによって、日頃の心身の疲れを回復し、ほっと一息つけるようにする援助である」。

ほとんどの障害児者の地域生活は、家族介護によって支えられており、施設入所は、家族介護の限界によって引き起こされる。この家族介護の限界は、長期間にわたる介護による疲労の蓄積の結果生じる。従って、障害児者の地域生活を継続するためには、長期にわたる介護を断続的なものにし、介護疲労の蓄積を予防することが必要である。レスパイトサービスとは、介護者に一時的介護休止期間を提供することによって、介護力を維持し、障害児者の地域生活を可能にするための手段であるとしている。

では、介護者の一時的介護休止を可能にするサービスは、すべてレスパイトサービスであるのか。たとえば、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイといったサービスは、障害児者へのケア提供時に、介護者は一時的に介護を休止することになる。

この点について、研究班は、ショートステイサービスとの比較から、レスパイトサービスの条件をあげている。まず、ショートステイとレスパイトケアはまったく別のものとして認識し、レスパイトサービスはわが国には存在しないシステムで、ショートステイとは違う制度であるとしている。そして、現行ショートステイ制度とレスパイトサービスの違いについて以下のような特徴を挙げている。

①ショートステイの場合、社会的事由が私的事由に優先するが、レスパイトサービスは、社会的、私的という事由の性質によって優先順位をつけない

②純粹の意味でのレスパイトサービスは私的理由によるものである

ショートステイは障害者本人に主体性がなく、家族が同意なしで申請するが、レスパイトサービスは、障害者本人が進んで利用する

③ショートステイは施設が身近にないため遠距離地での利用を強いられるが、レスパイトサービスは、住み慣れた地域で利用できる。

以上の特徴が示されているが、レスパイトサービスは、いわゆる入所施設のショートステイを含んだ、より広いシステムと考えるべきではないか。この疑問に対してもこう反論している。

「成熟したレスパイトサービスの目標は、家庭で障害児を介護する両親の心身両面にわたる疲労を軽減すると同時に、両親に自分の時間をもてるようにすることである。結果として両親は社会と接触する機会を持つことになり、これが孤立を防ぐことになる。ここには、社会的な支援によって、障害児を持つ親に共通する将来への不安をやわらげるといふねらいがある……（中略）このような理念やねらいは尊重すべきではないかと考える。それゆえ、現在わが国で実施されている入所施設のショートステイを形態が類似しているからといって、レスパイトサービスの一部として組み入れることはできない。現在のわが国の入所施設の生活環境、職員の配置、アクセス上の欠陥、即応性の不足という問題だけでなく、その理念や、ねらいという観点からもレスパイトサービスと入所施設のショートステイの相違は明白だとわれわれは考える」。従って、介護家族支援事業（レスパイトサービス）としての新制度創設を提言している。

厚生省心身障害者研究班は、現行ショートステイの問題点を補った程度の修正では、家族介護を支援するのに不十分であると考え、新たな制度をレスパイトサービスという名称で構築することを提言している。つまり、わが国の障害児者領域では、家族介護支援の新制度の確立を目指して、レスパイトケア（サービス）という概念を使用し始めているといえる。

Ⅱ. わが国の高齢者領域におけるレスパイトケア

(1) 高齢者在宅サービスとレスパイトケアの混同

米国の高齢者領域においても、わが国の障害児者領域においても、家族介護支援、あるいは強化の制度としての確立をめざして、レスパイトケア概念を使用している。

では、わが国の高齢者領域においても、同様にレスパイトケア概念の使用によってレスパイトケア制度の確立をめざすべきか。

米国におけるレスパイトケアの定義から考えると、わが国では、ショートステイサービス、ホームヘルプサービス、デイサービスの高齢者在宅サービスが、レスパイトケア制度として利用可能だといえよう。

ホームヘルプサービスは、1962年（昭和27）に制度化された。当初、家庭奉仕員派遣事業とされたが、1990年（平成2）の老人福祉法の改正によって老人居宅介護事業と改められた。利用は「日常生活を営むのに支障がある概ね65歳以上の者のいる家庭であり、介護サービスまたは家事援助サービスを必要としている場合である」。1981年度（昭和56）までは、利用者は低所得者に限定されていたが、1982年度（昭和57）に所得制限は廃止された。以前は介護者のいない世帯における家事援助が中心であったが、現在は、家族介護者のいる世帯にも介護サービスの提供が行われるようになってきている。しかし、介護者の事情を契機として利用する等については明言されていない。

デイサービスは、「在宅の虚弱老人および寝たきり老人に対し、通所または訪問により各種のサービスを提供することによってこれらの者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持・向上を図るとともに、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図ること」とされている。利用要件は、1979年（昭和54）の制度化時には身体が虚弱な者等であったが、1988年（昭和63）に寝たきり老人まで拡大された。現在は、A型からE型まであり、痴呆性老人にも対応できるようになった。しかし、ホームヘルプサービスと同様に介護者の事情を利用の契機にすることまでは述べられていない。

他方ショートステイは、制度上は老人短期入所事業と呼ばれる。この事業は、「寝たきり老人等を介護者に代わって一時的に養護する必要がある場合に、老人短期入所施設、特別養護老人ホーム、

養護老人ホームで介護等を行うものである」。介護者の疾病等による介護不能や冠婚葬祭による介護者不在などの場合に、介護者に代わって介護を一時的に行うことによって、在宅生活の継続も意図している。

ショートステイの利用要件は、1978年度（昭和53）の制度創設時には、社会的理由（疾病、出産、冠婚葬祭、事故、災害、失踪、出張、転勤、看護、学校等の公的行事への参加）がある場合に限定されていたが、1985年度（昭和60）より、この利用制限は廃止された。現在は、どのような理由においても利用が可能である。

以上見てくると、デイサービス、ホームヘルプサービスが、高齢者自身の状態のみを利用の要件にしているのに対して、ショートステイサービスは介護者の事情を要件としている。従って、制度上では、デイサービス、ホームヘルプサービスは、高齢者へのサービスの提供が結果的に介護者の負担を軽減するという性質のものであり、レスパイトケア制度であるとはいえない。一方、ショートステイは、介護者の負担軽減そのものを目的としたレスパイトケア制度であるといえよう。

とはいえ、現実には、上記3つの高齢者在宅サービスはすべてレスパイトケアとして運用されている。その原因として、わが国の高齢者介護施策が、長期に渡って家族介護を補完するという形式をとってきたことが挙げられる。そして、それについては現在も変わっていない。

例えば、高齢者介護・自立支援システム研究会¹⁹⁾は、高齢者在宅サービスの目的を家族が高齢者の精神的サポートをできるだけ極度に疲労させないことに置いている。換言すると、高齢者在宅サービスの目的は、精神的余裕が生じる程まで、介護の負担を軽減させるということである。つまり、今日においても、家族介護の限界は指摘されるものの、いまだに介護負担の軽減の域に留まっており、介護負担を消去するという考えには至っていない。介護主体はあくまで家族であり、それを補うのが高齢者在宅サービスであるという考えである。

しかし、実際は、高齢者の介護問題の原因は家族にあるのではなく、高齢者自身の生活力の低下にある。従って、本来の高齢者在宅サービスは家

族の存在とは無関係の高齢者個人に対するものであり、高齢者個人の生活の質を高めるためのものでなければならない。すなわち、本来の高齢者在宅サービスは、レスパイトケアと異なり、介護者の負担軽減とは全く関係のない別の次元のものであり、家族介護を前提としないサービスであるといえよう。この点について、誤認している結果が、近年のショートステイの利用形態に現れている。それは特別養護老人ホームへの入所待機での利用の増加である²⁰⁾。介護者は既に介護を継続する意志がない介護放棄状態でショートステイを利用している。

萩原は家庭内介護を4つのタイプに分類している²¹⁾。

1. 家庭内介護「可能」グループ

① 「自発的介護」タイプ

(要介護発生によって、家族事情に変更をもたらさず、介護可能な場合)

② 「非自発的介護」タイプ

(要介護発生により、介護者確保のため、仕事をやめる等の変調をきたす場合)

2. 家庭内介護「限界」グループ

③ 「限界こえた」タイプ

(特別養護老人ホームに入所)

④ 「限界に達した」タイプ

(特別養護老人ホームに申請中)

本来、レスパイトケアは①の自発的介護への対応策であろう。しかし、それが、②、④の場合にも代用されている。②、④については介護者の負担軽減によって解決しえない。それを認識せずに、レスパイトケアにより家族介護問題を解決しようとしている。

すなわち、家族介護者の一時休息により介護負担の軽減を目指すレスパイトケアでは、家族介護における問題を根本的に解決することはできない。かえって現状では、レスパイトケアを普及させるということが、介護は家族の役割であるということをも是認することになりかねない。その結果、レスパイトケアによって、家族介護者の介護負担を幾分軽減はできるが、ますます家族介護責任主義という形態を強化させる恐れがある。従って、高齢者領域では、むしろレスパイトケア制度の確立を目指すべきではない。

(2) サービス利用者視点の重要性

—高齢者在宅サービスとレスパイトケアの決定的差異—

では、レスパイトケアという名称を、新たな制度を構築するため、あるいはレスパイトケアを普

表2 ショート・ステイ・ケアの利用理由

	入居書類上の理由			面接調査上の理由		
	老人ホーム 18施設	休養ホーム 1施設	短期 専用ホーム 1施設	最近の 利用者	過去の 利用者	介護者 全員
介護者の休息・休暇	59%	10%	60%	23%	50%	53%
老人自身の休暇	14	84	22	17	19	12
病後の回復	4	6	8	17	4	5
リハビリテーション	1	—	—	6	4	3
ケアの順番輪番	2	—	—	—	4	4
住居移転期間	—	—	—	—	2	2
介護者の緊急	6	—	2	8	2	8
老人自身の休養	3	—	—	6	7	7
老人ホーム入所への準備	4	—	6	8	4	11
老人ホームでの自己評価	5	—	—	2	2	1
老人ホームへの入所待機中 不明	2	—	—	—	—	3
計	392人	50人	50人	53人	54人	102人

出所: Isobel Allen, Short Stay Residential Care For the Elderly, Policy Studies Institute, 1983年

(三浦文夫編『図説 高齢者白書』全国社会福祉協議会 1991 p.111)

及するために用いるのではないとしたら、その使用には、他にどのような意味があるのか。そのヒントは、英国におけるショートステイの事例にみることができる。

イギリスのショートステイの利用理由について最も多いのは、介護者の休養である。しかし、その次は、高齢者自身の休養である。その他にも施設への体験入所等高齢者自身の事情から利用されるケースが多い(表2)。しかも、そのような状況の中で、イギリスには、ショートステイという概念の他にレスパイトケアという概念も存在している²²⁾。実際のところ、このショートステイの調査においては、利用理由に介護者の休養を含んでいることや、ショートステイとレスパイトケアの違いについては言明してはいないことから、イギリスにおいてもその区別は曖昧なものではある。しかし、施設の一時入所という形態には、ショートステイケアという一面とレスパイトケアという一面があることは認識している。従って、ショートステイとレスパイトケアの違いについて、次のように考えることはできないか。

ショートステイとは、高齢者自身が公的ケアを選択希望し、一定期間施設に滞在する「高齢者が利用主体者となるサービス」である。一方、レスパイトケアは、一定期間、家族介護者が介護休止を必要とし、「介護者が利用主体者となるサービス」である。

実際には、家族介護者世帯へのサービス提供には、高齢者のためのサービスと家族のためのサービスが入り交じる。サービスの目的も、家族の負担軽減と高齢者の生活の向上の両方に置かれる。しかし、サービスの効果や目的の違いではなく、サービスの利用が誰の意志、選択によるのかという視点、つまり、利用主体者に視点をおくことによりショートステイとレスパイトケアの違いは明かになる。言葉の意味から考えてもショートステイするのは高齢者、レスパイトするのは介護者である。

これまで、わが国では一時的に高齢者が施設に入所する形態は、ショートステイと呼ばれるもののみであった。しかし、実際は利用の主体者は高齢者自身である場合と家族介護者である場合の2つがある。高齢者が利用主体者となるのはショ-

トステイサービスであり、家族介護者が利用主体者となるのはレスパイトサービスである。にもかかわらず、これまで、利用主体者が高齢者自身と家族介護者のいずれの場合でもショートステイとしてきた。では、施設の一時入所形態には2つの側面があることを無視し利用主体者を曖昧なままにしてきたのはなぜか。それには幾つかの理由が推測される。

第一に、家族介護者がいる高齢者が自ら進んでサービスを利用するという習慣がなかったことがある。介護は家族の責任であり、高齢者がショートステイサービスを利用するのは、介護者に何等かの事情がある場合に限られていた。介護者が存在するのに高齢者が進んで利用するケースは殆どなかった。すなわち、高齢者自身の選択による自発的なサービスの利用ではなかったのである。現在も、高齢者が自らサービスを利用するという習慣はない。つまり、名称はショートステイといいかにも高齢者が進んで利用するかのごとく印象を与える現行制度は、本来の意味でのショートステイではなく、むしろ、レスパイトケアであった。加えて、高齢者自身の選択によるサービスがほんの僅かであったため(表3)、2つの側面の区別は無視されてきたといえる。

第二に、わが国の福祉サービスの利用が行政、あるいは専門家主導によるものであり、利用者の主体性を重視してこなかったことが考えられる。行政としては、誰が利用の主体者であろうが、手続き上さしたる問題はない。むしろ、主体者によってサービスをわけて考えるほうが効率的ではない。なぜなら、だれが主体者であろうと一時施設に入所し、高齢者がケアをうけることには変わりがないからである。行政の業務は、特別養護老人ホームのベッドの空きをいかに確保し、送り込むかにある。そこには、問題を個別的に捉えようという姿勢が欠落している。その姿勢の現れが曖昧な利用主体者問題の野放しであろう。

第三に、利用家族側の心理的な問題があげられる。家族にしても、休養のために高齢者を施設に預けるなどということは、決して体裁のいいものではない。できれば、高齢者が利用するという形でサービスを利用することができればよいと考える。利用の主体者は曖昧なままなほうが、罪悪

表3 特別養護老人ホームA施設におけるショートステイサービス利用理由

N=231

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%)

出所：岡村裕、萩原清子「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—」『長野大学紀要』第15巻第4号 通巻59号 1994.3

感、世間体などへの心配が多少緩和される。
 では、従来どおり施設への一時入所について、利用主体者を曖昧なままにしていることに問題はないのか。利用主体者という視点の欠如は、現場実践においてもなんらかの影響を及ぼしているのではないか。これについては、ある特別養護老人ホームにおける事例を参考に考えてみよう。

一特別養護老人ホームにおける事例—²⁸⁾

痴呆性老人のショートステイ利用にあたっての援助 (H 4.10.16)

(氏名) Y. T

(性別) 女

(年齢) 69歳

(家族) 夫、三女、三女長男の4人

入所依頼

現在、自宅で生活している。痴呆症状があるらしく、家族からなんとかならないかとの相談があった。ベッドの空きがあるならば、ショートステイの予約をお願いしたいとの事。しかし、依頼時には、役場の福祉係職員は生活状況について調査していなかったため、早急の調査と情報提供の依頼を行った。

《調査報告内容》

◎日常生活状況(役場福祉係職員調査)

意志表示 可
 言語 普通
 排泄 自立
 入浴 自立
 性格 人付き合いよい

きちょうめん

痴呆症状 夕方に徘徊する

入所理由 徘徊のため

◎健康状況(かかりつけW医院医師)

疾患名 痴呆症

既往歴 なし

処方 なし

検査 異常値なし

その他 H 2. 11に交通事故後、両膝に疼痛あり、同部数カ所にプラセボの局所注射を続けてきたが、最近では、軟膏処理ですむ事が多くなってきている。

役場より提供された情報からは受け入れにあたって特に問題となる事はないと判断し、入所受け入れを決め、各部所(介護、看護、調理)に入所連絡を行った。

入所時面接(10. 16)

夫に付き添われ自力で歩行して午前中に入所。挨拶に対しては拒否的な様子はみえなかった。元気に「よろしくお願いします」という。そのまま居室に案内する。居室は、痴呆性老人専用棟であったが、棟に入る時にも拒否的な様子はなかった。棟内の生活者に紹介をするが、ここでも拒否的な様子は見られなかった。

本人から「いつになったら帰れるのか」という質問をされる。本人はここが特別養護老人ホームだということはわからないらしい。「足が痛くてどうしようもないんだ。いつ注射してくれるか」という。「足が痛いんですね」と一応共感的理解を示しながら、「しばらく泊まる事になります」

というような応答をすると「どのくらいか」という。「ちょっとわかりませんが、今日一日は泊まっていたかもしれません」と返事を返す。「早く注射をして下さい」といつてきたため「夕方に先生が来ますのでそれまでまっていたいただけますか」と応対するとその場はなんとか納得する。

ここは病院で、足の痛みをとってもらうために来たと思っているようであった。

入所時家族との面談

「痴呆症状については、平成2年の夏ごろから物忘れがひどくなってきた。11月に交通事故にあった。施設利用は初めて。平日勤めのため、日中家にはだれもいない。事故が心配だ。その他にはそんなに負担になる事はない。」との事であった。物理的介護負担というより、精神的な不安が大きいように思われた。

施設生活

日常生活（食事、移動、排泄等）には全く介助を必要としないが、帰宅要求、入浴拒否が続いた。落ち着くのは話をした時だけで、一時的に納得はするが、すぐ忘れてしまうようである。徘徊だけならば特に問題はないが、帰宅要求は他入所者にもよい影響を与えなかったため（他入所者の帰宅要求が誘発されるような形になってしまった）、看護婦が精神科への受診を提案。物忘れが目立ってきた時に受診をした精神科に再受診する事になる（10.21受診）。この精神科には一年前の7月に受診をし、服薬を支持されていたが、拒薬し、数回の通院で中断していた。担当医師によると、昨年のCTと比較しても脳萎縮がさらに進行しているとの事であった。とりあえず、脳代謝改善剤と向精神薬で治療する方針だが、コントロールは困難で時間がかかるとの事であった。

しかし、拒薬するために看護婦から入院治療できないものかとの相談依頼を受ける。担当医師に電話で相談すると、「入院治療はベッドの関係もあり困難である。治療といっても、知的機能は改善しないから、欲求の部分を押さえるしかない。向精神薬の方だけ飲むことができれば、脳代謝改善剤は、殆ど効果はないから飲まなくてもよい」との事であった。「病院にディケアがあるが」とも言われたが、毎日は無理との事であったため、施設でなんとか対応していく事にする（ミーティ

ングにより決定）。

服薬については、食事に混ぜることにより解決可能となった。しかし、相変わらず、入浴拒否や、帰宅要求が続いた。介護職員側から自宅にかえた方がいいとの意見がだされ、家族と数回にわたって話し合いを行なう。しかし、結局は利用希望期間を待たずに退所となる。

家族は、ショートステイの利用時点で、まだ、施設入所の申請をしておらず、介護を継続したいという意志を持っていた。利用の主体者は家族であり、家族のレスパイトも考えなければならないにもかかわらず、帰宅要求があるという理由から安易に退所という手段をとった。痴呆性老人の場合、失見当識があり、帰宅要求があったとしても、自分がどこにいるかを正確に認識できないため、自宅に帰っても帰宅要求がでる場合が多い。このケースもそうであり、自宅に帰っても帰宅要求は持続していたという。この場合、施設側はショートステイをレスパイトケアとしてはとらえてはいないため、家族のために出来る限りのことをしようという意識は低い。むしろ家族に対して否定的な面さえみえる。高齢者が自宅で生活できないのは、家族の責任であると考え、高齢者の問題を介護者の問題に置き換える傾向がある。

高齢者が利用主体である場合と介護者が利用主体である場合ではニーズは異なるはずであるが、主体者の視点で、ケースを把握していないため、家族にサービス利用期間中も家族としての協力を強く求める。その結果、中途半端な介護休止状態や心理的拘束を強いることになる。レスパイトケアとしても十分に機能していないのが現状である。

家族介護者世帯へのサービス提供には、高齢者のためのサービスと家族のためのサービスという二つの側面がある。サービスの目的も、家族の負担軽減と高齢者の生活の向上の両方に置かれる。しかし、その相乗効果という点に惑わされ、一体誰が、利用主体者なのかということが曖昧にされている。たとえ、親子といえども別人格を持つ別の人間であり、個人である。このような状況は福祉の個別性の原則にも矛盾する。

高齢者介護・自立支援システム研究会（1994. 12）は、21世紀に向けた高齢者介護システムのあ

り方についての検討結果の中で、高齢者自身による選択を基本理念の一つとして挙げている。そこでは、「介護が必要になった場合には、高齢者が自らの意志に基づいて、利用するサービスや、生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべきである」としている。

本来のショートステイは、介護者の有無とは無関係である。たとえば、私的な介護よりも公的な介護がよいと選択して利用することも有り得る。前述したイギリスのショートステイのように高齢者自身の休養や、施設への体験入所というケースがそれである。しかし、レスパイトケアという概念のない利用主体者が曖昧な状況では、高齢者自身の選択によるサービスの利用という考えは明確に浮上してこない。また、このケースのようにレスパイトケアとしてさえも十分に機能しないといえる。

これまで述べてきたショートステイの例は、他の高齢者在宅サービスにも当てはまる。レスパイトケアには、施設一時入所型の他に、通所型、訪問型もある。つまり、デイサービスやホームヘルプサービスも一時的な介護休止として、レスパイトケアとしての利用が可能なのである。事実、ホームヘルプもデイサービスも制度上は、高齢者が主体者であるとされているが、利用主体が家族にある場合が多い。しかし、利用にあたっては家族介護者はうしろめたさを感じており²⁴⁾、家族介護者が利用主体者であるサービス、つまり、レスパイトケアという部分が認識されていないことを示唆している。

従って、高齢者、介護者が共にやむをえない状況ではなく自らの選択によって、積極的にサービスを利用できるような状況になるためには、まず、現行のショートステイ、ホームヘルプサービス、デイサービスはレスパイトケアとしても利用されているということを再認識することが必要である。そして、その場合にはレスパイトケアとしての利用を否定するのではなく、むしろレスパイトの利用を肯定的な方向で認識する。それによりはじめて、サービスの主体者が誰であるかが、明確になり、専門家の判断が優先されない自己決定、自己選択によるサービス利用への出発点に立つことが可能になるのではないかと。

すなわち、レスパイトケアの概念の導入が、従来の高齢者在宅サービスを、レスパイトケアではない高齢者自身の選択によるサービスに変換すると同時に、レスパイトケアとしても十分に活用するための条件を整えるといえる。利用者の主体的、自己決定、自己選択による高齢者在宅サービスの利用にはレスパイトケア概念の導入は必要不可欠なのである。

Ⅲ. 高齢者領域におけるレスパイトケアの今後

レスパイトケアは、家族介護を前提としたサービスである。施設への長期入所と比較して、家族介護にも依存するという点で公費負担が少ない。少数の公的介護サービスを家族、高齢者が少しずつ、短期間ずつ利用しあうという性質のサービスであるといえる。また、レスパイトケアは家族介護力を維持、強化することによって施設への長期入所を予防することも期待されており、家族とともに生活したいという高齢者の希望にも即しているサービスである。

従って、高齢者の在宅生活を継続をしながら、家族介護を支援するための方法として、名称は高齢者在宅サービス、あるいは高齢者サービスとする、実質上のレスパイトケアの需要は、今後ますます高まっていくであろう。

しかし、高齢者に介護が必要となった場合には、介護者の有無、介護力に関係なく、高齢者自らの選択で、公的介護サービスを利用し、在宅生活を継続するのが本来の形であろう。たとえ、介護者が、介護をするにしても、介護者自身の生活に支障がない程度のものでなければならない。介護負担が蓄積する程の介護量を強いるべきではない。最終的には、高齢者へのサービスが十分に整備され、介護負担が蓄積されない状況にならなければならない。

では、その時点に至ったとき、レスパイトケアはまったく必要なくなるのであろうか。あるいは、もし必要とされるならレスパイトケアは今後どのような方向に進むべきか。

わが国の社会的、文化的特徴から考えれば、瞬時に家族介護中心のシステムを変革することは易しくない。家族介護を希望する者、介護せざるを

えない者へのサービスとしてのレスパイトケアの整備は当分の間必要である。また、現段階ではレスパイトケアは、それを必要としている人にさえ普及していない。

まずは、家族介護という形態を是認せずにレスパイトケアを普及する方法を考える必要がある。その場合、レスパイトケアはあくまで、対症療法であることを忘れてはならない。それを原因療法であるかのように捉え、レスパイトケアを高齢者サービスの不備のいわば隠れ養として活用することは避けなければならない。例えば、施設サービスは、家族介護の限界における施設長期入所の待機場所としては利用されるべきではない。

さらに、レスパイトケアによって家族介護力を強化するという考え方を捨て去る必要がある。レスパイトケアを介護疲労の解消や介護負担の軽減に活用するのではなく、介護者が自分自身の時間をより増やすための QOL の向上に活用できるサービスに転換していくべきである。

わが国の高齢者領域において必要なのは、レスパイトケアを家族介護力の強化策、支援策として普及させることではない。まずは、高齢者在宅サービスを、レスパイトケア的に利用しているという事実を認識することからはじめ、最終的には、レスパイトケアが、介護者の生活の質を高めるサービスにまで進化させることを目指さなければならない。

(はぎわら きよこ 教授)

(1995. 4. 4 受理)

註

- 1) G. L. マドックス編、エイジング大辞典刊行委員会監訳『エイジング大辞典』早稲田大学出版部、1990、pp. 411-412
- 2) 小田兼三(ほか)編、京極高宣監修『現代福祉学レキシコン』雄山閣出版、1993、p. 207
- 3) 文献によって多少の差異はあるが、「temporary service」, 「temporary relief」, 「temporary assistance」というように temporary な介護休止を提供するものを respite care としている。このことについては、以下の文献を参照した。
National association of social workers, "Encyclopedia of social work", Silver spring 1987 pp. 645-646
Howard Gruetzner, "Alzheimer's: A caregiver's

guide and source book,"Wiley & Sons 1988, p. 131

Colette Brown and Roberta Onzuka-Anderson, "Our aging parents : A practical guide to elder care", university of Hawaii Press, 1985, pp. 195-198

Mary Marshall, "Social work with old people", Macmillan Press, 1983, pp. 79-81

Neena L. chappell, "Aging and social care," Robert H. Binstock and Linda K. George ed., Handbook of aging and social sciences, San diego, Academic press, 1990, p. 448

- 4) 袖井孝子「家族支援とケースマネジメント」p. 169, 橋本泰子「デイサービス」p. 183, 大國美智子, 和田敏明編『明日の高齢者ケア 在宅支援の技法』中央法規 1993
- 5) Phonda J. V. Montgomery and goyce Prothero. "The developing respite services for the elderly", University of Washigton Press 1986 pp. 19-30参照
- 6) Emily K. Abel, "Who cares for the elderly?: Public policy and the experiences of adult daughters," Temple University Press, 1991, p. 171 7. 8. 9)
Andrew Scharach, and Connie Frenzel, "An evaluation of institution-based respite care", The Gerontologist Vol. 26, No. 1, 1986 pp. 77-82を参照
- 10) Carroll L., James H. Swan and associates, "The long term care crisis", SAGE Publications 1993 pp. 160-164を参照
- 11) 米国における respite care の研究動向をみる上では、以下の文献を参考にした
Phyllis Ehrlich, and Judith White, "TOPS: A consumer approach to alzheimer's respite programs", the Gerontologist Vol. 31, No. 5, 1991 pp. 686-691

Greta L. Berry, Steven H. Zarit, and Vince X. Rabatin. "Caregiver activity on respite and nonrespite days: A comparison of two servise approaches". The Gerontologist Vol. 31, No. 6, 1991 pp. 830-835

M. Powell Lawton, Elaine M. Brody, and Avalie R. Saperstein, "A controlled study of respite service for caregivers of alzheimer's patients", The Gerontologist Vol. 29, No. 1, 1989 pp. 8-16

Marcia G. Ory and Kathleen Bond, "Aging and Health care: social science and policy perspectives", Routledge, 1989. pp. 169-170

Sally Baldwin, Christine Godfrey and Carol

- Propper, "Quality of life perspectives and policies", Routledge, 1990, pp.139-146
- Mike Nolan and Gordon Grant, "Respite care: Factors influencing consumer perceptions of quality and acceptability", Frank Laczko Christina R. Victor ed., Social policy and elderly people, Avebury, 1991, pp. 49-68
- 12) Nancy R. Hooyman H. Asuman Kiyak, "Social gerontology: A multi disciplinary perspective" Ailyn and Bacon, 1988, pp. 467-470
- 13) Dulcy D. Miller, Natividad Culle, and Fern Mccue. "The realities of respite for families, clients, and sponsors," The Gerontologist Vol. 26, No. 5. 1986 pp. 467-470
- 14) Carole Cox. "The frail elderly: Problems, needs, and community responses", Auburn House, 1993, pp. 74-75
15. 16)
T. ソマーズ L. シールズ『女はどこまで看るのか アメリカの老人在宅ケア』(大塩まゆみ訳) 勁草書房 1990 pp.195-198参照
- 17) Jeffereny W. Dwyer Paymond T. Coward. "Gender, Families, and Elder Care", Sage publicatin, 1992, pp.195-196
- 18) この研究は、厚生省心身障害研究、平成3、4年度『心身障害者の地域福祉体制の整備に関する総合的研究』(主任研究者 高松鶴吉)のうち「障害者の地域生活援助方法の開発に関する研究」(分担研究者 廣瀬貴一)の「レスパイトサービスについての基礎的研究とその2」である。
- 19) 高齢者介護自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 1995.2 p.47参照
- 20) 岡村裕、萩原清子「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」『長野大学紀要』第15巻第4号通巻59号 1994 pp.407-408
- 21) 萩原清子「在宅老人家庭介護者問題と包括的家族政策」『長野大学紀要』第4巻第3・4号合併号(通巻第17号) 1983 p.82
- 22) Isobel Allen, Debra Hogg and Sheila Peace, "Elderly people: Choice, participation and satisfaction", Policy studies institute 1992 pp.133-135, 146-147参照
- 23) これは岡村がかつて勤務していた特別養護老人ホームA施設における事例である。
- 24) 鶴沼憲晴「デイサービス事業の利用効果と課題—宇治明星園で実施した調査をもとに—」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 1992.7 pp.114-115参照
- 参考文献**
- Francis G. Caro Arthur E. Blank, "Quality impact of home care for the elderly", The Haworth Rress, 1988
- Anne Jamieson. "Home care for older people in Europe", Oxford University Press, 1991
- Alan sket, "Caring for the people with disabilities," Pitman, 1993
- Aristide H. Esser, Sylvia D. Lacey, "Mental illness: A home care guide", Wiley & Sons, 1989
- Malcolom Payne, "Social care in the community", Macmillan, 1986
- Nancy R. Hooyman Wendy Lustbaber, "Taking care: Supporting older people and their families", The free Press, 1986
- Donald E. Gelfand, "The aging network program and services", Springer Publishing Company, 1984
- Enid Levin, Lansinclair Peter Gorbach, "Families, services and confusion in old age," Avebury, 1989
- 全国社会福祉協議会『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』1993
- Juliannes Oktay, "Community care for the frail elderly", Human Sience Press, 1988
- Nancy J. OsggodAnn H. L. Sontz, "The sience and practice of gerontology: A multidisciplinary guide", Jessica Kingsley, 1989
- Julia Jonson and Robert Slater, "Aging and later life", Sage Publication, 1993
- David Hobman, "The Impact of Aaging Strategies for care", Croom Hhelm, 1981
- Julia Twigg, "Carers: Research and practice", HMSO 1992
- 隅谷三喜男・日野原重明・三浦文夫 監修、前田大作・猪口孝編著『長寿社会講座1 長寿社会のトータルビジョン』第一法規 1993
- 厚生省社会局『社会福祉六法平成6年版』
- Dwight L. Frankfather Michael J. Smith Francis G. Caro, "Family care of the elderly," Lexington Books, 1981
- 廣瀬貴一「レスパイトサービスについての基礎的研究の概要」、『月刊福祉』全国社会福祉協議会, 1993
- Elose Rathbone-Mccuan, "Respite and adult day services," Abraham Moak, Handbook of Gerontlogical services, columbia Univ Press, 1990
- 前田信雄『老人長期ケアにおける看護の役割』看護の科学社, 1987
- 三浦文夫編『図説 高齢者白書』全国社会福祉協議会, 1991
- 『国民の福祉の動向 1994』厚生統計協会, p. 164