

The Japanese Journal of Total Care

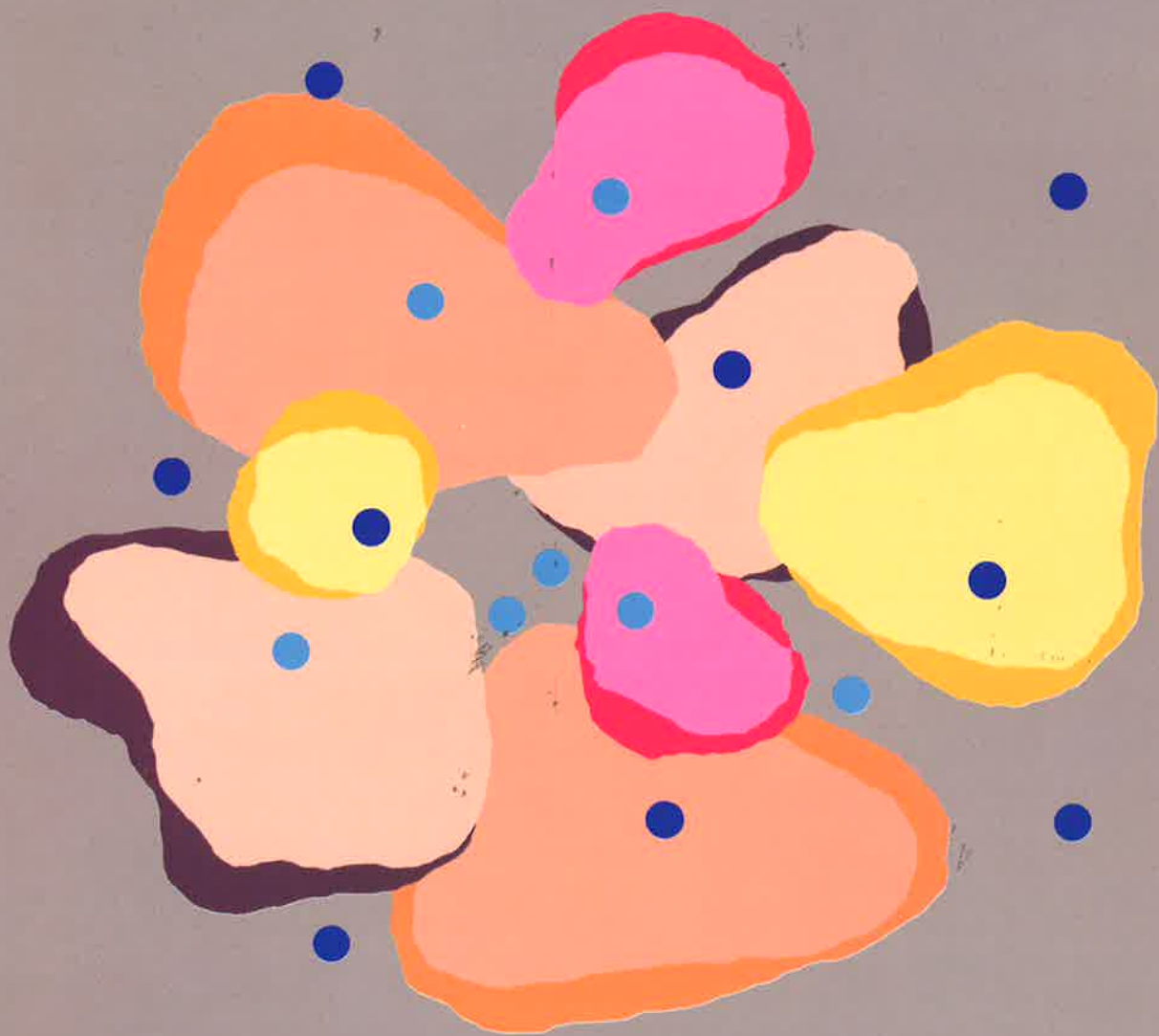
# 月刊 総合ケア

12

vol.5 no.12

## 多元的ネットワーク

特集：地域医療と多元的ネットワーク



# 在宅高齢者介護サービス 365日型の構築をめざして

時田 純 高齢者総合福祉施設潤生園 園長



## 広がる高齢者介護への不安

高齢者が住みなれた地域社会で、終わりまで生活しつづけること、こんな当たり前のことがいまとてもむずかしくなっている。

人が長生きし「老化」が進行した結果、多くの慢性疾患をもち、あるいはとくに病気がなくても精神・身体機能が低下したり衰退するのは、生物として避けることのできない必然である。

その結果、寝たきりや痴呆になり、介護されるようになって、家族と一緒に住みなれたわが家で暮らしつづけることは、生活の継続性や情緒的な安定のためにも、ノーマライゼーションの上からも当然のことであろう。

しかし、この当然のことができなくなる不安が社会に広がり、「高齢期における不安の有無」についての総理府世論調査（平成5年）では、89.2%の人が「不安を感じることもある」と答えるほど深刻な事態を迎えているのである。

その原因は、介護が必要な高齢者が急増し、とくに後期高齢者が増えていること、容態が重く痴呆を合併して介護が困難になったこと、そして、介護が長期化してきたことがあげられよう。

しかも、これらのリスクを誰もが背負う確率が高まっているにもかかわらず、家庭の介護力の低下を支援する在宅サービスや、希望すれば入所できる施設サービスがきわめて乏しく、国民の不安をかき立てているからである。

## 在宅介護を支える 福祉サービスの現状

高齢者を在宅で介護するためには、介護者の健康と愛情が欠かせないが、長期に介護を継続するためには少なくともつぎのような条件を整えなければならぬであろう。

第1に、保健・医療・福祉サービスが地域のネットワークとして構築され、必要なサービスが必要ときにチームケアとして利用できること。

第2に、在宅介護が継続できるためには、介護者が健康で普通の生活ができることが基礎的条件であり、そのためには介護者を含めてサービスが配慮されていること。

第3に、万一の事態に備えて、すぐ入院・入所が可能な、高齢者のための介護施設が利用できることであろう。

しかし、これまでの福祉サービスは、デイサービス・ショートステイなどさまざまなメニューはあっても、すべて一過性のサービスであり、365日・24時間、間断なく続く生活や介護を計画的に支える仕組みにはなっていない。

利用者が福祉サービスを利用する目的は、いうまでもなく自宅でなるべくQOLの高い生活を続けたいからであり、そのためには自立を支えるリハビリテーションや社会性を保持するデイサービスなど当事者に対する支援のほか、家族に替って介護するホームヘルプサービスや介護者の休養を図るショートステイなど、継続的なサービスが欠かせないのである。

図 1

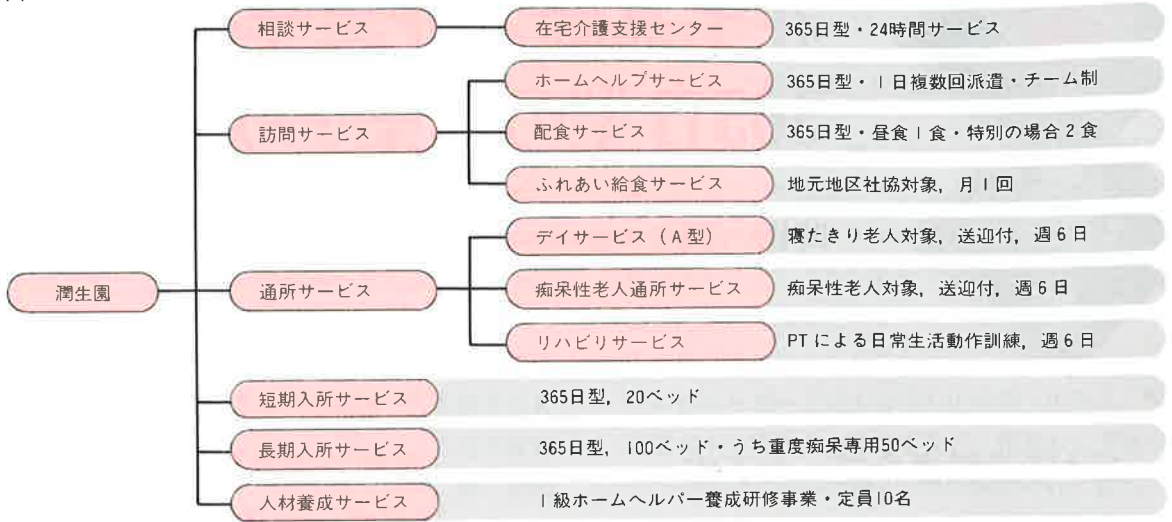


表 1 潤生園の平成 6 年度事業実績 (平成 6.4.1～平成 7.3.31)

種 別	年間延べ利用者数	一日平均利用者数	備 考
1. 相談サービス	1,344(名)	3.7(名)	相談件数 2,003件
2. ホームヘルプサービス	10,697	29.3	年間延派遣時間 10,256時間
3. 配食サービス	14,621	40.1	実利用者数 72名
4. デイサービス (A型)	7,820	25.4	年間稼働日数 308日
5. 痴呆性老人通所サービス	3,072	10.0	//
6. リハビリサービス	6,764	21.9	実利用者数 207名
7. 短期入所サービス	7,403	20.3	
8. 長期入所サービス	36,500	100.0	
計	88,211	250.7	
9. ふれあい給食サービス	600	50.0	
10. 人材養成サービス	3,600	10.0	カリキュラム終了後, 実務経験

しかも、老化の進行とともに容態は重くなり介護量が増えるので、サービスの提供量も増やしていかなければならない。

しかし、公的福祉サービスの現状は、サービスを提供する行政が用意した限定的なサービスに過ぎないので、在宅介護を支えつづける目的とは程遠いのが現実である。

それでは老人の質の高い生活の保障はおろか、相変わらず介護者に辛い介護と犠牲を強いることになる。

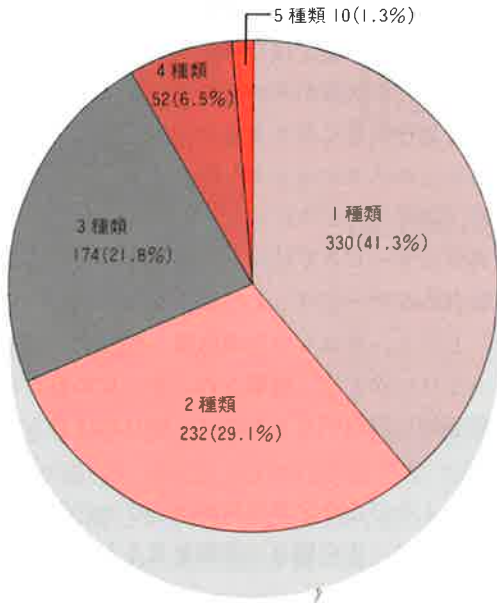
したがって、高齢者の在宅介護を継続するためには、介護者の福祉を支援するシステムがどうしても必要であり、肉体的・精神的・経済的負担の軽減に加えて、希望すれば就労や就学もでき、安心して普通の生活ができる保障が与えられなければならないであろう。

しかし、そのようなサービスを公的サービスとして構築するためには、福祉政策の基本的認識の転換が必要であり、そのうえでサービスを安定的に提供するための行政責任による強力な在宅介護支援システムが構築されなければならない。

### 365日型サービスをめざす 潤生園の歩み

当園の18年間の歩みは、在宅介護に必要なサービスを公的サービスとして構築するために、たとえば昭和54年から当時まだ制度がなかった「寝たきり老人のデイサービス」をボランティア活動で実践し、その実績が裏づけとなって漸く昭和59年に公的サービスとして制度化されたり、365日型配食サービスや同じく365日型ホームヘルプサービスの具体化など、制度化を見るまでには常に施設

図2 潤生園サービス総合化の状況 N=798 (サービス数)



ぐるみのボランティア活動が連続してきたといえよう。

現在、当園では多くの在宅サービスを実施しているが、その大部分を365日型に構築し一人ひとりのケアプランに合わせて、毎日の生活を継続的に支援するシステムとして活動している(図1)。

その結果、平成6年度に当園が提供した在宅サービス(表1)の総量の約6割までが、サービスを複合化して利用されるようになり、利用メニューの最も多い人の場合には、ホームヘルプサービスをはじめ配食サービス・デイサービス・痴呆性老人通所サービスおよびショートステイなど合計5種類のサービスを組み合わせ利用し、在宅介護を維持している(図2)。

まさに、福祉サービスの総合化が在宅介護の継続に著実な効果をあげている例といえよう。

しかし、当園においてもまだ自前のサービスの総合化が漸くシステム化した段階であり、ホームドクターをはじめ他機関のSWや保健婦、医療SWや訪問看護婦などと、個別ケースのカンファレンスやケアプランの作成を協働で実施する段階までには至っていない。

## 在宅介護を支える保健医療の現状

高齢者の在宅介護が継続できるか否かの決め手の一つは、保健と医療のサポートが得られるかどうかが大きく左右する。

高齢者の介護を経験してわかることは、症状が一定でなく毎日のように変化するため介護者は気が抜けず、常に緊張を強いられストレスが高いことである。

しかも、原因不明の発熱があったり、痰が切れず呼吸困難を起こすなど、さまざまな事態への対応に迫られることになる。

排泄のことだけ考えても、瀕尿の対応に追われたり失禁の後仕末にふりまわされ、便秘や尿閉を起こすなど、家族の手に負えないことが少なくない。

また、高齢者は渴きの感覚が鈍るので、うっかり水分補給を怠るとすぐ脱水を起こし、発熱や感染症などで入院を余儀なくする例が意外に多い。

食事の問題でも、寝たきりで身体を動かすことの少ない要介護老人の場合には、食欲がないため食事の摂取量が少なくなり、必要な栄養量が確保できず、低栄養による障害も起きやすくなる。

なお、食べさせかたにも注意が必要で、寝たまま食べさせている場合には誤嚥させることが多く、誤嚥性肺炎を起こす例が少なくない。

また、入れ歯が合わない場合にはよく噛めないとか、口の中の清潔維持を怠ると口内炎を起こしやすく、そのために食事が十分摂れないなど問題も多い。

在宅の寝たきり老人の相当数は、低栄養による栄養障害が考えられ、起きたくても基礎体力がなく、やむなく寝たきりとなり痴呆を誘発している例がかなりあるように思われる。

これらに対しては、歯科医師や歯科衛生士、保健婦・栄養士・PT・OTなどコメディカルスタッフのサポートが必要になる。

また、痴呆性老人の場合では昼夜が逆転して夜中に徘徊したり、夜間せん妄や幻覚で騒ぐなどすれば、家族は睡眠がとれなくて家事や就労などに支障が生じてくる。しかし、安易に眠剤や精神安定剤など投与すると、身体のバランスを崩して転

倒の危険があるとか別の障害が出やすいので、個別の慎重な対応が求められる。

そのため、痴呆性老人の介護には、内科的な管理だけでなく精神科医療がどうしても必要になる。

高齢者の在宅介護が維持できなくなる原因の多くは、介護の知識や技術をもたない家族が、このようなさまざまな健康管理に手を焼いて、在宅介護を諦めてしまうからである。

したがて、在宅介護の継続を支援するためには、とくに医療分野の専門職の手をすぐ借りられるネットワークが構築され、必要なときにいつでもチームケアが受けられる体制が作られなければならない。そのような基盤整備をしないで在宅介護を奨励しても、介護者は不安で実行は遅々として進まないと思われる。

ところで、現在の医療体制やシステムのもとで、開業医を中心とする医療関係スタッフが参加した、地域医療のネットワークが作れるのであろうか。

診療所には連日多くの患者が詰めかけており、急に往診を求められても患者を残して、いつでもニーズに応えるのは不可能である。

小山秀夫氏（国立医療・病院管理研究所医療経済研究部部長）は、座談会<sup>1)</sup>で「いま病院に通えない人たちが地域にたくさんいて、医者が来てくれることを待っている。今度の医療法の改正で、往診などがよくなるだろうか」という問いに対し、「たぶんならないと思います。20万人近くのお医者さんに昔のように往診しろといっても、そういうふうにはならないんじゃないかと実は思っています」と答えている。

医療行政の責任ある立場にある人の正直な現状認識を語ったものであり説得力がある。このような認識から見ても、現在の医療体制やシステムのもとで、保健・医療・福祉のネットワークを構築しようというのは不可能ではないかと思われる。

## 保健医療・福祉サービスの連携を どうすすめるか

本格的な高齢社会を迎えていま保健医療・福祉サービスは、要介護老人をどうとらえるかという新しい概念の確立に迫られている。

医療についていえば、老化を基礎にして慢性化し治癒が望めない高齢者の医療は、これまでの治療を中心にした医療ではなく、生活の質（QOL）を視野に入れた医療が求められている。

それは急性疾患に対する延命医療とは異なるものであり、ホリスティックな医療であろう。

また、福祉サービスについても、入浴など単なる一過性のサービスではなく、在宅介護を支え続ける総合的なサービスとして機能しなければならない。しかも、それらの保健医療・福祉サービスがネットワークとして構築され、サービスをまとめて計画的に利用できるものにならなければならない。

しかし、そのような多元的ネットワークを構築するためには、まず相互の意識を変えなければならないであろう。

同じ病院の中でさえ他科との連携や、看護職と介護職の連携がむずかしい現状で、保健医療と福祉という歴史もシステムも対象者も異なるものが連携するためには、お互いによほどの自己規制が求められる。

医療が上で福祉は下というような上下意識をなくし、「目線」を同じにしなくては連携などできないのではなからうか。

第一に、目線を同じにしなくては、よいコミュニケーションはできない。

いまこそ医療（キュア）と福祉（ケア）を結ぶ統合の概念として、吉川武彦氏（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長）<sup>2)</sup>が提唱する「分かちもつ」（シェア）という新しい概念が必要ではないかと思われる。

それによって、老人や障害をもつ人々の負担を軽くするノーマライゼーションの実現のために、保健医療・福祉サービスの連携が期待できるのでなからうか。

保健医療も福祉も究極は、人間への奉仕という共通の理念で存在しているからである。

### （文献）

1) 座談会「保健医療・福祉の連携を阻むもの」、月刊福祉、平成4年3月号、全国社会福祉協議会。

2) 吉川武彦：ケアのための患者理解、関西看護出版。