

は日中のほとんどの時間を車椅子に座り続けている状況が観察された。たとえば、B氏の場合、在宅では日中ヘルパーが滞在しており、F氏の様子を見て疲労の状態等を判断し、車椅子座位や臥位、ベッドアップとこまめに姿勢を変えて生活していた。しかし、施設ではほとんど一日中車椅子に座った生活だった。それが本人にとってどうかを見てみると「あの、すみません」「帰してください」と繰り返したり、うつむいてずっと手を見ているなど、その表情からみてもずっと快適だったとはいえない状況があった。

F氏に限らず、ゲームの時間に座ったまま居眠りをしていたり、姿勢が崩れて仙骨座位になってしまっているのに職員に気付かれずにいたりという様子も観察されており、長時間座り続けることが適切かどうかは検討の余地がある。

しかし、F氏は痴呆があることから、状況判断できないまま独りで移動しようとして車椅子から転倒しそうになる場面も観察された。このような状況下では、居室でF氏を1人にして臥床させておくことで転倒・転落の危険を伴うことは容易に推測できる。職員の行動に合わせて車椅子のまま自分の傍にいてもらうことにより、危険の無いように配慮していると考えられた。

## 2) ケア内容の比較 (図2~7)

次に施設・在宅それぞれに、要介護者が誰によってどういうケアを受けたかを調査

した結果が、図1である。施設・在宅のスケジュールが調査日により異なることや個人のケアプランの差もあるため、清潔やレクリエーションなどの時間の多少は一律には比較できなかった。飲食にかかる時間も介助者により、また要介護者の自立の程度によっても差があるため、時間だけでは比較できなかった。排泄介助も時間ではあまり比較できず、むしろ回数の方が大きく意味があると考えられた。

在宅でのケアと施設でのケアで大きく違っていたのは、コミュニケーションであった。

コミュニケーション時間数は、4名は施設の方が多く、2名は在宅の方が多かった。施設ではケアの前後などに確実に会話があるが、家族介護では省略して黙ってケアすることもあり、その家族の個別性に大きく左右される。

しかし、逆にコミュニケーション時間の差が著明に出ているB氏の場合は在宅の方が豊かなコミュニケーションがされていた。施設では4分、在宅では90分弱である。B氏の家族の介護方針として、B氏の状態ができるだけ安定していただけるように、常に誰かがそばにいる体制を整えており、在宅では介護保険のケアプラン以外に自治体の福祉サービスとしてヘルパー派遣を追加している。また、自費でもヘルパーを追加しているため、午前9時から午後5時までヘルパーが滞在してケアが行われていた。そのために時間のゆとりがあることもあり、

多くの時間を会話に当てている。その内容も「・・・洗濯物を取り込む。『ほら、もう乾いちゃったのよ』とタオルを数枚手渡し、いっしょにたたみ、棚にしまう・・・」「『ちよっと動かすわよ』と車椅子を窓のほうに引っ張り、『ほら、外、風が強いわね』と話し掛ける」というように、日常生活のこと・季節のことを何気なく会話している様子が観察された。B氏の施設での会話は、「ちよっとお待ちくださいね」「お風呂にいきましょうか」「少し横になりますか」などケアに関する内容が圧倒的に多かった。

痴呆性の要介護者にはコミュニケーション（特に、ゆったり会話する時間）は非常に重要であるにもかかわらず、全体的には日中の8時間程度の中で0分から20分（Fさんの90分を除く）で概ね5分程度であった。ケアを行いながらのコミュニケーションはできていたが、会話のために時間をとることは困難な状況が伺えた。

### 3) “見守り”ケアの実際

図8はF氏の施設でのケアの様子を次の3つに分けて示したものである。一つ目は飲食介助、排泄介助などの直接ケアを受けている時間である。次に、直接ケアを受けているわけではないがケア提供者の視野下にある時間（以下、「見守り時間」とする）である。例えばデイサービスのレクレーションの場にいる場合は、うとうとしていて直接参加していなかったとしてもこれに含まれる。3つ目が、ケア提供者の視野下に

ない時間（以下、「独りの時間」とする）である。F氏を含め、「目を離せない痴呆群」のケアの中で最も多くを占めていたのが、1秒・2秒という秒単位でケア提供者が要介護者を頻繁に観察している、見守り時間であった。

全体の調査観察時間の81.8%は見守り時間、10.0%は直接ケア時間、独りの時間は8.2%であった。直接ケアも含めれば、見守っている時間が全時間数の9割を占めていた。痴呆性要介護者のケアで、この“見守り”ケアが非常に重要なケアである。

### 3. 社会的・経済的コストの比較検討

平成12年8月に実際にかかった社会的なコストは、表2の通りである。それぞれかかった経費を一日単位に換算した。老人保健施設では、定額制の介護報酬が定められているので、要介護4で一日約17,690円、要介護5で約18,220円である（自己負担は別）。それに比べて在宅では、介護保険だけではなく他の福祉制度を併用したり、あるいは全額自費でサービスを依頼することもあるため複雑であるが、本研究で対象とした6名の在宅での社会的コストは一日3,744円から28,387円とかなりの幅があった。それは要介護度とはほとんど関係なく、その家庭の経済状況、介護に関する価値観、家族介護力の有無など関係していた。最も高額であったB氏の在宅での社会的コストは、介護保険利用額308,426円、身体障害者ヘルパー派遣事業

より 298,400 円、自費利用額 225,000 円で、総額 831,826 円であった。自費負担分も 337,000 円となっており、経済力の裏付けがあつてはじめて家族の望む介護が実現している現状もあつた。老人保健施設は、すべて介護スタッフの社会的介護の経費だが、家族介護の分は換算されていない。

#### D. 考察

##### 1. 老人保健施設での「目を離せない痴呆要介護者」への個別ケアは困難な状況

日中の生活の姿勢で見る限り、老人保健施設では寝たきり障害要介護者を寝たきりにせず、起きて車椅子で過ごせるようなケアの努力がなされていることがうかがえた。

今回明らかになったのは、「目を離せない痴呆要介護者」へのケアのあり方である。ここでの対象は、徘徊はできないが寝たきりでもない群であり、1人にすると車椅子ごと転倒し骨折をしたり、ベッドから降りようとして転落したりする危険をはらんでいる群である。「目を離せない痴呆要介護者」は、安全確保のためにケア提供者の目の届くところに車椅子のまま長時間ケア座位でいる傾向があるが、個別的な姿勢の変化が必要な要介護者に適切なケアが提供できるような技術化・対策が急がれる。

また、コミュニケーションのための時間の確保、あるいは豊富な話題提供など個別ケアに向けて検討の課題は大きい。

##### 2. “見守りケア”の重要性、そして介護報

酬への反映を

痴呆性要介護者は直接的ケアよりもはるかに多くの時間“見守りケア”を要する。しかし介護報酬ではそのことが反映されているとはいいがたい。その一つの理由は、すでに多方面で指摘されている通り要介護認定で痴呆症の人が要介護度が軽くなる傾向があることである。また、障害要介護者であっても、自立はしていないが見守りが必要というADLのレベルの場合も同様である。それは、“見守りケア”をきちんと評価していないことに一つの要因がある。介護報酬が不十分なもう一つの理由は、老人保健施設の介護報酬の低さである。身体ケアなど直接ケアとは別に痴呆性要介護者に別枠での“見守りケア”をきちんとケアに組み込んだケアシステムや報酬設定も一案である。

##### 3. 施設と在宅の社会的コストのあり方の検討はこれからの重要課題

施設ケアと在宅ケアの比較検討は、古くて新しい問題である。今回は介護保険開始後で同一要介護者を同一月にショートステイと在宅ケアの社会的コストを単純に比較した。当初は施設・在宅での24時間全体のケア時間・内容と本人の満足度も加味した調査をし、社会的コストの検討を計画したが対象者の選定に苦慮し残念ながら十分な結果を得られなかった。

しかし、前記調査の中から単純比較では正確な実態・問題が見えないこと、またそ

れを明らかにしていく前提となる構造がわかった。それは、①老人保健施設（介護保健施設）の介護報酬は、純粹にケアの報酬だけではなく施設運営費（固定費）も含まれていること（その割合ははっきりしないが）、②しかし、その人の介護報酬に見合ったケアが行われているかどうかは全く別なこと、③見守りケア、家族介護（在宅ケア）の分が社会的コストから除かれていること、④ケアとコストの比較だけではなく、本人の満足度を中心にした比較が重要なことなどである。

介護保険を改善していくためには、重要な課題である。

## E. 結論

介護保険下での老人保健施設のよりよい看護のためには、「目を離せない痴呆群」（少しの介助があれば移動可能だが、立位や歩行が不安定で転倒などのおそれがある群）の看護のあり方を検討・確立することが急がれている。また、それらの対象者とのコミュニケーションの時間・内容は今後大いに工夫・配慮が必要である。

さらに痴呆性要介護者にとって重要な“見守りケア”が、介護保険では評価されておらず、今後はそのことを評価して介護報酬に反映していくことが必要である。施設ケアと在宅ケアの社会的コストの比較・検討も今後の重要な課題である。

表1 プロフィール

氏名	年齢	性別	疾患名	介護度	痴呆	ADL	食事・排泄・移動の状況	家族構成	居室	ケアプランを組むに当たっての本人・家族の希望や意向
A	83	女	老人性痴呆	4	IV	B	食事：セツイングすれば自分で排泄：オムツに失禁。便はオムツリにて介助 移動：伝い歩きと違って。痴呆の状態により差がある。外は禁。	娘と2人	あり	
B	89	女	①脳梗塞	5	III	C	食事：普通食を刻む。手づかみでこぼす 排泄：ほぼ失禁。間に合わないこともあるためおむつ使用。 移動：全介助	娘と2人	あり	主介護者の娘のこと。高血圧と精神的不安定さがある上、仕事もしているのが極力介護負担がないようにヘルパー利用、ショートステイ利用。
C	92	女	①大腸がん op後 ②早期胃がん ③胸腰椎圧迫骨折後	4	IIIa	C1	食事：一部介助（すくいやすいように並べたり、途中でぼんやりして食べることがあるため介助） 排泄：全介助（おむつ使用、夜間も3時間ごと娘が起きる） 移動：全介助	娘夫婦と孫娘2人の計5人	あり	極力家族で介護をしていきたい。身内や親しい友人などのインフォーマルな力を借りてケアにあたっては、入浴は、家族では無理なので訪問看護をお願いして、1/Wは外に出られるようデイケアを利用したい。どうしてもというときだけ、短期入所をお願いしようと思う。
D	90	女	①左大腿骨 頸部骨折後 遺症 ②脳梗塞後 遺症 ③痴呆	4	III	B	食事：普通食少量ずつ 排泄：全介助（おむつ使用） 移動：全介助	独居 (近隣の男 が介護のため泊まり込む)	あり	特養にも申し込み通知はきたもののキャンセル。甥がショート・入所を思いながら自分が見ると。
E	92	女	①脳梗塞 ②抑うつ症 ③三叉神経痛	4	IV	C2	食事：全介助 排泄：全介助（おむつ使用） 移動：全介助	娘と孫息子の3人	あり	主たる介護者である長女はできる限り自分でケアをしていきたいと考えている。定期的なショートステイを利用しながら在宅生活を継続したい。
F	66	男	①多発性脳梗塞	5	III	C	食事：全介助（固形物のみ経口、水分は胃瘻） 排泄：全介助（おむつ使用、2/W浣腸・摘便） 移動：全介助（リフト使用）	妻と2人	あり	ショートステイを利用して、妻もリフレッシュをはかりながら自宅での生活を続けていきたい。



図2 A氏関わり内容と時間

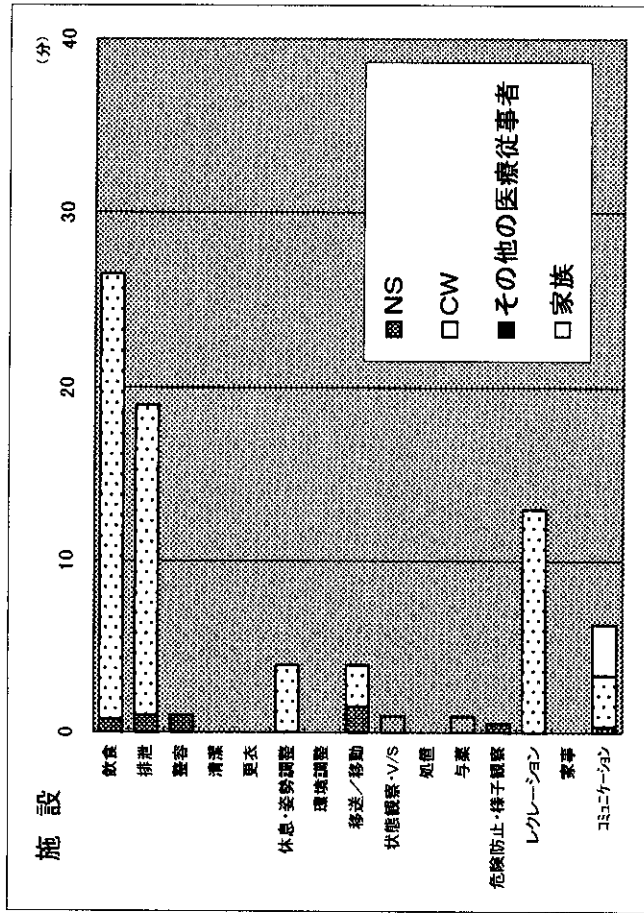


図3 B氏関わり内容と時間

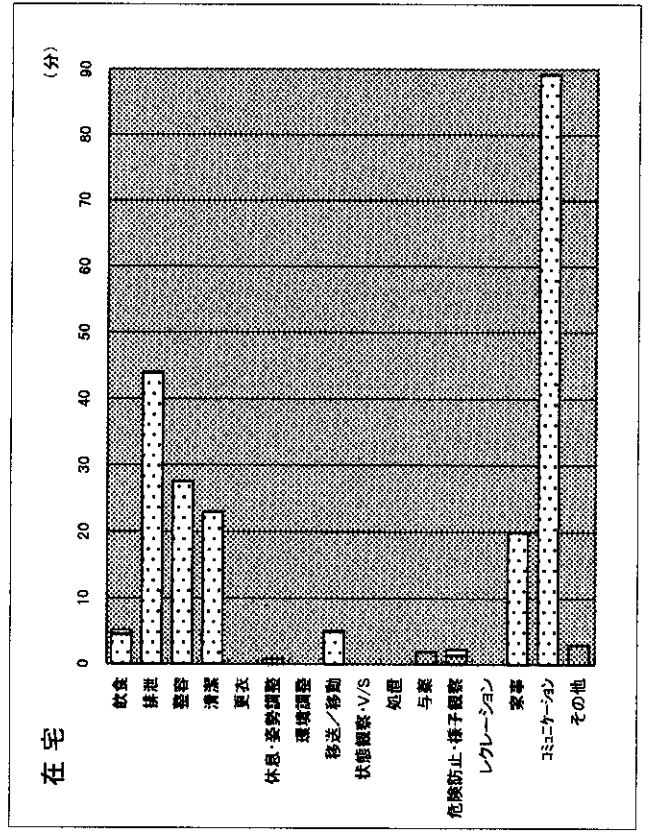
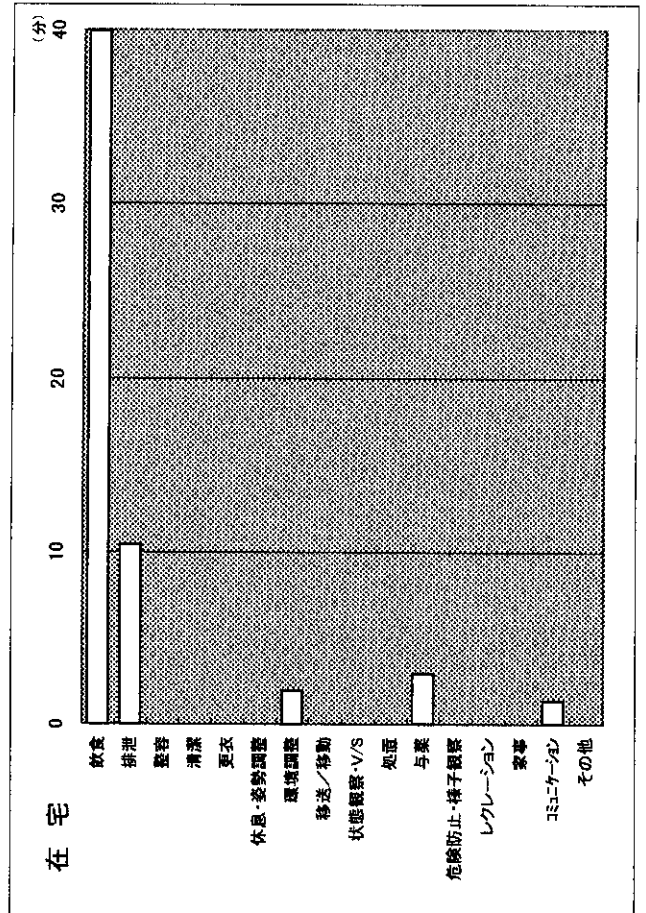
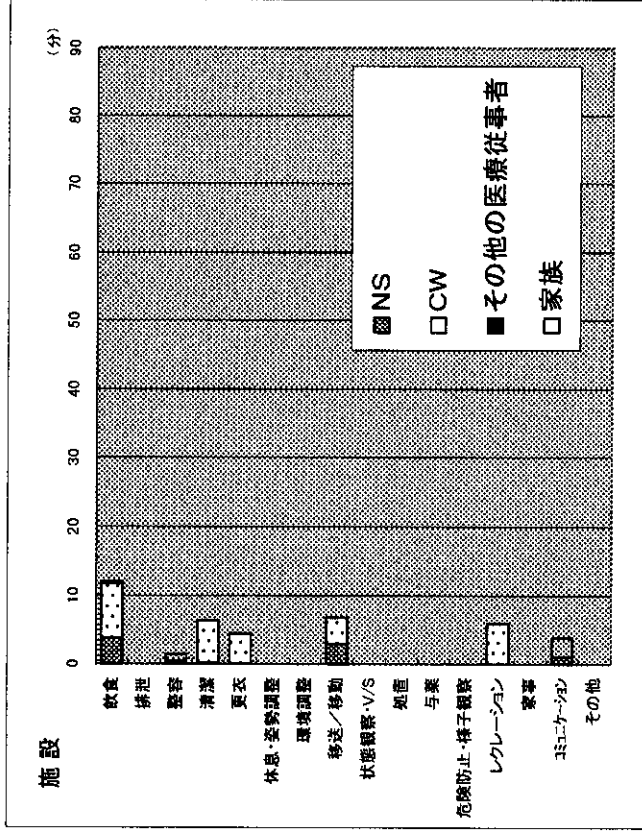






図6 E氏関わり内容と時間

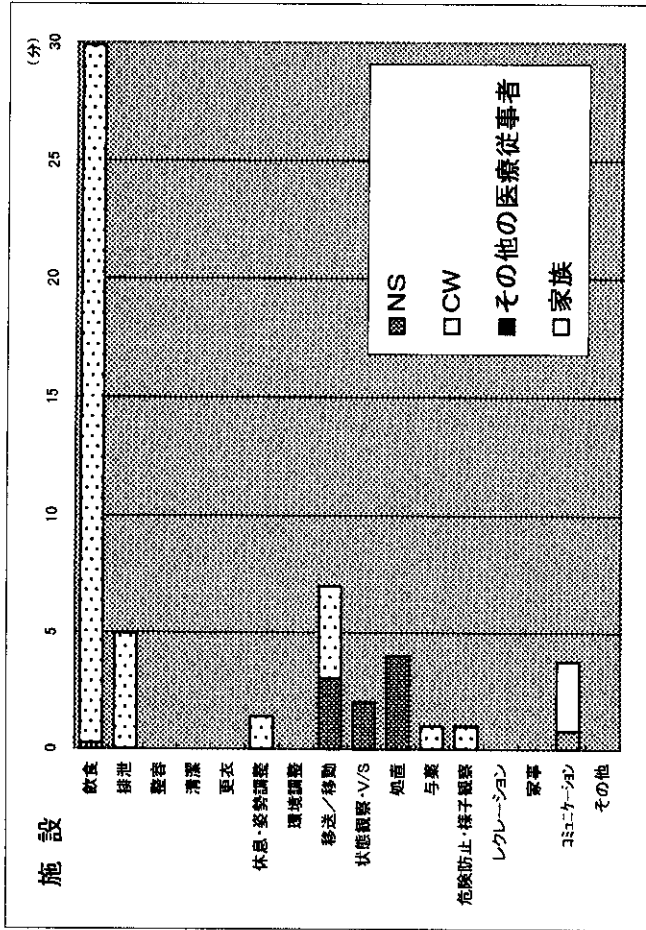


図7 F氏関わり内容と時間

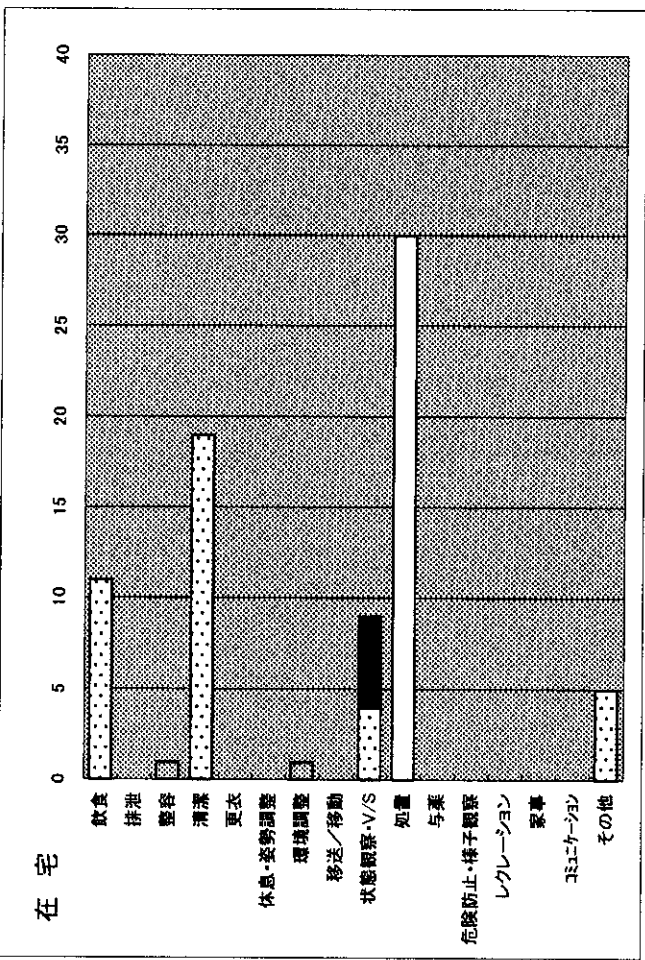
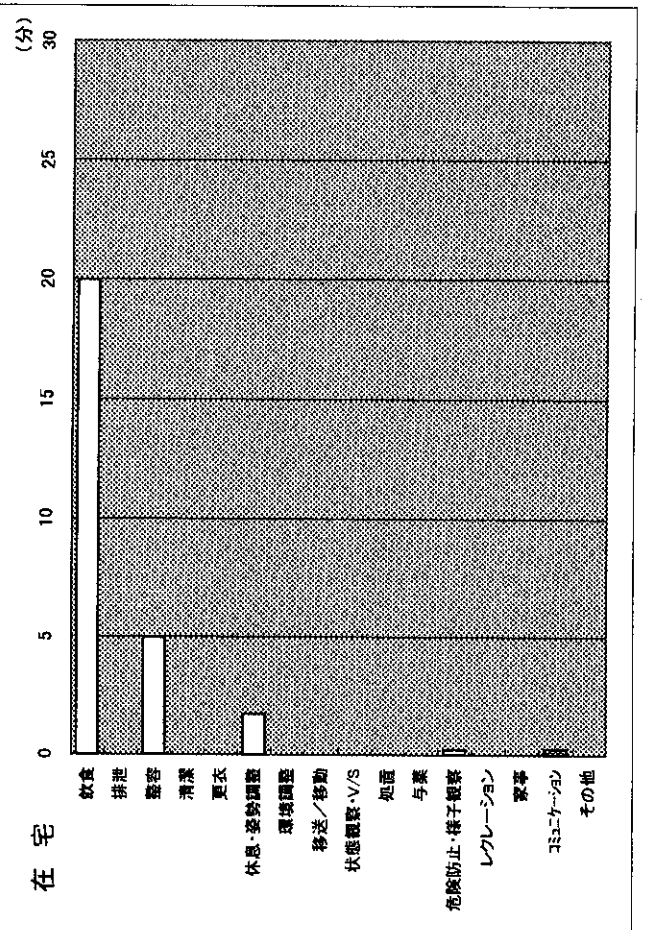
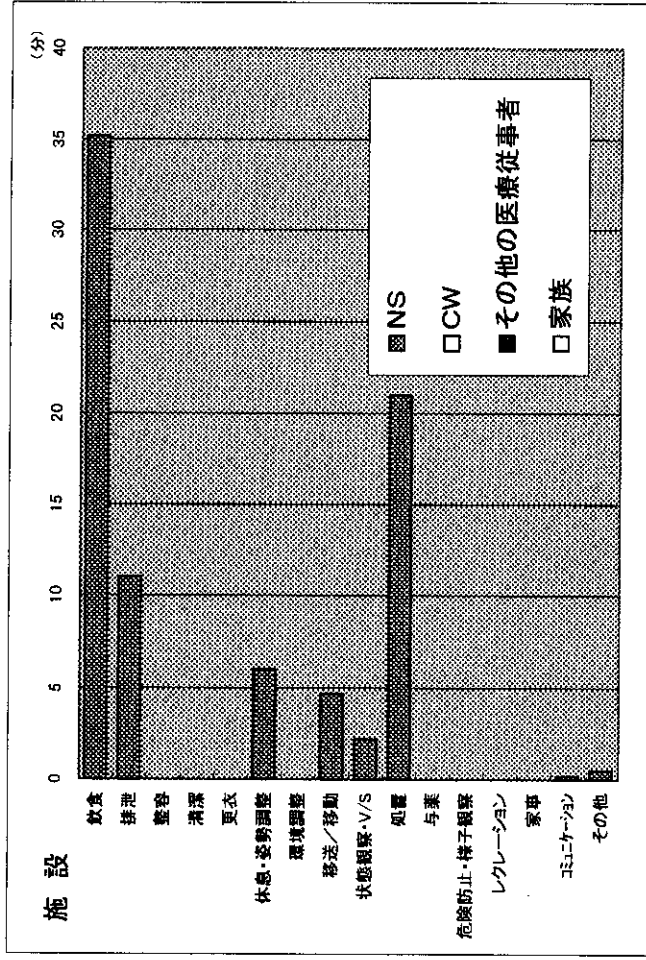
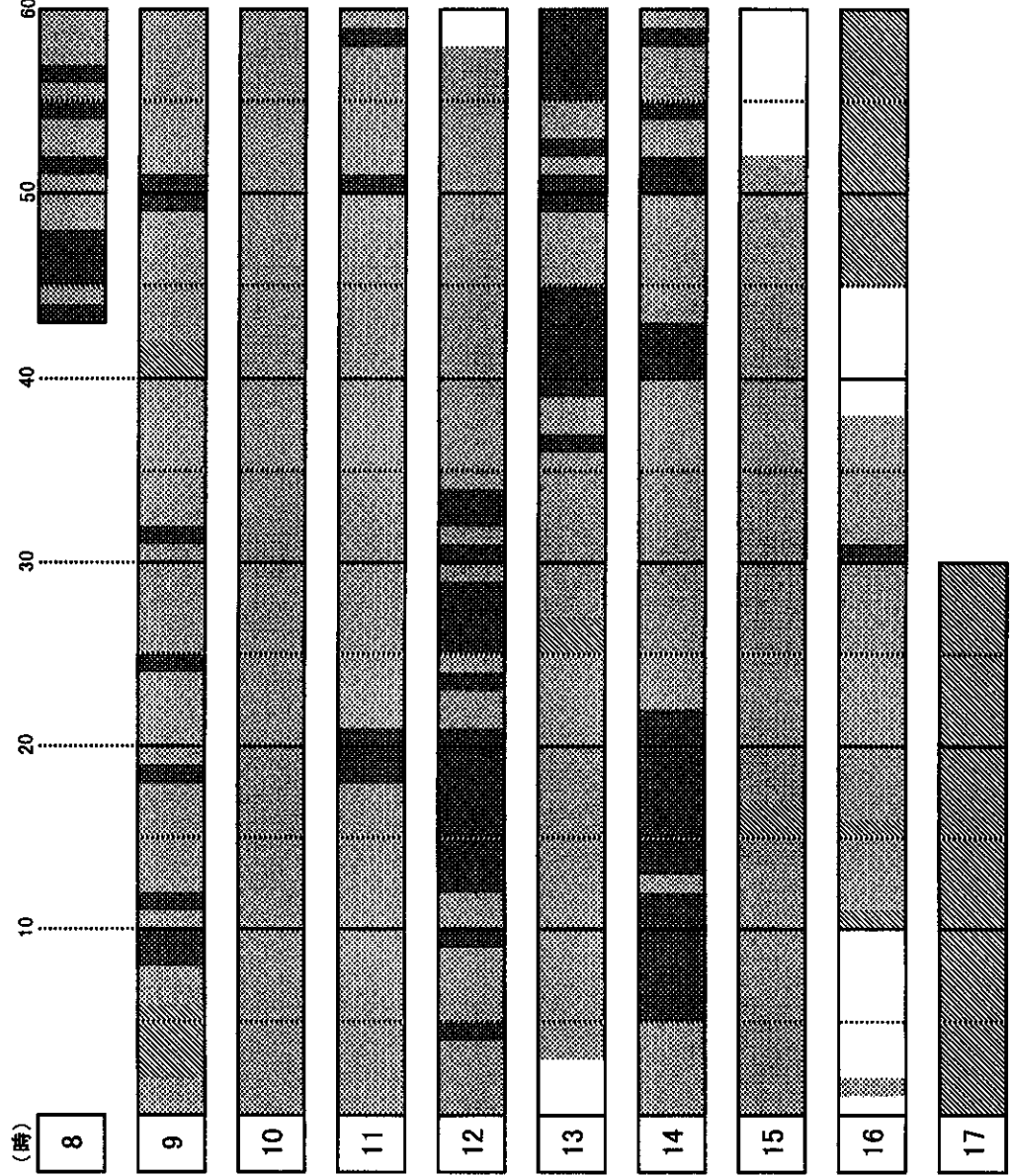


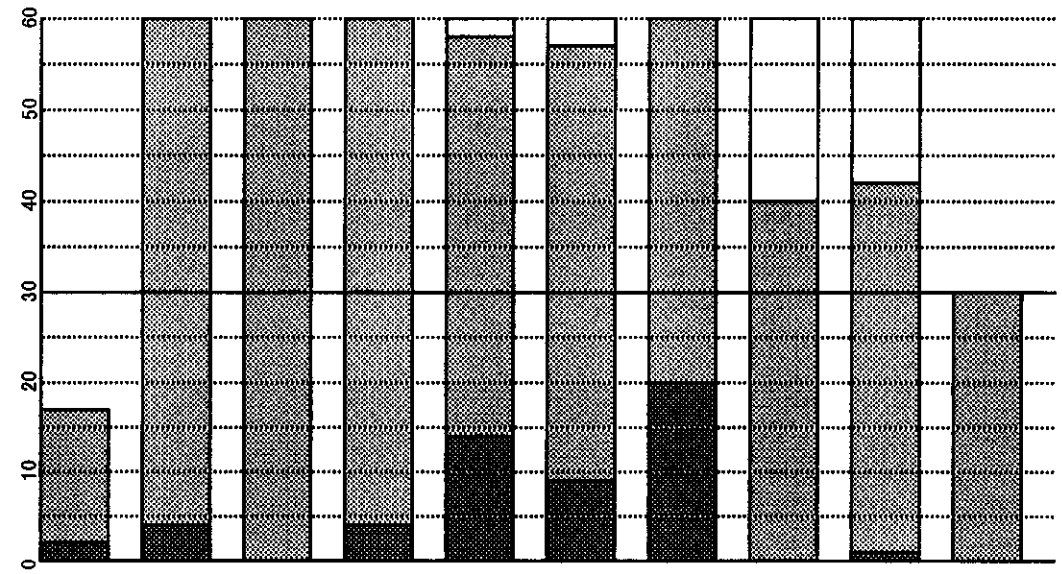
図8 B氏 関わり時間(施設)

◆8月25日

直接的な関わり
  間接的な関わり(見守り)
  観察者・利用者
  独りの時間



関わり時間合計(分)



直接的関わりの内容

- 移動、口腔ケア
- 移動、姿勢調整
- 移動
- 移動、食事準備、整容
- 食事介助、コミュニケーション
- 移動、コミュニケーション、入浴介助
- 入浴・更衣介助、移動、移送、レクリエーション、おやつ介助

観察時間 8時43分~17時30分 計 8時間47分  
 直接関わり時間 \* 52分39秒  
 間接的関わり時間(見守り) \* 7時間11分29秒  
 独りの時間 43分  
 \*観察者・利用者の関わり時間は含めない

表2 1日当りの社会的コストの実際

2000.8月分

	要介護度	在宅サービス費(1日)	ショートステイ費(1日)
A	4	1,107	17,690
B	5	28,387	18,220
C	4	4,559	17,690
D	4	17,523	17,690
E	4	3,744	17,690
F	5	7,054	18,220

単位は円